

**大垣市国民健康保険
第3期保健事業実施計画
(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 年度～令和 11 年度)**

令和 6 年 3 月策定
大垣市健康福祉部国保医療課

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の背景とねらい	1
1. 背景と位置づけ	1
2. 計画期間	2
3. 実施体制・関係者連携	2
第2章 大垣市の状況	3
1. 人口構造	3
2. 被保険者の状況	4
3. 平均余命・平均自立期間	5
4. 標準化死亡比（SMR）	5
5. 医療供給体制（被保険者千人あたり）	6
第3章 医療・健康情報の分析	7
1. 国民健康保険被保険者・医療費の推移	7
2. 疾病別医療費分析	9
3. 人工透析の状況	12
4. 国民健康保険の健診等分析	14
5. 介護の分析	15
第4章 実施事業の振り返り	17
第5章 健康課題と保健事業	20
1. 分析結果に基づく健康課題と対策	20
2. 計画全体の目的・目標	21
3. 健康課題を解決するための個別の保健事業	22
第6章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の留意事項	37
1. 保健事業実施計画（データヘルス計画）の評価・見直し	37
2. 保健事業実施計画（データヘルス計画）の公表・周知	37
3. 個人情報の保護	37
第7章 第4期特定健康診査等実施計画	38
1. 背景及び趣旨	38
2. 第3期特定健康診査等実施計画期間における実施状況	39
3. 目標値	55
4. 対象者数の見込み	55
5. 実施方法	57
6. 個人情報の保護	62
7. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	62
8. 特定健康診査等実施計画の評価・見直し	63
9. その他	63
用語解説集	64

*印のある用語は、用語解説集にて解説しています。

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の背景とねらい

1. 背景と位置づけ

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」を受け、平成26年3月に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が改正され、医療・健康情報を活用して、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・計画を行うものとされました。その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、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標準化の取組みの推進が掲げられ、令和3年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2021」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を検討するとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPI*（重要業績評価指標）の設定を推進する。」と示されました。このように、全ての保険者にデータヘルス計画を策定し、効果的・効率的な保健事業の実施に向け、標準化の取組みや評価指標の設定が求められています。

本市では、データによる医療費等の現状分析や評価に基づき、平成28年度から平成29年度の2年間を第1期、平成30年度から令和5年度の6年間を第2期とした「大垣市国民健康保険保健事業の実施方針（データヘルス計画）」を定め、重点目標を抽出し、課題への効果的な取組みを行いました。今回、第3期では、令和6年度から令和11年度の6年間を計画期間とし、被保険者の年代ごとの身体的な状況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、その結果、生活習慣病を減少させ今後の医療費や介護給付費を抑制し、さらなる医療費の適正化を図ることを目的とします。また、生活習慣病の早期発見、早期治療、糖尿病重症化予防等の観点から第4期大垣市特定健康診査等実施計画と一体的に計画を策定し、相乗的に健康寿命の延伸と健康づくりを図ります。

2. 計画期間

計画期間は、関係する計画との整合性を図り、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

【計画期間】

年 度	H	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	R	元	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
保健事業実施計画 (データヘルス計画)											第1期				第2期							第3期		
特定健康診査等 実施計画			第1期					第2期						第3期								第4期		

3. 実施体制・関係者連携

(1) 保険者内の連携体制の確保

大垣市国民健康保険（以下、国保）における健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、衛生担当部局等の関係部局や県、国民健康保険団体連合会（以下、国保連合会）等の関係機関の協力を得て、国保担当部局が主体となって行います。国保には、幅広い年代の被保険者が属し、その健康課題もさまざまであることから、後期高齢者*医療担当部局や介護担当部局等と連携してそれぞれの健康課題を共有しながら保健事業を展開します。

国保担当部局は、研修等による職員の資質向上に努め、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った計画運用ができるよう体制を確保します。

(2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるには、関係機関との連携・協力が重要となります。共同保険者である岐阜県のほか、国保連合会や連合会内に設置される支援・評価委員会、医師会等の保健医療関係者、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、地域の医療機関等と課題を共有し、連携強化に努めます。

第2章 大垣市の状況

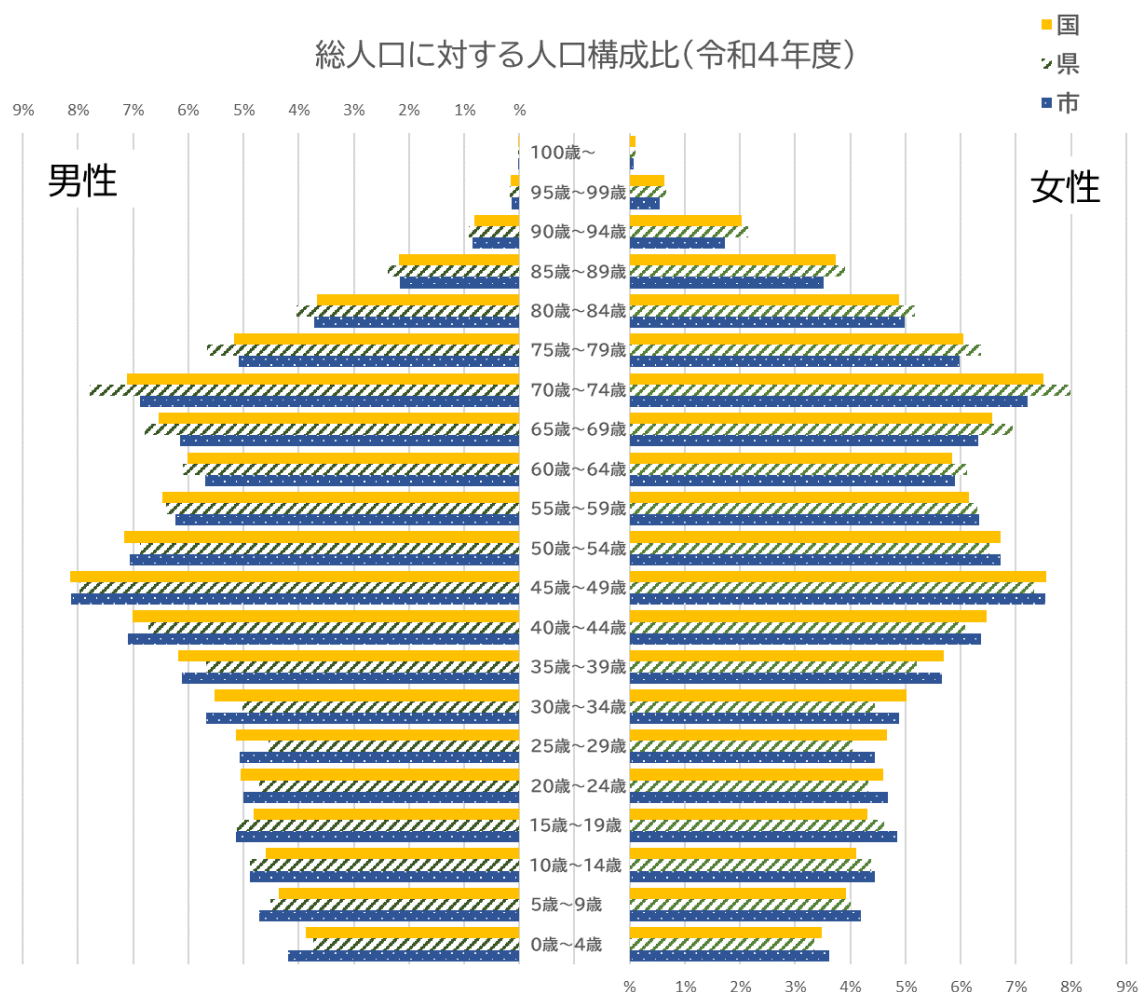
1. 人口構造

本市の人口は、年々緩やかに減少しています。令和4年度の人口構成は、国・県と比較して39歳以下の割合が高く、65歳以上の割合が低くなっています。国・県と比較して高齢化率が低いことから死亡率は低く、出生率については、国・県よりも高い状況です。

【人口構成概要（令和4年度）】

区分	人口総数(人)	0～39歳 構成割合	40～64歳 構成割合	65歳以上 構成割合 (高齢化率)	出生率	死亡率
大垣市	156,513	38.7%	33.5%	27.8%	7.2	10.6
県	1,939,486	36.2%	33.2%	30.6%	6.2	11.7
国	123,214,261	37.6%	33.7%	28.7%	6.8	11.1

【出典】KDBシステム*「地域の全体像の把握」、「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」



2. 被保険者の状況

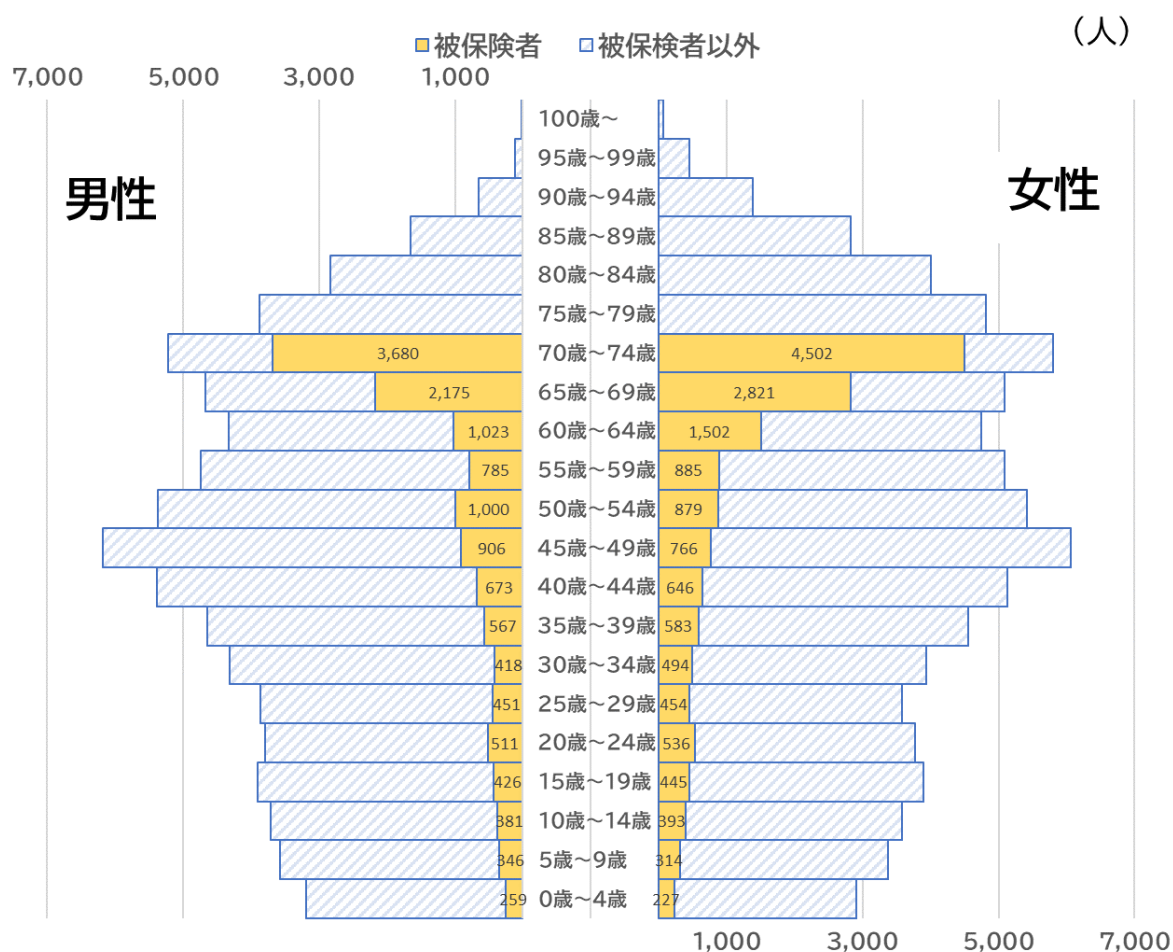
本市の国保被保険者数は減少しており、令和4年度の総人口に対しての国保加入率は18.6%であり、県の国保加入率（20.0%）と比較して低い状況です。被保険者全体の年齢構成は、39歳以下の割合が低く、65～74歳の割合が高くなっています。被保険者における高齢層の割合について、国と比較すると高い状況ですが県よりは低い状況です。また、65～74歳の被保険者割合が被保険者全体の45.4%を占めており加入者の高齢化が進んでいます。平均年齢は53.7歳であり、国の平均年齢（53.4歳）とほぼ同じ状況で、県の平均年齢（54.7歳）より低い状況です。

【国民健康保険被保険者数・加入率・平均年齢（令和4年度）】

区分	被保険者数（人）	国保加入率	0～39歳 構成割合	40～64歳 構成割合	65～74歳 構成割合	平均年齢（歳）
大垣市	29,048	18.6%	23.4%	31.2%	45.4%	53.7
県	388,249	20.0%	21.8%	30.5%	47.7%	54.7
国	24,660,500	20.0%	24.2%	32.0%	43.8%	53.4

【出典】KDBシステム 「地域の全体像の把握」、「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

人口に占める被保険者(令和4年度)



3. 平均余命・平均自立期間

本市における令和4年度の平均余命*、平均自立期間*ともに国・県と比較して男性は長く、女性は短い状況です。また、令和4年度の平均余命と平均自立期間の差（日常生活に制限がある期間）は、女性が男性よりも長くなっています。国・県と比較すると、男性は長く、女性は短い状況です。

【平均余命・平均自立期間・平均余命と平均自立期間の差（令和4年度）】

区分	男 性			女 性		
	平均余命	平均自立期間	平均余命と平均自立期間の差	平均余命	平均自立期間	平均余命と平均自立期間の差
大垣市	82.7歳	80.9歳	1.8歳	87.5歳	84.3歳	3.2歳
県	82.4歳	80.8歳	1.6歳	87.8歳	84.5歳	3.3歳
国	81.7歳	80.1歳	1.6歳	87.8歳	84.4歳	3.4歳

【出典】KDBシステム 「地域の全体像の把握」

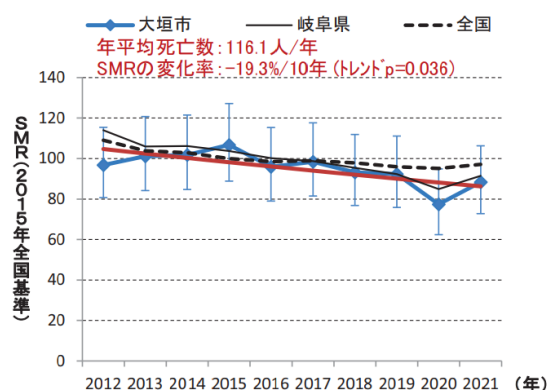
4. 標準化死亡比（SMR）

標準化死亡比*をみると、男性・女性ともに「心疾患（高血圧性を除く）」は、近年減少傾向にあります。しかし、「急性心筋梗塞」について、男性が国・県が減少しているなか本市では増加しており、令和2年（2020年）には国を上回りました。女性は、国・県と同様減少しています。

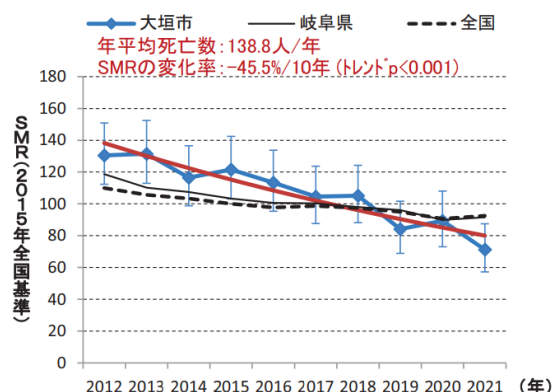
【標準化死亡比経年比較（平成27年～令和3年）】

心疾患（高血圧性を除く）

（男性）

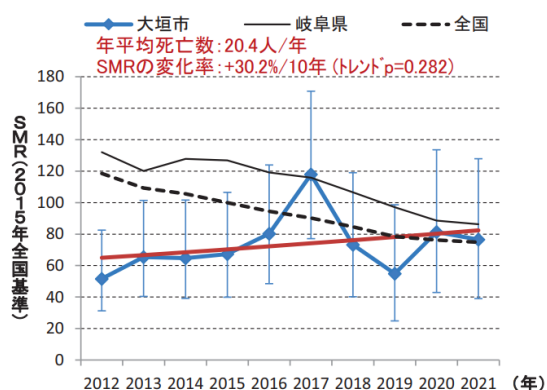


（女性）

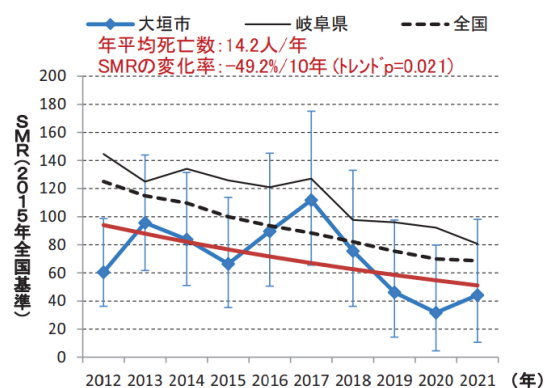


急性心筋梗塞

(男性)



(女性)



【出典】全国市区町村別主要死因別標準化死亡率(SMR)の推移

5. 医療供給体制（被保険者千人あたり）

令和4年度における被保険者千人あたりの病院数は国・県とほぼ同数ですが診療所数や医師数は国・県と比較すると多い状況です。また、病床数が国・県と比較して多いのは、西濃圏域医療圏の中核的基幹病院である大垣市民病院があることが要因と考えられます。

【医療供給体制（令和4年度）】

医療項目	大垣市	県	国
病 院 数	0.3 施設	0.2 施設	0.3 施設
診 療 所 数	4.5 施設	4.1 施設	4.2 施設
病 床 数	68.4 床	51.0 床	61.1 床
医 師 数	14.1 人	11.8 人	13.8 人

【出典】KDBシステム 「地域の全体像の把握」

第3章 医療・健康情報の分析

1. 国民健康保険被保険者・医療費の推移

国保被保険者数の減少に伴い、総医療費は減少傾向にあります。

令和2年度は新型コロナウイルス感染症による受診控えの影響もあり、受診率が大きく低下し、総医療費、1人あたり医療費も減少しました。

年齢階層別に見ると、年齢が上がるにつれて医療機関への受診は増加し、特に60歳代になると急激に増加します。1人あたり医療費も年齢が上がるほど高くなっています。

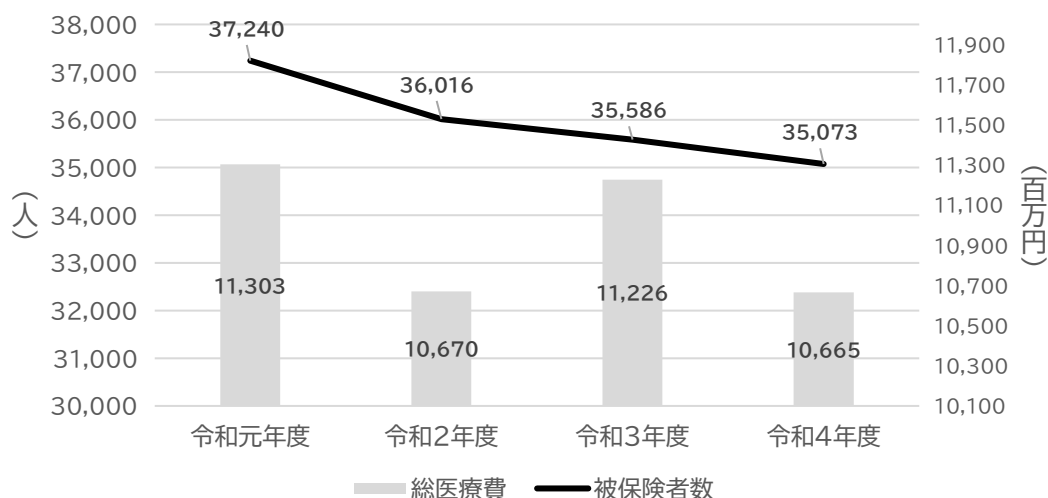
【被保険者数・医療費等の推移】

項目	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
		対前年比		対前年比		対前年比		対前年比
被保険者数(人)※	37,240	96.7%	36,016	96.7%	35,586	98.8%	35,073	98.6%
総医療費(百万円) 歯科含む	11,303	97.8%	10,670	94.4%	11,226	105.2%	10,665	95.0%
千人あたり 受診件数(件)	8,003	99.3%	7,701	96.2%	8,008	104.0%	7,935	99.1%
1人あたり医療費 (円)	278,770	101.0%	270,519	97.0%	288,276	106.6%	276,884	96.0%

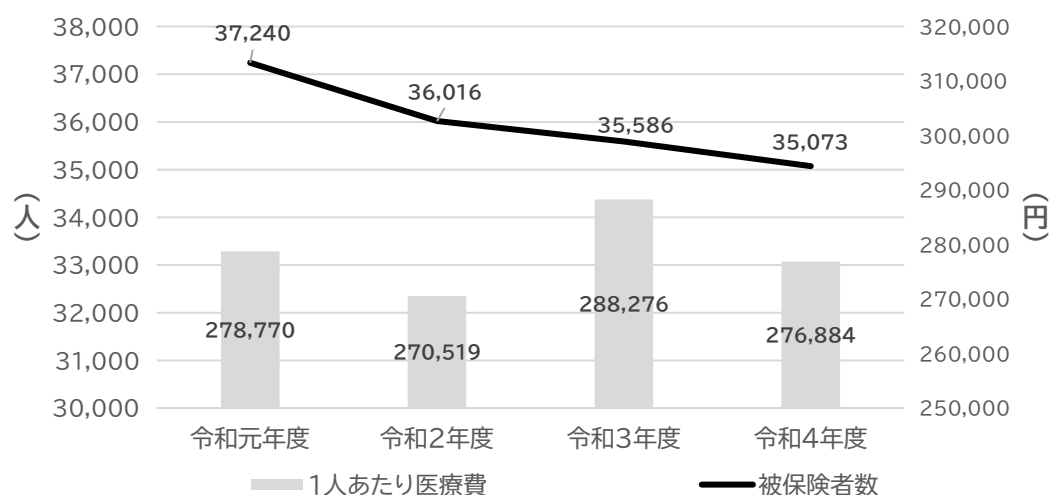
【出典】KDBシステム「健康スコアリング(医療)」

※当該年度に1日でも国保加入者であった者を計上しているため、第2章2.被保険者の状況と被保険者数が異なります。

【総医療費の推移】



【1人あたり医療費の推移】

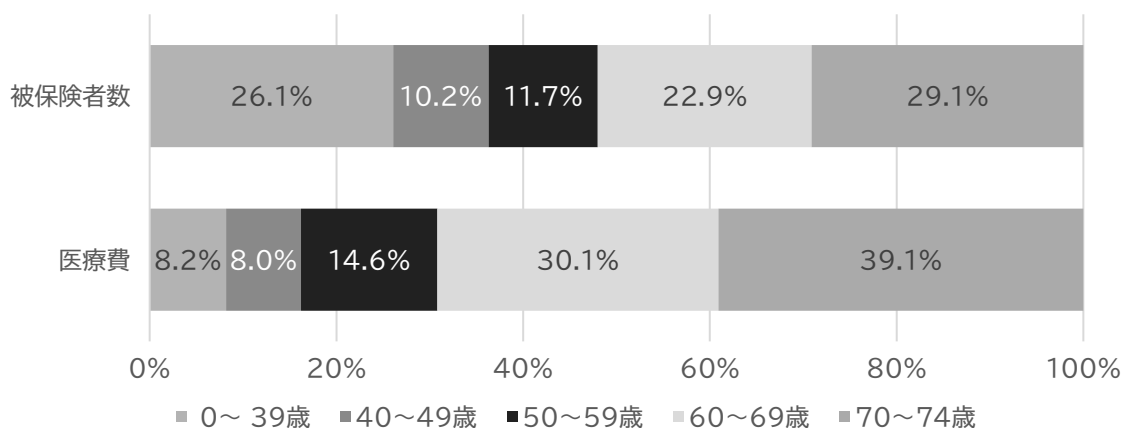


【年齢階層別被保険者数・医療費等 医科（入院＋入院外）（令和4年度）】

年齢階層	被保険者数（人）	医療費（円）	千人あたり 受診件数（件）	1人あたり 医療費（円）
0～39歳	9,173	795,976,390	3,809	86,774
40～49歳	3,582	779,933,930	5,346	217,737
50～59歳	4,094	1,414,057,120	6,519	345,397
60～69歳	8,026	2,921,833,300	10,331	364,046
70～74歳	10,198	3,799,342,970	11,237	372,558
合計	35,073	9,711,143,710	7,935	276,884

【出典】KDBシステム 「健康スコアリング（医療）」

【年齢階層別被保険者数・医療費の割合（令和4年度）】



2. 疾病別医療費分析

本市の令和4年度の入院・外来医療費では、「循環器系の疾患」にかかる医療費の割合が最も高く、国・県と比較しても高くなっています。「新生物〈腫瘍〉」にかかる医療費の割合は2番目に高いですが、国・県と比較すると少ない状況です。

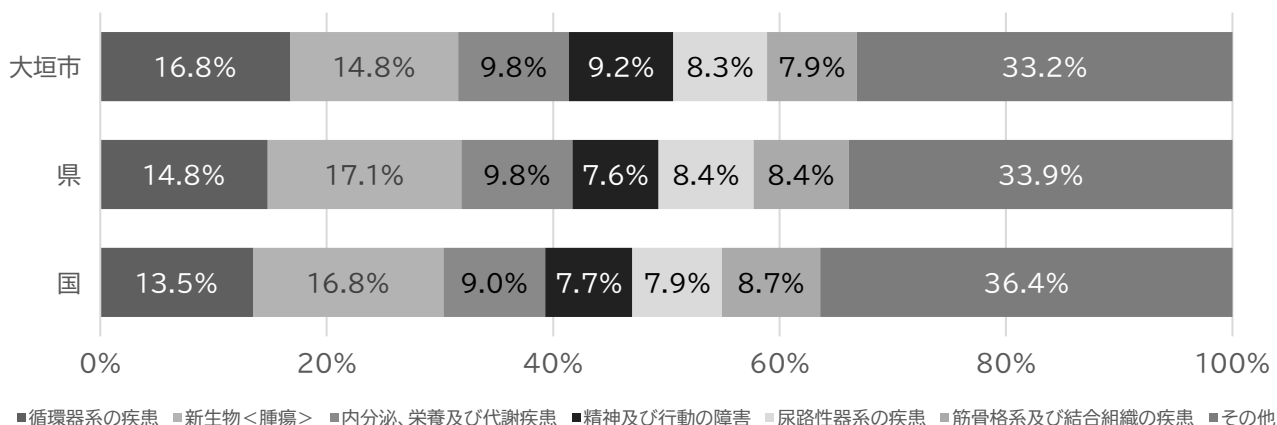
「内分泌、栄養及び代謝疾患」や「尿路性器系の疾患」は県と同程度であり、国より高い状況です。そのため、医療費適正化に向けて、特に「循環器系の疾患」、「内分泌、栄養及び代謝疾患」や「尿路性器系の疾患」に着目する必要があります。

細小分類別に見ると、「高血圧症」、「糖尿病」、「脂質異常症」の医療費が高く、被保険者千人あたりレセプト*件数も多い状況です。特定健康診査や特定保健指導に取組み、「高血圧症」、「糖尿病」、「脂質異常症」の発症予防が必要です。

「循環器系の疾患」の医療費に着目して見ると、「高血圧症」に続いて、「不整脈」、「狭心症」、「脳梗塞」、「脳出血」、「心筋梗塞」の順になっています。「脳梗塞」以外は、医療費に占める割合も国・県と比較して高くなっています。これらはレセプト1件あたりの医療費が高く、「高血圧症」、「糖尿病」、「脂質異常症」が影響する疾患であるため、「高血圧症」、「糖尿病」、「脂質異常症」の重症化を予防する必要があります。

「尿路性器系の疾患」に着目すると、「慢性腎臓病（透析あり）」の医療費が高くなっています。千人あたりレセプト件数は少ないものの、1件あたり医療費が高く、国保では医療費の4.6%、後期高齢者医療制度*では5.5%を占めています。慢性腎臓病は糖尿病や高血圧症の重症化が要因の一つと考えられるため、糖尿病や高血圧の重症化予防による人工透析への移行の防止は医療費適正化に資すると考えられます。

【大分類別医療費の割合 入院・外来（令和4年度）】



【出典】 KDBシステム 「疾病別医療費分析 大分類」

【細小分類別医療費 入院・外来（令和4年度）】

国民健康保険			参考：後期高齢者医療制度		
順位	疾患名	割合	順位	疾患名	割合
1位	糖尿病	5.8%	1位	不整脈	5.6%
2位	統合失調症	5.2%	2位	慢性腎臓病(透析あり)	5.5%
3位	慢性腎臓病(透析あり)	4.6%	3位	糖尿病	4.5%
4位	高血圧症	3.9%	4位	骨折	3.9%
5位	関節疾患	3.6%	5位	高血圧症	3.8%
6位	不整脈	3.3%	6位	関節疾患	3.2%
7位	うつ病	2.5%	7位	脳梗塞	3.1%
8位	肺がん	2.4%	8位	骨粗しょう症	2.6%
9位	脂質異常症	2.3%	9位	狭心症	1.9%
10位	大腸がん	1.7%	10位	肺がん	1.9%

【出典】KDBシステム 「医療費分析（2）大、中、細小分類」

【細小分類別被保険者千人あたりレセプト件数（令和4年度）】

順位	疾患名	大垣市			県	国
		計(件)	入院(件)	外来(件)	計(件)	計(件)
1位	高血圧	90.837	0.031	90.806	82.462	68.761
2位	糖尿病	60.917	0.151	60.766	58.004	47.869
3位	脂質異常症	51.342	0.039	51.303	54.008	44.847
4位	関節疾患	27.384	0.310	27.074	30.870	27.694
5位	うつ病	22.043	0.797	21.246	18.584	18.113

【細小分類別レセプト1件あたり点数（令和4年度）】

入 院			外 来		
順位	疾患名	点数(点)	順位	疾患名	点数(点)
1位	一過性脳虚血発作	731,602	1位	肝がん	42,978
2位	大動脈瘤	473,135	2位	慢性腎臓病(透析あり)	41,381
3位	心臓弁膜症	205,644	3位	肺がん	31,815
4位	心筋梗塞	173,740	4位	貧血	28,727
5位	不整脈	164,886	5位	クローン病	27,227

【出典】KDBシステム 「疾病別医療費分析（細小（82）分類）」

【主な循環器系の疾患の医療費分析（令和4年度）】

順位	疾患名	医療費(点数) (入院+外来) (点)	医療費に占める割合			千人あたり レセプト 件数(入院) (件)	千人あたり レセプト 件数(外来) (件)	レセプト 1件あたり 点数(入院) (点)	レセプト 1件あたり 点数(外来) (点)
			大垣市	県	国				
1位	高血圧	38,046,102	3.9%	3.5%	3.1%	0.031	90.806	19,982	1,164
2位	不整脈	31,929,539	3.3%	2.9%	2.5%	0.310	11.305	164,886	3,370
3位	狭心症	16,309,901	1.7%	1.5%	1.1%	0.266	7.710	102,346	2,388
4位	脳梗塞	11,207,371	1.2%	1.2%	1.4%	0.338	2.840	77,422	1,810
5位	脳出血	9,226,335	1.0%	0.7%	0.7%	0.358	0.268	70,353	2,304
6位	心筋梗塞	5,773,103	0.6%	0.4%	0.4%	0.084	0.439	173,740	3,573

【主な内分泌、栄養及び代謝疾患の医療費分析（令和4年度）】

順位	疾患名	医療費(点数) (入院+外来) (点)	医療費に占める割合			千人あたり レセプト 件数(入院) (件)	千人あたり レセプト 件数(外来) (件)	レセプト 1件あたり 点数(入院) (点)	レセプト 1件あたり 点数(外来) (点)
			大垣市	県	国				
1位	糖尿病	56,042,035	5.8%	5.6%	5.1%	0.151	60.766	38,858	2,482
2位	脂質異常症	22,470,495	2.3%	2.4%	2.1%	0.039	51.303	36,910	1,196

【主な尿路性器系の疾患の医療費分析（令和4年度）】

順位	疾患名	医療費(点数) (入院+外来) (点)	医療費に占める割合			千人あたり レセプト 件数(入院) (件)	千人あたり レセプト 件数(外来) (件)	レセプト 1件あたり 点数(入院) (点)	レセプト 1件あたり 点数(外来) (点)
			大垣市	県	国				
1位	慢性腎臓病 (透析あり)	44,458,432	4.6%	4.3%	4.3%	0.327	2.365	80,773	41,381
2位	慢性腎臓病 (透析なし)	6,135,052	0.6%	0.3%	0.3%	0.053	1.551	33,876	9,894

【出典】KDBシステム 「疾病別医療費分析（細小（82）分類）」

3. 人工透析の状況

本市の人工透析患者状況については以下のとおりです。糖尿病重症化予防事業や腎機能低下重症化予防事業等、人工透析への移行を防止する保健事業を進めていく必要があります。

(1) 人工透析患者数と医療費

本市の人工透析患者数、医療費は、経年的に見ると横ばい傾向です。令和4年度の患者千人あたり人工透析患者数は、国・県と比較すると少ない状況です。しかし、後期高齢者医療制度では国・県と比較して多いため、後期高齢者になっても腎機能を維持できるよう国保加入者への対策が必要です。

【人工透析患者数・医療費（各年度3月診療分）】

項 目	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
人工透析患者数(人)	103	96	92	93
人工透析医療費(円)	56,430,490	50,787,260	48,521,230	52,491,320
1人あたりの 透析医療費(円)	547,869	529,034	527,405	564,423

【出典】KDBシステム「医療費分析(1)細小分類」
※4月請求のレセプトについて3月診療分として集計

【人工透析患者数・人工透析新規患者数（令和4年度）】

項 目	国民健康保険			参考:後期高齢者医療制度		
	大垣市	県	国	大垣市	県	国
患者千人あたり 人工透析患者数(人)	6.068	7.263	6.990	10.588	8.785	10.605
患者千人あたり 人工透析新規患者数 (当月発症)(人)	0.091	0.112	0.125	0.191	0.182	0.190

【出典】KDBシステム「医療費分析(1)細小分類」
※患者：入院レセプトまたは外来レセプトが存在する者

【人工透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合（令和4年度）】

項 目	被保険者数(人)	人工透析患者数 (人)	被保険者に占める 人工透析患者の割合
大垣市	29,048	93	0.32%
県	388,249	1,495	0.39%
国	24,660,500	86,890	0.35%

【出典】KDBシステム「医療費分析(1)細小分類」

(2) 人工透析患者の有病状況

人工透析患者の糖尿病と高血圧の有病状況を見ると、国保では人工透析患者の約50%が糖尿病を有しており、90%以上が高血圧を有しています。糖尿病性腎症の有病割合は10%前後です。

【人工透析患者の糖尿病と高血圧の有病状況（各年度3月診療分）】

		国民健康保険			後期高齢者医療制度					
					全数※			うち75歳以上		
		令和2年	令和3年	令和4年	令和2年	令和3年	令和4年	令和2年	令和3年	令和4年
人工透析	人数(人) A	96	92	93	228	220	208	178	178	173
糖尿病	人数(人) B	47	45	50	133	126	120	101	100	98
	割合 B/A	49.0%	48.9%	53.8%	58.3%	57.3%	57.7%	56.7%	56.2%	56.6%
高血圧	人数(人) C	88	89	90	202	194	183	157	157	152
	割合 C/A	91.7%	96.7%	96.8%	88.6%	88.2%	88.0%	88.2%	88.2%	87.9%
(再掲) 糖尿病性 腎症	人数(人) D	12	9	10	16	16	15	11	12	11
	割合 D/A	12.5%	9.8%	10.8%	7.0%	7.3%	7.2%	6.2%	6.7%	6.4%

【出典】KDBシステム「厚生労働省様式（3-7）人工透析のレセプト分析」
 ※65歳～74歳で一定の障がいがある後期高齢者医療制度被保険者を含む

4. 国民健康保険の健診等分析

(1) 特定健康診査受診状況

令和2年度を除き受診率は増加傾向ですが、国の目標（60％）は達成できていません。

【特定健康診査受診者数・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
受診人数(人)	7,139	6,920	5,951	6,811	7,162
受診率	31.5%	31.6%	27.4%	32.2%	36.0%

【出典】各年度の法定報告値

(2) 特定保健指導の実施率

実施率は増加傾向ですが、国の目標（60％）は達成できていません。

【特定保健指導対象者数・利用終了者数・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
対象者数(人) A	881	833	662	681	729
利用終了者数(人) B	197	376	304	341	376
実施率 B/A	22.4%	45.2%	46.0%	50.1%	51.6%

【出典】各年度の法定報告値

5. 介護の分析

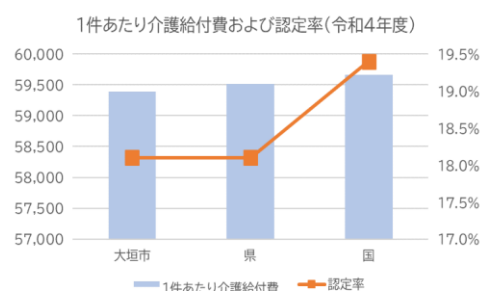
国保では要介護に繋がる生活習慣病の予防を意識しながら保健事業を進めていく必要があります。

(1) 要介護（支援）認定率及び介護給付費の状況

本市における介護保険1号被保険者（65歳以上）の要介護（支援）認定率、1件あたり介護給付費は国と比較して低く、減少傾向です。令和4年度の要介護区分別1件あたり介護給付費を見ると、要介護度が上がるにつれて1件あたり介護給付費は高くなりますが、要介護4、5の1件あたり介護給付費は国・県と比較して低い状況です。1人あたり介護給付費の前年比は居宅、施設ともに増加傾向でしたが、令和4年度では減少に転じました。

【要介護（支援）認定率・介護給付費の推移】

		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
認定率	大垣市	18.3%	18.5%	18.9%	18.1%
	県	18.0%	18.3%	18.7%	18.1%
	国	19.6%	19.9%	20.3%	19.4%
1件あたり介護給付費	大垣市	61,391円	61,909円	60,510円	59,389円
	県	61,911円	62,362円	60,906円	59,511円
	国	61,336円	61,864円	60,703円	59,662円



【出典】KDBシステム 「地域の全体像の把握」

【要介護区分別1件あたり介護給付費（令和4年度）】

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
大垣市	8,393円	11,643円	39,418円	46,396円	82,788円	95,740円	104,251円
県	8,192円	11,083円	37,662円	45,957円	77,618円	98,945円	106,128円
国	9,568円	12,723円	37,331円	45,837円	78,504円	103,025円	113,314円

【出典】KDBシステム 「地域の全体像の把握」

【1人あたり介護給付費（前年比）】

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
居 宅	104.2%	102.8%	101.7%	96.5%
施 設	100.9%	105.5%	100.4%	96.0%

【出典】KDBシステム 「健康スコアリング（介護）」

(2) 要介護（支援）者における有病状況

本市における令和4年度の要介護（支援）者の有病状況は、国・県と比較して高血圧症、脂質異常症、心臓病、精神疾患、アルツハイマー病の有病割合が高くなっています。また、令和4年度の介護保険1号被保険者の要介護区分別有病状況を見ると、糖尿病、心臓病、がん、筋・骨疾患は要介護度が低いほど有病割合が高い状況です。また、脳疾患は要介護度が高いほど有病割合が高くなっています。

【要介護（支援）者有病状況（令和4年度）】

区分	糖尿病	高血圧	脂質異常症	心臓病	脳疾患	がん	筋・骨格	精神	アルツハイマー病
大垣市	28.5%	60.2%	35.9%	68.5%	22.6%	11.1%	55.6%	41.5%	22.5%
県	28.8%	56.7%	33.7%	65.5%	22.2%	11.2%	56.4%	38.2%	19.6%
国	24.3%	53.3%	32.6%	60.3%	22.6%	11.8%	53.4%	36.8%	18.1%

【出典】 KDBシステム 「地域の全体像の把握」

【介護保険1号被保険者要介護区分別有病状況（令和4年度）】

疾患名	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
糖尿病	32.2%	32.4%	30.1%	29.5%	26.9%	24.9%	23.3%
（再掲）糖尿病合併症	5.0%	6.0%	3.6%	3.8%	2.5%	1.3%	1.2%
心臓病	73.5%	73.3%	69.9%	69.4%	68.3%	66.7%	63.0%
脳疾患	16.8%	19.3%	20.6%	24.1%	24.5%	26.0%	28.4%
がん	12.9%	13.8%	10.4%	12.2%	10.2%	10.4%	8.4%
精神疾患	24.0%	22.9%	49.9%	41.7%	48.6%	51.6%	57.3%
筋・骨疾患	66.8%	71.3%	55.1%	58.2%	52.7%	47.4%	36.1%
難病	3.2%	3.6%	1.9%	3.9%	2.8%	2.3%	3.7%
その他	75.4%	74.2%	71.1%	69.0%	65.9%	62.5%	52.8%

【出典】 KDBシステム 「要介護（支援）者有病状況」

第4章 実施事業の振り返り

本市では、健康寿命の延伸と医療費の適正化のため、「第2期大垣市国民健康保険保健事業の実施方針」では次の重点保健事業を実施しました。

特定健康診査未受診者対策事業

【目 的】 糖尿病・高血圧症・脂質異常症の予備群の早期発見と改善、医療費の抑制を目的として実施している特定健康診査の受診率を上げる

【実施内容】 未受診者に対し各種取組みを実施

- (1) 各種勧奨
 - ①電話勧奨 ②チラシ勧奨 ③ハガキ勧奨
 未受診者の傾向に合わせた内容で勧奨を実施
- (2) 集団健診の実施（令和4年度：16回）
- (3) 情報提供事業の実施
- (4) 受診習慣定着のため、40歳受診料無料化
- (5) 受診習慣定着のため、受診料引下げ（500円）
- (6) PR動画の活用等による周知啓発

【実 績】 特定健康診査受診者数・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
受診者数	7,139人	6,920人	5,951人	6,811人	7,162人
受診率	31.5%	31.6%	27.4%	32.2%	36.0%

【評 価】 各種取組みによりここ数年受診率は上昇傾向にあるものの、目標値である60%と比較すると依然として低い状況であり、さらなる受診率の向上が課題です。

糖尿病性腎症重症化予防事業

【目 的】 糖尿病の医療機関未受診者及び治療中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症重症化のリスクの高い方に対して医療機関と連携して保健指導等を行い、人工透析への移行を防止することで市民の健康増進と医療費の適正化を図る

【実施内容】(1) 医療機関受診勧奨（未受診・中断者）

特定健康診査にてHbA1c*6.5%以上かつ医療機関未受診及び受診中断者を対象に、個別通知等による受診勧奨を実施

(2) 糖尿病の栄養相談（ハイリスク者）

特定健康診査にてHbA1c6.5%以上かつ尿蛋白＋以上またはe-GFR*45未満で、糖尿病治療中の者を対象に、個別通知及びかかりつけ医と連携した栄養相談の実施

(3) 糖尿病予防教室の実施

糖尿病予防に関心のある住民を対象に、糖尿病の病態、食事療法、運動療法等に関する講義と実技指導、試食等を実施

※希望者にはフォロー教室にて、継続的な運動の指導を実施

(4) 糖尿病重症化予防従事者研修会

市内の医療従事者等を対象とした研修会の開催

【実 績】(1) 医療機関受診勧奨（未受診・中断者）

	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
対象者数	31人	72人	60人	42人	48人
受診者	17人	42人	41人	22人	24人

(2) 糖尿病の栄養相談（ハイリスク者）

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
対象者数	66人	49人	55人
栄養相談実施者	0人	3人	5人

※令和2年度より開始

(3) 糖尿病予防教室

(①栄養・運動2日間コース ②1日実技コース※ ③フォロー教室)

	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
①	61人	72人	51人	40人	36人
②	12人	32人	9人	27人	27人
③	136人	108人	65人	44人	54人

※令和2年度より調理実習中止のため半日コース

③のみ延べ人数で計上

(4) 糖尿病重症化予防従事者研修会 令和4年度：1回開催

【 評 価 】 医療機関受診勧奨（未受診・中断者）は、個別通知、架電、訪問等を組み合わせて実施することにより、一定の効果が見られました。しかし依然として医療機関への受診に繋がりにくいケースもあるため、さらに勧奨方法を工夫する必要もあります。

糖尿病の栄養相談（ハイリスク者）は、個別通知に加えて、かかりつけ医との連携を図りながら事業を行いました。今後さらに医療機関との連携の充実を図り、より多くの対象者に栄養相談を受けてもらうことで、食生活の意識づけを行っていくことが必要です。

令和4年度に実施した主な保健事業（重点保健事業以外）

事業名	内 容
ヘルシーおおがきフェア	市民の健康意識の向上を図るため、商業施設でのイベントの実施 令和4年度：1回開催
健康教育及び健康相談事業 ※実績は延べ参加者	・食生活改善推進員に対する講習会の開催 食生活教室 令和4年度： 296人 ・65歳以上の高齢者に対する情報交換及び運動習慣の場の提供 笑・話・歯動場 令和4年度：3,166人 体ぴんぴん教室 令和4年度： 371人
医療費通知・後発医薬品利用 差額通知事業	医療費のお知らせや後発医薬品への切り替時の差額通知の送付 医療費通知 令和4年度：年6回 後発医薬品利用差額通知 令和4年度：年2回

※令和5年度より、腎機能低下重症化予防事業として、特定健康診査で腎機能低下の所見がある方を対象に医療機関への受診勧奨と保健指導の実施を開始しました。

第5章 健康課題と保健事業

1. 分析結果に基づく健康課題と対策

本市の健康課題は以下のとおりです。

健康課題に対しての目的、目標を示し達成のために保健事業を実施します。

No.	健康課題（※優先度順）	対応する保健事業
1	メタボリックシンドローム（以下メタボ）該当者及び予備群が県より多いため、健診受診者数を増やし、生活習慣病の疾病予防・重症化予防の推進が必要です。	(1)、(2)
2	特定健康診査受診者のメタボを改善し生活習慣病を予防するため、特定保健指導の実施率の維持・向上が必要です。	(1)、(2)
3	人工透析への移行を防止するために、糖尿病の重症化予防を図る必要があります。糖尿病の未受診・中断者に対する受診勧奨の効果のさらなる向上が必要です。	(1)、(3)
4	特定健康診査において、収縮期血圧の有所見者割合が国・県よりも高い状況です。高血圧の重症化を防ぎ、循環器系の疾患や人工透析への移行を防止するために、高血圧有所見者に対し、医療機関受診勧奨等の取組みが必要です。	(1)、(4)
5	患者千人あたりの人工透析患者数は、国保被保険者では県より低いですが、後期高齢者医療制度被保険者では県より高い状況です。高齢になっても腎機能を維持できるよう糖尿病重症化予防に加え、他の原因による腎機能の低下を予防する取組みも必要です。	(1)、(3) (4)、(5)
6	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し、適正な受診・適正な服薬の推進が必要です。	(6)
7	令和4年度の高齢化率が27.8%であり、地域包括ケアに資する取組みを行うことで、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の維持向上を図ることが必要です。	(7)

2. 計画全体の目的・目標

本市の健康課題を踏まえて、健康寿命の延伸・医療費を適正化のために、以下の目標を設定します。

【目標1】メタボ等の生活習慣病の予防（対応する健康課題：No.1、No.2）

評価指標	策定時	目標値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定健康診査受診率 ※法定報告	36.0%	40%	44%	48%	52%	56%	60%
特定保健指導実施率 ※法定報告	51.6%	53.0%	54.5%	56.0%	57.5%	59.0%	60.0%
特定保健指導による特定保健 指導対象者の減少率	20.8%*	25%	25%	25%	25%	25%	25%

※前年度の対象者について、当該年度の特定健康診査で評価したもの

【目標2】糖尿病の重症化予防（対応する健康課題：No.3）

評価指標	策定時	目標値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
HbA1c8.0%以上の者の割合	1.2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
HbA1c6.5%以上の者のうち 糖尿病のレセプトがない者の割合	15.9%	10%	10%	10%	10%	10%	10%

【目標3】高血圧の重症化予防（対応する健康課題：No.4）

評価指標	策定時	目標値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
収縮期血圧の 維持・改善者割合	未実施	60%	60%	70%	70%	70%	70%
拡張期血圧の 維持・改善者割合	未実施	60%	60%	70%	70%	70%	70%

【目標4】腎機能低下の重症化予防（対応する健康課題：No.5）

評価指標	策定時	目標値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
CKD*重症度分類の 維持・改善者割合	未実施	90%	90%	90%	90%	90%	90%

※CKD：慢性腎臓病*

【目標5】重複多剤服用者の減少（対応する健康課題：No.6）

評価指標	策定時	目標値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
重複投与者数 (対被保険者1万人)	103人	前年より減少					
多剤投与者数 (対被保険者1万人)	26人	前年より減少					

【目標6】地域包括ケア推進・一体的実施の取組（対応する健康課題：No.7）

評価指標	策定時	目標値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
KDBシステム等を活用したデータ提供により地域の課題の共有、地域支援事業に国保担当部局として参画	参画	参画					
KDBシステム等を活用して前期高齢者*のうちハイリスクアプローチの対象者を抽出し、国保担当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					

3. 健康課題を解決するための個別の保健事業

以下は、健康課題に対する対策として、第3期計画にて実施する事業一覧を示したものです。それぞれの保健事業に対し、事業の評価指標としてアウトカム指標やアウトプット指標を設定します。

個別の保健事業

No.	事業名	優先度
(1)	特定健康診査受診勧奨事業	1
(2)	特定保健指導事業	2
(3)	糖尿病重症化予防事業	3
(4)	高血圧重症化予防事業	4
(5)	腎機能低下重症化予防事業	5
(6)	適正受診・適正服薬事業	6
(7)	地域包括ケア・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業	7

個別の保健事業	
(1) 特定健康診査受診勧奨事業	
目 的	生活習慣病の早期発見・改善のための特定健康診査受診率向上

【実施内容】

① 特定健康診査受診勧奨ハガキ等送付	
対象者	当該年度未受診者すべての者
時 期	ハガキ：7月～2月 チラシ：11月
方 法	受診傾向（健診受診の有無）、年齢別にハガキ・チラシの送付
実施回数・量	自庁作成ハガキ：5種類程度 業者作成ハガキ：12,000枚 チラシ：8,000枚
② 情報提供事業	
対象者	市内特定健康診査実施医療機関において治療上で特定健康診査と同等の検査を行っている者
時 期	情報提供票送付：9月、11月 情報提供実施：4月～2月
方 法	・レセプト情報等から対象者を抽出し、情報提供票を送付 ・対象者は提供に同意する場合、情報提供票を医療機関へ持参し、診療上の検査結果等の提供を行う
実施回数・量	情報提供票発送者：2,500人

【評価指標】

アウトカム指標 (成果)	実 績	目 標 値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定健康診査実施率	36.0%	40%	44%	48%	52%	56%	60%

アウトプット指標 (実施量・率)	実 績	目 標 値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
受診勧奨送付率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
情報提供票提出率	23.2%	24%	25%	26%	27%	28%	29%

【連携体制等】 医師会と連携して実施

個別の保健事業 (2) 特定保健指導事業（Ⅰ 利用勧奨）	
目 的	生活習慣病の予防・改善のための特定保健指導実施率向上

【実施内容】

① 特定保健指導の案内・勧奨の実施	
対象者	特定保健指導対象者全員
時 期	特定保健指導の利用券発行月の翌月中旬頃まで
方 法	集団指導の案内を作成し、利用券送付時に同封
実施回数・量	年11回・対象者人数分
② 集団特定健康診査（集団健診）での分割実施	
対象者	特定保健指導対象者で、集団健診の受診者
時 期	集団健診当日
方 法	分割実施として集団健診会場で特定保健指導を対面で勧奨
実施回数・量	年18回・対象者人数分
③ 訪問指導の実施	
対象者	特定保健指導対象者で、利用券発行月翌月末に未実施の者
時 期	利用券発行月翌々月末の集団保健指導日まで
方 法	家庭訪問を実施
実施回数・量	毎月・対象者人数分
④ 再勧奨の実施	
対象者	特定保健指導対象者で、①～③の方法で未実施だった者
時 期	年度末
方 法	再度特定保健指導の通知を送付
実施回数・量	年2回・対象者人数分

【評価指標】

アウトカム指標 (成果)	実 績	目 標 値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定保健指導実施率	51.6%	53.0%	54.5%	56.0%	57.5%	59.0%	60.0%

アウトプット指標 (実施量・率)	実 績	目 標 値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
次年度健診受診率	67.7%*	68.3%	68.6%	69.0%	69.3%	69.6%	70.0%

※前年度の対象者について、当該年度の特定健康診査で評価したもの

【連携体制等】 医療機関での分割実施、結果説明時の初回面接の促進

個別の保健事業 (2) 特定保健指導事業（Ⅱ 保健指導）	
目 的	対象者自らが生活習慣における課題を認識し、生活習慣病の予防・改善のための保健指導の実施

【実施内容】

特定保健指導の実施		
対象者	特定保健指導利用者	
方 法	下記のとおり初回面接を行い、最終評価は国保担当保健師が実施	
初回面接の方法	時期	実施回数・量
市役所での集団指導	8月～翌4月の毎月月末	年9回
市役所での個別指導	通年	申込みがあったとき
市役所での個別指導 (健康診査事業補助金申請時)	通年	申請があったとき
市職員（保健師等）によるICTを活用した個別指導	通年	申込みがあったとき
市の集団健診での分割実施	集団健診実施時	年18回
市職員（保健師等）の訪問指導	通年	毎月
委託医療機関、健診センター等での個別指導	4月1日～1月31日	申込みがあったとき
委託先健診機関での分割実施	4月1日～1月31日	健診を受診したとき
アプリを利用した個別指導	契約時期に応じて	申込みがあったとき

【評価指標】

アウトカム指標 (成果)	実 績	目 標 値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
保健指導レベルの改善者割合	39.9%*	43%	44%	45%	47%	48%	50%
腹囲2cm、体重2kg減量した者の割合	22.9%*	25%	25%	25%	25%	25%	25%

アウトプット指標 (実施量・率)	実 績	目 標 値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定保健指導実施率	51.6%	53.0%	54.5%	56.0%	57.5%	59.0%	60.0%
次年度健診受診率	71.5%*	72.5%	73.0%	73.5%	74.0%	74.5%	75.0%

※前年度の対象者について、当該年度の特定健康診査で評価したもの

【連携体制等】 保健師の研修会への参加や症例検討による力量形成

個別の保健事業 (3) 糖尿病重症化予防事業 (I 医療機関受診勧奨 未受診者)	
目 的	糖尿病の可能性がある医療機関未受診者へ受診勧奨を行い、治療に結びつけることで糖尿病重症化予防と糖尿病性腎症・人工透析への移行を防止

【実施内容】

医療機関受診勧奨の実施	
対象者	特定健康診査でHbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病に関するレセプトデータがなく、過去にも糖尿病に関するレセプトデータがない者
時 期	医療機関受診勧奨案内送付月（特定健康診査受診月） 6月（前年度の1～3月受診分） 9月（4～6月受診分） 12月（7～9月受診分） 3月（10～12月受診分）
方 法	・ KDBより対象者を抽出し、受診勧奨案内の送付 ・ 約3か月後にレセプトデータを確認し、未受診者には訪問等での受診勧奨を実施
実施回数・量	年4回

【評価指標】

アウトカム指標 (成果)	実 績	目 標 値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
HbA1c値の 維持・改善者割合	42.9%*	43.0%	43.3%	43.5%	44.0%	44.5%	45.0%

アウトプット指標 (実施量・率)	実 績	目 標 値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
医療機関受診勧奨率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
勧奨後医療機関受診率	46.4%*	50%	53%	55%	58%	59%	60%
次年度健診受診率	66.7%*	67.0%	67.5%	68.0%	68.5%	69.0%	70.0%

※前年度の対象者について、当該年度の特定健康診査等で評価したもの

【連携体制等】 医師会との調整や協議の実施

個別の保健事業 (3) 糖尿病重症化予防事業 (Ⅱ 医療機関受診勧奨 中断者)	
目 的	糖尿病治療中断者へ受診勧奨を行い、再度治療に結びつけることで糖尿病重症化予防と糖尿病性腎症・人工透析への移行を防止

【実施内容】

医療機関受診勧奨の実施	
対象者	特定健康診査でHbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病に関するレセプトデータがなく、過去に糖尿病に関するレセプトデータがある者
時 期	医療機関受診勧奨案内送付月（特定健康診査受診月） 6月（前年度の1～3月受診分） 9月（4～6月受診分） 12月（7～9月受診分） 3月（10～12月受診分）
方 法	・ KDBより対象者を抽出し、受診勧奨案内の送付 ・ 約3か月後にレセプトデータを確認し、未受診者には訪問等での受診勧奨を実施
実施回数・量	年4回

【評価指標】

アウトカム指標 (成果)	実 績	目 標 値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
HbA1c値の 維持・改善者割合	100%*	100%	100%	100%	100%	100%	100%

アウトプット指標 (実施量・率)	実 績	目 標 値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
医療機関受診勧奨率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
勧奨後医療機関受診率	50%*	50%	50%	50%	50%	50%	50%
次年度健診受診率	50%*	50%	52%	54%	56%	58%	60%

※前年度の対象者について、当該年度の特定健康診査等で評価したもの

【連携体制等】 医師会との調整や協議の実施

個別の保健事業 (3) 糖尿病重症化予防事業 (Ⅲ 保健指導 ハイリスク)	
目 的	対象者自らが生活習慣を改善することを助けるために、糖尿病治療中で、糖尿病性腎症重症化のハイリスク者へ保健指導を実施し、糖尿病重症化予防と糖尿病性腎症・人工透析への移行を防止

【実施内容】

糖尿病重症化ハイリスク者に対する栄養指導の実施	
対象者	前年度特定健康診査でHbA1c6.5%以上及び糖尿病治療中かつ尿蛋白＋以上またはe-GFR45未満の者
時 期	7月頃に医療機関への名簿持参したのち、対象者へ個別案内発送
方 法	・ KDBより対象者を抽出し、栄養相談の利用勧奨案内を送付 ・ 栄養相談申込者に対し、市管理栄養士が栄養相談を実施 ・ かかりつけ医にて栄養指導が可能な場合は医療機関にて実施
実施回数・量	医療機関への名簿持参、対象者への個別案内発送：年1回 栄養相談：年6回

【評価指標】

アウトカム指標 (成果)	実 績	目 標 値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
HbA1c値の 維持・改善者割合	65.2%*	65.5%	66.0%	67.0%	68.0%	69.0%	70.0%
e-GFR値の 維持・改善者割合	43.8%*	43.8%	43.9%	44.0%	44.3%	44.8%	45.0%

アウトプット指標 (実施量・率)	実 績	目 標 値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
栄養相談利用勧奨 実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
次年度健診受診率	65.8%*	67.0%	67.5%	68.0%	68.5%	69.0%	70.0%

※前年度の対象者について、当該年度の特定健康診査で評価したもの

【連携体制等】 医師会と連携し各医療機関へ栄養相談の実施協力を依頼

個別の保健事業 (4) 高血圧重症化予防事業 (Ⅰ 医療機関受診勧奨)	
目 的	高血圧重症化のリスクの高い医療機関未受診者に対し受診勧奨を行い、治療へ結びつけることで高血圧重症化を予防し、循環器系の疾患や人工透析への移行を防止

【実施内容】

医療機関受診勧奨の実施	
対象者	特定健康診査受診者で、血圧が160/100mmHg以上の者
時 期	年2回以上
方 法	・ KDBより対象者を抽出し、受診勧奨案内を送付 ・ 集団健診受診者には、健診当日に勧奨を実施
実施回数・量	年2回以上

【評価指標】

アウトカム指標 (成果)	実 績	目 標 値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
収縮期血圧の 維持・改善者割合	未実施	60%	60%	70%	70%	70%	70%
拡張期血圧の 維持・改善者割合	未実施	60%	60%	70%	70%	70%	70%

アウトプット指標 (実施量・率)	実 績	目 標 値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
医療機関受診勧奨率 (R7より実施)	未実施	—	100%	100%	100%	100%	100%
勧奨後医療機関受診率	未実施	—	53%	55%	58%	59%	60%
次年度健診受診率	未実施	67.0%	67.5%	68.0%	68.5%	69.0%	70.0%

【連携体制等】 医師会との調整や協議の実施

個別の保健事業 (4) 高血圧重症化予防事業 (Ⅱ 保健指導)	
目 的	対象者が自らの生活習慣を改善することを助けるために、高血圧者に対して保健指導を実施し、高血圧の重症化を予防

【実施内容】

集団健診受診時における保健指導の実施	
対象者	集団健診受診者で健診当日、血圧が高値血圧※の者 ※高値血圧：収縮期血圧 130-139mmHg かつ/または 拡張期血圧 80-89mmHg
時 期	集団健診実施時
方 法	・リーフレット等を配付し高血圧予防の保健指導の実施 ・過去に特定健康診査受診歴がある者には、過去のデータを踏まえた保健指導の実施
実施回数・量	集団健診実施回数と同回数

【評価指標】

アウトカム指標 (成果)	実 績	目 標 値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
収縮期血圧の 維持・改善者割合	61.4%※	60%	60%	60%	60%	60%	60%
拡張期血圧の 維持・改善者割合	59.6%※	60%	60%	60%	60%	60%	60%
CKD重症度分類の 維持・改善者割合	86.5%※	90%	90%	90%	90%	90%	90%

アウトプット指標 (実施量・率)	実 績	目 標 値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
対象者（集団健診受診者）に対する保健指導 実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
次年度健診受診率	64.2%※	67.0%	67.5%	68.0%	68.5%	69.0%	70.0%

※前年度の対象者について、当該年度の特定健康診査で評価したもの

【連携体制等】 衛生担当部局と連携した保健指導の実施

個別の保健事業 (5) 腎機能低下重症化予防事業 (Ⅰ 医療機関受診勧奨)	
目 的	CKD(慢性腎臓病)のハイリスク者へ受診勧奨を行い、治療へ結びつけることで腎機能低下重症化を予防し、人工透析への移行を防止

【実施内容】

医療機関受診勧奨の実施	
対象者	特定健康診査で以下のいずれかに該当する者のうち、腎機能低下に関するレセプトデータがない者 ①尿蛋白++以上 ②e-GFR45未満 ③e-GFR60-45かつ尿蛋白+
時 期	医療機関受診勧奨案内送付月（特定健康診査受診月） 6月（前年度の1～3月受診分） 9月（4～6月受診分） 12月（7～9月受診分） 3月（10～12月受診分）
方 法	KDBより対象者を抽出し、受診勧奨案内を送付
実施回数・量	年4回

【評価指標】

アウトカム指標 (成果)	実 績	目 標 値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
収縮期血圧の維持・改善者割合	未実施	40%	40%	40%	40%	40%	40%
拡張期血圧の維持・改善者割合	未実施	40%	40%	40%	40%	40%	40%
CKD重症度分類の維持・改善者割合	未実施	90%	90%	90%	90%	90%	90%

アウトプット指標 (実施量・率)	実 績	目 標 値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
医療機関受診勧奨率	未実施	100%	100%	100%	100%	100%	100%
勧奨後医療機関受診率	未実施	50%	53%	55%	58%	59%	60%
次年度健診受診率	未実施	67.0%	67.5%	68.0%	68.5%	69.0%	70.0%

【連携体制等】 医師会との調整や協議の実施

個別の保健事業 (5) 腎機能低下重症化予防事業 (Ⅱ 保健指導)	
目 的	対象者が自らの生活習慣を改善することを助けるために、保健指導を実施し、腎機能低下重症化予防と人工透析への移行を防止

【実施内容】

医療機関未受診者への保健指導の実施	
対象者	腎機能低下重症化予防事業（Ⅰ 医療機関受診勧奨）の対象者のうち、医療機関受診が確認できない者
時 期	6月、9月、12月、3月の受診勧奨から約4か月後
方 法	約3か月後にレセプトデータを確認し、医療機関未受診者には訪問等で腎機能低下重症化予防の保健指導の実施
実施回数・量	随時

【評価指標】

アウトカム指標 (成果)	実 績	目 標 値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
収縮期血圧の 維持・改善者割合	未実施	40%	40%	40%	40%	40%	40%
拡張期血圧の 維持・改善者割合	未実施	40%	40%	40%	40%	40%	40%
CKD重症度分類の 維持・改善者割合	未実施	90%	90%	90%	90%	90%	90%

アウトプット指標 (実施量・率)	実 績	目 標 値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
保健指導実施率	未実施	60%	60%	60%	60%	60%	60%
次年度健診受診率	未実施	67.0%	67.5%	68.0%	68.5%	69.0%	70.0%

【連携体制等】 衛生担当部局と連携し訪問・保健指導の実施

個別の保健事業 (6) 適正受診・適正服薬事業 (Ⅰ 重複投与者に対する取組)	
目 的	被保険者の安全な服薬のために、医師会や薬剤師会等と連携し、適正な受診・適正な服薬を推進

【実施内容】

服薬指導の実施	
対象者	KDBシステムにて3か月連続して同月に3医療機関以上で同系統の薬剤を処方されている者を抽出
時 期	対象者の抽出、指導：10月～12月 指導後の服薬状況確認：1月～3月
方 法	・通知又は個別訪問による指導 ・取組み実施後の処方状況をレセプト等での確認 ・服薬状況や副作用の改善状況の確認 ・国保制度案内パンフレットや市ホームページにてポリファーマシーやセルフメディケーションについての記載
実施回数・量	抽出、指導：年1回 指導後の服薬状況確認：随時

【評価指標】

アウトカム指標 (成果)	実 績	目 標 値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
重複投与者数（対被保険者1万人）の減少	103人	前年より減少					

アウトプット指標 (実施量・率)	実 績	目 標 値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
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					
取組実施前後の評価	1回以上	1回以上					
医師会・薬剤師会への相談	1回以上	1回以上					

【連携体制等】 医師会、薬剤師会と連携し「重複多剤投与疑いのある被保険者」の把握に努める

個別の保健事業 (6) 適正受診・適正服薬事業 (Ⅱ 多剤投与者に対する取組)	
目 的	被保険者の安全な服薬のために、医師会や薬剤師会等と連携し、適正な受診・適正な服薬を推進

【実施内容】

服薬指導の実施	
対象者	KDBシステムにて3か月連続して同一診療月内で処方薬剤数が15以上の者を抽出
時 期	対象者の抽出、指導：10月～12月 指導後の服薬状況確認：1月～3月
方 法	・通知又は個別訪問による指導 ・取組み実施後の処方状況をレセプト等での確認 ・服薬状況や副作用の改善状況の確認 ・国保制度案内パンフレットや市ホームページにてポリファーマシーやセルフメディケーションについての記載
実施回数・量	抽出、指導：年1回 指導後の服薬状況確認：随時

【評価指標】

アウトカム指標 (成果)	実 績	目標値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
多剤投与者数（対被保険者1万人）の減少	26人	前年より減少					

アウトプット指標 (実施量・率)	実 績	目標値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
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					
取組実施前後の評価	1回以上	1回以上					
医師会・薬剤師会への相談	1回以上	1回以上					

【連携体制等】 医師会、薬剤師会と連携し「重複多剤投与疑いのある被保険者」の把握に努める

個別の保健事業 (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 (Ⅰ 地域包括ケアに対する取組)	
目 的	国保の視点から地域包括ケアに資する取組みを行い、高齢者が自立した生活ができる期間の延伸、QOLの維持向上

【実施内容】

① 地域支援事業に国保担当部局として参画
・「高齢期の保健推進事業実施に向けた関係課連携会議」に参画し、KDB等を活用した分析結果を伝え、地域の健康課題を共有 ・一般高齢者を対象とした通いの場において、健診受診勧奨とフレイル防止の意識啓発を実施
② ハイリスクアプローチ
糖尿病予備群であるHbA1c6.0%～6.4%の人を抽出し、一次予防として糖尿病予防教室への案内を実施
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
大垣市国保上石津診療所圏内地域においての地域ケア会議等に診療所看護師が参加し、地域の健康課題の把握や個別の困りごとなどの情報共有を地域包括支援センターや衛生担当部局などの関係機関と実施

【評価指標】

アウトカム指標（成果）	実 績	目 標 値						
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
国保の視点から地域包括ケアの推進に資する取組みの実施	実施有	実施有						

アウトプット指標（実施量・率）	実 績	目 標 値						
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
国保担当部局として地域包括ケアの構築に参画し、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、対応策を検討して地域支援事業への参画	実施有	実施有						
KDBシステム等を活用して前期高齢者のうちハイリスクアプローチの対象者を抽出し、国保担当部局として該当者支援を実施	実施有	実施有						
大垣市国保上石津診療所圏内地域の取組みをはじめ、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みの実施	実施有	実施有						

【連携体制等】 衛生担当部局、介護担当部局、地域包括支援センター等と連携した取組みの実施

個別の保健事業 (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 (Ⅱ 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)	
目 的	専門職が国保、後期高齢者医療制度、介護保険すべてのデータを分析し、地域の健康課題を関係機関で共有することで、高齢者を適切な支援につなげ、医療費の適正化及び健康寿命を延伸

【実施内容】

① ハイリスクアプローチ
・国保で実施している糖尿病性腎症重症化予防事業を後期高齢者にも実施 ・低栄養の疑いがある後期高齢者を対象とした保健指導の実施 ・80歳以上を対象とした健康状態不明者（過去5年間に於いて健診未受診かつ医療機関未受診かつ介護サービス利用のない者）の把握
② ポピュレーションアプローチ
介護予防に重点を置いた取組み ・フレイル予防等の健康教育、健康相談の実施 ・高齢者の状態に応じた健診や医療機関受診勧奨、介護サービス利用等の勧奨
③ 事業の実施根拠になるデータの分析
KDBシステム等を活用した現状分析を総合的に実施

【評価指標】

アウトカム指標（成果）	実 績	目 標 値						
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
国保の保健事業について後期高齢者医療制度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						
事業の実施にあたり国保、後期高齢者医療制度、介護保険のそれぞれのデータ分析を実施	実施有	実施有						

アウトプット指標（実施量・率）	実 績	目 標 値						
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
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	実施有	実施有						
介護保険の地域支援事業と一体的に実施する保健事業の実施	実施有	実施有						
国保のデータに加え、後期高齢者医療制度及び介護保険のデータについても、KDBシステム等を活用した分析を総合的に実施	実施有	実施有						

【連携体制等】 衛生担当部局、介護担当部局と協力した取組みの実施

第6章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の留意事項

1. 保健事業実施計画（データヘルス計画）の評価・見直し

本計画は、中長期的であることから、令和8年度に岐阜県国民健康保険課、国保連合会とともに中間評価を行います。また、中間評価の結果により、計画の見直しを行います。

中間評価と見直しを効果的に行うため、個別の保健事業で設定している評価指標にて、事業の効果や目標の達成状況などを年度ごとに確認します。

なお、最終評価を令和11年度に実施します。

2. 保健事業実施計画（データヘルス計画）の公表・周知

保健事業実施計画（データヘルス計画）の公表・周知については、大垣市ホームページ等に掲載するとともに、本庁国保医療課、市政情報コーナー等に配置します。

3. 個人情報の保護

保健事業実施計画（データヘルス計画）における保健事業の実施にあたり、個人情報の取扱いに関しては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）、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）（個人情報保護委員会）等を遵守し、適正に取扱います。

さらに、保健事業を外部委託する際には、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先に対して必要かつ適切な監督を行います。

第3期計画の実施結果から、科学的データによる現状分析や評価に基づき、「第4期大垣市国民健康保険特定健康診査等実施計画」（以下「第4期計画」）を定めるものです。

2. 第3期特定健康診査等実施計画期間における実施状況

(1) 特定健康診査の受診状況

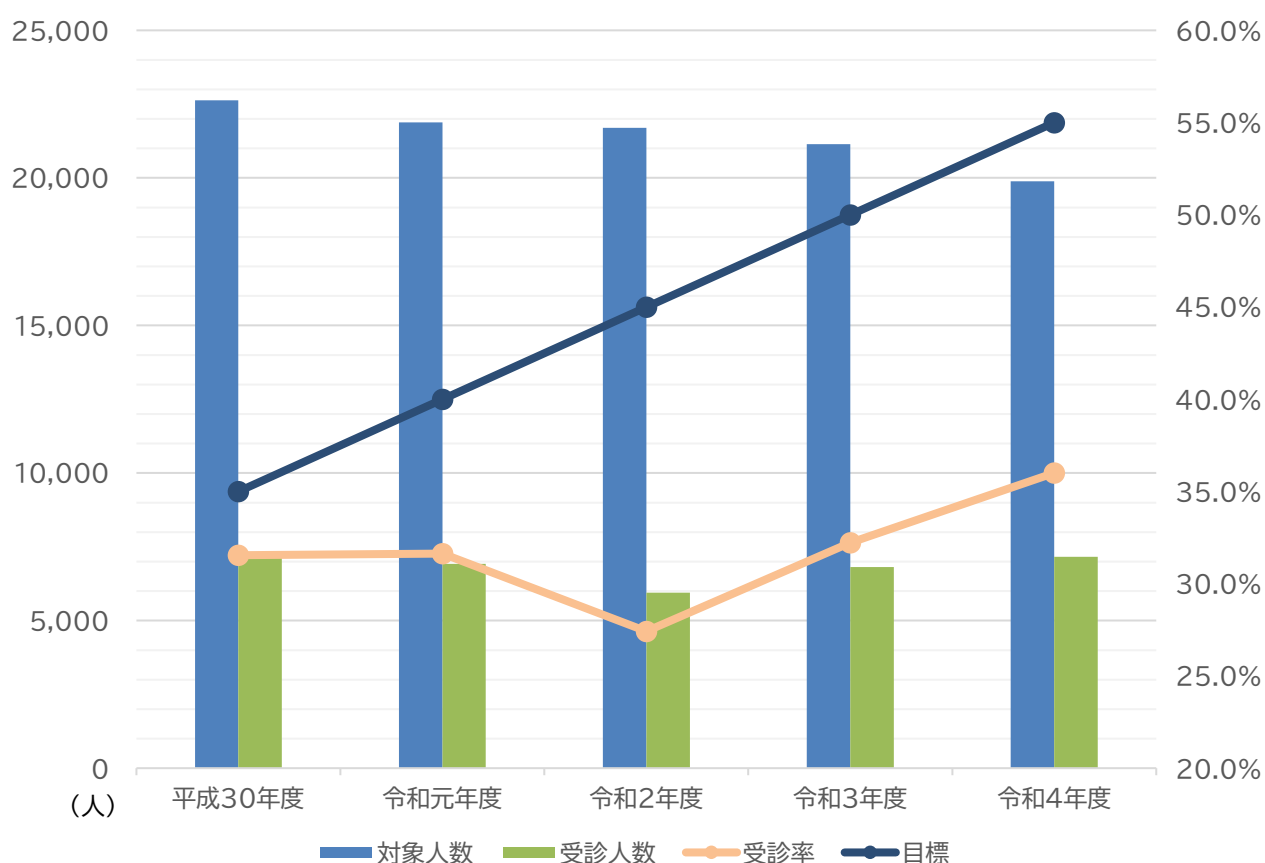
いずれの年度も目標受診率を下回ったものの、令和2年度を除き受診率は増加傾向です。

各種受診率向上の取組みについて、一定の効果があるものと思われます。

【特定健康診査受診率推移】

	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
対象人数(人)	22,629	21,878	21,702	21,142	19,891
受診人数(人)	7,139	6,920	5,951	6,811	7,162
受診率	31.5%	31.6%	27.4%	32.2%	36.0%
目 標	35%	40%	45%	50%	55%

【出典】各年度の法定報告値



① 性別・年齢別の受診率

性別・年齢別の受診率をみると、男性より女性の受診率が高く、年齢が高くなるにつれて受診率が高くなっています。

平成30年度と比較した令和4年度の受診率の伸びについては、男性の方が高く、特に60歳以上の受診率の伸びが大きいことから各種受診率向上の取組みについては高齢層に対する効果が高いことが読み取れます。若年層については、令和3年度に年度末年齢40歳の受診料無料化したことで40歳の受診者数が増加したことにより、男性・女性とも40歳～49歳の層の受診率が上昇しています。

男性・女性ともに対象者数は減少を続けています。

【性別・年齢別の各年度受診率推移（男性）】

年齢階層	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	平成30年度・令和4年度比較
40-49歳	14.2%	15.3%	12.9%	15.9%	17.7%	+3.5%
50-59歳	17.8%	18.3%	16.4%	18.6%	19.6%	+1.8%
60-69歳	31.3%	32.5%	28.2%	33.3%	37.6%	+6.3%
70-74歳	34.2%	33.8%	30.0%	35.0%	40.5%	+6.3%
計	27.6%	28.2%	24.8%	29.1%	32.8%	+5.2%
対象人数(人)	10,449	10,091	10,007	9,722	9,160	△1,289
受診人数(人)	2,886	2,843	2,478	2,829	3,001	+115

【性別・年齢別の各年度受診率推移（女性）】

年齢階層	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	平成30年度・令和4年度比較
40-49歳	16.9%	16.3%	15.4%	20.0%	21.4%	+4.5%
50-59歳	25.2%	25.8%	19.2%	23.2%	25.4%	+0.2%
60-69歳	38.4%	38.5%	33.8%	37.7%	41.9%	+3.5%
70-74歳	40.7%	39.4%	33.4%	40.2%	45.1%	+4.4%
計	34.9%	34.6%	29.7%	34.9%	38.8%	+3.9%
対象人数(人)	12,180	11,787	11,695	11,420	10,731	△1,449
受診人数(人)	4,253	4,077	3,473	3,982	4,161	△92

【性別・年齢別の各年度受診率推移（全体）】

年齢階層	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	平成30年度・令和4年度比較
40-49歳	15.4%	15.8%	14.0%	17.8%	19.3%	+3.9%
50-59歳	21.7%	22.2%	17.8%	20.9%	22.4%	+0.7%
60-69歳	35.4%	36.0%	31.5%	35.9%	40.2%	+4.8%
70-74歳	37.7%	36.8%	31.8%	37.9%	43.0%	+5.3%
計	31.5%	31.6%	27.4%	32.2%	36.0%	+4.5%
対象人数(人)	22,629	21,878	21,702	21,142	19,891	△2,738
受診人数(人)	7,139	6,920	5,951	6,811	7,162	+23

【出典】各年度の法定報告値

② 主な受診率向上に関する取組み

1) 集団健診

個別医療機関での受診に加えて、市役所等の市施設において日曜日に健診を実施し、受診機会の確保を図りました。前年度未受診者を中心に案内を実施し、令和4年度には944人が受診されています。

大腸がん検診の同時実施も行っています。

実施回数 平成30年度:4回、令和元年度:8回、令和2年度:10回、
令和3年度:14回、令和4年度:16回

2) 情報提供事業

情報提供事業は、特定健康診査の検査項目相当の検査を医療機関で受けている方に、本人同意の下に医療機関を通じて検査データを提供いただき、特定健康診査結果のデータとして活用するものです。結果の提供により、特定保健指導の対象判定など、各種保健指導につながるほか、マイナポータルで結果の閲覧ができるなど、健康増進につながります。

提供件数 令和2年度:64件、令和3年度:410件、令和4年度:616件

3) 年度末年齢40歳無料化

令和3年度から年度末年齢40歳の受診料を無料化したことにより、40歳の対象者について、10%程度受診率が向上しました。しかし、依然として目標に対して受診率は低いため、さらなる受診勧奨等が必要であり、2回目以降の継続受診の定着が必要です。

【40歳受診率】

令和元年度			令和2年度			令和3年度			令和4年度		
対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率
238人	44人	18.5%	214人	36人	16.8%	206人	58人	28.2%	205人	58人	28.3%

【出典】各年度の法定報告値

4) 受診料引下げ（1,000円⇒500円）

令和4年度より、受診料を1,000円から500円へ引下げました。引下げにより、受診率が向上したほか、初回受診者（前年度まで受診がなく、当該年度に初めて健診を受診した者）数についても増加しました。しかしながら、国・県と比較し、全受診者中の初回受診者の割合が令和元年度から令和4年度において総じて高いことから、2回目以降の継続受診の働きかけが重要です。

【初回受診者数】

	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	初回受診者数	全受診者に占める割合	初回受診者数	全受診者に占める割合	初回受診者数	全受診者に占める割合	初回受診者数	全受診者に占める割合
大垣市	1,234人	17.8%	859人	14.4%	1,273人	18.7%	1,360人	18.9%
県	16,113人	12.4%	13,914人	11.5%	15,378人	12.3%	13,447人	11.5%
国	943,614人	12.4%	808,462人	12.1%	895,386人	12.7%	878,151人	12.8%

【出典】KDBシステム 「地域の全体像の把握」

5) 未受診者勧奨

特定健康診査未受診者に対し、各種受診勧奨を行いました。実施にあたっては、年齢や加入状況、受診状況などを考慮し、効果的な勧奨となるように努めました。送付結果により、勧奨前後の受診者数などから勧奨効果を分析し、より勧奨効果のある層への勧奨を強化します。令和4年度より、勧奨業務の外部委託を実施しており、さらなる分析・勧奨を行っています。

勧奨対象分類

健診受診歴の有無、生活習慣病レセプトの有無、新規加入者、40歳、糖尿病治療中断者など

送付数

令和4年度 延べ 25,295通

(2) 特定健康診査受診者におけるメタボ該当者数とメタボ予備群該当者数

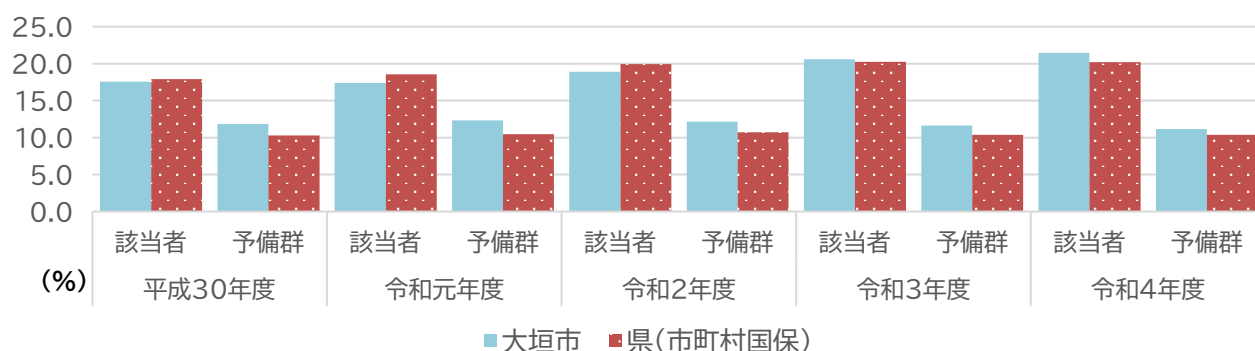
受診率の上昇に比例し、メタボ該当者・予備群の割合についても年々上昇しています。従来健診を受診していなかった層における早期の生活習慣病の発見、改善について、保健指導など取組みが可能となります。男性に比べ、女性は該当者、予備群ともに低い割合です。各年度の特定健康診査受診者のうち、3割程度が該当者・予備群です。県と比較すると、本市の割合の方が若干高くなっています。

男性・女性とも、年齢層が高くなるにつれて予備群の割合が減少し、該当者の割合が増加しています。

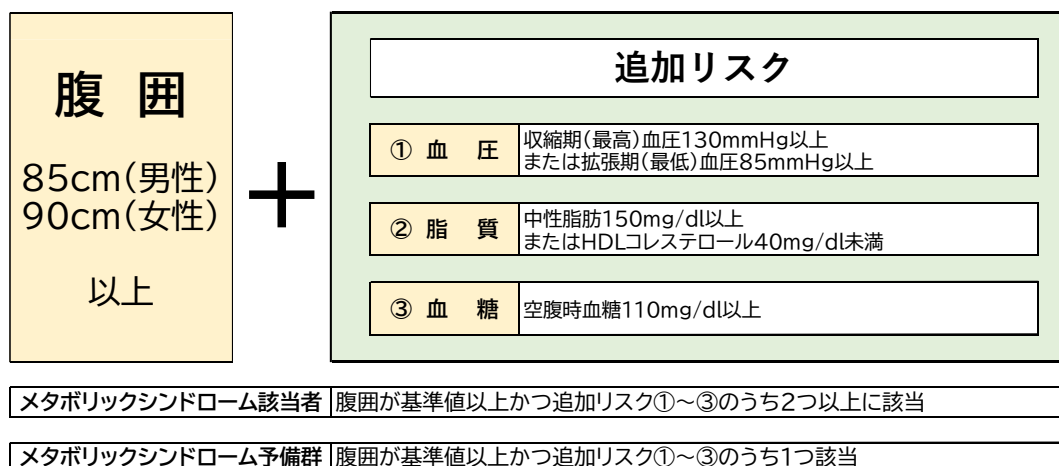
【メタボ該当者・予備群の割合】 (%)

年 度	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		
項 目	該当者	予備群	合計	該当者	予備群	合計	該当者	予備群	合計	該当者	予備群	合計	該当者	予備群	合計
大垣市	17.6	11.9	29.5	17.4	12.3	29.7	18.9	12.1	31.0	20.6	11.6	32.2	21.5	11.1	32.6
男性	29.5	18.3	47.8	28.1	19.9	48.0	30.4	20.0	50.4	31.7	18.5	50.2	33.5	17.9	51.4
女性	9.5	7.5	17.0	10.0	7.1	17.1	10.7	6.5	17.2	12.7	6.7	19.4	12.8	6.2	19.0
県 (市町村国保)	17.9	10.3	28.2	18.6	10.5	29.1	19.9	10.7	30.6	20.2	10.4	30.6	20.2	10.4	30.6

【出典】岐阜県（市町村国保）における医療費・疾病・特定健康診査の状況



【参考】メタボ該当者・予備群の判定基準

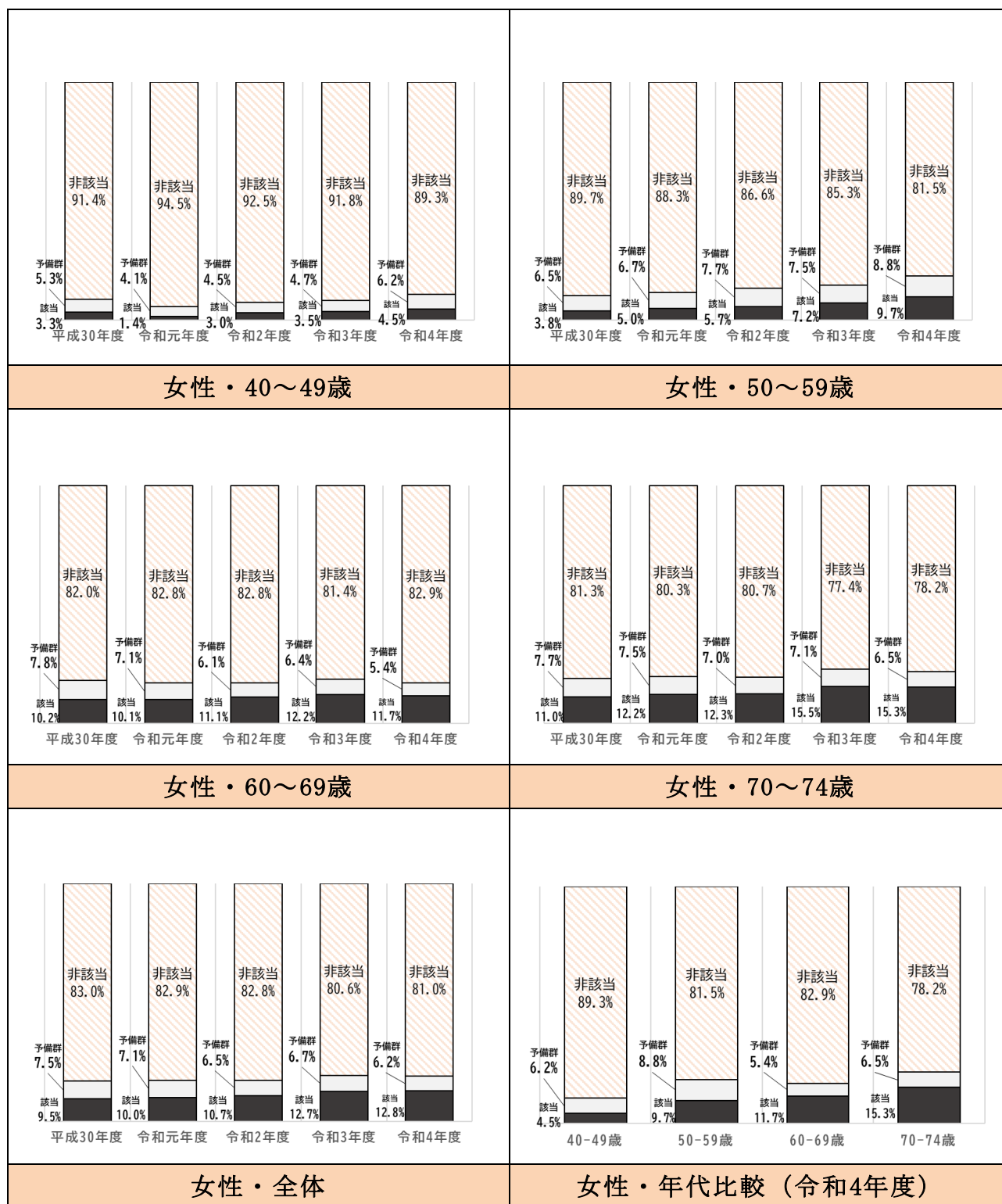


【性別・年齢別メタボ割合（男性）】



【出典】各年度の法定報告より集計

【性別・年齢別メタボ割合（女性）】



【出典】各年度の法定報告より集計

(1) 特定健康診査受診者における有所見者割合

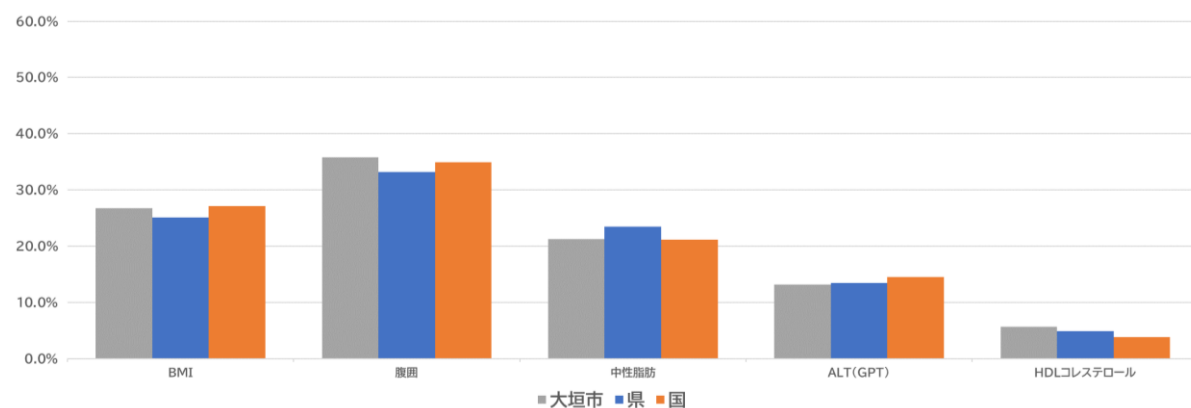
特定健康診査受診者における基準判定値以上の有所見者の割合を検査項目別に見てみると、HbA1cの有所見者割合が最も高く、54.4%となっているものの、国・県の割合と比較すると低くなっています。そのため、健診受診者については、糖尿病重症化についての取組みに一定の効果があるものと考えられます。また、e-GFRの有所見者割合についても、国・県と比較して低くなっています。一方で、腹囲の有所見者割合については35.8%であり、国・県と比較して高く、収縮期血圧の有所見者の割合も48.9%と国・県と比較して高いことから、特定保健指導の対象となる可能性が高く、糖尿病以外の分野においても生活習慣病の早期治療を働きかける取組みが必要と思われます。

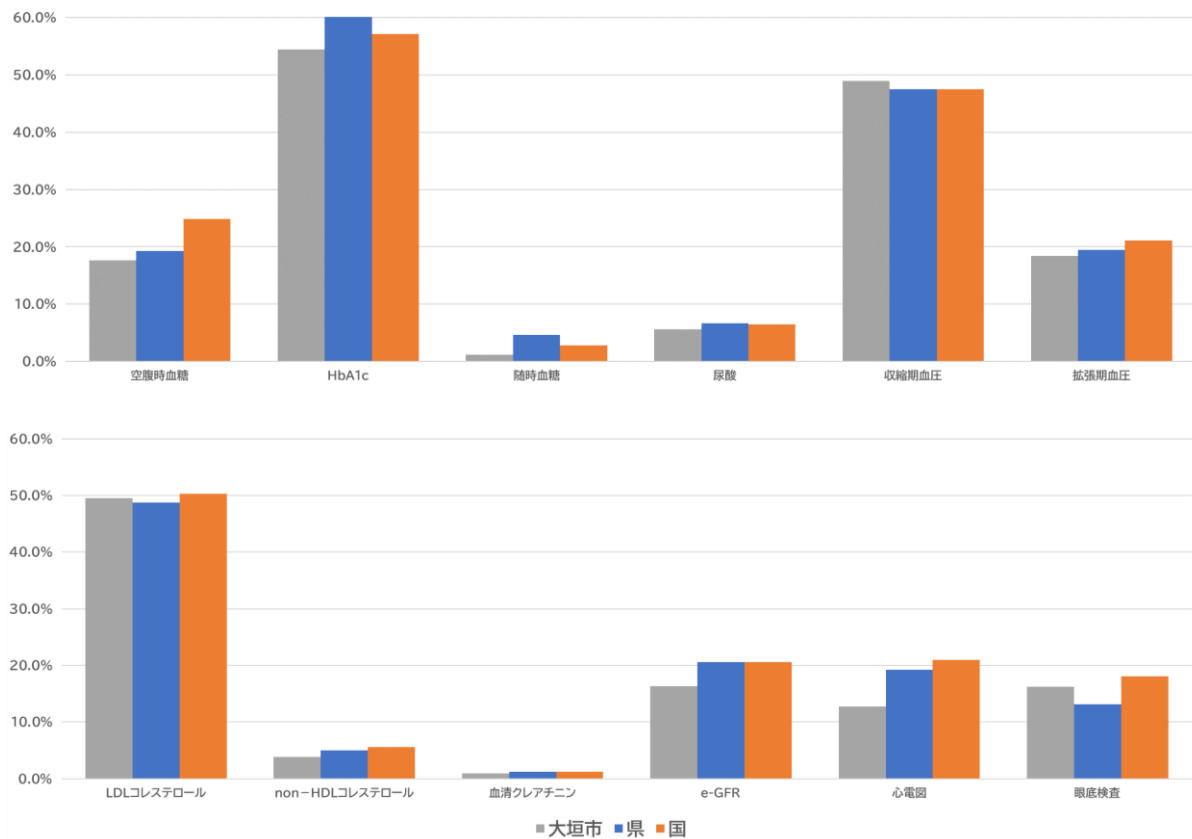
【受診者における有所見者数・割合（令和4年度）】

		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT (GPT)	HDL コレステ ロール	空腹時 血糖	HbA1c	随時血糖	尿酸
大垣市	人数 (人)	1,922	2,572	1,526	946	404	1,267	3,905	82	400
	割合	26.8%	35.8%	21.2%	13.2%	5.6%	17.6%	54.4%	1.1%	5.6%
県	割合	25.1%	33.2%	23.5%	13.4%	4.9%	19.3%	60.1%	4.7%	6.6%
国	割合	27.1%	35.0%	21.1%	14.5%	3.8%	24.8%	57.1%	2.9%	6.5%

		収縮期 血圧	拡張期 血圧	LDL コレステ ロール	non - HDL コレステ ロール	血清 クレア チニン	e-GFR	心電図	眼底検査
大垣市	人数 (人)	3,512	1,322	3,556	279	69	1,171	916	1,164
	割合	48.9%	18.4%	49.5%	3.9%	1.0%	16.3%	12.8%	16.2%
県	割合	47.5%	19.4%	48.7%	5.0%	1.3%	20.6%	19.3%	13.2%
国	割合	47.5%	21.1%	50.3%	5.6%	1.2%	20.6%	21.0%	18.0%

【出典】KDBシステム 「厚生労働省様式(様式5-2)」





【参考：有所見定義】

	項 目	基 準		項 目	基 準
摂取エネルギーの過剰	BMI	25kg/m ² 以上	内臓脂肪症候群以外 の動脈硬化要因	LDL コレステロール	120mg/dl以上
	腹囲	85cm（男性） 90cm（女性） 以上		non-HDL コレステロール	150mg/dl以上
	中性脂肪	150mg/dl以上	臓器障害	血清クレアチニン	1.3mg/dl以上
	ALT（GPT）	31U/l以上		e-GFR	60ml/分/1.73m ² 未満
	HDL コレステロール	40mg/dl未満		心電図	異常あり
血管を傷つける	空腹時血糖	100mg/dl以上		眼底検査	異常あり
	HbA1c	5.6%以上			
	随時血糖	100mg/dl以上			
	尿酸	7.0mg/dl超過			
	収縮期血圧	130mmHg以上			
	拡張期血圧	85mmHg以上			

(4) 特定健康診査受診者の質問票の回答状況

令和4年度における特定健康診査受診者の質問票の回答をみると、服薬者については糖尿病を除き国・県より多くなっています。

1回30分以上の運動、1日1時間以上の運動ともに習慣がない割合が国・県より高くなっており、運動習慣を持つ人が少ないことが分かります。

一方で、生活改善の意欲のない人と保健指導を希望しない人の割合は国・県と比較して低く、生活改善に対する意欲については高いことが分かります。

【特定健康診査受診者の質問票の回答割合（令和4年度）】



【出典】 KDBシステム「質問票調査の状況」

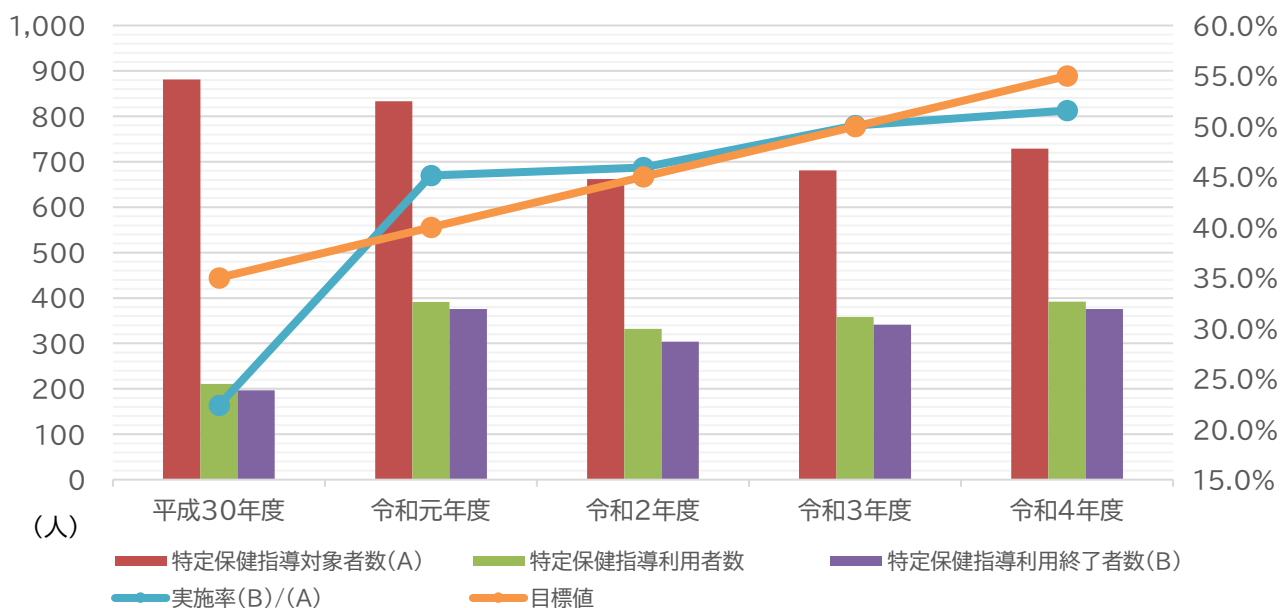
(5) 特定保健指導の実施率

特定保健指導の実施率は令和元年度から令和3年度については第3期計画の目標実施率を上回りました。令和4年度については目標を下回ったものの、上昇を続けています。各種実施率の向上に関する取組みが効果を上げていると思われるため、引き続き取組みを行い、目標実施率を目指します。

【特定保健指導実施率推移（全体）】

年 度	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
特定健康診査受診者数(人)	7,139	6,920	5,951	6,811	7,162
特定保健指導対象者数(人) A	881	833	662	681	729
特定保健指導利用者数(人)	211	391	332	358	392
特定保健指導利用終了者数(人) B	197	376	304	341	376
実施率 B/A	22.4%	45.1%	45.9%	50.1%	51.6%
目標値	35%	40%	45%	50%	55%

【出典】各年度の法定報告値



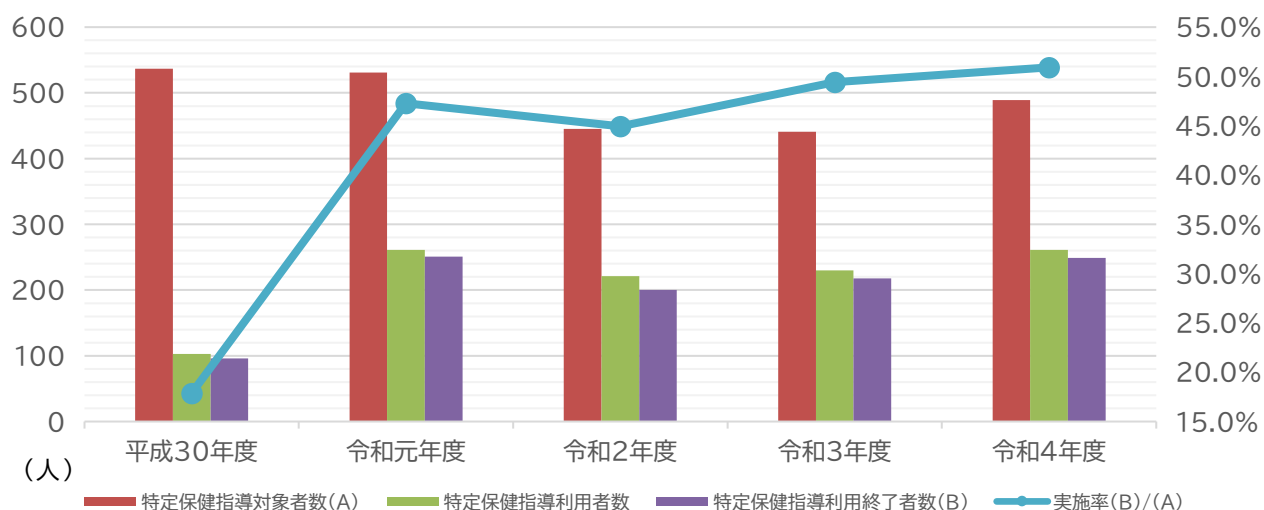
① 性別・年齢別実施率

男性に比べ、女性の方が保健指導の対象となる人数が少なく、実施率は女性の方が高い傾向があり、男性・女性ともに実施率は増加傾向です。

年代別に見ると、男性・女性とも60歳未満の実施率が低い傾向があります。各年代とも、実施率は上昇傾向であるものの、令和3、4年度については大きな伸びは見られないため、さらなる実施率向上のため、よりこまめな勧奨等が必要と思われます。

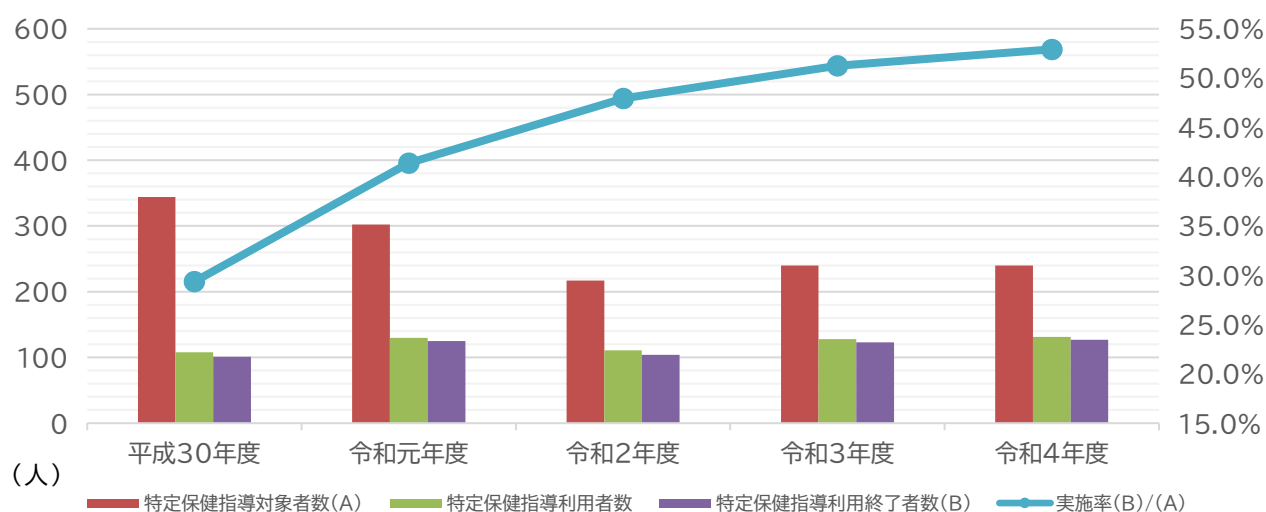
【特定保健指導実施率推移（男性）】

年 度	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
特定健康診査受診者数(人)	2,886	2,843	2,478	2,829	3,001
特定保健指導対象者数(人) A	537	531	445	441	489
特定保健指導利用者数(人)	103	261	221	230	261
特定保健指導利用終了者数(人) B	96	251	200	218	249
実施率 B/A	17.9%	47.3%	44.9%	49.4%	50.9%



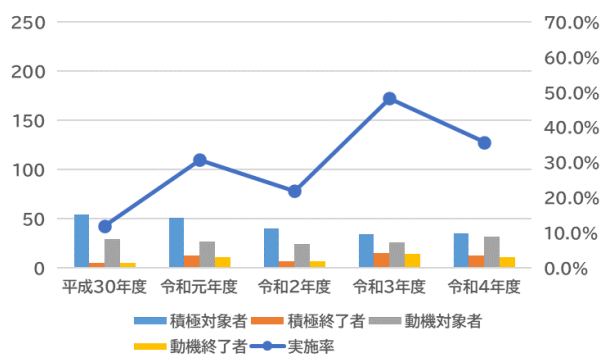
【特定保健指導実施率推移（女性）】

年 度	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
特定健康診査受診者数(人)	4,253	4,077	3,473	3,982	4,161
特定保健指導対象者数(人) A	344	302	217	240	240
特定保健指導利用者数(人)	108	130	111	128	131
特定保健指導利用終了者数(人) B	101	125	104	123	127
実施率 B/A	29.4%	41.4%	47.9%	51.3%	52.9%



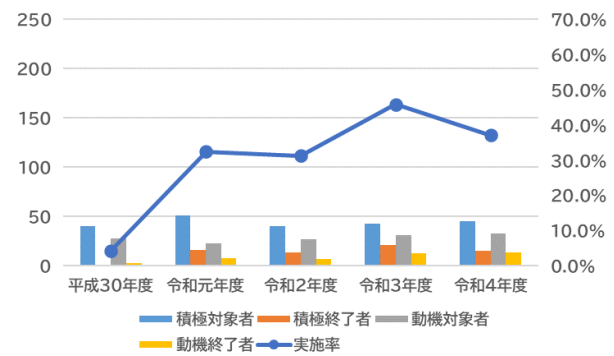
【出典】各年度の法定報告値

【年代別各年度実施率（男性）】



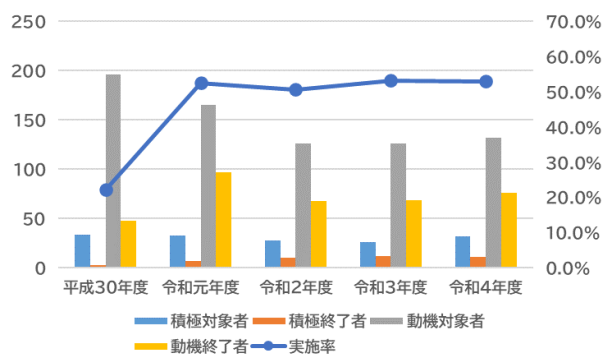
	H30	R1	R2	R3	R4
積極対象者	54人	51人	40人	34人	35人
積極終了者	5人	13人	7人	15人	13人
動機対象者	29人	27人	24人	26人	32人
動機終了者	5人	11人	7人	14人	11人
実施率	12.0%	30.8%	21.9%	48.3%	35.8%

男性・40～49歳



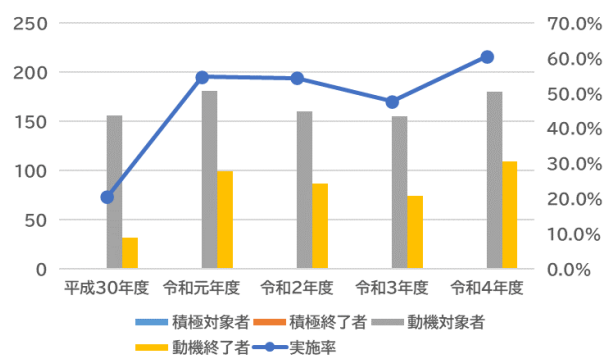
	H30	R1	R2	R3	R4
積極対象者	40人	51人	40人	43人	45人
積極終了者	0人	16人	14人	21人	15人
動機対象者	28人	23人	27人	31人	33人
動機終了者	3人	8人	7人	13人	14人
実施率	4.4%	32.4%	31.3%	45.9%	37.2%

男性・50～59歳



	H30	R1	R2	R3	R4
積極対象者	34人	33人	28人	26人	32人
積極終了者	3人	7人	10人	12人	11人
動機対象者	196人	165人	126人	126人	132人
動機終了者	48人	97人	68人	69人	76人
実施率	22.2%	52.5%	50.6%	53.3%	53.0%

男性・60～69歳

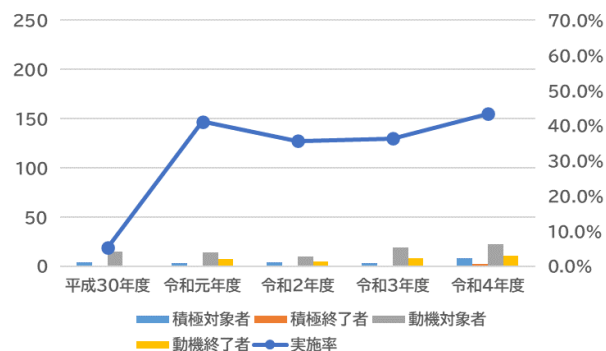


	H30	R1	R2	R3	R4
積極対象者	0人	0人	0人	0人	0人
積極終了者	0人	0人	0人	0人	0人
動機対象者	156人	181人	160人	155人	180人
動機終了者	32人	99人	87人	74人	109人
実施率	20.5%	54.7%	54.4%	47.7%	60.6%

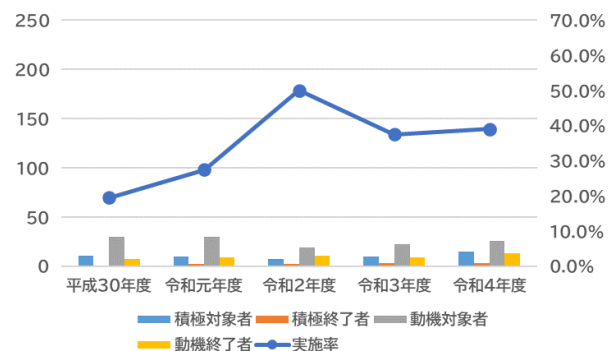
男性・70～74歳

【出典】各年度の法定報告より集計

【年代別各年度実施率（女性）】



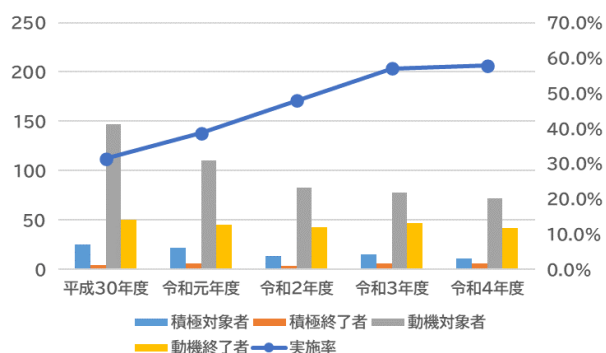
	H30	R1	R2	R3	R4
積極対象者	4人	3人	4人	3人	8人
積極終了者	0人	0人	0人	0人	2人
動機対象者	15人	14人	10人	19人	22人
動機終了者	1人	7人	5人	8人	11人
実施率	5.3%	41.2%	35.7%	36.4%	43.3%



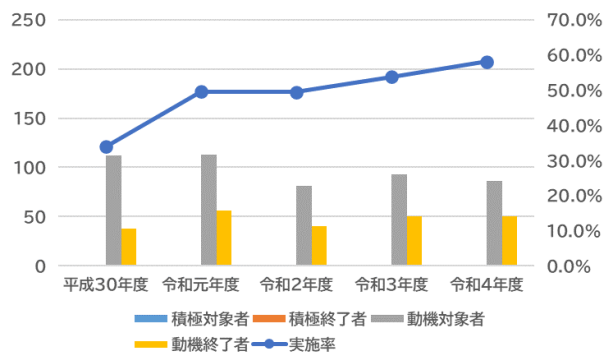
	H30	R1	R2	R3	R4
積極対象者	11人	10人	7人	10人	15人
積極終了者	1人	2人	2人	3人	3人
動機対象者	30人	30人	19人	22人	26人
動機終了者	7人	9人	11人	9人	13人
実施率	19.5%	27.5%	50.0%	37.5%	39.0%

女性・40～49歳

女性・50～59歳



	H30	R1	R2	R3	R4
積極対象者	25人	22人	13人	15人	11人
積極終了者	4人	6人	3人	6人	6人
動機対象者	147人	110人	83人	78人	72人
動機終了者	50人	45人	43人	47人	42人
実施率	31.4%	38.6%	47.9%	57.0%	57.8%



	H30	R1	R2	R3	R4
積極対象者	0人	0人	0人	0人	0人
積極終了者	0人	0人	0人	0人	0人
動機対象者	112人	113人	81人	93人	86人
動機終了者	38人	56人	40人	50人	50人
実施率	33.9%	49.6%	49.4%	53.8%	58.1%

女性・60～69歳

女性・70～74歳

【出典】各年度の法定報告より集計

② 主な実施率向上に関する取組み

1) 集団健診での初回面接分割実施の開始

初回面接の分割実施は、健診当日に腹囲・BMI、血圧、喫煙歴等の状況から特定保健指導の対象と見込まれる者に対して初回面接を行い、検査結果が揃った後に行動計画を完成します。健診当日に実施するため、健康意識が高い状態で実施でき、確実に対象者と接触できるため、実施率の向上につながります。

本市では、令和元年度より集団健診会場にて実施しています。

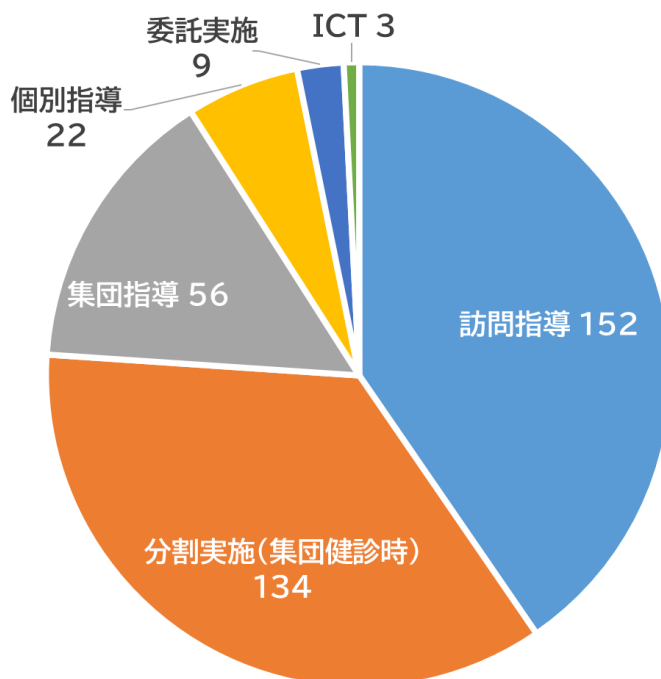
2) ICTを活用した保健指導の実施

スマートフォンアプリ等を活用した保健指導を実施し、利便性の向上による実施率の向上を図ります。

3) 未利用者に対する訪問指導の実施

利用券送付後、特定保健指導の利用がない対象者に対し、訪問を実施し、指導を実施するとともに、在宅でない場合には、勧奨文を差し置くなど、指導につなげています。

【令和4年度実施者に対する初回面接の実施形態】



形 態	内 容
訪問指導	市職員の訪問による指導
分割実施	集団健診時に指導
集団指導	市役所にて集団で実施する指導
個別指導	市役所にて対象者に個別に実施する指導
委託実施	医療機関等委託先での指導
ICT	アプリ等を活用した指導

(6) 現状に対する課題

項 目	No.	課 題
特定 健康診査	1	受診率は増加傾向ですが、目標受診率を下回っています。年齢、性別、健診受診歴の有無、医療機関受診歴の有無などの状況別に文書、はがきでの勧奨が必要です。勧奨方法については、新規の方法なども模索しながら、効果的な受診勧奨を行う必要があります。 健診の習慣づけによる定期受診者とするため、40歳をはじめ若年層（40歳代～50歳代）への働きかけが必要です。
	2	かかりつけ医で定期的に治療・検査している方が特定健康診査を受診しない場合、情報提供事業など、特定健康診査の受診に代える取組みについて、さらなる活用が必要です。
	3	若年層の受診率向上のため、人間ドックの助成制度のさらなる周知や、勤務先等の定期健診受診により特定健康診査を受診しない場合に結果の提供を求めることが必要です。
	4	平日の受診が困難な方や、医療機関での受診に抵抗がある方などに向け、日曜日に集団健診を実施しています。実施回数の増加に伴い、受診者数も増加していましたが、近年受診者数が伸び悩み、同一の対象者へ連続して案内を行う状況です。そのため、実施回数については需要を満たす回数を実施していると考えられるため、1回あたりの受診者数の増加を目指し、開催の周知方法や案内対象の見直しなどが必要です。
特定 保健指導	5	実施率は上昇傾向であり、目標値に近づいていますが、訪問などにより実施している個別指導については、これ以上の実施数増加に限界があります。そのため、集団指導のメリット（測定器機による血管年齢測定等が可能、保健師・管理栄養士などによる様々な指導メニュー）などをPRし、集団指導の利用者増加につなげる必要があります。
	6	医療機関等への委託による特定保健指導については、実績が少ないため、医療機関での特定健康診査受診時のさらなる初回面接の分割実施を医療機関へ依頼し、対象者にも周知が必要です。
	7	実施者数を増やすだけでなく、メタボ該当者の減少などの成果につなげる必要があります。そのため、対象者の状況にあったよりきめ細やかな指導を行う必要があります。

3. 目標値

(1) 国が示す目標

国は第3期と同様、第4期の市町村国保の実施に関する目標値として、特定健康診査受診率を60%以上、特定保健指導実施率を60%以上と決めました。

また成果に関する目標値として、メタボの該当者及び予備群の減少率を令和11年度までに25%（平成20年度対比）としています。

【国が設定した目標値】

保険者種別	全国目標	市町村国保
特定健康診査受診率	70%	60%
特定保健指導実施率	45%	60%

(2) 大垣市国民健康保険の目標

特定健康診査の受診率、特定保健指導実施率ともに国の目標値に即して、令和11年度に60%に達するように設定しました。

【大垣市国民健康保険の目標値】

年 度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査受診率	40%	44%	48%	52%	56%	60%
特定保健指導実施率	53.0%	54.5%	56.0%	57.5%	59.0%	60.0%

4. 対象者数の見込み

(1) 特定健康診査対象者数・受診者数の見込み

特定健康診査の対象者数（計画期間中の各年度の見込み数）の推計を出し、目標受診率を乗じて特定健康診査受診人数の見込みを算出しました。

【令和11年度までの特定健康診査対象者数・目標値・受診者数】

年 度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
対象者数(人)	19,943	19,141	18,489	17,969	17,512	17,207
目標受診率	40%	44%	48%	52%	56%	60%
受診者数(人)	7,978	8,423	8,875	9,344	9,807	10,325

※平成30年～令和4年度法定報告対象者推移より各年度の対象者を推計

(2) 特定保健指導対象者数・実施者数の見込み

特定健康診査の受診者数（見込み）が、特定保健指導の対象者候補となります。この人数に本市の平成30年度から令和4年度における特定保健指導の対象者となりうる割合（発生率）を乗じて、特定保健指導対象者数を算出しました。

さらに、目標実施率を乗じて、特定保健指導を実施する人数の見込みを算出しました。

【令和11年度までの特定保健指導対象者数・目標値・実施者数】

年 度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
積極的支援対象者(人)	316	344	373	398	422	442
動機付け支援対象者(人)	710	749	789	828	870	916
対象者合計(人)	1,026	1,093	1,162	1,226	1,292	1,358
目標実施率	53.0%	54.5%	56.0%	57.5%	59.0%	60.0%
実施者数(人)	544	596	651	705	763	815

【(参考) 平成30年度～令和4年度における性別・年齢別特定保健指導発生率】

内 容		男 性		女 性	
		40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
特定健康診査受診総数(人)	A	3,729	10,308	5,439	14,507
積極的支援対象者総数(人)	B	586	—	161	—
動機付け支援対象者総数(人)	C	382	1,475	304	878
積極的支援対象者発生率(人)	B/A	15.71%	—	2.96%	—
動機付け支援対象者発生率(人)	C/A	10.24%	14.31%	5.59%	6.05%

【出典】各年度の法定報告より集計

5. 実施方法

(1) 特定健康診査の実施方法

特定健康診査は個別健診と集団健診を併用し実施します。委託にあたっては、特定健康診査の外部委託に関する基準を満たしていることとします。

① 実施期間

- 1) 個別健診 4月から翌年1月までの10か月で受診
- 2) 集団健診 4月から翌年3月までの12か月で受診

② 実施場所

- 1) 個別健診 大垣市医師会に所属する医療機関（大垣市医師会と契約）
- 2) 集団健診 市役所ほか、市の施設等

③ 受診対象者

4月1日現在の大垣市国保加入者で、年齢が満40歳～74歳の人（後期高齢者医療制度適用者、服役中、施設にて療養中の人、事業所健診を受診した（する）人は除く。）ただし、年度途中で大垣市国保を喪失した人は対象になりません。

④ 受診方法

受診対象者は、受診票と国保被保険者証等資格確認できるものを持参の上、実施場所にて健診を受けます。

⑤ 結果の通知方法

結果については、市より受診者に対し送付します。結果の見方など、健康管理に資する案内を同封します。

⑥ 健診内容

特定健康診査の検査項目は、別表のとおりです。

⑦ 案内・周知方法

受診票は誕生日ごと交付するほか、希望者には早期に交付します。

特定健康診査の検査項目や内容について、広報おおがき等で周知します。

また、事業者健診の結果データの提出についても記載し、市役所等のデジタルサイネージも活用して周知を図ります。

⑧ 受診勧奨

未受診者に対し、年齢・性別や過去の受診歴、医療機関の受診歴などを踏まえ、対象者にあった勧奨内容のはがき等を作成し送付します。

⑨ 情報提供事業の実施

治療上で特定健康診査と同等の検査を実施している方は、医療機関を通じて検査結果データの提供をうけ、特定健康診査の実施に代える情報提供事業を実施します。

【別表 特定健康診査検査項目】

区 分		内 容		
特定健康診査	全員に実施	基本的な健診項目	既往歴の調査 (服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む)	
			自覚症状及び他覚症状の有無の検査	
			身体計測	身長
				体重
				腹囲
				BMI
			血圧	収縮期血圧
				拡張期血圧
			肝機能検査	AST (GOT)
				ALT (GPT)
				γ-GT (γ-GTP)
			血中脂質検査	空腹時中性脂肪 (やむを得ない場合には随時中性脂肪)
				HDLコレステロール
				LDLコレステロール
			血糖検査	空腹時血糖
			尿検査	尿糖
				尿蛋白
		健診の追加項目 保険者独自の追加項目	血糖検査	HbA1c (ヘモグロビンA1c)
			尿検査	尿潜血
			貧血検査	血色素量
				赤血球数
				白血球数
				ハマトクリット値
	腎機能検査		血清クレアチニン	
			e-GFR	
		尿酸		
	詳細な健診の項目 (医師の判断による追加項目)	心電図検査		
		眼底検査		
	COPD※健康調査		喫煙歴、タバコ本数等	

※COPD：慢性閉塞性肺疾患 (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)
大垣市独自の検査として実施している。受診は任意。

(2) 特定保健指導

① 概 要

健診結果からメタボ（予備群を含む）と判定された人は、階層化に応じて指導を受け、生活習慣の見直しをすることができます。

特定保健指導対象者が、食事や運動など生活習慣をどのように変えたら肥満を解消できるかを保健師・管理栄養士等から助言を受け、実践できる健康づくりを選択し、共に対策を考えます。

特定保健指導の階層化については、次のとおりです。

【特定保健指導の階層化】

リスク判定 (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以上 女性：90cm以上	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：25kg/m ² 以上	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			

追加リスク等				
① 血糖	空腹時血糖	100mg/dl以上	又は	HbA1c 5.6%以上
② 脂質	空腹時中性脂肪	150mg/dl以上	又は	
	随時中性脂肪	175mg/dl以上	又は	
	HDLコレステロール	40mg/dl未満		
③ 血圧	収縮期血圧	130mmHg以上	又は	
	拡張期血圧	85mmHg以上		
④は上記①～③に1つでも該当している場合のみカウント				
④ 質問票	喫煙歴あり			
⑤ 質問票	①～③の治療に係る薬剤を服薬している場合は特定保健指導の対象とならない ※栄養、運動等を含めた必要な保健指導は、各医療機関において継続的医学的管理の一環として行われることが適当なため			

② 実施方法

1) 実施期間

年間を通じて実施します。

（特定健康診査終了後、初回面接から3か月または6か月までの間）

2) 実施場所

大垣市役所（集団・個別）、対象者自宅等（訪問）、委託先特定保健指導実施機関、対象者希望の場所（ICT活用の場合）

3) 実施対象者

特定健康診査受診者のうち、階層化により「積極的支援」、「動機付け支援」の対象となった者。

4) 利用券の交付方法

特定健康診査等の結果から、保健指導対象者に郵送します。

5) 実施方法

- ・国の「標準的な健診・保健指導プログラム」に基づき実施します。
- ・「積極的支援」、「動機付け支援」の判定後、健診結果通知・保健指導案内を発送し、個々に保健指導を実施します。

6) 実施内容

初回面接において、保健師・管理栄養士等の指導のもと、生活習慣改善のための行動計画を設定します。

1. 積極的支援

初回面接後、6か月間、定期的に電話等で継続支援を実施します。初回面接から3か月後に中間評価を実施し、6か月後に最終評価を行います。中間評価時に、体重2kg及び腹囲2cm減少を達成した対象者については、その時点で支援を終了します。

2. 動機付け支援

初回面接後、3か月後に体重、腹囲の変化や生活習慣の改善状況について実績評価を行います。

7) 実施率向上対策

第3期計画期間に引き続き、集団健診時の初回面接の分割実施や、未利用者への訪問を行います。未利用者については、利用券送付後おおむね2か月間利用がない場合に自宅へ訪問を行います。

そのほか、さらなるICTの活用などにより、利用者の利便性の向上を図り、実施率の向上につなげるほか、各種研修などを通じて指導の質を確保し、利用者に寄り添った指導とします。

(3) 特定健康診査・特定保健指導等の実施の流れ



6. 個人情報の保護

(1) ガイドライン等の遵守

個人情報の取扱いに関しては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）、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）（個人情報保護委員会）等を遵守し、適正に取扱います。

さらに、特定健康診査・特定保健指導を外部委託する際、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先に対して必要かつ適切な監督を行います

(2) 記録の保存方法及び保存年数・外部委託について

特定健康診査・特定保健指導結果の管理・保存については、国保連合会に委託し、最低5年間データベース（特定健康診査等データ管理システム）に保存します。

なお、記録の保存を含む各種業務の外部委託の実施にあたり、各種委託業務に関する委託契約書に個人情報取扱に関わる事項の遵守義務を設けます。

また、委託については、原則として再委託を禁止します。

7. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

(1) 特定健康診査等実施計画の公表及び周知に関する事項

① 公表及び周知方法

公表の目的は、主に加入者（その中でも40歳～74歳の実施対象者）に、医療保険者としての計画期間中の取組方針を示し、趣旨を理解のうえ積極的な協力を得る（多くの対象者が健診・保健指導を受ける）ことにあります。

計画の公表については、大垣市ホームページ等に掲載するとともに、本庁国保医療課、市政情報コーナー等に配置します。

② 特定健康診査等の普及啓発方法

加入者の十分な協力を得るため、順次、情報提供や啓発を進め、実施への理解を広めていきます。

大垣市ホームページ等への掲載のほか、パンフレット・ポスターを作成し、本庁、地域事務所、サービスセンター等に配置するとともに、各種団体や健康教室などイベント時に配布を行います。さらに受診票を対象者全員に送付し、普及啓発に努めます。

8. 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

(1) 特定健康診査等実施計画の評価・見直しに関する事項

実施計画にて設定した目標値のほか、実施方法・内容・スケジュール等について、計画通り進めることができているのか、実施後の評価を行います。毎年度実施評価・進捗状況を把握し、必要に応じて実施方法や目標設定の見直しを行います。「大垣市国民健康保険運営協議会」に諮りながら、計画は弾力的に運用します。

① 特定健康診査・特定保健指導の実施率

実施率を確認し、実施計画における目標値の達成状況を把握します。

② その他（実施方法・内容・スケジュール等）

計画上の内容と、実際の実施状況・結果や利用者の満足度（調査結果）等と総合的に比較し、整理します。

9. その他

(1) 他の健診との連携

他の健診と連携し、関係機関等と協働して周知啓発を行います。がん検診については、特定健康診査の受診票送付時にがん検診の案内を同封します。

そのほか、事業の実施にあたり市関係所管課との連携、関係団体との協力により、効率的、効果的に実施していきます。

用語解説集

CKD (慢性腎臓病)	腎臓の働き (e-GFR) が健康な人の 60%未満に低下する (e-GFR が 60ml/分/1.73m ² 未満) か、あるいは蛋白尿が出るといった腎臓の異常が続く状態
e-GFR (推定糸球体濾過量)	年齢、性別、血清クレアチニン値をもとに算定した値で、腎臓の機能を表す指標 本計画における単位は ml/分/1.73m ²
HbA1c	ヘモグロビンにグルコースが結合したもので、過去 1～2 か月間の血糖状態を表す
KDB システム	国保データベースシステム 国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、健診・保健指導、医療、介護の各種データをあわせて分析できるシステム
KPI	重要業績評価指標 (Key Performance Indicator)
PDCA	Plan (計画)、Do (実行)、Check (評価)、Act (改善)
QOL	生活の質 (Quality Of Life)
後期高齢者	75 歳以上の者
後期高齢者医療制度	75歳以上の者を被保険者とする医療保険制度 被保険者には、一定の障がいがある65歳から74歳の者で後期高齢者医療広域連合の認定を受けた者を含む
前期高齢者	65 歳以上 74 歳未満の者
標準化死亡比 (SMR)	基準死亡率 (人口 10 万人対の死亡数) を対象地域に当てはめた場合に、推測される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較 国の平均を 100 とし、本計画のグラフでは経年比較のため平成 27 年 (2015 年) の全国基準を 100 とする
平均自立期間	「日常生活動作が自立している期間」として 0 歳の人が必要介護 2 の状態になるまでの期間
平均余命	ある年齢の人がその後何年生きられるかという期待値であり、本計画では 0 歳時点の平均余命を示す
レセプト	診療報酬明細書 病院などが患者に対して治療を行った際、費用 (医療費) を保険者に請求するときに使用する書類



大垣市の木・花・花木・魚・昆虫
クスノキ・サツキ・ハナミズキ・ハリヨ・ホタル

