

医療アクセス

寝屋川市内には、鉄道 4 駅周辺に複数の医療機関がありアクセスしやすく、さらに市域全域において、偏りなく病院や診療所があるため、きめ細かく必要な医療サービスを受けることができます。

寝屋川市には市民病院などの、公立医療機関はないものの、関西医科大学香里病院と地域医療連携を締結するなど、地域に密着した医療を提供することができています。また、寝屋川市医師会等を通じて、行政と病院・診療所との連携を強化するなど、良質な地域医療サービスの充実ならびに地域福祉の向上を図っています。さらに生活圏内に結核や精神科の専門医療機関もあり、安心と利便性のある医療環境にあるといえます。

【図表 2-28】医療提供体制等の比較（平成 27 年 10 月 1 日現在）

	寝屋川市		大阪府	全国
	実数	人口 10 万対	人口 10 万対	人口 10 万対
病院数	14 施設	6.05 施設	6.0 施設	6.7 施設
病床数	1,924 床	831.8 床	1,219.9 床	1,232.1 床
一般診療所数	183 施設	79.1 施設	94.4 施設	79.5 施設
歯科診療所数	129 施設	55.8 施設	62.7 施設	54.1 施設

※病 院：病床数が 20 床以上の医療機関

診療所：入院できる施設がないか、病床数 19 床以下の医療機関

出典：医療施設調査

イ 人口・被保険者の状況

本市の人口は 234,680 人です。国民健康保険被保険者数は 64,036 人、市の人口に占める割合（国保加入率）は、27.3%です。60 歳以上 75 歳未満の国保加入者数は 31,241 人となっており、国保加入者の約半数を占めています。

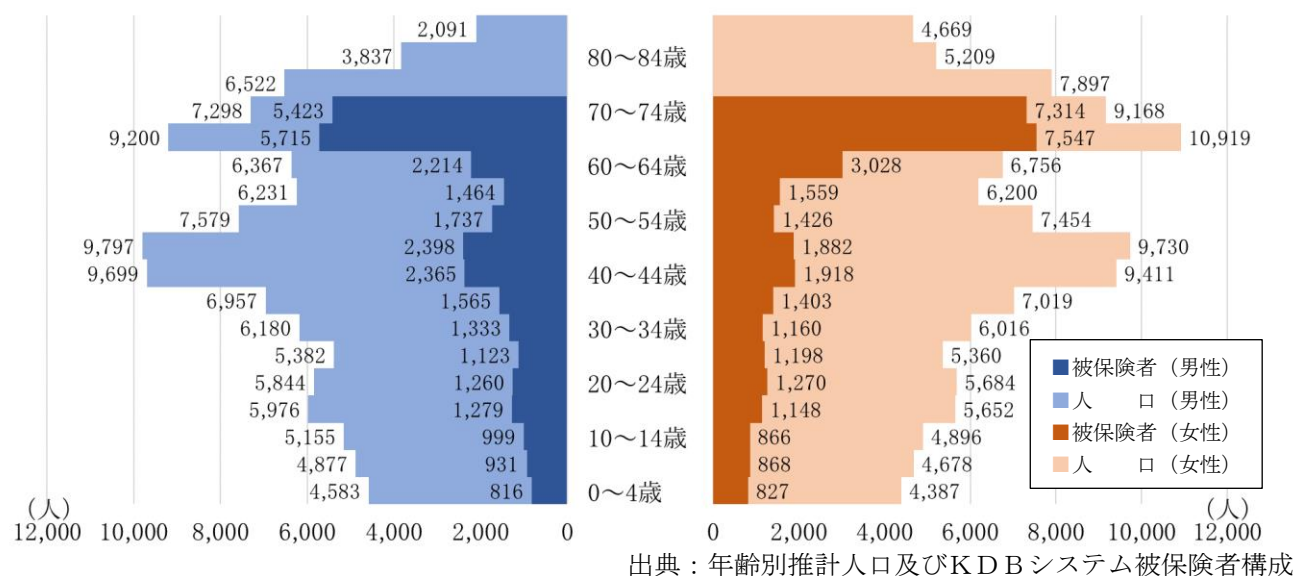
人口の年齢構造をピラミッドに表すると、高年齢層の増加や出生数の減少が特徴的であり、国保の被保険者も同様の傾向にあります（図表 2-29）。

本市の人口における高齢化率*は平成 27 年度には 28.7%であり、徐々に割合が増えています（図表 2-30）。

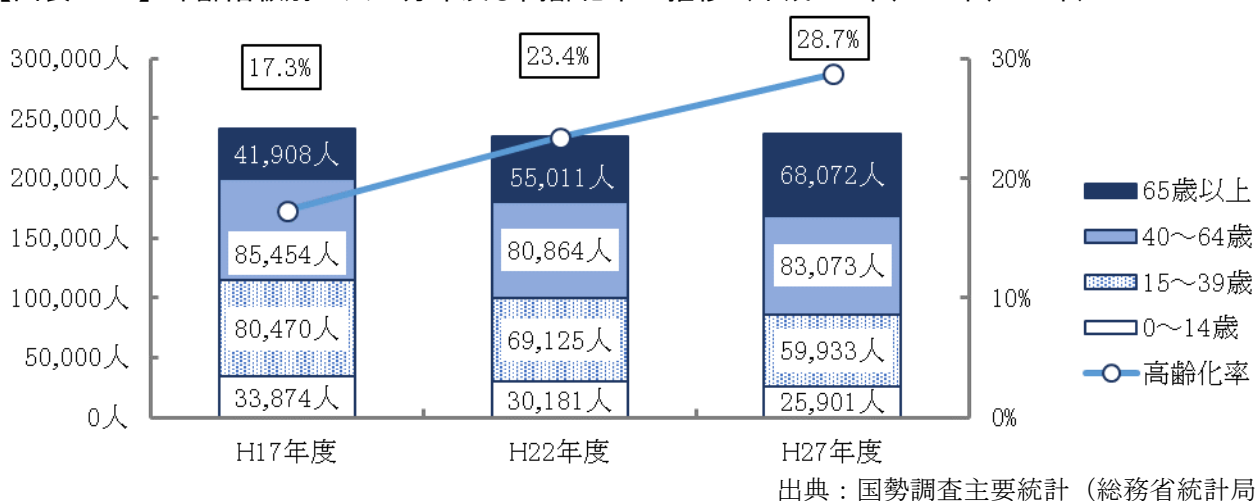
また、国保被保険者の高齢者割合も 40.2%で、同様に増え続けています（図表 2-31）。

※高齢化率：65 歳以上の人口の割合

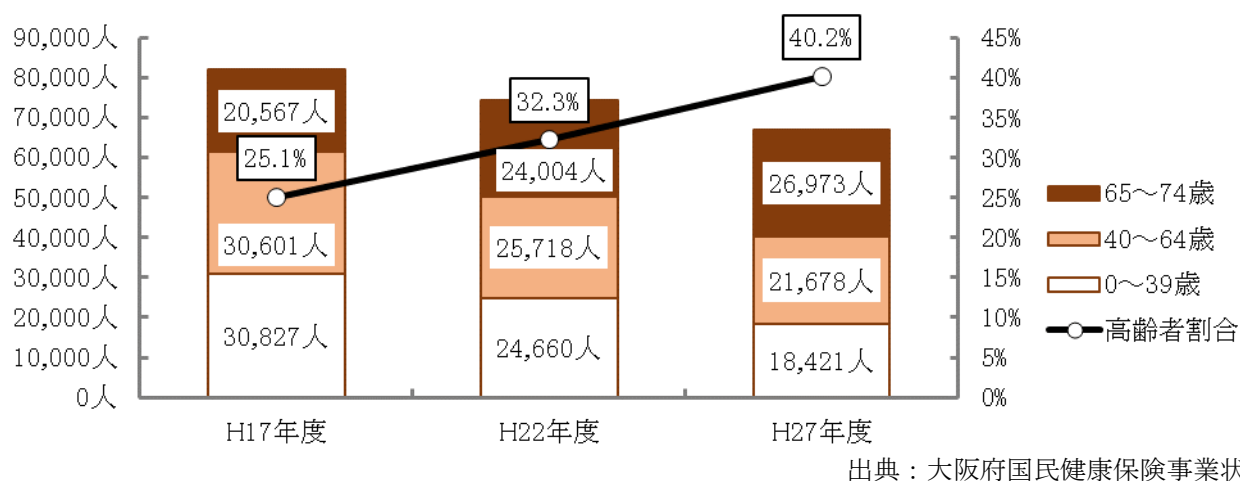
【図表 2-29】性・年齢階級別の人口分布及び国保被保険者分布（平成 29 年 4 月 1 日現在）



【図表 2-30】年齢階級別の人口分布及び高齢化率の推移（平成 17 年、22 年、27 年）



【図表 2-31】年齢階級別の国保被保険者分布及び高齢者割合の推移（平成 17 年、22 年、27 年）

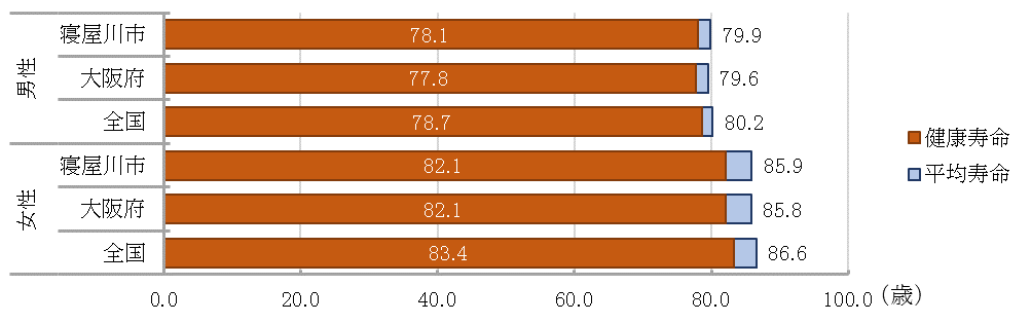


ウ 平均寿命・健康寿命

本市男性の平均寿命は79.9歳、健康寿命は78.1歳で、女性の平均寿命は85.9歳、健康寿命は82.1歳です。ともに大阪府の平均寿命・健康寿命とほぼ同じ水準です。

健康寿命は、健康上問題で日常生活が制限されることがなく日常生活を送ることができる期間です。平均寿命と健康寿命の差は、健康の問題から日常生活に制限がかかる期間であり、本市の男性は1.8年、女性は3.9年です。全国の平均寿命と健康寿命の差は男性1.5歳、女性3.2歳と本市より短く、健康寿命の延伸は本市の課題です。

【図表 2-32】男女別 平均寿命及び健康寿命の比較（平成 25 年度）

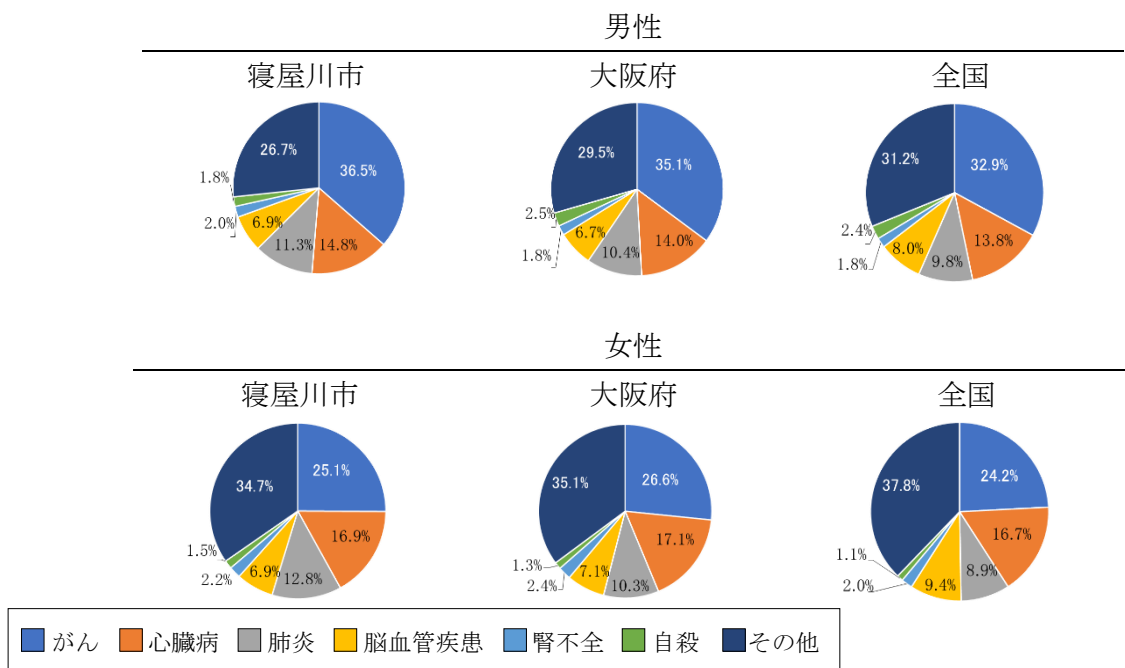


出典：健康寿命算出方法の指針（大阪府保健医療室健康づくり課提供）

エ 標準化死亡比*

本市の死因割合を男女別にみると、男性で全国や大阪府と比べて死因の割合が高いのは、「がん」（36.5%）、「心臓病」（14.8%）、「肺炎」（11.3%）でした。女性は「肺炎」（12.8%）、「自殺」（1.5%）でした。「腎不全」の死亡割合は男性2.0%、女性2.2%で、男女ともに国より0.2ポイントも高いです。

【図表 2-33】男女別の死因割合（平成 27 年度） 寝屋川市、大阪府、全国の円グラフ

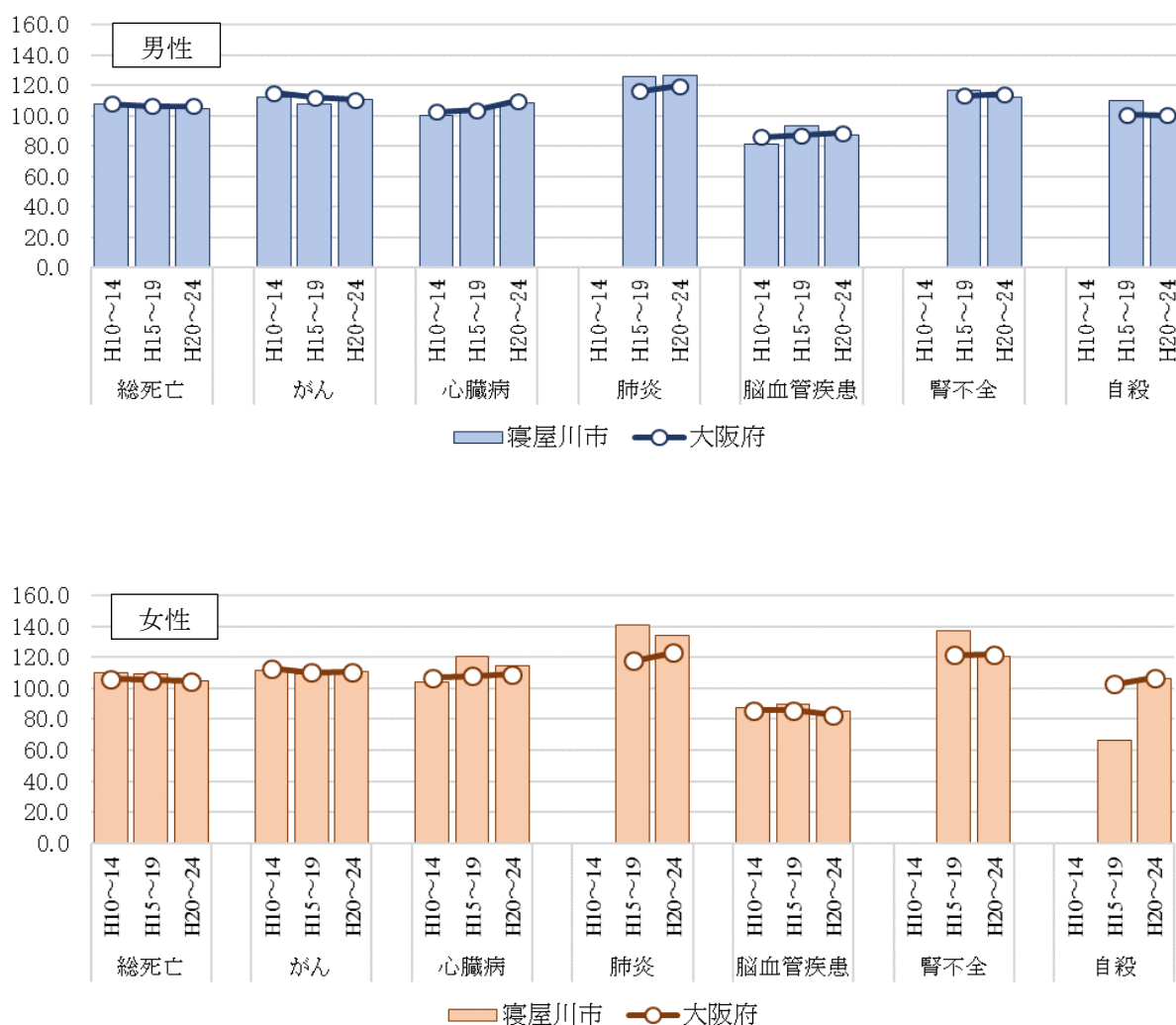


出典：人口動態統計

本市の標準化死亡比は男性 105.0、女性 104.6 で、男女とも全国よりも高い値です。「腎不全」の死亡比が高く、男性 112.2、女性 120.8 ですが、数値は低下しています。

標準化死亡比が上がっている疾患は「心臓病」で、H20～24 年で男性 108.8、女性 109.6 でした。「がん」も男女ともに標準化死亡比が高い疾患です。数値は 110 前後で推移しています。

【図表 2-34】男女別の主要疾病標準化死亡比（全国 100 に対する年齢を考慮した死亡率の比）の推移（平成 10～24 年）



出典：人口動態統計

*標準化死亡比：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。

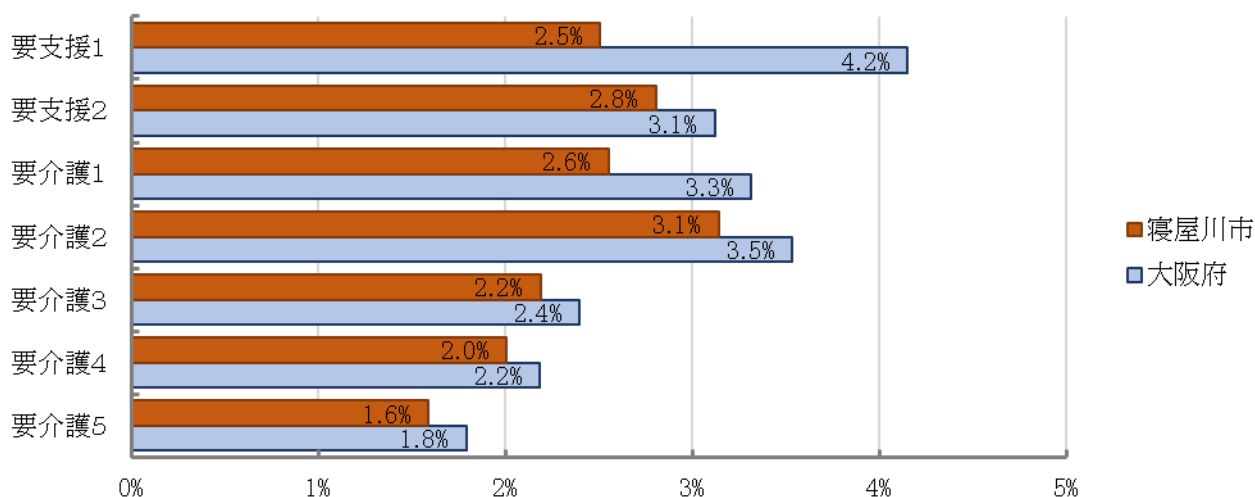
我が国の平均を 100 としており、標準化死亡比が 100 以上の場合は国の平均より死亡率が多いと判断され、100 以下の場合は死亡率が低いと判断される。（厚生労働省 HP より）

オ 要介護認定状況

本市と大阪府の介護度別認定割合、すべての介護度において本市が低いことがわかります。

前述の介護保険受給者の有病状況（P27【図表 2-26】参照）から、年齢層が上がると筋骨格系の有病率が高いため、早期から身体活動を促進することが、介護予防につながります。

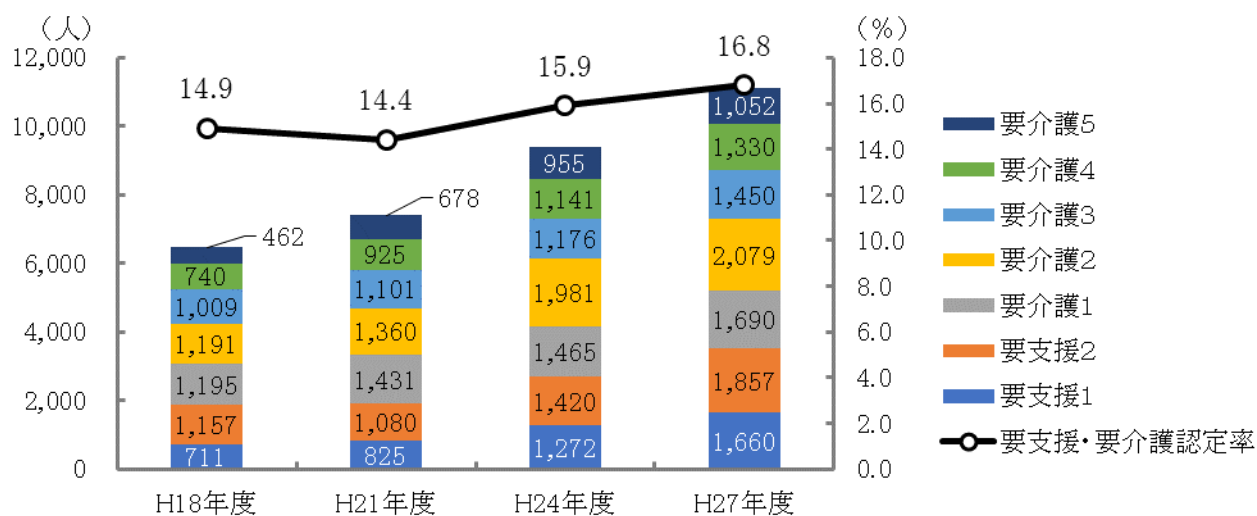
【図表 2-35】第 1 号被保険者全体に占める各要介護度の認定割合（平成 27 年度）



出典：介護保険事業状況報告

本市の第 1 号被保険者全体に占める要支援・要介護認定率は、平成 18 年度 14.9%から平成 27 年は 16.8%に増加しています。人口の高齢化に伴い要介護者は増加し、人数が大きく増えたのは「要支援 1」と「要介護 5」でした。

【図表 2-36】要介護認定状況の推移



出典：介護保険事業状況報告

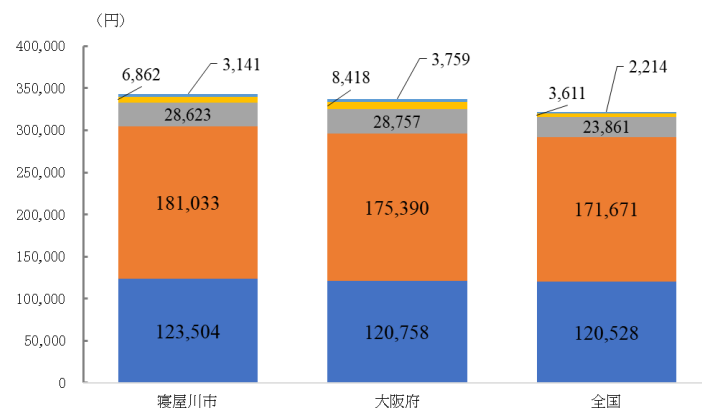
3 医療費分析

(1) 費用区分別医療費（入院、外来＋調剤、歯科、柔整など）

平成 26 年度の被保険者 1 人あたり年間医療費を比較すると、本市の入院・外来ともに、全国や大阪府より高額です。本市の入院 123,504 円と本市の入院外＋調剤 181,033 円、全国は 120,528 円と 171,671 円で比率はほぼ同じでした。

歯科と柔整について全国と比較すると、医療費総額 343,163 円に対し歯科 28,623 円、柔整 6,862 円と割合的に小さく、全体に占める率は全国と同程度でした。ただし、歯科は全国の 1.2 倍、柔整は 1.9 倍でした。

【図表 2-37】被保険者 1 人あたり年間医療費の比較（平成 26 年度）

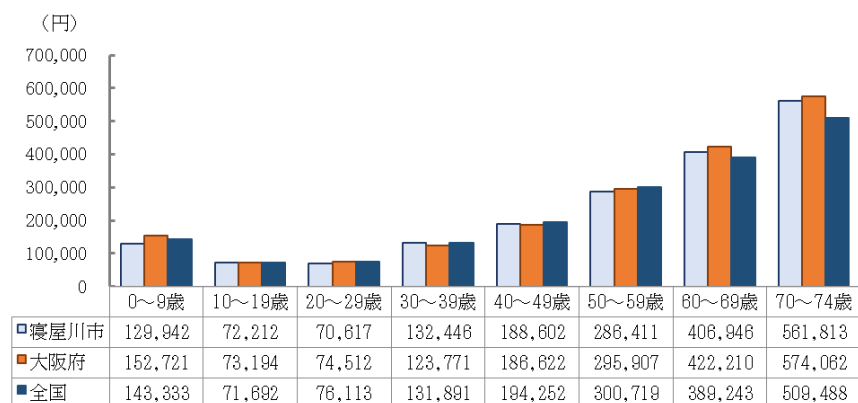


出典：大阪府国民健康保険事業状況・国民健康保険事業年報

年齢階級別の 1 人あたりの総医療費を比べると 10～29 歳の層が最も低く、年齢層が上がるにつれ高くなっています。

1 人あたりの医療費平均を超えるのは 60～69 歳で、医療費は急増していますが伸び率は全国や大阪府と同じ程度です。本市は 70～74 歳の医療費の伸びが大きいですが、大阪府も同様であることを考慮すると、全国と比べて大阪府や本市に多い疾患の医療費が関与していると考えられます。

【図表 2-38】年齢階級別の 1 人あたり総医療費の比較（平成 28 年度）



出典：KDB システム 疾病別医療費分析から算出

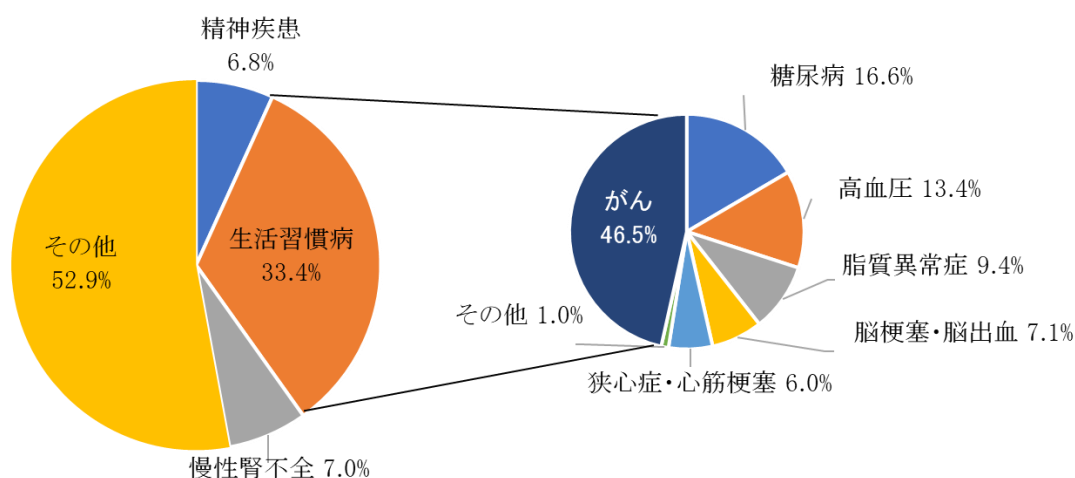
（２）医療費順位の主要疾患別医療費

ア 主要疾患別医療費の分析

本市の全医療費を疾病分類別（大分類）にみると、「生活習慣病」に占める割合は33.4%でした（図表 2-39 左円グラフ）。また、「生活習慣病」を疾患別に分類したものは、右円グラフです。

右円グラフには慢性腎不全を含まず、基礎疾患と動脈硬化性疾患の医療費を確認しています。「がん」(46.5%)が最も多くの割合を占め、「糖尿病」(16.6%)、「高血圧」(13.4%)、「脂質異常症」(9.4%)と続いています。

【図表 2-39】総医療費に占める生活習慣病の割合（平成 28 年度）



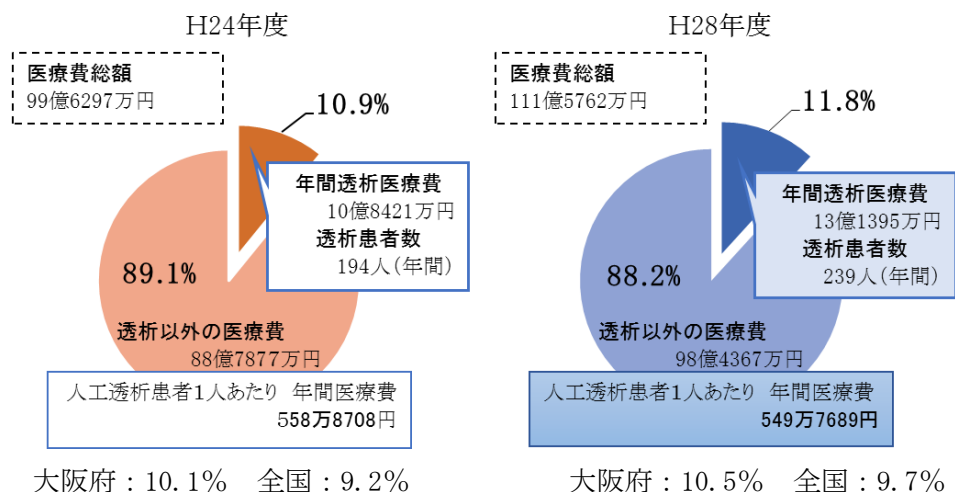
大分類	医療費(円)	生活習慣病内訳	医療費(円)
精神疾患	1,350,575,840	糖尿病	1,099,336,740
生活習慣病	6,636,081,820	高血圧	890,257,660
慢性腎不全	1,384,282,620	脂質異常症	625,303,630
その他	10,524,783,750	脳梗塞・脳出血	468,752,010
総医療費	19,895,724,030	狭心症・心筋梗塞	400,200,840
		その他	66,785,050
		がん	3,085,445,890
		生活習慣病計	6,636,081,820

出典：KDBシステム 疾病別医療費分析

イ 人工透析医療費の分析

平成 28 年度の年間透析医療費は、13 億 1,395 万円で総医療費の 11.8%を占めていました（図表 2-40 右円グラフ）。平成 24 年度から実施している生活習慣病発症予防・重症化予防事業により人工透析医療費の伸び率は抑えられているため、一定の事業効果が出ていると考えられますが、依然大阪府や全国より高い状況です。人工透析患者 1 人あたりの年間医療費は横ばいですが、透析患者数は増加していました。

【図表 2-40】年間総医療費に占める人工透析医療費割合の比較（平成 24 年度⇔平成 28 年度）

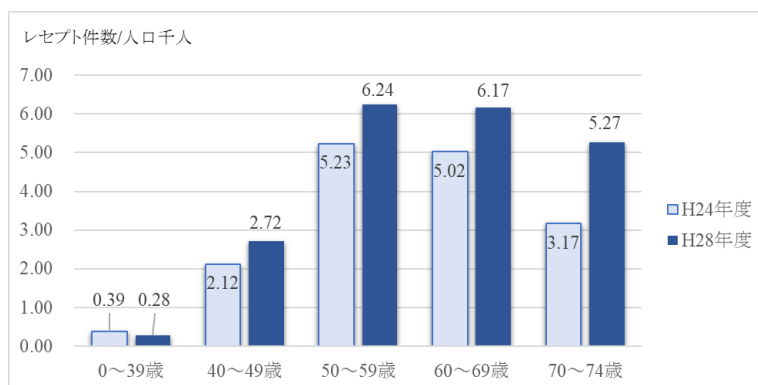


出典：KDBシステム No.3 健診・医療介護データから見る地域の健康課題

平成 24 年度と平成 28 年度の人工透析のレセプト件数を、年齢階級別・被保険者千人あたりで比較すると、40 歳以上のすべての年齢階級で増加しています。65 歳以上は被保険者数と被保険者あたりの患者数が共に増えているため、特に高齢者の人工透析患者が増えていることが確認できました。人工透析の医療費は患者数の増加が大きな要因となるため、引き続き重症化予防事業に取り組んでいかなければなりません。

【図表 2-41】年齢階級別 被保険者千人あたりレセプト件数（人工透析）の比較

（平成 24 年度⇔平成 28 年度）



出典：KDBシステム 疾病別医療費分析（中分類）

（３）性別・年齢階級別の主要疾患患者数

ア 脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析

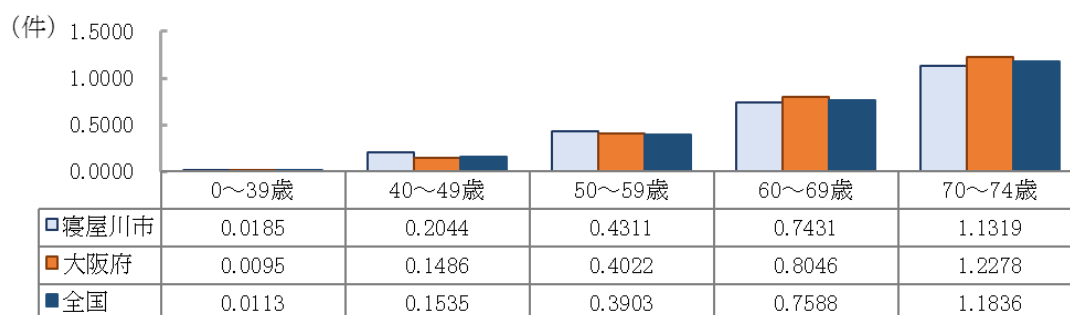
各疾患のレセプト件数をみると、本市は 40～59 歳被保険者の虚血性心疾患件数がわずかに多く、60～74 歳のレセプト件数は全国や大阪府と変わりません。

脳血管疾患は虚血性心疾患と比べてどの年齢階級もレセプト件数が多くなっています。標準化死亡比では低いですが（P32【図表 2-34】参照）、発症して要医療となる対象者の数は虚血性心疾患よりも多くなっています。

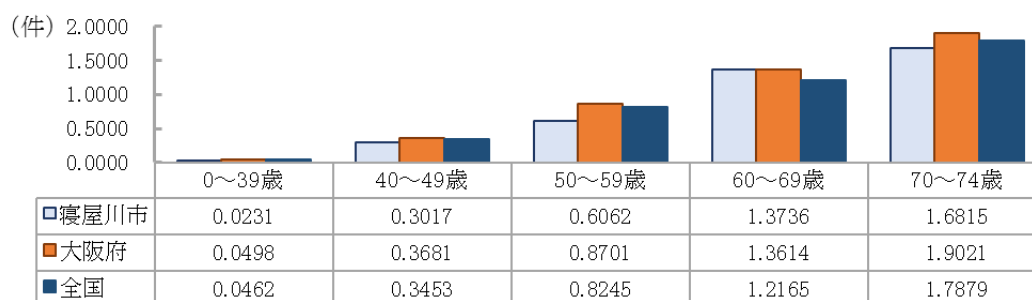
人工透析は、40～74 歳で全国や大阪府と比べてレセプト件数が多く、なかでも 50～59 歳の階級は 40～49 歳に比べ 2 倍を超えており、人口千人あたりのレセプト件数は最も多いです。

生活習慣病が重症化した結果、虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析を発症するため、発症予防のための取組が必要です。

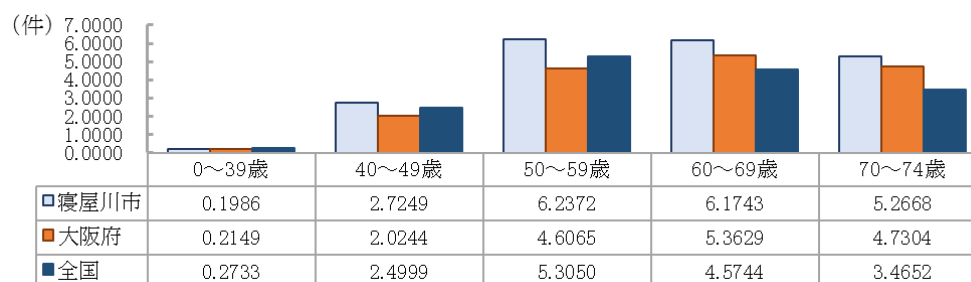
【図表 2-42】年齢階級別 被保険者千人あたりレセプト件数（虚血性心疾患）（平成 28 年度）



【図表 2-43】年齢階級別被保険者千人あたりレセプト件数（脳血管疾患）（平成 28 年度）



【図表 2-44】年齢階級別被保険者千人あたりレセプト件数（人工透析）（平成 28 年度）



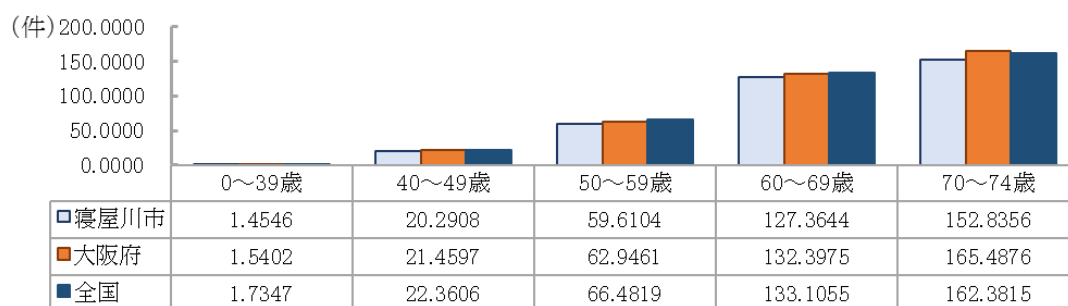
出典：KDBシステム 疾病別医療費分析（細小 82 分類）

イ 高血圧症・糖尿病・脂質異常症

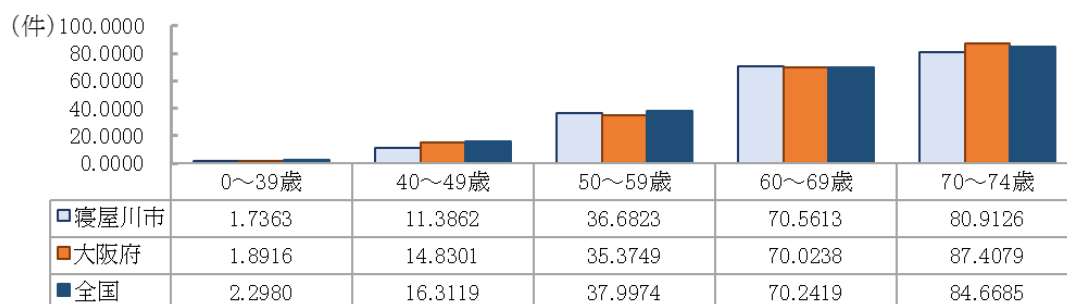
高血圧症・糖尿病・脂質異常症は、動脈硬化の基礎疾患です。ほぼすべての年齢階級において、どの疾患もレセプト件数は少なくなっています。

特に糖尿病においては、50歳未満のレセプト件数が全国の7割程度で、大阪府と比べても低いと確認できます。40歳代は健診未受診者も多く、実態の把握が課題です。

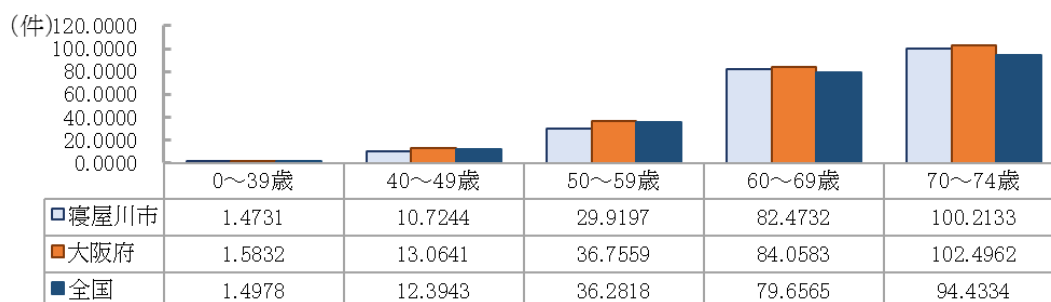
【図表 2-45】年齢階級別被保険者千人あたりレセプト件数（高血圧症）（平成 28 年度）



【図表 2-46】年齢階級別被保険者千人あたりレセプト件数（糖尿病）（平成 28 年度）



【図表 2-47】年齢階級別被保険者千人あたりレセプト件数（脂質異常症）（平成 28 年度）



出典：KDBシステム 疾病別医療費分析（生活習慣病）

ウ ん

がんのレセプトについて外来と入院に分け、男女別と全体で件数及び医療費をみると、全体では外来 16,393 件、入院 2,026 件で、およそ 9 割が外来でした。入院の件数は少ないものの、1 件あたりの医療費は高くなっています。

また、男性は女性よりも入院のレセプト件数が多く、それに伴い医療費も増額しています。

【図表 2-48】がんのレセプト件数と医療費（平成 28 年度）

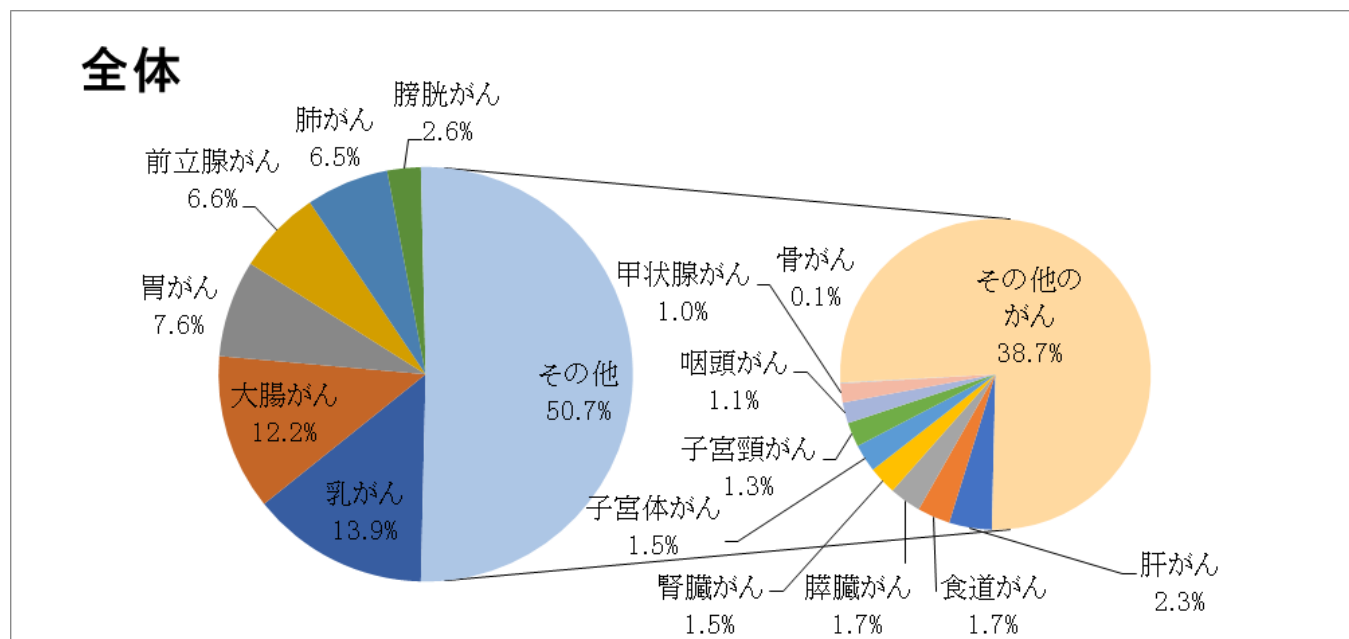
	外 来		入 院	
	レセプト(件)	医療費(円)	レセプト(件)	医療費(円)
全体	16,393	152,306,960	2,026	156,237,629
男性	6,883	80,743,609	1,172	92,128,353
女性	9,510	71,563,351	854	64,109,276

出典：KDB システム 疾病別医療費分析

がんの部位別でみると、全体では「乳がん」13.9%、「大腸がん」12.2%、「胃がん」7.6%、「前立腺がん」6.6%、「肺がん」6.5%と続きます。男女ともに多いのは「大腸がん」で、「胃がん」を上回っていました。男性は「前立腺がん」15.1%、女性は「乳がん」24.5%と「子宮がん」（「体がん」2.6%、「頸がん」2.3%）とそれぞれ性別特有の部位が挙がっており、がん検診で発見できる部位が多いと考えられます。

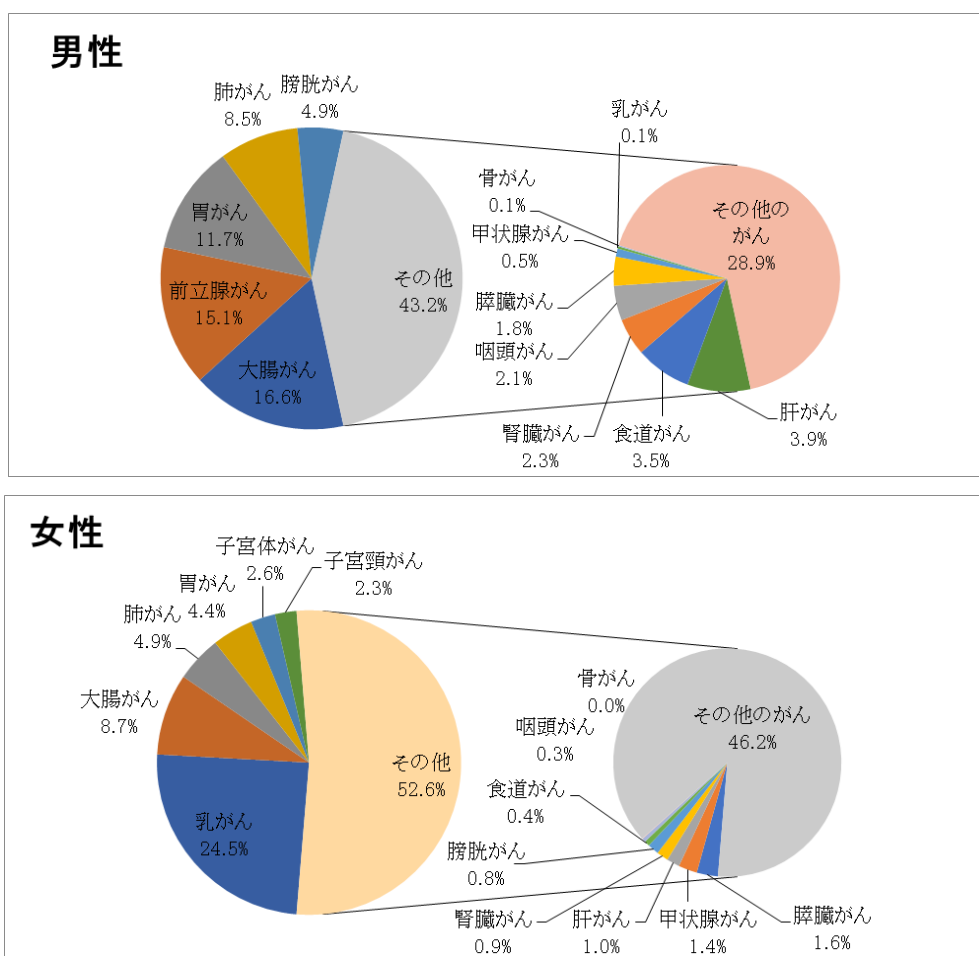
がんは多臓器にわたる疾患であるため、早期発見・早期治療のためにも検診を勧める必要があります。

【図表 2-49】がんの部位別レセプト件数 全体（平成 28 年度）



出典：KDB システム 疾病別医療費分析

【図表 2-50】がんの部位別レセプト件数 男女別（平成 28 年度）

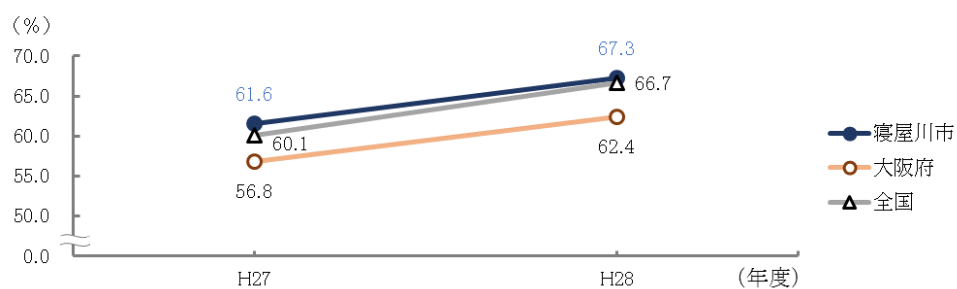


4 後発医薬品の利用状況

本市の後発医薬品の利用率は、平成 27 年度 61.6%、平成 28 年度は 67.3%でした。大阪府よりも 4.9 ポイント高く、全国と同じ程度で利用率が上昇しています。

平成 32 年 9 月までに後発医薬品シェア 80%を目標とする方針が政府から出されたことから、引き続き利用の促進を図る必要があります。

【図表 2-51】後発医薬品利用率の推移（数量ベース）



出典：厚生労働省ホームページ（全国）、大阪府国保連合会独自集計（大阪府・寝屋川市）

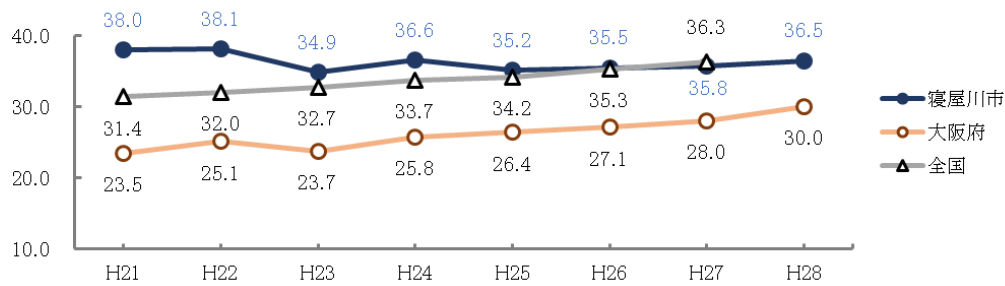
5 特定健診実施状況

(1) 特定健診受診の状況

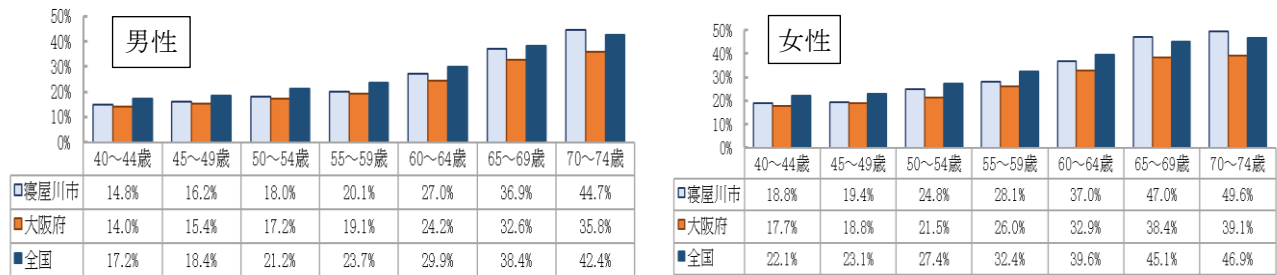
本市の特定健診の受診率は、平成 21 年度 38.0%から昇降し、平成 28 年度の法定報告値では 36.5%でした（図表 2-52）。全国平均とほぼ同じ水準を維持しています。

性・年齢階級別の受診率は、40～64 歳は全国より低いですが、65～74 歳は高くなっています（図表 2-53）。

【図表 2-52】特定健診受診率の推移



【図表 2-53】性・年齢階級別特定健診受診率の全国、大阪府との比較（平成 28 年度）

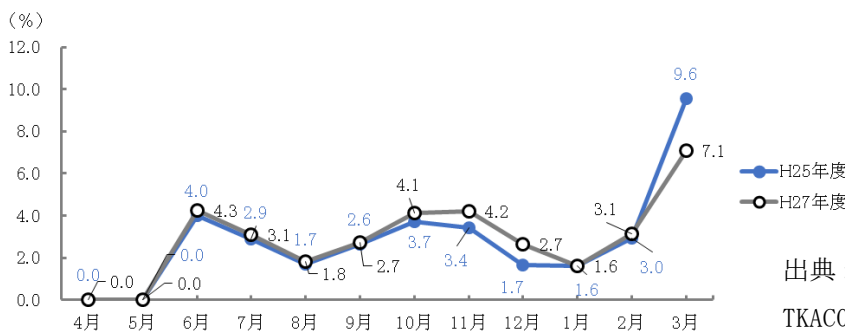


出典：法定報告

本市の特定健診受診者が多い時期（月間）は 1 年の中に 3 回認められ、平成 25・27 年ともに同傾向でした。最初のピークは受診券が発送された直後の 6 月です。次に、未受診者対策の電話等の健診受診勧奨を実施する 11 月に上昇し、さらに年度内の駆け込み受診が 2～3 月にあると推測されます。

月別特定健診受診率の推移を追跡して、未受診者対策を講じていく必要があります。

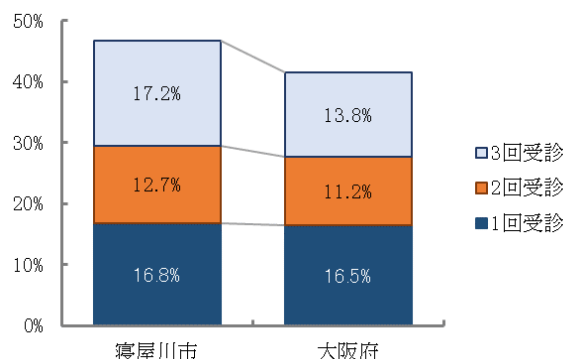
【図表 2-54】月別特定健診受診率の推移（平成 25、27 年度）



出典：特定健診等データ管理システム
TKAC018 特定健診・特定保健指導進捗実績管理表

本市の3年累積特定健診受診率はどの回数も大阪府より高く、なかでも3回受診者の割合は17.2%です。今後、継続受診者を増やす取組と未受診者の掘り起こしが課題です。

【図表 2-55】 3年累積特定健診受診率（平成 26～28 年度）

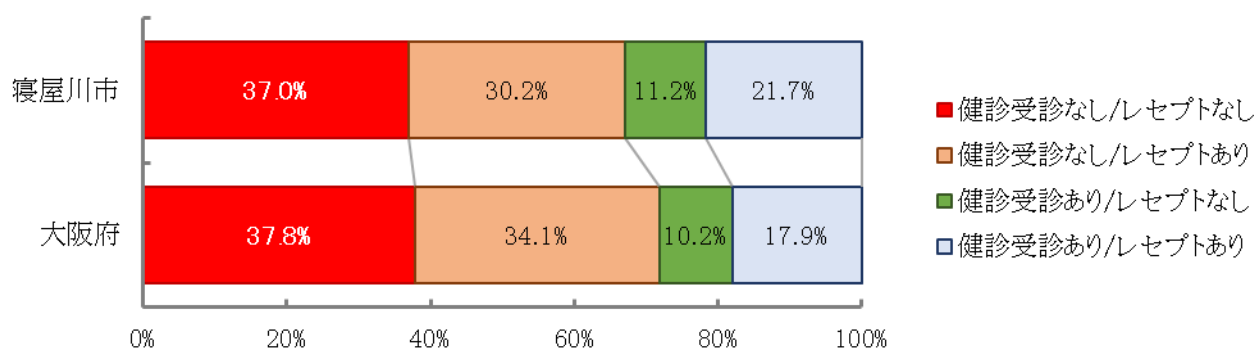


資料：KDBシステム 被保険者管理台帳

平成 27 年度の特定健診受診状況と医療利用状況をみると、生活習慣病のレセプトがある人は51.9%で、そのうち特定健診を受診していない人は30.2%でした。これは、症状があれば医療機関を受診すると考えている人が多いと予測され、生活習慣病についてさらに啓発を行うとともに、医療機関へ定期的な確認の必要性を促すことも重要です。

健診も医療機関へも受診していない人は37.0%であり、健康状態の確認の優先順位が高いため、医療機関への受診勧奨の対策を講じることが必要です。

【図表 2-56】 特定健診受診状況と医療利用状況（平成 27 年度）



出典：KDBシステム 国民健康保険中央会独自集計

（２）特定健診受診者における健康・生活習慣の状況

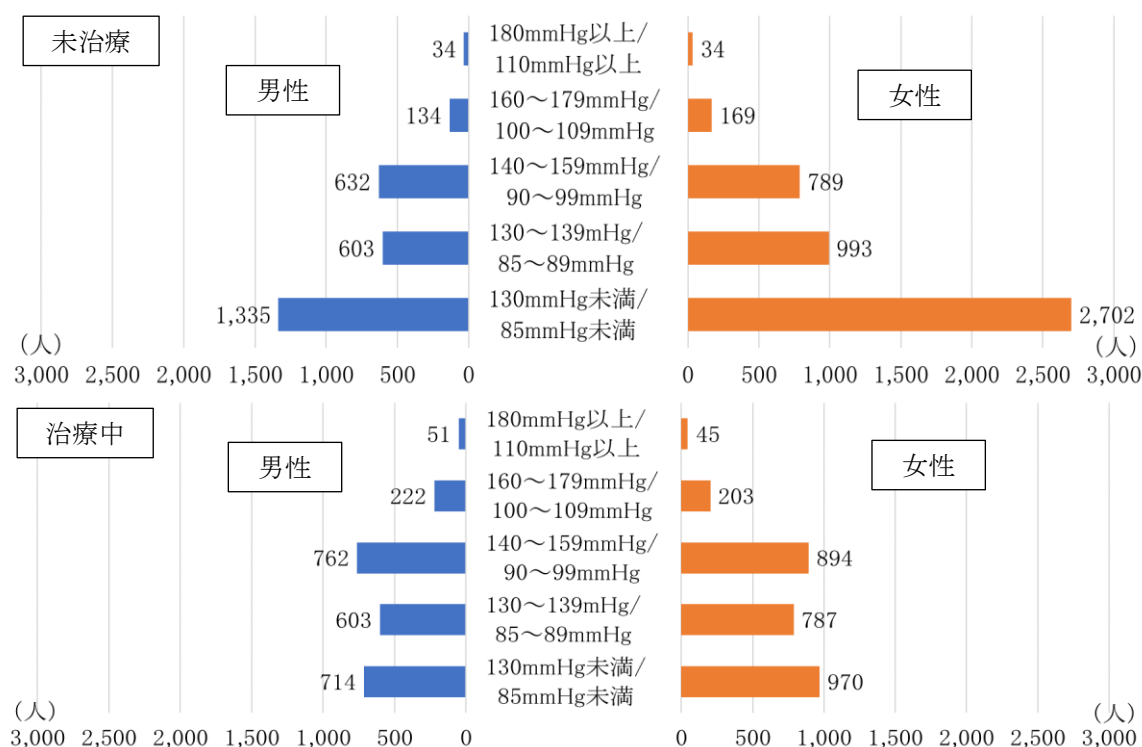
ア 高血圧症

本市の血圧の有所見率は、全国や大阪府と比べて高い傾向が続いています。

治療の有無別に血圧の重症度を分類し、該当者数をみると、治療の必要性が高いⅡ度高血圧（収縮期血圧 160～179／拡張期血圧 100～109）以上に該当する人は、未治療 371 人（男 168 人、女 203 人）、治療中 521 人（男 273 人、女 248 人）でした。

高血圧は自覚症状がないため、個々の状態に応じて定められた降圧目標にむけて、生活習慣の改善が必要です。また、合併症予防のためには適切な医療につなげる必要があります。

【図 2-57】 治療状況別の高血圧重症度別該当者数（平成 28 年度）



出典：KDBシステム 保健指導対象者一覧独自集計

【図表 2-58】 降圧目標

	診察室血圧	家庭血圧
若年、中年、前期高齢者患者	140/90mmHg未満	135/85mmHg未満
後期高齢者患者	150/90mmHg未満 (忍容性があれば140/90mmHg未満)	145/85mmHg未満(目安) (忍容性があれば135/85mmHg未満)
糖尿病患者	130/80mmHg未満	125/75mmHg未満
CKD患者(蛋白尿陽性)	130/80mmHg未満	125/75mmHg未満(目安)
脳血管障害患者 冠動脈疾患患者	140/90mmHg未満	135/85mmHg未満(目安)

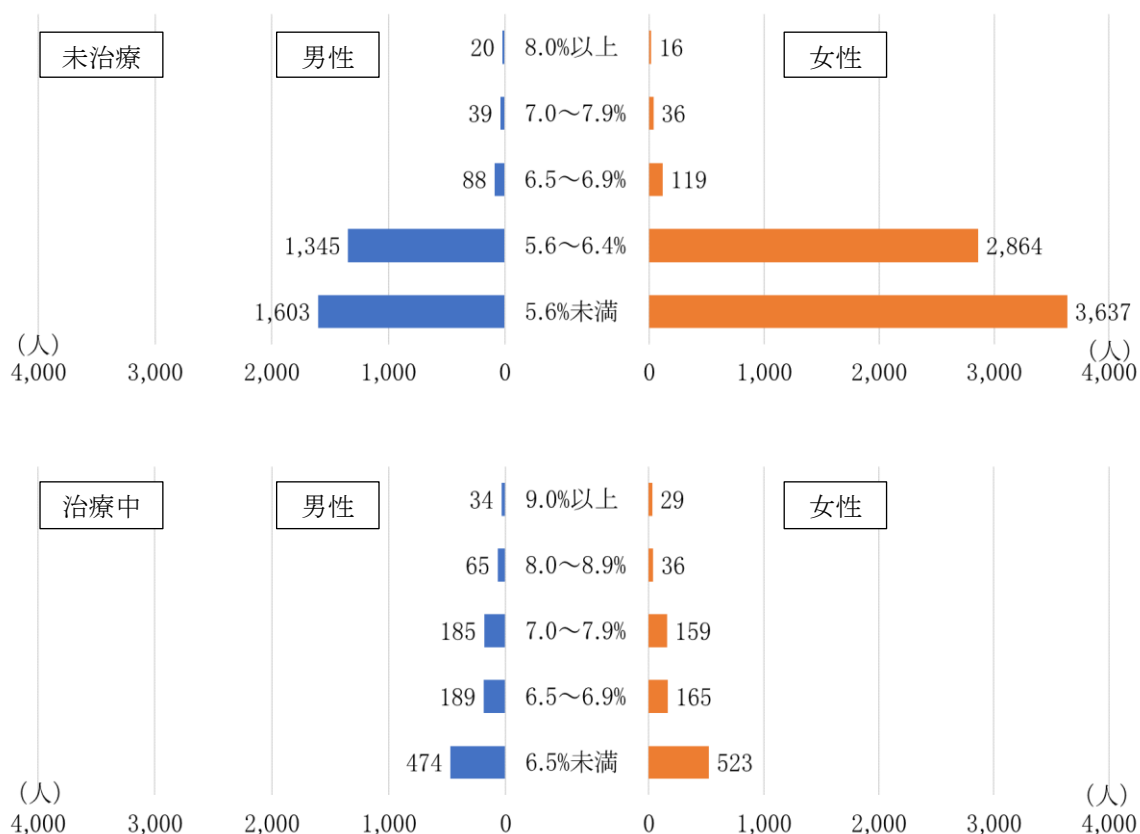
出典：日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会（編）「高血圧治療ガイドライン 2014」

イ 糖尿病

過去1～2か月の血糖を反映するHbA1cを用いて、糖尿病の治療の有無別に血糖値で分類し、糖尿病重症度別該当者数をみると、未治療のうち、合併症発症リスクが高いとされるHbA1c 8.0%以上は男性20人、女性16人でした。生活習慣の取組だけでは改善が難しい値であり、医療受診勧奨が必要な対象者です。

また、1,859人は治療中でした。

【図表 2-59】 治療状況別の糖尿病重症度別該当者数（平成28年度）



資料：KDBシステム 保健指導対象者一覧 独自集計

一般には、血糖コントロールの目標値は図表 2-60 の通りですが、高齢者では低血糖のリスクを回避するために高めの値に設定されています（図表 2-61）。

【図表 2-60】血糖コントロールの目標値

目標	注4)		
	血糖正常化を 目指す際の目標 ^{注1)}	合併症予防 のための目標 ^{注2)}	治療強化が 困難な際の目標 ^{注3)}
HbA1c (%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満

治療目標は年齢、罹病期間、臓器障害、低血糖の危険性、サポート体制などを考慮して個別に設定する。

注 1) 適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法中でも低血糖などの副作用なく達成可能な場合の目標とする。

注 2) 合併症予防の観点から H b A 1 c の目標値を 7%未満とする。対応する血糖値としては、空腹時血糖値 130mg/dL 未満、食後 2 時間血糖値 180mg/dL 未満をおおよその目安とする。

出典：日本糖尿病学会（編・著）「糖尿病治療ガイド 2016-2017」

【図表 2-61】高齢者における血糖コントロールの目標値

患者の特徴・健康状態		カテゴリーⅠ	カテゴリーⅡ	カテゴリーⅢ
		①認知機能正常 かつ ②ADL自立	①軽度認知障害～軽度 認知症 または ②手段的ADL低下、 基本的ADL自立	①中等度以上の認知症 または ②基本的ADL低下 または ③多くの併存疾患や 機能障害
重症低血糖 が危惧され る薬剤（イン スリン製剤、 SU薬、グリ ニド薬など） の使用	なし	7.0%未満	7.0%未満	8.0%未満
	あり	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%) 75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.0%未満 (下限7.0%)	8.5%未満 (下限7.5%)

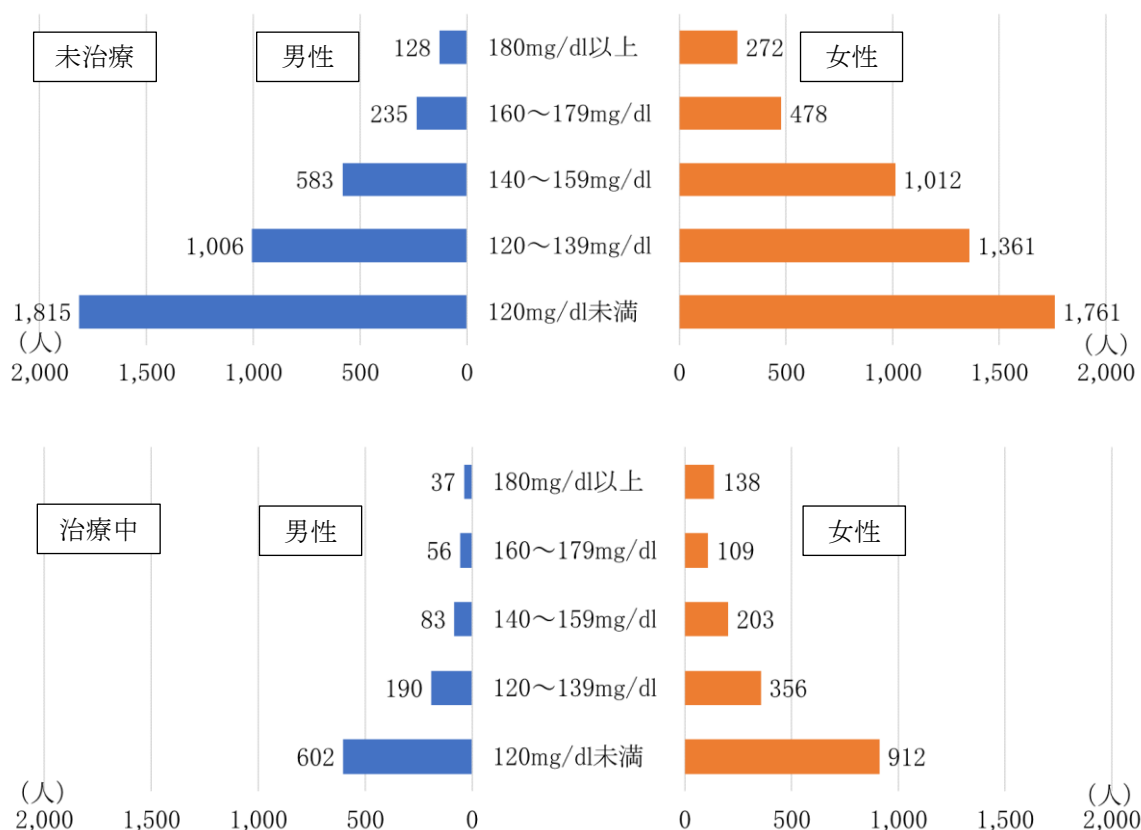
治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的ADL、手段的ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定する。ただし、加齢に伴って重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意する。

出典：日本老年医学会・日本糖尿病学会（編・著）「高齢者糖尿病診療ガイドライン 2017」

ウ 脂質異常症

脂質異常症の中でも高LDL血症は、単独で動脈硬化との関連が指摘され、虚血性心疾患のリスクとされています。高LDL血症を治療の有無別にみると、治療中は女性が多く、数値が高くても未治療の割合は女性のほうが男性よりも多いです。女性は更年期以降に、LDLコレステロール値が上昇します。LDLコレステロールは服薬でコントロールしやすいため、治療中の対象者は120mg/dl以下の割合が高いです。

【図表 2-62】 治療状況別の高LDLコレステロール血症重症度別該当者数（平成 28 年度）



資料：KDBシステム 保健指導対象者一覧 独自集計

【図表 2-63】 リスク区分別脂質管理目標値

治療方針の原則	管理区分	脂質管理目標値 (mg/dL)			
		LDL-C	Non-HDL-C	TG	HDL-C
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適用を考慮する	低リスク	<160	<190	<150	≥40
	中リスク	<140	<170		
	高リスク	<120	<150		
二次予防 生活習慣の是正とともに薬物治療を考慮する	冠動脈疾患の既往	<100 (<70)*	<130 (<100)*		

※家族性高コレステロール血症、急性冠症候群の時に考慮する。

糖尿病でも他の高リスク病態を合併する時にはこれに準ずる。

出典：日本動脈硬化学会（編）「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017 年版」