第３期岐阜市国民健康保険データヘルス計画

令和６年３月

岐阜市

目　次

第１章　保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項　・・ 1

1. 背景　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

2. 目的の設定　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

3. 計画の位置付け　・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

4. 計画期間　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4

5. 関係者が果たすべき役割と連携　・・・・・・・・・・・ 4

6. 保険者努力支援制度　・・・・・・・・・・・・・・・・ 6

第２章　第２期計画に係る評価及び考察と第３期計画における健康課題の明確化　・ 7

1. 第２期計画に係る評価及び考察　・・・・・・・・・・ 7

2. 第３期計画における健康課題の明確化　・・・・・・・ 12

3. 目的・目標の設定　・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 21

第３章　特定健診・特定保健指導の実施　・・・・・・・・・・ 23

1. 第４期特定健診等実施計画　・・・・・・・・・・・・・ 23

2. 目標値の設定　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 23

3. 対象者の見込み　・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 23

4. 特定健診の実施　・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 23

5. 特定保健指導の実施　・・・・・・・・・・・・・・・・ 27

6. 個人情報の保護　・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 28

7. 特定健康診査等実施計画の公表・周知　・・・・・・・・ 28

第４章　保健事業の内容　・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 30

Ⅰ 保健事業の方向性　・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 30

Ⅱ 重症化予防の取組　・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 30

1. 糖尿病重症化予防　・・・・・・・・・・・・・ 30

2. 循環器疾患重症化予防　・・・・・・・・・・・・・ 34

Ⅲ ポピュレーションアプローチ　・・・・・・・・・・・・・ 35

Ⅳ 健診・医療情報を活用した取組　・・・・・・・・・・・・・ 36

1. 重複受診者・重複服薬者への適切な受診指導　・・・・ 36

2. 後発医薬品の使用促進　・・・・・・・・・・・・・ 37

第５章　地域包括ケアに係る取組・一体的実施に係る取組　・・・・・ 37

第６章　計画の評価・見直し　・・・・・・・・・・・・・ 37

第７章　計画の公表・周知及び個人情報の取扱い　・・・・・・・ 38

参考資料　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 39

第１章　保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

１．背景

平成 25 年に閣議決定された「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分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成、公表・事業実施・評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する」とされた。

さらに、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（データヘルス計画）を作成した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。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った。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、アウトカムベースでの適切なＫＰＩ（重要業績評価指標）の設定を推進する。」と示された。 このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められている。

※標準化資料：岐阜県版様式(参考資料 5)

２．目的の設定

本計画は、「健康寿命の延伸」及び「医療費の適正化」が目的である。令和 6 年度からの「二十一世紀における第三次国民健康づくり運動（健康日本 21（第三次)）の開始に併せ、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な指針の全部改正」において、生活習慣病の発症予防・重症化予防において健康寿命の延伸を図る上で引き続き重要な課題であると示されている。

３．計画の位置付け

第 3 期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査（以下、「特定健診」という。）等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、ＰＤＣＡサイクルに沿って運用するものである。

本計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、岐阜県健康増進計画やぎふ市民健康基本計画、岐阜県医療費適正化計画※、介護保険事業計画と調和のとれたものとし、特定健康診査等実施計画（第 3 章）を統合するものとする。（図表 1・2・3）

【図表 1】

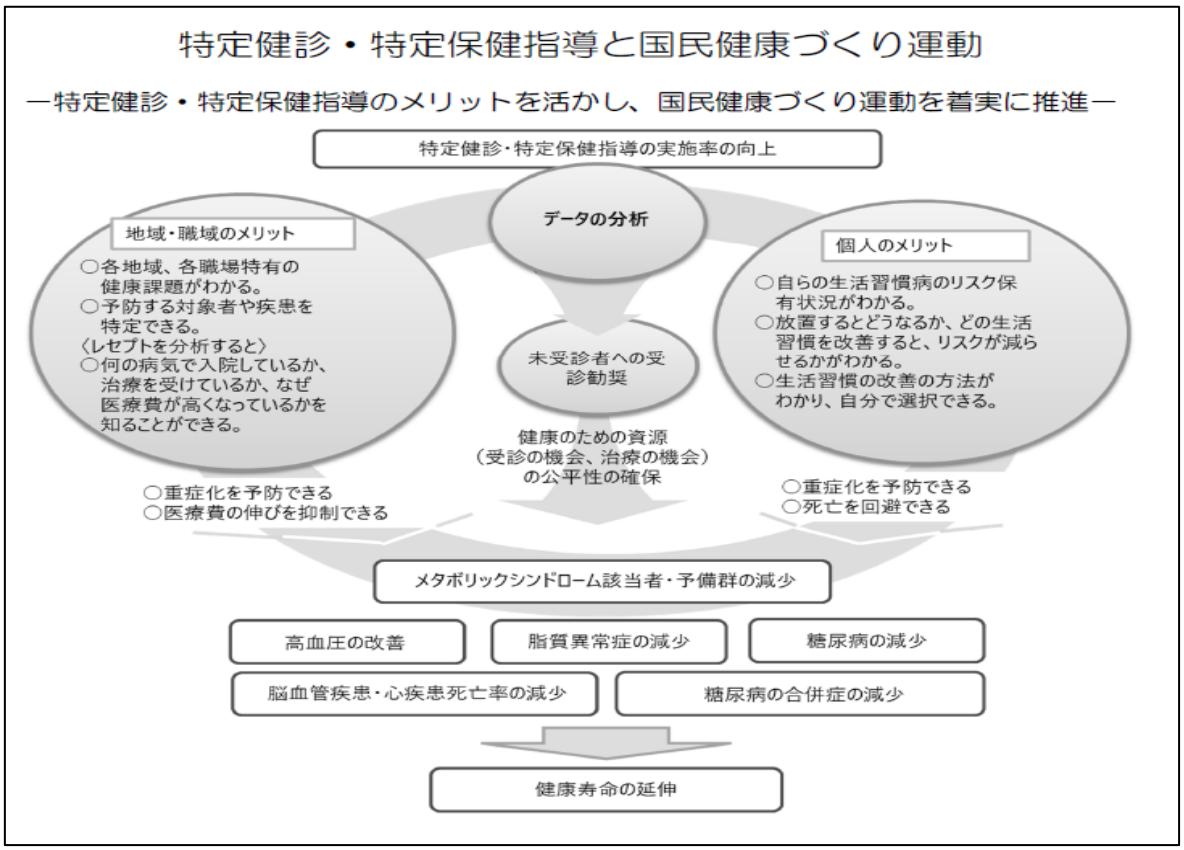
データヘルス計画の位置づけ　～データヘルス計画を特定健診計画と一体的に策定するために～

	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」
法律	高齢者の医療の確保に関する法律　第19条	国民健康保険法　第82条 （平成16年厚生労働省告示第307号）
基本的な指針	厚生労働省　保険局 （令和5年3月「特定健康診査計画作成の手引き（第4版」）	厚生労働省　保険局 令和5年8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の一部改正」）
計画策定者	**医療保険者**	**医療保険者**
基本的な考え方	生活習慣の改善による糖尿病等の**生活習慣病の予防対策**を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、さらには**重症化や合併症の発症を抑え**、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら**医療費の伸びの抑制**を実現することが可能となる。 特定健康診査は、**糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防**することを目的として、**メタボリックシンドローム**に着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、的確に抽出するために行うものである。	**生活習慣病対策**をはじめとして、被保険者の**自主的な健康増進及び疾病予防の取り組み**について、**保険者**がその支援の中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指すものである。 **被保険者の健康の保持増進**により、**医療費の適正化**及び保険者の**財政基盤**強化が図られることは保険者自身にとっても重要である。
対象年齢	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代、小児期からの生活習慣づくり
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病腎症	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 高血圧　等 虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病腎症 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん
目　標	【各医療保険者の目標値（第四期）】 医療保険者 ／ 特定健診 ／ 特定保健指導 ★全体 ／ 70% ／ 45% ①健康保険組合 ／ 90% ／ 60% ②共済組合 ／ 90% ／ 60% ③国保組合 ／ 70% ／ 30% ④全国健康保険協会 ／ 70% ／ 35% ⑤市町村国保 ／ 60% ／ 60%	○分析結果に基づき （1）直ちに取り組むべき健康課題 （2）中長期的に取り組むべき健康課題を明確にし、目標値を設定する 疾病の重症化を予防する取り組みとして ①優先順位を設定 ②適切な保健指導 ③医療機関への受診勧奨 ④医療との連携（治療中断者の保健指導等） ★計画期間 令和11年度まで　（医療費適正化計画の第3期の最終年度）
評　価	（1）特定健診受診率 （2）特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮しつつ行う。 評価指標 （1）特定健康診査実施率 （2）特定保健指導実施率 （3）生活習慣リスク保有率（喫煙、運動、食事、飲酒又は睡眠） （4）後発医薬品使用割合 （5）メタボリックシンドローム該当者割合 （6）特定保健指導対象者割合 （7）特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 （8）肥満解消率 （9）疾病予備群の状態コントロール割合（高血圧・糖尿病又は脂質異常症） （10）受診勧奨対象者の医療機関受診率 （11）疾患別の病態コントロール割合（高血圧、糖尿病又は脂質異常症） （12）五大がん精密検査受診率（胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん 又は子宮がん） （13）重複投薬・多剤投与の患者割合（重複投与率・多剤投与6剤・15剤）

※第 4 期岐阜県医療費適正化計画（令和 6 年度～令和 11 年度）

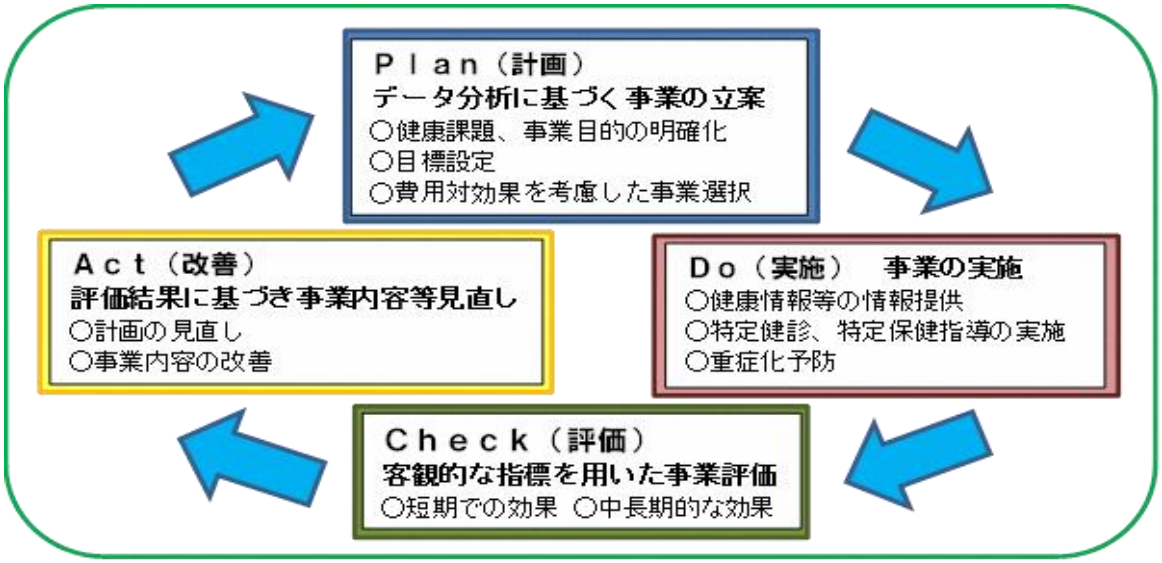
医療費適正化に関する施策についての基本的な方針を踏まえ、健康増進及び医療の効率的な提供を実現するための目標と施策を定めるもの。

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「令和 6 年度版」より抜粋

【図表 3】



岐阜市国民健康保険データヘルス計画より抜粋

４．計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第４の５において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮することとしている。

県における医療費適正化計画や保健医療計画が令和 6 年度から令和 11 年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を令和 6 年度から令和 11 年度の 6 年間とする。

５．関係者が果たすべき役割と連携

（１） 実施主体関係部局の役割

岐阜市においては、国保・年金課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進に関わっている関係部局と連携し、助言を得て計画策定を進めていく。具体的には以下の役割を果たしていく。

①健康課題の分析・計画の策定・保健事業の実施及び評価

②保険者内の連携体制の確保

③国保・年金課の体制の確保

④関係機関（健康及び介護等の関係部局・医師会等）との連携　他

（２） 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となる。

①外部有識者

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいう。

国保連に設置された支援・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を行っており、委員の幅広い専門的知見を活用し、多くの保険者等への支援実績が蓄積されている。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDB システムの活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めている。

②岐阜県（以下、「県」という。）

平成 30 年度から都道府県が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、県国保部局は、被保険者の健康の保持増進のために、保険者が、効果的・効率的に保健事業を実施できるよう、関係機関との連絡調整、専門職の派遣、助言等の技術的な支

援、県衛生部門と調整しながら、市町村の国保・衛生部門の事業実施の支援を行う。

③保健医療関係者等

保険者等と医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うため、岐阜市では医師会特定健診担当理事と、健康課題の情報提供を行う等の連携をしており、県においても県医師会等との連携を推進することが重要である。

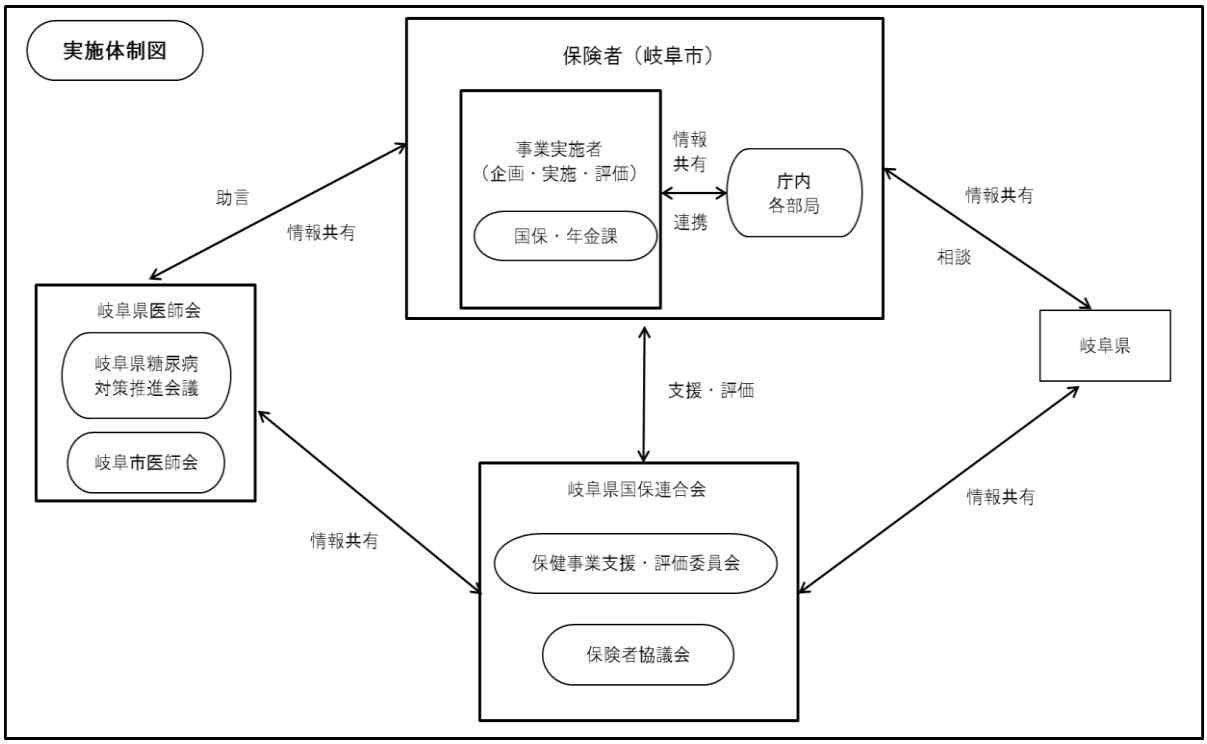
④保険者

保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

（３） 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が健診を受診し体の状況を理解して、健康づくりに主体的および積極的に取り組むことが重要である。（図表 4）

【図表 4】



６．保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、平成 28 年度から保険者努力支援制度が創設され、実施している。

国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は、糖尿病等の生活習慣病の発症予防・重症化予防、加入者の適正受診・適正服薬を促す取組や保険料収納率の実施状況を高く評価している。（図表 5）

岐阜市は、本計画より重複受診者・重複服薬者への適切な受診指導や、地域包括ケアの推進・一体的実施の取組を個別事業計画に加え、医療費適正化及び健康寿命の延伸を目的として取り組んでいく。

【図表 5】

評価指標	
共通①	特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率
	○特定健診受診率
	○特定保健指導実施率
	○メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率
共通②	特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況
	○がん検診受診率
	○歯科健診実施率等
共通③	生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組の実施状況
	○生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組の実施状況
	○特定健診受診率向上の取組の実施状況
共通④	広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況
	○個人へのインセンティブの提供の実施
	○個人への分かりやすい情報提供の実施
共通⑤	加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況
	○重複投与者に対する取組
	○多剤投与者に対する取組
	○薬剤の適正使用の推進に対する取組
共通⑥	後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況
	○後発医薬品の促進の取組
	○後発医薬品の使用割合
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況
	○保険料（税）収納率
固有②	医療費の分析等に関する取組の実施状況
	○データヘルス計画の実施状況
固有③	給付の適正化に関する取組の実施状況
	○医療費通知の取組の実施状況
固有④	地域包括ケア推進・一体的実施の取組の状況
	○地域包括ケア推進の取組
	○一体的実施の取組
固有⑤	第三者求償の取組の実施状況
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況
	○適用の適正化状況
	○給付の適正化状況
	○保険料（税）収納率の確保・向上
	○法定外繰入の解消等

第２章　第 2 期計画に係る評価及び考察と第 3 期計画における健康課題の明確化

１．第 2 期計画に係る評価及び考察

（１）　第 2 期計画に係る評価

①被保険者の特徴

岐阜市の人口構成は、国と比較すると、39 歳以下の若い年代層が 36.3%と少なく、65 歳以上人口の割合は 29.9%で国より高齢化が進んでいる。平均寿命は国と比較すると男女とも差はなく、健康寿命は男性 79.5 歳、女性 81.2 歳で国よりは男性が若干長くなっている。国民健康保険の加入率は総人口の 20.7%であり、国保被保険者の年齢構成をみると、65～74 歳までの年齢層が 41.9%を占め最も多くなっている。また、40～64 歳までの年齢層は 33.1%を占め、国や県と比較して若干高い。今後の高齢化を考えると、若い世代（壮年期や中年期※）の健康づくりは個人にも医療保険者にとっても重要であると考える。（図表 6）

【図表 6】

令和 4 年度年度人口及び被保険者の特徴

項目			岐阜市		岐阜県		国	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合
人口構成	総人口		378,246		1,939,486		123,214,261	
		65歳以上（高齢化率）	113,093	29.9	593,751	30.6	35,335,805	28.7
		75歳以上	60,239	15.9	307,534	15.9	18,248,742	14.8
		65～74歳	52,854	14.0	286,217	14.8	17,087,063	13.9
		40～64歳	127,906	33.8	642,486	33.1	41,545,893	33.7
		39歳以下	137,247	36.3	702,250	36.2	46,332,563	37.6
平均寿命	男性		80.8		81.0		80.8	
	女性		86.8		86.8		87.0	
健康寿命	男性		79.5		79.6		78.7	
	女性		81.2		81.9		81.4	
死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性	100.5		99.5		100	
		女性	103.9		102.5		100	
	死因	がん	1,225	51.1	6,043	50.8	378,272	50.6
		心臓病	674	28.1	3,281	27.6	205,485	27.5
		脳疾患	302	12.6	1,678	14.1	102,900	13.8
		糖尿病	54	2.3	166	1.4	13,896	1.9
		腎不全	86	3.6	444	3.7	26,946	3.6
		自殺	55	2.3	291	2.4	20,171	2.7
国保の状況	被保険者数		78,313		388,249		24,660,500	
		65～74歳	32,803	41.9	185,260	47.7	10,794,323	43.8
		40～64歳	25,923	33.1	118,380	30.5	7,904,763	32.1
		39歳以下	19,587	25.0	84,609	21.8	5,961,414	24.2
	加入率		20.7		20.0		20.0	

出典：KDB システム

地域全体像の把握・健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※壮年期：25～44 歳　中年期：45～64 歳

（２） 第 2 期計画　目標値の達成状況

①第 3 期特定健康診査等実施計画の目標値と達成状況

【目標値】　【図表 7】

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	国の目標
特定健診受診率	40%	45%	50%	55%	60%	60%
特定保健指導実施率	20%	25%	30%	40%	60%	60%

【実績と評価】

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	達成状況
特定健診受診率	38.9%	39.2%	40.0%	39.9%	39.0%	○
特定保健指導実施率	15.6%	18.2%	15.3%	19.6%	19.0%	○

◎：目標値に達した ○：目標値には達していないが、平成30年度より改善している
△：平成30年度より改善していない

（参考）　経年比較

特定健診受診率

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
岐阜市	38.9%	39.2%	40.0%	39.9%	39.0%
岐阜県	40.1%	40.9%	38.5%	40.2%	41.2%
中核市	35.8%	36.0%	32.7%	34.1%	35.7%

年代別受診率

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
40歳代	20.6%	21.0%	21.9%	22.0%	20.9%
50歳代	27.5%	27.5%	27.9%	28.7%	27.4%
60歳代	42.1%	42.0%	42.7%	42.7%	41.8%
70歳代	48.7%	49.1%	49.7%	48.8%	48.4%

特定保健指導実施率

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
岐阜市	15.6%	18.2%	15.3%	19.6%	19.0%
岐阜県	40.1%	40.4%	38.3%	40.1%	40.8%
中核市	26.0%	24.9%	22.9%	22.3%	24.2%

②第 2 期データヘルス計画の目標値と達成状況　【図表 8】

課題を解決するための目標	実績値					目標値	目標値と比較した達成状況	現状値の把握方法
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度		
特定健診受診率	38.9%	39.2%	40.0%	39.9%	39.0%	60%	○	特定健診・特定保健指導結果総括表
特定保健指導実施率	15.6%	18.2%	15.3%	19.6%	19.0%	60%	○	
特定保健指導対象者の減少率	19.2%	17.3%	19.0%	19.2%	18.3%	25%	△	
虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	2.41%	2.17%	1.94%	2.16%	1.76%	減少	○	KDBシステム
虚血性心疾患に罹患した新規患者数の減少	2,137人	2,072人	1,856人	1,986人	1,776人	減少	○	データバンクシステム
糖尿病を保有している新規透析患者数の減少	20人	29人	30人	32人	39人	減少	△	
ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑ・予備群の割合の減少	31.6%	32.0%	33.4%	33.0%	33.1%	25%	△	特定健診・特定保健指導結果総括表
健診受診者の高血圧者の割合の減少(140/90以上)	23.6%	22.7%	26.9%	26.1%	25.8%	20%	△	KDBシステム データバンクシステム
健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL140以上)	27.4%	27.1%	29.1%	26.2%	24.7%	24%	○	
健診受診者の糖尿病者の割合の減少(HbA1c6.5以上)	10.4%	11.3%	10.6%	11.2%	11.0%	6%	△	
糖尿病の未治療者を治療に結びつける割合の増加　(注１)	31.0%	30.7%	85.6%	84.3%	82.8%	増加	―	国保・年金課
糖尿病の保健指導を実施した割合の増加　(注２)	63.4%	64.2%	(注3) ※	12.3%	8.1%	増加	―	

◎:目標値に達した ○:目標値には達していないが、平成30年度より改善している △:平成30年度より改善していない

(注1･2) R3年度から糖尿病の未治療者及保健指導対象者の実施･評価方法に変更があるためそれ以前との比較は困難
(注3)※コロナ禍のため、医師が選定した6人のみ保健指導を実施

特定健診の状況

【図表 9-1】

			岐阜市		中核市・特別区		岐阜県		国	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
健診の状況	メタボ該当・予備群レベル	血糖のみ	121	0.6	8,738	0.6	582	0.5	39,607	0.6
		血圧のみ	1,419	6.9	114,618	7.7	7,946	7.2	495,004	7.8
		脂質のみ	615	3.0	40,028	2.7	2,999	2.7	164,663	2.6
		血糖・血圧	535	2.6	41,816	2.8	2,804	2.5	189,740	3.0
		血糖・脂質	244	1.2	15,131	1.0	1,153	1.0	65,540	1.0
		血圧・脂質	2,279	11.0	147,000	9.9	11,095	10.0	617,462	9.8
		血糖・血圧・脂質	1,635	7.9	98,771	6.7	7,363	6.6	427,950	6.8
	服薬	高血圧	7,781	37.6	539,177	36.3	41,196	37.1	2,324,071	36.8
		糖尿病	2,347	11.4	131,031	8.8	10,711	9.6	564,452	8.9
		脂質異常症	6,380	30.9	433,631	29.2	33,177	29.9	1,838,532	29.1

【図表 9-2】

受診勧奨者医療機関受診率

	岐阜市	中核市･特別区	岐阜県	国
令和4年度	51.8%	51.6%	49.6%	50.8%
平成30年度	53.8%	53.4%	51.3%	53.0%

③保健事業の実施状況

特定健診（受診率向上のための取組）

【図表 10】

	事　業	評　価	事業の今後
1	特定健診	特定健診受診率は、約 40%程度で目標値に達していない。 達成可能な目標値になるよう設定や方法等の見直しが必要である。	継続
2	電話による勧奨 コールセンター （令和元年・令和 3 年度）	実施目的は、40 歳代・50 歳代の健診未受診理由を把握することであった。未受診理由の把握ができたため令和 4 年度より事業廃止。 今後は別事業で健診受診のアプローチができるよう工夫する。	廃止
3	はがきによる勧奨	治療中の人への受診勧奨は一定の効果があることが分かった。受診勧奨する対象者を細分化し、対象者に合わせた明確なメッセージを検討し効果を図っていく。	継続
4	情報提供事業	情報提供同意者が減少している。 岐阜市医師会との協力体制が不可欠であり、今後も連携しながら事業を進めていく。	継続

特定保健指導（実施率向上のための取組）

	事　業	評　価	事業の今後
1	特定保健指導	特定保健指導実施率は約 20%にも及ばず、目標値に達していない。 達成可能な目標値になるよう設定の見直しが必要である。 対象者に合わせた保健指導の実施等（オンラインを含む）ができた。今後も保健指導の質を確保し、効果のある保健指導を実施する必要がある。	継続
2	勧奨 （再勧奨通知・勧奨訪問等）	通知や訪問等、一定の効果が見られる。 今後も工夫をしながら、特定保健指導利用に結び付ける。	継続

糖尿病性腎症重症化予防

	事　業	評　価	事業の今後
1	医療機関未受診者・中断者への医療機関受診勧奨	岐阜市医師会と岐阜市（保健衛生部・国保・年金課・福祉医療課）で構成される岐阜市糖尿病性腎症重症化予防プログラム連携会議（以下、連携会議）を開催し、事業の計画・評価等を共有している。対象者への通知等により、約 8 割の医療機関受診を確認できた。	継続
2	糖尿病で通院中の者への保健指導	連携会議にて事業の計画・評価等を共有し進めているが、保健指導申込者が少ない。医療機関や対象者に本事業に対する理解を深める等課題あり。	継続

虚血性心疾患重症化予防

	事　業	評　価	事業の今後
1	医療機関未受診者への医療機関受診勧奨	通知や電話等により受診勧奨や保健指導を実施した。特定健診のほとんどをかかりつけ医となる医療機関で実施しているため、健診から医療へ繋がりやすい環境である。レセプトデータで医療機関の受診が確認できない者は、かかりつけ医と相談し、治療に至っていないケースが多かった。	継続

（３） 第 2 期に係る考察および課題

第 2 期計画において、脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全の共通リスクであるメタボリックシンドローム（以下、「メタボ」という。）、高血糖、高血圧、脂質異常症の予防を進めるため、特定健診・特定保健指導実施率の向上を重点に取り組みを進めた。その結果、特定健診受診率、特定保健指導実施率ともに微増している。

国保被保険者の健康づくりの基本となる特定健診受診率は 39.0%であり、第 2 期データヘルス計画や国の目標値との乖離がある。

岐阜市は、特定健診受診者のうち、メタボ該当者は県や国、中核市・特別区（以下、同規模市という）と比較して多い。また、糖尿病の服薬者が県や国と比較して多い。有所見率を比較すると、「血糖・脂質」、「血圧・脂質」や「血糖・血圧・脂質」と併せ持った有所見率が県、国と比較して高い状態である。高血圧症、脂質異常症、糖尿病等の疑いのある者に対して、早期に医療機関へ受診勧奨することや生活習慣改善のための保健指導を実施していく必要がある。

また、岐阜市は特定健診受診者の医療機関受診率が県や国、同規模市と比較して高い。これは、健診結果において、血糖、ヘモグロビンＡ１ｃや血圧、中性脂肪、LDL コレステロール※等の早期に医療機関受診が必要な受診者に対し、医師会との連携により、特定健診結果を受診した医師から受診者に説明を実施すること、平成 29 年度より糖尿病重症化予防事業や虚血性心疾患重症化予防事業を実施している結果であると考える。（図表 9-1,9-2）

今後も特定健診受診率向上のための取り組みを継続し、特定保健指導実施率を上げ、メタボ該当者・予備群を減らすことを目標に被保険者の生活習慣病の疾病予防・重症化予防を進めていく必要がある。そのため、岐阜市医師会、保健衛生部等の関係機関と協働で効果的な保健指導が実施できるよう努めていく。

※LDL コレステロールを受診勧奨の対象としている理由

岐阜市において、心疾患の死亡率が高いことや、脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全等の予防を考えるうえで、動脈硬化の促進を防ぐことが重要であり、血圧や血糖コントロールと同様に LDL コレステロールも対策に取り組む必要があるためである。（循環器疾患重症化予防 P34 ）

2．第 3 期計画における健康課題の明確化

（1） 死亡原因の状況

平成 30 年度と令和 4 年度の経年比較を見ると、死因別に脳疾患・腎不全による死亡割合は増加しており、心臓病は減少しているものの県や国・同規模市と比較して多い状況にある。糖尿病については減少傾向である。（図表 11）

【図表 11】

項目			平成30年度		令和4年度		令和4年度					
			岐阜市		岐阜市		中核市・特別区		岐阜県		国	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性	100.9		100.9		99.4		97.3		100	
		女性	107.3		107.3		100.2		101.6		100	
	死因	がん	1,177	49.0	1,205	48.0	73,988	50.6	6,017	48.0	367,905	49.6
		心臓病	814	31.7	753	30.0	38,562	26.4	3,513	28.0	196,768	26.5
		脳疾患	343	13.3	343	13.7	21,380	14.6	1,938	15.5	114,122	15.4
		糖尿病	60	2.3	41	1.6	2,640	1.8	208	1.7	13,658	1.8
		腎不全	82	3.2	104	4.1	4,696	3.2	443	3.5	24,763	3.3
		自殺	95	3.7	65	2.6	4,988	3.4	408	3.3	24,294	3.3

出典：KDB システム　地域全体像の把握

（2） 介護保険の状況

介護保険の要介護認定率は、65 歳以上の 1 号認定者が 21.9%で、県や国よりも高く、40～64 歳の 2 号認定者は 0.4%で県や国と同程度である。要介護者の有病状況では、心臓病が 66.4%と最も多く、続いて筋・骨格 59.4%である。糖尿病は 31.1%で、県や国と比較して高い状況にある。これらの生活習慣病を予防することにより、健康寿命の延伸に繋がると考えられる。（図表 12-1・12-2）

介護認定者のうち要介護 3～5 の重症者について 1 号被保険者は 34.8%、2 号被保険者は 44.7%と 2 号被保険者の人が高くなっている。今後、要介護の原因を知り、重症化の軽減や若い世代からの健康づくりに取り組んでいくことが重要である。（図表 13）

また、介護認定を受けている人の医療費は 7,352 円で、認定なしの人の医療費 3,769 円より高くなるため特定健診等による生活習慣病予防、重症化予防に取り組んでいく必要がある。（図表 14）

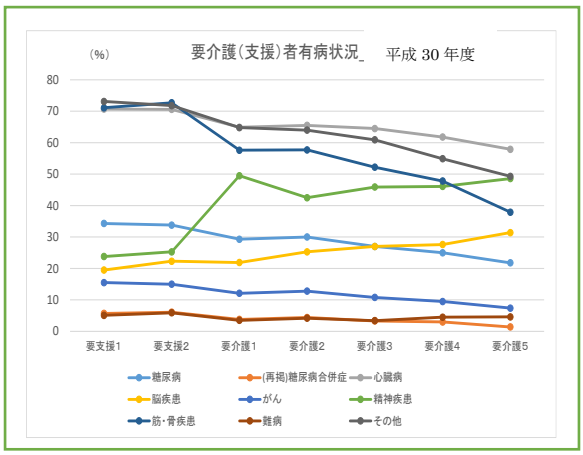
令和 4 年度要介護認定状況　【図表 12-1】

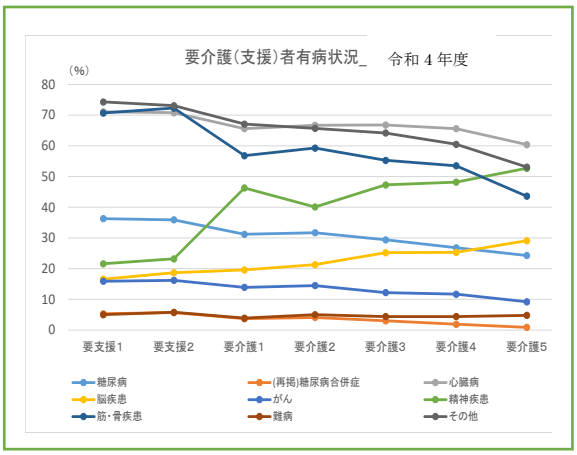
		岐阜市		中核市・特別区		岐阜県		国	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
介護保険	1号認定者数（認定率）	24,762	21.9	1,702,783	20.5	106,977	18.1	6,724,030	19.4
	新規認定者	371	0.3	27,537	0.3	1,890	0.3	110,289	0.3
	2号認定者	508	0.4	41,864	0.4	2,262	0.4	156,107	0.4
有病状況	糖尿病	8,007	31.1	443,953	24.8	322,279	28.8	1,712,613	24.3
	高血圧症	14,947	57.9	952,945	53.6	63,115	56.7	3,744,672	53.3
	脂質異常症	9,409	36.1	602,481	33.6	37,888	33.7	2,308,216	32.6
	心臓病	17,048	66.4	1,076,085	60.6	72,756	65.5	4,224,628	60.3
	脳疾患	5,484	21.6	396,610	22.6	24,300	22.2	1,568,292	22.6
	がん	3,521	13.6	219,003	12.2	12,564	11.2	837,410	11.8
	筋・骨格	15,226	59.4	961,876	54.1	62,696	56.4	3,748,372	53.4
	精神	9,672	38.3	653,718	37.0	42,026	38.2	2,569,149	36.8

出典：KDB システム　　地域全体像の把握

要介護者有病状況　平成 30 年度と令和 4 年度の比較

【図表 12-2】





出典：KDB システム
健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

要介護認定状況詳細

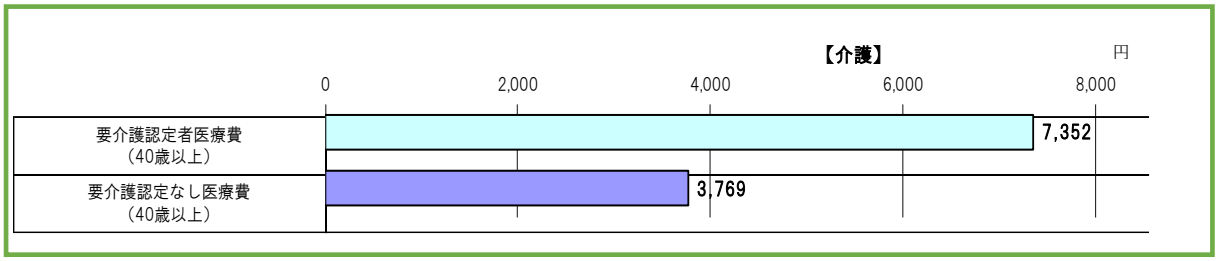
【図表 13】

受給者区分		2号		1号						合計	
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
被保険者数		127,906人		52,854人		60,239人		113,093人		240,999人	
認定者数		508人		2,381人		22,381人		24,762人		25,270人	
	認定率	0.4%		4.5%		37.2%		21.9%		10.5%	
介護度別人数	要支援1・2	98	19.3%	786	33.0%	7,071	31.6%	7,857	31.7%	7,955	31.5%
	要介護1・2	183	36.0%	816	34.3%	7,478	33.4%	8,294	33.5%	8,477	33.5%
	要介護3～5	227	44.7%	779	32.7%	7,832	35.0%	8,611	34.8%	8,838	35.0%

出典：KDB システム要介護（要支援）者認定状況

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

【図表 14】



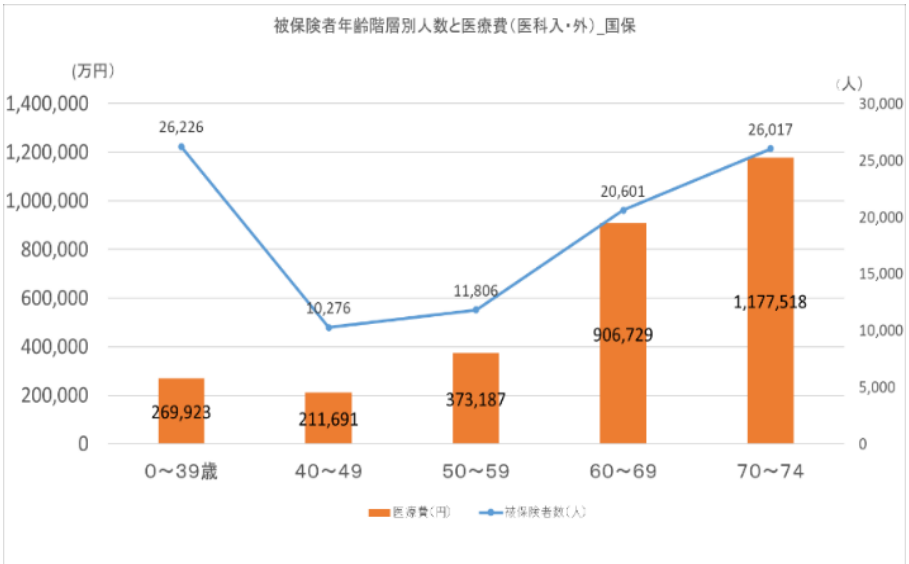
（３）医療費の状況

岐阜市の一人当たり医療費は、県や国・同規模の自治体と比較すると高い。入院にかかる費用は低いが、外来は県や国・同規模の自治体と比較すると高い。また、生活習慣病の治療に多くの医療費を使っている。（図表 15.16.17）

令和４年度医療費等の状況　　【図表 15】

			岐阜市		中核市・特別区		岐阜県		国	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
医療費の状況	一人当たり医療費		30,409		28,428		29,546		29,043	
	受診率		807.885		721.674		780.127		728.390	
	外来	費用の割合	62.8		60.8		62.4		59.9	
		件数の割合	97.8		97.5		97.7		97.4	
	入院	費用の割合	37.2		39.2		37.6		40.1	
		件数の割合	2.2		2.5		2.3		2.6	
	1件あたり在院日数		15.5日		15.7日		15.7日		16.0日	
医療の概況（人口千対）	病院数		32	0.4	2,076	0.3	97	0.2	8,237	0.3
	診療所数		397	5.0	29,803	4.7	1,610	3.9	102,599	3.7
	病床数		6,449	81.9	393,610	64.1	19,782	47.9	1,507,471	54.5
	医師数		1,736	22.0	109,226	17.8	4,580	11.1	339,611	12.3
	外来患者数		789.4		702.5		747.9		686.4	
	入院患者数		17.9		17.5		17.3		17.5	

【図表 16】

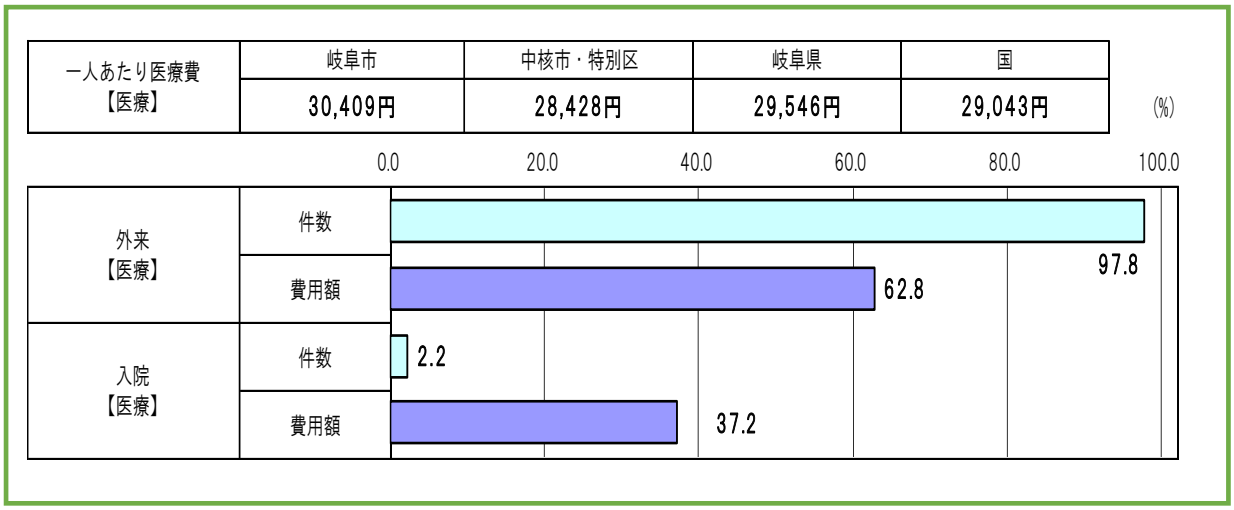


①入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

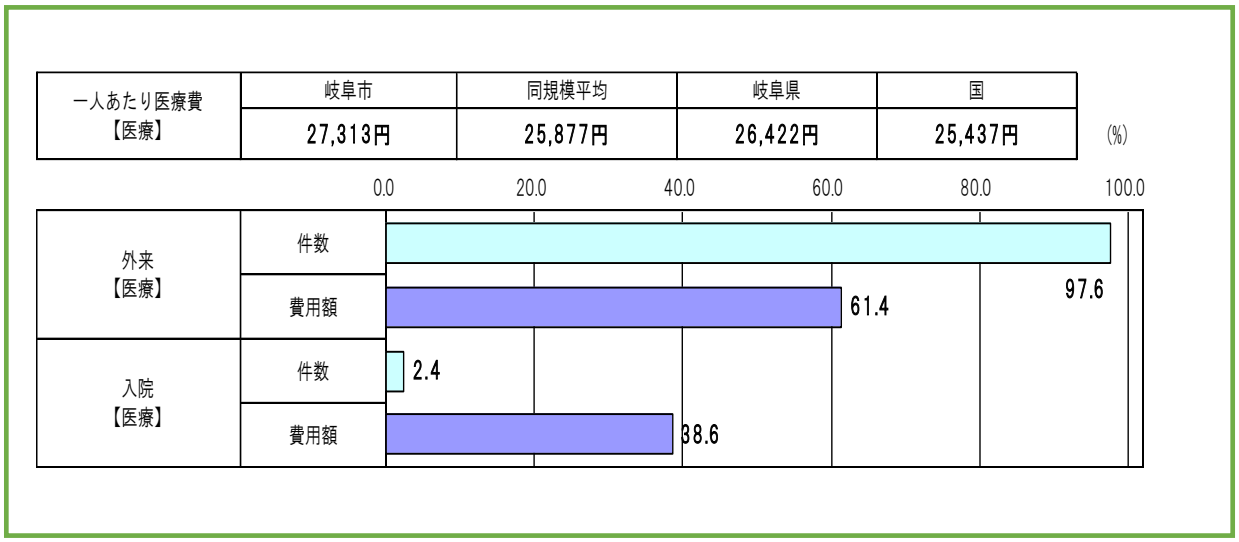
医療費については、外来費用の割合が増加し、入院費用の割合が減少している。被保険者の 60～74 歳の占める割合が増加していること、医療機関受療率や医療の状況（病院数等）と合わせて考えると、重症化予防の取組が必要と思われる。健診受診後の適正な医療受診行動が、重症化予防には必要であるが、特定健診受診率が低迷しているため、医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組は重要となる。入院の件数は全体の 2.2%だが、費用額は全体の 37.2%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよい。（図表 15.16.17）

【図表 17】

令和４年度 入院と外来の件数・費用額



平成 30 年度 入院と外来の件数・費用額



出典：KDB システム　地域全体像の把握

②疾病大分類及び疾病中分類からみる医療費

疾病大分類別に医療費の割合をみると、外来は悪性新生物を含む新生物、糖尿病・脂質異常症などを含む内分泌、栄養及び代謝疾患、心疾患・虚血性心疾患などを含む循環器系の疾患の順に医療費を占めている。入院は、新生物、循環器の疾患、精神および行動の障害の順に医療費を占めている。後期高齢者では、入院、外来ともに循環器系の疾患が上位を占めている。（図表 18）

【図表 18】

医療費の割合：疾病大分類　【国保】

外来　外来医療費全体を100%として計算【国保】

順位	大分類別疾患	割合(%)
1	新生物＜腫瘍＞	14.8
2	内分泌、栄養及び代謝疾患	14.3
3	循環器系の疾患	10.9
4	尿路性器系の疾患	10.3
5	筋骨格系及び結合組織の疾患	9.1
6	呼吸器系の疾患	6.2
7	消化器系の疾患	6
8	眼及び付属器の疾患	5.2
	その他	23.2

入院　入院医療費全体を100%として計算【国保】

順位	大分類別疾患	割合(%)
1	新生物＜腫瘍＞	19.8
2	循環器系の疾患	19
3	精神及び行動の障害	11.4
4	神経系の疾患	8
5	筋骨格系及び結合組織の疾患	7.4
6	呼吸器系の疾患	5.7
7	損傷、中毒及びその他の外因の影響	5.6
8	消化器系の疾患	5.6
	その他	17.5

参考：【後期高齢医療】

外来　外来医療費全体を100%として計算【後期】

順位	大分類別疾患	割合(%)
1	循環器系の疾患	20.1
2	内分泌、栄養及び代謝疾患	13.2
3	新生物＜腫瘍＞	12.6
4	筋骨格系及び結合組織の疾患	11.5
5	尿路性器系の疾患	10.2
6	消化器系の疾患	6.4
7	眼及び付属器の疾患	6.1
8	呼吸器系の疾患	5.3
	その他	14.6

入院　入院医療費全体を100%として計算【後期】

順位	大分類別疾患	割合(%)
1	循環器系の疾患	25.1
2	筋骨格系及び結合組織の疾患	12.3
3	新生物＜腫瘍＞	12
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	10.5
6	消化器系の疾患	5.3
7	尿路性器系の疾患	4.9
8	神経系の疾患	3.9
	その他	14.7

出典：ＫＤＢシステム　（令和４年度）
健康スコアリング（医療）
国保・後期高齢

疾病中分類別に医療費の割合をみると、外来は、糖尿病、腎不全、高血圧性疾患の順に医療費を占めている。入院は、統合失調症・統合失調症型障害及び妄想性障害、その他の悪性新生物（腫瘍）、その他の心疾患の順に医療費を占めている。

糖尿病、高血圧、脂質異常症等生活習慣病の重症化を予防することが、糖尿病性腎症や循環器疾患を予防する効果が大きいと考えられる。（図表 19）

【図表 19】

医療費の割合：疾病中分類

外来　　医科外来_総医療費　18,311,292,020

順位	大分類別疾患	大分類番号	順位	中分類別疾患	医療費	割合(%)
1	新生物＜腫瘍＞	2	1	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	891,946,520	4.9
			2	気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	434,662,660	2.4
			3	乳房の悪性新生物＜腫瘍＞	328,136,090	1.8
2	内分泌、栄養及び代謝疾患	4	1	糖尿病	1,607,981,810	8.8
			2	脂質異常症	671,640,460	3.7
			3	その他の内分泌、栄養及び代謝障害	229,244,710	1.3
3	循環器系の疾患	9	1	高血圧性疾患	930,648,120	5.1
			2	その他の心疾患	723,783,590	4.0
			3	虚血性心疾患	186,764,850	1.0
4	尿路性器系の疾患	14	1	腎不全	1,441,763,210	7.9
			2	その他の腎尿路系の疾患	169,233,380	0.9
			3	乳房及びその他の女性生殖器の疾患	88,902,440	0.5
5	筋骨格系及び結合組織の疾患	13	1	炎症性多発性関節障害	489,345,180	2.7
			2	関節症	259,736,120	1.4
			3	骨の密度及び構造の障害	251,577,240	1.4

入院　　被保険者数　94,926　　医科入院_総医療費　10,944,735,190

順位	大分類別疾患	大分類番号	順位	中分類別疾患	医療費	割合(%)
1	新生物＜腫瘍＞	2	1	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	810,257,250	7.4
			2	気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	279,967,710	2.6
			3	悪性リンパ腫	222,339,730	2.0
2	循環器系の疾患	9	1	その他の心疾患	766,777,070	7.0
			2	虚血性心疾患	421,795,170	3.9
			3	脳梗塞	278,648,750	2.5
3	精神及び行動の障害	5	1	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	832,320,730	7.6
			2	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	202,427,180	1.8
			3	その他の精神及び行動の障害	96,899,270	0.9
4	神経系の疾患	6	1	その他の神経系の疾患	832,320,730	4.1
			2	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	202,427,180	1.8
			3	その他の精神及び行動の障害	96,899,270	1.1
5	筋骨格系及び結合組織の疾患	13	1	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	234,734,250	2.1
			2	脊椎障害（脊椎症を含む）	209,933,710	1.9
			3	関節症	207,569,120	1.9

出典：KDB システム　（令和 4 年度）
健康スコアリング（医療）国保

（４）健診受診者の実態

令和４年度特定健診結果よりメタボ該当者およびメタボ予備群該当者についてみると、メタボ該当者は男性 37.4%、女性 12.4%と男性は女性の約 3 倍である。男性のリスクの重なりをみると、「血圧+脂質」が 17.9%と最も多く、次に「3 項目全て（血圧+脂質+血糖）」が 12.7%、「血糖+血圧」が 4.6%で、リスクの重なりの傾向は女性も同様である。メタボ予備群において、40～64 歳の男性は 19.4%であり、65～74 歳男性より多くなっている。このことは、若い世代からメタボ予備群が始まり、年齢とともにメタボ該当者に移行していくと考えられる。（図表 20 ）

令和４年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群の状況　【図表 20】

男性		健診受診者		腹囲のみ		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
岐阜市	合計	8,551	35.2	436	5.1%	3,194	37.4%	394	4.6%	183	2.1%	1,529	17.9%	1,088	12.7%	1,501	17.6%	98	1.1%	978	11.4%	425	5.0%
	40-64	2,734	24.9	209	7.6%	837	30.6%	90	3.3%	63	2.3%	448	16.4%	236	8.6%	530	19.4%	31	1.1%	299	10.9%	200	7.3%
	65-74	5,817	43.6	227	3.9%	2,357	40.5%	304	5.2%	120	2.1%	1,081	18.6%	852	14.6%	971	16.7%	67	1.2%	679	11.7%	225	3.9%

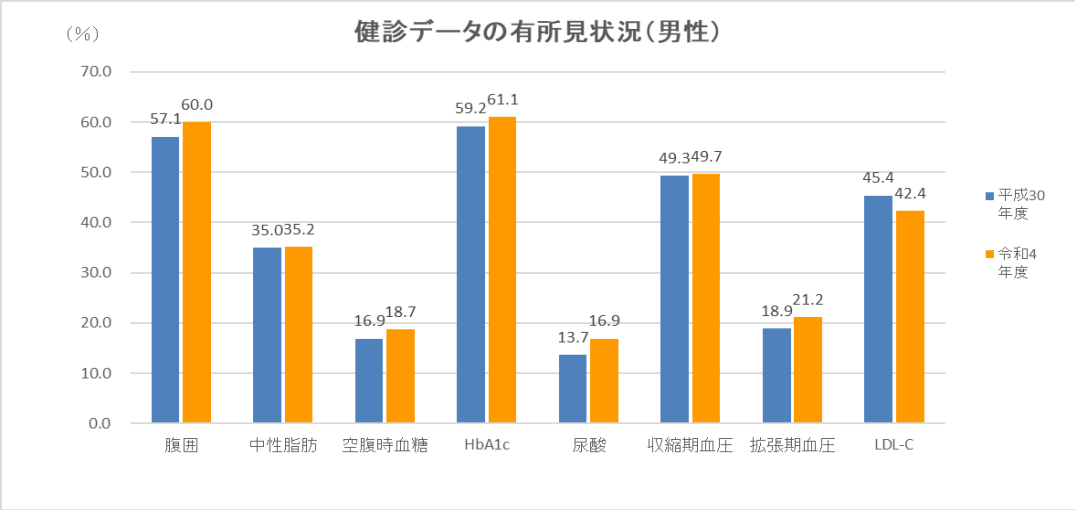
女性		健診受診者		腹囲のみ		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
岐阜市	合計	12,118	42.4	204	1.7%	1,499	12.4%	141	1.2%	61	0.5%	750	6.2%	547	4.5%	654	5.4%	23	0.2%	441	3.6%	190	1.6%
	40-64	3,482	30.8	96	2.8%	264	7.6%	24	0.7%	18	0.5%	127	3.6%	95	2.7%	199	5.7%	10	0.3%	113	3.2%	76	2.2%
	65-74	8,636	49.6	108	1.3%	1,235	14.3%	117	1.4%	43	0.5%	623	7.2%	452	5.2%	455	5.3%	13	0.2%	328	3.8%	114	1.3%

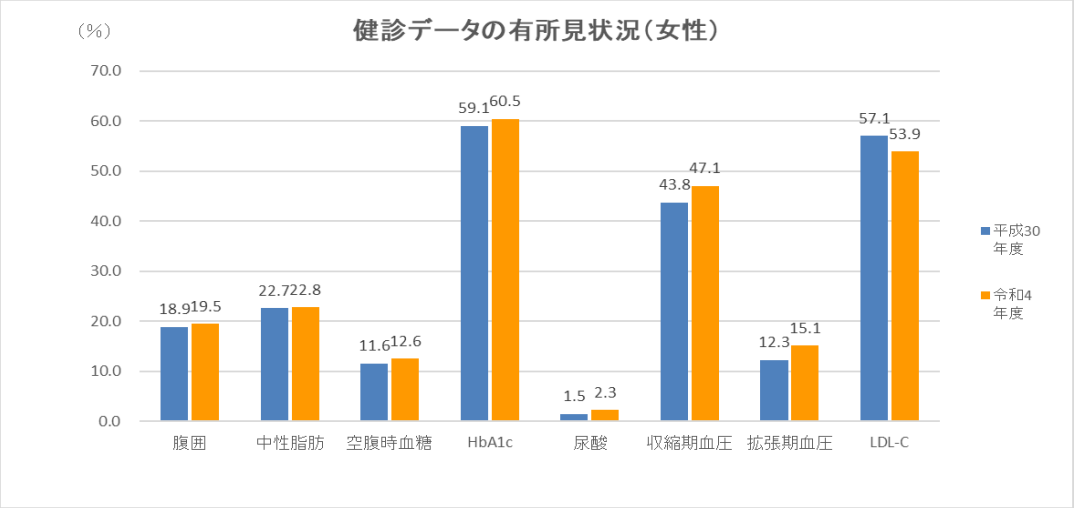
出典：KDB システム　　厚生労働省様式 5-3

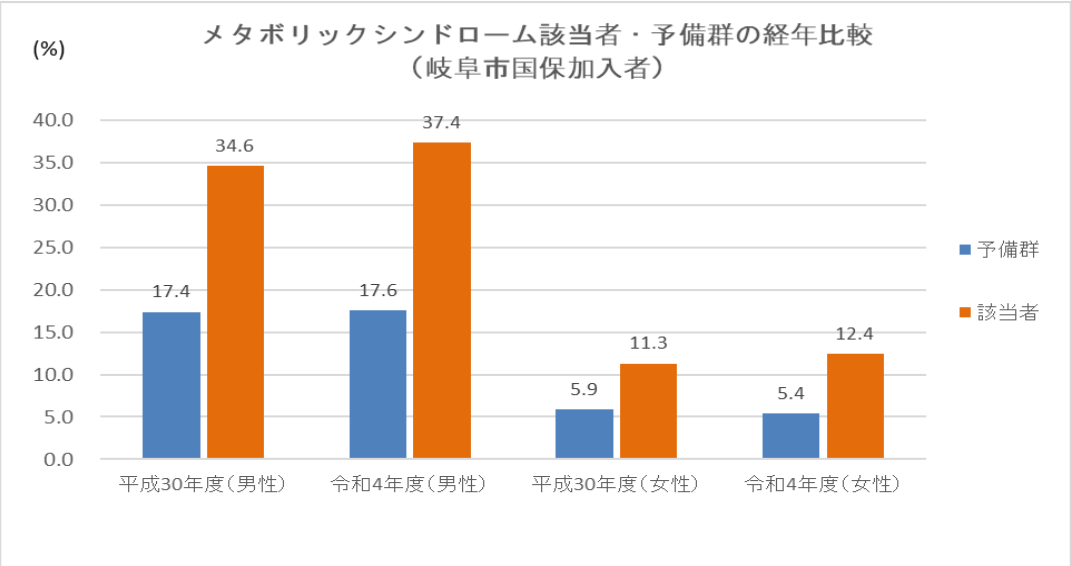
健診データのうち有所見者の状況をみると、男性は腹囲、HbA1c の有所見が 6 割と高い割合を示している。これに加え、収縮期血圧、LDL コレステロールの有所見が、5 割近くを占め、メタボの該当者が多くなっている。女性は男性と同様に HbA1c の有所見割合が 6 割と高く、ついで LDL コレステロール、収縮期血圧が約 5 割と有所見割合が高くなっている。血糖上昇に関与する中性脂肪の上昇を抑えるとともに、血糖のコントロールを正常に保つ必要がある。これらの悪化は、血管内皮の障害を助長させ、動脈硬化を促進し、心疾患や脳血管疾患、糖尿病性腎症等の発症の危険性を高めることになる。（図表 21）

令和４年度健診データの有所見状況

【図表 21】







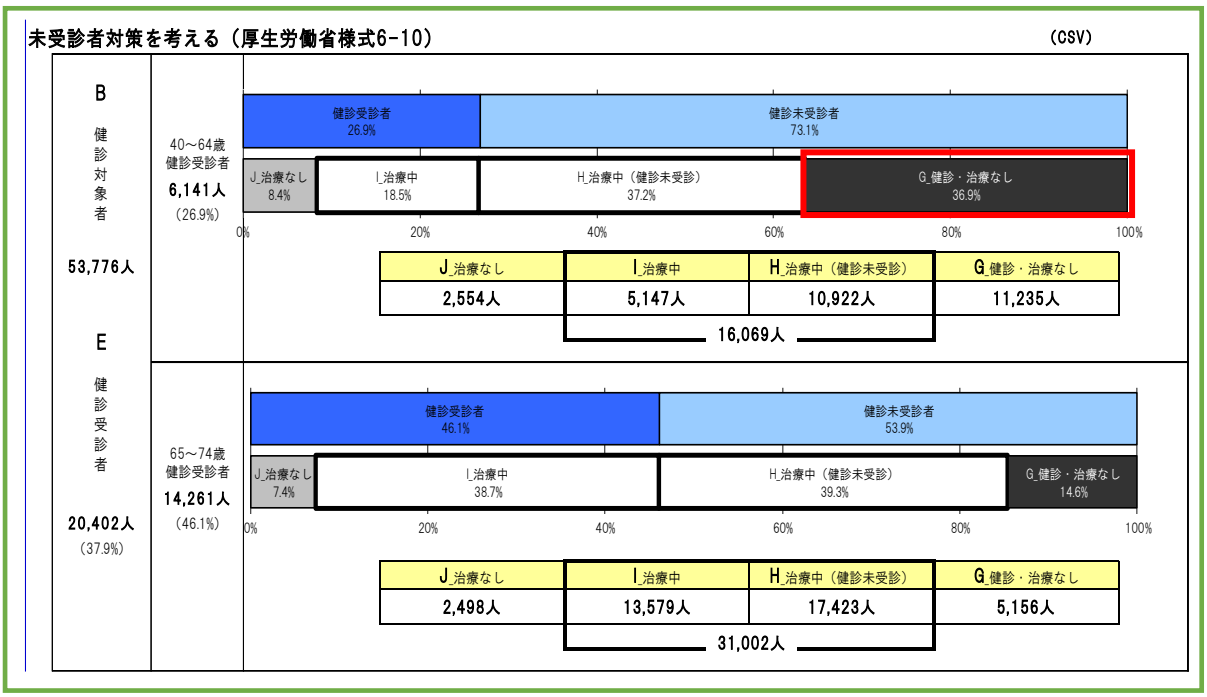
出典：KDB システム　　厚生労働省様式 5-3

（５）未受診者の把握

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、40～64 歳の若い世代は、健診も治療も受けていない割合が 36.9%と高くなっている。健診や治療を受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっている医療費と比較すると、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。（図表 22・23）

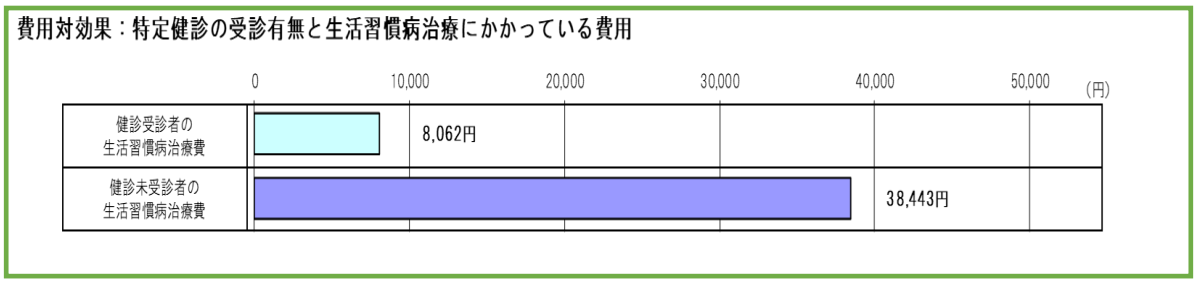
生活習慣病は自覚症状がないまま進行するため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防･重症化予防につながる。

令和 4 年度健診未受診者の状況 【図表 22】



出典：KDB システム

令和 4 年度健診受診の費用対効果 【図表 23】



出典：KDB システム
健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

（６）分析結果に基づく健康課題

KDB システム等からの分析結果及び前計画の評価を踏まえ、次のとおり健康課題を抽出した。

【疾病の特徴や医療費の状況】

・1 人当たり医療費が増加している。

・入院では「虚血性心疾患」、外来では「糖尿病」、「腎不全」の医療費が高い。

・後期高齢者医療では入院、外来共に「循環器系の疾患」が高い。

【要介護認定者の特徴】

・虚血性心疾患、糖尿病の有病者が多い。

【特定健診・特定保健指導の現状】

・特定健診受診率が目標に到達していない。（特に、40 歳代・50 歳代が低い）

・メタボ該当者及び予備群が多い。

・脂質異常症、高血圧、高血糖の該当者が多い。

・特定保健指導実施率が伸び悩んでいる。

３．目的・目標の設定

（１）目的

①健康寿命（疾病・障害・死亡）の延伸・医療費の適正化

本計画は、「健康寿命の延伸」及び「医療費の適正化」が目的である。

岐阜市は、医療、介護及び健診の分析から、入院及び外来でかかる 1 人当たり医療費が高く、特に慢性腎不全は高額であり、要介護者の有病状況では虚血性心疾患や糖尿病が多くなっている。また、男性は女性と比べてメタボ該当者が多く、死亡原因では心疾患が多いという特徴がある。これらのことからも、第 2 期データヘルス計画の目標である虚血性心疾患の新規患者数、糖尿病性腎症による新規透析患者数の伸びを抑えることが課題である。これらの基礎疾患には、糖尿病、脂質異常症、高血圧症があり、その背景にはメタボリックシンドロームがある。これらのことから、第 3 期計画では引き続き、特定健診・特定保健指導を実施し、生活習慣病予防・重症化予防の対象者を明確にして取り組むこととする。今後も、高齢化がますます進展し、加齢等により心臓、脳、腎臓等の臓器や全身の血管も傷むことを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

②中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、メタボ該当者および予備群の減少や生活習慣病の重症化予防等することを目標とする。（図表 24）

③短期的な目標の設定

虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボ等を減らすため、特定健診受診率や特定保健指導実施率を確実に上げることが重要である。また、保健事業を効果的なものとするため、保健指導の質を担保することに取り組み、医療受診が必要な者、及び医療受診を中断している者についても、治療または治療継続の働きかけなど適切な保健指導等を行う。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図る。

その目標値は、第 3 章の「特定健診・特定保健指導の実施」及び第 4 章の「保健事業の内容」に記載する。（図表 25.26）

また、医療費適正化の観点から適正受診・適正服薬等は関係機関との連携を図りながら、被保険者への働きかけする。

地域包括ケア・一体的実施では、高齢者の疾病予防とともに、フレイルや要介護状態への移行を予防することが重要であることを認識し、関係機関と KDB システム等を活用したデータ提供等により地域の課題を共有し、対応策を検討する。

○目的の整理

【図表 24】

計画の目的：健康寿命を推進させる・医療費を適正化する

目的	目標	事業
メタボ等の生活習慣病を予防	特定健診受診率の向上	特定健康診査
	特定保健指導の利用の促進とメタボの改善	特定保健指導
糖尿病等の生活習慣病の重症化の予防	糖尿病性腎症重症化予防プログラムへの参加促進と参加者の糖尿病等による腎症の重症化予防	糖尿病重症化予防
循環器（高血圧・脂質異常）重症化予防事業	高血圧、脂質異常症等の受診勧奨の改善	受診勧奨・重症化予防
重複多剤服用者の減少	重複受診・服薬等の改善	適正受診・適正服薬
地域包括ケア推進・一体的実施(※)の取組の状況	ハイリスク者のリスク軽減	地域包括・一体的実施

（※）高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の略

第３章　特定健診・特定保健指導の実施

１．第４期特定健診等実施計画

医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条において、実施計画を定めるものとされている。

なお、第１期及び第２期は５年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことを踏まえ、第３期（平成 30 年度以降）からは６年を一期として策定する。
（図表 25・26）

２．目標値の設定

【図表 25】

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診受診率	42%	44%	46%	48%	49%	50%
特定保健指導実施率	25%	26%	27%	28%	29%	30%

３．対象者の見込み

【図表 26】

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診	対象者数	52,200	49,500	47,000	44,500	42,000	40,000
	受診者数	21900	21,800	21,600	21,400	20,600	20,000
特定保健指導	対象者数	2,630	2,600	2,600	2,550	2,460	2,390
	実施者数	660	680	700	720	720	720

４．特定健診の実施

（１）実施場所・実施期間

個別特定健診は、岐阜市内の病院・医院（国・公立病院は除く）にて、６月上旬～10 月末まで実施する。

40 歳代、50 歳代の若い世代の特定健診受診率の向上及び特定保健指導の実施率向上を目指し、令和６年度から市役所等にて集団特定健診を試行実施する。

（２）特定健診実施項目

【図表27】

法定項目	内容
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査（質問票）を含む
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査（身体診察）
身長、体重及び腹囲の測定	身長、体重、BMI、腹囲
血圧の測定	拡張期及び収縮期血圧
肝機能検査	AST（GOT）、ALT（GPT）、γ-GT（γ-GTP）
血中脂質検査	空腹時または随時中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール
血糖検査	ヘモグロビン A1ｃ（HbA1c）、空腹時または随時血糖
尿検査	尿中の糖、蛋白の有無

岐阜市国保独自の実施項目（法定外必須項目）

法定外必須項目	内容
腎機能検査	血清クレアチニン、ｅＧＦＲ
尿酸検査	血清尿酸
全身栄養状態検査	血清アルブミン
尿検査	尿潜血

詳細な健診の項目　（医師の判断により、実施される法定項目）

法定項目	実施できる条件（判断基準）、内容
貧血検査	貧血の既往歴を有する者または視診等で貧血が疑われる者（ヘマトクリット値、血色素量、赤血球数の測定）

医師の判断により、実施される岐阜市国保独自の項目（法定外選択項目）

法定外選択項目	実施できる条件（判断基準）、内容
心電図検査	診察により心電図検査が必要と思われる者（12 誘導心電図）
貧血検査	血小板、白血球（貧血検査を実施する者のみの必須項目）
眼底検査	当該年の特定健診の結果等において、血圧または血糖検査が、下表の基準に該当した者、または医師が検査実施を必要と判断した者 血糖：空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、HbA1c が 6.5%以上（NGSP 値）または随時血糖値が 126mg/dl 以上 血圧：収縮期 140mmHg 以上、または拡張期 90mmHg 以上

（実施基準第１条４項）

（３）結果通知

個別特定健診の結果は、受診した医療機関において医師から受診者に説明する。結果の見方等に加え、検査結果（血圧、血糖・HbA1c・中性脂肪・LDL コレステロール、eGFR 等）に応じ生活習慣病に関する疾患別（糖尿病、脂質異常症、高血圧症、CKD［慢性腎臓病］）の情報提供とともに、生活習慣改善や医療機関受診勧奨を行う。

集団特定健診の結果は、受診した岐阜市役所等の会場にて結果説明会を開催し、結果の見方や生活習慣の見直し等に関する情報提供を行う。

（４）外部委託

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、及び実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示（厚生労働省告示第九十二号平成 25 年 4 月 1 日）において定められている。契約形態としては、特定健診実施機関と委託契約を結ぶ。

（５）代行機関

岐阜県国民健康保険団体連合会を代行機関とする。

ここでいう代行機関とは、保険者間又は保険者及び健診機関・保健指導機関との間における特定健診等に要する費用の請求及び支払を円滑に行うことを目的とする機関とし、下記①～⑥等を有する者をいう。

①支払代行や請求等の事務のために健診機関、保健指導機関及び保険者の情報を管理する機能

②簡単な事務点検のために契約情報、受診券又は利用券情報を管理する機能

③健診機関等からの健診データの読み込み、確認及び保険者への振り分け機能

④契約内容との整合性、対象者の受診資格の有無等を確認する機能

⑤保健指導の開始時期及び終了時期を管理する機能

⑥請求及び支払代行等の機能

（６）周知や案内

岐阜市広報紙等により周知し、対象者に対しては特定健康診査受診券の送付により案内する。

健診未受診者に対しては、特定健診受診勧奨ハガキ送付により、対象に合わせた内容でハガキ作成・送付する。

（７）健診結果提供（事業者健診等、他の健診受診データ保有者からの受領）

事業者健診等の他の健診受診者から健診データを受領する方法は以下のとおりとする。

・受診券に同封する案内等に、事業者健診等を受診した場合の国保・年金課への結果提

出協力について記載する。

・健診データ提供同意者が事業者健診等の健診結果を提出の際、特定健診として必要な項目の補足（問診）を実施する。

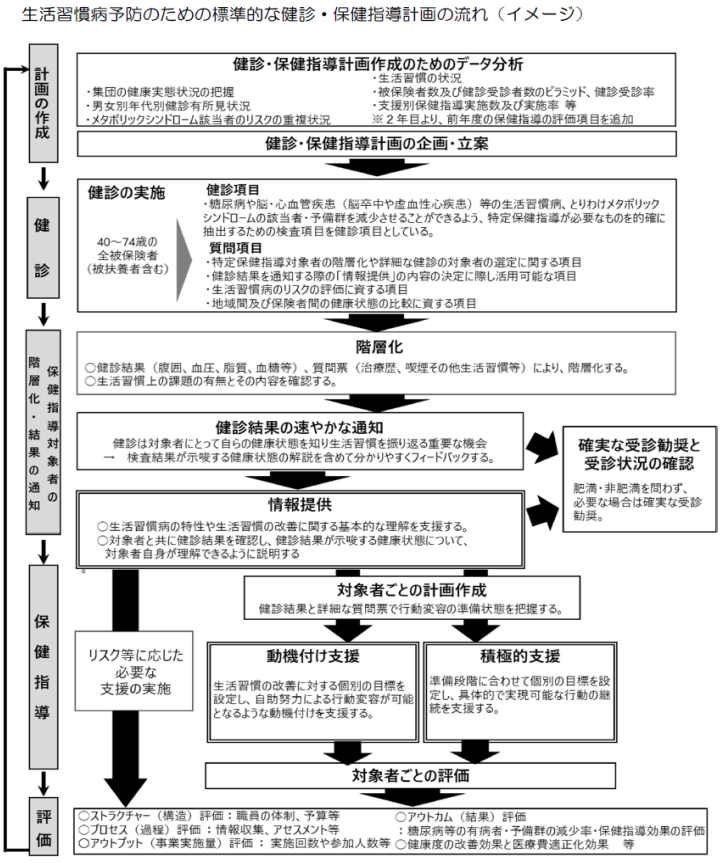
・国保・年金課にて健診結果、問診データを電子データ化し、岐阜県国民健康保険団体連合会にデータ送付し、他の特定健診結果と同様に管理・分析等を行う。 また、特定健診受診者と同様に健診結果を階層化し、保健指導を実施する。

（８） 情報提供事業（医療機関等との適切な連携）

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を実施する。

また、特定健診終了後の 12 月～2 月（3 か月間）に情報提供事業への協力依頼文書(治療中の人の検査結果データ提供票）を作成及び送付、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医への協力依頼及び連携を行う。

【図表 28】



標準的な健診・保健指導プログラム「令和 6 年度版」より抜粋

５．特定保健指導の実施

（１）健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(令和 6 年版)」をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。（図表 28）

（２）実施場所・実施期間

国保･年金課や各地域のコミュニティセンター､保健センター等において平日や休日等、利用者の希望に応じて実施する。

集団健診受診者については、約 1 か月後（日曜日）に健診結果説明会を開催し、同時に保健指導を実施する。

全年齢ともに個別支援を随時実施する。

（３）実施内容

＜動機付け支援＞

〇支援期間および頻度：初回面接（オンラインを含む）による支援の原則 1 回とする。完了までの期間としては、面接時（行動計画作成の日）から 3 か月経過後に実績評価を行うことから、約 3 か月となる。

〇支援内容：対象者本人が、自分の生活習慣の改善すべき点等を自覚し、自ら目標を設定し行動に移すことができる内容とする。面接による支援は、1 人 20 分以上の個別（オンラインを含む）による支援とする。実績評価は面接または通信（電話または FAX、手紙等）を利用して実施する。

＜積極的支援＞

〇支援期間および頻度：初回時に面接（オンラインを含む）による支援を行い、その後、3 か月以上の継続的な支援を行う。完了までの期間としては、面接時（行動計画作成の日）から 3 か月経過後に実績評価を行うことから、約 3 か月とする。

〇支援内容：対象者本人が、自らの健康状態、生活習慣の改善すべき点等を自覚し、生活習慣の改善に向けた自主的な取り組みを継続的に行うことができる内容とする。 面接による支援は、1 人 20 分以上の個別（オンラインを含む）による支援とする。

3 か月以上の継続的な支援は、規定のポイント制に基づき実施する。実績評価は面接または通信（電話または FAX、手紙等）を利用して実施する。

（４）周知や案内（利用申込書の送付等）の方法

岐阜市広報紙等により周知し、対象者に対しては特定保健指導利用申込書等の送付により案内する。特定健診受診の翌々月初めに、日程等を記載した特定保健指導案内を送付する。また、医師が健診結果説明時に使用する情報提供リーフレット内に、特定保健指導対

象者が早期に特定保健指導を利用できることを記載（オンラインによる申込ができるよう二次元コードを掲載）し、結果説明時に医師から対象者へ特定保健指導利用促進の協力を得る。

（５）特定保健指導利用勧奨事業

特定保健指導利用申込書等の送付により保健指導の利用希望のない対象者に対し、対象者が保健指導を受けるよう勧奨通知や訪問を実施し保健指導の利用を促す。

また、受診勧奨値の有所見者（血糖、eGFR、尿蛋白等）に関しては優先的に訪問し、医療機関受診を促す。

勧奨通知の内容、訪問対象者の選定等については、毎年効果検証、評価を行い、事業の実施方法を見直す。

（６）外部委託

実施基準第 16 条に基づき、積極的支援及び動機付け支援の一部については、保健指導事業者と委託契約を結び、実施する。

６．個人情報の保護

健診および保健指導データの取り扱いについては、個人情報の保護の観点から、個人情報の保護に関する法律及び岐阜市個人情報の保護に関する法律施行条例を遵守し、国保・年金課にて適切な対応をする。

データの保管は、岐阜県国民健康保険団体連合会に委託し、その保管年限は 5 年とする。保管年限が経過した特定健診・保健指導データは、保存データを消去する。

７．特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項に基づく計画は、岐阜市ホームページ等への掲載により公表、周知する。

○評価指標

【図表 29】

特定健診

	評価指標	令和3年度（策定実績）	令和6年度	令和7年度	令和8年度（中間評価）	令和9年度	令和10年度	令和11年度（最終評価）
アウトカム指標（成果）	特定健診実施率（実績値）	39.9%	42%	44%	46%	48%	49%	50%
アウトプット指標（実施量・率）	40歳代受診率	22.0%	22.0%	22.0%	23.0%	24.0%	24.0%	25.0%
	50歳代受診率	28.7%	29.0%	29.0%	29.0%	30.0%	30.0%	30.0%
	60歳代受診率	42.7%	43.0%	44.0%	45.0%	45.0%	45.0%	45.0%
	70歳代受診率	48.8%	49.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
	継続受診率（前年度未受診者が受診した数の増加）	16.3%	18.0%	20.0%	23.0%	25.0%	28.0%	30.0%

受診勧奨事業

	評価指標	令和3年度（策定実績）	令和6年度	令和7年度	令和8年度（中間評価）	令和9年度	令和10年度	令和11年度（最終評価）
アウトカム指標（成果）	特定健診実施率(実績値)	39.9%	42.0%	44.0%	46.0%	48.0%	49.0%	50.0%
アウトプット指標（実施量・率）	特定健診受診勧奨ハガキ送付率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	情報提供事業票の回収率	18.9%	20.0%	22.0%	23.0%	25.0%	25.0%	25.0%

特定保健指導

	評価指標	令和3年度（策定実績）	令和6年度	令和7年度	令和8年度（中間評価）	令和9年度	令和10年度	令和11年度（最終評価）
アウトプット指標（実施量・率）	特定保健指導実施率	19.6%	25.0%	26.0%	27.0%	28.0%	29.0%	30.0%
	次年度継続健診受診率	71.9%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%

特定保健指導利用者勧奨事業

	評価指標	令和3年度（策定実績）	令和6年度	令和7年度	令和8年度（中間評価）	令和9年度	令和10年度	令和11年度（最終評価）
アウトカム指標（成果）	保健指導レベルの改善割合	49.6%	50.0%	55.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
	利用者の腹囲2㎝、体重2kg減量した者の割合	17.9%	20.0%	23.0%	27.0%	28.0%	29.0%	30.0%
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	19.2%	20.0%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%
アウトプット指標（実施量・率）	特定保健指導実施率	19.6%	25.0%	26.0%	27.0%	28.0%	29.0%	30.0%
	次年度特定健診継続受診率	71.9%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
	体重の変化(改善割合)	61.8%	63.0%	64.0%	65.0%	67.0%	68.0%	70.0%
	腹囲の変化(改善割合)	61.5%	63.0%	64.0%	65.0%	67.0%	68.0%	70.0%

第４章　保健事業の内容

Ⅰ　保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボ等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせて実施していく必要がある。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病重症化予防※・循環器疾患重症化予防※の取組を行う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化による医療費や介護費用等の実態を広く市民へ周知する。

また、生活習慣病は自覚症状がないまま進行するため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってくる。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要がある。その実施にあたっては第 3 章の特定健診等実施計画に準ずるものとする。

※当該計画の標準化に伴い、事業名称を変更する

Ⅱ　重症化予防の取組

１．糖尿病重症化予防

（１）基本的な考え方

岐阜市は、国保･後期高齢者医療共に、生活習慣病の治療に多くの医療費を使っている。入院は「虚血性心疾患」、外来は「糖尿病」、「腎不全」、後期高齢者医療では入院、外来共に「循環器疾患」が多くなっている。その中でも特に糖尿病の重症化を予防し、一件当たりの医療費が高く介護につながりやすい人工透析への移行を遅らせることが必要である。また、特定健康診査受診者のうち、血糖コントロール薬の服薬者が県や国と比較して多い。有所見率を比較すると、「血糖・脂質」、「血圧・脂質」や「血糖・血圧・脂質」と併せ持った有所見率が県、国と比較して高い状態である。岐阜市は特定健診受診者のなかで医療機関受診率が県や国、同規模市と比較して高い。（図表 9-2）岐阜市は、特定健診受診時の高血糖者に対して、医療機関受診を促す通知と個別支援の実施や、治療中の対象者へは保健指導を実施し、生活習慣を振り返る取組を実施しており、受診勧奨による医療機関受診や、翌年度の特定健診受診など一定の効果を得ており、今後も継続して糖尿病重症化予防に取り組む必要がある。

（２）目的

糖尿病が重症化するリスクの高い人に対して、保健指導及び医療機関への受診に結びつけることより合併症、人工透析等の重症化への移行防止を図る。

（３）対象者

＜対象者選定基準の考え方＞

対象者の選定基準にあたっては岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（以下、県プログラム」という。）に準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

① 医療機関未受診者

② 医療機関受診中断者

③ 糖尿病治療中の者

糖尿病性腎症を発症していないが高血圧

メタボ該当者等リスクを有する者

（糖尿病性腎症で通院している者を除く）

＜選定基準に基づく対象者の把握＞

①対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者の把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」（糖尿病性腎症合同委員会）を基盤とする。糖尿病性腎症病期分類は尿蛋白及び腎機能(eGFR)で把握する。（図表 30・参考資料 4）

岐阜市においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査を必須項目として実施しているため腎機能（eGFR）の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD 診療ガイドライン 2023 では尿アルブミン定量（mg/dl）に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白（-）、微量アルブミン尿と軽度尿蛋白（±）、顕性アルブミン尿（＋）としていることから尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となる。

【図表 30】

糖尿病性腎症病期分類（改訂）注1

病期	尿アルブミン値（mg/gCr） あるいは 尿蛋白値（g/gCr）	GFR（eGFR） （ml/分/1.73m²）
第1期 （腎症前期）	正常アルブミン尿（30 未満）	30以上注2
第2期 （早期腎症期）	微量アルブミン尿（30～299）注3	30以上
第3期 （顕性腎症期）	顕性アルブミン尿（300 以上） あるいは 持続性蛋白尿（0.5以上）	30以上注4
第4期 （腎不全期）	問わない注5	30未満
第5期 （透析療法期）	透析療法中	

②基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用いて対象者数の把握を行う。

③介入方法

【受診勧奨】

・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者
・糖尿病治療中であったが中断者
・介入方法として訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

【保健指導】

・糖尿病で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者
・介入方法として訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
・医療機関と連携した保健指導

（４）対象者の進捗管理

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳で管理していく。

（５）保健指導の実施

①糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満、脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。岐阜市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。

また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。

（６）医療との連携

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医から対象者の検査データの収集、保健指導への助言を得る。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては岐阜県プログラムに準じて行う。

（７）高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していく。

（８）実施期間及びスケジュール

７月　　対象者の選定基準の決定

８月　　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

９月～ 特定健診結果が届き次第、糖尿病管理台帳に記載

台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

（９）評価

評価を行うにあたっては，短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年１回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB システム等の情報を活用していく。（図表 32）

○評価指標

【図表 32】

糖尿病重症化予防事業（医療機関受診勧奨事業）

	評価指標	令和3年度（策定実績）	令和6年度	令和7年度	令和8年度（中間評価）	令和9年度	令和10年度	令和11年度（最終評価）
アウトカム指標（成果）	HbA1c値維持・改善者割合	74.3%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%
	介入者の新規透析患者数	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
アウトプット指標（実施量・率）	医療機関受診勧奨率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	医療機関受診率	39.6%	40.0%	42.0%	44.0%	46.0%	48.0%	50.0%
	継続医療機関受診率	52.3%	55.0%	55.0%	60.0%	60.0%	70.0%	70.0%
	医療機関に相談した割合	80.0%	81.0%	82.0%	83.0%	84.0%	85.0%	85.0%
	次年度健診受診率	77.6%	78.0%	79.0%	80.0%	81.0%	82.0%	83.0%

糖尿病重症化予防事業（糖尿病受診中断者への受診勧奨）

	評価指標	令和3年度（策定実績）	令和6年度	令和7年度	令和8年度（中間評価）	令和9年度	令和10年度	令和11年度（最終評価）
アウトカム指標（成果）	HbA1c値維持･改善者割合	64.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%
アウトプット指標（実施量･率）	医療機関受診勧奨率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	医療機関受診率	25.5%	27.0%	30.0%	30.0%	35.0%	40.0%	40.0%
	次年度健診受診率	18.7%	20.0%	25.0%	25.0%	30.0%	35.0%	35.0%

糖尿病重症化予防事業（糖尿病受診中で腎症発症リスクの高い者への保健指導）

	評価指標	R3（策定実績）	R6	R7	R8（中間評価）	R9	R10	R11（最終評価）
アウトカム指標（成果）	HbA1c値維持･改善者割合	74.2%	75.0%	75.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
	eGFR値維持･改善者割合	69.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%
	介入者の新規透析患者数	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
アウトプット指標（実施量･率）	受講勧奨率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	次年度健診受診率	85.7%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
	保健指導実施率	11.8%	13.0%	15.0%	17.0%	19.0%	23.0%	25.0%

２． 循環器疾患重症化予防

（１）基本的な考え方

岐阜市は、国保・後期高齢者医療共に、生活習慣病の治療に多くの医療費を使っている。入院は「虚血性心疾患」、外来は「糖尿病」、「腎不全」についで「高血圧性疾患」が多く、後期高齢者医療では入院、外来共に「循環器系の疾患」が多くなっている。高血圧等循環器疾患の重症化予防を図る必要がある。岐阜市は、血圧、中性脂肪、LDL コレステロールの受診勧奨者に対し、医療機関受診を促す通知と個別支援の実施、生活習慣を振り返る取組を実施しており、医療機関受診率や次年度の特定健診受診率など一定の効果を得ており、今後も継続して循環器疾患重症化予防に取り組む必要がある。

（２）目的

高血圧または脂質異常症が重症化するリスクの高い未受診者を医療機関の受診につなげ、高血圧または脂質異常症から起因する心臓病や脳卒中などの疾病を予防する。

（３）対象者

特定健診の結果、以下の条件に該当しかつ問診にて「服薬治療なし」と回答し、レセプト情報にて高血圧または脂質異常の受療歴が確認できない者

（ただし、特定保健指導及び糖尿病重症化予防事業対象者は除く）

・収縮期血圧 160mmHg 以上または拡張期血圧 100mmHg 以上

・LDL コレステロール 180mg/dl 以上または中性脂肪 500mg/dl 以上

なお、対象者の選定や内容等については、毎年効果検証、評価を行い、事業の実施方法を見直す。

（４）保健指導の実施

健診等の結果が基準に該当し、健診受診の翌月までに高血圧または脂質異常症の受療歴が確認できない者に対し、受診状況を確認する通知を送付する。

返信や診療情報から医療機関の受診が確認できない場合には、訪問や電話等による受診勧奨及び状況把握を行う。保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。

（５）医療との連携

治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。医療の情報については、かかりつけ医や対象者、KDB システム等を活用しデータを収集していく。

（６）高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は、地域包括支援センター等と連携していく。

（７）実施期間及びスケジュール

７月　対象者の選定基準の決定

８月　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

９月～ 特定健診結果が届き、対象者へ介入（通年）

（８）評価

評価を行うにあたっては，短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年１回行うものとする。（図表 33）

短期的評価：心電図、高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム、LDL コレステロール等重症化予防対象者の減少

中長期的評価においては他の糖尿病性腎症等と合わせて行っていく

○評価指標　【図表 33】

	評価指標	令和3年度（策定実績）	令和6年度	令和7年度	令和8年度（中間評価）	令和9年度	令和10年度	令和11年度（最終評価）
アウトカム指標（成果）	保健指導レベルの改善割合	49.6%	50.0%	55.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
	利用者の腹囲2㎝、体重2kg減量した者の割合	17.9%	20.0%	23.0%	27.0%	28.0%	29.0%	30.0%
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	19.2%	20.0%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%
アウトプット指標（実施量・率）	特定保健指導実施率	19.6%	25.0%	26.0%	27.0%	28.0%	29.0%	30.0%
	次年度特定健診継続受診率	71.9%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
	体重の変化（改善割合）	61.8%	63.0%	64.0%	65.0%	67.0%	68.0%	70.0%
	腹囲の変化（改善割合）	61.5%	63.0%	64.0%	65.0%	67.0%	68.0%	70.0%

循環器疾患重症化予防事業（脂質異常症医療機関受診勧奨事業）

	評価指標	令和3年度（策定実績）	令和6年度	令和7年度	令和8年度（中間評価）	令和9年度	令和10年度	令和11年度（最終評価）
アウトカム指標（成果）	中性脂肪　維持･改善者割合	58.5%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	6.0%
	LDLコレステロール　維持･改善者割合	79.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
アウトプット指標（実施量･率）	医療機関受診率	28.2%	30.0%	32.0%	35.0%	40.0%	40.0%	40.0%
	次年度健診受診率	76.1%	78.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%

Ⅲ　ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していく。また、健診受診の重要性についても継

続して周知していく。その際には、広報紙やラジオ、はがき等の手法により、対象者の特徴を考慮した対応を行う。

Ⅳ 健診・医療情報を活用した取組

１．重複受診者・重複服薬者への適切な受診指導

レセプトデータを活用して、同一疾病で複数の医療機関を重複して受診している被保険者に対し、医療機関、保険者等の関係者が連携して、適切な受診の指導を行う。

（１）基本的な考え方

被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い１人当たり医療費も増加傾向にある。今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給とともに、被保険者の安全な服薬を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進する。

（２）対象者

・2 か月連続して同一月に同一疾患での受診医療機関が 4 か所以上の者
・その他、医療機関等への受診歴の状況により、適正受診等の指導を行う必要があると思われる者

（３）対象者の選定、モニタリング

・KDB システム「介入支援対象者の絞り込み」（服薬管理）画面から、上記（２）の対象者の条件で抽出する。
・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。
・対象者の選定や被保険者の受診傾向をみるために 3 か月ごとに抽出・選定を行う。

（４）保健指導の実施

「重複多受診・重複服薬等におけるマニュアル（岐阜県国民健康保険団体連合会作成）」により、指導目標及び指導方法を検討し、身体・生活状況、医療機関の受診状況などについて聞き取り・指導を行う。
・対象者を抽出し、保健指導（健康相談）勧奨通知を作成、送付する。
・対象者からの返信の有無に応じて、訪問等で保健指導を実施する。

（５）関係機関との連携と協力

医師会・薬剤師会等の関係機関と連携し、適切な受診への協力を得る。

２．後発医薬品の使用促進

レセプトに基づき、後発医薬品を使用した場合の具体的な自己負担の差額に関して被保険者に通知を行う。また、ホームページやみんなの国保(小冊子)にて広く市民に後発医薬品の使用促進を周知する。

第５章　地域包括ケアの推進・一体的実施に係る取組

人口の高齢化が進む中で、高齢者の要介護状態やフレイルの予防が重要になっている。令和元年改正の国民健康保険法や介護保険法等のもと、市町村において、地域包括ケアとともに保健事業と介護予防の一体的実施が推進されている。

岐阜県庁が発表した「令和 2 年度国勢調査による岐阜県の人口」によると、岐阜県の高齢化率は 30.4%と平成 27 年（28.1%）から 2.3%増加し、65 歳以上の単独世帯は 8 万 5160 世帯と平成 27 年に比べ 1 万 2040 世帯（16.5%）増加している。高齢者が住みなれた地域で自立した生活ができる期間を延伸し、QOL の維持・向上を図ることが重要であり、そのために国保の視点から地域包括ケアに資する取組を行う必要がある。

岐阜市における介護認定者の有病状況は心疾患が 66.4%と県や国と比べて高い。(図表 11)国保の全体医療費(入院と外来の合算)の中で高血圧症は 5 位と上位にあり、入院では虚血性心疾患、循環器系の疾患の割合が高い。後期高齢者においても、介護認定者の有病状況で心疾患が 66.4%と最も高い状態を維持していることから、高血圧対策が循環器疾患(心疾患)の予防、ひいては介護予防につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らすためにも、第 4 章の重症化予防の取組を進めていくことが重要である。また、医療・介護・保健・福祉部門等の関係機関との連携や、議論の場においては KDB システム等を活用したデータ提供等により地域の課題を共有し対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局として参画することで地域包括ケアの構築を推進する。

第６章　計画の評価・見直し

１．評価の時期

令和 8 年度に進捗確認のための中間評価を行い、計画を見直す。

また、計画の最終年度の令和 11 年度においては、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

２．評価方法・体制

保険者は、健診・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ことが求められており、保険者努力支援制度においても 4 つの指標での評価が求められている。

※評価における４つの指標

ストラクチャー(保健事業実施のための体制・システムを整えているか)
プロセス（保健事業の実施過程）
アウトプット（保健事業の実施量）
アウトカム（成果）

具体的な評価方法は、KDB システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるため、受診率・受療率、医療の動向等は、定期的に確認を行う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、医師会等関係機関の助言を受けるものとする。

第７章　計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

１．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えるべきものとすることが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要である。また、県は保険者から計画を収集し、保険者が計画を掲載したリンクを収集し、その一覧を県のホームページに掲載する。

２．個人情報の取扱い

計画の策定にあたっては、活用するデータの種類や活用方法が多岐にわたり、健診結果やレセプトデータ情報を突合し加工する等による統計情報と、個別の個人情報とが存在するが、健診データやレセプトに関する個人情報は、一般的には個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）に定める要配慮個人情報に該当するため、他の個人情報よりも慎重に取り扱う。また、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面においても、その保有する個人情報の適切な取扱いが個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、確保されるよう措置を講じる。

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

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

参考資料

参考資料１　国・県・同規模平均と比べてみた岐阜市の位置

参考資料２　健診データのうち有所見割合の高い項目や年代を把握する
（厚生労働様式 5-2）

参考資料３　糖尿病等生活習慣病予防のための健診、保健指導
（厚生労働様式 5-5）

参考資料４　糖尿病性腎症病期分類（糖尿病性腎症合同員会･糖尿病性腎症病期分類改定ワーキンググループ）

参考資料５　第３期データヘルス計画（岐阜県版様式）

様式6-1　国・県・同規模平均と比べてみた岐阜市の位置

項目					岐阜市		同規模平均		岐阜県		国		データ元（CSV）
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	人口構成	総人口		378,246		370,027		1,939,486		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
				65歳以上（高齢化率）	113,093	29.9	8,314,675	26.4	593,751	30.6	35,335,805	28.7	
				75歳以上	60,239	15.9		13.7	307,534	15.9	18,248,742	14.8	
				65～74歳	52,854	14.0		12.7	286,217	14.8	17,087,063	13.9	
				40～64歳	127,906	33.8		34.2	642,486	33.1	41,545,893	33.7	
				39歳以下	137,247	36.3		39.3	702,250	36.2	46,332,563	37.6	
	②	産業構成	第1次産業		1.7		1.8		3.2		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
			第2次産業		25.0		21.5		33.1		25.0		
			第3次産業		73.3		76.8		63.7		71.0		
	③	平均寿命	男性		80.8		80.9		81.0		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			女性		86.8		87.1		86.8		87.0		
	④	健康寿命	男性		79.5		78.5		79.6		78.7		
			女性		81.2		81.2		81.9		81.4		
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性	100.5		99.3		99.5		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性	103.9		99.4		102.5		100		
			死因	がん	1,225	51.1	90,510	51.2	6,043	50.8	378,272	50.6	
				心臓病	674	28.1	48,318	27.3	3,281	27.6	205,485	27.5	
				脳疾患	302	12.6	23,515	13.3	1,678	14.1	102,900	13.8	
				糖尿病	54	2.3	3,382	1.9	166	1.4	13,896	1.9	
				腎不全	86	3.6	6,268	3.5	444	3.7	26,946	3.6	
				自殺	55	2.3	4,928	2.8	291	2.4	20,171	2.7	
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）		24,762	21.9	1,702,783	20.5	106,977	18.1	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				新規認定者	371	0.3	27,537	0.3	1,890	0.3	110,289	0.3	
			2号認定者		508	0.4	41,864	0.4	2,262	0.4	156,107	0.4	
	②	有病状況	糖尿病		8,007	31.1	443,953	24.8	322,279	28.8	1,712,613	24.3	
			高血圧症		14,947	57.9	952,945	53.6	63,115	56.7	3,744,672	53.3	
			脂質異常症		9,409	36.1	602,481	33.6	37,888	33.7	2,308,216	32.6	
			心臓病		17,048	66.4	1,076,085	60.6	72,756	65.5	4,224,628	60.3	
			脳疾患		5,484	21.6	396,610	22.6	24,300	22.2	1,568,292	22.6	
			がん		3,521	13.6	219,003	12.2	12,564	11.2	837,410	11.8	
			筋・骨格		15,226	59.4	961,876	54.1	62,696	56.4	3,748,372	53.4	
			精神		9,672	38.3	653,718	37.0	42,026	38.2	2,569,149	36.8	
	③	介護給付費	1件当たり給付費（全体）		54,712		55,521		59,511		59,662		
				居宅サービス	41,713		41,018		41,518		41,272		
				施設サービス	292,661		300,596		284,664		296,364		
	④	医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）	認定あり	7,352		8,543		7,801		8,610		
				認定なし	3,769		3,918		3,787		4,020		
4	①	国保の状況	被保険者数		78,313		6,104,064		388,249		24,660,500		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
				65～74歳	32,803	41.9		40.1	185,260	47.7	10,794,323	43.8	
				40～64歳	25,923	33.1		33.2	118,380	30.5	7,904,763	32.1	
				39歳以下	19,587	25.0		26.7	84,609	21.8	5,961,414	24.2	
			加入率		20.7		19.4		20.0		20.0		
	②	医療の概況（人口千対）	病院数		32	0.4	2076	0.3	97	0.2	8,237	0.3	
			診療所数		397	5.0	29,803	4.7	1,610	3.9	102,599	3.7	
			病床数		6,449	81.9	393,610	64.1	19,782	47.9	1,507,471	54.5	
			医師数		1,736	22.0	109,226	17.8	4,580	11.1	339,611	12.3	
			外来患者数		789.4		702.5		747.9		686.4		
			入院患者数		17.9		17.5		17.3		17.5		
	③	医療費の状況	一人当たり医療費		30,409	県内16位 同規模23位	28,428		29,546		29,043		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
			受診率		807.885		721.674		780.127		728.390		
			外来	費用の割合	62.8		60.8		62.4		59.9		
				件数の割合	97.8		97.5		97.7		97.4		
			入院	費用の割合	37.2		39.2		37.6		40.1		
				件数の割合	2.2		2.5		2.3		2.6		
			1件あたり在院日数		15.5日		15.7日		15.7日		16.0日		
	④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名（調剤含む）	がん		4,877,832,400	32.2	31.9		31.8		32.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域
			慢性腎不全（透析あり）		1,155,509,770	7.6	8.9		8.2		8.3		
			糖尿病		1,669,687,060	11.0	10.0		11.1		10.4		
			高血圧症		944,438,250	6.2	5.6		6.5		5.8		
			精神		2,134,963,960	14.1	15.2		14.3		15.0		
			筋・骨格		2,474,082,170	16.3	16.6		15.6		16.6		

項目						岐阜市		同規模平均		岐阜県		国		データ元（CSV）
						実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
4	⑤	費用額（1件あたり） 県内順位 順位総数42 入院の（　）内は在院日数	入院	糖尿病		710,630	11位							KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域
				高血圧		733,137	20位							
				脂質異常症		744,255	10位							
				脳血管疾患		789,150	13位							
				心疾患		854,178	22位							
				腎不全		808,659	15位							
				精神		524,832	12位							
				悪性新生物		786,987	17位							
			外来	糖尿病		38,762	13位							
				高血圧		31,966	12位							
				脂質異常症		27,708	17位							
				脳血管疾患		41,121	18位							
				心疾患		49,773	17位							
				腎不全		137,725	21位							
				精神		30,610	18位							
				悪性新生物		70,747	22位							
	⑥	健診有無別一人当たり医療費	健診対象者一人当たり		健診受診者	2,986		2,000		2,834		2,087		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域
					健診未受診者	14,237		13,838		13,126		13,715		
			生活習慣病対象者一人当たり		健診受診者	8,062		5,971		7,717		6,161		
					健診未受診者	38,443		41,315		35,745		40,479		
	⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者			11,820	57.2	839,422	56.5	62,653	56.4	3,606,499	57.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				医療機関受診率		10,859	52.5	785,274	52.9	56,728	51.1	3,318,813	52.5	
				医療機関非受診率		961	4.6	54,148	3.6	5,925	5.3	287,686	4.6	
5	①	特定健診の状況 県内順位 順位総数44	健診受診者			20,669		1,484,958		111,084		6,315,537		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
	②			受診率		39.0	県内29位 同規模28位	36.9		40.6	全国14位	37.4		
	③		特定保健指導終了者（実施率）			430	19.2	28,277	17.5	5,047	40.1	203,239	24.9	
	④		非肥満高血糖			1,840	8.9	125,644	8.5	9,490	8.5	589,139	9.3	
	⑤		メタボ		該当者	4,693	22.7	302,719	20.4	22,415	20.2	1,300,692	20.6	
					男性	3,194	37.4	206,820	33.6	15,321	32.0	894,997	32.9	
					女性	1,499	12.4	95,899	11.0	7,094	11.2	405,695	11.3	
	⑥				予備群	2,155	10.4	163,384	11.0	11,527	10.4	699,274	11.1	
					男性	1,501	17.6	111,591	18.1	8,026	16.8	483,505	17.8	
					女性	654	5.4	51,793	6.0	3,501	5.5	215,769	6.0	
	⑦		メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	7,488	36.2	514,912	34.7	37,313	33.6	2,203,427	34.9	
	⑧				男性	5,131	60.0	350,809	56.9	25,659	53.6	1,515,869	55.8	
	⑨				女性	2,357	19.5	164,103	18.9	11,654	18.4	687,558	19.1	
	⑩			BMI	総数	840	4.1	67,480	4.5	5,099	4.6	296,800	4.7	
	⑪				男性	103	1.2	9,356	1.5	813	1.7	43,129	1.6	
	⑫				女性	737	6.1	58,124	6.7	4,286	6.8	253,671	7.1	
	⑬			血糖のみ		121	0.6	8,738	0.6	582	0.5	39,607	0.6	
	⑭			血圧のみ		1,419	6.9	114,618	7.7	7,946	7.2	495,004	7.8	
	⑮			脂質のみ		615	3.0	40,028	2.7	2,999	2.7	164,663	2.6	
	⑯			血糖・血圧		535	2.6	41,816	2.8	2,804	2.5	189,740	3.0	
	⑰			血糖・脂質		244	1.2	15,131	1.0	1,153	1.0	65,540	1.0	
	⑱			血圧・脂質		2,279	11.0	147,000	9.9	11,095	10.0	617,462	9.8	
	⑲			血糖・血圧・脂質		1,635	7.9	98,771	6.7	7,363	6.6	427,950	6.8	
6	①	生活習慣の状況	服薬	高血圧		7,781	37.6	539,177	36.3	41,196	37.1	2,324,071	36.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				糖尿病		2,347	11.4	131,031	8.8	10,711	9.6	564,452	8.9	
				脂質異常症		6,380	30.9	433,631	29.2	33,177	29.9	1,838,532	29.1	
	②		既往歴	脳卒中（脳出血・脳梗塞等）		610	3.0	48,526	3.3	3,293	3.0	200,021	3.3	
				心臓病（狭心症・心筋梗塞等）		1,366	6.6	82,697	5.7	6,858	6.3	351,012	5.7	
				腎不全		202	1.0	12,495	0.9	1,047	1.0	51,886	0.8	
				貧血		2,308	11.2	162,963	11.3	11,516	10.5	655,272	10.7	
	③		喫煙			2,396	11.6	189,921	12.8	12,969	11.7	803,268	12.7	
	④		週3回以上朝食を抜く			29	7.3	150,290	11.7	5,196	6.5	554,892	9.7	
	⑤		週3回以上就寝前夕食			66	16.5	197,240	15.5	11,273	12.8	844,011	14.7	
	⑥		食べる速度が速い			112	28.0	343,614	27.0	21,144	26.5	1,508,500	26.4	
	⑦		20歳時体重から10kg以上増加			142	35.2	446,263	34.7	26,553	33.2	1,986,407	34.6	
	⑧		1回30分以上運動習慣なし			251	62.6	751,647	58.2	54,159	61.8	3,399,309	59.3	
	⑨		1日1時間以上運動なし			224	55.9	611,934	48.1	45,222	51.1	2,724,279	47.5	
	⑩		睡眠不足			94	23.6	320,466	25.0	23,270	26.4	1,427,320	24.9	
	⑪		毎日飲酒			97	21.0	343,657	24.7	18,441	22.9	1,482,889	24.6	
	⑫		時々飲酒			87	18.9	327,086	23.5	16,001	19.8	1,344,602	22.3	
	⑬		一日飲酒量	1合未満		224	70.9	690,656	65.9	31,539	66.5	2,804,339	65.6	
				1～2合		64	20.3	235,909	22.5	11,040	23.3	987,687	23.1	
				2～3合		22	7.0	92,180	8.8	3,886	8.2	377,597	8.8	
				3合以上		6	1.9	29,222	2.8	935	2.0	107,522	2.5	

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する（厚生労働省様式5-2）

男性		BMI		腹囲		中性脂肪		ALT(GPT)		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
平成30年度	合計	3,122	31.2	5,711	57.1	3,496	35.0	1,916	19.2	1,198	12.0	1,689	16.9	5,914	59.2	1,371	13.7	4,929	49.3	1,888	18.9	4,536	45.4	229	2.3
	40-64	1,107	37.0	1,672	55.8	1,091	36.4	792	26.5	349	11.7	420	14.0	1,344	44.9	491	16.4	1,208	40.3	769	25.7	1,500	50.1	26	0.9
	65-74	2,015	28.8	4,029	57.7	2,405	34.3	1,124	16.1	849	12.1	1,269	18.1	4,570	65.3	880	12.6	3,721	53.1	1,119	16.0	3,036	43.4	203	2.9
令和4年度	合計	2,912	34.1	5,131	60.0	3,007	35.2	1,707	20.0	864	10.1	1,603	18.7	5,228	61.1	1,444	16.9	4,249	49.7	1,817	21.2	3,624	42.4	227	2.7
	40-64	1,046	38.3	1,576	57.6	1,001	36.6	783	28.6	257	9.4	419	15.3	1,279	46.8	530	19.4	1,123	41.1	716	26.2	1,315	48.1	37	1.4
	65-74	1,866	32.1	3,555	61.1	2,006	34.5	924	15.9	607	10.4	1,184	20.4	3,949	67.9	914	15.7	3,126	53.7	1,101	18.9	2,309	39.7	190	3.3

女性		BMI		腹囲		中性脂肪		ALT(GPT)		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
平成30年度	合計	2,758	19.7	2,672	18.9	3,212	22.7	1,169	8.3	347	2.4	1,642	11.6	8,369	59.1	224	1.5	6,209	43.8	1,744	12.3	8,089	57.1	30	0.2
	40-64	796	19.3	667	16.1	818	19.8	341	8.3	77	1.9	321	7.8	1,752	42.4	43	1.0	1,235	29.9	525	12.7	2,279	55.2	6	0.1
	65-74	1,989	19.7	2,005	20.0	2,394	23.9	828	8.3	270	2.7	1,321	13.2	6,617	65.9	181	1.8	4,974	49.6	1,219	12.1	5,810	57.9	24	0.2
令和4年度	合計	2,404	19.8	2,357	19.5	2,757	22.8	1,056	8.7	219	1.8	1,529	12.6	7,334	60.5	277	2.3	5,710	47.1	1,834	15.1	6,532	53.9	32	0.3
	40-64	658	18.9	559	16.1	651	18.7	319	9.2	43	1.2	283	8.1	1,533	44.0	57	1.6	1,098	31.5	539	15.5	1,827	52.5	3	0.1
	65-74	1,746	20.2	1,798	20.8	2,106	24.4	737	8.5	176	2.0	1,246	14.4	5,801	67.2	220	2.5	4,612	53.4	1,295	15.0	4,705	54.5	29	0.3

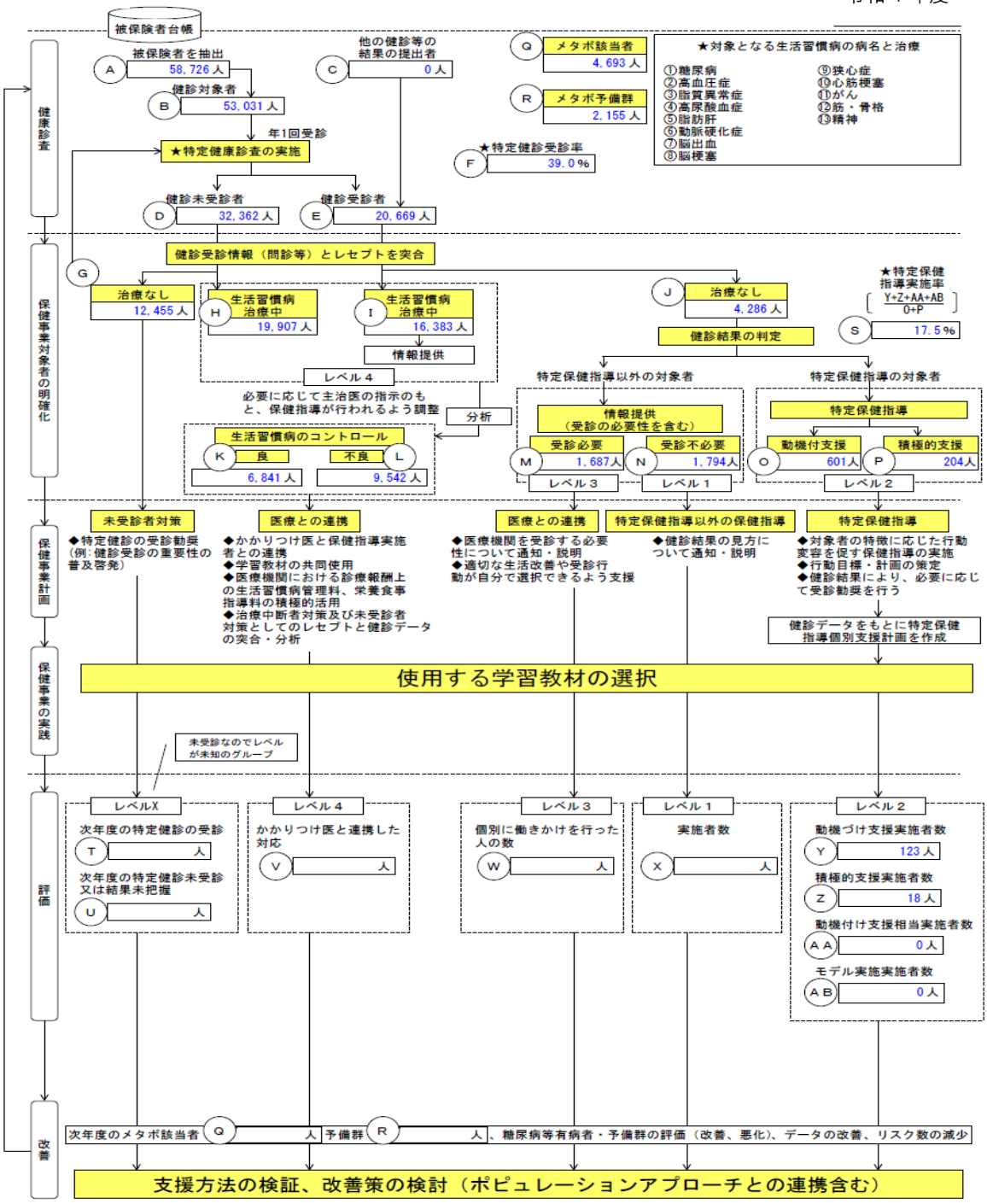
＊全国については、有所見割合のみ表示

【参考資料 3】

厚生労働省様式

（様式５－５）糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

令和４年度



【参考資料 4】

糖尿病性腎症合同委員会・糖尿病性腎症病期分類改訂ワーキンググループ資料抜粋

Table 2　糖尿病性腎症病期分類 2014(注1)

病　期	尿中アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿中蛋白値(g/gCr)	GFR(eGFR) (mL/分/1.73 m^2)
第 1 期（腎症前期）	正常アルブミン尿（30 未満）	30 以上(注2)
第 2 期（早期腎症期）	微量アルブミン尿（30〜299）(注3)	30 以上
第 3 期（顕性腎症期）	顕性アルブミン尿（300 以上） あるいは 持続性蛋白尿（0.5 以上）	30 以上(注4)
第 4 期（腎不全期）	問わない(注5)	30 未満
第 5 期（透析療法期）	透析療法中	

注 1：糖尿病性腎症は必ずしも第 1 期から順次第 5 期まで進行するものではない。
本分類は，厚労省研究班の成績に基づき予後（腎，心血管，総死亡）を勘案した分類である（URL：http://mhlw-grants.niph.go.jp/, Wada T, Haneda M, Furuichi K, Babazono T, Yokoyama H, Iseki K, Araki SI, Ninomiya T, Hara S, Suzuki Y, Iwano M, Kusano E, Moriya T, Satoh H, Nakamura H, Shimizu M, Toyama T, Hara A, Makino H；The Research Group of Diabetic Nephropathy, Ministry of Health, Labour, and Welfare of Japan. Clinical impact of albuminuria and glomerular filtration rate on renal and cardiovascular events, and all-cause mortality in Japanese patients with type 2 diabetes. Clin Exp Nephrol. 2013 Oct 17.［Epub ahead of print］）

注 2：GFR 60 mL/分/1.73 m^2 未満の症例は CKD に該当し，糖尿病性腎症以外の原因が存在し得るため，他の腎臓病との鑑別診断が必要である。

注 3：微量アルブミン尿を認めた症例では，糖尿病性腎症早期診断基準に従って鑑別診断を行った上で，早期腎症と診断する。

注 4：顕性アルブミン尿の症例では，GFR 60 mL/分/1.73 m^2 未満から GFR の低下に伴い腎イベント（eGFR の半減，透析導入）が増加するため注意が必要である。

注 5：GFR 30 mL/分/1.73 m^2 未満の症例は，尿アルブミン値あるいは尿蛋白値に拘わらず，腎不全期に分類される。しかし，特に正常アルブミン尿・微量アルブミン尿の場合は，糖尿病性腎症以外の腎臓病との鑑別診断が必要である。

標準化資料：岐阜県版様式

【参考資料 5】

第3期データヘルス計画（岐阜県版様式）

Ⅰ　基本情報　　（令和5年10月時点　（　KDB地域の全体像より　））

人口・被保険者	被保険者等の基本情報				
	全体（人）	～39歳（%）	40～64歳（%）	65～74歳（%）	75歳～（%）
人口（人）	378,246	36.3	33.8	14.0	15.9
国保被保険者数（人）	78,313	25.0	33.1	41.9	0.0

※性・年齢階層別一覧表は、別表として添付する。

2-1.(1)基本的事項

2-1.(1)①計画の趣旨	【保健事業実施計画の背景】 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。」とされた。 平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。 その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和3年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2021」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を検討するとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPI（重要業績評価指標）の設定を推進する。」と示された。このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められている。 【市町村国保の保健事業の目的】 市町村国保（以下、「保険者」という。）においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考える。 【計画の位置付け】 第3期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。 計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、岐阜県健康増進計画や第3次ぎふ市民健康基本計画、岐阜県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとし、特定健康診査等実施計画を踏襲するものとする。
2-1.(1)②計画期間	令和6年度から11年度まで　令和8年度に中間評価を実施予定
2-1.(1)③実施体制	保険者においては、保健事業の積極的な推進を図るために、保健衛生部等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、市町村一体となって、計画の策定等を進める。 具体的には、後期高齢者医療制度における保健事業を所管する高齢者医療（福祉医療課）、市町村において保健事業を主に所管する保健衛生部、介護予防事業をはじめとする地域支援事業を所管する介護部局（高齢福祉課）のほか、財政部局や企画部局、生活保護部局等とも十分に連携し、計画策定等を進める。 特に計画策定や保健事業の実施、評価等に当たっては、市町村健康増進計画や医療をはじめとする地域の社会資源の状況等を踏まえて対応する必要があるため、保健衛生部と連携していく。

2-1.(1)③関係者連携

保険者及び関係者	具体的な役割、連携内容
1.(4)①市町村国保	保険者（以下、「岐阜市国保」という。）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・年金課が中心となって、関係部局や関係機関の協力を得て、岐阜市国保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、個別の保健事業計画を評価し、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させる。岐阜市国保の健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、保健衛生部等の関係部局や県、保健所、国保連等の関係機関の協力を得て、国保・年金課が主体となって行う。具体的にはア．健康課題の分析、計画の策定、保健事業の実施及び評価、イ．保険者内の連携体制の確保、ウ．国保・年金課の体制の確保、エ．関係機関との連携などの役割をはたしていきたい。 県国保・衛生部門、保健事業支援評価委員、国保連合会と調整しながら保健事業の実施を行う。
1.(4)②県国保	県は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者である。市町村国保の保険者機能の強化については、県の関与が更に重要となると考え、被保険者の健康の保持増進のために、保険者が、効果的・効率的に保健事業を実施することができるよう、県国保部局は、関係機関との連絡調整や専門職の派遣や助言等の技術的な支援、情報提供等を通じて、積極的に保険者を支援していく。 県衛生部門と調整しながら、市町村の国保・衛生部門の事業実施の支援を行う。
1.(4)③県衛生	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。
1.(4)④保健所	県保健所は、県（国保部局、保健衛生部局）や国保連合会、郡市医師会をはじめとする地域の保健医療関係者（団体）等と連携、調整して、地域の社会資源の状況等を踏まえた上で、地域の実情に応じた保険者支援を行う。
1.(4)⑤国保連・支援評価委員会・中央会	国保連合会や支援・評価委員会は、計画の策定支援や個別の保健事業の実施支援等を行っており、多くの支援実績が蓄積されている。このため、保険者は、（可能な限り）支援・評価委員会等の支援・評価を受けて計画の策定等ができるよう、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、当計画においては保険者の状況把握をしながら、令和8年度の中間評価、11年度の最終評価時に支援を行う。
1.(4)⑥後期高齢者医療広域連合	後期高齢者医療広域連合は策定の過程において、75歳以上の健診・レセプト情報等を自らの現状分析に活用することはもとより、市町村国保が地域の世代間の疾病構造や医療費等の動向を連続して把握することができるよう、市町村国保と必要な情報の共有を図るよう努める。この場合、市町村国保においては、国保・後期高齢者の保健事業を一体的に実施できるよう庁内の関係部署として、健康課題の明確化や保健事業の効果検証等のため、共有された情報の活用を図るよう努める。
1.(4)⑦保健医療関係者	保健医療関係者は、計画策定時だけではなく、保健事業の実施や評価、保健事業の業務に従事する者の人材育成等においても、保険者等の求めに応じ、保健医療に係る専門的見地から、保険者への支援等を積極的に行う。保険者が開催する国保運営協議会、糖尿病重症化予防対策推進協議会、CKD重症化予防などにおいては保険者の支援を地域単位で支援を行う。
その他	

2-1.(2)現状の整理

2-1.(2)①保険者等の特性	最終評価年度(R3年度) 人口総数（人）399,862 ～39歳　38.9%　40～64歳　33.5%　65～74歳　14.2%　75歳～13.4% 被保険者数 82,294人 ～39歳 24% 40～64歳 32.6% 65～74歳 43.4% ・人口はR1年度より減少傾向（被保険者数も減少傾向） ・出生数の減少（8.0%→7.0%▲1.0%）、高齢化率の増加（27.6%→29.9%　2.3%増） ・一人当たり医療費の増加(23,114円増)生活習慣病費用割合は増加している（58.4%→59.6%　1.2%増） ・特定健診受診者のメタボリックシンドロームの割合は増加（R1年度20.9%→R4年度22.6%　1.2%増)、予備群は減少している（R1年度10.7%→R4年度10.4%　△0.3%） ・岐阜県は高齢化率が30.4%（令和2年度）と全国順位は高い方から27位で、平成27年度と比較し65歳以上の単独世帯は1.2%増加している。 岐阜市は高齢化率が29.6%（令和2年度）と県内順位は高い方から30位で、平成27年度と比較し65歳以上の単独世帯は0.6%であり、県内順位は39位である。
地域資源の状況	千人あたり医療機関 病院・診療所、病床数、医師数が国・県・同規模市と比較して高い環境にある。
2-1.(2)②前期計画等に関わる考察	短期目標値に達していない現状。 今後、超高齢化社会の展延、社会保険の適用拡大等に伴い国保人口が減少していくなか、 医療費の適正化のため、安心して生活ができるための健康づくりがより重要になる。 健診受診率の向上や生活習慣病の重症化予防事業（糖尿病・循環器疾患）の継続・強化が課題。

	目　標	H28	H29	H30	R1	R2	R3		目標
中長期	虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	2.68%	2.65%	2.41%	2.17%	1.94%	2.16%	↑	減少
	虚血性心疾患に罹患した新規患者数の減少	2,255人	2,221人	2,137人	2,072人	1,856人	1,886人	↓	減少
	腎民病手帳申している新規透析患者数の減少	16人	23人	20人	29人	30人	32人	↑	減少
短期	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	27.8%	28.5%	31.6%	32.0%	33.4%	33.0%	↑	25.0%
	健診受診者の高血圧者の割合の減少(140/90以上)	24.4%	23.8%	23.6%	22.7%	26.9%	28.1%	↑	20.0%
	健診受診者の脂質異常症の割合の減少(LDL140以上)	28.1%	27.6%	27.4%	27.1%	29.1%	28.2%	↓	24.0%
	健診受診者の糖尿病者の割合の減少(HbA1c6.5以上)	6.9%	7.3%	10.4%	11.3%	10.6%	11.2%	↑	6.0%
	腎民病の未治療者を治療に結びつける割合の増加	15.0%	18.5%	31.0%	30.7%	85.6%	84.3%		増加
	糖尿病の保健指導を実施した割合の増加	21.7%	54.6%	63.4%	64.2%		12.3%		増加

※R2より方法が変更のため比較困難

Ⅱ　健康医療情報等の分析と課題

①健康・医療情報等の大分類		②各種データ	参照データ 第2期データヘルス計画最終評価シート	参照データ 手引き・共通様式に提示のある指標例と岐阜県独自の指標	参照データ（連合会からの提供データ含む）	健康医療情報等の整理（項目と年度、数値の記入）	アセスメント（左記データから読み取ったこと）	③健康課題との対応
人口・被保険者構成等	国・県・同規模との比較 経年変化	人口構成	KDB「地域の全体像の把握」R3年度累計 ※　自保険者の数値があれば入れる	KDB「地域の全体像の把握」R4年度累計 ※　自保険者の数値があれば差し替え	KDB「地域の全体像の把握」R4年度累計 ※　自保険者の数値があれば差し替え	**人口構成**　378,246人 ～39歳　38.9%（県）38.8%（国）39.7% 40歳～64歳　33.5%（県）33.1%（国）33.7% 65歳～74歳　14.2%（県）14.5%（国）13.8% 75歳～　13.4%（県）13.6%（国）12.8%	本市の人口は年々減少している。 39歳以下の割合が国と比較して低く、65歳以上は高い。高齢化が進んでいる。	・若い世代からの健康づくり ・生活習慣病重症化予防
		被保険者構成				**被保険者構成**　78,765人 ～39歳　24.6%（県）22.7%（国）26.0% 40歳～64歳　33.1%（県）31.1%（国）33.1% 65歳～74歳　42.3%（県）46.2%（国）40.8% （参考：H28年度39.4%、R1年度41.7%）	国保被保険者は緩やかに減少。 39歳以下、40歳～64の歳被保険者は県と比較して高い。 65歳以上被保険者は県より低いが国より高い。	
		被保険者加入率	KDB「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」R3年度累計	KDB「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」R4年度累計 ※　高齢化率、出生率、死亡率は自保険者の数値があれば差し替え。KDBのデータはR2年度国勢調査	KDB「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」R4年度累計 ※　高齢化率、出生率、死亡率は自保険者の数値があれば差し替え。 KDBのデータはR2年度国勢調査	**被保険者加入率**：20.8% （県）20.2%（国）20.2%	加入率は県や国と比較してやや高い。	
		被保険者平均年齢				**被保険者平均年齢**：52.9歳 （県）54.9歳　（国）53.5歳	平均年齢は県や国と比較して低い（若い）。	
		高齢化率				**高齢化率：29.9%** （県）30.6%　（国）28.7%	高齢化率は国と比較して高い。	
		出生率				**出生率：7.0%　（人口千対）** （県）6.2%　（国）6.8%	出生率は、県や国と比較してやや高い。	
		死亡率				**死亡率：11.7%　（人口千対）** （県）11.7%　（国）11.1%	死亡率は、県と同率であり国と比較して高い。	
平均寿命・標準化死亡比　等	国・県・同規模との比較 経年変化	平均寿命	KDB「地域の全体像の把握」R3年度累計	KDB「地域の全体像の把握」R4年度累計 ※　健康寿命は県から提供	平均寿命、健康寿命は県から提供 （値の拾い方は提供データの最初のシートにあり）	**平均寿命：**男性81.16歳、　女性87.01歳 （県）男性81.70歳　、女性87.30歳	平均寿命はH28年度と比較すると男性・女性ともに延伸傾向。 健康寿命はH28年度と比較すると男性・女性ともに延伸傾向。 平均余命と健康寿命の差が大きくなっており、要介護期間が延長している。	
		標準化死亡比				**標準化死亡比：**男性100.5　女性103.9 （県）男性99.5　女性102.5	2015年全国基準（100として）と比較し年々下がっているが、急性心筋梗塞や腎不全での死亡割合は全国や県基準と比較して高い。 循環器疾患に対する予防が必要。	
		平均余命				**健康寿命：** 男性　79.63歳、女性　83.72歳 （県）男性 80.26歳　女性　84.14歳		
		平均自立期間（健康寿命）				**平均余命と健康寿命の差：** 男性　1.53歳、　女性　3.29歳 （県）男性 1.44歳　女性　3.16歳		
		平均余命と平均自立期間（健康寿命）の差						
医療費の分析	国・県・同規模との比較 経年変化	性・年齢階層別医療の受診率		KDB「健康スコアリング（医療）」R4年度	「疾病別医療費分析_国保・後期」のシート名：集計_医療費分析用表・ブラフ 令和4年度データ	**総医療費：　29,390,480,480　円** 0歳～39歳　2,699,229,520円（9.2%） 40歳～49歳　2,116,905,620円（7.2%） 50歳～59歳　3,731,873,140円（12.7%） 60歳～69歳　9,067,292,030円（30.9%） 70歳～74歳 11,775,180,170円（40.1%） **1件当たりの医療費　37,623　円** 0歳～39歳　25,016円 40歳～49歳　35,348円 50歳～59歳　42,562円 60歳～69歳　40,303円 70歳～74歳　39,154円 （県）28,714円　（国）27,570円	年齢が上がるにつれて医療費が高くなる傾向であり、60歳～74歳で7割を超えている。 1件当たりの医療費は、国と比較して約10000円も高く、県と比較しても約9000円高い。本市は総合病院も多く医療費が高い傾向がある。 年代別でみると50歳～59歳がもっとも高い。40歳以上は県・国と比較してもかなり高額である。	医療費の伸びの適正化 →生活習慣病重症化予防 重複多剤事業
		医療費の推移（国保・後期）				**医療費の推移（国保・後期）** （国保）　（後期） H29年度　33,473,395,510円　・52,179,332,980円 H30年度　32,984,989,510円　・54,170,171,070円 R 1年度　31,519,220,630円　・52,725,922,650円 R 2年度　32,609,963,410円　・55,073,757,020円 R 3年度　31,779,646,180円　・57,394,758,720円	国保の医療費はH29年度からR3年度にかけて19億円減少しているが新型コロナウイルス感染症が流行したR2年度は約11億円増加にしている。 後期高齢は年々増えている。 被保険者数は減少しているが、総医療費の著しい増減はない。一件当たりの医療費が増加傾向である。	
		総医療費				**年齢階層別医療の受診率：（千人当たり）** ～39歳　4,114.200 40～49歳　5,827.851 50～59歳　7,426.817 60～69歳 10,920.683 70～74歳 11,559.250	年齢とともに医療の受診率は増加している。60歳代以上になると受診率が急増する。	
		1人当たり医療費	岐阜県（市町村国保）における医療費・疾病・特定健診の状況【経年】R3年度			**被保険者1人当たり医療費：　309,615　円** H29年度　307,231円 H30年度　316,178円 R1年度　318,527円 R2年度　339,034円 R3年度　334,783円 **被保険者1人当たり医療費（R4年度）** ～39歳　102,922円 40～49歳　206,005円 50～59歳　316,100円 60～69歳　440,138円 70～74歳　452,596円	1人当たり医療費は年齢が上がるにつれ高くなる。 39歳以下に比べ40歳代では2倍、50歳代は3倍、60歳以上では4.5倍医療費がかかっている。若年から病気の予防が必要である。	
		入院・外来別医療費（点数）の高い疾病			「疾病別医療費分析_国保・後期」のシート名：集計_疾病統計_国保・後期	**入院・外来別医療費（点数）の高い疾病：** **（大分類比較）** **国保** **入院**：新生物(19.8%)、循環器系(19%)、精神及び行動障害(11.4%) **外来**：新生物(腫瘍)（14.8%）、内分泌、栄養、代謝疾患(14.3%)、循環器(10.9%) **後期高齢** **入院**：循環器系（25.1%）、筋骨格系(12.3%)、新生物(12%) **外来**：循環器系（20.1%）、内分泌、栄養、代謝疾患(13.2%)、新生物(12.6%) **（中分類比較）** **国保** **入院**：統合失調症（7.6%）、その他の悪性新生物(7.4%)、虚血性心疾患（7.0%） **外来**：糖尿病（8.8%）、腎不全(7.9%)、高血圧性疾患(5.1%) **後期高齢** **入院**：その他の心疾患（11.6%）、骨折(9.13%)、その他の呼吸器系の疾患(5.9%) **外来**：その他の心疾患（10.8%）、糖尿病(8.4%)、腎不全(7.4%) **人工透析患者数** R1年度　421人　R2年度　417人　R3年度　397人	大分類比較より 国保と後期高齢では医療費の高い疾病が違う。 循環器疾患は国保、後期高齢ともに医療費の高い疾病に入っている。 中分類疾患より生活習慣病のうち、 国保では（入院）虚血性心疾患、（外来）糖尿病、腎不全、高血圧性疾患、後期高齢では（入院・外来）その他の心疾患、（外来）糖尿病、腎不全が医療費の高い疾病に入っている。 国保の段階で、悪性新生物、虚血性心疾患や糖尿病の重症化を予防することが後期高齢者医療の医療費適正化につながる。 人工透析患者数はわずかに減少している。	
		生活習慣病費用割合				**生活習慣病費用割合** 18,351,179,880円　（59.6%）　県内27位	医療費に占める生活習慣病の費用割合は約6割である。	
		生活習慣病患者割合				**生活習慣病患者割合** 40,098人　（49.2%）県内36位	医療にかかる約5割が生活習慣病で医療にかかっている。	
		重複・頻回の受診状況		KDB「重複・頻回受診の状況」、「重複・多剤処方の状況」R4年度		**重複・多剤投与者数** **重複処方該当者（対被保険者1万人）** R1年度　18.0人　R2年度　15.8人 R3年度　16.8人　R4年度　19.0人 **多剤処方該当者数** R1年度　138人　R2年度　124人 R3年度　150人　R4年度　146人	R2年度は、新型コロナウイルス感染症流行による受診控えからか該当者が減少したが、年々、元の人数に戻っている。	
		重複服薬の状況等の傾向						

①健康・医療情報等の大分類		②各種データ	参照データ 第2期データヘルス計画最終評価シート	参照データ 手引き・共通様式に提示のある指標例と岐阜県独自の指標	参照データ（連合会からの提供データ含む）	健康医療情報等の整理（項目と年度、数値の記入）	アセスメント（左記データから読み取ったこと）	③健康課題との対応
特定健康診査・特定保健指導等の健診データ（質問票含む）の分析	国・県・同規模との比較 経年変化	性・年齢階層別健診受診率 特定健診受診率 特定保健指導実施率 特定保健指導利用率	岐阜県（市町村国保）における医療費・疾病・特定健診の状況 【経年】R3年度法定報告	特定健診等データ管理システム 特定健診・特定保健指導実施結果報告 （帳票ID：TKCA011） 特定健診実施状況（国保連作成資料10月時点）		**特定健診実施率 （国目標値60%）** H30年度 38.9% R１年度 39.2% R２年度 40.0% R３年度 39.9% （24位）（中核市15位） R４年度 39.0% **男性** 36.0%（24位）**女性** 43.1%（23位） **特定保健指導実施率 （国目標値60%）** H30年度 15.6% 積極的6.6% 動機付け 18.3% R １年度 18.2% 積極的10.3% 動機付け 20.6% R ２年度 15.3% 積極的6.9% 動機付け 17.7% R ３年度 19.6% 積極的9.6% 動機付け 22.9% R ４年度 19.0% 積極的10.4% 動機付け 21.7% **特定保健指導利用率** H30年度 16.7% R １年度 19.4% R ２年度 15.6% R ３年度 20.5% R ４年度 19.6% **特定保健指導対象者の減少率** R4年度 全体28.6% 男性27.2% 女性31.0% （県）全体24.0% 男性22.6% 女性26.5% **年代別利用率** R４年度 40歳代 20.9% 50歳代 27.4% 60歳代 41.8% 70歳代 48.4% **継続受診状況（特定健診実施状況）** 前年度未受診者が当年度受診した割合 15.8%	特定健診受診率は目標値に達していない。 達成可能な目標値になるよう設定の見直しが必要である。 （第3次ぎふ健康基本計画の目標値50%を継続する） 健診受診率はR2年度に40%まで到達したが、その後低迷している。 60歳代以降は40%台の受診率だが、40歳代・50歳代は20%台であり、若年層へのアプローチが必要。 特定保健指導は目標値に達していない。 実施率は年々微増しているが、国の目標値との乖離がある。 達成可能な目標値となるよう設定の見直しが必要である。 （第3次ぎふ健康基本計画の目標値30%を継続する） 特定保健指導の内、積極的支援の実施率が低い。 40・50歳代の利用率が低い。年代が上がるにつれ利用率は上がる傾向にある。 実施の方法を見直す必要がある。 特定保健指導対象者の減少率は目標値（25%）に達しており、県と比較して減少率が高い。	・メタボ及び生活習慣病（糖尿病・高血圧・脂質）が多い ・特定健診受診率が低い →特定健診受診率向上対策 ・メタボ及び生活習慣病（糖尿病・高血圧・脂質）が多い ・特定保健指導実施率が低い →特定保健指導実施率向上対策 ・メタボ及び生活習慣病（糖尿病・高血圧・脂質）が多い →糖尿病重症化予防事業 循環器疾患重症化予防事業
		各種検査項目の有所見率 生活習慣病リスク保有者割合（健診有所見率）		健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 厚生労働省様式 集計対象者一覧（健診ツリー図より） KDB「健康スコアリング（健診）」R4年度 「特定健診の状況」令和4年度		**有所見率** 腹囲 ：36.2% （県）33.6% （国）34.8% BMI ：4.1% （県）4.5% （国）4.6% 血糖 ：0.6% （県）0.5% （国）0.6% 血圧 ：6.9% （県）7.1% （国）7.8% 脂質 ：3.0% （県）2.7% （国）2.7% 血糖・血圧 ：2.5% （県）2.5% （国）2.9% 血糖・脂質 ：1.2% （県）1.0% （国）1.0% 血圧・脂質 ：11.2% （県）10.1% （国）9.8% 血糖・血圧・脂質：7.7% （県）6.5% （国）6.7% **【生活習慣病リスク保有者の割合】** 肥満リスク 40.3% （県）37.9% 県内31位 血糖リスク 44.1% （県）40.1% 県内33位 血圧リスク 64.7% （県）63.6% 県内22位 脂質リスク 49.6% （県）45.3% 県内38位 **【eGFR】** ステージ1（90～ ） 8.9% （県）8.1% ステージ2（60～89）70.9% （県）70.0% ステージ3（30～59）19.9% （県）22.0% ステージ4（15～29） 0.3% （県）0.3% ステージ5（ ～14）0.0% （県）0.1%	本市の有所見率は腹囲や脂質が県・国と比較して高い。 また、血圧と脂質や血糖、血圧、脂質を併せ持った有所見率が高い。 生活習慣病重症化リスク保有者の割合が高い。 メタボ予防対策が重要。 生活習慣病リスク保有者の割合を県と比較すると県より若干高いが、健康スコアリングの想定点数（県平均を100とした際の相対点数）を比較すると平均並みである。	
		健康状態、生活習慣の状況		地域の全体像の把握R4年度累計 質問票調査の状況		**服薬状況** 高血圧 ：37.6% （県）36.2% （国）35.9% 糖尿病 ：11.1% （県） 9.3% （国）8.7% 脂質異常症：30.8% （県）28.9% （国）28.1% **既往歴** 脳卒中 ：2.9% （県）2.9% （国）3.2% 心臓病 ：6.5% （県）6.0% （国）5.6% 慢性腎臓病 ：1.0% （県）0.9% （国）0.8%	高血圧、糖尿病、脂質異常症で服薬している人は、県・国と比較して高い。 糖尿病については、情報提供事業の対象が糖尿病のレセプトのある人であるため、服薬者の割合が高くなっている 心臓病の既往は県や国と比較して高い。 （死因も同様の傾向） 慢性腎臓病はやや高い。	
		メタボリックシンドローム該当者の割合	岐阜県（市町村国保）における医療費・疾病・特定健診の状況 【経年】R4年度法定報告	特定健診等データ管理システム 特定健診・特定保健指導実施結果総括表 （帳票ID：TKCA002）		**メタボリックシンドローム割合** 全体 4,688人(22.7%) （県）19.7% （国）20.3% （同規模）20.4% 男性 3,190人(37.3%) （県）31.1% （国）31.9% （同規模）33.5% 女性 1,498人(12.4%) （県）10.9% （国）11.0% （同規模）10.9% （参考）R３年度 全体22.4%、男性37.1%、女性12.1% R２年度 全体22.1%、男性35.9%、女性12.3%	本市のメタボリックシンドロームの割合は国や同規模と比較して約2%高い。 同規模と比べて男性は3.8%、女性は1.5%高い。 女性より男性の方がメタボリックシンドロームが多い。 メタボリックシンドローム予備群は、減少傾向。	
		メタボリックシンドローム予備群の割合				**メタボリックシンドローム予備群割合** 全体 2,403人（10.6%） R3:(10.6%) R2:(11.3%) 男性 1,640人（17.6%） R3:(17.6%) R2:(18.5%) 女性 763人（ 5.7%） R3:(5.7%) R2:(6.2%)		
レセプト・健診データ等を組み合わせ分析	国・県・同規模との比較 経年変化	レセプト・健診データの分析により明らかとなった健康課題を解決するための重症化予防等の対象となる被保険者数、割合の比較 等 （例）医療費分析で脳血管疾患に要する医療費が高いこと、健診データ分析で血圧の有所見率が高いことが判明し、これらを健康課題と捉え、血圧が基準値以上の被保険者を対象に重症化予防を行うが、この対象被保険者数や割合について経年比較等により分析する。	保健事業評価ツール 個別の保健事業（重症化予防等の取組み）の事業評価により分析する	保健事業評価ツール 個別の保健事業（重症化予防等の取組み）の事業評価により分析する	特定健診受診勧奨の事業評価	**受診勧奨はがき**R4年度） 受診者／受診勧奨者数 治療中 9,465人／25,551人 37% 治療中以外 6,900人／27,359人 25.3% **コールセンター**（R1,R3のみ） 40歳代の未受診理由 ①時間がない 47% ②必要に感じない 20% 50歳代の未受診理由 ①時間がない 37% ②通院中 31% **情報提供事業**（H30年度～） H30年度 1,331人（ 21.4%） R１年度 1,240人（ 20.7%） R２年度 1,140人（ 19.7%） R３年度 1,088人（ 18.9%） R４年度: 848人（ 15.8%）	判断：事業の見直しが必要 判断理由： ・はがき勧奨において、治療中の人への受診勧奨は一定の効果があることが分かった。受診勧奨する対象者を細分化し、対象者に合わせた明確にしたメッセージを検討し効果を図りたい。 ・コールセンターの実施目的として、40歳代・50歳代の健診未受診理由を把握することであった。未受診理由の把握ができたため令和4年度より事業廃止。 今後は別事業で健診受診にむけアプローチできるよう工夫する。 ・情報提供事業は年々提供者が減少している。岐阜市医師会との協力体制が不可欠であり、今後も連携しながら事業を進めていく。	特定健診受診率向上対策 ・各事業の目標値設定 ・対象者抽出の見直し
					重症化予防等の取組みの事業評価	**糖尿病重症化予防事業** 【医療機関受診勧奨事業】 HbA1c値維持・改善者割合 74.3% （R３年度） 医療機関受診率 39.6% （R３年度） 【糖尿病受診中断者への受診勧奨】 HbA1c値維持・改善者割合 64.0% （R３年度） 【糖尿病受診中で腎症発症リスクの高い人への保健指導】 HbA1c値維持・改善者割合 74.2% （R３年度） 保健指導実施率 11.8% （R３年度） **循環器疾患重症化予防事業** 【高血圧医療機関受診勧奨事業】 医療機関受診率 68.6% （R３年度） 【脂質異常症医療機関受診勧奨事業】 医療機関受診率 28.2% （R３年度）	判断：事業継続（一部見直し） 判断理由： ・糖尿病重症化予防事業 病院受診勧奨により医療機関受診をした糖尿病レセプトのある人が約4割弱。 保健指導利用率が低い。 医師会との連携（岐阜市糖尿病性腎症重症化予防プログラム連携会議）にて対象者抽出・方法・事業評価を相談しながら実施することができた。 今後も継続が必要。 ・虚血性心疾患重症化予防事業 高血圧の医療機関受診率は7割弱。 脂質異常症の医療機関受診率は3割弱と高血圧と比べて低い。 レセプトを確認後、対象者を抽出して受診勧奨を行った。 ただちに治療が必要な人に行っていたが、値を見直し対象者を拡大した。 医療機関との連携をしながら進めていく。	

①健康・医療情報等の大分類		②各種データ	参照データ		参照データ（連合会からの提供データ含む）	健康医療情報等の整理（項目と年度、数値の記入）	アセスメント（左記データから読み取ったこと）	③健康課題との対応
			第2期データヘルス計画最終評価シート	手引き・共通様式に提示のある指標例と岐阜県独自の指標				
介護費関係の分析	国・県・同規模との比較 経年変化	介護給付費の状況 介護認定の状況	地域の全体像の把握R4年度	地域の全体像の把握R4年度	地域の全体像の把握R4年度	**1件当たりの給付費**　54,882円 要支援1:　7,901円　（県:　8,193円） 要支援2:　10,657円　（県:　11,063円） 要介護1:　35,223円　（県:　37,650円） 要介護2:　41,818円　（県:　46,015円） 要介護3:　71,431円　（県:　77,839円） 要介護4:　86,705円　（県:　99,449円） 要介護5:　96,176円　（県:106,588円） 1号認定率 21.9%　（県:18.1%） 2号認定率　0.4%　（県:　0.4%）	一件当たりの給付費は、すべての区分において県と比較すると低く抑えられている。 1号認定率は県と比較して高い。 2号認定率は県と同等。	
					健康スコアリング（保険者一覧）R4年度	R3年度（1号）認定率:22.1%（県:18.7%） 居宅1人当たり介護給付費:100.9（県:97.2）前年比 施設1人当たり介護給付費:　95.3（県:94.4）前年比	居宅1人当たり給付費は前年度より伸びている。 居宅でサービスを受けている人が多い。 また、県と比較して高い。 居宅1人当たり給付費、施設1人あたり給付費は高い。	
					地域の全体像の把握、要介護（支援）者有病状況R4年度	**介護認定者と有病状況:** 糖尿病　31.2% 高血圧症　57.9% 脂質異常症　36.0% 心臓病　66.4% 脳疾患　21.6% **要介護（支援）者有病率** [illegible]	糖尿病、高血圧症、脂質異常症、心臓病の有病者は国・県・同規模市と比較して高い。 要介護（支援）者有病率は、心臓病、筋・骨疾患有病率が高い。 心臓病を有している人はどの区分も6～7割と高率である。 糖尿病は約3割、脳疾患は2～3割である。 脳疾患は介護区分が上がるとともに有病率が高い。 （経年的に比較しても同様の傾向）	
その他	国・県・同規模との比較 経年変化			KDB「地域の全体像の把握」R4年度累計		**千人当たり医療機関数** 病院数　0.4 （県）0.2　（国）0.3（同規模）0.3 診療所　5.0 （県）3.9　（国）3.7（同規模）4.9 病床数　81.9 （県）47.9　（国）54.5（同規模）64.1		

Ⅲ　計画全体

保険者の健康課題	被保険者の健康に関する課題

①課題項目	②健康課題	③優先する健康課題	④対応する保健事業番号
A	**・特定健康診査受診勧奨事業** **・特定保健指導** 当市の被保険者は年々高齢化し、65歳～74歳の前期高齢者が被保険者全体の42.3%となっている。国保医療費は新型コロナウイルス感染症の影響もあり、ここ数年は横ばいで増減しているが、後期高齢者医療は年々増加傾向にある。国保の生活習慣病の医療費・患者数が全体の約60%を占め、年々医療費が増加していることから被保険者への保健事業を実施し被保険者の健康づくりと、医療費の適正化を図る必要がある。 国保被保険者の健康づくりの基本となる特定健康診査受診率は39.0%で推移しており、目標値との乖離がある。メタボリックシンドローム該当者が22.7%、予備群が10.8%であり、メタボリックシンドローム該当者は全国や県、同規模市と比較して高い数値である。今後も特定健康診査受診率向上のための取り組みを継続し、特定保健指導利用率を上げ、メタボリックシンドローム該当者・予備群を減らし被保険者の生活習慣病の疾病予防・重症化予防を進めていきたい。 当市の特定健康診査受診勧奨事業を評価したところ、特定健康診査のポピュレーションアプローチとしてハガキなどの個別勧奨に効果があることから、今後も受診勧奨対象者の検討を行いながら実施していきたい。 また、特定健康診査受診者は、脂質や血圧で医療機関受診中の60歳代・70歳代が多いことから、医療機関受診者の特定健康診査受診状況を岐阜市医師会等に報告・相談し連携しながら事業を進めていきたい。		
B	**・特定健康診査受診勧奨事業** **・特定保健指導** 当市では、国保・後期高齢者医療共に、生活習慣病の治療に多くの医療費を使っている。入院では「虚血性心疾患」、外来では「糖尿病」、「腎不全」、後期高齢者医療では入院、外来共に「その他の心疾患」が多くなっている。そのため国保被保険者の生活習慣病の発症予防につながるメタボリックシンドローム対象者の減少を目的に、特定保健指導の利用を進めている。 当市では、令和4年度特定保健指導利用率は19.6%、保健指導を最後まで終了した実施率は19.0%と低迷している。しかし事業評価の結果、実施者に対して体重や腹囲の改善等の保健指導効果があることが分かった。 特定健康診査受診者のうち5人に1人がメタボリックシンドローム該当者、10人に1人は予備群であり、メタボリックシンドローム該当者は全国や県・同規模市と比較して高い割合である。 特定保健指導受講勧奨事業を継続し、個別指導を基本とした特定保健指導で効果を上げ、メタボリックシンドローム該当者・予備群を減少させ、ひいては被保険者の生活習慣病の疾病予防・重症化予防をより一層進めていきたい。		
C	**糖尿病重症化予防事業** 当市では、国保・後期高齢者医療共に、生活習慣病の治療に多くの医療費を使っている。入院では、入院では「虚血性心疾患」、外来では「糖尿病」、「腎不全」、後期高齢者医療では入院、外来共に「その他の心疾患」が多くなっている。その中でも特に糖尿病の重症化を予防し、一件当たりの医療費が高く介護につながりやすい人工透析への移行を遅らせることが必要である。また、特定健康診査受診者のうち、血糖コントロール薬の服薬者が県や国と比較して多い。有所見率を比較すると、「血糖・脂質」「血圧・脂質」や「血糖・血圧・脂質」と併せ持った有所見率が県、国と比較して高い状態である。そのため、当市では、特定健康診査受診時の高血糖者に対して、医療機関受診を促す通知と個別支援の実施や、治療中の対象者へは保健指導を実施し生活習慣を振り返る取組を実施している。事業評価により医療機関受診やHbA1c値の維持・改善等がみられたことより効果があると判断したため取組を継続し、事業の取組状況を岐阜市医師会等に報告し連携しながら事業を進めていきたい。 また、糖尿病は慢性疾患であるため、経年的は変化を確認するためにも毎年の特定健康診査の受診を勧めていきたい。		
D	**循環器疾患重症化予防事業** 当市では、国保・後期高齢者医療共に、生活習慣病の治療に多くの医療費を使っている。入院では「虚血性心疾患」、外来では「糖尿病」、「腎不全」について「高血圧性疾患」が多く、後期高齢者医療では入院、外来共に「その他の心疾患」が多くなっている。高血圧等循環器疾患の重症化予防を図る必要がある。標準比死亡比（SMR）において男女ともに「急性心筋梗塞」、「腎不全」で死亡する者が国や県よりも高い状態である。また、介護認定者における有病状況においては、「心臓病」が6～7割・「脳疾患が2～3割と高く、医療費・死亡、介護において循環器疾患への対策が必要である。 また、特定健康診査の所見においては、県と比較すると生活習慣病リスク保有者割合は同じ程度であるが、有所見率を比較すると、「血圧・脂質」や「血糖・血圧・脂質」のリスクを併せ持った者が県、国と比較して高い状態である。高血圧や脂質の所見のある者に対して医療機関受診を促す通知と個別支援にて実施し重症化を予防を実施する。事業評価により血圧、中性脂肪、LDLコレステロール値の維持・改善に効果があると判断したため取組を継続していく。また、高血圧や脂質異常症は慢性疾患であるため、経年的な変化を確認するためにも、毎年特定健康診査の受診を進めていきたい。		
E	**腎機能低下の重症化予防** **○事業実施なし** 当市では、国保・後期高齢者医療共に、生活習慣病の治療に多くに医療費を使っている。国保の入院では、「虚血性心疾患」、外来では「糖尿病」、「腎不全」、後期高齢者医療では入院、外来共に「その他の心疾患」が多くなっている。糖尿病・循環器疾患の重症化予防を実施し、一件当たりの医療費が高く、介護につながりやすい人工透析の移行期間を伸ばすような取り組みを行っているため、腎機能のみに着目した事業は実施していない。 啓発として、特定健康診査を受診した医療機関からCKDのリーフレットを配布し、病態の理解や生活習慣改善のアドバイスを実施している。また、特定保健指導未利用者への受講勧奨事業として腎機能に着目した優先順位を決め実施している。 腎機能低下は自覚症状がないことが多く、医療機関受診の理解が得られにくいことから、毎年の特定健康診査の受診を進めていきたい。		
F	**複数多剤服用者の減少** 被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い1人当たり医療費も増加傾向にある。今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給とともに、被保険者の安全な服薬を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進する。		
G	**地域包括ケア推進・** **一体的実施の取組の状況** 岐阜県は高齢化率が30．4%（令和2年）とで、労働人口（15～64歳）が5．1%減少（平成27年との比較）し、65歳以上の単独世帯は16．5%増加していることから（R3．12月16日岐阜県庁発表「令和2年度国勢調査による岐阜県の人口」より）、 国保の視点から地域包括ケアに資する取組を行うことで、高齢者が住みなれた地域で自立した生活ができる期間の延伸、QOLの維持向上を図れるようにする。		

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

⑤項目（＝①）	中目的	⑦評価指標	⑧計画策定時実績	⑨目標値						
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
A・B	メタボ等の生活習慣病の予防	特定健診受診率（法定報告）	39.0	42.0	44.0	46.0	48.0	49.0	50.0
		特定保健指導実施率（法定報告）	19.0	25.0	26.0	27.0	28.0	29.0	30.0
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	19.6	20.0	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0
C	糖尿病等の重症化の予防	HbA1c8.0以上の者の割合	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3
		HbA1c6.5以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4
D	循環器疾患重症化予防事業	収縮期血圧維持・改善者割合	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0
		拡張期血圧維持・改善者割合	70.8	71.0	71.0	71.0	71.0	71.0	71.0
		中性脂肪　維持・改善者割合	58.5	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0
		LDLコレステロール　維持・改善者割合	79.0	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0
E	腎機能低下の重症化予防	CKD重症度分類の変化　　**（→事業実施なし）**							
F	重複多剤服用者の減少	保険者努力支援：共通指標⑤（1）重複投薬者に対する取組 重複投与者数（対被保険者1万人）が前年度から減少	19	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
		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	146	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
G	地域包括ケア推進・ 一体的実施の取組の状況	保険者努力支援：国保固有の指標④（1）地域包括ケア推進の取組 KDB等を活用したデータ提供等により地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局として参画	参画	参画	参画	参画	参画	参画	参画
		保険者努力支援：国保固有の指標④（1）地域包括ケア推進の取組 KDB等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、国保部局として当該ターゲット層に対する支援を実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施

解決すべき健康課題と保健事業の対応づけ

⑨事業番号	⑪事業名称	⑫重点・優先度
1	特定健康診査受診勧奨事業	
2	特定保健指導	
3	糖尿病等重症化予防事業	
4	循環器疾患重症化予防事業	
5	腎機能低下の重症化予防	
6	適正受診・適正服薬	
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	

Ⅳ　個別の保健事業

個別保健事業評価計画　（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）

事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績 2021年度（R3）	目標値 2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8） 数値	2026年度（R8） 評価	2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11） 数値	2029年度（R11） 評価
特定健康診査受診勧奨事業	糖尿病・高血圧症・脂質異常症等の早期発見と改善、医療費の抑制を目的とし、関係機関と協議・連携しながら健診の意義を広く周知し、受診しやすい環境づくりに努めるとともに、被保険者の特性に応じた受診勧奨と医療機関情報の提供等対策を推進し、健診受診者を増やす。	アウトカム指標（成果）	特定健診実施率（実績値）	39.9%	42%	44%	46%		48%	49%	50%	
		アウトプット指標（実施量・率）	①特定健診受診勧奨ハガキ送付率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%	100.0%	100.0%	
			②電話勧奨　架電割合	67.6%	廃止	廃止	廃止		廃止	廃止	廃止	
			③情報提供票の回収率	18.9%	20.0%	22.0%	23.0%		25.0%	25.0%	25.0%	

実施内容　　※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて

	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の中間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正	令和11年度の最終評価
対象者	①特定健診受診勧奨ハガキ送付： ・健診未受診者を細分化し対象に合わせた内容で作成・送付 （治療中・40歳代、50歳代・隔年受診者・昨年度受診者・糖尿病受診中断者）			
	②電話勧奨：廃止			
	③情報提供事業： ・特定健診未受診かつ糖尿病治療中の者へ受診状況の送付を依頼する案内を送付			
	④健診結果提供（インセンティブ）： ・40歳～74歳の被保険者で特定健診を利用せず、職場等の健診または人間ドックを受診した者で、情報提供に同意した者			
時期	①特定健診受診勧奨ハガキ送付： ・9月上旬に未受診者を抽出し、9月末に送付			
	②電話勧奨：廃止			
	③情報提供事業： ・特定健診終了後の12月～2月（3か月間）			
	④健診結果提供（インセンティブ）： ・4月～翌9月上旬			
方法	①特定健診受診勧奨ハガキ送付： ・健診対象者を条件に合わせて抽出 ・対象者に合わせた受診勧奨はがきの作成 （治療中、隔年受診者、40歳代・50歳代、糖尿病受診中断者） ・送付			
	②コールセンター：廃止			
	③情報提供事業： ・特定健診未受診者で糖尿病レセプトのある人を抽出 ・情報提供事業への協力のお願い書類（治療中の人の検査結果データ提供票）を作成し送付			
	④健診結果提供（インセンティブ）： ・受診券同封チラシ、受診勧奨ハガキ、広報ぎふ等にてPR ・二次元コード（QRコード）からオンライン申請も可能 ・お礼としてQUOカード進呈			
実施回数・量	①特定健診受診勧奨ハガキ： ・送付9月末（1回） ・対象者約50,000人			
	②電話勧奨：廃止			
	③情報提供事業： ・12月～2月末 ・対象者約6,000人			
	④健診結果提供（インセンティブ）： ・約700人			
連携体制・予算・人員	①特定健診受診勧奨ハガキ送付 ・予算確保 ・受診勧奨通知作成、印字業務委託 ・事務所や保健センター等の関係機関との連絡調整			
	②電話勧奨：廃止			
	③情報提供事業： ・予算確保 ・受診勧奨通知作成、印字業務委託 ・医師会等との連携 （情報提供事業説明・ポスター等を送付）			
	④健診結果提供（インセンティブ）： ・予算の確保（経年的に申込増加に伴い） ・オンライン申請の継続			
事業していて気づいたこと	・受診勧奨はがき送付は治療中対象者の受診率が高かった ・情報提供事業の結果提供者が減少している ・医療機関連携が重要（フィードバックをきめ細かく実施） ・インセンティブはオンライン申請が可能になった年度（R2年度）以降申込者が増加（対象者に合わせた実施方法の検討）			

（注）計画策定時実績年度は各事業により評価年度が異なる

Ⅳ　個別の保健事業

個別保健事業評価計画　（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）

事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績 2021年度（R3）	目標値 2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8） 数値	2026年度（R8） 評価	2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11） 数値	2029年度（R11） 評価
特定健康診査	特定健診を受診し、健診結果より内臓脂肪の蓄積に起因する糖尿病等のリスクに応じて、被保険者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣改善につなげることで、メタボリックシンドローム該当者が減り、生活習慣病の早期発見・重症化予防を目指す。	アウトカム指標（成果）	特定健診実施率（実績値）	39.0%	42%	44%	46%		48%	49%	50%	
		アウトプット指標（実施量・率）	40歳代受診率	22.0%	22.0%	22.0%	23.0%		24.0%	24.0%	25.0%	
			50歳代受診率	28.7%	29.0%	29.0%	29.0%		30.0%	30.0%	30.0%	
			60歳代受診率	42.7%	43.0%	44.0%	45.0%		45.0%	45.0%	45.0%	
			70歳代受診率	48.8%	49.0%	50.0%	50.0%		50.0%	50.0%	50.0%	
			継続受診率（前年度未受診者が受診した数の増加	16.3%	18.0%	20.0%	23.0%		25.0%	28.0%	30.0%	

実施内容　　※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて

	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の中間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正	令和11年度の最終評価
対象者	①（個別特定健康診査：個別健診） ・40歳～74歳の被保険者			
	②（集団特定健康診査：集団健診） ・個別特定健診未受診者かつ医療機関未受診（レセプトがない）の40歳代・50歳代			
時期	①（個別健診） ・6月～10月末			
	②（集団健診） ・12月～2月			
方法	①（個別健診） ・自己負担金800円 ・委託医療機関一覧表に土日に実施できる医療機関を記載			
	②集団健診 ・日曜日開催 ・個別健診終了後、対象者を抽出する ・対象者へ案内を通知・申込受付 ・集団健診実施 ・集団健診実施1か月後、結果説明会を実施（集団）			
実施回数・量	①（個別健診） ・5か月間			
	②（集団健診） ・数回 ・試行実施予定（R6年度～）			
連携体制・予算・人員	①（個別健診） ・医師会等委託医療機関との連携 ・予算確保 ・委託医療機関にて実施			
	②（集団健診） ・民間健診事業者との連携 ・予算確保 ・民間健診業者にて実施 ※特定保健指導初回支援を同時実施 ・医師会への事前説明			
事業していて気づいたこと	・40歳代、50歳代の受診率が低い ・隔年受診している、毎年受診していない ・受診率の高い70歳代の受診者が後期高齢者へ移行 →継続受診の必要性をPR、40歳代、50歳代が受診しやすい対策 ・医療機関連携が重要			

Ⅳ　個別の保健事業

個別保健事業評価計画　（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）

事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値							
				2021年度（R3）	2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）		2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）	
							数値	評価			数値	評価
特定保健指導利用勧奨事業	被保険者が、健診の結果について現状を自覚し、生活習慣の改善につなげる行動ができることにより、メタボリックシンドローム該当者が減る。	アウトカム指標（成果）										
		アウトプット指標（実施量・率）	特定保健指導実施率	19.6%	25.0%	26.0%	27.0%		28.0%	29.0%	30.0%	
			次年度継続健診受診率	71.9%	80.0%	80.0%	80.0%		80.0%	80.0%	80.0%	

実施内容　　※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて

	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の中間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正	令和11年度の最終評価
対象者	①情報提供リーフレットによる特定保健指導申込案内 特定健診受診者 ②特定保健指導初回案内 特定保健指導対象者 ③再勧奨 特定保健指導未利用者			
時期	①情報提供リーフレットによる特定保健指導申込案内 6月～11月（特定健診結果説明時） ②特定保健指導初回案内 8月～2月（特定健診受診の翌々月初め） ③再勧奨 (1)勧奨訪問：8月～3月（初回案内締切後随時） (2)再勧奨通知：8月～2月（初回案内締切後、約1週間経過後）			
方法	①情報提供リーフレットによる特定保健指導申込案内 ・医師が健診結果説明時に使用する情報提供リーフレット内に、特定保健指導対象者が特定保健指導を利用できることを記載 （オンラインによる申込ができるよう二次元コードを掲載） ・結果説明時に医師から対象者へ案内していただけるよう依頼 ②特定保健指導初回案内 ・特定健診受診の翌々月初めに、日程等を記載した特定保健指導案内を送付 ③再勧奨 (1)勧奨訪問 ・生活習慣病の発症リスクが高く優先度の高い人に対し、訪問による勧奨を実施 （R5対象者抽出基準：eGFR45未満/尿たんぱく+以上/HbA1c6.5%以上） (2)再勧奨通知 ・(1)以外の未利用者に対し、健診結果をレーダーチャートで示した再勧奨通知を送付			
実施回数・量	①情報提供リーフレットによる特定保健指導申込案内 ・随時 ②特定保健指導初回案内 ・6～7回／年、約2,500人へ送付 ③再勧奨 (1)勧奨訪問：（対象）約300人 (2)再勧奨通知：6～7回／年、約1,800人へ送付			
連携体制・予算・人員	・国保・年金課　保健事業係にて通知作成・送付・訪問等を実施 ・医師会等との連携 （実績報告、特定健診受診者に特定保健指導を案内していただくよう依頼）			
事業していて気づいたこと	①情報提供リーフレットによる特定保健指導申込案内 ・申込者は月に2～3件と少なく、特定保健指導対象外の人からの健康相談が多い ②特定保健指導初回案内及び③再勧奨(2)再勧奨通知 ・申込方法を選択式に変更したり、レーダーチャートによる健診結果の見える化等を行うことで通知による申込率は増加したが、翌年度の申込率は減少した ③再勧奨 (1)勧奨訪問 ・対象者の生活や思いをうかがいながら保健指導をしたことで、利用者の増加につながった			

事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値							
				2021年度（R3）	2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）		2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）	
							数値	評価			数値	評価
特定保健指導	特定保健指導対象者に対して、特定保健指導を行うことでメタボリックシンドロームの改善を図り、ひいては被保険者全体のメタボリックシンドローム及び生活習慣病を減少させる。	アウトカム指標（成果）	保健指導レベルの改善割合	49.6%	50.0%	55.0%	60.0%		60.0%	60.0%	60.0%	
			利用者の腹囲２cm、体重２kg減量した者の割合	17.9%	20.0%	23.0%	27.0%		28.0%	29.0%	30.0%	
			特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	19.2%	20.0%	21.0%	22.0%		23.0%	24.0%	25.0%	
		アウトプット指標（実施量・率）	特定保健指導実施率	19.6%	25.0%	26.0%	27.0%		28.0%	29.0%	30.0%	
			次年度特定健診継続受診率	71.9%	80.0%	80.0%	80.0%		80.0%	80.0%	80.0%	
			体重の変化（改善割合）	61.8%	63.0%	64.0%	65.0%		67.0%	68.0%	70.0%	
			腹囲の変化（改善割合）	61.5%	63.0%	64.0%	65.0%		67.0%	68.0%	70.0%	

実施内容　※現在までの実施方法(プロセス)を踏まえて

	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の中間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正	令和11年度の最終評価
対象者	・特定健診の結果、保健指導判定値により積極的支援または、動機付け支援と判定された人(生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できると判定された人)			
時期	8月～7月 (初回支援は8～3月、継続的支援3か月実施) 【参考】 ・特定健診実施時期(6月～10月) ・特定保健指導初回案内(8月～2月) ・特定保健指導再勧奨(8月～3月)			
方法	(直営)国保年金課保健師実施 ・個別支援(面接・電話・メール・遠隔面接等)を中心に実施 (グループ支援は必要時実施) ・指定日(指定会場)以外に、対象者の都合に合わせ日程や会場を調整し、実施 ・管理栄養士等(雇い上げ)を活用 ・集団健診時に初回支援を同時実施(R6年度～、一部委託) (委託)民間事業者実施 ・個別支援(面接・電話・メール・遠隔面接等)を実施 ・遠隔面接以外の初回面接は、指定日(指定会場)にて実施 ・会場予約や申込受付は、国保・年金課にて実施			
実施回数・量	R5年度計画 (直営) ・指定日　150人(25会場設定) ・指定日以外　70人 ・勧奨訪問等　110人 (委託) ・指定日　320人(55会場設定) ・遠隔面接　10人			
連携体制・予算・人員	・予算、実施体制(保健師10人)の確保 ・民間事業者との連携 ・医師会等との連携 ・保健衛生部等との連携			
事業していて気づいたこと	・特定保健指導実施率が伸び悩んでいる 特定保健指導実施率の向上対策が必要 ・特定保健指導実施後の健診受診率が低下している (生活習慣改善後の結果を翌年度の健診結果にて確認できる最終評価支援時に伝達する必要がある)			

Ⅳ　個別の保健事業

個別保健事業評価計画　（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）

事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値							
				2021年度（R3）	2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）		2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）	
							数値	評価			数値	評価
糖尿病重症化予防事業（医療機関受診勧奨事業）	糖尿病が重症化するリスクの高い人に対して、保健指導及び医療機関への受診に結びつけることより合併症、人工透析等の重症化への移行防止を図る。	アウトカム指標（成果）	HbA1c値維持・改善者割合	74.3%	75.0%	75.0%	75.0%		75.0%	75.0%	75.0%	
			介入者の新規透析患者数	0人	0人	0人	0人		0人	0人	0人	
		アウトプット指標（実施量・率）	医療機関受診勧奨率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%	100.0%	100.0%	
			医療機関受診率	39.6%	40.0%	42.0%	44.0%		46.0%	48.0%	50.0%	
			継続医療機関受診率	52.3%	55.0%	55.0%	60.0%		60.0%	70.0%	70.0%	
			医療機関に相談した割合	80.0%	81.0%	82.0%	83.0%		84.0%	85.0%	85.0%	
			次年度健診受診率	77.6%	78.0%	79.0%	80.0%		81.0%	82.0%	83.0%	

実施内容　　※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて

	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の中間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正	令和11年度の最終評価
対象者	・特定健診等の結果において、空腹時血糖126mg/d(随時血糖200mg/dl)以上又はHbA1c6.5%以上の者で、レセプトデータから未受診と思われる人 （ただし、特定保健指導対象者は除く）			
時期	9月～翌年度8月 （特定健診受診の約3か月後に受診勧奨通知を送付） ※データ抽出をKDBで実施する場合、データの更新が1か月遅くなるため、通知の発送や受診状況の確認も1月遅れる見込み			
方法	・健診等の結果が基準に該当し、健診受診の翌月までに糖尿病の受療歴が確認できない者に対し、受診勧奨通知及び連絡票を送付し受診勧奨を実施。 ・かかりつけ医から提供された連絡票に基づき、保健師等が保健指導を実施する。 ・保健指導の内容は、保健指導実施記録に記載するとともに、対象者の同意のもと、糖尿病連携手帳等によりかかりつけ医に情報提供する ・連絡票の返信がない者については、年度末に診療情報から医療機関の受診状況を把握し、受療歴が確認できない場合には訪問や電話等による受診勧奨及び状況把握を行う。			
実施回数・量	対象：約300人			
連携体制・予算・人員	・岐阜市糖尿病性腎症重症化予防プログラム連携会議において、医療機関受診状況、保健指導実施状況等の状況報告及び課題の共有をし事業を進める。 ・予算の確保 ・R6年度から国保・年金課にて実施 （連携会議は保健衛生衛生部及び福祉医療課と連携して実施） ・ポピュレーションは保健衛生部と協働			
事業していて気づいたこと	・対象者のうち、糖尿病レセプトデータがある人は4割程度だが、8割の人は医療機関を受診していることを確認できた。 ・岐阜市は、特定健診のほとんどをかかりつけ医となる医療機関で実施しているため、健診から医療へ繋がりやすい環境であり、それぞれの特定健診委託医療機関が適切に受診勧奨を実施していただけていると感じた。今後も医師会等へのフィードバックが重要だと思われる。			

事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値							
				2021年度（R3）	2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）		2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）	
							数値	評価			数値	評価
糖尿病重症化予防事業（糖尿病受診中断者への受診勧奨）	糖尿病が重症化するリスクの高い人に対して、保健指導及び医療機関への受診に結びつけることより人工透析等の重症化への移行防止を図る。	アウトカム指標（成果）	HbA1c値維持・改善者割合	64.0%	65.0%	65.0%	65.0%		65.0%	65.0%	65.0%	
		アウトプット指標（実施量・率）	医療機関受診勧奨率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%	100.0%	100.0%	
			医療機関受診率	25.5%	27.0%	30.0%	30.0%		35.0%	40.0%	40.0%	
			次年度健診受診率	18.7%	20.0%	25.0%	25.0%		30.0%	35.0%	35.0%	

実施内容　※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて

	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の中間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正	令和11年度の最終評価
対象者	・レセプト分析により、過去に糖尿病の治療歴がある、または過去3年間程度の健診にてHbA1c6.5%以上が確認されているものの、最近1年間に健診受診歴や糖尿病の受療歴がないと思われる人			
時期	・特定健診実施期間中 （受診勧奨はがき送付時の9月頃）			
方法	・健診等の結果が当該基準に該当し、糖尿病の受療歴ができない対象者に対し、特定健診の受診勧奨はがきを送付。			
実施回数・量	・期間中に1回			
連携体制・予算・人員	・岐阜市糖尿病性腎症重症化予防プログラム連携会議において、医療機関受診状況、保健指導実施状況等の状況報告及び課題の共有をし事業を進める。 ・予算確保 （連携会議は保健衛生衛生部及び福祉医療課と連携して実施） ・ポピュレーションは保健衛生部と協働			
事業していて気づいたこと	・KDBでは、前年度の受診状況を6月に把握できるが、現在は特定健診の受診勧奨と合わせ9月に受診勧奨を実施している。 ・特定健診や医療機関の受診がない人に対して早期に介入するため、受診勧奨の時期や方法を見直せると良い。			

事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値							
				2021年度（R3）	2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）		2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）	
							数値	評価			数値	評価
糖尿病重症化予防事業（糖尿病受診中で腎症発症リスクの高い方への保健指導）	糖尿病が重症化するリスクの高い人に対して、保健指導等により、合併症（人工透析等）の重症化への移行防止を図る。	アウトカム指標（成果）	HbA1c値維持・改善者割合	74.2%	75.0%	75.0%	80.0%		80.0%	80.0%	80.0%	
			eGFR値維持・改善者割合	69.0%	70.0%	70.0%	70.0%		70.0%	70.0%	70.0%	
			介入者の新規透析患者数	0人	0人	0人	0人		0人	0人	0人	
		アウトプット指標（実施量・率）	受講勧奨率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%	100.0%	100.0%	
			次年度健診受診率	85.7%	90.0%	90.0%	90.0%		90.0%	90.0%	90.0%	
			保健指導実施率	11.8%	13.0%	15.0%	17.0%		19.0%	23.0%	25.0%	

実施内容　※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて

	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の中間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正	令和11年度の最終評価
対象者	糖尿病で治療中の人のうち、健診等の結果においてメタボリックシンドロームまたはその予備群に該当し、HbA1c7.0%以上の糖尿病性腎症重症化のリスクの高い人 ※特定保健指導対象者の場合は除く 【70歳未満】 ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑまたは予備群　かつHbA1c7.0%以上の人 ただし、eGFR　50mL/分/1.73m² 未満、尿たんぱく（＋＋）以上の人を除く 【70歳以上】 ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑ　かつHbA1c7.0%以上の人 ただし、eGFR　40mL/分/1.73m² 未満、尿たんぱく（＋＋）以上の人を除く			
時期	9月～翌年度（利用申込書提出時に随時） （特定健診受診の約3か月後に保健指導の利用案内を送付、情報提供事業利用者には翌年度4月に案内を送付） ※データ抽出をKDBで実施する場合、データの更新が1か月遅くなるため、通知の発送や受診状況の確認も1月遅れる見込み			
方法	・対象者に保健指導案内及び保健指導依頼票を送付。 ・対象者が保健指導に同意をした場合、かかりつけ医は提供された保健指導依頼票に必要な情報を記載し、保険者へ送付。 ・かかりつけ医から提供された保健指導依頼票に基づき保健指導を行う。 ・保健指導の実施結果は、糖尿病連携手帳等によりかかりつけ医に情報提供する。			
実施回数・量	対象：約500人			
連携体制・予算・人員	・岐阜市糖尿病性腎症重症化予防プログラム連携会議において、医療機関受診状況、保健指導実施状況等の状況報告及び課題の共有をし事業を進める。 ・R6年度から保健指導の実施者が保健衛生部から国保・年金課に変更。（連携会議は保健衛生衛生部及び福祉医療課と連携して実施） ・ポピュレーションは保健衛生部と協働			
事業していて気づいたこと	・保健指導の実施率が低い。 ・かかりつけ医から依頼票が提出された人でも、本人が希望しないといった理由で保健指導をキャンセルされることが多数ある。 ・医療機関に対しても本事業が浸透しておらず、問い合わせを受けることがある。			

Ⅳ 個別の保健事業

個別保健事業評価計画 （今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）

事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値							
				2021年度（R3）	2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）		2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）	
							数値	評価			数値	評価
循環器疾患重症化予防事業（高血圧医療機関受診勧奨事業）	高血圧が重症化するリスクの高い未受診者に対し、医療機関の受診につなげ、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。	アウトカム指標（成果）	収縮期血圧　維持・改善者割合	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%		75.0%	75.0%	75.0%	
			拡張期血圧　維持・改善者割合	70.8%	75.0%	75.0%	75.0%		75.0%	75.0%	75.0%	
			CKD重症化分類の変化（受診者の維持・改善割合）	61.1%	62.0%	62.0%	62.0%		62.0%	62.0%	62.0%	
		アウトプット指標（実施量・率）	医療機関受診勧奨率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%	100.0%	100.0%	
			医療機関受診率	68.6%	70.0%	70.0%	70.0%		70.0%	70.0%	70.0%	
			次年度健診受診率	66.7%	70.0%	70.0%	70.0%		70.0%	70.0%	70.0%	

実施内容　※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて

	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の中間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正	令和11年度の最終評価
対象者	特定健診の結果、以下の条件に該当しかつ問診にて「服薬治療なし」と回答し、レセプト情報にて高血圧の受療歴が確認できない者 （ただし、特定保健指導及び糖尿病等生活習慣病重症化予防事業対象者は除く） ・収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上			
時期	9月～翌年度4月 （特定健診受診後概ね3か月後に案内を送付） ※データ抽出をKDBで実施する場合、データの更新が1か月遅くなるため、通知の発送や受診状況の確認も1月遅れる見込み			
方法	・健診等の結果が基準に該当し、健診受診の翌月までに高血圧の受療歴が確認できない者に対し、受診状況を確認する通知を送付 ・返信や診療情報から医療機関の受診が確認できない場合には、訪問や電話等による受診勧奨及び状況把握を行う			
実施回数・量	対象：約300人、通知を1回送付			
連携体制・予算・人員	・国保・年金課にて予算確保、実施 ・ポピュレーションは保健衛生部と協働 ・医師会等と連携			
事業していて気づいたこと	・特定健診受診後の医療機関受診状況を確認し対象者を抽出することで、より正確に未受診者を抽出できた。 ・岐阜市は、特定健診のほとんどをかかりつけ医となる医療機関で実施しているため、健診から医療へ繋がりやすい環境である。レセプトデータで医療機関の受診が確認できない方は、それぞれのかかりつけ医と相談し、治療に至っていないケースが多かった。 ・特定健診の結果説明時には、それぞれの医療機関が病態別リーフレットを活用し受診勧奨をしており、今後も医師会等へのフィードバックが重要だと思われる。			

個別保健事業評価計画 （今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）

事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値							
				2021年度（R3）	2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）		2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）	
							数値	評価			数値	評価
循環器疾患重症化予防事業（脂質異常症医療機関受診勧奨事業）	脂質異常症が重症化するリスクの高い未受診者に対し、医療機関の受診につなげ、脂質異常症（動脈硬化）から起因する心臓病や脳卒中などの疾病を予防する。	アウトカム指標（成果）	中性脂肪　維持・改善者割合	58.5%	60.0%	60.0%	60.0%		60.0%	60.0%	6.0%	
			LDLコレステロール　維持・改善者割合	79.0%	80.0%	80.0%	80.0%		80.0%	80.0%	80.0%	
		アウトプット指標（実施量・率）	医療機関受診率	28.2%	30.0%	32.0%	35.0%		40.0%	40.0%	40.0%	
			次年度健診受診率	76.1%	78.0%	80.0%	80.0%		80.0%	80.0%	80.0%	

実施内容　※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて

	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の中間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正	令和11年度の最終評価
対象者	特定健診の結果、以下の条件に該当しかつ問診にて「服薬治療なし」と回答し、レセプト情報にて脂質異常の受療歴が確認できない者 （ただし、特定保健指導及び糖尿病等生活習慣病重症化予防事業対象者は除く） ・LDLコレステロール180mg/dl以上または中性脂肪500mg/dl以上			
時期	9月～翌年度4月 （特定健診受診後概ね3か月後に案内を送付） ※データ抽出をKDBで実施する場合、データの更新が1か月遅くなるため、通知の発送や受診状況の確認も1月遅れる見込み			
方法	・国保・年金課の保健師が、対象者を抽出する ・郵送、電話、個別面談（家庭訪問）等の方法で保健指導及び受診勧奨を実施 ・後日、レセプト情報との突合により受診及び治療の確認			
実施回数・量	対象：約400人、通知を1回送付			
連携体制・予算・人員	・国保・年金課にて予算確保、実施 ・ポピュレーションは保健衛生部と協働 ・医師会等と連携			
事業していて気づいたこと	特定健診受診後の医療機関受診状況を確認し対象者を抽出することで、より正確に未受診者を抽出できた。 岐阜市は、特定健診のほとんどをかかりつけ医となる医療機関で実施しているため、健診から医療へ繋がりやすい環境であり、レセプトデータで医療機関の受診が確認できない方もそれぞれのかかりつけ医と相談し、治療に至っていないケースが多かった。 特定健診の結果説明時には、それぞれの医療機関が病態別リーフレットを活用し受診勧奨をしており、今後も医師会等へのフィードバックが重要だと思われる。			

Ⅳ　個別の保健事業

個別保健事業評価計画 （今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標）

事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値							
				2022年度（R4）	2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）		2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）	
							数値	評価			数値	評価
重複投与者に対する取組	被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い1人当たり医療費も増加傾向にある。今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給とともに、被保険者の安全な服薬を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進する。	アウトカム指標（成果）	共通指標⑤（１）重複投薬者に対する取組③重複投与者数（対被保険者1万人）が前年度から減少していること	19	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	前年より減少
		アウトプット指標（実施量・率）	対象者への通知・訪問回数（改善状況の確認も含む）	１回以上	１回以上	１回以上	１回以上		１回以上	１回以上	１回以上	
			取組実施前後の評価	１回	１回	１回	１回		１回	１回	１回	
			医師会・薬剤師会への相談	１回以上	１回以上	１回以上	１回以上		１回以上	１回以上	１回以上	

実施内容　　※現在までの実施方法(プロセス)を踏まえて

	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の中間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正	令和11年度の最終評価
対象者	共通指標⑤(1)重複投薬者に対する取組 ①a.抽出基準			
時期	4月～翌年3月			
方法	①b.通知又は個別訪問指導 c.取組実施後に対象者の処方状況をレセプト等で確認 d.実施前後で評価を行う ②本人や支援者に服薬状況や副作用の改善状況を確認			
実施回数・量	通知：1回/年 訪問：1回～複数回/人 対象者：10人前後			
連携体制・予算・人員	岐阜市医師会、岐阜市薬剤師会との連携			
事業していて気づいたこと	対象者に保険者が重複投薬の把握をしていることを伝えることや、健康等の心配していることで対象者からの反応があった。			

個別保健事業評価計画 （今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）

事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績 2022年度（R4）	目標値 2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8） 数値	2026年度（R8） 評価	2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11） 数値	2029年度（R11） 評価
多剤投与者に対する取組	被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い1人当たり医療費も増加傾向にある。今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進する。	アウトカム指標（成果）	共通指標⑤（2） 多剤投与者に対する取組 ③多剤投与者数（対被保険者1万人）が前年度から減少していること	146	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	
		アウトプット指標（実施量・率）	対象者への通知・訪問回数（改善状況の確認も含む）	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上		1回以上	1回以上	1回以上	
			取組実施前後の評価	1回	1回	1回	1回		1回	1回	1回	
			医師会・薬剤師会への相談	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上		1回以上	1回以上	1回以上	

実施内容　※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて

	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の中間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正	令和11年度の最終評価
対象者	共通指標⑤（2）多剤投与者に対する取組 ①a抽出基準			
時期	4月～翌年3月			
方法	共通指標⑤（2）多剤投与者に対する取組 ①b.通知又は個別訪問指導 c.取組実施後に対象者の処方状況をレセプト等で確認 d.実施前後で評価を行う ②本人や支援者に服薬状況や副作用の改善状況を確認			
実施回数・量	通知：1回／年 訪問：1回～複数回／人 対象者：10人前後			
連携体制・予算・人員	岐阜市医師会、岐阜市薬剤師会との連携			
事業していて気づいたこと				

個別保健事業評価計画 （今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）

事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績 2022年度（R4）	目標値 2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8） 数値	2026年度（R8） 評価	2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11） 数値	2029年度（R11） 評価
薬剤の適正使用の推進に対する取組	被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い1人当たり医療費も増加傾向にある。今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給とともに、被保険者の安全な服薬を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進する。	アウトカム指標（成果）										
		アウトプット指標（実施量・率）	お薬手帳を1冊にまとめることやポリファーマシーに関する周知・啓発	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上		1回以上	1回以上	1回以上	
			セルフメディケーションの推進のための周知・啓発	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上		1回以上	1回以上	1回以上	

実施内容　※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて

	第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の中間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正	令和11年度の最終評価
対象者	被保険者を含む住民全体			
時期	被保険者			
方法	納付書発送時期(6月）加入時(随時） みんなの国保(小冊子)やホームページ掲載			
実施回数・量	1回／年			
連携体制・予算・人員				
事業していて気づいたこと				

Ⅳ　個別の保健事業

個別保健事業評価計画　（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）

事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値							
				2022年度（R4）	2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）		2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）	
							数値	評価			数値	評価
地域包括ケアに対する取組	岐阜県は高齢化率が30．4%（令和2年）とで、労働人口（15～64歳）が5．1%減少（平成27年との比較）し、65歳以上の単独世帯は16．5%増加していることから（R3．12月16日岐阜県庁発表「令和2年度国勢調査による岐阜県の人口」より）、 国保の視点から地域包括ケアに資する取組を行うことで、高齢者が住みなれた地域で自立した生活ができる期間の延伸、QOLの維持向上を図れるようにする。	アウトカム指標（成果）	国保の視点から地域包括ケアの推進に資する取組の実施	実施有	実施有	実施有	実施有		実施有	実施有	実施有	
		アウトプット指標（実施量・率）	①地域包括ケアの構築に向けた医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援など部局横断的な議論の場に国保部局として参画し、KDB等を活用したデータ提供等により地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局として参画	参画	参画	参画	参画		参画	参画	参画	
			②KDB等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、国保部局として当該ターゲット層に対する支援を実施（お知らせや保健師等専門職による個別支援、介護予防を目的とした取組等）	実施有	実施有	実施有	実施有		実施有	実施有	実施有	
			③国保直診施設等を拠点とした取組をはじめ、医療・介護関係機関の連携による地域包括ケアの推進に向けた取組の実施	実施有	実施有	実施有	実施有		実施有	実施有	実施有	

実施内容　※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて

		第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の中間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正	令和11年度の最終評価
時期	国保部局として参画 ①地域支援事業に	取組内容 対象者に応じた受診勧奨の結果、毎年健診受診する割合が増加し、健診受診率が増加した。見直しを行ったが、経年的に健診受診率が向上していることから現在の事業を継続する。			
方法					
実施回数・量					
対象者	②ハイリスクアプローチ	抽出方法 KDBシステムを活用し特定健診の結果、以下の条件に該当し問診にて「服薬治療なし」と回答した者 ①収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧110mmHg以上 ②LDLコレステロール180mg/dl以上または中性脂肪500mg/dl ③空腹時中性脂肪400mg/dl以上 取組内容 KDBデータより要介護者の有病状況として、心臓病は66.4%と最も多く、続いて筋・骨疾患59.4%となっている。心臓病に含まれる虚血性心疾患は、高額になるなる疾患であり、生活習慣病の治療者としても多い。また、基礎疾患には、高血圧と脂質異常の重複が高い状態にある。			
時期					
方法					
実施回数・量					
対象者	③医療・介護関係機関の連携による地域包括ケアの推進に向けた取組	市民病院を拠点として、地域で必要されている医療、介護、生活支援等について、地域ケア会議を適宜開催している。			
時期					
方法					
実施回数・量					
連携体制・予算・人員					
事業していて気づいたこと					

個別保健事業評価計画 （今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）

事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績 2022年度（R4）	目標値 2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8） 数値	2026年度（R8） 評価	2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11） 数値	2029年度（R11） 評価
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	国保、後期高齢者医療、介護保険のそれぞれのデータ分析を実施したうえで、後期高齢者医療広域連合から保健事業実施の委託を受け、専門職を活用し、国保の保健事業について後期高齢者医療制度の保健事業と介護保険の地域支援事業と一体的に実施する。	アウトカム指標（成果）	後期高齢者医療広域連合から保健事業実施の委託を受け、専門職を活用し、国保の保健事業について後期高齢者医療制度の保健事業と介護保険の地域支援事業と一体的に実施	実施有	実施有	実施有	実施有		実施有	実施有	実施有	
			事業の実施に当たり、国保、後期高齢者医療、介護保険のそれぞれのデータ分析を実施	実施有	実施有	実施有	実施有		実施有	実施有	実施有	
		アウトプット指標（実施量・率）	①－１後期高齢者医療制度の保健事業と一体的に実施している保健事業の実施内容（ハイリスクアプローチ）	実施有	実施有	実施有	実施有		実施有	実施有	実施有	
			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）	実施有	実施有	実施有	実施有		実施有	実施有	実施有	
			②事業の実施に当たり、国保のデータに加え、後期高齢者医療及び介護保険のデータについても、KDB等を活用した分析を総合的に実施	実施有	実施有	実施有	実施有		実施有	実施有	実施有	

実施内容　※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて

		第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容	令和8年度の中間評価のまとめ	令和8年度中間評価後の追加修正	令和11年度の最終評価
対象者	①ハイリスクアプローチ	地域では高齢者を含めた全市民を対象とした健康相談、社会福祉協議会が主催するサロンの場において、後期高齢者へのフレイル予防・生活習慣病予防の相談を行い、介護予防として、いきいき筋トレ体操を実施している。その際に測定した血圧値や聞き取った生活K状況により、測定区分に応じた医療機関への受診勧奨（「受診勧奨値（収縮期血圧140mmHg以上、拡張期血圧90mmHg以上）や、生活改善のための保健指導、筋力の維持・向上のための運動の必要性等を伝えている。			
時期					
方法					
実施回数・量					
対象者	①ポピュレーションアプローチ	地域では健康相談や、社会福祉協議会が主催するサロンの場において、後期高齢者へのフレイル予防・生活習慣病予防の相談・健康教育等に応じている。介護予防も配慮して、いきいき筋トレ体操を普及するために、地域住民が参加する自主組織を育成している。			
時期					
方法					
実施回数・量					
対象者	②事業の実施根拠になるデータの分析	令和4年度のKDBシステム「地域の全体像の把握」（介護データ）において、介護認定者の有病状況は心疾患が66.4%と国（60.3%）・県（60.6%）に比べて高い。「医療費分析(2)大、中、細小分類」による国保医療は全体医療費（入院と外来の合算）の中で高血圧症は5位と上位にあり、入院では虚血性心疾患、その他の疾患の割合が高い。「地域の全体像の把握」（後期高齢者）においても、介護認定者の有病状況で心疾患が66.4%と最も高い状態を維持している。以上の分析により、高血圧が循環器疾患（心疾患）の予防につながる。			
時期					
方法					
実施回数・量					
連携体制・予算・人員					
事業していて気づいたこと					

第３期岐阜市国民健康保険
データヘルス計画
（令和６年度～11 年度）

岐阜市　国保・年金課

〒５００－８７０１　岐阜市司町４０番地１
電　　話：０５８－２１４－２６５１（直通）
ＦＡＸ：０５８－２６７－５０８７
Ｅメール：kokuho@city.gifu.gifu.jp