

第3期
多賀町国民健康保険
データヘルス計画



令和6年4月
多賀町



目 次

第1章 計画の基本的事項

1. 趣旨	1
2. 背景	1
3. 計画の位置づけ	2
4. 計画期間	4
5. 保険者努力支援制度	5
6. 第2期計画に係る考察	6

第2章 多賀町の現状

1. 人口・被保険者数・死亡の状況	7
2. 医療費の状況	9
3. 介護保険の状況	15
4. 特定健康診査等の状況	17

第3章 重点施策（現状分析を踏まえた健康課題と目標の設定）

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

第4章 個別保健事業計画

第5章 多賀町特定健康診査等実施計画（第3期）

1. 目標値の設定	43
2. 特定健康診査、特定保健指導の対象者	44
3. 実施方法	47
4. 年間スケジュール	53
5. 個人情報保護	54
6. 公表・周知	55
7. 評価・見直し	55
8. その他	55

第6章 重症化予防への取り組み

1. 心電図検査有所見者	56
2. LDLコレステロール有所見者	56
3. II度高血圧以上	57
4. 糖尿病性腎症病期分類第2期	58

第7章 その他

- | | |
|--------------------|----|
| 1. データヘルス計画の評価・見直し | 59 |
| 2. データヘルス計画の公表・周知 | 59 |
| 3. 個人情報の取扱い | 59 |
| 4. 地域包括ケアに係る取組 | 60 |



多賀町国民健康保険マスコットキャラクター

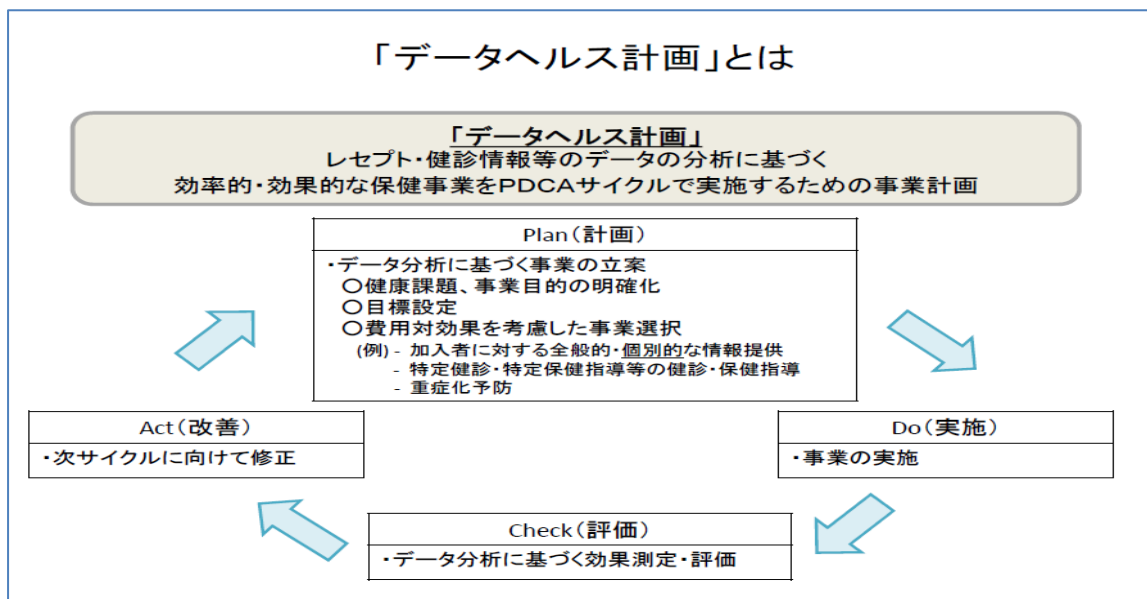
第1章 計画の基本的事項

1：趣旨

～効果的かつ効率的な保健事業～

多賀町データヘルス計画は、「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の一部改正について(平成26年3月31日付け厚生労働省保険局長通知)に基づき、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および評価を行うための計画です(図1)。国指針に基づき、「多賀町データヘルス計画」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化および保険者の財政基盤強化が図られることを目的とします。

図1



2：背景

～健康寿命の延伸～

国民健康保険の保険者は、国民健康保険法(昭和33年法律第192号)第82条第1項に基づき、「特定健康診査および特定保健指導のほか、健康教育、健康診査その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業(以下「保健事業」という。)を行うように努めなければならない。」と規定されています。生活環境の変化や高齢化の進展に伴い、疾病に占める生活習慣病の割合が増えてきており、生涯にわたりQOL(生活の質)を維持するためには、被保険者が自主的に生活習慣の改善および疾病予防に取り組む必要があります。その結果、「健康寿命の延伸」および「医療費の適正化」を図ることが求められます。

近年、特定健康診査および後期高齢者に対する健康診査(以下「特定健診等」という。)の実施や診療報酬明細書(以下「レセプト」という。)等の電子化が進展し、健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいます。

これまでも保険者は、レセプト等や統計資料を活用して「特定健康診査等実施計画」の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたところですが、今後はさらなる被保険者の健康の保持

増進に努めるため、国保データベースシステム（KDB）により健診・医療・介護のデータ分析を行い、リスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチ（※1）から重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことが求められています。

また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成30年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度が創設されることとなりました。

本町においても平成30年4月に第2期「多賀町データヘルス計画」を策定し、被保険者の健康増進等の保健事業の実施に取り組んできましたが、第3期である本計画においても、第2期の計画を踏まえた上で、保有するデータを活用することで、さらなる被保険者の健康増進および医療費の削減を目指し、より効果的効率的な保健事業を実施していきます。

※1 ポピュレーションアプローチ：全住民を対象とした活動によって、集団全体を良い方向にシフトさせること。

3：計画の位置づけ

～健康分野の各種計画と調和～

データヘルス計画は、多賀町における関連計画との整合を図ります（図2）。また、県の関連計画等との整合性を図ります（図3）。滋賀県では医療保険者としての責任をもって、市町とともに保健事業を推進するため、「滋賀県国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定めました。市町の意見を反映し、市町国保の保健事業実施計画とたて串の通った計画としたことが特徴です。

図2

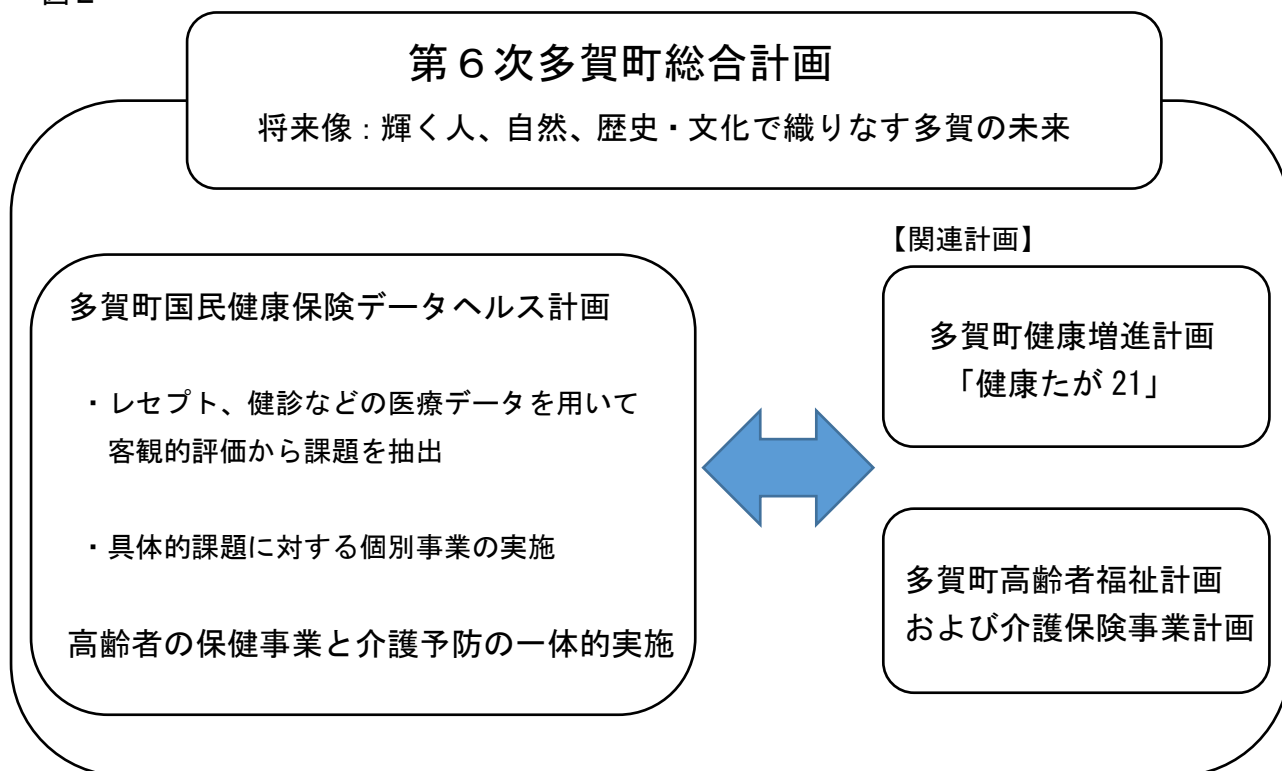
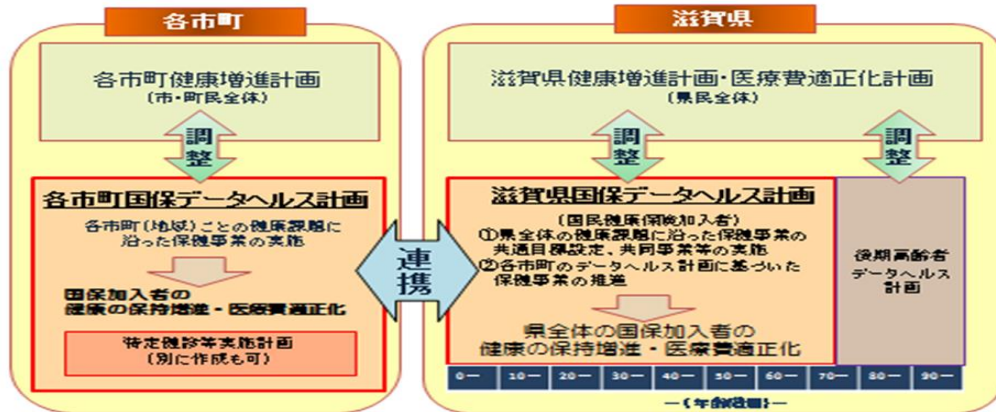


図3



(1) 多賀町健康増進計画「健康たが21」

(第1期平成21年度から、第2期平成31年度から、第3期令和7年度から)

多賀町の健康増進計画であり、行政と住民、地域、関係機関や団体等が相互に連携し、積極的に健康づくり活動を実践するための指針。データヘルス計画においては、「多賀町健康増進計画(健康たが21)」の基本方針を踏まえるとともに、同計画で使用した評価指標を用いるなど、整合性をもたせます。

(2) 多賀町特定健康診査等実施計画

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(以下「特定健診等」という。)の具体的な実施方法等を定めるものであることから、本計画の中に位置づけ、一体的に保健事業を推進していきます。

(3) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

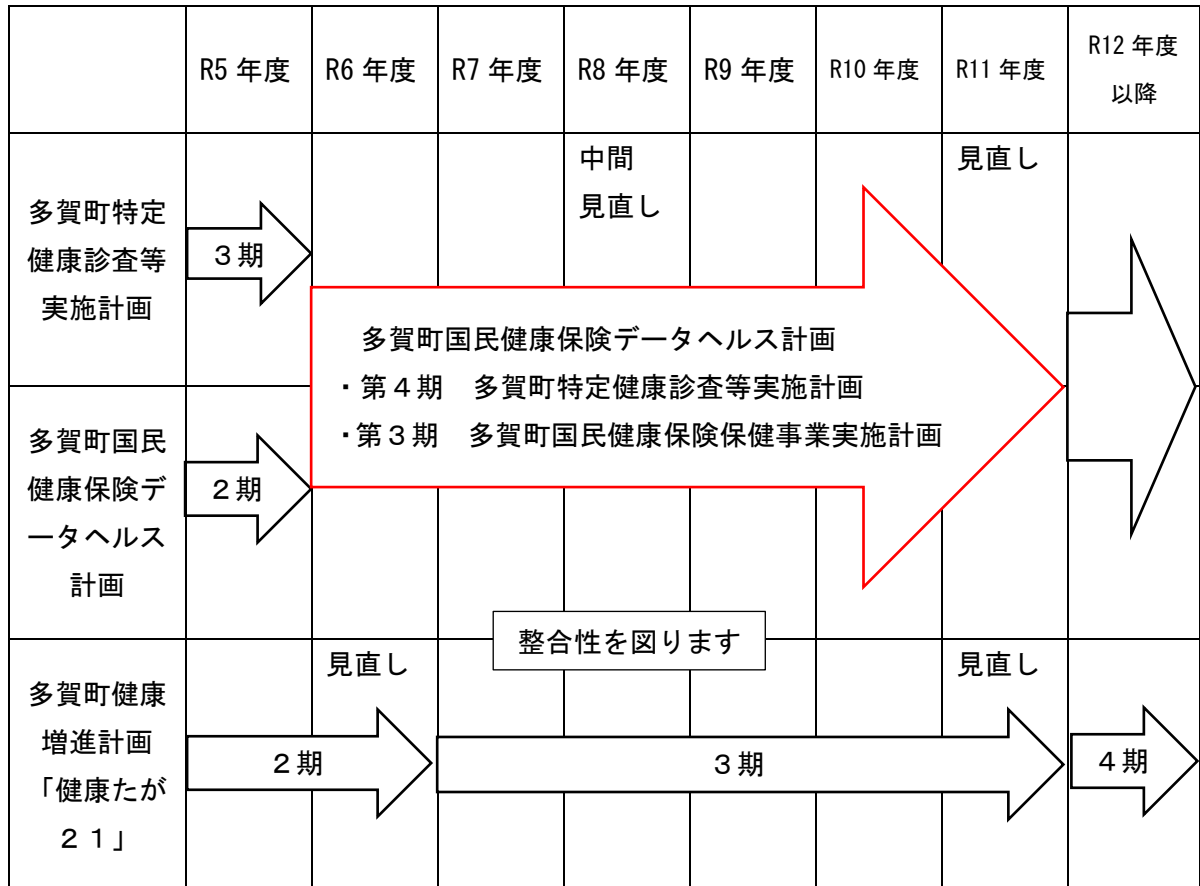
令和6年度から取り組む高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施と相互に連携し推進していきます。

4：計画期間

～6年計画（3年目に中間見直し）～

計画の期間は、関係する計画との整合性を勘案し、基本的には6年を1期とします。
ただし、令和8年度（3年度目）に事業評価を実施し、中間見直しを行います（図4）。

図4



5：保険者努力支援制度

～市町へのインセンティブ制度創設～

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では新たに保険者努力支援制度が創設され、平成 28 年度から、市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施されています（平成 30 年度から本格実施）。

国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価しています（図 5）。

図 5

令和 5 年度 保険者努力支援制度（取組評価分）の市町村分 分析資料

都道府県名	滋賀県
市町村名	多賀町
被保険者数 (2024.1.1現在)	1,596 人

1. 総合実績

	満点	多賀町	(得点率)	滋賀県	(得点率)	全国	(得点率)
合計得点	940 点	601 点	63.9%	559.00 点	59.5%	556.06 点	59.2%
順位（都道府県内・全国）	(都道府県内) 6	19	位	(全国) 591	1,741	位	

2. 共通指標の実績

	満点	多賀町	(得点率)	滋賀県	(得点率)	全国	(得点率)
指標 1 特定健診受診率・特定保健指導受診率・メタボ該当者及び予備群の減少率	190	90 点	47.4%	46.32 点	24.4%	53.67 点	28.2%
指標 2 がん検診受診率・歯科検診受診率	75	40 点	53.3%	26.11 点	34.8%	39.51 点	52.7%
指標 3 生活習慣病の重症予防・難病等の重症化予防・特定健診受診率向上の取組の実施状況	100	95 点	95.0%	95.26 点	95.3%	84.04 点	84.0%
指標 4 個人インセンティブ・分かりやすい情報提供	65	65 点	100.0%	60.79 点	93.5%	50.30 点	77.4%
指標 5 重複・多剤投与者に対する取組の実施状況	50	50 点	100.0%	44.47 点	88.9%	41.98 点	84.0%
指標 6 後発医薬品の促進の取組・使用割合	130	0 点	0.0%	48.95 点	37.7%	61.83 点	47.6%
合計	610	340 点	55.7%	321.89 点	52.8%	331.32 点	54.3%

3. 固有指標の実績

	満点	多賀町	(得点率)	滋賀県	(得点率)	全国	(得点率)
指標 1 保険料（税）収納率	100	85 点	85.0%	54.47 点	54.5%	51.51 点	51.5%
指標 2 データヘルス計画の実施状況	25	25 点	100.0%	25.00 点	100.0%	22.92 点	91.7%
指標 3 医療費通知の取組の実施状況	15	15 点	100.0%	15.00 点	100.0%	14.80 点	98.7%
指標 4 地域包括ケア推進・一体的実施の取組状況	40	15 点	37.5%	28.53 点	71.3%	25.88 点	64.7%
指標 5 第三者求償の取組の実施状況	50	43 点	86.0%	39.16 点	78.3%	40.36 点	80.7%
指標 6 適正かつ健全な事業運営の実施状況	100	78 点	78.0%	74.95 点	74.9%	69.26 点	69.3%
合計	330	261 点	79.1%	237.11 点	71.9%	224.73 点	68.1%

※得点率は、各指標の満点に対して占める割合である。



今後の課題

- ※特定健康診査受診率について、県内においては高い受診率を占めているが、連続して受診率が低下している状況である。引き続き、受診状況等の分析を行い、ターゲットを絞った受診勧奨等、効果的な取組を継続いただきたい。
- ※メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率が全国的に見て低い状況である。生活習慣病にかかる周知・啓発、生活習慣改善のための提案等、ポピュレーションアプローチの取組を検討してはどうか。
- ※後発医薬品の使用割合が全国的にみて低く、また前年と比べ2%以上減少している状況である。国保連合会から提供される効果分析結果を用いて、更なる利用率向上の取組を検討してはどうか。

【参考】国で算定に用いた数値

項目	多賀町	全国	項目	多賀町	全国
特定健診受診率(R1補正(実績)又はR2実績)	58.47%	38.03%	がん検診平均受診率(R1補正(実績)又はR2実績)	24.10%	16.59%
特定健診受診率の向上(H30→R1補正(実績)又はR2実績)	-2.67%	0.14%	がん検診平均受診率の向上(H30→R1補正(実績)又はR2実績)	-10.38%	0.68%
特定保健指導受診率(R1補正(実績)又はR2実績)	70.42%	29.31%	がん検診受診率(胃がん)(R1補正(実績)又はR2実績)	21.00%	13.93%
特定保健指導受診率の向上(H30→R1補正(実績)又はR2実績)	6.49%	0.46%	がん検診受診率(肺がん)(R1補正(実績)又はR2実績)	18.60%	16.12%
メタボリック減少率(R2)	-13.42%	-10.90%	がん検診受診率(大腸がん)(R1補正(実績)又はR2実績)	21.60%	16.79%
メタボリック減少率の向上(R1→R2)	-5.84%	-5.57%	がん検診受診率(子宮頸がん)(R1補正(実績)又はR2実績)	26.50%	16.63%
後発医薬品使用割合(R3)	69.81%	81.99%	がん検診受診率(乳がん)(R1補正(実績)又はR2実績)	32.80%	19.47%
後発医薬品使用割合の向上(R2→R3)	-2.58%	-0.23%			

※特定健診受診率、特定保健指導受診率、がん検診受診率の全国値はR1実績。

6：第2期計画に係る考察

～第3期に向けて～

第2期データヘルス計画の6年間、医療費の適正化を目標に事業を実施してきたが、結果として一人あたり医療費の増加を抑えることができませんでした。また、メタボ該当者の割合を減らすこともできませんでした。

特定健診と特定保健指導の実施率については県内1位をキープすることができたので、次期計画期間においても維持・向上させるとともに、医療費の伸びを抑えるよう努めます。

第2期データヘルス計画実績管理表	目標	第2期データヘルス計画							評価
		計画策定時		第2期データヘルス計画					
		H29 (2017)	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	現状 R4 (2022)	目標 R5 (2023)	
長期目標	一人あたり医療費の増加抑制	352,262円	346,513円	363,378円	344,334円	409,608円	422,672円	抑制	C
	脳血管疾患新規患者数の減少	—	16人	15人	18人	19人	14人	減少	B
	虚血性心疾患新規患者数の減少	—	20人	14人	25人	22人	24人	減少	C
	新規人工透析導入患者数の減少	—	2人	1人	0人	1人	2人	減少	B
	1人あたり生活習慣病医療費		156,584円	169,202円	173,182円	170,042円	165,435円	抑制	C
中期目標	メタボ該当・予備群の割合(男)	47.3%	45.2%	51.9%	54.2%	49.0%	50.9%	35%以下	C
	メタボ該当・予備群の割合(女)	14.9%	17.9%	17.3%	18.2%	17.0%	16.1%	14.1%以下	C
	コントロール不良者の割合	59.2%	55.8%	61.7%	64.4%	68.5%	64.8%	50%以下	C
短期目標	特定保健指導対象者の減少率	20.4%	17.9%	18.9%	15.6%	27.7%	19.0%	35%以上	A
	運動習慣がある者の割合(男)	37.9%	34.5%	35.8%	35.6%	36.2%	41.90%	50%以上	B
	運動習慣がある者の割合(女)	29.4%	28.9%	28.5%	27.5%	27.3%	29.20%	50%以上	B

【評価】S:目標達成 A:改善 B:大きな変化なし C:悪化

滋賀県・市町国保における共通目標の状況	目標	第2期データヘルス計画							評価
		計画策定時		第2期データヘルス計画					
		H29 (2017)	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	現状 R4 (2022)	目標 R5 (2023)	
特定健診受診率	特定健診受診率	61.6%	61.2%	58.4%	54.4%	53.8%	50.0%	60%以上	C
	継続受診割合	76.3%	77.8%	77.5%	73.4%	72.6%	69.1%	75%以上	C
	新規受診者割合	14.3%	11.4%	8.6%	10.8%	13.9%	12.5%	19%以上	C
	3年連続未受診者割合	21.0%	20.5%	22.2%	24.2%	25.6%	29.0%	40%以下	S
	40歳代の健診受診率	36.6%	33.9%	34.2%	34.1%	37.8%	28.6%	19%以上	S
	50歳代の健診受診率	55.2%	50.8%	47.2%	43.1%	46.3%	45.0%	28.5%以上	S
	特定健診未受診者かつ医療機関受診なし者の割合	33.7%	39.1%	35.4%	38.5%	35.9%	38.6%	35%以下	C
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	58.8%	63.9%	54.5%	70.4%	55.4%	57.9%	60%以上	C	
受診動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	84.5%	83.9%	88.6%	59.6%	54.1%	57.7%	60%以上	C
	上記のうち、別に定めるハイリスク者の動奨・再動奨実施率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	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	23.9%	75.6%	84.4%	76.5%	78.5%	78.6%	80%以上	C

第2章 多賀町の現状

1：人口・被保険者数・死亡の状況

～全住民の約2割の国保加入者～

(1) 人口構成および国保加入状況

令和5年4月1日現在における多賀町の人口は7,440人で、そのうち国民健康保険被保険者（以下「国保被保険者」という。）は1,523人と全体の21.8%を占めています（図6・図7）。高齢化率は33.53%と県内でも高く、出生率は県平均を上回っています。

近年の状況として、人口減少と共に国保被保険者数も減少しています。また、退職により被用者保険の資格を喪失した被保険者の受け皿となっていること等から、国保被保険者に占める65歳以上人口の割合も高齢化率の上昇と共にさらに増加することが予想されます。

図6

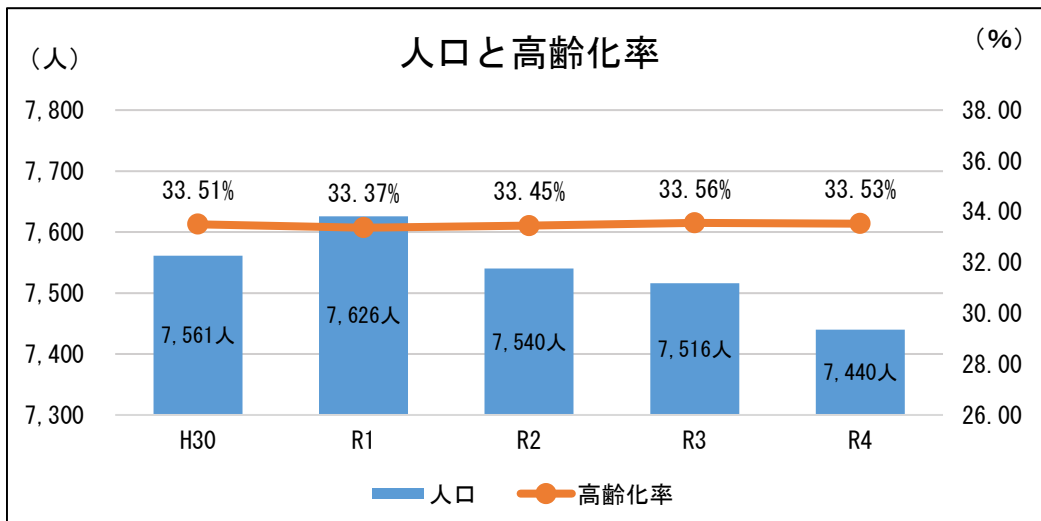
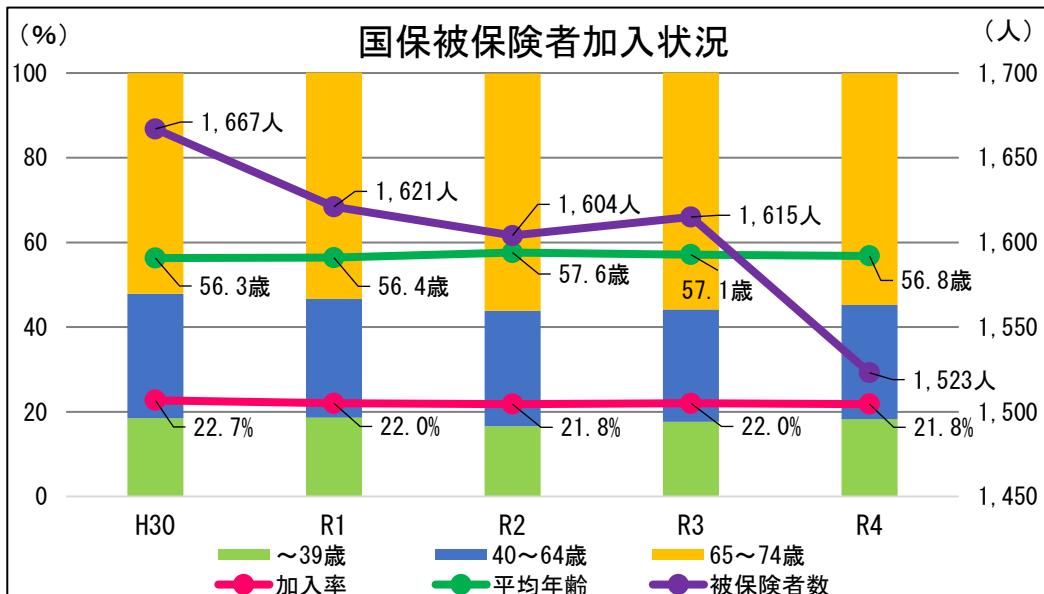


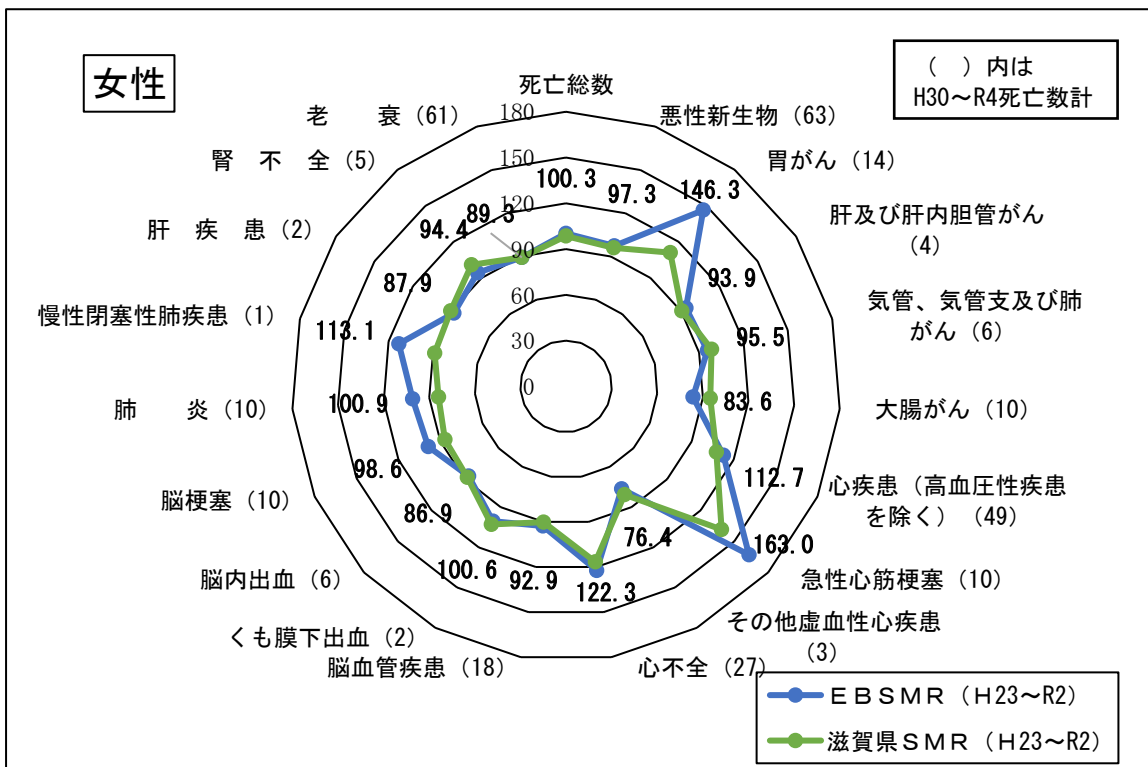
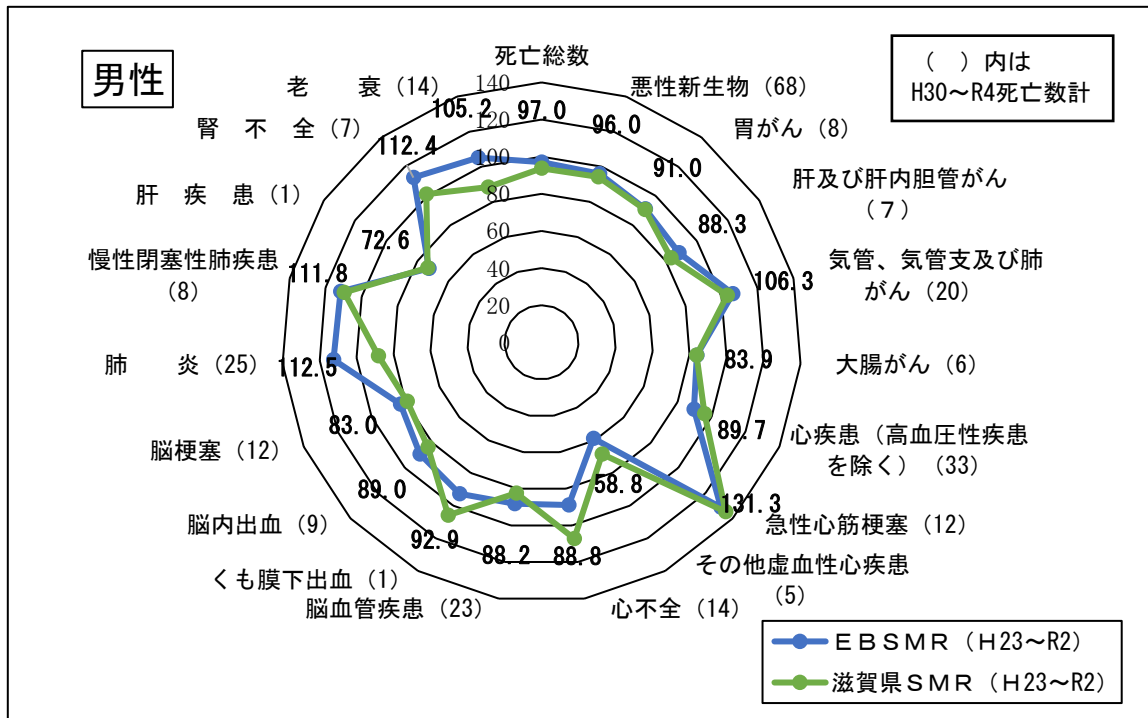
図7



(2) 死亡の状況

全国基準値を100とした際の死亡総数にかかる市町村別標準化死亡比（EBSMR）では、男性で、急性心筋梗塞 131.3、肺炎 112.5、腎不全 112.4、女性では、急性心筋梗塞 163.0、胃がん 146.3、慢性閉塞性肺疾患 113.1 の順に高いことが分かります（図8）。

図8 多賀町全体の標準化死亡比（ベイズ推定値 EBSMR 2011年～2020年）



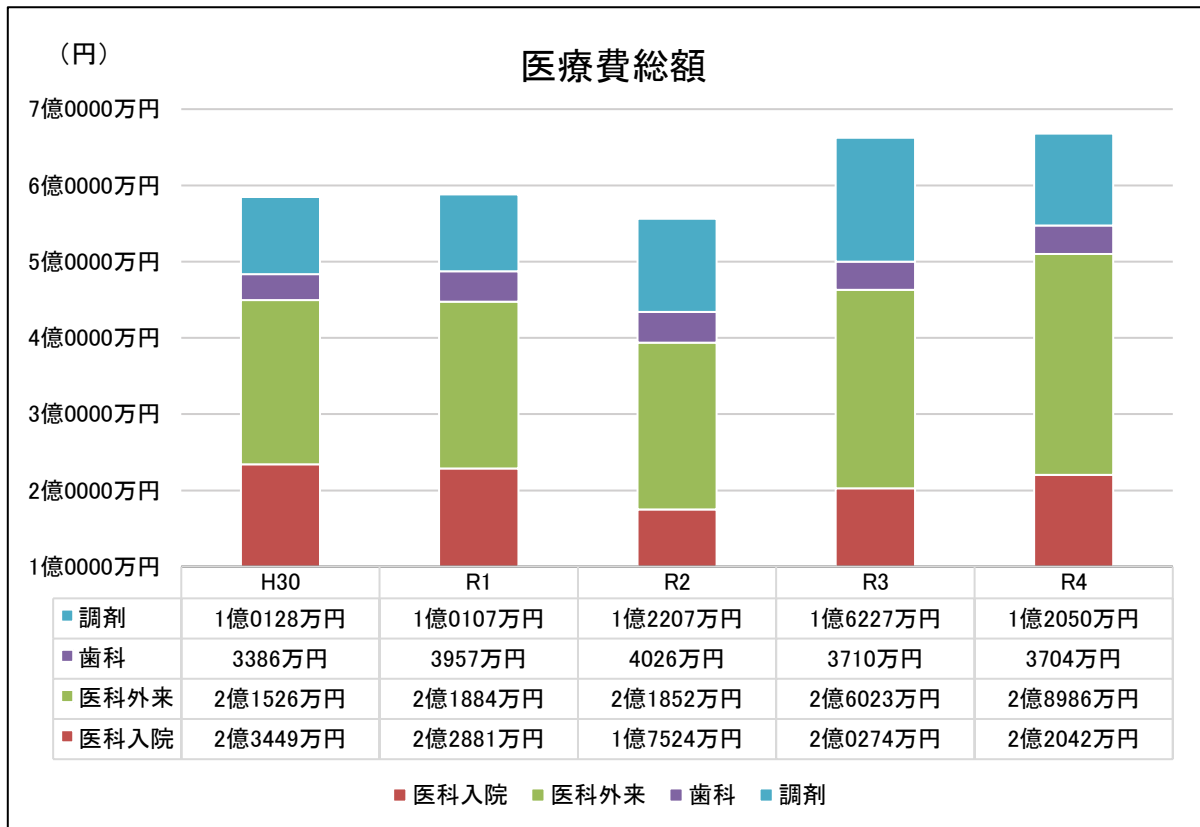
2：医療費の状況

～5年間で医療費が約1億円増加～

(1) 多賀町全体の医療費

多賀町の国保医療費は、令和4年度6億6,782万円であり、前年度と比較して約500万円の増額となりました。65歳以上被保険者の加入割合の増加とともに、医療費も増加しています(図9)。

図9



(2) 外来・入院別医療費

被保険者1人あたり医療費は、増加がみられ、特に外来の被保険者1人あたり医療費の増加がみられます(図10-1・2・3・4)。

図10-1

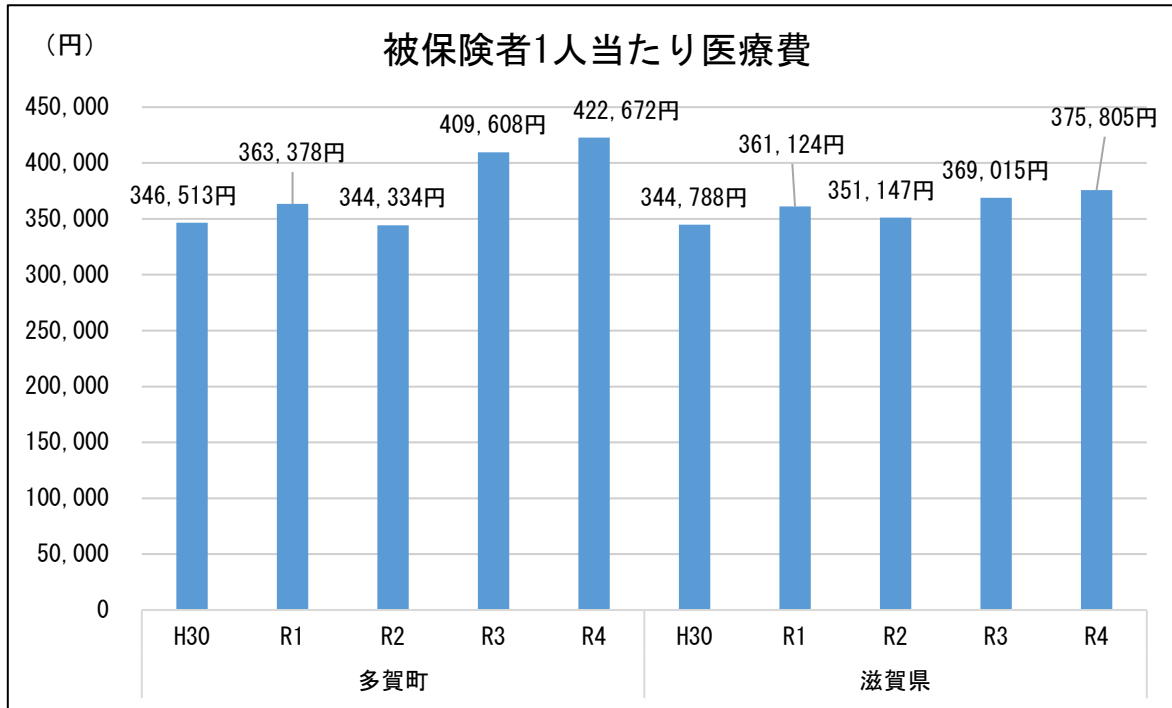


図10-2 (外来)

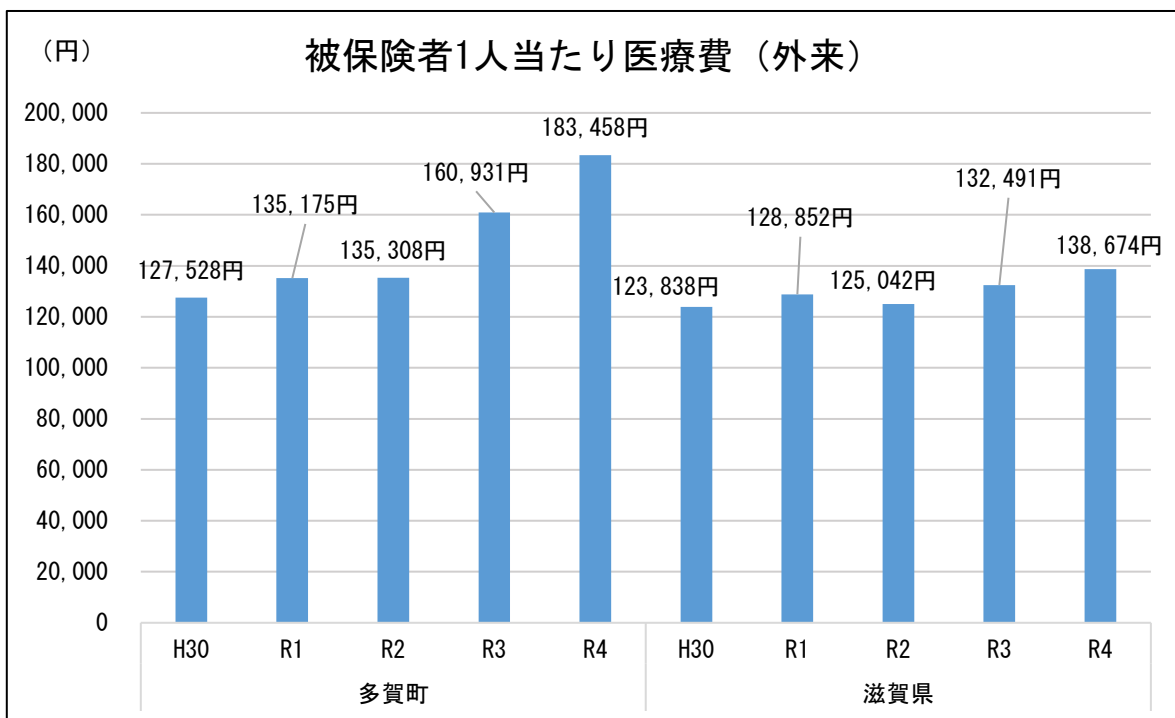


図 10-3 (入院)

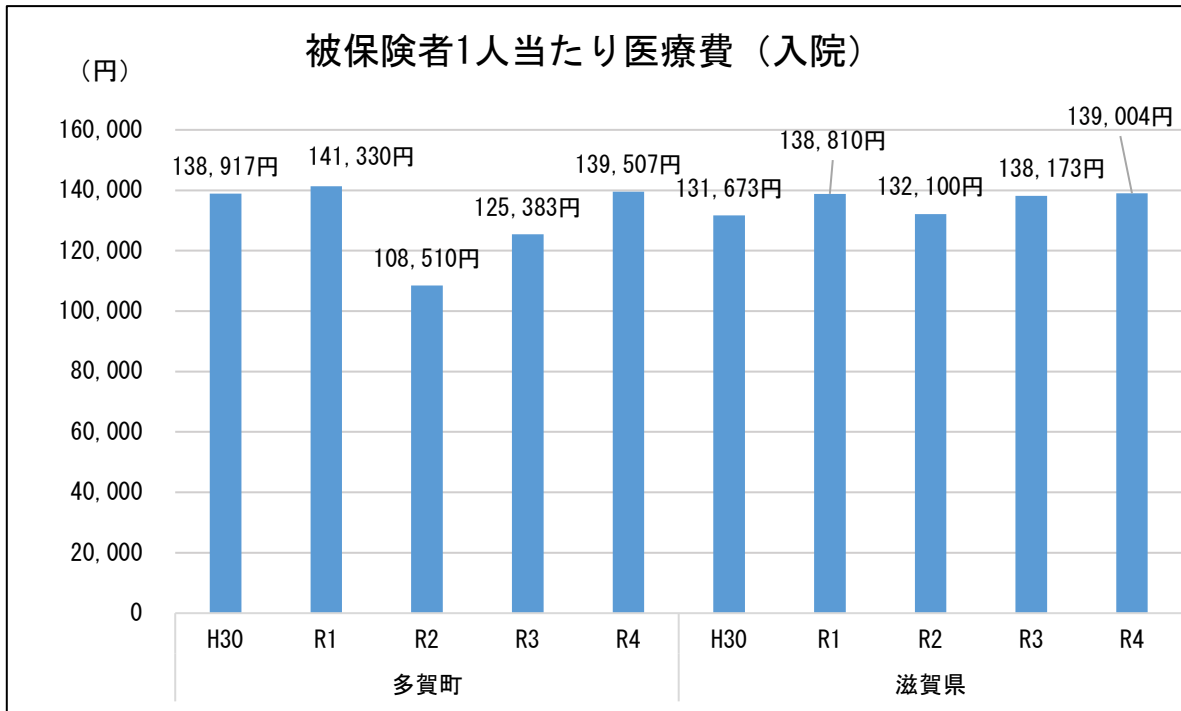
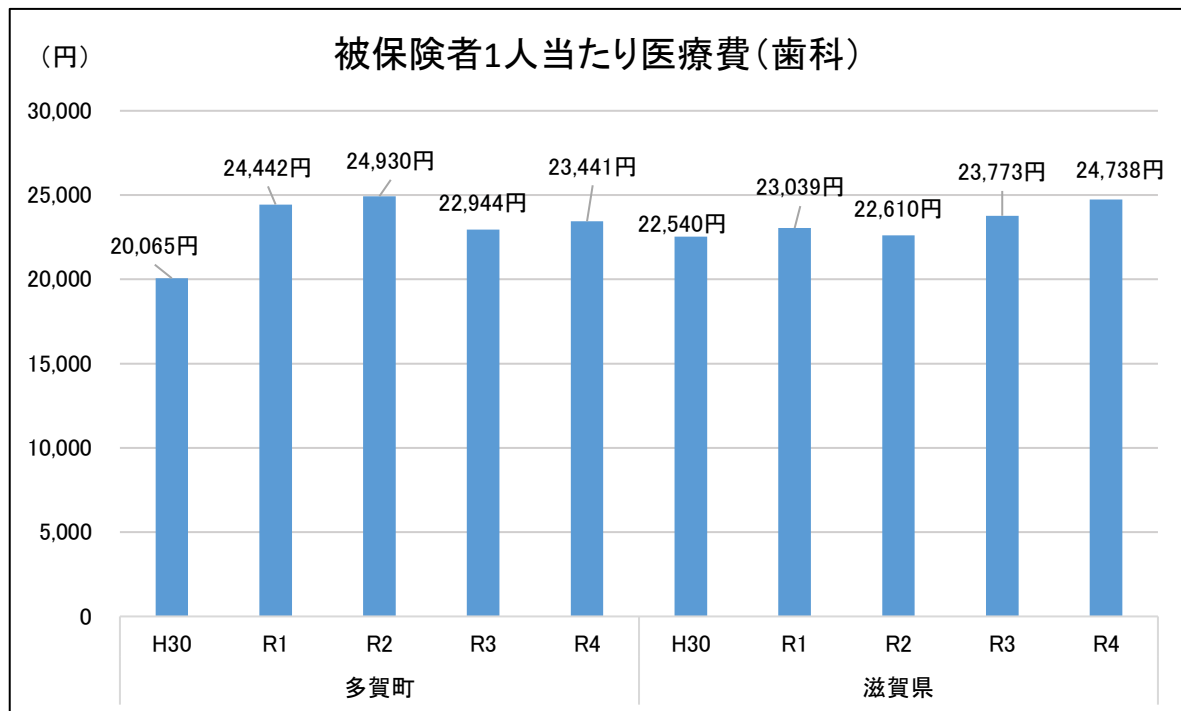


図 10-4 (歯科)



(3) 脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析にかかる医療費分析

【脳血管疾患】

脳血管疾患による死亡者数は、死因の第4位（H30-R4 合計値）であり、横ばいで推移しています。また、脳血管疾患全体の標準化死亡比（EBSMR、全国=100、H23～R2）は、男88.2、女性92.9で、全国より低い状況にありますが、くも膜下出血は男性92.9、女性100.6となっています。

脳梗塞および脳出血にかかるR4年度の被保険者1人あたり入院医療費は565円で、県内でも低くなっていますが、H30～R2年度は、県内でも上位となっています。

【虚血性心疾患】

心疾患による死亡は、がんに次いで死因の第2位となっている。そのうち、全年齢の標準化死亡比（EBSMR、全国=100、H23～R2）では、虚血性心疾患である急性心筋梗塞が男131.3、女163.0と全国より高くなっています。

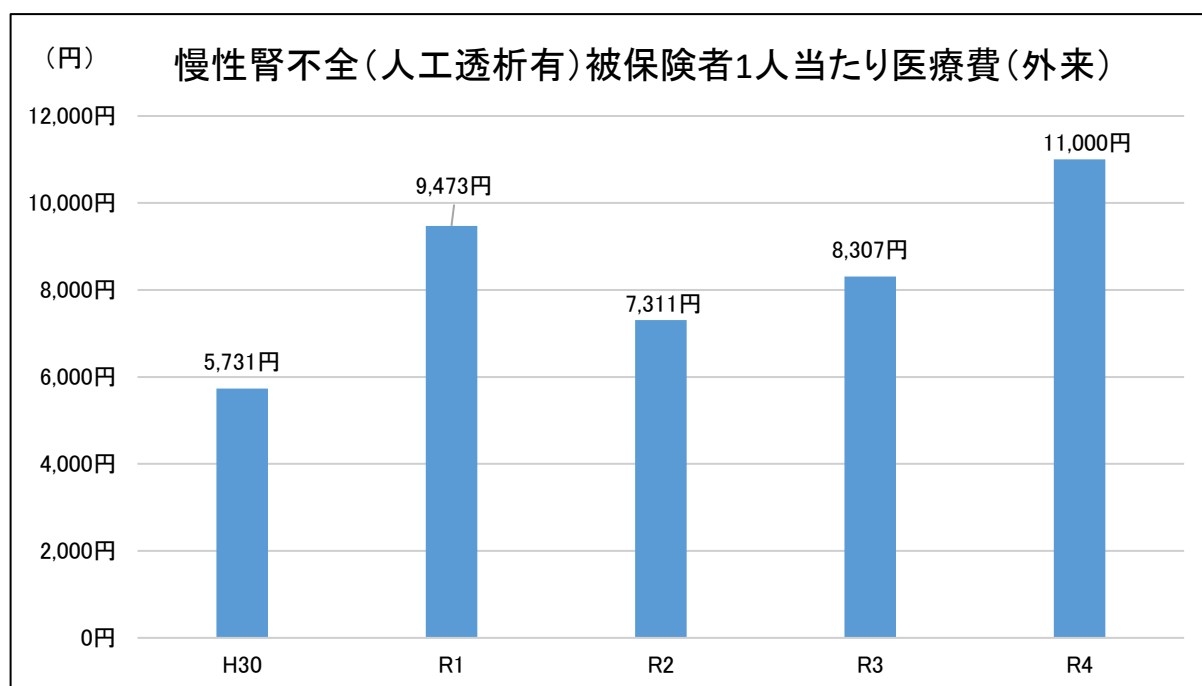
虚血性心疾患にかかるR4年度の被保険者1人あたり入院医療費は4,452円であり、横ばいで推移しています。

【人工透析】

新規透析導入患者数は毎年1～2人発生しています。

透析にかかる外来のレセプト件数および一人あたり医療費は年々増加傾向にあります（図11）。

図 11



(4) 生活習慣病にかかる基礎疾患の状況

外来医療費においては、特に高血圧症、脂質異常症の医療費が高くなっており、県平均を大幅に上回っています。

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の共通のリスクとなる高血圧、脂質異常症、糖尿病などは、疾病が重なることで重篤な健康障害を引き起こす要因となります。

脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析に係る基礎疾患の重なりについても、高血圧症および脂質異常症が重なるの疾患として多い。

生活習慣病は、痛みや不調などの自覚症状のないまま進行することから、まずは健診を勧め、健診結果から身体の状態に応じた保健指導につなげる必要があります。また、既に「要医療」の者は、適正な医療受診につなげる必要があります（図12・13）。

図 12

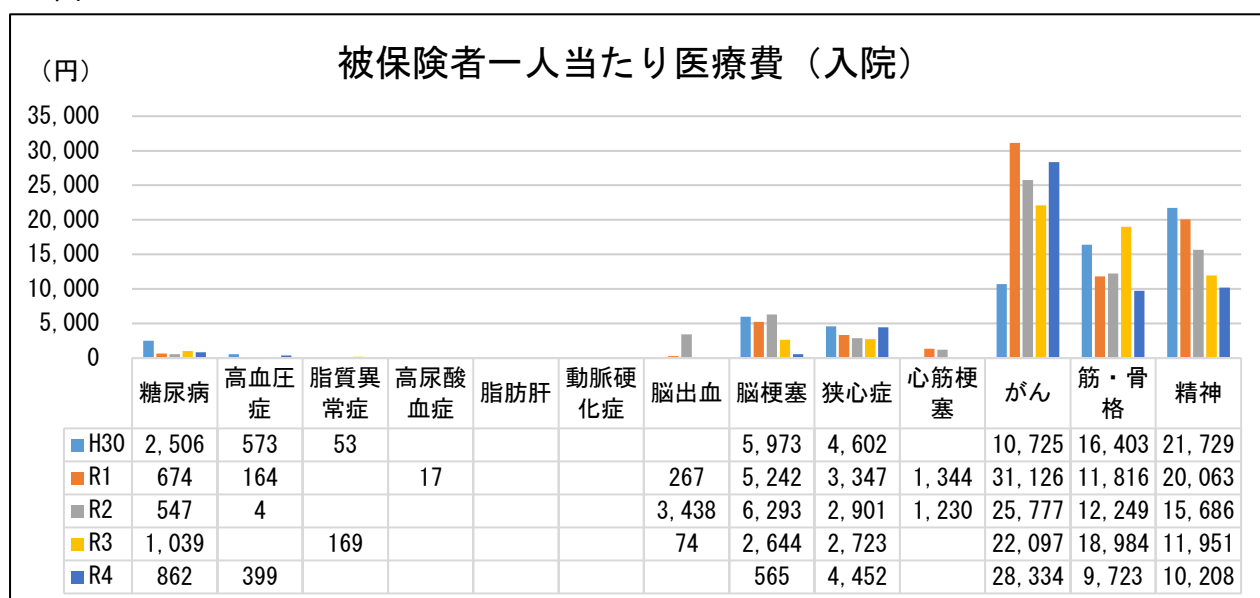
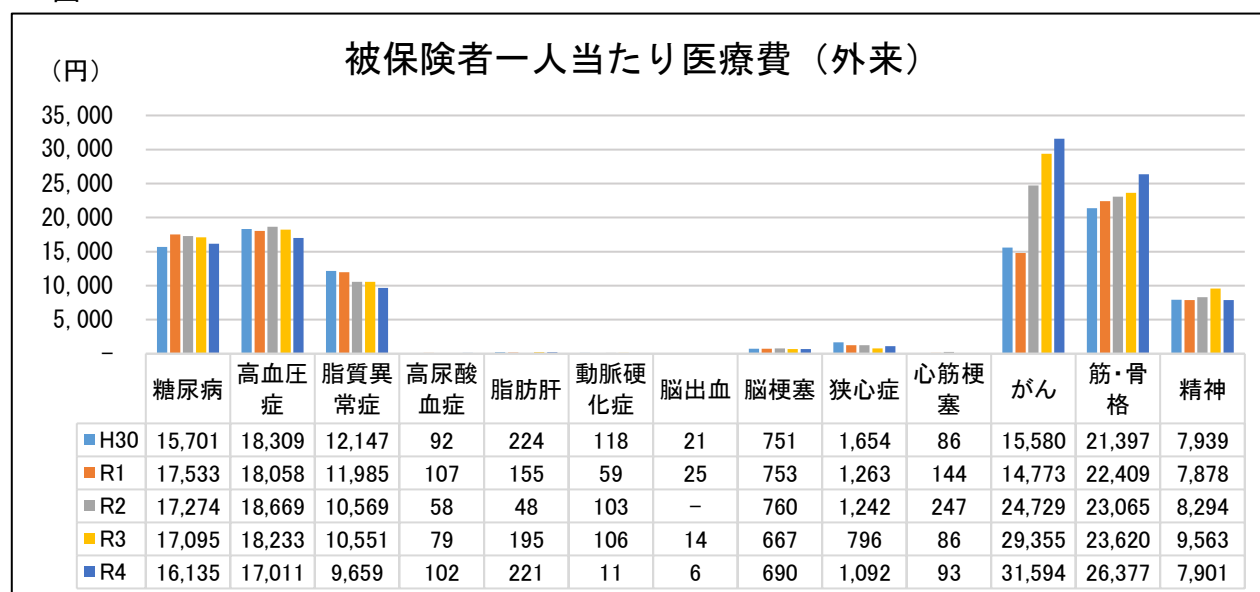


図 13



(5) コントロール不良者および高額レセプトの状況

健診受診者の治療状況では、生活習慣病治療中者のうちコントロール不良の者は令和4年度で64.8%と半数を超えています。特定保健指導に該当しない情報提供対象者のうち要医療者も57.1%と同じく半数を超え、県平均を上回っています。

200万円以上の高額医療費においても、令和4年度 虚血性心疾患1件(277万円)、悪性新生物1件(222万円)であり、虚血性心疾患においては、生活習慣病を起因とした疾患と考えられるため、重症化予防対策が重要と考えられます。医療は受けているが、コントロール不良により、結果として脳血管疾患などの重篤な健康障害を引き起こしていると考えられます。

今後、さらに国保加入者の高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど脳、心臓、腎臓などの臓器が傷んでくることを踏まえ、ハイリスク者、コントロール不良者へのアプローチ、さらには、医療機関と連携した保健事業が必要です。

3：介護保険の状況

～H29年度以降認定率が低下～

(1) 要介護認定者の状況

多賀町の要介護認定率は、滋賀県よりも低くなっています（図14）。また、要介護認定者の年齢構成は、75歳以上の者が約9割を占めています。要介護認定にかかる原因疾患は、第1位が認知症、第2位が骨折・転倒、第3位が関節疾患と続いています（図15）。要介護認定者のうち第1号被保険者に係る有病割合は、心臓病が63.0%と最も高く、全国（60.3%）を上回っています。虚血性心疾患（狭心症および心筋梗塞）のリスクとなる高血圧の有病者割合も全国を上回っています。一方、糖尿病、脳血管疾患の有病状況は、県と比較すると低い状況です（図16）。また、2号被保険者の原因疾患は、認知症と脳血管疾患となっています。

図14

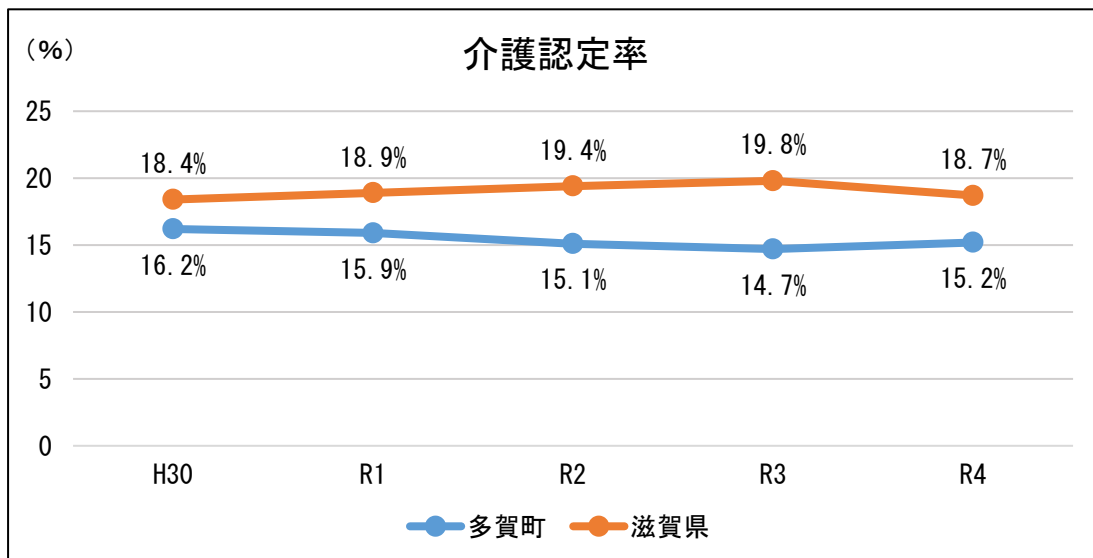


図15

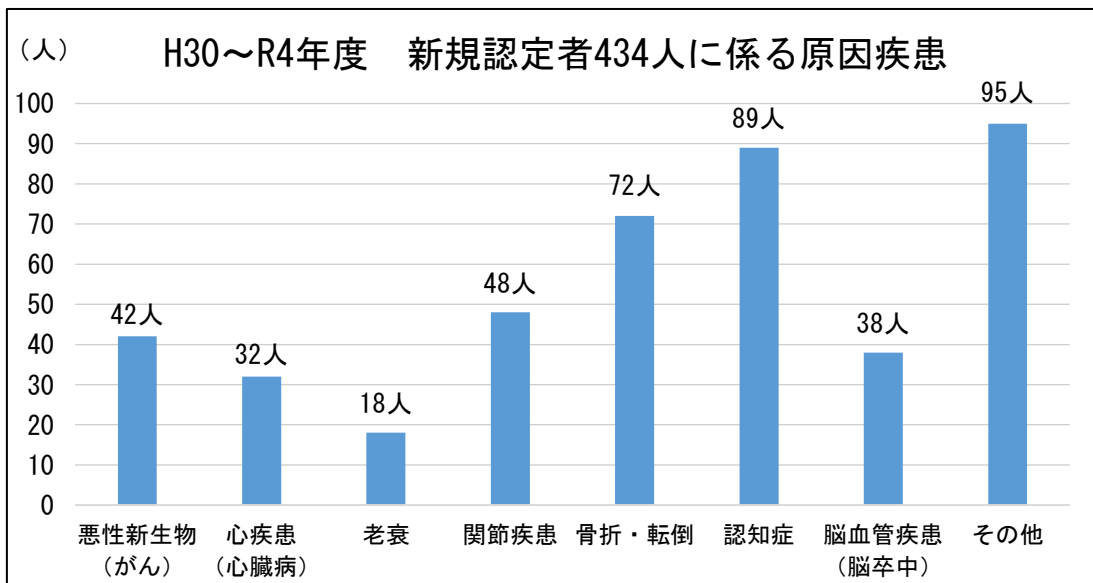
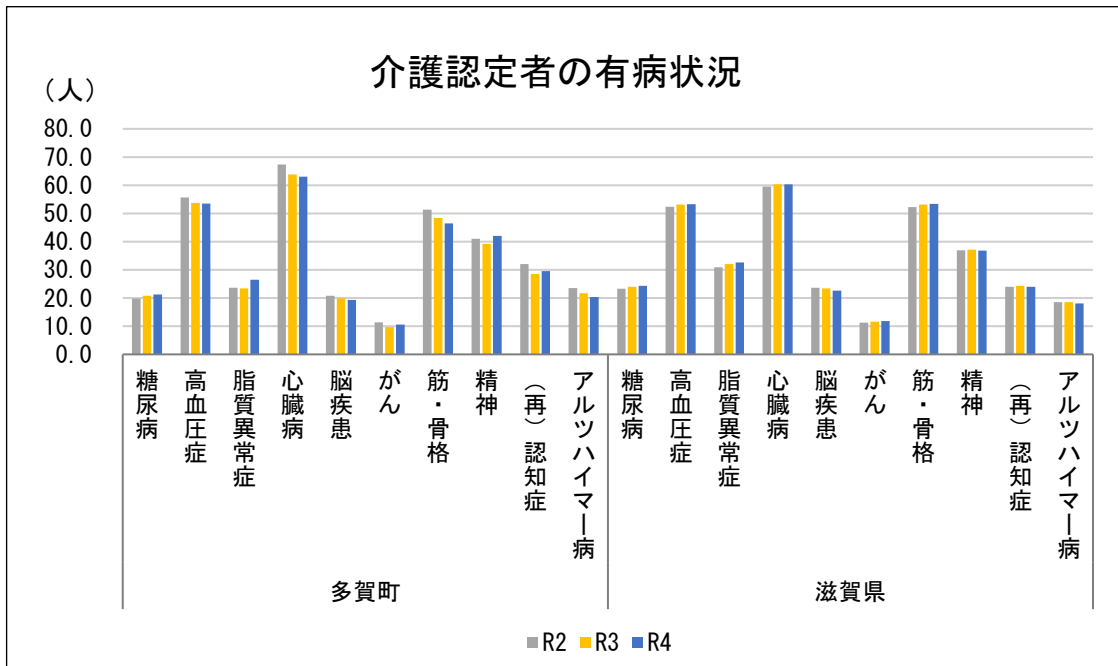


図 16



4：特定健康診査等の状況

～受診率は県平均を上回っています～

(1) 特定健康診査受診者の実態

①多賀町の受診率

特定健康診査（以下「特定健診」という。）受診率は、県平均を上回っています
（図 17-1・2）。

図 17-1

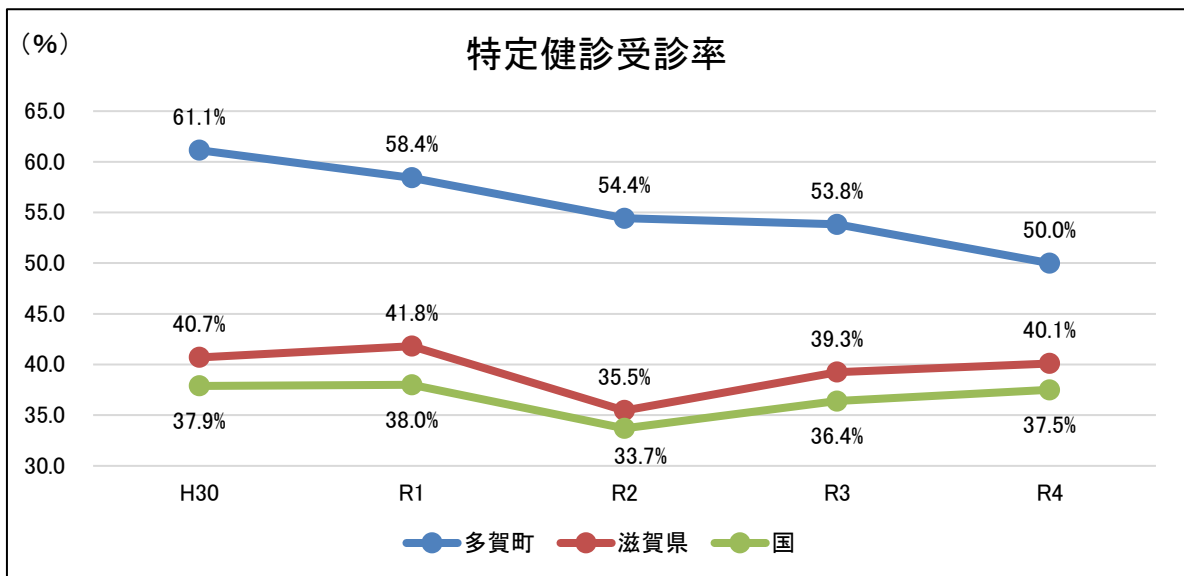
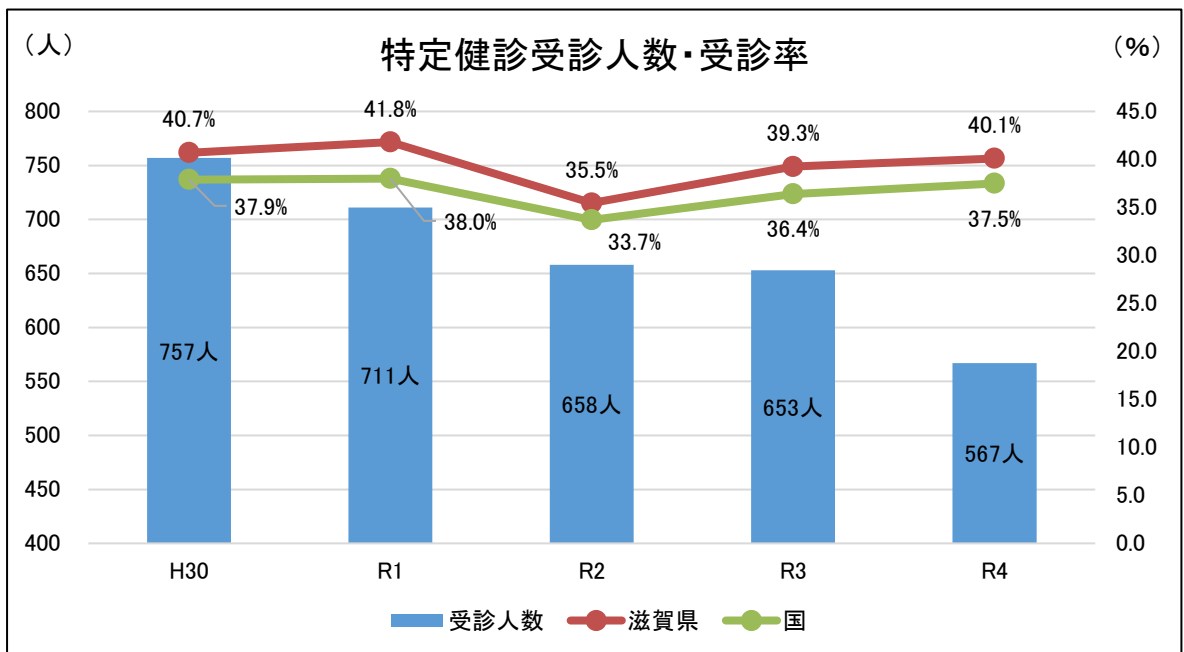


図 17-2



②性別・年代別受診率

年代が高くなるにつれて、受診率が向上しています。また、いずれの年代においても男性の受診率が女性の受診率に比べ低い状況です。さらに、男女とも40代、50代の受診率が低くなっています（図18-1・2）。

図18-1

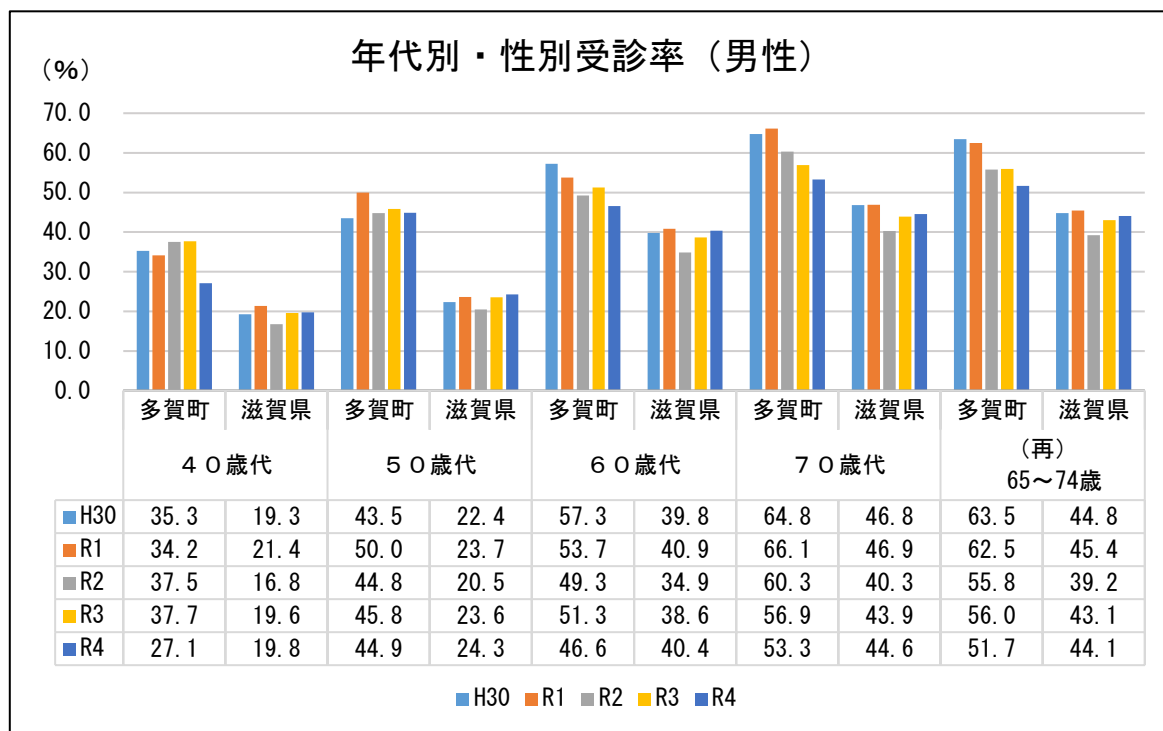
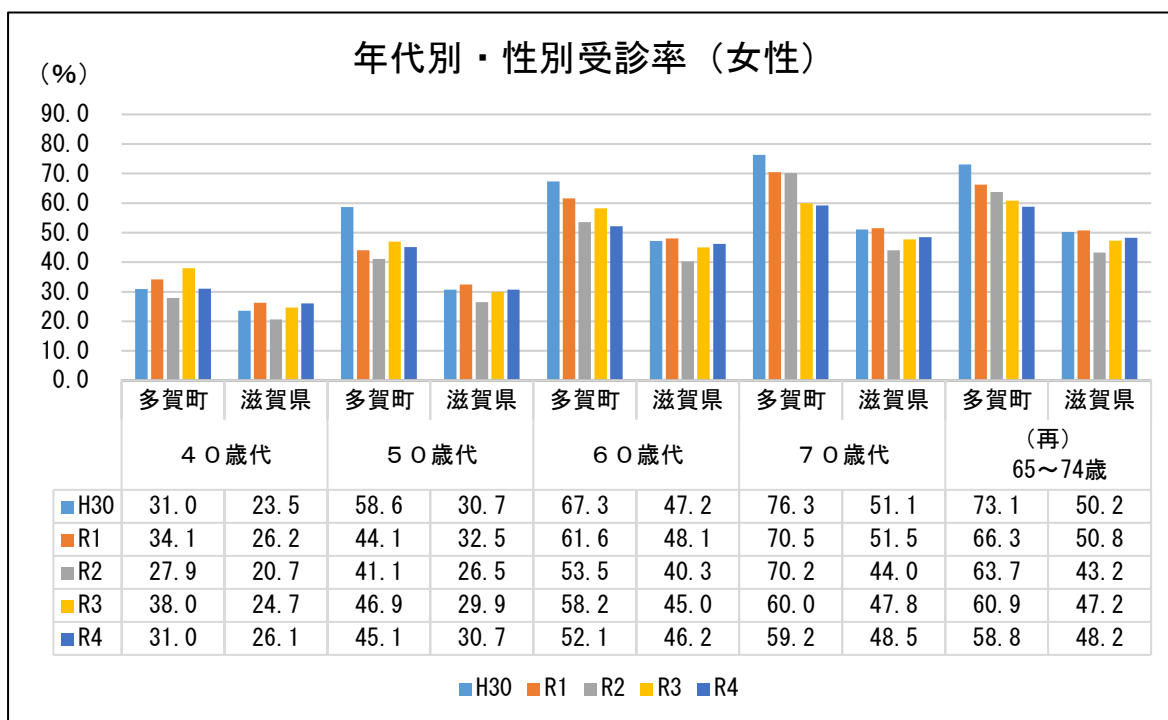


図18-2



③継続および新規受診者の割合

継続受診者および新規受診者割合の推移をみると、継続受診割合は県平均を下回っており、減少している状況です。新規受診割合は横ばいで推移しています（図 19）。

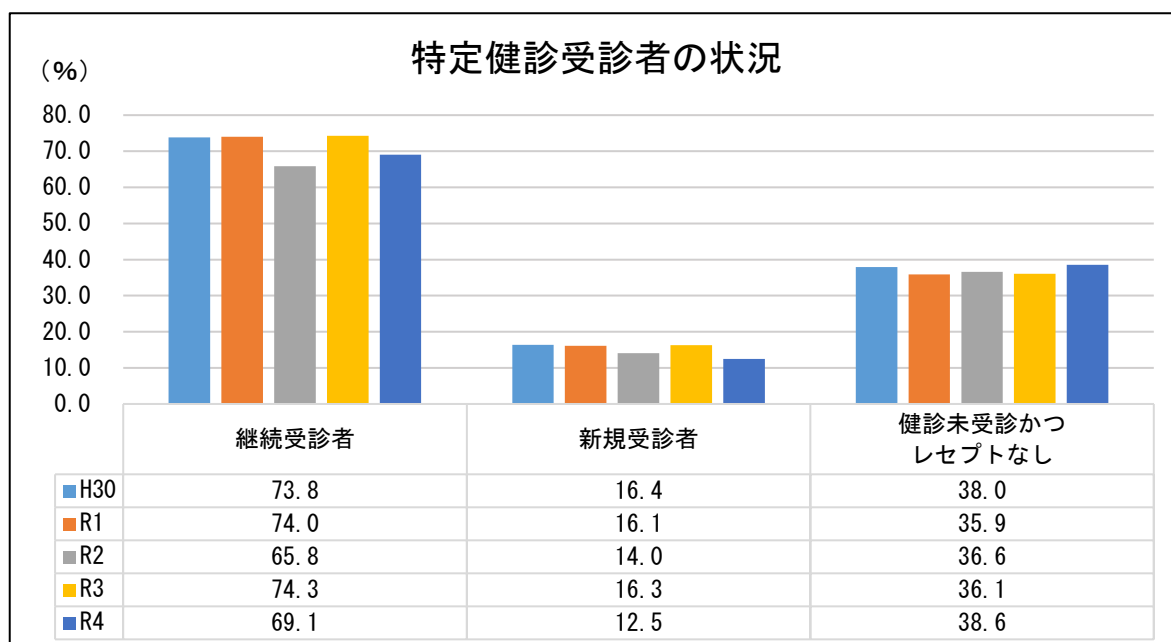
④特定健診未受診者かつ生活習慣病治療なし（レセプト※なし）者の割合

特定健診の未受診者の内、医療機関に受診されていない「健康状態未把握者」は、横ばいで推移しており、県平均を上回っています（図 19）。

生活習慣病の発症予防・重症化予防のために、まずは、自らの健康状態を把握することが大変重要であり、1人でも多くの方が健診を受診し、必要な保健指導、適正な医療受診につなげる必要があります。

※レセプト：医療報酬の明細書であり、医療受診の有無を確認することができる。

図 19



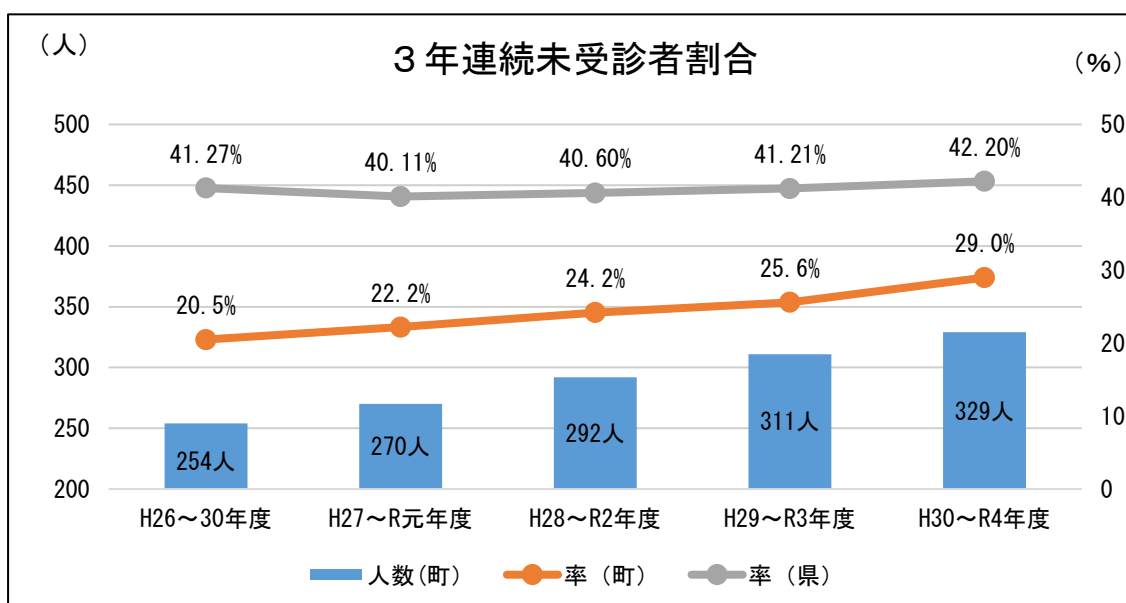
※対象となる生活習慣病の病名と治療

- ①糖尿病 ②インスリン療養 ③高血圧症 ④脂質異常症 ⑤高尿酸血症 ⑥肝障害
 ⑦糖尿病性神経障害 ⑧糖尿病性網膜症 ⑨糖尿病性腎症 ⑩人工透析 ⑪高血圧性腎臓障害
 ⑫脳血管疾患 ⑬脳出血 ⑭脳梗塞 ⑮その他の脳血管疾患 ⑯虚血性心疾患 ⑰動脈梗塞

⑤特定健診3年連続未受診者割合の推移

3年連続未受診者の割合は、県平均を下回っていますが、増加傾向にあります。未受診の理由として、「医療機関で治療中・会社等で健診を受けている」等が聞かれます。今後も未受診の理由を把握し、会社や医療機関でのデータの提供を依頼するとともに、一人でも多くの方を受診につなげる必要があります（図20）。

図20



⑥メタボリックシンドローム該当者および予備群割合の推移

メタボリックシンドローム該当者および予備群の割合は、男性においては、県平均を下回っていますが、女性においては、予備群が年々上昇傾向にあり、県平均も上回っている状況です（図21-1.2）。

図21-1

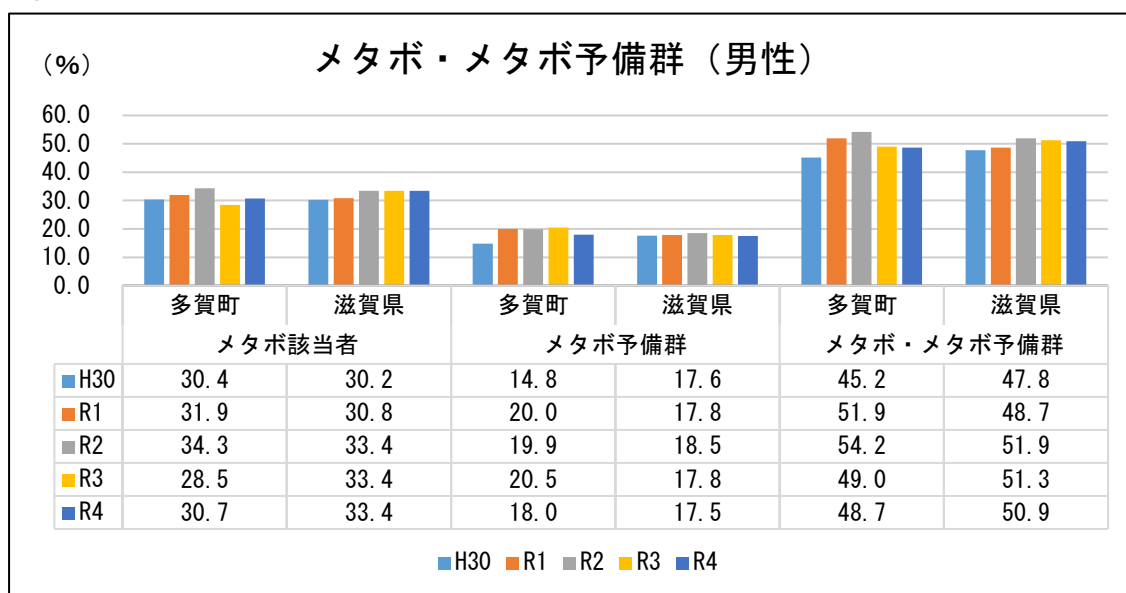
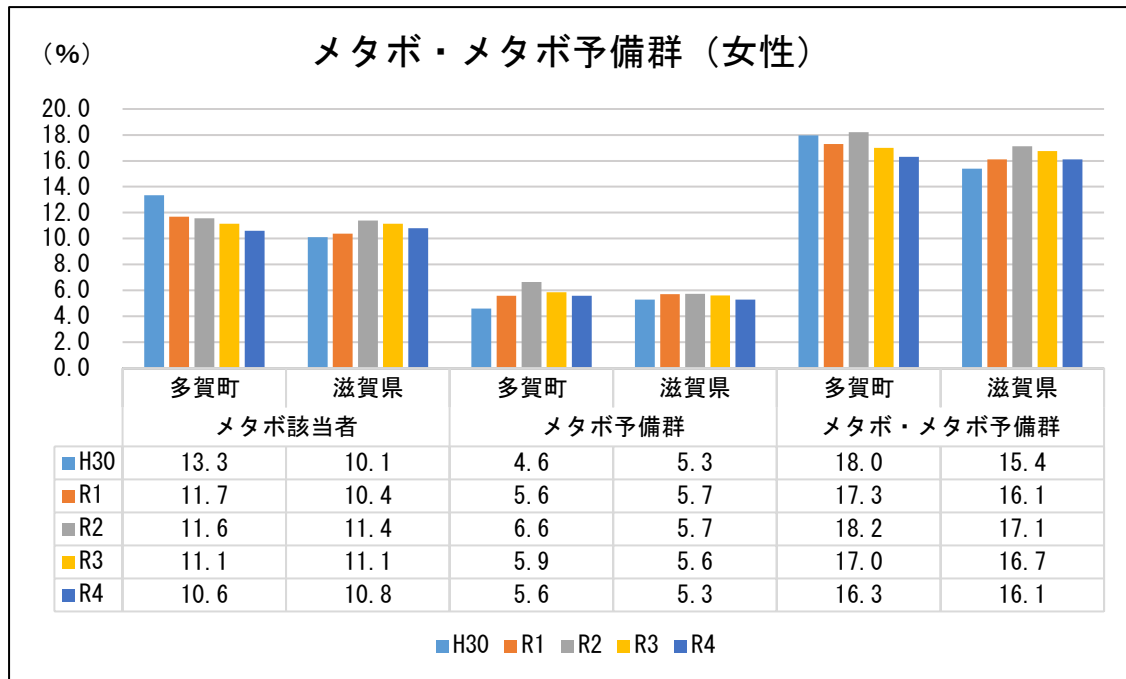


図 21 - 2



⑦特定健診検査項目の有所見割合（令和4年度）

令和4年度の特定健診の有所見の方の割合は、男性・女性ともに収縮期血圧、HbA1c、LDL コレステロールが高くなっています（図 22-1・2）。

県内順位は、男女ともに収縮期血圧および拡張期血圧が上位となっています。

外来医療費をみると、高血圧や脂質異常症の医療費が高いことから、血圧や脂質の有所見者の多くが治療中と考えられます。

図 22-1

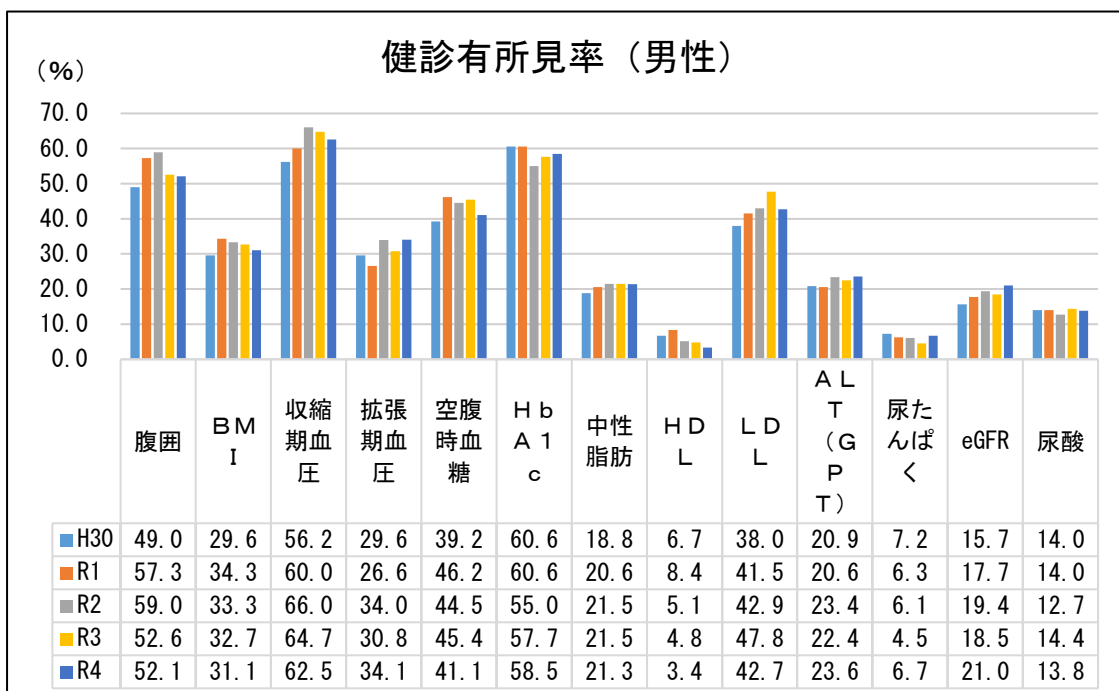
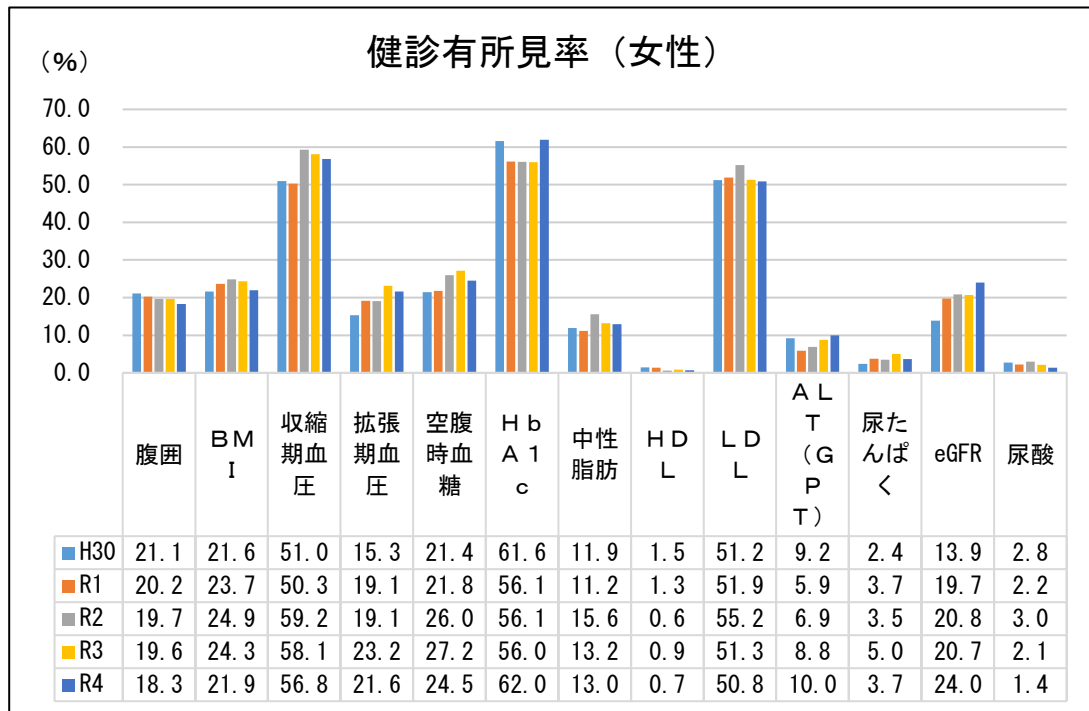


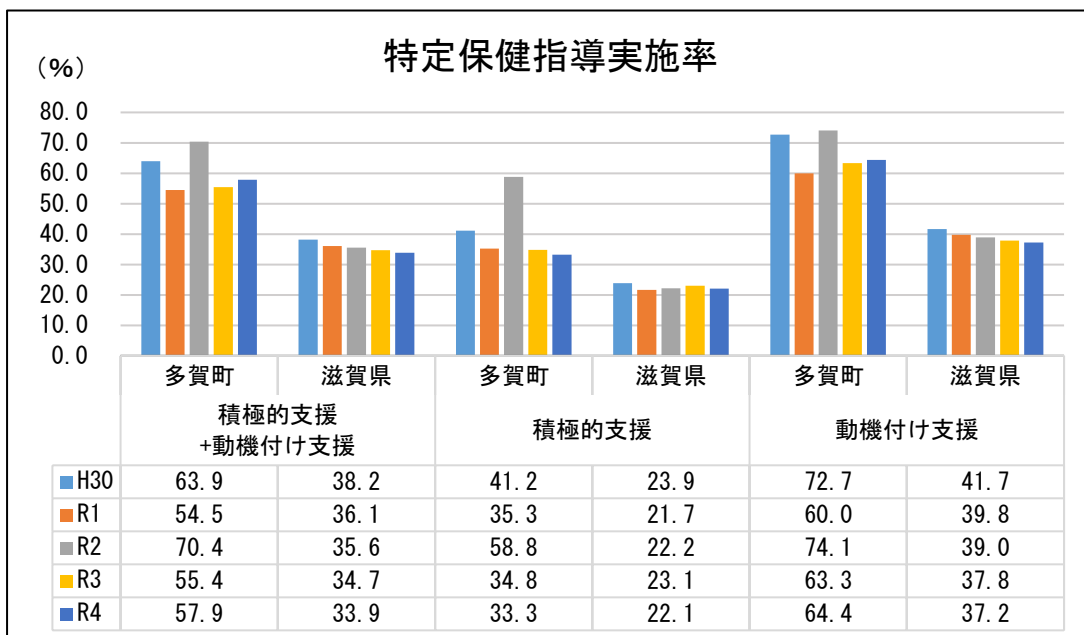
図 22-2



⑧特定保健指導の状況

特定保健指導実施率は、県平均を上回っていますが、年度によって実施率にばらつきがあるため、実施率の維持向上が課題です（図 23）。

図 23



⑨動機付け支援・積極的支援別実施率・完了割合

令和4年度の動機付け支援の実施率は45.6%、積極的支援の実施率は58.3%となっています。とくに、積極的支援でばらつきがあるため、内容を工夫するなど脱落者が出ないような保健指導が必要です（図24-1・2・3）。

図24-1

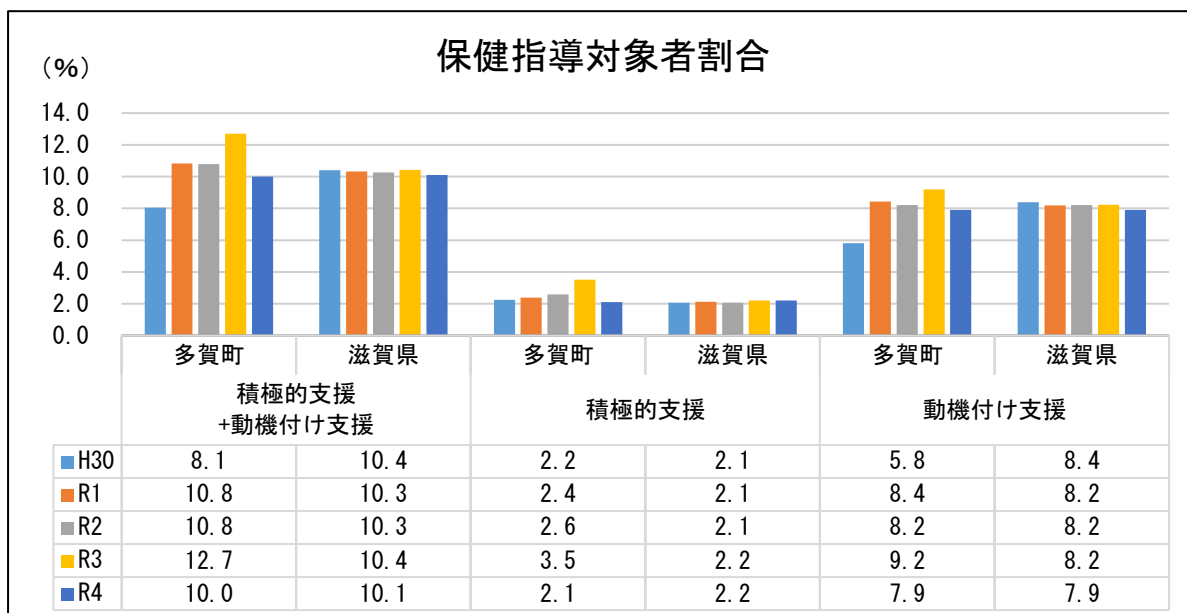


図24-2

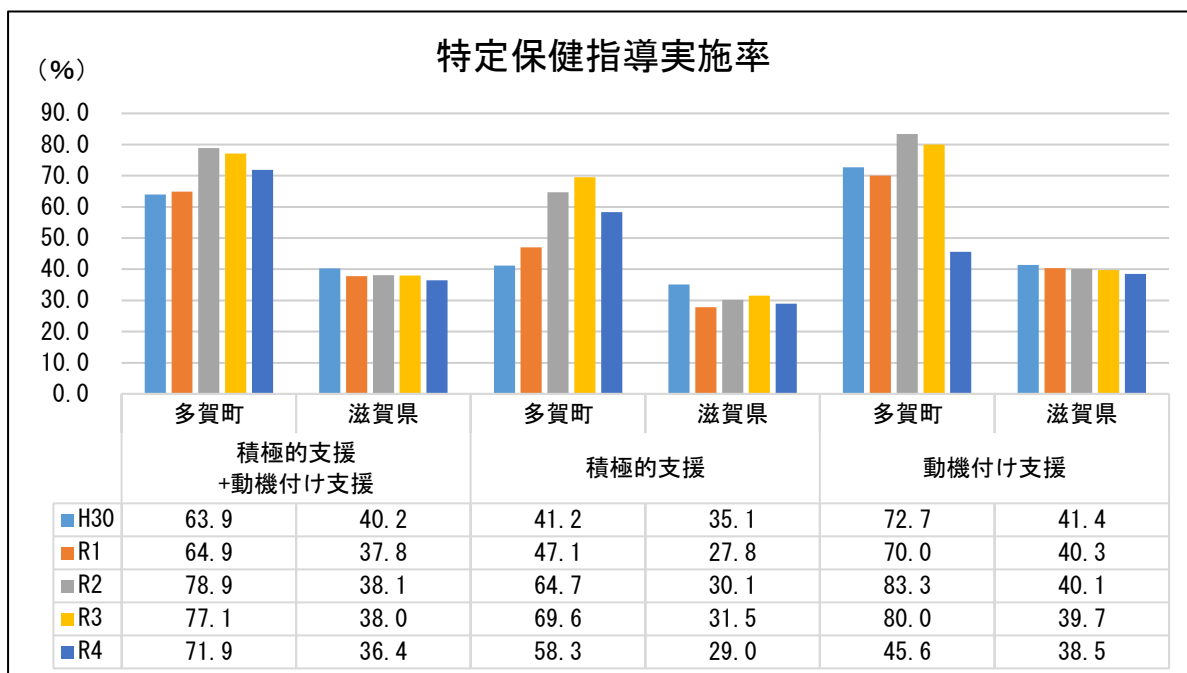
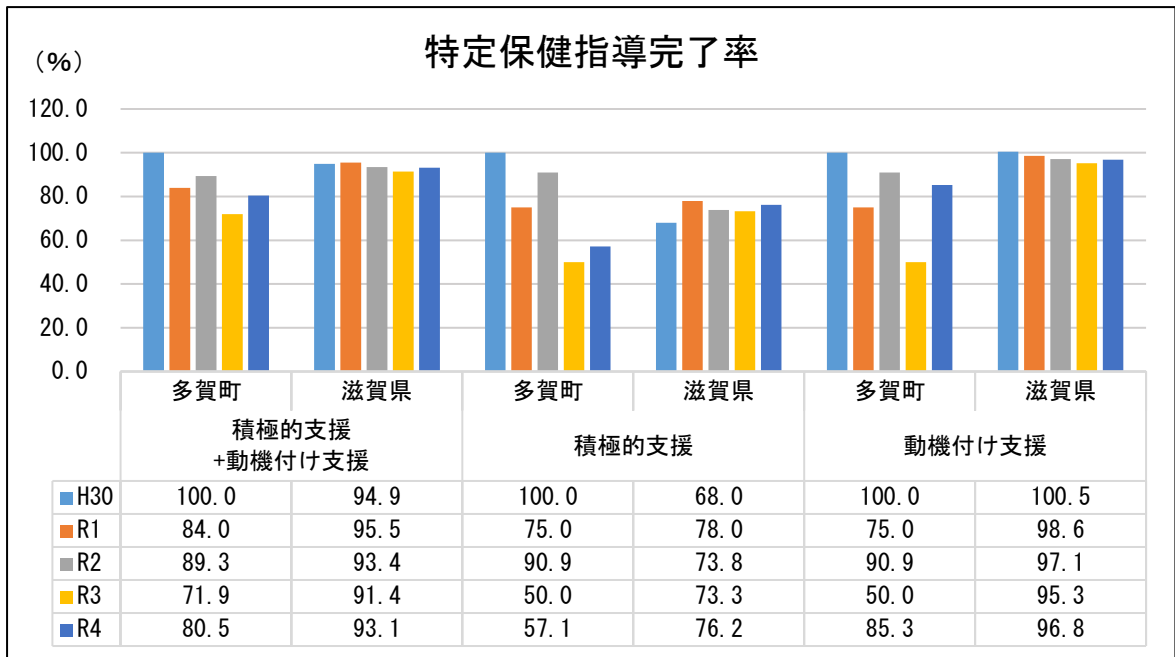


図 24-3



⑩生活習慣等の状況（令和4年度）

特定健診質問票から把握した生活習慣の状況では、男性は「飲酒習慣 毎日」が43.4%（図 25-1）、「3食以外の間食を時々摂取」が53.6%（図 25-2）と県に比べて高く、女性は「3食以外の間食を時々摂取」が56.1%（図 25-3）と県に比べて高く、「運動習慣あり」が29.2%（図 25-4）と県に比べて低くなっています。

また、男性の喫煙率は、21.7%（図 25-5）で、県と比較して高くなっています。

図 25-1

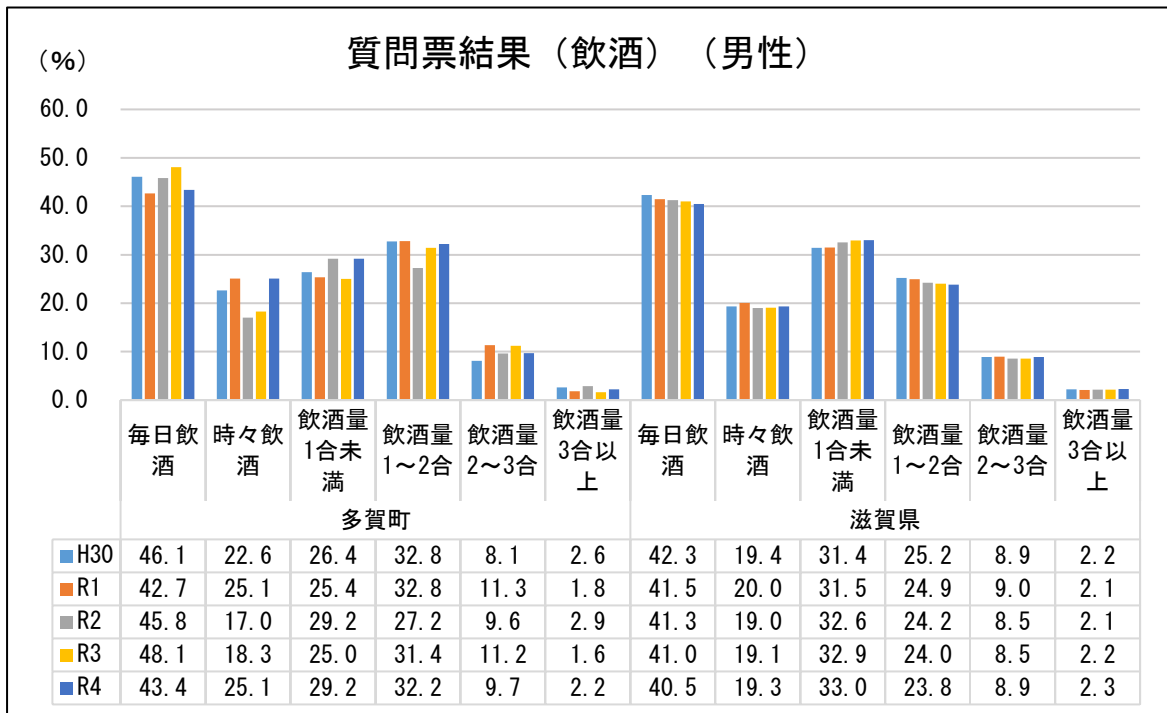


図 25-2

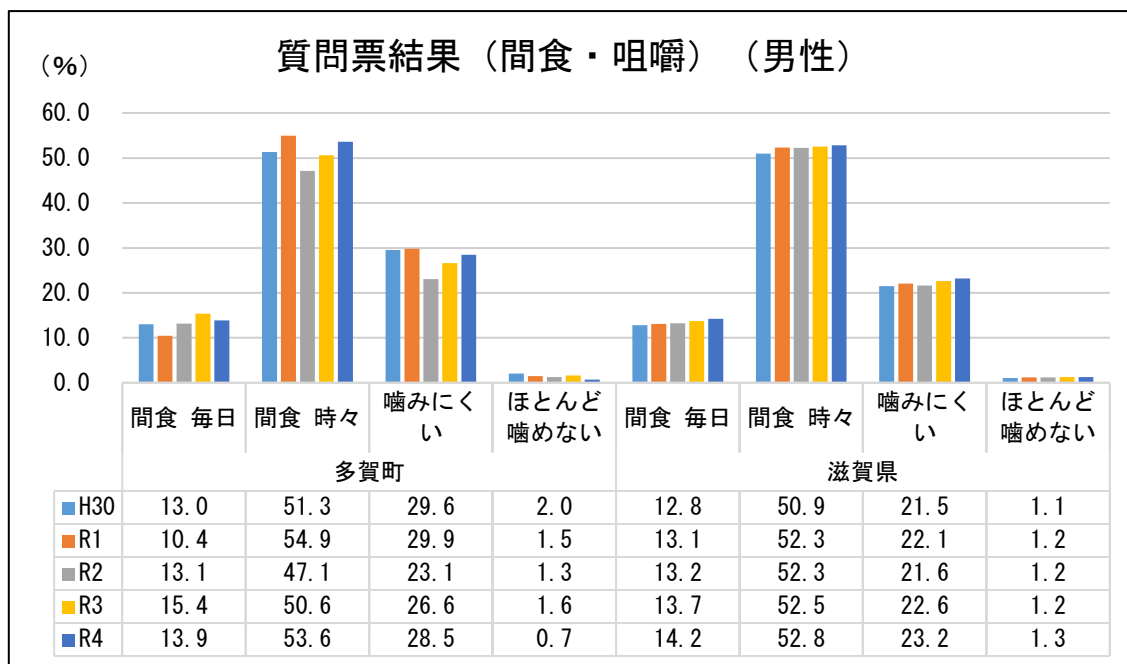


図 25-3

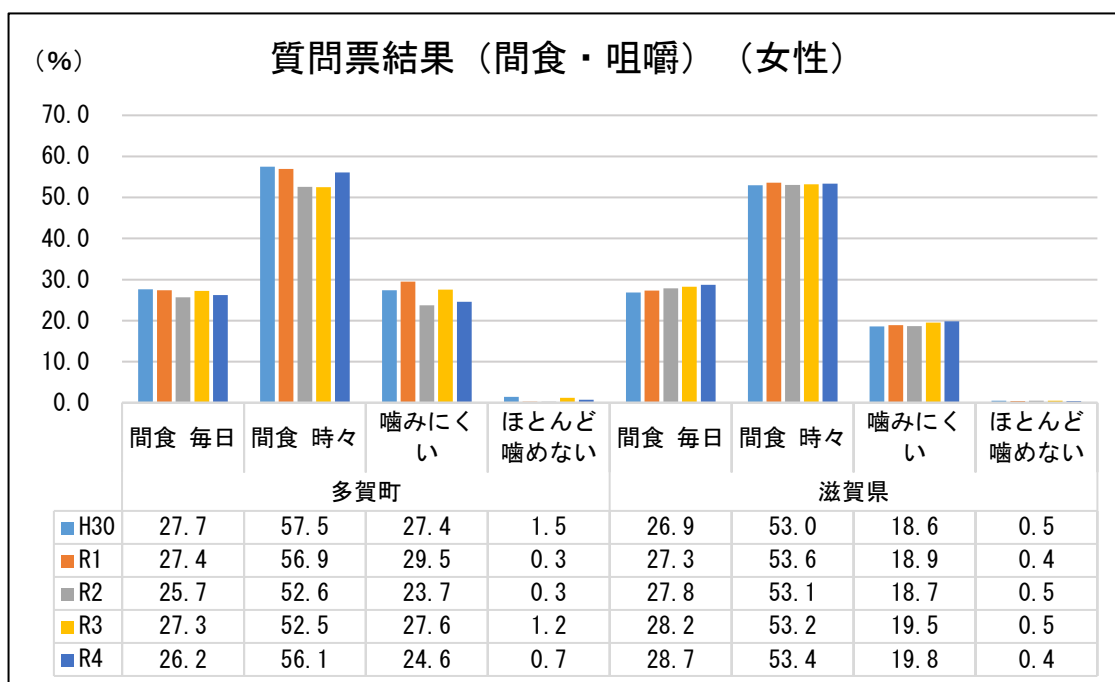


図 25-4

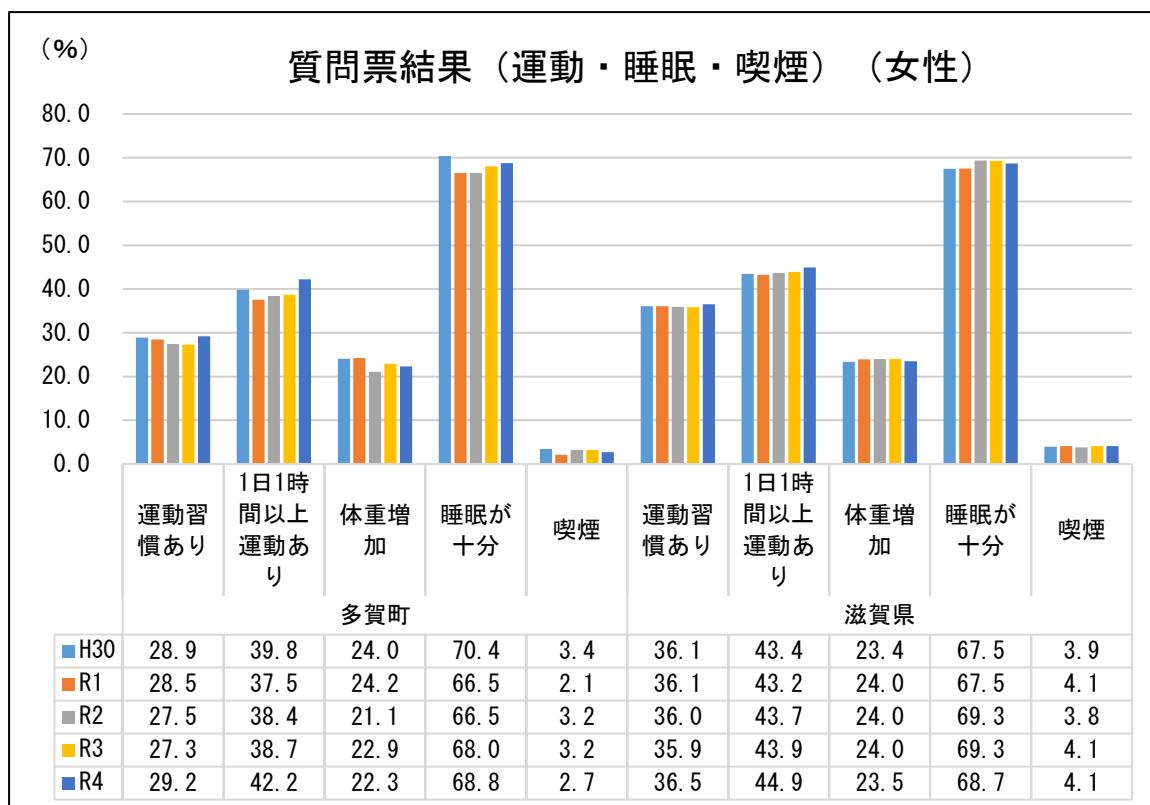
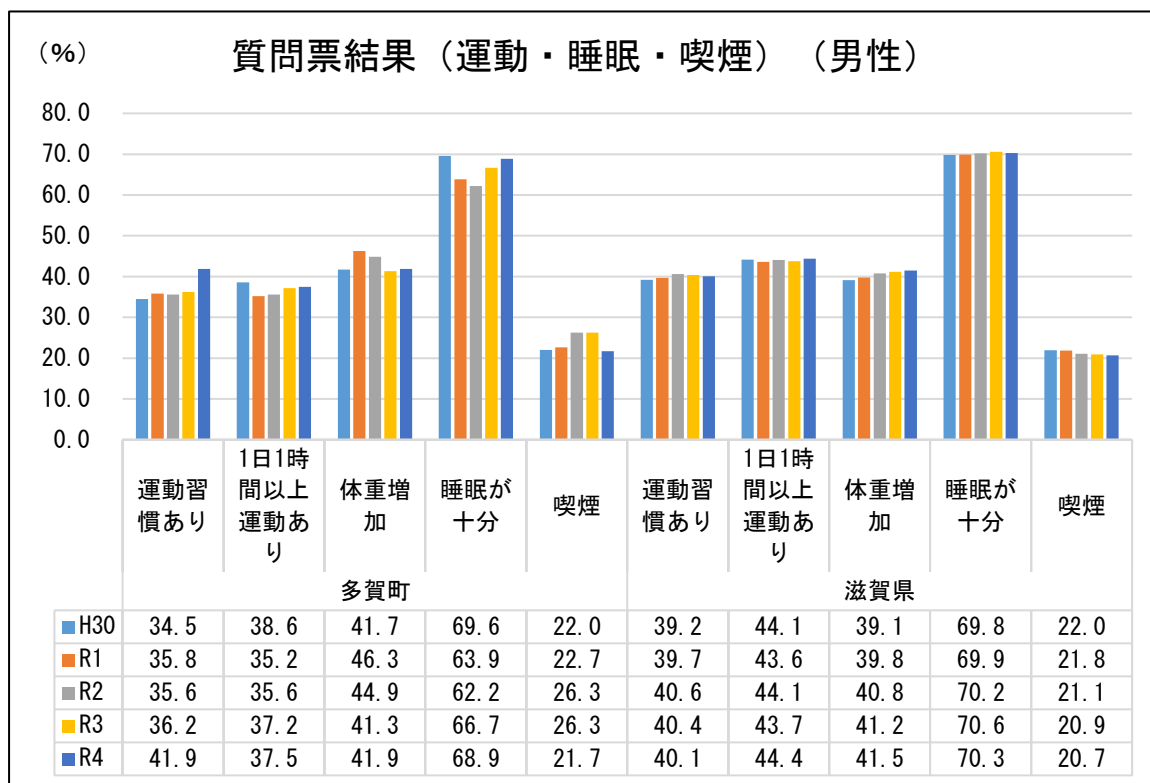


図 25-5

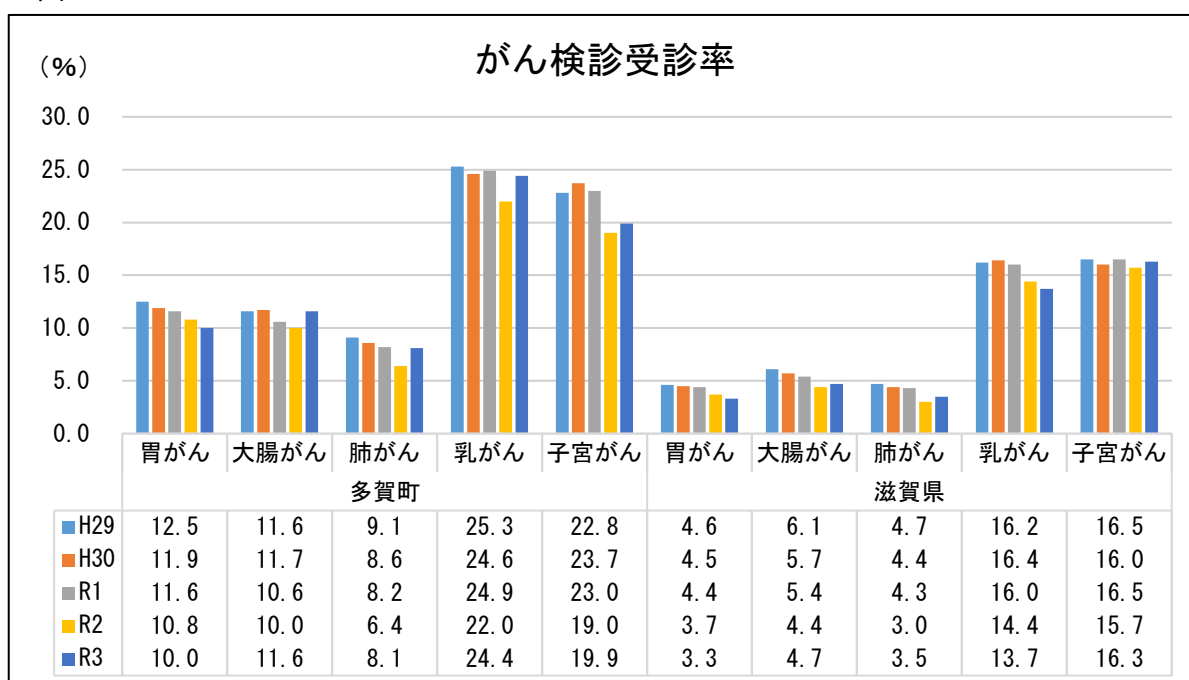


⑫がん検診の状況

悪性新生物は、死因の第1位であり、男性では肺がん、胃がん、肝臓がん、女性では胃がん、大腸がん、肺がんの順に多くなっています（平成30年～令和4年死亡総数）。全年齢の標準化死亡比（EBSMR、全国=100）では、男性の肺がん（106.3）、女性の胃がん（146.3）が高くなっています。

令和4年度の被保険者一人あたり入院医療費は、28,334円と生活習慣病の中で最も高く、県（25,983円）を上回っています。外来医療費も同様の傾向にあります。多賀町のがん検診の受診率は、滋賀県と比較し高い状況ですが、がんの死亡者数が多く、がん検診の受診率をさらに上げる必要があります（図26）。

図 26



第3章 重点施策(現状分析を踏まえた健康課題と目標の設定)

死亡・介護・医療等の状況から、重大な健康障害につながる可能性がある生活習慣や背景について考察した結果、当町で特に取り組むべき健康課題を以下にまとめました。

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>【循環器疾患での死亡数が多く、疾病別の新規患者数が増加している】</p> <ul style="list-style-type: none"> 心疾患の死亡数は、男性で33名と悪性新生物に続いて第2位、女性で第3位の49名となっている(平成30年度～令和4年度累計)。 そのうち、急性心筋梗塞が男性で12名、女性で10名となり、EBSMR(平成23年～令和2年)では男性131.3、女性163.0と高い水準となっている。 平成30年度から令和4年度の疾病別の新規患者数をみると、脳血管疾患：16名→14名、虚血性心疾患：20名→24名、人工透析：2名→2名となっている。 脳血管疾患が原因となって、介護認定を受ける第2号被保険者がほぼ毎年発生している。 	<ul style="list-style-type: none"> 虚血性心疾患や脳血管疾患、人工透析などの生活習慣病の重症化による死亡や要介護状態になることを防ぐため、糖尿病性腎症重症化予防や生活習慣病の重症化予防、発症予防の取組が必要。 生活習慣病の重症化を防ぐため、健診受診者で医療機関への受診が必要な者は確実に医療につなげる取組や、治療中の人も生活改善を促す取組が必要。 	○	1.3.4
B	<p>【高血圧症や脂質異常症など生活習慣病の医療費が高い。また、血圧、血糖、脂質の健診有所見率が高い。】</p> <ul style="list-style-type: none"> 外来の細小分類疾病別医療費では、高血圧症(令和4年：6.7%)と糖尿病(令和4年：6.3%)が経年的に1.2位を占めている。 令和4年の被保険者1人当たり外来医療費では、高血圧症(17,011円、県内1位)、脂質異常症(9,659円、県内2位)、糖尿病(16,135円、県内19位)となっている。 人工透析の件数と被保険者一人当たり医療費は、平成30年：67件、5,731円→令和4年101件、11,000円と件数、一人当たり医療費共に増えている。 有所見率は、収縮期血圧(男性62.5%、女性56.8%)、HbA1c(男性58.5%、女性62.0%)、LDL(男性42.7%、女性50.8%)と高い。 受診勧奨値でありながら治療なしのものの割合が、増加している。 血圧160/100以上：平成30年8.7%→令和4年11.6%、メタボ該当：平成30年6.1%→令和4年8.1%、HbA1c6.5%以上：平成30年3.6%→令和4年3.9% 			
C	<p>【メタボ該当者・予備群の割合が高い。特定保健指導実施率が減少している。不適正な生活習慣の者が多い】</p> <ul style="list-style-type: none"> 女性のメタボ該当者・予備群の割合が、16.3%であり、県内でも上位である。また、男性では48.7%で、県内順位は高くないものの、健診受診者の約半数がメタボ該当者・予備群である。 特定保健指導実施率は、平成30年度63.9%→令和4年度57.9%と大きく減少している。 令和4年の特定健診質問票の結果より、男性の食べる速度が速い(32.2%)、毎日飲酒している人(男性43.4%)、喫煙者(男21.7%)が県と比較して多く、女性の運動習慣あり(29.2%)が県と比較すると低い状況にある。 	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病の発症を防ぐため、生活習慣を見直す機会である特定保健指導の実施率を上げる取組が必要。また、日ごろから自分の健康状態を把握し、予防を実践できる人を増やす取組が必要。 		2.4
D	<p>【健診受診率の減少】</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定健診の受診率は平成30年61.2%と国の目標値である60%を超えていたが、令和4年50.0%まで減少し、継続受診者69.1%となり、県70.9%を下回っている。 年代別受診率をみると、男女共に60歳代、70歳代が平成30年から令和4年で大きく減少している(60歳代男性：57.3%→46.6%、60歳代女性：67.3%→52.1%、70歳代男性：64.8%→53.3%、70歳代女性：76.3%→59.2%) 	<ul style="list-style-type: none"> 未受診者の原因把握と、町民の意識の向上が必要。 新規受診者を増やし、継続受診につなげる取組が必要。 未受診者を受診に繋げる取組が必要。 		1
E	<p>【悪性新生物での死亡数が多く、医療費が増大しているが、がん検診の受診率は減少している】</p> <ul style="list-style-type: none"> 男女ともに、死因別死亡数の第1位となっている。死亡者数は、男性68名、女性63名。部位別にみると、男性では肺がんが20名と最も多く、女性では胃がんが14名となっている(平成30年度～令和4年度累計) 被保険者一人当たりのがん医療費が、入院では平成30年度10,725円(県内19位)→令和4年度28,334円(県内4位)、外来では平成30年度15,580円(県内19位)→令和4年度31,594円(県内16位)となっている。 がん検診受診率(平成28年度→令和3年度)は、胃がん(11.5%→10.0%)、大腸がん(12.1%→11.6%)、肺がん(7.2%→8.1%)となっている。 男性の喫煙率が21.7%あり、県(20.7%)と比較して高い。 	<ul style="list-style-type: none"> がん発症リスクと予防についての啓発が必要。 定期的に検診を受ける習慣を身につける人を増やし、要精密検査の対象者を確実に受診に繋げる取組が必要。 たばこによる健康リスクについて意識できる環境づくりが必要。 		5

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					
			R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	目標 R11(2029)
A, B	生活習慣病の重症化を防ぎ、住み慣れた町で暮らし続ける事が出来る。	脳血管疾患新規患者数の維持	14人	14人以下	14人以下	14人以下	14人以下	14人以下	14人以下
		虚血性心疾患新規患者数の維持	24人	24人以下	24人以下	24人以下	24人以下	24人以下	24人以下
		新規人工透析導入患者数の維持	2人	2人以下	2人以下	2人以下	2人以下	2人以下	2人以下
		血圧受診判定値以上(160/100)の者で治療なしの者の割合	11.6%	11.1%	10.6%	10.2%	9.7%	9.2%	8.7%
		結果説明会の参加者を増やす	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
C, D, E	自らの健康状態を把握、生活習慣の振り返りや改善できる人が増える。	特定保健指導実施率の向上	57.9%	58.3%	58.6%	59.0%	58.3%	59.7%	60%
		メタボ該当・予備群の割合(男性)の維持	48.7%	48.1%	47.5%	46.9%	46.3%	45.7%	45%
		メタボ該当・予備群の割合(女性)の維持	16.3%	16.1%	15.9%	15.7%	15.4%	15.2%	15%
		運動習慣のある者の割合(男性)の増加	41.9%	42.4%	42.9%	43.4%	43.9%	44.5%	45%
		運動習慣のある者の割合(女性)の増加	29.2%	29.3%	29.5%	29.6%	29.7%	29.9%	30%
		喫煙率(男性)の減少	21.7%	21.4%	21.1%	20.9%	20.6%	20.3%	20%
		特定健診受診率の向上	50.0%	51.7%	53.3%	55.0%	56.6%	58.3%	60%
		がん検診受診率の向上(肺がん)	8.1%	8.3%	8.4%	8.6%	8.7%	8.9%	9.1%
がん検診受診率の向上(胃がん)	10.0%	10.4%	10.8%	11.2%	11.6%	12.1%	12.5%		

(2) 滋賀県・市町国保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						滋賀県 目標値 R11(2029)
		R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	目標 R11(2029)	
特定健診 受診率	特定健診受診率	50.0%	51.7%	53.3%	55.0%	56.6%	58.3%	60%以上	60%以上
	40歳代健診受診率	28.6%	28.6%以上	28.6%以上	28.6%以上	28.6%以上	28.6%以上	28.6%以上	25%以上
	3年連続未受診者割合	29.0%	29.0%以下	29.0%以下	29.0%以下	29.0%以下	29.0%以下	29%以下	40%以下
	特定健診未受診かつ医療機関受診なしの者の割合	38.6%	38.0%	37.4%	36.8%	36.2%	35.6%	35%以下	35%以下
特定保健指導実施(終了)率		57.9%	58.3%	58.6%	59.0%	58.3%	59.7%	60%以上	60%以上
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率		19.0%	20.2%	21.3%	22.5%	23.6%	24.8%	26%以上	26%以上
HbA1c8.0%以上の者の割合		1.6%	1.5%	1.4%	1.3%	1.2%	1.1%	1.0%以下	1.0%以下
HbA1c6.5%以上の者の割合		9.7%	9.6%	9.5%	9.5%	9.4%	9.3%	9.2%以下	9.2%以下
血圧が保健指導判定値以上の者の割合		62.2%	59.2%	56.1%	53.1%	50.1%	47.1%	44%以下	44%以下

(3) 個別の保健事業

事業 番号	事業名	重点・ 優先度
1	特定健診、特定健診受診率向上	1
2	特定保健指導、特定保健指導実施率向上	2
3	特定健診受診者への結果説明会によるフォローアップ	3
4	若年者健診の実施とフォローアップ	4
5	受診勧奨判定値を超えている者へのフォローアップ	5
6	運動に取り組みやすい環境づくり	6
医療費 適正化 に資す る取組	重複・頻回受診者等訪問指導	7
	後発医薬品通知事業	

第4章 個別保健事業計画

1	特定健診、特定健診受診率向上
---	----------------

①事業の目的	特定健診未受診者に対し、受診勧奨を行うことで、受診率の向上を図る。健診受診率を向上を図り、生活習慣病の発症や重症化予防に繋げる。
②対象者	特定健診未受診者
③現在までの事業結果	特定健診の受診率はH30年度61.1%→R4年度50.0%まで低下。新型コロナウイルス感染症の影響もあるが、継続受診率、65～74歳の年代の受診率の低下がみられている。電話、訪問、通知により年3回受診勧奨を実施している。

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	健診受診率	50%	51.7%	53.3%	55.0%	56.6%	58.3%	60.0%	
アウトプット	受診勧奨通知の送付	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	電話・訪問による受診勧奨の実施	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

⑤目標を達成するための主な戦略	はがき、訪問、電話等様々な方法で、未受診者へ受診勧奨を行う。特に、健診未受診者かつ健康状態不明者に訪問等でアプローチを行い、拒否理由も把握するように努める。
-----------------	--

⑥現在までの実施体制（ストラクチャー）・実施方法（プロセス）

4月に、税務住民課国保係と福祉保健課健康増進係で連携会議を実施し、受診勧奨について検討を行う。

○はがき、封書による未受診者への受診勧奨

5月末…特定健診受診券発送とともに勧奨チラシ同封

9月…8月末時点の未受診者へはがきで受診勧奨を行う。

12月…未受診者へ治療中患者情報提供を送付する。

○保健師による訪問、電話による未受診者への受診勧奨

7月より順次…未受診かつ健康状態不明者に訪問または電話で受診勧奨を行う。拒否の場合も理由を聞くようにする。

○その他

のぼり旗を設置する。ポロシャツを着用する。健診の啓発を行う。

⑦今後の実施体制（ストラクチャー）・実施方法（プロセス）の改善案、目標

4月に、税務住民課国保係と福祉保健課健康増進係で連携会議を実施し、受診勧奨について検討を行う。

○はがき、封書による未受診者への受診勧奨

5月末…特定健診受診券発送とともに勧奨チラシ同封

9月…8月末時点の未受診者へハガキで受診勧奨を行う。

12月…未受診者へ治療中患者情報提供を送付する。

○保健師による訪問、電話による未受診者への受診勧奨

7月より順次…未受診かつ健康状態不明者に訪問または電話で受診勧奨を行う。拒否の場合も理由を聞くようにする。

○その他

のぼり旗を設置する。ポロシャツを着用する。健診の啓発を行う。

人間ドック申込者にがん検診の受診勧奨や保健指導啓発チラシを配布する。

⑧評価計画

毎月25日以降に健診受診者数、受診率を把握。最終、年度末、法定報告時に評価する。

2	特定保健指導、特定保健指導実施率向上
---	--------------------

①事業の目的	生活習慣病の発症を防ぐため、生活習慣を見直す機会である特定保健指導の実施率を上げ、メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少、生活改善を行う人を増やす。
②対象者	特定保健指導対象者
③現在までの事業結果	健診結果説明会の場で特定保健指導を実施。業者に委託をして実施。

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	特定保健指導実施率	57.9%	58.3%	58.6%	59.0%	59.3%	59.7%	60%	
アウトプット	特定保健指導利用 勧奨	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

⑤目標を達成するための主な戦略	結果説明会の場での指導の実施。
-----------------	-----------------

⑥現在までの実施体制（ストラクチャー）・実施方法（プロセス）

<p>税務住民課国保係と福祉保健課健康増進係、委託業者で連携会議を実施し、特定保健指導について検討を行う。</p> <p>集団健診受診者については結果説明会において実施。人間ドック受診者は個別に連絡をして実施。</p>

⑦今後の実施体制（ストラクチャー）・実施方法（プロセス）の改善案、目標

<p>税務住民課国保係と福祉保健課健康増進係、委託業者で連携会議を実施し、特定保健指導について検討を行う。</p> <p>集団健診受診者については結果説明会において実施。人間ドック受診者は個別に連絡をして実施。</p>

⑧評価計画

<p>毎月特定保健指導対象者・利用者・終了者の実施状況を委託業者に確認する。最終、年度末、法定報告時に評価する。</p>
--

3	特定健診受診者への結果説明会等によるフォローアップ
---	---------------------------

①事業の目的	住民が自分の健康状態について振り返る機会を持ち、健康管理のための継続受診の必要性を理解してもらうよう結果説明会を実施する。
②対象者	特定健診受診者（集団健診受診者等）
③現在までの事業結果	特定健診受診者に、対面で結果返しをすることで、本人にあった効果的な保健指導を行い、生活の改善や翌年度の健診受診を促している。

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	健診継続受診率	69.1%	70.9%	72.7%	74.5%	76.3%	78.1%	80%
アウトプット	結果説明会参加率	80.0%	81.7%	83.4%	85.0%	86.7%	88.4%	90%

⑤目標を達成するための主な戦略	情報提供の人も含め、集団健診等を受けた方に結果説明会を行うことで、継続受診者を増やして受診率 60%台を目指す。また、健診を受けた方には結果説明会へ必ず参加してもらうことで、住民が主体的に健康管理ができ健康への意識を高められることで継続受診を目指す。
-----------------	---

⑥現在までの実施体制（ストラクチャー）・実施方法（プロセス）

<p>○打ち合わせ 結果説明会の開催について、担当スタッフでの打ち合わせを実施。</p> <p>○結果説明会の実施 特定健診の結果を直接、保健師・管理栄養士が個人の経年の健診結果等を活用しながら、丁寧に具体的な生活習慣の改善に関しての情報を提供する。不参加の方へは訪問を行う。</p> <p>○健診結果早わかりガイドを結果説明会時に配布</p> <p>○健診受診者に運動習慣の定着と生活習慣病予防に特化したヘルスアップ事業を開催することで健診の継続受診を促す。</p>
--

⑦今後の実施体制（ストラクチャー）・実施方法（プロセス）の改善案、目標

○打ち合わせ

結果説明会の開催について、担当スタッフでの打ち合わせを実施。

○結果説明会の実施

特定健診の結果を直接、保健師・管理栄養士が個人の経年の健診結果等を活用しながら、丁寧に具体的な生活習慣の改善に関する情報を提供する。不参加の方へは訪問を行う。

○健診結果早わかりガイドを結果説明会時に配布

○健診受診者に運動習慣の定着と生活習慣病予防に特化したヘルスアップ事業を開催することで健診の継続受診を促す。

⑧評価計画

結果説明会終了後に参加者等の把握を行い、評価を行う。

4	若年者健診の実施とフォローアップ
---	------------------

①事業の目的	20～39歳の健診を行い、若い世代から生活習慣病予防について意識をもってもらい、発症予防につなげる。
②対象者	20～39歳の国保被保険者
③現在までの事業結果	受診勧奨通知を送付、健診の周知を行う。また、健診受診者には健診結果説明会で健診結果をお返ししている。

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	健診受診者数	12	15	15	15	15	15	15
	結果説明会参加者数	12	15	15	15	15	15	15
アウト プット	受診勧奨通知の 送付率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

⑤目標を達成するための主な戦略	結果を返却する際には、必ず対面で返却することで、本人に合った効果的な保健指導を実施する。
-----------------	--

⑥現在までの実施体制（ストラクチャー）・実施方法（プロセス）

<p>4月に、税務住民課国保係と福祉保健課健康増進係で連携会議を実施し、受診勧奨について検討を行う。</p> <p>○受診勧奨 8月に20～39歳の国保の方に健診の受診勧奨の案内を出す。広報8月号にスマート健診の受診案内を掲載する。 乳幼児健診などに来所している子育て世帯の対象者に直接声を掛けて受診勧奨を行う。</p> <p>○結果説明会（保健指導）の実施 健診受診者に対し、個別の結果説明会を開催する。本人の健診結果内容から、具体的な生活習慣の改善に関する情報を提供する。</p> <p>○健診受診者に運動習慣の定着と生活習慣病予防に特化したヘルスアップ事業を開催することで健診の継続受診を促す。</p> <p>○健診と結果説明会の際には、託児の体制を整える。</p>
--

⑦今後の実施体制（ストラクチャー）・実施方法（プロセス）の改善案、目標

4月に、税務住民課国保係と福祉保健課健康増進係で連携会議を実施し、受診勧奨について検討を行う。

○受診勧奨

8月に20～39歳の国保の方に健診の受診勧奨の案内を出す。広報8月号にスマート健診の受診案内を掲載する。

乳幼児健診などに来所している子育て世帯の対象者に直接声を掛けて受診勧奨を行う。

○結果説明会（保健指導）の実施

健診受診者に対し、個別の結果説明会を開催する。本人の健診結果内容から、具体的な生活習慣の改善に関しての情報を提供する。

○健診受診者に運動習慣の定着と生活習慣病予防に特化したヘルスアップ事業を開催することで健診の継続受診を促す。

○健診と結果説明会の際には、託児の体制を整える。

⑧評価計画

健診、結果説明会終了後に受診者数、結果説明会参加者について把握し、評価する。

5	受診勧奨判定値を超えている者へのフォローアップ
---	-------------------------

①事業の目的	特定健診の結果、受診勧奨値以上の者に、医療機関への適切な受診勧奨を行い、食事面から生活習慣病のコントロールを行う。
②対象者	特定健診の結果から要医療と判断された者
③現在までの事業結果	受診勧奨判定値以上の者の医療機関受診率は、令和4年では57.7%となっている。また、コントロール不良者の割合は、64.8%と県より高くなっている。

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	医療機関受診率	57.7%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
	栄養指導実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
アウトプット	医療機関受診 勧奨率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

⑤目標を達成するための主な戦略	通院中の者が多く、治療中でコントロール不良者が55%と半数を超えているため、治療者を含めた保健指導、栄養指導を行うことで、生活習慣病の重症化を予防する。
-----------------	--

⑥現在までの実施体制（ストラクチャー）・実施方法（プロセス）

<p>○体制 担当者での打ち合わせを実施。</p> <p>○健診結果（集団健診・人間ドック）から、受診勧奨の数値を超えている方に対し、医師連絡表を発行し、医療機関への受診勧奨を行う。3カ月後返信のない者には、レセプトを確認し、未受診者には電話で受診勧奨を行う。</p> <p>○栄養指導 医療機関において受診後、医師連絡票により「多賀町での食事指導が必要」と判断された者に対し、管理栄養士による食事指導を行う。来所・電話により、健診結果・医療機関での結果を踏まえ、食事内容の改善方法等の情報提供を行う。栄養指導後、改善できたかを電話などで聞き取り、必要に応じて再相談を実施する（3か月後）。</p>

⑦今後の実施体制（ストラクチャー）・実施方法（プロセス）の改善案、目標

○体制

担当者での打ち合わせを実施。

○健診結果（集団健診・人間ドック）から、受診勧奨の数値を超えている方に対し、医師連絡表を発行し、医療機関への受診勧奨を行う。3カ月後返信のない者には、レセプトを確認し、未受診者には電話で受診勧奨を行う。

○栄養指導

医療機関において受診後、医師連絡票により「多賀町での食事指導が必要」と判断された者に対し、管理栄養士による食事指導を行う。来所・電話により、健診結果・医療機関での結果を踏まえ、食事内容の改善方法等の情報提供を行う。栄養指導後、改善できたかを電話などで聞き取り、必要に応じて再相談を実施する（3か月後）。

⑧評価計画

毎月医師連絡票の返信を確認し、評価を行う。

6	運動に取り組みやすい環境づくり
---	-----------------

①事業の目的	①生活習慣病について、食事・運動などの面から情報提供することで、住民の生活習慣病の予防につなげる。 ②住民が自分の健康について振り返り、生活習慣病予防の意識向上や、その取り組みができるようにする。 ③生活習慣病の発症予防・重症化予防を図ることを目指す。
②対象者	国民健康保険健診受診者
③現在までの事業結果	生活習慣改善のための保健指導を行い、生活習慣病の発症予防・重症化予防を図っている。また、健診の待ち時間に、摂取カロリーと運動量について、情報提供を行っている。

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	運動習慣有りと回答した者の割合（女性）	29.2%	30%	30%	30%	30%	30%	30%
アウトプット	栄養・運動指導講座の参加者数	43人	100人	100人	100人	100人	100人	100人

⑤目標を達成するための主な戦略	①健診の待ち時間を活用し、生活習慣病予防について啓発する。 ②ライザップの名前を借りることで、40代、50代といった比較的若い世代の参加も促し、生活習慣病予防に興味を持ち、運動を習慣化するための動機付けを促す。
-----------------	--

⑥現在までの実施体制（ストラクチャー）・実施方法（プロセス）

<p>○健診時での情報提供 健診の待ち時間を活かして、調理法・レシピによるエネルギーの違いを展示物、チラシを使いながら、管理栄養士が必要に応じ説明する。</p> <p>○ライザップによる栄養、運動指導講座 2回開催予定 特定健診の受診者の中で、申し込みがあった方に対し、健診結果や年齢に応じた健康教育を実施することで、生活習慣病の予防を行う。</p> <p>○関係者との打ち合わせを実施する。</p>
--

⑦今後の実施体制（ストラクチャー）・実施方法（プロセス）の改善案、目標

○健診時での情報提供

健診の待ち時間を活かして、調理法・レシピによるエネルギーの違いを展示物、チラシを使いながら、管理栄養士が必要に応じ説明する。

○ライザップによる栄養、運動指導講座 2回開催予定

特定健診の受診者の中で、申し込みがあった方に対し、健診結果や年齢に応じた健康教育を実施することで、生活習慣病の予防を行う。

○関係者との打ち合わせを実施する。

⑧評価計画

年度末に参加者数や参加者からのアンケート内容にて評価を行う。

7	医療費適正化の取組
---	-----------

①事業の目的	後発医薬品差額通知の送付、重複・頻回受診者等への訪問指導を行うことで医療費の適正化を図る。
②対象者	①後発医薬品差額通知 切替対象薬剤使用被保険者 ②重複・頻回受診者等訪問指導事業 重複・頻回受診者、重複服薬者、多剤服薬者
③現在までの事業結果	①後発医薬品の差額通知は、年4回送付。 ②重複・頻回受診者等訪問指導事業は、年1回2～3人の対象者に通知を行い、訪問指導を実施。

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後発医薬品使用割合	① 75.6%	① 76.3%	① 77.1%	① 77.8%	① 78.5%	① 79.3%	① 80%
	②重複・頻回受診者等でレセプトで改善が見られた者の割合 (0人/1人)	② 0%	② 60%	② 60%	② 60%	② 60%	② 60%	② 60%
アウトプット	①後発医薬品差額通知の送付	① 100%	① 100%	① 100%	① 100%	① 100%	① 100%	① 100%
	②重複・頻回受診者等へのアプローチ	② 100%	② 100%	② 100%	② 100%	② 100%	② 100%	② 100%

⑤目標を達成するための主な戦略	対象者に通知等を行うことで、啓発を行う。
-----------------	----------------------

⑥現在までの実施体制（ストラクチャー）・実施方法（プロセス）

- ①後発医薬品差額通知 切替対象者薬剤使用被保険者に年4回通知を送付。
- ②重複・頻回受診者等訪問指導事業
 - ①対象者の抽出（1次・2次・3次）3次抽出では対象者リストから疾病や治療の経過や地域包括支援センター、健康増進係におけるこれまでの関わりと今後の働きかけの必要性を勘案し、訪問の優先性を保険者と滋賀県国民健康保険団体連合会で決定する（5月）。
 - ②訪問指導の実施…重複受診者または重複服薬者で保険者が必要と認めるものについては、看護師の派遣を依頼し、看護師との同行訪問を実施する。
 - ③事業評価…訪問前3か月と訪問後3か月のレセプトから効果測定を行う。

⑦今後の実施体制（ストラクチャー）・実施方法（プロセス）の改善案、目標

- ①後発医薬品差額通知 切替対象者薬剤使用被保険者に年4回通知を送付。
- ②重複・頻回受診者等訪問指導事業
 - ①対象者の抽出（1次・2次・3次）3次抽出では対象者リストから疾病や治療の経過や地域包括支援センター、健康増進係におけるこれまでの関わりと今後の働きかけの必要性を勘案し、訪問の優先性を保険者と賀県国民健康保険団体連合会で決定する（5月）。
 - ②訪問指導の実施…重複受診者または重複服薬者で保険者が必要と認めるものについては、看護師等の派遣を依頼し、看護師等との同行訪問を実施する。
 - ③事業評価…訪問前3か月と訪問後3か月のレセプトから効果測定を行う。

⑧評価計画

- ①通知送付者の使用率を把握。
- ②訪問指導実施後前後3ヶ月間のレセプト状況で評価を実施。

第5章 多賀町特定健康診査等実施計画(第3期)

多賀町では、死亡・介護・医療費等において、虚血性心疾患や脳血管疾患を発症している人や、生活習慣病の発症するリスクを持っている者の割合が高い状況にあります。生活習慣病の早期発見と適切な治療および生活習慣の改善により、発症の危険性を予防するために、本章では、特定健診の定期的な受診者を増やすための啓発や勧奨等の取り組みとともに、特定健診および特定保健指導(以下「特定健康診査等」という。)の実施方法に関する基本的な事項、特定健康診査等の実施およびその効果にかかる目標に関する基本的な事項について定め、第3期多賀町特定健康診査等実施計画とします。

1：目標値の設定

～目標は特定健診・特定保健指導、ともに受診率60%～

本町の特定健康診査受診率の目標値については、国・県ともに目標値を60%と設定していることから、その目標値との整合を図ります。

具体的に本町国民健康保険における目標値を以下のとおり設定します(表1)。

表1 特定健康診査受診率および特定保健指導実施率の目標値

区分	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
特定健康診査受診率	51.7%	53.3%	55.0%	56.6%	58.3%	60%以上
特定保健指導実施率	58.3%	58.6%	59.0%	59.3%	59.7%	60%以上

2：特定健康診査・特定保健指導の対象者

～年々減少の見込み～

(1) 男女別・年齢階層別 40 歳以上の国民健康保険被保険者数の推計

総人口が今後も緩やかに減少する見込みで、国保被保険者についても団塊の世代が後期高齢者に移行し、減少する見込みです（表2）。

表2 国民健康保険被保険者数の推計

単位：人

		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	40～64歳	202	196	188	186	179	180
	65～74歳	358	317	279	248	218	183
	計	560	513	467	434	397	363
女性	40～64歳	191	173	158	141	135	130
	65～74歳	391	361	315	294	247	218
	計	582	534	473	435	382	348
合計	40～64歳	393	369	346	327	314	310
	65～74歳	749	678	594	542	465	401
	計	1142	1047	940	869	779	711

※被保険者数の推計の元となる将来人口推計は、コーホート要因法（基準日：令和5年11月1日）により算出。

(2) 国民健康保険被保険者のうち特定健康診査の対象となる者の推計

被保険者数と同様に、減少に転じる見込みです（表3）。

表3 特定健康診査の対象となる者の推計

単位：人

		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	40～64歳	189	184	176	174	168	169
	65～74歳	343	304	267	238	209	175
	計	532	487	443	412	377	344
女性	40～64歳	182	165	151	135	129	124
	65～74歳	383	353	308	288	242	213
	計	565	518	459	422	371	337
合計	40～64歳	371	349	327	309	297	293
	65～74歳	725	657	575	525	450	388
	計	1,097	1,005	902	834	747	681

※国保被保険者数の推計から、令和4年度法定報告および令和4年度末の国保被保険者の内、特定健康診査の対象となった者の割合から算出。

(3) 男女別・年齢階層別 40 歳以上の特定健康診査の受診率・受診者数の推計

特定健診対象者数の減少に伴い、受診者数も減少が見込まれますが、受診率向上に向けた取り組み（P47 参照）により、受診率の向上を目指します（表 4）。

表 4 特定健康診査の受診率・受診者数の推計 単位：人

			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
受診率	男性	40～64 歳	39.1%	40.3%	42.6%	42.1%	43.4%	44.7%
		65～74 歳	53.6%	55.6%	57.6%	58.6%	60.4%	62.2%
	女性	40～64 歳	41.1%	42.4%	43.7%	44.6%	45.8%	49.9%
		65～74 歳	61.2%	63.1%	65.2%	67.8%	70.8%	72.7%
受診者数	男性	40～64 歳	74	74	75	74	73	79
		65～74 歳	184	169	154	143	131	113
		計	258	243	229	217	199	192
	女性	40～64 歳	75	70	66	60	59	62
		65～74 歳	234	223	201	195	171	155
		計	309	293	267	255	225	217
	合計	40～64 歳	149	144	141	134	132	141
		65～74 歳	418	392	355	338	302	268
		計	567	536	496	472	436	409
平均受診率			51.7%	53.3%	55.0%	56.6%	58.3%	60.0%

(4) 特定保健指導の実施者数の推計

受診者数の減少に伴い、特定保健指導対象者の減少が見込まれますが、実施率向上に向けた取り組み（P47 参照）により、実施率の向上を目指します（表5）。

表5 特定保健指導の実施者数の推計

単位：人

			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
支援の 階層別 対象者 数	40～64歳	動機付け	11	11	11	10	10	11
		積極的	28	27	26	25	24	26
	65～74歳	動機付け	34	32	29	27	24	22
		全体	45	42	39	37	34	32
		動機付け	45	42	39	37	34	32
		積極的	28	27	26	25	24	26
特定保 健指 導 の 想 定	40～64歳	動機付け	63.0%	74.4%	76.0%	70.0%	71.1%	76.0%
		積極的	47.2%	41.3%	46.0%	44.4%	45.1%	46.0%
	65～74歳	動機付け	66.4%	67.0%	69.7%	68.4%	73.7%	69.2%
		全体	63.0%	74.4%	76.0%	70.0%	71.1%	76.0%
		動機付け	66.4%	67.0%	69.7%	68.4%	73.7%	69.2%
		積極的	47.2%	41.3%	46.0%	44.4%	45.1%	46.0%
特定保 健指 導 の 実 施 者 数	40～64歳	動機付け	7	8	8	7	7	8
		積極的	13	11	12	11	11	12
	65～74歳	動機付け	22	21	20	19	18	15
		全体	29	29	27	26	24	23
		動機付け	29	29	27	26	24	23
		積極的	13	11	12	11	11	12
計			42	40	39	37	35	35
(実施率)			58.3%	58.6%	59.0%	59.3%	59.7%	60.0%

※65歳以上で積極的支援と判定された場合は、動機付け支援とし、日常生活動作能力・運動機能等を踏まえQOLの低下に配慮した生活習慣の指導を行います。

3：実施方法

～受診しやすい体制の構築～

この計画を進めるため、国民健康保険の主管課である税務住民課が主体となり、健康づくりを統括する福祉保健課をはじめ、庁内関係課と相互に連携し、効率的・効果的な事業の推進を図ります。

また、本計画の事業に必要な保健師、管理栄養士などのマンパワーの確保については、関係課と連携を図りながら、庁内実施体制の整備を進めます。

さらに、効率的・効果的な特定健康診査や特定保健指導を実施するため、滋賀県、湖東健康福祉事務所および滋賀県国民健康保険団体連合会（以下「滋賀県国保連合会」という。）等との連携を取りながら計画の推進を図ります。

(1) 特定健康診査の実施方法等

①特定健康診査の周知・啓発、受診率向上に向けた取り組み

表 6

項 目	内 容	回数等
受診券の送付	・ 対象者全員に受診券を個別に送付する	5 月
特定健康診査の周知・啓発	・ 広報・ホームページへの掲載	1 回／年
	・ のぼり旗の設置	通年
	・ 公共施設、医療機関等でのポスターの掲示	通年
	・ 役場窓口でのパンフレット・チラシの配布	通年
	・ イベント等を活用した PR	3 回以上／年
	・ 案内通知発送時に併せたパンフレットの送付	1 回／年
	・ 健康増進事業での受診勧奨	3 回以上／年
	・ 訪問・電話での受診勧奨	通年
受けやすい健診の体制づくり	・ がん検診と同時実施による総合健診日程の充実	総合 7 回／年 単独 2 回／年
	・ 土曜・日曜健診の実施	1 回以上／年
医療機関との連携	・ 治療中患者の検査データの活用	通年
	・ 治療中患者に対する特定健康診査の受診勧奨	
商工会との連携	・ 事業主健診受診者の健診データの受領	1 回／年
地域組織との連携	・ 健康推進員を通じた受診勧奨	通年
未受診者への勧奨	・ 通知の送付、電話・訪問による受診勧奨	3 回／年

②特定健康診査の対象となる者

加入者のうち、特定健康診査の実施年度中に40～74歳となる者（実施年度中に75歳になる75歳未満の者も含む）で、かつ当該実施年度の一年間を通じて加入している者（年度途中での加入・脱退等異動のない者）を対象とします。

なお、妊産婦その他の厚生労働大臣が定める者（刑務所入所中、海外在住、長期入院等告示（平成20年厚生労働省告示第3号）で規定）は、上記対象者から除く（年度途中での妊娠・刑務所入所等は、異動者と同様に、対象者から除外）ものとします。

③健診項目（表7）

<p>①基本的な健診項目</p>	<p>① 質問項目 ② 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲（内臓脂肪面積） ③ 理学的検査（身体診察） ④ 血圧測定 ⑤ 血中脂質検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール） ※LDLコレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上または食後採血の場合はNon-HDLコレステロールの測定でも可。 ⑥ 肝機能検査（GOT、GPT、γ-GTP） ⑦ 血糖検査（空腹時血糖またはHbA1c検査） ※やむを得ない場合は、随時血糖 ⑧ 尿検査（尿糖、尿蛋白）</p>
<p>②追加健診項目 ※滋賀県（町独自） 追加項目</p>	<p>① 尿酸 ② 尿潜血 ③ eGFR ④ 血清クレアチニン（国基準では詳細項目により実施） ⑤ 貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値） （女性のみ）</p>
<p>③詳細な健診項目 ※一定の基準の下、医師が必要と判断したものを選択</p>	<p>心電図検査 眼底検査 貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）</p>

④実施内容、方法および実施場所等（表8）

項目	内容	期間	実施形態	場所
集団健診	がん検診と同時実施することで受診者の利便性を図ります。また、出張健診を実施し、住民が健診を受けやすい環境づくりに努めます。	5月～10月	委託	公共施設等 ・多賀町総合福祉保健センター
個別健診	滋賀県医師会と代表国保保険者の集合契約に基づき契約医療機関で実施します。	5月～12月 (翌3月)	委託	県内医療機関
人間ドック	人間ドックには、特定健診に必要な項目が含まれているため、人間ドック健診費用を助成します。また、助成を受けた者については特定健診を受けたものとみなします。	4月～12月	委託	契約健診機関
検査データ等の情報提供	町が実施する方法以外の方法で健診を受診した場合または治療中のため医療機関で特定健診と同等の検査データがある場合は、検査データ等の情報提供の協力を依頼します。	通年	被保険者からの情報提供	福祉保健課

（2）特定保健指導の実施方法等

①実施率向上のに向けた取り組み（表9）

項目	内容	回数等
受けやすい環境づくり	電話・メール・手紙などにより、若い世代でも指導が受けやすい環境づくりを行います。	通年
	初回面接等の土日開催	1回／年
保健指導従事者の資質の向上	参加者自らの行動変容につながるような、保健指導従事者の指導技術向上と、指導方法や内容を従事者同士で検討を行い、効果的な保健指導を実施します。	1回／年
未利用者への勧奨	実施率向上に向けて、未利用者に対して、電話、メール、訪問等で利用勧奨を行います。	利用につながるまで

②特定保健指導の対象となる者

特定健康診査の結果、腹囲の他、血糖、血圧、脂質が所定の値を上回る者のうち、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者を除く者とします。

さらに、追加リスクの多少と喫煙歴の有無により、動機付け支援の対象者となるのか積極的支援の対象者となるのかが異なる。ただし、積極的支援に2年連続して該当した場合、1年目に比べて2年目の状態が改善（※1）していれば、2年目の特定保健指導は、動機付け支援相当で可能とします。

（※1）BMI 30未満の場合：腹囲1cm以上かつ体重1kg以上の改善
 BMI 30以上の場合：腹囲2cm以上かつ体重2kg以上の改善

表 10：特定保健指導の対象者（階層化）

腹囲	追加リスク（※2）	④喫煙歴	対象	
	①血糖②脂質③血圧		40-64歳	65-74歳
≥85 cm(男性) ≥90 cm(女性)	2つ以上該当	/	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で BMI ≥25	3つ該当	/	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	/		

（注）喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係がない。
 特定保健指導に該当しない者については、情報提供者とする。

（※2）追加リスクに該当する基準（いずれかに該当）		
① 血糖	空腹時血糖値	110 mg/dl 以上
	HbA1c (NGSP 値)	5.6%以上
② 脂質	中性脂肪	150 mg/dl 以上
	HDL コレステロール	40 mg/dl 未満
③ 血圧	収縮期血圧(最高血圧)	130mmHg 以上
	拡張期血圧(最低血圧)	85mmHg 以上

③実施方法および実施場所等

ア：動機付け支援

対象者への個別支援により、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を立てることができるとともに、保健指導終了後、対象者がすぐに実践行動に移り、その生活が継続できることを目指します。

項目	内容	期間	実施形態	場所
初回面接	特定健診の結果説明会時に個別に面接を実施します。	7月～ 翌年6月	一部委託	・多賀町総合福祉 保健センター ・被保険者自宅
支援内容	3～6か月後に電話等で対象者と面談し、生活状況、行動変容の有無を確認し、評価を行います。			

イ：積極的支援

動機付け支援に加えて、定期的・継続的な支援により、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を設定し、目標達成に向けた実践行動に取り組みながら、支援プログラム終了後には、その生活が継続できることを目指します。

項目	内容	期間	実施形態	場所
初回面接	特定健診の結果説明会時に個別に面接を実施します。	7月～ 翌年6月	一部委託	・多賀町総合福祉 保健センター ・被保険者自宅
支援内容	3か月後の中間評価とその前後に2回程度、電話等で対象者と面談し、生活状況、行動変容の有無を確認し、最終3～6か月後に面接により評価を行います。			

ウ：情報提供

対象者が健診結果から、自らの身体状況を認識するとともに、生活習慣を見直すきっかけとします。また、健診結果により、医療機関への受診や継続治療が必要な対象者に受診や服薬の重要性を認識してもらうこと、健診受診者全員に対し、継続的に健診を受診する必要性を認識してもらうことを目指します。

項目	内容	期間	実施形態	場所
初回面接	特定健診の結果説明会時に個別に面接を実施します。	7月～3月	一部委託	・多賀町総合福祉保健センター ・被保険者自宅
支援内容	個別の健診結果に合わせ、保健師または管理栄養士が健康づくりに対する情報を提供します。			

(3) 特定健康診査等の委託事業者の選定

事業者への委託は特定健康診査の受診率向上を図るため、利用者の利便性に配慮した健診や保健指導を実施するなど、対象者のニーズを踏まえた対応が必要となります。

一方で、健診データの精度管理や保健指導対象者に対する指導が適切に行われないなど、事業の質が考慮されない価格競争となることも危惧されるため、質の低下につながらないように委託先における健診の質を確保することが不可欠です。

また、特定保健指導事業者については事業者参入が少ないことから、参入する事業者があれば随時対応するものとします。

(4) 代行機関の利用について

契約した町内医療機関、健診機関、保健指導実施機関等から費用の請求、支払および健診データ・保健指導データの管理、保健指導対象者の階層化、保健指導利用券の作成（発送は保険者が行う）、支払基金への報告作成等に係る業務は滋賀県国保連合会へ委託します。

委託にあたっては健診機関や保険者との電子的ネットワーク接続が考えられるため、代行機関には個人情報扱うことに対して「レセプトのオンライン請求に係るセキュリティに関するガイドライン」（平成18年厚生労働省）に沿った安全対策を講じることの義務づけを行います。

4：年間スケジュール

特定健康診査等の実施は、下表 11 の年間スケジュールに基づき実施します。より効果的に事業を推進するために前年度の評価を行い、スケジュールの見直しを行います。

表 11 特定健康診査等の年間スケジュール

		特定健康診査	特定保健指導
前年度	3月	健診対象者の抽出	
当該年度	4月		
	5月	健診案内の送付 ※区長便により町内全戸にパンフレットを配布する。 受診券の送付（全件）	
	6月		
	7月	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;"> 集団健診 </div> <div style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;"> 個別健診 </div> </div>	特定保健指導対象者の抽出 （毎月、集団・個別・人間ドック等すべての健診結果から対象者を抽出） 特定保健指導の開始
	8月	受診勧奨実施（1回目）	
	9月		
	10月		
	11月		
	12月	個別医療機関用受診勧奨実施（2回目）	
	1月	治療中患者の情報提供に係る勧奨実施	
	2月		
	3月		
翌年度	4月		
	5月		
	6月		
	7月		
	8月		
	9月		

5：個人情報の保護

特定健康診査等の実施にあたっては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）について周知徹底し、個人情報の漏洩防止に細心の注意を図ります。

また、特定健診等に従事する職員および特定健診等の委託先（データの管理を含む）については、業務を遂行するために知り得た個人情報を他に漏洩することがないように守秘義務を徹底します。

（1）具体的な個人情報の保護

個人情報の取扱いに関しては、個人情報保護法に基づく「国民健康保険団体連合会等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成17年厚生労働省）に基づいて行います。

特定健康診査・保健指導を外部に委託する際は、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、委託先の契約状況を管理します。

守秘義務規定

国民健康保険法（平成20年4月1日施行分）

第二百二十条の二 保険者の役員もしくは職員またはこれらの職にあった者が、正当な理由なしに、国民健康保険事業に関して職務上知得した秘密を漏らしたときは、一年以下の懲役または百万円以下の罰金に処する。

高齢者の医療の確保に関する法律（平成20年4月1日施行）

第三十条 第二十八条の規定により保険者が特定健康診査等の実施の委託を受けた者（その者が法人である場合にあってはその役員）もしくはその職員またはこれらの者であった者は、その実施に関して知り得た個人の秘密を正当な理由がなく漏らしてはならない。

第一百六十七条 第三十条の規定に違反して秘密を漏らした者は、一年以下の懲役または百万円以下の罰金に処する。

（2）記録の管理および保存

特定健康診査等のデータは管理者を定め、電子的標準形式により（滋賀県国保連合会に委託）管理保存し、その保存期間は特定健診受診の翌年4月1日から5年間とします。なお、被保険者が他の医療保険者の加入者となったときの保存期間は、他の医療保険者の加入者となった年度の翌年度末日とします。

また、被保険者が他の医療保険者の加入者となった場合は、当該医療保険者の求めに応じて被保険者が提出すべきデータを被保険者に提供します。

6：公表・周知

特定健康診査・特定保健指導のあり方とその目的・内容・効果や、特定健康診査等実施計画については、町広報紙・特定健康診査等チラシ・町ホームページ等で公表し、被保険者および町民への周知を図ります。

7：評価・見直し

(1) 評価方法（法定報告（国への実績報告）による数値を用います）

- ①特定健診の実施率および特定保健指導の実施率
- ②メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率
- ③実施方法や内容、スケジュールについて実施計画上の内容と実際の事業とのかい離状況

(2) 見直しに関する考え方

毎年度、年度末に開催する多賀町健康づくり推進協議会において、評価を受け、目標の達成度を把握し、次年度への取組みに活かすことにより目標達成に向け取り組みます。

8：その他

～「いずれは国保」の者の保健指導を受託します～

(1) 被用者保険との連携強化

平成29年度に試行的に実施した協会けんぽ滋賀支部との健診同時実施については、令和6年度以降も継続して実施することとし、被用者保険被扶養者のがん検診受診率向上を図ります。

また、被用者保険被扶養者にかかる特定保健指導の受託についても、令和6年度以降も継続して実施することとし、特定保健指導対象者には、町が実施する各種保健事業への参加を呼びかけるなど、若い世代からの健康増進へつなげます。

(2) 国保資格取得前の健診データの受領および国保資格喪失後の健診データの情報提供

被保険者が生涯にわたり自らの健診・保健指導情報を健康づくりに活用し、役立たせるためには継続したデータの管理が必要です。

他の医療保険者からの移動等に伴う健診・保健指導の情報提供の授受については、国が示す標準的様式により、紙媒体等により行います。

また、他の医療保険者へ情報提供については、必ず本人の同意を得たうえで行います。

第6章 重症化予防への取り組み

医療機関受診勧奨は、以下のとおり実施します。また、対象者に応じた保健指導の内容を検討し、医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、医師と連携を図ります。治療中の場合はかかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携、また、必要に応じ、地域包括支援センター等と連携の上、対応します。

1：心電図検査有所見者

詳細健診の実施者のうち、心電図検査で要精査者については、受診勧奨、それ以外の ST 所見有者については、健診データと合わせて「心電図における ST とはどのような状態であるか」、を分かりやすく伝えることにより、生活習慣の改善につなげます。

2：LDL コレステロール有所見者（LDL180mg/dl 以上）

（1）治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合

- ・ 医師連絡票配布による受診勧奨
- ・ レセプト等による受診継続の確認（3か月毎）
- ・ 未受診者には電話⇒訪問での受診勧奨
- ・ 係内で未受診者およびその理由の情報共有

（2）過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合

- ・ 過去に中断に至った理由の把握と、医師連絡票配布による受診勧奨
- ・ レセプト等による受診継続の確認（3か月毎）
- ・ 未受診者には電話⇒訪問での受診勧奨
- ・ 係内で未受診者およびその理由の情報共有

（3）治療中であるが、LDL コントロール不良者（LDL160 以上～180 未満）

- ・ 血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施
- ・ 医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集
- ・ 受診勧奨や保健指導を実施する中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携

3 : II 度高血圧以上 (収縮期血圧 160mmHg 以上もしくは拡張期血圧 100mmHg 以上)

(1) 治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合

- ・ 医師連絡票配布による受診勧奨
- ・ レセプト等による受診継続の確認 (3か月毎)
- ・ 未受診者には電話⇒訪問での受診勧奨
- ・ 係内で未受診者およびその理由の情報共有

(2) 過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合

- ・ 過去に中断に至った理由の把握と、医師連絡票配布による受診勧奨
- ・ レセプト等による受診継続の確認 (3か月毎)
- ・ 未受診者には電話⇒訪問での受診勧奨
- ・ 係内で未受診者およびその理由の情報共有

(3) 治療中であるが血圧コントロール不良者

(II 度高血圧以上 : 収縮期血圧 160mmHg 以上もしくは拡張期血圧 100mmHg 以上)

- ・ 治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施
- ・ 医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集
- ・ 受診勧奨や保健指導を実施する中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携

4：糖尿病性腎症病期分類第2期

(1) 治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合

- ・ 医師連絡票配布による受診勧奨
- ・ レセプト等による受診継続の確認（3か月毎）
- ・ 未受診者には電話⇒訪問での受診勧奨
- ・ 係内で未受診者およびその理由の情報共有

(2) 過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合

- ・ 過去に中断に至った理由の把握と、医師連絡票配布による受診勧奨
- ・ レセプト等による受診継続の確認（3か月毎）
- ・ 未受診者には電話⇒訪問での受診勧奨
- ・ 係内で未受診者およびその理由の情報共有

(3) 治療中であるが、血糖もしくは血圧コントロール不良者

（糖尿病性腎症は発症していないが、HbA1c7.0%以上の者もしくはⅡ度高血圧以上の者）

- ・ 血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施
- ・ 医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB等を活用しデータを収集
- ・ 受診勧奨や保健指導を実施する中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携
- ・ 糖尿病、慢性腎臓病（CKD）が高リスクであることから糖尿病性腎症重症化予防対象者は糖尿病管理台帳で把握を行います。

(4) 治療中であるが、血糖コントロール不良者（HbA1c6.5%以上）

- ・ 血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施
- ・ 医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB等を活用しデータを収集
- ・ 受診勧奨や保健指導を実施する中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携

第7章 その他

1：データヘルス計画の評価・見直し

令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。また、計画の最終年度の令和11年度においては、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行います。

2：データヘルス計画の公表・周知

本計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知れるよう、国の方針において、公表するものとされています。そのため、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等関係団体経由で医療機関等に周知します。

3：個人情報の取扱い

（1）基本方針

保健事業で得られる個人情報（氏名、生年月日、その他記述等により特定の個人を識別することができるもの）は、次の法令等に定めるところに従い、適正に管理するとともに、職務上知り得た秘密の保持については守秘義務を徹底いたします。

（2）利用目的

保健事業で得られる個人情報は、保健指導や評価、分析のために利用します。

（3）目的外利用又は第三者への提供

保健事業で得られる個人情報は、多賀町の内部で利用（以下「目的外利用」という。）し、または第三者に提供（以下「外部提供」という。）してはならない。ただし、次の①から④までのいずれかに該当するときはこの限りではない。

- ①法令等の定めがあるとき。
- ②本人の同意があるとき。
- ③人の生命、身体または財産を保護するため、緊急かつやむを得ないと認められるとき。
- ④当該目的外利用または外部提供が所掌事務の遂行に必要なものであり、かつ、本人の権利利益を不当に侵害するおそれがないと認められるとき。

（4）匿名化による利用等

保健事業で得られる個人情報を含むデータを目的外利用または外部提供する場合において、上記①から④までに該当しない場合は、個人情報を匿名化して利用し、または提供します。

(5) 委託する場合の保護措置

保健事業に関する業務を委託する場合は、個人情報の厳密な管理や目的外利用の禁止等を契約書に明記します。また、委託者は、保健事業で得た情報を複写することなく、多賀町に提出することについても契約書に定めます。

4 : 地域包括ケアに係る取組

国民健康保険では被保険者のうち、65歳以上の前期高齢者の割合が高く、医療費に占める割合も大部分を占めています。このような状況から高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスができるだけ必要としないようにするための対策は、国保保険者にとっても非常に重要です。高齢期は個人差の大きい世代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げていくためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスとが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となることから、国保保険者として以下の項目について取り組みます。

また、令和6年度から実施します「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」とも連携し、保健事業を推進します。

(1) 地域包括ケアに係る現状分析

「地域包括ケア見える化システム」を活用し、多賀町にある地域資源、高齢者が抱えるニーズ等について現状分析を行います。

(2) 課題を抱える被保険者の把握と働きかけ

KDBシステムを活用し、特に65歳以上の介護保険第1号被保険者に係る医療受診状況、有所見状況、生活習慣の状況等から対象者の抽出を行い、保健師等による訪問指導を行います。また、生活習慣の状況、指導内容等について地域包括支援センターとの情報共有を図り、包括的な支援につなげます。

(3) 地域被保険者を支える仕組みづくり

「健康スマホポイント事業 (BIWA-TEKU)」において、健診受診やウォーキング等の健康活動に応じてポイントを付与する事業を実施します。その事業内で新たなポイント制度の実施を検討します。

具体的には、高齢者の実態から高齢者が必要としている生活支援等を行ったボランティア活動に対してポイントを付与することにより、高齢者を支える仕組み作りの一助とし、またそのボランティア活動自体が、国保被保険者自身の健康増進に繋がるような仕組みづくりとします。

また、医療・介護・保健・福祉・住まいなど、暮らし全般を支えるための直面する課題などについて議論を行う「地域ケア会議」および「多賀町介護保険運営協議会」等へ国保部門から参画します。

第3期 多賀町国民健康保険データヘルス計画

発行／多賀町（令和6年3月）

編集／多賀町 税務住民課・福祉保健課

滋賀県犬上郡多賀町多賀 324 番地

TEL 0749-48-8114（税務住民課）

0749-48-8115（福祉保健課）
