

大和郡山市国民健康保険
第二期保健事業実施計画
(データヘルス計画)
中間評価

【評価年度：2019 年度】

2021 年 3 月

大和郡山市

目次

1. 中間評価にあたって	1
1) 中間評価の趣旨（計画の位置づけ）	1
2) 実施体制および関係者連携	2
3) 中間評価の方法	3
2. 本市の状況	4
1) 人口の推移	4
2) 国民健康保険の状況	4
3) 健康寿命（65 歳平均自立期間）	5
4) 標準化死亡比（SMR）	6
5) がん検診受診率の推移	8
3. 医療費の状況	9
1) 国民健康保険被保険者医療費状況	9
2) 80 万円以上のレセプトにおける疾病別医療費 TOP10	11
3) 長期入院レセプトにおける疾病別医療費 TOP10	12
4) 生活習慣病の医療費	13
5) 人工透析患者の状況	14
6) 介護認定者の有病状況	16
7) 生活習慣病の状況	17
4. 特定健診に関する分析	27
1) 特定健診の受診状況	27
2) 特定健診におけるメタボリックシンドロームの状況	32
5. 特定保健指導の分析	34
1) 特定保健指導 実施率・利用状況	34
2) 特定保健指導（動機付け支援）の分析	35
3) 特定保健指導（積極的支援）の分析	37
4) 特定保健指導対象者の状況	39
6. 特定健診・レセプトに関する分析	42
1) 特定健診とレセプトの関係	42
2) 要治療者の状況（受診勧奨判定値）	45
3) 新規虚血性心疾患患者の分析	48

4) 新規脳血管疾患患者の分析.....	49
5) 新規糖尿病性合併症患者の分析	50
7. 健康課題のまとめ.....	51
8. 目標の評価.....	58
9. 個別事業の評価.....	59
1) 特定健診受診対策.....	59
2) 特定保健指導対策.....	61
3) 要治療者の治療率向上対策.....	63
4) 糖尿病等治療勧奨推進事業（レッドカード事業）	65
5) 糖尿病性腎症重症化予防プログラム.....	67
6) 地域包括ケアを意識した保健事業	70
7) がん検診対策	71
10. 計画の推進に向けて.....	72
11. データヘルス計画中間評価の公表・周知方法.....	72
12. 事業運営上の留意事項.....	72
13. 個人情報の保護.....	72
巻末資料	i

1. 中間評価にあたって

1) 中間評価の趣旨（計画の位置づけ）

大和郡山市国民健康保険では、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康保持増進、重症化予防等のための保健事業の実施及び評価を行うことを目的として、2016年度に健康・医療情報を分析し、「大和郡山市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定し、実施してきました。2018年度からは、これまでの実施結果等を踏まえ、第二期を策定し、国保加入者の生活習慣病対策をはじめとする保健事業を実施しています。

本年は一体的に策定した計画期間の中間年度となるため、計画期間前期の結果を分析した上で、計画期間後期に向けた見直しを実施します。

なお、最終年度である 2023 年度には、長期目標の管理指標を中心に、計画全体の評価を行うこととします。また、実施する保健事業については、年度ごとまたは事業サイクルごとに事業の評価指標に基づくモニタリングを行い、必要に応じて事業内容の見直しを行います。

図 1 データヘルス計画および関連計画の実施期間

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
データヘルス計画			1 期				2 期				
								▲ 中間評価			▲ 最終評価
特定健康診査等 実施計画			2 期				3 期				
老人福祉計画・ 介護保険事業計画	5 期		6 期			7 期		8 期			
大和郡山 すこやか 21 計画						2 次					
奈良県 医療費適正化計画			2 期				3 期				

2) 実施体制および関係者連携

P D C Aサイクル（計画、実施、評価、改善）に則り、実施体制を以下のように推進しています。

(1) 実施主体

大和郡山市では、特定健診・特定保健指導事業をはじめとした国保保健事業を市民生活部保険年金課（国民健康保険担当）と福祉健康づくり部保健センター（保健衛生担当）が連携して実施しているため、本計画では計画から見直しを両者で担当します。

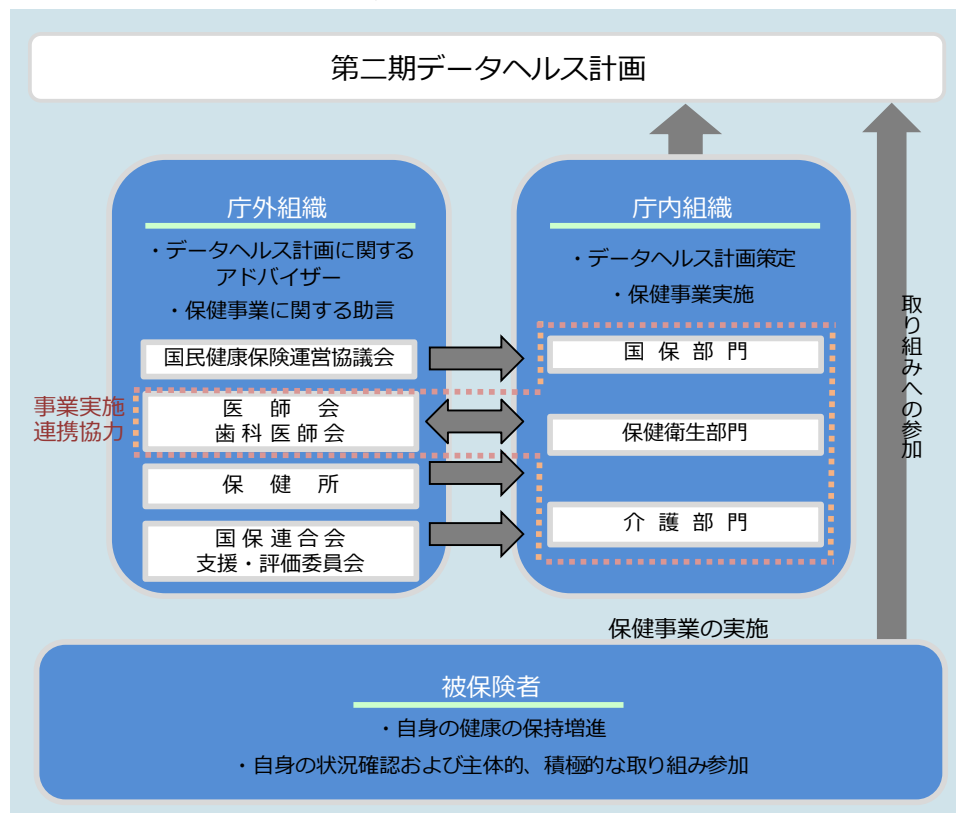
(2) 外部有識者

外部有識者に関しては、奈良県国民健康保険団体連合会における支援・評価委員会を利用し、データヘルス計画の策定において助言をいただきます。また、計画の策定、事業の推進にあたっては、市医師会と開催する保健事業実務者会議等を通じて、連携・協力の体制づくりを図るほか、市歯科医師会等その他関係機関との連携に努めます。

(3) 被保険者

被保険者に関しては、策定した計画を大和郡山市の広報誌やホームページに掲載することにより、健康意識の変容や地域での健康づくりへの参画を期待するものとします。

図 2 実施体制および関係者連携



3) 中間評価の方法

中間評価では、計画時の目標指標に対する評価および個別保健事業の進捗状況や実績を振り返ります。最終的な目標達成に向けて、計画との乖離があれば計画全体の目標および個別保健事業の見直しを行っていきます。

目標指標の評価については、主に数量的データで評価を行うアウトプット、アウトカムに着目し評価を実施します。

アウトプット、アウトカム目標は計画策定時の本市の課題を元に設定しているため、現状の課題の状況も合わせて確認する必要があります。

そのため、「①本市の現状、②計画策定時との課題の比較、③目標の評価」で整理・評価します。

図 3 本報告書の構成

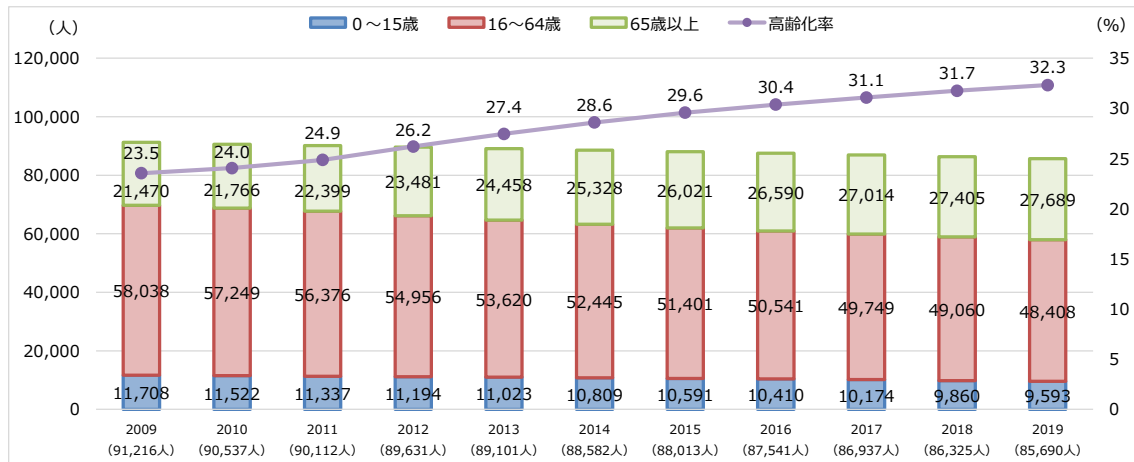
	本報告書の構成																
①	本市の状況 ・第 2 期データヘルス計画策定時に設定した目標は計画策定時の課題を元に設定されていることから、目標設定に関わっている疾病別の医療費など本市の現状を確認します。																
②	計画策定時の課題との比較 ・第 2 期データヘルス計画策定時の課題と現状の課題を比較し、課題の差異を把握します。																
③	目標の評価 ・第 2 期データヘルス計画にて設定した目標に対して、以下の方法で評価を行います。 【個別事業の評価】 1. それぞれの評価指標について策定から現時点までの実績をベースライン値（計画策定時の基準値）と比較し、最終目標の達成が見込まれるか否かを判定しました。 📊 評価判定 <table border="1"><tr><td>a</td><td>: 改善している</td><td>b</td><td>: 変わらない</td><td>c</td><td>: 悪化している</td><td>d</td><td>: 評価困難</td></tr><tr><td>a*</td><td colspan="7">: 改善しているが、現状のままでは最終評価までに目標達成が危ぶまれる</td></tr></table> 2. 指標が改善しているもの、悪化しているもの、それぞれについて成功要因と未達要因の検証を実施しました。 3. 2. の検証をふまえ、指標の見直しや目標達成のための事業内容の見直しを行い、今後の方向性を整理し、計画後半に向けた事業に、見直しの結果を反映させました。 【データヘルス計画全体の評価】 ベースライン時点からの指標の推移を「8. 目標の評価」に示しています。評価判定の基準は、個別事業の評価と同様です。	a	: 改善している	b	: 変わらない	c	: 悪化している	d	: 評価困難	a*	: 改善しているが、現状のままでは最終評価までに目標達成が危ぶまれる						
a	: 改善している	b	: 変わらない	c	: 悪化している	d	: 評価困難										
a*	: 改善しているが、現状のままでは最終評価までに目標達成が危ぶまれる																

2. 本市の状況

1) 人口の推移

経年的に減少傾向となっています。一方、高齢化率は増加傾向にあり、2009 年度は 23.5%でしたが 2019 年度には 32.3%まで上昇しています。

図 4 人口の推移

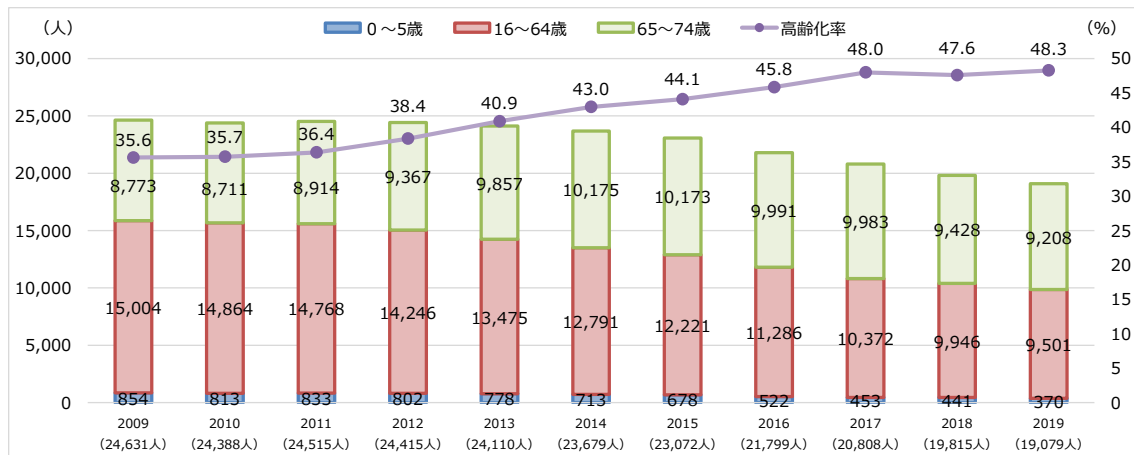


出所：大和郡山市（2009 年度～2019 年度）

2) 国民健康保険の状況

国民健康保険被保険者数は 75 歳以上の加入者が後期高齢者医療制度に移っていることと、健康保険組合や協会けんぽ等への移行が進んでいるため減少傾向となっています。また人口以上に高齢化が進んでおり、全体の 48.3%を 65～74 歳の方で占めています。

図 5 国民健康保険被保険者の構成比較

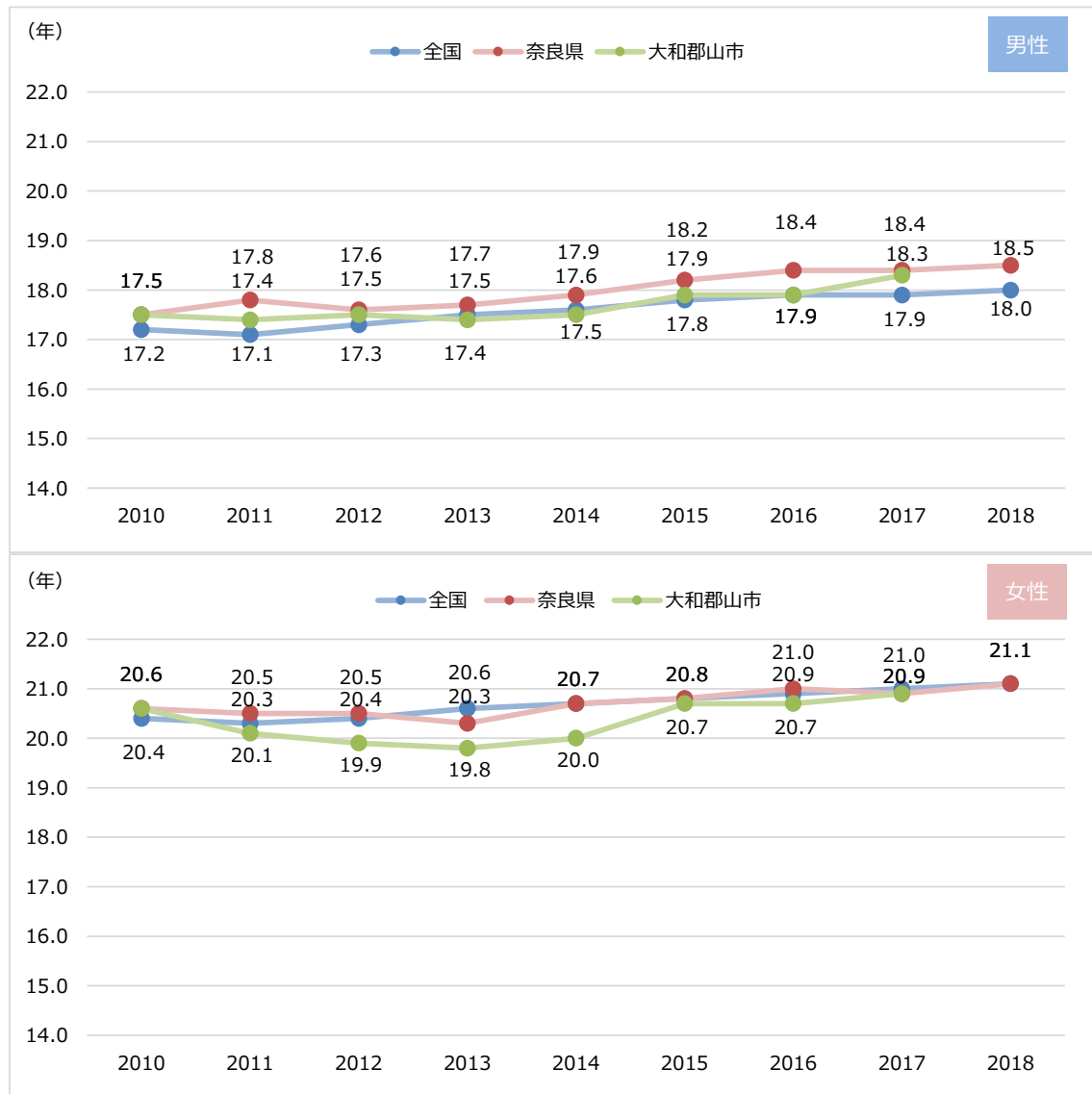


出所：大和郡山市（2009 年度～2019 年度）

3) 健康寿命（65 歳平均自立期間）

男女ともに奈良県平均より下回って推移していますが、徐々に上昇しています。

図 6 健康寿命の推移



※当該年の前後 1 年の値を用いて数値を算出しています。

※健康寿命 =(65 歳時の平均自立期間) = 介護保険制度の要介護 1 までの人を「健康」と位置付けた健康寿命で、65 歳時点において平均してあと何年、「健康」で自立した生活ができるかを示す。

健康寿命 算出方法：健康寿命（65 歳平均自立期間）= 65 歳時の「平均余命 - 平均要介護期間」

出所：奈良県ホームページ「奈良県民の健康寿命」

4) 標準化死亡比（SMR）

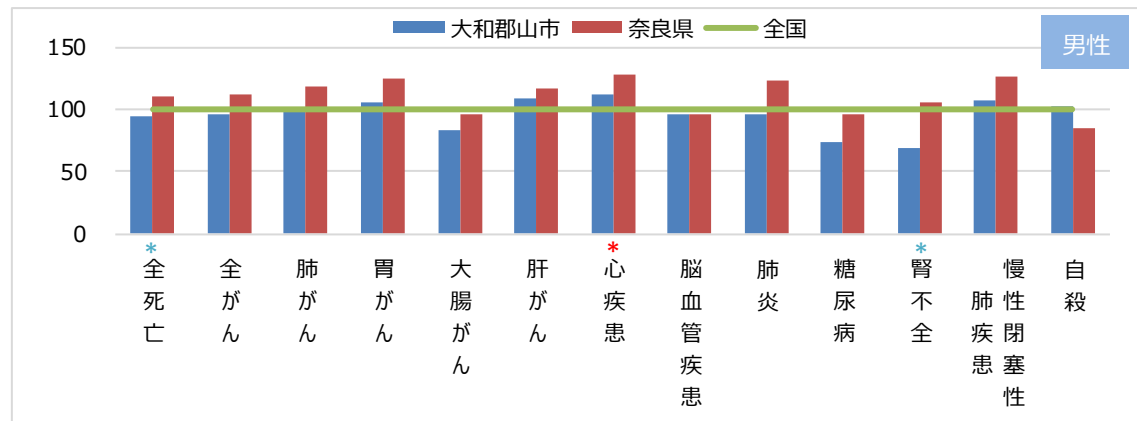
標準化死亡比は、全国と比べて高くなっているものもありますが、奈良県と比較すると男性の自殺以外はすべて下回っている状況です。

性別にみると、男性では心疾患が全国に比べて有意に高くなっています。また胃がん、慢性閉塞性肺疾患などが有意ではないが、全国に比べて高くなっています。腎不全は、全国に比べて有意に低くなっています。

女性では、男性と同様、心疾患が全国に比べて有意に高くなっています。また胃がん、糖尿病、腎不全は、有意ではないが全国に比べて高くなっています。

生活習慣病に関連する疾病が多く含まれているため、生活習慣病予防が SMR の改善に寄与すると考えられます。

図 7 大和郡山市 性別標準化死亡比（男性）



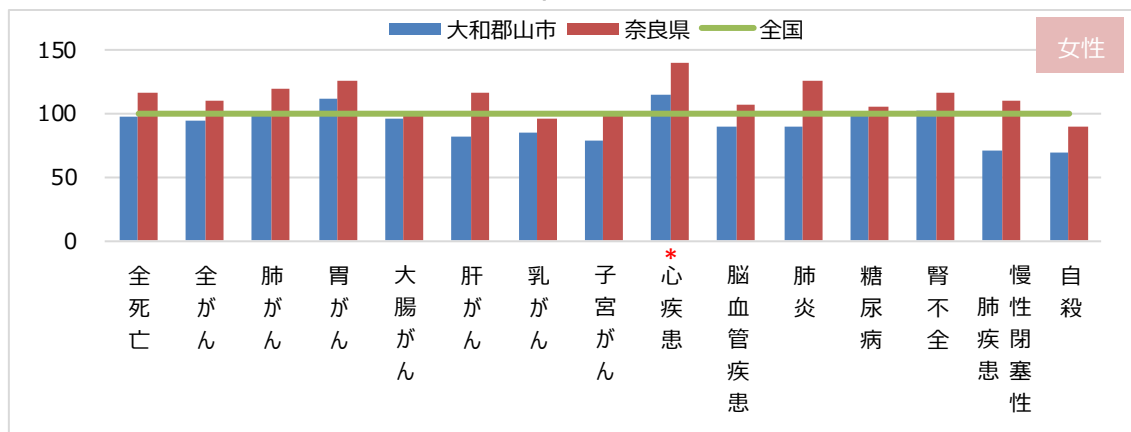
*は全国と比較して大和郡山市が有意に高い *は全国と比較して大和郡山市が有意に低いことを示しています。

出所：奈良県 標準化死亡比（2012 年～2016 年）

男性		全死亡	全がん	肺がん	胃がん	大腸がん	肝がん	心疾患
標準化死亡比	奈良県	111.6	112.9	118.1	124.9	97.1	117.2	129.1
	大和郡山市	94.7	96.8	99.9	106.1	83.5	110.0	112.2
大和郡山市死亡数（人）		2,279	781	194	123	81	79	375

男性		脳血管疾患	肺炎	糖尿病	腎不全	慢性閉塞性肺疾患	自殺
標準化死亡比	奈良県	96.0	122.9	96.1	105.6	127.2	85.3
	大和郡山市	95.8	97.0	74.5	69.3	107.6	102.6
大和郡山市死亡数（人）		192	229	20	30	50	58

図 8 大和郡山市 性別標準化死亡比（女性）



*は全国と比較して大和郡山市が有意に高い

出所：奈良県 標準化死亡比（2012 年～2016 年）

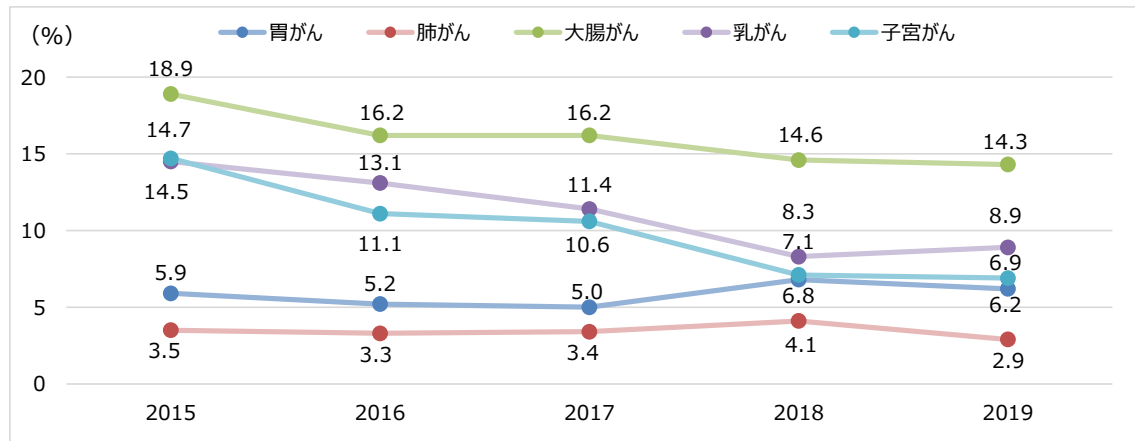
女性		全死亡	全がん	肺がん	胃がん	大腸がん	肝がん	乳がん
標準化 死亡比	奈良県	116.0	109.5	119.9	126.0	100.8	117.2	96.1
	大和郡山市	97.1	94.9	99.0	112.5	96.7	81.2	85.7
大和郡山市 死亡数（人）		2,109	514	75	66	78	30	42

女性		子宮がん	心疾患	脳血管疾患	肺炎	糖尿病	腎不全	慢性閉塞性肺疾患	自殺
標準化 死亡比	奈良県	99.0	140.7	107.8	126.1	105.3	116.1	110.9	89.7
	大和郡山市	78.6	115.1	90.3	90.1	100.8	102.6	70.3	68.6
大和郡山市 死亡数（人）		18	422	189	174	23	46	8	18

5) がん検診受診率の推移

胃がんを除き、各がんの検診受診率は減少傾向となっています。

図 9 がん検診受診率の推移

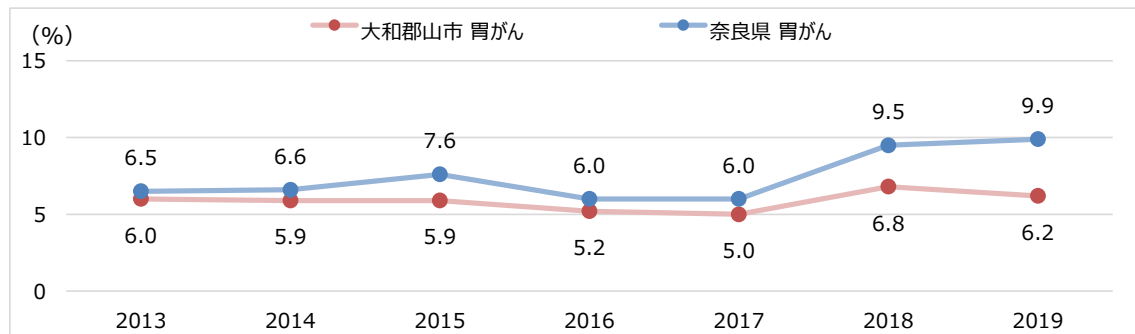


出所：大和郡山市保健事業実績報告書（2015 年度～2019 年度）

胃がんの SMR が男女ともに高いことから、胃がんの検診受診率を奈良県と比較すると、県の値より下回る形で推移し、増減を繰り返しています。

精検受診率は、2015 年度まで減少傾向でしたが、2016 年度以降増加しています。

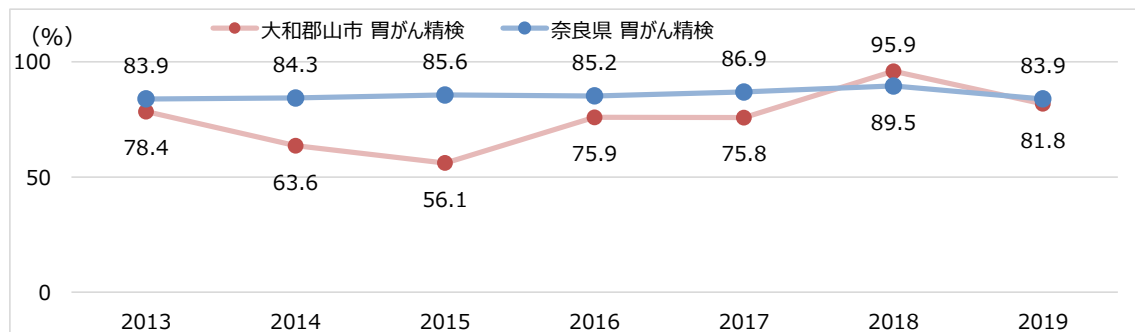
図 10 胃がん検診受診率の推移



※2019 年度奈良県検診受診率は、速報値となります。

出所：大和郡山市保健事業実績報告書（2013 年度～2019 年度）

図 11 胃がん精検受診率の推移



※2019 年度奈良県検診受診率は、速報値となります。

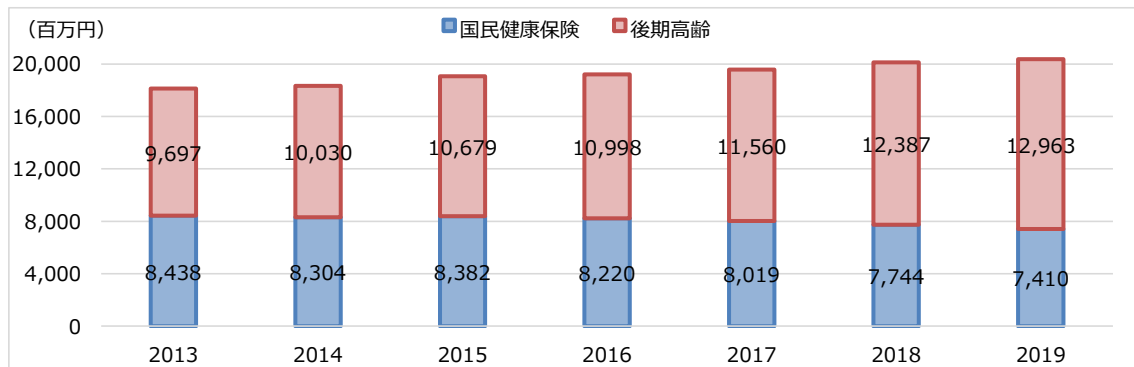
出所：大和郡山市保健事業実績報告書（2013 年度～2019 年度）

3. 医療費の状況

1) 国民健康保険被保険者医療費状況

国民健康保険にかかる医療費は、国保加入者の減少により、2015 年度から減少傾向となっています。一方、後期高齢者にかかる医療費は国民健康保険より多く、増加傾向にあります。

図 12 医療費の推移

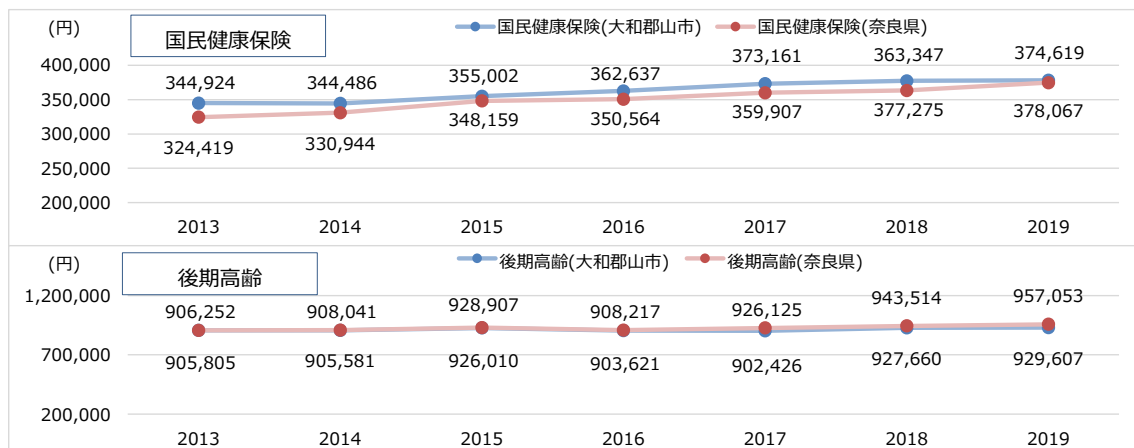


出所：大和郡山市国民健康保険事業年報、奈良県後期高齢者医療保険事業年報

しかしながら、国民健康保険の 1 人当たり医療費は、徐々に増加しています。医療の高度化などの様々な要因が考えられますが、その中で高齢化も 1 つの要因と考えられます。

また、後期高齢の 1 人当たり医療費は国民健康保険より大幅に上回っています。

図 13 被保険者 1 人当たり医療費の推移 (県計比較)



※被保険者 1 人当たり医療費 算出方法：医療費を被保険者数で除しています。

出所：大和郡山市国民健康保険事業年報、奈良県後期高齢者医療保険事業年報

国民健康保険の医療費を疾病ごとに集計し、金額の多い順に示すと、本態性高血圧が約 4 億 3983 万円と最も多く、全体の 6.58%を占めています。次いで慢性腎臓病（旧 2003 年版：慢性腎不全）4.67%、統合失調症 3.66%となっています。

図 14 全レセプトにおける金額別 Top10（主病名一覧）

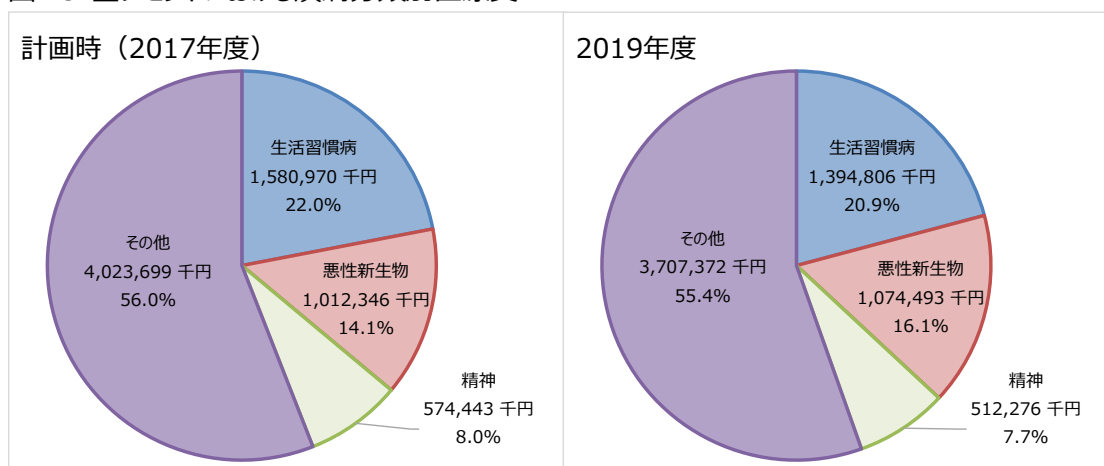
	ICD10	疾病名	費用額(千円) (主病)	
1	I10	本態性(原発性<一次性>)高血圧(症)	439,835	6.58%
2	N18	慢性腎臓病（旧 2003 年版：慢性腎不全）	312,239	4.67%
3	F20	統合失調症	245,027	3.66%
4	E14	詳細不明の糖尿病	162,497	2.43%
5	C34	気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	154,872	2.32%
6	E78	リポタンパク<蛋白>代謝障害及びその他の脂血症	146,746	2.19%
7	I63	脳梗塞	143,031	2.14%
8	E11	2 型<インスリン非依存性>糖尿病<NIDDM>	142,010	2.12%
9	I20	狭心症	131,428	1.96%
10	H52	屈折及び調節の障害	110,271	1.65%
		その他	4,700,991	70.28%
		合計	6,688,946	100.00%

※ICD10「N18」：医療費分析ツール「Focus」の ICD10 2013 年版切り替えに伴い、2003 年版的疾病名「慢性腎不全」から、2013 年版的疾病名「慢性腎臓病」に変更されています。（2013 年版的主な改正理由は WHO 勧告に基づくもの、日本医学会が定める用語に基づく用語適正化に対応した名称の変更）

出所：医療費分析ツール「Focus」（2019 年度）

国民健康保険の医療費を疾病分類別にみると、生活習慣病の割合がもっとも多く、依然として 20%を超える値となっています。悪性新生物が次いで 16.1%となっていますが、計画時よりも医療費も総医療費に占める割合も増加しています。

図 15 全レセプトにおける疾病分類別医療費



用語の定義：生活習慣病 = Focus に基づく基準、悪性新生物 = ICD-10 における C00～C97、精神 = ICD-10 における F00～F99、その他 = 生活習慣病、悪性新生物、精神に該当しない疾病

出所：医療費分析ツール「Focus」

2) 80 万円以上のレセプトにおける疾病別医療費 TOP10

80 万円以上となるレセプトの医療費を疾病ごとに集計し、金額の多い順に示すと、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>が 9,002 万円ともっとも高額であり、全体の 5.46%を占めています。

また、これらの疾病を分類別に再集計すると、図 17 となり、悪性新生物が 26.5%、次いで生活習慣病が 19.4%、精神が 1.3%となっています。

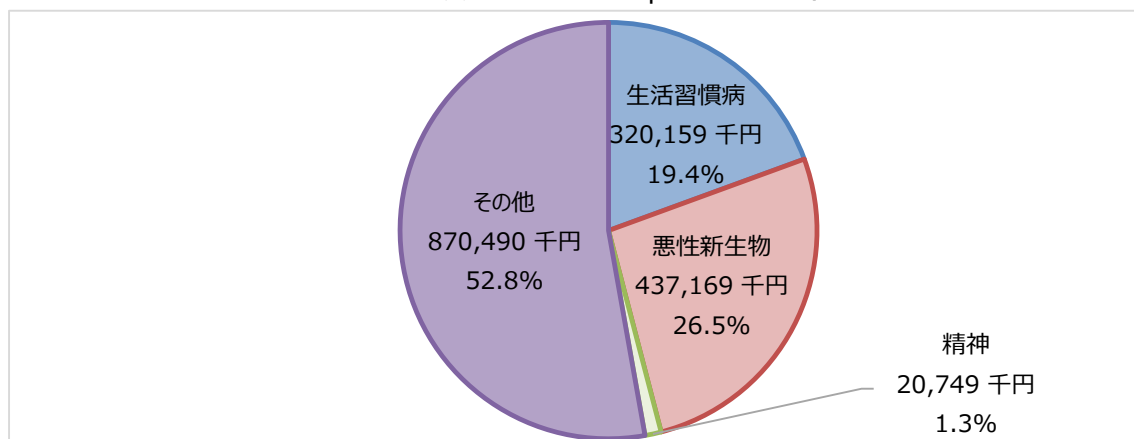
図 16 80 万円以上のレセプトにおける疾病別医療費 Top10（主病名一覧）

	ICD10	疾病名	費用額(千円) (主病)	
1	C34	気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	90,027	5.46%
2	I63	脳梗塞	63,404	3.85%
3	I20	狭心症	60,986	3.70%
4	I61	脳内出血	59,736	3.62%
5	I48	心房細動及び粗動	55,356	3.36%
6	N18	慢性腎臓病（旧 2003 年版：慢性腎不全）	53,481	3.24%
7	M16	股関節症[股関節部の関節症]	38,704	2.35%
8	C16	胃の悪性新生物<腫瘍>	37,699	2.29%
9	C92	骨髄性白血病	33,156	2.01%
10	I50	心不全	31,873	1.93%
		その他	1,124,144	68.19%
		合計	1,648,567	100.00%

※ICD10「N18」：医療費分析ツール「Focus」の ICD10 2013 年版切り替えに伴い、2003 年版の疾病名「慢性腎不全」から、2013 年版の疾病名「慢性腎臓病」に変更されています。（2013 年版の主な改正理由は WHO 勧告に基づくもの、日本医学会が定める用語に基づく用語適正化に対応した名称の変更）

出所：医療費分析ツール「Focus」（2019 年度）

図 17 80 万円以上のレセプトにおける疾病別医療費 Top10（分類別）



用語の定義：生活習慣病 = Focus に基づく基準、悪性新生物 = ICD-10 における C00～C97、精神 = ICD-10 における F00～F99、その他 = 生活習慣病、悪性新生物、精神に該当しない疾病

出所：医療費分析ツール「Focus」（2019 年度）

3) 長期入院レセプトにおける疾病別医療費 TOP10

長期入院（6ヶ月以上入院）となるレセプトを合算し、多くの割合を占める順に示すと、統合失調症が1億6,265千円ともっとも高額であり、全体の18.15%を占めています。

また、これらの疾病を分類別に再集計すると、図19となり、精神が32.1%、次いで生活習慣病が17.6%、悪性新生物が12.2%となっています。

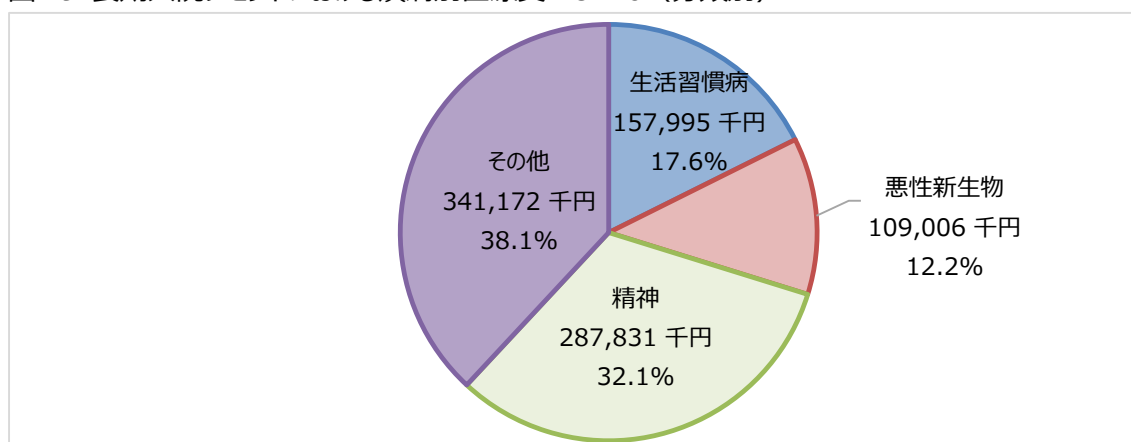
図18 長期入院レセプトにおける疾病別医療費 TOP10（主病名一覧）

	ICD10	疾病名	費用額(千円) (主病)	
1	F20	統合失調症	162,650	18.15%
2	I61	脳内出血	63,034	7.04%
3	G80	脳性麻痺	47,337	5.28%
4	N18	慢性腎臓病（旧 2003 年版：慢性腎不全）	42,955	4.79%
5	F32	うつ病エピソード	33,994	3.79%
6	I63	脳梗塞	33,771	3.77%
7	G40	てんかん	29,112	3.25%
8	J21	急性細気管支炎	20,764	2.32%
9	F84	広汎性発達障害	17,422	1.94%
10	F31	双極性感情障害＜躁うつ病＞	15,988	1.78%
		その他	428,977	47.88%
		合計	896,004	100.00%

※ICD10「N18」：医療費分析ツール「Focus」の ICD10 2013 年版切り替えに伴い、2003 年版の疾病名「慢性腎不全」から、2013 年版の疾病名「慢性腎臓病」に変更されています。（2013 年版の主な改正理由は WHO 勧告に基づくもの、日本医学会が定める用語に基づく用語適正化に対応した名称の変更）

出所：医療費分析ツール「Focus」（2019 年度）

図19 長期入院レセプトにおける疾病別医療費 TOP10（分類別）



用語の定義:生活習慣病 = Focus に基づく基準,悪性新生物 = ICD-10 における C00～C97,精神 = ICD-10 における F00～F99,その他 = 生活習慣病、悪性新生物、精神に該当しない疾病

出所：医療費分析ツール「Focus」（2019 年度）

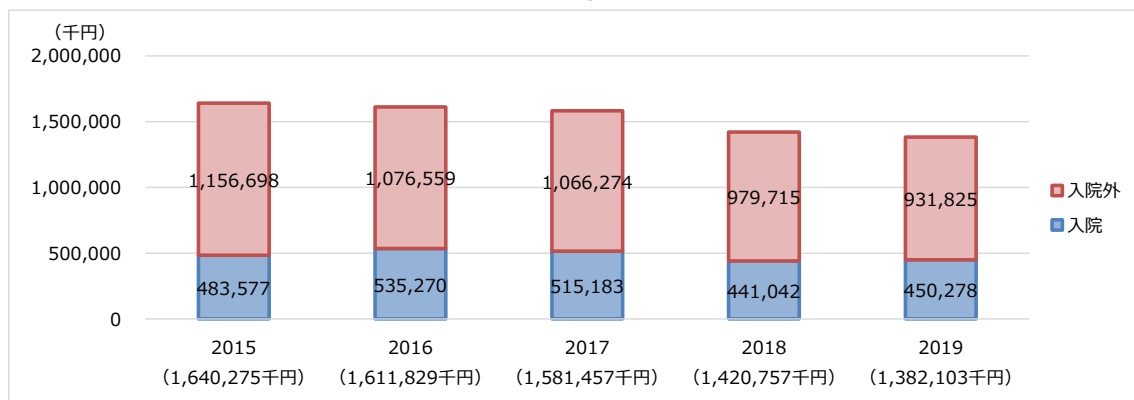
4) 生活習慣病の医療費

生活習慣病にかかる医療費は、総医療費と同様に減少傾向となっています。

生活習慣病医療費、1人当たり医療費を入院、入院外別にみると、入院外にかかる医療費が生活習慣病にかかる医療費の約7割を占めています。一方1人当たり医療費は入院が入院外を大きく上回っています。

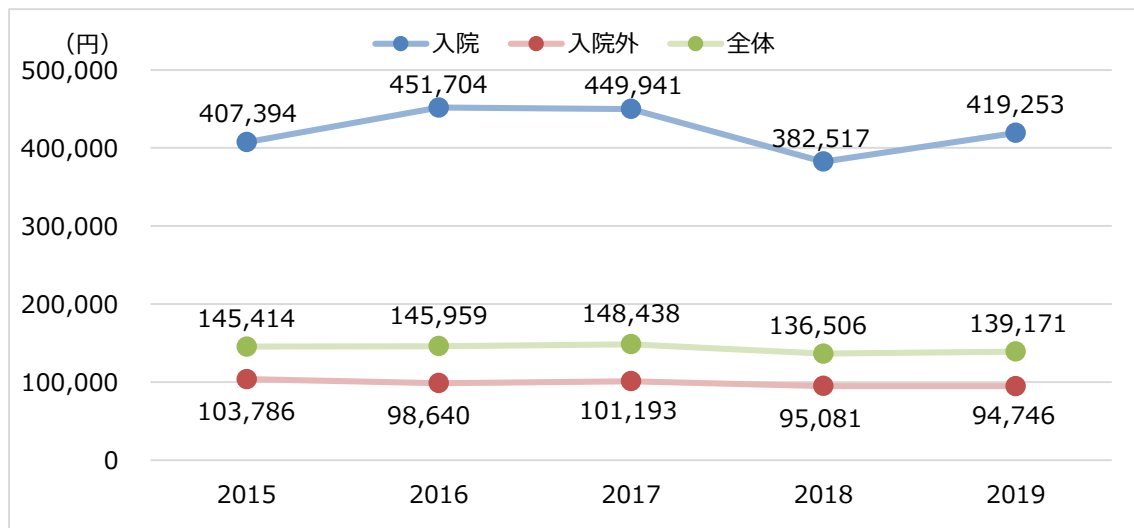
1人当たり医療費について、全体、入院外ともに近年は横ばいとなっています。入院は2018年度に大きく減少していますが、2019年度には36,736円増加しています。

図 20 生活習慣病にかかる医療費（入院・入院外）



出所：医療費分析ツール「Focus」（2015年度～2019年度）

図 21 生活習慣病にかかる患者1人当たり医療費（入院・入院外）



出所：医療費分析ツール「Focus」（2015年度～2019年度）

5) 人工透析患者の状況

人工透析患者数は80人、医療費は約4億1,376万円であり、1人当たり医療費は約517万円となっています。

また上記のうち、生活習慣病に由来する人工透析患者数は53人存在し、医療費は約2億2,185万円、1人当たり医療費は約419万円となっています。人工透析の治療が発生する段階になると大きな医療費と治療の負担が発生するため、重症化に至らないように早期の予防対策が必要となります。

図 22 人工透析患者数および医療費

	患者数(人)	医療費(円)	患者 1 人当たり費用額(円)
全体 (実件数)	80	413,764,910	5,172,061
生活習慣病由来の人工透析 (再掲)	53	221,850,040	4,185,850

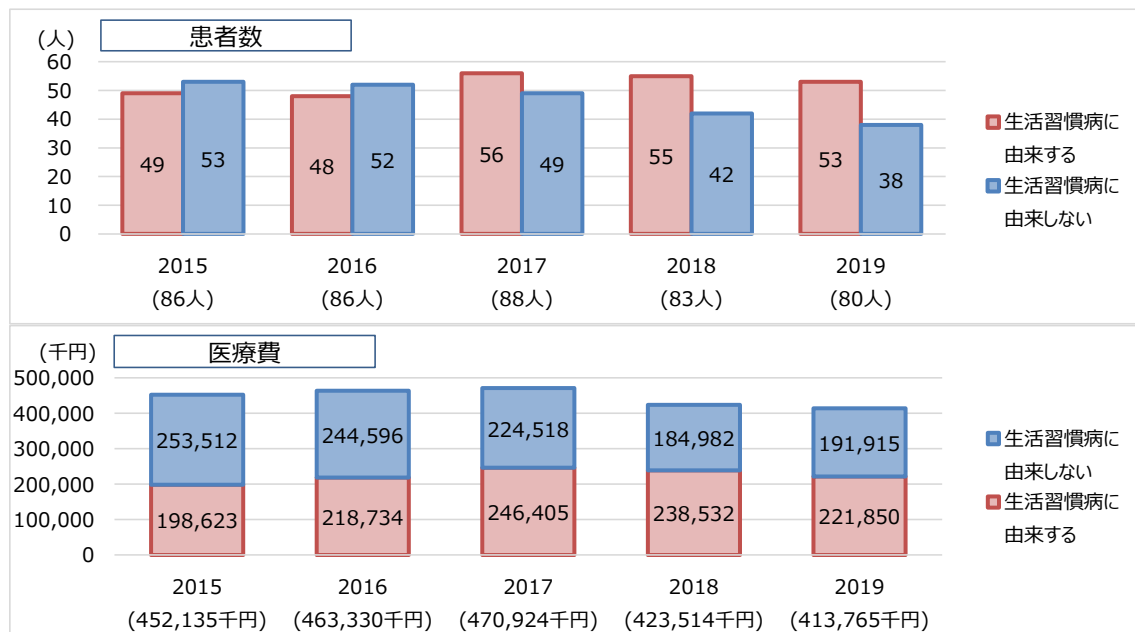
※患者 1 人当たり医療費 算出方法：医療費を患者数で除しています。

※生活習慣病由来の人工透析：人工透析患者のうち、巻末資料「医療費分析ツール「Focus」 生活習慣病の定義」の「糖尿病性合併症群（慢性腎臓病）」と診断された方となります。

出所：医療費分析ツール「Focus」（2019 年度）

生活習慣病由来の人工透析患者数および医療費を経年でみると、2017 年度以降減少傾向となっています。

図 23 生活習慣病由来の人工透析患者数および医療費推移



※患者数の括弧内は、患者数、医療費の括弧内は、全体医療費となります。

※患者数：レセプトにて生活習慣病由来するかどうかを判定しているため、いずれにも該当する場合があります。

出所：医療費分析ツール「Focus」（2015 年度～2019 年度）

慢性腎不全による人工透析導入への進行を阻止するためには、末期腎不全の危険因子である慢性腎不全（CKD）の早期治療への対策が重要となります。CKDの発症と重症化には、高血圧、高血糖、肥満、喫煙、食塩の過剰摂取などの生活習慣が関与しています。

CKDの重症度を踏まえた保健指導や受診勧奨、さらにはかかりつけ医との連携による腎臓専門医への紹介などの対策に取り組む必要があります。

計画策定時と比較して、G3b、G4の対象者数が増加しています。

図 24 eGFR 区分による分類（CKD 重症度分類）

原疾患			糖尿病 高血圧・腎炎など		正常 正常	微量アルブミン尿 軽度蛋白尿		顕性アルブミン尿 高度蛋白尿
			尿蛋白区分		A1	A2		A3
GFR区分 (ml/分/1.73m ²)			尿検査・GFR 共に実施 5,129人	(-) or (±)	(+)	【再掲】 尿潜血+以上	(++) 以上	
				4,807人	242人	0人	77人	
				93.7%	4.7%	0.0%	1.5%	
G1	正常 または高値	90以上	457人	435人	20人	0人	2人	
			8.9%	95.2%	4.4%	0.0%	0.4%	
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	3,629人	3,421人	164人	0人	41人	
			70.7%	94.3%	4.5%	0.0%	1.1%	
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	938人	876人	39人	0人	23人	
			18.3%	93.4%	4.2%	0.0%	2.5%	
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	89人	68人	14人	0人	7人	
			1.7%	76.4%	15.7%	0.0%	7.9%	
G4	高度低下	15-30 未満	15人	7人	5人	0人	3人	
			0.3%	46.7%	33.3%	0.0%	20.0%	
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	1人	0人	0人	0人	1人	
			0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	

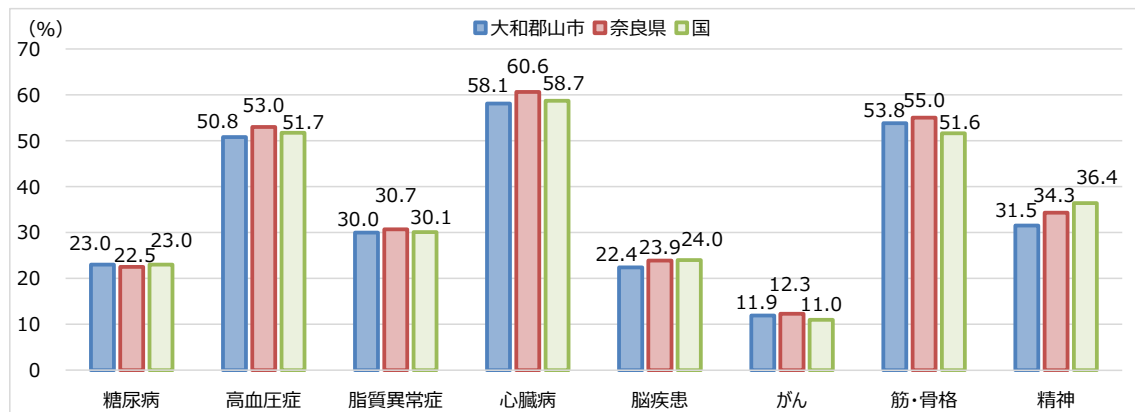
出所：医療費分析ツール「Focus」（2019年度）

6) 介護認定者の有病状況

介護認定者の有病状況をみると、心臓病、筋・骨格、高血圧症の順番で多くなっており、糖尿病の有病率が国と並び県を上回っています。

国民生活基礎調査によると、全国的な傾向として、要介護 3 以上の介護が必要となった主な原因として脳血管疾患（脳卒中）がもっとも多くなっていることから、介護予防に関しても同じように生活習慣病予防が必要であると考えられます。

図 25 介護認定者の有病状況



出所：大和郡山市（2019 年度）

健康寿命の延伸や医療費の適正化を図るため、生活習慣病予防の他に、フレイル予防が必要となります。フレイル予防は、健康な状態とサポートが必要な介護状態の間を意味します。高齢者においては、特にフレイルが発症しやすいことが分かっており、高齢化率が増加している中、介護状態にならないためにもフレイル予防は重要となります。

フレイル予防として、栄養（食・口腔機能）・運動・社会参加の 3 つの柱となっています。特に口腔機能の維持は、健康増進や生活の質の向上のために重要であり、大和郡山市でも口腔健診事業を実施しています。

7) 生活習慣病の状況

(1) 基礎疾患・重症化疾患群の考え方

生活習慣病を基礎疾患と重症化疾患群に大きく分けます。

基礎疾患は、高血圧症、脂質異常症、糖尿病が該当します。

重症化疾患群は、虚血性心疾患群、脳血管疾患群、糖尿病性合併症群の3種類に分類されています。また、各重症化疾患群には以下の図のような疾病が含まれています。

図 26 基礎疾患・重症化疾患群の内訳

基礎疾患	高血圧症	
	脂質異常症	
	糖尿病	
重症化疾患群	虚血性心疾患群	狭心症・心不全・心筋梗塞 等
	脳血管疾患群	脳梗塞・脳出血 等
	糖尿病性合併症群	腎不全・糖尿病性腎症 等

※腎不全は、レセプトに糖尿病が記載されている場合に限りです。

医療費分析ツール「Focus」における生活習慣病の詳細な定義に関しては、巻末資料参照

出所：医療費分析ツール「Focus」

図 27 新規患者・既存患者の考え方

【新規患者】

基礎疾患	過去3年間で一度も糖尿病と判定されず、今年度に糖尿病と判定された方
または	過去3年間で一度も高血圧症と判定されず、今年度に高血圧症と判定された方
または	過去3年間で一度も脂質異常症と判定されず、今年度に脂質異常症と判定された方

重症化疾患群	過去3年間で一度もいずれかの重症化疾患群と判定されず、今年度にいずれかの重症化疾患群と判定された方
--------	---

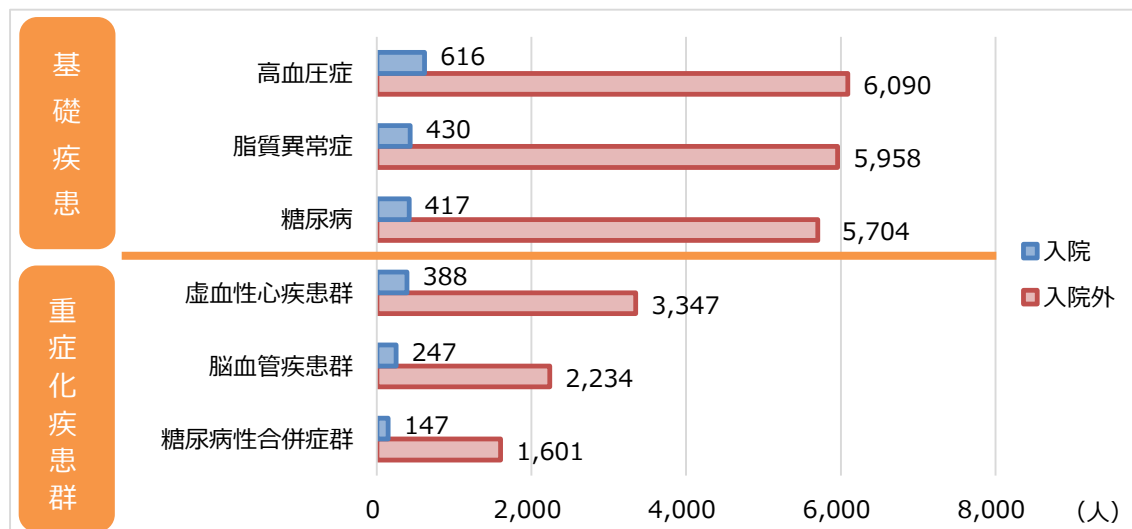
【既存患者】

基礎疾患・重症化疾患群	新規患者の定義に該当しない方
-------------	----------------

(2) 基礎疾患・重症化疾患群の人数

基礎疾患・重症化疾患群別の人数では、基礎疾患や入院外の人数が多くなっています。また、基礎疾患では高血圧症が、重症化疾患群では虚血性心疾患群が多くなっています。

図 28 基礎疾患・重症化疾患群の患者数

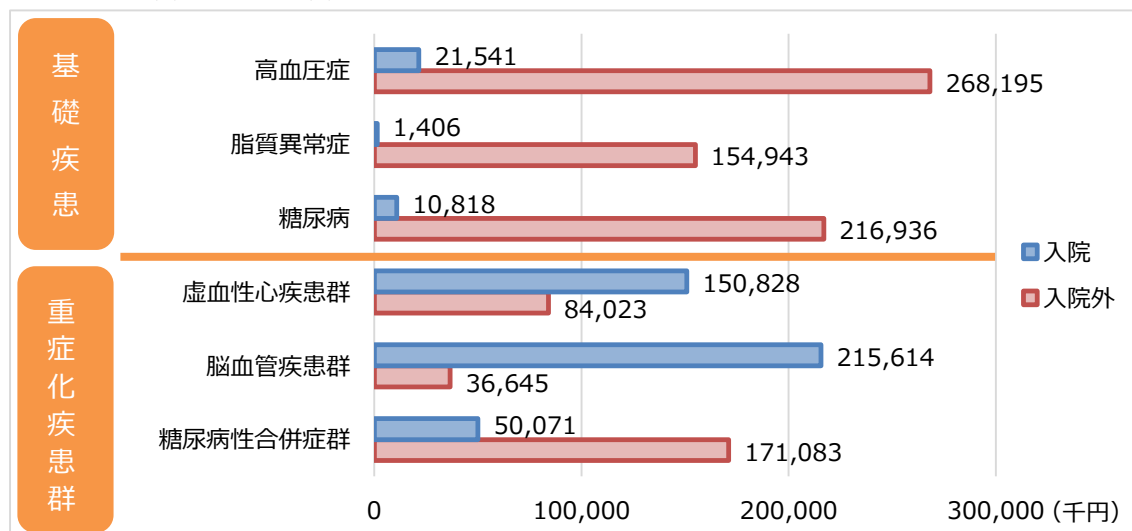


出所：医療費分析ツール「Focus」（2019年度）

(3) 基礎疾患・重症化疾患群にかかる医療費

基礎疾患・重症化疾患群別の医療費は、高血圧症（入院外）がもっとも高く、次いで糖尿病（入院外）、脳血管疾患群（入院）となっていることが分かります。

図 29 基礎疾患・重症化疾患群にかかる医療費

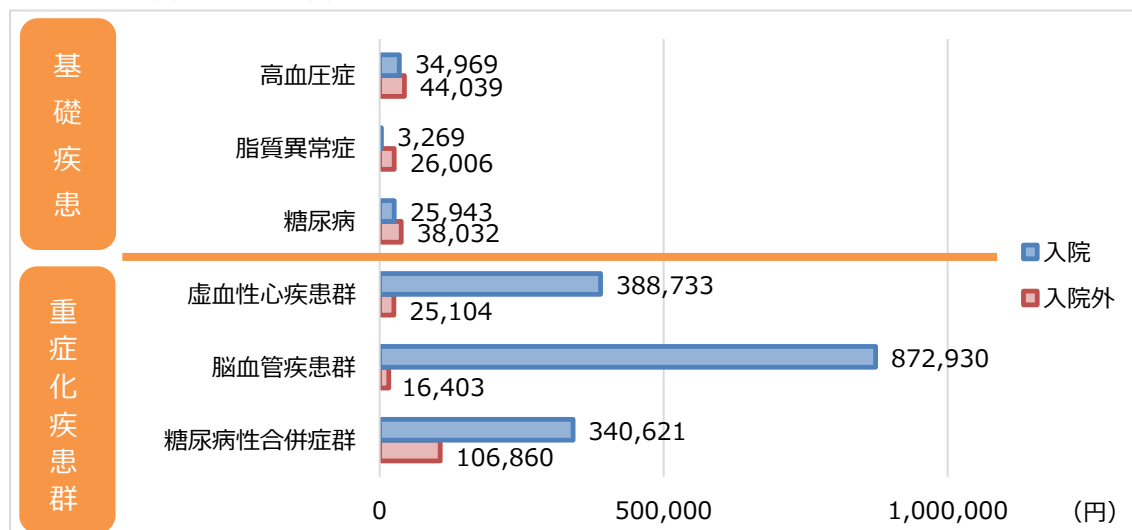


出所：医療費分析ツール「Focus」（2019年度）

(4) 基礎疾患・重症化疾患群にかかる患者 1 人当たり医療費

基礎疾患・重症化疾患群別の患者 1 人当たり医療費は、基礎疾患と比較して重症化疾患群が高額となっています。中でも、脳血管疾患群の入院における 1 人当たり医療費がもっとも高額となっています。

図 30 基礎疾患・重症化疾患群の患者 1 人当たり医療費



※1 人当たり医療費 算出方法：各疾病の医療費を各疾病の治療者数で除しています。

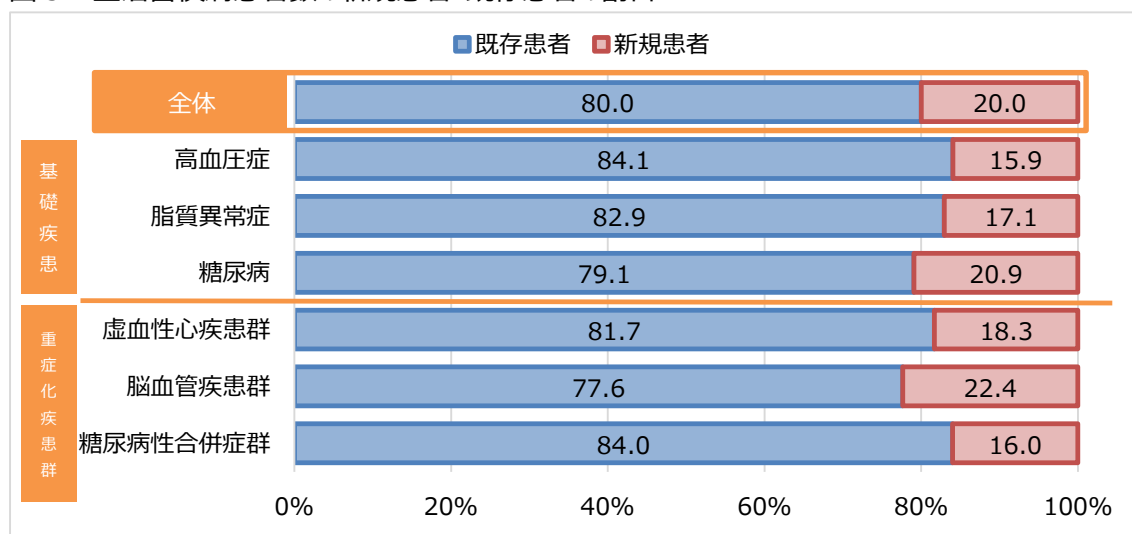
出所：医療費分析ツール「Focus」（2019 年度）

(5) 生活習慣病の新規患者・既存患者の割合

生活習慣病の新規患者・既存患者の人数割合をみると、全体では、新規患者が20.0%、既存患者が80.0%となっています。

新規患者の割合に着目すると、脳血管疾患群は22.4%、次いで糖尿病は20.9%となっており、新規患者の割合が全体の新規患者割合より多くなっています。

図 31 生活習慣病患者数の新規患者・既存患者の割合



	既存患者数（人）	新規患者数（人）
全体	7,945	1,986
高血圧症	5,172	981
脂質異常症	4,990	1,026
糖尿病	4,568	1,208
虚血性心疾患群	2,776	623
脳血管疾患群	1,791	516
糖尿病性合併症群	1,365	260

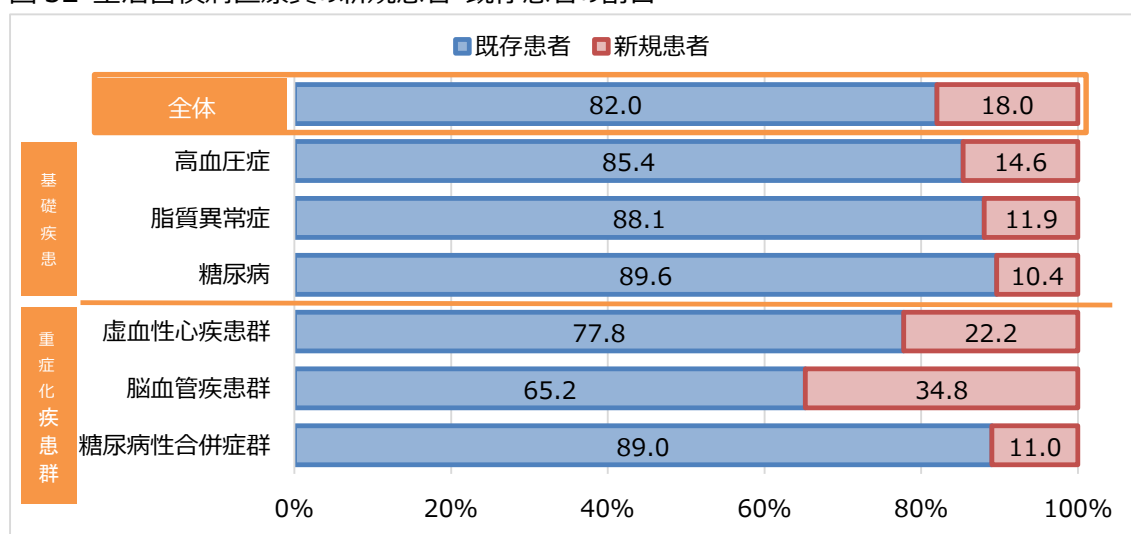
出所：医療費分析ツール「Focus」（2019年度）

(6) 生活習慣病医療費の新規患者・既存患者の割合

生活習慣病医療費の新規患者・既存患者の割合をみると、生活習慣病医療費全体では、新規患者が 18.0%、既存患者が 82.0%となっています。

新規患者の割合に着目すると、脳血管疾患群は 34.8%、次いで虚血性心疾患群は 22.2%となっており、新規患者の割合が全体の新規患者割合より多くなっています。

図 32 生活習慣病医療費の新規患者・既存患者の割合



	既存患者 医療費 (円)	新規患者 医療費 (円)
全体	1,133,166,394	248,936,451
高血圧症	247,323,866	42,411,840
脂質異常症	137,679,077	18,669,596
糖尿病	204,147,264	23,606,356
虚血性心疾患群	182,660,726	52,191,091
脳血管疾患群	164,525,734	87,733,001
糖尿病性合併症群	196,829,727	24,324,567

出所：医療費分析ツール「Focus」（2019 年度）

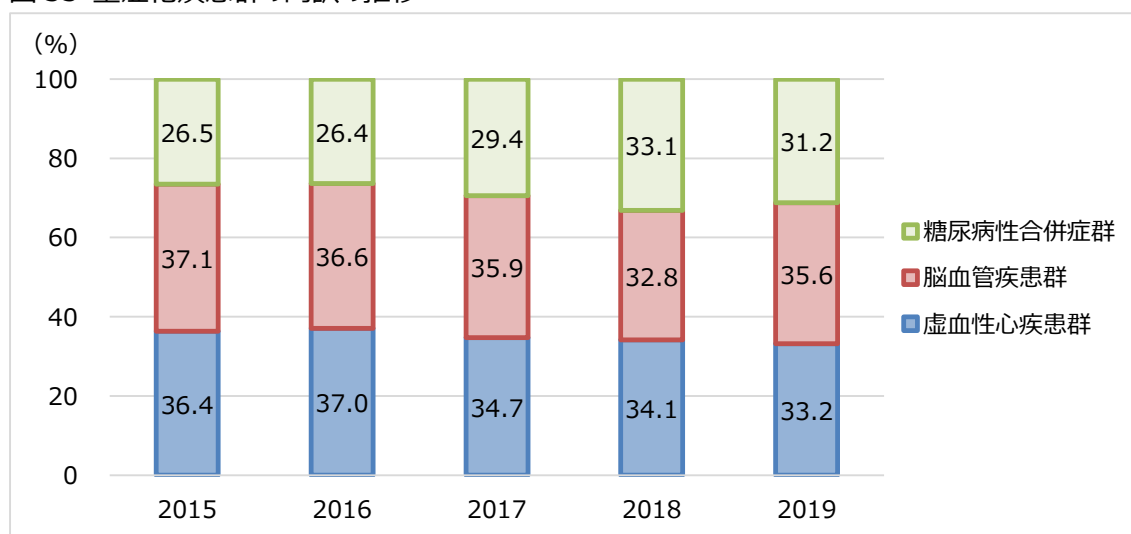
(7) 重症化疾患群の医療費

① 重症化疾患群の医療費の内訳

重症化疾患群の医療費の内訳は、脳血管疾患群が 35.6%と最も多く、次いで虚血性心疾患群 33.2%、糖尿病性合併症群 31.2%となっています。

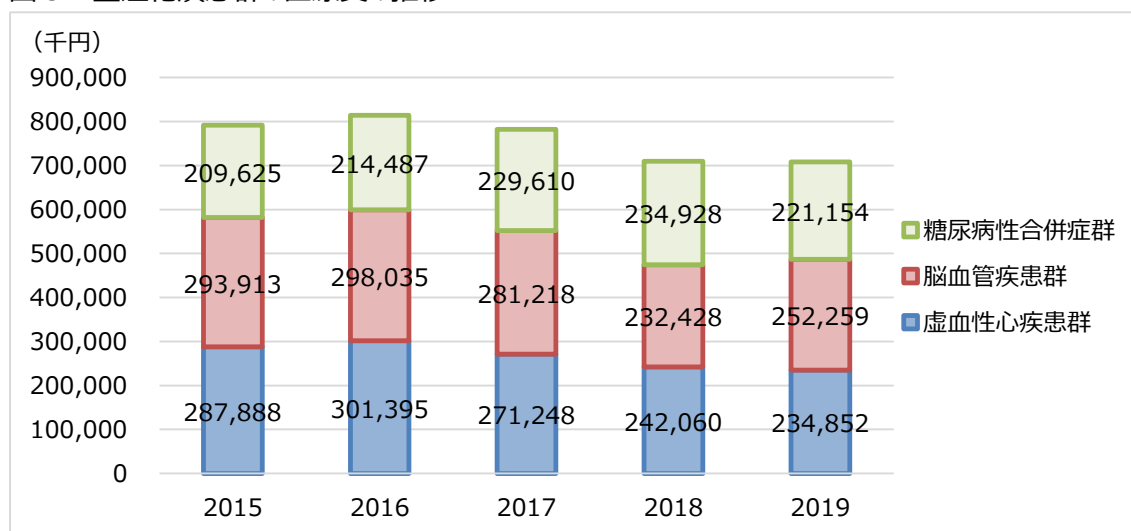
2015 年度医療費と比較してみると、脳血管疾患群、虚血性心疾患群は減少していますが、糖尿病合併症群は増加しています。

図 33 重症化疾患群の内訳の推移



出所：医療費分析ツール「Focus」（2015 年度～2019 年度）

図 34 重症化疾患群の医療費の推移

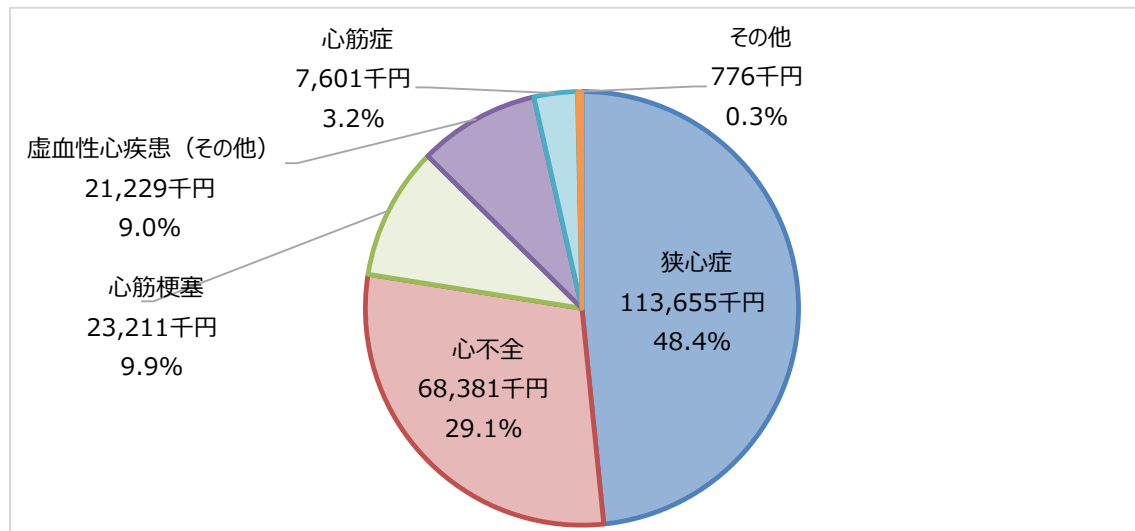


出所：医療費分析ツール「Focus」（2019 年度）

② 虚血性心疾患群の医療費の内訳

虚血性心疾患群の医療費の内訳は、狭心症が 48.4%と最も多く、次いで心不全 29.1%、心筋梗塞 9.9%となっています。

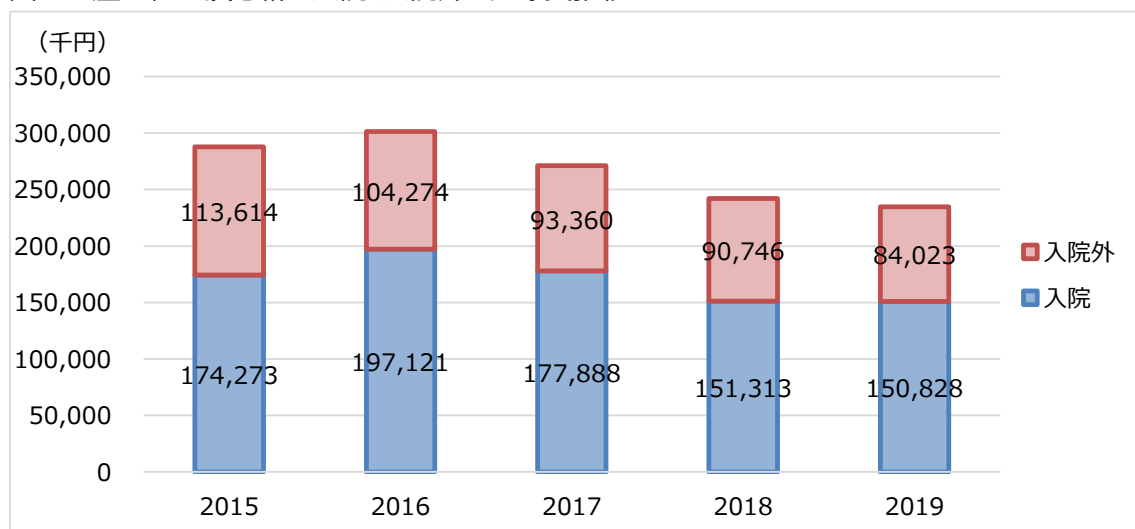
図 35 虚血性心疾患群の医療費の内訳



出所：医療費分析ツール「Focus」（2019 年度）

虚血性心疾患群の医療費は、2017 年度より医療費は減少傾向にあるものの、入院、入院外での比較では、入院にかかる医療費が上回っています。

図 36 虚血性心疾患群の入院・入院外の医療費推移

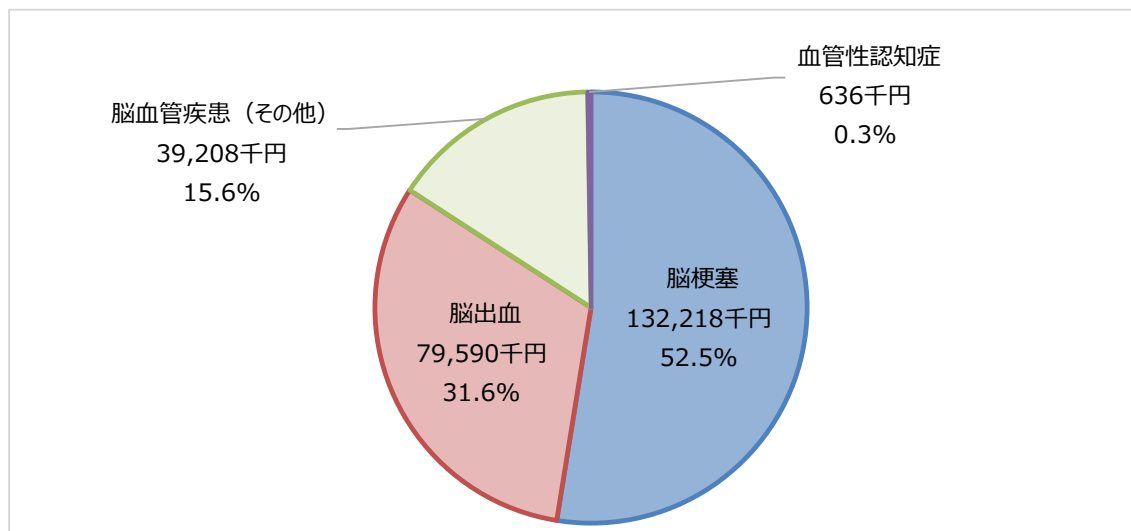


出所：医療費分析ツール「Focus」（2015 年度～2019 年度）

③ 脳血管疾患群の医療費の内訳

脳血管疾患群の医療費の内訳は、脳梗塞 52.5%と最も多くなっており、次いで、脳出血 31.6%となっています。

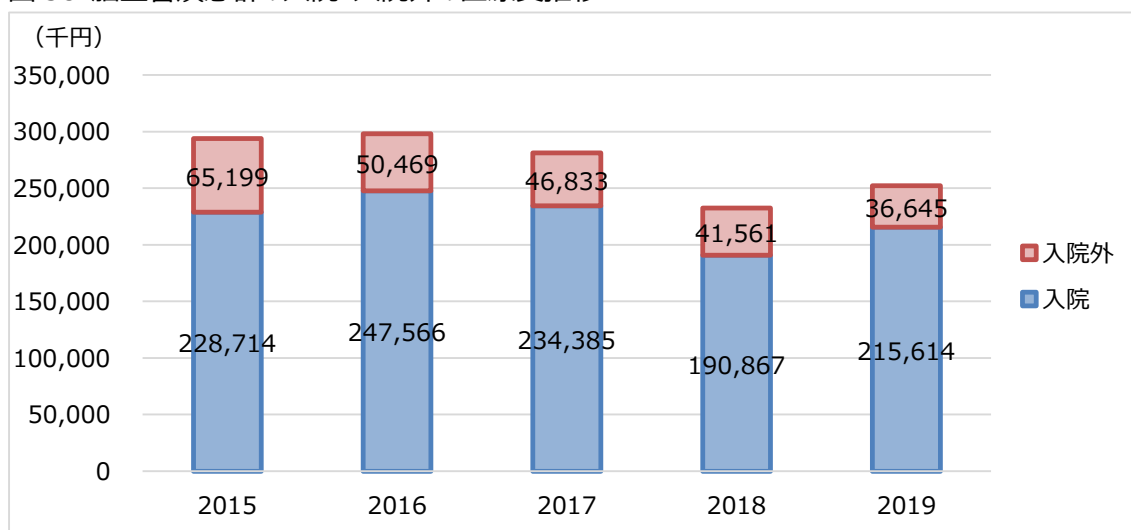
図 37 脳血管疾患群の医療費の内訳



出所：医療費分析ツール「Focus」（2019 年度）

脳血管疾患群にかかる医療費は、重症化疾患群の中でもっとも高額となっています。毎年入院医療費が入院外医療費を大きく上回っています。

図 38 脳血管疾患群の入院・入院外の医療費推移

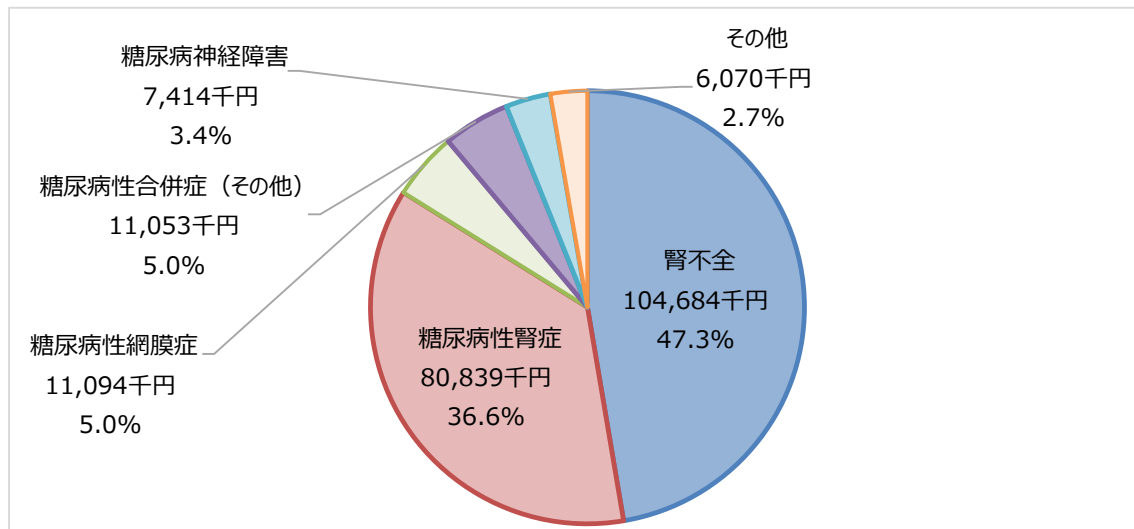


出所：医療費分析ツール「Focus」（2015 年度～2019 年度）

④ 糖尿病性合併症群の医療費の内訳

糖尿病性合併症群の医療費の内訳は、腎不全が 47.3%と最も多く、次いで、糖尿病性腎症 36.6%となっています。

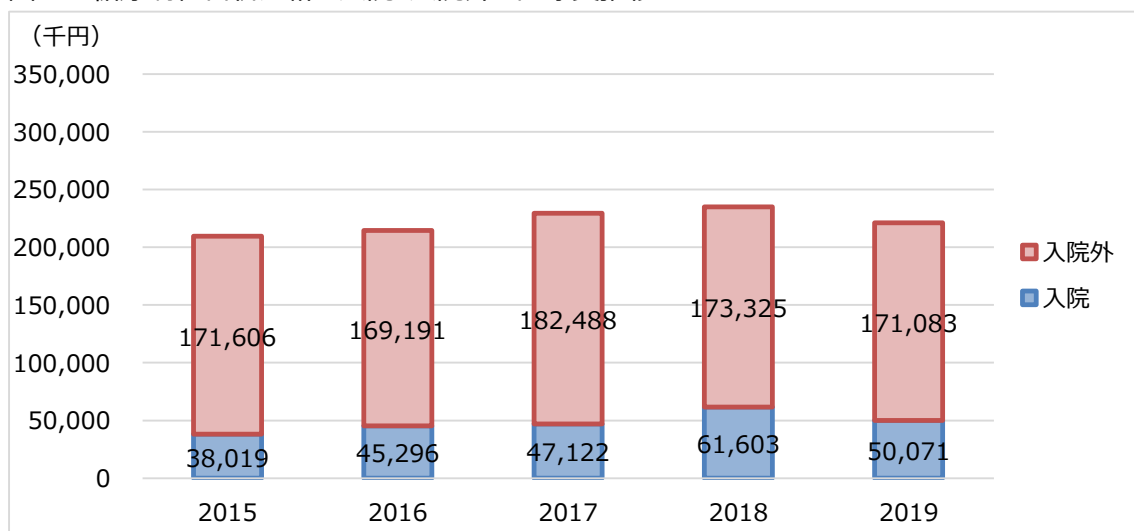
図 39 糖尿病性合併症群の医療費の内訳



出所：医療費分析ツール「Focus」（2019 年度）

糖尿病性合併症群の医療費は、入院外にかかる医療費が大部分を占めています。

図 40 糖尿病性合併症群の入院・入院外の医療費推移

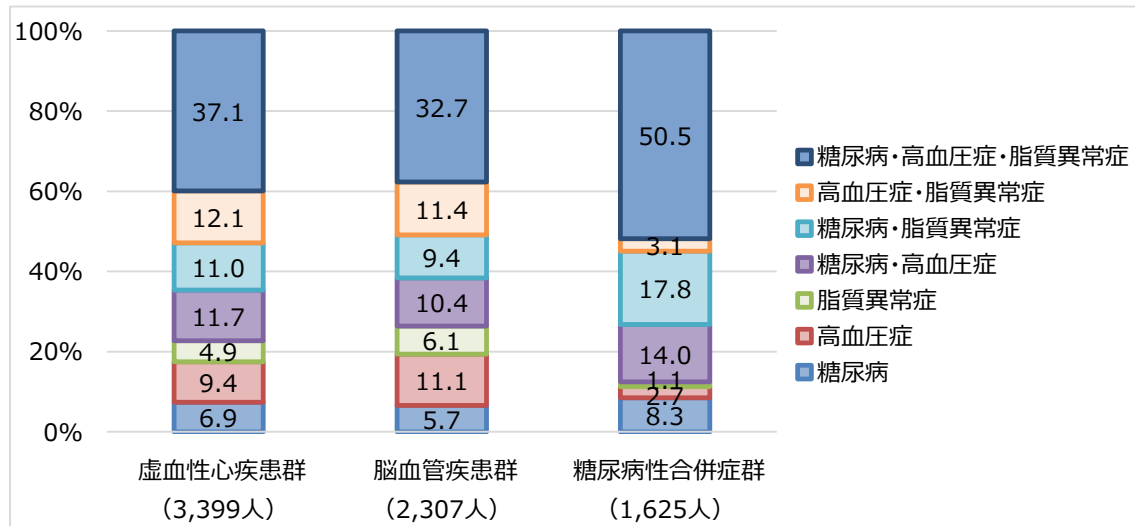


出所：医療費分析ツール「Focus」（2015 年度～2019 年度）

(8) 重症化疾患群患者の基礎疾患の重なり

重症化疾患群患者の基礎疾患保有状況は、「高血圧症・脂質異常症」など複数の基礎疾患を保有している方が多く、いずれの重症化疾患群においても「高血圧症・脂質異常症・糖尿病」の3つの基礎疾患を保有している方がもっとも多くなっています。

図 41 重症化疾患群患者の基礎疾患保有状況



出所：医療費分析ツール「Focus」（2019年度）

4. 特定健診に関する分析

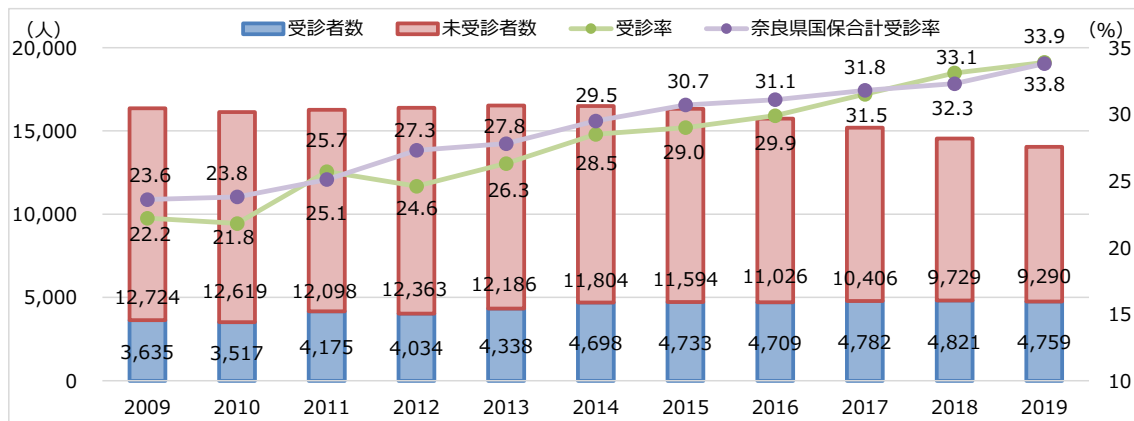
本章において、全体の受診率の把握は法定報告値を使用し、詳細な分析に関しては医療費分析ツール「Focus」を使用します。

1) 特定健診の受診状況

(1) 特定健診受診率の推移および県内順位

特定健診受診率は、2012 年度に多少減少したものの、徐々に受診率は増加し、2019 年度には 33.9%に達しています。

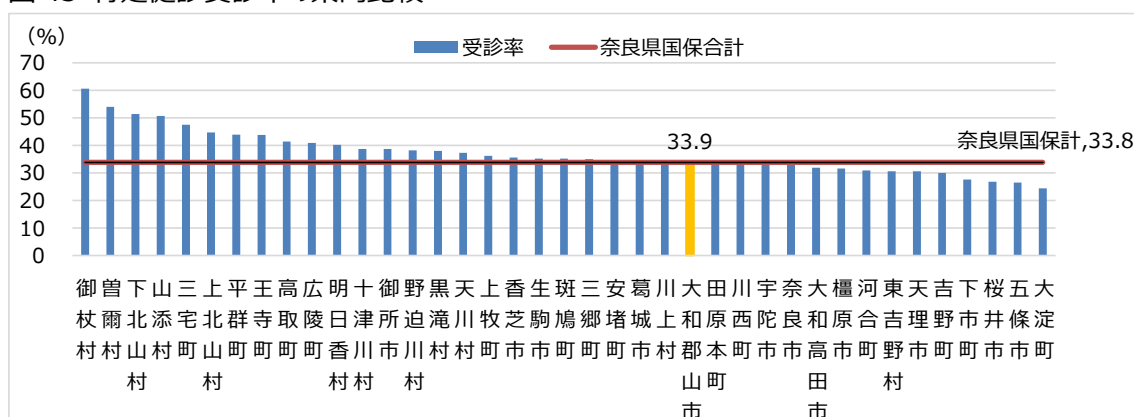
図 42 特定健診受診者・対象者・受診率の推移



出所：特定健診等データ管理システム 法定報告値（2009 年度～2019 年度）

県内他市町村と比較すると、奈良県国保計 33.8%を 0.1 ポイント上回っており、県内自治体の 25 番目（計画時 29 番目）に位置しています。

図 43 特定健診受診率の県内比較

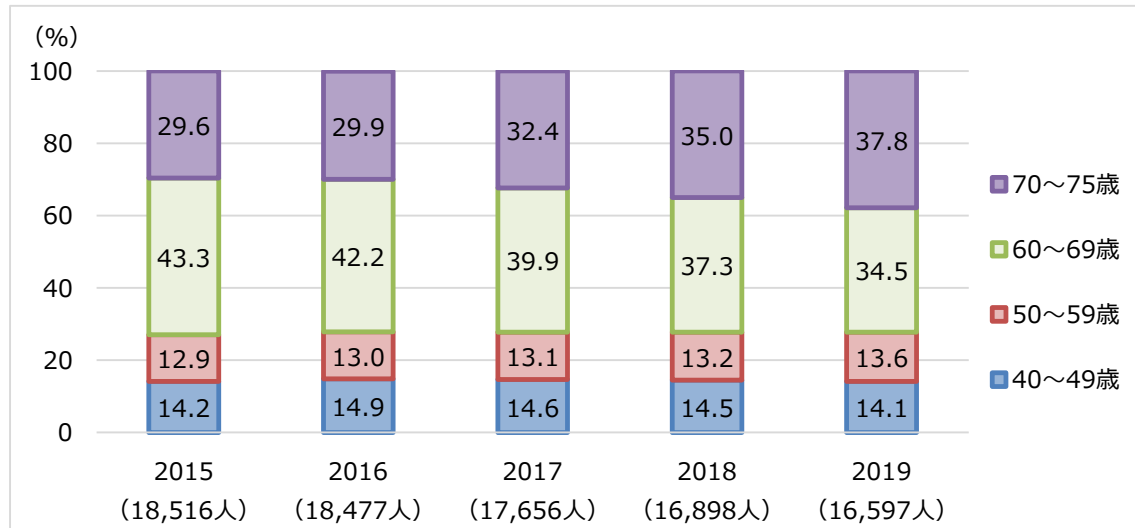


出所：特定健診等データ管理システム 法定報告値（2019 年度）

(2) 特定健診対象者の年齢構造

特定健診の対象者は、60 歳以上が 72.3%を占めている状況です。

図 44 特定健診対象者の年齢構造



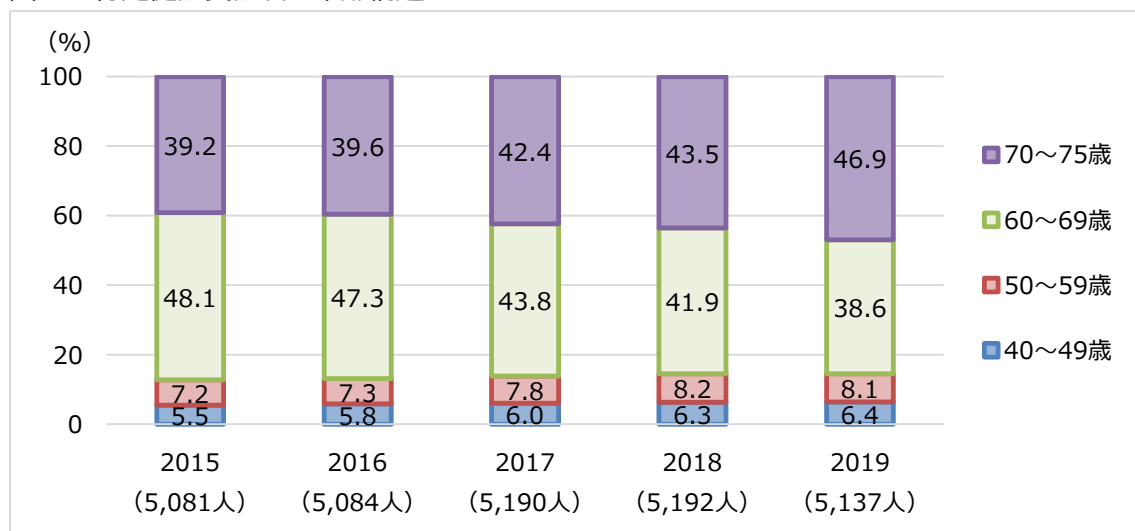
※年度末年齢で表記しています。

出所：医療費分析ツール「Focus」（2015 年度～2019 年度）

(3) 特定健診受診者の年齢構造

特定健診の受診者は、対象者よりも 60 歳以上の割合が大きくなり、全体の 85.5%を占めている状況です。

図 45 特定健診受診者の年齢構造



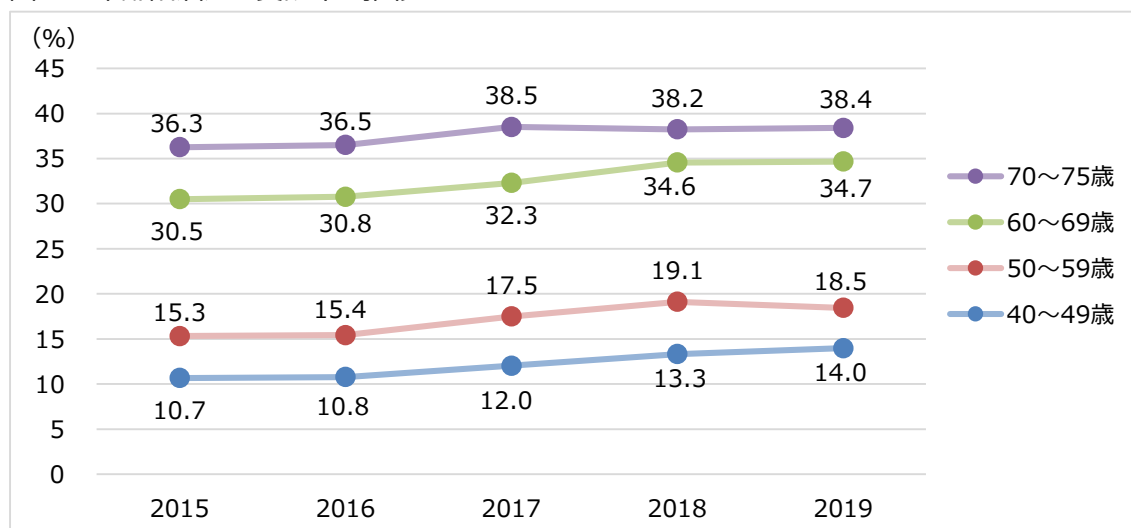
※年度末年齢で表記しています。

出所：医療費分析ツール「Focus」（2015 年度～2019 年度）

(4) 年齢階層別の受診率の推移

年齢階層別の受診率は、全体的に増加傾向となっています。しかし 60 歳以上の階層と、59 歳以下の階層では受診率に大きな差がある状態です。

図 46 年齢階層別の受診率の推移

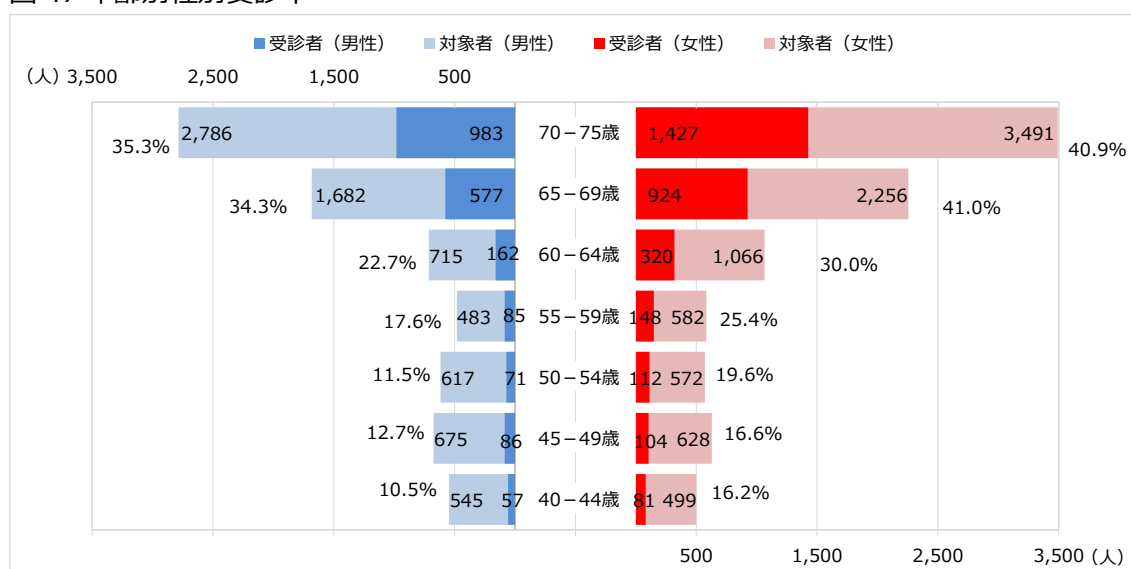


※年度末年齢で表記しています。

出所：医療費分析ツール「Focus」（2015 年度～2019 年度）

また、年齢・性別の受診率をみると、高齢になるに従い受診率が高くなっており、男性は 65 歳以上、女性は 60 歳以上が高い割合となっています。また、すべての世代において女性の受診率が高くなっています。

図 47 年齢別性別受診率



※年度末年齢で表記しています。

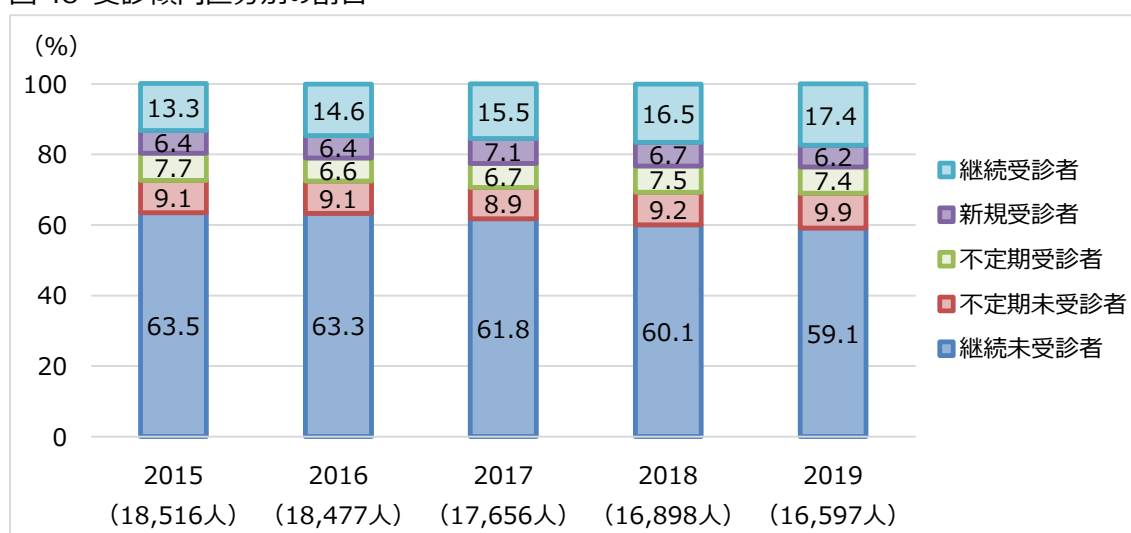
出所：医療費分析ツール「Focus」（2019 年度）

(5) 受診傾向区分別の特定健診対象者の割合

受診傾向区分別にみると、2015 年度と 2019 年度の比較では継続未受診者（3 年連続未受診者）の割合が年々減少（－4.4 ポイント）しており、その反対に継続受診者（3 年連続受診者）が増加（＋4.1 ポイント）しています。

継続未受診者の割合が減少傾向と良い傾向にあるものの、全体の 6 割占めている状況です。

図 48 受診傾向区分別の割合



出所：医療費分析ツール「Focus」（2015 年度～2019 年度）

図 49 受診傾向区分の定義

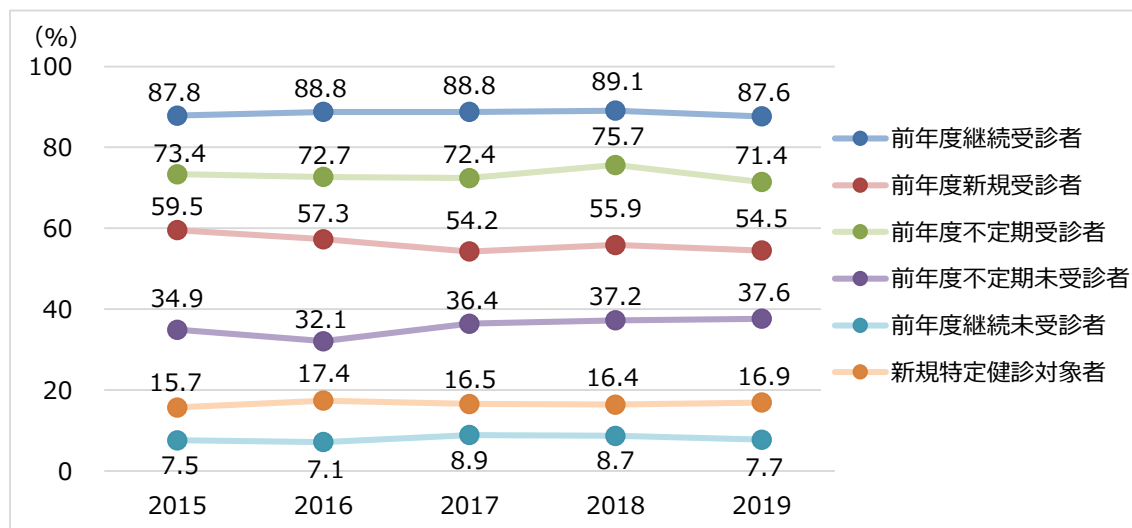
	対象者	説明
た ま に 受 診	継続受診者	当該年度を含めて過去 3 年間連続で特定健診を受診している方
	新規受診者	当該年度より過去 2 年間に特定健診を未受診で、当該年度に特定健診を受診している方（当該年度に初めて特定健診対象者となった方も含む）
	不定期受診者	当該年度より過去 2 年間に特定健診を一度でも受診しており、当該年度に特定健診を受診している方
	不定期未受診者	当該年度より過去 2 年間に特定健診を一度でも受診しており、当該年度に特定健診を受診していない方
	継続未受診者	当該年度を含めて過去 3 年間連続で特定健診を受診していない方

出所：医療費分析ツール「Focus」

(6) 前年度受診傾向区分別の受診率

前年度の受診傾向区分別に受診率をみると、前年度継続受診者は毎年約 88%と高い受診率となっています。それに対して、前年度継続未受診者は 10%未満で推移しており、2019 年度は 7.7%となっています。

図 50 前年度受診傾向区分別の受診率



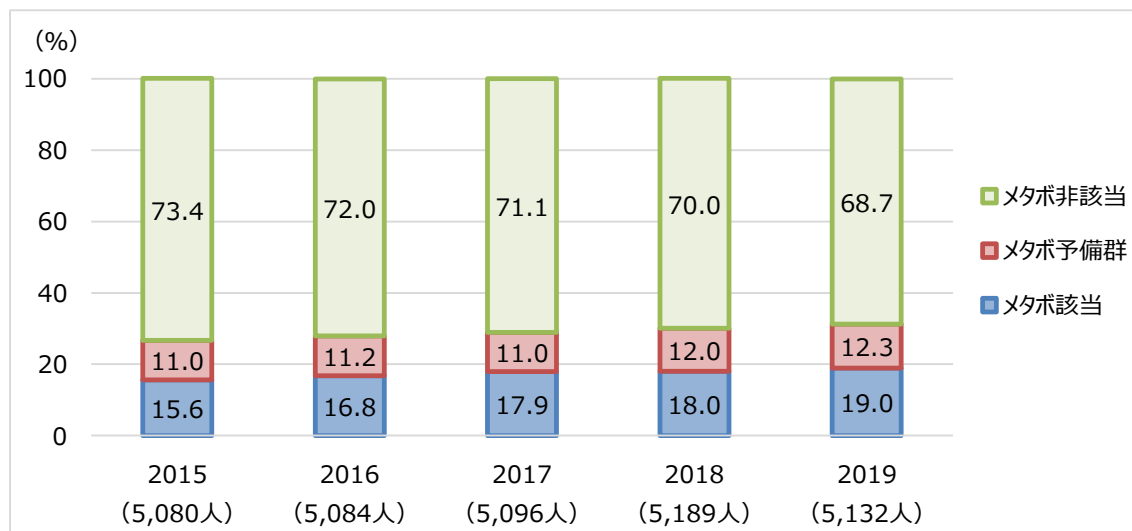
出所：医療費分析ツール「Focus」（2015 年度～2019 年度）

2) 特定健診におけるメタボリックシンドロームの状況

(1) 特定健診受診者のメタボリックシンドロームの状況

特定健診受診者のメタボリックシンドローム状況は、メタボリックシンドローム該当者が15.6%から19.0%、メタボリックシンドローム予備群が11.0%から12.3%で変化しています。5年間の推移の中で、メタボ該当者が徐々に増加しています。

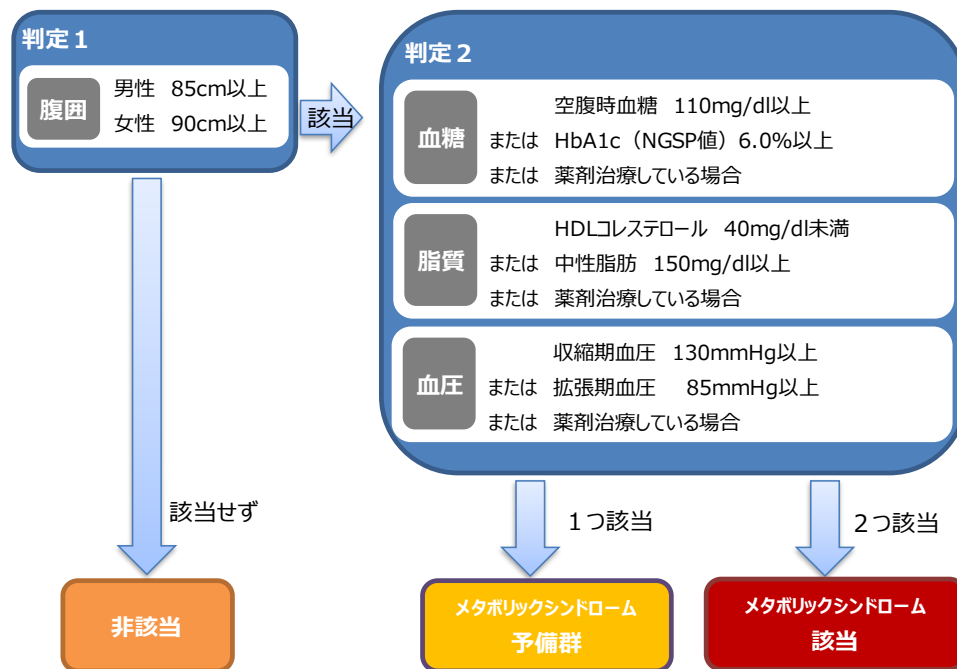
図 51 メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合



※特定健診受診者のうち、健診結果項目の不足などにより、メタボリックシンドローム判定できない方を除く

出所：医療費分析ツール「Focus」（2015年度～2019年度）

図 52 メタボリックシンドローム判定方法

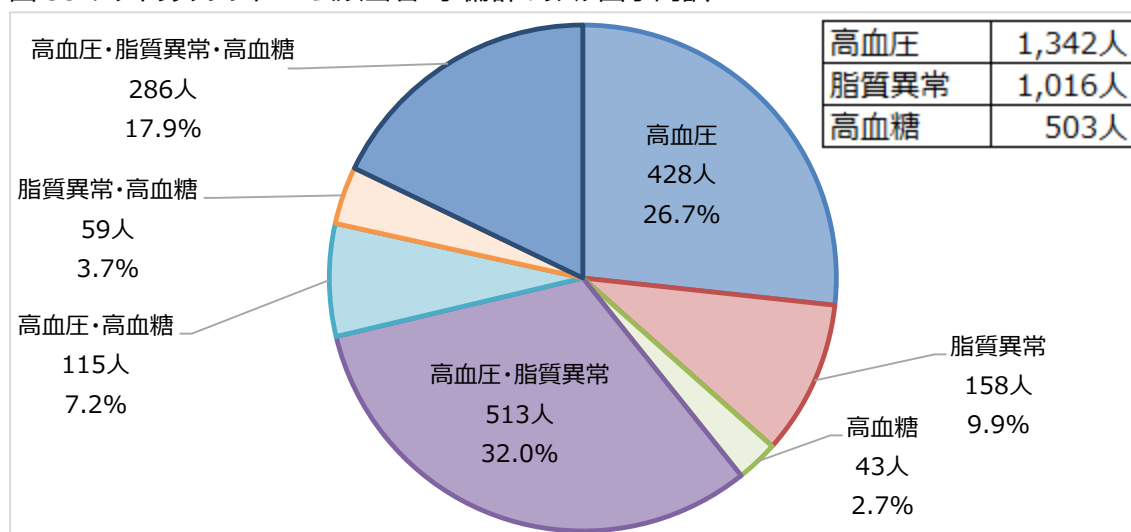


出所：厚生労働省

(2) メタボリックシンドローム該当者・予備群のリスク因子

メタボリックシンドローム該当者・予備群のリスク因子の内訳は、「高血圧・脂質異常」が 32.0%と最も多く、次いで「高血圧」が 26.7%、「高血圧・脂質異常・高血糖」が 17.9%となっています。このことから、高血圧に罹患している人が全体的に多いことがわかります。

図 53 メタボリックシンドローム該当者・予備群のリスク因子内訳



出所：医療費分析ツール「Focus」（2019 年度）

図 54 メタボリックシンドロームのリスク因子判定基準

		検査項目	該当基準	備考
高血圧		収縮期血圧	130mmHg 以上	
	または	拡張期血圧	85mmHg 以上	
	または	薬剤治療（血圧）の有無	有り	
脂質異常		HDL コレステロール	40mg/dl 未満	
	または	中性脂肪	150mg/dl 以上	
	または	薬剤治療（脂質）の有無	有り	
高血糖		空腹時血糖	110mg/dl 以上	空腹時血糖及び HbA1c(N GSP)両方の値 がある場合、空腹時血糖が 優先されます。
	または	HbA1c(NGSP)	6.0 以上	
	または	薬剤治療（血糖）の有無	有り	

出所：日本内科学会、日本動脈硬化学会など 8 学会による合同基準

5. 特定保健指導の分析

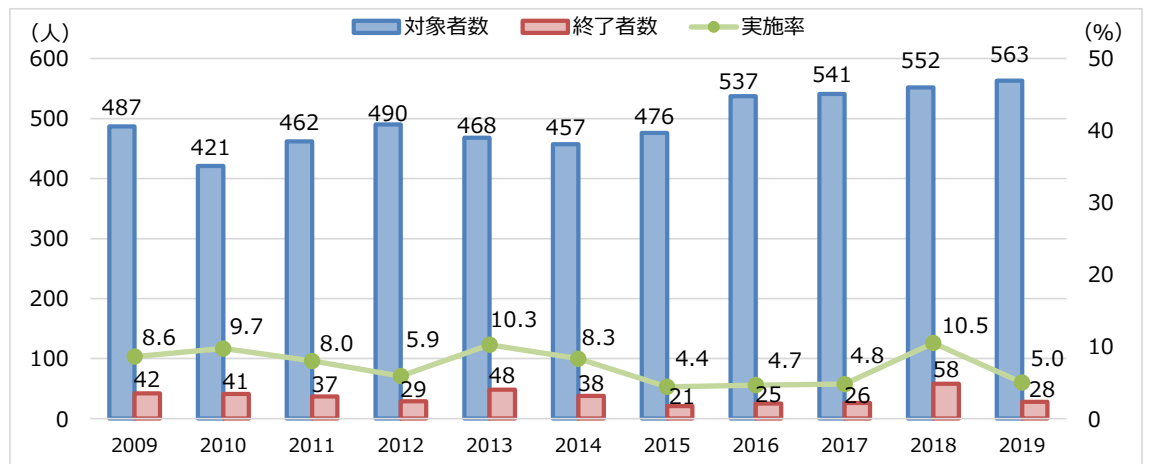
本章において、全体の特定保健指導実施率の把握は法定報告値を使用し、詳細な分析に関しては医療費分析ツール「Focus」を使用します。

1) 特定保健指導 実施率・利用状況

(1) 特定保健指導実施率の推移

特定保健指導実施率は、2009 年度の 8.6%から増加と減少を幾度か繰り返し、2019 年度は 5.0%となっています。

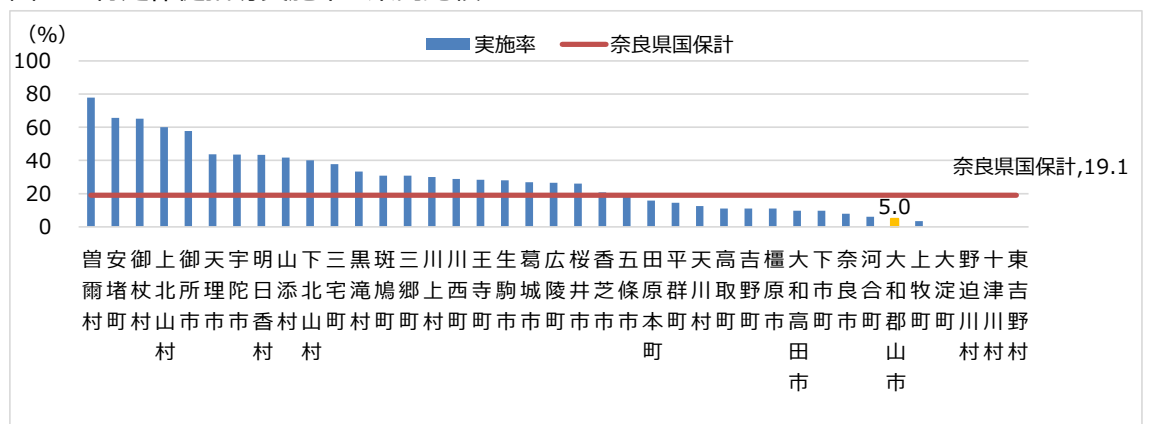
図 55 特定保健指導実施率の推移



出所：特定健診等データ管理システム 法定報告値（2009 年度～2019 年度）

特定保健指導実施率は奈良県国保計の 15.6%を下回る 5.0%であり、県内では 34 番目（計画時 36 番目）に位置しています。

図 56 特定保健指導実施率の県内比較



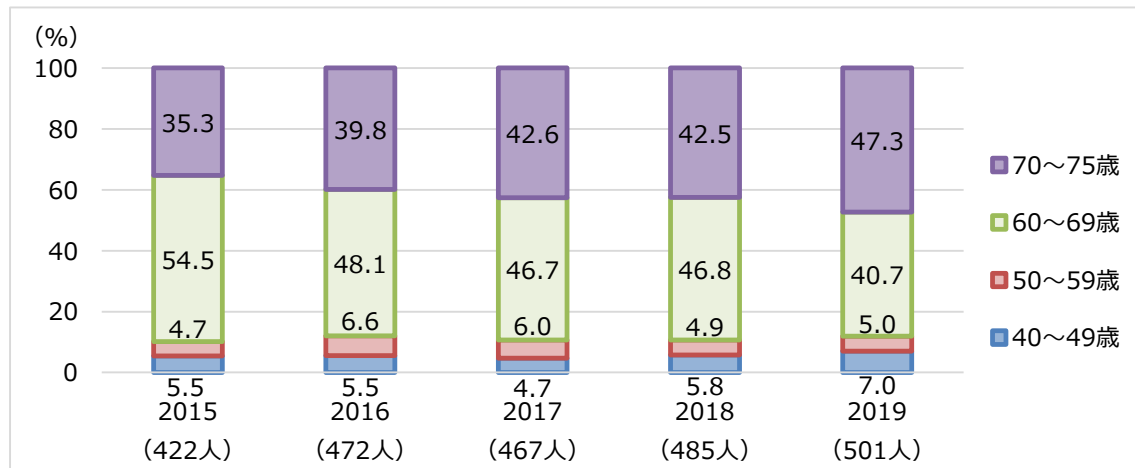
出所：特定健診等データ管理システム 法定報告値（2019 年度）

2) 特定保健指導（動機付け支援）の分析

(1) 特定保健指導対象者（動機付け支援）の年齢構造

特定保健指導の対象者も、特定健診対象者の割合と同様に、60 歳以上が大部分を占めている状況です。

図 57 特定保健指導対象者の年齢構造（動機付け支援）



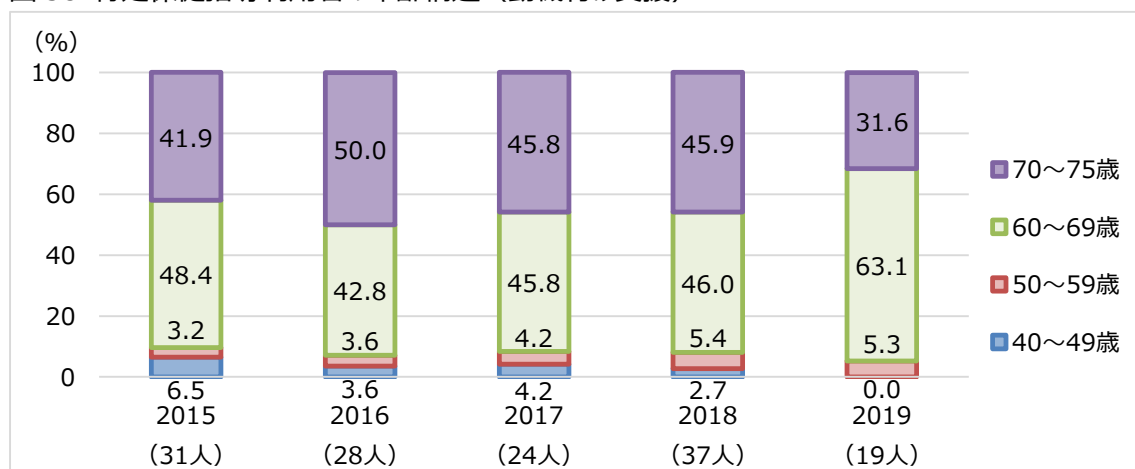
※年度末年齢で表記しています。

出所：医療費分析ツール「Focus」（2015 年度～2019 年度）

(2) 特定保健指導利用者（動機付け支援）の年齢構造

特定保健指導の利用者も、特定健診受診者の割合と同様に、60 歳以上が大部分を占めている状況です。

図 58 特定保健指導利用者の年齢構造（動機付け支援）



※年度末年齢で表記しています。

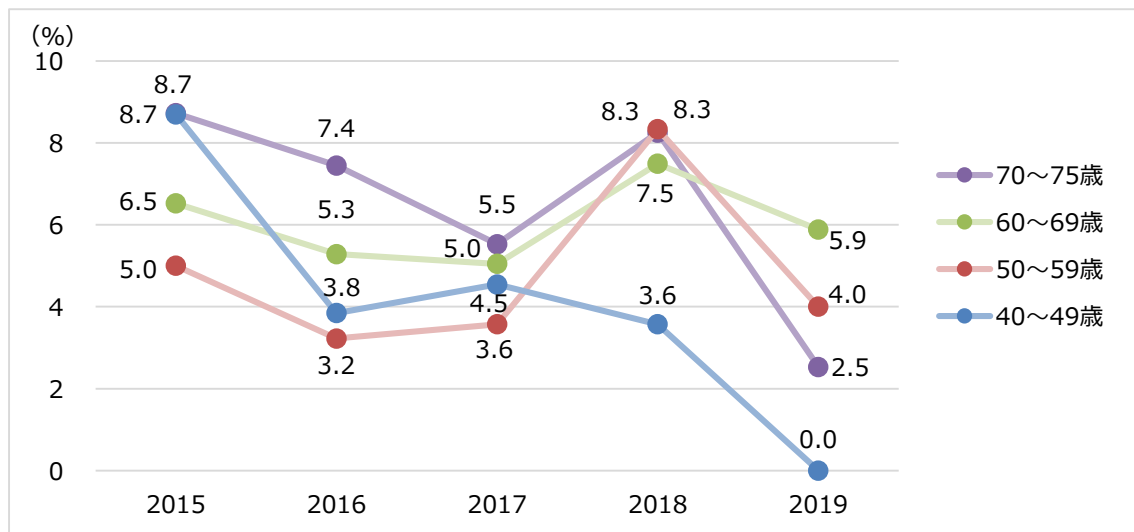
出所：医療費分析ツール「Focus」（2015 年度～2019 年度）

(3) 年齢階層別の利用率（動機付け支援）の推移

年齢階層別の初回面接利用状況（以下、利用率とする）は、2018 年度 50～75 歳の年齢階層において増加がみられましたが、2019 年度はすべての年齢階層が減少しています。

年齢階層別では、60～69 歳が 5.9%と最も高く、次いで 50～59 歳が 4.0%となっています。

図 59 特定保健指導利用率の推移（動機付け支援）



※年度末年齢で表記しています。

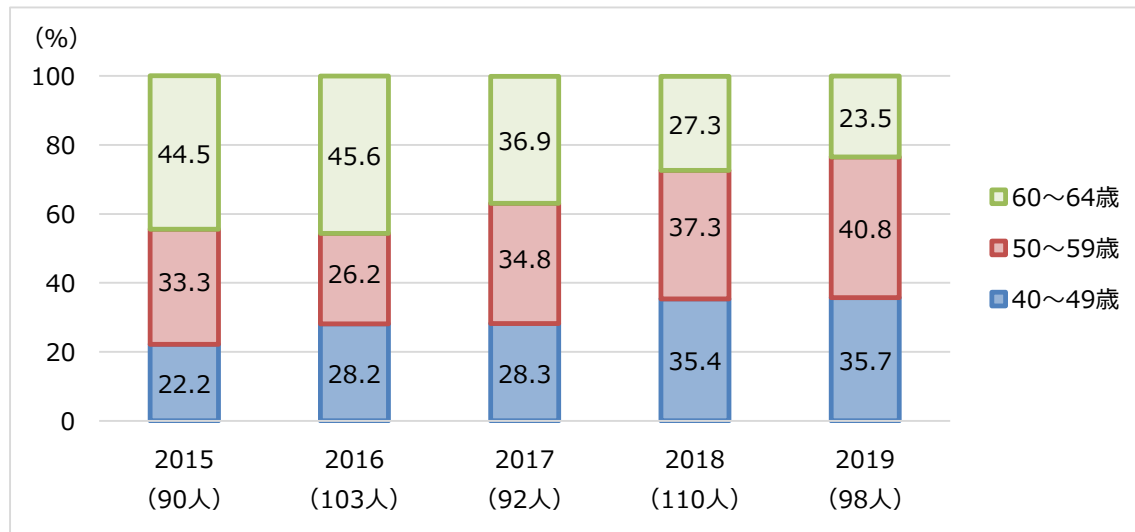
出所：医療費分析ツール「Focus」（2015 年度～2019 年度）

3) 特定保健指導（積極的支援）の分析

(1) 特定保健指導対象者（積極的支援）の年齢構造

特定保健指導の2019年度対象者は、50～59歳がもっとも多く40.8%となっています。

図 60 特定保健指導対象者の年齢構造（積極的支援）



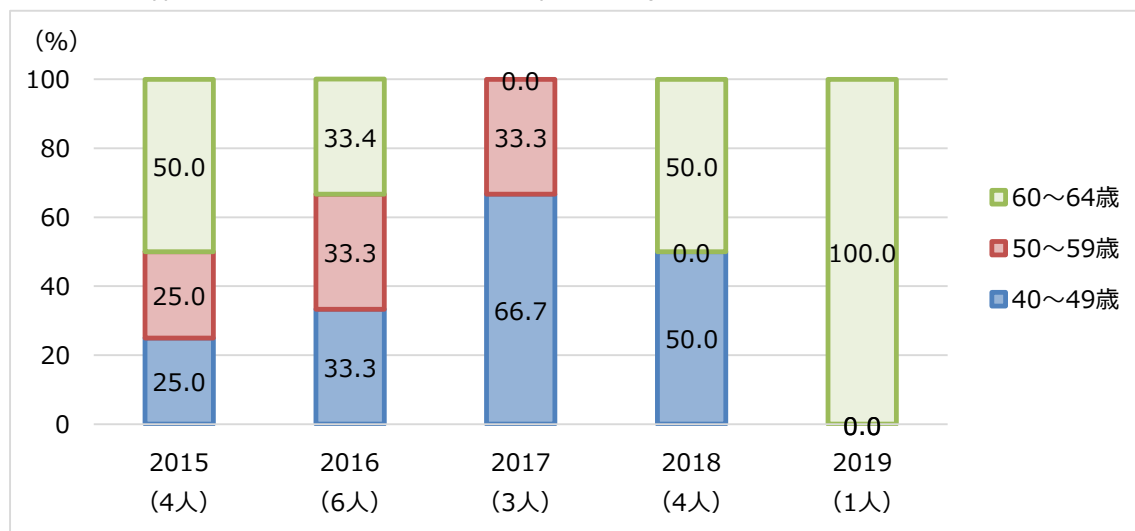
※年度末年齢で表記しています。

出所：医療費分析ツール「Focus」（2015年度～2019年度）

(2) 特定保健指導利用者（積極的支援）の年齢構造

特定保健指導の利用者は利用者数が少数であるため、年度によりばらつきがあります。

図 61 特定保健指導利用者の年齢構造（積極的支援）



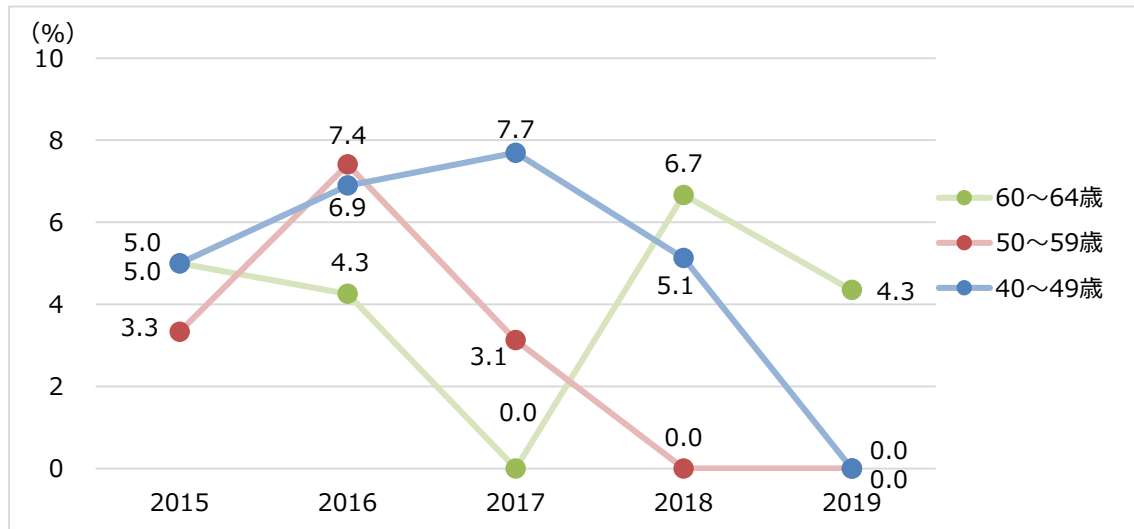
※年度末年齢で表記しています。

出所：医療費分析ツール「Focus」（2015年度～2019年度）

(3) 年齢階層別の利用率（積極的支援）の推移

年齢階層別の利用率（積極的支援）は、40～49 歳は 2017 年度、50～59 歳は 2016 年度、60～64 歳は 2018 年度に増加がみられますが、2019 年度は減少しています。

図 62 特定保健指導利用率の推移（積極的支援）



※年度末年齢で表記しています。

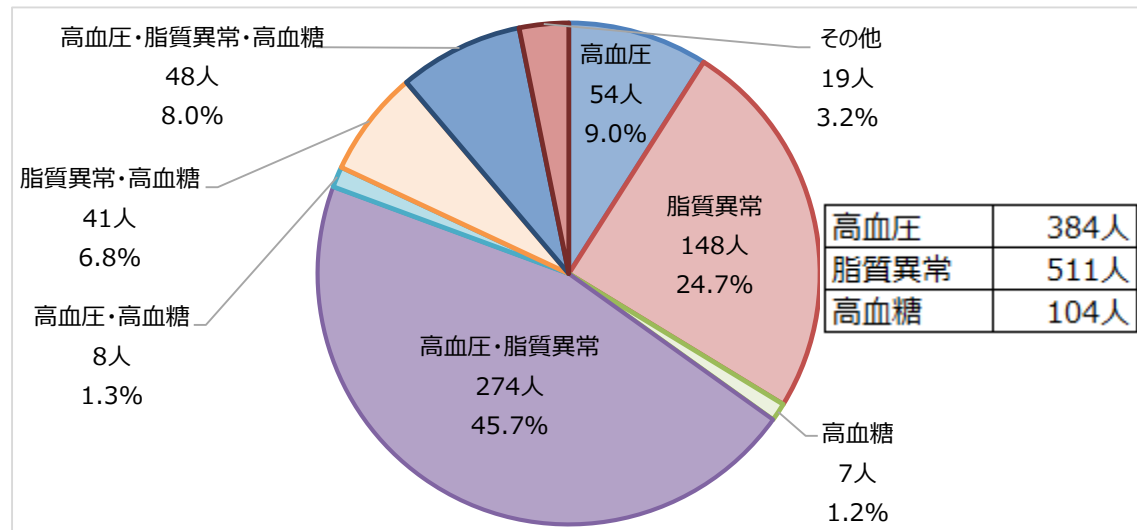
出所：医療費分析ツール「Focus」（2015 年度～2019 年度）

4) 特定保健指導対象者の状況

(1) 特定保健指導対象者のリスク因子保有状況

特定保健指導対象者の持っているリスク因子は、「高血圧・脂質異常」が 45.7%ともっとも多く、次いで「脂質異常」が 24.7%、「高血圧」が 9.0%となっています。

図 63 特定保健指導対象者のリスク因子保有状況



出所：医療費分析ツール「Focus」（2019 年度）

図 64 リスク因子の判定基準

		検査項目	基準	備考
高血圧		収縮期血圧	130mmHg 以上	
	または	拡張期血圧	85mmHg 以上	
脂質異常		LDL コレステロール	120mg/dl 以上	
	または	HDL コレステロール	40mg/dl 未満	
	または	中性脂肪	150mg/dl 以上	
高血糖		空腹時血糖	110mg/dl 以上	空腹時血糖が優先されます。
	または	HbA1c(NGSP)	6.0%以上	

※高血圧：高血圧治療ガイドライン 2014

脂質異常：動脈硬化疾患予防ガイドライン 2012

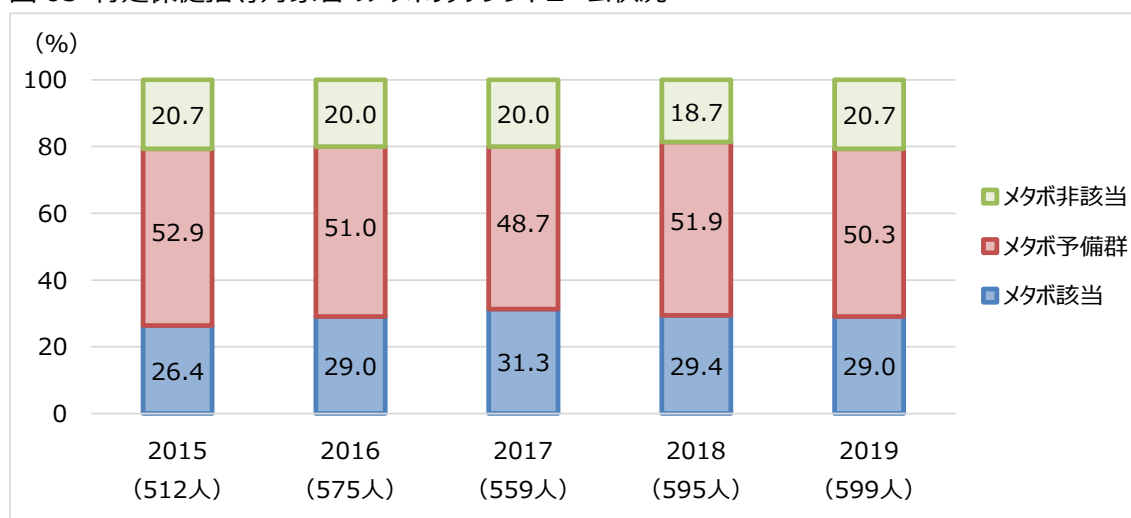
高血糖：糖尿病治療ガイド 2016-2017

(2) 特定保健指導におけるメタボリックシンドロームの状況

① 特定保健指導対象者のメタボリックシンドロームの状況

特定保健指導対象者のメタボリックシンドローム経年状況は、メタボリックシンドローム予備群が 52.9%～50.3%、メタボリックシンドローム該当者が 26.4%～29.0%で推移しています。

図 65 特定保健指導対象者のメタボリックシンドローム状況

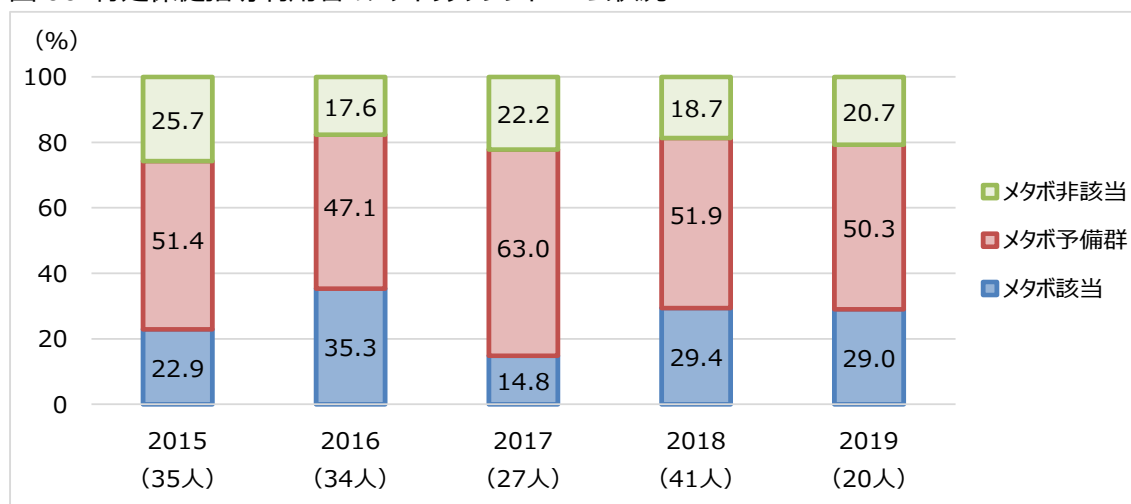


出所：医療費分析ツール「Focus」（2015年度～2019年度）

② 特定保健指導利用者のメタボリックシンドロームの状況

特定保健指導利用者のメタボリックシンドローム状況は、利用者が少数であるため、年度ごとにばらつきがあります。2019年では、メタボリックシンドローム非該当が 20.7%、メタボリックシンドローム予備群が 50.3%、メタボリックシンドローム該当者が 29.0%です。

図 66 特定保健指導利用者のメタボリックシンドローム状況

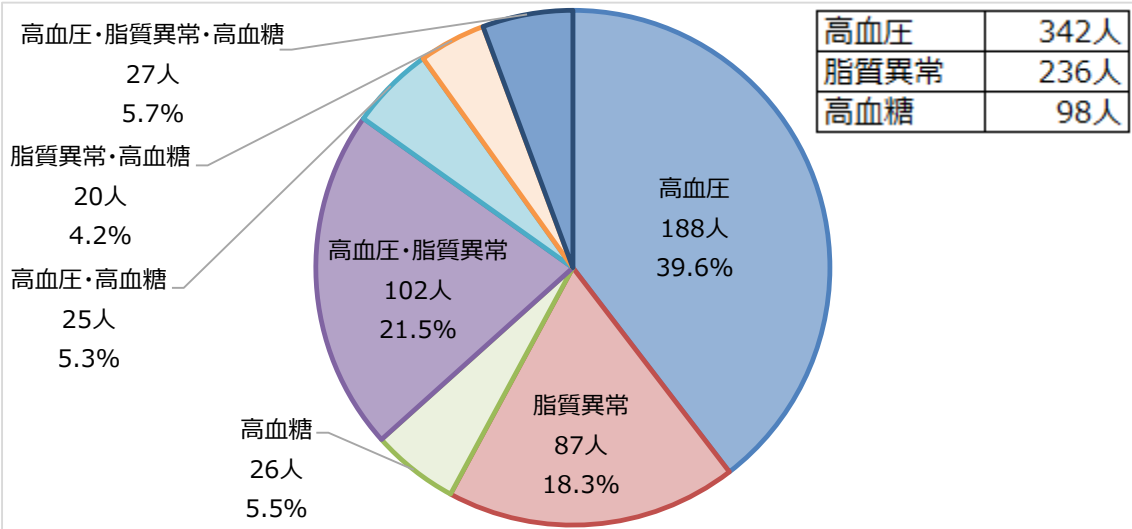


出所：医療費分析ツール「Focus」（2015年度～2019年度）

③ 特定保健指導対象者 メタボリックシンドローム該当・予備群のリスク因子

特定保健指導対象者のうち、メタボリックシンドローム該当・予備群と判定された方が保有しているリスク因子は、「高血圧」39.6%、「高血圧・脂質異常」21.5%、「脂質異常」18.3%の順に多くなっています。

図 67 特定保健指導対象者のメタボリックシンドローム該当・予備群のリスク因子



出所：医療費分析ツール「Focus」（2019年度）

図 68 メタボリックシンドロームのリスク因子判定基準

		検査項目	基準	備考
高血圧		収縮期血圧	130mmHg 以上	
	または	拡張期血圧	85mmHg 以上	
	または	薬剤治療の有無（血圧）	有り	
脂質異常		HDL コレステロール	40mg/dl 未満	
	または	中性脂肪	150mg/dl 以上	
	または	薬剤治療の有無（脂質）	有り	
高血糖		空腹時血糖	110mg/dl 以上	空腹時血糖が優先されます。
	または	HbA1c(NGSP)	6.0%以上	
	または	薬剤治療の有無（血糖）	有り	

注：特定保健指導対象者は薬剤治療中（服薬）の方は対象外となるため、存在しません。

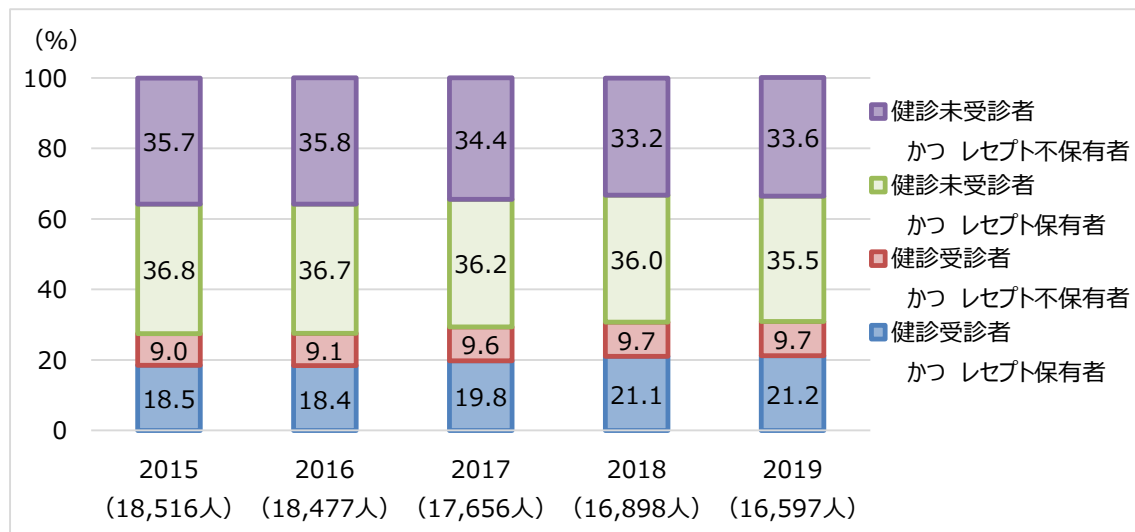
6. 特定健診・レセプトに関する分析

1) 特定健診とレセプトの関係

(1) 特定健診対象者のレセプト保有状況

特定健診対象者のレセプト保有状況を経年的にみると、「健診未受診かつレセプト保有者」がもっとも多い状況が続いています。

図 69 特定健診対象者のレセプト保有状況



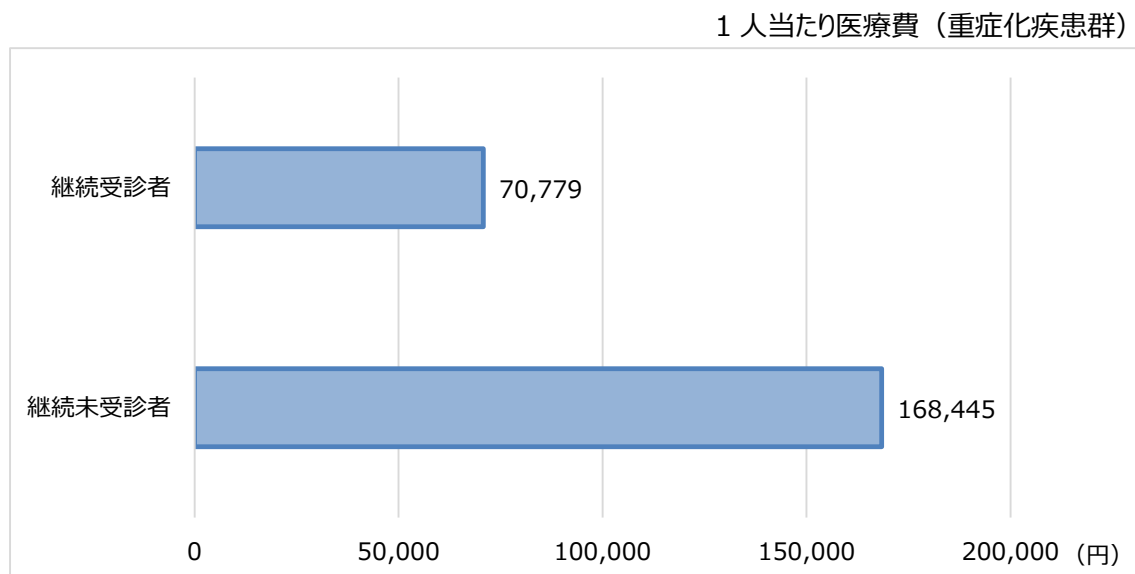
出所：医療費分析ツール「Focus」（2015年度～2019年度）

(2) 特定健診受診傾向区分と重症化疾患群の患者 1 人当たり医療費

図 70 は、2019 年度に重症化疾患にかかる医療費が発生している方を、2016 年度の特定健診受診傾向区分ごとに分け、2019 年度患者 1 人当たり医療費の差額を見ています。

2016 年度の受診傾向区分別に、2019 年度の重症化疾患群にかかる医療費をみると、継続未受診者は 168,445 円と高額であるのに対して、継続受診者は 70,779 円と低額になっています。このことから、継続して受診していることが将来的な医療費を抑制していると考えられます。

図 70 2016 継続受診者、継続未受診者にかかる 2019 患者



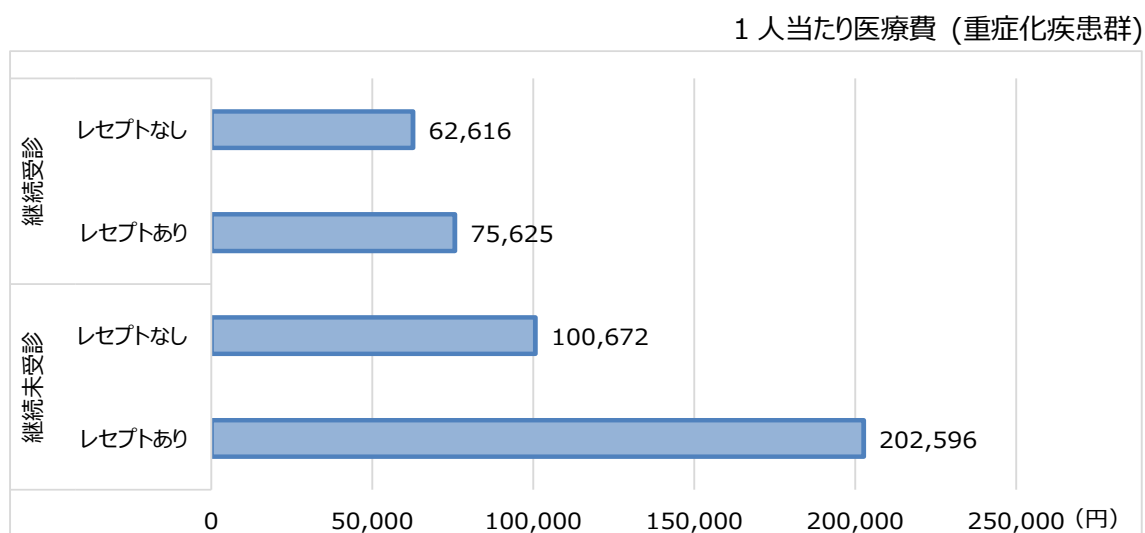
出所：医療費分析ツール「Focus」（2019 年度）

しかし、図 70 では対象者においてレセプト保有の有無を考慮していないため、特定健診受診が医療費の抑制になっていると主張するには疑念が残ります。

そのため、図 71 では、2019 年度に重症化疾患にかかる医療費が発生している方を、2016 年度の特定健診受診傾向区分ごと、レセプトの有無ごとにわけて 2019 年度における患者 1 人当たり医療費を比較しました。

その結果、「レセプトあり」、「レセプトなし」の両者において継続受診者の医療費が低額でした。このことから、レセプトの有無にかかわらず、特定健診を継続受診することで将来的な医療費を抑制できると考えられます。

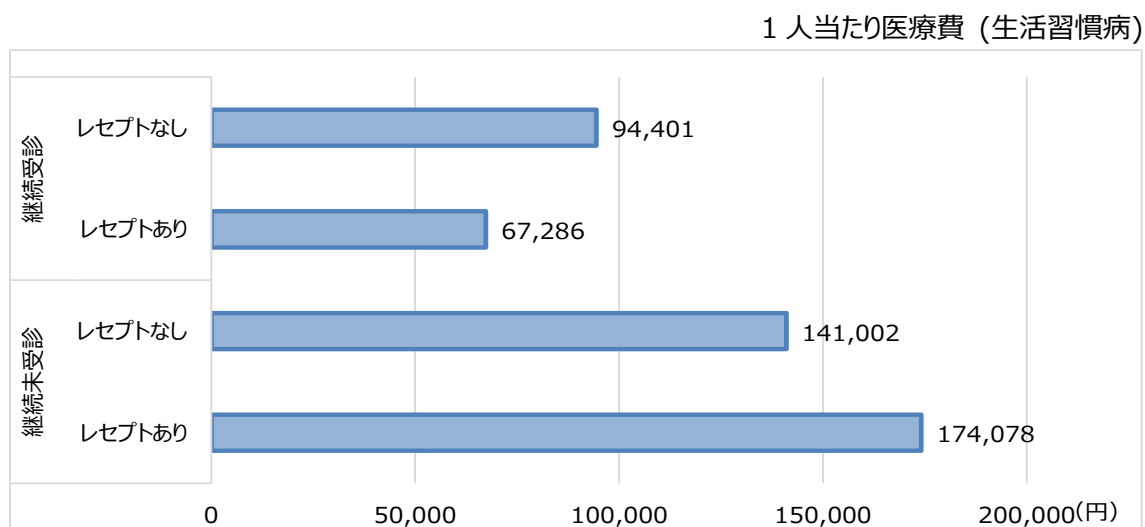
図 71 2016 特定健診受診有無別、レセプト有無別の 2019 年度



※患者 1 人当たり医療費 算出方法：区分ごとにかかる医療費をそれぞれの患者数で除しています。

出所：医療費分析ツール「Focus」（2016 年度、2019 年度）

図 72 2016 特定健診受診有無別、レセプト有無別の 2019 年度



※患者 1 人当たり医療費 算出方法：区分ごとにかかる医療費をそれぞれの患者数で除しています。

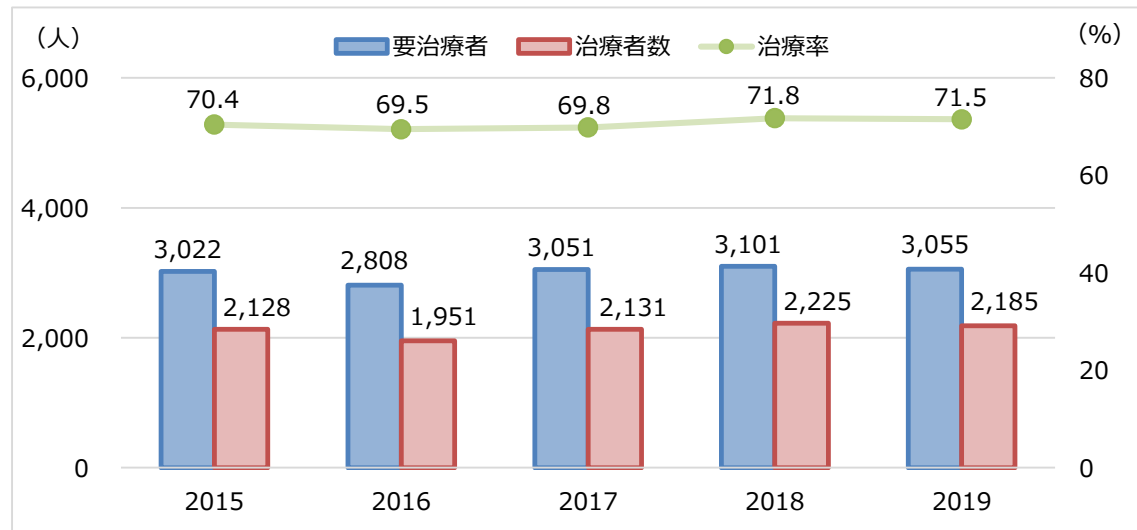
出所：医療費分析ツール「Focus」（2016 年度、2019 年度）

2) 要治療者の状況（受診勧奨判定値）

(1) 要治療者の治療状況

特定健診受診者のうち、要治療者の治療率は 70.0%前後で推移しており、2019 年度の未治療者は、28.5%存在します。

図 73 要治療者の治療状況



出所：医療費分析ツール「Focus」（2015 年度～2019 年度）

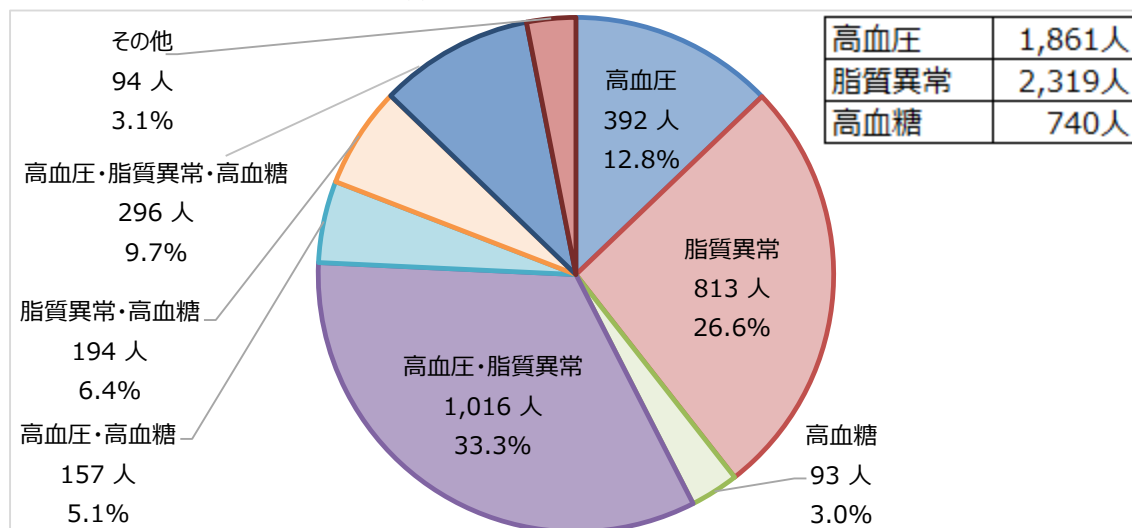
図 74 要治療の判定値

検査項目	基準	備考
収縮期血圧	140mmHg 以上	標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】2013 年 4 月 厚生労働省
拡張期血圧	90mmHg 以上	
中性脂肪	300mg/dL 以上	
HDL コレステロール	34mg/dL 以下	
LDL コレステロール	140mg/dL 以上	
空腹時血糖	126mg/dL 以上	
HbA1c (NGSP)	6.5%以上	
AST (GOT)	51U/L 以上	
ALT (GPT)	51U/L 以上	
γ-GT (γ-GTP)	101U/L 以上	
血色素量	12.0g/dL 以下 (男性) 11.0g/dL 以下 (女性)	

(2) 要治療者のリスク因子別内訳

特定健診を受診した方のうち、要治療と判定された方が保有しているリスク因子は、「高血圧・脂質異常」33.3%、「脂質異常」26.6%、「高血圧」12.8%の順に多くなっています。

図 75 要治療者のリスク因子別内訳



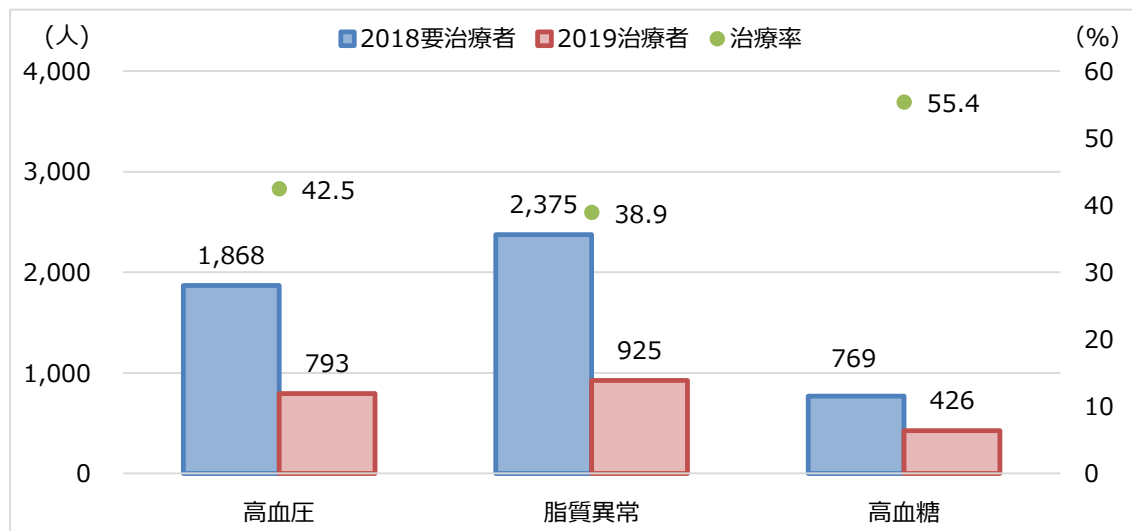
リスク因子の定義 = 図 64 リスク因子の判定基準 参照

出所：医療費分析ツール「Focus」（2019 年度）

(3) 2018 年度要治療者のリスク因子別の 2019 年度治療状況

2018 年度の要治療者の 2019 年度の治療状況をリスク因子ごとにみると、高血糖のリスクを持っている方の治療率がもっとも高くなっています。

図 76 2018 年度要治療者のリスク因子別の 2019 年度治療状況



出所：医療費分析ツール「Focus」（2018 年度、2019 年度）

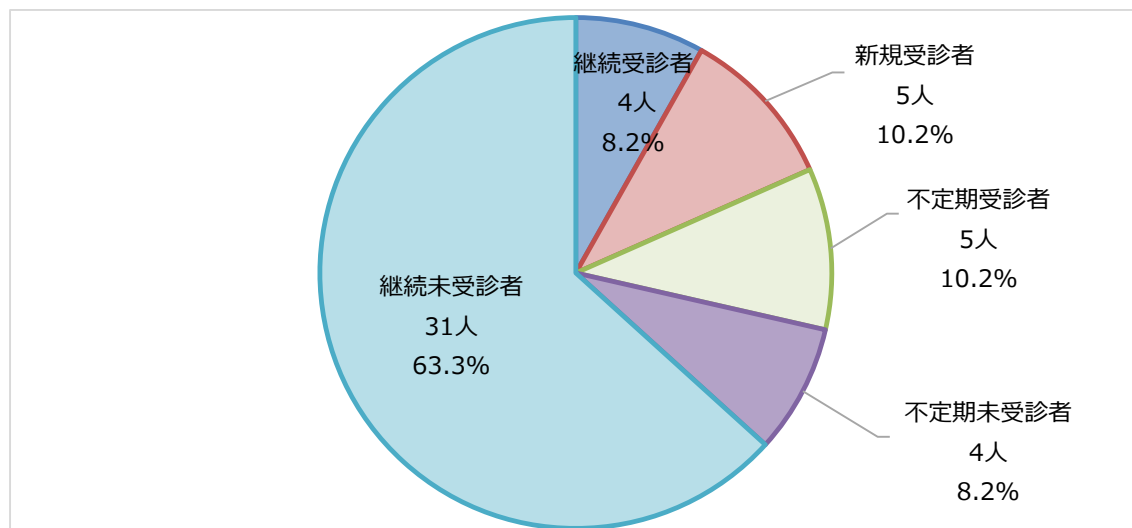
3) 新規虚血性心疾患患者の分析

前段までの分析において、重症化疾患群の中で虚血性心疾患患者がもっとも多いことが把握できました。新規虚血性心疾患患者の抑制のため、詳細に分析を行います。

(1) 2019 年度 新規虚血性心疾患入院患者の前年度受診傾向区分

2019 年度に新規虚血性心疾患患者（入院）となった方の前年度の特定健診受診傾向をみると、継続未受診者が 63.3%と最も多く、次いで新規受診者、不定期受診者が 10.2%、継続受診者、不定期未受診者が 8.2%となっています。

図 77 2019 年度 新規虚血性心疾患患者（入院）の前年度受診傾向区分



※受診傾向区分 = 図 49 受診傾向区分の定義 参照

出所：医療費分析ツール「Focus」（2018 年度、2019 年度）

(2) 2019 年度の新規虚血性心疾患患者における 2016 年度状況

特定健診の受診状況と医療機関の利用状況を見ると、継続的に特定健診を受診せず、なおかつ医療機関を利用していない国保加入者が、33.5%となっています。

図 78 2019 年度の新規虚血性心疾患患者における 2016 年度状況

	医療機関 未利用		医療機関 利用		合計	
継続受診	33	8.9	35	9.5	68	18.4
たみに受診	75	20.3	43	11.6	118	31.9
継続未受診	124	33.5	60	16.2	184	49.7
合計	232	62.7	138	37.3	370	100.0

※継続受診、たみに受診、継続未受診は、2016 年度から 2019 年度までの受診状況を表しています。

出所：医療費分析ツール「Focus」（2016 年度、2019 年度）

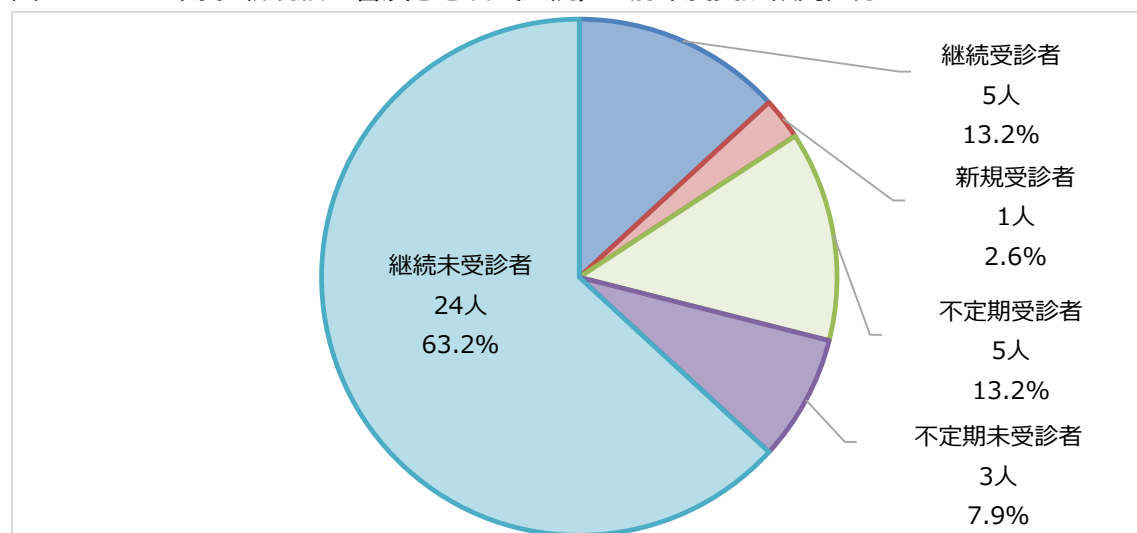
4) 新規脳血管疾患患者の分析

前段までの分析において、重症化疾患群の中で新規脳血管疾患患者の医療費がもつとも多いことが把握できました。新規脳血管疾患患者の抑制のため、詳細に分析を行います。

(1) 2019 年度 新規脳血管疾患入院患者の前年度受診傾向区分

2019 年度に新規脳血管患者（入院）となった方の前年度の特定健診受診傾向をみると、継続未受診者が 63.2%と最も多く、次いで継続受診者、不定期受診者が 13.2%、不定期未受診者が 7.9%、新規受診者 2.6%となっています。

図 79 2019 年度 新規脳血管疾患患者（入院）の前年度受診傾向区分



※受診傾向区分 = 図 49 受診傾向区分の定義 参照

出所：医療費分析ツール「Focus」（2018 年度、2019 年度）

(2) 2019 年度の新規脳血管疾患患者における 2016 年度状況

特定健診の受診状況と医療機関の利用状況を見ると、継続的に特定健診を受診せず、なおかつ医療機関を利用していない国保加入者が、33.3%となっています。

図 80 2019 年度の新規脳血管心疾患患者における 2016 年度状況

	医療機関 未利用		医療機関 利用		合計	
継続受診	41	13.7	28	9.3	69	23.0
たまに受診	76	25.3	20	6.7	96	32.0
継続未受診	100	33.3	35	11.7	135	45.0
合計	217	72.3	83	27.7	300	100.0

※継続受診、たまに受診、継続未受診は、2016 年度から 2019 年度までの受診状況を表しています。

出所：医療費分析ツール「Focus」（2016 年度、2019 年度）

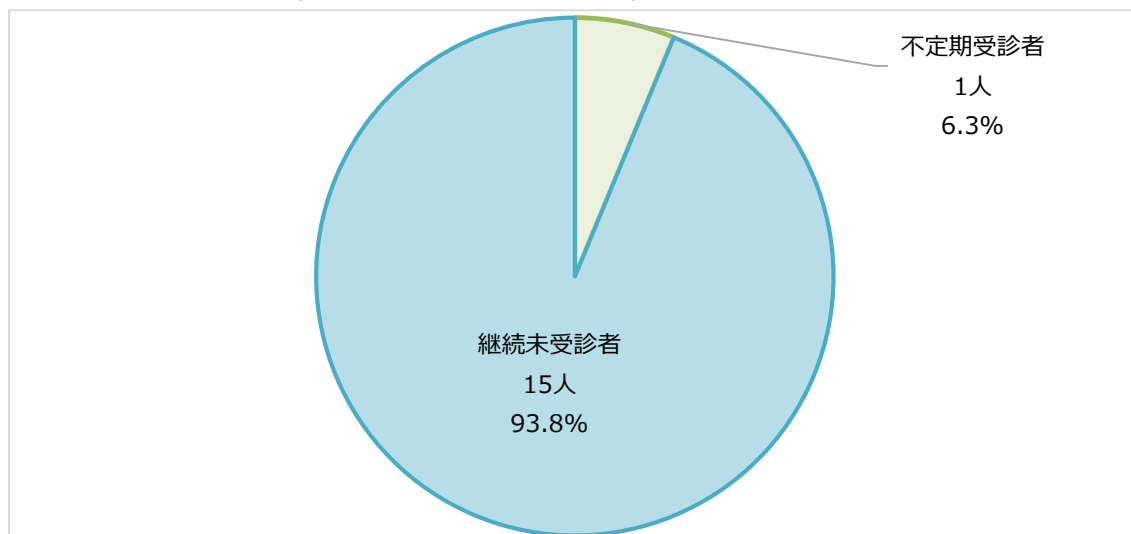
5) 新規糖尿病性合併症患者の分析

新規糖尿病性合併症患者の抑制のため、詳細に分析を行います。

(1) 2019 年度新規糖尿病性合併症入院患者の前年度受診傾向区分

2019 年度に新規糖尿病性合併症患者（入院）となった方の前年度の特定健診受診傾向をみると、継続未受診者が 93.8%と大半を占めています。

図 81 2019 年度 新規糖尿病性合併症患者（入院）の前年度受診傾向区分



※受診傾向区分 = 図 49 受診傾向区分の定義 参照

出所：医療費分析ツール「Focus」（2016 年度、2017 年度）

(2) 2019 年度の新規糖尿病性合併症患者における 2016 年度状況

特定健診の受診状況と医療機関の利用状況を見ると、継続的に特定健診を受診せず、なおかつ医療機関を利用していない国保加入者が、43.3%となっています。

図 82 2019 年度の新規糖尿病性合併症患者における 2016 年度状況

	医療機関 未利用		医療機関 利用		合計	
継続受診	9	6.4	12	8.5	21	14.9
たまに受診	26	18.4	5	3.5	31	22.0
継続未受診	61	43.3	28	19.9	89	63.1
合計	96	68.1	45	31.9	141	100.0

※継続受診、たまに受診、継続未受診は、2016 年度から 2019 年度までの受診状況を表しています。

出所：医療費分析ツール「Focus」（2016 年度、2019 年度）

7. 健康課題のまとめ

健康課題は、計画策定時と変わっていないため、継続して課題解決に努めます。

①医療費適正化の必要性

計画策定時（2017 年度）

- 国民健康保険にかかる総医療費は、2013 年度の約 84 億 3,800 万円から減少傾向であり、2017 年度には約 80 億 1,900 万円となりました。一方、後期高齢の医療費は 2013 年度の 96 億 9,700 万円から、2017 年度の 115 億 6,000 万円と増加傾向となっています。国民健康保険被保険者数減少も影響していると考えられます。
- 全レセプトにおける金額別 Top10 は、本態性高血圧がもっとも多くなっており、全体の 7.08%を占めています。次いで慢性腎不全 5.09%、統合失調症 3.87%となっています。
- 全レセプトにおける医療費を分野別に割合で示すと、生活習慣病が 22.0%ともっとも多く、次いで悪性新生物 14.1%、精神 8.0%となっています。

2019 年度

- 国民健康保険にかかる総医療費は、2013 年度の約 84 億 3,800 万円から減少傾向であり、2019 年度には約 74 億 1,000 万円となりました。一方、後期高齢の医療費は 2013 年度の 96 億 9,700 万円から、2019 年度の 129 億 6,300 万円と増加傾向となっています。国民健康保険被保険者数減少も影響していると考えられます。
- 全レセプトにおける金額別 Top10 は、本態性高血圧がもっとも多くなっており、全体の 6.58%を占めています。次いで慢性腎臓病（旧：慢性腎不全）4.67%、統合失調症 3.66%となっています。
- 全レセプトにおける医療費を分野別に割合で示すと、生活習慣病が 20.9%ともっとも多く、次いで悪性新生物 16.1%、精神 7.7%となっています。

①医療費適正化の必要性

計画策定時（2017 年度）

- 基礎疾患（高血圧症、脂質異常症、糖尿病）と重症化疾患群（虚血性心疾患群、脳血管疾患群、糖尿病性合併症群）と分類した分析において、重症化疾患群・基礎疾患別の患者 1 人当たり医療費は、基礎疾患と比較して重症化疾患群が高額であり、脳血管疾患群がもっとも高額となっています。次いで虚血性心疾患群となっています。
- 医療費における新規患者の割合は、全体で 19.2%であり、既存患者が大半を占めています。疾患別の新規患者の割合は、虚血性心疾患群が 31.9%ともっとも多く、次いで脳血管疾患群が 31.5%となっています。

2019 年度

- 基礎疾患（高血圧症、脂質異常症、糖尿病）と重症化疾患群（虚血性心疾患群、脳血管疾患群、糖尿病性合併症群）と分類した分析において、重症化疾患群・基礎疾患別の患者 1 人当たり医療費は、基礎疾患と比較して重症化疾患群が高額であり、脳血管疾患群がもっとも高額となっています。次いで虚血性心疾患群となっています。
- 医療費における新規患者の割合は、全体で 18.0%であり、既存患者が大半を占めています。疾患別の新規患者の割合は、**脳血管疾患群が 34.8%ともっとも多く、次いで虚血性心疾患群が 22.2%となっています。**

対策

- 医療費における生活習慣病の占める割合が多くなっていることから、生活習慣病の予防に努める必要があります。中でも高血圧、虚血性心疾患群、脳血管疾患群の医療費が高額のため、高血圧予防等の取組みが必要です。
- また、生活習慣病患者の既存患者が多いため、重症化を防ぐ取組みが必要です。

②特定健診受診率の伸び悩み

計画策定時（2017 年度）

- 2008 年度に特定健診制度が開始されて以降、特定健診受診率は増加傾向にはありますが、2017 年度で 31.5%と低い状況です。
- 受診傾向区分別にみると、継続受診者（3 年連続受診者）の割合が年々増加し、継続未受診者（3 年連続未受診者）の割合は年々減少しています。良い傾向であるものの、継続未受診者が全体の約 6 割を占めている状況です。
- 年齢・性別の受診率をみると、高齢になるに従い受診率が高くなっており、男女ともに 65 歳以上が高い割合となっています。また、ほとんどの世代において女性の受診率が高くなっています。
- 重症化疾患にかかる患者 1 人当たり医療費を受診傾向で比較すると、継続未受診者 174,103 円、継続受診者 54,414 円と、継続未受診者は継続受診者に比べて 3 倍以上となっています。

2019 年度

- 2008 年度に特定健診制度が開始されて以降、特定健診受診率は増加傾向にはありますが、2019 年度で 33.9%と低い状況です。
- 受診傾向区分別にみると、継続受診者（3 年連続受診者）の割合が年々増加し、継続未受診者（3 年連続未受診者）の割合は年々減少しています。良い傾向であるものの、継続未受診者が全体の約 6 割を占めている状況です。
- 年齢・性別の受診率をみると、高齢になるに従い受診率が高くなっており、男女ともに 65 歳以上が高い割合となっています。また、**すべての**世代において女性の受診率が高くなっています。
- 重症化疾患にかかる患者 1 人当たり医療費を受診傾向で比較すると、継続未受診者 168,445 円、継続受診者 70,779 円と、継続未受診者は継続受診者に比べて**2 倍以上**となっています。

②特定健診受診率の伸び悩み

計画策定時（2017 年度）

- 2017 年度に新規重症化した入院患者の大半は継続未受診者となっています。（虚血性心疾患患者 69.3 %、脳血管疾患患者 73.3 %、糖尿病性合併症患者 85.0%）
- 特定健診受診者のメタボ状況は、メタボ該当の割合が少しずつ増加しています。2013 年度と 2017 年度を比較すると、3.1 ポイント増加しています。
- メタボ該当者・予備群と判定された方が保有しているリスク因子は、「高血圧・脂質異常」が 33.6%と最も多く、次いで「高血圧」が 26.6%となっています。

2019 年度

- 2019 年度に新規重症化した入院患者の大半は継続未受診者となっています。（虚血性心疾患患者 63.3 %、脳血管疾患患者 63.2 %、糖尿病性合併症患者 93.8%）
- 特定健診受診者のメタボ状況は、メタボ該当の割合が少しずつ増加しています。2015 年度と 2019 年度を比較すると、3.4 ポイント増加しています。
- メタボ該当者・予備群と判定された方が保有しているリスク因子は、「高血圧・脂質異常」が 32.0%と最も多く、次いで「高血圧」が 26.7%となっています。

対策

- 特定健診受診率は年々少しずつ上昇していますが、未だ受診率は県平均並みの受診率であるため、さらに向上させる取り組みが必要となります。より多くの対象者、とりわけ若い世代や継続未受診者への受診率向上が重要となります。
- 継続的に受診を行うことで、早期に生活習慣病リスクの高い対象者を発見し重症化を防ぐことが、医療費の適正化につながります。そのため、受診率の向上とともに、継続受診者の増加を目指す必要があります。

③特定保健指導実施率の低迷

計画策定時（2017 年度）

- 特定保健指導実施率は、2009 年度の 8.6%から増加と減少を幾度か繰り返し、2017 年度は 4.8%と低い状況です。
- 特定保健指導対象者の持っているリスク因子は、「高血圧・脂質異常」が 45.6%と最も多く、次いで「脂質異常」が 23.6%、「高血圧」が 10.9%となっています。
- 特定保健指導対象者のメタボ状況は、メタボ予備群が 50%前後（2017 年度は 48.7%）、メタボ該当者が 30%前後（2017 年度は 31.3%）で推移しています。

2019 年度

- 特定保健指導実施率は、2009 年度の 8.6%から増加と減少を幾度か繰り返し、2019 年度は 5.0%と低い状況です。
- 特定保健指導対象者の持っているリスク因子は、「高血圧・脂質異常」が 45.7%と最も多く、次いで「脂質異常」が 24.7%、「高血圧」が 9.0%となっています。
- 特定保健指導対象者のメタボ状況は、メタボ予備群が 50%前後（2019 年度は 50.3%）、メタボ該当者が 30%前後（2019 年度は 29.0%）で推移しています。

対策

- 特定保健指導の利用率を向上させる取り組みが必要となります。特定保健指導を利用することで、適切な生活習慣を身につけ、病気の発症を抑えることが医療費の削減に繋がります。
- また、初回にだけでなく、継続して特定保健指導を利用いただき終了させることが必要です。

④要治療者の重症化

計画策定時（2017 年度）

- 特定健診を受診した方のうち、要治療と判定された方が保有しているリスク因子は、「高血圧・脂質異常」37.7%、「脂質異常」26.2%、「高血圧」11.2%の順に多くなっています。
- 重症化疾患群患者の基礎疾患保有状況は、いずれの重症化疾患群においても「高血圧症・脂質異常症・糖尿病」がもっとも多くなっています。
- 新規重症化した患者のうち、過去（3 年前）の受診状況を分析したところ、「継続未受診者かつ医療機関未利用者」が多くを占めています。（虚血性心疾患患者 41.6 %、脳血管疾患患者 37.6 %、糖尿性合併症患者 45.2%）
- 要治療者と判定された方の未治療者は、全体の 30.2%となっています。

対策

- 重症化予防については、特定健診の受診だけが目的ではなく、その検査値に応じて医療機関の受診を促す必要があります。
- 重症化疾患群の患者が基礎疾患を複数保有していることから、重症化リスクを抑制するため、要治療者に対して適切な治療を促す必要があります。

2019 年度

- 特定健診を受診した方のうち、要治療と判定された方が保有しているリスク因子は、「高血圧・脂質異常」33.3%、「脂質異常」26.6%、「高血圧」12.8%の順に多くなっています。
- 重症化疾患群患者の基礎疾患保有状況は、いずれの重症化疾患群においても「高血圧症・脂質異常症・糖尿病」がもっとも多くなっています。
- 新規重症化した患者のうち、過去（3 年前）の受診状況を分析したところ、「継続未受診者かつ医療機関未利用者」が多くを占めています。（虚血性心疾患患者 33.5 %、脳血管疾患患者 33.3 %、糖尿性合併症患者 43.3%）
- 要治療者と判定された方の未治療者は、全体の 28.5%となっています。

⑤胃がん検診受診率向上が必要

計画策定時（2017 年度）

- 標準化死亡比を性別にみると、男性では肝がんが 110.0、胃がんが 106.1、女性では、胃がんが 112.5 と高い数値になっています。
- 胃がん検診受診率は、2012 年度より県の値より下回る形で推移し、2017 年度は 5.0%と低い状況です。

2019 年度

- 標準化死亡比情報は計画時の分析情報が最新のため、計画策定時と同様です。
- 胃がん検診受診率は、県の値より下回る形で推移し、増減を繰り返しています。2019 年度は、6.2%と低い状況です。

対策

- 胃がんの SMR 改善には、がん検診受診率を向上させる必要があります。受診しやすい環境整備や検診受診の重要性を伝える普及啓発などの対策が必要です。

8. 目標の評価

第2期データヘルス計画策定時に設定した目標に対して、達成状況を確認します。

図 83 目標指標

指標			2017	2018	2019			2020	2021	2022	2023	
			ベースライン	実績	目標	実績	評価					
ストラクチャー			保健事業ごとに設定									
プロセス												
アウトプット												
アウトカム	短期	特定健診受診率（％）	31.5	33.1	40.0	33.9	a*	45.0	50.0	55.0	60.0	
		特定保健指導実施率（％）	4.8	10.1	30.0	5.0	c	40.0	50.0	55.0	60.0	
		医師と連携して実施した 保健指導率（％）	(未実施)	100	100	100	a	90	90	100	100	
	中期	要治療者の治療率（％）	69.8	71.8		71.5	a	75.0			80.0	
		被保険者1人当たり医療費	373千円	377千円		378千円	b				400千円	
	長期	健康寿命（65歳平均自立期間）										
		男性	17.9年				b				延伸	
		女性	20.7年								延伸	
		がんSMR										
		胃がん										
		男性	106.1				c				100以下	
		女性	112.5								100以下	
		生活習慣病による 人工透析患者数（人）		56	55		53	a				56

注：「医師と連携して実施した保健指導率」の2020年度、2021年度の目標値を実績に基づき変更。

・短期アウトカムについて

特定健診受診率、特定保健指導実施率ともに目標値との乖離はありますが、特定健診受診率は年々増加しており事業の効果は出ています。また特定保健指導実施率は、増減を繰り返しているため、いずれの目標指標も最終目標を変更せず保健事業を継続します。また糖尿病性腎症重症化予防プログラムの医師と連携して実施した保健指導実施率は、目標を達成しており、目標値を変更せず、継続します。

・中期アウトカムについて

要治療者の治療率については、計画時より改善傾向のため、最終目標を変更せず保健事業を継続します。

・長期アウトカムについて

未達成の指標もある状況です。短期目標の達成されることにより、将来的に目標達成に近づくものであるため、各保健事業を継続し進めて行きます。

なお、新型コロナウイルスの影響から、感染リスクを避ける行動によって各健診や保健事業での受診率・参加率が全体的に下がる傾向にあります。最終年度における事業の評価においては、このような背景も踏まえて分析を行い、次期計画策定に努めることとします。

9. 個別事業の評価

各保健事業について、事業ごとに評価を行い、後期に向けての実施施策の見直しを行います。

1) 特定健診受診対策

(1) 評価指標（短期目標）

図 84 特定健診受診対策の目標指標（単位：％）

		2017 (ベースライン)	2018	2019	評価	2020	2021	2022	2023
特定健診	目標		35.0	40.0	a*	45.0	50.0	55.0	60.0
受診率	実績	31.5	33.1	33.9					

出所：法定報告値

図 85 特定健診受診対策のアウトプット指標

アウトプット指標	目標値	2017 (ベースライン)	2018	2019	評価
未受診者に対する郵送による受診勧奨の実施率（実施件数/対象者）	100%	95.5%	97.4%	96.0%	b
未受診者に対する電話による受診勧奨の実施率（実施件数/対象者）	100%	-	83.2%	91.7%	a
広報誌（国保だより）による普及啓発	3回/年	3回/年	3回/年	3回/年	a

出所：大和郡山市

成功要因・未達要因

特定健診の受診率が上昇した要因としては、検査項目の充実や、国保事務支援センターによる共同化事業や広報誌等を活用した普及啓発の強化と考えられます。また 2017 年度より、未受診者の状況（受診傾向、医療機関受診状況等）に応じて対象者ごとに区分けして行っている受診勧奨も上昇した要因と考えられます。

今後の方針

特定健診受診率は年々増加しているため、新型コロナウイルス感染症対策を強化し現在事業を継続していきます。より多くの対象者、とりわけ若い世代や継続未受診者の受診率向上が重要であり、特定健康診査受診の必要性についてのさらなる普及啓発の工夫や、医療機関との連携による受診勧奨の推進を行っていきます。

2020 年度からは受診の自己負担額を 1,000 円から 500 円に引き下げ、受診しやすい環境づくりを進めており、さらなる受診率向上を目指します。

(2) 実施施策

特定健診受診率向上施策

特定健診受診勧奨事業（継続）	
事業目的	未受診者に対し、個別に生活習慣病や健康リスクについて注意喚起をすることで、受診率の向上を目指します。
事業内容	過去の受診状況やレセプト有無など、対象者の状況に応じた内容の勧奨を郵送または電話で実施します。
実施者	保険年金課、県、国保事務支援センター
実施時期	毎年 10 月～11 月
事業量	【郵送】年 1 回、約 9,000 件 【電話】約 1,000 件

魅力ある受診環境の構築（継続）	
事業目的	健診受診へのハードルを下げ、受診へのインセンティブを高めることで、特定健診受診率の向上を目指します。
事業内容	自己負担額の軽減や、健診の休日実施、健康ポイントの導入など、より魅力ある受診環境づくりを進めます。
実施者	保険年金課
実施時期	計画期間内

特定健診の啓発普及施策

特定健診の P R 事業（継続）	
事業目的	特定健診の認知度向上、特定健診による生活習慣病の予防意義への周知度の向上を目指します。
事業内容	広報誌・ポスター・ホームページ・チラシなどにより、健診制度と生活習慣病、予防知識を啓発・周知します。
実施者	保険年金課
実施時期	国保だより（毎年 4 月、6 月、12 月）、ポスター年 1 回
事業量	広報誌：約 36,000 部、ポスター：約 600 部

継続受診に向けてのアプローチ

分かりやすい健診結果提供事業（継続）	
事業目的	健診受診の習慣化と、健診⇒生活習慣の改善の好循環の定着を目指します。
事業内容	分かりやすい結果通知の送付や、健康相談会の開催などを通じ、健診結果の活用をサポートします。
実施者	保険年金課
実施時期	通年
事業量	随時

2) 特定保健指導対策

(1) 評価指標（短期目標）

図 86 特定保健指導対策の目標指標（単位：％）

		2017 (ハースライン)	2018	2019	評価	2020	2021	2022	2023
特定保健 指導実施率	目標		20.0	30.0	c	40.0	50.0	55.0	60.0
	実績	4.8	10.1	5.0					

出所：法定報告値

図 87 特定保健指導対策のアウトプット

アウトプット指標	目標値	2017 (ハースライン)	2018	2019	評価
未利用者に対する電話による利用勧奨の実施率（実施件数/対象者）	80%	-	56.0%	62.0%	a
広報誌（国保だより）による普及啓発	3回/年	3回/年	3回/年	3回/年	a

出所：大和郡山市

成功要因・未達要因
特定保健指導実施率は、県内平均を下回り低迷しています。特定保健指導の実施率が未達成の要因としては、実施できる体制が整っていなかったことと、市民に対しての啓発不足が考えられます。
今後の方針
地区医師会と健診を委託している医療機関の医師との連携強化を行い、特定保健指導を終了まで利用いただく体制づくりを推進します。また利用しやすい実施時間や場所の設定など、魅力ある利用環境が必要です。同時に、対象者には特定保健指導の重要性を啓発するとともに、生活習慣病予防の意義の周知を図ります。

(2) 実施施策

特定保健指導利用率向上施策

特定保健指導利用勧奨事業（継続）	
事業目的	利用勧奨することで、特定保健指導利用率の向上を目指します。
事業内容	特定保健指導利用券送付後、対象者に対して電話による利用勧奨を行います。
実施者	保険年金課
実施時期	8月～3月
事業量	年 400～500 件

利用しやすい環境づくり（継続）	
事業目的	利用しやすい特定保健指導の体制づくりを行うことで、利用率の向上を目指す。
事業内容	休日の保健指導実施など、対象者の状況に応じた保健指導実施体制の構築を進めます。
実施者	保険年金課
実施時期	随時

フィットネスの機会提供（新規）	
事業目的	特定保健指導終了者に対し、運動する機会を提供し、生活習慣病や慢性腎臓病等の重症化予防を行います。
事業内容	特定保健指導終了者に対し、市内の協力施設で運動する機会を提供します。
実施者	保険年金課
実施場所	大和郡山市九条公園スポーツセンター、まほろば健康パーク
実施時期	通年
事業量	特定保健指導対象者の3カ年平均人数 552 人 のうち、 実施目標率 40%（220 人）

特定保健指導の啓発普及施策

特定保健指導の P R 事業（継続）	
事業目的	特定保健指導の認知度向上、生活習慣病の予防意義への周知度の向上を目指します。
事業内容	広報誌・ポスター・ホームページ・チラシなどにより、健診制度と生活習慣病、予防知識を啓発・周知します。
実施者	保険年金課
実施時期	国保だより（毎年 4 月、6 月、12 月）、ポスター年 1 回
事業量	広報誌：約 36,000 部、ポスター：約 600 部

健康意識向上施策

特定保健指導事後フォロー事業（継続）	
事業目的	特定保健指導の実施後も、よりよい生活習慣を継続できるよう支援することで、健康的な生活の維持と健康意識のさらなる向上を目指します。
事業内容	保健指導後の生活についての専門職によるフォローの機会を設け、よりよい生活習慣の定着を目指します。
実施者	保険年金課
実施時期	通年

3) 要治療者の治療率向上対策

(1) 評価指標（中期目標）

図 88 要治療者の治療率向上対策の目標指標（単位：％）

		2017 (ハースライン)	2018	2019	評価	2020	2021	2022	2023
要治療者の 治療率	目標				a	75.0			80.0
	実績	69.8	71.8	71.5					

出所：医療費分析ツール「Focus」

図 89 要治療者の治療率向上対策のアウトプット

アウトプット指標	目標値	2017 (ハースライン)	2018	2019	評価
リスク因子保有者に対する健康相談及び治療勧奨事業の実施回数	12回/年	-	8回/年	8回/年	b
脳ドック事業の実施人数	400人	345人	350人	351人	b

出所：大和郡山市

成功要因・未達要因
要治療者の治療率は、計画時より改善しています。2020 年度の目標指標に達していない要因としては、リスク因子保有者に対する健康相談及び治療勧奨事業において、専門職の配置人員の不足や脳ドック事業では、医療機関の受け入れ態勢が整わなかったことが考えられます。
今後の方針
上記未達成要因の対策を行い、健康相談及び治療勧奨事業を通じ特定健診の受診率向上により、早期に生活習慣病リスクの高い対象者を発見し、重症化を防ぐために早期治療を推進します。

(2) 実施施策

治療啓発施策

健康相談会事業（継続）	
事業目的	リスク因子保有者の健康づくり意識向上および行動変容を目指します。
事業内容	リスク因子保有者に対し、健康相談および治療勧奨を実施します。
実施者	被保険者、保険年金課
実施時期	毎月 1 回
事業量	年 12 回

リスク因子保有者への重症化予防施策

情報提供施策（継続）	
事業目的	リスク因子保有者への情報提供強化を行うことで、リスク因子保有者の重症化予防を行います。
事業内容	健診結果が受診勧奨判定値だが特定保健指導の対象にならない者に対し、生活習慣病予防の情報提供を行います。
実施者	保険年金課
実施時期	随時

脳ドック事業（継続）	
事業目的	脳疾患の早期発見と治療に繋げるため、MRI 検査を通した健診を行います。
事業内容	満 40 歳以上 75 歳未満の希望者を対象に申込み制で受診券の発行を行い、市内の指定病院で MRI 検査を行います。
実施者	被保険者、保険年金課、市内 4 病院
実施時期	9 月～2 月
事業量	約 400 人

4) 糖尿病等治療勧奨推進事業（レッドカード事業）

(1) 実績

本事業は、糖尿病等の重症未治療者を特定健診の結果などにより抽出し、早期の医療機関受診を勧奨するものです。2018年度の国保県域化に伴って開始されました。

本事業の推進により、要治療者の受療率向上を図り、疾病の重症化を予防します。

図 90 レッドカード事業のアウトプット指標

アウトプット指標		目標値	2018	2019	評価
レッドカード送付者のうち、医療機関を受診した者の割合		80%	77.7%	82.6%	a
実施状況	対象者 (うち資格喪失者)	-	147人 (7人)	142人 (9人)	
	受療者	-	70人	62人	
	受療率	-	47.6%	43.7%	

※レッドカード送付者のうち、医療機関を受診した者の割合の実績値は、計画時の計算方法で算出しています。

（対象者：対象者条件の該当人数、受療者：生活習慣病の疾病と診断された人数）

出所：大和郡山市（実施状況）

医療費分析ツール「Focus」（レッドカード送付者のうち、医療機関を受診した者の割合）

図 91 レッドカード事業の対象者条件

項目	条件
高血圧	収縮期血圧 180mmHg 以上 または 拡張期血圧 110 mmHg 以上
	かつ、質問票「血圧を下げる薬」の使用なしと回答した者
高血糖	HbA1c（NGSP）：【2018 年度】8.4%以上 【2019 年度】8.0%以上
	かつ、質問票で「インスリン注射又は血糖を下げる薬」の使用なしと回答した者
高コレステロール	LDL コレステロール 200mg/dl 以上
	かつ、質問票で「コレステロール（又は中性脂肪）を下げる薬」の使用なしと回答した者
高中性脂肪	中性脂肪：【2018 年度】400 mg/dl 以上 【2019 年度】500 mg/dl 以上
	かつ、質問票で「コレステロール（又は中性脂肪）を下げる薬」の使用なしと回答した者
慢性腎臓病	eGFR：【2018 年度】40ml/min/1.73m ² 未満 【2019 年度】45ml/min/1.73m ² 未満
	【2019 年度より追加】 かつ、質問票で「医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか」のいいえと回答した者

成功要因・未達要因
国保の保健事業への専門職の配置人員が不足し、体制が整わない面があったことが考えられます。
今後の方針
国保連合会及び医療機関等の関係機関との連携の下、重症化予防のため適切な治療を促し、受療者数の増加を目指します。

(2) 実施施策

糖尿病等治療勧奨（レッドカード事業）

糖尿病等治療勧奨推進事業（継続）	
事業目的	糖尿病等の未治療者に対して医療機関への受診を勧奨し、適切な治療につなげることで、疾病の重症化を防ぎます。
事業内容	特定健診の結果に基づき対象者を抽出し、郵送や電話により医療機関での早期受診を勧奨する。あわせてレセプト情報により医療機関への受診状況を確認し、適宜再勧奨等を実施します。
実施者	保険年金課、県、国保事務支援センター
実施時期	通年

5) 糖尿病性腎症重症化予防プログラム

(1) 評価指標（短期目標）

図 92 糖尿病性腎症重症化予防プログラム（保健指導）の目標指標

		2017 (ハースライン)	2018	2019	評価	2020	2021	2022	2023
医師と連携 して実施した 保健指導実 施率	目標		100%	100%	a	100%	100%	100%	100%
	実績	未実施	100%	100%					

出所：医療費分析ツール「Focus」

【受診勧奨】

糖尿病が重症化するリスクの高い人に未受診者・受診中断者に対し、医療機関への早期の受診を勧奨し、重症化の予防を図ります。

図 93 糖尿病性腎症重症化予防プログラム（受診勧奨）のアウトプット

アウトプット指標		目標値	2018	2019	評価
受診勧奨送付者のうち、医療機関を受診した者の割合		100%	95.4%	94.6%	a
実施状況	対象者 (うち資格喪失者)	-	9人 (0人)	27人 (1人)	
	受療者	-	3人	12人	
	受療率	-	33.3%	44.4%	

※受診勧奨送付者のうち、医療機関を受診した者の割合の実績値は、計画時の計算方法で算出しています。

（対象者：HbA1c7.0 以上の該当人数、受療者：生活習慣病の疾病と診断された人数）

出所：大和郡山市（実施状況）

医療費分析ツール「Focus」（受診勧奨送付者のうち、医療機関を受診した者の割合）

図 94 糖尿病性腎症重症化予防プログラム（受診勧奨）対象者

糖尿病性腎症重症化予防プログラムの受診勧奨対象者 条件
以下の①②の条件に該当する者 ①HbA1c7.0 以上 （※2020 年度より、HbA1c6.5 以上に変更） ②年度内に医療機関の受診歴なし

【保健指導】

糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い人に対し、主治医が必要と認めた人へ保健指導を実施し、生活習慣の改善を通じて人工透析への移行を防止するものです。

図 95 糖尿病性腎症重症化予防プログラム（保健指導）のアウトプット

アウトプット指標		目標値	2018	2019	評価
保健指導対象者のうち、保健指導を実施した者の割合		100%	96.3%	91.7%	a
実施状況	対象者（医師にて抽出）	-	3人	9人	
	利用者	-	3人	5人	
	利用率	-	100%	55.5%	

※保健指導対象者のうち、保健指導を実施した者の割合の実績値は、計画時の計算方法で算出しています。

（対象者：対象条件の該当人数、受療者：生活習慣病の疾病と診断された人数）

出所：大和郡山市（実施状況）

医療費分析ツール「Focus」（保健指導対象者のうち、保健指導を実施した者の割合）

図 96 糖尿病性腎症重症化予防プログラム（保健指導）対象者

糖尿病性腎症重症化予防プログラムの保健指導対象者 条件
以下の①～③の条件に該当する者 ①空腹時血糖 126mg/dl 又は HbA1c6.5%以上 ②eGFR30～59ml/分/1.73m² ③尿蛋白（±）以上 ※なお、2019 年度は eGFR30～44ml/分 1.73m² の者を優先的に抽出する

成功要因・未達要因
医師と連携して実施した保健指導実施率は、目標値に近い値の実施率となっています。受診勧奨の医療機関への受診者および保健指導の利用者については、目標の 100%に達しておらず、実施体制の見直しを検討します。
今後の方針
被保険者の同意のもと、治療中の者や受診勧奨判定値を越えている者に対して、医療機関等と連携した保健指導実施を進めて行き、受療率および保健指導の利用率の増加を目指します。

(2) 実施施策

糖尿病性腎症重症化予防プログラム

糖尿病性腎症重症化予防プログラム（受診勧奨）（継続）	
事業目的	糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・受診中断者に対し早期の受診を勧奨し、適切な治療に結びつけることで重症化を予防します。
事業内容	特定健診の受診結果から対象者を抽出し、受診勧奨通知の送付を行います。
実施者	保険年金課、県、国保事務支援センター
実施時期	7月～3月

糖尿病性腎症重症化予防プログラム（保健指導）（継続）	
事業目的	糖尿病が重症化するリスクの高い者に対しかかりつけ医と連携し、生活習慣を改善することで人工透析の導入などの重症化を予防します。
事業内容	特定健診の受診結果から対象者を抽出し、保健師や管理栄養士等専門職による保健指導を実施します。
実施者	保険年金課、県、国保事務支援センター
実施時期	7月～3月

6) 地域包括ケアを意識した保健事業

(1) 実績

健康寿命の延伸や医療費の適正化を実現するために、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供する地域包括ケアシステムの構築が重要です。介護保険部門等と連携を図りながら、地域の主体性や自主性に基づき、地域包括ケアを意識した保健事業を推進します。

図 97 地域包括ケアを意識した保健事業のアウトプット

アウトプット指標	目標値	2017 (ベースライン)	2018	2019	評価
節目年齢の歯科検診受診率 (40・50・60・70歳)	30%	-	13.9%	13.6%	b

出所：大和郡山市

(2) 実施施策

介護予防を意識した施策

口腔健診事業（継続）	
事業目的	口腔、歯の健診を通じた健康増進と生活の質の向上を図ります。
事業内容	満 40 歳、満 50 歳、満 60 歳、満 70 歳の節目の年齢の方を対象に歯や口内の状態を検診します。
実施者	保険年金課、市歯科医師会
実施時期	毎年 11 月～2 月
事業量	対象者約 2,000 名

地域包括ケア

通いの場でのフレイル対策事業（継続）	
事業目的	低栄養で虚弱状態にある高齢者の生活習慣や食生活の改善を促します。
事業内容	専門職が介護予防や地域の通いの場等に訪問し、フレイルリスクの高い人に対して保健指導等の予防の取り組みを実施します。
実施者	保険年金課、地域包括支援センター、保健センター
実施時期	随時

7) がん検診対策

(1) 実績

健康寿命の延伸および医療費適正化の観点から、がんの早期発見および予防が重要です。各種がん検診および肝炎ウイルス検診等の受診率向上を目指します。

図 98 がん検診対策のアウトプット

アウトプット指標	目標値	2017 (ベースライン)	2018	2019	評価
胃がん 受診率	10.0%	5.0%	6.8%	6.2%	b
肺がん 受診率	5.0%	3.4%	4.1%	2.9%	b
大腸がん 受診率	20.0%	16.2%	14.6%	14.3%	b
乳がん 受診率	20.0%	11.4%	8.3%	8.9%	b
子宮がん 受診率	20.0%	10.6%	7.1%	6.9%	b

(2) 実施施策

がん検診受診率向上施策

利用しやすい環境づくり（継続）	
事業目的	がんに関する正しい知識の普及啓発とともに早期発見、早期治療を行えるよう促します。
事業内容	各種イベントでの啓発活動や、広報紙・ポスター・ホームページ・SNS・チラシなどにより、各種がん検診の受診勧奨および予防知識の周知・広報を実施する。あわせて、郵送による個別の受診勧奨を実施し、受診率の向上に努めます。
実施者	保健センター
実施時期	通年

10. 計画の推進に向けて

奈良県では、平成 30 年度に国民健康保険団体連合会に国保事務支援センターを設置し、県内市町村国保業務及び保健事業の共同化、医療費適正化の具体的な取り組みの推進を図り、本市においても、積極的に共同事業に参加し効率的・効果的な事業を推進しているところです。このように、計画策定時点では設置されていなかった機能が稼働し、国保事業推進に係る体制は大きく変化しています。今後、事業の推進に当たっては、奈良県及び国保連合会との連携を強化するとともに、庁内関係課との連携した保健事業を図り、被保険者の健康寿命の延伸、QOL の向上を図ります。

また新型コロナウイルスに対し、基礎疾患を有する人は感染すると重症化するリスクが高いと考えられています。そのため、改めて特定健診および特定保健指導の効果について加入者を含めた関係者で共有し、様々な病気のリスクに繋がる生活習慣病の予防や重症化防止に向けた効率的・効果的な保健事業を継続します。

11. データヘルス計画中間評価の公表・周知方法

策定した計画は、大和郡山市のホームページ等に掲載するとともに、実施状況の取りまとめを行います。

12. 事業運営上の留意事項

大和郡山市では、保険年金課と保健センターが連携し 2008 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。今後も保健師や栄養士等の専門職と連携し、保健事業に取り組むものとします。

13. 個人情報の保護

大和郡山市における個人情報の取り扱いは、大和郡山市個人情報保護条例（平成 14 年 12 月 19 日条例第 27 号）によるものとします。

卷末資料

用語集

用語	説明
特定健康診査	生活習慣病を引き起こすメタボリックシンドロームを早期に発見するため、2008 年度に始まった健康診査。腹囲や身長、体重、血圧、血液などを検査し、基準以上の場合(腹囲なら男性 85 c m、女性 90 c m以上)、食生活や運動習慣について指導を受ける対象になります。
特定保健指導	対象者が自分の健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取り組みを継続的に行うことができるようにすることを目的に、栄養士や保健師が専門的なアドバイスをする機会を指す。特定健康診査の結果により、「動機付け支援」「積極的支援」の階層に該当した人に対してのみ実施されます。
メタボリックシンドローム (略称：メタボ)	肥満・高血糖・高中性脂肪血症・高コレステロール血症・高血圧の危険因子が重なった状態です。基礎疾患が複合することによって糖尿病・心筋梗塞・脳卒中等の発症リスクが高まります。 ※判定方法：図 52 メタボリックシンドローム判定方法
メタボリックシンドローム 予備群 (略称：メタボ予備群)	メタボリックシンドロームの診断基準には達しないが、減量によりリスクが改善する肥満を「メタボリックシンドローム予備群」と位置づけられます。 ※判定方法：図 52 メタボリックシンドローム判定方法
リスク因子	危険因子とも呼ばれる。ここでは生活習慣病のリスク因子として高血圧、脂質異常、高血糖を指します。
要治療者	特定健診受診者のうち、「図 74 要治療の判定値」に示した受診勧奨値を超えている方を指します。
BMI	ボディ・マス・インデックス(Body Mass Index)の略です。 「体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)」で算出されます。肥満度を測るための国際的な指標であり、医学的に最も病気が少ない数値として 22 を「標準体重」とし、18.5 未満なら「低体重」、18.5 以上 25 未満を「普通体重」、25 以上を「肥満」としています。
収縮期血圧	動脈内の圧は心周期に一致して変動しますが、その最小値であり、心臓が拡張したときの血圧です。
拡張期血圧	心室が収縮したときの血圧であり、普通は動脈、特に上腕部の動脈の血圧を計ります。

用語	説明
中性脂肪	肝臓で作られる脂質の一種です。体を動かすエネルギー源であり、体温を一定に保つ役割があります。余分なエネルギーはほとんどが中性脂肪として蓄えられ、蓄えが多くなりすぎると脂肪肝や肥満の原因となります。
HDL コレステロール	善玉コレステロールとも呼ばれ、体の隅々の血管壁に溜まった余分なコレステロールを抜き取って肝臓に運ぶ機能があります。動脈硬化等を防ぐ役割があります。
LDL コレステロール	悪玉コレステロールとも呼ばれ、肝臓から血管にコレステロールを運ぶ機能があります。数値が高くなると、血管に沈着して動脈硬化の原因になります。
空腹時血糖	糖尿病を診断するために用いられる空腹時（食後 8～12 時間）の血糖値です。
HbA1c	糖化ヘモグロビンの一種であり、ヘモグロビン A1c とも表記します。ヘモグロビンが血中のブドウ糖と結合したものは糖化ヘモグロビンまたはグリコヘモグロビンとよばれ、その一つが糖尿病の検査マーカーとして用いられる HbA1c です。血中の余分なブドウ糖が増えるとヘモグロビンと結合する HbA1c も増加して蓄積されますが、HbA1c は血糖値とは異なり食事や運動の影響を受けにくく、測定時点より 1～2 か月前の平均血糖値と関連します。
AST(GOT)	Glutamic-oxaloacetic transaminase（グルタミン酸オキサロ酢酸トランスアミナーゼ）の略で、アミノ酸の合成に必要な酵素のことをいいます。主に肝臓、骨格筋等に含まれ、それらの細胞に障害があると血液中に出て、数値が高くなります。
ALT(GPT)	Glutamic pyruvic transaminase（グルタミン酸ピルビン酸トランスアミナーゼ）の略で、アミノ酸の合成に必要な酵素のこと。肝臓に多く含まれ、肝臓病（急性・慢性肝炎・脂肪肝、アルコール性肝炎等）等が原因でこの数値が高くなります。
γ-GTP （ガンマ-GTP）	肝胆系の病気の診断のための血液検査のこと。GOT・GPT と同じくたんぱく質を分解する酵素の 1 つです。γ-GTP は、アルコールや薬剤等が肝細胞を破壊したときや、結石・がん等で胆管（肝臓で作られた胆汁を十二指腸まで流すための管のことです）が閉塞したときに血中に流出し、高い値になります。特にアルコール性肝疾患の診断に用いられます。

用語	説明
血色素量 (ヘモグロビン)	1cc の血液中の赤血球の中に含まれる血色素の量を調べる検査のこと。赤血球に含まれる鉄分とたんぱくが結合した物質で、値が低いと貧血とわかるが、貧血のタイプを調べるにはさらに詳しい血液検査を要します。
医療費の適正化	高齢化社会の進展にあたって、医療費の伸びが過大とならないよう、糖尿病等の患者・予備群の減少、平均在院日数の短縮を図るなどの取り組みやその取り組みの目標を指します。
K D B	国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種制度の審査支払業務及び保険者事務共同電算業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療(後期高齢者医療含む)」、「介護保険」等に係る情報を利活用し、統計情報等を保険者向けに情報提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステムです。
ジェネリック医薬品	新薬の特許期間が満了後、厚生労働省の承認を得て製造・販売される薬。新薬に比べて開発費が大幅に削減できるため、新薬と同じ有効成分・同等の効き目でありながら、お薬の価格を低く抑えることが可能です。

医療費分析ツール「Focus」 生活習慣病の定義

生活習慣病の重症化疾患群		重症化疾患	I C D 1 0	名称	備考
糖尿病性合併症群 (糖尿病)	糖尿病性合併症群 (慢性腎臓病)				
○	○	糖尿病性腎症	E112	E11.2 インスリン非依存性糖尿病<N I D D M>, 腎合併症を伴うもの	
			E122	E12.2 栄養障害に関連する糖尿病, 腎合併症を伴うもの	
			E132	E13.2 その他の明示された糖尿病, 腎合併症を伴うもの	
			E142	E14.2 詳細不明の糖尿病, 腎合併症を伴うもの	
○	○	糖尿病性網膜症	E113	E11.3 インスリン非依存性糖尿病<N I D D M>, 眼合併症を伴うもの	
			E123	E12.3 栄養障害に関連する糖尿病, 眼合併症を伴うもの	
			E133	E13.3 その他の明示された糖尿病, 眼合併症を伴うもの	
			E143	E14.3 詳細不明の糖尿病, 眼合併症を伴うもの	
			H221	H22.1 他に分類されるその他の疾患における虹彩毛様体炎	
			H280	H28.0 糖尿病(性)白内障	目つ、同月・他医療機関含む病名 (ICD-10)にE11～E144が有る
			H360	H36.0 糖尿病(性)網膜症	
			H588	H58.8 他に分類される疾患における眼及び付属器のその他の明示された障害	
○	○	糖尿病性神経障害	E114	E11.4 インスリン非依存性糖尿病<N I D D M>, 神経(学的)合併症を伴うもの	
			E124	E12.4 栄養障害に関連する糖尿病, 神経(学的)合併症を伴うもの	
			E134	E13.4 その他の明示された糖尿病, 神経(学的)合併症を伴うもの	
			E144	E14.4 詳細不明の糖尿病, 神経(学的)合併症を伴うもの	
			G590	G59.0 糖尿病性単ニューロパチ<シ>ー	
			G632	G63.2 糖尿病性多発(性)ニューロパチ<シ>ー	
			G730	G73.0 内分泌疾患における筋無力(症)症候群	目つ、同月・他医療機関含む病名 (ICD-10)にE11～E144が有る
			G736	G73.6 代謝疾患におけるミオパチ<シ>ー	
			G990	G99.0 内分泌疾患及び代謝疾患における自律神経ニューロパチ<シ>ー	
			N312	N31.2 しこ胞>緩性神経因性膀胱(機能障害), 他に分類されないもの	
○	○	糖尿病潰瘍・壊疽	E115	E11.5 インスリン非依存性糖尿病<N I D D M>, 末梢循環合併症を伴うもの	
			E125	E12.5 栄養障害に関連する糖尿病, 末梢循環合併症を伴うもの	
			E135	E13.5 その他の明示された糖尿病, 末梢循環合併症を伴うもの	
			E145	E14.5 詳細不明の糖尿病, 末梢循環合併症を伴うもの	
			I792	I79.2 他に分類される疾患における末梢血管症<アングリオパシー>	
			I798	I79.8 他に分類される疾患における動脈, 細動脈及び毛細血管のその他の障害	目つ、同月・他医療機関含む病名 (ICD-10)にE11～E144が有る
			L984	L98.4 皮膚の慢性潰瘍, 他に分類されないもの	
○	○	糖尿病性合併症 (その他)	E110	E11.0 インスリン非依存性糖尿病<N I D D M>, 昏睡を伴うもの	
			E120	E12.0 栄養障害に関連する糖尿病, 昏睡を伴うもの	
			E130	E13.0 その他の明示された糖尿病, 昏睡を伴うもの	
			E140	E14.0 詳細不明の糖尿病, 昏睡を伴うもの	
			E111	E11.1 インスリン非依存性糖尿病<N I D D M>, ケトアシドーシスを伴うもの	
			E121	E12.1 栄養障害に関連する糖尿病, ケトアシドーシスを伴うもの	
			E131	E13.1 その他の明示された糖尿病, ケトアシドーシスを伴うもの	
			E141	E14.1 詳細不明の糖尿病, ケトアシドーシスを伴うもの	
			E116	E11.6 インスリン非依存性糖尿病<N I D D M>, その他の明示された合併症を伴うもの	
			E126	E12.6 栄養障害に関連する糖尿病, その他の明示された合併症を伴うもの	
			E136	E13.6 その他の明示された糖尿病, その他の明示された合併症を伴うもの	
			E146	E14.6 詳細不明の糖尿病, その他の明示された合併症を伴うもの	
			E117	E11.7 インスリン非依存性糖尿病<N I D D M>, 多発合併症を伴うもの	
			E127	E12.7 栄養障害に関連する糖尿病, 多発合併症を伴うもの	
			E137	E13.7 その他の明示された糖尿病, 多発合併症を伴うもの	
			E147	E14.7 詳細不明の糖尿病, 多発合併症を伴うもの	
			I15	I15 二次性<続発性>高血圧(症)	
○	○	高血圧性網膜症	3621010	高血圧性網膜症	電算コード
			8833424	高血圧性視神経網膜症	電算コード
			H350	H35.0 背景網膜症及び網膜血管変化	目つ、同月・他医療機関含む病名 (ICD-10)にI10が有る
	○	腎不全	I120	I12.0 腎不全を伴う高血圧性腎疾患	
			N17	N17 急性腎不全	目つ、同月・他医療機関含む病名 (ICD-10)にE11～E144が有る
			N18	N18 慢性腎不全	
			N19	N19 詳細不明の腎不全	

生活習慣病の重症化疾患群		重症化疾患	I C D 1 0	名称	備考
脳血管疾患群	虚血性心疾患群				
○		脳梗塞	I63	I63 脳梗塞	
			I693	I69.3 脳梗塞の続発・後遺症	
○		脳出血	I61	I61 脳内出血	
			I691	I69.1 脳内出血の続発・後遺症	
○		くも膜下出血	I60	I60 くも膜下出血	
			I690	I69.0 くも膜下出血の続発・後遺症	
○		脳血管疾患 (その他)	I62	I62 その他の非外傷性頭蓋内出血	
			I64	I64 脳卒中, 脳出血又は脳梗塞と明示されないもの	
			I65	I65 脳実質外動脈の閉塞及び狭窄, 脳梗塞に至らなかったもの	
			I66	I66 脳動脈の閉塞及び狭窄, 脳梗塞に至らなかったもの	
			I67	I67 その他の脳血管疾患	
			I69	I69 脳血管疾患の続発・後遺症	I690,I691,I693を除く
○		血管性認知症	F01	F01 血管性認知症	
	○	狭心症	I20	I20 狭心症	
	○	心筋梗塞	I21	I21 急性心筋梗塞	
			I22	I22 再発性心筋梗塞	
	○	虚血性心疾患 (その他)	I23	I23 急性心筋梗塞の続発合併症	
			I24	I24 その他の急性虚血性心疾患	
			I25	I25 慢性虚血性心疾患	
			I119	I11.9 心不全(うっ血性)を伴わない高血圧性心疾患	
	○	心筋症	I42	I42 心筋症	
	○	心肥大	I517	I51.7 心(臓)拡大	
	○	心不全	I110	I11.0 心不全(うっ血性)を伴う高血圧性心疾患	
			I50	I50 心不全	
基礎疾患		糖尿病	E11	E11 インスリン非依存性糖尿病< N I D D M >	E110,E111,E112,E113,E114,E115,E116 ,E117を除く
			E12	E12 栄養障害に関連する糖尿病	E120,E121,E122,E123,E124,E125,E126 ,E127を除く
			E13	E13 その他の明示された糖尿病	E130,E131,E132,E133,E134,E135,E136 ,E137を除く
			E14	E14 詳細不明の糖尿病	E140,E141,E142,E143,E144,E145,E146 ,E147を除く
		高血圧症	I10	I10 本態性(原発性<一次性>)高血圧(症)	
		脂質異常症	E780	E78.0 純型高コレステロール血症	
			E781	E78.1 純型高トリグリセリド血症	
			E782	E78.2 混合型高脂(質)血症	
			E783	E78.3 高カイロミクロン血症	
			E784	E78.4 その他高脂(質)血症	
			E785	E78.5 高脂(質)血症, 詳細不明	

大和郡山市国民健康保険

第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画中間報告）

□発 行 2021 年 3 月

□発行者 大和郡山市 保険年金課

〒639-1198 大和郡山市北郡山町 248 番地 4

T E L （0743）53-1151
