

**第3期垂井町データヘルス計画及び
第4期垂井町特定健康診査等実施計画**

令和6年度～令和11年度

令和6年3月

垂井町国民健康保険

目次

第1章 計画の策定に当たって.....	3
1.基本事項.....	3
1-1. 計画の趣旨.....	3
1-2. 計画の位置づけ.....	4
1-3. 計画の期間.....	4
1-4. 実施体制・関連者連携.....	5
2.現状の整理.....	6
2-1. 垂井町の特性.....	6
2-2. 前期計画の評価.....	9
3.健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出.....	12
3-1. 基本情報.....	12
3-1-1. 医療費の状況.....	12
3-1-2. 特定健康診査・特定保健指導の状況.....	21
3-1-3. 介護の状況.....	33
3-1-4. その他の統計データ.....	37
3-2. 垂井町の健康課題.....	39
第2章 第3期垂井町データヘルス計画.....	40
1.目的、目標.....	40
1-1. 計画全体における目的の設定.....	40
1-2. 計画全体における目標の設定.....	40
2.健康課題を解決するための個別保健事業.....	41
2-1. 特定健康診査受診勧奨事業.....	42
2-2-1. 特定保健指導.....	43
2-2-2. ヘルスアップ教室.....	44
2-3-1. 糖尿病等重症化予防事業(受診勧奨).....	45
2-3-2. 糖尿病等重症化予防事業(保健指導).....	46

2-4. 高血圧の重症化予防事業	47
2-5. 腎機能低下の重症化予防	48
2-6-1. 適正受診(重複・頻回医療受診)	49
2-6-2. 適正服薬(多剤服薬)	50
2-7-1. 地域包括ケア	51
2-7-2. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施.....	52
3. 個別保健事業及びデータヘルス計画の評価・見直し.....	53
4. 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項	54
第3章 第4期特定健康診査等実施計画.....	55
1. 達成しようとする目標	55
2. 特定健康診査・特定保健指導の対象者数	56
3. 特定健康診査・特定保健指導の実施方法	60
3-1. 特定健康診査・特定保健指導の利用の流れ.....	60
3-2. 特定健康診査	61
3-3. 特定保健指導	68
3-4. 周知・案内の方法	71
3-5. 実施スケジュール	72
3-6. 記録・データの保存.....	73
3-7. 個人情報保護対策.....	73
4. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し.....	74
第4章 計画の進行管理等について	75
1. 計画の公表・周知.....	75
2. 個人情報の取扱い	75
参考資料	76
評価指標一覧.....	76
用語集.....	78

第1章 計画の策定に当たって

1. 基本事項

1-1. 計画の趣旨

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。

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(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る。

1-2. 計画の位置づけ

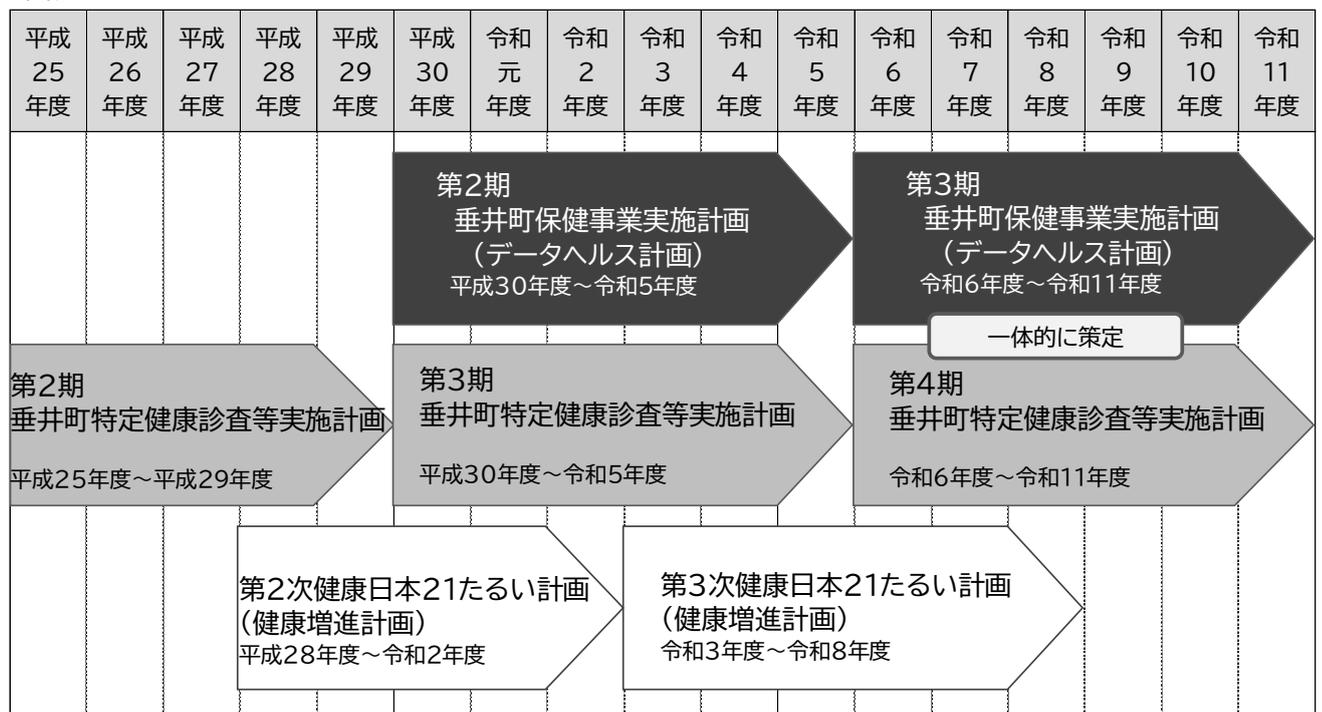
データヘルス計画は都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画、高齢者保健事業の実施計画(後期のデータヘルス計画)との整合性を図るものとする。

特定健康診査等実施計画は、保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、データヘルス計画と一体的に策定することとする。また、特定健康診査等実施計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律」第19条に基づく「特定健康診査等実施計画」であり、特定健康診査等基本指針に沿って策定している。

1-3. 計画の期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とする。

図表 1



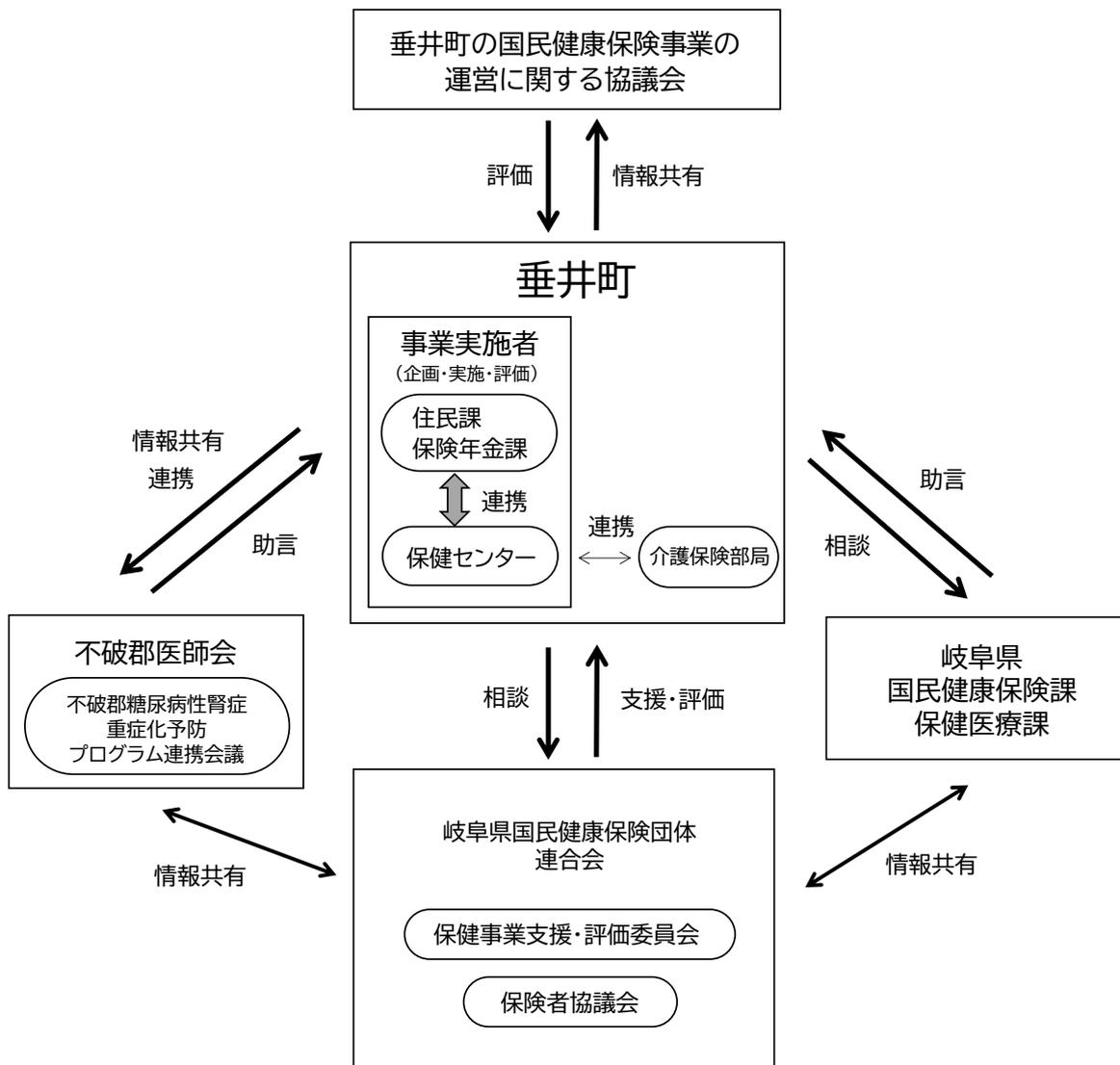
1-4. 実施体制・関連者連携

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関係する部局に協力を求め、市町村一体となって、計画の策定等を進める。

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、市町村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、計画策定等を進める。

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ので、保健衛生部局との連携をしていく。

図表 2



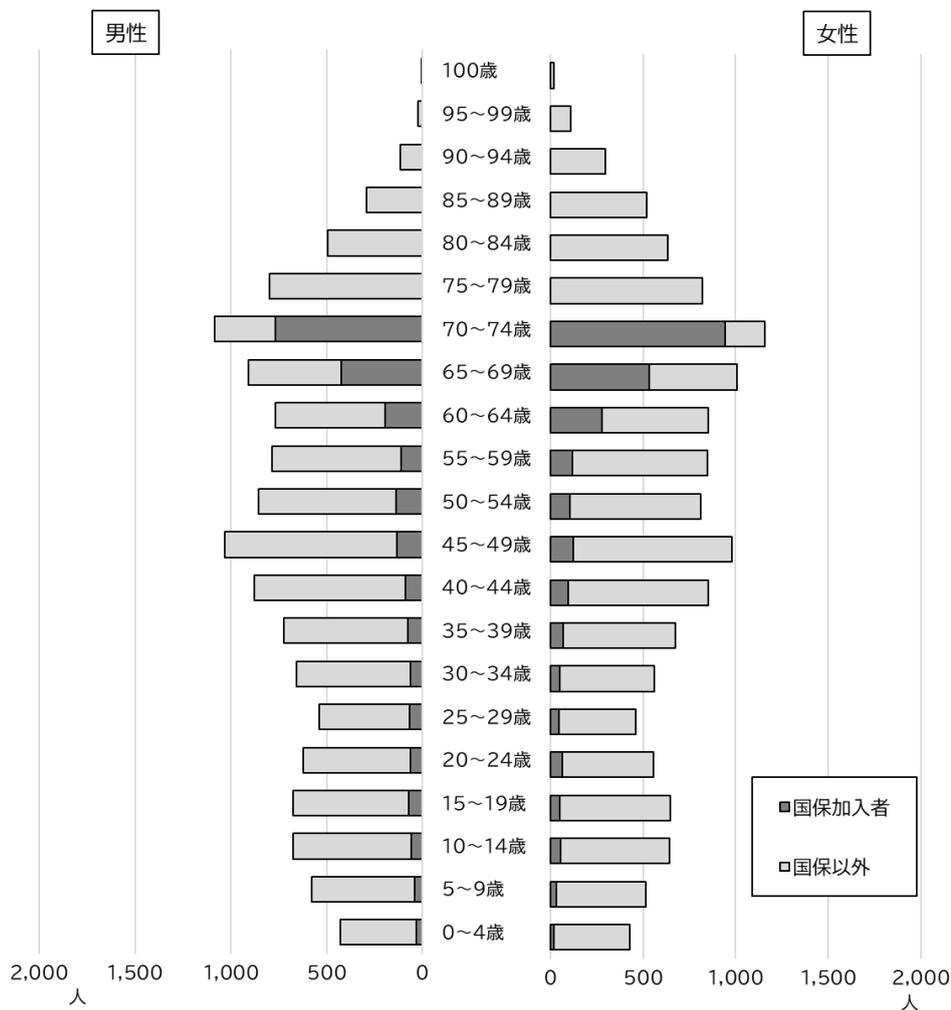
2. 現状の整理

2-1. 垂井町の特性

- ・ 本町は45～49歳と70～74歳にピークがあり、団塊世代と団塊ジュニア世代が多い人口構造である。仕事や結婚を理由とした転出超過が続いているため、25～29歳が少なくなっている。
- ・ 出生率は、県・国に比べ低く、少子高齢化が県・国よりも進んでいる。
- ・ 死亡率は、県と同程度で国より高くなっている。
- ・ 本町の高齢者(65歳以上)の割合は県や国と比べ高く推移している。

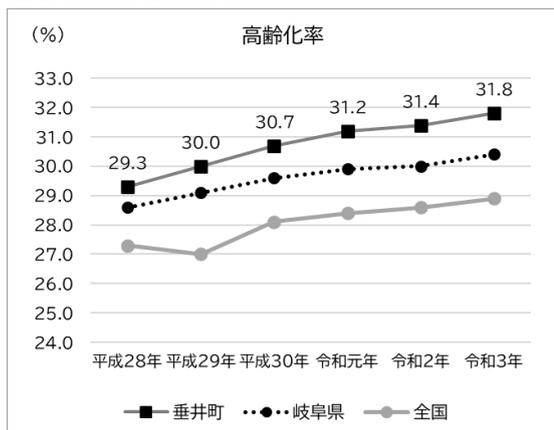
図表 3

国民健康保険加入状況（令和4年度）



資料：KDB「5 人口及び被保険者の状況 人口、被保険者 令和4年度累計」

図表 4 高齢化率

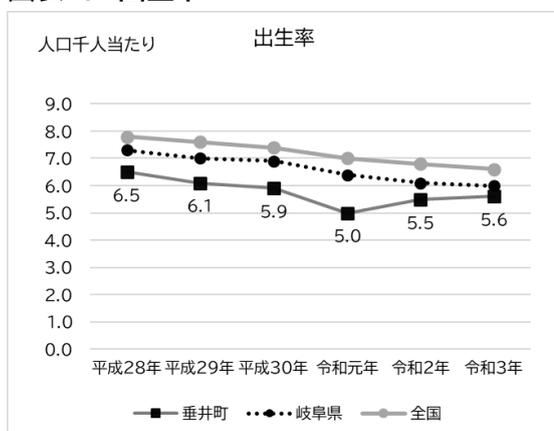


資料:西濃地域の公衆衛生

単位:%

	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年
垂井町	29.3	30.0	30.7	31.2	31.4	31.8
岐阜県	28.6	29.1	29.6	29.9	30.0	30.4
全国	27.3	27.0	28.1	28.4	28.6	28.9

図表 5 出生率

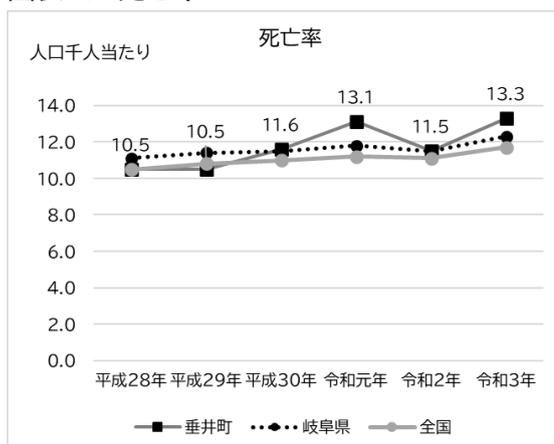


資料:西濃地域の公衆衛生

単位:人口千人当たり

	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年
垂井町	6.5	6.1	5.9	5.0	5.5	5.6
岐阜県	7.3	7.0	6.9	6.4	6.1	6.0
全国	7.8	7.6	7.4	7.0	6.8	6.6

図表 6 死亡率



資料:西濃地域の公衆衛生

単位:人口千人当たり

	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年
垂井町	10.5	10.5	11.6	13.1	11.5	13.3
岐阜県	11.1	11.4	11.5	11.8	11.5	12.3
全国	10.5	10.8	11.0	11.2	11.1	11.7

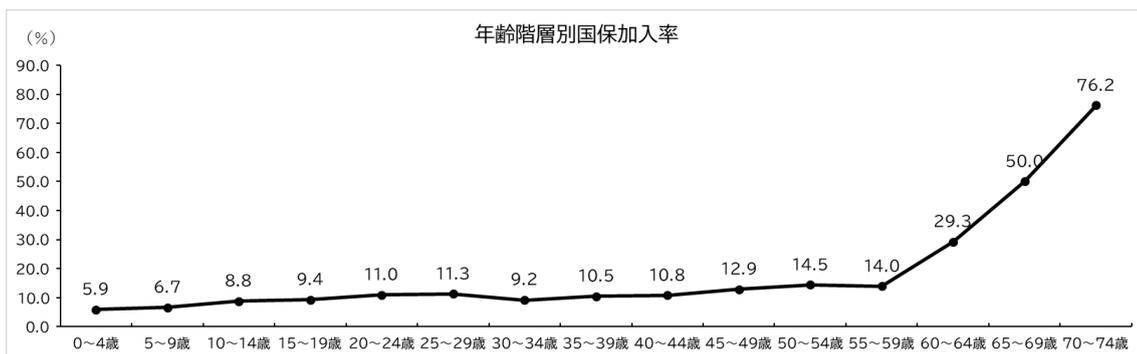
- ・ 人口は年々減少傾向であり、それに伴い被保険者数も年々減少している。
- ・ 年齢階層別にみると 50 歳代までは被保険者の加入率が低く、60～64 歳(29.3%)、65～69 歳 (50.0%)、70～74 歳(76.2%)で年齢とともに国保加入率は上がっている。
- ・ 国保加入者の年齢構成では 65～74 歳(54.2%)は最も高く、40～64 歳(28.2%)、39 歳以下 (17.6%)の順に低くなる。
- ・ 65～74 歳の国保加入者の割合が最も多く、県・国と比較しても多い。
- ・ 被保険者の平均年齢は、県・国に比べ高く、被保険者の高齢化がうかがえる。

図表 7 人口・国保被保険者数と加入率の推移(各年 4 月1日)

	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
人口(人)	27,417	27,059	26,838	26,397
被保険者数(人)	5,819	5,623	5,541	5,285
加入率(%)	21.2	20.8	20.6	20.0

資料:KDB「地域の全体像の把握」、住民基本台帳

図表 8 年齢階層別国保加入率



資料:KDB「5 人口及び被保険者の状況 人口、被保険者 令和4年度累計」

図表 9 被保険者年齢構成

単位:%

国保の構成	垂井町	岐阜県	国
65～74歳	54.2	45.8	40.5
40～64歳	28.2	31.2	33.1
39歳以下	17.6	23.0	26.5

資料:KDB「地域の全体像の把握 令和4年度年度累計」

図表 10 被保険者の平均年齢

	垂井町	岐阜県	国
被保険者平均年齢	57.3歳	53.9歳	51.9歳

資料:KDB「地域の全体像の把握 令和4年度累計」

2-2. 前期計画の評価

被保険者数の減少により総医療費も減少し、被保険者は高齢化しているが1人当たり医療費は横ばいで推移している。糖尿病性腎症重症化予防の取組の目標は達成できたが、医療費の維持・減少までには波及していない。そのため、引き続き、糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施していく。

図表 11 データヘルス計画の評価指標

区分	評価指標	目標値	ベースライン 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
国保の状態	総医療費	減少	2,213,283 千円	2,198,276 千円	2,124,792 千円	2,107,194 千円	1,999,983千円
	1人当たり医療費		352,209 円	341,878 円	339,695 円	342,856 円	337,607 円
	総医療費に占める生活習慣病費用割合		64.3%	63.2%	62.6%	65.2%	62.3%
	被保険者に占める生活習慣病患者割合		52.3%	52.8%	54.0%	53.0%	56.2%

資料：KDB「疾病別医療費分析 国保・後期」

図表 12 特定健康診査等実施計画の評価指標

区分		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定健康診査実施率	目標	33.0%	38.0%	43.0%	48.0%	53.0%	60.0%
	実績	25.6%	26.6%	24.3%	30.9%	31.9%	—
特定保健指導実施率	目標	40.0%	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%
	実績	24.5%	24.8%	17.0%	23.6%	33.1%	—
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	目標	—	—	—	—	—	28.6%
	実績	25.8%	38.1%	17.1%	20.0%	13.5%	—

資料：法定報告

図表 13 個別事業の評価指標

事業名	評価指標	目標値	ベースライン 平成 27 年	平成 30 年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度
特定健康診 査受診勧奨 事業	特定健康診査受診率(%)	年2%の 向上	26.7	25.6	26.6	24.3	30.9
特定保健 指導	特定保健指導利用率(%)	増加	37.9	29.4	25.5	22.0	27.0
	特定保健指導終了率(%)		34.9	24.5	24.8	17.0	23.6
	メタボ該当者の割合(%)	減少	17.7	17.8	17.7	16.9	18.7
	メタボ予備群の割合(%)		10.1	10.0	10.0	10.5	9.8
	BMI 有所見者割合(%)		—	30.6	30.4	29.6	31.4
	腹囲有所見者割合(%)		—	5.1	6.1	5.6	5.5
糖尿病等 重症化予防	医療機関受診率(%)	増加	—	14.3	57.1	60.0	33.3
	血液検査等のデータ改善 人数(人)	増加	—	6	10	3	8
	血液検査等のデータ改善 割合(%)	増加	—	(42.9)	(71.4)	(75.0)	(61.5)
	新規人工透析患者数(人)	減少	—	—	—	5	4
	人工透析患者数(人)		—	25	24	25	26
	医療費に占める人工透析 医療費割合(%)		—	入院 2.6 外来 10.3	入院 2.3 外来 10.3	入院 5.7 外来 9.6	入院 3.4 外来 8.6
その他 生活習慣病 予防セミナー	再掲)特定健診受診率(%)	増加	26.7	25.6	26.6	24.3	30.9
	再掲)保健指導利用率(%)		37.9	29.4	25.5	22.0	27.0
	イベントや健康教室の参加 人数(人)		30	30	38	9	※
	利用者や住民全体の生活 習慣の変化(%)		53.3	76.9	71.9	77.8	※

※新型コロナウイルス感染症の拡大のため、事業を実施していない。

資料：法定報告、KDB システム、垂井町事業実績値

○ 特定健康診査、特定保健指導

- ・ 令和3年度から受診勧奨を業者に委託し、未受診者全員に勧奨の対象者を拡大したことや、ハガキのデザインにインパクトがあったことから、特定健康診査受診率は令和3年度、令和4年度と増え続けたが、目標は達成できなかった。
- ・ 特定健診の受診率については、今後低下しないように、また県平均に近づけるよう、引き続き受診勧奨事業を実施する。
- ・ 特定健診や特定保健指導を受ける割合が増加したことにより、自身の健康状態を把握する人が増えた一方で、メタボ該当者や特定保健指導終了率が悪化している。特定保健指導の終了率が低下しないよう、利用率・終了率ともにさらなる向上を目指し、メタボ該当者の減少を目指す。

○ 医療費

- ・ 腎不全にかかる医療費の割合は、入院・外来合わせて 12%で、平成 30 年以降最も低く、目標達成できた。透析の人数は 24 人から 26 人で推移しており、大きな増加はない。

○ 生活習慣病予防セミナー

- ・ 新型コロナウイルス感染症拡大、及び拡大防止のため、令和2年度、令和3年度、令和4年度はセミナーを実施できていないので、評価不可とする。

○ 糖尿病性腎症重症化予防

- ・ 被保険者数の減少により総医療費も減少しているが、被保険者の高齢化により、1人当たり医療費は横ばいで推移しており、医療費の維持・減少までには波及していない。糖尿病性腎症重症化予防の取組の目標は達成できたが、引き続き、糖尿病性腎症重症化予防の取組を継続して実施していく。

3. 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出

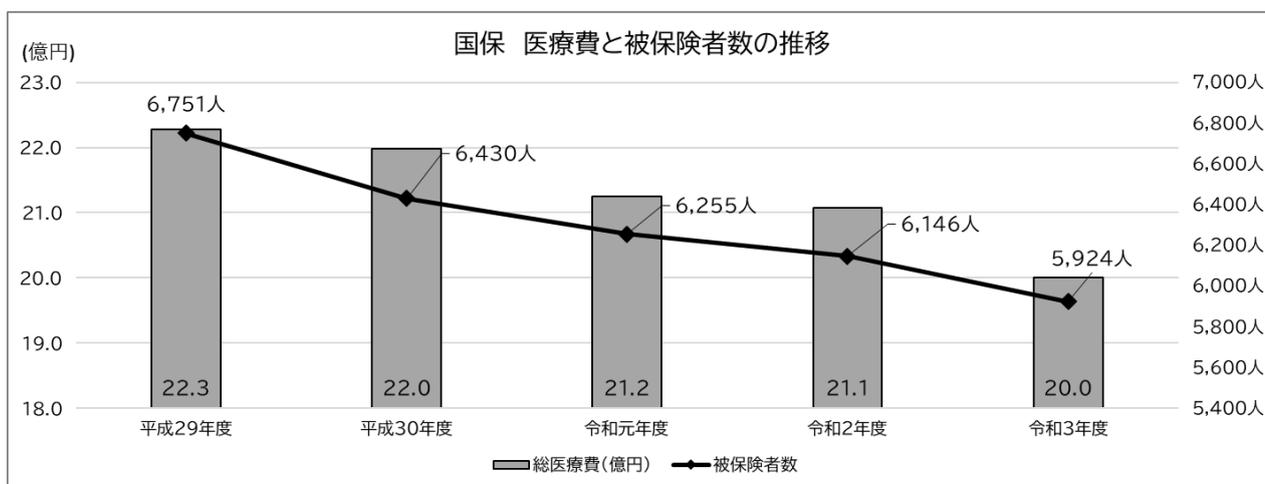
3-1. 基本情報

3-1-1. 医療費の状況

総医療費

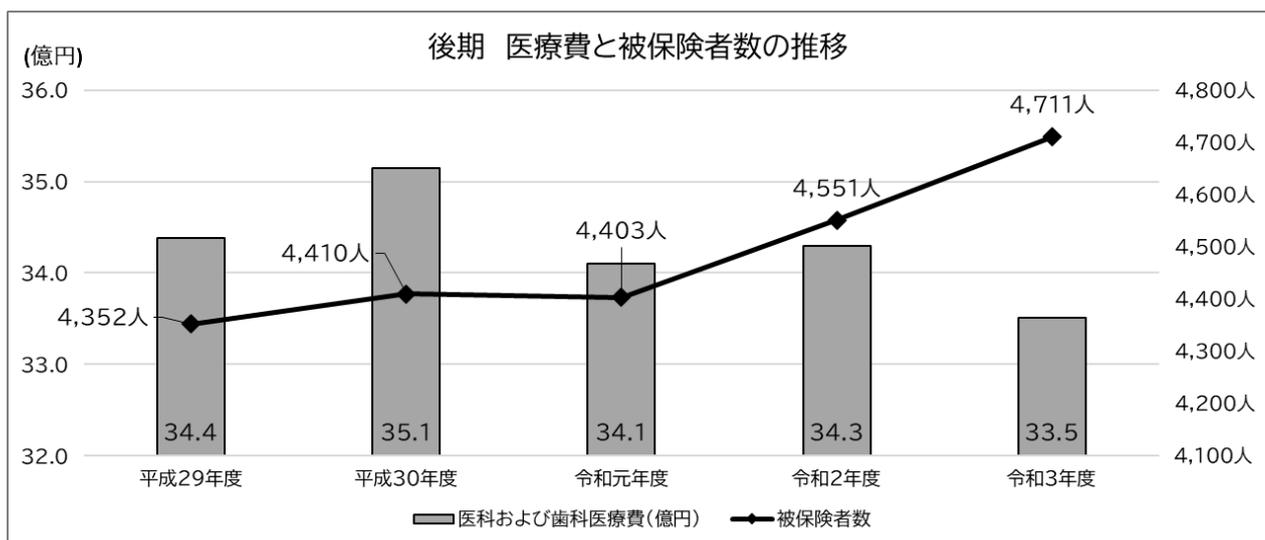
- ・ 国保の総医療費は、被保険者の減少とともに減少傾向にある。
- ・ 後期の総医療費は増減しつつも全体的には減少しているが、被保険者数は増えている。

図表 14



資料:KDB「疾病別医療費分析 国保・後期」

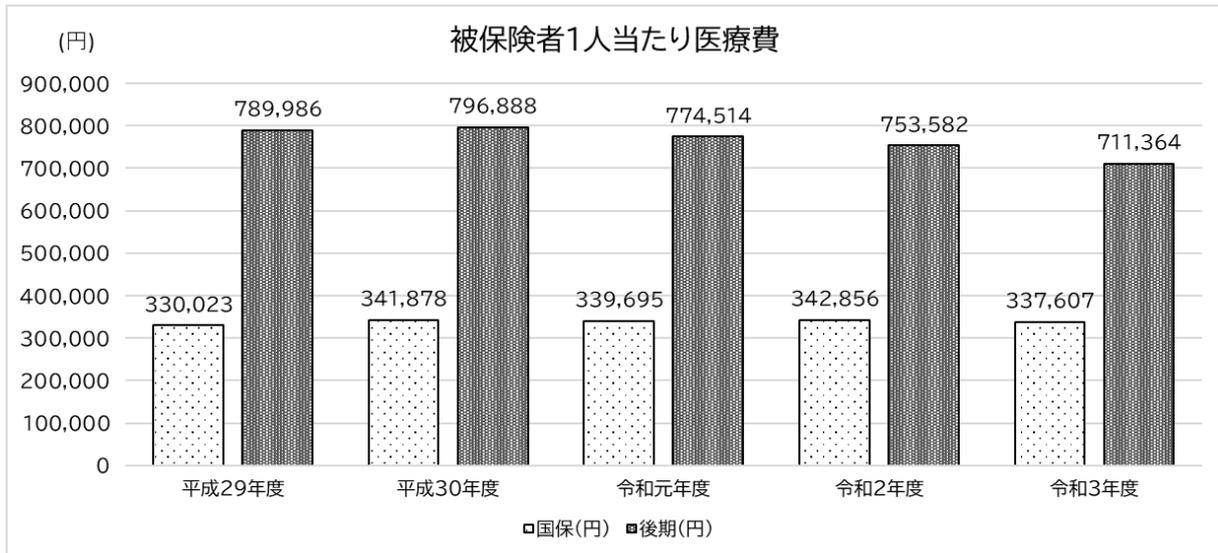
図表 15



資料:KDB「疾病別医療費分析 国保・後期」

- ・ 被保険者1人当たり医療費は上がり下がりがあり、令和3年度は過去5年間の中で2番目に低くなっている。
- ・ 後期1人当たりの医療費は、減少傾向である。
- ・ 後期1人当たりの医療費は、国保1人当たりの医療費の約2倍となっている。

図表 16



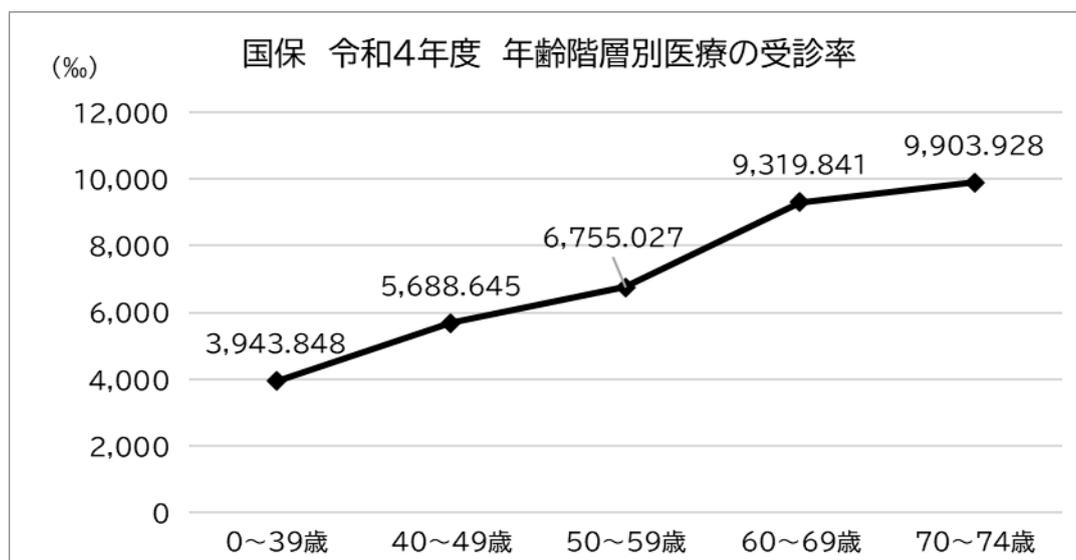
資料: KDB「疾病別医療費分析 国保・後期」

年齢階層別1人当たり医療費と受診率

【国保】

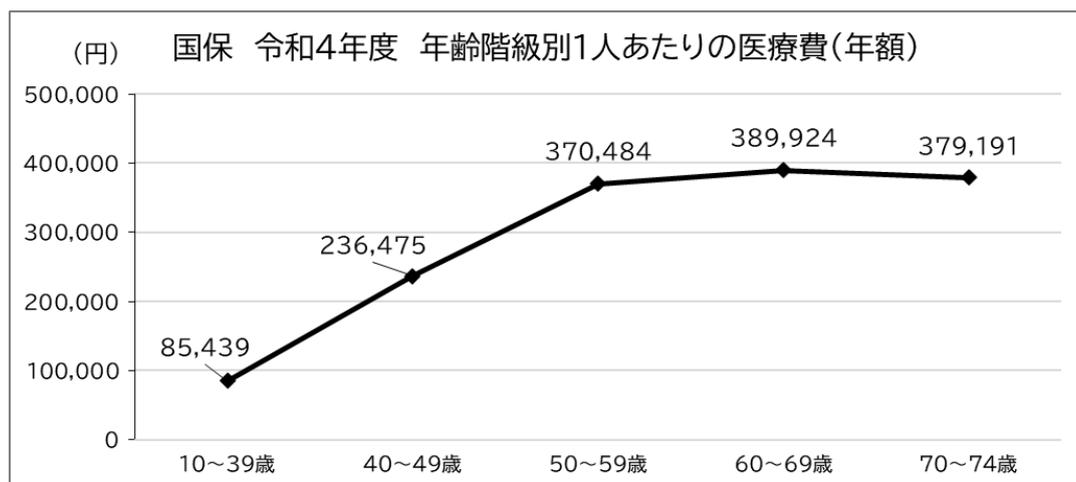
- ・ 国保は年齢が上がると受診率¹が上がり、1人当たりの医療費は増加する。
- ・ 1人当たりの医療費は、40～49歳で10～39歳の約3倍に増加する。50～59歳では40～49歳の約1.6倍に増加する。60～69歳が最も高い。
- ・ 受診率は、40歳代と60歳代で大きく上昇している。

図表 17



¹ 受診率: 被保険者が一定期間にいくつの医療機関を受診したかを示す指標。ここでは、レセプト総件数を被保険者千人当たりで算出している
資料: KDB「疾病別医療費分析 国保・後期」

図表 18

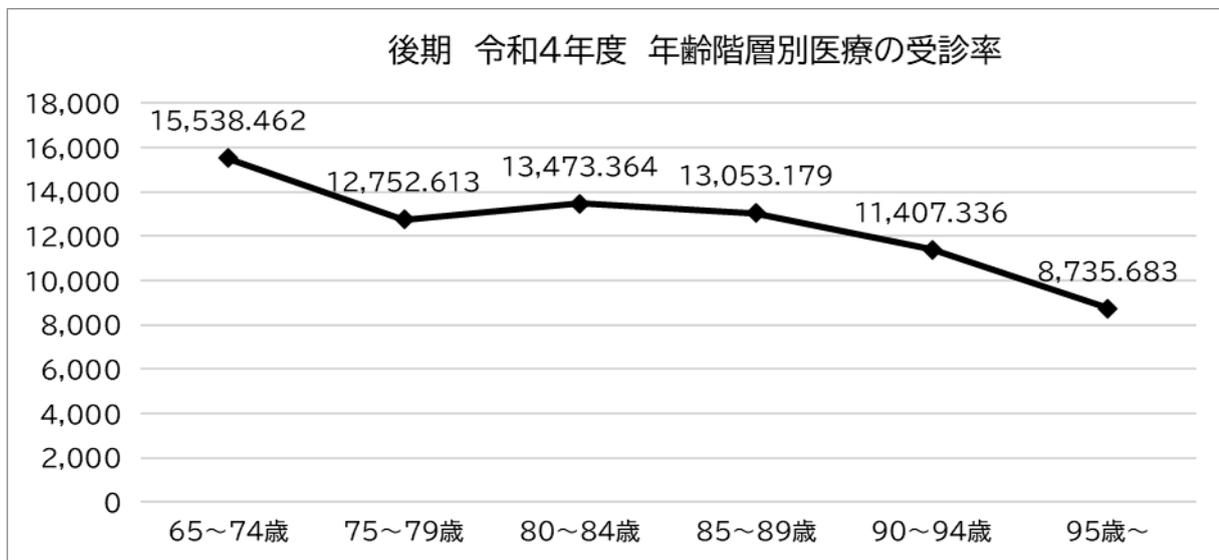


資料: KDB「疾病別医療費分析 国保・後期」

【後期】

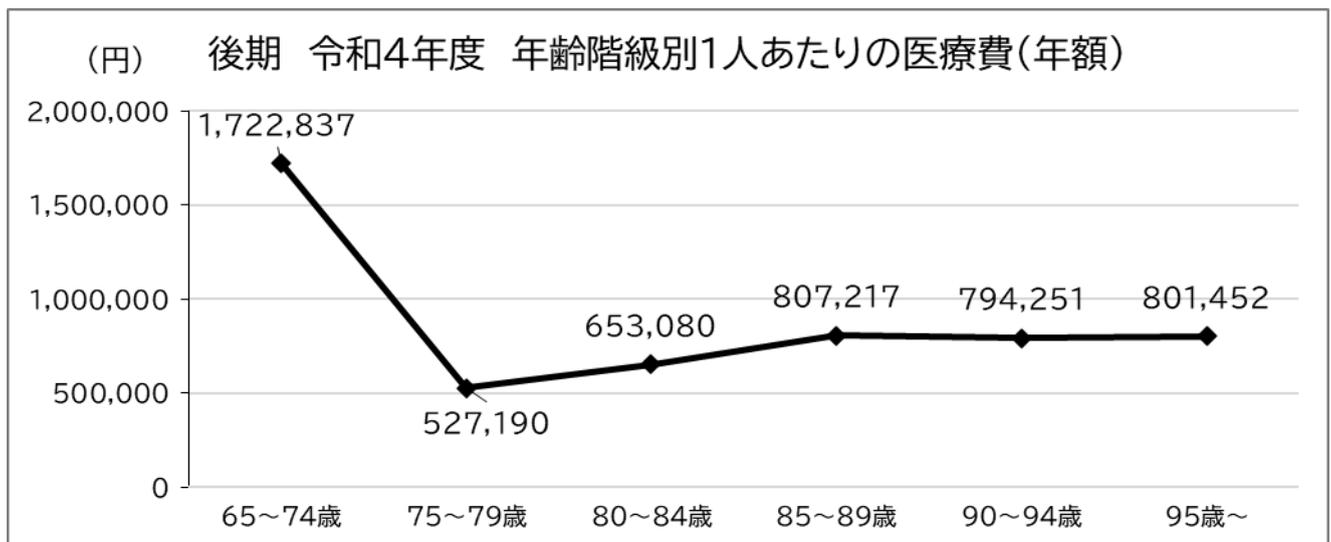
- ・ 85歳以降、受診率は下がり、1人当たり医療費は横ばいになっている。
- ・ 後期では、障がい認定を機に加入できる65～74歳の受診率が最も高い。75～84歳にかけて受診率は上昇するが、85歳以上は低下している。
- ・ 1人当たり医療費は、障がい認定を機に加入できる65～74歳が最も高い。
- ・ 85歳以上の1人当たり医療費は約80万円であり、75～79歳よりも約28万円多く、80～84歳と比べると約15万円多い。

図表 19



「受診率:被保険者が一定期間にいくつの医療機関を受診したかを示す指標。ここでは、レセプト総件数を被保険者千人当たりで算出している
資料:KDB「疾病別医療費分析_国保・後期」

図表 20



資料:KDB「疾病別医療費分析_国保・後期」

入院・外来別医療費

- ・ 入院医療費が高い疾病は、国保も後期もその他の心疾患が1位である。
- ・ 外来医療費が高い疾病は、国保、後期とも糖尿病と腎不全が上位3位内に入っている。
- ・ 後期の入院医療費割合は、2番目に多いのが骨折で、3番目はその他の呼吸器系の疾患となっている。

図表 21 令和3年度 入院外来別 医療費が高い疾病名

国保	入院	外来
1位	その他の心疾患	糖尿病
2位	その他の悪性新生物	腎不全
3位	統合失調症	高血圧性疾患

資料：岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況

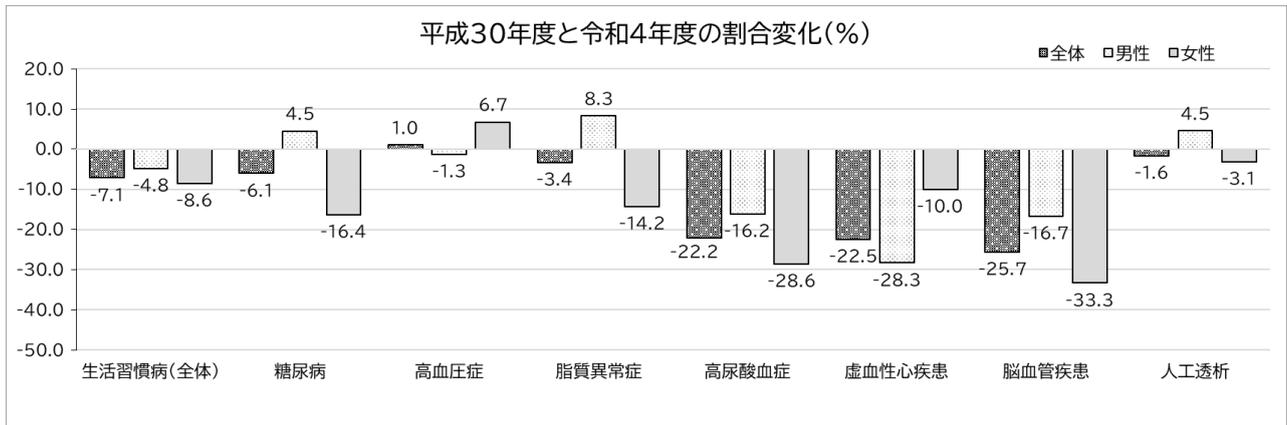
後期	入院	外来
1位	その他の心疾患	その他の心疾患
2位	骨折	糖尿病
3位	その他の呼吸器系の疾患	腎不全

資料：岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況

生活習慣病費用割合

- 生活習慣病費用割合は減少しているが、いずれの年も県内順位は高い。
- 本町全体と男女別・疾病別に平成30年度と令和4年度の費用割合変化をみると、生活習慣病全体では、高尿酸血症、虚血性心疾患と脳血管疾患が減少していた。
- 費用割合は女性の方が男性よりも減少しており、糖尿病と脂質異常症、人工透析は女性のみ減少している。

図表 22

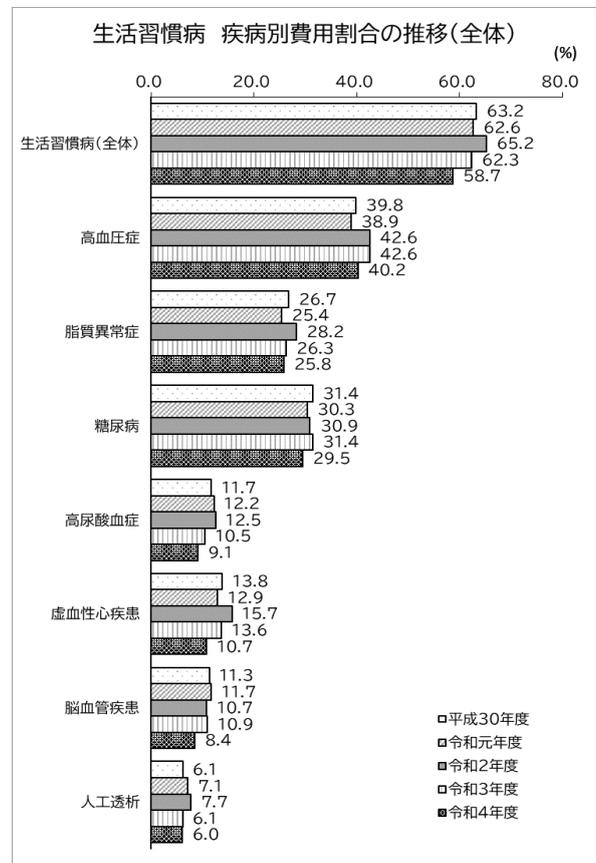


図表 23

	生活習慣病費用割合(%)		
	垂井町	県	
平成30年度	63.2	県内2位	58.3
令和元年度	62.6	県内4位	58.4
令和2年度	65.2	県内4位	59.8
令和3年度	62.3	県内10位	59.6
令和4年度	58.7	県内18位	58.2

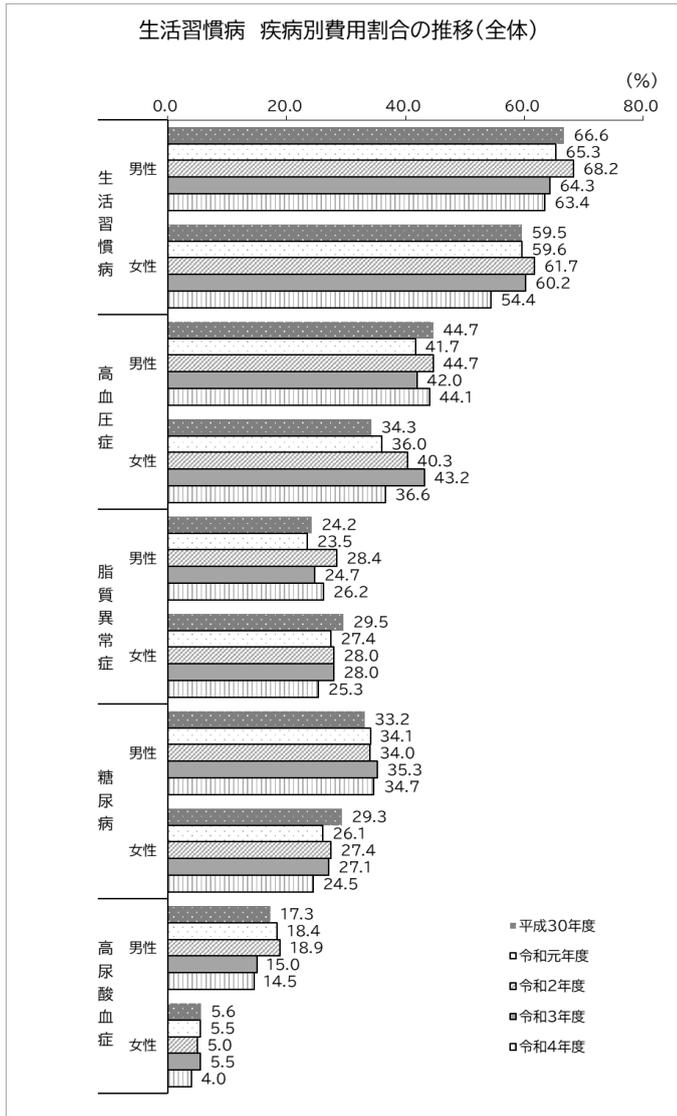
資料:岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況

図表 24



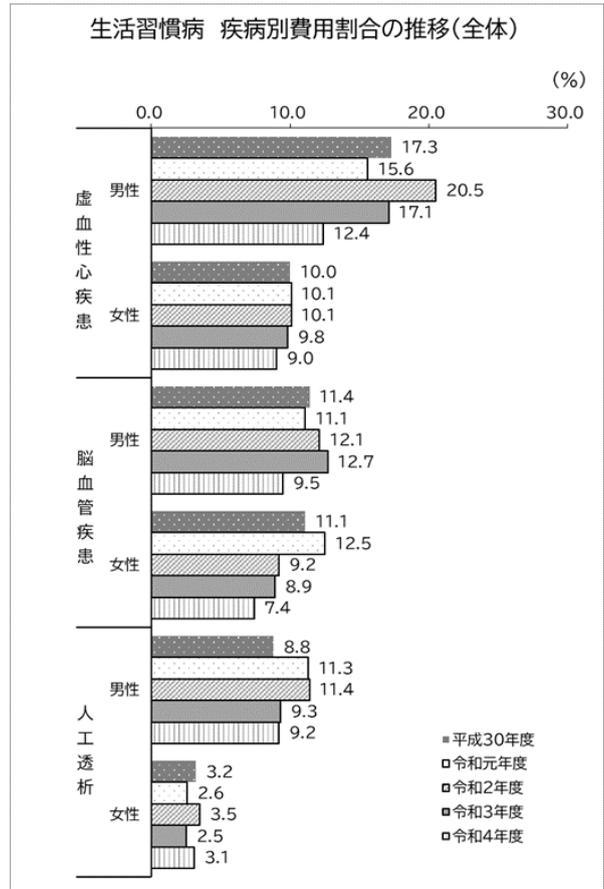
- ・ 男女別かつ疾病別に経年変化をみると、女性は高血圧症、男性は脂質異常症が増加している。
- ・ 重症化して発症する疾患の費用割合は、虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析の3つとも、女性より男性の方が多くなっている。
- ・ 虚血性心疾患、脳血管疾患の費用割合は、男女とも減少しているが、人工透析の費用割合は横ばいである。

図表 25



資料: 岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況

図表 26

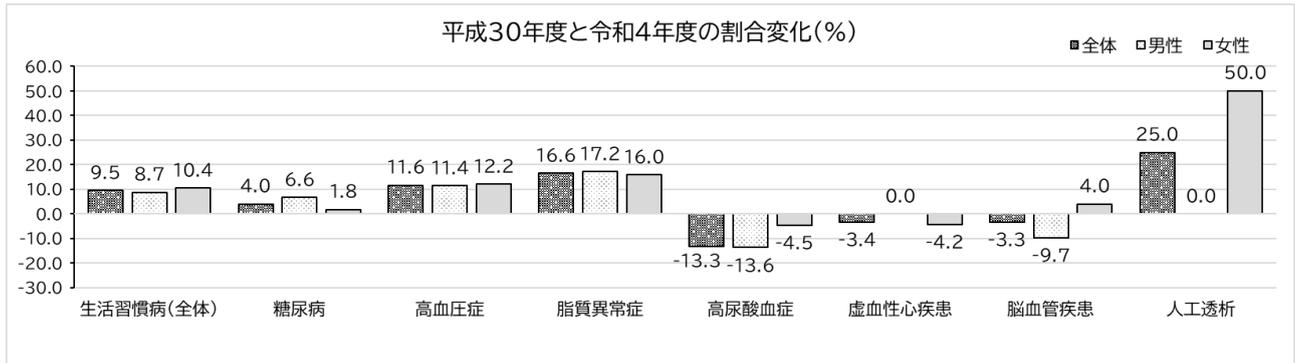


資料: 岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況

生活習慣病患者割合

- 生活習慣病患者割合は増加し、いずれの年も県平均より高い。
- 本町全体と男女別・疾病別に平成30年度と令和4年度の割合変化をみると、生活習慣病全体では女性は 10.4 ポイント増加で男性より多く、高血圧症と人工透析の増加割合が男性よりも高い。男性は糖尿病と脂質異常症の増加割合が高い一方で、高尿酸血症が 13.6 ポイント減少していた。

図表 27



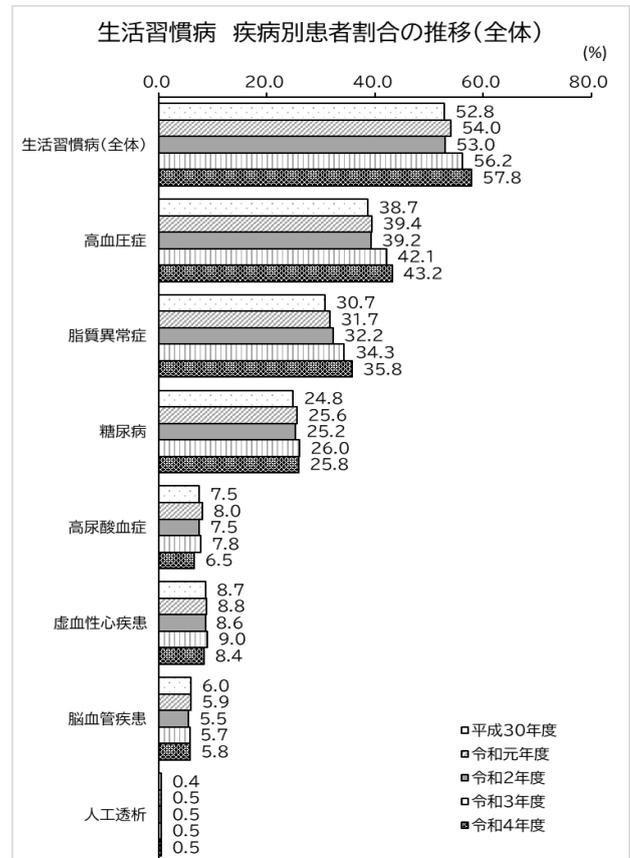
資料:岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況

図表 28

	生活習慣病患者割合(%)	
	垂井町	県
平成30年度	52.8	県内15位 49.5
令和元年度	54.0	県内11位 50.0
令和2年度	53.0	県内17位 49.5
令和3年度	56.2	県内15位 52.1
令和4年度	57.8	県内15位 53.7

資料:岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況

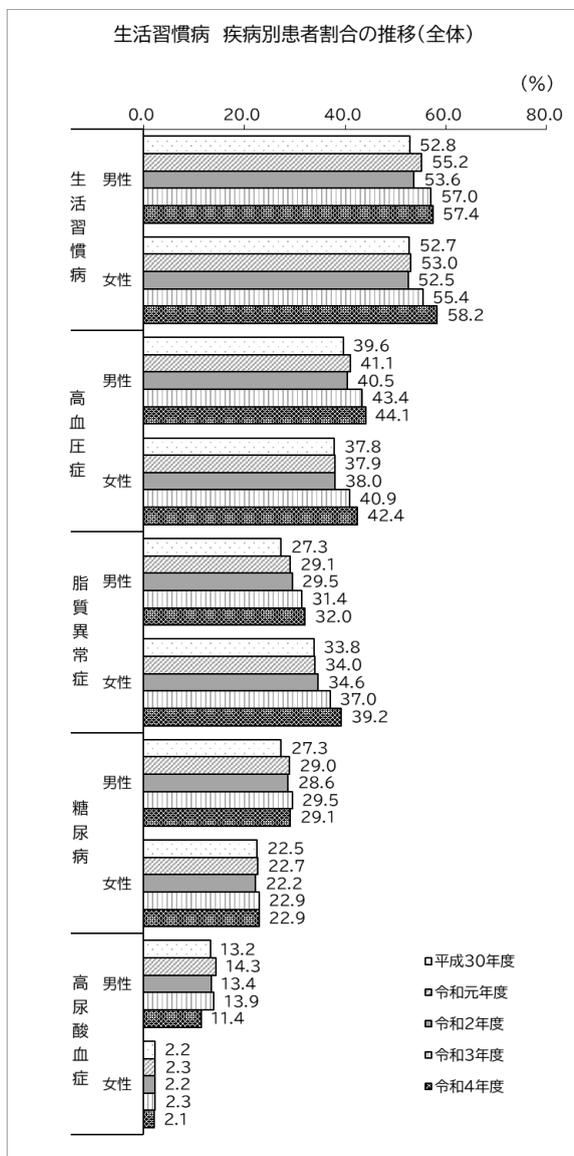
図表 29



資料:岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況

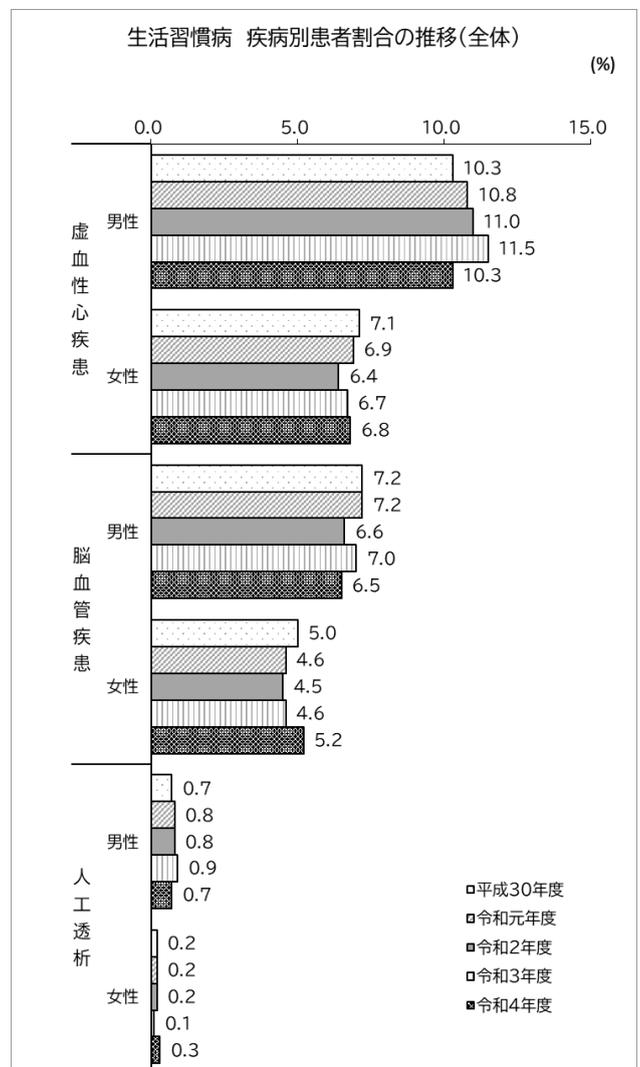
- ・ 男女別かつ疾病別に経年変化をみると、糖尿病と高尿酸血症は女性よりも男性が高い。男女ともに増加しているのは、高血圧症と脂質異常症である。
- ・ 重症化して発症する疾患の患者割合は、費用割合と同様に、虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析の3つとも、女性より男性の方が多くなっている。
- ・ また、費用割合と同様に、女性の虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析の患者割合は、令和4年度に増加しているが、男性は3つとも減少している。
- ・ 虚血性心疾患の患者割合は、男性が令和3年度まで増加していたが令和4年度には減っている。女性は脳血管疾患の患者割合が、令和3年度までは減少していたが令和4年度に増加した。

図表 30



資料: 岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況

図表 31



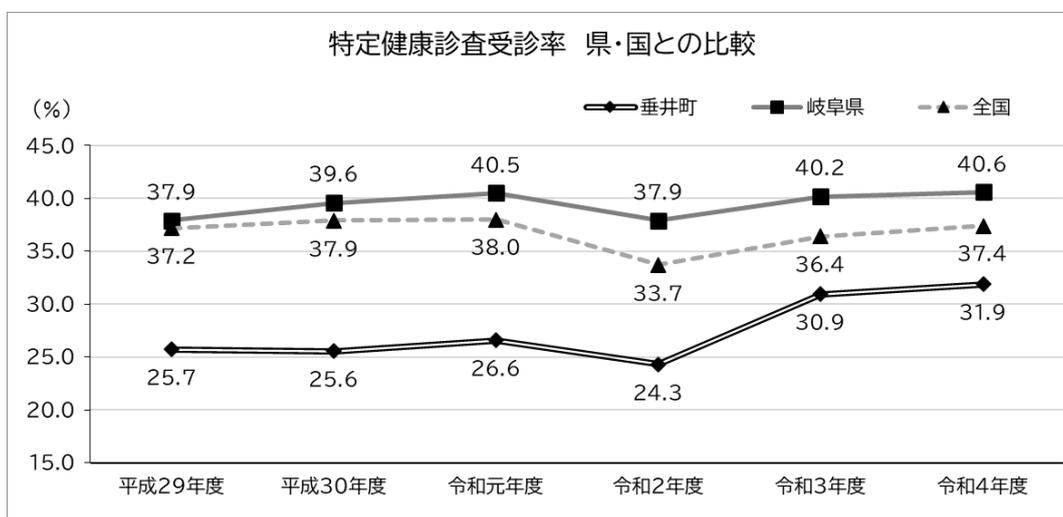
資料: 岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況

3-1-2. 特定健康診査・特定保健指導の状況

特定健康診査

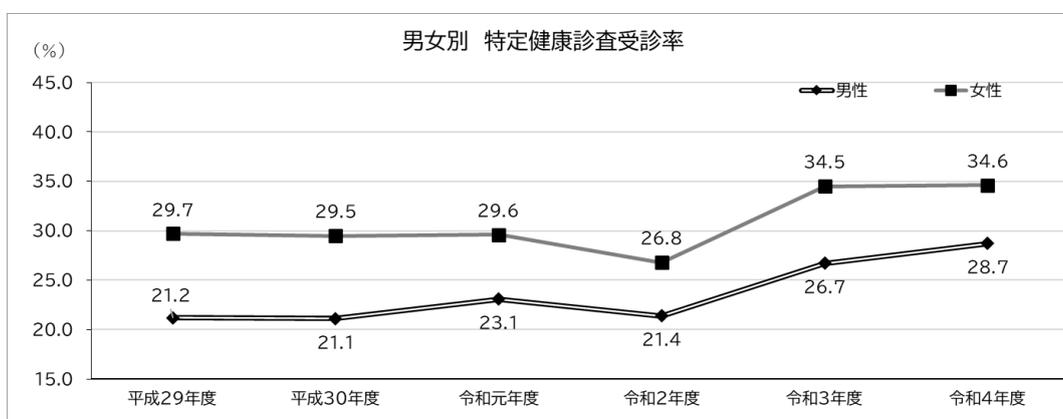
- ・ 本町の特定健康診査受診率は、いずれの年も県平均よりかなり低い。
- ・ 特定健康診査の受診率は男女とも年々増加しているが、男性の受診率は女性よりも低く推移している。
- ・ 令和4年度は、55～59歳の男性が最も低く、60歳未満の男性は20%未満である。女性は年齢とともに受診率が高くなっている。
- ・ 平成27年度と令和4年度の受診率を比較すると、受診率が下がっていたのは、55～59歳の男性と65～69歳の女性であった。

図表 32



資料:岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況

図表 33



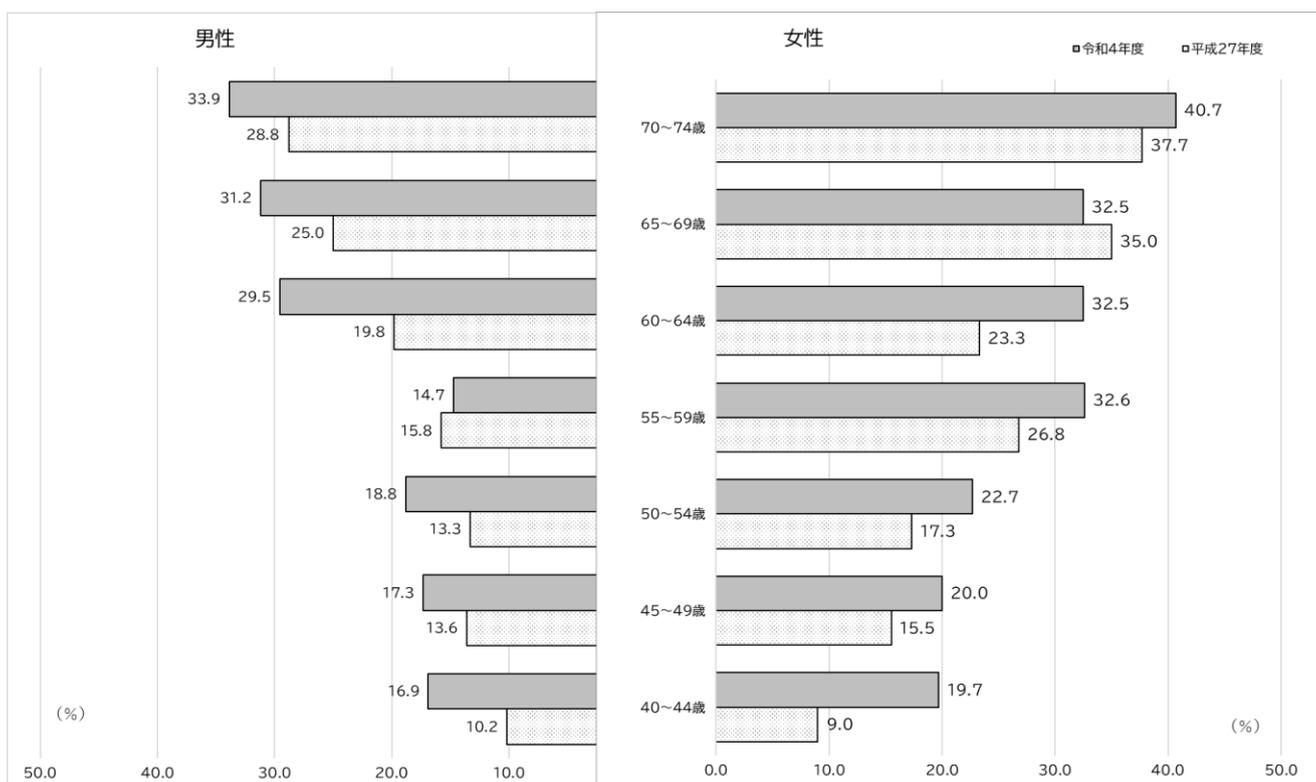
資料:岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況

図表 34 令和4年度 男女別・年齢階層別受診率

区分	総数			男性			女性		
	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率
	(人)	(人)	(%)	(人)	(人)	(%)	(人)	(人)	(%)
40～44歳	153	28	18.3	77	13	16.9	76	15	19.7
45～49歳	232	43	18.5	127	22	17.3	105	21	20.0
50～54歳	205	42	20.5	117	22	18.8	88	20	22.7
55～59歳	190	45	23.7	95	14	14.7	95	31	32.6
60～64歳	389	122	31.4	149	44	29.5	240	78	32.5
65～69歳	865	276	31.9	372	116	31.2	493	160	32.5
70～74歳	1,646	619	37.6	744	252	33.9	902	367	40.7
合計	3,680	1,175	31.9	1,681	483	28.7	1,999	692	34.6

資料：令和4年度 岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況

図表 35 男女別年齢階層別特定健康診査受診率の変化

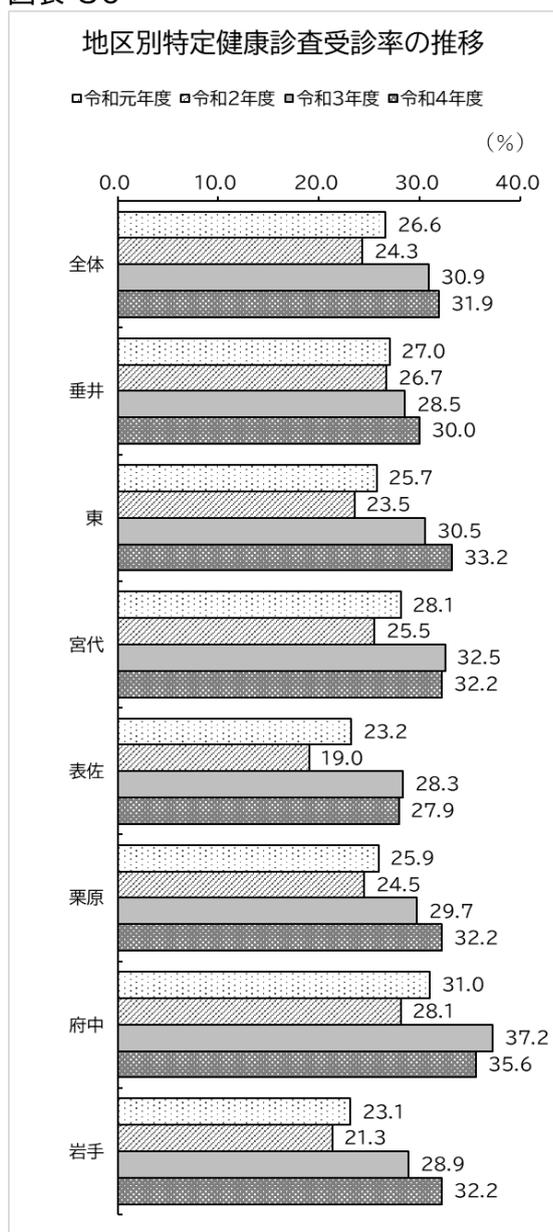


資料：令和4年度 岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況

地区別の特定健康診査受診率

- ・ 特定健康診査の受診率が最も高い地区は府中で、令和元年度に最も低い地区は岩手、令和2年度以降に受診率が低かったのは表佐であった。
- ・ 地区別の受診率の差は、7.7～9.1 ポイントである。
- ・ 令和元年度から令和4年度に、最も受診率が増えたのは岩手で 9.1 ポイント増えている。増加幅が最も小さかったのは垂井で、3.0 ポイントであった。

図表 36

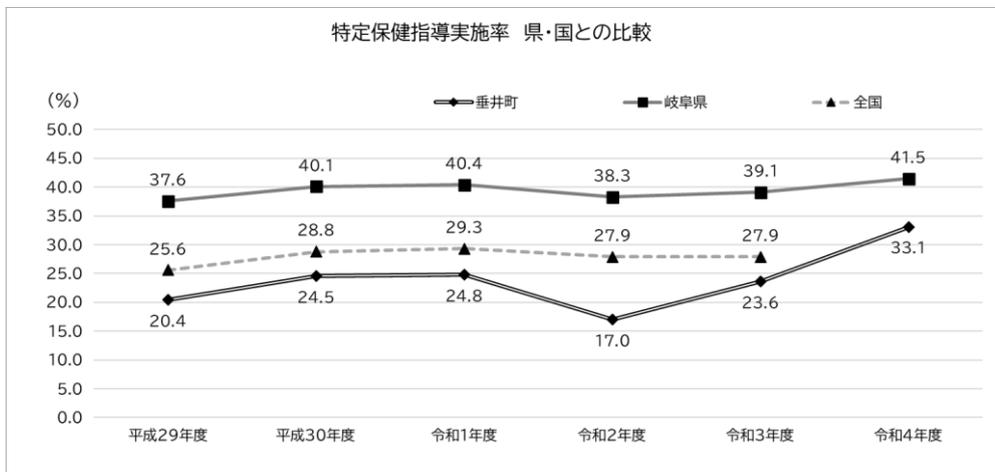


資料:KDB システム

特定保健指導実施率

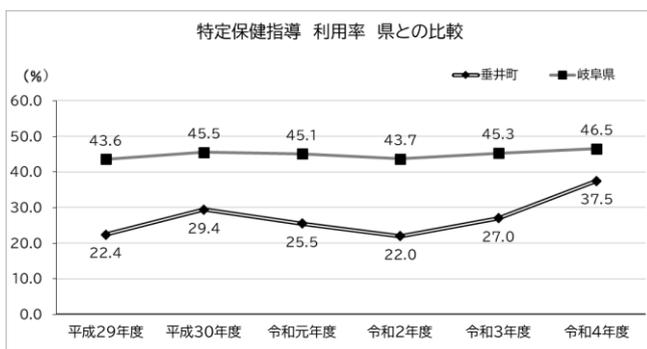
- ・ 特定保健指導の県平均実施率は約 40.0%で推移している。本町は 20.0%台で推移していたが、令和4年度は 33.1%に増えている。
- ・ 利用率は平成30年度の 29.4%から減少し令和2年度は 22.0%である。令和3年度は 27.0%に回復し、令和4年度は 37.5%と増えている。
- ・ 特定保健指導の利用率は県よりもおよそ20ポイント低く推移していたが、令和4年度は差が縮まっている。
- ・ 本町の利用率と終了率の差は県よりも低く推移しており、保健指導を利用した人は最終評価までできている割合は高い。

図表 37



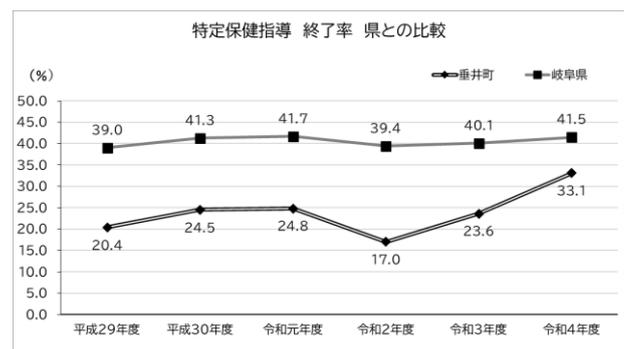
資料: 令和4年度 岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況

図表 38



資料: 法定報告

図表 39



資料: 法定報告

図表 40

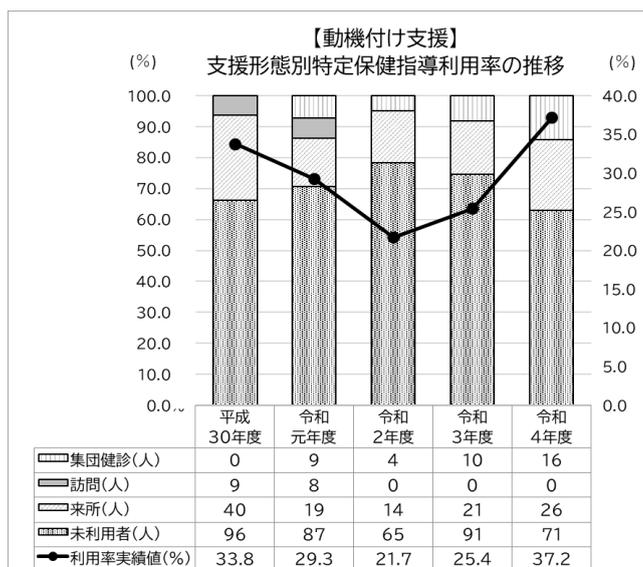
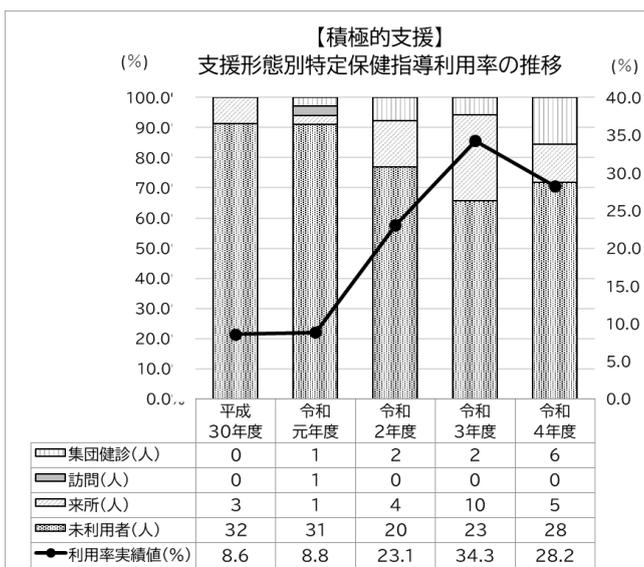
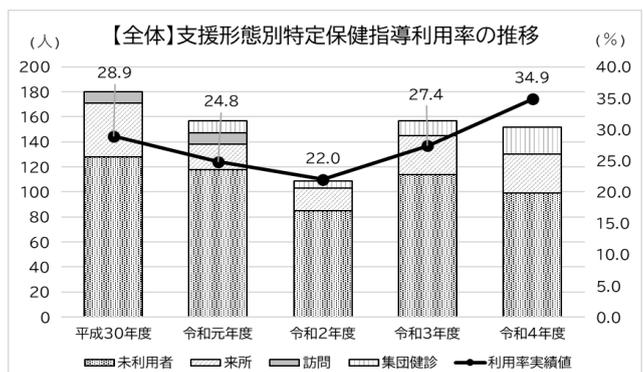
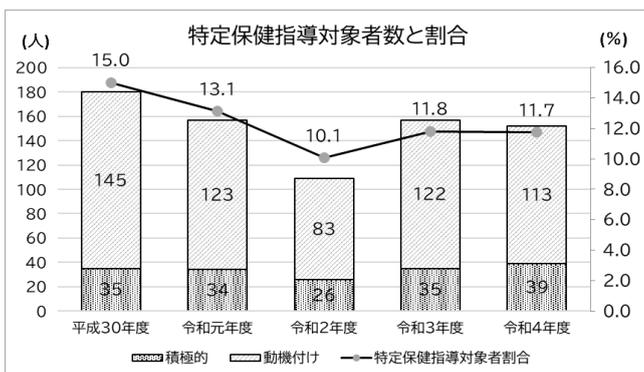
利用率ー終了率(%) 差分	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平均
垂井町	2.0	4.9	0.7	5.0	3.4	4.4	3.4
岐阜県	4.6	4.2	3.4	4.3	5.2	5.0	4.5

資料: 法定報告

支援形態別特定保健指導実施状況

- ・ 特定保健指導の対象者は、全体的には減少傾向である。階層化の内訳を見ると、積極的支援は減少傾向であったが令和4年度は最も多くなった。動機付け支援は減少傾向である。
- ・ 特定保健指導利用率は増加傾向で、コロナ禍の令和2年度が最も低く、令和4年度が最も高い。
- ・ 保健指導を形態別で見ると、集団健診の割合が徐々に高くなってきている。令和元年度より集団健診を始めたことで、結果返却を初回面接にすることができ、特定保健指導の利用率向上に繋がっている。
- ・ 家庭訪問による保健指導は、コロナ禍で令和2年度に中止し再開できていない。
- ・ 階層化の内訳を見ると、積極的支援の利用率が平成30年度・令和元年度に比べ、令和2年度以降は、3～4倍ほど増えている。また、令和2年度と令和3年度は、動機付け支援より積極的支援の方が利用率は高くなっている。

図表 41 特定保健指導対象者割合と支援形態別特定保健指導の利用率の推移

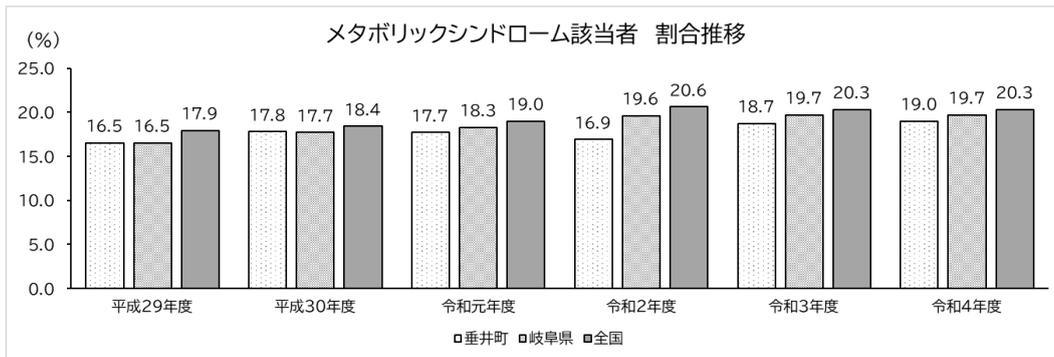


資料：垂井町事業実績値

内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)該当者及び予備群の割合

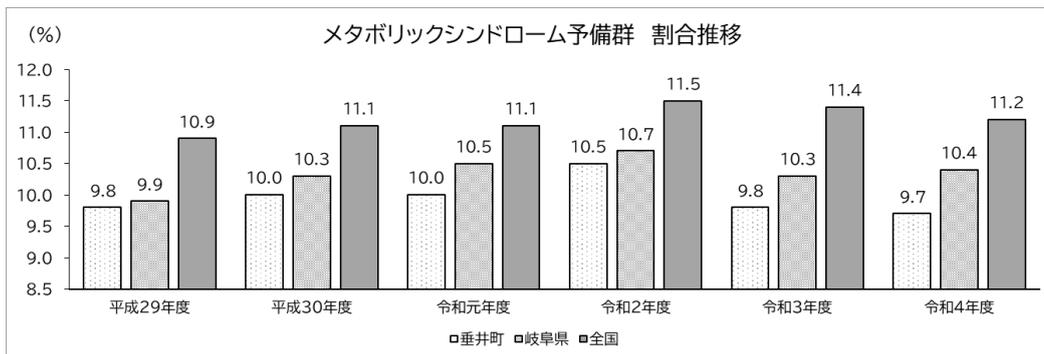
- ・ 該当者割合は増加しているがいずれの年も県平均よりわずかに低く、予備群の割合は横ばいで推移し、いずれの年も県平均より低い。
- ・ メタボリックシンドローム該当者と予備群の合計は、国や県と比べて低く推移している。

図表 42



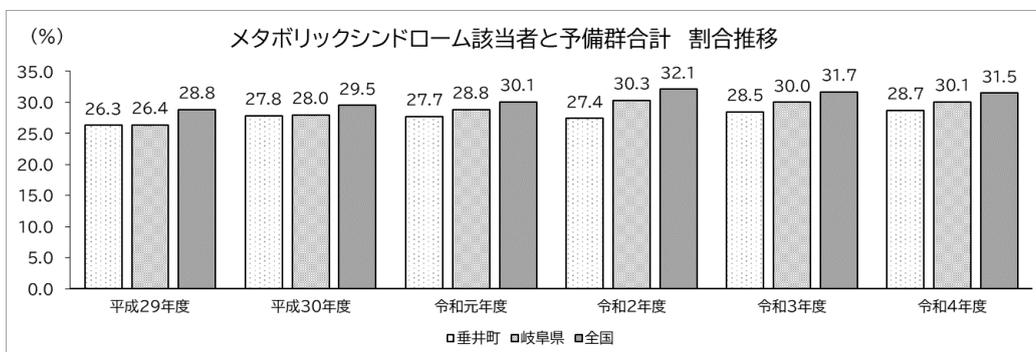
資料:法定報告

図表 43



資料:法定報告

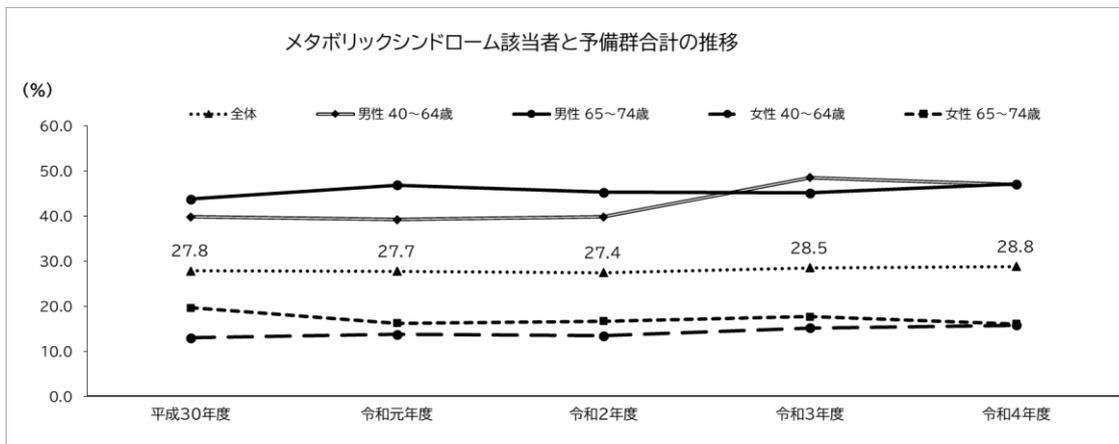
図表 44



資料:法定報告

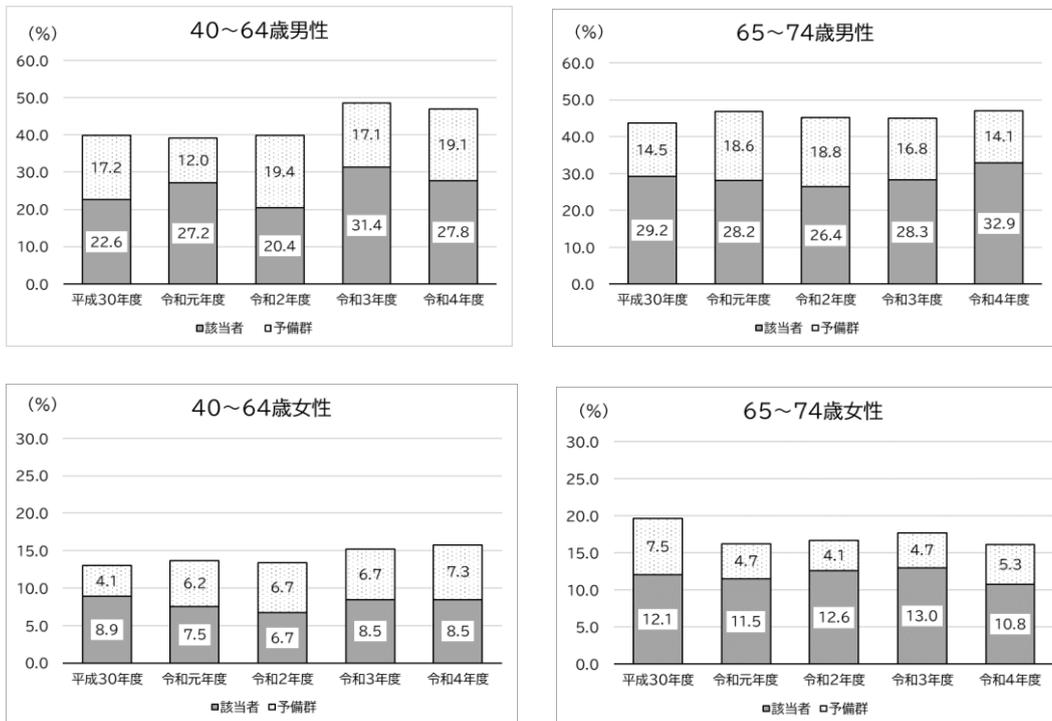
- ・メタボリックシンドローム該当者と予備群の合計は、男性と40～64歳女性の割合が増加傾向である。
- ・40～64歳男性は該当者と予備群の割合が増減しており、該当者と予備群合計は増加傾向である。
- ・65～74歳男性は、該当者は横ばいで予備群の割合が増えている。
- ・40～64歳女性の予備群割合は横ばいで、該当者が増えている。65～74歳女性の該当者と予備群合計は、減少している。
- ・男女ともに、40～64歳のメタボリックシンドローム該当者と予備群割合が増加傾向である。

図表 45



資料:法定報告

図表 46 男女別年齢階層別 メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合推移

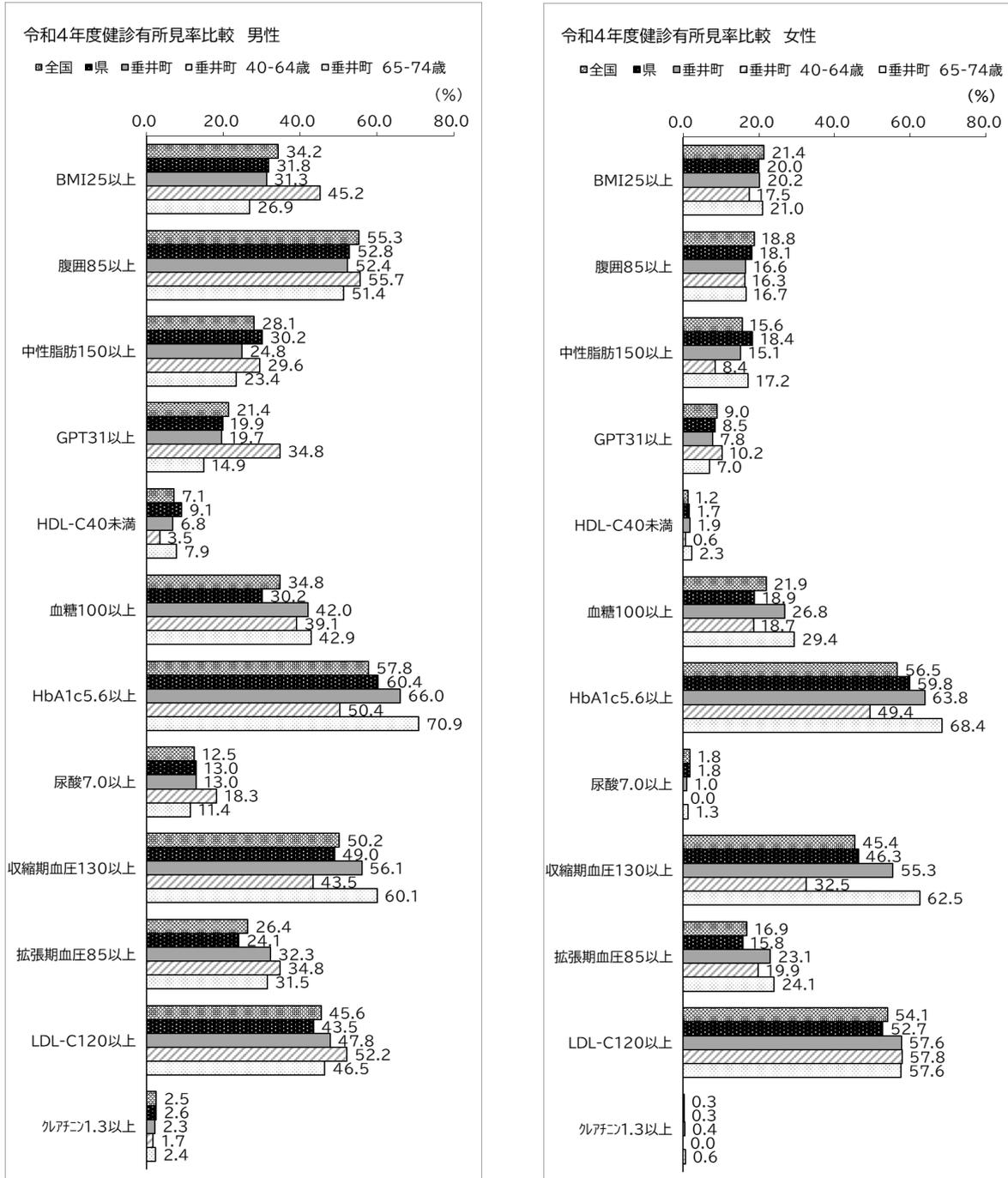


資料:法定報告

各種検査項目の有所見率

- ・ 本町は、国・県と比べ男女とも、血糖、血圧、LDL(悪玉コレステロール)の割合が高い。血糖、血圧においては、男女とも65～74歳の割合がとて高い。
- ・ BMI25以上と尿酸は、40～64歳の男性で国・県よりも高くなっている。
- ・ GPTは、男女とも、40～64歳で国・県よりも高くなっている。

図表 47



資料:各種検査項目の有所見率

健康状態・生活習慣の状況

- ・ 特定健診の問診票の回答割合と、国・県との比較を指数で見ると、本町が国や県よりも高い項目は男性においては「3食以外間食毎日」の割合が高く、40～64 歳男性の指数は県 100 に対して 137.1、国 100 に対して 129.9 である。
- ・ 女性で指数が高い項目は「1日1時間以上運動なし」で、40～64 歳女性の県比較は 121.8、国比較は 131.8 であった。65～74 歳の指数は、県比較 105.7、国比較 115.3 と高い。

図表 48 問診票の比較

令和 4年度	生活習慣等 単位:%	40～64歳			65～74歳		
		該当者割合	県 (=100)	全国 (=100)	該当者割合	県 (=100)	全国 (=100)
男性	喫煙	26.1%	85.0	81.3	19.0%	100.9	102.6
	20歳時体重から10kg以上増加	51.3%	108.4	105.7	44.6%	107.5	104.3
	1回30分以上の運動習慣なし	68.7%	102.4	103.8	55.4%	98.9	103.8
	1日1時間以上運動なし	55.7%	109.8	111.0	52.4%	101.6	109.5
	歩行速度遅い	54.8%	108.3	106.4	51.5%	107.1	103.7
	3食以外間食 毎日	20.9%	137.1	129.9	15.5%	104.9	115.6
	3食以外間食 時々	53.0%	91.3	97.0	64.1%	109.9	112.2
	3食以外間食 ほとんど摂取しない	26.1%	97.7	89.1	20.4%	*75.8	*69.2
女性	喫煙	4.2%	54.8	*43.0	1.5%	52.0	*38.9
	20歳時体重から10kg以上増加	30.9%	113.8	107.6	24.6%	97.3	94.5
	1回30分以上の運動習慣なし	77.4%	102.8	107.9	58.3%	96.9	102.4
	1日1時間以上運動なし	65.5%	*121.8	*131.8	53.1%	105.7	*115.3
	歩行速度遅い	58.8%	104.6	107.5	51.0%	103.7	103.3
	3食以外間食 毎日	32.7%	101.9	111.0	27.3%	93.1	104.3
	3食以外間食 時々	60.0%	107.5	107.4	58.9%	100.9	99.1
	3食以外間食 ほとんど摂取しない	7.3%	60.2	*49.6	13.8%	112.3	96.2

資料：KDB「質問票の状況(令和4年度)」

レセプト・健診データ等を組み合わせ分析

特定健康診査受診勧奨の事業評価

- ・ 計画策定時の目標値である年2%の特定健康診査受診率向上は、達成できていない。令和3年度は受診勧奨対象者を未受診の一部から全員へ拡大し、ハガキの送付回数を1回から2回に増やしたところ、6.9ポイント上昇し30.9%であった。受診率は県平均よりもかなり低い状況であるため、引き続き受診勧奨事業を実施していく必要がある。

特定保健指導の事業評価

①特定保健指導実施率(法定報告値)

- ・ 令和元年度より集団健診を始めたことで、結果返却を初回面接にすることができ、特定保健指導の実施率は増加傾向で、県平均との乖離は小さくなってきている。
- ・ 訪問による保健指導を再開すれば、更なる保健指導実施率の向上が見込めると考える。

②メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少(法定報告値)

- ・ メタボ予備群の減少率は、県平均(21.2%)よりも低い。

③特定保健指導対象者の減少率(法定報告値)

- ・ 特定保健指導対象者の減少率は、県平均(19.8%)よりも低い。

特定保健指導実施率が低いため、さらに実施率を上げる必要がある。また、メタボ予備群の減少率と特定保健指導対象者の減少率は悪化傾向である。令和3年度の健診受診率が6.9ポイント増加したことにより特定保健指導の対象者も増加したが、その対象者に保健指導が実施できていないと考えられる。そのため、家庭訪問による保健指導を再開し、実施率の向上を目指していく必要がある。

糖尿病重症化の事業評価

【評価】

- ・ 受診勧奨と保健指導の実施者数とプログラムの参加者(保健指導)数は増え、割合は増加している。
- ・ 参加者のHbA1c改善割合は令和2年度と令和3年度で比較すると低下しているが、対象者母数が少なく1人の変化の影響が大きいため悪化と評価はできない。
- ・ 腎不全医療費の割合は入院・外来ともに減少している。
- ・ 人工透析患者数は令和2年度(25人)から1人増加し、令和3年度は26人であった。

【今後の方向性】

- ・ 事業の実施人数は増えているため、実施方法はこのままの方法で継続する。
- ・ 参加した人のHbA1cの改善者の割合を増やすために、保健指導内容の質を高めていく必要がある。

図表49

評価指標		令和2年度	令和3年度	備考
アウトカム	①受診勧奨実施数	5人	9人	
	②保健指導実施数	1人	9人	
	③プログラム参加数 参加数／受診勧奨者数	4人 57.1%	13人 72.2%	
アウトプット	④参加者のHbA1c 改善者数と割合	3人 75.0%	8人 61.5%	
	⑤人工透析患者数	25人	26人	人工透析(新規含む)患者数(当該年度6月) KDB 医療費分析(1)細小分類 様式 2-2 人工透析患者一覧
	⑥腎不全医療費 ^{※1} の 割合(入院・外来)	入院 5.7% 外来 9.6%	入院 3.4% 外来 8.6%	中分類腎不全の医療費を算出 当該年度累計医療費で集計 KDB 医療費分析(2)大中細小分類 CSV

※1:透析関連の医療費(中分類=腎不全)/医療費総額

高血圧・腎機能の事業評価

【評価】

- ・ 対面で受診勧奨を実施できている(勧奨群)方は、医療機関の受診率は低いが、次年度の特定健診受診率は高い。
- ・ 対面で受診勧奨できていなくても、通知で手紙を見ただけで受診につながっている。そのため、血圧の改善割合は、勧奨群と未勧奨群であまり差がないと考える。

【今後の方向性】

- ・ 通知を受け取ることで医療受診につながっていることから、通知の内容を健康相談から医療機関の受診勧奨通知文へ変更する。通知に生活習慣を促すチラシを同封する方法を、検討する。

図表 50

評価指標	結果
収縮期血圧 維持・改善者割合	81.2%
拡張期血圧 維持・改善者割合	75.0%
医療機関受診勧奨率	28.6%
医療機関受診率	52.4%
次年度健診受診率	81.3%

資料：垂井町事業報告

3-1-3. 介護の状況

介護認定の状況

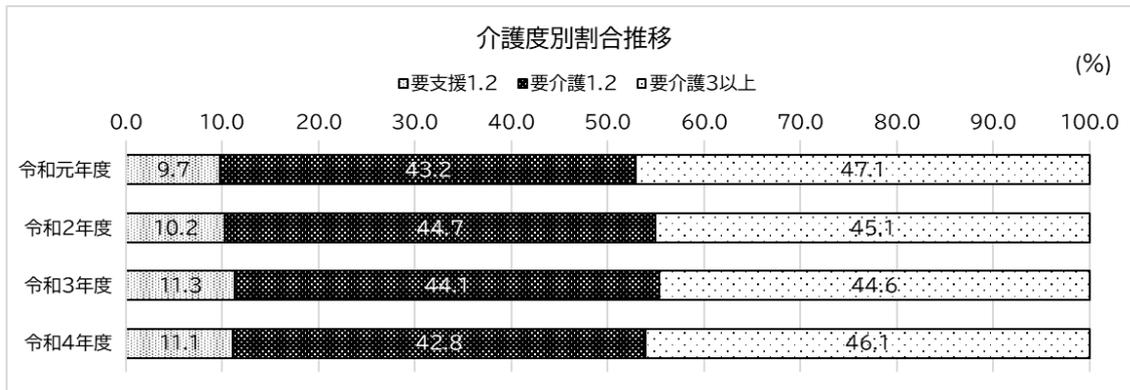
- ・ 本町の介護認定率は、1号 15.3%、2号 0.3%と、県の 18.1%、0.4%よりも低い。
- ・ 新規認定率は 0.3%であり、県と同等の割合。
- ・ 令和元年度から令和4年度の介護度別割合は、わずかに増えているのは要支援1と2である。
- ・ 令和4年度の介護度別の割合を国や県と比べると、本町は要介護3以上の日常生活に支障がある人の割合は県よりも 2.6 ポイント、国よりも 5.3ポイント高い。

図表 51 介護認定率の状況

	垂井町	県
1号認定率(%)	15.3	18.1
2号認定率(%)	0.3	0.4
新規認定率(%)	0.3	0.3

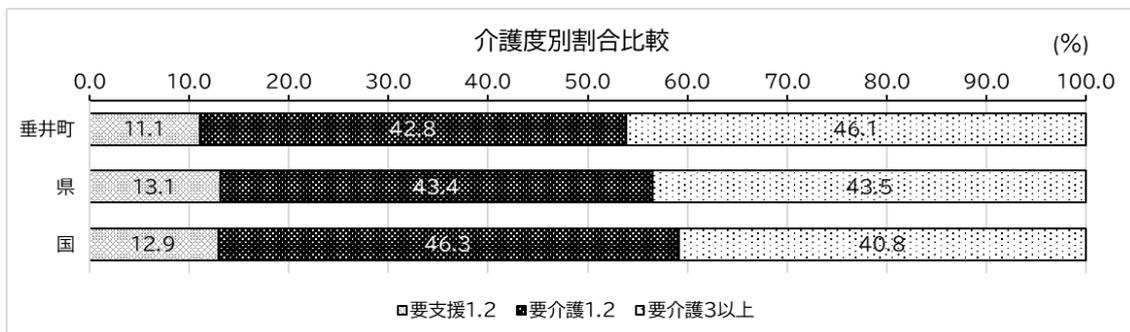
資料:KDB「地域の全体像の把握 令和4年度年度累計」

図表 52



資料:KDB「地域の全体像の把握 令和4年度年度累計」

図表 53

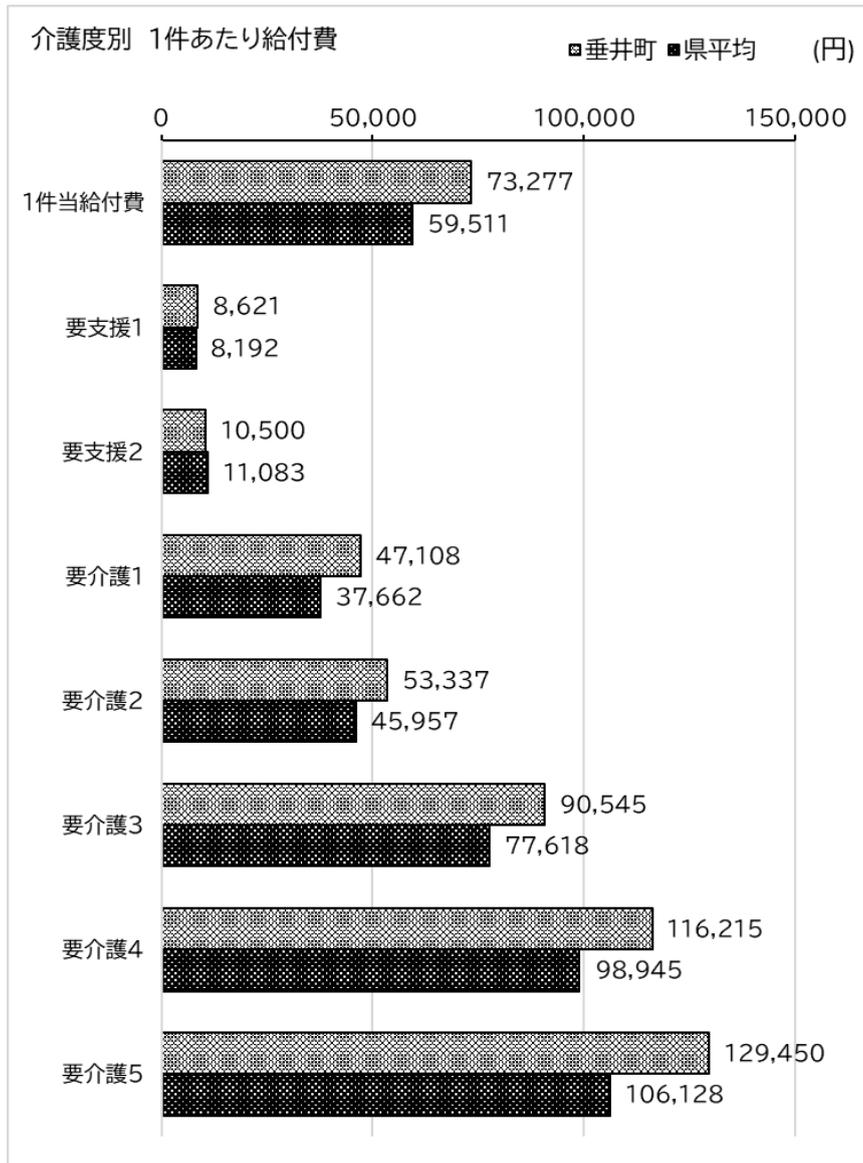


資料:KDB「地域の全体像の把握 令和4年度年度累計」

介護給付費の状況

- ・ 1件当たり給付費は、県よりも 14,000 円程高い。
- ・ 本町は要支援2を除き、県よりも1件当たりの介護給付費が高い。

図表 54

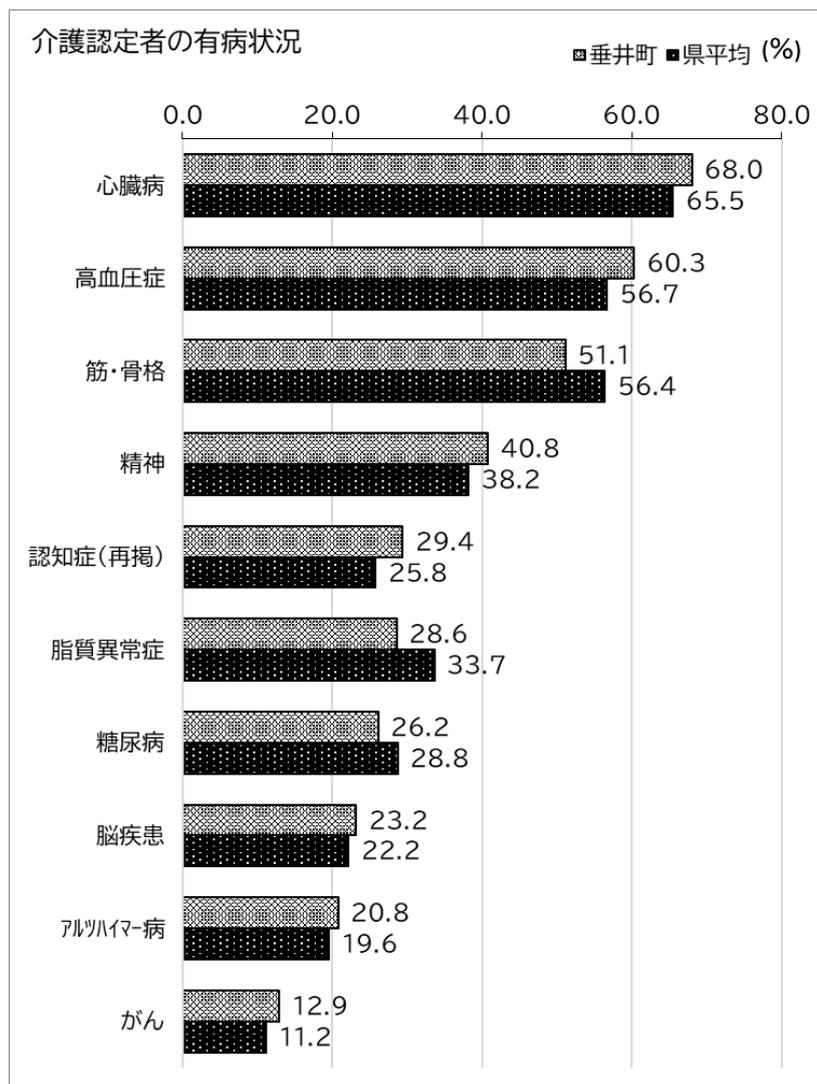


資料:KDB「地域の全体像の把握 令和4年度年度累計」

介護認定者と有病状況

- ・ 要介護者の有病状況は、心臓病・高血圧症が約 60%以上を占め、筋骨格系疾患と精神疾患はそれぞれ約 50%と約 40%を占めている。
- ・ 県よりも割合が高い疾患は、心臓病、高血圧症、精神、認知症(再掲)、脳疾患、アルツハイマー病、がんであった。特に、心臓病、高血圧症、認知症(再掲)の割合が高くなっている。

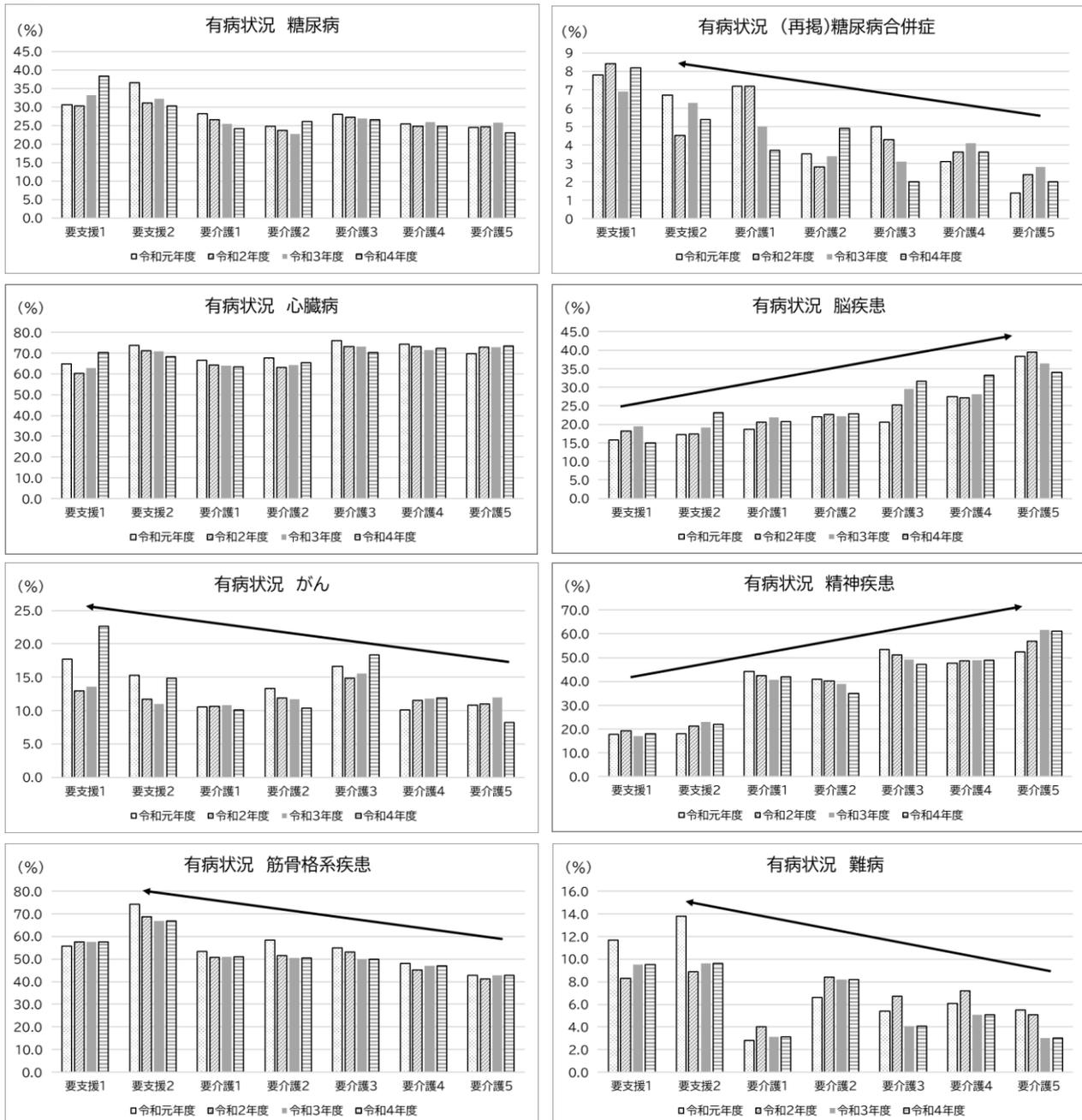
図表 55



資料:KDB「地域の全体像の把握 令和4年度年度累計 要介護(支援)者有病状況令和4年度年度」

- ・ 脳疾患、精神疾患は等級が高いほど割合が高く、(再掲)糖尿病合併症、がん、筋骨格系疾患、難病は、等級が低いほど高くなる。心臓病は、どの等級でも70%程と高い状況である。
- ・ 経年変化をみると、脳疾患は、ほとんどの等級で増加傾向である。
- ・ 糖尿病と心臓病は要支援1で割合が多いことから、これらの疾患が重症化することにより介護認定につながっていることが推測される。

図表 56



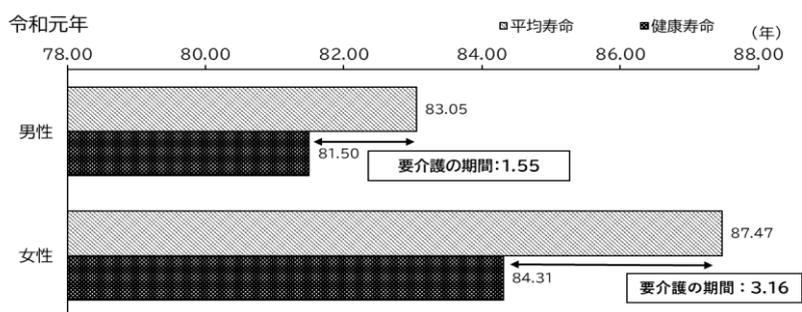
資料:KDB「要介護(支援)者有病状況」

3-1-4. その他の統計データ

平均寿命と健康寿命

- ・ 本町の平均寿命は、男性 83.05 歳、女性 87.47 歳で、健康で過ごせる期間である健康寿命との差は、男性 1.55 年、女性 3.16 年である。
- ・ 令和元年度から令和4年度の男性の平均余命²と平均自立期間(要介護 1 以下)³は延伸し、平均余命と平均自立期間の差は減少している。
- ・ 令和元年度から令和4年度の期間で女性の平均余命と平均自立期間(要介護 1 以下)はいずれも短くなっており、平均余命と平均自立期間の差は減少している。

図表 57 垂井町の平均寿命と健康寿命



資料:岐阜県

図表 58 平均自立期間と平均余命の比較と経年変化



資料:KDB「地域の全体像の把握」

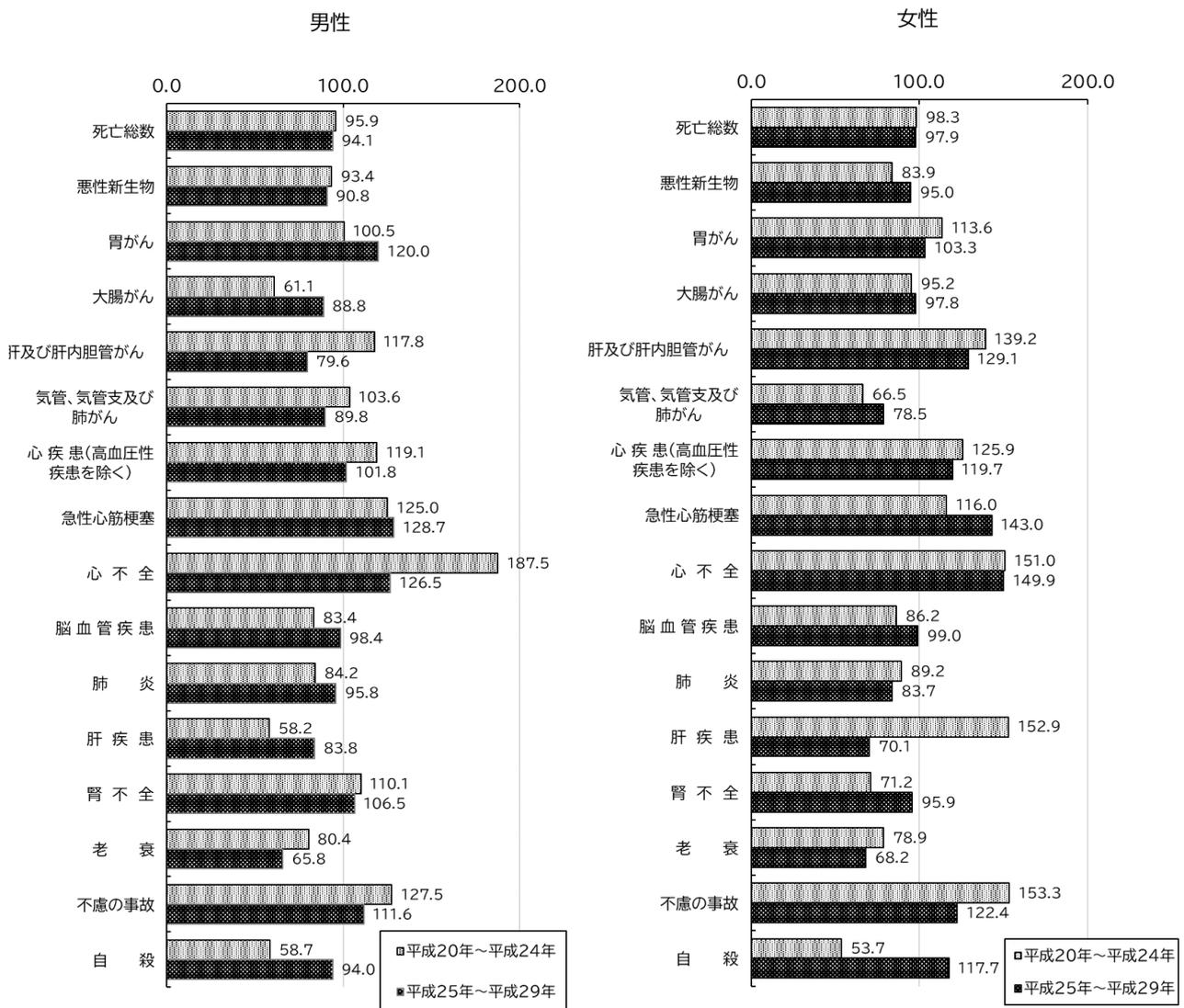
² 平均余命:各年齢の者が1年以内に死亡する確率や、平均してあと何年生きられるかという期待値等を、死亡率や平均余命等の指標によって表したものを。

³ 平均自立期間:国保データベース(KDB)システムにおいては、「日常生活動作が自立している期間の平均」を指標とした健康寿命を算出し、「平均自立期間」と呼称している。介護受給者台帳における「要介護 2 以上」を「不健康」と定義して、毎年度算出する。平均余命からこの不健康期間を除いたものが、平均自立期間である。

標準化死亡比

- ・ 総死亡の標準化死亡比は、男性 94.1、女性 97.9 と全国よりも低い。
- ・ 疾患別にみると、男性は心疾患(高血圧性を除く)、急性心筋梗塞と腎不全が高い。悪性新生物全体は 90.8 だが、胃がんは大腸がんは増加しており、脳血管疾患も増えている。
- ・ 女性は心疾患(高血圧性を除く)、急性心筋梗塞、心不全、胃がんと肝及び肝内胆管がんが高く、腎不全は増えている。

図表 59 疾病別標準化死亡比の推移



資料:人口動態・市区町村別統計(平成20年～平成24年・平成25年～平成29年)

3-2. 垂井町の健康課題

本町のデータ分析から、以下のような健康課題が明らかになった。

図表 60

データ	現状
平均寿命と健康寿命	<ul style="list-style-type: none"> ・ 男性の平均余命と平均自立期間(要介護2以上)は上昇しており、平均寿命と平均自立期間の差は、減少している ・ 女性の平均余命と平均自立期間(要介護2)は減少しているが、介護が必要な期間である平均寿命と平均自立期間の差は、減少している
死亡 (標準化死亡比)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 標準化死亡比は全国より低い ・ 急性心筋梗塞と心不全が高く、脳血管疾患が増加している
介護	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護認定率は県よりも低い ・ 経年で介護度が高くなっていないが、国や県よりも介護度が高い人の割合が多い ・ 介護認定者の有病状況は、高血圧・心疾患・脳血管疾患の割合が高い
医療	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活習慣病の医療費割合・患者数が全体の6割で増加傾向 ・ 糖尿病の受診割合が、国保も後期も高い ・ 外来において点数が高い疾病は、糖尿病、腎不全、高血圧性疾患 ・ 入院において点数が高い疾病は、国保も後期ともにその他の心疾患
保健指導	<ul style="list-style-type: none"> ・ 実施率が低い ・ 集団健診で結果返却を初回面接にすることで、特定保健指導の利用率が上がっている
健康診査	<ul style="list-style-type: none"> ・ 実施率が低い ・ II度高血圧の有所見率が県内で最も高い ・ メタボリックシンドローム該当者と予備群の合計は、国や県と比べて低い ・ 65～74歳の男女ともに、血糖の有所見割合が高い。 ・ 尿蛋白の有所見者は県よりも割合が高い
生活習慣・環境 (リスク因子)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 被保険者の54.2%が前期高齢者であり、高齢化している ・ 運動習慣がある人の割合が、国や県よりも低い ・ 間食の習慣が、県や国よりも高い

第2章 第3期垂井町データヘルス計画

1. 目的、目標

1-1. 計画全体における目的の設定

本町では、被保険者の健康寿命の延伸と医療費適正化に向けて、以下のような中目的の達成を目指し、保健事業を推進する。

1-2. 計画全体における目標の設定

中目的	評価指標	計画策定時実績	目標値	保健事業
		令和3年度	令和11年度	
メタボ等の生活習慣病予防	特定健診受診率(%) (法定報告)	30.9	38.9	1、2
	特定保健指導実施率(%) (法定報告)	23.6	40.0	
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(%)	20.0	26.0	
糖尿病の重症化予防	HbA1c8.0以上の者の割合(%)	0.8	0.2	3
	HbA1c6.5以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合(%)	10.8	4.0	
高血圧の重症化予防	収縮期血圧維持・改善者割合(%)	83.3	85.0	4
	拡張期血圧維持・改善者割合(%)	83.3	85.0	
腎機能低下の重症化予防	CKD 重症度分類の変化(%)		50.0	5
重複多剤服用者の減少	保険者努力支援:共通指標⑤(1)重複投薬者に対する取組 重複投与者数(対被保険者1万人)が前年度から減少		前年より減少	6
	保険者努力支援:共通指標⑤(2)多剤投与者に対する取組 多剤投与者数(対被保険者1万人)が前年度から減少		前年より減少	
地域包括ケア推進・一体的実施の取組の状況	保険者努力支援:国保固有の指標④(1)地域包括ケア推進の取組 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		実施有	7
	保険者努力支援:国保固有の指標④(1)地域包括ケア推進の取組 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		実施有	

※保健事業の番号については次ページへ

2. 健康課題を解決するための個別保健事業

番号	事業名
1	特定健康診査受診勧奨事業
2	特定保健指導 ヘルスアップ教室
3	糖尿病等重症化予防事業
4	高血圧の重症化予防事業
5	腎機能低下の重症化予防
6	適正受診(重複受診) 適正服薬(多剤投与)
7	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

2-1. 特定健康診査受診勧奨事業

目的		より多くの方が特定健診を受診することで、支援が必要な対象者へ特定健診の結果から、生活習慣病のリスクを階層化して、生活習慣病予防施策を展開する						
事業内容		<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診勧奨ハガキ送付 ・引き続き、対象者を未受診者の一部から未受診者全員に拡大して実施 ・ハガキを集団健診の日程に合わせて、2回送付 						
		策定時 令和3年度	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
アウトカム	特定健診実施率 (%)	30.9	33.9	34.9	35.9	36.9	37.9	38.9
アウトプット	特定健診受診勧奨 ハガキ送付率(%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
プロセス		<ul style="list-style-type: none"> ・ハガキは、集団健診の日程に合わせ、2回送付 ・グルーピングをして1回目のハガキを送付(対象に合った効果的な内容) ・みなし健診の獲得のため、健診結果の提供について掲載 						
ストラクチャー		<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨事業の委託料 ・保健師 ・勧奨時期には、保険年金係と協力 						

2-2-1. 特定保健指導

目的		特定保健指導対象者に対して、特定保健指導(積極的支援及び動機付け支援)を行うことで、メタボリックシンドローム該当者・予備群及び特定保健指導対象者を減少させることを目的とする						
事業内容		<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導対象者に対して、特定保健指導を実施 ・初回面接で体重と腹囲減少のための、食事と運動の目標を設定し、3か月間の支援を実施 						
		策定時 令和3年度	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
アウトカム	保健指導レベルの改善割合(%)	35.7	36.7	37.7	38.7	39.7	40.7	41.7
	利用者の腹囲2cm 体重2kg減量した者の割合(%)	28.6	30.0	31.0	32.0	33.0	34.0	35.0
アウトプット	特定保健指導利用率(%)	27.0	29.0	31.0	33.0	35.0	37.0	39.0
	次年度継続受診率(%)	73.1	75.0	77.0	79.0	81.0	83.0	85.0
プロセス		<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導対象者に案内通知を送付し、来所で予約受付 ・予約がない対象者には、家庭訪問で保健指導を実施 ・集団健診受診者は、結果説明時に初回面接を実施 						
ストラクチャー		<ul style="list-style-type: none"> ・保健師、管理栄養士 ・パンフレット、メジャー等購入のための需用費 						

2-2-2. ヘルスアップ教室

目的		特定健診または 30代健診の受診者で、腹囲及びBMIが基準値以上の対象者に教室で運動や食事指導を行い生活習慣の改善を促し、生活習慣病の発症予防や重症化予防を目的とする また、メタボリックシンドローム該当者・予備群及び特定保健指導対象者を減少させることを目的とする						
事業内容		【運動コース】全6回程度 ・特定非営利活動法人「Let's たるい」に委託 ・体重減少を目的とした全身運動の実施 ・対象者への案内や予約受付は、保健センターが実施 【学び・食事コース】全2回程度 ・糖尿病専門医から生活習慣病に関する講義を実施 ・減量のための運動や栄養の目標を設定し、次回講義まで実施を継続できるように支援 ・栄養士からの生活習慣予防に関する講義を実施 ・食事の試食(食生活改善推進員に委託)						
		策定時 令和3年度	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
アウトカム	利用者の腹囲または体重が減少した者の割合(%)	—※	50.0	51.0	52.0	53.0	54.0	55.0
	参加者の生活習慣の変化(%)	—※	50.0	51.0	52.0	53.0	54.0	55.0
アウトプット	教室の参加者数の増加	—※	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加
プロセス		・令和4年度の実績(定員を下回った) 運動コース:10人(定員20人) 食事・学びコース:19人(定員30人) ・運動コースは、土曜日の20:00~21:00開催としたが、30代の参加はなかったため、参加者の利便性を考慮し、開催時間を検討(土曜日の日中等) ・事業評価のために、今後は実施後のアンケートを実施						
ストラクチャー		・委託料 特定非営利活動法人「Let's たるい」、食生活改善推進員 ・糖尿病専門医の報償費 ・指導に使用するパンフレット等の需用費 ・保健師、管理栄養士						

※新型コロナウイルス感染症の拡大により事業未実施

2-3-1. 糖尿病等重症化予防事業(受診勧奨)

目的		未受診者及び治療中断者に、受診勧奨を行い治療に結びつけ、人工透析への移行を防止することによって、住民の健康増進と医療費の適正化を図る						
事業内容		<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診3か月後に、健診結果から対象者を抽出し、受診勧奨の通知を送付 ・通知に、生活習慣改善のための啓発資料を同封 ・連絡票もしくはレセプトで受診状況を把握 【対象者】 <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診者のうち、HbA1c6.5%以上または空腹時血糖 126mg/dl(随時血糖 200mg/dl)の者で、特定健診受診月から過去1年のレセプトで以下のいずれかに該当する者 <ul style="list-style-type: none"> ①レセプトにて医科受診がない ②糖尿病の病名がない ③HbA1cの検査または薬物治療がない 						
		策定時 令和3年度	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
アウトカム	HbA1c 値維持・改善者割合(%)	33.3	35.0	40.0	45.0	50.0	55.0	60.0
	医療費全体に対する透析関連の医療費の割合(%) (入院)	3.4	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0
	医療費全体に対する透析関連の医療費の割合(%) (外来)	8.6	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0
アウトプット	医療機関受診勧奨率(%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	医療機関受診率(%)	75.0	77.0	79.0	81.0	83.0	85.0	87.0
	次年度健診受診率(%)	75.0	77.0	79.0	81.0	83.0	85.0	87.0
プロセス		<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診実施期間:6月~1月、健診受診月の3か月後に対象者を抽出 ・通知に、生活習慣を改善するための啓発資料を同封 ・連絡票もしくはレセプトで受診状況を把握 ・受診状況の確認ができない人については、電話または家庭訪問を実施 						
ストラクチャー		<ul style="list-style-type: none"> ・不破郡医師会と実施体制について連携調整 ・生活習慣を改善するための啓発資料等の需用費 ・保健師 						

2-3-2. 糖尿病等重症化予防事業(保健指導)

目的		糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して保険者が医療機関と連携して保健指導等を行い人工透析への移行を防止することによって、住民の健康増進と医療費の適正化を図る						
事業内容		<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診3か月後に、特定健診の結果から対象者を抽出 ・対象者リストをかかりつけ医に送付し、かかりつけ医から保健指導の依頼のあった者について、保健指導を実施 【保健指導対象者】 <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症の病期が第2～4期相当と思われる者(尿蛋白(±)以上、eGFR45ml/分/1.73 m²未満) ・糖尿病性腎症は発症していないが、そのリスク要因がある者(高血圧症、肥満、脂質異常症、高尿酸血症) ・糖尿病治療中の上記に該当する者で、保険者による保健指導が必要とかかりつけ医が判断した者 						
		策定時 令和3年度	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
アウトカム	HbA1c 値維持・改善者割合 (%)	62.5	65.0	65.0	65.0	65.0	65.0	65.0
	eGFR 値維持・改善者割合 (%)	37.5	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0
	医療費全体に対する透析関連の医療費の割合(%) (入院)	3.4	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0
	医療費全体に対する透析関連の医療費の割合(%) (外来)	8.6	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0
	人工透析患者数 細小分類様式 2-2 人工透析患者一覧 当該年度6月(人)	26	25	25	25	24	24	24
アウトプット	次年度健診受診率(%)	88.9	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	保健指導実施率(%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
プロセス		<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診実施期間:6月～1月、健診受診月の3か月後に、対象者を抽出 ・通知に、生活習慣を改善するための啓発資料を同封 ・連絡票もしくはレセプトで受診状況を把握 ・受診状況の確認ができない人については、家庭訪問を実施 						
ストラクチャー		<ul style="list-style-type: none"> ・不破郡医師会と実施体制について連携調整 ・かかりつけ医との情報共有方法 <ul style="list-style-type: none"> ①糖尿病連携手帳に指導日等を記載 ②保健指導記録を、かかりつけ医に郵送 ・指導パンフレット、紙、インク等の需用費の予算確保 ・保健師、管理栄養士 						

2-4. 高血圧の重症化予防事業

目的		高血圧が重症化するリスクの高い医療機関未受診者を医療に結びつけ、高血圧から起因する心臓病や脳卒中等の疾病を予防することによって、被保険者の健康増進と医療費の増加抑制を図る						
事業内容		Ⅱ度高血圧で未治療者(レセプトで高血圧の診断名がない)に、受診勧奨通知文と高血圧予防に関するチラシを郵送し、受診勧奨						
		策定時 令和3年度	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
アウトカム	収縮期血圧 維持・改善者割合 (%)	83.3	85.0	85.0	85.0	85.0	85.0	85.0
	拡張期血圧 維持・改善者割合 (%)	83.3	85.0	85.0	85.0	85.0	85.0	85.0
アウトプット	医療機関受診勧奨率 (%)	28.6	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	医療機関受診率 (%)	33.3	40.0	45.0	50.0	55.0	60.0	65.0
	次年度健診受診率 (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
プロセス		<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診実施期間:6月~1月 ・健診受診月の2か月後に、対象者を抽出 ・通知に、生活習慣を改善するための啓発資料を同封 ・アンケートの返信もしくはレセプトで受診状況を把握 ・受診状況の確認ができない人については、電話で再度受診勧奨 						
ストラクチャー		<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣を改善するための啓発資料等の需用費 ・保健師 						

2-5. 腎機能低下の重症化予防

目的		腎機能が低下している者で医療機関未受診者に受診勧奨を行うことで、適切な治療につなげ、腎不全・人工透析への進行を予防する						
事業内容		腎機能が低下している者で未治療者に、受診勧奨通知文と慢性腎臓病に関するチラシを郵送し、受診勧奨						
		策定時 令和3年度	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
アウトカム	収縮期血圧 維持・改善者割合 (%)	実施なし	85.0	85.0	85.0	85.0	85.0	85.0
	拡張期血圧 維持・改善者割合 (%)	実施なし	85.0	85.0	85.0	85.0	85.0	85.0
	CKD 重症度分類の変化 (%)	実施なし	50.0	50.0	50.0	50.0	50.0	50.0
アウトプット	医療機関受診勧奨率 (%)	実施なし	60.0	62.0	64.0	66.0	68.0	70.0
	次年度健診受診率 (%)	実施なし	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
プロセス		<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診実施期間:6月～1月 ・健診受診月の2か月後に、対象者を抽出 ・通知に、生活習慣を改善するための啓発資料を同封 ・連絡票もしくはレセプトで受診状況を把握 ・受診状況の確認ができない人については、電話または家庭訪問を実施 						
ストラクチャー		<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣を改善するための啓発資料等の需用費 ・保健師 						

2-6-1. 適正受診(重複・頻回医療受診)

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、関係団体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						
事業内容		通知または個別に訪問・指導を行い、取組実施後に対象者の処方状況をレセプト等で確認し、実施前後を評価 また、本人や支援者に服薬状況や副作用の改善状況を確認						
		策定時 令和5年度	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
アウトカム	共通指標⑤ (1)重複投薬者 に対する取組 ③重複投与者 数(对被保険者 1万人)が前年 度から減少して いること	1	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 減少
	対象者への通知・訪問回数 (改善状況の確認も含む)	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上
アウトプット	取組実施前後の 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回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上
プロセス		<ul style="list-style-type: none"> ・6月に対象者を抽出 ・通知または個別に訪問・指導を実施 ・実施前後の評価(処方状況をレセプト等で確認) ・本人や支援者に服薬状況や副作用の改善状況の確認 						
ストラクチャー		<ul style="list-style-type: none"> ・垂井町の国民健康保険に関する運営協議会(不破郡医師会推薦委員、大垣歯科医師会推薦委員、薬剤師の委員) 						

2-6-2. 適正服薬(多剤服薬)

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、関係団体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						
事業内容		通知または個別に訪問・指導を行い、取組実施後に対象者の処方状況をレセプト等で確認し、実施前を評価 また、本人や支援者に服薬状況や副作用の改善状況を確認						
		策定時 令和5年度	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
アウトカム	共通指標⑤(2)多剤投与者に対する取組 ③多剤投与者数(对被保険者1万人)が前年度から減少していること	1	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	前年より減少
	対象者への通知・訪問回数(改善状況の確認も含む)	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上
アウトプット	取組実施前後の評価	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回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上
プロセス		<ul style="list-style-type: none"> ・4か月以上連続して同一診療月内で処方薬剤数が15以上の者 ・6月に対象者を抽出 ・通知または個別に訪問・指導を行い取組実施後に対象者の処方状況をレセプト等で確認し、実施前後を評価 ・また、本人や支援者に服薬状況や副作用の改善状況を確認 						
ストラクチャー		<ul style="list-style-type: none"> ・垂井町の国民健康保険に関する運営協議会(不破郡医師会推薦委員、大垣歯科医師会推薦委員、薬剤師の委員) 						

2-7-1. 地域包括ケア

目的		本町は高齢化率が31.4%(令和2年)で、平成27年から3.1ポイント上昇している。65歳以上の単独世帯は、10.2%(令和2年)で、平成27年から1.1ポイント上昇していることから、(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の維持向上を図れるようにする						
事業内容		Re:ヘルスを活用して分析された「データを活用した医療・介護における地域の特徴と課題」を介護と保健衛生部門へ提供し、介護事業や保健事業に利用						
		策定時 令和5年度	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
アウトカム	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	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有
アウトプット	議論の場に参画KDB等を活用により地域の課題を共有し対応策を検討する	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有
	前期高齢者等のハイリスク群・予備群等の抽出と支援の実施	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有
	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	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有
プロセス		・介護事業や保健事業を企画する際に、国保部局から提供されるデータを活用						
ストラクチャー		・国保部局と、介護・保健衛生部局の連携						

2-7-2. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

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、岐阜県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						
事業内容		ハイリスクアプローチ (健康状態不明者へのアプローチ、重症化予防事業) ポピュレーションアプローチ (あおぞら塾、シニアはつらつ教室、健口教室、体力測定会)						
		策定時 令和5年度	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
アウトカム	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	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有
	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	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有
アウトプット	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)	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有
	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)	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有
	②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	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有
プロセス		<ul style="list-style-type: none"> ・KDBシステムで対象を抽出 ・KDBシステムの情報から、健康課題を分析・抽出 						
ストラクチャー		<ul style="list-style-type: none"> ・ハイリスクアプローチは保健センター、ポピュレーションアプローチは地域包括支援センター、交付金の申請事務や保健事業対象者の抽出は保険年金係が担当 						

3. 個別保健事業及び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する。
- ・ なお、そのためにも対象者、事業実施者等の名簿を保管し、KDB を活用して評価していく。
- ・ 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する。
- ・ 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る。

イ. データヘルス計画全体の評価・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・中間評価を行う。

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う。
- ・ 評価にあたり、市町村国保における保健事業の評価を岐阜県後期高齢者医療広域連合と共有しながら、岐阜県国民健康保険課、岐阜県国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という)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う。

4. 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

目的

本町は、高齢化率が31.4%(令和2年)で平成27年から3.1ポイント上昇している。65歳以上の単独世帯は、10.2%(令和2年)で、平成27年から1.1%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の維持向上を図れるようにする。

①地域支援事業に国保部局として参画

県が都道府県ヘルスアップ事業で行っている「医療費水準地域差要因分析等事業」において作成した「Re:ヘルス」を活用し、そこから分析された「データを活用した医療・介護における地域の特徴と課題」を県から提供し、その結果を該当会議にて提供、継続的に対応が必要な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

介護認定者の疾病保有状況(令和4年度)をみると、高血圧症60.3%、心臓病68.0%、脳疾患23.2%で県や国よりも割合が高い。対象者を抽出し、保有しているデータ(医療・健診データ)を保健衛生担当に提供し、受診勧奨を実施する。

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

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、医療機関を交えて多職種研修会を行い地域包括ケアの推進に向けて取り組む。

また、地域ケア個別会議を行い、ケアマネジャーから提供された事例をもとに、多職種の視点から、高齢者のよりよい暮らしを考える。

第3章 第4期特定健康診査等実施計画

1. 達成しようとする目標

市町村国民健康保険の加入者に係る特定健康診査の受診率は、国の特定健康診査等基本指針において、60%以上を目標とすることになっている。令和3年度における本町受診率は、30.9%(法定報告)となっており、国の目標値と乖離がある状況のため、実状に基づき、令和11年度に達成可能な数値の38.9%を目標とすることにした。

図表 61 各医療保険者種別の目標(全国)

保険者種別	全国目標	市町村国保	国保組合	全国健康保険協会	単一健保	総合健保・私学共済	共済組合(私学共済を除く)
特定健康診査実施率	70%以上	60%以上	70%以上	70%以上	90%以上	85%以上	90%以上
特定保健指導実施率	45%以上	60%以上	30%以上	35%以上	60%以上	30%以上	60%以上

資料:特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)

図表 62 本町の目標

区分	実績			計画(目標)					
	平成20年度	平成25年度	令和4年度	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
特定健康診査実施率(%)	32.1	27.8	31.9	33.9	34.9	35.9	36.9	37.9	38.9
特定保健指導実施率(%)	—	25.3	33.1	35.0	36.0	37.0	38.0	39.0	40.0
特定保健指導に特定保健指導対象者よる減少率(%)	—	32.4	20.0	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0	26.0

2. 特定健康診査・特定保健指導の対象者数

特定健康診査の対象となるのは、国民健康保険に加入している 40～74 歳の人で、計画年度における被保険者数の推計は次のとおりである。

図表 63 計画年度の 40～74 歳の被保険者数(特定健康診査対象者数)の見込み 単位:人

区分	令和 6 年度		令和 7 年度		令和 8 年度	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
40～64 歳	633	668	622	647	610	625
65～74 歳	1,127	1,393	1,087	1,367	1,048	1,340
小計	1,760	2,061	1,709	2,014	1,658	1,965
合計	3,821		3,723		3,623	

区分	令和 9 年度		令和 10 年度		令和 11 年度	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
40～64 歳	600	603	589	583	578	562
65～74 歳	1,009	1,313	968	1,286	928	1,259
小計	1,609	1,916	1,557	1,869	1,506	1,821
合計	3,525		3,426		3,327	

特定健康診査対象者及び受診数の見込み

特定健康診査の受診者数は、目標とした受診率から次のように見込んだ。

図表 64

単位：受診率は%、他は人

区分		対象者数	受診率	受診者数	
令和 6 年度	男性	40～64 歳	633	22	139
		65～74 歳	1,127	36	406
	女性	40～65 歳	668	27	180
		65～75 歳	1,393	41	571
	合計		3,821	33.9	1,296
令和 7 年度	男性	40～64 歳	622	23	143
		65～74 歳	1,087	37	402
	女性	40～65 歳	647	28	181
		65～75 歳	1,367	42	574
	合計		3,723	34.9	1,301
令和 8 年度	男性	40～64 歳	610	24	146
		65～74 歳	1,048	38	398
	女性	40～65 歳	625	29	181
		65～75 歳	1,340	43	576
	合計		3,623	35.9	1,302
令和 9 年度	男性	40～64 歳	600	25	150
		65～74 歳	1,009	39	394
	女性	40～65 歳	603	30	181
		65～75 歳	1,313	44	578
	合計		3,525	36.9	1,302
令和 10 年度	男性	40～64 歳	589	26	153
		65～74 歳	968	40	387
	女性	40～65 歳	583	31	181
		65～75 歳	1,286	45	579
	合計		3,426	37.9	1,300
令和 11 年度	男性	40～64 歳	578	27	156
		65～74 歳	928	41	380
	女性	40～65 歳	562	32	180
		65～75 歳	1,259	46	579
	合計		3,327	38.9	1,296

特定保健指導利用者数の見込み

特定健康診査対象者数に特定健康診査の受診率(目標)及び特定保健指導対象者の割合(出現率)を乗じて特定保健指導対象者数を見込んでいる。これに、特定保健指導の実施率(目標)を乗じて特定保健指導の利用者数を見込んでいる。

特定保健指導の割合は、令和4年度の実績を用いている。

また、特定保健指導の実施率については、実状に基づき、令和11年度に40.0%となるよう設定した。

図表65 特定保健指導の対象者となった人の割合(出現率)

単位:%

令和4年度	積極的支援	動機付け支援	合計
男性	2.3	5.4	7.7
女性	0.5	3.4	3.9

図表 66 特定保健指導終了者の割合(実施率)

単位:%

令和4年度	積極的支援	動機付け支援	合計
男性	2.9	14.0	16.9
女性	2.2	14.0	16.2

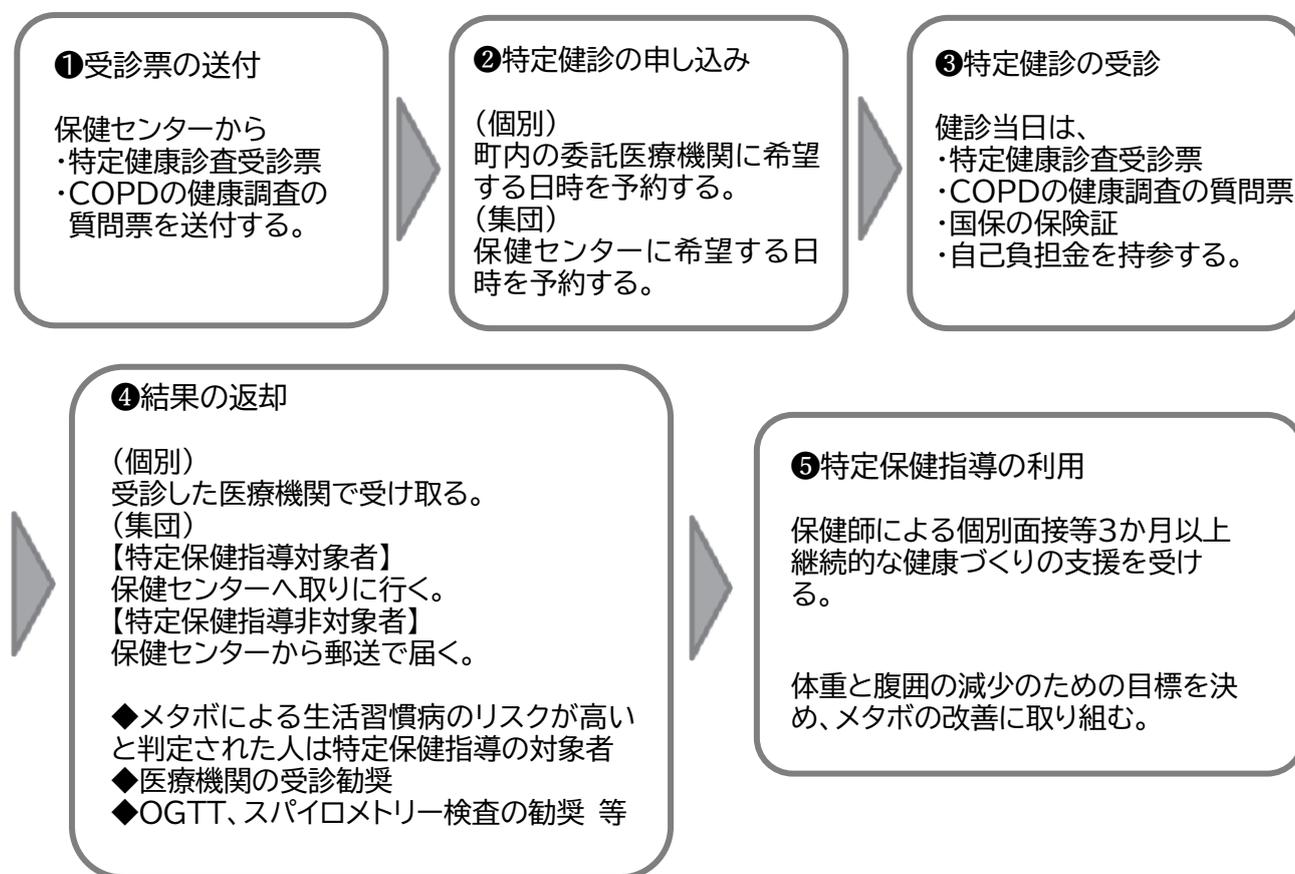
図表 67 特定保健指導利用者数の見込み

単位:人

区分		対象者数			利用者数		
		積極的支援	動機付け支援	合計	積極的支援	動機付け支援	合計
令和6年度	男性	30	71	101	5	22	27
	女性	7	48	55	4	23	27
	合計	37	119	156	9	45	54
令和7年度	男性	30	71	101	6	24	30
	女性	7	48	55	4	24	28
	合計	37	119	156	10	48	58
令和8年度	男性	30	71	101	6	25	31
	女性	7	48	55	4	26	30
	合計	37	119	156	10	51	61
令和9年度	男性	30	71	101	6	27	33
	女性	7	48	55	4	27	31
	合計	37	119	156	10	54	64
令和10年度	男性	30	71	101	6	28	34
	女性	7	48	55	5	28	33
	合計	37	119	156	11	56	67
令和11年度	男性	30	71	101	6	30	36
	女性	7	48	55	4	30	33
	合計	37	119	156	10	60	70

3. 特定健康診査・特定保健指導の実施方法

3-1. 特定健康診査・特定保健指導の利用の流れ



特定保健指導の対象者(階層化)

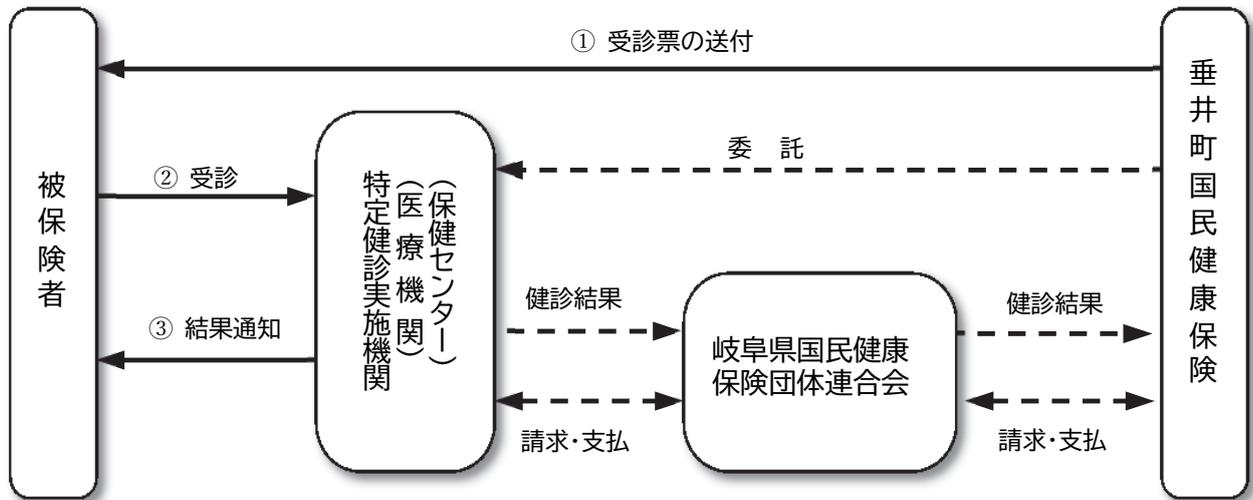
積極的支援	動機づけ支援	情報提供
メタボによる生活習慣病のリスク が高い人を対象	メタボによる生活習慣病のリスク が出現し始めている人を対象	今のところメタボによる生活習 慣病のリスクが低い人を対象

腹囲	追加リスク		④喫煙歴	対象	
	①血糖	②脂質		③血圧	40～64歳
≧男性 85cm ≧女性 90cm	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 BMI≧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		/		

※第4期から追加された新規選択肢「以前は吸っていたが最近1か月は吸っていない」については、階層化において「喫煙なし」として取り扱う。

3-2. 特定健康診査

特定健康診査の受診は、各年度に1人1回とし、概ね次のように実施する。



(1) 受診票の送付

受診対象者には、垂井町国民健康保険から受診票(図表 69・70)を個別に送付する。また、基本的な検査項目に含まれる質問票が含まれ、COPD(慢性閉塞性肺疾患)の健康調査の質問票(図表 71)を同封する。

(2) 実施期間

特定健康診査の受診期間は、6月～1月とする。

(3) 実施場所

特定健康診査は、委託契約を結んだ医療機関(令和6年度は町内 10 か所)と保健センターで実施する。

また、がん検診との同時受診ができる体制を継続していく。

(4)実施内容

特定健康診査の健診項目は図表 68 の通り

図表 68

項 目		区分	備 考	
診 察	質 問(問 診)	○	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査。基本的な検査項目に含まれる質問票は、受診票の一部として組み込んでいる(図表70参照)	
	計 測	身 長	○	
		体 重	○	
		肥満度・標準体重	○	BMI=体 重(kg)÷身 長(m)の2乗
		腹 囲	○	
	理学的所見(身体診察)		○	
血 圧		○		
脂 質	中性脂肪	○	やむを得ず空腹時(食後10時間以上)以外に採血を行う場合には、随時中性脂肪(食後10時間未満)による血中脂質検査を行うことも可。	
	HDL-コレステロール	○		
	LDL-コレステロール	○		
肝機能	AST(GOT)	○		
	ALT(GPT)	○		
	γ-GT(γ-GTP)	○		
代謝系	血糖(空腹または随時)	○	やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1c(NGSP値)を測定しない場合は、食直後(食事開始時から3.5時間未満)を除き随時血糖による血糖検査を行うことも可	
	ヘモグロビンA1c	○		
血液一般	ヘマトクリット値	◎	国の基準では詳細な健診の項目(医師の判断により受診しなければならない項目)となっている。	
	血色素測定	◎		
	赤血球数	◎		
尿・腎機能	尿糖	○		
	尿蛋白	○		
	尿潜血	◎		
	尿酸	◎		
	クレアチニン(eGFR)	◎□		
心電図		□		
眼底検査		□		
COPDスクリーニング		◎	図表71参照	

○:必須項目

◎:本町の追加項目

□:医師の判断による実施項目

第4期計画期間において、基本的な健診項目、標準的な質問項目において、変更点がある。

主な変更点

基本的な健診項目

	項目	内容
①	血中脂質検査	血中脂質検査における中性脂肪において、やむを得ず空腹以外で中性脂肪を測定する場合は、随時中性脂肪による血中脂質検査を可とした。

標準的な質問項目

	項目	内容
①	喫煙に関する質問項目	喫煙や飲酒にかかる質問項目については、より正確にリスクを把握できるように詳細な選択肢へ修正した。
②	飲酒に関する質問項目	
③	特定保健指導に関する質問項目	特定保健指導の受診歴を確認する質問項目に修正した。

第3期

質問項目	回答
現在、たばこを習慣的に吸っている。	①はい ②いいえ

質問項目	回答
お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない
飲酒日の1日当たりの飲酒量	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3合以上

質問項目	回答
生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	①はい ②いいえ

第4期

質問項目	回答
現在、たばこを習慣的に吸っていますか。	①はい ②以前は吸っていたが最近1か月は吸っていない ③いいえ

質問項目	回答
お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどれくらいですか。	①毎日 ②週5～6日 ③週3～4日 ④週1～2日 ⑤月に1～3日 ⑥月に1日未満 ⑦やめた ⑧飲まない(飲めない)
飲酒日の1日当たりの飲酒量	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3～5合未満 ⑤5合以上

質問項目	回答
生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ

(5)結果の通知

特定健康診査の結果は、実施機関(医療機関または保健センター)から通知する。返却時には健診結果から生活習慣を振り返られるような説明を行うとともに、必要に応じて、医療機関の受診勧奨、OGTT やスパイロメトリー検査の勧奨等を行う。

(6)自己負担額

特定健康診査の利用者の自己負担額は1,000円とする。

(7)未受診者への受診勧奨

医師会や医療機関等関係機関と連携して、受診率の向上に努めていく。

特定健康診査の未受診者に対しては、郵送による個別勧奨を行うとともに、保険アドバイザーによる受診勧奨チラシの配付や町内スーパーやドラッグストアへの設置、出前講座等の機会を活用した健康診査の案内等により受診勧奨を行う。

図表 69

令和5年度 受診者の方へ太線(桃色)枠内は健診前にご記入ください。

505 特定健康診査 受診票

健診実施日 2088年88月88日

健診内容

【同意】自分自身の健康維持と公衆衛生の向上を図るため、別紙のとおり個人情報を取り扱われることに同意します。

受診者署名 TEL

窓口の自己負担

健診実施日 2088年88月88日

生年月日 男 明 治 大 正 昭 和 88年88月88日

年齢 88歳 この年齢は年度末における満年齢で表示しています。 性別 男 女

被保険者証等記号番号

受診券整理番号

交付日

有効期限

保険者 番号 名称 所在地 電話番号

※※※※※ 健診機関のデータ記入欄 ※※※※※ お願い：ここから下段に受診者の方は記入しないでください。

身長 88.8 cm 体重 88.8 kg 腹囲 88.8 cm 血圧 88/88 mmHg (2回の平均を記入)

検査項目: 蛋白, 糖, 尿潜血, 心電図所見, 眼底検査

結果: 蛋白 -, 糖 -, 尿潜血 -, 心電図所見 正常範囲, 眼底検査 シェイエ分類H H0

詳細な健診項目の実施理由: 軽度の脂質異常ですので生活習慣の見直しを。

脂質異常を認めますので医師に相談を。

該当するコメントがあれば下記及び右欄から選んでください。4個以内

今回の検診では、異常を認めません。

かかりつけ医で引き続き治療を。

軽度の肥満ですから体重減量努力を。

血圧がやや高めですので経過観察を。

血圧が高いので医師に相談を。

尿検査にやや異常があるので経過観察を。

尿検査に異常があるので再検査を。

軽度の脂質異常ですので生活習慣の見直しを。

脂質異常を認めますので医師に相談を。

糖尿病の検査で軽度異常があるので生活習慣の見直しを。

糖尿病の疑いがあり精密検査(糖負荷試験)を。

糖尿病です。医師に相談を。

軽度の肝機能異常ですので経過観察を。

肝炎ウイルス検査を受けていない人は医師に相談を。

肝機能異常を認めますので精密検査を。

クレアチニンの値に軽度異常があり経過観察を。

クレアチニンの値に異常を認めますので医師に相談を。

図表 70

※マークの付け方 ○ 良い例 | × 悪い例

注：病歴と自覚症状は5個までとしてください。6個以上の記入があってもデータ化されません。

病歴	<input type="checkbox"/> 病歴なし	<input type="checkbox"/> 心不全	<input type="checkbox"/> 貧血	<input type="checkbox"/> 痛風	自覚症状	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし	<input type="checkbox"/> 関節痛	<input type="checkbox"/> のどがかわく	
	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍		<input type="checkbox"/> 肩・首のこり	<input type="checkbox"/> 耳なり	<input type="checkbox"/> 物忘れがげしい	
	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> うつ		<input type="checkbox"/> 腰痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 手足のしびれ	
	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 狭心症	<input type="checkbox"/> 脳卒中	<input type="checkbox"/> 関節症		<input type="checkbox"/> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> 胸がしめつけられる	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
高血圧	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 祖父母	心臓病	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 祖父母	この1年間で入院されましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
脳卒中	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 祖父母	肝臓病	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 祖父母		
糖尿病	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 祖父母	がん	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 祖父母		
1. 血圧を下げる薬を飲んでますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		16. 朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。		<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
2. 血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		17. 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない	
3. コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		18. お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどれくらいですか。		<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々		<input type="checkbox"/> ほとんど飲まない(飲めない)	
4. 医師から、脳卒中(脳出血・脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		19. 飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(180ml)の目安： ビール(約500ml)、 焼酎25度(110ml)、 ウイスキーダブル1杯(60ml)、 ワイン2杯(240ml)		<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満		<input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上	
5. 医師から心臓病(狭心症・心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		20. 睡眠で休養が十分とれていますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
6. 医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		21. 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。右記から1つ選んで下さい。		<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない		<input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内)	
7. 医師から、貧血といわれたことがありますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		22. 生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりで少しずつ始めている	
8. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		23. 睡眠剤を飲んでますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満)	
9. 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		24. 鎮痛剤を飲んでますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)	
10. 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
11. 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
12. ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
13. 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。 <input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみ合わせなど気になる部分があり、かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない									
14. 人と比較して食べる速度が速いですか。		<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い							
15. 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
<input type="checkbox"/> 軽度の貧血ですので経過観察を。 <input type="checkbox"/> 貧血を認めますので医師に相談を。 <input type="checkbox"/> 白血球に軽度の異常を認めますので経過観察を。		<input type="checkbox"/> 白血球に異常を認めますので精密検査を。 <input type="checkbox"/> 診察時の他覚所見については医師に相談を。		<input type="checkbox"/> 心電図に異常を認めますので医師に相談を。 <input type="checkbox"/> 眼底検査に異常を認めますので医師に相談を。		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
顧客コード		病 医 院 名 称							
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									

※令和6年度から質問項目が変更になるため、この質問票は令和5年度まで使用する

図表 71

416		COPDの健康調査の質問票		健診日	20	年	月	日	
セイとメイの間に1つ空白を空けて下さい。左詰でご記入下さい。									
氏名								男	女
カタカナ									
呼吸器の健康調査(COPD：慢性閉塞性肺疾患)の質問票					生年	大	昭	和	
当てはまる項目の○に□のように印を付けて下さい。					月日	年	月	日生	
あなたはタバコの煙をこれまでに吸ったことがありますか。									
<input type="checkbox"/> 現在タバコを吸っている、またはこれまでに吸ったことがある。									
1	<input type="checkbox"/> 自分自身では吸った事が無いが職場や家庭などで受動喫煙(周囲の人のタバコの煙を日常的に吸入する事)がある。								
<input type="checkbox"/> 15年以上である。 <input type="checkbox"/> 15年未満である。									
<input type="checkbox"/> 自分自身は吸った事が無く、職場や家庭などで受動喫煙の経験も無い。									
2	貴方の年齢はおいくつですか。							CF2:	ポイント
<input type="checkbox"/> 40~49歳 <input type="checkbox"/> 50~59歳 <input type="checkbox"/> 60~69歳 <input type="checkbox"/> 70歳以上									
1日に何本くらいタバコを吸われますか(もし今は禁煙しているならば、以前は1日何本くらい吸っていましたか)本数に変化のあった方は平均的な数でお答えください。 ※これまで全くタバコを吸ったことがない方はこの質問の記入は不要です。									
3	1日 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 本くらい							CF3:	ポイント
今まで合計で何年くらいタバコを吸っていましたか。									
今まで合計 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年間くらいタバコを吸っていた。									
天候により、咳がひどくなることがありますか。									
4	<input type="checkbox"/> 天候によりひどくなることがあります。 <input type="checkbox"/> 天候には関係ありません。							CF4:	ポイント
<input type="checkbox"/> 咳はもともととでません。									
風邪をひいていないのに痰がからむことがありますか。									
5	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							CF5:	ポイント
朝起きてすぐに痰がからむことがありますか。									
6	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							CF6:	ポイント
喘鳴(ゼイゼイ、ヒューヒュー)がよくありますか。									
7	<input type="checkbox"/> いいえ、ありません。 <input type="checkbox"/> 時々、もしくはよくあります。							CF7:	ポイント
現在(もしくは今まで)アレルギーの症状(アトピー性皮膚炎、じんましんなど)はありますか。									
8	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							CF8:	ポイント
COPD(慢性閉塞性肺疾患)という病気についてご存知でしたか。					下欄は健診機関で記入します。				
<input type="checkbox"/> COPDという用語自体知らなかった。					二次 使用	<input type="checkbox"/> 同意			
<input type="checkbox"/> COPDという用語は聞いた事があるが、どういう病気かは知らなかった。						<input type="checkbox"/> 不同意			
<input type="checkbox"/> COPDがどういう病気か知っていた。									
注意…身長、体重測定は健診機関で実施しますので記入しないでください									
10	身長 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm 体重 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kg							CF10:	ポイント
コード					健診機関名				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					総計:				ポイント

3-3. 特定保健指導

特定保健指導の利用は、各年度に1人1回とし、次のように実施する。

(1) 対象者への通知

医療機関で受診した特定保健指導の対象者に対しては、概ね2か月後に個別に特定保健指導の案内を通知し、指定日に保健センターへ来所することで保健指導が始まる。

保健センターで受診した特定保健指導の対象者は、概ね1か月後に保健センターへ結果を取りに来所することで保健指導が始まる。

(2) 実施期間

利用期間は、利用開始日から3か月間とする。

(3) 実施場所

動機付け支援及び積極的支援は、保健センター等で実施する。また、対象者の状況や希望に応じて保健師等が対象者宅を訪問し、実施する。

(4) 実施内容

① 情報提供

結果返却時に医師から結果に応じた情報提供を行う。この場合、全員に画一的な情報を提供するのではなく、健診結果や健診時の質問票から対象者個人に合わせた情報を提供する。

② 動機付け支援(リスクが現れ始めた段階の人への支援)

面接後、速やかに実践に移り、その生活が継続できる範囲で生活習慣改善のための行動目標・行動計画を利用者とともに立て、3か月間の取組後において、行動目標の達成度、身体状況や生活習慣の変化について評価を行う。

a 面接による支援

○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本人の生活が及ぼす影響、生活習慣の振り返り等から生活習慣改善の必要性を説明する。

○血流観察を通じて、自身の健康状態・生活習慣を振り返るきっかけとして活用する。

○生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットについて説明する。

- 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導を行う。
- 対象者の行動目標や実績評価時期の設定を支援する。必要な社会資源を紹介し、有効に活用できるように支援する。
- 体重・腹囲の計測方法について説明する。
- 利用者とともに行動目標・行動計画を作成する。

b 実績評価

- 実績評価は、個々の対象者に対する特定保健指導の効果について評価する。
- 設定した行動目標が達成されているかどうか、身体状況及び生活習慣に変化が見られたかどうかについて評価を行う。
- 必要に応じて評価時期を設定して動機付け支援対象者が自ら評価するとともに、行動計画の策定の日から3か月以上経過後に保健師または管理栄養士が評価を行い、評価結果を対象者に提供する。
- 実績評価は、面接または通信(電話、電子メール、FAX、手紙等)により行い、評価結果を対象者に提供する。

③積極的支援(リスクが重なりだした段階の人への支援)

初回時の面接において、生活習慣改善のための実践可能な行動目標を利用者自らが選択できるように支援を行う。その目標達成のための行動計画を立て、3か月以上の定期的・継続的な支援を行い、行動目標の達成度、身体状況や生活習慣の変化について評価を行う。アウトカムとアウトプット評価で180ポイントの支援を実施する。

a 初回時の面接による支援

動機づけ支援と同様の支援とする。

b 3か月以上の継続的な支援

(第4期のポイントについて)

アウトカム 評価	腹囲2cm・体重2kg減	180p
	腹囲1cm・体重1kg減	20p
	食習慣の改善	20p
	運動習慣の改善	20p
	喫煙習慣の改善(禁煙)	30p
	休養習慣の改善	20p
	その他の生活習慣の改善	20p
プロセス 評価	個別支援	支援1回当たり 70p 支援1回当たり 最低10分間以上
	電話支援	支援1回当たり 30p 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 30p
	健診当日の初回面接	20p
	健診後 1週間以内の初回面接	10p

c 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

2年連続して積極的支援に該当した対象者のうち、1年目に比べ2年目の状態が改善している人については、2年目の特定保健指導は、動機付け支援相当(初回面接と実績評価は必須だが、その間の必要に応じた支援は180ポイント未満でもよい)の支援を実施した場合であっても、特定保健指導を実施したこととする。

対象者は、1年目に積極的支援の対象者に該当し、かつ、積極的支援(3か月以上の継続的な支援の実施を含む)を終了した人で、2年目も積極的支援対象者に該当し、1年目に比べ2年目の状態が改善している人に限る。

<状態が改善している人の評価基準>

BMI<30	腹囲1.0cm以上かつ体重1.0kg以上減少している人
BMI≥30	腹囲2.0cm以上かつ体重2.0kg以上減少している人

○上記の対象者を選定し動機付け支援相当の支援を実施する流れ

- ア. 当該年度に積極的支援レベルに該当した人のうち、前年度も積極的支援レベルに該当し、かつ、積極的支援(3か月以上の継続的支援の実施含む)を終了した人を抽出
- イ. 腹囲及び体重の値が、前年度の特定健康診査の結果に比べ当該年度の特定健康診査の結果の方が改善している人を抽出
- ウ. 動機付け支援、積極的支援相当の支援とするかを判断
- エ. 動機付け支援相当の支援の実施を決定

④ その他

非肥満の人への支援が必要であるため、被保険者の状況に応じて、特定保健指導対象者以外で生活習慣の改善が必要と考えられる人に対して、動機付け支援と同様の支援を実施する。また、状況に応じて対象者について検討する。

3-4. 周知・案内の方法

特定健康診査等の受診率向上につながるよう、次のような媒体・機会を通じて、周知・案内を行う。

- ◎「広報たるい」、「町ホームページ」等、本町の広報媒体の利用
- ◎役場や公共施設、医療機関でのポスターの掲出やチラシの配布
- ◎出前講座等の機会を活用した健康診査の案内
- ◎受診勧奨チラシを町内スーパーやドラッグストアへ設置

3-5. 実施スケジュール

特定健康診査等は、次のスケジュールで行う。

月	特定健康診査	特定保健指導	
4月	特定健康診査対象者の抽出受診券の作成・送付		
5月			
6月			
7月			
8月			
9月	特定健康診査の実施		
10月			
11月		特定保健指導の利用通知	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 初回面接 3か月以上の指導 3か月後以降に 実績評価 </div>
12月			
1月			
2月			
3月			
4月			特定保健指導は次年度に続くこともある
5月			

3-6. 記録・データの保存

データの受領・管理

特定健康診査等の費用の支払い及びデータの送信事務並びにデータ管理・保存に関し、代行機関として岐阜県国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という)に事務委託する。特定健診実施機関から提出されたデータは、国保連の特定健康診査等管理システムにおいて管理・保存する。

データの保存

特定健康診査等の記録・データの保存期間は5年間とする。なお、本町国保の資格を失った場合は、その異動年度の翌年度までの保存とする。

3-7. 個人情報保護対策

(1) 個人情報保護に関する規定・ガイドラインの遵守

特定健康診査等の実施にあたり、個人情報の取り扱いは、「個人情報の保護に関する法律」及び同法に基づくガイドラインを遵守して行う。

なお、委託契約の際には、本町個人情報保護条例等関係法令に基づき、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定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理していく。

(2) 守秘義務規定の遵守

「高齢者の医療の確保に関する法律」第30条及び第167条ならびに「国民健康保険法」第120条の2に基き、本町の職員及び本町が委託する特定健康診査等に従事する者は、特定健康診査等を実施する際に知り得た個人情報に関する守秘義務規定を遵守する。

◆高齢者の医療の確保に関する法律(抜粋)

(秘密保持義務)

第30条 第28条の規定により保険者から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にあっては、その役員)若しくはその職員また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ない。

第167条 第30条の規定に違反して秘密を漏らした者は、1年以下の懲役または100万円以下の罰金に処する。

◆国民健康保険法(抜粋)

第120条の2 保険者の役員若しくは職員またはこれらの職にあつた者が、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、1年以下の懲役または100万円以下の罰金に処する。

4. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

毎年、実施計画で設定した目標値の達成状況を確認し、必要に応じて見直しを行う。評価は①ストラクチャー(構造)、②プロセス(過程)、③アウトプット(事業実施量)、④アウトカム(結果)の4つの観点から行うこととする。

図表 72

評価指標		策定時 実績	目標値					
		令和 3年度	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
特定健康診査 受診率(%)	法定報告	30.9	33.9	34.9	35.9	36.9	37.9	38.9
特定保健指導 実施率(%)	法定報告	23.6	35.0	36.0	37.0	38.0	39.0	40.0
特定保健指導 による特定保 健指導対象者 の減少率(%)	法定報告	20.0	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0	26.0

第4章 計画の進行管理等について

1. 計画の公表・周知

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る。

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、保健医療関係者経由で医療機関等に周知し、配布する。

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である。

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する。

2. 個人情報の取扱い

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するが、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う。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る。

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、事業の運営にあたる。

※「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)

参考資料

評価指標一覧

第3期垂井町データヘルス計画評価指標

中目的	評価指標	計画策定 時実績	目標値						
		令和 3年度	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	
メタボ等の生活習慣病予防	特定健診受診率(%) (法定報告)	30.9	33.9	34.9	35.9	36.9	37.9	38.9	
	特定保健指導実施率(%) (法定報告)	23.6	35.0	36.0	37.0	38.0	39.0	40.0	
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(%)	20.0	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0	26.0	
糖尿病の重症化予防	HbA1c8.0以上の者の割合(%)	0.8	0.7	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	
	HbA1c6.5以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合(%)	10.8	9.0	8.0	7.0	6.0	5.0	4.0	
高血圧の重症化予防	収縮期血圧維持・改善者割合(%)	83.3	85.0	85.0	85.0	85.0	85.0	85.0	
	拡張期血圧維持・改善者割合(%)	83.3	85.0	85.0	85.0	85.0	85.0	85.0	
腎機能低下の重症化予防	CKD重症度分類の変化(%)		50.0	50.0	50.0	50.0	50.0	50.0	
重複多剤服用者の減少	保険者努力支援:共通指標⑤(1)重複投薬者に対する取組 重複投与者数(対被保険者1万人)が前年度から減少		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	前年より減少	
	保険者努力支援:共通指標⑤(2)多剤投与者に対する取組 多剤投与者数(対被保険者1万人)が前年度から減少		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	前年より減少	
地域包括ケア推進・一体的実施の取組の状況	保険者努力支援:国保固有の指標④(1)地域包括ケア推進の取組 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		実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	
	保険者努力支援:国保固有の指標④(1)地域包括ケア推進の取組 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		実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	

第4期特定健康診査等実施計画評価指標

評価指標		策定時 実績	目標値					
		令和 3年度	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
特定健康診査 受診率(%)	法定報告	30.9	33.9	34.9	35.9	36.9	37.9	38.9
特定保健指導 実施率(%)	法定報告	23.6	35.0	36.0	37.0	38.0	39.0	40.0
特定保健指導に よる特定保健指 導対象者の減少 率(%)	法定報告	20.0	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0	26.0

用語集

あ

アウトカム

事業を実施したことによる成果を目標の達成度で評価すること。

アウトプット

実施量を立案した計画の実施率や開催回数で評価すること。

eGFR

推定糸球体濾過量。どれくらい腎臓に老廃物を尿へ排泄する能力があるかを示しており、この値が低いほど腎臓の機能が悪いということになる。

HDLコレステロール

増えすぎたコレステロールを回収し、さらに血管壁にたまっているコレステロールを取り除いて、肝臓へ戻す働きをする。動脈硬化を抑制する働きがあり、善玉コレステロールといわれている。

LDLコレステロール

肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる。悪玉コレステロールといわれている。

か

介護保険第1号被保険者

65歳以上の者。

介護保険第2号被保険者

40歳以上65歳未満の医療保険加入者。

虚血性心疾患

動脈硬化が進行し、心筋の血管が狭くなり、血液の流れが悪くなったり、血栓(血の固まり)ができて血管が詰まり、血液が流れなくなって心筋の細胞が壊れる疾患の総称である。狭心症と心筋梗塞が代表的である。

クレアチニン

筋肉に含まれているタンパク質の老廃物。本来は、腎臓の糸球体でろ過され尿中に排泄されるが、腎臓の機能が低下すると排泄される量が減少し、血液中にクレアチニンが溜まる。腎臓の機能の低下とともに、血清クレアチニンの値は高くなってくる。

KDB(国保データベース)

国保データベースを示す略語 国保保険者や後期高齢者医療広域連合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、①「統計情報」・②「個人の健康に関するデータ」を作成している。この活用により、データに基づいた地域の健康課題の明確化と保健事業の効果的な実施や評価が可能となる。

後期高齢者

日本の医療制度では、75 歳以上を長寿(後期高齢者)としている。国連の世界保健機関(WHO)の定義では、65 歳以上の人のことを高齢者としており、65 歳以上 75 歳未満は前期高齢者としている。

さ

脂質異常症

中性脂肪やコレステロール等の脂質代謝に異常をきたし、血液中の脂質の濃度が基準の範囲にない状態。「高脂血症」から平成 19 年に名称が改められた。

ストラクチャー

物事の構成や構造を意味する言葉。保健事業においては、事業に従事する職員の体制(職種、人数、職員の資質等)、予算、施設、設備の状況、他機関との連携体制、社会資源の活用状況のことを意味する。

生活習慣病

生活習慣が原因で起こる疾患の総称。KDB では生活習慣病とし 11 疾病を示している。(狭心症、脳梗塞、脳出血、動脈硬化症、脂肪肝、高尿酸血症、脂質異常症、高血圧、糖尿病、がん、心筋梗塞)

CKD

慢性腎臓病。「腎臓の障害」もしくは「腎機能低下」が 3 か月以上持続している状態の総称

た

中性脂肪

肉や魚・食用油等、食品中の脂質や体脂肪の大部分を占める物質。中性脂肪は人や動物にとって重要なエネルギー源であるが、とりすぎると体脂肪として蓄えられて肥満を招き、生活習慣病を引き起こす。

データヘルス計画

健診・医療等のデータを活用し、集団の特性や健康課題を把握し、健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上を図り、結果として医療費の適正化に資することを目指した保健事業を実施するための計画

糖尿病

血糖値の上昇を抑える働きをもつホルモン(インスリン)の分泌不足や、分泌されても十分に働かないことが原因で血糖値が慢性的に高くなった状態。

糖尿病性腎症

糖尿病の合併症で腎臓の機能が低下した症状。腎臓の血管の変性、血流障害、血液成分の露出によって血管変化が起こる。進行すると、腎血管の破壊、機能障害が起こる。

特定健康診査(特定健診)

平成 20 年4月から開始。40～74 歳のすべての国民に対して年1回の健診を行い、その結果を踏まえて保健指導を行うことを健康保険組合等の医療保険者に義務づけたもの。これまで機会があってもあまり健診を受けなかった、家庭の主婦等の扶養家族や自営業等の人たちも全員が受診することを目指している。

特定保健指導

特定健診と同じく、平成 20 年4月から開始。健診結果に基づき、特定健診の結果、メタボリックシンドローム該当者及びその予備群となった人に対して、個々の状態にあった生活習慣の改善に向けたサポートを行う。

な

脳血管疾患

脳出血、脳梗塞、クモ膜下出血、一過性脳虚血発作等。脳の血管が破れるか詰まるかして、脳に血液が届かなくなり、脳の神経細胞が傷害される病気。

は

ハイリスクアプローチ

高リスク者を対象とした保健事業

‰(パーミル)

千分率を意味する単位。1パーミルは、千分の1で、0.1%と同じ意味になる。

BMI(体格指数)

ボディ・マス・インデックスの略。肥満や低体重(やせ)の判定に用いる。

体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)で算出する。

18.5 未満が低体重(やせ)、18.5 以上 25 未満が普通体重、25 以上が肥満。

PDCAサイクル

Plan(計画)、Do(実施)、Check(評価)、Act(改善)の頭文字をとったもので、事業活動における生産管理や品質管理等の管理業務を円滑に進める手法のひとつ。ここでは、事業活動として保健事業(健診・保健指導)にこの手法を適用している。

標準化死亡比

基準死亡率(人口 10 万対の死亡数)を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものである。

我が国の平均を 100 としており、標準化死亡比が 100 以上の場合は国の平均より死亡率が多いと判断され、100 以下の場合には死亡率が低いと判断される。

プロセス

作業を進める手順や方法、過程等を意味する言葉。保健事業の評価では、実施過程において必要なデータを入手しているか、人員配置が適切であるか、スケジュール通りに行われているか等を評価すること。

HbA1c(ヘモグロビンエーワンシー)

過去1～2か月の血糖値を反映する数値。

平均寿命

0歳の平均余命。0歳の者が平均して何歳まで生きるかを表したものの。

平均自立期間

国保データベース(KDB)システムにおいては、「日常生活動作が自立している期間の平均」を指標とした健康寿命を算出し、「平均自立期間」と呼称している。介護受給者台帳における「要介護 2 以上」を「不健康」と定義して、毎年度算出する。平均余命からこの不健康期間を除いたものが、平均自立期間である。

平均余命

各年齢の者が1年以内に死亡する確率や、平均してあと何年生きられるかという期待値等を、死亡率や平均余命等の指標によって表したものの。

ポピュレーションアプローチ

集団全体に対して働きかけることにより、集団全体の健康リスクを軽減させ、良い方向にシフトさせること。

ま

メタボリックシンドローム(メタボ)

お腹のまわりの内臓に脂肪が蓄積した内臓脂肪型肥満に加え、高血圧、高血糖、脂質異常の危険因子を2つ以上もった状態。重なる危険因子の数が多ければ多いほど、命に関わる心臓病や脳血管疾患を発症する危険性が高まる。

メタボリックシンドローム該当者

腹囲が男性 85cm 以上、女性 90cm 以上で内臓脂肪の蓄積があると考えられる対象で、かつ3つの項目(血中脂質、血圧、血糖)のうち2つ以上の項目に該当する者。

メタボリックシンドローム予備群

腹囲が男性 85cm 以上、女性 90cm 以上で3つの項目(血中脂質、血圧、血糖)のうち1つの項目に該当する者。

**第3期垂井町データヘルス計画及び
第4期垂井町特定健康診査等実施計画**

令和6年3月発行

垂井町

岐阜県不破郡垂井町宮代 2957 番地の 11

電話 0584-22-7509