

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<sup>注1</sup>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PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとなりました。

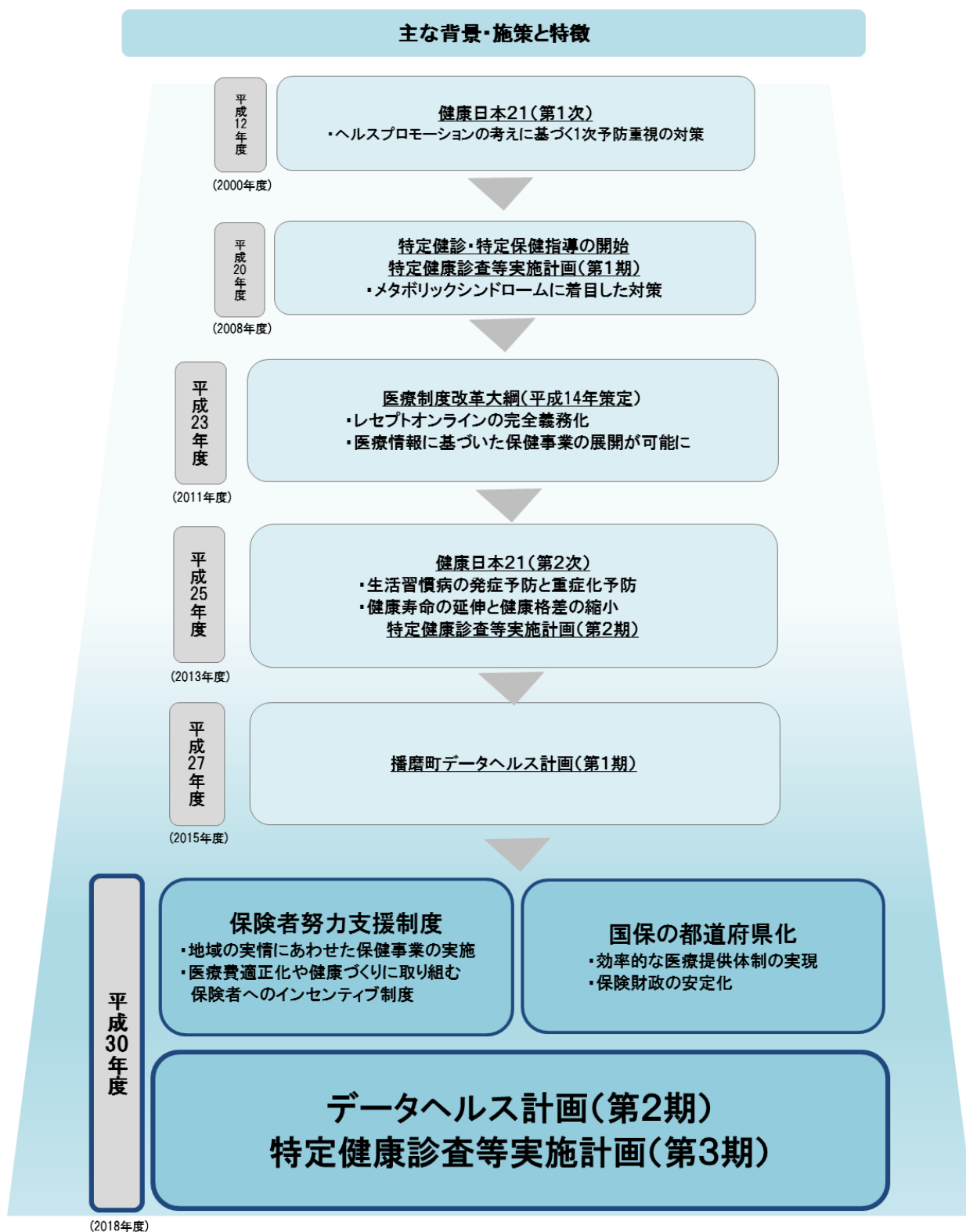
播磨町（以下「本町」という。）においても、平成28年3月に「保健事業実施計画（データヘルス計画）」の第1期計画を策定し、国保加入者の生活習慣病<sup>注2</sup>対策をはじめとする健康増進や重症化予防等の保健事業を実施してきました。

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

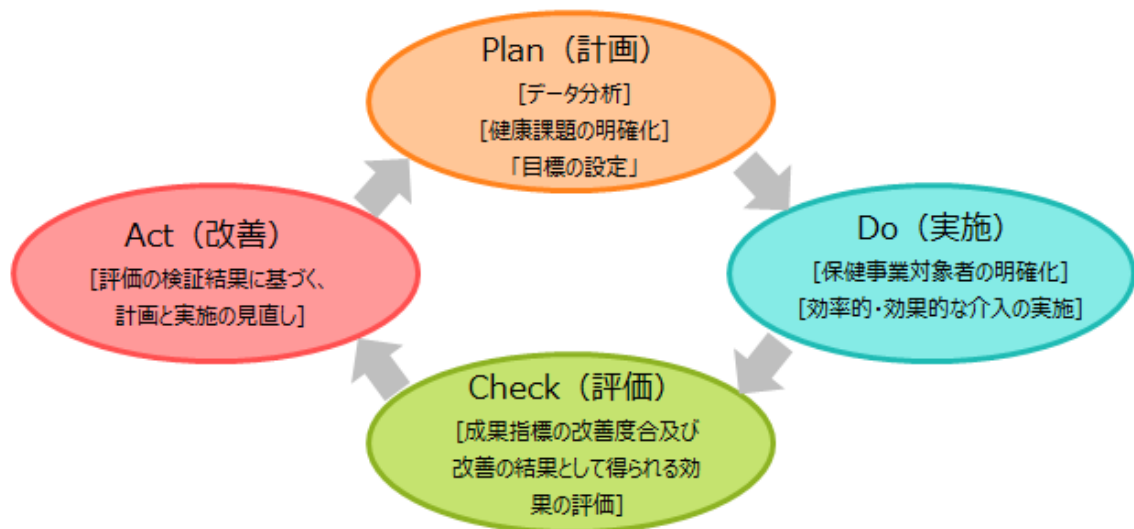


出所：厚生労働省資料からまとめたもの

## 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



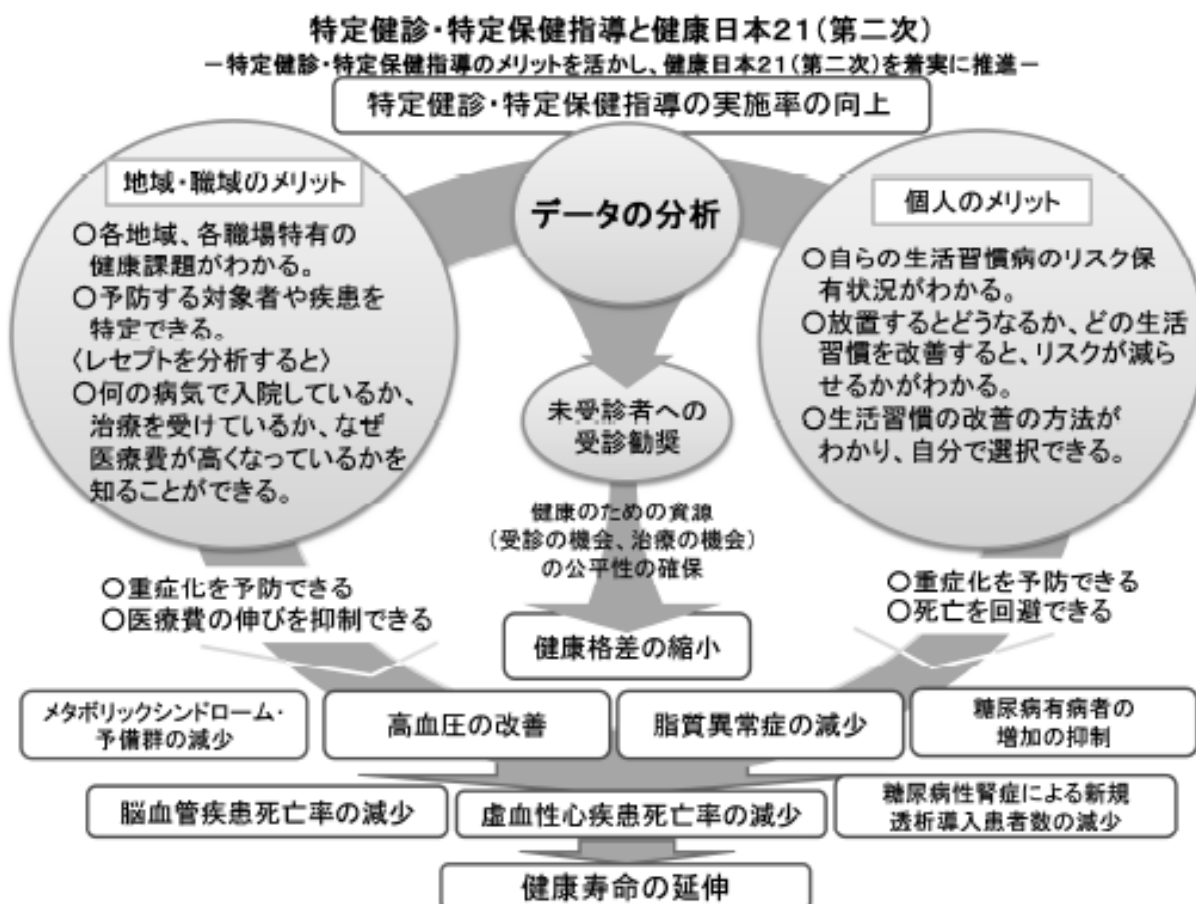
出所：厚生労働省資料からまとめたもの

## 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

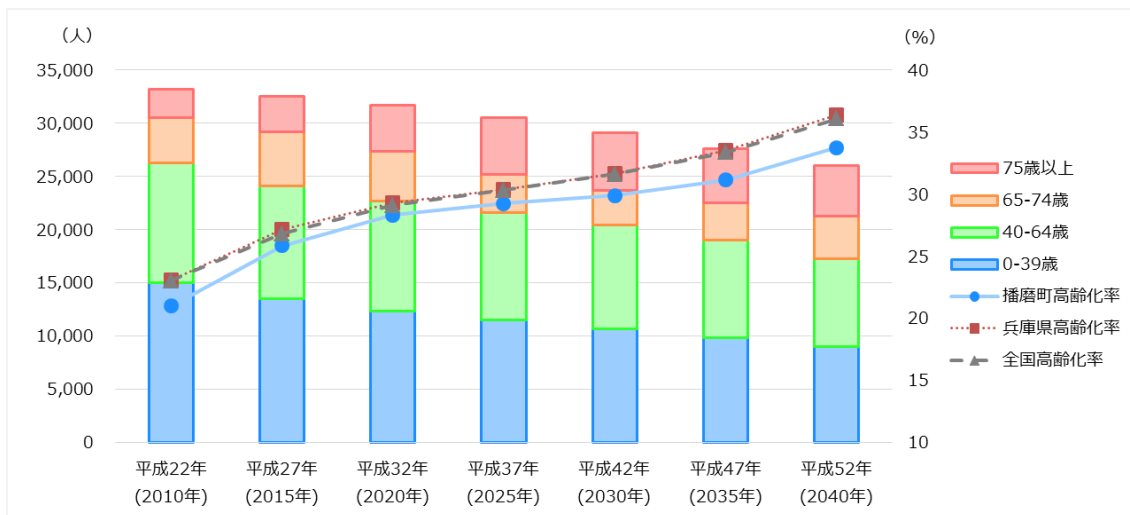
### 1) 本町の特性

#### (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



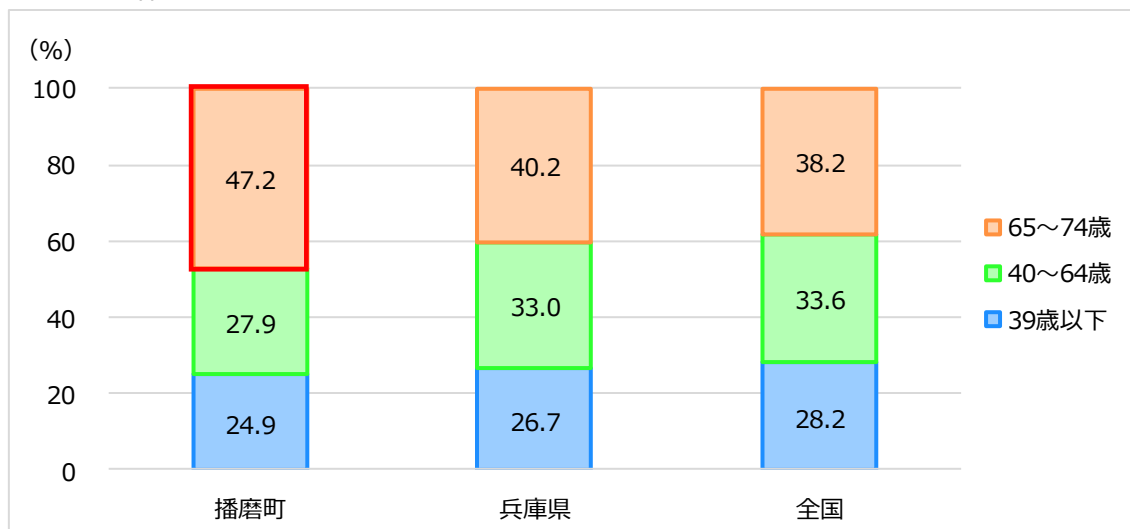
出所：国立社会保障・人口問題研究所（平成25年3月推計）「日本の地域別将来推計人口」

#### (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。



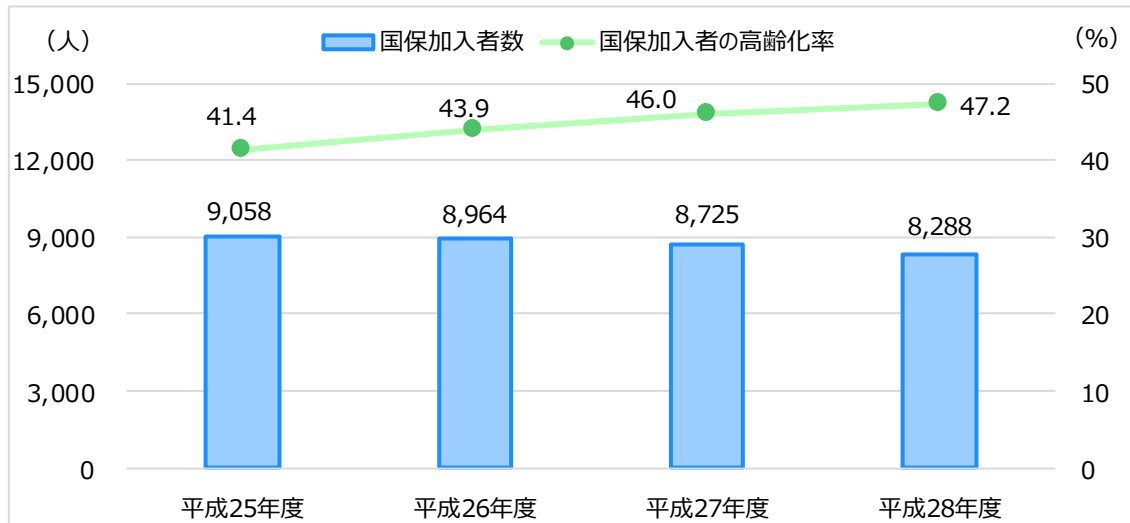
図表 7 国保加入者の構成比較



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。

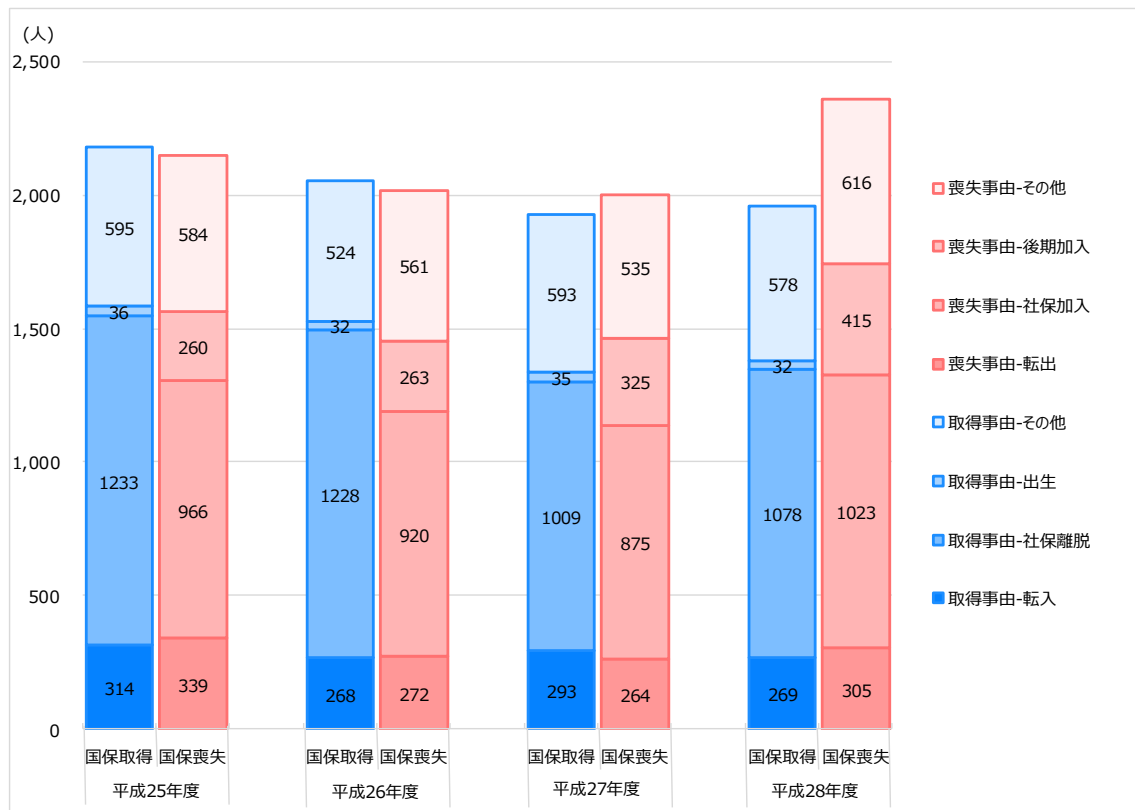
図表 8 国保の加入者の人数と高齢化率の推移



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<sup>注1</sup>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



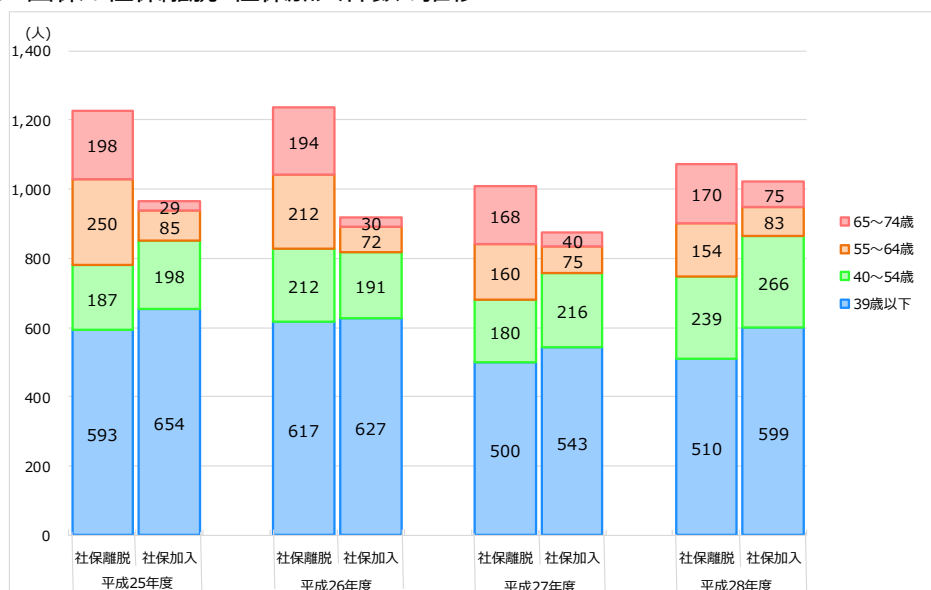
※当集計に計上していない異動データ（取消、変更など）もあるため、実際の国保加入、離脱件数とは一致しません。

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

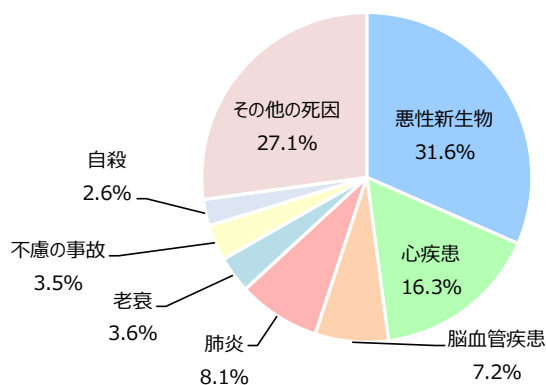


※当集計に計上していない異動データ（取消、変更など）もあるため、実際の国保加入、離脱件数とは一致しません。  
出所：播磨町国保異動データをまとめたもの

### (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）<sup>注1</sup>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	<b>123.6</b>	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	<b>147.9</b>	100.1
急性心筋梗塞	<b>151.0</b>	116.6	<b>175.8</b>	118.9
その他虚血性心疾患	59.9	80.9	43.5	79.5
心不全	<b>144.3</b>	105.6	<b>211.2</b>	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	<b>132.4</b>	98.5	<b>135.9</b>	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。

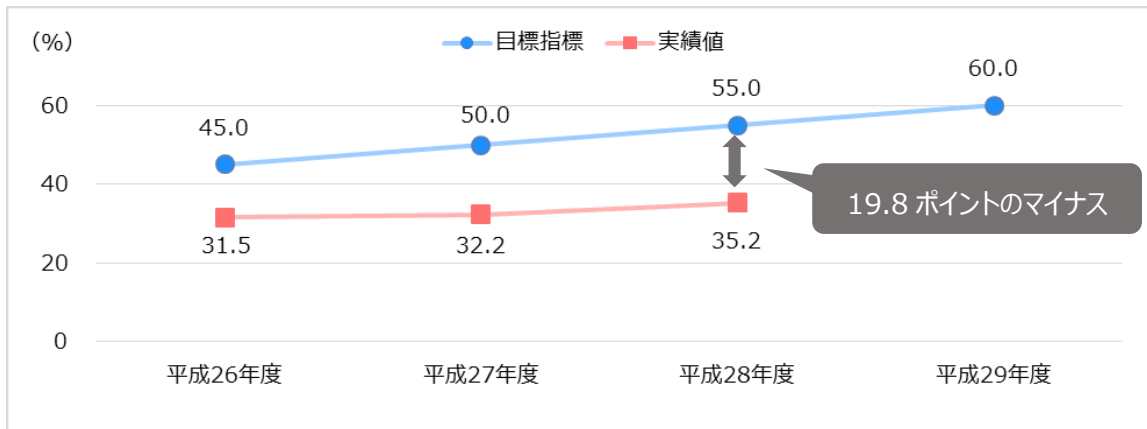
図表 13 前期計画の対象者グループと実施施策まとめ

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

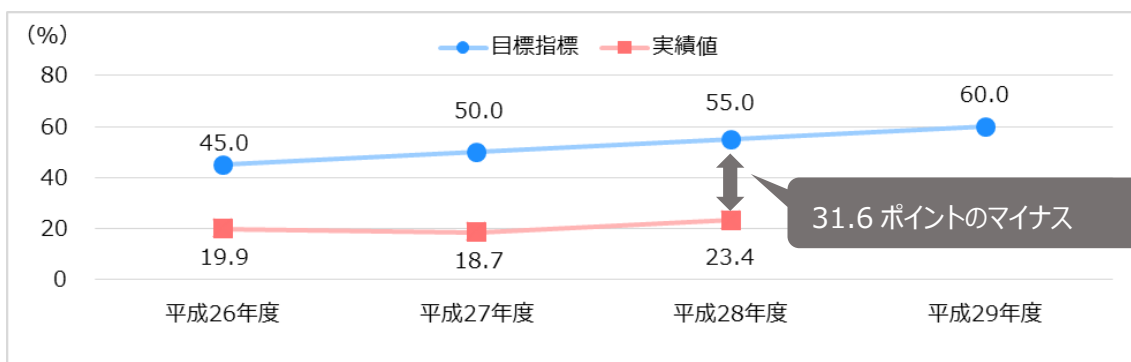
図表 15 特定健診対策の主な実施施策

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

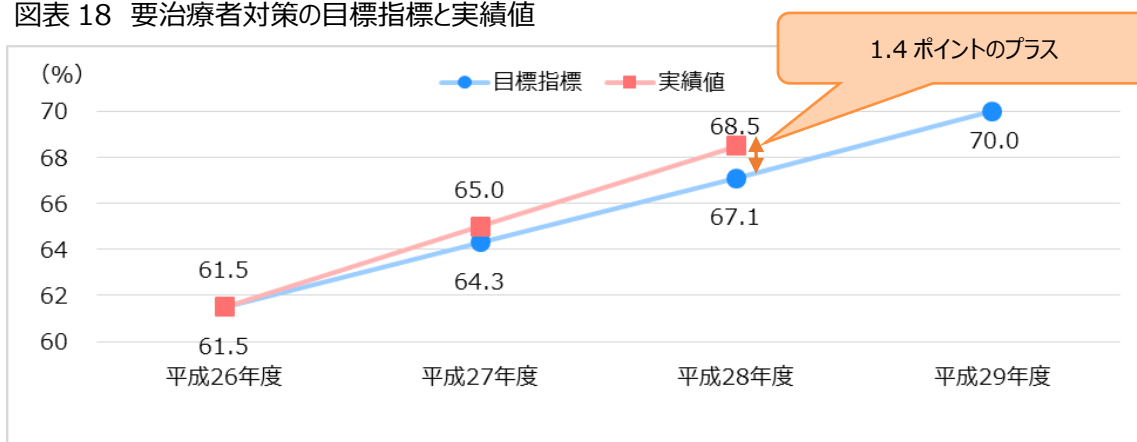
図表 17 特定保健指導対策の主な実施施策

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 <sup>注1</sup> 、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

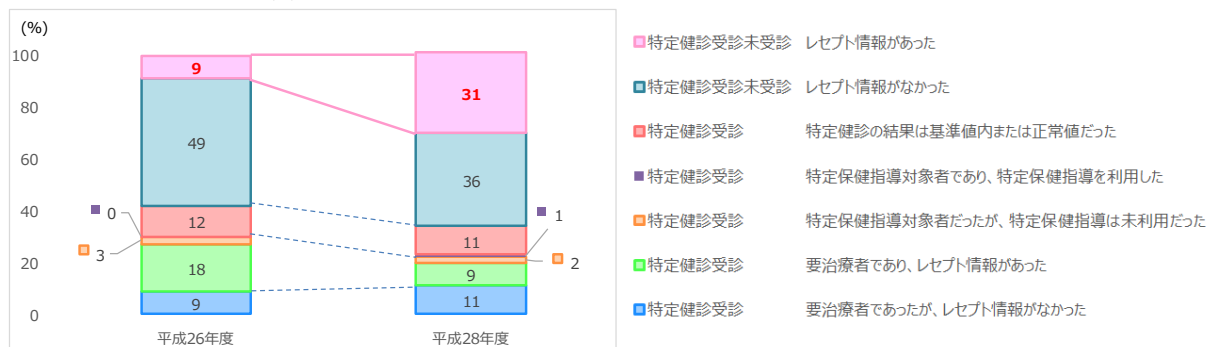
各2年前の状況		平成26年度 新規重症者	平成28年度 新規重症者
特定健診未受診	レセプト情報があった (医療機関を受診していた)	<b>9%</b>	<b>31%</b>
	レセプト情報がなかった(医療機関を受診していなかった)	49%	36%
特定健診受診	特定健診の結果は基準値内または正常値だった	12%	11%
	特定保健指導対象者であり、特定保健指導を利用した	0%	1%
	特定保健指導対象者だったが、特定保健指導は未利用だった	3%	2%
	要治療者 <sup>注1</sup> であり、レセプト情報があった(医療機関を受診していた)	18%	9%
	要治療者 <sup>注1</sup>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

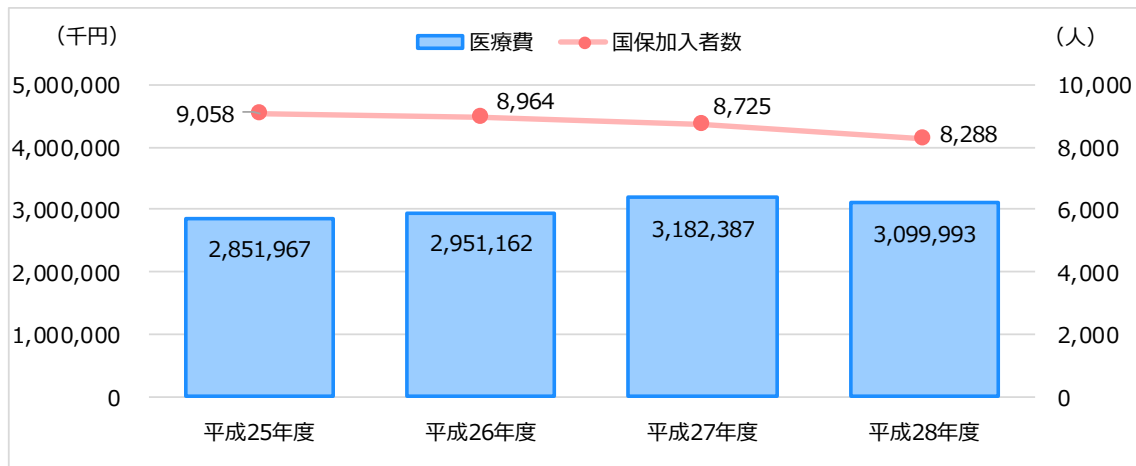
前期計画では、特定健診受診率、特定保健指導実施率、要治療者の治療率を目標指標として取り組みましたが、生活習慣の改善でリスク保有者の健康状態が本当に改善したのか、保有リスクに対応した適切な治療行動に結びついていたのかを計る指標がありませんでした。前期計画を見直し、第2期計画では、本町で健康課題となっている疾病に着目し、具体的な重症化対策施策、目標指標の設定を行います。

## 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増え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 <sup>注1</sup>	レプト金額 <sup>注2</sup> (千円)	数量×回数×単価 <sup>注3</sup> (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	<b>高脂血症用剤</b>	<b>4,192</b>	159,286	11,404
5	5	6	<b>糖尿病用剤</b>	<b>2,283</b>	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	<b>血管拡張剤</b>	<b>8,925</b>	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	<b>本態性(原発性&lt;一次性&gt;)高血圧(症)</b>	227,009	7.91%	12,807	16.10%
2	4	5	N18	<b>慢性腎不全</b>	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 <sup>注1</sup>	<b>分類不明の糖尿病</b>	102,335	3.57%	2,691	3.38%
5	7	4	I63	<b>脳梗塞</b>	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	<b>インスリン非依存性糖尿病&lt;NIIDDM&gt;</b>	72,589	2.53%	2,096	2.64%
8	5	6	E78	<b>リポたんぱく&lt;蛋白&gt;代謝障害及びその他の脂(質)血症</b>	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。

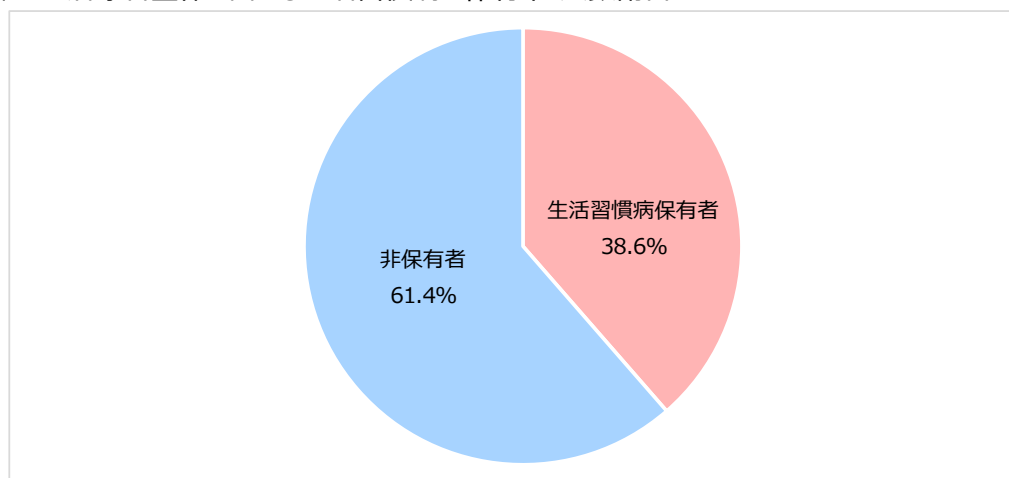
※太字：生活習慣病に関連する疾病

※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）

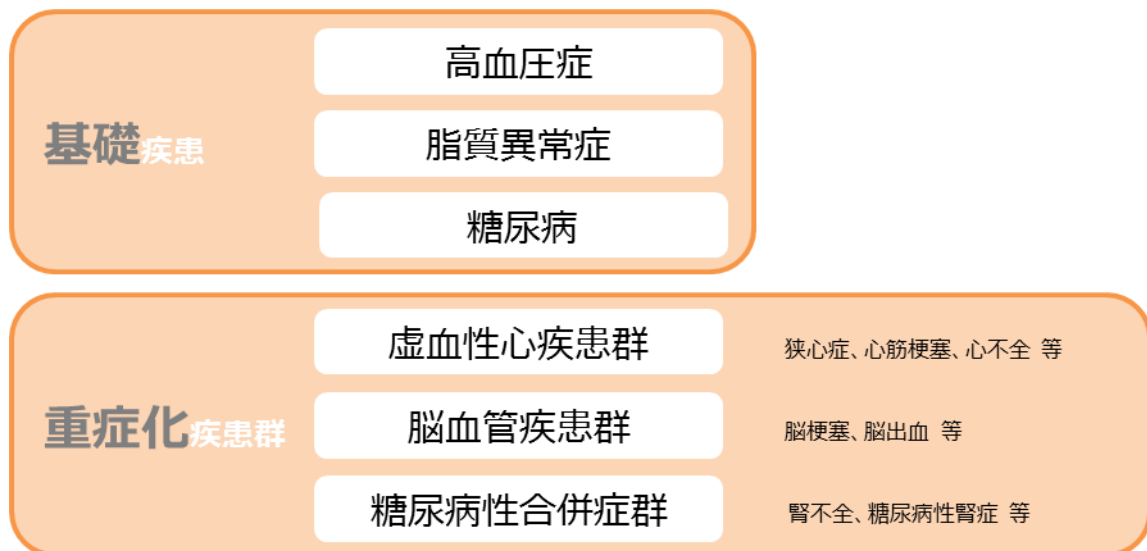
#### 4) 生活習慣病とは

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・進行に関与する疾患群」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」

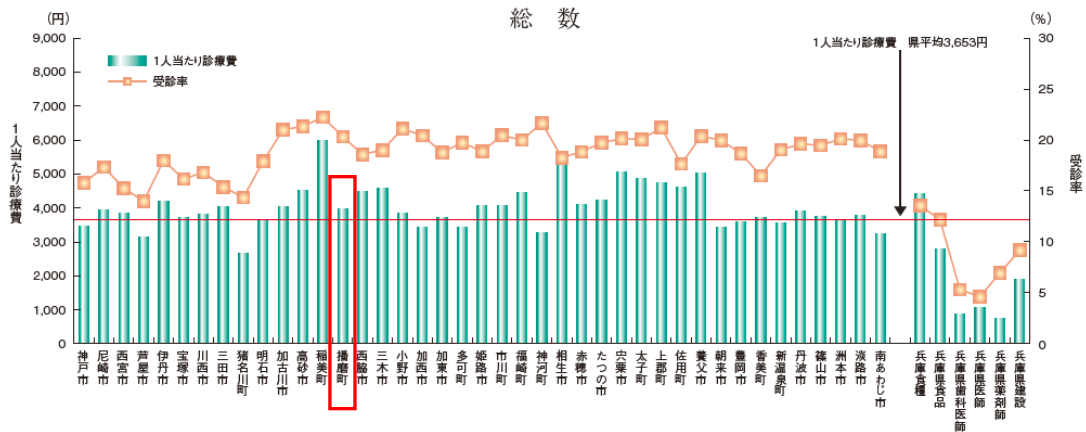
## 5) 生活習慣病の分析

### (1) 県内保険者と比較した本町の生活習慣病の状況

県内 47 保険者で、生活習慣病にかかる 1 人当たり診療費（1 か月当たり平均）を比較すると、本町はやや県平均を上回るものの、ほぼ平均的な位置づけといえます。

図表 28 県内の主な生活習慣病の状況

生活習慣病4疾病の保険者別1人当たり診療費及び受診率（平成28年）



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

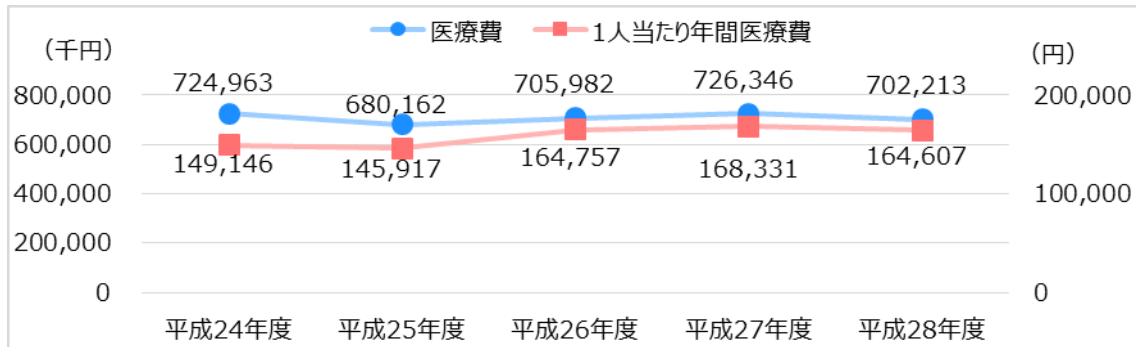
生活習慣病 4 疾病の状況（高血圧性疾患、糖尿病、脳血管疾患、虚血性心疾患）

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) 本町の生活習慣病医療費の状況

本町の生活習慣病にかかる年間医療費は、平成 24 年度では約 7 億 2,496 万円でしたが、国保加入者の減少もあり平成 28 年度には 7 億 0,221 万円となっています。しかし、生活習慣病にかかる 1 人当たり年間医療費は、平成 24 年度から平成 28 年度にかけて 15,461 円増加しており、やや増加傾向にあるといえます。

図表 29 生活習慣病にかかる年間医療費及び 1 人当たり年間医療費



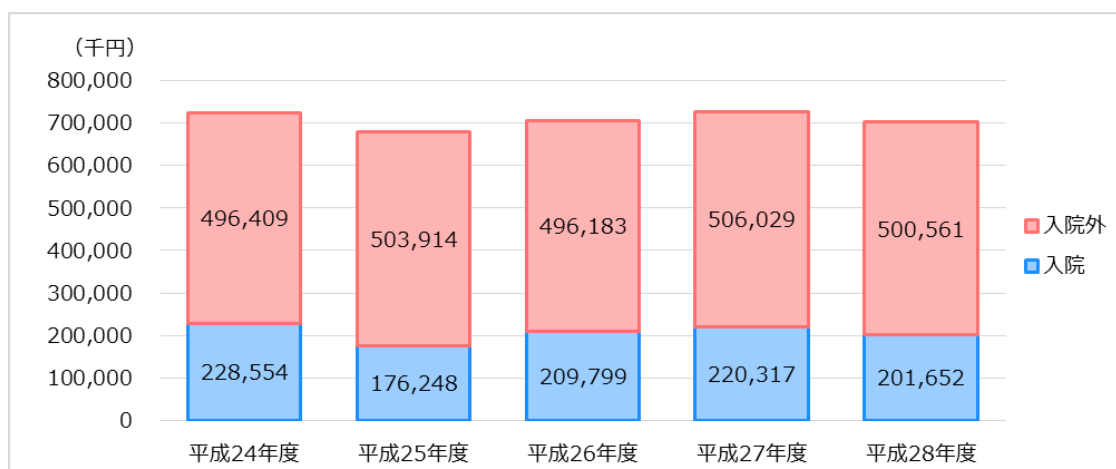
$$1 \text{ 人当たり年間医療費} = \text{年間医療費} \div \text{生活習慣病治療者数}$$

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。

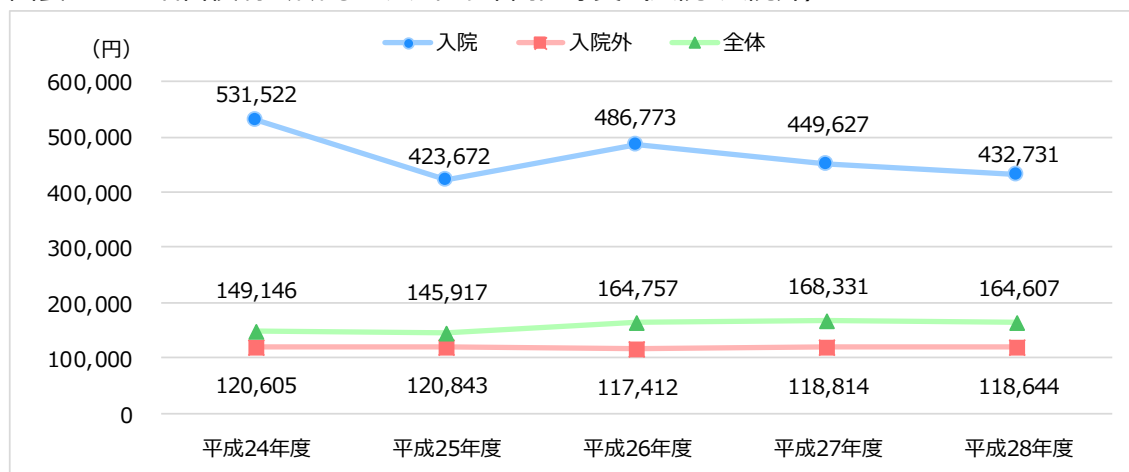
生活習慣病患者の人数を抑制するとともに、入院につながるような重症化を防ぐことが重要といえます。

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）



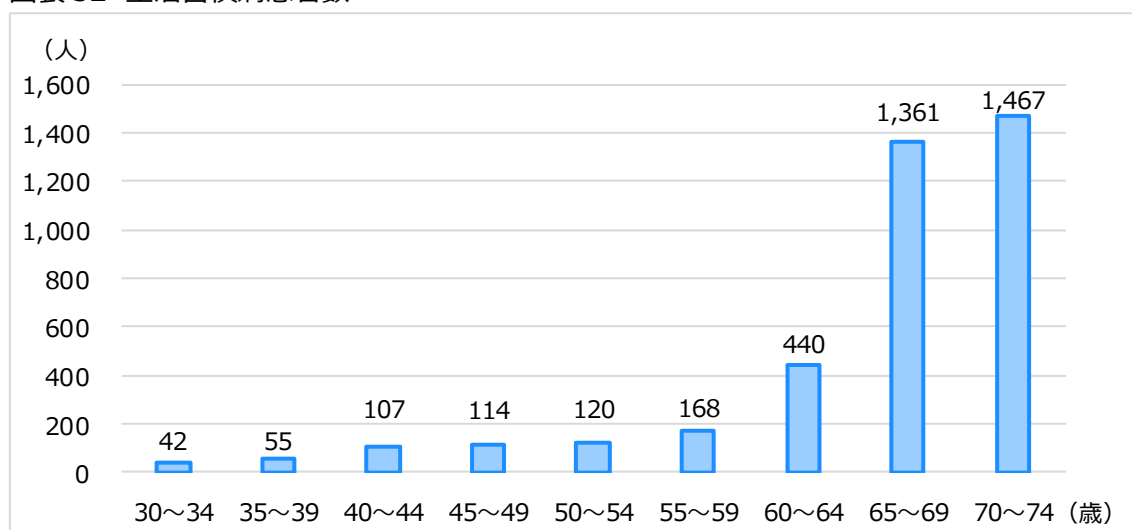
出所：医療費分析ツール「Focus」

### (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おりますが、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。

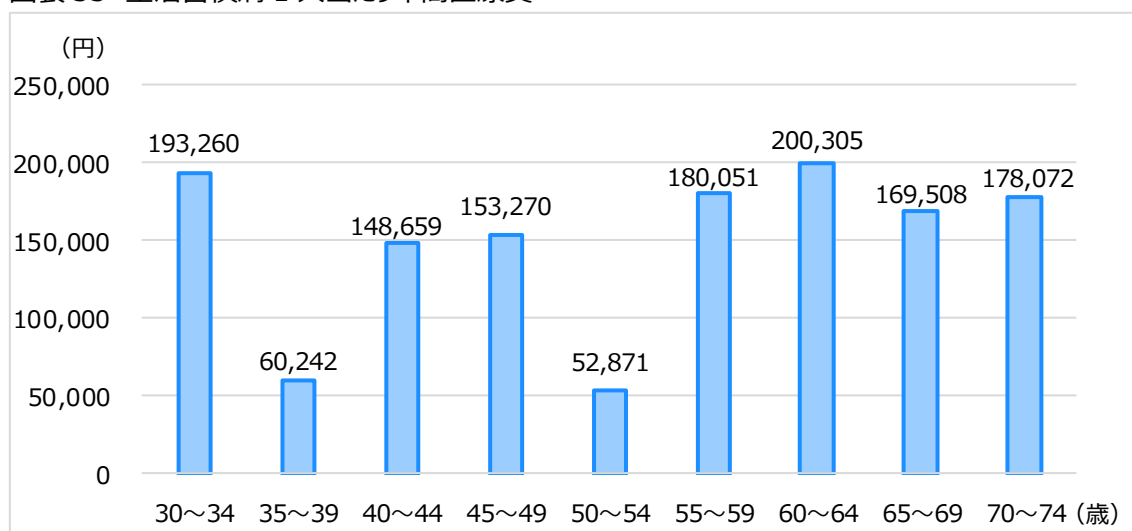
図表 32 生活習慣病患者数



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。

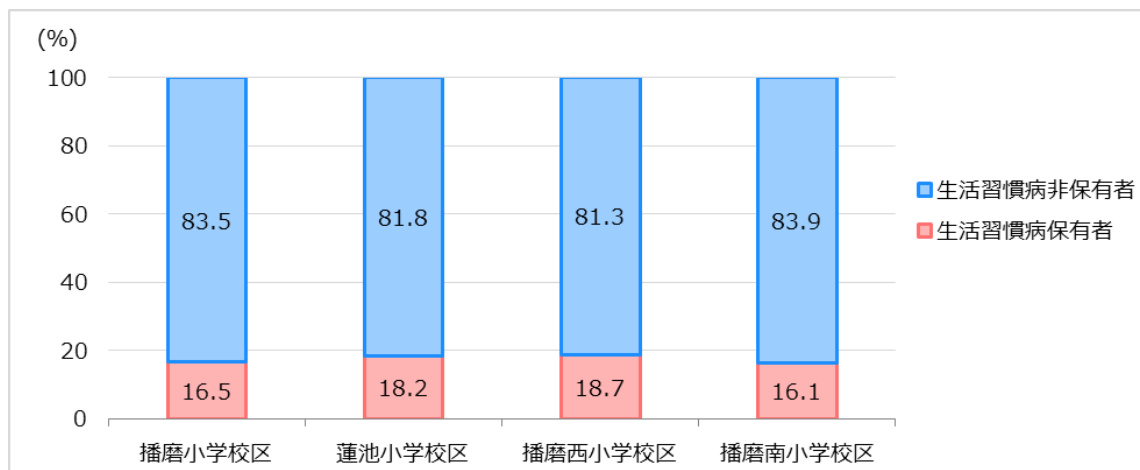
出所：医療費分析ツール「Focus」（平成28年度）



#### (4) 生活習慣病の小中学校区別の状況

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）

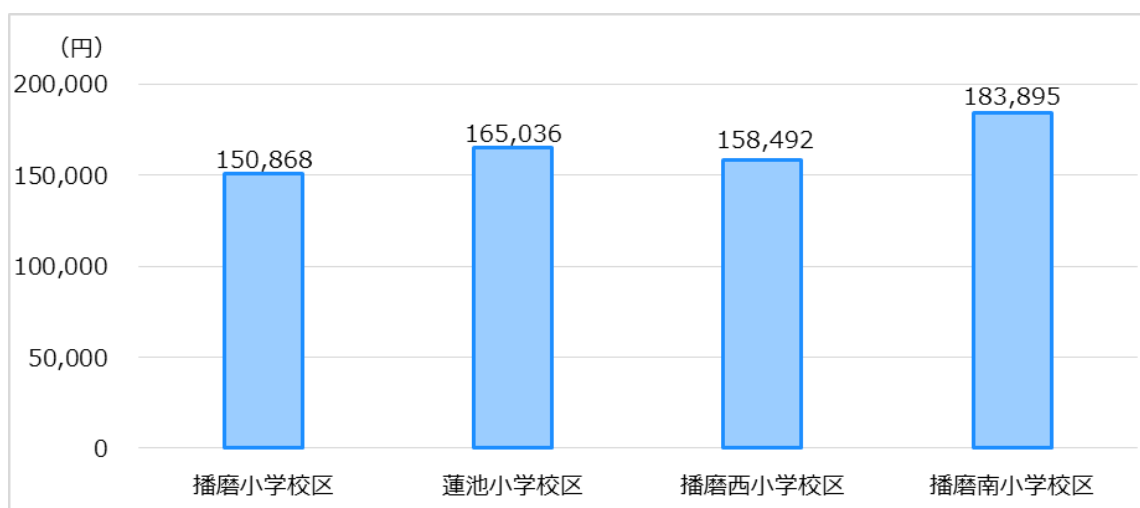


※平成 29 年 11 月時点の小中学校区分けで集計しています。

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）

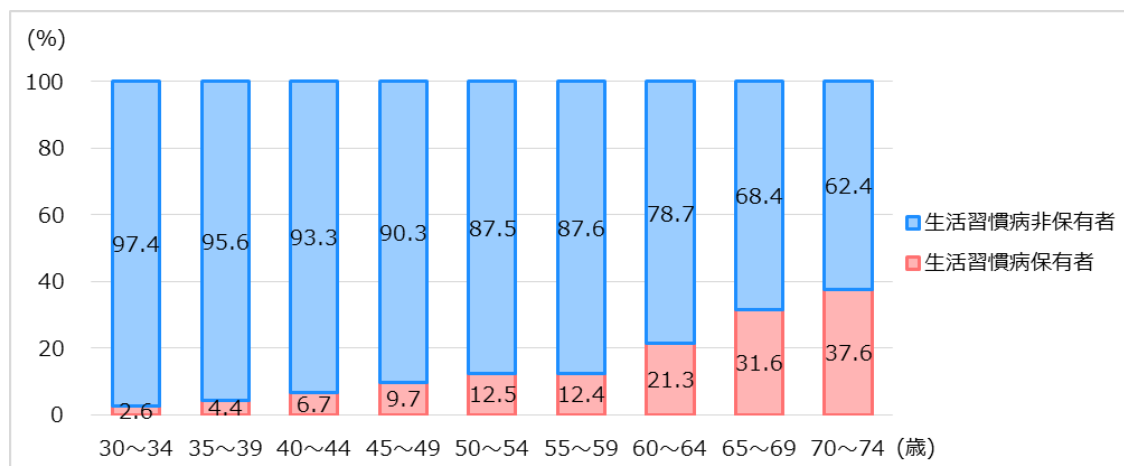


※平成 29 年 11 月時点の小中学校区分けで集計しています。

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）

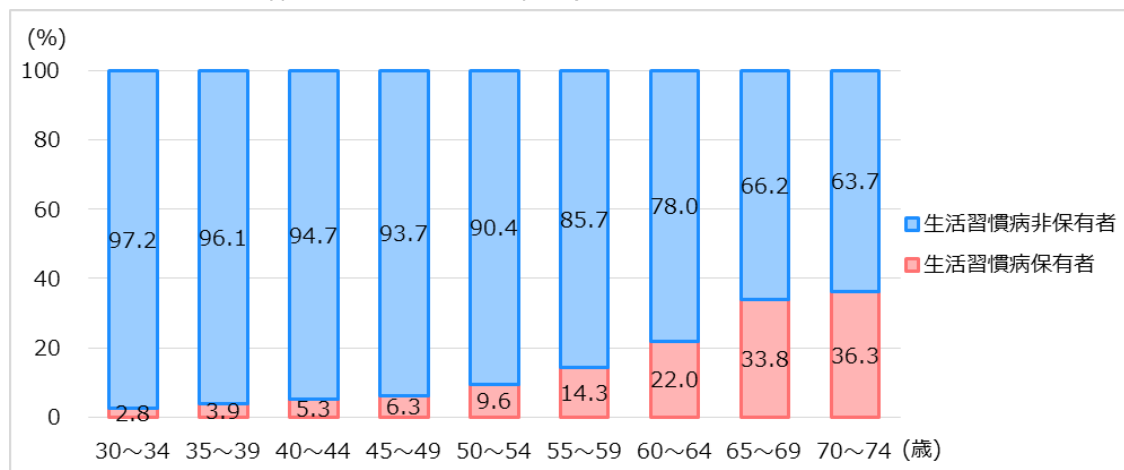


※平成 29 年 11 月時点の小学校区分けで集計しています。

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）

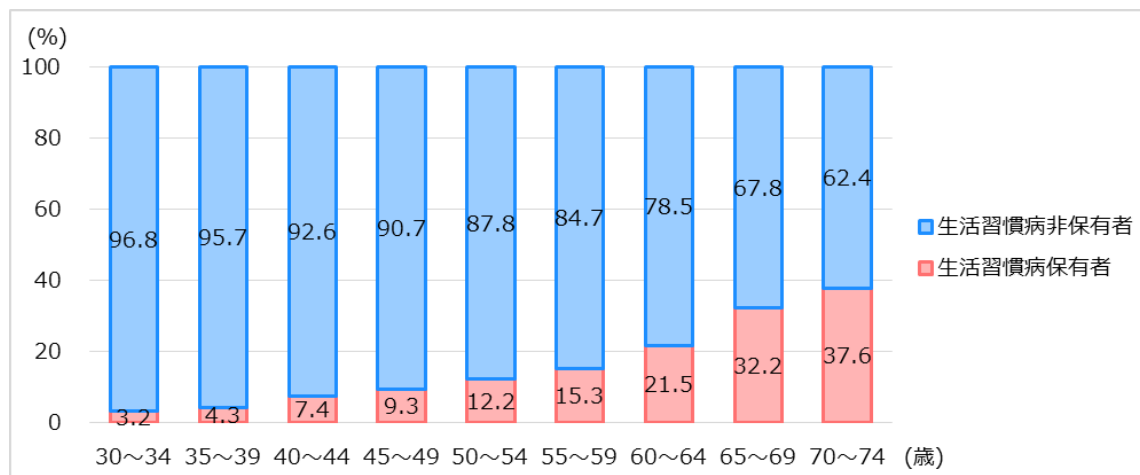


※平成 29 年 11 月時点の小学校区分けで集計しています。

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）

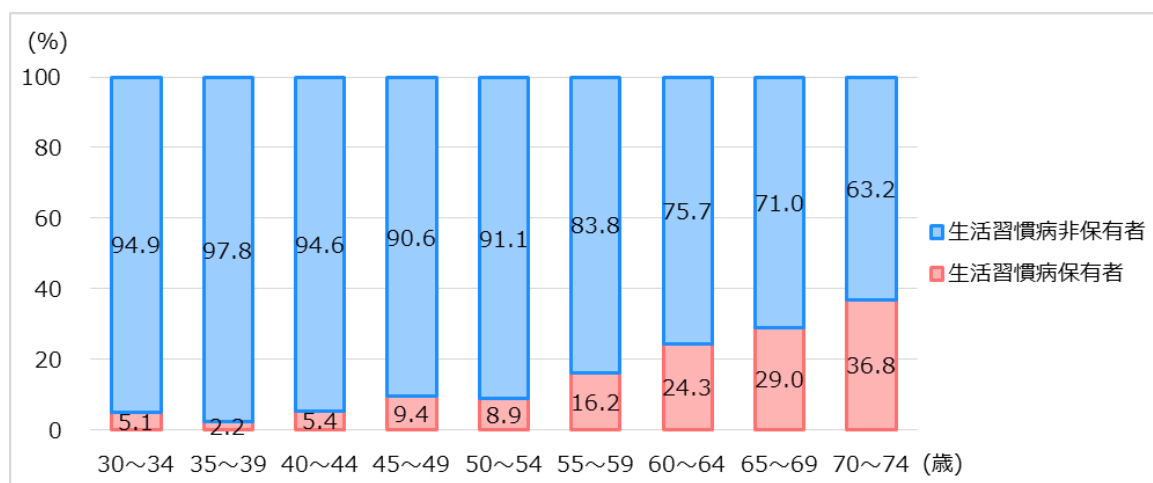


※平成 29 年 11 月時点の小学校区分けで集計しています。

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

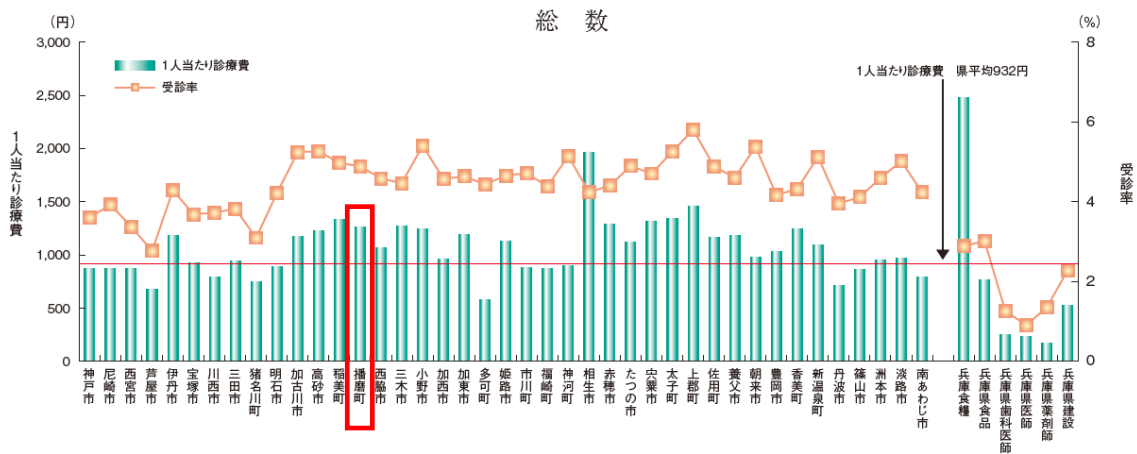
### (1) 県内保険者と比較した本町の糖尿病の状況

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）



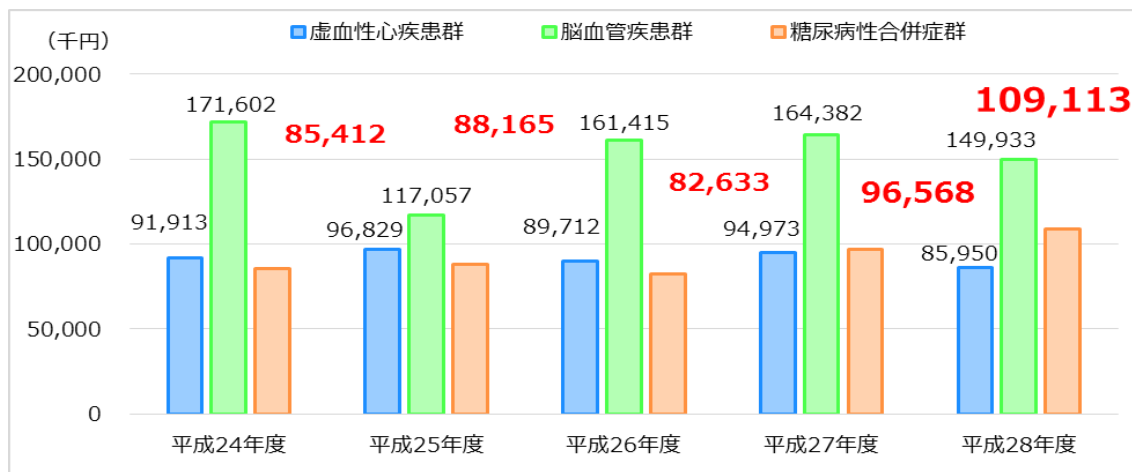
$$1人当たり診療費 = 受診率 \times 1件当たり日数 \times 1日当たり診療費$$

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。

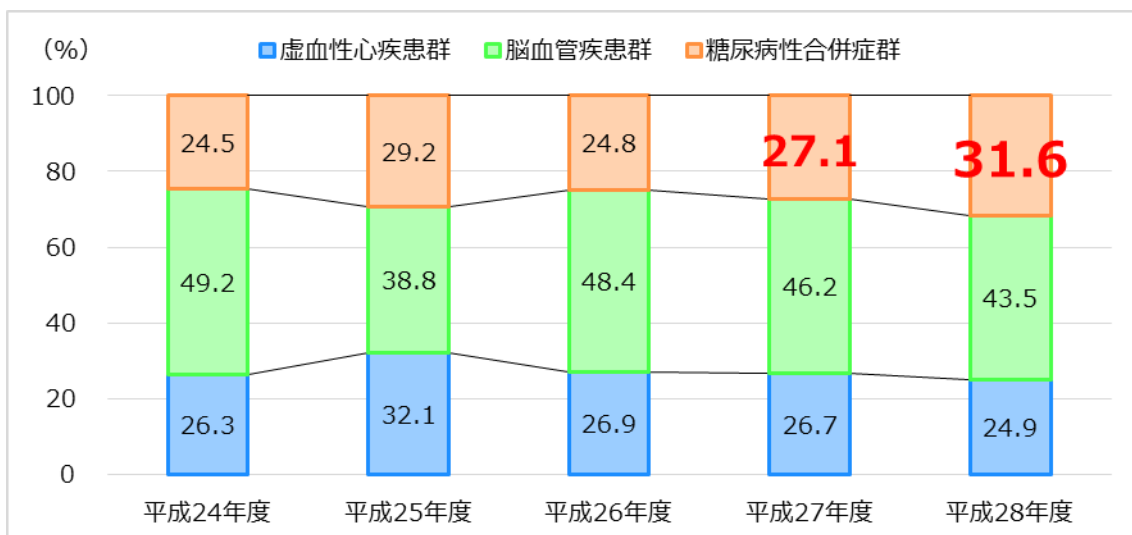
図表 41 重症化疾患群の医療費の内訳



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%以上の方が、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

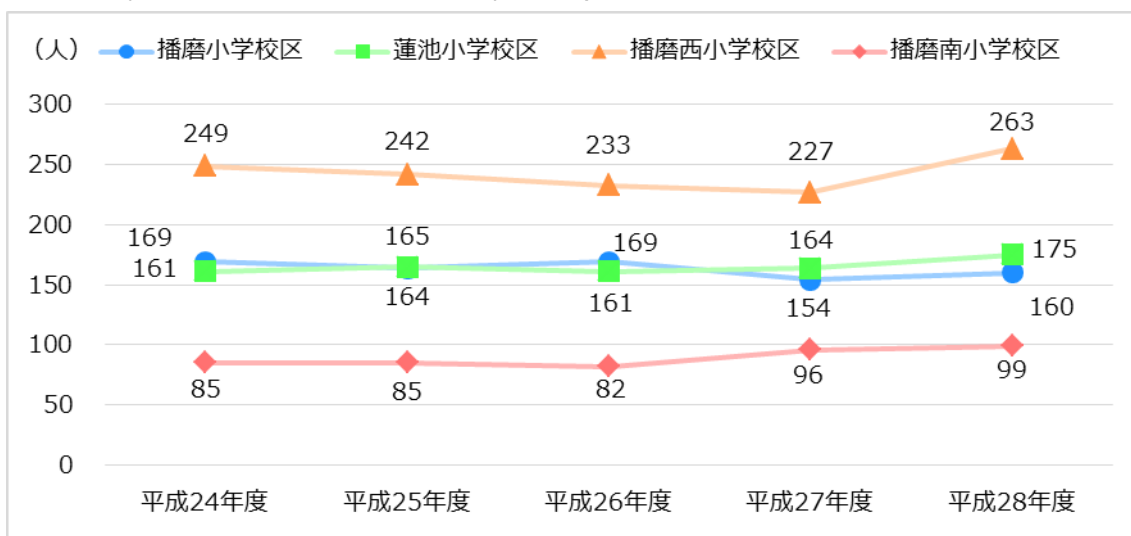
	人数	割合
糖尿病性合併症群 総人数	702 人	100.0%
基礎疾患なし	3 人	0.4%
糖尿病以外の基礎疾患のみ	30 人	4.3%
糖尿病のみ	32 人	4.6%
<b>糖尿病 + 他の基礎疾患を保有する人の割合</b>	<b>637 人</b>	<b>90.7%</b>
糖尿病 + 脂質異常症	119 人	17.0%
糖尿病 + 高血圧症	88 人	12.5%
糖尿病 + 高血圧症 + 脂質異常症	430 人	61.3%

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。

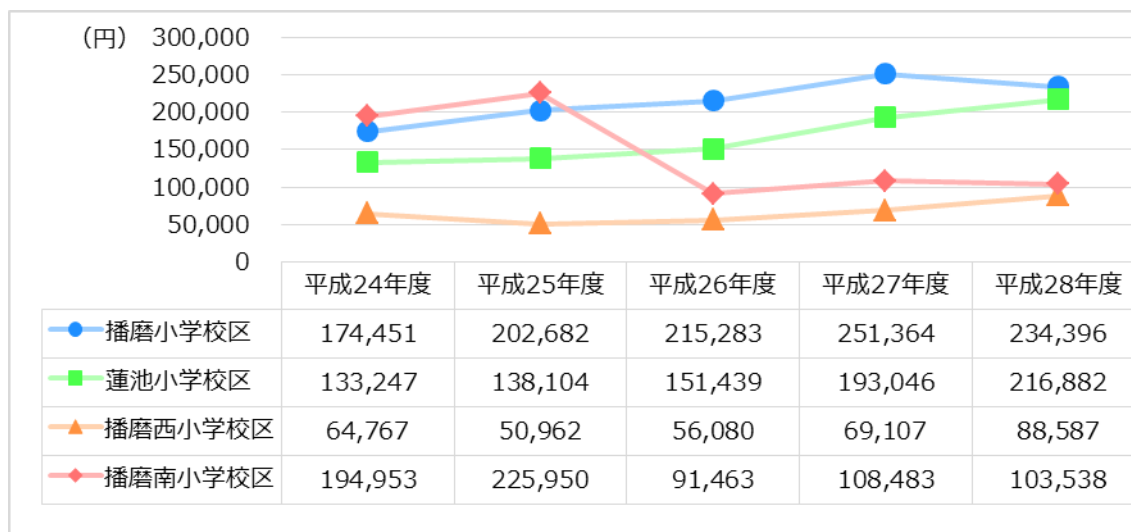
図表 44 糖尿病性合併症群人数（小学校区ごと）



※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）



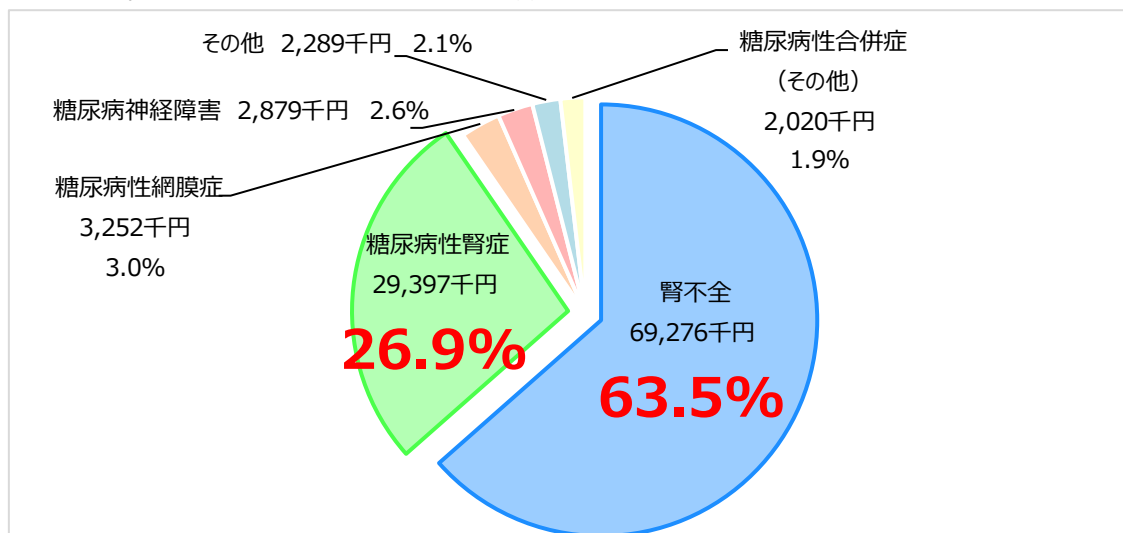
※平成 29 年 11 月時点の小学校区分けで集計しています。

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。

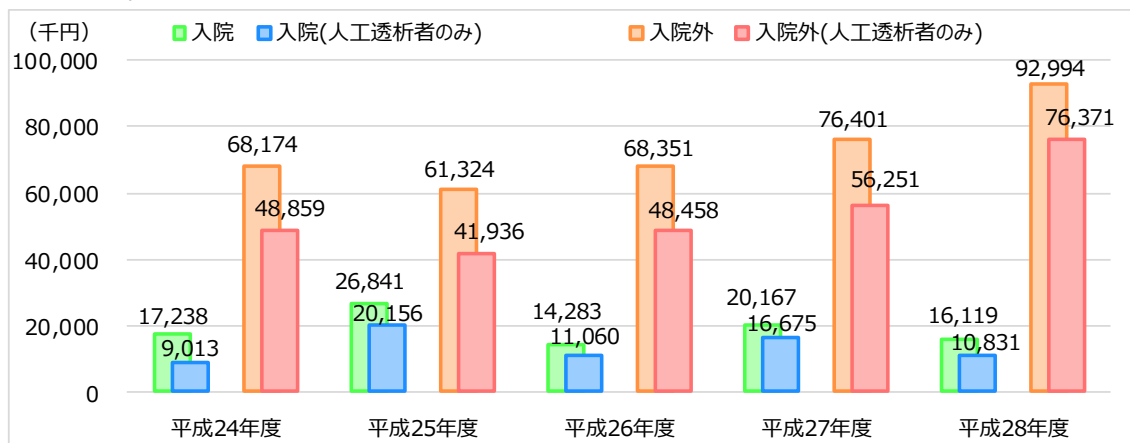
図表 46 糖尿病性合併症群の医療費の内訳



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）



### 第3章 特定健診・特定保健指導に関する分析

#### 1) 特定健診・特定保健指導とは

##### (1) 特定健診とは

生活習慣病の予防のために、平成20年4月から、40～74歳の国保加入者を対象として、毎年度、特定健康診査等実施計画に定めた内容に基づき計画的に実施する、メタボ（内臓脂肪症候群）に着目した検査項目での健康診査を実施しています。

##### ◆検査項目（平成30年度（2018年度））

項目	内容
質問項目	服薬歴、喫煙歴等
身体計測	身長、体重、BMI、腹囲
理学的検査	身体診察
血圧測定	収縮期血圧・拡張期血圧
血中脂質検査	中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール
肝機能検査	AST（GOT）、ALT（GPT）、 $\gamma$ -GT（ $\gamma$ -GTP）
血糖検査	空腹時血糖、または随時血糖、HbA1c
尿検査	尿糖、尿蛋白
痛風検査	尿酸
腎機能検査	クレアチニン、eGFR

##### ◆詳細な検査項目（以下のうち、一定の基準のもと、医師が必要と判断したもの）

心電図検査	十二誘導心電図
眼底検査	
貧血検査	赤血球数、血色素量（ヘモグロビン値）、ヘマトクリット値
血清クレアチニン検査	クレアチニン、eGFR

##### (2) 特定保健指導とは

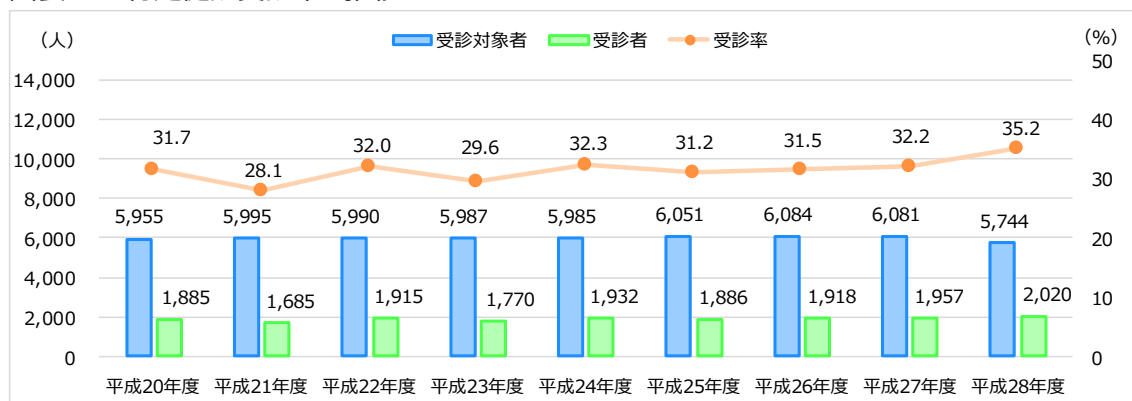
特定健診の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善により生活習慣病の予防効果が大きく期待できる人に対して、専門スタッフ（保健師、管理栄養士など）が生活習慣を見直すサポート（積極的支援・動機付け支援）をします。

## 2) 特定健診・特定保健指導の状況

### (1) 特定健診受診率の推移及び県内順位

平成 20 年度から多少増減したものの、徐々に受診率は上昇し、平成 28 年度には 35.2%（平成 27 年度と比べ+3.0 ポイント）に達しています。

図表 49 特定健診受診率の推移

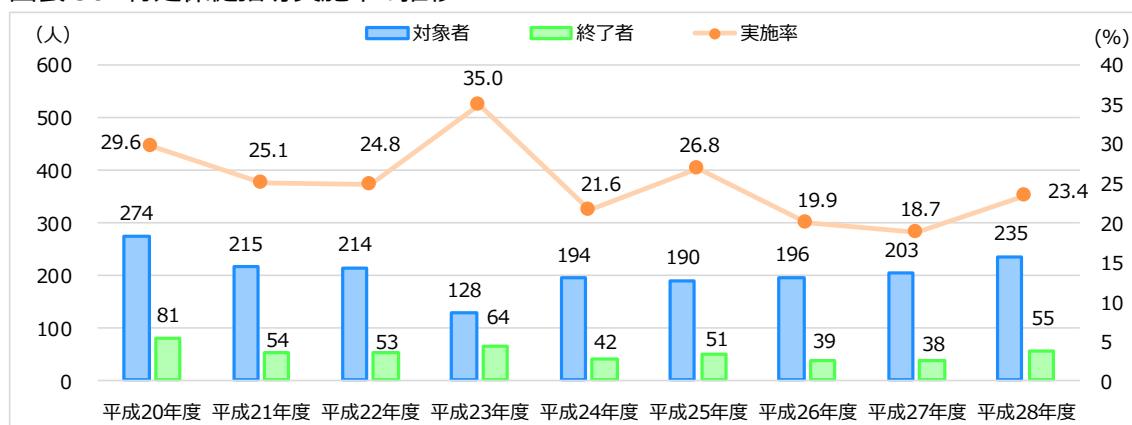


出所：法定報告値

### (2) 特定保健指導実施率の推移

特定保健指導実施率は平成 20 年度の 29.6%から上昇、減少を幾度か繰り返し、平成 28 年度は 23.4%（平成 27 年度と比べ+4.7 ポイント）となっています。

図表 50 特定保健指導実施率の推移



出所：法定報告値

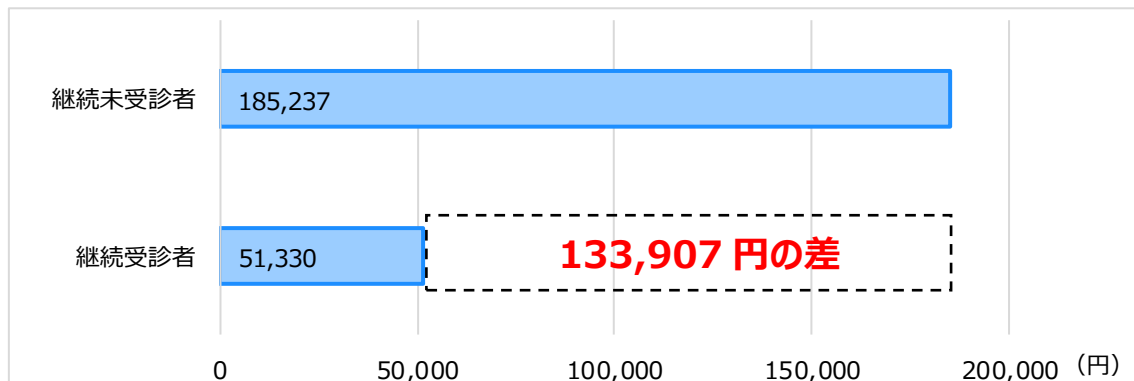
### 3) 特定健診受診者とレセプトの関係

#### (1) 特定健診受診傾向区分別の重症化疾患群の1人当たり年間医療費

平成26年度の受診傾向区分<sup>注1</sup>別に、平成28年度の重症化疾患群にかかる医療費をみると、継続未受診者は185,237円と高額であるのに対して、継続受診者は51,330円です。継続未受診者は、継続受診者と比べ、その後の重症化疾患群医療費が高くなることがわかります。

(自己負担率が3割の場合、継続未受診者に比べ、継続受診者は自己負担医療費が4万円以上安くなります。)

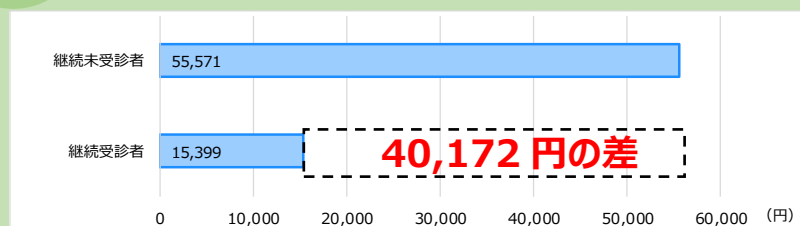
図表 51 過去の特定健診受診傾向区分別の1人当たり年間医療費（重症化疾患群）



出所：医療費分析ツール「Focus」（平成28年度）

#### 参考

#### ～自己負担率3割の場合の金額差～



注1) 受診傾向区分：当該年度を含め過去3年間（平成24～26年度）、毎年受診された人を「継続受診者」、受診歴がない人を「継続未受診者」として定義。

#### 4) リスク保有者の分析

##### (1) 県内保険者と比較した本町の状況

県内 46 保険者で特定健診結果のリスク保有率を比較すると、本町は平成 28 年度に「血糖」のみが県内 16 位、「血糖・血圧」が県内 3 位、「血糖・血圧・脂質」が県内 11 位と、高血糖と高血圧の 2 つのリスク保有率が上位に位置しています。

また特定保健指導の対象とならない「非肥満高血糖」についても、平成 26 年度から継続して上位（平成 26 年度 10 位→平成 27 年度 16 位→平成 28 年度 5 位）に位置しています。

図表 52 特定健診結果のリスク保有率

検査値は メタボ・予備群 レベル	平成 26 年度				平成 27 年度				平成 28 年度			
	播 磨 町 (%)	保 険 者 (順位)	県 (%)	国 (%)	播 磨 町 (%)	保 険 者 (順位)	県 (%)	国 (%)	播 磨 町 (%)	保 険 者 (順位)	県 (%)	国 (%)
メタボ予備群	9.7	29	10.2	10.7	10.5	20	10.2	10.7	9.7	31	10.5	10.7
メタボ該当者	14.3	33	15.9	16.4	15.7	21	16.3	16.4	18.2	10	16.8	17.3
<b>非肥満高血糖</b>	10.6	<b>10</b>	9.1	9.0	9.8	<b>16</b>	9.4	9.0	10.9	<b>5</b>	9.0	9.3
腹囲	27.4	30	29.5	30.6	29.5	23	29.8	30.6	31.0	21	30.8	31.5
BMI	4.0	17	4.1	4.8	3.8	23	4.1	4.8	3.8	19	3.9	4.7
<b>血糖</b>	0.5	30	0.6	0.6	0.5	31	0.6	0.6	0.7	<b>16</b>	0.7	0.7
血圧	6.5	31	7.0	7.4	7.7	13	7.0	7.4	6.7	32	7.2	7.4
脂質	2.7	17	2.6	2.6	2.2	30	2.5	2.6	2.3	37	2.6	2.6
<b>血糖・血圧</b>	2.2	32	2.4	2.6	2.7	19	2.5	2.6	3.2	<b>3</b>	2.6	2.7
血糖・脂質	0.5	40	0.8	0.9	0.6	39	0.9	0.9	0.8	26	0.9	1.0
血圧・脂質	7.8	24	8.0	8.2	8.4	18	8.0	8.2	8.6	16	8.1	8.4
<b>血糖・血圧・脂質</b>	3.8	29	4.6	4.8	4.1	27	4.8	4.8	5.5	<b>11</b>	5.1	5.2

\* 非肥満：「BMI<25」及び、腹囲が基準（男性 85 cm、女性 90 cm）未満の人

\* 47 保険者のうち、1 保険者が KDB 未加入のため、46 保険者となっています。

出所：国保データベースシステム（KDB） 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

## (2) 本町の高血糖リスク者のその後の状況

本町の平成 26 年度特定健診結果の高血糖リスク保有者の 2 年後の糖尿病性合併症群り患状況をみると、リスクなしの人に比べ、高血糖リスクのみの人が約 3 倍、高血糖リスクに加え、高血圧、脂質異常のリスクを 2 つ以上もつ人が約 4 倍り患しています。リスクを 2 つ以上保有している人が、2 年後に重症化する可能性が高いことがわかります。

図表 53 平成 26 年度高血糖リスク保有者の 2 年後の状況

高血糖リスクの有無	平成 26 年度 健診結果 (人)	2 年後の糖尿病性合併症群 り患者 (人)	割合
リスクなし	279	12	4.3%
リスクあり	329	52	15.8%
高血糖リスクのみ	48	6	12.5%
高血糖を含む 2 つ以上の リスクあり	281	46	<b>16.4%</b>
高血糖・高血圧	68	12	17.6%
高血糖・脂質異常	79	14	17.7%
高血糖・高血圧・ 脂質異常	134	20	14.9%

出所：医療費分析ツール「Focus」

高血糖リスク保有者を肥満と非肥満で分けた場合、非肥満の方が 2 年後の糖尿病性合併症群り患者が多くなっています。非肥満の人でも、高血糖リスクがあれば重症化しやすいことがわかります。

図表 54 平成 26 年度高血糖リスク保有者の 2 年後の状況（肥満・非肥満）

	平成 26 年度 健診結果 (人)	2 年後の糖尿病性合併症群 り患者 (人)	割合
高血糖かつ肥満	131	16	12.2%
高血糖かつ非肥満	198	36	<b>18.2%</b>

出所：医療費分析ツール「Focus」

## 第4章 医療費適正化に向けた分析

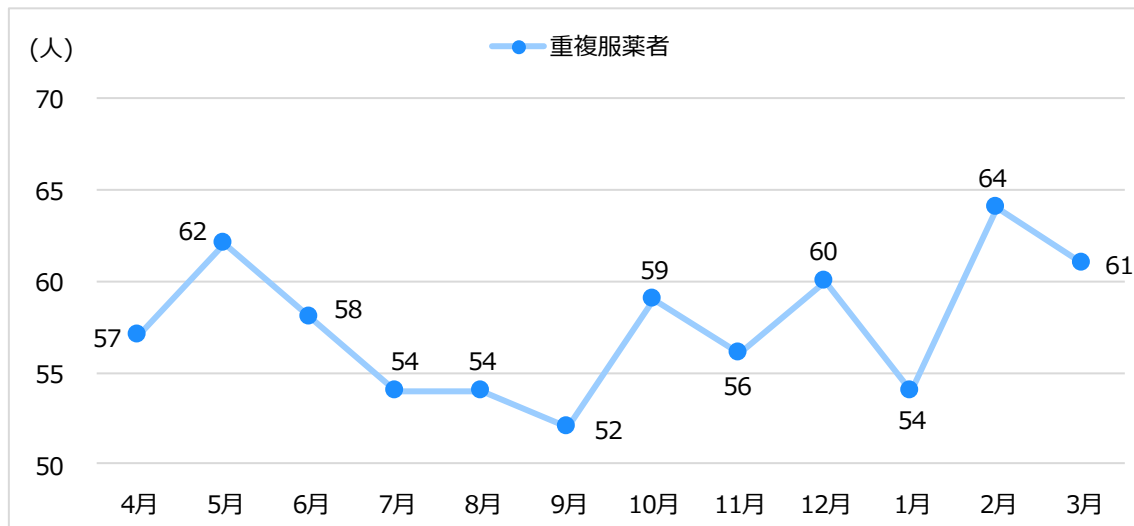
### 1) 重複服薬者の状況

#### (1) 重複服薬者の状況

服薬状況を改善できる可能性のある本町の重複服薬者<sup>注1</sup>の該当者数は、毎月 50～60 人程度で推移しています。（悪性新生物や精神疾患治療者、高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証の対象者をのぞきます）

重複服薬となる医薬品種類の上位を占める、「去たん剤」「鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤」「消化性潰瘍剤」などは、主となる処方薬と合わせて処方されるケースも多く、特に重複しやすい傾向にあります。重複処方は、医療費だけでなく、心身への負担や健康被害にもつながる可能性があるため、適正服薬への促しが必要です。

図表 55 重複服薬者数の推移



出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 28 年度）

注 1) 重複服薬者とは：薬効（効能）が同じ薬を、複数の医療機関から処方されている人

#### <重複医薬品対象者抽出条件>

同一月内に同一薬効（薬価基準コード上 7 桁で判断）の医薬品を複数の医療機関から処方されている者

\* 悪性新生物、精神疾患の治療者はのぞく

\* 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証の対象者（特記事項が 02 長、03 長処、16 長 2 で判断）はのぞく

図表 56 重複服薬となる医薬品種類トップ 10

薬効分類	薬効名称	医薬品重複対象者(人)	レセプト費用額 (円)	一人当たり費用額 (円)
223	去たん剤	196	5,486,060	27,990
264	鎮痛, 鎮痒, 収斂, 消炎剤	117	5,199,020	44,436
114	解熱鎮痛消炎剤	136	4,477,670	32,924
232	消化性潰瘍用剤	69	2,632,310	38,149
231	止しゃ剤, 整腸剤	51	1,963,940	38,509
449	その他のアレルギー用薬	39	1,024,840	26,278
224	鎮咳去たん剤	33	1,018,850	30,874
313	ビタミンB剤 (ビタミンB1剤をのぞく)	18	782,960	43,498
225	気管支拡張剤	20	676,130	33,807
217	血管拡張剤	20	632,430	31,622

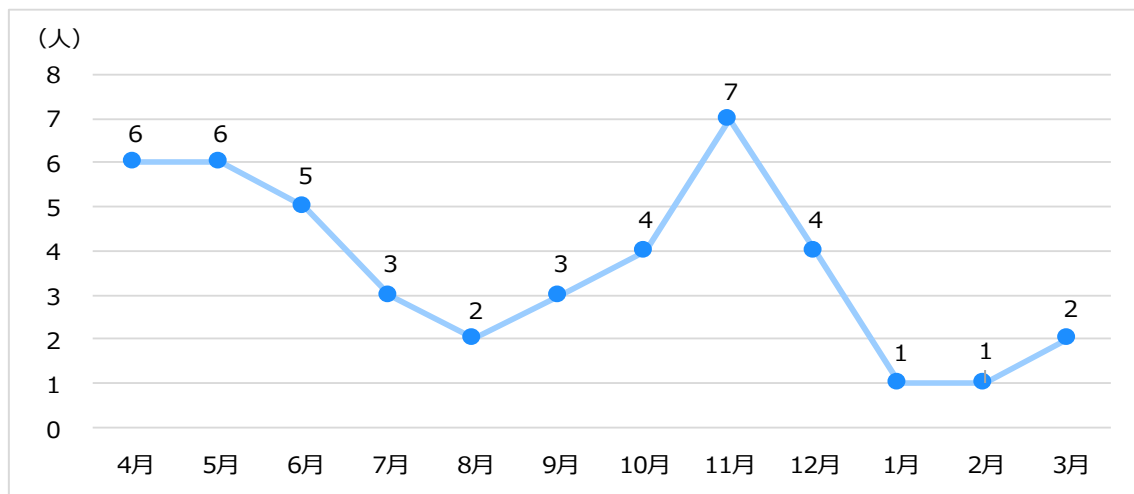
出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 28 年度）

## 2) 重複・頻回診療者の状況

### (1) 重複診療者の状況

本町の重複診療者<sup>注1</sup>の該当者数は、毎月10人までで推移しています。程度や状況により様々な原因が考えられます。重複診療は、医療費だけでなく、心身への負担や重複服薬にもつながる可能性があるため、適正診療への促しが必要です。

図表 57 重複診療者の月別人数



出所：医療費分析ツール「Focus」（平成28年度）

注1) 重複診療者とは：同じ病気が原因で、複数の医療機関へ通院している状態が3ヶ月連続している人

#### <重複診療者抽出条件>

3ヶ月連続で、外来レセプトを対象に同一疾病（ICD10 先頭3桁で判断）かつ他医療機関のレセプトがある者

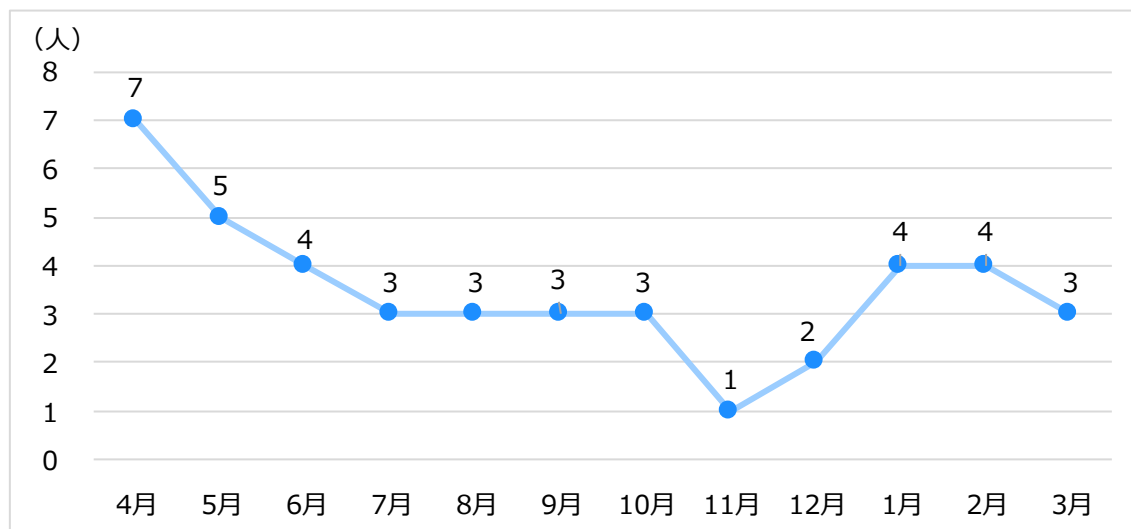
\* 悪性新生物、精神疾患の治療者はのぞく



## (2) 頻回診療者の状況

本町の頻回診療者<sup>注1</sup>の該当者数は、毎月10人までで推移しています。頻回診療となる原因の多くが、関節症などの整形関連によるものです。頻回診療は、医療費だけでなく、長期通院が心身への負担にもつながる可能性があるため、適正診療への促しが必要です。

図表 58 頻回診療者の月別人数



出所：医療費分析ツール「Focus」（平成28年度）

注1) 頻回診療者とは：ひと月の通院日数が15日を超えている状態が3ヶ月連続している人

### <頻回診療者抽出条件>

3ヶ月連続で、同一医療機関の外来レセプトで、診療実日数が15日以上である者

\* 悪性新生物、精神疾患の治療者はのぞく

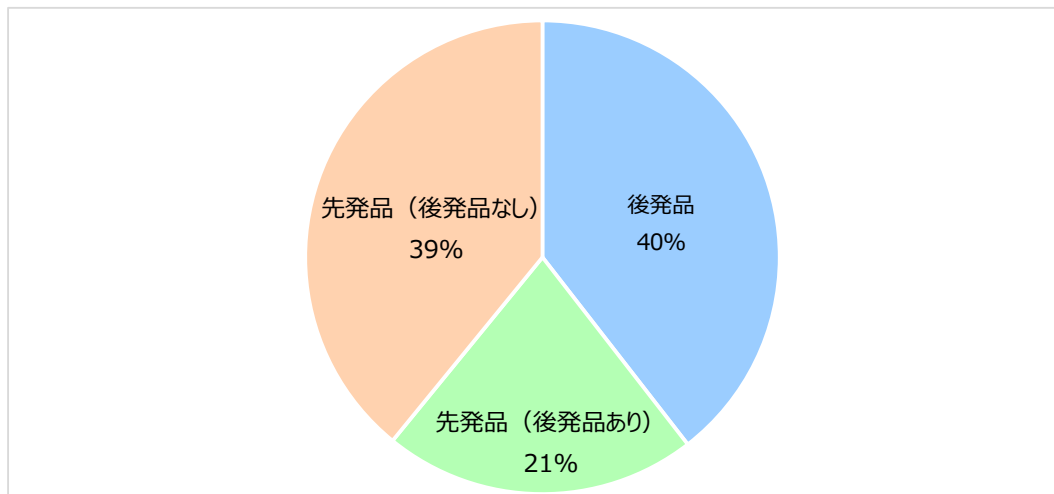
\* 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証の対象者（特記事項が02長、03長処、16長2で判断）はのぞく

### 3) 後発医薬品（ジェネリック）の普及状況

#### (1) 後発医薬品（ジェネリック）の普及状況

本町で処方されている医薬品全体の普及率をみると、後発品の割合は 40%、後発品のある先発品は 21%、後発品のない先発品は 39%です。

図表 59 医薬品全体の普及割合 数量ベース（数量×回数）

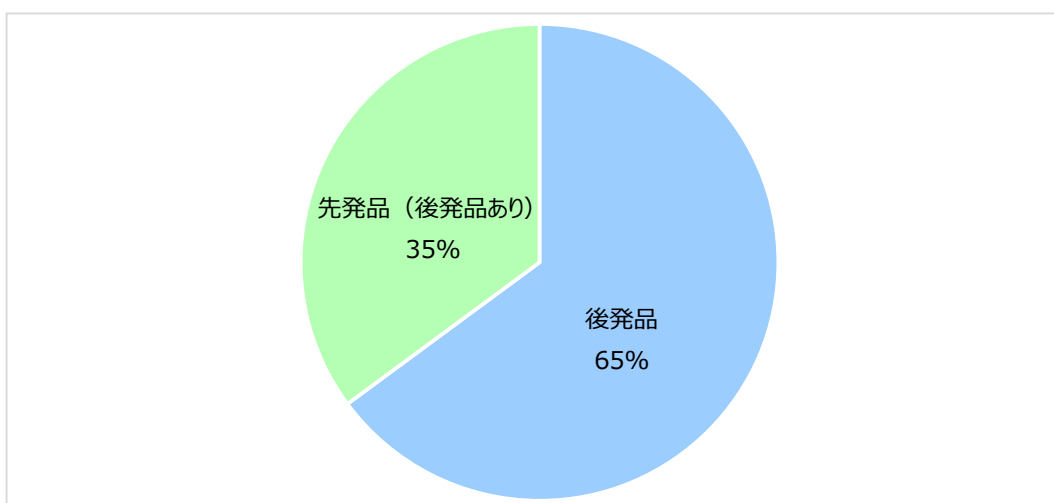


対象レセプト抽出条件：調剤レセプト、医科レセプト（内服、頓服、外用薬）

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

後発品と、後発品のある先発品のみでみた場合、後発品のある先発品が 35%を占めており、この層に対して後発品への切り替えを促すことが可能です。

図表 60 後発医薬品の普及割合 数量ベース（数量×回数）



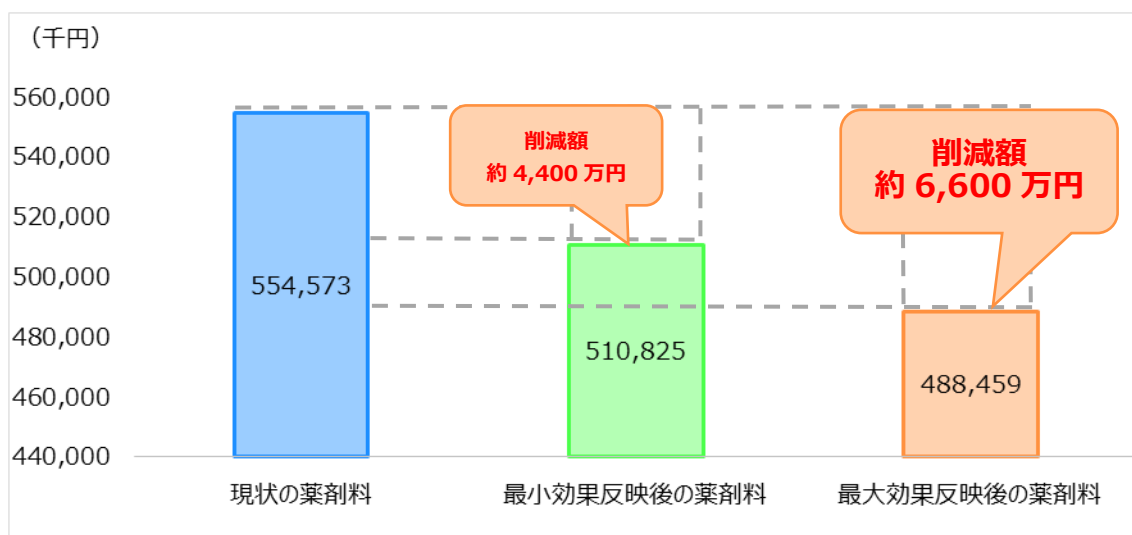
対象レセプト抽出条件：調剤レセプト、医科レセプト（内服、頓服、外用薬）

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

## (2) 後発品（ジェネリック）への切り替えによる削減額

後発医薬品への切り替え可能な先発品をすべて後発品へ切り替えた場合について、最大 6,600 万円の医療費削減効果が期待できます。

図表 61 後発医薬品への切り替えによる削減額



出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 28 年度）

<後発医薬品（ジェネリック）へ切り替え可能な対象レセプト抽出条件>

調剤レセプト、医科入院外レセプト（内服、頓服、外用薬（注射薬をのぞく））

\* 後発品の方が高額な場合は置き換えない

### 参考

～後発品（ジェネリック）への切り替えによる医療費削減（例）～

『血圧降下剤 A錠 10mg 1日2回朝・夕、90日分処方』の場合

①先発品（A錠）のまま処方した場合・・・

血圧降下剤 A錠：単価 124 円  
 $124 \text{ 円} \times 2 \times 90 \text{ 日} = 22,320 \text{ 円}$

②後発品（B錠）に切り替えた場合・・・

血圧降下剤 B錠：単価 108 円  
 $108 \text{ 円} \times 2 \times 90 \text{ 日} = 19,440 \text{ 円}$

削減額  
2,880 円

#### 4) 第三者行為求償の状況

##### (1) 第三者行為求償確認対象者の状況

交通事故、喧嘩、他人の飼い犬等にかまれたときなど、第三者（加害者）の行為によって生じた保険給付について、保険者が立て替えた医療費等を第三者に対して請求する行為を第三者行為求償といいます。

第三者行為求償の本町の対象数は、年間 5～6 件程度であり、兵庫県国民健康保険団体連合会に事務委託しながら進めています。

今後も本町のレセプトの中に交通事故などのものはないか点検することにより適正な保険給付、医療費の適正化につなげていきます。

## 第 5 章 健康課題のまとめ

### 健康課題①

- 治療中の人でも、特定健診で治療中の疾患以外のリスクを知り、予防ができていなければ、新規重症化しています。（図表 20、21 参照）
- 全レセプトにおける医療費別トップ 10 には、改善可能な生活習慣病に関連する疾患が上位を占めており、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 25、26 参照）
- 生活習慣病にかかる 1 人当たり年間医療費は、やや増加傾向にあるといえます。（図表 29 参照）
- 生活習慣病にかかる 1 人当たり年間医療費は、重症化して入院するとより高額になります。（31 参照）
- 生活習慣病人数は 65 歳頃から大幅に増加します。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ります。（図表 32、33 参照）
- 特定健診の継続未受診者は、継続受診者と比べ、その後の生活習慣病の重症化疾患群の医療費が高額になります。（図表 51 参照）

生活習慣病にかかる医療費は増加傾向にあり、重症化して入院につながると更に高額となります。生活習慣病は、早期発見、発症予防に向けて生活習慣の改善に取り組むことで、罹患リスクを下げることや重症化の予防が可能です。

### 方針 1

特定健診の受診者を増やし、生活習慣病のリスクがある人へ特定保健指導・笑顔かがやき隊等の保健事業をとおして、広く生活習慣の改善を行い、生活習慣病を予防します。

## 健康課題②

- 糖尿病の1人当たり診療費について、本町は県平均を上回っています。(図表 40 参照)
- 近年、糖尿病が重症化して引き起こされる糖尿病性合併症群の医療費が増加傾向にあり、前年度と比較しても、糖尿病性合併症群の割合がもっとも上昇しています。(図表 41、42 参照)
- 人工透析になると特に医療費が高額となり、1人当たり約 487 万円かかります。(図表 48 参照)
- 本町は、高血糖と高血圧の2つのリスク保有率が高く、糖尿病の重症化につながるリスクをもつ人が非常に多い状況といえます。(図表 52 参照)
- 高血糖リスクなしの人に比べ、高血糖リスクありの人が約 3 倍、高血糖リスクと併せて高血圧、脂質異常などリスクを 2 つ以上もつ人が約 4 倍、糖尿病性合併症群に罹患しています。また非肥満の人でも、高血糖リスクがあれば重症化しています。(図表 53、54 参照)

本町は、糖尿病の重症化につながるリスクをもつ人が非常に多い状況であり、糖尿病が重症化して引き起こされる糖尿病性合併症群の医療費が増加傾向にあります。糖尿病の重症化を予防し、特に医療費が高額となる人工透析を増やさない取り組みが必要です。

### 方針 2

高血糖リスク保有者に対し、健康教育や健康・栄養相談などでリスクを軽減させる取り組みを行います。

### 方針 3

高血糖リスクと高血圧リスクを複数保有する人は重症化しやすいため、生活習慣病予防教室などでリスクを軽減させる取り組みを行います。

### 方針 4

人工透析となる一歩手前の特にハイリスクな人や、糖尿病の治療中断者に対し、適切な医療機関への受診の促しなどで、重症化させない取り組みを行います。

### 健康課題③

- 重複服薬者の該当者数は、毎月 50～60 人程度で推移しています。（図表 55 参照）
- 重複・頻回診療者の該当者数は、毎月 10 人までで推移しています。（図表 57、58 参照）

重複服薬者、重複・頻回診療者については、医療費だけでなく、心身への負担にもつながる可能性があるため、適正服薬・適正診療への促しが必要です。

### 方針 5

重複服薬者、重複・頻回診療者については広報などで啓発を行い、適正な医療行動へ促す取り組みを行います。

### 健康課題④

- 後発品（ジェネリック）への切り替え可能な割合は 35%を占めており、最大約 6,600 万円の医療費削減効果が期待できます。（図表 60、61 参照）
- 第三者行為求償について、レセプトの再点検事務により適切な保険給付、医療費の適正化につなげていきます。

後発品（ジェネリック）への切り替え、第三者行為求償事務については現状でも兵庫県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）委託にて事業実施中ですが、まだ医療費を適正化できる余地があります。

### 方針 6

後発品（ジェネリック）への切り替え、第三者行為求償事務については今後も国保連合会委託による事業を継続実施していきます。

## 第6章 実施施策

### 1) 実施施策まとめ

実施施策として、データヘルス計画においては、継続的に実施している事業を中心として以下の事業に取り組みます。

図表 62 実施施策まとめ

事業	内容	対象
健康診査	特定健康診査	40歳以上の播磨町国保加入者
	基本健康診査	30-39歳の健診の受診機会がない人
	若い世代の血液検査	20-39歳の健診の受診機会がない人
	健康増進法に基づく特定健康診査	40歳以上の生活保護受給者
	後期高齢者健康診査	後期高齢者医療保険加入者で生活習慣病の治療中でない人
	後期高齢者口腔歯科健診	76歳以上の後期高齢者医療保険加入者
	がん検診 ①胃がん検診 ②肺がん検診 ③大腸がん検診 ④子宮がん検診 ⑤乳がん検診 ⑥前立腺がん	①胃部エックス線検査：40歳以上 胃内視鏡検査：50歳以上 ②胸部エックス線検査：20歳以上 胸部CT検査：50歳以上 ③・④20歳以上 ⑤マンモグラフィ検査：40歳以上 乳腺超音波検査：30-39歳 ⑥50歳以上
	健康増進法に基づく検診 ①骨粗しょう症検診 ②胃がんリスク検査 ③肝炎ウイルス検診 ④歯周病検診	①40歳以上 ②18歳以上 ③40歳以上 ④40歳・50歳・60歳・70歳の人
	特定健診未受診勧奨	特定健診未受診の人
	特定保健指導	特定健診受診者のうち、生活習慣の改善が必要な人
	特定保健指導未利用勧奨	特定保健指導の対象で、未利用の人



健康教育	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
	糖尿病カンバセーションマップ	特定健診受診者のうち、HbA1c（NGSP）が5.6%以上の人
	健康教室	一般住民
	訪問指導	一般住民
重症化対策	健康・栄養相談	一般住民
	糖尿病相談	糖尿病の治療中または糖尿病予備群の人
	糖尿病指導	糖尿病の治療中または糖尿病予備群の人
	医療機関受診勧奨	糖尿病ハイリスク者または糖尿病の治療中断者
医療費適正化	重複服薬者対策	重複服薬者
	重複・頻回診療者対策	重複・頻回診療者
	後発品医薬品促進（国保連合会委託）	後発品医薬品未使用者
	第三者行為求償事務（国保連合会委託）	第三者行為候補者

※年齢はすべて年度末年齢

## 2) 重症化対策の詳細

### (1) 高血糖リスク保有者の重症化対策

重症化対策として、対象者をリスクに応じて分類し適切な施策を実施し、腎不全、人工透析への移行などの重症化を予防します。

特定健診受診者で高血糖リスク保有者（HbA1c（NGSP）5.6%以上）に対しては、ポピュレーションアプローチとして食生活の改善や運動対策などの健康教育を実施します。また特にリスクが高い層（HbA1c（NGSP）6.5%以上）へのハイリスクアプローチとして、糖尿病治療中の人に対しては健康相談、糖尿病指導などの重症化対策を、糖尿病未治療者に対しては適切な医療機関受診勧奨を実施します。

図表 63 高血糖リスク保有者の重症化対策

現在の糖尿病治療の有無 特定健診受診結果による高血糖リスク		現在糖尿病治療 なし	現在糖尿病治療 あり		
		HbA1c(NGSP)5.6%未満 (高血糖リスクなし)		健康教室 ①	
HbA1c(NGSP)5.6%以上 (尿蛋白・eGFR は問わない)		健康教育 ② (笑顔かがやき隊/糖尿病カンパセーションマ ップ)			
		HbA1c(NGSP)6.5%～ 6.9% かつ 尿蛋白 (+) 以上または eGFR60 未満	HbA1c(NGSP)6.5%～ 6.9% (尿蛋白 (-) または (±)、eGFR60 以上)	医療機関受診 勧奨 ⑥	健康・栄養相談 ③
		HbA1c(NGSP)7.0%～ 7.9% かつ 尿蛋白 (+) 以上または eGFR60 未満	HbA1c(NGSP)7.0%～ 9.9% (尿蛋白 (-) または (±)、eGFR60 以上)		糖尿病相談 ④
HbA1c(NGSP)8.0%以上 かつ 尿蛋白 (+) 以上または eGFR60 未満	HbA1c(NGSP)10%以上 (尿蛋白 (-) または (±)、eGFR60 以上)		糖尿病指導 ⑤		

※特定保健指導対象者（積極的支援、動機付け支援）をのぞきます。

※現在糖尿病治療ありは直近 6 か月のレセプトで糖尿病の傷病名がある人で判断します。(糖尿病性合併症群含ま  
ず、検査の結果“糖尿病の疑い”をふくみます)

※現在透析者をのぞきます。

## (2) 特定健診未受診者の重症化対策

特定健診未受診者に対しては、まずは健診への受診を勧奨するとともに、糖尿病治療中断者に対しては適切な医療機関受診勧奨を実施します。

図表 64 特定健診未受診者の重症化対策

現在の糖尿病治療の有無 過去の糖尿病治療歴の有無	現在糖尿病治療なし	現在糖尿病治療あり
	過去に糖尿病治療歴なし	健診受診勧奨 ⑨
過去に糖尿病治療歴あり	健診受診勧奨 医療機関受診勧奨 (電話勧奨) ⑩	健診受診勧奨 (医療機関での継続治療の促し) ⑧

※現在糖尿病治療ありは直近 6 か月のレセプトでインスリン治療がある人で判断します。(検査のみの人をのぞきます)

※現在人工透析者はのぞきます

## (3) 高血圧リスク保有者の重症化対策

特定健診受診者で高血圧リスク保有者(Ⅱ度高血圧以上)のうち、高血圧症未治療者に対しては適切な医療機関受診勧奨を実施します。

図表 65 高血圧リスク保有者の重症化対策

現在の高血圧症治療の有無 特定健診受診結果による高血圧リスク	現在高血圧症治療なし	現在高血圧症治療あり
	収縮期血圧 130mmHg 未満かつ 拡張期血圧 85mmHg 未満 (高血圧リスクなし)	健康教室 ⑪
収縮期血圧 130mmHg 以上または 拡張期血圧 85mmHg 以上	健康教育 ⑫ (笑顔かがやき隊)	
収縮期血圧 160mmHg 以上または 拡張期血圧 100mmHg 以上 (Ⅱ度高血圧以上)	医療機関受診 勧奨 (電話勧 奨) ⑭	医療機関での継 続治療の促し ⑬

※特定保健指導対象者(積極的支援、動機付け支援)をのぞきます。

※現在高血圧症治療ありは直近 6 か月のレセプトで高血圧症の傷病名がある人で判断します。(検査の結果“高血圧症の疑い”を含みます)

※現在人工透析者はのぞきます。

#### (4) 高血糖・高血圧リスク複数保有者の重症化対策

軽度の高血糖・高血圧のリスク保有者でも、リスクを複数保有している人は重症化する可能性が高いため、特定健診の受診結果をもとに生活習慣病予防教室を実施します。

図表 66 高血糖・高血圧リスク複数保有者の重症化対策

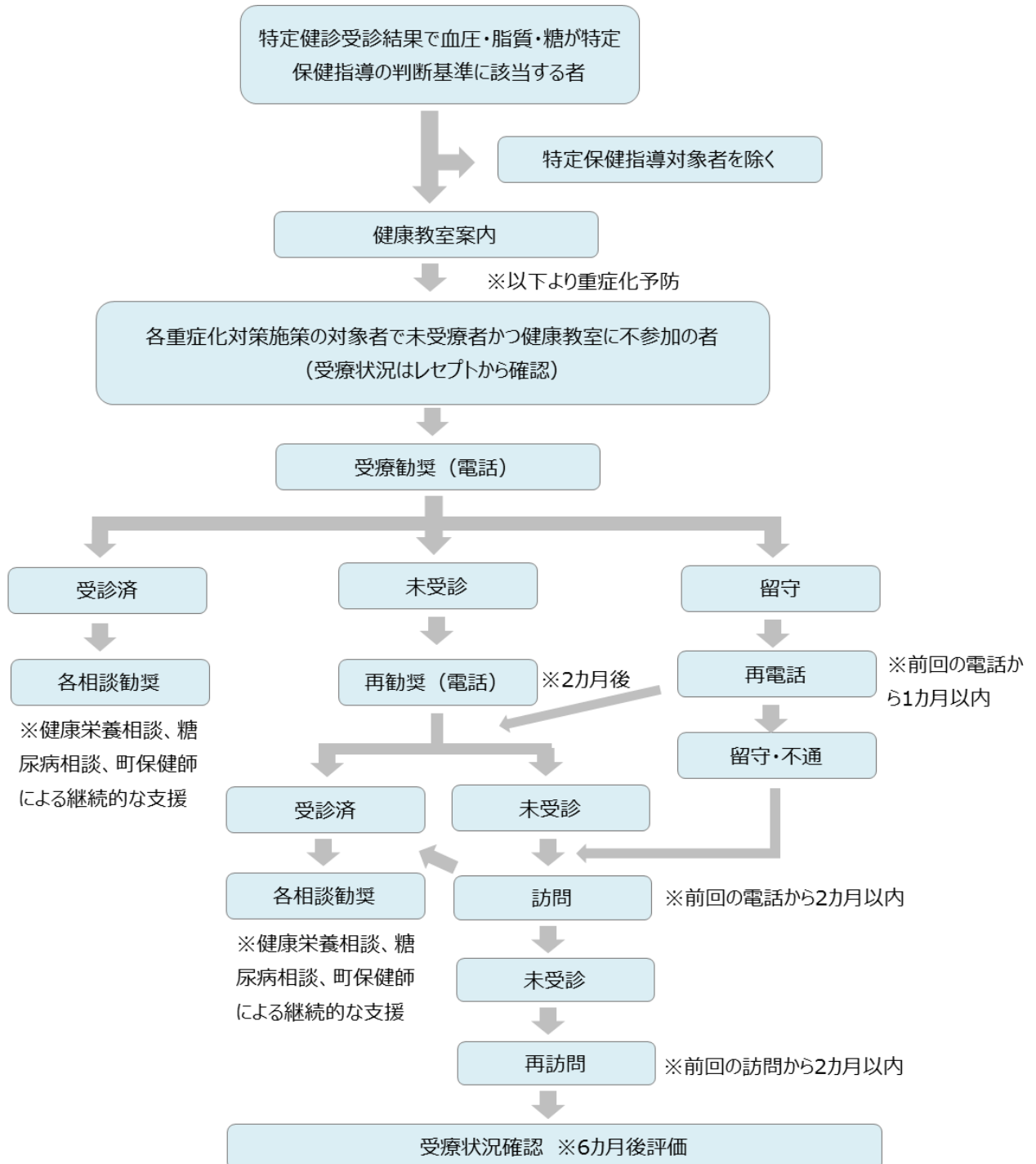
特定健診受診結果による 血糖値	特定健診受診結果による 血圧値	収縮期血圧 140～159mmHg または 拡張期血圧 90～99 mmHg (I 度高血圧)
HbA1c(NGSP)5.6%～6.4%		生活習慣病予防教室 ⑮

※特定保健指導対象者（積極的支援、動機付け支援）をのぞきます。

※高血糖、高血圧リスクそれぞれの重症化対策対象者（HbA1c(NGSP)6.5%以上または II 度高血圧以上）はのぞきます。

### 3) 事業実施方法（支援の流れ）

図表 67 事業実施方法（支援の流れ）



## 第7章 目標設定

本計画では、計画最終年度までの目標値を定めます。

達成を目指す項目を、計画最終年度となる平成 35 年度(2023 年度)までの長期的管理目標としてまとめるとともに、各管理指標に改善値（率）を設定し、その目標達成のために必要である改善率を、短期的な管理指標として設定します。

### 1) 特定健診受診・特定保健指導の目標

「特定健康診査等基本指針」に基づき、特定健診及び特定保健指導について、計画最終年度までの実施率の目標値を定めます。国の指針に基づき、特定健診、特定保健指導実施率をそれぞれ平成 35 年度(2023 年度)に 60%まで引き上げることを目標とします。（同目標値は、第3期特定健康診査等実施計画に合わせた数値となっています）

図表 68 特定健診受診率・特定保健指導実施率の短期・長期目標値

	対応施策	目標値 平成 30 年度 (2018 年度)	目標値 平成 31 年度 (2019 年度)	目標値 平成 32 年度 (2020 年度)	目標値 平成 33 年度 (2021 年度)	目標値 平成 34 年度 (2022 年度)	目標値 平成 35 年度 (2023 年度)
特定健診 受診率	未受診 勧奨	40%	44%	48%	52%	56%	60%
特定保健指導 実施率	未利用 勧奨	35%	38%	45%	48%	55%	60%

### 2) 重症化対策の目標

重症化対策について、改善値（率）と目標値（率）を定めます。各分類ごとの対象者割合を平成 35 年度(2023 年度)までに以下の目標値まで改善することを目標とします。

## (1) 高血糖リスク保有者の重症化対策

図表 69 高血糖リスク保有者の重症化対策の短期・長期目標値

対象者	対応 施策	現状値 平成 28 年度 (2016 年度)	目標値 平成 35 年度 (2023 年度)	改善値 (各年度)
特定健診受診者 ※特定保健指導対象者（積極的支援、動機付け支援）、現在人工透析者をのぞく	-	1,903 人	-	-
① HbA1c(NGSP)5.6%未満（高血糖リスクなし）	健康教室	314 人 (16.5%)	20.0%	+0.6%
② HbA1c(NGSP)5.6%以上（尿蛋白・eGFR は問わない）※以下区分の対象者も含む	健康教育	1,589 人 (83.5%)	80.0%	-0.6%
③ 「HbA1c(NGSP)6.5%～6.9%」かつ「尿蛋白 (+) 以上または eGFR60 未満」 ・「HbA1c(NGSP)6.5%～6.9%（尿蛋白 (-) または (±)、eGFR60 以上）」 上記いずれかで現在糖尿病治療あり	健康・栄養相談	103 人 (5.4%)	-	-
④ 「HbA1c(NGSP)7.0%～7.9%」かつ「尿蛋白 (+) 以上または eGFR60 未満」 ・「HbA1c(NGSP)7.0%～9.9%（尿蛋白 (-) または (±)、eGFR60 以上）」 上記いずれかで現在糖尿病治療あり	糖尿病相談	82 人 (4.3%)	-	-
⑤ 「HbA1c(NGSP)8.0%以上」かつ「尿蛋白 (+) 以上または eGFR60 未満」 ・「HbA1c(NGSP)10%以上（尿蛋白 (-) または (±)、eGFR60 以上）」 上記いずれかで現在糖尿病治療あり	糖尿病指導	7 人 (0.4%)	-	-
⑥ 「HbA1c(NGSP)6.5%～6.9%」かつ「尿蛋白 (+) 以上または eGFR60 未満」 ・「HbA1c(NGSP)6.5%～6.9%（尿蛋白 (-) または (±)、eGFR60 以上）」 ・「HbA1c(NGSP)7.0%～7.9%」かつ「尿蛋白 (+) 以上または eGFR60 未満」 ・「HbA1c(NGSP)7.0%～9.9%（尿蛋白 (-) または (±)、eGFR60 以上）」 ・「HbA1c(NGSP)8.0%以上」かつ「尿蛋白 (+) 以上または eGFR60 未満」 ・「HbA1c(NGSP)10%以上（尿蛋白 (-) または (±)、eGFR60 以上）」 上記いずれかで現在糖尿病治療なし	医療機関受診勧奨	37 人 (1.9%)	1.3%	-0.1%

※現在糖尿病治療ありは直近 6 か月のレセプトで糖尿病の傷病名がある人で判断します。（糖尿病性合併症群含みます、検査の結果“糖尿病の疑い”を含みます）

※分類③～⑤の割合は、分類⑥の改善により上昇する可能性があるため、目標値は設定していません。

## (2) 特定健診未受診者の重症化対策

図表 70 特定健診未受診者の重症化対策の短期・長期目標値

対象者	対応施策	現状値 平成 28 年度 (2016 年度)	目標値 平成 35 年度 (2023 年度)	改善値 (各年度)
特定健診未受診者 ※現在人工透析者をのぞく	-	4,399 人	-	-
⑦ 過去に糖尿病治療歴なし かつ 現在糖尿病治療あり (糖尿病新規治療者)	健診受診勧奨	13 人 (0.3%)	-	-
⑧ 過去に糖尿病治療歴あり かつ 現在糖尿病治療あり (糖尿病継続治療者)	健診受診勧奨 (医療機関での継続治療の促し)	92 人 (2.1%)	-	-
⑨ 過去に糖尿病治療歴なし かつ 現在糖尿病治療なし (糖尿病治療歴なし)	健診受診勧奨	4,299 人 (96.5%)	-	-
⑩ 過去に糖尿病治療歴あり かつ 現在糖尿病治療なし (糖尿病治療中断者)	健診受診勧奨 医療機関受診勧奨	50 人 (1.1%)	0.5%	-0.1%

※現在糖尿病治療ありは直近 6 か月のレセプトでインスリン治療がある人で判断します。(検査のみの人をのぞきます)



### (3) 高血圧リスク保有者の重症化対策

図表 71 高血圧リスク保有者の重症化対策の短期・長期目標値

対象者	対応施策	現状値 平成 28 年度 (2016 年度)	目標値 平成 35 年度 (2023 年度)	改善値 (各年度)
特定健診受診者 ※特定保健指導対象者（積極的支援、動機付け支援）、現在人工透析者のぞく	-	1,903 人	-	-
⑪ 収縮期血圧 130mmHg 未満かつ 拡張期血圧 85mmHg 未満 (高血圧リスクなし)	健康教室	987 人 (51.9%)	-	-
⑫ 収縮期血圧 130mmHg 以上または 拡張期血圧 85mmHg 以上	健康教育（笑顔 かがやき隊）	916 人 (48.1%)		
⑬ 収縮期血圧 160mmHg 以 上または 拡張期血圧 100mmHg 以 上（II 度高血圧以上）かつ 現在高血圧症治療あり	医療機関での継 続治療の促し	40 人 (2.1%)	-	-
⑭ 収縮期血圧 160mmHg 以 上または 拡張期血圧 100mmHg 以 上（II 度高血圧以上）かつ 現在高血圧症治療なし	医療機関受診勧 奨 (電話勧奨)	24 人 (1.3%)	0.7%	-0.1%

※現在高血圧症治療ありは直近 6 か月のレセプトで高血圧症の傷病名がある人で判断します。（検査の結果“高血圧症の疑い”を含みます）

#### (4) 高血糖・高血圧リスク複数保有者の重症化対策

図表 72 高血糖・高血圧リスク複数保有者の重症化対策の短期・長期目標値

対象者	対応施策	現状値 平成 28 年度 (2016 年度)	目標値 平成 35 年度 (2023 年度)	改善値 (各年度)
特定健診受診者 ※特定保健指導対象者（積極的支援、動機付け支援）、現在人工透析者をのぞく	-	1,903 人	-	-
HbA1c(NGSP)5.6%～6.4% かつ ⑬ 収縮期血圧 140mmHg～159 mmHg または拡張期血圧 90 mmHg～99 mmHg (I 度高血圧)	生活習慣 病予防教室	315 人 (16.6%)	13.0%	-0.6%

※高血糖、高血圧リスクそれぞれの重症化対策対象者（HbA1c(NGSP)6.5%以上または II 度高血圧以上）はのぞきます

#### (5) 重症化対策の長期的管理目標

重症化対策の長期的管理目標として、新規人工透析者を平成 35 年度(2023 年度)までに以下の目標値まで改善することを目標とします。

図表 73 重症化対策の長期目標値

対象者	対応施策	現状値 平成 28 年度 (2016 年度)	目標値 平成 35 年度 (2023 年度)
新規人工透析者	重症化対策	9 人	0 人

※該当年度に新規に人工透析療法を開始した人数

### 3) 医療費適正化の目標

後発品医薬品促進、第三者行為求償事務は現状の施策を継続実施、重複服薬者対策、重複・頻回診療者対策については、医療行動の見直しを促す施策を新たに実施することを目標とします。

図表 74 医療費適正化の短期・長期目標

	対応施策	現状 平成 28 年度 (2016)	目標 平成 30～35 年度 (2018～2023)
医療費適 正化	重複服薬者対策	実施なし	【新規】広報等啓発事業の 検討
	重複・頻回診療者対策	実施なし	【新規】広報等啓発事業の 検討
	後発品医薬品促進	後発品への切り替えを促 す通知の実施（国保連 合会委託）	【継続】後発品への切り替え を促す通知の実施（国保 連合会委託）
	第三者行為求償事務	第三者行為求償事務の 実施（国保連合会委 託）	【継続】第三者行為求償事 務の実施（国保連合会委 託）

## 第 8 章 データヘルス計画の見直し

### 1) 計画の評価

本計画により実施される施策については、特定健診等の受診率、医療の動向などを確認しながら、事業評価を行います。

### 2) 計画の見直し

計画の見直しは、最終年度となる平成 35 年度(2023 年)に目的・目標の達成状況から行います。

また、計画の中間時点等計画期間の途中においても、短期・長期目標の達成状況や事業の実施状況を確認し、目標値の見直し、必要に応じ改善策の検討を実施します。

## 第 9 章 データヘルス計画の公表・周知方法

この計画書は、ホームページに掲載して公表します。

## 第 10 章 事業運営上の留意事項

効果的・効率的な取り組みを進めるために、国保加入者、医療機関、庁内各関係グループ、関係機関等との連携・協力が必要です。データヘルス計画で策定した事業について、今後も連携を取りながら事業を実施します。

## 第 11 章 個人情報の保護

保健事業で得られる個人情報の取り扱いについては、個人情報保護関係法令に基づくほか、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（厚生労働省平成 29 年 4 月 14 日個人情報保護委員会）」、「播磨町個人情報保護条例」（平成 16 年条例第 2 号）等に基づき、個人情報の漏えい防止に細心の注意を払いながら、事業を実施します。

## 第 12 章 その他計画策定に当たっての留意事項

データ分析に基づく保険者の特性を踏まえた計画を策定するため、データヘルスに関する研修などに担当者が積極的に参加するとともに、関係グループや関係機関と協議する場を設けるものとします。

### 第13章 巻末資料 (用語集)

No	用語	解説	ページ
基本用語			
1	生活習慣病	基礎疾患、重症化疾患を「生活習慣病」と定義しています。	19～
2	基礎疾患	糖尿病、高血圧症、脂質異常症を「基礎疾患」と定義しています。	19～
3	重症化疾患	以下の疾患を「重症化疾患」と定義しています。 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳血管疾患（その他）、血管性認知症、狭心症、心筋梗塞、虚血性心疾患（その他）、心筋症、心肥大、心不全、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、糖尿病神経障害、糖尿病潰瘍・壊疽、糖尿病性合併症（その他）、高血圧性網膜症、腎不全	19～
4	生活習慣病の重症化疾患群	脳血管疾患群、虚血性心疾患群、糖尿病性合併症群を「生活習慣病の重症化疾患群」と定義しています。	19～
5	生活習慣病の重症化疾患群ごとの内訳	「生活習慣病の重症化疾患群」の内訳 脳血管疾患群：脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、血管性認知症、脳血管疾患（その他） 虚血性心疾患群：狭心症、心筋梗塞、虚血性心疾患（その他）、心筋症、心肥大、心不全 糖尿病性合併症群：糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、糖尿病神経障害、糖尿病潰瘍・壊疽、糖尿病性合併症（その他）、高血圧性網膜症、腎不全	19～
6	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	11～16
7	治療者	「基礎疾患」、「重症化疾患」にて、医療機関を受療し、診療や投薬を実施している人 診療や投薬は「基礎疾患」、「重症化疾患」の病名に紐づいた摘要のうち以下の診療識別で判断します。 10番台：初診、医学管理など 20番台：内服、頓服、外用など 30番台：点滴、注射など 40番台：処置 50番台：手術	11～
8	未治療者	「要治療者」の人で、「基礎疾患」、「重症化疾患」にて、医療機関を受療していない人	11～16
9	リスク	高血糖、高血圧、脂質異常の組み合わせ	34～35

要治療の判定値			
1	収縮期血圧	140mmHg 以上	11~16
2	拡張期血圧	90mmHg 以上	
3	中性脂肪	300mg/dL 以上	
4	HDL コレステロール	34mg/dL 以下	
5	LDL コレステロール	140mg/dL 以上	
6	空腹時血糖	126mg/dL 以上	
7	HbA1c (NGSP)	6.5%以上	
8	AST (GOT)	51IU/l 以上	
9	ALT (GPT)	51IU/l 以上	
10	γ-GT (γ-GTP)	101IU/l 以上	

リスクの基準				
1	高血糖	空腹時血糖	≥ 110mg/dL	35
		HbA1c (NGSP)	≥ 6.0%	
2	高血圧	収縮期血圧	≥ 130mmHg	
		拡張期血圧	≥ 85mmHg	
3	脂質異常	L D L コレステロール	≥ 120mg/dL	
		H D L コレステロール	< 40mg/dL	
		中性脂肪	≥ 150mg/dL	

メタボリックシンドロームの診断基準					
1	必須項目	腹囲	男性 ≥ 85cm 女性 ≥ 90cm	34	
2	予備群： 上記に加え、3項目のうち1項目該当する人  該当者： 2項目以上該当する人	2-1	高トリグリセリド血症 かつ/または 低 HDL コレステロール血症		≥ 150mg/dL  < 40mg/dL
		2-2	収縮期血圧 (最高血圧) または 拡張期血圧 (最低血圧)		≥ 130mmHg  ≥ 85mmHg
		2-3	空腹時高血糖		≥ 110mg/dL

特定保健指導の判断基準			
1	動機づけ支援	下記 A-1 で B 追加リスクが 1 つ、 下記 A-2 で B 追加リスクが 1 から 2 つ	
2	積極的支援	下記 A-1 で B 追加リスクが 2 つ以上、 下記 A-2 で B 追加リスクが 3 つ以上	
A	A-1	腹囲	男性 $\geq 85\text{cm}$ 女性 $\geq 90\text{cm}$
	A-2	腹囲 かつ BMI	男性 $< 85\text{cm}$ 女性 $< 90\text{cm}$ $\geq 25$
B 追加リスク (健診結果・ 質問票より追 加リスクをカウ ント)	B-1	空腹時血糖(随時 血糖) または HbA1c (NGSP)	$\geq 100\text{mg/dL}$  $\geq 5.6\%$
	B-2	中性脂肪 または HDL コレステロール	$\geq 150\text{mg/dL}$  $< 40\text{mg/dL}$
	B-3	収縮期血圧 または 拡張期血圧	$\geq 130\text{mmHg}$  $\geq 85\text{mmHg}$
	B-4	質問票で「喫煙歴あ り」	B-1 から B-3 のうち 1 つ以上 の項目に該当した場合にカウ ント
31~34			

※服薬中の者については、医療保険者による特定保健指導の対象としない

血糖・脂質・血圧の治療に係る

※前期高齢者（65歳以上75歳未満）については、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援とする

---

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）

---

□発行 平成 30 年 3 月（2018 年 3 月）

□発行者 播磨町 保険年金グループ・すこやか環境グループ

〒675-0182 兵庫県加古郡播磨町東本荘 1 丁目 5 番 30 号

T E L （079） 435-2581

---