

第2期
池田町国民健康保険保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(令和6年度～令和11年度)

令和6年3月 作成

池田町

目 次

第1章 データヘルス計画の基本事項

1. 計画の趣旨	1
2. 計画の位置づけ	2
3. 計画の期間	2
4. 実施体制	3
5. 関係者連携	3

第2章 地域特性と課題

1. 人口の状況	5
2. 介護の状況	8
3. 医療の状況	9
4. 疾病の発生状況	11
5. 特定健診・特定保健指導の状況	12
6. 特定健診有所見者の状況	14
7. 生活習慣について	15

第3章 第1期データヘルス計画の評価

1. 各保健事業の振り返り	16
2. 第1期データヘルス計画に関わる考察	21

第4章 健康・医療情報等の分析結果に基づく健康課題のまとめ

第5章 計画の目的・目標

第6章 健康課題を解決するための個別保健事業

1. 特定健康診査受診勧奨事業	24
2. 特定保健指導	26
3. 糖尿病重症化予防事業	28
4. 高血圧症の重症化予防事業	31
5. 腎機能低下の重症化予防事業	32
6. 適正受診・適正服薬	33
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	36

第7章 その他

1. データヘルス計画の評価・見直し	41
2. 計画の公表・周知	41
3. 個人情報の取り扱い	41
4. 計画策定にあたっての留意事項	41

第1章 データヘルス計画の基本事項

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。」とされました。

平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(平成16年厚生労働省告示第307号)(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)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされました。

その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和3年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2021」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を検討するとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPI(重要業績評価指標)の設定を推進する。」と示されました。

このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。

(市町村国保及び国民健康保険組合の保健事業の目的)

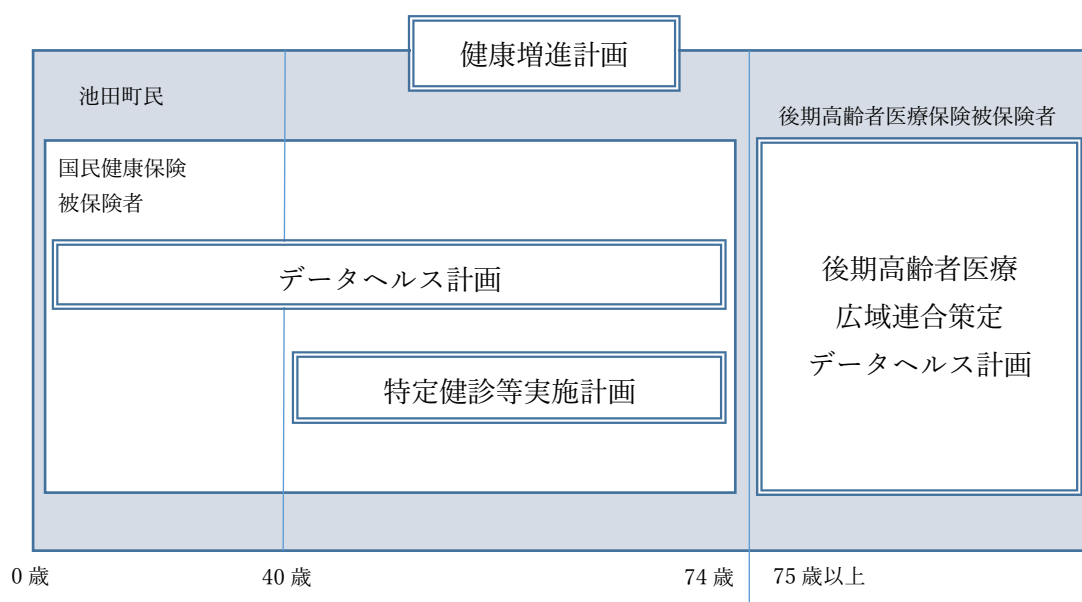
市町村国保及び国民健康保険組合(以下、「市町村国保」及び「国保組合」を併せて「保険者」という。)においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられます。

2. 計画の位置づけ

保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCA サイクルに沿って運用するものです。

データヘルス計画は、健康増進法(平成14年法律第103号)に基づく基本方針を踏まえるとともに、岐阜県健康増進計画、岐阜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(後期高齢者データヘルス計画)、池田町特定健康診査等実施計画など、それぞれの計画との整合性を図るものとします。

【計画の位置づけ】



3. 計画の期間

計画の期間については、関係する計画との整合性を図るため、保健事業実施指針第5の5において、「特定健診等実施計画及び健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされています。

本計画は、令和6年度から令和11年度までの6年間の計画として、実施していきます。なお、令和8年度に中間評価を実施します。

4. 実施体制

保険者においては、保健事業の積極的な推進を図るために、保健衛生担当課等住民の健康の保持増進に係る担当課に協力を求め、池田町が一体となって、計画の策定等を進めていきます。

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担当課、池田町において保健事業を主に所管する保健衛生担当課、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課のほか、財政担当課や企画担当課、生活保護担当課等とも十分に連携し、計画策定等を進めていきます。

特に、計画策定や保健事業の実施、評価等にあたっては、池田町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、保健衛生担当課との連携が必要です。

5. 関係者連携

計画の実行性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要となります。

【具体的な役割、連携内容】

(市町村国保)

保険者は、被保険者の健康の増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために、国保担当課が中心となって、関係課や関係機関との協力を得て、保険者の健康課題を分析し、計画を策定します。計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、①健康課題の分析、計画の策定、保健事業の実施及び評価、②保険者内の連携体制の確保、③国保担当課の体制の確保、④関係機関との連携などの役割を果たしていきます。

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

(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となると考え、被保険者の健康の保持増進のために、保険者が効果的・効率的に保健事業を実施することができるよう、県国保部局は関係機関との連絡調整や専門職の派遣や助言等の技術的な支援、情報提供等を通じて、積極的に保険者を支援していきます。

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

(県衛生)

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

(保健所)

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

(国保連、支援・評価委員会、国民健康保険中央会)

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

国民健康保険中央会(以下、「国保中央会」という。)は、KDB システムの運用・改善や国保・後期高齢者ヘルスサポート事業等により、国保連や支援・評価委員会の支援を通して、保険者を支援します。

(後期高齢者医療広域連合)

後期高齢者医療広域連合は、後期高齢者データヘルス計画の策定の過程において、75歳以上の健診・レセプト情報等を自らの現状分析に活用することはもとより、市町村国保が地域の世代間の疾病構造や医療費等の動向を連続して把握することができるよう、市町村国保と必要な情報の共有を図るよう努めます。この場合、市町村国保においては、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。

(保健医療関係者)

保健医療関係者は、計画策定時だけではなく、保健事業の実施や評価、保健事業の業務に従事する者の人材育成等においても、保険者等の求めに応じ、保健医療に係る専門的見地から、保険者への支援等を積極的に行います。

第2章 地域の特性と課題

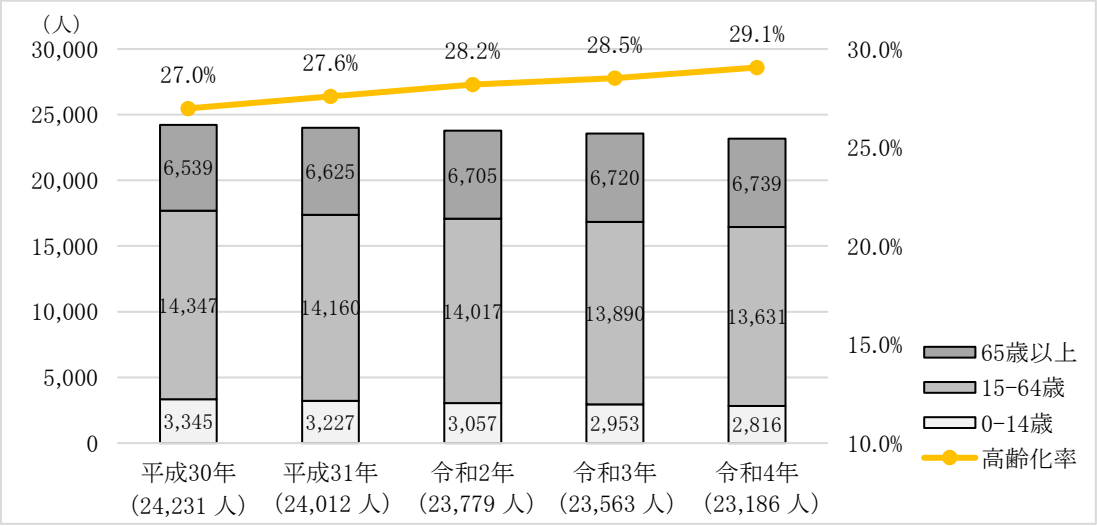
地域の特性と課題について、1. 人口の状況、2. 介護の状況、3. 医療の状況、4. 疾病の発生状況、5. 特定健診・特定保健指導の状況、6. 特定健診有所見者の状況、7. 生活習慣の7つの項目ごとに捉えました。

1. 人口の状況

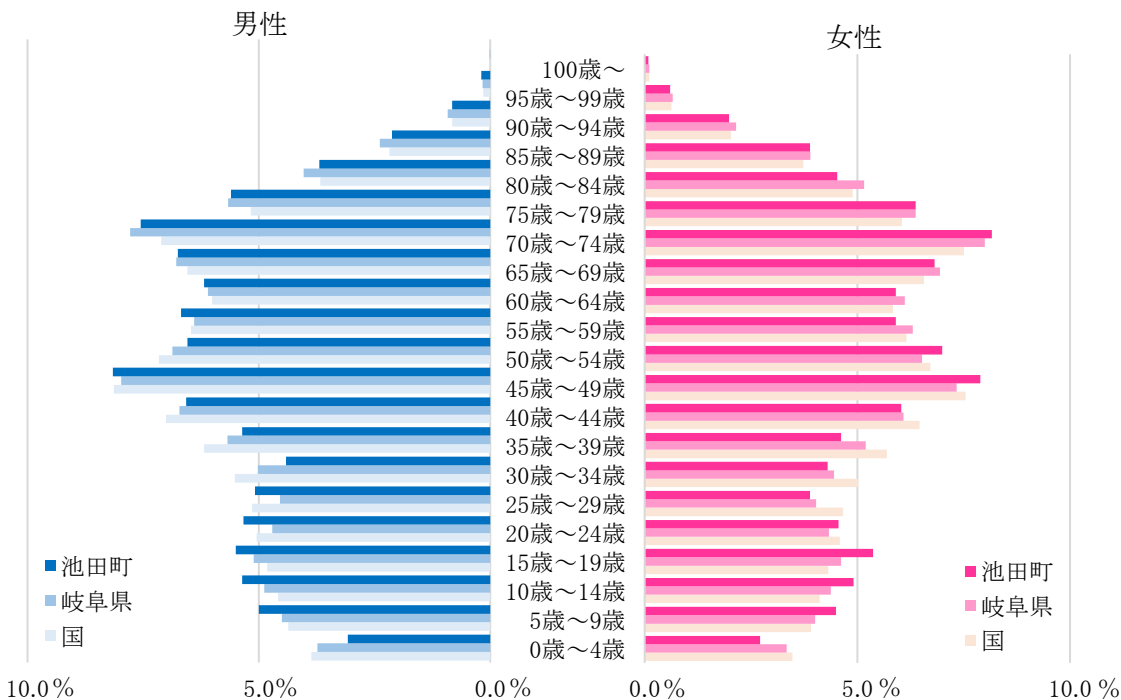
1) 人口の推移

池田町の人口は平成22年をピークに減少傾向となっています。令和4年1月1日現在の人口は、23,186人で高齢化率は29.1%となっています。年齢3区分別の人口をみると、0～14歳の年少人口が減少する一方で、65歳以上の高齢者は増加し、団塊世代と団塊ジュニアの世代が多い人口構造となっており、今後も高齢者は増加すると推測されます。

◆年齢3区分別人口の推移(データ:住民基本台帳(各年1月1日現在))



◆人口ピラミッド(データ:KDB システム(地域の全体像の把握 令和4年度累計))



2) 池田町国民健康保険の被保険者構成

池田町国民健康保険の被保険者数は年々減少しています。被保険者構成割合は 65 歳～74 歳が最も多くなっており、国や県と比較して、0～39 歳や 40 歳～64 歳までの国保加入率は低くなっています。

◆被保険者数の推移

(データ:住民基本台帳(各年 1 月 1 日現在)、KDB システム(地域の全体像の把握))

	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
人口(人)	24,231	24,012	23,779	23,563	23,186
被保険者数(人)	5,073	4,808	4,724	4,599	4,313
国保加入率(%)	20.9	20.0	19.9	19.5	18.6

◆被保険者構成(データ:KDB システム(地域の全体像の把握 令和 4 年度累計))

	計	～39 歳		40～64 歳		65～74 歳	
			割合(%)		割合(%)		割合(%)
池田町	4,313	880	20.4	1,186	27.5	2,247	52.1
岐阜県	409,533	94,193	23.0	127,774	31.2	187,566	45.8
国	27,488,882	7,284,554	26.5	9,098,820	33.1	11,105,508	40.4

3) 平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均

令和4年の平均余命は、男性 81.9 年、女性 86.6 年となっています。平均自立期間は男性 80.4 年、女性 83.8 年で、令和元年と比較すると、男性では 1.2 年、女性では 0.9 年延伸しています。男女ともに、平均自立期間は延伸していますが、県や国と比較すると、男性では県より低く、国より高くなっており、女性では、県や国よりも低くなっています。女性は、平均余命・平均自立期間ともに男性より長くなっていますが、日常生活に制限がある期間の平均も長くなっています。

◆平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均

(データ:KDB システム(地域の全体像の把握))

		池田町				県 (R4)	国 (R4)
		R1	R2	R3	R4		
男性	平均余命(A)	80.9	81.0	81.7	81.9	82.4	81.7
	平均自立期間(B)	79.2	79.4	80.1	80.4	80.8	80.1
	日常生活に制限がある期間の平均((A)-(B))	1.7	1.6	1.6	1.5	1.6	1.6
女性	平均余命(A)	86.0	85.9	86.6	86.6	87.8	87.8
	平均自立期間(B)	82.9	82.9	83.6	83.8	84.5	84.4
	日常生活に制限がある期間の平均((A)-(B))	3.1	3.0	3.0	2.8	3.3	3.4

※平均余命:ある年齢の人々がその後何年生きられるかという期間のこと。

平均自立期間の比較対象の値として、ここでは 0 歳時点の平均余命を示す。

※平均自立期間:日常生活動作が自立している期間の平均。要介護 2 以上の認定者を日常生活に制限があるとしている。

※日常生活に制限がある期間の平均:平均余命と平均自立期間の差

4) 標準化死亡比

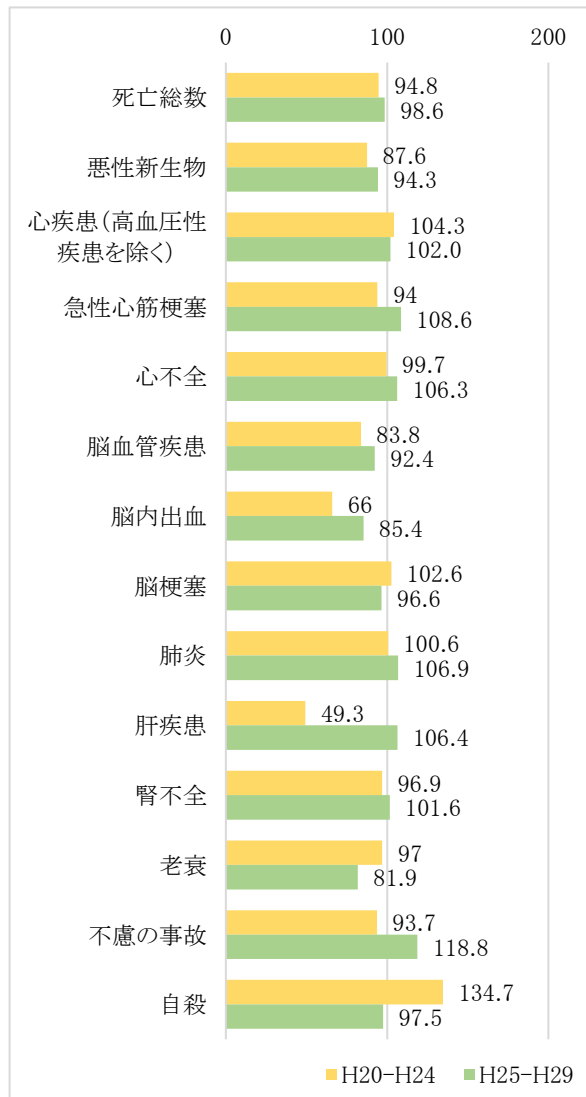
全国の死亡を 100 とした指数である標準化死亡比について、平成 25 年から平成 29 年の死亡総数は男性 98.6、女性 100.7 となっています。

生活習慣病との関係性が深い悪性新生物、急性心筋梗塞、脳血管疾患、腎不全による死亡は男女ともに増加傾向にあります。

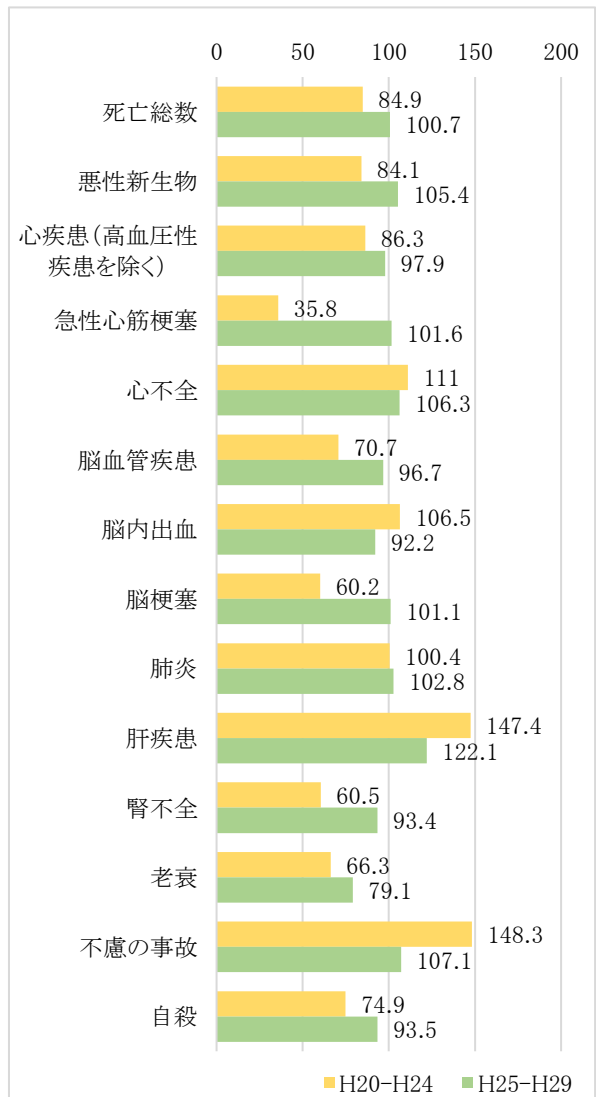
◆ 標準化死亡比の推移

(データ: 人口動態保健所・市町村別統計(平成 20 年～平成 24 年、平成 25 年～平成 29 年))

【男性】



【女性】



※標準化死亡比: 年齢構成の違いの影響を除いて死亡率を全国と比較したもの。

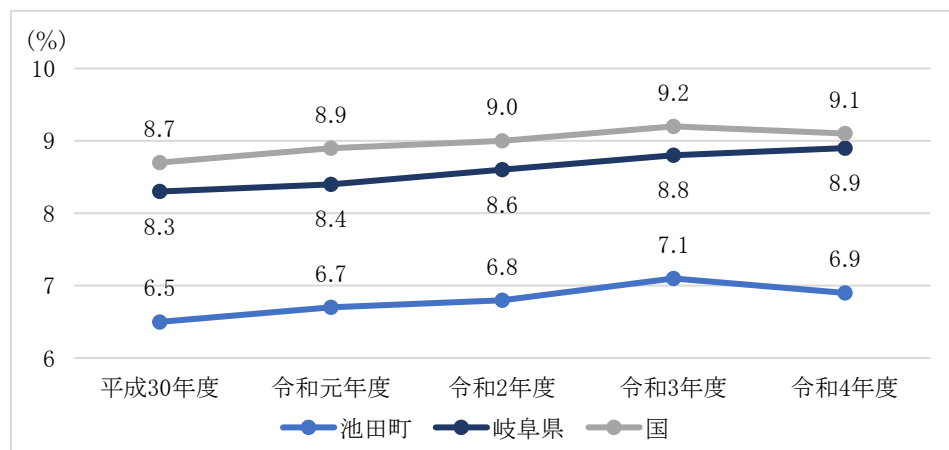
全国の平均を 100 としており、標準化死亡比が 100 より大きい場合、死亡率は全国より高いと言える。

2. 介護の状況

1) 介護認定率及び介護給付費の状況

介護認定率は年々増加傾向にあります。国や県と比べて認定率は低くなっています。しかし、1件あたりの給付費は国や県と比べて高くなっており、特に要介護4以上の給付費が高くなっています。

◆ 要介護認定率の推移(データ:KDB システム 医療・介護の突合(要介護認定率))

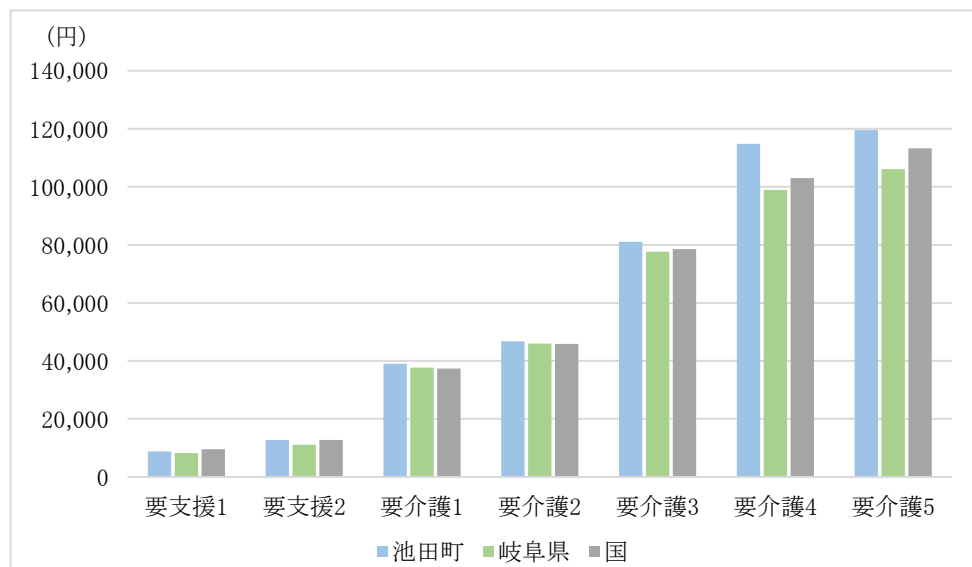


◆ 要介護認定率及び介護給付費

(データ:KDB システム 地域の全体像の把握(令和4年度累計))

	池田町	岐阜県	国
1号認定率	14.1%	18.1%	19.4%
2号認定率	0.5%	0.4%	0.4%
1件当給付費	66,263 円	59,511 円	59,662 円
要支援1	8,739 円	8,192 円	9,568 円
要支援2	12,769 円	11,083 円	12,723 円
要介護1	39,068 円	37,662 円	37,331 円
要介護2	46,698 円	45,957 円	45,837 円
要介護3	81,050 円	77,618 円	78,504 円
要介護4	114,771 円	98,945 円	103,025 円
要介護5	119,619 円	106,128 円	113,314 円

◆ 要介護度別1件当たりの介護給付費



2) 介護認定者の有病状況

介護認定者における有病状況では、心臓病が6割を超えて最も多くなっており、高血圧や筋・骨格も5割を超えています。県や国と比較すると、心臓病は県より低くなっていますが、国より高くなっています。糖尿病や高血圧症、脂質異常症、筋・骨格は年々増加傾向にあります。

◆介護認定者の有病状況

データ:KDB システム(医療・介護の突合(有病状況))

	池田町					岐阜県 (令和4年度)	国 (令和4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		
糖尿病	19.3	18.5	19.2	22.5	24.0	28.8	24.3
高血圧症	52.8	54.7	54.0	53.1	54.2	56.7	53.3
脂質異常症	25.0	24.7	26.1	27.1	29.8	33.7	32.6
心臓病	64.9	66.3	65.4	64.0	64.0	65.5	60.3
脳疾患	25.9	25.1	23.7	22.5	21.5	22.2	22.6
筋・骨格	51.4	51.4	51.9	53.8	55.0	56.4	53.4
精神	37.1	37.9	35.9	36.1	35.8	38.2	36.8

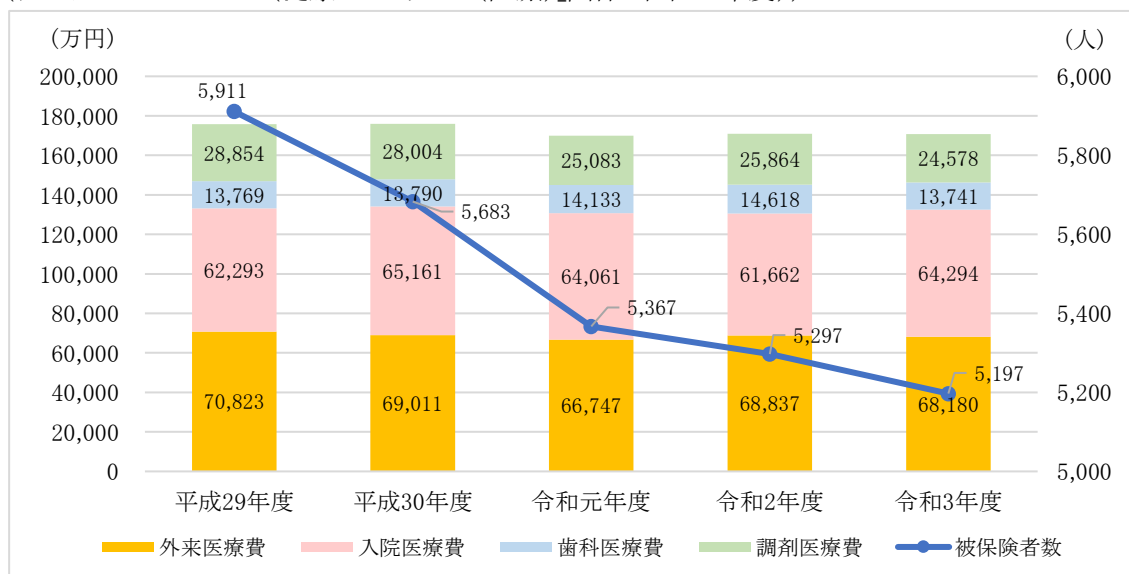
3. 医療の状況

池田町国民健康保険の被保険者は年々減少していますが、医療費は減少していないことから、1人あたりの医療費は増加していることが考えられます。年齢層別に見ると、60歳代になると医療機関への受診率が急激に高くなっています。1人当たり医療費は50歳以上から高くなっており、70～74歳が最も高くなっています。

疾病別医療費分析より、外来では糖尿病や高血圧性疾患など生活習慣病での医療費が多くなっています。入院では、高血圧性疾患などの生活習慣病との関連が深い循環器系の疾患での医療費が多くなっています。

◆医科(入院・外来)、歯科・調剤の合計医療費

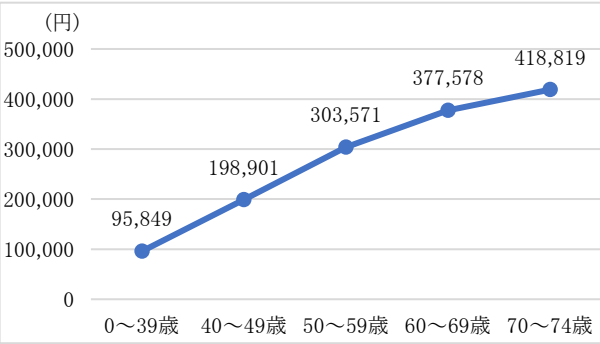
(データ:KDB システム(健康スコアリング(医療)_国保 令和4年度))



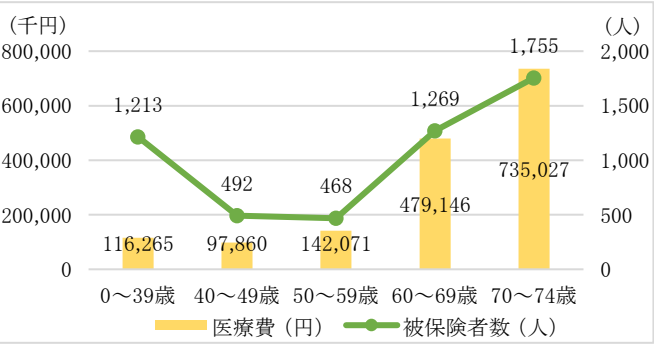
◆年齢階層別被保険者数と医療費
(データ:KDB システム(健康スコアリング(医療)_国保 令和 4 年度))

	被保険者数		件数		日数		医療費		受診率	1 人当たり 医療費	1 日当たり 医療費
	(人)	割合 (%)	(件)	割合 (%)	(日)	割合 (%)	(円)	割合 (%)	千人当たり	(円)	(円)
0～39 歳	1,213	23.3	5,060	12.6	8,679	10.8	116,265,130	7.4	4,171.476	95,849	13,396.144
40～49 歳	492	9.5	2,256	5.6	5,682	7.1	97,859,520	6.2	4,585.366	198,901	17,222.724
50～59 歳	468	9.0	2,890	7.2	7,862	9.8	142,071,450	9.0	6,175.214	303,571	18,070.650
60～69 歳	1,269	24.4	12,507	31.2	25,546	31.8	479,146,090	30.5	9,855.792	377,578	18,756.208
70～74 歳	1,755	33.8	17,382	43.4	32,569	40.5	735,027,010	46.8	9,904.274	418,819	22,568.301
合計	5,197	100.0	40,095	100.0	80,338	100.0	1,570,369,200	100.0	7,715.028	302,168	19,547.029

被保険者 1 人当たり医療費



被保険者年齢階層別人数と医療費



◆疾病別医療費分析(データ:KDB システム(健康スコアリング(医療)_国保 令和 4 年度))

【外来】

医科外来_総医療費:924,965,310円

順位	大分類別疾患	大分類 番号	順位	中分類別疾患	医療費	
					医療費	割合 (%)
1	内分泌、栄養及び代謝疾患	4	1	糖尿病	96,152,780	10.4
			2	脂質異常症	41,915,050	4.5
			3	その他の内分泌、栄養及び代謝障害	4,393,980	0.5
2	新生物(腫瘍)	2	1	その他の悪性新生物(腫瘍)	69,471,440	7.5
			2	気管、気管支及び肺の悪性新生物(腫瘍)	22,544,640	2.4
			3	良性新生物(腫瘍)及びその他の新生物(腫瘍)	16,692,230	1.8
3	循環器系の疾患	9	1	高血圧性疾患	56,033,710	6.1
			2	その他の心疾患	39,640,940	4.3
			3	虚血性心疾患	14,194,480	1.5
4	泌尿器系の疾患	14	1	腎不全	77,490,350	8.4
			2	その他の泌尿器系の疾患	8,328,400	0.9
			3	乳房及びその他の女性生殖器官に疾患	4,165,330	0.5
5	筋骨格系及び結合組織の疾患	13	1	炎症性多発性関節障害	25,914,480	2.8
			2	脊椎障害(脊椎症を含む)	14,701,700	1.6
			3	関節症	11,003,790	1.2

【入院】

医科入院_総医療費:642,942,640円

順位	大分類別疾患	大分類 番号	順位	中分類別疾患	医療費	
					医療費	割合 (%)
1	精神及び行動の障害	5	1	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	102,969,700	16.0
			2	気分(感情)障害(うつ病を含む)	22,626,810	3.5
			3	神経症性気分障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	10,442,330	1.6
2	循環器系の疾患	9	1	その他の心疾患	56,543,980	8.8
			2	虚血性心疾患	21,371,910	3.3
			3	脳梗塞	13,649,960	2.1
3	新生物(腫瘍)	9	1	その他の悪性新生物(腫瘍)	31,317,810	4.9
			2	気管、気管支及び肺の悪性新生物(腫瘍)	18,421,610	2.9
			3	良性新生物(腫瘍)及びその他の新生物(腫瘍)	13,784,060	2.1
4	神経系の疾患	6	1	その他の神経系の疾患	31,317,810	5.9
			2	てんかん	18,421,610	0.9
			3	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	4,382,900	0.7
5	筋骨格系及び結合組織の疾患	13	1	関節症	21,517,350	3.3
			2	脊椎障害(脊椎症を含む)	8,957,020	1.4
			3	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	6,434,470	1.0

4. 疾病の発生状況

生活習慣病対象者は被保険者の 43.1%を占めており、そのうち、虚血性心疾患は 11.3%、脳血管疾患は 8.1%、人工透析は 0.8%の者が有しています。

虚血性心疾患、脳血管疾患ともに 50 歳代から増加しており。人工透析は、40 歳代から発生しています。

糖尿病は男性が 35.5%、女性が 26.7%の者が有しており、男性の方が多くなっています。また、高血圧症においても、男性 65.6%、女性 55.8%の者が有しており、男性の方が多くなっています。脂質異常症は男性 46.0%、女性 55.2%の者が有しており、女性の方が多くなっています。

年代別でみると、どの疾患も 40 歳からの増加が著しくなっています。糖尿病や高血圧症等の生活習慣病は 20 歳代以下という若い世代から発症しており、どちらも重症化すると命を脅かすもしくは後遺症を残す疾患や人工透析が必要となる疾患の発症を引き起こす可能性があります。

◆生活習慣病全体における有病状況

(データ:KDB システム 様式 3-1 生活習慣病全体のレセプト分析(令和4年5月診療分))

【全体】

年齢階層	被保険者 (人)	生活習慣病 対象者	脳血管 疾患	虚血性 心疾患	人工透析	糖尿病	(再掲)糖尿病合併症				高血圧症	高尿酸血症	脂質異常症	
							インスリン 療法	糖尿病性 腎症	糖尿病性 網膜症	糖尿病性 神経障害				
20歳代以下	662	7.3%	0.0%	0.0%	0.0%	8.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.2%	0.0%	2.1%	
30歳代	296	18.2%	0.0%	1.9%	0.0%	13.0%	1.9%	1.9%	0.0%	0.0%	13.0%	1.9%	22.2%	
40歳代	407	21.9%	2.2%	3.4%	1.1%	24.7%	1.1%	2.2%	1.1%	2.2%	33.7%	7.9%	33.7%	
50歳代	403	39.0%	6.4%	8.3%	1.3%	26.1%	2.5%	1.9%	1.9%	2.5%	45.9%	12.1%	35.0%	
60～64歳	415	47.0%	7.7%	5.6%	2.1%	29.2%	2.6%	3.1%	2.6%	1.0%	55.4%	9.2%	50.3%	
65～69歳	898	55.5%	7.8%	9.6%	0.2%	31.9%	1.2%	2.4%	1.8%	1.2%	67.1%	9.4%	54.8%	
70～74歳	1518	2.1%	10.0%	15.8%	0.7%	34.1%	2.9%	3.3%	2.9%	2.0%	68.0%	12.1%	57.3%	
合計	4,599	43.1%	8.1%	11.3%	0.8%	30.8%	2.2%	2.8%	2.3%	1.7%	60.2%	10.4%	50.9%	
再掲	40～74歳	3,641	51.7%	8.5%	11.9%	0.8%	31.9%	2.3%	2.9%	2.4%	1.8%	63.0%	10.9%	52.9%
	65～74歳	2,416	59.6%	9.2%	13.7%	0.6%	33.4%	2.3%	3.0%	2.5%	1.7%	67.7%	11.2%	56.4%

【男性】

年齢階層	被保険者 (人)	生活習慣病 対象者	脳血管 疾患	虚血性 心疾患	人工透析	糖尿病	(再掲)糖尿病合併症				高血圧症	高尿酸血症	脂質異常症
							インスリン 療法	糖尿病性 腎症	糖尿病性 網膜症	糖尿病性 神経障害			
20歳代以下	348	6.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.8%
30歳代	142	20.4%	0.0%	3.4%	0.0%	13.8%	3.4%	3.4%	0.0%	0.0%	13.8%	3.4%	24.1%
40歳代	224	23.7%	3.8%	3.8%	1.9%	24.5%	0.0%	1.9%	0.0%	0.0%	37.7%	13.2%	35.8%
50歳代	217	38.7%	6.0%	11.9%	2.4%	32.1%	3.6%	2.4%	1.2%	3.6%	61.9%	21.4%	35.7%
60～64歳	181	47.0%	8.2%	7.1%	1.2%	36.5%	5.9%	5.9%	3.5%	1.2%	64.7%	18.8%	44.7%
65～69歳	415	56.1%	8.2%	10.7%	0.4%	36.1%	1.7%	4.3%	2.6%	1.3%	70.8%	18.5%	48.5%
70～74歳	680	62.4%	13.2%	18.6%	1.4%	40.1%	4.2%	5.0%	3.1%	2.8%	73.8%	21.0%	51.7%
合計	2,207	42.1%	9.6%	13.2%	1.2%	35.5%	3.3%	4.3%	2.5%	2.0%	65.6%	18.7%	46.0%
再掲	40～74歳	1,717	51.2%	10.1%	1.3%	37.0%	3.4%	4.4%	2.6%	2.2%	68.8%	19.7%	47.7%
	65～74歳	1,095	60.0%	11.4%	15.8%	1.1%	38.7%	3.3%	4.7%	2.9%	72.8%	20.1%	50.5%

【女性】

年齢階層	被保険者 (人)	生活習慣病 対象者	脳血管 疾患	虚血性 心疾患	人工透析	糖尿病	(再掲)糖尿病合併症				高血圧症	高尿酸血症	脂質異常症	
							インスリン 療法	糖尿病性 腎症	糖尿病性 網膜症	糖尿病性 神経障害				
20歳代以下	314	8.6%	0.0%	0.0%	0.0%	11.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	7.4%	0.0%	0.0%	
30歳代	154	16.2%	0.0%	0.0%	0.0%	12.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	12.0%	0.0%	20.0%	
40歳代	183	19.7%	0.0%	2.8%	0.0%	25.0%	2.8%	2.8%	2.8%	5.6%	27.8%	0.0%	30.6%	
50歳代	186	39.2%	6.8%	4.1%	0.0%	19.2%	1.4%	1.4%	2.7%	1.4%	27.4%	1.4%	34.2%	
60～64歳	234	47.0%	7.3%	4.5%	2.7%	23.6%	0.0%	0.9%	1.8%	0.9%	48.2%	1.8%	54.5%	
65～69歳	483	54.9%	7.5%	8.7%	0.0%	28.3%	0.8%	0.8%	1.1%	1.1%	63.8%	1.5%	60.4%	
70～74歳	838	61.9%	7.3%	13.5%	0.2%	29.3%	1.7%	1.9%	2.7%	1.3%	63.2%	4.8%	61.8%	
合計	2,392	44.1%	6.7%	9.7%	0.4%	26.7%	1.2%	1.4%	2.1%	1.3%	55.5%	3.0%	55.2%	
再掲	40～74歳	1,924	52.1%	7.1%	10.2%	0.4%	27.5%	1.3%	1.5%	2.2%	1.4%	57.8%	3.2%	57.5%
	65～74歳	1,321	59.3%	7.4%	11.9%	0.1%	29.0%	1.4%	1.5%	2.2%	1.3%	63.4%	3.7%	61.4%

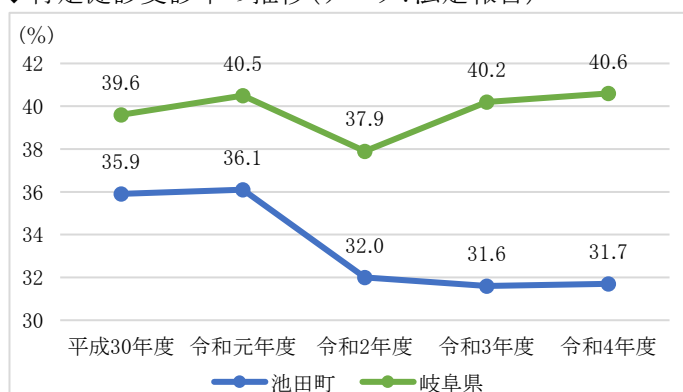
5. 特定健診・特定保健指導の状況

令和4年度の特定健診受診率は、31.7%であり、受診率は減少傾向にあります。県と比較しても低い水準で推移しており、受診率の向上が課題です。年齢別・性別の特定健診受診率をみると、男性では40歳代・50～54歳まで、女性では45～49歳の受診率が特に低くなっています。被保険者の生活習慣病の発症予防や重症化予防を推進していくためには、特定健診受診率を向上させ、より多くの被保険者のリスクを把握することが必要です。

特定健診の結果、メタボリックシンドローム該当者と判定された方の割合やメタボリックシンドローム予備群と判定された方は増加傾向にあります。

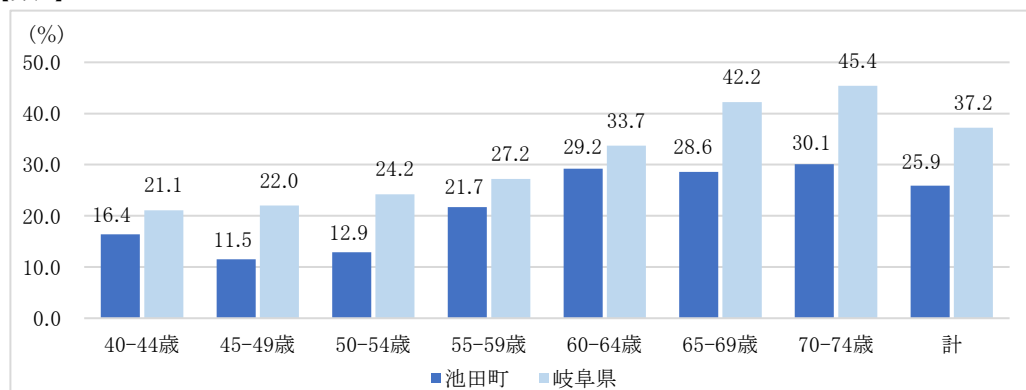
特定保健指導は個別指導を中心に実施しています。特定保健指導の利用率及び終了率は減少傾向にありましたが、令和4年度は前年度とまでと比較し、増加しています。また、特定保健指導対象者の減少率について、令和4年度は県よりも高くなっています。

◆特定健診受診率の推移(データ:法定報告)

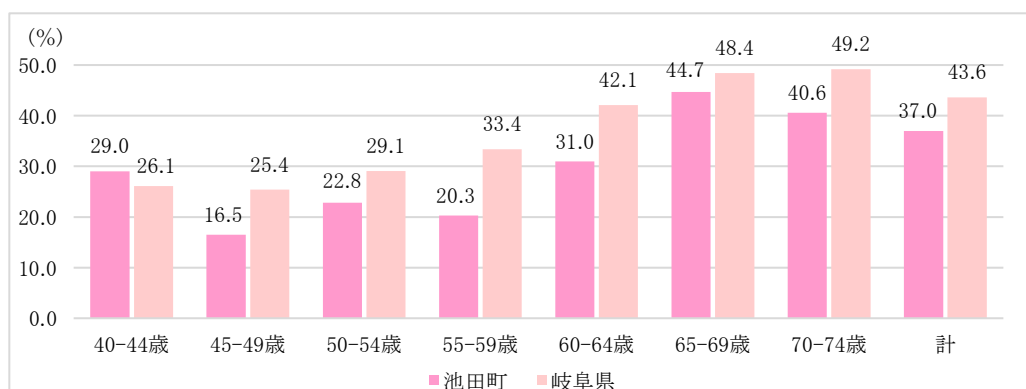


◆年齢別・性別の特定健診受診率(データ:法定報告(令和4年度))

【男性】



【女性】



◆メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合

(データ:岐阜県における医療費・疾病・特定健診の状況(経年))

	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	
	該当者	予備群	該当者	予備群	該当者	予備群	該当者	予備群	該当者	予備群
池田町	17.4	8.5	15.7	10.2	18.8	9.3	20.9	9.5	19.1	11.0
岐阜県	17.9	10.3	18.6	10.5	19.9	10.7	20.2	10.4	17.0	13.3

◆メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少率

(データ:岐阜県における医療費・疾病・特定健診の状況(経年))

	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	
	該当者	予備群	該当者	予備群	該当者	予備群	該当者	予備群	該当者	予備群
池田町	21.5	30.4	23.3	25.5	15.2	20.2	17.1	29.5	24.1	26.2
岐阜県	21.6	21.1	21.2	21.3	19.1	18.2	20.4	21.2	20.8	21.5

◆特定保健指導の利用率・終了率

(データ:岐阜県における医療費・疾病・特定健診の状況(経年))

	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	
	利用率	終了率	利用率	終了率	利用率	終了率	利用率	終了率	利用率	終了率
池田町	30.8	24.5	25.2	22.8	27.0	24.3	20.0	17.4	32.5	22.1
岐阜県	45.5	41.3	45.1	41.7	43.7	39.4	45.3	40.1	46.5	41.5

◆特定保健指導対象者の減少率

(データ:岐阜県における医療費・疾病・特定健診の状況(経年))

	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
池田町	15.2	25.9	10.2	22.8	30.3
岐阜県	19.3	19.5	16.8	19.8	19.5

6. 特定健診有所見者の状況

特定健診の項目別にみると、国や県と比べて、BMI や収縮期高血圧の値について、基準値を超えている方の割合が高くなっています。男性では腹囲が基準値を超えている方が5割以上となっており、男女ともにHbA1c や収縮期血圧における有所見者の割合が高くなっています。

◆特定健診有所見者の状況

(データ:KDB システム 様式 5-2 健診有所見者の状況(男女別・年代別)(令和4年度))

【全体】

		受診者数	健診 有所見者	(検査項目)															
				BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	随時血糖	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン	eGFR	心電図	眼底検査
				25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	100以上	7.0以上	130以上	85以上	150以上	1.3以上	60未満	所見あり	所見あり
池田町	40歳代	59	人数(人)	17	18	11	14	3	6	17	0	8	14	10	19	0	1	4	0
			割合(%)	28.8	30.5	18.6	23.7	5.1	10.2	28.8	0.0	13.6	23.7	16.9	32.2	0.0	1.7	6.8	0.0
	50歳代	65	人数(人)	19	23	11	7	5	9	25	0	6	29	16	28	0	6	3	0
			割合(%)	29.2	35.4	16.9	10.8	7.7	13.8	38.5	0.0	9.2	44.6	24.6	43.1	0.0	9.2	4.6	0.0
	60～64歳	96	人数(人)	30	34	13	13	3	21	57	1	3	41	19	48	1	16	9	1
			割合(%)	31.3	35.4	13.5	13.5	3.1	21.9	59.4	1.0	3.1	42.7	19.8	50.0	1.0	16.7	9.4	1.0
	65～69歳	280	人数(人)	79	82	52	35	12	52	181	4	10	140	45	125	2	55	30	2
			割合(%)	28.2	29.3	18.6	12.5	4.3	18.6	64.6	1.4	3.6	50.0	16.1	44.6	0.7	19.6	10.7	0.7
70～74歳	492	人数(人)	125	167.0	78.0	35.0	31.0	95.0	314.0	11.0	23.0	277.0	84.0	195.0	8.0	117.0	58.0	7.0	
		割合(%)	25.4	33.9	15.9	7.1	6.3	19.3	63.8	2.2	4.7	56.3	17.1	39.6	1.6	23.8	11.8	1.4	
総計		992	人数(人)	270	324	165	104	54	183	594	16	50	501	174	415	11	195	104	10
			割合(%)	27.2	32.7	16.6	10.5	5.4	18.4	59.9	1.6	5.0	50.5	17.5	41.8	1.1	19.7	10.5	1.0
県			割合(%)	25.1	33.2	23.5	13.4	4.9	19.3	60.1	4.7	6.6	47.5	19.4	48.7	1.3	20.6	19.3	13.2
国			割合(%)	27.1	35.0	21.1	14.5	3.8	24.8	57.1	2.9	6.5	47.5	21.1	50.3	1.2	20.6	21.0	18.0

【男性】

		受診者数	健診 有所見者	(検査項目)															
				BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	随時血糖	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン	eGFR	心電図	眼底検査
				25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	100以上	7.0以上	130以上	85以上	150以上	1.3以上	60未満	所見あり	所見あり
池田町	40歳代	25	人数(人)	12	14	9	11	3	3	10	0	7	9	7	10	0	0	2	0
			割合(%)	48.0	56.0	36.0	44.0	12.0	12.0	40.0	0.0	28.0	36.0	28.0	40.0	0.0	0.0	8.0	0.0
	50歳代	31	人数(人)	10	15	7	5	4	6	13	0	5	14	8	9	0	1	1	0
			割合(%)	32.3	48.4	22.6	16.1	12.9	19.4	41.9	0.0	16.1	45.2	25.8	29.0	0.0	3.2	3.2	0.0
	60～64歳	42	人数(人)	17	25	9	10	3	14	26	1	3	18	10	19	1	7	4	0
			割合(%)	40.5	59.5	21.4	23.8	7.1	33.3	61.9	2.4	7.1	42.9	23.8	45.2	2.4	16.7	9.5	0.0
	65～69歳	95	人数(人)	31	48	19	16	6	22	59	1	4	40	17	38	2	18	10	2
			割合(%)	32.6	50.5	20.0	16.8	6.3	23.2	62.1	1.1	4.2	42.1	17.9	40.0	2.1	18.9	10.5	2.1
	70～74歳	193	人数(人)	62	111.0	40.0	23.0	25.0	44.0	125.0	5.0	16.0	107.0	41.0	63.0	7.0	48.0	33.0	3.0
			割合(%)	32.1	57.5	20.7	11.9	13.0	22.8	64.8	2.6	8.3	55.4	21.2	32.6	3.6	24.9	17.1	1.6
総計		386	人数(人)	132	213	84	65	41	89	233	7	35	188	83	139	10	74	50	5
			割合(%)	34.2	55.2	21.8	16.8	10.6	23.1	60.4	1.8	9.1	48.7	21.5	36.0	2.6	19.2	13.0	1.3
県			割合(%)	31.8	52.7	30.2	19.8	9.1	24.6	60.5	5.8	12.9	49.0	24.1	43.6	2.6	22.4	22.0	14.8
国			割合(%)	34.2	55.3	28.1	21.4	7.1	31.4	57.8	3.5	12.4	50.2	26.4	45.6	2.5	21.9	23.7	19.4

【女性】

		受診者数	健診 有所見者	(検査項目)																
				BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	随時血糖	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン	eGFR	心電図	眼底検査	
				25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	100以上	7.0以上	130以上	85以上	150以上	1.3以上	60未満	所見あり	所見あり	
池田町	40歳代	34	人数(人)	5	4	2	3	0	3	7	0	1	5	3	9	0	1	2	0	
			割合(%)	14.7	11.8	5.9	8.8	0.0	8.8	20.6	0.0	2.9	14.7	8.8	26.5	0.0	2.9	5.9	0.0	
	50歳代	34	人数(人)	9	8	4	2	1	3	12	0	1	15	8	19	0	5	2	0	
			割合(%)	26.5	23.5	11.8	5.9	2.9	8.8	35.3	0.0	2.9	44.1	23.5	55.9	0.0	14.7	5.9	0.0	
	60～64歳	54	人数(人)	13	9	4	3	0	7	31	0	0	23	9	29	0	9	5	1	
			割合(%)	24.1	16.7	7.4	5.6	0.0	13.0	57.4	0.0	0.0	42.6	16.7	53.7	0.0	16.7	9.3	1.9	
	65～69歳	185	人数(人)	48	34	33	19	6	30	122	3	6	100	28	87	0	37	20	0	
			割合(%)	25.9	18.4	17.8	10.3	3.2	16.2	65.9	1.6	3.2	54.1	15.1	47.0	0.0	20.0	10.8	0.0	
	70～74歳	299	人数(人)	63	56	38	12	6	51	189	6	7	170	43	132	1	69	25	4	
			割合(%)	21.1	18.7	12.7	4.0	2.0	17.1	63.2	2.0	2.3	56.9	14.4	44.1	0.3	23.1	8.4	1.3	
総計		606	人数(人)	138	111	81	39	13	94	361	9	15	313	91	276	1	121	54	5	
			割合(%)	22.8	18.3	13.4	6.4	2.1	15.5	59.6	1.5	2.5	51.7	15.0	45.5	0.2	20.0	8.9	0.8	
県				割合(%)	20.0	18.1	18.4	8.5	1.6	15.2	59.8	3.7	1.8	46.3	15.8	52.7	0.3	19.1	17.1	11.9
国				割合(%)	21.4	18.8	15.6	9.0	1.2	19.6	56.5	2.4	1.8	45.3	16.9	54.1	0.3	19.5	18.8	16.9

7. 生活習慣について

国や県と比較して、20歳の時と比べて体重が10kg以上増加している方や1回30分以上の運動習慣がない方の割合が多くなっています。喫煙習慣のある者の割合は国や県と比較して低くなっています。

◆質問票調査の状況(データ:KDB システム 質問票調査の状況(令和4年度累計))

			池田町			岐阜県	国
			全体	男性	女性		
喫煙			11.5	23.8	3.6	12.4	13.8
20歳時体重から10kg以上増加			35.3	45.3	28.9	33.6	35.0
運動	1回30分以上の運動習慣なし		64.0	62.2	65.2	62.6	60.4
	1日1時間以上運動なし		51.5	52.6	50.8	51.4	48.0
	歩行速度遅い		50.6	46.9	52.9	50.2	50.8
食事	咀嚼	何でも	80.7	78.0	82.5	78.7	79.3
		噛みにくい	18.6	20.5	17.5	20.4	19.9
		ほとんど噛めない	0.6	1.6	0.0	0.9	0.8
	食事速度	速い	25.5	31.3	21.8	26.9	26.8
		普通	67.5	60.4	72.1	65.6	65.4
		遅い	7.0	8.3	6.1	7.5	7.8
	週3回以上就寝前夕食		11.8	18.9	7.3	13.3	15.8
	朝昼夕3食以外の 間食や甘い飲み物	毎日	22.8	14.5	28.1	23.5	21.6
		時々	58.8	56.5	60.2	57.9	57.3
		ほとんど摂取しない	18.4	29.0	11.7	18.6	21.0
週3回以上朝食を抜く		5.4	8.1	3.6	7.0	10.4	
飲酒	飲酒頻度	毎日	18.8	36.9	7.3	23.6	25.5
		時々	18.9	22.1	16.9	20.1	22.5
		飲まない	62.3	41.0	75.9	56.3	52.0
	飲酒量	1合未満	57.5	41.7	81.9	64.9	64.1
		1合～2合	28.6	37.2	15.3	23.8	23.7
		2合～3合	11.4	17.0	2.8	9.0	9.4
		3合以上	2.5	4.0	0.0	2.3	2.8
睡眠不足		23.3	22.1	24.1	26.7	25.6	

第3章 第1期データヘルス計画の評価

1. 各保健事業の振り返り

○特定健診受診率向上のための取り組み

目的	健診を継続受診し、生活習慣病の予防または改善につなげていくために、健診未受診者等に対して、受診勧奨を行うことで、健診受診への動機付けや行動変容を促し、健診受診率向上を図る。
対象者	①20 歳以上の住民 ②40 歳～74 歳の国民健康保険加入者 ③当該年度健診未受診者のうち、前年度健診受診者 ④40 歳～44 歳の当該年度健診未受診者
方法	①健康診査家族調査票送付時に、特定健診等についてのチラシを同封する。 ②特定健診案内送付時に受診勧奨チラシを同封する。 ③年齢(40 歳代／50 歳以上)により、通知内容を検討し、はがきにて再勧奨の案内を送付する。 ④集団健診を 30 歳代健診の際に同時実施する。
事業評価	・特定健診受診率(全体) H30:35.9% R1:36.1% R2:32.0% R3:31.6% R4:31.7% ・特定健診受診率(40 歳代) H30:12.8% R1:20.8% R2:16.6% R3:13.7% R4:17.4% ・再勧奨対象者の健診受診率(R3) 令和 3 年度健診未受診者のうち令和 2 年度健診受診者に対して、再勧奨のはがきを送付した。 (40 歳代) 29.6% (50 歳以上) 66.1% 健診受診歴がある方に対する再勧奨は一定数の受診者を獲得できており、効果があると考ええる。 また、40～44 歳の未受診者に対して、集団健診の機会を設けることにより、40 歳代の健診受診率が向上しており、若い世代の受診率向上のための取り組みとしては有効であると考ええる。 一方で、全体の特定健診の受診率は減少傾向にあり、今後更なる取り組みも必要である。

○特定保健指導

目的	特定保健指導対象者に対して、個別通知や電話による利用勧奨を行うことで、特定保健指導の利用者の増加を図る。 特定健診の結果を踏まえ、個々の生活状況に即した保健指導・栄養指導を行うことで、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣病の発症や重症化を予防する。
対象者	特定健診の結果、積極的支援または動機付け支援に該当した者
方法	・利用勧奨 特定保健指導対象者全員へ特定保健指導の案内を個別に送付する。 （保健指導区分や健診結果等に基づき、優先順位付けを行い、日時指定と申し込み制に分けて案内する。） 案内送付後、対象者へ電話連絡し、生活状況や医療機関受診状況を伺いながら、特定保健指導の利用勧奨を行う。 ・保健指導 初回面接にて、健診結果の説明や生活習慣の振り返りを行い、保健師や管理栄養士が必要な情報提供と助言を行う。また、生活習慣改善のための無理のない取り組み目標の設定を行う。 その後、3か月以上の継続支援（電話支援や面談）を行う。 3～6か月経過後、再度面談を行い、行動目標の取り組み状況、身体状況や生活状況の変化について評価する。
事業評価	・特定保健指導利用率 H30:30.8% R1:25.2% R2:27.0% R3:20.0% R4:32.5% ・特定保健指導終了率 H30:24.5% R1:22.8% R2:24.3% R3:17.4% R4:22.1% ・次年度健診受診状況（継続受診率）（R3） 77.3% 電話勧奨により特定保健指導の利用につながった者は一定数獲得できており、直接的なアプローチは初回指導につながりやすい。個別通知に加え、電話による利用勧奨は利用率向上に寄与していると考ええる。特定保健指導利用率向上のため、対象者の状況に合わせて勧奨方法を検討し、アプローチを行っていく。 特定保健指導の利用により、生活習慣の改善や検査値の変化が確認できている。今の体の状態を正しく理解できるようわかりやすい結果説明を行うとともに、個々の生活状況に応じた保健指導を継続していく。

○生活習慣病重症化予防のための取り組み

75g糖負荷検査(OGTT)受診勧奨

目的	糖尿病の可能性がある方に対し、75g 糖負荷検査の受診勧奨を行うことで、糖代謝異常の早期発見につなげるとともに、自分自身の体の状態を理解し、生活習慣を振り返り、糖尿病の発症予防を目指す。																												
対象者	特定健診の結果により、次の①・②・③のいずれかに該当する者 ① HbA1c (NGSP 値) 6.0～6.4% ②空腹時血糖 110～125 mg/dL ③随時血糖 140～199 mg/dL ただし、過去 5 年以内に糖負荷検査を受けた者、糖尿病治療中の者は除く。																												
方法	・受診勧奨 (町内医療機関で特定健診を受診した者) 特定健診の結果説明の際に、医療機関から対象者に検査の必要性を伝え、受診勧奨を行う。 (町外医療機関で特定健診を受けた者) 特定健診の結果に基づき、対象者を選定し、受診勧奨の案内を個別に送付する。 ※75g 糖負荷検査対象者のうち、受診が確認できない者については電話にて生活状況や医療機関受診状況等を確認しながら、再度検査の受診勧奨を行う。 ・保健指導 75g 糖負荷検査を受けた者のうち、医療機関にて「保健センターでの指導が必要」と判断された者に対し、検査結果の説明や生活習慣の振り返りを行い、保健師や管理栄養士が必要な情報提供と助言を行う。																												
事業評価	対象者、検査受診の状況(令和 4 年度) (単位:人) <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>40 歳代</th><th>50 歳代</th><th>60 歳代</th><th>70 歳代</th><th>合計</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>特定健診受診者</td><td>60</td><td>73</td><td>388</td><td>563</td><td>1,084</td></tr> <tr> <td>OGTT 対象者</td><td>3</td><td>7</td><td>48</td><td>53</td><td>101</td></tr> <tr> <td>OGTT 受診者</td><td>0</td><td>0</td><td>3</td><td>3</td><td>6</td></tr> </tbody> </table> 特定健診受診者のうち、約 1 割が 75g糖負荷検査の対象者にあたり、対象者のうち、検査を受診したのは 1 割弱となっている。 糖代謝異常の早期発見・重症化予防につなげていくため、適切な対処(生活改善・受診行動)をとることができるように、積極的な介入が必要である。						40 歳代	50 歳代	60 歳代	70 歳代	合計	特定健診受診者	60	73	388	563	1,084	OGTT 対象者	3	7	48	53	101	OGTT 受診者	0	0	3	3	6
	40 歳代	50 歳代	60 歳代	70 歳代	合計																								
特定健診受診者	60	73	388	563	1,084																								
OGTT 対象者	3	7	48	53	101																								
OGTT 受診者	0	0	3	3	6																								

糖尿病性腎症重症化予防

目的	糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者に対して、関係機関からの適切な受診勧奨や保健指導を行うことにより、治療に結びつける。 人工透析への移行を防止することにより、町民への健康増進と医療費の適正化を図る。																								
対象者	当該年度の特健健診結果で、HbA1c(NGSP)6.5%以上または空腹時血糖 126 mg/dL(随時血糖 200 mg/dL)以上の者でレセプトデータから未受診と思われる者																								
方法	保険者が当該年度の特健健診結果やレセプト情報から対象者を選定し、個別通知による受診勧奨を行う。 受診勧奨後、レセプト情報等で医療機関受診を確認できない場合、再勧奨を行う。																								
事業評価	・受診勧奨、医療機関受診の状況 <table><tr><td></td><td>H30</td><td>R1</td><td>R2</td><td>R3</td><td>R4</td></tr><tr><td>対象者数</td><td>28</td><td>12</td><td>6</td><td>9</td><td>6</td></tr><tr><td>医療機関受診者数(人)</td><td>8</td><td>3</td><td>1</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>医療機関受診率(%)</td><td>28.6</td><td>25.0</td><td>16.7</td><td>11.1</td><td>50.0</td></tr></table> ・HbA1c 値の維持・改善割合(R3) 70.9% ・健診受診者のうち、高血糖者の割合(HbA1c:6.5%以上) H30:7.7% R1:6.0% R2:6.1% R3:6.6% R4:7.6% ・人工透析患者のうち、糖尿病を有している者の割合(各年 5 月診療分) H30:61.1% R1:61.1% R2:53.8% R3:56.7% R4:66.7% ・総医療費に占める人工透析患者の医療費割合 H30:5.9% R1:6.0% R2:5.7% R3:6.3% R4:5.7% 医療機関への受診勧奨により、適切な医療を受け、血糖値の維持・改善が図られている。また、保健指導等により、自分自身の体の状態を正しく知り、生活習慣の改善につながっているのではないかと考える。今後も、対象者全員へ介入し、状況把握のうえ、確実に受診勧奨を行い、適切な医療に結びつけるとともに、生活習慣改善等の行動変容を促すことができるよう、介入を継続していく。 また、勧奨対象者は重症化リスクが高い者であるため、確実な受診につながるよう継続的なアプローチを行っていくとともに、地域医師会との連携強化を図っていくことが必要である。		H30	R1	R2	R3	R4	対象者数	28	12	6	9	6	医療機関受診者数(人)	8	3	1	1	3	医療機関受診率(%)	28.6	25.0	16.7	11.1	50.0
	H30	R1	R2	R3	R4																				
対象者数	28	12	6	9	6																				
医療機関受診者数(人)	8	3	1	1	3																				
医療機関受診率(%)	28.6	25.0	16.7	11.1	50.0																				

○若い世代の健康づくりのための取り組み

30 歳代健診・結果説明会

目的	30 歳代健診	30 歳代の方に対し、健診を受ける機会を設け、健診を受けることで自分の健康状態を知り、生活習慣病予防のために生活習慣改善の動機付けを図る。 健診の必要性を理解し、40 歳以降も継続して健診を受診できる。		
	結果説明会	自分の生活習慣と健診結果との結びつきを知り、生活習慣病予防のため、自ら適切な健康管理行動をとることができる。		
対象者	30 歳代健診	30～39 歳で他に健診を受ける機会がない者		
	結果説明会	30 歳代健診受診者		
方法	30 歳代健診	・健康診査家族調査票等をもとに受診勧奨対象者を選定し、健診案内を送付する。 ・健診内容 問診、身体計測(腹囲含む)、血圧測定、尿検査、血液検査(脂質、肝機能、腎機能、血糖・糖代謝、貧血)、理学的検査		
	結果説明会	・健診受診者全員へ日時指定し、結果説明会の案内を個別送付する。 ・内容 保健相談、栄養相談		
事業評価	・健診受診者の推移・健診結果 (単位:人)			
		受診者数	健診結果	
			異常なし	所見あり
	平成 30 年度	114	37	77
	令和元年度	104	42	62
	令和 2 年度	85	36	49
	令和 3 年度	83	31	52
	令和 4 年度	71	27	44
	・30 歳代健診受診者が 40 歳を迎えてからの特定健診受診率 H30:66.7% R1:100% R2:0% R3:66.7% R4:33.3%			
	・結果説明実施率 H30:98.2% R1:98.1% R2:100% R3:98.8% R4:100%			
健診継続受診者の増加を図ること、30 歳代健診から 40 歳代以降の特定健診受診につなげていくことが今後の課題である。				

2. 第1期データヘルス計画に関わる考察

第1期計画においては、若い世代から、個人の健康管理能力を高め、個人から家族、町全体への健康づくりにつなげていくことを目指し、保険区分(社保・国保)に関係なく関わることができる30歳代健診・結果説明会を重点事業として取り組んできました。

特定健診対象年齢前である30歳代の方に対して、健診受診勧奨やよりよい生活習慣獲得のための支援は必要であり、引き続き実施していく意義は大きいと考えます。

一方で、特定健診受診率の向上を目指すためには、受診率が低い若年層を中心とした受診勧奨や継続受診率を向上させていくことが必要です。重点事業として取り組んできた30歳代健診において、受診者に占める国保加入者は極少数であり、全体の特定健診受診率向上に寄与するためには十分な効果をもたらすことができていない現状です。特定健診受診率は減少傾向で、総医療費に占める生活習慣病の費用・患者割合は増加しており、若い世代から、個人の健康管理能力を高め、個人から家族、町全体への健康づくりにつなげていくことは十分に達成できていないと考えます。

今後も、PDCAサイクルに基づき、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ことができるよう、特定健診受診の促進や生活習慣病重症化予防のための取り組みを推進していくことが重要です。

第4章 健康・医療情報等の分析結果に基づく健康課題のまとめ

糖尿病や高血圧症など生活習慣病の重症化から、心疾患や脳血管疾患、腎不全等による死亡や介護につながっています。糖尿病や高血圧症、腎機能低下の重症化予防のためには、メタボリックシンドローム等の生活習慣病の予防や生活習慣の改善が必要です。そのためには、被保険者自身が健康状態を正しく理解し、自ら適切な健康管理行動をとることができるよう支援する保健事業が必要です。

項目	健康課題
A	被保険者の健康づくりの基本となる特定健診の受診率は減少傾向にある。 健診受診率を向上させ、より多くの被保険者の健康リスクを把握する必要がある。
B	特定保健指導の利用率・終了率が低い。 特定保健指導の実施率を向上させ、より多くの被保険者が自ら適切な健康管理行動をとることができるよう促していく必要がある。
C	特定健診の所見において、HbA1cの有所見者割合は高くなっており、糖尿病の発症や重症化し、人工透析へ移行するリスクが高いことが推測される。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のための取り組みの更なる推進が必要である。
D	特定健診の所見において、血圧の有所見者割合は高くなっている。 特定健診結果、医療や介護・死亡の状況等から、高血圧症等循環器疾患に対する取り組みの推進が必要である。
E	人工透析は1件あたりの医療費が高く、介護につながりやすい。糖尿病や高血圧症の重症化予防のための取り組みと同時に腎機能低下を予防するための取り組みを推進していく必要がある。
F	1人当たり医療費は増加傾向にある。被保険者の高齢者に伴い、医療受診や投薬は増加することから、医師会や薬剤師会等との連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬のための取り組みを推進していく必要がある。
G	高齢化が進んでいることから、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、生活の質(QOL)の維持向上を図るための取り組みを推進していく必要がある。



健康課題項目	中目的
A	メタボリックシンドローム等の生活習慣病の予防
B	
C	糖尿病の重症化予防
D	高血圧症の重症化予防
E	腎機能低下の重症化予防
F	重複多剤服用者の減少
G	地域包括ケア推進・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取り組み状況

第5章 計画の目的・目標

計画の大目的である「健康寿命の延伸」と「医療費の適正化」の達成のために、6つの中目的と評価指標を設定し、保健事業を実施します。

中目的	評価指標	実績値(R3)	目標値(R11)
メタボリックシンドローム等の生活習慣病の予防	特定健診受診率(%)	31.6	50.0
	特定保健指導実施率(%)	17.4	40.0
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(%)	22.8	30.0
糖尿病の重症化予防	HbA1c8.0%以上の者の割合(%)	0.48	減少
	HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合(%)	13.8	減少
高血圧症の重症化予防	収縮期血圧の維持・改善割合(%)	76.4	80.0
	拡張期血圧の維持・改善割合(%)	70.1	75.0
腎機能低下の重症化予防	CKDの重症度分類の変化(%)		維持・向上
重複多剤服用者の減少	重複投与者数(対被保険者1万人)	83(R5)	前年度から減少
	多剤投与者数(対被保険者1万人)	24(R5)	前年度から減少
地域包括ケア・一体的実施の取り組みの状況	KDB システム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担当課として参画する	参画	参画
	KDB システム等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群当を抽出し、国保担当課として当該ターゲット層に対する支援を実施する。	実施あり	実施あり

第6章 健康課題を解決するための個別保健事業

分析結果に基づく健康課題に対する対策の検討結果を踏まえ、本計画にて実施する事業は下表のとおりです。

事業名称	
1	特定健康診査受診勧奨事業
2	特定保健指導
3	糖尿病重症化予防事業
4	高血圧症の重症化予防事業
5	腎機能低下の重症化予防事業
6	適正受診・適正服薬
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

【1】特定健康診査受診勧奨事業

（目的）

健診を継続受診し、生活習慣に起因した疾患の発症予防や重症化予防につなげるために、健診未受診者等に対して受診勧奨を行うことで、健診受診率の向上を図る。

○特定健診受診勧奨はがきの送付

対象者	①当該年度の特定健診対象者のうち、過去2年未受診の者 ②当該年度の特定健診対象者のうち、健診実施期間内に健診受診が確認できない40歳代の者 ③当該年度の特定健診対象者のうち、健診実施期間内に健診受診が確認できない50歳以上の者で前年度健診受診者
時期	①健診実施期間内 ②・③健診追加実施期間開始前
方法	①実施期間内での健診受け忘れを防ぐことができるよう内容を検討し、受診勧奨はがきを送付する。 ②・③年齢により、内容を検討し、受診勧奨はがきを送付する。
回数	①1回 ②・③1回
連携体制・予算・人員	保険年金課において予算を確保する。 保険年金課・保健センターともに、対象者の選定・内容等の検討を行う。

○電話による再勧奨

対象者	40～44 歳で当該年度における健診未受診者
時期	集団健診実施前
方法	受診勧奨対象者全員に、電話連絡し、健診受診勧奨を行う。
回数	1 回 電話が繋がらない場合は、日にち・時間帯を改めて連絡する。
連携体制・予算・人員	集団健診実施に係る予算は、保険年金課において確保する。 対象者への案内、勧奨、健診の実施に関しては保健センターが主となる。

○情報提供事業

対象者	当該年度の特定健診対象者のうち、健診未受診で、揖斐郡内の医療機関において生活習慣病等治療中である者
時期	9 月～2 月
方法	・対象者を抽出する。 ・対象者に対して、案内文・情報提供票等を送付する。 ・対象者本人が医療機関を受診し、医療機関は情報提供票を作成する。
回数	1 回／年
連携体制・予算・人員	・揖斐郡内医療機関や国保連合会と連携して実施する。 ・保険年金課において予算を確保し、対象者の抽出・対象者への案内等を行っていく。

〈評価指標と目標値・実績値〉

指標	評価指標	実績値	目標値					
		R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム 指標 (成果)	特定健診受診率(%)	31.6	37.5	40.0	42.5	45.0	47.5	50.0
アウトプット 指標 (実施量・率)	特定健診受診勧奨 はがき送付率(%)	100	100	100	100	100	100	100
	電話勧奨架電割合(%)		100	100	100	100	100	100
	情報提供票の回収率(%)		2.5	2.8	3.1	3.4	3.7	4.0

【2】特定保健指導

○特定保健指導利用勧奨

(目的)

特定保健指導の対象者に対し、個別通知や電話による利用勧奨を行うことで、特定保健指導の利用者の増加を図る。

対象者	特定健診の結果、積極的支援または動機付け支援に該当した者
時期	9月頃～ 特定健診受診時期により、段階的に案内をしていく。
方法	特定保健指導対象者全員へ特定保健指導の案内を個別に送付する。 (保健指導区分や健診結果等に基づき、優先順位付けを行い、日時指定・申し込み制と分けて案内する。) 案内送付後、対象者へ電話連絡し、生活状況や医療機関受診状況を伺いながら、特定保健指導の利用勧奨を行う。
回数	個別通知:1回 電話勧奨:1回(不在の場合は、日時を改め、2～3回架電する。)
連携体制・予算・人員	特定保健指導利用勧奨に係る予算は、保険年金課において確保する。 保健センターが実施主体となり、対象者の抽出・優先順位付けの検討、案内文書の内容検討、電話勧奨等を行う。 特定健診に関する医療機関説明の際に特定保健指導の実施について説明し、医療機関における健診結果説明時に、特定保健指導対象者には利用勧奨をしていただくよう依頼する。

〈評価指標と目標値・実績値〉

指標	評価指標	実績値	目標値					
		R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット 指標 (実施量・率)	特定保健指導利用率(%)	20.0	35.0	36.0	37.0	38.0	39.0	40.0
	次年度継続受診率(%)	77.3	78.5	80.0	81.5	83.0	84.0	85.0

○特定保健指導

(目的)

特定健診の結果を踏まえ、個々の生活状況に即した保健指導・栄養指導を行うことで、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣病の発症や重症化を予防する。

対象者	特定健診の結果、積極的支援または動機付け支援に該当した者
時期	10月頃～ 特定健診の受診時期により、段階的に案内し、指導を実施する。 保健指導開始時期により、3か月～6か月の継続支援を行う。
方法	初回面接にて、健診結果の説明や生活習慣の振り返りを行い、保健師や管理栄養士が必要な情報提供や助言を行う。また、生活習慣の改善のための無理のない取り組み目標の設定を行う。 その後、3か月以上の継続支援(電話支援または面談)を行う。 3～6か月経過後、再度面談を行い、行動目標の取り組み状況、身体状況や生活習慣の変化について評価する。
回数	・積極的支援 初回面接、中間面接、評価面接、電話支援(2回) ・動機付け支援 初回面接、評価面接、電話支援(2回) ※保健指導開始時期により、支援スケジュール・介入回数は異なる。
連携体制・予算・人員	特定保健指導実施に係る予算は、保険年金課において確保する。 保健センター保健師・管理栄養士(雇いあげ保健師・栄養士を含む)が対象者の指導を行う。

〈評価指標と目標値・実績値〉

指標	評価指標	実績値	目標値					
		R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム 指標 (成果)	保健指導レベルの改善割合(%)	61.6	62.0	63.5	65.0	66.5	68.0	70.0
	特定保健指導利用者の腹囲2cm、体重2kg減少した者の割合(%)	38.9	39.2	39.5	39.8	40.1	40.5	41.0
アウトプット 指標 (実施量・率)	特定保健指導利用率(%)	20.0	35.0	36.0	37.0	38.0	39.0	40.0
	特定保健指導実施率(%)	17.4	18.0	19.5	21.0	22.5	23.5	25.0
	次年度継続受診率(%)	73.2	75.0	76.5	78.0	79.5	81.0	83.5

【3】糖尿病重症化予防事業

○75g糖負荷検査(OGTT) 受診勧奨

(目的)

糖尿病の可能性がある方に対し、75g糖負荷検査の受診勧奨を行うことで、糖代謝異常の早期発見につなげるとともに、自分自身の体の状態を正しく理解し、生活習慣を振り返り、糖尿病の発症予防を目指す。

対象者	特定健診の結果により、次の①・②・③のいずれかに該当する者 ① HbA1c(NGSP 値)6.0～6.4% ②空腹時血糖 110～125 mg/dL ③随時血糖 140～199 mg/dL ただし、過去 5 年以内に糖負荷検査を受けた者、糖尿病治療中の者は除く。
時期	(町内医療機関で特定健診を受診した者) 医療機関における結果説明時 (町外医療機関で特定健診を受けた者) 特定健診結果確認後(9 月以降)
方法	(町内医療機関で特定健診を受診した者) 特定健診の結果説明の際に、医療機関から対象者に検査の必要性を伝え、受診勧奨を行う。 (町外医療機関で特定健診を受けた者) 特定健診の結果に基づき、対象者を選定し、受診勧奨の案内を個別に送付する。 ※75g 糖負荷検査対象者のうち、受診が確認できない者については電話にて生活状況や医療機関受診状況等を確認しながら、再度検査の受診勧奨を行う。
回数	(町内医療機関で特定健診を受診した者) 医療機関において結果説明を行う際に受診勧奨を行う。 (町外医療機関で特定健診を受けた者) 個別通知:1 回 ※受診勧奨後、医療機関受診が確認できない方に対して再勧奨を行う。(再勧奨:不在時は 2～3 回、日時を改めて架電する。)
連携体制・予算・人員	75g糖負荷検査受診勧奨に係る予算は、保健センターにおいて確保する。 保健センターが実施主体となり、対象者の抽出や案内文書の作成、再勧奨等を行う。 特定健診開始前に各医療機関へ事業に関する説明・協力依頼を行い、医療機関と連携して実施する。

〈評価指標と目標値・実績値〉

指標	評価指標	実績値	目標値					
		R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム 指標 (成果)	HbA1cの維持・改善割合 (%)	70.9	71.0	71.3	71.6	71.9	72.2	72.5
アウトプット 指標 (実施量・率)	受診勧奨実施率(%)	100	100	100	100	100	100	100
	医療機関受診率(%) (糖尿病の診断がついた者)	32.8	34.0	35.2	36.4	37.6	38.8	40.0
	医療機関相談率(%) (糖尿病の診断の有無は問わ ない)	10.9	11.2	11.5	11.8	12.1	12.3	12.5
	次年度健診受診率(%)	66.7	67.0	67.3	67.6	67.9	68.2	68.5

○75g糖負荷検査 保健指導

(目的)

75g糖負荷検査の結果をもとに、個々の生活状況に即した保健指導・栄養指導を行うことで、自らの生活習慣を振り返り、見直すことで、生活習慣病の発症や重症化を予防する。

対象者	75g糖負荷検査を受けた者のうち、医療機関より保健センターでの指導が必要であると判断された方
時期	検査結果受領後、随時実施する
方法	検査結果の説明や生活習慣の振り返りを行い、保健師や管理栄養士が必要な情報提供と助言を行う。
回数	面談1回(必要に応じて、電話支援:1回程度)
連携体制・予算・人員	糖尿病予備群対策について、特定健診実施前に町内各医療機関へ説明し、協力依頼を行い、医療機関と連携して実施する。 指導は保健センターの保健師及び管理栄養士にて対応する。

〈評価指標と目標値・実績値〉

指標	評価指標	実績値	目標値					
		R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム 指標 (成果)	HbA1cの維持・改善割合 (%)	維持・ 向上	維持・ 向上	維持・ 向上	維持・ 向上	維持・ 向上	維持・ 向上	維持・ 向上
アウトプット 指標 (実施量・率)	保健指導実施率(%)	100	100	100	100	100	100	100

○糖尿病性腎症重症化予防プログラム 医療機関未受診者に対する受診勧奨

(目的)

糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者に対して、関係機関から適切な受診勧奨や保健指導を行うことにより、治療に結びつける。

人工透析への移行を防止することにより、町民の健康増進と医療費の適正化を図る。

対象者	当該年度の特定健診結果で、HbA1c (NGSP) 6.5%以上または空腹時血糖 126 mg/dL (随時血糖 200 mg/dL) 以上の者でレセプトデータから未受診と思われる者
時期	特定健診受診結果確認後
方法	保険者が当該年度の特定健診結果やレセプト情報から対象者を選定する。 対象者には、個別通知による受診勧奨を行う。 受診勧奨後、レセプト情報等で医療機関受診を確認できない場合、再勧奨を行う。
回数	個別通知:1回 受診勧奨後、医療機関受診が確認できない方に対して、電話にて再勧奨を行う。(再勧奨:不在時は2~3回、日時を改めて架電する。)
連携体制・予算・人員	予算は、保険年金課において確保する。 揖斐郡3町と揖斐郡医師会が連携し、国や岐阜県のプログラムに準じて事業を実施する。 保健センターが中心となり、対象者の抽出や受診勧奨を行う。

〈評価指標と目標値・実績値〉

指標	評価指標	実績値	目標値					
		R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム指標 (成果)	HbA1cの維持・改善割合(%)	83.3	83.5	83.7	83.9	84.1	84.3	84.5
アウトプット指標 (実施量・率)	受診勧奨実施率(%)	100	100	100	100	100	100	100
	医療機関受診率(%) (糖尿病の診断がついた者)	77.8	79.0	80.2	81.4	82.6	83.8	85.0
	医療機関相談率(%) (糖尿病の診断の有無は問わない)	11.1	11.5	12.0	12.5	13.0	14.0	15.0
	次年度健診受診率(%)	70.8	72.0	73.5	75.0	76.5	78.0	80.0

【4】高血圧症の重症化予防事業

○血圧高値の方に対する医療機関受診勧奨

(目的)

血圧が高値である方に対して、適切な保健指導の実施により生活習慣を改善することや、医療機関受診勧奨により、早期に医療に結びつけることで、重症化することや深刻な合併症の発症を防ぐ。

対象者	特定健診結果において、血圧値が受診勧奨判定値以上であった者のうち、特定保健指導対象者に該当する者
時期	特定保健指導実施期間に準ずる
方法	特定保健指導利用勧奨の電話連絡の際や特定保健指導面接時等に生活状況や医療機関受診状況等を伺いながら、受診勧奨を行う。
回数	・特定保健指導利用者 面談:2～3回、電話支援:2～3回 ・特定保健指導未利用者 電話勧奨:1回
連携体制・予算・人員	保健センターが実施主体となり、保健センター保健師及び管理栄養士等が特定保健指導利用勧奨時や指導を行う際に、血圧高値の方に対する受診勧奨をあわせて行う。

〈評価指標と目標値・実績値〉

指標	評価指標	実績値	目標値					
		R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム指標 (成果)	収縮期血圧の維持・改善割合(%)	76.4	77.0	77.5	78.0	78.5	79.0	80.0
	拡張期血圧の維持・改善割合(%)	70.1	70.5	71.0	72.0	73.0	74.0	75.0
アウトプット指標 (実施量・率)	受診勧奨実施率(%)	100	100	100	100	100	100	100
	医療機関受診率(%)	56.8	57.3	57.8	58.5	59.0	59.5	60.0
	次年度健診受診率(%)	81.8	82.0	82.2	82.4	82.6	82.8	83.0

【5】腎機能低下の重症化予防

○腎機能が低下している者に対する医療機関受診勧奨

(目的)

腎機能が低下している者に受診勧奨を行うことで、適切な治療につなげ、腎不全や人工透析への進行を予防する。

対象者	特定健診結果において、以下のいずれかに該当する者 ・尿蛋白(+)以上 ・eGFR60 未満
時期	特定健診結果確認後
方法	保険者が当該年度の特定健診結果から対象者を選定し、個別通知による受診勧奨を行う。 受診勧奨後、連絡票・レセプト情報等で医療機関受診を確認できない場合、再勧奨を行う。
回数	個別通知:1回 受診勧奨後、医療機関受診が確認できない方に対して、電話にて再勧奨を行う。(再勧奨:不在時は2~3回、日時を改めて架電する。)
連携体制・予算・人員	予算は、保険年金課において確保する。 保健センターが中心となり、対象者の抽出や受診勧奨を行う。 腎機能が低下している者に対する重症化予防のための取り組みについて、特定健診実施前に町内医療機関へ説明し、協力依頼を行い、医療機関と連携して実施する。

〈評価指標と目標値・実績値〉

指標	評価指標	実績値	目標値					
		R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム 指標 (成果)	収縮期血圧の維持・改善割合(%)	実施なし	40.0	42.0	44.0	46.0	48.0	50.0
	拡張期血圧の維持・改善割合(%)	実施なし	40.0	42.0	44.0	46.0	48.0	50.0
	CKD 重症度分類の変化	実施なし	維持・向上	維持・向上	維持・向上	維持・向上	維持・向上	維持・向上
アウトプット 指標 (実施量・率)	受診勧奨実施率(%)	実施なし	100	100	100	100	100	100
	次年度健診受診率(%)	実施なし	80.0	81.0	82.0	83.0	84.0	85.0

【6】適正受診・適正服薬

○重複投与者に対する取り組み

(目的)

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

対象者	同一月に同一薬剤の処方箋を3医療機関以上から受けており、3か月以上継続している者。 ただし、うつ・統合失調症・認知症・がんなどの傷病名を持つ者は除く。
時期	通年
方法	該当者に対して、家庭訪問等による面談を実施し、健康状態や受療状況、服薬状況等を把握し、必要な保健指導等を行っていく。 支援実施2か月後から、医療機関受診状況や服薬状況等についての変化の有無を評価する。また、副作用の症状や状態が疑われる場合は、3か月後を目安に対象者へ連絡をして状況確認をする。
回数	家庭訪問等による面談:1回以上
連携体制・予算・人員	保健センターが中心となり、対象者の抽出や状況確認、保健指導等を行う。 揖斐郡医師会・揖斐郡薬剤師会と連携して実施していく。

※令和4年度までは介入対象者はいないが、引き続きレセプト情報等を注視していく必要がある。

〈評価指標と目標値・実績値〉

指標	評価指標	実績値	目標値					
		R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム 指標 (成果)	保険者努力支援制度 共通指標⑤(2)重複投与者に対する取り組み ③重複投与者数(対被保険者1万人)が前年度から減少していること	83	83	83	83	82	82	82
アウトプット 指標 (実施量・率)	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
	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

○多剤投与者に対する取り組み

(目的)

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

対象者	3か月連続して、同一診療月内で処方薬剤数が15以上の者。 ただし、うつ・統合失調症・認知症・がんなどの傷病名を持つ者は除く。
時期	通年
方法	該当者に対して、家庭訪問等による面談を実施し、健康状態や受療状況、服薬状況等を把握し、必要な保健指導等を行っていく。 支援実施2か月後から、医療機関受診状況や服薬状況等についての変化の有無を評価する。また、副作用の症状や状態が疑われる場合は、3か月後を目安に対象者へ連絡をして状況確認をする。
回数	家庭訪問等による面談:1回以上
連携体制・予算・人員	保健センターが中心となり、対象者の抽出や状況確認、保健指導等を行う。 揖斐郡医師会・揖斐郡薬剤師会と連携して実施していく。

※令和4年度までは介入対象者はいないが、引き続きレセプト情報等を注視していく必要がある。

〈評価指標と目標値・実績値〉

指標	評価指標	実績値	目標値					
		R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム指標 (成果)	保険者努力支援制度 共通指標⑤(1)多剤投与者に対する取り組み ③多剤投与者数(対被保険者1万人)が前年度から減少していること	24	24	24	24	23	23	23
アウトプット指標 (実施量・率)	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
	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

○薬剤の適正使用の推進に対する取り組み

(目的)

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

対象者	被保険者を含む住民全体
時期	通年
方法	・パンフレットの設置 窓口厚生労働省・日本薬剤師会作成の「知っておきたい薬の知識」のパンフレットを設置する。 ・パンフレットの送付 国保被保険者に対し、保険証一斉更新案内発送時にパンフレット(「国保が支えます」)を同封する。 ・広報誌 薬と健康の週間にあわせて、広報10月号にかかりつけ薬剤師やかかりつけ薬局をもつことやお薬手帳について、ポリファーマシーについてなどの記事を掲載する。
回数	パンフレット設置:1回 パンフレット送付:1回 広報誌掲載:1回
連携体制・予算・人員	予算は、保険年金課において確保する。 パンフレットの送付に関しては保険年金課、広報誌掲載に関しては保健センターが中心となり実施していく。 広報誌掲載内容等については、揖斐郡薬剤師会と相談して検討していく。

〈評価指標と目標値・実績値〉

指標	評価指標	実績値	目標値					
		R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット指標 (実施量・率)	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	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	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

【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

○地域包括ケアに対する取り組み

(目的)

池田町は高齢化率 29.7%(令和 2 年)で、労働人口(15～64 歳)は、平成 27 年と比較すると、5.9%減少している。また、令和 2 年の 65 歳以上の単独世帯は、平成 27 年と比較して 42.6%増加している(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)ため、国保の視点から地域包括ケアに資する取り組みを行うことで、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活ができる期間の延伸、QOL の維持向上を図ることができるようにする。

地域支援事業に 国保担当課として 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県から提供してもらっている。その資料・分析結果を国保・後期高齢・介護それぞれの担当者と共有する。
ハイリスクアプローチ	定期健康相談日を設け、年齢問わず、健康相談(血圧測定、尿検査、保健指導、栄養指導)を実施している。 いきいきサロンにおいても、参加者(前期高齢者・後期高齢者)へのフレイル予防・生活習慣病予防の相談等を行い、測定した血圧値や聞き取った生活状況等により、医療機関への受診勧奨や保健指導、筋力や柔軟性の向上を目的とした運動の継続の必要性などを伝えている。 要望に応じて、介護予防として、筋トレ体操等を実施している。 また、特定健診受診者(前期高齢者含む)のうち、糖尿病の可能性がある方に対し、75g糖負荷検査の受診勧奨を行うことで、糖代謝異常の早期発見につなげるとともに、必要に応じて保健指導を行うことで、自分自身の体の状態を理解し、生活習慣を振り返り、見直していくことで、糖尿病の発症予防に努める。
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	池田町国保運営協議会において、地域の医師・薬剤師等を構成員として医療・衛生・介護の包括的取り組み等について検討を行い、助言を得る。

〈評価指標と目標値・実績値〉

指標	評価指標	実績値	目標値					
		R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム 指標 (成果)	国保の視点から地域包括ケアの推進に資する取組の実施	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり
アウトプット 指標 (実施量・率)	①地域包括ケアの構築に向けた医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援など部局横断的な議論の場に国保担当課として参画し、KDB システム等を活用したデータ提供等により地域の健康課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保担当課として参画	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり
	②KDB システム等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群当を抽出し、国保担当課として当該ターゲット層に対する支援を実施（お知らせや保健師等専門職による個別支援、介護予防を目的とした取り組み等）	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり
	③国保直診施設等（※）を拠点とした取り組みをはじめ、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り組みの実施	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり

（※）国保直診施設等には、国保直診施設のみならず、公立病院や医師会病院、民間の中核的医療機関等を含む

○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り組み

（目的）

国保・後期高齢者医療、介護保険のそれぞれのデータ分析を実施したうえで、後期高齢者医療広域連合から保健事業実施の委託を受け、専門職を活用し、国保の保健事業について後期高齢者医療制度の保健事業と介護保険の地域支援事業を一体的に実施する。

ハイリスクアプローチ	特定健診受診者だけでなく、ぎふ・すこやか健診受診後の結果説明を行うことで切れ目のない支援を行う。 また、下記のとおり、取り組みを実施し、高齢者を含めた健康づくりの推進を図る。 ★重症化予防 血圧コントロール不良かつ薬剤処方がない者を医療機関受診につなげる。
------------	--

	・対象者 当該年度ぎふ・すこやか健診受診者のうち、収縮期血圧 160 以上または拡張期血圧 100 以上の者で、1 年以内に高血圧のレセプトがない者（施設入所者や要介護 3 以上の者は除く） ・方法等 KDB システムを活用して、対象者を抽出し、受診勧奨通知を送付する。 3 か月後、レセプト情報から受診状況等について確認する。受診が確認できず、過去にも受診歴がない場合に必要に応じて電話や訪問を実施し、受診勧奨とともに生活状況を聞き取る。また、必要に応じて、適切な相談窓口につなげる。 ★健康状態不明者 健康状態不明者に対するアウトリーチ等により、健康状態等を把握し、必要な支援を行う。 ・対象者 当該年度・前年度の健診受診歴がない者で、介護認定を受けておらず、医療受診もない者 ・方法等 KDB システムを活用して、対象者を抽出し、質問票を送付する。質問票未返信者や健康状態・生活状況のリスクが高いと推測される者に対して電話や訪問等による支援を行い、必要に応じて適切な窓口につなげる。 あわせて、介護予防教室や地域ケア会議、地域包括支援センターなどから情報を把握する。
ポピュレーション アプローチ	町が実施する介護予防教室の対象者には、国保被保険者（65 歳以上の前期高齢者）及び後期高齢者が含まれており、介護予防にも配慮し、要支援・要介護状態になることを防止することや要介護状態になっても地域で自立した日常生活を営むことができるよう支援を行うため、下記のとおり、取り組みを推進する。 ・通いの場を利用し、健康観アンケートを実施する。 ・介護予防手帳を活用し、フレイル予防や高血圧予防等について講話を行う。 ・教室実施にあたり、身体に負荷がかかりすぎることなく、自宅でも実施できる運動を実践し、紹介する。無理のない運動を継続すること、他者と話すこと等もフレイル予防や健康の保持・増進につながることを参加者へ繰り返し伝えていく。

事業の実施根拠になるデータの分析	KDB システム「医療・介護の突合(有病状況)」により、平成 30 年度から令和 4 年度までの介護認定者の有病状況で糖尿病や脂質異常症が増加傾向にある。 また、KDB システム「地域の全体像の把握(令和 4 年度累計)」より、介護認定者の有病状況は県と比較すると、どの疾患も低い割合であるが、国と比較すると、心臓病 64.0%(国 60.3%)、筋・骨格 55.0%(国 53.4%)、高血圧症 54.2%(国 53.3%)、アルツハイマー病 18.8%(国 18.1%)と高くなっている。 KDB システム「医療費分析(2)大、中、細小分類(令和 4 年度累計)」において、国保医療は全体の医療費(入院・外来の合算)の割合の高いものに統合失調症、糖尿病、慢性腎臓病(透析あり)が上がっている。 後期医療においても、入院では脳梗塞、外来では糖尿病や高血圧症、慢性腎臓病(透析あり)の割合が高くなっている。 以上のことから、池田町では、介護サービスの利用開始や介護度の進行を遅らせるため、一般的な健康教育・相談事業だけでなく、高血圧症や糖尿病等の生活習慣病の重症化予防や認知症予防を意識した生活指導や栄養指導を行っていく必要がある。
連携体制・予算・人員	予算は、保険年金課において確保する。 保険年金課が中心となり、保健センターや地域包括支援センターと連携しながら、事業を実施していく。 揖斐郡医師会や町内医療機関へ事業概要を説明し、協力依頼する。 2 か月に 1 回、保険年金課・地域包括支援センター・保健センターの進捗状況を確認し、共有する。 保健福祉実務者会議(4 か月に 1 回開催)において、介護予防事業の進捗状況や結果等を共有する。 池田町国民健康保険運営協議会において、取り組み状況等を報告し、第三者による支援や評価を得る。

〈評価指標と目標値・実績値〉

指標	評価指標	実績値	目標値					
		R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム指標 (成果)	後期高齢者医療広域連合から保健事業実施の委託を受け、専門職を活用し、国保の保健事業と介護保険の地域支援事業と一体的に実施	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり
	事業の実施にあたり、国保、後期高齢者医療、介護保険のそれぞれのデータ分析を実施	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり

アウトプット 指標 (実施量・率)	①-1 後期高齢者医療制度の保健事業と一体的に実施している保健事業の内容(ハイリスクアプローチ)	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり
	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)	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり
	①-3 事業の実施にあたり、国保のデータに加え、後期高齢者医療及び介護保険のデータについても、KDB システム等を活用した分析を総合的に実施	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり

第7章 その他

1. データヘルス計画の評価・見直し

1) 個別保健事業の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度ごとに行い、計画策定時に設定した保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認します。なお、そのためにも対象者、事業実施者などの名簿を保管し、KDB システム等を活用して評価していきます。

事業の評価は、健康・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮していきます。目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等確認のうえ、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させます。

2) データヘルス計画全体の評価・見直し

①評価の時期

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

②評価方法・体制

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

評価にあたり、市町村国保における保健事業の評価を後期高齢者医療広域連合と共有しながら、県国保課、国保連合会とともに令和 8 年度に中間評価、令和 11 年度に最終評価を行います。

2. 計画の公表・周知

計画の策定(改定)ごとに、池田町国民健康保険運営協議会において、協議・合意を得るものとし、策定した計画は、池田町のホームページに掲載し、公表します。

3. 個人情報の取り扱い

池田町における個人情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律(平成 15 年法律第 57 号)、個人情報の保護に関する法律施行令(平成 15 年政令第 507 号)によるものとします。

4. 計画策定にあたっての留意事項

池田町では、国保・衛生・介護部門等が連携を図りながら、課題の解決に向けて取り組みます。データ分析に基づく保険者の特性を踏まえた計画を策定するため、関係部署と連携を図り、国保連合会が行うデータヘルスに関する研修に事業運営に関わる担当者(国保、衛生、介護部門等)が積極的に参加します。

また、事業推進に向けて、担当者間で協議する場を設けるものとします。

池田町国民健康保健事業実施計画
(第2期データヘルス計画)

発 行 令和6年3月

編集発行 池田町役場 民生部保険年金課・保健センター

〒503-2492

岐阜県揖斐郡池田町六之井 1468 番地の 1

TEL 0585-45-3111(代表)