

Ⅲ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	対応する保健番号
A	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率は、令和4年度36.4%で県平均39.3%より低く、低迷している。 ・新規受診者が減少傾向。 ・健康状態不明の未受診者が平成30年度32.2%、令和3年度31.5%と横ばい状態。 	<ul style="list-style-type: none"> ・新規受診者を増やし、継続受診につなげていく取組が必要。 ・市民の健康意識を向上し、未受診者が健診を受診できるよう周知と啓発が必要。 	1	1
B	<ul style="list-style-type: none"> ・本市の死亡原因1位はがんであり、特に男性は肺がん、女性の胃がんの死亡率は全国に比べ高い。 ・がんの一人当たり医療費(外来)は、平成30年度27,925円、令和4年度30,376円で年々増加傾向。 	<ul style="list-style-type: none"> ・がん発症リスクと予防(生活習慣改善等)についての啓発が必要。 ・定期的に検診を受けることが習慣となっている人を増やし、要精密検査の対象者を確実に受診につなげる取組が必要。 	2	5
C	<ul style="list-style-type: none"> ・本市の男女とも、急性心筋梗塞・心不全による死亡率が全国に比べ高い。 ・2号被保険者の介護認定原因疾患は、令和4年度脳血管疾患が46.5%で1位である。 ・入院医療費は、脳梗塞が平成30年度90件6,038万円、令和4年度158件1億1,487万円と大きく増加している。 ・メタボ該当者は、男性は平成29年度24.4%、令和3年度31.1%、女性は平成29年度9.5%、令和3年度10.3%と増加している。 ・血圧(収縮期)の有所見者の割合が男性は平成29年度45.7%、令和3年度51.2%、女性は平成29年度40.9%、令和3年度44.2%と増加している。 ・糖尿病性腎症重症化予防事業対象者の医療機関受診率は、令和4年度75.7%と目標値90%以上に達しておらず、医療機関受診につながっていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・心疾患・脳血管疾患の基礎疾患である生活習慣病予防対策が引き続き必要。その中でも肥満対策及び高血圧対策の継続実施が必要。 ・日頃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。 また、医療機関に受診する必要がある人に対し、受診および治療に結びつける取組が必要。 ・メタボリックシンドロームや生活習慣病の予防として運動する習慣のある人を増やす取組が必要。 	3	2・3・4・6・8
D	<ul style="list-style-type: none"> ・男性のCOPD(慢性閉塞性肺疾患)による死亡率は、EBSMR118.6で全国に比べ高い。 ・男性の喫煙率は平成30年度24.3%、令和3年度21.9%で減少傾向だが、女性の喫煙率は平成30年度3.2%、令和3年度3.3%と横ばい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・COPD、がん予防、心疾患、脳血管疾患予防のためにも、特定保健指導対象の喫煙者への指導が必要。 	4	2・7
E	<ul style="list-style-type: none"> ・一人当たりの医療費が年々増加しており、さらなるジェネリック医薬品の使用促進が必要。 ・重複・頻回受診者への訪問指導を実施しているが、対象者の都合等により、訪問指導に繋がらない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ジェネリック医薬品差額通知や啓発チラシにより、引き続き使用促進への取組が必要。 ・重複・頻回受診者の訪問対象者の抽出方法を見直す必要がある。 	5	9

Ⅲ計画全体

(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	第3期データヘルス計画						
			計画策定時 R3 (2021)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	目標 R11(2029)
A,B,C,D	一人当たり医療費の増加抑制	脳梗塞の被保険者1人当たり入院医療費	5,033円	維持	維持	維持	維持	維持	維持
A,B,C,D	一人当たり医療費の増加抑制	心筋梗塞の被保険者1人当たり入院医療費	1,212円	維持	維持	維持	維持	維持	維持
A,B,C,D	一人当たり医療費の増加抑制	がんの被保険者1人当たり入院医療費	25,453円	維持	維持	維持	維持	維持	維持
A, D	特定健診受診率向上	特定健診受診率	37.1%	43.0%	46.0%	50.0%	53.0%	56.0%	60.0%以上
A, D	特定健診受診率向上	新規受診者割合	16.9%	17.0%	17.0%	18.0%	18.0%	18.0%	19.0%以上
A, D	特定健診受診率向上	継続受診率	77.3%	78.0%	78.0%	78.0%	78.0%	78.0%	78.0%以上
A, D	特定健診受診率向上	特定保健指導実施率	55.8%	57.5%	58.0%	58.5%	59.0%	59.5%	60.0%以上
B	がん検診受診率向上	胃がん検診受診率	8.2%	8.7%	9.0%	9.3%	9.6%	9.9%	10.4%以上
B	がん検診受診率向上	大腸がん検診受診率	13.3%	15.2%	15.5%	15.8%	16.1%	16.4%	16.9%以上
B	がん検診受診率向上	肺がん検診受診率	6.3%	7.5%	7.8%	8.1%	8.4%	8.7%	9.2%以上
B	がん検診受診率向上	子宮頸がん検診受診率	12.9%	15.6%	15.9%	16.2%	16.5%	16.8%	17.3%以上
B	がん検診受診率向上	乳がん検診受診率	19.1%	22.1%	22.4%	22.7%	23.0%	23.3%	23.8%以上
A, C, D	心疾患脳血管疾患の重症化予防	メタボリックシンドローム該当率	19.3%	19.2%	19.1%	19.0%	19.0%	19.0%	19.0%以下
A, C, D	心疾患脳血管疾患の重症化予防	BMI25以上の者の割合(男性)	31.0%	30.5%	30.0%	29.5%	29.0%	28.5%	28.0%以下
A, C, D	心疾患脳血管疾患の重症化予防	BMI25以上の者の割合(女性)	21.3%	21.0%	20.7%	20.4%	20.1%	19.8%	19.5%以下
A, C, D	心疾患脳血管疾患の重症化予防	血圧が保健指導判定値以上の者の割合(男性)	55.8%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%以下
A, C, D	心疾患脳血管疾患の重症化予防	血圧が保健指導判定値以上の者の割合(女性)	46.4%	46.0%	46.0%	46.0%	46.0%	46.0%	46.0%以下
A, C, D	心疾患脳血管疾患の重症化予防	受診勧奨判定値以上の者の医療機関受診率	64.0%	65.4%	65.7%	66.0%	66.3%	66.6%	67.0%以上
A, C, D	心疾患脳血管疾患の重症化予防	上記のうち、別に定めるハイリスク者の医療機関受診率	67.3%	67.7%	68.0%	68.3%	68.6%	68.9%	70.2%以上
A, C, D	心疾患脳血管疾患の重症化予防	糖尿病性腎症重症化予防事業対象者の医療機関受診率	65.1%	67.0%	69.0%	71.0%	73.0%	74.0%	75.0%以上
C, D	喫煙者・運動不足の者の減少	喫煙者の割合(男性)	21.6%	21.3%	21.0%	20.7%	20.4%	20.1%	20.0%以下
C, D	喫煙者・運動不足の者の減少	喫煙者の割合(女性)	3.4%	3.3%	3.2%	3.1%	3.0%	3.0%	3.0%以下
C, D	喫煙者・運動不足の者の減少	1日30分以上運動習慣ある人の割合(男性)	38.2%	38.2%	38.7%	38.9%	39.1%	39.5%	39.7%以上
C, D	喫煙者・運動不足の者の減少	1日30分以上運動習慣ある人の割合(女性)	30.2%	30.2%	31.0%	31.4%	31.8%	32.4%	32.8%以上
E	医療費適正化の推進	ジェネリック医薬品使用率	80.1%	81.0%	81.0%	81.0%	82.0%	82.0%	83.0%以上
E	医療費適正化の推進	二次抽出対象者数	31人	減少	減少	減少	減少	減少	減少

②滋賀県・市町国保における共通目標の状況

	目標	第3期データヘルス計画						
		計画策定時 R3 (2021)	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	37.1%	43.0%	46.0%	50.0%	53.0%	56.0%	60.0%以上
	40歳代の健診受診率	25.5%	26.0%	26.0%	27.0%	27.0%	27.0%	28.0%以上 (県目標25.0%以上)
	3年連続未受診者割合	44.0%	43.0%	42.0%	42.0%	41.0%	41.0%	40.0%以下
	特定健診未受診者かつ医療機関受診なし者の割合	31.5%	31.0%	31.0%	30.0%	30.0%	30.0%	29.0%以下 (県目標35.0%以下)
	特定保健指導実施率	55.8%	57.5%	58.0%	58.5%	59.0%	59.5%	60.0%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	23.7%	24.1%	24.5%	24.9%	25.2%	25.6%	26.0%以上
	HbA1c8.0%以上の者の割合	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	1.0%以下
	高血糖者の割合(HbA1c6.5%以上の者の割合)	7.9%	7.9%	7.9%	7.9%	7.9%	7.9%	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	13.7%	13.7%	13.7%	13.7%	13.7%	13.7%	13.7%以下 (県目標12.9%以下)
	血圧が保健指導判定値以上の者の割合	50.5%	50.5%	50.5%	50.5%	50.5%	50.5%	50.5%以下 (県目標44.0%以下)

Ⅲ計画全体

(3)個別の保健事業

事業番号	事業名	重点・優先度
1	特定健診未受診者対策	1
2	特定保健指導利用勧奨・指導の実施	2
3	特定健診受診者のフォローアップ	3
4	特定健診受診者への結果説明会の開催	4
5	がん検診の受診率の向上	5
6	糖尿病の重症化リスクがある人への医療機関受診勧奨と保健指導	6
7	たばこの健康への影響について周知と禁煙指導	7
8	運動に取り組むきっかけづくり	8
9	医療費適正化	9

IV個別の保健事業(令和6年度)

(事業番号)(1)	(事業名称)特定健診未受診者対策
-----------	------------------

①事業の目的	メタボリックシンドロームおよびそれに伴う各種生活習慣病の予防を目指した特定健康診査・特定保健指導を進めるため、様々なアプローチにより、受診率の向上を図ります。
②対象者	国民健康保険加入の40歳から74歳の人
③現在までの事業結果	令和元年度41.4%あった受診率は、令和2年度、コロナの影響による健診の中止や受診勧奨の自粛等により29.4%と大幅に落ち込み、令和3年度は37.1%まで回復したものの、コロナ前の受診率には到達していません。

④今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時 実績	目標値					
		R3 (2021)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム	特定健診受診率	37.1%	43%	46%	50%	53%	56%	60%
アウトプット	未受診者に対する電話勧奨率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	未受診者に対するはがき勧奨率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	新規国保加入者への健診案内率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

⑤目標を達成するための主な戦略	未受診者の人に対し電話やはがきによる受診勧奨を実施します。 チラシ、ポスター、広告等による特定健診の啓発を実施します。 新規に国民健康保険に加入される人に特定健診の案内をします。 商工会議所と連携し、健診の啓発を実施します。
-----------------	---

⑥現在までの実施方法(プロセス)

未受診者への受診勧奨を実施しました。
チラシ、ポスター、広告等による特定健診の啓発を実施しました。

⑦今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

未受診者の特性に合わせた受診勧奨を実施します。
チラシ、ポスター、広告等による特定健診の啓発を実施します。
新規国保加入者に特定健診の案内を行います。
商工会議所と連携し、事業主健診の情報提供を依頼します。

⑧現在までの実施体制(ストラクチャー)

関係者と連携し、未受診者への受診勧奨を実施しました。

⑨今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

関係機関と連携し、未受診者の特性に合わせた受診勧奨を実施します。
商工会議所と連携し、健診の受診啓発をします。

⑩評価計画

毎月の受診率を把握し、次年度の法定報告により当該年度の受診率を確定し、評価を行います。

IV個別の保健事業(令和6年度)

(事業番号)(2)	(事業名称)特定保健指導利用勧奨・指導の実施
-----------	------------------------

①事業の目的	被保険者自身が生活習慣を見直し健康的な日常生活を長く送れるようにする。
②対象者	特定健診受診者の内、メタボリックシンドローム該当者及び予備群対象者になった人
③現在までの事業結果	特定保健指導を実施することで自身の身体について関心をもち、生活習慣を改善できるように支援を行いました。

④今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時 実績	目標値					
		R3 (2021)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム	保健指導対象者の減少率※1	23.7%	24.1%	24.5%	24.9%	25.2%	25.6%	26%
	特定保健指導実施率	55.8%	57.5%	58.0%	58.5%	59.0%	59.5%	60%
アウトプット	保健指導利用率 (積極的支援)	58.5%	58.8%	59.1%	59.4%	59.7%	60.0%	60%
	保健指導利用率 (動機付け支援)	55.6%	56.4%	57.2%	58.0%	58.8%	59.6%	60%

※1:昨年度対象だった人が、今年度対象でなくなった割合の減少率

⑤目標を達成するための主な戦略	対象者に沿った効果的な保健指導を行うことで、次年度の保健指導対象者の減少率を増やします。また、保健指導利用者の利用しやすい支援方法を考え、途中終了者の発生を防ぐように支援方法(面談・電話・メール・オンライン面談など)の工夫を行います。
-----------------	---

⑥現在までの実施方法(プロセス)

特定健診受診後、対象者には保健指導の利用勧奨を行い、生活習慣の見直しを行えるように食事・運動・喫煙に対して保健指導を実施しました。また、保健指導の利用により、運動アプリのポイントが付与されるよう、整備をしました。

⑦今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

保健指導の委託や初回面接の分割実施を行うことにより対象者が利用しやすい体制を継続します。また、オンライン面談・電話・メールなどにより、対象者が利用しやすい方法を提案していきます。

⑧現在までの実施体制(ストラクチャー)

保健指導の委託や初回面接の分割実施を行うことにより対象者が利用しやすい体制を整備しました。

⑨今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

市の保健師・管理栄養士の保健指導能力向上のための勉強会を年1回以上実施します。

⑩評価計画

特定保健指導利用率や終了率、メタボリックシンドローム該当者の減少など、次年度の法定報告により当該年度の評価を行います。

IV個別の保健事業(令和6年度)

(事業番号)(3)	(事業名称)特定健診受診者のフォローアップ(医療受診勧奨判定値以上の人への医療受診勧奨)
-----------	--

①事業の目的	医療受診勧奨判定値以上の人に、医療機関への受診勧奨を行い、確実に治療につなげ、循環器疾患等の死亡率の低下や医療費の削減につなげます。
②対象者	特定健診受診者で要医療(受診勧奨判定値以上)と判定されている人
③現在までの事業結果	医療機関受診率:令和3年度64.0%、そのうちハイリスクの人の受診率:令和3年度67.3%

④今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		R3 (2022)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム	①受診率(%)	64.0%	65.4%	65.7%	66.0%	66.3%	66.6%	67.0%
	②ハイリスク者受診率(%)	67.3%	67.7%	68.0%	68.3%	68.6%	68.9%	70.2%
アウトプット	①受診勧奨実施率	①②とも 100%	①②とも 100%	①②とも 100%	①②とも 100%	①②とも 100%	①②とも 100%	①②とも 100%
	②再勧奨実施率							

⑤目標を達成するための主な戦略	対象者の中で優先的に関わる基準を見直し、アプローチの仕方を検討します。
-----------------	-------------------------------------

⑥現在までの実施方法(プロセス)

市独自の基準で対象を抽出し、集団健診は健診結果発送時に医療受診勧奨通知文を同封して報告書の返送で受診確認をしました。医療機関健診は健診システムによる対象者把握後、医療受診勧奨通知文を発送し、報告書の返送で受診確認をしました。6か月後レセプト確認で受診状況を把握しました。

⑦今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

対象者抽出基準の見直しを行い、対象者全員に受診勧奨ができるようにします。

⑧現在までの実施体制(ストラクチャー)

医療受診勧奨通知文発送後、報告書未返送の人でハイリスク者には電話で保健指導を実施しました。また、ハイリスク者で血圧高値の人には訪問を実施し、ハイリスク以外の人には通知で再勧奨を行いました。

⑨今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

電話指導率100%を目指します。医療機関と連携し、電話番号の把握に努めます。

⑩評価計画

毎月、訪問指導件数、受診率の状況確認を実施し、次年度に当該年度の受診率を確定します。実施体制・方法について、担当者間、関係課で協議を行います。

IV個別の保健事業(令和6年度)

(事業番号)(4)	(事業名称)特定健診受診者への結果説明会の開催
-----------	-------------------------

①事業の目的	特定健診受診者に、健診結果の見方を説明し、生活習慣の改善を支援し、疾病の重症化予防につなげます。
②対象者	全ての特定健診受診者
③現在までの事業結果	年間10回開催。参加者アンケートにより、評価を行いました。

④今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		R3 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム	アンケートで野菜摂取量の目標値を知っている人の割合	51.4% (R4実績)	55%	60%	65%	70%	75%	80%
	アンケートで塩分摂取量の目標値を知っている人の割合	41.6% (R4実績)	55%	60%	65%	70%	75%	80%
アウトプット	参加者数	136名	100名	100名	100名	100名	100名	100名
	開催回数	10回	10回	10回	10回	10回	10回	10回

⑤目標を達成するための主な戦略	特定健診受診者の内、情報提供判定者を中心に保健指導を行います。また、結果説明会で、野菜摂取の目標量と塩分摂取量について必ず説明します。糖尿病重症化予防対象者及び特定保健指導対象者への保健指導の場としても活用します。
-----------------	---

⑥現在までの実施方法(プロセス)

特定健診受診後、情報提供になった人を中心に結果説明会を実施しました。また、希望者にベジチェックや一日塩分量測定による野菜摂取量や塩分摂取の見える化を行い、自身の生活の振り返りができるようにしました。また、結果説明会の参加により、運動アプリのポイントが付与されるよう、整備をしました。

⑦今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

保健センターだけでなく地区のまちづくりセンターを活用し参加しやすい場所で実施します。

⑧現在までの実施体制(ストラクチャー)

管理栄養士・保健師により、健診結果の振り返りと保健指導を個別で実施しました。その後、歯科衛生士から歯科指導を実施しました。

⑨今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

専門職で連携をして実施します。
地区担当保健師とも協同し、まちづくりセンター等との顔の見える関係性を作っていきます。

⑩評価計画

参加者へのアンケートを通して、評価を実施します。

IV個別の保健事業(令和6年度)

(事業番号)(5)	(事業名称)がん検診の受診率の向上
-----------	-------------------

①事業の目的	市民の死因原因1位であるがんにおいて、がんの発症リスクと予防について啓発し、定期的に検診受診する人を増やして、早期発見・早期治療によりがんの重篤化を防ぐことを目的とします。
②対象者	胃がん・大腸がん・肺がん・乳がん検診:今年度40歳以上の人 子宮頸がん検診:今年度20歳以上の人 ※乳がん検診・子宮頸がん検診は、2年に1回、女性のみ
③現在までの事業結果	令和4年度:胃がん検診8.4%、大腸がん検診14.9%、肺がん7.2%、乳がん検診21.8%、子宮頸がん検診:15.3%。各がん検診の受診率は、コロナの影響もあり令和2年度に大幅に減少しましたが、その後徐々に回復しています。

④今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		R3 (2021)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム	胃がん検診受診率	8.2%	8.7%	9.0%	9.3%	9.6%	9.9%	10.4%
	大腸がん検診受診率	13.3%	15.2%	15.5%	15.8%	16.1%	16.4%	16.9%
	肺がん検診受診率	6.3%	7.5%	7.8%	8.1%	8.4%	8.7%	9.2%
	子宮頸がん検診受診率	12.9%	15.6%	15.9%	16.2%	16.5%	16.8%	17.3%
	乳がん検診受診率	19.1%	22.1%	22.4%	22.7%	23.0%	23.3%	23.8%
アウトプット	国保対象者への勧奨率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

⑤目標を達成するための主な戦略	がん好発年齢の人や今まで受けたことがない人へのアプローチを行い、新規受診者の増加を図ります。
-----------------	--

⑥現在までの実施方法(プロセス)

地域団体等との連携により各種啓発を実施し、受診の機運向上を行いました。特定健診とがん検診の同日実施や医療機関での同日実施検診など受けやすい体制をつくりました。精密検査が必要な人に受診勧奨を行い、早期治療につなげる取組を行いました。無料クーポン券配布や電話や通知での勧奨などの受診勧奨を実施しました。

⑦今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

がん好発年齢層へアプローチし、継続的に定期受診する人を増やします。

⑧現在までの実施体制(ストラクチャー)

地域の団体や企業と連携し、受診の機運向上を図る事業を実施しました。医療機関との連携により受けやすい体制を作りました。

⑨今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

商工会議所等事業所と連携を図り、個人事業主等に検診の周知や勧奨を実施します。精密検査になった人が確実に医療につながるよう、医療機関と連携した受診勧奨を行います。

⑩評価計画

健診実施回数や実施医療機関数等で検診を受けやすい体制づくりの評価を行います。勧奨回数、電話架電数、通知数等で受診勧奨の評価を行います。啓発実施回数、関係者間協議回数等で受診の機運向上の方法の評価を行います。

IV個別の保健事業(令和6年度)

(事業番号)(6)	(事業名称)糖尿病の重症化リスクがある人への医療機関受診勧奨と保健指導
-----------	-------------------------------------

①事業の目的	生活習慣病治療中の人で、生活習慣改善が必要な人に対して、主治医と連携して生活習慣改善への支援を行います。
②対象者	当該年度特定健診受診者・昨年度から5年間で糖尿病関連の治療中断者および腎症重症化予防対象者
③現在までの事業結果	地区担当保健師による保健指導・糖尿病性腎症重症化予防対象者(治療中断者・腎症重症化予防対象者)に保健指導を行いました。

④今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		R3 (2021)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム	医療機関受診者数・率	56人 65.1%	67%	69%	71%	73%	74%	75%
アウトプット	受診勧奨実施数・率	86人 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

⑤目標を達成するための主な戦略	対象者に対して、医療機関への受診勧奨及び健診の受診勧奨を疾病の構造図を用いて対象者に分かりやすく説明を行い受診勧奨に繋がります。
-----------------	--

⑥現在までの実施方法(プロセス)

特定健診結果から対象者を把握し、地区担当保健師が訪問・面談等による保健指導を実施しました。治療中断者・腎症重症化予防対象者については、訪問し、医療機関受診勧奨及び特定健診受診勧奨を行いました。受診確認後、必要者にはかかりつけ医と連携し、保健指導を行うことで重症化予防を図りました。また、保健指導の利用により、運動アプリのポイントが付与されるよう、整備をしました。

⑦今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

対象者全員に医療機関・健診受診勧奨を実施します。
糖尿病重症化事業の対象者が後期高齢に移行された後も、切れ目のない支援ができるよう引継ぎを行います。

⑧現在までの実施体制(ストラクチャー)

保健師及び管理栄養士による訪問・面談にて保健指導を実施しました。

⑨今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

訪問や面談などにより、100%の保健指導や面談率を目指します。

⑩評価計画

毎月、保健指導件数、医療機関受診率の状況確認を実施します。また、次年度8月頃に治療中断者及び腎症重症化予防対象者の当該年度の医療機関受診率・特定健診受診率を確定し評価を行います。
実施体制・方法について、担当者間、関係課で協議を行います。

IV個別の保健事業(令和6年度)

(事業番号)(7)	(事業名称)たばこの健康への影響について周知と禁煙指導
①事業の目的	COPDや肺がんの原因の一つである喫煙について、正しい知識の普及啓発を実施し、喫煙者に対し禁煙に取り組むための支援を進めます。
②対象者	国民健康保険加入者、特定健診の間診票で喫煙習慣があると回答された人
③現在までの事業結果	特定保健指導や健診結果説明会で、喫煙している人に喫煙の害について啓発し、禁煙指導・禁煙外来の受診支援を実施しました。 対象者にCOPD啓発チラシを送付することや、市の広報等にて喫煙や受動喫煙による健康への影響に関する情報を提供することにより、禁煙啓発を実施しました。

④今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		R3 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム	喫煙者の割合(男性)	21.60%	21.3%	21.0%	20.7%	20.4%	20.1%	20%以下
	喫煙者の割合(女性)	3.4%	3.3%	3.2%	3.1%	3.0%	3.0%	3.0%以下
アウトプット	啓発チラシ送付率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

⑤目標を達成するための主な戦略	保健指導、イベントを通じて禁煙啓発を実施します。 生活習慣を見直す機会づくりとして、COPDの啓発チラシを送付します。
-----------------	--

⑥現在までの実施方法(プロセス)

特定保健指導対象者で喫煙履歴があり、かつ禁煙意思のある人に対して、特定保健指導期間中に禁煙指導・禁煙外来受診支援を実施しました。また、対象者から禁煙相談があった場合は、地区担当保健師が喫煙状況を確認し、マニュアルを基に一定期間禁煙指導を実施しました。
前年度特定健診受診者のうち、間診票で喫煙していると回答した被保険者に、COPDの啓発チラシを送付し、予防や治療への理解を深めてもらいました。

⑦今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

特定保健指導時、喫煙者への禁煙啓発・禁煙指導、あわせてCOPDチェックを行い、リスク者への受診勧奨、肺がん検診の受診勧奨を実施します。
健康ステーションや地域の健康イベントにて、肺年齢チェックなどを行い、たばこの健康への影響について周知、禁煙啓発を実施します。
地区保健師活動にて、禁煙啓発に取り組みます。
COPDの啓発チラシを送付し、予防と治療について周知します。

⑧現在までの実施体制(ストラクチャー)

特定保健指導の場で、喫煙者への指導を実施しました。
特定健診の間診票より対象者を把握し啓発を実施しました。

⑨今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

特定保健指導の場で、喫煙者への指導を実施します。
特定健診の間診票より対象者を把握し啓発を実施します。

⑩評価計画

KDBシステムにて喫煙者の割合を把握し、年に1回評価を実施します。

IV個別の保健事業(令和6年度)

(事業番号)(8)	(事業名称)運動に取り組むきっかけづくり
-----------	----------------------

①事業の目的	メタボリックシンドロームや生活習慣病の予防として、運動する習慣のある人を増やします。
②対象者	国民健康保険加入者
③現在までの事業結果	運動のきっかけづくりとしてスマホアプリを取り入れた事業を展開し、事業啓発を行いました。

④今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		R3 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム	1日30分以上運動習慣ある人の割合(男性)	38.2%	38.2%	38.7%	38.9%	39.1%	39.5%	39.7%
	1日30分以上運動習慣ある人の割合(女性)	30.2%	30.2%	31.0%	31.4%	31.8%	32.4%	32.8%
アウトプット	特定保健指導時でのビワテク周知率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	運動啓発実施回数	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回

⑤目標を達成するための主な戦略	運動アプリ(ビワテク)の認知向上を図ると共に、利用につなげる仕組み(機会)の確保を目指します。 日常生活の場で気軽に体を動かせる機会の提供をします。
-----------------	---

⑥現在までの実施方法(プロセス)

主に地域イベント及び啓発媒体を活用した運動アプリ認知向上・利用啓発を展開(地域の健康づくりイベントでの周知、市広報、ホームページでの周知、地方情報誌でのアプリを活用したイベントの周知、健康推進員への活用促し等)しました。

⑦今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

イベント機会が無くても、確実にアプリを周知する、利用の促しができる仕組みをつくりまします。(特定保健指導の場で運動アプリ(ビワテク)の周知及びダウンロードの支援を行う。)
運動アプリ(ビワテク)を活用した市独自イベントの期間中は、アプリダウンロード及び市独自イベントへの参加勧奨を行います。
運動アプリのポイント付与対象として、保健指導や健康講座、健康チェックなどを登録し、アプリの利用や新規ダウンロードを促します。また、買い物場等を利用し、日常生活の中で気軽に体操やウォーキングに取り組める環境づくりを進めます。
スマホがない人には、体重や歩数を管理し、身体活動を増やす意識を高められるよう、健康測定機器の貸出対応を行います。
地域での健康づくり活動時に運動及びアプリ活用について啓発する他、地域団体と共にウォーキングを取り入れた活動の展開を図ります。
特定保健指導時、運動に取り組めるよう支援します。

⑧現在までの実施体制(ストラクチャー)

事業機会ごとに、周知等について関係部局で調整しました。

⑨今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

運動に関連する事業を他事業に取り入れたり、周知啓発の機会を設けます。

⑩評価計画

KDBシステムにて1日30分以上運動習慣ある人の割合を把握し、年に1回評価を実施します。

IV個別の保健事業(令和6年度)

(事業番号)(9)	(事業名称)医療費適正化
①事業の目的	①ジェネリック医薬品の利用差額通知および普及啓発等の取組を通じて、利用率を高め医療費適正化を推進します。 ②重複・頻回受診者、重複・多剤投与者を対象に保健師等による訪問指導を実施し、適正な医療受診および医療費適正化につなげます。
②対象者	①40歳以上の被保険者で、ジェネリック医薬品を選択した場合、1被保険者当たり100円以上差額が発生する人 ②重複受診者:3か月連続して同一診療科または同一病態により1か月に3か所以上受診をされた人、3か月間に毎月5か所以上の医療機関を受診された人、3か月に2つの診療科を各々2か所以上の受診された人 頻回受診者:3か月連続して、同一医療機関において、1か月間に15日(回)以上の受診をされた人 重複服薬者:同一月に3か所以上の医療機関より、同一の薬効の薬剤投与を受けている人 多剤投与者:3か月連続して同一月で15剤以上処方されている人 以上に当てはまる人のうち、滋賀県国民健康保険団体連合会と協議の上決定。
③現在までの事業結果	①ジェネリック医薬品使用率は、R3年度80.1%、R4年度81.3%と年々増加しています。 ②令和4年度の対象者5名については、訪問前後でレセプト点数13,870点、受診日数は28日減少した(令和4年6月～8月診療と令和4年10月～12月診療分の比較)。

④今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		R3 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム	①ジェネリック医薬品の使用率	80.1%	81%	81%	81%	82%	82%	83%
	②二次抽出対象者数	31人	減少	減少	減少	減少	減少	減少
アウトプット	①差額通知送付回数	4回	4回	4回	4回	4回	4回	4回
	②訪問対象者通知率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

⑤目標を達成するための主な戦略	①対象者に差額通知書を継続して送付し、ジェネリック医薬品の利用による普及、啓発を実施します。 ②対象者の適正な医療受診、服薬を促進し、医療費適正化につなげます。
-----------------	---

⑥現在までの実施方法(プロセス)

- ①対象者を把握し、差額通知書を送付しました。
②対象者を把握し、訪問を実施しました。

⑦今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- ①対象者を把握し、差額通知書を送付します。
②対象者を把握し、訪問を実施します。

⑧現在までの実施体制(ストラクチャー)

滋賀県国民健康保険団体連合会と連携し、対象者の抽出を実施しました。

⑨今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

滋賀県国民健康保険団体連合会と連携し、対象者の抽出を実施します。

⑩評価計画

年に1回評価を実施します。

Vその他

<p>(1)データヘルス計画の評価・見直し</p>	<p>毎年度、各取組に対する実施内容や実施方法等についての個別計画を作成し、各取組を実施するとともに、「健康ながはま21」とも一体的な評価を行います。国保データベースシステムに収載される特定健診等の受診率、医療の動向等のデータを確認しながら、滋賀県国民健康保険団体連合会に設置する「保健事業支援・評価委員会」の指導・助言等を受け、事業評価を行います。また、長浜市国民健康保険運営協議会において毎年進捗状況を報告し、必要に応じて事業内容等の見直しを行います。</p> <p>令和8年度に、計画に掲げる目標の達成状況及び事業の実施状況の中間評価を行い、現状の変化等に合わせて計画の修正を行います。また、計画の最終年度(令和11年度)にも同様の評価を行い、次期計画の参考とします。</p>
<p>(2)データヘルス計画の公表・周知</p>	<p>本計画は第3期データヘルス計画とともに長浜市広報及びホームページに掲載し周知を図ります。また、見直し等により計画の変更を行った時も広報等により住民への周知を行います。</p>
<p>(3)個人情報の取扱い</p>	<p>特定健診・特定保健指導の結果についてのデータの取扱いについては、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)及びこれに基づくガイドライン等を踏まえて適切に対応します。</p> <p>また、特定健診・特定保健指導を受託した事業者に対しても、同様の取扱いをするとともに、業務で知り得た個人情報の守秘義務を徹底し、業務終了後も同様とします。</p>
<p>(4)地域包括ケアに係る取組</p>	<p>人口の高齢化が進む中で、高齢者の要介護状態やフレイル予防が重要となっています。高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を推進するため、関係各課や関係機関と連携し、取組を推進します。</p>

第4期長浜市国民健康保険特定健康診査等実施計画

I 背景と趣旨

本市の死亡原因や要介護認定申請の原因疾患、医療費等の情報からの現状分析では、心疾患や脳血管疾患を起こしている人や起こす危険性が高い人の割合が高い状況にあります。これらの病気は高血圧や脂質異常症、糖尿病などの生活習慣病の早期発見と適切な治療及び生活習慣の改善により、発症の危険性を低くすることができますが、生活習慣病の早期発見を行う特定健診の受診率は依然として低迷していることが大きな課題となっています。

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組とともに、特定健診及び特定保健指導（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及びその成果に係る目標に関する基本的な事項について定め、第4期長浜市特定健康診査等実施計画とします。高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第18条により定められた特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針（以下「特定健康診査等基本指針」という。）に基づき、同法第19条の規定により計画します。

II 現状と目標及び取組

(1) 特定健診

特定健診受診率は、コロナの影響により、令和2年度の受診率は大幅に減少しましたが、その後は徐々に回復傾向にあります。しかし、県内で比較すると受診率は低く、特に以下の2点が課題となっています。

1点目は、新規受診者割合が低いことです。継続受診率は、第3期特定健康診査等実施計画（平成30年度から令和5年度まで）や第2期長浜市データヘルス計画（平成30年度から令和5年度まで）に基づき、電話やはがきなど様々な媒体を用いて、対象者特性に合った勧奨を行ってきたことにより増えてきているため、まずは新規受診者を増やし、継続受診につなげていく取組が必要です。

2点目は、未受診者かつ医療機関受診なしの割合が平成30年度32.2%、令和3年度31.5%と横ばい状態であることです。市民の健康意識を向上し、未受診者が健診を受診できるよう、周知と啓発が必要です。

<目標> 特定健診受診率

目標項目	現状値 (R3)	中間目標 (R8)	最終目標 (R11)
特定健診受診率	37.1%	50%	60%
新規受診者割合	16.9%	18%	19%
継続受診率	77.3%	78%	78%

<具体的な取組> 特定健診受診率

取組名	取組の概要	実施回数
新規国保加入者への案内	新規に国民健康保険に加入される人に特定健診の案内をします。	通年
啓発ポスター、チラシの掲示	実施医療機関や公共施設等に啓発ポスターやチラシを送付し、掲示します。	年1回
健診の周知	健康づくり日程表の配布(4月)や健診を紹介・受診勧奨するチラシを市内に回覧し、健診の周知を図ります。	年3回以上
健診の周知	地域新聞等に受診啓発の広告を掲載します。	年3回以上
受けやすい健診の場づくり	総合健診の日程や場所を見直し、受診しやすい健診の場を提供します。	年50回
未受診者への勧奨	受診歴や問診票の回答から、対象者特性を絞り込み、電話やはがき等の媒体を使用した受診勧奨を実施します。	年3回以上
関係者との連携	商工会議所や企業等と連携し、健診の受診啓発と、情報提供を依頼します。	年12回以上

(2) 特定保健指導

本市の特定保健指導実施率は県平均を上回っており、年々増加しています。

令和3年度の動機付け支援の実施率は56.0%、積極的支援の実施率は55.1%となっています。

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、支援回数が多い積極的支援の途中終了者が多くなる傾向にあり、積極的支援の実施率向上に取り組むことが必要です。

動機付け支援の実施率の維持とともに、積極的支援の実施率の向上や若年者への特定保健指導利用率向上のために、実施医療機関への委託などの受けやすい環境づくりの取組を行います。

また、繰り返し保健指導の対象となる人に、画一的な指導とならないよう年齢や支援開始時の行動変容ステージの状況などに応じ工夫し、特定保健指導実施率の向上を目指します。

<目標> 特定保健指導実施率

目標項目	現状値 (R3)	中間目標 (R8)	最終目標 (R11)
特定保健指導実施率	55.8%	58.5%	60%

<具体的な取組> 特定保健指導実施率

取組名	取組の概要	実施回数
指導を受けやすい環境づくり	電話やICTを利用するなど指導を受けやすい環境づくりを行う。	通年
効果的な指導の実施	特定保健指導従事者研修を行い、保健指導従事者の指導技術の向上を図り、効果的な保健指導を実施する。	年1回以上

Ⅲ 対象及び実施方法

(1) 特定健康診査

特定健康診査の対象者は、実施年度において40歳以上74歳以下の被保険者のうち、妊産婦等除外規定の該当者(海外在住、長期入院等)を除いた人です。

対象者数(令和6年度から推計値)及び目標に対する受診予定者数

	R3 (現状)	R6 (以降推計)	R7	R8	R9	R10	R11
対象者数(人)	16,664	16,000	15,500	15,000	14,500	14,000	13,500
受診率(%)	37.1	43	46	50	53	56	60
受診者数(人)	6,176	6,880	7,130	7,500	7,685	7,840	8,100

① 実施場所

ア 集団健診による実施

市内の公共施設等で実施します。がん検診等と同時実施し受診者の利便を図ります。

イ 医療機関(契約した医療機関に限る。)による実施

滋賀県医師会を通じて委託契約した医療機関で実施します。

ウ 人間ドックによる実施

人間ドックは、特定健診項目を全て含んでいるため、人間ドック受診は特定健診を受診したものとします。

エ 0次健診による実施

0次健診は特定健診項目を全て含んでいるため、0次健診受診は特定健診を受診したものとします。

② 実施項目

ア 基本的な健診の項目

- (ア) 質問項目(服薬の有無、既往歴、喫煙歴、生活習慣など)
- (イ) 身体計測(身長、体重、BMI、腹囲(内臓脂肪面積))
- (ウ) 理学的検査(身体診察)
- (エ) 血圧測定
- (オ) 脂質検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール)
- (カ) 肝機能検査(AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT(γ -GDP))
- (キ) 血糖検査(空腹時血糖又はHbA1c検査)
- (ク) 尿検査(尿糖、尿蛋白)

イ 詳細な健診の項目(医師が必要と判断した場合)

- (ア) 心電図検査
- (イ) 眼底検査
- (ウ) 貧血検査

ウ 追加項目(市が独自で追加するもの)

- (ア) 血液化学検査 (HbA1c、尿酸、血清クレアチニン及び eGFR)
- (イ) 尿検査(尿潜血)
- (ウ)その他必要に応じて追加する項目

③ 実施期間

4月から翌年3月まで

④ 外部委託の有無

医療機関での実施は、滋賀県医師会と代表国保保険者の集合契約に基づき委託して実施します。また、必要に応じて個別に委託契約して実施します。集団健診は、委託契約を締結した健診機関が実施します。

⑤ 周知及び案内

ア 受診券の送付

受診券を対象者全員に個別に送付し特定健診の実施を周知するとともに、受診促進を図ります。

イ 受診啓発

市広報やホームページなど様々な媒体を活用し特定健診の受診啓発を図ります。

ウ 受診勧奨

集団健診の申込者には、実施日の概ね1週間前に受診案内を送付します。一定期間を経過しても未受診の者に対し、個別に受診勧奨を行います。受診勧奨は、効果的かつ効率的な方法を検討し、第3期データヘルス計画個別実施計画に基づき実施します。

⑥ 情報提供

被保険者が、市が実施する方法以外で健診を受診した場合は、健診実施機関又は被保険者に協力を依頼し、受診結果の提供を求めます。治療中のため医療機関に特定健診項目と同じ項目の検査データがある被保険者に、検査データの提供を求めます。

⑦ 自己負担額

自己負担額は、無料とします。

(2)特定保健指導

標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)及び特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第4版)に基づき実施します。特定保健指導対象者は特定健康診査の結果から、腹囲が男性 85cm 以上、女性 90cm 以上の者、又は腹囲が男性 85cm 未満、女性 90cm 未満の者で BMI が 25 以上の者のうち、血糖(随時血糖 100mg/d 以上または HbA1c 5.6%以上)・脂質(空腹時中性脂肪 150mg/dl 以上又は随時中性脂肪 175 mg/dl 又は HDL コレステロール 40mg/dl 未満)、血圧(収縮期血圧 130mmHg 又は拡張期血圧 85mmHg 以上)に該当する者(糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を使用している者を除く。)を選定します。また、追加リスクの数と喫煙歴の有無により、動機づけ支援の対象者が積極的支援の対象者かを選定します。

対象者数(令和6年度から推計値)及び実施予定者数

	R3 (現状)	R6 (以降推計)	R7	R8	R9	R10	R11
特定健診受診者数(人)	6,176	6,880	7,130	7,500	7,685	7,840	8,100
対象者発生率(%)	10.4	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0
対象者数(人)	643	688	713	750	768	784	810
特定保健指導実施率(%)	55.8	57.5	58.0	58.5	59.0	59.5	60.0
実施者数(人)	362	395	413	438	453	466	486

① 動機づけ支援事業

ア 初回面接

集団指導又は個別相談時に面接を実施します。

イ 支援内容

3か月後以降に対象者と面接又は通信を利用して実施評価します。

ウ 実施時期

特定健診結果返却後に随時実施します。(概ね7月から翌年度9月まで)

② 積極的支援事業

ア 初回面接

集団指導又は個別相談時に面接を実施します。

イ 支援内容

電話による指導、個別相談及び集団指導等を実施します。

3か月以上の継続的な支援を対象者と面接又は通信を利用し、アウトカム評価(行動変容の目標)も含めて評価します。

ウ 実施時期

特定健診結果返却後に随時実施します。(概ね7月から翌年度9月まで)

(3) その他の保健指導

① 個別相談

特定保健指導には該当しないが、結果説明・生活習慣病予防に関する相談を希望する者に、保健師・管理栄養士による個別相談を実施します。

② 重症化予防事業

ア 医療受診勧奨

健診結果が「要医療」判定の者で、標準的な特定健診プログラムで定められた「受診勧奨判定値」に該当した者には、「医療機関受診結果報告書」を結果通知に同封し受診勧奨します。また、一定期間経過しても、医療機関への受診が確認できない場合は、電話や訪問で結果からの保健指導及び医療機関への受診勧奨を行います。

イ 糖尿病等重症化予防

健診結果から対象者を抽出し、治療を勧めるとともに、主治医と連携し生活習慣の改善を目的とした保健指導を行います。

なお、重症化予防事業については、第3期データヘルス計画やデータヘルス計画実施計画に基づいて実施します。

IV 個人情報の保護に関する事項

「個人情報の保護に関する法律」に基づき適切な管理を行うものとし、職員の義務（データの正確性の確保、漏洩防止措置、従事者の監督、委託先の監督）について周知を図ります。

また、特定健康診査・特定保健指導等を外部に委託する際は、個人情報の厳格な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に明記し、必要に応じ委託先への聞き取り、立ち入り検査を行うものとします。

V 特定健診等実施計画の公表と周知に関する事項

本計画は第3期データヘルス計画とともに長浜市広報及びホームページに掲載し周知を図ります。また、見直し等により計画の変更を行った時も広報等により住民への周知を行います。

VI 特定健診等実施計画の評価と見直し

第3期データヘルス計画とともに目標値や健診結果、生活習慣病関連の医療費の推移などで評価し、「健康ながはま 21」とも一体的な評価を行います。また、長浜市国民健康保険運営協議会において毎年進捗状況を報告し、必要に応じて見直しをします。

VII その他

国民健康保険被保険者に対し行う特定健康診査は、健康増進法による健診等及び介護保険法による事業等と、整合性を図り進めていきます。

参考資料

用語説明

用語	説明
データヘルス計画の標準化	第3期データヘルス計画は、市町村による保健事業の質向上と、現場の事業運営の負担軽減を図るため、県が示した様式を用いて計画を策定することになりました。標準化により、市町村の実績が比較でき、効果的な保健事業の知見を抽出しやすくなります。
特定健康診査	メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目した健康診査です。40歳～74歳が対象で、糖尿病や心臓病、脳卒中などの生活習慣病を早期発見し、重症化を防ぐことを目的とします。
特定保健指導	特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高い人に対して、医師や保健師、管理栄養士等が対象者一人ひとりの身体状況に合わせた生活習慣を見直すためのサポートをすることです。リスクの程度に応じて、動機付け支援と積極的支援があります。(よりリスクが高い方が積極的支援となります。)
国保データベース(KDB)システム	国保データベース(KDB)システムは国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種制度の審査支払業務及び保険者事務共同電算業務を通じて管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療(後期高齢者医療含む)」、「介護保険」等に係る情報を利活用し、統計情報等を保険者向けに情報提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実務をサポートすることを目的として構築されたシステムです。
平均自立期間	健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間のことです。
EBSMR(標準化死亡比)	年齢構成の違いの影響を除いた死亡率について、全国の基準値を100として比較したものです。基準値より大きいと全国より悪い、基準値より小さいと全国より良いことを意味します。
COPD(慢性閉塞性肺疾患)	従来、慢性気管支炎や肺気腫と呼ばれてきた病気の総称です。タバコ煙を主とする有害物質を長期に吸入曝露することで生じた肺の炎症性疾患であり、喫煙習慣を背景に中高年に発症する生活習慣病といえます。
ジェネリック医薬品(後発医薬品)	医薬品の有効成分そのものに対する特許である物質特許が切れた医薬品を、他の製薬会社が製造・供給する医薬品のことです。開発費が大幅に削減できるため、新薬と同じ有効成分・同等の効き目でありながら、薬の価格を低く抑えることができます。
アウトカム	成果。アウトカム評価が事業の目的の達成度、または成果の数値目標を評価します。
アウトプット	実績。アウトプット評価は目的・目標の達成のために行われる事業の結果(活動回数、参加者数など)を評価します。
プロセス	過程。プロセス評価は、事業の目的や目標の達成に向けた過程(手順)や活動状況を評価します。
ストラクチャー	構造。ストラクチャー評価は、体制や仕組み、施設や設備、予算などが整っているかを評価します。

用語	説明
ICT	Information and Communication Technology の略で、情報通信技術のこと。
地域包括ケア	「医療や介護が必要な状態になっても、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した生活を続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される」という考え方です。