

第3期関市国民健康保険保健事業実施計画 (データヘルス計画)

関市国民健康保険特定健康診査等実施計画 (第4期)

令和6年度～令和11年度

(2024年度～2029年度)

令和6年3月

関市（保険年金課・市民健康課）

《目次》

はじめに	デ-1
I 基本情報	
2-1 (1) 基本的事項	
① 計画の趣旨	デ-2
② 計画期間	デ-2
③ 実施体制	デ-2
④ 関係者連携	デ-2
2-1 (2) 現状の整理	
① 保険者等の特性	デ-3
② 前期計画等に係る考察	デ-3
II 健康医療情報等の分析と課題	デ-4
III 計画全体	デ-7
IV 個別の保健事業	
特定健康診査受診勧奨事業	デ-8
特定保健指導利用勧奨事業	デ-9
特定保健指導	デ-9
糖尿病重症化予防 高血糖者医療機関未受診勧奨事業	デ-10
糖尿病重症化予防 医療機関受診中断者受診勧奨事業	デ-11
糖尿病重症化予防 治療中ハイリスク者保健指導	デ-12
糖尿病重症化予防 OGT T検査受診勧奨事業	デ-13
糖尿病重症化予防 OGT T検査後保健指導	デ-14
高血圧医療機関受診勧奨事業	デ-15
腎機能低下医療機関受診勧奨事業	デ-16

腎機能低下重症化予防 保健指導	デー 17
重複投与者に対する取組	デー 18
多剤投与者に対する取組	デー 19
薬剤の適正使用の推進に対する取組	デー 19
地域包括ケアに対する取組	デー 20
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	デー 21

V その他

データヘルス計画の評価・見直し	デー 22
データヘルス計画の公表・周知	デー 22
個人情報の取扱い	デー 22
地域包括ケアに係る取組	デー 22
その他留意事項	デー 22

はじめに

令和2年から世界的に大流行した新型コロナウイルス感染症は、国内でも感染が拡大し、価値観や生活様式等が大きく変化しました。健康・医療分野においては、コロナ禍の中で全国的に健（検）診や医療機関の受診控えがみられ、健（検）診受診率、医療費の動向及び疾病構造等に影響が出ました。一方、コロナ禍をきっかけとして、オンライン診療やオンライン服薬指導、ICT を活用した支援サービスの普及が加速度的に進みました。また、後期高齢者の急増や少子化による人口構造の変化もあり、健康保険・医療制度は大きな転換期にあります。

関市国民健康保険においては、「保健事業実施計画（データヘルス計画）」（第1期・第2期）及び「特定健康診査等実施計画」（第1期～第3期）を策定し、計画に定める保健事業を推進してきました。「保健事業実施計画（データヘルス計画）」はデータ分析に基づく保健事業の実施内容やその目的・目標を、「特定健康診査実施計画」は保健事業の中核をなす特定健康診査・特定保健指導の実施方法や目標等をそれぞれ定めたもので、いずれも、被保険者の生活の質（QOL）の維持・向上、健康寿命の延伸、その結果としての医療費適正化に資することを目的としています。このたび令和5年度に両計画が最終年度を迎えることから、過去の取り組みの成果・課題を踏まえ、より効果的・効率的に保健事業を実施するために、「第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）」と「第4期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定します。

なお、「第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）」より、国の方針（「経済財政運営と改革の基本方針 2020（骨太方針 2020）」および「新経済・財政再生計画改革工程表 2021」）に則り本計画の標準化を進めています。これにより岐阜県内の各市町村国民健康保険統一の評価指標やアウトカムベースでの適切な KPI が設定され、関市においても標準様式による策定としました。この標準化により、これまで以上に国や県単位での他保険者との比較や俯瞰的客観的な状況把握が可能となり、関市はもちろん、県や国保連合会、国の事業等にデータを基にした現状を反映することが可能となります。

計画	目的	根拠法令
第3期保健事業実施計画 (データヘルス計画)	健康・医療情報等のデータを活用し、PDCA サイクルに沿った効率的かつ効果的な保健事業の実施計画を策定し、実施及び評価を行う。	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)
第4期特定健康診査等実施計画	特定健康診査等基本指針(厚生労働省告示)に基づき、特定健康診査及び特定保健指導の実施方法や目標等、基本的な事項を定める。	高齢者の医療の確保に関する法律第19条

第3期データヘルス計画(岐阜県版様式)

I 基本情報

(令和5年10月1日時点 (関市統計データより))

人口・被保険者	被保険者等の基本情報				
	全体(人)	～39歳(%)	40～64歳(%)	65～74歳(%)	75歳～(%)
人口(人)	84863	35.4	33.2	14.8	16.6
国保被保険者数(人)	16722	19.5	29.9	50.5	0

※性・年齢階層別一覧表は、別表として添付する。

2-1.(1)基本的事項

2-1.(1)①計画の趣旨	<p>(保健事業実施計画の背景)</p> <p>平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされた。平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)の一部を改正する等により、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和3年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2021」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を検討するとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPI(重要業績評価指標)の設定を推進する。」と示された。このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められている。</p> <p>(市町村国保及び国民健康保険組合の保健事業の目的)</p> <p>市町村国保及び国民健康保険組合(以下、「市町村国保」及び「国保組合」を併せて「保険者」という。)においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考える。</p>
2-1.(1)②計画期間	令和6年度から11年度まで 令和8年度に中間評価を実施予定
2-1.(1)③実施体制	<p>保険者においては、保健事業の積極的な推進を図るために、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、市町村一体となって、計画の策定等を進める。</p> <p>具体的には、後期高齢者医療制度における保健事業を所管する高齢者医療部局、市町村において保健事業を主に所管する保健衛生部局、介護予防事業をはじめとする地域支援事業を所管する介護部局のほか、財政部局や企画部局、生活保護部局等とも十分に連携し、計画策定等を進める。特に計画策定や保健事業の実施、評価等に当たっては、市町村健康増進計画や医療をはじめとする地域の社会資源の状況等を踏まえて対応する必要があるため、保健衛生部局との連携していく。</p>
2-1.(1)④関係者連携	
保険者及び関係者	具体的な役割、連携内容
市町村国保	<p>保険者は、被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために、国保部局が中心となって、関係部局や関係機関の協力を得て、保険者の健康課題を分析し、計画を策定する。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る。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う。具体的にはア. 健康課題の分析、計画の策定、保健事業の実施及び評価、イ. 保険者内の連携体制の確保、ウ. 国保部局の体制の確保、エ. 関係機関との連携などの役割をはたしていきたい。</p> <p>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う。</p>
県国保	<p>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ある。市町村国保の保険者機能の強化については、県の関与が更に重要となると考え、被保険者の健康の保持増進のために、保険者が、効果的・効率的に保健事業を実施することができるよう、県国保部局は、関係機関との連絡調整や専門職の派遣や助言等の技術的な支援、情報提供等を通じて、積極的に保険者を支援していく。</p> <p>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う。</p>
県衛生	<p>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う。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、保健所を支援する。</p>
保健所	<p>県保健所は、県(国保部局、保健衛生部局)や国保連合会、郡市医師会をはじめとする地域の保健医療関係者(団体)等と連携、調整して、地域の社会資源の状況等を踏まえた上で、地域の実情に応じた保険者支援を行う。</p>

国保連・支援評価委員会・中央会	国保連合会や支援・評価委員会は、計画の策定支援や個別の保健事業の実施支援等を行っており、多くの支援実績が蓄積されている。このため、保険者は、(可能な限り)支援・評価委員会等の支援・評価を受けて計画の策定等ができるように、県国保課と国保連合会が調整しながら支援を提供する体制を整え、当計画においては保険者の状況把握をしながら、令和8年度の間評価、11年度の最終評価時に支援を行う。
後期高齢者医療広域連合	後期高齢者医療広域連合は策定の過程において、75歳以上の健診・レセプト情報等を自らの現状分析に活用することはもとより、市町村国保が地域の世代間の疾病構造や医療費等の動向を連続して把握することができるよう、市町村国保と必要な情報の共有を図るよう努める。この場合、市町村国保においては、国保・後期高齢者の保健事業を一体的に実施できるよう庁内の関係部署として、健康課題の明確化や保健事業の効果検証等のため、共有された情報の活用を図るよう努める。
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の見地から、保険者への支援等を積極的に行う。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う。
その他	

2-1.(2)現状の整理

2-1.(2)①保険者等の特性	関市は3区分別人口割合の構成比をみると、15歳未満人口12.3%、労働人口57.1%、高齢者人口(高齢化率)30.6%である。これは岐阜県全体とほぼ同様の構成比であり、全国と比較すると15歳未満人口が0.4%多く、労働人口は2.4%少なく、高齢者人口は2%多い。また、高齢者人口が増加していることから高齢化率をみると令和2年は県内順位は高い方から26位で、県平均の30.4%と比較するとほぼ同水準である。また、65歳以上の単独世帯は10.2%であり、平成27年と比較すると1.6%増加している。(令和2年総務省「国勢調査」より) 被保険者の状況をみると、市全体の構成比と比較して39歳以下の割合が低く、65歳以上人口の割合が高い。																																																		
地域資源の状況	武儀医師会、関薬剤師会、関市歯科医師会、ヘルスマイト、健康づくり事業に関する協定締結先																																																		
2-1.(2)②前期計画等に関わる考察	<p>【目標】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>指標</th> <th>策定時の現状値 (平成28年度)</th> <th>目標値 (平成35年度)</th> <th>評価 (令和4年度)</th> <th>備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OGTT受診者の翌年度の特定健康診査受診率</td> <td>72.5%</td> <td>75%</td> <td>51.4%</td> <td>保健センターが算出</td> </tr> <tr> <td>OGTT受診者のHbA1cの階層が、翌年度維持改善した人の割合</td> <td>98.7% 内訳 A: 45.5% B: 53.2%</td> <td>現状維持</td> <td>97.3% 内訳 A: 47.3% B: 50.0%</td> <td>保健センターが算出 階層の分類(HbA1c): A: 5.9%以下 B: 6.0~6.4% C: 6.5%以上</td> </tr> </tbody> </table> <p>【短期目標】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>指標</th> <th>策定時の現状値 (平成28年度)</th> <th>目標値 (平成35年度)</th> <th>評価 (令和4年度)</th> <th>備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>特定健康診査の受診率(※)</td> <td>32.2%</td> <td>60%</td> <td>33.8%</td> <td>法定報告</td> </tr> <tr> <td>特定健康診査の継続受診率</td> <td>72.8%</td> <td>75%</td> <td>74.1%</td> <td>特定健診結果表(国保連)</td> </tr> <tr> <td>特定保健指導の終了率(※)</td> <td>18.7%</td> <td>60%</td> <td>36.1%</td> <td>法定報告</td> </tr> <tr> <td>OGTTの実施率</td> <td>32.5%</td> <td>50%</td> <td>51.3%</td> <td>保健センターが算出</td> </tr> <tr> <td>OGTT後の保健指導率</td> <td>96.4%</td> <td>現状維持</td> <td>38.3%</td> <td>保健センターが算出</td> </tr> <tr> <td>再保健指導の実施率</td> <td>100%</td> <td>現状維持</td> <td>96.3%</td> <td>保健センターが算出</td> </tr> </tbody> </table> <p>OGTT受診者の翌年度の特定健康診査受診率、特定健康診査受診率、特定健康診査の継続受診率、特定保健指導の終了率は目標値を達成していない。OGTT後の保健指導率については、実施方法を変更したために指導率が低下しており、医療機関から保健指導指示があった場合のみの実施へと変更した、保健指導指示があった者への保健指導は100%実施となっている。 令和2年より新型コロナウイルス感染症の世界的な流行により健診受診率等にも大きな影響が出たものの、特定健康診査受診率については県内他市と比較して低い状況があり、一層の取組みが必要である。また、糖尿病対策については、腎症も含めた対策へと移行してきており、第3期データヘルス計画では、糖尿病対策にとどまらない事業展開を含めた計画が必要である。</p>	指標	策定時の現状値 (平成28年度)	目標値 (平成35年度)	評価 (令和4年度)	備考	OGTT受診者の翌年度の特定健康診査受診率	72.5%	75%	51.4%	保健センターが算出	OGTT受診者のHbA1cの階層が、翌年度維持改善した人の割合	98.7% 内訳 A: 45.5% B: 53.2%	現状維持	97.3% 内訳 A: 47.3% B: 50.0%	保健センターが算出 階層の分類(HbA1c): A: 5.9%以下 B: 6.0~6.4% C: 6.5%以上	指標	策定時の現状値 (平成28年度)	目標値 (平成35年度)	評価 (令和4年度)	備考	特定健康診査の受診率(※)	32.2%	60%	33.8%	法定報告	特定健康診査の継続受診率	72.8%	75%	74.1%	特定健診結果表(国保連)	特定保健指導の終了率(※)	18.7%	60%	36.1%	法定報告	OGTTの実施率	32.5%	50%	51.3%	保健センターが算出	OGTT後の保健指導率	96.4%	現状維持	38.3%	保健センターが算出	再保健指導の実施率	100%	現状維持	96.3%	保健センターが算出
指標	策定時の現状値 (平成28年度)	目標値 (平成35年度)	評価 (令和4年度)	備考																																															
OGTT受診者の翌年度の特定健康診査受診率	72.5%	75%	51.4%	保健センターが算出																																															
OGTT受診者のHbA1cの階層が、翌年度維持改善した人の割合	98.7% 内訳 A: 45.5% B: 53.2%	現状維持	97.3% 内訳 A: 47.3% B: 50.0%	保健センターが算出 階層の分類(HbA1c): A: 5.9%以下 B: 6.0~6.4% C: 6.5%以上																																															
指標	策定時の現状値 (平成28年度)	目標値 (平成35年度)	評価 (令和4年度)	備考																																															
特定健康診査の受診率(※)	32.2%	60%	33.8%	法定報告																																															
特定健康診査の継続受診率	72.8%	75%	74.1%	特定健診結果表(国保連)																																															
特定保健指導の終了率(※)	18.7%	60%	36.1%	法定報告																																															
OGTTの実施率	32.5%	50%	51.3%	保健センターが算出																																															
OGTT後の保健指導率	96.4%	現状維持	38.3%	保健センターが算出																																															
再保健指導の実施率	100%	現状維持	96.3%	保健センターが算出																																															

II 健康医療情報等の分析と課題

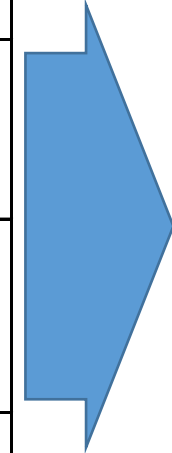
①健康・医療情報等の大分類	②各種データ	参照データ (連合会からの提供データ含む)	健康医療情報等の整理 (項目と年度、数値の記入)	アセスメント (左記データから読み取ったこと)
人口・被保険者構成等	国・県・同規模との比較 経年変化	関市統計データ(各年10月1日時点)、関市国保事業概要、R5年度のみ10月1日時点被保険者数データ	<p>人口構成: 人口合計 84,863人 ～39歳 35.4% 40～64歳 33.2% 65～74歳 14.8% 75歳～ 16.6% (人口推移)R1年:88,380人、R2年:87,315人 R3年:86,510人、R4年:85,738人、R5年:84,863人</p> <p>被保険者構成: 被保険者数合計 16,722人 ～39歳 19.5% 40～64歳 29.9% 65～74歳 50.0% 75歳～ 0% (被保険者数推移) R1年度:19,877人、R2年度:19,348人 R3年度:19,058人、R4年度:18,056人 R5年度:16,722人</p> <p>被保険者加入率: 20.7% (県)21.1% (国)22.3%</p> <p>被保険者平均年齢: 55.4歳 (県)53.9歳 (国)51.9歳</p> <p>高齢化率: 30.8% (県)30.6% (国)28.7%</p> <p>出生率(人口千対): 5.6 (県)6.2 (国)6.8</p> <p>死亡率(人口千対): 12.5 (県)11.7 (国)11.1</p>	<p>関市では人口総数は大幅に減少しており、死亡数と出生数の差異および、転出入の差異による影響と考えられる。最も多い年齢層は40歳未満であり、次いで40～65歳未満が多い。ただし、40歳未満35.4%、40～64歳33.2%、65歳以上31.4%(内75歳以上16.6%)であり、3世代がほぼ同じくらいの割合である。人口ピラミッドで見ると、団塊の世代である75歳前後が最もボリュームがあり、次いでその子ども世代である50歳前後が多い。</p> <p>被保険者数については年々減少しており、加入率が低下している。令和1年度から令和5年度の減少率を市人口-3.98%と比較すると、国保被保険者の減少率は-15.87%であり約4倍減少している。加入者の年齢構成を令和1年度と比較すると、～39歳以下が2%減少、40～64歳が1.2%減少、65歳以上が2.7%増加している。加入者の平均年齢は約1歳上昇している。</p> <p>県加入率よりも0.4%、国加入率よりも1.6%低い。</p> <p>県平均年齢よりも0.5歳、国平均年齢よりも3.5歳高い。</p> <p>高齢化率と死亡率は県平均よりも高く、出生率は低い。高齢化率が高いことによって死亡率が増加していると考えられる。人口ピラミッドで見ると、女性は28歳前後、男性は32歳前後がもっとも人口が少ないため、出生率が低いと思われる。</p>
平均寿命・標準化死亡比等	国・県・同規模との比較 経年変化	平均寿命、健康寿命は県から提供	<p>平均寿命: 男性81.13歳、女性87.08歳</p> <p>標準化死亡比: 増加) 男性のCOPD、女性の急性心筋梗塞、腎不全</p> <p>健康寿命: 男性80.06歳、女性 84.65歳</p> <p>平均余命と健康寿命の差: 男性 1.07歳、女性 2.42歳</p>	<p>男性の平均寿命は県内33位、健康寿命は8位となっており、平均寿命が短いにも関わらず健康寿命は長い。そのため、その差は短くなっており、県内2位である。</p> <p>女性の平均寿命は県内27位、健康寿命は15位となっている。しかし、その差は短くなっており、こちらも男性同様県内2位である。</p> <p>また、2014年から比較すると、男女ともに差は短くなっている。ただし、平均寿命、健康寿命ともに男性は2017年、女性は2015年をピークに徐々に短く変化してきている。</p>
性・年齢階層別医療の受診率	医療費の推移(国保・後期)	総医療費	<p>総医療費: 国保 6,410,645,770円/ 後期 10,435,503,470円 レセプト1件当たりの医療費: 国保 38,900円/後期 51,532円</p> <p>医療費の推移(国保・後期) (国保) / (後期) H29年度: 7,267,488,530円/10,203,439,560円 H30年度: 7,254,912,500円/10,368,595,780円 R1年度: 6,926,892,990円/10,100,461,800円 R2年度: 7,114,364,560円/10,366,886,840円 R3年度: 6,902,187,130円/10,907,705,920円</p> <p>年齢階層別医療の受診率:(千人あたり) 0～39歳: 4,230.573 40～49歳: 5,407.514 50～59歳: 6,725.023 60～69歳: 9,575.955 70～74歳: 10,145.959</p> <p>1人当たり医療費: 305,574円 (国)380,300円 (県)390,143円 0～39歳: 96,660円 40～49歳: 213,451円 50～59歳: 295,966円 60～69歳: 379,558円 70～74歳: 424,138円</p> <p>1人当たり医療費の経年変化 H29年度: 301,768円 H30年度: 315,431円 R1年度: 315,792円 R2年度: 329,659円 R3年度: 329,005円</p>	<p>国保と後期高齢者を比較すると、被保険者数は国保20,979人に対し後期高齢者14,542人であるものの、総医療費は後期高齢者が多い状況である。レセプト1件当たりの医療費についても同様の状況である。国保のレセプト1件当たりの医療費を年齢階層別にみると50歳代がもっとも高額である。後期高齢者で社年齢に比例して高額となる。</p> <p>国保では、被保険者数の減少に伴い、医療費は減少傾向にある。後期高齢者では、被保険者数の増加に伴い医療費は増加している。ただし、令和2年度からは新型コロナウイルス感染症の影響も考えられるため、今後の推移を確認する必要がある。</p> <p>60歳代以降で受診率が急激に高くなり、国保では60歳代以上の医療費が全体の75.9%を占めている。60歳未満の年代に対して疾病予防対策を行うこと、また60歳以上の者に対して疾患の重症化予防対策を行う必要が考えられる。</p> <p>国や県の市町村国保の平均と比較すると1人当たり医療費は低い水準である。関市国保の1人当たり医療費では、年齢が上がるにつれて増加しており、これは県や国の傾向と同様である。また、経年的にみると増加傾向にあり、被保険者数が減少しているものの1人当たり医療費が増加することで保険料負担の増加の要因となることが考えられる。</p>

医療費の分析	国・県・同規模との比較 経年変化	入院・外来別医療費(点数)の高い疾病	「疾病別医療費分析_国保・後期」のシート名:集計_疾病統計_国保・後期	入院・外来別医療費(点数)の高い疾病: 大分類比較 (国保) 入院:1位新生物(腫瘍)20.9%、2位循環器系の疾患20.6%、3位精神及び行動の障害:9.7% 外来:1位内分泌、栄養及び代謝疾患14.5%、2位新生物(腫瘍)13.6%、3位尿路性器系の疾患12.3% (後期高齢者) 入院:1位循環器系の疾患23%、2位新生物(腫瘍)12%、3位筋骨格系及び結合組織の疾患11.1% 外来:1位循環器系の疾患19%、2位内分泌、栄養及び代謝疾患13.9%、3位筋骨格系及び結合組織の疾患13.6% 中分類比較 (国保) 入院:1位その他の心疾患8.3%、2位その他の悪性新生物(腫瘍)6.8%、3位統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害6.1% 外来:1位腎不全10.3%、2位糖尿病9.8%、3位高血圧性疾患4.9% (後期高齢者) 入院:1位その他心疾患10.8%、2位骨折9.1%、3位その他の呼吸器系疾患6.8% 外来:1位腎不全10.1%、2位その他の心疾患9.8%、3位糖尿病9.2% 人工透析患者数(率) (国保) R1年度101人(0.5%)、R2年度107人(0.5%)、R3年度101人(0.5%) (後期高齢者) R1年度121人(0.9%)、R2年度124人(0.9%)、R3年度130人(0.9%)	国保と後期高齢者では疾患の状況が異なっている。国保では入院では悪性新生物、統合失調症が多く、外来では内分泌、栄養及び代謝疾患、特に糖尿病が多く、疾病単独では腎不全が最も多い。後期高齢者では入院では循環器疾患が多く、疾病単独では骨折が多い。外来でも循環器疾患が多く、疾病単独では腎不全、糖尿病の順が多い。 人工透析患者については、国保は横ばいであり大きな増減はない。後期高齢者については、徐々に増加傾向にあるが、これは被保険者の増加が要因として考えられる。
		生活習慣病費用割合	岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況【経年】R4年度	生活習慣病費用割合(県内順位): H30年度:59.8%(16位)、R1年度:59.8%(16位)、R2年度:60.4%(21位)、R3年度:60.0%(20位)、R4年度:61.5%(9位)	費用割合は横ばいであり、大きな増減はない。医療費の6割を生活習慣病に使用している状況である。
		生活習慣病患者割合		生活習慣病患者割合(県内順位): H30年度:49.4%(30位)、R1年度:49.4%(30位)、R2年度:48.8%(31位)、R3年度:51.6%(29位)、R4年度:54.4%(28位)	患者割合は増加傾向にある。令和2年度については、新型コロナウイルス感染症の影響による患者割合の減少が考えられる。
		重複・頻回の受診状況	重複服薬の状況等の傾向	保険者努力支援制度 令和6年度(市町村分)評価採点表 報告様式(02重複・多剤投与者数)	重複投与者数(対被保険者1万人): 93人 多剤投与者数(対被保険者1万人): 29人 訪問保健指導対象者: R5年度5人
重複服薬の状況等の傾向					
特定健康診査・特定保健指導等の健診データ(質問票含む)の分析	国・県・同規模との比較 経年変化	性・年齢階層別健診受診率	岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況【経年】R4年度	性・年齢階層別健診受診率: 男性31.5%、女性35.9% 40~49歳:18.2% 50~59歳:22.8% 60~69歳:37.3% 70~74歳:38.7%	男性の受診率が低い。また、年齢階層別では40~50歳代の受診率が低い。若年層の受診勧奨も重要であるが、被保険者の人数構成より、60歳代以降の層についても受診勧奨が必要である。
		特定健診受診率		特定健診受診率(県内順位): H30年度:35.8%(34位)、R1年度:37.0%(30位)、R2年度:32.9%(33位)、R3年度:35.3%(35位)、R4年度33.8%(38位)	経年的に徐々に増加していたものの、コロナ禍において減少に転じた。県内順位が低い状況が続いている。一層の受診勧奨対策が必要である。
		特定保健指導実施率		特定保健指導実施率: 全体/積極的/動機付け H30年度:26.9%/12.0%/30.8% R1年度:24.8%/12.7%/28.0% R2年度:24.8%/11.2%/28.3% R3年度:29.4%/14.0%/33.0% R4年度:36.1%/18.2%/39.6%	経年的に徐々に増加している。積極的支援対象者については、動機付け支援の半分程度の実施率となっており、底上げが必要である。また、動機付け支援については、評価時の実施方法を見直す等により実施率を引き上げる必要がある。
		特定保健指導利用率		特定保健指導利用率: 全体/積極的/動機付け H30年度:31.7%/28.7%/32.5% R1年度:34.2%/24.5%/36.7% R2年度:38.2%/28.1%/40.8% R3年度:41.6%/25.9%/45.2% R4年度:48.0%/34.8%/50.6%	経年的に徐々に増加している。実施率と同様に、積極的支援対象者の利用率の底上げが必要である。
		各種検査項目の有所見率		関市 / 県 / 国 BMI:25.2%/25.1%/27.1%、 腹囲:32.3%/33.2%/35.0%、 中性脂肪:27.7%/23.5%/21.1%、 ALT:13.6%/13.4%/14.5%、 HDLコレステロール:5.0%/4.9%/3.8%、 LDLコレステロール:50.9%/48.7%/50.3%、 空腹時血糖:17.5%/19.3%/24.8%、 HbA1c:66.8%/60.1%/57.1%、 尿酸:8.3%/6.6%/6.5%、 収縮期血圧:56.3%/47.5%/47.5%、 拡張期血圧:20.5%/19.4%/21.1%、 血清クレアチニン:1.5%/1.3%/1.2%、 eGFR:21.9%/20.6%/20.6%	中性脂肪、HbA1c、収縮期血圧、eGFRについては、県および国よりも高い有所見率となっている。これらは生活習慣病の原因となる検査データであり、関市にとってメタボリックシンドローム対策が重要であることを示している。
健康状態、生活習慣の状況	KDBシステム「地域の全体像の把握」、「健康スコアリング(健診)」 喫煙習慣リスクなし101点(県内14位)、 睡眠習慣リスクなし102点(県内24位)、 運動習慣リスクなし105点(県内6位)、 飲酒習慣リスクなし103点(県内12位)、 食事習慣リスクなし100点(県内30位)、 総合102点(県内8位)	全て平均または平均よりも良い状況であり、健診受診者の生活習慣は大きく問題はない状況である。			

		メタボリックシンドローム該当者の割合	岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況【経年】R4年度	メタボリックシンドローム該当者の割合: H30年度:20.7%、R1年度:21.4%、R2年度:23.3%、R3年度:21.1%、R4年度20.5% R4年度の性別該当者割合:男性:32.6%、女性:10.5%	年度ごとに増減はあるが、ほぼ横ばいで推移している。男性は女性よりも該当者、予備群ともに高い割合である。男性の肥満を伴う生活習慣病対策が重要と考えられる。性差については、国や県の状況と同様である。																																																																																								
		メタボリックシンドローム予備群の割合		メタボリックシンドローム予備群の割合: H30年度:9.2%、R1年度:9.7%、R2年度:9.6%、R3年度:10.1%、R4年度9.4% R4年度の性別予備軍の割合:男性:16.1%、女性:3.9%																																																																																									
レセプト・健診データ等 を組み合わせ分析	国・県・同規模との比較 経年変化	レセプト・健診データの分析により明らかとなった健康課題を解決するための重症化予防等の対象となる被保険者数、割合の比較等 (例)医療費分析で脳血管疾患に要する医療費が高いこと、健診データ分析で血圧の有所見率が高いことが判明し、これらを健康課題と捉え、血圧が基準値以上の被保険者を対象に重症化予防を行うが、この対象被保険者数や割合について経年比較等により分析する。	個別の保健事業(重症化予防等の取り組み)の事業評価	特定健診受診勧奨の事業評価 健診未受診者へのはがき勧奨における受診率 12月再勧奨 52.3% まばら受診者 42.9% 3年未受診者 10%	はがきによる個別受診勧奨の効果があつた。対象を年齢、過去の受診行動によりセグメント分けし、勧奨の通知内容や発送時期を変えて勧奨する。 コールセンター事業については、未受診理由の把握には役立ったものの、費用対効果の面から令和元年度をもって終了。情報提供事業についても費用対効果の面から令和3年度をもって終了した。																																																																																								
				特定保健指導の事業評価 特定保健指導実施者 次年度継続受診率 66.3% 体重維持改善割合 61.7% 腹囲維持改善割合 67.8% 禁煙した割合 7.1% 保健指導レベルの改善割合 44.3%	・従事者がチームになって取り組むことで、複数人で進捗管理が行え、タイムリーな対応ができるとともに、指導の事前事後の共有をすることにより、従事者の資質向上やモチベーションの維持につながった。依然として人員体制はマンパワーが不足しているため、保健指導専任保健師を雇用し、今までに未利用者にも面談できる可能性が高い訪問指導を取り入れることを検討し、実行した。 ・成果型を取り入れた外部委託やICTを活用した保健指導などの方法は、限られた保険者への還元となる懸念や費用対効果などの課題もある。国の動向や市の状況に合わせ、他自治体の成功事例等を確認しながら、慎重に検討をしていく。																																																																																								
				糖尿病重症化の事業評価 【医療機関未受診者】 医療機関受診率 73.2% 次年度健診受診率 65.7% HbA1c値維持改善割合 76% 【治療中断者】 医療機関受診率 50% 次年度健診受診率 40% HbA1c値維持改善割合 60% 【治療中患者の指導】 医療機関受診率 66.7% 次年度健診受診率 90.5% HbA1c値維持改善割合 66.7% 尿蛋白維持改善割合 13.3% 収縮期血圧維持改善割合 60% 【OGTT検査勧奨者】 医療機関受診率 27.7% 次年度健診受診率 63.5% HbA1c値維持改善割合 65%	・OGTT受診者のうち全員が翌年度HbA1cの値を維持改善できているが、特定健診受診率が低いため、全員の状況が把握できていない。前年度OGTTを受診した者へ翌年度の特定健診についての受診勧奨を継続する。 ・対象に非肥満者が多く、BMIの改善は目標とされない。 ・事業対象者次年度継続受診率が高い。 ・糖尿病重症化予防プログラムの対象者については、CKD予防の観点と事務量、事業効果を検討し、対象者の見直しやアプローチ方法について検討していく。																																																																																								
				高血圧・腎機能の事業評価 保健指導実施群 次年度健診受診率 79% CKD重症度分類が維持・改善した割合 100% 収縮期血圧の維持改善割合 50.7% 拡張期血圧の維持改善割合 47.9%	・医療機関受診者割合が糖尿病受診勧奨群と比較して少ない。 ・次年度の健診受診率はよく、健診結果の維持改善も良い。医療機関にはつながっていないが、結果改善には効果があると考えられる。 ・対面での受診勧奨と電話、郵送指導と比較できると良い。 ・保健指導実施群では、CKD重症度分類がすべての者で維持・改善している。保健指導の効果がある。																																																																																								
介護費関係の分析	国・県・同規模との比較 経年変化	介護給付費の状況	地域の全体像の把握 R4年度	1件当給付費:63,994円(県:59,511円) 要支援1: 7,627円 (県:8,192円) 要支援2: 10,504円 (県:11,083円) 要介護1: 44,836円 (県:37,662円) 要介護2: 50,847円 (県:45,957円) 要介護3: 86,916円 (県:77,618円) 要介護4:111,549円 (県:98,945円) 要介護5:115,006円 (県:106,128円)	介護給付費を見ると、要支援区分では県平均よりも低く、要介護区分はすべての区分で県平均よりも高い。より高度な介護支援が必要な者が多いと考えられる。																																																																																								
		介護認定の状況		1号認定率: 16.5%(県:18.1%) 2号認定率: 0.3%(県:0.4%)	1号認定率は県平均よりも低く、2号認定率は県平均と同程度である。																																																																																								
			地域の全体像の把握、要介護(支援)者有病状況R4年度	R3年度(1号)認定率:17.4% 居宅1人当たり介護給付費(前年比):96.7 施設1人当たり介護給付費(前年比):93.5	1号認定率はR3年度と比較するとR4年度は0.9%低くなっている。また、1人あたり介護給付費は居宅、施設ともに減少している。介護認定を受ける者や多くの介護費を必要とする者は増えていない。今後も国保部門では、介護につながる生活習慣病の予防を意識しながら保健事業を進めていきたい。																																																																																								
その他	国・県・同規模との比較 経年変化		地域の全体像の把握、要介護(支援)者有病状況R4年度	介護認定者と有病状況: <table border="1"> <thead> <tr> <th>要介護(支援)者有病状況</th> <th colspan="7">1号認定者</th> </tr> <tr> <th>R4年度(累計)</th> <th>要支援1</th> <th>要支援2</th> <th>要介護1</th> <th>要介護2</th> <th>要介護3</th> <th>要介護4</th> <th>要介護5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>糖尿病</td> <td>31.7</td> <td>30.2</td> <td>26.3</td> <td>33.1</td> <td>28</td> <td>26.6</td> <td>25.7</td> </tr> <tr> <td>(再掲)糖尿病合併症</td> <td>4.2</td> <td>5.5</td> <td>2.2</td> <td>2.5</td> <td>2.1</td> <td>1.4</td> <td>0.8</td> </tr> <tr> <td>心臓病</td> <td>67.6</td> <td>68.7</td> <td>62.6</td> <td>66.7</td> <td>64.5</td> <td>64.3</td> <td>61.1</td> </tr> <tr> <td>脳疾患</td> <td>14.6</td> <td>16</td> <td>15</td> <td>23.9</td> <td>21.5</td> <td>28.1</td> <td>29.4</td> </tr> <tr> <td>がん</td> <td>11.8</td> <td>13.3</td> <td>9.2</td> <td>9.8</td> <td>8.4</td> <td>7</td> <td>9.4</td> </tr> <tr> <td>精神疾患</td> <td>24.9</td> <td>23.2</td> <td>49.8</td> <td>40.9</td> <td>46.8</td> <td>42.5</td> <td>48.8</td> </tr> <tr> <td>筋・骨疾患</td> <td>67.1</td> <td>70.4</td> <td>52</td> <td>56.9</td> <td>58.6</td> <td>48.5</td> <td>44.5</td> </tr> <tr> <td>難病</td> <td>3.8</td> <td>5.4</td> <td>2.5</td> <td>3</td> <td>4.3</td> <td>2.7</td> <td>4.1</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>70.3</td> <td>69.5</td> <td>63.6</td> <td>66.4</td> <td>63.9</td> <td>61.1</td> <td>58.1</td> </tr> </tbody> </table>	要介護(支援)者有病状況	1号認定者							R4年度(累計)	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	糖尿病	31.7	30.2	26.3	33.1	28	26.6	25.7	(再掲)糖尿病合併症	4.2	5.5	2.2	2.5	2.1	1.4	0.8	心臓病	67.6	68.7	62.6	66.7	64.5	64.3	61.1	脳疾患	14.6	16	15	23.9	21.5	28.1	29.4	がん	11.8	13.3	9.2	9.8	8.4	7	9.4	精神疾患	24.9	23.2	49.8	40.9	46.8	42.5	48.8	筋・骨疾患	67.1	70.4	52	56.9	58.6	48.5	44.5	難病	3.8	5.4	2.5	3	4.3	2.7	4.1	その他	70.3	69.5	63.6	66.4	63.9	61.1	58.1	心臓病はすべての介護区分で60%以上が保有している。筋・骨格系疾患は介護度が上昇すると減少する反比例の傾向にあり、精神疾患は介護度が上昇すると増加する比例の関係にある。有病状況を経年で見ると、がん、糖尿病は年度によりばらつきはあるが大きな増減の変化はなく、それ以外の疾患では毎年の変化がほぼない。
要介護(支援)者有病状況	1号認定者																																																																																												
R4年度(累計)	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5																																																																																						
糖尿病	31.7	30.2	26.3	33.1	28	26.6	25.7																																																																																						
(再掲)糖尿病合併症	4.2	5.5	2.2	2.5	2.1	1.4	0.8																																																																																						
心臓病	67.6	68.7	62.6	66.7	64.5	64.3	61.1																																																																																						
脳疾患	14.6	16	15	23.9	21.5	28.1	29.4																																																																																						
がん	11.8	13.3	9.2	9.8	8.4	7	9.4																																																																																						
精神疾患	24.9	23.2	49.8	40.9	46.8	42.5	48.8																																																																																						
筋・骨疾患	67.1	70.4	52	56.9	58.6	48.5	44.5																																																																																						
難病	3.8	5.4	2.5	3	4.3	2.7	4.1																																																																																						
その他	70.3	69.5	63.6	66.4	63.9	61.1	58.1																																																																																						

Ⅲ 計画全体

保険者の健康課題	被保険者の健康に関する課題		
①課題項目	②健康課題	③優先する健康課題	④対応する保健事業番号
A	特定健康診査受診率は第2期計画期間中に徐々に上昇していたものの、令和2年からのコロナ禍の影響もあり直近は受診率が低下し、その後も伸び悩んでいる。健診データから健康課題を分析しているが、健診受診率が低いこと、被保険者全体の健康課題が把握しきれていないという現状があり、特定健康診査の受診率上昇が課題である。	◎	1, 2
B	医療費および特定健康診査データより、糖尿病罹患患者および糖尿病予備群が多い。医療費データにて、国民健康保険、後期高齢者医療保険ともに糖尿病が占める割合が高い。また、特定健康診査データにて、HbA1cの有所見者割合が県、国の平均よりも高い状況が継続しており、第1期データヘルス計画策定時より同様の状況がみられ、継続して取り組むべき課題である。	◎	1, 2, 3
C	国民健康保険、後期高齢者医療保険ともに、外来医療費の中分類の1位が腎不全である。また、人工透析患者数について、後期高齢者医療保険で人数が増加している。生活習慣病を起因とした人工透析の導入には疾病が進行する期間が生じるため、後期高齢者となる前の年代での生活習慣病および腎症の発生予防や重症化予防が重要と考える。	◎	1, 2, 3, 4, 5
D	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。(県内標準化事項)		6
E	関市の令和2年統計は高齢化率が30.6%、労働人口(15~64歳)は57.1%、65歳以上の単独世帯は10.2%である。それぞれ平成27年と比較すると、高齢化率は3.3%増加、労働人口は1.9%減少、65歳以上の単独世帯は1.6%増加している(令和2年総務省「国勢調査」より)。これらより、国保の視点から地域包括ケアに資する取組を行うことで、高齢者が住みなれた地域で自立した生活ができる期間の延伸、QOLの維持向上を図れるようにする。(県内標準化事項)		7



データヘルス計画全体における目的		大目的	健康寿命を延伸させる 医療費を適正化する							
⑤項目(=①)	中目的	⑦評価指標	⑧計画策定時実績	⑨目標値						
			R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
A・B・C	メタボ等の生活習慣病の予防	特定健診受診率(法定報告)	35.3%	40.0%	44.0%	48.0%	52.0%	57.0%	60.0%	
		特定保健指導実施率(法定報告)	29.4%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	27.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	
B	糖尿病の重症化の予防	HbA1c8.0以上の者の割合	1.14%	減少	減少	減少	減少	減少	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	8.3%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	
C	高血圧の重症化予防	収縮期血圧維持・改善者割合	52.2%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	
		拡張期血圧維持・改善者割合	56.5%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	
C	腎機能低下の重症化予防	CKD重症度分類の変化	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
D	重複多剤服用者の減少	重複投与者数(对被保険者1万人)	93	減少	減少	減少	減少	減少	減少	
		多剤投与者数(对被保険者1万人)	29	減少	減少	減少	減少	減少	減少	
E	地域包括ケア推進・一体的実施の取組の状況	KDB等を活用したデータ提供等により地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局として参画	参画	参画	参画	参画	参画	参画	参画	
		KDB等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、国保部局として当該ターゲット層に対する支援を実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	



⑩事業番号	⑪事業名称	⑫重点・優先度
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	高血圧の重症化予防事業	○
5	腎機能低下の重症化予防	◎
6	適正受診・適正服薬	○

IV 個別の保健事業

個別保健事業評価計画（今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標）												
事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値							
				2022年度(R3)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)		2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
							数値	評価			数値	評価
特定健康診査受診勧奨事業	特定健診について、受診勧奨を行うことでより多くの被保険者が自身の健康状態を把握し、健康行動を改善することで医療費の抑制、QOLの向上を目的とする。	アウトカム指標(成果)	特定健診受診率(実績値)	35.3%	40.0%	44.0%	48.0%		52.0%	57.0%	60.0%	
		アウトプット指標(実施量・率)	特定健診受診勧奨ハガキ送付率	75.4%	75%	75%	75%		75%	75%	75%	
実施内容 ※現在までの実施方法(プロセス)を踏まえて												
	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正	令和11年度の最終評価								
対象者	①特定健診受診勧奨ハガキ送付:40~74歳の関市国民健康保険加入者 ②電話勧奨:実施しない ③情報提供事業:実施しない											
時期	①特定健診受診勧奨ハガキ送付:対象をセグメント分けし、健診開始後2か月後の8月と、10月、実施期間終了2か月前の12月に勧奨ハガキを郵送。											
方法	①特定健診受診勧奨ハガキ送付:当該年度未受診者に対し、対象者の受診歴・年齢等に合わせてハガキを作成し郵送。											
実施回数・量	①特定健診受診勧奨ハガキ送付(R3年度実績)ハガキ発送2回(送付数は経年値のとおり)ほか、情報提供事業案内(2381名)1回、職場健診結果提供勧奨案内(111名)1回											
連携体制・予算・人員	①特定健診受診勧奨ハガキ送付 市民健康課が発送するがん検診勧奨ハガキに特定健診についても周知勧奨文を入れてもらった。特定健診受診勧奨ハガキには、がん検診と同日実施できる周知文を掲載している。											
事業について気づいたこと	未受診理由として「医療機関通院中」が多く、医療機関との連携強化が重要である。情報提供事業の提出率は低迷し、全体の受診率への寄与を考えると費用対効果が少ない。医療機関との連携体制は、今までは医師会の代表会議の場で協力依頼を行ってきたが、医療機関により意識や理解の差があると感じている。個別に医療機関に訪問して、理解を得るとともに、実態を確認し、医療機関の意見も聞くことで連携を強化していくことが必要である。また国保窓口には多くの被保険者が来庁するため、健診の周知を強化し、希望者にはその場で予約が取れるように工夫をする。											

IV 個別の保健事業

個別保健事業評価計画（今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標）												
事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値							
				2022年度(R3)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)		2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
							数値	評価			数値	評価
糖尿病重症化予防 高血糖者医療機関未受診勧奨事業	糖尿病の重症化による腎機能低下を予防する。	アウトカム指標(成果)	HbA1c値維持・改善者割合	76.0%	78.0%	79.5%	81.0%		82.5%	84.0%	85.0%	
		アウトプット指標(実施量・率)	医療機関受診勧奨率	100.0	100.0	100.0	100.0		100.0	100.0	100.0	
			医療機関受診率	73.2	75.0	76.0	77.0		78.0	79.0	80.0	
			次年度健診受診率	65.7	68.0	70.0	72.0		73.0	74.0	75.0	
		実施内容 ※現在までの実施方法(プロセス)を踏まえて										
	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の間評価のまとめ		令和8年度中間評価後の追加修正				令和11年度の最終評価				
対象者	健診受診者の内、空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5以上であり、かつ糖尿病による受診が過去3年間無い者											
時期	随時											
方法	集団健診受診者へは個別保健指導および受診勧奨を実施。個別健診受診者へは電話にて受診勧奨および保健指導を実施。面談および架電不可の場合は郵送にて受診勧奨実施。											
実施回数・量	(R3年度実績) 対象者71人のうち、21人は電話で勧奨、連絡がつかない者は郵送で受診勧奨。											
連携体制・予算・人員	市民健康課にて事業実施。											
事業について気づいたこと	糖尿病重症化予防プログラムにて受診勧奨をしたもののうち73.2%が受診につながっており勧奨の効果はあると考えられる。糖尿病重症化予防プログラムの対象者については、CKD予防の観点から受診勧奨者の対象を広げることが検討事項であるが、実施にあたっては医師会との検討・連携が重要であり、関係団体との役割分担等を明確にしなが慎重に検討をしていく必要がある。											

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）

事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値								
				2022年度 (R3)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)		2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)		
							数値	評価			数値	評価	
糖尿病重症化予防 医療機関受診中断者受診勧奨事業	重症化リスクの高い者の人工透析への移行を予防し、市民の健康増進とQOLの向上、医療費の適正化を図る	アウトカム指標 (成果)	HbA1c値維持・改善者割合	60.0%	62.0%	64.0%	65.0%		66.5%	68.0%	70.0%		
		アウトプット指標 (実施量・率)	医療機関受診勧奨率	100.0	100.0	100.0	100.0		100.0	100.0	100.0		
			医療機関受診率	50.0	52.0	54.0	55.5		57.0	58.5	60.0		
	次年度健診受診率		40.0	44.0	47.5	51.0		54.0	57.0	60.0			
	実施内容 ※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて												
		第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正	令和11年度の最終評価								
	対象者	過去3年間の健診でHbA1c6.5%以上の者であり、かつ直近1年間に健診受診歴や糖尿病治療歴がない者。											
	時期	随時											
	方法	案内文書および受診勧奨を郵送にて行う。その後、受診状況を医療機関からの連絡票の返送またはレセプトにて確認する。3か月以上受診が確認できない場合は、郵送または電話で再勧奨を行う。6か月以上受診が確認できない場合は、訪問にて受診勧奨を行う。											
実施回数・量	(R3年度実績) 11人に郵送で受診勧奨。												
連携体制・予算・人員	市民健康課にて事業実施。武儀医師会およびかかりつけ医等と連携している。												
事業について気づいたこと	医療機関未受診であった者が半数医療機関受診につながっており、受診勧奨の効果はあったと考えられる。また、糖尿病重症化予防プログラムの対象者については、CKD予防の観点から受診勧奨者の対象を広げるかが検討事項であるが、実施にあたっては医師会との検討・連携が重要であり、関係団体との役割分担等を明確にししながら慎重に検討をしていく必要がある。												

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）

事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値								
				2022年度 (R3)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)		2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)		
							数値	評価			数値	評価	
糖尿病重症化予防 治療中ハイリスク者保健指導	腎症重症化リスクの高い者の人工透析への移行を予防し、市民の健康増進とQOLの向上、医療費の適正化を図る。	アウトカム指標 (成果)	HbA1c値維持・改善者割合	67%	68.0	69.5	71.5		73.0	74.0	75.0		
			eGFR値維持・改善者割合	55%	57.0	59.0	61.0		63.0	64.0	65.0		
		アウトプット指標 (実施量・率)	次年度健診受診率	67%	68.5	70.0	71.5		73.0	74.0	75.0		
			保健指導実施率	100%	100.0	100.0	100.0		100.0	100.0	100.0		
	実施内容 ※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて												
		第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正	令和11年度の最終評価								
	対象者	糖尿病治療中で糖尿病腎症3～4期に相当すると思われる者（対象基準） 健診結果から糖尿病の現病歴があり、尿蛋白(+)以上、もしくは、70歳以上:eGFR45未満、70歳未満:eGFR60未満、またはeGFR低下(前年度比)5以上の者											
	時期	随時											
方法	健診結果より対象者を抽出し、糖尿病主治医に連絡する。医療機関より本人に意向を確認し、指導依頼票の返送があったものに対して面談または電話、訪問にて保健指導を実施する。												
実施回数・量	(R3年度実績) 対象者158人にかかりつけ医へ保健指導希望の確認をし、保健指導の依頼があった30人中18人に面接にて指導を実施。それ以外12人は電話・郵送で指導を実施。												
連携体制・予算・人員	市民健康課にて事業実施。武儀医師会およびかかりつけ医等と連携している。												
事業について気づいたこと	対象者の20%弱しか指導依頼はなく、依頼のあった対象者については100%指導を行っている。ただし、そのうち半数程度しか面談での指導ができていない。												

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）

事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値								
				2022年度 (R3)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)		2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)		
							数値	評価			数値	評価	
糖尿病重症化予防 OGTT検査受検勧奨事業	OGTT検査を行い、糖尿病の早期発見早期治療へ結び付ける。	アウトカム指標 (成果)	HbA1c値維持・改善者割合	56.4%	58%	60%	62%		63%	64%	65%		
		アウトプット指標 (実施量・率)	OGTT医療機関受診勧奨率	100.0%	100.0	100.0	100.0		100.0	100.0	100.0		
			OGTT受診率	47.5%	48.0	48.5	49.0		49.5	50.0	50.0		
			次年度健診受診率	65.9%	68.0	70.0	72.0		73.0	74.0	75.0		
	実施内容 ※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて												
		第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正	令和11年度の最終評価								
	対象者	健診結果より空腹時血糖110～125mg/dlまたは随時血糖140～199mg/dlの者、またはHbA1c6.0～6.4の者											
	時期	通年実施。検査は健診受診日から3か月以内としているため検査対象が確認でき次第速やかに案内を実施。											
	方法	健診結果より対象者を抽出し、集団健診受診者は面談、個別健診受診者は電話にてOGTT検査を受診勧奨する。面談、架電不可の場合は郵送にて受診勧奨を行う。対象者が検査を受検した場合、医療機関よりOGTT検査結果が報告される。次年度、OGTT実施者に対し特定健診受診勧奨を実施。											
実施回数・量	(R3年度実績) 251名に勧奨実施し、144名が検査受診。												
連携体制・予算・人員	市民健康課にて事業実施。武儀医師会およびかかりつけ医等と連携している。												
事業について気づいたこと	OGTT受診者の内、翌年度特定健診を受けた者は全員が翌年度HbA1cの値を維持改善できているが、受診率が低いため、全員の状況が把握できていない。前年度OGTTを受診した者へ翌年度の特定健診を受診してもらおう、勧奨が必要。												

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）

事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値							
				2022年度 (R3)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)		2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
							数値	評価			数値	評価
糖尿病重症化予防	OGTT検査を行った者に保健指導を実施することで、糖尿病の予防を行う。	アウトカム指標 (成果)	HbA1c値維持・改善者割合	75.0%	76.0%	76.5%	77.5%		78.5%	79.5%	80.0%	
		アウトプット指標 (実施量・率)	保健指導実施率 (/OGTT受診者)	30.9%	30.0%	30.0%	30.0%		30.0%	30.0%	30.0%	
			保健指導実施率 (/OGTT受診者中、Hp指導依頼者)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%	100.0%	100.0%	
			次年度健診受診率	60.6%	64.0%	67.0%	69.0%		71.0%	73.0%	75.0%	
実施内容 ※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて												
OGTT検査後保健指導	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容		令和8年度の間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正				令和11年度の最終評価				
	対象者	市費によるOGTT検査受診者										
	時期	OGTT後の保健指導は結果が医療機関から届き次第、対象者へ連絡し指導日程に調整を行う。										
	方法	OGTT受検結果を医療機関から受け、医師が保健指導が必要と判断した者に実施する。										
	実施回数・量	(R3年度実績) 144人のうち保健指導依頼があった者は54人であり、うち23人に面接・それ以外は電話や郵送で指導を実施。										
	連携体制・予算・人員	市民健康課にて事業実施。武儀医師会およびかかりつけ医等と連携している。										
	事業について気づいたこと	OGTT実施後の保健指導は医療機関から依頼があっても面談指導の割合が低いため、医療機関から働きかけてもらえるよう、連携を強化していく必要がある。										

IV 個別の保健事業

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）												
事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値							
				2022年度 (R3)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)		2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
							数値	評価			数値	評価
高血圧医療機関受診勧奨事業	受診勧奨を行うことで、早期治療につなげ、循環器疾患等の重症化を防ぐ。	アウトカム指標 (成果)	収縮期血圧 維持・改善者割合	59.5%	60.0%	60.5%	61.0%		61.5%	62.0%	62.5%	
			拡張期血圧 維持・改善者割合	68.9%	70.5%	71.0%	71.5%		72.0%	72.5%	73.0%	
		アウトプット指標 (実施量・率)	医療機関受診勧奨率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%	100.0%	100.0%	
			医療機関受診率	24.6%	25.5%	26.5%	27.5%		28.5%	29.0%	30.0%	
			次年度健診受診率	70.9%	71.5%	72.0%	72.5%		73.0%	74.0%	75.0%	
実施内容 ※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて												
	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の間評価のまとめ		令和8年度中間評価後の追加修正				令和11年度の最終評価				
対象者	特定健診の結果により受診勧奨値に該当した者（個別健診160mmHg/100mmHg以上、集団健診140mmHg/90mmHg以上）											
時期	随時											
方法	特定健診受診後、基準該当者に対し、保健指導を郵送案内し保健指導を実施する。未来所者については、電話または郵送にて指導を行う。											
実施回数・量	(R3年度実績) 114人											
連携体制・予算・人員	市民健康課にて事業実施。											
事業について気づいたこと	医療機関受診率が糖尿病受診勧奨群と比較して低い。次年度の健診受診率はよく、健診結果の維持改善も良い。医療機関にはつながっていないが、結果改善には効果があると考えられる。対面での受診勧奨と電話、郵送指導と比較できると良い。											

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）

事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値								
				2022年度 (R3)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)		2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)		
							数値	評価			数値	評価	
腎機能低下医療機関受診勧奨事業	受診勧奨を行うことで、早期治療につなげ、腎症の重症化を防ぐ。	アウトカム指標 (成果)	収縮期血圧 維持・改善者割合	37.5%	38.0%	38.5%	39.0%		39.5%	40.0%	40.5%		
			拡張期血圧 維持・改善者割合	62.5%	63.0%	63.5%	64.0%		64.5%	65.0%	65.5%		
			CKD重症度分類の変化	88.2%	89.5%	91.0%	92.0%		93.0%	94.0%	95.0%		
		アウトプット指標 (実施量・率)	医療機関受診勧奨率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%	100.0%	100.0%		
			次年度健診受診率	80.0%	81.0%	82.0%	83.0%		84.0%	85.0%	85.0%		
	実施内容 ※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて												
		第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の間接評価のまとめ		令和8年度中間評価後の追加修正				令和11年度の最終評価				
	対象者	集団健診でeGFR40～69歳で50～60未満、70歳以上で40～60未満の者											
	時期	随時											
方法	特定健診受診後、基準該当者に対し、保健指導を郵送案内し保健指導を実施する。未来所者については、電話または郵送にて指導を行う。												
実施回数・量	(R3年度実績) 34人												
連携体制・予算・人員	市民健康課にて事業実施。												
事業について気づいたこと	次年度健診受診率が全体受診者より高い。収縮期血圧が悪化する者が拡張期血圧と比較して割合が高い。高血圧者では腎機能への影響はなかったが、腎機能低下者では血圧への影響がみられる。												

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）

事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値								
					2022年度 (R3)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)		2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
								数値	評価			数値	評価
腎機能低下重症化予防 保健指導	医療管理中の者に対して保健指導を行うことで、重症化を防ぐ。	アウトカム指標 (成果)	収縮期血圧維持・改善者割合	52.2%	53.5%	54.5%	56.0%		57.5%	59.0%	60.0%		
			拡張期血圧維持・改善者割合	56.5%	58.0%	59.5%	60.5%		62.0%	63.5%	65.0%		
			CKD重症度分類の変化	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%	100.0%	100.0%		
		アウトプット指標 (実施量・率)	医療機関受診勧奨率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%	100.0%	100.0%		
			次年度健診受診率	90.5%	90.0%	90.0%	90.0%		90.0%	90.0%	90.0%		
実施内容 ※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて													
	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正	令和11年度の最終評価									
対象者	健診受診者の内、通院中の糖尿病患者で腎症重症化リスクの高い者（糖尿病治療中で糖尿病性腎症2～4期の者）												
時期	随時												
方法	対象者について、糖尿病かかりつけ医に保健指導の要否を確認し、かかりつけ医の同意が取れた者について保健指導を行う。												
実施回数・量	(R3年度実績) 149人												
連携体制・予算・人員	市民健康課にて事業実施。武儀医師会およびかかりつけ医等と連携している。												
事業について気づいたこと	保健指導実施群では、次年度の健診受診率が高い。また、拡張期血圧の維持・改善割合が高い。保健指導実施群では、CKD重症度分類がすべての者で維持・改善している。保健指導の効果がある。												

IV 個別の保健事業

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）												
事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値							
				2023年度 (R5)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)		2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
							数値	評価			数値	評価
重複投与者に対する取組	被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い1人当たり医療費も増加傾向にある。今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給とともに、被保険者の安全な服薬を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進する。	アウトカム指標（成果）	共通指標⑤（1）重複投与者に対する取組 ③重複投与者数（対被保険者1万人）が前年度から減少していること	93	減少	減少	減少		減少	減少	減少	
		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	
実施内容 ※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて												
	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正	令和11年度の最終評価								
対象者	3カ月連続して同一月に同一疾患での受診医療機関が3カ所以上の者。精神疾患による受診も対象とする。											
時期	10月～3月											
方法	個別訪問指導または個別通知を行い、取組実施後に対象者の処方状況をレセプト等で確認する。また、実施前後のレセプト等を比較し評価を行う。評価時には本人や支援者に服薬状況や副作用の改善状況を確認する。											
実施回数・量	個別訪問または個別通知は対象者につき1回											
連携体制・予算・人員	関薬剤師会との連携、子ども家庭課（家庭児童相談室）等との連携により事業実施を行う。											
事業について気づいたこと												

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）												
事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値							
				2023年度（R5）	2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）		2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）	
							数値	評価			数値	評価
多剤投与者に対する取組	被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い1人当たり医療費も増加傾向にある。今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進する。	アウトカム指標（成果）	共通指標⑤（2）多剤投与者に対する取組③多剤投与者数（対被保険者1万人）が前年度から減少していること	29	減少	減少	減少		減少	減少	減少	
			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		
	実施内容 ※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて											
		第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正	令和11年度の最終評価							
	対象者	3カ月連続して同一月に同一疾患での受診医療機関が3カ所以上の者										
	時期	10月～3月										
	方法	個別訪問指導または個別通知を行い、取組実施後に対象者の処方状況をレセプト等で確認する。また、実施前後のレセプト等を比較し評価を行う。評価時には本人や支援者に服薬状況や副作用の改善状況を確認する。										
	実施回数・量	個別訪問または個別通知は対象者につき1回										
連携体制・予算・人員	関薬剤師会との連携、子ども家庭課（家庭児童相談室）等との連携により事業実施を行う。											
事業について気づいたこと												
個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）												
事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値							
				2023年度（R5）	2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）		2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）	
							数値	評価			数値	評価
薬剤の適正使用の推進に対する取組	被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い1人当たり医療費も増加傾向にある。今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給とともに、被保険者の安全な服薬を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進する。	アウトカム指標（成果）										
			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・啓発セルフレディケーションの推進のための周知・啓発	実施	実施	実施	実施		実施	実施	実施
				実施	実施	実施	実施		実施	実施	実施	
	実施内容 ※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて											
		第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正	令和11年度の最終評価							
	対象者	被保険者および住民全体										
	時期	通年										
	方法	窓口でのパンフレット配布および市ホームページでの周知										
	実施回数・量	随時										
連携体制・予算・人員												
事業について気づいたこと												

V その他

<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p>	<p>ア. 個別の保健事業の評価・見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別の保健事業の評価は年度ごとに行い、計画策定時に設定した保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。 ・なお、そのためにも対象者、事業実施者などの名簿を保管し、KDBを活用して評価していく。 ・事業の評価は、健康・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮する。 ・目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させる。 <p>イ. データヘルス計画全体の評価・見直し</p> <p>①評価の時期</p> <ul style="list-style-type: none"> ・設定した評価指標に基づき、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行う。 <p>②評価方法・体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム(成果)指標を中心とした評価指標による評価を行う。 ・評価にあたり、市町村国保における保健事業の評価を後期広域連合と共有しながら、県国保課、国保連合会とともに令和8年度に中間評価、令和11年度に最終評価を行う。
<p>データヘルス計画の 公表・周知</p>	<p>計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。</p> <p>具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、県、国保連合会、保健医療関係者経由で医療機関等に周知し、配布する。</p> <p>これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要である。</p> <p>また、県は保険者から計画を収集し、保険者が計画を掲載したリンクを収集し、その一覧を県のホームページに掲載する。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>計画の策定に当たっては、活用するデータの種類や活用方法が多岐にわたり、健診結果やレセプトデータ情報を突合し加工する等による統計情報と、個別の個人情報とが存在するが、健診データやレセプトに関する個人情報は、一般的には個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)に定める要配慮個人情報に該当するため、他の個人情報よりも慎重に取り扱う。また、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面においても、その保有する個人情報の適切な取扱いが個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、確保されるよう措置を講じる。</p> <p>なお、個人情報の取り扱いについては、以下のガイドラインを参照し、個人情報の保護に努め、事業の運営にあたる。</p> <p>※「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)</p>
<p>地域包括ケアに係る取組</p>	<p>IV個別の保健事業の地域包括ケアシステムの取り組み、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に準ずる。</p>
<p>その他留意事項</p>	<p>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、事業運営に関わる担当者(国保、衛生、介護部門等)は国保連合会が行うデータヘルスに関する研修に積極的に参加するとともに、事業推進に向けて協議する場を設けるものとする。</p>

目次

1. 計画策定にあたって ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	特-1
1-1 計画策定の背景・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	特-1
1-2 特定健康診査・特定保健指導とは・・・・・・・・・・・・・・・・	特-3
(1) 特定健康診査・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	特-3
(2) 特定保健指導・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	特-3
1-3 計画の位置づけと期間・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	特-4
2. 第2期計画の評価と第3期計画の目標 ・・・・・・・・・・・・・・・・	特-5
2-1 第2期計画における特定健康診査・特定保健指導の評価	特-5
(1) 特定健康診査の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	特-5
(2) 特定保健指導の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	特-5
2-2 特定健康診査・特定保健指導の目標設定・・・・・・・・	特-6
2-3 関市の特定健康診査・特定保健指導の目標値	特-6
3. 特定健康診査・特定保健指導の対象者 ・・・・・・・・・・・・・・・・	特-7
3-1 特定健康診査等の対象者について・・・・・・・・	特-7
(1) 特定健康診査の対象者数・・・・・・・・・・・・・・・・	特-7
(2) 特定保健指導の対象者数・・・・・・・・・・・・・・・・	特-7
4. 特定健康診査・特定保健指導の実施方法 ・・・・・・・・	特-9
4-1 健康診査から保健指導までの流れ・・・・・・・・	特-9
4-2 特定健康診査の実施方法・・・・・・・・	特-9
(1) 実施時期・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	特-9
(2) 実施場所・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	特-9
(3) 対象者・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	特-10
(4) 健康診査の項目・・・・・・・・・・・・・・・・	特-10
(5) 案内方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	特-11
(6) 自己負担額・・・・・・・・・・・・・・・・	特-11
(7) 受診方法・・・・・・・・・・・・・・・・	特-11
(8) 受診券の再発行・・・・・・・・	特-11
(9) 結果及び情報提供・・・・・・・・	特-11
4-3 特定保健指導の実施方法・・・・・・・・	特-12
(1) 実施時期・・・・・・・・・・・・・・・・	特-12
(2) 実施場所・・・・・・・・・・・・・・・・	特-12
(3) 対象者の選定と階層化	特-12

(4) 案内方法	特-12
(5) 支援レベル別の保健指導計画	特-13
4-4 事業主健診等、他の健診を受診した人への対応	特-13
(1) 事業主健診等を受診した人への対応	特-13
(2) 人間ドックを受診した人への対応	特-13
4-5 年間スケジュール	特-14
5. 個人情報の保護（健診等データの取り扱いについて）	特-15
5-1 健診・保健指導データの管理及び保管方法	特-15
5-2 個人情報保護対策	特-15
5-3 守秘義務規定	特-15
6. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	特-16
6-1 公表・周知の方法	特-16
7. 特定健康診査等実施計画の評価・見直し	特-17
7-1 評価・見直しの方法	特-17
8. その他関連事項	特-18
8-1 各種健診との連携	特-18
8-2 実施体制の確保	特-18

※「関市国民健康保険における現状と第3期計画における実施の状況」については、第3期データヘルス計画を参照とします。

1. 計画策定にあたって

1-1 計画策定の背景

現在、悪性新生物・心疾患・脳血管疾患は国の死亡原因の約5割を占めています（「令和2年（2020）人口動態統計（各定数）の概況」）。また、生活習慣病にかかる医療費は国全体の約3分の1を占めています（「国民医療費（令和2年度）」）。そのため、医療費の抑制を図るためには、心疾患や脳血管疾患の原因となりうる糖尿病・高血圧症・脂質異常症等の生活習慣病の発症、重症化や合併症の進行の予防に重点を置いた取り組みが重要であり、緊急の課題となっています。

関市の国民健康保険においても、40歳以上において高血圧症・糖尿病・脂質異常症等を発症する者が多く、医療費に占める生活習慣病の割合も高くなっています（「第3期関市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）Ⅱ 健康医療情報等の分析と課題 医療費分析」参照）。

国は、平成20年4月に医療制度の根幹である長寿医療制度（後期高齢者医療制度）を開始し、各保険者には生活習慣病の予防を目的とした「特定健康診査・特定保健指導」の実施が義務づけられました。不健康な生活習慣による生活習慣病の発症・重症化の過程で、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）が大きく影響していることから、この該当者及び予備群者の減少を目指しています。

関市では、国の「特定健康診査等基本指針」に即し、「関市国民健康保険特定健康診査等実施計画」を策定し、生活習慣病の予防、早期発見・早期治療、重症化予防の取り組みを進めてきました。第1期計画（平成20年度～24年度）、第2期計画（平成25年度～29年度）、第3期計画（平成30年度～令和5年度）においては、特定健康診査受診率向上のため、未受診者対策に力を入れ、新規受診者及び継続受診者を増加させ、徐々に受診率は増加傾向となっていました。令和2年からのコロナ禍も影響し近年は伸び悩んでいます。また、特定保健指導においては、保健指導の利用者の増加を図るために、特定健康診査の結果説明会の実施や個別ファイルの作成・使用やスタッフチーム化による指導の管理や専任保健師の雇用を行い、徐々に伸びは見られたものの、目標にまでは至っていません。これらの課題に向けて、第4期計画（令和6年度～11年度）の新たな目標と取り組みを定め、国民健康保険被保険者の健康の保持増進と健康寿命の延伸を目指します。なお、第1期及び第2期は計画期間を5年一期としていましたが、医療費適正化計画が6年一期に見直されたことを踏まえ、第3期以降は6年を一期として策定しています。

○基本指針より抜粋

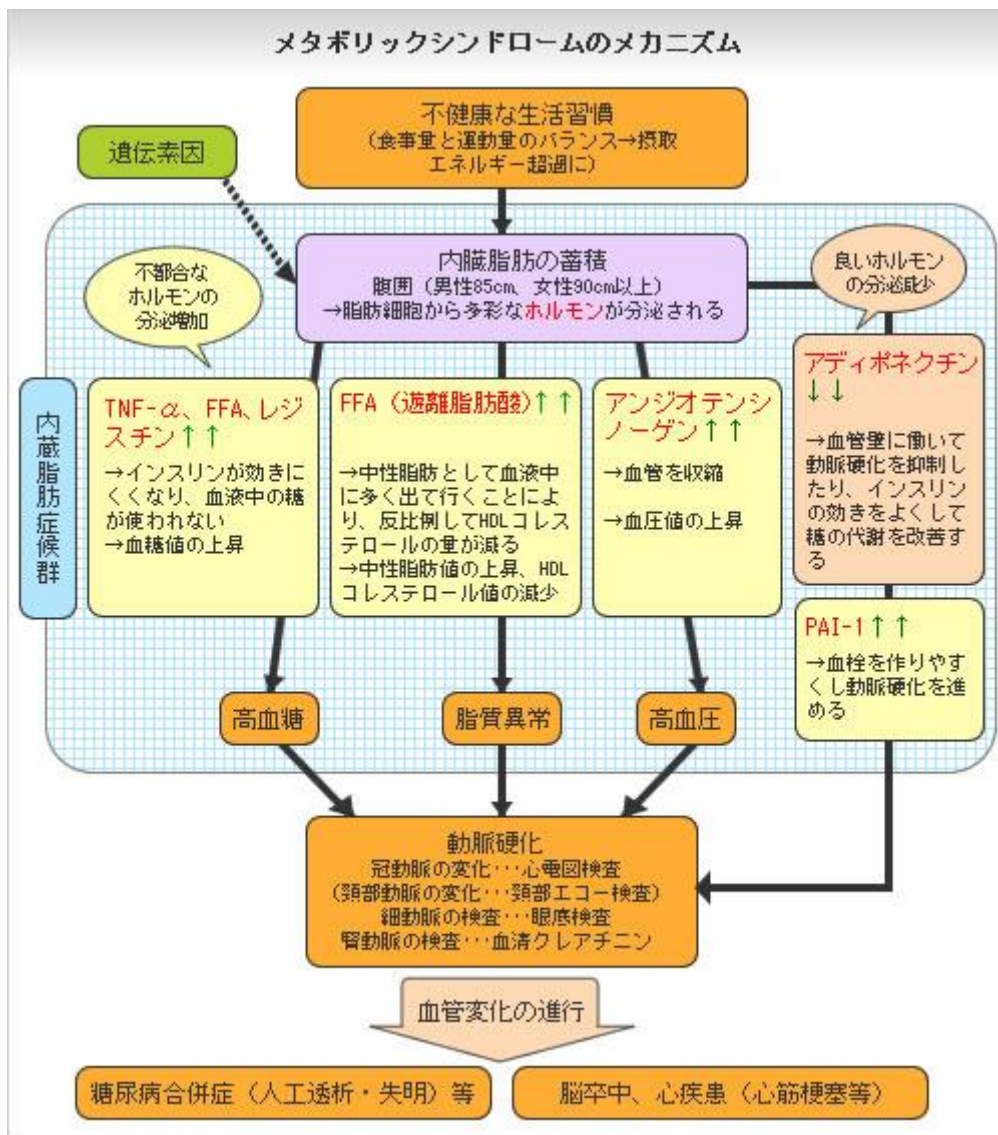
1 特定健康診査の基本的考え方

- (一) 国民の受療の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇している。これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常、肥満症等の発症を招き、外来通院及び投薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るといった経過をたどることになる。

このため、生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を予防する

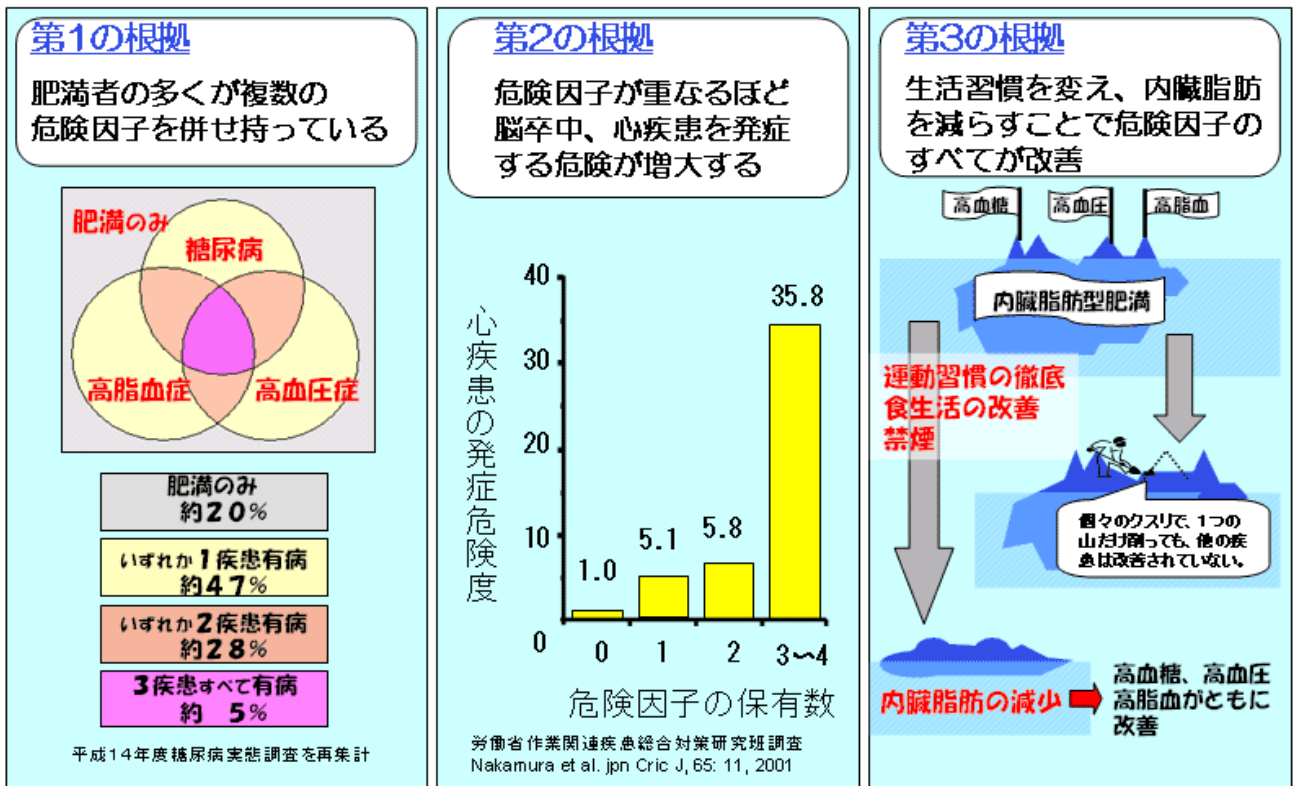
ことができれば、通院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持及び向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となる。

- (二) 糖尿病等の生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積（内臓脂肪型肥満）が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなる。このため、メタボリックシンドロームの概念を踏まえ適度な運動やバランスのとれた食事の定着などの生活習慣の改善を行うことにより、糖尿病等の発症リスクの低減を図ることが可能となる。
- (三) 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を、的確に抽出するために行うものである。



※引用：厚生労働省ホームページ

メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）を標的とした対策が有効と考えられる3つの根拠



※引用：厚生労働省ホームページ

1-2 特定健康診査・特定保健指導とは

(1) 特定健康診査

40歳～74歳の国民健康保険の加入者を対象に、糖尿病等の生活習慣病、特にメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者と予備群を早期に発見するために、これに着目した検査項目で行う健康診査を特定健康診査といたします。

(2) 特定保健指導

特定健康診査の結果により、健康の保持に努める必要がある人に対し、実施する保健指導（動機づけ支援、積極的支援）を特定保健指導といたします。対象者が自らの特定健康診査の結果を理解し、体の変化に気づくことで、生活習慣を振り返り、改善するための行動計画を設定・実践し、生活習慣病を予防することを目的に実施するものです。

1-3 計画の位置づけと期間

この計画は、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条に基づき、国の特定健康診査等基本指針に即して、特定健康診査等の具体的な実施方法や実施及びその成果に関する具体的な目標等を各医療保険者が策定します。関市では、岐阜県医療費適正化計画に加え、関市第5次総合計画、第2次健康せき21計画（しあわせヘルスプラン）及びせき高齢者プラン（高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画）等と十分な整合性を図るものとします。

この計画は6年を一期として進めていきます。第4期計画の期間は令和6年度（2024年度）から令和11年度（2029年度）までの6年とし、各年度と最終年度である令和11年度（2029年度）に評価・見直しを行っていきます。

2. 第3期計画の評価と第4期計画の目標

2-1 第3期計画における特定健康診査・特定保健指導の評価

(1) 特定健康診査の評価

第3期の初年度である平成30年度には、受診率の目標を40%、最終年度の令和5年度は国の目標である60%としました。この期間は、未受診者に対して受診勧奨ハガキの送付・コールセンターを活用した電話勧奨や情報提供事業について、費用対効果を検討し事業整理を行ったほか、郵送による個別受診勧奨について対象者を階層化して行いました。受診率は毎年少しずつ上昇していましたが、令和2年からのコロナ禍の影響もあり、安定した受診率の上昇にはなりません。第3期計画当初の平成30年度は35.8%と初めて35%を超えましたが、直近の令和4年度は33.8%となり、目標値には届いていません。国の市町村国保の目標値である60%に近づけるためには、継続受診の勧奨やターゲットに合わせた未受診者対策に一層力を入れる必要があると考えます。

(2) 特定保健指導の評価

指導終了率の目標を、平成30年度は26%、令和5年度は60%としました。平成30年度は26.9%であり、年々わずかずつ上昇し、評価対象年度である令和4年度には36.1%となりましたが、目標には達しませんでした。

第2期計画中に特定健診の結果返却方法を変更し、保健指導終了率が大きく低迷していましたが、第3期計画中に徐々に上昇しました。令和2年からのコロナ禍でやや実施率は下降したものの、その後持ち直し増加傾向にあります。保健指導の実施率を向上させるため、以前は支援者が個別に指導対象者を管理し架電による日程調整を行っていましたが、令和3年からは支援者をチーム化し進捗管理と指導対象者を管理する方法に変更しました。これにより、指導対象者の進捗管理がしやすく途中終了の予防にもなり、また指導対象者の希望に合わせた日程変更や担当者不在時の対応なども複数人で指導対象者情報を共有しているため可能となりました。加えて、令和4年度からは特定保健指導を専任に行う保健師を雇用し、訪問による指導を主に行うことで指導率の上昇につながりました。

今後は、さらなる実施率向上のため、未利用者および継続して支援対象者となる者への指導を工夫していく必要があります。

2-2 特定健康診査・特定保健指導の目標設定

生活習慣病やメタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少が、健康水準の向上及び医療費の削減に結びつくよう、特定健康診査の受診率及び特定保健指導の実施率の向上を目指し、以下のように目標値を掲げ、取り組んでいきます。なお、第4期計画より国の表記と統一し特定保健指導の目標を終了率から実施率へと変更します。

国は「特定健康診査等基本指針」で保険者ごとに特定健康診査の受診率及び特定保健指導の実施率の目標値を設定しています。第4期実施計画終了年度である令和11年度（2029年度）の目標値は、以下のとおりです。

【国の示す令和11年度時点の市町村国保の目標】

目標項目	令和11年度（2029年度）までの目標
特定健康診査受診率（法定報告）	60%
特定保健指導実施率（法定報告）	60%

2-3 関市の特定健康診査・特定保健指導の目標値

国の示す目標値を達成するために、令和6年度から段階的に目標を設定していきます。

【特定健康診査受診率（法定報告）】

令和6年度 （2024年度）	令和7年度 （2025年度）	令和8年度 （2026年度）	令和9年度 （2027年度）	令和10年度 （2028年度）	令和11年度 （2029年度）
40%	45%	47%	50%	55%	60%

【特定保健指導実施率（法定報告）】

令和6年度 （2024年度）	令和7年度 （2025年度）	令和8年度 （2026年度）	令和9年度 （2027年度）	令和10年度 （2028年度）	令和11年度 （2029年度）
35%	40%	45%	50%	55%	60%

3. 特定健康診査・特定保健指導の対象者

3-1 特定健康診査等の対象者について

特定健康診査等の対象者は、特定健康診査の実施年度中に40歳～74歳となる関市国民健康保険の加入者で、かつ当該年度の一年間を通じて加入している人（年度途中での加入・脱退等異動のない人）のうち、妊産婦等除外規定の該当者（刑務所入所中、海外在住、長期入院等）を除いた人となります。

ただし、関市では年度途中で転入された人について、本人の希望により受診できるようにします。

(1) 特定健康診査の対象者数

特定健康診査の対象者は、今後、新規対象となる39歳の国民健康保険加入者が、対象外となる74歳の国民健康保険加入者を下回ることから、減少していくことが予想されます。

【特定健康診査対象者数と受診者数の推計】

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診受診率	40%	44%	48%	52%	57%	60%
特定健診対象者数	12,168人	11,971人	11,815人	11,688人	11,550人	11,419人
特定健診実施者数	4,868人	5,268人	5,672人	6,078人	6,584人	6,852人

(2) 特定保健指導の対象者数

特定健康診査の目標受診率の上昇に伴い、特定保健指導対象者は増加する見込みです。

【特定保健指導対象者数と実施者数の推計】

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定保健指導実施率	35%	40%	45%	50%	55%	60%
(再)積極的支援実施率	17.8%	21.5%	25.9%	30.4%	35.4%	41.7%
(再)動機づけ支援実施率	38.4%	43.6%	48.7%	53.8%	58.8%	63.8%
特定保健指導対象者数	458人	496人	533人	572人	619人	646人
(再)積極的支援対象者	73人	79人	85人	92人	99人	103人
(再)動機づけ支援対象者	385人	417人	448人	480人	520人	541人
特定保健指導実施者数	161人	199人	240人	286人	341人	388人
(再)積極的支援実施者数	13人	17人	22人	28人	35人	43人
(再)動機づけ支援実施者数	148人	182人	218人	258人	306人	345人

※特定保健指導対象者数は、関市の特定保健指導対象者の発生率を使用して算出

(再)積極的支援実施率、動機づけ支援実施率は、令和4年度特定保健指導実施率をもとに算出

【関市の特定保健指導対象者の発生率】

積極的支援	動機づけ支援	合計
1. 5%	7. 9%	9. 4%

※令和4年度関市特定健康診査受診者4,259人の特定保健指導対象者割合より

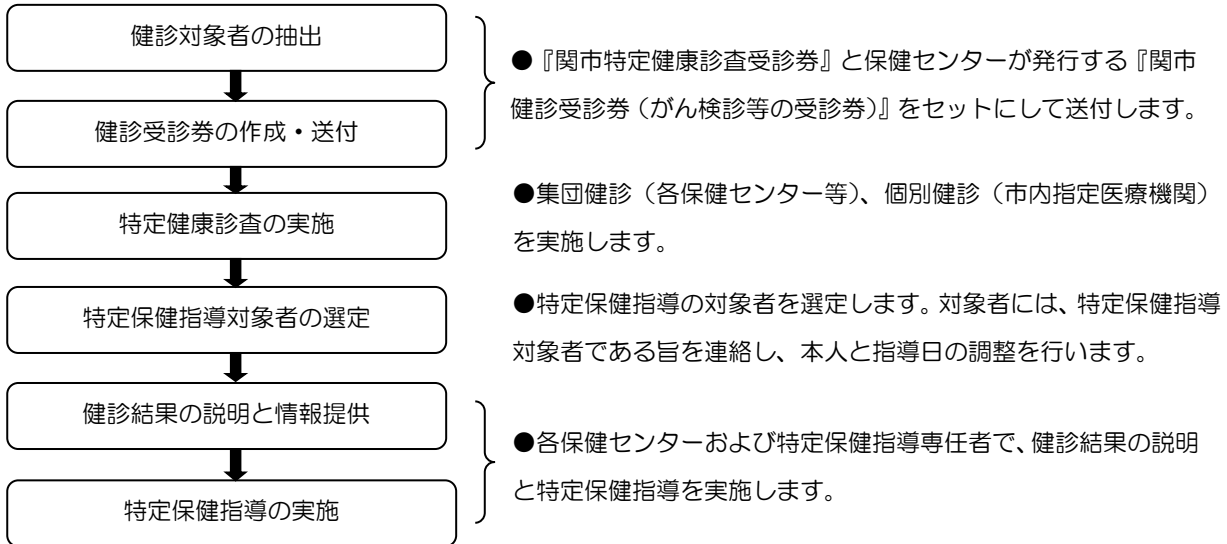
【令和4年度特定保健指導の実施状況】

特定保健指導実施率	36. 1%
（再）積極的支援実施率	18. 1%
（再）動機づけ支援実施率	39. 6%
特定保健指導対象者数	404人
（再）積極的支援対象者数	66人
（再）動機づけ支援対象者数	338人
特定保健指導終了者数	146人
（再）積極的支援終了者数	12人
（再）動機づけ支援終了者数	134人

4. 特定健康診査・特定保健指導の実施方法

4-1 健康診査から保健指導までの流れ

特定健康診査の実施から、特定保健指導までの流れは以下の通りです。



4-2 特定健康診査の実施方法

(1) 実施時期

6月1日から翌年2月末日までとします。

(2) 実施場所

集団健診 関市保健センター及び各地域保健センター等

集団健診では、がん検診（胃・大腸・肺・乳・子宮・前立腺がん、肝炎検査）を同時実施します。

個別健診 指定医療機関

（実施医療機関については、関市ホームページ <http://www.city.seki.lg.jp/> 参照）

【集団健診の日程等（令和6年度）】

実施	日程	定員
関市保健センター	平日12回、休日8回 計20回	各130人
武芸川保健センター	平日2回、休日2回 計4回	
洞戸保健センター	平日1回、休日1回 計2回	
板取保健センター	平日1回	
武儀保健センター	平日1回、休日1回 計2回	
上之保保健センター	平日1回	

(3) 対象者

実施年度中に40歳～74歳になる関市国民健康保険に加入している人（年度途中で加入された人も含む）。ただし、妊産婦・6ヶ月以上の長期入院者・海外在住者・高齢者の医療の確保に関する法律第55条第1項第2号から5号までに規定する施設に入所又は入居している人等は除きます。

(4) 健康診査の項目

特定健康診査で実施する検査項目については、「特定健康診査・特定保健指導の実施に関する基準」に定められています。関市では、これらの項目に独自項目を追加しています。平成30年度からクレアチニンが「特定健康診査・特定保健指導の実施に関する基準」により詳細健診項目に追加されました。関市では、以前から独自項目として全員に実施しているため、引き続き追加項目として全員実施とします。

【全員が受ける基本的な健康診査の項目】

☆は関市の独自項目

内 容	
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査（質問票）を含む
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査（身体診察）
身体計測	身長・体重・腹囲・BMI ●BMI=体重(Kg)÷身長(m)の2乗（Body Math Index 体格指数）
尿検査	蛋白・糖・潜血☆
血圧	収縮期血圧・拡張期血圧
血中脂質検査	空腹時中性脂肪※・HDL コレステロール・LDL コレステロール
肝機能検査	GOT・GPT・γ-GT
血糖検査	空腹時血糖※・ヘモグロビンA1c
貧血検査☆	赤血球数・色素量・ヘマトクリット値・白血球数☆・血小板数☆
腎機能検査	クレアチニン
その他	尿酸☆

※やむを得ず空腹時以外に採血を行う場合は、食直後（食事開始時から3.5時間未満）を除き随時中性脂肪および随時血糖による検査を可とする。

【詳細な健康診査の項目（医師の判断により追加する項目）】

検査名	実施できる条件（判断基準）
心電図検査 （12誘導心電図）	当該年度の特定健診結果で、血圧が受診勧奨判定値以上の者または問診などで不整脈が疑われる者のうち、医師が必要と認める者
眼底検査	当該年度の特定健診結果で、血圧または血糖検査が受診勧奨値以上の者のうち医師が必要と認める者。ただし、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果を確認できない場合は、前年度の結果で血糖検査が基準に該当した者を含む。
≪受診勧奨値≫ 血糖・・・血糖値 126mg/dl 以上、またはヘモグロビンA1c 6.5%（NGSP 値）以上 血圧・・・収縮期 140mmHg 以上、または拡張期 90mmHg 以上	

※基準に該当した者全てに対して当該健診を実施することは適当ではなく、受診者の性別、年齢等を踏まえ、医師が個別に判断する必要がある。

(5) 案内方法

毎年6月上旬に特定健康診査受診券を発行し、対象となる人へ郵送します。保健センターが実施する、がん検診等の健診受診券（「関市健診受診券」）も同封します。受診方法等の詳細については、受診券に同封するチラシや広報・ホームページ等に掲載します。

(6) 自己負担額

1,000円

(7) 受診方法

特定健康診査受診券及び保険証を持参のうえ、受診します。

(8) 受診券の再発行

転入や関市国民健康保険に年度途中から加入した人で、特定健康診査を同年度内に未受診であり、受診を希望する場合は、保険年金課や各保健センターへの申請により、特定健康診査受診券を発行します。受診券の発行に必要な申請書は、保険年金課・各保健センターにて交付します（市ホームページからダウンロードも可能）。また、受診券を紛失した場合も申請書の提出により、再発行します。

(9) 結果及び情報提供

健診結果については、健診を実施した医療機関から本人に返却します。集団健診受診者は、各保健センターより本人へ返却します。健診結果とあわせて、生活習慣を見直すきっかけとなるよう、生活習慣病や生活習慣の改善に関する基本的な情報をリーフレット等で提供します。

4-3 特定保健指導の実施方法

(1) 実施時期

通年で実施します。

(2) 実施場所

関市保健センター及び地域保健センターで、保健師・管理栄養士が実施します。
居住地域にある保健センターで実施しますが、希望がある場合は変更ができます。
対象者に合わせて家庭訪問での指導も可能とします。

(3) 対象者の選定と階層化

特定健康診査の結果から、特定保健指導の対象者を下記の選定基準により選定し、保健指導のレベルを階層化します。なお、糖尿病・高血圧症・脂質異常症で服薬中の場合は対象となりません。

【特定保健指導の対象者の選定基準と階層化】

<対象者の選定基準> ・腹囲が男性で85cm以上、女性で90cm以上・・・A ・腹囲が男性で85cm未満、女性で90cm未満かつBMIが25以上・・・B AまたはBに該当し、さらに、下記のいずれかに該当する。 ①血糖 空腹時血糖が100mg/dl以上、またはヘモグロビンA1cが5.6%（NGSP値）以上 ②脂質 空腹時中性脂肪が150mg/dl以上（随時中性脂肪の場合175mg/dl以上）、 またはHDLコレステロールが40mg/dl未満 ③血圧 収縮期血圧が130mmHg以上、または拡張期血圧が85mmHg以上 ④質問票より 喫煙歴あり	
--	--



「積極的支援」と「動機づけ支援」のいずれかに階層化します。

腹囲等	リスク	④喫煙歴	支援レベル	
	①血糖②脂質③血圧		40歳～64歳	65歳～74歳
A	2つ以上該当	－	積極的支援	動機づけ支援
	1つ該当	あり なし		
B	3つ該当	－	積極的支援	動機づけ支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	－		

(4) 案内方法

階層化の結果は、「特定健康診査受診結果票」に記載します。また、特定保健指導の対象者には、各保健センターより、特定保健指導対象者である旨を連絡し、本人と指導日の調整を行います。

(5) 支援レベル別の保健指導計画

支援レベル	実施時期及び期間	保健指導の内容
動機付け支援	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査の実施後、保健センターに健診結果が届き次第、速やかに開始する。 ・初回面接を実施し、3ヶ月後に評価を実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・面接及び電話による支援を実施する。 ・個別面接により、対象者本人が自身の生活習慣を見直し、改善すべき点を自覚した上で、行動目標を設定する。 ・3ヶ月経過後に取り組みの評価を行う。
積極的支援	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査の実施後、保健センターに健診結果が届き次第、速やかに開始する。 ・初回面接を実施し、3ヶ月以上継続的に支援する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・個別面接により、対象者本人が自身の生活習慣を見直し、改善すべき点を自覚した上で、行動目標を設定する。 ・目標に沿った実践ができるよう、面接や電話等による支援を3ヶ月以上継続的に行い、血液検査や本人からの聞き取り等により、終了時に取り組みの評価を行う。 ・継続支援中、運動や食生活改善のための講座等を案内、実施する。

4-4 事業主健診等、他の健診を受診した人への対応

(1) 事業主健診等を受診した人への対応

事業主健診等他の法令に基づく健診を受診し、特定健康診査の実施項目と重複した場合は、関市特定健康診査の実施が不要となることから、これらの健診を受診した人を把握しておくことが必要です。特定健康診査と同等の健診を受診した場合は、関市特定健康診査を受診したものとみなすため、結果の情報提供を依頼しています。商工会議所等に依頼し会員への周知を図ったり、関市特定健康診査受診券の送付時に情報提供に関する案内を同封するなど、受診者本人から健診結果を受領する体制を整えていきます。

(2) 人間ドックを受診した人への対応

平成24年4月より、関市国民健康保険被保険者に対して、人間ドックの費用を一部助成しており、申請および人間ドックの結果等の提出により、関市特定健康診査を受診したものとみなしています。

4-5 年間スケジュール

特定健康診査等の実施について、年間スケジュールは次のとおりです。ただし、実施する中で不都合等が生じた場合は、適宜見直しを行い、実施していきます。

実施時期（月）	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
健診の周知・案内※		←										→
特定健康診査の実施			←									→
健診結果の通知				←								→
特定保健指導の案内・実施				←				▶				
特定健診・保健指導の評価								▶	←			

————▶ 当該年度 - - - - -▶ 前年度

※特定健康診査の周知・案内の方法

特定健康診査の実施期間中は、下記の方法で実施方法や受診の必要性について周知・案内します。また、第3期の本計画で成果があった未受診者対策については、今後も継続的に取り組んでいきます。

○普及啓発の方法

- ①特定健康診査受診券に案内チラシを同封
- ②広報媒体（広報・ホームページ等）の活用
- ③公共施設・特定健康診査実施医療機関にポスターを掲示
- ④職域（商工会議所等）との連携

○未受診者対策

- ①ハガキによる受診勧奨
 - 対象者を階層化し、対象毎に内容や送付時期を工夫
- ②生活習慣病等で治療中の人への対応
 - 治療中であっても健診を受診する必要があることを周知
- ③職場健診等を受診した人からの情報提供

5. 個人情報の保護（健診等データの取り扱いについて）

5-1 健診・保健指導データの管理及び保管方法

特定健康診査のデータは、原則として特定健康診査を委託する医療機関が国の定める電子的標準様式により、岐阜県国民健康保険団体連合会へ提出し、管理及び保管を委託します。特定保健指導のデータは、保険者が管理及び保管をします。保管期間は原則5年間とします。

5-2 個人情報保護対策

特定健康診査や特定保健指導の情報の取り扱いに当たり、個人情報保護の点から、個人情報保護法に基づく、「関市個人情報保護条例」に基づき、個人情報を取り扱います。

また、特定健康診査・特定保健指導を外部に委託する際は、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定め、委託先の契約遵守状況を管理します。

5-3 守秘義務規定

守秘義務については、国民健康保険法（平成20年4月1日施行分）第120条の2、高齢者の医療の確保に関する法律（平成20年4月1日施行）第30条及び同法第167条に基づき、役員もしくは職員またはこれらの職にあった者が、正当な理由なしに職務上知り得た個人の秘密を漏らしたときには、1年以下の懲役または100万円以下の罰金に処されます。また、特定健康診査等の実施の委託を受けたもの（その者が法人である場合にあつては、その役員）もしくはその職員またはこれらの者であった者についても同様とします。

<高齢者の医療の確保に関する法律>

第三十条 第二十八条の規定により保険者から特定健康診査等の実施の委託を受けた者（その者が法人であった場合にあつては、その役員）若しくはその職員又はこれらの者であった者は、その実施に関して知り得た個人の秘密を正当な理由がなく漏らしてはいけない。

第一百六十七条 第三十条の規定に違反して秘密を漏らした者は、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

6. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

6-1 公表・周知の方法

この計画の公表の目的は、国民健康保険の加入者（中でも特に40～74歳の特定健康診査・特定保健指導の対象者）に、計画期間中の取り組み方法を示し、趣旨を理解の上、積極的な協力を得ることです。

計画の内容は、市ホームページに掲載します。内容の変更点等があった場合も、速やかに掲載していきます。

7. 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

7-1 評価・見直しの方法

特定健康診査・特定保健指導をできるだけ多くの人に実施することによって、メタボリックシンドロームの予備群・該当者等、生活習慣病のリスクを有する人を減らしていくことが重要です。そのために、特定健康診査・特定保健指導の実施結果及び健康課題等について評価・見直しを行い、毎年度、関市国民健康保険運営協議会に報告します。

【評価内容】

- ①特定健康診査の受診率、特定保健指導の実施率
- ②メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率
- ③その他（実施方法・内容・スケジュール等）

【評価方法の基本的な考え方】

評価対象	評価の基本的な考え方
個人	個々の検査データの改善度、行動目標の達成度、生活習慣の改善状況等に着目して評価を行います。特定保健指導の内容・方法を効果的なものに変えていくため、また特定保健指導の質の向上のために活用します。
集団	特定健康診査の結果の改善度、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の発生率、生活習慣の改善度等を集団として評価します。性別・年齢別・地域別などに考慮しながら、それぞれ集団としてどのような改善が得られたかを評価していきます。
事業	特定健康診査の受診率や特定保健指導の利用率・終了率、特定保健指導の指導対象者の選定方法・指導プログラムの有効性、参加の満足度等について評価していきます。

8. その他関連事項

8-1 各種健診との連携

- 特定健康診査の実施にあたっては、対象者の利便性を考慮し、保健センターが実施する各種がん検診との同時実施を推進していきます。
- 生活習慣病の早期発見と早期治療のために、保健センターが実施する30歳代を対象とした、特定健康診査と同等の健診（ヤング健診）の実施を積極的に支援していきます。
- それぞれの受診状況について、個人で健診結果の記録を保管できるよう「関市健康手帳」を発行し、適切な受診を促します。

8-2 実施体制の確保

特定保健指導に従事する保健師、管理栄養士の知識及び技能の向上を図るため、研修会等に積極的に参加していきます。