

案

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)



滋賀県健康づくりキャラクター しがのハグ&クミ

滋 賀 県

はじめに

目 次

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）基本的事項

- 1 計画策定の背景
- 2 計画の位置づけ
- 3 計画策定の方法・経過
- 4 計画期間

第2章 現状分析

- 1 滋賀県の全体像（特性）
- 2 死亡および介護の状況
- 3 医療の状況
- 4 特定健康診査の状況
- 5 特定保健指導の状況
- 6 生活習慣等の状況
- 7 その他

第3章 滋賀県の健康課題と目標、事業（取組）計画

- 1 これまでの取組
- 2 滋賀県の健康課題と目標、取組方針
- 3 県・市町国保データヘルス計画における共通の目標および基準
- 4 個別保健事業計画

第4章 医療費適正化対策事業

- 1 後発薬品の使用促進
- 2 重複受診者、頻回受診者、重複投薬者等への訪問指導等

第5章 計画の評価・見直し

- 1 計画の評価
- 2 計画の見直し

第6章 計画の推進

- 1 計画の公表および周知
- 2 計画の推進体制
- 3 関係機関等との連携

第7章 資料

- 1 データヘルス計画策定のための現状分析と課題設定
- 2 分析データ一覧
- 3 各市町国保保健事業実施計画（データヘルス計画）概要
- 4 用語集

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）基本的事項

1 計画策定の背景

高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、平成20年度から各医療保険者に生活習慣病予防のための特定健康診査、特定保健指導が義務化され実施されています。

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（以下「保健事業実施指針」という。）」の一部改正が行われ、医療保険者は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効率的かつ効果的な保健事業の実施計画（以下「データヘルス計画」という。）を策定し実施することとされました。

滋賀県では、県内全ての市町国民健康保険（以下「市町国保」という。）が本計画を策定され、それぞれの市町において、計画に基づく保健事業の実施および評価によりPDCAサイクルに沿った保健事業を推進しています。

平成27年の国民健康保険法の改正により、平成30年度から国民健康保険（以下「国保」という。）の都道府県単位化により、県も市町とともに国保の運営を担う医療保険者に位置づけられました。

国保財政の安定的な運営は県の責務であり、医療費を県内の市町間で支えあう仕組みに変わることから、県に対して、県全体の国保被保険者の生活習慣病の予防、健康増進を図り被保険者の健康を守ること、また、県全体の保健事業の底上げ（レベルアップ）を図り、保健事業（サービス）の市町間の格差を縮小することにより、「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ています。

このことから、滋賀県では、医療保険者としての責任を持って、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）（以下「県データヘルス計画」という。）」を定めることにしました。

また、本計画はできる限り市町の意見を反映し、市町国保の保健事業実施計画（以下「市町データヘルス計画」という。）とたて串の通った計画としたことが大きな特徴であり、市町と連携して一体的に保健事業を確実に推進できるよう、各市町データヘルス計画も本計画の中に位置づけています。

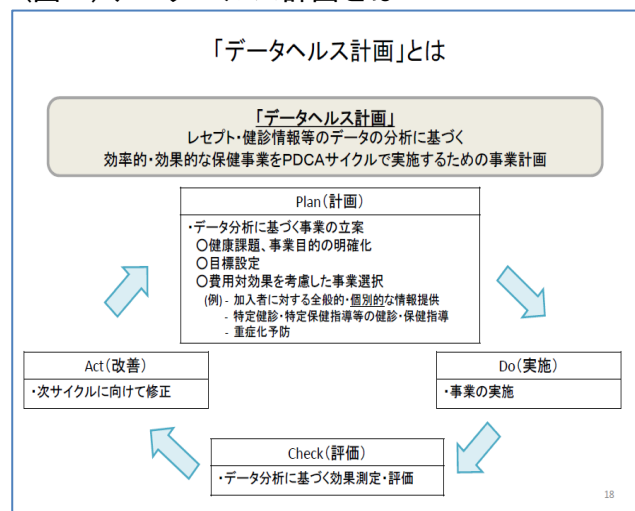
2 計画の位置づけ

1) データヘルス計画とは

「データヘルス計画」とは、健康・医療情報を活用して地域の健康課題を明確化し、「健康寿命の延伸」等を目的として、保健事業を検討・実施・評価するPDCAサイクルに沿った効率的かつ効果的な保健事業を実施するための計画です（図1）。

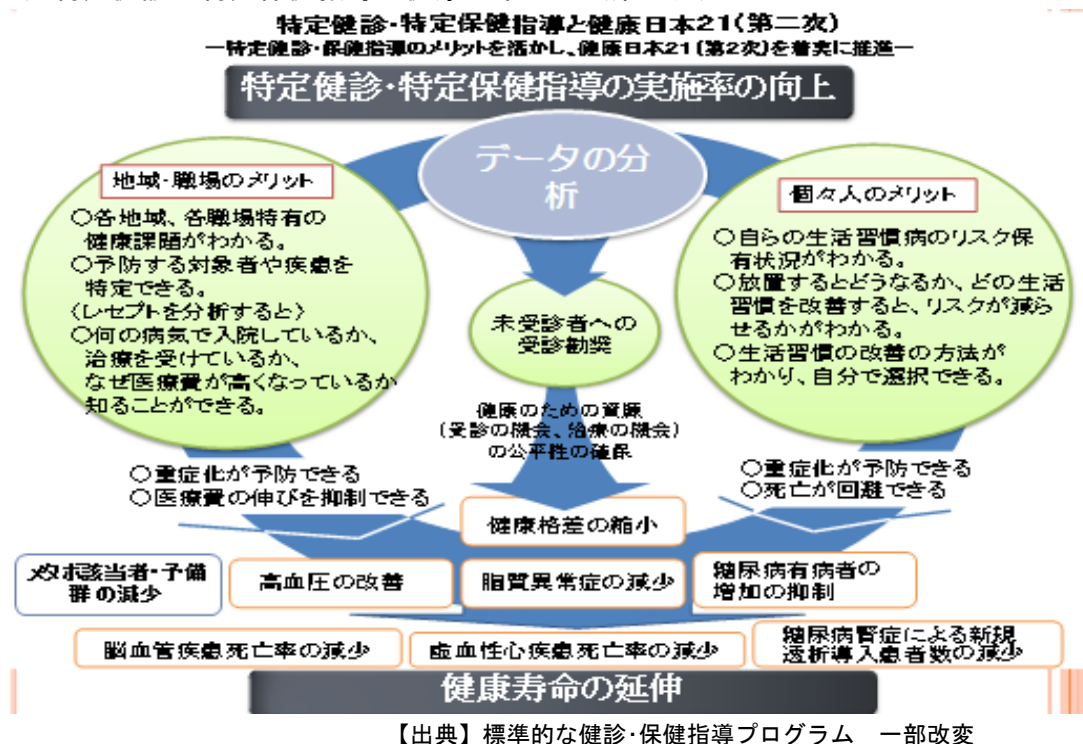
計画を通じてめざす最終の目標は生活習慣病の予防を通じた「健康寿命の延伸」であり、（図2）の考え方を基本としています。

（図1）データヘルス計画とは



【出典】厚生労働省資料

(図2) 特定健診・特定保健指導と健康日本21(第二次)



2) 県データヘルス計画の位置づけ

本計画は、保健事業実施指針に基づき策定する国保の保険者としての「データヘルス計画」であり、県と市町国保、滋賀県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）が一体となって保健事業に取り組むための計画です。

県内の保健・医療・介護等のデータ分析により、現状と課題を整理し、県全体の保健事業の目標および評価指標の設定、市町との共同事業等、滋賀県における国保保健事業の方針を明確にしています。

市町と連携し、一体的な取組として実際に動く計画とするため、市町データヘルス計画とたて串を通し、基本的なデータの分析項目および目標を設定しています。

また、基本的なデータ分析と共通の目標に加え、地域の健康課題を明らかにし、課題の解決に向けた保健事業をそれぞれの計画の中に位置づけています。

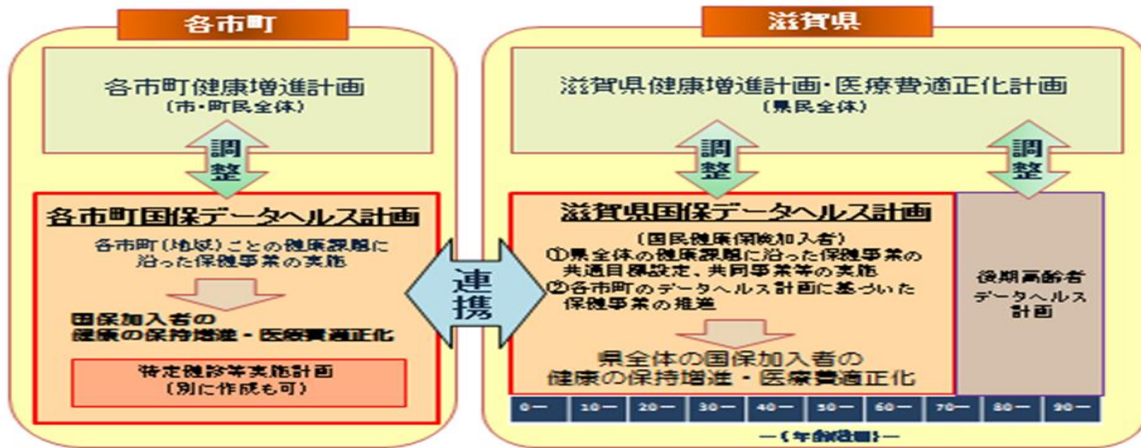
県および市町データヘルス計画の関係は（図3）および（図4）のとおりです。

3) 他計画等との関係

「滋賀県国民健康保険運営方針」、「滋賀県医療費適正化計画」、「滋賀県健康いきいき21～健康しが推進プラン～」および「滋賀県保健医療計画」など、県における各計画、方針との整合性を図ります。

また、県内19の市町国保における保健事業（データヘルス計画）とめざす方向性を一にし、県と市町が連携して計画を推進することにより、滋賀県の国保被保険者全体の予防・健康づくりの取組による「健康寿命の延伸」および「医療費適正化」を着実にすすめる、県と市町がともに取り組むため、たて串が通り、整合性のとれた計画とします。

(図3) 県・市町データヘルス計画と他計画との関係イメージ図



(図4) 県データヘルス計画と市町データヘルス計画

データヘルス計画	分析データ		健康課題	目標(評価)項目・目標値		
	基本	追加		基本	追加	
県全体	統一データ	統一データで分析した結果、必要な(さらに詳細な分析が必要な)データを追加	それぞれの地域における健康課題を明確化	統一項目	各地域の健康課題に応じた目標項目・内容を追加	※特定健診等実施計画を兼ねた計画
(圏域)						
市町全体						
市町地域						

3 計画策定の方法・経過

【平成 27 年度】

○滋賀県国民健康保険広域化等支援方針検討協議会 (保健事業部会)

- ・平成 23 年度に作成した「滋賀県版国保保健指導事業管理ガイドライン」を見直し、これまでの市町が保健事業に取り組むためのガイドラインから、県も一緒に取り組むための「県データヘルス計画」を策定することの合意を得る。

【平成 28 年度】

○滋賀県国民健康保険運営方針等検討協議会 保健事業部会の開催 (5 回)

(平成 28 年 7 月、9 月、11 月、平成 29 年 2 月、3 月)

- ・県データヘルス計画骨子、計画案について検討、案の作成
- ・市町の第二期データヘルス計画とばらばらではなく、滋賀県全体として保健事業を推進するため、市町データヘルス計画との関係を明確にする(つなぐ)ことが必要であり、基本的なデータ分析の項目および目標を共通にし、各市町データヘルス計画の概要版を県データヘルス計画に載せることについて合意

○県および市町データヘルス計画にかかる意見交換会の開催

目 的：目標項目、目標値も含め「全市町が取り組む」ということの共通認識を持ち、実際に動く（動かせる）計画とするため開催

開催日：平成 28 年 12 月 19 日

出席者：60 名（19 市町 45 名、国保連合会、県（本庁・健康福祉事務所等）等）

内 容：グループワークによる意見交換

- ・市町データヘルス計画の策定（方法・内容）
- ・県と市町データヘルス計画の共通目標、受診勧奨等の基準、分析に必要なデータ項目等 について

○国保・保健事業担当課（係）長・保健師合同研修会

目 的：第二期データヘルス計画の策定に向けて
（個別保健事業の再構築のため、どのように進めていくか。）

開催日：平成 29 年 3 月 8 日

出席者：52 名（19 市町 45 名、国保連合会、県（本庁・健康福祉事務所等）等）

内 容：講演、グループワークによる意見交換、情報交換

- ・市町データヘルス計画の策定（方法・内容）
- ・県と市町データヘルス計画の共通目標、受診勧奨等の基準、分析に必要なデータ項目等 について

○滋賀県国民健康保険運営方針等検討協議会

- ・県データヘルス計画を策定することについて合意
- ・保健事業部会で作成した計画案についての検討

【平成 29 年度】

○市町、滋賀県国民健康保険運営協議会、関係機関へ意見照会

4 計画期間

平成 30 年度～平成 35 年度の 6 年間とし、平成 32 年度に中間評価および見直しを行います。

第2章 現状分析

(図5)

1 滋賀県の全体像（特性）

本県の人口は1,370,961人で、高齢化率は20.9%と全国平均より低く、出生率は全国平均を上回っています（平成22年国勢調査）。

平成27年度の国保被保険者数は、310,634人、国保加入率は23.0%であり、全国平均の28.2%を下回っています。

加入者の平均年齢は52.2歳であり、全国平均の50.4歳を上回っています。

本県は13市6町の19市町で構成されており、二次保健医療圏域は7つに分かれています（図5）。

各市町国保の概要は（表1）のとおりです。



（表1） 市町別国保加入世帯および被保険者数

圏域	保険者名	平成25年度		平成26年度		平成27年度	
		世帯数	被保険者数	世帯数	被保険者数	世帯数	被保険者数
大津	大津市	46,629	78,927	46,399	77,731	45,816	76,003
湖南	草津市	15,884	26,950	15,761	26,495	15,667	25,858
	守山市	9,251	16,513	9,270	16,343	9,324	16,133
	栗東市	7,402	13,208	7,334	12,961	7,202	12,447
	野洲市	6,361	11,159	6,335	11,012	6,237	10,845
甲賀	湖南市	7,159	12,467	7,166	12,389	7,128	12,212
	甲賀市	12,026	21,033	11,919	20,615	11,782	20,088
東近江	近江八幡市	11,018	19,116	10,982	18,798	10,826	18,222
	東近江市	14,856	26,804	14,728	26,140	14,699	25,644
	日野町	2,999	5,248	2,995	5,163	2,933	5,049
	竜王町	1,406	2,595	1,401	2,587	1,420	2,559
湖東	彦根市	14,852	25,485	14,870	25,264	14,620	24,538
	愛荘町	2,513	4,647	2,489	4,537	2,452	4,367
	豊郷町	1,150	2,162	1,154	2,164	1,154	2,083
	甲良町	1,171	2,332	1,157	2,233	1,110	2,112
	多賀町	1,106	1,941	1,101	1,913	1,112	1,916
湖北	長浜市	16,856	30,073	16,776	29,643	16,331	28,253
	米原市	5,227	9,072	5,174	8,891	5,017	8,599
高島	高島市	8,121	14,524	8,029	14,201	7,934	13,706
	市町計	185,987	324,256	185,040	319,080	182,764	310,634

出典：国民健康保険事業状況報告（事業年報）（平成27年度は速報値）

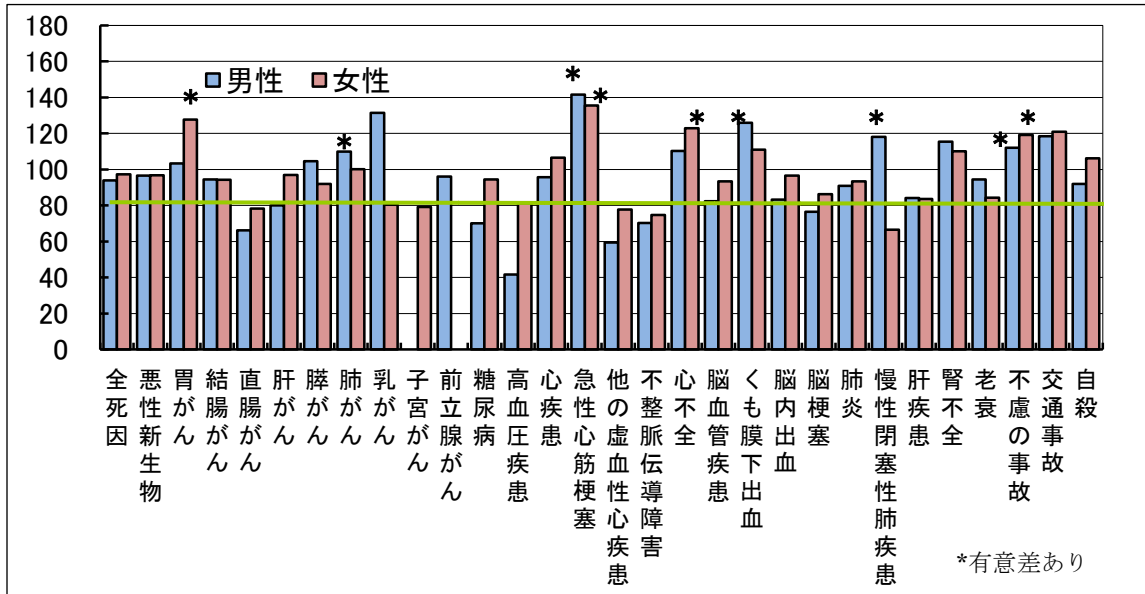
2 死亡および介護の状況

1) 死亡の状況

本県の死因の第1位はがん、第2位が心疾患、3位が肺炎、4位が脳血管疾患であり、約6割を生活習慣病が占めています。

全死因の標準化死亡比（SMR）は、男女ともに全国より低いですが、急性心筋梗塞は男女とも全国より有意に高く、男性ではくも膜下出血、慢性閉塞性肺疾患、女性では心不全が有意に高い状況にあります（図6）。

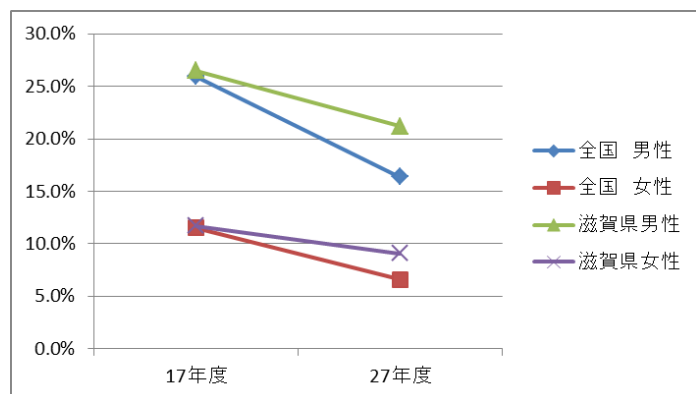
（図6）滋賀県の標準化死亡比（SMR） 全国=100



【出典】滋賀県の死因統計解析

（図7）急性心筋梗塞の年齢調整死亡率の推移

急性心筋梗塞の年齢調整死亡率の推移をみると、男女とも全国と比較し明らかに減少率が低くなっています。（図7）



【出典】滋賀県の死因統計解析

2) 介護の状況

介護保険第2号被保険者（65歳未満）の要介護認定の原因疾患の第1位は毎年脳血管疾患であり、約45%を占めています。第2位はがん（末期）、第3位は初老期認知症で年々増加傾向にあります。（表2）

(表 2) 介護保険第 2 号被保険者の要介護認定の原因疾患

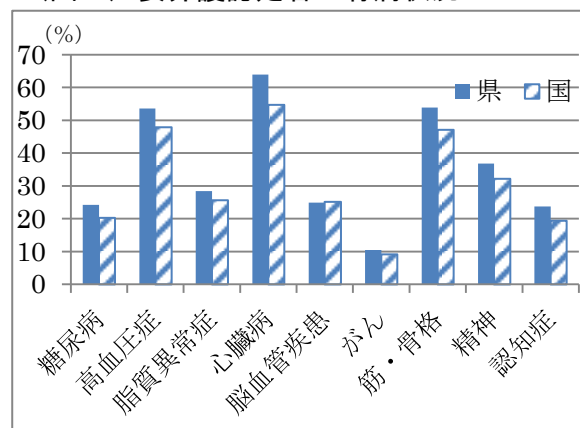
	25年度			26年度			27年度		
	原因疾患	割合(%)	人数	原因疾患	割合(%)	人数	原因疾患	割合(%)	人数
第1位	脳血管疾患	45.5	716	脳血管疾患	44.3	618	脳血管疾患	46.9	615
第2位	がん(末期)	13.4	211	がん(末期)	14.3	200	がん(末期)	14.6	192
第3位	初老期認知症	8.1	128	初老期認知症	8.2	115	初老期認知症	8.3	109
第4位	糖尿病合併症	6.4	101	糖尿病合併症	5.5	76	糖尿病合併症	5.2	68
第5位	パーキンソン関連疾患	5.0	78	パーキンソン関連疾患	4.9	69	パーキンソン関連疾患	4.3	56

【出典】介護保険認定支援ネットワークシステム集計

要介護認定者の有病状況は、心臓病が最も多く、次いで筋・骨格、高血圧症となっています。

いずれの疾患も全国を上回っています(図 8)。

(図 8) 要介護認定者の有病状況



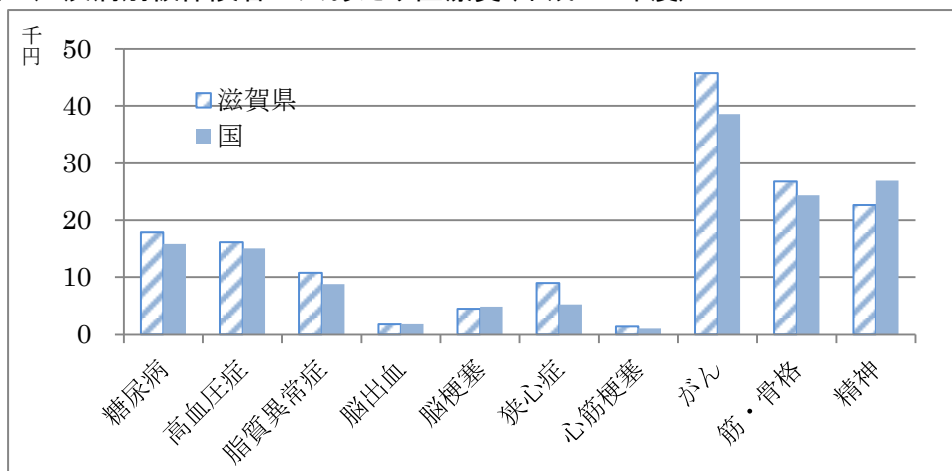
【出典】KDBシステム帳票No. 1 (平成 27 年度累計) 3 医

療の状況

県全体の国保医療費は、平成 27 年度約 1,125 億円であり、前年度と比較して約 31 億円、2.8%の増となっています。

医療費のうち、約 35%を生活習慣病が占めており、生活習慣病の疾病別被保険者 1 人あたり医療費は、がんが最も高く、全国との差も大きくなっており、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、狭心症、心筋梗塞、筋・骨格系の疾患も全国より高くなっています(図 9)。

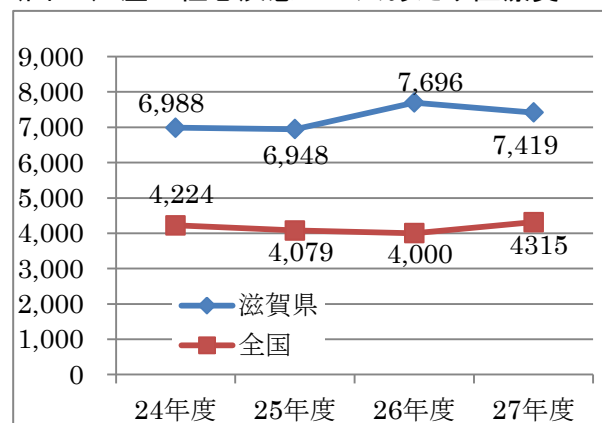
(図 9) 疾病別被保険者 1 人あたり医療費(平成 27 年度)



【出典】KDBシステムNo.45 (平成 27 年度累計) (帳票を CSV で抽出し加工)

虚血性心疾患（狭心症および心筋梗塞）（図 10）虚血性心疾患の 1 人あたり医療費にかかる平成 27 年度の被保険者 1 人あたり入院医療費は 7,419 円であり、全国 4,315 円の約 1.7 倍となっています（図 10）。

【出典】KDBシステム帳票No.45
（帳票を CSV で抽出し加工）

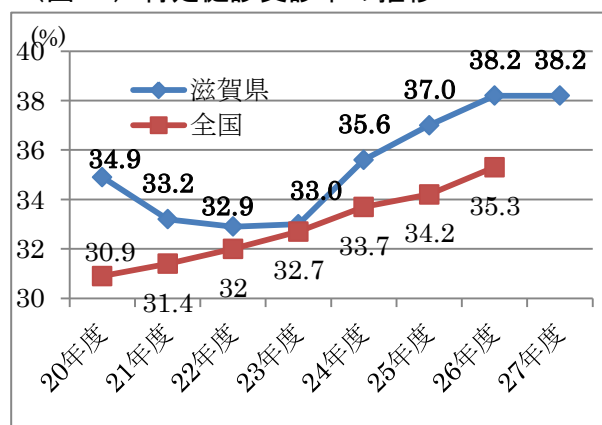


（図 11）特定健診受診率の推移

4 特定健康診査の状況

1) 県全体の受診率

特定健康診査（以下「特定健診」という。）受診率は、全国平均を上回っており、平成 22 年度以降年々増加しています。（図 11）

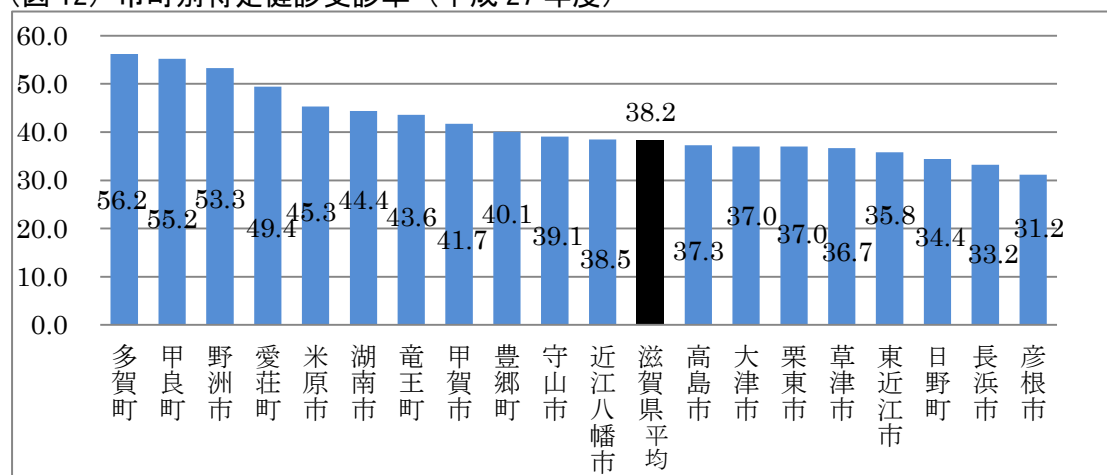


2) 市町別特定健診受診率

市町別の特定健診受診率は、最も高い多賀町が 56.2%、最も低い彦根市が 31.2% で市町間の受診率の格差は約 1.8 倍となっています（図 12）。

【出典】法定報告値 特定健診実施結果総括表

（図 12）市町別特定健診受診率（平成 27 年度）

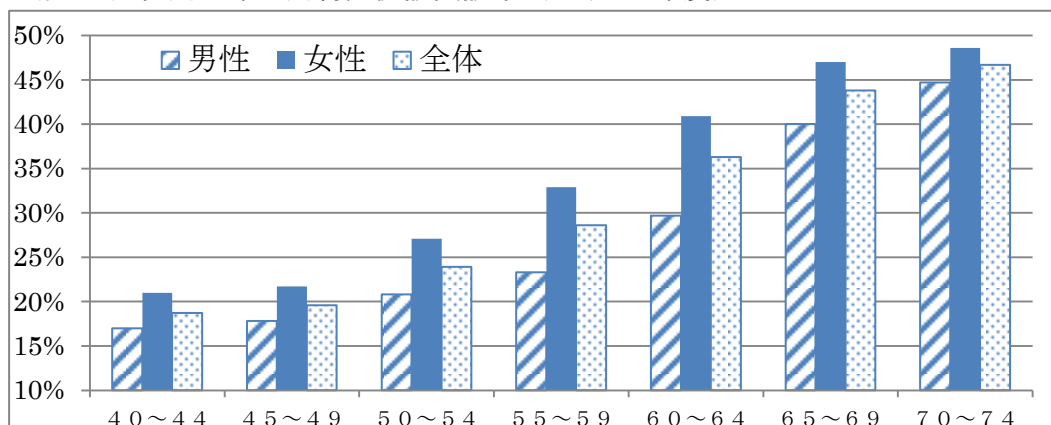


【出典】法定報告値 特定健診実施結果総括表

3) 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、男性の受診率が女性の受診率よりもどの年代も低く、若い世代と男性の受診率向上が課題となっています（図 13）。

(図 13) 性別・年代別特定健診受診率（平成 27 年度）



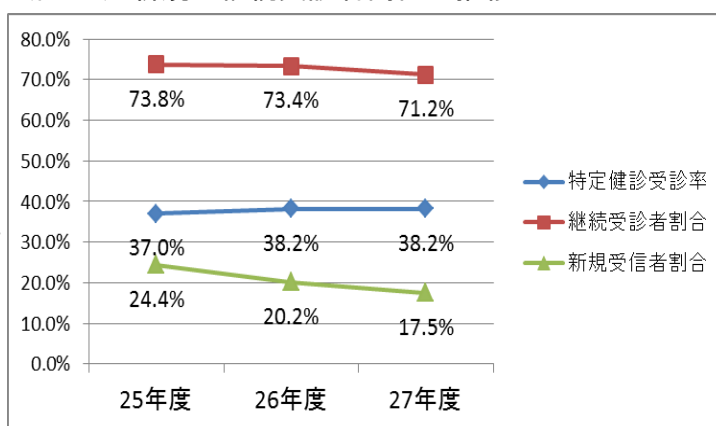
【出典】法定報告値 特定健診実施結果総括表

(図 14) 新規・継続受診者割合の推移

4) 新規および継続受診者割合

新規受診者および継続受診者割合の推移をみると、ともに減少傾向です。

特定健診受診率の向上のためには、継続受診率を上げていくことと、新規受診者を増やしていくことが共に重要です（図 14）。



【出典】福岡県国保連合会保健指導支援ツール

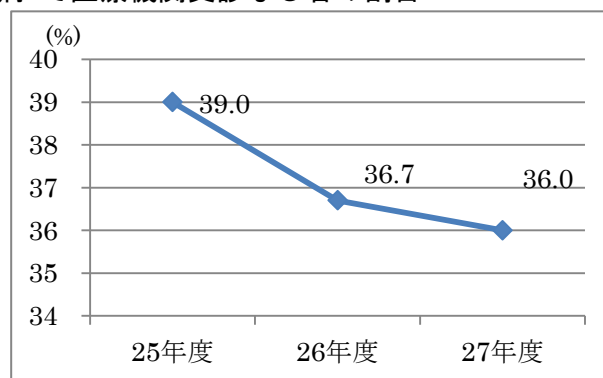
（以下「あなみツール」という。）より

5) 特定健診未受診かつ生活習慣病での治療のない者の割合

特定健診の未受診者のうち、医療機関されていないいわゆる「健康状態未把握」の方は、年々減少しています（図 15）。

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、一人でも多くの方を健診受診につなげる必要があります。

(図 15) 特定健診未受診かつ生活習慣に受診病*で医療機関受診なし者の割合



【出典】KDB システム帳票 No26

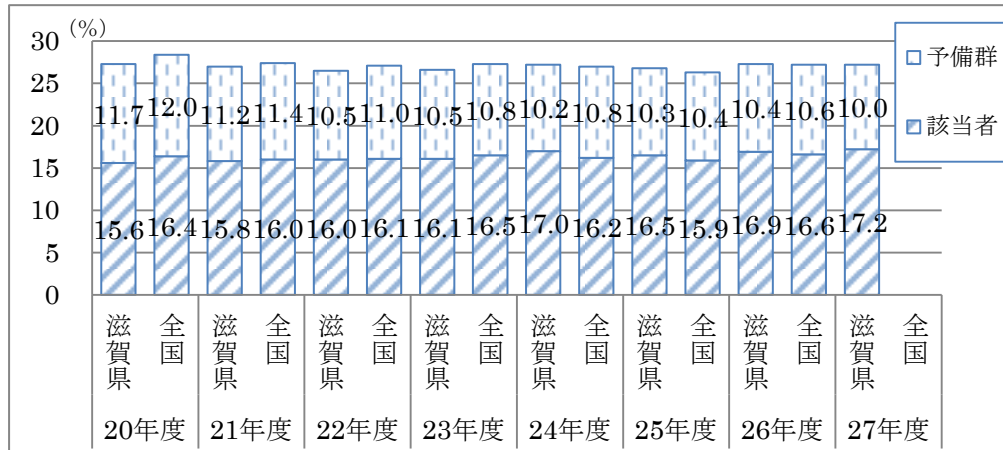
*対象となる生活習慣病の病名と治療

- ①糖尿病 ②インスリン療法 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動脈硬塞

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合計の割合は、ほぼ横ばいですが、平成 24 年度以降は全国を上回っています。また、内訳をみると、該当者の割合が増加傾向にあります。(図 16)

(図 16) メタボリックシンドローム該当者および予備群割合の年次推移



【出典】法定報告値 特定健診・特定保健指導実施結果集計表（県集計）

7) メタボリックシンドローム該当者および予備群の減少率

平成 20 年度と比較した減少率は、平成 25 年度 4.6%、平成 26 年度 3.4%、平成 27 年度 3.8%と横ばいの状況にあります。

8) 特定健診検査項目の有所見割合

平成 27 年度の特定健診の有所見の方の割合は、男性がヘモグロビン A1c、収縮期血圧、腹囲、LDL コレステロールの順に高く、女性は LDL コレステロール、ヘモグロビン A1c、収縮期血圧の順に高くなっています。

全国と比較すると、男女とも尿酸、中性脂肪、ヘモグロビン A1c が有意に高く、空腹時血糖、BMI、HDL コレステロールが有意に低くなっています。(表 3)

(表 3) 特定健診検査項目有所見の状況(平成 27 年度)

検査項目	男性				検査項目	女性			
	有所見者	割合	標準化比 (国=100)			有所見者	割合	標準化比 (国=100)	
HbA1c	20,040 人	57.9 %	*102.3		LDL	27,744 人	59.4 %	100.8	
収縮期血圧	17,407 人	50.1 %	*98.0		HbA1c	26,679 人	57.4 %	*102.6	
腹囲	17,218 人	49.5 %	101.1		収縮期血圧	21,079 人	45.1 %	*101.7	
LDL	16,705 人	48.1 %	100.0		空腹時血糖	5,532 人	19.7 %	*70.2	
空腹時血糖	7,605 人	36.2 %	*77.6		BMI	8,799 人	18.8 %	*92.4	
中性脂肪	9,985 人	28.7 %	*105.6		中性脂肪	8,566 人	18.3 %	*112.8	
BMI	9,413 人	27.1 %	*92.7		腹囲	7,546 人	16.2 %	*93.8	
拡張期血圧	8,148 人	23.4 %	98.4		拡張期血圧	6,586 人	14.1 %	*95.6	
ALT(GTP)	6,807 人	19.6 %	102.0		eGFR	5,842 人	12.6 %		
eGFR	6,331 人	18.3 %			ALT(GTP)	4,118 人	8.8 %	101.5	
尿酸	5,588 人	16.2 %	*135.1		尿蛋白	1,550 人	3.3 %		
HDL	2,823 人	8.1 %	*94.0		尿酸	814 人	1.8 %	*116.3	
尿蛋白	2,432 人	7.0 %			HDL	784 人	1.7 %	*91.1	

【出典】有所見者数・割合は、あなみツールより作成（評価対象者で算出）。標準化比は、KDBシステム帳票No.23 より

年齢調整ツール（国立保健医療科学院）で算出

5 特定保健指導の状況

1) 県全体の特定保健指導実施（終了）率

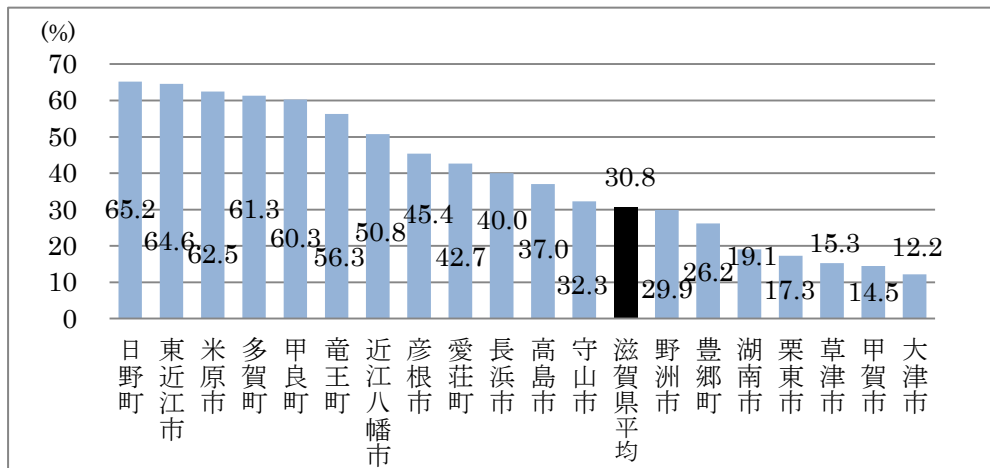
特定保健指導実施率は、全国平均を上回っており、平成 23 年度以降年々増加しています（図 17）。

2) 市町別実施（終了）率

市町別の特定保健指導実施率は、最も高い日野町が 65.2%、最も低い大津市が 12.2%と約 5.3 倍の開きがあり、市町間の実施率の差が大きい状況にあります。

（図 18）。

（図 18）市町別特定保健指導実施（終了）率



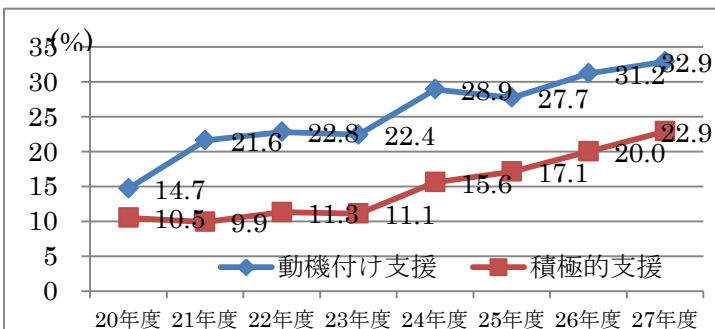
【出典】法定報告値 特定健診実施結果総括表

3) 動機付け支援・積極的支援別実施率・完了割合

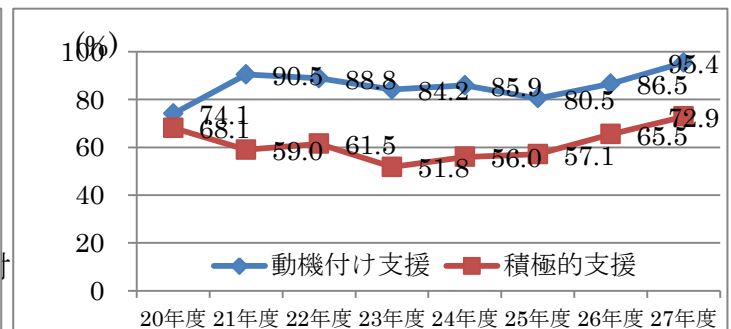
平成 27 年度の動機付け支援の実施率は 32.9%、積極的支援の実施率は 22.9%となっています。どちらも増加傾向にありますが、積極的支援の実施率が低い状況にあります（図 19）。

また、特定保健指導の利用者に対する終了者の割合（完了割合）は、平成 25 年度以降増加傾向にありますが、積極的支援では 72.9%と動機付け支援の 95.4%と比較して約 20%低くなっており、支援期間中に脱落しないよう取り組むことが必要です（図 20）。

（図 19）動機付け・積極的支援別実施率

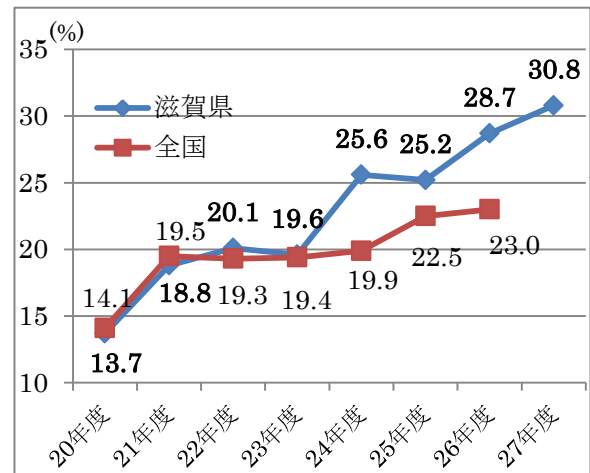


（図 20）特定保健指導の支援完了割合



【出典】法定報告値 特定健診実施結果総括表

（図 17）特定保健指導実施（終了）率



【出典】法定報告値 特定健診実施結果総括表

特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率は、毎年 20%台前半であり、特定保健指導実施者のうち、4～5 人に 1 人が翌年度改善している状況にあります（表 4）。

（表 4）特定保健指導による特定保健指導の減少率

21 年度	22 年度	23 年度	24 年度	25 年度	26 年度	27 年度
24.7	24.6	24.7	24.3	23.1	24.0	22.9

【出典】法定報告値 特定健診実施結果総括表

6 生活習慣等の状況

特定健診質問票から把握した生活習慣の状況では、「1 回 30 分以上の運動習慣なし」が男性 55.5%、女性 61.1%と最も多く、次いで「1 日 1 時間以上の歩行、身体活動なし」が男性 49.2%、女性 51.7%となっており、運動（身体活動）不足が課題です。また、男性では「飲酒習慣毎日」が 47.2%と半数近くを占めています。

全国と比較すると、男性では、「週 3 回以上夕食後に間食をとることがある」、「1 日 1 時間以上の歩行、身体活動なし」、「脂質異常症の服薬あり」が高く、女性では、1 日 1 時間以上の運動、身体活動なし、「脂質異常症の服薬あり」が高くなっています。また、「週に 3 回以上朝食を抜くことがある」、「週 3 回以上就寝前に夕食をとることがある」と回答した割合は、男女とも全国より有意に低くなっています。（表 5）

（表 5）質問票項目の状況

質問票項目	男性			女性		
	該当者	割合	標準化比 (国=100)	該当者	割合	標準化比 (国=100)
血圧を下げる薬の服薬あり(高血圧)	13,310 人	38.9 %	98.2	14,554 人	31.5 %	99.9
インスリン注射・血糖を下げる薬あり(糖尿病)	3,412 人	10.0 %	97.1	2,362 人	5.1 %	95.1
コレステロールを下げる薬あり(脂質異常症)	7,239 人	21.2 %	*114.0	14,092 人	30.5 %	*112.4
週3回以上朝食を抜くことがある	2,460 人	7.8 %	*86.3	1,873 人	4.3 %	*75.6
週3回以上夕食後に間食をとることがある	3,756 人	11.9 %	*108.0	5,293 人	12.2 %	98.6
週3回以上就寝前に夕食をとることがある	5,767 人	18.3 %	*89.8	3,950 人	9.1 %	*83.4
食べる速度が速い	9,221 人	29.2 %	102.6	10,057 人	23.1 %	98.2
1回30分以上の運動習慣(週2日・1年以上)習慣なし	17,524 人	55.5 %	100.9	26,510 人	61.1 %	*103.1
1日1時間以上の歩行・身体活動なし	15,545 人	49.2 %	*107.3	22,396 人	51.7 %	*110.0
20歳の時より10kg以上の体重増加あり	12,418 人	39.3 %	101.8	10,486 人	24.1 %	*93.7
睡眠で休養が十分取れていない	6,634 人	21.2 %	*95.7	11,188 人	26.1 %	98.4
喫煙(現在たばこを習慣的に吸っている)	7,745 人	22.6 %	97.3	1,857 人	4.0 %	*79.0
飲酒習慣 毎日	15,000 人	47.2 %	*102.4	3,844 人	8.8 %	*90.4
飲酒習慣 時々	6,435 人	20.2 %	*89.0	8,388 人	19.2 %	*95.8
飲酒量 1合未満	10,746 人	45.8 %	*102.8	13,940 人	84.6 %	10.1.1
飲酒量 1～2合	8,767 人	37.3 %	102.9	2,025 人	12.3 %	*93.3
飲酒量 2～3合	3,195 人	13.6 %	*89.5	397 人	2.4 %	92.3
飲酒量 3合以上	777 人	3.3 %	*80.7	115 人	0.7 %	103.1
			*p<0.01			

【出典】該当者数・割合は、法定報告値 質問票項目別集計表より。標準化比は、KDBシステム帳票

No.6 より年齢調整ツール（国立保健医療科学院）で算出。

7 その他

平成 24 年度に滋賀県版「国保保健指導事業管理ガイドライン」に基づき、各市町で訪問した透析導入された本人の言葉より抜粋

- ・ 健診に行く必要性を感じなかった
- ・ 仕事が忙しかったので自分の健康について何にも気にしてなかった
- ・ 尿に糖が出てたかもしれん。けど痛いこともかゆいこともないし「あーそうですか」
- ・ 薬飲んでるし病院行ってるし大丈夫だと思ってた
- ・ 自分の体や病気の状態については何も知らなかった
- ・ 検査の意味について難しいかもしれないが教えて欲しかった
- ・ 健診の結果がどういうことかピンとこなかった。数字や記号を見てもよくわからない具体的に教えてほしかった
- ・ こういう病気に対してどうすればよいのかをかみ砕いて教えてほしかった
- ・ 自分が悪くなってみないと自分のこととして思えなかった
- ・ 食事の指導受けたが、そんな理想論を押しつけられてもできない
- ・ 足を切るとか失明があると聞いたことがあるが透析なんか思いもよらなかった

これらの事例より、仕事が忙しいなどの理由で自身の健康が後回しになり、健診自体を受けていないこと、健診や治療を受けていても、体の中で何が起きているのかイメージできず、また、持っている知識が実行に結び付かなかったこと、具体的にどう行動すればいいかがわからなかったことなどから透析に至っていることが明らかになりました。

第3章 滋賀県の健康課題と目標、事業（取組）計画

1 これまでの取組

平成 20 年度の特定健診・保健指導制度の開始当初から、滋賀県医師会と全市町国保とが集合契約を締結することにより、県内全域で特定健診・保健指導を受けられる仕組みを導入しました。

平成 23 年度には、全市町と県が共同で、約 1 万人の被保険者を対象とした「特定健康診査受診状況調査」の実施、また、効果的・効率的な保健事業を推進するため、「滋賀県版国民健康保険保健指導事業管理ガイドライン」を策定しました。本ガイドラインでは、保健事業の指標に係る様式および保健事業に係る共通の基準や目標を設定し、市町間比較ができるデータ集（まとめ）の作成や、透析導入患者に対する訪問による実態の把握等、全市町が共同した取組により保健事業を推進してきました。

平成 24 年度には、慢性腎臓病（CKD）対策を強化するため特定健診に検査項目（尿酸、血清クレアチニン、ヘモグロビン A1c、尿潜血の 4 項目）の追加、健診受診率向上のため、治療中患者の情報を医療機関から提供いただく仕組みの導入等の取組を県全体で進めるとともに、圏域単位あるいはより広域の市町の共同実施によるラッピング電車やバス、ポスター等による特定健診の受診啓発、保健指導の質の向上のための研修の開催等に取り組んできました。

2 滋賀県の健康課題と目標、取組方針

被保険者の生活習慣病を予防し、健康寿命の延伸を図るためには、健康状態が不明な方（特定健診未受診で、医療機関でも治療を受けておられない方）を一人でも減らし、個々の健康状態に応じ予防に取り組むことが重要であり、また、分析するデータをより実態に近づけるためにも特定健診の受診率の向上に最優先で取り組む必要があります。

市町では、健康課題に対し、リスク因子を保有する被保険者に対して、直接、保健指導や受診勧奨等の二次予防であるハイリスクアプローチを確実に実施するとともに、一般衛生部門と連携・協力し、市民・町民に対して一次予防であるポピュレーションアプローチにも取り組みます。

また、データ分析により明らかになった健康課題に対して、優先順位を立てて個別事業を実施することとします。優先順位を考える際には、予防可能な疾病か、影響する人が多いか、緊急性があるか、実効性があるか、費用対効果はどうか等の視点をもって検討します。

（図 2）「特定健診・特定保健指導と健康日本 21（第二次）」に基づきデータ分析を行った本県の健康課題（優先順位）については下記（1）～（4）のとおりです。

（1）虚血性心疾患

＜健康課題＞

死亡、介護、医療どの点から見ても虚血性心疾患の予防が滋賀県国保における大きな健康課題となっており、虚血性心疾患の発症予防および死亡率の減少をめざし、優

先的に取り組む必要があります。

●死亡の状況（県全体）

心疾患による死亡は死因の第2位となっており、全年齢の標準化死亡比（SMR、全国＝100、H26）では、虚血性心疾患である急性心筋梗塞が男性141.6、女性135.5と全国より有意に高く、75歳未満の標準化死亡比においても男性137.6、女性122.3とかなり高くなっています。

また、平成17年から平成26年の急性心筋梗塞の年齢調整死亡率の推移をみても、男女とも全国と比較し明らかに減少率が低くなっています。

●介護の状況（国保）

要介護者における心臓病の有病割合は64.6%と最も高く、また全国(56.7%)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、脂質異常症、糖尿病の有病者割合も全国を上回っています。

●医療の状況（国保）

虚血性心疾患にかかる被保険者1人あたり入院医療費は7,419円（H27）であり全国4,315円の約1.7倍となっており、重症化して医療にかかっている状況にあります。

< 目標 >

目標項目	現状値(H27)	目標(H34*)	備考
		【P】	
虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万対）	男性 31.9 女性 13.0	男性 26.3 女性 12.7	*健康いきいき21計画と整合

< 取組方針 >

虚血性心疾患を予防するため、リスク因子*である①メタボリックシンドローム ②喫煙 ③脂質異常症 ④高血圧 ⑤高血糖 ⑥肥満の減少を目的とした事業（ハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチ）に取り組めます。

特に、「メタボリックシンドローム」については、特定保健指導の実施率の向上を図ります。

また、重要なリスク因子である「喫煙」については、保健指導等における個別の禁煙支援とともに、県は、受動喫煙防止としての環境整備を進めます。

「高血圧」については、食塩摂取、野菜の摂取、減量等の生活習慣の改善を図るとともに、特にリスクの高いⅡ度・Ⅲ度高血圧の者については、医療機関への受診勧奨を徹底します。

*虚血性心疾患の一次予防ガイドライン参考

(2) 脳血管疾患

< 健康課題 >

脳血管疾患での死亡率は減少してきていますが、要介護認定のもっとも大きな原因

となっており、本人および周囲の生活の質（QOL）の低下を招き、医療費・介護給付費の増高につながっていることから、脳血管疾患の発症予防に取り組むことが重要です。

●死亡の状況（県全体）

脳血管疾患による死亡は死因の第4位であり、減少傾向にあります。脳血管疾患全体の標準化死亡比（SMR、全国＝100、H26）は、男性 82.4、女性 93.4 と全国より低い状況にあります。くも膜下出血は男性 125.9、女性 110.9 と高めの傾向にあります。

●介護の状況（国保）

要介護認定者の脳血管疾患の有病状況は 24.6%であり、全国(25.4%)とほぼ同程度です。

脳血管疾患は介護保険第2号被保険者（65歳未満）の要介護認定原因疾患の第1位であり、約 45%を占めています。

●医療の状況（国保）

脳梗塞および脳出血にかかる被保険者1人あたり入院医療費（H27）は、4,973円で、全国（6,804円）より低くなっています。

< 目標 >

目標項目	現状値(H27)	目標(H34*)	備考
脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少（10万対）	男性 28.2 女性 20.3	【P】 男性 26.0 女性 22.2	*健康いきいき21計画と整合

< 取組方針 >

脳血管疾患の発症を予防するため、主なリスク因子*である①高血圧、②糖尿病 ③脂質異常症（高LDL） ④心房細動 ⑤喫煙 ⑥大量飲酒 の減少をめざし特定健診・保健指導を中心に取り組みます。

特に、「脂質異常症」については、ハイリスクであるLDLコレステロール値180mg/dl以上の者について医療機関への受診勧奨を徹底します。

また、「大量飲酒」について、県は、滋賀県アルコール健康障害対策推進計画に基づくアルコール対策を推進するとともに、保健指導におけるスクリーニングおよび減酒支援（ブリーフインターベンション）が実施されるよう、保健指導従事者に対する研修等の支援を行います。

*脳卒中治療ガイドライン（脳卒中一般の発症予防）参考

（3）糖尿病性腎症（による新規透析導入）

< 健康課題 >

人工透析導入は、本人および周囲の生活の質（QOL）の低下を招くとともに、継続的に高額な医療費がかかることから、新規透析導入を防ぐ必要があります。

現状は全国と比較して透析導入患者数は少ないものの、新規透析導入は増加傾向にあり、特定健診の結果、HbA1cの有所見割合が高いことから、今後の導入を防ぐためには、糖尿病を発症させない、重症化（進行）させない、合併症を予防することが大変重要です。

また、高血圧を原因とする導入も増加しており、「糖尿病性」に限らない慢性腎臓病（CKD）対策として取り組む必要があります。

透析患者の訪問事例からは、健診自体を受けていないこと、体の中で何が起きているかイメージができないため生活習慣の改善に結びつかず、透析導入につながったことが明らかになったことから、まずは健診未受診者を減らすこと、また、受診された被保険者に対し、健診結果に基づく個人へのわかりやすい情報提供や保健指導を充実する必要があります。

●透析導入患者の現状（県全体）

透析導入患者数は、平成24年度以降増加傾向にあり、平成27年度は415人でした。そのうち、糖尿病性腎症を原因とする導入者が183人（44.1%）で最も多くを占めています。高血圧が原因で起こる腎硬化症による透析導入は増加傾向にあり、全体の12.4%を占めています。

10万人あたりの透析患者数は増加傾向にあるものの、221.0人と全国（259.2人）より低い状況にありながら、糖尿病性腎症を原因とする割合は、全国（43.7%）を上回っています。

●医療の状況（国保）

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、平成27年度の被保険者一人あたり外来医療費は12,560円で、全国（11,621円）より高くなっています。

また、糖尿病の医療費も年々増加しており、平成26年度では、外来医療費は約356億円、入院医療費は約268億円となっています。

●特定健診の状況

特定健診におけるHbA1cの有所見割合（H27）は男性57.9%、女性57.4%と半数を超えて高く、うち、合併症予防のためのコントロール目標であるHbA1c7.0%を超えている者（糖尿病未治療者）が1,083人（1.3%）あり、医療機関での受療につなげることが必要です。

●透析導入患者への訪問（H24）により明らかになった現状として、健康に対する意識の低さにより健診自体を受けていないことや、健診や治療を受けていてもその検査項目や数値の示す意味、自分の身体の状態の理解、具体的にどう行動すればいいかなど、知識や理解の低さから透析に至っていることが明らかになりました。

< 目標 >

目標項目	現状値（H27）	目標（H34*）	備 考
合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数）の減少	181人	【P】 126人	*健康いきいき21 計画と整合

糖尿病有病者*の減少(増加の抑制)	11.2%	8.0%	*健康いきいき21計画と整合 *内服中又は HbA1c6.5%以上の者の割合
糖尿病治療継続者割合*の増加	54.9%	61%	*健康いきいき21 計画と整合 *HbA1c6.5 以上の者のうち治療中と回答した者の割合
血糖コントロール不良者(HbA1c8.4%以上)の割合の減少	0.64%	0.5%	*健康いきいき21 計画と整合

<取組方針>

新規の透析導入を予防するため、糖尿病の発症予防、重症化予防を重点とした慢性腎臓病（CKD）対策に取り組めます。

具体的には、全市町国保の特定健診に「HbA1c」「尿酸」「クレアチニン」「尿潜血」の項目を追加し、追加項目および「e-GFR」値を保健指導や医療機関への受診勧奨等に活用し、重症化予防を図ります。

また、糖尿病の発症予防のための肥満や食事・運動等生活習慣の改善（適正化）のための啓発を実施します。

「滋賀県糖尿病ネットワーク推進会議」により、各関係団体が糖尿病の予防、早期発見、治療、合併症予防までの一貫した滋賀県における糖尿病対策の推進が行えるように体制を整えるとともに、重症化予防については、各圏域において同推進会議に位置づけられた「糖尿病地域医療連携部会」等の場を活用し、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを基に、医師会等の関係団体と連携して、医療機関への受診後のフォロー体制づくり、コントロール不良の方に対する医療機関と連携した保健指導、治療継続のための支援（治療中断防止）、の実施など、各地域の実情に応じた取組を進めます。

糖尿病だけでなく、高血圧や腎機能の低下に着目した受診勧奨や保健指導等の対応を充実するよう努めます。

（４）悪性新生物（がん）

悪性新生物は生活習慣病であり、また、死亡・医療費等の面から国保にとって重要な予防すべき疾患であることから、本計画においても目標を定め取り組むこととします。

< 健康課題 >

悪性新生物は、死因の第１位であり、被保険者一人あたり医療費も生活習慣病の中で最も高く、また、全国を大きく上回っており、仕事や生活にも影響を与えることから、大きな健康課題となっています。

がんの発症を予防するとともに、早期に発見すれば治癒が可能ながんについて検診受診率向上に取り組むことが必要です。

●死亡の状況

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、大腸がん、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16年～25年死亡総数）。

全年齢の標準化死亡比（SMR、全国=100、H26）では、男性の肺がん(109.9)、女性の胃がん(127.7)が有意に高くなっています。

●医療の状況

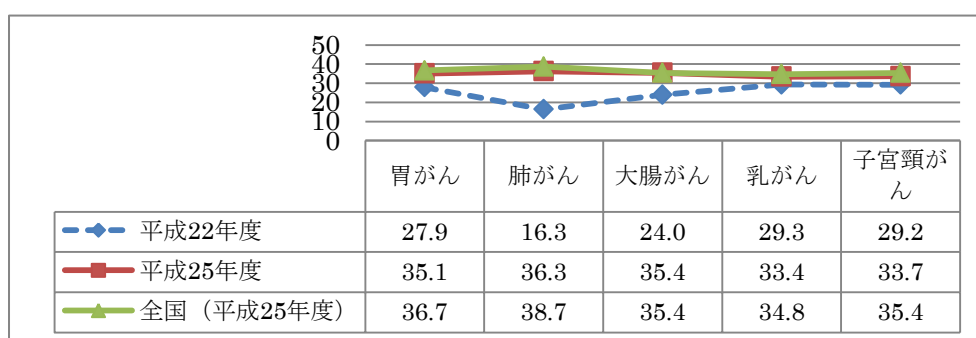
平成27年度の被保険者一人あたり医療費（入院・外来計）は45,698円と生活習慣病の中で最も高く、また、全国（38,536円）を大きく上回っており、増加傾向にあります。

国保被保険者のがん検診受診率は現状では把握できていません。県民全体のがん検診受診率は増加傾向にありますが、全国平均よりも下回っています（図21）。

市町では受診率向上のために、がん検診受診機会の拡大や個別勧奨などの対策を行っています。市町ごとの受診率は、平成30年度の地域保健・健康増進事業報告において、国民健康保険の被保険者を分母とする算定方法が新たに取り入れられることになっています。

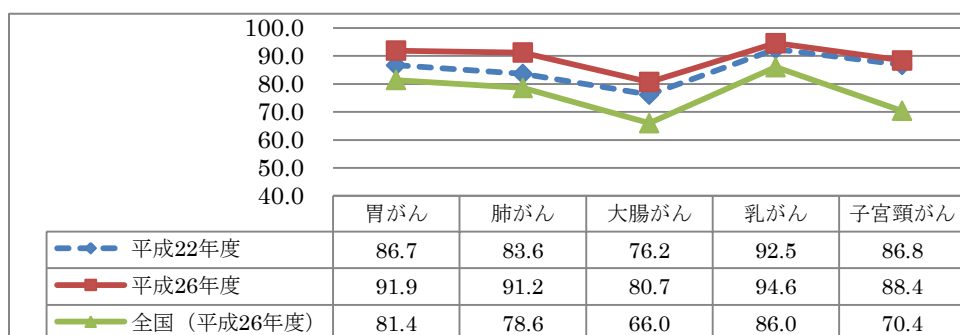
がん検診精密検査受診率はもともと高い傾向にありましたが、更に増加傾向にあり、全国平均を大きく上回っています。（図22）

（図21）がん検診受診率（%）



【出典】国民生活基礎調査

（図22）がん検診精密検査受診率（%）



【出典】地域・健康増進事業報告

< 目標 >

目標項目	現状値(H27)	目標(H35)	備考
がん検診受診率の向上(※)	胃がん 35.1% 肺がん 36.3% 大腸がん 35.4% 乳がん 33.4% 子宮頸がん 33.7%	5種類のがん検診 各50%	*がん対策推進計画 と整合
がん検診精密検査受診率の向上	胃がん 93.1% 肺がん 90.7% 大腸がん 86.6% 乳がん 96.5% 子宮頸がん 92.2%	5種類のがん検診 各100%	*がん対策推進計画 と整合

(※) がん検診受診率は、国民生活基礎調査による数値で職域・市町がん検診・人間ドック等を合わせた受診率になっています。この調査は3年度とに実施しており、現状値はH25調査のものとなっています。平成30年度に国民健康保険被保険者を分母とした算出方法が追加となるため、平成32年度の中間評価時に現状把握し、新たに目標設定を行います。

< 取組方針 >

市町では、国保被保険者のがん検診受診率の把握に努めるとともに、がん検診受診率向上に取り組めます。具体的には、一般衛生部門と連携し、特定健診とがん検診の受診啓発や個別受診勧奨の同時実施、がん検診と特定健診の同時実施、協会けんぽの被扶養者特定健診とのがん検診同時実施等による受けやすい健診(検診)の体制づくりをすすめます。

また、人間ドック受診者のがん検診の受診結果の把握、精密検査が必要な対象者に対する精密検査の受診勧奨および結果の確認に努めます。

がんの発症予防のため、たばこ対策、食生活の改善(適正な量の食塩、野菜・果物、酒の摂取)、運動習慣の定着に取り組むとともに、子宮頸がんウイルス、肝炎ウイルスなどのがんの原因となる感染症の予防と対策を行い、予防できるがんの発症を減少させるように努めます。

県では、「滋賀県がん対策の推進に関する条例」および「滋賀県がん対策推進計画」に基づき、発症予防に努めるとともに、がん検診の質の維持・向上のため、がん検診検討会を実施し、検査実施方法の均一化、死亡抑制などのがん検診の効果判定などを行い、精度管理の徹底に努めます。

保健所においては、市町がん検診従事者に対する研修会を実施するとともに、圏域におけるがん対策の推進に市町と連携・協力して取り組みます。

3 県・市町国保データヘルス計画における共通の目標および基準

本計画に定める保健事業の目標項目のうち、特に重要な事項について、下記のとおり共通の目標および基準を定め、県、全市町、国保連合会それぞれが目標達成に向けて取り組むこととします。

1) 県・市町国保における共通の目標

(1) 特定健診受診率（の向上）

目標項目	現状値(H27)	目標(H35)	備 考
特定健診受診率	38.2%	60%以上	*特定健診等基本指針による。法定報告値
継続受診割合	71.2%	75%以上	前年度健診受診者のうち今年度の健診受診者割合（2年連続受診）
新規受診者割合	17.5%	19%以上	過去5年間で当該年度に初めて健診受診した者の割合
3年連続未受診者割合	45.3%	40%以下	過去3年間特定健診対象者で健診未受診者の割合
40歳代の健診受診率	19.1%	19%以上	法定報告値
50歳代の健診受診率	26.4%	28.5%以上	法定報告値
特定健診未受診者かつ医療機関受診なし者の割合	36.0%	35%以下	特定健診未受診者のうちKDB 帳票 6-10 の G の割合

(2) 情報提供実施率

目標項目	現状値(H27)	目標(H35)	備 考
情報提供実施率	100%	100%	健診受診者への情報提供実施率

(3) 特定保健指導実施率（の向上）

目標項目	現状値(H27)	目標(H35)	備 考
特定保健指導実施(終了)率	30.8%	60%以上	法定報告値

(4) 受診勧奨判定値以上の者の医療機関への受診率

目標項目	現状値(H27)	目標(H35)	備 考
受診勧奨判定値以上の者の医療機関受診率	17市町で実施 24.4%	19市町で実施 60%	
上記のうち、別に定めるハイリスク者の医療機関受診率	19市町で実施 41.8%	勧奨・再勧奨実施 100% 医療機関受診率 80%	健診受診後、医療機関に受診した者の割合(継続受診が不要な場合を含む)

2) 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

(1) ハイリスク基準

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 ≥ 160 mmHg、拡張期 ≥ 100 mmHg)	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 ≥ 180 mg/dl 又は TG $\geq 1,000$ mg/dl	
腎機能 ※3	eGFR < 50 ml/分/1.73 m ² (70歳以上は40未満) 尿たんぱく(2+)以上 尿たんぱく(+)かつ尿潜血(+)以上	
尿 酸 ※4	血清尿酸値 ≥ 9.0 mg/dl	

※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 平成29年度特定健康診査等実施の手引き(滋賀県医師会)の尿酸に関するフィードバック文例集「①医療機関の受診を」の基準

(2) 受診勧奨の実施手順例

上記(1)の基準に該当するハイリスク者については、重症化予防の観点から特に医療機関の受診等による対応が重要であることから、下記のとおり市町における基本的な対象者へのアプローチの手順例を示します。

<手順例>

①ハイリスク基準に該当する対象者(その疾病での未治療者※)に対する受診勧奨の実施(健診結果の説明や保健指導も含む)

※その疾病で治療中の者に対するアプローチができる市町においては治療継続のアプローチを行う。

- ② 3か月以内に、本人、医師またはレセプトから医療機関への受診状況を把握する。
- ③ 医療機関未受診の者に対して、再度受診勧奨または保健指導を実施する。
※どうしても医療機関への受診を拒否される場合は、次年度必ず健診を受診いただくよう勧奨する。
- ④ 3か月以内に、再勧奨実施者の医療機関受診状況を確認する。
できる限りこの時点での未受診者に対し、再度医療機関への受診勧奨または次年度の健診受診を勧奨する。
- ⑤ 前年度のハイリスク基準該当者の医療機関への受診率（受療率ではない）を把握する。（法定報告(11月1日現在)時点）

<参考>

●確実に医療機関受診を要する場合の対応（緊急度高）のポイント

- 特定保健指導の対象となる者であっても早急に受診勧奨を行う
- 治療中断中の場合、または受診に前向きな姿勢ではない場合には、本人の考え方、受け止め方を確認、受療に抵抗する要因を考慮したうえ、認知を修正する働きかけが必要
「いつまでに」受診するかといった約束や、受診した結果を連絡してほしいと伝えるなど、期限をきめた伝え方も工夫する。
- 受診勧奨後のフォローアップ
医療機関を受診し薬物療法が開始された者について、その後も治療中断に至らないよう、フォローアップを行うことが望ましい。
（どんな指導や治療を受けたか？治療に前向きになれたか？）

●受診勧奨のための面接のポイント

- 過去の治療歴、健診での指導の状況を確認する
- かかりつけ医/相談できる医師がいるかどうかを確認する
- 健診データの重みについて、本人が納得できるように説明する
数値データを示しただけでは、危機感を持ってないことが多い
- 受診するとどのようなことが行われるのか、説明しておく
薬物治療だけが受診の目的ではなく、
生活習慣改善をした効果を確認する、合併症がおこっていないかを検査する、定期的に検査する、食事療法等について継続的に指導を受けることができるなどの役割がある。
- 経済的な理由から受診中断をしている例も少なくない
放置することと、今治療を始めることの損得について説明する
- 受診して、何か不安・疑問があればまた相談にのる約束をする
- 緊急の場合には、期限を区切って受診を促す
- 本人の不安がないように、適切な医療機関を紹介する
（地区医師会等と事前協議→連携体制をとる）

標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】及び健康づくりのための身体活動基準 2013 に基づく保健事業の
研修手法と評価に関する研究より

4 個別保健事業計画

個別保健事業の計画は（表6）のとおりです。

また、個別保健事業の実施にかかる基本的な考え方は下記のとおりです。

各市町単位で実施することを基本としながら、広域的に実施することが、効果的かつ効率的な保健事業について、共同事業として実施することを推進します。

共同事業の実施方法については、以下の形態によるものとし、直接実施・委託実施は問わず、事業（取組）毎に効果的で効率的な方法を選択し実施します。

- ①全市町による共同事業
- ②希望する市町による共同事業
- ③複数市町が共同して主体的に実施する事業
- ④基準や方法等を統一して各市町が実施する事業
- ⑤県や国保連合会が実施する事業

また、実施内容については、事業ごとに、上記①～⑤の実施主体が以下の内容について整理し、効果的に計画を推進できるよう精査し、個別保健事業計画を立て実施します。

- ・目的
- ・目標
- ・対象者（選定基準等）
- ・事業内容
- ・実施方法
- ・実施者（実施主体）
- ・実施期間
- ・実施場所 等

(表6) 個別保健事業計画

項 目		目的および概要	取組内容	対象者	現状（H27）	目標値（H35）		市町データヘルス計画 共通目標・基準	実施主体・方法 ※△経費の支援			
						アウトプット	アウトカム		全市町	市町で選択	連合会	県
1次予防	啓発	望ましい生活習慣や健診、生活習慣病等に対する正しい知識を広く普及する	ポスター、チラシ、TV、ラジオ、新聞、バスや電車のラッピング、有線放送、講演会、出前講座等様々な媒体により実施	被保険者全員（県民）					○		○	○
	特定健康診査	生活習慣病予防のための特定健診の実施	集団健診、個別健診、人間ドック等により実施	40～74歳の被保険者	特定健診受診率 38.2%	特定健診受診率 60%	◎	○義務				△
		受診率向上のための取組を行う。継続受診対策を行うとともに、特に若い世代の受診の増加、連続未受診者の減少、健康状態不明者の健診受診率の向上を図る。	個別通知、電話勧奨、訪問勧奨、広報啓発、地域単位の取組ほか	前年度健診受診者	継続受診割合 71.2%	継続受診割合 75%以上	◎	受診率向上の取組・優先順位をつけて実施	・希望市町から受託・対象者リスト作成			
				3年連続未受診者	3年間連続未受診者割合 45.3%	3年連続未受診者割合 40%以下	◎					
				40歳代・50歳代被保険者	・40歳代 19.1% （男性 17.4 女性 21.4） ・50歳代 26.4% （男性 22.1 女性 30.4）	40歳代受診率 19% 以上 50歳代受診率 28.5% 以上	◎					
健診未受診かつ治療なし者	健診未受診者に占める割合 36.0%	健診未受診者に占める割合 35%以下	◎									
情報提供	被保険者自身の健診結果を本人にわかりやすく提供することにより、健康意識を高める	個別面接、紙媒体、ICT等による情報提供	特定健診受診者全員	・情報提供率 100%	・情報提供率 100%		◎	○義務			△	
発症予防	特定保健指導	特定保健指導対象者に対し、メタボ該当者及び予備群の減少を目的とした保健指導を実施する	直営・委託により実施	特定保健指導対象者	・特定保健指導実施率 30.8% （積極的支援 22.9%、動機づけ支援 32.9%） ・メタボ該当・メタボ予備群の減少率（平成20年度比） 3.4% ・特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 24.0%	・特定保健指導実施率 60% ・未利用者への利用勧奨実施率 100%	・特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 25% ・メタボ該当・予備群の減少率（平成20年度比） 25%	◎ 特定保健指導実施率	○義務		△	
	生活習慣病予備群への早期介入	保健指導等の早期介入により発症予防を図る	保健指導、栄養・運動教室、健康教育等	保健指導判定値者、腹囲のみ基準該当者、39歳以下の者など					○			△
	重症化予防	医療機関への受診勧奨	受診勧奨判定値以上の者を適切に医療につなぐことで重症化予防を図る	個別通知、面談（健診結果説明、保健指導）、電話、訪問等による受診勧奨	受診勧奨判定値以上の者	医療機関受診率 24.4% 受診確認実施 17市町	受診勧奨（または保健指導）・受診状況確認の実施 19市町	医療機関受診率 60%以上	◎	○		△
Ⅱ度高血圧およびⅢ度高血圧（収縮期≧160 または 拡張期≧100） HbA1c≧7.0%（NGSP値） LDL≧180mg/dl または TG≧1000mg/dl ・eGFR<50（70歳以上は40未満） ・尿たんばく（2+）以上 ・尿たんばく（+）かつ尿潜血（+）以上 血清尿酸値≧9.0			ハイリスク者の医療機関受診率（H27）41.8% 【重症化予防対象者】 ○服薬治療なし者 ・Ⅱ度以上高血圧者割合 4.6% ・HbA1c6.5以上者の割合 4.2% ・LDLコレステロール180以上者の割合 5.2% ・メタボ該当者割合 6.4% うち3項目該当者割合 1.2% ・尿たんばく（2+）以上 0.5% ○服薬治療中者 ・Ⅱ度以上高血圧者割合 5.9% ・HbA1c6.5以上者の割合 65.1% ・LDLコレステロール180以上者の割合 1.9% ・メタボ該当者割合 28.8% うち3項目該当者割合 9.4% ・尿たんばく（2+）以上 2.0%		受診勧奨実施市町 19市町 対象者への受診勧奨実施率 100% 未受診者への再勧奨（または保健指導）の実施 100%	ハイリスク者の医療機関受診率 80% 【重症化予防対象者】 ○服薬治療なし者 ○服薬治療中者 ・Ⅱ度以上高血圧者割合 ・HbA1c7.0以上者の割合 ・LDLコレステロール180以上者の割合 ・メタボ該当者割合 うち3項目該当者割合 ・尿たんばく（2+）以上 の割合の減少	◎ 受診勧奨基準（ハイリスク者）	○		△		
生活習慣病のコントロール改善			主治医と連携した保健指導の実施等により、生活習慣の改善等により重症化（進行）を予防する		主治医と連携し、保健指導・栄養指導等の実施	生活習慣病のコントロールが不良な者					○	
治療中断者対策		治療中断者に対し、治療の再開、生活習慣改善等により重症化を予防する	面談・訪問等により再受診勧奨や保健指導の実施	生活習慣病の治療中断者					○		△	
嗜好・生活習慣		喫煙対策	喫煙は生活習慣病の大きなリスクであり、情報提供、個別指導等により喫煙者の減少を図る	個別保健指導、禁煙外来受診、受動喫煙防止、啓発など	喫煙者	喫煙率 男性22.6% 女性4.0%		喫煙率の低下 男性 女性 ※健康増進計画と整合		○		○ 受動喫煙防止
		アルコール対策	適正飲酒の啓発、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している対象者への個別指導等により、生活習慣病を予防する	大量飲酒者への減酒支援（保健指導）、適正飲酒の啓発など	1日当たりの純アルコール摂取量 男性40g、女性20g以上の者	男性 12.2%（4018人） 女性 5.5%（2498人）		生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少 男性 女性 ※健康増進計画と整合		○		○ 啓発等
	身体活動・運動	身体活動の増加、運動習慣の定着により生活習慣病を予防する	保健指導、啓発など	被保険者全員（県民）	1日1時間以上の歩行（身体活動）なし（H27） 男性 49.2% 女性 51.7% 1回30分以上の運動習慣なし（H27） 男性 55.5% 女性 61.1%				○		○ 啓発等	
医療費適正化	医療機関受診の適正化	重複・頻回受診、重複投薬者等の対象者に対し、適正受診をすすめて、医療費の適正化を図る	訪問指導、電話、通知等により実施	重複受診者 頻回受診者 重複服薬者 等	6市町が事業実施	全町において、訪問指導等の事業を実施	レセプトで、改善が認められた者の割合 60%	○	○ 共同事業		○ 共同事業 △	
	後発医薬品の使用促進	後発医薬品の使用促進により医療費適正化を図る	差額通知、ジェネリック希望カードの配布等	被保険者全員（県民）	後発医薬品使用割合 62.7%（H28.1）	全市町が差額通知を実施	ジェネリック医薬品使用割合 80%		○		○ 共同事業 △	
がん	がん検診	がん検診受診率・精密検査受診率の向上	特定健診とがん検診の同時実施等の受けやすい体制づくり、一般衛生部門と連携し、国保被保険者に対する個別の検診受診勧奨や精密検査受診勧奨など	胃がん：バリウム検査40歳以上・内視鏡検査50歳以上※ 肺がん：40歳以上 大腸がん：40歳以上 乳がん：40歳以上女性 子宮頸がん：20歳以上女性 ※H29年度以降実施予定市町あり	がん検診受診率（H25）※（がん検診精密検査受診率（H26）） ・胃がん 35.1%（93.1%） ・肺がん 36.3%（90.7%） ・大腸がん 35.4%（86.6%） ・乳がん 33.4%（96.5%） ・子宮頸がん 33.7%（92.2%） ※H30年度報告より算出方法変更		各がん検診受診率 50% 各がん検診精密検査受診率 100% ※がん対策推進計画と整合		○			

第4章 医療費適正化対策事業

健康・医療情報を活用した生活習慣病以外の取組として、将来にわたり医療費の増嵩が見込まれる中、被保険者の負担軽減および保険財政の健全化を図るためには、必要な医療を確保した上で、医療費の適正化を図ることが重要であることから、次の取組を進めます。

1 後発医薬品の使用促進

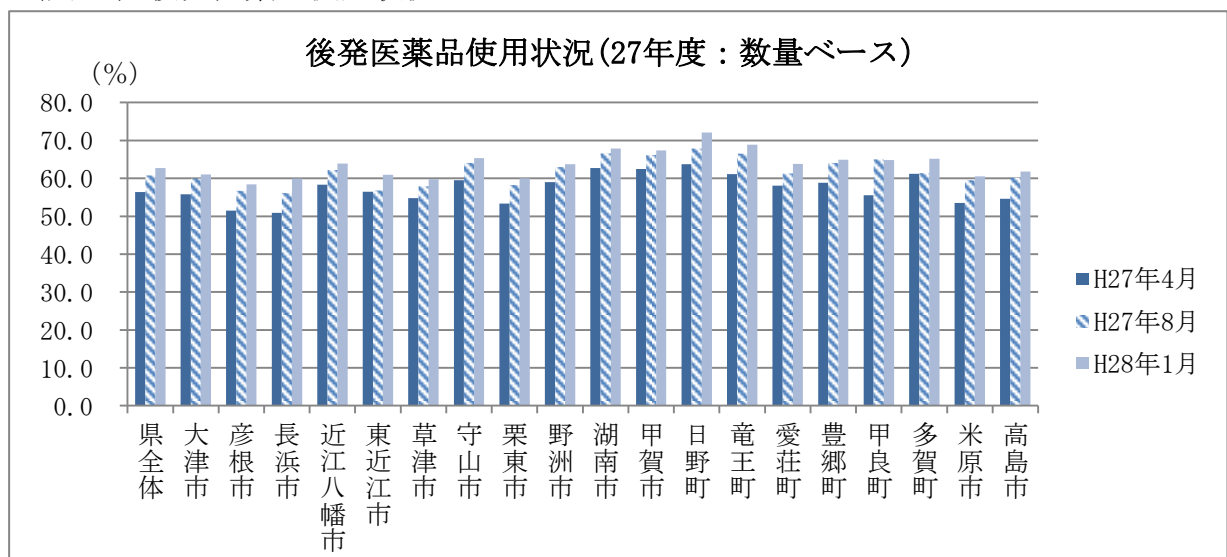
<現状>

後発医薬品の使用状況は、県全体で平成27年4月は56.4%、8月は60.8%、平成28年1月は62.7%となっており、使用量は増加しています（図22）

市町においては、後発医薬品希望カードの配布や後発医薬品を使用した場合の自己負担額の軽減等の周知（以下「差額通知」という。）を行っています。

差額通知については、平成27年度は年2回（市町によっては年3回）、対象者に発送され、また、後発医薬品切替による軽減効果額の分析も行われています。

（図22）後発医薬品使用状況



【出典】滋賀県国民健康保険団体連合会調べ

<目標>

目標項目	現状値(H27)	目標(H35)	備考
後発医薬品使用割合(数量ベース)の増加	62.7% (H28.1 現在)	80%	国保連合会調べ

<取組方針>

全市町において、差額通知を実施します。実施に当たっては、被保険者の理解を得られるよう、国保連合会の共同事業において発行回数や葉書または封書のどちらかで通知するか等を選択できるようにする等、より効果的な実施方法を検討します。

また、後発医薬品にかかる広報等による被保険者の理解の促進、希望カードの

配布等により後発医薬品の使用を勧めます。

県では、滋賀県後発医薬品安心使用促進協議会が設置されており、関係団体との連携により後発医薬品の使用が促進されるよう取り組みます。

2 重複受診者、頻回受診者、重複投薬者等への訪問指導等

<現状>

同じ疾病で複数の医療機関を受診する重複受診者、1つの医療機関に何度も受診される頻回受診者、同じ効能の薬を複数の医療機関から処方されている重複投薬者等への受診の適正化のための取組については、実施している市町としていない市町があります。

また、取組を実施している市町においても、実施方法は職員による実施、委託による実施、対象者への指導方法は、訪問指導、電話指導、文書通知等様々であり、その対象者の選定基準も各市町ごとに異なっています。

本取組を実施することによる医療費適正化等の効果については、県内実施市町や滋賀県後期高齢者医療広域連合において確認されており、今後、実態の把握とともに取組の充実・強化が必要です。

<目標>

目標項目	現状値(H27)	目標(H35)	備 考
重複・頻回受診者等に対する訪問指導等の実施	6市町	19市町 (100%)	
レセプトで改善が認められたものの割合	未把握	60%	

<取組方針>

重複・頻回受診者、重複服薬者等に対し、受診の適正化および被保険者の健康被害の予防のための訪問等による指導について、共同事業として全市町で取り組むこととします。

実施方法としては、市町、国保連合会、県の共同事業として取り組むこととし、対象者の抽出基準を定めます。対象者の抽出および診療報酬明細書（レセプト）による効果測定（評価）は国保連合会が実施し、訪問指導対象者は市町および国保連合会が決定することとします。

重複受診および頻回受診者の訪問指導から開始し、重複服薬や多剤投与の対象者への取組については、順次実施していくこととします。

第5章 計画の評価・見直し

1 計画の評価

本計画に掲げる目標の達成状況や事業の実施状況について毎年度把握・分析し、事業の成果については評価を行い市町に還元するとともに、PDCAサイクルが回るよう評価に基づく改善を行います。

また、市町データヘルス計画と一体的に進める観点から滋賀県国民健康保険市町連携会議に、保険運営の健全化の観点から滋賀県国民健康保険運営協議会に進捗状況等について報告します。

なお、第三者の評価・助言により効果的に推進するため、国保連合会に設置されている「保健事業支援・評価委員会」と連携して進めていきます。

2 計画の見直し

計画の中間年にあたる平成32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。

また、計画の最終年度（平成35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、計画の改定を行います。

第6章 計画の推進

1 計画の公表および周知

策定した計画は、県のホームページ等において公表および周知を行います。

2 計画の推進体制

県・市町・国保連合会の役割

この計画を推進していくためには、県、市町、国保連合会等国民健康保険および生活習慣病予防、健康づくりに関わっているそれぞれの機関が、計画の趣旨や達成すべき目標を共有し、各々の立場から役割を果たすことが重要です。

（1）県の役割

国保の保険者として、被保険者の健康の保持・増進とともに、安定的な財政運営を図ることが重要な役割です。

県は、本計画を推進し、設定した目標の達成に向け、被保険者に対して健診受診や食事、運動、喫煙、飲酒等健康的な生活習慣、生活習慣病予防のための啓発や必要な健康情報の提供を行うとともに、市町に対して特定健診等の制度や国および県の保健事業の推進方針についての周知、県全体の事業の企画や市町間、各関係機関との調整および連携強化を図ります。

また、各市町国保の保健事業が円滑に実施できるよう、市町に対して下記の支援を行います。

- ①国保連合会等と連携・協力し、保健事業や保健指導従事者に対する資質向上のための研修会の開催、保健事業にかかる情報交換・意見交換の場の設置

- ②事業実施に必要な経費にかかる支援
- ③広域調整、共同事業の実施にかかる検討および調整
- ④国保連合会に設置されている保健事業支援・評価委員会に委員として参画
- ⑤その他、それぞれの市町や圏域の状況に応じ必要な個別の支援

糖尿病対策としては、県域において「糖尿病ネットワーク推進会議」、各圏域においては同会議に「糖尿病地域医療連携部会」を設置し、市町と連携し、県および各圏域の糖尿病地域医療連携や関係機関・団体との連携の強化を図り、地域の実情に応じた糖尿病の予防、早期発見、治療、合併症予防まで一貫した糖尿病対策のネットワークの構築を推進します。

また、慢性腎臓病（CKD）対策では、腎不全の抑制および腎臓に関する生活習慣病の減少、予後の改善により県民の健康増進に寄与することを目的として「滋賀県慢性腎臓病対策推進協議会」を設置しており、各関係機関、関係団体と連携して県全体の慢性腎臓病（CKD）対策を推進します。

保健所にあつては、「糖尿病地域医療連携部会」の開催等による圏域の実情に応じたネットワークの構築および糖尿病対策の推進、「地域・職域連携推進会議」等の開催による地域と職域保健の連携の強化、各市町のデータヘルス計画の策定や推進および生活習慣病予防、健康づくり施策が効果的、効率的に実施されるよう、専門的・技術的な支援を行います。

（２）市町の役割

市町は、本計画の保健事業の実施主体として被保険者に直接サービスを提供する最も重要な役割を担っています。

国保の都道府県単位化により、県内 19 の市町国保全体で医療費および財政運営を支えあうことから、それぞれの市町が自覚と責任を持って本計画の目標達成に向けて、保健事業に取り組むことが重要です。

本計画における市町データヘルス計画との共通目標および共通の基準を設けた事業については、全市町において確実に取り組むとともに、各地域の健康課題に沿って策定した市町データヘルス計画に基づき、保健事業を PDCA サイクルに沿って着実に推進するとともに、一般衛生部門や介護保険部門等の他部門と連携し、地域の健康推進員やまちづくり協議会等と一緒に、健康なまちづくりや地域包括ケアの推進に努めることが求められます。

また、県や保健所、国保連合会等が開催する研修会や会議等に参画し、従事者の資質の向上を図り、関係機関との連携・協力体制を構築していく必要があります。

（３）国保連合会の役割

国保連合会は、国保データベース（KDB）システム等を活用し、保健事業の推進に必要なデータを提供するとともに、データの活用や保健事業にかかる研修会

の開催、情報交換・意見交換の場の設置等の市町支援を行います。

また、特定健診にかかる共同事務や複数市町による共同事業の実施および必要な調整・支援、滋賀県保険者協議会（以下「保険者協議会」という。）事務局として、医師会との特定健診等の集合契約の調整や被用者保険との連携の推進を図ることが求められます。

3 関係機関等との連携

1) 国民健康保険部門の連携の充実強化

県全体の国保被保険者の健康の保持・増進をすすめるため、県および市町の国保部門、国保連合会が連携し、効果的・効率的に計画を推進します。

2) 被用者保険との連携の強化

国保被保険者の健康の保持・増進のためには、現役世代における若い時期からの予防の取組が非常に重要であり、被用者保険との連携・協力が不可欠です。

滋賀県では、全国健康保険協会滋賀支部（協会けんぽ）と「県民の健康づくりに係る包括協定」を締結しており、本協定を基にした生活習慣病の予防、健康づくりに係る取組について、県および市町と協会けんぽとの連携強化を図ります。

また、保険者協議会に参画し、特定健診やレセプトの分析、特定健診受診率向上や保険者の枠を超えた保健事業の実施等に向け、国保と被用者保険の連携強化等に積極的に取り組めます。

3) 関係機関・関係団体との連携強化

本計画が円滑に推進できるよう医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会、その他関係団体との連携を図ります。

また、市町国保主管課や健康づくり主管課をはじめ、健康・医療・福祉の各分野の担当課、関係機関の取組と連携し、施策の効果的な推進に努めます。