

第3期データヘルス計画（案）に対する意見と考え方

意見募集期間：令和5年12月13日（水）～令和6年1月12日（金）

提出意見総数：8件

※提出意見数は、意見提出者数としています。

No.	ページ	意見の概要	対応方針・考え方
1	-	今後も被保険者数は増加傾向にあり、生活習慣病（糖尿病）患者が増加することが考えられる。定期的に医療機関を受診しているものの、血液検査等を実施せずに薬のみの処方を受けている者が存在している。服薬だけではなく、意識改革につなげるために尿検査、血液検査は必ず行ってほしい。	生活習慣病を未然に防ぐために、尿検査・血液検査が含まれている健康診査を受診していただき、ご自身の健康状態を把握してもらうことが重要であると考えていますので、各市町と連携し、受診率の向上に努めます。
2	6	【国保連及び保健事業支援・評価委員会との連携内容について】 構成市町の職員向け研修の実施とはどのような方法で一定程度の研修効果を上げることができるのか。	「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」に係る保健事業について、当広域連合と国保連合会で共同で研修会を実施しております。 各市町において、事業の目的や評価指標について整理・明確化するとともに、保健事業の実施・評価・分析を行い、その結果に基づき各市町の課題解決に向けPDCA サイクルを展開することで、より効果的に保健事業を実施できるようになることを目標としています。 具体的には、保健事業に対して見識の深い学識経験者による講演、市町の職員による実践発表、他市町との情報交換等を行っております。引き続き効果的な研修会の運営に努めます。
3	8～10	被保険者の加入状況の推移では、2025年問題の影響により、当面は75歳～80歳の被保険者が急増しますが、その後団塊世代が80歳代となり被保険者の年齢階層の状況が大きく変化します。計画策定時の被保険者の状況と併せて、団塊世代の被保険者が80歳以上になった時の将来の医療費や介護給付の予測分析も必要ではないでしょうか。年齢構成の変化によって、疾病や介護認定区分に大きな変化が見られるものと推察します。	ご指摘のとおり、年齢が高くなれば医療費が高くなる傾向にあるので、その割合が変化すれば総医療費への影響も大きいことについては認識しております。 しかしながら将来の医療費については、診療報酬の改定等が大きく影響し、厚生労働省のデータヘルス計画策定の手引きにも確立した予測手法が示されていない状況では、予測値を示すことは大変困難であると考えています。一方で、医療費適正化の観点からは、疾病予防の取組や適正受診の啓発については大変重要であると考えていますので、引き続き市町と連携して取り組んでまいります。 また、現在も単年度ごとの医療費分析は行っておりますので、年齢構成の変化に伴う医療費の変化についても注視してまいります。
4	11	二次医療圏域による地域分析が掲載されておられません。貴広域連合の課題の一つとして、神戸市及び瀬戸内海沿いの市町と但馬、丹波の市町の間には、地域住民の医療機関へのアクセス等の医療格差があります。地域分析は行われているかと思いますが、本計画書に掲載をされた方が良いでしょうと考えます。	二次医療圏域毎の分析も行っており、資料編として作成し市町と共有しております。今回のパブリックコメントでは計画（素案）のみの掲載でしたが、資料編についても公表いたします。
5	12	死因の分析について、がんをはじめとする生活習慣病と自殺についてKDBシステムを活用して国との比較を行っています。他の広域連合の第3期データヘルス計画（案）を見ると、老衰や肺炎・誤嚥性肺炎などの死因も含めて広く死因の分析を記載しています。構成市町にとっては、県と国の死因比較よりも県内や近隣市町との比較分析の結果が欲しいのではないかと考えます。市町ごとの状況を掲載されてはいかがでしょうか。	KDBデータから分析した市町ごとの結果については資料編に記載し、市町と共有しております。その他の死因等については兵庫県が公表している「兵庫県における死亡統計資料」に死因別のSMRが掲載されておりますので、抜粋して資料編に記載し公表いたします。

6	13、42	健康診査の状況において、各市町の受診率に大きな差がある。市町によって健康診査の周知方法、実施体制等が異なることが問題である。市町ごとのバラつきを解消できれば医療の不均衡が抑制され、同レベルの医療を受けることにつながる。	ご指摘のとおり、県内市町において受診率に大きな差があることについて、広域連合としても課題と捉えています。健康診査の受診率の向上に向けて、令和6年度以降に研修会を実施することを予定しております。研修会を通じて、受診率が低い市町に対しては、効果的な受診勧奨の方法や県内外の市町における好事例等を情報提供していきます。
7	13~14	厚生労働省の「高齢者保健事業実施計画（データヘルス計画）策定の手引き」には、全国の広域連合の標準化に向けて共通評価指標が掲げられています。その中に健康診査受診率がありますが、貴広域連合は全国受診率と比較して大きく下回っています。要因の一つとして、構成市町の後期高齢者健診の対象者が統一されていないことによるものと思われます。生活習慣病などの治療中の者を対象外としている市町がありますが、この条件は健診の本来の目的からすると課題があると考えます。健康診査の対象外とする条件は市町で統一することはできないのでしょうか。	令和5年度までの後期高齢者健診では、生活習慣病治療中の者（定期的に受診している者）等を各広域連合の判断によって対象者から除外することが可能でした。 「高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ」における議論において、データヘルス計画の標準化の推進を目的とし、後期高齢者健診の対象外者を特定健診と同様の内容に見直すことが検討され、令和6年度から対応することとなっております。 令和6年度以降は、健診受診率を算出する際の対象外とする者について全国で統一されます。
8	13~14	後期高齢者の健康診査受診率は、住んでいる市町の国民健康保険の特定健診受診率とも関係があるのではないかと考えています。国保被保険者であるときからの継続的な、一貫した健康意識の向上を図る必要があると考えます。一体的実施では、介護保険担当部局と保健衛生担当部局の連携だけではなく、国保と広域連合の連携強化も求められています。健診の大切さを共同で啓発する仕組みや広報のあり方を市町と検討すべきではないでしょうか。	当広域連合の健康診査事業については、県域が広大であり、健康課題や実施医療機関等の状況が異なるため、地域特性に合わせて市町において実施しているところですので、ご指摘のとおり、国民健康保険被保険者の時から継続的な健康意識の向上を図ることは重要であると考えていますので、保険者協議会の場等を活用して、兵庫県・市町と連携し、健診の大切さを共同で啓発する仕組みや広報のあり方を検討していきます。
9	13~14	歯科健康診査については、広域連合の独自事業として、直接歯科医師会に一括して委託している広域連合が複数あります。また、対象者も構成市町で統一しており、受診券の送付や受診勧奨なども広域連合が直接行っています。 貴広域連合の歯科健康診査は各市町の事業として実施しているようなので、対象者も統一されていないように見受けられます。また、広域連合のホームページにも歯科健康診査に関する啓発や受診方法等は記載されていないように見受けられます。 県歯科医師会に一括して委託することにより、事業の統一性、標準化が図られ、統一したデータの確保が可能になると考えます。	当広域連合の健康診査事業については、県域が広大であり、健康課題や実施医療機関等の状況が異なるため、地域特性に合わせて市町において実施する健康診査事業に対し、補助金を交付するという方法で実施しています。 歯科健診は後期高齢者の口腔機能低下や肺炎等の疾病予防を目的とする事業であることから市町における好事例の紹介を行う等、受診者数の増加に努めてまいります。また、歯科健診については、平成30年度から県内全市町で実施されることになりましたので、健康診査と同様、ホームページを活用した啓発等について実施する方向で検討してまいります。 ご意見を踏まえ、P38の課題解決にかかる取組の方向性に「広報啓発の実施」を追記します。
10	14 33~35 38	「取組の方向性」にも記載されているが、市町間での取り組みに対して好事例の紹介や低受診市町の問題点の抽出はすでにされておられると思っておりますが、ぜひ、受診率の向上を実現していただきたい。例えば、全県下で75歳時に個別健診（受診者負担なし）への案内を個別送付できる環境となれば、受診率向上の第一歩となるのではないかと考えております。年齢を限定するには問題があるかもしれませんが、全県としてデータの共有が可能となることと、医科のデータとの分析も行いやすいかと思っております。	ご提案いただいた案内の個別送付については、受診率向上の好事例として紹介させていただいております。全県下での実施については関係機関や構成市町との調整も必要であり、中長期的な課題とさせていただきます。

11	19~22	医療費の疾病分類別の表（中分類）のところで、疾病名のみランキングになっているが、KDB_S23_004疾病別医療費分析（中分類）では「その他の心疾患」「その他の悪性新生物」といった項目が定義されているはずで、医療費の中ではそれらの分類の占める割合は高いのではないかと推測するが、除外して評価されているのはなぜか。	「その他」に分類されている疾患については、複数の疾患の合算となっているため、順位の集計からは省いています。
12	21	医療費の上位疾病では、骨折・脳梗塞（入院）、腎不全・糖尿病（入院外）となっている。この状況を県民に理解してもらい、疾病予防の重要性を県民に伝える必要がある。高齢者向けの分かりやすいパンフレットなどを作成し、健診を受診する必要性の周知を図ってほしい。	健診受診の啓発については各市町において、重症化予防やフレイル対策に関するパンフレットを作成し、通いの場等で広く周知しているところでは、広域連合としてもホームページの活用やパンフレット等の作成を検討するなど、今後も引き続き市町と連携して周知してまいります。ご意見を踏まえ、P38の課題解決にかかる取組の方向性に「広報啓発の実施」を追記します。
13	32	「通いの場」とは「高齢者をはじめ地域住民が他者とのつながりの中で主体的に取り組む介護予防やフレイル予防に資する月1回以上の多様な活動の場・機会」の事である。厚生労働省は「2025年（令和7）年度までに「通いの場」の参加率を8%まで高める」ことを目標として掲げています。兵庫県内では、「通いの場」は、県内全市町で設定されており、令和3年度における参加者数は142,944人となっています。また「通いの場」の箇所数は、8,283箇所となっており、全国で最も多くなっています。しかし、市町によって「通いの場」の認知度の差が大きく、支援者である行政によってポイント制度を設けたり、支援金を提出する等、対策を強化している自治体があります。財政力によって自治体間で大きな差が生じないように、一定の規則が必要です。	介護予防やフレイル予防の観点から通いの場への積極的な参加は重要であると認識しています。広域連合としても市町への委託により、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」に係る保健事業の中で、ポピュレーションアプローチの一環として通いの場等での健康相談・フレイル予防等に取り組んでいます。市町が設定する日常生活圏域に対し、一定の基準で予算を確保しており、市町の医療専門職が通いの場で保健事業を実施する際には市町の規模ではなく、日常生活圏域ごとに必要な事業を行えるよう補助金を交付しています。引き続き、兵庫県の介護担当部門、市町の介護担当部門と連携し、参加率の向上と内容の充実を目指していきたくと考えています。
14	32	国の令和3年度「介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況」のデータを確認すると、通いの場の箇所数と参加者の人数は掲載されていますが、参加率のデータは記載されていないように思います。計画（素案）に掲載されている参加率は貴広域連合独自に算出されたのでしょうか。参加率の算出方法について具体的に記載されてはいかがでしょうか。また、現状では国による通いの場の定義が明確になされておりません。今後、一体的実施の事業が進んでいくことを考慮すると、通いの場に関する県独自の定義や基準等の標準化を行っていただくことが求められると考えます。	計画（案）に記載している参加率については広域連合独自に算出したものとなっています。ご指摘のとおり参加率の算出方法について、計画（案）に記載するようにいたします。算出方法：参加者数÷被保険者数×100（%） ご指摘のとおり通いの場につきましては法令上の定義はありませんが、令和3年8月に厚生労働省が、通いの場の類型化についての資料を示しており、現段階では多様な場の取り組みが展開されるような状況であると認識しております。また、基準の標準化等については、国や県での検討状況を注視してまいりたいと考えています。
15	33、37 47、49	高齢者は多数の疾患を有している方が多いため、内科疾患（生活習慣病等）や整形外科疾患（骨粗鬆症、関節痛、圧迫骨折等）を専門的に診る医療機関を受診するケースも多い。結果として2つ以上の医療機関を受診している方も多い。また、多数の病態に応じて、結果として多剤となるケースも少なくない。そのような多剤投薬となっている方（患者）に対し、保健師または看護師が個別訪問を実施する際、やみくもに2つ以上の医療機関に通院している、あるいは疾患の特性で多剤になっているだけに強制的に1医療機関への受診だけにすべきと勧めたり、多剤は悪いとして減らすことを強要したりすることがないように広域連合及び市町の担当者には徹底してもらいたい。	服薬に関する指導については、あらかじめ事業対象者の抽出条件や指導内容等について、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師・薬局との十分な情報共有、調整を実施します。また、処方状況は、被保険者の状態や地域の事情によっても異なるため、医療機関への受診や医薬品投与について、一律にその適否を判断できるものではないと認識しております。ご指摘のとおり、2つ以上の医療機関を受診している方を一律に1医療機関のみの受診に強制するような指導はせずに、被保険者の状況に応じて適切に対応するように徹底いたします。ご意見を踏まえ、P47にかかりつけ医やかかりつけ薬剤師等と連携して事業を実施することを追記します。

16	35	④健康状態不明者の数 「健康医療情報等の整理」 枠内2から3行目「KDBデータに医療等の履歴がない」 ことについて 今後、KDBデータに履歴データ登録をしてもらうよう強く求めていただくような記載をお願いしたい。元健保組合被保険者・被扶養者等の方の場合も、履歴データが無い場合は同様の要請をお願いします。各保険者はデータヘルス計画に基づき事業を行っていると思います。その効果は、高齢者になった時に出てくると期待されるため、効果検証として必須と考えています。	広域連合としても国民健康保険の被保険者以外が後期高齢者医療制度の被保険者となった際に、医療・健診等の情報が把握できないため、健康状態不明者として保健事業の実施対象とすべきか判断が難しい場合があります。KDBシステムにおける履歴データの登録については、兵庫県国民健康保険団体連合会を通じて、開発元である国民健康保険中央会へ要請してまいります。
17	38、47	高齢者には自己管理能力が優れている者、症状が現れない限り病院に行かない者、症状が現れても病院に行けない者がおり、その見極めが出来るのは地域の民生委員の方々であるが、なり手が少なく精一杯の状況が続いており充実化が急がれる。市町の職員にも同様の充実化が求められるが難しいと思わざるを得ない。 健康状態不明者に対して、医療専門職が訪問し健康状態を把握したうえで、必要な支援、サービスへの接続を行うとあるが、この対策が非常に難しいのではないかと。民生委員と常に連携していることが必須条件で市町において連携が取れているケースは少ないと思うので、横の連携を密にして対処してほしい。	「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」に係る保健事業において、健康状態不明者対策に取り組んでいます。各市町の医療専門職が健診受診状況・医療機関の受診状況をもとに健康状態不明者リストを作成し、それに該当する人に対して、医療専門職等が地域包括支援センターや民生委員等とも連携し、個別訪問を行い、健康課題の有無を判断した上で必要なサービスに接続しております。ご指摘のとおり民生委員との連携は重要と考えていますので、引き続き民生委員と連携しつつ、地域の実状に合った事業を実施するように努めます。
18	49	糖尿病性腎症重症化予防事業を実施する市町数は、対象区分毎に取組み体制が異なり、取組み数の市町間差が大きいと、枠内で3区分（1未治療者・2中断者・3治療中者）表記できないか検討したい。	糖尿病性腎症重症化予防事業を実施する市町数について、まずは全市町に取り組んでいただくことを目標としておりますので、現行のまま目標設定を行いたいと考えています。41市町が取り組みを始めてからは、ご意見にあるように対象者の区分ごとで表記することを検討いたします。
19	49	重症化予防（骨折・転倒予防等）の目標値について、令和6年度市町数は現在すでに目標値を超えているのではないかと。骨折・転倒予防は課題と対策でも強調されており、もう少し高い設定でもよいのではないかと。	現在、一体的実施の重症化予防（骨折・転倒予防等）については他の広域連合や県内実施市町の状況を確認し、試行錯誤しながら実施市町数の増加を目指しているところであります。今後、一体的実施の事業（ハイリスクアプローチ）で実施する市町数の状況を確認しつつ、必要に応じて中間見直しの中で目標値の見直しも含め検討していきたいと考えています。
20	49	目標設定の考え方を示した方がよいのではないかと。特に、評価指標の目標値を実施市町数としている場合に、目標値が41市町でない場合については、その理由等、何らかの説明があった方がよいのではないかと。	目標設定の考え方としては、広域連合として特に力を入れて実施していきたいと考えている事業については41市町を目標値としております。ご意見を踏まえ、P49に目標値の設定理由について記載します。
21	49	「服薬（重複・多剤）、多受診対策を実施する市町数」「兵庫広域が直営で実施する服薬（重複・多剤）、多受診対策をする市町数」の両項目については、広域連合の直営事業から市町実施に移行していくものとして関連があると思われるが、その旨の説明があった方がわかりやすいのではないかと。	ご意見を踏まえ、P49に記載します。

ご意見については、適宜要約等の上、取りまとめており、パブリックコメントの対象となる案件についてのご意見に対する考え方のみを公表させていただいておりますので、ご了承ください。