

竜王町国民健康保険 保健事業実施計画 (データヘルス計画)

第1期

(平成27年度～29年度)

平成27年4月
竜王町

・ ・ ・ 目 次 ・ ・ ・

第1章 計画の基本的事項

1	計画の趣旨	1
2	計画策定の背景	1
3	計画の位置づけ	2
4	計画期間	2

第2章 竜王町の現状と考察

1	竜王町の現状	5
2	竜王町国民健康保険の現状	7

第3章 データ分析による現状把握

1	医療費データの分析	8
2	介護データの分析	13
3	特定健診データの分析	15

第4章 健康課題と目的・目標

1	竜王町の健康課題	23
2	目的・目標の設定	24
3	保健事業の目標・評価指標と実施計画	25

第5章 計画の評価・見直し

1	計画の評価	29
2	計画の見直し	29

第6章 計画の推進

1	計画の公表・周知の方法	30
2	推進体制の整備	30
3	個人情報の保護	30
4	データの管理	31

第1章 計画の基本的事項

1 計画の趣旨

竜王町国民健康保険保健事業実施計画（以下「データヘルス計画」という。）は、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正について」（平成 26 年 3 月 31 日付け厚生労働省保険局長通知）に基づき、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および評価を行うための計画である。

竜王町国民健康保険の保険者である竜王町は、被保険者の自主的な健康増進および疾病予防の取り組みを支援するため、具体的には、次の取り組みを効率的に進める。

P	Plan (計画)	健康・医療情報を活用し、被保険者の健康課題を明確にした上で、事業を企画する。
D	Do (実施)	費用対効果の観点も考慮しつつ、効果的な保健事業を実施する。
C	Check (評価)	客観的な指標を用いて、保健事業の評価を行う。
A	Act (改善)	評価結果に基づき、事業内容等を見直す。

2 計画策定の背景

国民健康保険の保険者は、国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）第 82 条第 1 項に基づき、「特定健康診査および特定保健指導のほか、健康教育、健康診査その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業（以下「保健事業」という。）を行うように努めなければならない。」と規定されている。

近年、生活環境の変化や高齢化の進展に伴い、疾病に占める生活習慣病の割合が増えてきており、生涯にわたり生活の質を維持するためには、被保険者が自主的に生活習慣の改善および疾病予防に取り組む必要がある。そして、保険者がその取り組みを支援することは、医療費全体の適正化にも資するものである。

また、特定健康診査の実施や診療報酬明細書等（以下「レセプト等」という。）の電子化の進展、国保データベースシステム（以下「KDB」という。）等の整備により、保険者が健康や医療に関する情報を活用して被保険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の整備が進んでいる。

こうした中、日本再興戦略（平成 25 年 6 月 14 日閣議決定）において、「すべての健康

保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、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り組みを行うことを推進する。」とされた。

これまでも保険者は、レセプト等や統計資料を活用して「特定健康診査等実施計画」の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたところであるが、今後はさらなる被保険者の健康の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、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（※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が求められている。

3 計画の位置づけ

データヘルス計画は、竜王町における関連計画との整合を図っている。

（１）「第２次健康いきいき竜王 21 プラン」（平成 25 年 3 月策定）

竜王町の健康増進計画であり、行政と住民、地域、関係機関や団体等が相互に連携し、積極的に健康づくり活動を実践するための指針。データヘルス計画においては、「第２次健康いきいき竜王 21 プラン」の基本方針を踏まえるとともに、同プランで使用した評価指標を用いるなど、整合性をもたせている。

（２）「竜王町特定健康診査等実施計画」

保健事業の中核をなす特定健康診査および特定保健指導（以下「特定健診等」という。）の具体的な実施方法等を定めているものであるため、データヘルス計画と一体的に策定等を行う。

4 計画期間

計画の期間は、関係する計画との整合性を勘案し、基本的には５年を１期とする。

ただし、第１期については、「竜王町特定健康診査等実施計画（第２期）」との整合性を踏まえ、３年の計画とする。

第１期：平成 27 年度から平成 29 年度まで

※1 ポピュレーションアプローチ：全住民を対象とした活動によって、集団全体を良い方向にシフトさせること。

図 データヘルス計画の位置づけ

	特定健康診査等実施計画	データヘルス計画	健康増進計画
法 律	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条 (平成16年厚生労働省告示第307号)	健康増進法 第8条、第9条
基本的な指 針	厚生労働省 保険局 平成25年5月 「特定健康診査計画作成の手引き」	厚生労働省 保険局 平成26年4月 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 健康局 平成24年6月 「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」
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
対象年齢	40歳～74歳	被保険者全員	住民全員
基本的な考 え 方	生活習慣の改善により糖尿病等の生活習慣病を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができる。その結果、国民の生活の質の維持・向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となる。 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するために保健指導を必要とする者を的確に抽出するために行う。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進および疾病予防の取り組みについて、保険者がその支援の中心となつて、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指すもの。 被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化および保険者の財政基盤強化が図られることは保険者自身にとっても重要である。	健康寿命の延伸および健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持および向上を目指し、その結果、社会保障制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善および社会環境の整備に取り組むことを目標とする。
ね ら い	発症予防(長期的)	医療費の適正化 有病者の重症化予防 発症予防(長期的)	健康寿命の延伸 健康格差の縮小
デ ー タ 分 析 対 象	特定健康診査の結果等	レセプト等データ 特定健康診査の結果等	

第 1 期

(平成 27 年度～29 年度)

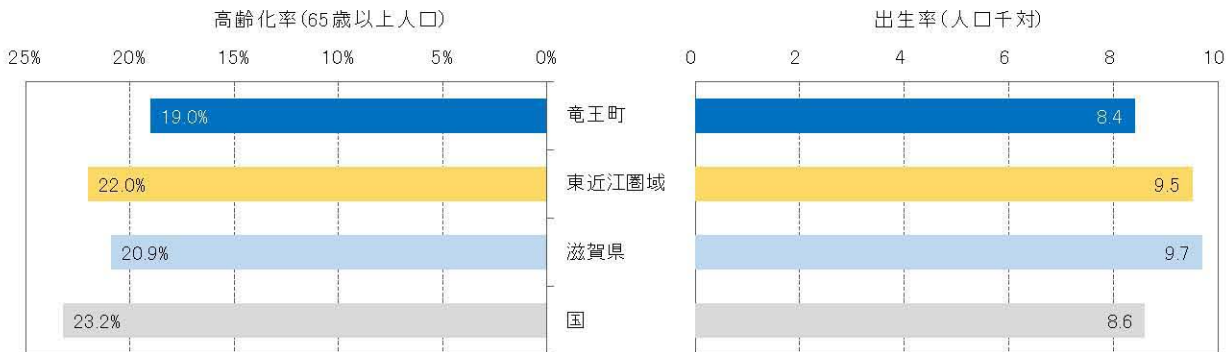
第2章 竜王町の現状

1 竜王町の現状

(1) 人口構成

高齢化率 19.0%で、県下で 15 位と低い。しかし、出生率も県下 15 位で低いことから、今後、高齢化率が高くなることが予想される。

図 高齢化率と出生率



KDB 帳票: No.5 人口の状況 元データ: H22 国勢調査(総務省) 注)外国人人口を除く。
算出方法: 出生率は年間出生数÷10月1日時点の日本人人口×1,000。本町・圏域の出生率は、H22 滋賀県推計人口年報(滋賀県統計課)から10月1日時点の各市町の日本人人口を算出し計算。

(2) 平均寿命と健康寿命

平均寿命と健康寿命との差は、日常生活に制限のある「不健康な期間」を意味する。竜王町では、その差は男性 14.7 歳、女性 19.3 歳。平均寿命と健康寿命の差を短縮することができれば、個人の生活の質の低下を防ぐことが期待できる。

図 平均寿命と健康寿命とその差

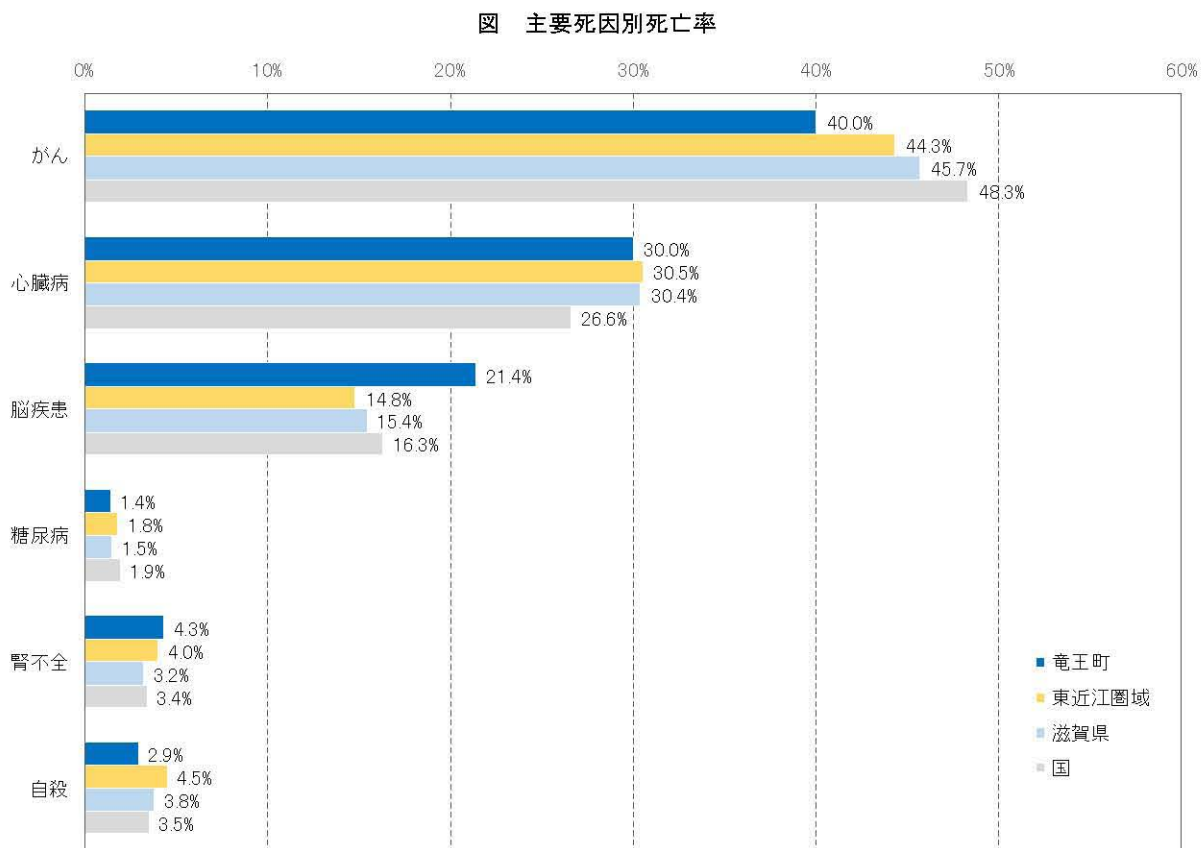


KDB 帳票: No.1 地域の全体像 元データ: H22 市町村生命表(厚生労働省)、H22 国勢調査(総務省)、介護保険受給者台帳(H26.3 月)
算出方法: 0歳平均余命-65歳平均余命-(1-(介護認定者÷40歳以上人口)×定常人口÷65歳生存数)の式を用いて男女別に算出を行う。KDB 帳票独自の算出方法であり、厚生労働省が発表する健康寿命とは異なる。

(3) 主要死因別死亡率

竜王町の死因で最も多いのは「がん」、次いで「心臓病」、「脳梗塞」となっている。

東近江圏域、滋賀県、国と比較すると、「脳疾患」、「腎不全」が高い。



KDB 帳票: No.1 地域の全体像

元データ: H24 人口動態統計(厚生労働省)

算出方法: がん・心臓病・脳血管疾患・糖尿病・腎不全・自殺死亡者数の合計に占める割合を算出。

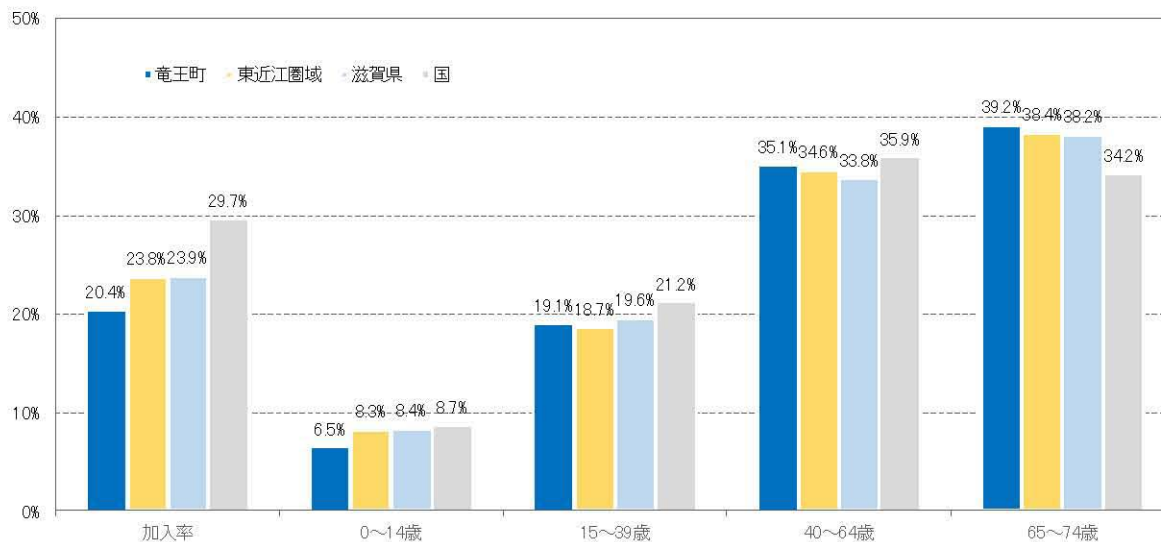
2 竜王町国民健康保険の現状

(1) 被保険者数の年齢構成

竜王町の国民健康保険加入率は、東近江圏域・滋賀県・国を下回っている。

被保険者の年齢構成は、65歳以上の割合が東近江圏域・滋賀県・国を上回り、40歳以上が全体に占める割合は74.3%となっている。

図 被保険者の年齢構成



KDB 帳票: No.5 人口の状況

元データ: 特定健診用被保険者データ

算出方法: 被保険者数は H26.3 月時点の加入者数。加入率は、被保険者数÷総人口(外国人人口を除く)(H22 国勢調査)で計算。

(2) 医療の概況

図 医療の概況 (人口千対)

	竜王町		東近江圏域		県		国	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
病 院 数	0	0.0	12	0.2	59	0.2	8,078	0.3
診療所数	7	2.7	134	2.5	1,017	3.1	93,404	3.2
病 床 数	0	0.0	2,681	49.6	14,734	45.0	1,487,829	50.6
医 師 数	8	3.1	—	—	3,048	9.3	228,161	7.8

KDB 帳票: No.1 地域の全体像

元データ: H24 医療施設(動態)調査(厚生労働省) 病床数は、病院の病床数のみ。

算出方法: 病院・診療所数・病床数÷被保険者数(H26.3 月)×1,000

第3章 データ分析による現状把握

1 医療費データの分析

(1) 国保の医療費の概況

①医療費（総額）の推移

直近3年間の医療費の総額は、年々増加傾向にある。

図 医療費総額の推移

項目	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度
医療費費用額	793,465千円	804,399千円	842,641千円	913,348千円
対前年度伸び率	—	101.38%	104.75%	108.39%

元データ： 国民健康保険事業概況(滋賀県)

②被保険者一人当たり医療費

一人当たりの医療費は年々増加傾向にあり、直近2年の伸び率は滋賀県の伸び率を上回っている。平成25年度の一人当たり医療費および伸び率は、滋賀県で2位であった。

図 被保険者一人当たり医療費の推移

項目	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度
一人当たり医療費	299,998円	307,023円	317,259円	345,834円
対前年度伸び率	102.05%	102.34%	103.33%	109.01%
(参考) 滋賀県 市町国保計	294,726円	306,131円	312,211円	323,927円
対前年度伸び率	104.17%	103.87%	101.99%	103.75%

元データ： 国民健康保険事業概況(滋賀県)

③被保険者の受療状況（平成 25 年度）

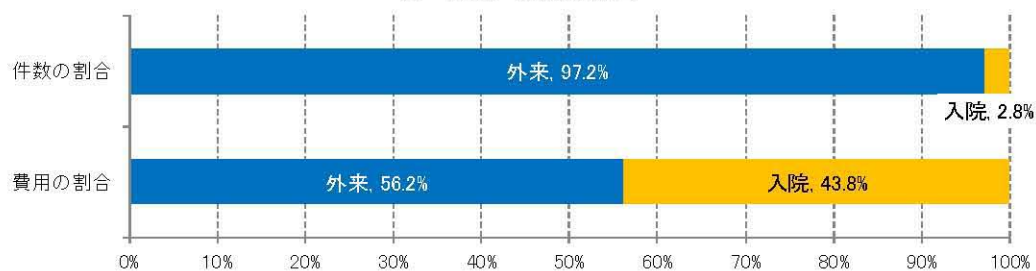
受療率は、東近江圏域・滋賀県・国よりも高い。さらに、入院は 1 件当たり受診日数が長く、入院のレセプト件数は全体の 2.8%だが、費用の割合は 43.8%と高い。

図 受療率および在院日数

	竜王町	東近江圏域	滋賀県	国
受療率	692.226	669.721	660.187	656.772
1件当たり在院日数	16.7日		15.5日	16.0日

KDB 帳票： No.1 地域の全体像 ※受療率とは、単位人口当たりの1カ月間におけるレセプトの件数で、受診量を測定する指標。
算出方法： 受療率は、入外レセプト件数÷被保険者数×1,000 で計算。値は1カ月の平均値。
1件当たり在院日数は、入外レセプトの診療実日数の合計÷入外レセプトの総件数で計算。値は1カ月の平均値。

図 入院・外来の割合



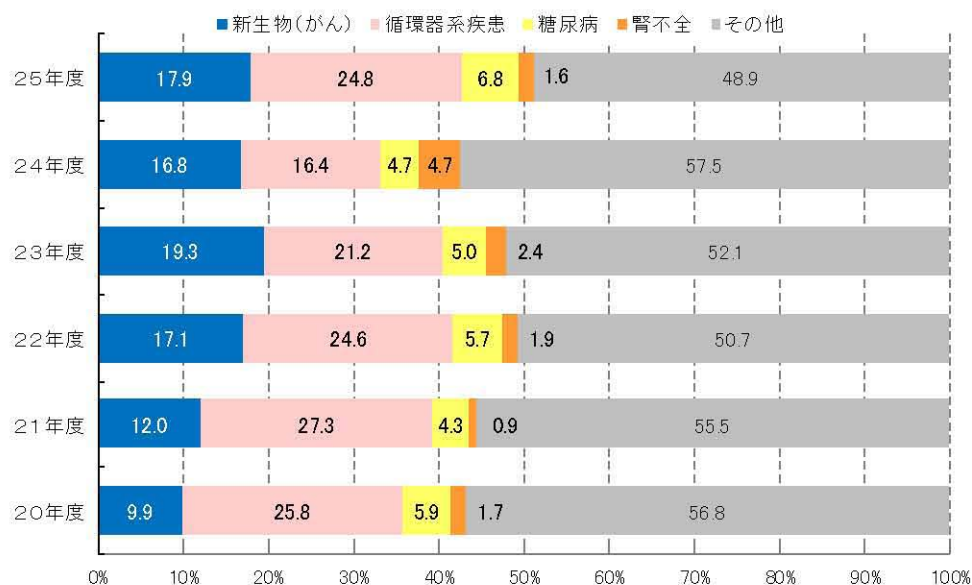
KDB 帳票： No.1 地域の全体像
算出方法： 件数の割合は、入外レセプト総件数÷医科レセプト総件数で算出。
費用の割合は、入外レセプト総点数×10÷医科レセプト総点数。

（2）生活習慣病と医療費

①生活習慣病が占める割合

40～74 歳の医療費全体の約 5 割が、生活習慣病によるものである。

図 40～74 歳の医療費全体に占める生活習慣病の割合（各年度 5 月診療月）

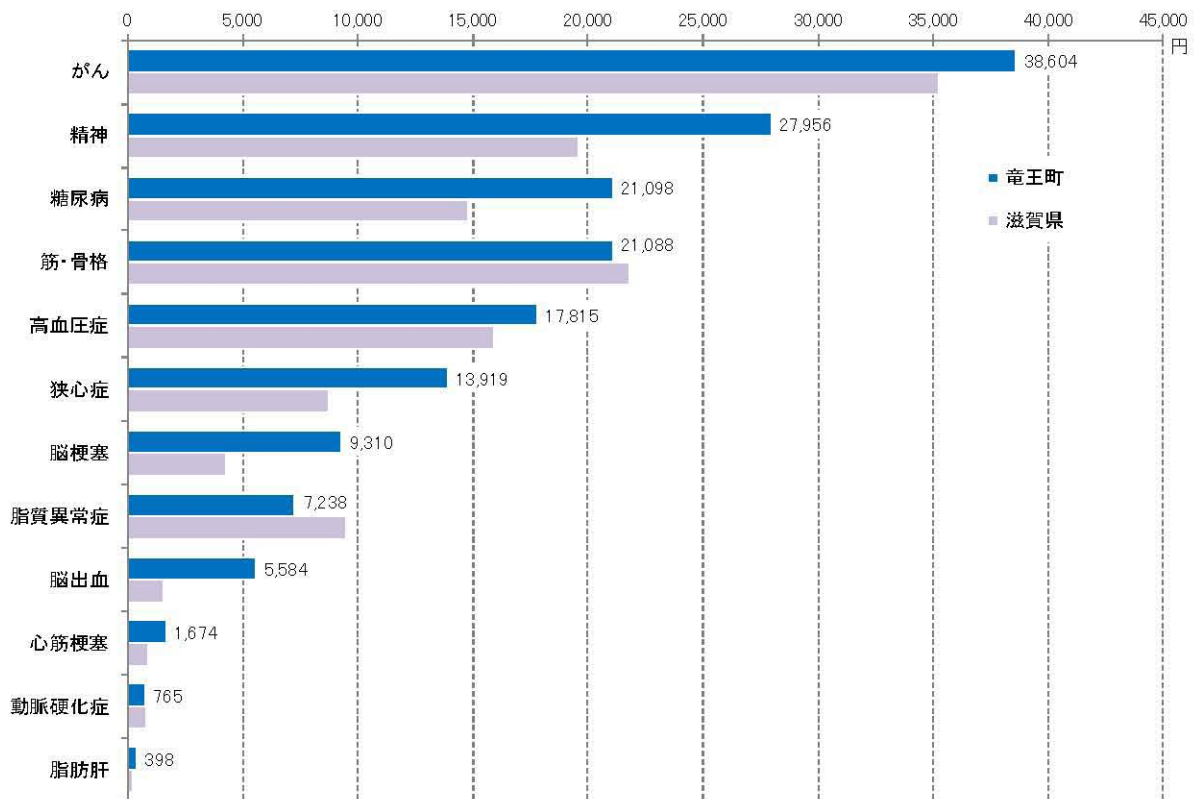


元データ： 健康管理施策立案のための基礎資料集 グラフ版(滋賀県国民健康保険団体連合会)

②疾病別の一人当たり医療費（平成 25 年度）

疾病別の一人当たり医療費は、滋賀県と比較すると、「がん」・「精神」・「糖尿病」が高い。「狭心症」・「脳梗塞」・「脳出血」など重症疾患も滋賀県と比べて高い。

図 被保険者 1 人当たり医療費（生活習慣病疾病別・入外計・男女計）

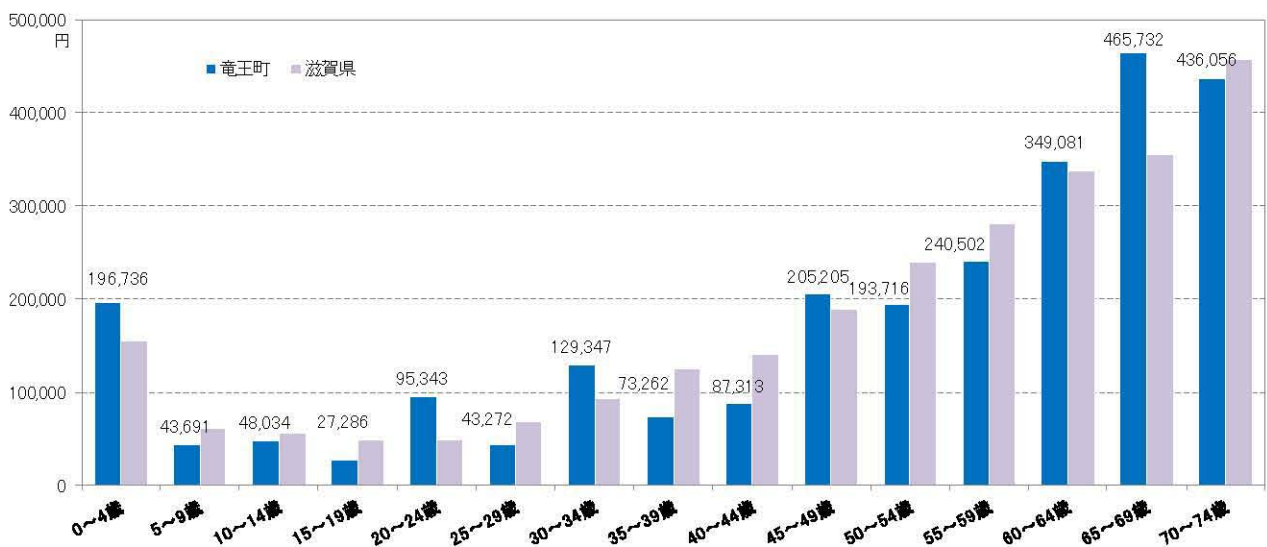


元データ： H25 生活習慣病 疾病別(最大医療資源別)被保険者一人当たり医療費(滋賀県国民健康保険団体連合会)

③年齢階層別の生活習慣病の一人当たり医療費（平成 25 年度）

生活習慣病の一人当たり医療費は、40 歳代後半から増加する傾向にある。

図 年齢階層別の被保険者 1 人当たり医療費（生活習慣病疾病別・入外計・男女計）



元データ： H25 生活習慣病 疾病別(最大医療資源別)被保険者一人当たり医療費(滋賀県国民健康保険団体連合会)

④年齢階層別の疾病別の一人当たり医療費（平成 25 年度）

一人当たり医療費の高い「がん」・「糖尿病」などの医療費は、40 歳代以降増加する。

図 年齢階層別の被保険者 1 人当たり医療費（がん・入外計・男女計）

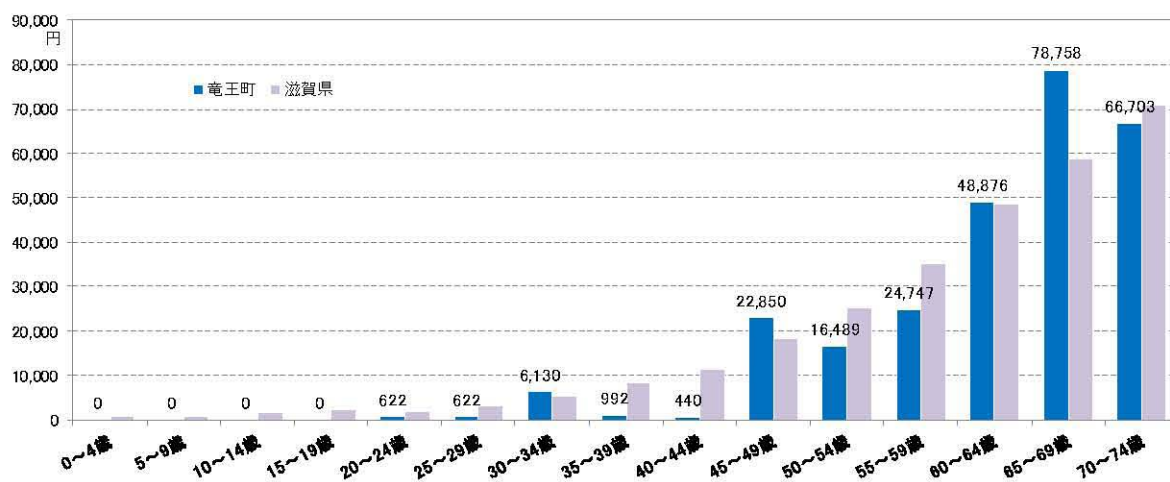


図 年齢階層別の被保険者 1 人当たり医療費（糖尿病・入外計・男女計）

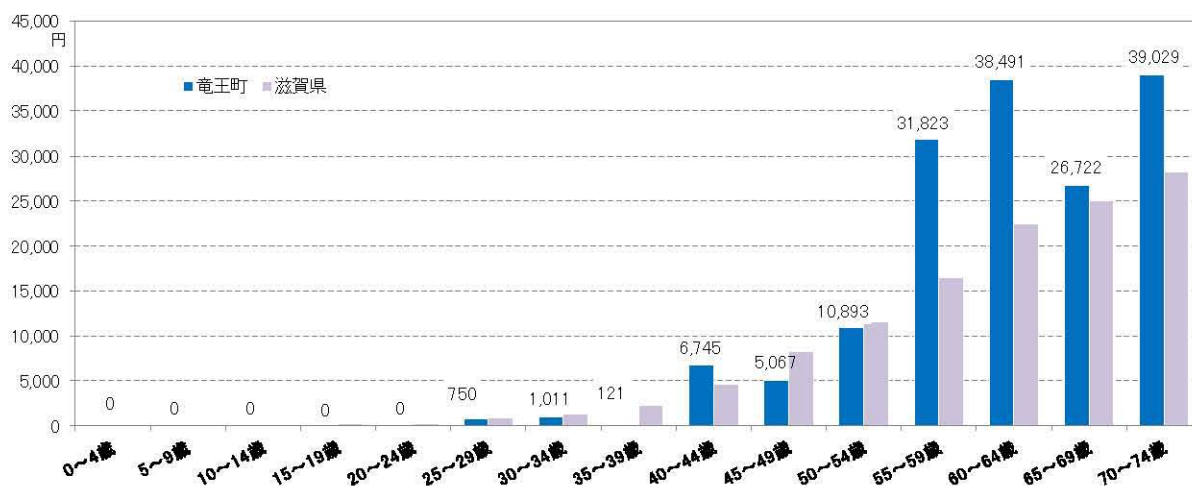
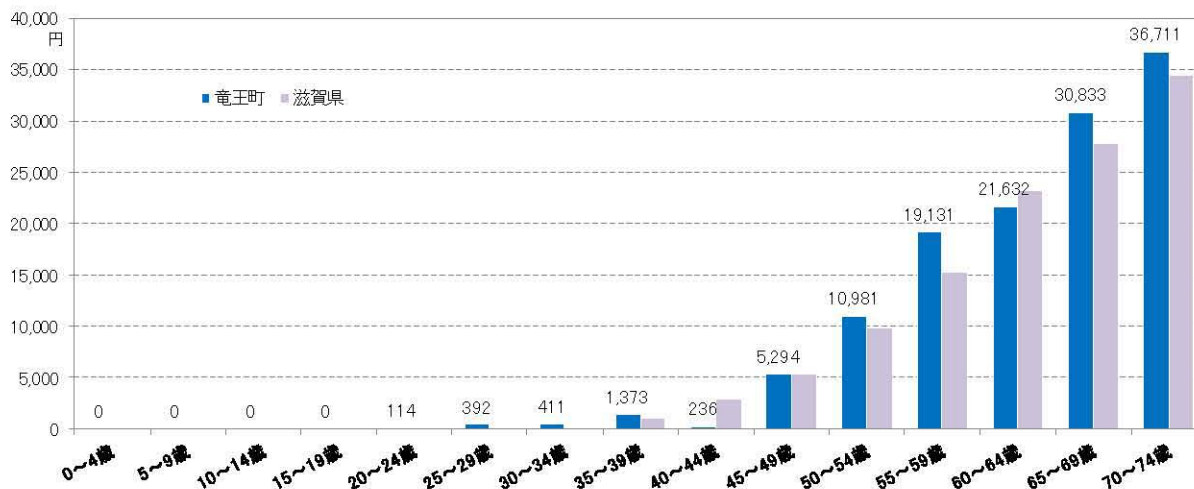


図 年齢階層別の被保険者 1 人当たり医療費（高血圧症・入外計・男女計）



元データ： H25 生活習慣病 疾病別(最大医療資源別)被保険者一人当たり医療費(佐賀県国民健康保険団体連合会)

（３）後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用状況

ジェネリック医薬品の使用率は、40%台後半で推移している。

図 ジェネリック医薬品の使用状況（数量ベース）



元データ： 竜王町における後発医薬品差額通知効果分析の概要（滋賀県国民健康保険団体連合会）

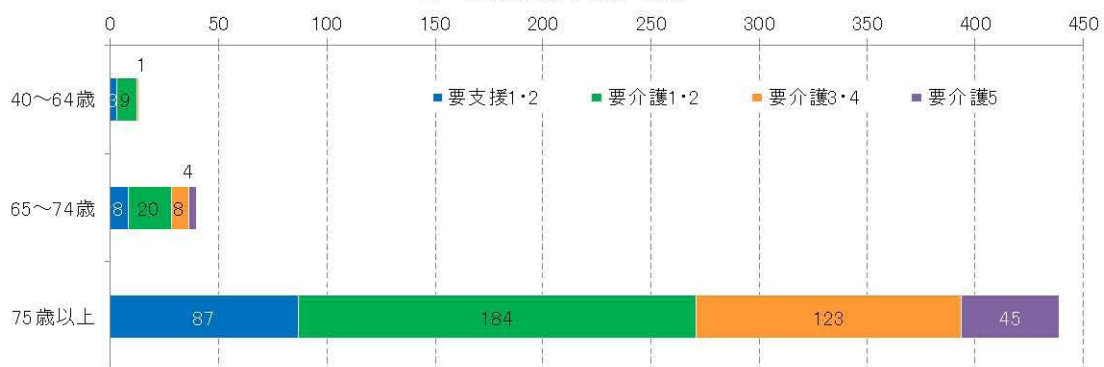
2 介護データの分析

(1) 介護保険被保険者数と認定率

図 被保険者数と認定率

受給者区分	2号	1号			合計
年齢	40～64歳	65～74歳	75歳以上	計	
被保険者数	4,176	1,184	1,254	2,438	6,614
認定者数	13	40	439	479	492
認定率	0.31%	3.40%	35.00%	19.60%	7.40%
新規認定者数	4	13	74	87	91

図 介護度別の認定者数



KDB 帳票: No.47 介護認定者状況

元データ: 認定者数はH26.3月時点の認定者数。新規認定者数は年度内の月の値を合計したもの。

認定率は認定者数(新規認定者数)÷介護保険被保険者数で計算するが、この場合の認定者数(新規認定者数)は年度内の平均値で計算する。被保険者数はH22国勢調査の数である。(外国人人口は除く)

(2) 障害状態の原因疾患

介護保険第2号被保険者(65歳未満者)が障害状態に至った原因疾患は、「脳血管疾患」が多い。

図 介護保険第2号被保険者(65歳未満者)の障害の原因疾患

	平成23年度			平成24年度			平成25年度		
	原因(比率)	要介護1～3	要介護4・5	原因(比率)	要介護1～3	要介護4・5	原因(比率)	要介護1～3	要介護4・5
第1位	がん(末期) (44.4%)	25.0%	50.0%	脳血管疾患 (58.3%)	71.4%	14.3%	脳血管疾患 (33.3%)	100.0%	0.0%
第2位	脳血管疾患 (33.3%)	0.0%	33.0%	脊椎小脳変性症 (16.7%)	0.0%	0.0%	初老期認知症 (22.2%)	0.0%	0.0%
第3位	初老期認知症 (22.2%)	0.0%	50.0%	がん(末期) (8.3%)	100.0%	0.0%	脊椎小脳変性症 (22.2%)	0.0%	0.0%
	総数	—		総数	12人		総数	7人	

元データ: 滋賀県版 国民健康保険保健指導事業管理ガイドライン 様式6-1(滋賀県)

(3) 要介護(支援)者の有病状況と医療費

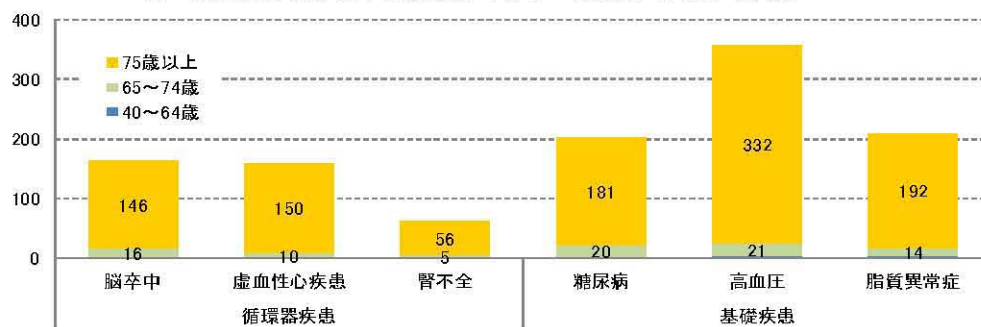
要介護(支援)認定者のうち、有病者(各傷病と判定したレセプトのある者)の数は、高血圧症、脂質異常症、糖尿病などの血管疾患が多い。

40歳以上の要介護認定者の医療費は、東近江圏域・滋賀県・国を大きく上回るとともに、認定を受けていない者との差も大きい。

図 要介護(支援)者の有病状況(件数)

受給者区分	2号	1号			合計
年齢	40～64歳	65～74歳	75歳以上	計	
血管疾患	4	32	389	421	425
認知症	0	3	157	160	160
筋・骨格疾患	4	27	380	407	411

図 要介護(支援)者の有病状況のうち血液疾患の内訳(件数)



KDB 帳票: No.47 介護認定者状況

元データ: 各疾病のレセプトを持つ介護認定者数÷各介護度の介護認定者数で計算。認定者数は年度内の平均値で計算。

図 要介護認定有無別医療費(40歳以上の1件当たり医療費)



KDB 帳票: No.1 地域の全体像

元データ: 介護受給者台帳と紐付いた(付かなかった)医科レセプト総点数÷介護受給者台帳と紐付いた(付かなかった)医科レセプト件数で計算する。値は1カ月の平均値である。

3 特定健診データの分析

(1) 特定健診等の実施状況

① 特定健康診査の受診率の推移

特定健康診査（以下「特定健診」という。）の受診率は、平成 24 年度から滋賀県を上回り、平成 25 年度は 48.8%である。

図 特定健診受診率の推移（法定報告値）



② 特定保健指導の実施率の推移

特定保健指導の実施率は低迷しており、平成 25 年度は 35.8%である。

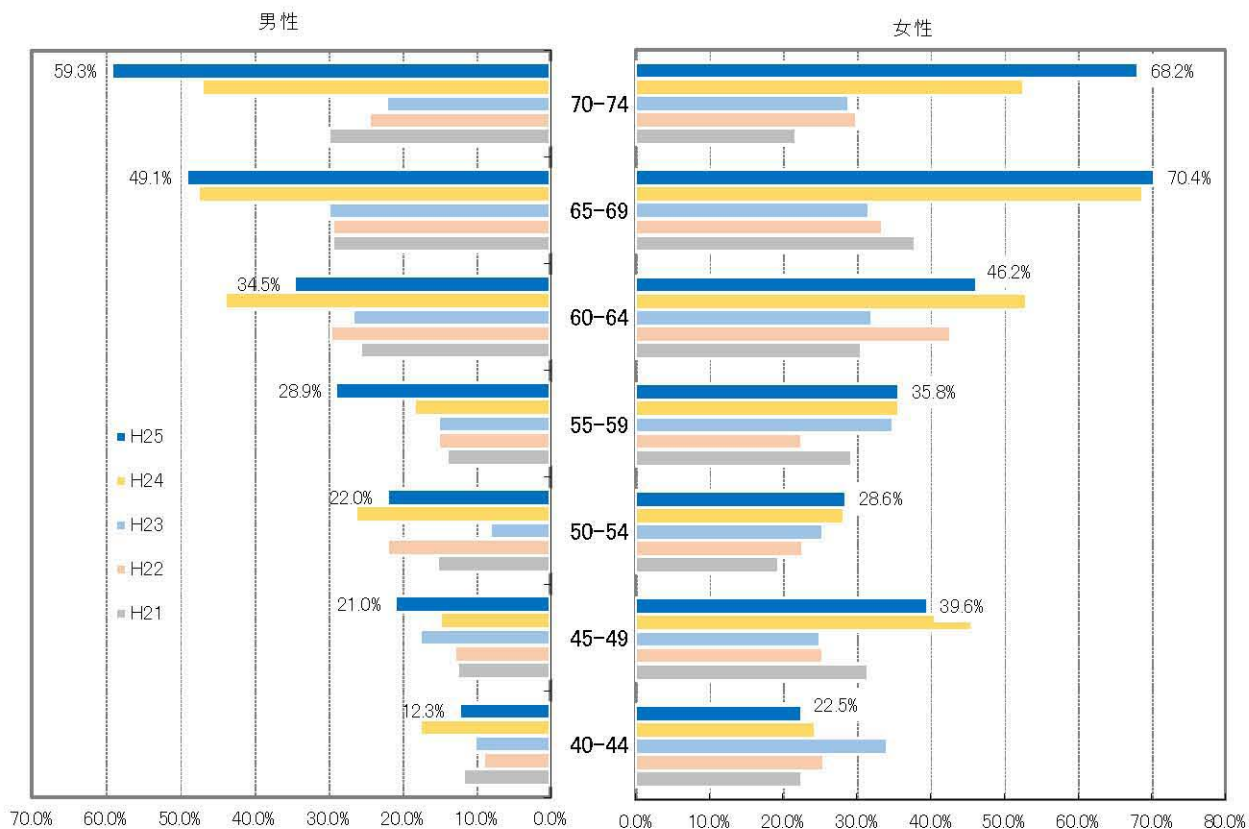
図 特定保健指導実施率の推移（法定報告値）



③特定健診の男女別・年代別受診率

どの年代においても、女性の受診率のほうが高い。年齢が上がるにつれて男女とも上昇する傾向にあり、40歳代の男性の受診率は極めて低い。

図 特定健診の男女別・年齢階層別受診率



元データ： あなみ経年比較ツール・特定健診受診率の推移

※法定報告値とは異なる。

④特定健診の受診の実態（平成 25 年度）

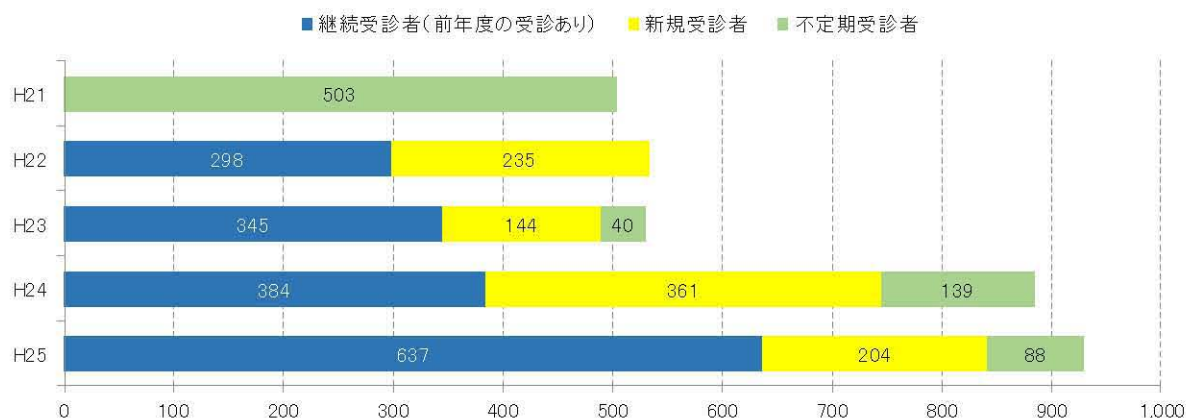
平成 25 年度の新規受診者は、毎年一定数存在しているが、40 歳の受診率は低い。

前年度受診者の 7 割が継続受診しており、受診者の健診に対する意識は高い。

対象者の 3 割が 5 年連続未受診者であり、経年的未受診者の現状把握が必要である。

図 特定健診受診率の推移（継続受診者の把握）

年度	対象者数 A	受診者数 B	次年度健診対象者 B'	継続受診者数		新規受診者数		40歳受診者		不定期受診者数		74歳受診者 (次年度対象外)	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
				D	D/B(前年)	G	G/B	C'	C'/C	D	D/B	E	E/B
H21	1,907	503	485	--	--	--	--	--	--	--	--	18	3.6%
H22	1,909	533	512	298	59.2%	235	44.1%	4	1.7%	--	--	21	3.9%
H23	1,958	529	514	345	64.7%	144	27.2%	6	4.2%	40	7.6%	15	2.8%
H24	1,960	884	854	384	72.6%	361	40.8%	3	0.8%	139	15.7%	30	3.4%
H25	1,970	929	891	637	72.1%	204	22.0%	4	2.0%	88	9.5%	38	4.1%



受診者総数	5年連続受診		4回受診		3回受診		2回受診		1回のみ受診		5年未受診者
F	G	G/A	H	H/F	I	I/F	J	J/F	K	K/F	A-F
1,327	166	12.5%	145	10.9%	196	14.8%	361	27.2%	459	34.6%	643

元データ： あなみ評価ツール・特定健診受診率の推移

※法定報告値とは異なる。

(2) 特定健診の結果分析

①メタボ予備群および該当者（平成25年度）

特定健診受診者のうち、メタボリックシンドローム予備群および該当者の割合は、滋賀県と比べて非常に高く、メタボ予備群にいたっては県内1位である。

図 メタボ該当者および予備群（法定報告値）

	竜王町	滋賀県
メタボ該当者(Q)	17.8%（県内4位）	16.5%
メタボ予備群(R)	12.5%（県内1位）	10.3%
メタボ該当者および予備群(Q+R)	30.3%（県内2位）	26.8%

②特定健診の有所見者状況

男性のHbA1c 有所見者割合が年々増加している。また、腹囲の有所見割合も毎年高い。

女性はLDL コレステロールの有所見割合が高い状況が続いている。HbA1c の有所見割合も増加傾向にある。

図 特定健診有所見項目と順位

		平成23年度				平成24年度				平成25年度			
有所見順位		有所見項目	人数	割合	有所見項目	人数	割合	有所見項目	人数	割合	有所見項目	人数	割合
男	第1位	LDL	127	56.7	収縮期血圧	202	53.4	HbA1c	218	56.8			
	第2位	腹囲	122	54.5	HbA1c	181	52.9	腹囲	202	50.8			
	第3位	収縮期血圧	121	54.0	腹囲	193	51.1	LDL	182	45.7			
	第4位	HbA1c	113	50.4	LDL	187	49.5	収縮期血圧	173	43.5			
	第5位	拡張期血圧	81	36.2	空腹時血糖	74	34.7	空腹時血糖	82	39.2			
	第6位	空腹時血糖	49	32.0	中性脂肪	116	30.7	中性脂肪	114	28.6			
	第7位	BMI	69	30.8	拡張期血圧	110	29.1	BMI	110	27.6			
	第8位	中性脂肪	65	29.0	BMI	106	28.0	拡張期血圧	84	21.1			
	第9位	ALT(GPT)	48	21.4	ALT(GPT)	87	23.0	ALT(GPT)	85	21.4			
	第10位	尿酸	40	17.9	尿酸	63	17.2	GFR	56	14.2			
	第11位	尿蛋白	19	8.5	GFR	63	17.0	尿酸	51	13.0			
女	第1位	LDL	203	66.6	LDL	321	63.4	LDL	351	66.1			
	第2位	収縮期血圧	137	44.9	HbA1c	213	47.0	HbA1c	296	60.3			
	第3位	HbA1c	130	42.6	収縮期血圧	215	42.5	収縮期血圧	214	40.3			
	第4位	中性脂肪	58	19.0	空腹時血糖	54	20.3	空腹時血糖	74	28.5			
	第5位	拡張期血圧	55	18.0	BMI	97	19.2	中性脂肪	130	24.5			
	第6位	BMI	55	18.0	中性脂肪	96	19.0	BMI	124	23.4			
	第7位	空腹時血糖	30	15.8	腹囲	76	15.0	腹囲	99	18.6			
	第8位	腹囲	45	14.8	拡張期血圧	72	14.2	拡張期血圧	64	12.1			
	第9位	ALT(GPT)	20	6.6	GFR	46	9.3	ALT(GPT)	52	9.8			
	第10位	尿蛋白	5	1.6	ALT(GPT)	40	7.9	GFR	33	6.3			
	第11位	尿酸	3	1.0	尿蛋白	15	3.0	HDL	16	3.0			

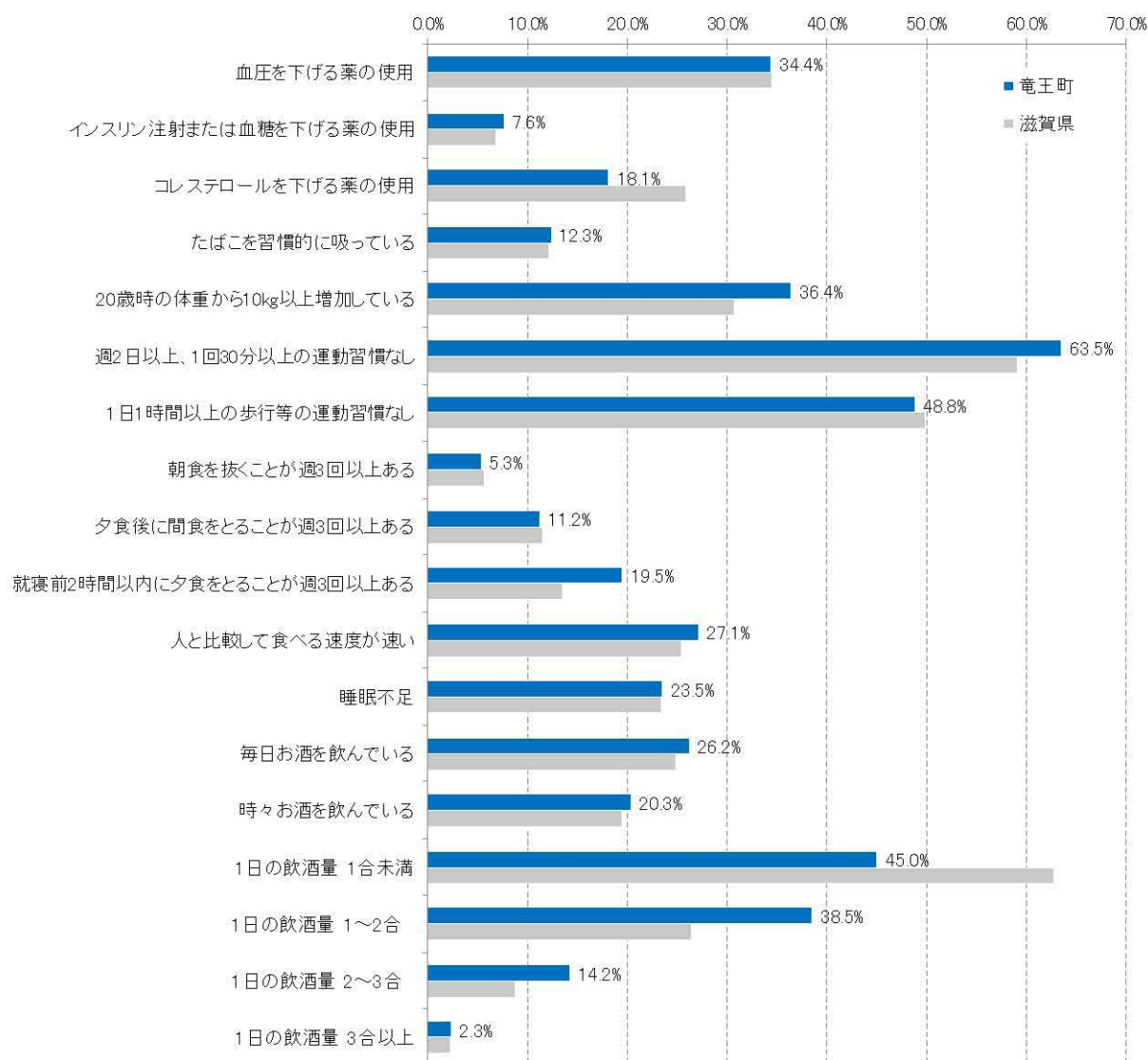
元データ： 滋賀県版 国民健康保険保健指導事業管理ガイドライン 様式 6-1(滋賀県)

③質問票調査の状況（平成 25 年度）

滋賀県と比較して、糖尿病の薬を飲んでいる者の割合が少し多い。

生活習慣については、「就寝前 2 時間以内に夕食をとる」、「20 歳から 10kg 以上体重が増加している」、「1 回 30 分以上の運動習慣なし」、「1 日の飲酒量が 1～2 合」と回答した者の割合が多い。

図 特定健診時の質問票調査の状況



KDB 帳票: No.1 地域の全体像

算出方法: 割合は、各質問項目に「あり」と回答した件数÷各質問項目に回答のあった件数で算出。

④健診受診者・未受診者別の医療費

特定健診の受診者と未受診者において、生活習慣病のレセプト 1 件当たりの医療費を比較すると、未受診者のほうが高額となっている。竜王町は滋賀県より健診受診者の医療費が高いが、健診受診の結果、治療を開始した者が多い可能性が考えられる。

図 特定健診受診有無別 一人当たり医療費（生活習慣病）



KDB 帳票: No.3 地域の健康課題

算出方法: 健診受診者(未受診者)の生活習慣病対象者の決定点数×10÷生活習慣病対象者数で計算する。値は1カ月の平均値である。

⑤生活習慣病の治療中者の有所見状況

特定健診の質問票調査で「生活習慣病の治療中である」と回答した者の健診の結果を見ると、生活習慣病のコントロールが不良であった者（保健指導判定値以上）が非常に多い。

図 生活習慣病治療中者のうちコントロール不良者の状況

	竜王町	滋賀県
平成23年度	64.0% (県内1位)	58.0%
平成24年度	63.6% (県内1位)	57.8%
平成25年度	70.9% (県内1位)	—

元データ: 滋賀県版 国民健康保険保健指導事業管理ガイドライン 様式 6-10(滋賀県)

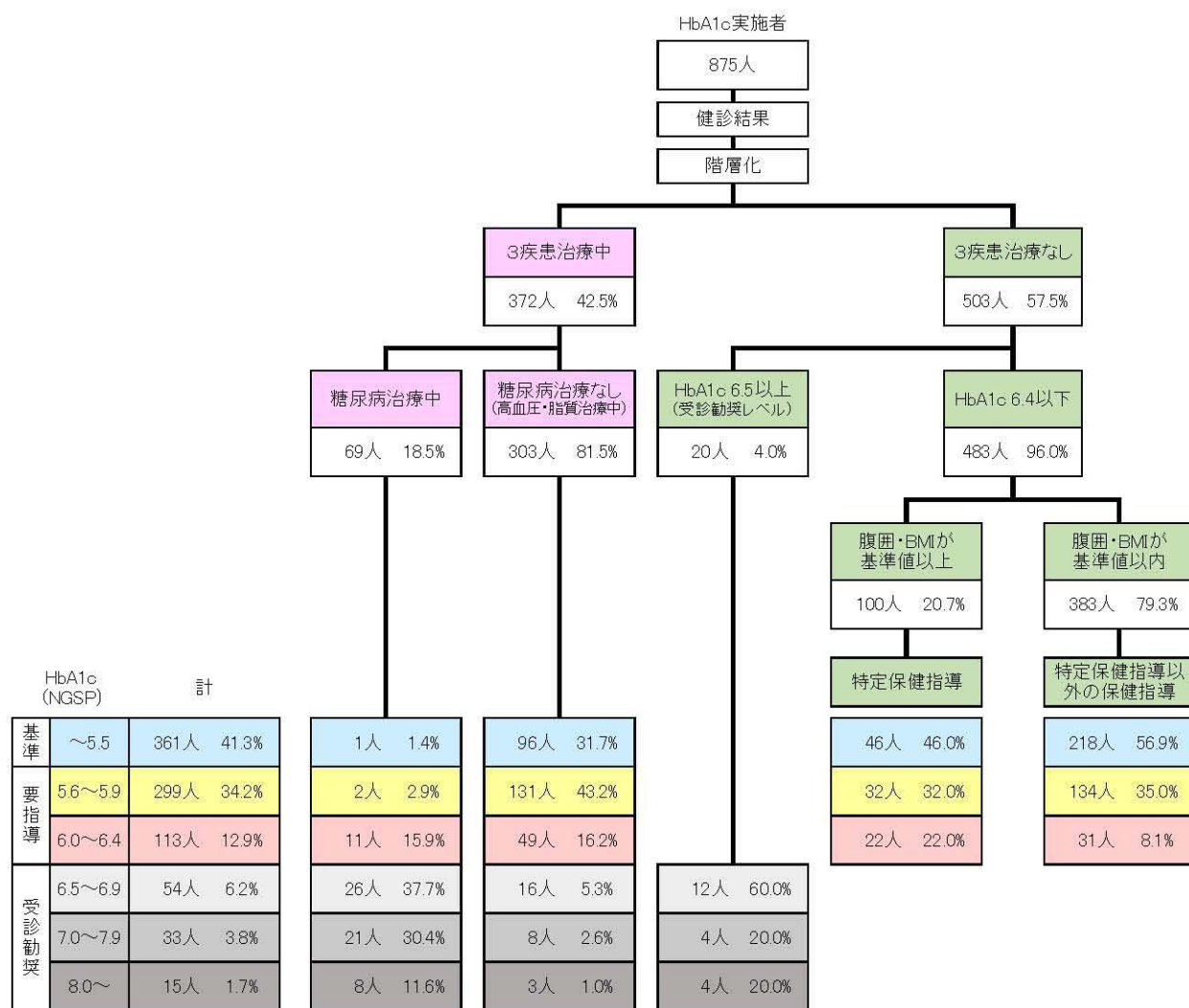
(3) 生活習慣病リスクと受療状況（平成 25 年度）

①糖尿病フローチャート

男女ともに有所見割合の高いHbA1cの状況をみると、生活習慣病（糖尿病、高血圧症、脂質異常症）のレセプトがない者は、正常（基準値以内）または要指導判定値の者が大多数だが、受診勧奨判定値以上の者も少数だが存在する。

生活習慣病の治療中であっても、HbA1cの値が受診勧奨判定値以上の者が一定数存在しており、治療中断等の理由が考えられる。

図 糖尿病フローチャート



元データ： あなみ評価ツール・DM フローチャート

②血糖の重症化リスクの変化

前年度（平成 24 年度）の健診で受診勧奨判定値だった者について、平成 25 年度の健診結果をみると、血糖値が改善した者は 3 割近く存在するが、悪化した者も一定数存在する。

特に重症化のリスクが高いHbA1c7.0以上の者については、4割（14人）が改善している。

図 受診勧奨判定値以上者のリスク減少の状況（血糖）

前年度の結果 (平成24年度)		今年度（平成25年度）の結果					
		継続受診者 59人 (83.1%)				未受診者 (中断者)	75歳 到達者
		6.4以下	6.5～6.9	7.0～7.9	8.0以上		
HbA1c 6.5以上	71人	8人	24人	19人	8人	12人	0人
(↓内訳)		11.3%	33.8%	26.8%	11.3%	16.9%	0.0%
6.5～6.9	36人	6人	15人	8人	0人	7人	0人
		16.7%	41.7%	22.2%	0.0%	19.4%	0.0%
7.0～7.9	24人	2人	7人	8人	3人	4人	0人
		8.3%	29.2%	33.3%	12.5%	16.7%	0.0%
8.0以上	11人	0人	2人	3人	5人	1人	0人
		0.0%	18.2%	27.3%	45.5%	9.1%	0.0%

	改善	変化なし	0.1以上の		悪化	未受診
			改善	悪化		
合計	20人 28.2%	28人 39.4%	11人 15.5%	12人 16.9%	11人 15.5%	12人 16.9%
6.5～6.9	6人 16.7%	15人 41.7%	7人 19.4%	4人 11.1%	8人 22.2%	7人 19.4%
7.0～7.9	9人 37.5%	8人 33.3%	3人 12.5%	4人 16.7%	3人 12.5%	4人 16.7%
8.0以上	5人 45.5%	5人 45.5%	1人 9.1%	4人 36.4%	0人 0.0%	1人 9.1%

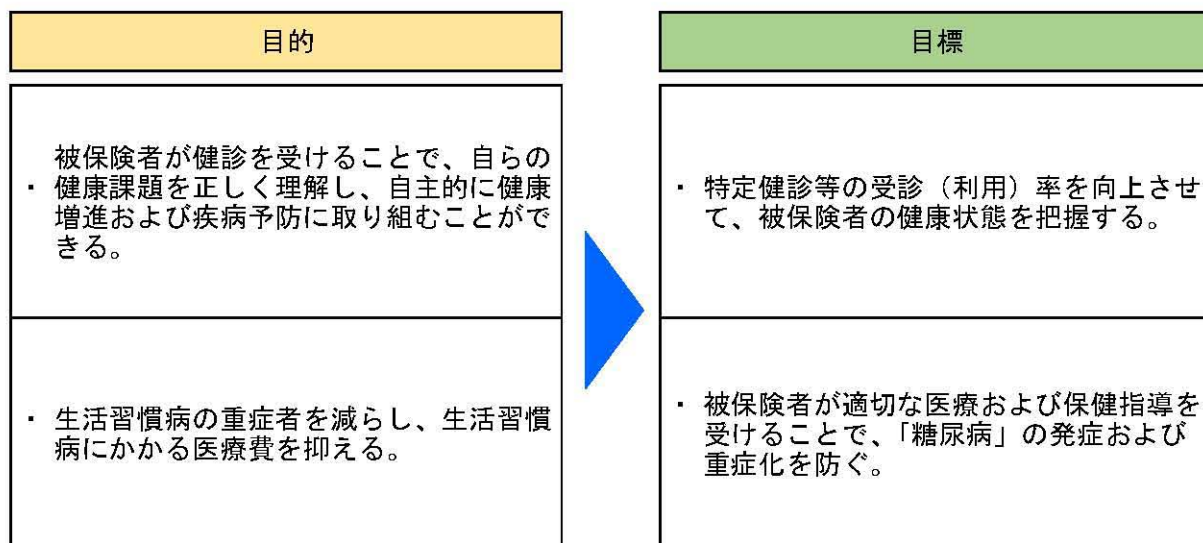
元データ： あなみ経年比較ツール・受診勧奨判定値以上・リスク減少の評価

第4章 健康課題と目的・目標

1 竜王町の健康課題

データ分析から見える主な健康課題		対策の方向性
医療費データ	・ 被保険者の約4割が生活習慣病の患者である。	・ 特定健診により、40歳代前半から生活習慣病の早期発見、早期治療を目指す。 ・ 予防対策とリスク者の特定が可能であるという観点から、「糖尿病」を重点課題と位置付け、対策を講じる。 ・ 糖尿病を発症する前段階（血糖値が高く未治療）の者を対象に、生活習慣の改善および治療の勧奨を働きかけ、発症および重症化を予防する。 ・ 「糖尿病」の対策を講じることで、「脳血管疾患」などの重症疾患を予防し、要介護となる者を増やさない。
	・ 生活習慣病の被保険者一人当たりの医療費は、40歳代後半から大きく増える。	
	・ 生活習慣病の医療費を被保険者一人当たりで見ると、「糖尿病」が上位を占める。	
	・ 糖尿病の被保険者一人当たりの医療費は、20歳代後半から出現し始め、40歳代から大きく増える。	
	・ 外来は「高血圧症」と「糖尿病」の件数が多く、特に「糖尿病」は1件当たり医療費が高い。	
介護データ	・ 入院は「脳梗塞」、「狭心症」、「糖尿病」、「脳出血」の件数が多く、特に脳疾患、心疾患は1件当たり医療費が高額である。	
	・ 介護保険第2号被保険者が要介護に至った原因は、「脳血管疾患」の割合が高い。	
特定健診データ	・ 健診受診率が目標値60%に届かない。	・ 経年的未受診者および40歳代男性の未受診理由を把握し、受診行動につなげる。
	・ 対象者の約3割が、5年連続未受診者である。	
	・ 40歳代の受診率が低い。特に40歳代男性の受診率は極めて低い。	
	・ 特定保健指導の利用率が低い。	・ 健診結果返却時に、全員に初回面接を実施するなど、利用率の向上を図る。
	・ 男女とも「HbA1c」の有所見割合が、年々増加傾向にある。常に高血糖の状態にある。	・ 腹囲等が基準値以内であっても、高血糖者には生活習慣の改善、治療の勧奨を働きかける。
	・ 男性は「腹囲」の有所見割合が常に50%以上と高い。内臓脂肪型肥満が多い。	・ 腹囲を個々の保健指導の評価指標とし、腹囲の改善を図る。
	・ 女性は「LDLコレステロール」の有所見割合が常に高く、65%近くとなっている。	・ 特定保健指導により食生活の改善を促すことで、女性の高コレステロールの対策を講じる。
	・ 生活習慣病治療中者のうち、コントロール不良者が多い。	・ コントロール不良者に対する医療連携を図る必要がある。

2 目的・目標の設定



3 保健事業の目標・評価指標と実施計画

区分	事業名	事業の目的および概要	目標（平成29年度）		平成25年度
			アウトプット （実施内容）	アウトカム （事業の成果）	
基盤となる事業	医療費通知	被保険者に自身の受療状況と医療費を把握してもらうことを目的に、医療費総額、診療区分、医療機関名等を記載した通知を全受療世帯に送る。	年4回通知（全診療月・3カ月分ずつ）	—	年4回通知
	後発医薬品（ジェネリック医薬品）利用差額通知	ジェネリック医薬品の使用促進による医療費抑制を目的に、切り替えた場合の自己負担軽減額を通知する。	年2回通知（4月・8月調剤分）	使用割合（数量ベース）：65%	年2回通知
	広報事業	保健事業の周知および健康に関する知識の普及啓発を図るため、広報を行う。	①広報紙掲載：年6回 ②有線放送：年12回 ③出前講座の実施：年間32地区 ④メール発信：年1回以上	③出前講座の参加者数：1,200人	①年6回 ②年12回 ③1,125人参加
特定健診の受診率向上対策	特定健康診査	健診を行うことで、生活習慣病の発症を予防、早期発見するとともに、被保険者自身の健康管理に対する意識を高める。	健診の実施。 集団：計7日 個別：12月末日まで	①特定健診受診率：60% ※法定報告値 ②40歳男女計受診率：10% ※あなみ経年比較ツール	①48.8% (870人) ②2.0% (4人)
	特定健診啓発資料一式の作成と活用	特定健診への理解を深め受診行動に結び付くよう、啓発資料（パンフレット、ポスター、受診券用封筒）により受診勧奨を行う。	受診券送付時に啓発パンフレットを配布。 窓口にはパンフレット等を設置。	③継続受診者割合：75% ※あなみ経年比較ツール	③72.1% (637人)
	40歳男性に対する受診勧奨	若年層の健診受診率の向上を目的に、訪問を行う。場合によっては、職場健診の結果について情報提供を依頼する。	個別通知：全員 訪問実施：毎年約10人	40～44歳男性の受診率：15% ※法定報告値	12.5% (6人)
	5年連続未受診者に対する受診勧奨	健診受診率の向上を目的に、過去5年間、特定健診を受診していない者を訪問し、健診の意義を説明する。ひいては、継続受診者を増やす。	①個別通知：治療歴のある者全員に、病院での情報提供を依頼。 ②訪問：治療歴がない者全員に訪問を実施。	5年連続未受診者数：20%減（514人） ※あなみ経年比較ツール：特定健診受診率の推移（対象者数－受診者総数）	5年連続未受診 643人
	特定健診未受診かつ未治療者への電話勧奨	健診受診率の向上を目的に、在宅保健師が未受診者に電話で健診の受診勧奨を行う。（国保連合会に事業委託）	実施時期：集団健診の直前5日間 実施人数：450人以上	電話勧奨対象者の健診受診率：15% ※国保連合会報告書	5日間 (10月実施) 489人に実施 (40～69歳)
	不足項目測定会	治療中の血液検査等の情報提供の場として測定会を実施する。法定項目を満たさない場合は、保健センターで計測を行い、特定健診の受診に代える。	測定会の開催。 年1回（集団健診終了後、日程は午後）	①参加者数：40人 ②生活習慣病治療中の健診受診者数：5%増（439人） ※あなみ様式8-10：I	①31人参加 ②417人
	特定健診受診意向アンケート	治療中者や職場健診等の受診者および未受診理由を把握するため、アンケートを実施する。	受診意向アンケートを送る。 年1回、4月に実施。	アンケート返信率：50%	31.4% (450人)

対象者			実施体制		平成27年度													平成28年度	平成29年度
区分	性別	年齢	担当課	担当者		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
全受療世帯	全て	0～74歳	国保主管課	国保担当	継続 ○有線	○通知				○通知			○通知			○通知		継続実施	継続実施
強心剤等9薬効で100円以上の差額が発生する被保険者	全て	40～74歳	国保主管課	国保担当	継続					○通知				○通知				継続実施	継続実施
被保険者 (全住民)	全て	0～74歳	健康づくり 主管課	保健師 健康推進員	継続	○健診周知	○健診周知	○	○		○健診周知		○				○	内容を検討・改善し、継続実施する。	同左
被保険者	全て	40～74歳	国保主管課 健康づくり 主管課	国保担当 健康づくり 担当	継続 ○個別	○集団					○集団	○集団	○集団					内容を検討・改善し、継続実施する。	同左
被保険者	全て	40～74歳	国保主管課	国保担当	継続	○作成	○配布			○配布								内容を検討・改善し、継続実施する。	同左
被保険者	男性	40歳	国保主管課 健康づくり 主管課	国保担当 保健師	新規	○個別通知						○訪問						効果を確認し、実施方法を検討する。	同左
過去5年間、健診の受診履歴がない被保険者	全て	45～64歳	国保主管課 健康づくり 主管課	国保担当 保健師	新規	○個別通知						○訪問						効果を確認し、実施方法を検討する。	同左
当年度未受診かつ国保連合会帳票から受療なしと思われる被保険者 ※5年連続未受診者および40歳男性の受診勧奨の対象者を除く。	全て	40～69歳	国保主管課 健康づくり 主管課	在宅保健師	継続					○対象者選定	○実施							効果を確認し、実施方法を検討する。	同左
職場健診を受診している被保険者。 治療中の血液検査が法定項目を満たす被保険者。	全て	40～74歳	国保主管課 健康づくり 主管課	国保担当 保健師 看護師 管理栄養士	継続									△通知	○実施			効果を確認し、実施方法を検討する。	同左
被保険者	全て	40～74歳	国保主管課 健康づくり 主管課	国保担当 保健師	継続 (3月発送)												△翌年度準備	効果を確認し、実施方法を検討する。	同左

区分	事業名	事業の目的および概要	目標（平成29年度）		平成25年度
			アウトプット （実施内容）	アウトカム （事業の成果）	
早期発見・発症予防対策	若年健康診査	若年層への健診を行うことで、生活習慣病の発症予防、早期発見するとともに、被保険者自身の健康管理に対する意識を高める。	特定健診と同日実施。 集団：計7日間	受診率の増加：35% ※対4/1現在被保険数	31.8% (72人)
	人間ドック検診費用の補助	生活習慣病の発症予防、早期発見するとともに、被保険者自身の健康管理に対する意識を高めることを目的に、検診費用の一部を補助する。 （検診費用の1/2、上限2万円）	実施期間：1年間 周知方法：特定健診啓発パンフレット、広報紙掲載（年1回）	補助金交付者数：65人	61人
	健診結果説明会	集団健診の結果を返却する際に、全員に初回面接を実施し、特定保健指導の実施率の向上を図る。	個別通知 個別面接	結果説明会の参加者数の増加： 500人（特定・若年計）	初回面接人数 59人
	特定保健指導	メタボリックシンドローム該当者および予備群の減少を目的に、保健指導を行う。 特定健診（集団・個別）および人間ドック検診の受診結果を元に事業を行う。	個別面接、訪問	①特定保健指導実施率：60% ※法定報告値 ②男性の腹囲有所見者割合の減少：49% ※あなみ様式6-2～6-7	①38.6% (41人) ②50.8% (202人)
	高血糖者への保健指導	糖尿病の発症予防を目的に、特定保健指導対象外だが高血糖（受診勧奨レベルではない）者に対し、保健指導を行う。	個別面接 訪問：対象者全員にアプローチ（100%） 医療機関連携	HbA1c有所見者割合の減少： ①男性 54% ②女性 58% ※あなみ様式6-2～6-7	①56.8% (218人) ②60.3% (296人)
重症化予防対策	高血糖者への受療勧奨	有所見者割合の減少と適切な医療受診を目的に、血糖値で治療を要する者に対し、医療機関への受診を促す。	個別面接 訪問：対象者全員にアプローチ（100%） 医療機関連携	HbA1c6.5以上の者が次年度健診で血糖値が改善した割合：30% ※あなみ評価ツール（重症化予防対象者の評価）	28.2% (20人)
	血糖コントロール不良者（治療中断者）への保健指導	糖尿病の重症化予防を目的に、生活習慣病で医師管理中ではあるものの血糖のコントロール不良（HbA1c7.0以上）で、治療を中断している者に対し、支援を行う。	個別面接 訪問：対象者全員にアプローチ（100%） 医療機関連携	HbA1c7.0以上の者が次年度健診で血糖値が改善した割合：45% ※あなみ評価ツール（重症化予防対象者の評価）	40.0% (14人)
	重複頻回受診者に対する訪問指導	医療費の適正化を目的に、対象者を訪問し、適正な医療受診の方法等について指導を行う。	訪問 医療機関連携	対象者の医療費： 10%減	—

対象者			実施体制		平成27年度													平成28年度	平成29年度
区分	性別	年齢	担当課	担当者		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
被保険者	全て	19～39歳	健康づくり 主管課	保健師 管理栄養士	継続		○実施				○実施	○実施	○実施					継続実施	継続実施
被保険者	全て	19～74歳	国保主管課	国保担当	継続	○実施												継続実施	継続実施
							△広報							△広報					
特定健診（集団健診） および若年健診受診者	全て	19～74歳	健康づくり 主管課	保健師 管理栄養士	新規		○実施			○実施	○実施	○実施	○実施					継続実施	継続実施
積極的支援対象者、 動機付け支援対象者 ※厚労省様式6-10：O・P該当者	全て	40～74歳	健康づくり 主管課	保健師 管理栄養士 運動指導士	継続		○実施											継続実施	継続実施
腹囲等は基準値だが、 血糖値が要指導レベル （HbA1c5.6～6.4）の者 ※厚労省様式6-10：N 該当者	全て	19～74歳	健康づくり 主管課	保健師 管理栄養士 運動指導士	継続		○実施											継続実施	継続実施
生活習慣病の治療が 始まっておらず、血糖値が 受診勧奨レベル（HbA1c6.5以上） の者 ※厚労省様式6-10：M 該当者	全て	19～74歳	健康づくり 主管課	保健師	新規		○実施											効果の確認、 実施方法の検討を踏まえ、 医療機関連携を図る。	継続実施
治療中（服薬中）だが、 血糖値がHbA1c7.0以上の者 ※厚労省様式6-10：L 該当者	全て	19～74歳	健康づくり 主管課	保健師 管理栄養士	新規		○訪問											効果の確認、 実施方法の検討を踏まえ、 医療機関連携を図る。	継続実施
国保連合会帳票の重複 および頻回受診者 （整形を除く）	全て	19～74歳	国保主管課 健康づくり 主管課	在宅保健師	継続	○対象者選定	○レセ確認	○訪問									○評価	効果を確認し、実施方法を 検討する。	継続実施

第5章 計画の評価・見直し

1 計画の評価

計画期間の最終年度に、計画に掲げる目標の達成状況、事業の実施状況について調査およびデータ分析を行い、実績に関する評価を行う。

なお、保険運営の健全化の観点から竜王町国民健康保険運営協議会において進捗状況を報告し、評価指標の一つとする。

2 計画の見直し

計画の評価の結果を参考に、次期計画の参考とする。

計画の期間中であっても、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、必要に応じて見直しを行う。

第6章 計画の推進

1 計画の公表・周知の方法

計画の推進に当たっては、被保険者の理解・協力を得ることが欠かせないことから、計画を町の Web サイトに掲載するなどして公表する。計画に変更等が生じた場合にも、その都度、町の Web サイトを利用して周知する。

2 推進体制の整備

(1) 庁内推進体制の整備

特定健診等事業については、これまでと同様に衛生部門に執行委任を行う。今後も、衛生部門や介護部門など関係各課が横断的に連携し、共通認識をもって取り組む。

(2) 関係機関との連携

医療機関等の関係機関との連携を図り、計画の円滑な推進を図る。

3 個人情報の保護

(1) 基本方針

保健事業で得られる個人情報(※1)は、次の法令等に定めるところに従い、適正に管理するとともに、職務上知り得た秘密の保持について細心の注意を払う。

- ・ 竜王町個人情報保護条例(平成 17 年 3 月 24 日)
- ・ 竜王町個人情報保護条例施行規則(平成 17 年 3 月 24 日)

(2) 利用の目的

保健事業で得られる個人情報は、保健指導や評価、分析のために利用する。

(3) 目的外利用または第三者への提供

保健事業で得られる個人情報は、竜王町の内部で利用(以下「目的外利用」という。)し、または第三者に提供(以下「外部提供」という。)してはならない。

ただし、次の①から④までのいずれかに該当するときはこの限りではない。

- ①法令等の定めがあるとき。
- ②本人の同意があるとき。
- ③人の生命、身体または財産を保護するため、緊急かつやむを得ないと認められるとき。
- ④当該目的外利用または外部提供が所掌事務の遂行に必要なものであり、かつ、本人の権利利益を不当に侵害するおそれがないと認められるとき。

※1 個人情報：個人に関する情報であって、当該情報に含まれる氏名、生年月日、その他の記述等により特定の個人を識別することができるものをいう。

(4) 匿名化による利用等

保健事業で得られる個人情報を含むデータを目的外利用または外部提供する場合において、(3)の①から④までに該当しない場合は、個人情報を匿名化して利用し、または提供する。

(5) 委託する場合の保護措置

保健事業に関する業務を委託する場合は、個人情報の厳密な管理や目的外利用の禁止等を契約書に明記する。また、委託者は、保健事業で得た情報を複写することなく、竜王町に提出することについても契約書に定める。

4 データの管理

(1) データの保管期間

データの保管期間は、事業年度終了後から少なくとも5年間とする。

(2) 電子データの安全管理

電子データは、次に定めるところに従い安全に管理する。

- ・医療情報システムの安全管理に関するガイドライン（平成17年3月厚生労働省）
- ・匿名データの作成・提供に関するガイドライン（平成24年8月31日総務省）

5 東近江圏域の取り組み

(1) 今日までの取り組み

滋賀県においては、以前からいくつかの自治体で圏域（ブロック）を構成しており、現在の圏域は、大津圏域（大津市）、湖西圏域（高島市）、湖南圏域（草津市・栗東市・守山市・野洲市）、甲賀圏域（甲賀市・湖南市）、湖東圏域（彦根市・多賀町・甲良町・豊郷町・愛荘町）、湖北圏域（長浜市・米原市）、そして東近江圏域（東近江市・近江八幡市・日野町・竜王町）がある。

東近江圏域においては、平成21年度以前は研修会を一部後援する程度であり、圏域としての特別な取り組みはなかった。しかし、平成20年度から始まった特定健診等を進めるに当たり、自治体（保険者）単位で進めるよりも、近隣の健康課題が類似し、また医療圏域も重なる自治体が協力することにより、国保一元化も見据えた新たな取り組みが出来ないかと模索し、圏域における取り組みを重視するようになった。

その第一歩として、平成22年度には、糖尿病性腎症の先進的な取り組みを行い今日の国のモデルとなっている広島県呉市を視察した。この視察は、平成の大合併で他の自治体の取り組みが見えにくくなっている昨今において大きな衝撃であった。

これをきっかけに先進地に学ぶ重要性を再認識し、平成25年度からは滋賀県全域の自治体に呼び掛け、事業を継続実施している。

平成 22 年度	広島県呉市
平成 23 年度	徳島県国保連合会
平成 24 年度	愛知県あいち健康の森
平成 25 年度	兵庫県尼崎市、大阪府羽曳野市
平成 26 年度	岐阜県高山市・下呂市

さらに、平成 24 年度には、滋賀県医療保険課の要望および調整により、近江鉄道のラッピング電車と湖国バスの啓発看板作成事業を実施した。近江鉄道のラッピング電車については、2 年目に甲賀市が、3 年目には湖東圏域と米原市が、その後、協会けんぽ滋賀支部も賛同し参加があった。

(2) データヘルス計画の取り組み

東近江圏域では、計画策定に当たり、健康課題の把握のために共通した分析データを使用しながら、2 市 2 町の担当者と滋賀県医療保険課と滋賀県国保連合会を含めたデータヘルス計画検討委員会（保健事業検討委員会）を設置し、平成 26 年 6 月 26 日、8 月 22 日、10 月 22 日、平成 27 年 1 月 16 日の計 5 回にわたり、KDB から抽出されたデータの分析などを中心に協議を重ねた。

(3) 今後の取り組み

主な取り組みは、以下のとおりである。総会で事業計画と事業報告を行い、各市町の事業実施状況と照らし合わせながら改善・修正を行い、よりよい広域的な保健事業となるよう取り組みを進める。

- ①先進地視察研修の実施
- ②近江鉄道ラッピング電車と湖国バスの後方看板の継続とリニューアル
- ③保健事業従事者向け研修会の開催
- ④定期的な担当者会議の開催