

第3期彦根市国民健康保険データヘルス計画
第4期彦根市特定健康診査等実施計画
-概要版-

令和6年度(2024年)～令和11年度(2029年)

1 基本的事項

1. データヘルス計画の主旨と他計画との整合性

データヘルス計画	特定健康診査等実施計画
「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求める」ことが掲げられた。これを踏まえ、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(データヘルス計画)を策定する。	平成20年度より「高齢者の医療の確保に関する法律」(昭和57年法律第80号)に基づき、特定健康診査・特定保健指導の実施が義務付けられた。同法律に基づき作成された特定健康診査等基本方針に基づき、実施計画を策定する。
データヘルス計画の目的	
健康寿命の延伸・医療費の適正化	
他計画との位置づけ	
本計画は健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、健康増進計画や医療費適正化計画、介護保険事業(支援)計画、高齢者保健事業の実施計画および国民健康保険運営方針と調和のとれたものとする。	
関係者連携	
国保担当が中心となって、関係部局や関係機関の協力を得て、保険者の健康課題を分析し、計画を策定する。また、後期高齢者医療担当や介護保険担当、生活保護(福祉事務所)担当と連携してそれぞれの健康課題を共有するとともに、後期高齢者や生活保護受給者の健康課題も踏まえて保健事業を展開する。	
計画の評価	個別事業の評価
設定した計画の評価指標に基づき、KDBシステム等を活用し、計画の最終年度のみならず、中間時点等計画期間の途中で進捗確認および中間評価を実施する。	設定した保健事業ごとの評価指標に基づき、KDBシステム等を活用し、毎年度、評価を実施し、必要に応じて次年度の保健事業の実施内容等の見直しを行う。

2. データヘルス計画の構成

基本構成	
<p>計画策定に際しては、まず、KDBシステムや公的統計等を用いて死亡、介護、医療、健診などの関連データを分析し、地域における健康課題を抽出する。健康課題の整理に際しては、以下の生活習慣病の進行イメージに沿って、特に保健事業における介入により予防可能な疾患に着目する。</p> <p>次に、整理した健康課題および前期計画の振り返りを踏まえ、計画目的および目標を設定した上で、目標達成のために取り組むべき保健事業の優先順位付けを行い、各事業の評価指標を設定する。</p>	
生活習慣病の進行イメージ	
不健康な生活習慣	生活習慣病予備群 メタボリックシンドローム
生活習慣病	生活習慣病重症化 死亡・介護
【出典】厚生労働省 新たな健診・保健指導と生活習慣病対策 ※本紙P.8	

2 健康課題の抽出～目的・目標の設定

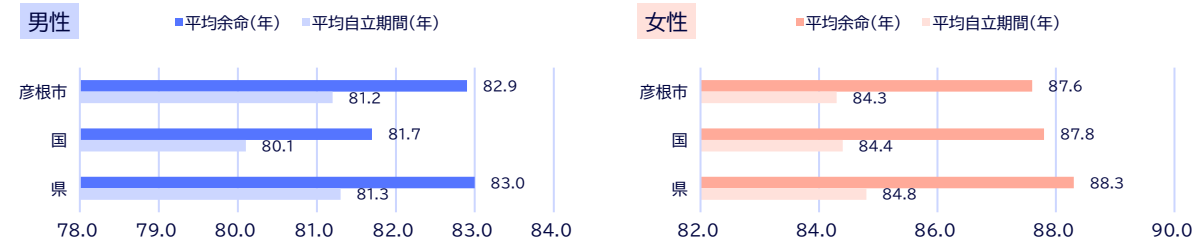
1. 死亡・介護・生活習慣病重症化（入院医療・外来（透析））

【平均余命・平均自立期間】

男性の平均余命は82.9年で、県より短い、国より長い。国と比較すると、+1.2年である。女性の平均余命は87.6年で、国・県より短い。国と比較すると、-0.2年である。

男性の平均自立期間は81.2年で、県より短い、国より長い。国と比較すると、+1.1年である。女性の平均自立期間は84.3年で、国・県より短い。国と比較すると、-0.1年である。

平均余命・平均自立期間 ※本紙P. 4



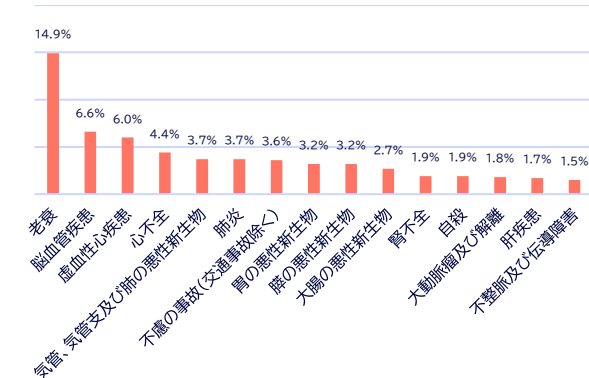
【死亡】

令和3年度の生活習慣病における重篤な疾患の死亡者数および総死亡者数に占める割合は「虚血性心疾患」69人（6.0%）、「脳血管疾患」76人（6.6%）、「腎不全」22人（1.9%）となっている。

平成25年から29年の標準化死亡比は、「急性心筋梗塞」151.0（男性）138.8（女性）、「脳血管疾患」81.4（男性）93.5（女性）、「腎不全」102.3（男性）105.7（女性）となっている。

死亡割合_上位15疾患 ※本紙P. 9

標準化死亡比（SMR） ※本紙P. 10, 11



死因	標準化死亡比（SMR）		
	彦根市		国
	男性	女性	
急性心筋梗塞	151.0	138.8	100
脳血管疾患	81.4	93.5	100
腎不全	102.3	105.7	100

【介護】

要介護認定者の有病割合をみると、「心臓病」は67.3%、「脳血管疾患」は19.4%となっている。

要介護認定者の有病割合 ※本紙P. 13

疾病名	要介護・要支援認定者（1・2号被保険者）		国	県	同規模
	該当者数（人）	割合			
糖尿病	1,460	25.4%	24.3%	26.7%	23.6%
高血圧症	3,325	58.3%	53.3%	55.8%	52.5%
脂質異常症	1,963	34.5%	32.6%	33.7%	31.8%
心臓病	3,803	67.3%	60.3%	64.8%	59.3%
脳血管疾患	1,066	19.4%	22.6%	20.4%	22.6%
がん	603	10.4%	11.8%	11.7%	11.2%
精神疾患	2,065	36.9%	36.8%	38.2%	36.1%
うち 認知症	1,336	23.9%	24.0%	25.7%	23.6%
アルツハイマー病	1,104	19.9%	18.1%	20.5%	17.8%
筋・骨格関連疾患	3,317	58.6%	53.4%	56.5%	52.1%

【生活習慣病重症化】入院医療・外来（透析）

「虚血性心疾患」および「脳血管疾患」を含む「循環器系の疾患」の入院医療費は入院医療費全体の22.0%を占めており、「腎不全」の外来医療費は、外来医療費全体の7.8%を占めている。

生活習慣病における重篤な疾患のうち「虚血性心疾患」および「脳血管疾患」の入院受診率はいずれも国より高く、「慢性腎臓病（透析あり）」の受診率は国より低い。

疾病分類（大分類）別_入院医療費_循環器系の疾患 ※本紙P.16 疾病分類（中分類）別_外来医療費_腎不全 ※本紙P.20

疾病分類（大分類）	医療費（円）	入院医療費に占める割合	疾病分類（中分類）	医療費（円）	外来医療費に占める割合
循環器系の疾患	647,109,380	22.0%	腎不全	333,626,000	7.8%

受診率（被保険者千人当たりレセプト件数）_生活習慣病における重篤な疾患 ※本紙P.23

重篤な疾患	彦根市	国	国との比
虚血性心疾患	4.8	4.7	1.02
脳血管疾患	14.1	10.2	1.37
慢性腎臓病（透析あり）	25.6	30.3	0.84



2. 生活習慣病

【生活習慣病】外来医療、健診受診者のうち、受診勧奨対象者

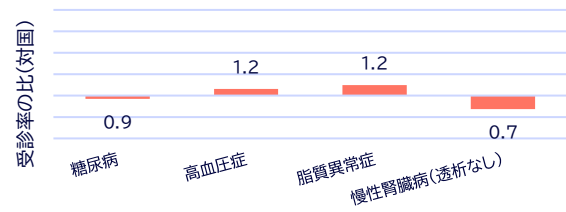
生活習慣病基礎疾患の外来医療費に占める割合は「糖尿病」が8.7%、「高血圧症」が6.0%、「脂質異常症」が4.5%となっている。基礎疾患および「慢性腎臓病（透析なし）」の外来受診率は、「糖尿病」「慢性腎臓病（透析なし）」が国より低い。

疾病分類（中分類）別_外来医療費_基礎疾患（男女合計） ※本紙P.20

疾病分類（中分類）	医療費（円）	外来医療費に占める割合
糖尿病	371,131,380	8.7%
高血圧症	253,483,810	6.0%
脂質異常症	190,849,280	4.5%

受診率（被保険者千人当たりレセプト件数）_基礎疾患 ※本紙P.23

基礎疾患および慢性腎臓病（透析なし）	彦根市	国	国との比
糖尿病	601.9	651.2	0.92
高血圧症	1000.0	868.1	1.15
脂質異常症	712.1	570.5	1.25
慢性腎臓病（透析なし）	9.9	14.4	0.68



受診勧奨対象者のうち服薬が確認されていない人の割合は、血糖ではHbA1cが6.5%以上であった538人の27.0%、血圧ではⅡ度高血圧以上であった427人の48.0%、脂質ではLDL-Cが180mg/dL以上であった156人の67.3%、腎機能ではeGFRが45ml/分/1.73m²未満であった125人の15.2%である。

特定健診受診者における受診勧奨対象者（血糖・血圧・脂質・腎機能）の服薬状況 ※本紙P.39

血糖（HbA1c）	該当者数（人）	服薬なし（人）	服薬なし_割合	血圧	該当者数（人）	服薬なし（人）	服薬なし_割合
6.5%以上7.0%未満	290	106	36.6%	I度高血圧	1,337	689	51.5%
7.0%以上8.0%未満	181	30	16.6%	Ⅱ度高血圧	335	165	49.3%
8.0%以上	67	9	13.4%	Ⅲ度高血圧	92	40	43.5%
合計	538	145	27.0%	合計	1,764	894	50.7%
脂質（LDL-C）	該当者数（人）	服薬なし（人）	服薬なし_割合	腎機能（eGFR）	該当者数（人）	服薬なし（人）	服薬なし_割合
140mg/dL以上160mg/dL未満	857	696	81.2%	30ml/分/1.73m ² 以上45ml/分/1.73m ² 未満	98	16	16.3%
160mg/dL以上180mg/dL未満	348	265	76.1%	15ml/分/1.73m ² 以上30ml/分/1.73m ² 未満	15	1	6.7%
180mg/dL以上	156	105	67.3%	15ml/分/1.73m ² 未満	12	2	16.7%
合計	1,361	1,066	78.3%	合計	125	19	15.2%

3. 生活習慣病予備群・メタボリックシンドローム

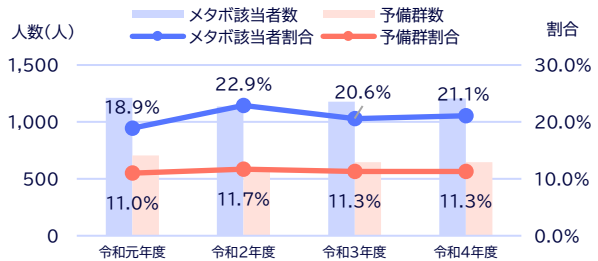
【生活習慣病予備群】メタボ該当者・メタボ予備群該当者

令和4年度特定健診受診者の内、メタボ該当者は1,207人（21.1%）であり、国・県より高い。メタボ予備群該当者は647人（11.3%）であり、国・県より高い。令和4年度と令和元年度の該当者割合を比較すると、メタボ該当者の割合は2.2ポイント増加しており、メタボ予備群該当者の割合は0.3ポイント増加している。

メタボ該当者数・メタボ予備群該当者数 ※本紙P.32

彦根市

	彦根市		国	県
	対象者数(人)	割合	割合	割合
メタボ該当者	1,207	21.1%	20.6%	20.5%
メタボ予備群該当者	647	11.3%	11.1%	10.6%

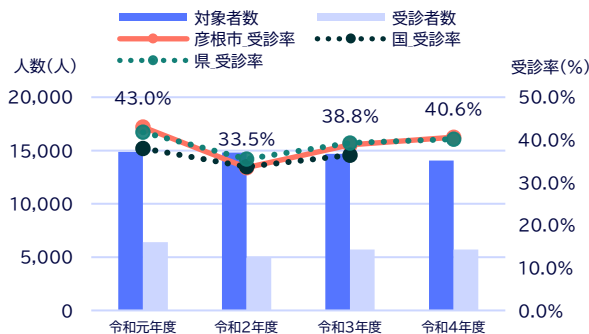


4. 不健康な生活習慣

【生活習慣】特定健診受診率・特定保健指導実施率

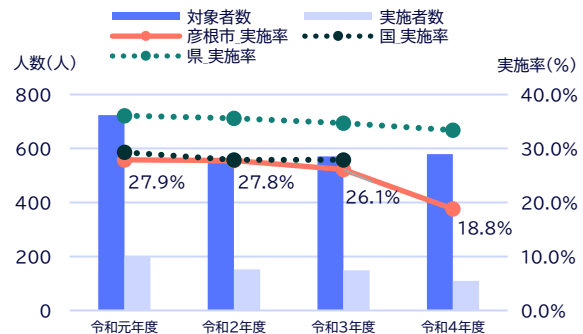
令和4年度の特定健診受診率は40.6%である。

特定健診受診率（法定報告値） ※本紙P.28



令和4年度の特定保健指導実施率は18.8%である。

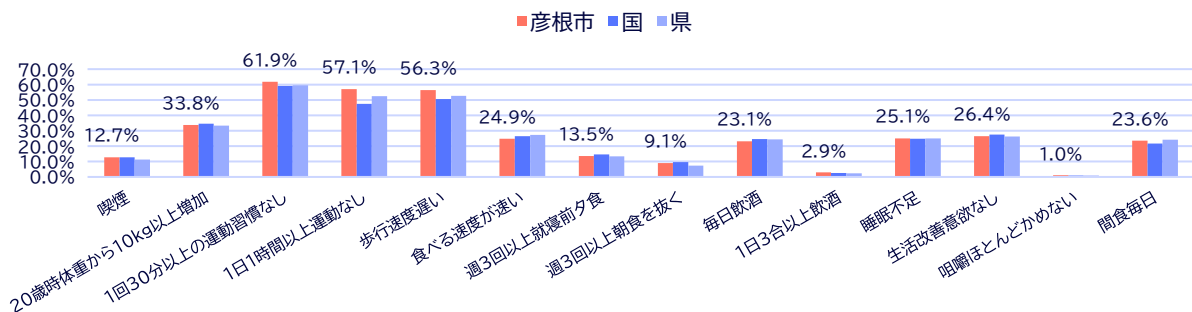
特定保健指導実施率（法定報告値） ※本紙P.35



【生活習慣】質問票の回答割合

令和4年度の特定健診受診者の内、国や県と比較して「1回30分以上の運動習慣なし」「1日1時間以上運動なし」「歩行速度遅い」「3合以上」「睡眠不足」「咀嚼ほとんどかめない」の回答割合が高い。

質問票項目別回答者の割合 ※本紙P.40



5. 健康課題の整理

健康課題	評価指標
<p>#1 重症化予防 重篤な疾患の発症を防ぐことを目的に、健診で受診勧奨判定値を超えた人に対して適切に医療機関の受診を促進することが必要</p>	<p>【中長期指標】 被保険者千人当たりの心筋梗塞入院件数 被保険者千人当たりの脳梗塞入院件数 新規透析導入患者数</p> <p>特定健診受診者のうち、 高血糖者の割合（HbA1c6.5%以上の者の割合） 血圧がⅡ度高血圧以上の者の割合 LDL-Cが180mg/dl以上の者の割合</p> <p>【短期指標】 特定健診受診者のうち、 HbA1cが6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合 血圧がⅡ度高血圧以上の者のうち、服薬なしの者の割合 LDL-Cが180mg/dl以上の者のうち、服薬なしの者の割合</p>
<p>#2 生活習慣病発症予防・保健指導 メタボ該当者・予備群該当者の悪化を防ぎ、減少させることを目的に、特定保健指導実施率の向上が必要</p>	<p>【中長期指標】 特定健診受診者のうち、 ・メタボ該当者の割合 ・メタボ予備群該当者の割合</p> <p>【短期指標】 特定保健指導実施率</p>
<p>#3 早期発見・特定健診 適切に特定保健指導や重症化予防事業につなぐことを目的に、特定健診受診率の向上が必要</p>	<p>【短期指標】 特定健診受診率</p>
<p>#4 健康づくり 生活習慣病の発症・進行、重篤疾患の発症を防ぐことを目的に、被保険者における運動習慣の改善が必要</p>	<p>【短期指標】 特定健診受診者のうち、 質問票「1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している」者の回答割合</p>
<p>#5 介護予防・一体的実施 将来の重篤な疾患の予防のために国保世代への重症化予防が必要。</p>	<p>※重症化予防に記載の指標と共通</p>
<p>#6 社会環境・体制整備 重複・多剤服薬者に対して服薬の適正化が必要。</p>	<p>【短期指標】 重複・頻回受診者等事業対象者数</p>

5. データヘルス計画の目標

項目	中長期指標	開始時	目標値
#1	被保険者千人あたりの心筋梗塞入院件数	0.043件	減少
#1	被保険者千人あたりの脳梗塞入院件数	0.603件	0.498件以下
#1	新規透析導入患者数	11人	減少
#1	高血糖者の割合（HbA1c6.5%以上の者の割合） 分子：HbA1c6.5%以上の者の数 分母：特定健診受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数	9.5%	9.2%以下
#1	血圧がⅡ度高血圧以上の者の割合	7.4%	減少
#1	LDL-Cが180mg/dl以上の者の割合	2.7%	減少
#2	特定健康診査受診者のうち、メタボ該当者の割合	21.1%	20.9%以下
#2	特定健康診査受診者のうち、メタボ予備群該当者の割合	11.3%	11.3%以下
項目	短期指標	開始時	目標値
#3	特定健康診査受診率	40.6%	60%以上
#2	特定保健指導実施率	18.8%	60%以上
#1	HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合（※2） 分子：HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の数 分母：HbA1c6.5%以上の者の数	13.4%	12.9%以下
#1	血圧がⅡ度高血圧以上の者のうち、服薬なしの者の割合 分子：Ⅱ度高血圧以上で服薬なしの者の数 分母：特定健診受診者のうち、Ⅱ度高血圧以上の者の数	48.0%	減少
#1	LDL-Cが180mg/dl以上の者のうち、服薬なしの者の割合 分子：LDL-C180mg/dl以上で服薬なしの者の数 分母：特定健診受診者のうち、LDL-C180mg/dl以上の者の数	67.3%	61.6%以下
#4	特定健康診査受診者のうち、質問票「1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している」者の回答割合	38.2%	40%以上
#6	重複・頻回受診者等事業対象者数	229人	減少

滋賀県・市町国保における共通目標

	評価指標	開始時	目標値
特定健康診査受診率	特定健康診査受診率	40.6%	60%以上
	40歳代健診受診率	25.7%	25%以上
	3年連続未受診者割合	41.0%	40%以上
	特定健康診査未受診者かつ医療機関受診なしの者の割合	37.3%	35%以下
特定保健指導実施（終了）率		18.8%	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		26.9%	26%以上※3
	HbA1c8.0%以上の者の割合（※1） 分子：HbA1c8.0%以上の者の数 分母：特定健診受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数	1.2%	1.0%以下
	高血糖者の割合（HbA1c6.5%以上の者の割合）（※1） 分子：HbA1c6.5%以上の者の数 分母：特定健診受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数	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（※2） 分子：HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の数 分母：HbA1c6.5%以上の者の数	13.4%	12.9%以下
	血圧が保健指導判定値以上の者の割合（※1） 分子：収縮期血圧 \geq 130mmHgまたは拡張期血圧 \geq 85mmHgのいずれかを満たす者の数 分母：特定健診受診者のうち、血圧の検査結果がある者の数	51.4%	44%以下

※1：図表3-4-5-2（特定健診受診者における受診勧奨対象者（血糖・血圧・脂質）の経年推移）の該当者割合は、特定健診受診者数を分母に用いて算出しており、県の共通目標における評価指標の分母とは値が異なる。

※2：図表3-4-5-4（特定健診受診者における受診勧奨対象者（血糖・血圧・脂質）の服薬状況）は、受診勧奨対象者のうち該当検査値での「服薬なし」の者の割合を算出しており、県の共通目標の評価指標「糖尿病のレセプトがない者の割合」と値が異なる。

※3：第2期計画期間の平均値は目標値に達していないため、県の共通目標値に合わせた。

6. 個別保健事業計画・評価指標

事業名	事業概要	アウトプット指標	アウトカム指標
要医療未受診者対策	特定健康診査受診者のうち、ハイリスク基準に該当する者に対し、定期的にKDBを用いて受診の有無を確認し、未受診者に受診勧奨の通知・電話・訪問を実施する。	受診勧奨実施率：100%	要医療者の未受診率：40% ハイリスク対象者の医療機関受診率：60%
重症化予防事業	①特定保健指導の周知、通知および電話による利用勧奨、健診結果の説明と生活習慣改善に向けた保健指導を実施。要医療値の者に対しては、保健指導と併せて受診勧奨を行う。 生活習慣改善の動機付けのために、二次検査、栄養相談、禁煙相談を実施。 ②対象者を抽出し、郵送・訪問等で医療機関への受診勧奨を実施。	保健指導実施率 受診勧奨実施率	特定健康診査受診者のうち、 血糖・血圧・脂質コントロール 不良者の減少 医療機関受診率の向上
特定保健指導	特定保健指導の周知、通知および電話による利用勧奨、保健指導の実施	利用勧奨実施率	保健指導実施率：60%以上 継続支援実施率：80%以上
特定健康診査	40～74歳の被保険者を対象に、集団・個別方式で特定健診を実施する。	特定健診対象者への案内：100%	特定健診受診率：60%
特定健康診査未受診者対策	特定健診未受診者に対し、受診勧奨（はがき・電話等）を行う。	特定健診未受診者の受診勧奨率：100%	40歳代健診受診率：25%以上 50歳代健診受診率：34%以上 3年連続未受診者割合：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：35%以下
治療中患者情報の収集	特定健診案内送付時に治療中患者情報提供票を同封する。 また、特定健診の対象者のうち、医療機関で生活習慣病の治療を受けている者へ治療中患者情報提供票の提出を求める文書を送付する。	対象者への案内送付：100%	情報提供件数：500件
人間ドック助成事業	人間ドック・脳ドック検査費用の一部を助成する。	国保被保険者への制度周知	特定健診受診率：60%以上
健康教室・健康相談	地域における健康教室の開催 栄養相談の実施	実施回数	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している者の割合：40%以上
禁煙指導（相談）	保健指導において、たばこの害やCOPD（慢性閉塞性肺疾患）に関する正しい知識を普及啓発する。 禁煙を希望する者に対し、禁煙支援および禁煙外来等の紹介を行う。	実施率	たばこを習慣的に吸っている者の割合 男性：18.9%以下 女性：3.0%以下
健康推進アプリポイント事業	健康推進アプリ「BIWA-TEKU」の周知や、地元企業からの協賛品の提供依頼を行う。	アプリの周知	アプリユーザー数の増加