

昭島市国民健康保険データヘルス計画  
素案

平成 28 年 1 月  
昭 島 市

第1章	データヘルス計画基本的事項	1
第1節	背景	1
第2節	データヘルス計画の位置づけ	1
第3節	P D C Aサイクル	5
第4節	計画期間	7
第5節	本計画書におけるデータ分析手法（レセプトクレンジング）	7
第2章	地域の健康課題	8
第1節	市の状況	8
第2節	人口動態上のリスク	9
第3節	医療費の状況	12
第4節	生活習慣病の基礎疾患・重症化疾患の医療費状況	22
第5節	特定健診	35
第6節	特定健診受診による医療費抑制・重症化予防効果	46
第7節	特定保健指導実施状況	51
第8節	特定健診から見る健康課題	58
第9節	地域の健康課題まとめ	62
第3章	現状の取り組み	64
第1節	特定健診等実施状況	64
第2節	特定健診受診勧奨事業	65
第3節	特定健診フォローアップ事業	65
第4節	ジェネリック医薬品利用促進事業	66
第4章	実施すべき保健事業と管理指標の特定	67
第1節	対象者のグループ化	67
第2節	グループごとの対策と管理指標の設定	68
第3節	管理指標改善のための方向性	69
第4節	リスクスコア指標と管理指標の重なり	71
第5章	保健事業の目標値の設定	75
第1節	特定健診対策の目標設定	75
第2節	特定保健指導対策の目標割合の設定	75
第3節	要治療者対策の目標割合の設定	76
第4節	まとめ	77
第6章	P D C A手法の設定	78
第1節	指標の評価方法の考え方	78
第2節	実施計画の見直し・スケジュール	80
第7章	実施施策	81
第1節	市の現状のまとめ	81
第2節	健康課題の確認	82

第3節	実施施策	83
第8章	データヘルス計画の公表・周知方法	85
第9章	事業運営上の留意事項	85
第10章	個人情報の保護	85
第11章	その他データヘルス計画策定に当たっての留意事項	85

## 第1章 データヘルス計画基本的事項

### 第1節 背景<sup>1</sup>

平成17年に策定された「医療制度改革大綱<sup>2</sup>」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、平成25年度末時点では、全レセプト件数に対する電子化レセプトの割合は、医科が97%、調剤はほぼ100%となっています。このように、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療状況・医療費状況を以前よりも容易かつ正確に把握できるようになりました。

レセプト電子化は、医療保険事務全体の効率化を図ることが目的でしたが、レセプト情報を効率的に解析し、その結果に基づき保健事業を展開することが可能となり、保険者機能をさらに強化するものとなりました。そこで、平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略<sup>3</sup>」では、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り、また、平成26年3月には保健事業の実施指針の一部が改正され、保険者はデータヘルス計画を策定した上で、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及び評価を行うものとされました。

こうしたことから、本市の国民健康保険事業においても、本計画を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進や重症化の予防など、保健事業の推進を図るとともに、その適切な評価を行うものとします。

### 第2節 データヘルス計画の位置づけ

近年の日本の健康戦略の柱は、人々の健康格差を縮小し、患者数の削減を通して、増大する医療費の抑制を図ることにあります。特に、虚血性心疾患や脳血管疾患、糖尿病性合併症などへ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とされています。「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」では、こうした一次予防重視の方針が打ち出されました。本市においても、市町村健康増進計画である「健康あきしま21<sup>4</sup>」でこうした方向性を位置付け、それを実現するための方策として、特

<sup>1</sup> 平成26年12月厚生労働省保険局/健康保険組合連合会「データヘルス計画作成の手引き」を参考にしました。

<sup>2</sup> 医療制度改革大綱：平成17年12月1日 政府・与党医療改革協議会がまとめた大要です。

<sup>3</sup> 日本再興計画：第二次安倍内閣において平成25年6月14日閣議決定されたアベノミクスの3本目の矢である成長戦略のこと。その後、平成26年6月24日に『日本再興戦略』改訂2014、平成27年6月30日に『日本再興戦略』改訂2015が閣議決定されています。

<sup>4</sup> 健康増進法に基づき「昭島市総合基本計画」を上位計画とする、健康・保健・医療に関する分野別計画です。

定健康診査等実施計画<sup>5</sup>を策定して、40歳～74歳の特定健康診査（以下、「特定健診」という。）実施と、メタボリックシンドロームの該当者と予備群の特定保健指導を位置付けました。

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、PDCAサイクルによって効果的・効率的に保健事業を実施するための計画です（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ります。

---

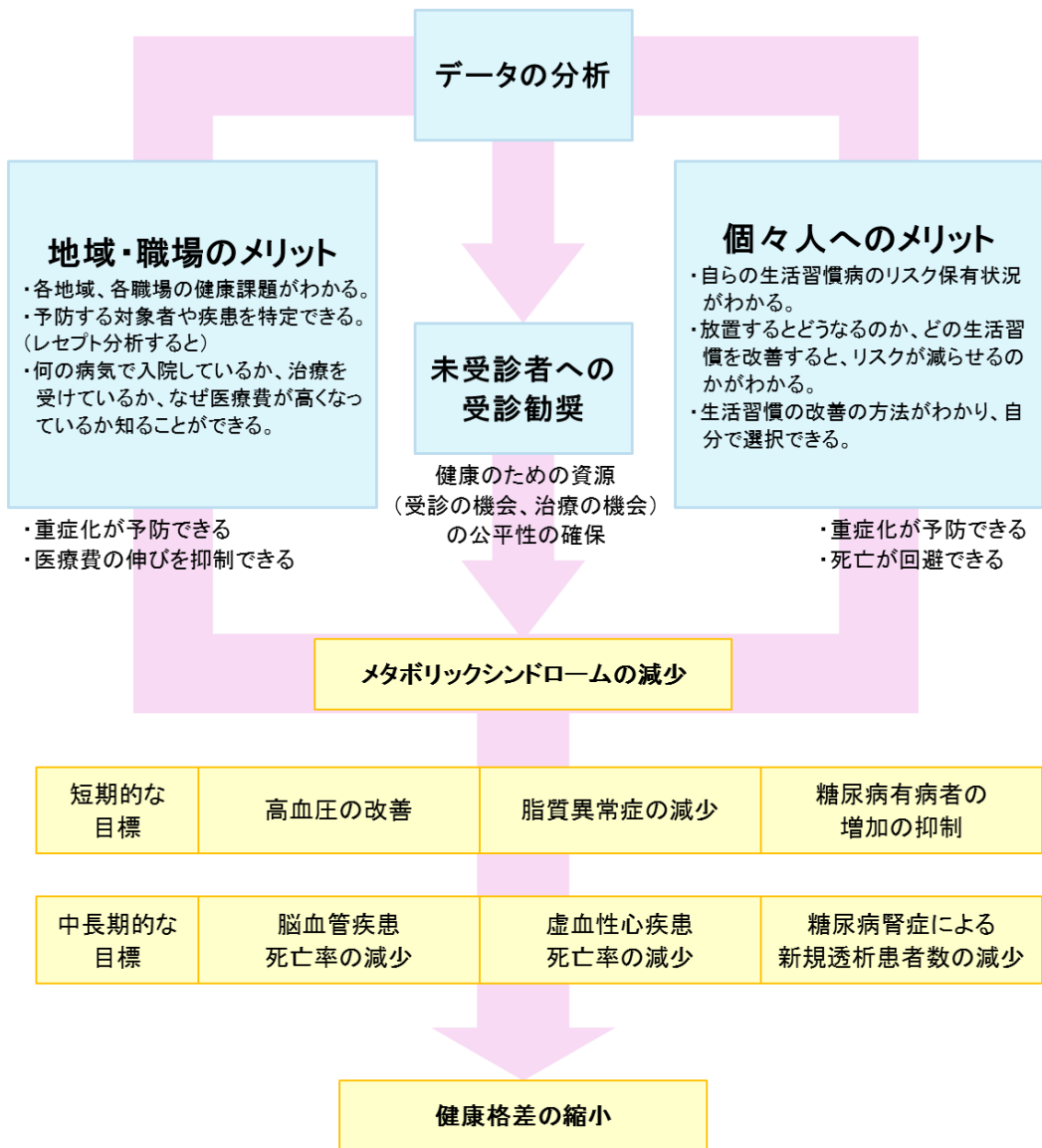
<sup>5</sup> 「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防を目的とした健診の計画です。

図表 1 特定健診・特定保健指導と健康日本 21（第二次）

**特定健診・特定保健指導と健康日本21第二次**

-特定健診・保健指導のメリットを活かし、健康日本21（第二次）を着実に推進-

**特定健診・特定保健指導の実施率の向上**



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	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	健康増進法 第7条
計画 策定者	医療保険者	医療保険者	国
対象期間	平成27～29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	生活習慣及び社会環境の改善を通じて、全ての国民が共に支え合いながら希望や生きがいを持ち、ライフステージに応じて、健やかで心豊かに生活できる社会を実現するための取り組み

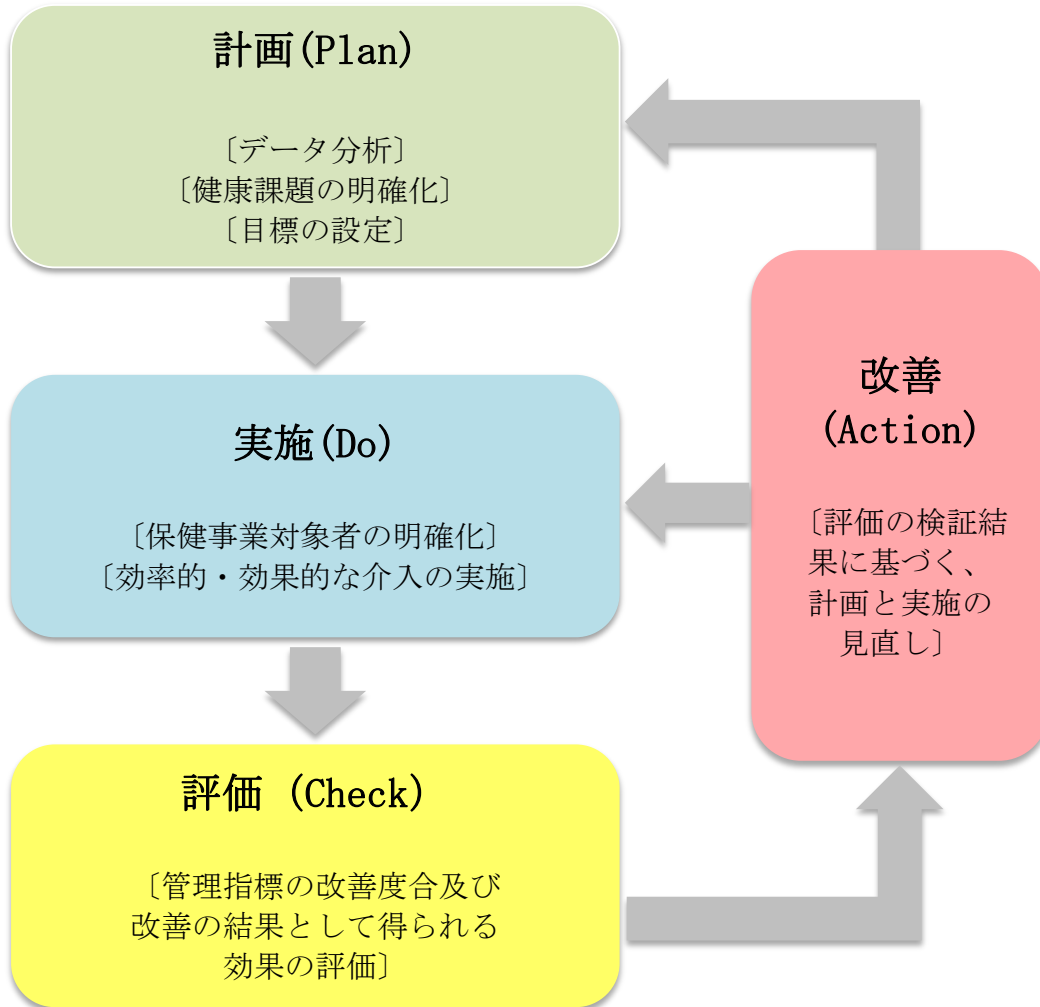
### 第3節 PDCAサイクル

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手法のひとつです。状況の分析を通して地域の課題や設定した目標値を達成するためのプロセス（管理指標の設定を含む）をまとめた「計画」(Plan)、計画に沿った事業の「実施」(Do)、設定した管理指標に基づいた業績の「評価」(Check)、評価の検証結果に基づく更なる事業の「改善」(Action)という4つの段階に事業活動を分解し、事業を実施していきます。

- 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・受療歴などを比較し、優先的な健康課題を明確化
  - 健康課題を解決するための目標値や管理指標の設定
- 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、管理指標の達成度合いや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



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

#### 第4節 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<sup>6</sup>第4の5「特定健診等実施計画及び健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」を踏まえて設定します。具体的には、平成27年度中に保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定し、昭島市国民健康保険特定健康診査等実施計画（第2期）の最終年度である平成29年度までを基本的な計画期間とします。

#### 第5節 本計画書におけるデータ分析手法（レセプトクレンジング）

電子化レセプトの医療費分析については、従来、レセプトに記載された傷病名のうち主病名だけを対象とし、費用額についても傷病の診療行為とは関係なく、記載された全点数を主病名に計上する手法を用いてきました。さらに、レセプト記載の傷病名については、集計に必要なコードが付与されないケースも多く、生活習慣病それぞれの傷病について、正確に医療費や診療行為を把握することが困難でした。

これらの問題は、精緻な分析と課題を導出する上での障害になり、かつ、課題に対応した保健事業を行う上でも、患者個々の治療実績の追跡を困難なものとしてきました。

本計画書ではこれらの問題を解決するため、医療費分析ツール「FOCUS」を活用し、傷病単位での診療行為、費用額の把握を行った上で、データ分析を行います（レセプトクレンジング）。レセプトクレンジングの概要は、個々のレセプトについて、①必要なコードが付与されていない傷病名のコード付与、②傷病名個々の診療行為の識別、③傷病と診療行為を紐付けて傷病単位で費用額を算出することを指します。

したがって、従来の疾病分類（121分類等）で集計された医療費との誤差が発生しますが、本計画で定められた保健事業のPDCA手法での実施については、レセプトクレンジングを利用したデータ分析を主体として進めていきます。

なお、出所が医療費分析ツール「FOCUS」となっている図表については、平成26年度の医科・調剤・DPCレセプトを対象とした分析になります。

<sup>6</sup> 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第82条第4項の規定に基づき厚生労働大臣が定める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（平成16年厚生労働省告示307号。）については、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を改正する件（平成26年厚生労働省告示第140号）によって改正されています。

## 第2章 地域の健康課題

本章は、本市国保における健康課題を明確にすることを目的とします。

まず、本市の状況と合わせて、地域の人口統計を中心とする基礎統計を参考に、本市の人口動態上のリスクを分析します。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きます。

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、健康状況や、生活習慣病の基礎疾患および重症化疾患の罹患状況、予防活動の実施状況やその効果などを分析します。

最後に、それらの分析結果全体を踏まえて本市の健康課題を分析し、データヘルス計画における主要な目標を設定します。

### 第1節 市の状況

本市は昭和29年5月1日、北多摩郡昭和町と拝島村が合併し、東京都で7番目の市として誕生しました。都心部から西方に約35km、東京都のほぼ中央に位置し、東・北は立川市、西は福生市、南は八王子市・日野市に接しています。また面積は17.34km<sup>2</sup>で、この広さは東京都内の26市中12番目に当たります。市域南部には多摩川が流れ、その背景に滝山丘陵を望むことができ、北部は玉川上水とその兩岸を武蔵野の面影を残す雑木林で覆われた、水と緑に恵まれた街です。

市制施行以降、市内各所に公営住宅が建設されるとともに工場も誘致され、さらに都心から電車で1時間という地域性などから、都心へ通勤する勤労者層を中心とするベッドタウンとして着実な発展を遂げ、市制施行時に約36,000人であった人口は、現在約113,000人を数えるまでになりました。市域は比較的小さく、また多摩地域の中核を成す都市に隣接していることから、医療機関へのアクセスは整っている環境にあるといえます。

その一方、高齢化社会の進展に伴い、人口における年齢構成についても変化が生じています。市人口に占める高齢化人口（65歳以上）の割合は、昭和60年の7.4%から上昇を続けています。またその傾向は国民健康保険の被保険者についても同様であり、被保険者一人当たりの医療費は、被保険者の高齢化が進んでいることから、近年一貫して増加傾向にあります。人口の高年齢化は医療費の増加と密接な関わりがあることから、その動向を注視する必要があります。

## 第2節 人口動態上のリスク

### ① 人口統計

本市の人口統計と将来推移は、図表5のとおりです。

図表4 人口統計

	昭島市	東京都	全国
総人口(人)	112,727	13,297,586	126,910,000
65歳以上人口	26,948	2,936,928	33,490,000
高齢化率(%)	23.9	22.1	26.4

注：平成27年1月1日現在

出所：東京都HP「東京都の統計」より

図表5 人口統計と将来推移

	昭島市		東京都		全国	
	総人口	高齢化率	総人口	高齢化率	総人口	高齢化率
2010年(H22)	112,297人	20.7%	13,159,388人	20.4%	128,057,352人	23.0%
2015年(H27)	112,394人	24.1%	13,349,453人	23.1%	126,596,522人	26.8%
2020年(H32)	111,230人	26.1%	13,315,321人	24.3%	124,182,540人	29.1%
2025年(H37)	109,176人	27.0%	13,178,672人	25.2%	120,902,030人	30.3%
増加率 (H22～H37)	-2.8%	6.3%	0.1%	4.8%	-5.6%	7.3%

出所：国立社会保障・人口問題研究所（2013）「日本の地域別将来推計人口」

本市の総人口は、平成22年時点で112,297人であり、今後平成37年までの15年間で2.8%減少し、109,176人になると予測されています。高齢化率は同期間で6.3ポイント上昇し、全国平均より低いものの、東京都平均より高い見込みです。

② 国保加入者の状況

本市の国保加入率は、図表 6 のとおりです。

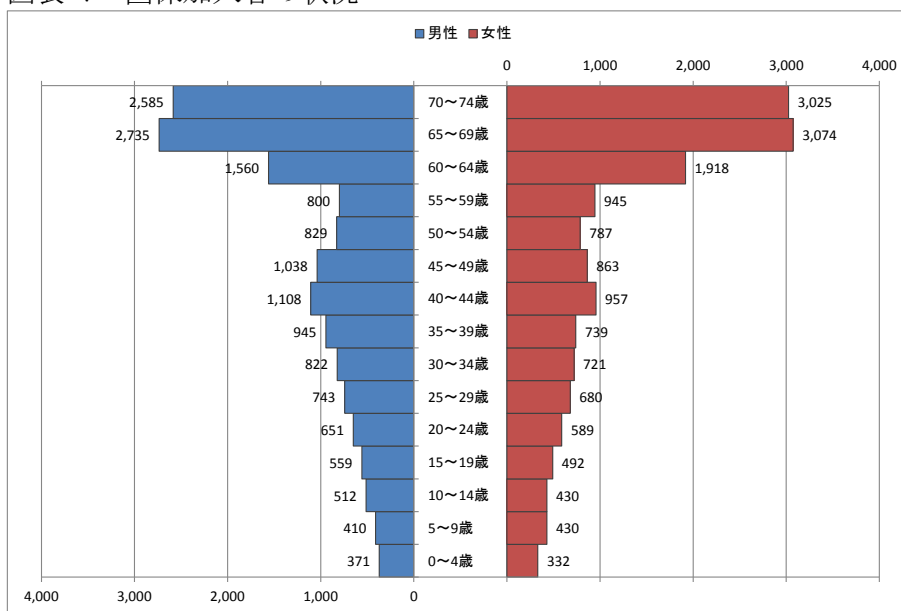
図表 6 年齢階層別国保加入率

国保加入率	昭島市	東京都	全国
0～39歳	20.4%	21.1%	18.3%
40～64歳	28.4%	28.5%	27.6%
65～74歳	77.0%	70.6%	73.2%
全体（0～74歳）	31.8%	30.5%	30.3%

出所：昭島市国民健康保険

本市の国保加入率は全体（0～74歳）で31.8%であり、東京都全体や全国と比べて高い状況です。年齢別の国保加入率を見た場合、若年層（0～39歳）が20.4%、中間層（40～64歳）が28.4%、高齢層（65～74歳）が77.0%となっています。

図表 7 国保加入者の状況



注 1：平成 27 年 1 月 1 日現在

注 2：65 歳以上の加入者が全体にしめる割合：36.1%

出所：昭島市国民健康保険

本市の国保加入者は、11,419人が65歳以上となっており、加入者全体に占める率は36.1%になっています。本市の高齢化率24.1%より（図表5）12%高い状況であり、国保加入者の高齢化が進んでいる状況が伺えます。

### ③ 考察

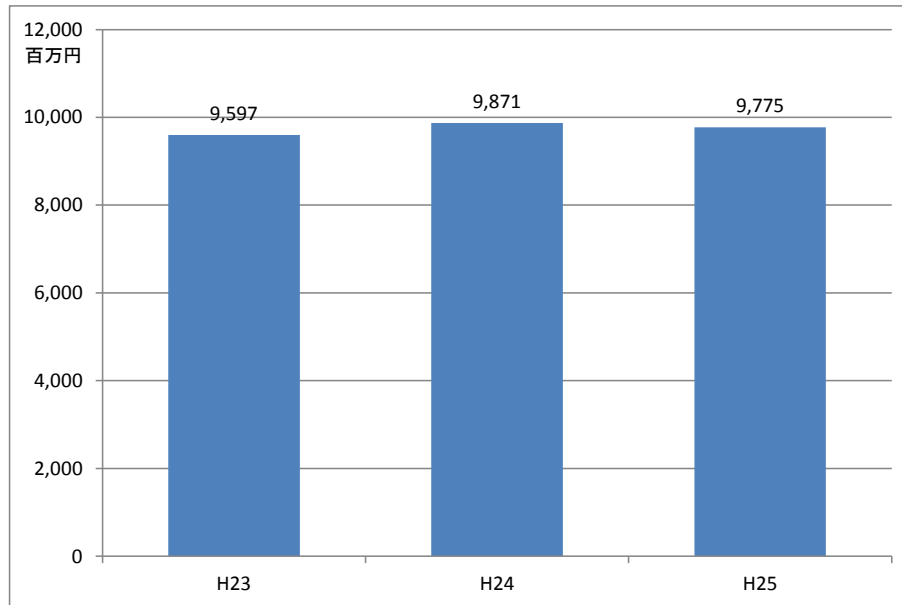
本市は、総人口が減少する見通しの中、高齢化率が6.3%上昇することが予想されています。また国保加入者でみた場合も、65～74歳の国保加入率が77.0%であり、さらに国保加入者の高齢化率が、本市全体より12%高い、36.1%に達していることより、高齢者に偏った構成状況であることが伺えます。今後、高齢化の進行とともに、医療費がますます増加していく懸念があり、生活習慣病予防を中心とした医療費抑制策を検討・実施していくことが重要です。

### 第3節 医療費の状況

#### ① 総医療費の推移

平成23年度から平成25年度までの総医療費の推移を表したのが図表8です。

図表8 本市国保の総医療費の推移



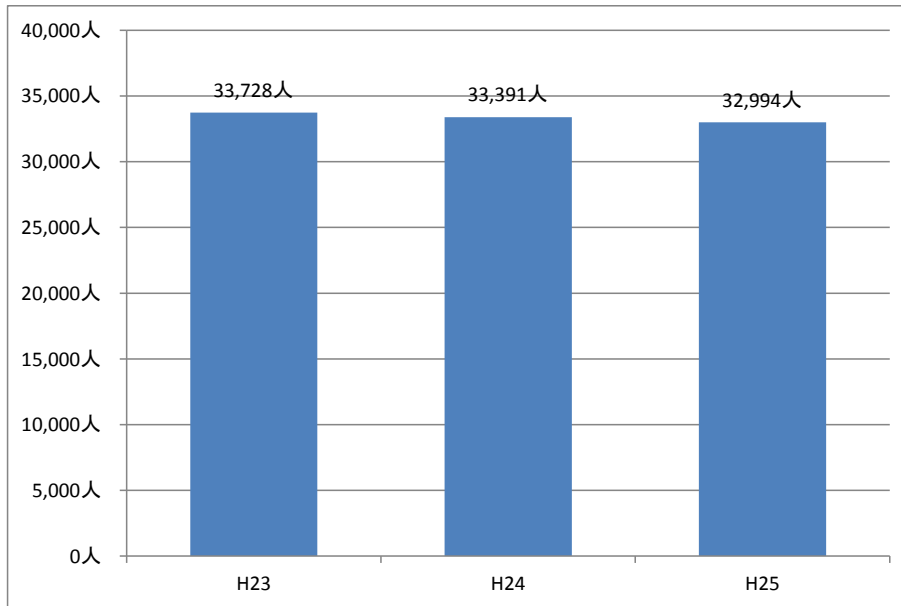
出所：昭島市国民健康保険

総医療費は、平成23年度から平成25年度において9,597百万円から9,775百万円に増加しています。

② 被保険者数の推移

平成 23 年度から平成 25 年度までの被保険者数の推移を表したのが図表 9 です。

図表 9 被保険者数の推移



出所：昭島市国民健康保険

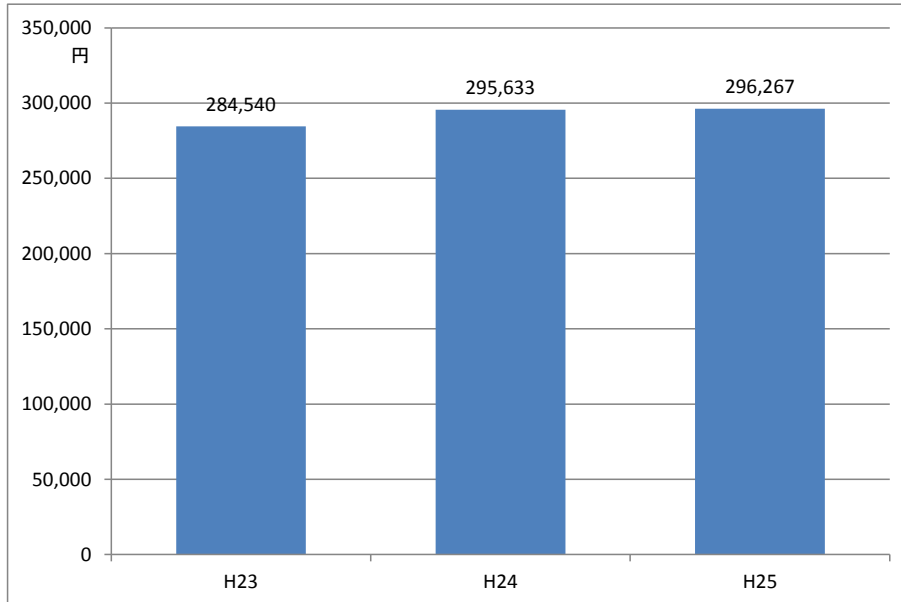
被保険者数は、平成 23 年度から平成 25 年度において 33,728 人から 32,994 人に減少しています。



③ 総医療費における一人あたり医療費

総医療費における被保険者一人あたりの医療費を表したのが図表 10 です。

図表 10 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：昭島市国民健康保険

総医療費の被保険者一人あたり医療費は、平成 23 年から平成 25 年にかけて 284,540 円から 296,267 円に増加しています。

#### ④ 医療費都内順位

本市国保の医療費都内順位を表したのが図表 11、図表 12 です。図表 11 は都内順位、図表 12 は都内市部順位を表しています。

図表 11 一人あたり医療費都内順位

	昭島市 (都内26位)	東京都 (全62団体)	利島村 (都内1位)	小笠原村 (都内62位)
一人あたり医療費	296,267円	292,132円	555,744円	170,706円

出所：昭島市国民健康保険

図表 12 一人あたり医療費都内市部順位

	昭島市 (市部10位)	市部 (全26団体)	清瀬市 (市部1位)	福生市 (市部26位)
一人あたり医療費	296,267円	297,251円	325,284円	275,660円

出所：昭島市国民健康保険

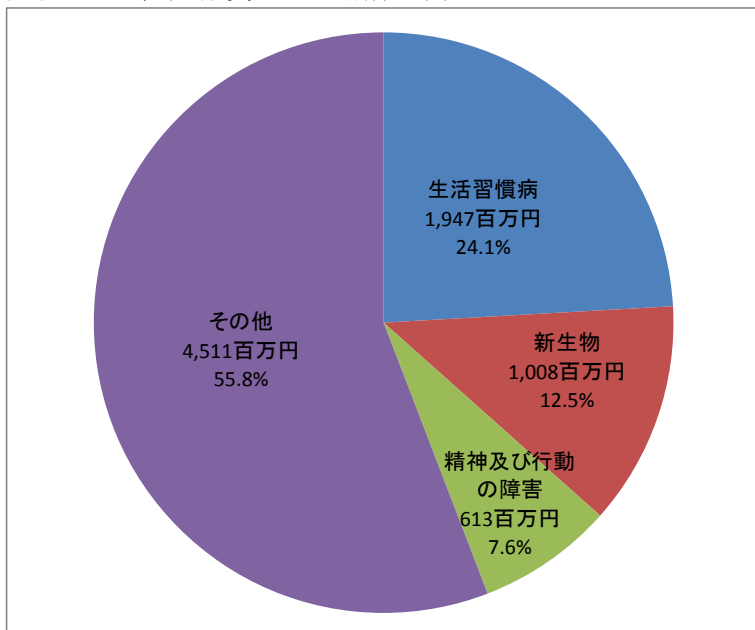
総医療費の被保険者一人あたり医療費は、東京都内 62 団体の平均より高く、東京都内市部 26 団体の平均と比べた場合は低い状況です。

⑤ 総医療費の主な構成要素

総医療費の内訳を図表 13 で示しています。

総医療費の中で、生活習慣病だけでなく、かねてから医療費に占める割合が高いと言われている「新生物（悪性）」と「精神及び行動の障害」についての実態把握のために、その3種類に着目して表した図表です。

図表 13 総医療費の主な構成要素



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

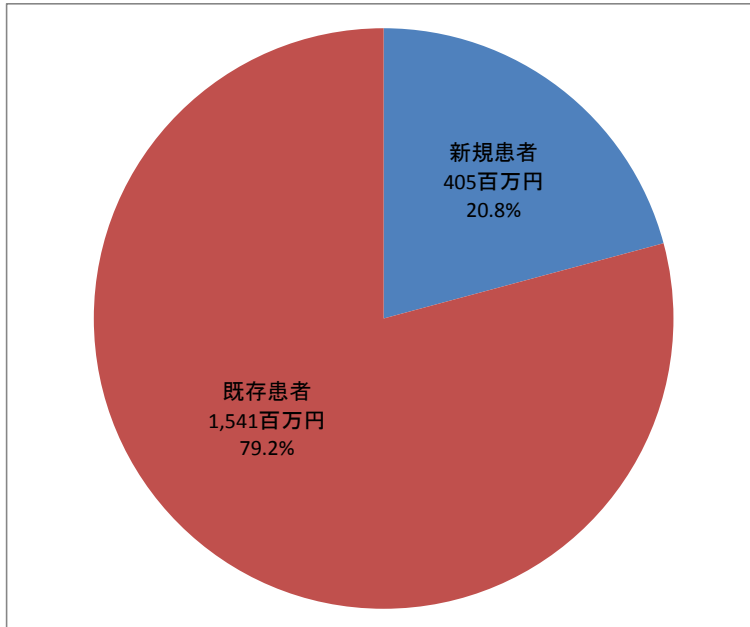
生活習慣病と合わせて総医療費の主な要素として考えられる新生物（悪性）、精神及び行動の障害の総医療費に対する割合をみると、新生物（悪性）は12.5%、精神及び行動の障害7.6%となり、2つを合算した場合も生活習慣病医療費の割合24.1%よりも小さい状況です。

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抑制させることが可能な医療費であると言えます。

⑥ 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おける新規患者が占める医療費の割合を示したものが、図表 14 です。

図表 14 生活習慣病医療費に占める新規患者の割合



注：新規患者は、生活習慣病レセプトの診療開始年月日が平成 26 年度のを指します

出所：医療費分析ツール「FOCUS」

生活習慣病医療費における新規患者が占める医療費の割合は 20.8%です。既に罹患した既存患者の治療・改善対策と合わせて、新規患者を減らす予防対策も重要であることが伺えます。

⑦ 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します。図表15は、平成26年度の主病名ごとの医療費トップ10を示していますが、生活習慣病医療費1,947百万円のうち、トップ10の主病名が占める医療費は1,288百万円であり、全体の66.1%となっています。

図表15 レセプト一覧 主病名-医療費トップ10

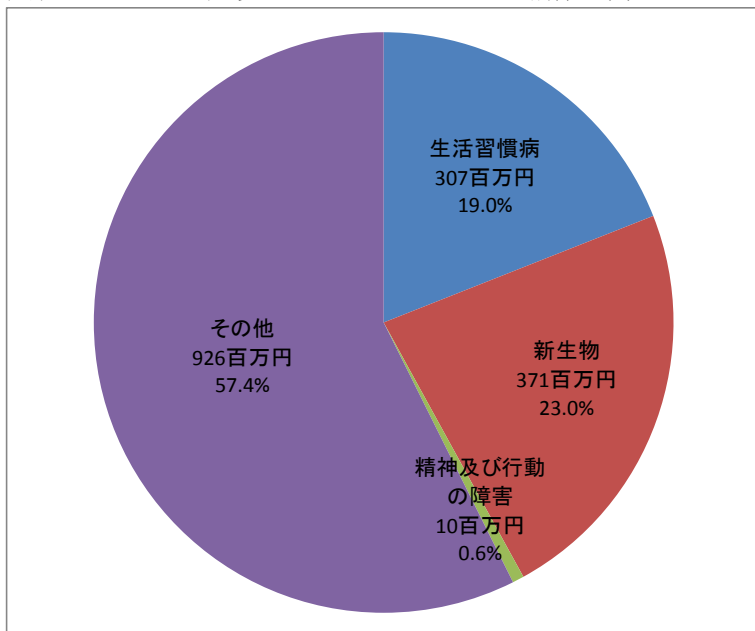
	ICD10	名称	費用額(単位:千円)		生活習慣病		その他	
1	I10	本態性(原発性<一次性>)高血圧(症)	594,415	7.4%	444,155	22.8%	150,260	2.5%
2	N18	慢性腎不全	581,920	7.2%	280,750	14.4%	301,169	4.9%
3	F20	統合失調症	334,558	4.1%	2,736	0.1%	331,822	5.4%
4	E14	詳細不明の糖尿病	243,659	3.0%	171,342	8.8%	72,317	1.2%
5	E78	リポたんぱく<蛋白>代謝障害及びその他の脂(質)血症	190,122	2.4%	131,263	6.7%	58,859	1.0%
6	E11	インスリン非依存性糖尿病<NIIDDM>	173,218	2.1%	142,964	7.3%	30,254	0.5%
7	C34	気管支及び肺の悪性新生物	134,599	1.7%	4,844	0.2%	129,755	2.1%
8	C50	乳房の悪性新生物	124,234	1.5%	2,613	0.1%	121,621	2.0%
9	J45	喘息	118,481	1.5%	9,359	0.5%	109,122	1.8%
10	I20	狭心症	114,281	1.4%	97,718	5.0%	16,564	0.3%
		小計	2,609,487	32.3%	1,287,745	66.1%	1,321,741	21.6%
		その他	5,468,520	67.7%	658,999	33.9%	4,809,521	78.4%
		合計	8,078,007	100.0%	1,946,745	100.0%	6,131,262	100.0%

出所：医療費分析ツール「FOCUS」

⑧ 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 16、図表 17は、80万円以上のレセプトを抽出し、平成26年度の  
主病名ごとの費用額トップ10を一覧化したものです。

図表 16 80万円以上のレセプトの主な構成要素



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

図表 17 80万円以上のレセプト一覧 主病名-医療費別トップ10

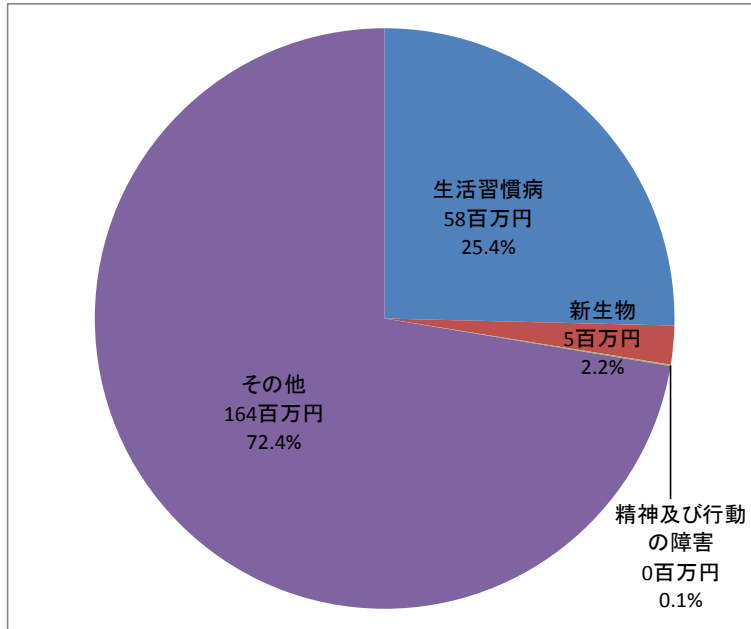
	ICD10	名称	費用額(単位:千円)		生活習慣病		その他	
			金額	割合	金額	割合	金額	割合
1	C34	気管支及び肺の悪性新生物	69,559	4.3%	1,384	0.5%	68,175	5.2%
2	I71	大動脈瘤及び解離	64,246	4.0%	1,160	0.4%	63,086	4.8%
3	I20	狭心症	50,990	3.2%	47,295	15.4%	3,695	0.3%
4	I50	心不全	49,967	3.1%	26,939	8.8%	23,028	1.8%
5	N18	慢性腎不全	48,747	3.0%	25,009	8.2%	23,738	1.8%
6	C18	結腸の悪性新生物	41,831	2.6%	151	0.0%	41,680	3.2%
7	C20	直腸の悪性新生物	39,116	2.4%	1,099	0.4%	38,016	2.9%
8	C16	胃の悪性新生物	38,509	2.4%	200	0.1%	38,308	2.9%
9	I60	くも膜下出血	35,799	2.2%	33,779	11.0%	2,020	0.2%
10	I48	心房細動及び粗動	35,419	2.2%	72	0.0%	35,347	2.7%
		小計	474,183	29.4%	137,088	44.7%	337,095	25.8%
		その他	1,139,356	70.6%	169,742	55.3%	969,614	74.2%
		合計	1,613,539	100.0%	306,830	100.0%	1,306,709	100.0%

出所：医療費分析ツール「FOCUS」

高額レセプト(80万円以上)のうち、狭心症、くも膜下出血、心不全にかかるものが生活習慣病のレセプトの上位を占めており、これらの疾患の重症化予防が医療費の抑制に効果があると思われます。高額レセプトのうち生活習慣病医療費の合計は307百万円であり、うち上位10の主病名が占める割合は44.7%です。

- ⑨ 超高額レセプト（300 万円以上）における生活習慣病が占める割合  
 図表 18、図表 19 は、300 万円以上のレセプトを抽出し、平成 26 年度の  
 主病名ごとの費用額トップ 10 を一覧化したものです。

図表 18 300 万円以上のレセプトの主な構成要素



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

図表 19 300 万円以上のレセプト一覧 主病名-医療費別トップ 10

	ICD10	名称	費用額(単位:千円)		生活習慣病		その他	
			金額	割合	金額	割合	金額	割合
1	I71	大動脈瘤及び解離	55,336	24.4%	574	1.0%	54,762	32.3%
2	I60	くも膜下出血	22,743	10.0%	22,427	38.9%	316	0.2%
3	I20	狭心症	18,204	8.0%	15,225	26.4%	2,979	1.8%
4	D67	遺伝性第Ⅹ因子欠乏症	18,128	8.0%	0	0.0%	18,128	10.7%
5	I34	非リウマチ性僧帽弁障害	17,050	7.5%	1,625	2.8%	15,424	9.1%
6	A41	その他の敗血症	16,391	7.2%	284	0.5%	16,106	9.5%
7	I50	心不全	11,497	5.1%	7,179	12.5%	4,318	2.5%
8	I49	その他の不整脈	10,621	4.7%	0	0.0%	10,621	6.3%
9	I07	リウマチ性三尖弁疾患	8,917	3.9%	1,101	1.9%	7,815	4.6%
10	I70	アテローム<じゅく<粥>状> 硬化(症)	7,059	3.1%	2,927	5.1%	4,132	2.4%
	小計		185,945	81.9%	51,342	89.1%	134,602	79.5%
	その他		41,062	18.1%	6,288	10.9%	34,773	20.5%
	合計		227,006	100.0%	57,631	100.0%	169,376	100.0%

出所：医療費分析ツール「FOCUS」

超高額レセプト（300 万円以上）のうち、くも膜下出血、狭心症にかかるものが生活習慣病のレセプトの上位を占めています。超高額レセプトのうち生活習慣病医療費の合計は 57 百万円であり、うち上位 10 の主病名が占める割合は 89.1%です。

また高額レセプトのうち、生活習慣病が占める割合は、80万円以上の場合が19.0%だったのに対して、300万円以上の場合には25.4%となっており、高額になればなるほど生活習慣病の占める割合が高くなることが想定されます。

⑩ 人工透析における生活習慣病が占める割合

図表 20 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、生活習慣病関連のものとそれ以外のものの内訳です。

図表 20 人工透析のレセプト件数及び医療費

対象レセプト		全体	生活習慣病由来の人工透析	生活習慣病に由来しない人工透析
人工透析レセプト	レセプト件数	1,459	788	671
	費用額(人工透析レセプトの総費用額 単位:千円)		54.0%	46.0%
		737,047	389,419	347,628
			52.8%	47.2%

出所：医療費分析ツール「FOCUS」

人工透析のレセプト件数、費用額共に割合をみると、約半数が生活習慣病由来となっている状況です。

⑪ 考察

過去 3 年間に於ける本市の総医療費は増加傾向にあり、一人あたり医療費をみても増加傾向にあり負担増となっています。

また生活習慣病医療費も増加しており、平成 26 年度の生活習慣病医療費の総医療費に占める割合は 24.1%となっています。生活習慣病医療費とは、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、その予防対策が急がれます。

疾病別にみた医療費トップ 10 のうち、生活習慣病に関する費用は 66.1% を占めるほか、高額レセプトのうち 80 万円以上に絞った医療費トップ 10 では 44.7%、300 万円以上に絞った医療費トップ 10 では 89.1%を占めるため、生活習慣病罹患者の医療費は、全体で見た場合及び部分的に見た場合に、総医療費の中で大きな割合を占めていることがわかります。

さらに、生活習慣病医療費のうち、新規患者が占める割合は 20.8%です。既に罹患した既存患者の治療・改善対策も重要ですが、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す。



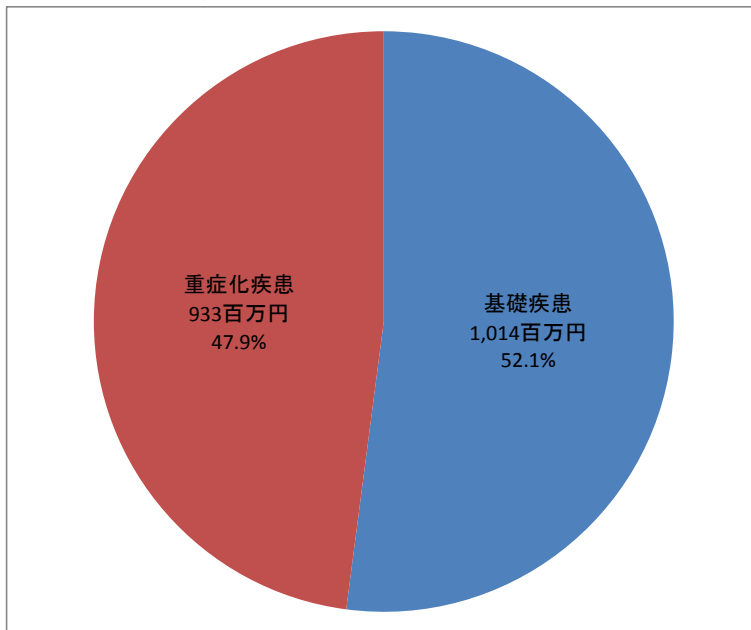
#### 第4節 生活習慣病の基礎疾患・重症化疾患の医療費状況

本節では、生活習慣病を基礎疾患と重症化疾患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します。基礎疾患とは、「高血圧症」、「脂質異常症」、「糖尿病」を指し、重症化疾患とは、「虚血性心疾患」、「脳血管疾患」、「糖尿病性合併症」を指しています。

##### ① 生活習慣病医療費の状況

図表 21 は、生活習慣病医療費を基礎疾患と重症化疾患に分けて示したものです。基礎疾患が全体の 52.1% を占めている状況です。

図表 21 生活習慣病に占める基礎疾患と重症化疾患の割合

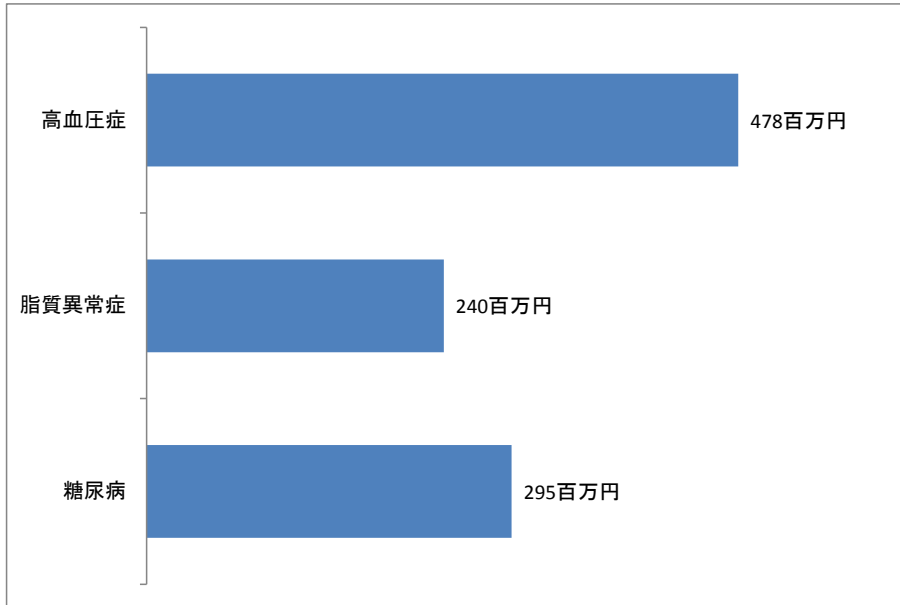


出所：医療費分析ツール「FOCUS」

② 生活習慣病における基礎疾患の医療費

ここではまず、基礎疾患にかかる医療費の状況を把握します。図表 22 のとおり、「高血圧症」、「脂質異常症」、「糖尿病」の3つの基礎疾患医療費を比較したところ、「高血圧症」にかかる医療費が最も高く、平成26年度で478百万円になります。

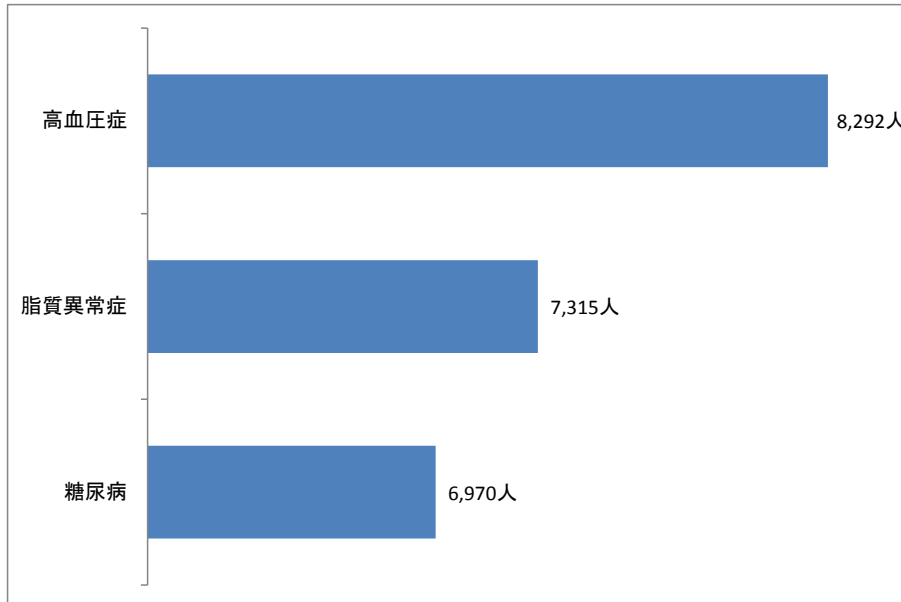
図表 22 基礎疾患の医療費



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

次に、図表 23 のとおり、基礎疾患の患者数を比較します。

図表 23 基礎疾患の患者数

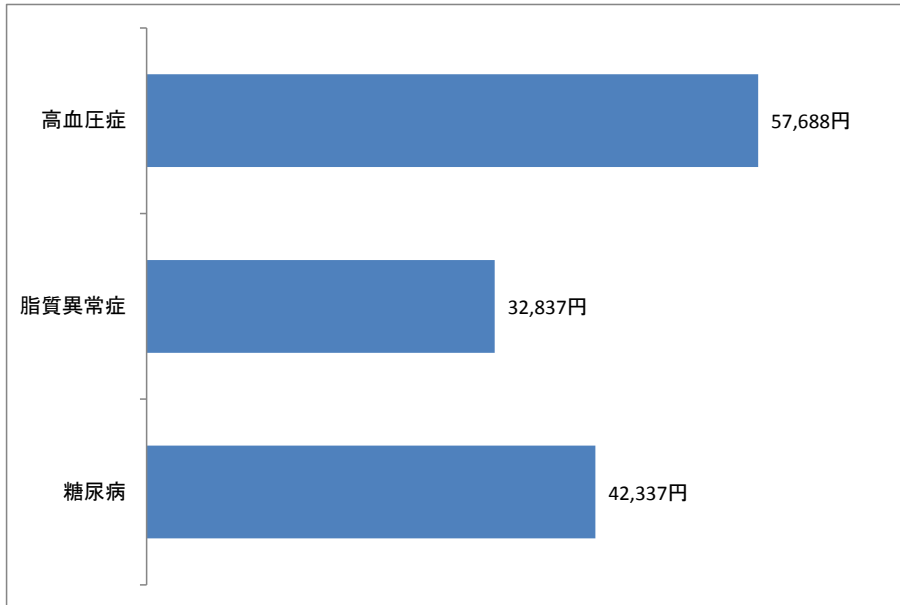


注：基礎疾患の重複は考慮していない延べ人数

出所：医療費分析ツール「FOCUS」

基礎疾患の患者数を比較すると、「高血圧症」が最も多く 8,292 人、次いで「脂質異常症」の 7,315 人となっています。

図表 24 基礎疾患の患者一人あたり医療費

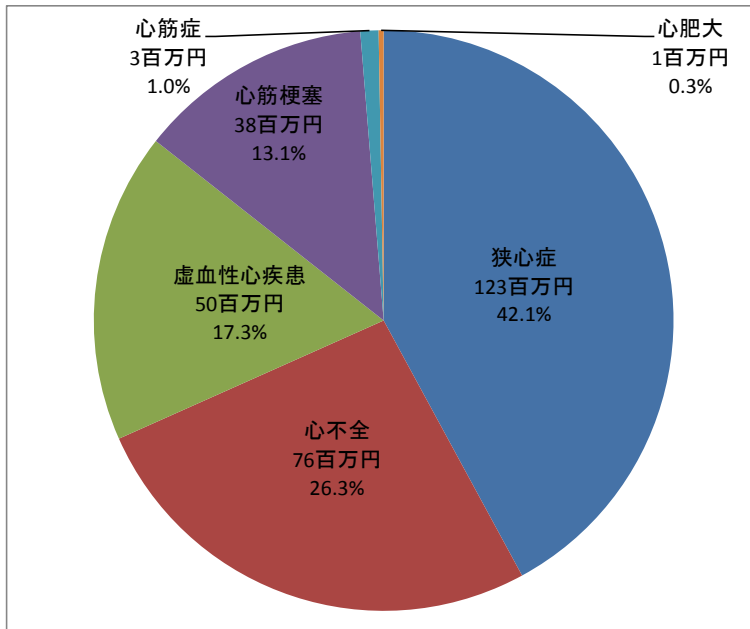


出所：医療費分析ツール「FOCUS」

また、図表 24 のとおり、基礎疾患の患者一人あたり医療費を比較すると、「高血圧症」の一人あたり医療費が最も高く、57,688 円かかっていることがわかります。

- ③ 生活習慣病における重症化疾患の医療費内訳  
重症化疾患のそれぞれに含まれる主な疾患は、図表 25 から図表 27 のとおりです。

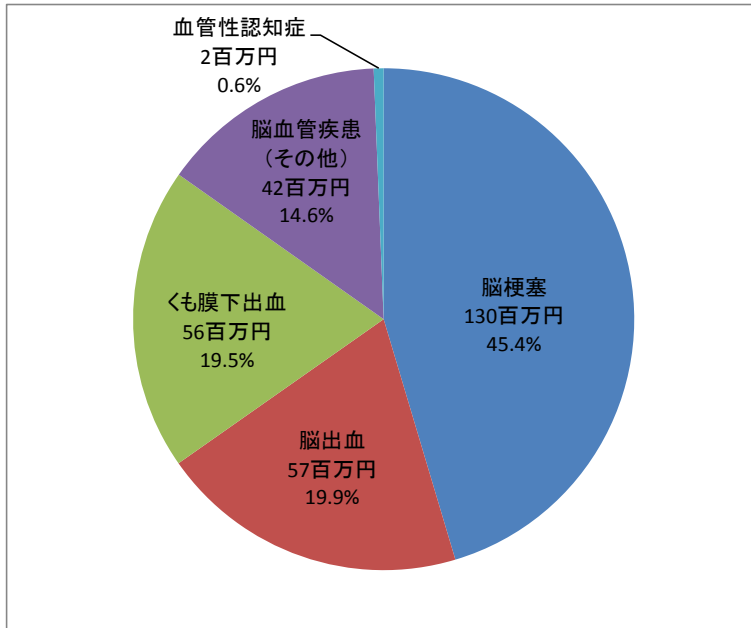
図表 25 虚血性心疾患の医療費内訳



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

虚血性心疾患においては、狭心症が占める医療費が最も高く、123 百万円で全体の 42.1%、次いで心不全が 76 百万円で全体の 26.3%です。

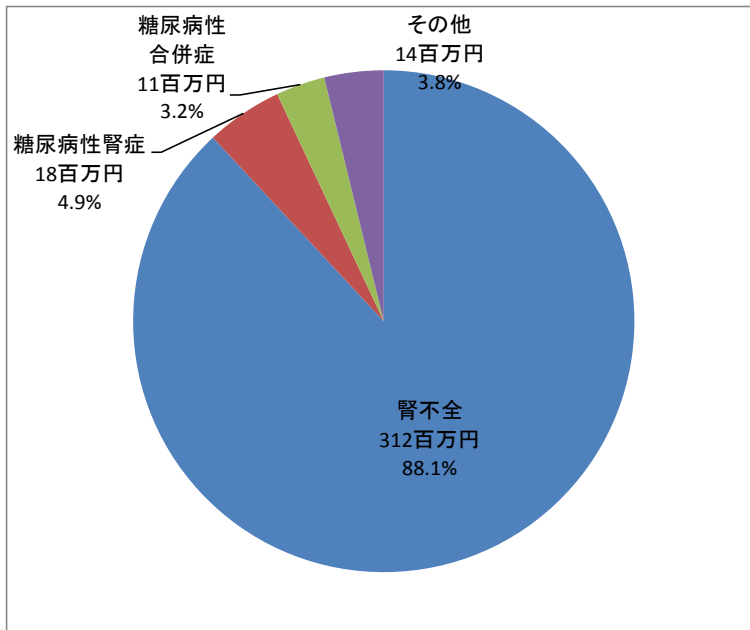
図表 26 脳血管疾患の医療費内訳



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

脳血管疾患においては、脳梗塞が占める医療費が最も高く、130 百万円で全体の 45.4%です。次いで脳出血が 57 百万円で全体の 19.9%です。

図表 27 糖尿病性合併症の医療費内訳



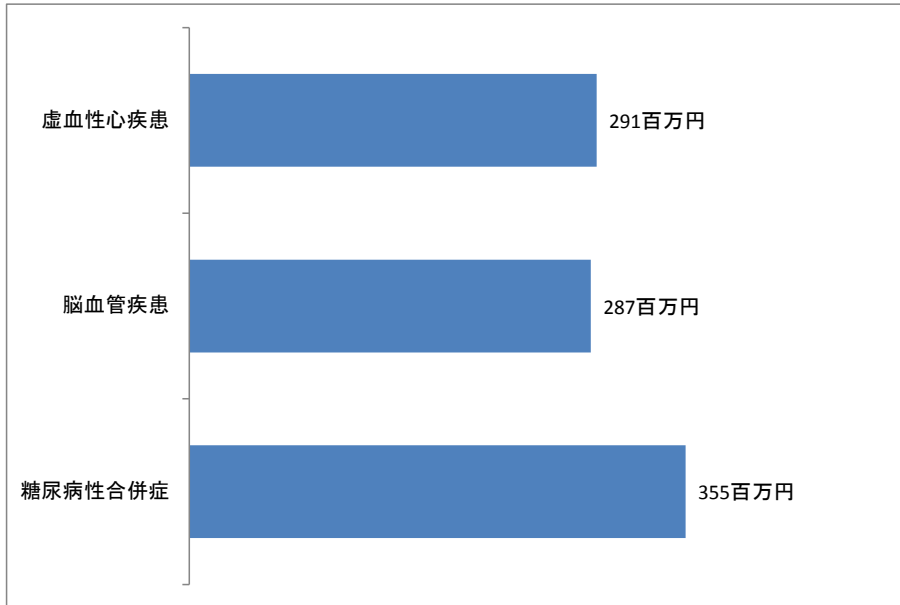
出所：医療費分析ツール「FOCUS」

糖尿病性合併症においては、腎不全が大部分の医療費を占めており、312百万円で全体の88.1%を占めています。

④ 生活習慣病における重症化疾患の医療費

次に、重症化疾患となる「虚血性心疾患」、「脳血管疾患」、「糖尿病性合併症」にかかる医療費の現状を把握します。

図表 28 重症化疾患の医療費

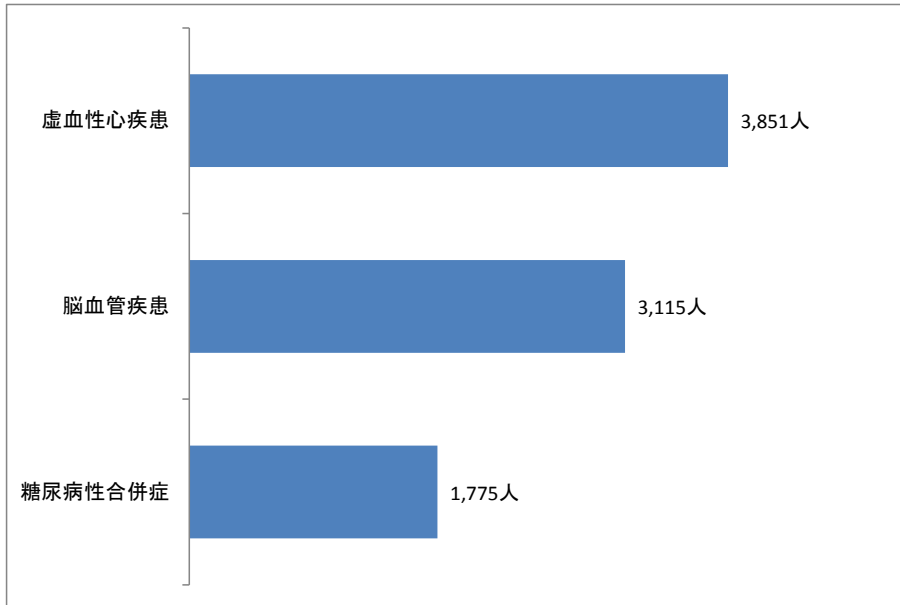


出所：医療費分析ツール「FOCUS」

図表 28 のとおり、重症化疾患ごとの医療費総額を比較すると、「糖尿病性合併症」の医療費が最も高く、355 百万円です。



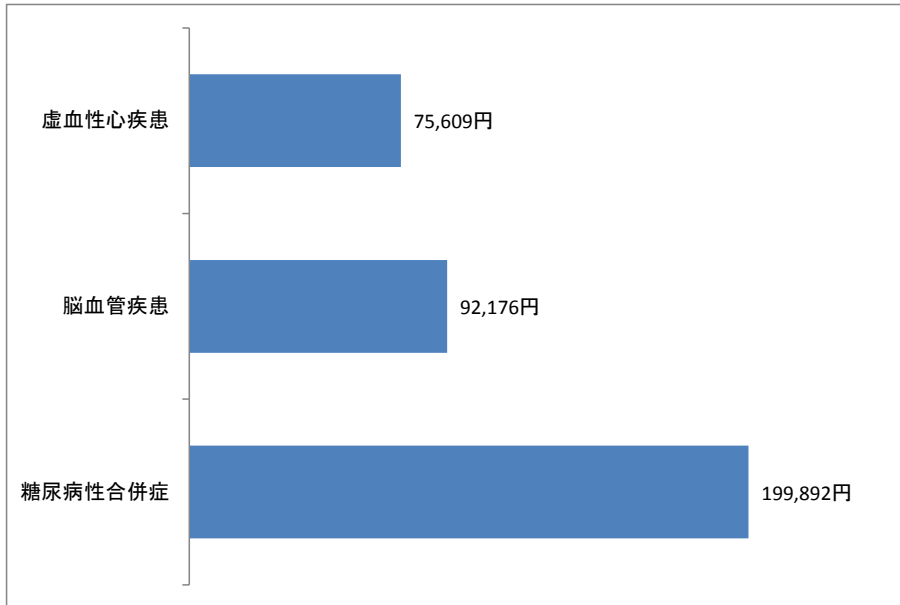
図表 29 重症化疾患の患者数



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

次に、患者数を比較すると、「虚血性心疾患」の患者数が最も多く 3,851 人、次いで「脳血管疾患」の 3,115 人です。

図表 30 重症化疾患の一人あたり医療費



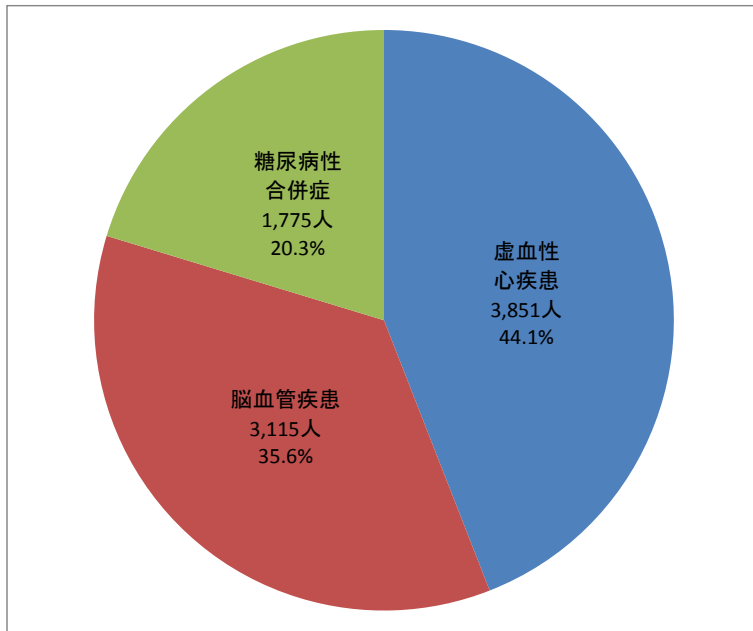
出所：医療費分析ツール「FOCUS」

一人あたり医療費で比較すると、「糖尿病性合併症」がもっとも高く199,892円、次いで「脳血管疾患」の92,176円です。

⑤ 生活習慣病における重症化疾患患者の割合

図表 31 は、重症化疾患別に患者数をみたものです。

図表 31 重症化疾患の割合（人数ベース）

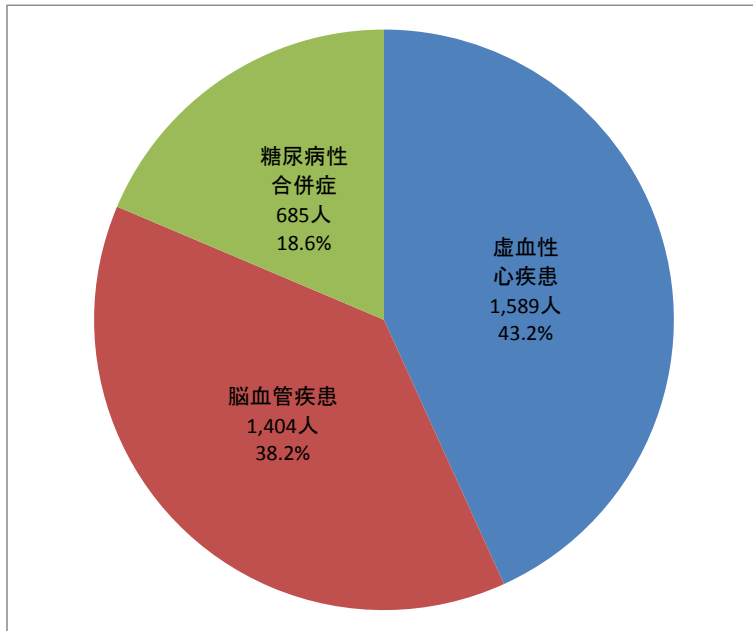


出所：医療費分析ツール「FOCUS」

3つの重症化疾患の患者数を比較すると、「虚血性心疾患」が最も多く、3,851人（44.1%）となっております。

また保健事業の介入による患者数の削減を考えた場合、既存の患者への介入は限定的です。したがって図表 32 は、新規患者に絞って、重症化疾患別に患者数をみたものです。

図表 32 新規患者における重症化疾患の割合（人数ベース）



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

新規患者において3つの重症化疾患の患者数を比較すると、患者全体と同様、「虚血性心疾患」が最も多く、1,589人（43.2%）となっております。

- ⑥ 生活習慣病における重症化疾患別の基礎疾患の重なり  
次に、重症化疾患別に基礎疾患の重なりを分析します。

図表 33 重症化疾患別の基礎疾患の重なり

	虚血性心疾患		脳血管疾患		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	416	10.8%	384	12.3%	59	3.3%
脂質異常症	151	3.9%	214	6.9%	11	0.6%
糖尿病	295	7.7%	156	5.0%	153	8.6%
高血圧症+脂質異常症	462	12.0%	393	12.6%	60	3.4%
高血圧症+糖尿病	487	12.6%	336	10.8%	343	19.3%
脂質異常症+糖尿病	310	8.0%	263	8.4%	256	14.4%
高血圧症+脂質異常症+糖尿病	1,378	35.8%	936	30.0%	860	48.5%
「基礎疾患」記載なし	1,730	44.9%	1,369	43.9%	893	50.3%
2つ以上の基礎疾患を保有する合計	2,637	68.5%	1,928	61.9%	1,519	85.6%
合計	3,851	100.0%	3,115	100.0%	1,775	100.0%

出所：医療費分析ツール「FOCUS」

図表 33 に見られるとおり、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のいずれにおいても高くなっており、虚血性心疾患が68.5%、脳血管疾患が61.9%、糖尿病性合併症が85.6%となっております。

⑦ 考察

本市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が医療費・患者数ともに高い状況です。また、重症化疾患では糖尿病性合併症が医療費において、また虚血性心疾患が患者数において高い状況です。また保健事業の介入余地が大きいと考えられる新規患者における重症化疾患の割合をみると、虚血性心疾患の占める割合が最も高くなっています。

さらに、重症化疾患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りました。

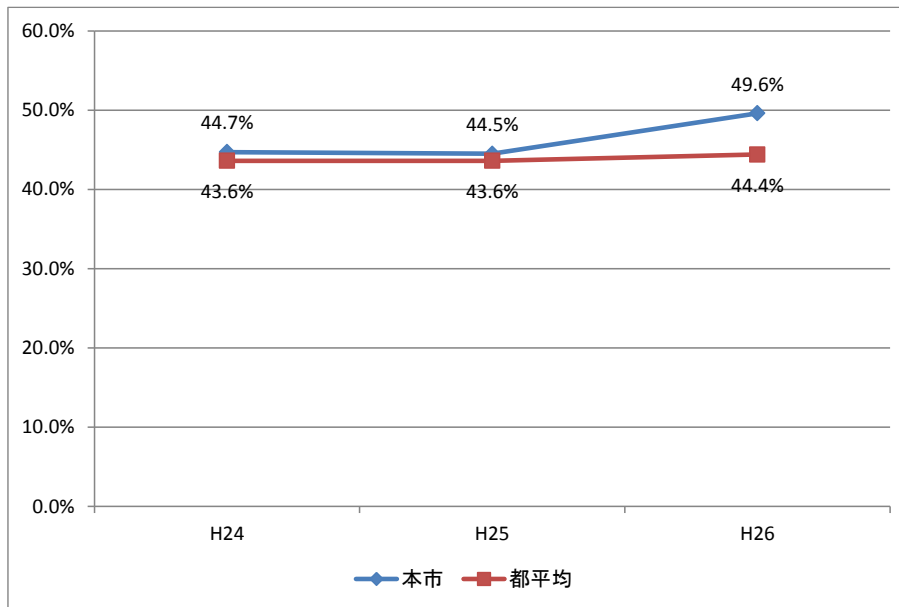
本市は、基礎疾患では高血圧症、重症化疾患では虚血性心疾患を中心とした生活習慣病予防が重要と考えられます。

## 第5節 特定健診

### ① 特定健診受診率の推移

図表 34 は、平成 24 年度から平成 26 年度の本市の特定健診の受診率の推移をまとめたものです。

図表 34 特定健診受診率の推移（法定報告値）

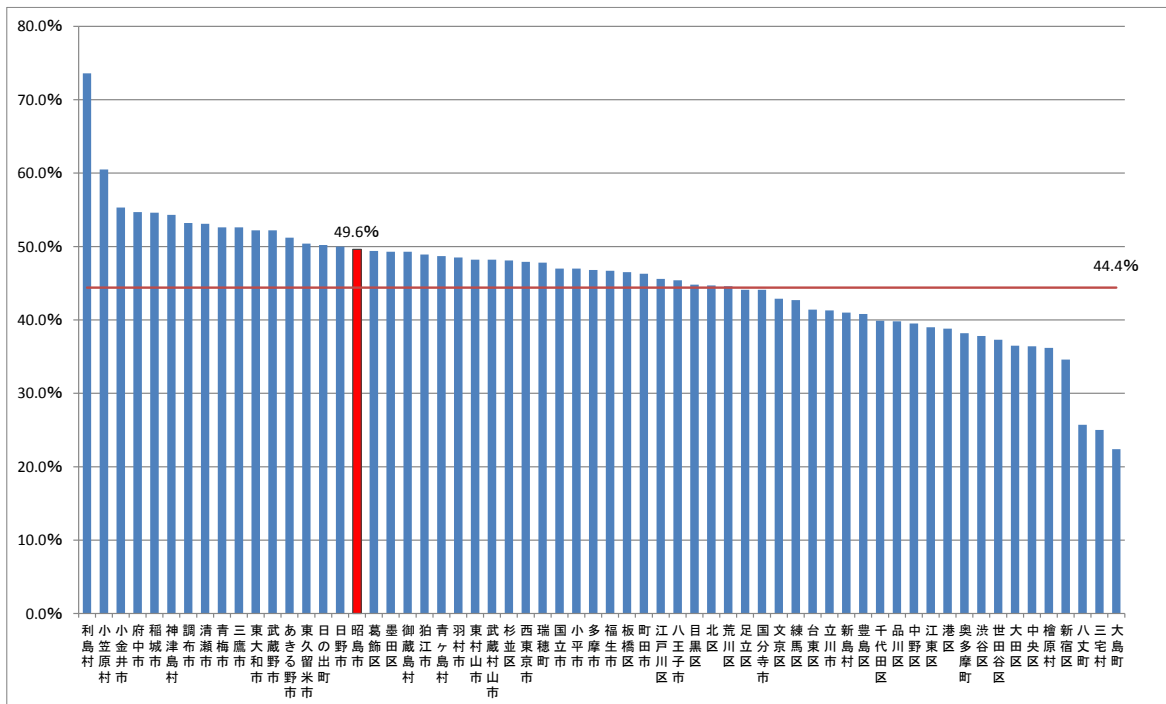


特定健診受診率は、直近の 26 年度に大きく改善し、49.6%になります。同年の東京都平均は 44.4%であり、本市との差は 5.2%に拡大しています。

② 特定健診受診率都内比較（平成 26 年度）

次に、本市の特定健診受診率を、都内の他自治体と比較します。

図表 35 特定健診受診率都内比較(平成 26 年度) (法定報告値)

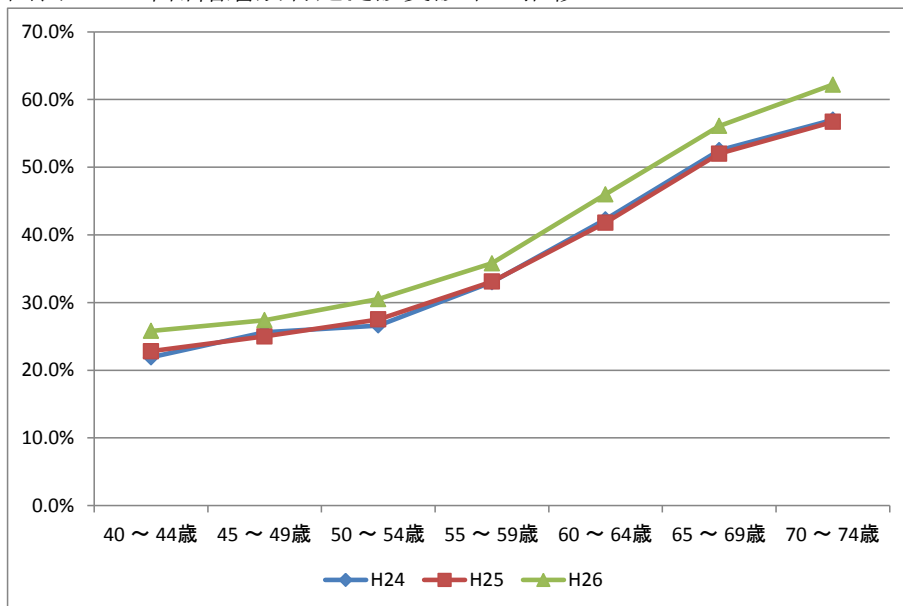


図表 35 のとおり、本市の受診率は都内 62 の市区町村のうち、17 番目に当たり、都内平均を上回っている状況です。

③ 年齢階層別特定健診受診率の推移

図表 36 は、特定健診の年齢階層別の受診率の推移を表したものです。

図表 36 年齢階層別特定健診受診率の推移



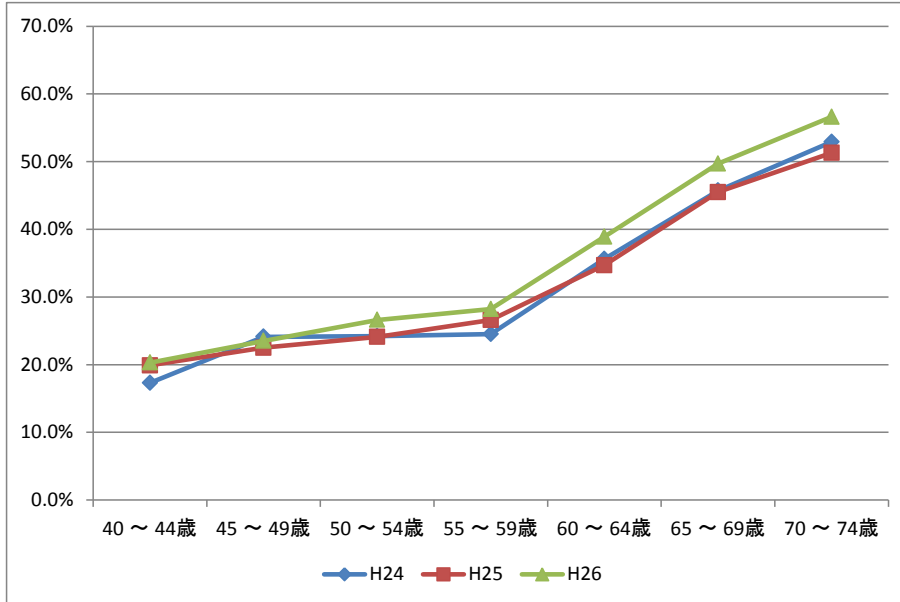
出所：医療費分析ツール「FOCUS」

年齢階層でみた経年の受診率の傾向はほとんど変わりません。高齢者（65歳以上）の受診率が50%を超えている一方、40～59歳の年齢階層別受診率は継続的に40%以下で推移しており、全体の受診率向上に影響していません。



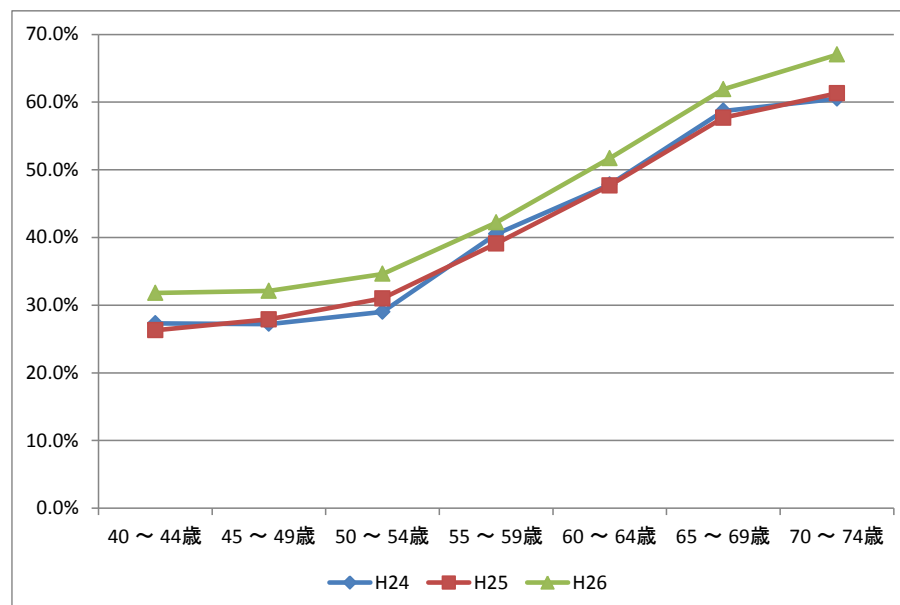
図表 37、図表 38 は、図表 36 の分析結果を男女別に表したものです。

図表 37 年齢階層別特定健診受診率の推移（男性）



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

図表 38 年齢階層別特定健診受診率の推移（女性）



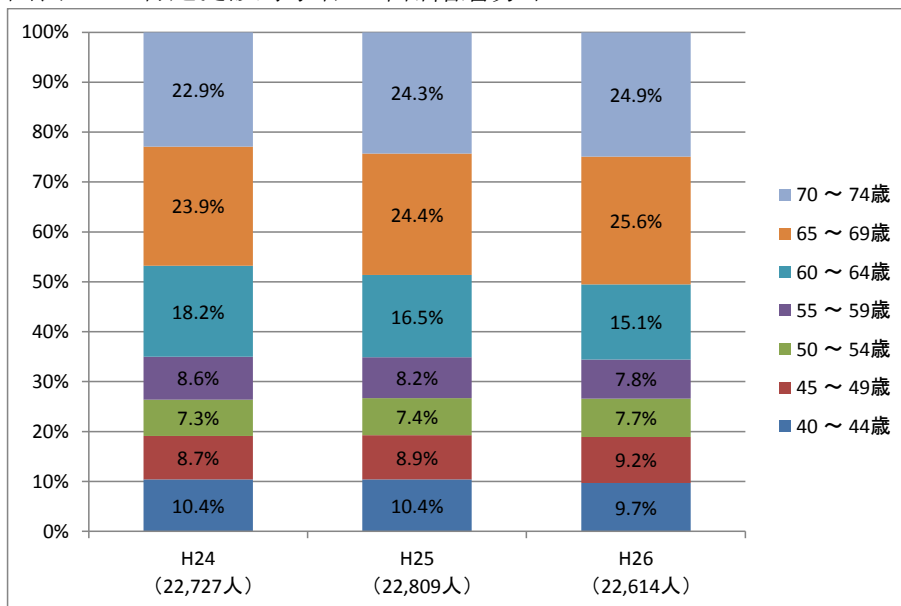
出所：医療費分析ツール「FOCUS」

男女別に年齢階層でみた経年の受診率の傾向もほとんど変わりません。各年齢階層でみた場合、全体的に女性に比べて男性の受診率が低い傾向が続いています。

④ 特定健診対象者・受診者・継続受診者の年齢階層別内訳

年齢階層別の特定健診対象者の分布をみたものが、図表 39 となります。

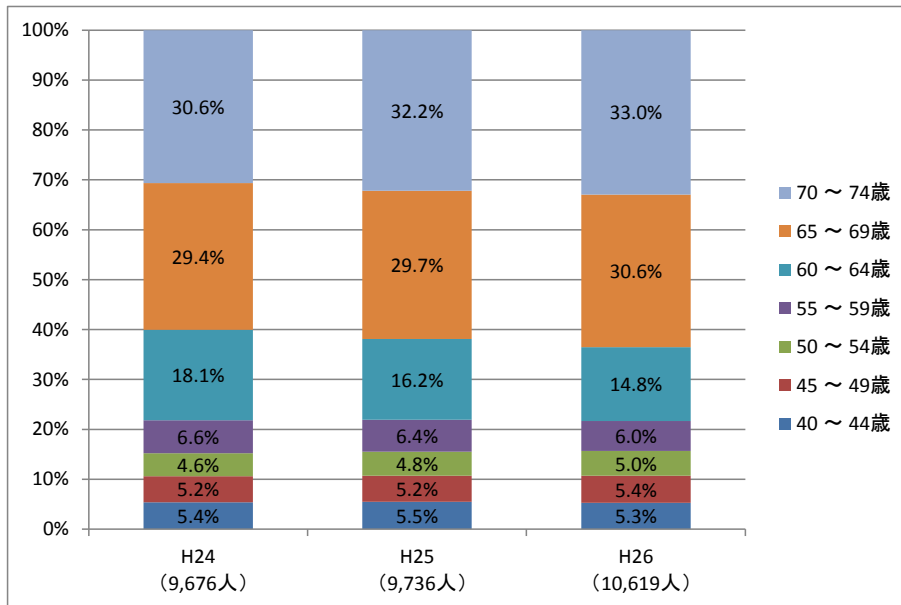
図表 39 特定健診対象者の年齢階層分布



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

高齢者（65歳以上）が直近の平成26年度に過半を超え、50.5%を占めています。

図表 40 特定健診受診者の年齢階層分布

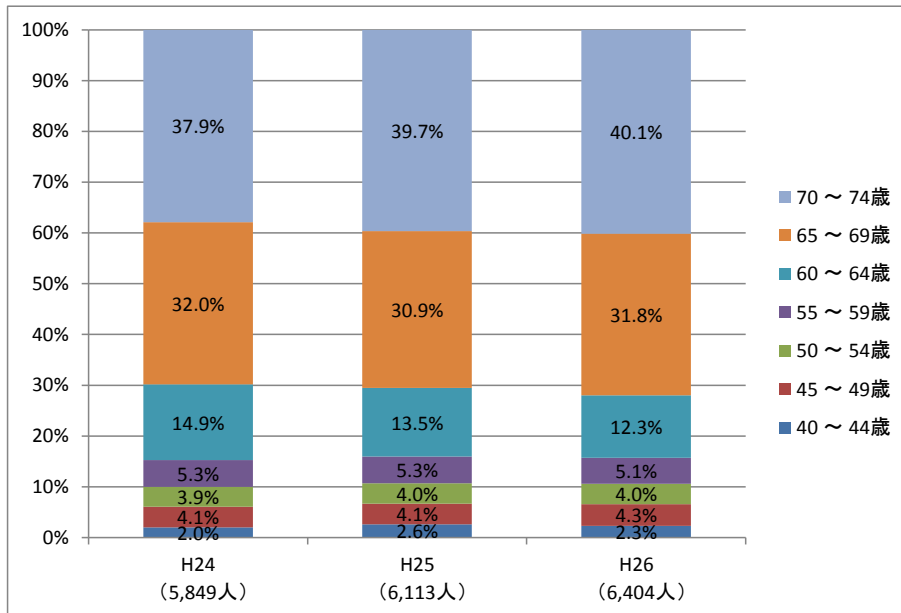


出所：医療費分析ツール「FOCUS」

平成 26 年度の高齢者（65 歳以上）が、全体の 63.6%を占めており、特定健診対象者の高齢者割合が 50.5%であることから、本市の特定健診受診状況が高齢者に依存した構造となっていることが伺えます。

また、継続受診者（3年連続して受診している者）の年齢階層別にみたものが、図表 41 です。

図表 41 継続受診者の年齢階層分布



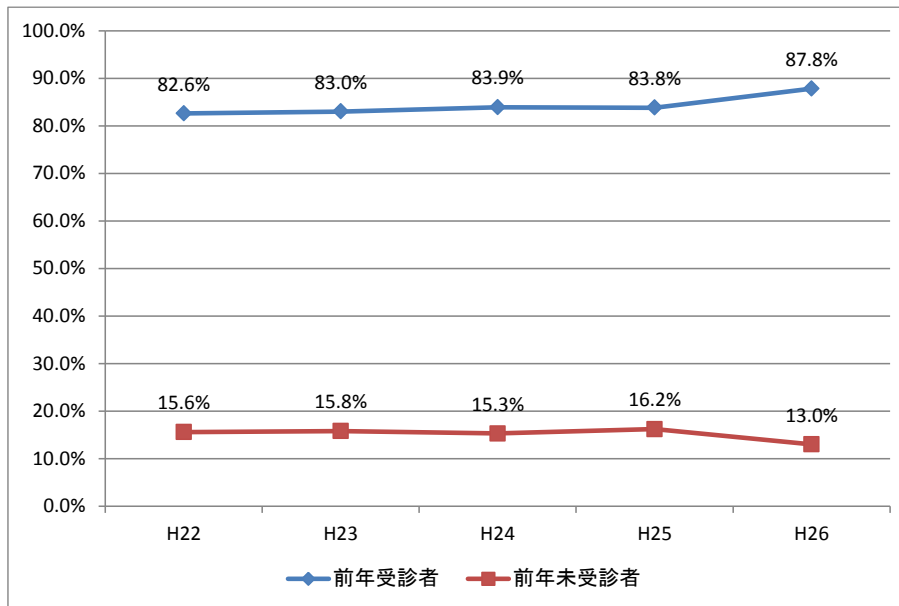
出所：医療費分析ツール「FOCUS」

平成 26 年度の高齢者（65 歳以上）の割合が 71.9%を占めており、特定健診の継続受診が高齢者（65 歳以上）に依存している状況もはっきりとわかる結果になっています。

⑤ 前年受診者と前年未受診者の特定健診受診率の比較

図表 42 は特定健診の前年受診者と前年未受診者の特定健診受診率を比較したものです。

図表 42 前年受診者と前年未受診者の特定健診受診率の推移



注：前年度未受診者に新規特定健診対象者を含む

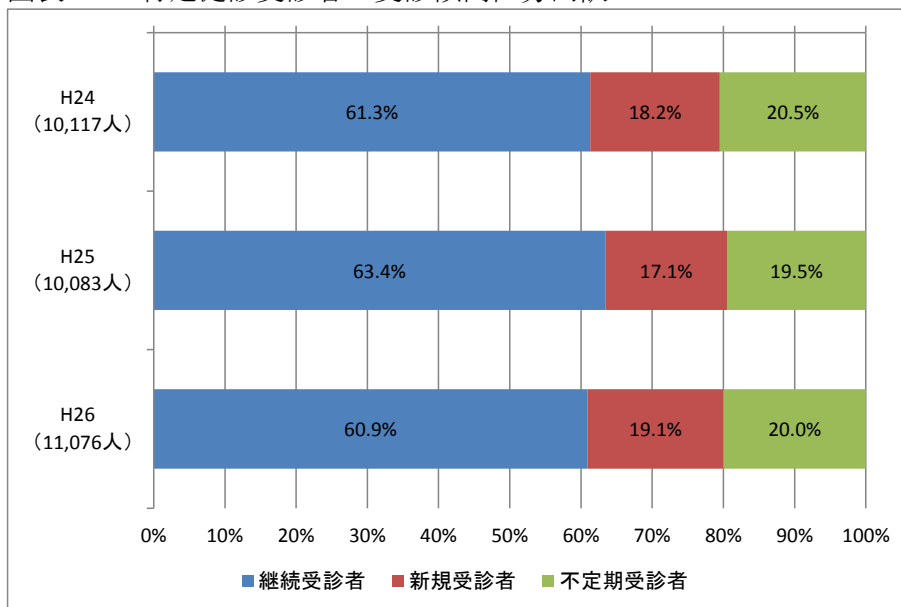
出所：医療費分析ツール「FOCUS」

平成 26 年度において前年度受診者の受診率が 87.8%と高い一方、前年度未受診者は 13.0%と低い状況です。前年度未受診者の特定健診受診率の改善が課題であると考えられます。

⑥ 特定健診受診者の内訳とその推移

特定健診受診者の内訳とその推移を分析していきます。図表 43 は、平成 26 年度の特定健診受診者のうち、それ以前に受診歴のある者（継続受診者・不定期受診者）と新規受診の者の内訳を示したものです。平成 26 年度の「継続受診者」とは、平成 24 年度から平成 26 年度の 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します。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（国保資格喪失者など対象外の者も含む）です。

図表 43 特定健診受診者の受診傾向区分内訳



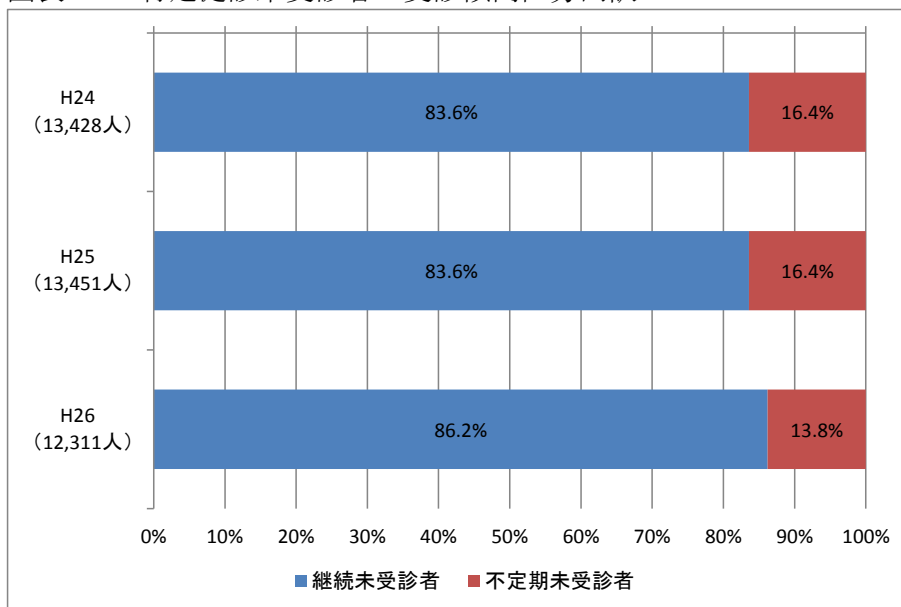
出所：医療費分析ツール「FOCUS」

「継続受診者」の特定健診受診者に対する割合は、0.4%減少している状況です。一方で、「新規受診者」の割合は、同期間において0.9%増加しています。

⑦ 特定健診未受診者の内訳とその推移

次に、特定健診未受診者の内訳とその推移を見ていきます。本市の5年間の特定健診未受診者のうち、平成26年度の「継続未受診者」とは、平成24年度から平成26年度の3年間特定健診が未受診の者、「不定期未受診者」とは、平成26年度は未受診であるが、平成24年、25年のいずれかあるいは両方で特定健診を受診している者を指しています。

図表 44 特定健診未受診者の受診傾向区分内訳



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

「継続未受診者」の特定健診未受診者に対する割合は、平成24年度から平成26年度にかけて増加しています。

受診勧奨の効果が最も期待できない「継続未受診者」の増加は、今後特定健診の受診率向上を考えた場合に大きな問題であり、「継続未受診者」になる前に介入することで固定化を防ぐことが今後の課題であると考えられます。

## ⑧ 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り、本市の受診率は東京都の平均より高い水準となっています。地域の健康状態をより正確に把握し、リスクの高い対象者を発見して特定保健指導などの予防活動を提供するためにも、特定健診受診率向上のための継続的な取組が必要です。

本市の受診率は直近の26年度で上昇しましたが、前年未受診者の直近の受診率は13%と低い水準であり、中でも最も受診させることが困難と考えられる継続未受診者の割合が高いのが、本市の特徴です。

中長期的な受診率の改善を考えた場合、65歳未満の特定健診対象者の取り込みが重要です。本市の受診者の高齢者割合は63.6%であり、また継続受診者に絞ってみれば、71.9%となっており、高齢者に依存した構造になっていることは明らかです。

現状の特定健診受診者が、後期高齢者へ移行することを考えれば、65歳未満の対象者の取り込みが急務です。

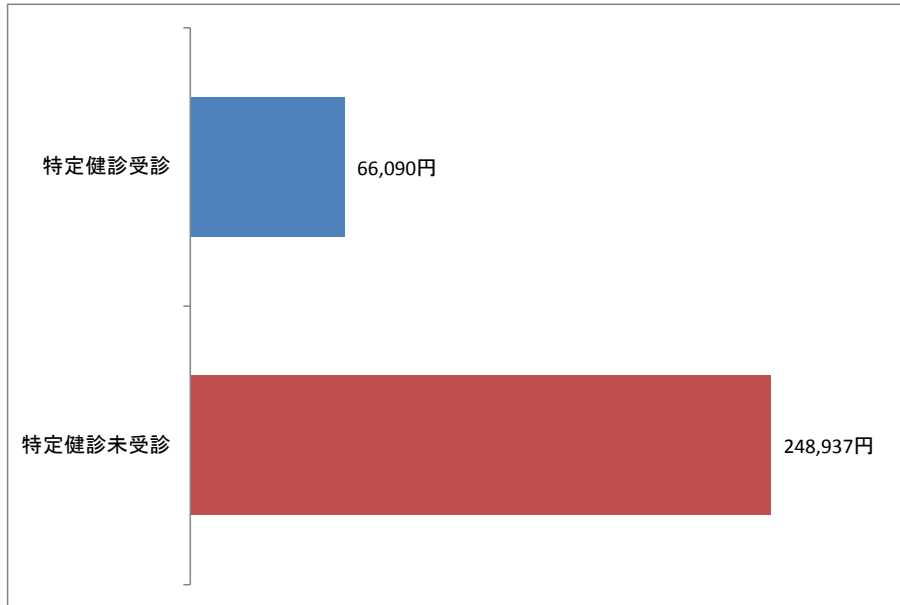


## 第6節 特定健診受診による医療費抑制・重症化予防効果

### ① 特定健診受診有無と重症化疾患患者一人あたり医療費

図表 45 は、平成 26 年度の特定健診受診の有無で同年度の重症化疾患患者の治療にかかる費用を比較したものです。

図表 45 特定健診受診状況と重症化疾患患者の一人あたり医療費の比較



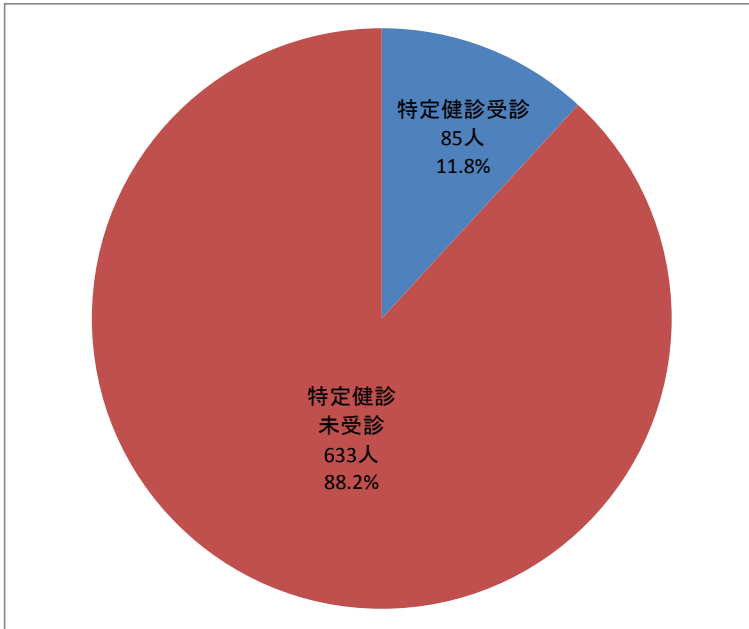
出所：医療費分析ツール「FOCUS」

特定健診受診者の一人あたり医療費が 66,090 円であるのに対し、特定健診未受診者では 248,937 円となっており、3 倍以上の費用がかかっている状況です。

② 重症化疾患入院患者における特定健診受診歴

平成 26 年度の重症化疾患の入院患者 718 人の平成 24 年度から平成 26 年度までの特定健診受診歴を見たものが、図表 46 です。

図表 46 重症化疾患入院患者における特定健診の受診歴



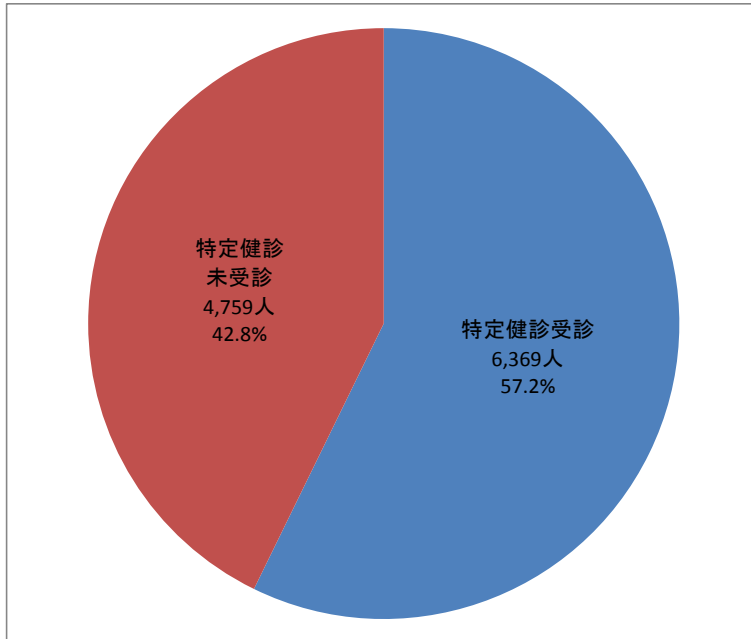
出所：医療費分析ツール「FOCUS」

平成 24 年度から平成 26 年度までに特定健診を受診している者の割合は全体のわずか 11.8%です。特定健診の受診によって健康状態の把握や早期の予防活動の必要性を感じる機会がなく、結果として入院する者が多いことが想定されます。

③ 生活習慣病患者（基礎疾患・重症化疾患）の特定健診受診状況

図表 47 は、生活習慣病の基礎疾患・重症化疾患罹患患者について、特定健診の受診状況を確認したものです。

図表 47 生活習慣病患者（基礎疾患・重症化疾患）の特定健診受診状況



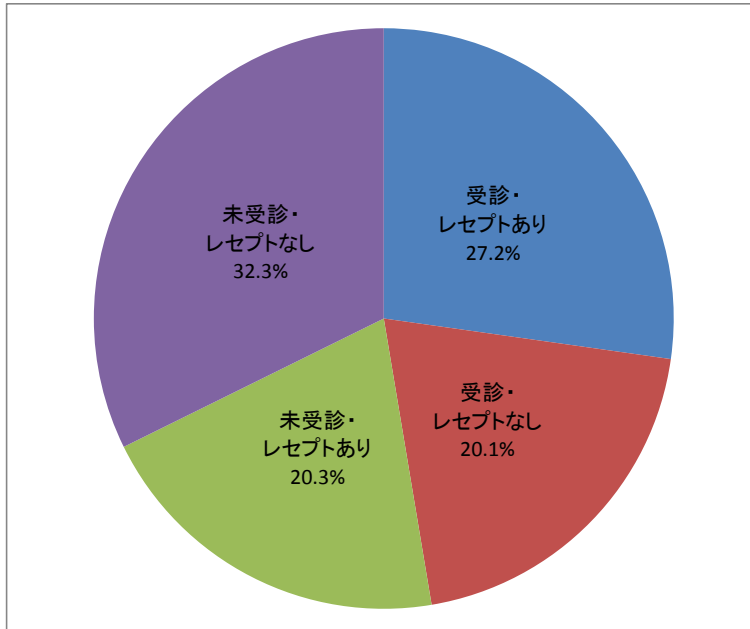
出所：医療費分析ツール「FOCUS」

平成 26 年度の生活習慣病患者（基礎疾患・重症化疾患）の特定健診受診率は、全体の受診率より高い状況です。生活習慣病患者になったこと（あるいは直前の状態で）、自身の健康に対する意識が高まり、特定健診受診につながった対象者が一定数存在することが想定されます。

④ 特定健診対象者のレセプト保有状況

図表 48 は、平成 26 年度の特定健診対象者の特定健診受診状況とレセプト保有状況をみたものです。

図表 48 特定健診対象者におけるレセプト保有状況



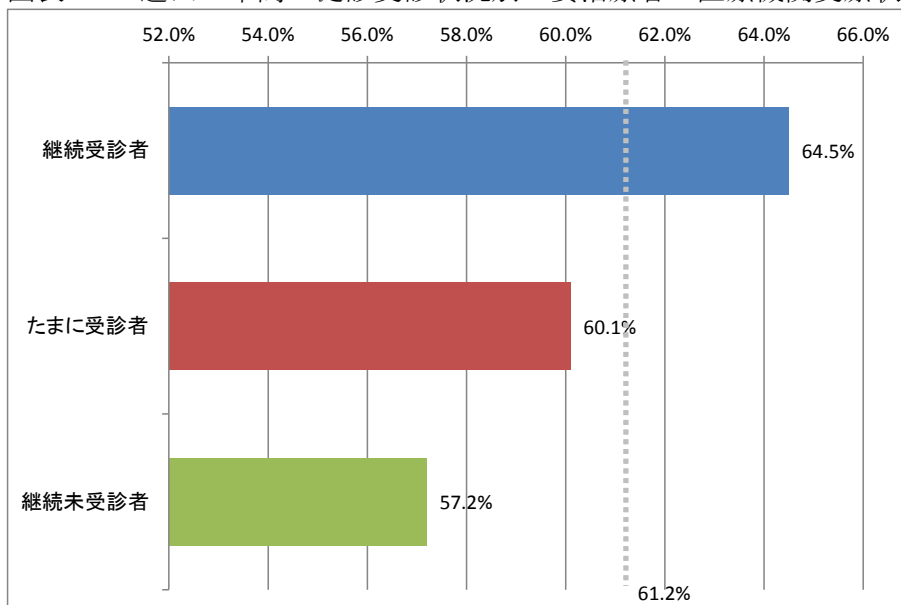
出所：医療費分析ツール「FOCUS」

平成 26 年度において特定健診未受診でかつレセプトのない者は、全体の 32.3%となっており、これら対象者の健康状態の把握が長期的な医療費抑制には重要であると考えられます。

⑤ 要治療者の医療機関受療状況

図表 49 は、平成 26 年度の特定健診受診者のうち、要治療と判定された者の受療状況を、平成 23 年から平成 25 年度の過去 3 年間の特定健診受診状況ごとに表したものです。

図表 49 過去 3 年間の健診受診状況別 要治療者の医療機関受療状況



注) 「継続受診者」 : 平成 23～25 年の間、3 年連続で特定健診を受診  
 「たまたま受診者」 : 継続受診者及び継続未受診者以外。新規受診者を含む  
 「継続未受診者」 : 平成 23～25 年の間、受診対象でありながら 1 度も受診なし  
 出所 : 医療費分析ツール「FOCUS」

要治療と判定された者の内訳をみると、要治療者全体では 61.2%が治療者である一方、特定健診の受診頻度別に見ると、特定健診の継続受診者の医療機関受療状況が 64.5%、継続未受診者が 57.2%となっています。特定健診の継続受診者であってもおよそ 3 人に 1 人は未治療の状況であり、まだ介入が不十分である状況が伺えます。

⑥ 考察

特定健診未受診者の医療費は、受診者と比べて 3 倍以上となっており、また生活習慣病重症化疾患の入院患者の状況を見ても、特定健診受診者が入院者全体の僅か 11.8%であり、自身の健康状態を把握できていない特定

健診未受診者が、適切な対処（生活改善や早期治療等）ができないままに、重症化し入院するケースが多いのではないかと推測されます。

また本市の特定健診対象者の特定健診受診状況とレセプト保有状況を見ると、特定健診未受診でかつレセプトのない者は、全体の32.3%も存在する状況です。これらの対象者の健康状態の把握が、長期的な医療費抑制には重要であると考えられます。

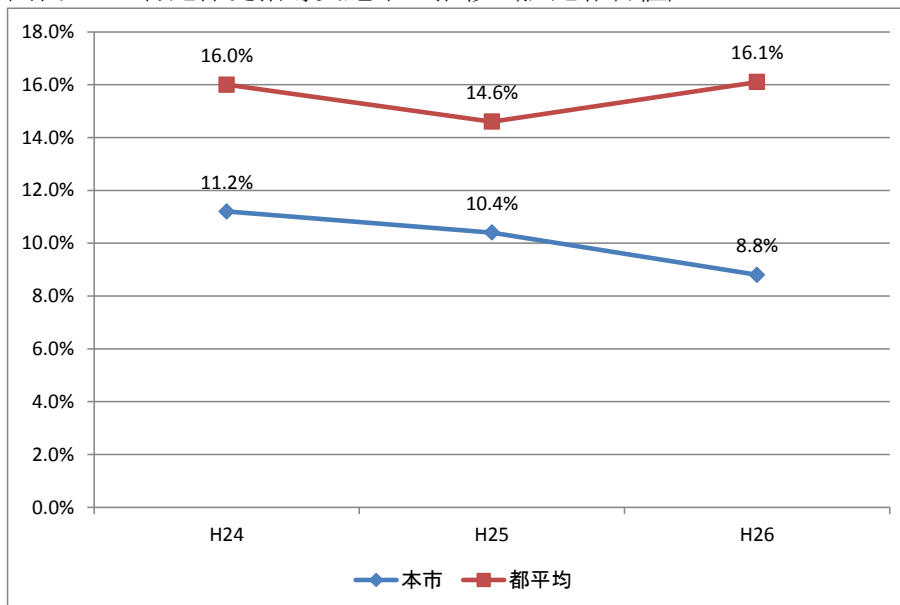
また要治療者のうち、特定健診継続受診者の医療機関受療状況を見ると、3人に1人は未受療です。特定健診の未受診者対策と合わせて、特定健診の受診後のフォローアップにも課題があると考えられます。

## 第7節 特定保健指導実施状況

### ① 特定保健指導実施率の推移

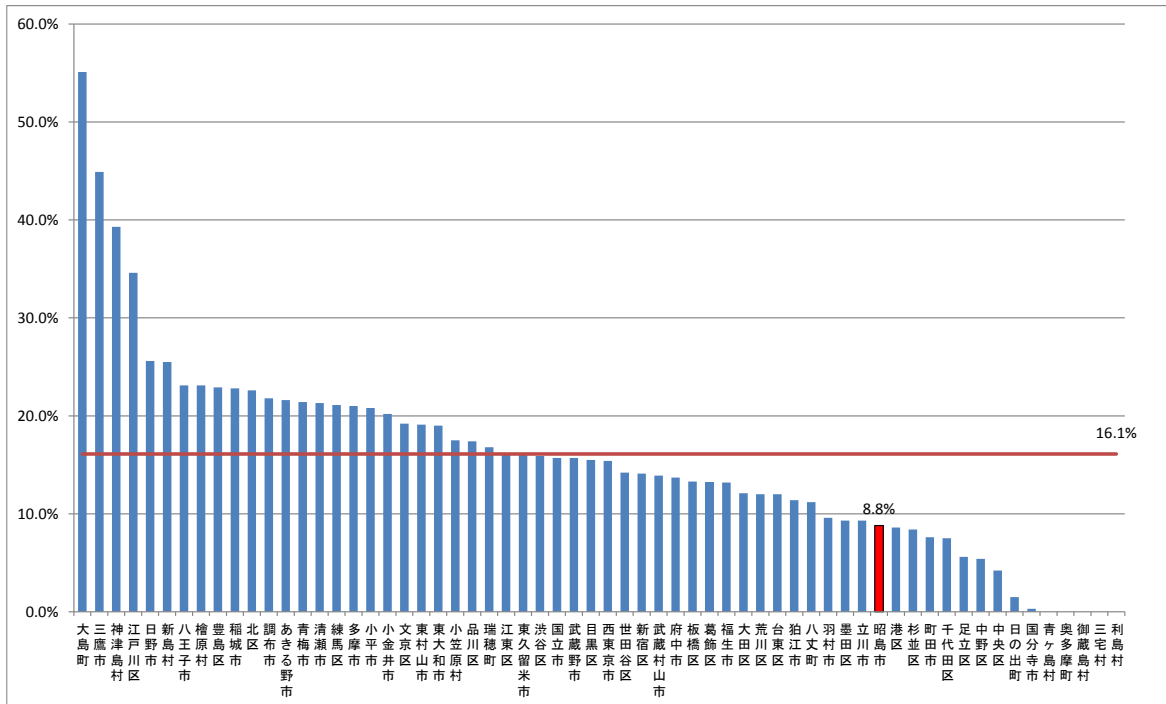
図表 50 は、平成 24 年度から平成 26 年度の本市の特定保健指導実施率の推移をまとめたものです。

図表 50 特定保健指導実施率の推移（法定報告値）



特定保健指導実施率は平成 24 年度以降低下傾向にあり、平成 26 年度の実施率は 8.8%を東京都平均と比較した場合、7.3%低い状況です。

図表 51 特定保健指導実施率都内比較（平成 26 年度）（法定報告値）

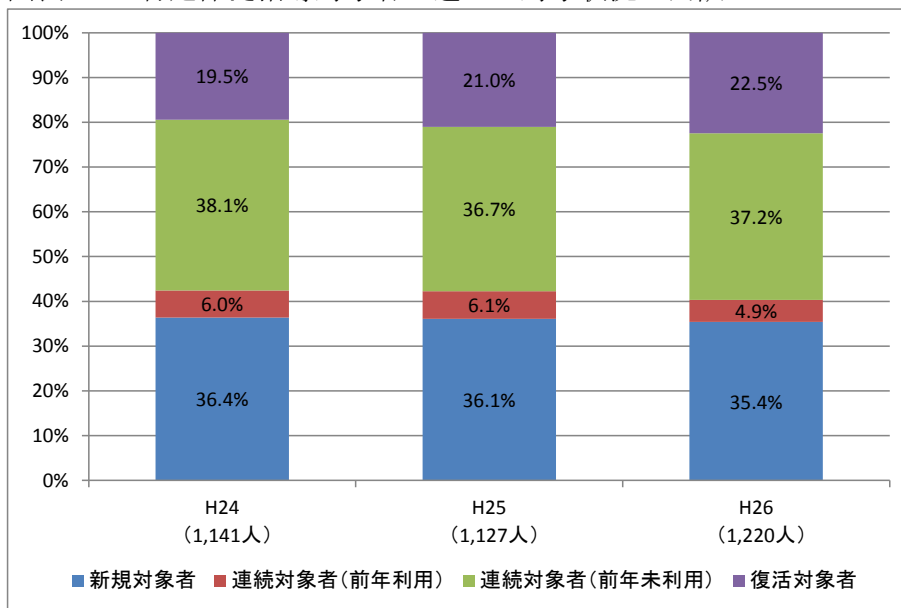


平成 26 年度の本市の特定保健指導実施率は東京都 62 市区町村の平均 16.1%よりも低く、東京都の中でも下位に位置しています。

② 平成 26 年度の特定保健指導対象者の過去の対象状況の内訳

次に、平成 26 年度の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 52 です。「新規対象」とは過去 2 年間は対象ではない者、また「復活対象」とは過去 2 年のうち、1 年前は対象ではないが、2 年前は対象の者を表しています。また「連続対象者」は 1 年前が対象の（2 年前の状況は関係ない）者を指し、特定保健指導の対象状況別に異なるグループに分類しています。

図表 52 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」

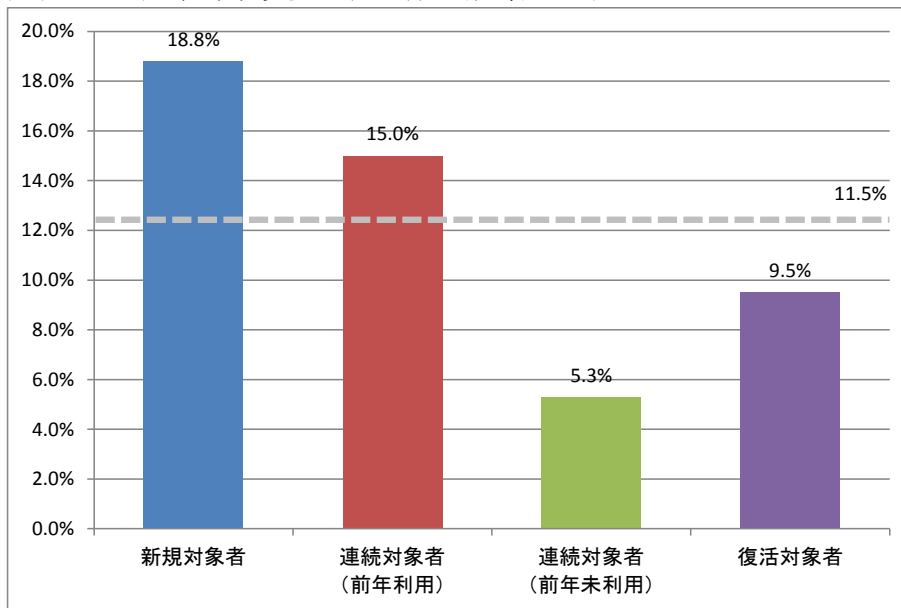
平成 26 年度の対象者の内訳のうち、最も割合が大きいのが「連続対象（前年未利用）」の 37.2%であり、次いで「新規対象者」が 35.4%を占めている状況です。



③ 平成 26 年度の前年対象状況別特定保健指導実施率

図表 53 は、平成 25 年度の対象状況別に平成 26 年度の特定保健指導実施率を比較したものです。

図表 53 前年対象状況別特定保健指導実施率



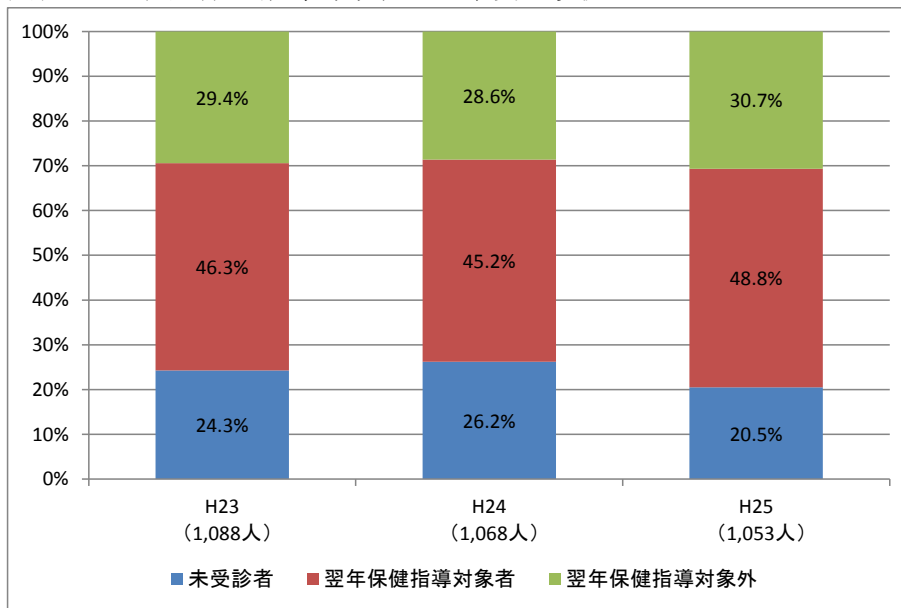
出所：医療費分析ツール「FOCUS」

新規対象者の特定保健指導実施率は 18.8%であり、本市の平成 26 年度の特定保健指導実施率 11.5%（法定報告調整前）よりも高い状況です。保健指導対象者が多い連続対象（前年度未利用）の特定保健指導実施率が 5.3%と低く、全体の特定保健指導実施率に影響していることがわかります。

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特定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します。

図表 54 特定保健指導対象者の翌年度の状況



注：翌年度に特定健診対象外になる者を除く

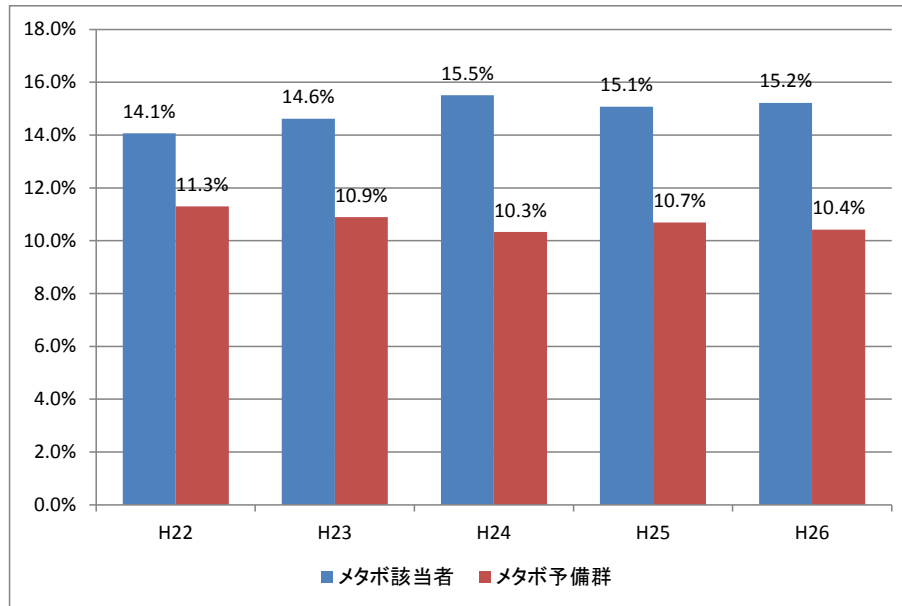
出所：医療費分析ツール「FOCUS」

図表 54 のとおり、平成 25 年度において特定保健指導対象者の 48.8%は翌年度も特定保健指導対象となっていることがわかります。

一方、特定保健指導対象者の 20.5%は翌年度特定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ます。

- ⑤ 特定健診受診者におけるメタボリックシンドローム予備群・該当者の状況  
次に、特定健診受診者のうち、メタボリックシンドローム予備群・該当者の割合の推移を見ていきます。

図表 55 特定健診受診者におけるメタボリックシンドローム予備群・該当者の状況



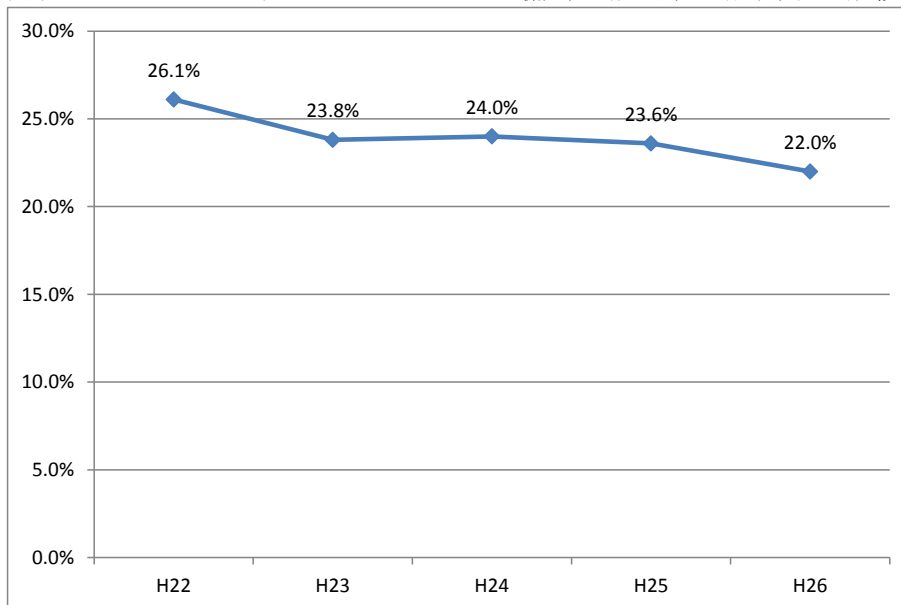
出所：医療費分析ツール「FOCUS」

図表 55 のとおり、メタボリックシンドローム該当者の割合は平成 24 年度をピークに、直近の 2 年間はほぼ横ばいの状況です。一方、メタボ予備軍の割合は平成 22 年度をピークに、緩やかな減少傾向にあります。

⑥ メタボリックシンドローム予備群・該当者の脱出率の推移

前年においてメタボリックシンドローム予備群・該当者でありながら、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脱出者と呼び（翌年度に特定健診未受診の者は除く）、メタボリックシンドローム予備群・該当者全体における脱出者の割合をメタボリックシンドローム脱出率として算出したのが図表 56 です。

図表 56 メタボリックシンドローム予備群・該当者の脱出率の推移



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

図表 56 のとおり、直近 5 年間に於いてメタボリックシンドローム脱出率は減少傾向にあり、平成 22 年度の 26.1%から平成 26 年度には 22.0%に下がっている状況です。

⑦ 考察

本市の特定保健指導実施率は低下傾向にあり、現状の実施率は 8.8%です。これは東京都の 62 市区町村と比較した場合にも低い水準となっています。

また、保健指導対象者のうち、48.8%の対象者は翌年度も特定保健指導の対象となっており、20.5%の対象者は翌年度に特定健診を受診しないため、フォローアップが難しい状況です。

また本市の特定保健指導対象者を見ると、新規対象者の割合が全体の 35.4%を占めています。新規対象者は初めて保健指導の対象になることから、

過去に保健指導の対象になりながらも特定保健指導を利用していない者と比較して、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ます。したがって、この対象者グループに優先的に介入し、同グループの実施率の向上を通して、本市全体の実施率を改善する方法は非常に有効であると考えられます。

また、本市の特定保健指導の効果を、メタボリックシンドローム予備群・該当者の脱出率で図った場合、近年は低下しており、22.0%と低迷しています。保健指導対象者のうち、48.8%が翌年度も保健指導の対象者であるという結果であり、更なる取組が重要です。

## 第8節 特定健診から見る健康課題

### ① メタボリックシンドローム予備群・該当者の状況

図表 57 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す。

図表 57 メタボリックシンドロームの予備群・該当者の状況

	全体		男性		女性	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
合計	11,076人	100%	4,590人	100%	6,486人	100%
腹囲のみ	337人	3.0%	223人	4.9%	114人	1.8%
予備群	1,154人	10.4%	759人	16.5%	395人	6.1%
高血圧	754人	6.8%	488人	10.6%	266人	4.1%
脂質異常	265人	2.4%	184人	4.0%	81人	1.2%
高血糖	44人	0.4%	33人	0.7%	11人	0.2%
該当者	1,686人	15.2%	1,143人	24.9%	543人	8.4%
高血圧+高血糖	216人	2.0%	169人	3.7%	47人	0.7%
高血圧+脂質異常	802人	7.2%	515人	11.2%	287人	4.4%
脂質異常+高血糖	66人	0.6%	50人	1.1%	16人	0.2%
三項目全て	443人	4.0%	295人	6.4%	148人	2.3%

注：予備群と該当者の人数が、それぞれの内訳の合計と一致しない

出所：医療費分析ツール「FOCUS」

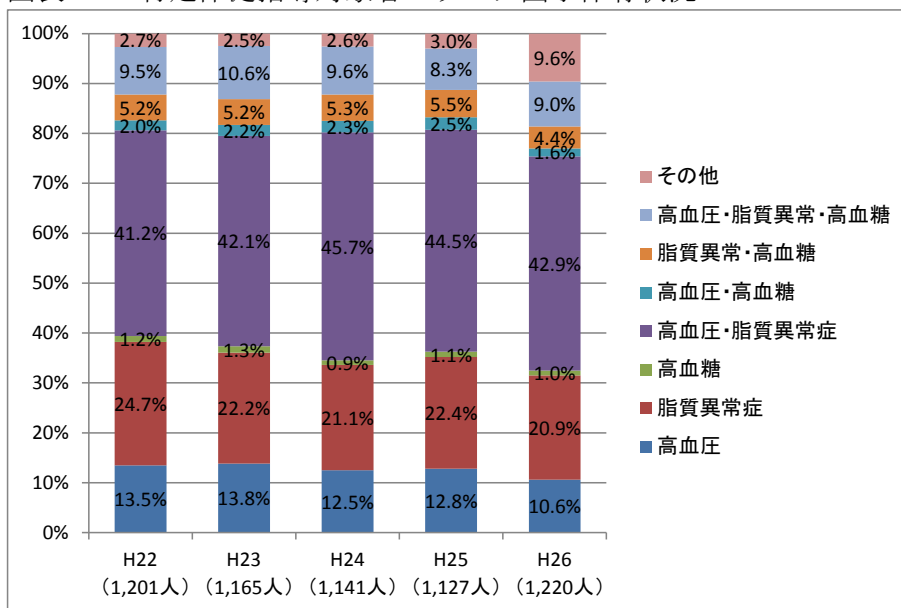
特定健診受診者 11,076 人のうち、腹囲のみ基準値を超えた受診者は 337 人で特定健診受診者の 3.0%を占めています。また、腹囲だけでなく高血糖、高血圧、脂質異常のどれか一つで基準値を超えているメタボリックシンド

ロームの予備群は1,154人であり、全体の10.4%を占めています。さらに、腹囲に加え高血糖、高血圧、脂質異常のいずれか2つもしくは3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1,686人であり、全体の15.2%です。一方、検査値別に見た場合は、予備群においては高血圧が754人で受診者の6.8%、該当者においては高血圧+脂質異常が802人で受診者の7.2%を占めるなど、高血圧と脂質異常の割合が高いことがわかります。

② 特定保健指導対象者のリスク因子保有状況

図表 58 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す。

図表 58 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、特定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」

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、特定保健指導対象者1,220人の約42.9%を占めています。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く、特定保健指導対象者の約20.9%を占めています。

③ 要治療者のリスク因子保有状況

次に、特定健診の受診結果から要治療者と判定された者のリスク因子保有状況を分析します。

図表 59 要治療者のリスク因子別内訳

リスク因子		リスク保有者	
		人数（人）	割合
モニターすべき リスク因子	高血圧	764	13.7%
	脂質異常	1,595	28.7%
	高血圧＋脂質異常	2,016	36.2%
	高血圧＋脂質異常＋高血糖	538	9.7%
		4,913	88.3%
その他のリスク因子	高血圧＋高血糖	258	4.6%
	脂質異常＋高血糖	288	5.2%
	高血糖	106	1.9%
		652	11.7%
総計		5,565	100.0%

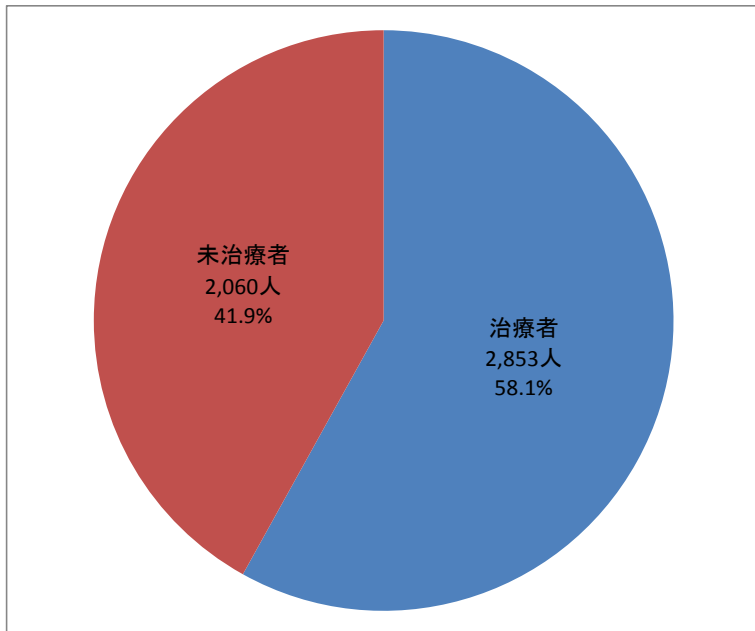
出所：医療費分析ツール「FOCUS」

図表 59 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」です。「高血圧」と「脂質異常」の2因子の割合が高い傾向は、図表 57 のメタボリックシンドローム予備群・該当者、図表 58 の特定保健指導対象者と一致するところであり、今後、この2つのリスク因子を重点的にモニターすべきリスク因子と定義し、進捗管理することとします。

なお、この2つのリスク因子は、保健事業の介入余地が大きいと考えられる新規患者数が最も多い虚血性心疾患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種類を重点的にモニターすることで、虚血性心疾患を中心とする重症化疾患を予防できると考えられます。

- ④ モニター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 60 は平成 26 年度の要治療者のうち、モニターすべきリスク因子を保有している対象者の治療・未治療の割合を表しています。

図表 60 モニター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



出所：医療費分析ツール「FOCUS」

対象者 4,913 人のうち、未治療者は 41.9%を占めている状況です。

⑤ 考察

特定健診の受診結果データの分析から、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、虚血性心疾患の主な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わかります。

以上のことから、本市においては、「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モニター対象とし、先の全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ります。

なお、平成 26 年度の要治療者のうち、モニターすべきリスク因子を保有している対象者の治療率は 58.1%であり、特定保健指導実施率と合わせて治療率の改善も重要な課題です。



## 第9節 地域の健康課題まとめ

### ① 地域の健康課題の分析

本市は、東京都や全国の傾向と同様に、今後、総人口が減少することが予想されています。しかしながら総医療費は、今後の高齢化の更なる進展に伴いますます増加していく懸念があります。事実、平成24年度から平成26年度にかけて総医療費、またその中で大きな割合を占める生活習慣病医療費は増加しています。なお、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すことで、発症や重症化を予防することが可能な疾患であるため、その対策を講じることは、健康寿命の延伸だけでなく、医療費抑制においても重要です。

また、重症化疾患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) 既にリスク因子を保有している場合は、特定保健指導の実施や医療機関の受療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す。しかしながら、本市においては、特定健診の受診率が49.6%、特定保健指導の実施率が8.8%、要治療者の治療率が58.1%に留まっており、健康課題の把握や、リスク因子保有者の重症化予防が十分にできていないのが現状です。

したがって、健康課題の把握のため特定健診受診者を増加させることが保健事業の第1歩と言えます。

### ② 本市データヘルス計画の目的

以上のことから、本市のデータヘルス計画においては、虚血性心疾患の新規患者を削減することで医療費の抑制を主要な目標とします（患者数・新規患者数が最も多い虚血性心疾患を優先すべき重症化疾患と特定するものの、モニターすべき基礎疾患を「血压」「脂質」とすることから、脳血管疾患に対する予防も含まれる）。また施策としては、以下の3つの事業に重点的に取り組んでいきます。

#### 1) 特定健診未受診者対策：

特定健診受診者の高齢化対策として、65歳未満を中心とした特定健診未受診者に対して受診促進を行い、本市国保全体の健康状態をより正確な把握に繋げます。

#### 2) 特定保健指導対策：

特定保健指導などを通して、基礎疾患においては、高血圧と脂質異常のリスク因子を保有する者の重症化を防ぎます。優先的に

介入するグループとしては新規保健指導対象者とします。新規保健指導対象者の実施率改善をとおして、中長期的な実施率の改善を図ります。

3) 治療率対策:

要治療者のうち、未治療となっている対象者について介入することにより、受療を通じて、基礎疾患においては、高血圧と脂質異常のリスク因子を保有する者の重症化を防ぎます。

### 第3章 現状の取り組み

#### 第1節 特定健診等実施状況

特定健診の受診方法は、市内26か所の医療機関において個別健診にて実施しています。また実施期間は例年5月15日～7月15日（前期）と9月1日～10月15日（後期）となっており、通期では実施していません。受診率向上策としては平成25年度より文書通知および電話による受診勧奨を実施しています。（図表61）

図表 61 特定健診受診率の推移

	H22	H23	H24	H25	H26
特定健診 受診率	41.8% (-)	42.2% (+0.4%)	44.7% (+2.5%)	44.5% (△0.2%)	49.6% (+5.1%)

特定保健指導の実施方法は、特定保健指導導入当初より昭島市医師会に委託し、昭島市医師会館にて無料で実施しています。実施率については、目標値との乖離が大きくなっており（図表62）、実施率向上策として未実施者に対する文書通知を行っています。

図表 62 特定保健指導実施率の推移

	H22	H23	H24	H25	H26
特定保健指導 実施率	10.8% (-)	9.1% (△1.7%)	11.2% (+2.1%)	10.4% (△0.8%)	8.8% (△1.6%)

## 第2節 特定健診受診勧奨事業

未受診者対策として、平成25年度より前期の特定健診が終了時点での未受診者に対し、後期で受診を促す勧奨ハガキを郵送しています。

さらに、特定健診受診勧奨事業については、平成25年度については、未受診者のうち、電話番号判明者を対象に電話による未受診理由の聞き取り及び受診勧奨を実施しました。平成26年度については、過去3年間連続未受診者のうち、41～46歳に対して受診勧奨ハガキを送付しました。前年度の結果や他事例をふまえ、内容を一部変更しながら実施しています。(図表63)

図表63 特定健診受診勧奨事業の変遷

年度	事業内容	主な対象者	勧奨対象者数
H25	①勧奨通知	①40～74歳の前期未受診者	17,247人
	②電話勧奨	②未受診者のうち上記中電話番号わかる者	1,270人
H26	勧奨通知	①40～74歳の前期未受診者	17,167人
		②過去三年間連続未受診者のうち41～46歳の者	1,519人

## 第3節 特定健診フォローアップ事業

特定健診の結果から、要治療者で服薬を行っていない人、及び要指導域の人に対して、電話による状況確認を実施し、希望者については個別面談や健康教室への参加を促しています。

図表64 結果説明会の実施

年度	事業内容	実施者数等
H25	①電話勧奨	1,188人
	②面接指導	303人
H26	①電話勧奨	1,582人
	②面接指導	277人
	③健康教室	6回

#### 第4節 ジェネリック医薬品利用促進事業

平成25年度から、医療費適正化の取組みとして、毎年7月の調剤分を対象として、国民健康保険の被保険者のうち、新薬をジェネリック医薬品に切り替えることを推奨しています。具体的には、医薬品の自己負担額を100円以上軽減できると見込まれる対象者に対して、新薬とジェネリック医薬品の額との差額通知を年1回送付し、ジェネリック医薬品の利用を促しています。

図表 65 ジェネリック医薬品利用差額通知件数及び普及率

年度	通知件数	普及率(数量ベース) (一般被保険者)	普及率(金額ベース) (一般被保険者)	普及率(数量ベース) (退職被保険者)	普及率(金額ベース) (退職被保険者)
H25	2,166	25.8%	10.9%	27.1%	11.2%
H26	2,472	32.2%	12.8%	33.8%	11.4%
H27	1,978	34.3%	14.3%	35.3%	14.0%

注) 普及率は各年度7月調剤分の実績数値

## 第4章 実施すべき保健事業と管理指標の特定

本章では第2章で抽出された健康課題となる「虚血性心疾患」に対し、保健事業ごとに管理指標を設定します。平成29年度までの期間で、実施した保健事業を適正に評価する指標を決めていきます。

### 第1節 対象者のグループ化

図表 66 特定健診対象者のグループ分類



①は、特定健診未受診者のグループです。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す。②は、特定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す。③は、特定健診を受診し、特定保健指導実施対象となり、特定保健指導を実施しているグループです。④は、特定健診受診者のうち、特定保健指導実施対象となっているが、実際に特定保健指導は実施していないグループです。⑤は、要治療となっ

おり、実際に医療機関で受療を開始しているグループです。また⑥は、特定健診を受診した要治療者のうち、医療機関で受療を開始していないグループです。

なお、本計画書の分析において要治療者は、特定健診を受診していることを前提としていますが、特定健診を受診していないグループ①の中にも、要治療状態にある者が一定数存在することに留意が必要です。

## 第2節 グループごとの対策と管理指標の設定

図表 67 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	特定健診対策	特定健診受診率
②	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	特定健診連続受診率
③	特定健診を受診しており、保健指導対象者で実施	特定保健指導対策	保健指導連続実施率
④	特定健診を受診しており、保健指導対象者だが未実施	特定保健指導対策	保健指導実施率
⑤	特定健診を受診しており、要治療者であり、レセプト情報がある	要治療者対策	治療継続率
⑥	特定健診を受診しており、要治療者であるが、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に対して実施すべきなのは、特定健診受診促進の対策です。特定健診未受診であるグループ①に対しては、新たに特定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、管理指標は特定健診受診率です。一方グループ②は、特定健診を受診し、特定健診結果が正常圏内に収まっている者です。これらの者も、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りますが、追加で重症化予防対策を早急に行う必要がない対象です。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します。よって、グループ②の管理指標は特定健診連続受診率となります。

グループ③と④に対しては、特定保健指導実施率向上の対策が必要です。既に特定保健指導を実施しているグループ③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予備群・該当者からの脱出を目指していくことが望ましく、よって管理指標は特定保健指導連続実施率となります。一方、グループ④は、重症化のリスクを低減するために、特定保健指導の実施を促していくべきグループです。そのため、管理指標は特定保健指導実施率となります。

グループ⑤と⑥は、要治療者であるため、重症化予防の対策が必要です。グループ⑤は、既に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ります。グループ⑥は、特定健診を受診して要治療者でありながら未治療となっているため、医療機関の受療勧奨を行い、少しでも治療者を増やすことが重要です。よって、管理指標は治療率となります。

### 第3節 管理指標改善のための方向性

#### 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す。直近年の未受診者が過去に受診した際のデータや、過去のアンケートなどを活用することによって、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します。本市においては、高齢者（65歳以上）と高齢者以外の受診率に大きな差があるため、65歳未満の対象者を優先的に勧奨することとします。

またデータがない過去未受診者の中では、新規に特定健診の対象となった対象者が存在するため、これら対象者を優先度の高い対象者とします。

#### 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

先行する取組事例から、未実施者のうち、新規に特定保健指導対象になった者が最も利用勧奨の効果が高く、特定保健指導を受けやすいことが分かっています。本市の保健指導実施率が低迷している状況を鑑み、まずはこれらの保健指導新規対象者をしぼって利用勧奨を行っていくことが有効であると考えられます。

##### ● 特定保健指導対象者の翌年度の特定健診受診

本市の特定保健指導の対象者の中には、翌年度特定健診を受診しない対象者が20.5%存在する状況です。特定保健指導の実施・未実施者に関わらず、数値に異常があった対象者のフォローアップには、翌年度の特定健診受診が重要であるため、同対象者の特定健診受診率を高めることも重要です。



### ③ 要治療者対策

- 高リスク者を特定しての受療勧奨

要治療者の全体の治療率を改善することはもちろん重要ですが、虚血性心疾患に関連するリスク因子である「高血圧」と「脂質異常症」を保有する対象者に対して優先的に施策を実施していくことも有効です。また今後の課題としては、虚血性心疾患を新規発症した者の特徴を分析し、喫煙、食事、運動などの生活習慣の特性などを理解することも重要です。

## 第4節 リスクスコア指標と管理指標の重なり

図表 68 現状の保健事業の主な管理指標とその課題

保健事業の種類	現状の主な管理指標	管理指標の課題
特定健診	・ 受診率	・ 影響する要因が多く、管理指標として成果を実感しにくい
特定保健指導	・ 利用率 ・ 利用者の数値改善比率 (利用者と未利用者の比較)	・ 影響する要因が多く、管理指標として成果を実感しにくい ・ 服薬による数値改善者も多く存在するが、服薬開始が保健指導前後で混在し、実態が把握しにくい
重症化予防	・ 重症度の高い対象者の人数増減	・ 健診受診率の増減による影響を受けやすい ・ 対象者別に経年の検査値の推移を把握しにくい

こうした個別の指標の課題のため、現状の保健事業の運用・評価は以下3つの課題を抱えているといえます。

- ① 保健事業の種類別に管理指標が設定されており、保健事業全体を総合的に評価する指標がない（全体の理解）
- ② 現状の保健事業の管理指標から優先度の高い対象者の特定が難しい（対象者の特定）
- ③ 現状の保健事業の管理指標から保健事業の主な担い手である保健師の実施業務を適正に評価することは難しい（適正な評価）

これらの課題を解決するために導入する新規の管理指標が、リスクスコア指標です。リスクスコア指標とは、特定健診の対象者全員を、対象者の属性データ、直近年の特定健診結果、特定保健指導実施情報、医療機関受療情報、レセプト情報を使用し、各情報に重み付け採点して算出する管理指標であり、対象者全体を理解して、保健事業の実施優先度を特定するものです。

リスクスコアの導入により、前述の3課題に対して以下の解決が図られます。

- ① 全体の理解：  
特定健診受診・特定保健指導実施・医療機関受療等、保健事業の全体を総合的に評価する（特定健診未受診者も評価の対象）

- ② 対象者の特定：  
経年における検査値の増減や対象者の行動（特定健診受診・特定保健指導実施・医療機関受療）を加味して対象者一人ひとりを個別に評価し、保健事業の実施優先度を明確にする
- ③ 適正な評価：  
保健事業の実施効果をより適格に評価できる

リスクスコアの概要としては以下のとおりです。

まず、特定健診未受診者を含めた特定健診対象者全体において、特定健診受診状況や特定保健指導実施状況、治療状況に応じて各対象者をグループ分けします。次に、グループごとに属性データ(性別・年齢)、直近年の特定健診結果(血圧・LDL・HbA1c・eGFR・腹囲等)、直近年の特定保健指導実施情報(実施・未実施)、直近年の医療機関受療情報(レセプトの有無)、直近年のレセプト情報(医療費)に応じて重み付け採点を行い、対象者それぞれのリスクスコアを算出します。最後に、グループごとのリスクスコア合計と、それをグループごとの合計人数で割った一人あたりリスクスコアとして計算し、グループごとのリスク状況を比較します。

平成 26 年度の本市の特定健診対象者をグループ分けし、それぞれのリスクスコアを算出した結果が図表 69 のとおりです。特定健診未受診者が特定健診受診者よりリスクスコアが高くなっていることがわかります。また、最もリスクスコアが高いのは、特定保健指導対象者であり、なかでも要治療者でありながら、特定保健指導未実施・レセプトなしとなっているグループです。

図表 69 保健事業の実施状況・健康状況別一人あたりリスクスコア

特定健診対象者の種類	対象者		トータル リスクスコア	一人あたり リスクスコア
		割合		
健診受診者	11,076	47.4%	290,038.0	26.2
正常	4,978	21.3%	45,725.5	9.2
保健指導対象者	369	1.6%	12,054.4	32.7
実施	46	0.2%	789.8	17.2
未実施	323	1.4%	11,264.6	34.9
保健指導対象者・要治療者	851	3.6%	86,912.9	102.1
実施・レセプトあり	41	0.2%	2,167.7	52.9
実施・レセプトなし	53	0.2%	4,217.8	79.6
未実施・レセプトあり	278	1.2%	24,516.5	88.2
未実施・レセプトなし	479	2.0%	56,010.9	116.9
要治療者（保健指導対象者を除く）	4,878	20.9%	145,345.2	29.8
レセプトあり	3,185	13.6%	94,291.5	29.6
レセプトなし	1,693	7.2%	51,053.7	30.2
健診未受診者	12,311	52.6%	818,827.0	66.5
すべて	23,387	100.0%	1,108,865.0	47.4

注：「保健指導対象者」は特定健診結果において「動機づけ支援」または「積極的支援」と判定された者、要治療者は「標準的な特定健診・保健指導プログラム【改訂版】」に記載されている受診勧奨判定値を1つでも超えた者が対象。服薬により数値が安定している者は、正常と判定されます。

出所：医療費分析ツール「FOCUS」

また、特定健診受診歴でもグループ分けを行い、それぞれのリスクスコアを算出します(図表 70)。これらのグループごとの平均リスクスコアを比べると、特定健診継続未受診者が最も高く、33.8 ポイントとなっています。図表 69 の場合よりもグループごとのリスクスコアのばらつきが小さいのは、図表 70 の各々のグループには一人あたりリスクスコアが高い、特定保健指導対象者や要治療者が分散されていると考えられます。

図表 70 特定健診受診歴別一人あたりリスクスコア

受診傾向区分 (前年度)	対象者	受診者	一人あたり リスクスコア
継続受診者	5,970	5,607	24.4
新規受診者	1,583	1,112	27.5
不定期受診者	1,840	1,524	26.4
不定期未受診者	1,825	925	28.4
継続未受診者	9,830	1,115	33.8
前年度未対象者	2,339	793	23.3
すべて	23,387	11,076	26.2

- 注) 「継続受診者」 : 過去3年間連続で特定健診を受診  
「新規受診者」 : 平成25年度に初めて受診、過去2年は未受診  
「不定期受診者」 : 平成25年度に受診、過去2年間で1度受診  
「不定期未受診者」 : 平成25年度は未受診、過去2年間で1度受診  
「継続未受診者」 : 過去3年間連続で未受診  
「前年度未対象者」 : 転入などの理由で前年度は特定健診未対象

出所: 医療費分析ツール「FOCUS」

一人あたりリスクスコアをみると、特定健診受診者より未受診者、特定保健指導の実施者より未実施者、要治療対象のレセプトありよりレセプトなしのスコアが高いことが分かります。これらは保健事業の指標となっている特定健診受診率、特定保健指導実施率、要治療者の治療率を改善することによって一人あたりリスクスコアを低減することができることを意味しており、実施保健事業の総合的な指標として今後活用することが有効であることを意味しています。

## 第5章 保健事業の目標値の設定

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ます。特定健診における対策は、「特定健診受診率」、特定保健指導における対策は、「特定保健指導実施率」、要治療者対策における対策は「要治療率」を管理指標と設定します。また管理指標別に平成29年度までの改善目標を設定します。

### 第1節 特定健診対策の目標設定

次に、特定健診対策の管理指標である健診受診率についてまとめます。今回の計画では、現状において49.6%の特定健診受診率を、平成29年度に60.0%まで引き上げることを目標とします（同目標値は、本市の第2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）。また同目標値を達成するにあたっては、現状の本市の課題である65歳未満の対象者の取込を意識して取り組むものとしてします。

図表 71 特定健診受診率の改善目標値

保健事業の管理指標	現状値	3年改善目標	H27目標	H28目標	H29目標
特定健診受診率	49.6%	60.0%	52.0%	56.0%	60.0%
		10.4%	2.4%	4.0%	4.0%

### 第2節 特定保健指導対策の目標割合の設定

次に、特定保健指導対策についてまとめます。今回の計画では、現状において8.8%の特定保健指導実施率を、平成29年度には60.0%まで引き上げることを目標とします（同目標値は本市の第2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）。現状値と目標値の乖離が大きいため、比較的受診行動に促しやすい新規特定保健指導対象者に優先的に介入して特定保健指導実施率を改善する取組を実施していきます。

図表 72 特定保健指導利用率の改善目標値

保健事業の管理指標	現状値	3年改善目標	H27目標	H28目標	H29目標
特定保健指導実施率	8.8%	60.0%	40.0%	50.0%	60.0%
		51.2%	31.2%	10.0%	10.0%

### 第3節 要治療者対策の目標割合の設定

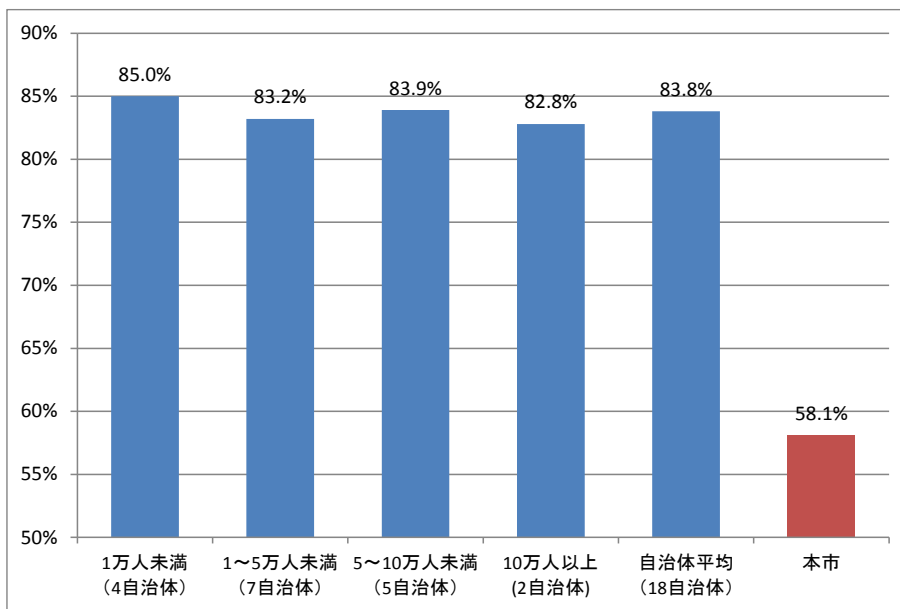
本節では、要治療者対策の管理指標である治療率についてまとめます。今回の計画では、現状において58.1%である治療率を、平成29年度までに83.8%まで引き上げることを目標とします。

図表 73 要治療者の要治療率の改善目標値

保健事業の管理指標	現状値	3年改善目標	H27目標	H28目標	H29目標
要治療者の治療率	58.1%	83.8%	58.1%	71.0%	83.8%
		25.7%	0.0%	12.9%	12.8%

上記の改善目標値の設定理由については、図表74にあるとおり、本市以外の他自治体18団体におけるモニターすべきリスク因子保有者の平均治療率が83.8%であるためです（直近の特定健診受診率、特定保健指導利用率及び保険者規模が異なる全国に点在する18の自治体）。本市も他自治体平均と同水準まで引き上げることを今回の計画の目標とします。

図表 74 要治療率（他自治体平均）



なお、これら3つの保健事業の改善目標値に加え、本市の現状値が47.4（図表69）である一人あたりリスクスコアをモニタリングし、今後新たな目標値に設定することを検討していきます。

#### 第4節 まとめ

本節では、本市のデータヘルス計画における目標値をまとめます。

図表 75 計画最終年の目標値全体

評価指標	管理指標	目標指標
アウトカム	虚血性心疾患の新規患者数	—
中間アウトカム	特定健診受診率	60.0%
	特定保健指導実施率	60.0%
	要治療者の治療率	83.80%
アウトプット	特定健診受診者（40～64歳）への通知勧奨	12,000人
	特定保健指導新規対象者への電話勧奨	430人

まず、アウトプット指標は、中間アウトカム指標の達成につながる具体的な施策として40歳～64歳の特定健診対象者への通知勧奨発送件数や特定保健指導新規対象者への架電件数を掲げます。

次に、アウトプット指標を実施した結果として達成される中間アウトカム指標を設定します。まず、特定健診対策においては、特定健診受診率が60.0%となることを中間アウトカム目標とします。特定保健指導対策においては、特定保健指導実施率全体が60.0%となることを中間アウトカム目標とします。最後に、要治療者対策については要治療者の治療率83.8%を中間アウトカム目標とします。

またアウトプット指標、中間アウトカム指標の結果として、最終的なアウトカムに設定した虚血性心疾患の新規患者が削減されることが想定されます。本計画書において虚血性心疾患の新規患者数の目標値の設定は行いませんが、平成26年度時点で1,589人存在する虚血性心疾患の新規患者数の推移を今後モニタリングしていきます。



## 第6章 PDCA手法の設定

### 第1節 指標の評価方法の考え方

#### ① 評価指標の分類

評価指標・評価の方法は、「データヘルス計画策定の手引き」において、以下の4つの観点から設定することが望ましいとされています。

- アウトカム(成果)
- アウトプット(事業実施量)
- プロセス(実施過程)
- ストラクチャー(事業構成・事業体制)

前章で説明したとおり、本計画書においてはアウトカム及びアウトプット指標として、図表 76 の目標とする管理指標を設定します。

図表 76 評価指標の分類

評価指標	管理指標
アウトカム	虚血性心疾患の新規患者数
中間アウトカム	特定健診受診率
	特定保健指導実施率
	要治療者の治療率
アウトプット <sup>注) 1</sup>	特定健診受診者(40～64歳)への通知勧奨
	特定保健指導新規対象者への電話勧奨

注) 1 事業実施量。通常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

#### ② プロセス指標の設定

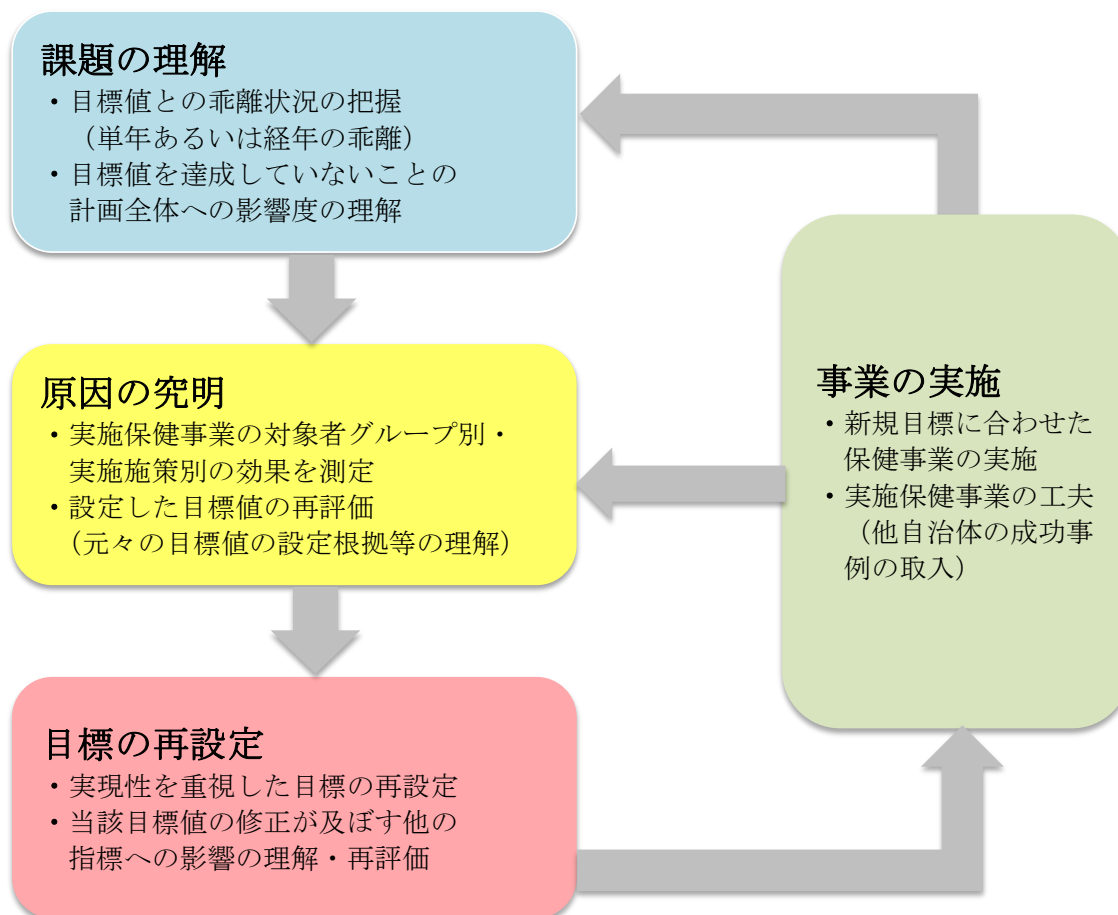
図表 76 の各指標について別途プロセス指標を設定することが望ましいといえます。プロセス指標は、実現性があり、かつ明確な、「件数」「回数」などの指標が理想と考えられます。以下は中間アウトカム指標である特定健診受診率、特定保健指導実施率のプロセス指標の例です。

図表 77 プロセス指標の設定(例)

中間アウトカム指標	プロセス指標(例)
特定保健指導実施率	個別電話相談の回数、特定健診結果の手渡し回数
特定健診受診率	特定健診受診者へのフォローアップ件数、未受診者への意識調査発送件数

特定健診受診率の改善には、継続受診率を改善することが1つの有効な方法です。そのため、特定健診受診者に対して電話等でフォローアップすることは有効な方法です。また未受診者に対して、未受診理由をアンケートなどで確認し、今後施策の参考にすることも効果的です。フォローアップの件数や未受診者へのアンケート発送件数をプロセス指標に設定し、アウトプット指標と合わせて中間アウトカム指標の進捗管理をすることになります。

図表 78 目標値を再設定する時の概念図（例）



PDCAのチェックのためにモニタリングする指標は、アウトプット指標と中間アウトカム指標までとします。

## 第2節 実施計画の見直し・スケジュール

定期的に計画の進捗を確認し、見直すための機会やスケジュールを定めることが重要です。

最終年度となる平成29年度には、計画に掲げた目標の2年間の達成状況の評価を行い、それを踏まえて翌年度以降の計画の見直しを実施します。

## 第7章 実施施策

### 第1節 市の現状のまとめ

図表 79 主な分析結果のまとめ

対策の種類	本市の現状
地域の現状と今後の見通し	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢化率は平成26年度に23.9%だったものが、平成37年度には27.0%まで上昇する見通しです</li> <li>・ 総医療費及び一人あたり総医療費は年々上昇しており、今後もこの傾向は続く見通しです</li> <li>・ 総医療費のうち、24.1%は生活習慣病医療費です</li> <li>・ 重症化疾患のうち、患者数・新規患者数が最も多い疾患は虚血性心疾患です。重症化疾患の新規患者のうち、43.2%を占めています</li> </ul>
特定健診事業対策	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 平成26年度の特定健診受診率は49.6%です。平成26年の都内62の市区町村のうち、17番目にあたります</li> <li>・ 特定健診受診者は、高齢者（65歳以上）に依存する構図です。特に60歳未満の年齢階層別受診率（5歳刻み）はいずれも40%未満です</li> <li>・ 特定健診の前年度受診者の受診率は87.8%と高い一方、前年度未受診者の受診率は13.0%と低い状況です</li> <li>・ 特定健診受診者と未受診者を比較した場合、特定健診未受診者の医療費が3倍以上高い状況です</li> <li>・ 特定健診未受診かつ生活習慣病のレセプトがない対象者は特定健診対象者の32.3%となっています</li> </ul>
保健指導事業対策	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 平成26年度の特定保健指導実施率は8.8%であり、都内の他自治体と比べて低い状況です</li> <li>・ 特定保健指導対象者のうち、35.4%は新規特定保健指導対象者です</li> <li>・ 特定保健指導対象者のうち、20.5%は翌年度特定健診未受診者です</li> <li>・ 特定保健指導の連続対象者のうち、前年度未利用者の実施率は5.3%と低い状況です</li> <li>・ 特定保健指導対象者は高血圧・脂質異常の2つのリスクを抱えている者が多く、対象者全体の42.9%を占めます（要治療者も同じ傾向）</li> <li>・ メタボリックシンドローム予備群・該当者の脱出率は平成26年度において22.0%であり、ここ5年間低下傾向にあります</li> </ul>
重症化予防事業対策	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定健診受診者のうち、3.0%は腹囲のみ基準値を超えています。またメタボリックシンドローム予備群は10.4%、該当者は15.2%存在します。メタボリックシンドローム予備群及び該当者を男女別でみた場合、いずれも男性の割合が圧倒的に高い状況です</li> <li>・ 血圧と脂質の検査値が要治療域になっている対象者の治療率は58.1%です。5人に2人は未治療の状況です</li> <li>・ 平成26年度の重症化疾患群の入院患者の過去3年間の特定健診受診率は11.8%です</li> <li>・ 生活習慣病患者（基礎疾患・重症化疾患）の特定健診受診率は57.2%であり、特定健診対象者全体よりやや高い状況です</li> </ul>

## 第2節 健康課題の確認

- ① 本市として、患者数及び保健事業の介入余地が大きく新規患者数が最も多い虚血性心疾患が優先して対応すべき疾患です。重症化疾患の新規患者のうち、43.2%が虚血性心疾患によるものです。
- ② 保健指導対象者のリスク因子保有状況をみると、高血圧＋脂質の組み合わせが最も多い状況です。これら2つのリスク因子が脳血管疾患群のリスク因子とも重なるため、これらの検査値のモニタリングが重要です。
- ③ 血圧と脂質の検査値が要治療域に達している対象者の治療率は58.1%です。言い換えれば、5人に2人は未治療のため、治療者をふやすことで重症化を防ぐ対応が重要です。
- ④ 本市の特定健診受診者は高齢者に大きく依存した構造になっているため、65歳未満の受診者数を増やすことが急務です。また新規特定健診対象者の受診率も低いため、この対象者グループの受診率も合わせて改善することで、全体の受診率改善をめざすことが重要です。
- ⑤ 重症化疾患の入院患者の特定健診受診状況をみると、過去3年間において特定健診を受診している者の割合は11.8%と低い状況です。医療機関の受療が特定健診受診の必要性に影響を与えていることが想定されるため、医療連携の取組が求められます。

### 第3節 実施施策

#### ① 虚血性心疾患に主眼をおいた新規患者抑制対策

平成26年度の虚血性心疾患患者は3,851人であり、うち1,589人が新規患者、2,262人が既存患者です。既存患者に対する保健事業の介入は限定的であるため、新規患者の抑制をとおして全体の患者数の削減、ひいては医療費の抑制を図ります。虚血性心疾患の新規患者の抑制に関する具体的な実施施策は以下の②、③にて説明しますが、本市として、27年度以降の虚血性心疾患の新規患者数の増減を管理し、次の分析をとおして新規対象者の特性を理解します。

- 性・年齢階層分析
- 特定健診受診状況に関する分析
- 医療機関受療状況に関する分析

#### ② 保健指導対象者の血圧・脂質の検査値のモニタリング

保健指導対象者のうち、血圧及び脂質の検査値が（両方）基準値を超えている対象者については集中的に勧奨を実施します。保健指導判定値以上受診勧奨判定値未満の対象者については保健指導の利用勧奨を実施します。また本市として、これらの対象者数の増減を管理し、性・年齢階層分析や特定保健指導の利用に関する効果測定分析（勧奨介入群と非介入群の比較）を実施します。

#### ③ 要治療者の治療促進

要治療者のうち、血圧及び脂質の検査値が（両方）基準値を超えている対象者については集中的に勧奨を実施します。受診勧奨判定値を超えている対象者については医療機関の受療勧奨を実施します。また本市として、これらの対象者数の増減を管理し、性・年齢階層分析や医療機関の受療に関する効果測定分析（勧奨介入群と非介入群の比較）を実施します。

#### ④ 50～64歳の特定健診対策・新規特定健診対象者対策

特定健診受診者の現状の高齢化率が63.6%に達しているため、50歳～64歳及び新規特定健診対象者の発掘をとおして、65歳未満の特定健診受診者を増やすことを目指します。また本市として、これらの対象者グループの受診者数の増減を管理し、特定健診の受診に関する効果測定分析（勧奨介入群と非介入群の比較）も実施します。年齢階層別の効果測定分析の際には、過去の特定健診受診区分別に勧奨介入群と勧奨非介入群の受診率を比較します。

⑤ 特定健診フォローアップ事業の実施

特定健診受診者に対し、次年度以降の継続受診を促すため、特定保健指導の対象ではないものの、健診結果で数値の異常がある対象者に、専門職による個別の電話勧奨を引き続き実施します。また、希望者には1人30分の個別面接の案内をすることにより、健診結果の説明を行い、健康増進に必要な情報提供を行います。

## 第 8 章 データヘルス計画の公表・周知方法

策定した計画は、昭島市の広報誌やホームページに掲載するとともに、実施状況の取りまとめを行い、評価・見直しに活用するため報告書を作成します。

## 第 9 章 事業運営上の留意事項

昭島市では、健康課（保健衛生担当）に保健師や栄養士が配置されており、保険年金課（国民健康保険担当）と連携し平成 20 年度からの特定健診・特定保健指導事業を実施しています。

今後も、データヘルス計画を通じて連携を強化するとともに、共通認識をもって取り組むものとしします。

## 第 10 章 個人情報保護

昭島市における個人情報の取り扱いは、昭島市個人情報保護条例（平成 10 年 12 月 25 日条例第 37 号）によるものとしします。

## 第 11 章 その他データヘルス計画策定に当たっての留意事項

データ分析に基づく昭島市国民健康保険の特性を踏まえた計画を策定するため、事業運営にかかわる担当者（国民健康保険・保健衛生等）は東京都国民健康保険団体連合会が行うデータヘルスに関する研修に積極的に参加するとともに、事業推進に向けて協議する場を設けるものとしします。



---

昭島市  
昭島市国民健康保険データヘルス計画

---

- 発行 平成 28 年 3 月
  - 発行者 昭島市 保健福祉部 保険年金課  
〒196-8511 昭島市田中町一丁目 17 番 1 号  
TEL (042) 544-5111  
FAX (042) 544-5115
-