

第3期

海津市国民健康保険保健事業実施計画

(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3月

健康福祉部

保険医療課

内容

第1章 計画策定の概要	1
1. 計画策定の背景と趣旨	1
2. 計画の位置づけ	2
3. 標準化の推進	2
4. 計画の期間	3
5. 実施体制	3
6. 関係者の果たすべき役割	4
第2章 海津市の特性把握と分析	6
1. 海津市の基本情報	6
2. 医療データの分析	13
3. 健診データの分析	22
4. 保健事業の実施状況	32
5. 第2期計画に係る評価・考察	36
第3章 保健事業の目標と方向性	38
1. 健康課題の明確化	38
2. 目的・目標の設定	40
3. 個別保健事業	44

第4章 個別保健事業の実施計画	45
1. 重点保健事業	45
2. その他保健事業	56
第5章 第4期特定健康診査等実施計画	68
1. 海津市特定健康診査・特定保健指導実施計画	68
2. 特定健康診査・特定保健指導の実施	70
第6章 計画の推進	77
1. 計画の評価・見直し	77
2. 計画の公表・周知	78
3. 個人情報の取り扱い	78
4. 地域包括ケアに係る取組	78
5. その他留意事項	79

第1章 計画策定の概要

1. 計画策定の背景と趣旨

これまで本市では、平成20年度より「海津市国民健康保険特定健康診査等実施計画（以下、「特定健康診査等実施計画」）」を策定し、被保険者の健康寿命の延伸・医療費の適正化に取り組んできました。

こうした中、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、医療保険者はレセプト等のデータ分析に基づき、加入者の健康保持増進のための事業計画の作成、公表、事業実施、評価等の取組を行うことと方針が示され、平成26年3月には、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（以下、「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されました。

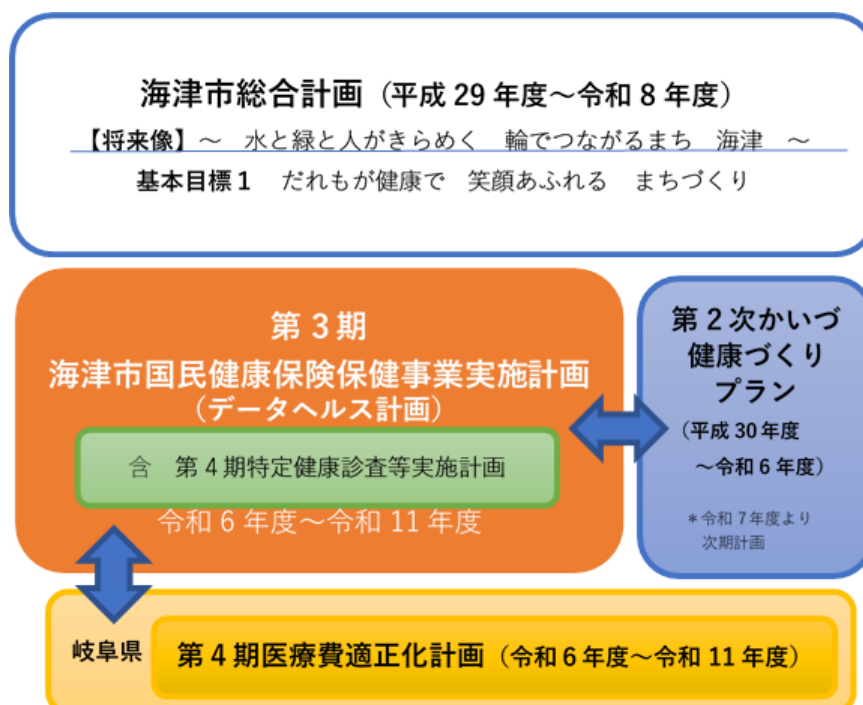
その後、平成30年4月から岐阜県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」において、保険者のデータヘルス計画の標準化等の取組の推進が掲げられました。令和3年12月には経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2021」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を検討するとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPI（重要業績評価指標）の設定を推進する。」と示され、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・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

本市においても、平成28年度に「海津市国民健康保険保健事業実施方針（データヘルス方針）」を策定し、平成30年度には「第2期海津市国民健康保険保健事業実施計画」を策定し取り組んできました。この度、計画期間の終了に伴い、同じく令和5年度に計画期間が終了する「第3期特定健康診査等実施計画」と併せて、計画の最終評価及び見直しを行い、「第3期海津市国民健康保険保健事業実施計画（以下、

「海津市データヘルス計画」)」を策定するものとします。この計画は「第4期特定健康診査等実施計画」を内包し、この計画により海津市国民健康保険（以下、「海津市国保」）は、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進、生活習慣病の発症や重症化予防等の保健事業の実施及び評価を行うこととします。

2. 計画の位置づけ

本計画は、「海津市特定健康診査等実施計画」を内包し、「海津市総合計画」、「かいづ健康づくりプラン」等と整合性を図り、海津市一体となった施策展開を図ります。



3. 標準化の推進

海津市データヘルス計画を都道府県レベルで標準化することにより、共通した指標で県内保険者を経年的なモニタリングができるようになるほか、他の保険者と比較し客観的な状況を把握することができます。

また、地域の健康状態や健康課題の分析方法、計画策定、評価等の一連の流れを共通化することで、これらの業務負担が軽減されることが期待できます。

本市では、岐阜県等の方針を踏まえ、計画を運用することとします。

4. 計画の期間

計画の期間は、「第4期特定健康診査等実施計画」及び「第4期岐阜県医療費適正化計画」との整合性を踏まえ、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

また、令和8年度に中間評価を行い、令和11年度に最終評価を行った上で、令和12年度からの次期計画を策定します。

年 度	H 28	H 29	H 30	R 元	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	R 11	R 12	R 13
かいづ健康づくりプラン	第1次		第2次						次期計画（第3次）							
海津市データヘルス計画	第1期		第2期				第3期				次期 計画					
特定健康診査等実施計画	第2期		第3期				第4期				次期 計画					
岐阜県医療費適正化計画	第2期		第3期				第4期				次期 計画					

5. 実施体制

保険者である海津市においては、保健事業の積極的な推進を図るために、健康の保持増進に係る部局に協力を求め、市が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事業を所管する保険医療課、保健事業を主に所管する健康課、介護予防事業をはじめとする地域支援事業を所管する高齢介護課のほか、障がい者福祉や生活保護を担当する社会福祉課や企画財政課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、評価等にあたっては、市の健康増進計画（かいづ健康づくりプラン）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りますので、健康課との連携を密にしていきます。

6. 関係者の果たすべき役割

関係者	具体的な役割、連携内容
①海津市国保	<p>保険者は、被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために、国保担当課である保険医療課が中心となって、関係部局や関係機関の協力を得て、保険者の健康課題を分析し、計画を策定する。計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させる。保険者の健康課題の分析や計画の策定、保健事業の評価等は、関係部局や県、保健所、国保連等の関係機関の協力を得て、保険医療課が主体となって行う。</p> <p>具体的には</p> <ul style="list-style-type: none"> ア. 健康課題の分析、計画の策定、保健事業の実施及び評価 イ. 保険者内の連携体制の確保 ウ. 国保担当課の体制の確保 エ. 関係機関との連携 <p>などの役割を果たしていく。</p> <p>また、県国保部局・保健衛生部局、国保連合会及び保健事業支援・評価委員会と調整しながら、必要に応じて健康課が行う保健事業の実施の支援を行う。</p>
②県国保部局	<p>県は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者である。市町村国保の保険者機能の強化については、県の関与が更に重要となると考え、被保険者の健康の保持増進のために、県国保部局は、保険者が効果的・効率的に保健事業を実施することができるように、関係機関との連絡調整や専門職の派遣や助言等の技術的な支援、情報提供等を通じて、積極的に保険者を支援していく。</p> <p>保健衛生部局と調整しながら、市町村の国保・保健衛生部局の事業実施の支援を行う。</p>
③県保健衛生部局	<p>県保健衛生部局は、県の健康づくり施策を担っていることを踏まえ、国保部局の求めに応じて、保健師等の専門職が技術的な支援を行う。また、保健所が効果的・効率的に保険者支援を展開できるように、国保部局と連携して、保健所を支援する。</p>

④保健所	<p>県保健所は、県（国保部局、保健衛生部局）や国保連合会、管内の医師会をはじめとする地域の保健医療関係者（団体）等と連携、調整して、地域の社会資源の状況等を踏まえた上で、地域の実情に応じた保険者支援を行う。</p>
⑤国保連、保健事業支援・評価委員会、国保中央会	<p>国保連合会及び保健事業支援・評価委員会は、計画の策定支援や個別の保健事業の実施支援等を行っており、多くの支援実績が蓄積されている。このため、保険者が可能な限り支援・評価委員会等の支援・評価を受けて計画の策定等ができるように、県国保部局と国保連合会が調整しながら支援を提供する体制を整える。当計画においては保険者の状況把握をしながら、令和 8 年度の間評価、11 年度の最終評価時に支援を行う。</p>
⑥後期高齢者医療広域連合	<p>後期高齢者医療広域連合は計画策定の過程において、75 歳以上の健診・レセプト情報等を自らの現状分析に活用することはもとより、市町村国保が地域の世代間の疾病構造や医療費等の動向を連続して把握することができるよう、市町村国保と必要な情報の共有を図るよう努める。この場合、市の国保部局においては、国保・後期高齢者の保健事業を一体的に実施できるよう市内の関係部署として、健康課題の明確化や保健事業の効果検証等のため、共有された情報の活用を図るよう努める。</p>
⑦保健医療関係者 医師会 歯科医師会 薬剤師会 等	<p>保健医療関係者は、計画策定時だけでなく、保健事業の実施や評価、保健事業の業務に従事する者の人材育成等においても、保険者等の求めに応じ、保健医療に係る専門的見地から、保険者への支援等を積極的に行う。保険者が開催する国保運営協議会、糖尿病重症化予防対策推進協議会などにおいては保険者の支援を地域単位で行う。</p>

第2章 海津市の特性把握と分析

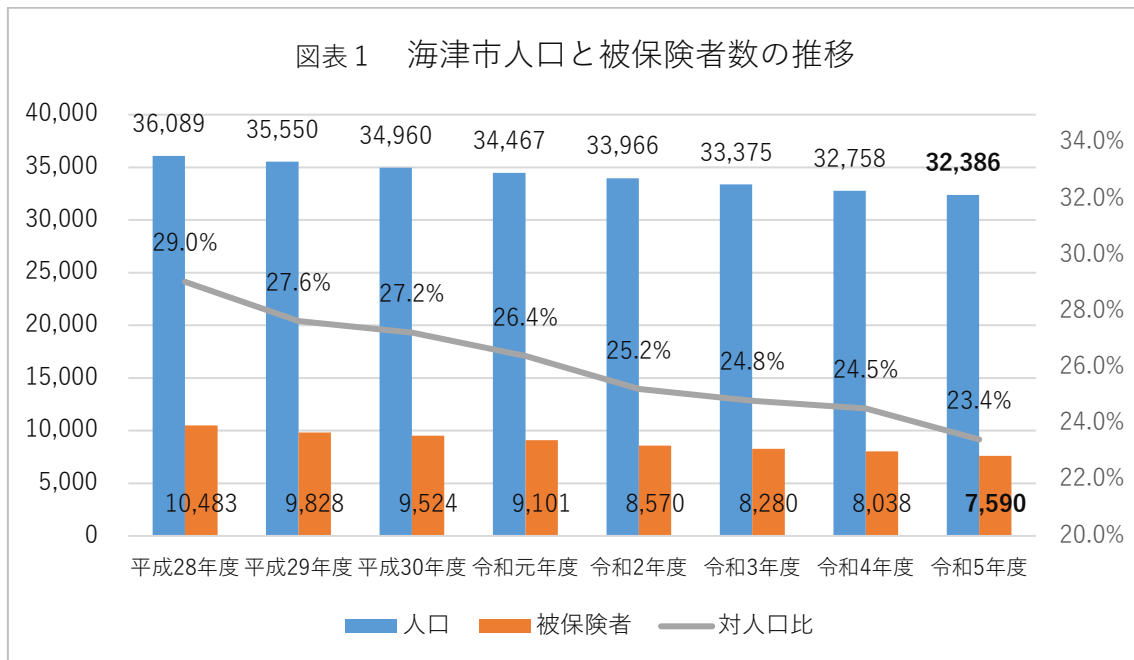
1. 海津市の基本情報

(1) 海津市人口と海津市国保被保険者数の推移

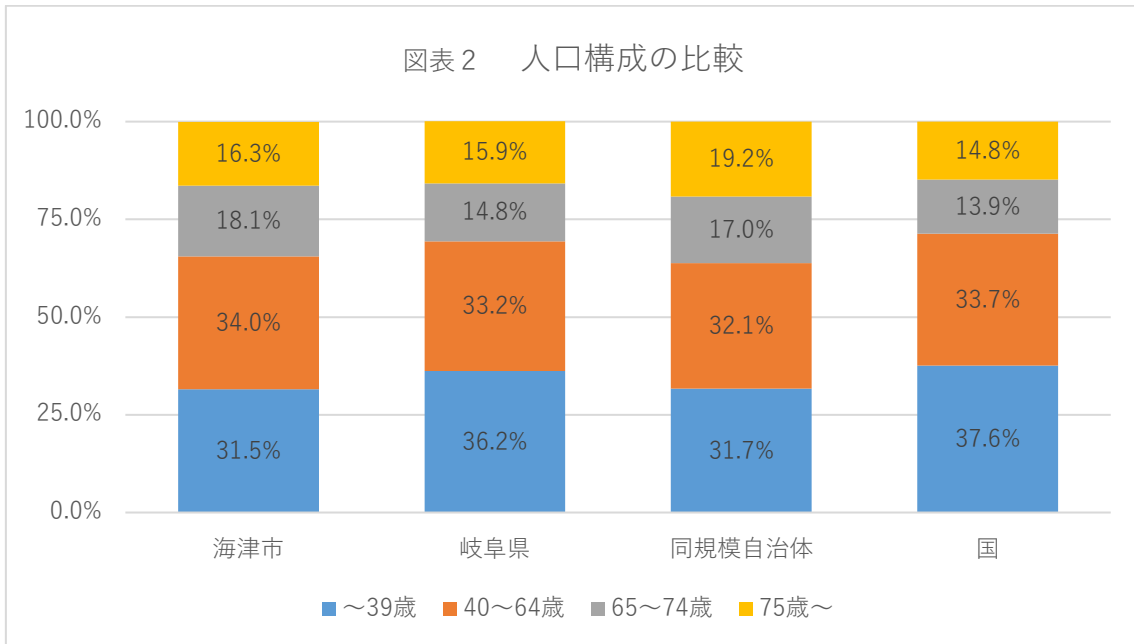
本市の人口は、令和5年4月1日現在で32,386人です。人口は減少傾向で推移しており、人口の減少に比例し、海津市国保の被保険者も減少傾向にあり、令和5年4月1日現在で7,590人となっています。

人口構成をみると、岐阜県や国と比較し0～39歳の人口割合が少なく、40～64歳の人口割合が多くなっています。同規模自治体*と比較すると、75歳以上の人口割合は少ないですが、今後高齢化が進展することで75歳以上の割合が増えるものと思われます。

*同規模自治体とはKDBシステムで定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、海津市と同規模保険者（R4年度：270市）の平均を表しています。



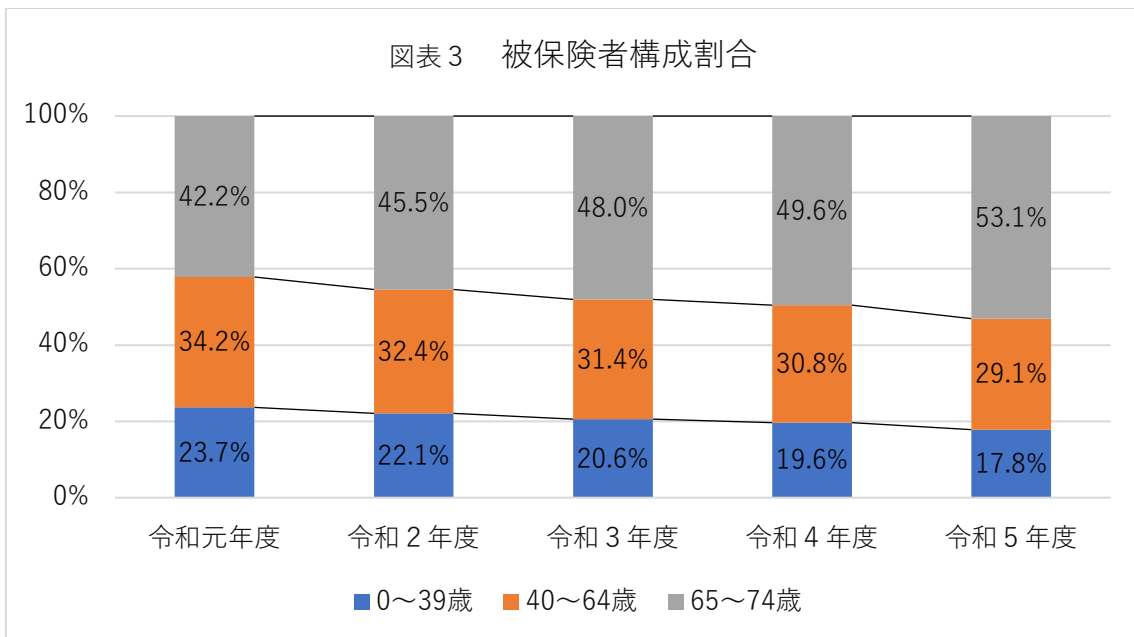
資料 海津市人口（住民基本台帳より）、被保険者数（国保連合会帳票より）
各年度4月1日現在



資料 KDB システム (令和4年度)

(2) 海津市国保被保険者構成

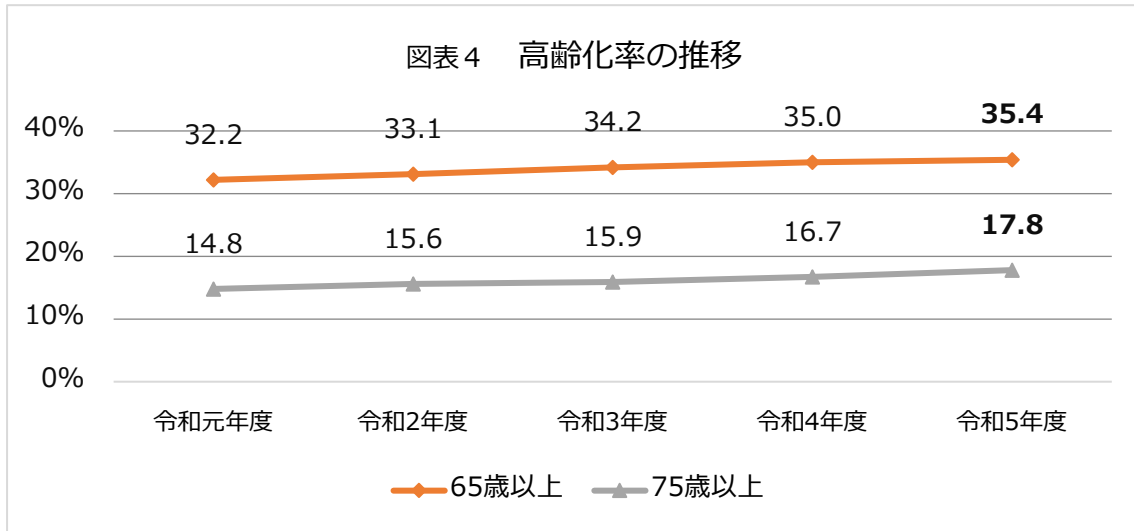
海津市国保被保険者の世代別割合は、令和5年4月1日現在、若年世代（0～39歳）が17.8%、現役世代（40～64歳）が29.1%、前期高齢世代（65～74歳）が53.1%となっています。年々、前期高齢世代の被保険者割合が増えており、被保険者の高齢化が進展しています。



資料 国保連合会帳票より (各年度4月1日現在)

(3) 高齢化率

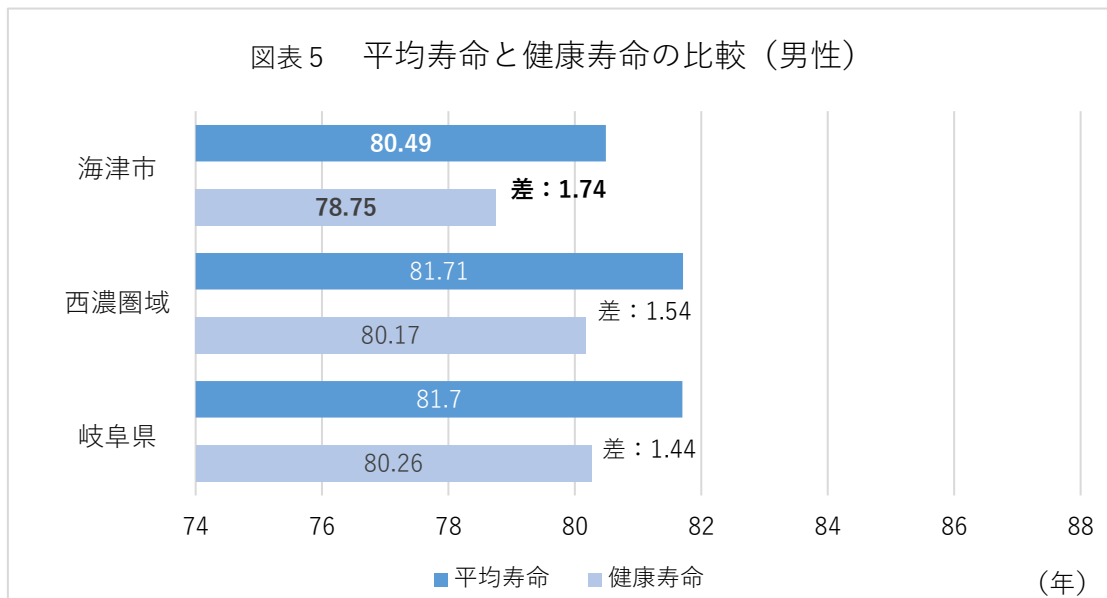
海津市における高齢化率は35.4%で年々増えています。団塊の世代が75歳を迎え、高齢者に占める後期高齢者の割合も増えています。



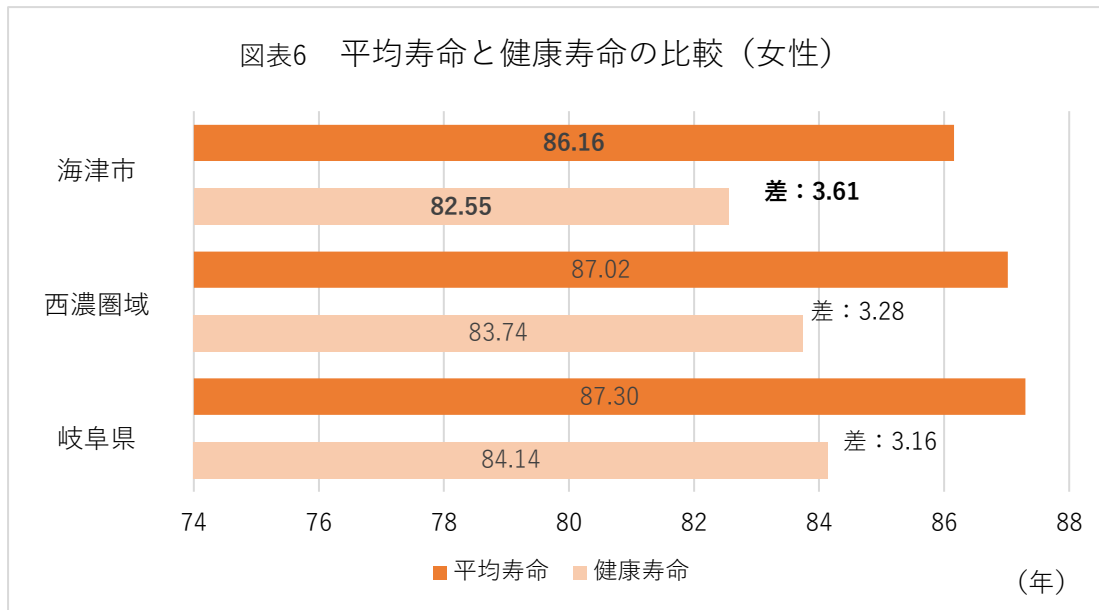
資料 住民基本台帳（各年度4月1日現在）

(4) 平均寿命と健康寿命

海津市における健康寿命*は、岐阜県や西濃圏域と比較すると男女ともに短くなっています。また、平均寿命と健康寿命の差（不健康な期間）は、男性1.74、女性3.61であり、女性の方が長くなっています。



資料 岐阜県保健医療課提供（R1年度）



資料 岐阜県保健医療課提供（R1年度）

《図表 7》

●平均寿命と健康寿命の推移

	男性			女性		
	平均寿命 (年)	健康寿命 (年)	差 (年)	平均寿命 (年)	健康寿命 (年)	差 (年)
平成 26 年度	79.22	77.71	1.51	85.57	82.03	3.55
平成 27 年度	79.21	77.70	1.51	85.49	81.93	3.56
平成 28 年度	79.98	78.34	1.64	85.83	82.23	3.60
平成 29 年度	80.28	78.65	1.64	86.10	82.55	3.55
平成 30 年度	80.61	78.87	1.74	86.19	82.70	3.49
令和元年度	80.49	78.75	1.74	86.16	82.55	3.61

資料 岐阜県提供

*健康寿命：要介護度1以下を自立（健康）とした「日常生活動作が自立している期間の平均」。厚生労働省科学研究健康寿命ページ「健康寿命の算定プログラム」の計算式を用いて算出

(5) 出生率並びに死亡率（人口千対）

海津市における出生率は、岐阜県や国と比較すると、かなり低くなっています。また、死亡率は、岐阜県や国と比較すると、高くなっています。そのため、人口は自然減の割合が高い状況にあります。

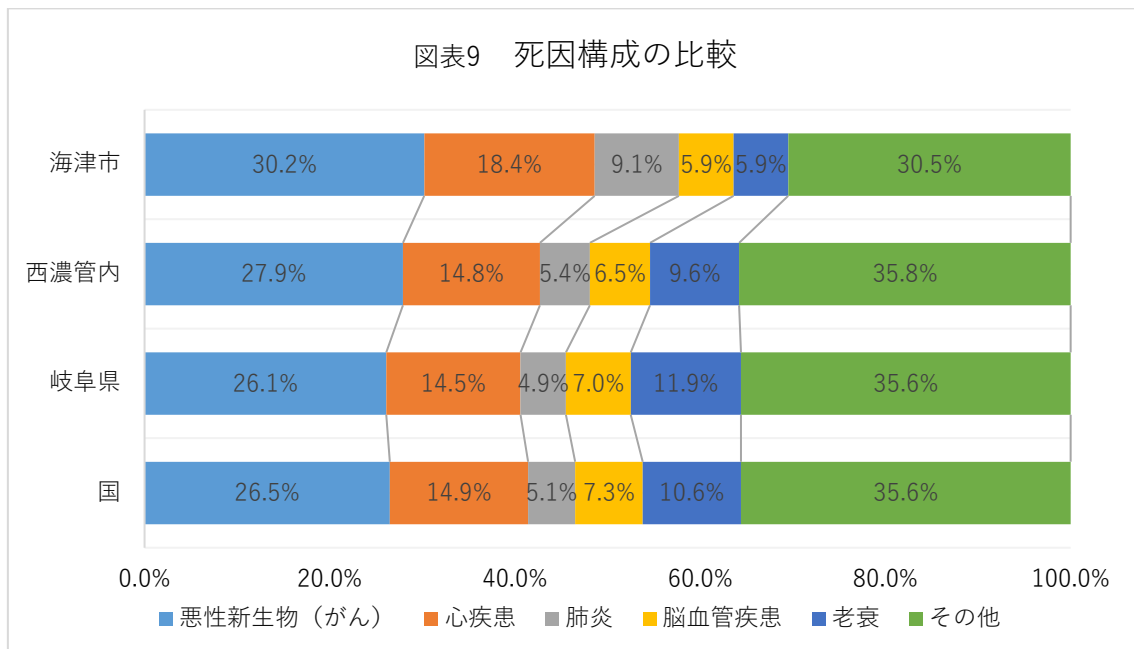
《図表 8》

	海津市	西濃管内	岐阜県	国
出生率	3.6	5.6	6.0	6.6
死亡率	13.7	12.7	12.3	11.7

資料 西濃地域の公衆衛生 2022（令和3年統計）

(6) 死因構成

海津市の令和3年における死因は、上位から、悪性新生物（がん）、心疾患（高血圧症を除く）、肺炎、脳血管疾患、老衰の順になっています。「がん」や心疾患に含まれる「急性心筋梗塞」、脳血管疾患に含まれる「くも膜下出血」「脳内出血」「脳梗塞」は生活習慣病と関連があるため、これらの死因による死亡を減らすには生活習慣病の予防が重要になります。



資料 西濃地域の公衆衛生 2022（令和3年統計）

(7) 医療供給体制（人口千対）

海津市における医療供給体制のうち、病院数は岐阜県と同等の状況ですが、診療所数・病床数は岐阜県や同規模保険者、国と比較すると、低くなっています。特に、医師数は岐阜県の5割以下となっています。

《図表 10》

	海津市	岐阜県	同規模保険者	国
病院数	0.3	0.2	0.4	0.3
診療所数	3.0	3.9	3.5	3.7
病床数	35.7	48.3	67.7	54.8
医師数	5.1	11.2	9.7	12.4

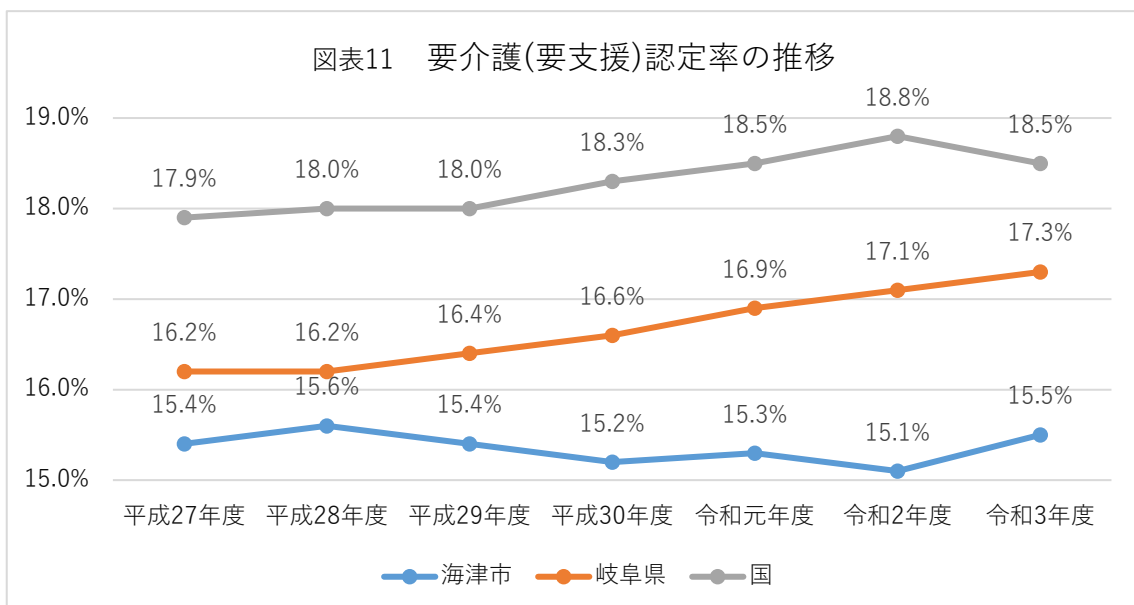
資料 KDB システム (R4 年度)

(8) 介護保険の状況

① 介護認定者の状況

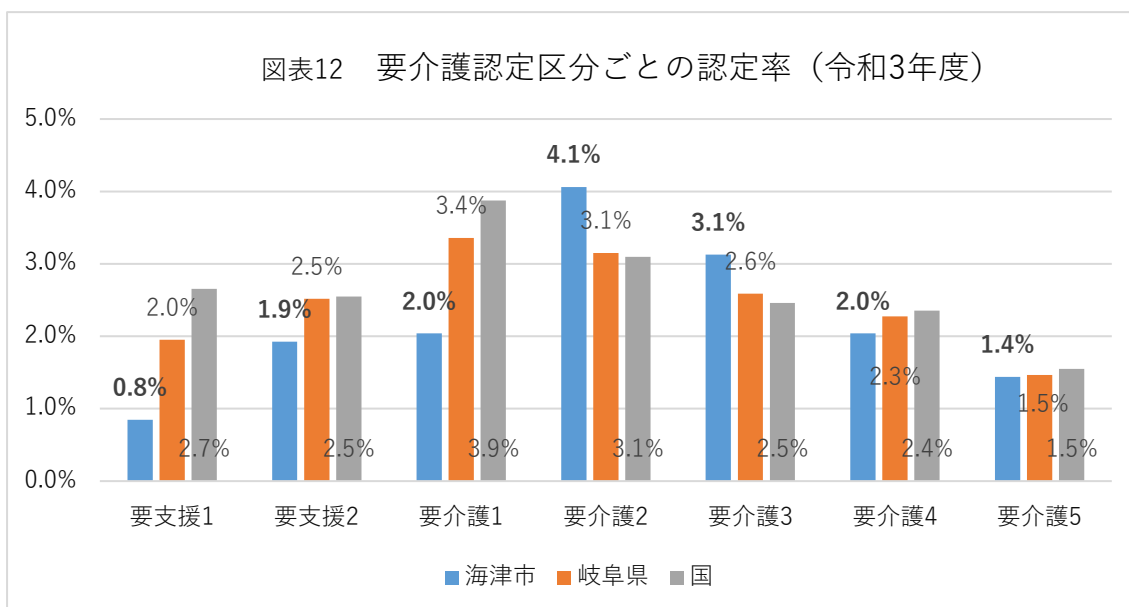
本市の令和3年度の要介護（要支援）認定率は15.5%で令和2年度より増加していますが、岐阜県や国に比べると認定率は低く、平成27年度から令和3年度までの状況をみると、15%台前半で推移しています。

要介護認定率を区分ごとでみると、岐阜県や国と比較して軽度者（要支援1～2、要介護1）が少なく、中度者（要介護2～3）の割合が高くなっています。



資料 厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」

図表12 要介護認定区分ごとの認定率（令和3年度）



資料 厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」

② 介護認定者における有病状況

本市における介護認定者の有病状況は、高血圧症・心臓病が岐阜県や同規模保険者、国と比べ割合が高くなっています。高血圧症・心臓病・筋骨格系疾患の有病率が50%を超えているため、運動器の機能低下予防と血圧管理が必要です。

●介護認定者の有病状況

《図表 13》

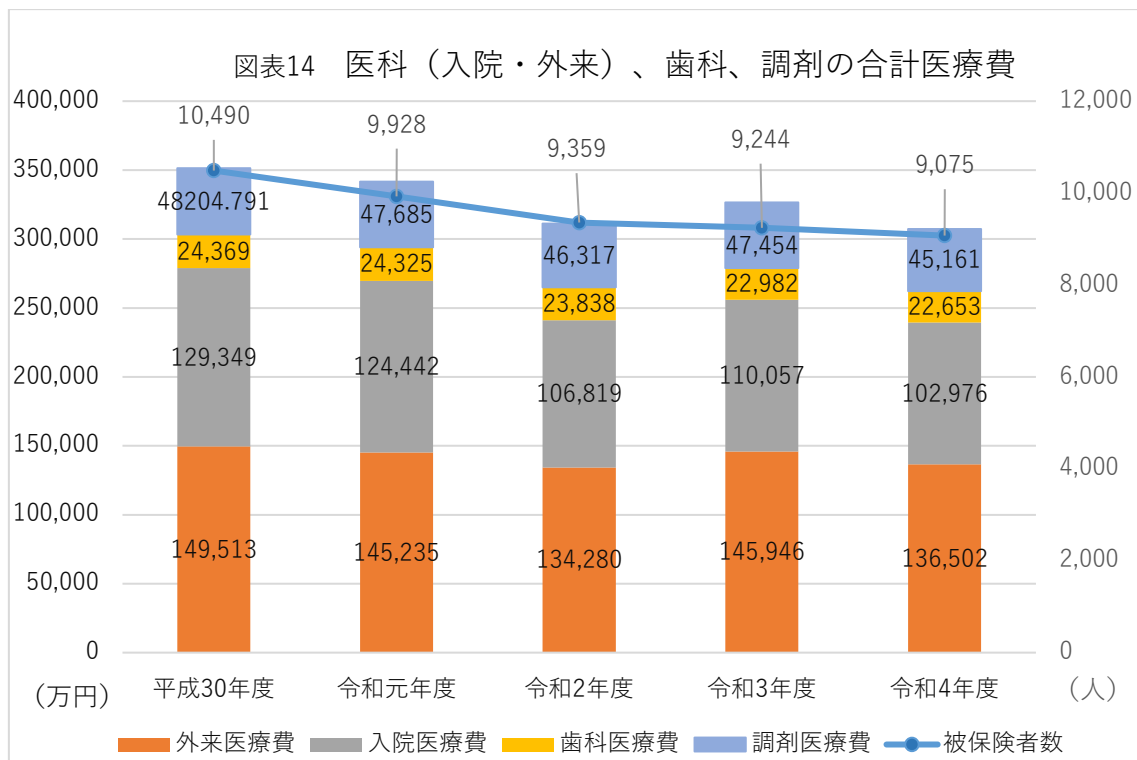
	糖尿病	高血圧症	脂質異常症	心臓病	脳疾患	がん	筋・骨格系疾患	精神疾患
海津市	26.4%	57.7%	30.2%	65.9%	23.1%	10.6%	53.4%	34.8%
岐阜県	28.8%	56.7%	33.7%	65.5%	22.2%	11.2%	56.4%	38.2%
同規模保険者	23.8%	54.8%	31.2%	61.9%	23.9%	11.4%	54.5%	38.6%
国	24.3%	53.3%	32.6%	60.3%	22.6%	11.8%	53.4%	36.8%

資料 KDB システム (R4 年度)

2. 医療データの分析

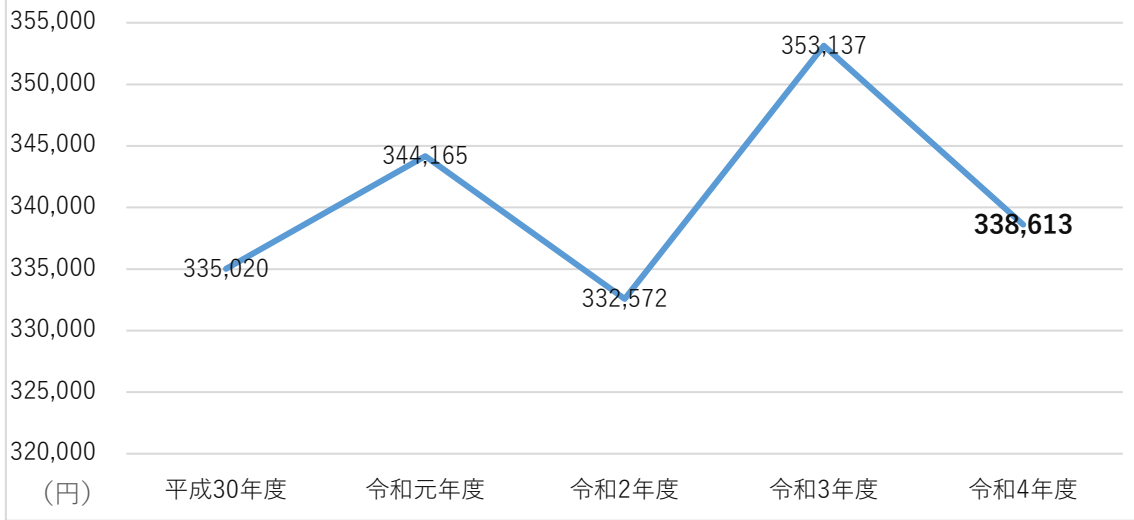
(1) 海津市国保における医療費の状況

海津市国保における令和4年度の総医療費は30億7300万円となり、前年度より下がりましたが、高齢化の進展等の要因により年間の一人あたり医療費は338,613円ですが、年齢があがるほど高くなっています。入院、外来ともに年間の一人あたり医療費は県平均以上です。



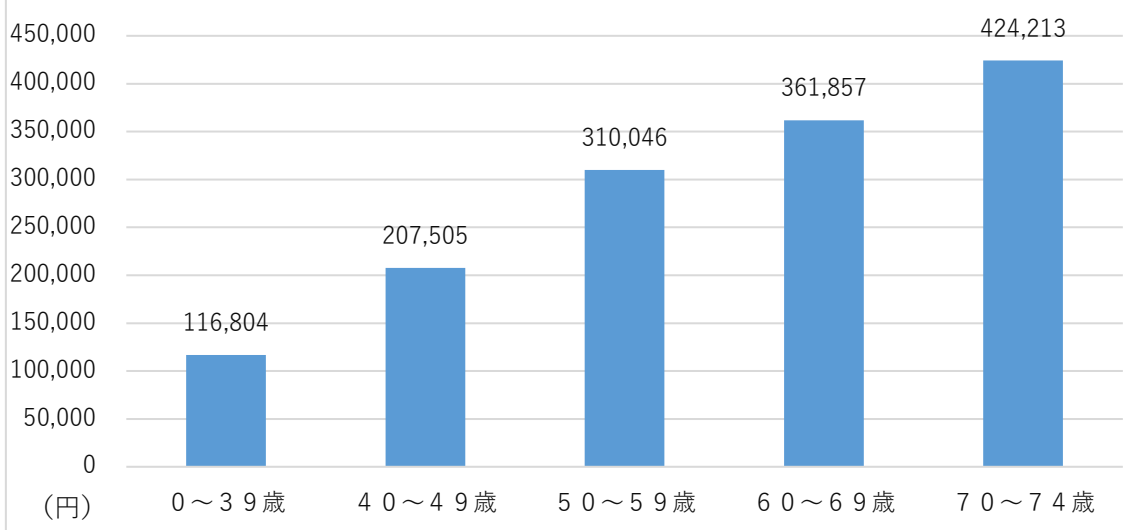
資料 KDB システム

図表15 被保険者1人当たり医療費（医科入・外）の推移



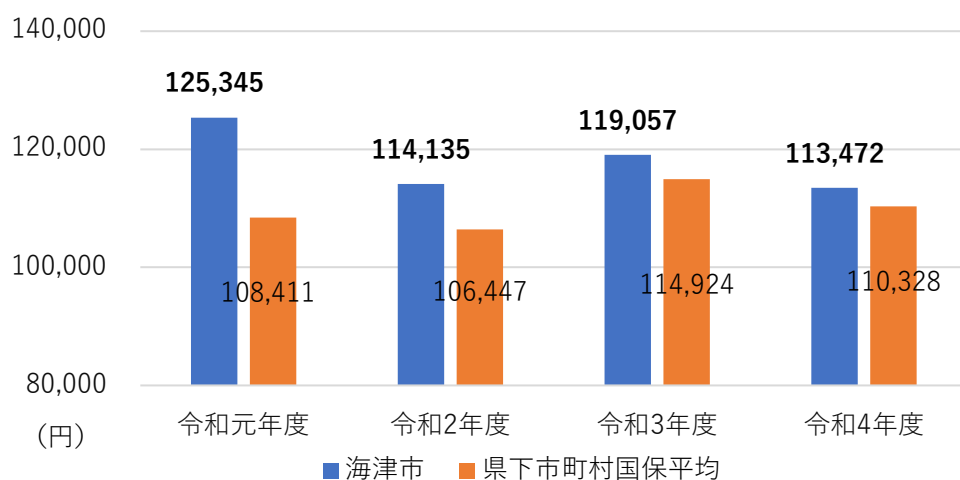
資料 KDB システム

図表16 年齢別 被保険者1人当たり医療費（医科入・外）



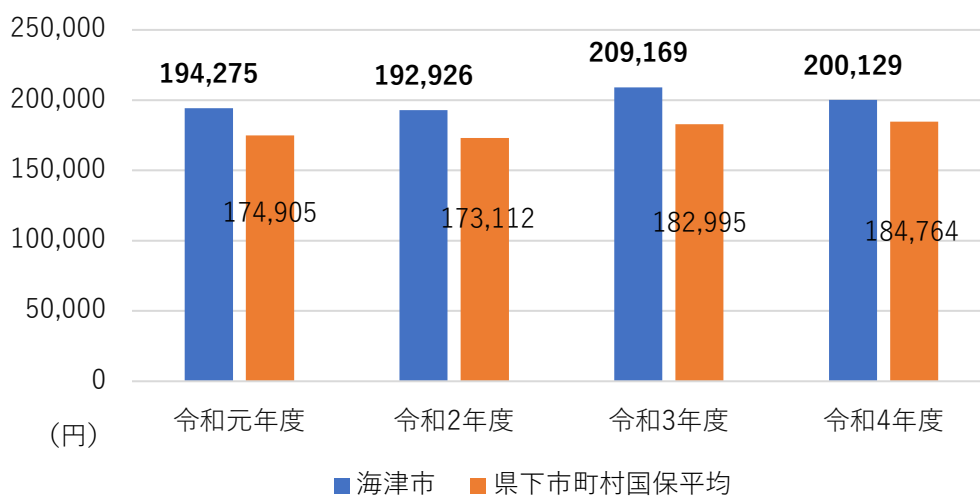
資料 KDB システム (R4 年度)

図表17 被保険者一人あたり医療費（入院）の推移



資料 KDB システム

図表18 被保険者一人あたり医療費（外来）の推移

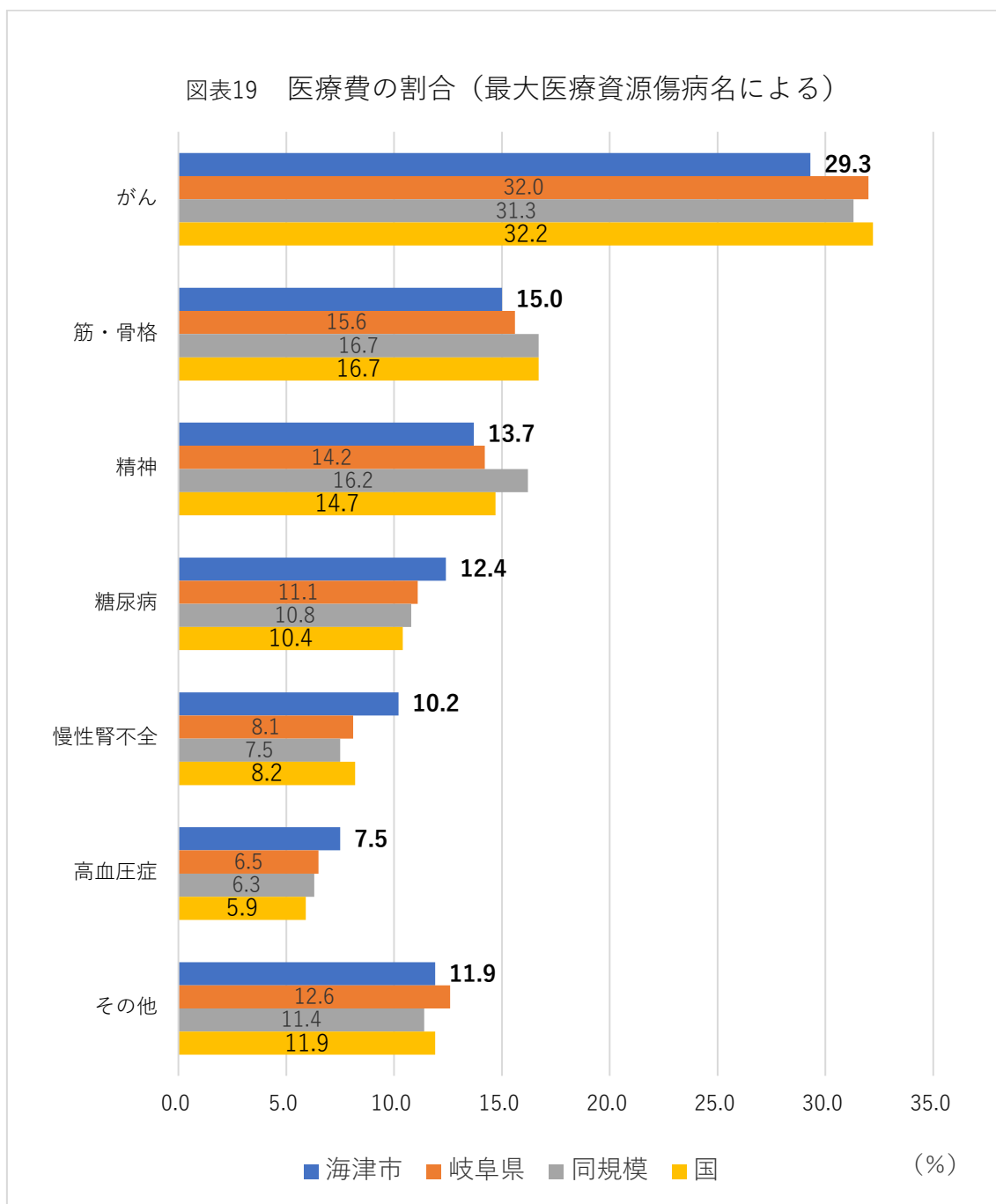


資料 KDB システム

(2) 医療費の割合

海津市国保における医療費の割合は、がん、筋・骨格、精神の順に多く、岐阜県や同規模保険者、国においても同様ですが、海津市では岐阜県や同規模保険者、国に比べ、糖尿病や慢性腎不全、高血圧症の割合が多くなっています。

図表19 医療費の割合（最大医療資源傷病名による）



資料 KDB システム (R4 年度)

(3) 疾病別医療費の状況

海津市国保における疾病別医療費の状況（高い順 10 疾病）をみると、入院・外来ともに生活習慣病に関連した疾病が上位を占めています。高血圧症や糖尿病等の生活習慣病の予防・重症化予防に取り組むことにより、増え続ける医療費の抑制を図ることができると考えられます。

●入院

《図表 20》

疾病名	医療費点数	生活習慣病の関連性
統合失調症	6,802,637	
不整脈	4,788,564	一部関連あり
大腸がん	4,364,042	一部関連あり
狭心症	3,822,036	関連あり
慢性腎臓病（透析あり）	3,389,946	関連あり
骨折	2,432,769	
うつ病	2,338,563	
脳梗塞	2,258,378	関連あり
胃がん	1,999,545	一部関連あり
心臓弁膜症	1,968,200	

資料 KDB システム（R4年度）

●外来

《図表 21》

疾病名	医療費点数	生活習慣病の関連性
糖尿病	18,258,286	関連あり
慢性腎不全（透析有り）	13,147,040	関連あり
高血圧症	12,148,135	関連あり
関節疾患	8,474,323	
脂質異常症	6,619,666	関連あり
統合失調症	4,839,327	
不整脈	4,198,099	一部関連あり
前立腺がん	3,438,522	
うつ病	3,373,017	
肺がん	3,240,108	一部関連あり

資料 KDB システム（R4年度）

(4) 男女別年齢別生活習慣病の状況

海津市国保における令和4年度の生活習慣病による診療の状況をみると、男性では、2,124人(57.2%)、女性では2,229人(57.5%)となっており、女性の割合が高くなっています。

また、男女ともに年齢が高くなるにつれて、生活習慣病の割合は高くなっており、60歳代からは半数以上の人が生生活習慣病と診断されています。50歳代から急激に有病割合が増加するため、若年層をターゲットにした健康づくりと生活習慣病治療者に対する重症化予防への取組が重要です。

●生活習慣病受療者の割合

《図表 22》

	被保険者数(年間平均)	生活習慣病で受療(割合)	
男性	3,713人	2,124人	57.2%
女性	3,875人	2,229人	57.5%
合計	7,588人	4,353人	57.4%

資料 岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況(R4年度)

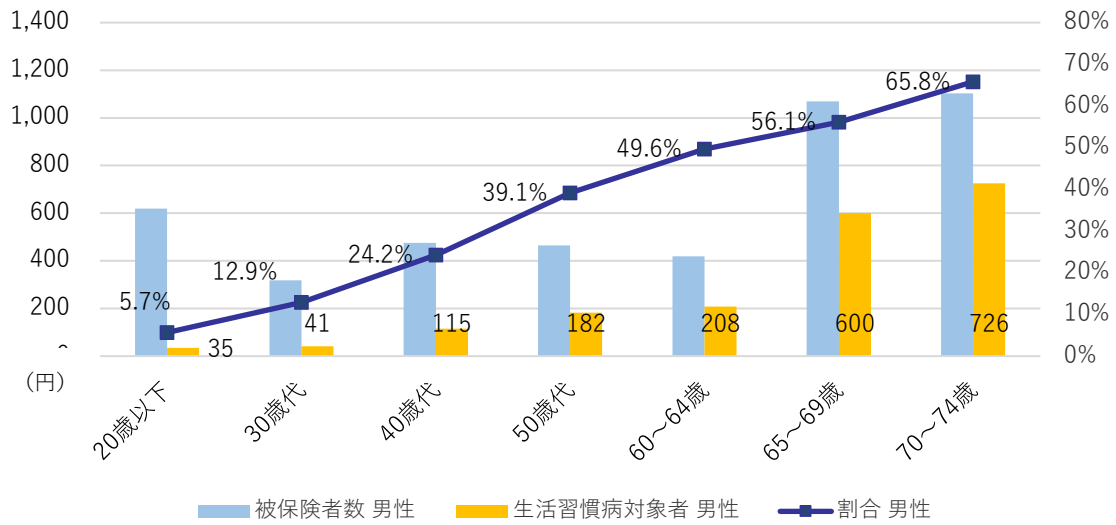
●総医療費に占める生活習慣病の医療費割合の推移

《図表 23》

	生活習慣病	(再)糖尿病	(再)高血圧	(再)脂質異常症
平成30年度	58.9%	28.3%	37.7%	25.9%
令和元年度	58.3%	26.1%	37.3%	26.5%
令和2年度	60.9%	28.5%	38.5%	28.1%
令和3年度	62.9%	30.5%	40.8%	29.6%
令和4年度	62.1%	31.3%	39.7%	29.0%
(参考)岐阜県 令和4年度	58.2%	28.0%	36.2%	26.8%

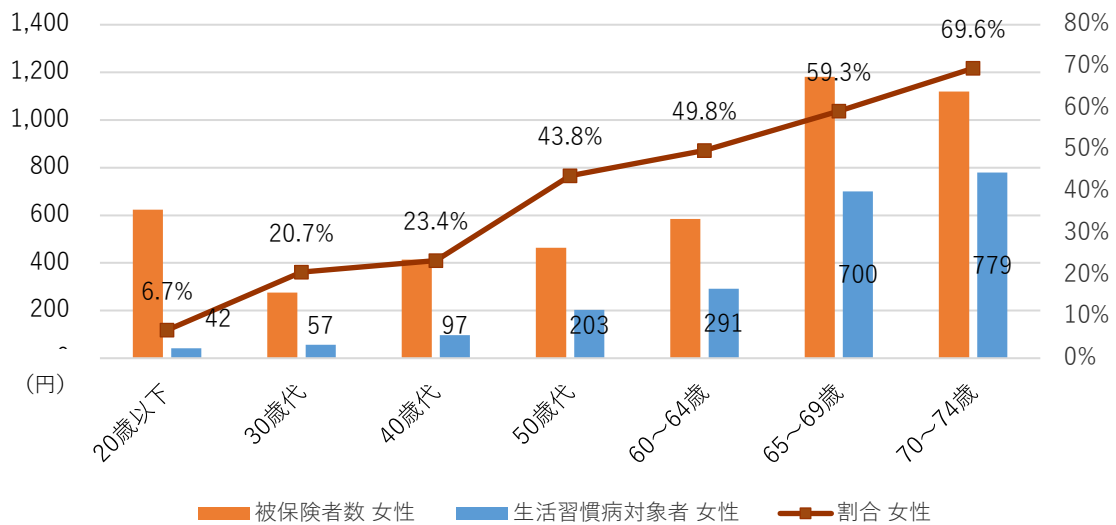
資料 岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況

図表24 年齢別生活習慣病の状況（男性）



資料 KDB システム (R4 年度)

図表25 年齢別生活習慣病の状況（女性）



資料 KDB システム (R4 年度)

(5) 人工透析に関する医療状況

① 人工透析患者数の推移

人工透析患者数は令和3年度に増加し、令和4年度は43人と減っていますが、国保被保険者に占める割合は0.56%とほぼ変わりはなく、県と比較すると占める割合が高いです。

《図表 26》

年度	人工透析患者数	国保被保険者数	人工透析患者の割合
平成 30 年度	43	9,260	0.46%
令和元年度	45	8,734	0.52%
令和 2 年度	44	8,376	0.53%
令和 3 年度	47	8,199	0.57%
令和 4 年度	43	7,696	0.56%
(参考) 岐阜県 令和 4 年度	1,814	388,249	0.47%

資料：国保連合会提供（国保被保険者数：各年度 3 月の有資格者）

② 人工透析患者の医療費の推移

令和 4 年度の人工透析患者の医療費は患者数の減少に伴い、減少していますが、総医療費に占める割合は、岐阜県と比べると高いです。

《図表 27》

年度	人工透析患者の 医療費（円）	前年度との 差（円）	前年比	総医療費（円）	人工透析 の割合
平成 30 年度	208,015,820	19,877,760	110.6 %	3,725,243,000	5.58%
令和元年度	229,907,700	21,891,880	110.5 %	3,583,773,000	6.42%
令和 2 年度	241,109,250	11,201,550	104.9 %	3,299,238,000	7.31%
令和 3 年度	271,013,240	29,903,990	112.4 %	3,435,192,000	7.89%
令和 4 年度	215,805,840	-55207400	79.6 %	3,265,423,000	6.61%
(参考) 岐阜県 令和 4 年度	9,241,331,020	-394416730	95.9 %	164,746,106,000	5.61%

資料：国保連合会提供

③ 新規人工透析患者数と糖尿病有病者数の推移

新規人工透析患者は令和 4 年度に 3 人と前年度より減少しましたが、令和元年～令和 3 年度は 6～7 人で推移しています。新規患者に占める糖尿病有病者の割合はばらつきがありますが、平均すると 7 割以上が糖尿病を有病しています。

《図表 28》

年度	新規患者数	内訳		糖尿病有病者数		
		国保加入5年以内	その他	有病者数 ①	国保資格保有者数 ②	新規患者に占める糖尿病有病者の割合 ①/②
平成 27 年度	3	1	2	0	0	0%
平成 28 年度	9	4	5	3	6	50.0%
平成 29 年度	9	3	6	4	8	50.0%
平成 30 年度	10	7	3	7	8	87.5%
令和元年度	6	2	4	3	4	75.0%
令和 2 年度	7	1	6	6	7	85.7%
令和 3 年度	6	2	4	5	5	100%
令和 4 年度	3	1	2	1	3	33.3%
合計	53	21	32	29	41	70.7%

資料：国保連合会提供

④ 人工透析患者減少数

令和 2 年度以降の人工透析患者数の減少理由は、死亡による国保資格喪失によるものでなく、後期高齢者医療制度への移行によるものが増えてきています。

《図表 29》

年度	患者減少数	内訳			
		死亡	後期高齢者に移行	社保*加入・生保*開始	その他
平成 30 年度	9	4	0	1	4
令和元年度	4	3	0	1	0
令和 2 年度	8	0	7	0	1
令和 3 年度	3	0	1	2	0
令和 4 年度	7	0	5	2	0

資料：国保連合会提供

* 社保 = 社会保険(協会けんぽ、健康保険組合などの被用者保険)

* 生保 = 生活保護受給者

3. 健診データの分析

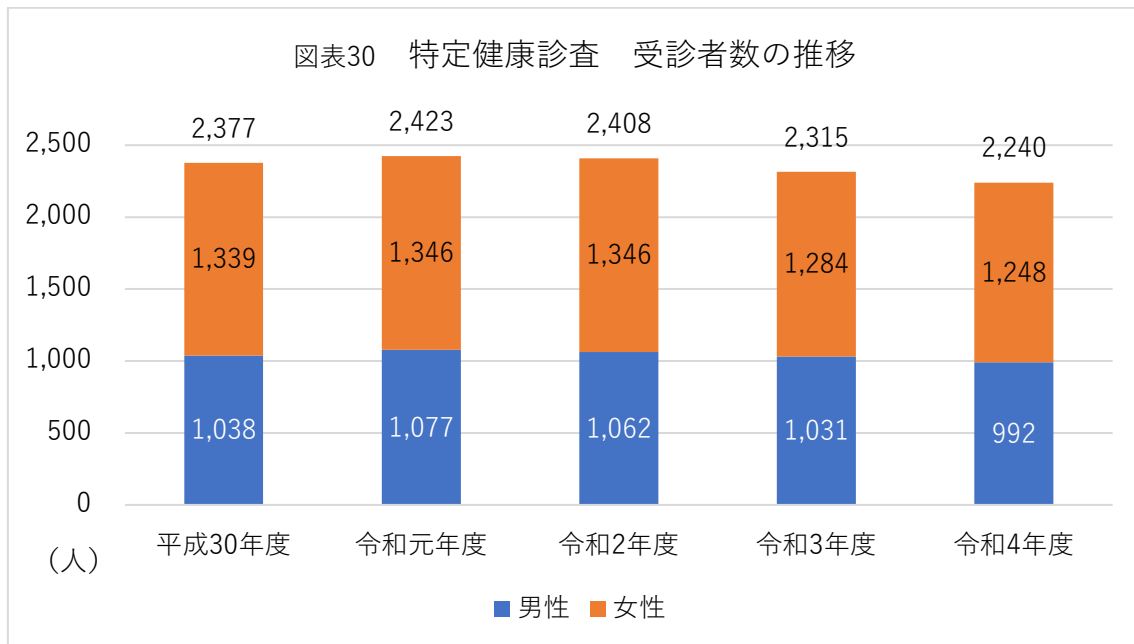
(1) 特定健康診査及び特定保健指導

① 特定健康診査の実施状況

令和4年度における40歳～74歳の特定健康診査の受診者数は2,240人で国保被保険者の減少に伴い、対象者も減少しているため受診者数は減少傾向にあります。受診率はほぼ毎年上昇しています。令和2年度はコロナ禍により他市町村では健康診査の受診控えがあり、受診率の低下がありましたが、海津市国保では受診率の低下はないものの、依然として、岐阜県市町村国保平均と比べると、受診率は低い水準で推移しています。

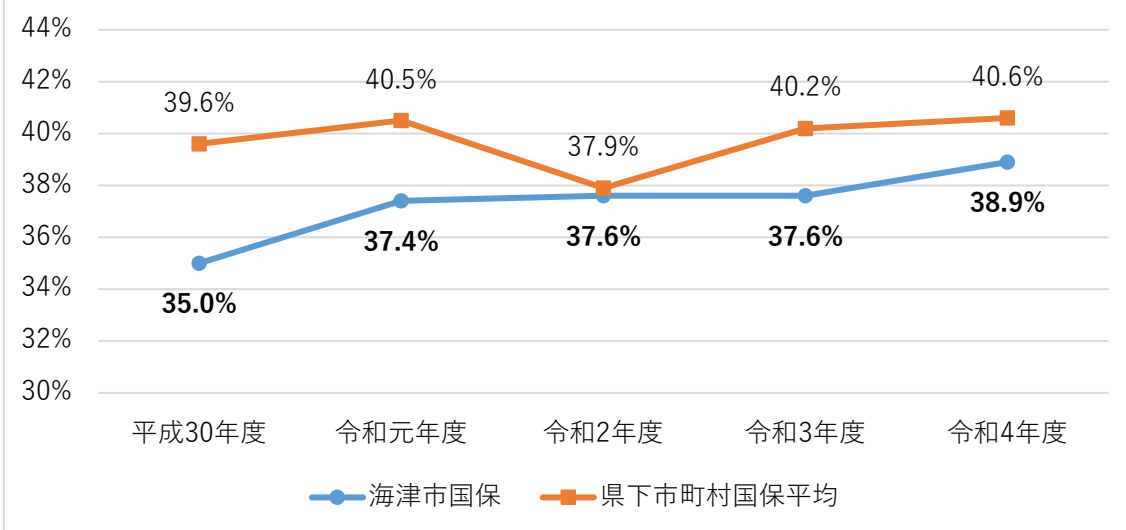
男女別年齢別受診率をみると、50歳代以降は女性の受診率が高く、また年齢が高くなるにつれて受診率も高くなっています。

50歳代男性の受診率が低いので、受診率向上を図る必要があります。



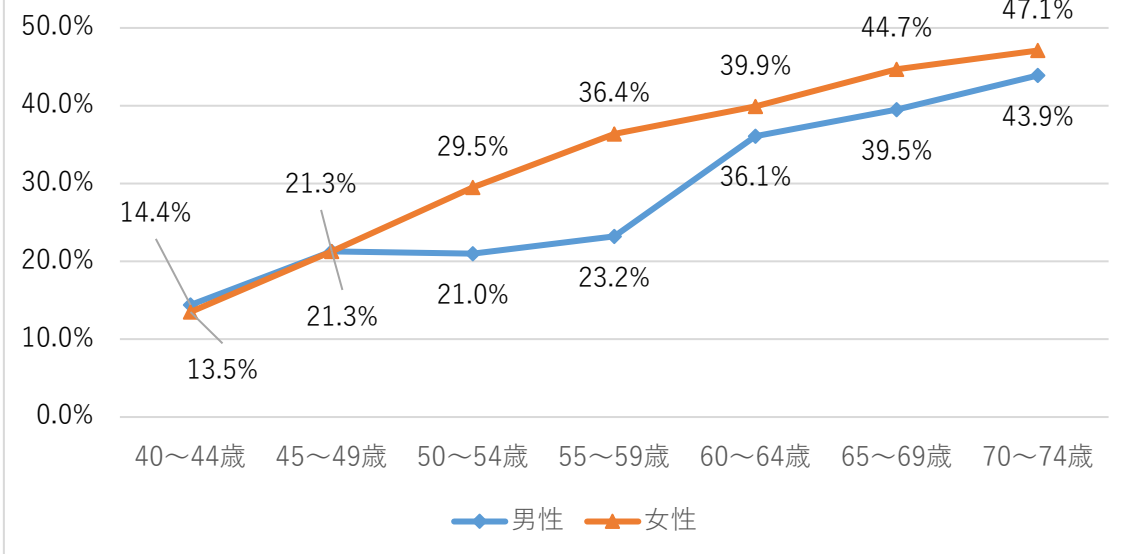
資料 岐阜県（市町村国保）における医療費・疾病・特定健診の状況

図表31 特定健康診査 受診率の推移



資料 岐阜県（市町村国保）における医療費・疾病・特定健診の状況

図表32 特定健康診査 男女別年齢別受診率

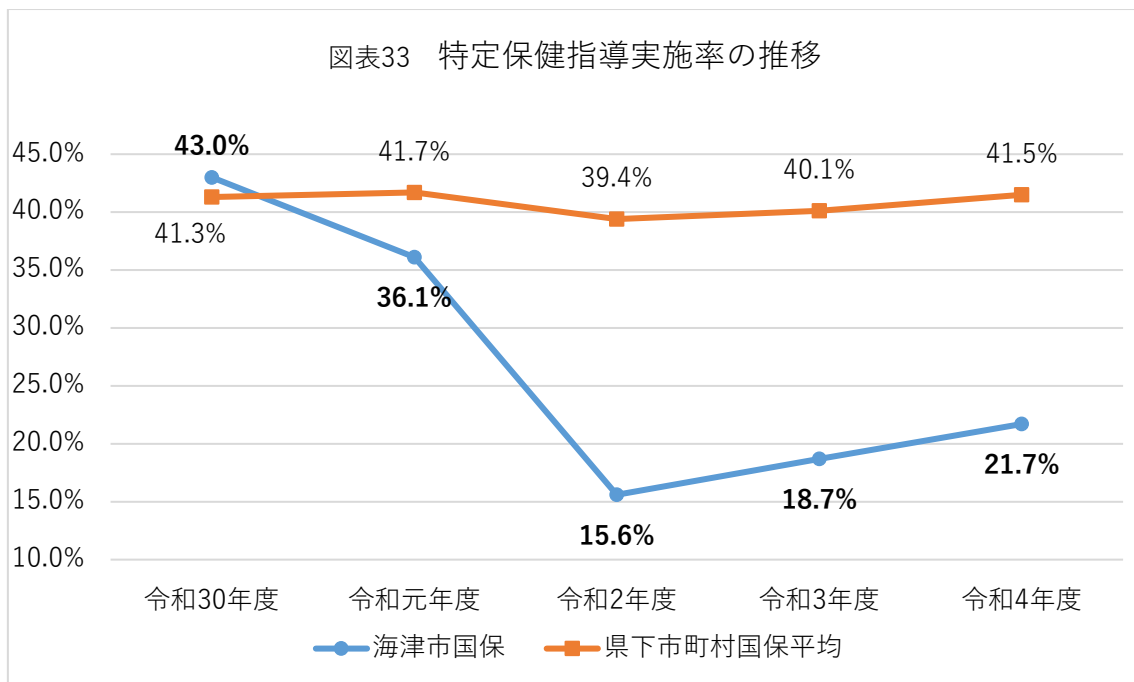


資料 岐阜県（市町村国保）における医療費・疾病・特定健診の状況（R4年度）

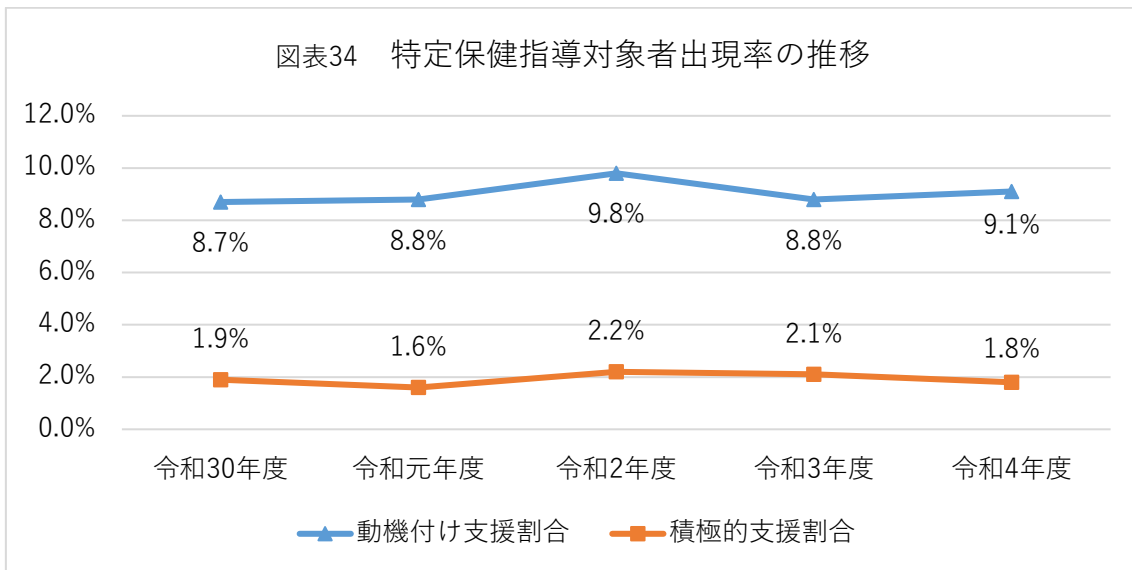
② 特定保健指導の実施状況

令和4年度の特定保健指導実施率（終了率）は21.7%で平成30年度と比べると低下していますが、これはコロナ禍により対面での保健指導が困難となり、著しく実施率低下したためです。本市は家庭訪問での特定保健指導を取り入れていたため、より顕著に実施率が低下しました。令和3年度、令和4年度と改善傾向にありますが、依然と低い状況です。

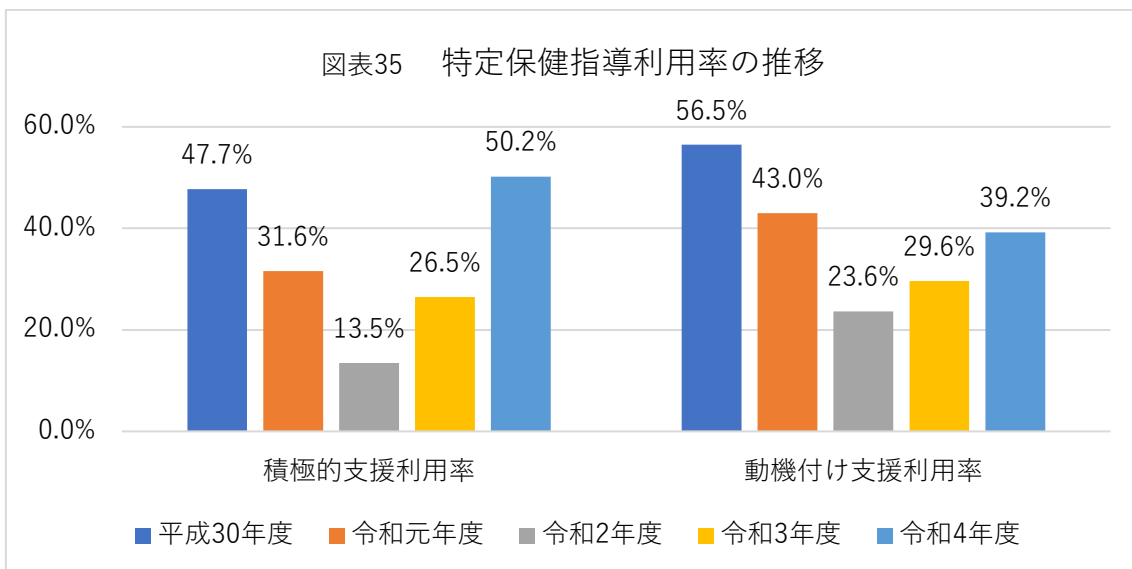
特定保健指導対象者の出現率は動機付け支援、積極的支援ともに一定の水準で推移しています。利用率は実施率と同様で令和2年度に大きく低下し、改善傾向にあります。動機付け支援と積極的支援で利用率に大きな差はない状態です。



資料 岐阜県（市町村国保）における医療費・疾病・特定健診の状況



資料 岐阜県（市町村国保）における医療費・疾病・特定健診の状況



資料 岐阜県（市町村国保）における医療費・疾病・特定健診の状況

③ メタボリックシンドロームの該当状況

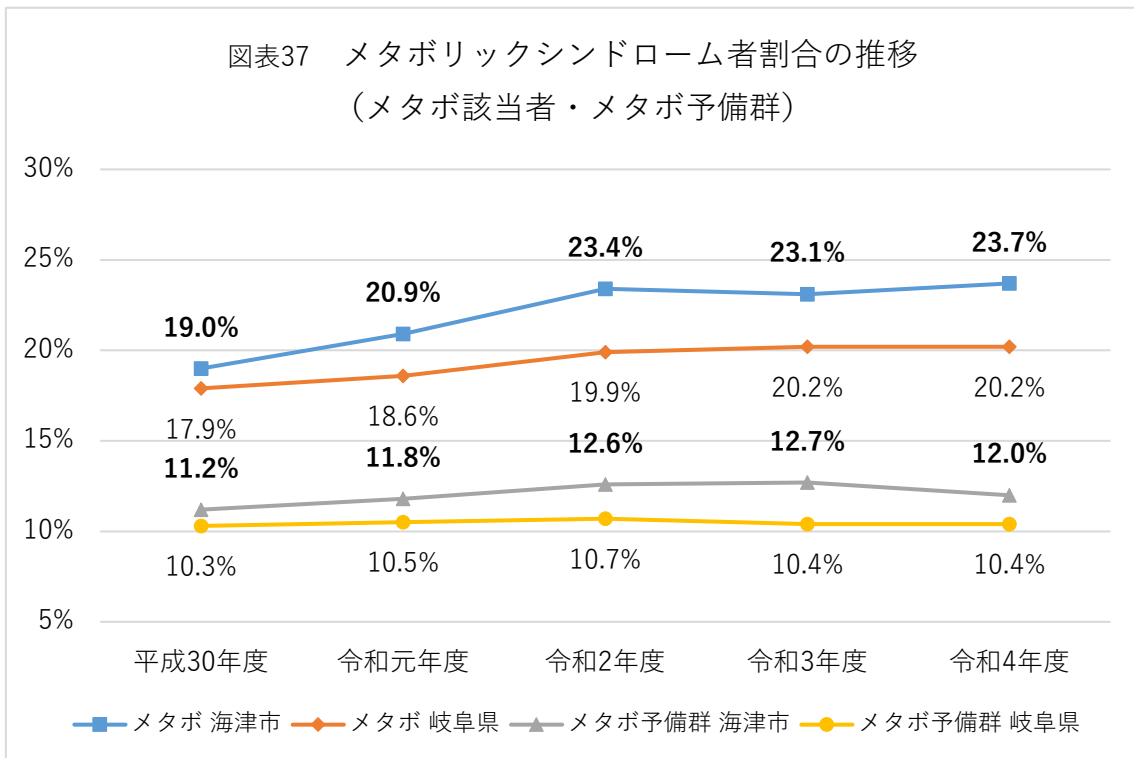
健診結果を岐阜県と比較すると、メタボリックシンドローム該当者（以下「メタボ該当者」）・メタボリックシンドローム予備群（以下「メタボ予備群」）の割合が男女とも高く、経年でみてもメタボ該当者やメタボ予備群、BMI25以上や腹囲：男性85 cm以上、女性90 cm以上の割合が高い傾向です。肥満は内臓脂肪の増加と関係しており、内臓脂肪の増加が糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の発症または症状の増悪につながります。

●メタボリックシンドローム者割合の比較

《図表 36》

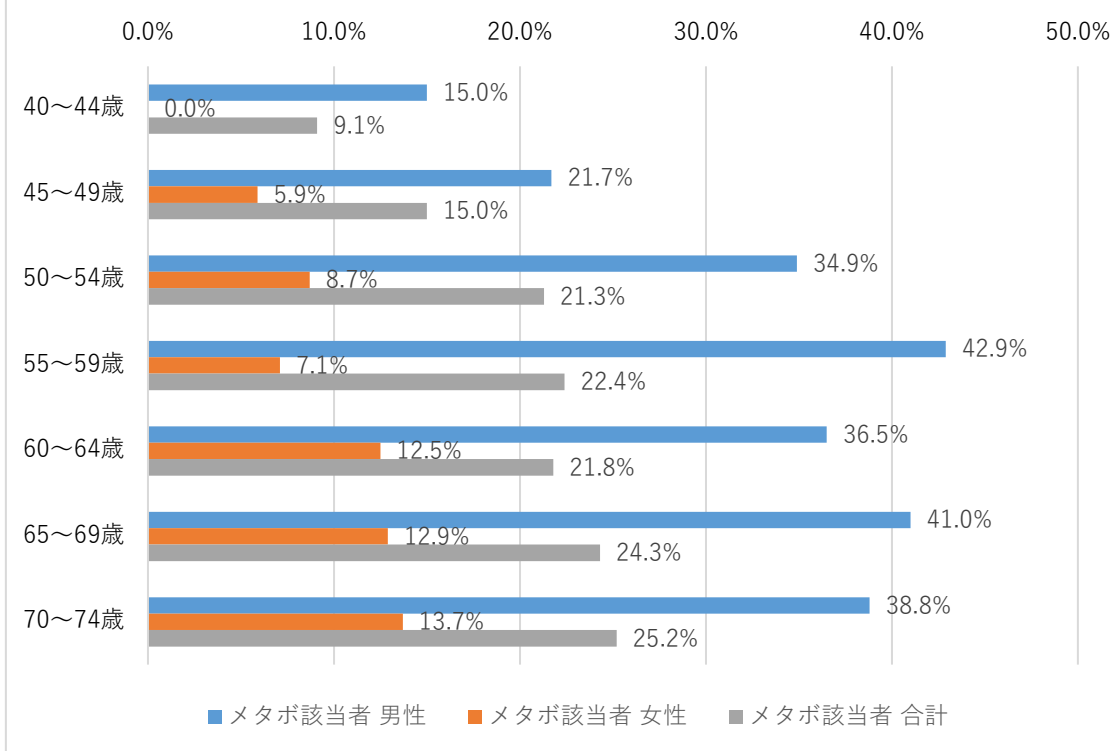
	海津市	(再掲)		岐阜県	(再掲)	
		男性	女性		男性	女性
メタボ該当者	23.7%	37.8%	12.5%	20.2%	31.1%	10.9%
メタボ予備群	12.0%	17.7%	7.4%	10.4%	16.7%	5.5%

資料 法定報告 (R4 年度)



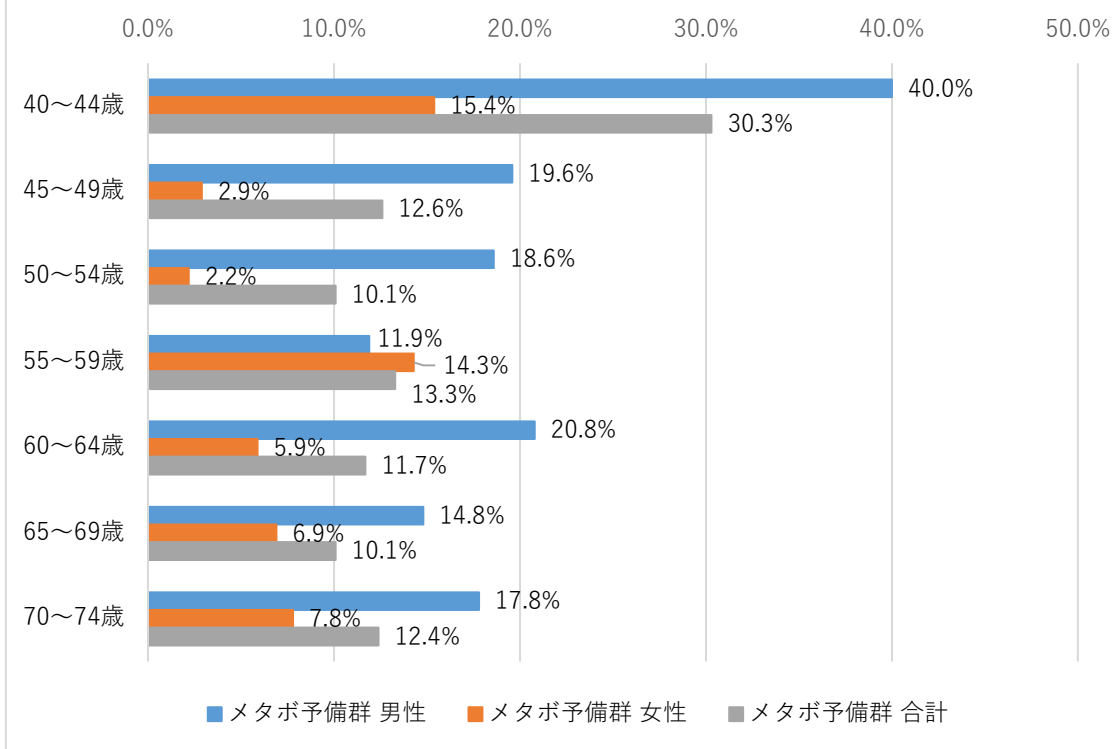
資料 岐阜県（市町村国保）における医療費・疾病・特定健診の状況

図表38 年齢別メタボ該当者の割合



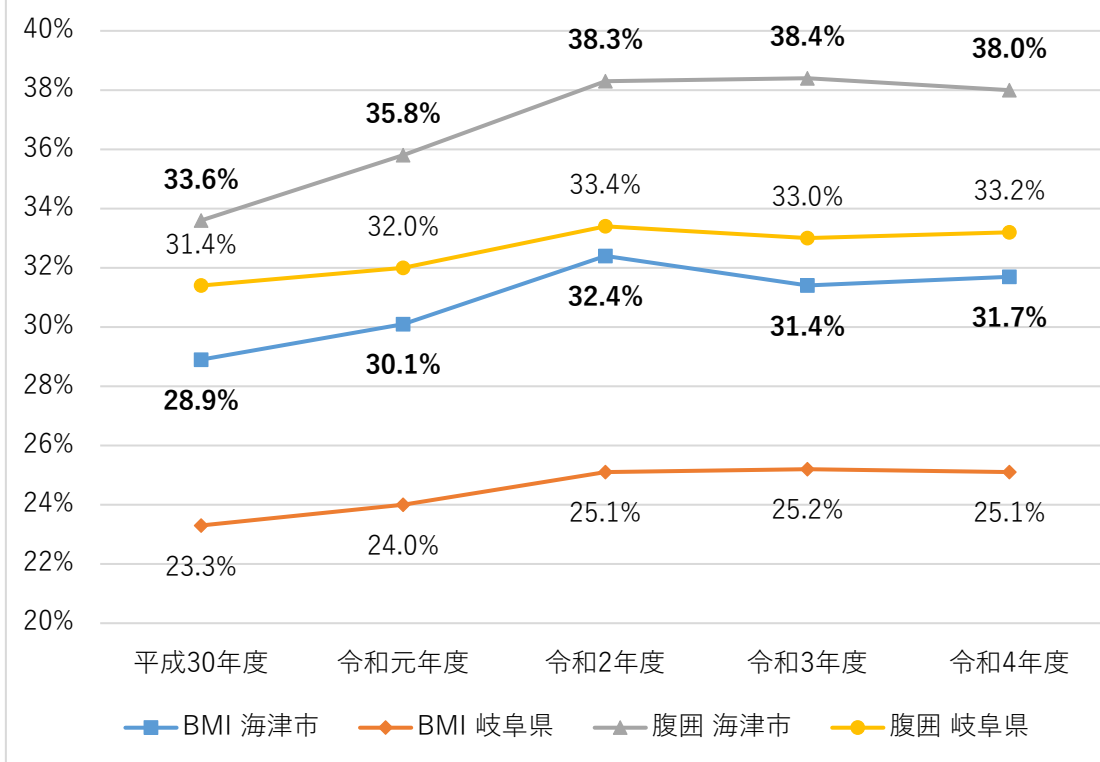
資料 法定報告 (R4年度)

図表39 年齢別メタボ予備群者の割合



資料 法定報告 (R4年度)

図表40 BMI25以上、腹囲（男性85cm、女性90cm以上）の割合



資料 BMI（岐阜県（市町村国保）における医療費・疾病・特定健診の状況）、
腹囲（KDB システム）

●メタボ（メタボリックシンドローム）とは・・・

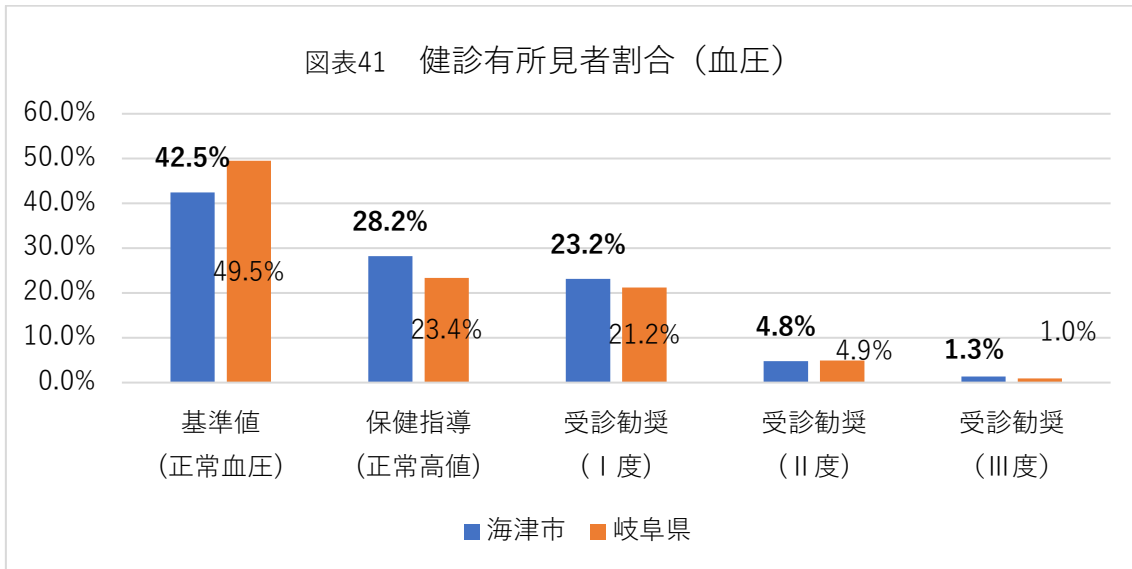
内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさり、虚血性心疾患や脳血管疾患等の動脈硬化性疾患をまねきやすい病態です。単に腹囲が大きいだけではメタボリックシンドロームにはあてはまりません。別名、内臓脂肪症候群ともいわれ、動脈硬化を飛躍的に進行させます。

（厚生労働省 HP より一部引用）

④ 有所見者割合（令和4年度特定健康診査結果）

● 血圧

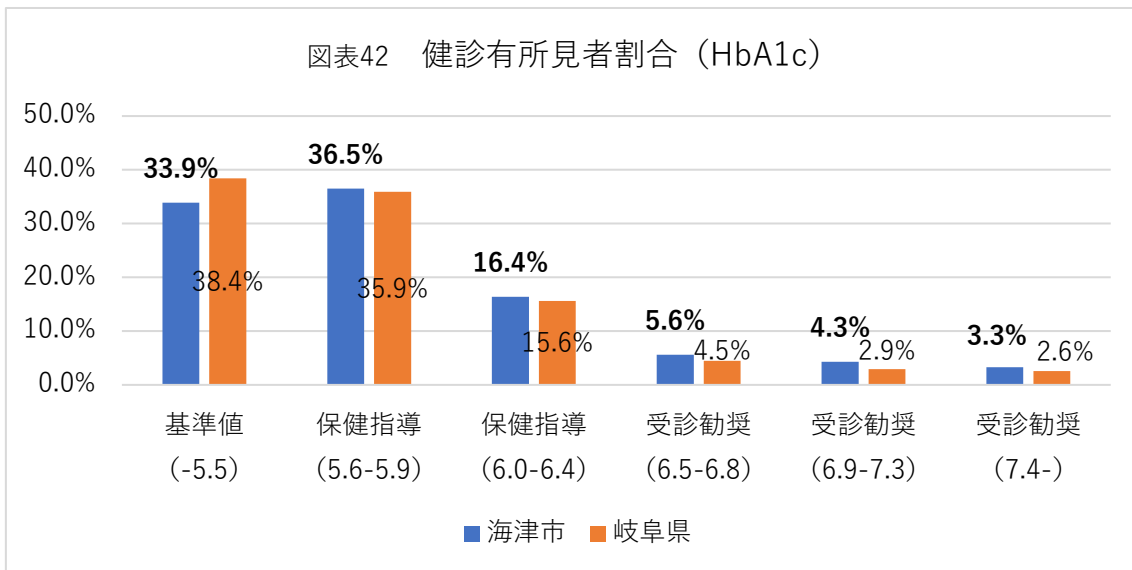
健診結果を岐阜県と比較すると、正常高値（保健指導対象）、I度高血圧の有所見者の割合が高い状況です。



資料 岐阜県（市町村国保）における医療費・疾病・特定健診の状況（R4年度）

● ヘモグロビン A1c（糖尿病）の状況

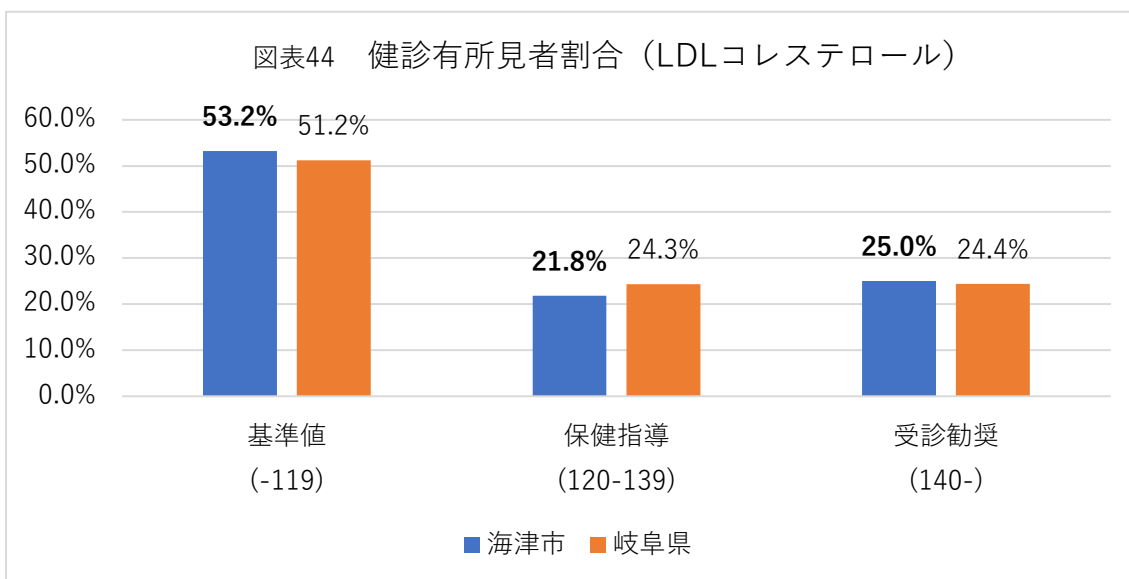
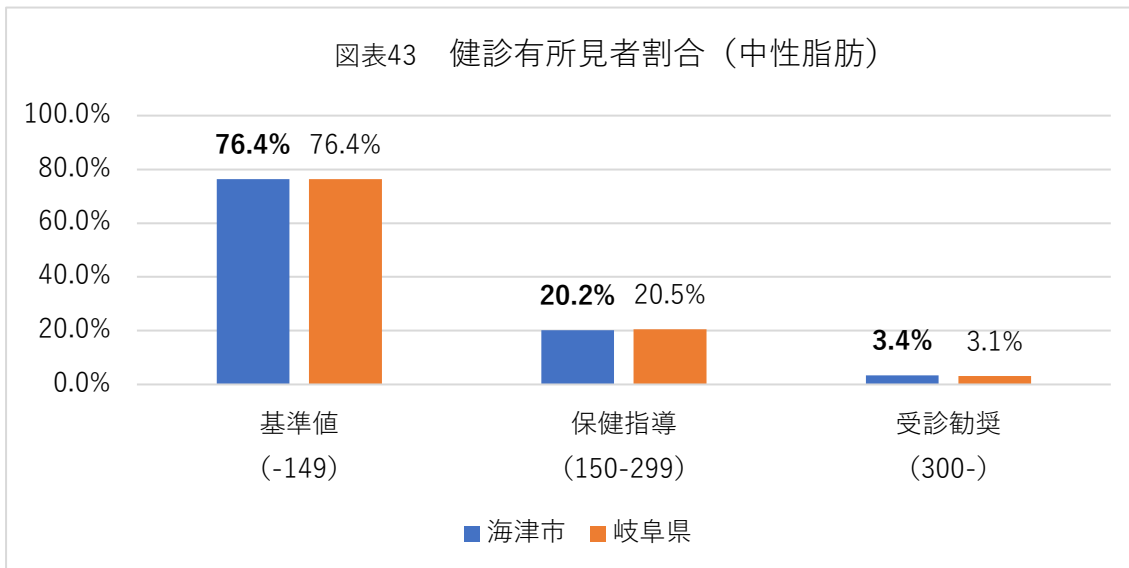
健診結果を岐阜県と比較すると、保健指導値以上の有所見者の割合が高い状況です。



資料 岐阜県（市町村国保）における医療費・疾病・特定健診の状況（R4年度）

●脂質の状況

健診結果を岐阜県と比較すると、ほぼ割合に差はない状態です。



資料 岐阜県（市町村国保）における医療費・疾病・特定健診の状況（R4年度）

⑤ 質問票回答状況

特定健康診査受診時の質問票調査では、岐阜県や同規模保険者、国と比較すると、高血圧症に関する服薬者の割合が高くなっています。

また、改善意欲がない人の割合が高くなっており、全体的に改善意欲の底上げや、生活習慣改善に向けて具体的に取り組めるよう、運動面や食事面からフォローが必要です。喫煙状況・飲酒頻度の割合は低い状況です。

《図表 45》

●服薬状況

項目	海津市	岐阜県	同規模保険者	国
服薬（高血圧症）あり	43.2%	36.2%	39.2%	35.6%
服薬（糖尿病）あり	11.5%	9.4%	10.0%	8.7%
服薬（脂質異常症）あり	31.8%	28.8%	29.2%	27.9%

●喫煙状況

喫煙あり	10.7%	12.4%	12.9%	13.8%
------	-------	-------	-------	-------

●運動習慣

1回30分以上の運動習慣なし	66.5%	62.6%	62.7%	60.4%
1日1時間以上運動なし	54.8%	51.4%	47.3%	48.0%

●食事習慣

週3回以上就寝前夕食	13.5%	13.3%	15.0%	15.8%
毎日間食あり	25.1%	23.5%	21.9%	21.6%
週3回以上朝食を抜く	5.5%	7.0%	7.9%	10.4%

●飲酒頻度

毎日	21.2%	23.6%	25.4%	25.5%
時々	15.9%	20.1%	20.5%	22.5%
飲まない	62.9%	56.3%	54.1%	52.0%

●生活習慣改善

改善意欲なし	37.3%	31.6%	30.5%	27.6%
改善意欲あり	28.6%	25.8%	28.7%	28.6%
改善意欲ありかつ始めている	10.8%	15.8%	12.2%	13.9%
取組済み6か月未満	7.4%	8.4%	8.4%	9.0%
取組済み6か月以上	15.8%	18.4%	20.3%	20.9%

資料 KDB システム (R4 年度)

4. 保健事業の実施状況

(1) 健康診査 《図表 46》

事業分類	事業名	内容	対象		事業評価 R4実績(前年比)
			年齢	対象者	
健康診査	生活習慣病健診	メタボリックシンドロームに着目した健診と結果説明を医療機関に委託し	30～39歳	海津市民	・生活習慣病健診受診率 9.3% (△2.7%)
	特定健康診査	実施結果をもとに、健康状態の把握、保健指導対象者の把握を行う	40～74歳	海津市国保被保険者	・特定健康診査受診率 38.9% (1.3%)
	ぎふ・すこやか健康診査	※ぎふ・すこやか健診は結果説明なし	75歳以上	後期高齢者医療対象者	・ぎふ・すこやか健康診査受診率 25.1% (1.1%)
	人間ドック助成金交付	健康の保持・増進を図り、生活習慣病の早期発見や健康度を知るため、医療機関及び健診機関において人間ドックを受けた者に対して助成金を交付	40歳以上	海津市国保被保険者及び後期高齢者医療制度対象者で、市税に未納がない方 (他で制度による助成を受けていない場合)	海津市国保被保険者 助成者数：36名(△2名) 後期高齢者医療制度対象者 助成者数：11名(6名)
	がん検診	がん検診(肺・胃・大腸・乳・子宮・前立腺)を行い、早期発見・早期治療につなげる	海津市民 子宮：20歳以上 胃・乳・肺：40歳以上 前立腺：50歳以上	・肺がん検診受診率 11.6% (0.1%) ・胃がん検診受診率 2.6% (△0.1%) ・大腸がん検診受診率 7.1% (△0.1%) ・子宮がん検診受診率 4.6% (1.4%) ・乳がん検診受診率 6.9% (0.1%)	
	その他検診	胃がんリスク検診・肝炎ウイルス検診、結核検診、脳検診、骨検診を行い、早期発見・早期治療につなげる	海津市民 胃がんリスク：30～74歳 肝炎：30歳以上 結核：65歳以上 脳：40歳以上 骨：40歳以上女性	・結核検診受診率 20.6% (△0.4%)	

事業分類	事業名	内容	対象		事業評価 R4実績（前年比）
			年齢	対象者	
健康診査	8020 歯科口腔健診	歯・喪失歯の状態（むし歯）や、歯肉の状態のチェックを行い、適切な口腔保健行動を実践する人の増加を目指す	30～74 歳	海津市民	・ 8020 歯科口腔健診受診率：1.0%（0.1%）
	ぎふ・さわやか口腔健診	歯・歯肉の状態や口腔清掃状態等のチェックを行い、口腔機能低下や肺炎等の疾病を予防し、健康増進を図る	75 歳以上	後期高齢者医療対象者	・ ぎふ・さわやか口腔健診受診率 3.1%（0.7%）

（2）健康教育 《図表 47》

事業分類	事業名	内容	対象		事業評価 R4実績（前年比）	
			年齢	対象者		
健康教育	二次予防	特定保健指導	40～74 歳	特定健康診査の結果から、腹囲等を第一基準として、血糖・血圧・脂質・喫煙のリスクが重複している人	・ 特定保健指導利用率 積極的：31.7%（5.2%） 動機付け：41.9%（12.3%） ・ 特定保健指導終了率 積極的：4.9%（△1.2%） 動機付け：25.1%（3.4%）	
		サイズダウン教室（健康増進教育）	30～65 歳程度	腹囲基準値以上（男性 85 cm・女性 90 cm）又は BMI24 以上	サイズダウン教室 R4 実施なし	
	一次予防	健康月間の実施	個人又は団体が積極的な健康づくりに取り組むきっかけとして、健康測定や運動、食の体験、相談を実施する	全て	海津市民	11 月を健康月間として、健康づくりに関する普及啓発を強化し、情報提供に努めた
		きらめきウォーキング	ウォーキングする機会を提供し、運動習慣の定着と仲間づくりを促進する	全て	海津市民	11 回実施 参加者数：延べ 243 名

事業分類	事業名	内容	対象		事業評価 R4実績（前年比）	
			年齢	対象者		
健康教育	一次予防	健康レシピの紹介	市報・ホームページに健康情報や健康レシピ、地産地消レシピを掲載し、広く市民に情報提供し食生活の改善を図る	全て	海津市民	減塩を基本としたレシピと管理栄養士の健康情報を市報・ホームページに掲載 市報掲載 年 12 回
		出前講座	保健師や管理栄養士が市民グループ・サークル・学校等団体の要望により地域に出向き、健康づくりに関する講座を実施する	全て	海津市民	市民からの依頼により、健康づくり講座を開催 実施回数：10 回 参加人数：延べ 167 名
		介護予防普及啓発事業	介護予防の普及啓発を広く行い、生活機能の低下を予防し、介護状態に陥ることを防ぐ そのために必要な栄養改善・口腔機能・認知症・運動等に関する教室を実施する	65 歳以上	海津市民	・介護予防教室【出張型】 運動機能向上：30 回実施 延べ参加人数 592 名 栄養改善：10 回実施 延べ参加人数 183 名 口腔機能向上：5 回実施 延べ参加人数 74 名 認知症予防：10 回実施 延べ参加人数 180 名 ・介護予防教室【公募型】 回数：1 クール 4 回 3 クール実施 延べ参加人数 219 名
		地域介護予防活動支援事業	介護予防に関するボランティア等の人材を育成するための研修や、介護予防に資する地域活動組織の育成・支援する介護予防リーダー養成講座を実施する	概ね 65 歳以上	海津市民	介護予防リーダー養成講座 受講人数：8 名

(3) 健康相談 《図表 48》

事業分類		事業名	内容	対象		事業評価 R4実績(前年比)
				年齢	対象者	
健康相談	一次予防	健康相談	保健師や管理栄養士による健康に関する相談を実施する	全て	海津市民	毎月1回、体組成測定・お食事相談日を設置 20回実施 延べ参加人数 331名

(4) 啓発・通知 《図表 49》

事業分類	事業名	内容	対象		事業評価 R4実績(前年比)
			年齢	対象者	
啓発・通知	健康づくりに関する情報発信	健康づくりに関する情報を市報かいつに毎月掲載、メール配信、ホームページ掲載、健康展の実施、清流の国ぎふ健康ポイント事業への参画を行う	全て	海津市民	健康展 ・体組成測定実施人数 10月29日:117名 10月30日:84名 ・食生活改善協議会 食育啓発資料配布部数 10月29日:850部 10月30日:655部 健康ポイント事業 ・チャレンジカード配布枚数 約150枚 ※アプリ版72名 ・ミナモ健康カード交付者数 19名
	医療費通知	医療機関を受診した内容を通知し、健康意識の向上と医療費の適正化を図る	全て	海津市国保被保険者	医療費通知発送 年5回実施 *令和5年度から年4回実施
	後発医薬品差額通知	後発医薬品へ切替えた際の差額を通知し、医療費の適正化を図る	40~74歳	海津市国保被保険者	後発医薬品差額通知発送 年2回実施 後発薬品使用シェア率 76.6%(1.0%)

5. 第2期計画に係る評価・考察

(1) 第2期計画策定時の課題に対する現状と考察

《図表 50》

	第2期計画策定時及び中間評価時の課題	現状及び考察
1	<p>海津市国保における医療費は、生活習慣病に起因する疾病が大部分を占めており、早期発見・治療の観点から特定健康診査の受診勧奨が必要である。</p>	<p>総医療費は被保険者の減少及びコロナ禍による受診控えにより平成30年度をピークに横ばい状態である。しかし、総医療費に占める生活習慣病の割合はさらに上昇している。継続して受診勧奨が必要である。</p>
2	<p>生活習慣病の有病割合は、男女とも50代になると急増しているが、若年層の健診受診率は低い。</p>	<p>特定健康診査の受診率は上昇傾向にあるものの県平均よりは低く、若年層の受診率は伸びていない。効果的な受診勧奨の検討が必要である。</p>
3	<p>人工透析に係る医療費が増大している。また、岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの開始に伴い、糖尿病性腎症重症化予防に重点を置く必要がある。</p>	<p>総医療費に占める人工透析患者の医療費割合は、県より高い状態である。新規人口透析患者の7割以上が糖尿病を有病しており、糖尿病性腎症重症化予防の取組が引き続き、必要である。</p>

(2) 重点保健事業の評価

《図表 51》

	事業内容	評価指標	目標値	実績値 (R4)
特定健康診査	・健康診査の実施 ・健診医による 結果説明 ・未受診者受診勧 奨	健診受診率 (法定報告)	60%	38.9%
特定保健指導	面談・電話・訪問に よる保健指導の実 施	保健指導 実施率 (法定報告)	60%	40.2%
糖尿病重症化 予防	医療機関受診勧奨 (必要に応じて電 話または訪問)	未治療者の 医療機関受診率	70%	80%
		治療中断者の医 療機関受診率	70%	39.4%
	新規透析患者数 (糖尿病が起因の透析患者)		前年比減	R1 3人 R2 6人 R3 5人 R4 1人
	総医療費に占める人工透析患者の医 療費の割合の減少		令和元年度比 1%減	R1 6.46% R4 6.61% (0.15%増)

重点事業として取り組んだ保健事業については、一部を除き、目標達成に至っておらず、引き続き取組が必要です。

また、被保険者に占める高齢者の割合が増えていることから、生活習慣病の患者も増えており、生活習慣病費用が占める割合も増えています。発症予防のためにも若年期からの対策が必要です。

生活習慣病の予防及び重症化予防に向けて、効率的・効果的な保健指導等の実施を検討していく必要があります。

第3章 保健事業の目標と方向性

1. 健康課題の明確化

医療費全体に占める生活習慣病患者割合が県より多く、特定健康診査受診者のうち40代の受診者の約1割がメタボ該当者及びメタボ予備群です。

若年者の受診率低いにも関わらず、すでに生活習慣病の予防が必要な状況にあることから、被保険者のうち、特に、新規健診対象者や働き盛り世代(40代・50代)の被保険者の実態を把握し、実態に応じて生活習慣病改善を促す必要があります。

自身の健康状態について経年的に把握できるように、年に一度の健診受診を勧めていくことが必要です。

⇒ 特定健康診査受診率向上

レセプト情報より年齢が上になるほど一人当たりの医療費が増えており、特定健康診査結果からも糖尿病・高血圧・脂質異常症の治療に係る薬剤の服用者が増えてきています。発症予防のためには、被保険者が健診結果を基に、自らの生活習慣を見直し、メタボの予防、生活習慣病の予防のための行動がとれるようになることが必要です。

⇒ 特定保健指導利用率向上

⇒ 特定保健指導実施率向上

重点保健事業として糖尿病性腎症重症化予防対策に取り組んでいますが、県・同規模保険者・国と比べ糖尿病や慢性腎不全による医療費の割合が高くなっており、被保険者に占める人工透析患者の割合も増えてきています。

また、特定健康診査結果からもヘモグロビン A1c が保健指導値以上の人が6割を超えており、健康診査結果を活用して、被保険者が自身の健康状態に応じて、早期に適切な医療を受け、糖尿病等の生活習慣病の重症化予防のための行動をとることが必要です。

⇒糖尿病等重症化の予防の推進

⇒慢性腎不全(CKD)対策の推進

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ります。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、適正な服薬を推進が必要です。

2. 目的・目標の設定

(1) 海津市データヘルス計画全体における目的

健康寿命を延伸させる

医療費を適正化する

(2) 保健事業の目的

海津市国保の健康課題から、令和11年度に実現しているべき「改善された状態」として、以下の3つの目的を設定します。

- ① 退職者・働き盛り世代の健康管理意識の向上
- ② 生活習慣の改善による健診でのメタボ該当者等の減少や有所見者の減少
- ③ 健診結果を活かした早期発見・早期治療による疾患の重症化予防

(3) 長期的目標

上記の目的を達成するために、令和11年度に達成すべき長期的な目標を設定します。

- ① 特定健康診査受診率の向上 60%
⇒ 健診によって被保険者一人ひとりが自らの健康状態を把握できるようにし健康管理意識の向上に繋がります。
- ② メタボ該当者・予備群の減少、BMIや腹囲の有所見者の減少
⇒ 生活習慣の改善によってメタボ該当者・予備群や有所見者を減らすことで、生活習慣病患者の減少に繋がります。また、特定保健指導によるメタボ改善効果を評価します。
- ③ 疾患の重症化予防のための体制づくり
⇒ 糖尿病重症化予防事業に加え、高血圧・腎機能低下への重症化予防対策の実施にむけて、事業実施体制づくりをします。
- ④ 人工透析患者数・率の減少
⇒ 慢性腎不全（CKD）の原因となる疾患の重症化予防に取り組むことで、人工透析に至る被保険者の減少に繋がります。

(4) 中期的目標

上記の目的を達成するために、令和8年度までに達成すべき中期的な目標を設定します。

- ① 特定健康診査受診率：60%
⇒ 特定健康診査の受診率を向上させることで、市全体の健康状態のより正確な把握に繋がります。
- ② 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率：26.0%
⇒ 特定保健指導利用者への保健指導により生活習慣の改善を図り、メタボ該当者・予備群の減少に繋がります。
- ③ 受診勧奨値以上者の医療機関受診率：70%
⇒ 高血糖や高血圧などの受診勧奨値以上者に対しての働きかけを行い、その後の経過を確認し、働きかけにおいての問題点等を洗い出しながら、事業実施内容の見直しや充実を図ります。

(5) 短期的目標

上記の目的を達成するために、各年度に達成すべき短期的な目標を個別保健事業の評価指標の目標値と連動して設定します。

(6) 岐阜県内保険者の共通評価指標

計画の標準化にあたり、岐阜県内保険者共通の評価指標が県より示されています。共通指標により評価を行うことで、他保険者との客観的な比較が可能となり、県内の海津市国保の位置づけを確認することが可能となります。

* 目標値は本市の実績に基づき設定しています。

* ①の評価指標「特定健康診査受診率」及び「特定保健指導実施率」については令和8年度が最終年度となる海津市総合計画の目標値とあわせ再設定します。

* ③④はこれまで該当する保健事業が未実施等で基準となる実績値がないため、中間評価までの仮目標値とし、令和8年度の中間評価時に再設定します。

《図表 52》

	目的	評価指標	計画 策定時 実績	目標値					
			R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11
①	メタボ等の 生活習慣の 予防	特定健康診査 受診率 (法定報告) *	37.6 %	40.0 %	50.0 %	60.0 %	60.0 %	60.0 %	60.0 %
		特定保健指導 実施率 (法定報告) *	18.7 %	30.0 %	45.0 %	60.0 %	60.0 %	60.0 %	60.0 %
		特定保健指導に よる特定保健指 導対象者の減少 率	22.4 %	24.0 %	25.0 %	26.0 %	27.0 %	28.0 %	29.0 %
②	糖尿病の重 症化の予防	HbA1c8.0以上の 者の割合	1.59 %	1.5 %	1.5 %	1.5 %	1.5 %	1.5 %	1.5 %
		HbA1c6.5以上の 者のうち、糖尿 病のレセプトが ない者の割合	4.95 %	4.5 %	4.5 %	4.5 %	4.5 %	4.5 %	4.5 %
③	高血圧の重 症化予防	収縮期血圧維 持・改善者割合	未実施	65.0 %	65.0 %	65.0 %	-	-	-
		拡張期血圧維 持・改善者割合	未実施	65.0 %	65.0 %	65.0 %	-	-	-
④	腎機能低下 の重症化予 防	CKD重症度分類 の変化	未実施	70.0 %	70.0 %	70.0 %	-	-	-
⑤	重複多剤服 用者の減少	保険者努力支援：共 通指標⑤ (1) 重複投薬 者に対する取組 重複投与者数 (対被保険者1万 人)が前年度か ら減少	100	減少	減少	減少	減少	減少	減少
		保険者努力支援：共 通指標⑤ (2) 多剤投与者 に対する取組 多剤投与者数 (対被保険者1万 人)が前年度か ら減少	20	減少	減少	減少	減少	減少	減少

	目的	評価指標	計画 策定時 実績	目標値						
			R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
⑥	地域包括ケア推進・ 一体的実施 の取組	KDB等を活用したデータ提供等により地域の課題の共有 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・予備群等の抽出 国保部局として当該ターゲット層に対する支援 実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	

●保険者努力支援とは・・・

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に応じて交付金を交付する制度であり、計画に基づく保健事業の実施及び計画作成にかかる費用の一部に対して助成がなされます。取組内容により評価指標が設定されており、指標の達成状況により配点が異なり、その合計得点により交付額が決定されます。同制度を有効に活用しながら、質の高い保健事業に取り組むことが求められています。

3. 個別保健事業

前計画からの健康課題とその取組、評価から次の3つの事業を重点保健事業として実施します。

- (1) 特定健康診査受診勧奨事業
- (2) 特定保健指導
- (3) 糖尿病重症化予防事業

上記の重点保健事業以外に、次の4つの保健事業を実施し、健康課題の解決に取り組ま

- (4) 高血圧の重症化予防
- (5) 腎機能低下の重症予防
- (6) 適正受診・適正服薬
- (7) 地域包括ケア・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

第4章 個別保健事業の実施計画

1. 重点保健事業

(1) 特定健康診査受診勧奨事業

事業1 特定健康診査受診勧奨事業

事業の目的	特定健康診査未受診者へ受診を勧奨し、健診による健康状態の把握と健診結果を生活習慣病予防につなげる
対象者	特定健康診査対象者のうち、健診未受診の者

● 現在までの取組

実施方法及び内容	①未受診者へのはがきによる勧奨 ②未受診者へのコールセンターによる電話勧奨 ③健診未受診者で市内医療機関に通院中の人へ情報提供事業の実施
事業の評価	①健診未受診はがき勧奨における受診率 16.5% ②電話勧奨における受診率：対象者全体 6.5%・架電できた人 12.7% ③情報提供事業における受診率 35.6%
考察	未受診者を対象にハガキ勧奨、電話勧奨、情報提供事業を行い、受診率は上昇していたが、近年は横ばい状態である。若い年代の受診は依然と低い状況である。 対象者に合わせた勧奨内容と勧奨の実施時期等の検討が必要である。 電話勧奨では架電できた人とそうでない人で受診率に違いがあるが、対象者の65%程度しか架電できていないこととほかの手法に比べ受診率が低いこと、近年固定電話をもたない家庭が増えてきており、固定電話が解約されている、固定電話を留守番電話や迷惑防止電話設定にしている家庭も増え、今後ますます対象であっても架電できないケースが増えてくると思われるため、見直しが必要である。

● 今後の目標値

項目	No	評価指標	評価対象 方法	計画 策定時	目標値					
				R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム 評価指標	1	特定健康診 査実施率	健診受診者 ／健診対象 者（法定報 告）	37.6 %	40.0 %	50.0 %	60.0 %	60.0 %	60.0 %	60.0 %
	2	次年度 継続受診率	前年度と当 年度の2年 度連続して 健診を受診 した者	76.5 %	78.0 %	80.0 %	82.0 %	84.0 %	86.0 %	88.0 %
アウトプッ ト評価指標	1	健診受診勸 奨ハガキ送 付率	未受診者へ のハガキ送 付率	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	2	情報提供票 の回収率	情報提供事 業対象者の 情報提供事 業回収率	35.6 %	38.0 %	40.0 %	42.0 %	44.0 %	46.0 %	48.0 %

● 今後の取組

事業の概要	実施方法 及び内容	①特定健康診査受診勸奨ハガキ送付 前年度未受診者で抽出時現在、未受診者のものに受診勸奨ハガキを送付 過去の受診状況や医療受診状況に合わせて、勸奨ハガキの内容を変える。
		②特定健康診査受診勸奨ハガキ送付 12月現在で健診未受診の人のうち、まだら受診者の人へ今年度の受診が終了 間近であることを通知する。
		③情報提供事業 当年度健診未受診者のうち、糖尿病で市内医療機関に通院中の人へ健診勸奨 及び情報提供の依頼の文書を送付。
実施体制	①②対象者抽出、勸奨ハガキの準備・発送：市職員により実施	
	③対象者抽出、案内発送：市 情報提供書類の作成：市内医療機関（医師会）	

(2) 特定保健指導

事業 2-1 特定保健指導利用勧奨事業

事業の目的	特定保健指導対象者へ保健指導利用を促し、特定保健指導実施率の向上を図る
対象者	特定健康診査を受診した人で、特定保健指導の対象者の選定基準にあてはまる人

● 現在までの取組

実施方法及び内容	<p>①訪問または郵送にて特定保健指導利用券と案内文書等を送付。</p> <p>②案内には、結果フローチャート、保健指導実施日日程一覧、返却届、受診勧奨文書を同封し、結果フローチャート及び受診勧奨文書には個々の検査結果を記載し、状況が分かるようにした。</p> <p>③案内文書等を送付後、対象者より電話にて保健指導の申し込み後に個別保健指導を実施。申し込みがない場合は、電話や訪問にて利用勧奨を行った。</p> <p>④健診結果が前回と比較して悪化した人、質問票により生活習慣改善の必要性が高い人、前回保健指導を受けてなかった人などを優先して、訪問にてアプローチを行った。</p>
事業の評価	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導利用率（積極的支援）：26.5% ・特定保健指導利用率（動機付け支援）：29.6% ・次年度継続受診率：（利用者 76.5%）（未利用者 74.7%）
考察	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導の利用率が低いため、利用者が増えるよう働きかけが必要である。 ・保健指導未利用者の中には返却届にて「医師からの説明を聞いて生活改善に取り組んでいる」と回答しているものもあり、指導を必要としていないケースもあるが、返却届の提出のない未利用者へのフォローはされていないため、フォロー体制が必要である。 ・医療機関での結果説明から生活改善に取り組んでいるものもいるため、結果説明を有効活用及び効果的に実施できるように特定保健指導の初回面接として対応できるよう体制（保健指導の委託や実施方法の検討等）の見直しが必要である。

● 今後の目標値

項目	No	評価指標	評価対象 方法	計画 策定時	目標値					
				R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット 評価指標	1	特定保健指導利用率(積極的支援)	特定保健指導利用者/ 特定保健指導対象者(法定報告)	26.5 %	30.0 %	31.0 %	32.0 %	33.0 %	34.0 %	35.0 %
	2	特定保健指導利用率(動機付け支援)	特定保健指導利用者/ 特定保健指導対象者(法定報告)	29.6 %	30.0 %	31.0 %	32.0 %	33.0 %	34.0 %	35.0 %
	3	次年度継続受診率	前年度と当年度の2年度連続して健診を受診	76.5 %	78.0 %	80.0 %	82.0 %	84.0 %	86.0 %	88.0 %

● 今後の取組

事業の概要	実施方法及び内容	①初回勧奨：健診後2～3か月後に、訪問もしくは利用券発送にて特定保健指導の利用を勧奨する。 ②再勧奨：訪問もしくは利用券発送後、2か月経過後に返却届等なく特定保健指導の利用がない人に再度利用を勧奨する。(訪問、文書送付、電話など)
	実施体制	市職員(保健師・管理栄養士)

事業 2-2 特定保健指導

事業の目的	特定健康診査結果より、内臓脂肪の蓄積に起因するリスクに応じて、専門職が介入することにより、対象者が自ら健康状態を自覚し、生活習慣の改善につなげる
対象者	特定健康診査を受診した人で、特定保健指導の対象者の選定基準にあてはまる人

● 現在までの取組

実施方法及び内容	<p>①利用券等の案内文書等を送付後、対象者より電話申し込みにて指導を実施。</p> <p>②積極的支援では初回面接後、継続支援を経て3か月以上経過後に評価を実施。健診の結果や生活習慣に関する調査結果を踏まえ、面接による支援及び行動計画の進捗状況に関する評価（中間評価）及び実績評価を行う。</p> <p>③動機付け支援では初回面接後、3か月以上経過後に評価を実施。対象者本人による気づき・目標設定を支援し、行動変容を促し、面接による支援及び実績評価を行う。</p> <p>④評価は面接または質問票の返送により行う。</p> <p>⑤指導に際しては、測定（血圧・体組成）や、健診結果から必要な資料等を用いて行い、サイズダウン教室参加を促し、参加の場合はグループ支援にて特定保健指導を行う。</p>
事業の評価	<ul style="list-style-type: none"> ・次年度継続受診率：（終了者 76.5%）（未利用者 74.7%） ・体重の変化維持改善割合：（終了者 60.%）（未利用者 60.7%） ・腹囲の変化維持改善割合：（終了者 63.6%）（未利用者 55.7%） ・生活習慣（喫煙）の変化（禁煙した割合）：（終了者 11.1%）（未利用者 4.8%） ・保健指導レベルの変化（改善割合）：（終了者 36.4%）（未利用者 34.4%）
考察	<p>特定保健指導終了者では検査データの改善がみられ、保健指導の効果があつた。しかし、利用率が低いため、利用者が増えるよう働きかけが必要である。</p> <p>医療機関での結果説明から生活改善に取り組んでいるものもいるため、結果説明を有効活用及び効果的に実施できるように特定保健指導の初回面接として対応できるよう体制（保健指導の委託や実施方法の検討等）の見直しが必要である。</p>

● 今後の目標値

項目	No	評価指標	評価対象 方法	計画 策定時	目標値					
				R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム 評価指標	1	保健指導レ ベルの改善 割合	利用者の当 年度と翌年 度の健診の 結果	36.4 %	38.0 %	39.0 %	40.0 %	41.0 %	42.0 %	43.0 %
	2	利用者の腹 囲2cm、体重 2kg減量し た者の割合	利用者の当 年度と翌年 度の健診の 結果	21.8 %	24.0 %	25.0 %	26.0 %	27.0 %	28.0 %	29.0 %
アウトプッ ト評価指標	1	特定保健指 導利用率	特定保健指 導利用者/ 特定保健指 導対象者(法 定報告)	29.0 %	30.0 %	31.0 %	32.0 %	33.0 %	34.0 %	35.0 %
	2	次年度継続 受診率	前年度と当 年度の2年 度連続して 健診を受診	76.5 %	78.0 %	80.0 %	82.0 %	84.0 %	85.0 %	86.0 %
	3	特定保健指 導実施率(終 了率)	特定保健指 導終了者/ 特定保健指 導対象者(法 定報告)	18.7 %	30.0 %	45.0 %	60.0 %	60.0 %	60.0 %	60.0 %

● 今後の取組

事業の概要	実施方法 及び 内容	<p>①特定保健指導の対象者の選定基準にあてはまる人で希望者に対して、健診後2～3か月後に初回面接を実施。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 動機づけ支援では初回面接後3か月以上経過後に評価を実施。 ・ 積極的支援では3～6か月後に評価を実施。評価までの間に随時計画に沿って、電話やメール、面談等で支援を行う。 <p>②特定保健指導の対象者の選定基準にあてはまる人で返却届を提出した者に対して、返却届受理した2か月後に返却届に記載の内容について、電話にて本人に状況確認をする。</p>
	実施体制	<p>指導及び評価：市職員（保健師、管理栄養士）、特定保健指導委託医療機関 保健指導辞退者への状況確認：市職員（保健師、管理栄養士）</p>

(3) 糖尿病重症化予防事業

事業 3-1 医療機関受診勧奨事業

事業の目的	医療機関未受診者および糖尿病治療中断者に受診勧奨を行い、医療に結び付ける
-------	--------------------------------------

対象者	<p>①健診結果から糖尿病または糖尿病性腎症が疑われるが、医療機関未受診の者（空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖 200mg/dl）または HbA1c6.5%以上の者）未治療者</p> <p>②糖尿病治療の最終受診から 1 年以上受診記録のない者（ただし、直近の健診データ等により、糖尿病の診断基準に該当しない人を除く）治療中断者</p>
-----	---

● 現在までの取組

実施方法及び内容	<p>未治療者</p> <p>①本人へ医療機関受診勧奨文を送付し、受診を勧奨。</p> <p>②本人より「医療機関受診状況のおたずね」を返信してもらい、状況を確認する。</p> <p>治療中断者</p> <p>①本人へ医療機関受診勧奨文を送付し、受診を勧奨。</p> <p>②本人がかかりつけ医療機関へ「連絡票」と「担当医様あて文書」を持参の上、受診。</p> <p>③担当医が「連絡票」を記入し、市へ返信してもらい、状況を確認する。</p> <p>※「医療機関受診状況のおたずね」「連絡票」の返信がない場合は、レセプトにて受診状況を確認。必要に応じて、電話や訪問等で状況を確認し、受診を再勧奨する</p>
事業の評価	<p>未治療者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関受診率：R3 73.9% ・次年度継続受診率：(医療機関受診者 88.0%) (未受診者 91.7%) <p>治療中断者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療中断者の医療機関受診率：R3 10.6% ・次年度継続受診率：(医療機関受診者 30.0%) (未受診者 15.6%)

考察	<p>未受診者では勧奨により医療機関受診後、医療機関受診は継続できているが、医療中のためか次年度の健診をされないケースがある。勧奨による検査値等の維持・改善状況を把握するためにも継続受診を促していく必要がある。</p> <p>医療中断者では受診勧奨と合わせて、本人に医療機関あての文書を送付しているが、医療機関からの報告はなく、レセプト情報にて受診の有無を確認するにとどまっている。また、健診を受診していない人が多く、医療機関受診による成果が把握しづらく、対象者の状況も十分に把握できていない。</p> <p>未受診者では勧奨により医療機関受診後、医療機関受診は継続できているが、医療中のためか次年度の健診をされないケースがある。勧奨による検査値等の維持・改善状況を把握するためにも継続受診を促していく必要がある。</p>
----	---

● 今後の目標値

項目	No	評価指標	評価対象方法	計画策定時	目標値					
				R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム評価指標	1	未治療者の医療機関受診率	医療機関受診者／受診勧奨対象者	67.4%	70.0%	71.0%	72.0%	73.0%	74.0%	75.0%
	2	HbA1c 値維持・改善者割合	未治療者の対象者の当年度と翌年度の健診の結果	51.9%	52.0%	53.0%	54.0%	55.0%	56.0%	57.0%
	3	治療中断者の医療機関受診率	医療機関受診者／受診勧奨対象者	23.4%	25.0%	27.0%	29.0%	31.0%	33.0%	35.0%
	4	HbA1c 値維持・改善者割合	治療中断者の当年度と翌年度の健診の結果	20.0%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%	26.0%
アウトプット評価指標	1	未治療者の受診勧奨実施数(受診勧奨実施率)	未治療者への受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	未治療者の次年度健診受診率	未治療者のうち次年度に健診を受診した者の割合	89.2%	91.0%	91.0%	93.0%	94.0%	95.0%	96.0%

	3	治療中断者の受診勧奨実施数(受診勧奨実施率)	治療中断者への受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	4	治療中断者の次年度健診受診率	治療中断者のうち次年度に健診を受診した者の割合	19.0%	22.0%	24.0%	26.0%	28.0%	30.0%	32.0%

● 今後の取組

事業の概要	実施方法及び内容	<p>未治療者</p> <p>①KDB システムより対象者を抽出し、受診勧奨案内および「医療機関受診状況のおたずね」を送付する。</p> <p>②「医療機関受診状況のおたずね」の返信にて状況確認するとともに、レセプト等で医療機関受診状況を確認する。</p> <p>③返信なく、未受診者に再度、受診勧奨を電話・訪問等で行う。</p> <p>④送付は年3回</p> <p>12月(6~9月特定健康診査受診者)</p> <p>3月(10月~12月特定健康診査受診者)</p> <p>翌年6月(1~3月特定健康診査受診者)</p>
		<p>治療中断者</p> <p>過去の健診・レセプトから対象者を抽出し、文書、電話、個別訪問により医療機関受診状況の確認と受診勧奨を行う。</p> <p>①本人へ医療機関受診勧奨文を送付し、受診を勧奨。</p> <p>②本人がかかりつけ医療機関へ「連絡票」と「担当医様あて文書」を持参の上、受診。</p> <p>③担当医が「連絡票」を記入し、市へ返信してもらい、状況を確認する。</p> <p>④実施時期は12月。</p>
	実施体制	<p>未治療者</p> <p>対象者抽出・案内文の準備：保険医療課</p> <p>対象者の絞り込み・受診勧奨の訪問等：健康課</p> <p>診療：各医療機関</p>

		<p>治療中断者</p> <p>対象者抽出・案内文の準備：保険医療課</p> <p>対象者の絞り込み・受診勧奨の訪問等：健康課</p> <p>診療：各医療機関</p>
--	--	---

事業 3-2 糖尿病重症化予防 ハイリスク者保健指導

事業の目的	糖尿病性腎症重症化リスクの高い者に対し、市と医療機関が連携し、保健指導を実施する。
-------	---

対象者	糖尿病患者のうち、腎症重症化のリスクが高く、保健指導が必要とかかりつけ医が判断した者
-----	--

● 現在までの取組

実施方法及び内容	<p>①市より重症化リスクがあるもののリストを健診を実施した医療機関に情報提供し、その後のフォロー状況を確認する。</p> <p>②かかりつけ医が保健指導が必要と判断した者について、医師会病院または市にて保健指導を実施する。実施に際しては保健指導依頼書にて医療機関は市に依頼し、糖尿病連携手帳を活用して実施内容を共有する。</p> <p>③医療機関へのリスト持参：年1回7月</p> <p>保健指導については医療機関からの依頼に応じて適宜実施。</p>
事業の評価	<p>R4より事業を実施しているが、保健指導の依頼なし</p> <p>・対象者数：125名</p> <p>（内訳）糖尿病性腎症の病期が第2~4期相当と思われるもの 50名</p> <p>糖尿病性腎症は発症していないが、リスク要因（高血圧、肥満、脂質異常症、高尿酸血症）が2つ以上あるもの 75名</p>
考察	年々糖尿病患者が増え、人工透析患者も増えてきている。重症化予防のためにもハイリスク者への関りが必要である。

● 今後の目標値

項目	No	評価指標	評価対象方法	計画策定時	目標値					
					R3	R6	R7	R8	R9	R10
アウトカム評価指標	1	HbA1c 値維持・改善者割合	保健指導対象者の当年度と翌年度の特健診の結果	未実施	60.0%	60.0%	60.0%	-	-	-

	2	eGFR 値維持・改善者割合	保健指導対象者の当年度と翌年度の健診の結果	未実施	60.0%	60.0%	60.0%	-	-	-
アウトプット評価指標	1	保健指導実施率	保健指導実施者数/	未実施	50.0%	50.0%	50.0%	*目標値についてはこれまで未実施につき、基準となる数値がないため。仮目標値とし、R8 中間評価時に設定する		
	2	次年度健診受診率	対象者のうち次年度に健診を受診した者の割合	未実施	80.0%	80.0%	80.0%			

● 今後の取組

事業の概要	実施方法及び内容	①市より重症化リスクがあるもののリストを健診を実施した医療機関に情報提供を行い、その後のフォロー状況を確認する。
	実施体制	②かかりつけ医が保健指導が必要と判断した者について、医師会病院または市にて保健指導を実施する。実施に際しては保健指導依頼書にて医療機関は市に依頼し、糖尿病連携手帳を活用して実施内容を共有する。 ③医療機関へのリスト持参：年1回7月 対象者抽出・案内文の準備：保険医療課 対象者の絞り込み・保健指導：健康課 診療：各医療機関

2. その他保健事業

(4) 高血圧の重症化予防

事業4-1 高血圧医療機関受診勧奨

事業の目的	健診の結果、高血圧（受診勧奨値）であるが、未治療のものに対し、医療機関受診勧奨を行うことで、適切な医療につなげ、高血圧から起因する心臓病や脳卒中などの疾病を予防する
対象者	健診の結果において、高血圧（受診勧奨判定値）以上であった者のうち、特定保健指導対象者

● 現在までの取組

実施方法及び内容	特定保健指導対象者のうち、血圧の値が受診勧奨値に当たるものには、特定保健指導利券と併せて、受診勧奨通知を行っている。
考察	特定健康診査後、医療機関での結果説明を実施しているため、健診結果についてはある程度理解されていると思われるが、実際は受診勧奨値でも医療機関を受診していない場合もあり、受診していない理由の把握や再度、受診を勧奨するなど、適切な医療につながるよう働きかけが必要である。

● 今後の目標値

項目	No	評価指標	評価対象方法	計画策定時	目標値					
				R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム評価指標	1	収縮期血圧維持・改善者割合	対象者の当年度と翌年度の健診の結果	未実施	65.0%	65.0%	65.0%	-	-	-
	2	拡張期血圧維持・改善者割合	対象者の当年度と翌年度の健診の結果	未実施	65.0%	65.0%	65.0%	*目標値についてはこれまで未実施につき、基準となる数値がないため。仮目標値とし、R8中間評価時に設定する		
アウトプット評価指標	1	医療機関受診勧奨実施数（受診勧奨実施率）	対象者への受診勧奨実施率	未実施	80.0%	80.0%	80.0%			

	2	医療機関受診率	対象者の医療機関受診率	未実施	40.0%	40.0%	40.0%	*目標値についてはこれまで未実施につき、基準となる数値がないため。仮目標値とし、R8 中間評価時に設定する
	3	次年度健診受診率	対象者のうち次年度に健診を受診した者の割合	未実施	70.0%	70.0%	70.0%	

● 今後の取組

事業の概要	実施方法及び内容	①特定健康診査結果の把握と合わせて、医療機関受診状況を確認する。
		②①のうち特定保健指導対象に対して、特定保健指導の利用勧奨時と特定保健指導実施時に、医療機関受診状況や結果説明での指導内容等を確認しながら、受診勧奨を行う。
	実施体制	対象者への勧奨：健康課 診療：各医療機関

事業 4 - 2 高血圧重症化予防 保健指導

事業の目的	特定健康診査で正常血圧でなかった者に対して保健指導を行うことによって、対象者が自ら生活習慣を改善できるようになり、高血圧の重症化を予防できる
-------	--

対象者	健診の結果において、高血圧（受診勧奨判定値）以上であった者のうち、特定保健指導対象者
-----	--

● 現在までの取組

実施方法及び内容	<p>特定保健指導対象者のうち、血圧の値が受診勧奨値に当たるものには、特定保健指導利用券と併せて、受診勧奨通知を行っている。</p> <p>受診勧奨値であるが、服薬等の治療が開始されていない対象者については、特定保健指導の中で生活指導を実施している。</p>
考察	<p>健診後、医療機関での結果説明を実施しているため、健診結果についてはある程度理解され、生活改善に取り組んでいる場合もあるが、実際は受診勧奨値でも医療機関を受診していない場合もあり、受診していない理由の把握や再度、受診を勧奨するなど、適切な医療につながるよう働きかけが必要である。</p>

● 今後の目標値

項目	No	評価指標	評価対象 方法	計画 策定時	目標値					
				R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム 評価指標	1	収縮期血圧 維持・改善者 割合	対象者の当 年度と翌年 度の健診の 結果	未実施	60.0 %	60.0 %	60.0 %	-	-	-
	2	拡張期血圧 維持・改善者 割合	対象者の当 年度と翌年 度の健診の 結果	未実施	60.0 %	60.0 %	60.0 %	-	-	-
	3	CKD 重症度 分類の変化	対象者の当 年度と翌年 度の健診の 結果	未実施	70.0 %	70.0 %	70.0 %	*目標値については これまで未実施につ き、基準となる数値 がないため。仮目標 値とし、R8 中間評価 時に設定する		
アウトプッ ト評価指標	1	保健指導実 施率	保健指導実 施者数/対 象者数	未実施	80.0 %	80.0 %	80.0 %			
	2	次年度健診 受診率	対象者のう ち次年度に 健診を受診 した者の割 合	未実施	75.0 %	75.0 %	75.0 %	-	-	-

● 今後の取組

事業の概要	実施方法 及び内容	①特定健康診査結果の把握と合わせて、医療機関受診状況を確認する。 ②①のうち特定保健指導対象に対して、特定保健指導の利用勧奨時と特定保健指導実施時に、医療機関受診状況や結果説明での指導内容等を確認しながら、保健指導を行う。
	実施体制	受診勧奨、保健指導：健康課 診療：各医療機関

(5) 腎機能低下の重症予防

事業 5-1 腎機能低下医療機関受診勧奨

事業の目的	健診の結果、腎機能低下がみられた未治療者に対し医療機関受診を勧奨し、適切な治療につなげ、人工透析への移行を防止することによって、被保険者の生活の質の維持・医療費の削減を図る
-------	--

対象者	健診の結果において、『HbA1c6.5%以上で eGFR45 未満』もしくは『HbA1c6.5%以上、eGFR45 以上、尿蛋白 (+) 以上』以上で医療機関を受診していない（未治療）者
-----	---

● 現在までの取組

実施方法及び内容	健診結果から糖尿病または糖尿病性腎症が疑われ、医療機関未受診の者（空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖 200mg/dl）または HbA1c6.5%以上の者）に受診勧奨を実施。特に尿蛋白（+）、eGFR60 未満のものは強く受診を勧奨。 勧奨方法は、勧奨文書に糖尿病の合併症について記載し、糖尿病性腎症について書かれたパンフレットを同封。
考察	糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿って糖尿病性腎症が疑われる腎機能低下者で未治療者へのアプローチは実施しているが、次年度の健診受診者が少なく、受診による成果が評価できていない。また、糖尿病以外の腎機能低下者へのアプローチができていない。

● 今後の目標値

項目	No	評価指標	評価対象方法	計画策定時	目標値					
					R3	R6	R7	R8	R9	R10
アウトカム評価指標	1	収縮期血圧維持・改善者割合	対象者の当年度と翌年度の健診の結果	未実施	60.0%	60.0%	60.0%	-	-	-
	2	拡張期血圧維持・改善者割合	対象者の当年度と翌年度の健診の結果	未実施	60.0%	60.0%	60.0%	*目標値についてはこれまで未実施につき、基準となる数値がないため。仮目標値とし、R8 中間評価時に設定する		
	3	CKD 重症度分類の変化	対象者の当年度と翌年度の健診の結果	未実施	70.0%	70.0%	70.0%			

アウトプット評価指標	1	受診勧奨実施数(受診勧奨実施率)	対象者への受診勧奨実施率	未実施	80.0%	80.0%	80.0%	-	-	-
	2	医療機関受診率	対象者の医療機関受診率	未実施	40.0%	40.0%	40.0%	*目標値についてはこれまで未実施につき、基準となる数値がないため。仮目標値とし、R8中間評価時に設定する		
	3	次年度健診受診率	勧奨対象者のうち次年度に健診を受診した者の割合	未実施	75.0%	75.0%	75.0%			

● 今後の取組

事業の概要	実施方法及び内容	①特定健康診査結果の把握と合わせて、医療機関受診状況を確認する。未受診者に受診勧奨を電話・訪問等で行う。 ②過去の健診・レセプトから対象者を抽出し、文書、電話、個別訪問により医療機関受診状況の確認と受診勧奨を行う→糖尿病重症化予防と合わせて実施する。
	実施体制	対象者への勧奨：健康課 診療：各医療機関 糖尿病対策推進会議にて適宜、調整や協議を行う。

事業5-2 腎機能低下重症化予防 保健指導

事業の目的	健診の結果、腎機能低下がみられた者に対し医療機関受診を勧奨し、適切な治療につなげるとともに、医療機関と連携し、保健指導を行うことで、人工透析への移行を防止し、健康寿命の延伸と医療費適正化を図る。
-------	---

対象者	健診の結果において、『HbA1c6.5%以上でeGFR45未満』もしくは『HbA1c6.5%以上、eGFR45以上、尿蛋白(+)以上』で医療機関を受診していない(未治療)者
-----	--

● 現在までの取組

実施方法及び内容	糖尿病治療中のハイリスク者のリストを健診実施医療機関へ情報提供及び状況把握を行っている。リスト者についてかかりつけ医の依頼で保健指導を実施。実績はなし。
考察	糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿って糖尿病性腎症が疑われる腎機能低下者へのアプローチは行っているが、次年度の健診受診者が少なく、受診による成果が評価できていない。

● 今後の目標値

項目	No	評価指標	評価対象 方法	計画 策定時	目標値					
					R3	R6	R7	R8	R9	R10
アウトカム 評価指標	1	収縮期血圧 維持・改善者 割合	対象者の当 年度と翌年 度の健診の 結果	未実施	55.0 %	55.0 %	55.0 %	-	-	-
	2	拡張期血圧 維持・改善者 割合	対象者の当 年度と翌年 度の健診の 結果	未実施	55.0 %	55.0 %	55.0 %	-	-	-
	3	CKD 重症度 分類の変化	対象者の当 年度と翌年 度の健診の 結果	未実施	70.0 %	70.0 %	70.0 %	*目標値については これまで未実施につ き、基準となる数値 がないため。仮目標 値とし、R8 中間評価 時に設定する		
アウトプット 評価指標	1	保健指導実 施率	保健指導実 施者数／対 象者数	未実施	80.0 %	80.0 %	80.0 %			
	2	次年度健診 受診率	対象者のう ち次年度に 健診を受診 した者の割 合	未実施	80.0 %	80.0 %	80.0 %	-	-	-

● 今後の取組

事業の概要	実施方法 及び 内容	①特定保健指導対象に対して、特定保健指導の利用勧奨時と特定保健指導実施時に、医療機関受診状況や結果説明での指導内容等を確認しながら、保健指導を行う。特定健康診査結果の把握と合わせて、医療機関受診状況を確認する。 ②糖尿病治療中のハイリスク者についてかかりつけ医の依頼により保健指導を実施。糖尿病連携手帳にて情報共有を行う。
	実施体制	受診勧奨、保健指導：健康課 診療：医療機関 糖尿病対策推進会議にて適宜、調整や協議を行う。

(6) 適正受診・適正服薬

事業6-1 重複投与者に対する取組

事業の目的	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	
事業の概要	対象者	抽出基準：「海津市国民健康保険重複受診者等指導実施計画書」に基づき a)2 か月連続して同一月に同一疾患での受診医療機関が4 か所以上の者 b)その他、医療機関等への受診歴の状況により、適正受診・適正服薬等の指導が必要であると思われる者 なお、上記抽出基準に該当する対象者がいなかった場合は、a)の基準について3 か所以上に条件を変え抽出し対象者の有無を判断する
	実施方法及び内容	①6月・12月に対象者抽出を行う ②通知又は個別訪問指導 本人や支援者に服薬状況や副作用の改善状況を確認 ③取組実施後に対象者の処方状況をレセプト等で確認 ④実施前後で評価を行う
	実施体制	対象者の抽出、通知発送：保険医療課 対象者の絞り込み、保健指導：健康課

項目	No	評価指標	評価対象方法	計画策定時	目標値					
				R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム評価指標	1	重複投与者数(对被保険者1万人)	重複投与者数(对被保険者1万人)前年度から減少していること	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
アウトプット評価指標	1	対象者への通知・訪問回数(改善状況の確認も含む)	該当年度の実施状況	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
	2	取組実施前後の評価の実施	該当年度の実施状況	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回
	3	医師会・薬剤師会への相談	該当年度の実施状況	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

事業6-2 多剤投与者に対する取組

事業の目的	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	
事業の概要	対象者	抽出基準：「海津市国民健康保険重複受診者等指導実施計画書」に基づき ・3ヵ月連続して、同一診療月内で、処方薬剤数が15以上の者
	実施方法	①6月・12月に対象者抽出を行う ②通知又は個別訪問指導 本人や支援者に服薬状況や副作用の改善状況を確認 ③取組実施後に対象者の処方状況をレセプト等で確認 ④実施前後で評価を行う
	実施体制	対象者の抽出、通知発送：保険医療課 対象者の絞り込み、保健指導：健康課

項目	No	評価指標	評価対象 方法	計画 策定時	目標値					
				R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム 評価指標	1	多剤投与者数(対被保険者1万人)	多剤投与者数(対被保険者1万人)が前年度から減少していること	20	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
アウトプット 評価指標	1	対象者への通知・訪問回数(改善状況の確認も含む)	該当年度の実施状況	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
	2	取組実施前後の評価の実施	該当年度の実施状況	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回
	3	医師会・薬剤師会への相談	該当年度の実施状況	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

事業 6-3 薬剤の適正使用の推進に対する取組

事業の目的	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	
事業の概要	対象者	国保被保険者
	実施方法及び内容	①保険証更新時や加入手続き時「お薬手帳」の活用や「ポリファーマシー」について記載されたリーフレット等を配布し周知・啓発を行う
		②保険証更新時や加入手続き時に「セルフメディケーション」について記載されたリーフレット等を配布し周知・啓発を行う また、市HPにてセルフメディケーション（自主服薬）の推進を目的とし、セルフメディケーション税制（OCT 医薬品の普及について含む）の観点からQA方式で掲載し周知・啓発を行う
実施体制	保険医療課	

項目	No	評価指標	評価対象方法	計画策定時	目標値					
				R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット評価指標	1	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	該当年度の実施状況	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
	2	セルフメディケーションの推進のための周知・啓発	該当年度の実施状況	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

事業7-1 地域包括ケアに対する取組

事業の目的	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	
事業の概要	地域支援事業に国保部局として参画	海津市地域包括ケアシステム推進協議会に参画（保険医療課・健康課・社会福祉課・高齢介護課）。 ①各担当課が提供するデータを基に自市の地域包括ケア状況を把握し、共有・体制構築について話し合い、今後の対応策を検討する。 ②県から提供される「医療費水準地域差要因分析等事業」において作成した「Re:ヘルス」を活用し、そこから分析された「データを活用した医療・介護における地域の特徴と課題」（仮）の結果を当会議にて提供、継続的な分析と対応策について意見の集約を行う。
	ハイリスクアプローチ	現在、前期高齢者への取組として、糖尿病重症化予防事業を実施。今後は、令和5年度より立ち上げた地域包括ケアシステム推進協議会の部会である介護予防推進部会での協議等をとおして前期高齢者も含めた保健事業及び介護予防の取組を検討し実施していく。
	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	介護と医療の連携強化と在宅医療等の理解を深めるため、市医師会病院地域医療連携室が主催し、居宅介護支援事業所との連絡会を年1回開催している。

項目	No	評価指標 評価対象・方法	計画 策定時	目標値					
			R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム 評価指標	1	国保の視点から地域包括ケアの推進に資する取組の実施	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり
アウトプット 評価指標	1	海津市地域包括ケアシステム推進協議会に参画	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり
	2	前期高齢者等のハイリスク群・予備群等への保健事業や国保部局として当該ターゲット層に対する支援を実施	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり

	3	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	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり
--	---	-----------------------------------	------	------	------	------	------	------	------

事業7-2 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

事業の目的	国保、後期高齢者医療、介護保険のそれぞれのデータ分析を実施した上で、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
-------	--

事業の概要	ハイリスクアプローチ	<p>①糖尿病性腎症重症化予防に関する取組</p> <p>治療中断者への受診勧奨を実施し、適正医療により糖尿病性腎症重症化予防に取り組んでいる。</p> <p>②オーラルフレイル（口腔健診）に関する取組</p> <p>ぎふ・さわやか口腔健診の勧奨を積極的に行い、健診で歯や歯肉、口腔清掃状態の診査および口腔機能検査等の実施にあわせ、日頃の口腔の状態や食生活等を把握することにより、口腔機能の評価、ブラッシングや体操等の指導・助言、ならびに必要な場合には治療勧告を行っている。また、健診の案内に前回受診日を記載し、口腔健診意識向上を図っている。30～74歳を対象とした歯科健診においても健診結果に合わせて指導を行い、歯周疾患予防及び早期治療につなげ、口腔機能低下予防に取り組んでいる。</p>
	ポピュレーションアプローチ	<p>通いの場等で健康相談や健康教育を65歳以上の高齢者を含めて実施する。分析にて口腔機能に関する課題があるため、フレイル予防の中でも口腔機能に関する意識づけができるよう健康教育の場を活用し、口腔健診の勧奨を行っている。</p>
	事業の実施根拠になるデータの分析	<p>KDBシステムの下記のデータを分析</p> <p>【国保】地域の全体像の把握、健診・医療・介護から見る地域の健康課題、医療費分析、疾病別医療費分析、健診有所見者状況、健康スコアリング、</p> <p>【後期】地域の全体像の把握、健診・医療・介護から見る地域の健康課題、後期高齢者の健診状況、健康スコアリング、質問票調査の状況、医療費分析、疾病別医療費分析、後期高齢者の医療・介護統合状況、</p> <p>【介護】要介護（支援）者認定状況、要介護（支援）者有病状況、健康スコアリング、医療・介護の突合</p>

項目	No	評価指標 評価対象・方法	計画 策定時	目標値					
			R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム 評価指標	1	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	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり
	2	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	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり
アウトプット 評価指標	1	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）	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり
	2	①-2 介護保険の地域支援事業と一体的に実施している保健事業の実施内容（ポピュレーションアプローチ）	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり
	3	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	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり	実施あり

第5章 第4期特定健康診査等実施計画

1. 海津市特定健康診査・特定保健指導実施計画

ここでは、特定健康診査及び特定保健指導の実施について定めます。この計画は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条において定められているものであり、海津市データヘルス計画と同様に令和6年度から令和11年度の6年間を実施期間とする計画です。市では、この計画に基づいて特定健康診査および特定保健指導を実施していきます。

(1) 目標値の設定

令和4年度の特定健康診査実施率（受診率）は38.9%、特定保健指導実施率（終了率）は21.7%となっています（いずれも法定報告値）。令和11年度における目標実施率は、特定健康診査60.0%、特定保健指導60.0%とします。

この目標を達成するために、令和6年度以降の目標達成率を次のように定めます。

《図表53》

	令和4年度 (実績)	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 実施率	38.9%	40.0%	50.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導 実施率	21.7%	30.0%	45.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%

(2) 対象者の定義

① 特定健康診査

海津市国保被保険者のうち、特定健康診査実施年度中に40歳～74歳になる人で、実施年度の1年間を通じて国保に加入している人が対象となります。また、妊産婦その他の厚生労働大臣が定める人（海外在住、長期入院等）は、対象から除かれます。

② 特定保健指導

特定健康診査の結果、腹囲の他、血糖、脂質、血圧が所定の値を上回る者のうち、糖尿病、高血圧症、または脂質異常症の治療に係る薬剤治療をしている者を除いた者とします。

● 特定保健指導の対象者選定基準

腹囲	追加リスク		④喫煙歴	対象	
	①血糖	②脂質 ③血圧		40～64 歳	65～74 歳
(男性) ≥85cm (女性) ≥90cm	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		/		

※前期高齢者（65 歳以上 75 歳未満）については、①予防効果が多く期待できる 65 歳までに、特定保健指導が既に行われてきていると考えられること、②日常生活動作能力、運動機能等を踏まえ、QOL（Quality of Life）の低下に配慮した生活習慣の改善が重要であること等の理由から、積極的支援の対象となった場合でも動機付け支援とする。

※血圧降下剤等を服薬中の者（質問票等において把握）については、継続的に医療機関を受診しており、栄養、運動等を含めた必要な保健指導を、医療機関において継続的な医学的管理の一環として行われることが適当であるため、医療保険者による特定保健指導の対象としない。

※特定保健指導とは別に、医療保険者が生活習慣病の有病者・予備群を減少させるために、必要と判断した場合には、主治医の依頼又は了解の下に、保健指導等を行うことができる。

2. 特定健康診査・特定保健指導の実施

(1) 特定健康診査

① 目的

特定健康診査は、生活習慣病の発症や重症化の予防を目的として、メタボリックシンドロームに着目し、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人を的確に抽出するために実施します。また、重症化予防のため、医療機関との連携を図ります。

② 実施方法

海津市国保では、特定健康診査を以下のとおり実施します。

●特定健康診査実施概要

項目	個別 及び 集団
実施体制	医療機関委託
実施期間	6月～翌年2月
実施場所	市内医療機関等
時間帯	各医療機関が指定する日時
実施内容	保健指導を必要とする方を抽出するために必要な健診項目に基づき、健康診査を実施するとともに、健診結果説明時に医師から対象者個人に合わせた情報提供を行う。

③ 健康診査実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診項目とします。

● 必須項目

項目		内容
問診	服薬歴、既往歴、生活習慣に関する項目	－
	自覚症状等	－
診察	身体測定	身長・体重・BMI・腹囲
	理学的検査	身体診察
	血圧測定	収縮期血圧、拡張期血圧
基本的な健診	血中脂質検査	中性脂肪（トリグリセライド）
		HDLコレステロール（HDL-C）
		LDLコレステロール（LDL-C）
	肝機能検査	AST（GOT）
		ALT（GPT）
		γ-GT（γ-GTP）
血糖検査	空腹時血糖	
	HbA1c	
尿検査	糖・蛋白	
追加項目	貧血検査	赤血球数・血色素量・ヘマトクリット値
	腎機能検査	血清尿酸・血清クレアチニン・eGFR
	尿検査	尿潜血
	肝機能検査	アルブミン

● 詳細な健診の項目（医師が必要と認めた場合）

項目	内容
心電図検査	安静時の標準 12 誘導心電図
眼底検査	眼底カメラ撮影

④ 周知の方法

(ア) 受診票の発行

対象者全員に受診票送付の際、受診勧奨用文書を一緒に送付します。

また、発送用の封筒を活用し、受診勧奨に向けて周知を行います。

(イ) 各種メディアによる周知

市報・ホームページ等、各種メディアを活用した周知を行います。

(ウ) ポピュレーションアプローチにおける周知

関係各課、機関及び他団体等と連携し、地域での周知を行います。

(エ) その他

機会を捉え、必要と思われる方法での周知に努めます。

⑤ 結果通知

健診結果については、原則として実施医療機関にて本人に直接伝えます。ただし、実施医療機関にて伝えることができなかった場合は、海津市から郵送で通知します。

⑥ 他の機関が実施する健診を受診した場合の対応

事業主健診を受診した人の結果データについては、事業主等と調整を図り、データの受領を行います。なお、特定健康診査に関する記録を求める場合は、基本的に電磁的記録として収集します。しかし、電磁的記録での提供が困難な一部の機関等については、紙ベースでの受領とします。

(2) 特定保健指導

① 目的

特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して、行動変容と自己管理を行うとともに、健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的として実施するものです。

② 実施に向けた考え方

特定健康診査を実施し、受診者すべてが医師から健診結果説明を受け、自らの生活習慣を見直す機会とします。さらに、「動機付け支援」「積極的支援」の対象の方には、医師から特定保健指導について説明、受講への勧奨により指導につなげていきます。

内容としては、初回面接を大切にし、健診結果の理解や生活習慣を振り返り、行動目標及び行動計画を立てることにより、特定保健指導の受講の動機付けを明確にしていきます。また、特定健康診査の受診により、特定保健指導の対象者が増えるため、カリキュラムについても、状況に応じて実施します。

③ 実施方法

本市における特定保健指導は、健康課が実施主体として行いますが、円滑な事業の実施を図るため、保険医療課と相互に情報の共有や検討する機会を設けることで連携を密にし、効果的な事業実施を推進します。

● 動機付け支援、積極的支援の実施概要

項目	動機付け支援	積極的支援
対象者	特定保健指導の対象者選定基準に基づく動機付け支援に該当した方	特定保健指導の対象者選定基準に基づく積極的支援に該当した方
実施主体	健康課	健康課
支援形態	個別支援、電話または通信を利用した支援	個別支援、グループ支援、電話または通信を利用した支援
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ● 初回面接 対象者とともに健診結果を把握する。生活状況や食事内容を振り返り、改善の必要があることを認識させる。また、具体的で達成可能な目標設定と目標達成に向けての具体策を決定する。 ● 3か月以上経過後の評価 今後も継続できるように支援する。必要に応じ、目標や具体策を修正、検討を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 初回面接 対象者とともに健診結果を把握する。生活状況や食事内容を振り返り、改善の必要があることを認識させる。また、具体的で達成可能な目標設定と目標達成に向けての具体策を決定する。 ● 継続支援 3か月以上の継続的な支援を実施。 ● 3か月以上経過後の評価 今後も継続できるように支援する。必要に応じ、目標や具体策を修正、検討を行う。

④ 周知の方法

(ア) 医師の協力による周知

特定健康診査受診者に対しては、健診の結果説明の際に医師の協力を得ながら受講勧奨を行います。

(イ) その他

機会を捉え、必要と思われる方法で周知に努めます。

⑤ 保健指導の委託に関する基準

特定保健指導の委託基準は、厚生労働省令である「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」に基づき厚生労働大臣が告示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、必要と思われる項目については仕様書に追加します。

また、原則として再委託は禁止します。

(3) 年間スケジュール

この日程に支障が生じた場合には、状況に応じて適宜変更していきます。

項目		主体	内容
案内		市	5月末に対象者全員に対して送付
受診票			
特定健康診査		医療機関 ↓ 医師 ↓ 国保連合会 から市へ	健診期間：6月～翌年2月末 ↓ 受診の翌月5日に健診結果をデータ化し、国保連合会に提出 ↓ 翌々月の11日以降に健診結果が国保連合会から送付
特定保健指導	情報提供	医師	健診結果説明時に対象者個人に合わせた情報提供を行う（全員）
	動機付け支援	市	階層化し、特定保健指導の利用券の発行及び送付（8月以降）
	積極的支援		↓ 9月から特定保健指導の実施

(4) 受診率向上のための取組

特定健康診査・特定保健指導の目的は健康診査を受診し、その結果に基づき生活習慣を改善していくことです。さらに、その効果をあげるためには、健康診査・保健指導の実施とともにポピュレーションアプローチを実施することにより、市全体の健康づくりの底上げを行うことが必要です。

① ポピュレーションアプローチを展開する上での視点

(ア) 健康に関する知識の普及と健康意識の高揚

健康診査は自覚症状がないので受診しない、症状があれば医療機関を受診するという傾向がありますが、まずは健康づくりへの意識改善を進めることが大切になります。特に、生活習慣病予防の大切さや特定健康診査の目的、検査項目と検査値が示す健康状態等の理解が必要であることから、健康に関する知識の普及に努めるとともに、市民一

人ひとりの健康意識の高揚に努めます。

(イ) 既存事業や社会資源を活用した健康づくり

特定健康診査の受診結果や市民の健康に関するニーズや問題点を把握し、特定保健指導やその他の保健事業、社会資源を活用して、市民に広く健康づくりを推進します。さらに、既存事業を活用し、健康づくりが自ら実行できるようフォローアップ体制としても活用するとともに、特定健康診査の対象外の方にも健康づくり支援として推進に努めます。

② ポピュレーションアプローチの具体的な取組

(ア) 訪問等の推進

健康づくりを推進していくためには、市民がどのような健康課題を抱えているのか、また、どのような取組を必要としているのかを的確に把握し、効果的な取組を進めることが重要となります。そこで、訪問活動等により、地域や個人の問題点等を把握しながら、健康に関する事業も行います。

(イ) 健康増進計画に基づく取組の推進

日ごろから身体を動かす習慣を身につけるため、身体を動かす機会をつくるよう啓発に努めることや健康教育、健康相談を通じて自身の生活習慣を振り返るきっかけづくりと、健康づくりの必要性に関する知識の普及を行う等、健康増進計画に基づいた取組を推進します。

(ウ) 恵まれた食材を活かした健康づくりの推進

健康づくりを進めていく上で、「食」は基本となります。「食」を通じて健康に対する意識を高めることや、さまざまな知識を得ることは健康づくりを進めていく上で重要です。本市は米や小麦等の穀類をはじめとして、トマト、きゅうり、みかん、柿等さまざまな食材に恵まれています。このような安全・安心な地元の食材を活かして、食に関する理解を深めるとともに、食生活の改善等にもつなげ、市民の豊かで安心感のある健康な生活の実現に向けた取組を進めます。

第6章 計画の推進

1. 計画の評価・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。

また、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計画の見直しに反映していきます。

(2) 海津市データヘルス計画全体の評価・見直し

本計画は、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。

評価にあたっては、市町村国保における保健事業の評価を後期高齢者広域連合と連携して行うなど、必要に応じて他の保険者等と連携・協力体制のもと行います。

本計画の最終年度である令和11年度に、計画に掲げた目標の達成状況や事業の実施状況に関する調査及びデータ分析を行い、実績に関する評価、実施計画の事業内容の見直しを行うこととし、次期計画の策定に結果を反映します。

また、中間年度である令和8年度に、特定健康診査実施計画を含めた中間評価を実施し、必要な見直しを行います。

また、随時、各保健事業の進捗状況の確認や、保健事業を実施する中で見つかった課題や改善点等について協議することとし、目標の達成状況や事業の実施状況の変化等により計画の見直しが必要になった場合は適切に対応します。

2. 計画の公表・周知

市のホームページや市報を通じた周知のほか、岐阜県、国保連合会、保健医療関係者経由で医療機関等に周知します。

また、県へ策定した計画を報告し、県のホームページにて県内保険者の計画が掲載されたリンクより、広く公表します。

3. 個人情報の取り扱い

計画の策定にあたって、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 5 年 12 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

今後更なる高齢化及び介護認定者の増加が見込まれることから、計画の実施に関しては地域包括ケアに関わる視点も重視し実施していくこととします。そのため、高齢介護課や健康課など関係各課の取組について、KDB等の活用を通じて支援し協力体制を築くことで、市として連携して地域包括ケアを推進することを目標とし事業実施に取組ます。具体的には、『第 4 章 個別保健事業の実施計画』に挙げた内容を中心に取組を実施し、地域包括ケアの推進を図ります。

5. その他留意事項

本計画の実施にあたっては、保険医療課と健康課が連携して取り組んでいく体制を強化するとともに、高齢介護課及びその他関係課と共通認識をもって課題解決に取り組むものとし、海津市医師会や国保運営協議会等、関連団体と適切に連携を図り、被保険者の健康増進を目指します。

また、事業をより効率的かつ効果的に実施するため、必要に応じ、保健事業の実施計画の策定やそれに基づく保健事業の実施・評価について、岐阜県国民健康保険団体連合会が設置する「支援・評価委員会」の支援及び助言を受けることとします。



第3期海津市国民健康保険保健事業実施計画
及び
第4期特定健康診査等実施計画

発行年月：令和6年3月
発行：海津市
編集：健康福祉部 保険医療課
〒503-0695 岐阜県海津市海津町高須 515 番地
TEL：(0584) 53-1349 (直通)
FAX：(0584) 53-0443
E-mail：hokeniryu@city.kaizu.lg.jp
