

笠松町国民健康保険  
データヘルス計画（第3期）  
特定健康診査事業計画（第4期）

計画期間：令和6年度～令和11年度

笠松町

令和6年3月

# 目 次

第1章 計画の基本的事項	1
1 計画の趣旨	1
(1) 計画の背景	1
(2) データヘルス計画の目的	1
(3) 特定健康診査等実施計画の目的	1
(4) 計画の位置づけ	2
2 計画期間	2
3 実施体制・関係機関との連携	3
第2章 現状の整理	4
1 本町の特性	4
(1) 人口の推移と構成	4
(2) 国民健康保険の被保険者	6
(3) 寿命と死亡の状況	8
(4) 社会資源	9
2 第2期計画に係る考察	10
(1) 第2期データヘルス計画全体の評価と考察	10
(2) 個別保健事業の評価と考察	12
3 第2期計画等に係るまとめ	23
第3章 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出	24
1 健康・医療・介護等情報の分析	24
(1) 特定健診のデータ（質問票を含む）	24
(2) レセプトデータ	30
(3) 介護・その他のデータ	41
2 健康課題の抽出・明確化	44
(1) 健康課題の整理	44
(2) 健康課題の抽出と優先順位	45
第4章 データヘルス計画（保健事業全体）の目的・目標	48
1 第3期データヘルス計画の目指す姿	48
2 データヘルス計画の目的	48
3 データヘルス計画の目標	49
第5章 健康課題を解決するための個別の保健事業	51
1 個別保健事業	51
2 各個別保健事業の実施内容と評価方法	52
第6章 データヘルス計画の推進	63

1	データヘルス計画の評価及び見直し	63
(1)	個別保健事業の評価・見直し	63
(2)	データヘルス計画全体の評価・見直し	63
2	計画の公表・周知	63
3	個人情報の取扱い	63
4	地域包括ケアに係る取り組み	64
(1)	後期高齢者医療保険との連携	64
(2)	地域包括ケアとの連携	64
(3)	庁舎内部署や関係機関との連携	64
5	その他留意事項	64
第7章 第4期特定健康診査等実施計画		66
1	特定健診・特定保健指導の概要	66
(1)	特定健診とは	66
(2)	特定保健指導とは	66
(3)	特定健診から特定保健指導までの流れ	66
2	特定健診・特定保健指導の実施状況と評価	67
(1)	特定健診の実施状況	67
(2)	特定保健指導の実施状況	67
3	特定健診及び特定保健指導の課題と取り組みの方向性	68
4	計画の目標	68
5	特定健診及び特定保健指導の実施方法	69
(1)	特定健診	69
(2)	特定保健指導	71
(3)	記録の保存	72
(4)	個人情報の取扱い	73
(5)	計画の公表・周知	73

# 第1章 計画の基本的事項

## 1 計画の趣旨

### (1) 計画の背景

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。

また、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において、市町村国保は健康・医療情報を活用してP D C A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・改善等を行うこととされました。

その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和4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2022」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行うとともに、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K P I(重要業績評価指標)の設定を推進する。」ことが示されました。このように、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) データヘルス計画の目的

市町村国保においては、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(Q O L)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資することを目的とします。

### (3) 特定健康診査等実施計画の目的

平成18年6月に医療制度改革関連法が成立し、平成20年4月には、この改革の大きな柱の一つである高齢者の医療の確保に関する法律が施行され、各医療保険の保険者に対して、40歳以上75歳未満の被保険者を対象とする特定健康診査(以下「特定健診」という。)及び特定保健指導の実施が義務付けられました。

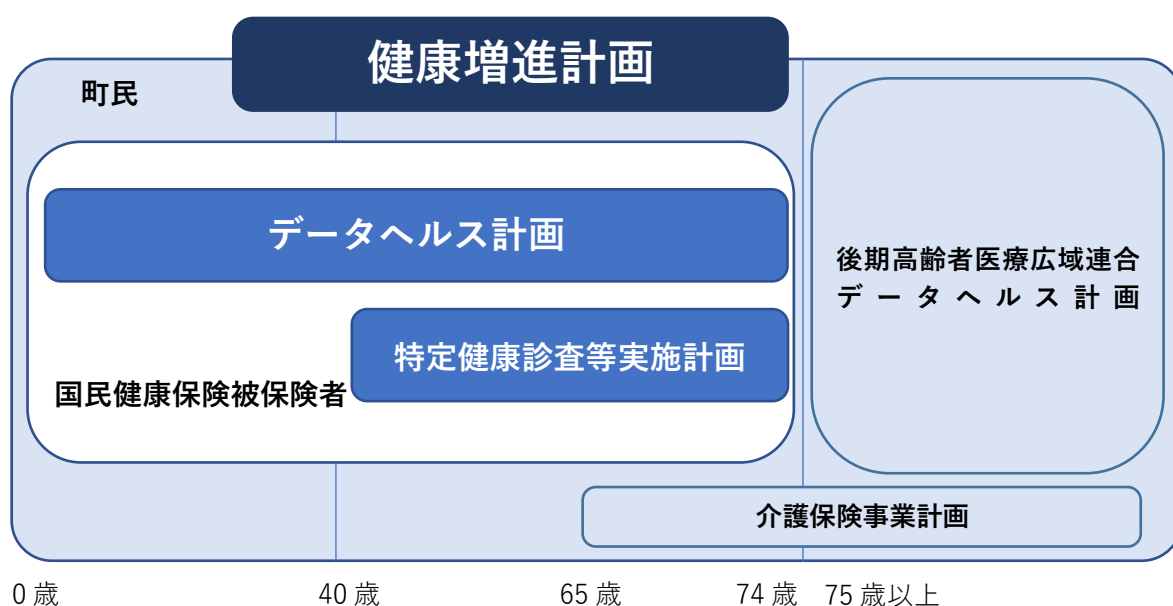
笠松町(以下「本町」という。)においても、特定健診及び特定保健指導の実施方法や目標に関する基本的事項を定めた「笠松町国民健康保険特定健康診査等実施計画」を策

定し、事業を実施してきたところです。

第3期（平成30年度～令和5年度）における特定健診及び特定保健指導の実施結果等を踏まえ、第4期特定健康診査等実施計画を策定します。

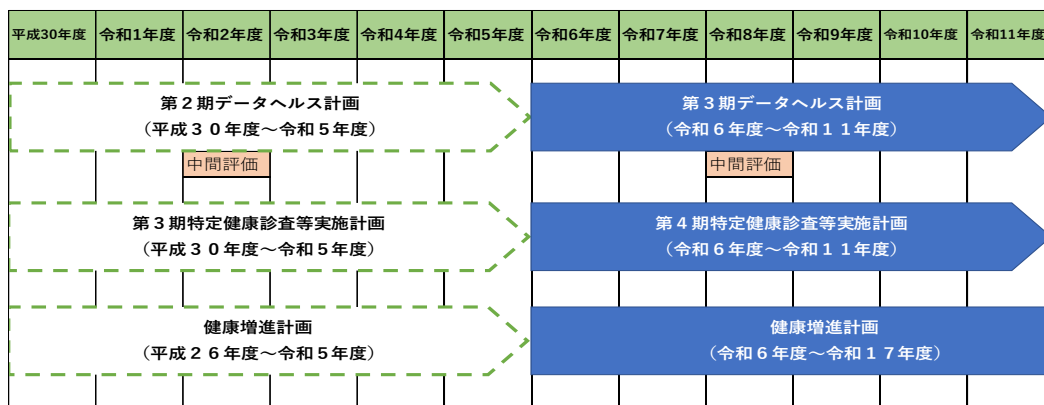
#### (4) 計画の位置づけ

両計画の策定にあたっては、「21世紀における第3次国民健康づくり運動（健康日本21（第3次）」に示された「基本的方針」を踏まえるとともに、岐阜県健康増進計画（ヘルスプランぎふ21）、岐阜県後期高齢者データヘルス計画、また本町の健康増進計画、介護保険事業計画との調和を図り策定します。



## 2 計画期間

本計画の期間は、岐阜県の策定する医療・保健に関する計画及び本町の策定する関連する計画との整合性を図り、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。



### 3 実施体制・関係機関との連携

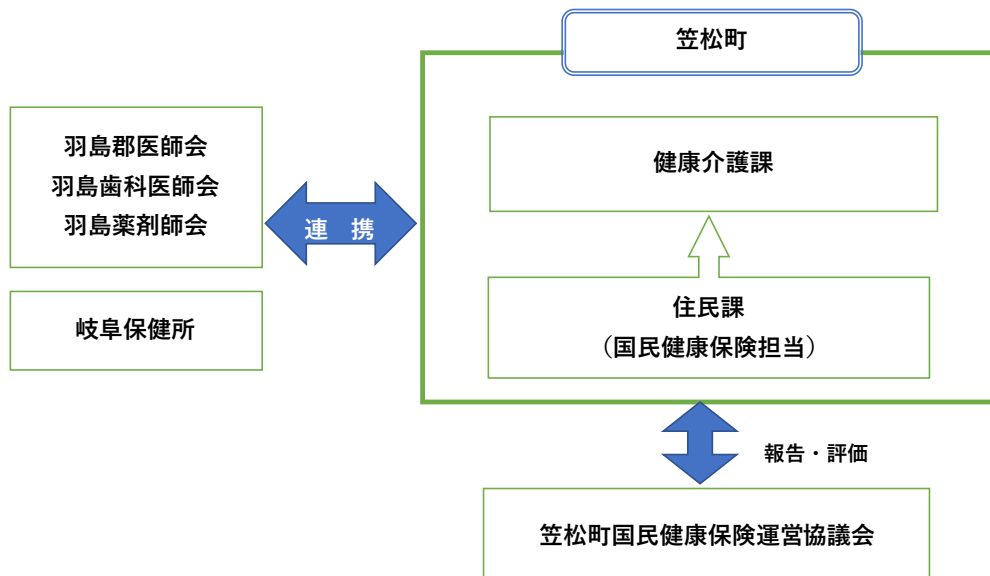
保健事業の積極的な推進を図るため、健康介護課を主体として、住民課（国民健康保険担当）等関係部局と連携し、それぞれの健康課題を共有し保健事業を推進するとともに、健康教育・がん検診・歯科健診などの保健事業について、連携を強化し課題の解決を図ります。

また、前期高齢者の生活習慣病の重症化による要介護状態の予防について、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施における保健事業として一体的に取り組めます。

関係機関との連携においては、羽島郡医師会、羽島歯科医師会及び、羽島薬剤師会との連携を図り、健康課題の分析結果の共有を図るとともに、保健事業の実施にあたっては連携を深めながら実施します。岐阜保健所との連携においては、岐阜県や岐阜地域での健康課題や地域内市町ごとの保健事業についての分析結果及び、今後の保健事業の方向性について情報共有を図ります。

なお、保健事業の取組みについては、笠松町国民健康保険運営協議会へ報告し、評価を実施します。

#### 【実施体制】



## 第2章 現状の整理

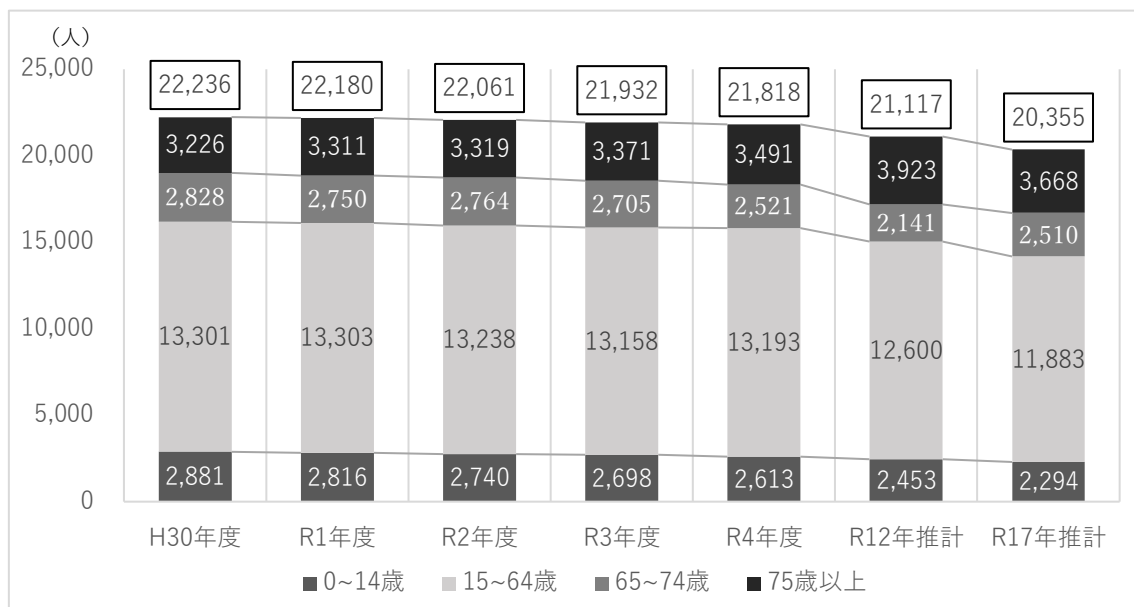
### 1 本町の特性

#### (1) 人口の推移と構成

##### ① 人口の推移

令和5年3月31日現在の人口は、21,818人で、平成30年度と比べて、418人減少し、今後も減少が見込まれます。年齢別では65歳以上が42人減少した一方で、15～64歳は108人、0～14歳は268人減少しており、若い世代の減少が大きくなっています。

【人口の推移と推計】



出典：H30年度～R4年度は住民基本台帳（各年度3月31日現在）

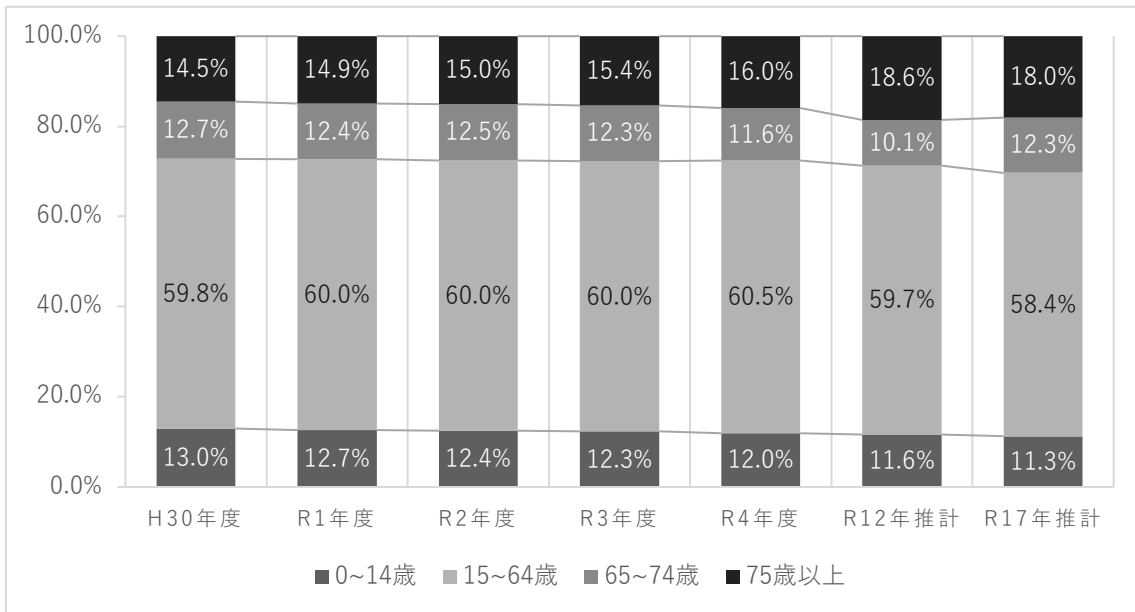
R12年、R17年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」

##### ② 年齢別人口の構成

出生数の減少に伴い、0～14歳（年少人口）は減少傾向にあります。一方、老年人口（65歳以上）は令和4年度までは大きな変動はありませんでしたが、今後増加が見込まれています。

老年人口のうち、前期高齢者（65～74歳）と後期高齢者（75歳以上）を比較すると、前期高齢者は減少傾向にあり、後期高齢者は増加傾向となっています。団塊の世代が75歳を迎える影響と考えますが、今後の推計においては、団塊ジュニア世代が65歳を迎える令和17年には前期高齢者が増加することが予測されます。

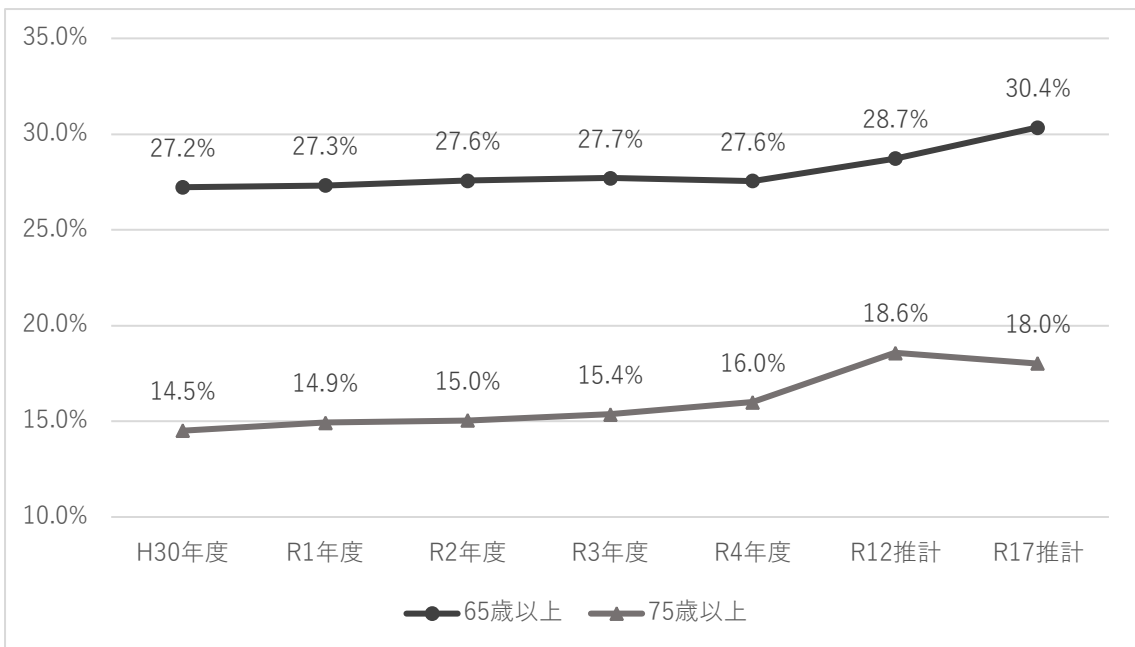
【年齢別人口の構成】



出典：H30年度～R4年度は住民基本台帳（各年度3月31日現在）

R12年、R17年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」

【高齢化率】



出典：H30年度～R4年度は住民基本台帳（各年度3月31日現在）

R12年、R17年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」



【人口動態（出生数・死亡数）】

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
出生数	194	174	167	182	139
死亡数	246	239	240	260	289
増減数	△ 52	△ 65	△ 73	△ 78	△ 150

出典：町住民基本台帳

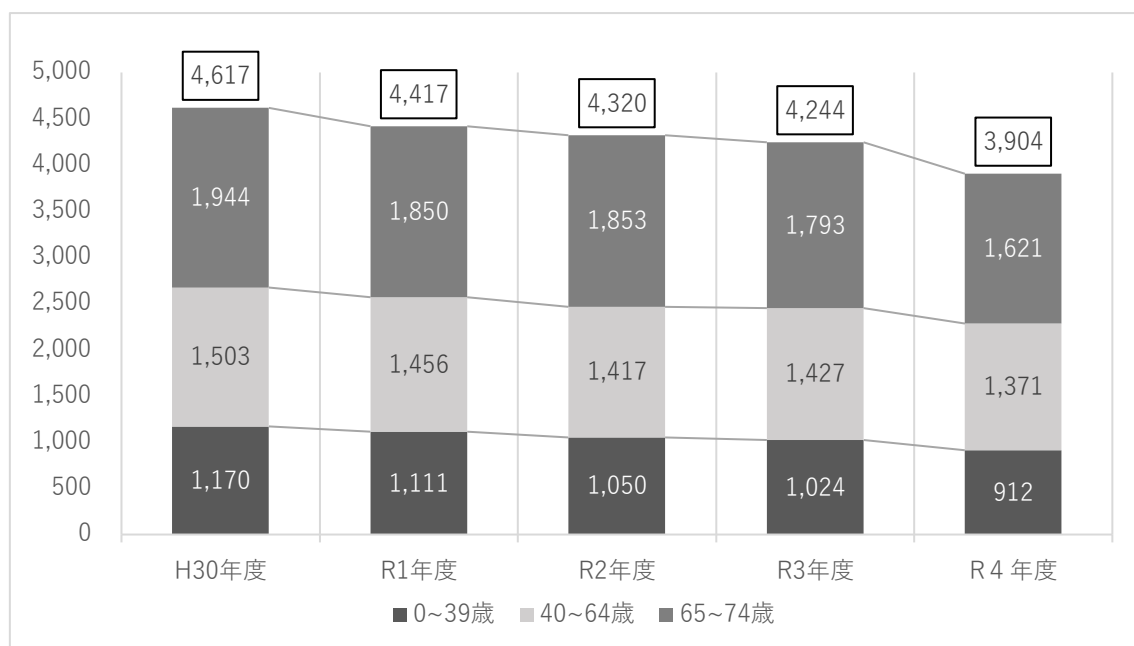
(2) 国民健康保険の被保険者

① 被保険者の推移

令和5年3月31日現在の被保険者数は、3,904人（加入率17.9%）で、被保険者数は減少傾向にあり、平成30年と比べて713人（加入率2.9%）減少しています。

【被保険者数の推移】

単位：(人)



出典：被保険者台帳（各年3月31日現在）

【加入率の推移】

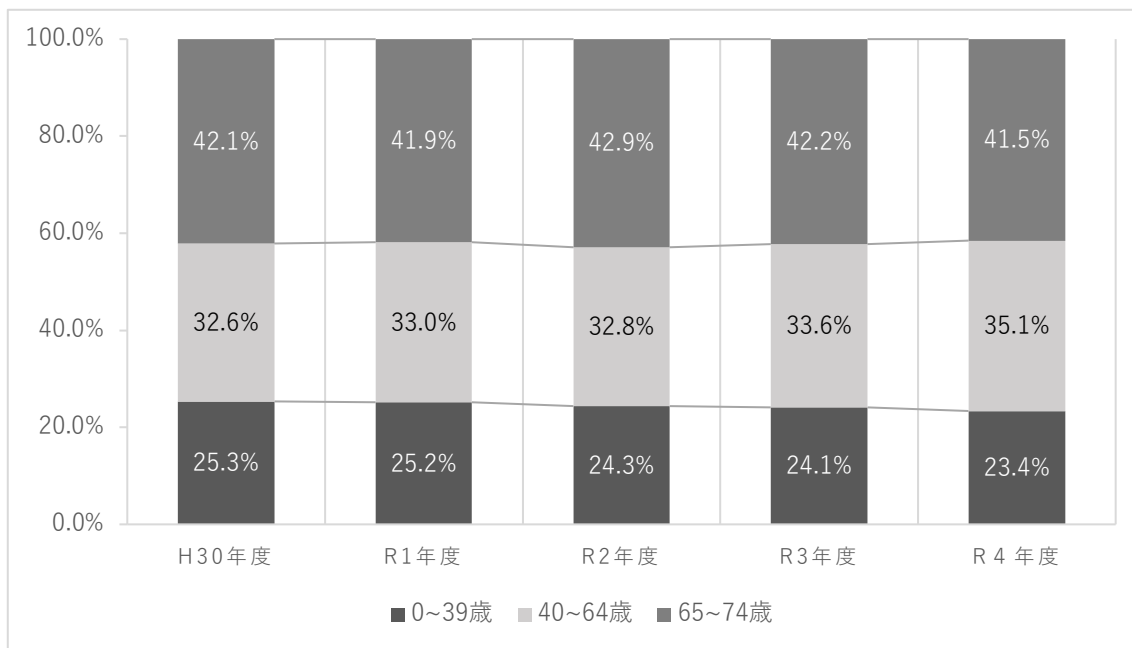
	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
加入割合	20.8%	19.9%	19.6%	19.4%	17.9%

出典：被保険者台帳（各年度3月31日現在）

## ② 被保険者の年齢別構成

令和4年度から団塊の世代が75歳を迎えはじめ、後期高齢者に移行するため、65歳から74歳の前期高齢者の被保険者割合は、減少傾向にあります。

### 【被保険者の年齢別の構成】



出典：被保険者台帳（各年3月31日現在）

## ③ 被保険者の平均年齢

被保険者の平均年齢は、令和4年度は52.6歳で、平成30年に比べて1歳年齢が高くなっています。令和4年度の岐阜県と比べて1.3歳若い平均年齢ですが、本町・岐阜県ともに被保険者の高齢化に伴う生活習慣病の重症化が懸念されます。

### 【被保険者の平均年齢の推移】

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
本町	51.6歳	51.6歳	52.3歳	52.6歳	52.6歳
岐阜県	53歳	53.2歳	53.8歳	54.2歳	53.9歳

出典：KDB データ（健診・医療・介護データからみる地域の健康課題）

### (3) 寿命と死亡の状況

#### ① 平均寿命と健康寿命（平均自立期間）

令和元年の平均寿命は男性82.24歳、女性87.26歳です。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である健康寿命は男性80.74歳、女性84.46歳です。

平成26年と比較すると、平均寿命は、男性0.21歳延伸し、女性0.01歳短縮となり、健康寿命は男性0.24歳、女性0.6歳延伸しました。

平均寿命から健康寿命を減じて算出される不健康期間については、男性は1.52歳から1.50歳となり0.02歳短縮、女性は3.42歳から2.81歳となり0.61歳短縮し、女性は男性に比べて大きく短縮しています。

#### 【平均寿命と健康寿命】

	男性		女性	
	H26年	R1年	H26年	R1年
平均寿命(歳)	82.03	82.24	87.27	87.26
健康寿命(歳)	80.50	80.74	83.86	84.46
不健康期間(歳)	1.52	1.50	3.42	2.81
不健康期間の推移の評価	減少傾向		有意に減少	

出典：岐阜県提供（岐阜県における平均寿命と健康寿命(2014-2019)）

#### ② 死亡の状況

標準化死亡比（SMR）とは、全国の死亡を「100」とし、比較をするもので、年齢構成の違う地域間を比較する指標です。100以上の場合は国の平均より死亡率が高いと判断します。

本町の令和4年度の死亡の状況は、男性のSMRは98.6で、国の100と比べ低くなっていますが、平成30年度と比べ6.1増加しています。女性のSMRは100.8で、国と同水準ですが、平成30年と比べ2.1増加しており、男女共に増加傾向にあります。

主たる死因について、1番多いのは、がんの割合が58.6%と高く、岐阜県と比べても高い状況にあります。心疾患については24.3%で、平成30年度に比べ1.8ポイント増加しています。

#### 【標準化死亡比（SMR）】

	本町		岐阜県
	H30年度	R4年度	R4年度
男性	92.5	98.6	99.5
女性	98.7	100.8	102.5

出典：KDB データ（地域の全体像）

【主たる死因の割合】

	本町				岐阜県
	H30年度		R4年度		R4年度
	実数	率	実数	率	率
がん	66	55.0%	65	58.6%	50.8%
心臓病	27	22.5%	27	24.3%	27.6%
脳疾患	17	14.2%	12	10.8%	14.1%
糖尿病	4	3.3%	1	0.9%	1.4%
腎不全	4	3.3%	3	2.7%	3.7%
自殺	2	1.7%	3	2.7%	2.4%

出典：KDB データ（地域の全体像）

（４） 社会資源

本町の医療機関数（人口10万対）について岐阜県と比べてみると、医科・歯科・薬局ともに多くあります。また、介護事業所についても入所・通所・訪問系事業所の割合が岐阜県と比べて高く、医療機関、介護事業所ともに充実した地域です。

【医療資源】

	本町		同規模	
	実数	割合	実数	割合
病院数	2	0.5%		0.3%
診療所数	19	4.8%		3.1%
病床数	618	154.9%		56.1%
医師数	167	41.9%		11.1%
外来患者数	784.2		716.1	
入院患者数	16.2		19.2	

出典：KDB データ（地域の全体像）

		本町		岐阜県
		実数	人口10万対	人口10万対
医療施設	病院	2	9.01	4.90
	診療所	15	67.54	65.95
	歯科	13	58.54	48.36
	薬局	15	67.54	51.90
	病院病床数	618	2782.78	648.80
介護施設	訪問型介護施設	16	4.66	2.98
	通所型介護施設	12	3.50	3.47
	入所型介護施設	8	2.33	2.17
	特定施設	1	0.29	0.14

出典：日本医師会Jマップ

2022年11月現在の地域内医療機関情報の集計値

## 2 第2期計画に係る考察

### (1) 第2期データヘルス計画全体の評価と考察

第2期データヘルス計画（H30年度～R4年度）で設定した目標について、評価指標をもとに評価し、改善や悪化の要因についてまとめました。

#### 【評価の凡例】

○指標評価：5段階

A:目標達成 B:目標は達成できていないが改善傾向

C:変わらない D:悪化傾向 E:評価困難

#### 【第2期データヘルス計画の目的】

健康寿命の延伸及び、医療費の削減

#### 【目標】

中長期目標	1. 脳血管疾患の減少 2. 虚血性心疾患の減少 3. 人工透析患者の減少 4. 糖尿病合併症患者の減少
短期目標	1. 特定健診を受診し、健康状態を把握する人の増加 2. メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少 3. 生活習慣病の疑いのある未治療者の減少

#### 【計画全体の指標と評価】

指標	指標の変化			目標	結果	評価
		男性	女性			
平均自立期間 ※	H30	80.3 歳	82.7 歳	延伸	男性：不変 女性：改善	B
	R1	79.4 歳	83.1 歳			
	R2	79.7 歳	83.2 歳			
	R3	79.6 歳	83.7 歳			
	R4	80.4 歳	83.5 歳			
1人当たり医療費	H30	357,226 円		減少	不変	C
	R1	351,251 円				
	R2	337,068 円				
	R3	348,123 円				
	R4	357,890 円				

指標	指標の変化		目標	結果	評価
脳血管疾患患者 (脳梗塞) (患者千人当たり)	H30	34.521 人	減少	減少	A
	R1	31.655 人			
	R2	34.051 人			
	R3	33.573 人			
	R4	29.643 人			
虚血性心疾患患者 (狭心症) (患者千人当たり)	H30	60.510 人	減少	不変	C
	R1	58.748 人			
	R2	60.948 人			
	R3	62.429 人			
	R4	60.083 人			
人工透析患者数 (患者千人当たり)	H30	8.500 人	減少	減少	B
	R1	7.603 人			
	R2	6.780 人			
	R3	7.351 人			
	R4	7.781 人			
糖尿病性腎症 患者数 (患者千人当たり)	H30	14.743 人	減少	増加	D
	R1	16.069 人			
	R2	19.067 人			
	R3	17.372 人			
	R4	15.296 人			
糖尿病性網膜症 患者数 (患者千人当たり)	H30	15.619 人	減少	増加	D
	R1	16.277 人			
	R2	16.670 人			
	R3	16.092 人			
	R4	18.446 人			
糖尿病性神経障害 患者数 (患者千人当たり)	H30	7.682 人	減少	減少	B
	R1	6.151 人			
	R2	5.956 人			
	R3	6.144 人			
	R4	6.149 人			

※平均自立期間とは、日常生活に介護を要しない期間の平均であり、介護認定における「要介護2～5」を、介護を要する状態として算出しています。

## (2) 個別保健事業の評価と考察

設定した目標を達成するために実施した個別保健事業の実施状況について評価し、改善や悪化の要因についてまとめました。

### 【個別保健事業 事業名】

- |   |
|---|
| 1. 特定健診受診勧奨事業<br>2. 特定保健指導の充実<br>3. 糖尿病性腎症重症化予防事業<br>4. 生活習慣病（循環器疾患）重症化予防事業 |
|---|

### 【1 特定健診受診勧奨事業】

#### ①事業の概要

背景	特定健診受診率は向上しましたが、健診も医療も受けていない健康状態不明者の割合は平成 28 年度より 0.3 ポイント増加しています。虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析に至る糖尿病性腎症の基礎疾患には高血圧・糖尿病・脂質異常がみられるため、新規健診受診者を増やし、健診結果から生活習慣病の早期発見・重症化予防に向けた医療連携や生活習慣病改善に取り組む必要があります。 また、働き盛り世代の受診率を上げるため、若い世代がより受診しやすい健診体制を整える必要があります。
目的	被保険者が、自分自身の健康状態を把握し、健康の保持・増進に自ら努めることができるよう、健康管理意識の向上を図ります。
内容	①郵便による受診勧奨 ・特定健診受診勧奨はがきを個別送付。 ②電話による受診勧奨と未受診者の分析 ・国保連合会の事業を活用した電話勧奨を実施。 ③情報提供事業の活用 ・国保連合会の事業を活用し、治療中者の検査結果について情報を得る。 ④休日に集団健診を実施 ・新規受診者の増加を目指して、かかりつけ医が羽島郡内でない者や働いている者をターゲットとし休日に集団健診を実施。 ⑤健診実施期間の延長 ・健診実施期間を延長し、住民が受診しやすい環境を提供。 ⑥健診結果の提供の促進 ・商工会等に働きかけ、健診結果の提供への協力を依頼。 ・健診案内等にて、職場等での健診結果の提供に関する周知を実施。

評価指標		目標
アウトプット・アウトカム指標	特定健診受診率	前年度より4%以上増加
	50～64歳の受診率	前年度より4%以上増加
	継続受診者の割合	35%以上
	健康状態不明者の割合	15%以下

## ②5年間の実績

年度	取組状況（変更点など）	評価
H30	<ul style="list-style-type: none"> <li>前年度健診未受診の40～64歳に対し、電話による受診勧奨と未受診理由の聞き取りを実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「通院中」や「忙しい」などの未受診理由を把握するとともに、「日曜日に受診できるようにしてほしい」など対象者の声を把握することができました。</li> </ul>
R1	<ul style="list-style-type: none"> <li>健診開始前に1回、受診勧奨はがきを送付（過去3年間の受診結果等を記載）</li> <li>電話勧奨の対象者を、「前年度健診未受診の40歳及び65～74歳」に変更</li> <li>情報提供事業の開始</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>受診勧奨はがきの発送や情報提供事業の実施により受診率が平成30年度から4.9ポイント向上し取組の効果がありました。</li> </ul>
R2	<ul style="list-style-type: none"> <li>受診勧奨はがきの送付回数を2回に増やし、健診開始前・健診期間中に送付</li> <li>健診実施期間を3か月間から5か月間に延長</li> <li>健診案内及び受診勧奨はがきで健診結果の提供に関する周知を実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>新型コロナウイルス感染症流行の影響で受診控えが進んだが、健診期間延長等の対応により受診率を1.3ポイント向上させることができました。</li> </ul>
R3	<ul style="list-style-type: none"> <li>休日に集団健診を実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>集団健診受診者の6割が新規受診者で新規受診者が増加しました。</li> </ul>
R4	<ul style="list-style-type: none"> <li>データ分析及び対象者の特徴に応じた受診勧奨はがきの発送を業者に委託</li> <li>職場等健診結果情報提供事業の開始（職場等健診結果の提供者に対し、500円分の商品券を進呈）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>受診勧奨はがき発送後の受診者数が想定を下回り、受診勧奨はがきの発送時期や通知内容について再検討が必要です。</li> <li>職場等健診結果情報提供事業の実施により健診結果の提供者は増加しました。</li> </ul>



③評価と見直し

評価指標		目標	ベースライン	H30	R1	R2	R3	R4	指標判定
アウトプット・アウトカム指標	特定健診受診率	前年度より4%以上増加	35.0%	38.1%	43.0%	44.3%	46.4%	46.4%	B
	50～64歳の受診率	前年度より4%以上増加	29.5%	31.3%	34.8%	34.3%	36.5%	34.6%	B
	継続受診者の割合	35.0%以上	26.9%	29.5%	30.9%	33.5%	34.7%	35.4%	B
	健康状態不明者の割合	15.0%以下	22.4%	22.9%	22.7%	22.4%	21.7%	21.4%	C
事業全体の評価		B 目標は達成できていないが改善傾向							
評価まとめ		<p>受診率は、目標には達しませんでした。H28年度（ベースライン）とR4年度の比較で11.4ポイント向上させることができました。これは、未受診理由を把握し、「通院中」「忙しい」などの未受診理由に応じた取組を実施した効果であると考えられます。</p> <p>受診率の向上に伴い、50～64歳の受診率、継続受診者の割合は増加傾向にあります。健康状態不明者の割合に大きな変化はありません。特に、40～50歳代の若い世代で健康状態不明者が多いため、これまでの取組に加え、若い世代の健康意識を高められるような事業を展開する必要があると考えられます。</p>							
継続等について		<p>このまま継続 ・ 多少の見直しが必要</p> <p>大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討</p>							
見直し改善の案		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 健診の利便性の向上 若い世代が受診しやすく、魅力ある健診とすることで、若い世代の新規受診者の増加を図ります。</li> <li>・ デジタルツールを活用した周知 若い世代に向けた健康情報の発信を積極的に実施します。</li> </ul>							

## 【2 特定保健指導の充実】

### ①事業の概要

背景	平成 28 年度と比較して特定保健指導率は向上しましたが、メタボ該当者や B M I、腹囲の有所見者の割合は依然として高い値で推移しており、心血管疾患等重症化疾患のリスクが高い状態の方が多い傾向です。特定保健指導利用率の向上を図るとともに、保健指導内容の充実により改善率向上に取り組む必要があります。
目的	被保険者が健康に生活できるよう、生活習慣病の予防とメタボリックシンドロームの改善のため、生活習慣の改善に自ら取り組めるように支援します。
内容	<p>①積極的な訪問の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・優先順位の高い順に保健師が訪問により利用勧奨を実施するとともに、可能であれば、訪問時に初回指導を実施。</li> <li>・利用意志のない対象者にはその理由を把握するとともに、結果説明を行い、生活習慣の改善ポイントなどの保健指導を実施。</li> </ul> <p>②集団健診後の特定保健指導の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・集団健診後の結果説明会で初回面接を実施。</li> <li>・結果説明会は、対象者が参加しやすい日程で実施。</li> </ul> <p>③特定保健指導内容の充実</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導に関わる保健師、管理栄養士による事例検討会を実施。</li> <li>・次年度の健診結果から改善者、悪化者、未受診等の状況を確認するとともに、保健指導内容の振り返りを継続的に実施。</li> <li>・保健指導の内容や方法を検討することにより、指導内容を統一。</li> <li>・有効的な手法の共有化によるスタッフのスキルアップ。</li> </ul> <p>④関係機関との連携強化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「笠松町保健事業連絡会」の継続実施による町内医療機関及び保健所等との連携を強化。</li> <li>・特定保健指導委託医療機関との連絡会を開催する計画としていたが、未実施。</li> </ul>

評価指標		目標
フロント・ケアチーム	特定保健指導利用率	60%以上
	特定保健指導終了率	60%以上
	介入（面談、電話等）率	100%
	メタボリックシンドローム該当者・予備群割合	減少

②5年間の実績

年度	取組状況（変更点など）	評価
H30	<ul style="list-style-type: none"> <li>積極的な訪問の実施</li> <li>笠松町保健事業連絡会の開催</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>積極的に訪問を実施したことにより、特定保健指導利用率・終了率が向上しました。</li> </ul>
R1	<ul style="list-style-type: none"> <li>平成30年度の取組を継続</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>積極的な訪問の実施により、終了率が向上しました。</li> </ul>
R2	<ul style="list-style-type: none"> <li>新型コロナウイルス感染症の流行により、積極的な訪問を控え、電話や手紙による利用勧奨を実施</li> <li>特定保健指導のスタッフで勉強会を開始（特定保健指導方法の検討、事例検討）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問による初回面接が積極的に実施できなかったため、利用率・終了率は減少しました。</li> </ul>
R3	<ul style="list-style-type: none"> <li>日曜日に特定保健指導を実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>日曜日に特定保健指導を実施した効果もあり、利用率が向上しました。</li> </ul>
R4	<ul style="list-style-type: none"> <li>取組を継続</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>マンパワー不足等の要因から介入が不十分であり、終了率の増加には至りませんでした。</li> </ul>

③評価と見直し

評価指標		目標	ベースライン	H30	R1	R2	R3	R4	指標判定
アウトプット・アウトカム指標	特定保健指導利用率	60%以上	22.6%	64.8%	57.1%	60.8%	68.8%	65.5%	A
	特定保健指導終了率	60%以上	19.5%	50.9%	52.4%	49.6%	50.8%	47.4%	B
	介入率	100%	—	88.0%	69.4%	83.7%	84.5%	72.9%	C
	メタボ該当者の割合	減少	19.5%	20.6%	22.8%	24.5%	24.7%	23.5%	D
	メタボ予備群の割合	減少	11.5%	10.0%	11.3%	10.8%	9.5%	12.1%	C

事業全体の評価	B 目標は達成できていないが改善傾向
評価まとめ	<p>積極的に訪問を実施した結果、特定保健指導利用率は目標の60%を上回りましたが、終了率は目標を下回りました。積極的支援の終了率は特に低く、対策が必要です。</p> <p>メタボリックシンドローム該当者の割合は増加し続けています。令和6年度から特定保健指導にアウトカム評価が導入されるため、特定保健指導の内容の充実を図り、成果を出すことができる保健指導を実施する必要があります。</p>
継続等について	<p>このまま継続 ・ 多少の見直しが必要</p> <p>大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討</p>
見直し改善の案	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定保健指導の成果の見える化</li> </ul> <p>特定保健指導実施者と対象者が成果を確認できるよう効果測定を実施し、特定保健指導に対するモチベーションを維持できるように支援します。</p>

### 【3 糖尿病性腎症重症化予防事業】

#### ①事業の概要

背景	<p>人工透析の主な原疾患である糖尿病性腎症の重症化予防は、健康寿命の延伸とともに医療費適正化の観点において喫緊の課題です。</p> <p>町では人工透析患者数が多く、糖尿病性腎症の患者数も増加しているため、引き続き取組を推進する必要があります。</p>
目的	<p>健診による疾病の早期発見、早期治療及び適正受診を促進し、重症化予防の働きかけを行うことにより、被保険者の健康増進と医療費の適正化を図ります。</p>
内容	<p>①選定基準に基づく対象者数の把握</p> <p>②対象者への介入</p> <p>1)受診勧奨</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関未受診者、治療中断者に対し、戸別訪問を実施。</li> <li>訪問が困難な場合は、郵送、電話により受診勧奨を実施。</li> </ul> <p>2)保健指導</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病で通院する患者のうち重症化するリスクの高い方について、医療機関から保健指導依頼書の提出があった場合、保健指導を実施。</li> </ul> <p>③対象者の管理</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者ごとに糖尿病管理台帳を作成し管理。</li> </ul> <p>④医療との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病連携手帳や連絡票を活用し、医療機関と連携を図る。</li> </ul> <p>⑤一体的事業の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・後期高齢の糖尿病性腎症重症化予防対象者について、国保から情報提供を行い、継続して訪問支援等を実施。</li> </ul>

評価指標		目標
アウトプット・アウトカム指標	医療機関受診率	60%以上
	糖尿病性腎症患者数	減少
	新規透析患者数	減少
	透析患者に占める糖尿病患者割合	減少
	次年度の検査値 (HbA1c)	改善

②5年間の実績

年度	取組状況（変更点など）	評価
H30	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関未受診者及び治療中断者に受診勧奨通知を送付</li> <li>医療機関からの依頼に応じた保健指導体制の整備</li> <li>連絡票を活用した医療機関との連携</li> </ul>	特定健診を病院に委託していることから、医療機関にはつながりやすいが、治療中のコントロール不良者も多いため、医療機関との連携が必要です。
R1	<ul style="list-style-type: none"> <li>平成30年度の取組を継続</li> </ul>	新型コロナウイルス感染症の影響で、受診控えがあり、医療機関の受診率が低下しました。
R2	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関未受診者及び治療中断者へ訪問による受診勧奨を実施</li> <li>高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業の実施</li> </ul>	医療機関受診率は向上しました。通知のみでなく、訪問による受診勧奨を実施した効果ではないかと考えられます。
R3	<ul style="list-style-type: none"> <li>取組を継続</li> </ul>	事業対象者の次年度の検査値が改善傾向にあるため、事業の効果があつたと考え、引き続き事業を継続します。
R4	<ul style="list-style-type: none"> <li>取組を継続</li> </ul>	医療機関未受診者、治療中断者への保健指導の実施率は55.6%でした。検査値の改善を図るため、今後も受診勧奨と併せ、積極的に保健指導を実施する必要があります。

③評価と見直し

評価指標		目標	ベースライン	H30	R1	R2	R3	R4	指標判定
アウトプット・アウトカム指標	医療機関受診率	60%	—	75.0%	26.9%	81.8%	58.3%	44.4%	C
	糖尿病性腎症患者数	減少	11.026	14.743	16.069	19.067	17.372	15.296	B
	新規透析患者数	減少				0.037	0.146	0.152	B

評価指標		目標	ベースライン	H30	R1	R2	R3	R4	指標判定
アウトプット・アウトカム指標	新規透析患者に占める糖尿病患者割合	減少			33.3%	66.7	75.0	33.3	B
	次年度の検査値 (HbA1c)	改善	—	—	—	平均値 △0.4%	平均値 △0.9%		
事業全体の評価		B 目標は達成できていないが改善傾向							
評価まとめ		<p>医療機関受診率は目標に達していませんが、次年度の検査値は改善がみられます。これは、受診勧奨と併せて実施する保健指導の効果であると思われます。健診結果説明時に、医療機関で服薬の必要なしと判断されているケースも多くみられるため、今後は保健指導にも注力し、対象者の生活習慣の改善を図る必要があります。</p> <p>評価指標としていませんが、令和4年度の特定健診において、糖尿病治療中の者のうち HbA1c が 7.0% を超える者は 37.6%、8.0% を超える者は 11.8% でした。コントロール不良者が多いことから、今後は治療中の者への保健指導を推進する必要があります。</p> <p>糖尿病性腎症患者数、新規透析患者数、新規透析患者に占める糖尿病患者割合は、減少には至っていないため、今後も事業を継続し、減少を図る必要があります。</p>							
継続等について		<p>このまま継続 大幅な見直しが必要</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 多少の見直しが必要</li> <li>・ 継続要検討</li> </ul>							
見直し改善の案		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 積極的な保健指導の実施</li> </ul> <p>医療機関未受診者、治療中断者、治療中の者への保健指導を積極的に実施できるよう、マンパワーの確保、スタッフのスキルの向上、効果的な指導教材の検討、医療機関との連携等、体制整備を行います。</p>							

#### 【4 生活習慣病（循環器疾患）重症化予防事業】

##### ①事業の概要

背景	脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析の基礎疾患には、高血圧、糖尿病、脂質異常がありますが、本町では生活習慣病の疑いがある方の未治療が多い傾向にあります。血圧、脂質についても重症化予防に取り組み、重症化疾患を予防する必要があります。
目的	健診による疾病の早期発見、早期治療及び適正受診を促進し、重症化予防の働きかけを行うことにより、被保険者の健康増進と医療費の適正化を図ります。
内容	<p>①対象者の抽出</p> <p>1)高血圧未治療でⅡ度高血圧以上（収縮期血圧 160mmHg 以上または拡張期血圧 100mmHg 以上）の者</p> <p>2)脂質異常症未治療で LDL コレステロール 180mg/dl 以上または中性脂肪 500mg/dl 以上の者</p> <p>②対象者への介入</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関未受診者、治療中断者に対し、優先順位をつけて戸別訪問を行い、受診勧奨及び保健指導を実施。</li> <li>訪問が困難な場合は、郵送、電話により受診勧奨を実施。</li> </ul> <p>③医療との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「笠松町保健事業連絡会」にて連携を図る。</li> </ul>

評価指標		目標
マニトリアミド	医療機関受診率	60%以上
	次年度の検査値の変化 (血圧、LDL コレステロール、中性脂肪)	改善

##### ②5年間の実績（R3年度事業開始）

年度	取組状況（変更点など）	評価
R3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関未受診者及び治療中断者へ訪問による受診勧奨を実施</li> </ul>	医療機関受診率は目標値を下回ったが、対象者の約半数に保健指導を実施したことにより、次年度の検査値に改善がみられた。



年度	取組状況（変更点など）	評価
R4	・取組を継続	医療機関受診率は低い。また医療機関を受診するが「服薬の必要なし」と判断され生活習慣を見直していないケースもあり、保健指導をより多くの対象者の実施し、生活習慣の改善による検査値の改善を図る必要があります。

### ③評価と見直し

評価指標	目標	ベースライン	H30	R1	R2	R3	R4	指標判定		
アウトプット・アウトカム指標	医療機関受診率（血圧）	60%	—	—	—	—	27.2%	14.3%	D	
	医療機関受診率（脂質）	60%	—	—	—	—	36.3%	25.9%	D	
	次年度の検査値（血圧）	改善	収縮期	—	—	—	—	平均値 △21	令和6年度評価予定	A
			拡張期	—	—	—	—	平均値 △9		A
	次年度の検査値（LDLコレステロール）	改善	—	—	—	—	平均値 △34	A		
	次年度の検査値（中性脂肪）	改善	—	—	—	—	平均値 △193	A		
事業全体の評価	B 目標は達成できていないが改善傾向									
評価まとめ	<p>血圧、脂質ともに医療機関受診率は目標値を大きく下回りました。しかし、対象者の次年度の検査値は改善がみられます。これは、対象者に受診勧奨と併せて保健指導を実施した効果であったと考えられます。今後も保健指導を積極的に実施し、生活習慣の改善による検査値の改善を図る必要があります。</p>									
継続等について	<p>のままと継続          ・ 多少の見直しが必要          ・ 継続要検討          大幅な見直しが必要</p>									
見直し改善の案	・現在の取組を継続します。									

### 3 第2期計画等に係るまとめ

第2期データヘルス計画における個別保健事業について次のとおりまとめました。

事業名	事業全体の評価	継続等について	見直し改善の案
特定健診受診 勧奨事業	B 目標は達成でき ていないが改善 傾向	多少の見直しが 必要	・健診の利便性の向上 ・デジタルツールを活用した 周知
特定保健指導 の充実	B 目標は達成でき ていないが改善 傾向	多少の見直しが 必要	・特定保健指導の成果の見え る化（効果測定の実施）
糖尿病性腎症 重症化予防事 業	B 目標は達成でき ていないが改善 傾向	多少の見直しが 必要	・積極的な保健指導の実施 ・医療機関との連携
生活習慣病（循 環器疾患）重症 化予防事業	B 目標は達成でき ていないが改善 傾向	このまま継続	・継続実施

## 第3章 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出

### 1 健康・医療・介護等情報の分析

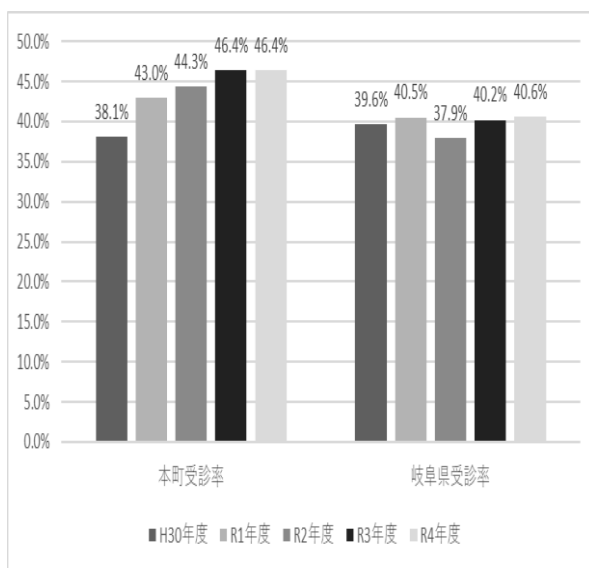
#### (1) 特定健診のデータ（質問票を含む）

##### ① 性・年齢別の受診の状況

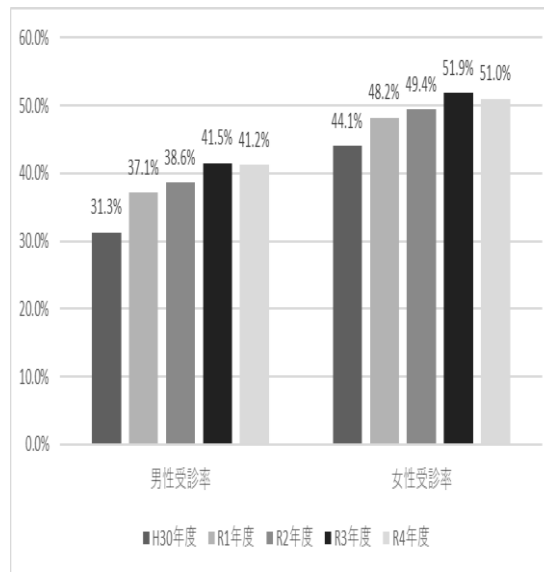
令和4年度の特定健診受診率（法定報告）は46.4%で、平成30年度に比べ8.3ポイント増加しています。また、男女別の受診率では、男性41.2%、女性51.0%で女性の方が9.8ポイント高くなっています。年度ごとの変化では、平成30年度から令和4年度に男性は9.9ポイント増加、女性は6.9ポイント増加し、受診率の伸びは男性が大きくなっています。

#### 【特定健診受診率】

本町と岐阜県の受診率の推移



性別受診率の推移（本町）



出典：法定報告

年齢別の受診率は、平成30年度から令和4年度において、全体の受診率は増加しており、性別・年代別に受診率をみると、受診率が増加している世代は、男性の60歳から69歳で13.6%増加しています。一方で、受診率が低下しているのは男性の40歳から44歳で△5.1ポイント、次いで女性50歳から54歳で△1.7ポイントとなっており、40歳代、50歳代の若い世代の受診率向上に資する取り組みが必要です。

【年齢別・性別受診率の状況（平成30年度と令和4年度の比較）】

男性	H30年度	R4年度	H30→R4の差	女性	H30年度	R4年度	H30→R4の差
40-44歳	20.3%	15.2%	-5.1	40-44歳	29.7%	37.0%	+7.3
45-49歳	19.5%	31.5%	+12.0	45-49歳	26.7%	36.4%	+9.7
50-54歳	24.5%	26.1%	+1.6	50-54歳	29.3%	27.6%	-1.7
55-59歳	21.9%	29.6%	+7.7	55-59歳	36.9%	39.6%	+2.7
60-64歳	23.7%	37.3%	+13.6	60-64歳	44.1%	45.0%	+0.9
65-69歳	35.3%	48.9%	+13.6	65-69歳	48.7%	58.9%	+10.2
70-74歳	41.6%	53.7%	+12.1	70-74歳	51.6%	60.7%	+9.1
計	31.3%	41.2%	+9.9	計	44.1%	51.0%	+6.9

出典：法定報告

② 各種検査項目の有所見の状況

有所見者（健診結果で基準値を超えている人）の割合では、岐阜県と比較して男性、女性ともにエネルギーの過剰を示す項目である「BMI」「腹囲」「中性脂肪」「ALT（GPT）」「HDL コレステロール」の所見が高くなっています。

また、メタボリックシンドロームの判定基準となる項目では、男性は血管を傷つける因子となる「収縮期血圧」「拡張期血圧」、動脈硬化を促進する因子となる「LDL コレステロール」が高くなっており、女性では、「LDL コレステロール」が高くなっています。平成30年度と令和4年度の比較では、男性は「HbA1c」「eGFR（腎機能の低下）」が増加し、女性は「HbA1c」「収縮期血圧」「腹囲」「eGFR」が増加しています。「肥満・脂質・血圧・腎臓」の有所見の割合が高くなること、また所見が重なることは、脳血管疾患や心臓病の発症につながるため対策が必要です。

【健診所見の状況】

	性別	摂取エネルギーの過剰					血管を傷つける			動脈硬化	腎障害	
		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT (GPT)	HDLコレステロール	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDLコレステロール	eGFR
H30年度	本町) 男性	34.6%	57.4%	33.1%	19.6%	13.3%	53.2%	13.7%	48.3%	22.8%	46.0%	17.9%
R4年度	本町) 男性	36.4%	58.7%	33.2%	20.0%	11.7%	59.6%	11.9%	51.9%	26.0%	45.1%	22.5%
H30→R4の差		+1.8	+1.3	+0.1	+0.4	-1.6	+6.5	-1.8	+3.6	+3.3	-0.9	+4.5
R4年度	県) 男性	31.8%	52.8%	30.2%	19.9%	9.1%	60.4%	13.0%	49.0%	24.1%	43.5%	22.4%

	性別	摂取エネルギーの過剰					血管を傷つける			動脈硬化	腎障害	
		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT (GPT)	HDLコレステロール	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDLコレステロール	eGFR
H30年度	本町) 女性	21.4%	19.5%	24.3%	8.6%	3.3%	46.9%	1.5%	40.9%	14.7%	56.3%	11.4%
R4年度	本町) 女性	21.0%	23.5%	19.9%	10.1%	2.2%	53.2%	2.2%	45.2%	13.9%	55.1%	17.1%
H30→R4の差		-0.4	+4.0	-4.4	+1.4	-1.1	+6.3	+0.7	+4.3	-0.9	-1.2	+5.7
R4年度	県) 女性	20.0%	18.1%	18.4%	8.5%	1.7%	59.8%	1.8%	46.3%	15.8%	52.7%	19.1%

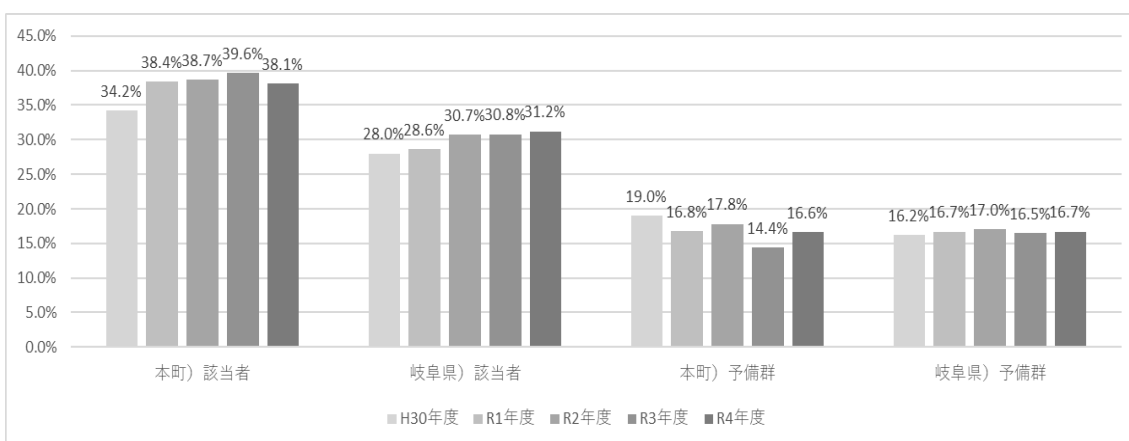
出典：KDB データ（様式5-2）

### ③ メタボリックシンドロームの状況（性別）

令和4年度のメタボリックシンドローム該当者は、男性は38.1%で平成30年度より3.9ポイント増加し、女性は12.9%で0.9ポイント増加しています。男女とも岐阜県と比較して高い値で推移しています。

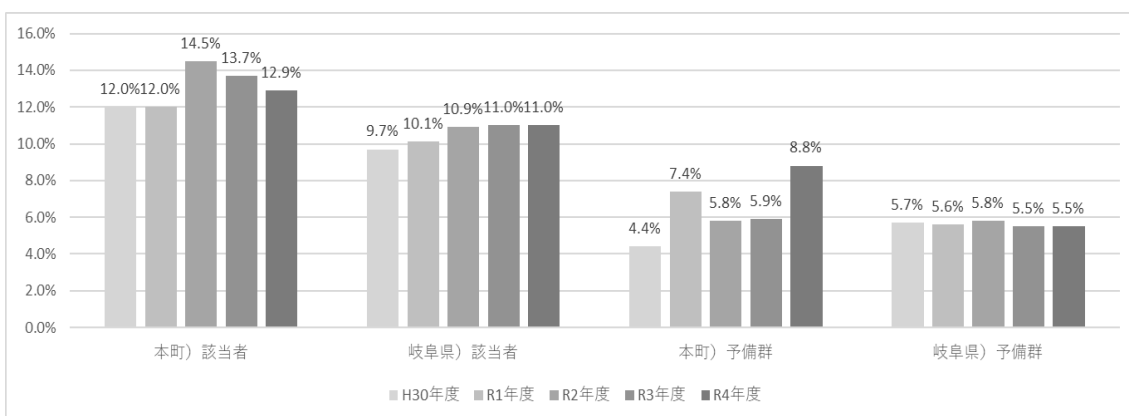
令和4年度のメタボリックシンドローム予備群は、男性は16.6%で平成30年度に比べ2.4ポイント減少し経年的に減少傾向にある一方、女性は8.8%で4.4ポイント増加しています。メタボリックシンドロームは、内蔵脂肪の蓄積に、高血圧症、糖尿病、脂質異常が組み合わさり、心臓病や脳血管疾患などが発症しやすくなります。男性はメタボリックシンドローム該当者が増加しているため、より積極的な取り組みが必要です。

#### 【メタボリックシンドロームの状況（男性）】



出典：KDB データ（地域の全体像の把握）

#### 【メタボリックシンドロームの状況（女性）】

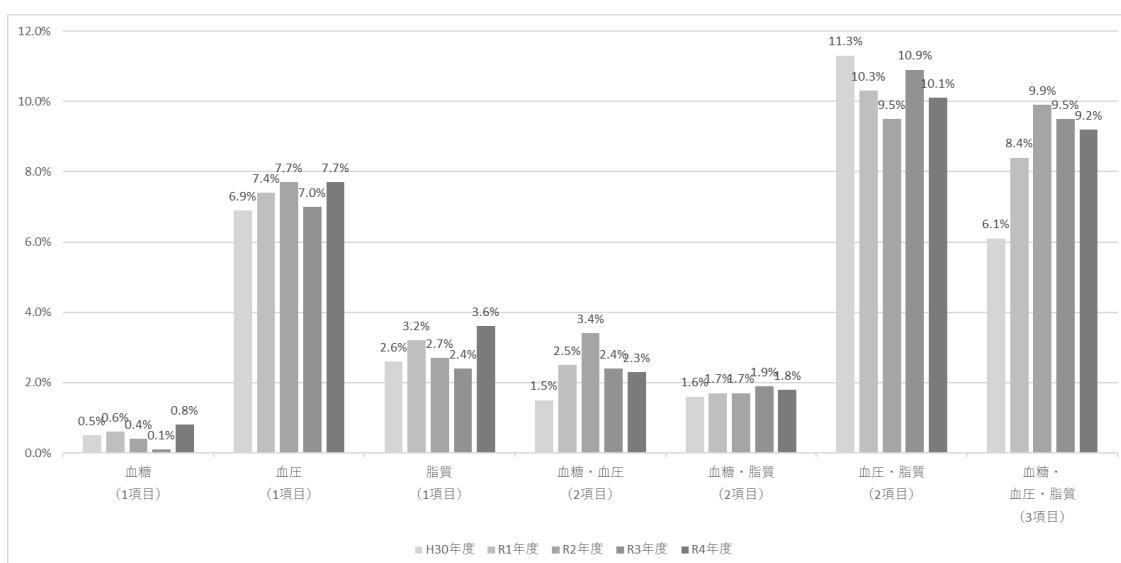


出典：KDB データ（地域の全体像の把握）

#### ④ メタボリックシンドロームの状況（所見の重なり）

令和4年度のメタボリックシンドロームにおける「血糖・血圧・脂質」の3項目の有所見について項目の重なる割合でみると、いずれにおいても本町の割合は高い傾向にあります。特に3項目の重なりでは本町は9.2%と高く、岐阜県の6.4%と比較して2.8ポイント高い状況です。また、本町の傾向として平成30年度と令和4年度を比べると3.1ポイント増加し、メタボリックシンドロームのリスクは高まっています。

【メタボリックシンドローム所見の重なり】



出典：KDB データ（地域の全体像の把握）

#### ⑤ 特定保健指導

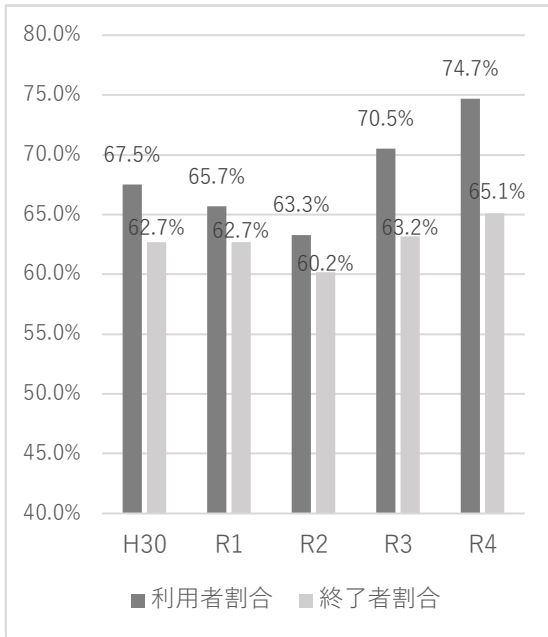
令和4年度の動機付け支援の特定保健指導利用率は74.7%、終了率は65.1%で、岐阜県と比較して利用率・終了率ともに高くなっています。

また、積極的支援該当者の特定保健指導利用率は42.4%、終了率は3.0%となっています。岐阜県と比較して利用率は高くなっていますが、終了率は低く初回面接から支援終了までの3か月以上継続した支援が行えていない課題があります。

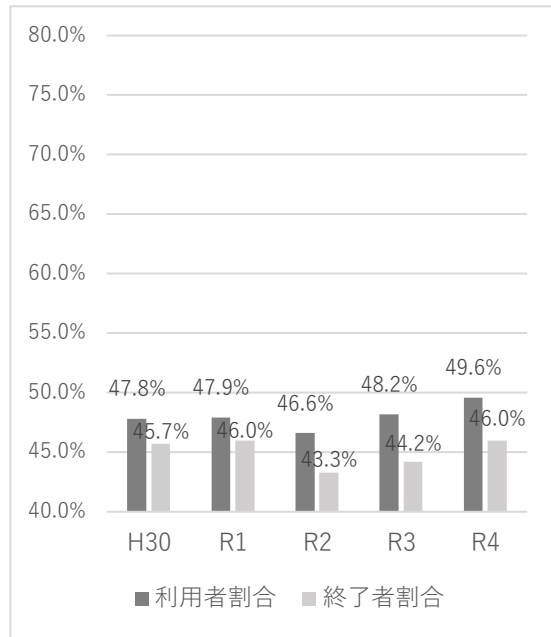
積極的支援該当者は、動機付け支援該当者に比べ所見の重なりが多く、生活習慣の改善に取り組むことが重要です。今後の取り組みとして、保健指導利用者自らが設定した行動目標に取組んだ後に、その効果を確認することができる「効果測定（特定健診と同一の血液検査）」の実施を推進します。

【特定保健指導の実施状況（動機付け支援）】

本町の実施状況

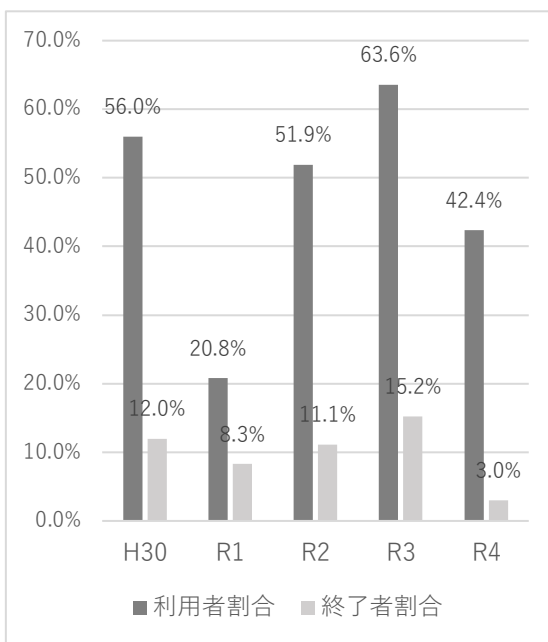


岐阜県の実施状況

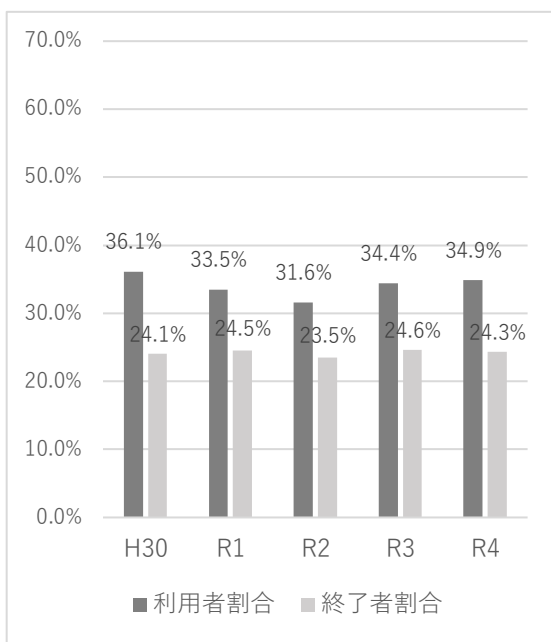


【特定保健指導の実施状況（積極的支援）】

本町の実施状況



岐阜県の実施状況



出典：法定報告

## ⑥ 服薬歴・既往歴の状況（質問票より）

令和4年度の特特定健診時の質問票から、「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症」での服薬の状況については岐阜県より高く、中でも「糖尿病」の服薬について本町は4.2ポイント高くなっています。また、既往症では「脳卒中」「心臓病」が岐阜県と比較して高く、中でも「脳卒中」が0.9ポイント高くなっています。情報提供事業の実施により治療中の方の「服薬や既往歴」を把握していることも要因と考えます。

### 【特定健診の質問票からの既往歴】

	服薬有			既往症			
	高血圧症	糖尿病	脂質異常症	脳卒中	心臓病	慢性腎臓病・腎不全	貧血
本町	38.0%	13.6%	31.7%	3.8%	6.2%	0.9%	9.8%
岐阜県	36.2%	9.4%	28.9%	2.9%	6.1%	0.9%	10.4%
同規模	37.1%	9.4%	28.4%	3.2%	5.9%	0.8%	10.4%
国	35.6%	8.7%	27.9%	3.1%	5.5%	0.8%	10.7%

出典：KDB データ（地域の全体像）

## ⑦ 生活習慣の状況（質問票より）

令和4年度の特特定健診時の質問票から、岐阜県と比較して「20歳時体重から10kg以上増加」「1回30分の運動なし」「週3回以上朝食を抜く」「飲酒3合以上」「3食以外の間食が毎日」の項目に該当する人が多く、運動習慣を持つ方が少なく、若い頃より体重が増加している傾向にあります。また、平成30年度と令和4年度の比較では「20歳時体重から10kg以上増加」「1回30分以上の運動なし」「歩行速度が遅い」「週3回以上朝食を抜く」「3食以外の間食が毎日」の割合が増加しています。「歩行速度が遅い」割合は3.8ポイント高くなり、運動習慣が少なく筋力の低下をきたしていると考えられます。

運動はメタボリックシンドローム改善の効果が高く、運動習慣を持つ方の増加に向けた支援が重要です。

### 【質問項目別回答者の割合】

	喫煙	20歳時体重から10kg以上増加	1回30分以上の運動習慣なし	1日1時間以上運動なし	歩行速度遅い	食べる速度が速い	週3回以上就寝前夕食	週3回以上朝食を抜く	毎日飲酒	3合以上	睡眠不足	3食以外間食_毎日
H30)本町	12.3	34.9	61.7	57.8	46.6	26.5	14.7	6.3	20.5	2.6	24.2	23.3
R4)本町	12.5	37.4	64.8	59.6	50.4	26.5	13.9	8.3	18.2	2.6	21.2	25.6
H30→R4増減	0.2	2.5	3.1	1.8	3.8	0	-0.8	2	-2.3	0	-3	2.3
R4)岐阜県	12.4	33.6	62.6	51.4	50.2	26.9	13.3	7	23.6	2.4	26.7	23.5

出典：KDB データ（地域の全体像）



## (2) レセプトデータ

### ① 医療費の推移 (国保・後期)

国民健康保険の医療費については、被保険者数の減少とともに総医療費が減少傾向にある一方、後期高齢者医療保険の医療費は、被保険者数の増加により、総医療費が増加しています。

#### 【医療費の推移 (国保・後期)】

単位：百万円

医療費の推移 (国保) (単位：百万円)						医療費の推移 (後期) (単位：百万円)					
	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
総医療費	1,770	1,643	1,545	1,599	1,527	総医療費	2,750	2,845	2,845	3,084	3,058
調剤	302	293	269	269	257	調剤	533	544	522	523	494
歯科	127	123	120	134	124	歯科	115	119	126	135	149
外来	695	635	605	607	626	外来	902	892	909	961	991
入院	646	592	551	589	520	入院	1,200	1,200	1,288	1,465	1,424
被保険者数	4,617	4,417	4,320	4,244	3,094	被保険者数	3,178	3,267	3,324	3,330	3,433

出典：KDB データ (健康スコアリング・医療)

### ② 年齢別医療費 (国保)

令和4年度の医療費の状況をみると、受診件数は60歳以降に増加し、60歳～69歳で28.3%、70歳～74歳は38.4%と増加し60歳以降の年齢で受診件数の66.7%を占めています。

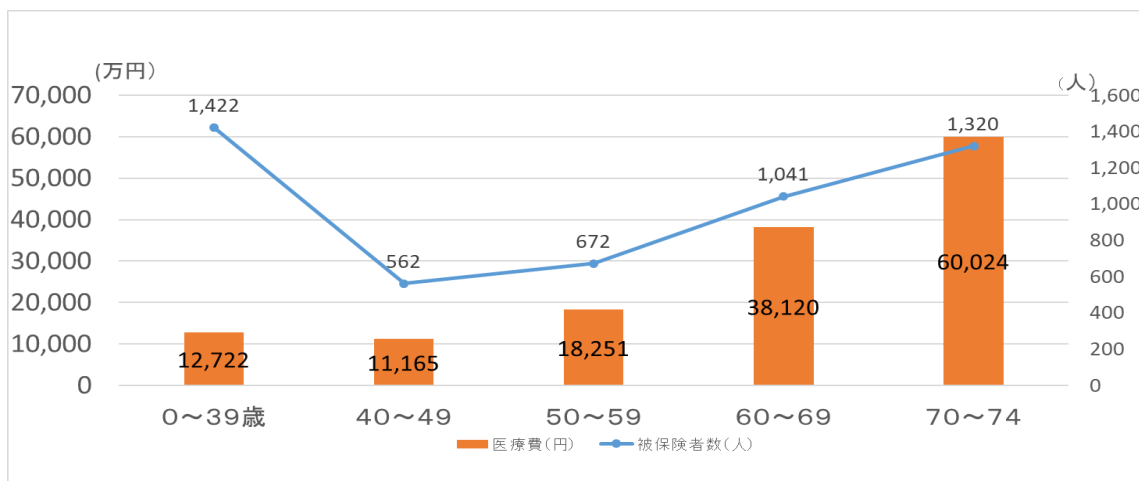
医療費では、0歳～49歳までの被保険者数は1,984人と39.5%を占めますが、医療費は全体の17.1%と低くなっています。医療費が増加する年代は60歳以降で、60歳～69歳は27.2%と全体の4分の1を占め、70歳～74歳においては42.8%とさらに増加しています。

【年齢階層別医療費】

R04年度	被保険者数		件数		日数		医療費		受診率	レセプト1件 当たり 医療費	被保険者1 人当たり 医療費	被保険者1 日当たり 医療費
	(人)	割合(%)	(件)	割合	(日)	割合(%)	(円)	割合(%)	千人当たり	(円)	(円)	(円)
0~39歳	1,422	28.3%	5,604	14.0%	8,190	11.0%	127,219,070	9.1%	3,940.928	22,701	89,465	15,533.464
40~49	562	11.2%	3,139	7.9%	6,221	8.4%	111,647,370	8.0%	5,585.409	35,568	198,661	17,946.853
50~59	672	13.4%	4,525	11.3%	10,446	14.1%	182,513,140	13.0%	6,733.631	40,334	271,597	17,472.060
60~69	1,041	20.7%	11,319	28.3%	19,962	26.9%	381,195,240	27.2%	10,873.199	33,677	366,182	19,096.044
70~74	1,320	26.3%	15,349	38.4%	29,516	39.7%	600,237,070	42.8%	11,628.030	39,106	454,725	20,335.990
合計	5,017	100.0%	39,936	100.0%	74,335	100.0%	1,402,811,890	100.0%	7,960.136	35,126	279,612	18,871.486

出典：KDB データ（健康スコアリング・医療）

【被保険者年齢階層別人数と医療費（国保）】



出典：KDB データ（健康スコアリング・医療）

### ③ 1人当たり月平均の医療費（国保・後期）

国保の令和4年度の被保険者1人当たり医療費は、1か月当たり28,114円で、令和2年度まで減少していましたが、令和3年度より増加しています。令和3年度以降は岐阜県の1人当たり医療費と比較して低くなっています。

#### 【1人当たり月平均医療費の推移（国保）】

国保	本町	県内順位	岐阜県	国
H30年度	28,050	16	26,422	25,437
R1年度	27,508	28	27,207	26,225
R2年度	26,483	31	26,462	25,629
R3年度	27,766	32	28,324	27,039
R4年度	28,114	34	28,714	27,570

出典：KDB データ（健診・医療・介護データからみる地域の健康課題）

後期の令和4年度の被保険者1人当たり医療費は、1か月当たり70,154円で県内2位と高くなっています。国保被保険者の28,114円と比較して42,040円高く、また平成30年度と比較して増加しています。後期高齢者医療保険では、生活習慣病の重症化が起きていると考えられます。

#### 【1人当たり月平均医療費の推移（後期）】

後期	本町	県内順位	岐阜県	国
H30年度	68,712	3	64,847	70,647
R1年度	69,146	4	65,207	71,642
R2年度	67,808	4	62,504	68,995
R3年度	73,322	1	64,158	70,255
R4年度	70,154	2	64,978	71,162

出典：KDB データ（健診・医療・介護データからみる地域の健康課題）

### ④ 外来医療費と入院医療費

#### ④-1 外来医療費・入院医療費の状況（国保）

国保の外来医療費について、令和4年度は平成30年度と比較して、受診率が増加しています。岐阜県と比較して受診率は高いですが、1件当たり医療費点数は低い状況です。

入院医療費について、令和4年度は平成30年度と比較して、入院の受診率は減少している一方で、1件当たり医療費点数は増加しており、岐阜県と比較しても高くなっています。

【外来・入院別、受診率・医療費の比較】

外来	本町		同規模	岐阜県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
受診率	770.406	784.16	716.103	748.191	687.776
1件当たり医療費点数	2,209	2,255	2,423	2,402	2,422

入院	本町		同規模	岐阜県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
受診率	19.158	16.193	19.201	17.442	17.663
1件当たり医療費点数	57,600	64,398	61,359	61,594	61,795
1件当たり在院日数	16.5	15.3	16	15.5	15.7

出典：KDB データ（地域の全体像）

④-2 疾病別外来医療費（国保・後期）

令和4年度の国保の外来医療費では、1位新生物（腫瘍）、2位内分泌、栄養及び代謝疾患（糖尿病）、3位尿路性器系の疾患（腎不全）、4位循環器系の疾患（高血圧性疾患）となっており、がんの治療に次いで生活習慣病の医療費が高くなっています。

後期の外来医療費では、1位循環器系の疾患（高血圧性疾患）、2位内分泌、栄養及び代謝疾患（糖尿病）、3位尿路性器系の疾患（腎不全）、4位筋骨格系及び結合組織の疾患（骨粗しょう症）5位新生物（腫瘍）が高くなっています。高齢期を迎え、循環器の疾患が増加するとともに、糖尿病や腎不全についての医療費は後期においても引き続き高い状況です。

【国保の外来医療費の割合】

外来 外来医療費全体を100%として計算

順位	大分類別疾患	割合(%)
1	新生物<腫瘍>	15.3
2	内分泌、栄養及び代謝疾患	14.7
3	尿路性器系の疾患	11.3
4	循環器系の疾患	10.7
5	筋骨格系及び結合組織の疾患	7.8
6	眼及び付属器の疾患	7
7	消化器系の疾患	6.6
8	呼吸器系の疾患	6.3
	その他	20.3

【後期の外来医療費の割合】

外来 外来医療費全体を100%として計算

順位	大分類別疾患	割合(%)
1	循環器系の疾患	18.3
2	内分泌、栄養及び代謝疾患	16.4
3	尿路性器系の疾患	12.5
4	筋骨格系及び結合組織の疾患	11.2
5	新生物<腫瘍>	10.1
6	眼及び付属器の疾患	7.5
7	消化器系の疾患	6.1
8	神経系の疾患	4.5
	その他	13.4

出典：KDB データ

#### ④－3 疾病別入院医療費（国保・後期）

令和4年度の国保の入院医療費では、1位新生物（腫瘍）、2位循環器系の疾患（脳内出血）、3位精神及び行動の障害（統合失調症）となっています。脳内出血は、生活習慣病の重症化により発症することが多くあり、重症化予防対策が必要です。

後期の入院医療費では、1位循環器系の疾患25.9%に次いで多いのが、2位筋骨格系及び結合組織の疾患と4位の損傷・中毒その他の外因（骨折）で、合計すると25%を占めます。後期高齢者では、生活習慣病の重症化による血管の障害や、筋骨格の低下による骨折などが増加しています。壮年期から生活習慣病の重症化予防に取組み、後期高齢者医療保険への加入後も切れ目ない支援の継続のほか、65歳以上74歳未満の前期高齢者から筋力向上に資する介護予防事業の取組みが必要と考えられます。

##### 【国保の入院医療費の割合】

入院 入院医療費全体を100%として計算

順位	大分類別疾患	割合(%)
1	新生物<腫瘍>	26.6
2	循環器系の疾患	18.1
3	精神及び行動の障害	10.5
4	消化器系の疾患	7.7
5	筋骨格系及び結合組織の疾患	7
6	呼吸器系の疾患	5.7
7	神経系の疾患	5.7
8	損傷、中毒及びその他の外因の影響	4.7
	その他	14

##### 【後期の外来医療費の割合】

入院 入院医療費全体を100%として計算

順位	大分類別疾患	割合(%)
1	循環器系の疾患	25.9
2	筋骨格系及び結合組織の疾患	13.7
3	新生物<腫瘍>	11.8
4	損傷、中毒及びその他の外因の影響	11.3
5	呼吸器系の疾患	8.7
6	尿路性器系の疾患	5.8
7	神経系の疾患	5.1
8	消化器系の疾患	5
	その他	12.7

出典：KDB データ

#### ④－4 高額医療費（国保）

令和4年度の国保の80万円以上の高額レセプトでは、がんの治療で人数・件数・費用額が大きく、平成30年度と比較して15.1ポイント増加しました。がんは予防が難しく、がん検診による早期発見の取組みが必要です。

また、予防できる生活習慣病の1つである脳血管疾患の医療費は10.2%と高額医療費の約1割を占めています。医療費の減少に向けた取組みとして高血圧症重症化予防が必要であり、取組みの効果として脳血管疾患の減少につながると考えられます。

【生活習慣病による 80 万円以上の高額レセプト 件数・費用について】

年度	80万円以上のレセプト			予防可能な疾患					
	人数	件数	費用額	脳血管疾患			虚血性心疾患		
				人数	件数	費用額	人数	件数	費用額
H30	146	277	3億7490万円	14	38	4797万円	10	11	2319万円
				9.6%	13.7%	12.8%	6.8%	4.0%	6.2%
R4	134	240	3億3937万円	11	29	3468万円	8	9	1741万円
				8.2%	12.1%	10.2%	6.0%	3.8%	5.1%

年度	予防が難しい疾患					
	がん			その他		
	人数	件数	費用額	人数	件数	費用額
H30	47	80	1億0494万円	89	148	1億9880万円
	32.2%	28.9%	28.0%	61.0%	53.4%	53.0%
R4	50	98	1億4630万円	70	104	1億4098万円
	37.3%	40.8%	43.1%	52.2%	43.3%	41.5%

出典：KDB データ（岐阜県支援ツール）

④-5 人工透析（国保）

令和4年度の国保の人工透析患者数は20名（県内順位19位）で、平成30年度と比較して5名減少しています。患者数の減少に伴い透析医療費も減少傾向にあります。

【人工透析の患者数・医療費の推移】

本町	人数	人数の割合	県内順位	岐阜県の 人数割合	医療費	医療費の割合	県内順位	岐阜県の 医療費割合
H30年度	25	0.5%	7	0.4%	136,157,730	8.1%	6	6.6%
R1年度	24	0.5%	8	0.4%	115,165,790	7.5%	12	6.6%
R2年度	19	0.4%	23	0.4%	90,242,920	6.2%	30	6.7%
R3年度	20	0.5%	21	0.5%	89,094,840	6.1%	24	6.5%
R4年度	20	0.5%	19	0.5%	93,836,400	6.5%	18	6.3%

出典：岐阜県における医療費・疾病・特定健診の状況

令和4年度の人工透析患者のうち「糖尿病あり」は7人（33.3%）、「糖尿病なし」は14人（66.7%）です。また人工透析患者の85.7%に高血圧症があり、42.9%の方が虚血性心疾患を発症しています。

令和4年度新規透析患者4人のうち「糖尿病あり」は1人（25%）です。透析患者数の減少に対する取組みとして、人工透析の基礎疾患となる糖尿病性腎症の重症化への取組みとともに高血圧の重症化予防が必要です。

また、減少患者の内訳では後期高齢者医療への移行があり、後期高齢者医療保険と連携し切れ目ない支援が必要です。

【人工透析患者の推移】

単位：人

年度	患者数	血管を痛める因子			大血管障害		糖尿病あり	糖尿病なし	前年度との差	新規患者	減少患者数	減少患者の内訳				
		糖尿病	高血圧	高尿酸血症	虚血性心疾患あり	脳血管疾患あり						死亡	後期高齢	社保加入	転出	その他
H30	25	11	22	12	11	5	11	14	-7	1	6	2	4			
R1	24	10	19	9	9	5	10	14	-1	5	7	1	4		1	1
R2	19	7	17	8	8	6	7	12	-5	2	3	2	1			
R3	23	7	19	7	8	4	7	16	4	7	6	3	1	1		
R4	21	7	18	8	9	5	7	14	-2	4	4	1	2			1
R4割合	100.0%	33.3%	85.7%	38.1%	42.9%	23.8%	33.3%	66.7%	-	19.0%	-	-	-	-	-	-

出典：KDB データ

【新規透析患者のうち糖尿病患者数】

年度	新規患者	糖尿病あり		糖尿病なし	
		患者数	割合	患者数	割合
H30	1	1	100.0%	0	0.0%
R1	5	2	40.0%	3	60.0%
R2	2	1	50.0%	1	50.0%
R3	7	3	42.9%	4	57.1%
R4	4	1	25.0%	3	75.0%

出典：KDB データ

④-6 生活習慣病

④-6-1 生活習慣病に占める医療費

生活習慣病に係る医療費の割合について、令和4年度と平成30年度を比較して増加している疾患は「がん」で8.5ポイント、次いで「糖尿病」が0.7ポイント増加しています。

令和4年度の「がん」を除く疾患で医療費が高いものは、糖尿病、高血圧症、慢性腎不全、脳梗塞・脳出血であり、糖尿病と脳梗塞・脳出血においては岐阜県と比較して高い割合にあります。脳梗塞・脳出血は、糖尿病や高血圧を基礎疾患として重症化に伴い発症する疾病で医療費も高い疾病です。対策として生活習慣病重症化予防への取組みの推進が必要です。

【生活習慣病が占める医療費】

	R4年度		H30年度		R4-H30 割合の差	R4岐阜県	R4国
	金額	割合	金額	割合		割合	割合
がん	272,519,450	35.8%	256,397,960	27.3%	+8.5	32.0%	32.2%
慢性腎不全（透析あり）	48,891,640	6.4%	106,663,690	11.4%	-5.0	8.1%	8.2%
糖尿病	88,043,070	11.6%	102,082,330	10.9%	+0.7	11.1%	10.4%
高血圧症	49,255,530	6.5%	63,670,580	6.8%	-0.3	6.5%	5.9%
脂質異常症	33,532,990	4.4%	44,196,470	4.7%	-0.3	4.5%	4.1%
脳梗塞・脳出血	39,530,910	5.2%	62,040,340	6.6%	-1.4	3.5%	3.9%
狭心症・心筋梗塞	26,576,090	3.5%	33,293,600	3.6%	-0.1	3.6%	2.8%
精神	91,490,460	12.0%	127,610,560	13.6%	-1.6	14.2%	14.7%
筋・骨格	104,317,200	13.7%	132,622,020	14.1%	-0.4	15.6%	16.7%

出典：KDB データ（岐阜県支援ツール）

④－6－2 生活習慣病の患者数

生活習慣病患者数について、令和4年度と平成30年度の患者割合を比較すると、生活習慣病患者の割合は増加し、糖尿病の割合も増加しています。また、生活習慣病の重症化に伴い発症する脳血管疾患の割合も増加しています。

糖尿病の重症化を予防し、脳・心臓・腎臓などの血管障害の予防につなげていく必要があります。

【生活習慣病患者数の割合】

	被保険者数	生活習慣病患者	大血管障害		糖尿病	糖尿病の合併症		
			脳血管疾患	虚血性心疾患		糖尿病性腎症	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経性障害
H30年度	5,003	1,926	137	214	670	32	46	21
		38.5%	7.1%	11.1%	34.8%	1.7%	2.4%	1.1%
R4年度	4,315	1,722	130	192	627	29	41	11
		39.9%	7.5%	11.1%	36.4%	1.7%	2.4%	0.6%

	糖尿病以外の血管を痛める因子		
	高血圧症	高尿酸血症	脂質異常症
H30年度	1,059	154	917
	55.0%	8.0%	47.6%
R4年度	937	161	889
	54.4%	9.3%	51.6%

出典：KDB データ（様式3－1）



### ④-6-3 生活習慣病別の1人当たり医療費

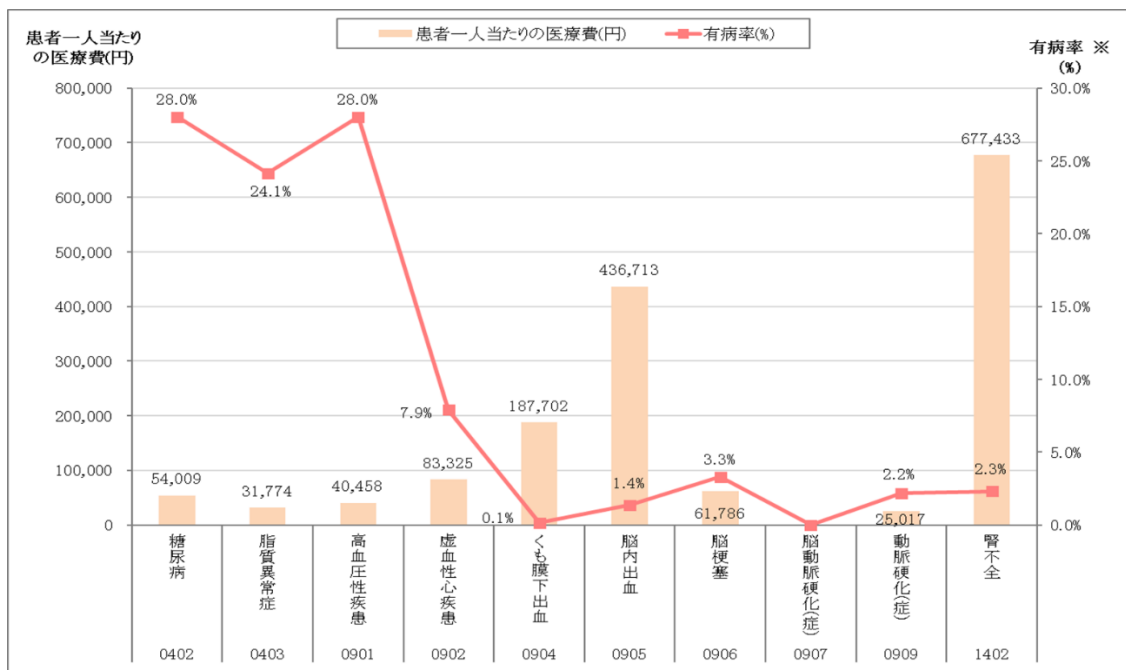
令和4年度の健診データとレセプトデータを活用した生活習慣病の患者数や医療費の分析の結果、生活習慣病の患者数は、糖尿病、高血圧症ともに28.0%であり、脂質異常症は24.1%です。

1人当たり医療費は、1位は人工透析を含む腎不全、2位は脳内出血と、患者数は少ないですが、治療費は高額になっています。

#### 【生活習慣病別の1人当たり医療費】

疾病分類(中分類)	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	1365	28.0%	1	54,009	6
0901 高血圧性疾患	1365	28.0%	1	40,458	7
0403 脂質異常症	1177	24.1%	3	31,774	8
0902 虚血性心疾患	385	7.9%	4	83,325	4
0906 脳梗塞	161	3.3%	5	61,786	5
1402 腎不全	113	2.3%	6	677,433	1
0909 動脈硬化(症)	106	2.2%	7	25,017	9
0905 脳内出血	67	1.4%	8	436,713	2
0904 くも膜下出血	7	0.1%	9	187,702	3
0907 脳動脈硬化(症)	0	0.0%	10	0	10
合計	2108	43.2%		150,924	

※有病率…被保険者数に占める患者数の割合



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。

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カ月分)。

年齢範囲…年齢基準日時点の年齢を0歳～999歳の範囲で分析対象としている。

年齢基準日…令和5年3月31日時点。

※被保険者数…分析期間中に1日でも資格があれば集計対象としている。

※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。

#### ④-7 糖尿病性腎症の患者数

令和4年度の健診データとレセプトデータを活用し、糖尿病性腎症の病期の分析の結果、早期腎症期(Ⅱ期)は207名、顕性腎症期(Ⅲ期)は59名、腎不全期(Ⅳ期)は4名でした。(透析療法期(Ⅴ期)は分析から除く)

病期の特徴として、Ⅲ期・Ⅳ期は腎機能の回復は難しく、重症化予防を目的に厳格な医療と保健指導が必要となります。また、Ⅰ期・Ⅱ期はかかりつけ医での治療とともに、保健指導において生活習慣の改善を図ることで腎機能の回復が可能な病期となります。

糖尿病性腎症に対する保健指導では、被保険者の病期を分析し、病期別を実施することが必要であり、かかりつけ医及び糖尿病専門医の指示のもと保健指導を行うことが重要です。糖尿病性腎症重症化予防に対する事業について、今後も継続して実施して行く必要があります。

#### 【糖尿病性腎症 病期別患者数】

病期	臨床的特徴	治療内容	人数 (健診データ)	人数 (推計)
V 透析療法期	透析療法中。	透析療法、腎移植。		
IV 腎不全期	蛋白尿。血清Crが上昇し、腎機能は著明低下する。尿毒症等の自覚症状あり。	食事療法(低蛋白食)、透析療法導入、厳格な降圧治療。	4	
III 顕性腎症期	蛋白尿。腎機能は高度に低下。尿毒症等の自覚症状あり。	厳格な血糖コントロール、食事療法(低蛋白食)、厳格な降圧治療。	48	11
II 早期腎症期	微量アルブミン尿、血清Crが正常、時に高値。 ※尿蛋白、血清Cr共に正常だが糖尿病と診断されて10年以上の場合を含む。	血糖コントロール、降圧治療。	69	138
I 腎症前期	尿蛋白は正常。血清Crが正常、時に高値。	血糖コントロール。	9	

Ⅱ期以降腎症患者

合計 270人

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カ月分)。

#### ④-8 服薬に関する分析

令和4年度のレセプトデータを活用し、処方日数が14日以上（長期処方）の医薬品を対象として、その内服薬が6種類以上の人数について分析を行った結果、被保険者の年齢が60歳以降で年齢が高くなるに従い長期多剤服薬者割合が増加傾向にあり、70歳代は10.2%と約1割の方が長期多剤服薬の状況にあります。長期に多剤の内服を行うことで副作用等有害事象の発生リスクや、飲み忘れ等の服薬過誤につながる可能性が高くなります。被保険者の服薬状況の確認と保健指導が必要です。

#### 【長期多剤服薬者の状況】

		～ 39歳	40歳 ～ 44歳	45歳 ～ 49歳	50歳 ～ 54歳	55歳 ～ 59歳	60歳 ～ 64歳	65歳 ～ 69歳	70歳 ～	合計
A	被保険者数(人)	909	182	265	303	260	352	578	1,040	3,889
B	長期服薬者数(人)※	50	22	22	35	21	40	79	188	457
C	長期多剤服薬者数(人)※	11	7	10	21	9	20	44	106	228
C/A	被保険者数に占める 長期多剤服薬者割合(%)	1.2%	3.8%	3.8%	6.9%	3.5%	5.7%	7.6%	10.2%	5.9%
C/B	長期服薬者数に占める 長期多剤服薬者割合(%)	22.0%	31.8%	45.5%	60.0%	42.9%	50.0%	55.7%	56.4%	49.9%

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12月～令和5年3月診療分(4カ月分)。

一時的に服用した医薬品を除くため、処方日数が14日以上の医薬品を対象としている。複数医療機関から処方された内服薬のうち、基準月(分析期間最終月)に服用している長期処方薬の種類数を集計する。基準月の服用状況については、基準月に処方された薬剤と基準月以前に処方された長期処方薬を調剤日と処方日数から判定している。

※長期服薬者数…複数医療機関から内服薬が長期(14日以上)処方されている人数。

※長期多剤服薬者数…複数医療機関から内服薬が長期(14日以上)処方されており、その長期処方内服薬が6種類以上の人数。

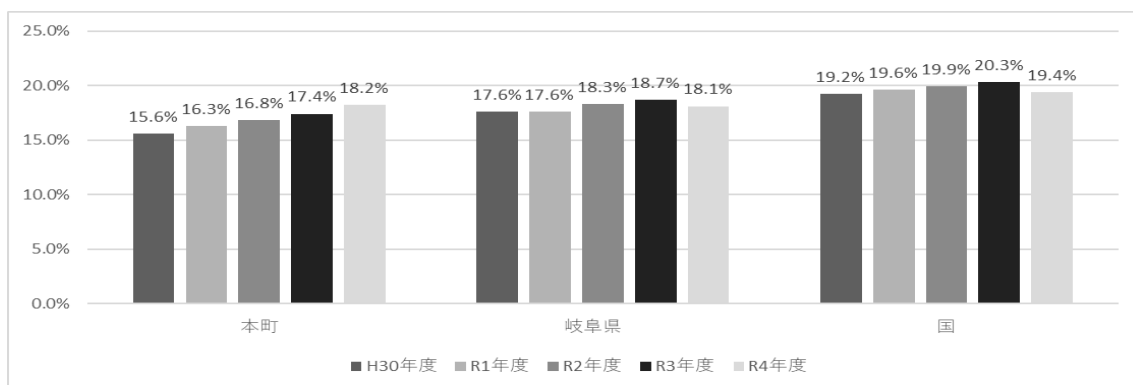
### (3) 介護・その他のデータ

#### ① 要介護（支援）認定率

令和4年度の介護保険の1号被保険者の要介護（支援）認定率は18.2%で、平成30年度と比較して2.6ポイント増加しており認定率は上昇傾向にあります。国及び岐阜県は、令和3年度から令和4年度にかけて認定率が低下していますが、本町は増加しています。

本町の人口推計では、今後75歳以上の後期高齢者人口の増加が見込まれており、要介護認定率についても増加することが見込まれています。介護認定に至る原因疾患を分析し、介護予防に資する取組みが必要です。

#### 【1号被保険者の介護認定率の推移】



出典：KDB データ（地域の全体像の把握）

#### ② 要介護（支援者）有病状況

令和4年度の介護度別で分類した有病状況では、要介護認定区分の重度化に伴い増加している疾患は、「脳疾患」「精神疾患」です。精神疾患にはアルツハイマー病など認知症を含みます。また、要介護認定2以下の軽度認定区分に多くみられる疾患は、「筋・骨疾患」です。前期高齢期からの介護予防の取組みとして、脳血管疾患の予防や、筋力向上、認知症予防など「フレイル予防」の取組みは、介護予防につながると考えられます。

#### 【要介護（支援）者有病状況】

R04年度（累計）	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
糖尿病	27	33.4	33.1	32.6	26.8	25.3	24
（再掲）糖尿病合併症	4	4.5	3.1	3.9	3.5	0.8	2.0
心臓病	64	70.5	63.5	70	64.5	64.8	62
脳疾患	16.6	16.8	18.1	22.9	23.9	26	29.3
がん	15.1	16.6	10.3	11.9	10.7	10.6	16
精神疾患	24.7	20.6	49.3	42.5	52.3	50.6	52.2
筋・骨疾患	66.2	72.2	57.5	63.4	55.3	56.5	54.7
難病	2.6	5	3.7	5.6	1.5	5.1	4
その他	70.8	73.3	66.1	67.8	61.6	58.3	50.4

出典：KDB データ

### ③ 死亡原因のデータ

本町の標準化死亡比（SMR）は、悪性新生物では、胃がんは男性・女性ともに高く、肝臓がんは男性に高い傾向があります。心疾患では、心筋梗塞は男性・女性ともに高く、心不全は男性に高い傾向があります。脳血管疾患では、脳内出血は女性に、脳梗塞は男性に高い傾向があります。

【死因別標準化死亡比（SMR）（H25-H29年人口動態）】

死因		性別	笠松町	岐阜県
死亡総数		男	98.6	99.5
		女	100.8	102.5
悪性新生物	総数	男	96.3	95.6
		女	100.1	98.9
	胃	男	100.8	108.6
		女	117.4	112.4
	大腸	男	88.6	96.1
		女	91.4	103.5
	肝及び肝内胆管	男	100.8	86.7
		女	89.9	91.2
気管、気管支及び肺	男	96.9	97.0	
	女	99.9	90.9	
心疾患 (高血圧症を除く)	総数	男	94.0	103.5
		女	86.5	104.7
	急性心筋梗塞	男	104.5	124.3
		女	101.5	127.0
	心不全	男	103.0	116.6
女	96.0	114.1		
脳血管疾患	総数	男	97.4	95.3
		女	108.8	104.5
	脳内出血	男	94.8	94.1
		女	123.7	106.8
	脳梗塞	男	100.3	95.6
		女	91.3	102.8
肺炎		男	95.5	94.4
		女	77.0	90.4
肝疾患		男	90.0	82.7
		女	76.8	90.0
腎不全		男	101.7	101.7
		女	92.8	97.3

出典：厚生労働省人口動態特殊報告（H25-H29年人口動態保健所・市町村別統計）

#### ④ がん検診のデータ

令和4年度のがん検診受診率は、平成30年度と比較して胃がん・肺がん・大腸がん・乳がん・子宮頸がんともに低下しています。

医療機関（個別実施）において、特定健診と同時に受診できるがん検診は「胃がん・大腸・肺がん検診」ですが、今後は集団健診においてもがん検診を同時に実施する等利便性を高める等の対策が必要と考えます。

#### 【がん検診受診率の推移】

年度	胃がん			肺がん			大腸がん		
	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率
H30	13,343	1,010	7.6%	13,343	1,422	10.7%	13,343	1,726	12.9%
R4	13,419	778	5.8%	13,419	1,324	9.9%	13,419	1,382	10.3%

年度	乳がん			子宮頸がん		
	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率
H30	7,076	1,591	22.5%	9,536	1,167	12.2%
R4	7,127	1,152	16.2%	9,527	914	9.6%

対象者数：対象者年齢の人口  
乳がん・子宮頸がんの受診者数：前年度分含む

出典：笠松町保健衛生事業のまとめ

## 2 健康課題の抽出・明確化

### (1) 健康課題の整理

分析結果を踏まえ、健康課題を以下の通り整理します。

データ	健康状態の現状と課題
健 診	<p>①メタボリックシンドローム該当者の割合が高い。</p> <p>②メタボリックシンドローム所見の重なりでは、「血糖・血圧・脂質」の重なりが多い。</p> <p>③質問票より、高血圧症、糖尿病、脂質異常の内服割合が高く、県平均より高い。</p> <p>④運動習慣について、「20歳時体重から10kg以上増加」「1回30分以上の運動習慣なし」「1日1時間以上運動なし」が増加傾向にあり、県平均より高く、運動習慣を持つ方が少ない。</p> <p>⑤特定保健指導（積極的支援）該当者の保健指導終了率が低い。</p>
医 療	<p>⑥糖尿病、高血圧症、脂質異常の有病率が高い。</p> <p>⑦糖尿病の有病率が増加傾向にあり、全体の医療費の1割を占めている。</p> <p>⑧生活習慣病の重症化に伴い発症する「脳血管疾患」が高額医療費の1割を占めている。</p> <p>⑨人工透析患者のうち、「糖尿病あり」は、33.3%、「糖尿病なし」は66.7%である。</p> <p>⑩糖尿病性腎症の病期では、早期腎症期（II期）207名、顕性腎症期（III期）59名、腎不全期（IV期）4名と270名の方に腎機能の低下がみられる。</p> <p>⑪処方日数が14日以上で6種類以上の服薬がある方のうち、年代別では70歳代が10.2%と高い。</p>
介 護	<p>⑫介護認定率が増加傾向にある。</p> <p>⑬脳疾患は、重度の介護認定区分において高い。</p> <p>⑭筋・骨疾患は、要介護2以下の軽度認定区分において高い。</p>
死 亡	<p>⑮心筋梗塞、脳出血、脳梗塞で亡くなる方が多い。</p> <p>⑯平均自立期間は延伸しているが、女性に比べ男性の延伸が少ない。</p>

## (2) 健康課題の抽出と優先順位

健康課題の整理により明らかになった健康課題に対して、本町がアプローチすべき課題と課題解決への取り組みの優先順位及び、方向性は次のとおりです。

項目	健康課題	優先順位	課題解決への取組の方向性	対応する個別保健事業番号
A	<p><b>メタボリックシンドローム該当者が多い</b></p> <p>・令和4年度メタボリックシンドローム該当者は男性で38.1%と県平均より6.9ポイント高い。所見の重なりでは、「血糖・血圧・脂質」が9.2%と県平均より2.8ポイント高い。また、内服割合も高く、「脳卒中」「心疾患」の既往症も高くなっているなど生活習慣病の重症化が考えられる。メタボリックシンドロームを対象とする特定健診の受診率を向上し、保健指導に取組む必要がある。</p>	1	メタボリックシンドロームの減少や、生活習慣病の重症化予防を目指した特定健康診査の受診勧奨・再勧奨等に取組む	① 未受診者勧奨
B	<p><b>特定保健指導において積極的支援終了率が低い</b></p> <p>・令和4年度動機付け支援における保健指導利用率・終了率は県平均より高いが、積極的支援における保健指導終了率は3.0%で県平均より21.8ポイント低い。質問票では、「1回30分以上の運動習慣なし」が64.8%であり、増加傾向にある。県平均と比べても2.2ポイント高い。特定保健指導により生活習慣の改善を支援し、メタボリックシンドロームの減少に取組む必要がある。</p>	2	特定保健指導対象者に対して特定保健指導を行うことで、メタボリックシンドローム該当者・予備群、及び特定保健指導対象者を減少に取組む	② 特定保健指導利用勧奨事業
C	<p><b>人工透析による外来医療費が約1割を占め高額</b></p> <p>・令和4年度人工透析の医療費は20人で9,383万円と高額である。糖尿病の重症化による糖尿病性腎症が原因の人工透析患者は33.3%を占めている。人工透析患者の減少のため糖尿病性腎症の重症化予防に取組むことが重要である。</p>	3	糖尿病性腎症の悪化及び慢性腎臓病(CKD)に進行する可能性のある者に対して、医療機関の受診勧奨や保健指導等を行い糖尿病性腎症の重症化予防に取組む	③ 糖尿病性腎症重症化予防事業



項目	健康課題	優先順位	課題解決への取組の方向性	対応する個別保健事業番号
D	<p><b>生活習慣病（糖尿病・高血圧症・脂質異常症）の有病率が高く、重症化に伴い高額医療費となる。</b></p> <p>・生活習慣病（糖尿病・高血圧症・脂質異常症）の患者数（有病率）が高く、循環器疾患の医療費も高い。また、後期高齢者医療においても同様に循環器疾患の医療費は高い。生活習慣病を放置することで、脳血管疾患や心臓病など循環器疾患を発症する可能性が高まる。特定健診で早期に発見し、必要に応じて医療機関受診及び、生活習慣の改善により重症化を予防する取組みが必要である。</p>	4	<p>特定健康診査等の結果をもとに、高血圧や脂質異常、CKD などリスクがあるが医療機関未受診または未治療の者に対し、受診及び治療に結び付ける受診勧奨や保健指導を行い生活習慣病の有病率の低下について取組む</p>	<p>④ 生活習慣病（循環器）重症化予防</p> <p>⑤ 生活習慣病（CKD）重症化予防事業</p>
E	<p><b>重複受診や多剤処方による薬の副作用の危険が高い</b></p> <p>・令和4年度60歳以降の被保険者において長期多剤服薬者割合が増加し、約1割を占めている。高齢者は多剤服薬になりやすく、腎機能の低下や、薬からの副作用が起こりやすくなる。受診や服薬を適正にすることで副作用を予防することができ、ひいては医療費の適正化につながるため、適正受診・適正服薬に対する取組みが必要である。</p>	5	<p>重複受診や多剤服薬者に対し、適切な受診や服薬について支援する保健指導について取組む</p>	<p>⑥ 適正受診・適正服薬事業</p>
F	<p><b>要介護（支援）認定者の増加</b></p> <p>・令和4年度要介護（支援）認定は18.2%であり、平成30年度と比べ2.6ポイント増加している。</p> <p>・要介護認定者の有病状況をみると、重度要介護区分で有病率が高い疾患は「脳疾患」であり、一方、要介護認定2以下の軽度認定区分では「筋・骨疾患」の有病率が高い。このことから脳疾患につながる生活習慣病の重症化予防や筋骨疾患の対策としてフレイル予防に取組むことが重要であり、要介護状態にならないため保健事業と介護予防の一体的実施と連携した取組みが必要である。</p>	6	<p>フレイル予防及び生活習慣病の重症化予防について、後期高齢者医療保険が実施する「保健事業と介護予防の一体的実施」と連携し切れ目ない支援について取組む</p>	<p>⑦ 包括ケア・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施</p>

項目	健康課題	優先順位	課題解決への取組の方向性	対応する個別保健事業番号
G	<p><b>がん検診受診率の低下</b></p> <p>・令和4年度の死亡原因で1位は悪性新生物(がん)で58.6%を占めており、医療費の35.8%を占め高額になっている。死因別標準化死亡比(SMR)では男女とも胃がんによる死亡が高いが、本町が実施する胃がん検診を含むがん検診受診率は低下傾向にある。がんの早期発見及び早期治療のためがん検診受診率向上に対する取組が必要である。</p>		<p>悪性新生物の早期発見・治療を目的に実施するがん検診の受診について、特定健診と同時に実施できる健診の体制整備について取組む</p>	<p>特定健診の体制整備</p>

## 第4章 データヘルス計画（保健事業全体）の目的・目標

### 1 第3期データヘルス計画の目指す姿

平成30年度から令和5年度までの6か年を計画期間とする第2期データヘルス計画では、「被保険者が健康に関心を持ち、自身に必要な生活習慣の改善を行うための「自己健康能力を養成」することにより、健康に過ごすことができる。」ことを目指し、事業を推進してきました。第3期データヘルス計画においても、この方向性を踏襲し目指す姿を設定します。

被保険者一人ひとりが、健康や医療に関する正しい情報を入手し、理解し活用する力を持ち、生活習慣病の予防や介護予防に取り組むことで生活の質（QOL）を高め、健康寿命の延伸及び、医療費の適正化を図り、生涯すこやかに暮らすことを目標とし、目指す姿を以下のとおりとします。

目指す姿
一人ひとりが健康について自ら考え行動し生涯すこやかに暮らせるまち

### 2 データヘルス計画の目的

健康課題を解決し目指す姿を実現するため、データヘルス計画全体の目的を以下のとおりとします。

目的
健康寿命の延伸及び、医療費の適正化

### 3 データヘルス計画の目標

健康課題を解決し目指す姿を実現するために中長期目標を設定し、各種個別保健事業を実施します。

#### 【健康課題に対する目標】

項目	第3期データヘルス計画における 中長期目標（計画最終年まで）	個別保健事業における 短期目標（単年毎）	個別保健 事業番号
A・B	メタボリックシンドロームの減少を通じ生活習慣病を予防する	特定健康診査の受診の促進	①
		特定保健指導の利用促進と利用者のメタボリックシンドロームの改善	②
C	糖尿病等に伴う慢性腎不全患者の減少及び重症化を予防する	糖尿病性腎症重症化予防事業における医療機関受診の促進と重症化の予防	③
D	高血圧・脂質異常症・慢性腎臓病等の生活習慣病の重症化を予防する	高血圧、脂質異常等ハイリスク者の医療機関受診と重症化の予防	④⑤
E	適切な受診と服薬により、重複受診者・多剤服用者を減少し服薬による健康障害を予防する	重複受診者及び多剤服薬者の減少	⑥
F	フレイル予防また要介護の予防を行い、自宅での生活が継続できる	フレイル予防及び生活習慣病の重症化予防による要介護認定の予防	⑦

#### 【データヘルス計画全体の評価指標】

項目	評価指標	基準値	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
A・B	特定健診受診率（法定報告）	46.4%	49.0%	51.0%	53.0%	55.0%	57.0%	60.0%
	特定保健指導実施率（法定報告）	47.6%	49.5%	51.6%	53.7%	55.8%	57.9%	60.0%
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	22.7%	23.0%	23.4%	23.8%	24.2%	24.6%	25.0%
C	HbA1c8.0以上の者の割合	1.6%	1.6%	1.6%	1.6%	1.6%	1.6%	1.6%

項目	評価指標	基準値	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
C	HbA1c6.5以上の者の内、糖尿病のレセプトがない者の割合	7.0%	7.0%	7.0%	7.0%	7.0%	7.0%	7.0%
D	収縮期血圧維持・改善者割合	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%
	拡張期血圧維持・改善者割合	85.0%	86.5%	88.0%	89.5%	91.0%	92.5%	95.0%
	CKD重症度分類の変化	81.0%	81.0%	81.0%	81.0%	81.0%	81.0%	81.0%
E	重複投与者数（被保険者1万人）が前年度から減少	100	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少
E	多剤投与者数（被保険者数1万人）が前年度から減少	26	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少
F	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、国保部局として該当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

## 第5章 健康課題を解決するための個別の保健事業

### 1 個別保健事業

健康課題に基づき実施する個別保健事業を次のとおり示します。

事業番号	事業名称	事業概要	区分	重点・優先順位
①	特定健診受診勧奨事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・過年度における特定健診の受診情報等を分析し、タイプ別に分類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行う。</li> <li>・情報提供事業（みなし健診）を実施し、健診結果の提供を促す。</li> </ul>	継続	1
②	特定保健指導利用勧奨事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診の結果、保健指導判定値以上と判定された対象者に特定保健指導の利用勧奨を実施する。</li> <li>・積極的支援対象者に対し効果測定（血液検査）を実施し、生活習慣の改善の評価を行う。</li> </ul>	継続	2
③	糖尿病性腎症重症化予防事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病未治療者、治療中断者及び治療中のハイリスク者に対し、受診勧奨や保健指導を実施。</li> <li>・医療機関からの情報提供により保健指導を実施する。</li> </ul>	継続	3
④	生活習慣病（循環器疾患）重症化予防事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高血圧症及び脂質異常症の未治療者に対し、受診勧奨や保健指導を実施。</li> </ul>	継続	4
⑤	生活習慣病（CKD）予防事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・岐阜県が定める医療連携マニュアルを活用し受診勧奨対象者に対し、受診勧奨や保健指導を実施。</li> <li>・医療機関からの情報提供により保健指導を実施する。</li> </ul>	継続	5
⑥	適正受診・適正服薬事業（重複服薬・多剤服薬）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・複数の医療機関を受診し、同種・同効の処方がある、また多くの種類の薬剤を長期間服用している方を抽出し保健指導を実施する。</li> </ul>	継続	6
⑦	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国保と後期が連携し生活習慣病の重症化予防について切れ目ない保健指導を実施する。</li> <li>・包括ケアに資する部会「在宅医療介護連携部会」「防災部会」「認知症部会」に参加する。部会ではKDBデータを活用し地域課題を協議する。</li> </ul>	新規	7

## 2 各個別保健事業の実施内容と評価方法

各個別保健事業における実施内容と評価方法の詳細は次のとおりです。

### 【① 特定健診受診勧奨事業（継続）】

#### 1) 事業の概要

目的	メタボリックシンドロームの減少や生活習慣病の重症化の予防を目的に、受診勧奨・再勧奨等の取組みを実施し、特定健診の受診率向上を図る。
事業の概要	<p>1) 対象者</p> <p>①特定健診受診勧奨ハガキ送付：特定健診未受診者全員</p> <p>②情報提供事業：特定健診未受診者のうち、羽島郡内の医療機関において「糖尿病」治療中の者</p> <p>2) 実施時期</p> <p>①特定健診受診勧奨ハガキ送付：1回目送付：健診開始後2か月</p> <p>②情報提供事業：特定健診（個別・集団）終了後1か月～2か月</p> <p>3) 実施方法</p> <p>①特定健診受診勧奨ハガキ送付</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受診勧奨通知</li> </ul> <p>委託事業者において被保険者の特定健診受診歴や生活習慣病等治療状況を分析する。分析結果より被保険者を数種類のセグメントに分類し、受診勧奨通知書を作成する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・再受診勧奨通知</li> </ul> <p>健診期間終盤にかけて特定健診未受診者の抽出を行い、委託事業者において再受診勧奨通知を作成する。</p> <p>②情報提供事業</p> <p>本町において事業対象者を抽出し、個別通知を行う。</p> <p>4) その他（戦略的な取組）</p> <p>利便性の向上に向けた体制整備</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・休日に集団健診を実施</li> <li>・がん検診と特定健診の同時実施</li> </ul>

2) 評価指標と目標値

評価指標		目標	ベース ライン	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット・アウトカム指標	特定健診受診率 (実績値)	前年度 より 4%以 上増加	45.5%	48%	50.5%	53%	55.5%	58%	60%
	40～59 歳の受診 率	前年度 より 3%以 上増加	30.4%	33.5%	36.5%	39.5%	42.5%	45.5%	48.5%
	継続受診者の割 合	前年度 より 3%以 上増加	35.4%	38.5%	41.5%	44.5%	47.5%	50.5%	53.5%
	健康状態不明者 の割合	前年度 より 1%以 上減少	21.4%	20.5%	19.5%	18.5%	17.5%	16.5%	15.5%
	特定健診受診勧 奨ハガキ送付率	100% 維持	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	情報提供票の回 収率	増加	17.8%	19%	20%	21%	22%	23%	24%



## 【② 特定保健指導利用勧奨事業（継続）】

### 1) 事業の概要

目的	<p>特定保健指導対象者に対して特定保健指導を進めるため、保健指導利用勧奨を行うことで、メタボリックシンドローム該当者・予備群及び、特定保健指導対象者の減少を図る。</p>
事業の概要	<p>1) 対象者 特定健診受診者のうち特定保健指導の基準該当者</p> <p>2) 実施時期 特定健診受診後</p> <p>3) 実施方法</p> <p>①個別健診：特定健診受診後約3か月を目安に保健指導実施日時について案内通知を郵送。保健師・管理栄養士により保健指導を実施する。</p> <p>②集団健診：健診結果説明会において保健指導を実施</p> <p>③支援回数：動機付け支援：初回面接1回、最終評価1回 積極的支援：初回面接1回、継続支援は必要回数、最終評価1回</p> <p>4) その他（戦略的な取組） 指導後の改善率向上に向けた支援 積極的支援において生活改善による効果測定を12月または翌年5月に実施 関係機関との連携強化 笠松町保健事業連絡会を開催（医療機関との情報共有、協力依頼を実施）</p>

### 2) 評価指標と目標値

#### 【特定保健指導利用勧奨・特定保健指導】

評価指標		目標	ベースライン	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム指標	保健指導レベルの改善割合	増加	40.3%	42%	43.5%	45%	46.5%	48%	50%
	利用者のうち腹囲2cm減少、体重2kg減量した者の割合	維持	16.2%	16.2%	16.2%	16.2%	16.2%	16.2%	16.2%

評価指標		目標	ベース ライン	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウト プット・ アウトカム 指標	特定保健指導 利用率	増加	68.7%	70%	71%	72%	73%	74%	75%
	次年度継続 受診率	増加	79.2%	80%	81%	82%	83%	84%	85%
	メタボ該当者の 割合	維持	23.5%	23.5%	23.5%	23.5%	23.5%	23.5%	23.5%
	メタボ予備群の 割合	維持	12.1%	12.1%	12.1%	12.1%	12.1%	12.1%	12.1%

### 【③ 糖尿病性腎症重症化予防事業（継続）】

#### 1) 事業の概要

目的	糖尿病性腎症の悪化及び、慢性腎臓病（CKD）に進行する可能性のある者に対して医療機関への受診勧奨や保健指導を行うことで、糖尿病性腎症の重症化を予防する。
事業の概要	<p>1) 対象者</p> <p>①医療機関未受診者：空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖 200mg/dl）以上または HbA1c(NGSP)6.5%以上の者で、レセプトデータから未受診と思われる者</p> <p>②治療中断者：実施年度の前年度 1 年間のレセプトデータから、糖尿病の治療を中断していると判定できる者</p> <p>③治療中のハイリスク者：糖尿病で通院する患者のうち、健診結果において糖尿病性腎症（Ⅱ～Ⅲ期）と判定される者のうち HbA1c 8.0%以上のコントロール不良者であって、本人及びかかりつけ医の同意がある者。または医療機関から保健指導依頼書の提出があった者</p> <p>2) 実施時期</p> <p>KDB システムに健診情報が掲載された時点から、対象者を抽出する。</p> <p>3) 実施方法</p> <p>①②訪問により受診勧奨及び保健指導を実施。訪問が困難な場合は郵送、電話により受診勧奨を実施。</p> <p>③個別面談</p> <p>4) その他（戦略的な取組）</p> <p>関係機関との連携強化</p> <p>笠松町保健事業連絡会を開催（医療機関との情報共有、協力依頼を実施）</p> <p>かかりつけ医と連携した保健指導の実施</p>

#### 2) 評価指標と目標値

##### 【医療機関未受診者の受診勧奨】

評価指標		目標	ベースライン	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム	HbA1c 値 維持・改善割合	増加	85.7%	86%	86.5%	87%	87.5%	88%	88.5%

評価指標		目標	ベースライン	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット指標	医療機関受診勧奨率	100%維持	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	医療機関受診率	増加	50%	53%	56%	59%	62%	65%	68%
	次年度健診受診率	100%維持	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

【治療中断者の受診勧奨】

評価指標		目標	ベースライン	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット・アウトカム指標	HbA1c 値維持・改善割合	増加	85.7%	86%	86.5%	87%	87.5%	88%	88.5%
	医療機関受診勧奨率	100%維持	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	医療機関受診率	増加	50%	53%	56%	59%	62%	65%	68%
	次年度健診受診率	100%維持	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

【治療中ハイリスク者の保健指導】

評価指標		目標	ベースライン	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット・アウトカム指標	HbA1c 値維持・改善割合	増加							
	eGFR 値維持・改善者割合	維持							%
	次年度健診受診率	増加							
	保健指導実施率	維持							

令和5年度開始事業のため  
目標値の設定は令和6年度の予定

#### 【④ 生活習慣病（循環器疾患）重症化予防事業（継続）】

##### 1) 事業の概要

目的	循環器疾患の予防、高血圧や脂質異常等の生活習慣病の有病率の低下を目的に、特定健康診査等の結果をもとに、医療機関の受診が必要な人を受診及び治療に結び付ける。
事業の概要	<p>1) 対象者 医療機関未受診者：①高血圧未治療でⅡ度高血圧以上の者 ②脂質異常症未治療で LDL コレステロール 180mg/dl 以上または中性脂肪 500mg/dl 以上の者</p> <p>2) 実施時期 KDB システムに健診情報が掲載された時点から、対象者を抽出する。</p> <p>3) 実施方法 健診受診から 2 か月後を目安に対象者を抽出し、訪問により受診勧奨及び保健指導を実施。訪問が困難な場合は郵送、電話により受診勧奨を実施。</p> <p>4) その他（戦略的な取組） 関係機関との連携強化 笠松町保健事業連絡会を開催（医療機関との情報共有、協力依頼を実施）</p>

##### 2) 評価指標と目標値

評価指標		目標	ベースライン	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット・アウトカム指標	収縮期血圧 維持・改善者割合	維持	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%
	拡張期血圧 維持・改善者割合	増加	85%	86.5%	88%	89.5%	91%	92.5%	95%
	医療機関 受診勧奨率	100% 維持	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	医療機関受診率	増加	42.4%	45.5%	49%	52%	55%	58%	60%
	次年度 健診受診率	増加	72%	75%	78%	81%	84%	78%	90%

## 【⑤ 生活習慣病（CKD）重症化予防事業】

### 1) 事業の概要

目的	慢性腎臓病（CKD）の重症化の予防を目的に、特定健康診査等の結果をもとに、医療機関の受診が必要な人に保健指導を行うことを目的とする。
事業の概要	<p>1) 対象者 eGFR60 未満または尿蛋白(+)以上の者</p> <p>2) 実施時期 KDB システムに健診情報が掲載された時点から、対象者を抽出する。</p> <p>3) 実施方法 ・健診受診から 2 か月後を目安に対象者を KDB システムから抽出し受診勧奨通知を作成し発送する。下記の対象者については、医療機関からの連絡票を活用し受診状況を管理する ・eGFR45 未満または、尿蛋白(++) 以上の者 ・eGFR 前年比 25%以上低下かつ eGFR60 未満 事業対象者のうち、保健指導が必要と判断した者には、個別訪問にて受診勧奨を実施する。</p> <p>4) その他（戦略的な取組） 関係機関との連携強化 羽島郡医師会が登録する「羽島郡 CKD 協力医」と連携し医療連携を図る</p>

### 2) 評価指標と目標値

評価指標		目標	ベースライン	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット・アウトカム指標	収縮期血圧 維持・改善者割合	%						%	
	拡張期血圧 維持・改善者割合	%							
	CKD 重症度分類の変化(G1.G2の割合)								
	医療機関受診勧奨率								
	次年度健診受診率								

令和 5 年度開始事業のため  
目標値の設定は令和 6 年度の予定

## 【⑥ 重複受診・多剤服薬者事業】

### 1) 事業の概要

目的	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。
事業の概要	<p>1) 対象者</p> <p>①重複受診者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・3か月連続して、1か月に同一薬剤または同様の効能・効果を持つ薬剤を3つの医療機関から処方されている者</li> <li>・その他、医療機関等への受診・処方歴の状況により、適正受診、適正服用、服薬の自己管理等の指導を行う必要があると思われる者</li> </ul> <p>②多剤服薬者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・3か月連続して同一診療月内に、処方薬剤数が15以上の者</li> <li>・その他、医療機関等への受診・処方歴の状況により、適正受診、適正服用、服薬の自己管理等の指導を行う必要があると思われる者</li> </ul> <p>選定条件：がん、うつ、認知症、統合失調症の者、資格喪失者、処方状況（お薬手帳）を提示し医療機関・薬局に情報提供をしている者は選定から除く。</p> <p>2) 実施時期</p> <p>KDB システム「重複・多剤処方の状況」を活用し対象者を抽出する。</p> <p>3) 実施方法</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・抽出した対象者について、保健師がレセプトから受診内容（診療、投薬等）を確認し、個別の訪問指導（電話での保健指導を含む）が必要と思われる者を選定する。</li> <li>・あらかじめ指導目標及び指導方法等を検討し、個別面談にて聞き取り・指導を行う。</li> </ul> <p>4) その他（戦略的な取組）</p> <p>関係機関との連携強化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師会、薬剤師会等に本事業を実施する旨を周知し、協力を依頼する。</li> <li>・対象者への事業実施にあたっては、必要に応じてかかりつけ医と連携を図る。</li> </ul>

2) 評価指標と目標値

【重複受診】

評価指標		目標	ベースライン	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット・アウトカム指標	重複服薬者数 (対被保険者1万人)が前年度から減少	前年より減少	100	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少
	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	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	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	1回以上

【多剤服薬】

評価指標		目標	ベースライン	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット・アウトカム指標	多剤服薬者数 (対被保険者1万人)が前年度から減少	前年より減少	26	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少
	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	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	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	1回以上



【⑦ 地域包括ケア・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施】

1) 事業の概要

目的	<p>高齢者が住み慣れた地域で自立した生活が送れることを目的とした地域包括ケアの推進を図るとともに、フレイル予防及び生活習慣病の重症化予防について、後期高齢者医療保険が実施する「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」と連携し切れ目ない支援について取組む</p>
事業の概要	<p>1) 対象者                  被保険者のうち前期高齢者                  医療機関未受診者：①空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖 200mg/dl）以上または HbA1c(NGSP)6.5%以上の者で、レセプトデータから未受診と思われる者                  ②高血圧未治療でⅡ度高血圧以上の者</p> <p>2) 実施時期                  KDB システムに健診情報が掲載された時点から、対象者を抽出する。</p> <p>3) 実施方法                  事業対象者のうち、個別訪問にて受診勧奨を実施する。</p> <p>4) その他（戦略的な取組）                  関係機関との連携強化                  ・地域包括ケアシステムとして開催する「在宅医療介護連携部会」「防災部会」「認知症部会」に国保担当部局として参加し、KDB システム等を活用した医療介護情報から地域課題の抽出及び解決に向けた検討を行う。</p>

2) 評価指標と目標値

評価指標		目標	ベースライン	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット・アウトカム指標	医療介護連携部会等に国保部局として参画	参画 有の 維持	参画 有	参画 有	参画 有	参画 有	参画 有	参画 有	参画 有
	前期高齢者等の重症化予防を実施	実施 有の 維持	実施 有	実施 有	実施 有	実施 有	実施 有	実施 有	実施 有
	要介護認定率	維持	18.2%	18.2%	18.2%	18.2%	18.2%	18.2%	18.2%

## 第6章 データヘルス計画の推進

### 1 データヘルス計画の評価及び見直し

#### (1) 個別保健事業の評価・見直し

個別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。進捗確認を実施するにあたり対象者、事業実施者などの名簿を保管し、KDB システム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、次年度の個別保健事業やデータヘルス計画の見直しに反映します。

#### (2) データヘルス計画全体の評価・見直し

##### ① 評価の時期

設定した評価指標に基づき、進捗確認、中間評価を行います。

##### ② 評価方法・体制

計画は、中長期的な事業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、個別保健事業の評価を岐阜県国民健康保険課、岐阜県国民健康保険連合会と共有しながら令和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、本町ホームページ等を通じた周知のほか、都道府県、国保連合会、保健医療関係者経由で医療機関等に配布し、周知します。

### 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。以下「個人情報保護法」という。）に定める要配慮個人情報

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り組み

本町では、令和2年4月より岐阜県後期高齢者医療広域連合と委託契約を締結し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」について取り組み、被保険者一人ひとりの暮らしを地域全体で支える地域共生社会を目指す地域包括ケアシステムの推進を図っています。地域包括ケアシステムとは、高齢者の尊厳の保持と自立した生活支援を行う目的のもと、介護が必要と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）をいいます。地域包括ケアシステムの充実に向けて、次の取り組みを実施していきます。

### （1） 後期高齢者医療保険との連携

前期高齢者に対し実施するフレイル予防や生活習慣病の重症化予防については、後期高齢者医療保険で実施する「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」の保健事業と連携し、継続した保健指導等切れ目ない支援を行います。

### （2） 地域包括ケアとの連携

本町が設置する「在宅医療・介護連携推進協議会」「認知症対策協議会」における「在宅医療介護連携部会」「防災部会」「認知症部会」に国保保険者として参加し、KBD データ等を活用した分析情報を提供及び協議し、多職種連携について支援を行います。

### （3） 庁舎内部署や関係機関との連携

庁舎内関係部署や、社会福祉協議会、笠松町包括支援センター、笠松町商工会等が参加する「横断会議」において、包括的に地域の実態把握や課題分析を共有し、地域が一体となる取り組みを行います。

## 5 その他留意事項

保険者努力支援制度への対応

医療費の適正化や健康づくりに取り組む自治体などへのインセンティブ制度として創設された保険者努力支援制度について、設定された保健事業に関する項目を踏まえつつ個別保健事業を実施します。

# 第7章 第4期特定健康診査等実施計画

## 1 特定健診・特定保健指導の概要

平成20年度より、生活習慣病の予防及び医療費の抑制に資するため、40歳以上の被保険者に対し、生活習慣病に着目した特定健診と、特定保健指導の実施について「高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高確法」という。）」により保険者に義務づけられました。

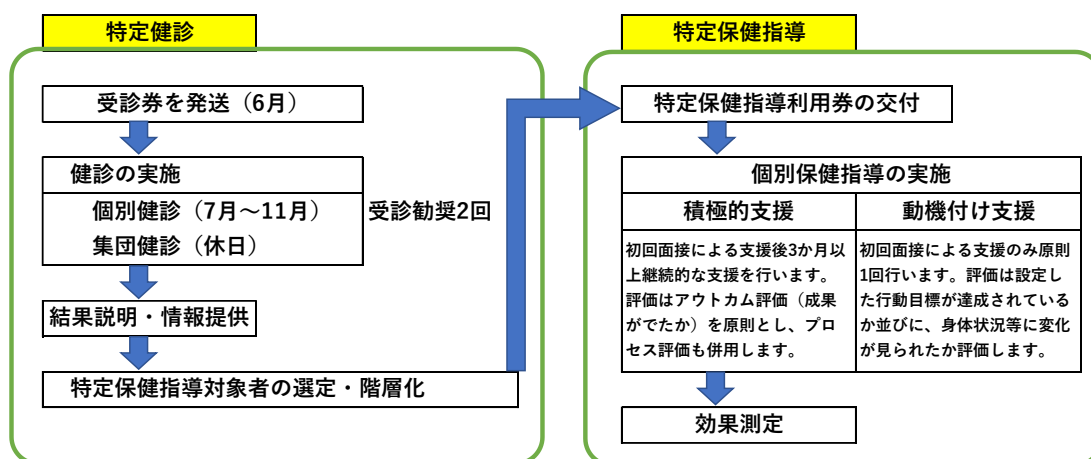
### (1) 特定健診とは

特定健診とは、メタボリックシンドローム（内蔵型肥満症候群）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を必要とする者（特定保健指導対象者）を抽出し、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する健診です。

### (2) 特定保健指導とは

特定保健指導とは、特定健診の結果、生活習慣の改善などが必要な者に対し行う保健指導をいい、内蔵脂肪の蓄積の程度とリスク要因（血糖・脂質・血圧）の数値、喫煙の有無により階層化を行い、リスクの程度に応じて「動機付け支援」と「積極的支援」があります。

### (3) 特定健診から特定保健指導までの流れ



## 2 特定健診・特定保健指導の実施状況と評価

### (1) 特定健診の実施状況

第3期計画期間における特定健診受診率は増加傾向にありますが、目標値に届きませんでした。該当期間における実施方法等については、令和2年度より健診期間を2か月間延長し5か月間実施、また、令和3年度より日曜日に集団健診を実施することにより、受診の機会を増やし、利便性の向上に努めたことが受診率の向上につながったものと考えられます。

#### 【特定健診受診率】

	目標値・実績値					
	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
目標値	40%	44%	48%	52%	56%	60%
実績値	38.1%	43.0%	44.3%	46.4%	46.4%	
評価	B 目標は達成していないが改善傾向					

40歳代、50歳代の若者世代の受診率は増加傾向にありますが、全体の受診率と比べると受診率は低く、受診していない方が多い状況です。今後の受診率向上への取組の方向性として、若者世代の受診が増加する受診勧奨の取り組みなどが必要です。

#### 【40歳代・50歳代の特定健診受診率】

	実績値					
	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
受診率	25.7%	25.5%	27.4%	32.9%	30.4%	

### (2) 特定保健指導の実施状況

第3期計画期間における特定保健指導の実施率は次のとおりです。平成30年度より実施率向上の取り組みとして積極的な訪問を行ったことで保健指導実施率は増加しましたが、目標値は達成できませんでした。

目標が達成できなかった要因として、3か月以上継続した支援を行う「積極的支援」該当者の保健指導で、終了まで支援が継続してできなかったことが一因と考えられます。

今後の実施率向上への取組みとして、生活習慣改善の効果を本人が見て分かる「効果測定（血液検査）」を実施しその活用促進が重要です。

【特定保健指導実施率】

	目標値・実績値					
	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
目標値	30%	36%	42%	48%	54%	60%
実績値	50.9%	52.4%	49.6%	50.8%	47.4%	
評価	B 目標は達成していないが改善傾向					

### 3 特定健診及び特定保健指導の課題と取り組みの方向性

特定健診及び特定保健指導の課題を抽出し、第4期計画での取り組みについて検討を行いました。

課題	取組の方向性
40代・50代の若年世代の特定健診受診率が低い	休日に実施する集団健診や、がん検診との同時実施などの体制を整備し、利便性を高めます。
特定保健指導の実施率が低い	健診結果説明において保健指導の必要性について周知を図り、特定保健を実施します。

### 4 計画の目標

国の基本方針では、市町村国保は特定健診受診率60%、特定保健指導率60%を掲げていますが、目標値については最大限の努力により達成できる目標値を設定することとされています。

本町は、過去の実績を踏まえ、特定健診の受診率及び特定保健指導実施率等の目標値を以下のとおり設定します。

【特定健診等の目標値】

	基準値	目標値					
	R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率(%)	46.4%	49%	51%	53%	55%	57%	60%
特定保健指導実施率(%)	47.4%	49.5%	51.6%	53.7%	55.8%	57.9%	60%

	基準値	目標値					
	R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
メタボリックシンドローム該当者割合	23.5%	23.5%	23.5%	23.5%	23.5%	23.5%	23.5%

【特定健診の対象者数（見込み）と目標受診者数】

	基準値	目標値					
	R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
対象者見込数（人）	2,782	2,466	2,420	2,412	2,398	2,398	2,420
目標受診者数（人）	1,265	1,208	1,234	1,278	1,319	1,367	1,452
目標受診率（%）	46.4%	49.0%	51.0%	53.0%	55.0%	57.0%	60.0%

【特定保健指導の対象者数（見込み）】

	基準値	目標値					
	R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診 対象者見込数（人）	2,782	2,466	2,420	2,412	2,398	2,398	2,420
特定保健指導 対象者見込数（人）	116	105	103	103	102	102	103
目標終了者数（人）	55	52	53	55	57	59	62
目標実施率（%）	47.4%	49.5%	51.6%	53.7%	55.8%	57.9%	60%

## 5 特定健診及び特定保健指導の実施方法

### （1） 特定健診

#### 1) 対象者

国保加入者のうち特定健診の実施年度中に40歳以上74歳となる者（実施年度中に75歳になる75歳未満の者も含む。）とします。対象者から妊産婦その他の厚生労働大臣が定める人を除きます。

実施年度途中の国保加入の場合は、実施年度の9月31日までに加入手続きを行った方を対象者とします。

#### 2) 実施場所・実施形態

個別健診：本町が委託する指定医療機関で実施し、委託医療機関が指定する日時に実施します。



集団健診：本町が日時を定め、指定した施設で実施します。

個別健診は羽島郡医師会へ、集団健診は健診機関へそれぞれ外部委託し、外部委託契約の契約形態は業務委託とします。外部委託については、高確法の「特定健康診査及び特定保健指導実施に関する基準」に基づき、厚生労働省保険局が発行する「特定健康診査・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医療機関等に外部委託します。

### 3) 実施期間

個別健診：各年度の7月～11月末日

集団健診：各年度の7月～12月末日までの間で本町が指定する日

※実施期間については、各年度の状況を踏まえ関係機関と協議・検討し変更する場合があります。

### 4) 検査項目

ア) 基本的な健診の項目（健診対象者全員に実施します）

#### 法定項目

質問票（服薬歴・喫煙習慣等）、身体計測（身長・体重・BMI・腹囲）、理学的検査（身体診察）、血圧測定、血中脂質検査（中性脂肪・HDL コレステロール・LDL コレステロール）、肝機能（AST (GOT)・ALT (GPT)・ $\gamma$ -GT ( $\gamma$ -GPT))、血糖検査（HbA1c・血中グルコース）、尿検査（尿糖・尿蛋白）

#### 町独自項目

腎機能検査（血清クレアチニン）、痛風検査（尿酸）

イ) 詳細な健診の項目（一定基準の下で医師が必要と認めた場合に実施します）

心電図検査、眼底検査、貧血検査（赤血球・血色素量・ヘマトクリット値）

### 5) 周知や案内の方法

対象者全員に受診券を送付し受診勧奨を行うとともに、本町の広報誌、ホームページ及び医療機関へのポスター等を活用し受診案内を掲示し周知啓発を図ります。

また、健診実施期間内において随時未受診者を把握し、個別に受診勧奨を行います。

### 6) 自己負担額

個別健診及び集団健診において、基本的な健診の項目の自己負担額を500円とします。詳細な健診項目の自己負担額は無料とします。

## 7) 健診結果

健診を実施した指定医療機関、集団健診の場合は町から、個別に対面で通知します。その際、生活習慣やその改善に関する基本的な情報を提供します。

## 8) 他の健診と同時実施について

各種健診（がん検診等）と可能な限り同時実施に向けた取り組みをします。

## (2) 特定保健指導

### 1) 対象者

特定健診の結果を踏まえ、厚生労働省の「標準的な健診・保健指導プログラム」に基づき特定保健指導の階層化を行い、「動機付け支援」「積極的支援」を行います。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者は、医療機関における継続的な医学的管理のもとで指導を受けるのが適当であるため、質問項目により「服薬中」と判断された者は対象者から除きます。

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	/	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	/	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	/		

(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通りである。

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：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

※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者については、対象から除いている。

※65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみを行っている。

### 2) 実施機関・実施形態

積極的支援に該当する者には、本町及び、本町が委託契約を結ぶ医療機関において特定保健指導を実施します。

委託契約の契約形態は業務委託とします。委託については、高確法の「特定健康診査及び特定保健指導実施に関する基準」に基づき、厚生労働省保険局が発行する「特定健康診査・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医療機関等に委託します。

動機付け支援に該当する者には、本町が特定保健指導を実施します。

### 3) 実施期間

10月から3月まで実施します。当該年度で完了しない場合は、翌年度引き続き実施します。

### 4) 実施方法

委託医療機関：委託医療機関に予約をし、医療機関において面接にて特定保健指導を実施します。

本町が実施：訪問または来庁による面接にて特定保健指導を実施します。

特定保健指導として実施する動機付け支援及び動機付け支援の内容は「特定健康診査及び特定保健指導実施に関する基準」に基づき、厚生労働省保険局が発行する「特定健康診査・保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」で定められた方法で実施します。

### 5) 周知や案内の方法

対象者には訪問または利用券を送付し、特定保健指導の実施を周知します。

また、本町の広報誌やホームページ等の媒体を活用し広く町民に周知し、実施率の向上を図ります。

### 6) 効果測定

特定保健指導（積極的支援）を利用し、生活改善に取り組んだ被保険者に対し、次の特定健診実施期間が到来する前までに本町が実施する集団健診の機会を活用して特定健診と同じ血液検査を実施します。保健指導後の生活改善の状況について評価し、結果に応じた保健指導を実施します。

### 7) 自己負担額

特定保健指導は無料とします。

効果測定を受ける被保険者の自己負担額は400円とします。

### 8) 特定保健指導実施者の資質向上

特定保健指導実施者が効果的な保健指導が実施できるよう、研修会等の開催や参加を行い、技術研鑽が図れるよう取り組みます。

## (3) 記録の保存

特定健診及び特定保健指導に関する記録については電磁的記録を作成し、当該記録の作成の日の属する年度の翌年度から5年間保存します。

**(4) 個人情報の取扱い**

特定健診及び特定保健指導の実施に当たっては、「個人情報の保護に関する法律」等の関係法規に基づき、個人情報を適正に管理します。

**(5) 計画の公表・周知**

本計画については、本町ホームページなどに掲載し、町民や関係者への普及啓発に努めます。