

御嵩町国民健康保険 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) (案)

令和6年度～令和11年度



御嵩町シンボルキャラクター
ミーモくん

令和6年 3月
御嵩町

目次

第1章 基本的事項	1 ページ
(1) 計画の趣旨・背景	1 ページ
(2) 御嵩町の保健事業の目的	1 ページ
(3) 計画期間	1 ページ
(4) 他計画との関係	1 ページ
(5) 実施体制	2 ページ
(6) 標準化の実施	2 ページ
(7) 保険者努力支援制度	2 ページ
第2章 健康医療情報等の分析と課題	3 ページ
1. 御嵩町の特徴	3 ページ
(1) 御嵩町の人口構成・国民健康保険加入者の状況	3 ページ
(2) 平均寿命と健康寿命	4 ページ
(3) 介護認定者数の推移	4 ページ
2. 健康・医療情報の分析及び分析結果に基づく健康課題の把握	5 ページ
(1) 総医療費の推移	5 ページ
(2) 年齢階層別医療の受診率	7 ページ
(3) 疾病別医療費分析	8 ページ
(4) 生活習慣病費用割合・患者割合	12 ページ
(5) 重複服薬の状況等の傾向	12 ページ
(6) 介護給付費の状況	13 ページ
(7) 介護認定者の有病状況	13 ページ
3. 特定健康診査・特定保健指導の分析	15 ページ
(1) 特定健診受診率	15 ページ
(2) 特定保健指導利用率・実施率	17 ページ
(3) メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況	18 ページ
(4) 糖尿病の状況	19 ページ
(5) 慢性腎臓病の状況	20 ページ
4. 第2期データヘルス計画の達成状況と事業評価	21 ページ
(1) 第2期データヘルス計画における目的と目標	21 ページ
(2) 個別の保健事業の事業評価	21 ページ
(3) 第2期データヘルス計画に関わる考察	23 ページ
第3章 御嵩町の健康課題と第3期データヘルス計画における目的と目標	24 ページ
1. 御嵩町の健康課題	24 ページ
2. 第3期データヘルス計画における目的と目標	26 ページ
3. 個別の保健事業と目標値	27 ページ

第4章 第4期特定健康診査等実施計画	40 ページ
1. 特定健康診査等実施計画とは	40 ページ
2. 第3期実施計画における目標と達成状況	40 ページ
(1) 第3期実施計画における目標	40 ページ
(2) 目標の達成状況	41 ページ
3. 第4期実施計画における目標の設定	42 ページ
4. 特定健診の実施	43 ページ
(1) 特定健康診査の目的	43 ページ
(2) 特定健康診査の対象者	43 ページ
(3) 対象者の推計	43 ページ
(4) 特定健康診査の案内方法	43 ページ
(5) 実施形態	43 ページ
(6) 特定健康診査の委託に関する基準	44 ページ
(7) 特定健康診査実施項目	44 ページ
(8) 他の機関が実施する健康診査を受診した場合の対応	45 ページ
5. 特定保健指導の実施	46 ページ
(1) 対象者	46 ページ
(2) 対象者の推計	46 ページ
(3) 特定保健指導の案内方法	46 ページ
(4) 実施者	47 ページ
(5) 実施方法	47 ページ
(6) 評価	49 ページ
(7) 保健指導の委託に関する基準	49 ページ
6. 実施スケジュール	50 ページ
第5章 計画の評価方法・見直し	51 ページ
(1) 個別の保健事業の評価・見直し	51 ページ
(2) データヘルス計画及び特定健康診査等実施計画全体の評価・見直し	51 ページ
第6章 計画の公表・周知	51 ページ
第7章 個人情報の取扱い	52 ページ

第1章 基本的事項

(1) 計画の趣旨・背景

国は平成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。」としました。

平成26年3月には、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KPI（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ることから、この計画を策定し実施していくこととしました。

※PCDAサイクル：Plan（計画）、Do（実行）、Check（測定・評価）、Action（対策・改善）の仮説・検証型プロセスを循環させ、マネジメントの品質を高めようという概念。

(2) 御嵩町の保健事業の目的

御嵩町の国民健康保険においては、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（QOL）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ます。

(3) 計画期間

令和6年度～令和11年度（令和8年度に中間評価を実施予定）

(4) 他計画との関係

健康日本21（第3次）に示された基本方針を踏まえるとともに、御嵩町高齢者福祉計画・介護保険事業計画、御嵩町健康増進計画・食育推進計画（改訂版）、岐阜県医療費適正化計画、岐阜県糖尿病性腎症重症化プログラム及び岐阜県の健康増進計画との整合性を図っています。

(5) 実施体制

御嵩町においては、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、町内一体となって、計画の策定等を進めます。

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、町において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、計画策定等を進めます。

特に計画策定や保健事業の実施、評価等に当たっては、市町村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ため、保健衛生部局と連携していきます。

また、外部においては岐阜県国保、岐阜県保険衛生部局、岐阜県保健所、国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）・支援委員会・中央会、後期高齢者医療広域連合などと連携していきます。

(6) 標準化の実施

第4期データヘルス計画よりデータヘルス計画を都道府県レベルで標準化（品質や性能の確保、利便性の向上、効率化等の確保などを目指すために一定の基準を設定し、それに従って、作り方や評価方法などを統一すること。）することが国から推奨されていることから、御嵩町においても岐阜県内市町村とともに標準化に取り組みました。

県内で共通の評価指標を設定することにより、県内、市町村において同じ指標で経年的にモニタリングできるようになるほか、他の市町村と比較したり、御嵩町の客観的な状況を把握したりすることができます。

そのため、本計画は岐阜県より示された県内共通の指標や評価様式を使用して作成しています。

(7) 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として、平成30年度より本格実施されています（取組評価分）。

また、令和2年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」として交付する部分を創設（従来の国保ヘルスアップ事業を統合）し、「事業費」に連動して配分する部分と併せて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組を後押ししています（事業費分・事業費連動分）。

保険者努力支援制度（事業費分）では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、保険者は同制度を有効に活用し、より質の高い計画策定・実施・評価を目指し、策定を進めることが考えられることから、御嵩町でも保険者努力支援制度に即した指標を設定し、事業に取り組みます。

1. 御嵩町の特性

(1) 御嵩町の人口構成・国民健康保険加入者の状況

御嵩町の人口は令和4年度時点で17,410人、国民健康保険の被保険者数は3,704人であり年々減少傾向にあります。人口の年齢構成をみると、県と比べて若干の高齢化傾向は見られるものの大きな差はありませんが、被保険者の年齢構成をみると、65歳以上の加入率が56.0%であり県と比べて大幅に高く、逆に39歳以下の加入率は16.8%であり県と比べて低くなっています。

また、人口に対する被保険者加入率は21.3%であり県と比べて大きな差は見られませんが、被保険者の平均年齢は57.8歳、高齢化率は32.0%と県と比べて高くなっており、令和元年度の数値と比較しても増加が見られるため、今後更なる高齢化の恐れがあります。

人口構成、被保険者構成の県との比較

		人口総数 (人)	～39歳 (%)	40～64歳 (%)	65～74歳 (%)	75歳～ (%)
令和元年度	御嵩町	18,062	37.7	33.8	15.0	13.5
	岐阜県	2,020,000	38.8	33.1	14.5	13.6
令和4年度	御嵩町	17,410	35.6	32.4	16.3	15.6
	岐阜県	1,939,486	36.2	33.2	14.8	15.9

		被保険者数 (人)	～39歳 (%)	40～64歳 (%)	65～74歳 (%)
令和元年度	御嵩町	4,079	19.6	28.3	52.1
	岐阜県	454,442	23.8	30.8	45.4
令和4年度	御嵩町	3,704	16.8	27.2	56.0
	岐阜県	409,533	23.0	31.2	45.8

※出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」より

※人口構成は令和元年度は平成27年度、令和4年度は令和2年度の国勢調査によるもの

被保険者加入率等の県との比較

		被保険者加入 率(%)	被保険者平均 年齢(歳)	高齢化率 (%)	出生率 (%)	死亡率 (%)
令和元年度	御嵩町	22.6	56.1	28.5	6.3	11.1
	岐阜県	22.5	53.2	28.1	7.7	10.9
令和4年度	御嵩町	21.3	57.8	32.0	5.6	11.1
	岐阜県	21.1	53.9	30.6	6.2	11.7

※出典：国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」より

※出生率、死亡率は令和元年度は平成27年度、令和4年度は令和2年度の国勢調査によるもの

(2) 平均寿命と健康寿命

御嵩町の平均寿命と健康寿命は、令和元年度時点で県と比較して男性・女性共に若干短くなっていますが、男性は不健康な期間（平均寿命と健康寿命の差）については長くなっています。

また、経年での比較では平均寿命・健康寿命共に男性は長くなっており、女性は短くなっていますが、不健康な期間については男性・女性共に長くなっています。

不健康な期間が長いということは、医療にかかる期間が増加しているということであり、医療費増加の要因ともなるため、不健康な期間を短くするための支援を行うことが課題となります。

平均寿命と健康寿命の経年変化

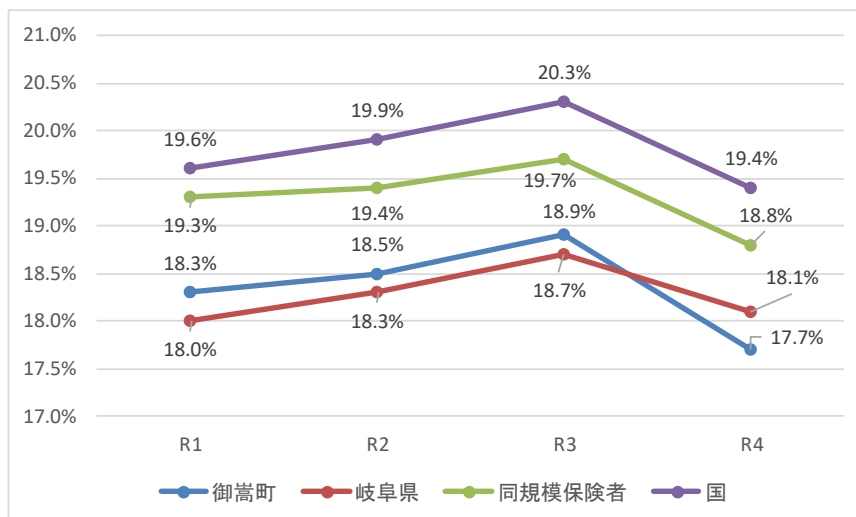
		平均寿命(歳)		健康寿命(歳)		不健康な期間 (平均寿命と健康寿命の差)	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性
平成26年度	御嵩町	80.45	86.48	79.01	83.53	1.44	2.95
	岐阜県	80.69	86.61	79.26	83.48	1.43	3.13
令和元年度	御嵩町	81.51	86.36	79.95	83.21	1.56	3.15
	岐阜県	81.70	87.30	80.26	84.14	1.44	3.16

※出典：県提供資料「岐阜県における平均寿命と健康寿命(2014-2019)」より

(3) 介護認定者数の推移

介護保険の第1号認定率(65歳以上人口に占める要介護・要支援認定者の割合)は、令和4年時点で17.7%であり、約6人に1人が何らかの介護や支援を必要としていることとなります。県・同規模保険者・国と比較して下回っていますが、令和3年度以前は県と比較して若干上回っています。令和4年度は新型コロナウイルス感染症の影響もあり一時的に減少となったものの、令和3年度までは高齢化率の上昇の影響もあって年々増加しており、今後も増加するものと見込まれています。

介護保険1号認定率の推移



※出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」より

2. 健康・医療情報の分析及び分析結果に基づく健康課題の把握

(1) 総医療費の推移

令和4年度における国民健康保険の総医療費は16億6,078万8,200円であり、被保険者の減少に伴い減少傾向にあります。被保険者数の減少と比較すると減少の幅は緩やかであり、1人当たりの医療費は増額傾向にあります。

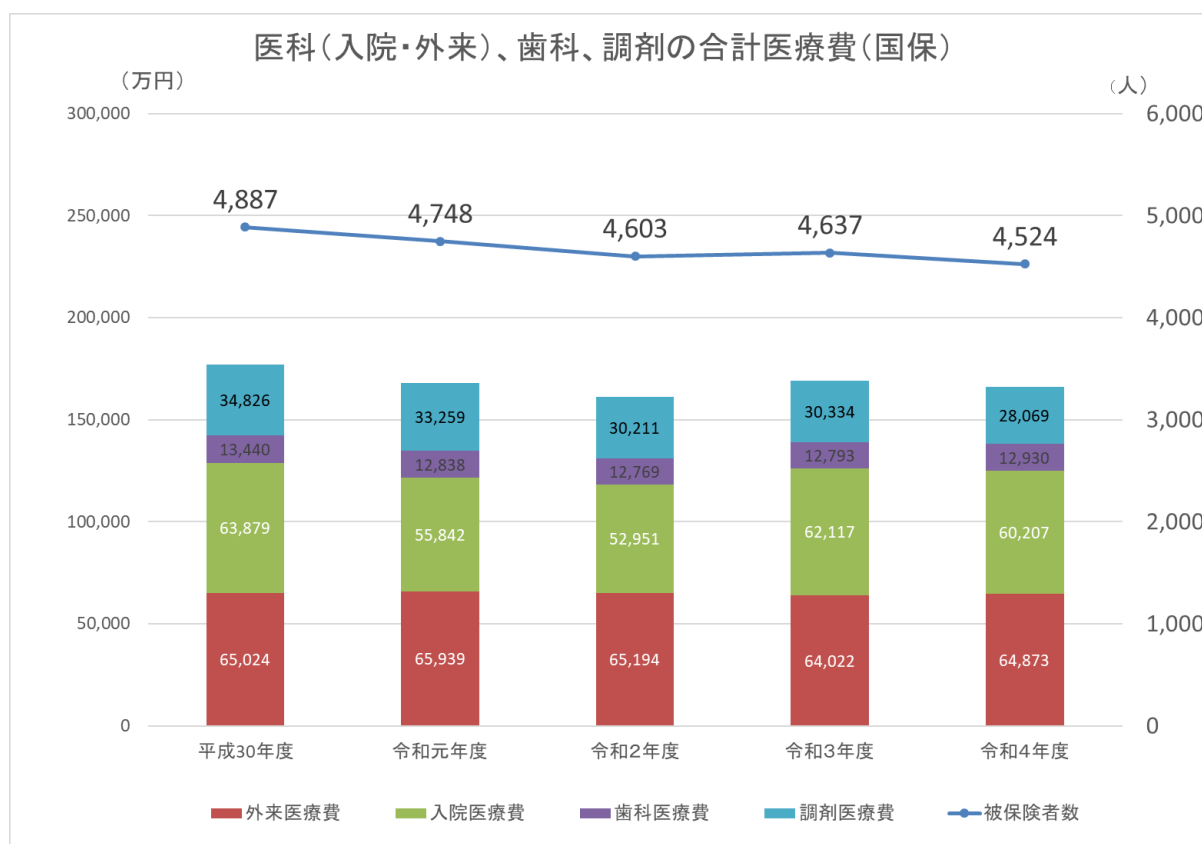
また、後期高齢者医療保険の総医療費は被保険者数の増加に伴い増加傾向にあります。被保険者数の増加と比較すると増加の幅は緩やかであり、1人当たりの医療費は減少傾向にあります。団塊の世代の後期高齢者医療保険への移行により被保険者の平均年齢が下がっていることが要因と考えられます。

医科(入院・外来)、歯科、調剤の合計医療費(国保)

(単位:円)

	被保険者数	外来医療費	入院医療費	歯科医療費	調剤医療費	合計	1人当たり
平成30年度	4,887	650,243,760	638,788,910	134,397,210	348,263,450	1,771,693,330	362,532
令和元年度	4,748	659,391,550	558,424,030	128,383,780	332,589,380	1,678,788,740	353,578
令和2年度	4,603	651,937,960	529,513,750	127,688,750	302,109,500	1,611,249,960	350,043
令和3年度	4,637	640,221,320	621,169,080	127,929,610	303,340,210	1,692,660,220	365,033
令和4年度	4,524	648,727,630	602,072,890	129,296,610	280,691,070	1,660,788,200	367,106

※出典: 国保データベース(KDB)システム「健康スコアリング(医療)」より

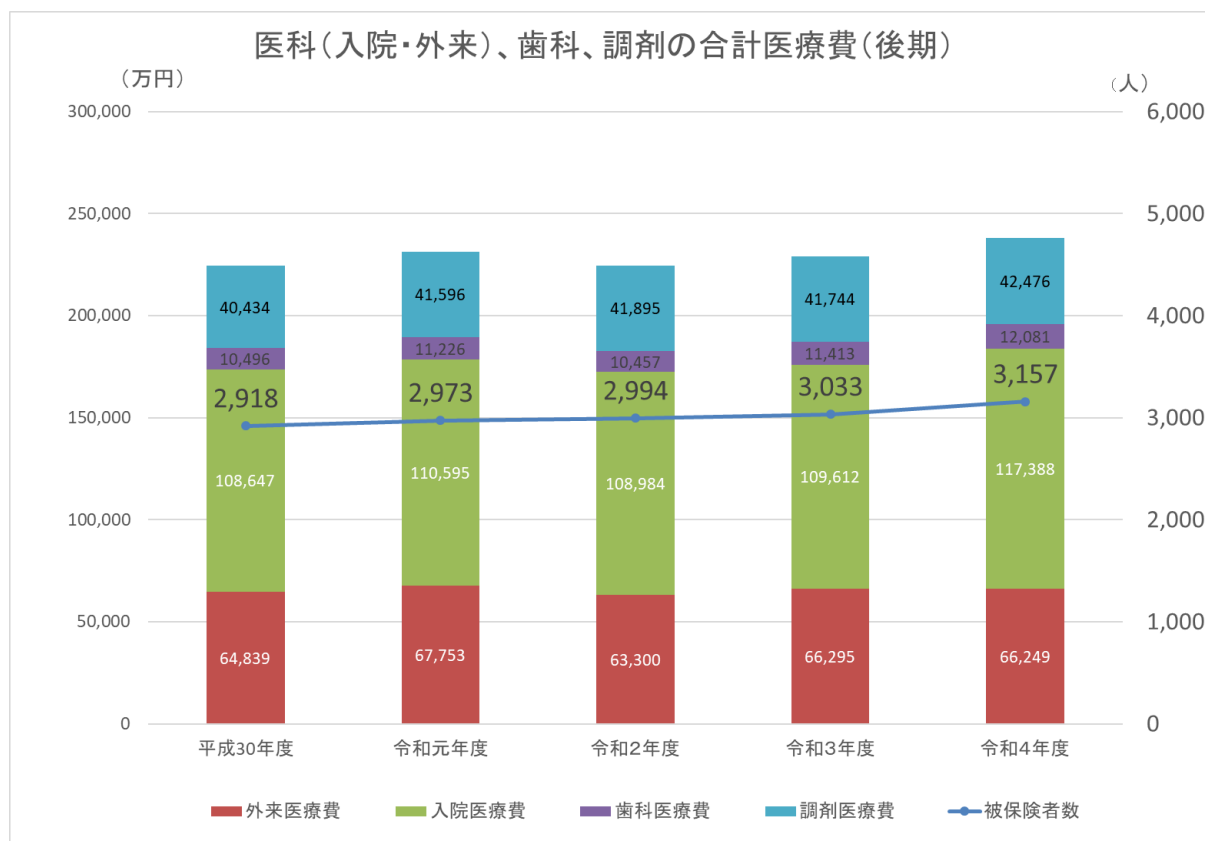


医科(入院・外来)、歯科、調剤の合計医療費(後期)

(単位:円)

	被保険者数	外来医療費	入院医療費	歯科医療費	調剤医療費	合計	1人当たり
平成30年度	2,918	648,385,410	1,086,472,710	104,959,270	404,343,250	2,244,160,640	769,075
令和元年度	2,973	677,528,780	1,105,952,690	112,258,380	415,961,670	2,311,701,520	777,565
令和2年度	2,994	633,004,260	1,089,838,870	104,567,850	418,947,070	2,246,358,050	750,287
令和3年度	3,033	662,951,840	1,096,116,460	114,133,380	417,436,470	2,290,638,150	755,238
令和4年度	3,157	662,488,560	1,173,878,610	120,806,980	424,756,520	2,381,930,670	754,492

※出典:国保データベース(KDB)システム「健康スコアリング(医療)」より



(2) 年齢階層別医療の受診率

令和4年度における国保の医療の受診率（被保険者千人当たりの受診件数）は40代になると大きく上昇しており、40代～50代の間では大きな変化はありませんが、60代になると更に急激に上昇し、受診の大部分を60代以上の高齢者が占めている状況が見られます。

国保の1人当たり医療費についても高齢になるほどに増加傾向にあり、合計は338,460円となります。これは、県平均(295,092円)を43,368円、国平均(282,560円)を55,900円上回っており、医療費が高い状況が見られます。また、後期の1人当たり医療費は716,064円と国保より高額であることから、国保のうちから医療費を抑えるための保健事業を進める必要があります。

国保 年齢階層別被保険者数 医療費(医科入院・外来)

R04年度	被保険者数		件数		日数		医療費		受診率	レセプト 1件当たり 医療費	被保険者 1人当たり 医療費	被保険者 1日当たり 医療費
	(人)	割合 (%)	(件)	割合 (%)	(日)	割合 (%)	(円)	割合 (%)	千人 当たり	(円)	(円)	(円)
0～39歳	933	20.6%	3,140	8.6%	5,056	7.3%	97,863,150	6.4%	3,365	31,167	104,891	19,356
40～49歳	377	8.3%	2,082	5.7%	4,008	5.7%	77,437,610	5.1%	5,523	37,194	205,405	19,321
50～59歳	425	9.4%	2,522	6.9%	6,348	9.1%	131,182,270	8.6%	5,934	52,015	308,664	20,665
60～69歳	1,233	27.3%	12,637	34.6%	24,317	34.9%	531,085,400	34.7%	10,249	42,026	430,726	21,840
70～74歳	1,556	34.4%	16,186	44.3%	29,985	43.0%	693,626,240	45.3%	10,402	42,853	445,775	23,132
合計	4,524	100.0%	36,567	100.0%	69,714	100.0%	1,531,194,670	100.0%	8,083	41,874	338,460	21,964

※出典：国保データベース(KDB)システム「健康スコアリング(医療)」より

後期 年齢階層別被保険者数 医療費(医科入院・外来)

R04年度	被保険者数		件数		日数		医療費		受診率	レセプト 1件当たり 医療費	被保険者 1人当たり 医療費	被保険者 1日当たり 医療費
	(人)	割合 (%)	(件)	割合 (%)	(日)	割合 (%)	(円)	割合 (%)	千人 当たり	(円)	(円)	(円)
65～74歳	5	0.2%	112	0.3%	257	0.3%	12,483,240	0.6%	22,400	111,458	2,496,648	48,573
75～79	1,141	36.1%	15,669	37.2%	31,990	32.6%	742,261,160	32.8%	13,733	47,371	650,536	23,203
80～84	895	28.3%	12,490	29.6%	26,846	27.3%	619,325,900	27.4%	13,955	49,586	691,984	23,070
85～89	628	19.9%	8,282	19.6%	21,053	21.4%	474,748,220	21.0%	13,188	57,323	755,969	22,550
90～94	353	11.2%	4,401	10.4%	13,448	13.7%	304,342,570	13.5%	12,467	69,153	862,160	22,631
95～	135	4.3%	1,215	2.9%	4,602	4.7%	107,454,020	4.8%	9,000	88,440	795,956	23,349
合計	3,157	100.0%	42,169	100.0%	98,196	100.0%	2,260,615,110	100.0%	84,743	53,608	716,064	23,021

※出典：国保データベース(KDB)システム「健康スコアリング(医療)」より

(3) 疾病別医療費分析

国保は大分類別疾患では心疾患・脳梗塞などの「循環器系の疾患」が入院1位・外来4位と高く、悪性新生物・悪性リンパ腫などの「新生物<腫瘍>」も入院2位・外来1位と高くなっており、後期は「循環器系の疾患」が入院・外来共に1位ですが、「筋骨格系及び結合組織の疾患」が入院・外来共に2位となっており、国保と後期で医療費をよく使う疾患に差が見られます。

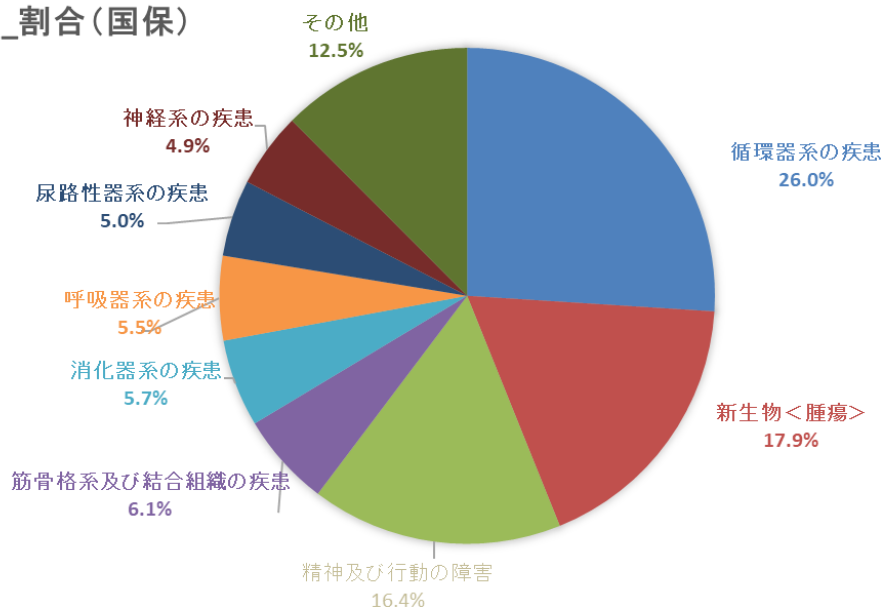
また、中分類別疾患では「その他の心疾患」が国保・後期の入院において2位であり後期の外来においては1位、「腎不全」が国保の外来において1位であり後期の外来においても3位、「糖尿病」が国保・後期共に外来において2位と高い順位となっています。糖尿病や高血圧症などが悪化した結果起こる心疾患、腎不全は、いわゆる生活習慣病であるため、医療費の抑制のためにも生活習慣病の予防が必要となります。

国民健康保険 疾病別医療費分析(令和4年度)

入院		被保険者数	4,524		医科入院 総医療費			604,174,830		
順位	大分類別疾患	割合(%)	順位	中分類別疾患	医療費	割合(%)	順位			
1	循環器系の疾患	26.0	1	その他の心疾患	61,641,600	10.2	2			
			2	虚血性心疾患	29,411,280	4.9	4			
			3	脳梗塞	27,552,490	4.6	5			
2	新生物<腫瘍>	17.9	1	その他の悪性新生物<腫瘍>	45,629,600	7.6	3			
			2	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	22,947,080	3.8				
			3	悪性リンパ腫	9,460,310	1.6				
3	精神及び行動の障害	16.4	1	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	66,847,180	11.1	1			
			2	気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	16,592,960	2.7				
			3	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	5,570,620	0.9				
4	筋骨格系及び結合組織の疾患	6.1	1	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	14,300,780	2.4				
			2	脊椎障害(脊椎症を含む)	7,891,470	1.3				
			3	骨の密度及び構造の障害	6,225,640	1.0				
5	消化器系の疾患	5.7	1	その他の消化器系の疾患	17,535,100	2.9				
			2	胆石症及び胆のう炎	6,726,460	1.1				
			3	胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	5,014,960	0.8				

※出典：国保データベース(KDB)システム「健康スコアリング(医療)」より

入院_割合(国保)



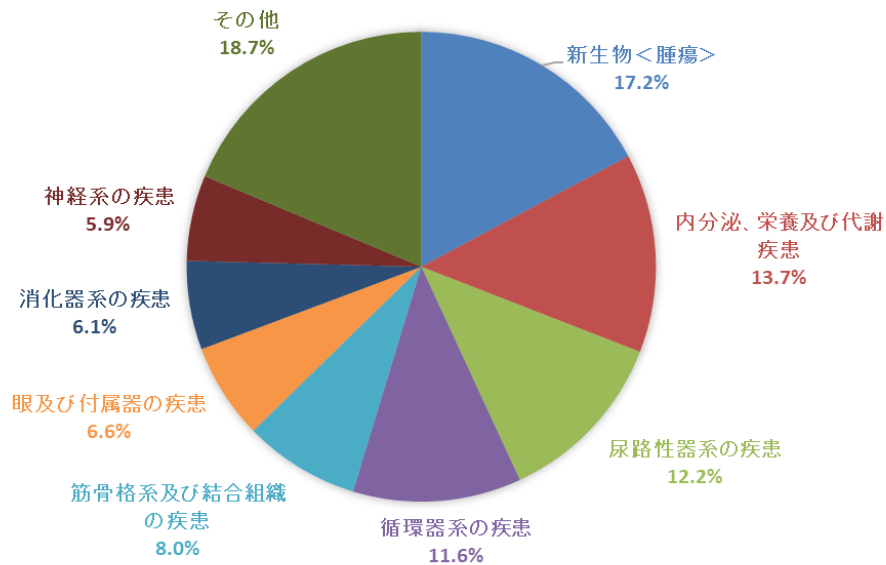
外来

医科外来_総医療費 924,211,750

順位	大分類別疾患	割合(%)	順位	中分類別疾患	医療費	割合(%)	順位
1	新生物<腫瘍>	17.2	1	その他の悪性新生物<腫瘍>	56,497,480	6.1	3
			2	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	35,690,500	3.9	
			3	胃の悪性新生物<腫瘍>	21,237,600	2.3	
2	内分泌、栄養及び代謝疾患	13.7	1	糖尿病	76,457,270	8.3	2
			2	脂質異常症	33,616,480	3.6	
			3	その他の内分泌、栄養及び代謝障害	12,371,200	1.3	
3	尿路器系の疾患	12.2	1	腎不全	97,524,690	10.6	1
			2	その他の腎尿路系の疾患	6,904,500	0.7	
			3	前立腺肥大(症)	3,002,160	0.3	
4	循環器系の疾患	11.6	1	高血圧性疾患	48,315,040	5.2	4
			2	その他の心疾患	39,755,120	4.3	5
			3	虚血性心疾患	9,934,540	1.1	
5	筋骨格系及び結合組織の疾患	8.0	1	骨の密度及び構造の障害	18,536,850	2.0	
			2	関節症	17,556,160	1.9	
			3	炎症性多発性関節障害	13,887,620	1.5	

※出典: 国保データベース(KDB)システム「健康スコアリング(医療)」より

外来_割合(国保)



後期高齢者 疾病別医療費分析(令和4年度)

入院

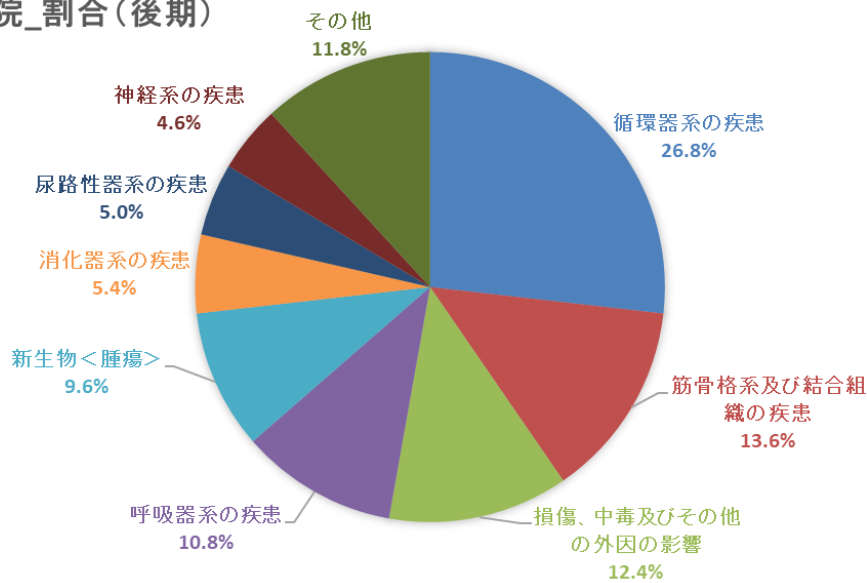
被保険者数 3,157

医科入院_総医療費 1,173,878,610

順位	大分類別疾患	割合(%)	順位	中分類別疾患	医療費	割合(%)	順位
1	循環器系の疾患	26.8	1	その他の心疾患	125,175,640	10.7	2
			2	虚血性心疾患	63,936,140	5.4	4
			3	脳梗塞	57,790,220	4.9	5
2	筋骨格系及び結合組織の疾患	13.6	1	脊椎障害(脊椎症を含む)	51,283,570	4.4	
			2	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	49,159,240	4.2	
			3	関節症	30,792,050	2.6	
3	損傷、中毒及びその他の外因の影響	12.4	1	骨折	133,826,670	11.4	1
			2	その他損傷及びその他外因の影響	8,065,570	0.7	
			3	頭蓋内損傷及び内臓の損傷	2,855,750	0.2	
4	呼吸器系の疾患	10.8	1	その他の呼吸器系の疾患	64,491,200	5.5	3
			2	肺炎	38,269,330	3.3	
			3	慢性閉塞性肺疾患	19,769,850	1.7	
5	新生物<腫瘍>	9.6	1	その他の悪性新生物<腫瘍>	38,897,460	3.3	
			2	結腸の悪性新生物<腫瘍>	19,531,600	1.7	
			3	白血病	15,501,730	1.3	

※出典：国保データベース(KDB)システム「健康スコアリング(医療)」より

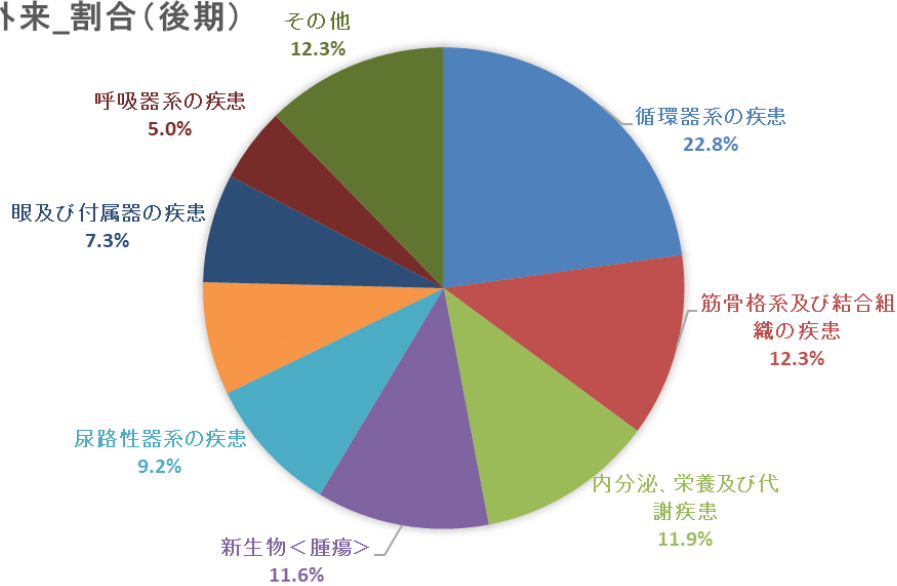
入院_割合(後期)



順位	大分類別疾患	割合(%)	順位	中分類別疾患	医療費	割合(%)	順位
1	循環器系の疾患	22.8	1	その他の心疾患	144,398,280	13.4	1
			2	高血圧性疾患	59,331,280	5.5	4
			3	虚血性心疾患	19,589,970	1.8	
2	筋骨格系及び結合組織の疾患	12.3	1	骨の密度及び構造の障害	39,258,630	3.6	
			2	脊椎障害(脊椎症を含む)	25,967,080	2.4	
			3	炎症性多発性関節障害	23,388,270	2.2	
3	内分泌、栄養及び代謝疾患	11.9	1	糖尿病	92,033,670	8.5	2
			2	脂質異常症	26,388,840	2.4	
			3	その他の内分泌、栄養及び代謝障害	5,627,560	0.5	
4	新生物<腫瘍>	11.6	1	その他の悪性新生物<腫瘍>	59,117,290	5.5	5
			2	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	16,413,970	1.5	
			3	肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>	12,616,120	1.2	
5	泌尿器系の疾患	9.2	1	腎不全	74,844,510	6.9	3
			2	その他の泌尿器系の疾患	16,063,560	1.5	
			3	前立腺肥大(症)	6,006,050	0.6	

※出典：国保データベース(KDB)システム「健康スコアリング(医療)」より

外来_割合(後期)



(4) 生活習慣病費用割合・患者割合

令和3年度における生活習慣病の患者割合は56.0%で県内16位、総医療費に占める生活習慣病の医療費割合は63.0%で県内7位であり、県と比較して高い割合となっております。また、経年で比較すると患者割合・医療費割合共に高くなっております。

経年で割合が高くなっていることから生活習慣病患者及び費用が増加傾向にあること、患者割合より医療費割合が高く県内順位も上位になっていることから、重篤な生活習慣病患者が多いことが見て取れます。医療費の増加を抑制するためにも、症状を悪化させないための保健事業を進める必要があります。

生活習慣病患者割合・費用割合

		患者数 (人)	割合 (%)	順位	医療費 (円)	割合 (%)	順位	1人当たり 医療費(円)
令和元年度	御嵩町	2,184	54.2	9	952,704,500	59.9	14	436,220
	岐阜県	213,300	50.0		87,448,951,780	58.4		409,981
令和3年度	御嵩町	2,219	56.0	16	1,021,305,330	63.0	7	460,255
	岐阜県	211,045	52.1		88,864,885,060	59.6		421,071

※出典:岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況【経年】より

(5) 重複服薬の状況等の傾向

令和4年度の重複処方該当者は被保険者1万人に対して119人、多剤処方該当者は44人でした。重複処方・多剤処方共に月による該当者のばらつきは無く一定であり、減少傾向にあるとも言えないため、今後も経年的に状況を把握し、基準以上の重複・多剤処方該当者に対してアプローチを行っていきます。

重複・多剤投与者数(令和4年度の実績)

	被保険者数	重複処方該当者数	多剤処方該当者数
令和4年4月	2,506	40	8
令和4年5月	2,492	26	11
令和4年6月	2,485	25	11
令和4年7月	2,468	30	10
令和4年8月	2,465	34	10
令和4年9月	2,448	30	10
令和4年10月	2,442	31	9
令和4年11月	2,439	29	13
令和4年12月	2,423	28	9
令和5年1月	2,397	30	13
令和5年2月	2,378	23	13
令和5年3月	2,381	22	12
重複・多剤投与者数 (対被保険者1万人)		119	44

※出典:国保データベース(KDB)システム「重複・多剤処方の状況」より

(6) 介護給付費の状況

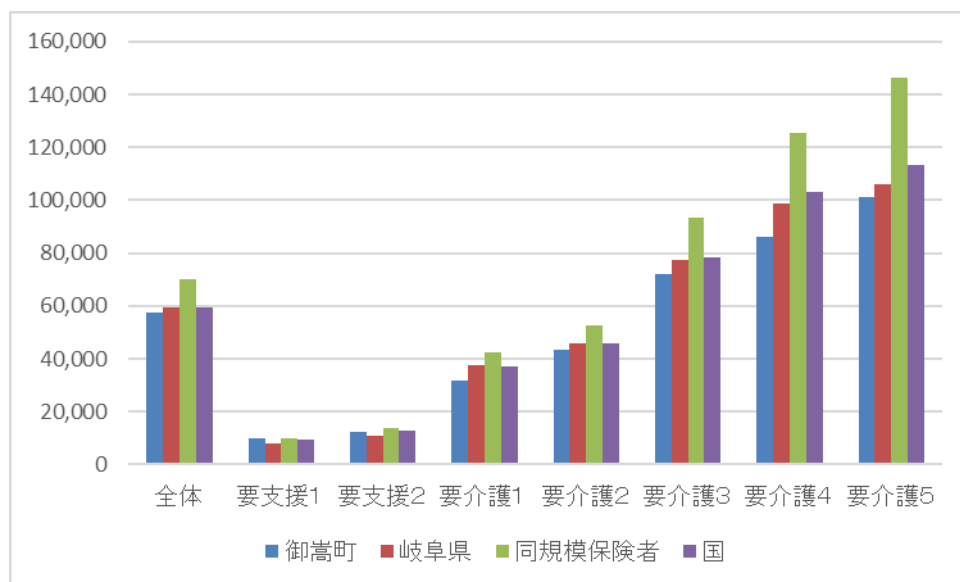
介護認定者の1件当たり介護給付費は、要支援1，2については県と比較して高くなっていますが、要介護1～5については低くなっています。介護認定者全体で見ても県・同規模保険者・国と比較して低い金額となっており、全体として給付費は低く抑えることができていると考えられるため、今後も国保部門では介護に繋がる生活習慣病の予防を意識しながら保健事業を進めていきます。

介護認定者の1件当たり給付費(令和4年度)

(単位:円)

	全体	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
御嵩町	57,335	9,742	12,140	31,739	43,216	72,215	86,343	100,972
岐阜県	59,511	8,192	11,083	37,662	45,957	77,618	98,945	106,128
同規模保険者	70,292	9,793	13,796	42,671	52,634	93,173	125,621	146,391
国	59,662	9,568	12,723	37,331	45,837	78,504	103,025	113,314

※出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」より



(7) 介護認定者の有病状況

介護認定を受けた者の有病状況をみると、ほとんどの項目において県や同規模保険者、国より高い割合となっております。中でも脳疾患は特に高い割合を示しており、高い割合となっております。糖尿病や高血圧症、脂質異常症などが悪化した結果起こる心臓病、脳疾患は、いわゆる生活習慣病です。生活習慣病は予防可能な疾病と言われており、介護を必要とすることなく健康で自立した生活を送ることができる「健康寿命」を延ばすためには、生活習慣病を予防することが必要であると言えます。また日常生活の援助が必要となる筋・骨格についても有病率が高く、生活の自立を妨げています。

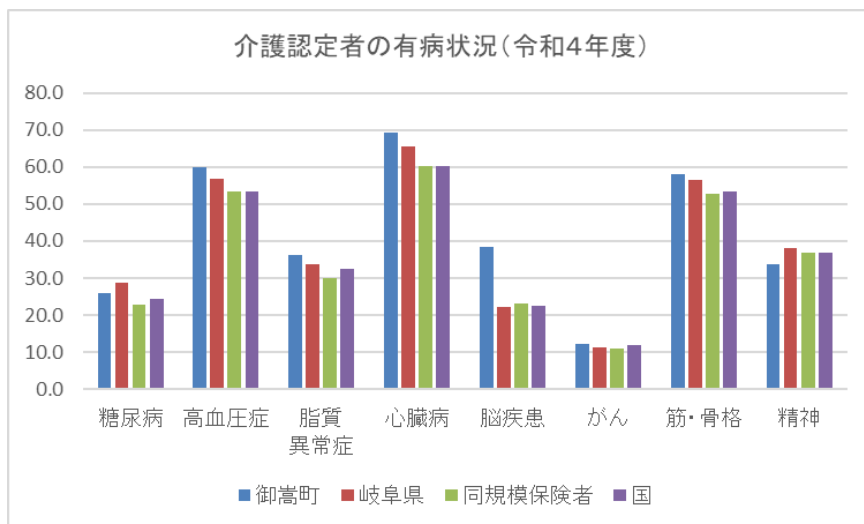
また、介護区分別の有病状況をみると、精神疾患（認知症を含む）の有病率は介護度が上がるほどに増加していく傾向にあります。認知症の進行が介護度に影響を与えていると考えられるため、進行を抑えるための方策が必要となります。

介護認定者の有病状況(令和4年度)

(単位:%)

	糖尿病	高血圧症	脂質異常症	心臓病	脳疾患	がん	筋・骨格	精神
御嵩町	26.1	59.8	36.1	69.3	38.5	12.3	58.0	33.9
岐阜県	28.8	56.7	33.7	65.5	22.2	11.2	56.4	38.2
同規模保険者	22.8	53.3	30.0	60.3	23.1	11.0	52.7	36.9
国	24.3	53.3	32.6	60.3	22.6	11.8	53.4	36.8

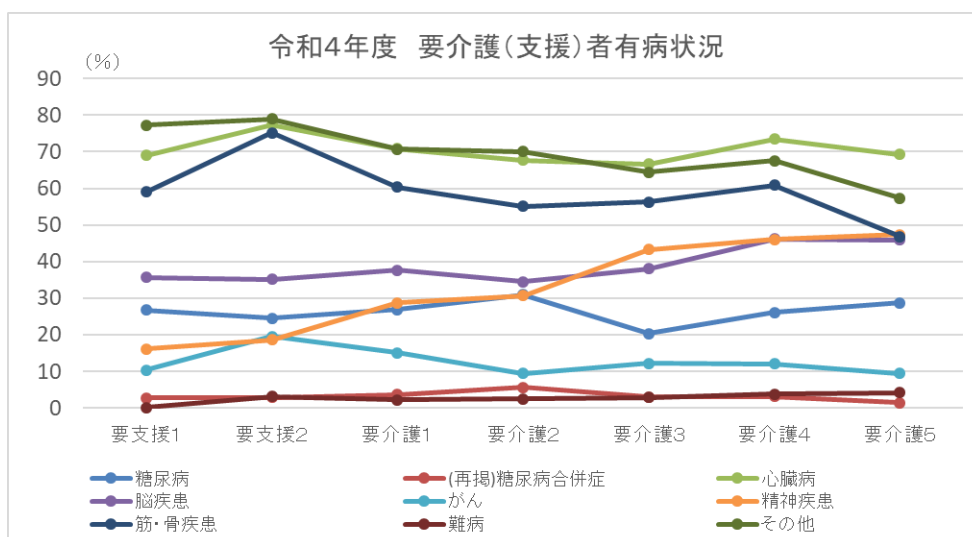
※出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」より



令和4年度 要介護(支援)者有病状況(介護区分別)

令和4年度(累計)	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
糖尿病	26.8	24.6	26.9	30.9	20.4	26.1	28.8
(再掲)糖尿病合併症	2.8	2.9	3.7	5.6	3	3.2	1.5
心臓病	69	77.4	70.8	67.7	66.6	73.4	69.2
脳疾患	35.7	35.1	37.6	34.5	38.1	46.2	45.9
がん	10.4	19.6	15.1	9.5	12.2	12.1	9.5
精神疾患	16.2	18.7	28.7	30.7	43.3	46.1	47.3
筋・骨疾患	59	75.1	60.4	55.1	56.3	60.9	46.8
難病	0.1	3.1	2.2	2.5	2.9	3.8	4.2
その他	77.2	79	70.7	70	64.4	67.5	57.3

※出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」より



3. 特定健康診査・特定保健指導の分析

(1) 特定健診受診率

令和4年度における特定健診受診率は45.3%となっています。県の41.2%を上回っていますが、県内順位は14位と中位になっています。令和元年度までは経年的な受診率向上が見られましたが、それ以降は新型コロナウイルス感染症の影響もあって伸び悩みが続いています。今後は更なる受診率向上のための事業を進めていく必要があります。

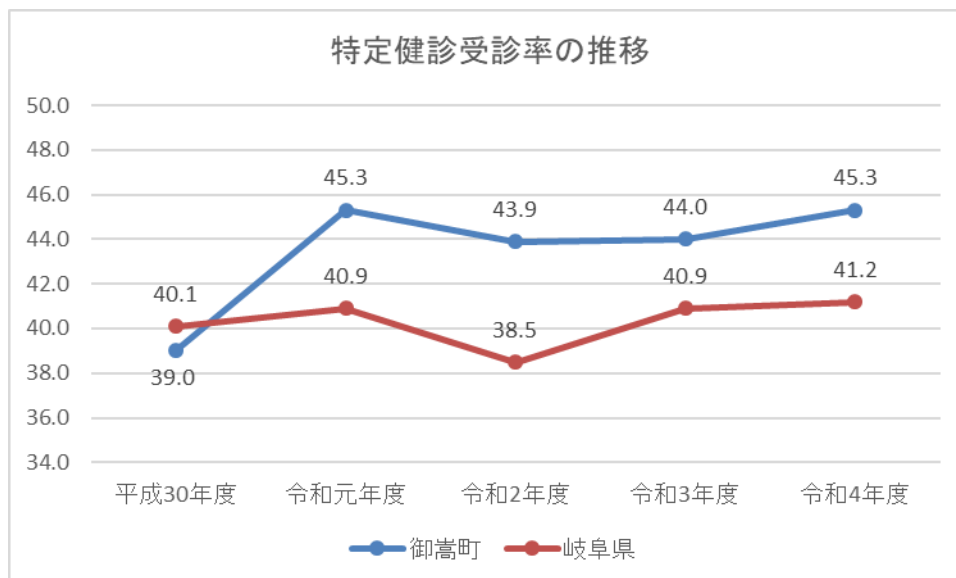
また、性・年齢階層別健診受診率においては、男性より女性の方が高い受診率となっています。特に男性は40～54歳の受診率が30%前後と低くなっています。このことから男性は女性に比べて仕事の都合により日程の調整が難しく、受診できないなどの理由が考えられます。今後は若い男性でもより受診しやすい体制を整え、積極的な受診勧奨を行う必要があります。

特定健康診査受診数・受診率の経年比較

(単位:人、%、位)

		対象者	受診者	受診率	順位
平成30年度	御嵩町	3,119	1,215	39.0	21
	岐阜県	327,547	131,357	40.1	
令和元年度	御嵩町	3,014	1,366	45.3	15
	岐阜県	316,409	129,562	40.9	
令和2年度	御嵩町	2,965	1,302	43.9	13
	岐阜県	313,663	120,806	38.5	
令和3年度	御嵩町	2,967	1,305	44.0	16
	岐阜県	304,747	124,590	40.9	
令和4年度	御嵩町	2,790	1,265	45.3	14
	岐阜県	284,231	117,239	41.2	

※出典:岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況【経年】より



令和4年度 性・年齢階層別健診受診率

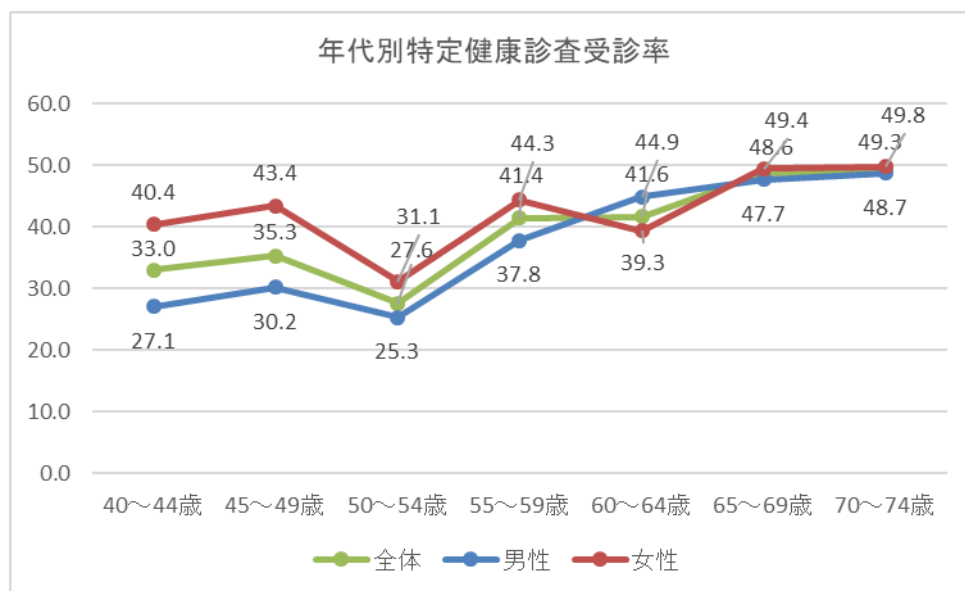
(単位:人、%)

全体	計	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳
対象者	2,790	106	139	156	162	286	732	1,209
受診者	1,265	35	49	43	67	119	356	596
受診率	45.3	33.0	35.3	27.6	41.4	41.6	48.6	49.3

男性	計	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳
対象者	1,338	59	86	95	74	118	333	573
受診者	585	16	26	24	28	53	159	279
受診率	43.7	27.1	30.2	25.3	37.8	44.9	47.7	48.7

女性	計	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳
対象者	1,452	47	53	61	88	168	399	636
受診者	680	19	23	19	39	66	197	317
受診率	46.8	40.4	43.4	31.1	44.3	39.3	49.4	49.8

※出典:岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況【経年】より



(2) 特定保健指導利用率・実施率

令和4年度における特定保健指導利用率は84.0%となっています。県の46.5%と比較して大幅に高い割合であり、県内順位も9位と上位になっています。また、実施率は78.6%であり、県の41.5%と比較して大幅に高い割合であり、県内順位も6位と上位になっています。特定保健指導実施率向上のための事業の効果が出ていると思われるため、引き続き事業を進めていきます。

また、令和4年度における特定保健指導対象者の減少率は対象者全体では19.7%であるのに対して、前年度保健指導利用者では23.4%となっています。全体より保健指導利用者の方が減少率が高いことから、保健指導による改善効果が見られます。

特定保健指導利用率・実施率

(単位:人、%、位)

		対象者		利用者		実施者		
				利用率	順位	実施率	順位	
平成30年度	御嵩町	133	107	80.5	12	102	76.7	8
	岐阜県	13,489	6,132	45.5		5,576	41.3	
令和元年度	御嵩町	148	124	83.8	7	116	78.4	6
	岐阜県	12,967	5,842	45.1		5,409	41.7	
令和2年度	御嵩町	128	105	82.0	9	91	71.1	7
	岐阜県	12,112	5,287	43.7		4,771	39.4	
令和3年度	御嵩町	135	106	78.5	11	99	73.3	7
	岐阜県	12,318	5,575	45.3		4,938	40.1	
令和4年度	御嵩町	131	110	84.0	9	103	78.6	6
	岐阜県	11,204	5,215	46.5		4,654	41.5	

※出典:岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況【経年】より

※利用者は初回面談を実施した者、実施者は最終面談まで修了した者を示す

特定保健指導対象者の減少率

(単位:人、%)

		昨年度	今年度	減少率	昨年度	今年度	減少率
		保健指導 対象者	保健指導 対象除外者		保健指導 利用者	保健指導 対象除外者	
平成30年度	御嵩町	108	23	21.3	73	16	21.9
	岐阜県	12,548	2,422	19.3	5,313	1,179	22.2
令和元年度	御嵩町	124	35	28.2	100	27	27.0
	岐阜県	12,980	2,545	19.6	5,757	1,283	22.3
令和2年度	御嵩町	136	27	19.9	113	25	22.1
	岐阜県	12,801	2,140	16.7	5,631	1,089	19.3
令和3年度	御嵩町	120	30	25.0	98	29	29.6
	岐阜県	11,799	2,343	19.9	5,059	1,215	24.0
令和4年度	御嵩町	120	24	20.0	94	22	23.4
	岐阜県	11,610	2,288	19.7	5,174	1,171	22.6

※出典:特定健診・特定保健指導実施結果集計表(県集計)より

(3) メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

令和4年度におけるメタボリックシンドローム該当者の割合は19.4%となっています。県と比較すると若干低い割合となっていますが、経年で比較すると年々増加しています。また、メタボリックシンドローム予備群の割合は10.0%となっています。県と比較すると若干低い割合となっていますが、経年で比較すると10%台で推移しています。今後はメタボリックシンドローム抑制の対策に加え、メタボリックシンドロームへの移行を防ぐためにも、予備群の段階で抑制する対策が必要となります。

また、令和4年度におけるメタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率は、17.2%となっています。県と比較して低い割合であり、令和3年度以前と比較しても低い割合となっていますが、新型コロナウイルス感染症の影響により前年度に十分な指導ができなかったことが要因と考えられます。令和3年度までは県と比較して高い割合となっていますが、経年で見るとばらつきがあり年によって増減が見られます。

メタボリックシンドローム該当者・予備群の人数・割合

(単位:人、%)

		評価対象者	該当者		予備群	
			人数	割合	人数	割合
平成30年度	御嵩町	1,215	194	16.0	132	10.9
	岐阜県	131,416	23,243	17.7	13,484	10.3
令和元年度	御嵩町	1,370	229	16.7	136	9.9
	岐阜県	129,613	23,664	18.3	13,586	10.5
令和2年度	御嵩町	1,302	214	16.4	142	10.9
	岐阜県	120,833	23,660	19.6	12,962	10.7
令和3年度	御嵩町	1,305	231	17.7	138	10.6
	岐阜県	124,635	24,533	19.7	12,850	10.3
令和4年度	御嵩町	1,265	245	19.4	126	10.0
	岐阜県	117,264	23,170	19.8	12,170	10.4

※出典:特定健診・特定保健指導実施結果集計表(県集計)より

メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率

(単位:%、位)

		該当者	順位	予備軍	順位	該当者+予備軍
平成30年度	御嵩町	28.5	2	20.2	28	24.5
	岐阜県	21.6	/	21.1	/	21.4
令和元年度	御嵩町	20.7	25	26.1	8	22.9
	岐阜県	21.2	/	21.3	/	21.3
令和2年度	御嵩町	22.5	11	20.2	11	21.6
	岐阜県	19.1	/	18.2	/	18.8
令和3年度	御嵩町	22.7	10	21.2	21	22.1
	岐阜県	20.3	/	21.2	/	20.6
令和4年度	御嵩町	15.9	40	19.3	28	17.2
	岐阜県	20.8	/	21.5	/	21.0

※出典:岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況【経年】より

(4) 糖尿病の状況

糖尿病の状況を把握するため、令和3年度の特定健診、医療機関受診の状況を医療・健診データを使い関係図として示しました。また、HbA1c(※)の値により詳細な分類を行いました。

健診受診者1,396人のうちHbA1c6.5以上の者は125人(9.0%)で約11人に1人は糖尿病又は糖尿病が強く疑われる状態にあり、うち14人(1.0%)はHbA1cが8.0以上と合併症のリスクが高い状態になっています。また、HbA1c6.5以上の125人のうち17人(13.6%)が医療機関受診をしておらず、うち1人はHbA1c8.0以上の危険な状態にあります。これ以上糖尿病の症状を悪化させないためにも、医療機関への受診勧奨及び継続受診や服薬管理を進める必要があります。

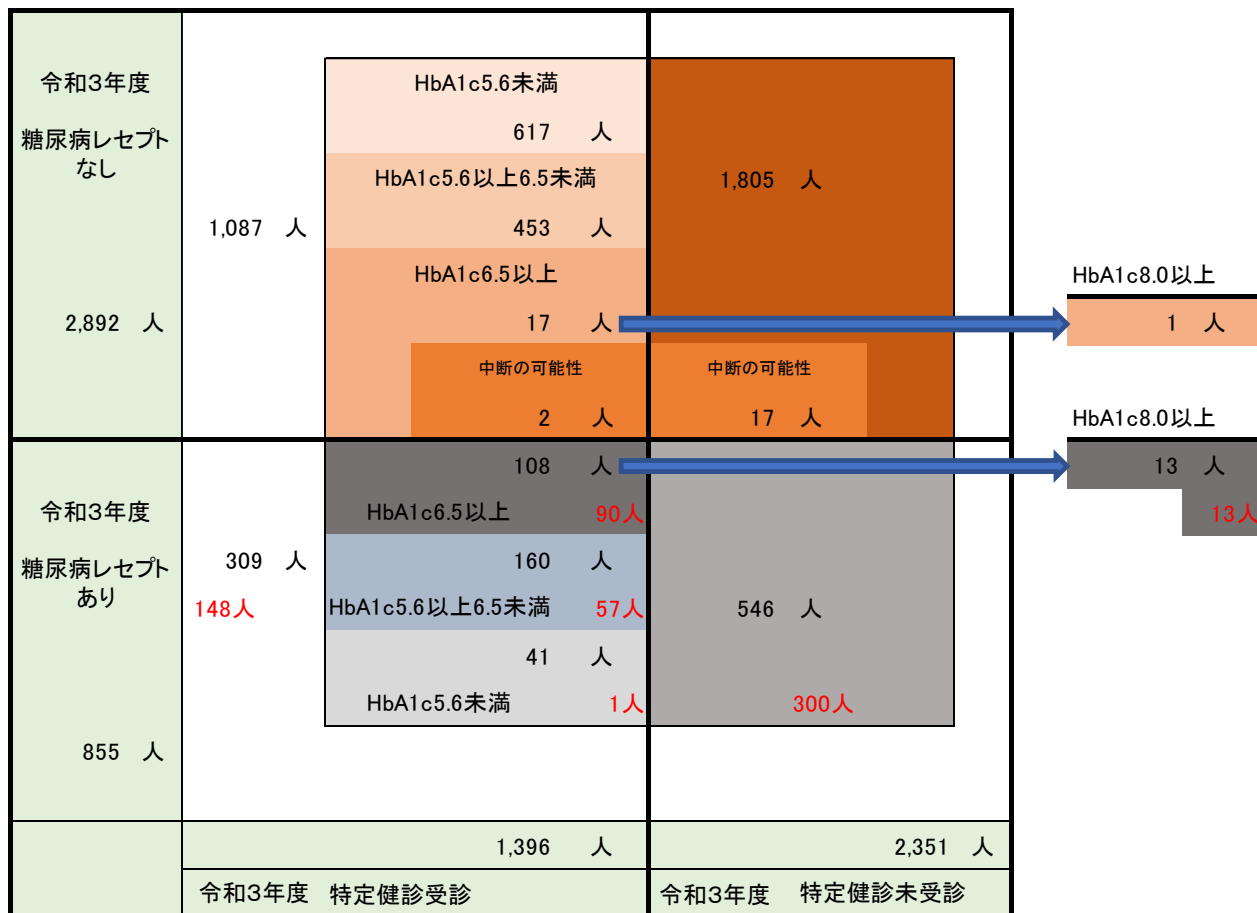
※HbA1c：ヘモグロビン・エーワンシー、糖化ヘモグロビンがどのくらいの割合で存在しているかをパーセント(%)で表したものです。過去1~2ヶ月間の平均的な血糖の状態が分かるため糖尿病の判断する上で重要な指標となる。HbA1c6.5以上で糖尿病又は糖尿病が強く疑われる状態、8.0以上で心不全などの合併症が進みやすい状態と判断される。

糖尿病の特定健診と医療機関受診の関係図

40歳以上

3,747 人

KDB介入支援対象者一覧より



※赤の数字は糖尿病薬を処方されている人数(KDB疾病管理一覧より)

※健診受診者における中断の可能性は、健診の結果、HbA1c6.5以上の者のうち糖尿病受診中断の可能性のある人数

※健診未受診者における中断の可能性は、当年度糖尿病のレセプトが無い者のうち、前年度は糖尿病レセプトがあった人数

(5) 慢性腎臓病の状況

令和4年度特定健診受診者のうち、eGFR(※)60未満の慢性腎臓病が疑われる有所見者割合は27.8%と県の22%と比較して高い割合を示しています。

また、令和4年度の特定健診受診者に対するCKD重症度分類(※)では、岐阜県腎臓病医療連携WG(岐阜県医師会)2021による医療機関への紹介基準となる「eGFR60未満もしくは尿蛋白(+)以上」の者は408人(30.9%)、保健師による保健指導の基準となる「G3b(eGFR30以上44以下)」または「G3a(eGFR45以上59以下)かつ尿蛋白(+)」の者は63人(4.8%)おり、医療機関への受診勧奨や保健指導により慢性腎臓病の進行による人工透析導入や心血管疾患発症を予防していく必要があります。

※eGFR:推算糸球体ろ過量(estimated Glomerular Filtration Rate)。腎機能を示す値であり、血清クレアチニン値と年齢、性別から計算することができる。eGFRが60mL/分/1.73m²未満であると慢性腎臓病の疑いがある。

※CKD重症度分類:CKD(慢性腎臓病)の重症度を評価するために原疾患・GFR(糸球体濾過量)・蛋白尿区分により分類したもの。

腎機能(eGFR)の有所見者割合(令和4年度)

(単位:人、%)

保険者	検査実施者数	ステージ1		ステージ2		ステージ3		ステージ4		ステージ5	
		90~		60~89		30~59		15~29		~14	
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
御嵩町	1,346	75	5.6	897	66.6	367	27.3	7	0.5	0	0
岐阜県	123,804	9,998	8.1	86,661	70.0	26,700	21.6	358	0.3	87	0.1

※出典:健康情報データベースシステム「特定健診の状況(保険者別一覧)」より

CKD重症度分類(令和4年度)

(単位:人)

			蛋白尿区分			受診勧奨対象者
			(-)	(±)	(+)以上	
eGFR区分 (ml/分/1.73m ²)	G1	>=90	67	2	6	保健指導対象者
	G2	60-89	828	17	52	
	G3a	45-59	275	5	12	
	G3b	30-44	37	3	11	
	G4	15-29	1	0	6	
	G5	<15	0	0	0	
						1,322

※KDB介入支援対象者一覧より

※緑→黄色→赤の順に、末期腎不全、心血管死亡発症リスクが上昇する。

4. 第2期データヘルス計画の達成状況と事業評価

(1) 第2期データヘルス計画における目的と目標

御嵩町における第2期データヘルス計画では次のとおり目的・目標を定め、保健事業に取り組みました。

目的

被保険者が、特定健康診査を継続受診することにより自身の健康状態の把握をし、結果に応じた保健行動（生活習慣改善のための行動など）をとることができるようにする。

目標

- ①御嵩町の健康課題（脳梗塞、脳出血、心筋梗塞、慢性腎不全（透析あり）、糖尿病）、課題に結びつく生活習慣の実態をKDBシステムや保健事業のかかわりから調査分析し、町民に健康づくりの啓発をする。
- ②特定健康診査結果の有所見の有無に左右されることなく、継続的に特定健康診査を受診していただけるように、特定健診の必要性を適宜様々な方法で伝える。また、有所見者に対して、健康維持・増進できるように効果的な保健指導を行う。
- ③慢性腎不全の原因疾患である糖尿病の重症化予防として、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを実施する。受診勧奨値者のうち未治療者・糖尿病治療中断者へは、受診勧奨を行う。糖尿病治療中の方については、医療機関と連携し、医師が町の保健指導が必要と判断した場合には、適宜個別保健指導を実施する。

(2) 個別の保健事業の事業評価

第2期データヘルス計画では目標を達成するための個別の保健事業として以下の事業を実施し、評価を行いました。

①特定健診受診勧奨事業

特定健診受診率の向上を目的として、未受診者に対するはがき勧奨やコールセンターによる電話勧奨を行いました。また、特定健診未受診かつ医療機関で生活習慣病により治療中の方について、特定健診の検査項目に相当する結果を医療機関から情報提供していただくことで、特定健診を受診したとみなし受診率の向上を図る情報提供事業を行いました。

未受診者に対して受診率の向上が見られたため、取組みの効果はあると考えられます。ただし、方法別の効果の成果は判断できないため、次期計画及び新たな勧奨を実施する際には、受診勧奨方法ごとに目標値を設定して評価することが検討されます。

また、はがき勧奨のデータ分析・グループ分けの方法や、情報提供事業の実施時期なども見直しの余地があるため、今後はより効果的な方法や時期を検討していきます。

②特定保健指導事業

特定健診受診者のうち健診結果の数値が基準値以上の者について、郵便・電話による勧奨を行い、生活習慣病予防のための特定保健指導を行いました。

特定保健指導利用率については、目標値を上回っており県内でも高い数値となっており、利用勧奨の効果が出ていると考えられます。今後は更に利用率を上げるためにも未参加者への再勧奨などにも力を入れたいと考えています。

特定保健指導利用者については、次年度継続受診率や生活習慣（喫煙）の変化、保健指導レベルの向上などが見られましたが、体重や腹囲の変化については改善が見られない部分もあったため、より効果的で適正な指導ができるよう指導方法の見直しなどを行うことが検討されます。

③糖尿病等重症化予防事業

特定健診の結果、高血糖で医療機関未受診（未治療）の方に対して医療機関受診勧奨や保健指導を行い、糖尿病予備群とされる方に対して糖尿病の早期発見・早期治療を促すためのOGTT検査（経口ブドウ糖試験：糖尿病が疑われる場合に確定診断をするための検査）の勧奨を行いました。

経年で比較して特定健診受診者であるほどHbA1cの値について人数・割合ともに改善が見られ、重症化予防事業の効果が出ていると考えられます。また、医療機関受診の中断率も低くなっているため、特定健診の継続受診を増やすことが糖尿病重症化予防にも繋がっていると思われます。

ただし、受診勧奨を行った方のHbA1cの維持・改善割合は1/2に留まっており、変化の平均値では大幅悪化も見られたため、今後は改善割合などにも目標値を設定して重症化を抑えるための指導も行っていくことが必要となります。

④高血圧・腎機能の重症化予防事業

特定健診の結果、高血圧や腎機能低下が見られながら医療機関未受診（未治療）の方に対し、医療機関受診勧奨を行いました。

高血圧症については、医療機関受診率は50%程ですが、80%程の方が血圧を維持・改善することができており、重症化予防の効果が出ていると考えられます。腎機能低下については、90%以上の方の医療機関受診が確認され、血圧においては70%、CKD重症度分類においては80%以上の方が維持・改善することができており、重症化予防の効果が出ていると考えられます。

今後は個別の保健事業として実施方法などを整備し、目標値を設定した上で更なる重症化予防に繋がっていきます。

(3) 第2期データヘルス計画に関わる考察

第2期データヘルス計画においては、特定健診の受診勧奨や糖尿病性腎症重症化予防事業などを行い一定の効果が見られたものの、なかなか医療費の抑制や生活習慣病の減少などの結果には繋がられていません。

特定健診受診率や特定保健指導の利用率についても、ハガキによる受診勧奨の効果などにより計画当初から比較すると増加が見られますが、令和元年度～令和3年度においては新型コロナウイルスの影響もあり上げ止まりが続いているため、新たな勧奨方法などの検討が必要となります。

また、糖尿病性腎症重症化予防事業については、特定健診受診者のうち空腹時血糖、HbA1cが基準値以上かつ服薬歴・現病歴に糖尿病が無い方に対して医療機関への受診勧奨を行っていますが、医療機関受診率は目標値に達しておらず、人工透析患者数・医療費の割合も高止まりしているため、保健指導の実施強化など直接的介入も必要となります。

1. 御嵩町の健康課題

御嵩町の現状の立ち位置や状況、各分析、第2期データヘルス計画の達成状況と事業評価を踏まえて、次のとおり健康課題を抽出しました。

A. 国保の総医療費が令和4年度で1,660,788,200円、1人当たり医療費が338,460円（県比較+43,368円）と高額になっており、医療費の抑制が課題となっています。また、後期についても総医療費が2,381,930,670円、1人当たり医療費が716,064円と国保よりも高額になっています。高齢化率が高く、65～74歳の前期高齢者が被保険者全体の50%以上を占めている現状においては、国保のうちから被保険者への健康事業を実施することで、被保険者の健康づくりを啓発し、医療費の抑制を図る必要があります。

特定健診は医療費の抑制に繋がる基礎疾患の早期発見・早期治療の元となる健診となりますが、御嵩町における特定健診受診率は令和4年度で45.3%で県を上回っているものの、県内14位と中位に留まっています。また、特に40～54歳の若い男性の受診率が低いといった受診対象者の特性も見られるため、対象者の特性に応じた受診率の向上が課題となっています。

御嵩町の特定健診受診率については、はがき・電話・情報提供事業による受診勧奨により受診率向上に一定の効果が見られましたが、令和元年度以降は新型コロナウイルスの影響もあり伸び悩みが見られています。そこで今後は、これまでの事業を継続しながらも、勧奨方法・対象者・実施時期などの見直しを行い、より効果的な受診勧奨事業を進めていく必要があります。

B. 生活習慣病の患者割合が令和3年度で56.0%、医療費に占める生活習慣病費用割合も63.0%と高くなっており、生活習慣病の治療に多くの医療費が使われています。また、患者割合に対して費用割合が高くなっていることから重篤な患者が多いことが医療費の増加につながっていると考えられます。

生活習慣病発生の前段階としてはメタボリックシンドロームがあげられますが、御嵩町におけるメタボリックシンドローム該当者の割合は令和4年度で19.4%であり、予備群も含めると30%近い割合となっており、生活習慣病予防のためにはメタボリックシンドロームを減少させる必要があります。

特定保健指導はメタボリックシンドロームの減少を目的とした保健指導ですが、御嵩町は利用率が令和4年度で84.0%、実施率も78.6%と高い水準を保っており、特定保健指導利用勧奨事業の効果が出ているものと思われます。また、指導結果については、生活習慣の変化、保健指導レベルの向上などの改善効果が見られていますが、体重や腹囲の変化についてなど改善が見られない部分もあり、保健指導対象者の減少率は20%台に留まっています。

このことから今後については現在の利用勧奨事業を継続しながら、より効果的で適正な指導ができるよう指導方法についても見直しを行い、保健指導対象者の減少を目指します。

C. 生活習慣病の治療に多くの医療費が使われており、中でも、医療費の高い疾病について、「糖尿病」が外来において国保・後期共に2位となっています。また、「腎不全」は国保外来1位、後期外来3位となっており、高額な医療費の原因となる人工透析への移行期間を延ばすためにも糖尿病重症化予防を行う必要があります。

糖尿病重症化予防のためには未治療者・治療中断者の病院受診が重要ですが、HbA1cが6.5以上や、8.0以上という高い値でも未だに治療を受けていない方もいるため、特定健診の結果において高血糖でありながら医療機関未受診（未治療）の方に対し受診勧奨を行う必要があります。

このことから今後についても継続して受診勧奨を行うことにより糖尿病の早期治療及び重症化予防に繋がります。また、病院との連携強化・受診確認方法の見直しを行うことで、より効果的な治療に繋がりたいと考えます。

D. 「腎不全」が国保外来1位、後期外来3位、「その他の心疾患」が国保・後期入院2位、後期外来1位となっていることから、これらの疾病の原因となる高血圧の重症化予防を行う必要があります。

これまでの御嵩町の高血圧の重症化予防においては、血圧の維持・改善が80%と高い数値となっており、事業の効果が見られることから、継続して事業を進めていきます。ただし、医療機関受診率は50%ほどであり、受診率が伸び悩んでいるため対策が必要と考えられます。

E. 「腎不全」が国保外来1位、後期外来3位となっていることから、高額な医療費の原因となる人工透析への移行期間を延ばすためにも糖尿病重症化予防と並行して腎機能低下の予防を行う必要があります。

これまでの御嵩町の高血圧の腎機能低下予防においては、90%以上の方の医療機関受診が確認され、80%の方が血圧の維持・改善ができており、事業の効果が見られることから、継続して事業を進めていきたいと考えます。

F. 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ります。今後の医療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、適正な服薬を推進します。

G. 御嵩町は、高齢化率が31.8%（令和2年）で、65歳以上の単独世帯は1.4%増加していることから（令和3年12月16日岐阜県庁発表「令和2年度国勢調査による岐阜県の人口」より）、国保の視点から地域包括ケアに資する取組を行うことで、高齢者が住みなれた地域で自立した生活ができる期間の延伸、QOLの維持向上を図れるようにする必要があります。

2. 第3期データヘルス計画における目的と目標

御嵩町における健康課題の解決のため、第3期データヘルス計画の実施期間中における大目的を次のとおり定めます。また、大目的達成のための中目的・目標を定め、個別の保健事業を実施していきます。

第3期データヘルス計画における大目的

「健康寿命の延伸」

「医療費の適正化」

【中目的】

- ・メタボ等の生活習慣病の予防
- ・糖尿病の重症化予防
- ・高血圧の重症化予防
- ・腎機能低下の重症化予防
- ・重複多剤服用者の減少
- ・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の推進

【目標】

- ・特定健診受診率の向上
- ・特定保健指導実施率の向上
- ・特定保健指導による特定保健指導対象者の減少
- ・HbA1c8.0以上の者の割合の減少
- ・HbA1c6.5以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合の減少
- ・収縮期血圧維持・改善者割合の増加
- ・拡張期血圧維持・改善者割合の増加
- ・CKD重症度分類の変化
- ・重複投与者数の減少
- ・多剤投与者数の減少
- ・地域の課題の共有と地位支援事業への参画
- ・前期高齢者等のハイリスク群・予備群の抽出と支援の実施

3. 個別の保健事業と目標値

第3期データヘルス計画における目的・目標を達成するために次のとおり個別の保健事業を設定して実施していきます。

【個別の保健事業】

- ①特定健康診査受診勧奨事業
- ②特定保健指導利用勧奨事業
- ③特定保健指導
- ④糖尿病重症化予防高血糖者医療機関未受診勧奨事業
- ⑤糖尿病重症化予防 OGTT 検査受検勧奨事業
- ⑥高血圧医療機関受診勧奨事業
- ⑦腎機能低下医療機関受診勧奨事業
- ⑧重複投与者に対する取組
- ⑨多剤投与者に対する取組
- ⑩薬剤の適正使用の推進に対する取組
- ⑪地域包括ケアに対する取組
- ⑫高齢者の健康づくりと介護予防の一体的実施に対する取組

①特定健康診査受診勧奨事業

事業名	特定健康診査受診勧奨事業					
目的	特定健診未受診者に対し、ダイレクトメール、医師からの情報提供などを活用した特定健診受診勧奨を行うことにより、特定健診の受診率を向上させ、健康意識の向上、早期の問題発見、特定保健指導の実施へと繋げる。					
アウトカム指標 (成果)	特定健診実施率(実績値)					
計画策定時実績	44%					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	47.0%	49.0%	50.0%	55.0%	58.0%	60.0%
アウトプット指標① (実施量・率)	特定健診受診勧奨ハガキ送付率					
計画策定時実績	100%					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
アウトプット指標② (実施量・率)	未受診勧奨者受診率					
計画策定時実績	9.2%					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	11.0%	13.0%	15.0%	17.0%	19.0%	20.0%
アウトプット指標③ (実施量・率)	情報提供票の回収率					
計画策定時実績	12.8%					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	15.0%	17.0%	20.0%	22.0%	24.0%	25.0%
実施内容①	特定健診受診勧奨ハガキ送付					
対象者	40～74歳の特定健診対象者のうち発送時点未受診者					
時期	7月から9月(特定健診受診開始後～受診終了前)					
方法	業務委託により受診者の属性・受診記録等のデータを分析し、対象者をグループ分けしてはがき勧奨を行う。					
実施回数・量	年2回 勧奨ハガキを送付 対象者1,500人想定					
連携体制・予算・人員	予算:特別調整交付金(国保ヘルスアップ事業) 人員:専門業者への委託による					
実施内容②	情報提供事業					
対象者	特定健診未受診かつ生活習慣病レセプトのある者					
時期	7月から2月(特定健診受診開始後～年度終了前)					
方法	特定健診未受診かつ生活習慣病レセプトがある者に対して、健診結果データ提供票を医療機関に提出してもらうよう案内を送付。合わせて医療機関に対して書面及び訪問による協力依頼を行う。					
実施回数・量	対象者への郵便による案内 1回 対象者200人想定 医療機関への案内 1回 町内6医院					
連携体制・予算・人員	人員:保険長寿課所属の事務員 連携:可児医師会、町内医療機関と調整や協議を行う					

②特定保健指導利用勧奨事業

事業名	特定保健指導利用勧奨事業					
目的	特定健診の結果において、数値が基準値以上の方に対し、特定保健指導の受診勧奨を行うことにより、特定保健指導の利用に繋げる。					
アウトカム指標 (成果)						
計画策定時実績						
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
アウトプット指標 (実施量・率)	①特定保健指導利用率					
計画策定時実績	83.3%					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	85.0%	86.0%	87.0%	88.0%	89.0%	90.0%
アウトプット指標 (実施量・率)	②次年度継続受診率					
計画策定時実績	76.1%					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	77.0%	79.0%	80.0%	82.0%	84.0%	85.0%
実施内容						
対象者	特定健診受診者のうち健診結果の数値が基準値以上の者					
時期	特定健診結果返却時(8~11月) 健診日から日にちが空かないよう速やかに案内					
方法	特定保健指導の案内通知の際に結果を郵送せず日付を指定して来所を促す					
実施回数・量	特定保健指導対象者へ面接日の案内を発送 反応が無い対象者については郵送及び電話による再勧奨					
連携体制・予算・人員	人員:保健センター所属の保健師、管理栄養士 非常勤の保健師、管理栄養士					

③特定保健指導

事業名	特定保健指導					
目的	特定健診の結果において、特定保健指導の対象となった方に対し、特定保健指導を行うことにより、対象者が健診結果から自らの健康状態を把握し、生活習慣改善のために行動目標を自ら設定・実施できるような支援に繋げる					
アウトカム指標 (成果)	①保健指導レベルの改善割合					
計画策定時実績	43.7%					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	46.0%	48.0%	50.0%	55.0%	58.0%	60.0%
アウトカム指標 (成果)	②利用者の腹囲2cm、体重2kg減量した者の割合					
計画策定時実績	18.3%					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	23.0%	27.0%	30.0%	34.0%	38.0%	40.0%
アウトプット指標 (実施量・率)	①特定保健指導利用率					
計画策定時実績	83.3%					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	84.0%	84.0%	85.0%	87.0%	89.0%	90.0%
アウトプット指標 (実施量・率)	②次年度継続受診率					
計画策定時実績	76.1%					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	80.0%	83.0%	85.0%	87.0%	89.0%	90.0%
実施内容						
対象者	特定健診受診者のうち健診結果の数値が基準値以上の者					
時期	特定健診後(9～3月)					
方法	来所時に結果を返却し初回面接を実施					
実施回数・量	積極的支援:全5回(初回面談、アンケート、中間評価、採血、最終面談) 動機付支援:全3回(初回面談、採血、最終面談)					
連携体制・予算・人員	人員:保健センター所属の保健師、管理栄養士 非常勤の保健師、管理栄養士、看護師 委託業者の保健師、管理栄養士					

④糖尿病重症化予防 高血糖者医療機関未受診勧奨事業

事業名	糖尿病重症化予防 高血糖者医療機関未受診勧奨事業					
目的	特定健診の結果において、高血糖でありながら医療機関未受診(未治療)の方に対し、医療機関受診勧奨・保健指導を行うことにより、糖尿病の早期発見・早期治療を促し、重症化予防に繋げる。					
アウトカム指標(成果)	HbA1c値維持・改善者割合					
計画策定時実績	50.0%					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	55.0%	58.0%	60.0%	65.0%	68.0%	70.0%
アウトプット指標(実施量・率)	①医療機関受診勧奨率					
計画策定時実績	100%					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
アウトプット指標(実施量・率)	②医療機関受診率					
計画策定時実績	35.3%					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	58.0%	60.0%
アウトプット指標(実施量・率)	③次年度健診受診率					
計画策定時実績	66.7%					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	70.0%	73.0%	75.0%	78.0%	82.0%	85.0%
アウトプット指標(実施量・率)	④医療機関受診勧奨率(本人確認を含む)					
計画策定時実績	66.7%					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	70.0%	73.0%	75.0%	78.0%	82.0%	85.0%
実施内容						
対象者	空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl以上)またはHbA1c6.5%以上かつ服薬歴・現病歴に糖尿病が無い方					
時期	8～11月(特定健診結果返却時、健診受診後約1カ月以内に送付)					
方法	対象者に一律に郵送による受診勧奨し連絡票の返送を依頼 反応が無い対象者については郵送または電話による再勧奨 HbA1c8%以上の高値かつ連絡がつかない方には訪問による直接指導					
実施回数・量	特定健診受診結果送付時に郵送による受診勧奨 1回 返信が無い対象者へ電話による再勧奨 最大3回 HbA1c8%以上の高値かつ連絡がつかない方へ訪問 1回					
連携体制・予算・人員	連携体制: 可児地域糖尿病重症化予防連携会議、医療機関等 人員: 保健センター所属の保健師、管理栄養士 非常勤の保健師、管理栄養士					

⑤糖尿病重症化予防 OGTT検査受診勧奨事業

事業名	糖尿病重症化予防 OGTT検査受診勧奨事業					
目的	特定健診の結果において、糖尿病予備軍とされた方に対してOGTT検査の未受診勧奨を行うことにより、糖尿病の早期発見・早期治療を促し、重症化予防に繋げる。					
アウトカム指標 (成果)	HbA1c値維持・改善者割合					
計画策定時実績	72.0%					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	75.0%	78.0%	80.0%	81.0%	83.0%	85.0%
アウトプット指標 (実施量・率)	①医療機関受診勧奨率					
計画策定時実績	100.0%					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
アウトプット指標 (実施量・率)	②OGTT受診率					
計画策定時実績	37.0%					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	58.0%	60.0%
アウトプット指標 (実施量・率)	③次年度健診受診率					
計画策定時実績	80.0%					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	81.0%	83.0%	85.0%	86.0%	88.0%	90.0%
アウトプット指標 (実施量・率)	④連絡票簿返納割合					
計画策定時実績	56.7%					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	57.0%	58.0%	60.0%	65.0%	68.0%	70.0%
実施内容						
対象者	空腹時血糖110～125mg/dl(随時血糖140～199mg/dl)またはHbA1c6.0～6.4かつ服薬歴・現病歴に糖尿病が無い方					
時期	8～11月(特定健診結果返却時、健診受診後約1カ月以内に送付)					
方法	対象者に一律に郵送による受診勧奨し結果報告書の返送を依頼 反応が無い対象者については郵送または電話による再勧奨					
実施回数・量	特定健診受診結果送付時に郵送による受診勧奨 1回 返信が無い対象者へ郵送または電話による再勧奨					
連携体制・予算・人員	連携体制: 可児地域糖尿病重症化予防連携会議、医療機関等 人員: 保健センター所属の保健師、管理栄養士 非常勤の保健師、管理栄養士					

⑥高血圧医療機関受診勧奨事業

事業名	高血圧医療機関受診勧奨事業					
目的	特定健診の結果において、高血圧でありながら医療機関未受診(未治療)の方に対し、医療機関受診勧奨を行うことにより、高血圧による脳血管疾患や心疾患、腎臓病等の重症化予防に繋げる。					
アウトカム指標(成果)	①収縮期血圧 維持・改善者割合					
計画策定時実績	88.9%					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
アウトカム指標(成果)	②拡張期血圧 維持・改善者割合					
計画策定時実績	77.8%					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
アウトプット指標(実施量・率)	①医療機関受診勧奨率					
計画策定時実績	100.0%					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
アウトプット指標(実施量・率)	②医療機関受診率					
計画策定時実績	48.6%					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	50.0%	53.0%	55.0%	57.0%	59.0%	60.0%
アウトプット指標(実施量・率)	③次年度健診受診率					
計画策定時実績	75.8%					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	76.0%	77.0%	78.0%	79.0%	79.5%	80.0%
実施内容						
対象者	収縮期血圧160以上または拡張期血圧100以上かつ医療機関見受診(未治療)の方					
時期	8～11月(特定健診結果返却時、健診受診後約1カ月以内に送付)					
方法	対象者に一律に郵送による受診勧奨し結果報告書の返送を依頼 反応が無い対象者については郵送または電話による再勧奨					
実施回数・量	特定健診受診結果送付時に郵送による受診勧奨 1回 返信が無い対象者へ郵送または電話による再勧奨					
連携体制・予算・人員	連携体制: 医療機関等 人員: 保健センター所属の保健師、管理栄養士 非常勤の保健師、管理栄養士					

⑦腎機能低下の重症化予防

事業名	腎機能低下医療機関受診勧奨事業						
目的	特定健診の結果において、腎機能の低下がありながら医療機関未受診（未治療）の方に対し、医療機関受診勧奨を行うことにより、腎機能低下による新規透析患者数の減少、腎機能低下の原因となる生活習慣病の重症化予防に繋げる。						
アウトカム指標（成果）	①収縮期血圧 維持・改善者割合						
計画策定時実績	61.5%						
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	
	62.5%	64.0%	65.0%	67.0%	69.0%	70.0%	
アウトカム指標（成果）	②拡張期血圧 維持・改善者割合						
計画策定時実績	76.9%						
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	
	78.0%	79.0%	80.0%	82.0%	84.0%	85.0%	
アウトカム指標（成果）	③CKD重症度分類の変化						
計画策定時実績	88.5%						
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	
	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	
アウトプット指標（実施量・率）	①医療機関受診勧奨率						
計画策定時実績	100.0%						
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
アウトプット指標（実施量・率）	②次年度健診受診率						
計画策定時実績	82.1%						
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	
	83.0%	84.0%	85.0%	87.0%	89.0%	90.0%	
実施内容							
対象者	e-GFR45未満かつ医療機関見受診（未治療）の方						
時期	8～11月（特定健診結果返却時、健診受診後約1カ月以内に送付）						
方法	対象者に一律に郵送による受診勧奨し結果報告書の返送を依頼 反応が無い対象者については郵送または電話による再勧奨						
実施回数・量	特定健診受診結果送付時に郵送による受診勧奨 1回 返信が無い対象者へ郵送または電話による再勧奨						
連携体制・予算・人員	連携体制：医療機関等 人員：保健センター所属の保健師、管理栄養士 非常勤の保健師、管理栄養士						

⑧重複投与者に対する取組

事業名	重複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。					
アウトカム指標 (成果)	共通指標⑤(1)重複投薬者に対する取組 ③重複投与者数(対被保険者1万人)が前年度から減少していること					
計画策定時実績	119					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	119	119	119	119	119	119
アウトプット指標 (実施量・率)	①対象者への通知・訪問回数(改善状況の確認も含む)					
計画策定時実績	1回以上					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
アウトプット指標 (実施量・率)	②取組実施前後の評価					
計画策定時実績	1回					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
アウトプット指標 (実施量・率)	③医師会・薬剤師会への相談					
計画策定時実績	1回以上					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
実施内容						
対象者	2ヵ月連続して同一月に同一疾患での受診医療機関が4ヵ所以上の者。ただし、「うつ」「認知症」「がん」「統合失調症」などの傷病名を持つものは除外する。					
時期	対象者が抽出された際					
方法	1.通知又は個別訪問指導を行う。 2.取組実施後に対象者の処方状況をレセプト等で確認する。 3.実施前後で評価を行う。 4.本人や支援者に服薬状況や副作用の改善状況を確認する。					
実施回数・量	年1回以上					
連携体制・予算・人員	可児医師会、可児歯科医師会の医師が委員として参加する御嵩町国民健康保険運営協議会の場にて、年一回重複投与の実施状況を報告。					

⑨多剤投与者に対する取組

事業名	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。					
アウトカム指標 (成果)	共通指標⑤(2)多剤投与者に対する取組 ③多剤投与者数(対被保険者1万人)が前年度から減少していること					
計画策定時実績	44					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	44	44	44	44	44	44
アウトプット指標 (実施量・率)	①対象者への通知・訪問回数(改善状況の確認も含む)					
計画策定時実績	1回以上					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
アウトプット指標 (実施量・率)	②取組実施前後の評価					
計画策定時実績	1回					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
アウトプット指標 (実施量・率)	③医師会・薬剤師会への相談					
計画策定時実績	1回以上					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
実施内容						
対象者	3ヵ月連続して、同一診療月内で処方薬剤数が15以上の者					
時期	対象者が抽出された際					
方法	1.通知又は個別訪問指導を行う。 2.取組実施後に対象者の処方状況をレセプト等で確認する。 3.実施前後で評価を行う。 4.本人や支援者に服薬状況や副作用の改善状況を確認する。					
実施回数・量	年1回以上					
連携体制・予算・人員	可児医師会、可児歯科医師会の医師が委員として参加する御嵩町国民健康保険運営協議会の場にて、年一回重複投与の実施状況を報告。					

⑩薬剤の適正使用の推進に対する取組

事業名	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。					
アウトカム指標 (成果)						
計画策定時実績						
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
アウトプット指標 (実施量・率)	①お薬手帳を1冊にまとめることやポリファーマシーに関する周知・啓発					
計画策定時実績	1回以上					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
アウトプット指標 (実施量・率)	②セルフメディケーションの推進のための周知・啓発					
計画策定時実績	1回以上					
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
実施内容						
対象者	国保加入者及び町民					
時期	国保新規加入時及び随時					
方法	①お薬手帳を1冊にまとめることやポリファーマシーに関する周知・啓発 国保加入者向けパンフレット及びチラシへの掲載 ②セルフメディケーションの推進のための周知・啓発 国保加入者向けパンフレット及びホームページへの掲載					
実施回数・量	年1回以上					
連携体制・予算・人員						

①地域包括ケアに対する取組

事業名	地域包括ケアに対する取組
目的	御嵩町は高齢化率が31.8%（令和2年）で、65歳以上の単独世帯は1.4%増加していることから（令和3年12月16日 岐阜県庁発表「令和2年度国勢調査による岐阜県の人口」より）、国保の視点から地域包括ケアに資する取組を行うことで、高齢者が住みなれた地域で自立した生活ができる期間の延伸、QOLの維持向上を図れるようにする。
アウトカム指標（成果）	国保の視点から地域包括ケアの推進に資する取組の実施
計画策定時実績	実施有
アウトプット指標（実施量・率）	①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し、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
計画策定時実績	実施有
アウトプット指標（実施量・率）	②KDB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（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）
計画策定時実績	実施有
アウトプット指標（実施量・率）	③国保直診施設等を拠点とした取組をはじめ、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の実施
計画策定時実績	実施有
実施内容	①地域支援事業に国保部局として参画
対象者	国保担当よりKDBを活用した医療按分の結果を共有。当町は、国・県に比べて人工透析患者の割合が高く、介護認定者においても糖尿病や高血圧が悪化した結果起こる生活習慣病の割合が高い。これらの結果について、国保・高齢福祉・介護各担当者が参加する会議「みたけケアリンク」で提供した上で、継続的な分析と今後の対応策について関係者間での検討を行う。
時期	
方法	
実施回数・量	
連携体制・予算・人員	
実施内容	
対象者	当町は介護認定者の疾病保有状況をみると、心臓病が全体の69.6%と最も多く、介護度に関わらず割合が高い傾向がある。特定健診の結果表を基に、突合してデータを抽出して衛生担当、国保担当で共有。抽出基準は特定健診結果が「血圧160/100以上の未治療者」としている。上記をもとに高血圧症患者を抽出。国保担当、高齢福祉担当、福祉担当、ケアマネージャー、介護施設職員等と国保の財政運営状況と健康課題について共有する。
時期	
方法	
実施回数・量	
連携体制・予算・人員	
実施内容	
対象者	国保運営協議会委員、介護保険運営協議会委員でもある町内医療機関の医師に御嵩町の現状について情報提供し、理解してもらうことで連携を図っている。特に糖尿病性腎症重症化予防について連絡体制を構築している。
時期	
方法	
実施回数・量	
連携体制・予算・人員	

⑫高齢者の健康づくりと介護予防の一体的実施に対する取組

事業名	高齢者の健康づくりと介護予防の一体的実施に対する取組
目的	国保、後期高齢者医療、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。
アウトカム指標 (成果)	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
計画策定時実績	実施有
アウトカム指標 (成果)	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
計画策定時実績	実施有
アウトプット指標 (実施量・率)	①-1後期高齢者医療制度の保健事業と一体的に実施している保健事業の実施内容(ハイリスクアプローチ)
計画策定時実績	実施有
アウトプット指標 (実施量・率)	①-2介護保険の地域支援事業と一体的に実施している保健事業の実施内容(ポピュレーションアプローチ)
計画策定時実績	実施有
アウトプット指標 (実施量・率)	②事業の実施に当たり、国保のデータに加え、後期高齢者医療及び介護保険のデータについても、KDB等を活用した分析を総合的に実施
計画策定時実績	実施有
実施内容	①ハイリスクアプローチ
対象者	糖尿病が重症化するリスクの高い方(健診の結果HbA1c7.0以上で未受診または治療中断者)に対し、個別面談や訪問による受診勧奨を実施。受診勧奨後は医療機関との連携により受診状況を把握し、結果の評価・分析を実施。
時期	
方法	
実施回数・量	
連携体制・予算・人員	
実施内容	
対象者	通いの場において、保健師と管理栄養士による健康教育を実施。フレイルチェックで状況把握を行うとともに、相談の場を設けることで医療機関の受診勧奨や介護サービス、介護予防教室等の利用勧奨を行う。
時期	
方法	
実施回数・量	
連携体制・予算・人員	
実施内容	
対象者	令和4年度のKDBシステムの「地域の全体像の把握」において、介護認定者の有病状況は脳疾患が38.5%と国(22.6%)・県(22.2%)に比べて高い。 「医療費分析(2)大、中、細小分類」において国保医療は、入院＋外来では糖尿病・慢性腎臓病の割合が高く、入院では心疾患の割合が高い。後期高齢者医療でも心疾患の割合が高い。そのため、一般的な健康教育・相談事業に加え、高血圧症や糖尿病の重症化予防を意識した生活指導や栄養指導の教室を実施している。
時期	
方法	
実施回数・量	
連携体制・予算・人員	

第4章 第4期特定健康診査等実施計画

1. 特定健康診査等実施計画とは

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、特定健康診査等基本指針（以下「基本指針」）に即して、特定健康診査等実施計画（以下「実施計画」）を定めることとされています。

実施計画は、保険者が特定健診・特定保健指導の実施に当たって、その規模、加入者の年齢構成、保健事業の体制・人材等のリソース、地域的条件等を考慮し、あらかじめ実施率目標や実施方法等を定めることで、事業を効率的・効果的に実施し、その実施状況の評価ができるよう、作成するものとされているため、本章にて必要事項を簡潔・明瞭に整理しています。

なお、令和5年3月に厚生労働省保険局から出された「特定健康診査等実施計画策定の手引き」（第4版）により、実施計画はデータヘルス計画と一体的に作成することが可能とされているため、御嵩町では第3期データヘルス計画と第4期特定健康診査等実施計画を一体的なものとして作成し、公表・周知・評価・見直しなどを行うこととします。

2. 第3期実施計画における目標と達成状況

(1) 第3期実施計画における目標

御嵩町における第3期実施計画では次の3つの項目について達成目標・中期目標を掲げて保健事業を行いました。

- ①特定健診受診率の向上
- ②特定保健指導実施率の向上
- ③メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少

国の目標値及び町の達成目標・中期目標（第3期実施計画）

項目	国の目標	平成28年度 (計画策定時)	令和2年度 (中期目標)	令和5年度 (達成目標)
①特定健診受診率	60.0%	34.3%	40.0%	60.0%
②特定保健指導実施率	60.0%	72.6%	70.0%台	70.0%台
③メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	25.0%	3.7%	18.0%	25.0%

(2) 目標の達成状況

第3期実施計画の目標である3つの項目の目標達成状況は次のとおりとなります。

①特定健康診査受診率

令和4年度における受診率は45.3%であり、中間目標である40%を達成することができましたが、達成目標である60%には到達していません。今後は更なる受診率向上のための事業を進めていく必要があります。

②特定保健指導実施率

令和4年度における特定保健指導実施率は78.6%であり、経年でみても達成目標である70%台を維持しております。特定保健指導実施率向上のための事業の効果が出ていると思われるため、引き続き事業を進めていきます。

③メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率

令和4年度におけるメタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率は、17.2%であり、達成目標である25.0%には到達しておらず、中期目標18.0%も下回っています。ただし、令和3年度までは中期目標を達成しており、達成目標に近い年もあるなど年によってばらつきがあるため、今後は減少率を維持できるよう特定保健指導方法についても見直しを進めていく必要があります。

町の中期目標・達成目標に対する実績

(単位:%)

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	中期目標	令和3年度	令和4年度	達成目標
①特定健診実施率	39.0	45.3	43.9	40.0	44.0	45.3	60.0
②特定保健指導実施率	76.7	78.4	71.1	70.0台	73.3	78.6	70.0台
③メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	24.5	22.9	21.6	18.0	22.1	17.2	25.0

3. 第4期実施計画における目標の設定

第4期計画では、第3期計画から継続して引き続き国が示した基本指針に基づき、「特定健診受診率」「特定保健指導実施率」「メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率」に係る計画最終年度の目標を設定するとともに、それらを達成するために中期の目標を設定します。

特定健康診査の受診率は、令和4年度で45.3%となっています。令和11年度の目標値については、第3期計画目標が達成されていないことから、第3期と同じく国の目標値60%とし、中期目標を設定して、達成状況により必要に応じて以後の実施計画の見直しを行います。

特定保健指導実施率は、令和4年度で78.6%と県内でも高い実施率となっています。国の第4期実施計画の目標値60%を既に達成しており、御嵩町の第3期計画目標である70%台以上も継続できているため、令和11年度では実施率80%を目標として設定します。

メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率は、年によって増減があり、第3期実施計画の目標値25%が維持できていないことから、引き続き国の目標値25%を目標として設定します。

国の目標値及び町の達成目標・中期目標（第4期実施計画）

項目	国の目標	令和4年度 (現状)	令和8年度 (中期目標)	令和11年度 (達成目標)
①特定健診受診率	60.0%	45.3%	50.0%	60.0%
②特定保健指導実施率	60.0%	78.6%	75.0%	80.0%
③メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	25.0%	17.2%	20.0%	25.0%

4. 特定健康診査の実施

(1) 特定健康診査の目的

特定健康診査は、糖尿病などの生活習慣病の発症や重症化の予防をするために、メタボリックシンドロームに着目し、該当者や予備群を減少させるための特定保健指導を必要とする人を的確に抽出することを目的として実施します。

(2) 特定健康診査の対象者

特定健康診査の対象者は、国民健康保険被保険者のうち、特定健康診査実施年度中に40～74歳の人（当該年度において、75歳に達する人も含む。）であり、実施年度の1年間を通じて国民健康保険に加入している人が対象となります。また、妊産婦その他厚生労働省大臣が定める人（刑務所入所、海外在住、長期入院など）は、対象から除かれます。

(3) 対象者数の推計

特定健康診査の対象者は、過去の実績等から以下のとおり推計します。

（単位：人、％）

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
対象者数	2,640	2,568	2,498	2,430	2,364	2,300
受診者数	1,241	1,258	1,249	1,337	1,371	1,380
受診率	47.0	49.0	50.0	55.0	58.0	60.0

(4) 特定健康診査の案内方法

特定健康診査の実施にあたっては、健（検）診申込書により特定健康診査の受診者を把握し対象者に特定健康診査の受診案内を送付します。

また、受診率向上につながるよう、チラシの配布や町のホームページ、町の広報紙等のさまざまな媒体を活用し周知を図り、未受診者に対しては、ダイレクトメールなどを活用し、健康意識の向上を図り特定健康診査の受診を促します。

(5) 実施形態

御嵩町における特定健康診査は、以下のような形式を基本として実施します。

特定健診実施概要

項目	個別	集団
機関名	町内健康診査委託機関	一般財団法人 総合保健センター
委託先	一般社団法人 可児医師会	一般社団法人 可児医師会
実施期間	7月～10月	7月～10月
時間帯	医療機関によって異なる	指定した日に実施
その他	—	がん検診等についても同時に実施する

(6) 特定健康診査の委託に関する基準

特定健康診査の委託基準は、厚生労働省令である実施基準に基づき、厚生労働大臣が告示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、必要と思われる項目については、仕様書に追加します。

(7) 特定健康診査実施項目

生活習慣病予防のための保健指導を必要とする人を抽出するため、内臓脂肪型肥満に着目した健診項目とします。

基本的な健診項目

項目		備考
既往歴の調査		服薬歴及び喫煙習慣の係る調査(質問票含む)
自覚症状及び他覚症状の有無の調査		理化学的検査(身体診察)
身長、体重及び腹囲の測定		腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準に基づき、医師が必要でないと認める時は省略可。腹囲の測定に代えて、内臓脂肪面積での測定でも可。
BMIの測定		$BMI = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)} \div \text{身長(m)}$
血圧の測定		上腕動脈の血圧
血液検査	脂質検査	空腹時中性脂肪(やむを得ない場合には随時中性脂肪)、HDLコレステロール、LDLコレステロール
	肝機能検査	AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT(γ -GTP)
	血糖検査	空腹時血糖(やむを得ない場合には随時血糖)、HbA1c
	腎機能検査	血清尿酸 血清クレアチニン ※次ページの基準に該当した場合は詳細健診項目とする。
尿検査		尿中の糖及び蛋白の有無

詳細な健診項目

項目	実施できる条件(判断基準)				
貧血検査 (ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定)	貧血の既往歴を有するものまたは視診等で貧血が疑われるもの				
心電図検査(12誘導心電図)	当該年度の特健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上、若しくは拡張期血圧90mmHg以上、または問診等で不整脈が疑われる者				
眼底健診	<p>当該年度の特健康診査の結果等において、血圧または血糖が、次の基準に該当した者</p> <table border="1" data-bbox="671 651 1489 831"> <tr> <td data-bbox="671 651 794 719">血圧</td> <td data-bbox="794 651 1489 719">収縮期140mmHg 以上、または拡張期90mmHg以上</td> </tr> <tr> <td data-bbox="671 719 794 831">血糖</td> <td data-bbox="794 719 1489 831">空腹時血糖値が126mg/dl 以上、HbA1c(NGSP値)6.5%以上、または随時血糖値が126mg/dl 以上</td> </tr> </table> <p>ただし、当該年度の特健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合においては、前年度の特健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む</p>	血圧	収縮期140mmHg 以上、または拡張期90mmHg以上	血糖	空腹時血糖値が126mg/dl 以上、HbA1c(NGSP値)6.5%以上、または随時血糖値が126mg/dl 以上
血圧	収縮期140mmHg 以上、または拡張期90mmHg以上				
血糖	空腹時血糖値が126mg/dl 以上、HbA1c(NGSP値)6.5%以上、または随時血糖値が126mg/dl 以上				
血清クレアチニン	<p>当該年度の特健康診査の結果等において、血圧または血糖が、次の基準に該当した者</p> <table border="1" data-bbox="671 1122 1489 1294"> <tr> <td data-bbox="671 1122 794 1189">血圧</td> <td data-bbox="794 1122 1489 1189">収縮期130mmHg 以上、または拡張期85mmHg以上</td> </tr> <tr> <td data-bbox="671 1189 794 1294">血糖</td> <td data-bbox="794 1189 1489 1294">空腹時血糖値が100mg/dl 以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上、または随時血糖値が100mg/dl 以上</td> </tr> </table>	血圧	収縮期130mmHg 以上、または拡張期85mmHg以上	血糖	空腹時血糖値が100mg/dl 以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上、または随時血糖値が100mg/dl 以上
血圧	収縮期130mmHg 以上、または拡張期85mmHg以上				
血糖	空腹時血糖値が100mg/dl 以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上、または随時血糖値が100mg/dl 以上				

(8) 他の機関が実施する健康診査を受診した場合の対応

対象者が人間ドックや事業主健康診査等を受診した場合は、受診結果を提出していただき、その結果に応じた保健指導を実施します。

5. 特定保健指導の実施

(1) 対象者

特定健康診査の結果に基づき、次の基準で特定保健指導（積極的支援・動機づけ支援）の対象者を選定します。

対象者の抽出

ステップ1				ステップ2			
A	腹囲	男性	85cm以上	①	空腹時血糖100mg/dl以上、または、HbA1c5.6以上		
		女性	90cm以上				
B	腹囲	男性	85cm未満			②	空腹時中性脂肪150mg/dl以上（やむを得ない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上）、または、HDL(善玉)コレステロール40mg/dl未満
		女性	90cm未満				
かつBMIが25以上の人			③	収縮期血圧130mmHg以上、または、拡張期血圧 85mmHg以上			
C	AにもBにもあてはまらない人				④		

ステップ3		ステップ1とステップ2の結果を表にあてはめます。			
		ステップ2（健診結果）			あてはまる項目なし
		3つ以上あてはまる	2つあてはまる	1つあてはまる	
ステップ1 (腹囲)	A	積極的支援	積極的支援	動機づけ支援	情報提供
	B		動機づけ支援		
	C				

※65歳～75歳の方は、積極的支援グループに該当しても、動機づけ支援となります。

※医療機関で糖尿病・高血圧・脂質異常で投薬治療を受けている方は、特定保健指導の対象外になります。

※「情報提供」は、健康診査の受診者全員に行われます。

(2) 対象者数の推計

特定保健指導の対象者は、過去の実績等から以下のとおり推計します。

(単位:人)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
対象者数	128	130	129	138	142	143
利用者数	105	107	106	113	116	117
実施者数	97	98	97	104	107	108

(3) 特定保健指導の案内方法

特定健康診査受診者には健診結果を送付し、希望者に対しては、健診項目の説明や生活習慣病の予防やメタボリックシンドロームに関する情報提供を行うとともに、特定保健指導該当者に対しては、結果説明会において結果を直接説明するとともに初回面接を同時に行います。

(4) 実施者

特定保健指導については、御嵩町福祉課が対象者に対し実施します。必要に応じて一部委託することがあります。

(5) 実施方法

①動機づけ支援

利用者が自ら健康状態を自覚し、生活習慣改善のための自主的な取り組みを継続的に行えるようになることを目的に、保健師または管理栄養士が対象者と面接のうえ生活習慣改善のための行動計画を策定し、対象者が実践する支援を行い、必要に応じて行動計画の策定から3か月頃に採血をして、対象者が取り組んでいる実践を評価するとともに、行動計画策定から4か月以降に医師、保健師または管理栄養士による評価を行います。

動機づけ支援の項目・方法・指導内容

項目	方法	指導内容
初回面接	1人20分以上の個別面接	<ul style="list-style-type: none">○ 生活習慣と健診結果の関係の理解や生活習慣の振り返り、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識と対象者の生活が及ぼす影響、及び生活習慣の改善の必要性の説明○ 生活習慣を改善するメリット、及び現在の生活を継続することのデメリットの説明○ 体重・腹囲の測定方法や、栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な目安等を具体的に支援○ 対象者の行動目標や評価時期の設定と、必要な社会資源等の活用を支援
3か月以上の継続的な支援	・個人面接 ・電話 ・手紙 ・採血 等	<ul style="list-style-type: none">○ 取り組んでいる実践と結果についての状況確認必要に応じて改めて行動目標や計画の設定
4か月以降評価	・個人面接 ・電話 ・手紙 等	<ul style="list-style-type: none">○ 身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認

②積極的支援

利用者が自ら健康状態を自覚し、生活習慣改善のための自主的な取り組みを継続的に行えるようになることを目的に、保健師または管理栄養士が面接し、生活習慣改善のための行動計画を策定し、対象者が主体的に取り組むことができるよう継続して支援を行うとともに、計画の進捗状況評価と実績評価を行います。

積極的支援の項目・方法・指導内容

項目	方法	指導内容
初回面接	1人20分以上の個別面接	<ul style="list-style-type: none"> ○ 生活習慣と健診結果の関係の理解や生活習慣の振り返り、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識と対象者の生活が及ぼす影響、及び生活習慣の改善の必要性の説明 ○ 生活習慣を改善するメリット、及び現在の生活を継続することのデメリットの説明 ○ 体重・腹囲の測定方法や、栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な目安等を具体的に支援 ○ 対象者の行動目標や評価時期の設定と、必要な社会資源等の活用を支援
3か月以上の継続的な支援及び中間評価	<ul style="list-style-type: none"> ・個人面接 ・電話 ・手紙 ・採血 等	<ul style="list-style-type: none"> ○ 初回面接以降の生活習慣の状況確認 ○ 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な支援をするとともに必要に応じて行動維持の推奨 ○ 2か月経過した時点で取り組んでいる実践と結果についての評価と再アセスメント、必要に応じて改めて行動目標や計画の設定
4か月以降評価	<ul style="list-style-type: none"> ・個人面接 ・電話 ・手紙 等	<ul style="list-style-type: none"> ○ 身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認

(6) 評価

特定保健指導の実績評価にアウトカム評価を導入し、主要達成目標を腹囲 2 cm・体重 2 kg 減とし、生活習慣病予防につながる行動変容（食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善）や腹囲 1 cm・体重 1 kg 減をその他目標として設定します。

プロセス評価は、介入方法により個別支援、グループ支援、電話、電子メール等とし、時間に比例したポイント設定ではなく、介入 1 回ごとの評価とします。また、特定健康診査実施後の特定保健指導の早期実施を新たに評価します。

アウトカム評価	2 cm・2 kg	1 8 0 p
	1 cm・1 kg	2 0 p
	食習慣の改善	2 0 p
	運動習慣の改善	2 0 p
	喫煙習慣の改善（禁煙）	3 0 p
	休養習慣の改善	2 0 p
	その他の生活習慣の改善	2 0 p
プロセス評価	個別支援	・支援 1 回当たり 7 0 p ・支援 1 回当たり最低 1 0 分間以上
	グループ支援	・支援 1 回当たり 7 0 p ・支援 1 回当たり最低 4 0 分間以上
	電話支援	・支援 1 回当たり 3 0 p ・支援 1 回当たり最低 5 分間以上
	電子メール・チャット等支援	・1 往復当たり 3 0 p
	健診当日の初回面接	2 0 p
	健診後 1 週間以内の初回面接	1 0 p

(7) 保健指導の委託に関する基準

特定保健指導の委託基準は、厚生労働省令である実施基準に基づき、厚生労働大臣が告示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、必要と思われる項目については、仕様書に追加します。

6. 実施スケジュール

特定健康診査、特定保健指導に関するスケジュールを以下のとおりとし、実施していきます。この日程に支障が生じた場合には、状況に応じて適宜変更していきます。

	特定健康診査（個別健康診査）	特定健康診査（集団健康診査）
3月	特定健診（個別・集団）希望調査	
4月		
5月		
6月	特定健診（個別・集団）案内送付	
7月	健診実施	健診実施
8月	結果説明会 特定保健指導	結果説明会 特定保健指導
9月		
10月		
11月		
12月	評価健診	評価健診
1月		
2月		
3月		

第5章 計画の評価方法・見直し

(1) 個別の保健事業の評価・見直し

- ①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
- ②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。
- ③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。

(2) データヘルス計画及び特定健康診査等実施計画全体の評価・見直し

①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。

②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、市町村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令和8年度に中間評価、令和11年度に最終評価を行います。

第6章 計画の公表・周知

データヘルス計画及び特定健康診査等実施計画は、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。

第7章 個人情報の取扱い

データヘルス計画及び特定健康診査等実施計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・ガイドライン及び「御嵩町個人情報保護法施行条例」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）

守秘義務

国民健康保険法 抜粋	
第102条の2	保険者の役員若しくは職員又はこれらの職に合った者が、正当な理由なしに、国民健康保険事業に関して職務上知得した秘密を漏らしたときは、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。
高齢者の医療の確保に関する法律 抜粋	
第30条	第28条の規定により保険者が特定健康診査等の実施の委託を受けた者（その者が法人である場合はその役員）若しくはその職員又はこれらの者であった者は、その実施に関して知り得た個人の秘密を正当な理由がなく漏らしてはなら
第167条	第30条の規定に違反して秘密を漏らした者は、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。