

平成29年度 神戸市国民健康保険運営協議会 第1回専門部会（保健事業）

1 日 時 平成29年12月21日（木） 午後1時30分～午後3時11分

2 場 所 市役所1号館8階大会議室

3 出席者 神戸市国民健康保険運営協議会委員(敬称略)

公益代表 足立(正)委員、中田委員

保険医・薬剤師代表 岡田委員

被保険者代表 玉田委員

専門委員（敬称略）

佐野委員、前田委員、足立(泰)委員

神戸市（事務局）

北 神戸市医療監、三木保健福祉局長、花田高齢福祉部長、
野崎国保年金医療課長、有原国保適正化担当課長、
山崎保健所調整課長

4 議 題 データヘルス計画について

5 議事内容

(1) 資料1・2・3・4（1～4ページ）について

事務局 資料説明

<主な意見・質問>

委員：資料1 右下の医療費通知については効果分析ができるのか。受け取った人は、「来たなあ」と思うだけであって、それを健康づくりに使っているかどうか。自分はこんなに医者にはかかってないのにとことから、保険医指定の取り消しのようなことができる材料になるきっかけになることはあっても、こういうデータヘルス計画として何か効果というのは期待できるのか。あるいは、その効果を分析することが可能なのか。

事務局：効果の分析は難しいところがあるが、ご本人に見ていただき、期間中にどの程度病院にかかったかということがわかるので、ご本人の健康づくりに関心を持ってもらうための気づき効果として活用ができると思っている。

委員：郵送費も膨大なものになるので、そのお金を使うのであれば、もっとほかに効

果的に使う方法がないのかどうか。どうこうしなさいと提案をするわけではないが、そういうことを疑問に思っている方もいる印象を持つので、また考えていただきたい。

委員：こういうビッグデータを扱う人材は非常に欠乏していると言われており、その解析はなかなか難しいと思うが、役所の中でこの結果を分析するのか。研究機関等と協働して研究、分析、解析するのか。

事務局：データ解析をしていく中で、結果のグラフ化や取りまとめ等、業務的なところは業者に委託をするが、例えば、こういうデータをつくってこういうところは業者と協議しながら作成している。ただ、トータルのコーディネーターをするような人材は、我々職員でも力が及ばないので、相談をしながら進めている。

委員：少し領域は違うが、例えば、京都大学など、素晴らしい方がおられるので、その方々や研究機関、大学等との協働が必要ではないかと思う。

委員：大阪であれば阪大の公衆衛生教室、協会けんぽであれば神戸大でレセプトデータを使って分析などを行っている。そのあたりも、今後、連携して効率的にやっていく必要があるかもしれない。

委員：日常の業務をやりながらこういうデータの解析をするのは並大抵のことではないので、適切な助言が得られる機関・組織があれば、検討してみられではどうか。ところどころで協力の体制ができつつあるので、そういった体制をとっている他の大きな市町を参考にすれば、神戸市にとっても利益になるのではないかと。

事務局：資料4の2ページに記載している、全国の国保連合会においてデータヘルス計画の作成支援事業というのがあり、こちらでも国保連合会から委託された学識経験者等の専門家の方に、例えば市町村ごとの今のデータヘルス計画の案の段階から相談をし、アドバイスをもらう機会もある。それも含め、今後どう進めていくか検討したい。

委員：兵庫県および神戸市の平均寿命の推移はどうなっているのか。沖縄の「26ショック」といって、平成12年ぐらいには1番目か2番目であった平均寿命が26番目になり、今は30位以下になっている。特に男性が低下している。完全な欧米化であり、高齢者ではなく、壮年ぐらいの層が低下している。兵庫県や神戸市でも平均寿命の推移がどうなっているか、その推移から参考になるものが見

えてくるか。

事務局：平均寿命における2010年と2015年の比較だが、まず兵庫県では、男性の平均寿命が2010年で79.59歳、2015年で80.92歳、全国の順位は2010年が47都道府県中23位、2015年が18位である。女性の平均寿命は、2010年が86.14歳、2015年が87.07歳、全国順位は2010年が31位、2015年が25位となっている。神戸市は2015年のデータがまだ出ておらず2010年のデータだけだが、男性の平均寿命が79.6歳、女性が86.0歳、県内の順位は男性が24位、女性が29位となっている。

委員：全国から見たときに、どういう特徴が神戸市にあるのかということが浮き彫りにならないか。

委員：項目が限られているかもしれないが、県や国との比較は、データによっては、やっているのではないか。

事務局：同じデータを保険者ごとに集約しているのだから、例えば、兵庫県の市町村国保の平均でいうとどれぐらいだとか、全国でいうとどれぐらいだとかいうところも比較分析をしながら、神戸市としての特徴があるかどうかを解析していきたい。平均寿命についても、そういう分析をこれからしていきたい。

委員：それは「健康寿命」で集約化したほうがいいと思う。

委員：どういう意識改革をしていくかというところにつながる情報になり得るのではないかと思う。

(2) 資料4（5ページ～）について

事務局 資料説明

<主な意見・質問>

委員：資料4の29ページの本市の健康課題について、データヘルス計画と特定健診とといったような保健事業を集約化して6年で計画を行っていかうとした際に、その年数に対して内容が膨大であるだけに、優先順位と、ある程度の焦点化が必要だと思う。その中には当然本市の特徴、本市にとって特に大事であろう問題点があるかと思う。例えば、一人当たり医療費が年々増加している点是他市でも言え、他にも生活習慣病が全体の4分の1を占めている点も、公衆衛生が出している雑誌ではよくある傾向だと思う。それを加味した上で、本市が特にこの点は重点的にやっていきたい、もしくはやらなくてはならない点はこの健康

課題の中であげるとしたらどれか。

事務局：一人当たりの医療費が年々増加しているというのは全国的な傾向なので、本市の特別な状況ではないかもしれない。そういう視点で健康課題をあげているものもあり、全体のデータの中から出てきたものをあげているものもあり、もう一度精査したい。今、健康課題として考えているものが9点ということであり、内容についてはまたご意見をいただきたい。

委員：特定健診について、この健診の施行前後で、例えばこれが減少しているといったエビデンスがあるか。

事務局：特定健診と医療費との明確な関連性についてはなかなか出ていないと思う。

委員：エビデンスもなく、ただ受診率を上げるとかだけを目指していて無駄ではないか。国でもそういうエビデンスは出していないのか。

事務局：国の統計データで、特定健診を受ける方と受けていない方の医療費について、受けている方のほうが医療費は低いというデータは出ている。そういった意味では特定健診の受診と医療費においては一定の相関関係があると言えるが、因果関係はそれではわからないと考えている。つまり、比較的健康的意識の高い健康な方が、より多く特定健診を受けているということもできる。特定健診を受けたから医療費が安いのか、そもそも健康だから特定健診を受けているのかという相関関係と因果関係は切り分けて考えざるを得ないため、相関関係は明確にあるとは言えるが、因果関係まではあるとはまだ言えない。

委員：総医療費であれば、悪性新生物による医療費も全部含まれるが、特定健診の大きなターゲットの一つは生活習慣病である。神戸市において、特定健診を始めた前後で、生活習慣病の方の罹患率は減っているのか、そうすれば当然医療費は減ってくる、そういうデータはあるか。

事務局：特定健診を始めて以降、特定健診を受けた方の、生活習慣病そのものが減っているかどうかは現時点ではまだはっきりとは分からない。

委員：特定健診の受診率を上げることばかりに努力するよりも、そういうことが一番大事ではないか。始める前と後で全然変わらなければ、この特定健診制度は意義がないので、神戸市としても国にそれなりの提言をしていくべきではないか。

委員：多受診について、例えば、生活保護の方が結構多い。その場合に医療機関としては言いづらいが、生活保護の方にはケースワーカーが指導できる。国保の場

合はどうか。例えばマイスリーなどを複数の医療機関でもらっていることはわかるわけで、保険者として被保険者に指導や注意できる仕組みはあるのか。

事務局：生活保護のような指導の仕組みは直接的にはないが、保健師による重複服薬患者への指導をこれから取り組んでいきたいと思っている。今、データ分析を依頼している業者において、レセプトから調剤情報を取り込み、それを洗い出す作業を考えようとしているので、そういったものを活用して指導をしていきたい。

委員：対象の患者を抽出するのは、それほど難しいことではないと思う。本当に実効性のあることをしようとした際に、おそらく保険者には被保険者に対してそれぐらいの権限があるのではないか。特に向精神薬、中には、血糖降下剤を2箇所でもらって、低血糖になっているという方もいる。

事務局：権限というか、事後に把握して介入していくことになる。当然、患者の健康をどのように考えるかという中での介入は必要だと思っている。重複服薬の問題は、我々だけではなく、市全体として取り組んでいく課題だと考えている。

委員：ほとんどの方は、例えば睡眠導入剤や向精神薬は意図的に自己の意思でもらっているもので難しいかもしれないが、そういう方で、同じ調剤薬局で同一効果の薬剤をもらっている人はほとんどいないでしょう。もしそれが少数でもあったら、薬局への指導ということになる。

事務局：調剤をしている薬局が同じなのか異なっているのかということも調べていきたい。お薬手帳を複数持たれて使い分けている患者もおり、薬剤師もかなり苦慮しているという話も聞いている。指摘いただいたこともあわせて調査をした上で、これから対策を考えていく必要がある。また、お薬手帳を忘れた場合、その場で簡易なものを作られるため、同じ薬局であれば重複服薬が分かるが、別の薬局に持っていかれると分からない。保険者として調べていくべきことだと認識している。

委員：国民健康保険は特定健診の受診率が低いので、相関関係があるかどうかの判断はなかなか難しいと思うが、例えば、組合健保とか特定健診の受診率が高いところでは分析はしていないのか。

委員：分析している。特定保健指導のデータとレセプトデータを突合し、特定健診を受けた人の半年前の検査値もわかり、半年後もフォローアップをしており、その動機づけのやり方と検査データを見た限りでは、改善はしている。しかし、一方で医療費については、協会けんぽに限ってだが、疾病の掘り起こしもある

ため何とも言い難い。ただ、検査値が改善しているということは、その先は、ある程度コントロールさえすれば下げていくであろうと推測はしている。

委員：こういうデータについては、一定の期間を集めないと、短期的な判定を行うのは難しいと思う。経年的にやっていけば、またその間に見えるものが出てくるのではないかと思う。

事務局：一度試みたいと思う。また報告する。それと、国保の中で見ると、特定健診の受診率は政令指定都市の中では真ん中くらいだが、特定保健指導の率は低いので体制を含めてきちんと取り組まないといけないと思っている。

委員：その点については、国保と協会けんぽで連携を組んでいると思う。セット健診のようなやり方をとれば、忙しい人に関しては午前中に検査し、午後に指導するので、結果として実際に受診率が70%になり、通常の数値の3、4倍の率になっているので、受診率の向上についてはやり方次第である。今後さらに普及するような効果的なやり方が目安になってくるのではないかと思うので検討してほしい。

委員：セット健診というのは、これ以上定員を増やしていくところがあり難しいと思うが、特定健診で肥満、腹囲が基準以上であるとか、血圧が基準以上である方は、血液検査のデータがなくても、とりあえず健診・指導を始められるという方向でいけば、指導率が何倍もすぐに上がると思われる。

事務局：今、国でも保健指導の基準の要件緩和というのが考えられているところで、医療機関や健診実施機関ともいろいろ相談をし、早い段階で指導に着手し、そのことによって意識づけを早目にした上で、指導の実施率やその後の効果の充実を図っていけるように取り組んでいきたい。

委員：神戸市が実施しているフレイルチェックでも重要なデータが出てくると思う。要介護予防という意味でも重要だし、一部関連する医療介護の原因となる骨折などの骨・筋肉疾患にも関連してくる。疾患別あるいは状態別で解析されているが、フレイルチェックのデータが蓄積されていけば、またこのデータを使った解析もしていただきたい。

事務局：フレイルチェックについても、今後、全市的に拡充し、広く高齢期の市民に提供をしていきたい。把握したデータについては、介護予防情報、健康寿命の延伸という観点からの活用を考えており、医療費との関連性についても今後、生かして

いきたいと思っている。今年度で第6期の介護保険計画が終了し、現在、第7期の計画素案についてパブリックコメントをしている。介護予防に取り組むということが、どこの都市においても一番重要な課題になっており、フレイル対策をもって介護予防に取り組んでいくことを柱としている。現在は薬局や集団健診会場を中心に65歳を対象に実施しているが、まだ2カ月ほどしか実施していないので、1,300人ほどしか受けていない。また、受けられた方に対しての結果通知がまだ充実できていないことや、ある程度の状態だったらどうしたらいいのかという相談体制が組めていないため、そこを整えていくことと、対象年齢の65歳というのは若すぎるので、そのことも考えて、全市的に要支援よりもっと手前から予防に取り組んでいくことを柱にしていきたいと思っている。

委員：悪性新生物の医療費で、男性と女性とでかなり違いがある。気管・肺がんで男女差がものすごく激しい一因として、男性のほうが喫煙率が高いからだとしたら、神戸市独自で、受動喫煙防止策等の工夫はできないのか。この男女差が激しいという要因は何なのか。

事務局：男女差の要因はまだそこまで解析できていないが、最近、サンキタ通りにあった灰皿が撤去され、禁煙区域も拡充する中で、行政としても受動喫煙の防止にかなり積極的に働きかけて進めている。全国的にも、世界にならって、受動喫煙防止の取り組みはこれからますます進んでいくと思うので、健康部でもそのあたりは進めているところである。データの解析結果の中でそこまで言えるかどうかはわからないが、明らかに、がんというのは、肺も含めて体に悪いということは、これまでもPRをし、取り組みを強化しているところなので、そういった取り組みについては、当然保健福祉局として積極的に進めていく。

委員：喫煙はがんだけでなく、動脈硬化に対しても悪いというはっきりしたデータがイギリスで出ている。コレステロールよりも、喫煙が断トツでトップであるので、喫煙が全身の健康によくないというふうなプロパガンダでないとだめだと思われる。

委員：重症化予防について、特に糖尿病の保健師訪問と、ソーシャルインパクトボンドという2本立てでされているが、ソーシャルインパクトボンドの費用対効果に疑問なところがある。神戸市が直接大阪の業者に保健師を委託しているが、もしこれを続けるのであれば、そのあたりもわかる範囲でデータを提供してい

ただきたい。

事務局：ソーシャルインパクトボンドは、今年度実施をし、109ケースを選び6カ月間の保健指導を行っている。未受診の方を対象に指導及び受診勧奨という医療機関につながるまでの間の指導を進めている。これまでずっと取り組む中で、保健指導そのものがどのようにその後の健康状態の改善につながるかは、なかなかはっきりした情報が得られていないところがある。もちろん保健指導によって、どのようにその後の生活習慣・行動が変容して、それが結果として、その方の健康状態、検査数値に好影響を及ぼすのか否かというのは把握したいと考えている。今回のソーシャルインパクトボンドは、統計の専門家に結果を渡し、一定の解析をしていただく予定なので、かなり科学的な分析で検証ができるのではないかと考えている。それで、6カ月間の保健指導の結果を2年後にはかつたうえで検証をし、どのように効果があったかを見ることを目的にしているのです。その後の展開については、それを経たから再度考える。保健指導は、それなりに健康改善の効果があるのではないかと期待して取り組んでいるが、それは結果を見てみないとわからない。統計データとしての研究結果は、公にできるような形で出させていただく。

委員：委託するのはいいが、その資金を直接神戸市ではなく、民間会社がやっても、結局、出るお金はほぼ一緒であろうから、ソーシャルインパクトボンドを導入しても、成果があったら出るものをなぜわざわざ民間の会社を絡ませるのかというのが疑問である。

事務局：今回は、保健事業だけでなく、その効果検証の部分で一定の費用を払うという理解をしているので、その結果を見ることが出来る仕組みとして実施をしたという旨でご理解いただきたい。

委員：17ページが一番下の「・特定健診受診者のうち医療機関を受診している人は26.7%」とあるが、これは「特定健診受診者のうち医療機関を受診している人」ではなくて、「特定健診を受診し、かつ医療機関を受診している人」という意味ではないか。そうだとすれば、確かに「健診も受けておらず、医療機関も受診していない人16.7%」については、危険といえれば危険だが、もしかしたら極めて健康で、受診も必要ない人かもしれない。もし、「特定健診受診者のうち医療機関を受診している人」と書くのであれば九十何パーセントになるはずである。もう一つ、健診を受けた人29.2% (26.7%+2.5%) の数字と、前の

ページの受診率32.9%が一致していないが、このくらいの誤差は許容できる範囲なのか。

事務局：特定健診の受診者の法定報告は、その年の4月1日時点での人数を母数にしている。その後、出入りがあるので全く一緒にはならないが、一度精査したい。

委員：11ページの生活習慣病の医療費の部分で、「がんを除く」と書いてあるが、なぜがんを除くのか。

事務局：12ページに「がん」について章立てで出しているためである。

委員：12ページは、がん患者の一人当たり医療費がどれだけ高いかが出ているだけであって、全体の医療費は出していない。がんを含んだ生活習慣病の医療費が、医療費全体のどれぐらいを占めるかというのは、それなりに重要なデータだと思う。

事務局：全国的には30%を超えているということなので、またその数字を出してみたい。

委員：資料の17ページの区別の特定健診受診率について、割と区間の格差があると思う。このデータは特定健診受診率しか出していないが、医療費についても、往々にして受診率の高いところはある程度健康意識も高いのではないかという視点もある。神戸市は商業区もあれば、農村区、またオールドニュータウンもあり広いので、そういった地域性も考慮した場合に、あるターゲットに的を絞って健診の受診率を上げたり、生活習慣病の予防をしたほうがいいのではないか。そのあたりについて、今後のデータ分析をどう考えていくのか、方向性があれば教えていただきたい。この会議の議題のメインは、データヘルス計画であり、ある程度神戸市ならではの特徴を考慮した計画を考えることにあると思うが、資料の内容を見る限りでは、神戸市の特徴をもう少し詰めていったほうがいいのではないかと感じたので、一つの糸口として地域性を考慮することを提案させていただいた。

事務局：手元に一人当たり医療費あるいは区別の推移についての資料がないので、次回までにそろえて説明したい。今年度から健康創造都市というのを始めており、その中の関連する一つの取り組みで、まだ固まってはいるが市民コホートのようなことを健康部で実施しようとしている。非常にデリケートだが、地域による健康格差のようなことも調査することを考えている。生活保護率などが影響することもあるので、医療費だけではなくいろいろなことも含めた中で、この国保のデー

タも使い、もっと広い範囲で地域ごとの取り組みをどうしていくのか考えていきたい。

委員：健康格差という話がでたが、「貧困連鎖」という言葉に象徴されているように、「健康の連鎖」というのが協会けんぽのデータで若干出てきている。むし歯などが国の指標として出ているので、国保でも今後シミュレーションするにあたって、例えばこの地域は今この金額でとどまっているが、健康の連鎖が続いた場合、10年後にはさらに膨らんでしまうのではないかという視点もある。

委員：生活保護率であれば、この「区別の特定健診受診率」の棒グラフが逆転してしまう。生活保護の方というのは、医療費が無料で、健康診断の受診率も低いので、神戸市では今年から新たに生活保護に入る方は、健康診断をある程度義務付けている。かなり難しい問題だが、その貧困の連鎖をどこかで断つ施策を、健康の面だけではなく、子どもの学業の面等を、中央区、兵庫区、長田区の3区を対象に協力してする必要があるのではないか。

事務局：長田区と兵庫区では、地域を限定して、生活保護の方に電子版のお薬手帳を必ず持っていただくことを実験的に実施しようとしている。そういうことも含めながら、デリケートな問題なので、気をつけながら実施したいと思う。地域的な格差の話だが、資料のデータは国保についてのグラフであり、当然国保加入者として区間の個性が出ている。中央3区は、国保でいうと、若年単身や外国人が多い特性がある。郊外に行くと、神戸の場合はニュータウン等もあるので、比較的中高年齢層以降、あるいは高齢期の方が多い地域である。それを考えると、年齢層や世帯構成の違いが、健診受診率に出ているのではないかと考えている。健診受診率というのは、例えば、医療費で見た場合、郊外は高齢者が多いので、直接的な関連は見えないかもしれないが、世代の違いでわかる部分や、若年期の健康意識が高齢期にかなり影響があるのではないかという視点での分析を踏まえることで見えてくる部分もあると思うので、一定の前提を置いて、地域や世帯特性のようなものである程度分析できないか一度考えてみたい。

委員：保険料のシミュレーションは、すごく丁寧にしているので、同じように、年齢と地域をクロスさせるようなことをすれば、神戸市ならではの特徴が出てくると思うので、ぜひお願いしたい。

委員：健康課題であげているところで、保健事業の実施状況との対応付けをきっちり

やったほうがいいのか。また、事業の種類別の健康課題、今、現状、事業をやった結果としてどういう課題が出ているのかというところからまた先を考えていくようなアプローチも必要ではないか。

事務局：現状の資料ではまだ十分に対応できていないところもあるので、また反映していきたい。