
木津川市国民健康保険 第3期データヘルス計画

令和6年3月
木津川市

-目次-

第1章	計画策定について	
	1. 計画の趣旨	1
	2. 目的	3
	3. 計画期間	3
	4. 実施体制・関係者連携	3
第2章	地域の概況	
	1. 地域の特性	4
	2. 人口構成	4
	3. 平均余命と平均自立期間	6
	4. 介護保険の状況	7
	5. 死亡の状況	9
第3章	過去の取組の考察	
	1. 第2期データヘルス計画全体の評価	10
	2. 各保健事業の達成状況	12
第4章	健康・医療情報等の分析	
	1. 医療費の基礎統計	24
	2. 高額レセプトに係る分析	25
	3. 生活習慣病に係る医療費等の状況	30
	4. 生活習慣病疾病別割合、一人当たりの医療費と有病率	31
	5. 特定健康診査受診者と未受診者の生活習慣病の治療状況	33
	6. 特定保健指導対象者・非対象者の生活習慣病医療費	33
	7. 特定健康診査受診状況及び特定保健指導実施状況	34
	8. 特定健康診査結果	36
	9. 特定健康診査及びレセプトデータによる指導対象者群分析	39
	10. 糖尿病性腎症重症化予防に係る分析	41
	11. 受診行動適正化指導対象者に係る分析	42
	12. 要介護度別分析	43
第5章	健康課題の抽出と保健事業の実施内容	
	1. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策	46
	2. 健康課題を解決するための個別の保健事業	47
第6章	その他	
	1. 計画の評価及び見直し	57
	2. 計画の公表・周知	57
	3. 個人情報の取扱い	57
	4. 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項	58
巻末資料		
	用語解説集	60

第1章 計画策定について

1. 計画の趣旨

(1)背景

平成25年6月に閣議決定された「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分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」と掲げられました。

平成26年3月、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」の一部が改正され、「市町村及び組合は(中略)健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画を策定した上で、保健事業の実施・評価及び改善を行うこと。」と定められました。

その後、令和4年12月の経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革工程表2022」においては、データヘルス計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPI※の設定を推進するとの方針が示されました。

本計画は、第1期及び第2期計画における実施結果等を踏まえ、PDCAサイクル※に沿った保健事業の展開、達成すべき目標やその指標等を定めたものです。計画の推進に当たっては、医療介護分野における連携を強化し、地域の実情に根差したきめ細かな支援の実現を目指し、地域で一体となって被保険者を支える地域包括ケアの充実・強化に努めます。

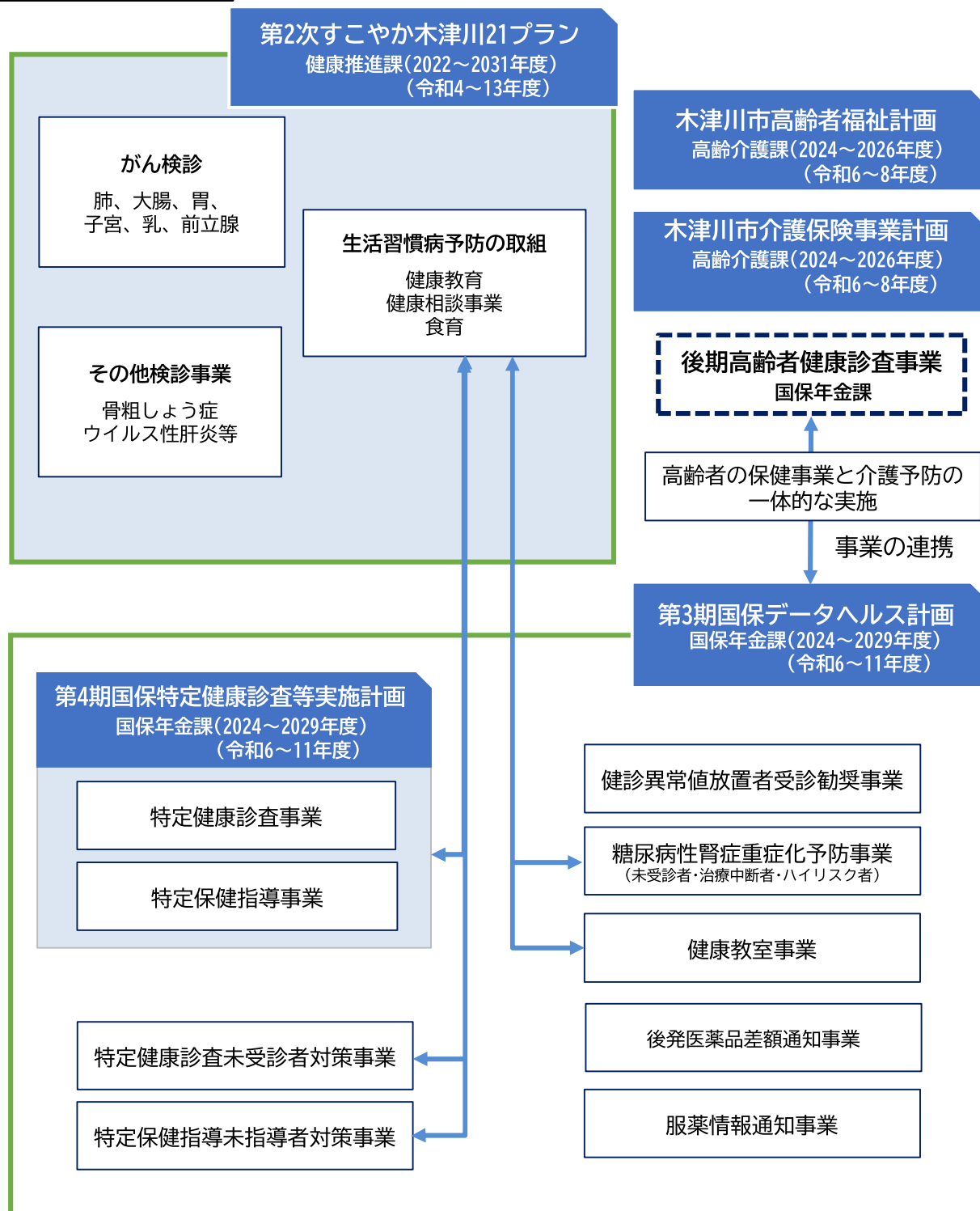
※KPI…Key Performance Indicatorの略称。重要業績評価指標。

※PDCAサイクル…「Plan(計画)→Do(実行)→Check(評価)→Action(改善)」という一連のプロセスを繰り返し行うことで、業務の改善や効率化を図る手法の一つ。

(2)計画の位置づけ

「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21(第2次))」に示された基本方針を踏まえるとともに、「京都府健康増進計画」及び「木津川市健康増進計画」で用いた評価指標を用いる等、それぞれの計画と整合性を図る必要があります。

各計画との関係

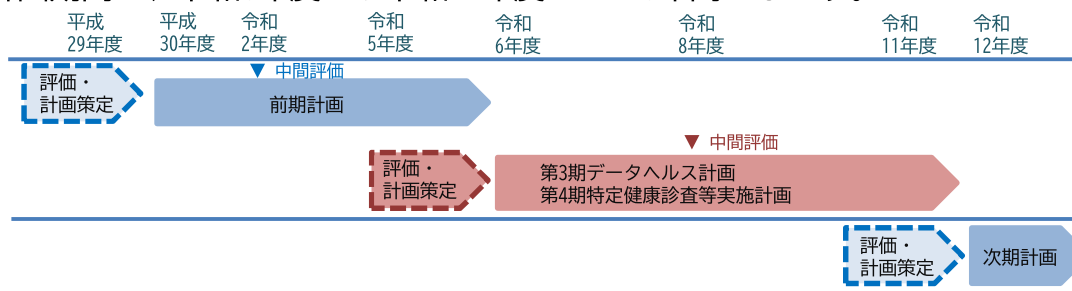


2. 目的

心豊かで健康、安心して暮らせる地域社会を実現するため、予防医療に取り組むことにより、心身の健康保持・増進、生活の質(QOL)の維持及び向上を図り、医療費の適正化に資するものです。

3. 計画期間

計画期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。



4. 実施体制・関係者連携

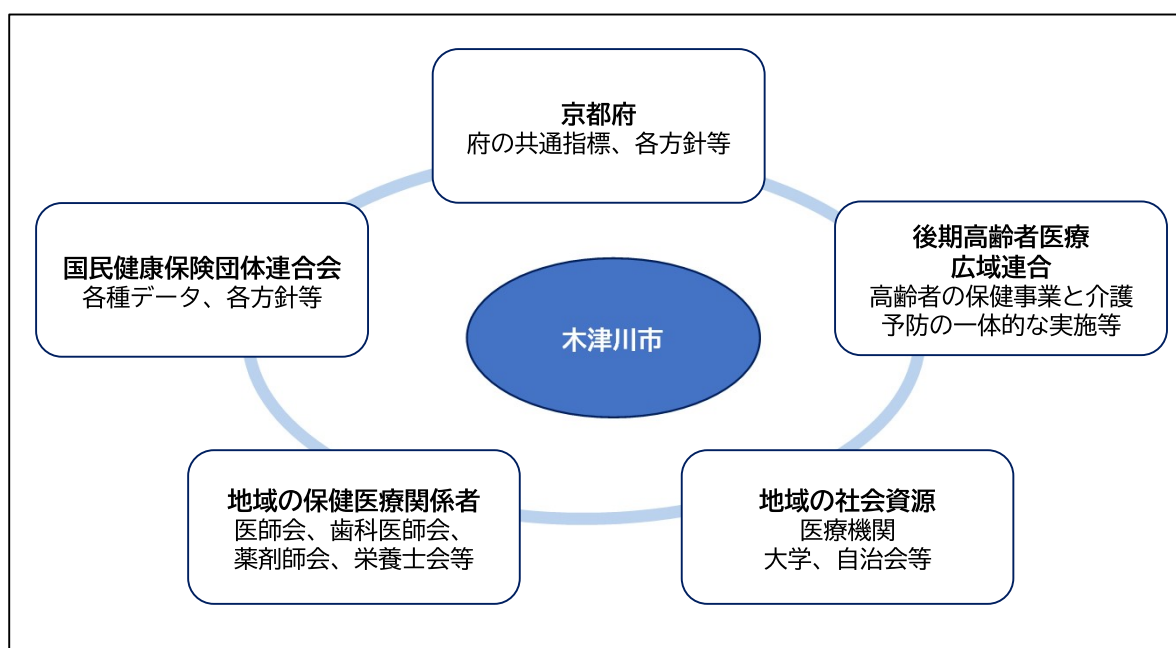
(1) 保険者内の連携体制の確保

木津川市国民健康保険における健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、保健衛生部門等の関係部門や府、保健所、国民健康保険団体連合会等の関係機関の協力を得て、国保部門が主体となって行います。

(2) 関係機関との連携

本計画は、関係機関との連携・協力のうえ、実施します。

関係機関連携概要



第2章 地域の概況

1. 地域の特性

本市は、京都府の南東に位置し、中央を木津川が大きなカーブを描きながら流れており、川に沿った地域に平野が広がっています。平成19年3月に木津町・加茂町・山城町が合併して木津川市が発足しました。奈良中心部から8キロ、京都市、大阪市中心部から30キロ圏域内にあり、JR線3線と近鉄線1線を利用し1時間以内で移動することができます。ニュータウンの開発や企業誘致により人口が増加してきましたが、ニュータウンの開発も終わり、これまでの人口増加も一定落ち着きました。本市は、古からの永い歴史を受け継ぎながら、新たな発展の時期を迎えた新旧文化が調和したまちです。

2. 人口構成

保険被保険者の状況

- 高齢化率(65歳以上)は24.9%で、京都府と比較して4.5ポイント低いです。(図表1-1)
- 令和4年度の市の人口に占める国民健康保険加入率は18.6%で、京都府の加入率より低く国民健康保険被保険者数は14,352人です。(図表1-1)
- 本市の平成30年度からの被保険者数は、7.9%減少しています。(図表1-2)
- 国民健康保険被保険者平均年齢は、平成30年度から0.6歳上昇しており、高齢化が進展しつつあると推測されます。(図表1-2)

【図表1-1】人口構成概要

区分	人口総数(人)	高齢化率 (65歳以上) (%)	国民健康保険 被保険者数(人)	国保加入率(%)	国民健康保険 被保険者 平均年齢(歳)	出生率(%)	死亡率(%)
木津川市	76,987	24.9	14,352	18.6	53.5	8.2	7.6
府	2,495,174	29.4	498,511	20.0	52.5	6.6	10.8
同規模	67,878	30.4	13,889	20.5	54.7	6.5	11.8
国	123,214,261	28.7	24,660,500	20.0	53.4	6.8	11.1

※「府」は京都府を指す。以下全ての表において同様である。

出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」(令和4年度)

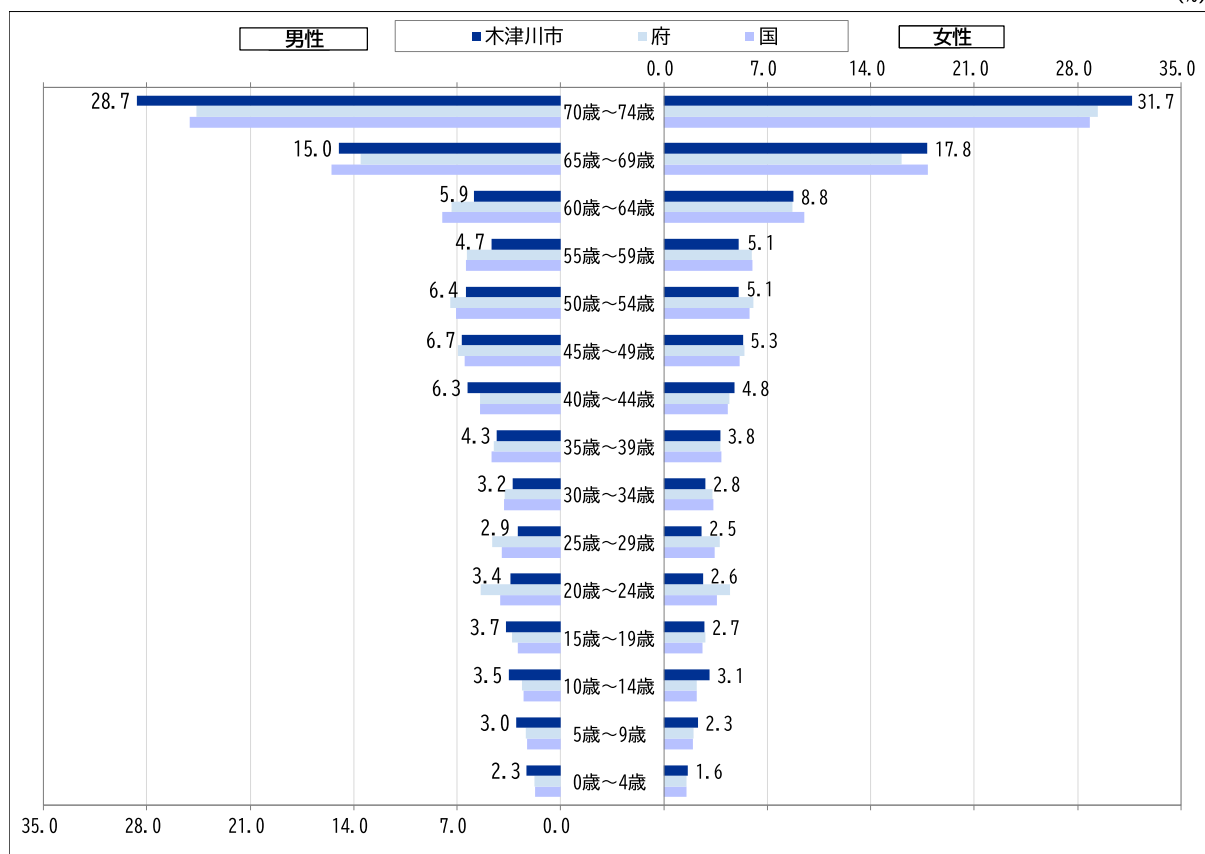
【図表1-2】 年度別 被保険者数

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
国民健康保険被保険者数(人)	15,586	15,267	15,324	14,958	14,352
国民健康保険被保険者平均年齢(歳)	53	53	53	54	54

出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」(平成30年度～令和4年度)

【図表1-3】 男女・年齢階層別 被保険者数構成割合ピラミッド

(%)



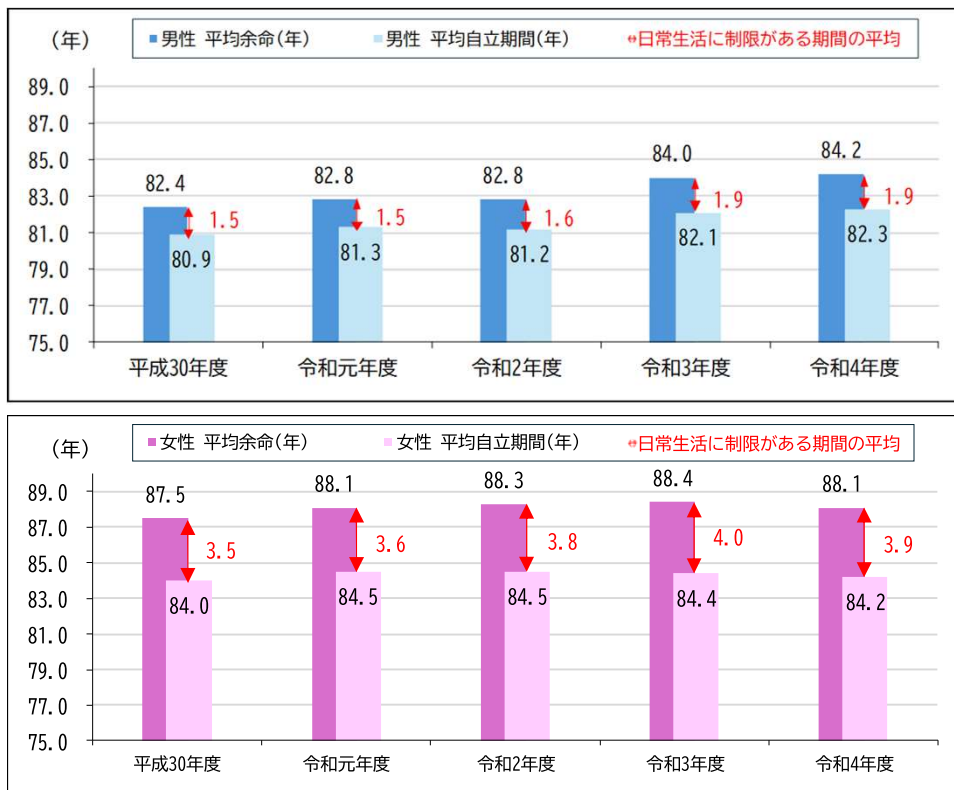
出典:国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」(令和4年度)

3. 平均余命と平均自立期間

平均余命と平均自立期間

- 本市では、男女ともに日常生活に制限がある平均期間は長くなっており、前期高齢期からのフレイル予防対策が大切です。(図表1-4)
- 国民健康保険被保険者自らが特定健康診査を受診し、自らの健康状態を把握するとともに生活習慣を見直し健康づくりに取組めるよう、特定健康診査受診率向上に向けた保健事業を展開していく必要があります。

【図表1-4】年度別 平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均

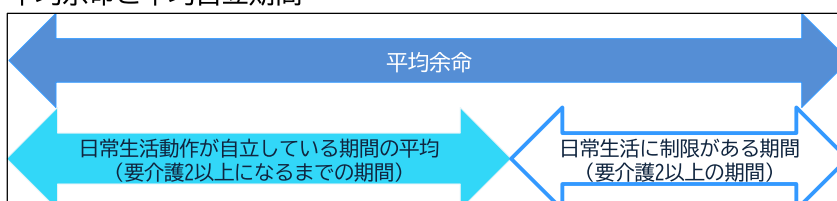


出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」(平成30年度～令和4年度)

参考：平均余命と平均自立期間について

- 平均余命は、ある年齢の人々がその後何年生きられるかという期待値を指します。
- 平均自立期間は、要介護2以上になるまでの期間を「日常生活動作が自立している期間」としてその平均を算出したもので、健康寿命の指標の一つです。
- 平均余命と平均自立期間の差は、日常生活に制限がある期間を意味しています。

平均余命と平均自立期間



4. 介護保険の状況

要介護(要支援)認定率と介護給付費

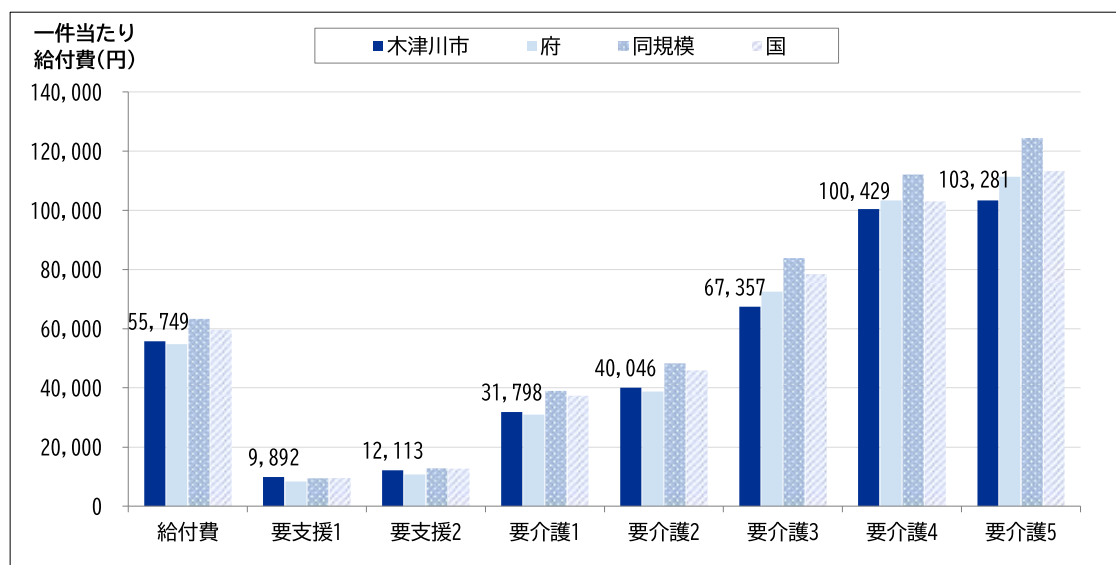
- 本市の認定率18.6%は京都府より低く、一件当たり給付費は55,749円で京都府よりやや高いです。(図表2-1)
- 区分ごとの給付費は、特に要支援1～要介護2で本市が京都府よりやや高くなっています。(図表2-2)

【図表2-1】 要介護(要支援)認定率及び介護給付費等の状況

区分	木津川市	府	同規模	国
認定率(%)	18.6	22.5	18.1	19.4
認定者数(人)	3,658	168,944	952,873	6,880,137
第1号(65歳以上)	3,581	165,677	932,725	6,724,030
第2号(40～64歳)	77	3,267	20,148	156,107

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」(令和4年度)

【図表2-2】 要介護度別 一件当たり介護給付費



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」(令和4年度)

要介護(要支援)認定者の疾病別有病率

■要介護(要支援)認定者の疾病別有病率は京都府平均をすべて上回っており、同規模、国と比較しても精神以外は上回っています(図表2-4)

■生活習慣病重症化予防・フレイル予防を早期に取り組むことで、生活の質の向上につながると考えます。

【図表2-3】 要介護(要支援)認定者の疾病別有病状況

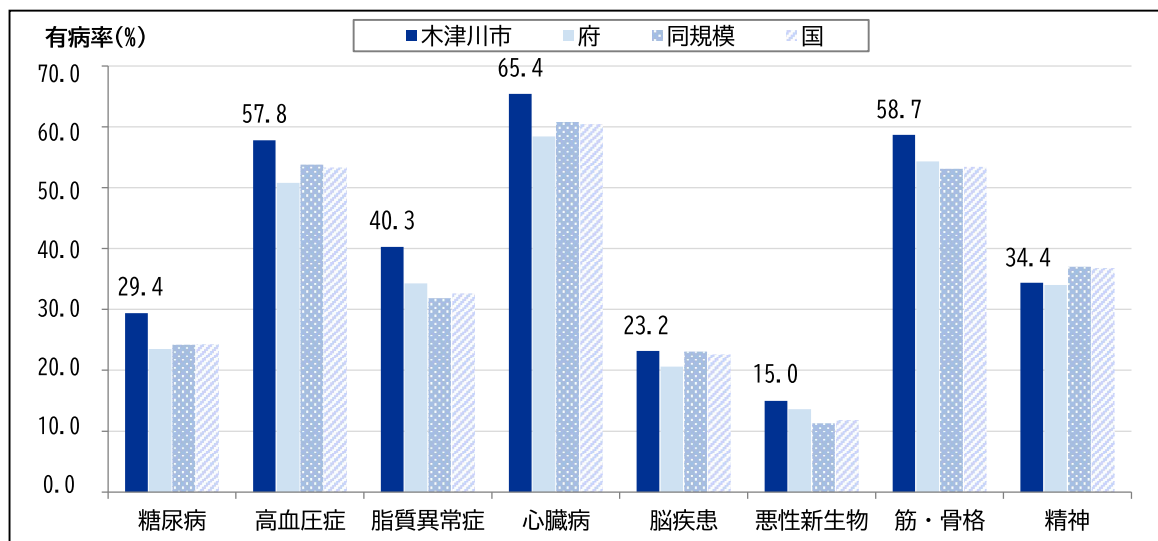
区分		木津川市	順位	府	順位	同規模	順位	国	順位
認定者数(人)		3,658		168,944		952,873		6,880,137	
糖尿病	実人数(人)	1,061	6	40,644	6	237,003	6	1,712,613	6
	有病率(%)	29.4		23.5		24.2		24.3	
高血圧症	実人数(人)	2,091	3	87,660	3	523,600	2	3,744,672	3
	有病率(%)	57.8		50.8		53.8		53.3	
脂質異常症	実人数(人)	1,499	4	59,625	4	312,282	5	2,308,216	5
	有病率(%)	40.3		34.3		31.8		32.6	
心臓病	実人数(人)	2,374	1	100,468	1	590,733	1	4,224,628	1
	有病率(%)	65.4		58.4		60.8		60.3	
脳疾患	実人数(人)	820	7	34,874	7	221,742	7	1,568,292	7
	有病率(%)	23.2		20.6		23.1		22.6	
悪性新生物	実人数(人)	553	8	23,810	8	111,991	8	837,410	8
	有病率(%)	15.0		13.6		11.3		11.8	
筋・骨格	実人数(人)	2,159	2	93,691	2	516,731	3	3,748,372	2
	有病率(%)	58.7		54.3		53.1		53.4	
精神	実人数(人)	1,269	5	58,330	5	358,088	4	2,569,149	4
	有病率(%)	34.4		34.0		37.0		36.8	

各項目毎に上位5疾病を 網掛け 表示する。

※KDBでは心臓病に高血圧症を含む

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」(令和4年度)

【図表2-4】 要介護(要支援)認定者の疾病別有病率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」(令和4年度)

5. 死亡の状況

標準化死亡比(年度別・男女別)

- 令和4年度における男女の標準化死亡比は男性88.0、女性94.6で京都府と比べて男女とも低くなっています。(図表3-1)
- 男性はいずれの年度も下回っていますが、女性は令和3年度から下回っています。(図表3-1)

【図表3-1】標準化死亡比推移

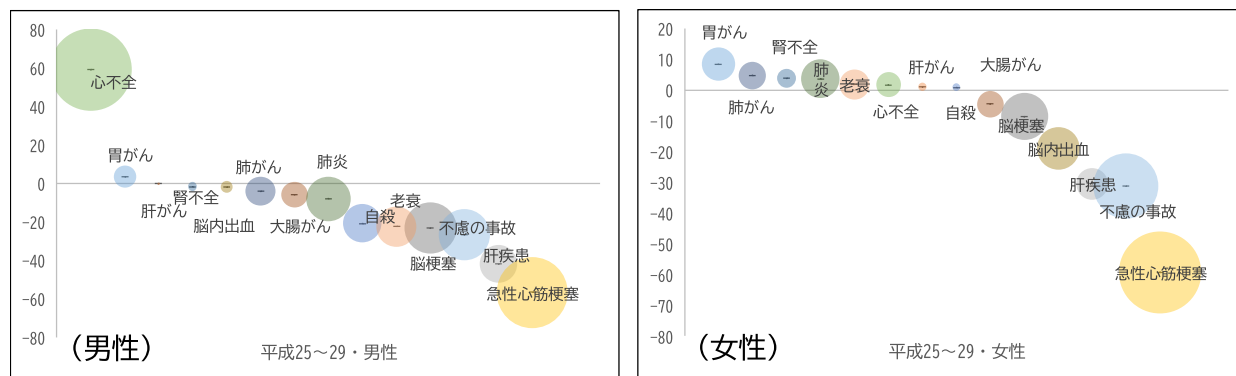
区分	男性					女性				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
木津川市	92.1	92.1	92.1	88.0	88.0	100.6	100.6	100.6	94.6	94.6
府	96.2	96.2	96.2	95.3	95.3	98.4	98.4	98.4	97.1	97.1
同規模	99.9	99.9	100.0	100.2	100.3	101.0	100.9	101.0	101.1	101.2
国	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」(平成30年度～令和4年度)

標準化死亡比(全国の死亡の平均を100として考えた場合)

- 国の平均を100としており、数値が100以上の場合は国の平均より死亡率が多いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断されます。
- 本市では平成25年から平成29年に2,707人(男性1,357人、女性1,350人)が死亡しています。(1年に540人)
- 男性は心不全が103.8、胃がんが103.5と高くなっています。(図表3-2)
- 女性は胃がんが108.4、肺がんが104.8、腎不全が103.8、肺炎が103.7、老衰が101.9と高くなっています。(図表3-2)
- 男女とも悪性新生物が高いため、がん検診の受診率向上により、早期発見・早期治療につなげることが重要です。
- 生活習慣病に起因する疾患もあるため、被保険者が健(検)診を受診し、健康意識を高め、健康づくりに取組めるような保健事業を展開していくことが課題です。

【図表3-2】標準化死亡比



図表3-2内の円の面積は死亡者数の期待値(全国基準)と実死亡者数の差の絶対値「当該地域内の死因間における過剰・過少死亡の相対的な大きさ」を表す。円の中心が基線の下かつ円の大きな死因は当該死因の過少死亡の規模が大きいことを表す。

出典:人口動態統計特殊報告 人口動態保健所 市区町村別統計
時点:平成25年から平成29年

第3章 過去の取組の考察

1. 第2期データヘルス計画全体の評価

第2期データヘルス計画に基づき実施した各事業についての達成状況を示したものです。

事業名	第2期計画		評価
	目標値 上段:アウトプット 下段:アウトカム	実績 (令和4年度時点)	
特定健康診査事業	対象者への通知率 100%	通知率 100%	4
	短期 当該年度の前年度より受診率の向上 中長期 特定健康診査受診率 8%向上	特定健康診査受診率 41.5% (平成29年度比 4.1%向上)	
特定保健指導事業	特定保健指導実施率 5%向上	特定保健指導実施率 22.1% (平成29年度比 10.3%向上)	4
	短期 特定保健指導対象者の減少率 20% 中長期 特定保健指導対象者割合 2%減少 (平成29年度と比較)	特定保健指導対象者の減少率 17.2% (平成29年度比 1.8%悪化) 特定保健指導対象者割合 10.1% (平成29年度比 0.1%減少)	
特定健康診査未受診者 対策事業	対象者への通知率 100%	通知率 100%	3
	短期 通知対象者の特定健康診査受診率 35% 中長期 特定健康診査受診率 8%向上	通知対象者の特定健康診査受診率 20.4% (平成29年度比 12.7%向上)	
特定保健指導未指導者 対策事業	対象者への通知率 100%	通知率 100%	4
	短期 保健指導利用勧奨者の特定保健指導率 8%向上 中長期 特定保健指導実施率 5%向上	保健指導利用勧奨者の特定保健指導 実施率 28.4% (平成29年度比 19.5%向上) 特定保健指導実施率 22.1%	
健診異常値放置者受診 勧奨事業	対象者への通知率 100%	通知率 100%	5
	短期 対象者の医療機関受診率 35% 中長期 特定健康診査異常値放置者 2%減少	対象者の医療機関受診率 43.6% 特定健康診査異常値放置者 14.7%減少	
糖尿病性腎症重症化 予防事業(未受診者)	対象者への通知率 100%	通知率 100%	5
	対象者の医療機関受診率 35%	対象者の医療機関受診 88.5%	
糖尿病性腎症重症化 予防事業(治療中断者)	対象者への通知率 100%	通知率 100%	1
	対象者の医療機関受診率 30%	対象者の医療機関受診率 12.5%	

5:目標達成 4:改善している 3:横ばい 2:悪化している 1:評価できない

アウトプット…実施量、実施率を評価 / アウトカム…事業の成果を評価

事業名	第2期計画		評価
	目標値 上段:アウトプット 下段:アウトカム	実績 (令和4年度時点)	
糖尿病性腎症重症化 予防事業 (ハイリスク者)	保健指導実施率 80%以上	保健指導実施率 75%	3
	短期 保健指導完了者の生活習慣改善率 80% 保健指導完了者の検査値改善率 10%	生活習慣改善率 100% 検査値改善率 85% 病期進行者 0名	
	中長期 平成30年度から令和5年度までの指導完了者の病期進行者の割合 20%未満	*平成30年度から令和4年度 保健指導完了者実人数 20名	
服薬情報通知事業	対象者への通知率 100%	通知率 100%	1
	短期 対象者の重複服薬 10%減少	通知後の改善割合 27.3%	
	中長期 重複服薬者の割合 10%	*重複服薬のみ実施(京都府) *薬価コードの変更有り効果検証について今後検討していく	
後発医薬品差額通知事業	対象者への通知率 100%	通知率 100%	1
	短期 通知対象者の後発医薬品普及率(数量ベース) 3%向上	普及率 70.9% (厚生労働省指定薬剤のみ数量ベース)	
	中長期 後発医薬品普及率(数量ベース) 18%向上		
健康教育事業	簡易血糖検査で、保健指導判定値の者へ保健指導、受診勧奨判定値の者へ受診勧奨の実施率 80%	令和2年度より新型コロナウイルス感染症の影響により事業が実施できず評価できない。	1
	受診勧奨者の医療機関受診率 60%	—	
健康教室事業 (運動教室・栄養教室)	対象者への通知率 100%	通知率 100%	3
	短期 参加者の意識改善率 80%	(栄養教室) 令和2年度より、コロナ禍のため実施方法、回数、内容を変更し、効果検証について継続して行う。	
	長期 特定健康診査の問診において 「1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施していますか」 「日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか」 に「はい」と答えた人の割合 60%	(運動教室) 令和3年度より、実施内容・回数の見直し、効果検証について継続して行う。 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施していますか 47.2% 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか 51.5%	

2. 各保健事業の達成状況

(1) 特定健康診査事業

事業目的	被保険者の生活習慣病予防
対象者	満40歳から満74歳までの被保険者
事業実施年度	平成30年度から令和5年度
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> 令和2年度: 特定健康診査の無料化、特定健康診査(集団)を1会場、1回実施し、健診受診の機会を拡大 令和3年度: 特定健康診査(個別)の圏域化 令和4年度: 特定健康診査(集団)の申込方法を変更(電話のみ→電話もしくはWeb) 令和5年度: 特定健康診査(集団)を2会場で実施

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：通知率100% (％)

	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)
目標値	—	100	100	100	100	100
達成状況	100	100	100	100	100	100

アウトカム：特定健康診査受診率8%向上 (％)

	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)
目標値	—	43.0	46.0	50.0	53.0	56.0
達成状況	37.4	40.4	40.7	36.9	41.4	41.5

事業 全体の 評価	5 目標達成	考察 (成功・未達 要因)	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査の無料化・特定健康診査(集団)の実施により、令和4年度は4.1%(平成29年度比)向上した。 特定健康診査受診率は、国基準に未達成であり、特定健康診査受診の環境の整備が必要である。
	4 改善している		
	3 横ばい	今後の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査の結果より、メタボリックシンドローム基準該当者及び予備群の割合が年々増加している。特定健康診査により、生活習慣病の早期発見・早期治療が必要である。 特定健康診査(集団)の実施回数拡大により特定健康診査受診の機会を増やし、効果検証を行う。 特定健康診査とがん検診の同時実施について衛生部門と協議し、特定健康診査の利便性について検討する。 特定健康診査(個別)の圏域化による効果を、山城南圏域で協議する。
	2 悪化している		
	1 評価できない		

(2) 特定保健指導事業

事業目的	生活習慣病該当者及び予備群の減少
対象者	満40歳から満74歳までの被保険者で特定健康診査の結果、特定保健指導対象となった者
事業実施年度	平成30年度から令和5年度
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・令和2年度:特定健康診査(集団)受診者に対して、結果説明と同時に特定保健指導を実施 ・令和3年度:特定保健指導対象者に対して、健診結果返却と同時に特定保健指導を実施 ・令和4年度:従来の方法による特定保健指導と共に、訪問による特定保健指導を実施

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：特定保健指導実施率5%向上

(%)

	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)
目標値	—	25.0	32.0	39.0	45.0	52.0
達成状況	11.8	13.0	3.9	10.4	19.8	22.1

アウトカム：特定保健指導対象者の減少率20%

(%)

	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)
目標値	25.0	—	—	—	—	—
達成状況	19.0	22.1	18.4	13.0	20.0	17.2

事業 全体の 評価	5 目標達成	考察 (成功・ 未達 要因)	<ul style="list-style-type: none"> ・国保部門において専門職(保健師2名・管理栄養士3名)の人員確保により、特定保健指導実施率が10.3%(平成29年度比)向上したが、国の目標値は未達成である。 ・特定健康診査の結果返却と同時に特定保健指導を実施し、早期介入により、生活習慣を見直す機会となっている。 ・衛生部門における特定保健指導の実施体制の検討が必要である。 ・特定保健指導対象者の減少率は、令和4年度は、1.8%(平成29年度比)悪化しており、効果的・効率的な特定保健指導を実施する必要がある。
	4 改善している		
	3 横ばい	今後の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・中分類による疾病別医療費統計より、腎不全、糖尿病、その他心疾患(虚血性心疾患等)が上位を占めている。特定保健指導の早期介入を継続して実施し、生活習慣病の重症化を予防する。 ・今後も特定保健指導利用率の向上に努める。また、特定保健指導対象者の減少率を経年的に分析し、より効果的な特定保健指導の実施方法を検討していく。
	2 悪化している		
	1 評価できない		

(3)特定健康診査未受診者対策事業

事業目的	特定健康診査の受診率の向上
対象者	満40歳から満74歳までの被保険者で、抽出基準日において特定健康診査を受診していない者
事業実施年度	平成30年度から令和5年度
実施内容	<p>【対象者の変更】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成29年度まで業者委託し受診勧奨通知の対象者を選定(受診勧奨者の上限有)して送付 ・平成30年度:市独自で未受診者全員に受診勧奨の案内を送付 <p>【受診勧奨方法の変更】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成30年度:封書で受診勧奨の書類を送付 ・令和元年度まで薬剤師による受診勧奨を実施 ・令和元年度から令和3年度:大判ハガキ(令和2年度から集団健診の案内を追加)で受診勧奨を送付 ・令和2年度:地域長の協力を得て、回覧板にて特定健康診査(集団健診・圏域化)の案内を実施 ・令和4年度:圧着ハガキと受診勧奨方法を工夫

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：特定健康診査受診勧奨通知率100% (%)

	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)
実績値	100	100	100	100	100	100

アウトカム：通知対象者の特定健康診査受診率2.5% (%)

	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)
実績値	7.7	20.8	18.1	20.5	18.8	20.4

事業 全体 の評価	5 目標達成	<p>考察 (成功・未達要因)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・令和元年度、特定健康診査の受診機会を増加・利便性のため、衛生部門とがん検診の同時実施について協議をした。 ・令和2年度から令和5年度は、新型コロナウイルス感染症の影響により、がん検診と同時実施はせず、集団健診のみ実施した。 ・集団健診受診者のアンケートより、市内にかかりつけ医がいない、医療機関で予約をとれなかった等の理由により集団健診を受診されていた。 ・受診勧奨通知により受診に繋がったかは判断は出来ないが、受診勧奨後の受診率は、横ばい状態である。 <p>特定健康診査受診率は、経年的に向上(令和2年度コロナ禍を除く)している。</p>
	4 改善している	
	3 横ばい	
	2 悪化している	
	1 評価できない	
		<p>今後の方向性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査受診勧奨後の受診率は、横ばい状態であり、特定健康診査受診勧奨の時期・内容を検討し、受診率向上に努める。

(4)特定保健指導未指導者対策事業

事業目的	特定保健指導実施率の向上
対象者	特定健康診査の結果、特定保健指導と判定されたにも関わらず、特定保健指導に繋がっていない者
事業実施年度	平成30年度から令和5年度
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・平成29年度まで業者委託し、特定保健指導利用勧奨(数の上限有) ・平成30年度から令和元年度:市で特定保健指導対象者全てに特定保健指導利用の案内を送付 衛生部門と特定保健指導利用の再勧奨を電話にて実施 ・令和2年度:国保部門に保健師を1名増員、衛生部門と共に特定保健指導利用勧奨を実施 ・令和3年度:専門職(保健師・管理栄養士)の人材を確保し、特定保健指導利用勧奨を(コロナ禍のため)通知・電話にて全数対応 ・令和4年度から令和5年度:管理栄養士をさらに増員し、特定保健指導利用勧奨の通知・電話・訪問を実施

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：特定保健指導利用通知率100% (％)

	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)
実績値	100	100	100	100	100	100

アウトカム：特定保健指導利用勧奨後の特定保健指導率8% (％)

	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)
実績値	8.9	14.8	4.6	7.6	24.0	28.4

事業 全体 の評価	5 目標達成	考察 (成功・ 未達 要因)	<ul style="list-style-type: none"> ・令和3年度より、早期に特定保健指導対象となった方へ、健診結果返却と同時に、特定保健指導を実施し、19.5%(平成29年度比)向上した。 ・未達成の要因として、アンケート結果より、仕事が忙しい、自覚症状がない、自己流で取組んでいる等健診の受診だけでは生活習慣の見直しにはつながっておらず、行動変容にどのようにつなげるかが課題である。
	4 改善している		
	3 横ばい	今後の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・集団健診の実施回数や場所、特定健康診査を受ける機会を増やし、結果説明会(集団)を実施する。 ・結果説明会では、健診結果の見方、生活習慣改善の講演と同時に、特定保健指導(個別)を実施し、様々な測定を行い健康意識を高める取組(イベント)を継続して実施する。
	2 悪化している		
	1 評価できない		

(5)健診異常値放置者受診勧奨事業

事業目的	健診異常値を放置している対象者の医療機関受診
対象者	特定健康診査の受診後、その結果に異常値があるにもかかわらず医療機関受診が確認できない者
事業実施年度	平成30年度から令和5年度
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・平成29年度まで事業委託 ・平成30年度から令和2年度:受診勧奨判定値以上の者へ、健診結果返却と同時に受診勧奨通知及び医療機関受診連絡票を送付 送付後、返信がない者を対象にレセプトを確認し、未受診者は再勧奨を実施 ・令和3年度:受診勧奨するも未受診の者のうち、特に生活習慣病(糖尿病・高血圧症・脂質異常症)に関する受診勧奨判定値以上の者に対して、リスク因子に分けて送付

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：通知率100% (％)

	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)
実績値	100	100	100	100	100	100

アウトカム：①医療機関受診率35%、②異常値放置者2%減少 (％)

	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)
実績値①	19.2	33.6	37.0	27.8	28.9	43.6
実績値②	—	—	3.4	▲9.2	1.1	14.7

事業 全体の 評価	5 目標達成	考察 (成功・ 未達 要因)	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨では、特定健診結果で生活習慣病の何が受診勧奨判定値以上だったか明確にすることで、医療機関受診に繋がった。 ・医療機関の受診率が24.4%(平成29年度比)と向上し、目標達成した。
	4 改善している 3 横ばい 2 悪化している 1 評価できない	今後の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・引き続き受診勧奨の内容を検討し、医療機関受診へ繋げる。

(6)糖尿病性腎症重症化予防事業(未受診者)

事業目的	糖尿病性腎症に係る健診異常値を放置している対象者の医療機関受診勧奨
対象者	特定健康診査の結果、糖尿病に関する検査項目において受診勧奨判定値以上の者
事業実施年度	平成30年度から令和5年度
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> 平成30年度から令和2年度:受診勧奨判定値以上の者へ、健診結果返送と同時に医療機関受診連絡票を送付 送付後、返信がない者を対象にレセプトを確認し、未受診者は再勧奨を実施 令和3年度:受診勧奨するも未受診の者のうち、特に生活習慣病(糖尿病・高血圧症・脂質異常症)に関する受診勧奨判定値以上の者に対して、リスク因子に分けて送付

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：通知率100%

(%)

	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)
実績値	—	100	100	100	100	100

アウトカム：医療機関受診率35%

(%)

	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)
実績値	—	18.2	22.6	15.7	85.8	88.5

事業 全体の 評価	5 目標達成	考察 (成功・未達 要因)	<ul style="list-style-type: none"> 第2期データヘルス計画では未計画で、平成30年度より実施した。 糖尿病による医療費(KDB:令和4年度医療費分析大、中、細小分類より)は、糖尿病1位、慢性腎臓病(透析有)3位と高く、糖尿病重症化を予防するため、引き続き受診勧奨を行う必要がある。
	4 改善している 3 横ばい 2 悪化している 1 評価できない	今後の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診結果の返却と同時に、受診勧奨判定値以上の者へ受診勧奨を行う。 健康教室(プレ糖尿病講座)において、医療機関へ受診が必要な者は、受診勧奨を行う。

(7)糖尿病性腎症重症化予防事業(治療中断者)

事業目的	糖尿病の重症化リスクが高い治療中断者を、医療機関受診へつなげる
対象者	糖尿病の治療を受けていた者で最終受診日から6か月以上経過しても受診していない者
事業実施年度	平成30年度から令和5年度
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・平成30年度:医療機関受診連絡票を送付 ・令和元年度:医療機関受診連絡票とアンケートを送付、経年的に医療機関受診(レセプト)・健診結果を追跡

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：通知率100%

(%)

	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)
実績値	—	100	100	100	100	100

アウトカム：医療機関受診率30%

(%)

	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)
実績値	—	0.0	33.3	33.3	33.0	12.5

事業 全体の 評価	5 目標達成	考察 (成功・未達要因) <ul style="list-style-type: none"> ・第2期データヘルス計画では、未計画であった。平成30年度より実施。対象者へ、受診連絡票とアンケートを送付するも、返信者数が少なく、レセプトで確認をするも、医療機関受診されていない割合が高い。 ・医療機関受診をされた方からは、「医師より治療の必要性がない」という状況だった。医療機関受診をされず、アンケートのみ返信された方は、「自覚症状がないため受診しない」と返信があった。アンケートより未受診者は、重症化予防のため、訪問等で引き続き受診勧奨をしていく必要がある。 *母数が少なく、割合が高くでている。
	4 改善している	
	3 横ばい	今後の方向性 <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病治療中断者の健診や医療機関の受診状況を経年的に分析し、病期の進行の有無、合併症等を併発していないかを確認する。
	2 悪化している	
	1 評価できない	

(8)糖尿病性腎症重症化予防事業(ハイリスク者)

事業目的	糖尿病性腎症患者の病期進行阻止
対象者	前年度特定健康診査の結果HbA1c6.5%以上、尿蛋白(+)以上の者 血糖コントロールが不良で医師から推薦があった者
事業実施年度	平成30年度から令和5年度
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> 平成30年度から令和3年度:委託事業者の専門職(保健師または管理栄養士)により、6か月間、面接や電話・手紙にて保健指導 令和4年度:委託事業者と市の専門職(管理栄養士、保健師)それぞれで医療機関と連携して保健指導を実施 令和5年度:国保部門の管理栄養士により、医療機関と連携し保健指導を実施

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：指導実施率80%以上

(%)

	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)
実績値	100	100	100	83.3	85.7	75.0

アウトカム：①指導完了者の生活習慣改善率80%

②指導完了者のうち、糖尿病腎症における病期進行者の割合20%未満

(%)

	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)
実績値①	85.7	66.7	50.0	60.0	80.0	85.0
実績値②	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

事業 全体の 評価	5 目標達成	<p>考察 (成功・未達要因)</p> <ul style="list-style-type: none"> 事業参加者の翌年度の健診結果(糖尿病性腎症に起因する検査項目)から、検査数値が改善されていることが確認できた。 特定健康診査を受けていなくても、医療機関へ継続して受診しており透析移行者・病期進行者はいなかった。 医療機関を受診されている方が対象者であるため、参加者が少ないことが課題である。
	4 改善している	
	3 横ばい	<p>今後の方向性</p> <ul style="list-style-type: none"> 透析関連の医療費(内、糖尿病性腎症、2型糖尿病)が一人当たり約550万円である。 生活の質を維持・向上し、糖尿病性腎症悪化を遅延させるため、早期治療、保健指導が必要である。 個々の状態に応じた保健指導を、医療機関と連携して実施する。 健康教室事業で、対象となる方がいれば、当該事業を併せて実施し、医療機関と連携して保健指導をする。
	2 悪化している	
	1 評価できない	

(9)服薬情報通知事業

事業目的	服薬の適正化
対象者	【抽出基準】 医薬品：薬価基準収載医薬品コード上4桁が同一の医薬品(同一薬効) 基準：2か月連続で2医療機関以上から処方を受けている医薬品が月あたり7日以上重複している 【抽出対象時期】 4月から5月に服用している医薬品
事業実施年度	平成30年度から令和5年度
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・平成30年度：委託事業者から重複服薬者へ服薬情報を通知 ・令和元年度：府のモデル事業として市で実施 ・令和2年度：地域の医師会長・薬剤師会長の協力を得て、服薬情報を対象者へ通知 ・令和3年度：薬価コードの変更があり、対象者の選考を府薬剤師会で実施後、さらに地域の医師会長・薬剤師会長の協力を得て通知内容を確認していただき、対象者へ服薬情報を通知 未返信者は、レセプトで受療状況を確認

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：通知率100% (％)

	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)
実績値	—	100	100	100	100	100

アウトカム：重複服薬者割合 10%減少 *改善した割合 (％)

	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)
実績値	—	0	50	50	64.7	27.3

事業 全体の 評価	5 目標達成	考察 (成功・ 未達 要因) <ul style="list-style-type: none"> ・重複服薬者のみ服薬情報を通知。 ・平成30年度と令和元年度(府モデル事業)と実施方法の変更がある。 ・令和3年度：薬価コードの変更があり、次期計画で効果等を分析していく。 *母数が少ないため、重複服薬改善の割合が高くなる。
	4 改善している	
	3 横ばい	今後の 方向性 <ul style="list-style-type: none"> ・医療の適正化をしていくため、次期計画においても引き続き、地域の医師会・薬剤師会と連携し、事業を実施する。
	2 悪化している	
	1 評価できない	

(10)後発医薬品差額通知事業

事業目的	後発医薬品の普及率向上
対象者	レセプトデータから、後発医薬品の使用率が低く、後発医薬品への切り替えによる薬剤費軽減が一定以上の者
事業実施年度	平成30年度から令和5年度
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> 平成30年度から令和2年度:委託事業者から対象者へ毎月、「後発医薬品差額通知書」を送付 令和3年度:市で2か月に1回、「後発医薬品差額通知書」を送付 令和4年度:後発医薬品啓発シールを窓口で配布

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：通知率100%

(%)

	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)
実績値	—	100	100	100	100	100

アウトカム：後発医薬品普及率(数量ベース)18%向上

(%)

	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)
実績値	57.85	62.01	64.93	66.59	70.00	70.90

事業 全体の 評価	5 目標達成	考察 (成功・ 未達 要因)	<ul style="list-style-type: none"> 長期療養者で、先発医薬品で安定してコントロールできている方は、後発医薬品への変更が難しい状況である。 令和3年度より市で実施するようになり、普及率の算出基準が変わったため、評価できない。
	4 改善している		
	3 横ばい		
	2 悪化している		
	1 評価できない	今後の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> 今後も通知を継続して実施し、更なる後発医薬品の普及を推進していく。

(11)健康教育事業

事業目的	被保険者の健康意識の向上
対象者	市のイベント開催時に、簡易血糖検査(HbA1c測定)の結果、検査数値が特定健康診査の保健指導判定値・受診勧奨値を超えた者
事業実施年度	平成30年度から令和元年度
実施内容	市のイベント開催時に、地域の薬剤師会の協力を得て、簡易血糖検査(HbA1c測定)を実施 検査数値が特定健康診査の特定保健指導判定値・受診勧奨判定値を超えた者は、専門職(保健師・管理栄養士)より受診勧奨、保健指導を実施 ・平成30年度:3会場 ・令和元年度:1会場

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：簡易血糖検査にて特定保健指導判定値の者の指導及び受診勧奨判定値の者の受診
勧奨80% (％)

	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)
実績値	88.8	67.5	26.5	—	—	—

アウトカム：受診勧奨者の医療機関受診率60% (％)

	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)
実績値	62.5	75.0	66.9	—	—	—

事業 全体 の評価	5 目標達成	考察 (成功・ 未達 要因)	・令和2年度より新型コロナウイルス感染症の影響により事業が実施できず評価できない。
	4 改善している		
	3 横ばい		
	2 悪化している	今後の 方向性	・令和2年度より、インセンティブ事業として、ウォーキングポイント事業を実施。今後も京都府と共催しながら、継続して実施していく。
	1 評価できない		

(12)健康教室事業

事業目的	食習慣や運動習慣を見直し、生活習慣病予防につなげる
対象者	特定保健指導対象者及び満40歳から満74歳までの被保険者
事業実施年度	平成30年度から令和5年度
実施内容	【栄養教室】 管理栄養士による生活習慣病予防をテーマに講話(令和2年度より試食は中止) ・令和3年度:実施回数を5回から4回に変更 【運動教室】 ・平成30年度から令和2年度:運動教室の参加者を固定し、トレーナーによる運動を実践 ・令和3年度:運動教室の内容を参加者のアンケートに基づき変更 実施回数を6回から4回へ変更、毎回参加者を募り実施

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：通知率100%

(%)

	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)
実績値	100	100	100	100	100	100

アウトカム：特定健康診査の問診票において

①「1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施していますか」

(%)

②「日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上していますか」に「はい」と答える人の割合60%

	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)
実績値①	46.5	44.5	46.1	44.1	46.2	47.2
実績値②	50.9	49.2	49.8	48.7	50.1	51.5

事業 全体の 評価	5 目標達成	考察 (成功・ 未達 要因)	<ul style="list-style-type: none"> ・当初の運動教室では、リピーターが多かったため、令和3年度から内容や申込み方法を見直したところ、初回参加の方が増加し、幅広く利用してもらえるようになった。 ・特定健康診査における問診の集計結果より、運動習慣が身につけている方は約半数であり、目標値の達成には至っていない。 ・事業に数回参加しただけでは、継続的な生活習慣は身につけにくく、行動変容にどうつなげていくかが課題である。
	4 改善している		
	3 横ばい	今後の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・事業参加者の健康意識が高まるよう、健康教室の内容を検討していく。
	2 悪化している		
	1 評価できない		

第4章 健康・医療情報等の分析

1. 医療費の基礎統計

医療費の推移

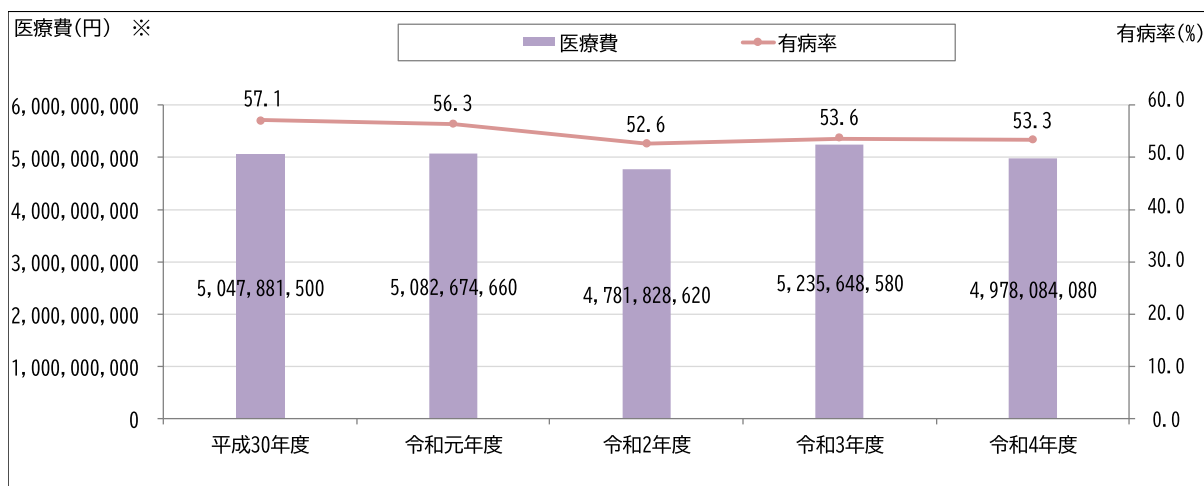
- 令和4年度を平成30年度と比較すると、医療費は6,980万円減少しています。(図表4-1)
- 有病率の推移をみると、新型コロナウイルス感染症の影響があった令和2年度に減少し、以降も約53%で概ね横ばいで推移しています。(図表4-2)

【図表4-1】 年度別 基礎統計

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
A	一カ月平均の被保険者数(人)	14,569	14,459	14,566	14,701	14,508
B	レセプト件数(件)	入院外	143,094	139,864	127,984	133,642
		入院	3,163	2,997	2,551	2,905
		調剤	82,207	81,733	77,217	80,294
		合計	228,464	224,594	207,752	216,841
C	医療費(円) ※	5,047,881,500	5,082,674,660	4,781,828,620	5,235,648,580	4,978,084,080
D	一カ月平均の患者数(人) ※	8,325	8,143	7,659	7,881	7,739
C/A	被保険者一人当たりの医療費(円)	346,481	351,515	328,295	356,140	343,123
C/B	レセプト一件当たりの医療費(円)	22,095	22,631	23,017	24,145	23,127
D/A	有病率(%)	57.1	56.3	52.6	53.6	53.3

※一か月平均の対象者数…同診療年月で一人の方に複数のレセプトが発行された場合は一人として集計。

【図表4-2】 年度別 医療費及び有病率



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は平成30年4月～令和5年3月診療分(60か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

※医療費…レセプトに記載されている請求点数を集計し、金額にするために10倍にして表示。

2. 高額レセプトに係る分析

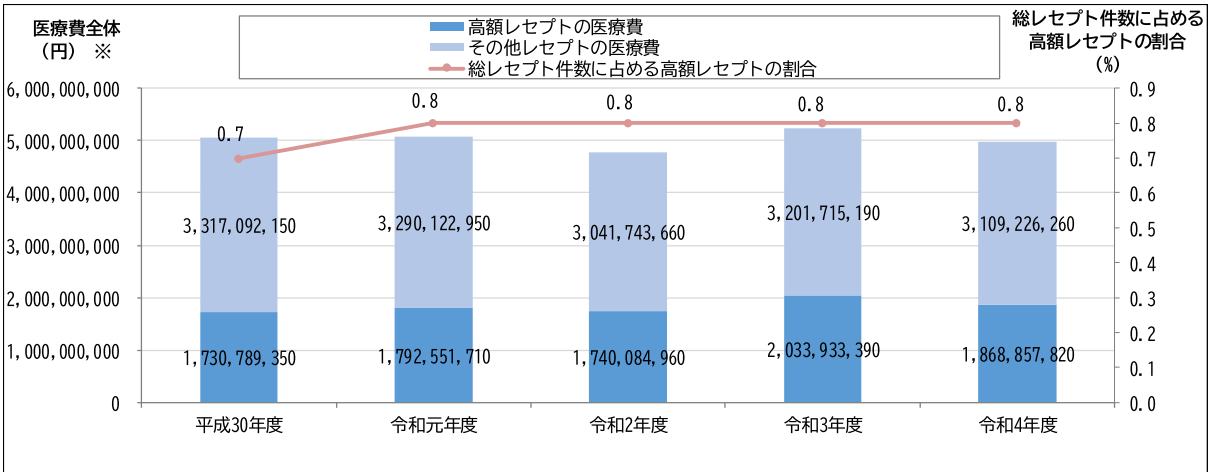
高額レセプトの推移

- 平成30年度と令和4年度を比較すると、高額レセプト件数は91件増加しています。
(図表5-1)
- 高額レセプトの医療費は、1億3,807万円増加しています。(図表5-2)

【図表5-1】 年度別 高額(5万点以上)レセプト件数及び割合

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
A	レセプト件数(件)	228,464	224,594	207,752	216,841	215,251
B	高額レセプト件数(件)	1,677	1,705	1,652	1,782	1,768
B/A	総レセプト件数に占める高額レセプトの割合(%)	0.7	0.8	0.8	0.8	0.8
C	医療費全体(円) ※	5,047,881,500	5,082,674,660	4,781,828,620	5,235,648,580	4,978,084,080
D	高額レセプトの医療費(円) ※	1,730,789,350	1,792,551,710	1,740,084,960	2,033,933,390	1,868,857,820
E	その他レセプトの医療費(円) ※	3,317,092,150	3,290,122,950	3,041,743,660	3,201,715,190	3,109,226,260
D/C	総医療費に占める高額レセプトの割合(%)	34.3	35.3	36.4	38.8	37.5

【図表5-2】 年度別 高額(5万点以上)レセプトの医療費及び件数割合



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。
対象診療年月は平成30年4月～令和5年3月診療分(60か月分)。
資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。
※医療費全体…データ化範囲(分析対象)全体での医療費を算出。
※高額レセプトの医療費…高額(5万点以上)レセプトの医療費。
※その他レセプトの医療費…高額(5万点以上)レセプト以外の医療費。

高額レセプトの疾病傾向

■高額レセプト発生者の一人当たりの医療費が高額な疾病分類について上位10位以内に「腎不全」が含まれています。腎不全は、生活習慣病が要因で発症する可能性があるため、重症化予防に向けた取組が必要です。(図表5-3)

【図表5-3】 高額(5万点以上)レセプト発生者の疾病傾向(一人当たりの医療費順)

順位		主要傷病名 ※ (上位3疾病まで記載)	人数※	医療費(円) ※			一人当たりの 医療費(円) ※
				入院	入院外	合計	
1	貧血	貧血, 発作性夜間ヘモグロビン尿症, 再生不良性貧血	5	28,550,060	50,531,950	79,082,010	15,816,402
2	悪性リンパ腫	びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫, 血管免疫芽球性T細胞リンパ腫, 濾胞性リンパ腫・グレード2	6	31,959,480	12,968,140	44,927,620	7,487,937
3	その他の精神及び行動の障害	広汎性発達障害, 自閉症	2	14,896,510	0	14,896,510	7,448,255
4	妊娠及び胎児発育に関連する障害	超低出生体重児, 低出生体重児, 早産児	4	24,517,170	2,145,660	26,662,830	6,665,708
5	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	脳性麻痺, 痙性麻痺, 痙性四肢麻痺	3	18,997,110	39,280	19,036,390	6,345,463
6	アルツハイマー病	アルツハイマー型認知症	2	11,544,600	471,520	12,016,120	6,008,060
7	腎不全	末期腎不全, 慢性腎不全, 急性腎前性腎不全	26	51,672,360	104,529,870	156,202,230	6,007,778
8	喘息	気管支喘息	1	5,867,020	0	5,867,020	5,867,020
9	その他の循環器系の疾患	解離性大動脈瘤, 急性大動脈解離Stanford A, 解離性大動脈瘤Stanford B	6	31,310,640	2,958,190	34,268,830	5,711,472
10	白血病	慢性骨髄性白血病慢性期, 急性骨髄性白血病, 骨髄異形成関連変化を伴う急性骨髄性白血病	10	28,699,150	27,935,810	56,634,960	5,663,496

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

※主要傷病名…高額レセプト発生者の分析期間の全レセプトを医療費分解後、発生者毎に最も医療費が高額となった疾病。

※人数…高額レセプト発生者を主要傷病名で中分類毎に集計した。

※医療費…高額レセプト発生者の分析期間の全レセプトの医療費(高額レセプトに限らない)。

※一人当たりの医療費…高額レセプト発生者の分析期間中の一人当たり医療費。

がん検診受診状況と生活習慣病

■がん検診の受診率は京都府と比較して高い割合です。(図表6-1)

■がんや重症化した生活習慣病の受療状況(標準化受療者数比)をみると、京都府基準と比較して男女ともに胃がんが高くなっています。(図表6-2)

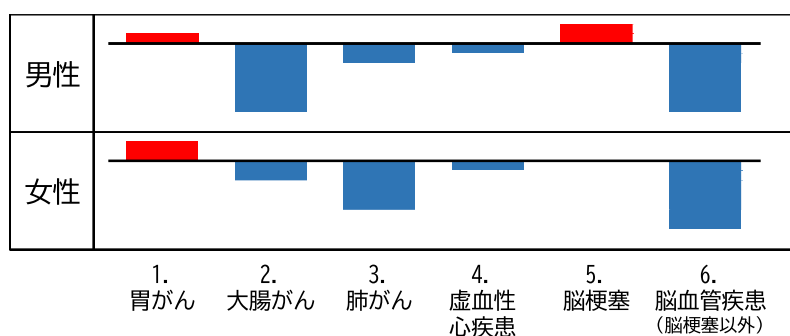
【図表6-1】 がん検診受診率(国民健康保険被保険者受診率)(%)

指標	木津川市	京都府
肺がん	11.1 (6.4)	3.0 (6.0)
大腸がん	12.2 (6.6)	4.2 (8.5)
胃がん	7.5 (7.3)	4.6 (7.3)
子宮頸がん	19.5 (5.4)	11.0 (13.2)
乳がん	20.2 (7.3)	18.2 (17.8)

出典: 令和3年度地域保健・健康増進事業報告

【図表6-2】 がんや重症化した生活習慣病の受療状況(府基準を1.0と考えた場合)

指標	木津川市	京都府
1. 肺がん	1.02	1.05
2. 大腸がん	0.85	0.94
3. 胃がん	0.96	0.88
4. 虚血性心疾患	0.99	0.99
5. 脳梗塞	1.03	1.00
6. 脳血管疾患 (脳梗塞以外)	0.85	0.81



出典: 京都府健診・医療・介護総合データベース(令和3年)

中分類別医療費

■中分類別に総医療費に占める割合の推移をみると、「腎不全」、「糖尿病」は例年上位5位に含まれています。(図表7-1)

■「腎不全」は平成30年度以降、割合が微減傾向にあり、「糖尿病」は横ばいで経過しています。(図表7-1)

【図表7-1】 年度別 中分類による疾病別統計(医療費上位5疾病)

年度	順位		医療費(円) ※	構成比(%) (医療費総計全体に 対して占める割合)
平成30年度	1	その他の悪性新生物<腫瘍>	333,324,812	6.6
	2	腎不全	260,037,211	5.2
	3	糖尿病	225,209,271	4.5
	4	高血圧性疾患	208,598,326	4.1
	5	その他の心疾患	206,986,335	4.1
令和元年度	1	その他の悪性新生物<腫瘍>	326,993,562	6.4
	2	腎不全	253,464,730	5.0
	3	その他の心疾患	228,215,579	4.5
	4	糖尿病	223,452,823	4.4
	5	高血圧性疾患	198,744,721	3.9
令和2年度	1	その他の悪性新生物<腫瘍>	297,255,554	6.2
	2	腎不全	230,755,006	4.8
	3	糖尿病	223,118,573	4.7
	4	その他の心疾患	221,266,963	4.6
	5	高血圧性疾患	192,328,088	4.0
令和3年度	1	その他の悪性新生物<腫瘍>	350,934,268	6.7
	2	糖尿病	231,960,124	4.4
	3	その他の心疾患	229,057,329	4.4
	4	腎不全	215,278,707	4.1
	5	その他の消化器系の疾患	202,312,127	3.9
令和4年度	1	その他の悪性新生物<腫瘍>	364,684,966	7.3
	2	糖尿病	219,539,043	4.4
	3	腎不全	208,333,345	4.2
	4	その他の消化器系の疾患	189,795,787	3.8
	5	その他の心疾患	181,918,596	3.7

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は平成30年4月～令和5年3月診療分(60か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

※医療費…中分類における疾病項目毎に集計するため、データ化時点で医科レセプトが存在しない(画像レセプト、月遅れ等)場合集計できない。そのため他統計と一致しない。

中分類別医療費(一人当たり)

- 「腎不全」「くも膜下出血」「直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物」が毎年上位5位以内に含まれています。(図表7-2)
- 「腎不全」については、平成30年度以降減少傾向です。(図表7-2)
- 「直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物」については、増加傾向となっています。(図表7-2)
- 腎不全の要因となり得る生活習慣病の重症化予防や、がん検診による早期発見・早期治療につなげていく取組が必要であると考えます。

【図表7-2】 年度別 中分類による疾病別統計(一人当たりの医療費上位5疾病)

年度	順位		医療費(円) ※	患者一人当たりの医療費(円)
平成30年度	1	白血病	32,982,579	1,499,208
	2	くも膜下出血	40,364,174	1,034,979
	3	腎不全	260,037,211	802,584
	4	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物<腫瘍>	29,777,363	376,929
	5	悪性リンパ腫	50,075,013	370,926
令和元年度	1	白血病	31,909,725	1,029,346
	2	腎不全	253,464,730	754,359
	3	妊娠及び胎児発育に関連する障害	19,167,070	684,538
	4	くも膜下出血	22,242,030	556,051
	5	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物<腫瘍>	34,829,075	504,769
令和2年度	1	白血病	58,949,815	2,032,752
	2	腎不全	230,755,006	739,599
	3	くも膜下出血	18,903,426	472,586
	4	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物<腫瘍>	22,388,705	355,376
	5	妊娠及び胎児発育に関連する障害	8,758,169	350,327
令和3年度	1	白血病	43,406,745	1,240,193
	2	妊娠及び胎児発育に関連する障害	13,961,505	698,075
	3	くも膜下出血	24,165,478	690,442
	4	腎不全	215,278,707	599,662
	5	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物<腫瘍>	38,140,055	488,975
令和4年度	1	白血病	54,889,645	1,276,503
	2	妊娠及び胎児発育に関連する障害	23,624,730	1,243,407
	3	腎不全	208,333,345	661,376
	4	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物<腫瘍>	48,368,643	597,144
	5	くも膜下出血	20,772,513	532,629

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は平成30年4月～令和5年3月診療分(60か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

※医療費…中分類における疾病項目毎に集計するため、データ化時点で医科レセプトが存在しない(画像レセプト、月遅れ等)場合集計できない。そのため他統計と一致しない。

3. 生活習慣病に係る医療費等の状況

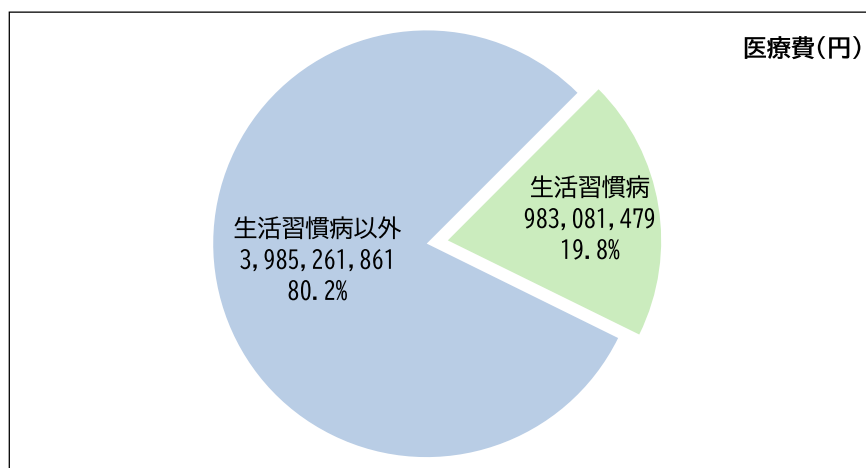
生活習慣病の医療費

■生活習慣病の医療費は9億8,308万円で、医療費全体の19.8%を占めています。
(図表8-1・図表8-2)

【図表8-1】生活習慣病と生活習慣病以外の医療費

	入院(円)	構成比(%)	入院外(円)	構成比(%)	合計(円)	構成比(%)
生活習慣病	240,828,159	13.3	742,253,320	23.5	983,081,479	19.8
生活習慣病以外	1,565,932,521	86.7	2,419,329,340	76.5	3,985,261,861	80.2
合計(円)	1,806,760,680		3,161,582,660		4,968,343,340	

【図表8-2】医療費全体に占める生活習慣病医療費の割合



生活習慣病の基礎疾患(糖尿病、脂質異常症、高血圧性疾患)及び生活習慣病に係る重症化疾患を生活習慣病とし集計しています。

生活習慣病…厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)」には、生活習慣病の明確な定義が記載されていないため、「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第2版)」に記載された疾病中分類を生活習慣病の疾病項目としている。

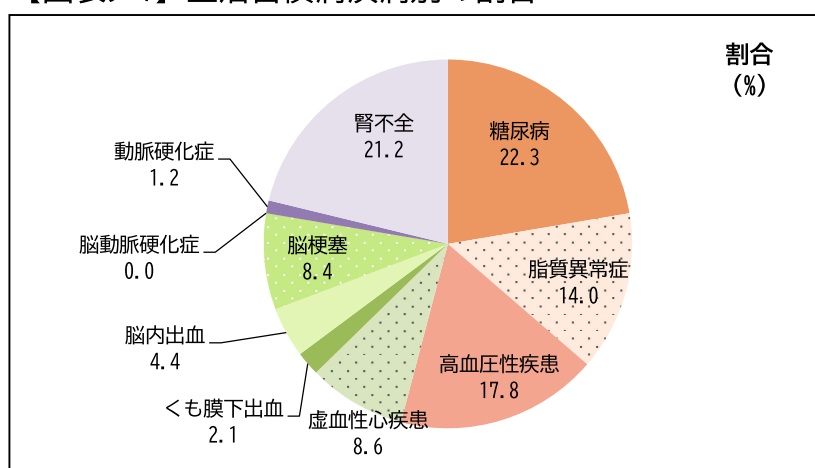
データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。
対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。
資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

4. 生活習慣病疾病別割合、一人当たりの医療費と有病率

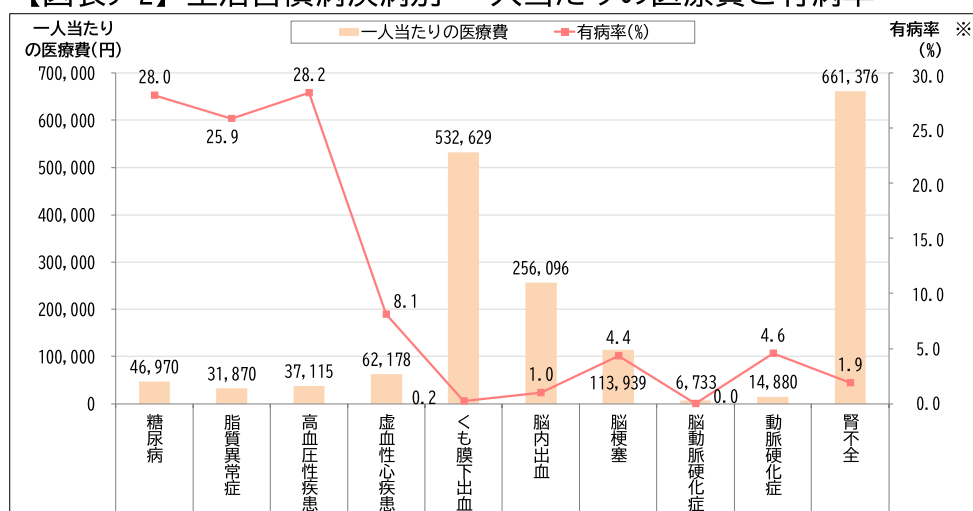
生活習慣病の医療費

- 生活習慣病疾病別の割合においては、糖尿病・脂質異常症・高血圧症が上位となっており3つの疾病で50%以上を占めています。(図表9-1)
- 腎不全・くも膜下出血・脳内出血など、生活習慣病の重症化により一人当たりの医療費が高くなっていると推測します。(図表9-2)

【図表9-1】生活習慣病疾病別の割合



【図表9-2】生活習慣病疾病別 一人当たりの医療費と有病率



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

※有病率…被保険者数に占める人数の割合。

生活習慣病…厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)」には、生活習慣病の明確な定義が記載されていないため、「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第2版)」に記載された疾病中分類を生活習慣病の疾病項目としている。

透析者の状況

- 令和4年度における被保険者に占める透析者の割合は0.24%で京都府0.33%より低いです。(図表10-1)

【図表10-1】透析者数及び被保険者に占める透析者の割合

区分	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析者の割合(%)
木津川市	14,352	35	0.24
府	498,511	1,649	0.33
同規模	3,472,300	12,394	0.36
国	24,660,500	86,890	0.35

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」(令和4年度)

年度別 透析者数及び医療費

- 本市は糖尿病の対象者数と医療費の割合が高いにも関わらず、透析者数は減少しており、新規透析者の発生を抑える保健事業の成果が出ていると推測します。
- 一人当たりの透析医療費は、令和4年度は7,071,687円で平成30年度より上がっています。(図表10-2)

【図表10-2】透析者数及び透析医療費の推移

年度	透析者数(人)	透析医療費(円)※	一人当たりの透析医療費(円)
平成30年度	48	297,261,820	6,192,955
令和元年度	53	319,141,850	6,021,544
令和2年度	40	329,969,270	8,249,232
令和3年度	44	285,986,700	6,499,698
令和4年度	35	247,509,030	7,071,687

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」(平成30年度～令和4年度)

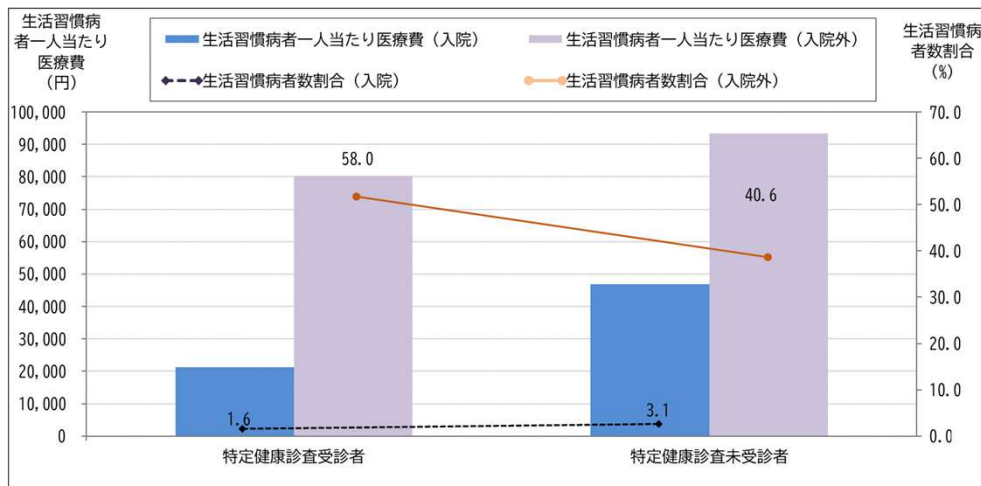
※透析医療費…人工透析を行っているレセプトの総点数を医療費換算したもの。

5. 特定健康診査受診者と未受診者の生活習慣病の治療状況

特定健康診査 受診状況別医療費

■特定健康診査未受診者の方が、一人当たりの医療費が高くなっています。(図表11)

【図表11】 特定健康診査受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況

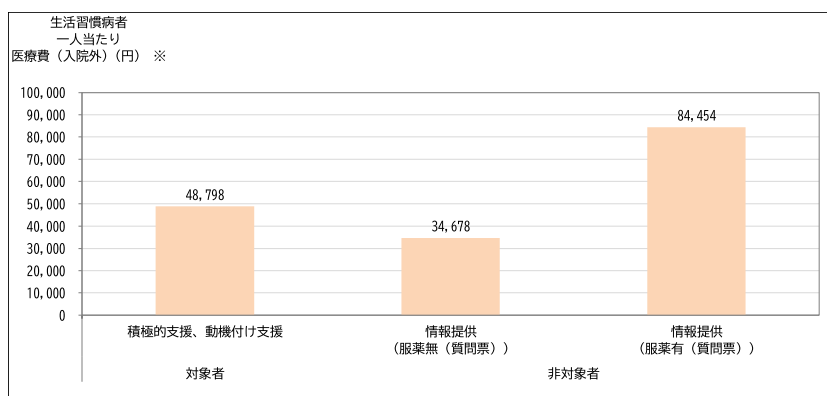


6. 特定保健指導対象者・非対象者の生活習慣病医療費

特定保健指導の対象者と非対象者の医療費

■情報提供該当者(服薬有(質問票))の一人当たりの医療費が高くなっています。(図表12)

【図表12】 特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病患者一人当たり医療費(入院外)



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

データ化範囲(分析対象)…特定健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※生活習慣病患者一人当たり医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった者一人当たりの生活習慣病医療費。

※生活習慣病患者数割合…特定健康診査受診者、特定健診未受診者それぞれに占める、生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった人数の割合。

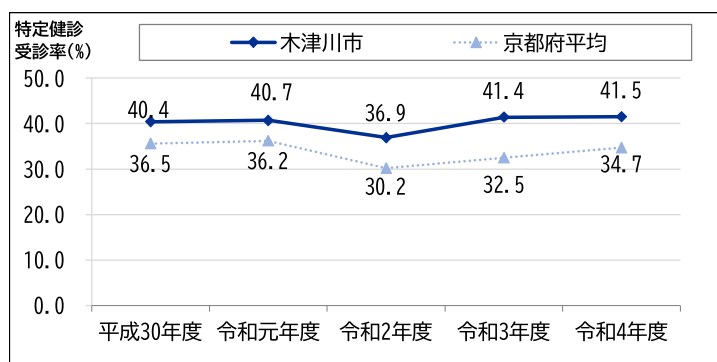
※生活習慣病患者一人当たり医療費(入院外)…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった者一人当たりの入院外生活習慣病医療費。

7. 特定健康診査受診状況及び特定保健指導実施状況

特定健康診査受診状況

- 令和2年度は、新型コロナウイルス感染症の影響により低下しましたが、第1期データヘルス計画期間より受診率が40%台と向上しています。(図表13-1)
- 保健事業(特定健康診査未受診者対策事業)を年度毎に検討し実施した成果と考えます。
- 性別・年齢別の特定健康診査受診率をみると、男女共に年齢が上がるにつれて受診率が高い傾向がありますが、最も受診率が高い70歳～74歳でも未受診者が対象者の約半数を占めています。(図表13-2)
- 70歳～74歳の前期高齢者は、医療機関において治療中のため、未受診者数が多いと考えます。また、50歳代男性の受診率が令和3年度まで10%台でしたが、20%台に向上しています。(図表13-2)

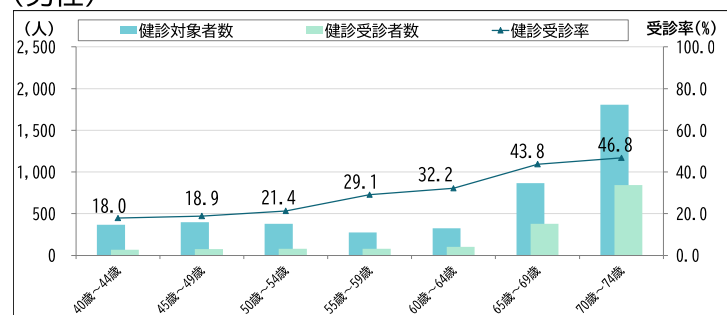
【図表13-1】 年度別 特定健康診査受診率



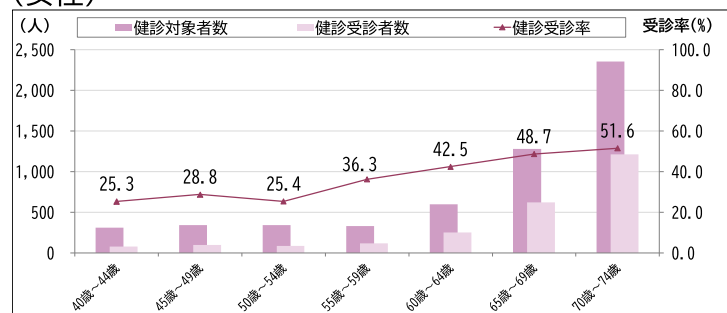
出典:特定健診・特定保健指導法定報告結果(平成30年度～令和4年度)

【図表13-2】 男女別 特定健康診査受診率

(男性)



(女性)

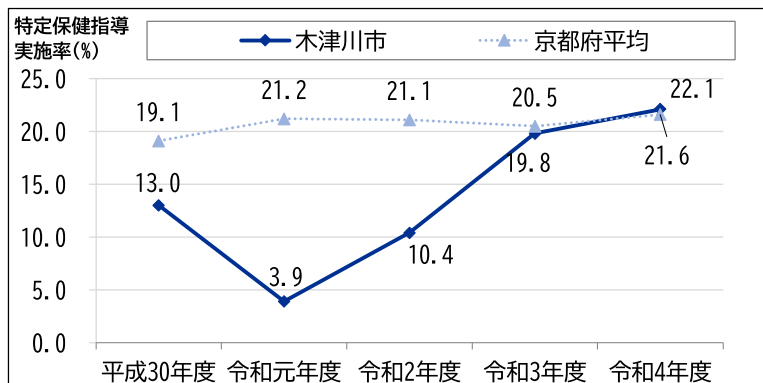


出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」(令和4年度)

特定保健指導実施状況

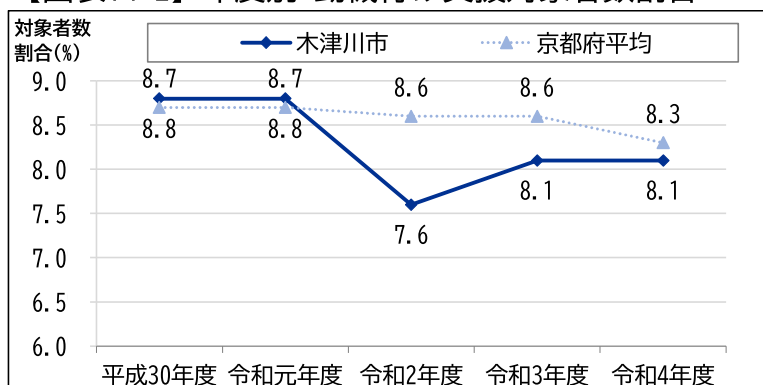
- 令和4年度の特定保健指導実施率は22.1%であり、令和4年度の京都府より高い実施率になっています。(図表14-1)
- 令和元年度は、新型コロナウイルス感染症の影響により特定保健指導実施率が3.9%まで低下しています。(図表14-1)
- 令和2年度以降、保健事業(特定保健指導未指導者対策事業)の実施方法を見直し、人員確保により、特定保健指導実施率が向上しています。(図表14-1)

【図表14-1】年度別 特定保健指導実施率



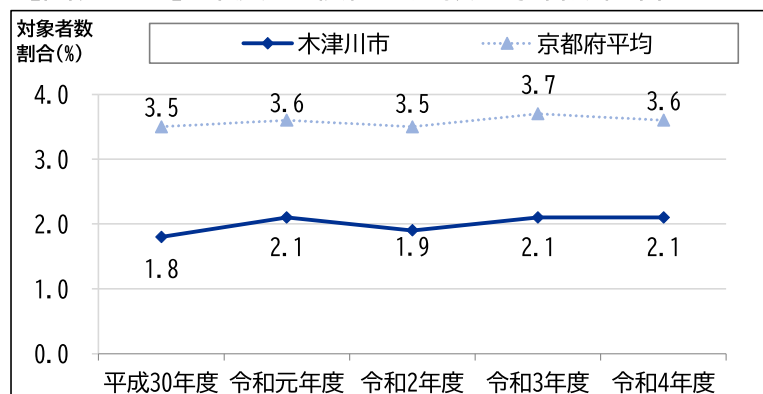
出典:特定健診・特定保健指導法定報告結果(平成30年度～令和4年度)

【図表14-2】年度別 動機付け支援対象者数割合



出典:特定健診・特定保健指導法定報告結果(平成30年度～令和4年度)

【図表14-3】年度別 積極的支援対象者数割合



出典:特定健診・特定保健指導法定報告結果(平成30年度～令和4年度)

8. 特定健康診査結果

検査項目別有所見者の状況

- 特定健康診査受診者全体では、BMI、腹囲、空腹時血糖、HbA1c、ALT、eGFR、及び心電図は京都府より高くなっています。(図表15-1)
- 特にHbA1cの有所見者割合は59.9%と最も高く、血糖及びHbA1cの有所見者割合が京都府より高いことから高血糖値の者への保健事業が引き続き必要であると考えます。(図表15-1・図表15-2)
- 年齢階層別にみると、40歳～64歳ではLDLコレステロール、65歳～74歳ではHbA1cの有所見者割合が最も高くなっています。(図表15-1)

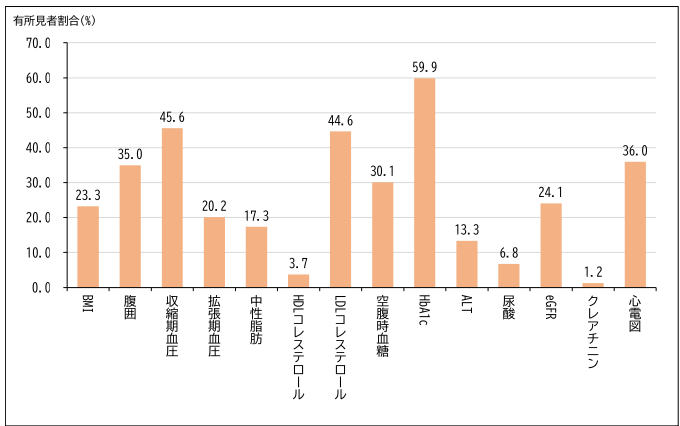
【図表15-1】 有所見者の状況

区分			BMI	腹囲	収縮期血圧	拡張期血圧	中性脂肪	HDL コレステロール	LDL コレステロール
			25以上	男性85以上 女性90以上	130以上	85以上	150以上	40未満	120以上
木津川市	40歳～64歳	人数(人)	281	325	297	231	179	42	510
		割合(%)	26.9	31.1	28.4	22.1	17.1	4.0	48.8
	65歳～74歳	人数(人)	674	1,112	1,576	597	533	111	1,323
		割合(%)	22.0	36.3	51.5	19.5	17.4	3.6	43.2
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	955	1,437	1,873	828	712	153	1,833
		割合(%)	23.3	35.0	45.6	20.2	17.3	3.7	44.6
府		割合(%)	23.2	33.4	47.7	21.1	20.9	4.2	47.1
国		割合(%)	26.8	34.9	48.2	20.7	21.2	3.9	50.0

区分			空腹時血糖	HbA1c	ALT	尿酸	eGFR	クレアチニン	心電図
			100以上	5.6以上	31以上	7.0以上	60未満	1.3以上	所見あり
木津川市	40歳～64歳	人数(人)	229	479	200	87	93	4	326
		割合(%)	21.9	45.8	19.1	8.3	8.9	0.4	31.2
	65歳～74歳	人数(人)	1,008	1,981	347	191	897	47	1,151
		割合(%)	32.9	64.7	11.3	6.2	29.3	1.5	37.6
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	1,237	2,460	547	278	990	51	1,477
		割合(%)	30.1	59.9	13.3	6.8	24.1	1.2	36.0
府		割合(%)	24.2	56.5	13.1	7.2	22.9	1.2	34.4
国		割合(%)	24.7	58.3	14.0	6.7	21.9	1.3	21.7

出典:国保データベース(KDB)システム「健診有所見者状況(男女別・年代別)」(令和4年度)

【図表15-2】 有所見者割合



出典:国保データベース(KDB)システム「健診有所見者状況(男女別・年代別)」(令和4年度)

メタボリックシンドローム該当者状況

- 特定健康診査受診者全体では、予備群は12.1%、該当者は19.4%です。(図表16-1)
- 血糖、血圧、脂質の3項目全ての追加リスクを持っている該当者は6.1%です。(図表16-1)
- 経年比較をしてみると、メタボリックシンドローム基準該当者の割合と予備群該当者の割合は増加傾向にあり、生活習慣病重症化予防が課題です。(図表16-2)

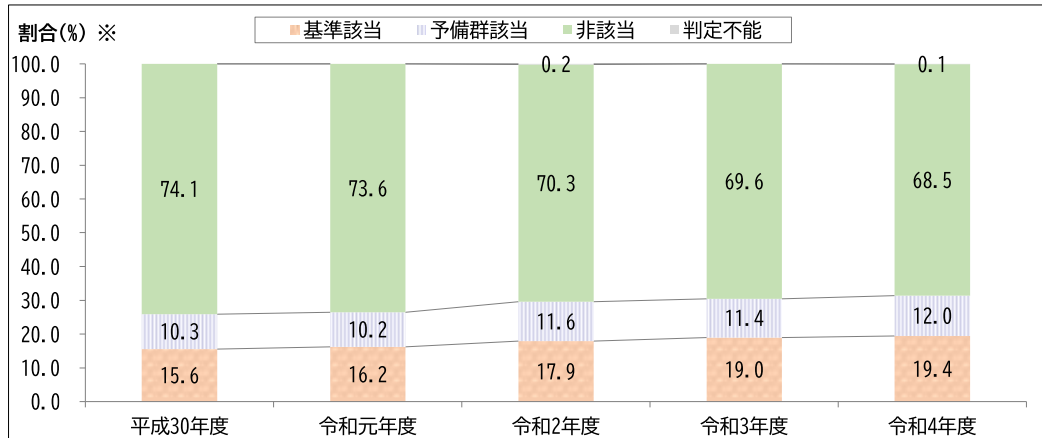
【図表16-1】 有所見者の状況

年齢階層	健診受診者		腹囲のみ		予備群		血糖		血圧		脂質	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～64歳	1,046	28.5	63	6.0	130	12.4	8	0.8	74	7.1	48	4.6
65歳～74歳	3,061	48.6	78	2.5	369	12.1	21	0.7	257	8.4	91	3.0
全体(40歳～74歳)	4,107	41.2	141	3.4	499	12.1	29	0.7	331	8.1	139	3.4

年齢階層	該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～64歳	132	12.6	19	1.8	5	0.5	72	6.9	36	3.4
65歳～74歳	665	21.7	96	3.1	23	0.8	333	10.9	213	7.0
全体(40歳～74歳)	797	19.4	115	2.8	28	0.7	405	9.9	249	6.1

出典:国保データベース(KDB)システム「メタボリックシンドローム該当者・予備群」(令和4年度)

【図表16-2】 年度別 メタボリックシンドローム該当状況



データ化範囲(分析対象)…特定健康診査データは平成30年4月～令和5年3月健診分(60か月分)。

資格確認日…各年度末時点。

※割合…メタボリックシンドロームレベルに該当した人の割合。

メタボリックシンドロームの基準

腹囲	追加リスク(①血糖 ②脂質 ③血圧)	該当状況
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当	メタボリックシンドローム基準該当者
	1つ該当	メタボリックシンドローム予備群該当者

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖:空腹時血糖が110mg/dL以上

②脂質:中性脂肪150mg/dL以上 または HDLコレステロール40mg/dL未満

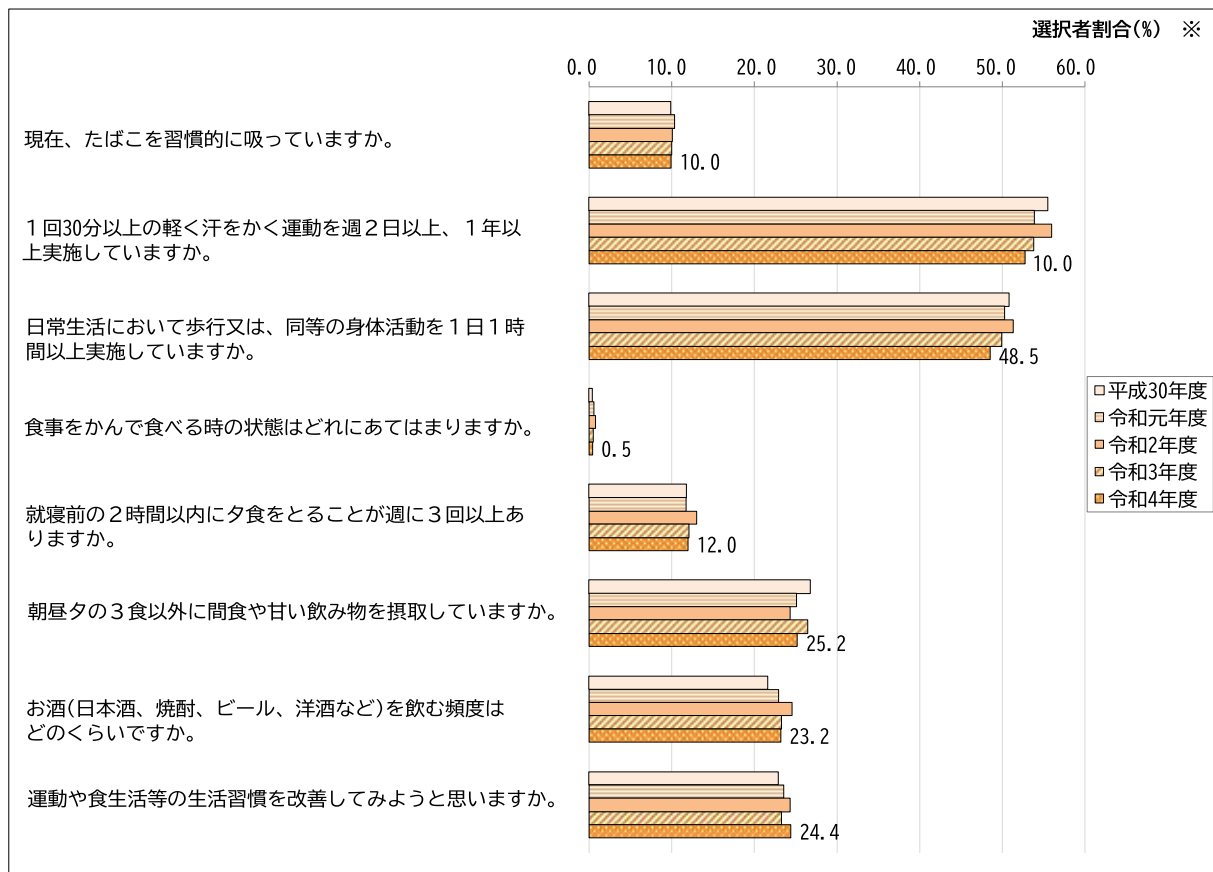
③血圧:収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者も対象となる。

質問回答状況の推移

- 「運動」に関して選択者の割合は最も高い状況ですが、低下傾向にあります。(図表17)
- 生活習慣改善について「改善するつもりはない」「飲酒」の割合が増加傾向にあり、生活習慣病重症化予防のため取組が重要です。(図表17)
- 「間食」という選択者の割合は横ばいに推移していますが、割合が高いため健康づくりの取組が必要です。(図表17)

【図表17】 年度別 生活習慣の見直しが必要な選択肢の選択者割合



データ化範囲(分析対象)…特定健康診査データは平成30年4月～令和5年3月健診分(60か月分)。

資格確認日…各年度末時点。

※選択者割合…質問回答者のうち、該当の選択肢を選択した人の割合。

- ・現在、たばこを習慣的に吸っていますか。
- ・1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。
- ・日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。
- ・食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。
- ・就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。
- ・朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。
- ・お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。
- ・運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。

- …「はい」の選択者数を集計。
- …「いいえ」の選択者数を集計。
- …「いいえ」の選択者数を集計。
- …「ほとんどかめない」の選択者数を集計。
- …「はい」の選択者数を集計。
- …「毎日」の選択者数を集計。
- …「毎日」の選択者数を集計。
- …「改善するつもりはない」の選択者数を集計。

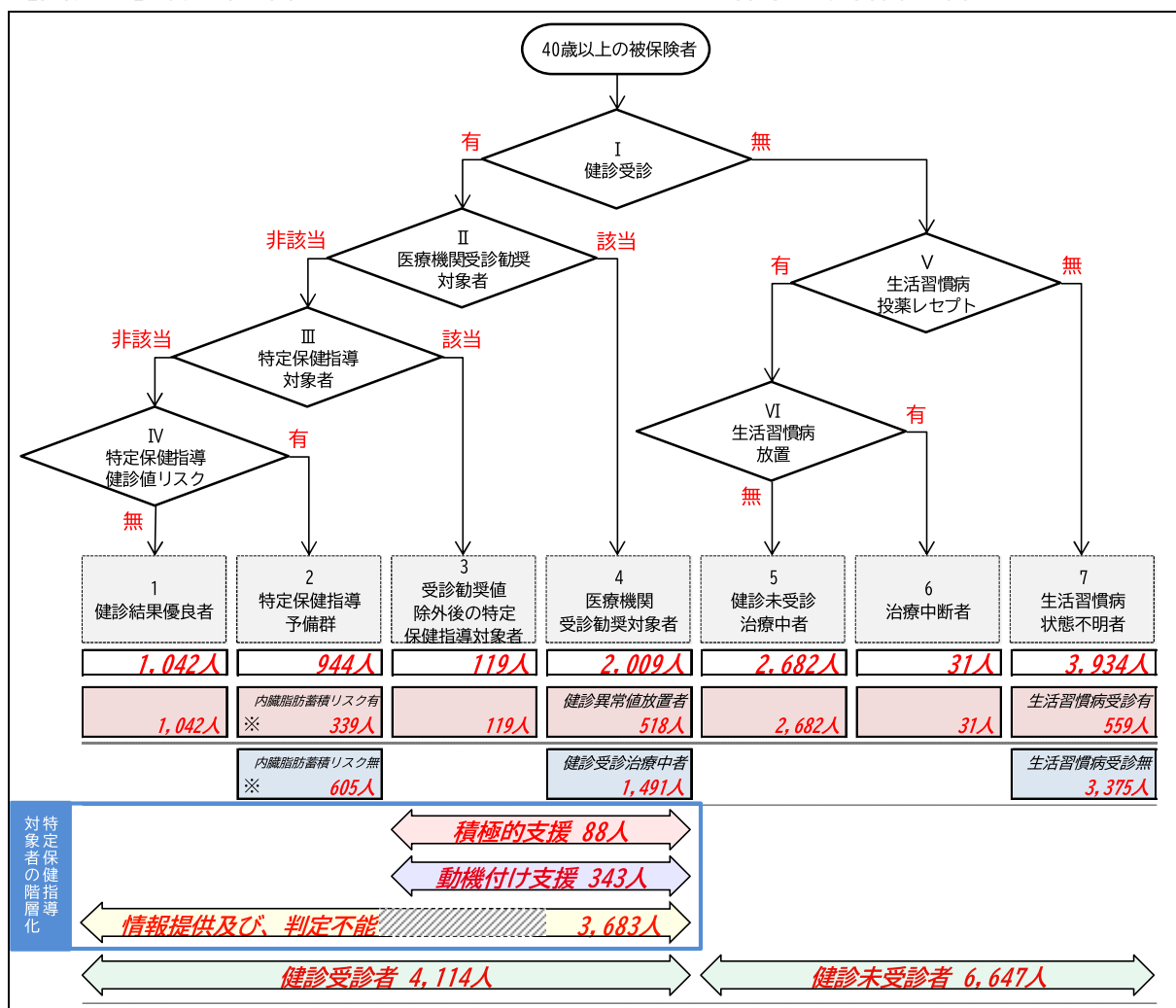
9. 特定健康診査及びレセプトデータによる指導対象者群分析

特定健康診査データとレセプトデータを組み合わせた分析を行います。

40歳以上の被保険者について、特定健康診査データの有無や異常値の有無、生活習慣病にかかわるレセプトの有無等を判定し、7つのグループに分類した結果を示したものです。

左端の「1. 健診結果優良者」から「6. 治療中断者」まで順に健康状態が悪くなっており、「7. 生活習慣病状態不明者」は特定健康診査データ・レセプトデータから生活習慣病状態が確認できないグループです。

【図表18】 特定健康診査及びレセプトデータによる指導対象者群分析



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

データ化範囲(分析対象)…特定健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※内臓脂肪蓄積リスク…腹囲・BMIにより内臓脂肪蓄積リスクを判定し階層化。

健診異常値放置者

- 特定健康診査では異常値があった場合、医療機関への受診を勧めています。異常値があるにもかかわらず、医療機関へ受診をしていない人が存在します。
- 「特定健康診査及びレセプトデータによる指導対象者群分析」(図表18)における「4. 医療機関受診勧奨対象者」のうち、医療機関へ受診をしていない「健診異常値放置者」に該当する518人が健診異常値放置受診勧奨対象者となります。(図表19)
- 厚生労働省の定める受診勧奨判定値を超えている者に受診勧奨をします。
- 生活習慣病の重症化を予防するため、血糖、血圧、脂質に異常が認められる対象者には再度、受診勧奨通知書を送付します。

【図表19】 条件設定による指導対象者の特定(健診異常値放置)

I. 条件設定による指導対象者の特定

- ・ 健診異常値放置者 … 健診受診後、医療機関へ受診していない人
厚生労働省受診勧奨判定値以上の検査数値のある人を対象とする

条件設定により対象となった候補者数	518 人
-------------------	-------

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

データ化範囲(分析対象)…特定健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

10. 糖尿病性腎症重症化予防に係る分析

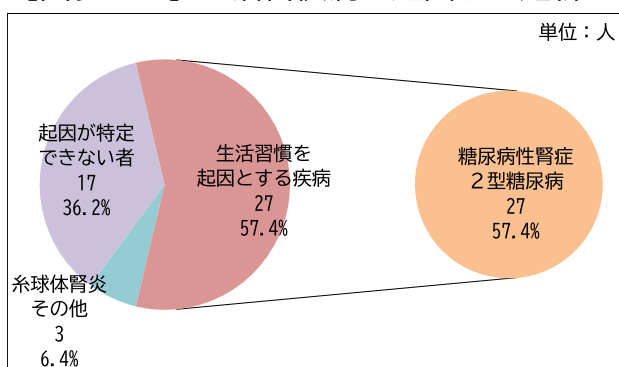
糖尿病性腎症重症化予防

■生活習慣病に起因する透析の分析では、「糖尿病性腎症・2型糖尿病」が57.4%と半数以上をしめています。健診結果においても血糖高値の割合が高い状況もあるため、糖尿病性腎症重症化予防事業を引き続き実施し、生活習慣の改善を促し、人工透析への移行の防止、QOLの維持及び医療費の適正化を図ることが大切であると考えます。

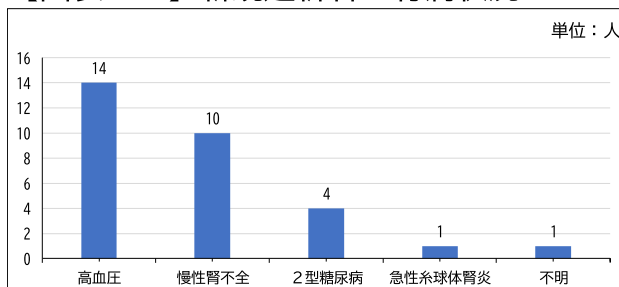
■新規透析者の有病状況としては、高血圧を抱えている者が多い状況があります。
(図表20-2)

糖尿病性腎症重症化予防事業を進めるなかで、透析を予防するためには、血糖コントロールへの支援に加え、血圧に対する支援も大切であると考えます。

【図表20-1】生活習慣病に起因する透析の分析



【図表20-2】新規透析者の有病状況



生活習慣病…厚生労働省「特定健康診査等実施計画の手引き(第4版)」には、生活習慣病の明確な定義が記載されていないため、「特定健康診査等実施計画の手引き(第2版)」に記載された疾病中分類を生活習慣病の疾病項目としている。

【図表20-3】新規透析者数

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
新規透析者数(人)	3	4	2	5	3

【図表20-4】透析に関する診療行為が行われている者

透析療法の種類	透析者数(人)
血液透析のみ	41
腹膜透析のみ	3
血液透析及び腹膜透析	3
透析者合計	47

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

データ化範囲(分析対象)期間内に「血液透析」もしくは「腹膜透析」の診療行為がある者を対象に集計。現時点で資格喪失している被保険者についても集計する。緊急透析と思われる者は除く。

11. 受診行動適正化指導対象者に係る分析

重複服薬

■重複服薬者の対象者は、令和4年度は増加しています。重複服薬は、不適切な受診行動も含まれているため、これらの者を正しい受診行動に導く指導が必要となります。（図表21-1）

【図表21-1】 重複服薬者数

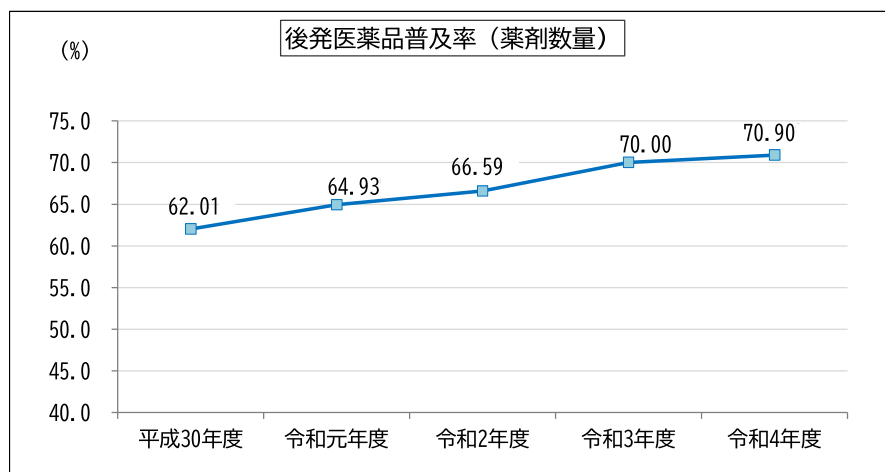
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
対象者数	40	11	8	21	98
送付者数	40	2	2	17	22
返信者・ レセプト確認者数	-	1	1	11	6
重複解消率（%）	-	50	50	65	27

※平成30年度と令和元年度の対象者抽出基準の変更
※令和3年度対象者抽出基準（薬価コード）の変更

後発医薬品

■令和4年度を平成30年度と比較すると後発医薬品普及率(数量ベース)70.90%は、平成30年度62.01%より8.89ポイント増加しています。（図表21-2）

【図表21-2】 年度別 後発医薬品普及率(数量ベース)



12. 要介護度別分析

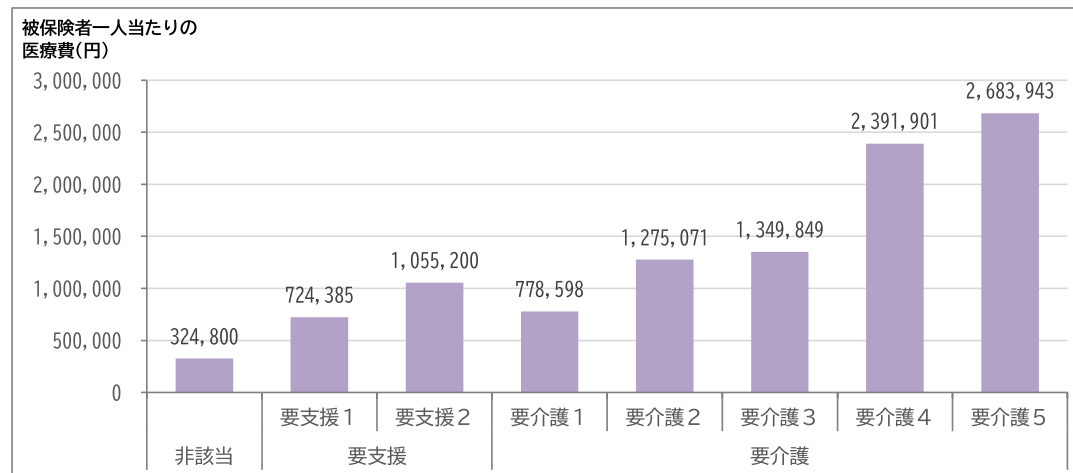
要介護度別医療費

■要介護(要支援)者の対象者数は、介護度が上がるにつれて減少傾向にありますが、対象者一人当たりの医療費は、要介護該当者が非該当者より高いです。(図表22-1)

【図表22-1】 要介護度別 医療費統計

要介護度	被保険者数(人)	医療費(円)	対象者数(人)	被保険者一人当たりの医療費(円)	対象者一人当たりの医療費(円)
非該当	12,099	3,929,757,270	10,517	324,800	373,658
該当	388	595,251,140	395	1,534,152	1,506,965
要支援					
要支援 1	78	56,502,000	81	724,385	697,556
要支援 2	77	81,250,390	81	1,055,200	1,003,091
要介護					
要介護 1	64	49,830,270	64	778,598	778,598
要介護 2	82	104,555,860	85	1,275,071	1,230,069
要介護 3	54	72,891,830	54	1,349,849	1,349,849
要介護 4	48	114,811,260	46	2,391,901	2,495,897
要介護 5	43	115,409,530	41	2,683,943	2,814,867
不明		0	0		
合計	12,329	4,525,008,410	10,753	367,022	420,814

【図表22-2】 要介護度別 被保険者一人当たりの医療費



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。対象年齢は40歳以上。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

データ化範囲(分析対象)…介護データ。令和4年4月～令和5年3月分(12か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

診療年月時点の要介護度で集計している。

被保険者数…要介護度別延べ人数。各人が介護データの期間内に該当した全ての要介護度において、それぞれ一人として集計する(介護データの期間内で要介護認定者ではない年月が存在した場合、当該年月の要介護度を「非該当」とする。以下同じ。)。要介護度の変更により、一人の被保険者が複数の要介護度に該当する場合があるため、要介護度別の被保険者数の和は、被保険者数合計とは必ずしも一致しない。

医療費…診療年月時点の要介護度で集計している。介護データの期間外に発生したレセプトの集計結果は「不明」に分類する。

対象者数…診療年月時点の要介護度で集計している。介護データの期間外に発生したレセプトの集計結果は「不明」に分類する。要介護度の変更により、一人の者が複数の要介護度に該当する場合があるため、要介護度別の対象者数の和は、対象者数合計とは必ずしも一致しない。

要介護度と疾病有病状況(医療費)

■要介護度別医療費は、全体で悪性新生物、糖尿病、腎不全の順に高い状況です。
(図表22-3)

【図表22-3】 要介護度別 医療費上位5疾病

単位:円

要介護度	1位	2位	3位	4位	5位
非該当	その他の悪性新生物<腫瘍> 339,339,854	糖尿病 199,702,800	高血圧性疾患 167,274,472	その他の心疾患 159,953,937	その他の消化器系の疾患 156,167,806
要支援	要支援1 その他の感染症及び寄生虫症 11,100,768	その他の悪性新生物<腫瘍> 9,549,934	炎症性多発性関節障害 5,014,662	その他の心疾患 2,067,039	その他の理由による保健サービスの利用者 1,936,703
	要支援2 腎不全 10,600,047	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患 5,542,911	脊椎障害(脊椎症を含む) 4,574,358	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害 4,559,629	良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍> 3,691,352
要介護	要介護1 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 6,693,358	腎不全 4,218,012	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物<腫瘍> 2,902,449	気分【感情】障害(躁うつ病を含む) 2,703,932	その他の悪性新生物<腫瘍> 2,331,845
	要介護2 腎不全 20,089,097	脳梗塞 5,911,406	その他の悪性新生物<腫瘍> 5,873,048	虚血性心疾患 5,565,593	骨折 5,328,246
	要介護3 腎不全 14,185,750	その他の肝疾患 6,646,406	骨折 5,762,741	その他の神経系の疾患 4,496,207	肺炎 4,069,132
	要介護4 悪性リンパ腫 16,987,408	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍> 12,528,060	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患 9,202,491	その他の心疾患 6,212,010	脳内出血 5,977,004
	要介護5 貧血 14,364,799	パーキンソン病 11,872,170	脳梗塞 9,117,662	その他の神経系の疾患 7,934,298	脳内出血 7,325,232
全体	その他の悪性新生物<腫瘍> 363,580,580	糖尿病 214,233,807	腎不全 208,107,034	その他の心疾患 176,055,928	高血圧性疾患 173,498,644

要介護度と疾病有病状況

■要介護(要支援)者の有病状況は、生活習慣病(高血圧疾患、糖尿病、脂質異常症)が上位を占めていることより、介護予防と共に生活習慣病重症化予防と関連があると考えられます。(図表22-4)

【図表22-4】 要介護度別 要介護(要支援)者数上位5疾病

単位:人

要介護度	1位	2位	3位	4位	5位
非該当	高血圧性疾患 4,512	糖尿病 4,310	脂質異常症 4,132	その他の消化器系の疾患 3,778	その他の眼及び付属器の疾患 3,338
要支援	要支援1 その他の消化器系の疾患 61	高血圧性疾患 45	糖尿病 41	その他の神経系の疾患 35	脂質異常症 33
	要支援2 その他の消化器系の疾患 54	高血圧性疾患 48	糖尿病 38	その他の神経系の疾患 38	脂質異常症 33
要介護	要介護1 その他の消化器系の疾患 39	高血圧性疾患 36	糖尿病 35	脂質異常症 33	その他の神経系の疾患 30
	要介護2 その他の消化器系の疾患 58	高血圧性疾患 54	糖尿病 41	その他の神経系の疾患 40	その他の心疾患 37
	要介護3 その他の消化器系の疾患 37	高血圧性疾患 32	その他の神経系の疾患 27	糖尿病 24	その他の心疾患 24
	要介護4 その他の消化器系の疾患 37	糖尿病 30	その他の神経系の疾患 27	その他の特殊目的用コード 27	その他の心疾患 26
	要介護5 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの 31	その他の消化器系の疾患 30	その他の特殊目的用コード 27	その他の心疾患 19	その他の皮膚及び皮下組織の疾患 19
全体	高血圧性疾患 4,666	糖尿病 4,465	脂質異常症 4,239	その他の消化器系の疾患 3,976	その他の眼及び付属器の疾患 3,419

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。対象年齢は40歳以上。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

データ化範囲(分析対象)…介護データ。令和4年4月～令和5年3月分(12か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

診療年月時点の要介護度で集計している。全体は要介護度「不明」を集計に含む。

要介護度と疾病有病状況

- 要介護度別一人当たりの医療費は、介護度に関係なく生活習慣病重症化による腎不全や、くも膜下出血が上位です。(図表22-5)
- 健康で自立した生活期間の延伸には、フレイル予防と共に生活習慣病重症化予防に関する取組が必要です。

【図表22-5】要介護度別 要介護(要支援)者一人当たり医療費上位5疾病

単位:円

要介護度		1位	2位	3位	4位	5位
非該当		白血病	くも膜下出血	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物<腫瘍>	腎不全	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
		1,365,812	688,933	606,211	537,914	400,632
要支援	要支援1	その他の感染症及び寄生虫症	胆石症及び胆のう炎	その他の悪性新生物<腫瘍>	炎症性多発性関節障害	乳房の悪性新生物<腫瘍>
	要支援1	2,220,154	631,021	561,761	385,743	340,862
	要支援2	腎不全	白血病	悪性リンパ腫	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	炎症性多発性関節障害
	要支援2	2,120,009	1,305,886	839,326	391,605	386,200
要介護	要介護1	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物<腫瘍>	腎不全	肝硬変(アルコール性のものを除く)	乳房の悪性新生物<腫瘍>	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
	要介護1	2,902,449	1,054,503	779,221	534,290	393,727
	要介護2	白血病	腎不全	アルツハイマー病	胃の悪性新生物<腫瘍>	炎症性多発性関節障害
	要介護2	2,640,493	1,545,315	810,917	586,185	307,730
	要介護3	その他の肝疾患	腎不全	その他の精神及び行動の障害	脳内出血	骨折
	要介護3	1,661,602	1,576,194	726,101	499,671	480,228
	要介護4	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	悪性リンパ腫	脳内出血	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	その他の精神及び行動の障害
	要介護4	6,264,030	5,662,469	1,195,401	920,249	872,220
	要介護5	貧血	パーキンソン病	腎不全	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物<腫瘍>	脳内出血
	要介護5	2,052,114	1,978,695	1,785,528	832,289	813,915
全体		白血病	腎不全	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物<腫瘍>	くも膜下出血	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
		1,442,291	667,010	612,121	546,427	392,450

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。対象年齢は40歳以上。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

データ化範囲(分析対象)…介護データ。令和4年4月～令和5年3月分(12か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

診療年月時点の要介護度で集計している。全体は要介護度「不明」を集計に含む。

第5章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容

1. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策

	健康課題	全体の目的	小目的	優先順位	対応事業
A	<p>【メタボリックシンドローム該当者・予備群の該当者割合が高く、増加傾向にある】</p> <p>メタボリックシンドローム基準該当者及び予備群の割合が、年々増加している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・質問項目において、各年度「運動」「間食」「飲酒」について取組む必要性が高い。また、生活習慣の改善について「改善するつもりがない」の選択肢の割合が高い状況である。 	生活習慣病予防の取組により、メタボ該当者の減少を目指す	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査の受診率 50% ・特定保健指導の実施率 30% ・健診異常値放置者の医療機関受診率 50% 	1	① ② ③ ⑨
B	<p>【高血糖の有所見者割合が高く、重症化している可能性がある】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査の検査項目別有所見者の状況は、受診者全体でHbA1cが59.9%と半数以上である。また、有病率は、高血圧症・糖尿病の順に高い状況である。 ・一人当たりの医療費では、腎不全、くも膜下出血、脳内出血の順に高く、血管を傷つける生活習慣病から合併症を起こしている。 	糖尿病重症化予防の取組により、新規人工透析導入者の減少を目指す	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査の結果、糖尿病の検査項目において、受診勧奨判定値を超えている者の医療機関受診率 90% ・糖尿病で通院があったが治療中断している者の医療機関受診率 30% ・糖尿病による新規人工透析者数 5人以下 	2	③ ④ ⑤ ⑥ ⑨
C	<p>【重複服薬者、後発医薬品普及率が目標値達成しておらず、医療費増加に影響している可能性がある】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重複服薬者数の解消状況が低い状況である。 ・長期療養者で、先発医薬品で安定してコントロールが出来ている方は、後発医薬品への変更が難しい状況である。 	適正服薬、後発医薬品の利用促進により、医療費の適正化を図る	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬情報通知後の改善割合 30% ・後発医薬品普及率(数量ベース) 80% 	3	⑦ ⑧

2. 健康課題を解決するための個別の保健事業

(1) 保健事業一覧

以下は、分析結果に基づく健康課題に対する対策の検討結果を踏まえ、第3期データヘルス計画にて実施する事業一覧を示したものです。

事業番号	事業名称	事業概要
①	特定健康診査 未受診者対策事業	特定健康診査未受診者に対して、効果的な受診勧奨について検討して通知する。
②	特定保健指導 未指導者対策事業	特定健康診査の結果、特定保健指導対象者に、結果通知のタイミング、電話・訪問等により、効果的な利用勧奨を実施する。利用勧奨の方法は毎年度検討を重ねて実施する。
③	健診異常値放置者 受診勧奨事業	特定健康診査の結果、受診勧奨判定値を超えている者に対して、受診勧奨の通知書を送付する。送付後、未返信者(「血糖」「血圧」「脂質」に該当する者)に対して、生活習慣病重症化予防のため再通知する。
④	糖尿病性腎症重症化 予防事業 (未受診者)	特定健康診査の結果、糖尿病に関する検査項目において受診勧奨判定値を超えている者を、医療機関受診につなげる。 さらに未返信者(「血糖」及び「血圧」「脂質」のいずれかに該当する者)に対して、レセプトを確認し、生活習慣病重症化予防のため再通知する。
⑤	糖尿病性腎症重症化 予防事業 (治療中断者)	糖尿病で通院中であったが、治療中断している者を医療機関受診へつなげる。
⑥	糖尿病性腎症重症化 予防事業 (ハイリスク者)	特定健康診査の結果やレセプトによる医療機関受診状況から対象者を抽出し、医療機関と連携し、管理栄養士・保健師による保健指導を行う。
⑦	服薬情報通知事業	薬剤を重複して服用している者に対し、適切な服薬を促すことを目的とした通知書を送付する。
⑧	後発医薬品差額 通知事業	現在使用している先発医薬品から後発医薬品に切り替えることで、一定額以上の自己負担額の軽減が見込まれる被保険者に対し、自己負担額の差額等を通知する。
⑨	健康教室事業	健康づくりとして「運動教室」「栄養教室」「プレ糖尿病講座」の講話・実践を行う。

(2)各事業の実施内容と評価方法

各事業における実施内容及び評価方法の詳細は以下のとおりです。

事業番号：①特定健康診査未受診者対策事業

事業の目的	特定健康診査の受診率向上
対象者	満40歳から満74歳までの被保険者で、抽出基準日において特定健康診査を受診していない者
事業内容	特定健康診査未受診者に対して、受診勧奨内容を毎年検討し通知する

今後の目標 ※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度 (%)

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット (実施量・率) 指標	特定健康診査受診勧奨通知率	100	100	100	100	100	100	100
アウトカム (成果) 指標①	特定健康診査受診率	41.5	43.5	45.0	47.5	50.0	55.0	60.0
アウトカム (成果) 指標②	通知対象者の特定健康診査受診率	20.4	23.0	25.5	28.0	30.5	33.0	35.0

今後の実施体制(ストラクチャー)

1. 予算の確保をする
2. 人材の確保をする
3. 受診勧奨の実施体制が適切である
4. 事業実施について医療機関と連携をする
5. 特定健康診査の実施体制が適切である
(集団健診の実施回数の増加、がん検診との同時実施の体制づくり等)
6. 地区医師会へ報告、協議する

今後の実施体制(プロセス)

1. 特定健康診査未受診者へ受診勧奨通知を、計画どおりに実施する
2. 担当者間(管理栄養士・保健師・事務職員)で受診勧奨内容を検討する
3. 特定健康診査とがん検診の同時実施について衛生部門と協議する
4. 山城南保健所管内の町村と特定健康診査等の課題を共有し協議する

評価計画

- 事業評価は、国保部門が毎年の評価に加え、下記の時期に中間評価・最終評価として評価を実施する
1. 令和8年度、令和11年度:特定健康診査受診率(令和5年度比)

事業番号：②特定保健指導未指導者対策事業

事業の目的	特定保健指導の実施率向上
対象者	満40歳から満74歳までの被保険者で特定健康診査の結果、特定保健指導対象となった者で、特定保健指導未利用者
事業内容	管理栄養士・保健師による特定保健指導の利用勧奨を通知・電話・訪問にて実施

今後の目標 ※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度 (%)

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット (実施量・率) 指標	特定保健指導利用勧奨通知率	100	100	100	100	100	100	100
アウトカム (成果) 指標①	特定保健指導実施率	22.1	23.0	25.0	30.0	40.0	50.0	60.0
アウトカム (成果) 指標②	特定保健指導利用勧奨後、指導につ ながった率	28.4	30.0	32.5	33.0	35.5	38.0	40.0
京都府 共通指標	特定保健指導による特定保健指導対 象者の減少率	18.5	20.0	23.0	25.0	27.0	28.0	30.0

今後の実施体制(ストラクチャー)

1. 予算の確保をする
2. 人材の確保をする
3. 電話・訪問による利用勧奨、保健指導の職員体制を整備する
4. 国保・衛生部門が共に事業を評価する
5. 地区医師会へ報告、協議する

今後の実施体制(プロセス)

特定保健指導利用勧奨が有効に効率よくできたか国保・衛生部門と検討する

【国保部門】

1. 対象者の抽出を適切に実施する(服薬の有無を確認)
2. 適切な時期に通知をする
3. 特定保健指導未指導者へ電話・訪問し特定保健指導につなげる
4. 管理栄養士・保健師が情報共有し、未指導者の特定保健指導を実施する
5. 特定保健指導未指導者へアンケート送付・集計をする
6. アンケート集計後、国保部門と衛生部門が情報共有し、特定保健指導利用勧奨の検討を実施する

評価計画

事業評価は、国保部門が毎年の評価に加え、下記の時期に中間評価・最終評価として評価を実施する
1. 令和8年度、令和11年度:特定保健指導利用勧奨後の特定保健指導率(利用者/対象者)(令和5年度比)

事業番号：③健診異常値放置者受診勧奨事業

事業の目的	健診異常値を放置している対象者に医療機関への受診勧奨を実施することで、生活習慣病の発症や重症化を防ぐ
対象者	満40歳から満74歳までの被保険者で特定健康診査の結果、受診勧奨判定値を超えている者
事業内容	特定健康診査の結果、受診勧奨判定値を超えている者に対し、受診勧奨の通知書を送付送付後、未返信者(「血糖」・「血圧」・「脂質」に該当する者)へ再度受診勧奨の通知書を送付

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度 (%)

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット (実施量・率) 指標	受診勧奨通知率	100	100	100	100	100	100	100
アウトカム (成果) 指標①	対象者の医療機関受診率	43.6	44.0	44.5	45.0	45.5	47.5	50.0
アウトカム (成果) 指標②	特定健康診査異常値放置者減少率	14.7	15.5	16.5	17.5	18.5	19.5	20.0

今後の実施体制(ストラクチャー)

1. 予算の確保をする
2. 人材の確保をする

今後の実施体制(プロセス)

1. 医療機関受診勧奨方法と時期の適切さについて検討する
2. 対象者の抽出を適切に実施する
3. 受診勧奨後の受診状況の有無を確認する

評価計画

事業評価は、国保部門が毎年の評価に加え、下記の時期に中間評価・最終評価として評価を実施する

1. 令和8年度、令和11年度:受診勧奨通知送付後受診率(受診者/対象者)(令和5年度比)
2. 令和8年度、令和11年度:特定健康診査異常値放置者の減少率(未受診者/対象者)

事業番号：④糖尿病性腎症重症化予防事業(未受診者)

事業の目的	特定健康診査の結果、糖尿病に関する検査項目において、受診勧奨判定値を超えている者を医療機関受診へつなげる
対象者	満40歳から満74歳までの被保険者で特定健康診査の結果、糖尿病に関する検査項目において、受診勧奨判定値を超えている者
事業内容	特定健康診査の結果、受診勧奨判定値を超えている者に対し、受診勧奨の通知書を送付送付後、未返信者へ再度受診勧奨の通知書を送付

今後の目標 ※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度 (%)

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット (実施量・率) 指標	受診勧奨通知率	100	100	100	100	100	100	100
アウトカム (成果) 指標	対象者の医療機関受診率	88.5	88.5	88.5	88.5	89.5	89.5	90.0

京都府 共通指標	高血糖者の割合	9.4	9.4	9.3	9.2	9.2	9.1	9.0
	HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病 のレセプトがない者の割合	12.4	12.3	12.2	12.2	12.1	12.1	12.0
	HbA1c8.0%の割合	1.0	1.0	0.9	0.9	0.8	0.8	0.8

今後の実施体制(ストラクチャー)

1. 予算の確保をする
2. 人材の確保をする

今後の実施体制(プロセス)

1. 医療機関受診勧奨の適切な方法について検討する
2. 対象者の抽出を適切に実施する
3. 受診勧奨後の受診状況の有無を確認する

評価計画

事業評価は、国保部門が毎年の評価に加え、下記の時期に中間評価・最終評価として評価を実施する
1. 令和8年度、令和11年度:受診勧奨通知書を送付後受診率(受診者/対象者)(令和5年度比)

事業番号：⑤糖尿病性腎症重症化予防事業（治療中断者）

事業の目的	糖尿病で通院があったが治療中断している者を医療機関受診へつなげる
対象者	満40歳から満74歳までの被保険者で、糖尿病に係る通院の者で、最終の受診日から6か月以上経過しても受診歴がない者
事業内容	対象者へ通知書・アンケートを送付 未返信者の医療・特定健康診査受診状況を確認

今後の目標 ※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度 (%)

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット (実施量・率) 指標	対象者への通知率	100	100	100	100	100	100	100
アウトカム (成果) 指標①	治療中断理由等の状況把握ができた割合	12.5	15.0	15.0	15.0	30.0	30.0	30.0
アウトカム (成果) 指標②	対象者の医療機関受診率	12.5	15.0	15.0	15.0	30.0	30.0	30.0

今後の実施体制（ストラクチャー）

1. 予算の確保をする
2. 人材の確保をする
3. 健診、レセプトデータを活用する
4. 地区医師会で報告・協議する

今後の実施体制（プロセス）

1. 対象者の抽出を適切に実施する
2. 受診勧奨方法の適切さ（方法・時期・内容）を見直し実施する
3. 経年的に健診・医療機関受診の有無を確認する

評価計画

事業評価は、国保部門が毎年の評価に加え、下記の時期に中間評価・最終評価として評価を実施する
1. 令和8年度、令和11年度：治療中断通知書を送付後受診率（受診者/受診勧奨者）（令和5年度比）

事業番号：⑥糖尿病性腎症重症化予防事業(ハイリスク者)

事業の目的	糖尿病治療中であり、血糖コントロール不良者に対して、保健指導を実施することにより、糖尿病性腎症の病期進行の阻止を目指す
対象者	糖尿病により医療機関で治療中の者で、前年度の特定健康診査の結果で以下のいずれかに該当する者 ・HbA1c6.5%以上、尿蛋白(+)以上の者 ・血糖コントロールが不良で医師から推薦があった者
事業内容	かかりつけ医と連携し、保健指導内容を情報共有し、効果的な保健指導を実施 健康教室等の事業で、対象となる方がいれば、当該事業と合わせて実施し、医療機関と連携して保健指導をする 後期高齢者医療保険へ移行後も、継続的に保健指導をする

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度 (%)

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット (実施量・率) 指標	保健指導実施率	75.0	77.5	77.5	77.5	80.0	80.0	80.0
アウトカム① (成果) 指標	保健指導完了者の血糖検査に関する 検査値の維持・改善率	85.0	86.0	86.0	86.0	87.0	87.0	87.0
アウトカム② (成果) 指標	保健指導完了者の糖尿病性腎症病期 進行者の割合	0	10.0	10.0	10.0	0	0	0

今後の実施体制(ストラクチャー)

1. 予算の確保をする
2. 人材の確保をする
3. 庁内連携をする
4. 糖尿病戦略会議を通して、保健所と連携する

今後の実施体制(プロセス)

1. 対象者の抽出を適切に実施する
2. 保健指導の実施日及び期間を対象者の状況に応じて設定・調整する
3. 保健指導において、対象者にあった目標設定をする
4. 対象者にあった方法や媒体で保健指導を実施する
5. 医療機関と連携し、治療内容・指導内容を確認して、保健指導を実施する
6. 対象者のeGFRをeGFRプロットシートを用いて可視化し、医師連携、保健指導を実施する

評価計画

- 事業評価は、国保部門が毎年の評価に加え、下記の時期に中間評価・最終評価として評価を実施する
1. 保健指導利用者の健診による血液検査値等(HbA1c、Cre、eGFR、尿蛋白、血圧)のデータ変化や受療状況(前年度比)
 2. 令和8年度・令和11年度:糖尿病による新規人工透析者数(令和5年度比)

事業番号：⑦服薬情報通知事業

事業の目的	同一薬効の医薬品を処方されている者に対して通知を実施することにより、服薬の適正化を図る
対象者	対象期間:4～5月に服薬している医薬品 データの集計期間:前年度12月診療分～当該年度5月診療分の以下(入院外)及び調剤電子レセプト 対象医薬品:薬価基準収載医薬品コード4桁以上が同一の医薬品(同一薬効の医薬品) 重複とみなす条件:2か月連続で2医療機関以上から処方を受けている医薬品が7日以上重複している状態
事業内容	地区医師会・薬剤師会と連携し、対象者へ通知書を送付 未返信者の医療機関受診状況の確認

今後の目標 ※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度 (%)

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット (実施量・率) 指標	通知率	100	100	100	100	100	100	100
アウトカム (成果) 指標	通知後の改善割合	27.3	27.5	28.0	28.5	29.0	29.5	30.0

今後の実施体制(ストラクチャー)

1. 予算の確保をする
2. 人材の確保をする
3. レセプトデータを活用する
4. 地区医師会・薬剤師会と連携をする

今後の実施体制(プロセス)

1. 地区医師会長・薬剤師会長の協力により、対象者の抽出を適切に実施する
2. 通知書の送付後、返信内容を確認する
3. 通知書の内容に関する相談について、医療機関・薬局へ相談するように説明する
4. 通知書未返信者については、レセプトにて医療機関の受診、改善状況について確認する

評価計画

事業評価は、国保部門が毎年の評価に加え、下記の時期に中間評価・最終評価として評価を実施する

1. 令和8年度・令和11年度:重複服薬の改善率(令和5年度比)

事業番号：⑧後発医薬品差額通知事業

事業の目的	医療費の適正化を推進するため、差額通知及び普及啓発の取組を通じて、後発医薬品の利用を促進する
対象者	レセプトデータから、後発医薬品へ切り替えによる薬剤費軽減額が一定額以上の者
事業内容	後発医薬品差額通知書を送付

今後の目標 ※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度 (%)

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット (実施量・率) 指標	通知率	100	100	100	100	100	100	100
アウトカム (成果) 指標	後発医薬品普及率(数量ベース)	70.9	71.5	73.0	75.0	76.5	78.0	80.0

今後の実施体制(ストラクチャー)

1. 予算の確保をする
2. 人材の確保をする
3. レセプトデータを活用する

今後の実施体制(プロセス)

1. 対象者の抽出を適切に実施する
2. 後発医薬品差額通知書を送付する
3. 後発医薬品普及率等を確認する

評価計画

事業評価は、国保部門が毎年の評価に加え、下記の時期に中間評価・最終評価として評価を実施する
1. 令和8年度・令和11年度：後発医薬品普及率(金額ベース・数量ベース)(令和5年度比)

事業番号：⑨健康教室事業

事業の目的	被保険者の健康意識の向上
対象者	特定保健指導対象者及び満40歳から満74歳までの被保険者
事業内容	栄養教室：管理栄養士によるテーマ別の講話 運動教室：運動トレーナーによる運動

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット (実施量率) 指標	教室の実施回数 栄養教室 運動教室 プレ糖尿病講座	栄養教室： 4回 運動教室： 4回 プレ糖尿病 講座： 2回 4クール	—	—	栄養教室： 4回 運動教室： 4回 プレ糖尿 病講座： 2回 4クール	—	—	栄養教室： 4回 運動教室： 4回 プレ糖尿 病講座： 2回 4クール
アウトカム (成果) 指標	特定健康診査の質問票において、 ①「1回30以上の軽く汗をかく運動を週2回以上1年以上実施していますか」、 ②「日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか」に「はい」と答えた人の割合	①47.2% ②51.5%	—	—	①50.0% ②55.0%	—	—	①60.0% ②60.0%

今後の実施体制(ストラクチャー)

1. 予算の確保をする
2. 人材の確保をする
3. 衛生部門、関係機関と協議をする

今後の実施体制(プロセス)

1. 特定健康診査・人間ドックの案内と共に、健康教室を周知する
2. 健康状態優先度(特定保健指導対象者)を踏まえて、参加者を選定する
3. 「食事」について、継続的に取組めるよう資料の内容を検討する
4. 「運動」について、参加者のアンケートを基に内容を検討する
5. 健康教室を通して、継続的な健康づくりに取組めるよう、インセンティブ事業の参加へつなぐ
6. 「プレ糖尿病講座」において、医療機関への受診が必要な者は、状況に応じて受診勧奨、糖尿病性腎症重症化予防事業(ハイリスク者)、特定保健指導事業等へつなぐ

評価計画

- 事業評価は、国保部門が毎年の評価に加え、下記の時期に中間評価・最終評価として評価を実施する
1. 令和8年度・令和11年度・特定健康診査の質問票より、「運動」「食事」に関する状況の割合を確認する(令和5年度比)
 2. 「プレ糖尿病講座」受講者が、糖尿病の治療を受けていないことを確認する

第6章 その他

1. 計画の評価及び見直し

(1) 個別の保健事業の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度毎に行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業毎の評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認します。

目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認のうえ、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させます。

(2) データヘルス計画全体の評価・見直し

① 評価の時期

最終評価のみならず、設定した評価指標に基づき、進捗確認のため令和8年度に中間評価を行い、次期計画の円滑な策定に向けて、計画の最終年度である令和11年度上半期に仮評価を行います。

② 評価方法・体制

計画は、中長期的な計画運営を行うものであり、アウトカム(成果)指標を中心とした評価指標による評価を行います。また、評価に当たっては、国民健康保険団体連合会と連携して行うなど、必要に応じ他保険者との連携・協力体制を整備します。

2. 計画の公表・周知

本計画は、ホームページで公表します。

3. 個人情報の取扱い

個人情報の取扱いに当たっては、個人情報の保護に関する各種法令、ガイドラインに基づき適切に管理します。

4. 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

令和2年4月から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」が本格施行となり、被保険者一人一人の暮らしを地域全体で支える地域共生社会の体制の構築・実現を目指す、地域包括ケアシステムの充実・強化が推進されています。地域包括ケアとは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、介護が必要な状態になっても可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように支援する仕組み(システム)のことです。地域包括ケアシステムの充実に向けて下記の取組を実施していきます。

- ① 地域で被保険者を支える連携の促進
 - ・ 医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援などについての議論の場に国保被保険者として参加し、地域の課題を共有し対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局として参画
- ② 課題を抱える被保険者の分析と地域で被保険者を支える事業の実施
 - ・ レセプトデータ、介護データ等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、生活習慣病重症化予防として糖尿病性腎症重症化予防を後期高齢者医療保険へ移行後も連動して実施
- ③ 医療機関と連携した地域包括ケアの実現
 - ・ 医療提供における役割だけではなく、地域で必要とされている保健事業、訪問診療、介護サービス、生活支援等を地域の医療機関、地域包括支援センター、社会福祉団体等と連携し一体的に実施

庁内各部門及び地域における多様な専門機関、事業者、団体等の関係機関との連携により、関係者間で包括的に地域の実態把握・課題分析を共有し、地域が一体となって取組を推進します。

卷末資料

用語解説集

用語		説明
か行	眼底検査	目の奥の状態を調べる検査。通常眼底写真にて検査する。 動脈硬化の程度、高血圧、糖尿病による眼の合併症や緑内障・白内障の有無などを調べるもの。
	血糖	血液内のブドウ糖の濃度。 食前・食後で変動する。低すぎると低血糖、高すぎると高血糖を引き起こす。
	クレアチニン	アミノ酸の一種であるクレアチンが代謝されたあとの老廃物。腎臓でろ過されて尿中に排泄される。 血清クレアチニンの値が高いと、老廃物の排泄機能としての腎臓の機能が低下していることを意味する。
	血圧(収縮期・拡張期)	血管にかかる圧力のこと。心臓が血液を送り出すときに示す最大血圧を収縮期血圧、全身から戻った血液が心臓にたまっているときに示す最小血圧を拡張期血圧という。
	健康寿命	健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間。
	健康日本21	新世紀の道標となる健康施策、すなわち、21世紀において日本に住む一人ひとりの健康を実現するための、新しい考え方による国民健康づくり運動である。
	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施するもの。
	後発医薬品	先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安い医薬品。
さ行	疾病分類	「疾病、傷害及び死因の統計分類」の「ICD-10(2013年版)準拠 疾病分類表」を使用。
	人工透析	機能が著しく低下した腎臓に代わり機械で老廃物を取り除くこと。1回につき4～5時間かかる治療を週3回程度、ずっと受け続ける必要があり、身体的にも時間的にも、大きな負担がかかる。
	心電図	心臓の筋肉に流れる電流を体表面から記録する検査。電流の流れ具合に異常がないかがわかる。 また1分間に電気が発生する回数である心拍数も測定される。
	生活習慣病	食事や運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が深く関与し、それらが発症の要因となる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。
	積極的支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクがより高い者に対して行われる保健指導。「動機付け支援」の内容に加え、対象者が主体的に生活習慣の改善を継続できるよう、面接、電話等を用いて、3か月以上の定期的・継続的な支援を行う。
た行	中性脂肪	肉や魚・食用油など食品中の脂質や、体脂肪の大部分を占める物質。単に脂肪とも呼ばれる。
	動機付け支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高い者に対して行われる保健指導。医師・保健師・管理栄養士等による個別、またはグループ面接により、対象者に合わせた行動計画の策定と保健指導が行われる。初回の保健指導終了後、対象者は行動計画を実践し、3か月経過後に面接、電話等で結果の確認と評価を行う。
	特定健康診査	平成20年4月から開始された、生活習慣病予防のためのメタボリックシンドロームに着目した健康診査のこと。特定健診。40歳～74歳の医療保険加入者を対象とする。
	特定保健指導	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高く、生活改善により生活習慣病の予防効果が期待できる人に対して行う保健指導のこと。特定保健指導対象者の選定方法により「動機付け支援」「積極的支援」に該当した人に対し実施される。
な行	尿酸	食べ物に含まれるプリン体という物質が肝臓で分解されてできる、体には必要のない老廃物。主に腎臓からの尿に交じって体外に排出される。
は行	標準化死亡比	標準化死亡比は、基準死亡率(人口10万対の死亡数)を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものである。国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は国の平均より死亡率が多いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。

用語		説明
	腹囲	へその高さで計る腰回りの大きさ。内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボリックシンドロームを診断する指標のひとつ。
	フレイル	フレイルとは、健康な状態と要介護状態の中間の段階をさす。年齢を重ねていくと、心身や社会性などの面でダメージを受けたときに回復できる力が低下し、これによって健康に過ごしていた状態から、生活を送るために支援を受けなければならない要介護状態に変化していく。
ま行	メタボリックシンドローム	内臓脂肪型肥満に高血圧、高血糖、脂質代謝異常が組み合わさり、心臓病や脳卒中などの動脈硬化性疾患を招きやすい状態。内臓脂肪型肥満(内臓肥満・腹部肥満)に加えて、血圧・血糖・脂質の基準のうち2つ以上に該当する状態を「メタボリックシンドローム」、1つのみ該当する状態を「メタボリックシンドローム予備群」という。
や行	有所見	検査の結果、何らかの異常(検査基準値を上回っている等)が認められたことをいう。
ら行	レセプト	診療報酬明細書の通称。
A～Z	AST/ALT	AST(GOTともいう)は、心臓、筋肉、肝臓に多く存在する酵素である。ALT(GPTともいう)は、肝臓に多く存在する酵素である。数値が高い場合は急性肝炎、慢性肝炎、脂肪肝、肝臓がん、アルコール性肝炎などが疑われる。
	BMI	[体重(kg)]÷[身長(m)の2乗]で算出される値で、Body Mass Indexの略。肥満や低体重(やせ)の判定に用いる体格指数のこと。
	eGFR	腎臓機能を示す指標で、クレアチニン値を性別、年齢で補正して算出する。腎臓の中にある毛細血管の集合体である「糸球体」が1分間にどれくらいの血液を濾過して尿を作れるかを示す値。数値が低いと腎臓の機能が低下していることを意味する。
	HbA1c	ブドウ糖と血液中のヘモグロビンが結びついたもので、過去1～2か月の平均的な血糖の状態を示す検査に使用される。
	HDLコレステロール	余分なコレステロールを回収して肝臓に運び、動脈硬化を抑える。善玉コレステロール。
	ICT	Information and Communications Technology(インフォメーションアンドコミュニケーションテクノロジー／情報通信技術)の略。コンピュータやデータ通信に関する技術をまとめた呼び方。特定保健指導においてもその活用が推進されており、代表的なツールとしては、Web会議システムやスマートフォンアプリ、Webアプリ等が挙げられる。
	KDB	「国保データベース(KDB)システム」とは、国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、健診・保健指導、医療、介護の各種データを併せて分析できるシステムのこと。
	PDCAサイクル	PDCAサイクルとは、「Plan(計画)→Do(実行)→Check(評価)→Action(改善)」という一連のプロセスを繰り返し行うことで、業務の改善や効率化を図る手法の一つのこと。
	LDLコレステロール	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる。悪玉コレステロール。
	non-HDLコレステロール	総コレステロールからHDLコレステロールを減じたもの。数値が高いと、動脈硬化、脂質代謝異常、甲状腺機能低下症、家族性高脂血症などが疑われる。低い場合は、栄養吸収障害、低βリポたんぱく血症、肝硬変などが疑われる。

木津川市国民健康保険
第3期データヘルス計画
令和6年3月
木津川市 市民部 国保年金課
〒619-0214
京都府木津川市木津南垣外110番地9
TEL:0774-75-1214
FAX:0774-75-2083