

美濃加茂市

MINOKAMO CITY

第3期国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）

及び

第4期国民健康保険特定健康診査等実施計画

2024 年度～ 2029 年度
(令和6年度～令和 11 年度)



令和 6 年 3 月
美濃加茂市

目次

I 第3期美濃加茂市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）

第1章 基本的事項	1
1 計画の趣旨・背景.....	1
(1) 保健事業実施計画の背景	1
(2) 市町村国保及び国民健康保険組合の保健事業の目的	1
(3) 計画の位置づけ	2
(4) みのかも健康10か条に基づく取組	2
(5) SDGsの視点を踏まえた計画の推進	3
2 計画の期間と実施体制.....	4
(1) 計画の期間	4
(2) 実施体制	4
3 関係者連携	5
(1) 市国保	5
(2) 県国保	5
(3) 県衛生	5
(4) 保健所	5
(5) 国保連・支援評価委員会・中央会	6
(6) 後期高齢者医療広域連合	6
(7) 保健医療関係者	6
4 基本情報	7
(1) 被保険者の情報	7
(2) 医療提供体制等の比較	7
5 現状の整理	8
(1) 保険者等の特性	8
(2) 人口の推移と将来推計	10
(3) 地域資源の状況	10
(4) 医療人材・介護人材の確保・育成	10
(5) 前期計画等に係る考察	11
第2章 健康医療情報等の分析	12
1 美濃加茂市の現状.....	12
(1) 平均余命と平均自立期間	12
(2) 標準化死亡比	13
2 介護の状況	14
(1) 要介護認定状況の推移	14
(2) 要介護認定状況の割合	15
3 医療費の状況.....	16
(1) 総医療費と生活習慣病総医療費の推移	16

(2) 被保険者1人当たり医療費	17
(3) 年齢階級別1人当たり医療費	17
(4) 疾病大分類別1人当たり医療費	18
(5) 疾病中分類別1人当たり医療費	20
(6) 主要がん1人当たり医療費	22
(7) 糖尿病患者数の推移	23
(8) 人工透析患者数の推移	24
(9) 後発医薬品の普及状況	25
4 特定健康診査（特定健診）の状況	26
(1) 特定健診受診者数・受診率の推移	26
(2) 性・年齢階級別特定健診受診率	27
(3) 特定健診有所見者割合	28
(4) 治療有無別血圧区分別該当者数	29
(5) 治療有無別 HbA1 区分別該当者数	30
(6) 治療有無別高 LDL コレステロール区分別該当者数	31
(7) 標準的な質問票の項目別回答者割合	32
(8) メタボ該当者・予備群割合の推移	33
(9) 性・年齢階級別メタボ該当者・予備群の割合	34
(10) 糖尿病性腎症病期別、糖尿病治療有無別人数の推移	35
(11) 糖尿病性腎症病期別割合	35
5 特定保健指導の状況	36
(1) 積極的・動機付け支援別実施者数・実施率の推移	36
(2) 特定保健指導利用率・終了率（実施率）の推移	37
(3) 特定保健指導対象者の減少率の推移	38
6 がん検診の状況	39
(1) がん検診受診率の推移	39
第3章 計画の全体像	42
1 健康課題	42
2 計画全体における目的	45
3 解決すべき健康課題と保健事業の対応づけ	48
第4章 個別の保健事業	49
I 特定健康診査受診勧奨事業	49
II-1 特定保健指導利用勧奨事業	51
II-2 特定保健指導	53
III-1 糖尿病重症化予防 未治療者受診勧奨事業	55
III-2 糖尿病重症化予防 医療機関受診中断者受診勧奨事業	57
III-3 糖尿病重症化予防 治療中ハイリスク者保健指導	59
IV-1 高血圧重症化予防 未治療者受診勧奨事業	61
IV-2 高血圧重症化予防 保健指導	63
V-1 腎機能低下重症化予防 未治療者機能低下予防事業	65
V-2 腎機能低下重症化予防 保健指導	67
VI-1 重複・多剤投与者に対する取組	69
VI-2 薬剤の適正使用の推進に対する取組	71

VII-1	地域包括ケアに対する取組.....	73
VII-2	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に対する取組.....	76
第5章	計画の推進と運用	79
1	データヘルス計画の評価・見直し.....	79
	(ア) 個別の保健事業の評価・見直し	79
	(イ) データヘルス計画全体の評価・見直し	79
2	データヘルス計画の公表・周知.....	80
3	個人情報の取り扱い.....	80

II 第4期美濃加茂市国民健康保険特定健康診査等実施計画

1	特定健康診査及び特定保健指導の実施状況.....	81
	(1) 特定健康診査.....	81
	(2) 特定保健指導.....	82
2	目標値の設定.....	83
3	対象者数、受診者数、終了者数の見込み.....	84
	(1) 特定健康診査.....	84
	(2) 特定保健指導.....	84
4	特定健康診査・特定保健指導の実施.....	85
	(1) 特定健康診査.....	85
	(2) 特定保健指導.....	88
5	年間スケジュール.....	91
6	その他	92
	(1) 個人情報の保護	92
	(2) 特定健康診査等実施計画の公表及び周知	92
	(3) 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	92
	(4) 事業運営上の留意事項.....	93

I 第3期美濃加茂市国民健康保険保健事業実施計画 (データヘルス計画)

第1章 基本的事項

1 計画の趣旨・背景

(1) 保健事業実施計画の背景

平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「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とともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。平成 26 年 3 月、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（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、健康・医療情報を活用して P D C A 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）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとなりました。その後、平成 30 年 4 月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和 2 年 7 月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2020（骨太方針 2020）」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和 3 年 12 月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表 2021」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を検討するとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切な K P I（重要業績評価指標）の設定を推進する。」と示されました。このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。

(2) 市町村国保及び国民健康保険組合の保健事業の目的

市町村国保及び国民健康保険組合（以下、「市町村国保」及び「国保組合」を併せて「保険者」という。）においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質（Q O L）の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられています。

(3) 計画の位置づけ

「美濃加茂市第6次総合計画」では、「Walkable City Minokamo ～すべての健康のために、歩き続けるまち～」を基本構想として掲げ、市民・団体・企業・行政が一体となって「歩き続ける」ことを共通の目標とし、「心の健康」「体の健康」「社会の健康」を整えることで、持続可能なまちづくりの実現を目指しています。

本計画は、「美濃加茂市第6次総合計画」を上位計画とし、「美濃加茂市地域福祉計画」や「美濃加茂市健康増進計画」等の関連計画の指標を用いる等、それぞれの計画と整合性を図るものとします。

(4) みのかも健康10か条に基づく取組

みのかも健康10か条は、「美濃加茂市第6次総合計画」の健康テーマの「心の健康」「体の健康」「社会の健康」に則した行動目標です。

本市は、健康寿命日本一を目標に掲げ、みのかも健康10か条に基づいた取組を進め、本計画の推進に努めます。



(5) SDGsの視点を踏まえた計画の推進

SDGs (Sustainable Development Goals: 持続可能な開発目標) とは、2015 年 9 月の国連サミットで採択された「持続可能な開発のための 2030 アジェンダ」にて記載された、2030 年までに持続可能でより良い世界を目指す国際目標です。

SDGs は 17 の目標と 169 のターゲットから構成され、地球上の「誰一人取り残さない (leave no one behind)」ことを基本理念として掲げています。

国は、持続可能なまちづくりを重要と捉え、「経済」「社会(暮らし)」「環境」の新しい価値創造を通じて持続可能な開発を実現する取組を進める地方自治体を「SDGs 未来都市」として選定し、その中でも先導的な取組を「自治体 SDGs モデル事業」として選定しています。本市は、2021 年 5 月に「SDGs 未来都市」「自治体 SDGs モデル事業」両方に選定され、同月「みのかも SDGs 推進協議会」を設置し、SDGs に関する様々な取組を開始しています。

本計画の推進にあたっては、SDGs を意識して取り組み、地域や企業、関係団体等、社会における様々な担い手と連携しながら、健康都市の実現を目指します。



2 計画の期間と実施体制

(1) 計画の期間

岐阜県における医療費適正化計画や本市の「地域福祉計画」「健康増進計画」「高齢者福祉計画」「介護保険事業計画」との整合性を踏まえ、2024年度（令和6年度）から2029年度（令和11年度）までの6年間とします。

また、2026年度（令和8年度）には、中間評価を予定しています。

2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	2028年度	2029年度
第 6 次総合計画（計画期間10年）									
地域福祉計画（計画期間 4 年）				地域福祉計画（計画期間 6 年）					
第 3 期健康増進計画（計画期間 4 年）				第 4 期健康増進計画（計画期間 6 年）					
第 7 期 (2018～ 2020)	高齢者福祉計画 第 8 期介護保険事業計画			高齢者福祉計画 第 9 期介護保険事業計画			高齢者福祉計画 第 10 期介護保険事業計画		
第 2 期データヘルス計画 第 3 期特定健康診査等実施計画 (2018～2023)				第 3 期データヘルス計画 第 4 期特定健康診査等実施計画					

(2) 実施体制

保険者においては、保健事業の積極的な推進を図るために、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に係る部局に協力を求め、市が一体となって、保健事業等を進めます。

具体的には、後期高齢者医療制度における保健事業を所管する高齢者医療部局、保健事業を主に所管する保健衛生部局、介護予防事業をはじめとする地域支援事業を所管する介護部局のほか、財政部局や企画部局、生活保護部局等とも十分に連携し、保健事業を進めます。

特に保健事業の実施、評価等に当たっては、健康増進計画や医療をはじめとする地域の社会資源の状況等を踏まえて対応する必要があるので、保健衛生部局との連携をしていきます。

また、生活習慣病予防を推進するため歯科健診の受診勧奨にも努めていきます。

3 関係者連携

(1) 市国保

保険者は、被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために、国保部局が中心となって、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、計画を策定します。計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。保険者の健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、保健衛生部局等の関係部局や県、保健所、国保連等の関係機関の協力を得て、国保部局が主体となって行います。具体的には「ア. 健康課題の分析、計画の策定、保健事業の実施及び評価」、「イ. 保険者内の連携体制の確保」、「ウ. 国保部局の体制の確保」、「エ. 関係機関との連携」などの役割をはたしていきます。

県国保・衛生部門、保健事業支援評価委員、国保連合会と調整しながら保健事業の実施の支援を行います。

(2) 県国保

県は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者です。市町村国保の保険者機能の強化については、県の関与が更に重要となると考え、被保険者の健康の保持増進のために、保険者が、効果的・効率的に保健事業を実施することができるよう、県国保部局は、関係機関との連絡調整や専門職の派遣や助言等の技術的な支援、情報提供等を通じて、積極的に保険者を支援していきます。

県衛生部門と調整しながら、市町村の国保・衛生部門の事業実施の支援を行います。

(3) 県衛生

県保健衛生部局は、県の健康づくり施策を担っていることを踏まえ、国保部局の求めに応じて、保健師等の専門職が技術的な支援を行います。また、保健所が効果的・効率的に保険者支援を展開できるように、国保部局と連携して、保健所を支援します。

(4) 保健所

県保健所は、県（国保部局、保健衛生部局）や国保連合会、郡市医師会をはじめとする地域の保健医療関係者（団体）等と連携、調整して、地域の社会資源の状況等を踏まえた上で、地域の実情に応じた保険者支援を行います。

（５）国保連・支援評価委員会・中央会

国保連合会や支援・評価委員会は、計画の策定支援や個別の保健事業の実施支援等を行っており、多くの支援実績が蓄積されています。このため、保険者は、（可能な限り）支援・評価委員会等の支援・評価を受けて計画の策定等ができるように、県国保課と国保連合会が調整しながら支援を提供する体制を整え、当計画においては保険者の状況把握をしながら、令和８年度の間評価、１１年度の最終評価時に支援を行います。

（６）後期高齢者医療広域連合

後期高齢者医療広域連合は策定の過程において、75 歳以上の健診・レセプト情報等を自らの現状分析に活用することはもとより、市町村国保が地域の世代間の疾病構造や医療費等の動向を連続して把握することができるよう、市町村国保と必要な情報の共有を図るよう努めます。この場合、市町村国保においては、国保・後期高齢者の保健事業を一体的に実施できるよう庁内の関係部署として、健康課題の明確化や保健事業の効果検証等のため、共有された情報の活用を図るよう努めます。

（７）保健医療関係者

保健医療関係者は、計画策定時だけではなく、保健事業の実施や評価、保健事業の業務に従事する者の人材育成等においても、保険者等の求めに応じ、保健医療に係る専門的見地から、保険者への支援等を積極的に行います。保険者が開催する国保運営協議会、糖尿病重症化予防対策推進協議会、ＣＫＤ重症化予防などにおいては保険者の支援を地域単位で支援を行います。

4 基本情報

(1) 被保険者の情報

本市の人口及び国民健康保険加入者数は、以下の通りです。

図表1 人口及び国民健康保険加入者数

人口・被保険者	被保険者等の基本情報				
	(令和5年4月1日現在)				
	全体(人)	～39歳(%)	40～64歳(%)	65～74歳(%)	75歳～(%)
人口(人)	57,173	42.9%	33.6%	11.2%	12.3%
国保被保険者数(人)	9,688	24.5%	30.9%	44.6%	0.0%

資料：人口 住民基本台帳

被保険者数 国民健康保険月報

(2) 医療提供体制等の比較

本市の人口千人当たりの病院数、病床数は、県と比較しても同程度であるものの、病床数、医師数は高くなっています。

図表2 医療提供体制等の比較

	美濃加茂市		岐阜県	
	実数	人口千人当たり	実数	人口千人当たり
病院数	3	0.3	97	0.2
診療所数	38	3.8	1,610	3.9
病床数	851	85.6	19,782	48.3
医師数	190	19.1	4,580	11.2
歯科診療数	36		1,630	

資料：KDB帳票※1（令和4年度）

※歯科診療数のみ令和3年医療施設（動態）調査

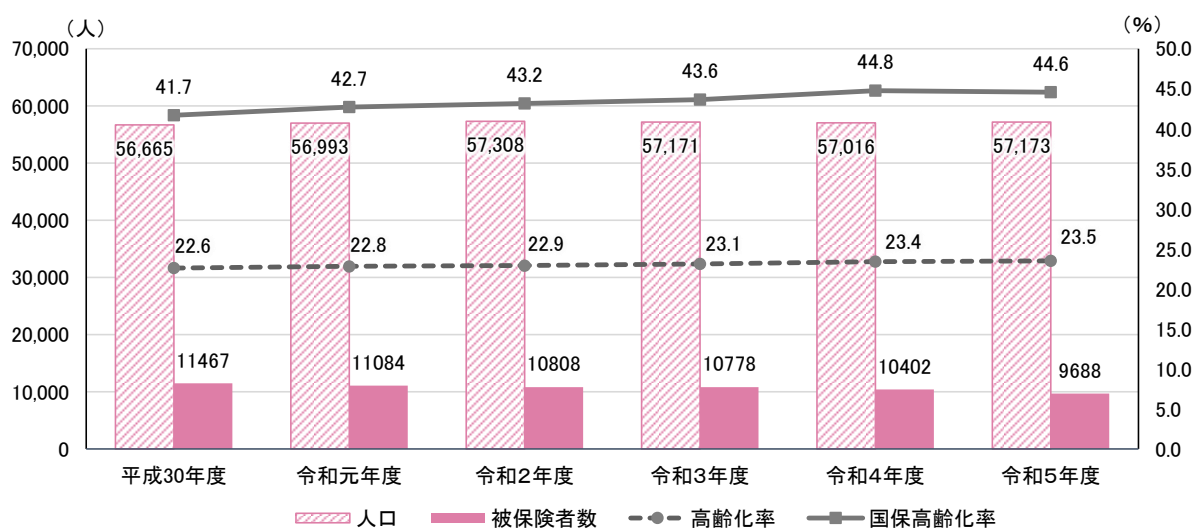
※1 「KDB帳票」とは、「国保データベース帳票」のことで、国保保険者における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、国民健康保険団体連合会が「健診・保健指導」、「医療」、「介護」の各種データを利活用して作成された、①「統計情報」・②「個人の健康に関するデータ」のことです。

5 現状の整理

(1) 保険者等の特性

県内との比較ができる令和2年度の国勢調査データをみると、本市の人口は平成27年度の国勢調査データと比較して2.4%増加しています。そのうち9%以上が外国人と県内でも外国人が多い市となっています。また、高齢化率が23.4%と県内順位では3番目に低い数値ですが、平成27年度と比較し65歳以上の単独世帯は0.7%増加しています。

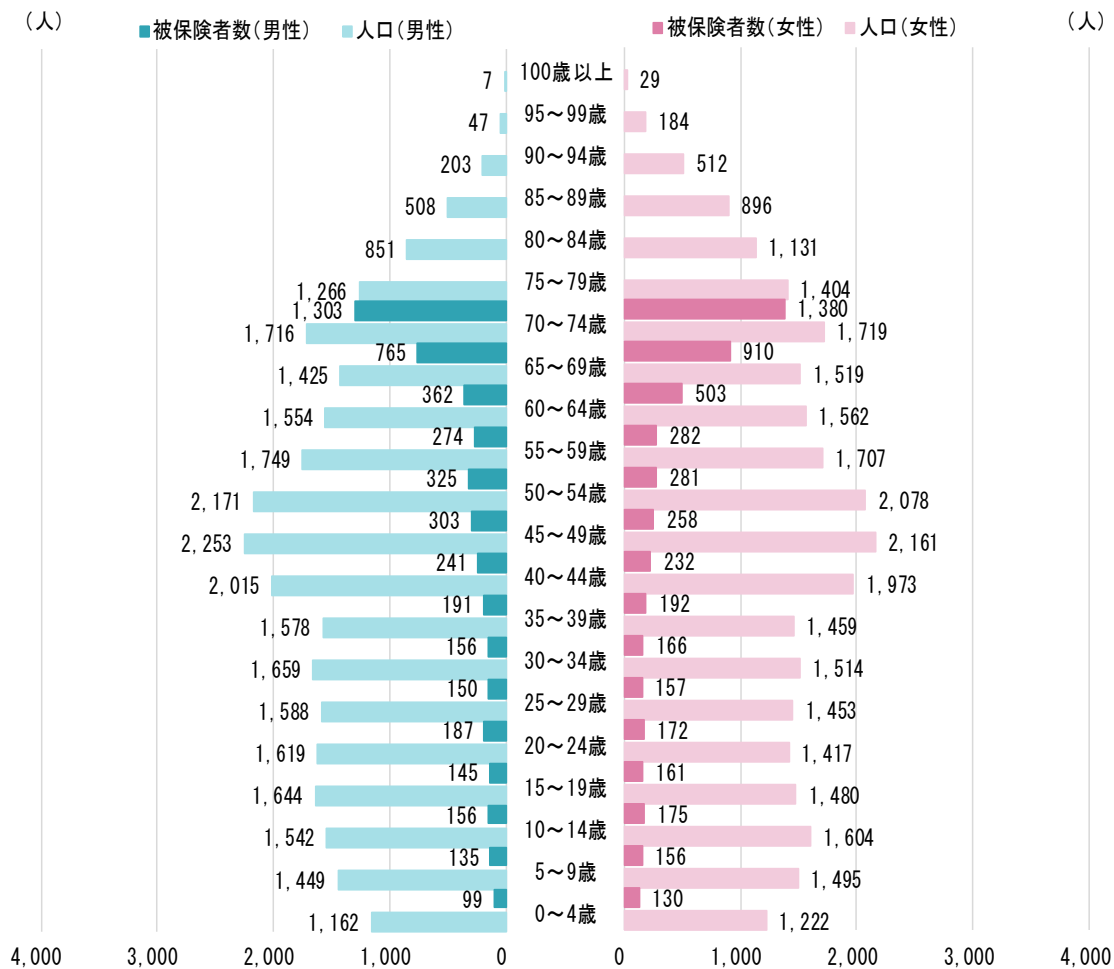
図表3 国民健康保険被保険者数及び高齢化率(65歳以上)の推移



資料：人口 住民基本台帳（各年4月1日現在）

被保険者数 国民健康保険月報

図表4 性・年齢階層別 被保険者数構成割合ピラミッド



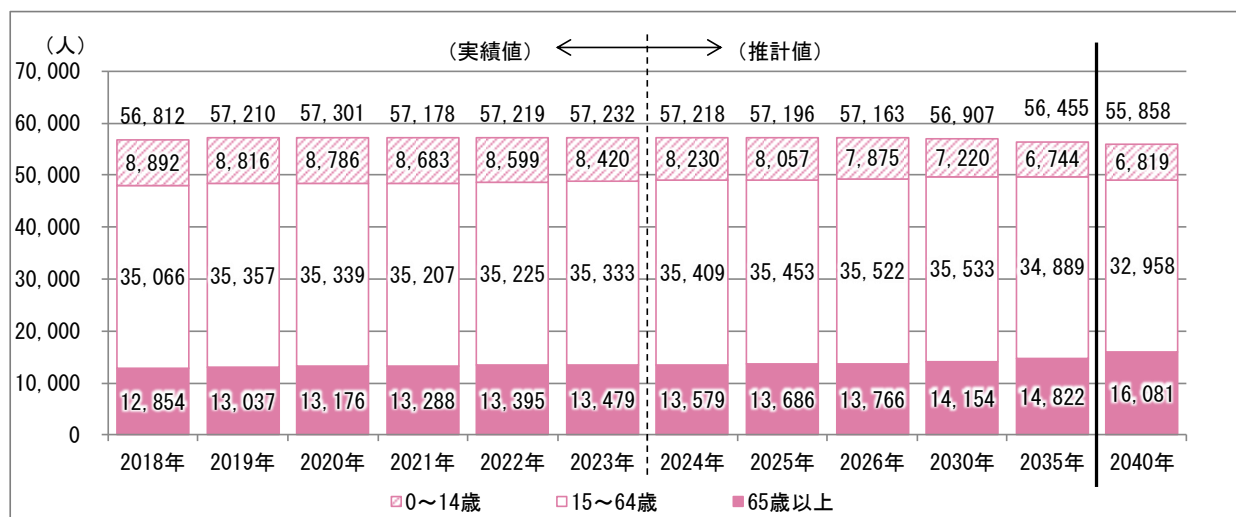
資料：人口 住民基本台帳（令和5年4月1日現在）

被保険者数 KDB帳票（令和4年作成）

(2) 人口の推移と将来推計

本市の人口はほぼ横ばいで推移しており、令和5年10月現在で57,448人です。年齢3区分別では65歳以上の高齢人口が増加し、15歳未満の年少人口が減少しています。今後は人口が減少していくことが見込まれ、さらなる少子高齢化の進行が予測されます。国保被保険者においても同様に被保険者数の減少と高齢化の進行が見込まれます。

図表5 人口の推移と将来推計



資料：実績値 住民基本台帳（各年10月1日現在）

推計値 コーホート要因法による推計値

(3) 地域資源の状況

医療資源は、千人当たりの病床数が85.6床、医師数が19.1人と県平均より充実しています（令和4年度）。事業についても地域の医師会である加茂医師会や市内の健康増進施設と連携をしながら実施を行っています。

(4) 医療人材・介護人材の確保・育成

今後、労働力人口が減少し、医療や介護事業への影響が大きく、必要なサービスを提供できない可能性も懸念されます。

国民健康保険被保険者の65歳以上の割合は全体の半数近くを占めており、医療費や介護ニーズは増加することが見込まれ、医療人材・介護人材の確保・育成は急務となっています。

(5) 前期計画等に係る考察

第2期データヘルス計画に基づき次の4事業を実施しました。

- ① 特定健康診査未受診者対策事業
- ② 特定保健指導強化事業
- ③ 糖尿病性腎症重症化予防プログラム
- ④ 特定健診における要受診者への受診状況確認及び受診勧奨事業

各事業の進捗状況は次の通りです。

①成果目標：特定健康診査受診率 60%以上

特定健康診査の受診率は令和4年度で 34.9%であり、目標の 60%には達してはいませんが、平成 29 年度からの推移では年々向上しています。

②成果目標：特定保健指導対象者の減少率 25%（平成 20 年度比）

令和4年度の特定保健指導対象者の減少率は 0.4%であり、目標値には達しませんでした。各年度の減少率ではすべての年度において県より高い水準で推移しており効果的に行うことができています。

③成果目標：糖尿病未治療者の新規医療機関受診率、治療中断者の再院再開率 35%

令和4年度の糖尿病未治療者の新規医療機関受診率は 29.8%、治療中断者の再院再開率は 33.3%でした。両者ともに目標値には達しませんでした。令和元年度は両者とも 40%を超えており、一定の効果がありました。

④成果目標：新規医療機関受診者率 35%

令和4年度の新規医療機関受診者率は 36.6%であり目標値に達しました。

現在実施している事業を継続しながら、より効果的な方法を検討し改善していく必要があります。

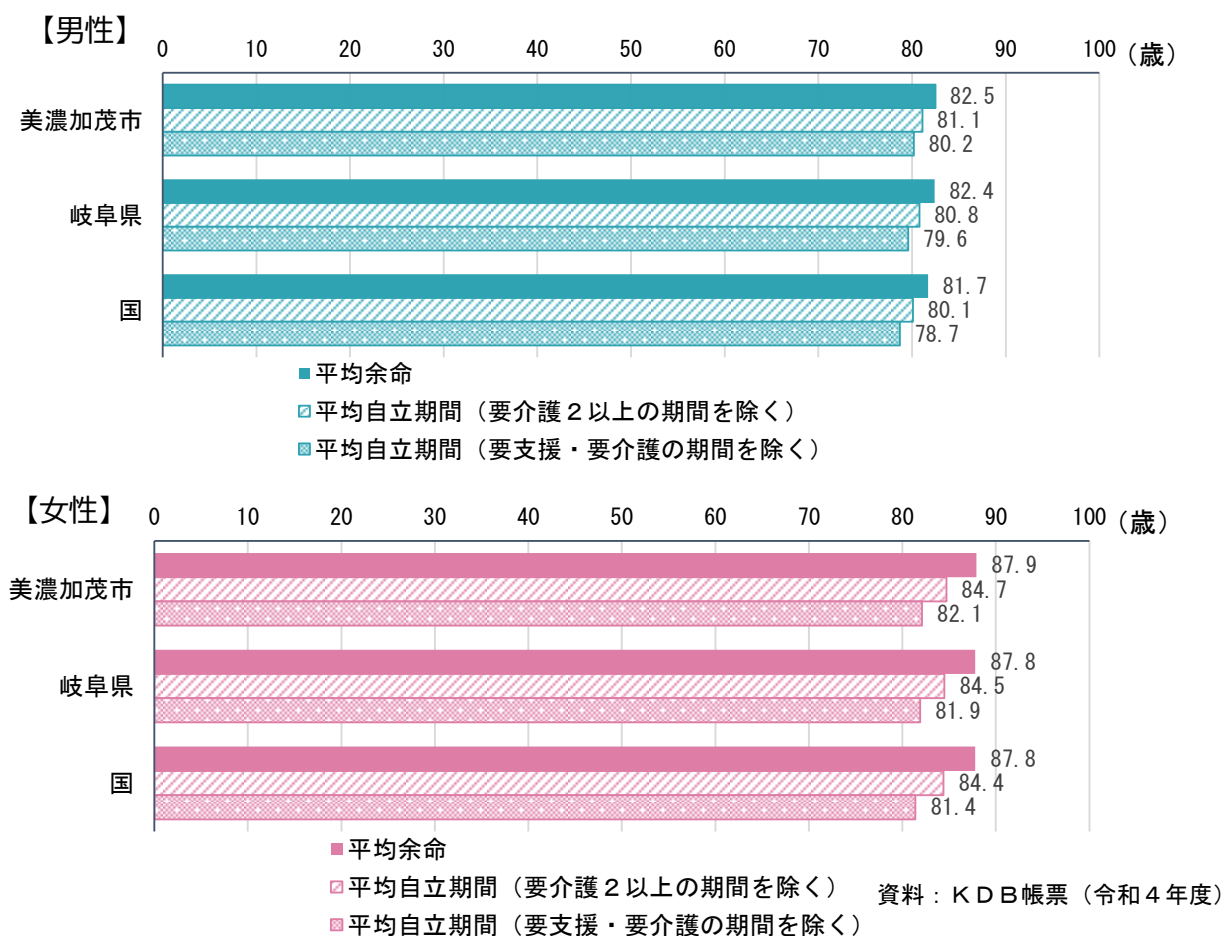
第2章 健康医療情報等の分析

1 美濃加茂市の現状

(1) 平均余命と平均自立期間

- 令和4年度の平均余命は男性で82.5歳、女性で87.9歳でした。「日常生活動作が自立している期間の平均」として算出される「平均自立期間」のうち、「要介護2以上」を不健康な期間として除いて算出した平均自立期間は男性で81.1歳、女性で84.7歳、平均余命との差は男性1.4歳、女性3.2歳でした。また、「要支援・要介護」を除いた平均自立期間では男性で80.2歳、女性で82.1歳、平均余命との差は男性2.3歳、女性5.8歳でした。
- 国・県と比べて、平均余命・平均自立期間は、男女ともに国・県より長くなっています。

図表6 平均余命と平均自立期間



(2) 標準化死亡比

- 標準化死亡比は、男性で 94.6、女性で 88.7 となっています。
- 男性は主要疾病標準化死亡比の中で「腎不全」と「自殺」が 100 を超え全国と比較して死亡状況が悪くなっています。女性は 100 を超えるものはありませんが、「脳血管疾患」「自殺」が悪化しています。

図表 7 主要疾病標準化死亡比（バイズ推定値）

【男性】	美濃加茂市			岐阜県			国
期間	平成 15～ 19 年	平成 20～ 24 年	平成 25～ 29 年	平成 15～ 19 年	平成 20～ 24 年	平成 25～ 29 年	-
死亡総数	88.3	92.1	94.6	97.9	97.3	99.5	100.0
悪性新生物	77.3	84.0	86.0	93.2	93.1	95.6	100.0
心疾患	101.0	100.4	96.3	105.6	104.1	103.5	100.0
肺炎	104.8	109.7	94.6	96.7	92.3	96.5	100.0
脳血管疾患	86.3	77.2	88.5	95.0	92.4	95.3	100.0
腎不全	97.0	132.5	100.3	102.5	99.0	101.7	100.0
自殺	72.8	105.1	114.5	97.2	97.0	100.7	100.0

【女性】	美濃加茂市			岐阜県			国
期間	平成 15～ 19 年	平成 20～ 24 年	平成 25～ 29 年	平成 15～ 19 年	平成 20～ 24 年	平成 25～ 29 年	-
死亡総数	97.2	92.5	88.7	102.2	101.6	102.5	100.0
悪性新生物	95.1	91.8	85.7	96.7	97.4	98.6	100.0
心疾患	102.7	93.2	79.5	110.4	106.7	104.7	100.0
肺炎	115.2	120.3	95.2	96.9	91.8	102.8	100.0
脳血管疾患	88.7	83.6	95.7	102.0	100.9	104.5	100.0
腎不全	106.8	78.6	84.4	96.4	96.1	97.3	100.0
自殺	64.5	62.1	99.6	110.6	97.0	104.6	100.0

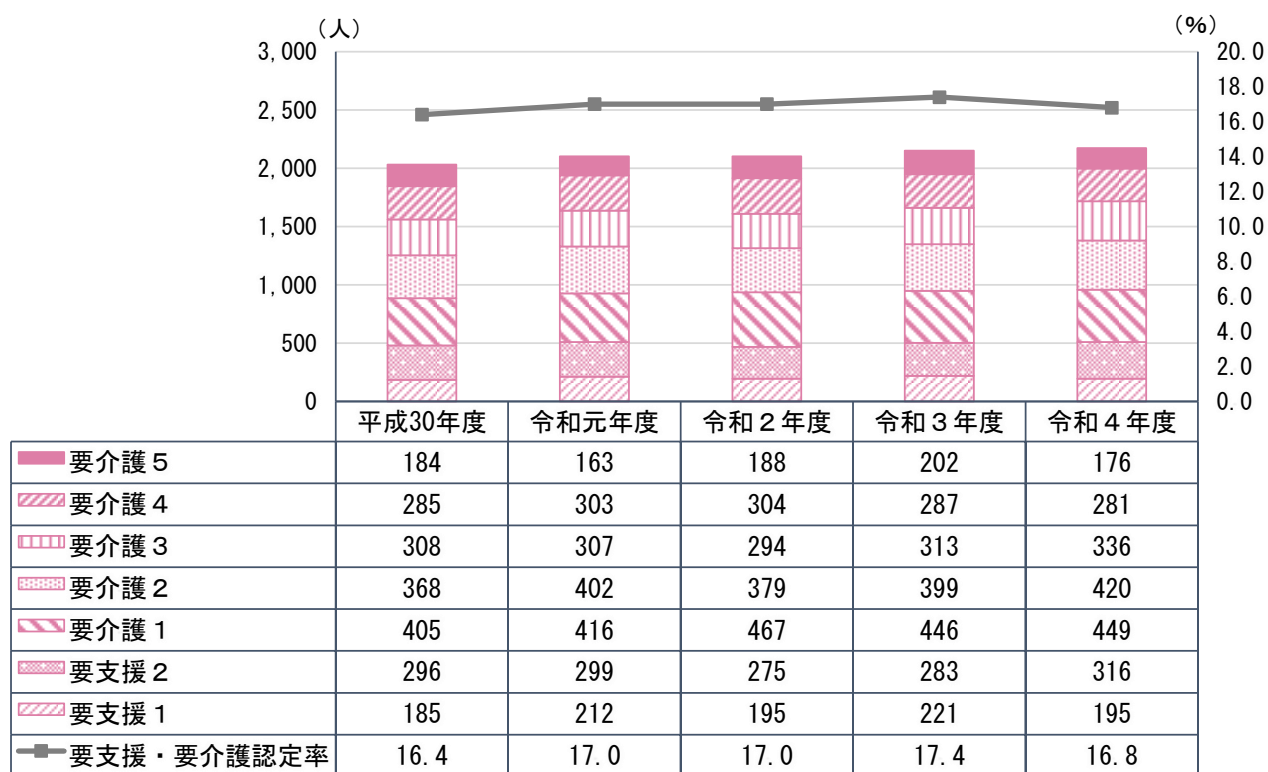
資料：厚生労働省「人口動態保健所・市区町村別統計」（平成 15 年～19 年、平成 20 年～24 年、平成 25 年～29 年）

2 介護の状況

(1) 要介護認定状況の推移

- 令和4年度の要支援・要介護認定者数は2,173人で、増加傾向にあります。
- 要支援・要介護認定率は16.8%で、令和3年度までは増加傾向にありましたが、令和4年度にかけては減少しています。

図表8 要介護認定状況の推移

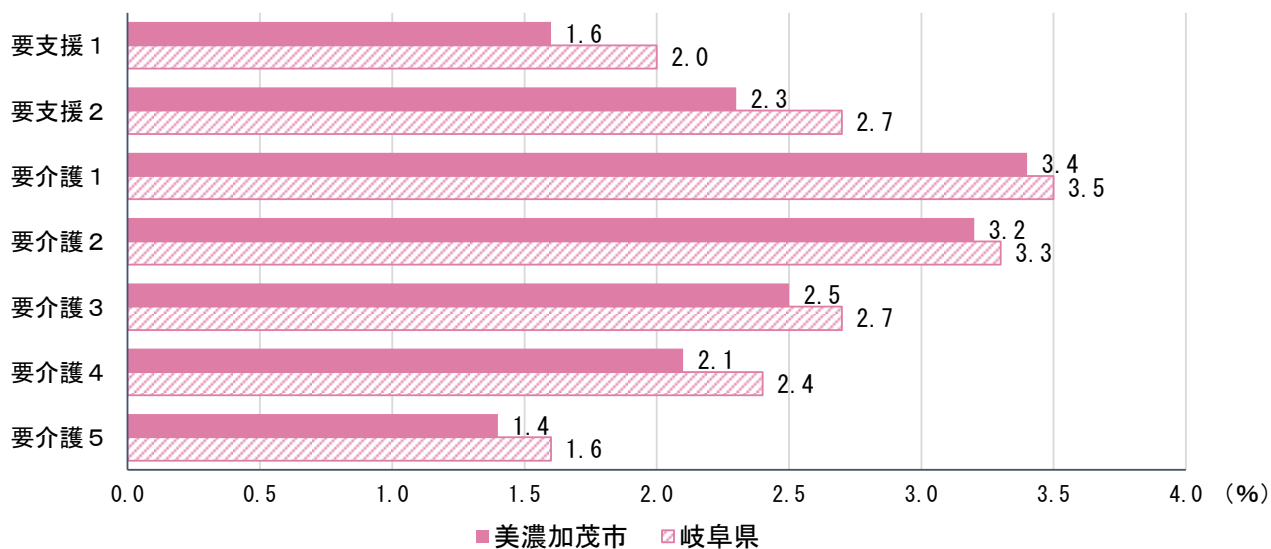


資料：KDB帳票

(2) 要介護認定状況の割合

- 令和4年度の要介護度別の認定率は、「要介護1」が3.4%と最も高く、次いで「要介護2」3.2%、「要介護3」2.5%、「要支援2」2.3%、「要介護4」2.1%、「要支援1」1.6%、「要介護5」1.4%となっています。
- 県と比べて、すべての要介護度の認定率は、県の値を下回っています。

図表9 要介護認定状況の割合



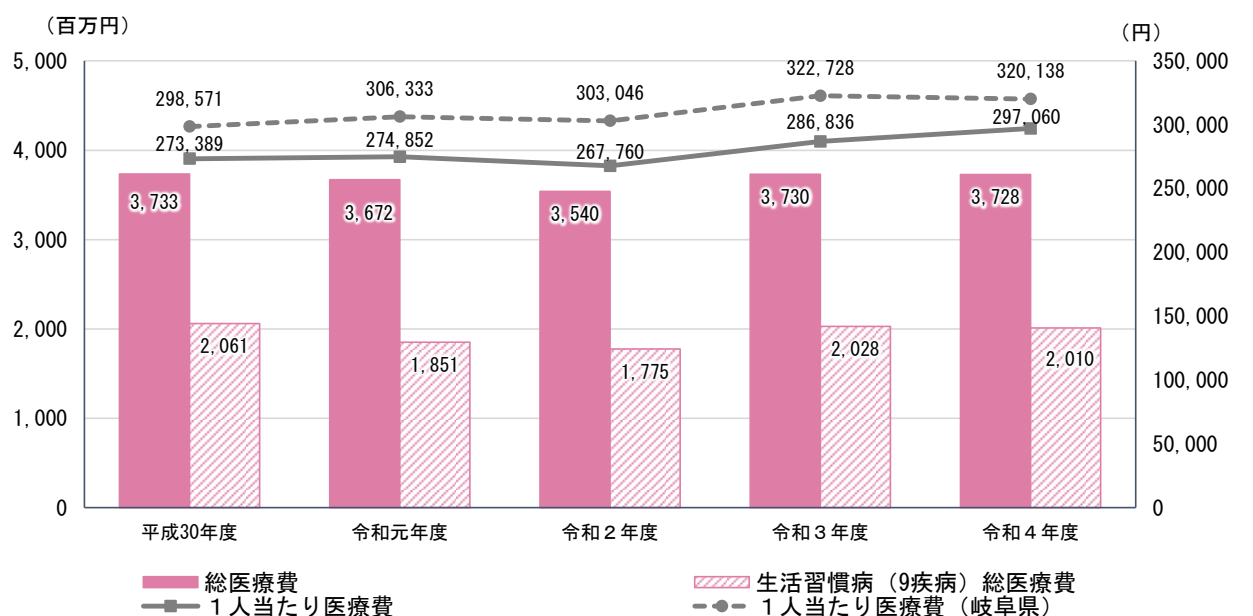
資料：KDB帳票（令和4年度）

3 医療費の状況

(1) 総医療費と生活習慣病総医療費の推移

- 令和4年度の本市の1人当たり医療費は297,060円で、概ね増加傾向にありますが、県と比べて、毎年低い水準で推移しています。
- 令和4年度の総医療費は37.3億円で、そのうち生活習慣病(9疾病)総医療費は20.1億円となっています。総医療費は増減しながら推移していますが、生活習慣病総医療費は令和3年度に増加に転じましたが令和4年度は再び減少しました。

図表10 総医療費と生活習慣病総医療費の推移

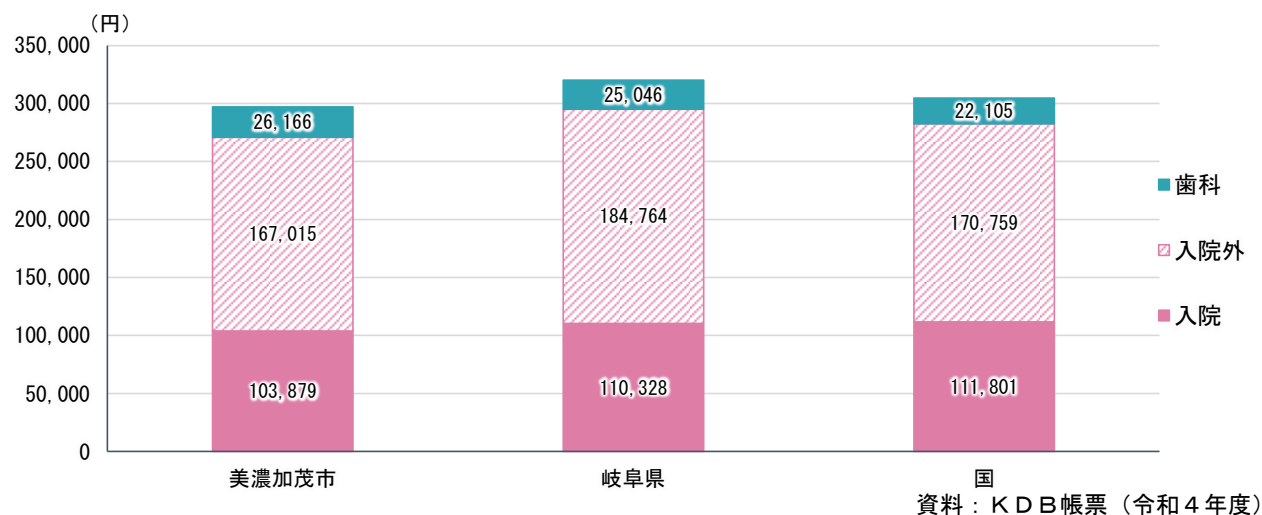


資料：KDB帳票

(2) 被保険者1人当たり医療費

- 令和4年度の被保険者1人当たり医療費（入院外）と医療費（入院）は国・県と比べて、ともに低くなっています。一方、1人当たり医療費（歯科）は国・県と比べて、高くなっています。

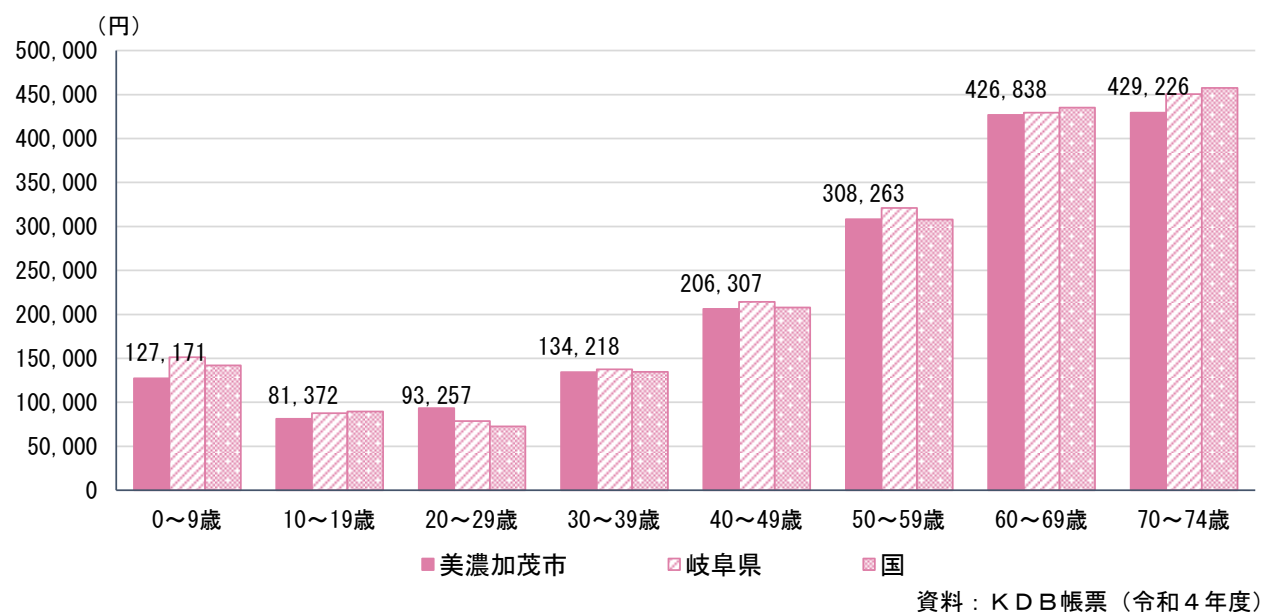
図表11 被保険者1人当たり医療費



(3) 年齢階級別1人当たり医療費

- 令和4年度の年齢階級別1人当たり医療費は、10歳以上は年齢が高いほど1人当たり医療費が高くなっています。また、国・県と比べて、20歳代の1人当たり医療費は高くなっています。

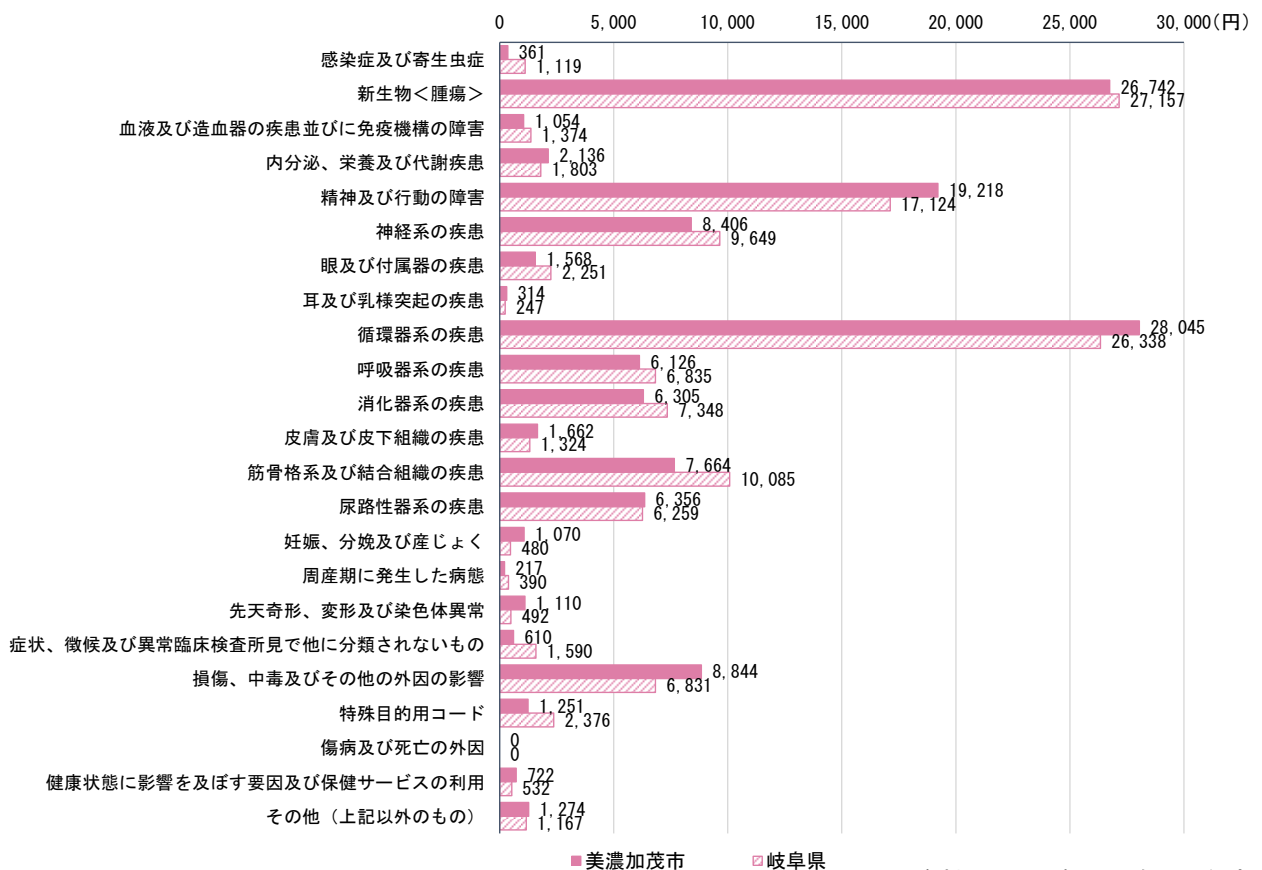
図表12 年齢階級別1人当たり医療費



(4) 疾病大分類別 1 人当たり医療費

- 令和 4 年度の疾病大分類別 1 人当たり医療費（入院）は、「循環器系の疾患」「新生物」「精神及び行動の障害」の順に高く、県と比べると「精神及び行動の障害」「循環器系の疾患」「皮膚及び皮下組織の疾患」等が県より高くなっています。

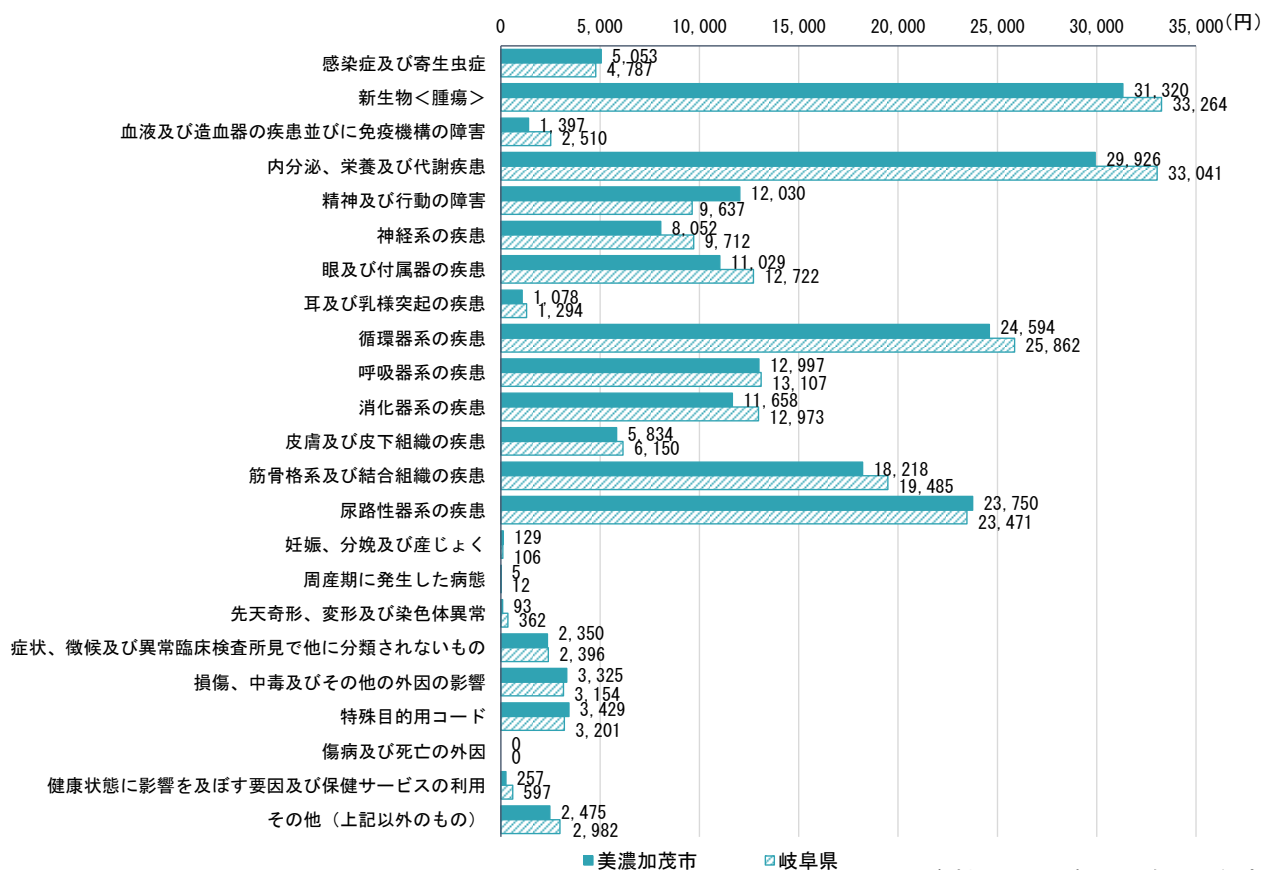
図表13 疾病大分類別 1 人当たり医療費（入院）



資料：KDB帳票（令和 4 年度）

- 一方、令和4年度の疾病大分類別1人当たり医療費（入院外）は、「新生物」「内分泌、栄養及び代謝疾患」「循環器系の疾患」の順に高く、県と比べると「感染症及び寄生虫症」「精神及び行動の障害」「尿路性器系の疾患」等が県より高くなっています。

図表14 疾病大分類別1人当たり医療費（入院外）



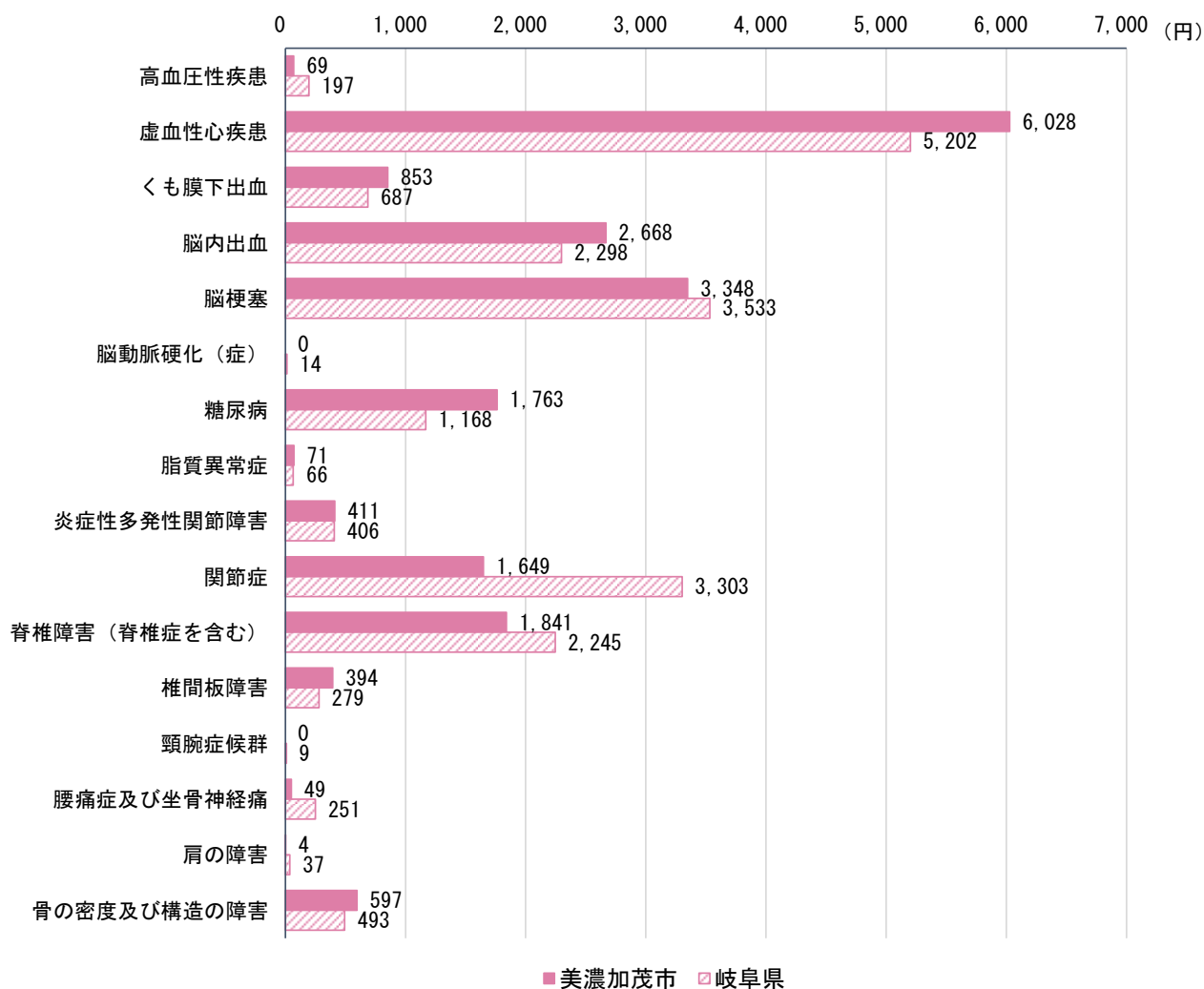
資料：KDB帳票（令和4年度）

（５）疾病中分類別 1 人当たり医療費

- 令和４年度の疾病中分類別 1 人当たり医療費（入院）は、循環器系疾患では、「虚血性心疾患」「脳梗塞」「脳内出血」「くも膜下出血」の順に高く、県と比べると「虚血性心疾患」「脳内出血」「くも膜下出血」が県より高くなっています。

図表15 疾病中分類別 1 人当たり医療費（入院）

※循環器系疾患、内分泌・栄養及び代謝疾患、筋骨格系及び結合組織疾患

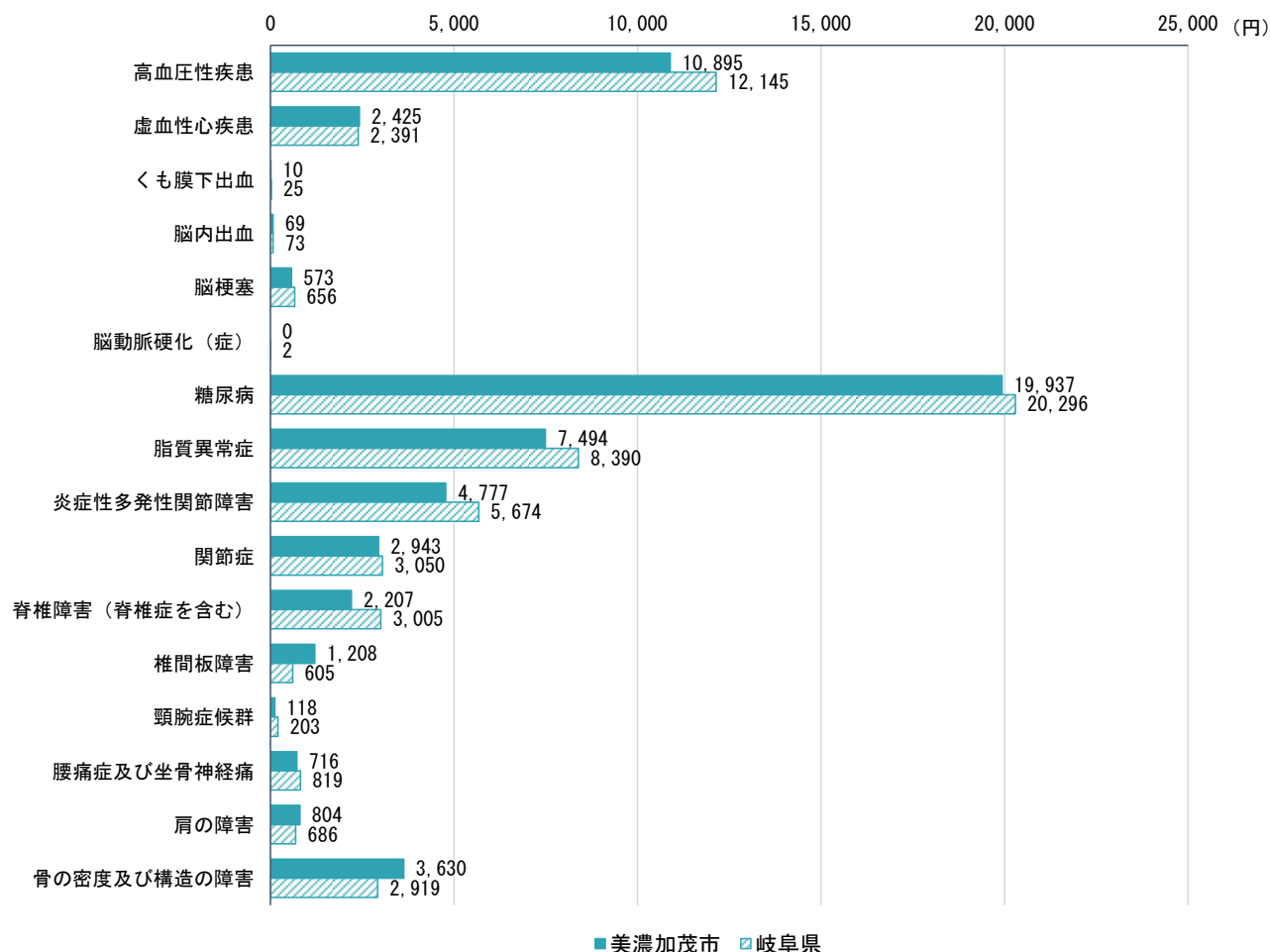


資料：KDB帳票（令和４年度）

- 一方、令和4年度の疾病中分類別1人当たり医療費（入院外）は、循環器系疾患では、「高血圧性疾患」が最も高くなっており、内分泌・栄養及び代謝疾患では、「糖尿病」「脂質異常症」の順に高いですが、どちらも県より低くなっています。また、筋骨格系及び結合組織疾患では、「炎症性多発性関節障害」が最も高くなっています。

図表16 疾病中分類別1人当たり医療費（入院外）

※循環器系疾患、内分泌・栄養及び代謝疾患、筋骨格系及び結合組織疾患

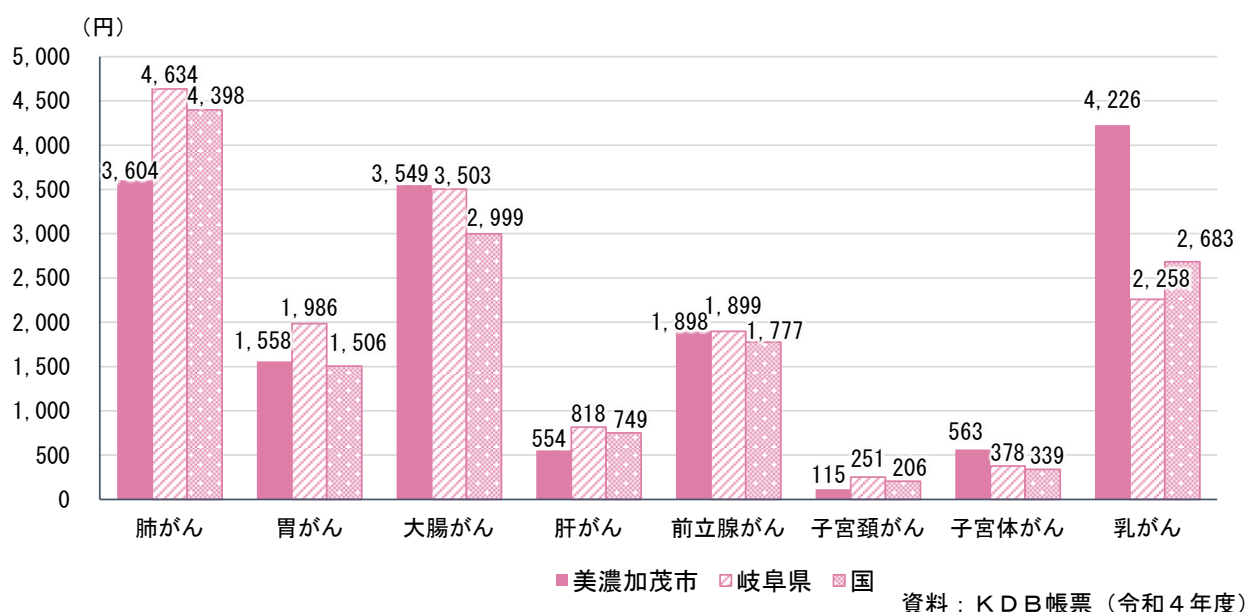


資料：KDB帳票（令和4年度）

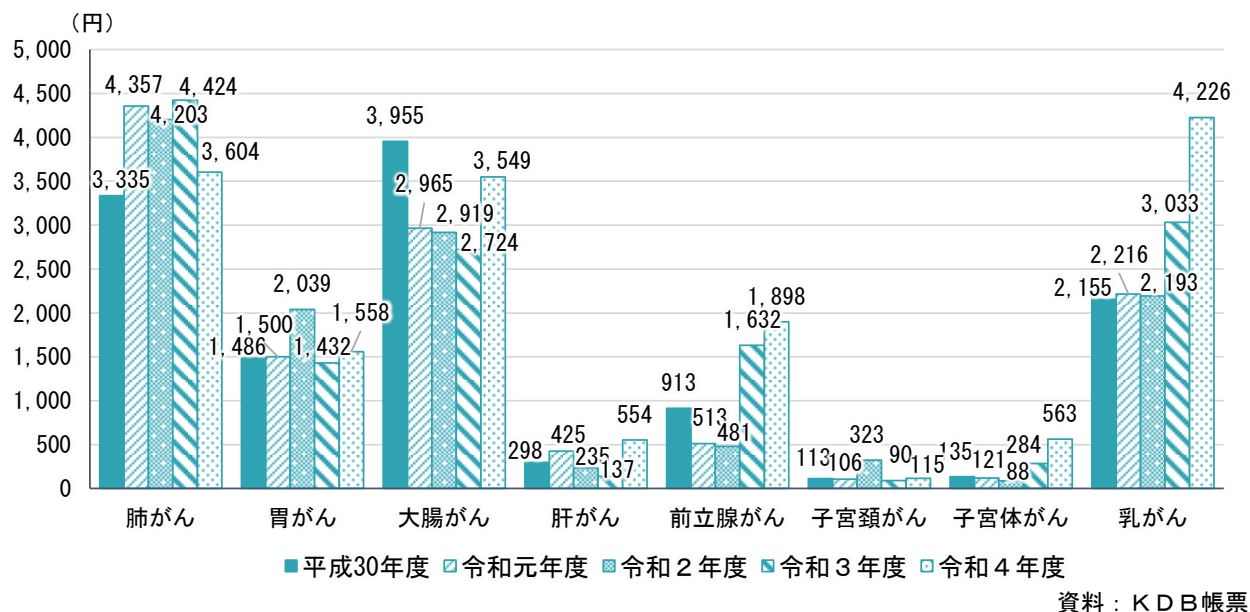
(6) 主要がん1人当たり医療費

- 令和4年度の主要がん1人当たり医療費は、「乳がん」が4,226円で最も高く、次いで「肺がん」3,604円、「大腸がん」3,549円、「前立腺がん」1,898円、「胃がん」1,558円となっています。国・県と比べて、「乳がん」「大腸がん」の1人当たり医療費は国・県より高くなっています。
- 平成30年度から年度別でみると、「乳がん」「前立腺がん」の1人当たり医療費は年々増加傾向にあります。「大腸がん」は令和3年度まで減少傾向でしたが令和4年度に増加に転じています。また、「肺がん」は令和4年度から減少し、国・県と比べても1人当たり医療費は低くなっています。

図表17 主要がん1人当たり医療費



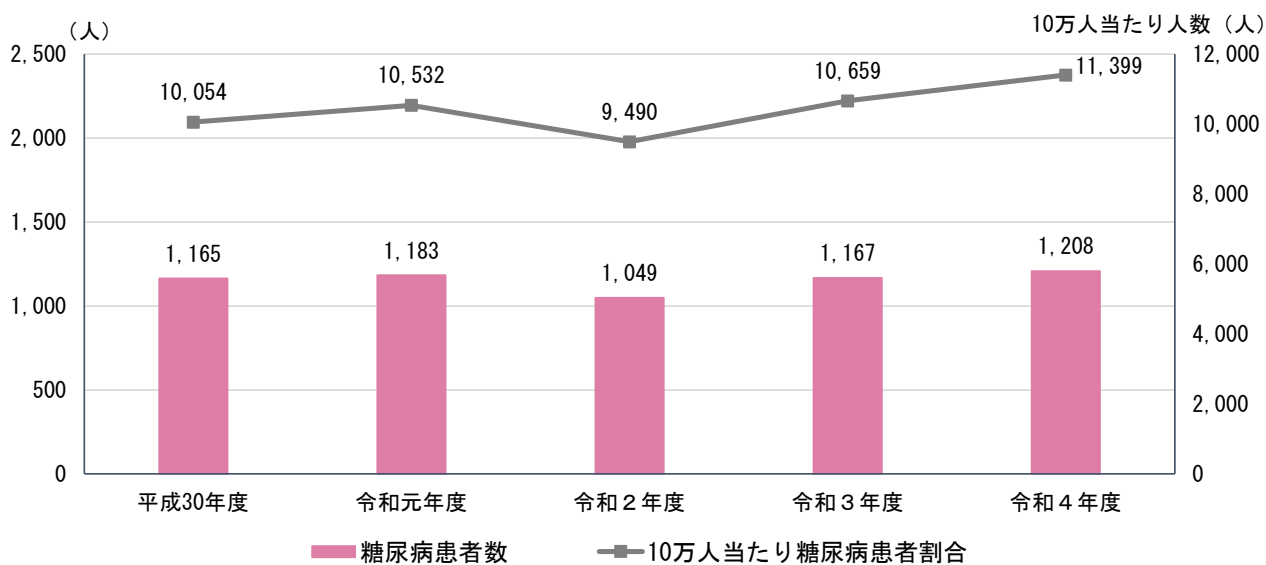
図表18 主要がん1人当たり医療費の推移



(7) 糖尿病患者数の推移

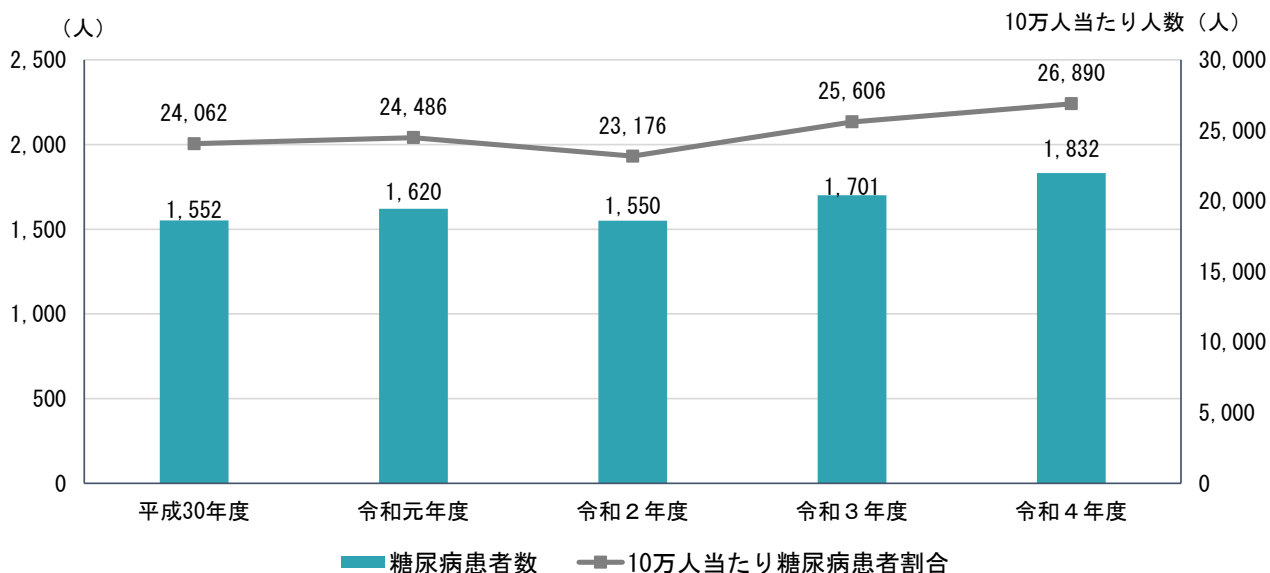
- 令和4年度の糖尿病患者数は、国保で1,208人、後期で1,832人です。国保・後期ともに令和2年度以降増加傾向にあります。
- 被保険者10万人当たり糖尿病患者数も同様に、国保・後期ともに、令和2年度で一度減少したものの再びそれまでよりも高い水準で増加しています。

図表19 糖尿病患者数の推移（国保）



資料：KDB帳票

図表20 糖尿病患者数の推移（後期高齢者）

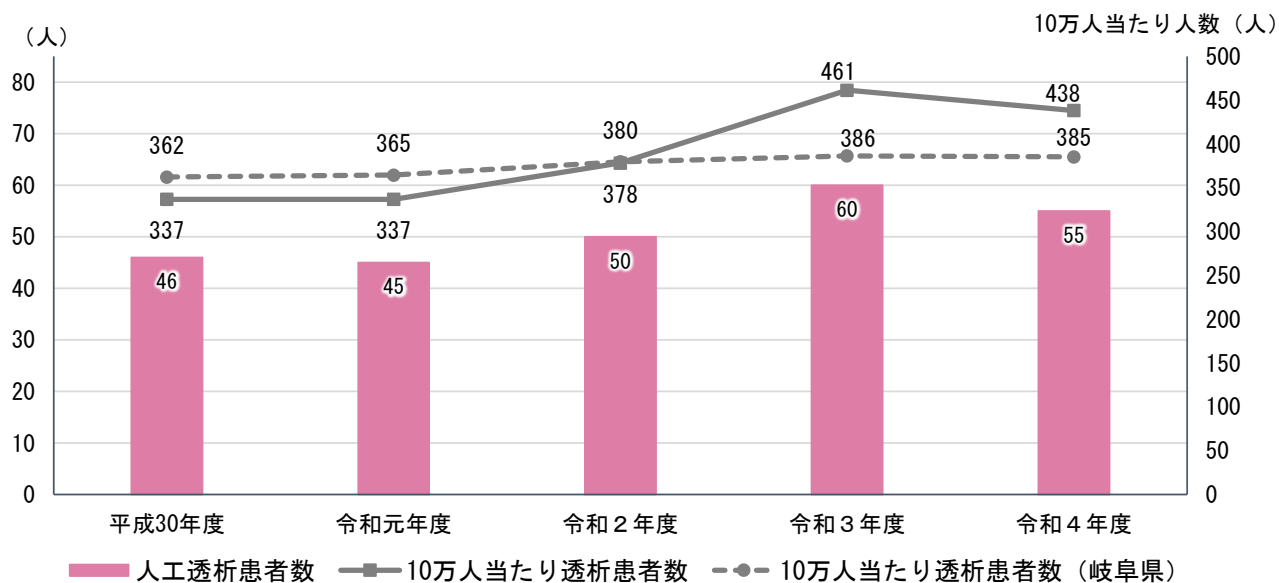


資料：KDB帳票

(8) 人工透析患者数の推移

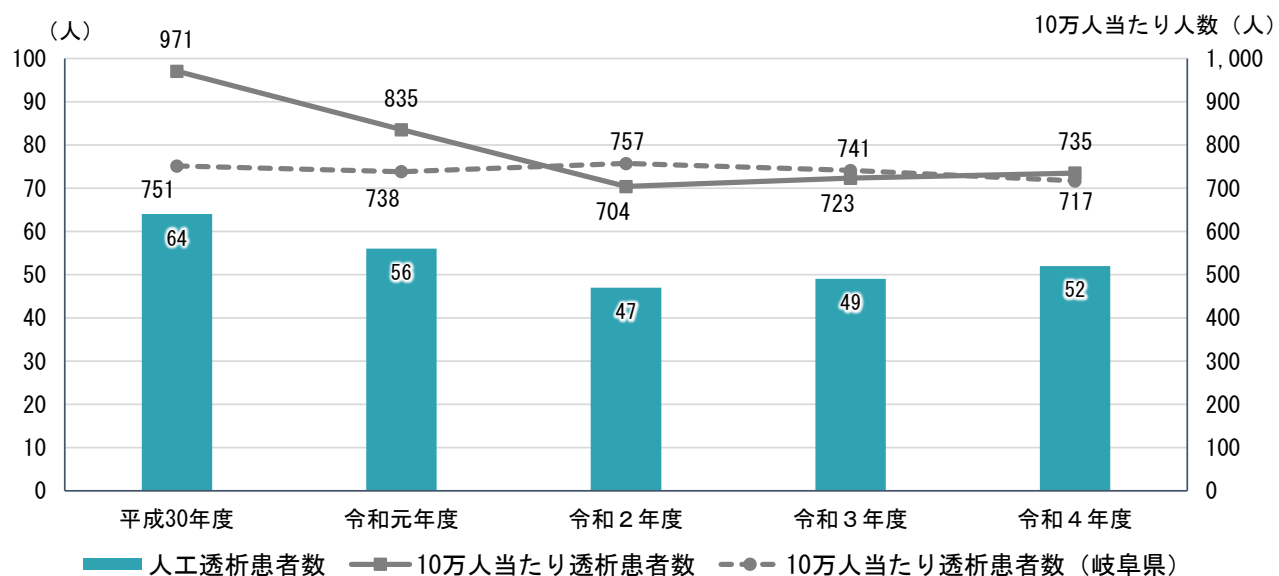
- 令和4年度の10万人当たり人工透析患者数は、国保で438人、後期で735人です。県と比べて、国保・後期ともに県の値（国保385人、後期717人）を上回っています。
- 年度別でみると、国保の10万人当たり人工透析患者数は、平成30年度には県の値より下回っていたものの令和3年度から上回っています。

図表21 人工透析患者数の推移（国保）



資料：KDB帳票

図表22 人工透析患者数の推移（後期高齢者）

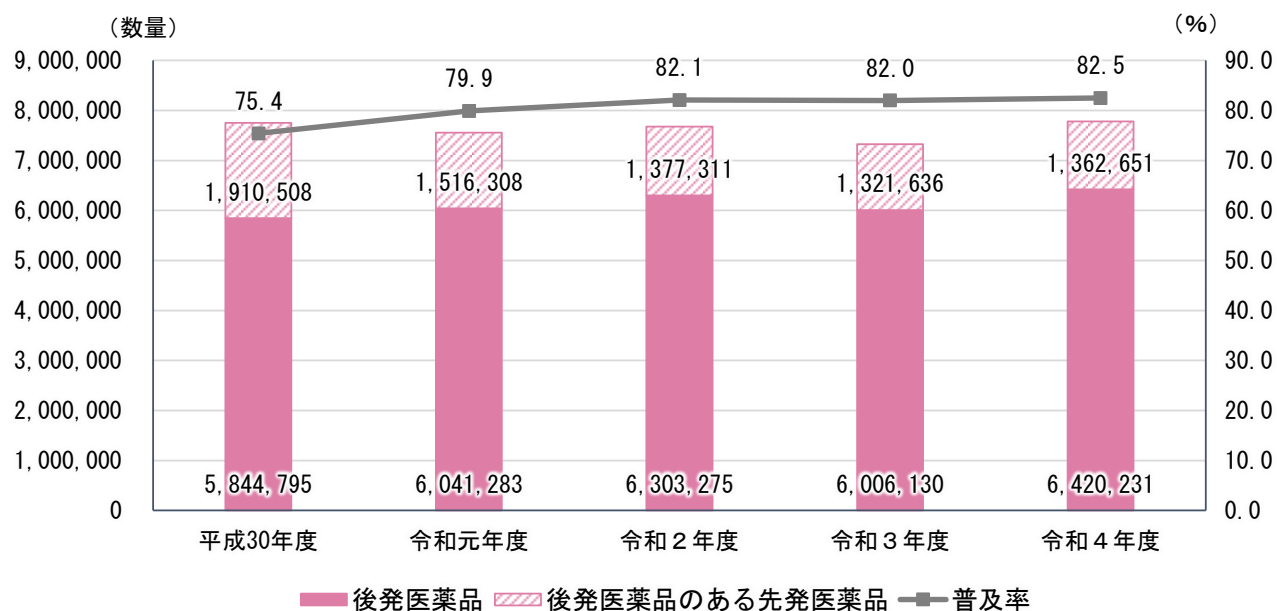


資料：KDB帳票

(9) 後発医薬品の普及状況

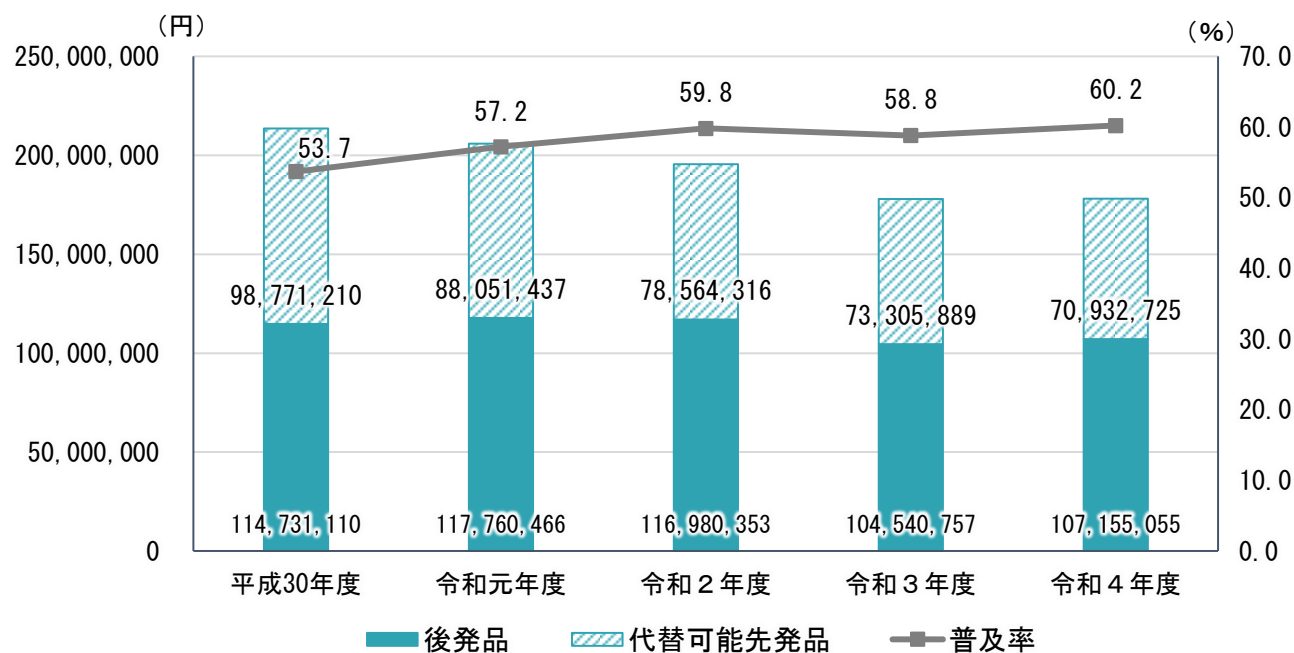
- 令和4年度の後発医薬品普及率は、数量ベースで82.5%、金額ベースで60.2%となっており、いずれも増加傾向にあります。

図表23 後発医薬品の普及状況の推移（数量）



資料：性年齢階層別後発医薬品使用状況一覧

図表24 後発医薬品の普及状況の推移（金額）



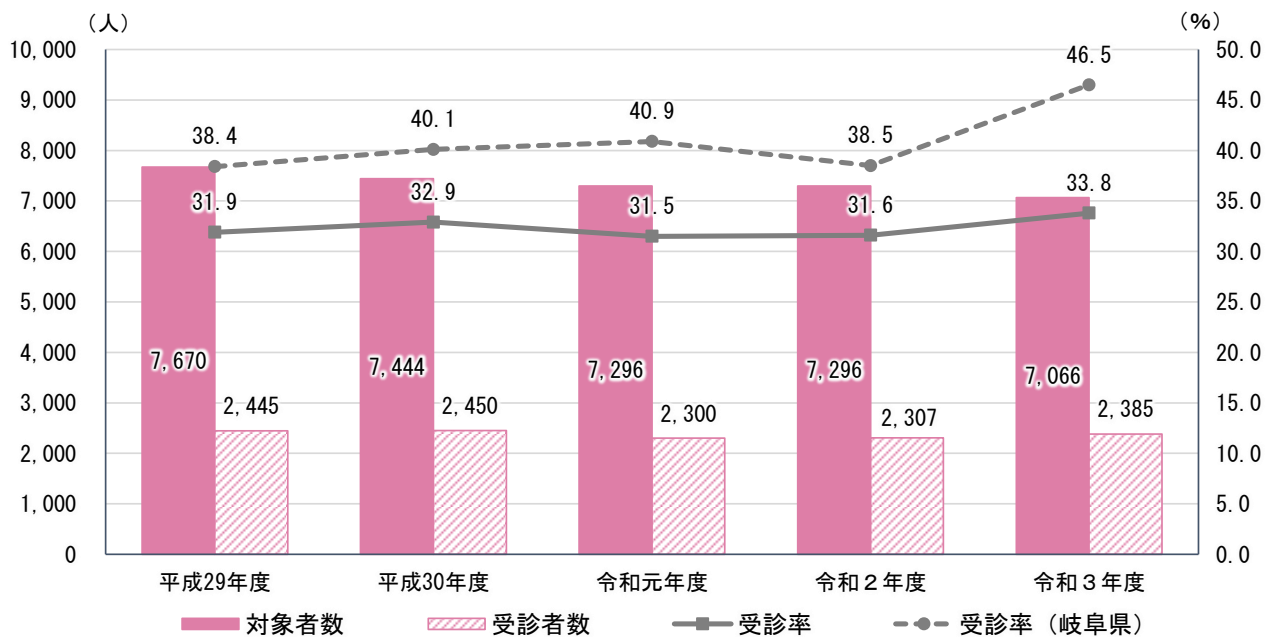
資料：性年齢階層別後発医薬品使用状況一覧

4 特定健康診査（特定健診）の状況

（１）特定健診受診者数・受診率の推移

- 令和３年度の特定健康診査（特定健診）は、対象者数 7,066 人、受診者数 2,385 人、受診率 33.8%となっています。対象者数は減少傾向にありますが、受診者数が令和２年度から増加に転じたため、受診率が増加しました。しかし、受診率はどの年度も県より低い水準で推移しています。

図表25 特定健診受診者数・受診率の推移

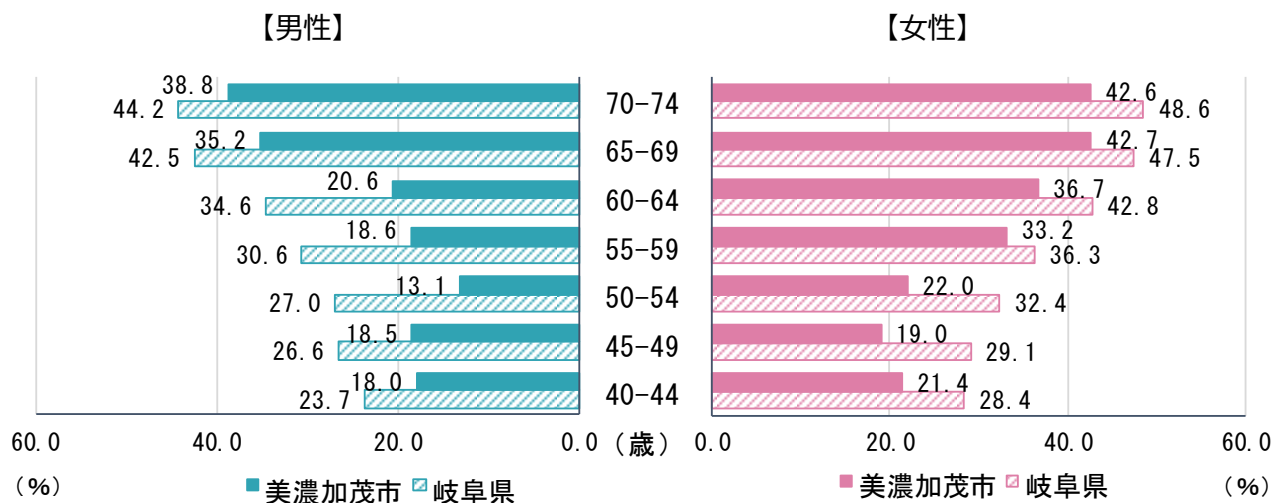


資料：法定報告

(2) 性・年齢階級別特定健診受診率

- 令和3年度の性・年齢階級別の特定健診受診率は、男女ともに年齢階級が上がるほど受診率は増加傾向にあります。男性では50～54歳、女性では45～49歳の受診率が最も低くなっています。
- 県と比べて、男女ともにどの年齢階級も受診率は県より低くなっており、特に、男性では50歳から64歳、女性では45歳から54歳で県より顕著に低くなっています。

図表26 性・年齢階級別特定健診受診率

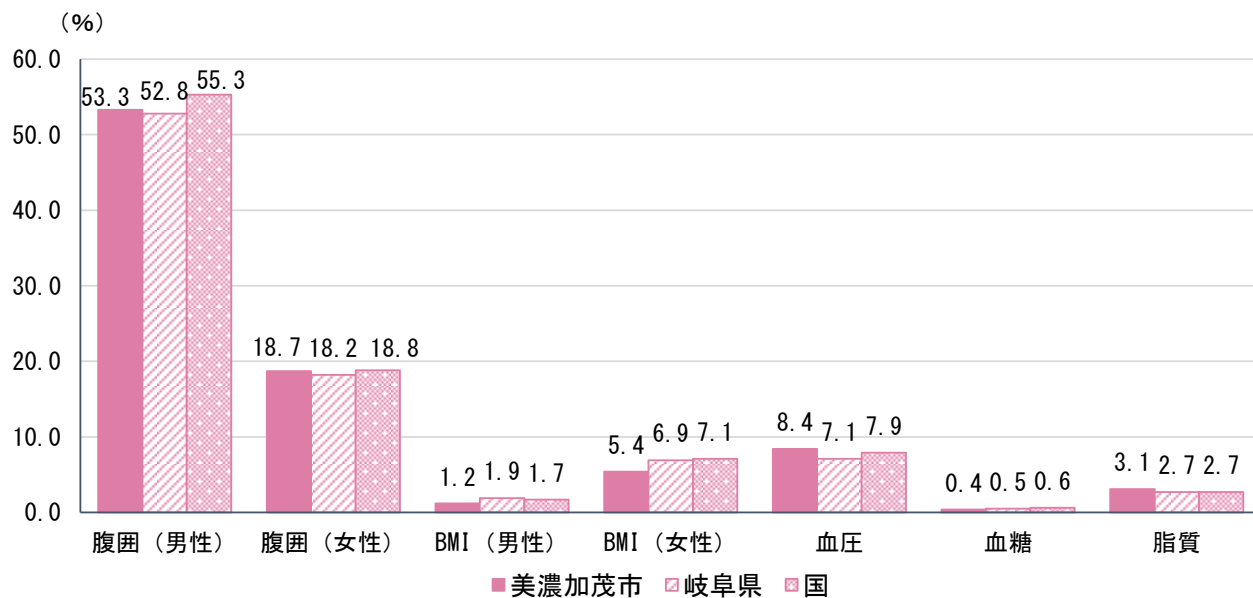


資料：法定報告（令和3年度）

(3) 特定健診有所見者割合

- 令和4年度の特定健診有所見者割合は、「腹囲（男性）」が53.3%と最も高く、次いで「腹囲（女性）」18.7%、「血圧」8.4%となっています。
- 国・県と比べて、「血圧」「脂質」は国・県より高く、「BMI（男性）」「BMI（女性）」「血糖」は低くなっています。

図表27 特定健診有所見者割合

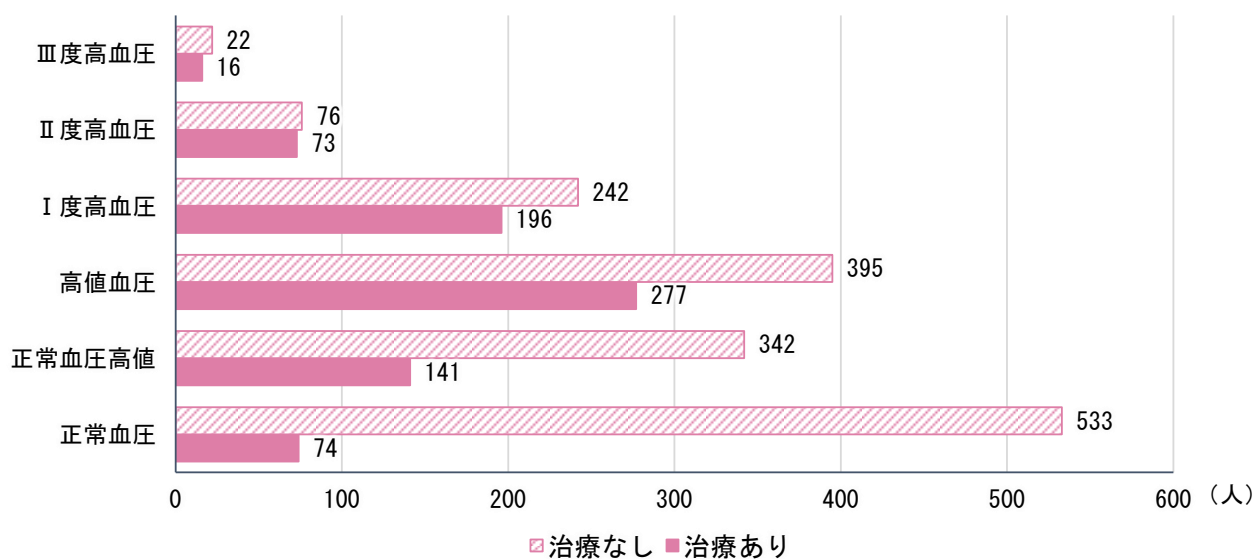


資料：KDB帳票（令和4年度）

(4) 治療有無別血圧区分別該当者数

- 令和4年度の血圧区分別該当者数を治療有無別でみると、「治療あり」(777人)では、「高値血圧」が277人(35.6%)と最も多く、次いで「I度高血圧」196人(25.2%)、「正常血圧高値」141人(18.1%)となっています。
- 一方、「治療なし」(1,610人)では、「正常血圧」が533人(33.1%)と最も多く、次いで「高値血圧」395人(24.5%)、「正常血圧高値」342人(21.2%)となっています。

図表28 治療有無別・血圧区分別該当者数

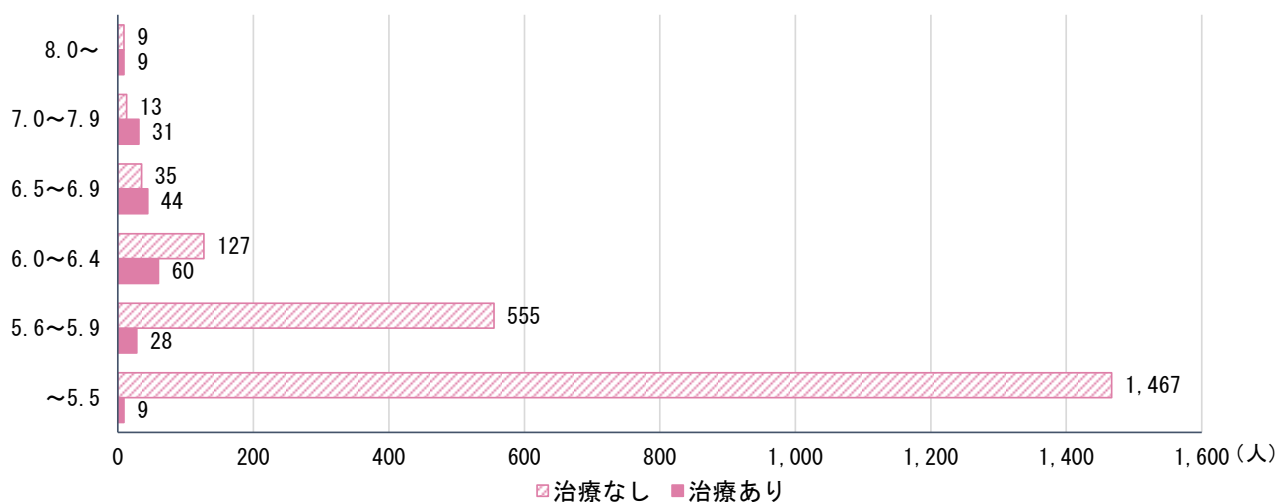


資料：健診結果集計ツール（令和4年度）

(5) 治療有無別HbA1c区分別該当者数

- 令和4年度のHbA1c^{※2}区分別該当者数を治療有無別でみると、「治療あり」(181人)では、合併症リスクが高まる「7.0%以上」の人は40人(22.1%)、治療効果が困難な際の目標値「8.0%以上」の人は9人(5.0%)となっています。
- 一方、「治療なし」(2,206人)では、受診勧奨判定値「6.5%以上」の人は127人(5.8%)となっています。

図表29 治療有無別・HbA1c区分別該当者数



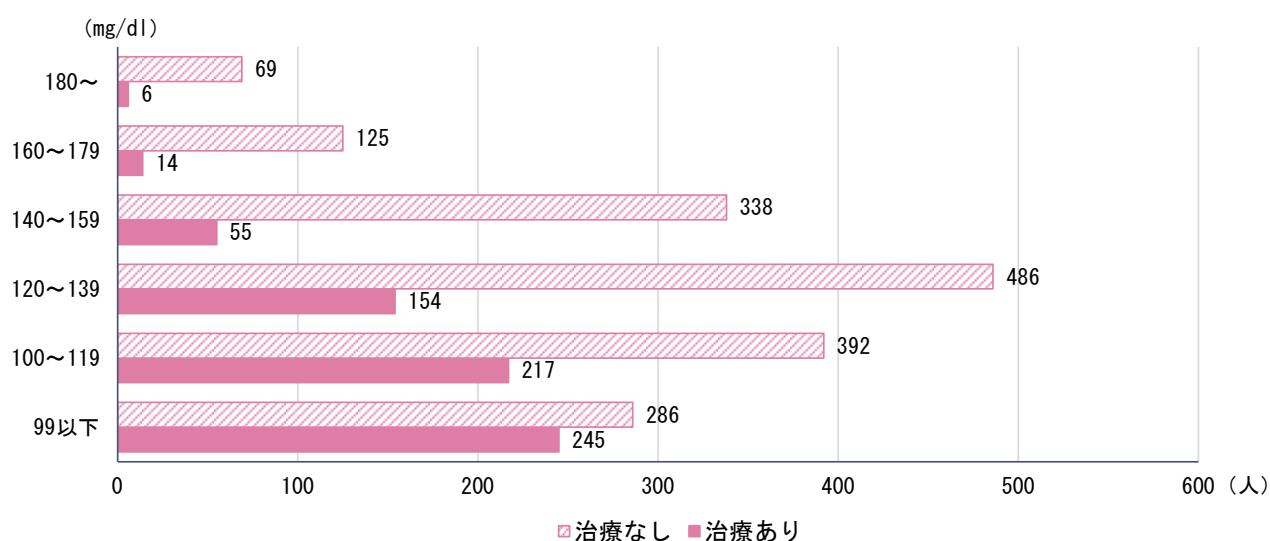
資料：健診結果集計ツール（令和4年度）

※2 「HbA1c」とは、過去1～2ヶ月の平均血糖値がわかる検査の値です。

（６）治療有無別高LDLコレステロール区分別該当者数

- 令和４年度の高 LDL コレステロール区分別該当者数を治療有無別でみると、「治療あり」（６９１人）では、「１８０mg/dl 以上」の人は６人（０．９％）となっています。
- 一方、「治療なし」（１，６９６人）では、受診勧奨判定値「１４０mg/dl 以上」の人は５３２人（３１．４％）、すぐに医療機関の受診が必要とされる「１８０mg/dl 以上」の人は６９人（４．１％）となっています。
- また、LDL コレステロールの受診勧奨判定値（１４０mg/dl）以上の人のうち、「治療なし」が ８７．６％となっています。

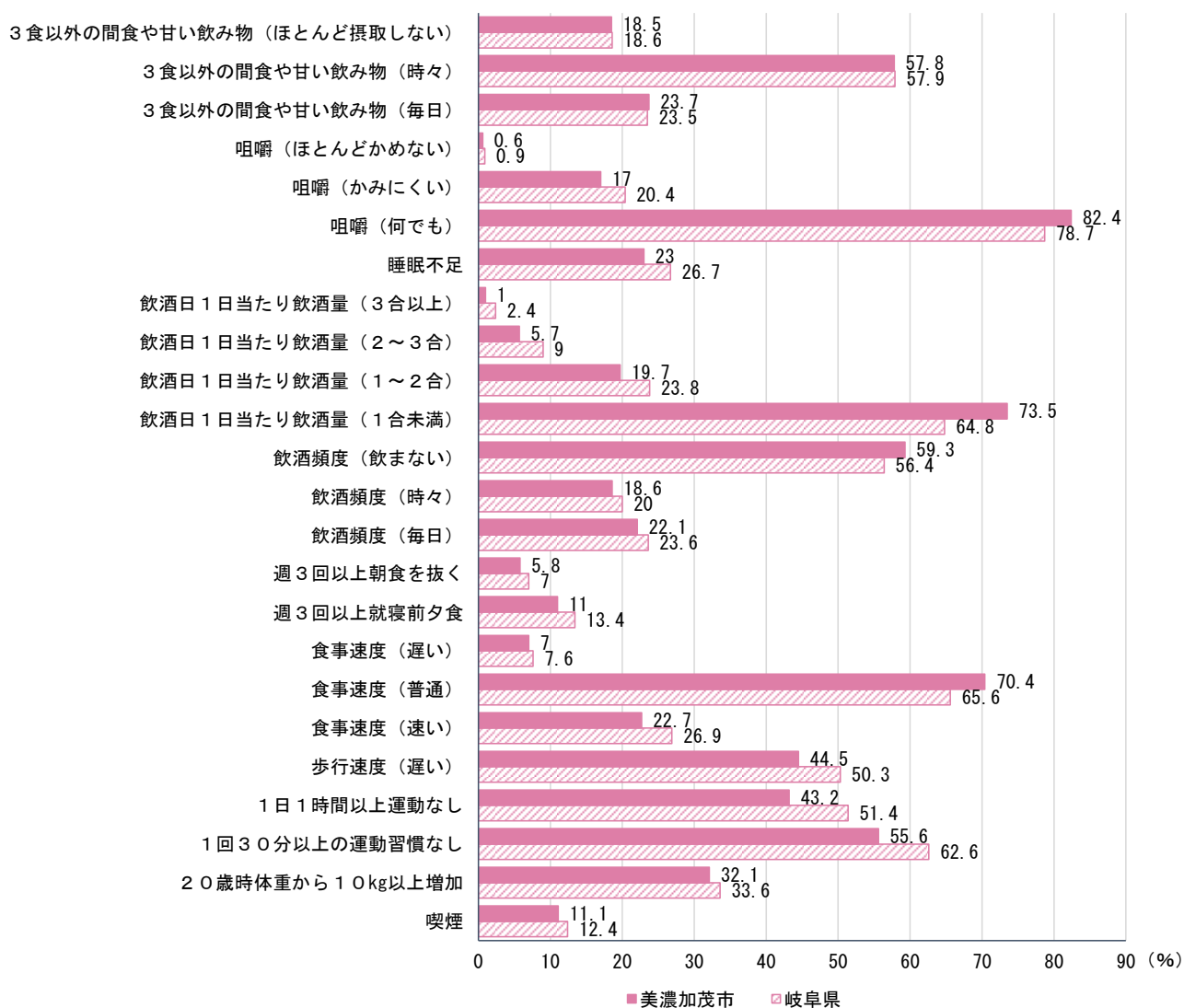
図表30 治療有無別・高 LDL コレステロール区分別該当者数



(7) 標準的な質問票の項目別回答者割合

- 令和4年度の標準的な質問票の項目別回答者割合をみると、「1回30分以上の運動習慣なし」55.6%、「1日1時間以上運動なし」43.2%となっており、これらはいずれも県の値より低くなっています。そのほかの項目は国・県と比べて同程度であるものの、運動に関する項目のみ低くなっています。

図表31 標準的な質問票の項目別回答者割合

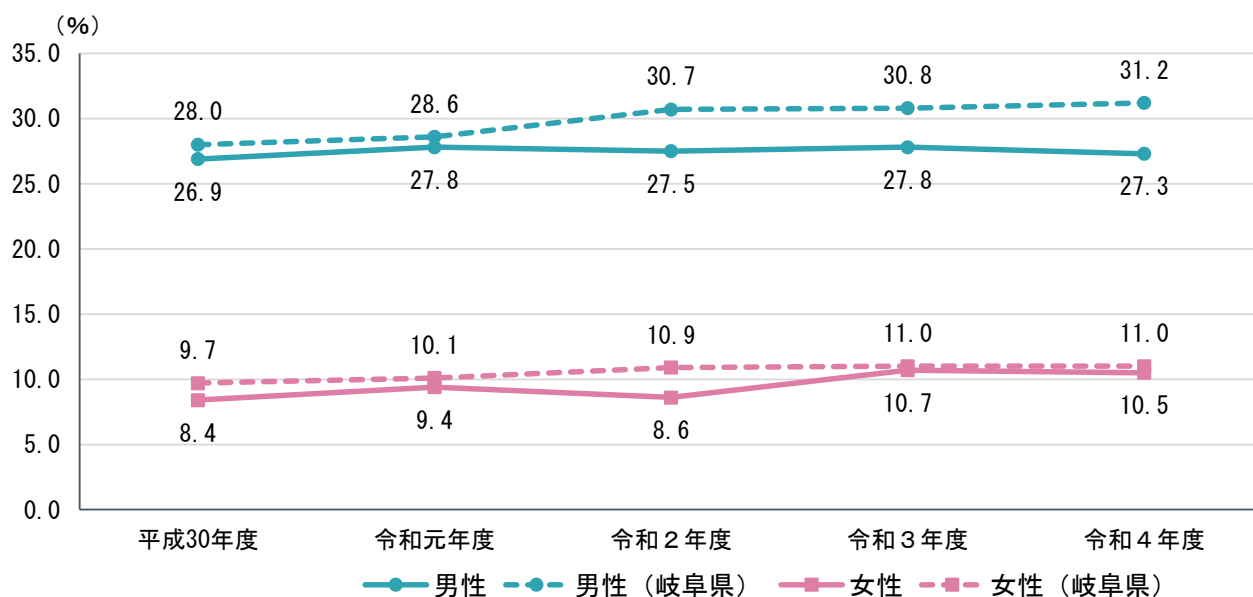


資料：KDB帳票（令和4年度）

(8) メタボ該当者・予備群割合の推移

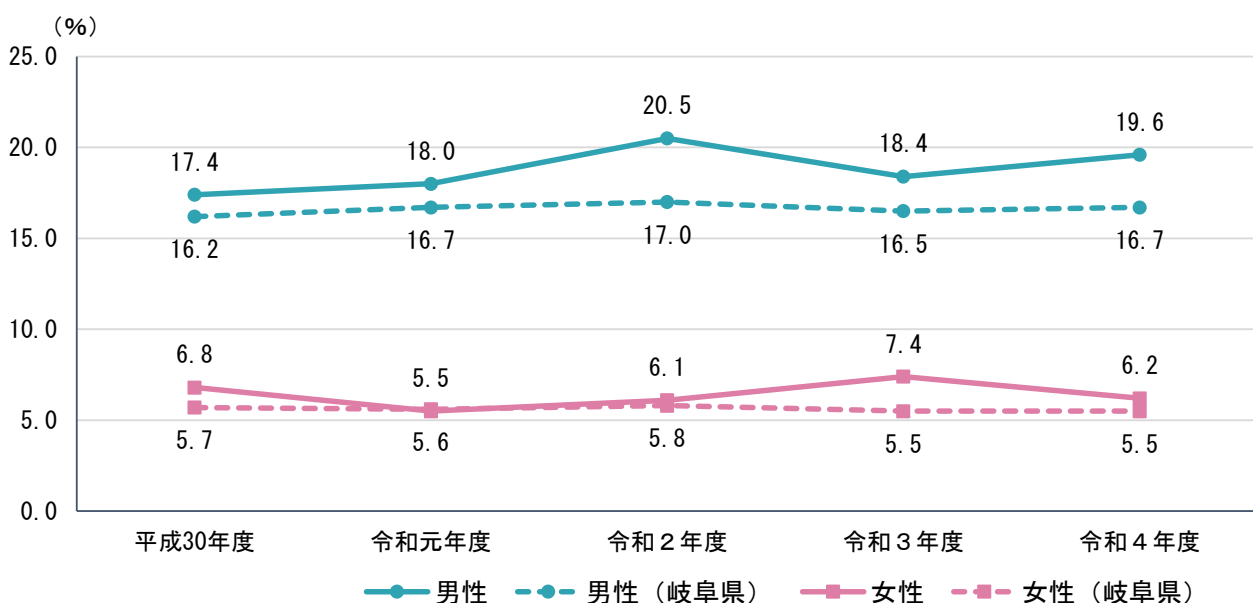
- 令和4年度のメタボ該当者割合は、男性 27.3%、女性 10.5%となっています。男女ともに令和3年度までは緩やかな増加傾向で最も高い水準でしたが、令和4年度にかけては減少しています。
- 一方、令和4年度のメタボ予備群割合は、男性 19.6%、女性 6.2%となっています。男性では令和2年度から3年度にかけて減少傾向となったものの再び令和4年度で増加しています。女性は毎年増減を繰り返しています。

図表32 メタボ該当者割合の推移



資料：KDB帳票

図表33 メタボ予備群割合の推移

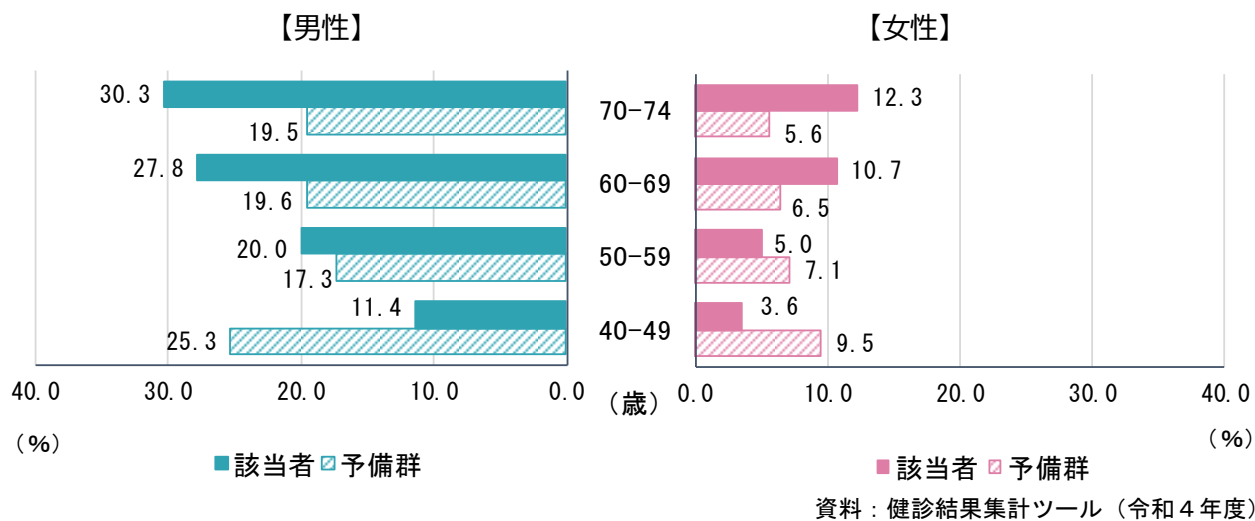


資料：KDB帳票

(9) 性・年齢階級別メタボ該当者・予備群の割合

- 令和4年度のメタボ該当者割合を性・年齢階級別でみると、男女ともに年齢階級が上がるにつれ割合が概ね高くなっています。
- 一方、令和4年度のメタボ予備群割合を性・年齢階級別でみると、男女ともに40～49歳での割合が最も高く、特に女性では年齢階級が上がるにつれて割合が低くなっています。

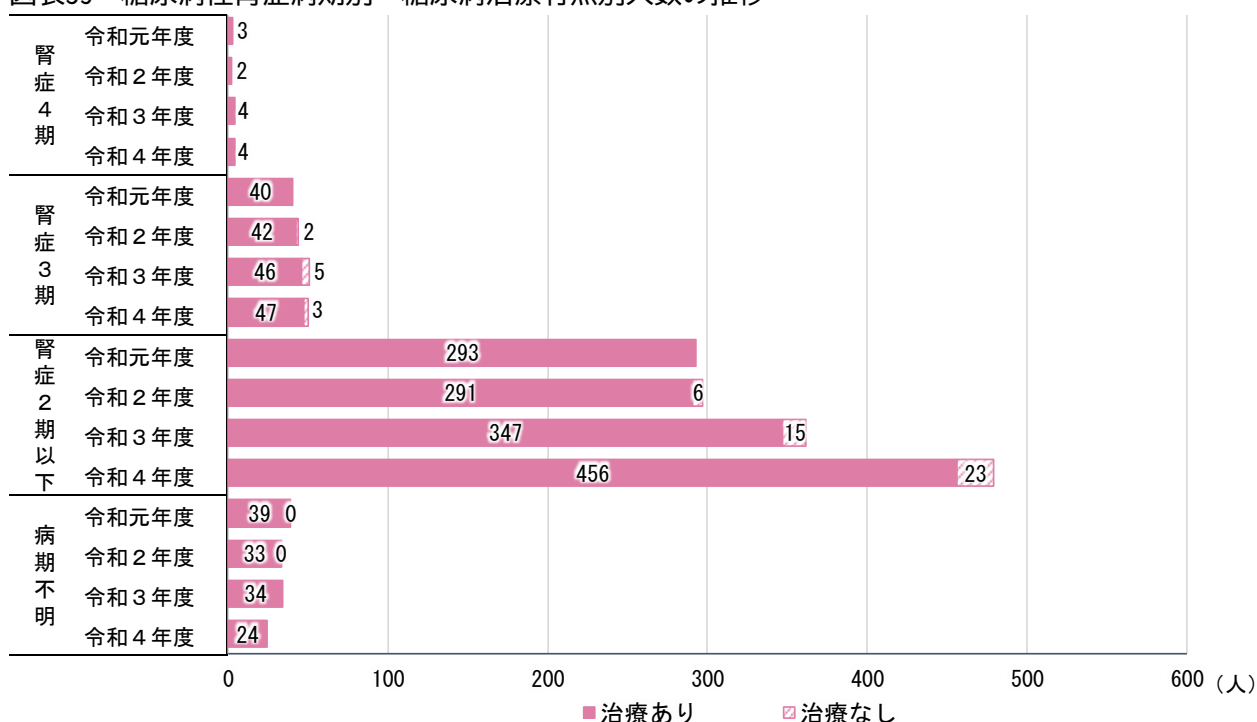
図表34 性・年齢階級別メタボ該当者・予備群の割合



(10) 糖尿病性腎症病期別、糖尿病治療有無別人数の推移

- 「糖尿病治療あり」の人数は、「腎症2期以下」「腎症3期」「腎症4期」とともに、増加しています。また、「腎症2期以下」では、令和元年度の293人から令和4年度の456人と約1.5倍の増加となっています。
- 「糖尿病治療なし」の人数は、「腎症2期以下」「腎症3期」とともに、令和元年度の0人であったものの令和4年度では、「腎症2期以下」が23人、「腎症3期」が3人となっています。

図表35 糖尿病性腎症病期別・糖尿病治療有無別人数の推移

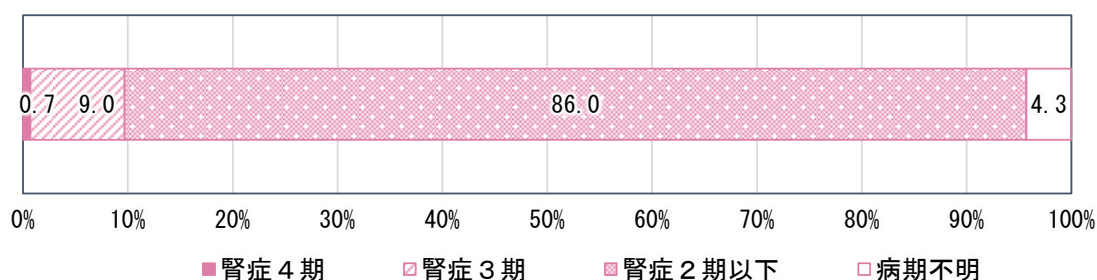


資料：KDB帳票

(11) 糖尿病性腎症病期別割合

- 令和4年度の糖尿病性腎症病期別割合は、「腎症2期以下」が86.0%と最も高く、次いで「腎症3期」9.0%、「病期不明」4.3%となっています。

図表36 糖尿病性腎症病期別割合



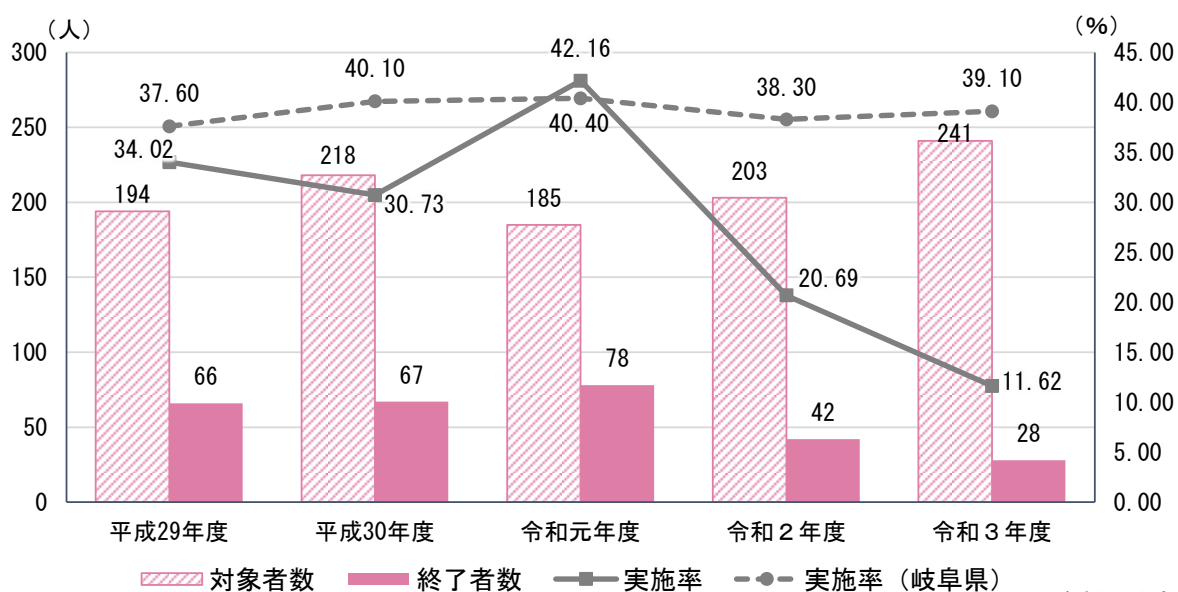
資料：KDB帳票

5 特定保健指導の状況

(1) 積極的・動機付け支援別実施者数・実施率の推移

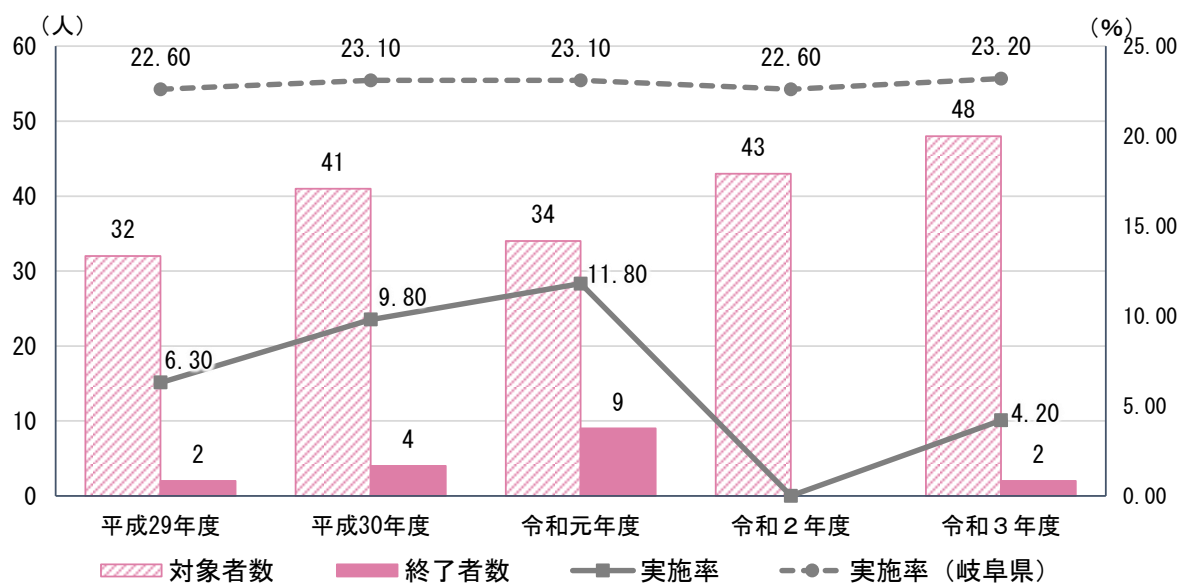
- 令和3年度の特定保健指導（積極的支援＋動機付け支援）の実施率は11.6%、積極的支援の実施率は4.2%、動機付け支援の実施率は13.5%で、いずれも県より低い水準で推移しています。
- 市の特定保健指導（積極的支援＋動機付け支援）の実施率は、平成29年度から令和元年度にかけて増加していましたが、令和3年度にかけては減少傾向となっています。

図表37 【積極的＋動機付け支援】実施者数・実施率の推移



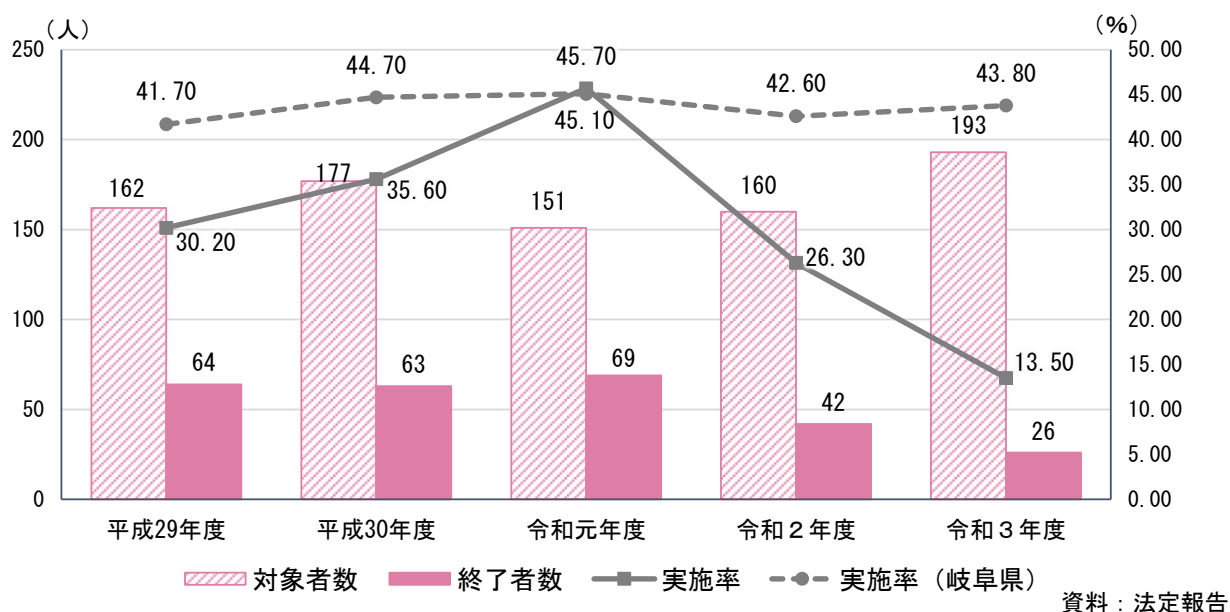
資料：法定報告

図表38 【積極的支援】実施者数・実施率の推移



資料：法定報告

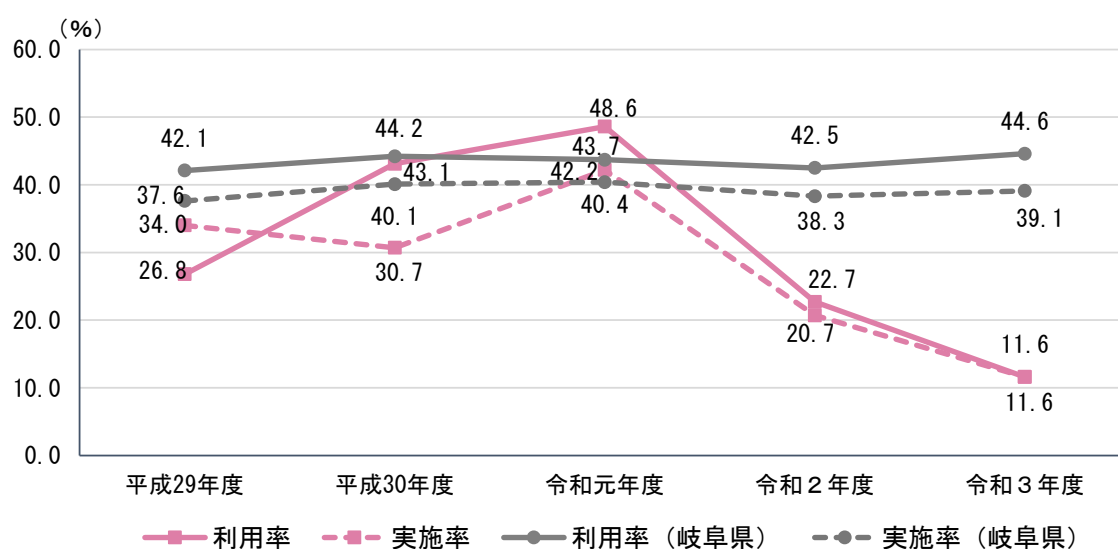
図表39 【動機付け支援】実施者数・実施率の推移



(2) 特定保健指導利用率・終了率（実施率）の推移

- 令和3年度の特定保健指導の利用率・終了率（実施率）はともに11.6%で、いずれも県より低い水準で推移しています。
- 市の特定保健指導の利用率・終了率（実施率）は、いずれも平成29年度から令和元年度にかけて増加していましたが、令和3年度にかけては減少傾向となっています。

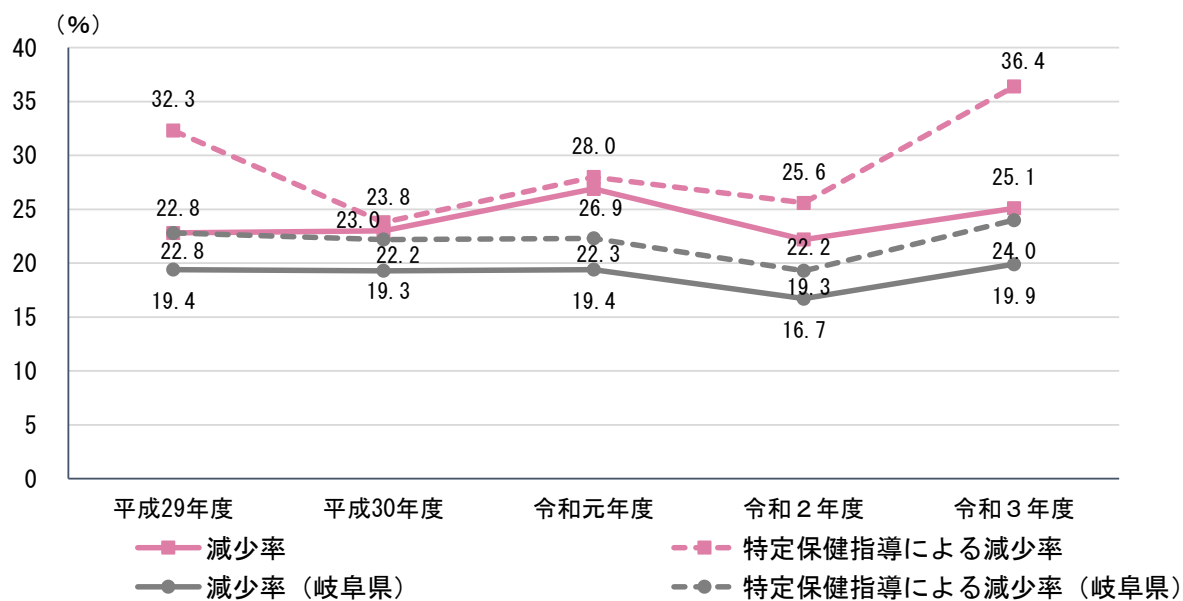
図表40 特定保健指導利用率・終了率（実施率）の推移



(3) 特定保健指導対象者の減少率の推移

- 令和3年度の特定保健指導対象者の減少率は25.1%で、増減を繰り返しながらも県より高い水準で推移しています。
- また、令和3年度の特定保健指導による減少率は36.4%で、こちらも増減を繰り返しており、平成29年度から令和3年度まですべて県より高い水準で推移しています。

図表41 特定保健指導対象者の減少率の推移



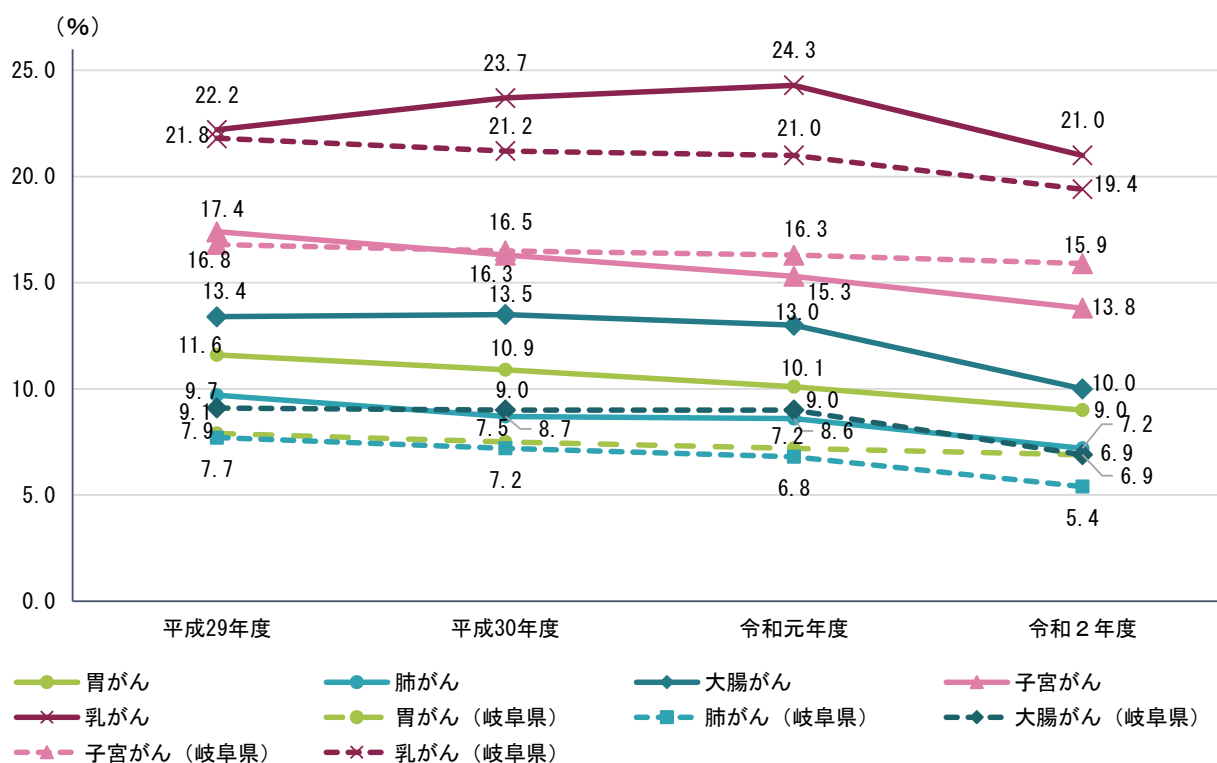
資料：特定健診・特定保健指導実施結果集計表（県集計）

6 がん検診の状況

(1) がん検診受診率の推移

- 令和2年度のがん検診受診率は、「乳がん」が21.0%と最も高く、次いで「子宮がん」13.8%、「大腸がん」10.0%となっています。
- 各検診の受診率は概ね減少傾向にあります。が、「子宮がん」以外のがん検診はすべて県より高い水準で推移しています。

図表42 がん検診受診率の推移



資料：岐阜県の生活習慣病白書 2022（統計編）

＜健康医療情報等の分析（一覧）＞

分類		健康・医療情報等の分析に必要な 各種データ等の分析結果	参照データ
平均余命・標準化死亡比等		・「平均余命」は男性 82.5 歳、女性 87.9 歳、「平均自立期間」（要介護 2 以上除く）は男性 81.1 歳（差 1.4 歳）、女性 84.7 歳（差 3.2 歳）、「平均自立期間」（要支援・要介護除く）は男性 80.2 歳（差 2.3 歳）、女性 82.1 歳（差 5.8 歳）となっており、「平均余命」と「平均自立期間」は、男女ともに国・県より長い。 ・標準化死亡比は、男性で 94.6、女性で 88.7 となっており、主要疾病標準化死亡比では男性は「腎不全」「自殺」が国と比較して悪く、女性は「脳血管疾患」「自殺」が悪化している。	図表 6 図表 7
医療費の 分析	医療費の ボリューム （経年比較・年齢階級別等）	・令和 4 年度の 1 人当たり医療費は、297,060 円で、県より低い水準で推移している。 ・令和 4 年度の総医療費は 37.3 億円で、そのうち生活習慣病（9 疾病）総医療費は 20.1 億円である。 ・1 人当たり医療費（外来）と医療費（入院）は、国・県と比べてともに低い。 ・1 人当たり医療費（歯科）は、国・県と比べて高い。 ・国・県と比べて、20 歳代の 1 人当たり医療費は高い。	図表 10 図表 11 図表 12
	疾病分類別の医療費	・疾病大分類別 1 人当たり医療費（入院）は、「循環器系の疾患」「新生物」「精神及び行動の障害」の順に高い。疾病中分類別 1 人当たり医療費（入院）は、循環器系疾患では、「虚血性心疾患」「脳梗塞」「脳内出血」「くも膜下出血」の順に高い。 ・疾病大分類別 1 人当たり医療費（入院外）は、「新生物」「内分泌、栄養及び代謝疾患」「循環器系の疾患」の順に高い。疾病中分類別 1 人当たり医療費（入院外）は、循環器系疾患では、「高血圧性疾患」が最も高く、内分泌・栄養及び代謝疾患では、「糖尿病」「脂質異常症」の順に高い。	図表 13 図表 14 図表 15 図表 16
		・主要がんの 1 人当たり医療費は、「乳がん」「肺がん」「大腸がん」「前立腺がん」「胃がん」の順に高い。 ・「乳がん」「大腸がん」の 1 人当たり医療費は国・県より高い。	図表 17
	後発医薬品の使用割合	・令和 4 年度の後発医薬品普及率は「数量ベース」82.5%、「金額ベース」60.2%で、経年的に増加している。	図表 23 図表 24

特定健康診 査・特定保 健指導等の 健診データ （質問票を 含む）の分 析	特定健康診 査・特定保 健指導の実 施状況	・特定健診の受診率は 33.8%と県より低い水準で推移している。 ・対象者数は減少傾向にあるが、受診者数が令和 3 年度より増加に転じたため、受診率が増加した。 ・令和 3 年度の特定健診受診率は、男性では 50～64 歳、女性では 45～54 歳代で県より顕著に低い。	図表 25 図表 26
		・令和 3 年度の積極的支援実施率は 4.2%、動機付け支援実施率は 13.5%で、いずれも県より低い。 ・特定保健指導の利用率・終了率（実施率）ともに、県より低い水準で推移している。	図表 38 図表 39 図表 40
		・特定保健指導対象者の減少率は、増減を繰り返しながらも県より高い水準で推移している。	図表 41
	特定健診結 果の状況 （有所見 率・健康状 態）	・特定健診有所見者割合は、「腹囲（男性）」「腹囲（女性）」「血圧」の順に高く、国・県と比べて、「血圧」「脂質」は高く、「BMI（男性）」「BMI（女性）」「血糖」は低い。	図表 27
		・メタボ該当者の割合は、男女ともに令和 3 年度までは緩やかな増加傾向で最も高い水準だが、令和 4 年度にかけては減少している。 ・メタボ予備群の割合は男女ともに増減を繰り返している。	図表 32 図表 33
	質問票調査 の状況（生 活習慣）	・特定健診の質問票で、「1 回 30 分以上の運動習慣なし」55.6%、「1 日 1 時間以上運動なし」43.2%となっており、いずれも県より低いが、運動習慣がない人の割合が約半数を占めている。	図表 31
レセプト・健診データ等 を組み合わせた分析		・HbA1c の受診勧奨判定値（6.5%）以上の人のうち、「治療なし」が 40.4%である。 ・LDL コレステロールの受診勧奨判定値（140mg/dl）以上の人のうち、「治療なし」が 87.6%である。	図表 29 図表 30
介護費関係の分析		・要支援・要介護認定者数は増加傾向である。 ・令和 4 年度の要支援・要介護認定率は 16.8%で、令和 3 年度までは増加し、令和 4 年度に減少している。	図表 8
その他		・被保険者 10 万人当たり糖尿病患者数は、国保・後期ともに令和 2 年度で一度減少したものの再びそれまでよりも増加している。	図表 19 図表 20
		・令和 4 年度の 10 万人当たり人工透析患者数は、国保・後期ともに県より上回っている。	図表 21 図表 22
		・がん検診の受診率は、各検診について概ね減少傾向にあり、「子宮がん」以外のがん検診はすべて県より高い水準で推移している。	図表 42

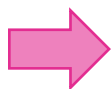
第3章 計画の全体像

1 健康課題

本市の特性等を踏まえて、以下の健康課題を設定します。

A

本市は被保険者数も65歳以上の高齢者が44.6%と多くを占めており、高齢化率も上昇傾向にある。そして、受診率が60歳代以降で大きく伸びているため、医科の総医療費の73%は60歳以上の被保険者の利用によるものといえる。高齢化は進行していくため、今後さらに医療費が増大していくと考えられる。そのため、被保険者の健康づくりと医療費の適正化が重要である。しかし、健康づくりの基本となる特定健康診査の受診率は県平均より低い状況にある。特に男性の受診率は全年代で女性より低く、40歳代から50歳代は男女問わず市の平均より低い。本市が実施している特定健康診査の受診勧奨ハガキの送付はある一定の効果があるため、受診率向上につながるような内容を検討し引き続き継続していく必要がある。



被保険者の健康づくりの基本情報となる特定健康診査の受診率向上

B

本市の医療費は令和2年度に新型コロナウイルス感染症による受診控えの影響で医療費が減少しているが、令和3年度以降は令和元年度より上昇し続けている。その中で生活習慣病費用割合及び患者割合は年々上昇しており、医療費の適正化には生活習慣病の予防が重要となる。しかし、本市の特定保健指導の実施率は新型コロナウイルス感染症の影響があり、令和2年度、令和3年度は大きく低下している。しかし、特定保健指導利用者は体重の維持改善率や健診の継続受診率など一定の効果が見られているため、特定保健指導利用率を向上させることで多くの被保険者の重症化予防を行うことができる。そのため、オンラインや集団での指導など複数の手段を活用し、利用者の利便性を考慮した特定保健指導を実施し、実施率向上につなげていく。



生活習慣病の発症予防・重症化予防のための効果的な特定保健指導の実施

C

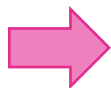
本市では、糖尿病と腎不全が国保・後期問わず外来の医療費の多くを占めている状況にある。糖尿病や腎不全は人工透析や、脳出血などの血管障害につながるものである。実際に本市の標準化死亡比は男性の腎不全が国より高く、女性は脳血管疾患が国より低いものの、年々上昇している。本市が実施してきた糖尿病未治療者の医療受診や糖尿病性腎症のハイリスク者への保健指導は血糖値の改善に効果があるため、受診勧奨や保健指導を時期や期間を見直しながら継続していく。



生活習慣病の重症化に伴う腎不全や血管障害を予防するための効果的な保健指導の実施

D

本市では、高血圧性疾患が国保の外来において3番目に医療費の高い疾患となっている。さらに被保険者の高齢化率は年々上昇しているため高齢をリスク因子に持つ高血圧による健康課題が今後増えていくと考えられる。現時点でも標準化死亡比は男性の腎不全が国より高く、女性は脳血管疾患が国より低いものの、年々上昇している。そのため、糖尿病の重症化予防とともに血管を傷つける高血圧症の重症化予防を図る必要がある。本市が実施してきた高血圧未治療者への受診勧奨や教室型の保健指導は血圧の維持改善に効果があるため継続し、参加者を増やすことでより多くの人の血圧改善ができるように事業を進めていく。



脳血管疾患・心疾患を防ぐための効果的な保健指導の実施

E

本市では、腎不全が国保・後期問わず外来の医療費の多くを占めている状況にある。腎不全から人工透析へ移行すると1件あたりの医療費が高く介護状態になりやすい。そのため、腎機能低下を防ぐ対策が重要となる。腎機能低下者への医療機関への受診勧奨は血圧の維持改善に一定の効果はあるが実際に受診したかが不明であるため、医師が対象者の腎機能についてどう判断したかを知り、より効果的な受診勧奨を行うために医療機関との連携を図っていく。



腎機能低下者の人工透析への移行を防ぐためのかかりつけ医と連携した保健指導の実施

F

本市の平均年齢は年々上昇し、それに伴い1人当たり医療費も増加傾向にあるため今後、医療需要の増加が見込まれる。その中で不必要であったり、体への害がある可能性のある重複処方や多剤処方は大きな課題である。適正な受診・適正な服薬を推進し、社会保障の安定供給を図る必要がある。



社会保障の安定供給のための適正な受診・適正な服薬の推進

G

本市の高齢化率は県平均より低いものの、年々上昇している。また、65歳以上の単独世帯も増えているため、高齢者の健康増進、介護予防が重要となる。高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう国保の視点から地域包括ケアに資する取り組みを行っていく。



地域包括ケアを推進していくための国保の視点による取組

2 計画全体における目的

本市の健康課題を踏まえて、「健康寿命を延伸させる」「医療費を適正化する」ために、以下の目標を設定します。

<健康課題>

目標1 メタボ等の生活習慣病の予防

A

B

<評価指標>

	計画策定時の実績	目標値					
	2022年度	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	2028年度	2029年度
特定健診受診率：％	33.8	36	38	40	42	44	46
特定保健指導利用率：％	11.6	15	20	25	30	35	40

<健康課題>

目標2 糖尿病の重症化の予防

C

<評価指標>

	計画策定時の実績	目標値					
	2022年度	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	2028年度	2029年度
HbA1c 値※ ³ 維持・改善率：％	100	100	100	100	100	100	100
eGFR 値※ ⁴ 維持・改善率：％	100	100	100	100	100	100	100

※3 「HbA1c 値」とは、過去1～2ヶ月の平均血糖値がわかる検査の値です。

※4 「eGFR 値」とは、推算糸球体ろ過量のことで腎機能を示す検査の値です。

目標3 高血圧の重症化予防

<評価指標>

	計画策定時の実績	目標値					
	2022年度	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	2028年度	2029年度
収縮期血圧 ^{※5} 維持 ・改善者割合：％	66.8	67	67	67	67	67	67
拡張期血圧 ^{※6} 維持 ・改善者割合：％	66.8	67	67	67	67	67	67

※5 「収縮期血圧」とは、心臓から血液が送られるときの血圧で最高血圧と言われることもあります。

※6 「拡張期血圧」とは、心臓へ血液が戻るときの血圧で最低血圧と言われることもあります。

目標4 腎機能低下の重症化予防

<評価指標>

	計画策定時の実績	目標値					
	2022年度	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	2028年度	2029年度
CKD ^{※7} 重症度分類 の変化：％	77.9	78	78	78	78	78	78

※7 「CKD」とは、慢性腎臓病のことです。尿たんぱくの量とeGFRの値で重症度を分類します。

目標5 重複多剤服用者の減少

<評価指標>

	計画策定時の実績	目標値					
	2022年度	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	2028年度	2029年度
重複投与者数（対被保険者1万人）	103	減少 前年より	減少 前年より	減少 前年より	減少 前年より	減少 前年より	減少 前年より
多剤投与者数（対被保険者1万人）	18	減少 前年より	減少 前年より	減少 前年より	減少 前年より	減少 前年より	減少 前年より

目標6 地域包括ケア推進・一体的実施への取組

<評価指標>

	計画策定時の実績	目標値					
	2022年度	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	2028年度	2029年度
KDB等を活用したデータ提供等により地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局として参画	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施
KDB等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、国保部局として当該ターゲット層に対する支援を実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施

3 解決すべき健康課題と保健事業の対応づけ

健康課題を解決し、目標を達成するための保健事業は以下の通りです。

保健事業 番号	事業名称	重点 優先度
I	特定健康診査受診勧奨事業	◎
II	特定保健指導	○
III	糖尿病重症化予防事業	◎
IV	高血圧重症化予防事業	◎
V	腎機能低下重症化予防	○
VI	適正受診・適正服薬	○
VII	地域包括ケア・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	○

第4章 個別の保健事業

I 特定健康診査受診勧奨事業

目的

特定健康診査の受診勧奨を行うことで、特定健康診査の受診率を向上させ、生活習慣病の早期発見・早期治療に資することを目的とする。

実施内容

対象者	①特定健診受診勧奨ハガキ送付 現年度において特定健康診査を未受診である者。 ※ただし、情報提供事業対象者・妊産婦・長期入院者・施設入所者を除く
	②情報提供事業 現年度において特定健康診査未受診者のうち事業委託医療機関に生活習慣病で通院中（治療中）の者。
時期	①特定健診受診勧奨ハガキ送付 対象者選定：9月 発送：10月末
	②情報提供事業 発送：11月 事業終了：翌年2月
方法	①特定健診受診勧奨ハガキ送付 過去3年間の特定健康診査の受診状況、年齢、生活習慣病における医療機関受診の有無などの条件をもとにパターンを分けはがきでの受診勧奨を行う。
	②情報提供事業 対象者へ「情報提供票」を送付し、検査結果のデータを医療機関から市に提出してもらうよう依頼する。
実施回数 ・量	①特定健診受診勧奨ハガキ送付 ハガキ送付：1回
	②情報提供事業 案内通知：1回

連携体制 ・主体 ・予算	①特定健診受診勧奨ハガキ送付 実施主体：国保年金課 予算：国民健康保険会計 データ作成、分析、送付等：業者への委託
	②情報提供事業 実施主体：国保年金課 予算：国民健康保険会計 連携：加茂医師会

アウトプット（実施目標）

	計画策定 時の実績	目標値					
	2022 年度	2024 年度	2025 年度	2026 年度	2027 年度	2028 年度	2029 年度
① 特定健診受診勧奨 ハガキ送付率：％	100	100	100	100	100	100	100
② 情報提供票の 送付率：％	100	100	100	100	100	100	100

アウトカム（成果目標）

	計画策定 時の実績	目標値					
	2022 年度	2024 年度	2025 年度	2026 年度	2027 年度	2028 年度	2029 年度
特定健診受診率：％	33.8	36	38	40	42	44	46

Ⅱ-1 特定保健指導利用勧奨事業

目的

特定保健指導の利用勧奨を行うことで、生活習慣病のリスクのある被保険者が身体状況を改善する機会を確保することを目的とする。

実施内容

対象者	現年度の特定健康診査にて積極的支援・動機づけ支援に該当した者。
時期	特定保健指導案内通知：特定健康診査の結果説明から2か月後 教室案内通知：9月～3月（8回） 教室実施：9月～3月 訪問による保健指導：9月～
方法	該当者全員へ特定保健指導の案内を送付。教室対象者へは別途教室の案内通知を送付する。10月以降に現年度特定保健指導未利用者へ訪問または電話による勧奨を行い、保健指導を行う。
実施回数・量	特定保健指導案内通知：1回 教室案内通知：1回 訪問による保健指導：1回
連携体制 ・主体 ・予算	実施主体：健康課 予算：国民健康保険会計 保健師が動機付け支援、栄養士が積極的支援を中心に指導を行う。 集団の教室は保健師・栄養士、両者で行う。 保健師による動機づけ支援は、地区担当に分けて行い、地域特性を保健師が把握したうえで指導を行う。

アウトプット（実施目標）

	計画策定 時の実績	目標値					
	2022 年度	2024 年度	2025 年度	2026 年度	2027 年度	2028 年度	2029 年度
対象者への 案内通知率：％	100	100	100	100	100	100	100

アウトカム（成果目標）

	計画策定 時の実績	目標値					
	2022 年度	2024 年度	2025 年度	2026 年度	2027 年度	2028 年度	2029 年度
特定保健指導 利用率：％	11.6	15	20	25	30	35	40

Ⅱ-2 特定保健指導

目的

特定保健指導を実施することで被保険者が自らの生活習慣を見直し、もって被保険者が身体の状態の改善を行うことで生活習慣病の重症化予防につなげることを目的とする。

実施内容

対象者	現年度の特定健康診査にて積極的支援・動機づけ支援に該当した者。
時期	案内送付：特定健康診査の結果説明から2か月後 指導：案内に反応後順次（教室開催は9月～3月に1～2回開催） 評価：指導から3～6か月後（翌年9月までに終了）
方法	全4種類 ・来庁し面談する保健指導 ・対象者宅へ訪問する保健指導 ・ICT機器を活用したオンラインでの保健指導 ・教室など集合形式の保健指導
実施回数 ・量	積極的支援：面談2回 動機づけ支援：面談もしくは教室1回
連携体制 ・主体 ・予算	実施主体：健康課 予算：国民健康保険会計 保健師が動機付け支援、栄養士が積極的支援を中心に指導を行う。 集団の教室は保健師・栄養士、両者で行う。 保健師による動機づけ支援は、地区担当に分けて行い、地域特性を保健師が把握したうえで指導を行う。

アウトプット（実施目標）

	計画策定 時の実績	目標値					
	2022 年度	2024 年度	2025 年度	2026 年度	2027 年度	2028 年度	2029 年度
特定保健指導 利用率：％	11.6	15	20	25	30	35	40

アウトカム（成果目標）

	計画策定 時の実績	目標値					
	2022 年度	2024 年度	2025 年度	2026 年度	2027 年度	2028 年度	2029 年度
保健指導レベルの 改善割合：％	33.3	35	37	40	42	43	45
利用者の腹囲2 cm、 体重2 kg減量した 者の割合：％	22.3	23	23	23	24	24	24

Ⅲ-1 糖尿病重症化予防 未治療者受診勧奨事業

目的

糖尿病の未治療者へ受診勧奨・保健指導を行うことで、適切な治療に結び付け、糖尿病の合併症の発症を防ぐことを目的とする。

実施内容

対象者	現年度の特定健康診査にて、岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの糖尿病未治療者に該当する者。 ※ただし、尿蛋白（1+）の者も対象とする。
時期	対象者抽出：10月、1月、2月 受診勧奨通知：11月～翌年4月
方法	健診期間終了後、対象者の抽出を行い該当者へ受診勧奨通知を送付。その手紙に対して返信がなかった者へは、保健師が電話で受診勧奨を行う。その際に、健診の継続受診の必要性や保健指導も行う。
実施回数 ・量	受診勧奨通知：1回 電話勧奨：1回
連携体制 ・主体 ・予算	実施主体：健康課 予算：国民健康保険会計 事業担当保健師が実施

アウトプット（実施目標）

	計画策定 時の実績	目標値					
	2022 年度	2024 年度	2025 年度	2026 年度	2027 年度	2028 年度	2029 年度
医療機関受診勧奨 率：％	100	100	100	100	100	100	100

アウトカム（成果目標）

	計画策定 時の実績	目標値					
	2022 年度	2024 年度	2025 年度	2026 年度	2027 年度	2028 年度	2029 年度
医療機関受診率：％	52.4	53	54	54	55	55	56

Ⅲ-2 糖尿病重症化予防 医療機関受診中断者受診勧奨事業

目的

糖尿病の医療機関の受診中断者へ受診勧奨・保健指導を行うことで、適切な治療に結び付け、糖尿病の合併症の発症を防ぐことを目的とする。

実施内容

対象者	現年度に岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの糖尿病治療中断者に該当する者。 ※ただし、尿蛋白（1+）の者も対象とする。
時期	対象者抽出：2月 受診勧奨通知：2月、翌年度10月 訪問：10月～12月
方法	前年度の糖尿病治療中断者へ受診勧奨通知を送付する。その手紙に対して返信がなかった者へは、保健師と栄養士が訪問し受診勧奨を行う。
実施回数 ・量	受診勧奨通知：2回 訪問：1回
連携体制 ・主体 ・予算	実施主体：健康課 予算：国民健康保険会計 地区を担当している保健師と栄養士で訪問を実施

アウトプット（実施目標）

	計画策定 時の実績	目標値					
	2022 年度	2024 年度	2025 年度	2026 年度	2027 年度	2028 年度	2029 年度
医療機関受診勧奨 率：％	100	100	100	100	100	100	100

アウトカム（成果目標）

	計画策定 時の実績	目標値					
	2022 年度	2024 年度	2025 年度	2026 年度	2027 年度	2028 年度	2029 年度
医療機関受診率：％	48	49	49	50	51	51	52

Ⅲ-3 糖尿病重症化予防 治療中ハイリスク者保健指導

目的

糖尿病性腎症などで通院する患者のうち重症化するリスクの高い人に対して、保健指導を行うことで、腎不全、人工透析への移行を防止することを目的とする。

実施内容

対象者	糖尿病受診中で腎症病期が2～4期または発症リスクの高い者で、医療機関及び市抽出で保健指導実施に同意を得られた者。
	①病期が3～4期の者。
	③ 病期が2～4期の者で医療機関から保健指導の依頼があった者。
時期	①8月～1月までの6か月間
	②依頼があってから順次実施 初回面談から6か月の間
方法	①対象者を抽出し、保健指導の案内を送付する。希望調査に未回答の者へ電話勧奨を行う。参加を希望した者に対し、専門的知識を有する委託事業者がタブレット等を用いた面談による保健指導を実施する。
	②市保健師・栄養士が治療状況を確認しながら電話・面接により保健指導を実施。糖尿病連携手帳でかかりつけ医と連携しながら継続した保健指導につなげる。
実施回数・量	①案内通知：1回 電話勧奨：1回 保健指導の対象者：おおむね7人程度
	②面談：2回
連携体制 ・主体 ・予算	①実施主体：健康課（業者委託）
	②実施主体：健康課（地区担当の保健師） 予算：国民健康保険会計 糖尿病専門医と連携し助言を得て実施

アウトプット（実施目標）

	計画策定 時の実績	目標値					
	2022 年度	2024 年度	2025 年度	2026 年度	2027 年度	2028 年度	2029 年度
保健指導実施率：％	5.4	6	6	6	6	6	6

アウトカム（成果目標）

	計画策定 時の実績	目標値					
	2022 年度	2024 年度	2025 年度	2026 年度	2027 年度	2028 年度	2029 年度
HbA1c 値維持 ・改善率：％	100	100	100	100	100	100	100
eGFR 値維持 ・改善率：％	100	100	100	100	100	100	100

IV-1 高血圧重症化予防 未治療者受診勧奨事業

目的

健診の結果、高血圧が未治療の方に対し医療機関受診勧奨を行うことで、高血圧である被保険者を適切な治療につなげ、生活習慣病の重症化を予防することを目的とする。

実施内容

対象者	現年度の特定健康診査にて、Ⅲ度高血圧症であり問診とレセプトで高血圧症の医科受診が確認できない者。
時期	受診勧奨通知：11月～翌年2月 電話勧奨：11月～4月
方法	特定健康診査実施期間終了後、対象者の抽出を行い該当者へ受診勧奨通知を送付する。通知に対して返信がなかった者へ、保健師が電話で受診勧奨を行う。受診勧奨の手紙や電話での勧奨では医療機関を受診した場合でも引き続き健診を受診することの重要性も一緒に伝える。
実施回数 ・量	受診勧奨通知：対象者に1回 電話での勧奨：受診勧奨通知に反応がなかった者へ1回
連携体制 ・主体 ・予算	実施主体：健康課 予算：一般会計 事業担当の保健師が実施

アウトプット（実施目標）

	計画策定 時の実績	目標値					
	2022 年度	2024 年度	2025 年度	2026 年度	2027 年度	2028 年度	2029 年度
医療機関受診勧奨 率：％	100	100	100	100	100	100	100

アウトカム（成果目標）

	計画策定 時の実績	目標値					
	2022 年度	2024 年度	2025 年度	2026 年度	2027 年度	2028 年度	2029 年度
医療機関受診率：％	37.8	38	39	39	39	40	40

IV-2 高血圧重症化予防 保健指導

目的

健診の結果で高血圧の者に正しい知識の普及啓発を行うことで、生活習慣病の重症化を予防し、被保険者の健康寿命の延伸・医療費の軽減を目的とする。

実施内容

対象者	現年度の特定健康診査において、収縮期血圧が 140mmHg もしくは、拡張期血圧が 75mmHg 以上の者。
時期	教室案内通知：7月～12月 教室実施：7月～12月
方法	対象者へ教室の案内を行い、希望者に対して集団教室を行う。 教室は講義形式と運動実習形式を各1回行い、対象者は希望する教室のみ、もしくは両方の教室を受講することができる。 講義形式では、疾患の基礎知識と栄養についての話、座ってできる軽い運動を実施する。 運動実習形式では、広いスペースを使い全身を使った運動について実践しながら説明を行う。
実施回数 ・量	教室案内：対象者へ1回 教室実施：講義形式の教室、運動実習形式の教室をそれぞれ2回実施
連携体制 ・主体 ・予算	実施主体：健康課 予算：一般会計 講義形式の教室：保健師と栄養士が実施 運動実習形式の教室：事業委託

アウトプット（実施目標）

	計画策定 時の実績	目標値					
	2022 年度	2024 年度	2025 年度	2026 年度	2027 年度	2028 年度	2029 年度
教室参加率：％	3.4	4	4	5	5	5	6

アウトカム（成果目標）

	計画策定 時の実績	目標値					
	2022 年度	2024 年度	2025 年度	2026 年度	2027 年度	2028 年度	2029 年度
収縮期血圧維持 ・改善者割合：％	66.8	67	67	67	67	67	67
拡張期血圧維持 ・改善者割合：％	66.8	67	67	67	67	67	67
C K D重症度分類の 変化：％	77.7	78	78	78	78	78	78

V-1 腎機能低下重症化予防 未治療者機能低下予防事業

目的

健診の結果、腎機能低下の未治療の方に対し、医療機関受診勧奨を行うことで、適切な治療につなげ人工透析への移行を予防し、被保険者の生活の質の維持・医療費の削減を目的とする。

実施内容

対象者	現年度の特定健康診断において、eGFR30～44.9ml/分/1.73m ² かつ尿蛋白<2+であり腎臓診療医を受診していない者。
時期	受診勧奨通知：11月～翌年2月 電話勧奨：11月～翌年4月
方法	特定健康診査期間終了後、対象者の抽出を行い該当者へ受診勧奨通知を送付する。通知には岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの様式「連絡票」を同封しかかりつけ医へ提出するように依頼。連絡票を利用しなかった者へは、保健師が電話で受診勧奨を行う。
実施回数 ・量	受診勧奨通知：対象者に1回 電話勧奨：1回
連携体制 ・主体 ・予算	実施主体：健康課 予算：一般会計 事業担当の保健師が実施

アウトプット（実施目標）

	計画策定 時の実績	目標値					
	2022 年度	2024 年度	2025 年度	2026 年度	2027 年度	2028 年度	2029 年度
医療機関受診勧奨 率：％	100	100	100	100	100	100	100

アウトカム（成果目標）

	計画策定 時の実績	目標値					
	2022 年度	2024 年度	2025 年度	2026 年度	2027 年度	2028 年度	2029 年度
収縮期血圧維持 ・改善者割合：％	66.7	67	67	67	67	67	67
拡張期血圧維持 ・改善者割合：％	77.8	78	78	78	78	78	78
C K D重症度分類の 変化：％	100	100	100	100	100	100	100

V-2 腎機能低下重症化予防 保健指導

目的

健診の結果、腎機能低下がみられる方に対し、CKDについての知識の普及啓発を行うことで、人工透析への移行を予防し、被保険者の生活の質の維持・医療費の削減を目的とする。

実施内容

対象者	現年度の特定健康診査において、尿蛋白4以上またはCre1以上またはeGFR50以下の者。
時期	教室案内通知：7月～12月 教室実施：7月～12月
方法	対象者へ教室の案内を行い、希望者に対して集団教室を行う。 教室は講義形式と運動実習形式を各1回行い、対象者は希望する教室のみ、もしくは両方の教室を受講することができる。 講義形式では、疾患の基礎知識と栄養についての話、座ってできる軽い運動を実施する。 運動実習形式では、広いスペースを使い全身を使った運動について実践しながら説明を行う。
実施回数 ・量	教室案内：対象者へ1回 教室実施：講義形式の教室、運動実習形式の教室をそれぞれ2回実施
連携体制 ・主体 ・予算	実施主体：健康課 予算：一般会計 講義形式の教室：保健師と栄養士が実施 運動実習形式の教室：事業委託

アウトプット（実施目標）

	計画策定 時の実績	目標値					
	2022 年度	2024 年度	2025 年度	2026 年度	2027 年度	2028 年度	2029 年度
教室参加率：％	7.1	8	8	9	9	9	10

アウトカム（成果目標）

	計画策定 時の実績	目標値					
	2022 年度	2024 年度	2025 年度	2026 年度	2027 年度	2028 年度	2029 年度
収縮期血圧維持 ・改善者割合：％	51.9	52	52	52	52	52	52
拡張期血圧維持 ・改善者割合：％	57.3	58	58	58	58	58	58
C K D重症度分類の 変化：％	77.9	78	78	78	78	78	78

VI-1 重複・多剤投与者に対する取組

目的

被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い1人当たり医療費も増加傾向にある。今後の医療費需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進することを目的とする。

実施内容

対象者	①重複処方者： 連続して3か月以上同月内に同一薬を3医療機関以上から処方された者。
	②多剤投与者： 6か月間連続して同月内に30日以上の処方が15種類以上あった65歳以上の者。
時期	対象者抽出：12月 対象者訪問：1～2月 服薬状況の確認：6月（2～4月レセプトデータ）
方法	対象者を抽出し、連絡先を把握している場合は事前に電話で訪問指導に行く旨を伝える。対象者へ訪問指導を実施。実施後、レセプトデータや支援者・本人から服薬状況を確認する。
実施回数・量	通知：2か月に1回の医療費通知にて行う 電話連絡：1回 訪問指導：1回
連携体制・主体・予算	実施主体：健康課 予算：国民健康保険会計 国保年金課にて対象者を抽出後、健康課の地区担当保健師が訪問・指導を行う。 加茂医師会、加茂歯科医師会、加茂薬剤師会の代表が委員となっている国保運営協議会において事業の計画と現状について説明し、協力を依頼する。医療機関からも受診状況や服薬について気になる状況があれば情報提供を依頼する。

アウトプット（実施目標）

	計画策定時の実績	目標値					
	2022年度	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	2028年度	2029年度
対象者への通知・訪問回数（改善状況の確認も含む）	1回	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上
取組前後の評価	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回
医師会・薬剤師会への相談	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回

アウトカム（成果目標）

	計画策定時の実績	目標値					
	2022年度	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	2028年度	2029年度
重複投与者数	103	減少 前年より	減少 前年より	減少 前年より	減少 前年より	減少 前年より	減少 前年より
多剤投与者数	18	減少 前年より	減少 前年より	減少 前年より	減少 前年より	減少 前年より	減少 前年より

VI-2 薬剤の適正使用の推進に対する取組

目的

被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い1人当たり医療費も増加傾向にある。今後の医療費需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給とともに、被保険者の安全な服薬を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進することを目的とする。

実施内容

対象者	被保険者
時期	送付：7月（当初保険料納入通知書発送時）
方法	当初保険料納入通知書を被保険者へ発送する際に、普及啓発のリーフレットを同封する。
実施回数 ・量	送付：年1回
連携体制 ・主体 ・予算	実施主体：国保年金課 予算：国民健康保険会計

アウトプット（実施目標）

	計画策定時の実績	目標値					
	2022年度	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	2028年度	2029年度
お薬手帳を1冊にまとめることや、ポリファーマシー※ ⁸ に関する周知・啓発	1回	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上
セルフメディケーション※ ⁹ の推進のための周知・啓発	1回	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上

アウトカム（成果目標）

	計画策定時の実績	目標値					
	2022年度	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	2028年度	2029年度
重複投与者数	103	減少 前年より	減少 前年より	減少 前年より	減少 前年より	減少 前年より	減少 前年より
多剤投与者数	18	減少 前年より	減少 前年より	減少 前年より	減少 前年より	減少 前年より	減少 前年より

※8 「ポリファーマシー」とは、多剤服用が原因でおこる副作用や薬物有害事象のことです。

※9 「セルフメディケーション」とは、自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てすることです。

VII-1 地域包括ケアに対する取組

目的

令和2年度の国勢調査によると、本市は高齢化率が23.4%である。平成27年度と比較し、労働人口は4.0%減少し、65歳以上の単独世帯は0.7%増加している。このことから、国保の視点から地域包括ケアに資する取り組みを行うことで、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活ができる期間の延伸、QOLの維持向上を図ることを目的とする。

実施内容

取組

①地域支援事業に国保部局として参画：

「医療費水準地域差要因分析等事業」において分析された「データを活用した医療・介護における地域の特徴と課題」を県から提供を受け、その結果を地域包括ケアの担当部署と共有し、課題の検討と意見の集約を行う。

②ハイリスクアプローチ：

介護認定者の20.5%が脳疾患を保有している。その要因となる血圧をコントロールするために高血圧の未治療者を抽出する。その抽出した対象者に対して、保健師又は栄養士により保健指導を実施する。また、保健指導後も継続的に医療機関と連携し指導を実施する。

③医療・介護関係機関の連携による地域包括ケアの推進に向けた取組：

国保部局衛生担当（健康課）が主体となり、衛生、介護、医療と地域の中核病院である中部国際医療センターをはじめとした加茂医師会とが連携し、保健センター及び当該病院を拠点に、病気の予防、生活リスク等、安全安心な暮らしを支える地域の社会資源等について住民が理解を深めるための健康講座を開催する。

アウトプット（実施目標）

	計画策定 時の実績	目標値					
	2022 年度	2024 年度	2025 年度	2026 年度	2027 年度	2028 年度	2029 年度
地域包括ケアの構築 に向けた医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援など 部局横断的な議論の 場に国保部局として 参画する。また、K D B等を活用したデ ータ提供などにより 地域の課題を共有 し、対応策を検討す るとともに、地域支 援事業に国保部局と して参画する。	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施
K D B等を活用して 前期高齢者などのハ イリスク群・予備群 等を抽出し、国保部 局として当該ターゲ ット層に対する支援 を実施。（お知らせや 保健師等専門職によ る個別支援、介護予 防を目的とした取組 等）	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施
医療・介護関係機関 の連携による地域包 括ケアの推進に向け た取り組みの実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施

アウトカム（成果目標）

	計画策定時の実績	目標値					
	2022年度	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	2028年度	2029年度
国保の視点から地域包括ケアに資する取組の実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施

VII-2 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に対する取組

目的

国保、後期高齢医療、介護保険のそれぞれのデータ分析を実施したうえで、後期高齢者医療広域連合から保健事業実施の委託を受け、専門職を活用し、国保の保健事業について後期高齢者医療制度の保健事業と介護保険の地域支援事業と一体的に実施することを目的とする。

実施内容

取組

①ハイリスクアプローチ：

糖尿病・高血圧の治療集団者、未治療者へ訪問し、医療機関（健診）の受診勧奨を行う。また、口腔機能の低下がある者を対象に口腔機能向上の教室を行う。

②ポピュレーションアプローチ：

地域の通いの場である自主サークルへ保健師と栄養士が訪問し低栄養予防のための講座をする。

③事業実施の根拠になるデータの分析：

- 平均自立期間（要介護2以上の期間を除く）や平均余命
- 後期高齢者健診受診率
- 空腹時血糖・随時血糖の有所見割合
- 収縮期血圧・拡張期血圧の有所見者割合
- 血清クレアチニン・eGFRの有所見割合
- やせリスクがある者の割合
- 半年間で2～3kgの体重減少を自覚している者の割合
- 口腔機能リスクがない者の割合
- 固いものが食べにくいと感じている者の割合
- 後期高齢者の医療費分析（最大医療資源傷病名による）
- 人工透析者の割合
- 歯科医療費の分析

アウトプット（実施目標）

	計画策定 時の実績	目標値					
	2022 年度	2024 年度	2025 年度	2026 年度	2027 年度	2028 年度	2029 年度
糖尿病・高血圧の治療中断者、未治療者への受診勧奨と口腔機能低下者を対象とした口腔機能向上教室の実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施
地域の通いの場での低栄養予防教室の実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施
事業の実施に当たり、国保に加え、後期高齢者医療、介護保険のデータについても分析を総合的に実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施

アウトカム（成果目標）

	計画策定 時の実績	目標値					
	2022 年度	2024 年度	2025 年度	2026 年度	2027 年度	2028 年度	2029 年度
後期高齢者医療広域 連合から保健事業実 施の委託を受け、専 門職を活用し、国保 の保健事業について 後期高齢者医療制度 の保健事業と介護保 険の地域支援事業と 一体的に実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施
事業の実施に当た り、国保、後期高齢 者医療、介護保険の それぞれのデータ分 析を実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施

第5章 計画の推進と運用

1 データヘルス計画の評価・見直し

(ア) 個別の保健事業の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度ごとに行い、計画策定時に設定した保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認します。

なお、そのためにも対象者、事業実施者などの名簿を保管し、KDBを活用して評価していきます。

事業の評価は、健康・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮します。

目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させます。

(イ) データヘルス計画全体の評価・見直し

【評価の時期】

設定した評価指標に基づき、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行います。

【評価方法・体制】

計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム（成果）指標を中心とした評価指標による評価を行います。

評価にあたり、市国保における保健事業の評価を後期広域連合と共有しながら、県国保課、国保連合会とともに2026年度（令和8年度）に中間評価、2029年度（令和11年度）に最終評価を行います。

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り得るべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、県、国保連合会、保健医療関係者経由で医療機関等に周知し、配布します。

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要となります。

また、県は保険者から計画を収集し、保険者が計画を掲載したリンクを収集し、その一覧を県のホームページに掲載します。

3 個人情報の取り扱い

本計画の策定に当たっては、活用するデータの種類や活用方法が多岐にわたり、健診結果やレセプトデータ情報を突合し加工する等による統計情報と、個別の個人情報とが存在しますが、健診データやレセプトに関する個人情報は、一般的には個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）に定める要配慮個人情報に該当するため、他の個人情報よりも慎重に取り扱います。また、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面においても、その保有する個人情報の適切な取扱いが個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、確保されるよう措置を講じます。

なお、個人情報の取り扱いについては、以下のガイドラインを参照し、個人情報の保護に努め、事業の運営にあたります。

※「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（行政機関等編）」（令和 4 年 1 月（令和 4 年 9 月一部改正）個人情報保護委員会）。

Ⅱ 第4期美濃加茂市国民健康保険特定健康診査等実施計画

1 特定健康診査及び特定保健指導の実施状況

(1) 特定健康診査

特定健康診査の受診率は、2018 年度から概ね 30%台前半を推移しており、新型コロナウイルス感染症流行の影響は特になく、毎年度同水準の結果となっています。市の実情にあわせた目標設定としていますが、2022 年度までいずれも目標を達成していない状況です。

目標値と実績（法定報告値）

	2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度	2022 年度
目標値	38.0%	42.0%	47.0%	51.0%	55.0%
受診率	32.9%	31.5%	31.6%	33.8%	35.0%
対象者	7,444 人	7,296 人	7,296 人	7,066 人	6,625 人
受診者	2,450 人	2,300 人	2,307 人	2,385 人	2,317 人
全国※	37.9%	38.0%	33.7%	36.4%	—
岐阜県	40.1%	40.9%	38.5%	46.5%	41.2%

※全国は市町村国保分。2022 年度については計画策定時点でデータ公表前のため数値なし。
資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」

(2) 特定保健指導

特定保健指導の終了率は、2019 年度に 42.2%まで上昇しましたが、新型コロナウイルス感染症流行の影響もあり、2020 年度には 20.7%、2021 年度には 11.6%まで下がり、2022 年度も 11.1%でしたので、いずれも目標を達成していない状況です。

目標値と実績（法定報告値）

	2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度	2022 年度
目標値	25.0%	32.0%	38.0%	45.0%	52.0%
終了率	30.7%	42.2%	20.7%	11.6%	11.1%
対象者	218 人	185 人	203 人	241 人	226 人
終了者	67 人	78 人	42 人	28 人	25 人
全国※	28.8%	29.3%	27.9%	27.9%	—
岐阜県	40.1%	40.4%	38.3%	39.1%	40.7%

※全国は市町村国保分。2022 年度については計画策定時点でデータ公表前のため数値なし。

資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」

2 目標値の設定

特定健康診査受診率	2029 年度	46%
特定保健指導実施率（終了率）	2029 年度	40%

第3期の目標値を達成できなかったため、第4期の目標値については、医療機関等関係者とさらなる連携強化や保険事業に係る財源確保等の課題に着実に対応しつつ、保険者としての取り組みの充実を図ることを踏まえ、以下の通り、各年度の目標値を設定します。

2029 年度までの目標値

	2024 年度	2025 年度	2026 年度	2027 年度	2028 年度	2029 年度	(参考) 国が基本指針に 定める市町村国保の 2029 年度目標値
特定健康診査受診率	36%	38%	40%	42%	44%	46%	60%
特定保健指導実施率 (終了率)	15%	20%	25%	30%	35%	40%	60%

3 対象者数、受診者数、終了者数の見込み

(1) 特定健康診査

2024 年度から 2029 年度までの特定健康診査対象者数及び受診者数について、各年度の見込みを設定します。

特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

		2024 年度	2025 年度	2026 年度	2027 年度	2028 年度	2029 年度
特定健康診査 対象者数	40～64 歳	2,990 人	2,840 人	2,690 人	2,540 人	2,390 人	2,240 人
	65～74 歳	4,100 人	4,000 人	3,900 人	3,800 人	3,700 人	3,600 人
		7,090 人	6,840 人	6,590 人	6,340 人	6,090 人	5,840 人
特定健康診査 受診者数	40～64 歳	1,076 人	1,079 人	1,076 人	1,067 人	1,052 人	1,030 人
	65～74 歳	1,476 人	1,520 人	1,560 人	1,596 人	1,628 人	1,656 人
		2,552 人	2,599 人	2,307 人	2,663 人	2,680 人	2,686 人

(2) 特定保健指導

2024 年度から 2029 年度までの特定保健指導対象者数及び終了者数について、各年度の見込みを設定します。

特定保健指導対象者数及び終了者数の見込み

			2024 年度	2025 年度	2026 年度	2027 年度	2028 年度	2029 年度
	積極的支援	40～64 歳	90 人	94 人	99 人	104 人	109 人	114 人
	動機付け支援	40～64 歳	60 人	63 人	66 人	69 人	73 人	76 人
		65～74 歳	205 人	215 人	226 人	237 人	249 人	262 人
	特定保健指導対象者数		355 人	372 人	391 人	410 人	431 人	452 人
	積極的支援	40～64 歳	13 人	19 人	25 人	31 人	38 人	46 人
	動機付け支援	40～64 歳	9 人	13 人	16 人	21 人	25 人	31 人
		65～74 歳	31 人	43 人	57 人	71 人	87 人	105 人
	特定保健指導終了者数		53 人	75 人	98 人	123 人	150 人	182 人

4 特定健康診査・特定保健指導の実施

(1) 特定健康診査

特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化予防を目的として、メタボリックシンドロームに着目し、メタボリックシンドローム該当者や予備群を減少させるための特定保健指導対象者を的確に抽出するために実施します。

対象者

対象者は、特定健康診査実施年度中に 40 歳から 74 歳になる国民健康保険被保険者です。ただし、妊産婦、その他の厚生労働大臣が定める人(刑務所入所、海外在住、長期入院等)は、対象から除くものとします。

実施場所

委託契約を結んだ医療機関

実施項目

必須項目	問診	問診票の項目
	身体計測等	身長、体重、腹囲、BMI
	診察	視診、打聴診、触診、既往歴、自覚症状、他覚症状
	血圧測定	2 回
	血液検査	中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール、AST、ALT、 γ -GT、血糖、HbA1c
	尿検査	尿糖、尿蛋白
詳細項目	国の定める基準に該当し、かつ医師が必要と認めた場合	貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値） 心電図検査、眼底検査、血清クレアチニン検査
追加項目 ※国保独自事業として特定健康診査実施時に行う市独自の項目		血清クレアチニン検査
		尿検査
		尿酸

実施時期

毎年度4月～12月

外部委託の方法

(ア) 外部委託の有無

加茂医師会に委託

(イ) 外部委託の契約形態

個別契約

(ウ) 外部委託者の選定にあたっての考え方

業務委託については、高齢者の医療の確保に関する法律第28条、同法の「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」に基づき、厚生労働省保険局が発行する「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)」にて定める外部委託に関する基準を満たしていることとします。その他、必要な基準等については、別途定めるものとします。

周知や案内の方法

(ア) 周知の方法

健診票送付時に特定健康診査の案内を同封し、受診勧奨を行うとともに、市の広報紙、ホームページ及び医療機関へのポスター掲示等を活用し、周知・啓発を図ります。

(イ) 受診案内の方法及び健診票の交付

対象者を誕生月別に区分けし、健診期間の約2週間前に個別に健診票及び受診機関リストを送付します。

未受診者への対策

特定健康診査の受診率の向上と特定保健指導対象者の減少につなげることを目的に受診勧奨を行います。

(ア) 広報活動による啓発活動

広報誌への掲載、SNSの活用、国民健康保険料納付通知書へのちらしの同封、庁舎内のポスター掲示など、特定健康診査の受診啓発を行います。

(イ) 未受診者に対する受診勧奨

過去3年間の受診状況、年齢、生活習慣病における医療機関受診の有無などの条件をもとにパターンを分けてはがきにて受診の案内を送ります。

(ウ) 情報提供事業

過去のデータから、治療中のため特定健康診査を受診されない人が多いことが判明しました。そこで、特定健康診査未受診者で美濃加茂市内のかかりつけ医に生活習慣病治療をしている人を対象に、検査結果を美濃加茂市に提供してもらうよう依頼をします。

(2) 特定保健指導

特定保健指導は、メタボリックシンドロームに着目し、その要因となっている生活習慣の改善に取り組み、生活習慣病の予防を目的として実施します。

内容については、厚生労働省が発行する「標準的な健診・保健指導プログラム【令和6年度版】」を踏まえた特定保健指導プログラムを実施します。

対象者

国が定める特定保健指導対象者の選定基準に基づき、特定健康診査の結果を踏まえ、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因(血糖、脂質、血圧)の数、喫煙歴による階層化を行い、対象者を抽出します。ただし、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人は、医療機関における継続的な医学的管理のもとでの指導が適当であるため、質問票により服薬中と判断された人は、対象者から除くこととします。

対象者の抽出基準

腹囲／BMI	追加リスク	喫煙歴	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40～64 歳	65～74 歳
$\geq 85\text{cm}$ (男性) $\geq 90\text{cm}$ (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 $\text{BMI} \geq 25$	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			

実施場所

美濃加茂市保健センター及び対象者の自宅等

実施項目

保健指導レベル(動機づけ支援・積極的支援)に応じた内容の保健指導を実施します。

保健指導の内容

	支援内容	支援方法
動機付け支援	初回面接時に、特定健康診査の結果並びに本人の生活習慣を踏まえた支援および行動計画を作成し、3カ月以上経過後に計画の達成度、生活習慣の変化を評価します。	<初回面接> ・個別支援またはグループ支援 <継続的支援> ・教室等の活用により、継続的な取り組みができるよう支援します。 <3～6カ月後の評価> ・面接または通信等（電子メール・電話・FAX・手紙等）
積極的支援	初回面接の後、3カ月以上の継続的な支援を行い、当該3カ月から6カ月経過後に計画の達成度、生活習慣に変化の評価を行います。 継続的な支援についてはポイント制を導入して最低限必要な指導量を定めることにより、効果的な保健指導を行います。	<初回面接による支援> ・個別支援またはグループ支援 <3カ月以上の継続的な支援> ・対象者の状況に応じて、下記の支援を組み合わせ実施します。 ・個別支援A、B（相談、目標再設定等） ・グループ支援（知識の普及、実技指導） ・電話支援A、B（実施状況確認、励まし） ・電子メール支援A、B（実施状況確認、励まし） <3～6カ月後の評価> ・面接または通信等（電子メール・電話・FAX・手紙等） <その他> ・2年連続して積極的支援に該当した人への2年目の特定保健指導の弾力化（2年連続して積極的支援に該当した人のうち、1年目に比べ2年目の状態が改善している人について、2年目の積極的支援は、動機付け支援相当の支援を実施します。）

実施時期

通年実施

外部委託

実施しない

周知や案内の方法

特定健康診査実施医療機関から報告された特定健康診査結果に基づき、選定した動機づけ支援対象者及び積極的支援対象者に対し、特定保健指導利用案内等を個別に送付し、利用勧奨及び制度の周知等を図ります。

特定保健指導の重点化

特定保健指導には、個別方式と集団方式があります。個別方式では対象者の自宅等で栄養士、保健師が個々の生活スタイルを参考に、一緒に生活改善を考えていきます。集団方式では、栄養士、保健師等が現在の生活スタイルを振りかえるきっかけを作り、同じ境遇の仲間と一緒に食事や運動を学びながら、自分の生活に定着させていきます。

個別方式では、年度ごとに重点対象者を設定し、家庭訪問による個別性の高い指導を行います。

特定保健指導の重点化

年度ごとに年齢や特定健康診査の結果を踏まえて重点対象者を設定し、家庭訪問による個別性の高い指導を行い、利用率の向上に努めます。

(ア)重点対象者には、個別訪問による保健指導を実施します。

(イ)重点対象者以外は、特定保健指導対象者にグループ指導を中心とした特定保健指導を実施します。

(ウ)利用率の向上のために以下の点を取り組みます。

<a> 積極的支援対象者へ栄養士及び保健師が指導を行い、食生活改善を強化します。

 運動・体組成測定による効果判定を行い、データ改善者へ特典を提供します。

5 年間スケジュール

	特定健康診査		特定保健指導	
4月	健診実施	案内・健診票発送	保健指導実施	
5月				
6月				
7月				
8月				
9月				
10月		受診勧奨はがき送付		
11月	情報提供事業			
12月				
1月		案内発送 (次年度分)		
2月				
3月				

6 その他

(1) 個人情報の保護

①個人情報保護関係規定の遵守

個人情報の保護に関する法律、同法に基づくガイドライン及び美濃加茂市個人情報の保護に関する法律施行条例(令和5年条例第1号)等に準じて、厳格な運用管理を行い、職員の義務(データの正確性の確保、漏洩防止措置、従業者の監督、委託先の監督)について周知を図ります。

また、外部委託を行う場合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明示し、委託先の契約遵守状況を管理します。

②データの管理

特定健康診査・特定保健指導結果のデータの保存年限は原則5年とし、保存期間経過後適切に破棄します。

(2) 特定健康診査等実施計画の公表及び周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項において、「保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表しなければならない。」とあるため、広報、ホームページ等で公表し、広く周知を図ります。

(3) 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

①評価

特定健康診査の受診率、特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率等について、客観的に評価を行います。

②計画の見直し

計画の見直しについては、毎年度目標の達成状況を評価し、必要に応じて見直しを行うものとします。

(4) 事業運営上の留意事項

①各種検(健)診等との連携

特定健康診査の実施に当たっては、健康増進法及び介護保険法に基づき実施する検(健)診等についても可能な限り連携して実施するものとします。

②健康づくり事業との連携

特定健康診査・特定保健指導の対象となる年代だけでなく、生活習慣病予防のためには、40歳より若い世代へ働きかけ、生活習慣病のリスクの周知や日々の生活スタイルを見直していくことが重要になります。そのためには、関係部署が実施する保健事業とも連携しながら、生活習慣病予防を推進していく必要があります。

第3期美濃加茂市国民健康保険
保健事業実施計画（データヘルス計画）
及び

第4期美濃加茂市国民健康保険特定健康診査等実施計画

2024年度～2029年度
（令和6年度～令和11年度）

発行年月：令和6年3月

発行・編集：岐阜県美濃加茂市市民福祉部 国保年金課

〒505-8606

岐阜県美濃加茂市太田町3431番地1

TEL：（0574）25-2111（代表）



*Walkable City
Minokama*