

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)

【平成 30 年度～平成 35 年度】

平成 31 年 2 月

大和郡山市

目次

1. 保健事業実施計画（データヘルス計画）基本的事項.....	1
1) 背景と主旨.....	1
2) データヘルス計画の位置付けおよび他計画との関係.....	2
3) 実施体制および関係者連携.....	4
2. 地域の健康課題.....	5
1) 地域の特性.....	5
3. 目標評価と実施施策.....	11
1) 特定健診の受診率向上.....	11
2) 特定保健指導の実施率向上.....	12
4. 現状の保健事業.....	13
5. 医療費の状況.....	15
1) 国民健康保険被保険者医療費状況.....	15
2) 生活習慣病にかかる医療費.....	16
3) 疾病別の医療費 Top10.....	17
4) 80万円以上のレセプトにおける疾病別医療費 TOP10.....	18
5) 長期入院レセプトにおける疾病別医療費 TOP10.....	19
6) 人工透析患者の状況.....	20
7) 介護認定者の有病状況.....	22
8) 生活習慣病の分析.....	23
6. 特定健診に関する分析.....	34
1) 特定健診の受診状況.....	34
2) 特定健診におけるメタボリックシンドロームの状況.....	39
7. 特定保健指導の分析.....	41
1) 特定保健指導 実施率・利用状況.....	41
2) 特定保健指導（動機付け支援）の分析.....	42
3) 特定保健指導（積極的支援）の分析.....	44
4) 特定保健指導対象者の状況.....	46
8. 特定健診・レセプトに関する分析.....	49
1) 特定健診とレセプトの関係.....	49
2) 要治療者の状況（受診勧奨判定値）.....	52

3) 新規虚血性心疾患患者の分析	55
4) 新規脳血管疾患患者の分析	56
5) 新規糖尿病性合併症患者の分析	57
9. 健康課題のまとめ	58
10. 保健事業計画・目標設定	62
1) 特定健診受診対策	64
2) 特定保健指導対策	66
3) 要治療者の治療率向上対策	68
6) 糖尿病等治療勧奨推進事業（レッドカード事業）	69
7) 糖尿病性腎症重症化予防プログラム	70
8) 地域包括ケアを意識した保健事業	72
9) がん検診対策	73
10) 目標値のまとめ	74
11. データヘルス計画の見直し	75
12. データヘルス計画の公表・周知方法	75
13. 事業運営上の留意事項	75
14. 個人情報の保護	75
巻末資料	i

1. 保健事業実施計画（データヘルス計画）基本的事項

1) 背景と主旨

近年、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査（以下「特定健診等」という。）の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展、国保データベース（KDB）システム（以下「KDB」という。）等の整備により、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）（以下「保険者等」という。）が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいます。

こうした中、平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。

これまで、保険者等においては、レセプト等や統計資料等を活用することにより、「特定健康診査等実施計画（以下「特定健診等実施計画」という。）」の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたところではありますが、今後は、更なる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを活用しながら、被保険者をリスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことなどが求められています。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用して P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとなりました。

大和郡山市国民健康保険においては、この保健事業実施指針に基づき、被保険者の健康の保持増進に資することを目的とし、「保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定しました。

P D C A サイクルを実現するために、データヘルス計画の翌年度である本年に計画書の目標に対する評価、現状分析を行い、実情に適した目標・保健事業を設定し、第二期データヘルス計画として策定します。

2) データヘルス計画の位置付けおよび他計画との関係

保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保険事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCA サイクルに沿って運用するものです。

計画は、健康増進法の「基本的な方針」である、「健康寿命の延伸」と「健康格差の縮小」を踏まえるとともに、奈良県健康増進計画や大和郡山すこやか 21 計画、奈良県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとしします。

「データヘルス計画」、「特定健康診査等実施計画」、「健康増進計画」、「奈良県医療費適正化計画」、「介護保険事業計画」の位置関係について、まとめたものが図 1、図 2 になります。

図 1 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	大和郡山すこやか 21 計画
根拠法	国民健康保険法 第 82 条	高齢者の医療の確保に関する法律 第 19 条	健康増進法 第 8 条 第 9 条
計画策定者	大和郡山市	大和郡山市	大和郡山市
対象期間	平成 30-35 年度 (第 2 期)	平成 30-35 年度 (第 3 期)	平成 26-35 年度 (第 2 次)
対象者	国保被保険者	国保被保険者(40-74 歳)	大和郡山市民
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、生活習慣病の予防や重症化予防を図り、健康増進を目指すと共に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。	乳幼児・若者・成年期・壮年期・高齢期のライフステージごとのめざす姿の実現へ向けて健康づくり支援を実施する。(壮年期・高齢期が特定健診に関連する)

出所：大和郡山市

図 2 データヘルス計画および関連計画の実施期間

	H26	H27	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	H36
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					
	→										
医療費適正化計画			2期				3期				
	←				→						

3) 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示します。

(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。

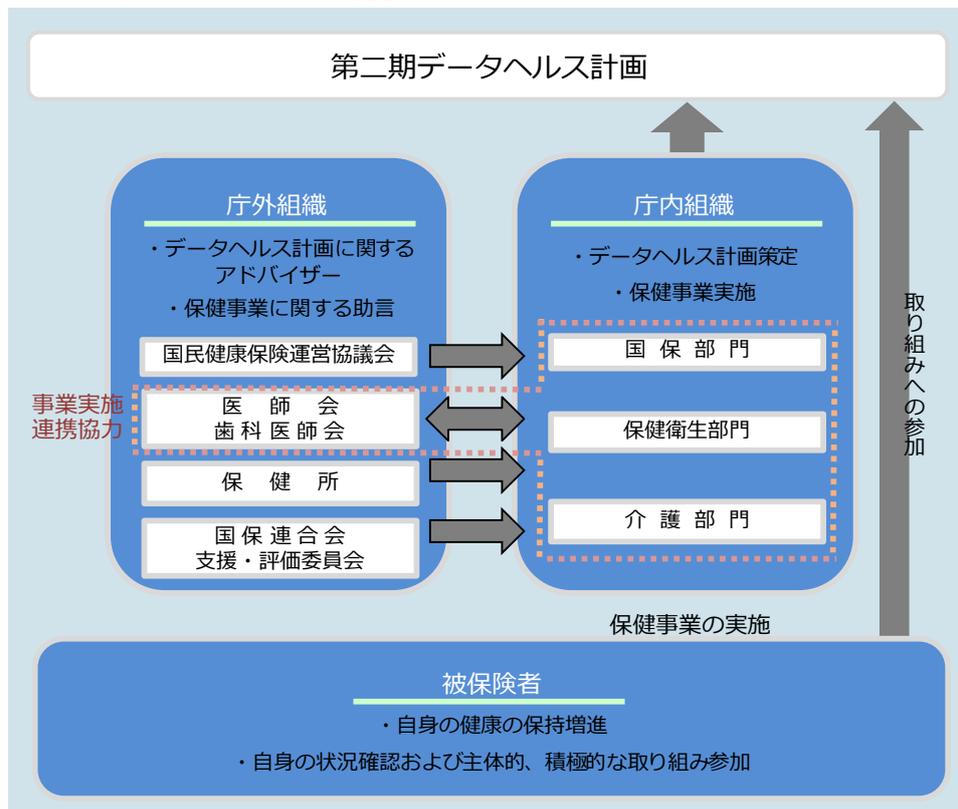
(2) 外部有識者

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3 実施体制および関係者連携



2. 地域の健康課題

1) 地域の特性

(1) 環境

大和郡山市は、昭和 29 年 1 月 1 日に 1 町 4 村の合併により市制を施行し、昭和 32 年に片桐町を編入、現在の市域となっています。

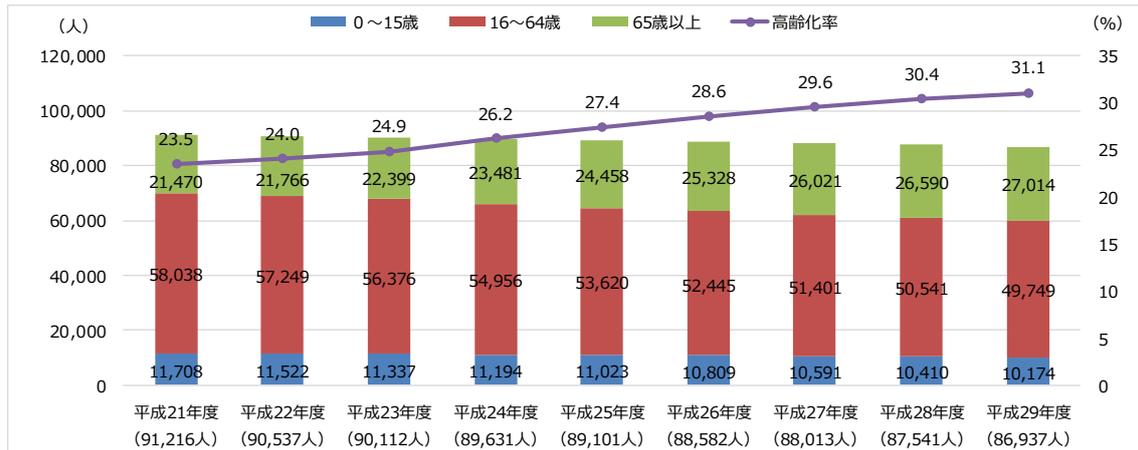
奈良県の北西部を占める奈良盆地のほぼ中央に位置し、東西 9 キロ、南北 7 キロ、総面積は 42.68 平方キロメートル、人口は約 87,000 人を数えます。東側は佐保川、西側に富雄川と 2 本の河川が南流し、大和川に合流しており、東部の平野部には米や野菜を中心とした農業地域が、南部には県下随一の規模を誇る昭和工業団地が整備されています。一方、北部地域には郡山城跡を中心とした市街地が広がり、城下町の風情を残すまちなみが広がっています。また、西部には自然あふれる矢田丘陵が広がっており、ハイキングなど市民の憩いの場となっているほか、一部は良質な住宅地として開発されています。

鉄道は、近鉄橿原線が市域を南北に縦貫しているほか、JR 大和路線が大阪方面へと通じており、京都、大阪へはいずれも 1 時間以内に到達できるほか、隣接する奈良市の中心部へも 10 分程度でアクセスできます。また、国道 24 号が市域の東部を南北に、西名阪自動車道と国道 25 号が市域の南部を東西にそれぞれ走っているほか、奈良盆地を南北に縦貫する京奈和自動車道が市内で西名阪自動車道と接続するなど、京阪神や名古屋、和歌山方面とも通じる道路交通の要衝となっています。

(2) 人口の推移

平成 21 年ごろから緩やかに減少しており、平成 29 年度は 86,937 人となっています。また、高齢化率は増加傾向にあり、平成 21 年度は 23.5%でしたが平成 29 年度には 31.1%まで上昇しています。

図 4 人口の推移

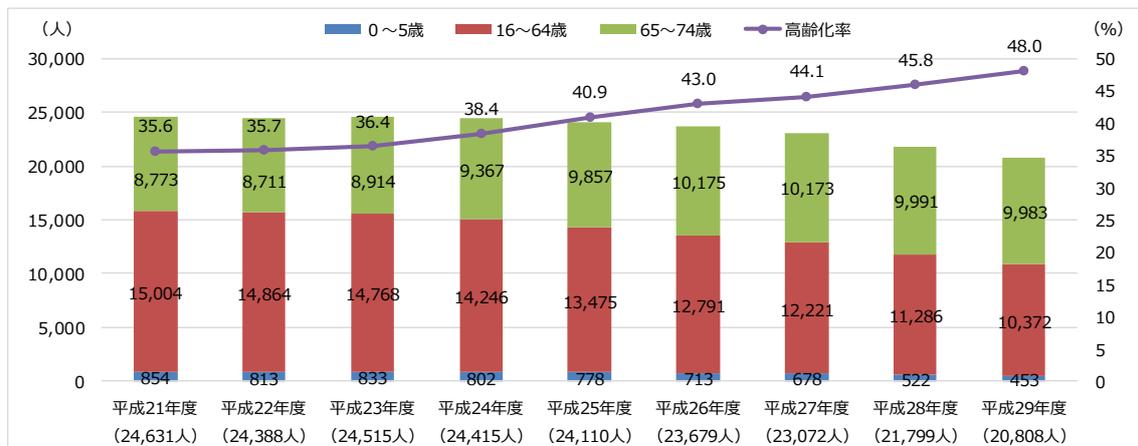


出所：大和郡山市（平成 21 年度～平成 29 年度）

(3) 国民健康保険の状況

国民健康保険被保険者数は平成 21 年度には 24,631 人でしたが、平成 29 年度には 20,808 人と減少しています。しかし、高齢化率は平成 21 年度には 35.6%でしたが、平成 29 年度は 48.0%まで上昇しています。人口と同様の傾向が見られますが、人口以上に高齢化が進行しています。

図 5 国民健康保険被保険者の構成比較



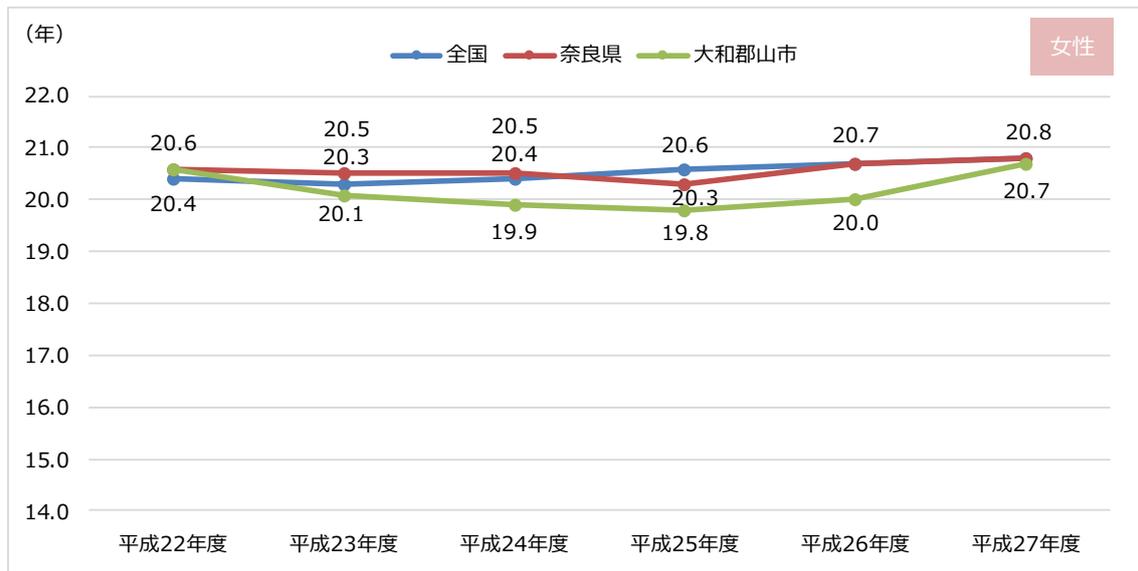
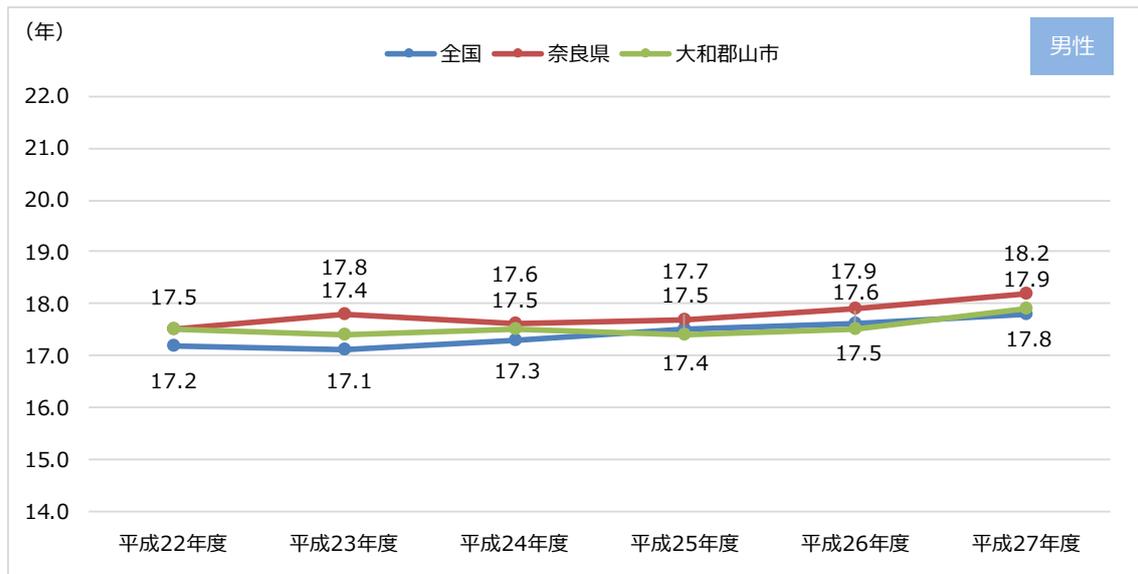
出所：大和郡山市（平成 21 年度～平成 29 年度）

(4) 健康寿命（65歳平均自立期間）

男性は、平成22年では17.5年でしたが、徐々に増加し、平成27年に17.9年に達しました。女性は、平成22年では20.6年でしたが、徐々に減少し、平成25年には19.8年に達しました。その後、増加し平成27年は20.7年となっています。

男女ともに奈良県平均より下回って推移しています。

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」

(5) 標準化死亡比（SMR）

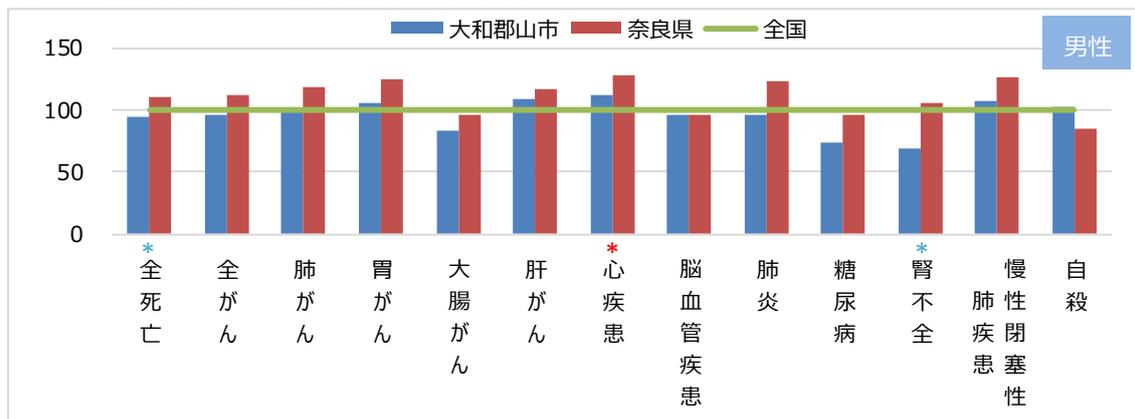
標準化死亡比は、全国と比べて高くなっているものもありますが、奈良県と比較すると男性の自殺以外はすべて下回っている状況です。

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）



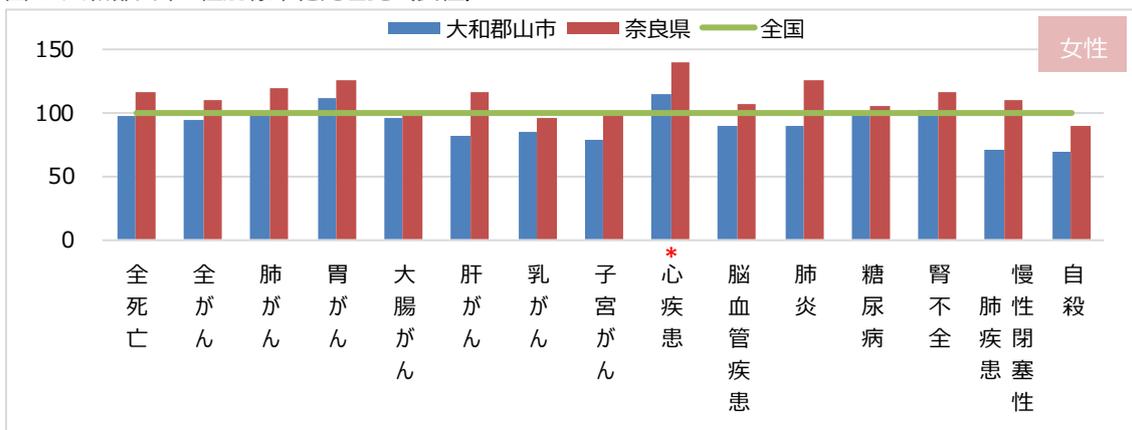
*は全国と比較して大和郡山市が有意に高い *は全国と比較して大和郡山市が有意に低いことを示しています。

出所：奈良県 標準化死亡比（平成 24 年～平成 28 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（平成24年～平成28年）

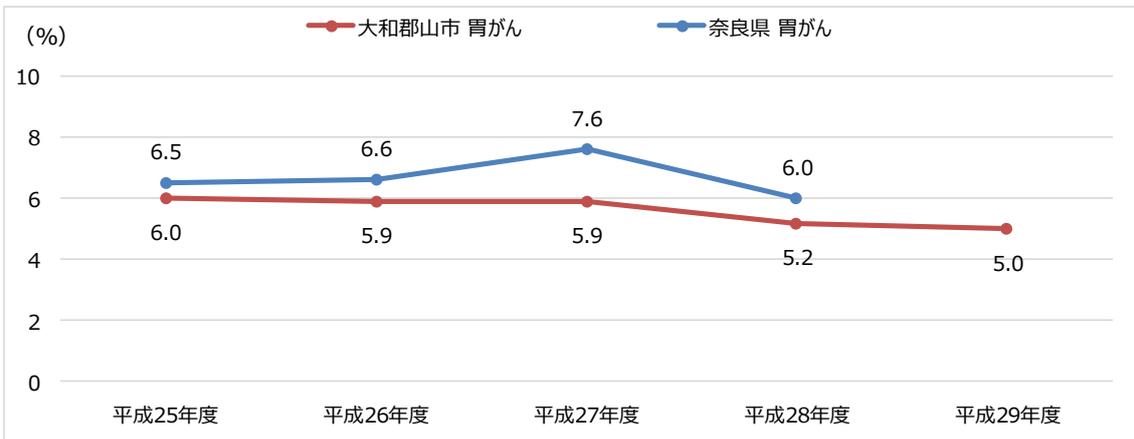
女性		全死亡	全がん	肺がん	胃がん	大腸がん	肝がん	乳がん
標準化死亡比	奈良県	116.0	109.5	119.9	126.0	100.8	117.2	96.1
	大和郡山市	97.1	94.9	99.0	112.5	96.7	81.2	85.7
大和郡山市死亡数（人）		2,109	514	75	66	78	30	42

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

(6) がん検診受診率の推移

胃がんの検診受診率は、県の値より下回る形で推移し、平成 29 年度は 5.0%となっています。

図 9 胃がん検診受診率の推移

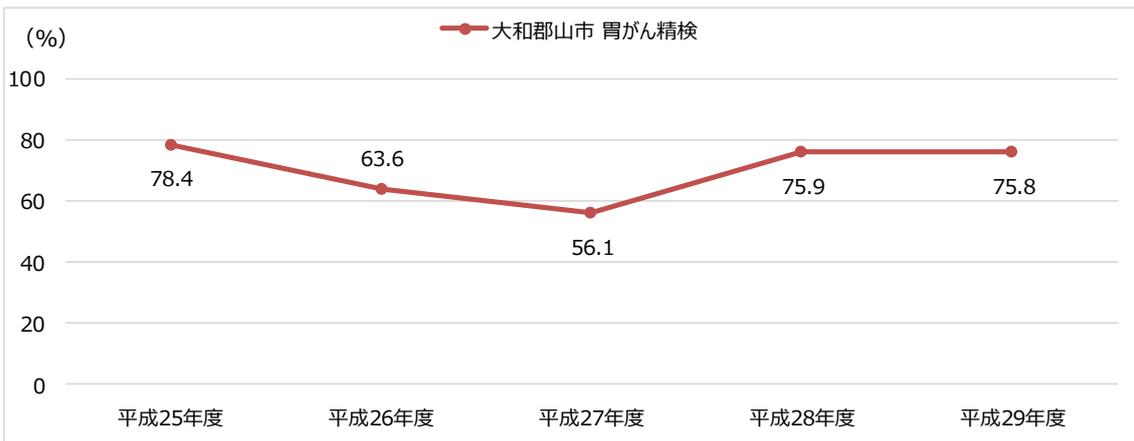


※平成 29 年度奈良県検診受診率は、計画書作成時点において未集計となります。

出所：大和郡山市保健事業実績報告書（平成 25 年度～平成 29 年度）

また、胃がんの精検受診率は、平成 27 年度まで減少傾向でしたが、平成 28 年度に上昇後、横ばいで推移しています。

図 10 胃がん精検受診率の推移



出所：大和郡山市保健事業実績報告書（平成 25 年度～平成 29 年度）

3. 目標評価と実施施策

PDCAサイクルは、具体的にはPlan（計画）、Do（実行）、Check(評価)、Act(改善)となっており、その中でも保健事業を行い、次年度以降の計画の方向性を見出すCheck（評価）は重要な意味を持っています。

本節では、第一期計画策定時の評価指標に対する評価を行い、実施状況に応じて達成・未達成要因を整理します。

1) 特定健診の受診率向上

図 11 特定健診受診率の目標値

目標指標	計画策定時 平成 27 年度	平成 29 年度	
		目標	実績
特定健診受診率	29.0%	31.0%	31.5%

達成・未達成要因

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、共同保健事業等検討会（市町村国保の共同体）や市町村独自の普及啓発、マスコミ等を活用した普及啓発の強化と考えられます。また平成 29 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。

本事業の趣旨を鑑みると、より多くの対象者、とりわけ若い世代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が必要となります。

2) 特定保健指導の実施率向上

図 12 特定保健指導実施率の目標値

目標指標	計画策定時 平成 27 年度	平成 29 年度	
		目標	実績
特定保健指導実施率	4.4%	8.4%	4.8%

達成・未達成要因

特定保健指導の実施率が未達成の要因としては、実施体制が弱いことが考えられます。上昇はしているものの、実施率がきわめて低い状況で推移しているため、医療機関での受診と保健指導の連携強化や、利用しやすい実施時間や場所の設定など、魅力ある利用環境を整備していく必要があります。同時に、対象者には保健指導の重要性を啓発し、利用を促す取り組みも重要となります。

4. 現状の保健事業

本市では、近年、以下の保健事業実施体制において、それぞれの保健事業を実施しています。

図 13 保健事業実施状況

目的	実施事業	対象等	実績
健康の保持増進、疾病の発症予防、早期発見、早期治療	特定健診	40～74歳の被保険者	県医師会との集合契約に基づき個別健診（医療機関で実施）により実施。
	特定健診受診率向上対策	特定健診未受診者	①60歳以上の一定期間未受診者に対して、11月下旬にハガキによる勧奨通知を実施。 ②60歳未満の一定期間未受診者に対して、同時期に電話による受診勧奨を実施。
	脳ドック	40～74歳の保険税を完納している被保険者	「脳ドック」の検査料金の一部として、1人当たり12,947円を助成。H25:352人 H28:349人 H26:342人 H29:338人 H27:350人
	がん検診	胃がん検診（個別:40歳以上、集団:30歳以上） 肺がん検診（集団:30歳以上） 大腸がん検診（個別:40歳以上） 子宮がん検診（個別:20歳以上） 乳がん検診（個別:40歳以上）	集団検診は胃がん検診と肺がん検診の同時実施。 H29年度受診者数（受診率） 胃がん検診:1,646人（5.0%） 肺がん検診:1,101人（3.3%） 大腸がん検診:4,876人（16.2%） 子宮がん検診:1,262人（10.6%） 乳がん検診:1,071人（11.4%）
	肝炎ウイルス検診	①40歳 ②40歳以上で今まで受診したことがない人	H27:①179人 ②75人 H28:①136人 ②58人 H29:①128人 ②51人
	骨粗鬆症検診	①40歳 ②50歳の女性	H27:①115人 ②133人 H28:①101人 ②113人 H29:①77人 ②118人
	歯周疾患検診	広報にて周知で希望者 40歳以上の市民	H27:14人(1回/年) H28:7人(1回/年) H29:10人(1回/年)

目的	実施事業	対象等	実績
適切な医療機関受診促進・医療費適正化・医療費削減	療養費レセプト点検	柔道整復、鍼灸、あんまマッサージのレセプト	平成 23 年 6 月より従来の診療分レセプト点検に加え実施。なお、平成 25 年度より時期を限定して集中的に実施している。 H25:12,197 件 H26:7,275 件 H27:7,237 件 H28:6,815 件 H29:6,150 件
	医療費通知の送付	大和郡山市国民健康保険で医療機関に受診をされた方	年 6 回、奇数月に 2 か月分ずつ送付 H24:65,586 通 H25:66,103 通 H26:66,106 通 H27:66,661 通 H28:66,603 通 H29:64,146 通
	ジェネリック医薬品の使用促進事業	先発医薬品を処方したレセプトで、後発医薬品を利用した時に一定額以上の削減効果が望まれる慢性疾患の被保険者。	窓口にて希望カードの配布、及び利用差額通知の送付を H22.10 月より実施（奈良県下で初）。 H24:4,102 通 H25:3,482 通 H26:2,339 通 H27:1,585 通 H28:1,092 通 H29:1,803 通
生活習慣病の予防・重症化予防	糖尿病予防講演会	国民健康保険加入者で H26 年度の特定健康診査の結果、糖尿病予備軍として要指導の判定を受けたもの。	医師と健康運動指導士による講演。 H27 年度参加者:57 人
	糖尿病予防教室		管理栄養士による 2 回 1 コースの講義。 H27 年度参加者:31 人
	OB会	糖尿病予防教室参加者で自主活動グループとして活動している方。	3 回/年 (H27)
より良い生活習慣の普及・啓発による保健予防行動への意識の向上	健康教育（集団）	地域のサロン、公民館、幼稚園、健康づくり推進委員等。	17 回/年 (H27)
個人の健康管理に関する知識の提供	健康相談	市民の方。 イベントや他機関からの依頼によるもの。	12 回/年（予約制） 所内面接・電話相談（随時） 他機関からの依頼:8 回

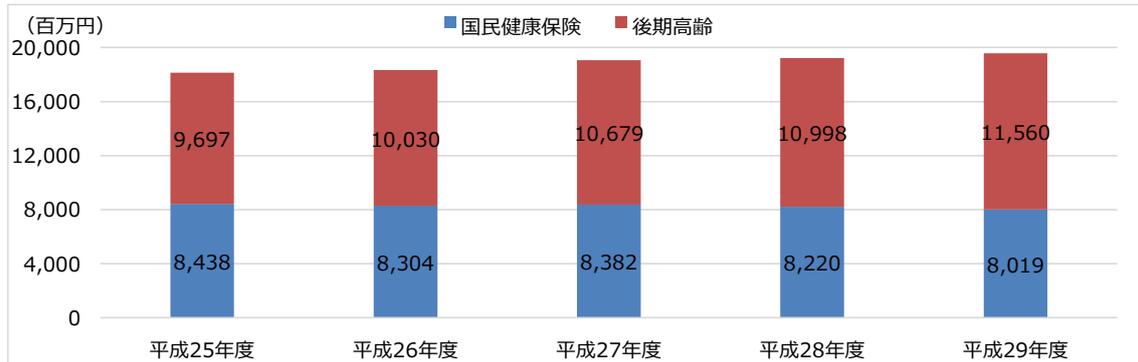
5. 医療費の状況

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、平成 25 年度から平成 29 年度にかけて、84 億 3800 万円から 80 億 1900 万円と緩やかに減少しています。

一方、後期高齢者にかかる医療費は同程度以上あり、増加傾向にあります。

図 14 医療費の推移

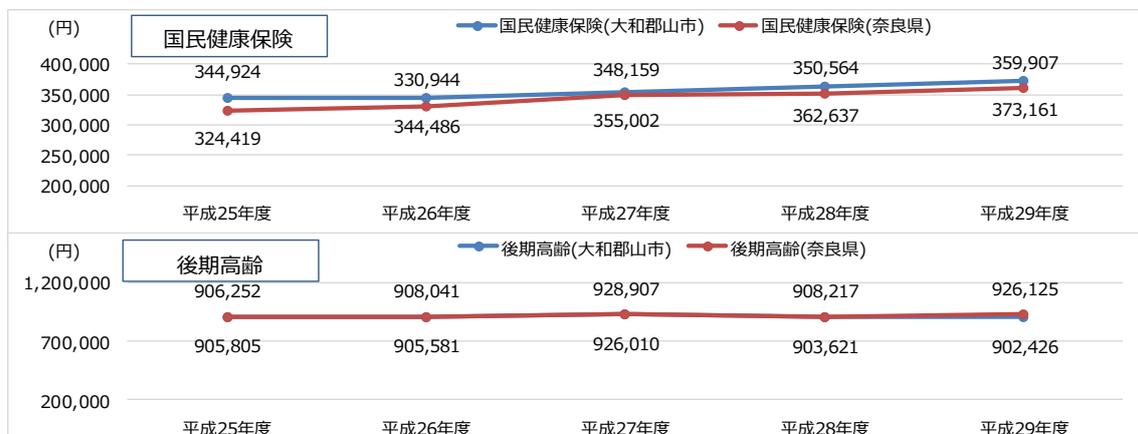


出所：大和郡山市国民健康保険事業年報、奈良県後期高齢者医療保険事業年報

国民健康保険の被保険者 1 人当たり医療費の推移をみると、平成 25 年度は 344,924 円でしたが、平成 29 年度までに 28,237 円増加し、373,161 円となっています。奈良県の平均と比較すると、平成 21 年度以降、県平均を上回り推移しています。

また、後期高齢と比較すると、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 15 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

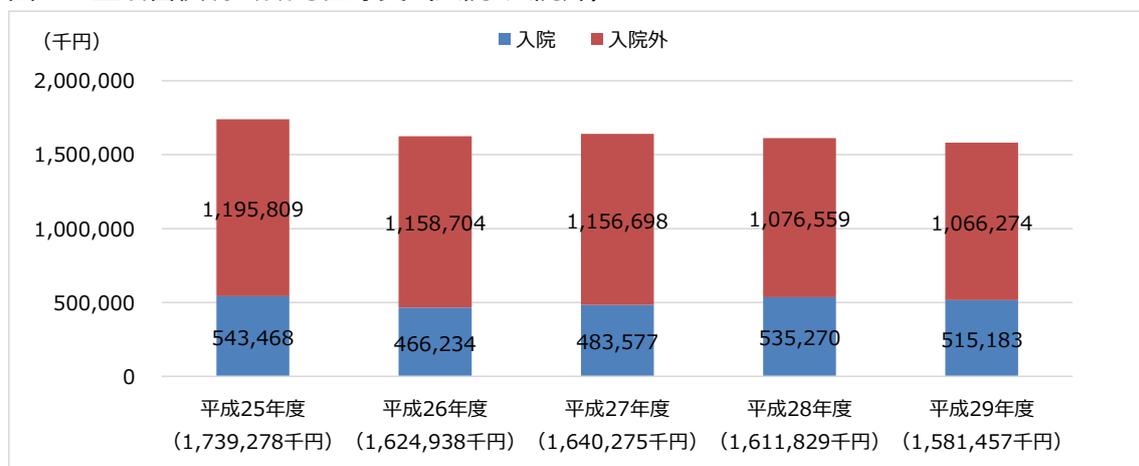
2) 生活習慣病にかかる医療費

生活習慣病にかかる医療費は、平成 25 年度では約 17 億 3,927 万円でしたが、加入者の減少もあり平成 29 年度には約 15 億 8,145 万円まで減少しています。

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平成 29 年度では 10 億 6,627 万円となっており、生活習慣病にかかる医療費の大部分を占めています。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。

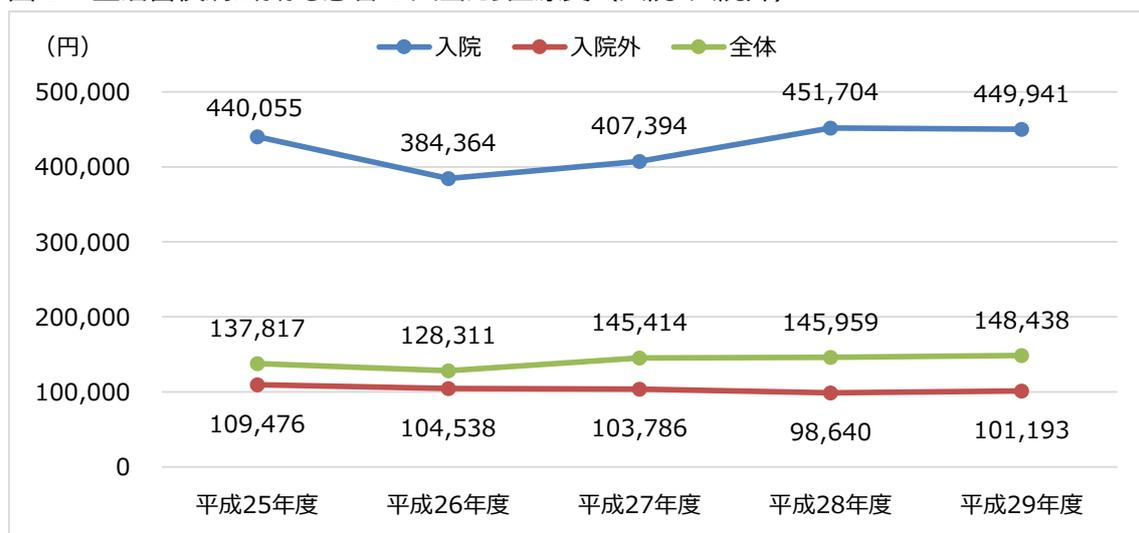
1 人当たり医療費については、全体、入院、入院外ともに近年は横ばいとなっています。

図 16 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」（平成 25 年度～平成 29 年度）

図 17 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」（平成 25 年度～平成 29 年度）

3) 疾病別の医療費 TOP10

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 5 億 919 万円と最も多く、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。

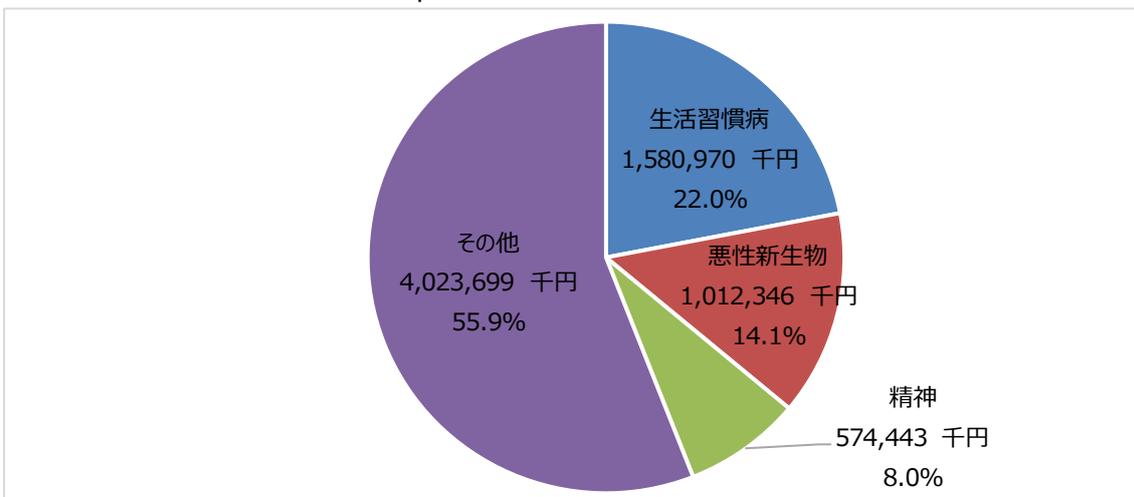
また、これらの疾病を分類別に再集計すると、図 19 となり、生活習慣病が 22.0%、次いで悪性新生物が 14.1%、精神が 8.0%となっています。

図 18 全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)	509,190	7.08%
2	N18	慢性腎不全	366,281	5.09%
3	F20	統合失調症	278,629	3.87%
4	E14	詳細不明の糖尿病	207,392	2.88%
5	C34	気管支及び肺の悪性新生物	154,638	2.15%
6	E78	リポたんぱく<蛋白>代謝障害及びその他の脂(質)血症	149,370	2.08%
7	I63	脳梗塞	148,037	2.06%
8	I20	狭心症	131,685	1.83%
9	E11	インスリン非依存性糖尿病<NIIDDM>	122,231	1.70%
10	M17	膝関節症[膝の関節症]	121,431	1.69%
		その他	5,002,575	69.56%
		合計	7,191,458	100.00%

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 29 年度）

図 19 全セプトにおける金額別 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」（平成 29 年度）

4) 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が 73,919 千円ともっとも高額であり、全体の 4.47%を占めています。

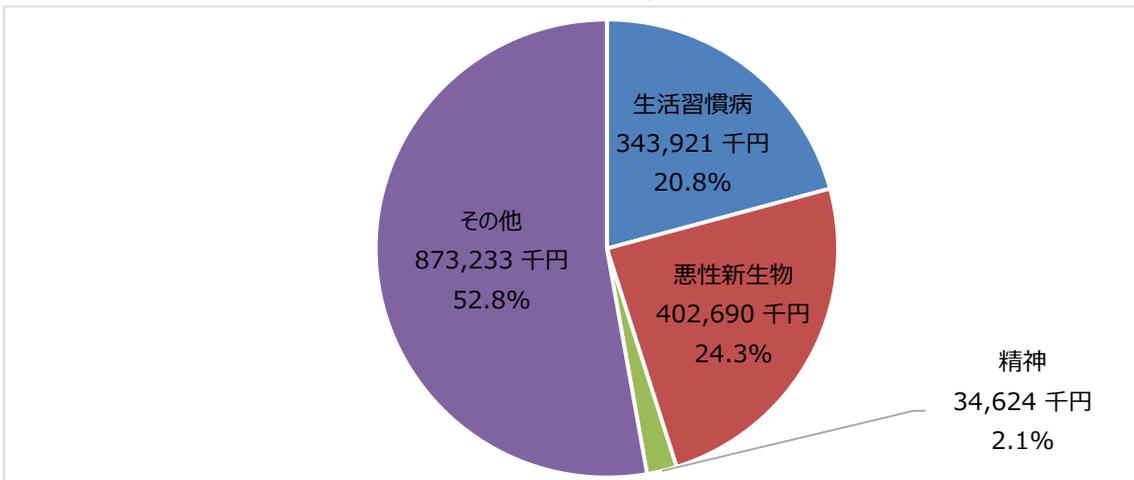
また、これらの疾病を分類別に再集計すると、図 21 となり、悪性新生物が 24.3%、次いで生活習慣病が 20.8%、精神が 2.1%となっています。

図 20 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	73,919	4.47%
2	I63	脳梗塞	70,945	4.29%
3	I20	狭心症	56,250	3.40%
4	I61	脳内出血	55,196	3.34%
5	I10	本態性(原発性<一次性>)高血圧(症)	54,563	3.30%
6	C90	多発性骨髄腫及び悪性形質細胞性新生物	42,982	2.60%
7	N18	慢性腎不全	41,565	2.51%
8	M48	その他の脊椎障害	40,437	2.44%
9	M16	股関節症[股関節部の関節症]	39,614	2.39%
10	C16	胃の悪性新生物	38,170	2.31%
		その他	1,140,827	68.95%
		合計	1,654,467	100.00%

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 29 年度）

図 21 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」（平成 29 年度）

5) 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192,337千円と最も高額であり、全体の19.1%を占めています。

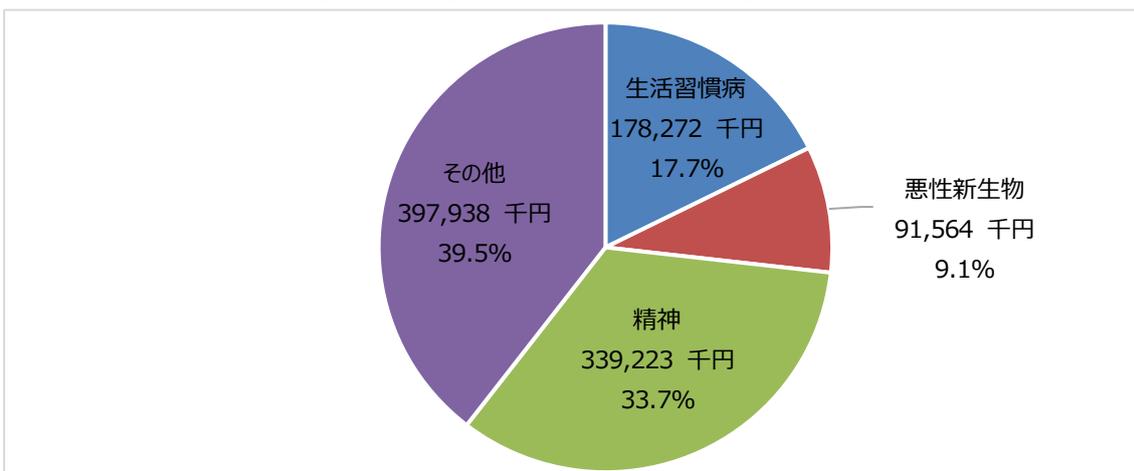
また、これらの疾病を分類別に再集計すると、図23となり、精神が33.7%、次いで生活習慣病が17.7%、悪性新生物が9.1%となっています。

図22 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	192,337	19.10%
2	I63	脳梗塞	60,026	5.96%
3	G80	脳性麻痺	45,678	4.54%
4	I61	脳内出血	45,616	4.53%
5	F32	うつ病エピソード	27,898	2.77%
6	S72	大腿骨骨折	25,914	2.57%
7	G40	てんかん	25,751	2.56%
8	C91	リンパ性白血病	24,506	2.43%
9	F31	双極性感情障害<躁うつ病>	21,500	2.14%
10	N18	慢性腎不全	20,309	2.02%
		その他	517,461	51.39%
		合計	1,006,997	100.00%

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成29年度）

図23 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」（平成29年度）

6) 人工透析患者の状況

人工透析患者数は88人、医療費は約4億7,092万円であり、1人当たり医療費は約535万円となっています。

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56人存在し、医療費は約2億4,641万円、1人当たり医療費は約440万円となっています。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 24 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)	88	470,923,810	5,351,407
生活習慣病由来の人工透析(再掲)	56	246,405,460	4,400,098

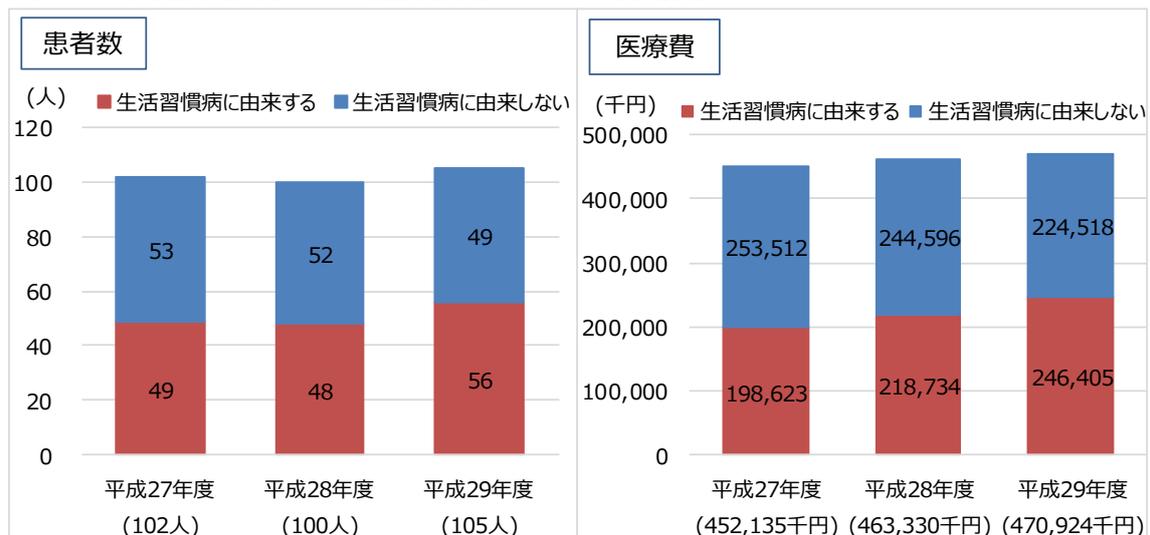
※患者1人当たり医療費 算出方法：医療費を患者数で除しています。

※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」(平成29年度)

生活習慣病由来の人工透析患者を経年でみると、平成29年度患者数、医療費ともに前年度より増加していることが分かります。

図 25 生活習慣病由来の人工透析患者数および医療費推移



出所：医療費分析ツール「Focus」(平成29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。

図 26 eGFR 区分による分類（CKD 重症度分類）

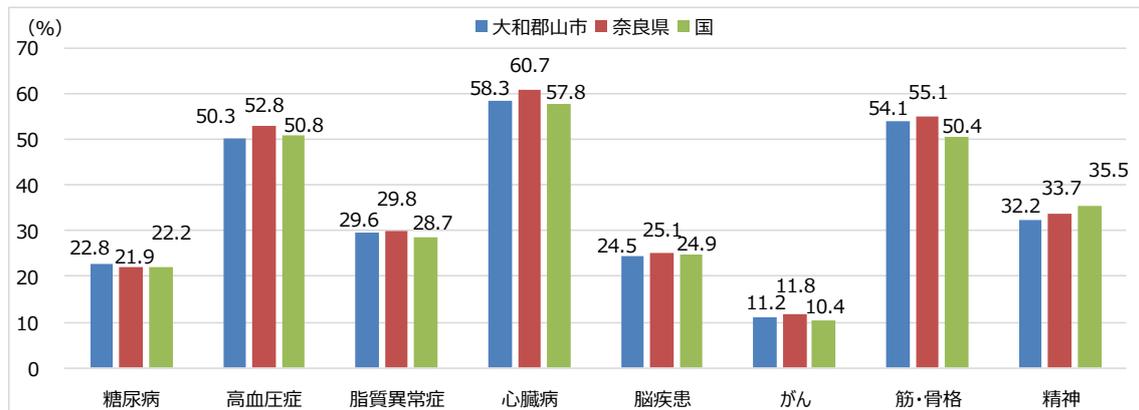
原疾患			糖尿病		正常	微量アルブミン尿		顕性アルブミン尿
			高血圧・腎炎など		正常	軽度蛋白尿		高度蛋白尿
GFR区分 (ml/分/1.73m ²)			尿蛋白区分		A1	A2		A3
					(-) or (±)	(+)	【再掲】 尿潜血+以上	(++) 以上
			尿検査・GFR 共に実施 5,172人		4,794人 92.7%	274人 5.3%	0人 0.0%	104人 2.0%
G1	正常 または高値	90以上	580人	547人	24人	0人	9人	
			11.2%	94.3%	4.1%	0.0%	1.6%	
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	3,666人	3,449人	170人	0人	47人	
			70.9%	94.1%	4.6%	0.0%	1.3%	
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	835人	733人	71人	0人	31人	
			16.1%	87.8%	8.5%	0.0%	3.7%	
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	76人	61人	8人	0人	7人	
			1.5%	80.3%	10.5%	0.0%	9.2%	
G4	高度低下	15-30 未満	14人	4人	1人	0人	9人	
			0.3%	28.6%	7.1%	0.0%	64.3%	
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%	

7) 介護認定者の有病状況

介護認定者の有病状況を見ると、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・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 27 介護認定者の有病状況



出所：大和郡山市（平成 29 年度）

8) 生活習慣病の分析

(1) 基礎疾患・重症化疾患群の考え方

先ほどの全体俯瞰的な医療費の集計とは異なり、生活習慣病に焦点を当てた分析を行います。

考え方として、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 28 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。

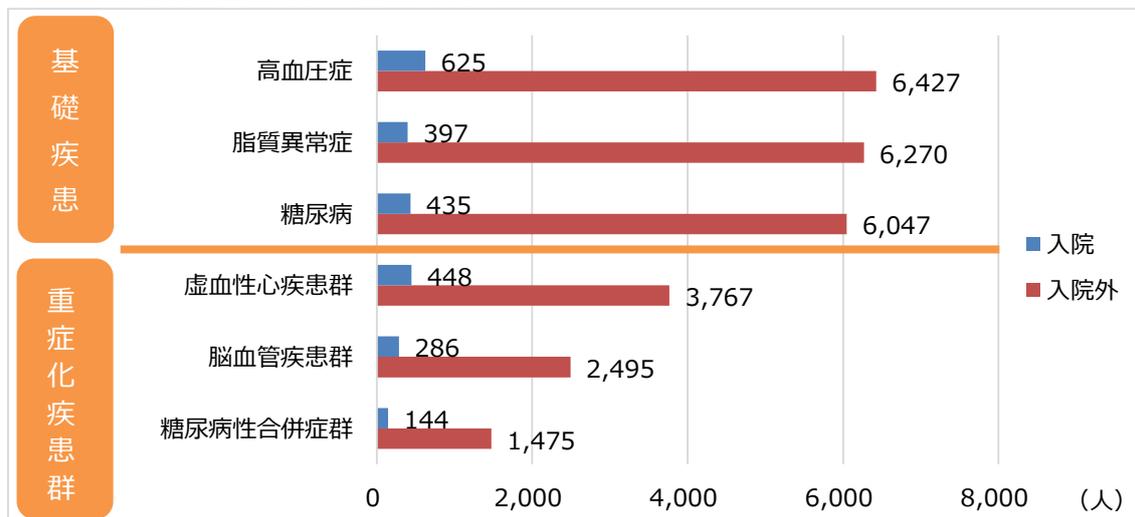
医療費分析ツール「Focus」における生活習慣病の詳細な定義に関しては、巻末資料参照

出所：医療費分析ツール「Focus」

(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 29 基礎疾患・重症化疾患群の患者数

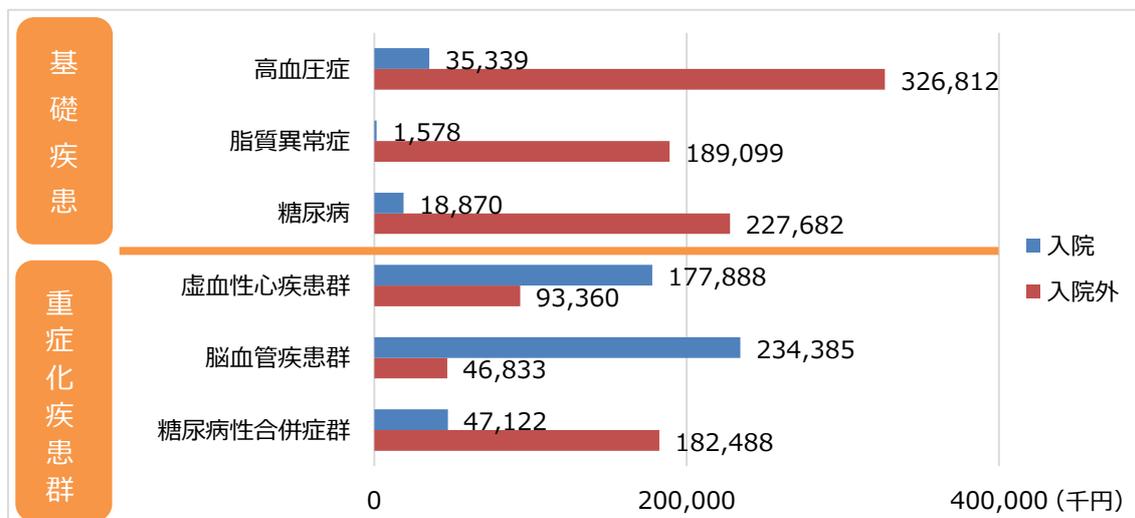


出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 29 年度）

(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、次いで脳血管疾患群（入院）、糖尿病（入院外）となっていることが分かります。

図 30 基礎疾患・重症化疾患群にかかる医療費

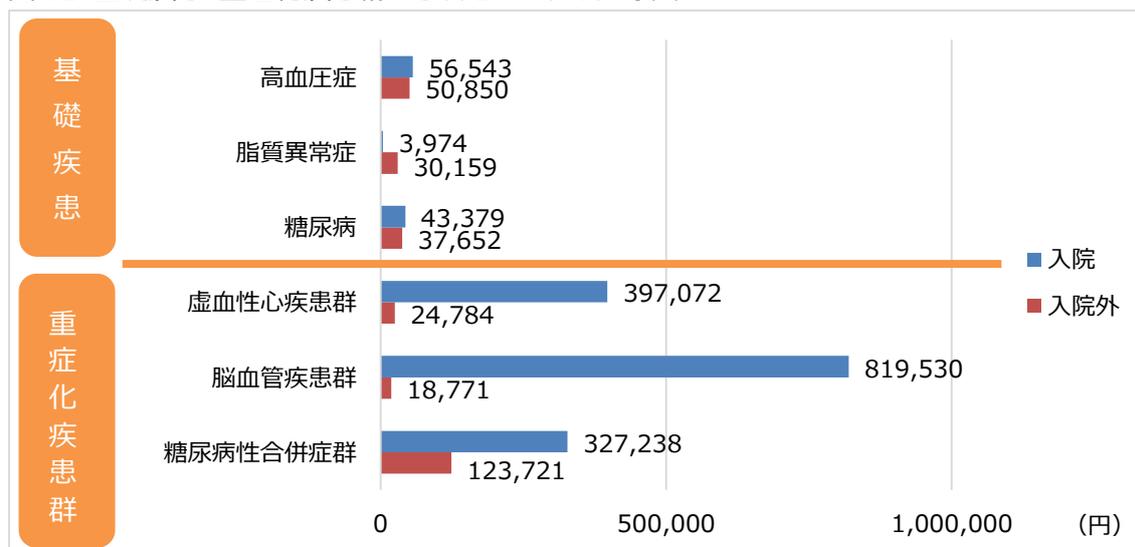


出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 29 年度）

(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 31 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。

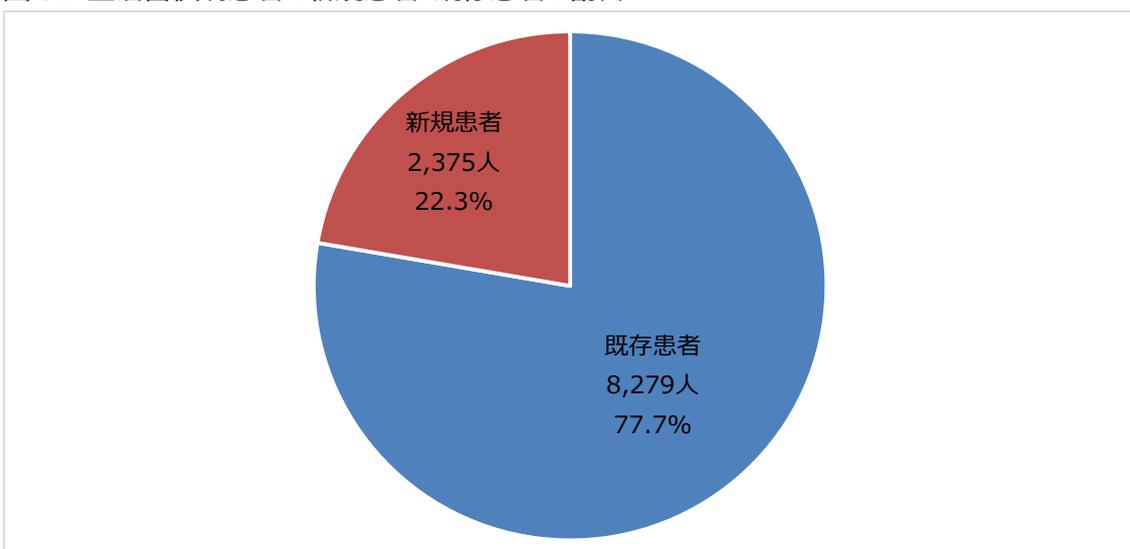
出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 29 年度）

(5) 生活習慣病患者の新規患者・既存患者の割合

新規患者と既存患者の割合をみると、既存患者が 77.7%、新規患者が 22.3%であり、生活習慣病患者の大半は既存患者であることがわかります。

すでに罹患している既存患者の治療・改善対策も重要ですが、生活習慣病の医療費抑制において、年々発生する新規患者の抑制も重要であると考えられます。

図 32 生活習慣病患者の新規患者・既存患者の割合



※新規患者・既存患者の定義

【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

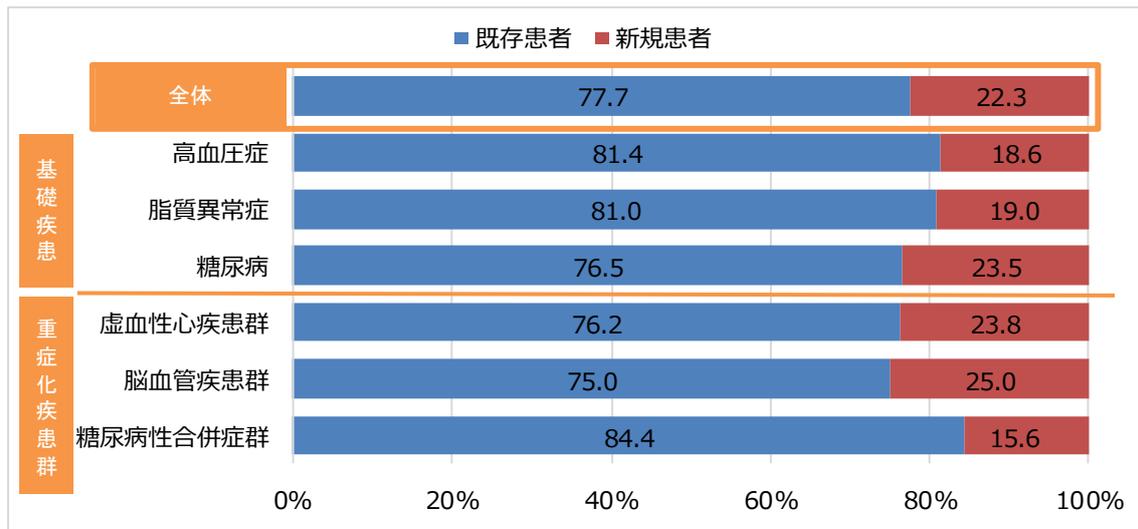
出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 29 年度）

(6) 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22.3%、既存患者が77.7%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25.0%、次いで虚血性心疾患群は23.8%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 33 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	8,279	2,375
高血圧症	5,294	1,207
脂質異常症	5,130	1,205
糖尿病	4,688	1,437
虚血性心疾患群	2,931	914
脳血管疾患群	1,950	649
糖尿病性合併症群	1,269	235

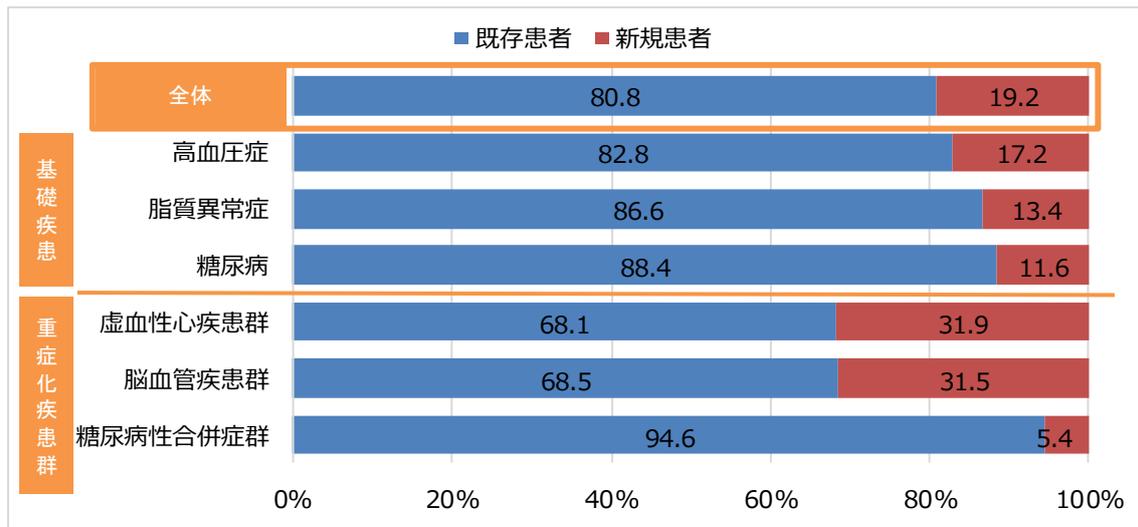
出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 29 年度）

(7) 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 19.2%、既存患者が 80.8%となっています。

新規患者の割合に着目すると、虚血性心疾患群は 31.9%、次いで脳血管疾患群は 31.5%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 34 生活習慣病医療費の新規患者・既存患者の割合



	既存患者	新規患者
	医療費 (千円)	医療費 (千円)
全体	1,277,621	303,835
高血圧症	299,907	62,244
脂質異常症	165,151	25,526
糖尿病	217,944	28,608
虚血性心疾患群	184,836	86,412
脳血管疾患群	192,590	88,628
糖尿病性合併症群	217,194	12,417

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 29 年度）

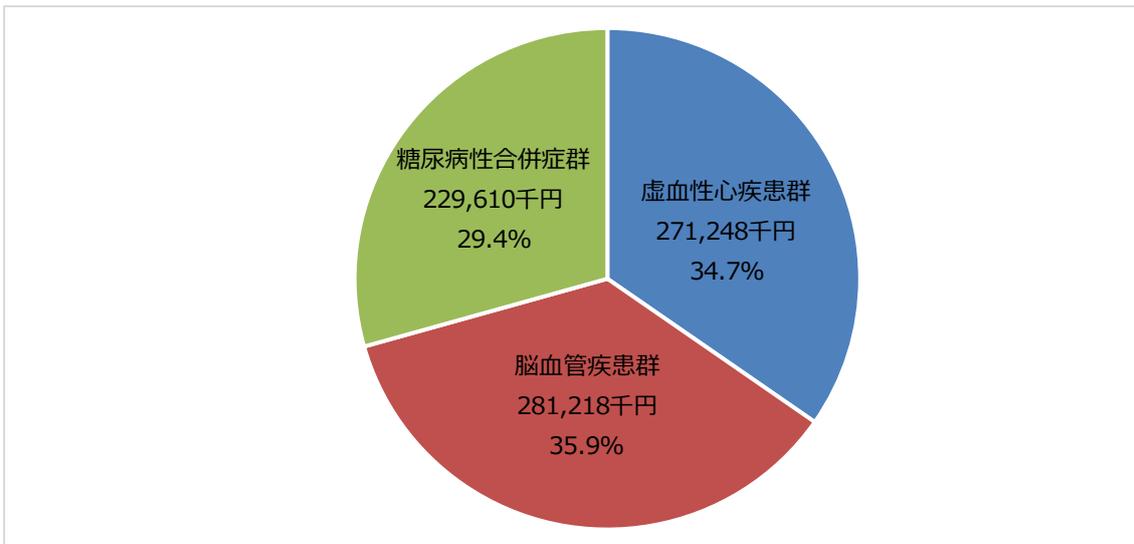
(8) 重症化疾患群の医療費

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 36.0%ともっとも多く、次いで虚血性心疾患群 34.7%、糖尿病性合併症群 29.4%となっています。

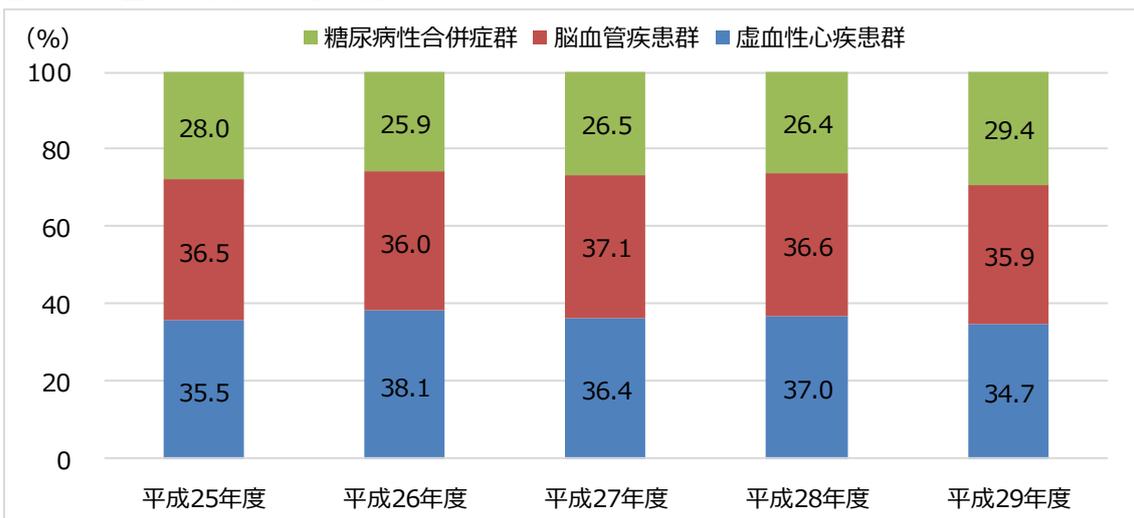
平成 28 年度と比較して、糖尿病合併症群の医療費の割合が増加しています。

図 35 重症化疾患群の医療費の内訳



出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 29 年度）

図 36 重症化疾患群の内訳の推移

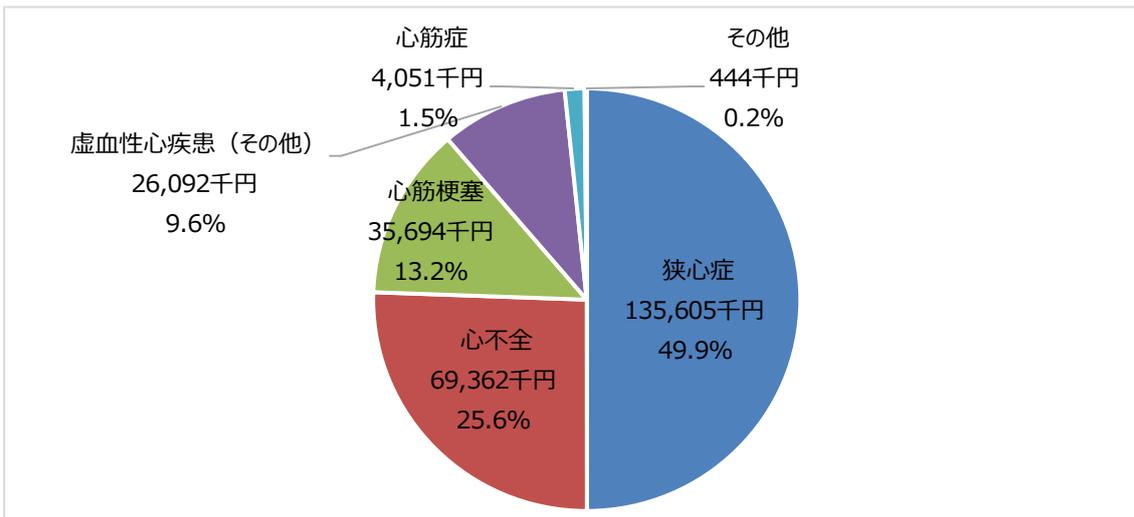


出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 25 年度～平成 29 年度）

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 50.0%と最も多く、次いで心不全 25.6%、心筋梗塞 13.2%となっています。

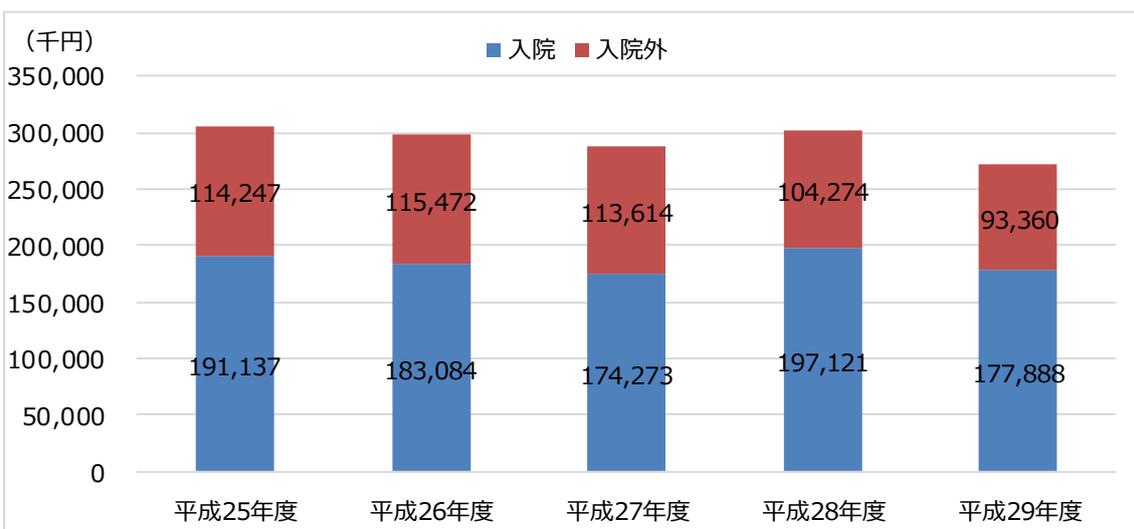
図 37 虚血性心疾患群の医療費の内訳



出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 29 年度）

虚血性心疾患群の医療費は、平成 28 年度までは横ばいでしたが、平成 29 年度に医療費が減少しています。入院、入院外を比較すると、入院にかかる医療費が上回っています。

図 38 虚血性心疾患群の入院・入院外の医療費推移

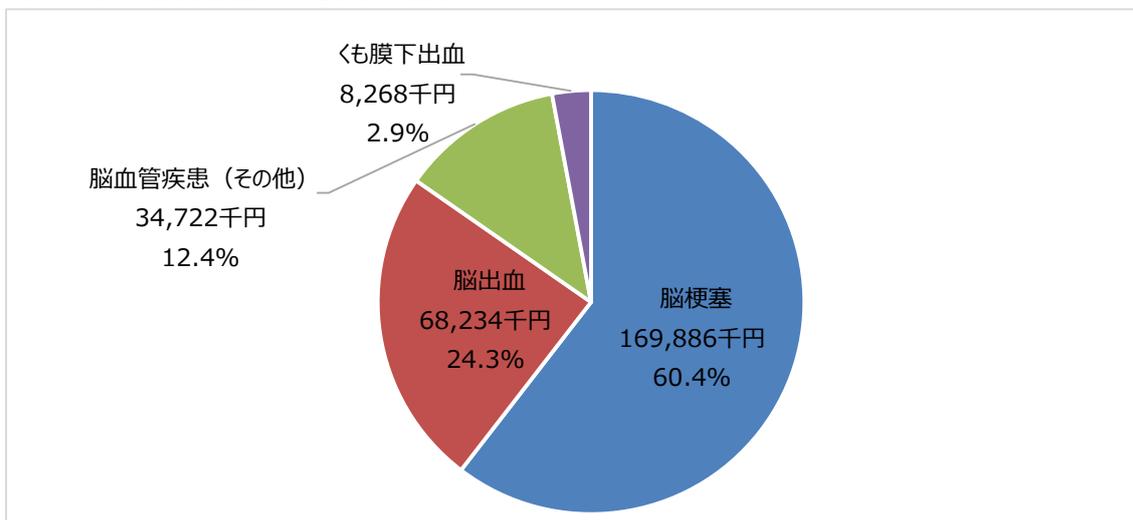


出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 25 年度～平成 29 年度）

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 60.4%と最も多くなっており、次いで、脳出血 24.3%となっています。

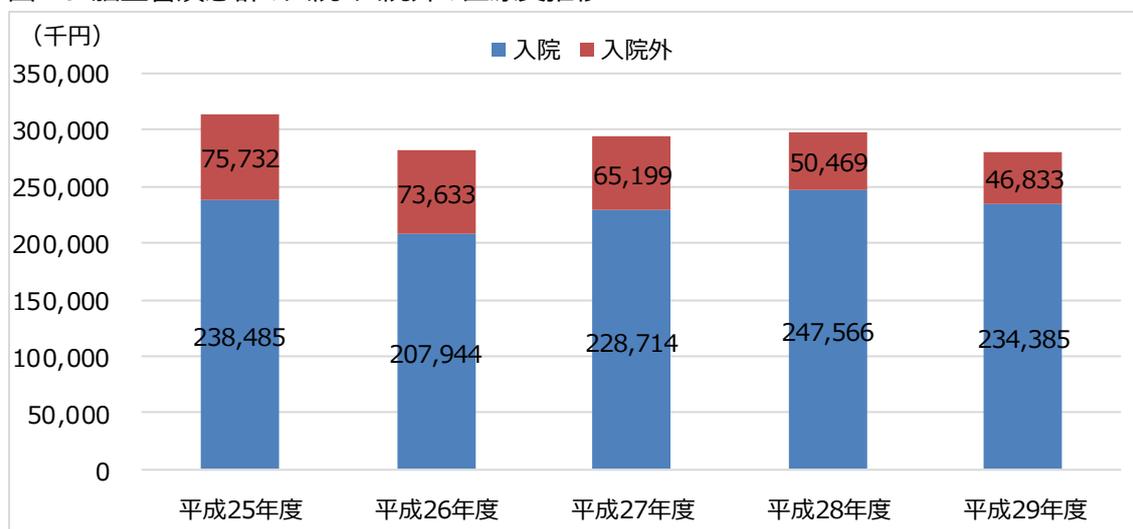
図 39 脳血管疾患群の医療費の内訳



出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 29 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 40 脳血管疾患群の入院・入院外の医療費推移

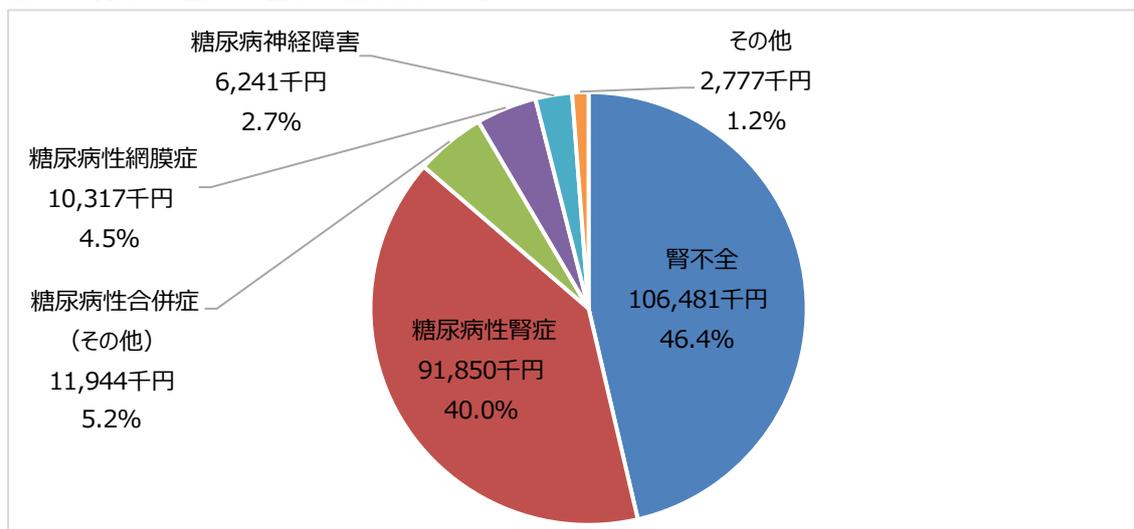


出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 25 年度～平成 29 年度）

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 46.4%と最も多く、次いで、糖尿病性腎症 40.0%となっています。

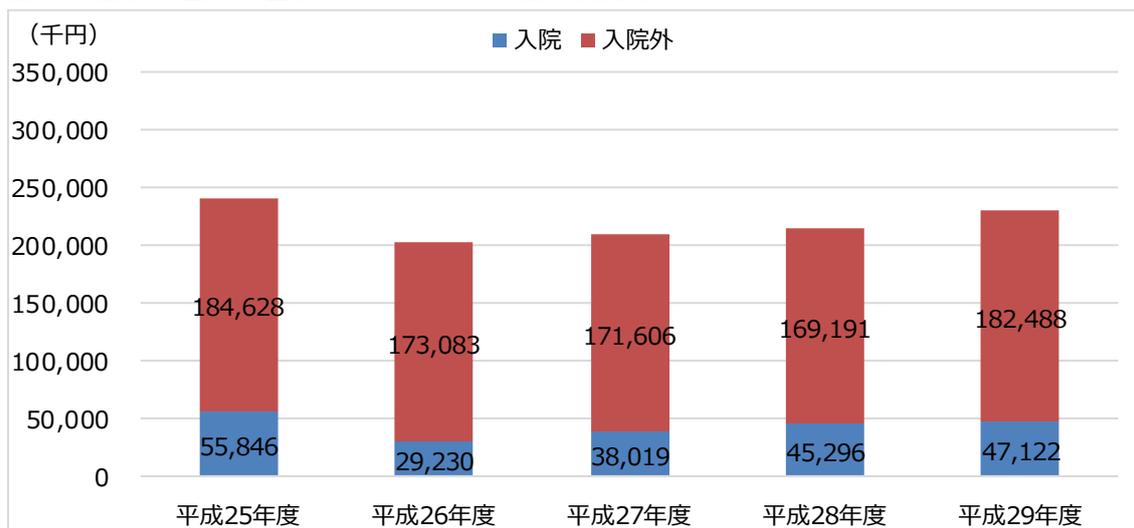
図 41 糖尿病性合併症群の医療費の内訳



出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 29 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。平成 29 年度においては、入院・入院外共に医療費が増加しています。

図 42 糖尿病性合併症群の入院・入院外の医療費推移

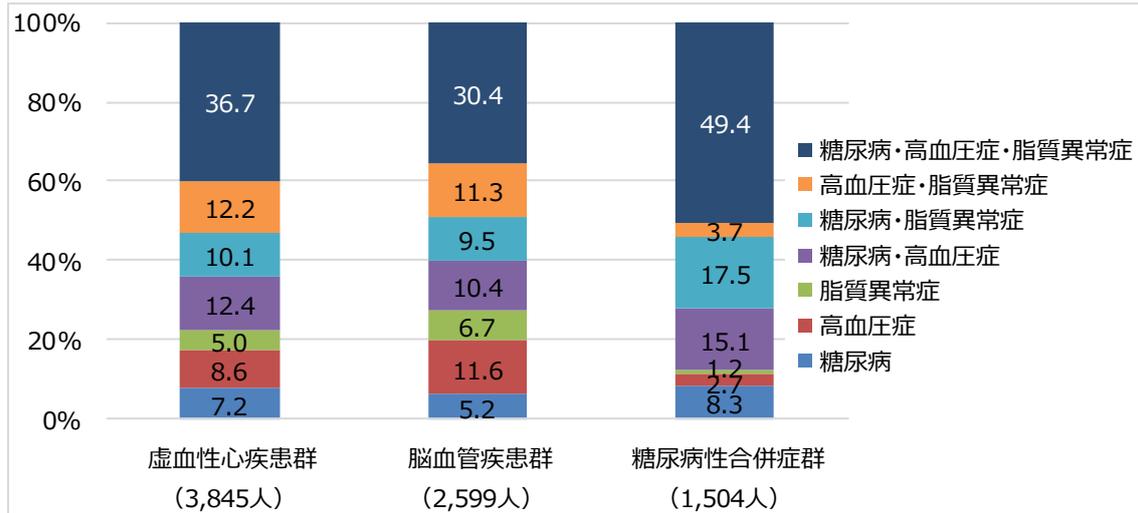


出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 25 年度～平成 29 年度）

(9) 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 43 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」（平成 29 年度）

6. 特定健診に関する分析

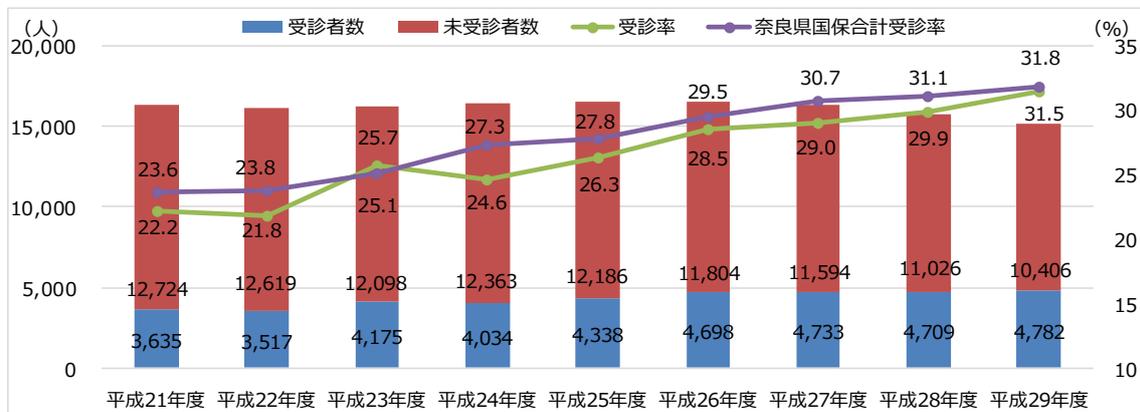
本章において、全体の受診率の把握は法定報告値を使用し、詳細な分析に関しては医療費分析ツール「Focus」を使用します。

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、平成 24 年度に多少減少したものの、徐々に受診率は増加し、平成 29 年度には 31.5%に達しています。

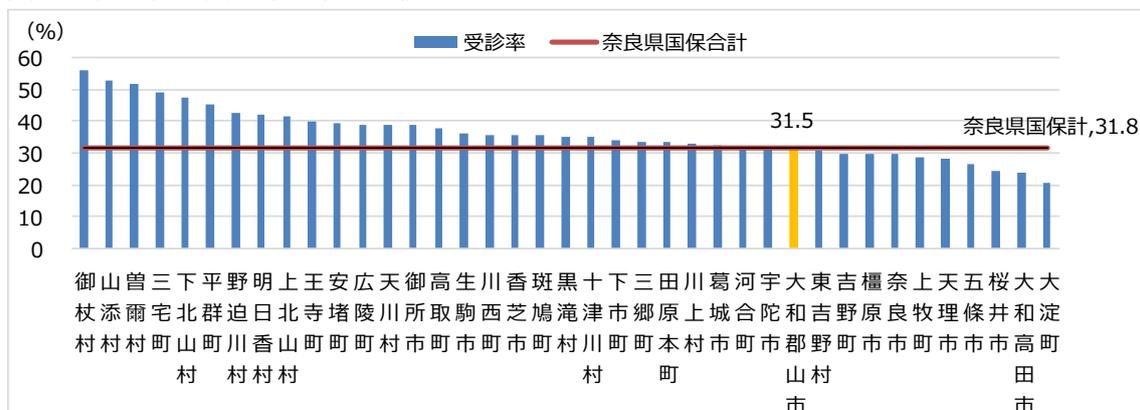
図 44 特定健診受診者・対象者・受診率の推移



出所：特定健診等データ管理システム 法定報告値（平成 21 年度～平成 29 年度）

県内他市町村と比較すると、奈良県国保計 31.8%を 0.3 ポイント下回っており、県内自治体の 29 番目に位置しています。

図 45 特定健診受診率の県内比較

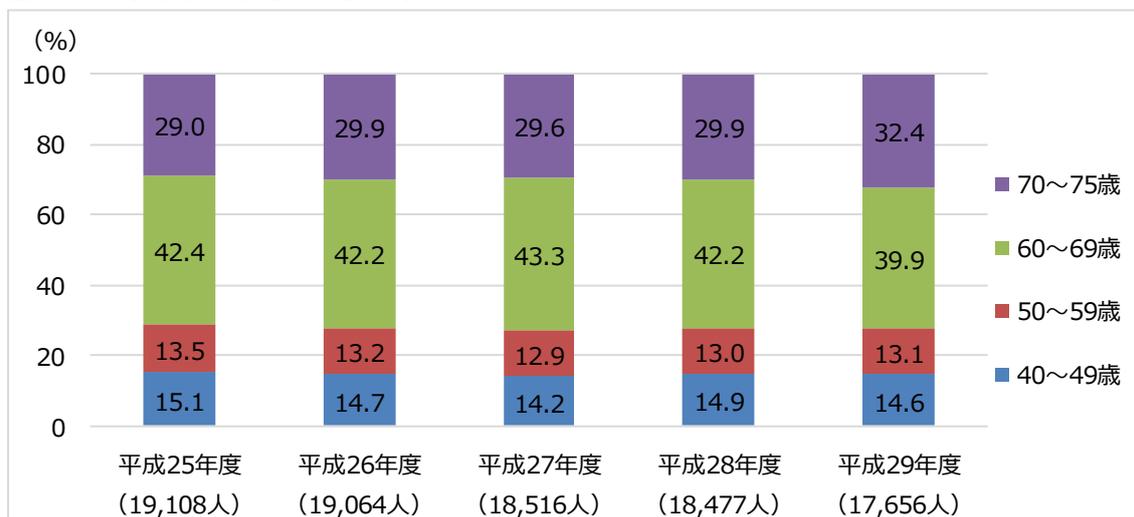


出所：特定健診等データ管理システム 法定報告値（平成 29 年度）

(2) 特定健診対象者の年齢構造

特定健診の対象者は、60歳以上が約70%を占めている状況です。

図 46 特定健診対象者の年齢構造



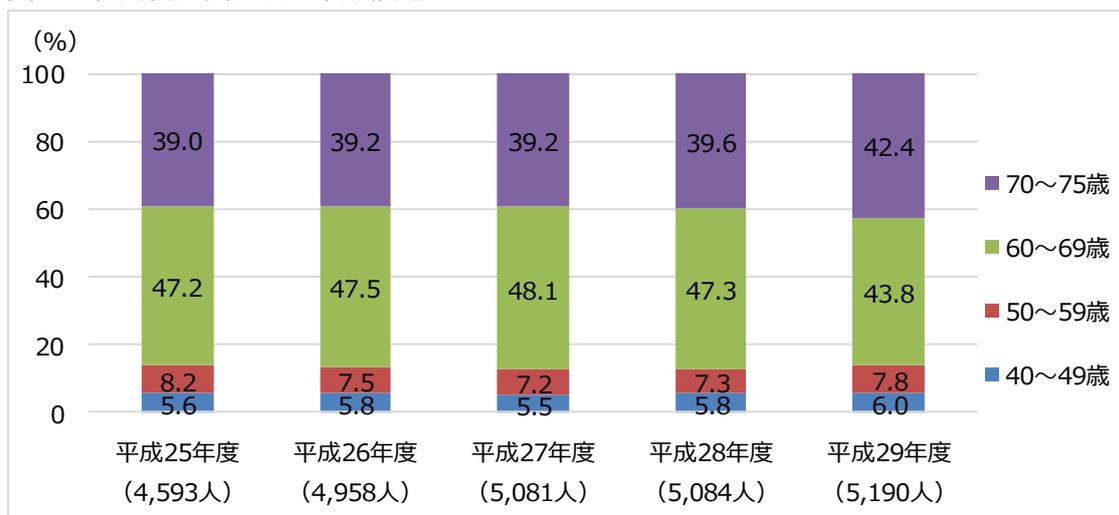
※年度末年齢で表記しています。

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成25年度～平成29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、全体の約80%を占めている状況です。

図 47 特定健診受診者の年齢構造



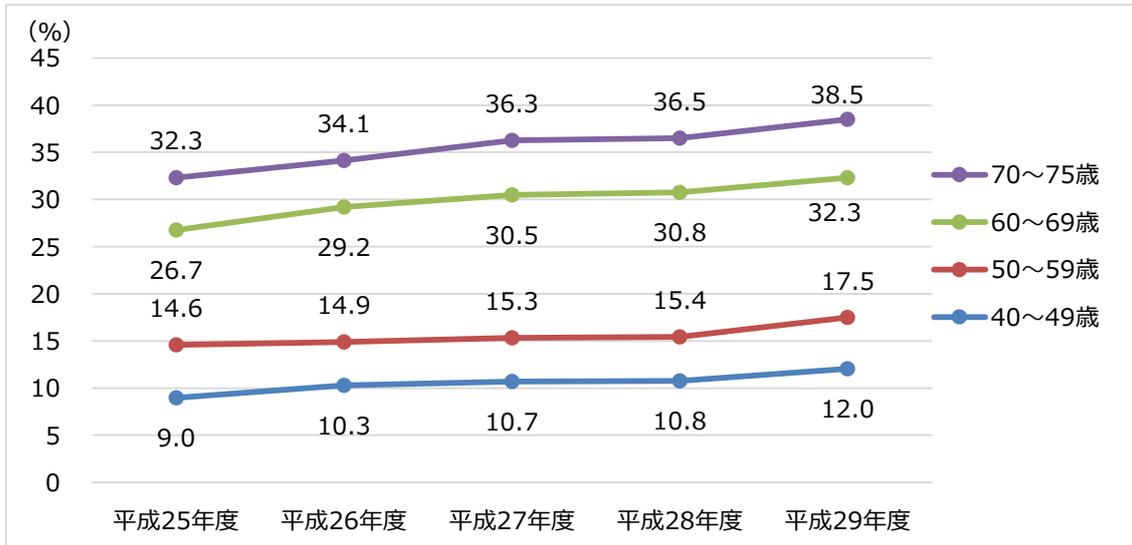
※年度末年齢で表記しています。

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成25年度～平成29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 48 年齢階層別の受診率の推移

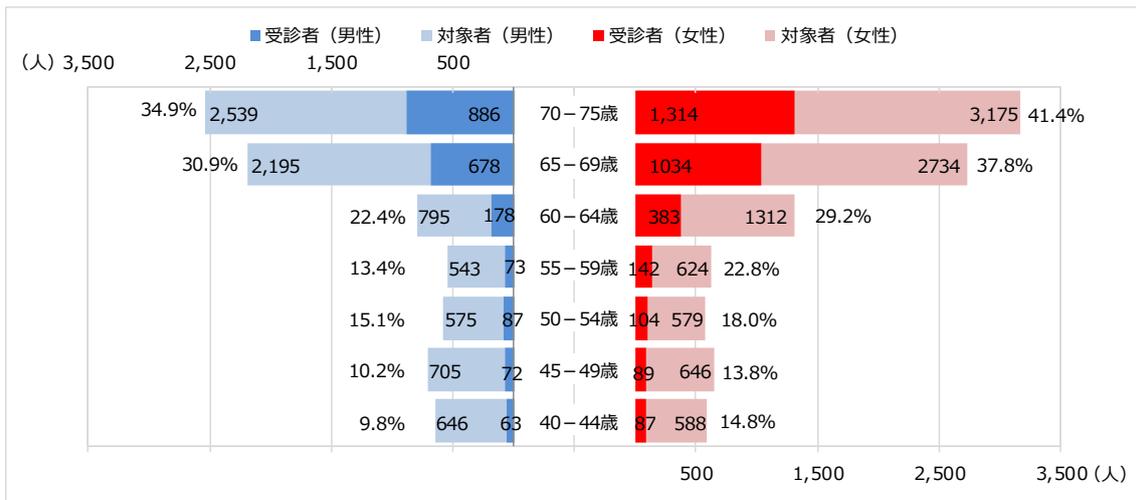


※年度末年齢で表記しています。

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 25 年度～平成 29 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、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。

図 49 平成 29 年度の年齢別性別受診率



※年度末年齢で表記しています。

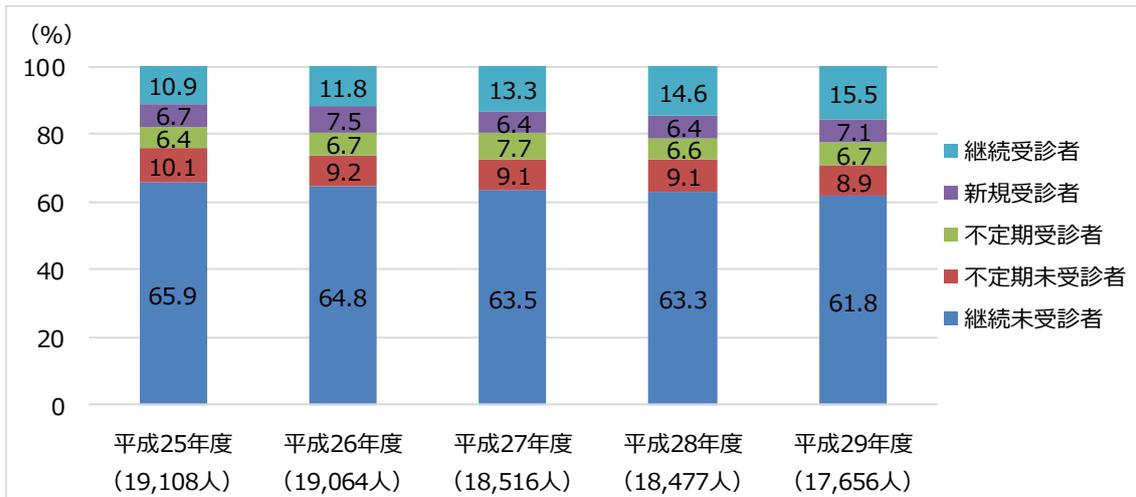
出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 29 年度）

(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、平成 25 年度と平成 29 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（-4.1 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（+4.6 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 50 受診傾向区分別の割合



出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 25 年度～平成 29 年度）

図 51 受診傾向区分の定義

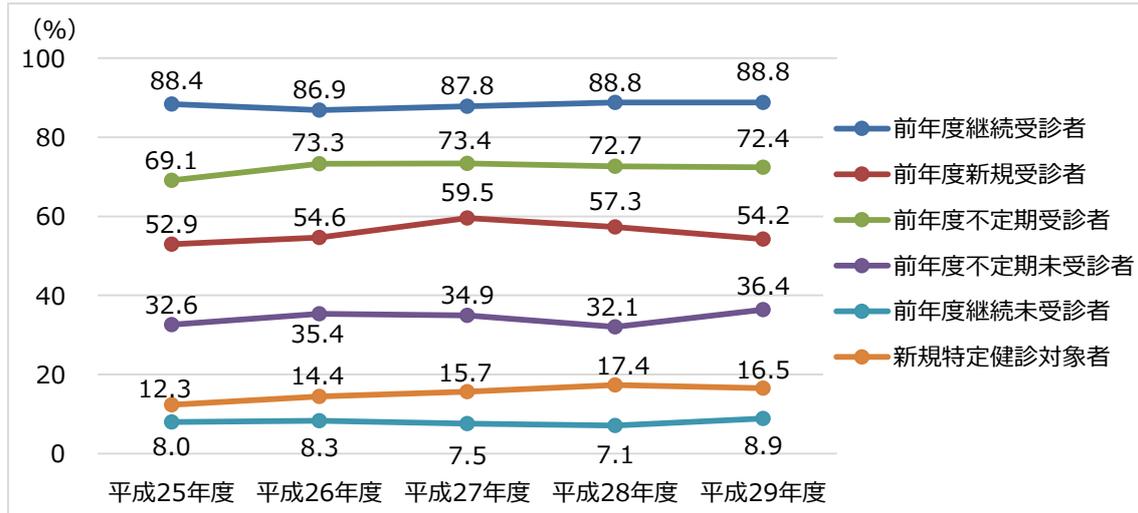
	対象者	説明
	継続受診者	当該年度を含めて過去 3 年間連続で特定健診を受診している方
たまに受診	新規受診者	当該年度より過去 2 年間に特定健診を未受診で、当該年度に特定健診を受診している方（当該年度に初めて特定健診対象者となった方も含む）
	不定期受診者	当該年度より過去 2 年間に特定健診を一度でも受診しており、当該年度に特定健診を受診している方
	不定期未受診者	当該年度より過去 2 年間に特定健診を一度でも受診しており、当該年度に特定健診を受診していない方
	継続未受診者	当該年度を含めて過去 3 年間連続で特定健診を受診していない方

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、平成 29 年度は 8.9%となっています。

図 52 前年度受診傾向区分別の受診率



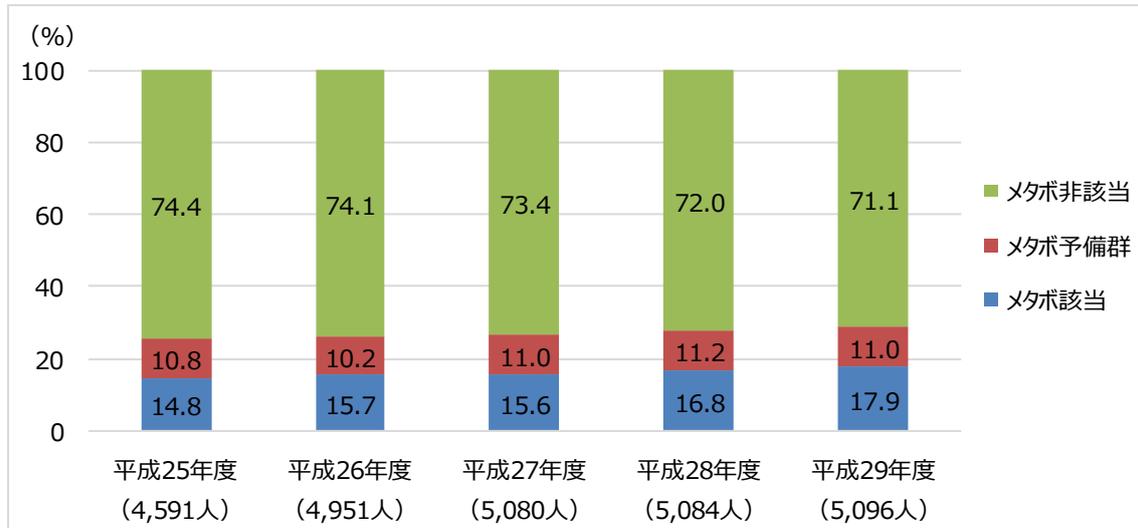
出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 25 年度～平成 29 年度）

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14.8%から17.9%、メタボリックシンドローム予備群が10.8%から11.0%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。

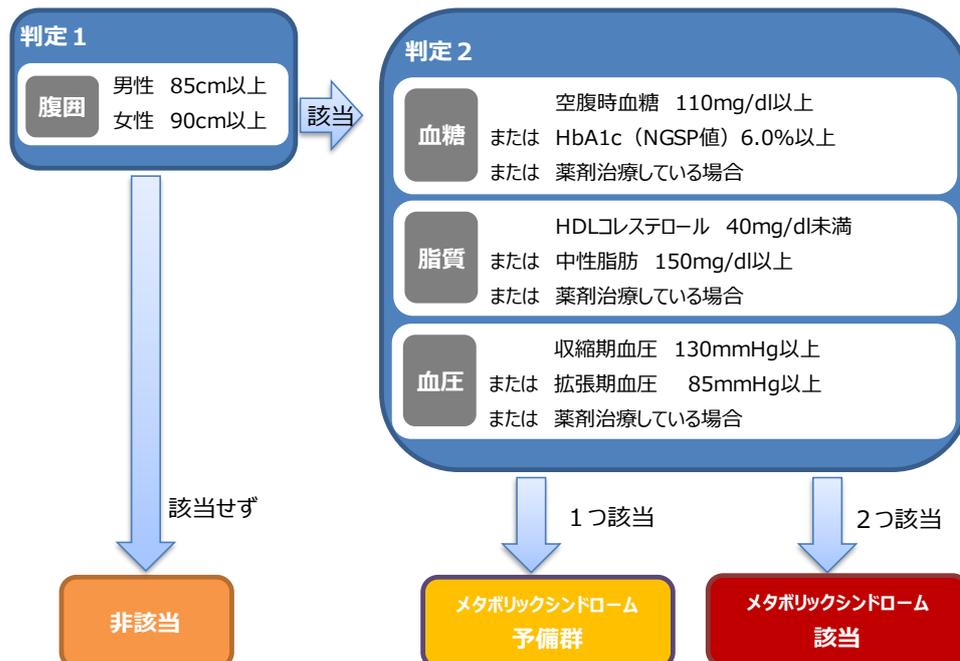
図 53 メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合



※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」（平成25年度～平成29年度）

図 54 メタボリックシンドローム判定方法

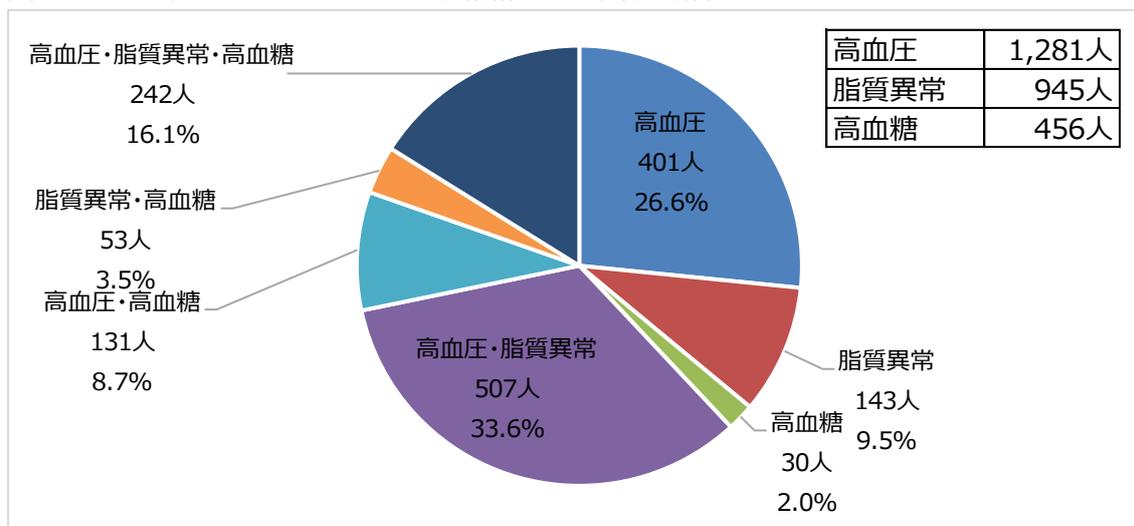


出所：厚生労働省

(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33.6%と最も多く、次いで「高血圧」が26.6%、「高血圧・脂質異常・高血糖」が16.1%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 55 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」（平成 28 年度）

図 56 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	

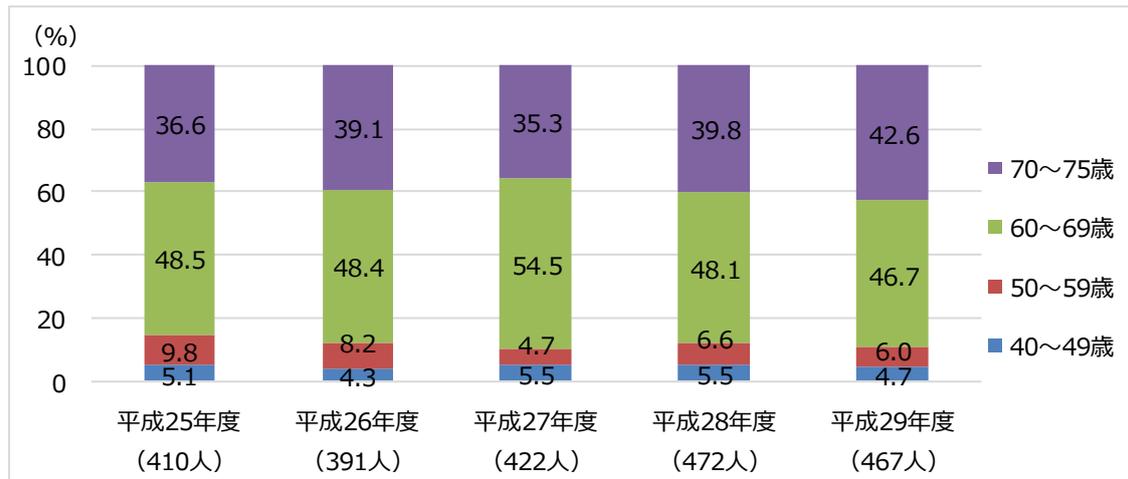
出所：日本内科学会、日本動脈硬化学会など 8 学会による合同基準

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 59 特定保健指導対象者の年齢構造（動機付け支援）



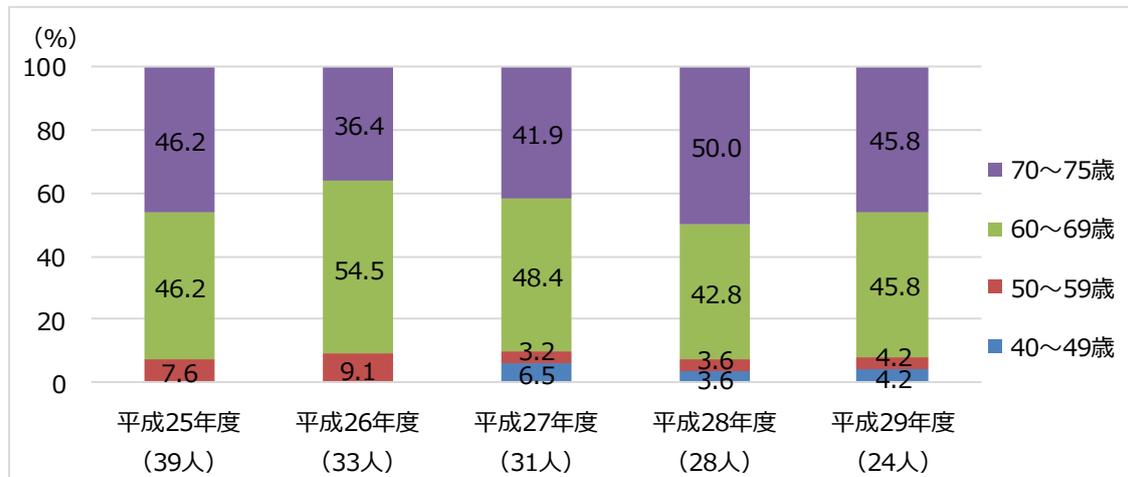
※年度末年齢で表記しています。

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成25年度～平成29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 60 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。

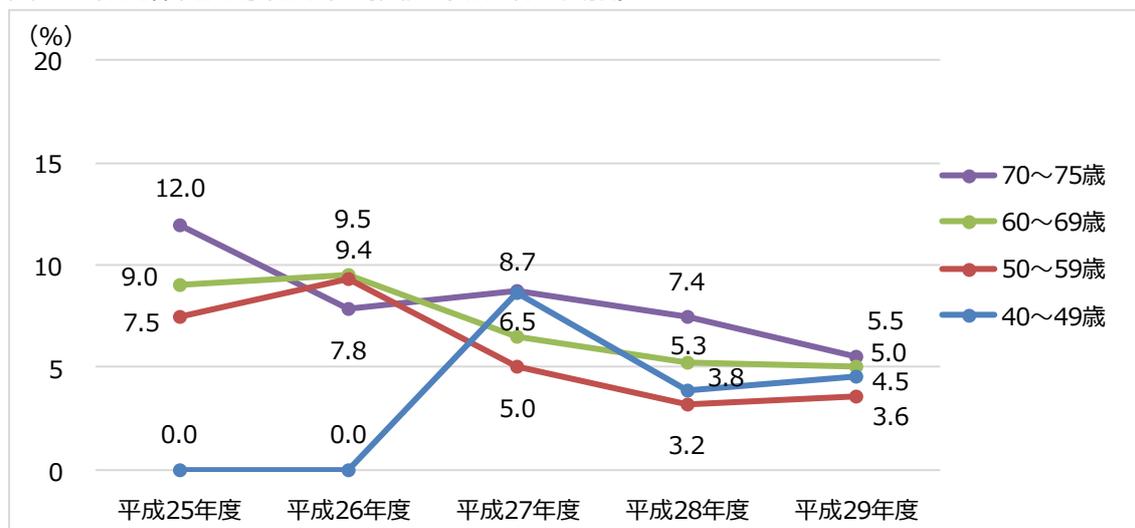
出所：医療費分析ツール「Focus」（平成25年度～平成29年度）

(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、平成 27 年度に 40～49 歳が大きく増加しましたが、そこから平成 29 年度にかけて全体的に減少傾向となっています。

年齢階層別では、70～75 歳が 5.5%と最も高く、次いで 60～69 歳が 5.0%となっています。

図 61 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。

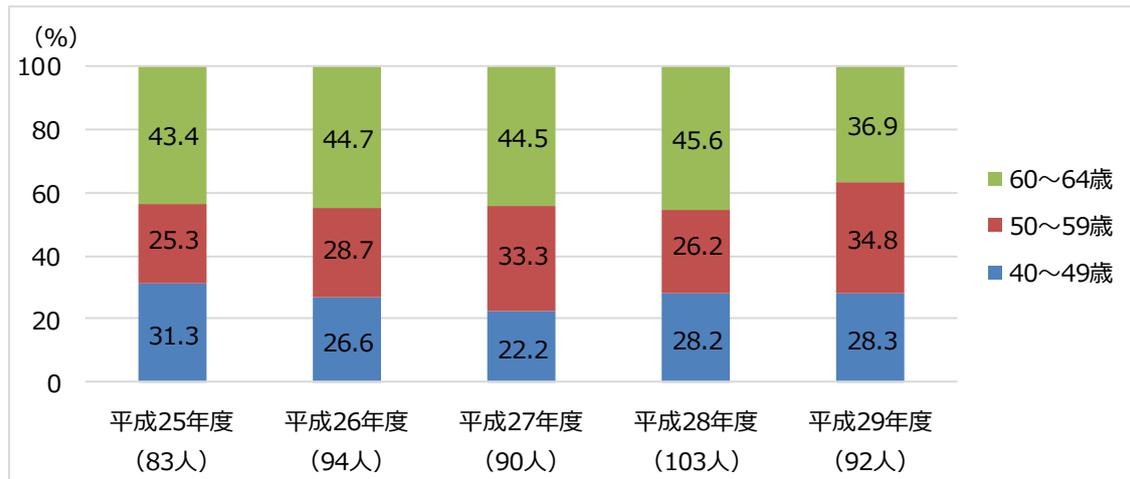
出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 25 年度～平成 29 年度）

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

特定保健指導の対象者は平成 29 年度では、60 歳以上がもっとも多く 37.0%となっています。

図 62 特定保健指導対象者の年齢構造（積極的支援）



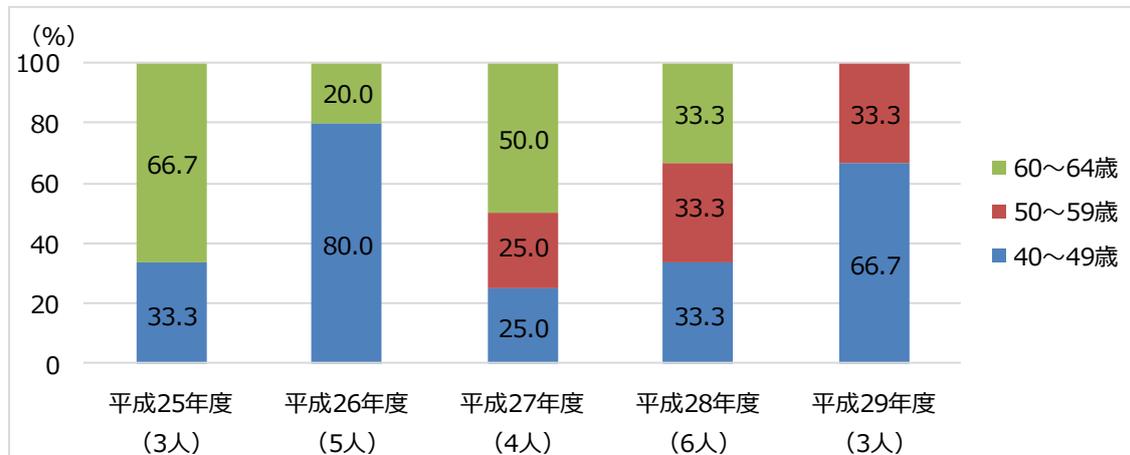
※年度末年齢で表記しています。

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 25 年度～平成 29 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。平成 29 年度では 40～49 歳がもっとも多く、一方 60～64 歳が 0%となっています。

図 63 特定保健指導利用者の年齢構造（積極的支援）



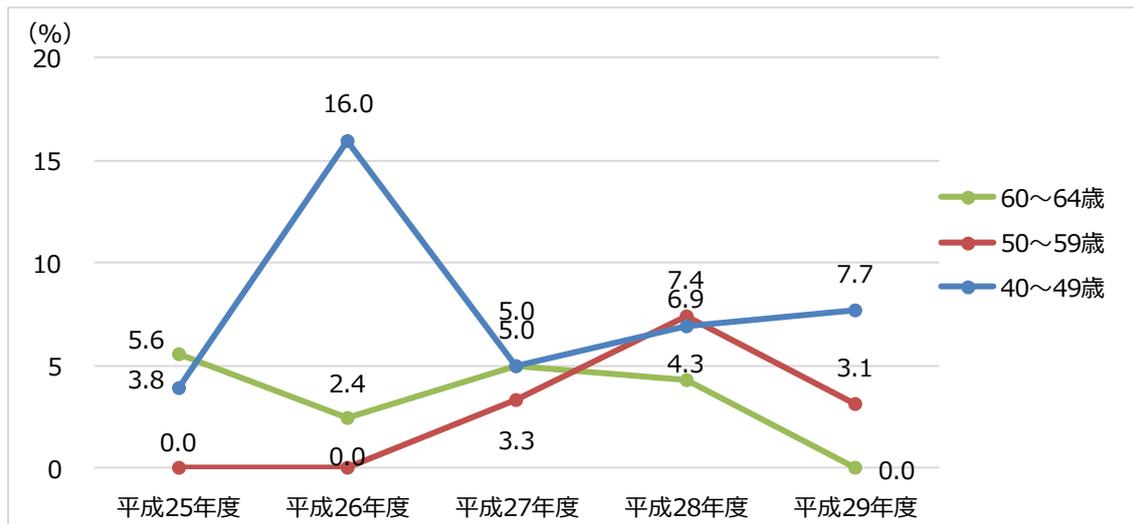
※年度末年齢で表記しています。

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 25 年度～平成 29 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、平成 25 年度と平成 29 年度を比較すると 40～49 歳は 3.9%、50～59 歳は 3.1%伸びていますが、60～64 歳は 5.6%減少しています。

図 64 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。

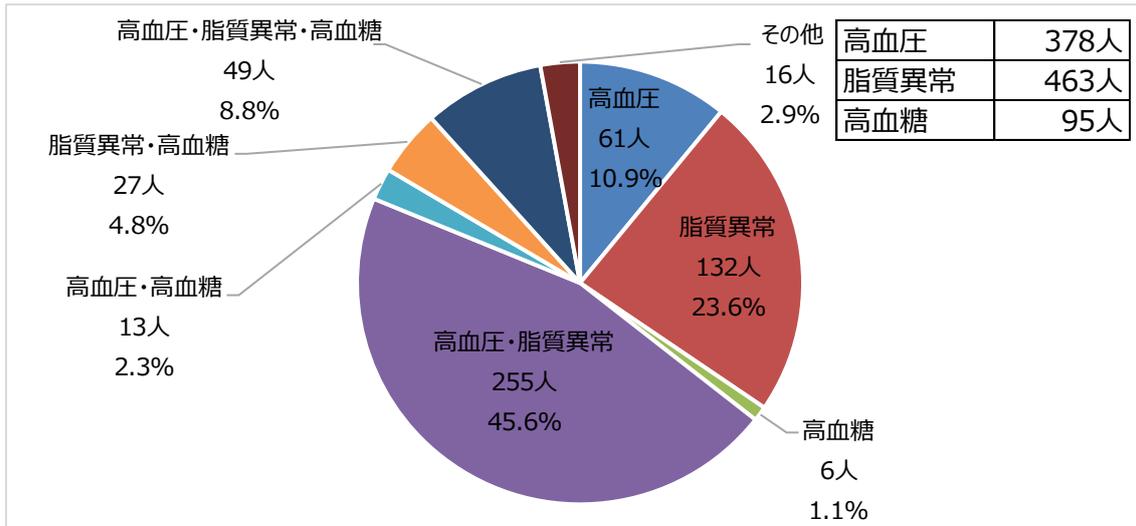
出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 25 年度～平成 29 年度）

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 45.6%ともっとも多く、次いで「脂質異常」が 23.6%、「高血圧」が 10.9%となっています。

図 65 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」（平成 29 年度）

図 66 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

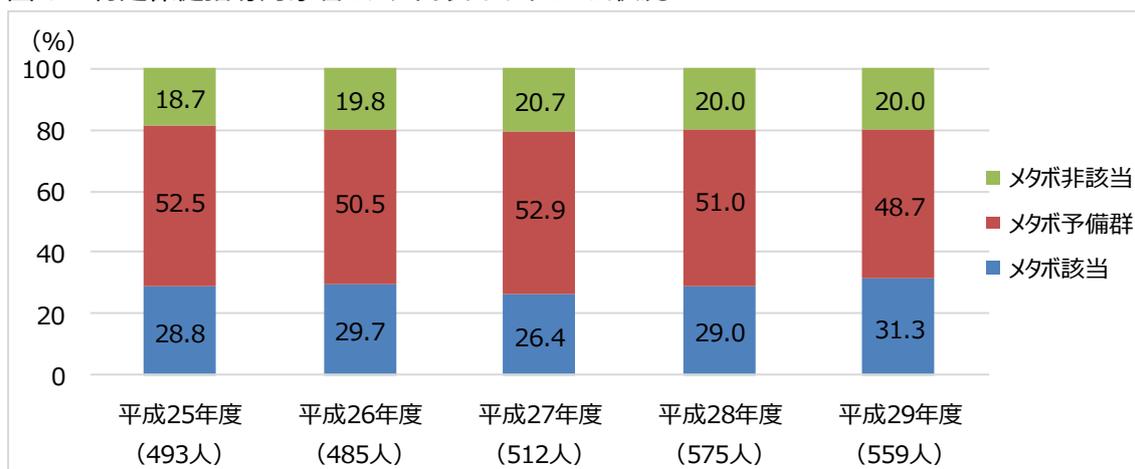
高血糖：糖尿病治療ガイド 2016-2017

(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状況は、メタボリックシンドローム予備群が 52.5%～48.7%、メタボリックシンドローム該当者が 28.8%～31.3%で推移しています。

図 67 特定保健指導対象者のメタボリックシンドローム状況

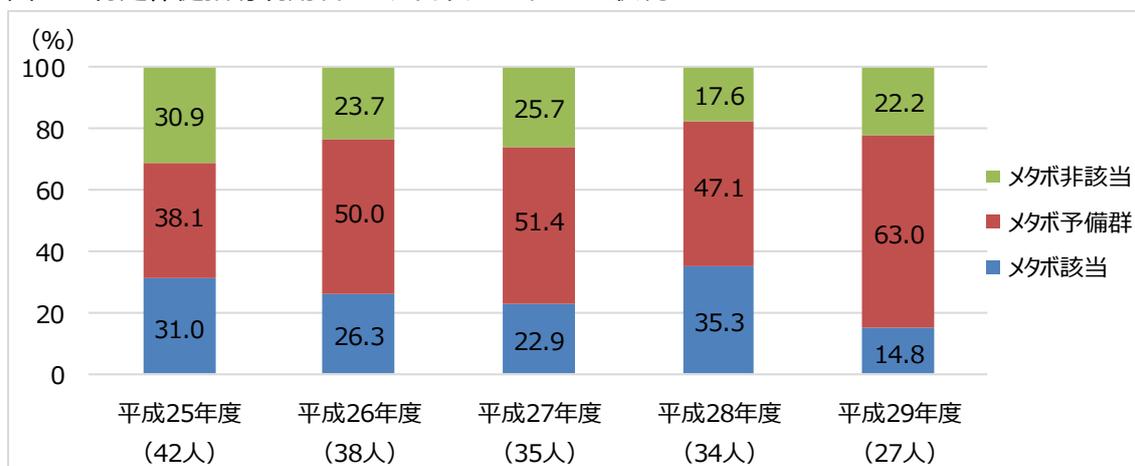


出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 25 年度～平成 29 年度）

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。直近年では、メタボリックシンドローム非該当が 22.2%、メタボリックシンドローム予備群が 63.0%、メタボリックシンドローム該当者が 14.8%です。

図 68 特定保健指導利用者のメタボリックシンドローム状況

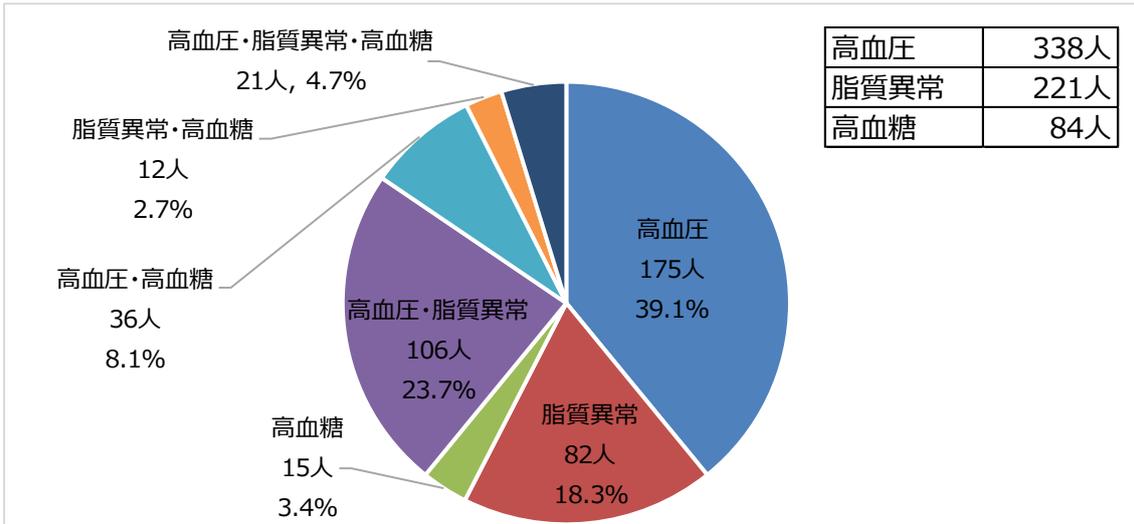


出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 25 年度～平成 29 年度）

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」39.1%、「高血圧・脂質異常」23.7%、「脂質異常」18.3%の順に多くなっています。

図 69 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」（平成 29 年度）

図 70 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。

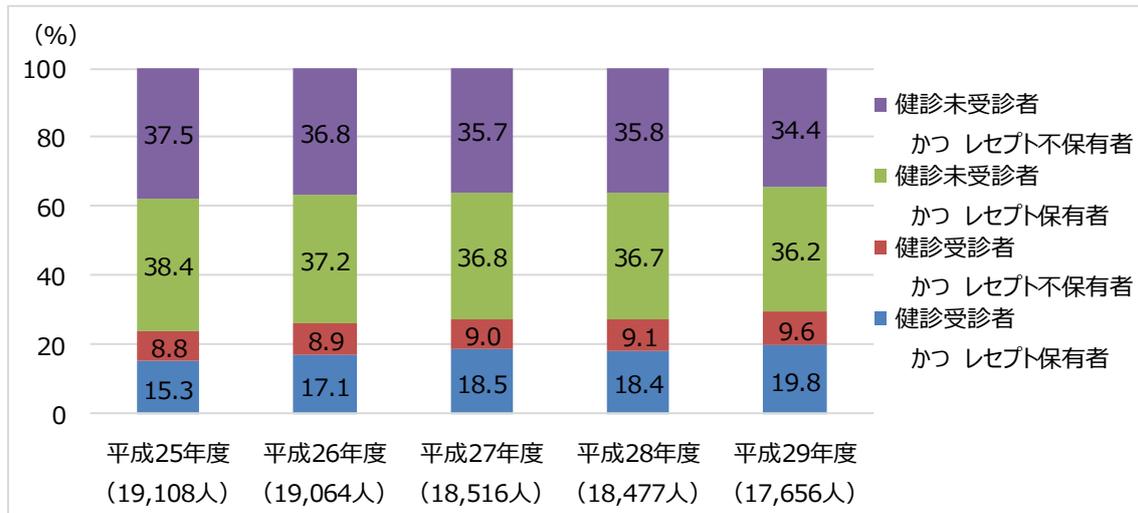
8. 特定健診・レセプトに関する分析

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 71 特定健診対象者のレセプト保有状況



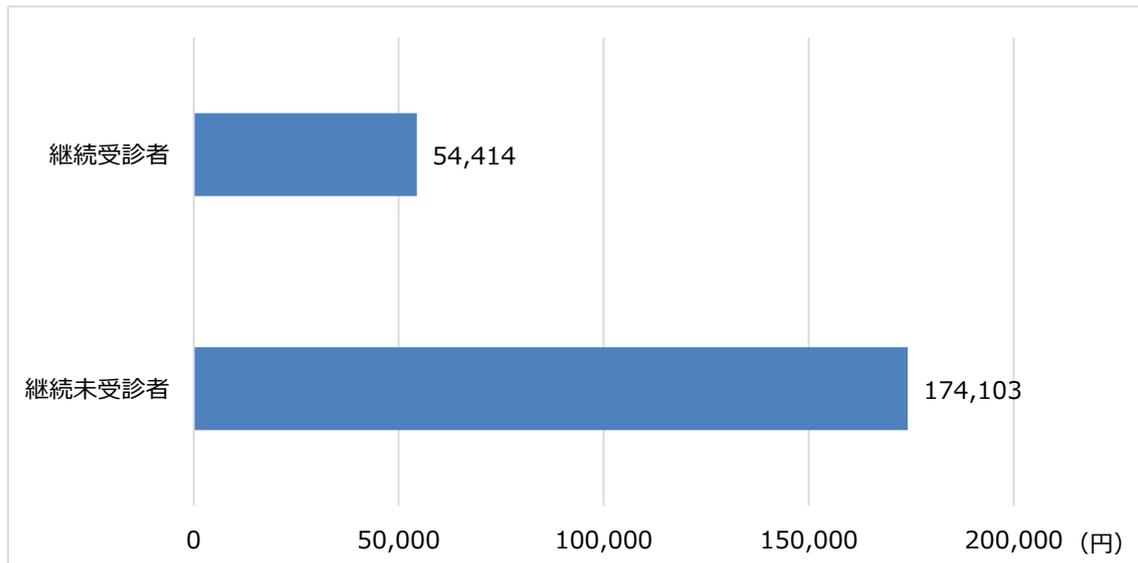
出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 25 年度～平成 29 年度）

(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 72 は、平成 29 年度に重症化疾患にかかる医療費が発生している方を、平成 26 年度の特定健診受診傾向区分ごとに分け、平成 29 年度患者 1 人当たり医療費の差額を見ています。

平成 26 年度の受診傾向区分別に、平成 29 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 174,103 円と高額であるのに対して、継続受診者は 54,414 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 72 H26 継続受診者、継続未受診者にかかる H29 患者 1 人当たり医療費（重症化疾患群）



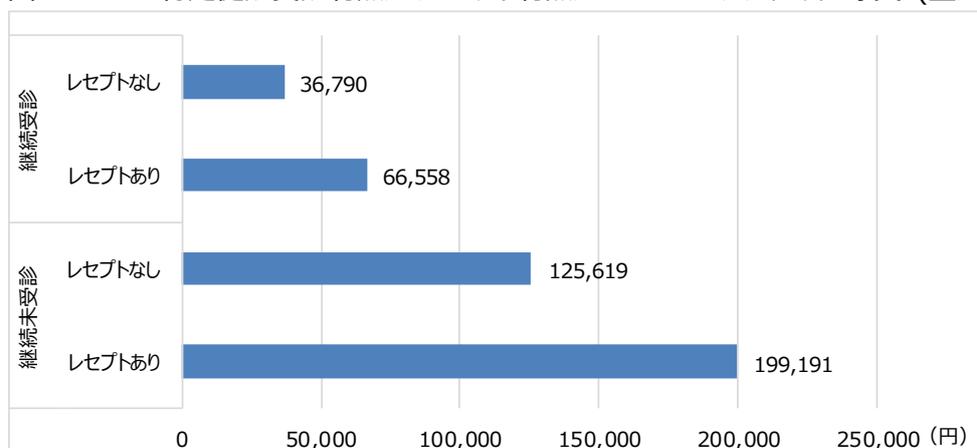
出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 29 年度）

しかし、図 72 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 73 では、平成 29 年度に重症化疾患にかかる医療費が発生している方を、平成 26 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平成 29 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することができると考えられます。

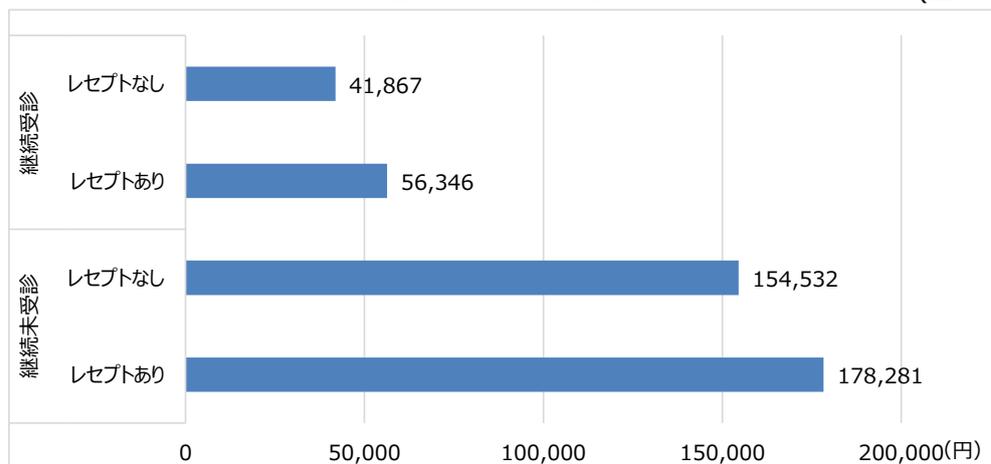
図 73 H26 特定健診受診有無別、レセプト有無別の H29 1 人当たり医療費（重症化疾患群）



※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」（平成 26 年度、平成 29 年度）

図 74 H26 特定健診受診有無別、レセプト有無別の H29 1 人当たり医療費（生活習慣病）



※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。

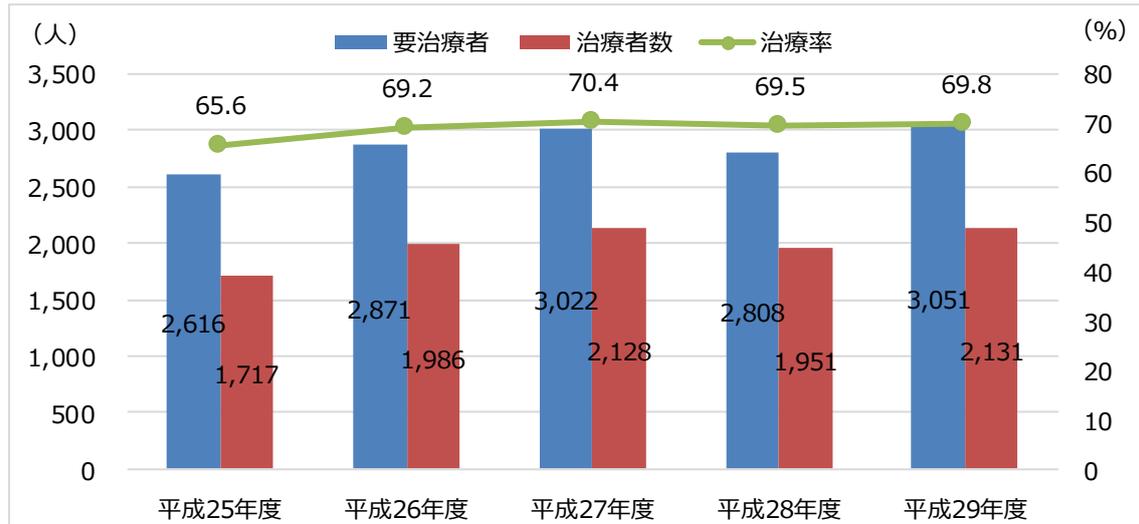
出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 26 年度、平成 29 年度）

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%前後で推移しており、平成29年度の未治療者は、30.2%存在します。

図 75 要治療者の治療状況



出所：医療費分析ツール「Focus」（平成25年度～平成29年度）

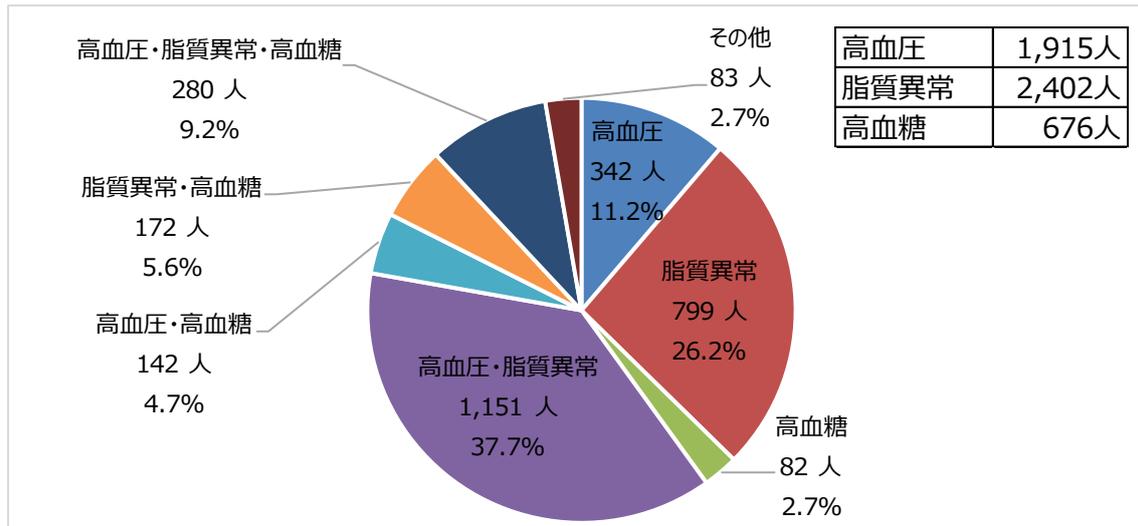
図 76 要治療の判定値

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】平成25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」37.7%、「脂質異常」26.2%、「高血圧」11.2%の順に多くなっています。

図 77 要治療者のリスク因子別内訳



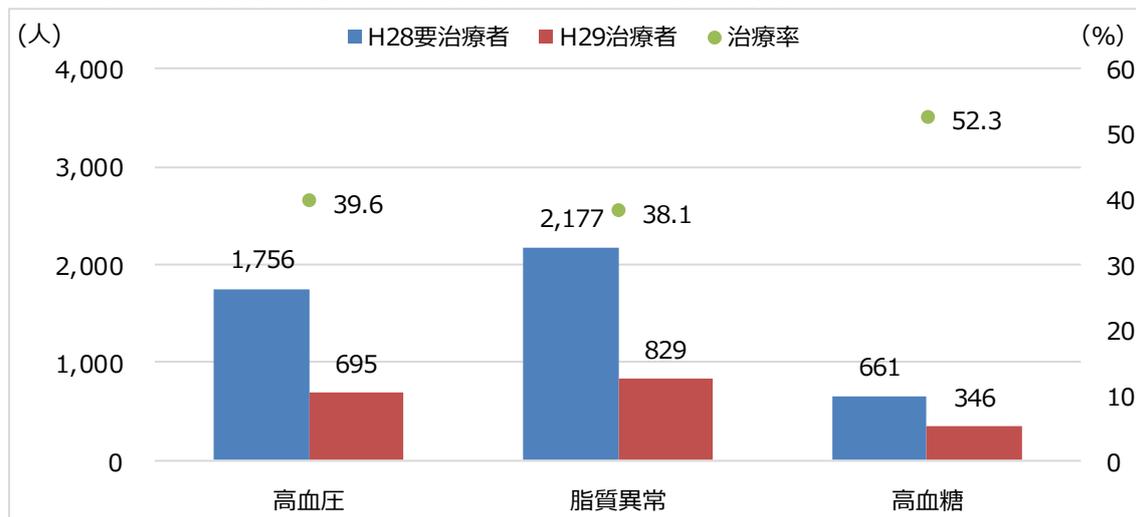
リスク因子の定義 = 図 66 リスク因子の判定基準 参照

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 29 年度）

(4) 平成 28 年度要治療者のリスク因子別の平成 29 年度治療状況

平成 28 年度の要治療者の平成 29 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 78 平成 28 年度要治療者のリスク因子別の平成 29 年度治療状況



出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 28 年度、平成 29 年度）

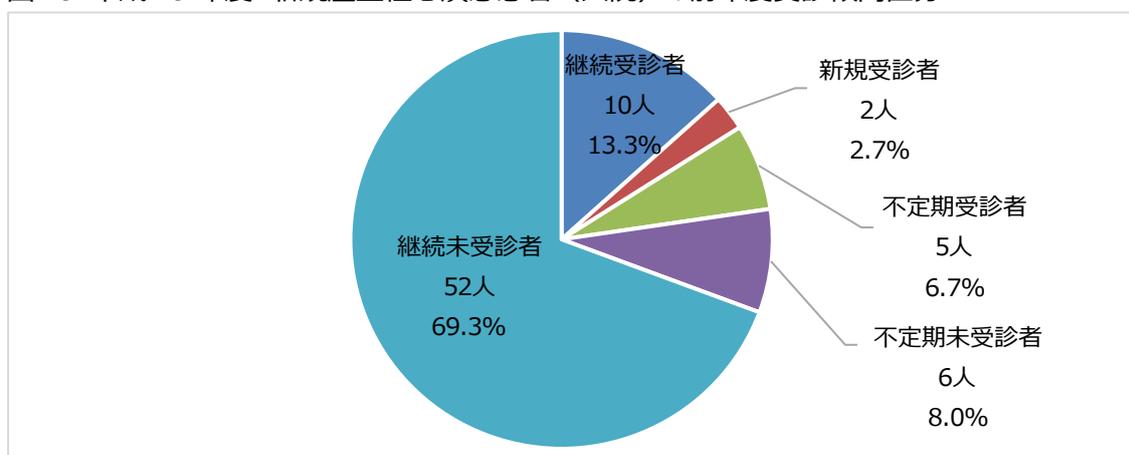
3) 新規虚血性心疾患患者の分析

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) 平成 29 年度 新規虚血性心疾患入院患者の前年度受診傾向区分

平成 29 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 69.3%と最も多く、次いで継続受診者が 13.3%、不定期受診者が 8.0%となっています。

図 79 平成 29 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 51 受診傾向区分の定義 参照

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 28 年度、平成 29 年度）

(2) 平成 29 年度の新規虚血性心疾患患者における平成 26 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、41.6%となっています。

図 80 平成 29 年度の新規虚血性心疾患患者における平成 26 年度状況

	医療機関 未利用		医療機関 利用		合計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
継続受診	39人	6.9%	52人	9.3%	91人	16.2%
たまたに受診	119人	21.2%	46人	8.2%	165人	29.4%
継続未受診	234人	41.6%	72人	12.8%	306人	54.4%
合計	392人	69.7%	170人	30.3%	562人	100.0%

※継続受診、たまたに受診、継続未受診は、平成 26 年度から平成 29 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」（平成 26 年度、平成 29 年度）

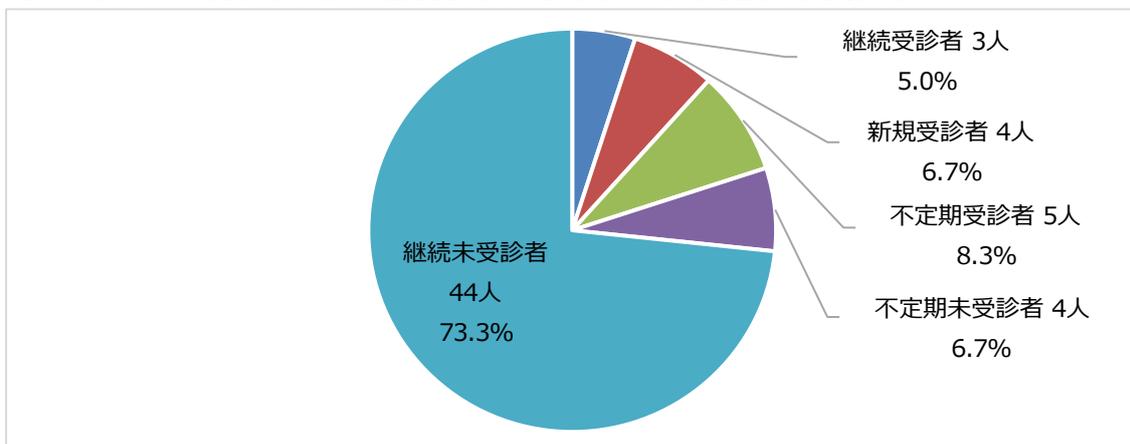
4) 新規脳血管疾患患者の分析

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っ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) 平成 29 年度 新規脳血管疾患入院患者の前年度受診傾向区分

平成 29 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 73.3%と最も多く、次いで不定期受診者が 8.3%、不定期未受診者・新規受診者が 6.7%となっています。

図 81 平成 29 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 51 受診傾向区分の定義 参照

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 28 年度、平成 29 年度）

(2) 平成 29 年度の新規脳血管疾患患者における平成 26 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、37.6%となっています。

図 82 平成 29 年度の新規脳血管疾患患者における平成 26 年度状況

	医療機関 未利用		医療機関 利用		合計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
継続受診	32人	8.1%	41人	10.4%	73人	18.5%
たまたに受診	99人	25.1%	27人	6.9%	126人	32.0%
継続未受診	148人	37.6%	47人	11.9%	195人	49.5%
合計	279人	70.8%	115人	29.2%	394人	100.0%

※継続受診、たまたに受診、継続未受診は、平成 26 年度から平成 29 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」（平成 26 年度、平成 29 年度）

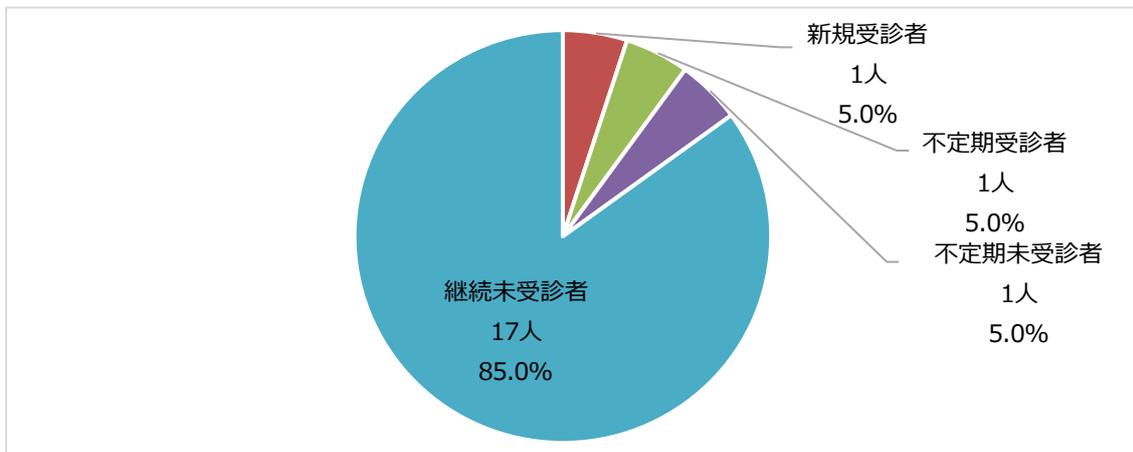
5) 新規糖尿病性合併症患者の分析

前段までの分析において、糖尿病性合併症患者の医療費の増加傾向や「慢性腎不全」が全レセプトにおける金額別 Top10 の 2 番目に位置しているが把握できました。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) 平成 29 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

平成 29 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 85.0%と大半を占めています。

図 83 平成 29 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 51 受診傾向区分の定義 参照

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 28 年度、平成 29 年度）

(2) 平成 29 年度の新規糖尿病性合併症患者における平成 26 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、45.2%となっています。

図 84 平成 29 年度の新規糖尿病性合併症患者における平成 26 年度状況

	医療機関 未利用		医療機関 利用		合計	
	継続受診	3人	2.2%	8人	5.9%	11人
たまたに受診	22人	16.3%	12人	8.9%	34人	25.2%
継続未受診	61人	45.2%	29人	21.5%	90人	66.7%
合計	86人	63.7%	49人	36.3%	135人	100.0%

※継続受診、たまたに受診、継続未受診は、平成 26 年度から平成 29 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」（平成 26 年度、平成 29 年度）

9. 健康課題のまとめ

これまでの健康課題のまとめは、以下のとおりです。

①医療費削減

- 国民健康保険にかかる総医療費は、平成 25 年度の約 84 億 3,800 万円から減少傾向であり、平成 29 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平成 25 年度の 96 億 9,700 万円から、平成 29 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。
- 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。

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

- 平成 20 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、平成 29 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。
- 平成 29 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。平成 25 年度と平成 29 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。

対策

- 特定健診受診率は年々上昇していますが、受診率の低迷が続いているため、受診率を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で、医療費の削減につながります。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

- 特定保健指導実施率は、平成 21 年度の 8.6%から増加と減少を幾度か繰り返し、平成 29 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%ともっとも多く、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（平成 29 年度は 48.7%）、メタボ該当者が 30%前後（平成 29 年度は 31.3%）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、初回にするだけでなく、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

- 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。

⑤胃がん検診受診率向上が必要

- 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、平成 24 年度より県の値より下回る形で推移し、平成 29 年度は 5.0%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。

10. 保健事業計画・目標設定

これまでの分析を踏まえて、平成 30 年度～平成 35 年度までの指標と目標を設定します。

また、特定健診等実施計画の目標と整合を図り、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの 4 つの観点から評価指標を設定します。

図 85 目標設定

指標の種別	指標
ストラクチャー	事業ごとに設定
プロセス	事業ごとに設定
アウトプット (事業結果)	事業ごとに設定
短期 アウトカム (事業成果) 単年度評価	【特定健診】 ① 特定健診受診率 【特定保健指導】 ② 特定保健指導実施率 【糖尿病性腎症予防】 ③ 医師と連携して実施した保健指導率
中期 アウトカム (事業成果) 中間年度評価	【要治療者の治療率向上】 ① 要治療者の治療率
長期アウトカム (事業成果) 最終年度評価	① 被保険者 1 人当たり医療費 ② 健康寿命 ③ がん SMR (標準化死亡比) ④ 生活習慣病による人工透析患者数

✚ ストラクチャー（計画立案体制・実施構成・評価体制）

事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか（例：事業運営委員会の設置） など

✚ プロセス（保健事業の実施過程）

必要なデータは入手できているか 人員配置が適切に行われているかスケジュールどおりに行われているかなど

✚ アウトプット（保健事業の実施状況・実施量）

計画した保健事業を実施したか勧奨ハガキ配布数、回数、参加者数等はどうなったかなど

✚ アウトカム（成果）

設定した目標に達することができたか特定健診の受診率や特定保健指導の利用率が何ポイント向上したか など

1) 特定健診受診対策

(1) 目標

国の指針により、市町村国保の受診率参酌基準を 60%としております。本計画では、本市の第 3 期特定健康診査等実施計画に合わせ、現状 31.5%の特定健診受診率を平成 35 年度に 60.0%まで引き上げることを目標とします。また同目標値を達成するにあたっては、未受診者、新規対象者や若い世代の取り込み、さらには継続受診の増加を意識して取り組むものとします。

図 86 特定健診受診対策の目標指標

	現状値 (H29)	H30	H31	H32	H33	H34	H35
特定健診 受診率	31.5%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%

出所：法定報告値

(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、県国保連合会
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（新規）	
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PR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	国保日より（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（新規）	
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) 目標

国の指針により、市町村国保の受診率参酌基準を 60%としております。本計画では、本市の第 3 期特定健康診査等実施計画に合わせ、現状において 4.8%の特定保健指導実施率を、平成 35 年度には 60.0%まで引き上げることを目標とします。

図 87 特定保健指導対策の目標指標

	現状値 (H29)	H30	H31	H32	H33	H34	H35
特定保健指導 実施率	4.8%	20.0%	30.0%	40.0%	50.0%	55.0%	60.0%

出所：法定報告値

(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（新規）	
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（新規）	
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る。
実施者	保険年金課
実施時期	随時

✚ 特定保健指導の啓発普及施策

特定保健指導のPR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・周知する。
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（新規）	
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) 目標

特定健診受診者の要治療者のうち、医療機関での治療をしていない方の割合は、現状において 30.2%存在します。そのため、要治療者の治療率を平成 35 年度には 80%まで改善することを目標とします。

図 88 要治療者の治療率向上対策の目標指標

	現状値 (H29)	H30	H31	H32	H33	H34	H35
要治療者の 治療率	69.8%			75.0%			80.0%

出所：医療費分析ツール「Focus」

(2) 実施施策

✚ 治療啓発施策

健康相談会事業（新規）	
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（新規）	
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 検査を通じた健診を行う。
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 検査を行う。
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

6) 糖尿病等治療勧奨推進事業（レッドカード事業）

(1) 方向性

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。平成 30 年度の国保県域化に伴って開始されますが、平成 29 年度特定健診の結果から算出した状況では、3 割弱の人が治療を始めていない状況です。

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 89 平成 29 年度特定健診の結果に基づく対象者の状況

対象者	受療者	受療率
176人	129人	73.3%

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) 8.4%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 400 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 40ml/min/1.73m ² 未満

注 1：受療者数は、医療機関を受診され、生活習慣病の疾病と診断された方の人数となります。

注 2：上記の基準は、平成 30 年度のもので、平成 31 年度以降は変更する可能性があります。

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 29 年度）

(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（新規）	
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により、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、県国保連
実施時期	通年

7) 糖尿病性腎症重症化予防プログラム

(1) 方向性・目標

前述までの重症化疾患群における糖尿病性合併症群の割合の増加や、糖尿病性合併症群内での糖尿病性腎症や腎不全の占める割合を鑑みると、糖尿病による人工透析導入の予防に努めるべきと考えられます。

【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 90 平成 29 年度の糖尿病性腎症未受療者の状況

HbA1c7.0%以上の人	未受療者	受療率
211人	15人	92.9%

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

②年度内に医療機関の受診歴なし

注 1：受療者数は、医療機関を受診され、生活習慣病の疾病と診断された方の人数となります

注 2：上記の基準は、平成 30 年度のもので、平成 31 年度以降は変更する可能性があります。

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 29 年度）

【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 91 糖尿病性腎症重症化予防プログラム（保健指導）対象者の平成 29 年度推計

対象者	対象者（優先）※	勧奨対象者の受療率
56人	9人	83.9%

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/1.73m ²
③尿蛋白（±）以上
※なお、平成 30 年度は eGFR30～44ml/分 1.73m ² の者を優先的に抽出する

注 1：受療率：医療機関を受診され、生活習慣病の疾病と診断された方を受療者として集計しています。

注 2：上記の基準は、平成 30 年度のもので、平成 31 年度以降は変更する可能性があります。

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 29 年度）

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

	H30	H31	H32	H33	H34	H35
医師と連携して実施した保健指導実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%

出所：医療費分析ツール「Focus」

(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）（新規）	
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
実施者	保険年金課、県、県国保連
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）（新規）	
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な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、県国保連
実施時期	7月～3月

8) 地域包括ケアを意識した保健事業

(1) 方向性

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。

(2) 実施施策

✚ 介護予防を意識した施策

口腔健診事業（新規）	
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（新規）	
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集いの場等に訪問し、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

9) がん検診対策

(1) 方向性

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。

(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)目標値のまとめ

これまでの、指標と目標をまとめたものが以下の表です。中期、長期の目標については、短期目標が達成されることにより、将来的に実現されるものです。

図 93 評価指標の整理

指標		H29 実績	H30	H31	H32	H33	H34	H35	
		保健事業ごとに設定							
ストラクチャー									
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	35.0	40.0	45.0	50.0	55.0	60.0
		特定保健指導実施率	4.8	20.0	30.0	40.0	50.0	55.0	60.0
		医師と連携して実施した保健指導率	-	100	100	100	100	100	100
	中期	要治療者の治療率	69.8			75.0			80.0
		被保険者1人当たり医療費	373千円						400千円
	長期	健康寿命（65歳平均自立期間）（平成27年度）							
		男性	17.9年						延伸
		女性	20.7年						延伸
		がんSMR							
		胃がん							
		男性	106.1						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	56						56

1 1 . データヘルス計画の見直し

課題に沿った事業について、PDCA サイクルの中で毎年評価を実施します。

また、平成 32 年度までの前半 3 年間の事業および成果について平成 33 年度に中間評価を実施、最終年度となる平成 35 年度には、計画に掲げた目標の達成状況を評価し、それを踏まえて計画の見直しを実施します。

1 2 . データヘルス計画の公表・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。

1 3 . 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します。

1 4 . 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、平成 20 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 54 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 54 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 76 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を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	ICD10	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~E14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>-	
			G632	G63.2 糖尿病性多発(性)ニューロパチ<シ>-	
			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~E14が有る
			G736	G73.6 代謝疾患におけるミオパチ<シ>-	
			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>-	
			N312	N31.2 し<弛>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・環疽	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<アングイオパシー>	目つ、同月・他医療機関含む病名 (ICD-10) にE11~E14が有る
			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	
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~E14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 その他の高脂(質)血症		
	E785			E78.5 高脂(質)血症, 詳細不明		

医療費分析ツール「Focus」 使用データ一覧

番号	抽出元データ名	期間	抽出元システム名
1	被保険者マスタ（個人情報） 【テーブル名：KD_mtSKhhkj】	平成 30 年 5 月審査分まで	国保共同電算処理システム
2	被保険者マスタ（世帯情報） 【テーブル名：KD_mtSKhhst】		
3	累積レセプト情報	平成 25 年 5 月審査～ 平成 30 年 5 月審査	
4	医療機関(基本情報)マスタ 【テーブル名：Remfdkiry】	平成 30 年 5 月請求分	レセプト電算処理システム
5	レセ電コード情報（医科）	平成 25 年 5 月審査～ 平成 30 年 5 月審査	
6	レセ電コード情報（調剤）		
7	レセ電コード情報（DPC）		
8	特定健診受診者CSVファイル	平成 22 年度分～平成 29 年度分	特定健診等データ管理システム
9	特定健診結果等情報作成抽出（受診券情報）ファイル		
10	特定健診結果等情報作成抽出（利用券情報）ファイル		
11	特定健診結果等情報作成抽出（健診結果情報）ファイル		
12	特定健診結果等情報作成抽出（その他の健診情報）ファイル		
13	特定健診結果等情報作成抽出（保健指導情報）ファイル		

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）

□発行 平成31年2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

TEL (0743) 53-1151
