

第3期土岐市国民健康保険
データヘルス計画及び
第4期土岐市国民健康保険
特定健康診査等実施計画

2024年度～2029年度
(令和6年度～令和11年度)



令和6年3月
土岐市



-目次-

第1章	計画策定について	
	1. 計画の趣旨	3
	2. 計画の位置づけ	4
	3. 計画期間	5
	4. 実施体制・関係者連携	5
第3期データヘルス計画		
第2章	地域の概況	
	1. 地域の特性	7
	2. 人口構成	8
	3. 平均寿命と平均自立期間	10
	4. 介護保険の状況	12
	5. 死亡の状況	14
	6. 特定健康診査受診状況及び特定保健指導実施状況	15
第3章	過去の取組の評価	
	第2期データヘルス計画に係る評価	19
第4章	健康・医療情報等の分析	
	1. 医療費の基礎集計	23
	2. 生活習慣病に係る医療費等の状況	28
	3. 特定健康診査に係る分析結果	32
	4. 特定健康診査及びレセプトデータによる指導対象者群分析	37
	5. 糖尿病性腎症重症化予防に係る分析	38
	6. 受診行動適正化指導対象者に係る分析	39
	7. 要介護度別疾病有病状況	40
第5章	健康課題の抽出と保健事業の実施内容	
	1. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策	43
	2. 健康課題を解決するための個別の保健事業	45
第4期特定健康診査等実施計画		
第6章	特定健康診査等実施計画	
	1. 目標	53
	2. 対象者数推計	54
	3. 実施方法	55
第7章	その他	
	1. 計画の評価及び見直し	61
	2. 計画の公表・周知	61
	3. 個人情報の取扱い	62
	4. 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項	62
岐阜県共通様式		
	岐阜県共通様式	65
巻末資料		
	1. 「指導対象者群分析」のグループ分けの見方	84
	2. 用語解説集	85
	3. 疾病分類	87

第1章 計画策定について

1. 計画の趣旨

(1) 背景

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(厚生労働省告示)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なりました。

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。

(2) 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、健康寿命の延伸や医療費の適正化に資すると考えます。

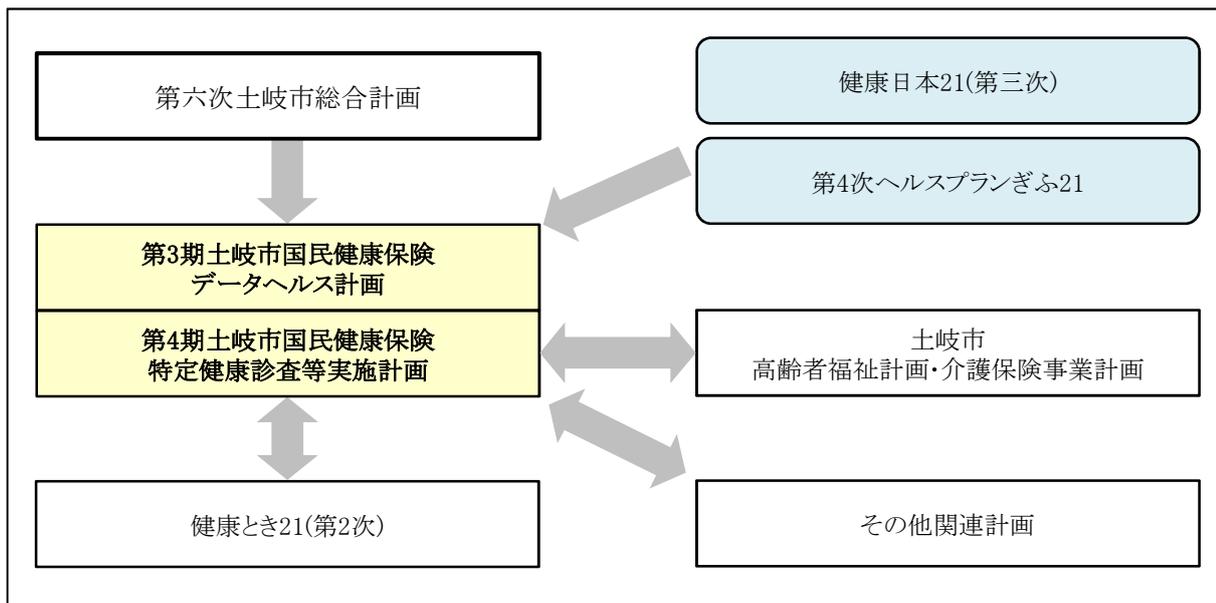
データヘルス計画全体における大目的	①健康寿命を延伸させる ②医療費を適正化する
-------------------	---------------------------

2. 計画の位置づけ

本計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律」及び「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」に基づき策定する保健事業の実施計画です。

策定にあたっては、国の「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21(第三次))」や岐阜県の「第4次ヘルスプランぎふ21」を踏まえたうえで、「第六次土岐市総合計画」を上位計画とし、「健康とき21(第2次)」や「土岐市高齢者福祉計画・介護保険事業計画」等の関連計画の指標を用いる等、それぞれの計画と整合性を図るものとします。

<計画の位置づけ>



3. 計画期間

令和6年度から11年度までの期間。令和8年度に中間評価を実施予定。

< 計画期間 >

～令和5年 (2023年)度	令和6年 (2024年)度	令和7年 (2025年)度	令和8年 (2026年)度	令和9年 (2027年)度	令和10年 (2028年)度	令和11年 (2029年)度	令和12年 (2030年)度～
第六次土岐市総合計画 (平成28年(2016年)～令和7年(2025年)度)							
健康とき21(第2次) (平成28年(2016年)～令和7年(2025年)度)							
	高齢者福祉計画・介護保険事業計画 (令和6年(2024年)～令和8年(2026年)度)						
第3期データヘルス計画及び第4期特定健康診査等実施計画 (令和6年(2024年)～令和11年(2029年)度)							

4. 実施体制・関係者連携

保険者においては、保健事業の積極的な推進を図るために、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、市町村一体となって、計画の策定等を進めます。

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、関係部局等とも十分に連携し、計画策定等を進めます。

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を密にしていきます。

また、外部有識者や被保険者が議論に参画できる協議の場として、国民健康保険運営協議会の支援体制を強化し、被保険者自身が当事者意識を持って主体的・積極的に取り組める体制を整備しながら事業を運営します。

第3期データヘルス計画

第2章 地域の概況

1. 地域の特性

(1) 地理的・社会的背景

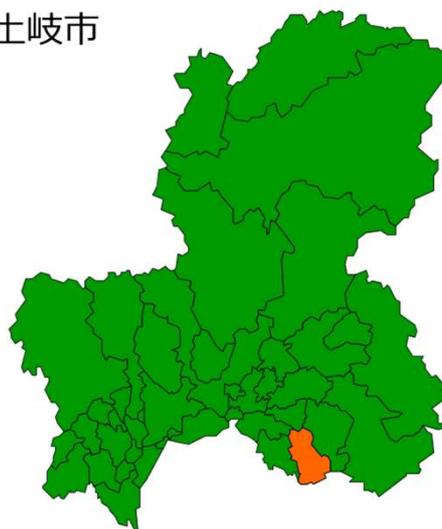
本市は、岐阜県の東南部に位置し、東は瑞浪市、西は多治見市及び可児市、南は愛知県瀬戸市、豊田市、北は御嵩町に接しています。名古屋市からは40km圏にあり、鉄道で名古屋駅まで約40分の距離にあります。

市域は、東西12.49km、南北16.86km、面積は116.16平方キロメートルで、その約7割を丘陵地が占めています。地形は南に高く北に低く、特に南部は急峻な山地となっています。

市街地は、北部を横断する土岐川流域及び支流の肥田川、妻木川流域の平坦部に開け、中央丘陵を環状に取り巻くように形成されています。

人口は減少傾向にある一方で、世帯数は年々増加しており、1世帯あたりの構成員数をみると減少傾向にあります。単身世帯や核家族世帯の増加と、三世帯同居世帯の減少によるものと考えられます。

土岐市



(2) 医療アクセスの状況

以下は、本市の令和4年度における、医療提供体制を示したものです。

<医療提供体制(令和4年度)>

医療項目	土岐市	岐阜県	国
千人当たり			
病院数(施設)	0.3	0.2	0.3
診療所数(施設)	3.6	3.9	3.7
病床数(床)	63.6	48.3	54.8
医師数(人)	8.9	11.2	12.4
外来患者数(人)	824.6	748.2	687.8
入院患者数(人)	16.5	17.4	17.7

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

2. 人口構成

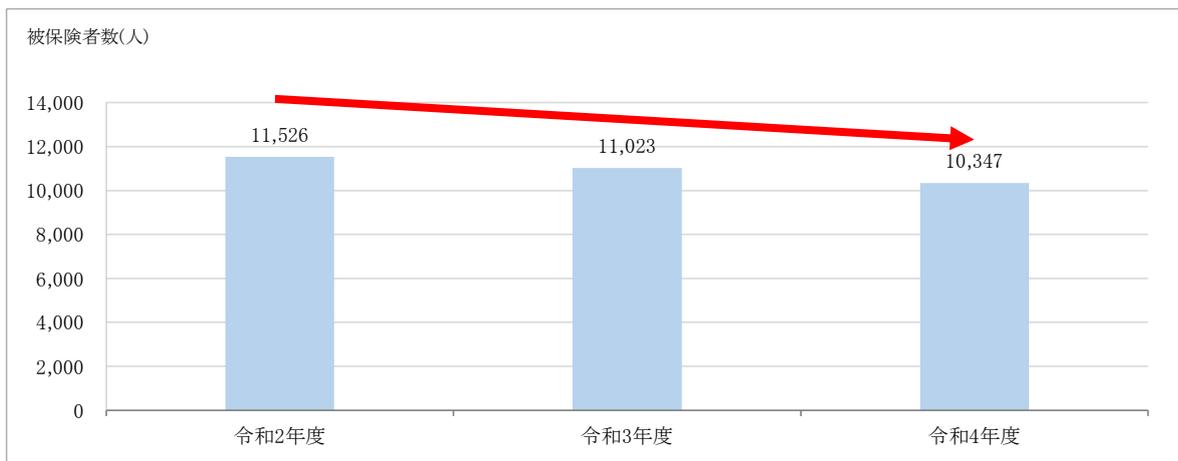
本市の令和2年度から令和4年度における、人口構成概要を年度別に示したものです。令和4年度を令和2年度と比較すると、国民健康保険被保険者数10,347人は令和2年度11,526人より1,179人減少しており、国民健康保険被保険者平均年齢55.9歳は令和2年度55.2歳より0.7歳上昇しています。

<年度別 人口構成概要>

区分		人口総数 (人)	高齢化率 (65歳以上)(%)	国保被保険者数(人)	国保加入率(%)	国保被保険者 平均年齢(歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)
土岐市	令和2年度	57,684	30.4	11,526	20.0	55.2	6.8	12.2
	令和3年度	57,684	30.4	11,023	19.1	55.9	6.8	12.2
	令和4年度	55,123	32.1	10,347	18.8	55.9	5.0	13.9
岐阜県	令和2年度	2,020,000	28.1	446,956	22.1	53.8	7.7	10.9
	令和3年度	2,020,000	28.1	432,510	21.4	54.2	7.7	10.9
	令和4年度	1,939,486	30.6	409,533	21.1	53.9	6.2	11.7
国	令和2年度	125,640,987	26.6	29,496,636	23.5	52.0	8.0	10.3
	令和3年度	125,640,987	26.6	28,705,575	22.9	52.2	8.0	10.3
	令和4年度	123,214,261	28.7	27,488,882	22.3	51.9	6.8	11.1

出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」(人口は国勢調査を反映)

<年度別 被保険者数>



出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

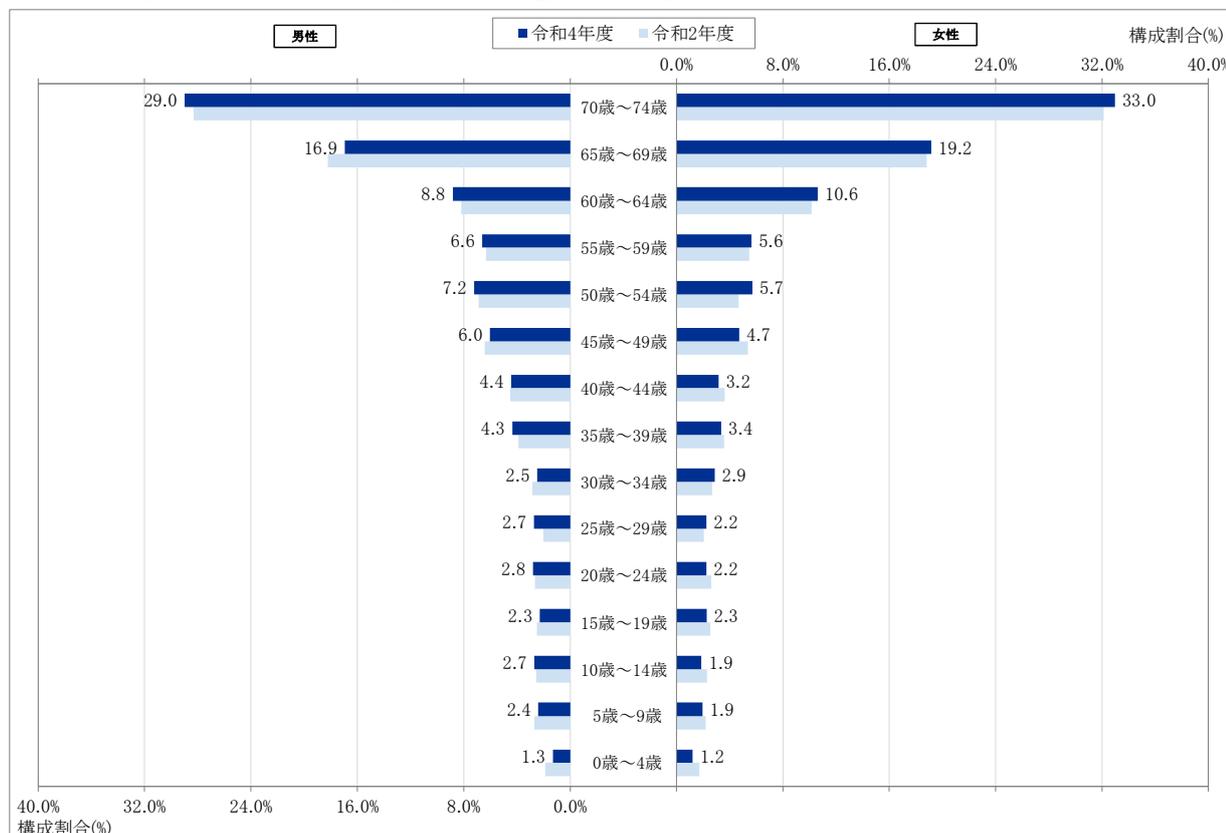
令和2年度から令和4年度の男女・年齢階層別被保険者数を示したものです。

<年度別 男女・年齢階層別国民健康保険被保険者数>

年齢階層	令和2年度			令和3年度			令和4年度		
	男性(人)	女性(人)	男女合計(人)	男性(人)	女性(人)	男女合計(人)	男性(人)	女性(人)	男女合計(人)
0歳～4歳	104	104	208	82	89	171	65	65	130
5歳～9歳	149	133	282	118	111	229	120	104	224
10歳～14歳	141	138	279	153	116	269	135	100	235
15歳～19歳	139	152	291	111	136	247	114	121	235
20歳～24歳	147	157	304	135	155	290	140	120	260
25歳～29歳	111	124	235	118	137	255	136	120	256
30歳～34歳	157	162	319	131	146	277	124	153	277
35歳～39歳	214	215	429	225	190	415	218	179	397
40歳～44歳	249	218	467	219	194	413	222	169	391
45歳～49歳	354	322	676	330	267	597	302	251	553
50歳～54歳	384	281	665	380	299	679	362	304	666
55歳～59歳	350	328	678	339	316	655	331	301	632
60歳～64歳	452	610	1,062	437	578	1,015	442	566	1,008
65歳～69歳	1,006	1,131	2,137	912	1,080	1,992	849	1,022	1,871
70歳～74歳	1,564	1,930	3,494	1,563	1,956	3,519	1,453	1,759	3,212
合計	5,521	6,005	11,526	5,253	5,770	11,023	5,013	5,334	10,347

出典:国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」

<令和2年度と令和4年度の男女・年齢階層別国民健康保険被保険者数の比較>



出典:国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」

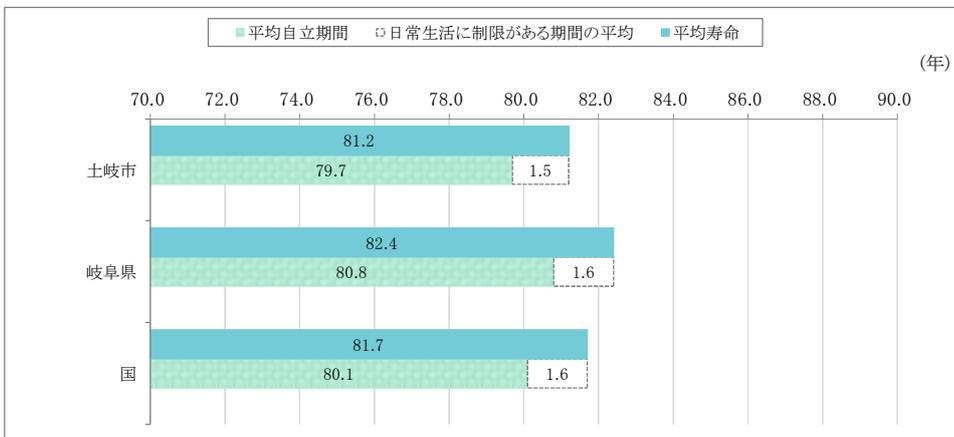
3. 平均寿命と平均自立期間

令和4年度における平均寿命と平均自立期間の状況を示したものです。

平均寿命は、ある年齢の人々がその後何年生きられるかという期待値を指し、ここでは0歳時点の平均寿命を示しています。また、平均自立期間は、要介護2以上になるまでの期間を「日常生活動作が自立している期間」としてその平均を算出したもので、健康寿命の指標の一つです。平均寿命と平均自立期間の差は、日常生活に制限がある期間を意味しています。

本市の男性の平均寿命は81.2年、平均自立期間は79.7年です。日常生活に制限がある期間の平均は1.5年で、国の1.6年よりも短い傾向にあります。本市の女性の平均寿命は87.3年、平均自立期間は84.1年です。日常生活に制限がある期間の平均は3.2年で、国の3.4年よりも短い傾向にあります。

<(男性)平均寿命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)>

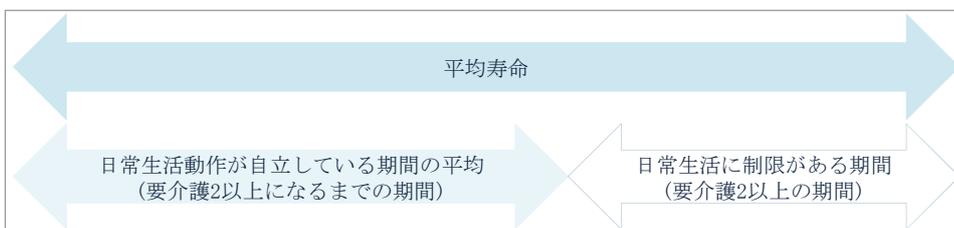


<(女性)平均寿命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)>



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

【参考】平均寿命と平均自立期間について



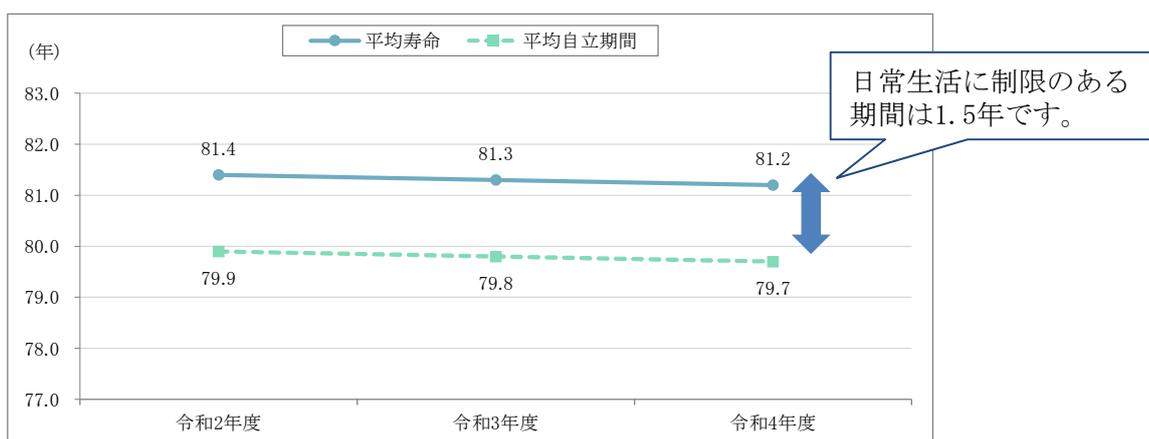
本市の令和2年度から令和4年度における平均寿命と平均自立期間の状況を示したものです。男性における令和4年度の平均自立期間79.7年は令和2年度の79.9年から0.2年短縮しています。女性における令和4年度の平均自立期間84.1年は令和2年度の83.9年から0.2年延伸しています。

＜年度・男女別 平均寿命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均＞

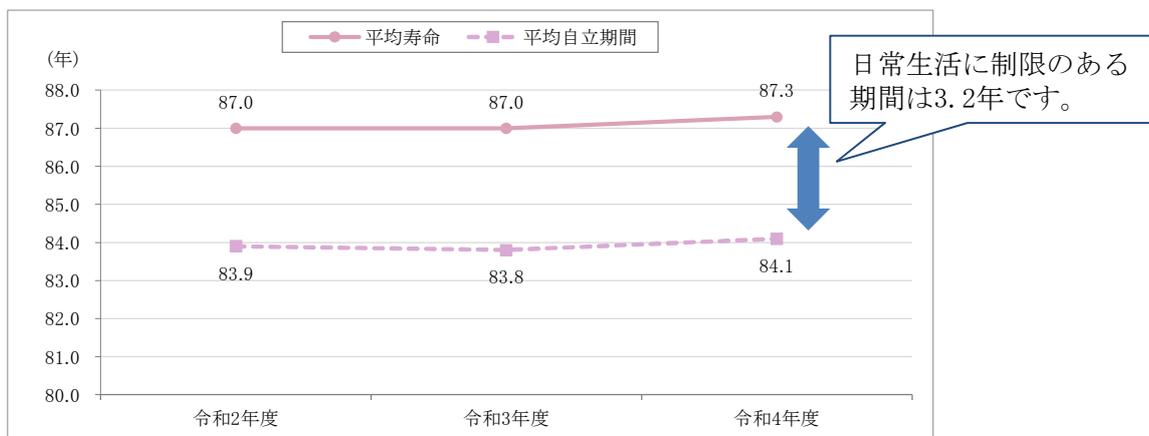
年度	男性			女性		
	平均寿命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)	平均寿命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)
令和2年度	81.4	79.9	1.5	87.0	83.9	3.1
令和3年度	81.3	79.8	1.5	87.0	83.8	3.2
令和4年度	81.2	79.7	1.5	87.3	84.1	3.2

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

＜(男性)年度別 平均寿命と平均自立期間＞



＜(女性)年度別 平均寿命と平均自立期間＞



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

4. 介護保険の状況

(1) 要介護(支援)認定状況

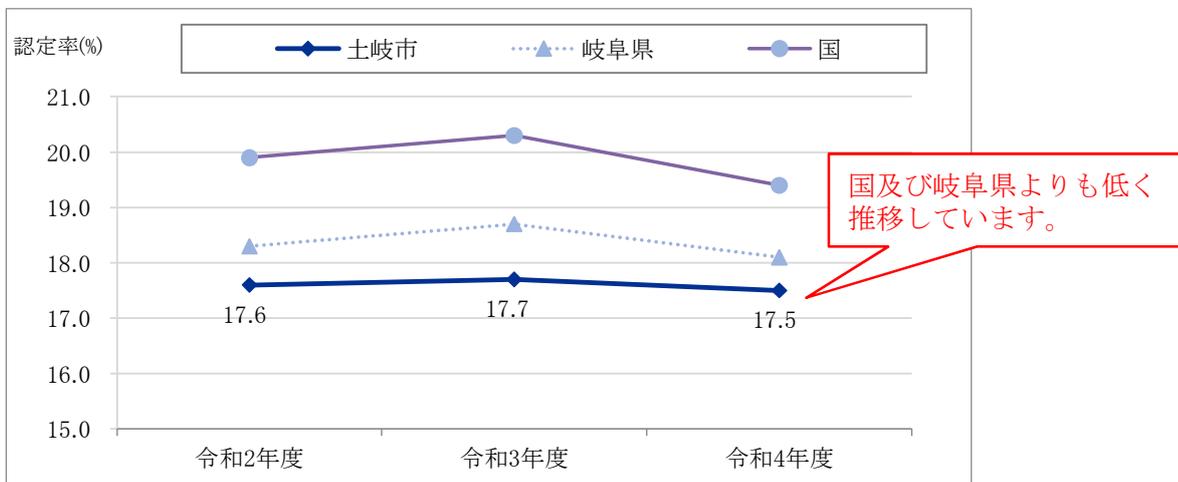
令和2年度から令和4年度における、要介護(支援)認定率及び認定者数を年度別に示したものです。令和4年度の認定者数は令和2年度より36人減少しています。

<年度別 要介護(支援)認定率及び認定者数>

区分		認定率(%)	認定者数(人)		
			第1号 (65歳以上)	第2号 (40歳～64歳)	
土岐市	令和2年度	17.6	3,150	3,083	67
	令和3年度	17.7	3,197	3,121	76
	令和4年度	17.5	3,114	3,044	70
岐阜県	令和2年度	18.3	107,211	105,007	2,204
	令和3年度	18.7	108,806	106,573	2,233
	令和4年度	18.1	109,239	106,977	2,262
国	令和2年度	19.9	6,750,178	6,595,095	155,083
	令和3年度	20.3	6,837,233	6,681,504	155,729
	令和4年度	19.4	6,880,137	6,724,030	156,107

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

<年度別 要介護(支援)認定率>



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(2) 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

本市の令和2年度から令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病別有病率を年度別に示したものです。令和4年度の認定者が有している平均疾病数3.1疾病は令和2年度から横ばいとなっています。

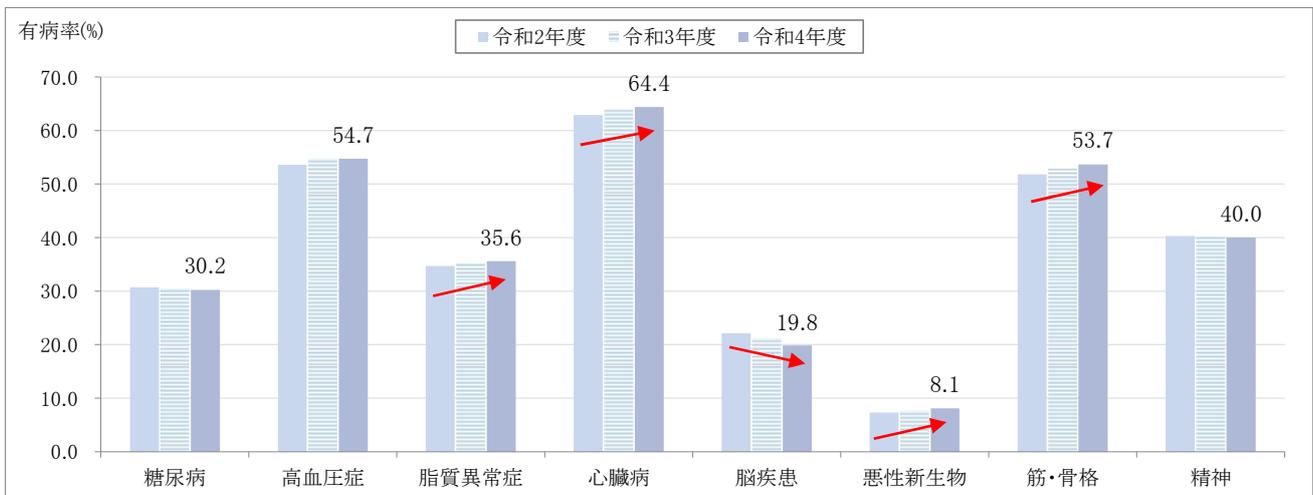
＜年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況＞

※各項目毎に上位5疾病を 網掛け 表示する。

区分	土岐市						岐阜県			国		
	令和2年度	順位	令和3年度	順位	令和4年度	順位	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
認定者数(人):A	3,150		3,197		3,114		107,211	108,806	109,239	6,750,178	6,837,233	6,880,137
糖尿病	実人数(人)	957	978	970	30,611	31,696	32,279	1,633,023	1,671,812	1,712,613		
	有病率(%)	30.7	30.5	30.2	27.6	28.5	28.8	23.3	24.0	24.3		
高血圧症	実人数(人)	1,755	1,779	1,723	60,961	62,148	63,115	3,642,081	3,690,454	3,744,672		
	有病率(%)	53.6	54.7	54.7	55.4	56.3	56.7	52.4	53.2	53.3		
脂質異常症	実人数(人)	1,126	1,137	1,130	35,276	36,739	37,888	2,170,776	2,236,475	2,308,216		
	有病率(%)	34.7	35.3	35.6	31.6	32.8	33.7	30.9	32.0	32.6		
心臓病	実人数(人)	2,057	2,071	2,023	71,031	72,109	72,756	4,126,341	4,172,696	4,224,628		
	有病率(%)	62.9	64.0	64.4	64.8	65.5	65.5	59.5	60.3	60.3		
脳疾患	実人数(人)	691	656	605	25,385	24,881	24,300	1,627,513	1,599,457	1,568,292		
	有病率(%)	22.1	21.1	19.8	23.3	22.9	22.2	23.6	23.4	22.6		
悪性新生物	実人数(人)	228	251	269	11,727	12,271	12,564	798,740	817,260	837,410		
	有病率(%)	7.3	7.6	8.1	10.6	10.9	11.2	11.3	11.6	11.8		
筋・骨格	実人数(人)	1,701	1,693	1,697	60,645	61,631	62,696	3,630,436	3,682,549	3,748,372		
	有病率(%)	51.8	52.9	53.7	55.6	56.0	56.4	52.3	53.2	53.4		
精神	実人数(人)	1,279	1,286	1,250	41,723	42,154	42,026	2,554,143	2,562,308	2,569,149		
	有病率(%)	40.3	40.3	40.0	38.3	38.4	38.2	36.9	37.2	36.8		
各疾病の実人数合計(人):B	9,794		9,851		9,667		337,359	343,629	347,624	20,183,053	20,433,011	20,713,352
認定者が有している 疾病数の平均:B/A	3.1		3.1		3.1		3.1	3.2	3.2	3.0	3.0	3.0

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

＜年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病率＞



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

5. 死亡の状況

本市の令和2年度から令和4年度における、死亡の状況を年度別に示したものです。

<年度・男女別 標準化死亡比>

区分	男性			女性		
	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
土岐市	107.7	106.1	106.1	101.9	111.0	111.0
岐阜県	97.3	99.5	99.5	101.6	102.5	102.5
国	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

【標準化死亡比とは】

年齢の差を補正して死亡率を計算し、全国平均を100に換算したものです。100より高ければ年齢構成の差を考慮しても全国平均より死亡率が高いと言えます。

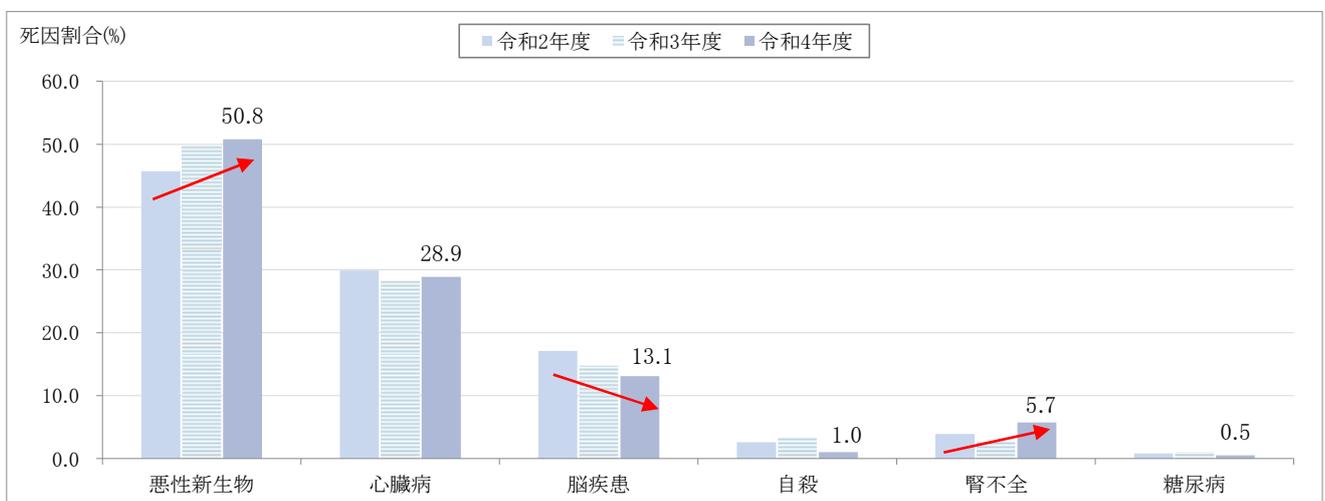
主たる死因の状況について、令和4年度を令和2年度と比較すると、悪性新生物を死因とする人数は令和2年度より21人増加しており、心臓病を死因とする人数は令和2年度より3人減少しています。また、脳疾患を死因とする人数は令和2年度より15人減少しています。

<年度別 主たる死因の状況>

疾病項目	土岐市						岐阜県			国		
	人数(人)			割合(%)			割合(%)			割合(%)		
	令和2年度	令和3年度	令和4年度									
悪性新生物	176	195	197	45.7	49.7	50.8	49.5	49.9	50.8	49.8	50.2	50.6
心臓病	115	111	112	29.9	28.3	28.9	28.3	28.1	27.6	27.8	27.7	27.5
脳疾患	66	58	51	17.1	14.8	13.1	14.4	14.2	14.1	14.4	14.2	13.8
自殺	10	13	4	2.6	3.3	1.0	2.6	2.6	2.4	2.7	2.6	2.7
腎不全	15	11	22	3.9	2.8	5.7	3.6	3.7	3.7	3.5	3.5	3.6
糖尿病	3	4	2	0.8	1.0	0.5	1.6	1.6	1.4	1.9	1.8	1.9
合計	385	392	388									

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

<年度別 主たる死因の割合>



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

6. 特定健康診査受診状況及び特定保健指導実施状況

(1) 特定健康診査

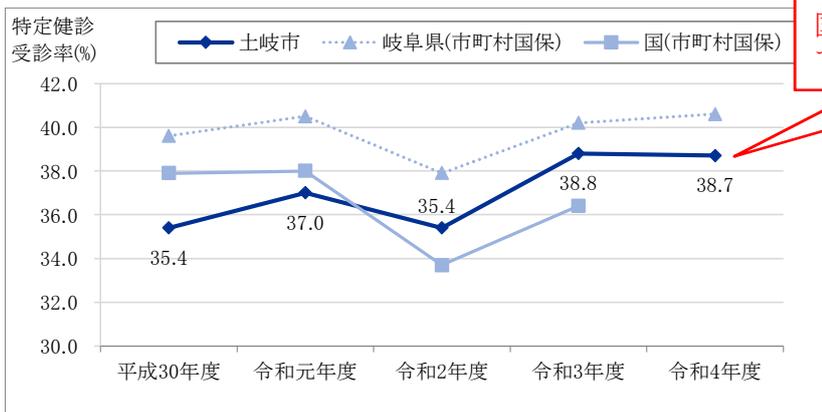
本市の平成30年度から令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を年度別に示したものです。令和4年度の特定健康診査受診率38.7%は平成30年度35.4%より3.3ポイント増加しています。

＜年度別 特定健康診査受診率＞

区分	特定健診受診率(%)				
	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
土岐市	35.4	37.0	35.4	38.8	38.7
岐阜県(市町村国保)	39.6	40.5	37.9	40.2	40.6
国(市町村国保)	37.9	38.0	33.7	36.4	

出典:法定報告値

＜年度別 特定健康診査受診率＞

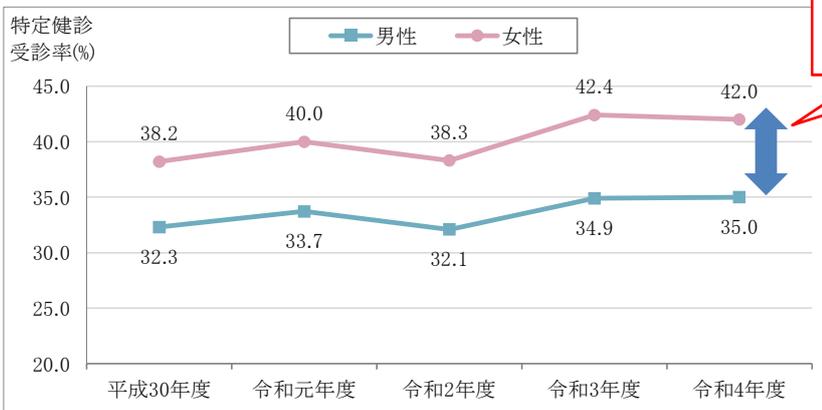


岐阜県平均より下回るものの、国の受診率より、高く推移しています。

出典:法定報告値

男女別の特定健康診査の受診率をみると、男性の令和4年度受診率35.0%は平成30年度32.3%より2.7ポイント増加しており、女性の令和4年度受診率42.0%は平成30年度38.2%より3.8ポイント増加しています。

＜年度・男女別 特定健康診査受診率＞



男性よりも女性の方が受診率が高いです。

出典:法定報告値

(2) 特定保健指導

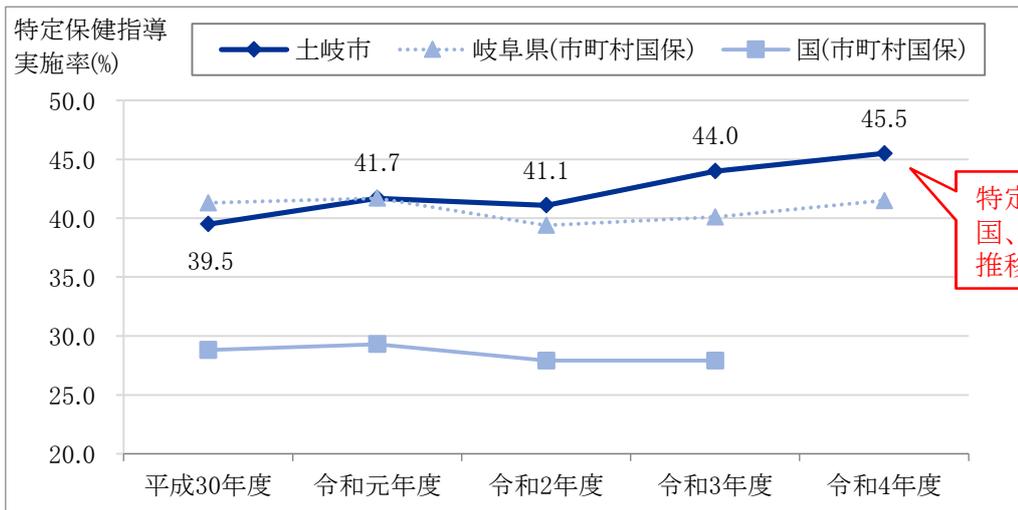
本市の平成30年度から令和4年度における、特定保健指導の実施状況を年度別に示したものです。令和4年度の特定保健指導実施率45.5%は平成30年度39.5%より6.0ポイント増加しています。

<年度別 特定保健指導実施率>

区分	特定保健指導実施率(%)				
	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
土岐市	39.5	41.7	41.1	44.0	45.5
岐阜県(市町村国保)	41.3	41.7	39.4	40.1	41.5
国(市町村国保)	28.8	29.3	27.9	27.9	

出典:法定報告値

<年度別特定保健指導実施率>



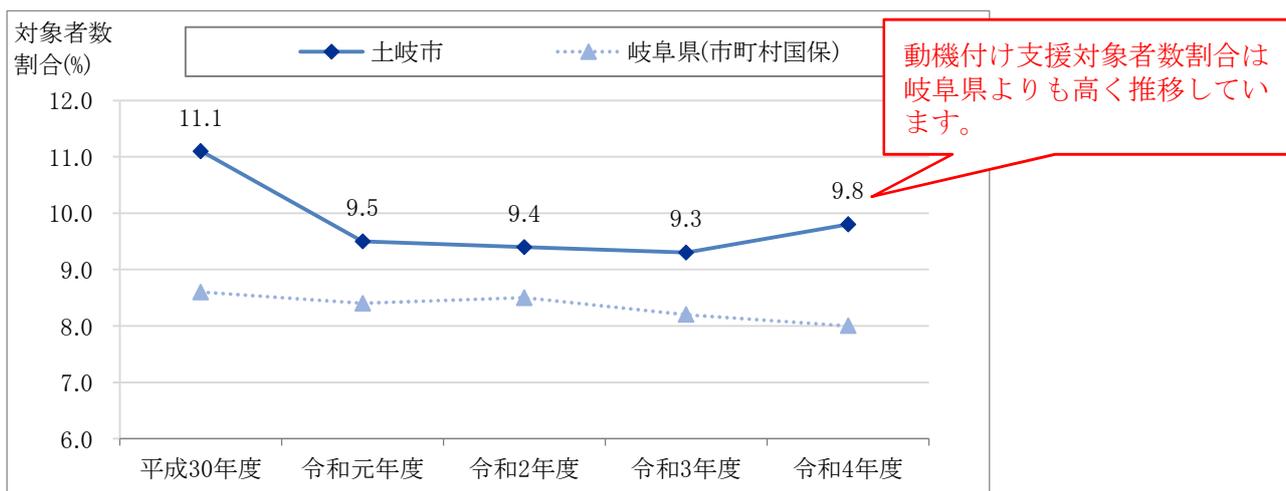
出典:法定報告値

<年度別 動機付け支援対象者数割合>

区分	動機付け支援対象者数割合(%)				
	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
土岐市	11.1	9.5	9.4	9.3	9.8
岐阜県(市町村国保)	8.6	8.4	8.5	8.2	8.0

出典:法定報告値

<年度別 動機付け支援対象者数割合>



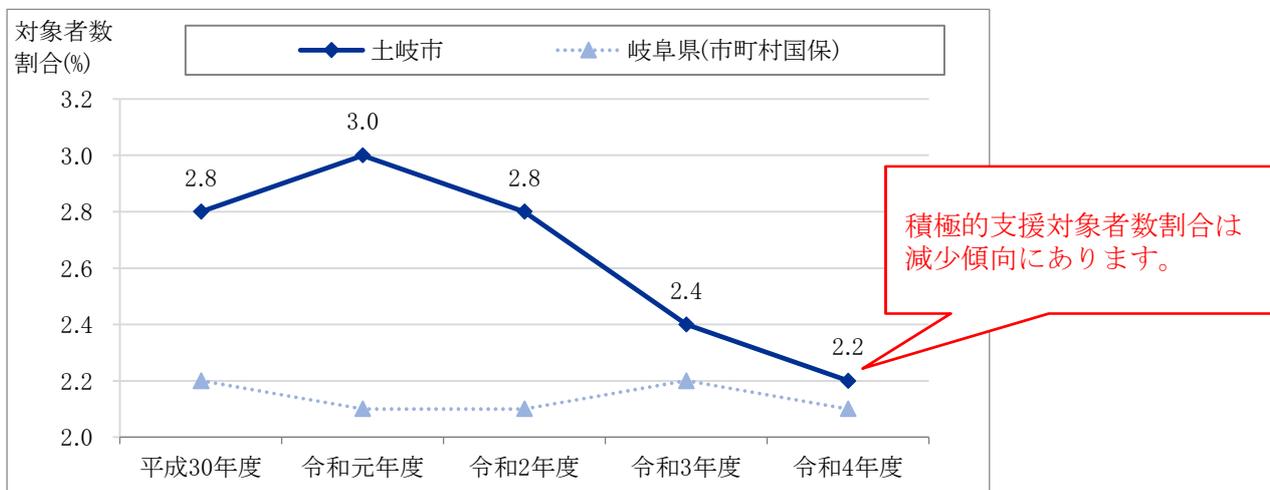
出典:法定報告値

<年度別 積極的支援対象者数割合>

区分	積極的支援対象者数割合(%)				
	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
土岐市	2.8	3.0	2.8	2.4	2.2
岐阜県(市町村国保)	2.2	2.1	2.1	2.2	2.1

出典:法定報告値

<年度別 積極的支援対象者数割合>



出典:法定報告値

第3章 過去の取組の評価

第2期データヘルス計画に係る評価

第2期データヘルス計画に基づき実施した各事業についての達成状況は以下のとおりです。

事業名	実施年度	事業目的	実施内容
特定健康診査	平成30年度 ～ 令和5年度	生活習慣病の早期発見・予防 健康意識の向上	40歳以上の国民健康保険被保険者を対象に特定健康診査を実施。
特定健康診査受診勧奨		特定健康診査の受診率向上	特定健康診査対象者のうち、特定健康診査を受診していない人を対象とし、特定健康診査の受診を促す。
特定保健指導		生活習慣病の早期発見・予防	特定健康診査の結果から特定保健指導対象者を特定し、生活習慣や検査値が改善されるように、保健師等による動機付け支援又は積極的支援を実施。
特定保健指導利用勧奨		特定保健指導の実施率向上	特定保健指導対象者のうち、特定保健指導を利用していない人を対象とし、特定保健指導の利用を促す。
30歳代健康診査		生活習慣病の早期発見・予防 健康意識の向上	職場などで健診を受ける機会のない30～39歳の市民を対象に個別健診を実施し、指導対象者に個別面接による保健指導を実施。
人間ドック費用 助成事業		生活習慣病及び各種がんの 早期発見・早期治療	国民健康保険の被保険者で、人間ドックの受診を希望する人に対し、予算の範囲内でドック費用の一部を助成。
がん検診		各種がんの早期発見・早期治療	市民を対象にがん検診を実施。

5:目標達成
 4:改善している
 3:横ばい
 2:悪化している
 1:評価できない

アウトプット…実施量、実施率を評価 / アウトカム…事業の成果を評価

評価指標 (上段:アウトプット、下段:アウトカム)	計画策定時実績 平成28年度	目標値 令和5年度	達成状況 令和4年度	評価
対象者への受診券送付率(%)	100.0	100.0	100.0	4
特定健康診査受診率(%)	30.8	60.0	38.7	
対象者への通知率(%)	100.0	100.0	100.0	4
特定健康診査受診率(%)	30.8	60.0	38.7	
対象者への通知率(%)	100.0	100.0	100.0	4
特定保健指導実施率(%)	30.3	60.0	45.5	
対象者への通知率(%)	100.0	100.0	100.0	4
対象者への勧奨率(電話)(%)	43.8	100.0	100.0	
特定保健指導実施率(%)	30.3	60.0	45.5	
勧奨対象者への通知率(%)	100.0	100.0	100.0	2
健康診査後の保健指導実施率(%)	61.8	70.0	33.3	
助成事業利用率(%)	68.3	100.0	100.0	4
特定健康診査受診率(%)	30.8	60.0	38.7	
対象者への通知率(%)	胃がん:11.1 大腸がん:17.2 乳がん:25.8 子宮頸がん:18.2 肺がん:20.0	100.0(共通目標)	胃がん:14.4 大腸がん:13.2 乳がん:18.2 子宮頸がん:14.3 肺がん:22.6	3
がん検診受診率(%) (胃がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がん、肺がん)	胃がん: 5.8 大腸がん: 7.0 乳がん:22.7 子宮頸がん:15.1 肺がん:13.4	胃がん:40.0 大腸がん:40.0 乳がん:50.0 子宮頸がん:50.0 肺がん:40.0	胃がん: 2.5 大腸がん: 6.1 乳がん:15.6 子宮頸がん:10.7 肺がん:15.4	

事業名	実施年度	事業目的	実施内容
CKD(慢性腎臓病)重症化予防事業	平成30年度 ～ 令和5年度	CKDの重症化予防	特定健康診査を受診後、尿たんぱく、eGFRが基準値以上であるにも関わらず医療機関受診が確認できない人に、通知及び電話による受診勧奨を実施。
糖尿病等重症化予防事業(受診勧奨)		糖尿病及び糖尿病性腎症の重症化予防	特定健康診査を受診後、HbA1c6.5%以上であるにも関わらず、医療機関受診が確認できない人、又は、かつて糖尿病で定期受診をしていたがその後定期受診を中断した人を特定し、通知又は訪問等で受診勧奨を実施。
糖尿病性腎症重症化予防事業(ハイリスク者対策)		糖尿病性腎症患者の病期進行阻止	糖尿病性腎症重症化のリスクの高い人に対して、医療機関と連携して訪問等により保健指導を実施。
受診行動適正化事業		重複・頻回受診者と重複服薬者への適正受診の促進	医療機関への不適切な受診が疑われる人、及び重複服薬者を対象者とし、医療機関への適正な受診方法について、啓発文書を送付し、必要に応じて専門職による指導を実施。
ジェネリック医薬品差額通知事業		ジェネリック医薬品の普及率向上	ジェネリック医薬品の使用率が低く、ジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費軽減額が一定以上の対象者を特定し、通知書を対象者に送付することで、ジェネリック医薬品への切り替えを促す。

5:目標達成
 4:改善している
 3:横ばい
 2:悪化している
 1:評価できない

アウトプット…実施量、実施率を評価 / アウトカム…事業の成果を評価

評価指標 (上段:アウトプット、下段:アウトカム)	計画策定時実績 2016年度(H28)	目標値 2023年度(R5)	達成状況 2022年度(R4)	評価
対象者への受診勧奨実施率(%)	-	100.0	100.0	5
指導介入後の人工透析移行人数(人)	-	0	0	
対象者への受診勧奨実施率(%)	-	100.0	100.0	5
指導介入後の人工透析移行人数(人)	-	0	0	
対象者への保健指導実施率(%)	-	100.0	100.0	5
指導介入後の人工透析移行人数(人)	-	0	0	
不適切な受診が疑われる対象者への通知率(%)	-	100.0	100.0	5
指導介入後の受診行動改善率(%)	-	30.0	100.0	
対象者への通知率(%)	100.0	100.0	100.0	5
ジェネリック医薬品普及率(%) (数量ベース)	67.3	80.0	85.8	

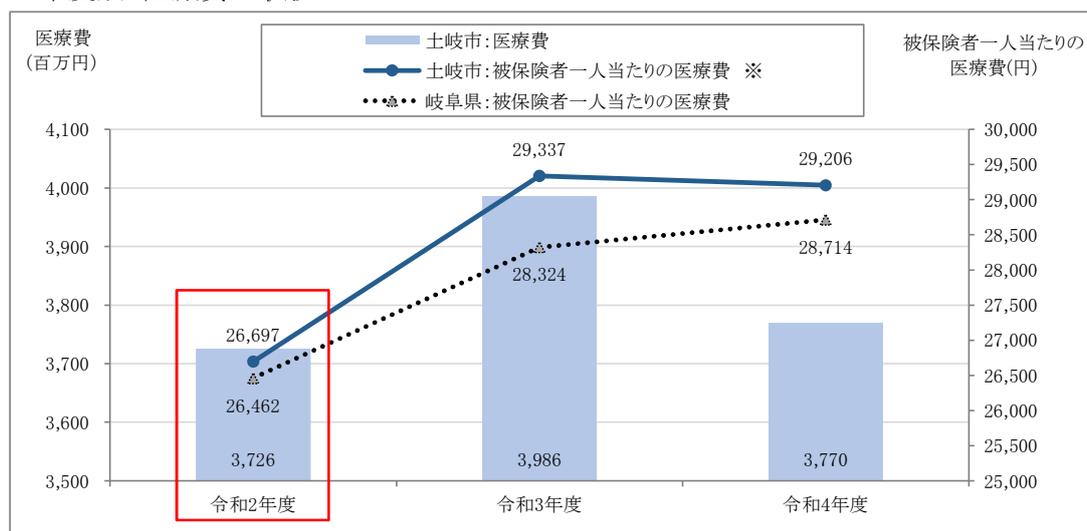
第4章 健康・医療情報等の分析

1. 医療費の基礎集計

(1) 医療費の状況

本市の医療費の状況を示したものです。令和2年度は新型コロナウイルス感染拡大により、医療機関への受診控えをする人が多く、医療費が減少したと考えられます。

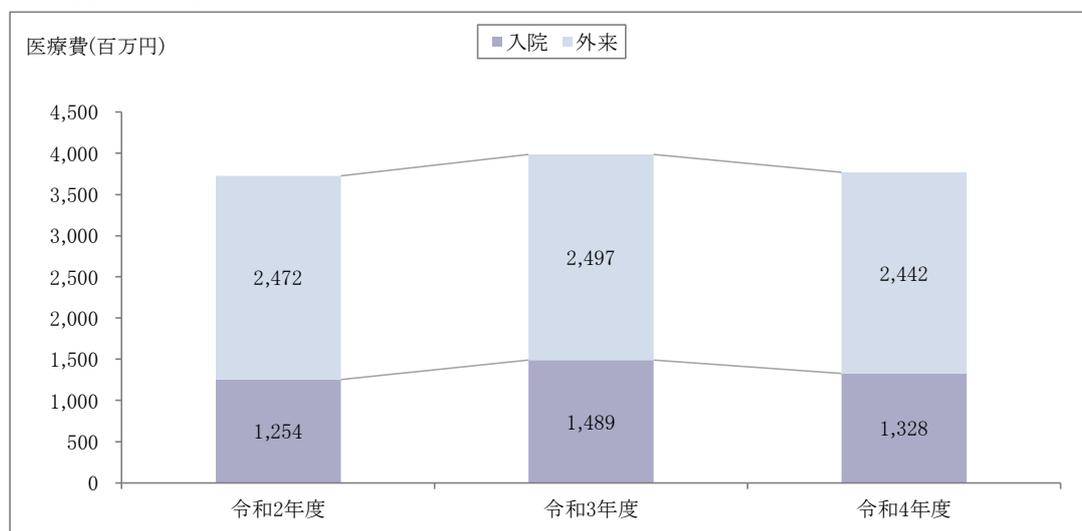
<年度別 医療費の状況>



出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

※被保険者一人当たりの医療費…1か月分相当。

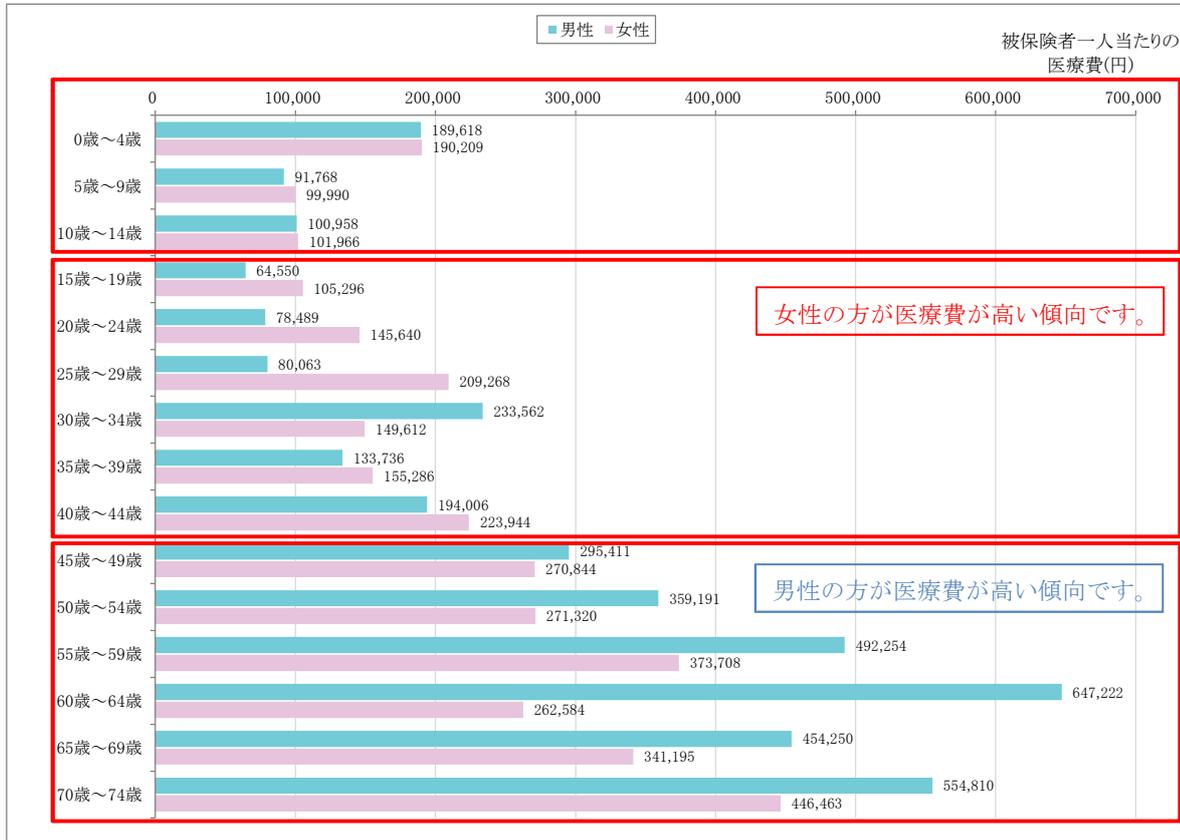
<年度別 入院・外来別医療費>



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

令和4年度における、本市の被保険者一人当たりの医療費を男女年齢階層別に示したものです。0歳から14歳は男女の医療費の差は見られませんが、15歳から44歳までは女性の方が医療費が高い傾向にあります。45歳から74歳では、男性の医療費が大きく上昇していることがわかります。

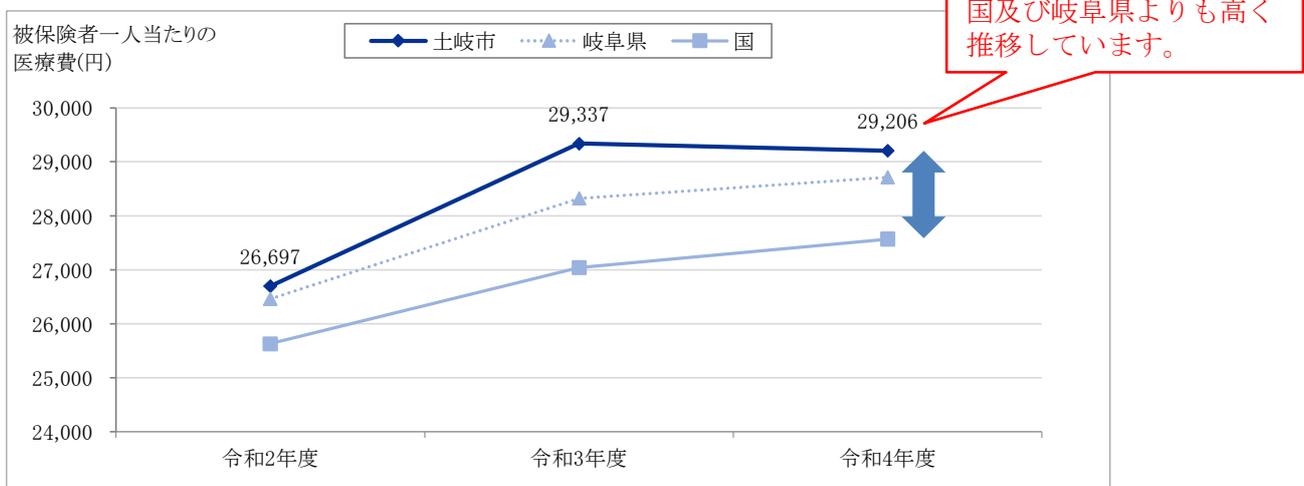
<男女年齢階層別 被保険者一人当たりの医療費(令和4年度)>



出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(大分類)」

被保険者一人当たりの医療費については、国及び岐阜県の平均を上回っています。

<年度別 被保険者一人当たりの医療費>



出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」
被保険者一人当たりの医療費…1か月分相当。

当医療費統計は、令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)のレセプトデータを対象とし分析したものです。被保険者数、レセプト件数、医療費、患者数等は以下のとおりです。

<基礎統計>

		1か月平均	年間	
A	被保険者数(人)	10,535		
B	レセプト件数(件)	入院外	8,858	106,297
		入院	173	2,076
		調剤	6,728	80,733
		合計	15,759	189,106
C	医療費(円) ※	311,452,083	3,737,424,990	
D	患者数(人) ※	5,954	71,449	
C/A	被保険者一人当たりの医療費(円)	29,562		
C/B	レセプト一件当たりの医療費(円)	19,764		
C/D	患者一人当たりの医療費(円)	52,309		
D/A	有病率(%)	56.5		

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

※医療費…レセプトに記載されている請求点数を集計し、金額にするために10倍にして表示。

※患者数…同診療年月で一人の方に複数のレセプトが発行された場合は、一人として集計。

(2) 高額レセプトの件数及び割合

令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)に発生しているレセプトのうち、診療点数が5万点以上のものを高額レセプトとし、以下のとおり集計しました。高額レセプトはレセプト件数全体の0.7%ですが、高額レセプトの医療費は医療費全体の32.7%を占めています。

<高額レセプトの件数及び医療費>

A	レセプト件数(件)	189,106
B	高額レセプト件数(件)	1,266
B/A	総レセプト件数に占める高額レセプトの割合(%)	0.7
C	医療費全体(円) ※	3,737,424,990
D	高額レセプトの医療費(円) ※	1,223,981,010
E	その他レセプトの医療費(円) ※	2,513,443,980
D/C	総医療費に占める高額レセプトの割合(%)	32.7

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

※医療費全体…データ化範囲(分析対象)全体での医療費を算出。

※高額レセプトの医療費…高額(5万点以上)レセプトの医療費。

※その他レセプトの医療費…高額(5万点以上)レセプト以外の医療費。

(3) 高額レセプト発生患者の疾病傾向

令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)の高額レセプト発生患者の疾病傾向を患者数順に示したものです。高額レセプト発生患者を主要傷病名で中分類毎に分類した結果、高額レセプト発生患者数が多い疾病分類は「その他の悪性新生物<腫瘍>」「その他の心疾患」「腎不全」等となっています。

<高額(5万点以上)レセプト発生患者の疾病傾向(患者数順)>

順位	疾病分類(中分類)		主要傷病名 ※ (上位3疾病まで記載)	患者数 (人) ※	医療費(円) ※			患者一人当たりの 医療費(円) ※
					入院	入院外	合計	
1	0210	その他の悪性新生物<腫瘍>	腎癌, 前立腺癌, 卵巣癌	52	93,558,530	104,812,830	198,371,360	3,814,834
2	0903	その他の心疾患	うっ血性心不全, 発作性心房細動, 持続性心房細動	35	72,475,980	44,165,070	116,641,050	3,332,601
3	1402	腎不全	慢性腎不全, 腎性貧血, 慢性腎臓病ステージG5D	25	37,441,250	109,975,580	147,416,830	5,896,673
4	0503	統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	統合失調症	22	82,858,140	4,308,070	87,166,210	3,962,100
4	0902	虚血性心疾患	労作性狭心症, 不安定狭心症, 急性下壁心筋梗塞	22	45,806,630	13,218,340	59,024,970	2,682,953
4	1302	関節症	変形性膝関節症, 変形性股関節症, 両側性原発性膝関節症	22	41,018,150	8,323,910	49,342,060	2,242,821
7	0205	気管, 気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	上葉肺癌, 下葉肺癌, 非小細胞肺癌	21	46,342,280	51,917,820	98,260,100	4,679,052
8	2220	その他の特殊目的用コード	COVID-19	18	19,418,240	9,465,380	28,883,620	1,604,646
9	0906	脳梗塞	アテローム血栓性脳梗塞・急性期, 心原性脳塞栓症, 多発性脳梗塞	17	68,621,740	3,561,970	72,183,710	4,246,101
9	1901	骨折	大腿骨頸部骨折, 足関節脱臼骨折, 頸椎椎体骨折	17	50,095,670	3,745,560	53,841,230	3,167,131
11	1011	その他の呼吸器系の疾患	特発性肺線維症, 間質性肺炎, 慢性呼吸不全	15	21,848,320	22,315,640	44,163,960	2,944,264
11	1111	胆石症及び胆のう炎	総胆管結石性胆管炎, 胆のう結石症, 胆石性急性胆のう炎	15	18,019,400	5,275,410	23,294,810	1,552,987
13	0202	結腸の悪性新生物<腫瘍>	S状結腸癌, 横行結腸癌, 下行結腸癌	14	23,713,440	33,855,510	57,568,950	4,112,068
13	0504	気分【感情】障害(躁うつ病を含む)	うつ病, 双極性感情障害, 躁うつ病	14	29,906,520	3,763,080	33,669,600	2,404,971
13	1113	その他の消化器系の疾患	急性虫垂炎, 上部消化管出血, 重症潰瘍性大腸炎	14	20,334,620	13,660,230	33,994,850	2,428,204
16	0905	脳内出血	被殻出血, 脳皮質下出血, 視床出血	13	39,531,100	1,745,090	41,276,190	3,175,092
17	0211	良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	子宮筋腫, 卵巣腫瘍, 中頭蓋窩髄膜腫	12	14,552,400	4,641,840	19,194,240	1,599,520
17	0606	その他の神経系の疾患	不眠症, 自己免疫介在性脳炎・脳症, 慢性炎症性脱髄性多発神経炎	12	40,104,960	3,910,490	44,015,450	3,667,954
19	1310	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	廃用症候群, 川崎病, 全身性強皮症	11	26,048,600	7,871,280	33,919,880	3,083,625
20	0203	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物<腫瘍>	直腸癌, 直腸S状部癌	10	17,055,820	14,143,160	31,198,980	3,119,898

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

※主要傷病名…高額レセプト発生患者の分析期間の全レセプトを医療費分解後、患者毎に最も医療費が高額となった疾病。

※患者数…高額レセプト発生患者を主要傷病名で中分類毎に集計した患者数。

※医療費…高額レセプト発生患者の分析期間の全レセプトの医療費(高額レセプトに限らない)。

※患者一人当たりの医療費…高額レセプト発生患者の分析期間中の患者一人当たり医療費。

 …生活習慣病の疾病に色付け

(4) 中分類による疾病別医療費統計

以下は、令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)に発生しているレセプトより、疾病中分類毎に集計し、医療費、患者数、患者一人当たりの医療費、各項目の上位10疾病を示したものです。

<中分類による疾病別統計(医療費上位10疾病)>

順位	疾病分類(中分類)	医療費(円) ※	構成比(%) (医療費総計全体に対して占める割合)	患者数(人)	患者一人当たりの医療費(円)
1	1402 腎不全	291,458,093	7.8	404	721,431
2	0210 その他の悪性新生物<腫瘍>	199,483,064	5.3	1,364	146,249
3	0402 糖尿病	185,395,419	5.0	3,734	49,651
4	0903 その他の心疾患	159,597,354	4.3	2,212	72,151
5	0901 高血圧性疾患	147,110,647	3.9	3,673	40,052
6	0606 その他の神経系の疾患	142,158,417	3.8	2,380	59,730
7	1113 その他の消化器系の疾患	133,102,269	3.6	2,999	44,382
8	0503 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	112,295,612	3.0	419	268,009
9	0704 その他の眼及び付属器の疾患	104,196,045	2.8	2,975	35,024
10	0403 脂質異常症	97,396,224	2.6	3,115	31,267

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。
対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

※医療費…中分類における疾病項目毎に集計するため、データ化時点で医科レセプトが存在しない(画像レセプト、月遅れ等)場合集計できない。そのため他統計と一致しない。

 …生活習慣病の疾病に色付け

<中分類による疾病別統計(患者数上位10疾病)>

順位	疾病分類(中分類)	医療費(円)	患者数(人) ※	構成比(%) (患者数全体に対して占める割合)	患者一人当たりの医療費(円)
1	0402 糖尿病	185,395,419	3,734	37.0	49,651
2	0901 高血圧性疾患	147,110,647	3,673	36.4	40,052
3	0703 屈折及び調節の障害	13,991,089	3,408	33.7	4,105
4	0403 脂質異常症	97,396,224	3,115	30.8	31,267
5	1113 その他の消化器系の疾患	133,102,269	2,999	29.7	44,382
6	0704 その他の眼及び付属器の疾患	104,196,045	2,975	29.5	35,024
7	1006 アレルギー性鼻炎	42,606,453	2,814	27.9	15,141
8	1800 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	49,347,535	2,678	26.5	18,427
9	2220 その他の特殊目的用コード	76,303,340	2,656	26.3	28,729
10	1202 皮膚炎及び湿疹	41,426,712	2,630	26.0	15,752

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。
対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

※患者数…中分類における疾病項目毎に集計するため、合計人数は他統計と一致しない(複数疾病をもつ患者がいるため)。

 …生活習慣病の疾病に色付け

2. 生活習慣病に係る医療費等の状況

(1) 生活習慣病と生活習慣病以外の医療費と患者数

令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)のレセプトより、疾病分類表における中分類単位で生活習慣病と生活習慣病以外の医療費を集計したものです。ここでは、生活習慣病の基礎疾患(糖尿病、脂質異常症、高血圧性疾患)及び生活習慣病に係る重症化疾患を生活習慣病とし集計しました。生活習慣病の医療費は9億718万円で、医療費全体の24.3%を占めています。

<生活習慣病と生活習慣病以外の医療費>

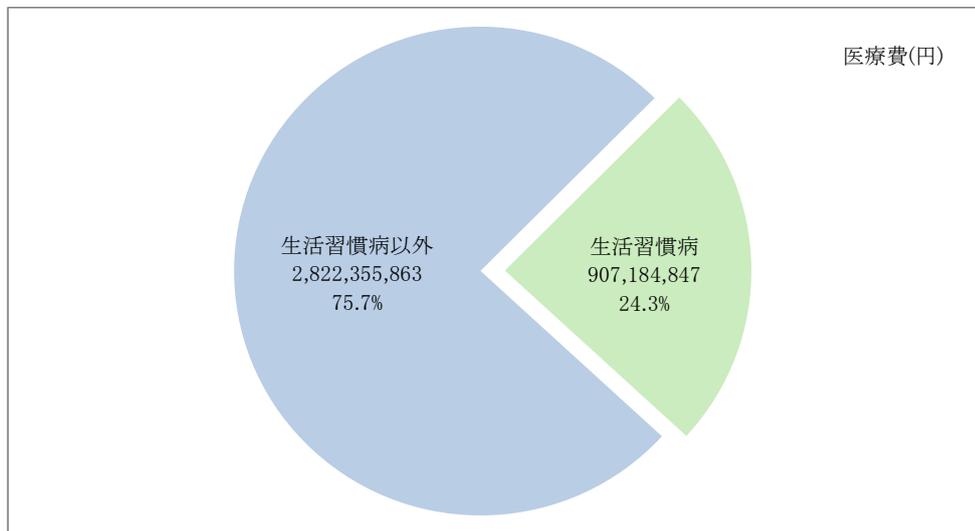
	入院(円)	構成比(%)	入院外(円)	構成比(%)	合計(円)	構成比(%)
生活習慣病	193,501,322	14.9	713,683,525	29.3	907,184,847	24.3
生活習慣病以外	1,101,807,308	85.1	1,720,548,555	70.7	2,822,355,863	75.7
合計(円)	1,295,308,630		2,434,232,080		3,729,540,710	

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。
対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

生活習慣病…厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)」には、生活習慣病の明確な定義が記載されていないため、「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第2版)」に記載された疾病中分類を生活習慣病の疾病項目としている。
0402 糖尿病、0403 脂質異常症、0901 高血圧性疾患、0902 虚血性心疾患、0904 くも膜下出血、0905 脳内出血、0906 脳梗塞、0907 脳動脈硬化(症)、0909 動脈硬化(症)、1402 腎不全
医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

<医療費全体に占める生活習慣病医療費の割合>



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。
対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

生活習慣病…厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)」には、生活習慣病の明確な定義が記載されていないため、「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第2版)」に記載された疾病中分類を生活習慣病の疾病項目としている。
0402 糖尿病、0403 脂質異常症、0901 高血圧性疾患、0902 虚血性心疾患、0904 くも膜下出血、0905 脳内出血、0906 脳梗塞、0907 脳動脈硬化(症)、0909 動脈硬化(症)、1402 腎不全
医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

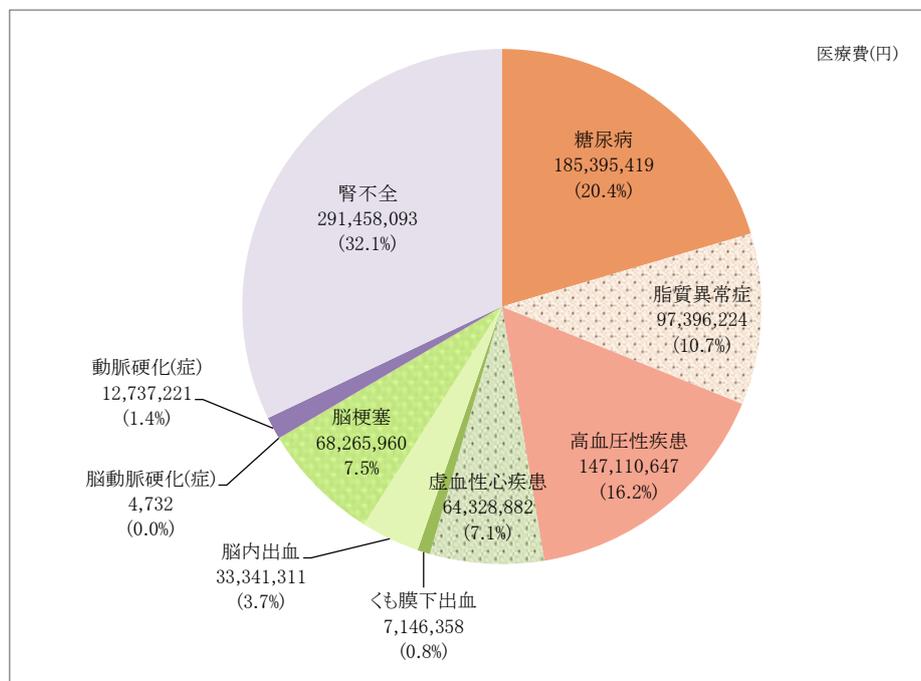
(2) 生活習慣病疾病別医療費等の状況

令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)における、生活習慣病疾病別の医療費、患者数、患者一人当たりの医療費、有病率を示したものです。

<生活習慣病疾病別 医療費統計>

疾病分類(中分類)	医療費(円)	構成比(%)	順位	患者数(人)	有病率(%) ※	順位	患者一人当たりの医療費(円)	順位
0402 糖尿病	185,395,419	20.4	2	3,734	30.7	1	49,651	6
0403 脂質異常症	97,396,224	10.7	4	3,115	25.6	3	31,267	8
0901 高血圧性疾患	147,110,647	16.2	3	3,673	30.2	2	40,052	7
0902 虚血性心疾患	64,328,882	7.1	6	953	7.8	4	67,501	5
0904 くも膜下出血	7,146,358	0.8	9	38	0.3	9	188,062	3
0905 脳内出血	33,341,311	3.7	7	157	1.3	8	212,365	2
0906 脳梗塞	68,265,960	7.5	5	485	4.0	6	140,755	4
0907 脳動脈硬化(症)	4,732	0.0	10	2	0.0	10	2,366	10
0909 動脈硬化(症)	12,737,221	1.4	8	796	6.5	5	16,002	9
1402 腎不全	291,458,093	32.1	1	404	3.3	7	721,431	1
合計	907,184,847			5,733	47.1		158,239	

<生活習慣病疾病別 医療費割合>



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。
対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

※有病率…被保険者数に占める患者数の割合。

生活習慣病…厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)」には、生活習慣病の明確な定義が記載されていないため、「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第2版)」に記載された疾病中分類を生活習慣病の疾病項目としている。

医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

(3) 高血圧重症化予防に係る分析

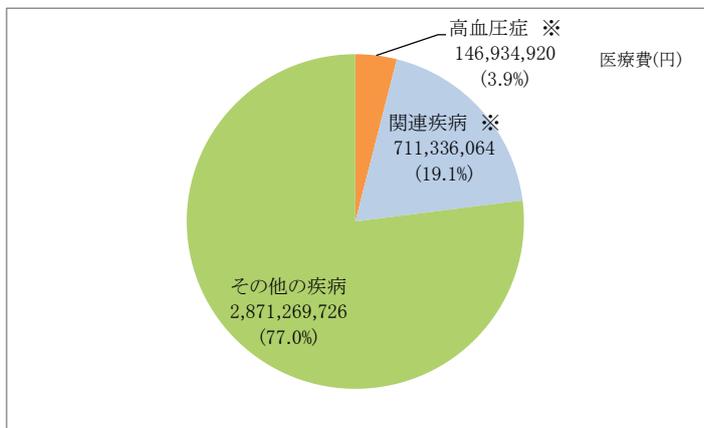
①高血圧症及び関連疾病の医療費等分析

高血圧症、及び高血圧により発症や重症化のリスクが高まる脳心血管病、腎疾患等の重篤な疾病(以下、「関連疾病」という)に係る医療費等の状況について分析を行いました。

<高血圧症及び関連疾病の医療費等の状況>

疾病項目	医療費(円)	構成比(%)	患者数(人)
高血圧症及び関連疾病	858,270,984	23.0	5,039
高血圧症 ※	146,934,920	3.9	3,673
関連疾病 ※	711,336,064	19.1	3,532
脳血管障害	125,384,889	3.4	910
心疾患	224,032,252	6.0	2,509
腎疾患	306,076,811	8.2	688
血管疾患	55,842,112	1.5	1,056
その他の疾病	2,871,269,726	77.0	10,036
合計	3,729,540,710		10,099

<医療費全体に占める高血圧症及び関連疾病の医療費割合>



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

※高血圧症…ICD10により、次の疾病を対象に集計。I10「本態性(原発性<一次性>)高血圧(症)」、I15「二次性<続発性>高血圧(症)」

※関連疾病…中分類または、ICD10により、以下の疾病を対象に集計。

脳血管障害…0904「くも膜下出血」、0905「脳内出血」、0906「脳梗塞」、0907「脳動脈硬化(症)」、0908「その他の脳血管疾患」

心疾患…0902「虚血性心疾患」、0903「その他の心疾患」、I11「高血圧性心疾患」、I13「高血圧性心腎疾患」

腎疾患…1401「糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患」、1402「腎不全」、I12「高血圧性腎疾患」

血管疾患…0909「動脈硬化(症)」、0912「その他の循環器系の疾患」(一部)

医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

②健康診査データによる高血圧該当状況分析

40歳以上の被保険者を対象として、特定健康診査受診者における高血圧該当状況及び降圧薬服薬状況について示します。特定健康診査受診者の33.6%に当たる965人が高血圧に該当し、そのうち445人に高血圧症の投薬レセプトがあり、特定健康診査受診者の66.4%に当たる1,910人が正常域血圧に該当し、そのうち571人に高血圧症の投薬レセプトがあります。

<健診及びレセプトによる高血圧該当状況>

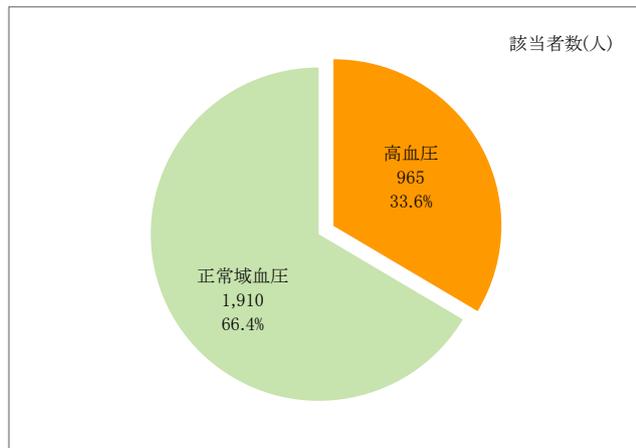
血圧値の分類	検査値範囲		該当者数 (人)	高血圧症 ※		
	収縮期血圧 (mmHg)	拡張期血圧 (mmHg)		投薬レセプト有	投薬レセプト無	高血圧症及び 関連疾病 ※ レセプト無
高血圧			965	445	138	382
Ⅲ度高血圧	180～	かつ/または 110～	38	21	3	14
Ⅱ度高血圧	160～179	かつ/または 100～109	160	79	25	56
Ⅰ度高血圧	140～159	かつ/または 90～99	767	345	110	312
正常域血圧			1,910	571	310	1,029
正常高値血圧	130～139	かつ/または 85～89	766	308	118	340
正常値血圧	120～129	かつ/または 80～84	653	189	106	358
至適血圧	～119	かつ ～79	491	74	86	331

コントロール不良者

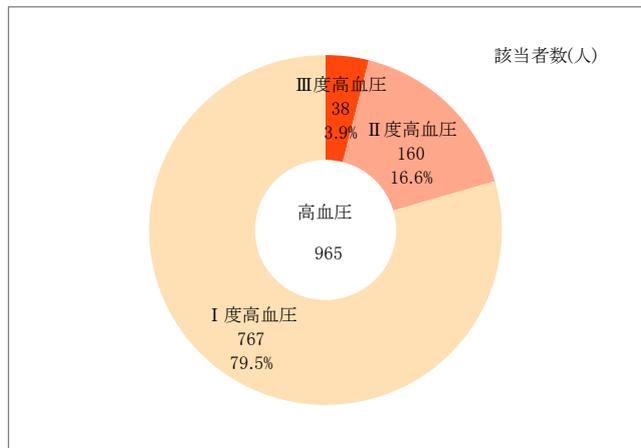
異常値放置者

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。
 対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。
 データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)。
 資格確認日…令和5年3月31日時点。
 ※高血圧症…ICD10により、次の疾病を対象に集計。I10「本態性(原発性<一次性>)高血圧(症)」、I15「二次性<続発性>高血圧(症)」
 ※関連疾病…中分類または、ICD10により、以下の疾病を対象に集計。
 脳血管障害…0904「くも膜下出血」、0905「脳内出血」、0906「脳梗塞」、0907「脳動脈硬化(症)」、0908「その他の脳血管疾患」
 心疾患…0902「虚血性心疾患」、0903「その他の心疾患」、I11「高血圧性心疾患」、I13「高血圧性心腎疾患」
 腎疾患…1401「糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患」、1402「腎不全」、I12「高血圧性腎疾患」
 血管疾患…0909「動脈硬化(症)」、0912「その他の循環器系の疾患」(一部)
 医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。
 参考資料:日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン2014」

<健診受診者に占める高血圧該当者の割合>



<高血圧該当者における血圧値分類別割合>



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)。
 資格確認日…令和5年3月31日時点。
 参考資料:日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン2014」

3. 特定健康診査に係る分析結果

(1) メタボリックシンドローム該当状況

令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を示したものです。基準該当は16.6%、予備群該当は10.2%です。

＜メタボリックシンドローム該当状況＞

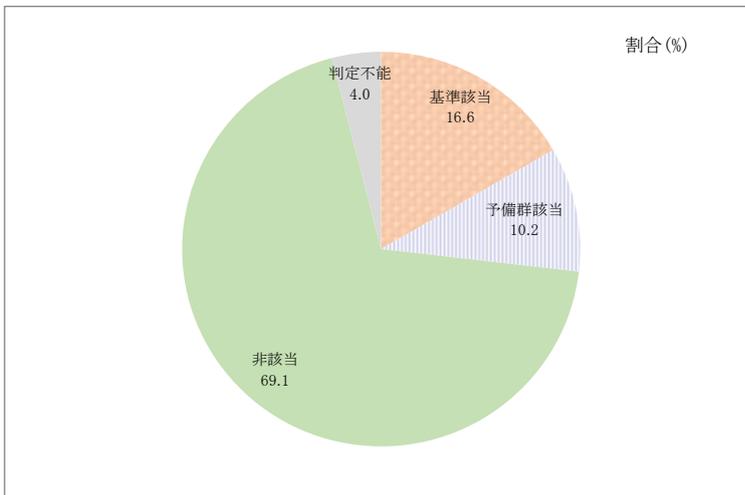
	健診受診者数	基準該当	予備群該当	非該当	判定不能
該当者数(人)	2,875	477	294	1,988	116
割合(%) ※	-	16.6	10.2	69.1	4.0

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

＜メタボリックシンドローム該当状況＞



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

※メタボリックシンドローム判定基準

腹囲	追加リスク (①血糖 ②脂質 ③血圧)	該当状況
≥85cm (男性)	2つ以上該当	メタボリックシンドローム基準該当者
≥90cm (女性)	1つ該当	メタボリックシンドローム予備群該当者

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖:空腹時血糖が110mg/dL以上

②脂質:中性脂肪150mg/dL以上 または HDLコレステロール40mg/dL未満

③血圧:収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している人も対象となる。

(2) 有所見者割合

以下は、令和2年度から令和4年度における、特定健康診査受診者の有所見者割合を年度別に示したものです。

<年度別 有所見者割合>

		令和2年度	令和3年度	令和4年度
BMI	対象者数(人) ※	2,768	2,990	2,875
	有所見者数(人) ※	667	717	657
	有所見者割合(%) ※	24.1	24.0	22.9
腹囲	対象者数(人)	2,767	2,990	2,875
	有所見者数(人)	821	916	894
	有所見者割合(%)	29.7	30.6	31.1
収縮期血圧	対象者数(人)	2,768	2,990	2,875
	有所見者数(人)	1,670	1,834	1,687
	有所見者割合(%)	60.3	61.3	58.7
拡張期血圧	対象者数(人)	2,768	2,990	2,875
	有所見者数(人)	545	621	575
	有所見者割合(%)	19.7	20.8	20.0
中性脂肪	対象者数(人)	2,768	2,990	2,875
	有所見者数(人)	645	684	620
	有所見者割合(%)	23.3	22.9	21.6
HDLコレステロール	対象者数(人)	2,768	2,990	2,875
	有所見者数(人)	109	126	121
	有所見者割合(%)	3.9	4.2	4.2
LDLコレステロール	対象者数(人)	2,768	2,980	2,872
	有所見者数(人)	1,591	1,622	1,468
	有所見者割合(%)	57.5	54.4	51.1
空腹時血糖 ※	対象者数(人)	348	249	2,287
	有所見者数(人)	151	98	642
	有所見者割合(%)	43.4	39.4	28.1
HbA1c	対象者数(人)	2,763	2,989	2,869
	有所見者数(人)	1,343	1,549	1,529
	有所見者割合(%)	48.6	51.8	53.3

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和2年4月～令和5年3月健診分(36か月分)。

資格確認日…各年度末時点。

※対象者数 …健診検査値が記録されている人数。

※有所見者数 …保健指導判定値を超えている人数。

※有所見者割合…健診検査値が記録されている人のうち、保健指導判定値を超えている人の割合。

保健指導判定値

BMI:25以上、腹囲:男性85cm以上、女性90cm以上、

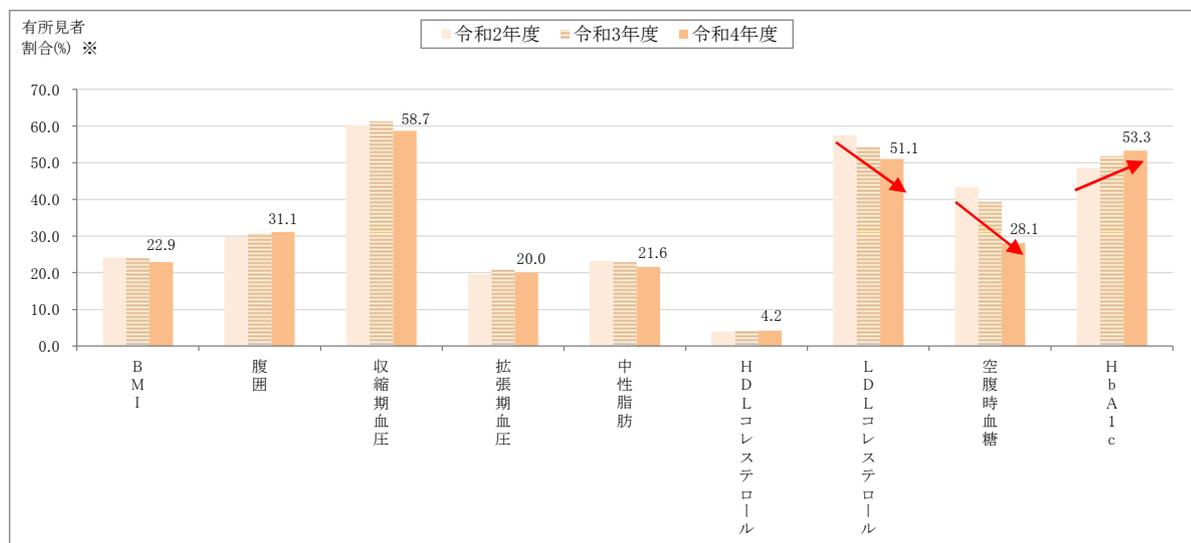
収縮期血圧:130mmHg以上、拡張期血圧:85mmHg以上、

中性脂肪:150mg/dL以上、HDLコレステロール:39mg/dL以下、LDLコレステロール:120mg/dL以上、

空腹時血糖値:100mg/dL以上、HbA1c:5.6%以上

※空腹時血糖…令和4年度より基本項目に追加。

<年度別 有所見者割合>



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和2年4月～令和5年3月健診分(36か月分)。

資格確認日…各年度末時点。

※有所見者割合…健診検査値が記録されている人のうち、保健指導判定値を超えている人の割合。

保健指導判定値

BMI:25以上、腹囲:男性85cm以上、女性90cm以上、

収縮期血圧:130mmHg以上、拡張期血圧:85mmHg以上、

中性脂肪:150mg/dL以上、HDLコレステロール:39mg/dL以下、LDLコレステロール:120mg/dL以上、

空腹時血糖値:100mg/dL以上、HbA1c:5.6%以上

(3) 質問別回答状況

以下は、令和2年度から令和4年度における、特定健康診査の喫煙・運動・口腔機能・食習慣・飲酒・生活習慣の改善に関する各質問において、対応の考慮が必要な選択肢を選択した人の割合を年度別に示したものです。

<年度別 対応の考慮が必要な選択肢の選択状況>

類型名	質問文	質問の選択肢				
			令和2年度	令和3年度	令和4年度	
喫煙	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。	「はい」	質問回答者数(人) ※	2,769	2,990	2,875
			選択者数(人) ※	339	376	361
			選択者割合(%) ※	12.2	12.6	12.6
運動	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週1日以上、1年以上実施していますか。	「いいえ」	質問回答者数(人)	2,767	2,988	2,868
			選択者数(人)	1,718	1,837	1,706
			選択者割合(%)	62.1	61.5	59.5
	日常生活において歩行又は、同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	「いいえ」	質問回答者数(人)	2,763	2,985	2,872
			選択者数(人)	1,480	1,606	1,506
			選択者割合(%)	53.6	53.8	52.4
口腔機能	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	「ほとんどかめない」	質問回答者数(人)	2,757	2,986	2,865
			選択者数(人)	11	18	16
			選択者割合(%)	0.4	0.6	0.6
食習慣	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	「はい」	質問回答者数(人)	2,765	2,985	2,870
			選択者数(人)	350	359	343
			選択者割合(%)	12.7	12.0	12.0
	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	「毎日」	質問回答者数(人)	2,761	2,983	2,865
			選択者数(人)	559	612	611
			選択者割合(%)	20.2	20.5	21.3
飲酒	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。	「毎日」	質問回答者数(人)	2,765	2,984	2,861
			選択者数(人)	650	708	694
			選択者割合(%)	23.5	23.7	24.3
生活習慣の改善	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	「改善するつもりはない」	質問回答者数(人)	2,765	2,982	2,867
			選択者数(人)	759	878	870
			選択者割合(%)	27.5	29.4	30.3

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和2年4月～令和5年3月健診分(36か月分)。

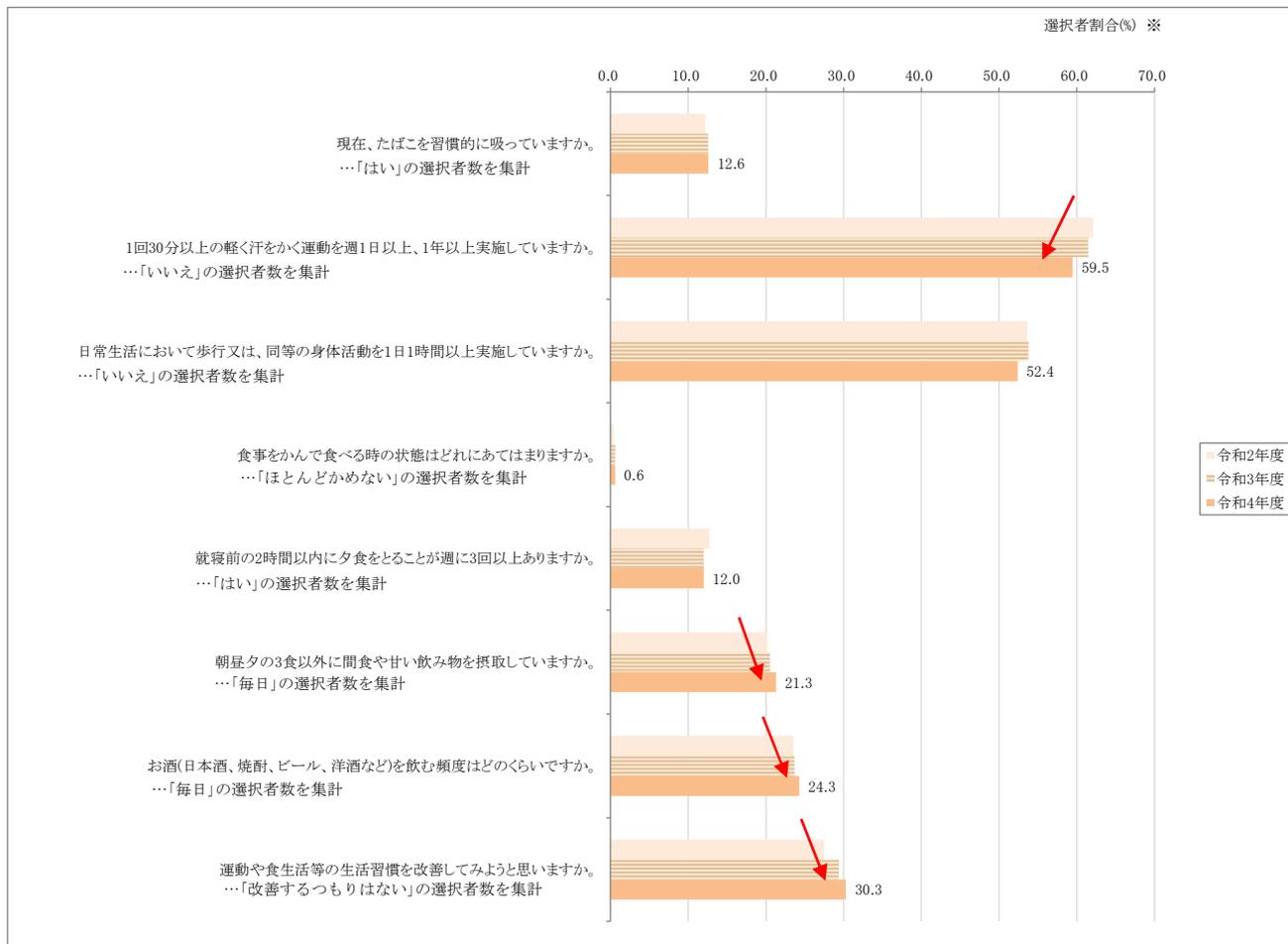
資格確認日…各年度末時点。

※質問回答者数…質問に回答した人数。

※選択者数…該当の選択肢を選択した人数。

※選択者割合…質問回答者のうち、該当の選択肢を選択した人の割合。

<年度別 対応の考慮が必要な選択肢の選択者割合>



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和2年4月～令和5年3月健診分(36か月分)。

資格確認日…各年度末時点。

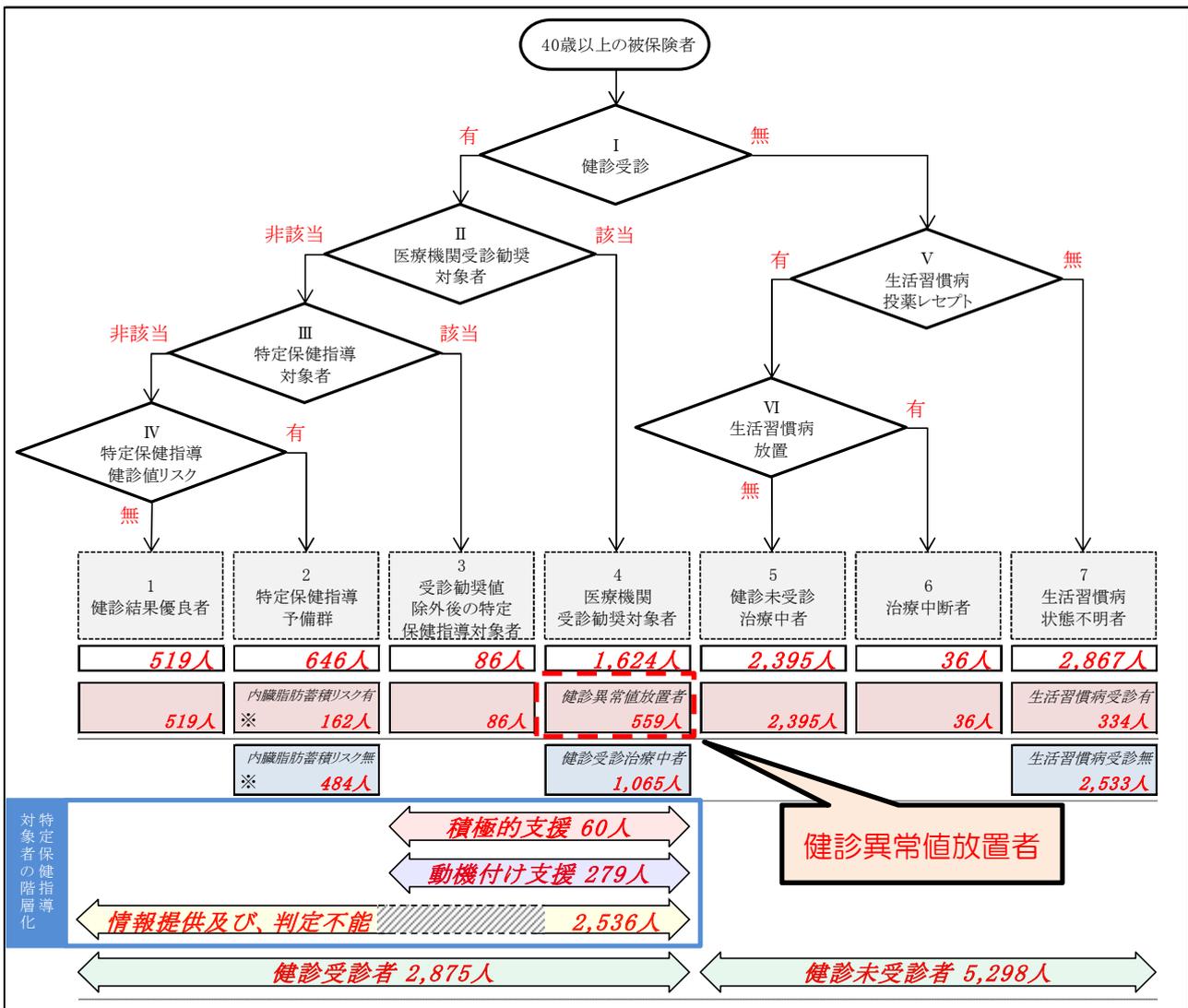
※選択者割合…質問回答者のうち、該当の選択肢を選択した人の割合。

4. 特定健康診査及びレセプトデータによる指導対象者群分析

特定健康診査データとレセプトデータを組み合わせた分析を行います。以下は、40歳以上の被保険者について、特定健康診査データの有無や異常値の有無、生活習慣病にかかわるレセプトの有無等を判定し、7つのグループに分類した結果を示したものです。

左端の「1. 健診結果優良者」から「6. 治療中断者」まで順に健康状態が悪くなっており、「7. 生活習慣病状態不明者」は特定健康診査データ・レセプトデータから生活習慣病状態が確認できないグループです。

<特定健康診査及びレセプトデータによる指導対象者群分析>



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。
 対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。
 データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)。
 資格確認日…令和5年3月31日時点。
 各フローの詳細については巻末資料「1. 指導対象者群分析」のグループ分けの見方を参照。
 ※内臓脂肪蓄積リスク…腹囲・BMIにより内臓脂肪蓄積リスクを判定し階層化。

5. 糖尿病性腎症重症化予防に係る分析

国は、健康日本21(第二次)において、糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少等を数値目標として掲げ、全国的な取組の強化を進めています。生活習慣を起因とした糖尿病性腎症患者に対し、生活習慣の改善を促し重症化を予防することで人工透析への移行を防止し、患者のQOLの維持及び医療費の適正化を図ることが本事業の目的です。

人工透析患者の実態

人工透析患者の分析結果を以下に示します。「透析」は傷病名ではないため、「透析」に当たる診療行為が行われている患者を特定し、集計しました。

分析の結果、起因が明らかとなった患者のうち、71.2%が生活習慣を起因とするものであり、67.1%がⅡ型糖尿病を起因として透析となる、糖尿病性腎症であることが分かりました。

<対象レセプト期間内で「透析」に関する診療行為が行われている患者数>

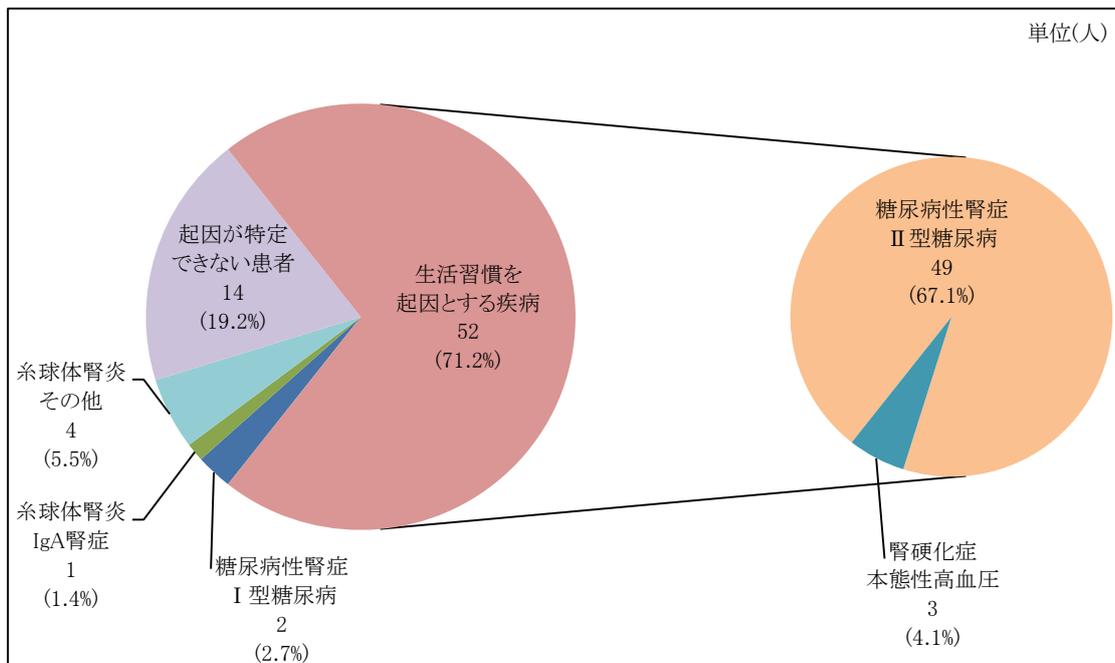
透析療法の種類	透析患者数 (人)
血液透析のみ	71
腹膜透析のみ	2
血液透析及び腹膜透析	0
透析患者合計	73

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

データ化範囲(分析対象)期間内に「血液透析」もしくは「腹膜透析」の診療行為がある患者を対象に集計。現時点で資格喪失している被保険者についても集計する。緊急透析と思われる患者は除く。

<透析患者の起因>



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

データ化範囲(分析対象)期間内に「血液透析」もしくは「腹膜透析」の診療行為がある患者を対象に集計。現時点で資格喪失している被保険者についても集計する。緊急透析と思われる患者は除く。

※割合…小数第2位で四捨五入しているため、合計が100%にならない場合がある。

6. 受診行動適正化指導対象者に係る分析

多受診(重複受診、頻回受診、重複服薬)は、不適切な受診行動も含まれているため、これらの患者を正しい受診行動に導く指導が必要となります。以下は、指導対象者数の分析結果を示したものです。

ひと月に同系の疾病を理由に複数の医療機関に受診している「重複受診者」や、ひと月に同一の医療機関に一定回数以上受診している「頻回受診者」、ひと月に同系の医薬品が複数の医療機関で処方され、処方日数が一定以上の「重複服薬者」について令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)のレセプトデータを用いて分析しました。

< 重複受診者数 >

	令和4年4月	令和4年5月	令和4年6月	令和4年7月	令和4年8月	令和4年9月	令和4年10月	令和4年11月	令和4年12月	令和5年1月	令和5年2月	令和5年3月
重複受診者数(人) ※	7	12	8	6	10	5	2	12	9	8	10	12
											12か月間の延べ人数(人)	101
											12か月間の実人数(人)	58

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

※重複受診者数…1か月間で同系の疾病を理由に3医療機関以上受診している患者を対象とする。透析中、治療行為を行っていないレセプトは対象外とする。

< 頻回受診者数 >

	令和4年4月	令和4年5月	令和4年6月	令和4年7月	令和4年8月	令和4年9月	令和4年10月	令和4年11月	令和4年12月	令和5年1月	令和5年2月	令和5年3月
頻回受診者数(人) ※	14	18	26	24	20	29	29	24	27	20	21	34
											12か月間の延べ人数(人)	286
											12か月間の実人数(人)	110

データ化範囲(分析対象)…入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※頻回受診者数…1か月間で同一医療機関に12回以上受診している患者を対象とする。透析患者は対象外とする。

< 重複服薬者数 >

	令和4年4月	令和4年5月	令和4年6月	令和4年7月	令和4年8月	令和4年9月	令和4年10月	令和4年11月	令和4年12月	令和5年1月	令和5年2月	令和5年3月
重複服薬者数(人) ※	44	33	31	27	30	27	26	34	30	33	29	35
											12か月間の延べ人数(人)	379
											12か月間の実人数(人)	212

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※重複服薬者数…1か月間で同系の医薬品が複数の医療機関で処方され、同系医薬品の日数合計が60日を超える患者を対象とする。

7. 要介護度別疾病有病状況

以下は、要介護度別の医療費上位5疾病を示したものです。

<要介護度別 医療費上位5疾病>

単位:円

要介護度	1位	2位	3位	4位	5位
非該当	1402 腎不全	0402 糖尿病	0210 その他の悪性新生物 <腫瘍>	0901 高血圧性疾患	0903 その他の心疾患
	232,364,220	173,255,952	172,708,112	141,594,322	140,812,272
要支援	0903 その他の心疾患	0204 肝及び肝内胆管の 悪性新生物<腫瘍>	1302 関節症	1011 その他の呼吸器系の疾患	0402 糖尿病
	3,054,223	2,973,592	2,449,659	1,075,269	935,011
要支援2	1402 腎不全	0905 脳内出血	0204 肝及び肝内胆管の 悪性新生物<腫瘍>	0205 気管, 気管支及び肺の 悪性新生物<腫瘍>	1011 その他の呼吸器系の疾患
	8,336,490	3,532,781	3,356,802	3,118,868	2,594,600
要介護	0503 統合失調症, 統合失調症型障害及び 妄想性障害	0205 気管, 気管支及び肺の 悪性新生物<腫瘍>	0210 その他の悪性新生物 <腫瘍>	0202 結腸の悪性新生物 <腫瘍>	0903 その他の心疾患
	8,215,596	6,560,697	3,662,431	2,749,308	2,709,282
	1402 腎不全	0210 その他の悪性新生物 <腫瘍>	1901 骨折	0906 脳梗塞	0202 結腸の悪性新生物<腫瘍>
	18,524,882	10,213,459	8,231,243	5,343,835	3,238,382
	0906 脳梗塞	1402 腎不全	0606 その他の神経系の疾患	0507 その他の精神及び 行動の障害	1800 症状, 徴候及び異常臨床 所見・異常検査所見で 他に分類されないもの
10,343,819	7,002,745	4,439,265	3,741,535	3,474,218	
要介護4	1402 腎不全	0606 その他の神経系の疾患	1113 その他の消化器系の疾患	0202 結腸の悪性新生物 <腫瘍>	1111 胆石症及び胆のう炎
7,972,486	3,300,217	2,729,135	2,462,592	2,203,058	
要介護5	0906 脳梗塞	1402 腎不全	2220 その他の特殊目的用 コード	1011 その他の呼吸器系の疾患	0606 その他の神経系の疾患
15,873,342	5,758,943	4,614,309	3,475,219	3,053,162	
全体	1402 腎不全	0210 その他の悪性新生物 <腫瘍>	0402 糖尿病	0903 その他の心疾患	0901 高血圧性疾患
	282,504,221	193,649,074	181,984,564	155,297,438	146,413,446

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。対象年齢は40歳以上。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

データ化範囲(分析対象)…介護データ。令和4年4月～令和5年3月分(12か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

診療年月時点の要介護度で集計している。全体は要介護度「不明」を集計に含む。

…生活習慣病の疾病に色付け

以下は、要介護度別の患者数上位5疾病を示したものです。

<要介護度別 患者数上位5疾病>

単位：人

要介護度		1位	2位	3位	4位	5位
非該当		0901 高血圧性疾患 3,536	0402 糖尿病 3,506	0403 脂質異常症 2,983	0703 屈折及び調節の障害 2,902	0704 その他の眼及び付属器の疾患 2,680
要支援	要支援1	0901 高血圧性疾患 30	1113 その他の消化器系の疾患 27	0402 糖尿病 25	0403 脂質異常症 24	0606 その他の神経系の疾患 22
	要支援2	1113 その他の消化器系の疾患 43	0901 高血圧性疾患 40	0402 糖尿病 35	0606 その他の神経系の疾患 29	0403 脂質異常症 26
要介護	要介護1	0402 糖尿病 29	1113 その他の消化器系の疾患 25	0901 高血圧性疾患 21	0903 その他の心疾患 21	0602 アルツハイマー病 20
	要介護2	1113 その他の消化器系の疾患 39	0901 高血圧性疾患 29	2220 その他の特殊目的用コード 28	0402 糖尿病 26	0606 その他の神経系の疾患 25
	要介護3	1113 その他の消化器系の疾患 41	0901 高血圧性疾患 30	0402 糖尿病 27	0606 その他の神経系の疾患 26	0903 その他の心疾患 26
	要介護4	1113 その他の消化器系の疾患 36	0901 高血圧性疾患 29	0606 その他の神経系の疾患 22	0906 脳梗塞 18	0402 糖尿病 17
	要介護5	1113 その他の消化器系の疾患 34	1800 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの 20	2220 その他の特殊目的用コード 20	0606 その他の神経系の疾患 17	0903 その他の心疾患 17
全体		0901 高血圧性疾患 3,649	0402 糖尿病 3,606	0403 脂質異常症 3,060	0703 屈折及び調節の障害 2,946	1113 その他の消化器系の疾患 2,731

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。対象年齢は40歳以上。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

データ化範囲(分析対象)…介護データ。令和4年4月～令和5年3月分(12か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

診療年月時点の要介護度で集計している。全体は要介護度「不明」を集計に含む。

…生活習慣病の疾病に色付け

第5章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容

1. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策

以下は、分析結果から明らかとなった健康課題と、健康課題に対して本計画で目指す姿(目的)、その目的を達成するための目標を示したものです。

項目	健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号	データヘルス計画全体における目的
A	生活習慣病 ・健康診査データより、生活習慣に関連した検査項目において、有所見者割合が高い項目がある。 ・医療費及び患者数上位において、生活習慣に関連する疾病が多くを占めている。一方で、生活習慣病の重症化リスクがあるにもかかわらず、適切な受診につながっていない健診異常値放置者、生活習慣病治療中断者が存在する。 ・透析患者のうち、生活習慣を起因とする糖尿病から透析に至った患者が最も多い。	1	①②③ ④⑤	生活習慣病の早期発見・早期治療による重症化予防 レセプトデータ、健康診査データ等から生活習慣病の重症化リスクを有する被保険者を特定し、適切な受療や生活習慣の改善等の行動変容を促すことで、重症化を予防する。
B	医療費、受診行動 ・受診行動の適正化が必要な、重複・頻回受診、重複服薬のいずれかに該当する被保険者が存在する。	2	⑥	医療費適正化と適正受診・適正服薬 服薬情報通知等により、医療費の適正化、医療資源の有効活用と薬物有害事象発生防止を図る。
C	介護、高齢者支援 ・介護要因疾病として、生活習慣病の基礎疾患、重症化疾患が多く挙げられている。	3	⑦	健康寿命延伸と高齢者支援の充実 医療・介護データの連携を進め、フレイル予防、介護予防を行う。地域で一体となって高齢者の医療・介護・暮らしを支援する体制づくりに努める。


 個別の保健事業については「2. 健康課題を解決するための個別の保健事業」に記載

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

評価指標	計画策定時 実績 令和4年度	目標値					
		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(%)	38.7 (法定報告)	38.8	38.9	39.0	39.1	39.2	39.3
特定保健指導実施率(%)	45.5 (法定報告)	45.6	45.7	45.8	45.9	46.0	46.1
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(%)	22.3 (R3)	23.0	23.0	23.0	23.0	23.0	23.0
HbA1c8.0%以上の人割合(%)	1.4	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
HbA1c6.5%以上の人うち、 糖尿病のレセプトがない人の 割合(%)	1.8	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
収縮期血圧維持・改善者割合(%)	80.4 (R3)	81.0	81.0	81.0	81.0	81.0	81.0
拡張期血圧維持・改善者割合(%)	64.3 (R3)	65.0	65.0	65.0	65.0	65.0	65.0
CKD重症度分類の変化(%)	100.0 (R3)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
重複投与者数 (対被保険者1万人)が前年度から 減少	87人	減少	減少	減少	減少	減少	減少
多剤投与者数 (対被保険者1万人)が前年度から 減少	19人	減少	減少	減少	減少	減少	減少
KDB等を活用したデータ提供等により 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

2. 健康課題を解決するための個別の保健事業

(1) 保健事業一覧

以下は、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、第3期データヘルス計画にて実施する事業一覧を示したものです。

事業番号	事業名称	事業概要	区分	重点・優先度
A-①	特定健康診査 受診勧奨事業	過年度における特定健康診査の受診情報等を分析し、セグメント分けした対象者群に効果的な受診勧奨を実施する。受診勧奨の方法は毎年度見直しを実施する。	継続	◎
A-②	特定保健指導 利用勧奨事業	特定健康診査の結果、特定保健指導対象者に、結果通知のタイミングで効果的な利用勧奨を実施する。利用勧奨の方法は毎年度見直しを実施する。	継続	◎
A-③	糖尿病性腎症 重症化予防事業	レセプトによる医療機関受診状況や特定健康診査の結果から、糖尿病性腎症の重症化への移行リスクが高い人を抽出し、保健師・看護師等専門職による保健指導を実施する。	継続	
A-④	高血圧の重症化予防	レセプトによる医療機関受診状況や特定健康診査の結果から、高血圧による医療機関未受診者を抽出し、受診勧奨を実施する。	新規	
A-⑤	腎機能低下の重症化予防	レセプトによる医療機関受診状況や特定健康診査の結果から、腎機能低下の重症化への移行リスクが高い人を抽出し、保健師等専門職による保健指導を実施する。	継続	
B-⑥	受診行動適正化事業	同じ効果のある薬剤を重複して長期で服用している人に対し、健康状態や服薬などの状況把握を実施する。また必要に応じて健康相談や適正受診指導を実施する。	継続	
C-⑦	高齢者の保健事業と 介護予防の一体的な実施	地域包括ケアの構築に向けた関係部局の横断的な議論の場に参画し、KDB等を活用したデータ提供等により地域の課題を分析・共有し、対応策を検討する。また、前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、国保部局として支援を実施する。	新規	

(2) A-①～⑤、B-⑥についての実施内容と評価方法

各事業における実施内容及び評価方法の詳細は以下のとおりです。

事業番号:A-① 特定健康診査受診勧奨事業【継続】

事業の目的	特定健康診査の受診率向上
対象者	特定健康診査対象者うち、特定健康診査を未受診の人
現在までの事業結果	未受診者への受診勧奨通知を、平成30年度より外部委託で実施。また令和元年度より国保連合会に外部委託した電話による勧奨と土岐医師会へ委託している情報提供事業を実施。令和元年度までは順調に受診率は伸長したが、新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、令和2年度に落ち込んでいる。その後も受診勧奨を継続し、受診率は緩やかに上昇している。

今後の目標

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
アウトカム(成果)指標	特定健康診査受診率(%)	38.7	38.8	38.9	39.0	39.1	39.2	39.3
アウトプット(実施量・率)指標	特定健康診査対象者に対する受診勧奨実施割合(%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> 個別通知(ハガキ)による受診勧奨 自庁印刷から平成30年度より外部委託へ変更。個別通知による受診勧奨は効果があるため、今後も継続して、対象者を階層化し、そのグループの特性を考慮した通知書を作成する等、効果的かつ効率的な受診勧奨を年に2回実施する。 電話による受診勧奨 職員による電話での勧奨から令和元年度より国保連合会に外部委託し、コールセンター活用へ変更したが、連絡先不明者が多いことや不審電話と混同されることが多くあり、令和4年度より電話による勧奨は中止する。 情報提供事業 令和元年度から開始し、提供率は横ばいである。引き続き、事業のわかりやすい案内通知を作成し、対象者への個別郵送を実施する。医師会と協議し、対象者の基準を検討する。 職場での健診結果の提供 職場において、健診を受診している人を対象とし、特定健康診査項目に相当する検査結果を本人より提出していただく。令和3年度よりインセンティブを支給。
--

実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> 主管部門は市民課とし、保健師・管理栄養士が担当している。 予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成を実施する。 国保ヘルスアップ事業の財政支援を有効活用し、個別通知による受診勧奨を民間事業者へ委託実施する。 土岐医師会への事業説明及び協力要請を行う。

事業番号:A-② 特定保健指導利用勧奨事業【継続】

事業の目的	特定保健指導の実施率向上
対象者	特定健康診査の結果、特定保健指導判定値に該当する人のうち、特定保健指導を利用していない人
現在までの事業結果	保健センターにて電話による利用勧奨を実施し、特定保健指導実施率は、令和元年度までは緩やかに伸長したが、新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、利用勧奨を実施しなかった令和2年度には落ち込んでいる。その後、利用勧奨を再開し実施率は回復したが、国が定める目標60%とは大きく乖離している。

今後の目標

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
アウトカム (成果)指標	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(%)	22.3	23.0	23.0	23.0	23.0	23.0	23.0
アウトプット (実施量・率)指標	①特定保健指導実施率(%)	①45.5	①45.6	①45.7	①45.8	①45.9	①46.0	①46.1
	②対象者への通知率(%)	②100.0	②100.0	②100.0	②100.0	②100.0	②100.0	②100.0

実施方法(プロセス)

- ・特定保健指導判定値の該当者に対して、結果説明・特定保健指導を実施する。
- ・対象者には、特定健康診査結果を事前に郵送はせず、日時を指定した特定保健指導の案内文書を送付する。また来庁されない方には、個別で電話勧奨し、来庁できる日時で指導の実施日を調整する。
- ・結果説明会を実施し、結果説明と併せて特定保健指導の面接を実施する。
- ・集団健診を実施するききょうの丘健診プラザでは、健診日当日に初回面接を実施する。
- ・途中脱落なく、最後まで継続して利用できるよう、効果的な利用勧奨方法や指導内容、使用する資料等の見直しを実施する。
- ・保健指導利用者にインセンティブを支給する。

実施体制(ストラクチャー)

- ・主管部門は保健センターとし、保健師と管理栄養士が担当している。
- ・保健センターは、事業計画書作成、案内文書作成・結果説明会開催、関係機関との連携調整等の事業実務を担当している。
- ・市民課は、予算編成を担当している。

事業番号:A-③ 糖尿病性腎症重症化予防事業【継続】

事業の目的	糖尿病及び糖尿病性腎症の重症化予防
対象者	<p><未受診者> 特定健康診査において、HbA1c6.5%以上で、質問票で糖尿病の服薬がなく、かつ直近1年に糖尿病のレセプトがない人</p> <p><治療中断者> 過去2年間の特定健康診査において、HbA1c7.0%以上で、今年度に健診未受診かつ直近1年間に糖尿病のレセプトがない人</p> <p><ハイリスク者> 糖尿病治療中であり、今年度健診において、次のいずれかに該当する人 尿蛋白+以上・eGFR45ml/min/1.73m²以下・高血圧のコントロール不良(140/90mmHg以上)</p>
現在までの事業結果	土岐医師会と連絡票を使用し、連携して実施。

今後の目標

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
			令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度
アウトカム (成果) 指標	①HbA1c8.0%以上の人の割合(%)	①1.4 (R3)	①1.0	①1.0	①1.0	①1.0	①1.0	①1.0
	②HbA1c6.5%以上の人のうち、糖尿病のレセプトがない人の割合(%)	②1.8 (R3)	②1.5	②1.5	②1.5	②1.5	②1.5	②1.5
アウトプット (実施量・率) 指標	受診勧奨実施率(%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

実施方法(プロセス)

- ・特定健康診査の結果に基づき対象者を抽出している。
- ・本人とかかりつけ医の同意が得られたら、保健師・管理栄養士が面接・訪問等保健指導を実施している。
- ・指導完了者に対して、保健センターの保健師が、特定健康診査データ・レセプトデータで検査値の推移、定期的な通院の有無を確認している。
- ・連絡票送付は1回。未受診者で数値が高い人には電話勧奨を実施。

実施体制(ストラクチャー)

- ・主管部門は保健センターとし、保健師と管理栄養士が担当している。
- ・保健センターは、事業計画書作成、案内文書作成、関係機関との連携調整等の事業実務を担当している。
- ・市民課は、予算編成を担当している。

事業番号:A-④ 高血圧の重症化予防事業【新規】

事業の目的	高血圧の重症化予防
対象者	特定健康診査結果で、Ⅱ度高血圧症で生活習慣病のレセプトがない人
現在までの事業結果	—

今後の目標

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
			令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度
アウトカム (成果) 指標	①収縮時血圧 維持・改善者割合(%)	①80.4 (R3)	①81.0	①81.0	①81.0	①81.0	①81.0	①81.0
	②拡張期血圧 維持・改善者割合(%)	②64.3 (R3)	②65.0	②65.0	②65.0	②65.0	②65.0	②65.0
アウトプット (実施量・率) 指標	医療機関受診率(%)	30.6 (R3)	50.0	50.0	50.0	50.0	50.0	50.0

実施方法(プロセス)

- ・特定健康診査の結果に基づき対象者を抽出する。
- ・特定健康診査の結果票に受診勧奨の手紙とリーフレットを同封して受診勧奨を実施、通知後にレセプトにて医療機関受診を確認する。
- ・未治療者で経年的に値が高い対象者については、電話にて受診勧奨を行う。
- ・保健師、管理栄養士による高血圧予防教室を実施。案内は特定健診受診者に結果通知書に同封し周知する。

実施体制(ストラクチャー)

- ・主管部門は保健センターとし、保健師と管理栄養士が担当している。
- ・保健センターは、事業計画書作成、案内文書作成、関係機関との連携調整等の事業実務を担当している。
- ・市民課は、予算編成を担当している。

事業番号:A-⑤ 腎機能低下の重症化予防事業【継続】

事業の目的	腎機能低下の重症化予防
対象者	特定健康診査結果で、血圧・血糖・脂質の内服をしていない情報提供者のうち、次のいずれかに該当する人 ・eGFR45mL/分/1.73m ² 未満 ・尿蛋白++以上 ・eGFR46ml/min/1.73m ² 以上60ml/min/1.73m ² 未満かつ尿蛋白+以上
現在までの事業結果	特定健康診査の受診後、尿蛋白、eGFRが基準値以上であるにもかかわらず医療機関受診が確認できない人に、通知及び電話による受診勧奨を実施。

今後の目標

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
アウトカム (成果)指標	CKD重症度分類の変化(%)	100.0 (R3)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
アウトプット (実施量・率)指標	医療機関受診率(%)	-	50.0	50.0	50.0	50.0	50.0	50.0

実施方法(プロセス)

- ・特定健康診査の結果に基づき対象者を抽出している。
- ・連絡票を作成し、特定健康診査の結果票に同封して受診勧奨を実施、通知後に連絡票、またはレセプトにて医療機関受診を確認する。
- ・連絡票にて、保健師指導必要と医師より通知があった人には、保健師・管理栄養士が面接・訪問等保健指導を実施している。
- ・指導完了者に対して、保健センターの保健師が、特定健康診査データ・レセプトデータで検査値の推移、定期的な通院の有無を確認している。
- ・連絡票送付は1回。未受診者で数値が高い人には電話勧奨を実施。

実施体制(ストラクチャー)

- ・主管部門は保健センターとし、保健師と管理栄養士が担当している。
- ・保健センターは、事業計画書作成、案内文書作成、関係機関との連携調整等の事業実務を担当している。
- ・市民課は、予算編成を担当している。

事業番号:B-⑥ 受診行動適正化事業【継続】

事業の目的	重複・頻回受診者、重複服薬者への適正受診の促進
対象者	<p><重複受診者等訪問指導> 2か月連続して同一月に同一疾患で複数の医療機関を受診している人(ただし、がん、精神の疾患がある場合は除く)</p> <p><医療費通知> 保険診療を受けた被保険者世帯</p>
現在までの事業結果	国保連合会が作成した重複多受診・重複服薬等におけるマニュアルをもとに、「土岐市国民健康保険重複受診者等訪問指導実施計画書」を作成し、事業に取り組んでいる。対象者が0人で経過していたが、令和4年度に1人対象となり、保健指導等により服薬状況の改善はみられている。また年に6回の医療費通知を実施し、医療費の適正化に関する啓発を実施している。

今後の目標

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
アウトカム(成果)指標	重複投与者数/多剤投与者数(対被保険者数1万人)が前年度から減少	・重複87人 ・多剤19人	減少	減少	減少	減少	減少	減少
アウトプット(実施量・率)指標	事業対象者に対する通知割合(%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

実施方法(プロセス)

<p><重複受診者等訪問指導></p> <ul style="list-style-type: none"> 毎月KDBシステムを使用し、レセプトデータを分析して対象者を抽出し、保健事業対象者として適切でない人を除外した対象者リストを作成する。 抽出した対象者について、レセプトから受診内容(診療、投薬、薬効等)を確認し、通知が必要と思われる人を選定し、啓発文書を送付、または保健師による訪問指導を実施する。 通知の内容は対象者の状況によって変更する。 通知や指導の結果を「通知記録票」に記録する。 土岐医師会、土岐市薬剤師会と共創体制を構築する。 <p><医療費通知></p> <ul style="list-style-type: none"> 2か月ごとに受診した医療機関名や費用額等を通知する。(年6回、奇数月に郵送) 通知書の作成は国保連合会に委託する。

実施体制(ストラクチャー)

- ・主管部門は市民課とし、保健師、管理栄養士が担当している。
- ・市民課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成を担当している。

第4期特定健康診査等実施計画

第6章 特定健康診査等実施計画

1. 目 標

国では、市町村国保において、計画期間の最終年度である令和11年度までに特定健康診査受診率を60.0%以上、特定保健指導実施率を60.0%以上にすることをしています。本市においても国の示す市町村国保の目標値(以下「国の目標値」という。)とあわせ、各年度の目標値を設定します。

ただし、本市のこれまでの実績等を鑑みると、国の目標値とは大きな乖離があり、目標の達成には被保険者の意識・行動変容が不可欠であることから、保険者の取組を通じて短期で国の目標値を達成することは非常に困難な状態です。

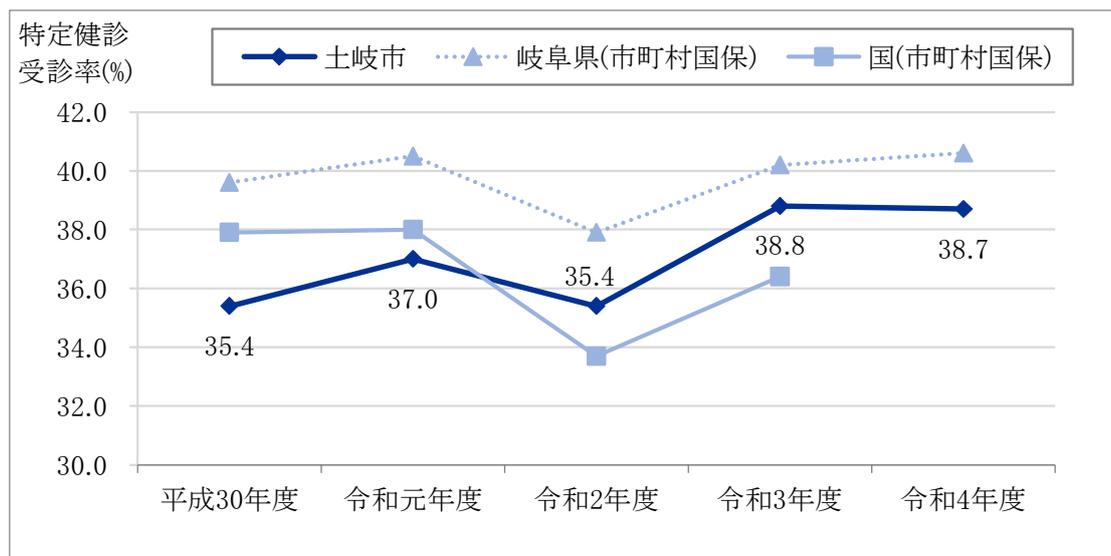
国の目標値との大きな乖離を解消していくため、医療機関等関係者との連携を強化し、保健事業に係る財源確保等の課題に着実に対応しつつ、保険者としての取組の充実を図ることが重要です。令和11年度の最終目標値は、予算等の制約条件の中で最大限に努力して近づけるための目標値と位置付けます。

こうした考え方を踏まえたうえで、次のとおり計画期間中の目標値を設定します。

<土岐市国民健康保険の目標値>

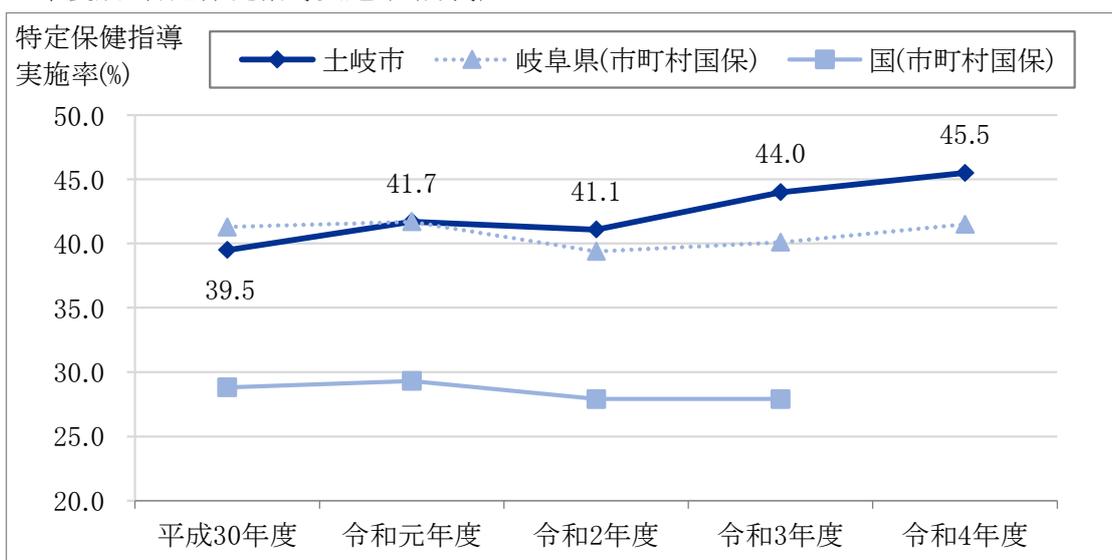
区 分	特定健康診査等実施計画(第4期)計画期間						
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和11年度 (国の目標値)
特定健康診査受診率(%)	38.8	38.9	39.0	39.1	39.2	39.3	60.0以上
特定保健指導実施率(%)	45.6	45.7	45.8	45.9	46.0	46.1	60.0以上

<年度別 特定健康診査受診率(再掲)>



出典:法定報告値

<年度別 特定保健指導実施率(再掲)>



出典:法定報告値

2. 対象者数推計

特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

以下は、令和6年度から令和11年度までの特定健康診査対象者数及び受診者数について、各年度の見込みを示したものです。

<特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み>

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査対象者数(人)	8,139	7,801	7,477	7,167	6,869	6,584
特定健康診査受診率(%) (土岐市の目標値)	38.8	38.9	39.0	39.1	39.2	39.3
特定健康診査受診者数(人)	3,158	3,035	2,917	2,803	2,693	2,588

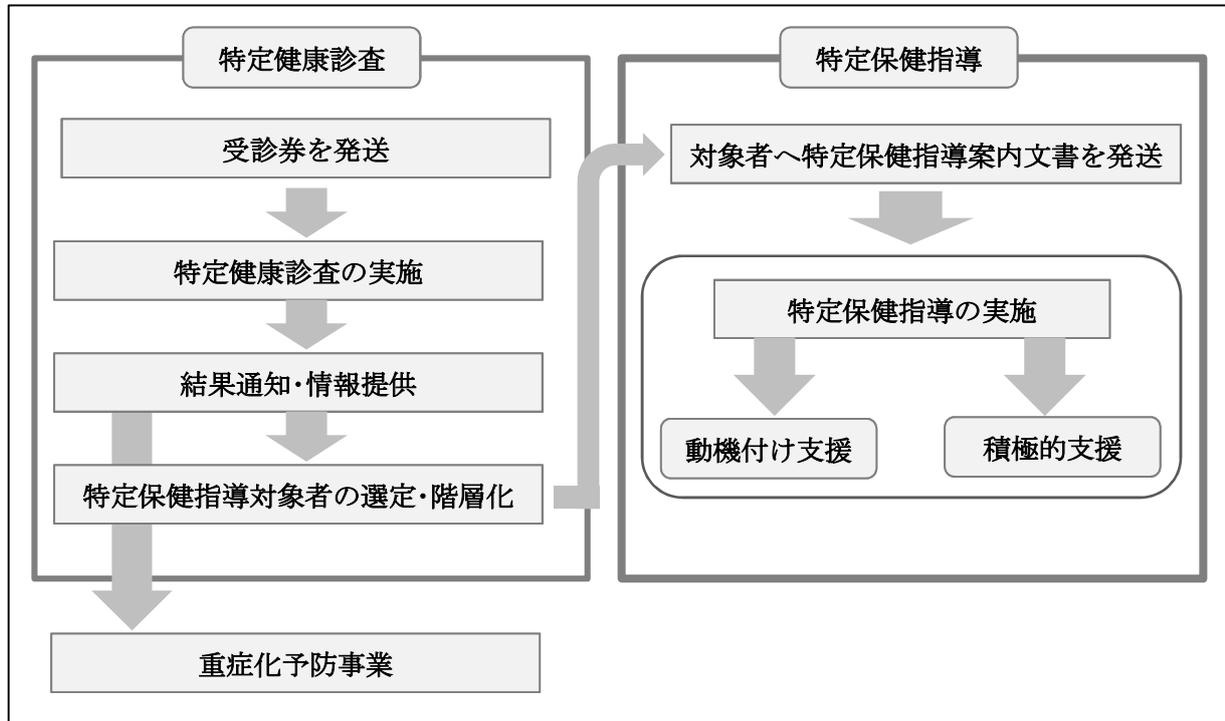
<年齢階層別 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み>

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査 対象者数(人)	40～64歳	3,093	2,964	2,841	2,723	2,610	2,502
	65～74歳	5,046	4,837	4,636	4,444	4,259	4,082
特定健康診査 受診者数(人)	40～64歳	1,168	1,123	1,079	1,037	996	957
	65～74歳	1,989	1,912	1,838	1,766	1,696	1,630

3. 実施方法

(1) 特定健康診査から特定保健指導への流れ

< 特定健康診査から特定保健指導への流れ >



(2) 特定健康診査

特定健康診査は、メタボリックシンドロームに着目し、その該当者や予備群を減少させるための特定保健指導対象者を的確に抽出し、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化予防を目的として実施します。

① 対象者

対象者は、特定健康診査実施年度中に40歳から74歳の国民健康保険被保険者とします。ただし、妊産婦、その他の厚生労働大臣が定める人(刑務所入所、海外在住、長期入院等)は、対象から除くものとします。

② 実施場所

個別健診…土岐・瑞浪市内の委託契約を結んだ医療機関
集団健診…ききょうの丘健診プラザ

③ 実施項目

国が定める対象者全員に実施する基本的な健診項目及び医師が必要と判断した場合に実施する「詳細な健診の項目」に基づき実施します。

<基本的な健診の項目>

項目	備考
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査(質問項目)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)
身長、体重及び腹囲の検査	腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準(BMIが20未満の人、もしくはBMIが22kg/m ² 未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した人)に基づき、医師が必要でないと認めるときは、省略可 腹囲の測定に代えて、内臓脂肪面積の測定でも可
BMIの測定	BMI=体重(kg)÷身長(m)の2乗
血圧の測定	
肝機能検査	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ(AST(GOT)) アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT(GPT)) ガンマグルトミルトランスフェラーゼ(γ-GT)
血中脂質検査	空腹時中性脂肪(血清トリグリセライド)の量、やむを得ない場合は随時中性脂肪の量 高比重リポ蛋白コレステロール(HDLコレステロール)の量 低比重リポ蛋白コレステロール(LDLコレステロール)の量 空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪が400mg/dL以上又は食後採血の場合、LDLコレステロールに代えて、Non-HDLコレステロールの測定でも可
血糖検査	ヘモグロビンA1c(HbA1c)・空腹時血糖又は随時血糖
尿検査	尿中の糖及び蛋白の有無
市独自項目※	備考
貧血検査	ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定
血清クレアチニン検査	eGFRによる腎機能の評価を含む

※市独自項目…各年度の国保財政の状況を踏まえたうえで、関係機関と協議・検討・調整して決定

<詳細な健診の項目>

項目	実施できる条件(判断基準)				
心電図検査(12誘導心電図)	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上の人又は問診等で不整脈が疑われる人				
眼底検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した人 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期140mmHg以上、又は拡張期90mmHg以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖値が126mg/dL以上、HbA1c(NGSP値)6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dL以上</td> </tr> </table> <p>ただし、当該年度の特定健診の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合、前年度の特定健診の結果等において、血糖検査の基準に該当する人を含む</p>	血圧	収縮期140mmHg以上、又は拡張期90mmHg以上	血糖	空腹時血糖値が126mg/dL以上、HbA1c(NGSP値)6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dL以上
血圧	収縮期140mmHg以上、又は拡張期90mmHg以上				
血糖	空腹時血糖値が126mg/dL以上、HbA1c(NGSP値)6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dL以上				

④ 実施時期

毎年度6～1月 個別健診…6～11月
 集団健診…12～翌年1月

⑤ 外部委託の方法

(ア) 外部委託の有無

個別健診…土岐医師会に委託

集団健診…ききょうの丘健診プラザ(旧(一財)岐阜県産業保健センター)に委託

(イ) 外部委託の契約形態

集合契約

(ウ) 外部委託者の選定にあたっての考え方

業務委託については、高齢者の医療の確保に関する法律第28条、同法の「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」に基づき、厚生労働省保険局が発行する「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第4版)」にて定める外部委託に関する基準を満たしていることとします。その他、必要な基準等については、別途定めるものとします。

⑥ 周知や案内の方法

(ア) 周知の方法

受診券送付時に特定健康診査の案内を同封し、受診勧奨を行うとともに、市の広報紙、ホームページ及び医療機関へのポスター掲示等を活用し、周知・啓発を図ります。

(イ) 受診案内の方法

5月に対象者に受診券及び案内を郵送し、6月から11月までの期間に個別健診の実施医療機関で受診します。

12月に市の広報紙、個別通知で未受診者を対象に集団健診の実施を周知し、当日会場で受診します。当該年度中に特定保健指導における初回面接が行えるまでの間に健診を終了します。

⑦ 自己負担額

受診者の自己負担額は、500円とします。(ただし、実施年度の40歳到達者は無料。)

(3) 特定保健指導

特定保健指導は、メタボリックシンドロームに着目し、その要因となっている生活習慣の改善に取組、生活習慣病を予防することを目的として実施します。

内容については、厚生労働省が発行する「標準的な健診・保健指導プログラム【令和6年度版】」を踏まえた特定保健指導プログラムを実施します。

① 対象者

国が定める特定保健指導対象者の選定基準に基づき、特定健康診査の結果を踏まえ、内臓脂肪の蓄積の程度とリスク要因(血糖、脂質、血压)の数、喫煙歴による階層化を行い、対象者を抽出します。ただし、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している人は、医療機関における継続的な医学的管理のもとでの指導が適当であるため、質問項目により服薬中と判断された人は、対象者から除くこととします。

<特定保健指導の対象者(階層化の判定基準)>

腹囲/BMI	追加リスク	喫煙歴(注)	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40歳-64歳	65歳-74歳
≥85cm (男性) ≥90cm (女性)	2つ以上該当	なし	積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外でBMI ≥25	3つ該当	なし	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	なし		

(注)喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味する。

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖:空腹時血糖が100mg/dL以上 または HbA1c(NGSP値)5.6%以上

(空腹時血糖及びHbA1c(NGSP値)の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。)

②脂質:空腹時中性脂肪150mg/dL以上(やむをえない場合は随時中性脂肪175mg/dL以上)または HDLコレステロール40mg/dL未満

③血圧:収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している人については、対象から除いている。

※65歳以上75歳未満の人については、動機付け支援のみを行っている。

② 実施場所

土岐市保健センター

ききょうの丘健診プラザ(集団健診の初回面接)

③ 実施項目

保健指導レベル(動機付け支援・積極的支援)に応じた内容の保健指導を実施します。

<保健指導の内容>

動機付け支援	支援内容	対象者本人が、自分の生活習慣の改善点・延ばすべき行動等に気付き、自ら目標を設定し行動に移すことができるように、対象者の個別性に応じた指導や情報提供等を行う。				
	支援形態	初回面接による支援のみの原則1回とする。 ○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援(ICT含む)、 または1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援(ICT含む)。				
	実績評価	○3か月以上経過後の評価 設定した行動目標が達成されているか並びに身体状況及び生活習慣に変化が見られたかどうかを評価する。面接または通信手段を利用して行う。				
積極的支援	支援内容	特定健康診査の結果から、対象者本人が身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を認識し、具体的に実践可能な行動目標を自らが設定できるように行動変容を促す。支援者は、対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえて目標達成のために必要な支援計画を立て、行動が継続できるように定期的・継続的に支援する。				
	支援形態	初回面接による支援を行い、その後、3か月以上の継続的な支援を行う。 ○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援(ICT含む)、 または1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援(ICT含む)。 ○3か月以上の継続的な支援 個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)のほか、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせで行う。				
	実績評価	○3か月以上経過後の評価 アウトカム評価(成果が出たことへの評価)を原則とし、プロセス評価(保健指導実施の介入量の評価)も併用して評価する。 アウトカム評価 <table border="1" data-bbox="379 1323 1385 1608"> <tr> <td>主要達成目標</td> <td>・腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少</td> </tr> <tr> <td>目標未達成の場合の行動変容評価指標</td> <td>・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)</td> </tr> </table> プロセス評価 <table border="1" data-bbox="379 1659 1385 1805"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・継続的支援の介入方法による評価(個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・健診後早期の保健指導実施を評価 </td> </tr> </table>	主要達成目標	・腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少	目標未達成の場合の行動変容評価指標	・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)
主要達成目標	・腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少					
目標未達成の場合の行動変容評価指標	・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)					
<ul style="list-style-type: none"> ・継続的支援の介入方法による評価(個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・健診後早期の保健指導実施を評価 						

④ 実施時期
通年実施

⑤ 外部委託の方法

(ア) 外部委託の有無

指定医療機関に委託

(イ) 外部委託の契約形態

業務委託

(ウ) 外部委託者の選定にあたっての考え方

業務委託については、高確法第28条、同法の「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」に基づき、厚生労働省保険局が発行する「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第4版)」で定める外部委託に関する基準を満たしていることとします。その他、必要な基準等については、別途定めるものとします。

⑥ 周知や案内の方法

特定健康診査を実施した医療機関から報告された特定健康診査結果に基づき、選定した動機付け支援対象者及び積極的支援対象者に対し、特定保健指導の案内文書を個別に送付し、利用勧奨及び制度の周知等を図ります。

⑦ 特定保健指導の自己負担

無料

⑧ 特定保健指導実施者の人材確保と資質向上

特定保健指導実施者が効果的な保健指導が実践できるよう、スキルアップの研修等の周知を行い、技術研鑽が図れるような支援を行います。

第7章 その他

1. 計画の評価及び見直し

(1) 個別の保健事業の評価・見直し

- ・ 個別の保健事業の評価は年度ごとに行い、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を活用して評価します。
- ・ 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ます。

(2) 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

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページによる周知をします。

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す。

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します。

3. 個人情報の取扱い

計画の策定に当たっては、活用するデータの種類や活用方法が多岐にわたり、健診結果やレセプトデータ情報を突合し加工する等による統計情報と、個別の個人情報とが存在しますが、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います。また、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面においても、その保有する個人情報の適切な取扱いが個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、確保されるよう措置を講じます。

なお、個人情報の取り扱いについては、以下のガイドラインを参照し、個人情報の保護に努め、事業の運営にあたります。

※「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン(行政機関等編)」(令和4年1月(令和4年9月一部改正)個人情報保護委員会)

4. 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

令和2年4月から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」が本格施行となり、被保険者一人一人の暮らしを地域全体で支える地域共生社会の体制の構築・実現を目指す、地域包括ケアシステムの充実・強化が推進されています。地域包括ケアとは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、介護が必要な状態になっても可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように支援する仕組み(システム)のことです。地域包括ケアシステムの充実に向けて、下記の取組を実施していきます。

①地域で被保険者を支える連携の促進

- ・医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援などについての議論の場に国保保険者として参加し、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

②課題を抱える被保険者層の分析と、地域で被保険者を支える事業の実施

- ・レセプトデータ、介護データ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、当該ターゲット層に対する支援や介護予防を目的とした健康教室等のプログラムの実施

③国民健康保険診療施設の施設・人材の活用

- ・医療提供における役割だけではなく、地域で必要とされている保健事業、訪問診療、介護サービス、生活支援等の一体的・総合的な提供の場として活用

庁内各部門及び地域における多様な専門機関、事業者、団体等の関係機関との連携により、関係者間で包括的に地域の実態把握・課題分析を共有し、地域が一体となって取組を推進します。

岐阜県共通様式

岐阜県共通様式

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	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者数は減少傾向にあるが、65～74歳は増加している。 医療費は、コロナの影響もあり、国保も後期もやや減少傾向～横ばいに変化していたが、後期は増加傾向に変化してきている。 国保の生活習慣病の医療費は60%、患者数は54%で県平均よりも高いため、特定健診受診を促し、自身の健康意識の向上や生活習慣病の予防を目指し、医療費の適正化を図る必要がある。 事業評価の結果、受診勧奨事業において、はがきによる個別勧奨では未受診者のうち、3割がその後の受診に繋がっているため、今後も継続して実施していきたい。 	1	1・2
B	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病費用割合は医療費の6割を占めている。 特定健診受診者のうち、メタボリックシンドローム該当者・予備軍の割合は約50%になるため、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をすすめていく必要がある。 事業評価の結果、令和3年度特定保健指導対象者のうち、52%の利用につながっており、次年度継続受診率は72%となっていることから、効果をあげていると考える。さらに利用率をあげるため、事業内容を精査し個別の勧奨等も検討していく。 	2	1・2
C	<ul style="list-style-type: none"> 疾病別医療費分析によると、国保・後期ともに入院では心疾患の次に脳梗塞が多く、外来では腎不全について糖尿病が多くなっている。1件あたりの医療費が高く、介護につながりやすい人工透析への移行への期間を延ばすとともに、糖尿病の重症化予防を図る必要がある。 事業評価の結果、健診データの維持改善が50%以上であり、効果がみられている。また、医師会を踏まえた医療機関との連携もスムーズであり、引き続き連絡票を利用し実施していく。 	3	3
D	<ul style="list-style-type: none"> 年齢階層別医療の受診率は、年齢とともに高くなっており、国保では入院において、後期では入院・外来とも循環器系の疾患が高い。 国保・後期とも外来医療費に占める腎不全の割合が高いことなどから、糖尿病重症化予防とともに、高血圧症の重症化予防を実施していく必要がある。 受診勧奨の通知だけでは、受診に繋がるのが難しいため、連絡票を使用、医療機関との連携を図っていく。 	4	4
E	<ul style="list-style-type: none"> 国保・後期ともに外来医療費に占める腎不全の割合と1件あたりの医療費が高く、介護につながりやすい人工透析への移行期間を延ばしつつ、糖尿病・高血圧症の重症化予防とともに、腎機能低下の取組も実施する必要がある。 事業評価の結果、CKD重症度分類の変化は維持改善が100%であり、効果は大きい。受診勧奨の通知だけでは、受診に繋がるのが難しいため、連絡票を使用、医療機関との連携を図っていく。 	5	5
F	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	6	6
G	<ul style="list-style-type: none"> 土岐市は高齢化率が32%(令和2年)で、労働人口(15～64歳)が6.25%減少(平成27年との比較)し、65歳以上の単独世帯は10.8%増加していることから(R3.12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。 	7	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 策定時 実績	⑨目標値					
			R4	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)	38.7%	38.8	38.9	39.0	39.1	39.2	39.3
		特定保健指導実施率(法定報告)	45.5%	45.6	45.7	45.8	45.9	46.0	46.1
		特定保健指導による特定保健指導対象者の 減少率	22.3% (R3)	23.0	23.0	23.0	23.0	23.0	23.0
C	糖尿病等 の重症化予防	HbA1c8.0%以上の者の割合	1.4%	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
		HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセ プトがない者の割合	1.8%	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
D	高血圧 の重症化予防	収縮期血圧維持・改善者割合	80.4% (R3)	81.0	81.0	81.0	81.0	81.0	81.0
		拡張期血圧維持・改善者割合	64.3% (R3)	65.0	65.0	65.0	65.0	65.0	65.0
E	腎機能低下 の重症化予防	CKD重症度分類の変化	100% (R3)	100	100	100	100	100	100
F	重複多剤服用者 の減少	重複投与者数(対被保険者1万人)が前年度 から減少	87人	減少	減少	減少	減少	減少	減少
		多剤投与者数(対被保険者1万人)が前年度 から減少	19人	減少	減少	減少	減少	減少	減少
G	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	1
2	特定保健指導	2
3	糖尿病等重症化予防事業	3
4	高血圧の重症化予防事業	4
5	腎機能低下の重症化予防	5
6	適正受診・適正服薬	6
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	7

特定健診診査受診勧奨事業

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)												
目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値								
			R4	R6	R7	R8		R9	R10	R11		
						数値	評価			数値	評価	
特定健診の未受診者に受診を促し、生活習慣病の早期発見と予防を実施する	アウトカム指標(成果)	特定健診実施率(%)(法定報告)	38.7	38.8	38.9	39.0			39.1	39.2	39.3	
	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(%)	29.3	30.0	30.0	30.0			30.0	30.0	30.0	
		②電話勧奨架電割合	/	/	/	/			/	/	/	
		③情報提供票の回収率(%)	10.2	46.0	46.0	46.0			46.0	46.0	46.0	

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特定健診受診勧奨ハガキ送付 特定健康診査対象者のうち、個別健診を受診していない人 ※ただし、国保人間ドック受診者及び申込者は除く ②電話勧奨 特定健診対象者のうち、個別健診を受診していない人 ※ただし、国保人間ドック受診者及び申込者は除く ③情報提供事業 特定健診対象者のうち、個別健診を受診していない人 ※ただし、国保人間ドック受診者及び申込者は除く			
時期	①特定健診受診勧奨ハガキ送付 年2回実施 ②電話勧奨:10月(受診勧奨ハガキ送付後) 令和4年度からは実施なし ③情報提供事業:11月～翌年2月			
方法	①特定健診受診勧奨ハガキ送付 未受診者に受診勧奨ハガキを送付 ②コールセンター 実施月に個別健診の受診が確認できない対象者へ電話による受診勧奨を実施 ③情報提供事業 土岐医師会に委託し、特定健診の受診に代え特定診査検査項目に相当する検査結果を本人同意のうえで医療機関から提供			
実施回数・量	①特定健診受診勧奨ハガキ送付 2回送付(1回は個別健診勧奨、2回目は集団健診勧奨) ②電話勧奨 固定電話への架電に対し、不審に思われる人も多く、令和4年度からは実施なし ③情報提供事業:年1回送付			
連携体制・予算・人員	①特定健診受診勧奨ハガキ送付 業者へ委託し、過去の受診の有無、レセプトの状況より、勧奨ハガキを作成 ②電話勧奨 固定電話への架電に対し、不審に思われる人も多く、令和4年度からは実施なし ③情報提供事業:土岐医師会に委託			
事業していて気づいたこと	未受診者のうち、29.3%は受診につながったため、勧奨通知の効果はあった。受診券を送付後、受診を忘れていた人は必ずいるため、勧奨は継続して実施していく。より多くの受診に繋がる勧奨を実施したい。			

特定保健指導利用勧奨事業

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）											
目的	指標	評価指標	計画策定時 実績	目標値							
			R4	R6	R7	R8		R9	R10	R11	
						数値	評価			数値	評価
特定保健指導の未受者に特定保健指導の受診を促し、特定保健指導率の向上を図る	アウトプット 指標 (実施量・率)	特定保健指導 利用率(%)	52.2	53.0	53.0	53.0		53.0	53.0	53.0	
		次年度 継続受診率(%)	72.1	72.6	72.6	72.6		72.6	72.6	72.6	

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(国保人間ドック含む)の結果、メタボリック シンドロームの該当者又は予備群と判定された人で、 特定保健指導を利用しない人			
時期	随時			
方法	対象者へ保健指導利用案内を個別郵送 利用がない人へ保健師が電話による利用勧奨を実施			
実施回数・量	通知1回 電話1回			
連携体制・ 予算・人員	保健センター保健師が実施			
事業していて 気づいたこと	利用勧奨の対象となる人の多くは、保健指導に対して拒否感 が強く、電話で話すことすら聞いてもらえない対象者もいる。 保健指導に対する拒否感が少なくなるような働きかけが必要 である。			

特定保健指導

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）											
目的	指標	評価指標	計画策定時 実績	目標値							
			R4	R6	R7	R8		R9	R10	R11	
						数値	評価			数値	評価
メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の者に対し、対象者が自分の健康状態を把握し、生活習慣改善のための自主的な取組を継続的に行えるよう支援する	アウトカム 指標（成果）	保健指導レベルの改善割合（%）	41.2	42.0	42.0	42.0		42.0	42.0	42.0	
		利用者の腹囲2cm、体重2kg減量した者の割合（%）	22.3	23.0	23.0	23.0		23.0	23.0	23.0	
	アウトプット 指標 （実施量・率）	特定保健指導利用率（%）	52.2	53.0	53.0	53.0		53.0	53.0	53.0	
		次年度継続受診率（%）	72.1	72.6	72.6	72.6		72.6	72.6	72.6	

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(国保人間ドック含む)の結果、メタボリックシンドロームの該当者又は予備群と判定された人			
時期	通年			
方法	個別面接又は訪問などによる保健指導 集団健診(ききょうの丘健診プラザ)では、初回面接を実施			
実施回数・量	<ul style="list-style-type: none"> ・動機付け 初回面接・3か月後の確認 ・積極的 初回面接後、対象者に合わせ3か月以上の継続支援、3～6か月後に評価 			
連携体制・ 予算・人員	保健センター保健師が実施 集団健診(ききょうの丘健診プラザ)では、初回面接を実施 (8,800円/件で契約)			
事業していて 気づいたこと				

糖尿病重症化予防事業 医療機関受診勧奨事業(未受診者)

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)											
目的	指標	評価指標	計画策定時 実績	目標値							
			R4	R6	R7	R8		R9	R10	R11	
						数値	評価			数値	評価
糖尿病及び糖尿病性腎症の重症化予防	アウトカム 指標(成果)	HbA1c維持・改善者割合(%)	76.0	76.5	76.5	76.5		76.5	76.5	76.5	
	アウトプット 指標 (実施量・率)	医療機関受診勧奨率(%)	100	100	100	100		100	100	100	
		医療機関受診率(%)	58.1	59.0	59.0	59.0		59.0	59.0	59.0	
		次年度健診受診率(%)	57.9	58.0	58.0	58.0		58.0	58.0	58.0	

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 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	特定健診においてHbA1c6.5%以上で、質問表で糖尿病の服薬がなく、かつ直近1年に糖尿病のレセプトがない人			
時期	特定健康診査結果送付後～			
方法	かかりつけ医からの依頼により、対象者に面接、訪問等保健指導を行い、指導後に特定健康診査データ、レセプトデータで検査値の推移、定期的な通院の有無を確認する			
実施回数・量	連絡票送付は1回。未受診者で数値が高い者には電話勧奨			
連携体制・ 予算・人員	土岐医師会と連絡票を使用して連携			
事業していて 気づいたこと				

糖尿病重症化予防事業 医療機関受診勧奨事業(中断者)

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)											
目的	指標	評価指標	計画策定時 実績	目標値							
			R4	R6	R7	R8		R9	R10	R11	
						数値	評価			数値	評価
糖尿病及び糖尿病性腎症の重症化予防	アウトカム指標(成果)	HbA1c維持・改善者割合(%)	76.0	76.5	76.5	76.5		76.5	76.5	76.5	
	アウトプット指標(実施量・率)	医療機関受診勧奨率(%)	100	100	100	100		100	100	100	
		医療機関受診率(%)	25.0	26.0	26.0	26.0		26.0	26.0	26.0	
		次年度健診受診率(%)	50.0	51.0	51.0	51.0		51.0	51.0	51.0	

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 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	過去2年の特定健診結果において、HbA1c7.0%以上で、今年度に健診未受診かつ直近1年間に糖尿病のレセプトが確認できない人			
時期	特定健康診査結果送付後～			
方法	かかりつけ医からの依頼により、対象者に面接、訪問等保健指導を行い、指導後に特定健康診査データ、レセプトデータで検査値の推移、定期的な通院の有無を確認する			
実施回数・量	連絡票送付は1回。未受診者で数値が高い者には電話勧奨			
連携体制・ 予算・人員	土岐医師会と連絡票を使用して連携			
事業していて 気づいたこと				

糖尿病重症化予防事業 保健指導

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）											
目的	指標	評価指標	計画策定時 実績	目標値							
			R4	R6	R7	R8		R9	R10	R11	
						数値	評価			数値	評価
糖尿病及び糖尿病性腎症の重症化予防	アウトカム 指標（成果）	HbA1c維持・改善者 割合（%）	50.0	51.0	51.0	51.0		51.0	51.0	51.0	
		eGFR値の維持・改善者 割合（%）	57.1	58.0	58.0	58.0		58.0	58.0	58.0	
	アウトプット 指標 （実施量・率）	次年度の 健診受診率（%）	70.0	71.0	71.0	71.0		71.0	71.0	71.0	
		保健指導実施率（%）	100	100	100	100		100	100	100	

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	糖尿病治療中であり、今年度健診において以下のいずれかに該当する人 ・尿蛋白+以上 ・eGFR45ml/min/1.73m ² ・高血圧のコントロール不良（140/90mmHg以上）			
時期	特定健康診査結果送付後～			
方法	かかりつけ医からの依頼により、対象者に面接、訪問等保健指導を行い、指導後に特定健康診査データ、レセプトデータで検査値の推移、定期的な通院の有無を確認する			
実施回数・量	連絡票送付は1回。未受診者で数値が高い者には電話勧奨			
連携体制・ 予算・人員	保健センター保健師が実施。			
事業していて 気づいたこと				

高血圧の重症化予防事業 高血圧医療機関受診勧奨事業

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)											
目的	指標	評価指標	計画策定時 実績	目標値							
			R4	R6	R7	R8		R9	R10	R11	
						数値	評価			数値	評価
CKDの重症化予防	アウトカム 指標(成果)	収縮期血圧 維持・改善者割合(%)	80.4	85.0	85.0	85.0		85.0	85.0	85.0	
		拡張期血圧 維持・改善者割合(%)	64.3	70.0	70.0	70.0		70.0	70.0	70.0	
	アウトプット 指標 (実施量・率)	医療機関 受診勧奨率(%)	100	100	100	100		100	100	100	
		医療機関受診率(%)	30.6	31.0	31.0	31.0		31.0	31.0	31.0	
		次年度 健診受診率(%)	75.7	76.0	76.0	76.0		76.0	76.0	76.0	

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 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	特定健康診査結果で、Ⅱ度高血圧症で生活習慣病のレセプトがない人			
時期	特定健康診査結果送付後～			
方法	連絡票を作成し、特定健康診査の結果票に同封して受診勧奨を行い、通知後に連絡票、またはレセプトにて医療機関を受診確認。連絡票にて保健師指導必要と医師より通知があった方へは、保健師、管理栄養士にて保健指導を実施			
実施回数・量	連絡票送付は1回			
連携体制・ 予算・人員	土岐医師会と連絡票を使用して連携			
事業していて 気づいたこと	受診勧奨の手紙だけでは、受診に繋がりにくいが、令和5年度より連絡票を使用することとしたため、受診に繋がる件数が増加することを期待する			

腎機能低下の重症化予防事業 腎機能低下医療機関受診勧奨事業

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）											
目的	指標	評価指標	計画策定時 実績	目標値							
			R4	R6	R7	R8		R9	R10	R11	
						数値	評価			数値	評価
CKD重症化予防	アウトカム 指標（成果）	収縮期血圧 維持・改善者割合（%）	55.6	56.0	56.0	56.0		56.0	56.0	56.0	
		拡張期血圧 維持・改善者割合（%）	44.4	45.0	45.0	45.0		45.0	45.0	45.0	
		CKD重症度 分類の変化（%）	100	100	100	100		100	100	100	
	アウトプット 指標 （実施量・率）	医療機関 受診勧奨率（%）	100	100	100	100		100	100	100	
		次年度 健診受診率（%）	75.0	75.0	75.0	75.0		75.0	75.0	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 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	特定健康診査結果で、血圧・血糖・脂質の内服をしていない 情報提供者のうち、下記のいずれかに該当する人 ・40～69歳 eGFR50ml/min/1.73m ² 未満 ・70歳～ eGFR40ml/min/1.73m ² 未満 ・尿蛋白 ++以上			
時期	特定健康診査結果送付後～			
方法	連絡票を作成し、特定健康診査の結果票に同封して受診勧奨 を行い、通知後に連絡票、またはレセプトにて医療機関を 受診確認。連絡票にて保健師指導必要と医師より通知が あった方へは、保健師、管理栄養士にて保健指導を実施			
実施回数・量	連絡票送付は1回。未受診者で数値が高い者には電話勧奨			
連携体制・ 予算・人員	土岐医師会と連絡票を使用して連携			
事業していて 気づいたこと	受診勧奨の手紙だけでは、受診に繋がりにくいが、 令和5年度より連絡票を使用することとしたため、 受診に繋がる件数が増加することを期待する			

適正受診・適正服薬 重複投与者に対する取組

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）											
目的	指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値							
			R4	R6	R7	R8		R9	R10	R11	
						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）	重複投与者数 （対被保険者1万人）	87人	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 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	2か月連続して同一月に同一疾患での受診医療機関が3か所以上の者、その他、医療機関等への受診歴の状況により、適正受診・適正服薬等の指導を行う必要があると思われる人			
時期	毎月実施			
方法	①通知又は個別訪問指導 取組実施後に対象者の処方状況をレセプト等で確認 実施前後で評価を行う ②本人や支援者に服薬状況や副作用の改善状況を確認			
実施回数・量	対象者を月に1回抽出し、対象者には随時支援を実施			
連携体制・ 予算・人員	土岐医師会又は土岐市薬剤師会との連携			
事業していて 気づいたこと				

適正受診・適正服薬 多剤投与者に対する取組

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)											
目的	指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値							
			R4	R6	R7	R8		R9	R10	R11	
						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)	多剤投与者数 (对被保険者1万人)	19人	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 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	2か月連続して同一薬剤に関する処方日数、処方薬剤数 (同一个月内)20錠以上、その他、医療機関等への受診歴の状況 により、適正受診・適正服薬等の指導を行う必要があると思 われる人			
時期	毎月実施			
方法	①通知又は個別訪問指導 取組実施後に対象者の処方状況をレセプト等で確認 実施前後で評価を行う ②本人や支援者に服薬状況や副作用の改善状況を確認			
実施回数・量	対象者を月に1回抽出し、対象者には随時支援を実施			
連携体制・ 予算・人員	土岐医師会又は土岐市薬剤師会との連携			
事業していて 気づいたこと				

適正受診・適正服薬 薬剤の適正使用の推進に対する取組

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）											
目的	指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値							
			R4	R6	R7	R8		R9	R10	R11	
						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				
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	国民健康保険の被保険者世帯			
時期	本算定通知時（8月） 新規国保加入者には随時			
方法	ガイドブックを本算定通知（8月）に同封し、 新規国保加入者には窓口で配布			
実施回数・量	本算定通知は8月に1回 新規国保加入時に1回			
連携体制・ 予算・人員				
事業していて 気づいたこと				

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組【2-1】

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）											
目的	指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値							
			R4	R6	R7	R8		R9	R10	R11	
						数値	評価			数値	評価
土岐市は高齢化率が32.0%(令和2年)で、労働人口(15~64歳)が6.25%減少(平成27年との比較)し、65歳以上の単独世帯は10.8%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。	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	実施	実施	実施		実施	実施	実施	
	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	実施	実施	実施	実施		実施	実施	実施	
		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	実施	実施	実施		実施	実施	実施	
		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	実施	実施	実施		実施	実施	実施	

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組【2-2】

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	① 地域支援事業に国保部局として参画	要介護認定率は岐阜県や国の平均値と比較し低い値だが、1件あたりの介護給付費は高く、また要介護者の有病状況は、糖尿病や認知症において高い値となっている。健診受診結果により、重症化予防の取組を実施するためにも、健診受診率の向上を引き続き図っていく必要があり、地域ケア推進会議で報告を行う。課題への対応策については、継続的な分析と地域ケア推進委員との連携を図りながら検討を行っていく。			
時期					
方法					
実施回数・量					
対象者	② ハイリスクアプローチ	生活習慣病の医療費分析より、糖尿病、人工透析に係る医療費の割合は、近隣市と比較しても高い状況であり、KDBより抽出した健診・医療・介護情報をもとにを突合したデータを衛生(保健センター)に提供している。抽出基準は「特定健診の結果にて血圧130/85mmHg以上の未治療者」としている。			
時期					
方法					
実施回数・量					
対象者	③ 医療・介護関係機関の連携による地域包括ケアの推進に向けた取組	地域ケア推進委員であり、国保運協委員でもある市内医療機関の医師に土岐市の現状について情報提供し理解をしてもらうことで連携を図っている。特に糖尿病腎性重症化予防について連絡体制を構築している。			
時期					
方法					
実施回数・量					
連携体制・予算・人員					
事業している気づいたこと					

地域包括ケア・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
 高齢者の健康づくりと介護予防の一体的実施に対する取組【2-1】

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）											
目的	指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値							
			R4	R6	R7	R8		R9	R10	R11	
						数値	評価			数値	評価
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、国保の保健事業について後期高齢者医療制度の保健事業と介護保険の地域支援事業と一体的に実施	実施	実施	実施	実施			実施	実施	実施
		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	実施	実施	実施			実施	実施	実施
	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実施内容 (ハイリスクアプローチ)	実施	実施	実施	実施			実施	実施	実施
		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	実施	実施	実施			実施	実施	実施
		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	実施	実施	実施			実施	実施	実施

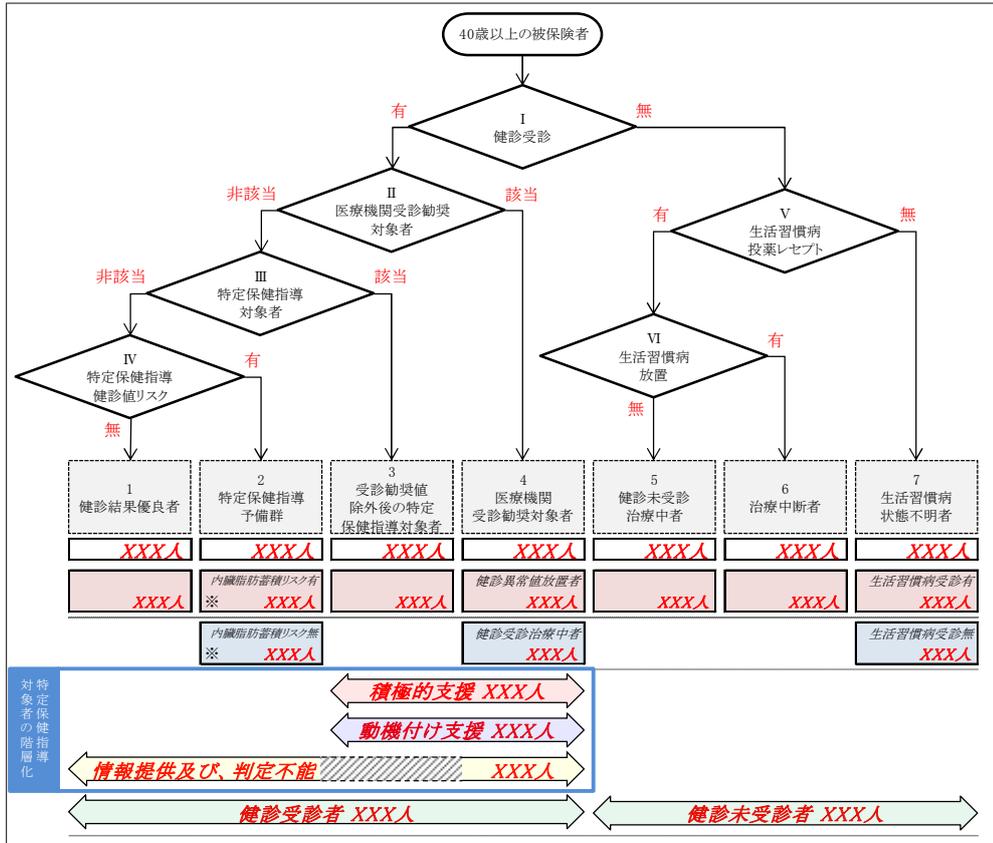
地域包括ケア・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
 高齢者の健康づくりと介護予防の一体的実施に対する取組【2-2】

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	① ハイリスク アプローチ	<低栄養に関する指導> <糖尿病性腎症重症化予防> 健診等を実施後、結果をふまえ高齢者の介護予防にも配慮した栄養指導や医療機関への受診勧奨、生活改善のための保健指導を行い、高齢者を含めた市民の健康増進と医療費の適正化を図る。			
時期					
方法					
実施回数 ・量					
対象者	① ポピュレーション アプローチ	<通いの場等への関与> 高齢介護課等で実施する地域支援事業の際には、特定健診、後期高齢者を対象とした定期健診、口腔健診の受診案内チラシを配布し、高齢者の健康増進を図る目的の事業について周知している。			
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	高額レセプト患者数において、人工透析の割合が県と比較して高い。また人工透析患者数も、県、国と比較して高い割合である。医療費割合も入院、外来とも慢性腎臓病が1位を占めている状況であり、生活習慣病が重症化する前段階での対策が必要である。生活習慣の質問票の回答より口腔機能の低下や体重減少、認知機能の低下に該当する者の割合が県と比較して高い。口腔機能の低下や摂食嚥下は食事量の低下や認知機能の低下に直結するため対策が必要である。介護認定率は年々上昇しており、1件当たりの給付費は県より高い。介護の有病状況において、認知症・アルツハイマー病の割合が県の割合よりも高く、認知症予防の取組が必要である。			
時期					
方法					
実施回数 ・量					
連携体制・予算・人員		市民課・高齢介護課・保健センターと連携して実施			
事業していて気づいたこと					

卷末資料

1. 「指導対象者群分析」のグループ分けの見方

＜特定健康診査及びレセプトデータによる指導対象者群分析＞



【フロー説明】

- I 健診受診 … 健診受診の有無を判定。
- II 医療機関受診勧奨対象者 … 健診値(血糖、血圧、脂質)のいずれかが、厚生労働省が定めた受診勧奨判定値を超えて受診勧奨対象者に該当するか判定。
- III 特定保健指導対象者 … 厚生労働省が定めた「標準的な健診・保健指導プログラム」に沿って、特定保健指導対象者に該当するか判定。
- IV 特定保健指導健診値リスク … 厚生労働省が定めた保健指導判定値により、健診値(血糖、血圧、脂質)のリスクの有無を判定。判定に喫煙は含めない。
- V 生活習慣病投薬レセプト … 生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)に関する、投薬の有無を判定。
- VI 生活習慣病放置 … 生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)を治療している患者で、一定期間の受診状況により生活習慣病放置の有無を判定。

【グループ別説明】

- 健診受診あり
- 1. 健診結果優良者 … 保健指導判定値(血糖、血圧、脂質)に該当しない者。
 - 2. 特定保健指導予備群 … 保健指導判定値(血糖、血圧、脂質)に該当しているが、その他の条件(服薬有り等)により保健指導対象者でない者。
 - 内臓脂肪蓄積リスク有 … 「2. 特定保健指導予備群」のうち、服薬が有るため特定保健指導対象者にならなかった者。
 - 内臓脂肪蓄積リスク無 … 「2. 特定保健指導予備群」のうち、内臓脂肪蓄積リスク(腹囲・BMI)がないため特定保健指導対象者にならなかった者。
 - 3. 受診勧奨値除外後の特定保健指導対象者 … 受診勧奨判定値(血糖、血圧、脂質)に該当していない特定保健指導対象者。
 - 4. 医療機関受診勧奨対象者 … 受診勧奨判定値(血糖、血圧、脂質)に該当する者。
 - 健診異常値放置者 … 「4. 医療機関受診勧奨対象者」のうち、健診受診後に生活習慣病に関する医療機関受診がない者。
 - 健診受診治療中者 … 「4. 医療機関受診勧奨対象者」のうち、健診受診後に生活習慣病に関する医療機関受診がある者。または健診受診後生活習慣病に関する医療機関受診はないが、健診受診後間もないため病院受診の意志がない「健診異常値放置者」と判断できない者。
- 健診受診なし
- 5. 健診未受診治療中者 … 生活習慣病治療中の者。
 - 6. 治療中断者 … 過去に生活習慣病の治療をしていたが、生活習慣病に関する医療機関受診が一定期間ない者。
 - 7. 生活習慣病状態不明者 … 生活習慣病の投薬治療をしていない者。
 - 生活習慣病受診有 … 「7. 生活習慣病状態不明者」のうち、生活習慣病に関する医療機関受診がある者。
 - 生活習慣病受診無 … 「7. 生活習慣病状態不明者」のうち、生活習慣病に関する医療機関受診がない者。

2. 用語解説集

	用語	説明
か行	眼底検査	目の奥の状態を調べる検査。通常眼底写真にて検査する。 動脈硬化の程度、高血圧、糖尿病による眼の合併症や緑内障・白内障の有無などを調べるもの。
	血糖	血液内のブドウ糖の濃度。 食前・食後で変動する。低すぎると低血糖、高すぎると高血糖を引き起こす。
	クレアチニン	アミノ酸の一種であるクレアチンが代謝されたあとの老廃物。腎臓でろ過されて尿中に排泄される。 血清クレアチニンの値が高いと、老廃物の排泄機能としての腎臓の機能が低下していることを意味する。
	血圧(収縮期・拡張期)	血管にかかる圧力のこと。心臓が血液を送り出すときに示す最大血圧を収縮期血圧、全身から戻った血液が心臓にたまっているときに示す最小血圧を拡張期血圧という。
	健康寿命	健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間。
	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施するもの。
さ行	ジェネリック医薬品	後発医薬品のこと。先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安い医薬品。
	疾病分類	「疾病、傷害及び死因の統計分類」の「ICD-10(2013年版)準拠 疾病分類表」を使用。
	人工透析	機能が著しく低下した腎臓に代わり機械で老廃物を取り除くこと。1回につき4～5時間かかる治療を週3回程度、ずっと受け続ける必要があり、身体的にも時間的にも、大きな負担がかかる。
	心電図	心臓の筋肉に流れる電流を体表面から記録する検査。電流の流れ具合に異常がないかわかる。 また1分間に電気が発生する回数である心拍数も測定される。
	生活習慣病	食事や運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が深く関与し、それらが発症の要因となる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。
	積極的支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクがより高い者に対して行われる保健指導。「動機付け支援」の内容に加え、対象者が主体的に生活習慣の改善を継続できるよう、面接、電話等を用いて、3か月以上の定期的・継続的な支援を行う。
た行	中性脂肪	肉や魚・食用油など食品中の脂質や、体脂肪の大部分を占める物質。単に脂肪とも呼ばれる。
	動機付け支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高い者に対して行われる保健指導。医師・保健師・管理栄養士等による個別、またはグループ面接により、対象者に合わせた行動計画の策定と保健指導が行われる。初回の保健指導修了後、対象者は行動計画を実践し、3か月経過後に面接、電話等で結果の確認と評価を行う。
	特定健康診査	平成20年4月から開始された、生活習慣病予防のためのメタボリックシンドロームに着目した健康診査のこと。特定健診。40歳～74歳の医療保険加入者を対象とする。
	特定保健指導	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高く、生活改善により生活習慣病の予防効果が期待できる人に対して行う保健指導のこと。特定保健指導対象者の選定方法により「動機付け支援」「積極的支援」に該当した人に対し実施される。
は行	標準化死亡率	標準化死亡率は、基準死亡率(人口10万対の死亡数)を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものである。我が国の平均を100としており、標準化死亡率が100以上の場合は我が国の平均より死亡率が多いと判断され、100以下の場合には死亡率が低いと判断される。

用語		説明
	腹囲	へその高さで計る腰回りの大きさ。内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボリックシンドロームを診断する指標のひとつ。
	フレイル	フレイルとは、健康な状態と要介護状態の中間の段階をさす。年齢を重ねていくと、心身や社会性などの面でダメージを受けたときに回復できる力が低下し、これによって健康に過ごせていた状態から、生活を送るために支援を受けなければならない要介護状態に変化していく。
ま行	メタボリックシンドローム	内臓脂肪型肥満に高血圧、高血糖、脂質代謝異常が組み合わさり、心臓病や脳卒中などの動脈硬化性疾患を招きやすい状態。内臓脂肪型肥満(内臓肥満・腹部肥満)に加えて、血圧・血糖・脂質の基準のうち2つ以上に該当する状態を「メタボリックシンドローム」、1つのみ該当する状態を「メタボリックシンドローム予備群」という。
や行	有所見	検査の結果、何らかの異常(検査基準値を上回っている等)が認められたことをいう。
ら行	レセプト	診療報酬明細書の通称。
A～Z	AST/ALT	AST(GOTともいう)は、心臓、筋肉、肝臓に多く存在する酵素である。ALT(GPTともいう)は、肝臓に多く存在する酵素である。数値が高い場合は急性肝炎、慢性肝炎、脂肪肝、肝臓がん、アルコール性肝炎などが疑われる。
	BMI	[体重(kg)]÷[身長(m)の2乗]で算出される値で、Body Mass Indexの略。肥満や低体重(やせ)の判定に用いる体格指数のこと。
	eGFR	腎臓機能を示す指標で、クレアチニン値を性別、年齢で補正して算出する。腎臓の中にある毛細血管の集合体である「糸球体」が1分間にどれくらいの血液を濾過して尿を作れるかを示す値。数値が低いと腎臓の機能が低下していることを意味する。
	HbA1c	ブドウ糖と血液中のヘモグロビンが結びついたもので、過去1～2か月の平均的な血糖の状態を示す検査に使用される。
	HDLコレステロール	余分なコレステロールを回収して肝臓に運び、動脈硬化を抑える。善玉コレステロール。
	ICT	Information and Communications Technology(インフォメーションアンドコミュニケーションテクノロジー/情報通信技術)の略。コンピュータやデータ通信に関する技術をまとめた呼び方。特定保健指導においてもその活用が推進されており、代表的なツールとしては、Web会議システムやスマートフォンアプリ、Webアプリ等が挙げられる。
	KDB	「国保データベース(KDB)システム」とは、国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、健診・保健指導、医療、介護の各種データを併せて分析できるシステムのこと。
	LDLコレステロール	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる。悪玉コレステロール。
	non-HDLコレステロール	総コレステロールからHDLコレステロールを減じたもの。数値が高いと、動脈硬化、脂質代謝異常、甲状腺機能低下症、家族性高脂血症などが疑われる。低い場合は、栄養吸収障害、低βリポたんぱく血症、肝硬変などが疑われる。

3. 疾病分類

＜疾病分類表(2013年版)＞

コード	疾病分類	主な疾病		
I. 感染症及び寄生虫症				
0101	腸管感染症	下痢症	急性胃腸炎	感染性胃腸炎
0102	結核	肺結核	結核性胸膜炎	潜在性結核感染症
0103	主として性的伝播様式をとる感染症	梅毒	クラミジア頸管炎	淋病
0104	皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス性疾患	尋常性疣贅	帯状疱疹	単純ヘルペス
0105	ウイルス性肝炎	B型肝炎	C型肝炎	C型慢性肝炎
0106	その他のウイルス性疾患	アデノウイルス感染症	流行性角結膜炎	RSウイルス感染症
0107	真菌症	足白癬	皮膚カンジダ症	爪白癬
0108	感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	陳旧性肺結核	肺結核後遺症	小児麻痺後遺症
0109	その他の感染症及び寄生虫症	ヘリコバクター・ピロリ感染症	溶連菌感染症	敗血症
II. 新生物＜腫瘍＞				
0201	胃の悪性新生物＜腫瘍＞	胃癌	早期胃癌	胃体部癌
0202	結腸の悪性新生物＜腫瘍＞	大腸癌	S状結腸癌	上行結腸癌
0203	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物＜腫瘍＞	直腸癌	直腸S状部結腸癌	直腸癌術後再発
0204	肝及び肝内胆管の悪性新生物＜腫瘍＞	肝癌	肝細胞癌	原発性肝癌
0205	気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	肺癌	上葉肺癌	下葉肺癌
0206	乳房の悪性新生物＜腫瘍＞	乳癌	乳房上外側部乳癌	乳癌再発
0207	子宮の悪性新生物＜腫瘍＞	子宮体癌	子宮頸癌	子宮癌
0208	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	非ホジキンリンパ腫	びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫
0209	白血病	成人T細胞白血病リンパ腫	白血病	慢性骨髄性白血病
0210	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	前立腺癌	膵癌	膀胱癌
0211	良性新生物＜腫瘍＞及びその他の新生物＜腫瘍＞	子宮筋腫	脳腫瘍	肺腫瘍
III. 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害				
0301	貧血	鉄欠乏性貧血	貧血	巨赤芽球性貧血
0302	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	播種性血管内凝固	血液凝固異常	血小板減少症
IV. 内分泌、栄養及び代謝疾患				
0401	甲状腺障害	甲状腺機能低下症	甲状腺機能亢進症	甲状腺腫
0402	糖尿病	糖尿病	2型糖尿病	糖尿病網膜症
0403	脂質異常症	高脂血症	高コレステロール血症	脂質異常症
0404	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	脱水症	高尿酸血症	卵巣機能不全
V. 精神及び行動の障害				
0501	血管性及び詳細不明の認知症	認知症	血管性認知症	老年精神病
0502	精神作用物質使用による精神及び行動の障害	ニコチン依存症	アルコール依存症	急性アルコール中毒
0503	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	統合失調症	統合失調症様状態	幻覚妄想状態
0504	気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	うつ病	うつ状態	躁うつ病
0505	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	不安神経症	神経症	心身症
0506	知的障害＜精神遅滞＞	知的障害	軽度知的障害	重度知的障害
0507	その他の精神及び行動の障害	摂食障害	器質性精神障害	せん妄

コード	疾病分類	主な疾病		
VI. 神経系の疾患				
0601	パーキンソン病	パーキンソン症候群	パーキンソン病	パーキンソン病Yahr3
0602	アルツハイマー病	アルツハイマー型認知症	アルツハイマー病	アルツハイマー型老年認知症
0603	てんかん	てんかん	症候性てんかん	精神運動発作
0604	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	片麻痺	脳性麻痺	不全麻痺
0605	自律神経系の障害	自律神経失調症	神経調節性失神	自律神経障害
0606	その他の神経系の疾患	不眠症	片頭痛	睡眠時無呼吸症候群
VII. 眼及び付属器の疾患				
0701	結膜炎	アレルギー性結膜炎	結膜炎	慢性結膜炎
0702	白内障	白内障	加齢性白内障	後発白内障
0703	屈折及び調節の障害	近視性乱視	遠視性乱視	老視
0704	その他の眼及び付属器の疾患	ドライアイ	緑内障	眼精疲労
VIII. 耳及び乳様突起の疾患				
0801	外耳炎	外耳炎	外耳湿疹	急性外耳炎
0802	その他の外耳疾患	耳垢栓塞	耳介軟骨膜炎	耳瘻孔
0803	中耳炎	滲出性中耳炎	急性中耳炎	中耳炎
0804	その他の中耳及び乳様突起の疾患	耳管狭窄症	耳管機能低下	真珠腫性中耳炎
0805	メニエール病	メニエール病	メニエール症候群	内耳性めまい
0806	その他の内耳疾患	良性発作性頭位めまい症	末梢性めまい症	耳性めまい
0807	その他の耳疾患	感音難聴	難聴	耳鳴症
IX. 循環器系の疾患				
0901	高血圧性疾患	高血圧症	本態性高血圧症	高血圧性心疾患
0902	虚血性心疾患	狭心症	急性心筋梗塞	心筋梗塞
0903	その他の心疾患	心不全	不整脈	慢性心不全
0904	くも膜下出血	くも膜下出血	くも膜下出血後遺症	脳動脈瘤破裂
0905	脳内出血	脳出血	脳出血後遺症	視床出血
0906	脳梗塞	脳梗塞	脳梗塞後遺症	多発性脳梗塞
0907	脳動脈硬化（症）	脳動脈硬化症	動脈硬化性脳症	
0908	その他の脳血管疾患	内頸動脈狭窄症	頸動脈硬化症	脳血管障害
0909	動脈硬化（症）	閉塞性動脈硬化症	動脈硬化症	動脈硬化性網膜症
0911	低血圧（症）	起立性低血圧症	低血圧症	起立性調節障害
0912	その他の循環器系の疾患	深部静脈血栓症	末梢循環障害	慢性動脈閉塞症
X. 呼吸器系の疾患				
1001	急性鼻咽頭炎 [かぜ] <感冒>	感冒	急性鼻炎	急性鼻咽頭炎
1002	急性咽頭炎及び急性扁桃炎	咽頭炎	急性咽頭炎	扁桃炎
1003	その他の急性上気道感染症	急性上気道炎	急性咽頭喉頭炎	急性副鼻腔炎
1004	肺炎	肺炎	急性肺炎	マイコプラズマ肺炎
1005	急性気管支炎及び急性細気管支炎	急性気管支炎	マイコプラズマ気管支炎	クループ性気管支炎

コード	疾病分類	主な疾病		
1006	アレルギー性鼻炎	アレルギー性鼻炎	花粉症	季節性アレルギー性鼻炎
1007	慢性副鼻腔炎	慢性副鼻腔炎	副鼻腔炎	慢性副鼻腔炎急性増悪
1008	急性又は慢性と明示されない気管支炎	気管支炎	気管気管支炎	びまん性気管支炎
1009	慢性閉塞性肺疾患	慢性気管支炎	肺気腫	慢性閉塞性肺疾患
1010	喘息	気管支喘息	喘息性気管支炎	気管支喘息発作
1011	その他の呼吸器系の疾患	インフルエンザ	呼吸不全	誤嚥性肺炎
X I . 消化器系の疾患				
1101	う蝕	う蝕	二次う蝕	う蝕第2度
1102	歯肉炎及び歯周疾患	歯周炎	歯肉炎	歯冠周囲炎
1103	その他の歯及び歯の支持組織の障害	顎関節症	歯痛	顎関節炎
1104	胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	胃潰瘍	十二指腸潰瘍	出血性胃潰瘍
1105	胃炎及び十二指腸炎	慢性胃炎	胃炎	急性胃炎
1106	痔核	内痔核	痔核	外痔核
1107	アルコール性肝疾患	アルコール性肝障害	アルコール性肝炎	アルコール性肝硬変
1108	慢性肝炎（アルコール性のものを除く）	慢性肝炎	活動性慢性肝炎	慢性肝炎増悪
1109	肝硬変（アルコール性のものを除く）	肝硬変症	原発性胆汁性肝硬変	非代償性肝硬変
1110	その他の肝疾患	肝機能障害	脂肪肝	肝障害
1111	胆石症及び胆のう炎	胆のう結石症	胆のう炎	総胆管結石
1112	膵疾患	膵炎	急性膵炎	慢性膵炎
1113	その他の消化器系の疾患	便秘症	逆流性食道炎	口内炎
X II . 皮膚及び皮下組織の疾患				
1201	皮膚及び皮下組織の感染症	皮膚感染症	蜂窩織炎	膿疱疹性湿疹
1202	皮膚炎及び湿疹	湿疹	皮膚炎	アトピー性皮膚炎
1203	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	皮脂欠乏症	皮脂欠乏性湿疹	じんま疹
X III . 筋骨格系及び結合組織の疾患				
1301	炎症性多発性関節障害	関節リウマチ	痛風	関節炎
1302	関節症	変形性膝関節症	変形性関節症	変形性股関節症
1303	脊椎障害（脊椎症を含む）	腰部脊柱管狭窄症	変形性腰椎症	頸椎症
1304	椎間板障害	腰椎椎間板症	腰椎椎間板ヘルニア	頸椎椎間板ヘルニア
1305	頸腕症候群	頸肩腕症候群	頸肩腕障害	
1306	腰痛症及び坐骨神経痛	腰痛症	坐骨神経痛	筋膜性腰痛症
1307	その他の脊柱障害	腰椎すべり症	背部痛	頸部痛
1308	肩の傷害<損傷>	肩関節周囲炎	肩関節腱板炎	肩石灰性腱炎
1309	骨の密度及び構造の障害	骨粗鬆症	閉経後骨粗鬆症	脊椎骨粗鬆症
1310	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	筋肉痛	神経痛	関節痛
X IV . 腎尿路生殖器系の疾患				
1401	糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患	腎炎	腎盂腎炎	水腎症
1402	腎不全	慢性腎不全	腎性貧血	腎不全

コード	疾病分類	主な疾病		
1403	尿路結石症	腎結石症	尿管結石症	尿路結石症
1404	その他の腎尿路系の疾患	膀胱炎	腎機能低下	尿路感染症
1405	前立腺肥大（症）	前立腺肥大症	前立腺症	
1406	その他の男性生殖器の疾患	慢性前立腺炎	前立腺炎	亀頭包皮炎
1407	月経障害及び閉経周辺期障害	更年期症候群	月経困難症	萎縮性膣炎
1408	乳房及びその他の女性生殖器の疾患	子宮腔部びらん	細菌性膣炎	膣炎
X V. 妊娠、分娩及び産じょく				
1501	流産	稽留流産	異所性妊娠	絨毛性疾患
1502	妊娠高血圧症候群	妊娠高血圧症候群	重症妊娠高血圧症候群	子癇
1503	単胎自然分娩	自然頭位分娩	自然分娩	単胎自然分娩
1504	その他の妊娠、分娩及び産じょく	切迫流産	子宮内感染症	血液型不適合
X VI. 周産期に発生した病態				
1601	妊娠及び胎児発育に関連する障害	子宮内胎児発育遅延	低出生体重児	早産児
1602	その他の周産期に発生した病態	新生児黄疸	胎児ジストレス	ABO因子不適合
X VII. 先天奇形、変形及び染色体異常				
1701	心臓の先天奇形	心房中隔欠損症	心室中隔欠損症	先天性心疾患
1702	その他の先天奇形、変形及び染色体異常	足底角化症	角皮症	毛孔性苔癬
X VIII. 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの				
1800	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	頭痛	嘔吐症	めまい症
X IX. 損傷、中毒及びその他の外因の影響				
1901	骨折	腰椎圧迫骨折	肋骨骨折	大腿骨頸部骨折
1902	頭蓋内損傷及び内臓の損傷	脳挫傷	外傷性脳出血	硬膜下血腫
1903	熱傷及び腐食	熱傷	第2度熱傷	手熱傷
1904	中毒	刺虫症	蜂刺症	食中毒
1905	その他の損傷及びその他の外因の影響	打撲傷	結膜異物	捻挫
X X I. 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用				
2101	検査及び診査のための保健サービスの利用者	検診	健康診断	胃癌検診
2102	予防接種	予防接種		
2103	正常妊娠及び産じょくの管理並びに家族計画	妊娠	正常妊娠	多産婦
2104	歯の補てつ			
2105	特定の処置（歯の補てつを除く）及び保健ケアのための保健サービスの利用者	抜釘	気管切開口に対する手当て	骨髄移植ドナー
2106	その他の理由による保健サービスの利用者	白内障術後	ペースメーカー植え込み後	人工股関節置換術後
X X II. 特殊目的用コード				
2210	重症急性呼吸器症候群 [SARS]	重症急性呼吸器症候群		
2220	その他の特殊目的用コード			
分類外				
9999	分類外	ICD-10及び疾病分類に該当のない疾病		