

**第3期守山市国民健康保険保健事業実施計画
(データヘルス計画)**

**第4期守山市国民健康保険特定健康診査等
実施計画**

令和6(2024)年度～令和11(2029)年度

令和6年3月

守山市

も く じ

第1章 第3期守山市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）

I 計画の概要

1 計画策定の背景と趣旨	1
2 計画の位置づけ	1
3 目的	2
4 計画期間	2

II 基本情報

1 基本的事項	3
(1) 実施体制	
(2) 関係者連携	
2 現状の整理	4
(1) 被保険者の特徴	
(2) 社会資源の状況	
(3) 前期計画に係る考察	
3 基本的事項データ一覧	7
(1) 人口・高齢化率・国保加入率	
(2) 性・年齢別人口の状況	
(3) 性・年齢別被保険者の状況	
(4) 第2期データヘルス計画実績管理表	
(5) 滋賀県・市町国保における共通目標の状況	

III 健康医療情報等の分析

1 被保険者構成の将来推計	8
(1) 人口と高齢化率	
(2) 守山市国保被保険者の状況	
2 死亡の状況	10
(1) 平均寿命と平均自立期間	
(2) 死因別死亡数	
(3) 標準化死亡比（市町村別標準化死亡比（EBSMR））	
3 介護の状況	12
(1) 認定者数・新規認定者数	
(2) 介護認定者の有病状況	
(3) 2号被保険者の原因疾患	
4 医療費の状況	13
(1) 医療費の状況	
(2) 入院、外来医療費	
(3) 疾病別患者数・医療費	
(4) 生活習慣病にかかる疾病別一人当たり医療費	
5 特定健診の状況	19
(1) 特定健診受診率の状況	
(2) 特定保健指導の状況	
(3) 健診有所見の状況	
(4) メタボ該当者、予備群の状況	
(5) 質問票の状況	
6 その他の状況	27
(1) がん検診	

IV 計画全体

1 健康課題	28
2 データヘルス計画全体における目的・目標	29
(1) 第3期データヘルス計画の目標	
(2) 滋賀県・市町国保における共通目標の状況	
3 個別の保健事業	29

V 個別の保健事業

1 ハイリスク者対策	30
2 医療費抑制対策	34
3 糖尿病対策	37
4 特定健診	40
5 特定健診受診率向上対策	43
6 特定保健指導	46
7 がん検診受診率向上対策	48
8 歯科疾患予防対策	52

VI その他

1 データヘルス計画の評価・見直し	55
2 データヘルス計画の公表・周知	55
3 個人情報の取扱い	55
4 地域包括ケアに係る取組	55
5 その他留意事項	55

第2章 第4期守山市国民健康保険特定健康診査等実施計画

1 第4期計画の概要	56
(1) 特定健康診査および特定保健指導の基本的な考え方	
2 計画の目標	56
(1) 計画の目標値	
(2) 特定健康診査等の対象者数	
(3) 目標値を達成するための受診者数等	
3 特定健康診査および特定保健指導の実施方法	59
(1) 特定健康診査の実施方法	
(2) 特定保健指導の実施方法	
4 個人情報の保護に関する事項	66
(1) 基本的な考え方	
(2) 特定健康診査等の記録の保存方法	
(3) 特定健康診査等の記録の利用	
5 特定健康診査等実施計画の公表及び周知に関する事項	66
6 円滑な実施のための取組	66
(1) 関係機関・団体との連携	
(2) 特定保健指導実施者の人材確保と資質の向上	
(3) 計画の評価および見直し	

第1章 第3期守山市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）

I 計画の概要

1 計画策定の背景と趣旨

保険者は、平成20年4月から「高齢者の医療の確保に関する法律(以下、「高確法」という。)」により、40歳から74歳までの被保険者および被扶養者を対象に特定健康診査および特定保健指導を実施するとともに、特定健康診査および特定保健指導の具体的な実施方法や目標等を盛り込んだ「特定健康診査等実施計画」を定めることとされました。

また、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、「すべての健康保険組合に対し、診療報酬明細書(以下、「レセプト」という。)等のデータ分析、それに基づく被保険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。

その方針を踏まえ、厚生労働省は平成26年3月に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を改正し、保険者は健康・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うえで、保健事業の実施および評価等を行うこととされました。

その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和4年12月に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、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該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。」と示されました。

守山市国民健康保険では、平成20年度から「守山市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。）」をスタートするとともに、平成27年度から守山市国民健康保険保健事業実施計画（以下、「データヘルス計画」という。）を定め、保健事業を推進してきました。

この度、「第2期データヘルス計画」（平成27年度から令和5年度まで）および「第3期特定健診等実施計画」（平成30年度から令和5年度まで）が計画の終期を向かえることから、新たに「第3期データヘルス計画」および「第4期特定健診等実施計画」を策定し、効果的かつ効率的な保健事業を実施することにより、被保険者の健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持・向上が図られ、結果として、「健康寿命の延伸」および「医療費の適正化」が図られることを目的とします。

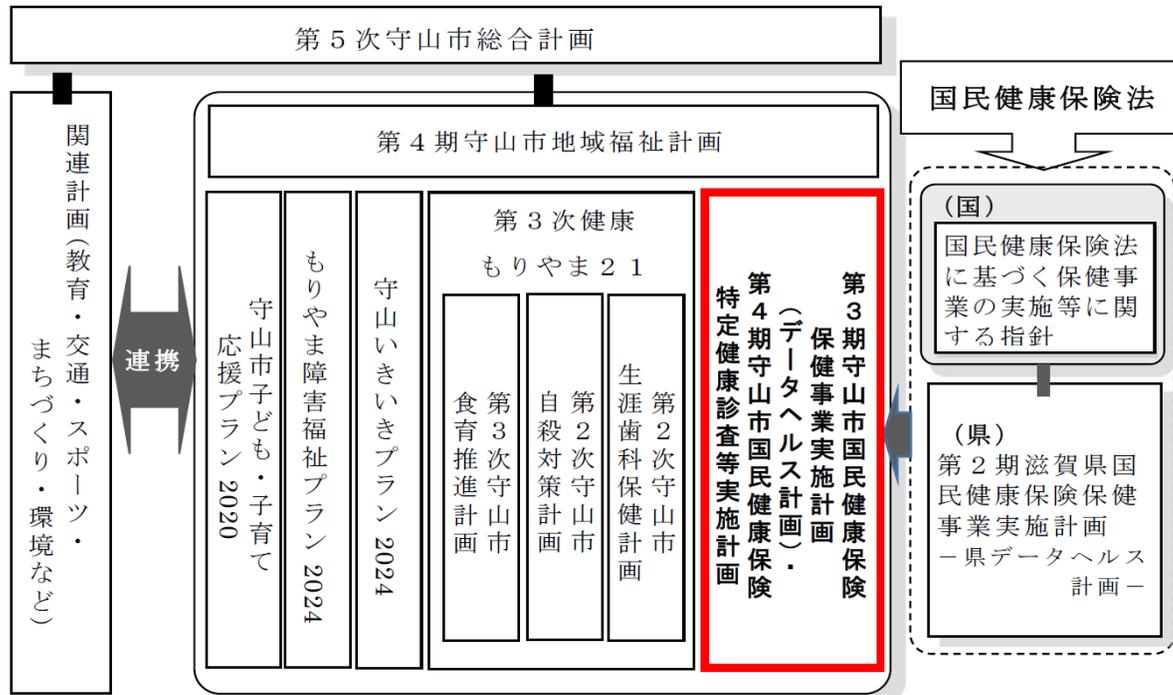
2 計画の位置づけ

- (1) 本計画は、国民健康保険法第82条第4項の規定に基づき、国保被保険者(加入者)の健康保持増進、医療費の適正化を目指し、医療保険者(守山市)が健康・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を行うため、データヘルス計画を策定した上で、保健事業の実施および評価等を行うものです。（表1）
- (2) 本計画は、国民健康保険保健事業の中核をなす特定健康診査および特定保健指導の具体的な実施方法を定めた「特定健診等実施計画」と一体的に作成・推進します。（図1）
- (3) 次期計画の期間は、国・県との整合を図るため、令和6年度から令和11年度まで（6年間）とします。
- (4) 令和3年3月改訂の「第5次守山市総合計画」を上位計画とし、健康増進計画である第3次健康もりやま21と整合性を図り策定しました。（図1）

<表1：守山市国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)期間>

R元	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12
第2期守山市国民健康保険 保健事業実施計画 (データヘルス計画)					評価・改訂	★中間評価					評価・改訂	次期計画
第3期守山市国民健康保険 特定健康診査等実施計画含 (H30-R5)						第3期守山市国民健康保険 保健事業実施計画 (データヘルス計画)						

<図1：守山市国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)体系図>



3 目的

データヘルス計画は、被保険者の特定健康診査の結果やレセプトデータなどの健康・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を実施し、以下に資することを目的とするものです。

- ・被保険者の健康の保持増進
- ・健康寿命の延伸
- ・生活の質（Q O L）の維持および向上
- ・医療費適正化

基本
目標

守山市国保被保険者の健康保持増進および疾病予防による
「健康寿命の延伸」および「医療費の適正化」の実現

4 計画期間

令和6（2024）年度から令和11（2029）年度までの6年間
※令和8（2026）年度に中間評価および見直しを行います。

II 基本情報

1 基本的事項

<p>(1) 実施体制</p>									
<p>(2) 関係者連携</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="251 889 440 1029"> <p>市町国保 (庁内の各部局)</p> </td> <td data-bbox="440 889 1572 1029"> <p>・計画策定は、保健部局が中心となり、PDCAサイクルに沿って、策定・評価・見直しなどを行い、計画評価時には、国保部局、高齢福祉部局と連携を図ります。</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="251 1029 440 1313"> <p>都道府県 (国保部局等)</p> </td> <td data-bbox="440 1029 1572 1313"> <p>・滋賀県が作成する「滋賀県データヘルス計画」では、市町と一体となってデータヘルス計画を推進します。また、広域的な事業の推進や保険者間の連携等により市町を支援します。 ・滋賀県国民健康保険市町連携会議保健事業部会などにおいて、県・県内市町との情報の共有、課題の共有などを行います。</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="251 1313 440 1596"> <p>国保連および 支援・評価委員会</p> </td> <td data-bbox="440 1313 1572 1596"> <p>・計画の評価時などにおいて、健診結果やレセプトデータなどの情報提供、健康・医療情報に基づいた課題分析のための支援を受けます。 ・市町を対象とした「保健事業支援・評価委員会」においては、保健事業が、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な内容となっているか、適切な評価となっているか、専門的な視点から助言を受けます。</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="251 1596 440 1867"> <p>後期高齢者 医療広域連合</p> </td> <td data-bbox="440 1596 1572 1867"> <p>・令和2年度より後期高齢者医療広域連合の委託で開始した「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」において、前期高齢者と後期高齢者の保健事業について連携を図ります。 ・KDBシステム等を通し、健康・医療情報、介護情報の共有を図り、保健事業の評価、見直しを実施します。</p> </td> </tr> </table>	<p>市町国保 (庁内の各部局)</p>	<p>・計画策定は、保健部局が中心となり、PDCAサイクルに沿って、策定・評価・見直しなどを行い、計画評価時には、国保部局、高齢福祉部局と連携を図ります。</p>	<p>都道府県 (国保部局等)</p>	<p>・滋賀県が作成する「滋賀県データヘルス計画」では、市町と一体となってデータヘルス計画を推進します。また、広域的な事業の推進や保険者間の連携等により市町を支援します。 ・滋賀県国民健康保険市町連携会議保健事業部会などにおいて、県・県内市町との情報の共有、課題の共有などを行います。</p>	<p>国保連および 支援・評価委員会</p>	<p>・計画の評価時などにおいて、健診結果やレセプトデータなどの情報提供、健康・医療情報に基づいた課題分析のための支援を受けます。 ・市町を対象とした「保健事業支援・評価委員会」においては、保健事業が、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な内容となっているか、適切な評価となっているか、専門的な視点から助言を受けます。</p>	<p>後期高齢者 医療広域連合</p>	<p>・令和2年度より後期高齢者医療広域連合の委託で開始した「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」において、前期高齢者と後期高齢者の保健事業について連携を図ります。 ・KDBシステム等を通し、健康・医療情報、介護情報の共有を図り、保健事業の評価、見直しを実施します。</p>
<p>市町国保 (庁内の各部局)</p>	<p>・計画策定は、保健部局が中心となり、PDCAサイクルに沿って、策定・評価・見直しなどを行い、計画評価時には、国保部局、高齢福祉部局と連携を図ります。</p>								
<p>都道府県 (国保部局等)</p>	<p>・滋賀県が作成する「滋賀県データヘルス計画」では、市町と一体となってデータヘルス計画を推進します。また、広域的な事業の推進や保険者間の連携等により市町を支援します。 ・滋賀県国民健康保険市町連携会議保健事業部会などにおいて、県・県内市町との情報の共有、課題の共有などを行います。</p>								
<p>国保連および 支援・評価委員会</p>	<p>・計画の評価時などにおいて、健診結果やレセプトデータなどの情報提供、健康・医療情報に基づいた課題分析のための支援を受けます。 ・市町を対象とした「保健事業支援・評価委員会」においては、保健事業が、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な内容となっているか、適切な評価となっているか、専門的な視点から助言を受けます。</p>								
<p>後期高齢者 医療広域連合</p>	<p>・令和2年度より後期高齢者医療広域連合の委託で開始した「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」において、前期高齢者と後期高齢者の保健事業について連携を図ります。 ・KDBシステム等を通し、健康・医療情報、介護情報の共有を図り、保健事業の評価、見直しを実施します。</p>								

2 現状の整理

<p>(1) 被保険者の特徴</p>	<p>【人口、高齢化率】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本市の人口は82,006人（令和2年度国勢調査：データヘルス計画策定のための支援資料集より）であり、人口は全国的に減少するなか、本市は増加傾向にあり、令和17年まで増加する見通しです。 ・高齢化率は22.1%であり、県平均よりも低いものの、年々上昇しており、令和17年には高齢化率が25%(4人に1人)を超えると予測されています。 <p>【被保険者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国保被保険者数は13,407人（令和4年3月末時点）で、被保険者の年代別割合は以下のとおり、約半数が65歳以上です。 0～39歳：21.8%、40～64歳：30.8%、65～74歳：47.5% ※守山市国民健康保険(被保険者数の状況)令和05年5月診療(取扱)分より ・守山市国保への加入率は、16.3%（令和4年3月末時点）で、年々低下しており、県平均を下回る状況です。 ・守山市国保加入率の減少は、社保の加入要件緩和や高齢化（後期高齢者医療制度への加入）が一因と推測されます。
<p>(2) 社会資源の状況</p>	<p>【地域づくり・インフラ等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の特徴として、自治会加入率が9割以上と非常に高いことが挙げられます。 ・健康推進員などの地域の方々の協力を得て健康づくりを推進しています。 ・本市は、京都・大阪へのアクセスが1時間圏内で、市外・県外への通勤者が多く、ベッドタウン化が進んでいます。また、交通網では栗東ICに近接し、琵琶湖大橋を有していることから、琵琶湖対岸へのアクセスも良好となっています。 <p>●南部圏域・中部圏域</p> <p>（南部圏域：守山学区、小津学区）（中部圏域：吉身学区、玉津学区）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・住宅地が広い面積を占め、近年、駅周辺地域では高層マンションが増えています。そのため、同じ学区内でも昔ながらの人々のつながりが色濃く残り、住民が主体的に地域のつながりづくりのための活動を行っている地域がある一方で、マンションなどでは、住民同士の関係が希薄な傾向にあります。 ・守山学区・小津学区・玉津学区では伝統的な祭り（勝部の火祭り、近江のケンケト祭り長刀振り）などの継承もみられます。 ・スーパー、コンビニ、ジム、公園等が日常生活圏域に比較的多数あります。 <p>●北部圏域</p> <p>（北部圏域：河西学区、速野学区、中洲学区）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・県道沿いは新興住宅地が立ち並ぶ一方で、少し中の道に入ると古民家があり、住民の年代層は分かれている地域があります。速野学区には「おうみんち」や「びわこ地球市民の森」といった市内外の人々が多く利用するスポットがあり、老若男女問わず地域住民の交流の場となっています。 ・中洲学区は市内で最も高齢化が進んでおり、田畑が多い地域です。学区は野洲川で分断され、川を境に利便性等に差があります。 ・河西学区は年少人口が市内で最も多い一方で、土地開発で転入してきた者の高齢化、高齢者世帯や一人暮らしの増加が見られます。

(2) 社会資源の状況
(つづき)

・ 駅から遠い北部圏域は、日常生活圏域に店舗等が少ないため、自家用車などの交通手段が必須となります。

・ また、高齢化率においても、北部圏域は南部・中部圏域と比較し、上昇しており、人口の減少や一人暮らしの高齢者世帯が増加しています。

【医療機関】

・ 市内には、都道府県がん診療連携拠点病院である滋賀県立総合病院(400床)や県内最大規模の回復期病床を有する済生会守山市民病院(199床)があり、また、隣接市には、3次救急医療機関を担う済生会滋賀県病院(393床)があることから、医療資源は豊富な状況です。

・ また、南部・中部圏域の人口増加とともに、この地域の診療機関（医科・歯科）も増加傾向にあります。

【介護保険事業の状況】
(要支援・要介護認定者数)

・ 要介護認定者数は3,347人（令和4年度）で年々増加しており、特に第1号被保険者数の伸びは人口全体の伸びより大きくなっています。

・ 認定者数の構成比は、要介護1の割合が最も多く、要介護4以上の重度者の割合が少ない状態が継続しています。

・ 要介護認定率は、16%から17%前半で推移しており、国・県と比較すると低い状況です。

(居宅サービス利用者)

・ 訪問介護、訪問看護：訪問介護（令和4年度年間給付回数：79,460回）、訪問看護（令和4年度年間給付回数：38,583回）で利用が伸びています。

・ 通所介護（令和4年度年間給付回数：79,089回）、短期入所（令和4年度年間給付回数：21,577回）は横ばい、やや減少傾向にあります。

(施設サービス利用者)

・ 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）：令和4年度の年間給付人数は2,769人であり、本市を含む近隣市で平成29年、令和2、3、5年に新しい施設が開所されたことで年々増加しており、今後も増加することが見込まれます。

・ 介護老人保健施設：令和4年度の年間給付人数は1,543人であり、ほぼ横ばいの状況です。

・ 介護療養型医療施設：令和6年度に廃止される予定です。平成30年度の制度改正により介護医療院（要介護等認定者の長期療養・生活施設）が開所され、令和元年度に草津市に開所以後、215人（令和4年度年間給付人数）まで増加しています。

(地域密着型サービス利用者)

・ 小規模多機能型居宅介護：平成29、30年、令和5年に新たに事業所が開所されたことにより増加傾向にありますが、令和2年度では新型コロナウイルス感染症の影響により減少し、令和4年度では1,144人（令和4年度年間給付人数）となりました。

・ 密着型介護老人福祉施設：令和2、3年に本市に施設が開所されたことにより増加し、1,178人（令和4年度年間給付人数）となっています。

・ 認知症対応型グループホーム：令和2年に本市に施設が開所されたことにより増加し、1,222人（令和4年度年間給付人数）となっています。

(3) 前期計画に係る
考察

※実績はP7「3 基
本的事項データ
覧」参照

【特定健診受診率向上対策について】

- ・特定健診受診率は計画当初は30%台で推移していましたが、計画期間中にナッジ理論などを用いた個別勧奨を強化することにより、平成30年度には初めて40%を超える受診率となりました。
- ・特に、40歳代の健診受診率は目標値を達成するなど、効果的かつ効率的な勧奨ができました。
- ・しかしながら、受診率が40%を超えた平成30年度以降伸び悩んでおり、現状では、健診対象者の過半数を超える者の健康リスクが不明な状況となっています。
- ・今後は、健康無関心層へのアプローチ、個別勧奨の効果がある未受診者・不定期受診者に対するアプローチなど、受診率向上のための取組が必要です。

【生活習慣病発症予防について】

- ・最終評価結果では、メタボリックシンドローム予備群の割合は目標値を達成しましたが、メタボリックシンドローム該当者の割合は第2期計画の策定時より悪化しました。
- ・また、特定保健指導の利用率・実施率（終了率）は年代別にアプローチ方法を工夫（訪問・電話・オンライン）するなどした結果、向上させることができました。
- ・生活習慣病の発症・重症化予防のための、利用率および実施率（終了率）を上げるための取組が必要です。

【糖尿病対策について】

- ・非肥満高血糖の割合は計画策定時より改善しましたが、HbA1c有所見者の割合は県内で上位(R4:県内1位)に位置し、第2期計画の策定時より悪化しました。
- ・問診票等から被保険者の特性を分析し、生活習慣改善のためのアプローチが必要です。
- ・また、糖尿病性腎症の域に達していても病識がない者や糖尿病を悪化させないための食事等について知識がない者が多く、医療機関と連携した糖尿病発症時のアプローチが重要です。

【生活習慣病重症化予防について】

- ・ハイリスク者の医療機関受診率は目標値を達成しましたが、重症化予防対象者の割合は増加傾向にあり、第2期計画の策定時より悪化しました。生活習慣病発症者は複数の生活習慣病を発症することが多く、それぞれの生活習慣病が重症化しない取組が必要です。

【疾病管理について】

- ・疾病管理について、一人当たりの医療費伸び率、入院費用の割合等は目標値を達成しましたが、生活習慣病保有率は増加傾向にあり、第2期計画の策定時より悪化しています。
- ・今後、生活習慣病を要因とした医療費の増加が懸念されるため、生活習慣病の発症・重症化を予防する取組が必要です。

3 基本的事項データ一覧

(1) 人口・高齢化率・ 国保加入率			H22		H27		R02	
	人口※		74,004		78,501		82,006	
	高齢化率		17.5%		20.9%		22.1%	
			H29	H30	R01	R02	R03	R04
	国保被保険者数※		15,315	14,808	14,458	14,384	14,042	13,407
	国保加入率		19.5%	18.9%	18.4%	18.3%	17.9%	16.3%
	国保加入者平均年齢		53.1	53.5	53.8	54.2	54.5	54.4

出典：データヘルス計画策定のための支援資料集「人口構成」「国保の状況」

(2) 性・年齢 別人口の 状況	R4	男性		女性		合計	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
	0～39歳	18,139	45.1	17,876	42.7	36,015	43.9
	40～49歳	6,803	16.9	6,937	16.6	13,740	16.8
	50～59歳	5,075	12.6	5,062	12.1	10,137	12.4
	60～69歳	4,050	10.1	4,366	10.4	8,416	10.3
	70～79歳	4,114	10.2	4,548	10.9	8,662	10.6
	80～89歳	1,728	4.3	2,355	5.6	4,083	5.0
	90歳以上	272	0.7	681	1.6	953	1.2
	計	40,181	100	41,825	100	82,006	100

出典：データヘルス計画策定のための支援資料集「人口構成」

(3) 性・年齢 別被保険 者の状況	R4	男性		女性		合計	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
	0～39歳	1,535	24.3	1,445	20.36	2,980	22.2
	40～49歳	789	12.5	663	9.34	1,452	10.8
	50～59歳	802	12.7	719	10.13	1,521	11.3
	60～69歳	1,458	23.1	1,993	28.09	3,451	25.7
	70～74歳	1,727	27.4	2,276	32.07	4,003	29.9
	(再)65～74歳	2,747	43.5	3,604	50.79	6,351	47.4

出典：データヘルス計画策定のための支援資料集「国保の状況」

(4) 第2期 データヘル ス計画 実績管理 表	目標	第1期 計画策定時	計画策定時	第2期データヘルス計画						評価
		H26 (2014)	H29 (2017)	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)	
		長期目標	生活習慣病保有率	37.1%	39.4%	39.8%	40.3%	39.7%	41.3%	
	入院費用の割合	37.9%	38.3%	38.0%	38.5%	39.1%	36.5%	36.2%	現状維持	S
	一人当たりの医療費伸び率	102.8%	100.1%	99.9%	105.4%	99.1%	102.5%	102.2%	102.8%	S
中期目標	メタボリックシンドローム該当者の割合	17.1%	18.0%	17.8%	18.7%	20.1%	19.2%	19.7%	15.5%	C
	メタボリックシンドローム予備群の割合	9.9%	10.5%	10.5%	11.1%	10.9%	10.0%	9.4%	8.8%	A
	HbA1cの有所見者の割合	59.5%	65.2%	60.8%	58.9%	59.8%	62.7%	65.9%	53.6%	C
	非肥満高血糖の割合	9.8%	9.5%	9.0%	8.3%	8.1%	8.6%	8.4%	7.7%	A
	LDLコレステロール有所見者の割合	52.0%	53.7%	52.9%	51.3%	47.6%	51.1%	50.6%	46.8%	A
	収縮期血圧有所見者の割合	44.9%	44.9%	43.7%	41.4%	59.8%	45.7%	44.7%	40.4%	B
	重症化予防対象者の割合	30.1%	30.0%	29.3%	29.6%	33.0%	30.7%	31.3%	現状維持	C

【評価】 S:目標達成 A:改善 B:大きな変化なし C:悪化

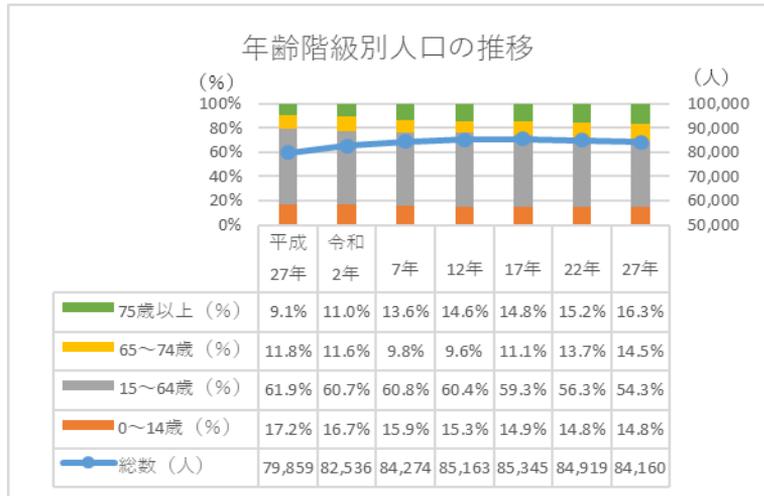
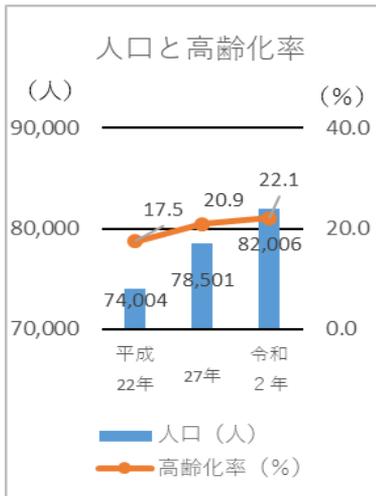
(5) 滋賀県・ 市町国保 における 共通目標 の状況	目標	計画策定時	第2期データヘルス計画						評価
		H29 (2017)	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)	
		特定健診受診率	38.4%	43.3%	43.3%	41.1%	41.8%	42.3%	
	継続受診割合	73.9%	77.0%	74.8%	71.5%	73.4%	70.5%	75%以上	C
	新規受診者割合	16.0%	18.8%	15.2%	16.3%	14.2%	16.4%	19%以上	B
	3年連続未受診者割合	41.7%	40.0%	39.2%	38.4%	38.8%	39.1%	40%以下	S
	40歳代の健診受診率	16.2%	17.9%	18.5%	19.1%	22.0%	23.3%	19%以上	S
	50歳代の健診受診率	21.2%	26.0%	24.3%	25.5%	26.0%	27.3%	28.5%以上	A
	特定健診未受診者かつ医療機関受診なし者の割合	36.0%	36.3%	36.7%	36.5%	35.1%	36.2%	35%以下	B
	情報提供実施率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100%	S
	特定保健指導実施率	52.5%	54.2%	51.6%	44.1%	45.6%	57.9%	60%以上	A
受診勧奨判定値 以上の者の 医療機関受診率	受診判定値以上の者の医療機関受診率	—	42.2%	69.2%	75.8%	73.3%	71.7%	60%以上	S
	上記のうち、別に定めるハイリスク者の 勧奨・再勧奨実施率	100.0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	S
	上記のうち、別に定める ハイリスク者の医療機関受診率	94.3%	90.8%	92.1%	96.3%	94.9%	94.3%	80%以上	S

【評価】 S:目標達成 A:改善 B:大きな変化なし C:悪化

III 健康医療情報等の分析

1 被保険者構成の将来推計

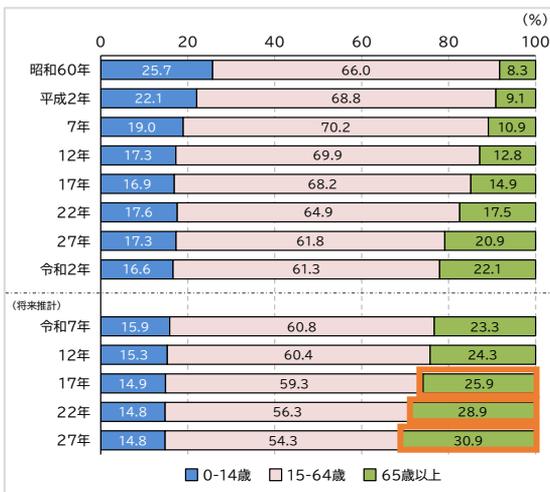
(1) 人口と高齢化率



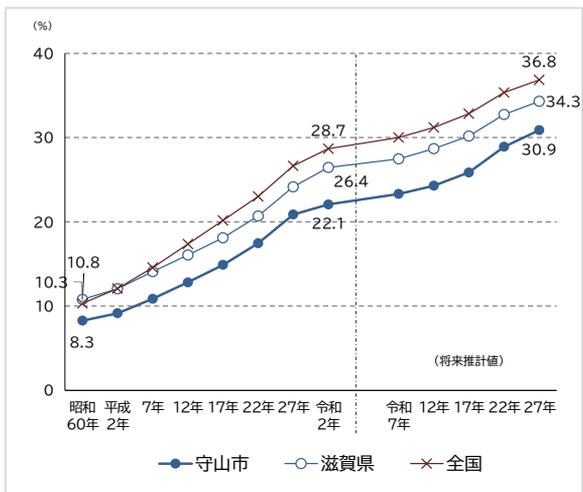
出典：データヘルス計画策定のための支援資料集「人口推移」

出典：国立社会保障・人口問題研究所データより作成

【年齢3区分人口構成】



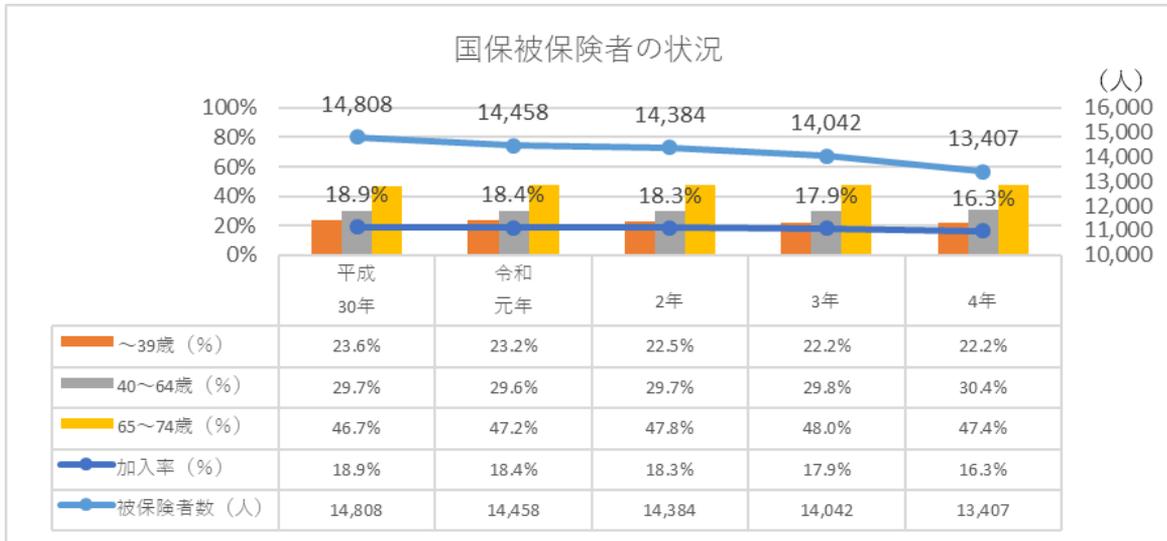
【高齢化率の推移】



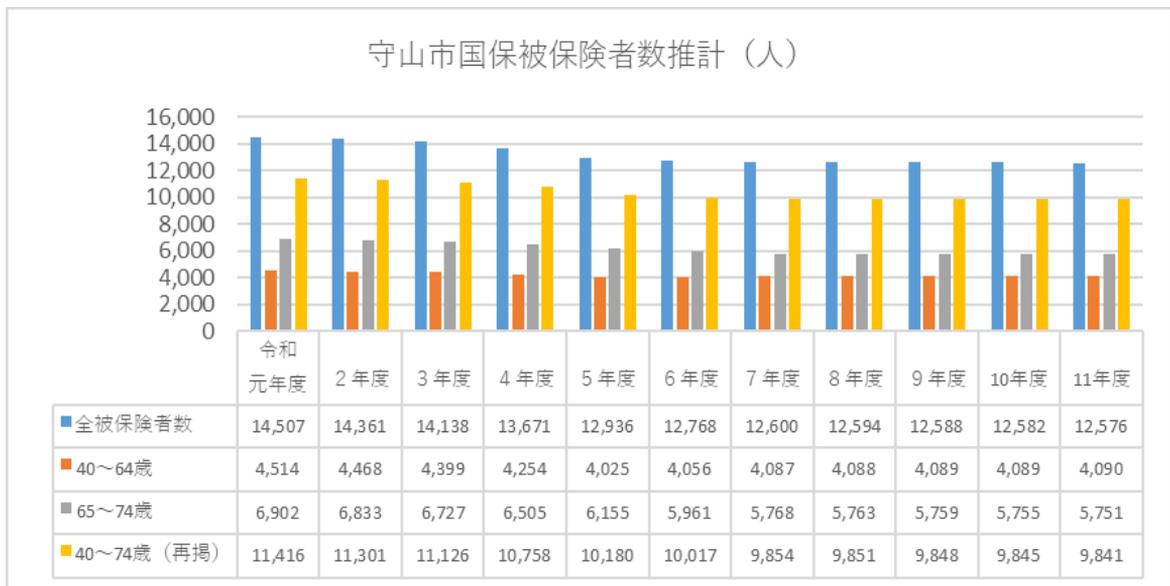
出典：総務省「国勢調査」／国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」

- ・本市の人口は年々増加しており、国立社会保障・人口問題研究所によると、令和17年まで増加する見通しである。
- ・高齢化率は22.1% (R2)で、県平均 (R2: 26.4%) よりも低いものの、年々増加しており、令和17年には高齢化率が25% (4人に1人) を超えると予測されている。
- ・人口構成の高齢化に伴い、後期高齢者数および割合は毎年増加している。

(2) 守山市国保被保険者の状況



出典：データヘルス計画策定のための支援資料集「国保の状況」

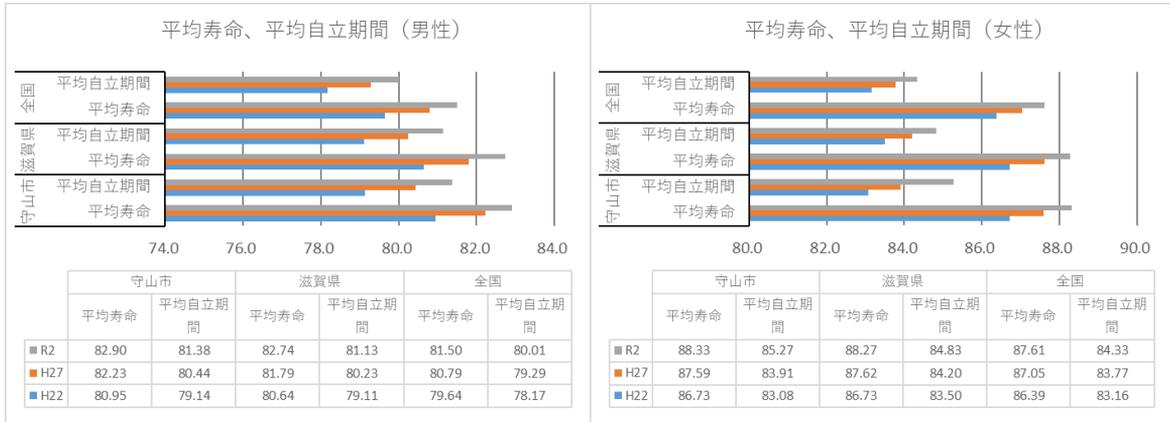


出典：一般被保険者数：県医療保険課資料より
年代別被保数：R5.9.30時点年齢別被保数より算出

- ・本市の国保加入率は16.3% (R4) で、年々低下しており、県平均 (R4 : 18.6%) を下回る状況。
- ・国保被保険者の約半数が65歳以上である。人口が増加するなか、社保の加入要件緩和や高齢化により、国保加入者は減少傾向にあり、今後も同様の傾向が見込まれる。

2 死亡の状況

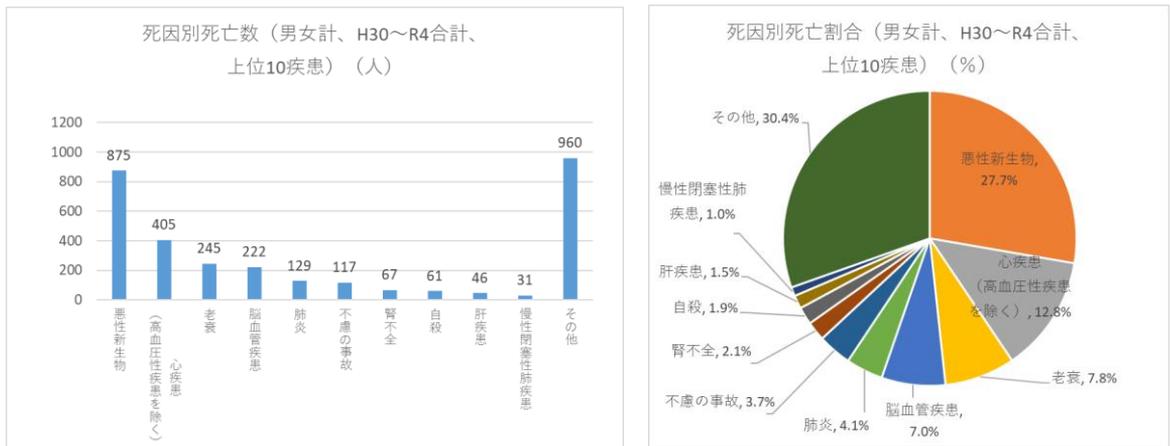
(1) 平均寿命と平均自立期間



出典：データヘルス計画策定のための支援資料集「平均寿命・平均自立期間」

- ・男女の平均寿命、平均自立期間ともに年々延伸しており、県平均と大きな差はない。
- ・男性と比較し、女性の方が平均自立期間・平均寿命が長い。また、平均要介護期間も長い。

(2) 死因別死亡数



出典：データヘルス計画策定のための支援資料集「死因別死亡数」

- ・死因の第1位は悪性新生物（がん）、第2位は心疾患、第3位は老衰、第4位は脳血管疾患であり、死亡数の約半数が生活習慣病（がん含む）と関連している。
- ・悪性新生物の死亡者数は死亡総数の27.7%を占め、男女別では男性約32%、女性約24%で、男性の方が悪性新生物による死亡割合が高い。また、内訳として気管系※で男性が多い傾向にある（男性：10.1%、女性：3.5%）。

※気管、気管支及び肺の悪性新生物、慢性閉塞性肺疾患

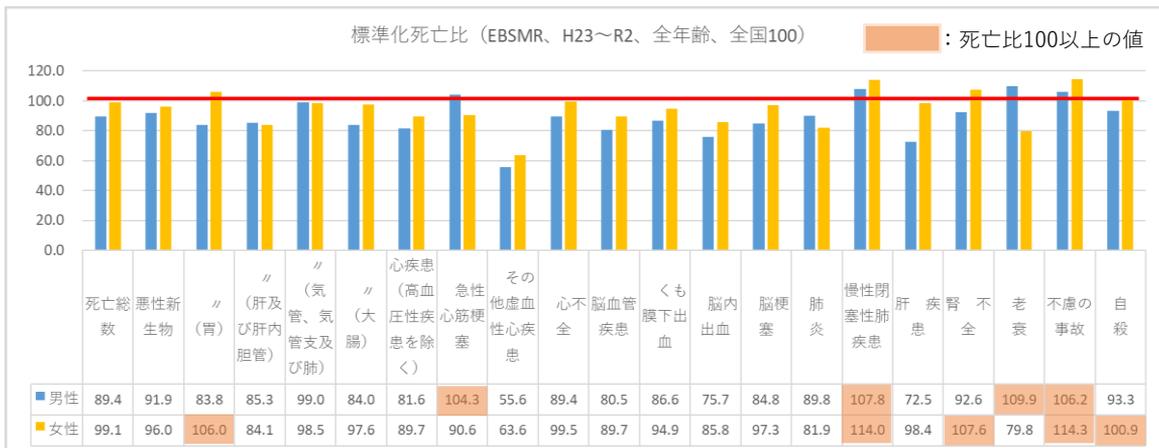
(3) 標準化死亡比（市町村別標準化死亡比（EBSMR））

：死亡比100以上の値

男 性	市（EBSMR）					県:SMR (H23~R2)
	H19~28	H20~29	H21~30	H22~R1	H23~R2	
悪性新生物	95.0	93.5	93.2	91.4	91.9	94.2
〃（胃）	100.2	99.9	102.3	83.8	83.8	90.6
〃（気管、気管支及び肺）	98.8	83.8	94.6	102.0	99.0	103.2
心疾患（高血圧性疾患を除く）	81.2	82.9	82.2	84.1	81.6	95.9
急性心筋梗塞	74.8	82.3	88.0	96.6	104.3	134.7
心不全	102.6	103.4	101.0	97.9	89.4	107.2
脳血管疾患	81.1	79.4	80.6	79.6	80.5	82.4
脳内出血	68.8	70.6	74.7	73.3	75.7	83.3
脳梗塞	80.7	80.5	80.5	81.5	84.8	79.0
慢性閉塞性肺疾患	122.9	118.0	110.3	122.9	107.8	109.7
腎不全	94.1	97.4	99.8	95.8	92.6	101.2

女 性	市（EBSMR）					県:SMR (H23~R2)
	H19~28	H20~29	H21~30	H22~R1	H23~R2	
悪性新生物	95.5	97.1	97.8	96.8	96.0	96.1
〃（胃）	108.8	105.9	109.0	106.8	106.0	111.1
〃（気管、気管支及び肺）	96.5	80.7	97.2	97.2	98.5	98.5
心疾患（高血圧性疾患を除く）	92.0	92.2	91.5	92.9	89.7	107.5
急性心筋梗塞	64.2	65.0	75.5	80.1	90.6	138.6
心不全	108.9	111.6	110.8	107.8	99.5	116.7
脳血管疾患	84.6	87.3	87.6	90.4	89.7	90.2
脳内出血	69.5	77.2	84.6	87.4	85.8	88.1
脳梗塞	87.8	90.4	93.9	97.0	97.3	86.8
慢性閉塞性肺疾患	95.3	92.5	99.1	102.8	114.0	88.9
腎不全	102.1	104.6	102.1	109.4	107.6	100.9

※赤字：同年度県平均より高いもの



出典：データヘルス計画策定のための支援資料集「死因別死亡数」

- ・標準化死亡比では、急性心筋梗塞の死亡比が男女ともに年々上昇している。
- ・男性では、喫煙に関係のある慢性閉塞性肺疾患（COPD）の死亡比が全国平均を、脳梗塞の死亡比が県平均を上回る状況である。また、肺がんの死亡比がH22~R1まで上昇傾向である。
- ・女性では、胃がんの死亡比が全国平均よりも毎年高く、慢性閉塞性肺疾患（COPD）や脳梗塞、腎不全が県を上回る状況。また、心不全の死亡比がH22~R1まで高い。

3 介護の状況

(1) 認定者数・新規認定者数



出典：データヘルス計画策定のための支援資料集「介護の状況」

- ・要介護認定者数は3,347人（R4）で年々増加しており、要介護認定率も増加傾向にある。
- ・介護度別認定者の割合は、要介護1が約3割で最も高く、次に要介護2となっている。

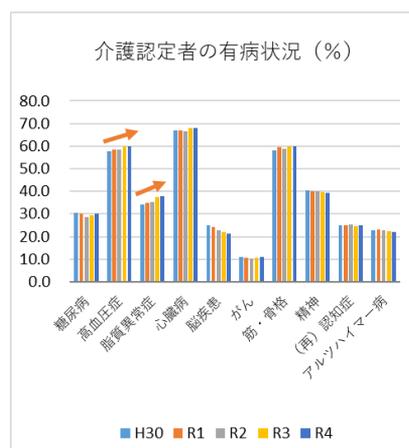
(2) 介護認定者の有病状況

【介護認定者の有病状況】

R4	守山市		滋賀県	
1位	心臓病	68.0	心臓病	60.3
2位	筋・骨格	60.0	筋・骨格	53.4
3位	高血圧症	59.9	高血圧症	53.3
4位	精神	39.3	精神	36.8
5位	脂質異常症	38.0	脂質異常症	32.6
6位	糖尿病	30.2	糖尿病	24.3
7位	(再)認知症	24.8	(再)認知症	24.0
8位	アルツハイマー病	22.2	脳疾患	22.6
9位	脳疾患	21.2	アルツハイマー病	18.1
10位	がん	10.9	がん	11.8

※赤字：同年度県平均より高いもの

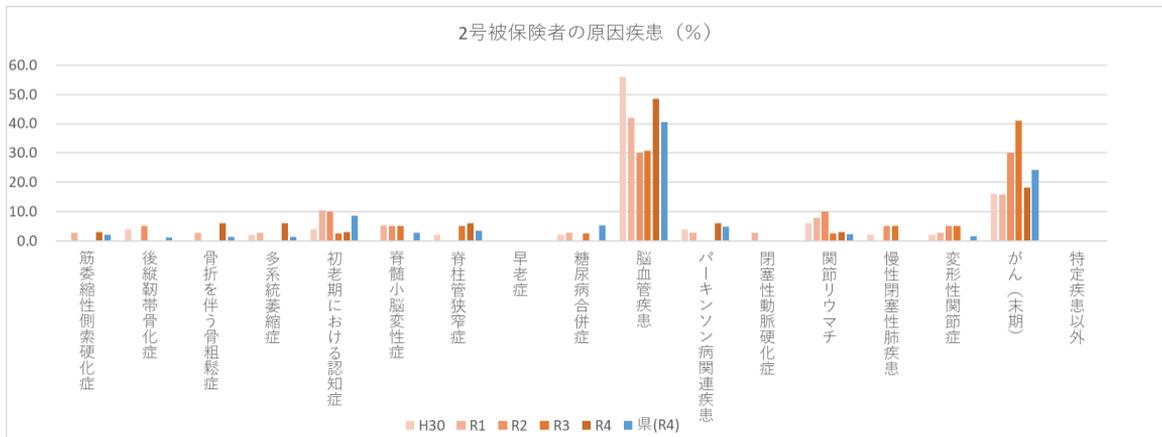
出典：データヘルス計画策定のための支援資料集「介護の状況」



- ・介護認定者の半数以上が、心臓病、筋・骨格、高血圧症を保有しており、脂質異常症、高血圧症は年々増加傾向である。

- ・県平均と比較し、心臓病、筋・骨格、高血圧症、脂質異常症、糖尿病等の割合が高い。

(3) 2号被保険者の原因疾患

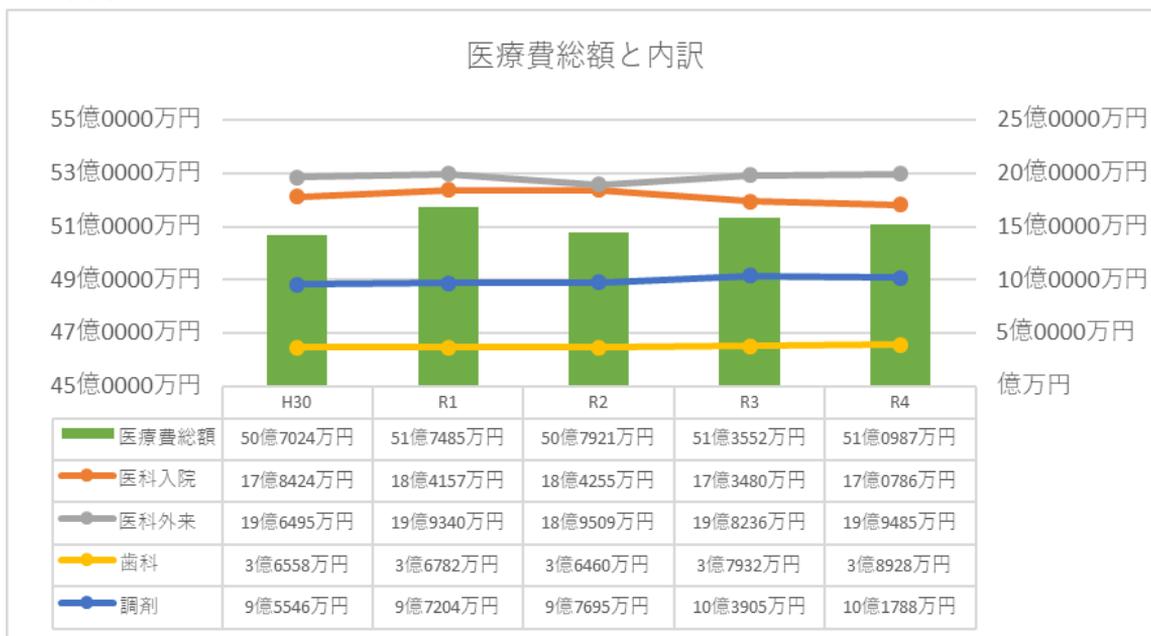


出典：データヘルス計画策定のための支援資料集「介護の状況」

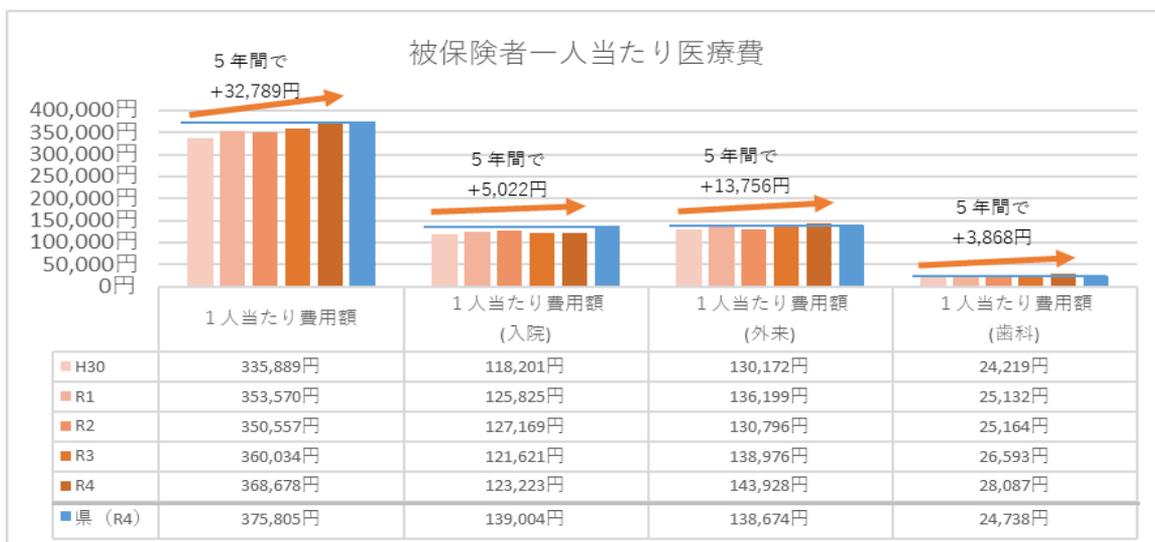
- ・ 2号被保険者の原因疾患は脳血管疾患が毎年多く、次のがん（末期）が多い。

4 医療費の状況

(1) 医療費の状況



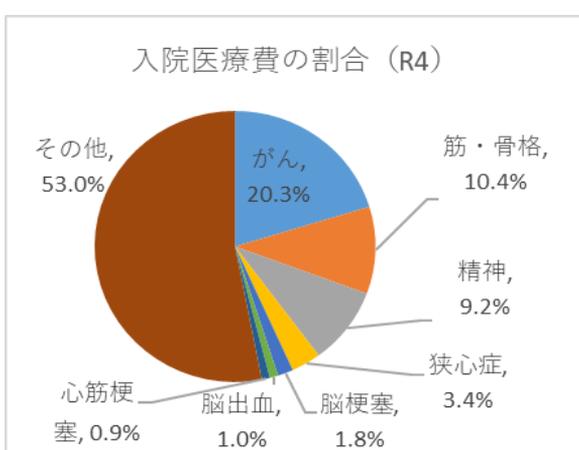
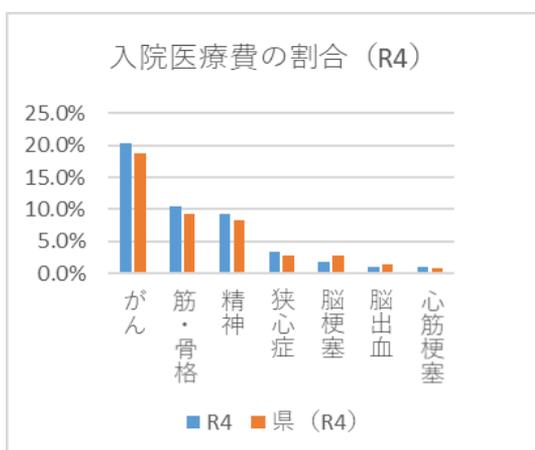
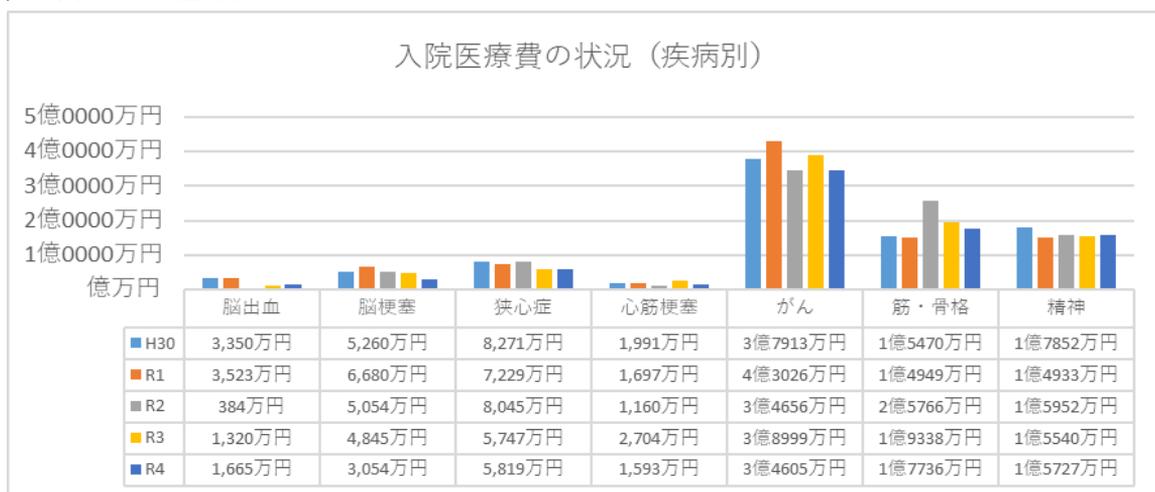
- ・ 被保険者が年々減少するなか、医療費総額は大きな減少はなく、増減を繰り返している。
- ・ 医科外来、歯科、調剤医療費は年々増加している。
- ・ 医科入院は新型コロナウイルス感染症拡大の影響により減少に転じているものの、今後注視していく必要がある。



出典：データヘルス計画策定のための支援資料集「医療の状況」

- ・被保険者1人当たりの医療費は年々増加しており、入院・外来・歯科ともに増加傾向である。
- ・特に外来医療費の伸びが顕著であり、県平均と比較すると、外来・歯科が県平均を上回っている。

(2) 入院、外来医療費



出典：データヘルス計画策定のための支援資料集「生活習慣病の状況（入院）」

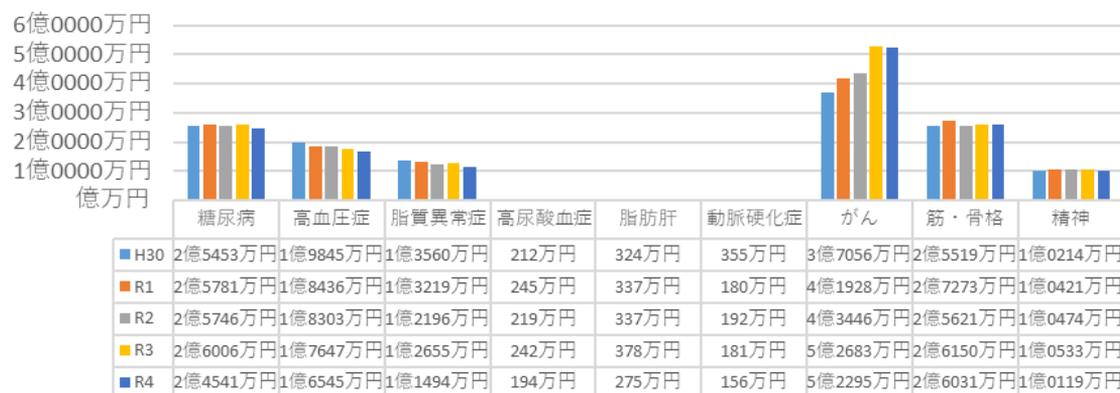
【入院医療費の状況】

	守山市					県 (R4)
	H30	R1	R2	R3	R4	
1人当たり費用額(円)	118,201	125,825	127,169	121,621	123,223	139,004
1件当たり費用額(円)	575,192	607,981	662,076	665,184	640,369	640,918
1件当たり日数(日)	14.33	14.49	14.71	14.42	14.02	14.98
1日当たり費用額(円)	40,138	41,955	45,013	46,116	45,673	42,799

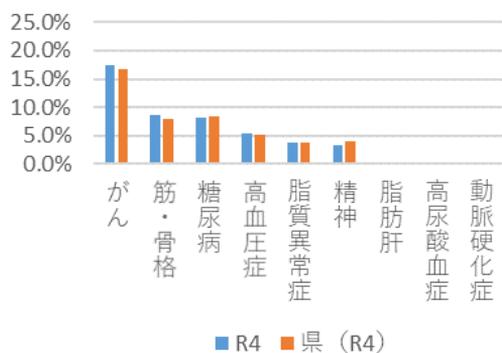
※赤字：同年度県平均より高いもの 出典：データヘルス計画策定のための支援資料集「医療の状況」

- ・入院費用は、がん、筋・骨格、精神、狭心症の順に多い状況。
- ・入院費用の1人当たり費用額は県平均より低い、1日当たり費用額は県平均より高い。高度医療などによる特定入院費が高いと考えられる。

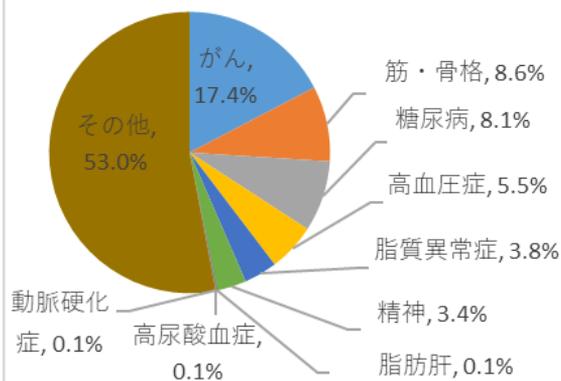
外来医療費の状況（疾病別）



外来医療費の割合（R4）



外来医療費の割合（R4）



出典：データヘルス計画策定のための支援資料集「生活習慣病の状況（外来）」

【外来医療費の状況】

	守山市					県 (R4)
	H30	R1	R2	R3	R4	
1人当たり費用額(円)	130,172	136,199	130,796	138,976	143,928	138,674
1件当たり費用額(円)	14,103	14,590	14,790	15,002	14,984	16,089
1件当たり日数(日)	1.52	1.51	1.48	1.46	1.45	1.45
1日当たり費用額(円)	9,259	9,674	9,991	10,241	10,309	11,090

※赤字：同年度県平均より高いもの 出典：データヘルス計画策定のための支援資料集「医療の状況」

【医療費細小分類の状況（外来）】

(%)

R4	守山市		滋賀県	
1位	糖尿病	7.5	糖尿病	8.2
2位	高血圧症	5.7	慢性腎臓病（透析あり）	6.0
3位	慢性腎臓病（透析あり）	4.6	高血圧症	5.3
4位	関節疾患	4.3	脂質異常症	3.9
5位	脂質異常症	3.9	関節疾患	3.9
6位	肺がん	3.3	肺がん	2.9
7位	不整脈	2.5	不整脈	2.5
8位	気管支喘息	2.1	乳がん	2.2
9位	骨粗しょう症	2.0	うつ病	1.9
10位	乳がん	2.0	緑内障	1.6
	その他	62.0	その他	61.6

：生活習慣病関連医療費（がん、精神、筋・骨格を除く） ※赤字：同年度県平均より高いもの

出典：データヘルス計画策定のための支援資料集「細小分類割合」外来

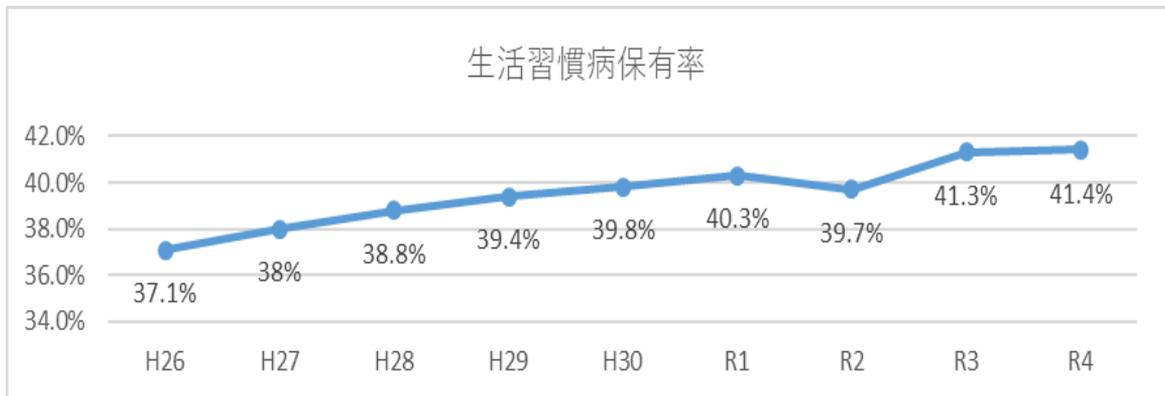
【受診率】

	守山市					県 (R4)
	H30	R1	R2	R3	R4	
入院率	20.55	20.7	19.21	18.28	19.24	21.69
外来受診率	922.99	933.53	884.37	926.38	960.53	861.9
歯科受診率	204.91	213.42	198.88	213.41	227.39	202.28

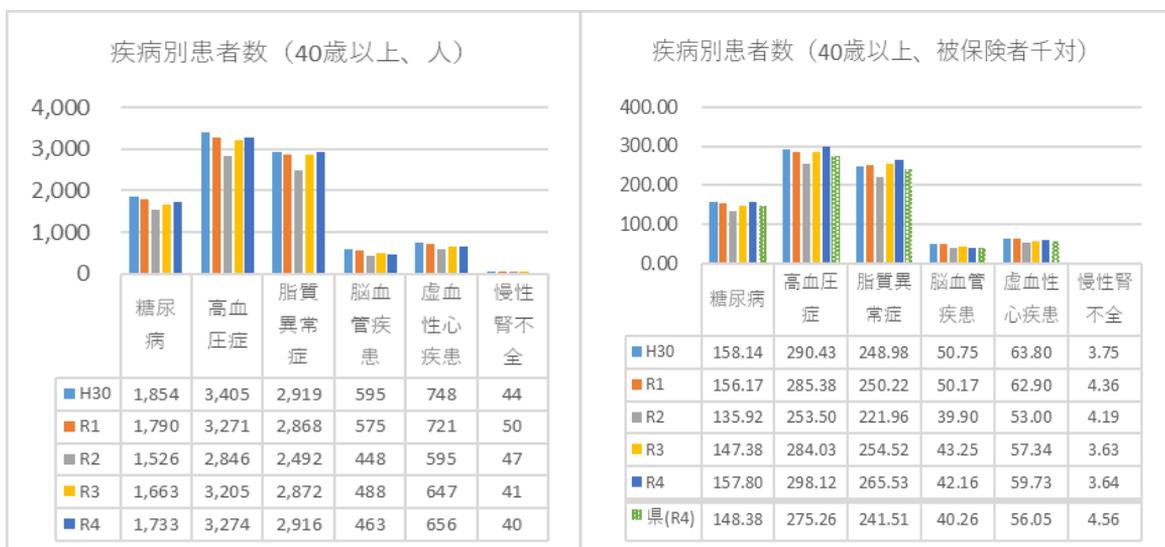
※赤字：同年度県平均より高いもの 出典：データヘルス計画策定のための支援資料集「医療の状況」

- ・外来費用は、がん、筋・骨格に次いで糖尿病が高くなっている。
- ・1件当たり費用額・1日当たり費用額は県平均より低い、1人当たり費用額は県平均より高い。広く薄く軽症段階で受診されていると考えられる。
- ・外来、歯科受診率は県平均より高く、入院率は低い。外来受診で入院に至るまでの重症化を防げていると考えられる。

(3) 疾病別患者数・医療費

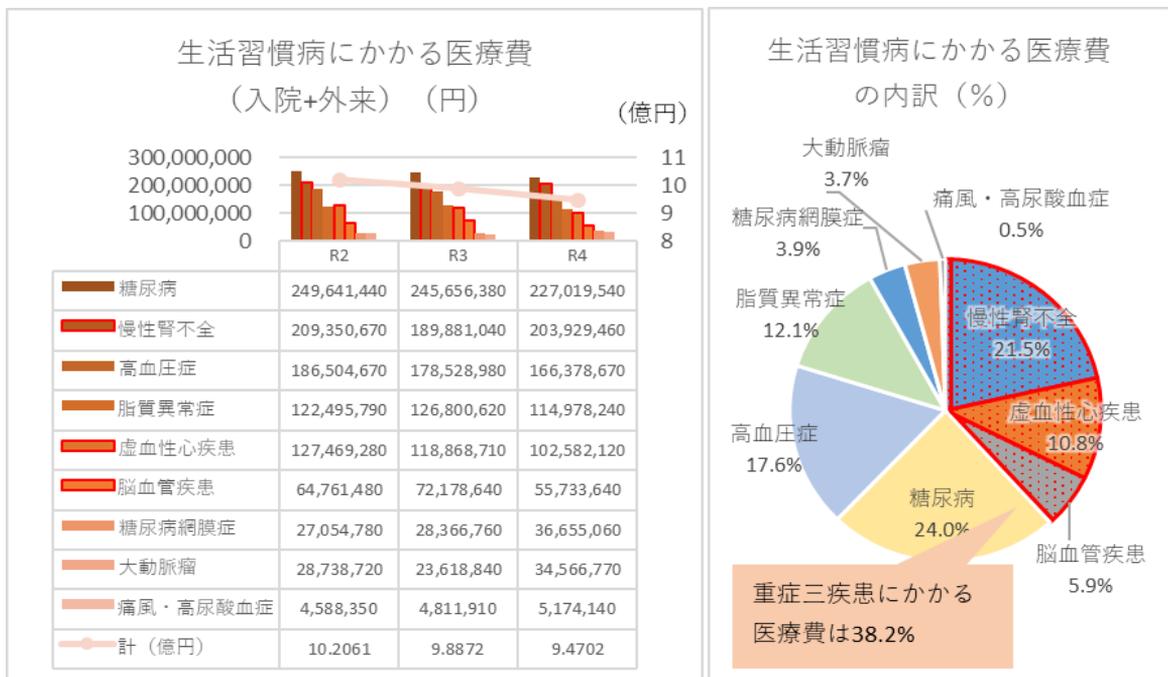


出典：KDB帳票「市区町村別データ」の「生活習慣病保有者数/率」



出典：データヘルス計画策定のための支援資料集「医療の状況」

- ・本市の生活習慣病の保有率は増加傾向にある。
- ・疾患別患者数では、高血圧症、脂質異常症、糖尿病が多い。
- ・生活習慣病の疾病別患者数は、新型コロナウイルス感染症の影響もありR2年度に全疾患で減少したが、R4年度ではほとんどの疾患でR元年度並み、もしくはそれ以上の患者数となった。
- ・疾病別患者数（被保険者千対）の県平均との比較では、腎不全以外の疾患について、県を上回る数値となっている。

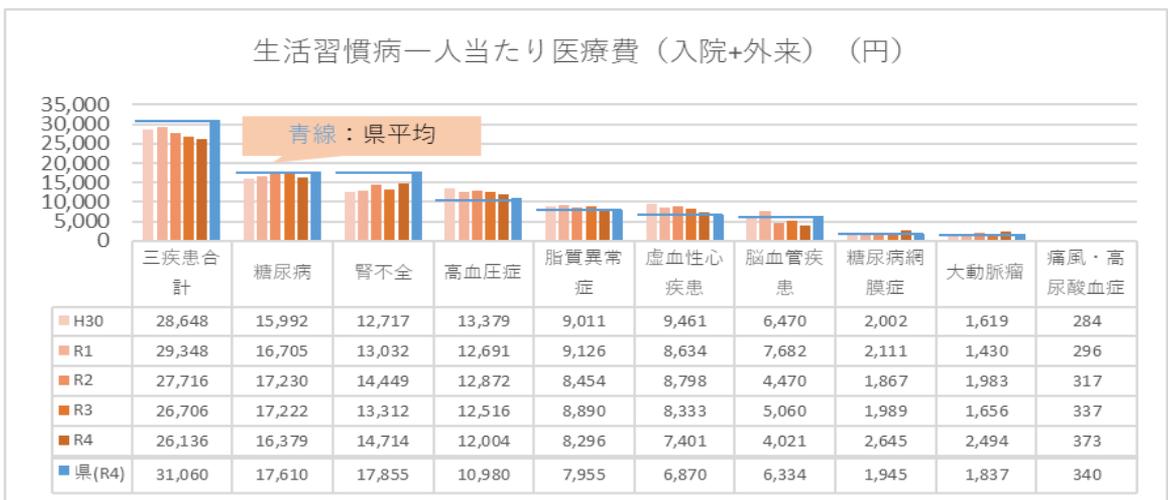


※重症三疾患：脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全

出典：KDB補完システムfocus「疾病統計（細小分類、費用額）」より作成

- 生活習慣病にかかる医療費総額は、約9億4702万円（R4）と非常に高額である。
- 重症三疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全）による医療費は約3.6億円を超え、高額である。特に透析患者の医療費は1人当たり年700万円と非常に高い。
- 重症三疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全）の原因となる糖尿病、高血圧、脂質異常症についても医療費が高い。

(4) 生活習慣病にかかる疾病別一人当たり医療費



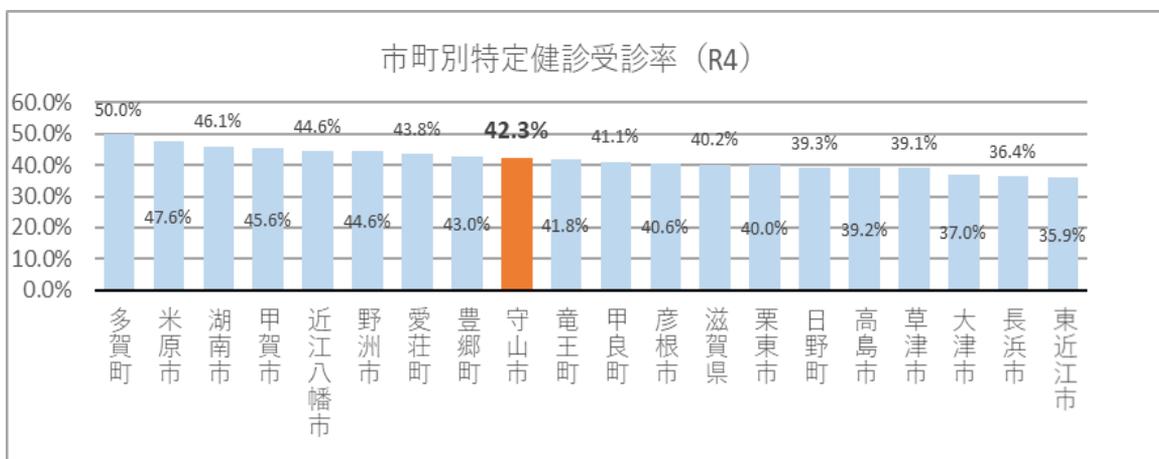
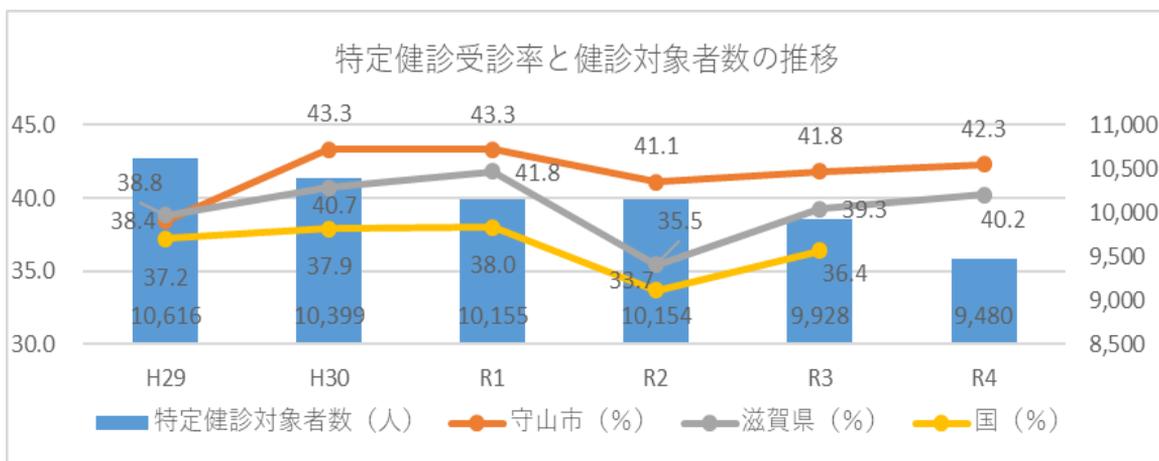
※三疾患合計：脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全

出典：KDB補完システムfocus「疾病統計（細小分類、費用額）」より作成

- 生活習慣病にかかる疾病別一人当たり医療費は腎不全のみ増加傾向である。
- 県平均との比較では、高血圧症、脂質異常症、虚血性心疾患、糖尿病性網膜症などで県平均を上回っている。

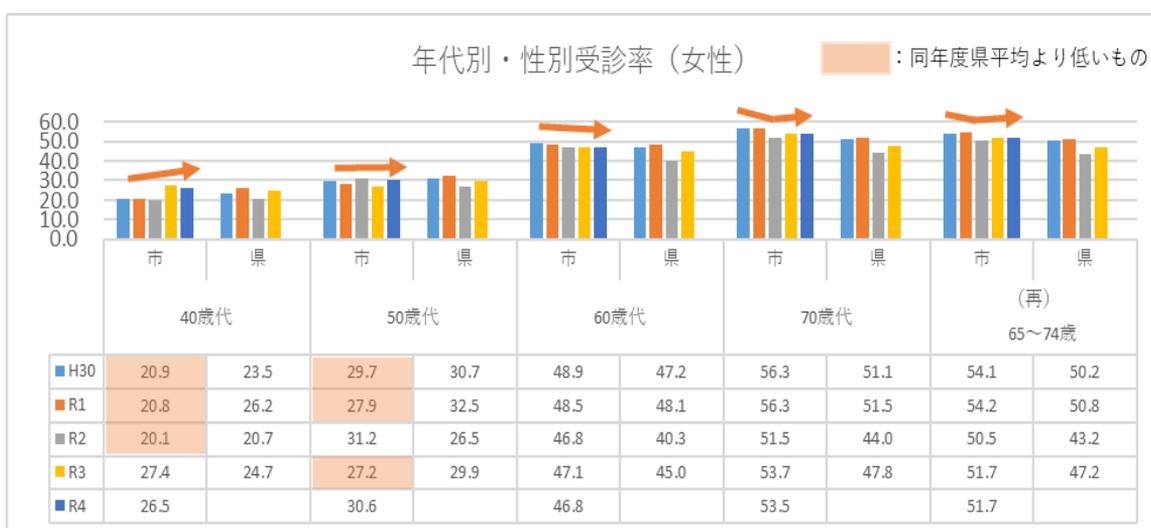
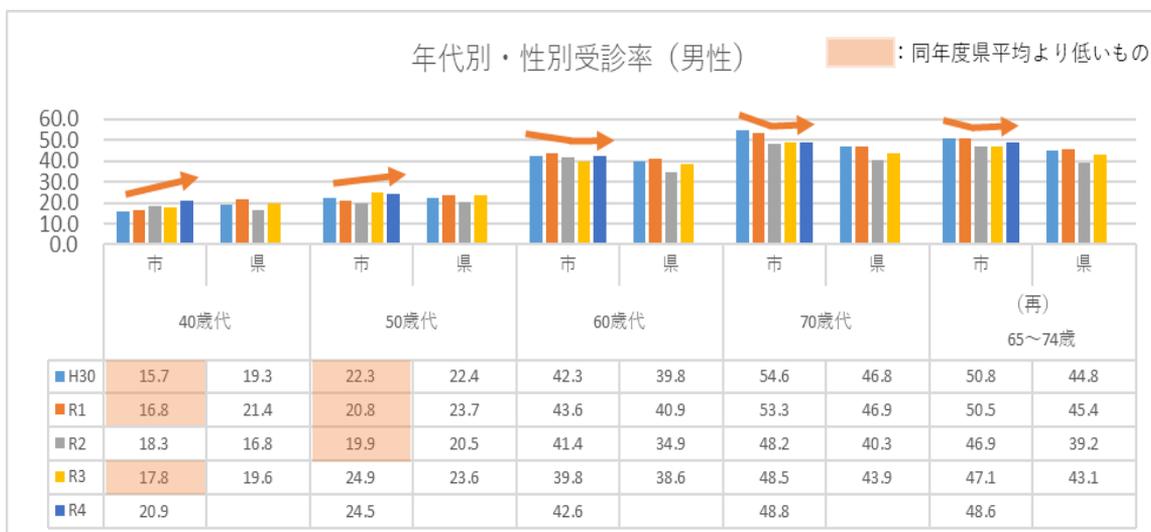
5 特定健診の状況

(1) 特定健診受診率の状況



出典：データヘルス計画策定のための支援資料集「特定健診の状況」
法定報告 特定健診等実施結果集計表 (TKCA013) より作成

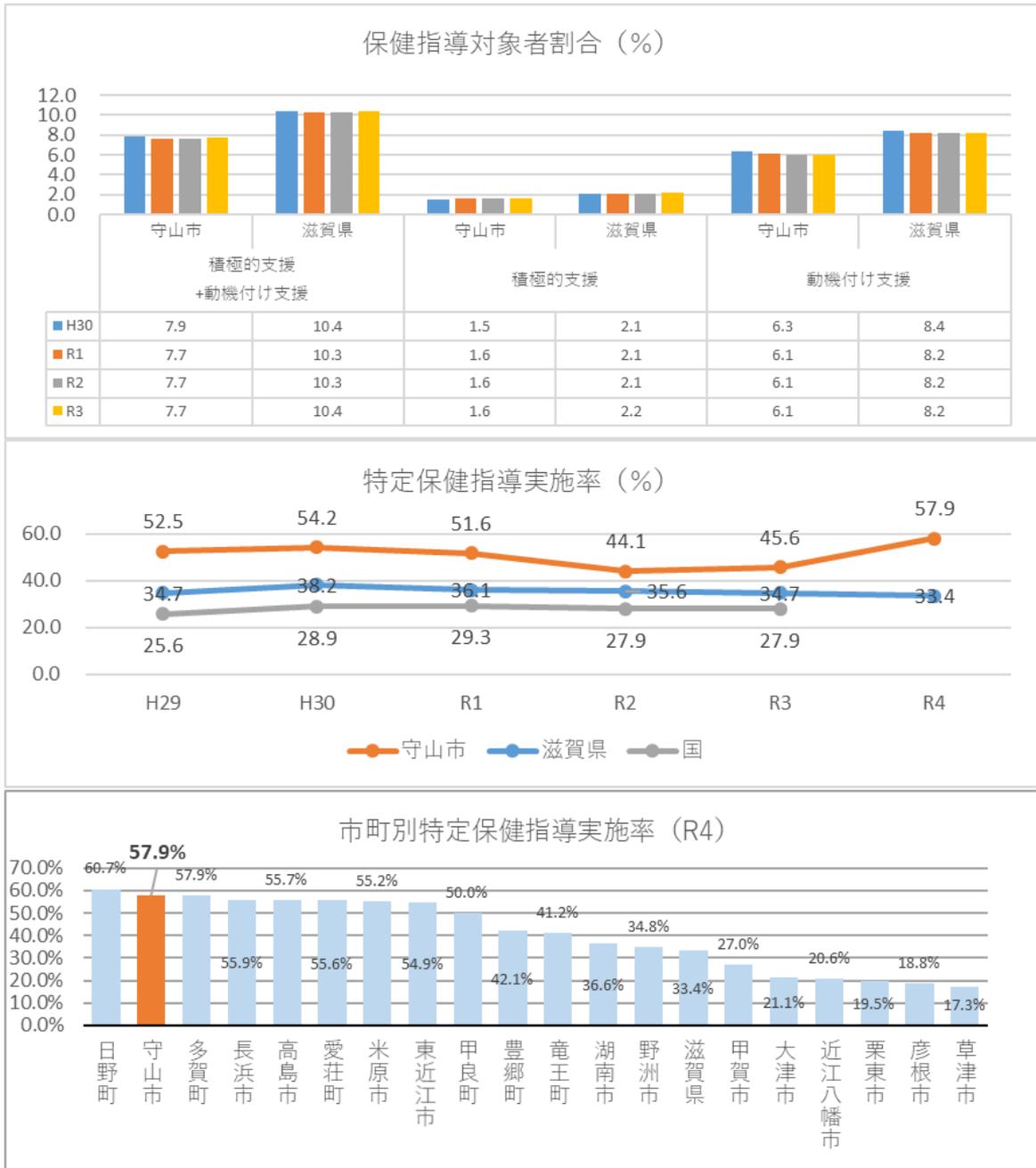
- ・ 特定健診受診率は42.3% (R4) で、県内9番目であり、国、県平均を上回る状況で推移している。
- ・ 新型コロナウイルス感染症の影響で、R2年度は受診率が低下したが、減少幅は-2.2%と県内2番目に少なく、影響は他市町と比較すると小さかった。
- ・ 特定健診受診率は、R3年度以降はコロナ禍以前に戻りつつある。
- ・ 特定健診対象者数は被保険者数の減少と同様に、H30年度以降、毎年減少してきている。



出典：データヘルス計画策定のための支援資料集「特定健診の状況」

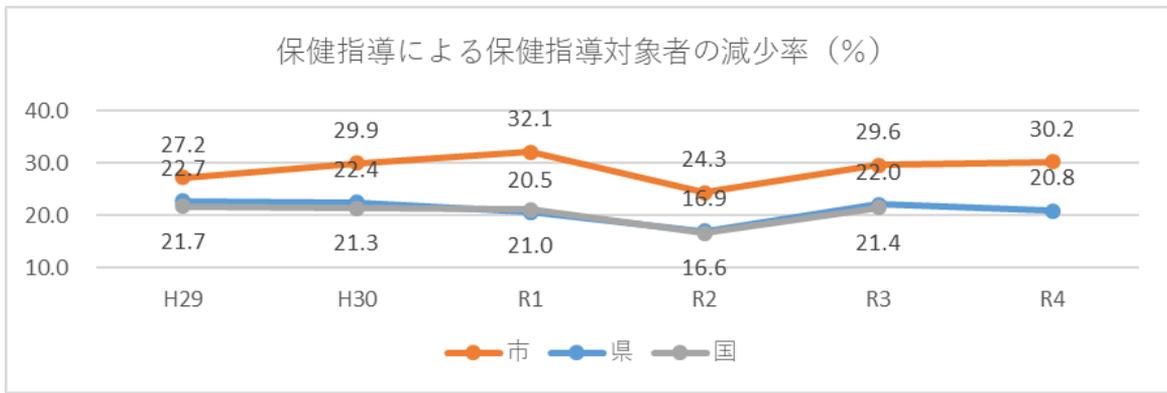
- ・年代別の受診率は、年代が上がるに従い、健診受診率が男女ともに増加している。
- ・40歳代、50歳代の受診率は、男女ともに県平均より低い傾向にある。
- ・R2、R3の健診受診率は低下したものの、個別勧奨の効果もあり、受診率は回復傾向にある。

(2) 特定保健指導の状況



出典：データヘルス計画策定のための支援資料集「特定保健指導の状況」
法定報告 特定健診等実施結果集計表 (TKCA015) より作成

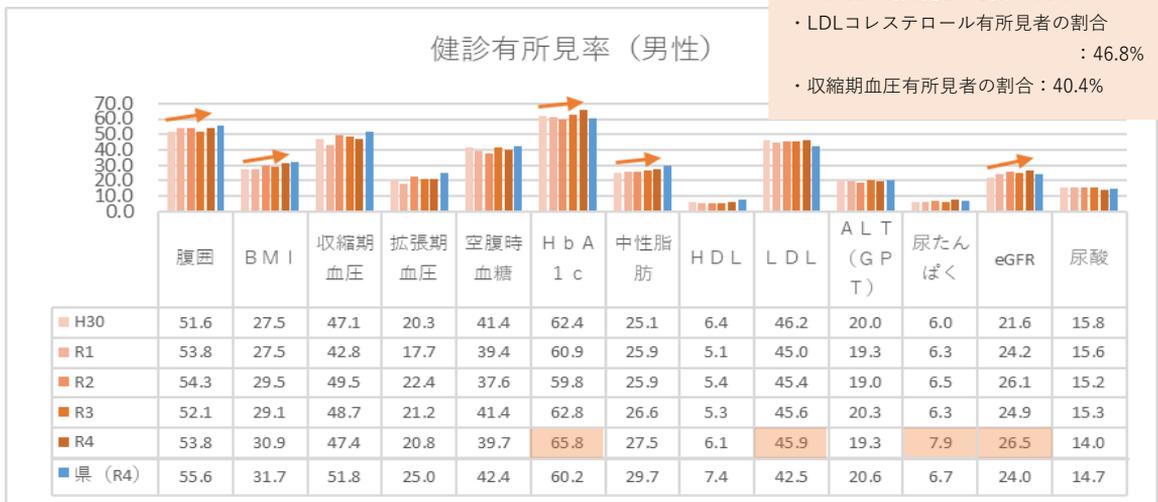
- ・保健指導対象者の割合は横ばいであり、県平均を下回っている状況である。
- ・保健指導実施率は45.6% (R3)であり、国・県平均を上回っており、R4の57.9%は県内2番目に高い水準である。
- ・R2、R3年度の実施率が低下した要因は、新型コロナウイルス感染症の影響による訪問の自粛や対面指導の拒否などにより、動機づけ支援対象者の実施率が下がったことが原因と考えられる。



出典：データヘルス計画策定のための支援資料集「特定保健指導の状況」

- ・保健指導による保健指導対象者の減少率は29.6%（R3）であり、国・県平均を上回っている。
- ・新型コロナウイルス感染症の影響により、R2年度の減少率は低下したが、R3年度以降はコロナ禍前の水準まで回復している。

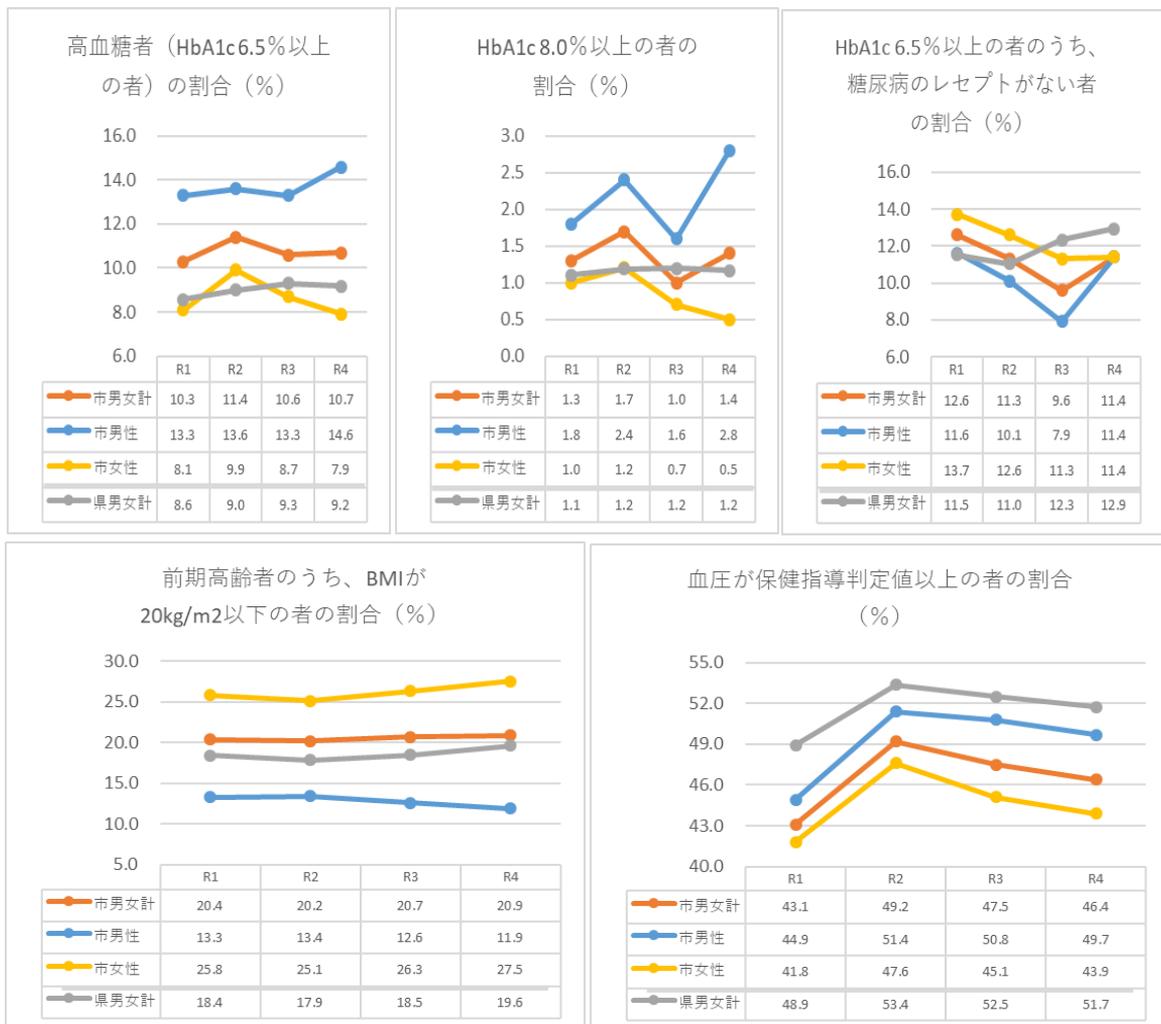
(3) 健診有所見の状況



：同年度県平均より低いもの

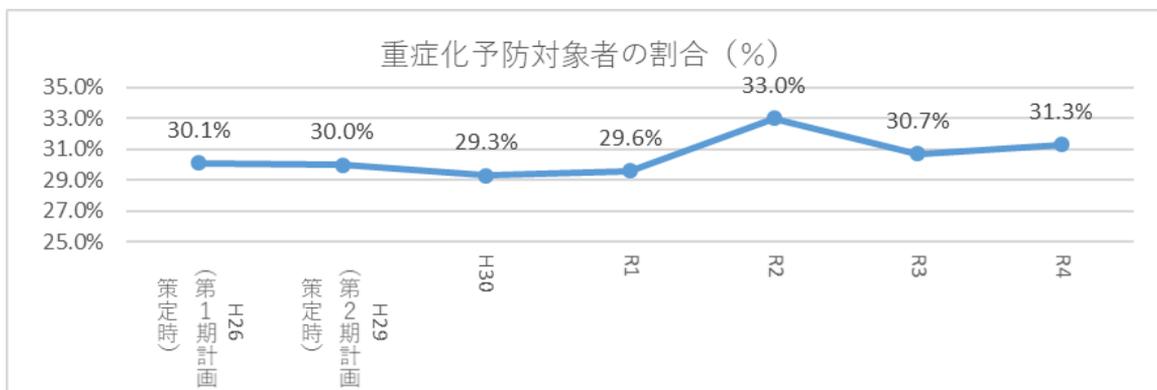
出典：データヘルス計画策定のための支援資料集「健診有所見率」

- ・健診有所見率は男女ともにHbA1cが第1位であり、6割を超えている。
- ・健診有所見率の過半数を超えているものは、男性では腹囲、女性ではLDLコレステロールである。
- ・HbA1c、eGFRの有所見率はH30年度と比べて男女とも増加傾向にあり、男性のBMIも同様の傾向にある。
- ・県平均との比較では、男女ともにHbA1c、LDLコレステロール、eGFRが県平均より高い値となっている。男性では尿たんぱくがR4年度に急増し、県平均を上回る値となった。
- ・第2期データヘルス計画における目標との比較では、HbA1cは男女ともに目標値を達成できず、LDLコレステロールは男性のみ達成、収縮期血圧は男女ともに達成できなかった。



出典：国が示した指標（例）のデータ（ツールより抽出）（国保連より）

- ・「高血糖者（HbA1c6.5%以上の者）の割合」は10.7%（R4）であり、が県平均より高く、HbA1c8.0%以上の者においても県平均を超えている。
- ・「HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合」は県平均より低い。
- ・前期高齢者のうち、BMIが20kg/m2以下の者の割合は県平均より高く、血圧が保健指導判定値以上の者の割合では、県平均よりも低い傾向となっている。

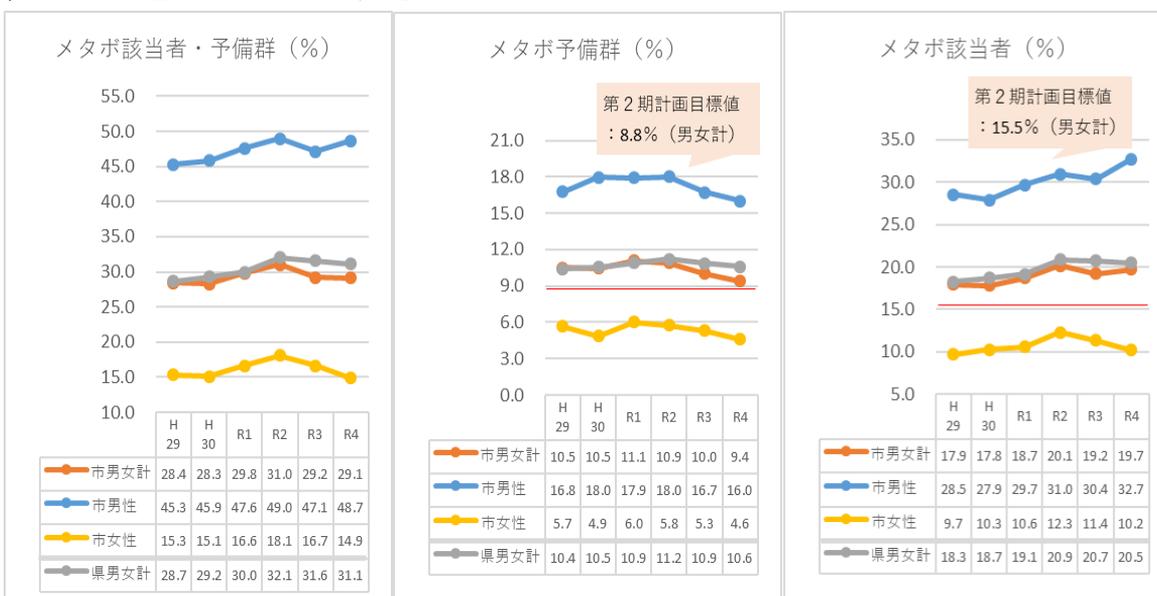


出典：市作成データ

・重症化予防対象者の割合は増加傾向であり、第2期計画の策定時より悪化した。

※重症化予防対象者：Ⅱ度高血圧以上、心房細動、LDL-C180mg/dl以上、中性脂肪300mg/dl以上、メタボ該当者(2項目以上)、HbA1c(NGSP)6.5%以上(治療中:7.0以上)、蛋白尿(2+)以上、eGFR50未満(70歳以上40未満)に該当する者

(4) メタボ該当者、予備群の状況



出典：データヘルス計画策定のための支援資料集「メタボ」

- ・本市の男女の「メタボ該当者・予備群」は県平均を下回るものの、緩やかな上昇傾向である。
- ・男性の「メタボ該当者・予備群」は女性を大きく上回っている。
- ・メタボ予備群は緩やかな減少傾向だが、メタボ該当者は第2期計画策定時より悪化している。

(5) 質問票の状況

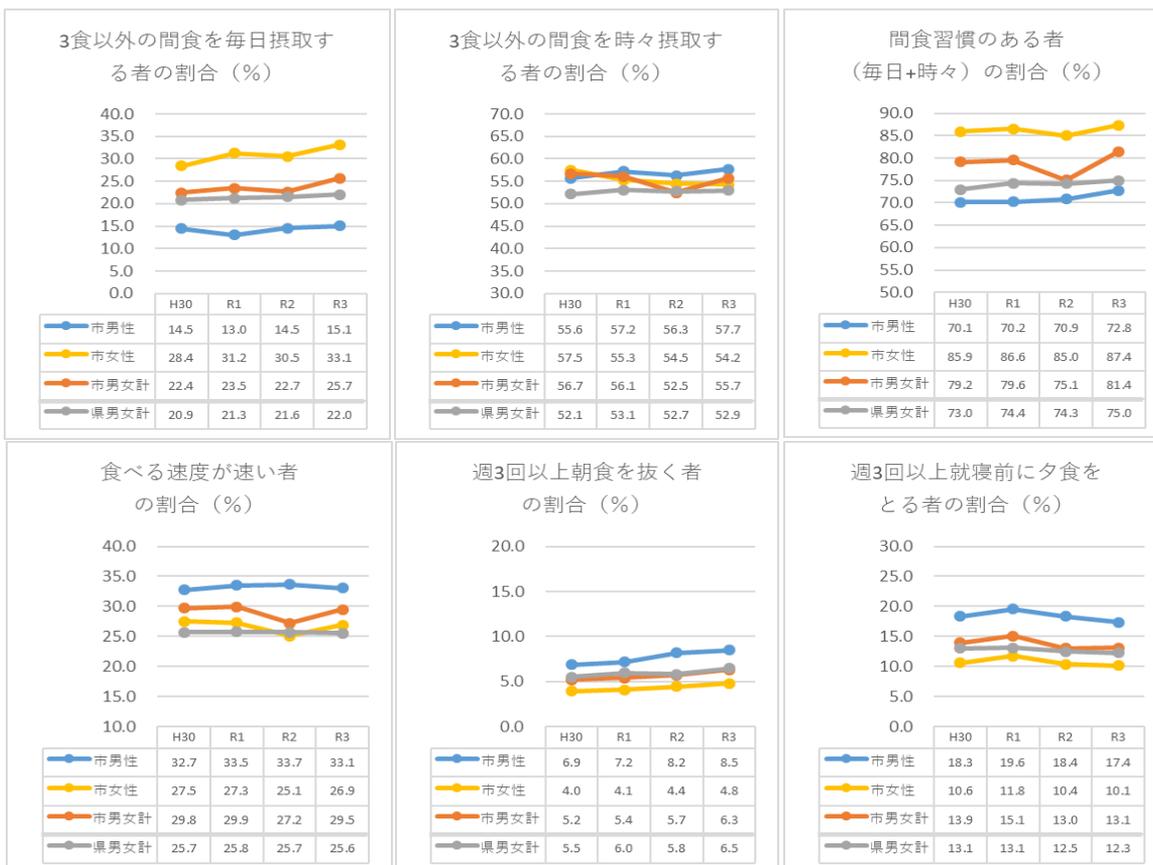
ア 服薬の状況



出典：データヘルス計画策定のための支援資料集「問診票」

- ・質問票による服薬状況では、高血圧、脂質異常症の服薬者が多い
- ・男性では高血圧、脂質異常症の服薬者が増加しており、約2人に1人が高血圧、約3人に1人が脂質異常症の服薬をしている。
- ・女性では、脂質異常症の服薬者が増加しており、男性よりも毎年10%ほど多い。また、高血圧・脂質異常症の服薬者は約3人に1人の状況。
- ・男性は女性よりも、高血圧、糖尿病の服薬者の割合が高い。
- ・女性のみ、糖尿病の服薬者が毎年増加している。

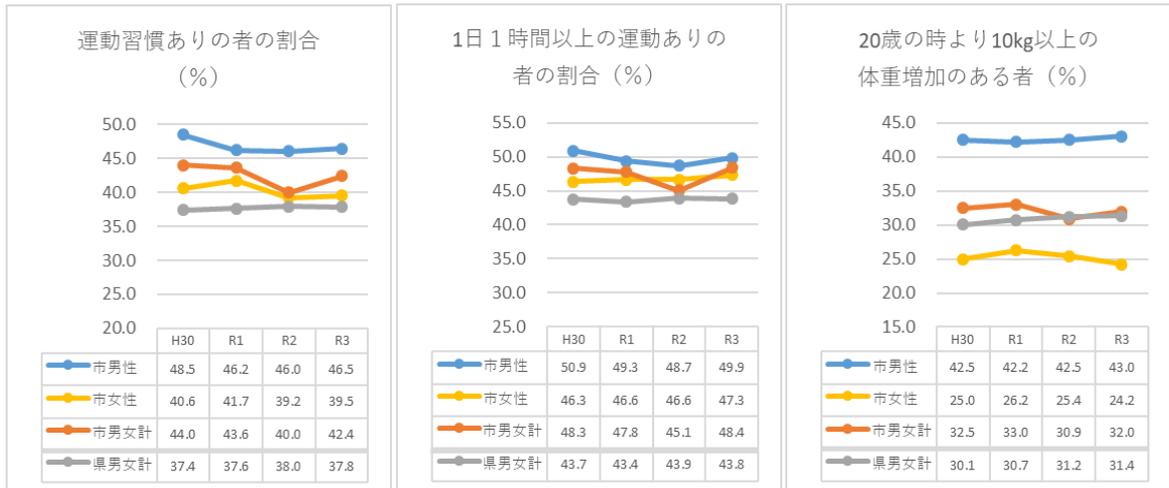
イ 食事・間食の状況



出典：データヘルス計画策定のための支援資料集「問診票」

- ・食事・間食の状況では、HbA1cの上昇等と関係の深い間食習慣、食べる速度が県平均より高い傾向にある。特に女性は「3食以外の間食を毎日摂取」が約3割で男性の約2倍であり、「毎日摂取」と「時々摂取」を合わせると間食習慣のある女性は約9割と非常に多い。
- ・内臓脂肪の蓄積や肥満等と関係の深い欠食や就寝前の食事について、「週3回以上就寝前に夕食」が県平均を上回っている。また、男女ともに「週3回以上朝食を抜く」が増加傾向である。

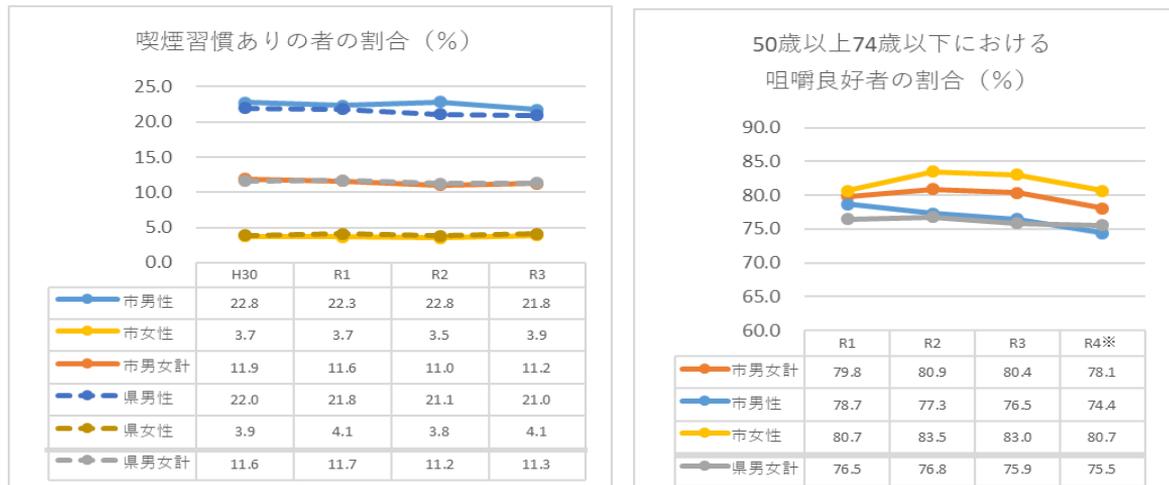
ウ 運動、体重増加の状況



出典：データヘルス計画策定のための支援資料集「問診票」

- ・「運動習慣あり」「1日1時間以上の運動あり」が県平均を上回っている。
- ・20歳の時より10kg以上の体重増加のある者の割合は、男性では増加傾向、女性では減少傾向となっており、県平均との比較では、大きな差はみられない。

エ 喫煙、咀嚼の状況



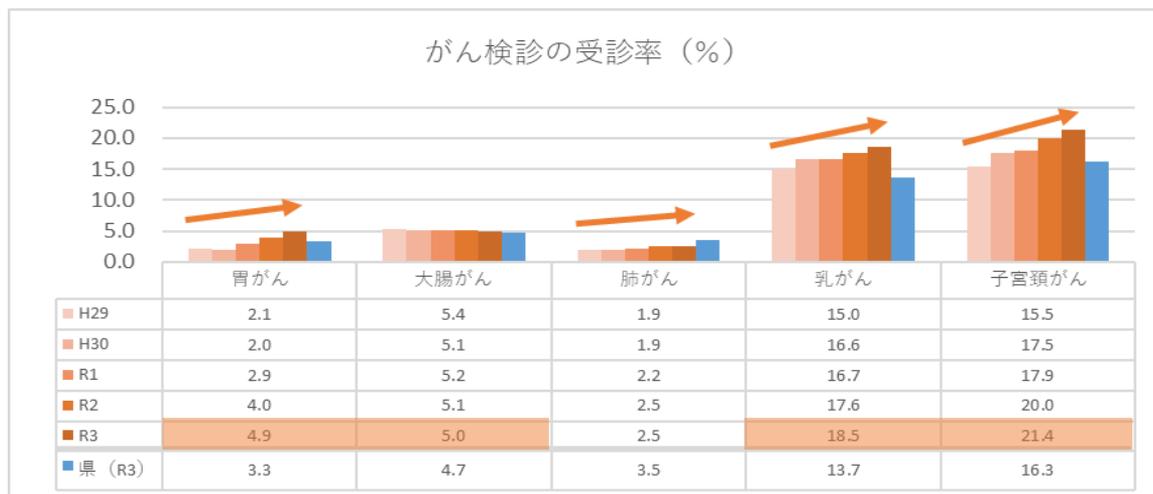
出典：喫煙率：データヘルス計画策定のための支援資料集「問診票」

咀嚼良好者：国が示した指標（例）のデータ（ツールより抽出）（国保連より）※R4年度は暫定値

- ・喫煙率は、男性が女性の5倍以上の喫煙率であり、県の男性平均をわずかに上回っている。
- ・50歳から74歳以下における咀嚼良好者の割合は県平均よりも高く、全体の約8割が咀嚼に支障がないと感じている。しかしながら、R2年度以降男女ともに減少傾向である。

6 その他の状況

(1) がん検診



出典：データヘルス計画策定のための支援資料集「がん検診」
（地域保健・健康増進事業報告（厚生労働省））

※「がん対策推進基本計画」に基づき、平成25年度より、がん検診の受診率の算定対象年齢は40～69歳、子宮がんは20～69歳、胃がんは平成28年度から50～69歳。

- ・大腸がん以外のがん検診（胃がん、肺がん、乳がん、子宮頸がん）の受診率は増加傾向にあり、最も高い子宮頸がん検診の受診率は20%を超えている。
- ・肺がん以外のがん検診（胃がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がん）の受診率は県平均を上回っている。特に、乳がん検診は4%、子宮頸がん検診は5%以上上回っている。

IV 計画全体

1 健康課題

項目	課題	課題解決に係る取組の方向性	優先する課題	対応する保健事業番号
A	<p>【予防可能な疾患の重症化による医療費が高額であり、死亡数も多い】</p> <p>①重症疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全（人工透析））に係る疾患別医療費は減少傾向ではあるものの、全体の医療費の約1割を占め、生活習慣病の重症化予防が医療費の抑制において重要である。</p> <p>②特に、心疾患での死亡者数は悪性新生物に次いで多く、その中でも急性心筋梗塞の死亡率が男女ともに年々上昇してきており、生活習慣病の重症化予防により死亡者数を減らしていくことが重要である。</p> <p>（参考値：R4医療費分析結果より）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・心疾患死亡数・率 （男性204人、女性201人（H30～R4合計）、急性心筋梗塞の死亡比は男性104.3、女性90.6（EBSMR、H23～R2）） ・重症化予防対象者の割合は増加傾向であり、第2期計画の策定時より悪化した（H26：30.1%→R4：31.3%） 	<ul style="list-style-type: none"> ・重症疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全（人工透析））の発症を予防して死亡を減らす。 ・心疾患や脳血管疾患の患者数、人工透析利用者数が減るように危険因子の重なっている人に対して、医療受診を奨励し機会をとらえて情報提供を実施する。 ・特に、糖尿病からの透析導入者を抑制する。 	2	1、2、3
B	<p>【生活習慣病保有者（メタボ該当者・予備群）の増加】</p> <p>①生活習慣病保有者の割合が右肩上がりである。</p> <p>②生活習慣病は外来医療費の上位を占めており、医療費の抑制のために、より早期の段階からの生活習慣病予防、早期発見・早期治療が重要である。</p> <p>③HbA1c有所見者割合は県内順位が高く、糖尿病患者数も県平均より多い。</p> <p>④BMI、腹囲の有所見率が増加傾向であり、特に腹囲有所見率は男性の半数を超えている。</p> <p>（参考値：R4特定健診の結果より）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・メタボ予備群は減少傾向だが、メタボ該当者は第2期計画策定時より悪化した。 （メタボ該当者 H29:17.9%→R4：19.7% ※法定報告） ・HbA1cの有所見率は毎年高く、県内順位も高い状況で第2期計画策定時より高い状況が続いている。 （H29:男性65.7%（2位）、女性65.2%（2位）→R4:男性65.8%（2位）、女性66.3%（1位）※法定報告） ・生活習慣病保有率が増加傾向（H29:39.4%→R4：41.4%） ・外来医療費割合の上位に生活習慣病に関連するものが多い。 （糖尿病7.5%（1位）、高血圧症5.7%（2位）、慢性腎臓病（透析あり）4.6%（3位）、脂質異常症3.9%（5位）） ・BMI、腹囲の有所見者割合（BMI：男性30.9%、女性18.7%、腹囲：男性53.8%、女性16.4%） 	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病の発症予防への取組を実施し、新たな患者が減少するようにメタボリックシンドロームなどのハイリスク者への支援を行う。 ・特に糖尿病の発症予防対策を強化して実施し、糖尿病の発症につながる生活習慣を持つものが減少するように情報提供等の支援を広く行う。 	1	3
C	<p>【健診未受診（健康状態不明）の被保険者が多い】</p> <p>①特定健診受診率は42.3%（R4）と約6割が未受診の状況であり、健康状態の把握および生活習慣病等の予防に関する取組につなげられていない。</p> <p>②特に、働き盛り世代（40歳代・50歳代）の特定健診受診率は特に低い傾向にある。</p> <p>③「特定保健指導の実施率（終了率）」、「特定保健指導による特定保健指導の減少率」は増加傾向であり、特定保健指導による効果が一定見られる状況である。一方で、特定保健指導の対象者割合は横ばいとなっており、新しい対象者が毎年健診で見つかっている状況である。また、血糖、血圧、脂質の各有所見率は健診受診者の4～6割となっており、これらの者を特定健診を通して発見し、特定保健指導などの保健サービスにつなげることが重要である。</p> <p>（参考値：R4特定健診の結果より）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率（42.3%） （40歳代男性20.9%、50歳代男性24.5%、40歳代女性26.5%、50歳代女性30.6%） ・健診有所見者の割合（R4暫定値） （HbA1c：65.9%、LDLコレステロール：50.6%、収縮期血圧：44.7%） 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診の受診率を向上し、特定保健指導などの生活習慣病のリスク別のサービスへつなげる必要がある。 	3	4、5、6
D	<p>【悪性新生物の死亡数、医療費が高く、慢性閉塞性肺疾患での死亡比も高いが、がん検診の受診率は低い。】</p> <p>①悪性新生物の死亡数は男女ともに第1位である。</p> <p>悪性新生物の種類別では、男性では気管、気管支及び肺、女性では胃で死亡数が最も多い。</p> <p>②発がんに関わりの深い喫煙が主な原因である慢性閉塞性肺疾患での死亡比が高い。また、喫煙率も県平均より高い。</p> <p>③悪性新生物は入院・外来ともに医療費の第1位で、総医療費の約2割を占めており、医療費の抑制のために、より早期の段階からのがん予防、早期発見・早期治療が重要である。</p> <p>④推計受診率（地域保健・健康増進事業報告）では、大腸がん以外のがん検診（胃がん、肺がん、乳がん、子宮がん）の受診率は増加傾向であるが、最も高い受診率でも20%程度である。</p> <p>（参考値：R4医療費分析結果より）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・悪性新生物の死亡数 （死亡数（H30～R4合計）：男性517人（うち、気管、気管支及び肺141人）、女性358人（うち、胃42人）） ・慢性閉塞性肺疾患の死亡比 （EBSMR（H23～R2）：男性107.8、女性114.0） ・悪性新生物の医療費 （入院医療費：3億4,605万円(20.3%)、外来医療費：5億2,295万円(17.4%)） ・がん検診受診率 市民アンケート（胃：30.1%、大腸：31.0%、肺：15.5%、乳：43.8%、子宮：43.8%） （参考：推計受診率（地域保健・健康増進事業報告）－胃：4.9%、大腸：5.0%、肺：2.5%、乳：18.5%、子宮：21.4%） ・質問票による喫煙率（守山市：男性21.8%、県：男性21.0%） 	<ul style="list-style-type: none"> ・がん検診の受診率を向上し、がんの早期発見・早期治療ができるようにする。 ・要精密検査者について、医療受診につながるよう支援を行う。 	4	7
E	<p>【全身疾患や介護予防と関わり深い歯科疾患予防の実施が必要】</p> <p>①1人当たりの歯科医療費と歯科受診率は増加傾向である。</p> <p>②歯周病と関連の深い糖尿病等の医療費が高く、医療費抑制のための歯科疾患予防対策が重要である。</p> <p>③介護認定者の約25%が歯周病と関連の深い認知症を有しており、また、2号被保険者の原因疾患は脳血管疾患が最も多いなど、歯と口腔に深い疾患が介護要因とも深い関係がある。</p> <p>④前期高齢者のうち、BMIが20kg/m²以下の者の割合は県平均より高く、食事量の低下によるフレイル予防の取組が必要である。</p> <p>（参考値：R3特定健診の結果より）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・噛みづらさを感じている男性が増加傾向。 （噛みにくい男性21.1%、ほとんど噛めない男性1.2%、50歳以上74歳以下男性74.4%） ・歯科の受診率、歯科医療費1人当たり費用額は増加傾向。 （R4：歯科受診率227.39、歯科医療費1人当たり費用額28,087円） ・BMI20以下の前期高齢者が20.9%あり、県平均（19.6%）より高い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・口腔疾患予防の取組を実施し、口腔機能の低下や食事量低下によるフレイル等を予防する必要がある。 	4	8



2 データヘルス計画全体における目的・目標

(1) 第3期データヘルス計画の目標

項目	目標	評価指標	計画策定時	第3期データヘルス計画						目標	目標値等の考え方
			R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11(2029)		
A	【新】重症疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全）の標準化死亡比の減少	脳血管疾患（EBSMR）（男性）	80.5 (H23～R2)	80.5 以下	80.5 以下	80.5 以下	80.5 以下	80.5 以下	80.5 以下	減少	第3期計画からの目標値。 EBSMRは保健事業のみならず、様々な要因の影響を受ける項目であるため、現状維持を目指す。
		脳血管疾患（EBSMR）（女性）	89.7 (H23～R2)	89.7 以下	89.7 以下	89.7 以下	89.7 以下	89.7 以下	89.7 以下	減少	第3期計画からの目標値。 EBSMRは保健事業のみならず、様々な要因の影響を受ける項目であるため、現状維持を目指す。
		心疾患（EBSMR）（男性）	81.6 (H23～R2)	81.6 以下	81.6 以下	81.6 以下	81.6 以下	81.6 以下	81.6 以下	減少	第3期計画からの目標値。 EBSMRは保健事業のみならず、様々な要因の影響を受ける項目であるため、現状維持を目指す。
		心疾患（EBSMR）（女性）	89.7 (H23～R2)	89.7 以下	89.7 以下	89.7 以下	89.7 以下	89.7 以下	89.7 以下	減少	第3期計画からの目標値。 EBSMRは保健事業のみならず、様々な要因の影響を受ける項目であるため、現状維持を目指す。
		腎不全（EBSMR）（男性）	92.6 (H23～R2)	92.6 以下	92.6 以下	92.6 以下	92.6 以下	92.6 以下	92.6 以下	減少	第3期計画からの目標値。 EBSMRは保健事業のみならず、様々な要因の影響を受ける項目であるため、現状維持を目指す。
		腎不全（EBSMR）（女性）	107.6 (H23～R2)	107.6 以下	107.6 以下	107.6 以下	107.6 以下	107.6 以下	107.6 以下	減少	第3期計画からの目標値。 EBSMRは保健事業のみならず、様々な要因の影響を受ける項目であるため、現状維持を目指す。
	受診勧奨判定値以上の者の医療機関受診率の向上	【必須】受診判定値以上の者の医療機関受診率	71.7% (R4)	73.1	74.5	75.9	77.3	78.7	80%以上	第2期計画において目標（60%以上）を達成した項目。 実績に基づき、目標値（80%以上）を設定した。 第3期計画より共通指標ではなくなったが、市町の必須項目。	
		【必須】上記のうち、別に定めるハイリスク者の医療機関受診率	94.3% (R4)	95.2	96.1	97.0	98.0	99.0	100%	第2期計画において目標（80%以上）を達成した項目。 実績に基づき、目標値（100%）を設定した。 第3期計画より共通指標ではなくなったが、市町の必須項目。	
	重症化予防対象者の減少	重症化予防対象者の割合	31.3% (R4)	31.0	30.8	30.6	30.4	30.2	30%以下	第2期計画において悪化した項目。 策定時の現状に近い値のため、第2期計画時の目標値（30.0%以下）を踏襲した。	
B	生活習慣病患者数の減少	生活習慣病保有率	41.4% (R4)	41.0	40.7	40.4	40.1	39.8	39.4%以下	第2期計画において悪化した項目。 策定時の現状に近い値のため、第2期計画時の目標値（39.4%以下）を踏襲した。	
		HbA1cの有所見者の割合	65.9% (R4)	63.0	61.0	59.0	57.0	55.0	53.6%以下	第2期計画において悪化した項目。 策定時の現状に近い値のため、第2期計画時の目標値（53.6%以下）を踏襲した。	
		メタボリックシンドローム該当者および予備群の割合	29.1% (R4)	29.0	28.9	28.8	28.7	28.6	28.4%以下	第2期計画において悪化した項目。 メタボリックシンドローム該当者割合は年々増加しており、第2期計画時の目標値（15.5%以下）を達成することが困難であると考え、該当者と予備群をあわせて第2期策定時の現状値を目標とした。	
C	特定健診受診率の向上	特定健診受診率	42.3% (R4)	45.0	48.0	51.0	54.0	57.0	60%以上	県・市町共通目標。	
		継続受診割合	70.5% (R4)	71.1	71.7	72.2	72.8	73.4	74%以上	第2期計画において悪化した項目。 実績に基づき、第2期計画時の目標値（75%以上）を達成することが困難であると考え、第2期策定時の現状値を目標とした。	
	特定保健指導実施率の向上	特定保健指導終了率	57.9% (R4)	58.3	58.7	59.0	59.4	59.7	60%以上	県・市町共通目標。	
D	【新】がん検診受診率の向上	胃がん受診率	30.1% (R4)	—	—	—	—	—	60%以上	第3期計画からの目標値。	
		大腸がん受診率	31.0% (R4)	—	—	—	—	—	60%以上	健康増進計画、医療費適正化計画と整合性を図るため、60%とした。	
		肺がん受診率	15.5% (R4)	—	—	—	—	—	60%以上	「がん対策推進基本計画」に基づき、がん検診の受診率の算定対象年齢は40～69歳、子宮がんは20～69歳、胃がんは50～69歳とした。	
		子宮がん受診率	55.7% (R4)	—	—	—	—	—	60%以上	健康もりやま21市民アンケートからの数字となるため、最終年度に評価を行う。毎年状況は、滋賀県健康づくり支援資料集（地域保健・健康増進事業報告（厚生労働省）より）の数値でモニタリングを行う。	
		乳がん受診率	43.8% (R4)	—	—	—	—	—	60%以上		
E	【新・国】50歳以上74歳以下における咀嚼良好者の増加	50歳以上74歳以下の特定健康診査受診者のうち、標準的な質問票13で「①何でもかんで食べることができる」と回答した者の割合	78.1% (R4)	78.5	79.0	79.5	80.0	80.5	81%以上	県が第1回保健事業部会で示した目標値を参考（現状値から+0.5%/年増）	
	【新・国】前期高齢者のうち、BMIが20kg/m2以下の者の減少	前期高齢者の特定健康診査受診者のうち、BMIが20kg/m2以下の者の数	20.9% (R4)	20.0	19.0	18.0	17.0	16.0	15%以上	県が第1回保健事業部会で示した目標値を採用（21計画の目標値より検討）	

：第2期計画でC評価であった目標値

(2) 滋賀県・市町国保における共通目標の状況

	目標	計画策定時	第3期データヘルス計画						目標
		R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11(2029)	
特定健診受診率	特定健診受診率	42.3% (R4)	45.0	48.0	51.0	54.0	57.0	60%以上	
	40歳代健診受診率	23.3% (R4)	23.6	23.9	24.2	24.5	24.8	25%以上	
	3年連続未受診者割合	39.1% (R4)	39.1以下	39.1以下	39.1以下	39.1以下	39.1以下	40%以下	
	特定健診未受診者かつ医療機関受診なし者の割合	36.2% (R4)	36.0	35.8	35.6	35.4	35.2	35%以下	
	特定保健指導実施（終了）率	57.9% (R4)	58.3	58.7	59.0	59.4	59.7	60%以上	
第3期からの新たな目標	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	30.2% (R4)	30.2以上	30.2以上	30.2以上	30.2以上	30.2以上	26%以上	
	HbA1c8.0%以上の者の割合	1.4% (R4)	1.3	1.3	1.2	1.1	1.1	1.0%以下	
	高血糖者の割合（HbA1c6.5%以上の者の割合）	10.7% (R4)	10.5	10.2	10.0	9.7	9.5	9.2%以下	
	HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	11.4% (R4)	11.4以下	11.4以下	11.4以下	11.4以下	11.4以下	12.9%以下	
	血圧が保健指導判定値以上の者の割合	46.4% (R4)	45.9	45.5	45.2	44.8	44.4	44%以下	

3 個別の保健事業

事業番号	事業名	重点・優先度
1	ハイリスク者対策（未受診者対策・治療中断者対策、ハイリスク者対策、人間ドック受診後フォロー）	1
2	医療費抑制対策（医療費通知、ジェネリック通知、重複頻回保健指導、多剤併用者保健指導）	3
3	糖尿病対策（糖尿病発症予防、ストップ糖尿病大作戦、糖尿病性腎症重症化予防）	1
4	特定健診（特定健診実施、39歳以下健診、みなし健診、人間ドック費用助成）	3
5	特定健診受診率向上対策（個別勧奨、受診状況アンケート、BIWA-TEKU、ポピュレーションアプローチ）	3
6	特定保健指導（特定保健指導実施（未利用者対策含む））	2
7	がん検診受診率向上対策（個別勧奨、精密検査対象者フォロー）	4
8	歯科疾患予防対策（すこやか歯科健診、個別勧奨、ポピュレーションアプローチ）	4

V 個別の保健事業

<p>(事業番号 1)</p>	<p>ハイリスク者対策（未受療者対策・治療中断者対策、ハイリスク者対策、人間ドック受診後フォロー）</p>
<p>①事業の目的</p>	<p>1 未受療者対策・治療中断者対策 生活習慣病の重症化を防ぐために、健診で検査データが要医療域であった人を対象に、医療機関受診状況を確認し、適切な受診行動がとれるように働きかけます。</p> <p>2 ハイリスク者対策 受診勧奨判定値以上の者のうち、ハイリスク者を確実に医療につなぐことで重症化予防を図ります。</p> <p>3 人間ドック受診後フォロー 人間ドックの結果、要治療および要精密検査と判定された方にアンケートを送り、その後の受診状況や治療状況について確認を行うことで、医療へつなぐことや病気の重症化予防を図ります。</p>
<p>②対象者</p>	<p>1 未受療者対策・治療中断者対策 39歳以下健診および特定健康診査受診者のうち、下記の条件にあてはまる人で特定保健指導を受けていない人（血圧・血糖・脂質の服薬者を除く）</p> <p>(1) 血圧：収縮期 140mmHg以上160mmHg未満 または、拡張期 90mmHg以上100mmHg未満</p> <p>(2) 血糖：HbA1c 6.5%以上7.0%未満</p> <p>(3) 脂質：LDL 140mg/dl以上180mg/dl未満 または、TG 300mg/dl以上500mg/dl未満</p> <p>(4) 尿酸：血清尿酸値 8.0mg/dl以上</p> <p>2 ハイリスク者対策 39歳以下健診および特定健康診査受診者のうち、下記の条件にあてはまる人で特定保健指導を受けていない人（当該項目で服薬中の者を除く）</p> <p>(1) 血圧：収縮期 160mmHg以上 または、拡張期 100mmHg以上</p> <p>(2) 血糖：HbA1c 7.0%以上</p> <p>(3) 脂質：LDL 180mg/dl以上 または、TG \geq 500mg/dl</p> <p>(4) 腎機能：eGFR $<$ 50ml/分/1.73m²（70歳以上は40未満） または、尿たんぱく（2+）以上 または、尿たんぱく（+）かつ尿潜血（+）以上</p> <p>3 人間ドック受診後フォロー 人間ドックの結果、要治療および要精密検査と判定された人</p>

③現在までの 事業結果	血液検査等の結果から生活習慣病の重症化リスクのある者を把握し、受診勧奨判定値以上の者の約7割を適切な受診行動につなげることができました。また、ハイリスク基準以上の者については、電話や訪問による勧奨を行い、9割以上の者を医療受診につなげることができました。
----------------	---

④今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム	1～3 共通							
	受診勧奨実施者の受診判定値以上の者の医療機関受診率	71.7% (R4)	73.1	74.5	75.9	77.3	78.7	80%以上
	上記のうち、別に定めるハイリスク者の医療機関受診率	94.3% (R4)	95.2	96.1	97.0	98.0	99.0	100%
アウトプット	1 未受療者対策・治療中断者対策							
	受療行動確認実施	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2 ハイリスク者対策							
	受療行動確認実施	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	3 人間ドック受診後フォロー							
	受療行動確認実施	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

⑤目標を達成するための主な戦略	健診の血液検査等の結果が受診勧奨判定値、ハイリスク者基準に該当する者について、受診状況の確認アンケートを送付し、受診の確認ができないハイリスク者等について、生活習慣病の重症化予防のために医療受診勧奨を行います。
-----------------	---

⑥現在までの実施方法（プロセス）・実施体制（ストラクチャー）

<p>1 未受療者対策・治療中断者対策</p> <p>(1) 対象者に通知（受診状況の調査）を行い、医療機関受診状況の確認を行う。</p> <p>(2) 受診行動が未確認である人について、レセプト確認で状況を確認する。</p> <p>2 ハイリスク者対策</p> <p>(1) 対象者に通知（受診状況の調査）を行い、医療機関受診状況の確認を行う。</p> <p>(2) 受診行動が未確認である人について、レセプト確認や訪問等で状況を確認し、受診勧奨を行う。</p> <p>(3) 受診勧奨後、適切な受診行動がとれているか経年的に評価し、フォローしていく。</p> <p>3 人間ドック受診後フォロー</p> <p>人間ドックの結果、要治療および要精密検査と判定された方にアンケートを送り、その後の受診状況や病状の確認を行う。アンケート回収後、レセプトを確認し状況確認を行う。</p>

⑦今後の実施方法（プロセス）・実施体制（ストラクチャー）の評価指標

1～2 未受療者対策・治療中断者対策、ハイリスク者対策

- (1) 年間計画通りに実施できたか。
- (2) 対象者に応じた効果的な勧奨を実施できたか。

3 人間ドック受診後フォロー

- (1) 年間計画通りに実施できたか。

⑧評価計画

1 未受療者対策・治療中断者対策

四半期ごとに医療受診率を確認、当該年度健診受診者全員の最終レセ確認後に最終評価を実施する。

2 ハイリスク者対策

四半期ごとに医療受診率を確認、当該年度健診受診者全員の最終レセ確認後に最終評価を実施する。

3 人間ドック受診後フォロー

四半期ごとに対象者にアンケートを送付し、その結果を担当課と共有し受診行動につなげる。

**〈参考〉 受診勧奨判定値以上の者の受診勧奨に関するハイリスク基準
(県データヘルス計画より)**

項目	基準	備考
血圧 ※1	II 度高血圧およびIII 度高血圧 (収縮期血圧 \geq 160mmHg、拡張期血圧 \geq 100mmHg)	自己測定により基準以下であることが確認できた場合はよい
血糖 ※2	HbA1c \geq 7.0%(NGSP値)	7.0%以上の受診勧奨が確実に実施できる市町は、6.5%以上の基準で実施する※1
脂質 ※1	LDL \geq 180mg/dl またはTG \geq 500mg/dl	
腎機能 ※3	eGFR < 50ml/分/1.73m ² (70歳以上は40未満) または、尿蛋白(2+)以上 または、尿たんぱく(+)かつ尿潜血(+)以上	
尿酸 ※4	血清尿酸値 \geq 9.0mg/dl	合併症(腎障害、尿路結石、高血圧、虚血性心疾患、糖尿病、メタボリックシンドロームなど)のないもの 市町の状況に合わせて実施を選択可 (受診勧奨判定値以上の者として受診勧奨を実施している場合は、ハイリスク基準として選択しなくてもよい)

※1 「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】」健診結果とその他の必要な情報の提供(フィードバック文例集)「①すぐに医療機関の受診を」のI基準

※2 糖尿病治療ガイド(日本糖尿病学会編)における「血糖コントロール目標」の「合併症予防のための目標」値

※3 CKD診療ガイド(日本腎臓病学会編)かかりつけ医療機関から腎臓専門医への紹介基準参考

※4 「高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン第3版」日本痛風・尿酸核酸学会の基準

V 個別の保健事業

<p>(事業番号 2)</p>	<p>医療費抑制対策（医療費通知、ジェネリック医薬品差額通知、重複頻回保健指導、多剤併用者保健指導）</p>
<p>①事業の目的</p>	<p>1 医療費通知 医療費を通知することで、医療費の実態の理解を深めるとともに、健康に対する意識や国民健康保険制度に対する認識を深め、医療費の適正化、医療機関の不正請求を防止します。</p> <p>2 ジェネリック医薬品差額通知 被保険者に対し、その医薬品に対応するジェネリック医薬品に切り替えた場合の差額を通知することで、被保険者の自己負担の軽減と医療給付費の抑制を図ります。</p> <p>3 重複頻回保健指導 重複・頻回受診者等を対象に訪問指導を実施することにより、適正な医療の受診および医療費適正化を図ります。</p> <p>4 多剤併用者保健指導 多剤併用者を対象に訪問指導を実施することにより、適正な医療の受診および医療費適正化を図ります。</p>
<p>②対象者</p>	<p>1 医療費通知 医療機関に受診、処方されている被保険者</p> <p>2 ジェネリック医薬品差額通知 中長期的に医薬品を処方されている40歳以上の被保険者</p> <p>3 重複頻回保健指導 精神疾患の治療を行っている者を除き、同じ病態で複数機関を受診している重複受診者、短期間に多数回の受診を行う頻回受診者、また同じ成分の薬を複数医療機関から処方されている重複服薬者の中から、国保連合会と協議し、訪問指導が必要と判断した者</p> <p>4 多剤併用者保健指導 精神疾患やがん治療を行っている者を除き、多数の薬を継続的に医療機関から処方されている多剤服薬者の中から、国保連合会と協議し、訪問指導が必要と判断した者</p>

③現在までの 事業結果	<p>1 医療費通知 H30～R4までの5年間は一人当たり医療費が県平均以下となっています。医療費の不正の疑いのケースを発見し、県への連絡へつなげることができました。</p> <p>2 ジェネリック医薬品差額通知 ジェネリック医薬品の使用割合について、令和元年度から政府目標である数量ベース80%以上を達成しました。</p> <p>3～4 重複頻回保健指導および多剤併用者保健指導 毎年対象者を抽出し、複数名の指導を実施しました。</p>
----------------	---

④今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム	ジェネリック 利用推移	82%	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上
	重複頻回・多剤併用 対象者の前後3か月 比較で一人でも受診 日が減少	1日以上 減	1日以上 減	1日以上 減	1日以上 減	1日以上 減	1日以上 減	1日以上 減
アウト プット	1 医療費通知							
	医療費通知の送付	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2 ジェネリック医薬品差額通知							
	ジェネリック差額通 知の送付（送付条件 該当者のみ）	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	3 重複頻回保健指導							
	重複頻回・多剤併用 対象者への通知の送 付	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	4 多剤併用者保健指導							
訪問事業対象者への 訪問指導	38%	38%以上	38%以上	38%以上	38%以上	38%以上	38%以上	

⑤目標を達成するための主な戦略	<p>(医療費通知) 年2回、医療費通知を行います。</p> <p>(ジェネリック) 年2回、差額通知や国保証の一斉更新送付時の後発医薬品の希望シールの送付および国保加入時に希望シールを配布することで切替を促します。</p> <p>(重複頻回、多剤併用) 国保連合会と連携し、効果が見込まれる被保険者について訪問指導を実施し該当者の減少につなげます。</p>
-----------------	---

⑥現在までの実施方法（プロセス）・実施体制（ストラクチャー）

<p>1 医療費通知</p> <p>令和4年度までは年6回発送していたが、マイナポータルから医療費通知が確認できるようになったため令和5年度からは年2回（1月頃と3月頃）発送する。</p> <p>2 ジェネリック医薬品差額通知</p> <p>令和4年度までは年4回発送していたが、令和5年度からは8月頃と1月頃の年2回発送する。</p> <p>3 重複頻回保健指導</p> <p>訪問事業対象者に保健師、薬剤師等による訪問指導を実施する。</p> <p>4 多剤併用者保健指導</p> <p>訪問事業対象者に保健師、薬剤師等による訪問指導を実施する。</p>

⑦今後の実施方法（プロセス）・実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

<p>1～2 医療費通知、ジェネリック医薬品差額通知</p> <p>(1) 年間計画通りに実施できたか。</p> <p>(2) 通知が送付できたか。</p> <p>3～4 重複頻回保健指導、多剤併用者保健指導</p> <p>(1) 年間計画通りに実施できたか。</p> <p>訪問指導により、受診日数の減少や受診内容の変化が見られたことから、次年度以降も国保連合会と連携を図り、引き続き訪問指導を行う。</p>

⑧評価計画

<p>1 医療費通知</p> <p>年度末以降に、通知が必要な人に通知することができたか確認する。</p> <p>2 ジェネリック医薬品差額通知</p> <p>毎年度末時点の数量シェア集計表の使用割合にて評価する。</p> <p>3 重複頻回保健指導</p> <p>受診前後3か月のレセプトで効果を見る。</p> <p>4 多剤併用者保健指導</p> <p>受診前後3か月のレセプトで効果を見る。</p>
--

V 個別の保健事業

(事業番号 3)	糖尿病対策（糖尿病発症予防、ストップ糖尿病大作戦、糖尿病性腎症重症化予防、ポピュレーションアプローチ）
-----------	---

①事業の目的	<p>1 糖尿病発症予防 糖尿病の発症予防を目的に、非肥満で糖尿病発症のリスクのある人を対象に情報提供を行います。</p> <p>2 ストップ糖尿病大作戦 糖尿病初期の者について、糖尿病について知り、糖尿病重症化予防にいち早く取り組む機会としてもらうため、相談会を実施します。</p> <p>3 糖尿病性腎症重症化予防 糖尿病に伴う腎不全の重症化や糖尿病性腎症による人工透析の導入を抑制するため、保健指導や治療中断者対策等を行います。</p> <p>4 ポピュレーションアプローチ あらゆる機会をとらえて、保健事業の周知および糖尿病などの生活習慣の予防に資する健康に関する知識の普及啓発を図ります。</p>
②対象者	<p>1 糖尿病発症予防 特定健康診査受診者のうち、非肥満でHbA1c5.6～6.5%の者 （※未受療者対策対象者、特定保健指導対象者、服薬中者は除く）</p> <p>2 ストップ糖尿病大作戦 特定健康診査受診者のうち、HbA1c6.0～6.9%の者 （※特定保健指導対象者、糖尿病の服薬中者は除く）</p> <p>3 糖尿病性腎症重症化予防 (1) 医療機関受診勧奨、保健指導 守山市国民健康保険被保険者のうち40歳以上74歳以下の者で、前年度に受診した特定健康診査、人間ドック、事業主健診等の健康診査の結果、次のアかつイに該当する者 ア 空腹時血糖126mg/dl以上 または、随時血糖200mg/dl以上 または、HbA1c6.5%以上 イ eGFR50mg/分/1.73m²未満(70歳以上は40ml/分/1.73 m²未満) または、尿たんぱく+以上 (2) 治療中断者対策 過去5年間に糖尿病治療歴があり、最近1年間に受診歴のない者</p> <p>4 ポピュレーションアプローチ 全市民</p>

③現在までの 事業結果	血液検査の結果から糖尿病の段階に応じたアプローチを行うことで、糖尿病の発症予防・重症化予防に努めてきましたが、HbA1c有所見者の割合は65.9%（R4）と第2期データヘルス計画策定時より微増しました。
----------------	---

④今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
1 糖尿病発症予防								
アウト カム	HbA1c有所見者の割合	65.9% (R4)	63.0	61.0	59.0	57.0	55.0	53.6%以下
	事業対象者割合の減少	24.5% (R4)	23.9	23.3	22.7	22.1	21.5	20.9%以下
アウト プット	糖尿病に関する情報提供の実施	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2 ストップ糖尿病大作戦								
アウト カム	HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトのない者の割合	11.4% (R4)	11.4以下	11.4以下	11.4以下	11.4以下	11.4以下	12.9%以下
	事業対象者割合の減少	16.5% (R4)	16.5% 以下	16.5% 以下	16.5% 以下	16.5% 以下	16.5% 以下	16.5% 以下
アウト プット	事業案内の送付	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3 糖尿病性腎症重症化予防								
アウト カム	治療中断者の医療機関受診率	20.0% (R4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	保健指導対象者の生活習慣の改善率	77.8% (R4)	90%以上	90%以上	90%以上	90%以上	90%以上	90%以上
アウト プット	かかりつけ医からの栄養指導指示書をもとにした保健指導の実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	治療中断者への受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4 ポピュレーションアプローチ								
アウト カム	HbA1c有所見者の割合【再掲】	65.9% (R4)	63.0	61.0	59.0	57.0	55.0	53.6%以下
アウト プット	ポピュレーションアプローチの実施	0回/年 (R4)	1回以上/ 年	1回以上/ 年	1回以上/ 年	1回以上/ 年	1回以上/ 年	1回以上/ 年

⑤目標を達成するための主な戦略	糖尿病の発症・重症化リスクのある者について、糖尿病の進行を遅らせるため、情報提供や保健指導、受診勧奨等を行います。糖尿病に関する知識向上のため、HbA1c6.0～6.9の人への対策を新たに追加します。
-----------------	--

⑥現在までの実施方法（プロセス）・実施体制（ストラクチャー）

- 1 糖尿病発症予防
 - (1) 糖尿病に関するリーフレットを個別に送付し、情報提供を行う。
 - (2) 希望者に対し、保健指導を実施する。
- 2 ストップ糖尿病大作戦
 - (1) 対象者に通知、糖尿病に関するリーフレット等を個別に送付する。
 - (2) 希望者に対し、個別相談を実施する。
 - (3) 個別相談を実施した者について、事後アンケートを実施する。
- 3 糖尿病性腎症重症化予防
 - (1) 医療機関受診勧奨、保健指導
 - ア 治療中患者：かかりつけ医からの保健指導指示書をもとに保健指導を実施する。
 - イ 未治療者：医療機関受診勧奨を実施する。
 - (2) 治療中断者対策
医療機関受診勧奨を実施する。
- 4 ポピュレーションアプローチ
あらゆる機会をとらえて、糖尿病に関する知識の普及啓発を図る。

⑦今後の実施方法（プロセス）・実施体制（ストラクチャー）の評価指標

- 1、4 糖尿病発症予防、ポピュレーションアプローチ
 - (1) 年間計画通りに実施できたか。
- 2 ストップ糖尿病大作戦
 - (1) 年間計画通りに実施できたか。
 - (2) 分かりやすい相談の実施ができたか。
- 3 糖尿病性腎症重症化予防
 - (1) 年間計画通りに実施できたか。
 - (2) かかりつけ医との連携ができたか。

⑧評価計画

- 1 糖尿病発症予防
四半期ごとにアウトプットを確認、当該年度健診受診者全員の健診結果収集後に最終評価を実施する。
- 2 ストップ糖尿病大作戦
四半期ごとにアウトプットを確認、当該年度参加者全員のアンケート収集後に最終評価を実施する。
- 3 糖尿病性腎症重症化予防
アウトカムについては、以下のとおり。
 - (1) 保健指導：事業報告書の提出後に評価を実施する。
 - (2) 治療中断者：受診勧奨3か月後のレセプトで評価を実施する。アウトプットについては、以下のとおり。
 - (1) 保健指導：初回面談後に評価を実施する。
 - (2) 治療中断者：対象者への受診勧奨実施後に評価を実施する。
- 4 ポピュレーションアプローチ
当該年度健診受診者全員の健診結果収集後に最終評価を実施する。

V 個別の保健事業

(事業番号 4)	特定健診（特定健診、39歳以下健診、みなし健診、人間ドック費用助成）
①事業の目的	<p>1 特定健診 糖尿病をはじめとする生活習慣病の発症予防・重症化予防を目的に特定健診を実施します。また、特定健診の結果、生活習慣病などの疾病リスクの高い人を必要な保健サービスへ繋がめます。</p> <p>2 39歳以下健診 18歳以上39歳以下の方を対象に健診受診の習慣付けと、糖尿病をはじめとする生活習慣病の発症予防・重症化予防を目的に39歳以下健診を実施します。また、健診の結果、生活習慣病などの疾病リスクの高い人を必要な保健サービスへ繋がめます。</p> <p>3 みなし健診 (1) 治療中患者情報提供票の活用 治療中患者の検査データを把握することで、保健指導を必要とする人にはたらきかけるとともに、特定健康診査の受診率向上を目指します。 (2) 事業主健診の結果把握 事業主健診結果を把握することで、保健指導を必要とする人にはたらきかけるとともに、特定健康診査の受診率向上を目指します。</p> <p>4 人間ドック費用助成 病気の早期発見、早期治療による医療費の抑制と健康の増進、また健康意識の向上を図ります。</p>
②対象者	<p>1 特定健診 40歳から74歳までの守山市国保被保険者 ただし、妊産婦や病院または診療所に6か月以上継続入院している人など、厚生労働省令で定める除外規定に該当する人は除く。</p> <p>2 39歳以下健診 18歳（健診日当日）以上39歳以下の市民</p> <p>3 みなし健診 (1) 治療中患者情報提供票の活用 特定健康診査対象者のうち治療中の人 (2) 事業主健診の結果把握 特定健康診査対象者のうち事業主健診受診者</p>

<p>②対象者 (つづき)</p>	<p>4 人間ドック費用助成</p> <p><現物> 対象者 (1) 国保に1年以上加入 (2) 満40歳以上 (3) 現在入院をしていない (4) 国保税の滞納がない</p> <p><償還> 対象者 (1) 受診日に国保に加入 (2) 満40歳以上 (3) 現在入院をしていない (4) 国保税の滞納がない</p>
<p>③現在までの 事業結果</p>	<p>特定健診の無料受診券の送付や事業主健診結果提供制度などのみなし健診制度の実施、人間ドック費用助成割合の拡充等により、平成30年度には初めて受診率が40%を超え、以降、受診率40%以上を維持しています。健診受診者は、糖尿病をはじめとする生活習慣病の発症予防・重症化予防のための各種保健事業の実施や特定保健指導対象者には保健指導の案内を行うことができました。</p> <p>(参考)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ R4特定健診受診者数 4,576人 (R5.9時点実績より) うち、みなし健診制度等利用者 611人 (13.4%) 治療中患者情報提供 35人 事業主健診結果提供 41人 人間ドック費用助成 535人 (人間ドック302人 脳ドック72人 セット161人)

④今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウト カム	1～4 共通							
	特定健診受診率	42.3% (R4)	45.0	48.0	51.0	54.0	57.0	60%以上
アウト プット	1 特定健診							
	特定健診無料受診券の送付率	100% (R4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2 39歳以下健診							
	国保加入対象者へのお知らせはがきの送付率	100% (R5)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	3 みなし健診							
	治療中患者情報提供対象者への提出依頼の送付率	100% (R4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
前年度事業主健診結果提供者への提出依頼送付率	100% (R4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

⑤目標を達成するための主な戦略	様々な方法により特定健診対象者の血液検査等のデータを収集することで、健康状態を把握し、適切な保健サービスにつなげます。
-----------------	---

⑥現在までの実施方法（プロセス）・実施体制（ストラクチャー）

- 1 特定健診
 - (1) 県内の実施医療機関で個別健診を実施する。
 - (2) 対象者に無料受診券を送付する。
- 2 39歳以下健診
 - (1) 守山・野洲市内の実施医療機関で個別健診を実施する。
 - (2) 国保加入対象者には、お知らせハガキを送付する。
- 3 みなし健診
 - (1) 治療中患者情報提供票の活用
医師会と連携し、治療中患者情報提供票を活用する。
 - (2) 事業主健診の結果把握
 - ア 前年度に事業主健診の結果を提供された人に、当該年度の結果提供の依頼を送付する。
 - イ 守山商工会議所と連携し、事業主健診の結果提供を促す。
 - ウ 受診状況アンケート実施時に、特定健診未受診の理由に、「職場で健診を受けているから」と回答した人に対し、事業主健診の結果の提供を促す。
- 4 人間ドック費用助成
窓口で申請された方に助成金交付決定を行い、現物の対象者には助成金の交付決定通知を送付、償還の対象者には助成金を支給する。

⑦今後の実施方法（プロセス）・実施体制（ストラクチャー）の評価指標

- 1～4 特定健診、39歳以下健診、みなし健診、人間ドック費用助成
 - (1) 年間計画通りに実施できたか。
 - (2) 医療機関と連携して実施できたか。

⑧評価計画

- 1 特定健診
毎月の受診者数をモニタリングし、法定報告時に最終評価を実施する。
- 2 39歳以下健診
毎月の受診者数をモニタリングし、当該年度健診受診者全員の健診結果収集後に最終評価を実施する。
- 3 みなし健診
毎月の利用者数をモニタリングし、当該年度健診受診者全員の健診結果収集後に最終評価を実施する。
- 4 人間ドック費用助成
翌年度に受診者数の確認と評価を実施する。

V 個別の保健事業

(事業番号 5)	特定健診受診率向上対策（個別勧奨、受診状況アンケート、BIWA-TEKU、ポピュレーションアプローチ）
①事業の目的	<ol style="list-style-type: none"> 1 個別勧奨 特定健診受診率の向上を目的に、個別通知や電話による受診勧奨を行います。 2 受診状況アンケート 特定健診未受診者のうち、治療中患者数、事業主健診受診者数、および未受診の理由を把握し、個々に応じたアプローチができるようにアンケートを実施します。 3 BIWA-TEKU 特定健康診査受診率の向上を目的に、アプリによる健診受診の動機づけを行います。 4 ポピュレーションアプローチ あらゆる機会をとらえて、特定健診受診の必要性について周知啓発を図ります。
②対象者	<ol style="list-style-type: none"> 1 個別勧奨 特定健診対象者のうち、健診未受診の者 2 受診状況アンケート 特定健診対象者 3 BIWA-TEKU 守山市国民健康保険被保険者およびBIWA-TEKU参加保険者団体の被保険者 4 ポピュレーションアプローチ 全市民
③現在までの事業結果	ナッジ理論などを用いた個別勧奨を強化することにより、平成30年度には初めて40%を超える受診率となりました。また、事業主健診結果提供制度やインセンティブを付与した動機づけなども併用し、受診率40%以上を維持しています。

④今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム	1～4 共通							
	特定健診受診率	42.3% (R4)	45.0	48.0	51.0	54.0	57.0	60%以上
アウトプット	1 個別勧奨							
	対象者（受診勧奨が必要な人）へのアプローチ	100% (R4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2 受診状況アンケート							
	受診状況アンケートの実施	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年
	3 BIWA-TEKU							
	BIWA-TEKUの参加者数	2,278人 (R5.11)	4,500	5,000	5,500	6,000	6,500	7,000人
	4 ポピュレーションアプローチ							
市広報への掲載	3回/年 (R4)	3回/年	3回/年	3回/年	3回/年	3回/年	3回/年	

⑤目標を達成するための主な戦略	対象者の特性に合わせた受診勧奨等により、不定期受診者を定期受診者にしていくことで受診率の向上につなげます。
-----------------	---

⑥現在までの実施方法（プロセス）・実施体制（ストラクチャー）

<p>1 個別勧奨</p> <p>(1) 個別勧奨通知 現状分析を行い、受診勧奨が必要な人にナッジ理論を活用した個別勧奨通知を送付する。</p> <p>(2) 電話勧奨 過去に特定保健指導等の対象者となったことのある人について、電話による個別勧奨を行う。</p> <p>2 受診状況アンケート 当該年度未受診者などを対象に受診状況アンケートを送付する。アンケートは、WEBなども活用し、実施する。</p> <p>3 BIWA-TEKU 健康増進アプリ「BIWA-TEKU」を活用し、健診受診を促す。</p> <p>4 ポピュレーションアプローチ あらゆる機会をとらえて、保健事業の周知および健康に関する知識の普及啓発を図る。</p>
--

⑦今後の実施方法（プロセス）・実施体制（ストラクチャー）の評価指標

- 1 個別勧奨
 - (1) 年間計画通りに実施できたか。
 - (2) 委託業者等と連携し、市の特性に合った効果的な受診勧奨を実施できたか。
- 2 受診状況アンケート
 - (1) 年間計画通りに実施できたか。
 - (2) アンケートは答えやすくなる工夫があったか。
- 3 BIWA-TEKU
 - (1) 年間計画通りに実施できたか。
 - (2) 健診受診につながるような効果的な工夫があったか。
- 4 ポピュレーションアプローチ
 - (1) 年間計画通りに実施できたか。
 - (2) 健診受診につながるような効果的な啓発ができたか。

⑧評価計画

- 1 個別勧奨
当該年度の事業について、年度途中、年度末に中間評価、翌年度7月までに最終評価を実施する。
- 2 受診状況アンケート
アンケート回収後、当該年度健診受診者全員の健診結果収集後に評価を実施する。
- 3 BIWA-TEKU
毎月の参加者数をモニタリングし、当該年度参加者全員の結果収集後に評価を実施する。
- 4 ポピュレーションアプローチ
毎月の受診者数をモニタリングし、法定報告時に最終評価を実施する。

V 個別の保健事業

(事業番号 6)	特定保健指導（特定保健指導（未利用者対策含む））
----------	--------------------------

①事業の目的	1 特定保健指導（未利用者対策含む） メタボリックシンドローム該当者および予備群の減少を目的に特定保健指導を実施します。
②対象者	1 特定保健指導（未利用者対策含む） 39歳以下健診および特定健康診査受診者のうち、健診結果において、腹囲やBMIが基準値以上であり、内臓脂肪型肥満が疑われる者（服薬中の者は除く）
③現在までの事業結果	特定保健指導の利用率・実施率について、年代別にアプローチ方法を工夫（訪問・電話・オンライン）するなどした結果、利用率は53.1%、終了率は57.9%まで向上させることができました。

④今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム	特定保健指導終了率	57.9% (R4)	58.3	58.7	59.0	59.4	59.7	60%以上
	特定保健指導利用率	53.1% (R4)	54.3	55.5	56.6	57.8	58.9	60%以上
アウトプット	特定保健指導の利用 勧奨の実施（初勧奨）	100% 336人 (R4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	特定保健指導の利用 勧奨の実施（再勧奨）	100% 292人 (R4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	特定保健指導の利用 勧奨の実施（再々勧奨）	100% 162人 (R4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%

⑤目標を達成するための主な戦略	特定保健指導対象者全員に案内通知文を送付するとともに、未返信者のうち、中年世代には電話、高齢世代には訪問による利用勧奨を行い、年代に応じた効果的な勧奨を実施します。
-----------------	--

⑥現在までの実施方法（プロセス）・実施体制（ストラクチャー）

<p>1 特定保健指導（未利用者対策含む）</p> <p>(1) 特定健診実施医療機関にて健診結果説明時に、対象者に対し特定保健指導の利用勧奨を実施する。</p> <p>(2) 市より、特定保健指導の案内通知を発送（初勧奨）する。</p> <p>(3) 特定保健指導の利用のなかった者について、電話もしくは訪問にて利用勧奨を実施する。 （再勧奨、再々勧奨）</p> <p>(4) 直営および医療機関委託で特定保健指導（積極的支援・動機付け支援）を実施する。</p>
--

⑦今後の実施方法（プロセス）・実施体制（ストラクチャー）の評価指標

<p>1 特定保健指導（未利用者対策含む）</p> <p>(1) 年間計画通りに実施できたか。</p> <p>(2) 医療機関と連携し実施できたか。</p> <p>(3) 対象者に応じた効果的な勧奨を実施できたか。</p>

⑧評価計画

<p>1 特定保健指導（未利用者対策含む）</p> <p>実施時期ごとに利用者数をモニタリングし、法定報告時に最終評価を実施する。</p>

V 個別の保健事業

(事業番号 7)	がん検診受診率向上対策（個別勧奨、精密検査対象者フォロー）
①事業の目的	<p>1 個別勧奨 がんの早期発見・早期治療のためのがん検診受診率の向上を目的に、個別通知による受診勧奨を行います。</p> <p>2 精密検査対象者フォロー がんの早期発見、がんによる死亡者の減少を図ることを目的に、精密検査対象者フォローを行います。</p>
②対象者	<p>1 個別勧奨 (1) 個別勧奨（ナッジ理論）：40歳以上の国保加入者 (2) 健康チェックの推進：当該年度50歳の市民</p> <p>2 精密検査対象者フォロー がん検診受診者のうち、要精密検査と判断された者</p>
③現在までの事業結果	<p>ナッジ理論を活用した個別勧奨の実施により、大腸がん以外のがん検診受診率（地域保健・健康増進事業報告）は増加傾向です。</p> <p>※市民アンケート（胃：30.1%、大腸：31.0%、肺：15.5%、乳：43.8%、子宮：43.8%）</p> <p>※参考：推計受診率（地域保健・健康増進事業報告）－胃：4.9%、大腸：5.0%、肺：2.5%、乳：18.5%、子宮：21.4%）</p>

④今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウト カム	計画全体としての目標値（市民アンケートより。次回実施はR11年度）							
	胃がん受診率	30.1% (R4)	—	—	—	—	—	60%以上
	大腸がん受診率	31.0% (R4)	—	—	—	—	—	60%以上
	肺がん受診率	15.5% (R4)	—	—	—	—	—	60%以上
	乳がん受診率	43.8% (R4)	—	—	—	—	—	60%以上
	子宮がん受診率	55.7% (R4)	—	—	—	—	—	60%以上
	参考としての目標値（地域保健・健康増進事業報告より。毎年更新）							
	(参考) 胃がん受診率	4.9% (R3)	14.1	23.3	32.4	41.6	50.8	60%以上
	(参考) 大腸がん受診率	5.0% (R3)	14.2	23.3	32.5	41.7	50.9	60%以上
	(参考) 肺がん受診率	2.5% (R3)	12.1	21.7	31.2	40.8	50.4	60%以上
	(参考) 乳がん受診率	18.5% (R3)	25.4	32.3	39.3	46.2	53.1	60%以上
	(参考) 子宮がん受診率	21.4% (R3)	27.8	34.3	40.7	47.1	53.6	60%以上
	胃がん精検受診率 (X線)	100% (R3)	100%	100%	100%	100%	100%	90%以上
	胃がん精検受診率 (内視鏡)	100% (R3)	100%	100%	100%	100%	100%	90%以上
	大腸がん精検受診率	83.0% (R3)	84.2	85.3	86.5	87.7	88.9	90%以上
	肺がん精検受診率	97.1% (R3)	97.1%以上	97.1%以上	97.1%以上	97.1%以上	97.1%以上	90%以上
乳がん精検受診率	100% (R3)	100%	100%	100%	100%	100%	90%以上	
子宮がん精検受診率	100% (R3)	100%	100%	100%	100%	100%	90%以上	

アウト プット	1 個別勧奨（対象者（受診勧奨が必要な人）へのアプローチとして）							
	市健（検）診お知らせ通知の送付	5月 9,987通 (R5)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	健康チェックの送付	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2 精密検査対象者へのフォロー							
	胃がん精密検査未受診者への精検受診再勧奨の実施	対象者無し (R4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	大腸がん精密検査未受診者への精検受診再勧奨の実施	100% (R4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	肺がん精密検査未受診者への精検受診再勧奨の実施	100% (R4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	乳がん精密検査未受診者への精検受診再勧奨の実施	100% (R4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	子宮がん精密検査未受診者への精検受診再勧奨の実施	100% (R4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%

⑤目標を達成するための主な戦略	対象者の特性に合わせた受診勧奨の実施、複数回にわたる精密検査受診勧奨により、がんの早期発見・早期治療につなげます。
-----------------	---

⑥現在までの実施方法（プロセス）・実施体制（ストラクチャー）

<p>1 個別勧奨</p> <p>(1) 個別勧奨（ナッジ理論） 当該年度に受診可能ながん検診について、ナッジ理論を活用した個別勧奨通知を送付する。</p> <p>(2) 健康チェックの推進 健（検）診の受診勧奨（歯科無料クーポン券含む）、ストレスチェックについての個別通知を送付する。</p> <p>2 精密検査対象者フォロー</p> <p>(1) 病院から一次検診の結果返し時に受診勧奨を実施する。</p> <p>(2) 検診受診約6か月後を経過しても精検受診が確認できない者について、電話または通知による勧奨を行う。</p>

⑦今後の実施方法（プロセス）・実施体制（ストラクチャー）の評価指標

- 1 個別勧奨
 - (1) 個別勧奨（ナッジ理論）
 - ア 年間計画通りに実施できたか。
 - イ 効果的な受診勧奨を実施できたか。
 - (2) 健康チェックの推進
 - ア 年間計画通りに実施できたか。
 - イ 庁内関係者等と連携し、効果的な受診勧奨を実施できたか。
- 2 精密検査対象者フォロー
 - (1) 年間計画通りに実施できたか。
 - (2) 対象者に応じた効果的な勧奨を実施できたか。

⑧評価計画

- 1 個別勧奨
 - (1)～(2) 個別勧奨（ナッジ理論）、健康チェックの推進
毎月の受診者数をモニタリングし、年度末(例:地域保健・老人事業報告)に最終評価を実施する。
- 2 精密検査対象者フォロー
勧奨実施後に精密検査受診者数をモニタリングし、年度末(例:地域保健・老人事業報告)に最終評価を実施する。

V 個別の保健事業

(事業番号 8)	歯科疾患予防対策（すこやか歯科健診、個別勧奨、ポピュレーションアプローチ）
①事業の目的	<p>1 すこやか歯科健診 歯科疾患の早期発見・早期治療を行うことで、歯の喪失を予防し、口腔内の健康の維持、オーラルフレイルから全身のフレイルになることを予防するため、すこやか歯科健診（口腔内検査（歯周病、虫歯の有無の確認）、歯科指導）を実施します。</p> <p>2 個別勧奨 すこやか歯科健診受診率の向上を目的に、個別通知による受診勧奨を行います。</p> <p>3 ポピュレーションアプローチ 全身疾患や介護予防と関わりの深い歯科疾患予防のため、歯科疾患予防、食事量低下によるフレイル予防等の必要性についての周知啓発を図ります。</p>
②対象者	<p>1 すこやか歯科健診 20歳以上75歳未満の市民</p> <p>2 個別勧奨 すこやか歯科健診対象者</p> <p>3 ポピュレーションアプローチ 全市民</p>
③現在までの事業結果	<p>歯科疾患予防の重要性の周知や個別勧奨、一部対象者への健診無料化の導入などにより、すこやか歯科健診の受診者数は令和4年度過去最高（R4:328人）を更新、セルフケアおよびプロフェッショナルケアに取り組む人を増やし、歯科疾患予防につなげることができました。</p>

④今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム	1～3 共通							
	すこやか歯科健診受診率（20～70歳の節目年齢者）	2.5% (R4)	3.8	5.0	6.3	7.5	8.8	10%以上
	50歳以上74歳以下の特定健康診査受診者のうち、標準的な質問票13で「①何でもかんで食べることができる」と回答した者の割合	78.1% (R4)	78.5	79.0	79.5	80.0	80.5	81%以上
	3 ポピュレーションアプローチ							
	前期高齢者の特定健康診査受診者のうち、BMIが20kg/m2以下の者の数	20.9% (R4)	20.0	19.0	18.0	17.0	16.0	15%以上
アウトプット	2 個別勧奨							
	20歳お知らせ通知の送付	100% (4月959通) (R5)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	40歳無料ハガキの送付	100% (4月1,164通) (R5)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	市健（検）診お知らせ通知の送付【再掲】	100% (5月9,987通) (R5)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	健康チェックの送付（R5:50歳無料ハガキ）	100% (8月1,598通) (R5)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	3 ポピュレーションアプローチ							
	特定健診受診者への結果返し時の歯科情報提供啓発パンフレット配付	100% (R4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	介護関連通知物発送時に啓発チラシの同封	100% (R4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	歯科健康教育（中学校）の実施	100% (公立4中学校1年生) (R4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%

⑤目標を達成するための主な戦略	無料ハガキならびに個別勧奨通知の送付、歯科疾患予防の重要性の周知により、セルフケア・プロフェッショナルケアに取り組む人を増やし、歯科疾患予防につなげます。
-----------------	---

⑥現在までの実施方法（プロセス）・実施体制（ストラクチャー）

<p>1 すこやか歯科健診 守山・野洲市内の実施医療機関で個別健診を実施する。</p> <p>2 個別勧奨 (1) 20歳のすこやか歯科健診対象者へお知らせハガキを送付する。 (2) 40歳のすこやか歯科健診対象者へ無料ハガキを送付する。 (3) 国保被保険者の40歳以上のすこやか歯科健診対象者について、個別勧奨通知を送付する。 (4) 50歳のすこやか歯科健診対象者へ健(検)診の受診勧奨(歯科無料クーポン券含む)、ストレスチェックについての個別通知を送付する。(再掲)</p> <p>3 ポピュレーションアプローチ あらゆる機会をとらえて、歯科疾患予防、食事量低下によるフレイル予防等の必要性について周知啓発を図る。 (1) 特定健診受診者への結果返し時に歯科情報提供啓発パンフレットを配付する。 (2) 介護関連通知物発送時に啓発チラシを同封する。 ア 介護保険第1号被保険者への保険証発送時(65歳到達の市民) イ 介護認定結果通知時(要介護認定申請者) (3) 自治会サロン等での歯科健康教育を実施する(随時) (4) 歯科保健について、幼少期より正しい知識を持って望ましい行動をとれるよう子どもへの歯科健康教育として、地域の子育てサロンへの出前講座や園・小中学校と連携した出前講座を実施する。</p>

⑦今後の実施方法（プロセス）・実施体制（ストラクチャー）の評価指標

<p>1 すこやか歯科健診 (1) 年間計画通りに実施できたか。 (2) 医療機関と連携して実施できたか。</p> <p>2 個別勧奨 (1) 年間計画通りに実施できたか。 (2) 庁内関係者等と連携し、効果的な受診勧奨を実施できたか。</p> <p>3 ポピュレーションアプローチ (1) 年間計画通りに実施できたか。 (2) 庁内関係者等と連携し、効果的なアプローチを実施できたか。</p>

⑧評価計画

<p>1 すこやか歯科健診 毎月の受診者数をモニタリングし、年度末(例:地域保健・老人事業報告)に最終評価を実施する。</p> <p>2 個別勧奨 毎月の受診者数をモニタリングし、年度末(例:地域保健・老人事業報告)に最終評価を実施する。</p> <p>3 ポピュレーションアプローチ 当該年度健診受診者全員の健診結果収集後に評価を実施する。</p>

VI その他

<p>1 データヘルス計画の評価・見直し</p>	<p>【毎年の評価・見直し】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本計画に掲げる目標の達成状況や保健事業の実施状況について、毎年度把握・分析し、PDCAサイクルが回るよう評価に基づく改善を行います。 ・計画の評価は、「守山市国民健康保険運営協議会」に諮るとともに、必要に応じて滋賀県や滋賀県国民健康保険団体連合会（保健事業支援・評価委員会含む）から意見を聴取するなか、実施していきます。 <p>【中間評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・計画の中間年にあたる令和8年度に中間評価を行い、目標の達成状況や事業内容の変更等により、必要に応じ計画の見直しを行うこととします。 <p>【最終評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・計画の最終年度（令和11年度）には、目標値の状況や市町計画の進捗状況等を踏まえ、計画全体を見直し、計画の改訂を行います。
<p>2 データヘルス計画の公表・周知</p>	<p>本計画は、「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」第五の五および「高齢者の医療の確保に関する法律」第19条第3項に基づき、市ホームページ等にて公開し、本計画に記載の事業の趣旨への理解と積極的な協力を得られるよう努めます。</p>
<p>3 個人情報の取扱い</p>	<p>保健事業で取り扱う個人情報については、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律、個人情報の保護に関する法律ならびにこれに基づくガイドライン等を遵守するものとしします。</p> <p>また、保健事業の委託先についても、同様の取扱いとするとともに、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を確認し、指導します。</p>
<p>4 地域包括ケアに係る取組</p>	<p>本計画に基づく保健事業を推進するため、今後も庁内関係課との十分な連携を図ります。また、守山市健康づくり推進協議会等においては、保健分野に限らず国保・介護分野を交えた健康づくり施策の議論を進めるとともに、地域包括ケアシステムの構築に向け、保険者として取り組んでいきます。</p> <p>また、医療機関や関係機関との連携を強化し、計画の円滑な推進を図ります。</p>
<p>5 その他留意事項</p>	<p>データヘルス計画の推進のため、国保連合会が行うデータヘルスに関する研修に事業運営に関わる担当者（国保・保健・介護部門等）を積極的に参加させるとともに、事業推進に向けた協議の場を設けるものとしします。</p>

1 第 4 期計画の概要

(1) 特定健康診査および特定保健指導の基本的な考え方

ア 特定健康診査の基本的な考え方

第 1 章の「1 (2)②前期計画に係る考察」で明らかになったとおり、特定健康診査はナッジ理論などを用いた個別勧奨を強化することにより平成30年度以降、40%を超える受診率を維持していますが、健診対象者の過半数を超える者の健康リスクが不明な状況となっています。また、特定保健指導においては、令和 4 年度の実施率（終了率）が57.3%と目標値である60%まであと一歩まで向上し、メタボリックシンドローム予備群の割合は目標値を達成しましたが、メタボリックシンドローム該当者の割合は悪化している状況です。

特定健康診査は、糖尿病をはじめとする生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的に、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする人を的確に抽出するために実施します。

特に、60～70歳代に比べて受診率の低い40～50歳代の人々の健康意識の向上、不定期受診者の定期受診化を図り、受診率の向上を図ります。

イ 特定保健指導の基本的な考え方

特定保健指導は、特定健康診査により階層化された対象者に、生活習慣改善のために、保健指導を行うことで、対象者が自らの生活習慣における課題を認識し、行動変容と自己管理を行うとともに、健康的な生活の維持・増進を図ります。

特に、個別指導体制の強化や、栄養指導の充実など内容の充実を図るとともに、医療機関との連携を図りながら、健康診査から指導までの誘導を強化していきます。

また、非肥満者等の特定保健指導の対象から外れた人についても、重症化予防、疾病予防に取り組んでいきます。

2 計画の目標

(1) 計画の目標値

第 4 期計画における特定健康診査の目標受診率は、国が特定健康診査等基本指針で定める受診率60%（保険者種別の市町村国保の目標値）とし、計画初年度を45%とし、段階的に3%ずつ引き上げていきます。

また、特定保健指導の目標実施率は、国が特定健康診査等基本指針で定める実施率60%（保険者種別の市町村国保の目標値）とし、第 3 期計画の実績を踏まえ、計画初年度を58.3%とし、段階的に0.3%ずつ引き上げていき、最終年度の目標を60%に設定します。

	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
特定保健指導	58.3%	58.7%	59.0%	59.4%	59.7%	60.0%

(2) 特定健康診査等の対象者数

国民健康保険被保険者数の見込みの基となる人口推計について、国立社会保障・人口問題研究所の推計を元に、各年度の人口の推計を行いました。

推計人口を基に設定した40～64歳および65～74歳までの人口に、国民健康保険被保険者の対人口割合を乗じて、性別・年齢2区分別の被保険者数を算出しました。性別・年齢2区分別の国民健康保険被保険者の対人口割合は、令和5年9月30日現在の被保険者数で算出しました。

ア 人口推計

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
男性 (人)	40～64歳	14,288	14,385	14,393	14,401	14,410	14,418
	65～74歳	4,078	3,954	3,964	3,973	3,983	3,992
女性 (人)	40～64歳	14,544	14,667	14,665	14,663	14,660	14,658
	65～74歳	4,418	4,267	4,254	4,240	4,227	4,213
男女計 (人)	40～64歳	28,832	29,052	29,058	29,064	29,070	29,076
	65～74歳	8,496	8,221	8,217	8,213	8,210	8,206
	計	37,328	37,273	37,275	37,277	37,280	37,282

※国立社会保障・人口問題研究所データより作成

イ 性別・年齢2区分別国民健康保険被保険者の対人口割合（令和5年9月30日現在）

	男性	女性
40～64歳	14.1%	14.1%
65～74歳	63.4%	76.4%

ウ 国保被保険者数（特定健康診査対象者数）の見込み

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
男性 (人)	40～64歳	2,009	2,022	2,023	2,025	2,026	2,027
	65～74歳	2,585	2,507	2,513	2,519	2,525	2,531
	男性計	4,594	4,529	4,536	4,544	4,551	4,558
女性 (人)	40～64歳	2,047	2,065	2,064	2,064	2,064	2,063
	65～74歳	3,376	3,261	3,251	3,240	3,230	3,220
	女性計	5,423	5,325	5,315	5,304	5,294	5,283
計		10,017	9,854	9,851	9,848	9,845	9,841

※R5.9末国保被保険者数の割合で算出

(3) 目標値を達成するための受診者数等

ア 特定健診の受診者数見込み

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
目標受診率		45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
受診者数 (人)	男性	2,067	2,174	2,314	2,454	2,594	2,735
	女性	2,440	2,556	2,711	2,864	3,017	3,170
	計	4,508	4,730	5,024	5,318	5,611	5,905
前年度からの増加数(人)			222	294	294	294	293

イ 特定保健指導の実施者数等の見込み

(ア) 特定保健指導の対象者数見込み

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
積極的 支援	男性	69	73	77	82	87	91
	女性	9	9	10	10	11	11
	計	78	82	87	92	98	103
動機づけ 支援	男性	197	207	221	234	247	261
	女性	87	92	97	103	108	113
	計	285	299	318	337	355	374
計		362	381	405	429	453	477

※H30～R4年度の特定保健指導対象者実績割合の平均から算出

積極的支援 男性：3.3%、女性：0.4% 動機づけ支援 男性：9.5%、女性3.6%

(イ) 特定保健指導の実施者数見込み

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
対象者の出現率		8.0%	8.0%	8.1%	8.1%	8.1%	8.1%
目標実施率		58.3%	58.7%	59.0%	59.4%	59.7%	60.0%
目標 受診者数 (人)	積極的	45	48	51	55	58	62
	動機づけ支援	166	175	187	200	212	225
	計	211	223	239	255	270	286

※H30～R4年度の特定保健指導対象者実績割合の平均から算出

3 特定健康診査および特定保健指導の実施方法

(1) 特定健康診査の実施方法

ア 対象者

国民健康保険に加入し、特定健康診査の実施年度に40歳から74歳になる人で、かつ、当該実施年度の1年間を通じて加入している人（年度途中での加入・脱落等異動のない人）を対象とします。

なお、妊産婦や病院または診療所に6か月以上継続入院している人など、厚生労働省令※で定める除外規定に該当する人は除きます。

※特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第1条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者（平成20年厚生労働省告示第3号）

イ 実施場所・実施期間

(ア) 実施場所

第3期計画と同様に、個別健診については、滋賀県医師会との契約のもと、県内の各医療機関にて実施します。（個別健診）

また、平成21年度から受診場所の拡大として、JA厚生連での組合員健診を特定健康診査とみなせるようにしており、第4期計画期間においても引き続き実施します。（集団健診）

(イ) 実施期間

特定健康診査の実施期間は、毎年度5月から2月までとします。

ウ 特定健康診査の実施項目

特定健康診査は、厚生労働省から示された項目（基本的な健診の項目、詳細な健診の項目）に加え、追加の健診項目を実施します。

【基本的な健診の項目】

既往歴の調査	服薬歴および喫煙習慣の状況に係る調査（質問票）を含む
自覚症状および他覚症状の検査	理学的検査（身体診察）
身体計測	身長、体重、BMI、腹囲
血圧	収縮期血圧、拡張期血圧
血中脂質検査	空腹時中性脂肪または随時中性脂肪、 HDLコレステロール、LDLコレステロール
肝機能検査	AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ -GT（ γ -GTP）
血糖検査	空腹時血糖 またはHbA1c（NGSP値） または随時血糖
尿検査	糖、蛋白

【詳細な健診の項目】

貧血検査	赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値
心電図検査	
眼底検査	
血清クレアチニンおよびeGFR	

【追加健診項目】

HbA1c (NGSP値) ※空腹時 (食後10時間以上)
血清クレアチニンおよびeGFR
尿酸
尿潜血

※血糖検査において、健診実施前に食事を摂取している等により空腹時血糖が測定できない場合はHbA1cを測定することとする。空腹時においては、空腹時血糖と追加健診としてHbA1cを測定することとする。

※血清クレアチニンおよびeGFRは、追加健診として実施するか詳細な健診の項目として実施するかは医師の判断による。

エ 事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法

(ア) 事業主健診結果の活用

対象者が当該年度に受診した事業主健診の記録を市へ提出した場合、健診結果に、特定健康診査の基本的な健診の項目について（特に階層化に必要な検査項目（服薬歴、喫煙歴等は必要不可欠））記録されている場合においては、特定健康診査の受診に代えることとします。

(イ) 治療中の特定健康診査対象者のデータ活用

平成24年度より、県内統一の取組として、特定健康診査対象者が生活習慣病を含む疾患の治療中の場合、治療中のデータから不足分を情報提供票に記入することで、特定健康診査を受診したとみなすことができるようになりました。

第3期計画期間内においても、医療機関との連携を図りながら、対象者には積極的に声掛けをしていただけるよう依頼していきます。

(ウ) 人間ドックによる特定健康診査

人間ドックを受診し、市に検査結果を提出した場合、検査結果に、特定健康診査の基本的な健診の項目について（特に階層化に必要な検査項目（服薬歴、喫煙歴等は必要不可欠））記録されている場合においては、特定健康診査の受診に代えることとします。

オ 周知及び受診勧奨

(ア) 特定健康診査の周知

健康診査開始時に、市広報をはじめ、すこやか健康だより、有線放送、市HP、受診券発送時チラシにより、特定健康診査についての周知・啓発を行います。

健康診査終了前においても、健康診査受診を促すため、広報もりやま、有線放送、チラシ配布等で周知・啓発を行います。

また、「第3次健康もりやま21」と連携し、各種イベントなど機会あるごとに周知するとともに、健康推進員等関係団体や地域団体に対して、生活習慣病および特定健康診査に関する講座などを積極的に実施します。加えて、「わ」で輝く自治会応援報奨事業を活用して、地域での健康づくりの一環として、特定健康診査の受診勧奨を促進します。

(イ) 個別通知

特定健康診査の該当者全員に受診券を送付します。その際、啓発チラシを同封し、受診啓発を行います。

また、特定健康診査未受診者に対しても、個別通知を送付し、受診を促します。

カ 特定健康診査の実施スケジュール

特定健康診査の実施スケジュールは、おおむね次のとおりです。

月	特定健康診査	保健指導
4月	<ul style="list-style-type: none"> 受診券発送 事業主健診の啓発 	結果把握後、対象者 選出・参加勧奨 保健指導実施・実績 評価
5月	<ul style="list-style-type: none"> 健康診査開始 医療機関に健康診査物品を配布 健康診査開始に合わせて、市広報や市HP、有線放送、チラシ等にて周知啓発 	
6月		
7月		
8月		
9月	<ul style="list-style-type: none"> 未受診者への個別勧奨 	
10月		
11月		
12月		
1月	<ul style="list-style-type: none"> 未受診者への個別勧奨 健康診査終了前に、広報などで周知啓発 	
2月	<ul style="list-style-type: none"> 健康診査終了 	
3月		

各種自治会等での講座啓発

(2) 特定保健指導の実施方法

ア 対象者・概要

国民健康保険に加入し、当該年度に40歳から74歳になる人のうち、特定健康診査の結果、腹囲やBMIが基準以上であり、内臓脂肪型肥満が疑われる人を対象とします。（服薬中の者は除く）

対象者の血糖・脂質・血圧の値や喫煙の有無をリスク個数として数え、そのリスク個数や年齢により、「情報提供」、「動機付け支援」、「積極的支援」の3段階に階層化して、「動機付け支援」、「積極的支援」とされた人に特定保健指導を実施します。

なお、国民健康保険被保険者で、かつ職場健診などの結果により特定保健指導対象者になった人についても、特定保健指導を実施します。

< 特定保健指導の対象者（階層化）基準 >

腹囲	追加リスク	④喫煙	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40～64歳	65～74歳
≧85cm（男性） ≧90cm（女性）	2つ以上該当		積極的 支援	動機づけ 支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で BMI ≧ 25kg/m ²	3つ該当		積極的 支援	動機づけ 支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当			

< 追加リスクの基準値 >

①血糖	空腹時血糖 100mg/dl以上 または、HbA1c（NGSP値）5.6%以上
②脂質	空腹時中性脂肪 150mg/dl以上 または、随時中性脂肪 175 mg/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
④質問票	喫煙歴あり（①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウント）

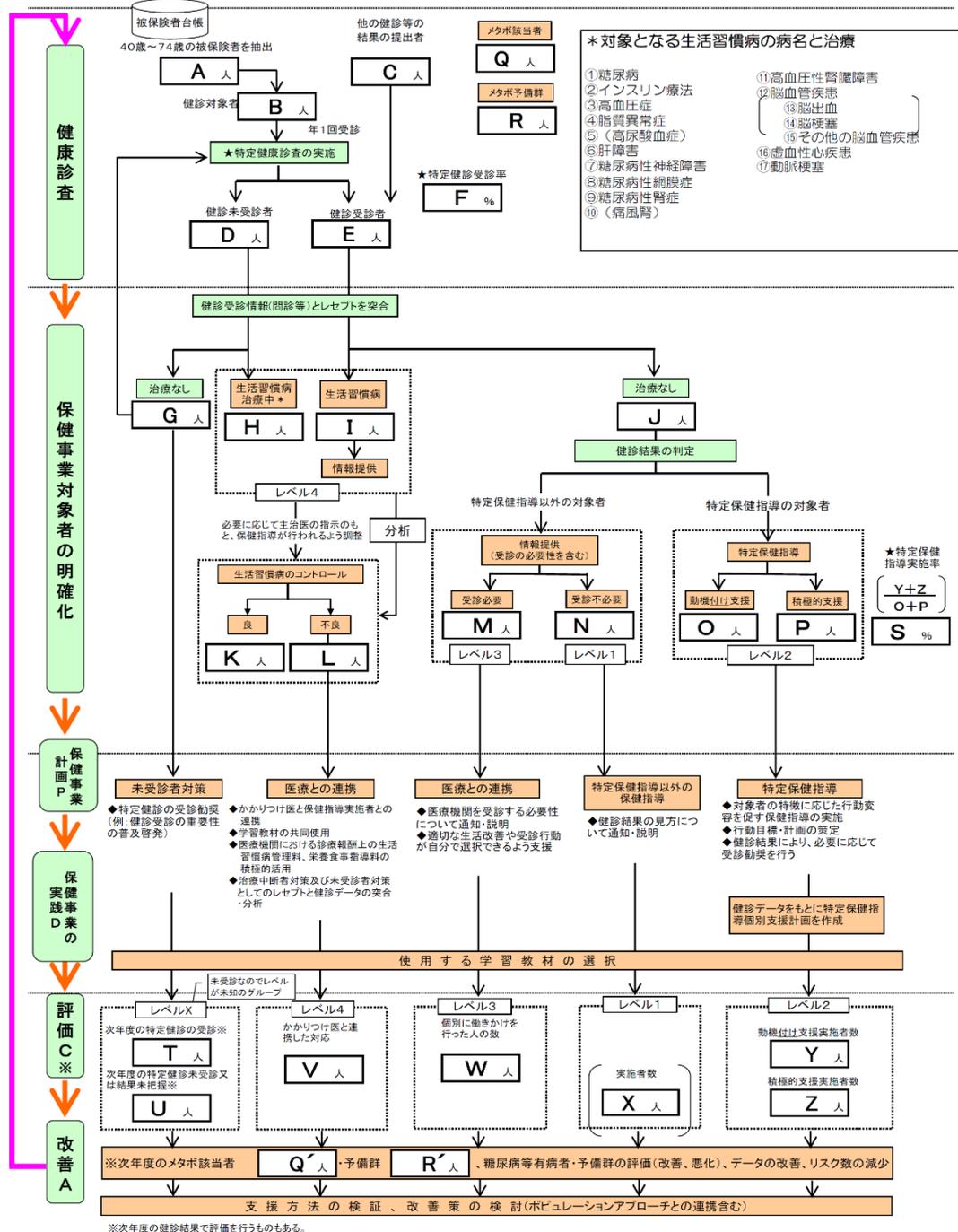
イ 特定健康診査から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」様式5-5をもとに、健康診査結果から保健指導対象者の明確化、保健指導実施計画の策定・実践、評価を行います。

< 特定健康診査から保健指導実施の流れ >

参考様式5-5 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート



ウ 特定保健指導の優先順位

特定保健指導は対象者すべてに実施することが理想ですが、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群を減少させるためには、効果的・効率的な保健指導の実施が必要です。

平成23年度に導入した血清クレアチニン検査も併せて、腎機能障害や高血圧、高血糖など、本市の課題となっている疾病について、指導の必要性や緊急性、期待される効果などを考慮し、保健指導対象者に優先順位を付けて、保健指導を実施します。

■ 保健指導レベルに応じた優先順位と支援方法

優先順位	様式5-5	保健指導レベル	支援方法 ※「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」に示された方法や期間で実施します。
①	O・P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健康診査結果により、必要に応じて受診勧奨を行う
②	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援
③	D	健康診査未受診者	◆特定健康診査の受診勧奨（多様な媒体・機会の活用）
④	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明（全員） ◆保健指導（希望者）
⑤	I	情報提供	◆効果的な治療継続をめざした健康診査結果の見方についての説明 ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策および未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析

エ 特定保健指導の実施場所・実施期間

(ア) 実施場所

市の直営による特定保健指導だけでなく、国民健康保険団体連合会に登録している医療機関への特定保健指導の委託を行っています。あわせて、守山野洲医師会に対して、健診結果の返却の際に特定保健指導についての情報提供、および特定保健指導受講案内を依頼していきます。

第4期計画においても、引き続き国民健康保険団体連合会に登録している医療機関へ特定保健指導の委託を行うとともに、市直営による場合は守山市役所等において実施します。

(イ) 実施期間

特定保健指導のうち、動機付け支援は、特定健康診査の結果に基づき、できるだけ早期に面接による支援を実施し、3か月以降に評価を行います。実施医療機関においては、健診結果の返却と同時に初回面接が行えるよう依頼してまいります。

積極的支援は、特定健康診査の結果に基づき、できるだけ早期に初回時面接を行い、その後、おおむね3か月間の継続的な支援を実施し、初回時面接から3か月以降に評価を行います。

オ 市直営による特定保健指導

市直営による特定保健指導については、健康診査結果把握後、なるべく早期に保健指導の勧奨ができるよう、市で結果を把握した直後に保健指導の通知を行います。

実施方法は、市実施分においても平成24年度から個別指導としていますが、引き続き個別指導とし、さらに利用者の利便性に配慮したものとします。

また、自分で実践できる運動を楽しく学ぶ機会として、運動教室を年間2回程度、集団指導で実施します。

カ ICT（情報通信技術）を活用した特定保健指導

利用者の利便性の向上や感染症拡大防止等に対応するため、市直営による特定保健指導において、初回面接からプライバシーに配慮しつつ、ICTを用いた特定保健指導を行います。

キ 周知および受診勧奨

特定保健指導については、特定健康診査とセットで、多様な媒体や機会を活用して周知を図ります。

また、特定保健指導対象者のうち、治療の必要な方については、まず医療機関への受診勧奨を行います。

健康診査受診者に対する特定保健指導の利用勧奨にあたっては、特定保健指導利用者に対する簡単なアンケート結果から、感想をチラシに入れるなど、工夫を行います。特定保健指導未実施者に対しては、訪問等を実施し、特定保健指導該当者の生活習慣病の予防支援を行い、実施率の向上を図ります。

4 個人情報の保護に関する事項

(1) 基本的な考え方

特定健康診査および特定保健指導で得られる健康情報等の取扱いについては、国民健康保険法、高齢者の医療確保に関する法律、個人情報の保護に関する法律ならびにこれに基づくガイドライン等を遵守するものとします。

また、特定健康診査および特定保健指導等の委託先についても、同様の取扱いとするとともに、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定め、委託先の契約遵守状況を確認し、指導します。

(2) 特定健康診査等の記録の保存方法

ア 個人情報の流れ

特定健診・特定保健指導の実施結果は、標準的な電子データファイル仕様に基づく電子ファイルの形態で、健診・保健指導実施機関等から保険者に登録されます。

イ 保存方法・保存期間

特定健康診査および特定保健指導に関するデータ管理は、原則5年間保存とし、滋賀県国民健康保険団体連合会に委託するものとします。

(3) 特定健康診査等の記録の利用

生活習慣病の対策や本事業の評価のため、特定健診・特定保健指導の実施結果の記録等进行分析する場合は、個人が特定できないよう個人情報を匿名化するとともに、必要な情報の範囲に限定し、データの集計・分析を行います。

5 特定健康診査等実施計画の公表及び周知に関する事項

本計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律」第19条第3項に基づき、市ホームページ等にて公開し、本計画に記載の事業の趣旨への理解と積極的な協力を得られるよう努めます。

6 円滑な実施のための取組

(1) 関係機関・団体との連携

医療機関との連携を強化し、特定健康診査未受診者に対する受診勧奨や、特定保健指導該当者に対する利用勧奨を行うとともに、治療による検査時に追加検査を行うことにより、特定健康診査の検査に変えることができることから、このような点からも連携をとりながら受診勧奨を行っていきます。

事業主は、労働安全衛生法の規定に基づき、健康診査の結果、特に健康の保持に努める必要があると認める労働者に対して、保健指導を行うよう努めなければならないとされています。これについては、商工会議所との連携により特定健康診査・保健指導との連携を進め、必要な人に対しては特定保健指導を実施してまいります。

また、ポピュレーションアプローチをより一層推進するため、健康推進員や自治会等各種団体との連携を強化します。

(2) 特定保健指導実施者の人材確保と資質の向上

医療保険者による生活習慣病対策・予防重視という基本的な考え方のもと、特に高血圧症や糖尿病の予防と該当者の減少という本市の課題の解決に向けて、地域包括支援センター等関係課との連携により、保健指導や介護予防、健康づくりを一体的に進めていきます。

また、専門職としての資質の向上を図るため、関係機関による研修などに積極的に参加していきます。

(3) 計画の評価および見直し

特定健康診査の受診状況や特定保健指導の評価項目などを活用し、毎年度の進捗状況を把握し計画の評価を行います。また、先進地事例の研究なども行い、効果的な実施方法に向けて見直しを行っていきます。

計画の進捗状況の評価は、「守山市国民健康保険運営協議会」の中で行っていきます。