

### 第3期データヘルス計画(岐阜県版様式)

#### I 基本情報

(令和4年度累計 (KDB「地域の全体像の把握」))

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)	25,251	31	32.9	18	18.1
国保被保険者数(人)	5,740	18.6	29.6	51.8	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、レポー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、保健衛生担当課等住民の健康の保持増進に係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担当課、市町村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、計画策定等を進める。</p> <p>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、保健衛生担当課との連携していく。</p>
2-1.(1)③関係者連携	
保険者及び関係者	具体的な役割、連携内容
1.(4)①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、国保担当課が中心となって、関係担当課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、保健衛生担当課等の関係担当課や県、保健所、国保連等の関係機関の協力を得て、国保担当課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>
1.(4)②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・衛生担当課の事業実施の支援を行う。</p>
1.(4)③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>
1.(4)④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、都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>

1.(4)⑤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年度最終評価時に支援を行う。
1.(4)⑥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。
1.(4)⑦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	本市は高齢化率が36.1%(令和2年)と県内順位は高い方から11位で、平成27年より65歳以上の単独世帯は2.0%増加している。
地域資源の状況	市医師会、市歯科医師会、市薬剤師会、地域包括支援センター、NPO法人どんぐり会
2-1.(2)②前期計画等に関わる考察	第2期データヘルス計画は、①健康への関心が高まるように広報・周知をし、健診を受けることのメリット・自分の健康状態がわかる、②健診受診にて自分の健康状態が分かり、重症化疾患を予防するために治療や生活改善の行動がとれるを目的とした。健診の周知として、特定健診の受診再勧奨はがきの郵送等を行った。さらに高血圧・糖尿病の重症化予防に向け、ハイリスク者に対して受診勧奨や保健指導を行うなど事業を行った。しかし特定健診受診率が横ばいであり、総医療費に占める生活習慣病の費用・患者割合がともに増加しており、メタボリックシンドローム該当者の割合も増加している。健診受診からの生活改善につなげられていないと考え、目的は十分に達成できていない。 今後も医療費の削減のために、健康意識の改善を行っていくことが必要である。特定健診受診の促進や、重症化予防の推進などを継続して行っていくことが必要である。

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)	③健康課題との対応																								
人口・被保険者構成等	国・県・同規模との比較経年変化 人口構成 被保険者構成 被保険者加入率 被保険者平均年齢 高齢化率 出生率 死亡率	KDB「地域の全体像の把握」R4年度累計※ 自保険者の数値があれば差し替え  KDB「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」R4年度累計 ※ 高齢化率、出生率、死亡率は自保険者の数値があれば差し替え。 KDBのデータはR2年度国勢調査	<b>人口構成(R4年度(累計))</b> 人口総数 25,251人 ～39歳 31.0% 65～74歳 18.0% 40～64歳 32.9% 75歳～ 18.1%  <b>被保険者構成</b> 総数 5,740人 ～39歳 18.6% 65～74歳 51.8% 40～64歳 29.6% 75歳～ 0.0%  <b>被保険者加入率: 22.7%</b>  <b>被保険者平均年齢: 56.5歳</b>  <b>高齢化率: 36.1%</b>  <b>出生率: 4.4</b>  <b>死亡率: 13.9</b>	・山県市の人口は、減少。 ・64歳以下の人口割合は減少傾向で、県より低い。 ・65歳以上の人口割合は増加傾向で、県より高い。 ・年齢構成は、40～64歳の割合が一番多い。 ・同規模自治体と比較すると、同様の傾向である。 ・団塊世代の後期高齢者制度への移行により、第2期当初(H28年度)より国保被保険者総数(7,312人→5,740人:△1,572人)は急激に減少している。 ・64歳以下の被保険者割合は、県より低い。 ・65歳以上の被保険者割合は、県より高い。 ※年齢が高いほど国保加入割合が多い。 ・被保険者の加入率は、県(20%)より高い。  ・平均年齢は、県(54.7歳)より高い。  ・高齢化率は、県より高いが、同規模自治体と同じ。 ・出生率は、県や同規模自治体より低い。 ・死亡率は、県より高いが、同規模自治体より低い。 ※つまり、若年・働き世代の人口が減少する一方で、長生きする高齢者が増加していることから、医療費の負担が高くなる傾向が考えられる。																									
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 標準化死亡比 平均余命 平均自立期間(健康寿命) 平均余命と平均自立期間(健康寿命)の差	平均寿命、健康寿命は県から提供(値の拾い方は提供データの最初のシートにあり)	<b>平均寿命:</b> 男性80.44歳、女性86.97歳(平成26年) 男性81.88歳、女性88.05歳(令和元年) <b>健康寿命:</b> 男性79.30歳、女性83.93歳(平成26年) 男性80.66歳、女性84.84歳(令和元年) <b>平均余命と健康寿命の差:</b> 男性1.14歳、女性3.04歳(平成26年) 男性1.22歳、女性3.21歳(令和元年)	・平均寿命は、県、国と同じ。 ・市の傾向は、平均寿命、健康寿命は男女とも延伸している。これに伴い、平均余命と健康寿命の差も増加しており、不健康期間が増加傾向となっている。																									
医療費の分析	国・県・同規模との比較経年変化 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 1人当たり医療費 入院・外来別医療費(点数)の高い疾病 生活習慣病費用割合 生活習慣病患者割合 重複・頻回の受診状況 重複服薬の状況等の傾向 性・年齢階層別健診受診率	「疾病別医療費分析_国保・後期」のシート名:集計_医療費分析用表・グラフ令和4年度データ  「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  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】R3年度	<b>総医療費(R4)</b> 国保 2,365,301,390円 後期 3,668,789,750円  <b>医療費の推移(国保・後期)【国保】</b> H30 2,573,141,080円 R1 2,451,529,870円 R2 2,569,612,850円 R3 2,532,434,390円 <b>【後期】</b> H30 3,791,294,190円 R1 3,487,116,790円 R2 3,692,944,430円 R3 3,839,969,020円  <b>年齢階層別医療の受診率(千人当たり)</b> 国保 8,430.832円 後期 87,467.025円  <b>1人当たり医療費:</b> 国保 343,345円 40～49歳 155,027円 50～59歳 337,980円 60～69歳 467,054円 70～74歳 468,447円 後期 699,083円  <b>入院・外来別医療費(点数)の高い疾病:</b> 国保 (入院)その他の心疾患6.6%、虚血性心疾患5.2% (外来)糖尿病9.6%、腎不全7.3%、高血圧性疾患5.8%  後期 (入院)その他の心疾患10.9% (外来)その他の心疾患12.7%、糖尿病9.8%、高血圧性疾患7.1%  <b>生活習慣病費用割合: 64.8%</b> <b>生活習慣病患者割合: 55.1%</b>	団塊世代の後期高齢者制度への移行により、平成30年度から令和3年度にかけて、後期の医療費は増加傾向である。被保険者が減少しているが、国保の医療費は大きく変動していない。  60歳代になると受診率が急激に高くなり、その後、平均寿命(約80～85歳)まで高い傾向。  1人当たりの医療費は年齢階層の70～74歳が一番高い。60歳以上から1人当たりの医療費が高くなることから、被保険者の年齢構成が高齢化することにより、今後とも増加していくと考えられる。  国保・後期ともに入院では循環器系の疾患での医療費が多い。外来では糖尿病、高血圧など生活習慣病での医療費が多い。生活習慣病を有している人が多く、服薬をして疾病をコントロールしている人が多い。  生活習慣病での医療費、割合ともに増加している。県内での順位も上がっている。 生活習慣病で受療している人の割合が増加しており、疾病を有する人の中で約半数が生活習慣病を有している。 現在該当者はいないため、今後の動向に注視していく。																									
			<b>性・年齢階層別健診受診率:</b> <table border="1"> <tr> <td>計</td> <td>40-44</td> <td>45-49</td> <td>50-54</td> <td>55-59</td> <td>60-64</td> <td>65-69</td> <td>70-74</td> </tr> <tr> <td>男性</td> <td>31.6%</td> <td>9.8%</td> <td>19.4%</td> <td>20.6%</td> <td>25.7%</td> <td>23.5%</td> <td>35.1%</td> </tr> <tr> <td>女性</td> <td>39.9%</td> <td>20.4%</td> <td>33.1%</td> <td>25.6%</td> <td>25.4%</td> <td>34.4%</td> <td>45.7%</td> </tr> </table>	計	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	男性	31.6%	9.8%	19.4%	20.6%	25.7%	23.5%	35.1%	女性	39.9%	20.4%	33.1%	25.6%	25.4%	34.4%	45.7%	女性より男性の受診率がすべての世代で低く、特に40代の男性の受診率が低い。働き世代のうちから自身の健康に目を向けてもらうことが大切である。また、他市町村に比べ70代の受診率が男女ともに低くなっている。受診率が低い世代に向けて受診勧奨を行っていく必要がある。	
計	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74																						
男性	31.6%	9.8%	19.4%	20.6%	25.7%	23.5%	35.1%																						
女性	39.9%	20.4%	33.1%	25.6%	25.4%	34.4%	45.7%																						

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	特定健診受診率	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】R3年度	特定健診受診率: 35.8%	平成30年は37.7%あった受診率が、コロナ禍により積極的な受診勧奨ができなかったこともあり、令和2年は35.3%、令和3年は35.8%と減少した。毎年の特定健診受診により、自身の健康状態を確認することの必要性を伝える必要がある。																																																																																
		特定保健指導実施率		特定保健指導実施率: 43.7%	令和3年は10人の脱落者が出ており、実施率と利用率に差が生まれている。特定保健指導の利用につながった人が、終了できるよう継続的な関わりを強化していく必要がある。																																																																																
		特定保健指導利用率		特定保健指導利用率: 50.7%	年度ごとで大きく変動している。R3は新型コロナウイルスワクチン接種により、保健指導に十分な時間を確保することができなかった。年度ごとで実施率に大きな変化がでないよう実施していく必要がある。保健師一人一人の技量の向上を行っていく必要がある。																																																																																
		各種検査項目の有所見率	健康スコアリング(健診)		県より血糖リスク保有者割合は低い、血圧リスク保有者割合は高い。																																																																																
		健康状態、生活習慣の状況			県より適切な生活習慣を有する者の割合は同じ程度。																																																																																
レセプト・健診データを組み合わせた分析	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	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】R3年度	メタボリックシンドローム該当者の割合: 35.6%	県よりメタボリックシンドローム該当者の割合が多い。																																																																																
		(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(重症化予防等の取組み)の事業評価	メタボリックシンドローム予備群の割合: 18.7%	県よりメタボリックシンドローム予備群の割合が多い。																																																																																
			特定健診受診勧奨の事業評価		令和3年度は過去に受診歴がある人の勧奨効果が高かった。令和4年度はハガキに加え、訪問による直接的な受診勧奨も実施した。特定健診未受診者の構成割合は60歳以上で50%以上占めるため、令和5年度はさらに年代を絞り受診勧奨を継続した。令和6年度も、対象者や勧奨内容など受診状況の分析を行い、勧奨を行っていききたい。																																																																																
			特定保健指導の事業評価		判断:うまくいっている 通知文書による勧奨の利用率27.5%に比べ、訪問による勧奨の利用率は97.7%と、直接的なアプローチは初回指導につながりやすいため、継続していく。また、対象者の状況に合わせて、勧奨方法を変え複数回アプローチを行っていく。対象者全員への訪問はマンパワーに限りがあるため、より生活習慣病起因のリスクが高い人へ確実に初回指導につながるよう利用勧奨を行う。そのため、対象者の優先順位を設け、優先度の高い人から訪問による利用勧奨を行う。																																																																																
			糖尿病重症化の事業評価		判断:うまくいっている 令和3年度の受診勧奨群がHbA1cが100%維持・改善しており、さらに値が減少した割合も多ことから、受診勧奨により、血糖値の維持・改善が図られている。医療機関を受診し、適切な医療につながったことに加え、受診にはつながらなくても、受診勧奨とともに保健指導を行っていることにより、対象者本人の意識改善につながっていると考え、継続していききたい。今後も、対象になった人に医療機関受診を現在の方法で進めていきたい。 ただし、医療機関受診率が目標値の50%に達していないため、確実な受診につながるよう受診勧奨者への継続的なアプローチを行っていく。さらに、地域医師会への市の現状や事業の結果をフィードバックし、連携の強化を図っていく。																																																																																
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: 70,878円(県: 59,511円) 要支援1: 7,773円(県: 8,192円) 要支援2: 9,460円(県: 11,083円) 要介護1: 41,869円(県: 37,662円) 要介護2: 54,150円(県: 45,957円) 要介護3: 104,221円(県: 77,618円) 要介護4: 129,382円(県: 98,945円) 要介護5: 132,578円(県: 106,128円)	1件当給付費が県に比べ多い。要支援では介護給付費が県より少ないが、要介護ではどの介護度においても県より多くなっており、介護度が高い人が多いことが考えられる。介護度が高ならないように、要支援の段階での予防が必要になってくる。																																																																																
		介護認定の状況		1号認定率: 15.9%(県 18.1%) 2号認定率: 0.2%(県 0.4%)	1号、2号ともに認定率は県よりも低い。定期的な医療機関受診により、疾病のコントロールができていたり、介護度が軽度の間は家族が介護を行い申請を行わないなど、認定率が低い要因として多くの可能性があると考え、地域包括支援センターとの協働し、介護保険制度の周知を強化していくことが必要である。																																																																																
		健康スコアリング(保険者一覽)R4年度		R3年度(1号)認定率: 16.9% 居宅1人当たり介護給付費(前年比): 94.5 施設1人当たり介護給付費(前年比): 93.7	介護認定率は令和3年度より令和4年度は1.0%減少している。また、施設1人当たり介護給付費、居宅1人当たり介護給付費ともに減少している。このことから、介護認定を受ける人、多くの介護を要する人が増加していない。 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。																																																																																
		地域の全体像の把握、要介護(支援)者有病状況R4年度		<table border="1"> <thead> <tr> <th></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>382</td> <td>369</td> <td>313</td> <td>321</td> <td>243</td> <td>293</td> <td>243</td> </tr> <tr> <td>心臓病・脳血管疾患</td> <td>73</td> <td>61</td> <td>24</td> <td>31</td> <td>16</td> <td>47</td> <td>68</td> </tr> <tr> <td>認知症</td> <td>79</td> <td>783</td> <td>753</td> <td>631</td> <td>393</td> <td>483</td> <td>593</td> </tr> <tr> <td>がん</td> <td>184</td> <td>194</td> <td>21</td> <td>193</td> <td>226</td> <td>92</td> <td>123</td> </tr> <tr> <td>聴覚障害</td> <td>144</td> <td>148</td> <td>114</td> <td>112</td> <td>64</td> <td>64</td> <td>74</td> </tr> <tr> <td>知的障害</td> <td>218</td> <td>18</td> <td>21</td> <td>21</td> <td>26</td> <td>42</td> <td>163</td> </tr> <tr> <td>肢体障害</td> <td>618</td> <td>124</td> <td>693</td> <td>693</td> <td>583</td> <td>513</td> <td>393</td> </tr> <tr> <td>精神障害</td> <td>24</td> <td>23</td> <td>4</td> <td>18</td> <td>48</td> <td>4</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>148</td> <td>174</td> <td>4</td> <td>11</td> <td>26</td> <td>46</td> <td>43</td> </tr> </tbody> </table>		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	382	369	313	321	243	293	243	心臓病・脳血管疾患	73	61	24	31	16	47	68	認知症	79	783	753	631	393	483	593	がん	184	194	21	193	226	92	123	聴覚障害	144	148	114	112	64	64	74	知的障害	218	18	21	21	26	42	163	肢体障害	618	124	693	693	583	513	393	精神障害	24	23	4	18	48	4	14	その他	148	174	4	11	26	46	43	糖尿病を有している人が、どの介護度においても増加している。さらに心臓病や脳疾患など循環器系の疾患を多くの人が有している。
			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	382	369	313	321	243	293	243																																																																														
心臓病・脳血管疾患	73	61	24	31	16	47	68																																																																														
認知症	79	783	753	631	393	483	593																																																																														
がん	184	194	21	193	226	92	123																																																																														
聴覚障害	144	148	114	112	64	64	74																																																																														
知的障害	218	18	21	21	26	42	163																																																																														
肢体障害	618	124	693	693	583	513	393																																																																														
精神障害	24	23	4	18	48	4	14																																																																														
その他	148	174	4	11	26	46	43																																																																														
その他	国・県・同規模との比較 経年変化																																																																																				

### 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	当市は、被保険者は年々高齢化し、65～74歳の前期高齢者が被保険者全体の54.1%となっている。団塊世代の後期高齢者制度への移行により、国保の医療費は減少傾向だが、後期の医療費は年々増加傾向にある。被保険者の年齢構成が高齢化していることで、1人当たりの医療費が増加している。国保の生活習慣病の医療費が全体の64.5%、患者数が65.1%を占め、増えていることから被保険者への保健事業を実施し、被保険者の健康づくりと、医療費の適正化を図る必要がある。 国保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35.8%と低い現状がある。健診を受診し、被保険者自身の健康状態の把握をしていくことが生活習慣病予防の基本である。さらにメタボリックシンドローム該当者は4人に1人、予備群が8人に1人の状態であるため、今後も特定健診受診者を増やし、メタボリックシンドローム症候群・予備群を減らし、被保険者の疾病予防・重症化予防を進めていきたい。 当市の特定健診受診勧奨事業のポピュレーションアプローチが効いており、ハフキなどの個別の勧奨活動に効果があることから、今後も対象者の検討を行いながら実施していきたい。	1	1
B	当市では、国保・後期ともに、生活習慣病の治療に多くの医療費を使っている。国保被保険者の生活習慣病の発症予防につながる、メタボリックシンドローム対象者の減少を目的に、特定保健指導の利用を進めている。当市は健診受診者のうちメタボリックシンドローム該当者は4人に1人、予備群が8人に1人と県と比較して多く、R3年度の利用率は50.7%。保健指導を最後まで終了した実施率が43.7%となっており、年度ごと大きく変動している。 今後も特定保健指導者の個別指導を基本とした方法を継続する。保健指導対象者が脱落しないよう、継続的な関わりを行い、保健師一人一人の技量の向上を行い、特定保健指導の効果をより上げて対象者から外れる人を増やしていく。	2	2
C	当市では、国保・後期ともに、生活習慣病の治療に多くの医療費を使っている。外資では、医療費の中で「糖尿病」が一番多くつかる。入院では、「糖尿病」の医療費は少ないことから、血糖コントロール薬の服用により、適切に血糖値のコントロールできていると考えられる。重症化により合併症を発症すると、1件あたりの医療費が高くなり、人工透析への移行につながっているため、重症化の予防を行っていく必要がある。 そのため、当市では、特定健診受診時の高血糖者に対して、医療機関受診を促す取組を継続し、対象者が受診への理解を得られるよう助めたい。また、糖尿病は慢性疾患で、対象者が継続的な生活習慣のコントロールと、医療機関受診ができるよう見守るためにも、毎年の特定健診の受診を助めていきたい。	3	3
D	当市では、国保・後期ともに、生活習慣病の治療に多くの医療費を使っている。国保では循環器系の疾患の医療費が入院17.9%、外来12.4%と占める。後期では、入院・外来とも23.0%と多くの医療費を使っている。また、介護認定者における有病状況においては脳疾患が多く、介護において循環器系への対応が必要である。また、国保・後期ともに外来医療費に占める「腎不全」の割合が高く、1件あたりの医療費が高い。介護につながりやすい人工透析への移行期間を延ばすとともに、糖尿病の重症化予防と併せて、高血圧症の重症化予防も図る必要がある。 また、特定健診の所見においては、有所見者割合が県内3位と多くの人が高血圧の所見を有している。標準化死亡比(SMR)において、心筋梗塞は減少していることから、直接的な死因となっていないため、適切な治療により重症化の予防ができている。そのため、高血圧の所見がある者に対しては、医療機関受診を促す取組を継続し、対象者に受診への理解を得られるよう助めたい。また、高血圧症は慢性疾患で対象者が継続的な生活習慣のコントロールと、医療機関受診ができるよう見守るためにも、毎年の特定健診の受診を助めていきたい。	3	4
E	当市では、国保・後期ともに、生活習慣病の治療に多くの医療費を使っている。国保・後期ともに外来医療費に占める「腎不全」の割合が高く、1件あたりの医療費が高い。標準化死亡比(SMR)において腎不全が県よりも高い状態である。介護につながるが、人工透析への移行期間を延ばすとともに、糖尿病・高血圧症の重症化予防と併せて、腎機能低下への取組も実施する必要がある。 特定健診の有所見者割合は、県と比較してステージ3(eGFR30～59)の割合が高い。そのため、ステージ3の人が次のステージへと移行しないために、eGFRと尿蛋白の所見のある者に対しては、医療機関受診を促す取組を継続し、対象者が受診への理解を得られるよう助めたい。腎機能低下は自覚症状がないことが多く、医療機関受診の理解が得られにくい。しかし、腎機能は徐々に低下してきているため、状態を見守るためにも、毎年の健診の受診を助めていきたい。	3	5
F	被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い1人当たり医療費も増加傾向にある。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。	4	6
G	当市は高齢化率が36.1%(令和2年)と、労働人口(15～64歳)が平成21年より13.6%減少し、65歳以上の単独世帯は2.0%増加していることから(令和3年12月16日岐阜県庁発表「令和2年度国勢調査による岐阜県の人口」より)、 国保の視点から地域包括ケアに資する取組を行うことで、高齢者が住みなれた地域で自立した生活ができる期間の延伸・QOLの維持向上を図れるようにする。	5	7

解決すべき健康課題と保健事業の対応づけ

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計画実施実績		⑨目標値						
			R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11		
A・B	メタボ等の生活習慣病の予防	特定健診受診率(法定報告)	35.8	37	38	39	39	40	40		
		特定保健指導実施率(法定報告)	43.7	45	48	50	53	58	60		
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	33	33	33	33	33	33	33		
C	糖尿病の重症化予防	HbA1c8.0以上の者の割合	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2		
		HbA1c6.5以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	13.1	12.5	12	11.5	11	10.5	10		
D	高血圧の重症化予防	収縮期血圧維持・改善者割合	72.7	73	73	73	73	73	73		
		拡張期血圧維持・改善者割合	72.7	73	73	73	73	73	73		
E	腎機能低下の重症化予防	CKD重症度分類の変化	77.8	78	78	78	78	78	78		
F	重複多剤服用者の減少	保険者努力支援:共通指標⑤(1)重複投薬者に対する取組 重複投与者数(对被保険者1万人)が前年度から減少	0	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少		
		保険者努力支援:共通指標⑤(2)多剤投与者に対する取組 多剤投与者数(对被保険者1万人)が前年度から減少	0	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少		
G	地域包括ケア推進・一体的実施の取組の状況	保険者努力支援:国保固有の指標④(1)地域包括ケア推進の取組 KDB等を活用したデータ提供等により地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局として参画	参画	参画	参画	参画	参画	参画	参画		
		保険者努力支援:国保固有の指標④(1)地域包括ケア推進の取組 KDB等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、国保部局として当該ターゲット層に対する支援を実施	実施	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	1
2	特定保健指導	2
3	糖尿病重症化予防事業	3
4	高血圧の重症化予防事業	3
5	腎機能低下の重症化予防	3
6	適正受診・適正服薬	4
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	5

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
特定健診の受診を促し、自身の健康状態を知り、生活習慣の見直しを行うことで、生活習慣病の発症予防を行う。	アウトカム指標(成果)	特定健診実施率(実績値)	35.8%	37	38	39		39	40	40		
		アウトプット指標(実施量・率)	①特定健診受診勧奨ハガキ送付率	100.0%	100	100	100		100	100	100	
			②電話勧奨一挙電割合									
			③情報提供票の回収率	17.2%	18	18	18		18	19	20	
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								
特定健康診査受診勧奨事業	対象者	①特定健診受診勧奨ハガキ送付: 対象年度に特定健診の受診がない人 ②電話勧奨: ③情報提供事業: 対象年度に特定健診の受診がなく、市内医療機関でレセプト(糖尿病・高血圧症・脂質異常症で治療中)があり、4月1日からの診療で同様の検査を行っている人										
	時期	①特定健診受診勧奨ハガキ送付: 9月中旬 ②電話勧奨: ③情報提供事業: 10月～1月										
	方法	①特定健診受診勧奨ハガキ送付: 対象者を3パターンに分け、内容を変更しハガキを作成 1. 未受診(過去5年以内に受診歴がない) 2. 継続受診(昨年度受診歴があるが、対象年度抽出日において未受診) 3. 受診控え(過去5年以内に受診歴があるが、昨年度受診歴がない) ②コールセンター: ③情報提供事業: ・対象者に提供票を発送 ・対象者本人が提供票に必要事項を記入し、医療機関を受診する										
	実施回数・量	①特定健診受診勧奨ハガキ送付 1回/年 ②電話勧奨: ③情報提供事業 1回/年										
	連携体制・予算・人員	①特定健診受診勧奨ハガキ送付 衛生担当課(健康介護課)が実施 ハガキの作成は外部業者へ委託 国保担当課(市民環境課)が予算を確保 ②電話勧奨: ③情報提供事業 市内医療機関、国保連合会と連携 衛生担当課(健康介護課)が実施 国保担当課(市民環境課)が予算を確保										
事業について気づいたこと	訪問による受診勧奨は、働き世代は在宅しておらず十分な勧奨ができなかった。ハガキによる受診勧奨は問合せも多く、電話で話をし受診につながるケースも多いため、効果的であると考える。											

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
特定保健指導利用勧奨事業	メタボリックシンドロームによる生活習慣病発症のリスクがある人を対象に、特定保健指導の利用を促し、生活の改善に向けて振り返ることで生活習慣病の予防を行う。	アウトカム指標(成果)										
			アウトプット指標(実施量・率)	特定保健指導利用率	50.7%	55	58	60		63	65	68
				次年度継続受診率	77.9%	78	79	80		80	80	80
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	対象年度の特定健診受診者の中で、基準に基づき特定保健指導該当になった人。											
時期	8月～3月											
方法	①通知による利用勧奨 ②訪問による利用勧奨											
実施回数・量	・対象者全員に特定保健指導の対象であることを通知。保健指導日の案内または保健師が直接訪問に行くことを案内。 ・呼び出し日に来庁がなかった人へ、訪問や電話による利用勧奨を行う。											
連携体制・予算・人員	衛生担当課(健康介護課)で実施。 地区担当保健師(4名)で行う。											
事業について気づいたこと	働き世代は平日に指導を行うことが難しい。指導につながる方は毎年指導を行うが、つながらない方は連絡が付きにくい。											

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
特定保健指導	特定保健指導の利用により、生活習慣の改善を行い、メタボリックシンドロームから起因する生活習慣病の発生予防を行う。	アウトカム指標(成果)	保健指導レベルの改善割合	33.0%	33	33	33		33	33	33	
			利用者の腹囲2cm、体重2kg減量した者の割合	17.9%	18	18	18		18	18	18	
		アウトプット指標(実施量・率)	特定保健指導利用率	50.7%	55	58	60		63	65	68	
			次年度継続受診率	77.9%	78	79	79		80	80	80	
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年度中間評価のまとめ	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	対象年度の特定健診受診者の中で、基準に基づき特定保健指導該当になった人。											
時期	8月～3月											
方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健センターへの呼び出しによる保健指導</li> <li>訪問による保健指導</li> <li>オンライン(ZOOM)による保健指導</li> <li>集団特定保健指導</li> <li>市内医療機関での保健指導</li> </ul>											
実施回数・量	<ul style="list-style-type: none"> <li>動機付け支援対象者 初回面接を行い、3ヶ月後にアンケートを送付し指導後の生活の評価を行う。</li> <li>積極的支援対象者 初回面接1ヶ月後に中間評価を行い、3ヶ月後に面談にて最終評価を行う。</li> <li>集団保健指導(3回1セット、年2回)</li> </ul>											
連携体制・予算・人員	<p>衛生担当課(健康介護課)で実施。 地区担当保健師(4名)で行う。 予算は一般会計7割(健康介護課)、国保3割(市民環境課)で確保。</p> <p>集団保健指導:運動指導士、管理栄養士 市内医療機関と連携</p>											
事業について気づいたこと	保健指導対象者の中には、毎年継続して対象となる人も多い。さらに効果的な保健指導の実施ができるよう、保健師一人一人の技術向上や、使用媒体の検討を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	Ⅱ度、Ⅲ度高血圧の人を医療機関受診につなげ、適切に血圧コントロールをすることにより、脳血管疾患等の重篤な疾病の発症予防をおこなう。	アウトカム指標 (成果)	収縮期血圧 維持・改善者割合	72.7%	73	73	73		73	73	73	
			拡張期血圧 維持・改善者割合	72.7%	73	73	73		73	73	73	
		アウトプット指標 (実施量・率)	医療機関受診勧奨率	53.3%	60	70	75		80	80	80	
			医療機関受診率	60.0%	63	68	70		72	74	75	
			次年度健診受診率	75.0%	76	77	77		78	79	80	
	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	特定健康診査受診者の中で、以下に当てはまる人 ・収縮期血圧160mmHg以上、または拡張期血圧100mmHg以上 ・医療機関未受診者(高血圧・糖尿病・脂質異常症でレセプトがない人)										
	時期	8月～3月										
方法	訪問による受診勧奨・保健指導 電話による状況確認・受診勧奨											
実施回数・量	原則対面での受診勧奨を行い、血圧管理手帳を対象者本人に渡す。 レセプトにて受診状況を確認する。											
連携体制・予算・人員	衛生担当(健康介護課)の地区担当保健師が実施。 予算は一般会計7割(健康介護課)、国保3割(市民環境課)で確保。											
事業について気づいたこと	Ⅱ・Ⅲ度高血圧であるが、医療機関において経過観察となっている人も多い。											

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	慢性腎臓病の発症、重症化リスクを有する者に対して、受診勧奨と適切な保健指導を行い、人工透析への導入を防止する。	アウトカム指標 (成果)	収縮期血圧 維持・改善者割合	44.4%	45	46	47		48	49	50	
			拡張期血圧 維持・改善者割合	22.2%	28	32	35		40	45	50	
			CKD重症度分類の変化	77.8%	78	78	78		78	78	78	
		アウトプット指標 (実施量・率)	医療機関受診勧奨率	66.7%	70	72	75		80	85	90	
			次年度健診受診率	80.0%	81	82	83		84	85	85	
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年度の中間評価のまとめ	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	特定健康診査受診者の中で、以下に当てはまる人 ・eGFR50未満（70歳以上は40未満）、または尿蛋白2+以上 ・医療機関未受診者（高血圧・糖尿病・脂質異常症でレセプトがない人）											
時期	8月～3月											
方法	訪問による受診勧奨・保健指導 電話による状況確認・受診勧奨											
実施回数・量	原則対面での受診勧奨を行い、eGFRグラフ・連絡票を対象者本人に渡し、医療機関受診時に担当医に渡してもらう。 医療機関からの連絡票の返送により確認を行う。 連絡票の返送がない場合、レセプトの確認と電話による確認を行う。											
連携体制・予算・人員	衛生担当課（健康介護課）の地区担当保健師が実施。 予算は一般会計7割（健康介護課）、国保3割（市民環境課）で確保。											
事業について気づいたこと												



連携体制・予算・人員	共通指標⑤(1)多剤投薬者に対する取組 KDBシステムにて、対象者を抽出し、該当者に対して通知、もしくは電話・訪問を行い、現在の健康状態や服薬状況、体調不良などの聞き取りを行う。受診医療機関や調剤薬局に現在の処方情報を提示するため、記録しているお薬手帳を提示するなど患者自ら情報提供を行うようにすることや、お薬手帳を1つにまとめて提示する等助言をする。 ④山県医師会又は山県薬剤師会との連携 医師会・薬剤師会に事業の実施について、国保運営協議会の会議で取組の現状について、説明の上協力依頼する。医療機関から受診状況や服薬について、気になる人がいる場合は情報提供を依頼する。			
事業について気づいたこと	令和5年度まで該当者がいないが、引き続き注視していく。ただし、「うつ」「認知症」「がん」「統合失調症」などの傷病名のある者は除外する(岐阜県薬剤師会からの助言)。			

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	目標値											
				計画策定時実績		2026年度(R8)		2027年度(R9)		2028年度(R10)		2029年度(R11)			
				2022年度(R5)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	数値	評価	数値	評価	数値	評価			
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	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			
実施内容 ※現在までの実施方法(プロセス)を踏まえて															
薬剤の適正使用の推進に対する取組	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年度最終評価							
	対象者	共通指標⑤(3)薬剤の適正使用の推進に対する取組 ①お薬手帳を1冊にまとめることやポリファーマシーの啓発:国保加入者、健診受診者 ②セルフメディケーションの啓発:国保加入者を含む市民全体													
	時期	常時:チラシ啓発 毎年7月:保険証発送時													
	方法	共通指標⑤(3)薬剤の適正使用の推進に対する取組 ①方法:窓口来庁者に、お薬手帳1冊にまとめることや、ポリファーマシーに関する内容のチラシを設置。ホームページ。 ②方法:窓口にチラシを設置。ホームページ。													
	実施回数・量	常時(チラシ啓発) 保険証発行時:全世帯分1回、新たに加入した世帯は追加で配布													
	連携体制・予算・人員	国保係担当													
事業について気づいたこと	マイナポータルから薬剤情報が確認できるので、今後は医療機関でマイナンバーを保険証として提示してもらうことも併せて啓発していく。														

市町村名:

山県市

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
地域包括ケアに対する取組	高齢化率が36.1%(令和2年)で、平成27年より労働人口(15~64歳)が3.6%減少し、65歳以上の単独世帯は2.0%増加していることから(R3.12.6岐阜県庁発表「令和2年度国勢調査による岐阜県の人口」より)、国保の観点から地域包括ケアに資する取組を行うことで、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活ができる期間の延伸、QOLの維持向上を図れるようにする。	アウトカム指標(成果)	国保の観点から地域包括ケアの推進に資する取組の実施	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	
		アウトプット指標(実施量・率)	①地域包括ケアの構築に向けた医療・介護・保健・福祉・住まい、生活支援など部局横断的な議論の場に国保部局として参画し、KDB等を活用したデータ提供等により地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局として参画	参画	参画	参画	参画	参画	参画	参画	参画	参画	参画
			②KDB等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、国保部局として当該ターゲット層に対する支援を実施(お知らせや保健師等専門職による個別支援、介護予防を目的とした取組等)	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有
			③国保直診施設等を拠点とした取組をはじめ、医療・介護関係機関の連携による地域包括ケアの推進に向けた取組の実施	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有
実施内容 ※現在までの実施方法(プロセス)を踏まえて													
地域包括ケアに対する取組	時期	国保①地域包括ケア推進の取組	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年度中間評価のまとめ				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	
			実施回数・量	保険者努力支援制度 R5実施分の回答：(1)地域包括ケア推進の取組①の「KDB等を活用した取組内容」山県市在宅医療介護連携推進協議会委員として参加し、KDBシステムから分かる医療・介護等にまつわる市の現状について情報提供し、課題検討に役立っている。									
	対象者	②ハイリスクアプローチ	保険者努力支援制度 R5実施分の回答：(1)地域包括ケア推進の取組②の「ターゲット層となるハイリスク群・予備群等の抽出条件及び抽出方法」と「国保部局として行った支援の取組内容」を記入										
			時期	“当市の介護認定者の疾病保有状況(令和4年度)をみると、心臓病が70.8%と最も多い。糖尿病(市30.6%・国24.2%・県28.7%)や高血圧症(市62.6%・国53.2%・県56.6%)が国や県の割合よりも高く、これらの疾病が心臓病の保有率にも大きく関わっていると考えられる。このことから、岐阜県の糖尿病腎症重症化予防プログラムの基準に基づいて、健診期間中に月一度KDBを用いて対象者抽出を行い、HbA1c6.5以上、空腹時血糖126以上で未治療の方をレセプトで確認する。また、高血圧についても、収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上の者について同様とする。あわせて、慢性腎臓病へのアプローチとして、e-GFR50以下(70歳以上においては40以下)の者に対しても抽出し保健師による個別指導を実施する。”									
	方法	連③連携による地域包括ケア	保険者努力支援制度 R5実施分の回答：(1)地域包括ケア推進の中核病院を中心として、市内の医療機関、介護施設、介護サービス事業所、地域包括支援センター、行政機関等を委員とし、在宅医療・介護に関する課題協議や、関係機関の連携を図っている。										
			実施回数・量	介護係保健師(1名)が担当									
	連携体制・予算・人員												
	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
高齢者の健康づくりと介護予防の一体	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、国保の保健事業と介護保険の地域支援事業と一体的に実施する。	アウトカム指標(成果)	後期高齢者医療広域連合から保健事業実施の委託を受け、専門職を活用し、国保の保健事業と介護保険の地域支援事業と一体的に実施	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	
		アウトプット指標(実施量・率)	事業の実施に当たり、国保、後期高齢者医療、介護保険のそれぞれのデータ分析を実施	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	
			①~1後期高齢者医療制度の保健事業と一体的に実施している保健事業の実施内容(ハイリスクアプローチ)	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	
			②介護保険の地域支援事業と一体的に実施している保健事業の実施内容(ポピュレーションアプローチ)	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	
②事業の実施に当たり、国保のデータに加え、後期高齢者医療及び介護保険のデータについても、KDB等を活用した分析を総合的に実施				実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有		
実施内容 ※現在までの実施方法(プロセス)を踏まえて													

的実施 に対する 取組	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年度の中間評価のまとめ	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 ハイリス クアプロ ーチ	<p>保険者努力支援制度(2)一体的実施の取組「後期高齢者医療制度の保健事業と一体的に実施している保健事業の実施内容(ハイリスクアプローチ)」</p> <p>特定健康診査受診者に対しては、高血糖(HbA1c6.5以上または空腹時血糖126以上)の医療機関未受診者に対し受診勧奨を行うとともに、保健指導を行っている。後期高齢者健康診査受診者に対しては、HbA1c7.0以上の者全てにアプローチを行い、治療中の者の血糖コントロール状況等もあわせて確認し保健指導を行う。</p> <p>高血圧については、国保・後期ともに収縮期血圧160mmHg以上、拡張期血圧100mmHg以上の未治療者に対し受診勧奨及び保健指導を実施する。</p>			
	時期					
	方法					
	実施回数・量					
対象者	① ボビュ レー チ ョ ン ア プ ロ ー チ	<p>保険者努力支援制度(2)一体的実施の取組「後期高齢者医療制度の保健事業と一体的に実施している保健事業の実施内容(ハイリスクアプローチ)」</p> <p>高齢者を含め糖尿病性腎症及び慢性腎臓病の人が多く、透析患者になると介護を受ける割合が高くなることから、医療専門職の関与の希望があった高齢者サロン・老人クラブ等を対象とし、生活習慣病と介護予防の関係について健康教育を実施する。また通いの場の参加者に対し、地域を担当する医療専門職が介入し、後期高齢者の質問票や体力測定を行い、フレイル状態の把握や健康教育を行う。</p>				
時期						
方法						
実施回数・量						
対象者	② 事業 の実 施 根 拠 に な る デ ー タ の 分 析	<p>保険者努力支援制度(2)一体的実施の取組「分析に用いた国保、後期高齢者医療、介護保険のそれぞれのデータ」</p> <p>令和4年度におけるKDBシステム「地域の全体像の把握」(国保・介護データ)において、山梨市の介護給付者で糖尿病を保有している割合は30.6%であり、県28.7%、国24.2%に比べて高い。</p> <p>「医療費分析(2)大、中、細小分類」において国保医療・後期高齢者医療は、全体の医療費(入院と外来の合算)の割合が最も高い疾患に糖尿病が上がっており、国保においては5位に慢性腎臓病で人工透析実施者が上がっている。後期高齢者においても、糖尿病や高血圧の医療費割合が県や国と比較して高くなっている。</p> <p>「厚生労働省様式(様式2-2)人工透析患者一覧」(後期高齢と国保の医療・介護データ)の、介護給付状況(R5年5月診療分)を見ると国保被保険者18件中2件が介護認定を受けており、後期高齢者では27件中10人が認定を受けている。</p> <p>市が実施する「介護申請に至ったきっかけ調査(R4年度累計)」においては、1位認知症(25%)2位骨折・転倒(14%)3位衰弱(13%)となっており、認知症の発症により介護申請に至る割合が最も高い。生活習慣病は認知症発症との関連性があり、疾病予防、重症化予防の取組とフレイル予防等を運動させて展開していく必要がある。</p>				
時期						
方法						
実施回数・量						
連携体制・予算・人員	介護係保健師(1名)が担当					
事業して 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          ・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> <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          ・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> <p>②評価方法・体制          ・計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム(成果)指標を中心とした評価指標による評価を行う。          ・評価にあたり、市町村国保における保健事業の評価を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う。</p>
<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。          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。          これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要である。          また、県は保険者から計画を収集し、保険者が計画を掲載したリンクを収集し、その一覧を県のホームページに掲載する。</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。          なお、個人情報の取り扱いについては、以下のガイドラインを参照し、個人情報の保護に努め、事業の運営にあたる。          ※「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン(行政機関等編)」(令和4年1月(令和4年9月一部改正)個人情報保護委員会)</p>
<p>地域包括ケアに係る取組</p>	<p>共通様式Ⅳ地域包括ケア・一体的実施の個別保健事業計画に準ずる。</p>
<p>その他留意事項</p>	