

保健事業実施計画（データヘルス計画）

平成 28 年 3 月
播磨町

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	1
2)	保健事業実施計画（データヘルス計画）の位置づけ	1
3)	データヘルス計画の概要	4
4)	計画期間	10
5)	本計画書の構成	10
第2章	地域の健康課題	11
1)	播磨町の状況	12
2)	医療費の状況	18
3)	基礎疾患・生活習慣病の重症化疾患群医療費の状況	27
4)	特定健診	35
5)	特定健診受診による医療費適正化・重症化予防効果	43
6)	特定保健指導	46
7)	特定健診から見る健康課題	53
8)	地域の健康課題まとめ	58
第3章	医療費適正化事業	60
1)	ジェネリック医薬品の普及促進	60
2)	重複受診、頻回受診、重複薬剤	65
第4章	実施すべき保健事業の評価指標の設定	67
1)	対象者のグループ化	67
2)	グループごとの対策保健事業と管理指標の設定	69
3)	管理指標改善のための保健事業の方向性	70
4)	保健事業と評価指標の設定まとめ	71
第5章	保健事業の目標値の設定	72
1)	生活習慣病の重症化疾患群新規患者の2年前の状況把握	73
2)	特定健診対策の目標設定	75
3)	特定保健指導対策の目標割合の設定	75
4)	要治療者対策の目標割合の設定	76
5)	保健事業の目標値の設定のまとめ	77
第6章	実施施策	78
第7章	計画の評価・見直し	79
1)	計画の評価	79
2)	計画の見直し	79
第8章	その他の留意事項	80
1)	計画の公表および周知	80
2)	事業運営上の留意事項	80
3)	個人情報保護	80
4)	その他計画策定に当たっての留意事項	80
卷末資料1	特定健診受診対象者の理解	81
卷末資料2	用語集	83

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）基本的事項

本章では、保健事業実施計画（データヘルス計画）の全体像を説明する。まず、データヘルス計画が策定されるに至った政策および技術的背景に触れ、続いて「健康日本21」や「特定健康診査等実施計画」等、その他の重要保健政策と比較してのデータヘルス計画の位置付けを説明する。次にPDCAサイクルと電子レセプトデータの活用を中心とするデータヘルス計画の特徴を紹介し、播磨町国民健康保険（以下、「播磨町国保」という）における計画期間についても説明する。

1) 背景

近年、医療機関のレセプト電子化が進み、保険者は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った。

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た。この結果、全レセプト件数に対する電子化レセプトの割合は、平成25年度末時点で医科が97%、調剤はほぼ100%となった。レセプトオンライン化は医療保険事務全体の効率化を図ることが目的だったが、結果として、レセプト電子化は保険者機能をさらに強化するものとなった。つまり、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ったのである。

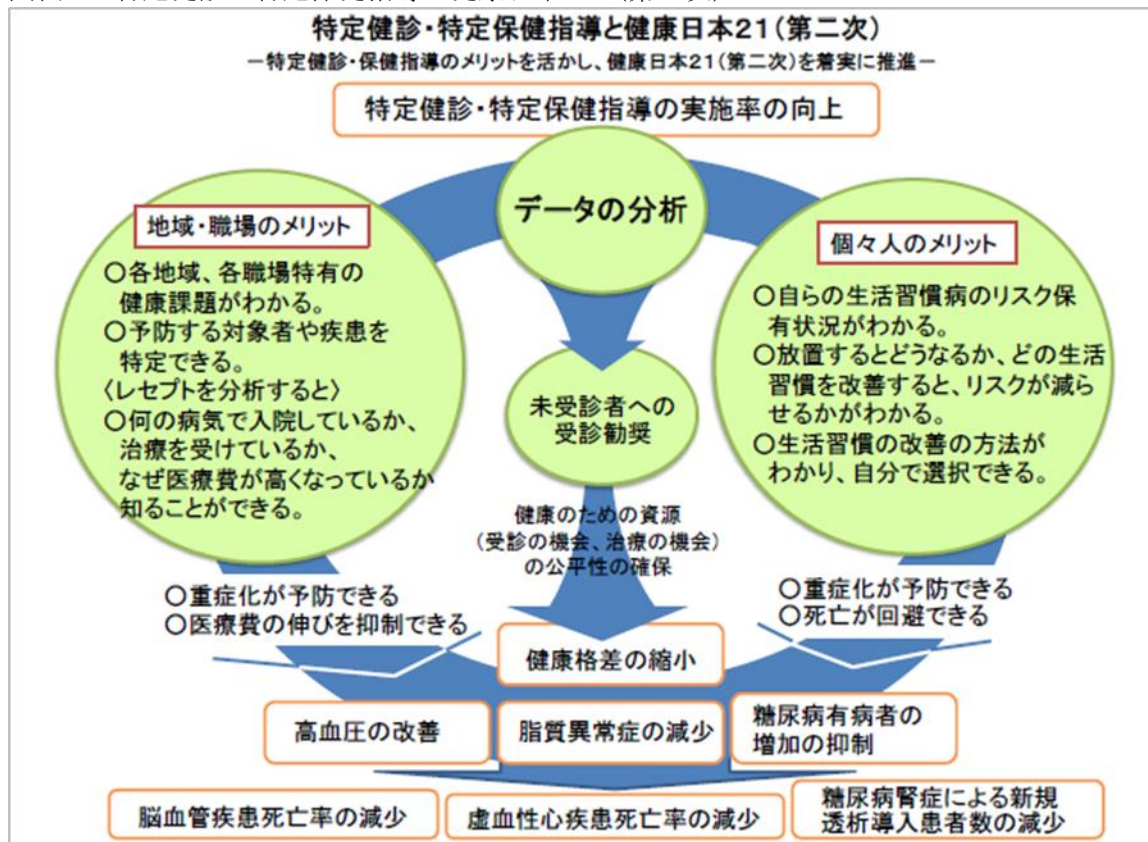
そして、平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」においては、「すべての健保組合に対し、レセプト等のデータ分析にもとづくデータヘルス計画の作成・公表、事業実施、評価等の取組」が求められることとなった。それを踏まえて、厚生労働省も平成26年3月に保健事業の実施指針の一部を改正し、保険者は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うものとされた。播磨町国保においては、保健事業実施指針に基づき、「保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進、重症化予防等の保健事業の実施及び評価を行うものとする。

2) 保健事業実施計画（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る。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ある。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、生活習慣病予備群・該当者の特定保健指導が規定された。

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、PDCA 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ある（図表 1）。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る。

図表 1 特定健診・特定保健指導と健康日本 21（第二次）



出所：厚生労働省資料

またデータヘルス計画は、保険者のもつ強みや特性を踏まえて事業運営することが大切とされ、以下3つの特徴があるとされる。

- ① 特定健診やレセプトデータ等の健康・医療情報の活用：
データを活用して自己及び自集団を俯瞰することで、個々の加入者、あるいは施策立案者に当事者意識が芽生えることを意図している
- ② 身の丈にあった事業範囲：
それぞれの保険者の状況に合わせて、取り組み可能な保健事業から一歩ずつ着実に進めていく計画を目指している
- ③ 外部専門事業者の活用：
効果・効率性を目指し、民間による創意工夫を活用することを推奨している

「データヘルス計画」と「特定健康診査等実施計画」、「健康日本21」の位置づけをまとめたものが図表2である。

図表2 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	健康日本21
根拠法	国民健康保険法 第82条	高齢者の医療に関する 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
対象期間	平成26-29年度	平成 25-29 年度 (第二期)	平成25-34年度 (第二次)
対象者	被保険者	被保険者(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	健康寿命延伸と健康格差縮小を目的とする53の目標から成り、15項目が特定健診に関連する

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概要

本節では、データヘルス計画の中で重要な要素となる PDCA サイクル技法や、その前提となる目標指標設定の考え方、電子レセプトの活用について解説する。

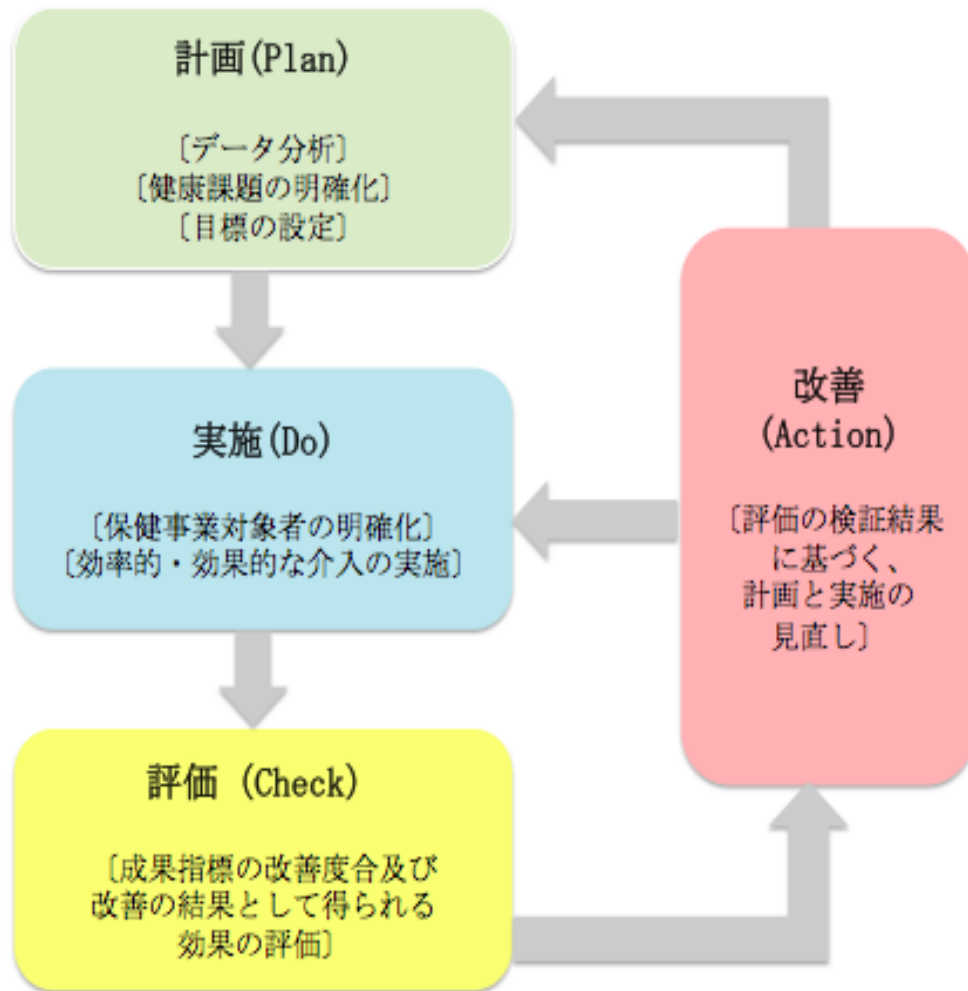
PDCA サイクル技法

PDCA 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ある。状況の分析を通して組織の課題や事業目標の①「計画」(Plan)、計画に沿った事業の②「実施」(Do)、設定した評価指標に基づいた業績の③「評価」(Check)、評価の検証結果に基づく更なる事業の④「改善」(Action) 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く。

- ① 計画 (Plan) :
 - 集団全体の健康問題の特徴をデータから分析
 - 被保険者の個人データを経年で分析
 - 疾病ごとの医療費や患者数、治療・受診歴などを比較し、優先的な健康課題を明確化
 - 期待される効果に応じた優先保健事業と数値目標の設定
- ② 実施 (Do) :
 - 計画にもとづき、保健事業対象者の明確化
 - 対象者の特性に合わせた効率的・効果的な介入の実施
- ③ 評価 (Check) :
 - 検査データや新規患者数など、成果指標の改善度合いや改善の結果として得られる効果の評価
- ④ 改善 (Action) :
 - より大きな成果を出すための、事業実施方法 (Do) の見直し
 - 評価した結果、目標の実現が困難な場合は適宜、計画 (Plan) の見直し

この PDCA サイクルを市町村での保健事業に適用すると、図表 3 のような流れになる。

図表 3 保健事業の PDCA サイクル

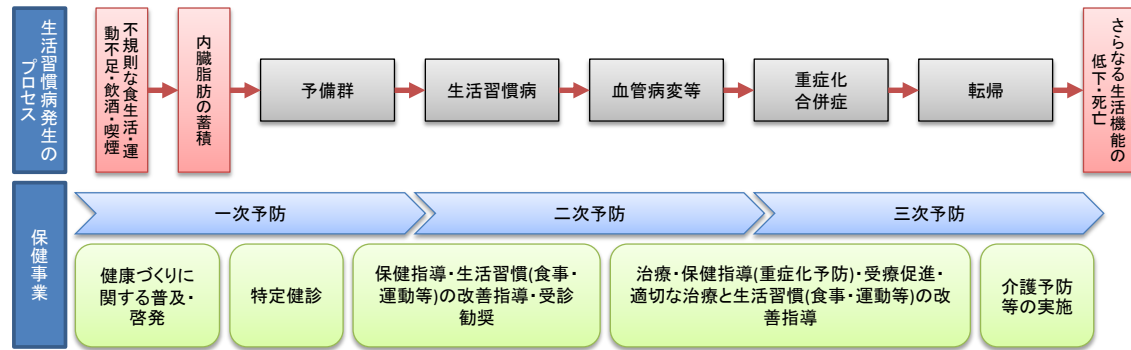


出所：厚生労働省資料からの抜粋

目標指標の設定

事業計画を立てる上では、最終的に医療費や患者数が増減するまでのプロセスを理解することが重要である。

図表 4 生活習慣病発生のプロセス

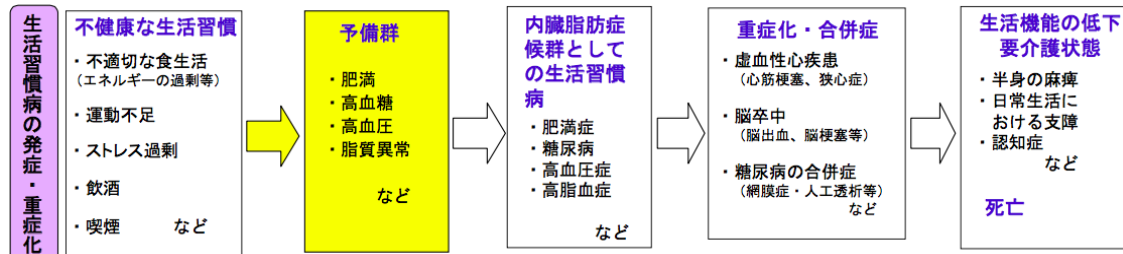


出所：厚生労働省資料からの抜粋

図表 4にあるように、生活習慣病の一次予防から三次予防は、一連の流れとして連動している。まず、未受診者対策により特定健診を受診してもらわなければ、健康状態が分からないため、特定保健指導が必要な状態であっても特定保健指導を行うことができず予備群になることを防ぐことができない。また、保健事業を実施した対象者についても、その後の継続的な健診受診がなければ、身体状況の把握ができず、適切な評価やその後の継続的な支援ができない。事業計画を立てる上では、これらのプロセスの連動性を理解し、それぞれのプロセスに合わせた現実的な目標設定が重要である。

また、それぞれの生活習慣病がどの重症化合併症（以下、「生活習慣病の重症化疾患群」という）のリスク因子となっているかを見極めなければ、生活習慣の改善が最終的にどの程度患者数の削減につながるかを予測することもできない。図表 5は生活習慣病の重症化疾患群である脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性の合併症がどのように重症化するかを説明している。高血圧症・脂質異常症・糖尿病（以下、「基礎疾患」という）を予防するためには、特定健診を受診し、検査値を適切にコントロールしていくことが重要であり、結果として生活習慣病の重症化疾患群の新規患者削減につながっていく。

図表5 生活習慣病の発症・重症化



注) 脳卒中は脳血管疾患の総称で、脳出血、脳梗塞、くも膜下出血に大別される（日本成人病予防協会）

出所：厚生労働省資料からの抜粋

これらを踏まえ、評価指標は図表6のように設定する（具体的な目標指標とその設定にあたる経緯については後述する）。アウトカム指標からアウトカム指標に連動する事業を実施することで要治療者の治療率を改善し、医療費を抑制していく。実施保健事業の最終目標と、アウトカム、アウトプットの連なりを意識して設定することが重要であり、中でも全ての起点となる特定健診の受診者を増やして、効果的な実施保健事業を考える上での健診結果データの保有率を高めていくことが肝要である。

図表6 評価指標の分類

評価指標	目標指標
アウトカム	要治療者の治療率
	特定保健指導利用率
	特定健診受診率
アウトプット ^{注)1}	特定保健指導新規対象者の利用率
	特定健診継続受診率

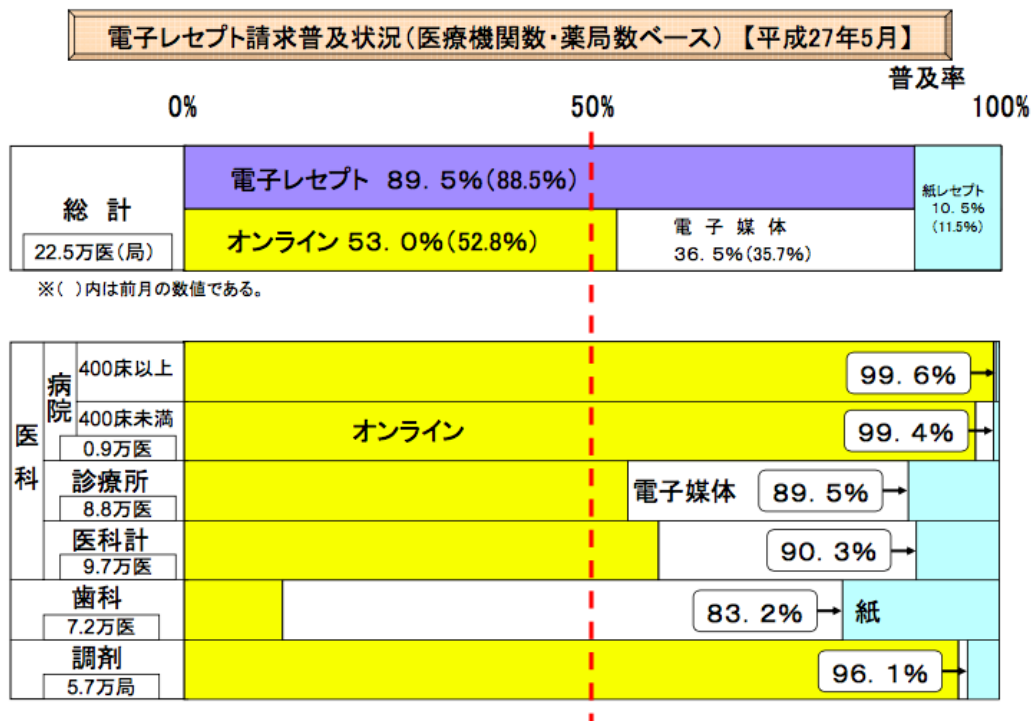
注)1 事業実施量。ここでは実施された事業におけるサービスの実施状況や業務量を指す

各目標指標に対して、その目標の実現可能性を考慮し、計画期間全体、単年と期間を細分化して目標数値を具体的に設定していく。

電子レセプトの活用

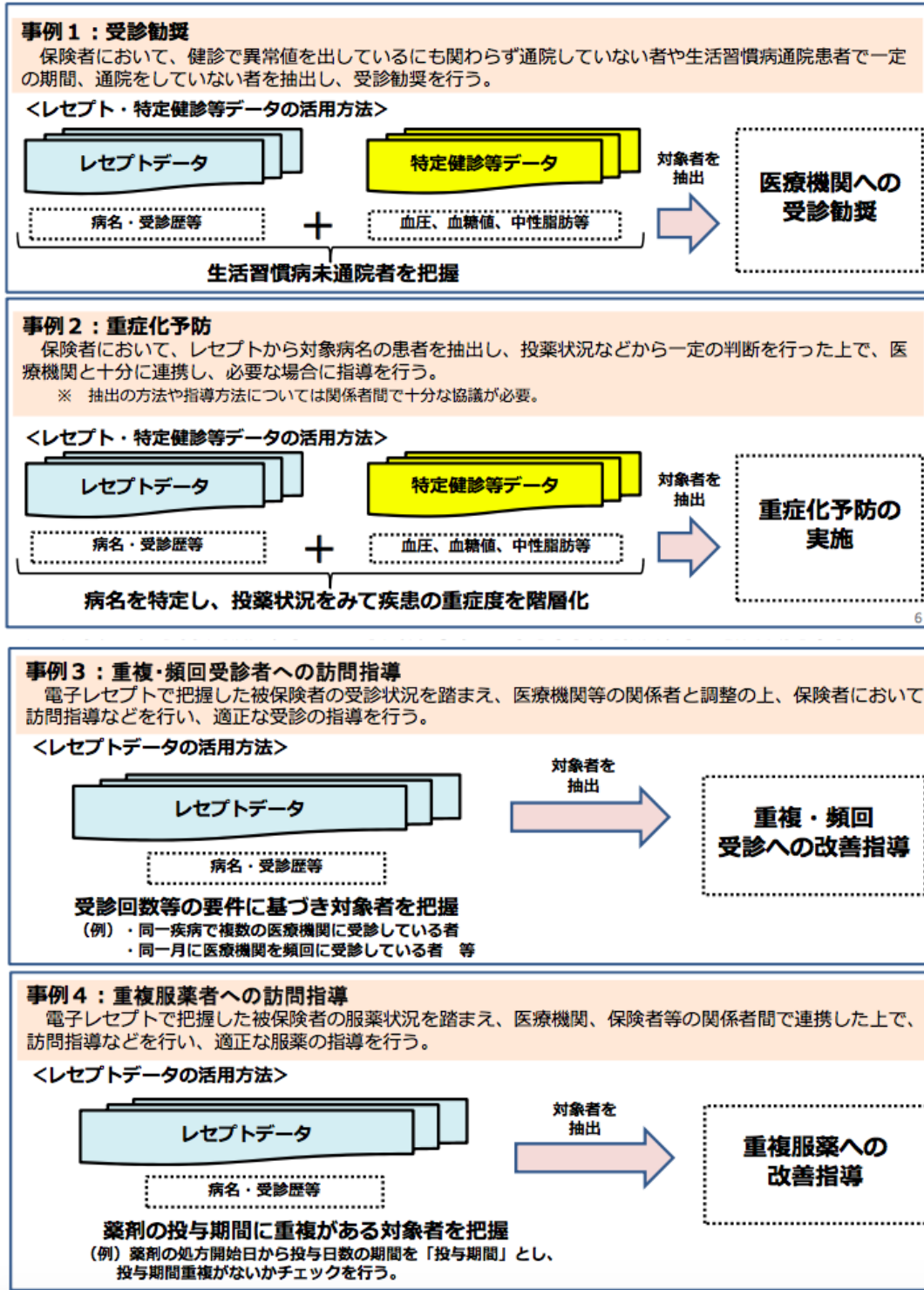
前項で触れたように、データヘルス計画における正確な目標設定とPDCAサイクルを可能にするのは、ICTの進歩によるレセプトデータの電子化と、解析技術である。現状の電子レセプトの普及状況については図表7を参照されたい（医療費の多くが使われる病院の電子レセプトの99%以上が電子化していることが分かる）。電子レセプトの普及により、地域の健康課題をより精緻に把握し、実現可能性を踏まえた保健事業計画の策定と実施、次年度への結果のフィードバックを効率的かつ効果的に行えることが、データヘルス計画の最大の特徴である。

図表7 電子レセプトの普及状況



また保健事業における電子レセプトの活用例については図表 8 の通りである。

図表 8 保健事業における電子レセプトの活用例



4) 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」を踏まえて設定する。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、医療費適正化計画の第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する。

5) 本計画書の構成

本計画書の構成は、以下の通りである。

まず、本章では、データヘルス計画策定の背景や保健政策上の位置付け、その策定方法を説明しながら、データヘルス計画の全体像を概観した。

第2章「地域の健康課題」では、播磨町における健康課題を抽出することを目的とし、地域の人口統計やレセプトデータ、特定健診および特定保健指導に関するデータを分析していく。それらの分析結果を踏まえて、主要な健康課題と、データヘルス計画における主要な目標を設定する。

第3章「医療費適正化事業」では、播磨町におけるジェネリック医薬品（後発品）の普及促進と、重複受診・頻回受診・重複薬剤の抑制事業に関する状況を分析し、今後のさらなる医療費適正化に向けた示唆を得る。

第4章「実施すべき保健事業の評価指標の設定」では、第2章で抽出された健康課題に対し、実施すべき保健事業と評価指標を設定する。より効果的な保健事業を実施するため、保健事業対象者を、健診受診状況や特定保健指導利用状況、治療状況に応じてグループ分けし、それぞれのグループに対応する施策として、特定健診対策、特定保健指導対策、要治療者対策を検討し、対応する評価指標を設定した。

第5章「保健事業の目標値の設定」では、前章で設定した保健事業について、各管理指標の目標を設定した。

第6章「実施施策」では、目標を達成するための実施施策を設定した。

第7章「計画の評価・見直し」では、本計画の評価・見直しについて、続く第8章「その他の留意事項」では、計画の公表方法、関係機関との連携について設定した。

最後に巻末資料においては、本編で詳述できなかった目標設定の根拠や算出プロセスなどを中心に、補足資料を展開する。具体的には、「巻末資料1：特定健診受診対象者の理解」が補足資料となる。

第2章 地域の健康課題

本章は、播磨町における健康課題を明確にすることを目的とする。まず、地域の人口統計を中心とする基礎統計を参考に、人口動態上のリスクを分析する。次にレセプトデータから医療費支出の推移やその内訳を分析し、医療費を引き上げている主要な要因を見極めていく。さらに、特定健診および特定保健指導に関するデータを分析し、地域全体の健康状況や、生活習慣病および重症化疾患群の罹患状況、予防活動の実施状況やその効果などを分析する。最後に、それらの分析結果全体を踏まえて地域健康課題を分析し、データヘルス計画における主要な目標を設定する。

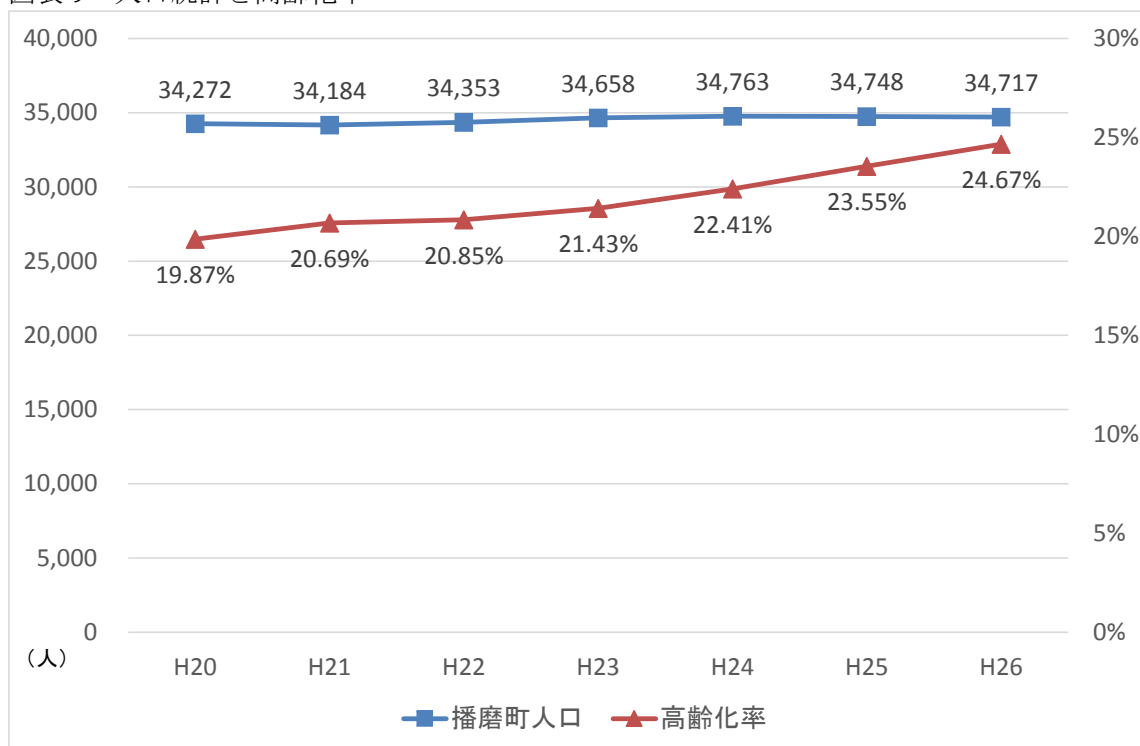
1) 播磨町の状況

本節では、地域の基礎統計を中心に、播磨町の人口分布や高齢化状況を俯瞰し、人口動態上の今後のリスクを予測する。

① 人口統計

播磨町の総人口は平成 26 年度で 34,717 人であり、横ばいで推移している。高齢化率は 24.67% であり、年々増加傾向である。今後も、老年人口が増えていくことが予測される。

図表 9 人口統計と高齢化率



出所：播磨町 HP

② 平均寿命・健康寿命

播磨町の男性の平均寿命は男性 79.43 歳、女性 84.82 歳であり、兵庫県全体（男性/女性：79.89 歳/86.39 歳）と比べて若干短い。健康寿命についても、男性 78.10 歳、女性 82.13 歳であり兵庫県全体（男性/女性：78.47 歳/83.19 歳）と比較すると短い傾向である。また男性と女性を比較すると、支援や介護が必要となる期間は男性が 1.33 年、女性が 2.69 年と女性が長い傾向にある。

図表 10 平均寿命及び健康寿命（平成 21 年度から 23 年度平均）

	播磨町		兵庫県	
	男性	女性	男性	女性
平均寿命	79.43 歳	84.82 歳	79.89 歳	86.39 歳
健康寿命	78.10 歳	82.13 歳	78.47 歳	83.19 歳
支援や介護が必要となる期間	1.33 年	2.69 年	1.42 年	3.20 年

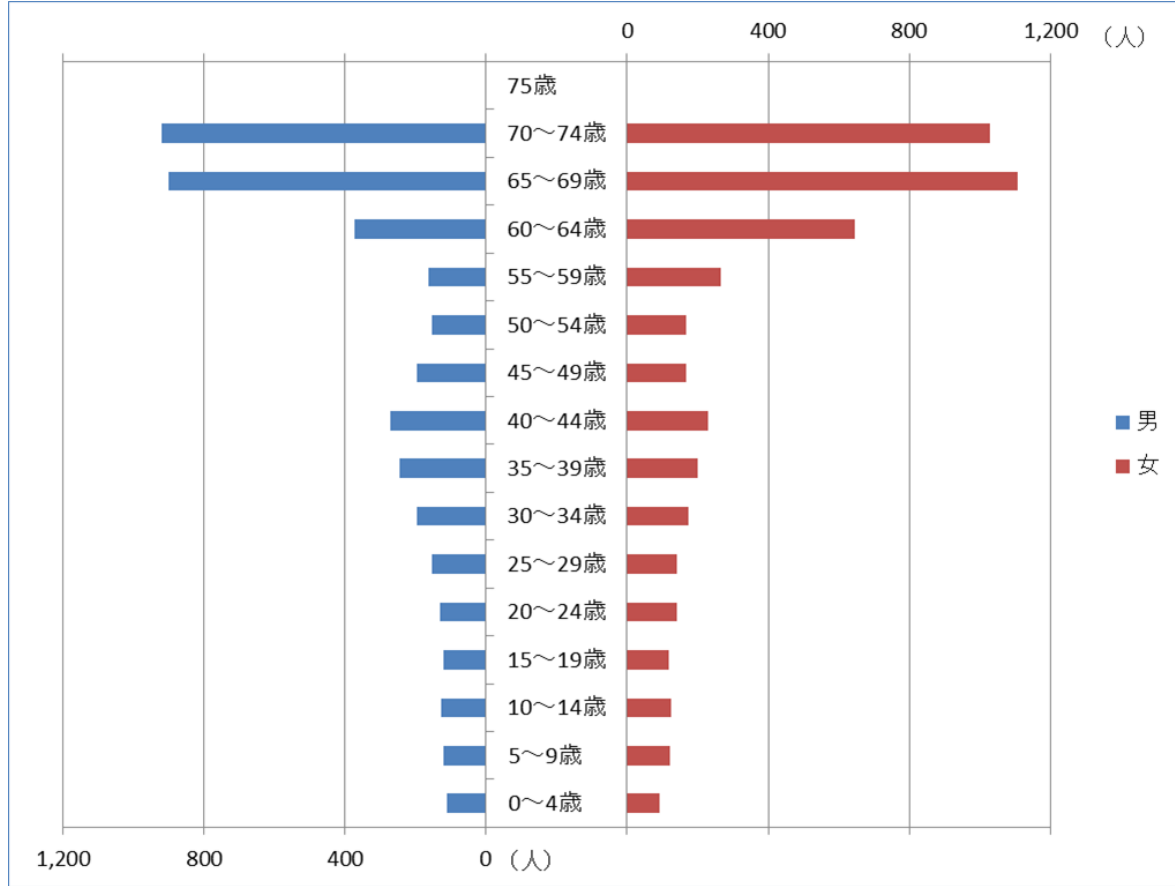
出所：兵庫県

注記：厚生労働省が平成 24 年 9 月に公表した「健康寿命の算定方法の指針」「健康寿命の算定プログラム」に準拠し、県内市町介護保険データ（平成 21 年度から平成 23 年度）を用いて兵庫県が算定。兵庫県の数値については、使用データが異なるため、厚生労働省発表の数値とは異なる

③ 国保加入者の状況

播磨町の国保加入率は全体（0～74歳）で25.64%であり、若年層（0～39歳）の国保加入率が低く、高齢層（65～74歳）の加入率が高い傾向がみられる。

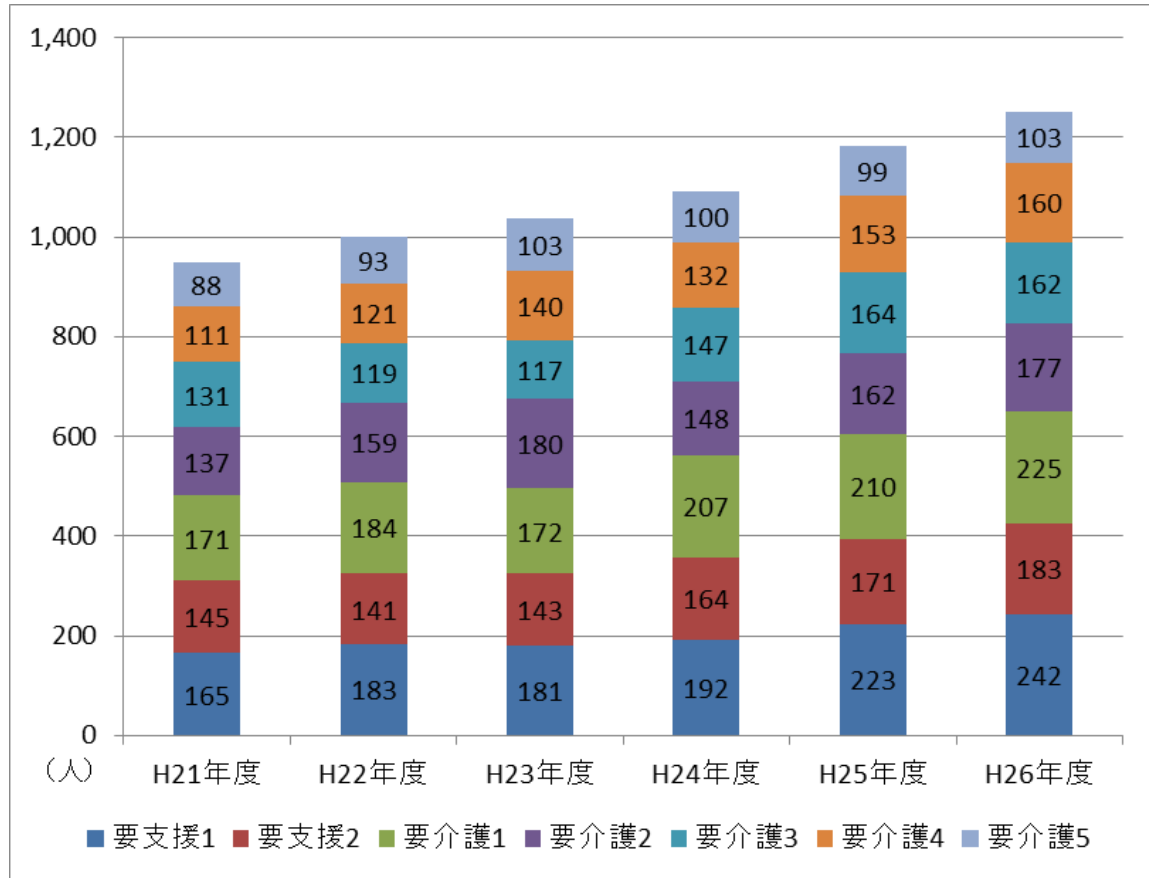
図表 11 年齢階層別国保加入者数（基準日：平成 27 年 3 月 31 日）



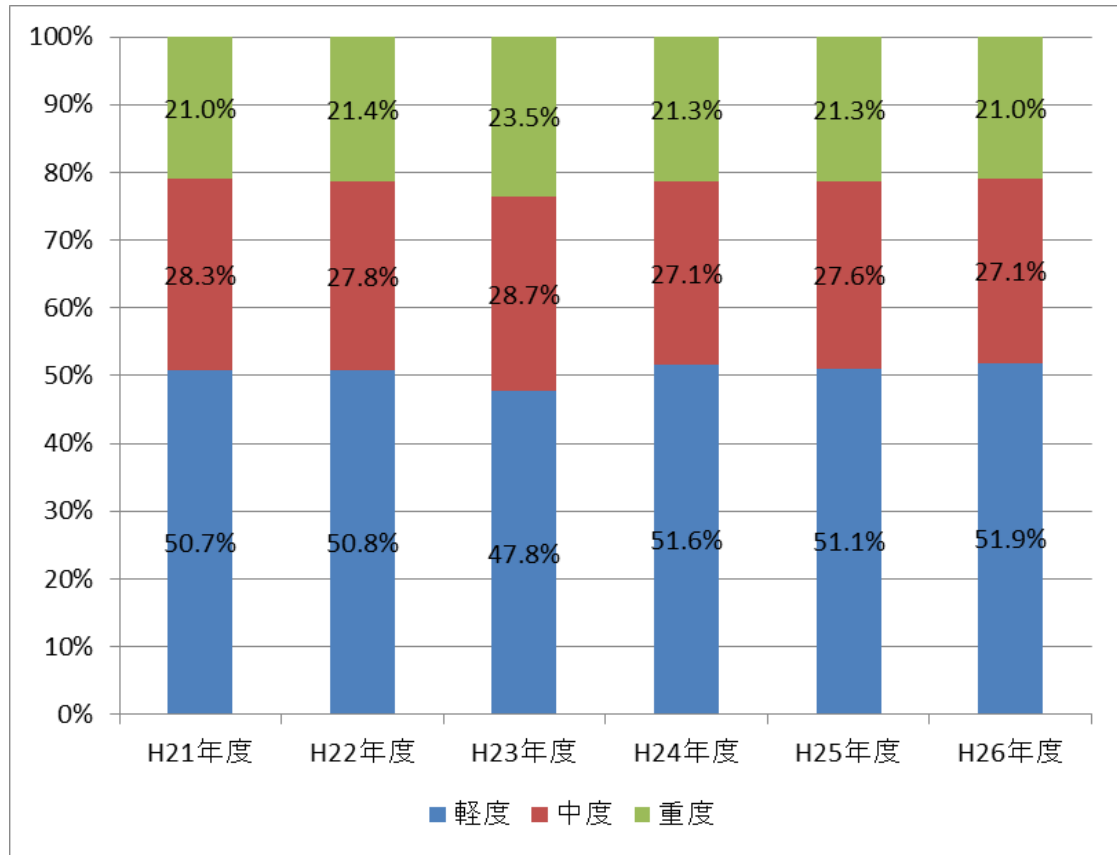
④ 介護の状況

播磨町の介護の状況を平成21年度から平成26年度の6カ年で見ると、要支援・要介護認定者の人数は増え続けており、今後も増えていくと予測される。

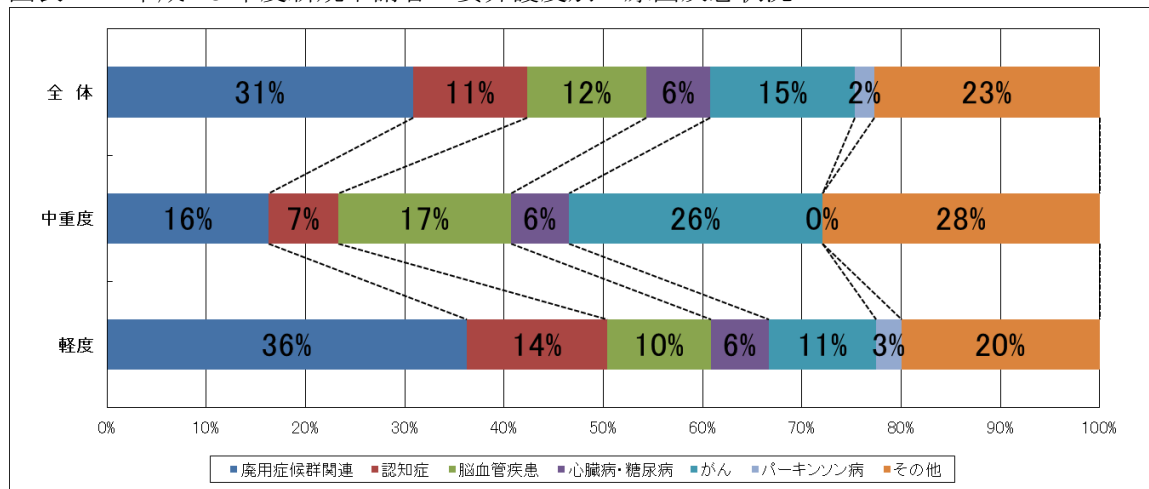
図表12 要支援・要介護認定者の推移



図表 13 程度別要介護認定者の推移



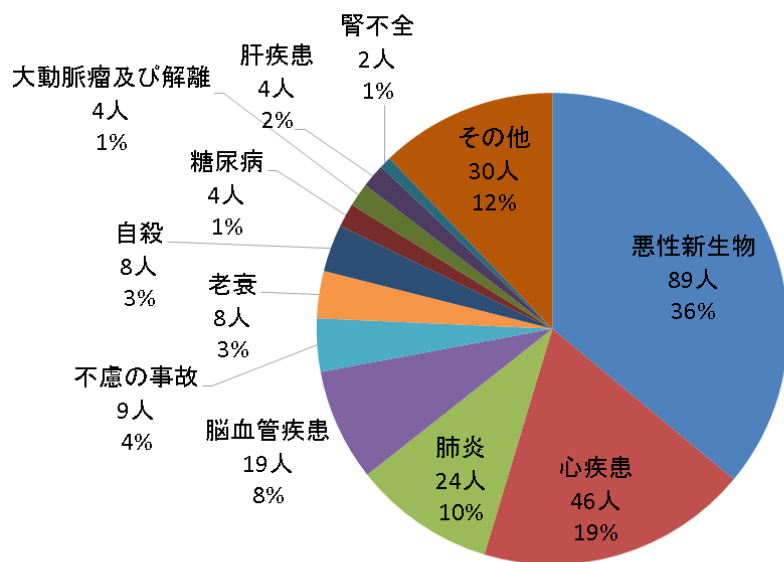
図表 14 平成 26 年度新規申請者の要介護度別の原因疾患状況



⑤ 死因別死亡の状況

播磨町の死因別の死亡状況を見ると悪性新生物が最も多く、心疾患、肺炎、脳血管疾患の順である。

図表 15 死因別死亡数



出所：人口動態調査

⑥ 考察

播磨町は、兵庫県全体と比べても高齢化率がそれ程高い割合にはない。ただし、高齢化の伸び率に関しては高い状況下にある。今後も高齢化の進行とともに、医療費がますます増加していく懸念がある中で、医療費適正化施策を検討・実施していくことが重要である。

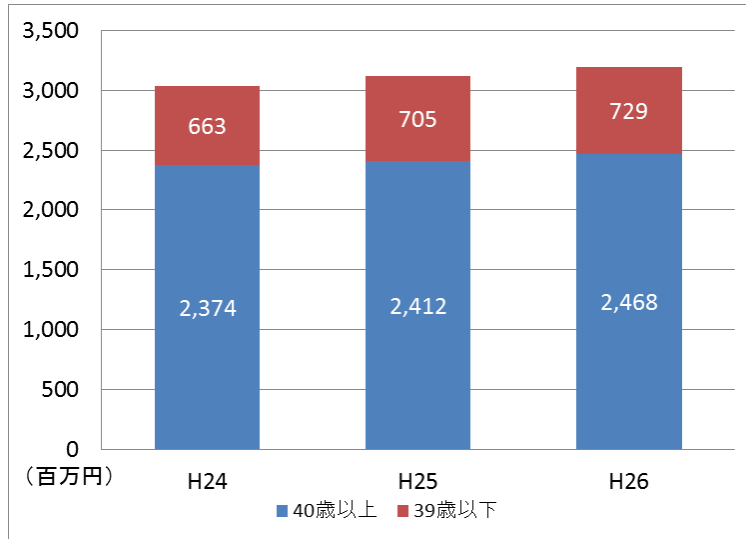
2) 医療費の状況

本節では、播磨町における医療費の規模やその推移と内訳を分析し、特に40歳以上の方の生活習慣病が医療費に与える影響度合いを考察する。

① 総医療費の推移

平成24年度から平成26年度までの播磨町の総医療費の推移を表したのが図表16である。40歳以上の総医療費は、平成24年度以降、増加傾向にある。

図表16 総医療費の推移

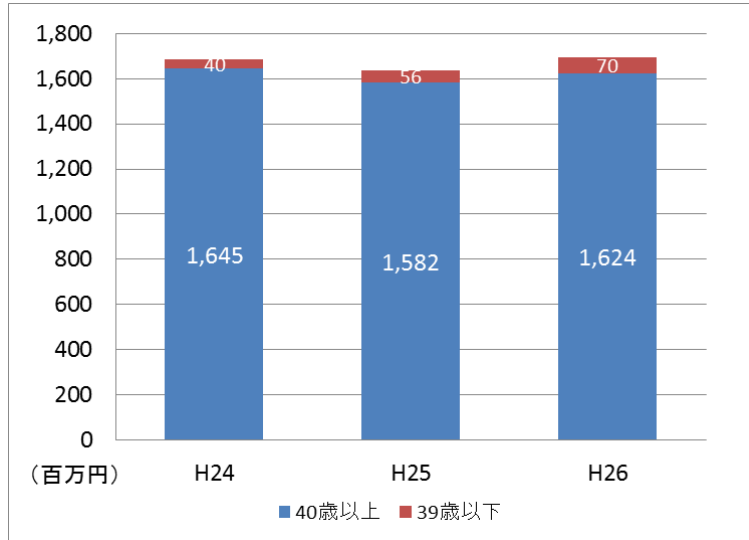


出所：事業年報、医療費分析ツール「FOCUS」

② 生活習慣病医療費の推移

平成 24 年度から平成 26 年度までの 40 歳以上の生活習慣病に関する医療費（以下、生活習慣病医療費という）の推移を表したのが図表 17 である。40 歳以上の生活習慣病医療費は、横ばいで推移している。

図表 17 生活習慣病医療費の推移

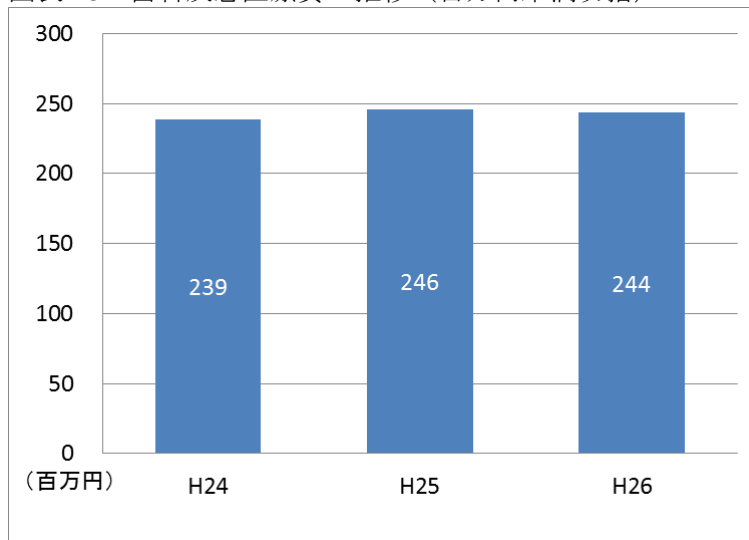


出所：医療費分析ツール「FOCUS」

③ 歯科疾患医療費の推移

平成 24 年度から平成 26 年度までの歯科疾患に関する医療費（以下、歯科疾患医療費という。）の推移を表したのが図表 18 である。横ばいで推移している。

図表 18 歯科疾患医療費の推移（百万円未満切捨）

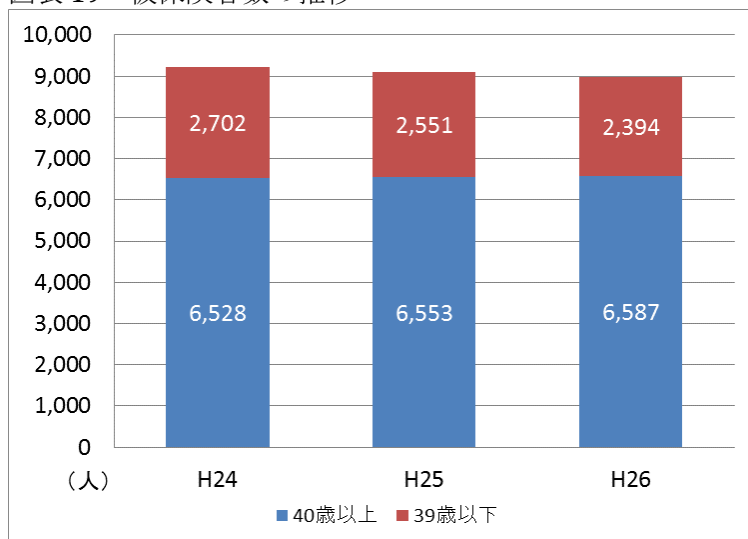


出所：事業年報

④ 被保険者数の推移

国保被保険者数の推移を確認したのが、図表 19 である。40 歳以上の被保険者数は増加傾向にある。

図表 19 被保険者数の推移

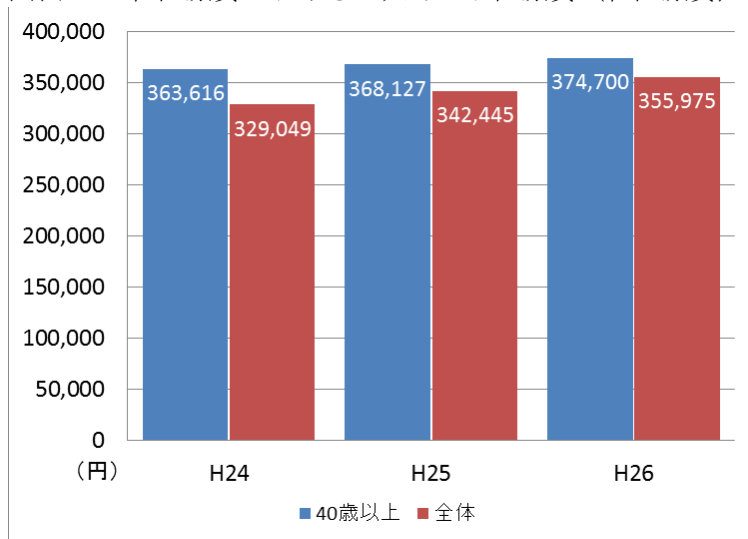


出所：事業年報

⑤ 総医療費における一人あたり医療費の推移

図表 20 は、40 歳以上と全体の一人あたりの医療費を示している。いずれの観点から見ても被保険者一人あたりの医療費負担は増加傾向にある。

図表 20 総医療費における一人あたり医療費（総医療費／被保険者数）

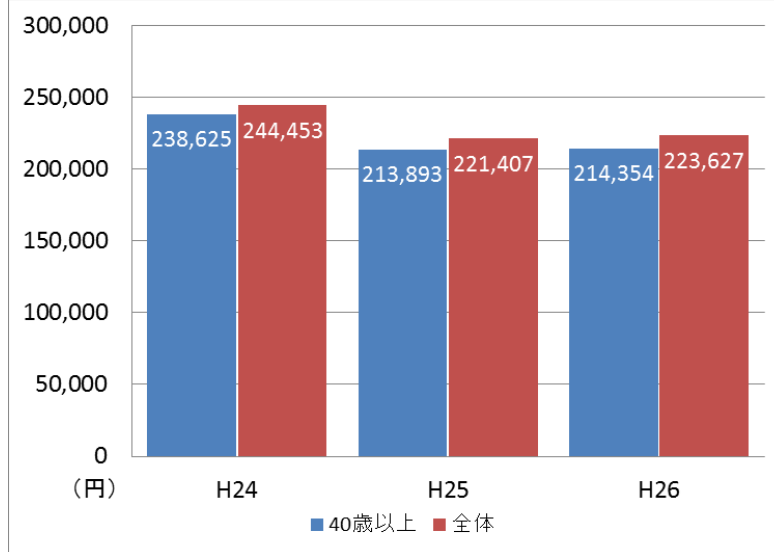


出所：事業年報、医療費分析ツール「FOCUS」

⑥ 生活習慣病における一人あたり医療費の推移

図表 21 は、40 歳以上と全体の一人あたりの生活習慣病医療費を示している。平成 24 年度は高い傾向にあるが、平成 25 年度、平成 26 年度では横ばいで推移している状況である。

図表 21 生活習慣病医療費における一人あたり医療費（生活習慣病医療費／該当者数）

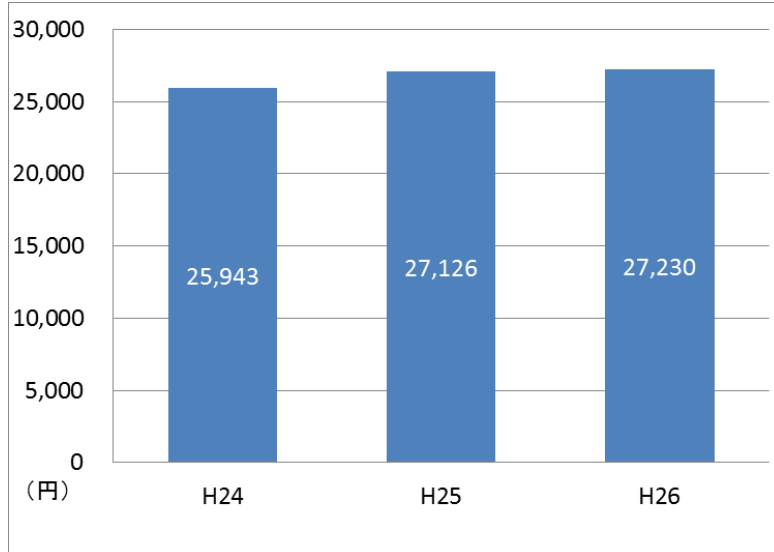


出所：医療費分析ツール「FOCUS」

⑦ 歯科疾患における一人あたり医療費の推移

図表 22 は、一人あたりの歯科疾患医療費を示している。医療費負担は増加傾向にある。

図表 22 歯科疾患における一人あたり医療費（歯科医療費／被保険者数）



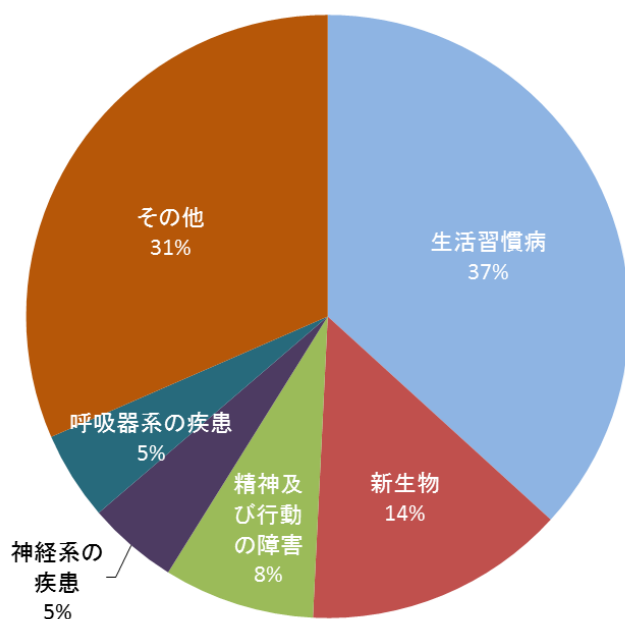
出所：事業年報

⑧ 総医療費の主な構成要素

総医療費の内訳を見たところ、主な構成要素として図表 23 のように、生活習慣病医療費が 37% を占める状況である。

生活習慣病医療費は、生活習慣の改善によって予防可能な疾病にかかる医療費であるため、予防活動の推進によって削減させることが可能な医療費のうち、最も顕著なものであると言える。

図表 23 総医療費の主な構成要素（平成 26 年度）

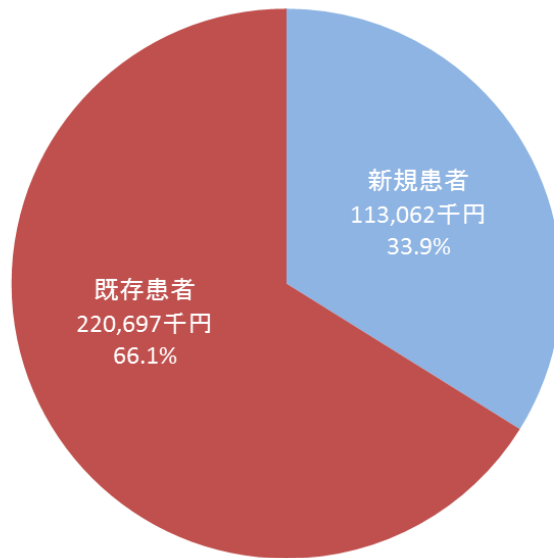


出所：医療費分析ツール「FOCUS」

⑨ 生活習慣病医療費に占める新規患者の割合

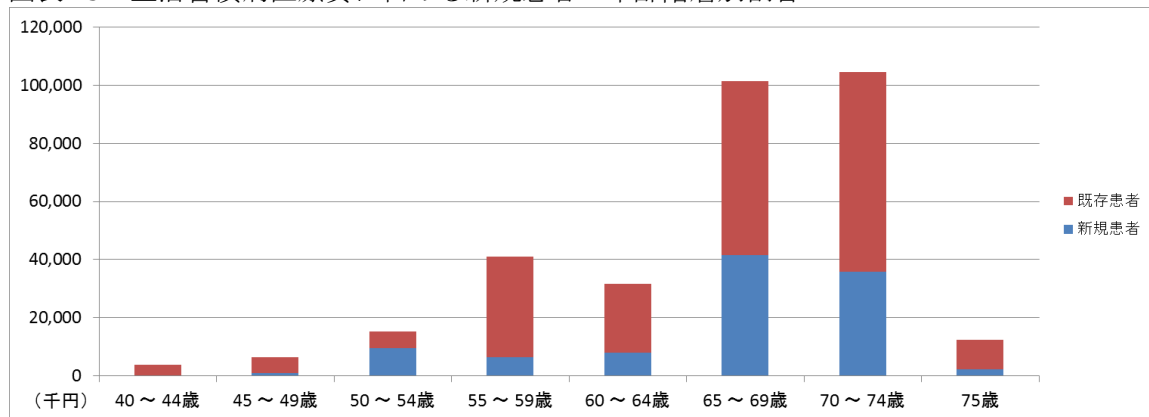
平成 26 年度の生活習慣病医療費に占める新規患者の割合を示したのが図表 24 である。新規患者とは、当該年度以前に基礎疾患あるいは重症化疾患のレセプト記録がない患者を示している。新規患者の医療費の割合は全体の 33.9%であった。すでに罹患した既存患者の治療・改善対策も重要であるが、それに留まらず、年々発生する新規患者を減らしていくための予防対策も不可欠である。

図表 24 生活習慣病医療費に占める新規患者の割合（平成 26 年度）



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

図表 25 生活習慣病医療費に占める新規患者の年齢階層別割合



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

⑩ 疾病別医療費トップ10に占める生活習慣病の割合

次に、レセプトデータを分析し、疾病ごとの医療費支出の状況を把握する。図表26は、平成26年度の主病名ごとの医療費トップ10を示している。高血圧性疾患、糖尿病など生活習慣病にかかるものがレセプトの上位を占めている。

図表26 レセプト一覧 主病名-医療費トップ10 (平成26年度)

	ICD10	名称	費用額(単位:千円)		件数	
1	I10	高血圧性疾患	232,489	8.40%	12,595	15.68%
2	E14	糖尿病	116,062	4.19%	3,265	4.06%
3	F20	統合失調症	115,239	4.16%	1,107	1.38%
4	I63	脳梗塞	76,232	2.75%	834	1.04%
5	N18	慢性腎不全	74,764	2.70%	206	0.26%
6	E78	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	69,105	2.50%	3,798	4.73%
7	H52	屈折及び調節の障害	58,839	2.13%	4,223	5.26%
8	E11	糖尿病	57,394	2.07%	1,406	1.75%
9	I27	その他の心疾患	50,993	1.84%	38	0.05%
10	C16	胃の悪性新生物	48,506	1.75%	322	0.40%
		その他	1,868,180	67.51%	52,542	65.39%
		合計	2,767,801	100.00%	80,336	100.00%

出所：医療費分析ツール「FOCUS」

⑪ 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

図表 27 は、80 万円以上のレセプトを抽出し、平成 26 年度の主病名ごとの金額トップ 10 の医療費を一覧化したものである。高額レセプトのうち、肺性心疾患、脳梗塞など生活習慣病にかかるものが上位を占めている。

図表 27 80 万円以上のレセプト一覧 主病名-医療費別トップ 10（平成 26 年度）

順位	ICD10	名称	費用額(単位:千円)		件数	
			金額	割合	件数	割合
1	I27	肺性心疾患	46,650	8.19%	18	4.53%
2	I63	脳梗塞	34,189	6.00%	26	6.55%
3	C16	胃の悪性新生物	27,066	4.75%	18	4.53%
4	I60	くも膜下出血	19,189	3.37%	9	2.27%
5	C34	気管支及び肺の悪性新生物	17,927	3.15%	14	3.53%
6	M17	関節症	17,440	3.06%	11	2.77%
7	I21	急性心筋梗塞	15,651	2.75%	7	1.76%
8	I35	その他の心疾患	14,883	2.61%	4	1.01%
9	P07	妊娠及び胎児発育に関連する障害	14,244	2.50%	6	1.51%
10	C92	骨髄性白血病	13,626	2.39%	9	2.27%
		その他	348,539	61.23%	275	69.27%
		合計	569,404	100.00%	397	100.00%

出所：医療費分析ツール「FOCUS」

⑫ 人工透析における生活習慣病が占める割合

図表 28 は、平成 26 年度人工透析のレセプトを抽出し、その件数と医療費のうち、生活習慣病由来の予防可能な人工透析の内訳である。件数、費用額ともに、人工透析のうち約 6 割が予防可能（生活習慣病関連）なものとなっている。

図表 28 人工透析のレセプト件数及び医療費（平成 26 年度）

対象レセプト		全体	生活習慣病由来の 予防可能な人工透析
人工透析レセプト	個人件数	30	20
			66.67%
	レセプト件数	278	175
	62.95%		
	費用額 (人工透析レセプトの総 費用額 単位:千円)	148,709	97,708
			65.70%

出所：医療費分析ツール「FOCUS」

図表 29 病名の内訳（生活習慣病由来の人工透析）

病名	費用額 (単位:千円)	レセプト件数
腎不全	36,104	77
糖尿病	33,424	64
心筋梗塞	13,456	4
高血圧症	2,488	6
狭心症	2,022	1
その他	10,214	23
合計	97,708	175

出所：医療費分析ツール「FOCUS」

⑬ 考察

播磨町の一人あたり医療費について、総医療費はやや増加傾向、生活習慣病医療費は横ばいで推移している状況である。生活習慣病医療費については、生活習慣の改善によって予防可能な疾病にかかる医療費であり、直近の平成 26 年度においては、総医療費の 37%を占めるほか、高額レセプト等、様々な条件ごとに見ても、生活習慣病に関連の支出が多く含まれている。全体的に見ても、部分的に見ても、生活習慣病関連の医療費が大きな割合を占めている状況であり、その予防対策が急務である。

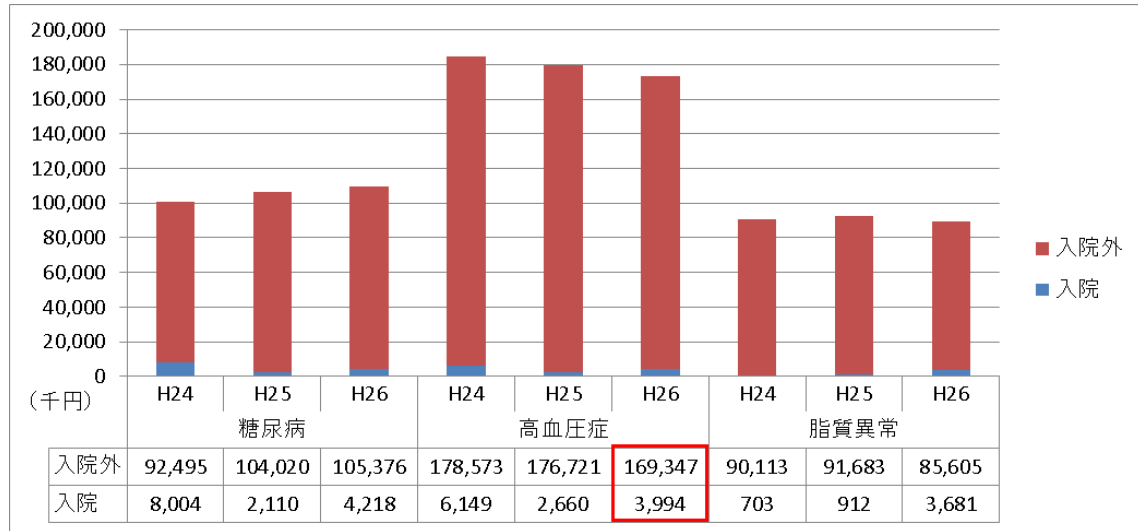
3) 基礎疾患・生活習慣病の重症化疾患群医療費の状況

本節では、生活習慣病を基礎疾患と生活習慣病の重症化疾患群に分けてそれぞれの医療費および患者数の推移等を分析する。

① 基礎疾患の医療費

ここではまず、基礎疾患にかかる医療費の状況を把握する。図表 30 の通り、「脂質異常症」、「高血圧症」、「糖尿病」、3つの基礎疾患の医療費を比較したところ、平成 26 年度では「高血圧症」にかかる医療費が最も高く、入院、入院外合わせて 1 億 7 千 3 百万円かかったことが分かった。

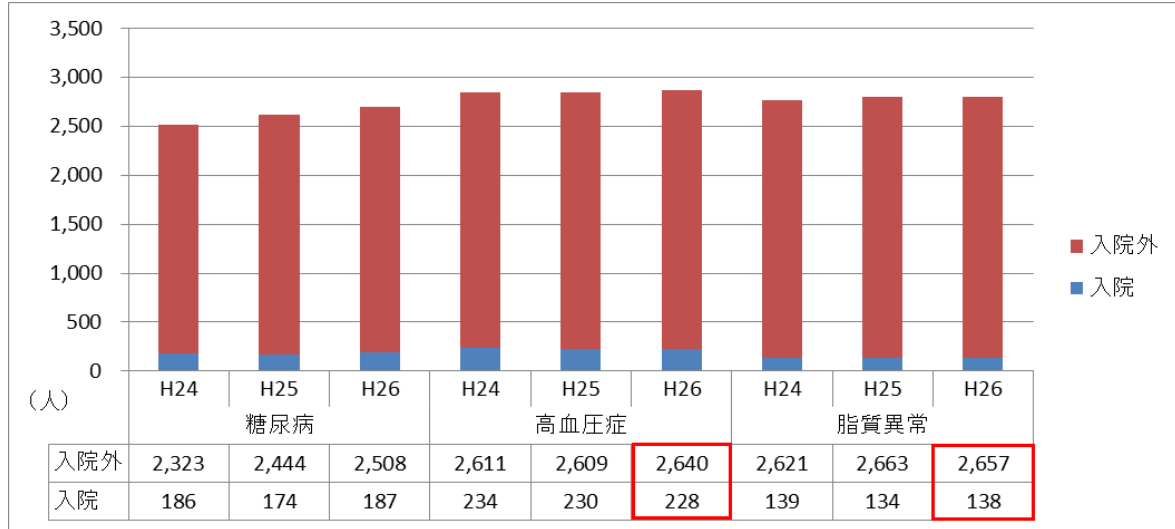
図表 30 基礎疾患の医療費



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

次に、図表 31 の通り、3つの基礎疾患で患者数を比較した。平成 26 年度で、入院・入院外を合わせて見ると、「高血圧症」が最も多く 2,868 人、次いで「脂質異常症」で 2,795 人という結果となった。

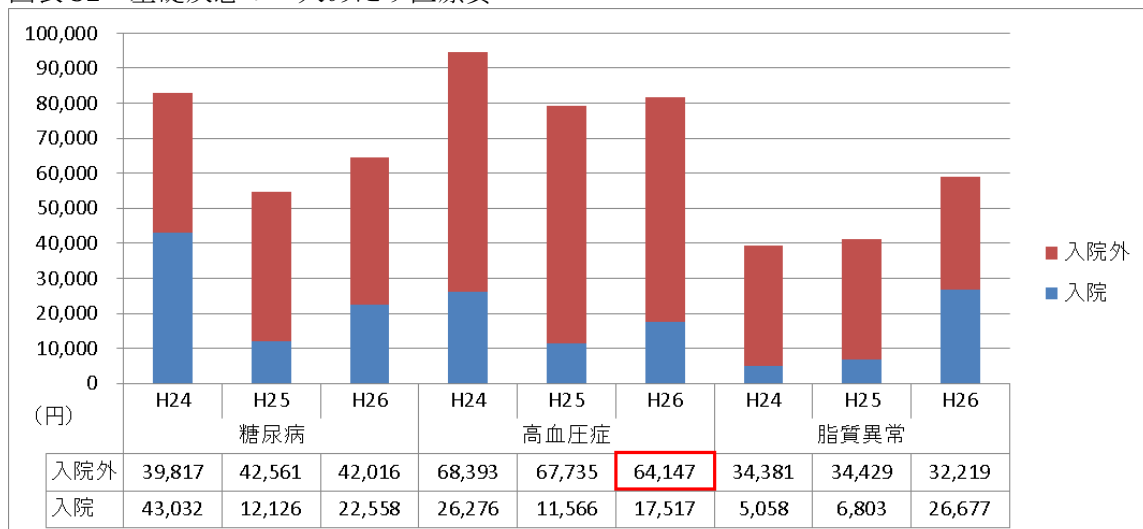
図表 31 基礎疾患の患者数



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

また、3つの基礎疾患の一人あたり医療費を比較すると、平成 26 年度では「高血圧症」の入院外が最も高く、64,147 円かかっていることが分かった。

図表 32 基礎疾患の一人あたり医療費



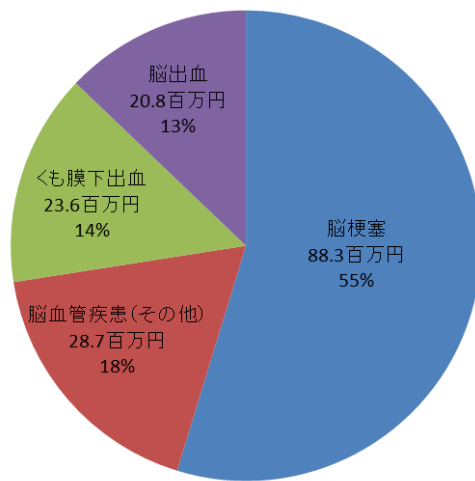
出所：医療費分析ツール「FOCUS」

② 生活習慣病の重症化疾患群の医療費内訳

生活習慣病の重症化疾患群とは、脳血管疾患群、虚血性心疾患群、糖尿病性合併症を示しており、それぞれの主な内訳の疾患は、図表 33～図表 35 である。

脳血管疾患群においては、脳梗塞が占める医療費が最も高く、8千8百万円で全体の55%である。次いで脳血管疾患が2千8百万円で全体の18%である。

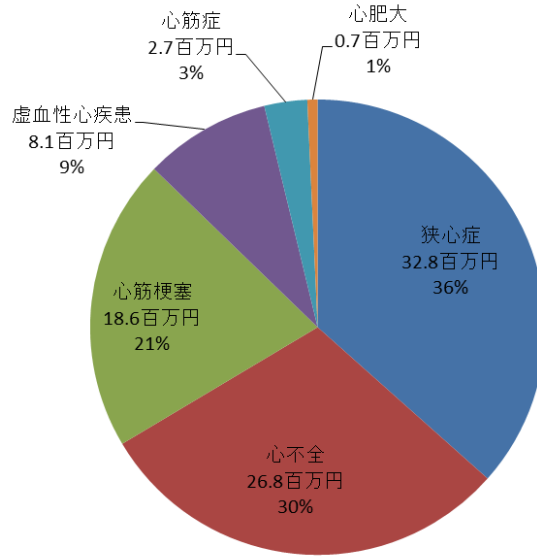
図表 33 脳血管疾患群の医療費内訳（平成 26 年度）



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

虚血性心疾患群においては、狭心症が占める医療費が最も高く、3千2百万円で全体の36%、次いで心不全が2千6百万円で全体の30%である。

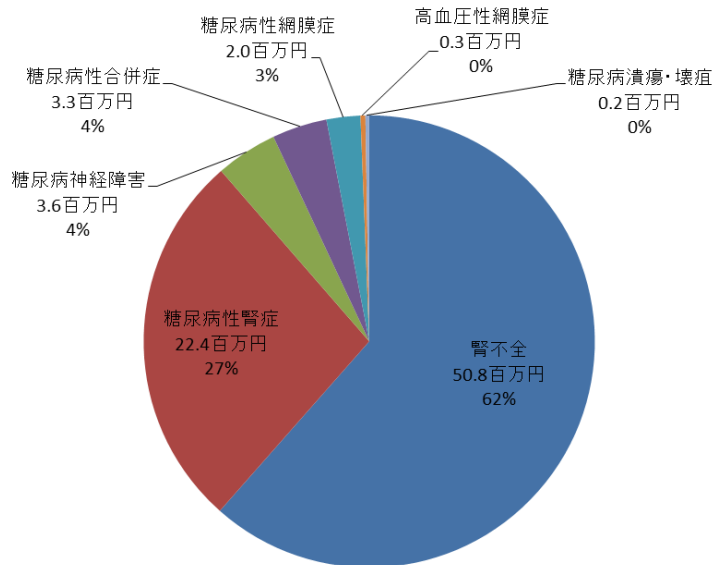
図表 34 虚血性心疾患群の医療費内訳（平成 26 年度）



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

糖尿病性合併症群においては、腎不全が占める医療費が最も高く、5千万円で全体の62%を占めている。

図表 35 糖尿病性合併症の医療費内訳（平成 26 年度）



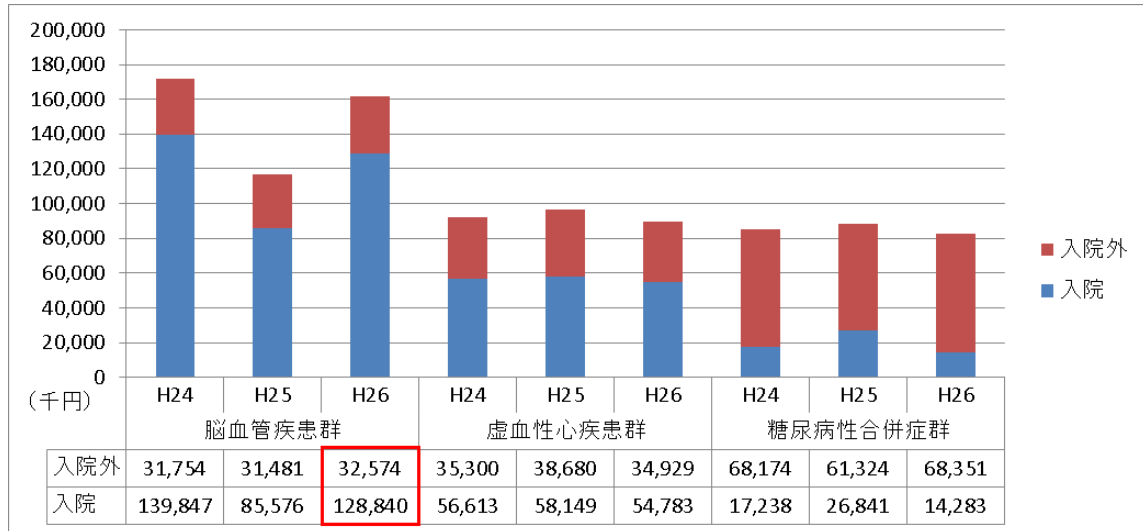
出所：医療費分析ツール「FOCUS」

③ 生活習慣病の重症化疾患群の医療費

次に、生活習慣病の重症化疾患群である、「脳血管疾患群」、「虚血性心疾患群」、「糖尿病性合併症群」にかかる医療費の現状を把握する。

図表 36 の通り、生活習慣病の重症化疾患群ごとの医療費総額を比較すると、平成 26 年度では「脳血管疾患群」の医療費が最も高く、入院、入院外を合わせて 1 億 6 千百万円である。

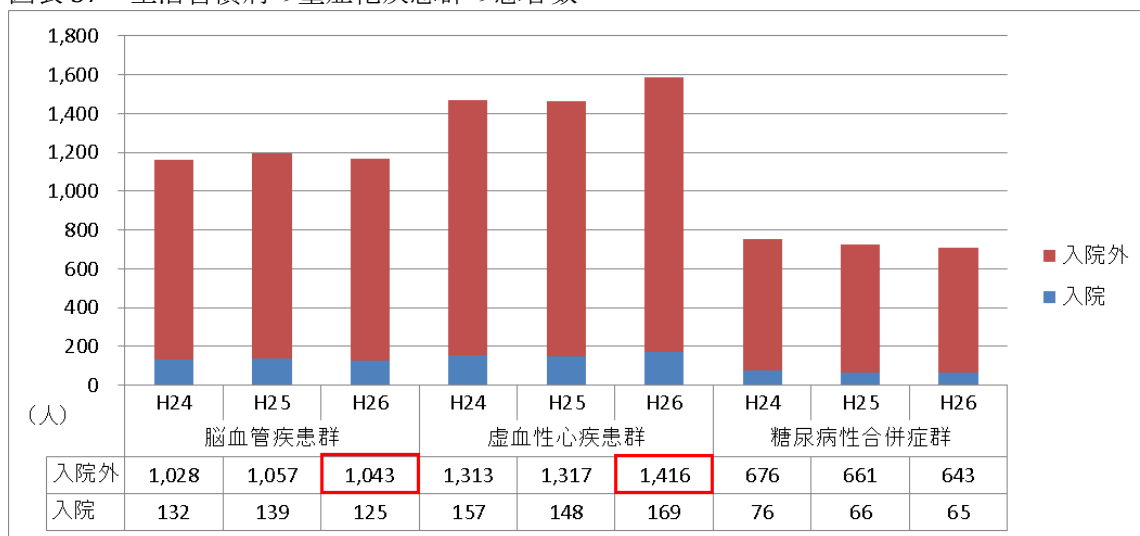
図表 36 生活習慣病の重症化疾患群の医療費



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

次に、患者数を比較すると、平成 26 年度では「虚血性心疾患群」の患者数が最も多く、入院外で 1,416 人、次いで「脳血管疾患群」の入院外で 1,043 人である。

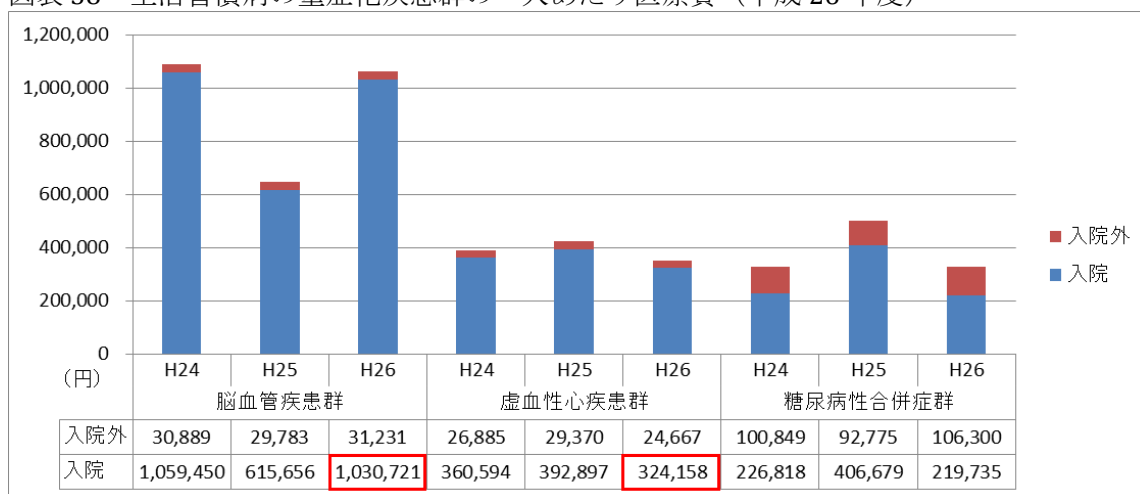
図表 37 生活習慣病の重症化疾患群の患者数



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

一人あたり医療費で比較すると、平成 26 年度では「脳血管疾患群」がもっとも高く、入院で 1,030,721 円、次いで「虚血性心疾患群」の入院で 324,158 円である。

図表 38 生活習慣病の重症化疾患群の一人あたり医療費（平成 26 年度）

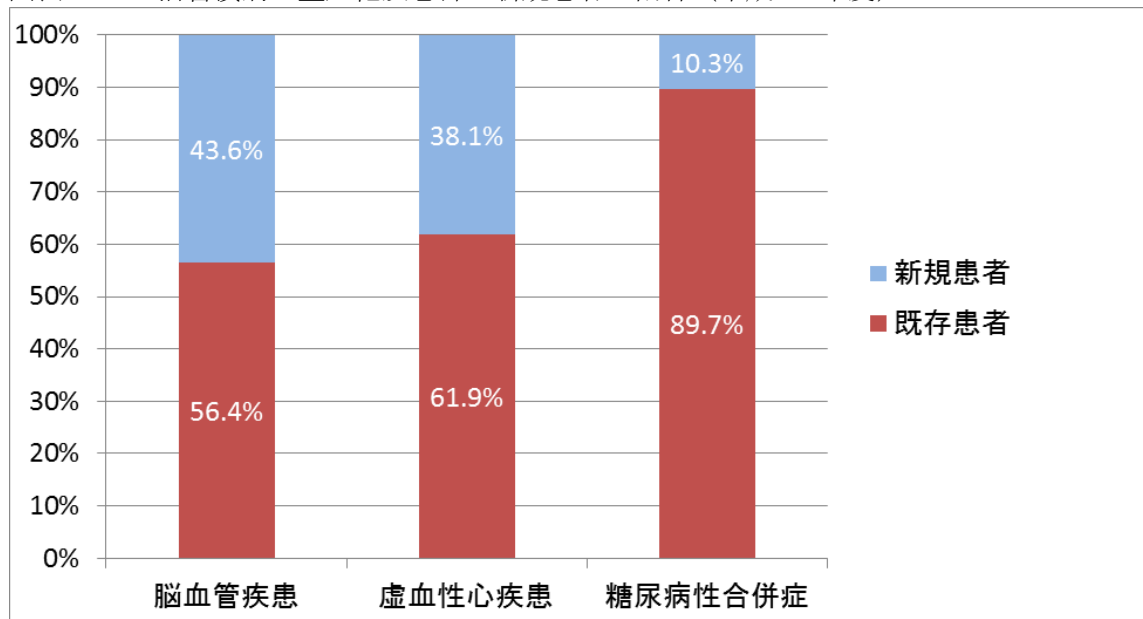


出所：医療費分析ツール「FOCUS」

④ 生活習慣病の重症化疾患群の新規患者の割合

以下の図表 39 は、平成 26 年度の生活習慣病の重症化疾患群の患者全体における新規患者の割合を示したものである。「脳血管疾患群」及び「虚血性心疾患群」の新規患者割合はそれぞれ 43.6%、38.1%であるが、「糖尿病性合併症群」の割合は 10.3%と比較的低い割合となっている。このことにより、「脳血管疾患群」及び「虚血性心疾患群」については新規患者の抑制を通して医療費の削減をする余地が大きいと言える。

図表 39 生活習慣病の重症化疾患群の新規患者の割合（平成 26 年度）



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

⑤ 生活習慣病の重症化疾患群別の基礎疾患の重なり

次に、生活習慣病の重症化疾患群別に基礎疾患の重なりを分析する。図表40に見られる通り、2つ以上の基礎疾患を保有する人数の割合が重症化疾患群のいずれにおいても高くなっており、「脳血管疾患群」が74.0%、「虚血性心疾患群」が79.8%、「糖尿病性合併症群」が92.9%である。

また基礎疾患の重なりについてみてみると、高血圧症、脂質異常症、糖尿病3つの重なりを持つ者の割合が高いことが分かる。

図表40 生活習慣病の重症化疾患群別の基礎疾患の重なり（人数）（平成26年度）

	脳血管疾患		虚血性心疾患		糖尿病性合併症	
	人数	合計に対する割合 (%)	人数	合計に対する割合 (%)	人数	合計に対する割合 (%)
高血圧症	123	13.7%	132	10.0%	12	1.9%
脂質異常症	52	5.8%	49	3.7%	5	0.8%
高血圧症+脂質異常症	120	13.4%	147	11.1%	12	1.9%
高血圧症+脂質異常症+糖尿病	341	38.1%	596	45.2%	388	60.3%
糖尿病	58	6.5%	86	6.5%	29	4.5%
糖尿病+高血圧症	107	11.9%	146	11.1%	88	13.7%
糖尿病+脂質異常症	95	10.6%	163	12.4%	110	17.1%
2つ以上の基礎疾患を保有する合計	663	74.0%	1,052	79.8%	598	92.9%
合計	896	100.0%	1,319	100.0%	644	100.0%

出所：医療費分析ツール「FOCUS」

図表41 生活習慣病の重症化疾患群別の基礎疾患の重なり（費用額）（平成26年度）

	脳血管疾患		虚血性心疾患		糖尿病性合併症	
	費用額	合計に対する割合 (%)	費用額	合計に対する割合 (%)	費用額	合計に対する割合 (%)
高血圧症	4,002,815	2.9%	1,984,608	2.1%	7,849,425	7.7%
脂質異常症	16,251,104	11.6%	12,590,399	13.0%	3,756,096	3.7%
高血圧症+脂質異常症	26,078,816	18.6%	15,718,429	16.2%	24,758,989	24.3%
高血圧症+脂質異常症+糖尿病	54,852,640	39.2%	40,551,640	41.8%	46,054,032	45.2%
糖尿病	3,774,792	2.7%	4,105,037	4.2%	1,891,264	1.9%
糖尿病+高血圧症	16,535,025	11.8%	8,012,315	8.3%	10,796,424	10.6%
糖尿病+脂質異常症	18,593,497	13.3%	13,945,725	14.4%	6,704,386	6.6%
2つ以上の基礎疾患を保有する合計	116,059,978	82.9%	78,228,109	80.7%	88,313,831	86.7%
合計	140,088,689	100.0%	96,908,153	100.0%	101,810,616	100.0%

出所：医療費分析ツール「FOCUS」

⑥ 考察

播磨町における生活習慣病の傾向として、基礎疾患では高血圧症と脂質異常症、生活習慣病の重症化疾患群では脳血管疾患群・虚血性心疾患群が医療費・患者数ともに大きい。

一方、生活習慣病の重症化疾患群の基礎疾患の重なりをみると、基礎疾患を2つ以上保有する者の割合が高く、基礎疾患の重なりが重症化疾患の罹患リスクを増大させることを示す結果となった。

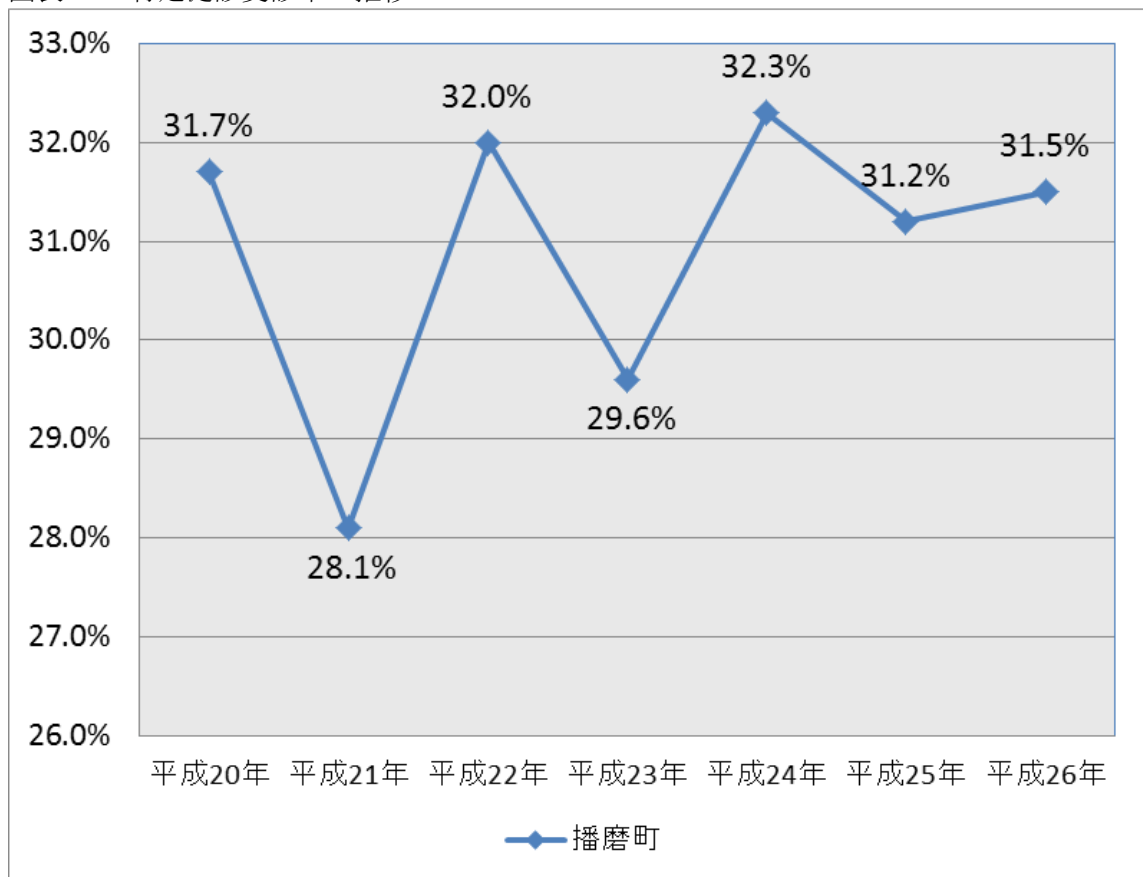
4) 特定健診

本節では、特定健診に関するデータを分析し、受診率やその推移と内訳について概観し、その課題を検討する。また、未受診者に対する未受診理由のアンケート調査結果の分析も併せて行い、受診率向上を目指す上での主要な障壁を見極めていく。

① 受診率の推移

図表 42 は、平成 20 年度から平成 26 年度の播磨町の特定健診の受診率の推移をまとめたものである。過去 7 年間にわたって受診率は一年毎に上下しているが、全体的には上昇傾向にある。

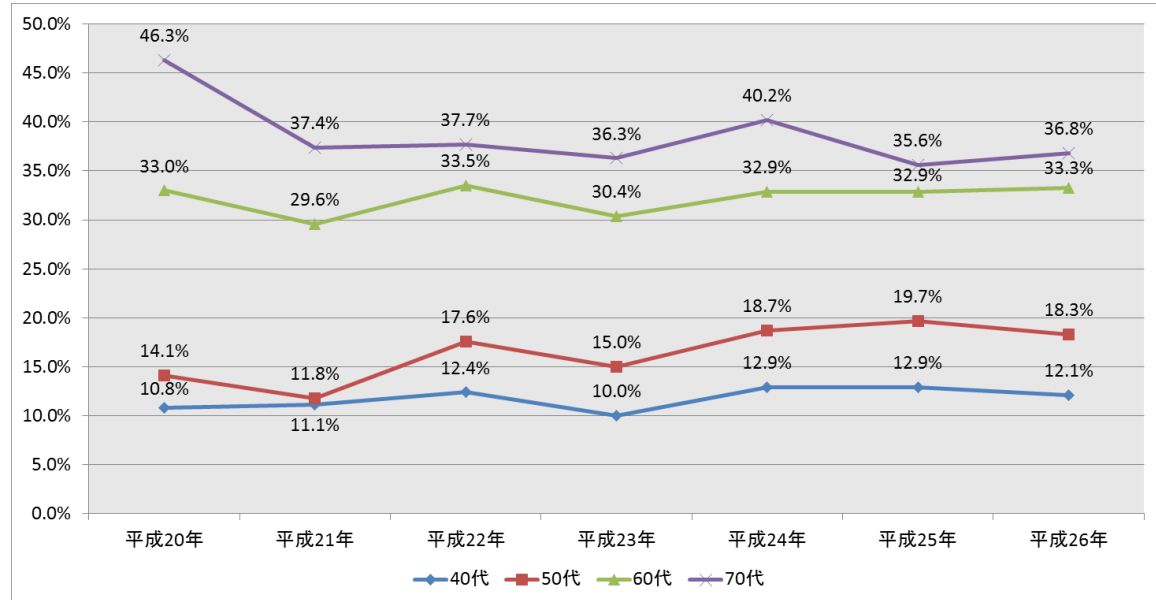
図表 42 特定健診受診率の推移



② 年齢階層別健診受診率の推移

次に、年齢階層別の特定健診受診率とその推移を分析した。図表 43 に見られる通り、60～74 歳の受診率が高く、若年になればなるほど受診率が低い傾向がみられる。

図表 43 年齢階層ごとの特定健診受診率の推移（平成 20～26 年度）

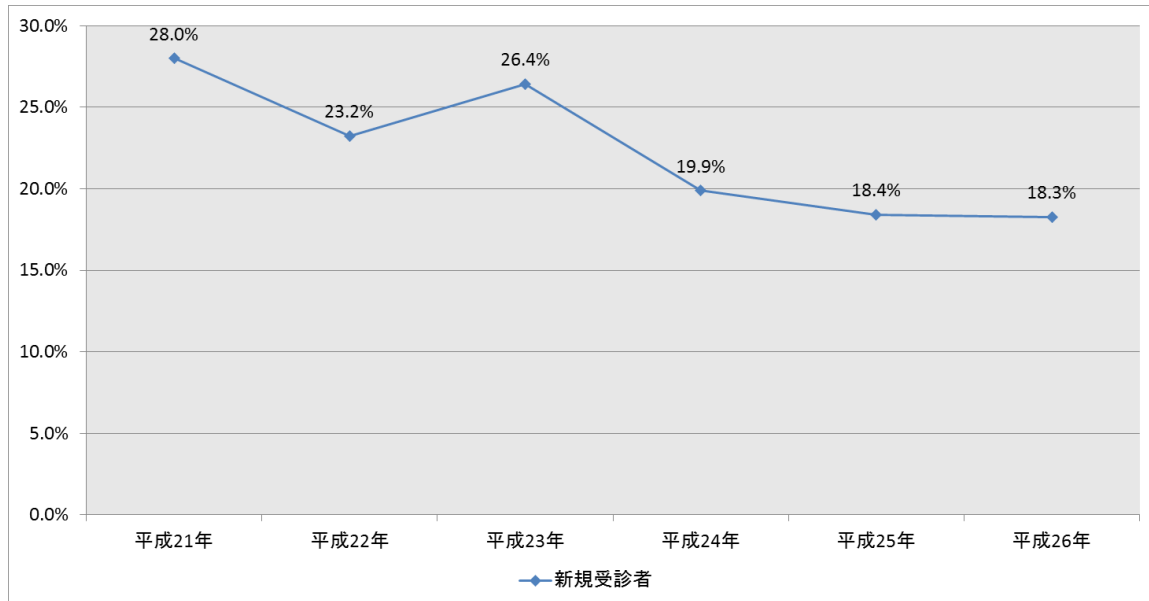


出所：医療費分析ツール「FOCUS」

③ 新規特定健診受診対象者の年齢階層別受診率

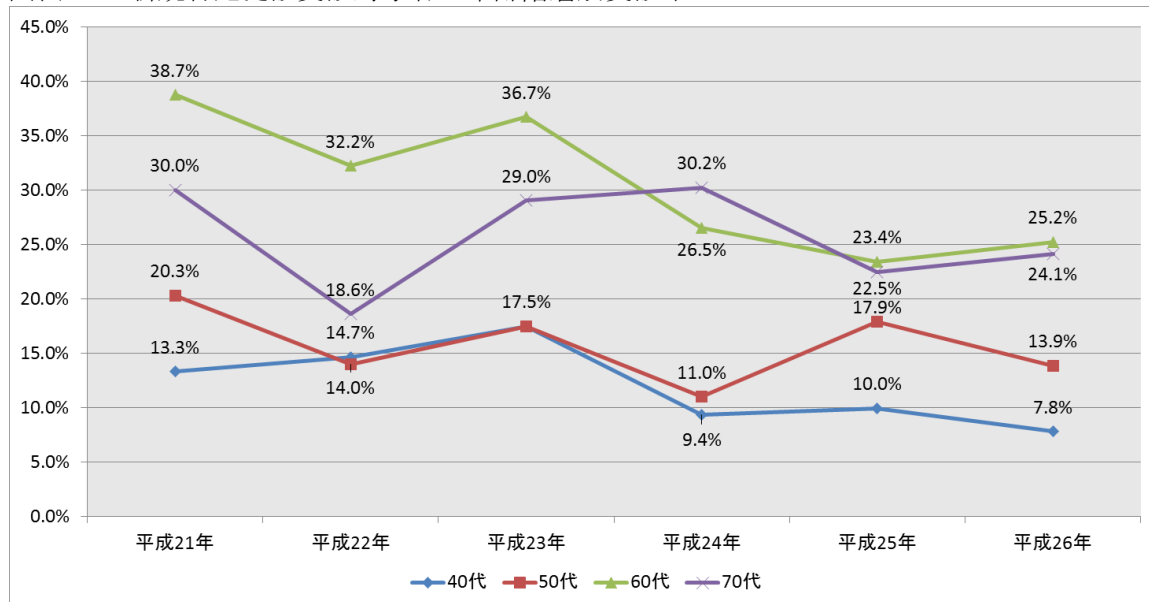
次に、新規特定健診受診対象者を、年齢階層別に分けて受診率を比較したものが図表 45 である。分析の結果、新規特定健診受診対象者においても、60～74 歳の受診率が高く、若年になればなるほど受診率が低い傾向がみられる。

図表 44 新規特定健診受診対象者の受診率



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

図表 45 新規特定健診受診対象者の年齢階層別受診率



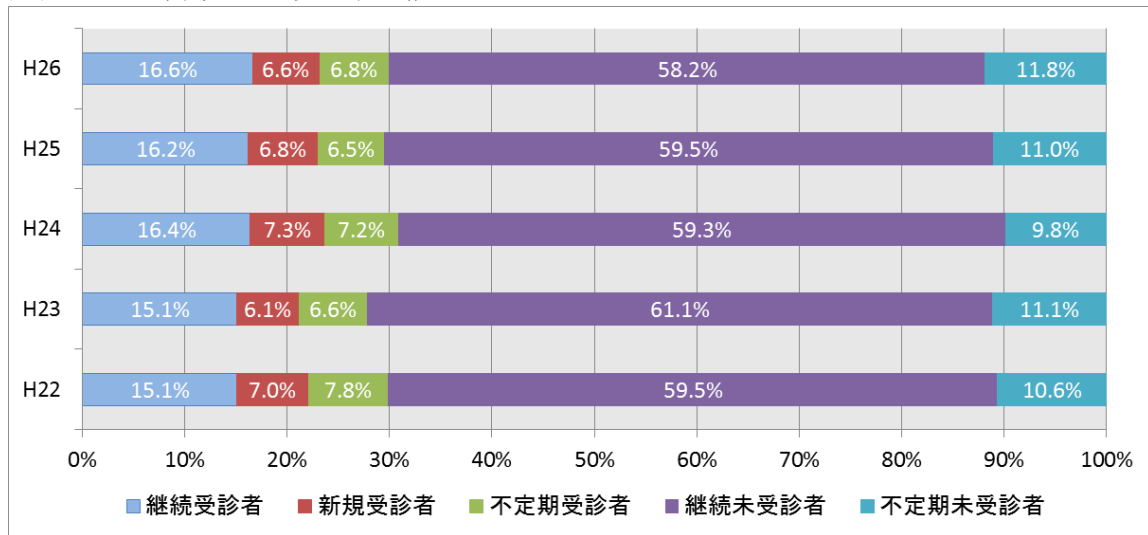
出所：医療費分析ツール「FOCUS」

④ 健診受診者の内訳とその推移

次に、健診受診者の内訳とその推移を分析していく。図表 46 は、5 年間の特定健診受診者のうち、受診歴のある者（継続受診者・不定期受診者）、新規受診の者、受診歴のない者（継続未受診者・不定期未受診者）の内訳を示したものである。平成 26 年度の「継続受診者」とは、平成 24 年、25 年、26 年の 3 年間連続で特定健診を受診している者であり「不定期受診者」とは、平成 26 年度に特定健診を受診し、平成 24 年度あるいは平成 25 年度のどちらか一方を受診している者を指す。また「新規受診者」とは、平成 26 年度に受診し、平成 24 年度及び平成 25 年度に受診していない者である。

播磨町の継続受診者は若干ながら増加傾向にあり、その他は、全体的にはほぼ横ばいの傾向となっている。

図表 46 5 年間の健診受診者内訳



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

⑤ 未受診者に対する未受診理由のアンケート調査結果

次に、各種健診未受診者に対して行った未受診理由のアンケート調査の結果から、各種受診の障壁となっている主要な要因を分析する。図表 47 は、平成 24 年 12 月に行った「播磨町 特定健診・特定保健指導に関するアンケート」の調査結果であるが、住民の方が特定健診を受診しない理由の回答について、最も多かったのが「定期的に病院にかかっているから」というものであり、次いで「場所や日程が合わない（忙しい）から」、「健康だから」の回答も多かった。これは、自己判断で健診受診は不要と考える方が多いことを示唆している。

図表 47 未受診者に対する未受診理由のアンケート調査結果

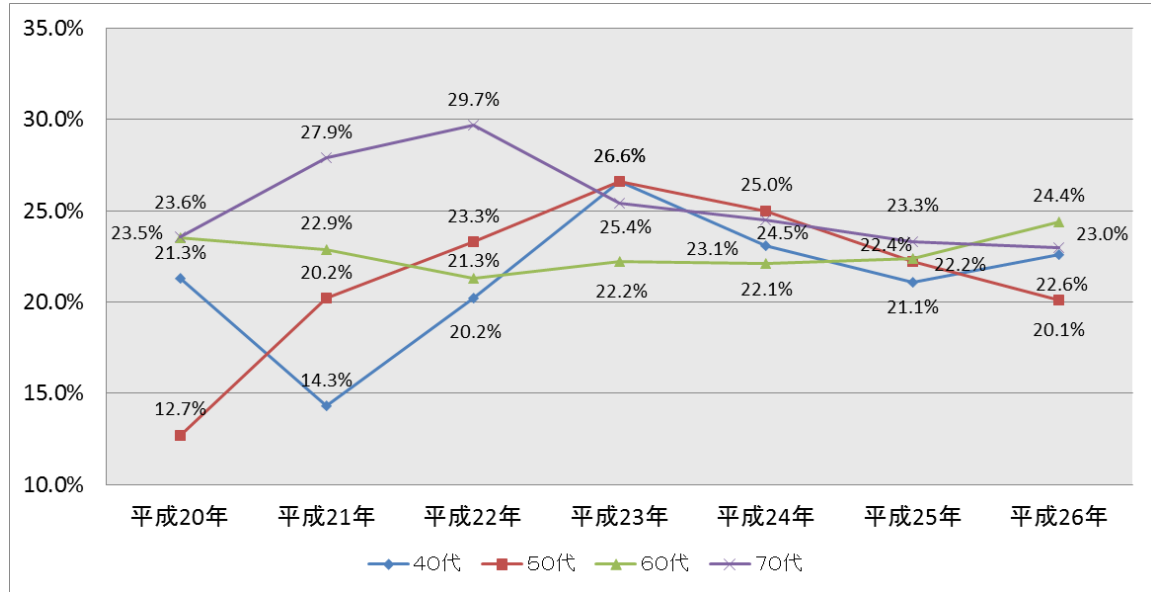
	未受診者(年齢別)			
	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～74歳
アンケート対象者(人)	35	99	93	90
定期的に病院にかかっているから	37.1%	52.5%	65.6%	74.4%
健康だから	11.4%	9.1%	10.8%	11.1%
簡単な検査項目しかないから	11.4%	5.1%	8.6%	7.8%
昨年受診したから	5.7%	9.1%	5.4%	4.4%
場所や日程が合わない（忙しい）から	31.4%	18.2%	6.5%	5.6%
結果を見るのが怖いから	2.9%	2.0%	4.3%	3.3%
興味がない、面倒だから	31.4%	9.1%	6.5%	5.6%
受診方法がわからない	5.7%	5.1%	1.1%	5.6%
その他	17.1%	24.2%	15.1%	16.7%
無回答	0.0%	1.0%	2.2%	0.0%

出所：平成 25 年 3 月播磨町 特定健診・特定保健指導に関するアンケートの調査結果

⑥ 問診結果

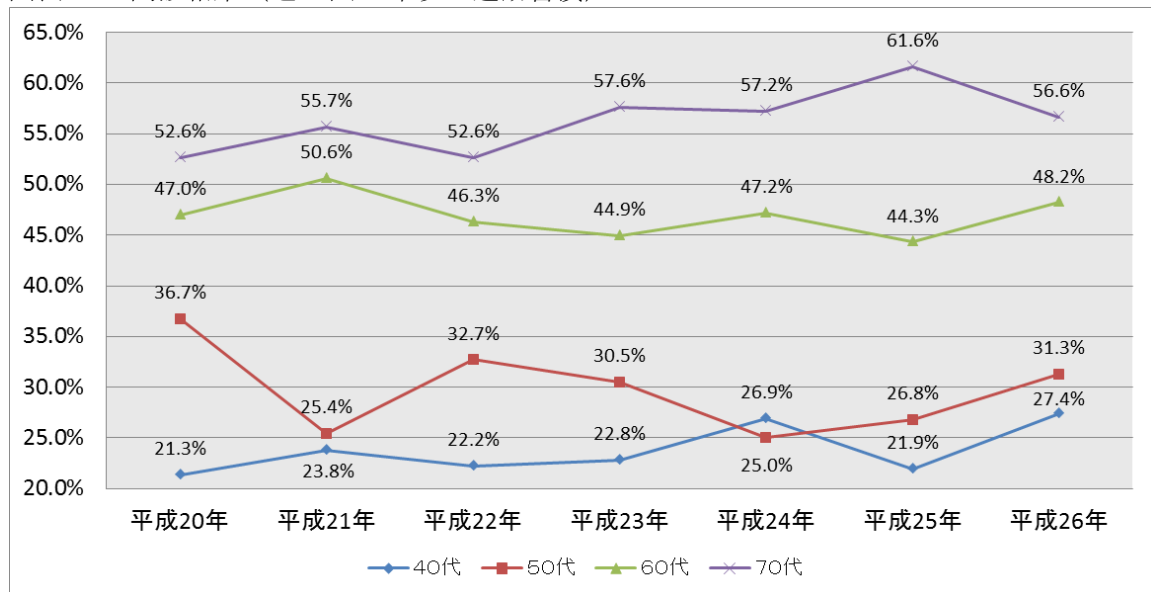
問診結果の「お酒を飲む頻度（毎日）」、「週2回1年以上運動習慣」、「睡眠で休養がとれている」及び「喫煙の習慣」の経年変化を分析する。40歳代で喫煙の習慣が多く、定期的な運動習慣がない傾向となっている。

図表 48 問診結果（お酒をのむ頻度（毎日））



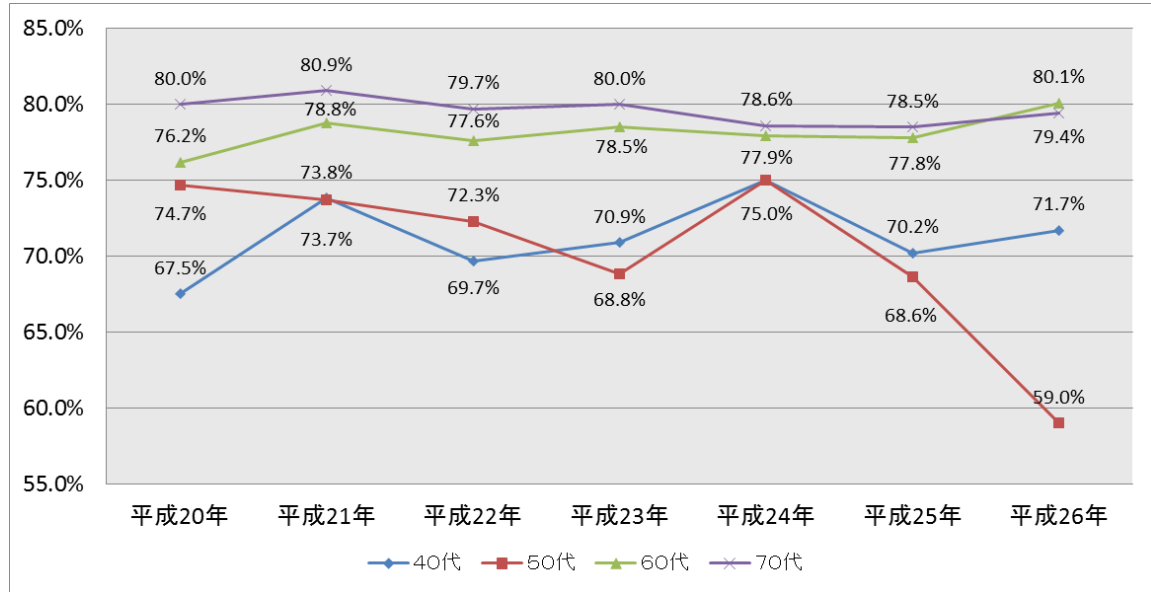
出所：医療費分析ツール「FOCUS」

図表 49 問診結果（週2回1年以上運動習慣）



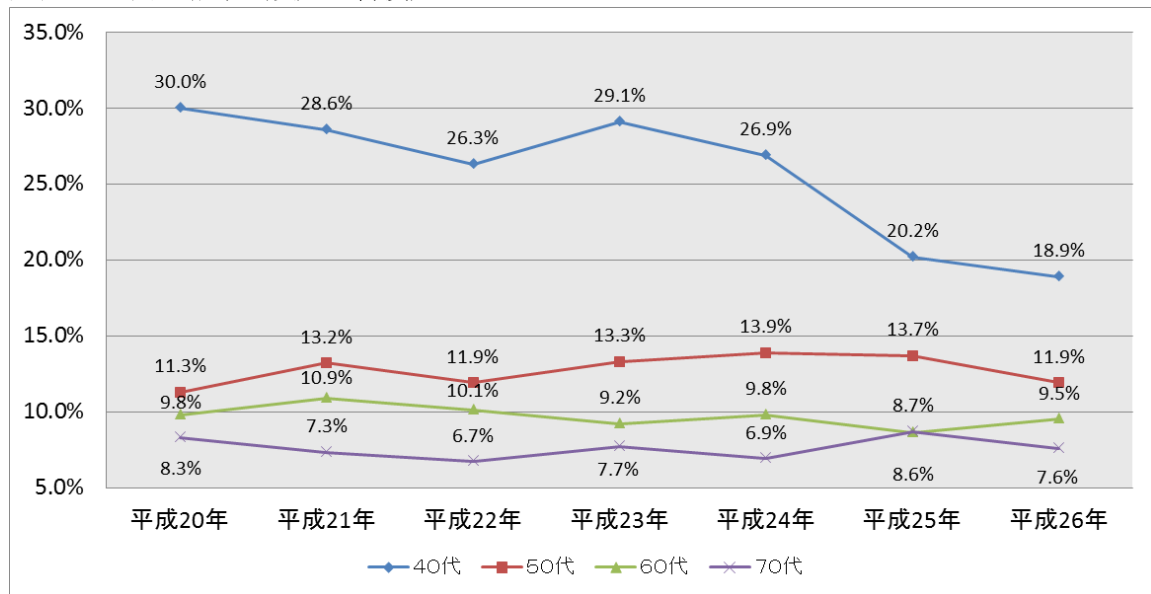
出所：医療費分析ツール「FOCUS」

図表 50 問診結果（睡眠で休養がとれている）



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

図表 51 問診結果（喫煙の習慣）



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

⑦ 考察

特定健診は、地域の健康状態を把握する手段として重要な事業であるが、播磨町においては受診率が30%前後という低い水準に留まっている。地域の健康状態をより正確に把握し、早期に生活習慣病リスクの高い対象者を発見して特定保健指導などの予防活動を実施するためにも、健診受診率向上のための取り組みが必要である。

播磨町の受診率の低迷の要因の1つと考えられるのは若年層の新規受診対象者における特定健診受診率の低さである。新規特定健診対象者を初年度に取り込むことは、その後の受診傾向に大きな影響を与える可能性が高いことに加え、前年未受診者の中で比較的受診しやすい効果を与える。

また、住民の方が特定健診を受診しない理由の回答について、「定期的に病院にかかっているから」、「健康だから」といった、自己判断で健診受診は不要と考える方が多いことがわかった。このことに関しては、医療機関と連携し、健診受診の必要性などを伝えることが重要だと考えられる。

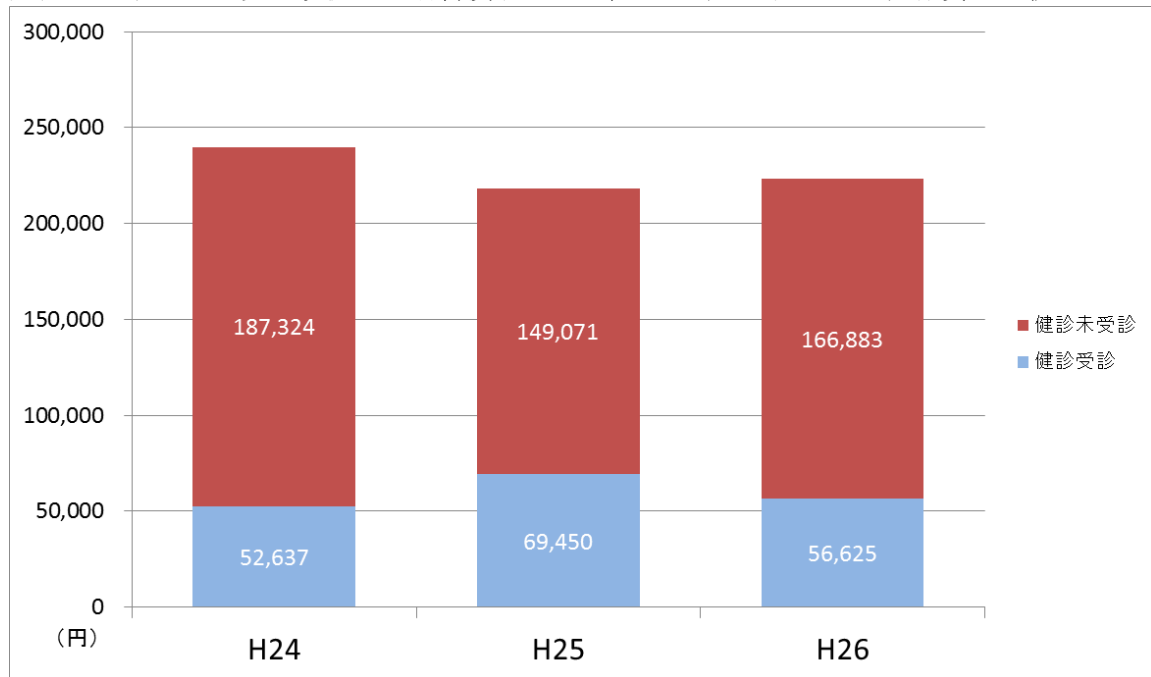
5) 特定健診受診による医療費適正化・重症化予防効果

本節では、特定健診受診歴と生活習慣病関連医療費の相関を分析し、特定健診による医療費適正化・生活習慣病重症化予防の効果について考察する。

① 特定健診受診有無と生活習慣病の重症化疾患群一人あたり医療費

図表 52 は、特定健診受診の有無で同年度の生活習慣病の重症化疾患群の治療にかかる費用を比較したものである。特定健診受診者では 56,625 円であるのに対し、特定健診未受診者では 166,883 円で 3 倍程の費用がかかっていた。

図表 52 特定健診受診状況と生活習慣病の重症化疾患群の一人あたり医療費の比較

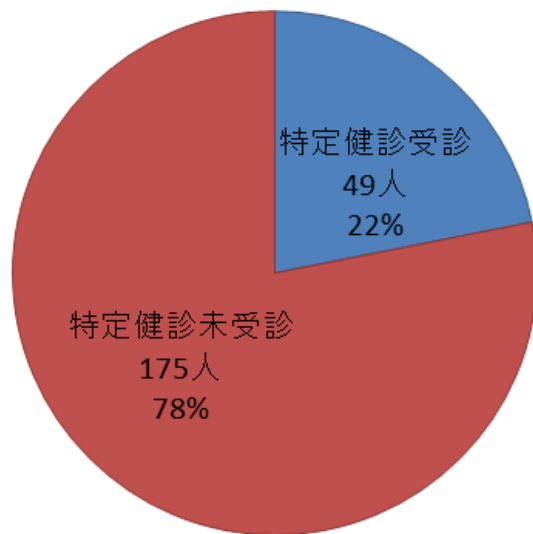


出所：医療費分析ツール「FOCUS」

② 生活習慣病の重症化疾患群入院患者における特定健診受診歴

また、平成 26 年度の生活習慣病の重症化疾患群の入院患者の健診受診歴を見ると、図表 53 の通り、前年度に特定健診を受診している者は 22%であった。健診の受診によって毎年の健康状態の把握や早期の予防活動を実施できていない状況が伺える。

図表 53 生活習慣病の重症化疾患群入院患者における特定健診の受診歴（平成 26 年度）

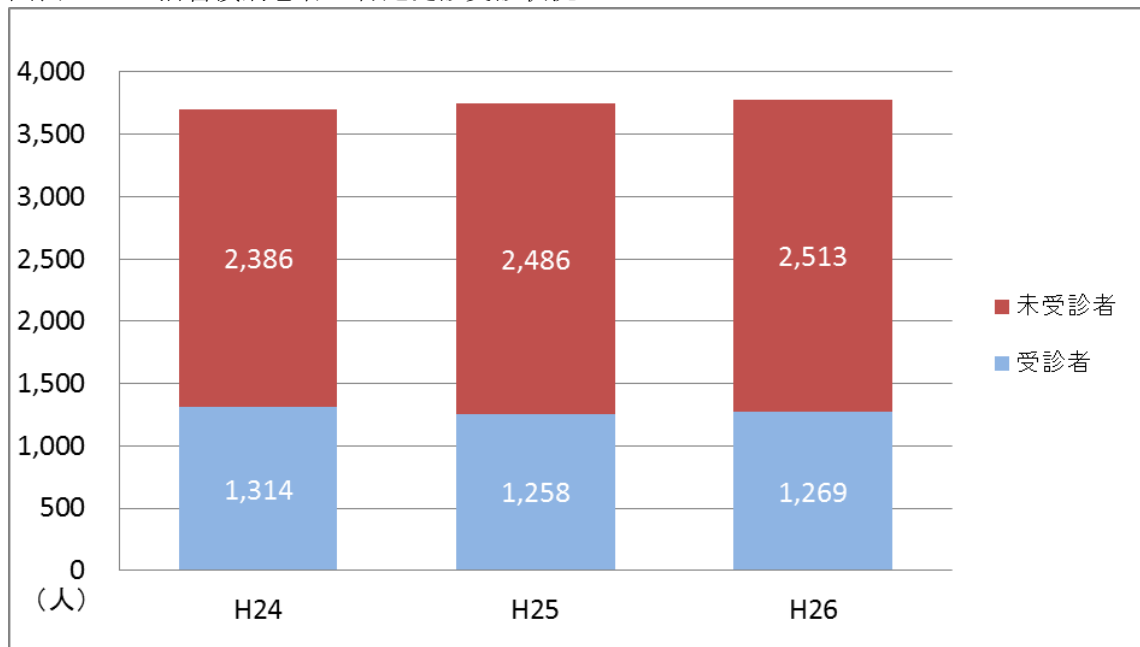


出所：医療費分析ツール「FOCUS」

③ 生活習慣病患者の特定健診受診状況

図表 54 は、生活習慣病患者について、同年度の特定健診の受診状況を確認したものである。平成 24 年度～平成 26 年度の結果を見ると、患者のうち、特定健診受診者は全体の 34%程度、健診未受診者が 66%程度になるのが、直近 3 年間の傾向である。

図表 54 生活習慣病患者の特定健診受診状況



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

④ 考察

健診未受診者の医療費は、受診者と比べて約 3 倍の大きさとなっており、また生活習慣病の重症化疾患群の入院者状況を見ても、健診受診者が入院者全体の 22%であることが分かった。また生活習慣病患者の健診受診状況を見た場合も、健診未受診者がより多く存在する結果となった。

健診受診による早期からの健康状態把握や生活習慣病の予防・治療の機会を逃すと、その分、後々の重症化や入院を招き医療費を増大させるリスクが大きくなると考えられる。健診受診促進を通して一人ひとりの健康状態を町および本人が理解し、必要に応じて早期の予防・治療を実施することが重要となる。

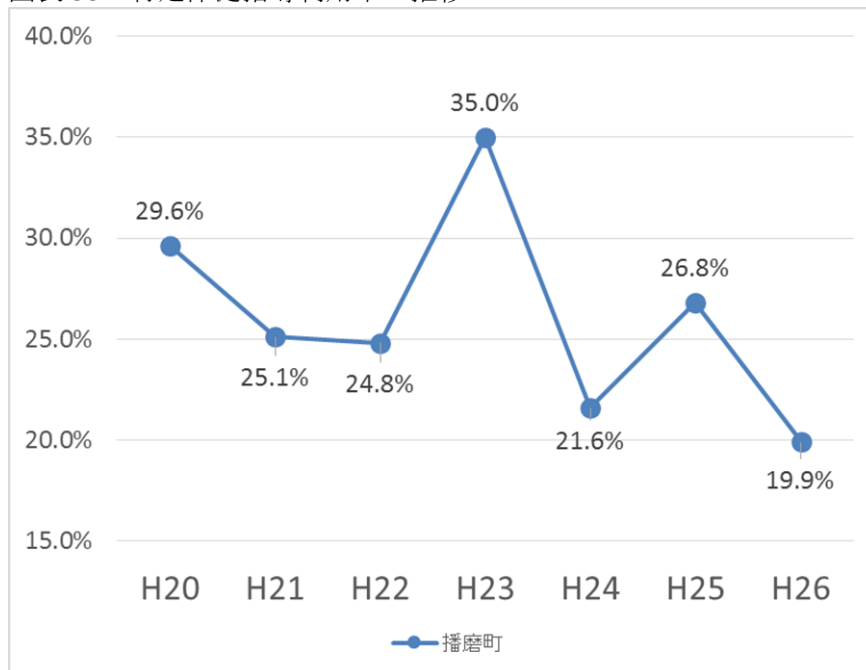
6) 特定保健指導

本節では、特定健診受診者のうち、検査結果が一定の基準に該当する人に対して実施する特定保健指導に関する状況を把握する。これまでの特定保健指導利用率の推移や内訳、特定保健指導利用者の健康状態改善状況などを分析していく。

① 特定保健指導利用率の推移

図表 55 は、平成 20 年度～平成 26 年度まで過去 7 年間の特定保健指導利用率の推移である。年度によりばらつきがあるが、平成 26 年度は、低い結果となっている。

図表 55 特定保健指導利用率の推移

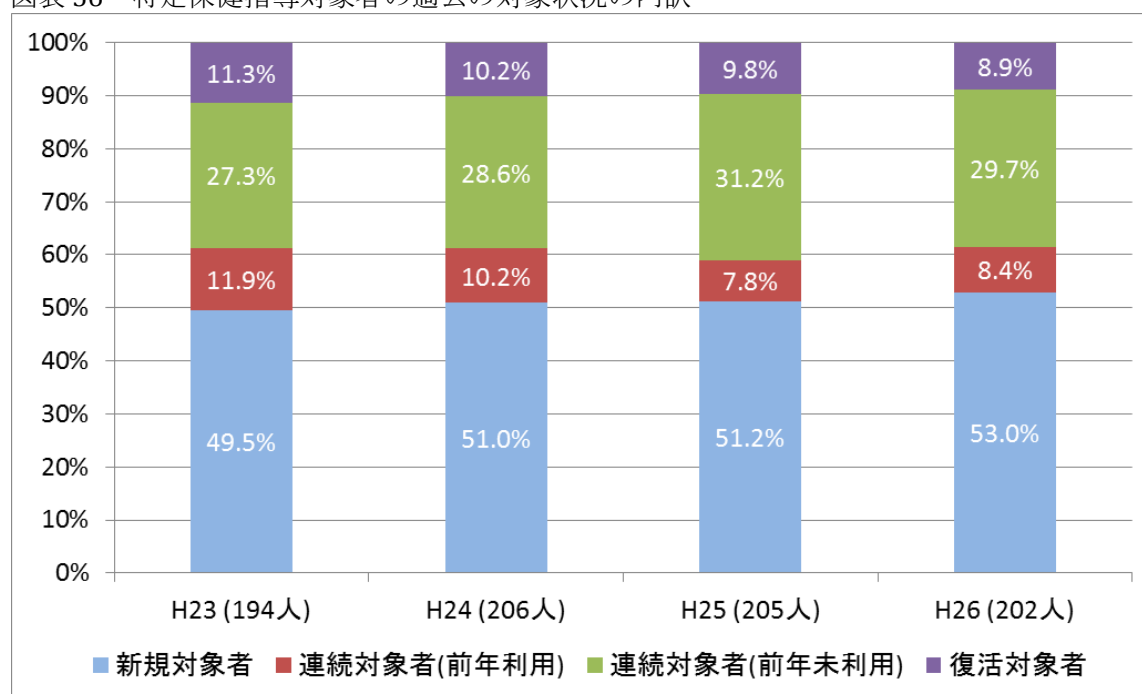


出所：法定報告

② 特定保健指導対象者の過去の対象状況の内訳

次に、特定保健指導対象者の過去の対象状況の内訳をまとめたものが図表56である。「新規対象」とは過去2年間は対象でない者、また「復活対象」とは過去2年のうち、1年前は対象でないが、2年前は対象だった者を表している。また「連続対象者」は1年前が対象である者を指し、特定保健指導の対象状況で異なるグループに分類している。特定保健指導対象者の内訳をみると、各年度において大きく変わらないことが分かる。「新規対象者」及び「連続対象者（前年未利用）」が全体の約80%程度存在する。

図表56 特定保健指導対象者の過去の対象状況の内訳



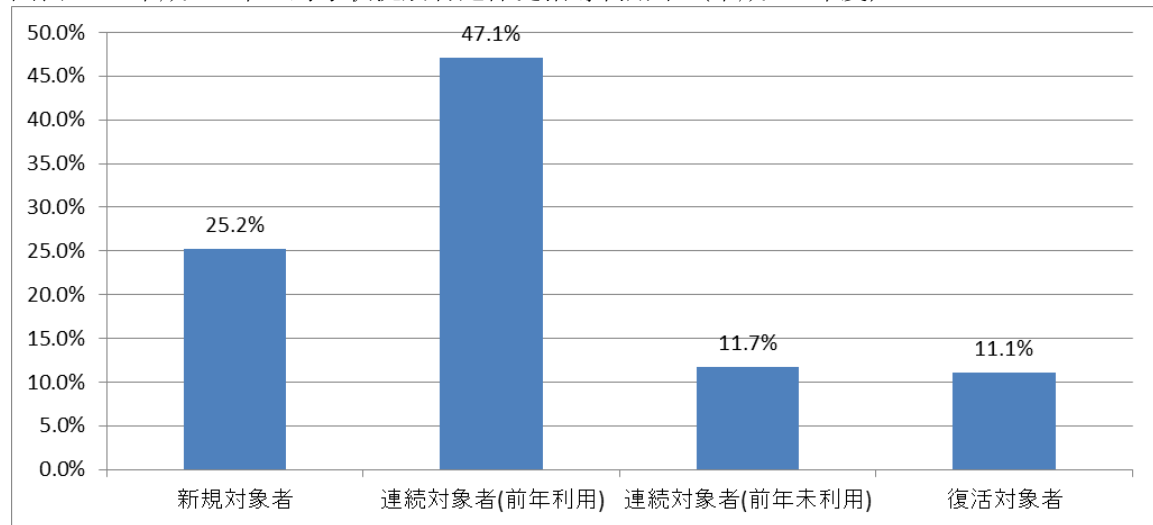
注：前年度に特定健診の対象外である者を除く

出所：医療費分析ツール「FOCUS」

③ 平成 25 年の対象状況別特定保健指導利用率（平成 26 年度）

図表 57 は、平成 26 年度の特定保健指導利用率を、図表 56 の対象者区分で比較したものである。「連続対象者（前年未利用）」と「復活対象者」の利用率は、それぞれ 11.7%、11.1%である。一方、「新規対象者」及び「連続対象者（前年利用）」の利用率は、それぞれ 25.2%と 47.1%と高い状況である。

図表 57 平成 25 年の対象状況別特定保健指導利用率（平成 26 年度）

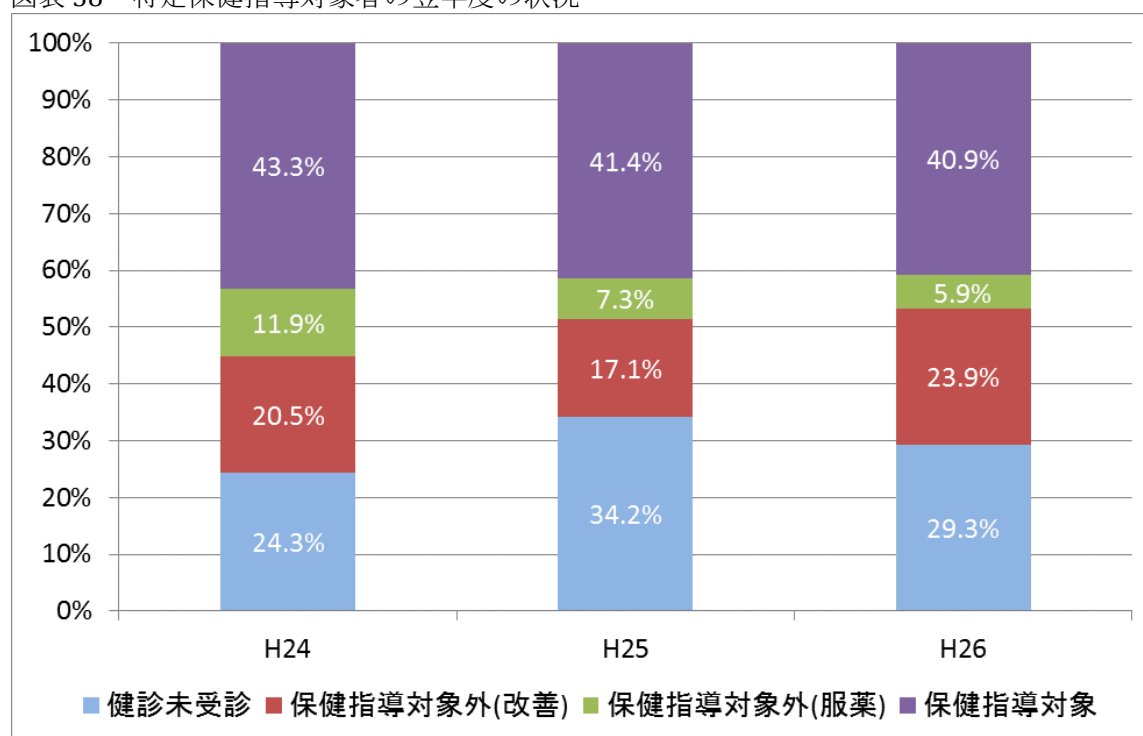


出所：医療費分析ツール「FOCUS」

④ 特定保健指導対象者の翌年度の状況

次に、特定保健指導対象者の翌年度の健診受診状況および特定保健指導対象状況について分析する。図表 58 の通り、特定保健指導対象者の 40.9%は翌年度も特定保健指導対象となっていることがわかる。一方、対象者のうち 29.3%は翌年度健診を受診しておらず、その後のフォローアップが難しい状況となっている。全体の 29.8%の対象者は翌年度特定保健指導の対象外になっているが、そのうち、数値の改善によって対象外となる方がほとんどであり、残りは服薬によって対象外になっている状況である。

図表 58 特定保健指導対象者の翌年度の状況

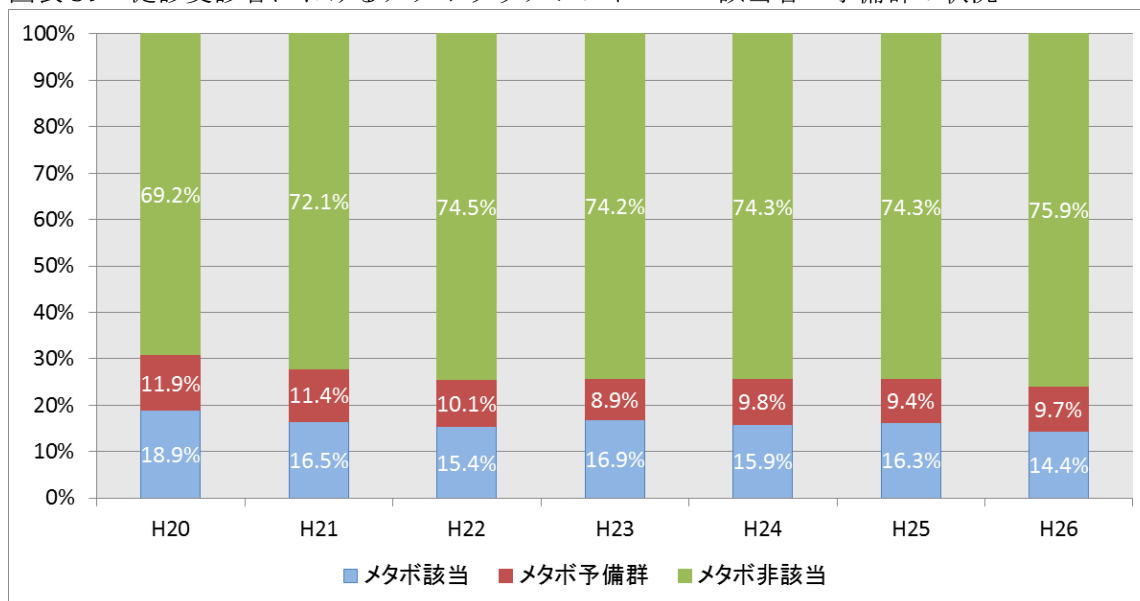


出所：医療費分析ツール「FOCUS」

⑤ 健診受診者におけるメタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

次に、特定健診受診者のうち、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の推移を見ていく。図表 59 の通り、全体的にはほぼ横ばいで推移しているが、メタボリックシンドローム該当者の割合は年々緩やかながら下降している状況である。

図表 59 健診受診者におけるメタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

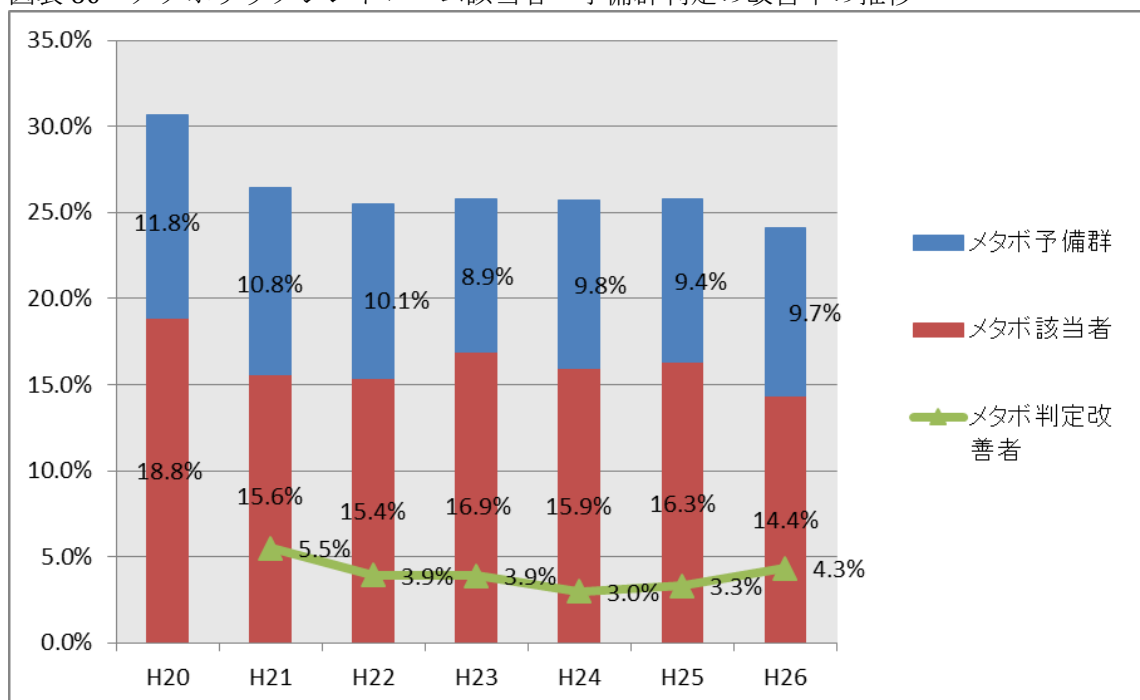


出所：医療費分析ツール「FOCUS」

⑥ メタボリックシンドローム該当者・予備群判定の改善率の推移

前年においてメタボリックシンドローム該当者・予備群だったが、翌年度に非該当者となった者をメタボリックシンドローム判定の改善者と呼び、メタボリックシンドローム該当者・予備群全体における改善者の割合をメタボリックシンドローム改善率として算出した。図表 60 の通り、メタボリックシンドローム改善率は、ほぼ横ばいの状況である。

図表 60 メタボリックシンドローム該当者・予備群判定の改善率の推移



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

⑦ 考察

播磨町の特定保健指導の利用率は低い水準に留まっている。特定保健指導の利用率低迷の理由の1つと考えられるのは、特定保健指導対象者の53.0%を占める「新規対象者」の利用率の低さである。「新規対象者」は、特定保健指導対象者全体に占める割合が大きいばかりではなく、初めて保健指導の対象になることから健康意識が高い対象者グループであると想定され、効果的に介入することで保健指導を利用させることが比較的容易なグループと言える。従い、この対象者グループに優先的に介入し、同グループの利用率の向上を通して、播磨町全体の利用率を改善する方法は非常に有効であると考えられる。

また、播磨町の特定保健指導対象者の翌年度の状況を見ると、40.9%の対象者が翌年度も保健指導の対象者となっている一方で、全体の23.9%の対象者のみが数値改善によって保健指導の対象外になっている状況である。これらの状況の大きな要因となっているのが特定保健指導の利用率の低さであり、特定保健指導対象者の中でより多くの対象者に介入しなければ（利用率を向上する）、これらの数値を現状より大幅に改善することは不可能である。

一方、特定保健指導対象者の特定保健指導利用には一定の健康改善効果があるため、今後はより特定保健指導利用率を高めていくことが重要である。

7) 特定健診から見る健康課題

本節では、特定健診受診者の受診結果から、受診者のメタボリックシンドローム状況や、生活習慣病リスク因子の保有状況などを把握し、主要な健康課題を分析していく。

① メタボリックシンドローム予備群・該当者の状況

図表 61 は、平成 26 年度の特定健診受診者のメタボリックシンドロームの予備群・該当者の状況について集計したものである。特定健診受診者 1,991 人のうち、腹囲のみ基準値を超えた受診者は 65 人で全体の 3.3%である。また、腹囲だけでなく高血糖、高血圧、脂質異常のどれか一つ基準値を超えているメタボリックシンドロームの予備群は 194 人であり、全体の 9.7%である。さらに、腹囲に加え高血糖、高血圧、脂質異常のいずれか二つもしくは三項目全てで基準値を超えるメタボリックシンドロームの該当者は 286 人であり、全体の 14.4%である。一方、検査値別に見た場合は、予備群においては高血圧が 131 人であり、全体の 6.6%、該当者においては高血圧＋脂質異常が 156 人であり、全体の 7.8%を占めるなど、高血圧と脂質異常の割合が高いことが分かった。

図表 61 メタボリックシンドローム予備群・該当者の状況（平成 26 年度）

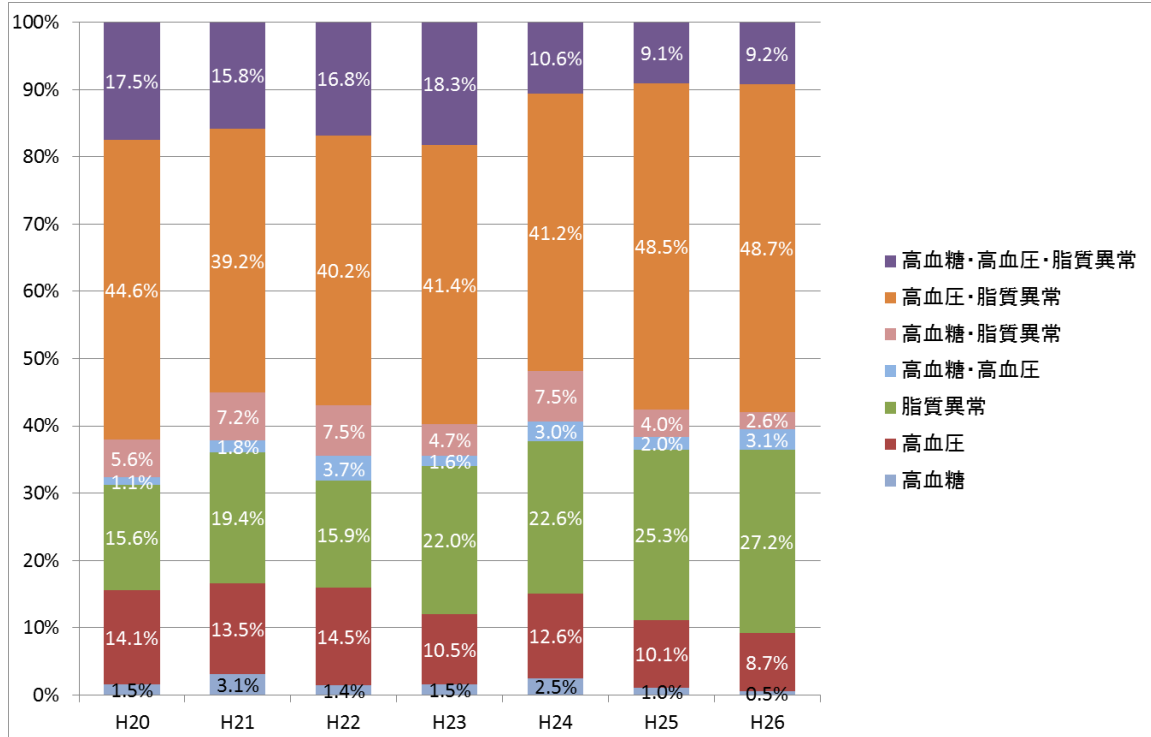
	全体		男性		女性	
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
合計	1,991	100%	797	100%	1,194	100%
腹囲のみ	65	3.3%	42	5.3%	23	1.9%
予備群	194	9.7%	135	16.9%	59	4.9%
高血糖	10	0.5%	9	1.1%	1	0.1%
高血圧	131	6.6%	83	10.4%	48	4.0%
脂質異常	53	2.7%	43	5.4%	10	0.8%
該当者	286	14.4%	190	23.8%	96	8.0%
高血糖＋高血圧	44	2.2%	34	4.3%	10	0.8%
高血糖＋脂質異常	10	0.5%	6	0.8%	4	0.3%
高血圧＋脂質異常	156	7.8%	95	11.9%	61	5.1%
三項目全て	76	3.8%	55	6.9%	21	1.8%

出所：医療費分析ツール「FOCUS」

② 特定保健指導対象者のリスク因子保有状況

図表 62 は、各年度の特定保健指導対象者を抽出し、どのようなリスク因子を保有しているかを算出したものである。高血圧・脂質異常の2因子を保有している者の比率が最も高く、平成 26 年度において 48.7%とのリスク因子保有者の約半数を占めている。また、単独のリスク因子としては脂質異常の保有率が最も高い状況である。

図表 62 特定保健指導対象者のリスク因子保有状況



注：保健指導対象者のうち、健診結果データに欠損がある者を除く
出所：医療費分析ツール「FOCUS」

③ 要治療者のリスク因子保有状況

次に、生活習慣病の重症化疾患群の要治療者のリスク因子保有状況を分析した。図表 63 の内訳を見ると、最も保有者数が多いのは「高血圧+脂質異常」の2因子を併せ持つパターンで、次いで脂質異常のみだった。「高血圧」と「脂質異常」の2因子の割合が高い傾向は、図表 61 のメタボリックシンドローム予備群・該当者、図表 62 の特定保健指導対象者と一致する。このことより、今後、この2つのリスク因子を「注目すべきリスク因子」と定義する。なお、この2つのリスク因子は、脳血管疾患群、虚血性心疾患群の主なリスク因子とも重なることから、今後の保健事業において「高血圧」「脂質異常」、さらに重複を加味して「高血圧+脂質異常」「高血圧+脂質異常+高血糖」の4種類を重点的に追跡することは有効である。

図表 63 要治療者のリスク因子別内訳（平成 26 年度）

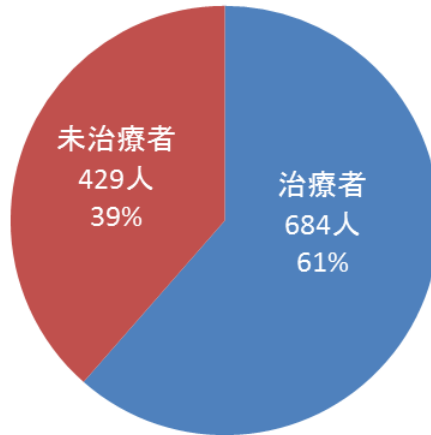
リスク因子		リスク保有者	
		人数（人）	割合
注目すべき リスク因子	高血圧	107	8.6%
	脂質異常	417	33.3%
	高血圧+脂質異常	465	37.2%
	高血圧+脂質異常+高血糖	124	9.9%
		1,113	89.0%
その他のリスク因子	高血糖+高血圧	52	4.2%
	高血糖+脂質異常	61	4.9%
	高血糖	25	2.0%
		138	11.0%
総計		1,251	100.0%

出所：医療費分析ツール「FOCUS」

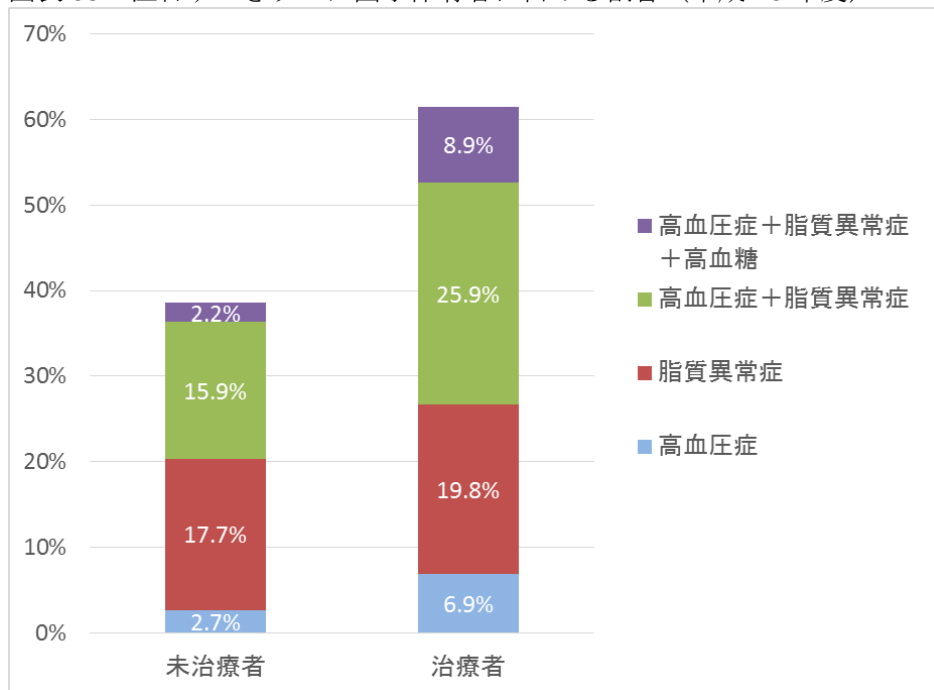
④ 注目すべきリスク因子保有者に占める治療者・未治療者の割合

図表 64 は平成 26 年度の要治療者のうち、注目すべきリスク因子を保有している対象者の治療者・未治療者の割合を表している。対象者のうち、未治療者は 39%を占めている状況である。

図表 64 注目すべきリスク因子保有者に占める治療者・未治療者の割合（平成 26 年度）



図表 65 注目すべきリスク因子保有者に占める割合（平成 26 年度）



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

⑤ 考察

特定健診の受診結果データの分析から、播磨町では、メタボリックシンドローム予備群・該当者、特定保健指導対象者、要治療者の全ての対象者グループにおいて、脳血管疾患群・虚血性心疾患群のリスク因子である高血圧・脂質異常保有者の占める割合が高いことが分かった。以上のことから、播磨町においては、「高血圧」「脂質異常」、さらに重複を加味して「高血圧+脂質異常」「高血圧+脂質異常+高血糖」、4種類のリスク因子を重点的な追跡対象とし、先の全ての対象者グループにおいてこれらのリスク因子保有者数の減少に向けた取組を実施する必要がある。

8) 地域の健康課題まとめ

本章では、地域の人口統計やレセプトデータ、特定健診および特定保健指導に関するデータを分析してきた。本節では、これらの分析結果全体を踏まえて播磨町の地域健康課題を分析し、データヘルス計画における主要な目標を設定した。

① 地域の健康課題の分析

播磨町は、兵庫県全体と比べて高齢化率がそれ程高い割合にあるわけではないが、高齢化の伸び率に関しては高い状況下であり、医療費がますます増加していく懸念がある。事実、生活習慣病関連の医療費支出の占める割合が大きいという結果がでている。日々の生活習慣によって引き起こされる生活習慣病は、早期からの介入によって人々の健康意識や行動変容を促し、発症や重症化を予防することが医療費適正化において重要である。

基礎疾患と生活習慣病の重症化疾患群の医療費と患者数について分析した結果、重症化疾患群のうち、脳血管疾患群・虚血性心疾患群にかかる医療費・患者数ともに大きいことが分かった。よって、これら2つの重症化疾患群の患者数を削減することが、医療費削減のために最も重要な課題であると言える。

こうした生活習慣病の重症化疾患群の予防においては、重症化疾患群の発症リスク因子である基礎疾患の予防や、リスク因子保有者のコントロール改善による重症化予防が重要な手立てとして考えられる。脳血管疾患群・虚血性心疾患群への対策としては、「高血圧」「脂質異常」、さらに重複を加味して「高血圧+脂質異常」「高血圧+脂質異常+高血糖」の4種類のリスク因子を重点的に追跡していくことが重要となる。

生活習慣病の重症化疾患群のリスク因子である基礎疾患の予防に関しては、1) 早期かつ継続的な特定健診の受診によって、日頃から健康状態を把握し対処することで生活習慣病を未然に予防すること、2) すでにリスク因子を保有している場合は、特定保健指導や医療機関の利用などを通して数値の改善・コントロールを行って重症化予防を行うことが重要である。現在、播磨町においては、特定健診の受診率が31.5%、特定保健指導の利用率が19.9%に留まっているため、後述の事業展開を目下の目的とすることが有効である。

② 播磨町データヘルス計画の目的と取組

以上のことから、播磨町のデータヘルス計画においては、脳血管疾患群、虚血性心疾患群の患者を削減することで医療費を削減することを主要な目標とする。また施策としては、以下の事業に重点的に取り組んでいく。

1) 特定健診対策：

特定健診未受診者、特にこれまでも全く受診したことのない新規特定健診対象者に集中的に受診促進を行い、地域全体の健康状態をより正確に把握し、生活習慣病予防や早期治療を可能にする。また、健診未受診理由として「定期的に病院にかかっているから」、「健康だから」といった、自己判断で健診受診は不要と考える方が多いことから、特定健診受診の意識の向上により受診を促す。健診結果が異常なし・要指導のうちから生活状況改善を行うことにより、医療受診や大きな病気を防ぐことが出来るという意識の向上により、自分の健診結果に応じた生活改善行動が取れるよう支援する。

2) 特定保健指導対策：

特定保健指導対象者、特に利用率の低い「新規対象者」に対して利用促進を行い、リスク因子を保有する者の生活改善を促し重症化を予防する。

3) 要治療者予防：

特定保健指導などを通して、基礎疾患、特に高血圧、脂質異常のリスク因子を保有する者の重症化を予防する。また、健診未受診者の医療費は受診者と比べて約3倍の大きさとなっていることから特定健診対策と合わせて、医療機関の医療受診勧奨対象者への医療受診勧奨や、医療受診者のコントロール状況の把握と指導、町内医療機関と連携した重症化予防の取り組みを行う。

第3章 医療費適正化事業

本章では、医療費適正化事業として、ジェネリック医薬品（後発品）の普及促進と、重複受診・頻回受診・重複薬剤の抑制事業に関する状況を分析する。第1節では、先発品と同様の効果がより安価で期待できるジェネリック医薬品の普及状況の分析と、普及による医療費削減効果の試算を行い、今後の目標普及率を設定した。第2節では、重複受診・頻回受診・重複薬剤の回数の推移を俯瞰し、必要以上の受診や処方避けることは、町民の健康増進と医療費適正化、両方の観点から重要であることを示していく。

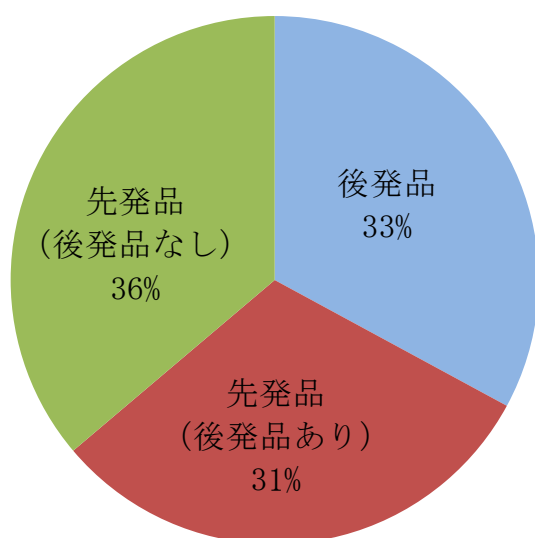
1) ジェネリック医薬品の普及促進

本節では、医療費削減に有効な手段のひとつとして考えられるジェネリック医薬品（後発品）の普及促進について考察する。まず、後発品の普及率を把握し、その後、後発品への切り替え・普及による医療費削減効果を見積もり、今後の普及目標設定を行う。

① 現状の普及率と使用割合

現在、播磨町で普及している医薬品全体のうち、対応する後発品のない先発品と「ジェネリック医薬品あり」の医薬品（後発品と後発品ありの先発品）の割合をまとめたものが以下の図表 66 である。ここでは、数量ベースで普及数を算出し、1レセプトごとの数量×回数の合計で全体を求めた。なお、入院・入院外すべてを含めた普及割合を算出している。計算の結果、「ジェネリック医薬品あり」の医薬品の占める割合は全体の64%であることが分かった。

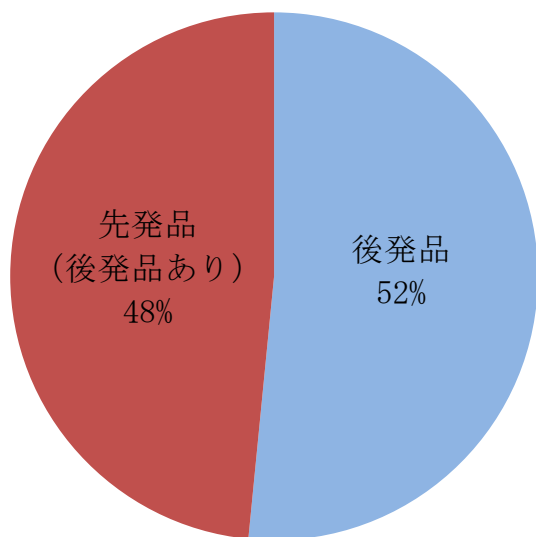
図表 66 現在の医薬品の普及状況（平成 26 年度）



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

また、「ジェネリック医薬品あり」の医薬品（後発品ありの先発品と後発品）の合計を全体とし、先発品とジェネリック医薬品のそれぞれの使用割合を算出すると、ジェネリック医薬品（後発品）の使用状況は52%となり、ジェネリック医薬品ありの市場においては、おおよそ半数の割合でジェネリック医薬品が普及している状況となっている。

図表 67 後発品の使用割合（平成 26 年度）

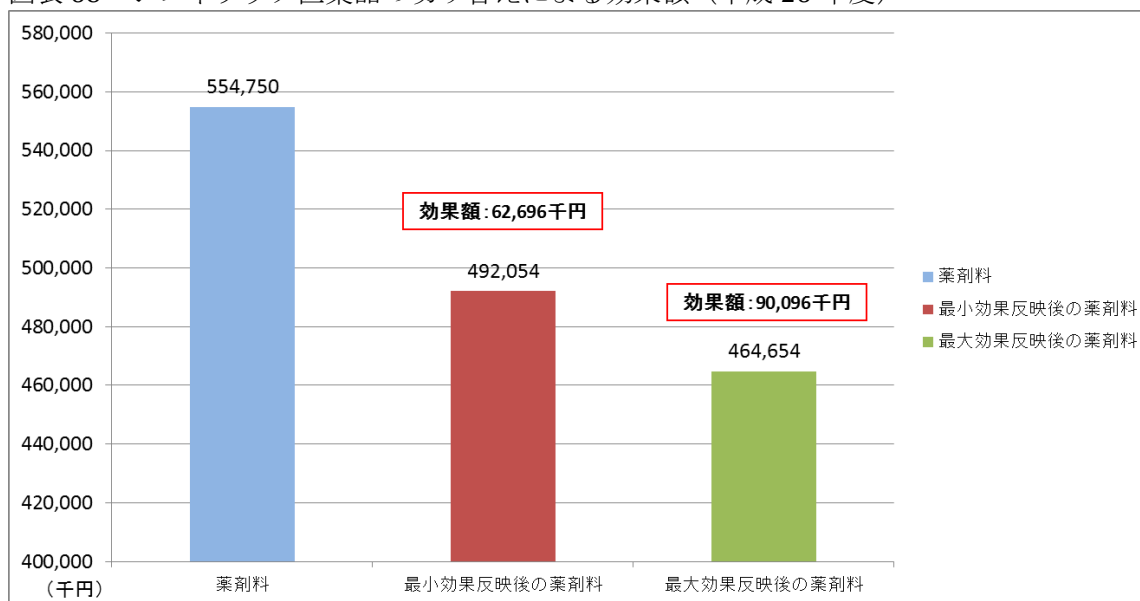


出所：医療費分析ツール「FOCUS」

② ジェネリック医薬品切り替えによる効果額

次に、ジェネリック医薬品切り替えを促進した場合の医療費削減効果を試算した。図表 68 では、ジェネリック医薬品のある先発品を全てジェネリック医薬品に切り替えた場合の効果額を算出している。ただし、先発品よりジェネリック医薬品の値段が高い場合は置き換えていない。また、入院外のみでの算出となっている。試算の結果、ジェネリック医薬品切り替えによって、最小で6千2百万円、最大で9千万円の医薬品費用削減効果が見込まれることが分かった。

図表 68 ジェネリック医薬品の切り替えによる効果額（平成 26 年度）

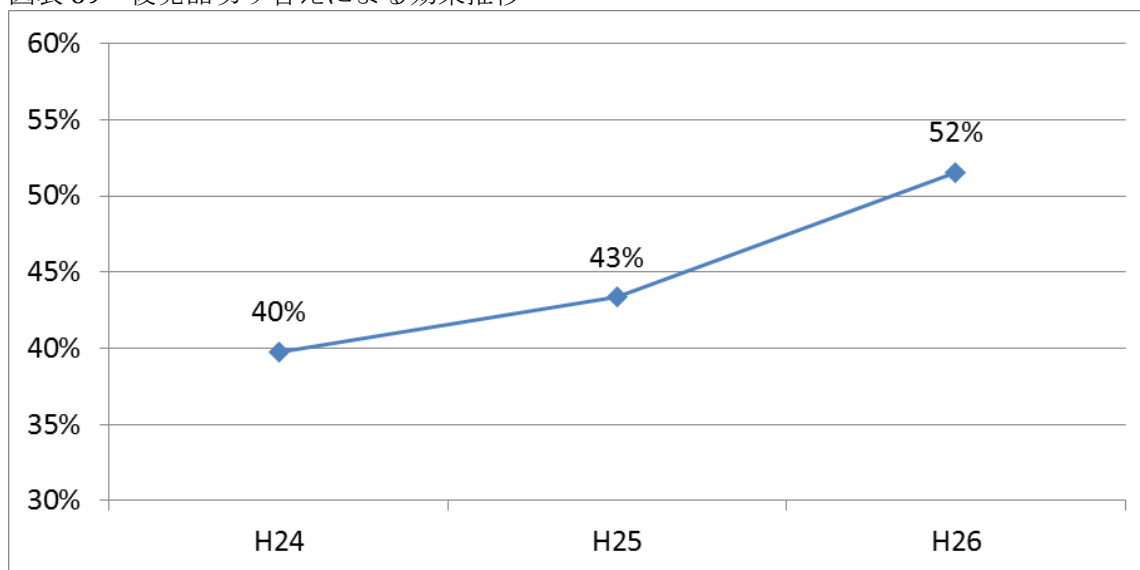


出所：医療費分析ツール「FOCUS」

③ ジェネリック医薬品切り替えによる効果推移

以下の図表 69 では、平成 24 年度から平成 26 年度のジェネリック医薬品のある後発品の普及率を年度ごとに集計している。過去 3 年間で普及割合は 12% 上昇している。今後この水準を一層引き上げることが医療費の低減につながる。

図表 69 後発品切り替えによる効果推移



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

④ 考察

ジェネリック医薬品普及を促進することは、医療費削減に一定の効果を発揮することが期待される。過去 3 年間でジェネリック医薬品のある先発品の普及率は上昇傾向にあり、今後も段階的な目標設定を行いながらジェネリック医薬品の普及促進事業を継続することで、医療費の削減を目指していくことが重要である。

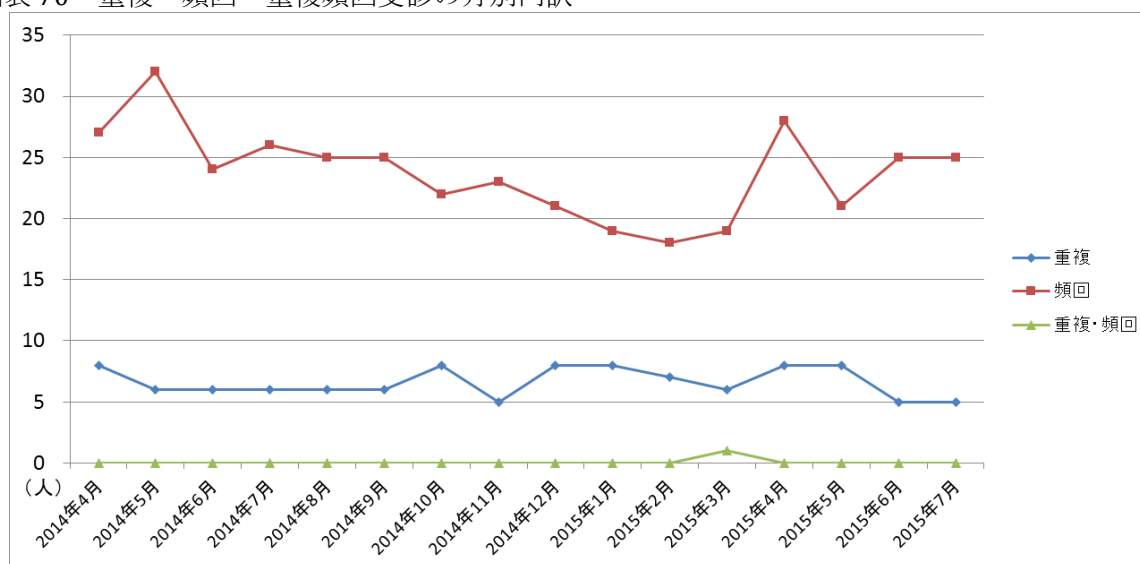
2) 重複受診、頻回受診、重複薬剤

重複受診、頻回受診、重複薬剤の処方減らすことは、医療費適正化の観点から重要である。本節では、これらの事項に関する近年の状況を分析していく。

① 近年の状況推移

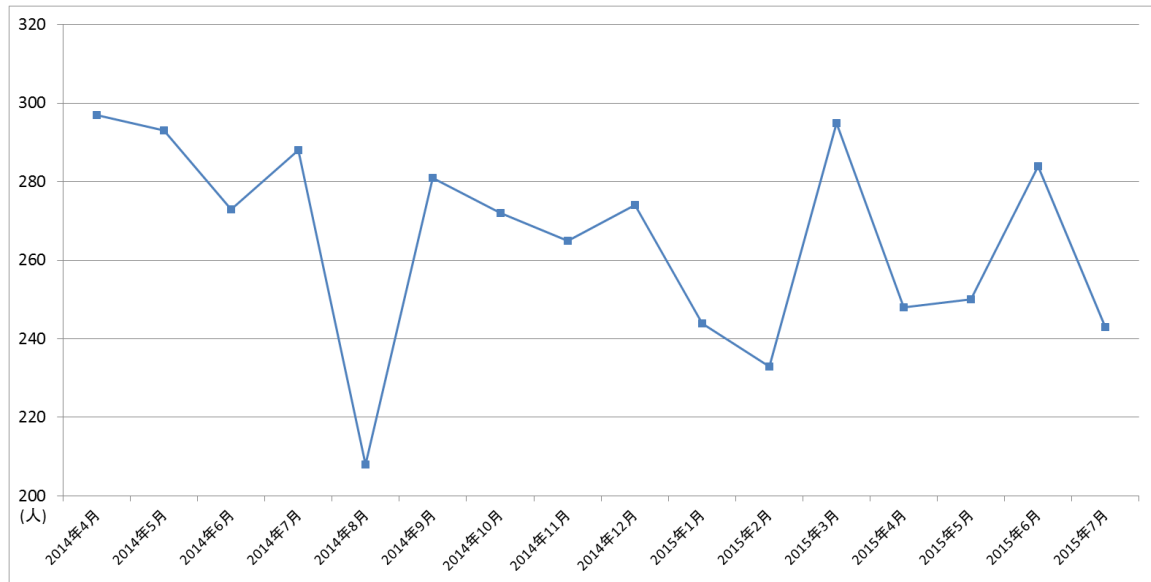
図表 70 は、重複受診・頻回受診・重複薬剤に関する月別の推移をまとめたものである。重複受診・頻回受診・重複薬剤の推移は、月毎に多少の変化があるものの、過去3年間で増減を繰り返しながらもほぼ横ばいとなっている。

図表 70 重複・頻回・重複頻回受診の月別内訳



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

図表 71 医療費重複薬剤対象者の月別推移



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

② 考察

重複・頻回受診をなるべく避けることは医療費支出適正化において重要である。また、医療費重複薬剤は対象者数が多いことから、医療費への影響が多い疾病に着目し、対応策を検討していく必要がある。

第4章 実施すべき保健事業の評価指標の設定

本章では第2章で抽出された健康課題に対し、実施すべき保健事業と評価指標を設定する。具体的には平成29年度までの期間で、誰に対して、どの保健事業を実施し、実施した保健事業を適正に評価する指標を決めていく。

1) 対象者のグループ化

マーケティングとは、一般的には「顧客が真に求める商品やサービスを作り、その情報を顧客に届け、顧客がその商品を効果的に得られるようにする活動」を指し、その成功のためには、顧客の思考や行動傾向を理解・分析することが重要となる。近年においては、公衆衛生の分野でも民間分野同様にマーケティングの考え方や手法が活用されるようになってきている。すなわち、患者や地域住民（≒顧客）がどんな課題を抱えており、どんな保健事業（≒サービス）を必要としていて、それらをどうやって効果的に届けるかを検討した上で保健事業を実施することが重要なのである。そのためにはまず、人々の健康状態と、そこに至るまでの思考や行動（健診受診歴や治療歴等）を調べて理解・分析する必要がある。

本節では、保健事業対象者を、健診受診状況や特定保健指導利用状況、治療状況に応じて7つのグループに分けていく。以下の図表 72 は、その俯瞰図である。

図表 72 特定健診対象者のグループ分類

特定健診受診なし	①特定健診未受診者 医療機関受診者	②特定健診未受診者 医療機関未受診者	
	③正常値	④保健指導 利用者	⑤保健指導 未利用者
特定健診受診あり	⑥要治療者 医療機関受診者	⑦要治療者 医療機関未受診者	

①は、特定健診未受診者で医療機関受診者のグループである。②は特定健診未受診者で医療機関未受診者のグループである。いずれも特定健診を受診していないために、健康状況を把握することが出来ず、生活習慣病やその重症化疾患群の罹患、突然の入院などを防ぐための適切な対策を打つことが難しいグループである。③は、健診を受診しており、検査結果が正常圏に収まっているグループである。④は、健診を受診し、特定保健指導利用対象となり、特定保健指導を利用しているグループである。⑤は、特定健診受診者のうち、特定保健指導利用対象となっているが、実際に特定保健指導は利用していないグループである。⑥は、1つでも受診勧奨判定値を超えているため要治療となっており、実際に医療機関を利用しているグループである。また⑦は、特定健診を受診し、1つでも受診勧奨判定値を超えている要治療者のうち、医療機関を利用していないグループである。

2) グループごとの対策保健事業と管理指標の設定

前節でグループを①～⑦と細分化したところで、介入すべき保健事業の絞り込みに移る。まず図表 73 においてグループ毎の対策の種類と各保健事業における管理指標を示す。

図表 73 各グループの実施保健事業と各管理指標

グループ		保健事業の対策種類	推奨保健事業の管理指標
①	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	健診未受診率
②	特定健診を受診しておらず、レセプト情報がない	要治療者対策	健診未受診率
③	特定健診を受診しており、健診の結果は正常圏	特定健診対策	健診継続受診率
④	特定健診を受診しており、保健指導対象者で利用	特定保健指導対策	保健指導継続利用率
⑤	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	保健指導利用率
⑥	特定健診を受診しており、受療勧奨者であり、レセプト情報がある	要治療者対策	治療継続率
⑦	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

グループ①と②、③に対して実施すべきなのは、特定健診受診促進の対策である。健診未受診であるグループ①②に対しては、新たに健診を受診する人の割合を増やしていくことが重要であるため、管理指標は健診受診率となる。一方グループ③は、特定健診を受診し、健診結果が正常圏内に収まっている方々である。これらの方々も、今後の加齢や服薬・療養状況の変化に伴って健康状態が悪化する可能性はあるが、現状、直接には追加の重症化疾患群発症予防を行う余地はない対象である。そのため、引き続き特定健診の継続受診を促すなかで、健康意識および健康状態の維持を目指すこととする。よって、グループ③の管理指標は健診継続受診率となる。

グループ④と⑤に対しては、特定保健指導利用率向上の対策が必要である。すでに特定保健指導を利用しているグループ④は、継続的な特定保健指導の利用によって健康状態を改善し、メタボリックシンドローム該当者・予備群からの改善を目指していくことが望ましい。よって管理指標は特定保健指導継続利用率となる。一方、グループ⑤は、さらなる重症化のリスクを低減するために、特定保健指導の利用を促していくべきである。そのため、管理指標は特定保健指導利用率となる。

グループ⑥と⑦は、医療機関での要治療者であるため、重症化予防の対策が必要である。グループ⑥は、すでに医療機関を受診し、治療を開始しているため、症状の改善を目指した治療継続率が管理指標となる。グループ⑦は、受診勧奨判定値を超えていながら未治療となっているため、受療勧奨を行って少しでも治療者を増やすことが重要である。よって、管理指標は治療率となる。

3) 管理指標改善のための保健事業の方向性

前節で設定したグループごとの管理指標を改善していくためには、それぞれの保健事業をターゲットの特性に応じた適切な方法で運用していく必要がある。本節では、3つの保健事業ごとに、介入の際に留意すべき重要なポイントをまとめていく。

① 特定健診対策

- データの有効活用

受診率を効率良く向上させるためには、過去のデータを有効活用して対策を打っていくことが重要である。直近年の未受診者が過去に受診した際のデータや、未受診者アンケートなどを活用することによって、人々の健康意識や、受診の障壁となっている要因を分析し、未受診者の中から少しでも受診しやすい人を特定する工夫をする。

- 服薬者等の健康状況把握

検査値が正常な者の中にも、継続的な服薬によって数値をコントロールしている場合もあり、加齢や他の要因で急に数値が悪化・重症化するリスクがある。正常圏内の者のうち、服薬中や高齢の方などを注視しながら継続受診を促すことが重要である。

② 特定保健指導対策

- 新規特定保健指導対象者への利用勧奨

他自治体の事例から、未利用者のうち、新規に特定保健指導対象になった者が最も特定保健指導を受けやすいことが分かっている。これら新規の特定保健指導対象者に焦点をしばって優先的に利用勧奨を行っていくことが有効であると考えられる。

③ 要治療者対策

- 高リスク者を特定しての受療勧奨

全員に対して一律な勧奨を実施しても効果が低いので、重症化のリスクが高い人を特定してその人に対して優先的に施策を実施していく必要がある。

4) 保健事業と評価指標の設定まとめ

本章では、保健事業対象者をグループ分けし、グループごとに実施すべき保健事業とその評価指標について整理した。

次の章では、実施保健事業の具体的な目標値を設定する。また目標値を設定するにあたり、特定健診、特定保健指導、治療状況等の現状を踏まえ、他自治体で見られるような標準的な取り組みを実施した場合に期待できる平均的な効果を目標値の前提とした（身の丈にあった事業範囲がデータヘルス計画の前提である）。

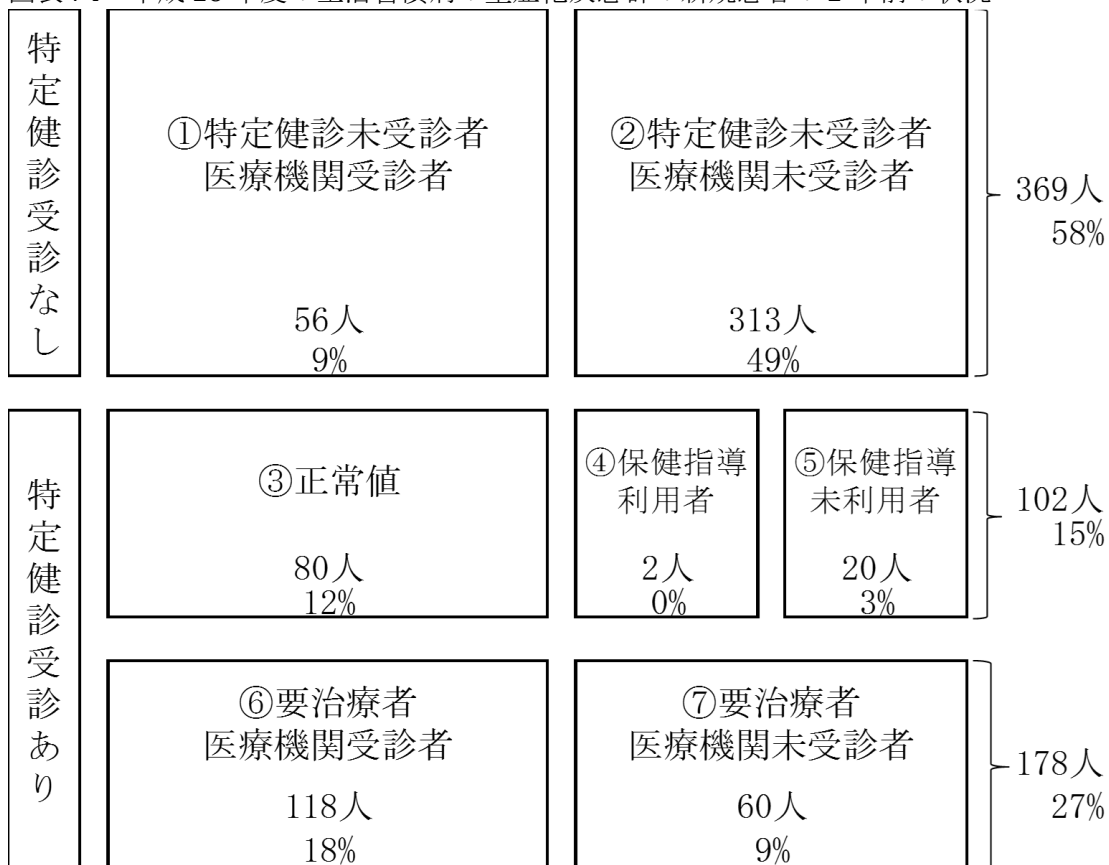
第5章 保健事業の目標値の設定

本章では、実施する保健事業について、各管理指標の改善目標割合を考える。特定健診対策は、「健診受診率」と「健診継続受診率」を管理指標としている。また特定保健指導対策は、「特定保健指導利用率」と「特定保健指導継続利用率」が管理指標となる。要治療者対策は、「治療率」と「治療継続率」が管理指標となっている。本章では、生活習慣病の重症化疾患群の新規患者の2年前の状況を把握し、どんな状況の者が実際に重症化しているのかを確認した上で、グループごとの管理指標を、平成29年度までどの程度増減させていくかの改善目標を設定した。

1) 生活習慣病の重症化疾患群新規患者の2年前の状況把握

本節では、生活習慣病の重症化疾患群の新規患者の2年前の状況を把握し、2年前にどんな状況にあった者が実際に重症化しているのかを確認する。以下の図表74は、平成26年度の生活習慣病の重症化疾患群の新規患者の平成24年度時点の状況を、特定健診受診の有無、特定保健指導の利用状況、医療機関での治療状況に応じて7つのグループに分けた図である。

図表74 平成26年度の生活習慣病の重症化疾患群の新規患者の2年前の状況



注：平成26年度に生活習慣病の重症化疾患群の新規患者及び平成24年度に特定保健指導対象者であることが条件

出所：医療費分析ツール「FOCUS」

2年前に特定健診を受診していなかったグループが369人(①+②)で全体の58%にのぼる。したがって、健診未受診者と重症化疾患発症の関連が明確にみられる結果となった特定保健指導対象者のうち、利用者(④)の2人より未利用者(⑤)の20人の方が多く、特定保健指導の利用促進が重症化予防に有効であると考えられる。また、受診勧奨値を1つでも超えている要治療者のうち、レセプトがないのは60人(⑦)で、要治療者であるグループ178人(⑥+⑦)の34%を占める。

このことより、特にグループ①、②、⑤、⑦に対して事業展開することが有効である。

以下は、前章で整理した、グループごとに実施すべき保健事業の対策の種類と管理指標を再掲したものである。2年前の状況や、他自治体平均との比較をもとに、各保健事業の管理指標の改善目標を設定していく。

図表 75 各グループの実施保健事業と各管理指標<再掲>

グループ		保健事業の対策種類	推奨保健事業の管理指標
①	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	健診未受診率
②	特定健診を受診しておらず、レセプト情報がない	要治療者対策	健診未受診率
③	特定健診を受診しており、健診の結果は正常圏	特定健診対策	健診継続受診率
④	特定健診を受診しており、保健指導対象者で利用	特定保健指導対策	保健指導継続利用率
⑤	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	保健指導利用率
⑥	特定健診を受診しており、受療勧奨者であり、レセプト情報がある	要治療者対策	治療継続率
⑦	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) 特定健診対策の目標設定

本節では、特定健診対策の管理指標である、健診受診率と健診継続受診率の改善目標を設定する。

まず、健診受診率の改善についてであるが、図表 76 の通り、現状において 31.5%（平成 26 年度の法定報告値と同じと仮定）の健診受診率を、平成 29 年度までに 60.0%に改善することを目標とする。また、健診継続受診率は、現状において 55.2%であるのを、平成 29 年度までに 80.0%に改善することを目指す。

図表 76 特定健診受診率の改善目標値

目標指標	現状値	28 年度 目標	29 年度 目標	上昇率
特定健診受診率	31.5%	55.0%	60.0%	28.5%
特定健診継続受診率	55.2%	67.6%	80.0%	24.8%

出所：法定報告、医療費分析ツール「FOCUS」

3) 特定保健指導対策の目標割合の設定

特定保健指導対策の管理指標の改善目標を設定する。今回の計画では、現状において 19.9%の特定保健指導利用率を、平成 29 年度には 60.0%まで引き上げることを目標とする（図表 77）。

図表 77 特定保健指導利用率の改善目標値

目標指標	現状値	28 年度 目標	29 年度 目標	上昇率
特定保健指導利用率	19.9%	55.0%	60.0%	40.1%
特定保健指導新規対象者の利用率	23.2%	47.8%	60.0%	36.8%

出所：法定報告、医療費分析ツール「FOCUS」

4) 要治療者対策の目標割合の設定

本節では、要治療者対策の管理指標である、治療率の改善目標を設定する。今回の計画では、現状において61.5%である治療率を、平成29年度までに70.0%まで引き上げることを目標とする（図表78）。

図表78 要治療者の要治療率の改善目標値

目標指標	現状値	28年度目標	29年度目標	上昇率
要治療者の治療率	61.5%	67.1%	70.0%	8.5%

出所：医療費分析ツール「FOCUS」

目標値の設定にかかる概要としては以下の通りである。

まず、図表79にある通り、地域の課題となっている生活習慣病の重症化疾患群の既存患者・入院患者を対象者とし、リスク因子の保有割合を算出する（この例では、高血圧、脂質異常、高血糖、高血圧＋脂質異常、高血圧＋高血糖、脂質異常＋高血糖、高血糖＋高血圧＋脂質異常の7パターン）。

図表79 リスク因子の保有割合

リスク因子	人数	割合
高血糖	25	2.0%
高血圧	107	8.6%
脂質異常	417	33.3%
高血糖・高血圧	52	4.2%
高血糖・脂質異常	61	4.9%
高血圧・脂質異常	465	37.2%
高血糖・高血圧・脂質異常	124	9.9%
合計	1251	100.0%

出所：医療費分析ツール「FOCUS」

このうち、重症化疾患群の主な基礎疾患である「高血圧」「脂質異常」「高血圧＋脂質異常」「高血糖＋高血圧＋脂質異常」を保有する対象者について、治療率を算出すると現状では61.5%となっており（図表80）、この数値を70.0%に改善することを目標とする。

図表80 「高血圧」「脂質異常」「高血圧＋脂質異常」「高血糖＋高血圧＋脂質異常」リスク因子保有者における治療者の割合

	人数（人）	割合
治療者	684	61.5%
未治療者	429	38.5%

出所：医療費分析ツール「FOCUS」

5) 保健事業の目標値の設定のまとめ

以上、播磨町のデータヘルス計画における目標指標を設定した。以下に、実施保健事業におけるアウトプット・アウトカムも含めた目標数値全体を示す。

図表 81 計画最終年の目標数値全体

評価指標	目標指標	現状値	28年	29年
			度 目標	度 目標
アウトカム	要治療者の治療率	61.5%	67.1%	70.0%
	特定保健指導利用率	19.9%	55.0%	60.0%
	特定健診受診率	31.5%	55.0%	60.0%
アウト プット ^{注1}	特定保健指導新規対象者の利用率	23.2%	47.8%	60.0%
	特定健診継続受診率	55.2%	67.6%	80.0%

出所：法定報告、医療費分析ツール「FOCUS」

^{注1} 事業実施量。ここでは実施された事業におけるサービスの実施状況や業務量を指す

まず、アウトプット指標であるが、本計画の保健事業においては特定健診の継続受診率と特定保健指導新規対象者の利用率の改善を目指す。平成29年度での達成水準を計画最終年まで維持すると仮定して、特定健診の継続受診率は80.0%、特定保健指導新規対象者の利用率は60.0%を目標数値とする。

次に、これらのアウトプットを前提として達成される、各保健事業の管理指標および基礎疾患、生活習慣病の重症化疾患群の新規患者をどの程度削減できるかをアウトカムとして設定した。

まず、特定健診対策においては、アウトプット指標である継続受診率の目標達成を前提として、特定健診受診率全体が60.0%となることをアウトカム目標とする。特定保健指導対策においては、アウトプット指標である新規対象者の利用率の目標達成を前提として、特定保健指導利用率全体が60.0%となることをアウトカム目標とする。

今回の播磨町のデータヘルス計画においては、とりわけ特定健診対策に重点をおいて事業を展開していく。第2章「地域の健康課題」で分析した通り、生活習慣病の重症化疾患群のうち患者数の多い脳血管疾患群・虚血性心疾患群の新規患者を削減することが、最も重要な健康課題である。よって、3つの保健事業のうち、新規患者削減数が最も多く見込まれる特定健診対策に優先的に取り組んでいく。

第6章 実施施策

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んでいく。

図表 82 実施施策

		内容	対象
健康診査	特定健診		年度末年齢 40 歳以上の播磨町国民健康保険加入者
	基本健診		年度末年齢 30-39 歳の他所で受診機会がない者
	健康増進法に基づく健診		40 歳以上の生活保護受給者
	後期高齢者健診		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方
	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	①～④18 歳以上 ⑤40 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肝炎ウイルス検査 ④歯周疾患検診	①・②18 歳以上 ③40 歳以上 ④40 歳・50 歳・60 歳・70 歳の方
未受診勧奨			特定健診等未受診の方
健康相談	健康栄養相談		一般住民の方
	糖尿病相談		糖尿病の治療中または糖尿病予備群の方
健康教室			一般住民の方
訪問指導			一般住民の方
特定保健指導	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方
	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方

第7章 計画の評価・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、事業評価を行う。

2) 計画の見直し

計画の見直しは、最終年度となる平成29年度に目的・目標の達成状況から行う。

また、計画の期間中においても、目標の達成状況や事業の実施状況の変化等により計画の見直しが必要になった場合は、必要に応じ修正する。

第8章 その他の留意事項

1) 計画の公表および周知

この計画書は、ホームページに掲載するなどして公表する。

2) 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、被保険者、医療機関、庁内各関係部署、関係機関等との連携・協力が必要である。そのため、データヘルス計画策定により、今後も連携を取りながら計画を推進する。

3) 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他、「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ドライン（厚生労働省平成22年9月17日改正）」、「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、事業を実施する。

4) 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、関係部署や関係機関と協議する場を設けるものとする。

巻末資料 1：特定健診受診対象者の理解

ここでは、特定健診の受診対象者について、その特徴を整理する。

巻末図表 1 は年齢区分による対象者の特徴を説明したものである。

巻末図表 1 年齢区分による対象者の特徴

年齢区分	対象者の特徴
40歳	特定健診対象者として初めて該当する年齢であり、初年度に健診を受診するかどうかはその後の受診行動に影響を与える可能性が高いグループである
41歳～59歳	生産年齢人口の中でも最も忙しい対象者層であり、また社保からの切り替え等による一時的な（短期）加入者も多く想定されるため、健診受診率を向上させることが一般的に難しいとされるグループである
60歳～74歳	会社等を退職されて国保に加入する者が多く、当時の健診の受診習慣や加齢による健康意識が高い対象者も多く、他の対象者グループと比べて、受診勧奨による改善が期待できるグループである

巻末図表 2 は、健診の受診傾向区分による対象者の特徴を示したものである。受診傾向区分によって健診の受診のしやすさが異なるため、勧奨対象者としての優先度に違いが存在する。

巻末図表 2 健診の受診区分による対象者の特徴

受診傾向区分	対象者の特徴
継続受診者	3年連続健診を受診しており、健診受診が習慣化している対象者がほとんどである。受診勧奨を実施しない場合も80%程度は健診受診する可能性があると考えられるため、受診勧奨の優先度は低い
継続未受診者	3年連続健診を受診しておらず、健診を知らない、健診に無関心、健診の受け方が分からない、健診の必要性を感じない等、未受診理由が異なる多様な対象者が存在する。健診を受診させることが最も難しいグループである
新規特定健診受診対象者	社保からの切り替えや転入などの理由で新規に特定健診の受診対象になった者であり、受診歴がない対象者の中では受診させることが比較的容易なグループである
不定期受診者	直近3年間に於いて少なくとも1回は健診を受診しており、健診受診が習慣化していない対象者である。健康意識は高いが、毎年健診を受診するほど必要性を感じていないことが考えられるため、効果的な受診勧奨によって受診する可能性が高い。従い、受診勧奨の優先度は高い
不定期未受診者	
新規受診者	直近年度に初めて特定健診を受診した対象者であり、効果的な受診勧奨によって継続受診する可能性が高いため、受診勧奨の優先度は高い。健診行動を習慣化させることにより継続的な受診が期待できるグループである

巻末図表 3 は、健診の受診区分とレセプトの保有状況による対象者区分別に健康意識の特徴を示したものである。過去に健診受診歴がある者は、健診の結果や問診票の回答などから一定の法則で健康意識を算出しており、健診受診歴がないものは、他自治体のアンケート結果などから想定される内容を記載している。

巻末図表 3 健診の受診区分とレセプトの保有状況による対象者の健康意識

受診・レセプト状況区分	対象者の特徴
健診受診・レセプトあり	レセプトがあることから特定健診の検査値に何らかの異常があり、健康に対する危機意識の高さが健診受診につながっている可能性が高い
健診受診・レセプトなし	レセプトがないことから特定健診の検査値に異常がない者と、異常があるにも関わらず通院していない対象者が存在するグループである。「健診未受診者・レセプトなし」と合わせて健康に対する意識が低いグループであると想定される
健診未受診・レセプトあり	レセプトがあることから健康に対する危機意識も高いと想定される。しかしながら、特定健診を受診していないことから、通院を理由に健診受診の必要性を感じていない対象者が多く存在するグループである
健診未受診・レセプトなし	いわゆる健康状態が不明な対象者であり、多様な理由によって健診を受診していない。一般的には「健診受診者・レセプトなし」と合わせて健康に対する意識が低いグループであると想定される

このように健診受診対象者を、受診者・未受診者という単純な区分ではなく、巻末図表 1～巻末図表 3 のような区分によってより詳細に対象者を理解し、その対象グループごとに各々の特徴に合わせた具体的な施策を検討することで保健事業の効果・効率の改善を目指していくことが重要である。

巻末資料 2：用語集

本計画書で使用する用語を解説する。

No	用語	解説
1	生活習慣病	基礎疾患、重症化疾患を指す。
2	基礎疾患	糖尿病、高血圧症、脂質異常症を指す。
3	重症化疾患	以下の疾患を指す。 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
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指す。
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
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方を指す。
7	治療者	「要治療者」の方で、「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方を指す。 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する。 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
8	未治療者	「要治療者」の方で、「基礎疾患」、「重症化疾患」にて、医療機関を受療していない方を指す。
9	リスク因子	高血糖、高血圧、脂質異常の組み合わせを指す。

特定健診の受診者/未受診者に関する用語		
1	受診者	特定健診を受診されている方を指す。
2	継続受診者	直近3年連続で特定健診を受診されている方を指す。
3	新規受診者	過去特定健診未受診者で、初めて特定健診を受診された方（過去3年間で判定）を指す。
4	不定期受診者	直近年に特定健診を受診しており、過去2年間で1度でも受診されている方を指す。
5	未受診者	特定健診を未受診の方を指す。
6	継続未受診者	直近3年連続で特定健診を未受診の方を指す。
7	不定期未受診者	直近年に特定健診を未受診で、過去2年間で1度でも受診されている方を指す。

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 $\geq 85\text{cm}$ 女性 $\geq 90\text{cm}$	
2	上記に加え、 3項目のうち1 項目該当する 者：予備群	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	$\geq 150\text{mg/dL}$ $< 40\text{mg/dL}$
		2-2	収縮期（最大）血圧 かつ/または 拡張期（最小）血圧	$\geq 130\text{mmHg}$ $\geq 85\text{mmHg}$
		2-3	空腹時高血糖	$\geq 110\text{mg/dL}$
	2項目以上該当 する者：該当者			

特定保健指導のレベル診断基準			
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	内臓脂肪型肥満	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 $< 90\text{cm}$ ≥ 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 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 (最高血圧) または 拡張期血圧 (最低血圧) $\geq 130\text{mmHg}$ $\geq 85\text{mmHg}$
		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

リスク因子の基準			
1	高血糖	空腹時血糖	$\geq 110\text{mg/dL}$
		HbA1c (NGSP)	$\geq 6.0\%$
2	高血圧	収縮期血圧	$\geq 130\text{mmHg}$
		拡張期血圧	$\geq 85\text{mmHg}$
3	脂質異常	LDL コレステロール	$\geq 120\text{mg/dL}$
		HDL コレステロール	$< 40\text{mg/dL}$
		中性脂肪	$\geq 150\text{mg/dL}$