

関ヶ原町国民健康保険

第3期保健事業実施計画
(データヘルス計画)・
第4期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

目 次

第1章 計画の策定にあたって	1
1 計画策定の趣旨	1
2 計画の位置づけ	3
3 計画の期間	3
4 計画の実施体制	4
第2章 健康・医療情報等の分析と課題の整理	6
1 本町の概況	6
2 人口と被保険者の状況	10
3 平均寿命と健康寿命	15
4 医療の状況	17
5 特定健康診査・特定保健指導の実施状況	22
6 介護保険の状況	30
7 被保険者の健康に関する課題の整理	37
第3章 前期計画の評価	39
1 前期計画の評価	39
第4章 計画の目的と目標等	41
1 計画の目的	41
2 計画の目標	42
3 計画の目標を達成するための方策	43
第5章 特定健康診査等実施計画	44
1 事業の目的と目標（評価指標）	44
2 事業の対象者	45
3 事業の実施方法	46
Ⅰ 特定健診及び特定保健指導の流れ	46
Ⅱ 特定健診の実施方法	47
Ⅲ 特定保健指導の実施方法	48

第6章	その他の個別保健事業の展開	52
1	糖尿病等重症化予防事業	52
2	循環器疾患重症化予防事業	55
3	適正受診・適正服薬促進	58
4	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	61
第7章	計画の推進	65
1	計画の公表・周知	65
2	計画の評価・見直し	65
3	個人情報の取り扱い	66
	用語解説	67

第1章 計画の策定にあたって

1 計画策定の趣旨

(1) 保健事業実施計画（データヘルス計画）の策定について

市町村国保及び国民健康保険組合（以下「市町村国保」及び「国民健康保険組合」を合わせて「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られています。

平成25（2013）年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する」とされました。平成26（2014）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。）の一部を改正するなどにより、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的、効率的な保健事業の実施を図るための保健事業実施計画（以下「データヘルス計画」という。）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うこととなりました。その後、平成30（2018）年4月からは、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した。令和2（2020）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）」においては、保険者のデータヘルス計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和3（2021）年12月の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」ことが示されました。このように、すべ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図られています。

(2) 特定健康診査等実施計画の策定について

平成18（2006）年の医療制度改革において、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、保険者に対し、被保険者への糖尿病等の生活習慣病の発症原因とされる内臓脂肪症候群（以下「メタボリックシンドローム」という。）に着目した特定健康診査及び特定保健指導の実施を義務付けました。

同法に基づき、本町は、国民健康保険の保険者として、平成20（2008）年度から糖尿病等の生活習慣病に着目した特定健康診査及び特定保健指導を実施しています。これは、内臓脂肪を蓄積している人に対し、運動や食事等の生活習慣の改善を促し、内臓脂肪を減少させることにより、生活習慣病等の予防を行うことができるという考えに基づくものです。そこで、同法により、特定健康診査及び特定保健指導を効果的、効率的に実施するため、市町村国保の保険者に特定健康診査等実施計画の策定が義務づけられています。

(3) 本町の対応

データヘルス計画と特定健康診査等実施計画は、いずれも被保険者の健康の保持増進を図ることにより、「健康寿命の延伸」と「医療費の適正化」に資することを目的としています。

そのため、国指針においては、「データヘルス計画の策定に関し、市町村が保健事業を総合的に企画し、より効果的かつ効率的に実施することができるよう、可能な限り特定健康診査等実施計画と一体的に策定することが望ましい」とされています。

したがって、本町においては、令和6（2024）年度から、これら2つの計画を「第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）・第4期特定健康診査等実施計画」として一体的に策定します。

2 計画の位置づけ

データヘルス計画は、国保データベース（KDB）システムのデータ分析に基づき、目的、目標、実施内容等を定め、効果的、効率的な保健事業を実施するため策定するものです。

また、特定健康診査等実施計画は、保健事業の中心となる特定健康診査・特定保健指導の目的、目標、実施方法等を決め、効果的、効率的に実施するために策定をするものです。

これらを一体的に策定する本計画は、本町の健康増進計画や介護保険事業計画・老人福祉計画などの関連計画と連携を図りつつ、岐阜県の健康増進計画や医療費適正化計画、介護保険事業支援計画・老人福祉計画などとも調和を図り、策定、推進していきます。

3 計画の期間

本計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。なお、この期間中の令和8年度に中間評価を実施することとします。

図表1-1 計画の期間

年度 計画名	2018 (H30)	2019 (R元)	2020 (R2)	2021 (R3)	2022 (R4)	2023 (R5)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)
データヘルス計画												
	第2期計画						第3期計画					
特定健康診査等実施計画									中間評価			最終評価
							第4期計画					

4 計画の実施体制

保健事業の積極的な推進を図るため、保健衛生担当など住民の健康の保持増進に関係する部署に協力を求め、町一体となって、計画を策定、推進します。

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機関、町において保健事業を主に所管する保健衛生担当、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担当のほか、財政担当や企画担当、生活保護担当などとも十分に連携し、計画を策定、推進します。

特に、計画の策定や保健事業の実施、評価等にあたっては、本町の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、保健衛生担当との連携に努めていきます。

図表 1－2 計画の実施体制

保険者及び関係者	具体的な役割、連携内容
①市町村国保	被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るため、国保部局が中心となり、関係部局や関係機関の協力を得て、保険者の健康課題を分析し、計画を策定します。計画に基づき、効果的、効率的な保健事業を実施し、個別の保健事業の評価や計画の評価を行い、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。保険者の健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、保健衛生部局等の関係部局や県、保健所、国保連等の関係機関の協力を得て、国保部局が主体となって行います。具体的にはア. 健康課題の分析、計画の策定、保健事業の実施及び評価、イ. 保険者内の連携体制の確保、ウ. 国保部局の体制の確保、エ. 関係機関との連携などの役割を果たしていきます。また、県国保・衛生部門、保健事業支援評価委員、国保連合会と調整しながら、保健事業の実施の支援を行います。
②県国保	県は、市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者です。市町村国保の保険者機能の強化については、県の関与がさらに重要になると考え、被保険者の健康の保持増進のため、保険者が、効果的、効率的に保健事業を実施することができるよう、県国保部局は、関係機関との連絡調整や専門職の派遣や助言等の技術的な支援、情報提供等を通じて、積極的に保険者を支援していきます。また、県衛生部門と調整しながら、市町村の国保・衛生部門の事業実施の支援を行います。
③県保険衛生部局	県の健康づくり施策を担っていることを踏まえ、国保部局の求めに応じて、保健師等の専門職が技術的な支援を行います。また、保健所が効果的、効率的に保険者支援を展開できるよう、国保部局と連携して保健所を支援します。

保険者及び関係者	具体的な役割、連携内容
④県保健所	県（国保部局、保健衛生部局）や国保連合会、郡市医師会をはじめとする地域の保健医療関係者（団体）等と連携、調整し、地域の社会資源の状況等を踏まえた上で、地域の実情に応じた保険者支援を行います。
⑤国保連・ 支援評価委員会 ・中央会	計画の策定支援や個別の保健事業の実施支援等を行っており、多くの支援実績が蓄積されています。そのため、保険者は、可能な限り、支援・評価委員会等の支援・評価を受けて計画の策定等ができるよう、県国保課と国保連合会が調整しながら支援を提供する体制を整え、本計画においては保険者の状況把握をしながら、令和8年度の間評価、令和11年度の最終評価時に支援を行います。
⑥後期高齢者医療 広域連合	計画策定の過程において、75歳以上の健診・レセプト情報等を自らの現状分析に活用することはもとより、市町村国保が地域の世代間の疾病構造や医療費等の動向を連続して把握することができるよう、市町村国保と必要な情報の共有に努めます。この場合、市町村国保においては、国保・後期高齢者医療の保健事業を一体的に実施できるよう、庁内の関係部署として、健康課題の明確化や保健事業の効果検証等のため、共有された情報の活用を図るよう努めます。
⑦保健医療関係者	計画策定時だけでなく、保健事業の実施や評価、保健事業の業務の従事者の人材育成等においても、保険者等の求めに応じ、保健医療にかかる専門的見地から、保険者への支援等を積極的に行います。保険者が開催する国保運営協議会、糖尿病重症化予防対策推進協議会、CKD重症化予防などにおいては保険者の支援を地域単位で支援を行います。

第2章 健康・医療情報等の分析と課題の整理

1 本町の概況

本町の高齢化率は、令和4年度で40.3%と県内順位は高い方から7番目となっており、平成27年度と比較して4.1%増加しています。

図表2-1 概況（その1）

項 目		概 況		参考頁
①人口・被保険者構成等	人口構成 ※R4年度	～39歳 1,837人 (28.0%) 40～64歳 2,085人 (31.7%) 65～74歳 1,276人 (19.4%) 75歳～ 1,373人 (20.9%) 計 6,571人	人口減少が顕著です。高齢化率は前期、後期ともに上昇し、高齢者の割合が40.3%と最も高くなっています。	10
	被保険者構成 ※R4年度	～39歳 187人 (13.0%) 40～64歳 389人 (27.1%) 65～74歳 858人 (59.8%) 計 1,434人	令和元～3年度に、39歳までが急激に減少、65歳～74歳までは横ばいで推移しています。	13
	被保険者加入率 ※R4年度	21.8% (県20.0%)	国保加入率は、緩やかに減少していますが、県よりも高い状況です。	13
	被保険者平均年齢 ※R4年度	60.0歳 (県54.7歳)	被保険者平均年齢は、緩やかに上昇し、県よりも高い状況です。	14
	高齢化率 ※R4年度	40.3% (県30.6%)	高齢化率は、県よりも高い状況です。	10
	出生率 ※R4年度	2.6 (県6.2)	出生率は、県よりも低く、少子高齢化が顕著となっています。	11
	死亡率 ※R4年度	16.3 (県11.7%)	死亡率は、県よりも高い状況です。	11
②平均寿命・標準化死亡比等	平均寿命 ※R2年度	男性：81.2歳 (県81.7歳) 女性：87.8歳 (県87.3歳)	平均寿命、健康寿命は年々上昇し、男性より女性のほうが高い状況です。不健康な期間は、男性は短く、女性は長くなっています。標準化死亡比は、男性が糖尿病、脳梗塞等、女性は自殺、脳内出血等で高くなっています。	15・16
	標準化死亡比 ※R2年度	※100以上 男性：糖尿病、脳梗塞等 女性：自殺、脳内出血等		12
	健康寿命 ※R2年度	男性：80.1歳 (県80.3歳) 女性：84.4歳 (県84.2歳)		15・16
	不健康な期間（平均寿命と健康寿命の差） ※R2年度	男性：1.1歳 (県1.4歳) 女性：3.4歳 (県3.1歳)		15・16

図表 2-1 概況（その2）

項 目		概 況		参考頁
③ 医療費の分析	総医療費の推移 上段：国保 下段：後期高齢者医療 ※単位：万円	R元年度 619,40（県159,408,68） R2年度 631,52（県151,592,52） R3年度 662,49（県158,452,89） R4年度 577,60（県153,837,07） R元年度 1,152,41（県253,237,98） R2年度 1,004,26（県245,275,21） R3年度 1,112,68（県252,943,86） R4年度 1,176,27（県264,789,79）	医療費は、R元年度からR4年度にかけて、国保が減少、後期高齢が維持しています。県は、国保が減少していますが、後期高齢が増加しています。	18
	性・年齢階層別医療受診率（1,000人当たり） ※R4年度	～39歳 3,158.9（県 3,932.6） 40～49歳 4,815.1（県 5,271.2） 50～59歳 5,574.0（県 6,691.4） 60～69歳 8,089.2（県10,259.8） 70～74歳 8,924.5（県10,788.4） 平均 7,216.4（県 7,992.9）	県と同様に、60歳代になると医療の受診率が急激に高くなっています。	19
	1人当たり医療費 上段：国保 下段：後期高齢者医療 ※単位：円	R元年度 314,097（県313,420） R2年度 332,732（県310,560） R3年度 367,640（県330,997） R4年度 336,010（県327,827） R元年度 767,762（県766,162） R2年度 668,618（県742,907） R3年度 732,028（県751,787） R4年度 739,327（県753,706）	国保・後期高齢とも1人当たり医療費は、経年的に増加していましたが、R4年度は減少しています。国保加入者の平均年齢が上昇しており、それにあわせて年齢階層別の受診率も、年齢が上がるにつれて増加しているため、医療費が増加していると考えられます。生活習慣病対策等の医療費削減対策が課題です。	18・19
	総医療費の入院・外来別医療費（点数）の高い疾病 上段：国保 下段：後期高齢者医療※R4年度	入院：統合失調症 12.0% その他心疾患 1.5% 外来：糖尿病 11.2% 腎不全 9.9% 入院：その他心疾患 19.7% 骨折 9.5% 外来：その他心疾患 13.8% 糖尿病 9.0%	国保の医療費の高い疾病は、入院では統合失調症、その他心疾患、外来では糖尿病、腎不全の順で高くなっています。後期高齢の医療費の高い疾病は、入院ではその他心疾患、骨折、外来ではその他心疾患、糖尿病の順で高くなっています。生活習慣病、重症化予防、転倒予防、心の健康づくり対策が必要です。	20
	生活習慣病費用割合 ※R4年度	64.9%（県内4位、県58.2%） 費用割合の高い順： 高血圧症（県内2位） 糖尿病（県内1位） 脂質異常症（県内2位）	総医療費に占める生活習慣病費用割合は、県内ワースト4位で県よりも高い状況です。費用割合の高い疾患には、高血圧症、糖尿病、脂質異常症があり、疾病予防、重症化予防対策が必要です。	21
	生活習慣病患者割合 ※R4年度	62.4%（県内2位、県53.7%） 患者割合の高い順： 高血圧症（県内5位） 脂質異常症（県内6位） 糖尿病（県内2位）	医療費の生活習慣病患者割合も、県内ワースト2位で県よりも高い状況です。患者割合の高い疾患には、高血圧症、脂質異常症、糖尿病があり、疾病予防、重症化予防対策が必要です。	21

図表 2-1 概況（その3）

項 目		概 況		参考頁
④ 特定健康診査・特定保健指導の健診データの分析	性・年齢階層別 健診受診率 ※R3年度	(男性：女性) 40-44歳 23.8% (21.7%：26.3%) 45-49歳 19.3% (21.1%：15.8%) 50-54歳 13.6% (6.3%：22.2%) 55-59歳 26.8% (24.3%：29.4%) 60-64歳 39.0% (28.3%：47.1%) 65-69歳 38.9% (34.9%：42.1%) 70-74歳 40.8% (41.1%：40.6%) 計 (33.8%：39.2%)	40～50歳代の受診率が低く、60歳以上、特に65歳以上は受診率が高く、性別では、男性より女性の受診者が多い状況です。40歳～50歳代の未受診者対策とともに、各年代の全体的な未受診者対策が必要です。	22
	特定健康診査 受診率 ※R3年度	36.6% 県内32位 (県40.2%)	特定健康診査受診率は36.6%と県よりも低く、県内順位は32位と低い状況です。横ばい状態のため、受診率向上対策が必要です。	23
	特定保健指導 実施率 ※R3年度	58.0% 県内14位 (県40.1%)	特定保健指導実施率は58%と県よりは高く、県内順位は14位です。上昇傾向にあり、今後も保健指導実施率向上対策が必要です。	26～28
	特定保健指導 利用率 ※R3年度	95.1% 県内 3位 (県45.3%)	特定保健指導利用率は95.1%と県より高く、県内順位も3位と高い状況です。上昇傾向にあり、保健指導利用率は高いため、現在の方法を継続します。	26・27
	生活習慣病リスク 保有者の割合 ※R3年度	血糖リスクあり：72% (県40.1%) eGFR60未満：33% (県22%)	生活習慣病リスク保有者の割合は、県に比べると血糖リスク保有者の割合が高い状況です。R3年度のeGFR60未満の割合も、県に比べて高くなっています。	24・25
	適正な生活習慣を 有する者の割合 ※R3年度	喫煙、睡眠、運動、飲酒、食事 とも県と同様の割合	適正な生活習慣を有する者の割合は、県と同様の割合となっています。	25
	メタボリック シンドローム 該当者の割合 ※R3年度	22.4% 県内10位 (県20.2%)	メタボ該当者が、予備群の割合より高く、県よりも高い状況です。予備軍は県と同じような割合となっています。	29
	メタボリック シンドローム 予備群の割合 ※R3年度	10.9% 県内18位 (県10.4%)		29

図表 2-1 概況（その4）

項 目		概 況		参考頁
⑤ レセプト・健診データ等を組み合わせた分析	特定健康診査 受診勧奨の事業評価	はがきによる受診勧奨により受診につながっています。今後、さらに受診率の低い40～50歳代へのアプローチと国保加入割合の高い60歳代以上の未受診者へのアプローチを検討します。		—
	特定保健指導 の事業評価	健診受診者は、結果説明会にて結果を受け取り、保健指導を受ける方法が定着しており、利用率は高い状況です。また、保健指導を利用した人は、健診項目の改善効果がみられます。さらに、メタボ改善や健診項目改善につながるよう、保健指導方法の改善・検討を継続していきます。		—
	糖尿病重症化 の事業評価	医療機関受診勧奨通知と個別支援を受けた人で改善率が高くなっています。また、次年度以降の特定健康診査継続受診にもつながっています。今後も受診勧奨と個別支援を継続していきます。		—
	高血圧・腎機能 の事業評価	医療機関受診勧奨通知と個別支援を受けた人で改善率が高くなっています。また、次年度以降の特定健康診査受診にもつながっています。今後も受診勧奨と個別支援を継続していきます。		—
⑥ 介護費関係の分析	介護給付費の 状況 ※R4年度	1件当たりの 給付費：66,956円（県：59,511円） 要支援1：6,463円（県：8,192円） 要支援2：11,588円（県：11,083円） 要介護1：36,639円（県：37,662円） 要介護2：50,933円（県：45,957円） 要介護3：104,773円（県：77,618円） 要介護4：128,904円（県：98,945円） 要介護5：132,586円（県：106,128円） 居宅1人当たり給付費（前年比）：102.4 施設1人当たり給付費（前年比）：107.7	1件当たりの給付費、要支援2、要介護2～5の介護給付費は県に比べて高くなっています。介護度が高くなるにつれて、施設サービスを利用する割合が高くなり、給付費が高くなると推測されます。居宅1人当たりの給付費は前年比で0.2、施設1人当たりの給付費は0.7と、いずれも微増しています。	33～35
	介護認定の 状況 ※R4年度	1号認定率：17.7%（県17.4%） 前年度：17.8% 2号認定率：0.3%（県0.4%）	1号認定率は上昇傾向にあり、県より高い一方、2号認定率は県より低い状況です。	31・32
	要介護（支援） 認定者の有病 状況 ※R4年度	心臓病70.5%（県65.5%） 高血圧症60.2%（県56.7%） 筋・骨格59.3%（県56.4%） 糖尿病32.7%（県28.8%）	要介護（支援）認定者の有病状況は、心臓病、高血圧、筋骨格の順で高い状況です。心臓病、筋骨格、糖尿病の介護区分別の経年変化は同じように推移しています。要支援1では、筋骨格、糖尿病の保有疾患の割合が増えています。県に比べると、認定者の有病状況の割合が心臓病や糖尿病で高くなっています。	36

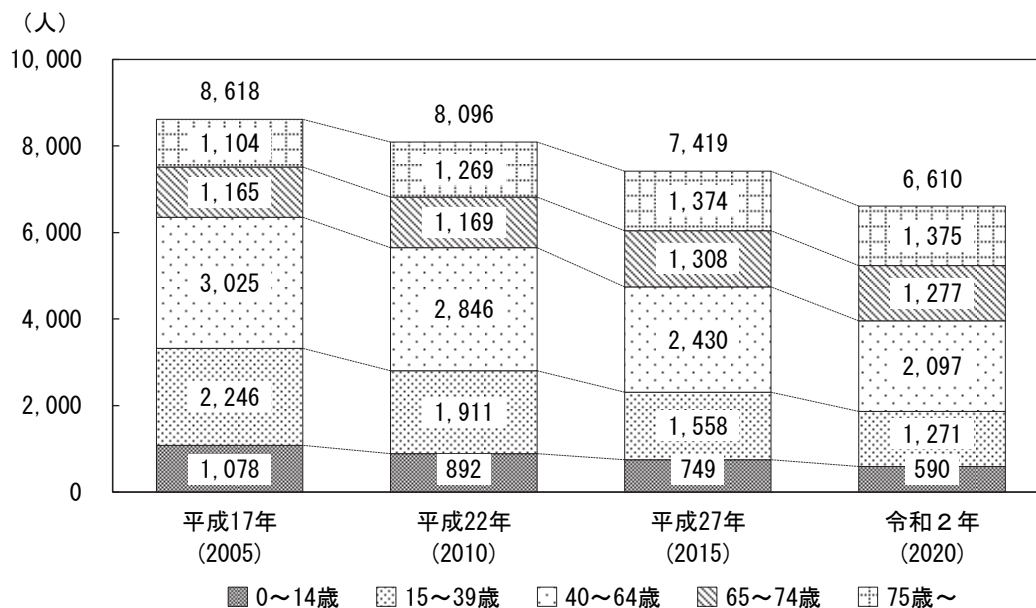
資料：KDB（国保データベース）システムほか

2 人口と被保険者の状況

(1) 人口の状況

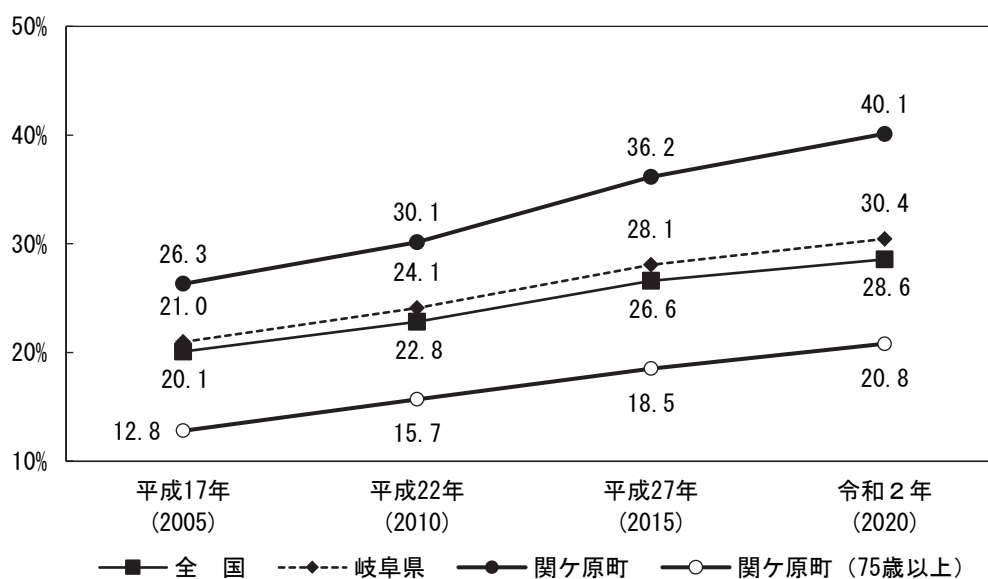
本町の総人口は、令和2年の国勢調査で6,610人と、著しく減少しています。年齢階層別にみると、75歳以上を除き、減少しています。

図表2-2 本町の人口の推移



総人口に占める65歳以上の高齢者数の割合を高齢化率といいます。本町の高齢化率は、令和2年の国勢調査で40.1%と、県や全国に比べて高く推移し、高齢化が顕著に進んでいます。

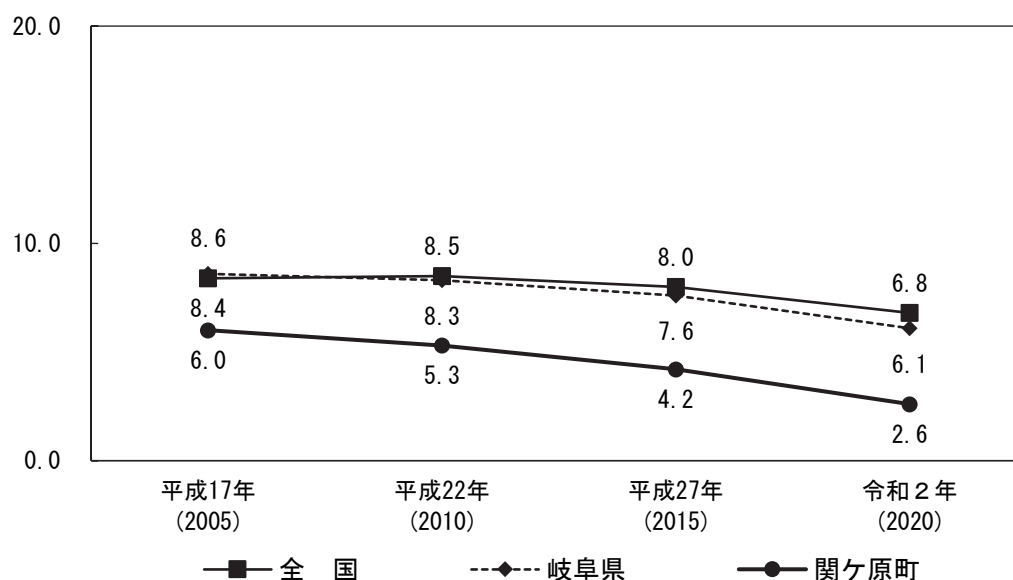
図表2-3 高齢化率の推移



図表2-2・3の資料：国勢調査（平成27・令和2年は年齢不詳を補完）

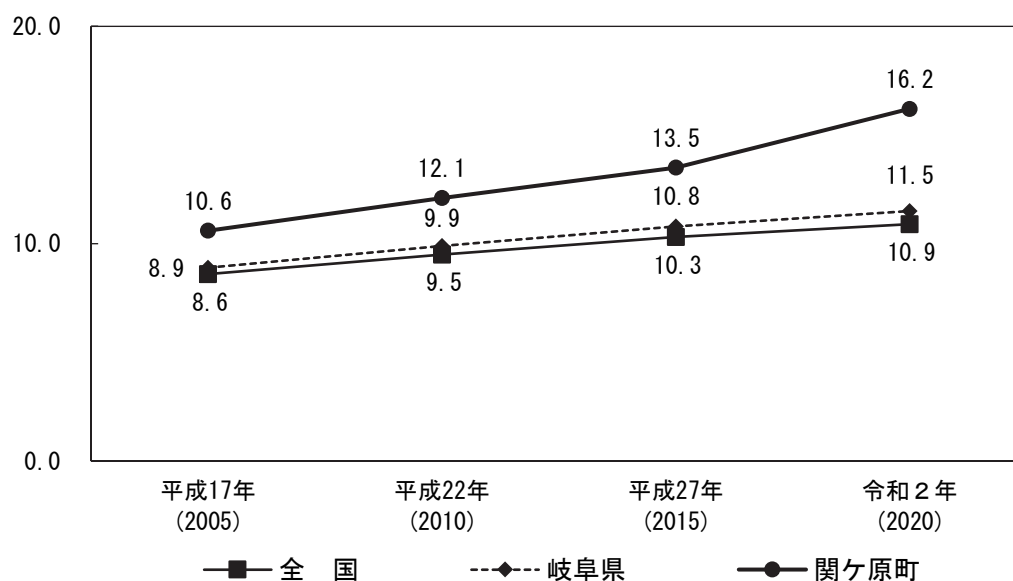
本町の出生率（人口千人に対する出生数の割合）は、令和２年で2.6と、県や全国に比べて低く推移し、少子化が顕著に進んでいます。

図表２－４ 出生率の推移（各年10月１日）



本町の死亡率（人口千人に対する死亡数の割合）は、令和２年で16.2と、県や全国に比べて高く推移し、疾病等への予防や重症化の防止が必要と考えられます。

図表２－５ 死亡率の推移（各年10月１日）



本町における死亡総数の標準化死亡比（全国の死亡率を100として比較した数値）は、女性に比べて男性の方が高くなっています。主要死因別の標準化死亡比は、男性では糖尿病や脳梗塞、肺炎等が、女性では自殺や不慮の事故、脳内出血等が比較的高く、男性において生活習慣の改善等が特に必要と考えられます。

図表 2－6 主要死因別標準化死亡比（令和2年）

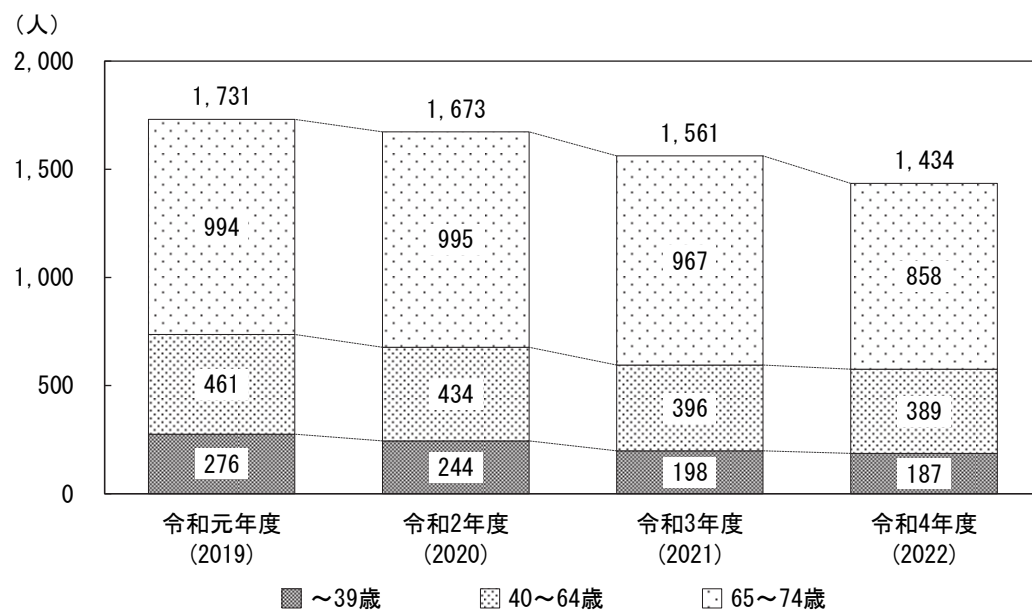
死 因		性別	岐阜県	関ヶ原町
死亡総数		男性	101.7	159.1
		女性	104.8	131.3
悪性新生物		男性	98.8	110.2
		女性	100.8	106.4
脳血管疾患	総数	男性	97.4	186.0
		女性	105.5	70.7
	くも膜下出血	男性	82.6	－
		女性	108.7	－
	脳内出血	男性	97.0	105.4
		女性	111.2	130.8
	脳梗塞	男性	102.2	275.1
		女性	104.1	－
心疾患（高血圧症を除く）		男性	95.2	94.4
		女性	103.5	122.5
肺炎		男性	102.3	250.5
		女性	92.1	166.4
結核		男性	116.7	－
		女性	130.8	－
肝疾患		男性	72.2	160.8
		女性	101.1	－
腎不全		男性	95.7	133.9
		女性	110.2	142.9
糖尿病		男性	77.5	484.5
		女性	71.1	－
老衰		男性	122.5	104.9
		女性	119.9	－
不慮の事故		男性	129.0	170.8
		女性	128.6	230.2
自殺		男性	86.7	138.1
		女性	96.2	279.0

図表 2－4～6 の資料：岐阜県衛生年報

(2) 国民健康保険被保険者の状況

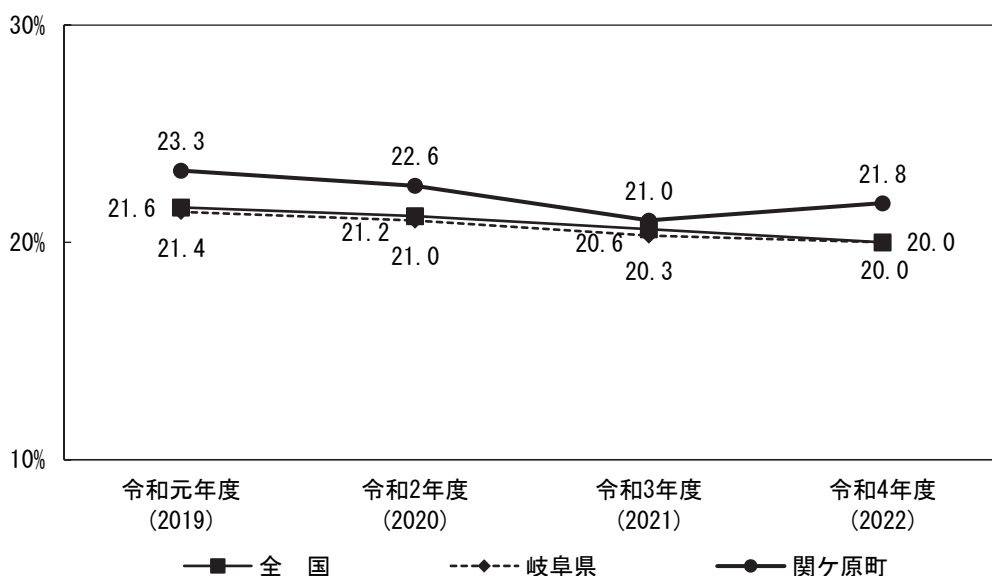
本町の国民健康保険の被保険者数は、令和4年度で1,434人と、人口と同様に減少しています。年齢階層別にみると、65歳以上74歳未満が858人と、加入者の6割程度を占めています。なお、75歳以降は、後期高齢者医療制度に移行されます。

図表2-7 本町の国民健康保険被保険者数の推移



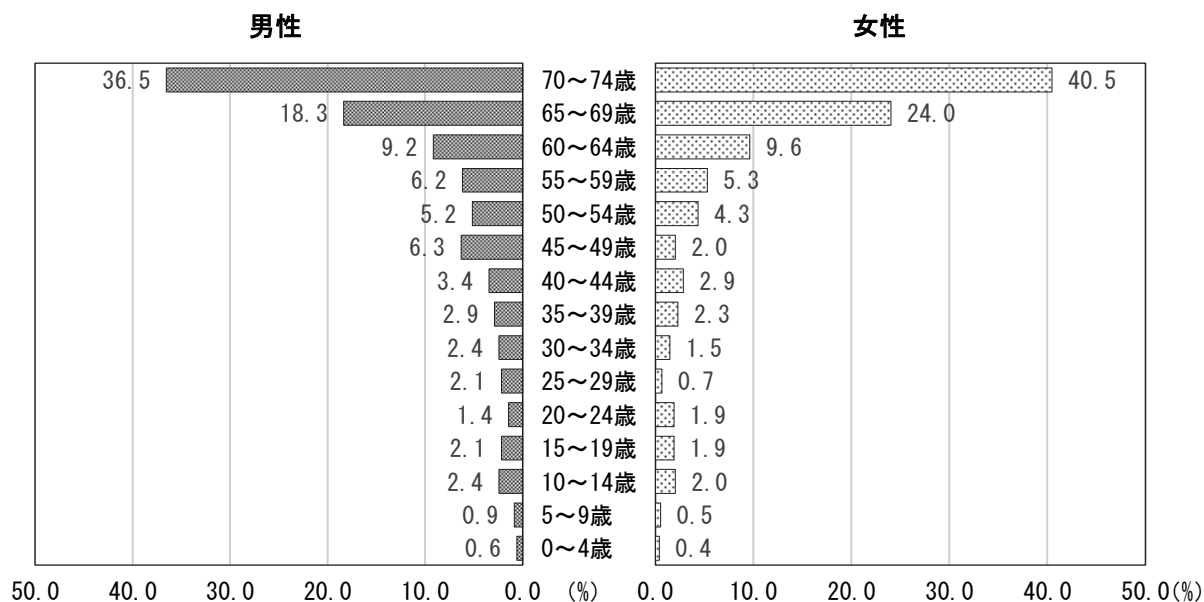
本町の国民健康保険への加入率は、令和4年度で21.8%と、県や全国に比べてやや高く推移しています。

図表2-8 国民健康保険加入率の推移



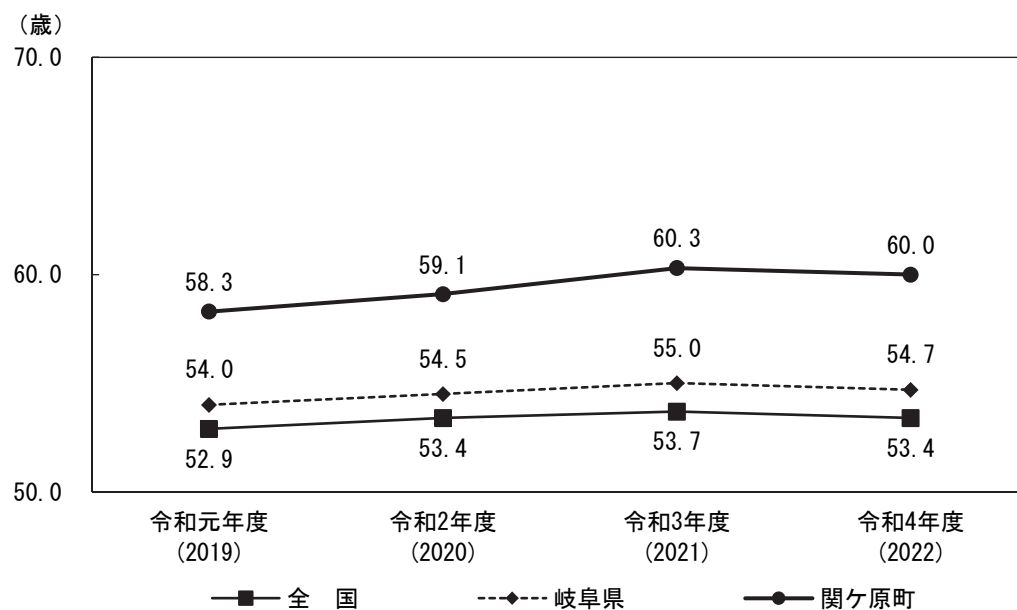
令和4年度の本町の被保険者の年齢別構成を性別にみると、男女とも70歳以上74歳以下の割合が最も高く、次いで、65歳以上69歳以下が高く、高齢者が男性で5割以上、女性では6割以上を占めています。

図表2-9 本町の被保険者の性別の年齢別構成比（令和4年度）



令和4年度の本町の被保険者の年齢を平均すると60.0歳となり、県や全国に比べて高く推移しています。

図表2-10 被保険者の平均年齢の推移

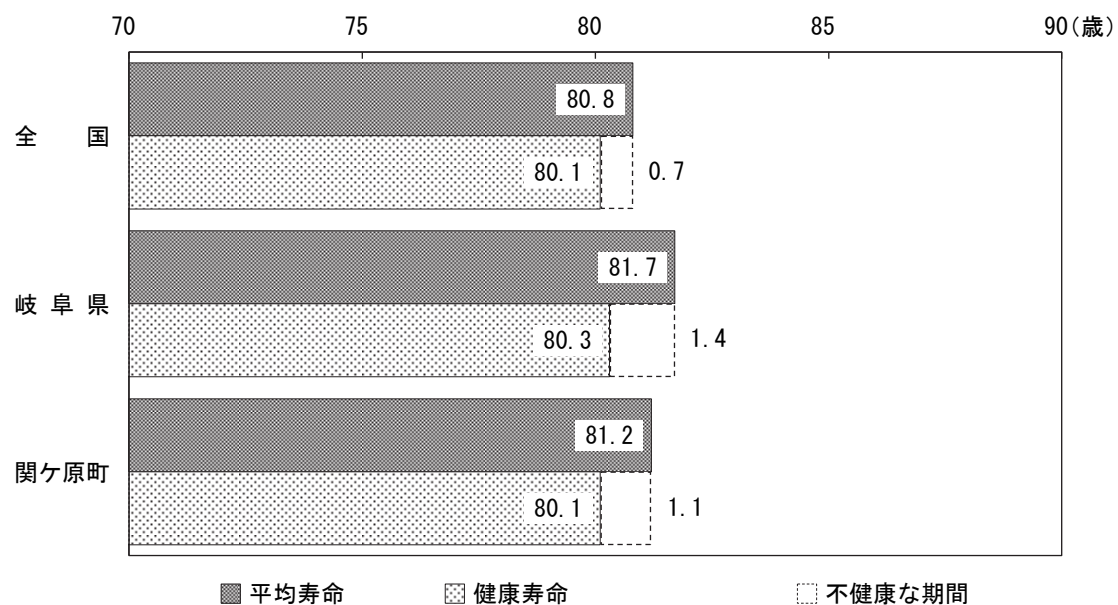


図表2-7～10の資料：KDB（国保データベース）システム

3 平均寿命と健康寿命

本町の男性の平均寿命は81.2歳、健康寿命は80.1歳で、県と同程度となっています。平均寿命と健康寿命の差（不健康な期間）は、健康状態から日常生活に制限のある期間と考えられますが、県と同程度となっています。

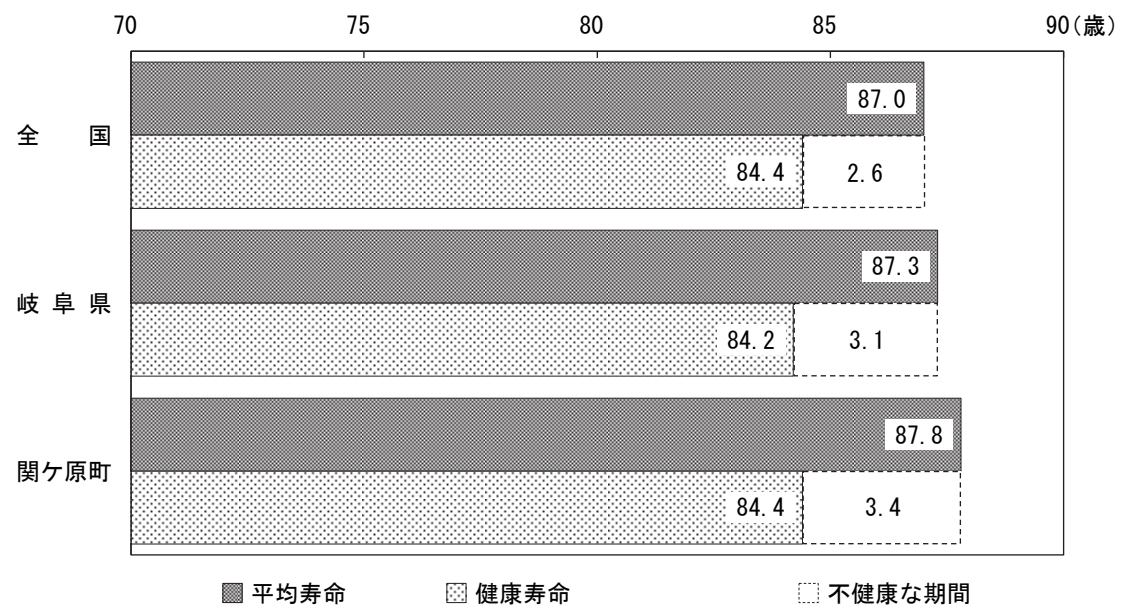
図表 2－11 平均寿命と健康寿命（令和2年、男性）



一方、本町の女性の平均寿命は87.8歳、健康寿命は84.4歳で、県と同程度となっています。平均寿命と健康寿命の差（不健康な期間）は、3.4歳となっており、県と同程度となっています。

なお、本町の男性と比べると、平均寿命は6.6歳、健康寿命は4.3歳長くなっているものの、これらの差の期間が2.3年長くなっていることから、特に女性において健康寿命の延伸を図る必要があると考えられます。

図表 2-12 平均寿命と健康寿命（令和2年、女性）



図表 2-11・12の資料：県国保連資料ほか

4 医療の状況

(1) 地域医療の状況

本町においては、国保担当（事務部門・衛生部門）と国保診療所において協議連携を図るとともに、不破郡医師会を通じ、町内医療機関との協力体制を構築しています。

図表 2-13 医療施設の状況（令和5年10月）

市町村名		病 院		一般診療所		歯科診療所
		施設数	病床数	施設数	うち病床 設置施設数 (病床数)	施設数
不破 郡	関ヶ原町	－	－	5	－	4
	垂井町	2	588	15	－	12
大垣市		7	1,862	135	1(12)	97
海津市		2	275	24	－	14
養老郡養老町		1	140	16	－	11
安 八 郡	神戸町	－	－	13	－	11
	輪之内町	－	－	6	－	2
	安八町	－	－	11	1(8)	6
揖 斐 川 町	揖斐川町	－	－	25	－	6
	大野町	1	400	13	－	9
	池田町	1	96	10	－	9
西濃医療圏		14	3,361	273	2(20)	181

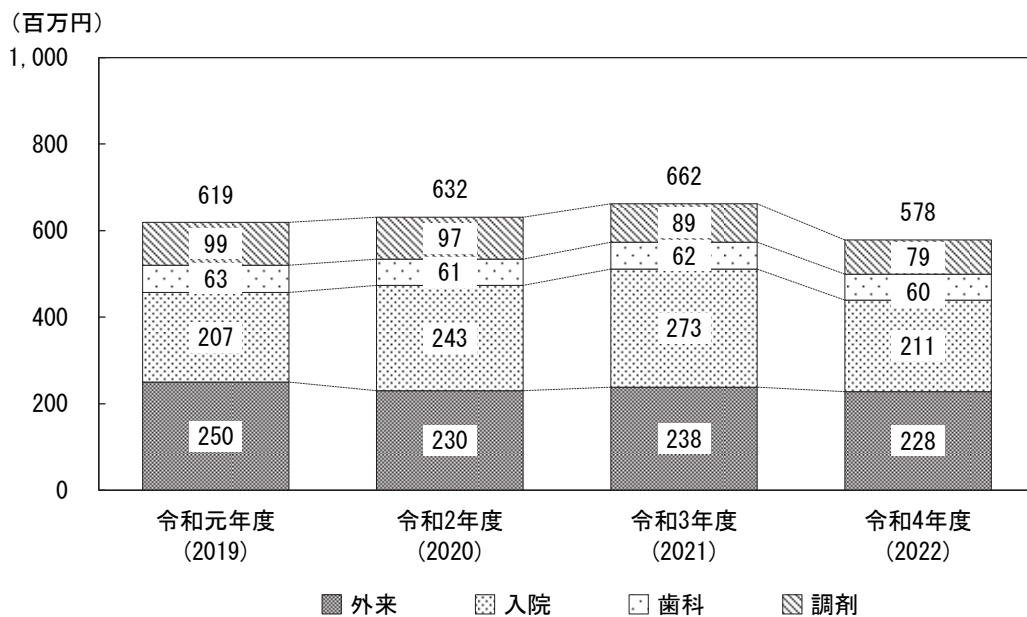
資料：岐阜県「病院名簿」

(2) 医療費の状況

本町の国民健康保険被保険者にかかる医療費は、令和4年度で約5億7,800万円となっており、令和3年度まではやや増加傾向にありましたが、令和4年度は減少しています。

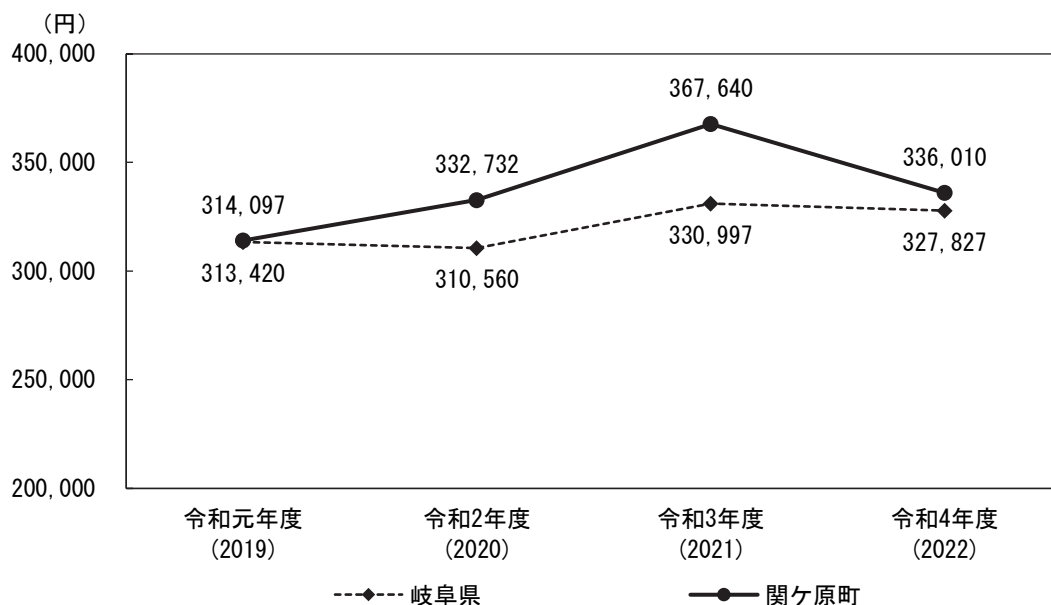
内訳をみると、入院医療費において医療費総額と同様の傾向がみられるほかは、減少傾向にあります。

図表 2-14 本町の国民健康保険被保険者にかかる医療費の推移



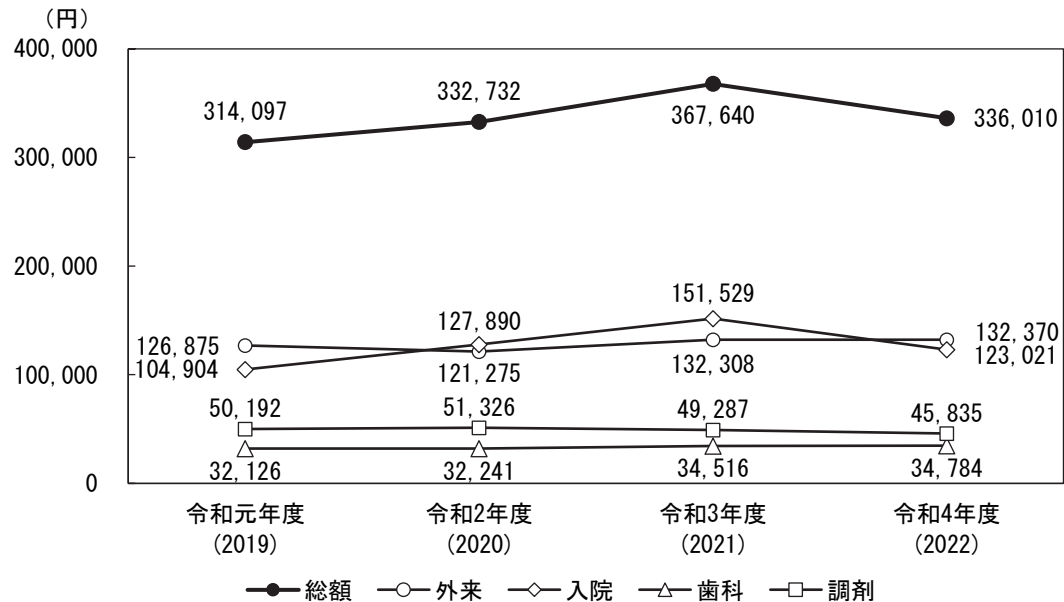
本町の被保険者1人当たりにかかる医療費は、令和4年度で33万6,010円と、県に比べて高く推移しています。

図表 2-15 被保険者1人当たりの医療費の推移



本町の被保険者1人当たりにかかる医療費の推移を内訳別にみると、入院医療費は、医療費総額と同様の傾向がみられますが、外来医療費と歯科医療費はやや増加傾向にあります。なお、調剤医療費は減少傾向にあります。

図表2-16 本町の被保険者1人当たりの医療費の推移



令和4年度における本町の被保険者にかかる医療費を年齢別にみると、年齢が高いほど費用も高く、特に60歳以上で急激に高くなっています。また、被保険者1人当たりにかかる医療費をみても、年齢が高いほど費用が高く、1人当たりの受診件数（受診率）も年齢が高いほど高くなっています。

図表2-17 本町の年齢別被保険者にかかる医療費（令和4年度）

年 齢	医療費（構成比）	1人当たりの 医療費	1人当たりの 受診件数（受診率）
	※外来、入院とその調剤にかかる費用		
39歳以下	18,354,600円（3.5%）	71,142円	3.2
40～49歳	26,389,020円（5.1%）	221,756円	4.8
50～59歳	50,375,790円（9.7%）	298,082円	5.6
60～69歳	144,932,640円（28.0%）	307,713円	8.1
70～74歳	277,693,400円（53.6%）	395,575円	8.9

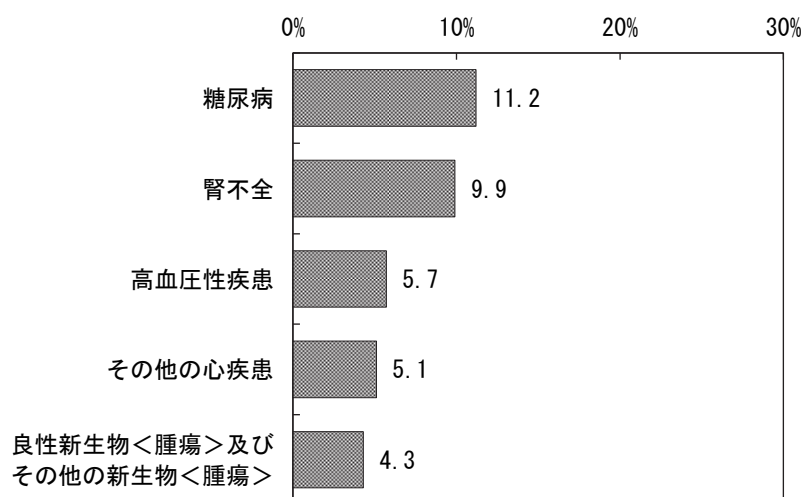
令和4年度における本町の被保険者の医療費上位5疾病（中分類）は、図表2－18のとおりです。

外来医療費に占める割合が最も高い疾病は、「糖尿病」（11.2％）で、次いで、「腎不全」（9.9％）となっています。外来医療費の抑制に向けては、糖尿病や腎不全の予防のため、特定健康診査や特定保健指導などを通じて、生活習慣の改善等に取り組むことが有効と考えられます。

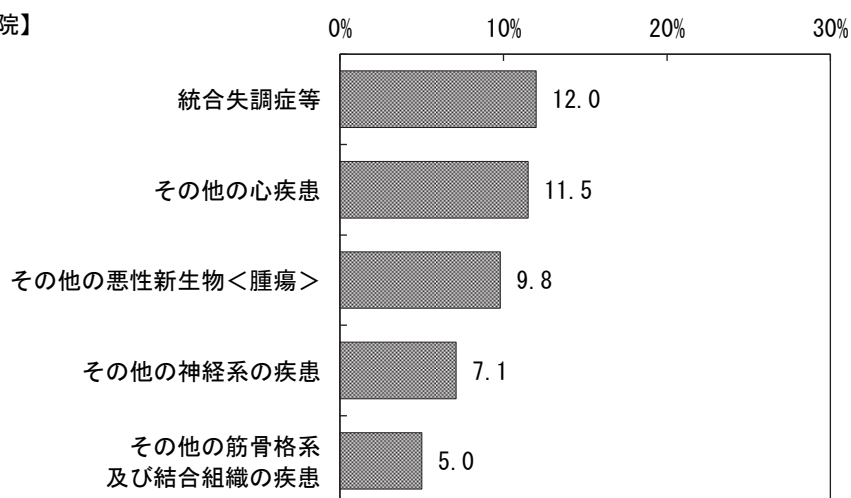
一方、入院医療費に占める割合が最も高い疾病は、「統合失調症等」（12.0％）で、次いで、「その他の心疾患」（11.5％）、「その他の悪性新生物＜腫瘍＞」（9.8％）となっています。入院医療費の抑制に向けては、統合失調症などの精神疾患による長期入院者の地域生活への移行や循環器疾患の予防に取り組むことが有効と考えられます。

図表2－18 本町の被保険者の外来・入院医療費上位5疾病（中分類）（令和4年度）

【外来】



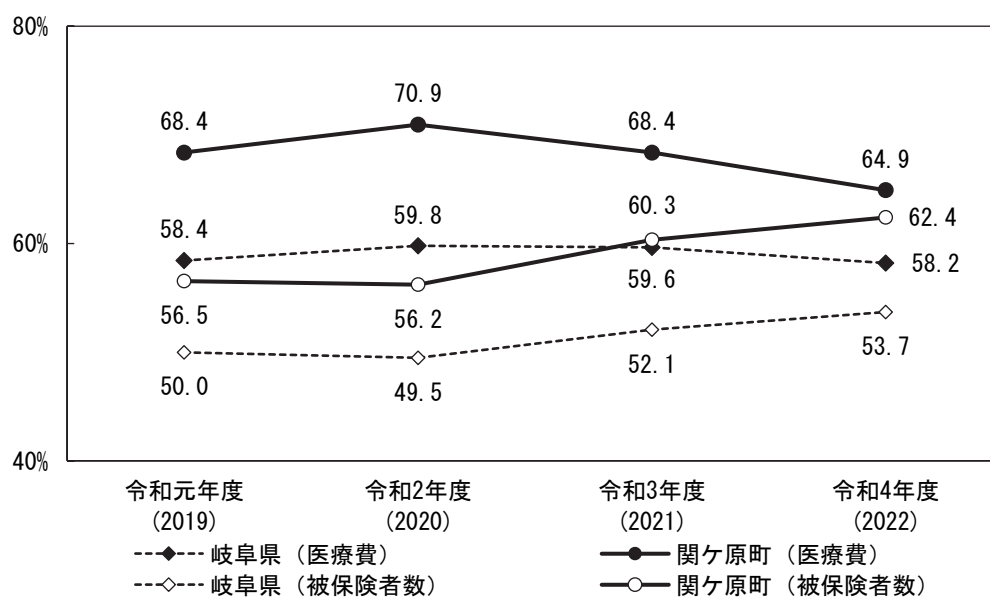
【入院】



本町における医療費に占める生活習慣病費用の割合は、令和4年度で64.9%と低下傾向にあります。県に比べて高く推移しています。

また、被保険者に占める生活習慣病患者の割合は、令和4年度で62.4%と上昇傾向にあり、県に比べても高く推移しています。

図表2-19 医療費に占める生活習慣病費用及び被保険者数に占める生活習慣病患者の割合の推移



令和4年度の本町の医療費に占める生活習慣病費用及び被保険者に占める生活習慣病患者の割合をみると、医療費、被保険者数とも、高血圧症の割合が最も高く、これに続き、糖尿病や脂質異常症も高くなっています。これらは、いずれも県に比べて高く、糖尿病にかかる医療費の割合は県内で最も高くなっています。糖尿病は、被保険者数の割合も県内で2番目となっており、対策が急務となっています。

図表2-20 生活習慣病別医療費・被保険者数の割合（令和4年度）

区 分		糖尿病	高血圧症	脂質異常症	高尿酸血症	虚血性心疾患	脳血管疾患	人工透析
岐阜県	医療費の割合	28.0	36.2	26.8	9.0	11.7	9.2	6.3
	被保険者数の割合	23.5	37.4	34.5	7.7	8.0	6.8	0.5
関ヶ原町	医療費の割合 (県内順位)	38.6 (1)	43.1 (2)	34.9 (2)	9.0 (22)	11.7 (21)	6.5 (39)	6.7 (16)
	被保険者数の割合 (県内順位)	33.2 (2)	44.3 (5)	39.3 (6)	9.1 (10)	7.6 (32)	8.5 (4)	0.4 (31)

図表2-14～20の資料： 県・県国保連資料

5 特定健康診査・特定保健指導の実施状況

(1) 特定健康診査の実施状況

本町の国民健康保険の被保険者数の減少に伴い、特定健康診査対象者（40～74 歳）数、受診者数とも減少していますが、受診率は横ばい傾向にあります。

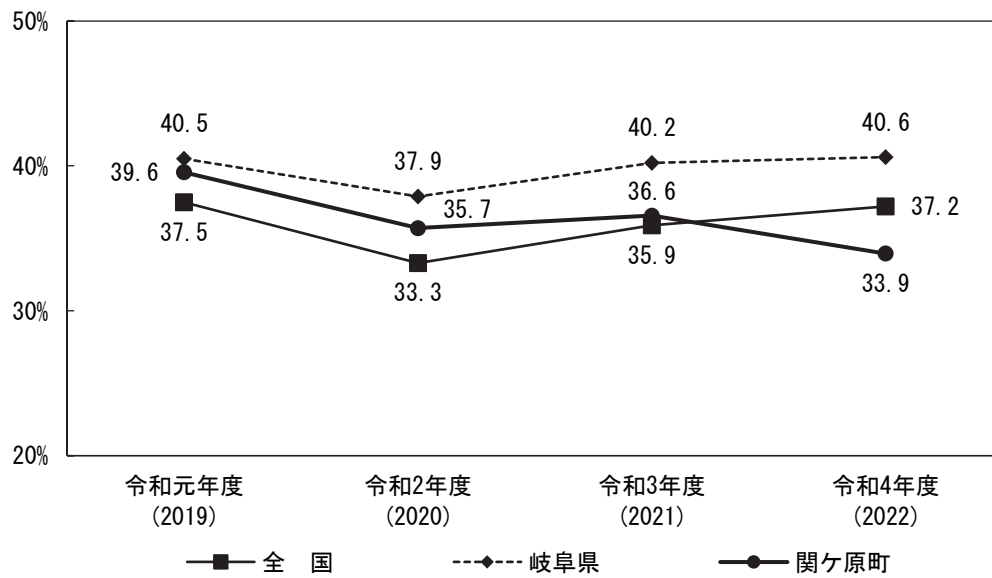
受診率の推移を年齢階層別にみると、40 歳代は上昇傾向にあります。50 歳代からは低下傾向にあります。受診率の向上のため、未受診者への受診勧奨とともに、毎年の継続受診の勧奨が必要と考えます。

図表 2-21 本町の特定健康診査の受診率の推移

区 分		令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)
全 体	対象者数（人）	1,337	1,322	1,255	1,137
	受診者数（人）	529	472	459	386
	受診率（％）	39.6	35.7	36.6	33.9
40～44歳	対象者数（人）	52	45	42	45
	受診者数（人）	11	6	10	12
	受診率（％）	21.2	13.3	23.8	26.7
45～49歳	対象者数（人）	55	56	57	49
	受診者数（人）	6	8	11	11
	受診率（％）	10.9	14.3	19.3	22.4
50～54歳	対象者数（人）	70	66	59	56
	受診者数（人）	14	14	8	9
	受診率（％）	20.0	21.2	13.6	16.1
55～59歳	対象者数（人）	78	80	71	70
	受診者数（人）	26	21	19	12
	受診率（％）	33.3	26.3	26.8	17.1
60～64歳	対象者数（人）	144	135	123	108
	受診者数（人）	61	52	48	36
	受診率（％）	42.4	38.5	39.0	33.3
65～69歳	対象者数（人）	387	337	293	272
	受診者数（人）	182	125	114	100
	受診率（％）	47.0	37.1	38.9	36.8
70～74歳	対象者数（人）	551	603	610	537
	受診者数（人）	229	246	249	206
	受診率（％）	41.6	40.8	40.8	38.4

本町の特定健康診査の受診率は、横ばい傾向にあるものの、県と全国の上昇傾向にあります。令和4年度は、県や全国に比べて低くなっています。

図表 2-22 特定健康診査受診率の推移



令和４年度の本町の特定健康診査受診者における有所見状況は、図２－23のとおりです。血糖値の高い状態が続いていることを示すHbA1c5.6以上が73.8%と最も高く、県に比べて10%以上高くなっています。このほか、LDL（悪玉）コレステロール120以上、腎臓にどれくらい老廃物を尿へ排泄する能力があるかを示すeGFR60未満なども、県に比べて高くなっています。

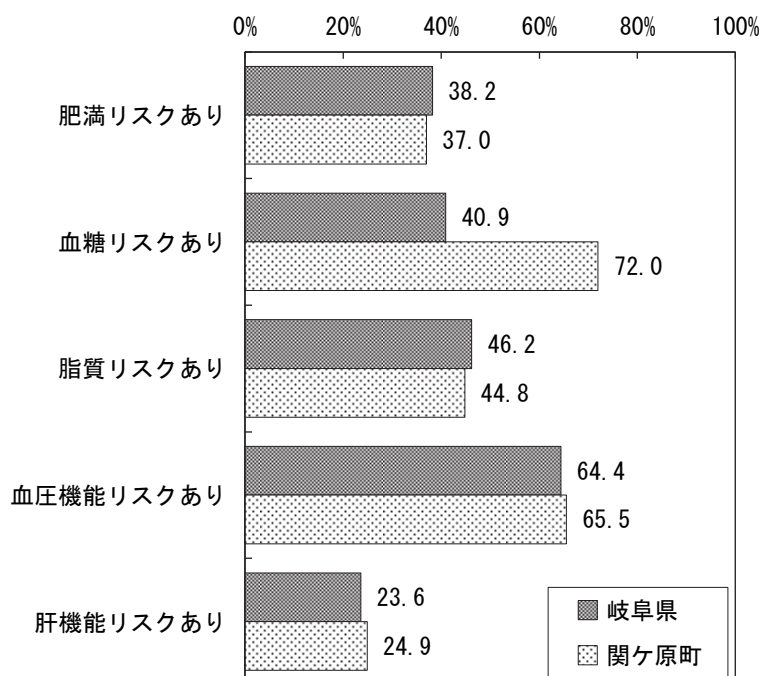
図表２－23 特定健康診査受診者の有所見率（令和４年度）

単位：％

項 目		岐阜県	関ヶ原町
摂取エネルギーの過剰	BMI 25以上	25.1	26.4
	腹囲 男性85以上女性90以上	33.6	33.9
	中性脂肪 150以上	23.6	24.9
	ALT（GPT） 31以上	13.1	11.1
	HDLコレステロール 40未満	5.0	3.9
血管を傷つける	HbA1c 5.6以上	61.2	73.8
	尿酸 7.0超過	7.0	4.7
	収縮期血圧 130以上	48.1	55.7
	拡張期血圧 85以上	19.2	13.2
メタボリックシンドローム 以外の動脈硬化要因	LDLコレステロール 120以上	48.7	55.4
臓器障害	血清クレアチニン 1.3以上	1.3	1.8
	eGFR 60未満	21.4	30.8
	心電図 異常あり	18.9	7.0
	眼底検査 異常あり	13.8	13.0

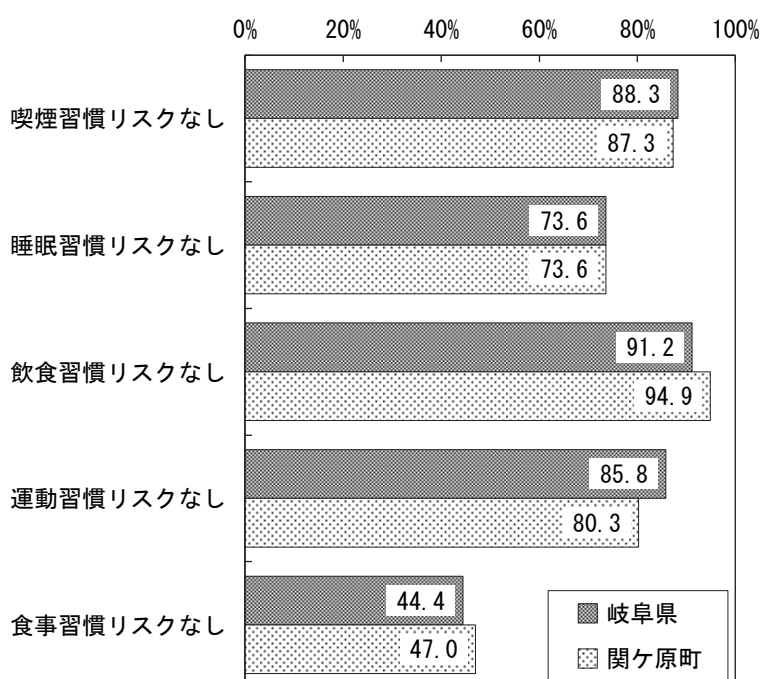
令和４年度の本町の特定健康診査受診者における生活習慣病リスクの保有状況をみると、血糖リスクが72.0%と最も高く、県に比べて非常に高くなっています。HbA1cの有所見率の高さが影響しているものと推察されます。

図表２－24 本町の特定健康診査受診者の生活習慣病リスク保有率（令和４年度）



令和４年度の本町の特定健康診査受診者における生活習慣の適正さをみると、食事習慣リスクなしが47.0%と最も低く、他のリスク要因と比べると低いため、食習慣の改善が必要と考えられます。

図表２－25 本町の特定健康診査受診者における適正な生活習慣の該当者率（令和４年度）



図表２－21～25の資料：KDB（国保データベース）システムほか

(2) 特定保健指導の実施状況

本町の特定保健指導の対象者数は減少傾向にありますが、利用率は概ね9割前後と非常に高く、実施率（終了率）は概ね6割前後で推移しています。

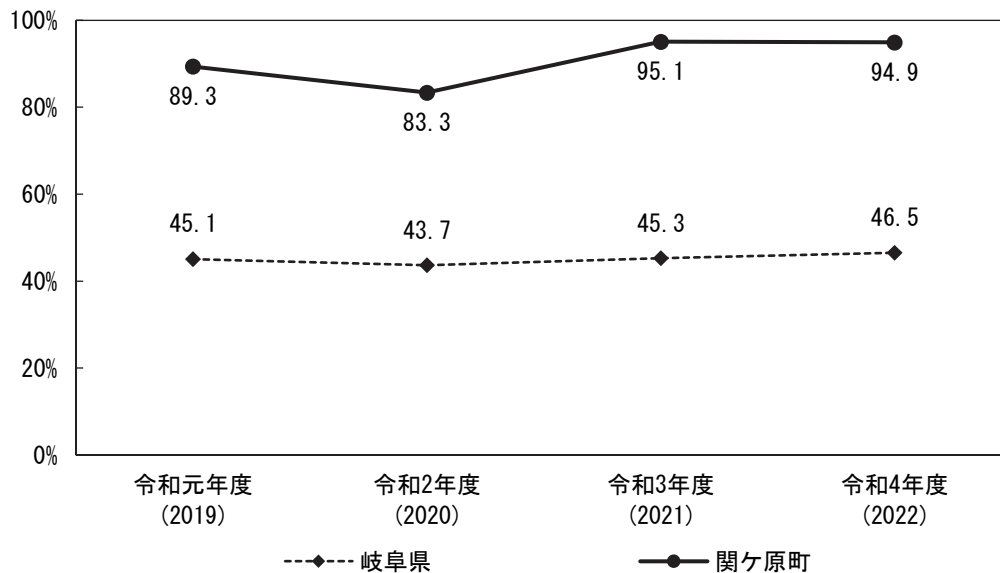
なお、特定保健指導の実施方法別にみると、動機付け支援、積極的支援とも、利用率は高く推移していますが、実施率（終了率）は積極的支援でわずかとなっています。利用率及び実施率（終了率）の向上のため、未利用者に勧奨を行うとともに、指導方法の検討が必要であると考えます。

図表 2-26 本町の特定保健指導の利用率及び実施率（終了率）の推移

区 分		令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)
全 体	対象者数（人）	75	66	81	59
	利用者数（人）	67	55	77	56
	利用率（％）	89.3	83.3	95.1	94.9
	実施者数（人）	45	37	47	39
	実施率（％）	60.0	56.1	58.0	66.1
動機付け 支援	対象者数（人）	62	52	71	50
	利用者数（人）	55	44	67	47
	利用率（％）	88.7	84.6	94.4	94.0
	実施者数（人）	42	37	47	39
	実施率（％）	67.7	71.2	66.2	78.0
積極的 支援	対象者数（人）	13	14	10	9
	利用者数（人）	12	11	10	9
	利用率（％）	92.3	78.6	100.0	100.0
	実施者数（人）	3	－	－	－
	実施率（％）	23.1	－	－	－

本町の特定保健指導の利用率は、上昇傾向にあり、県に比べて高く推移しています。

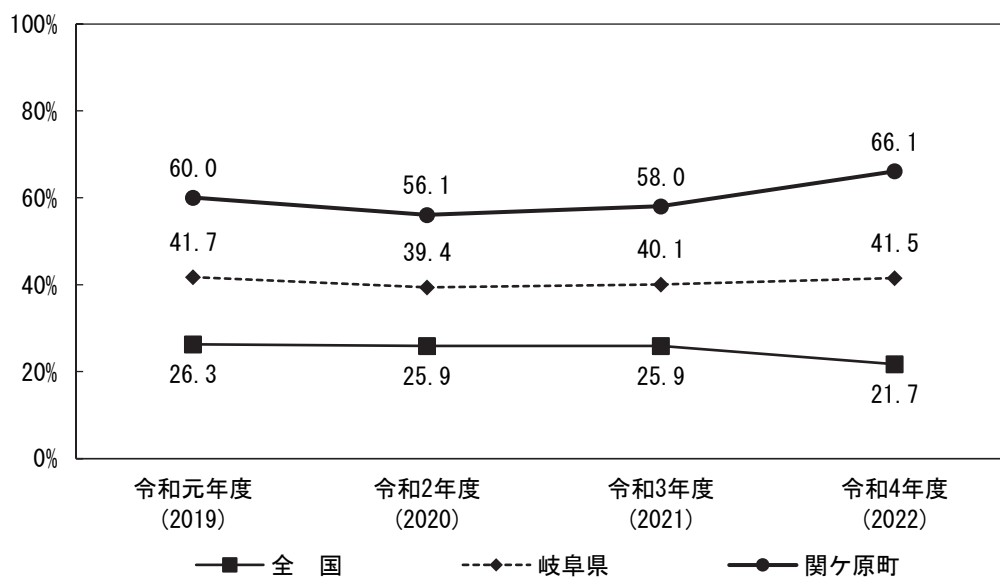
図表 2-27 特定保健指導の利用率の推移



※全国の利用率を示すデータはないため非掲載

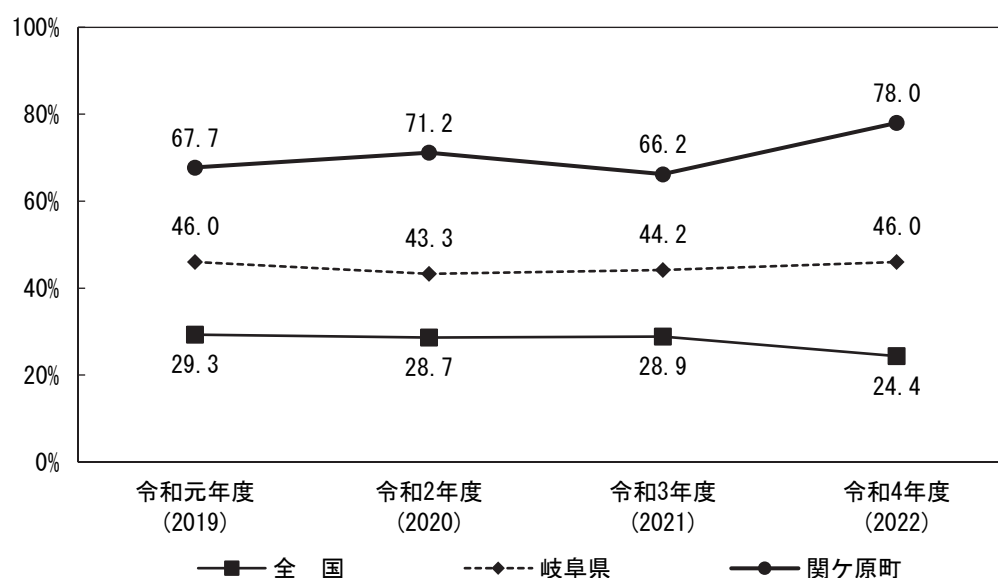
本町の特定保健指導の実施率（終了率）は、上昇傾向にあり、県や全国に比べて高く推移しています。

図表 2-28 特定保健指導の実施率（終了率）の推移



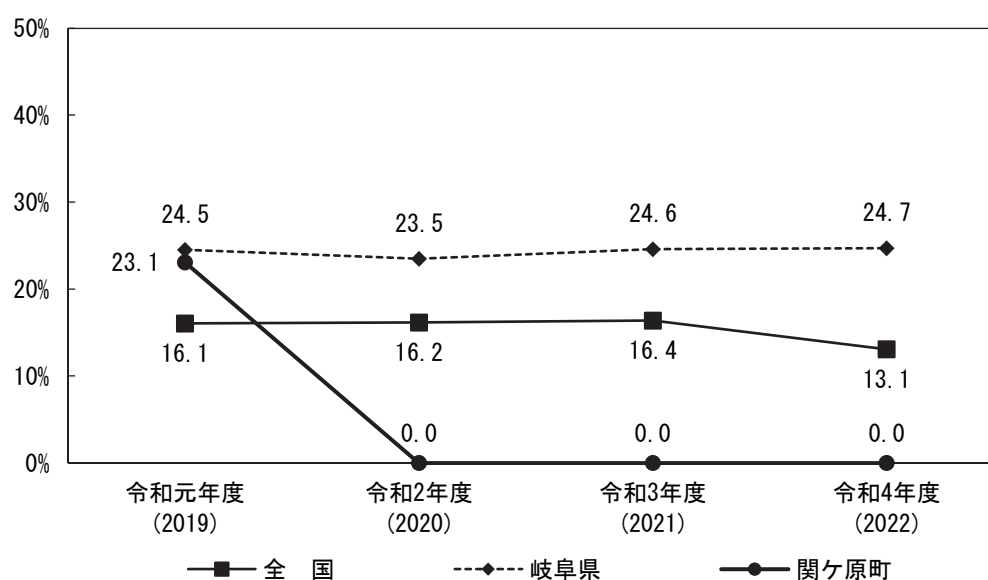
本町の動機付け支援の実施率（終了率）は、上昇傾向にあり、県や全国に比べて高く推移しています。

図表 2-29 動機付け支援対象者数への特定保健指導の実施率（終了率）の推移



本町の積極的支援の実施率（終了率）は、低下傾向にあり、県や全国に比べて低く推移しています。

図表 2-30 積極的支援対象者数への特定保健指導の実施率（終了率）の推移

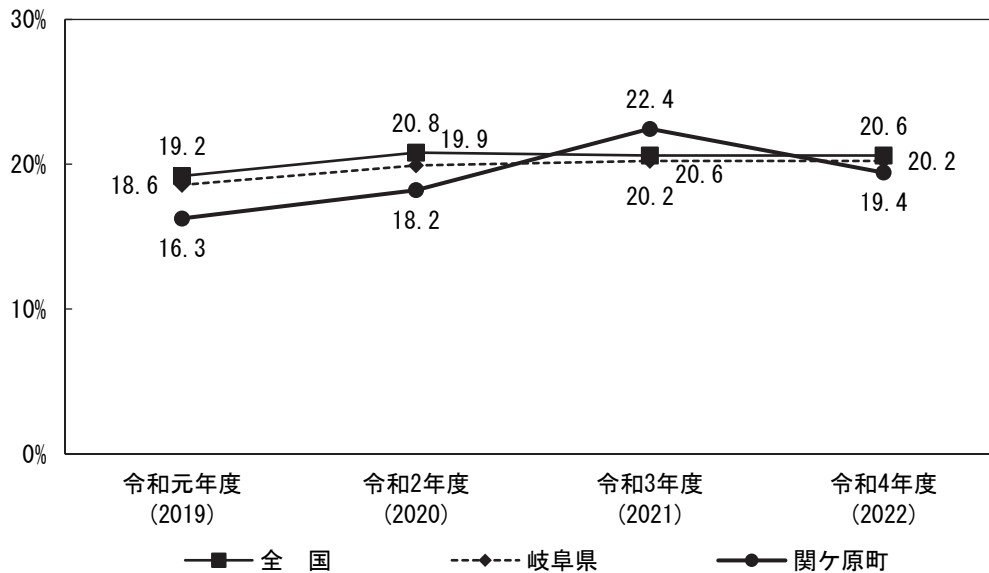


図表 2-26～30の資料：KDB（国保データベース）システムほか

(3) メタボリックシンドロームの該当状況

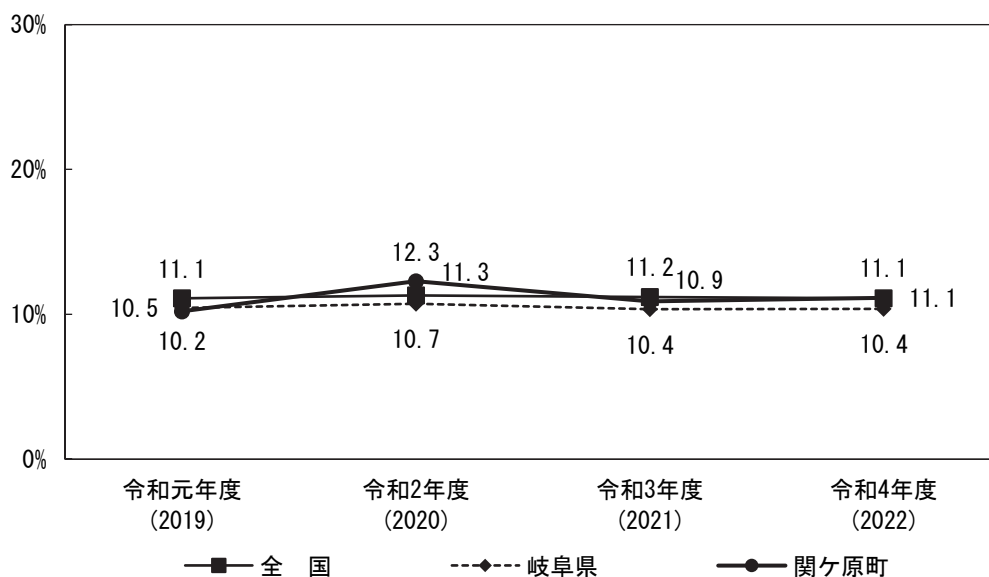
本町の特定健康診査受診者に占めるメタボリックシンドローム該当者の割合は、県や全国と同程度で推移しています。

図表 2-31 メタボリックシンドローム該当率の推移



本町の特定健康診査受診者に占めるメタボリックシンドローム予備群の該当者の割合は、県や全国と同程度で推移していますが、概ね横ばいとなっています。

図表 2-32 メタボリックシンドローム予備群率の推移



図表 2-31・32の資料：KDB（国保データベース）システム

6 介護保険の状況

(1) 地域福祉の状況

本町においては、国保担当（事務部門・衛生部門）と福祉部門において協議連携を図るとともに、地域包括支援センター（関ヶ原町国保保健福祉総合施設やすらぎ内）や町内介護保険施設等との協力体制を構築しています。

図表 2-33 介護保険施設の状況（令和 5 年 4 月）

市町村名		特別養護老人ホーム		介護老人保健施設		介護医療院	
		施設数	定員数	施設数	定員数	施設数	定員数
不破郡	関ヶ原町	2	90	-	-	-	-
	垂井町	4	239	2	130	-	-
大垣市		13	970	4	423	-	-
海津市		5	246	1	100	-	-
養老郡養老町		3	139	1	100	1	56
安八郡	神戸町	3	99	-	-	1	14
	輪之内町	1	60	1	70	-	-
	安八町	3	194	-	-	-	-
揖斐川町	揖斐川町	5	209	1	59	-	-
	大野町	4	158	2	167	-	-
	池田町	3	168	1	150	-	-
西濃医療圏		46	2,572	13	1,199	2	70

資料：岐阜県「施設等名簿」

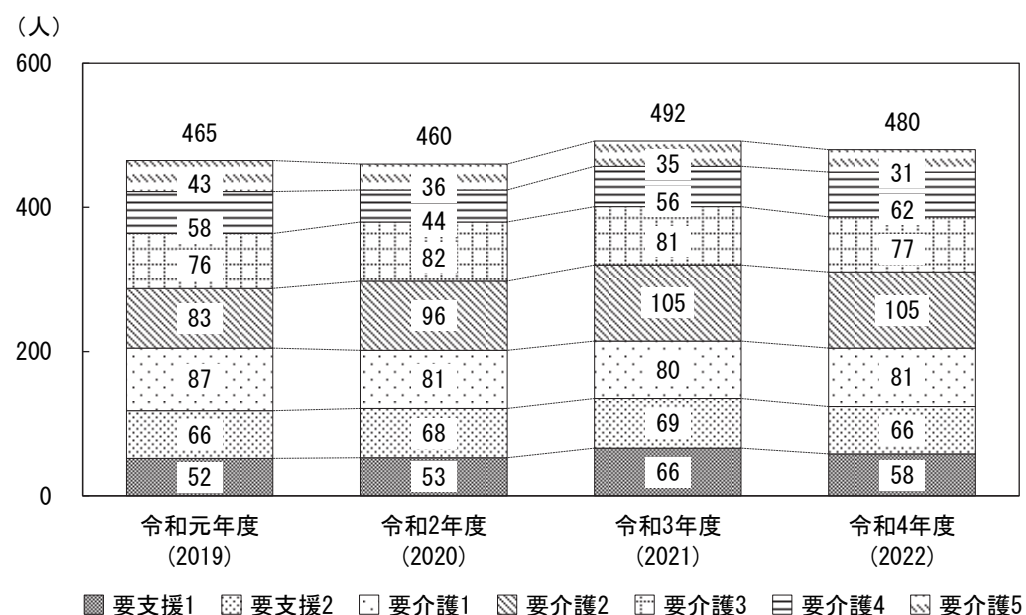
(2) 要介護等の認定状況

介護保険は、要介護・要支援の認定を受けた 65 歳以上の高齢者のほか、末期がんや関節リウマチ等による病気が原因で要介護・要介護認定を受けた 40 歳以上 64 歳未満の人が利用できます。

本町の要介護・要支援認定者数は、横ばいで推移しており、令和 4 年度で 480 人となっています。このうち、65 歳以上の高齢者は 474 人で、65 歳以上の高齢者全体に占める割合（要介護・要支援認定率）は 17.7%となっています。

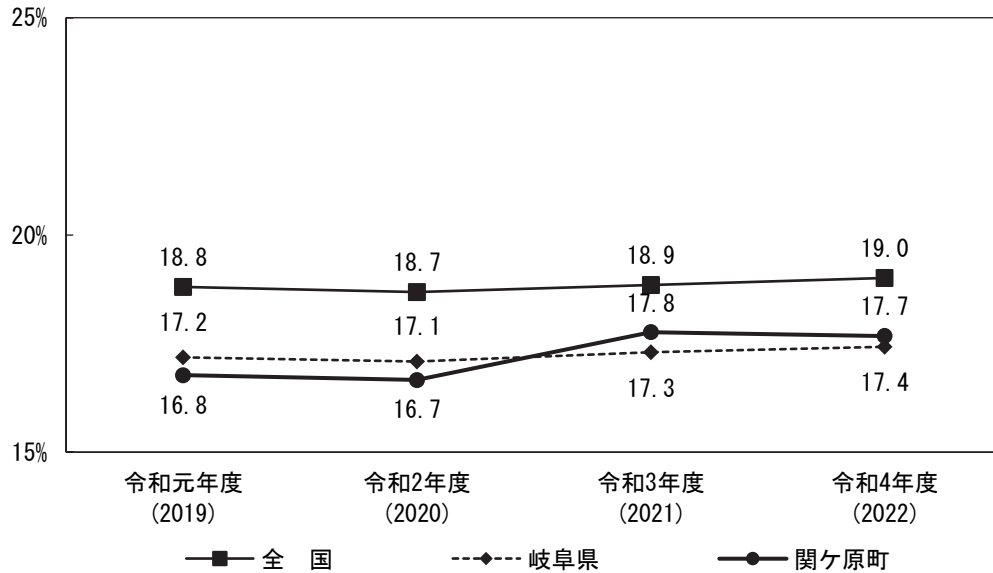
なお、要介護・要支援度別にみると、要介護 2 が 105 人（21.9%）と最も多く、次いで、要介護 1 が 81 人（16.9%）、施設入所の対象となる要介護 3 が 77 人（16.0%）、さらに重度の要介護 4・5 はあわせると 93 人（19.4%）となっています。

図表 2-34 本町の要介護等認定者数の推移



本町の65歳以上の要介護・要支援認定率は、全国に比べてやや低いものの、県を上回っています。

図表2-35 65歳以上の要介護等認定率の推移

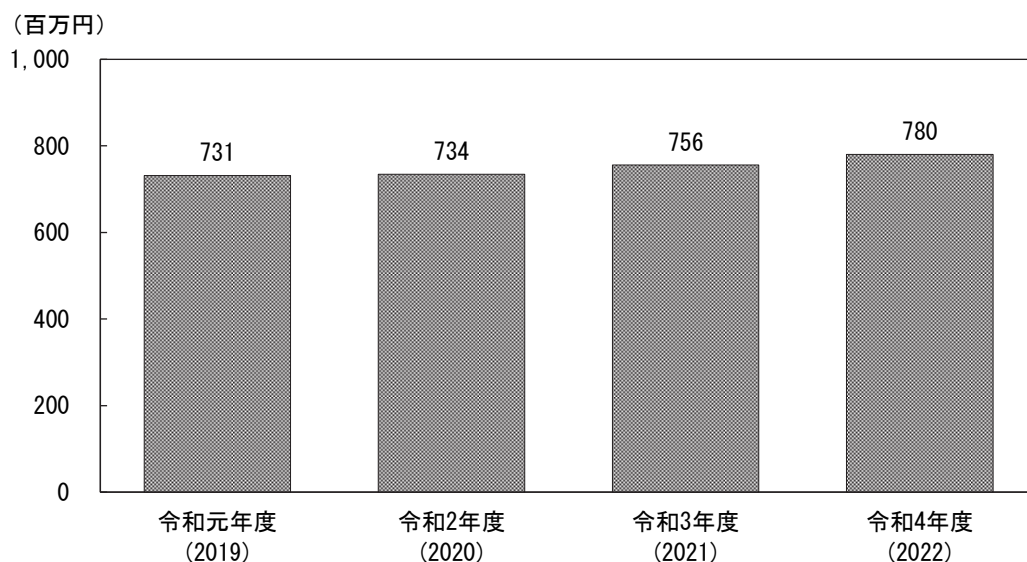


図表2-34・35の資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」

(3) 介護保険給付費の状況

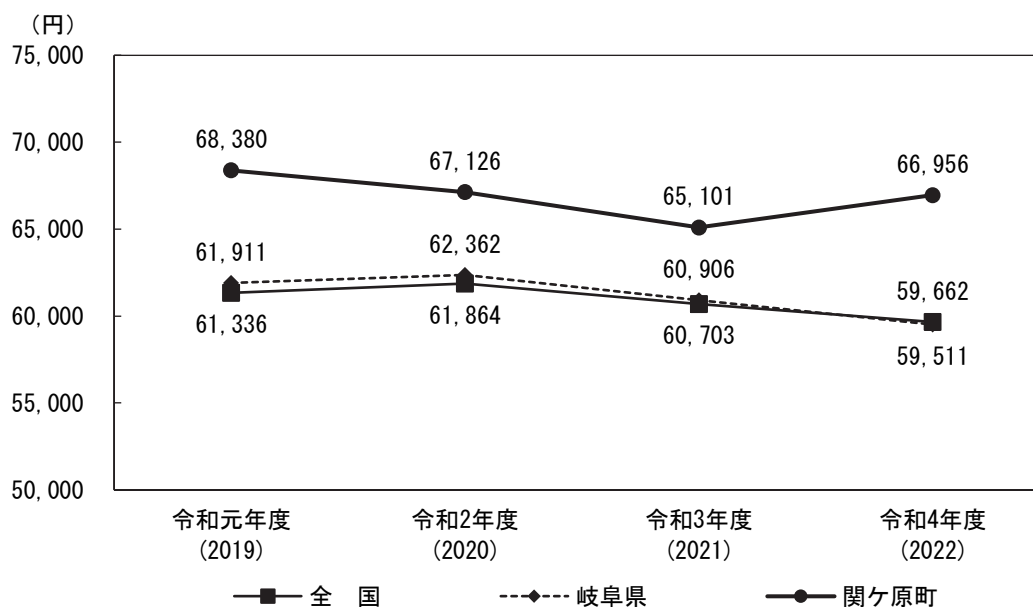
本町の介護保険給付費は、令和4年度で約7億8,000万円と、年々増加しています。

図表 2-36 本町の介護保険給付費の推移



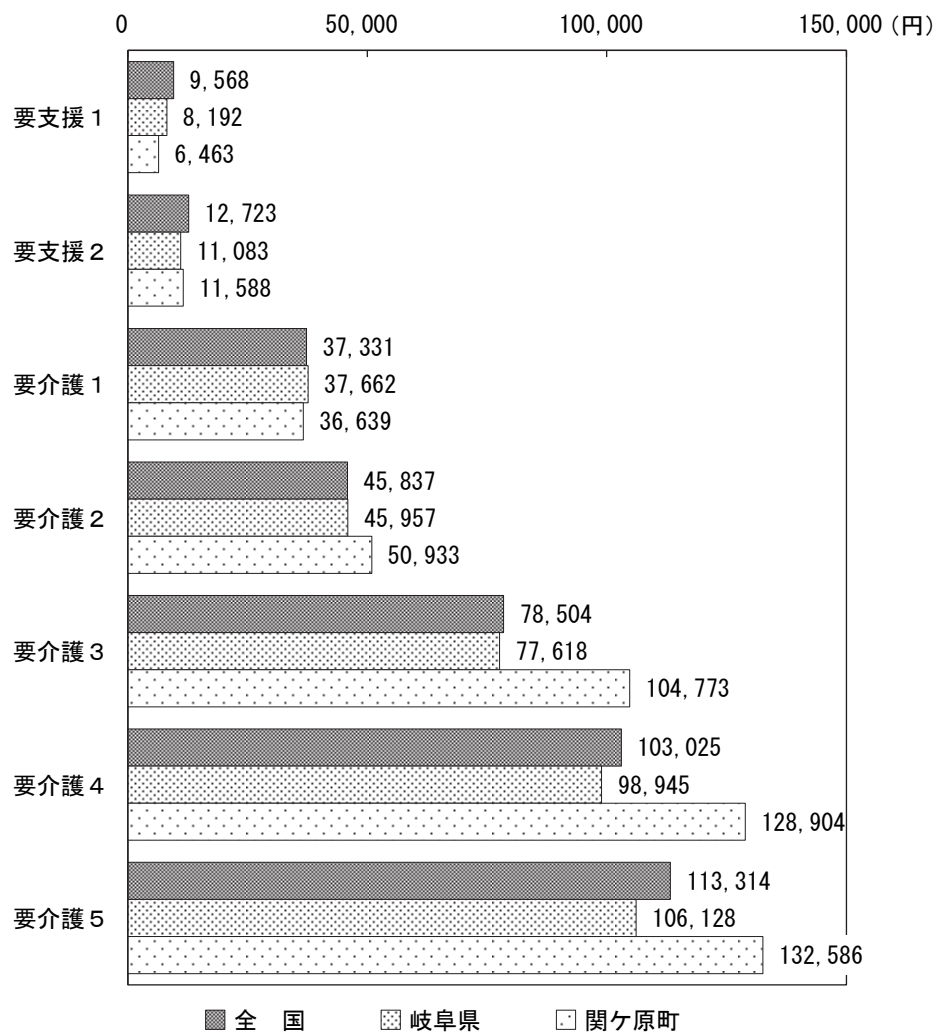
本町の1件当たりの介護保険給付費は、令和4年で6万6,956円と、県や全国に比べて高く推移しています。

図表 2-37 1件当たりの介護保険給付費



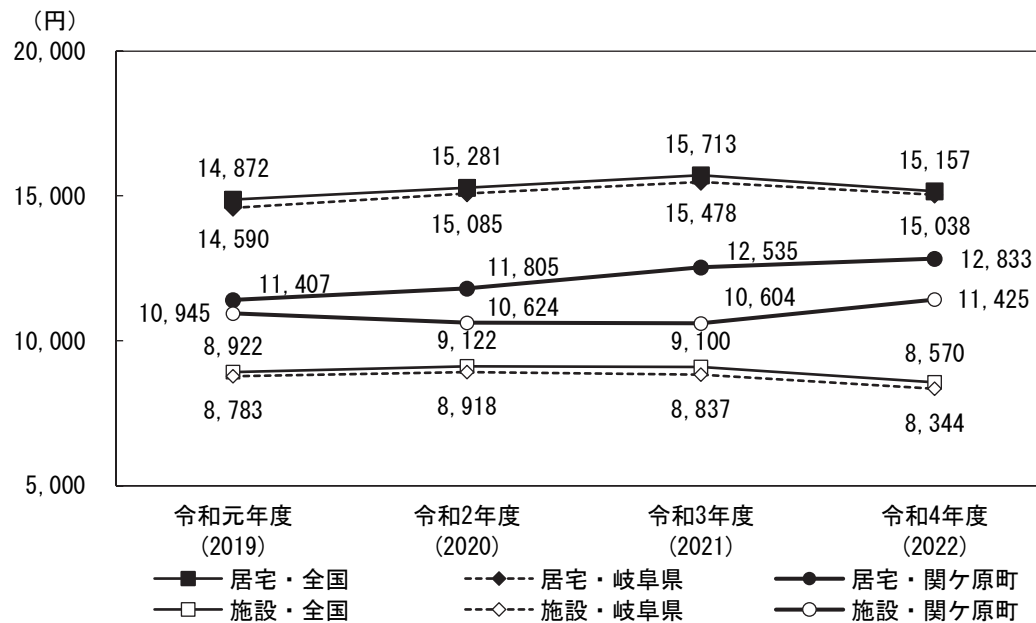
令和４年度の本町における１件当たりの介護保険給付費を要介護・要支援度別にみると、施設入所の対象となる要介護３以上において、県や全国に比べて特に高くなっています。介護予防等とともに、重度化予防に取り組む必要があります。

図表２－３８ １件当たりの要介護度等別介護保険給付費（令和４年度）



本町の1件当たりの介護保険給付費を利用サービス別にみると、令和4年で居宅サービスの利用が1万2,833円、施設利用が1万1,425円となっています。居宅サービスの利用は県や全国に比べて低いのに対し、施設利用は県や全国に比べて高く推移しています。

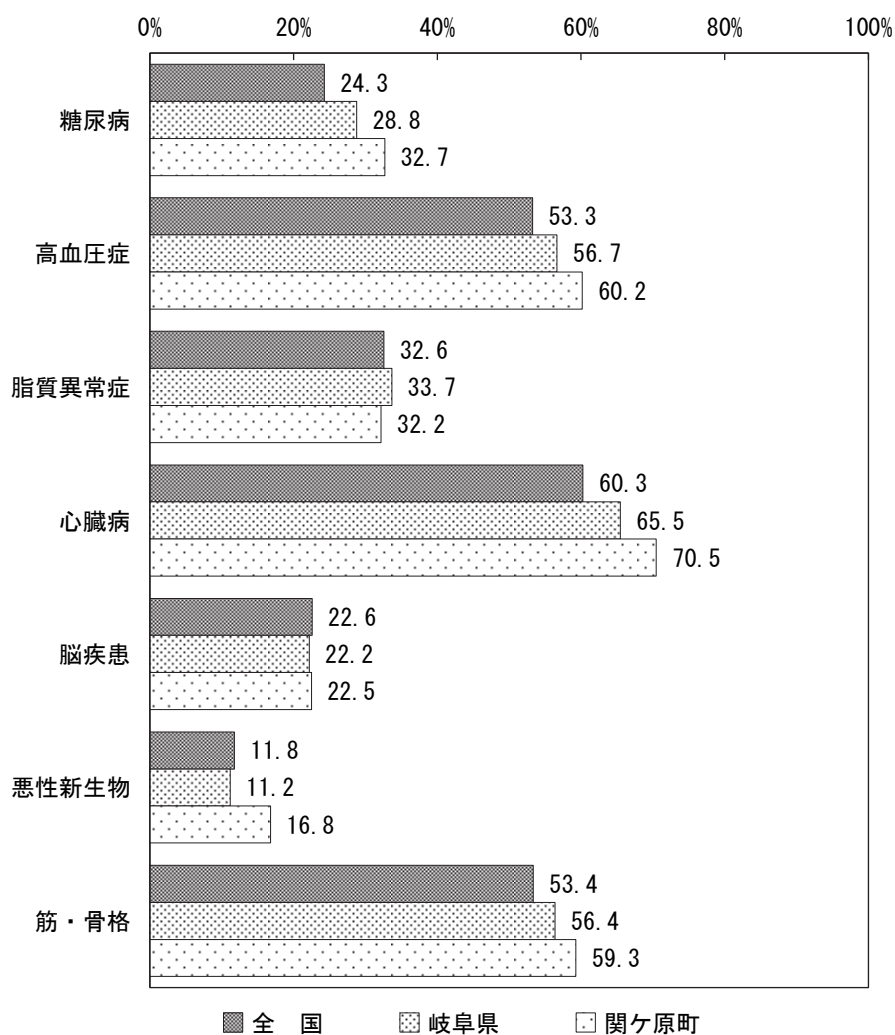
図表2-39 1件当たりの利用サービス別介護保険給付費の推移



図表2-36～39の資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」

令和４年度の要介護・要支援認定者における有病状況をみると、心臓病を抱えている人の割合が全国的に高くなっていますが、本町においては70.5%に及んでいます。次いで、高血圧症（60.2%）、筋・骨格（59.3%）も高く、このほか、糖尿病も県や全国に比べて高くなっています。介護予防のためにも、生活習慣の改善等が必要と考えられます。

図表２－４０ 要介護認定者等の有病率（令和４年度）



資料：KDB（国保データベース）システム

7 被保険者の健康に関する課題の整理

図表 2-41 被保険者の健康に関する課題と対応策（その1）

	健康課題	対応策
1	被保険者は年々高齢化し、65～74歳の被保険者は全体の59.8%となっています。国保医療費は、令和4年度に減少しているものの、後期高齢医療費は年々横ばい傾向にあります。国保の生活習慣病費用割合が64.9%、生活習慣病患者割合が62.4%を占めていることから、被保険者への保健事業を実施し、健康づくりと医療費の適正化を図る必要があります。特定健康診査受診率は36.6%と横ばい傾向、メタボリックシンドローム該当者の割合は増加傾向にあります。特定健康診査の受診者を増やし、メタボリックシンドローム該当者・予備軍を減らし、被保険者の生活習慣病の疾病予防・重症化予防を進めていく必要があります。はがきによる受診勧奨にわずかな効果がみられることから、今後も対象者や勧奨方法を検討し、実施していきます。	メタボリックシンドローム等の生活習慣病の予防
2	総医療費に占める生活習慣病費用割合は64.9%で、県内ワースト4位です。生活習慣病の発症予防につながるメタボリックシンドローム対象者の減少を目的に特定保健指導の利用を勧めています。保健指導利用率は95.1%、実施率は58%と高く、事業評価の結果、実施者に対して保健指導効果があることがわかりました。しかし、メタボリックシンドロームの該当者は増加、予備軍は減少しており、メタボリックシンドロームの減少率は年度にばらつきがみられます。保健指導を継続的に行い、効果を上げていくことが課題です。	
3	総医療費に占める生活習慣病費用割合は64.9%で、県内ワースト4位です。費用割合の高い疾病として糖尿病が県内ワースト1位、患者割合も糖尿病がワースト2位となっています。1件当たりの医療費が高く、介護につながりやすい人工透析への移行期間を延ばすとともに、糖尿病の重症化予防を図る必要があります。特定健康診査の所見において、県に比べて、血糖リスク保有者割合が高い状態です。特定健康診査受診時の高血糖者に対し、個別保健指導による生活習慣病改善指導と医療機関受診勧奨を実施することで、健診結果の維持・改善の効果がみられるため、今後も継続実施します。定期的な医療機関受診と継続的な生活習慣改善のため、毎年の特健康診査の受診を勧めていきます。	糖尿病等の重症化の予防

図表 2-41 被保険者の健康に関する課題と対応策（その 2）

	健康課題	対応策
4	総医療費に占める生活習慣病費用割合は 64.9%で県内ワースト 4 位です。費用割合の高い順として、高血圧症が県内ワースト 2 位となっています。標準化死亡比において、男女とも近年脳血管疾患が増えています。また、介護認定者における有病状況も心臓病、高血圧症が多く、循環器疾患への対策が必要です。また、特定健康診査の所見においては県と比べて有所見保有者割合は同程度ですが、高血圧の所見のある人に対しては、個別保健指導による生活習慣病改善指導と医療機関受診勧奨を実施することで、健診結果の維持・改善の効果がみられるため、今後も継続実施します。定期的な医療機関受診と継続的な生活習慣改善のため、毎年の特定健康診査の受診を勧めていきます。	高血圧の重症化予防
5	国保・後期高齢者医療ともに、生活習慣病の治療に多くの医療費がかかっています。国保の外来医療費では、糖尿病、腎不全の割合が高く、後期高齢者医療の外来医療費でもその他心疾患、糖尿病の割合が高くなっています。1 件当たりの医療費が高く、介護につながりやすい人工透析への移行の期間を延ばすとともに、糖尿病、高血圧症の重症化予防とともに腎機能低下の取組も実施する必要があります。また、特定健康診査の所見において、県に比べて血圧リスク保有者割合が高く、eGFR60 未満の割合（30.8%）も高くなっています。腎機能低下の有所見者で未受診者に対し、個別保健指導による生活習慣病改善指導と医療機関受診勧奨を実施することで、健診結果の維持・改善の効果がみられるため、今後も継続実施します。定期的な医療機関受診と継続的な生活習慣改善のため、毎年の特定健康診査の受診を勧めていきます。	腎機能低下の重症化予防
6	被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い 1 人当たりの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、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必要があります。	重複多剤服用者の減少
7	関ヶ原町は、高齢化率が 40.1%（令和 2 年）で、労働人口（15～64 歳）の占める割合が 2.8%減少（平成 27 年との比較）し、65 歳以上の単独世帯は 2.4%増加（R3 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）していることから、国保の視点から地域包括ケアに資する取組を行うことにより、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必要があります。	地域包括ケア推進・一体的実施の取組

第3章 前期計画の評価

1 前期計画の評価

前期計画においては、主に図表3-1・2の評価指標と目標値を掲げ、特定健康診査の受診率向上や生活習慣病の重症化予防対策に取り組んできました。

特定健康診査受診率については横ばい状況ですが、国保被保険者の加入年齢割合の高齢化に伴い、今後、受診者が後期高齢へ以降することで、受診率が低下することが考えられます。受診率の低い、40～50歳代へのアプローチと国保加入者割合の高い60歳代の未受診者へのアプローチにより受診率の向上を図る必要があります。

一方、特定保健指導利用率については高い状況ですが、メタボリックシンドローム該当者が増加しており、減少率は年度にばらつきがみられます。保健指導を継続的に行い、効果を上げていく必要があります。

図表3-1 前期データヘルス計画の主な目標と実績（その1）

評価指標	基準 H28(2016)	短期 H30(2018)		中期 R2(2020)		長期 R4(2022)	
		目標	実績	目標	実績	目標	実績
1 出前講座 による健診 受診勧奨 回数・人数	15 回 245 人	20 回 350 人	18 回 494 人	25 回 750 人	1 回 31 人	25 回 750 人	5 回 81 人
2 治療中の人の 健診データ提供件数	21 件	50 件	41 件	60 件	31 件	60 件	24 件
3 土曜健診 実施回数・ 人数	2 回 33 人	4 回 40 人	2 回 17 人	4 回 80 人	4 回 91 人	4 回 80 人	0 回 0 人
4 20・30 歳代 健診受診者 数	53 人	55 人	35 人	50 人	38 人	50 人	36 人
5 国保以外の 保険加入者の 受診者数 a. 社会保険 b. 後期高齢	a. 45 人 b. 65 人	a. 50 人 b. 70 人	a. 48 人 b. 117 人	a. 50 人 b. 150 人	a. 30 人 b. 137 人	a. 50 人 b. 150 人	a. 32 人 b. 127 人
6 特定健康診 査受診者への 保健指導・ 継続受診 勧奨者数	534 人	550 人	480 人	550 人	497 人	550 人	177 人※

図表３－１ 前期データヘルス計画の主な目標と実績（その２）

	評価指標	基準 H27(2015)	短期 H30(2018)		中期 R2(2020)		長期 R4(2022)	
			目標	実績	目標	実績	目標	実績
7	特定健康診 査受診率	39.4%	35.0%	37.4%	35.0%	35.7%	35.0%	33.9%
8	特定健康診 査結果説明 会（個別特 定保健指導） 実施回数・ 人数	15 回 434 人	27 回 550 人	22 回 480 人	27 回 550 人	19 回 497 人	27 回 550 人	21 回 177 人※
9	特定保健 指導実施率 a. 動機付け 支援終了率 b. 積極的支 援終了率	a. 78.7% b. 40.0%	a. 78.7% b. 40.0%	a. 81.8% b. 23.5%	a. 80.0% b. 30.0%	a. 71.2% b. 0.0%	a. 80.0% b. 30.0%	a. 78.0% b. 0.0%
10	特定保健 指導対象者 減少率	20.0%	20.0%	-11.8%	20.0%	2.8%	20.0%	-6.3%
11	メタボリッ クシンドロ ーム該当者 減少率 a. 該当者 b. 予備軍	a. 30.8% b. 21.4%	a. 30.8% b. 21.4%	a. 26.9% b. 22.0%	a. 30.0% b. 28.0%	A. 28.2% B. 14.3%	a. 30.0% b. 28.0%	A. 18.8% b. 26.2%

※新型コロナウイルス感染症蔓延防止のため、優先順位を設けて実施しました。

図表３－２ 前期特定健康診査等実施計画の目標と実績

単位：％

項目		H27 (2015)	H30 (2018)	R元 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)
特定健康 診査実施 率（受診率）	目標	—	39.0	44.0	48.0	52.0	56.0	60.0
	実績	39.4	37.4	39.6	35.7	36.6	33.9	—
特定保健 指導実施 率（終了率）	目標	—	70.0	70.0	70.0	70.0	70.0	70.0
	実績	69.1	69.9	60.0	56.1	58.0	66.1	—

第4章 計画の目的と目標等

1 計画の目的

本計画は、国指針を踏まえ、対象者となる被保険者の健康の保持増進を図り、生活習慣病などに係る医療費の増大を抑制するとともに、適正な医療の受診を促進することにより、「健康寿命の延伸」と「医療費の適正化」を目指します。さらに、これらの実現に向け、「メタボリックシンドローム等の生活習慣病の予防」、「糖尿病等の重症化の予防」、「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」、「地域包括ケア推進・一体的実施の取組」の6つの目的を掲げ、効果的、効率的な保健事業の推進を図ります。

2 計画の目標

健康・医療情報等の分析結果に基づく課題や前計画の評価結果を踏まえ、本計画を効果的、効率的に推進するため、図表４－１の評価指標を掲げ、その目標値を設定します。

図表４－１ 評価指標と目標値

目的	評価指標	計画時 実績値	目標値					
		R3	R6	R7	R8 (中間)	R9	R10	R11 (最終)
メタボリック シンドローム 等の生活習慣 病の予防	特定健康診査受診率（％）	36.6	42	42	45	45	50	50
	特定保健指導実施率（％）	58	58	58	59	59	59	60
	特定保健指導対象者の減少率（％）	13.5	16	16	18	18	20	20
糖尿病等の 重症化の予防	HbA1c8.0以上の者の割合（％）	1.22	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
	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	9	9	9	9	9	9
高血圧の重症 化予防	収縮期血圧維持・改善割合（％）	100	90	90	90	90	90	90
	拡張期血圧維持・改善割合（％）	50	90	90	90	90	90	90
腎機能低下の 重症化予防	CKD（慢性腎臓病）重症度分類の変化率（％）	66.6	70	70	70	70	70	70
重複多剤服用 者の減少	重複投与者数（人） ※対被保険者１万人	16	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
	多剤投与者数（人） ※対被保険者１万人	103	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	KDB等を活用したデータ提供等により地域の課題の共有、地域支援事業に国保部局として参画	参画	継続 して 参画	継続 して 参画	継続 して 参画	継続 して 参画	継続 して 参画	継続 して 参画
	KDB等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備軍等の抽出、国保部局として当該ターゲット層に対する支援実施	実施	継続 して 実施	継続 して 実施	継続 して 実施	継続 して 実施	継続 して 実施	継続 して 実施

3 計画の目標を達成するための方策

前頁の目標の達成に向け、健康課題（37・38 頁参照）の解決に資する6つの個別保険事業を図表4－2のとおり設定し、実施するとともに、毎年度、これら保険事業の実施状況と評価指標の進捗状況を照らし合わせて分析・評価し、必要に応じて、取組等の充実や見直しに努めます。なお、評価結果については、「関ヶ原町の国民健康保険に関する協議会」に報告等するとともに、関係者や町民とも共有することにより、町一体となって効果的、効率的な保険事業の推進を図ります。

図表 4－2 計画の体系

目 的		個別保険事業
健康寿命の延伸 医療費の適正化	メタボリックシンドローム等の 生活習慣病の予防	特定健康診査受診勧奨事業
		特定保健指導
	糖尿病等の重症化の予防	糖尿病等重症化予防事業
	高血圧の重症化予防	循環器疾患重症化予防事業
	腎機能低下の重症化予防	
	重複多剤服用者の減少	適正受診・適正服薬促進
	地域包括ケア推進・一体的実施の 取組	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

特定健康診査等実施計画

第5章 特定健康診査等実施計画

1 事業の目的と目標（評価指標）

特定健康診査（以下「特定健診」といいます。）及び特定保健指導は、メタボリックシンドローム（内臓脂肪型肥満）に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行い、生活習慣病の有病者・予備群を減少させることを目的に実施するものです。

特定健診及び特定保健指導の目標は、国の「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」に即して定めることとされており、市町村国保においては、令和11（2023）年度における特定健診及び特定保健指導の実施率は60%以上とされています。また、特定健診等の実施の成果に係る目標として、令和11（2023）年度において、平成20年度と比較したメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率（特定保健指導対象者の減少率をいう。）を25%以上にすることとされています。

本町においては、これまでの実績等を踏まえ、実現の可能性を考慮することとし、各年度の目標値を次のとおり設定します。

図表5-1 特定健康診査等実施計画の目標値

単位：％

項目	R3 (2021)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)	国基準
特定健診受診率	36.6	42	42	45	45	50	50	60
特定保健指導 実施率（終了率）	58.0	58	58	59	59	59	60	60
特定保健指導 対象者の減少率	13.5	16	16	18	18	20	20	25%減

2 事業の対象者

特定健診の対象者・受診者数及び特定保健指導の対象者・利用者数は、被保険者数の推計値（図表５－２）と特定健診及び特定保健指導の目標値（前頁図表５－１）から算出すると、図表５－３及び図表５－４のとおりとなると見込みます。

図表５－２ 被保険者数の見込み

項目	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
被保険者総数（人）	1,284	1,222	1,161	1,101	1,040	981
40歳未満	165	156	146	137	128	120
40～74歳	1,119	1,066	1,015	964	912	861

図表５－３ 特定健診の対象者・受診者数の見込み

項目	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
特定健診 対象者数（人）	1,119	1,066	1,015	964	912	861
特定健診 受診者数（人）	470	448	457	434	456	431

図表５－４ 特定保健指導の対象者・利用者数の見込み

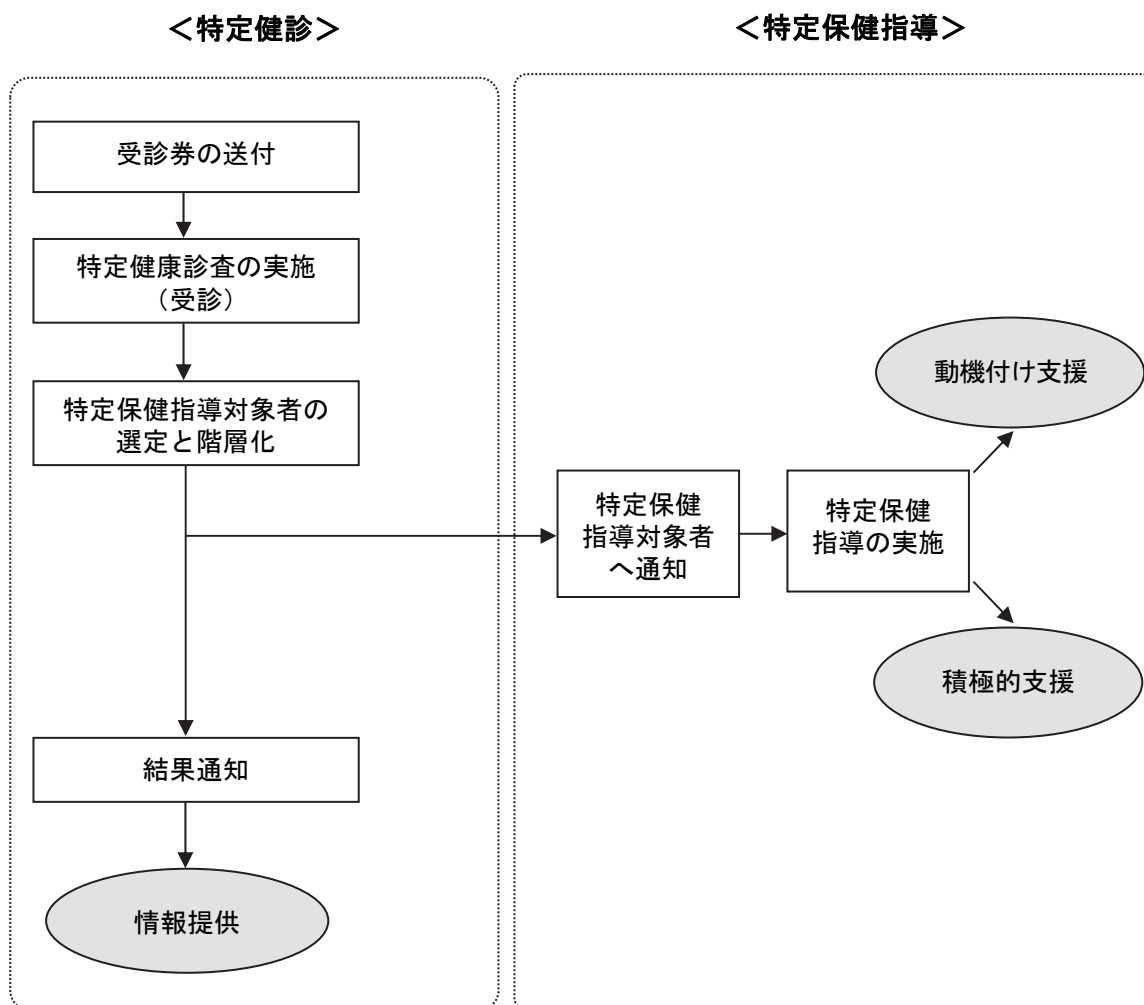
項目	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
特定保健指導 対象者数（人）	72	69	70	67	70	66
動機付け支援 対象者数	60	57	58	55	58	55
積極的支援 対象者数	12	12	12	12	12	11
特定保健指導 利用者数（人）	58	55	56	54	56	53
動機付け支援 利用者数	48	46	47	44	47	44
積極的支援 利用者数	10	9	9	10	9	9

3 事業の実施方法

I 特定健診及び特定保健指導の流れ

特定健診及び特定保健指導のおおよその流れと実施時期は、以下のとおりです。

図表 5－5 特定健診から特定保健指導実施への流れ



図表 5－6 特定健診及び特定保健指導の実施時期

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
受診券の送付 (4月・7月)	特定健診の実施 (5～11月) (地区ごとに順次実施) 特定保健指導の対象者の階層化										健診対象者の抽出
		特定保健指導の実施 (6月～)									

Ⅱ 特定健診の実施方法

(1) 実施形態

特定健診は、関ヶ原診療所に委託し、関ヶ原診療所において集団健診の方法で実施します。

なお、集団健診に加え、個別健診（医療機関健診）の実施に向け、検討していきます。

(2) 実施内容（健診項目）

特定健診の実施項目は、「基本的な検査項目」と「詳細な検査項目」があります。「基本的な検査項目」はすべての対象者が受診しなければならない項目であり、「詳細な検査項目」は医師の判断により受診しなければならない項目です。

本町においては、糖尿病の予防に重点を置く必要があることから、血糖検査については、空腹時血糖または随時血糖とHbA1c検査をあわせて実施しています。さらに、町独自の検査として、貧血検査、non-HDLコレステロール、血清クレアチニン、尿酸、白血球数及び尿潜血の検査項目を実施します。

なお、検査項目については、適宜見直しを行います。

図表 5-7 特定健診の具体的な項目

区分	項目	内容
基本的な検査項目	質問票 身体計測 理学的検査 血圧測定 血中脂質検査 肝機能検査 血糖検査 尿検査	服薬歴・喫煙習慣等 身長・体重・BMI・腹囲 身体診察 中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール AST (GOT)・ALT (GPT)・ γ -GT (γ -GTP) 空腹時血糖または随時血糖及びHbA1c検査 尿糖・尿蛋白
	詳細な検査項目	心電図検査、眼底検査、尿中アルブミン
検査項目（町独自）		貧血検査（赤血球数・血色素量（ヘモグロビン値）・ヘマトクリット値）・non-HDLコレステロール・血清クレアチニン・尿酸・白血球数・尿潜血、eGFR、塩分摂取推定量尿検査

※希望者には、一部自己負担で心電図・眼底検査・尿中アルブミンを実施しています。

(3) 受診率向上施策

特定健診の受診率向上を図るため次の施策に取り組んでいきます。

- ①町広報誌への掲載
- ②公用車へのポスター掲示
- ③受診券同封チラシの工夫
- ④受診券送付用封筒の工夫
- ⑤出前講座等での受診勧奨
- ⑥未申込者への受診勧奨【改善事項】

健診受診により、自分の健康状態を把握し、生活習慣改善の必要性が理解でき、実行できる人が増加すると考えます。したがって、特定健診の申し込みをしていない人に対し、対象者の受診状況（過去3年間受診なし、過去3年間1回でも受診している）に合わせて通知文を作成し、はがきによる受診勧奨と再勧奨を行います。

- ⑦治療中、人間ドック、会社等の健診結果提出依頼（特定健康診査情報提供事業）
- ⑧土曜日健診の実施
- ⑨20・30歳代健診の実施
- ⑩社保加入者の特定健診の受け入れ（集団健診会場にて）
- ⑪未受診者再勧奨
- ⑫個別健診（医療機関健診）の実施

※特定健康診査受診勧奨事業の評価指標は、図表5－1（44頁）の特定健診受診率と同じです。

Ⅲ 特定保健指導の実施方法

(1) 対象者の階層化

特定健診は、特定保健指導の対象者を見つけ出すために実施するものであり、この健診結果から、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数に着目し、リスクの高さや年齢に応じ、動機付け支援、積極的支援のレベル別に対象者を選定します。

図表 5－8 特定保健指導の対象者（階層化）

ステップ 1	ステップ 2	④喫煙歴	対象	
	①糖 ②脂質 ③血圧		40～64歳	65～74歳
85cm以上（男性） 90cm以上（女性）	2つ以上に該当		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以上	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			

※ステップ 1

腹囲85cm以上（男性）・90cm以上（女性）、または、腹囲85cm未満（男性）・90cm未満（女性）でBMI 25以上

※ステップ 2（追加リスク）

- ・血糖（空腹時血糖100mg/dl以上、または、HbA1c5.6〔NGSP基準〕以上）
- ・脂質（中性脂肪150mg/dl以上、または、随時中性脂肪175mg/dl以上、または、HDLコレステロール40mg/dl未満）
- ・血圧（収縮期130mmHg以上、または、拡張期85mmHg以上）に該当する人
（糖尿病、高血圧症、脂質異常症の治療に係る薬剤を服薬している人を除く）

(2) 特定保健指導対象者以外のハイリスク者

特定保健指導の対象とならなかった人（非肥満者）においても、高血圧、脂質異常症、糖尿病等は、脳・心血管疾患などの発症の危険因子であり、発症予防を効果的に推進するため、非肥満者においても危険因子を有する人への対策が必要です。

本町においては、特定保健指導対象者以外の次のハイリスク者についても、特定保健指導対象者とあわせて保健指導を実施していきます。

- ・要医療判定者
- ・HbA1c6.0以上
- ・尿検査有所見者（尿蛋白2+以上、尿蛋白1+・尿潜血1+以上、アルブミン300以上）
- ・GFR60未満で血圧・血糖・脂質のいずれかが要指導判定値以上の人
- ・高血圧者

(3) 実施形態

特定保健指導は、保険者である町が保健指導全体を統括して責任を持って行うという観点から、健康増進センターの保健師、管理栄養士、看護師が中心となって実施します。特定保健指導を受けることにより、疾病の重症化予防が図られることから、利用率のさらなる向上のため、健康診査受診の1か月後を目安に開催している健診結果説明会に参加しなかった人に対し、電話にて勧奨を行い、必要に応じて、訪問にて指導を実施します。また、参加した人は、次年度の特定健診の受診につながり、経過を見ることができることから、特定保健指導により次年度への継続受診を促進します。

図表 5－9 特定保健指導に関する評価指標

単位：％

評価指標		R3 (2021)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム 指標	保健指導レベル の改善割合	31.0	35	35	35	35	35	35
	利用者の腹囲 2cm、体重2kg減 った人の割合	9.8	10	10	10	10	10	10
アウトプット 指標	特定保健指導 利用率	95.1	95	95	95	95	95	95
	次年度継続 受診率	78.8	78	78	79	79	80	80

また、国民健康保険総合保健施設保健事業として実施している「健康短期大学」は、特定保健指導の動機付け支援及び積極的支援の内容を満たしており、「おとなの健康相談」も継続フォローの場として活用していきます。

○動機付け支援・積極的支援

保健師等が、対象者とともに行動目標や行動計画を作成し、3か月以上（次の特定健診までフォロー）で体重・腹囲の減少を目指します。積極的支援については、面接、電話、グループ支援等のアウトカム評価・プロセス評価の組み合わせにより、180ポイント以上の支援を実施します。

図表 5－10 特定保健指導プログラム

区分	内容
支援内容	健康短期大学（筋肉しっかりトレーニング教室、からだ改革！血液さらさら教室、シニアのからだすっきり教室、血糖コントロール講座）とのタイアップ、ウォーキング講座、おとなの健康相談、電話相談等
各種健康測定・検査	体組成計による筋肉量や体脂肪率測定、頸部動脈エコー、腹部ＣＴ検査、血液検査、塩分摂取推定量尿検査
健康機器の貸出	歩数計、血圧計

図表 5-11 継続的な支援のポイント構成

アウトカム評価	腹囲2.0cm以上かつ 体重2.0kg減少		180p
	腹囲1.0cm以上かつ 体重1.0kg減少		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	支援種別	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
		グループ支援	支援 1 回当たり70p 支援 1 回当たり最低40分間以上
		電話	支援 1 回当たり30p 支援 1 回当たり最低 5 分間以上
		電子メール等	支援 1 往復当たり30p 1 往復＝特定保健指導実施者と積極的支援対象者の間で支援に必要な情報の共有を図ることにより支援を完了したと当該特定保健指導実施者が判断するまで、電子メール等を通じて支援に必要な情報のやりとりを行うことをいう。
	早期実施	健診当日の初回面接	20p
		健診後 1 週間以内の初回面接	10p

※ 2年連続して積極的支援に該当した対象者のうち、1年目に比べて2年目の状態が改善している人については、動機付け支援相当の支援（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）を実施した場合であっても、特定保健指導を実施したとします。

第6章 その他の個別保健事業の展開

1 糖尿病等重症化予防事業

(1) 医療機関受診勧奨事業

目 的	高血糖有所見者が自分に必要な医療機関の受診や検査、生活改善方法がわかって実行することを促し、血糖値を改善します。
対象者	高血糖有所見者のうち医療機関未受診者
時 期	特定健診受診後 1 か月後を目安
方 法	高血糖有所見者のうちの医療機関未受診者に対し、健診結果説明会において受診勧奨を実施
実施量	健診結果説明会（7～11月）の全20回に加えて土曜日に2回実施
改善等	医療機関受診者の方がHbA1c維持改善割合が高いため、医療機関に受診する効果があると考えます。健診結果説明会において医療機関受診を勧める際に、受診した方がHbA1c値の維持改善割合が高いなど、受診することの効果やメリットを伝えます。また、医療機関を受診した8割の人が次年度も健診を受診しており、継続的に変化を把握することができます。

図表 6－1 医療機関受診勧奨事業の評価指標

単位：％

評価指標		R3 (2021)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム 指標	HbA1c値維持・ 改善者割合	80.0	80	80	80	80	80	80
アウトプット 指標	医療機関受診 勧奨率	100.0	100	100	100	100	100	100
	医療機関受診率	66.7	67	67	68	69	69	70
	次年度健診 受診率	80.0	82	82	83	83	84	85

(2) 糖尿病重症化予防のための保健指導

目 的	糖尿病受診中で腎症発症リスクの高い人が必要な受診、生活習慣の改善行動を実行・継続することを促し、重症化予防を図ります。
対象者	糖尿病受診中で腎症発症リスクの高い人
時 期	特定健診受診後 1 か月後を目安
方 法	・糖尿病受診中で腎症発症リスクの高い者に対し、健診結果説明会において受診状況の確認と保健指導を実施 ・かかりつけの医療機関に保健指導依頼票を持参してもらい、指導内容を把握
実施量	健診結果説明会（7～11月）の全20回に加えて土曜日に2回実施
改善等	治療中の人は、継続的に医療機関を受診しており、6割の人は健診も継続的に受診しています。保健指導は医療機関で実施されているため、町の保健指導を受ける機会はないものの、健診結果説明会において受診状況の確認と初回のみ保健指導を実施しています。医師会との連絡協議会において、治療中の人の健診受診状況等を伝え、治療中でも健診を受診してもらうよう、医療機関から伝えてもらいます。

図表 6－2 糖尿病重症化予防のための保健指導の評価指標

単位：％

評価指標		R3 (2021)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム 指標	HbA1c値維持・ 改善者割合	—	60	60	60	60	60	60
	eGFR値維持・ 改善者割合	—	60	60	60	60	60	60
アウトプット 指標	次年度健診 受診率	—	82	82	83	83	84	85
	保健指導実施率	—	20	21	22	23	24	25

※令和3年度は、町による保健指導の実績はありません。

(3) 糖尿病重症化予防のためのOGTTの勧奨

目 的	HbA1c 6.0～6.4の人（糖尿病未治療で過去5年間OGTT検査未受診者）が必要な検査を受け、生活習慣の改善行動を実行・継続することを促し、重症化予防を図ります。
対象者	HbA1c 6.0～6.4の人（糖尿病未治療で過去5年間OGTT検査未受診者）
時 期	特定健診受診後1か月後を目安
方 法	OGTT検査対象者に健診結果説明会において検査の受診勧奨を実施
実施量	健診結果説明会（7～11月）の全20回に加えて土曜日に2回実施
改善等	医療機関受診率は25%と低いものの、受診された人の方が健診結果（腎機能やBMIなどの値）に改善の変化がみられます。健診結果説明会においてOGTT検査の受診勧奨をする際に、受診した方が健診結果に改善の変化がみられるなど、効果を伝えていきます。

図表6－3 糖尿病重症化予防のためのOGTTの勧奨の評価指標

単位：％

評価指標		R3 (2021)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム 指標	HbA1c値維持・ 改善者割合	100.0	90	90	90	90	90	90
アウトプット 指標	医療機関受診 勧奨率	100.0	100	100	100	100	100	100
	医療機関受診率	25.0	25	26	27	28	29	30
	次年度健診 受診率	90.9	92	92	93	93	94	95

2 循環器疾患重症化予防事業

(1) 高血圧症医療機関受診勧奨事業

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などの疾病予防を図ります。
対象者	高血糖有所見者のうち医療機関未受診者
時 期	特定健診受診後 1 か月後を目安
方 法	高血糖有所見者のうちの医療機関未受診者に対し、健診結果説明会において受診勧奨を実施
実施量	健診結果説明会（7～11月）の全20回に加えて土曜日に2回実施
改善等	受診勧奨により5割の人が医療機関を受診しています。医療機関に受診されている人の方が、血圧が維持・改善されています。医療機関受診後も6割の人が健診を受診しており、継続的に変化を把握することができます。

図表 6－4 高血圧症医療機関受診勧奨事業の評価指標

単位：％

評価指標		R3 (2021)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム 指標	収縮期血圧維持 ・改善者割合	100.0	90	90	90	90	90	90
	拡張期血圧維持 ・改善者割合	50.0	90	90	90	90	90	90
アウトプット 指標	医療機関受診 勧奨率	100.0	100	100	100	100	100	100
	医療機関受診率	50.0	51	51	52	53	54	55
	次年度健診 受診率	66.7	67	67	68	68	69	70

(2) 腎機能低下者医療機関受診勧奨事業

目 的	特定健診で腎機能低下がみられた人が、医療機関受診をすることにより、腎機能の低下防止を図ります。
対象者	腎機能低下有所見者のうち医療機関未受診者
時 期	特定健診受診後 1 か月後を目安
方 法	腎機能低下有所見者のうち医療機関未受診者に対し、健診結果説明会において受診勧奨を実施
実施量	健診結果説明会（7～11月）の全20回に加えて土曜日に2回実施
改善等	医療機関受診勧奨率は8割で、健診結果説明会において受診勧奨できた人（利用群）では健診項目によって改善できているものもあります。医療機関を受診することにより、腎機能の低下を防ぐ効果が期待できます。

図表 6－5 腎機能低下医療機関受診勧奨事業の評価指標

単位：％

評価指標		R3 (2021)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム 指標	収縮期血圧維持 ・改善者割合	22.5	25	25	25	25	25	25
	拡張期血圧維持 ・改善者割合	22.5	25	25	25	25	25	25
	CKD（慢性腎臓 病）重症度分類 の変化率	66.6	70	70	70	70	70	70
アウトプット 指標	医療機関受診 勧奨率	80.0	100	100	100	100	100	100
	次年度健診 受診率	54.5	55	56	57	58	59	60

(3) 高血圧症・腎機能低下重症化予防のための保健指導

目 的	健診で高血圧（腎機能低下）であった人に保健指導することにより、高血圧（腎機能低下）の重症化予防を図ります。
対象者	高血圧有所見者や腎機能低下有所見者
時 期	特定健診受診後 1 か月後を目安
方 法	高血圧有所見者や腎機能低下有所見者に対し、健診結果説明会において保健指導（生活・栄養）を実施
実施量	健診結果説明会（7～11月）の全20回に加えて土曜日に2回実施
改善等	7割強の人が保健指導後、次年度も健診を受診しています。指導を受けた人は、健診項目である血圧を維持、改善できた割合が高い状況です。指導を行うことにより、高血圧の重症化予防につながります。

図表 6－6 高血圧症・腎機能低下重症化予防のための保健指導の評価指標

単位：％

評価指標		R3 (2021)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム 指標	収縮期血圧維持 ・改善者割合	40.0	42	42	42	42	42	42
	拡張期血圧維持 ・改善者割合	30.0	32	32	32	32	32	32
	CKD（慢性腎臓 病）重症度分類 の変化率	60.0	60	60	60	60	60	60
アウトプット 指標	医療機関受診 勧奨率	76.9	100	100	100	100	100	100
	次年度健診 受診率	78.9	78	78	79	79	80	80

3 適正受診・適正服薬促進

(1) 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人当たりの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据え、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。
対象者	3か月連続して同一月に同一疾患で受診医療機関が3回以上の人（ただし、うつ、認知症、がん、統合失調症などの病名を持つ人は除く）
時 期	12月
方 法	①通知または個別訪問指導 →取組実施後に対象者の処方状況をレセプト等で確認 →実施前後で評価を行う ②本人や支援者に服薬状況や副作用の改善状況を確認
実施量	1回
連携体制	不破郡医師会、大垣薬剤師会等（必要に応じて、かかりつけ医）

図表6-7 重複投与者に対する取組の評価指標

評価指標		R3 (2021)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム 指標	重複投与者数(対 被保険者1万人) (人)	16	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
アウトプット 指標	対象者への通知 ・訪問回数(回) (改善状況の確認 を含む)	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
	取組実施前後の 評価回数(回)	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回
	医師会・薬剤師 会への相談回数 (回)	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回

(2) 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人当たりの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据え、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。
対象者	3か月連続して同一診療月内で処方薬剤数が15以上
時 期	12月
方 法	①通知または個別訪問指導 →取組実施後に対象者の処方状況をレセプト等で確認 →実施前後で評価を行う ②本人や支援者に服薬状況や副作用の改善状況を確認
実施量	1回
連携体制	不破郡医師会、大垣薬剤師会等（必要に応じて、かかりつけ医）

図表 6－8 多剤投与者に対する取組の評価指標

評価指標		R3 (2021)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム 指標	多剤投与者数(被 保険者1万人) (人)	103	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
アウトプット 指標	対象者への通知 ・訪問回数(回) (改善状況の確認 を含む)	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
	取組実施前後の 評価回数(回)	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回
	医師会・薬剤師 会への相談回数 (回)	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回

(3) 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人当たりの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据え、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。
対象者	被保険者
時 期	通年
方 法	窓口でパンフレットを配布
実施量	通年

図表 6－9 薬剤の適正使用の推進に対する取組の評価指標

評価指標		R3 (2021)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトプット 指標	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・啓発回数(回)	1回 以上	1回 以上	1回 以上	1回 以上	1回 以上	1回 以上	1回 以上
	セルフメディケーションの推進のための周知・啓発回数(回)	1回 以上	1回 以上	1回 以上	1回 以上	1回 以上	1回 以上	1回 以上

4 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

(1) 地域包括ケアに対する取組

目 的	本町は高齢化率が40.1%（令和2年）で、労働人口（15～64歳）の占める割合が2.8%減少（平成27年との比較）し、65歳以上の単独世帯は2.4%増加（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」）していることから、国保の視点から地域包括ケアに資する取組を行うことにより、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の維持向上を図ります。
地域支援事業に国保部局として参画	・ 保健・福祉・医療サービスの円滑な提供及び相互連携を密にするとともに、介護予防と自立を目指した国保保健事業を担当する保健師が参画し、県の「医療費水準地域差分析等事業」において作成した「Re:ヘルス」（医療経済研究機構（東京大学生産技術研究所）提供分析ツール）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」（仮）を該当会議において提供し、継続的に必要な課題の検討と意見の集約を行う予定 ・ 提供を予定される内容は、「Re:ヘルス」を活用するとともに、居宅介護を進めるための在宅医療の状況や介護につながる疾患の状況など、KDBシステムの「健康スコアリング（健診・医療・介護）」等の資料を活用し、介護と医療のクロス分析や要介護認定区分別人数の前年比などから地域の特徴や課題について分析予定
ハイリスクアプローチ	抽出条件：血圧140/90以上の要介護者 抽出方法：KDBシステム等のデータを活用 ・ 保健事業（健康短期大学）において運動・栄養指導を行う中で、血圧測定を毎回実施し、血圧測定の結果が150/90以上の人に対して受診勧奨や生活指導を実施
医療・介護関係機関の連携による地域包括ケアの推進に向けた取組	関ヶ原診療所医療保健課（介護・医療包括的な医療を目的に関ヶ原診療所と町の包括支援担当課が一体化した課）が運営する関ヶ原診療所運営委員会（地域の歯科医師会・薬剤師会・介護事業者代表者により構成）から介護、医療、保健の包括的な助言を受け、地域包括ケアを推進

図表 6－10 地域包括ケアに対する取組の評価指標

評価指標		R3 (2021)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム 指標	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	継続 して 実施	継続 して 実施	継続 して 実施	継続 して 実施	継続 して 実施	継続 して 実施
アウトプット 指標	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 場と地域支援事 業への参画	参画	継続 して 参画	継続 して 参画	継続 して 参画	継続 して 参画	継続 して 参画	継続 して 参画
	前期高齢者等の ハイリスク群・ 予備群等をに対 する支援の実施 (お知らせや保 健師等専門職に よる個別支援、 介護予防を目的 とした取組等)	実施	継続 して 実施	継続 して 実施	継続 して 実施	継続 して 実施	継続 して 実施	継続 して 実施
	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	継続 して 実施	継続 して 実施	継続 して 実施	継続 して 実施	継続 して 実施	継続 して 実施

(2) 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上で、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、国保の保健事業を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します。
ハイリスクアプローチ	- 生活習慣病の重症化予防として、特定健診同様に後期高齢者対象の健診結果から一定の基準で対象者を抽出し、健診結果説明会を実施 - 生活習慣病やフレイルハイリスク者等の未受診者に受診勧奨をするとともに、保健師、栄養士による保健指導を実施
ポピュレーションアプローチ	- 地域のサロンや老人クラブ等に向けたやすらぎ出前講座において、介護予防や生活習慣病予防についての健康教育を実施 - 国保と後期高齢者医療の保健事業と介護保険の地域支援事業に切れ目がないよう、後期高齢者健診受診後、特定健診と同様に健診結果説明会や継続した保健指導を実施
事業の実施根拠になるデータの分析	- 要介護認定者等の糖尿病有病割合は32.7%と、県(28.8%)や国(24.3%)に比べて高い - 国保、後期高齢者医療とも、医療費(外来)の割合の高いものに慢性腎不全が上がっている - 人工透析者の一覧や介護給付費の状況(令和5年4月分)をみると、国保被保険者は6件中4件が、後期高齢者では5件中4件が介護認定を受けており、透析患者の1/2以上が介護認定を受けている状況 - 要支援の利用開始や要介護を遅らせるため、一般的な健康教育・健康相談だけでなく、糖尿病性腎症や慢性腎臓病の重症化を意識した生活指導や栄養指導を実施

図表 6-11 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の評価指標

評価指標		R3 (2021)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトカム 指標	国保の保健事業と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の一体的実施	実施	継続して実施	継続して実施	継続して実施	継続して実施	継続して実施	継続して実施
	国保、後期高齢者医療、介護保険、それぞれのデータ分析の実施	実施	継続して実施	継続して実施	継続して実施	継続して実施	継続して実施	継続して実施
アウトプット 指標	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（ハイリクスアプローチ）	実施	継続して実施	継続して実施	継続して実施	継続して実施	継続して実施	継続して実施
	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（ポピュレーションアプローチ）	実施	継続して実施	継続して実施	継続して実施	継続して実施	継続して実施	継続して実施
	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	継続して実施	継続して実施	継続して実施	継続して実施	継続して実施	継続して実施

第7章 計画の推進

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、県や国保連合会、保健医療関係者を通じて医療機関等に配布し、周知します。

これらの公表・配布にあたっては、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作成するなどの工夫が必要です。

2 計画の評価・見直し

(1) 個別の保健事業の評価・見直し

個別の保健事業の評価は、毎年度実施し、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。そのためにも、対象者や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。

なお、事業の評価は、健康・医療情報を活用し、費用対効果の観点も考慮します。目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったかなどを確認の上、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、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していきます。

(2) 個別保健事業の評価指標の目標値の設定について

評価指標の目標値の設定の考え方は、以下のとおりです。

○毎年度同じ数値目標

特徴：毎年度一定の成果を期待する指標

対象：年度によって異なる場合など

区分：特に短期アウトカム指標

例：保健指導利用者のメタボリックシンドローム改善割合、腹囲2cm・体重2kg減の割合、医療機関受診率

○徐々に上昇／低下する数値目標

特徴：成果が積み重なって改善していく指標

対象：被保険者、健診受診者全体など

区分：主に中長期アウトカム指標

例：健診受診率、保健指導実施率、メタボリックシンドローム該当者割合

○数値目標が設定できない

特徴：中長期アウトカムなど、保健事業以外の影響も多く受ける指標

対象：被保険者全体など

区分：主に中長期アウトカム指標

例：健康寿命、1人当たり医療費、有所見者割合

(3) 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と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）指標を中心とした指標による評価を行います。評価にあたっては、市町村国保における保健事業の評価を後期高齢者医療広域連合と共有しながら、県国保課や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。

3 個人情報の取り扱い

計画の策定にあたっては、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、加工するなどすることにより、統計情報と個別の個人情報とが存在するため、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ことから、他の個人情報よりも慎重に取り扱うこととします。また、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面においても、その保有する個人情報の適切な取扱いが個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、確保されるよう必要な措置を講じます。

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）。

用語解説

あ行

アウトカム評価指標

行政活動の成果を評価する指標のうち、施策・事業の実施により発生する効果・成果を表す指標のこと。

アウトプット評価指標

行政活動の成果を評価する指標のうち、具体的な行政活動を実際どの程度行ったかを示す指標のこと。

お薬手帳

使っているすべての薬を記録するための手帳のことで、全国の調剤薬局で無料でもらえる。この手帳に記録された薬歴を知り、薬を安全・適正に処方、調剤するために使用するもの。

か行

空腹時血糖

空腹時に血液中にあるブドウ糖の濃度を示すもので、検査値が高いと糖尿病の疑いがある。
※空腹時10時間以上食事をしていない状態。

血圧

収縮期・拡張期血管にかかる圧力のこと。心臓が血液を送り出すときに示す最大血圧を収縮期血圧、全身から戻った血液が心臓にたまっているときに示す最小血圧を拡張期血圧という。

血清クレアチニン

クレアチニンは筋肉でつくられる老廃物の一種で、血液中のクレアチニン（血清クレアチニン）の値は、腎機能の状態を示す検査に使用される。

健康寿命

健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間のこと。

さ行

人工透析

機能が著しく低下した腎臓に代わり機械で老廃物を取り除くこと。1回につき44～45時間かかる治療を週3回程度受ける必要があり、身体的にも時間的にも大きな負担がかかる。

ストラクチャー

構造、構成という意味。

生活習慣病

食事や運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が深く関与し、それらが発症の要因となる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。

セルフメディケーション

自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること（WHOの定義）で、これを推進することにより、自発的な健康管理や疾病予防の取り組みの促進、さらには、医療費の適正化につながるとされている。

た行

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

高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、市町村国保の保健事業と介護保険の地域支援事業、都道府県の後期高齢者医療（75歳以上の高齢者を対象とする医療保険制度）の保健事業を一体的に実施するもの。

中性脂肪

肉や魚、食用油など食品中の脂質や体脂肪の大部分を占める物質。単に脂肪とも呼ばれる。

な行

尿中アルブミン

アルブミンは血しょう中にあるタンパク質の一種で、通常血液中に含まれているものの、尿中に排出されている状態を測る検査に使用される。

は行

ハイリスクアプローチ

リスクの高い人に焦点をあてて働きかけを行い、疾患を予防する考え方のこと。

フレイル

健康な状態と要介護状態の中間の段階を指す。年齢を重ねていくと、心身や社会性などの面でダメージを受けたときに回復できる力が低下し、これによって健康に過ごしていた状態から、生活を送るために支援を受けなければならない要介護状態に変化していく。

プロセス

物事を進める手順、過程という意味。

ポピュレーションアプローチ

リスクの高い人たちだけに働きかけるのではなく、そのリスクに関する人口の分布全体をリスクの低い方に動かす考え方のこと。

ポリファーマシー

多くの薬を服用することで、副作用などの有害事象が起こりやすい状態のこと。

ま行

メタボリックシンドローム

内臓脂肪症候群のことで、内臓肥満に高血圧、高血糖、脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中などになりやすい病態を指す。

や行

有所見

検査の結果、何らかの異常検査基準値を上回っていることなどが認められたことをいう。

ら行

レセプト

診療報酬明細書のこと。

A～Zほか

ALT (GPT)

アミノ酸の代謝にかかわっている酵素で、主に肝臓に含まれており、肝機能の状態を示す検査に使用される。

AST (GOT)

肝臓や心筋などの細胞に多く存在する酵素で、細胞が破壊されると血液中に放出されることから、肝機能の状態を示す検査に使用される。

BMI

$[\text{体重(kg)}] \div [\text{身長(m)}]^2$ で算出される値で、肥満や低体重やせの判定に用いる体格指数のこと。

eGFR

腎臓の糸球体が1分間にろ過（毒素を排出）した血液の量を示すもので、腎機能の状態を示す検査に使用される。

HbA1c

ブドウ糖と血液中のヘモグロビンが結びついたもので、過去1～2か月の平均的な血糖の状態を示す検査に使用される。

HDLコレステロール

善玉コレステロールのことで、余分なコレステロールを回収して肝臓に運び、動脈硬化を抑える。

KDBシステム

国保データベースシステムの略で、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、健診、保健指導、医療、介護の各種データを併せて分析できるシステムのこと。

LDLコレステロール

悪玉コレステロールのことで、肝臓でつく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。

non-HDLコレステロール

総コレステロールからHDL（善玉）コレステロールを除いたもの。

OGTT

経口ブドウ糖負荷試験のことで、糖尿病の診断方法の一つ。

PDCAサイクル

「Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Action（改善）」という一連のプロセスを繰り返し行うことで、業務の改善や効率化を図る手法の一つ。

QOL

Quality Of Lifeの略で、生活の質のこと。

Re：ヘルス

医療経済研究機構（東京大学生産技術研究所）提供分析ツールのこと。

γ -GT (γ -GTP)

アミノ酸の生成に欠かせない酵素で、胆道から分泌され、肝臓の解毒作用に関わっていることから、肝機能の状態を示す検査に使用される。

関ヶ原町国民健康保険
第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）
・第4期特定健康診査等実施計画

発行：令和6年3月
発行者：関ヶ原町
岐阜県不破郡関ヶ原町大字関ヶ原894-58
TEL：0584-43-1111
編集：住民課