

瑞穂市国民健康保険
第3期 データヘルス計画（素案）

令和6年度（2024年）～令和11年度（2029年）

令和6年3月
岐阜県瑞穂市

目次

第1章 基本的事項	1
1 計画の趣旨	1
2 計画の位置づけ	2
3 SDGs（持続可能な開発目標）の視点を踏まえた計画の推進	3
4 標準化の推進	3
5 計画期間	3
6 実施体制・関係者連携	3
第2章 現状の整理	4
1 瑞穂市の特性	4
(1) 人口動態	4
(2) 平均余命・平均自立期間	5
(3) 産業構成	6
(4) 医療サービス（病院数・診療所数・病床数・医師数）	6
(5) 被保険者構成	6
2 前期計画等に係る考察	7
(1) 第2期データヘルス計画の目標評価・考察	7
3 保険者努力支援制度	15
(1) 保険者努力支援制度の得点状況	15
第3章 健康・医療情報等の分析と分析結果に基づく健康課題の抽出	16
1 死亡の状況	17
(1) 死因別の死亡者数・割合	17
(2) 死因別の標準化死亡比（SMR）	18
2 介護の状況	20
(1) 要介護（要支援）認定者数・割合	20
(2) 介護給付費	20
(3) 要介護・要支援認定者の有病状況	21
3 医療の状況	22
(1) 医療費の3要素	22
(2) 疾病分類別入院医療費及び受診率	24
(3) 疾病分類別外来医療費及び受診率	28
(4) 生活習慣病（重篤な疾患・基礎疾患）における受診率	31
(5) 生活習慣病の重篤な疾患患者における基礎疾患の有病状況	33
(6) 高額なレセプトの状況	34
(7) 長期入院レセプトの状況	35
4 特定健診・特定保健指導・生活習慣の状況	36
(1) 特定健診受診率	36
(2) 有所見者の状況	38
(3) メタボリックシンドロームの状況	40
(4) 特定保健指導実施率	43
(5) 受診勧奨対象者の状況	44
(6) 質問票の状況	48

5 高齢者者の保健事業と介護予防の一体的実施	50
(1) 保険種別（国民健康保険及び後期高齢者医療制度）の被保険者構成.....	50
(2) 年代別の要介護（要支援）認定者の有病状況	50
(3) 保険種別の医療費の状況	51
(4) 前期高齢者における骨折及び骨粗しょう症の受診率.....	52
(5) 後期高齢者の健診受診状況	52
(6) 後期高齢者における質問票の回答状況	53
6 その他の状況	54
(1) 重複服薬の状況	54
(2) 多剤服薬の状況	54
(3) 後発医薬品の使用状況	55
(4) 5がん（胃がん・肺がん・大腸がん・子宮頸がん・乳がん）検診の受診率.....	55
7 健康課題の整理	56
第4章 データヘルス計画全体の目標.....	57
第5章 保健事業の内容.....	60
1 保健事業の整理	60
第6章 計画の評価・見直し.....	86
1 評価の時期	86
(1) 個別事業計画の評価・見直し	86
(2) データヘルス計画の評価・見直し	86
2 評価方法・体制	86
第7章 計画の公表・周知.....	86
第8章 個人情報の取扱い.....	86
第9章 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項.....	87
第10章 第4期 特定健康診査等実施計画.....	88
1 計画の背景・趣旨	88
(1) 計画策定の背景・趣旨	88
(2) 特定健診・特定保健指導を巡る国の動向	89
(3) 計画期間	89
2 第3期計画における目標達成状況	90
(1) 全国の状況	90
(2) 瑞穂市の状況	91
(3) 国の示す目標	96
(4) 瑞穂市の目標	96
3 特定健診・特定保健指導の実施方法	97
(1) 特定健診	97
(2) 特定保健指導	99
4 特定健診受診率・特定保健指導実施率向上に向けた主な取組	100
(1) 特定健診	100
(2) 特定保健指導	100

5 特定歯科健診	102
(1) 実施目的	102
(2) 対象者	102
(3) 実施期間	102
(4) 実施場所	102
(5) 実施項目	102
(6) 実施方法	102
(7) 特定歯科健診の目標及び今後の取組・課題	102
参考資料 用語集	103

第1章 基本的事項

1 計画の趣旨

平成25年6月に閣議決定された「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。」ことが示されました。これを踏まえ、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」において、保険者は、「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）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行う」ものとされました。

その後、平成30年4月から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計画の標準化等の取組の推進」が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPIの設定を推進する。」と示されました。

こうした背景を踏まえ、瑞穂市では、被保険者の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）の維持及び向上を図り、結果として医療費の適正化にも資することを目的とし、データヘルス計画を策定し保健事業の実施、評価、改善等を行うこととします。

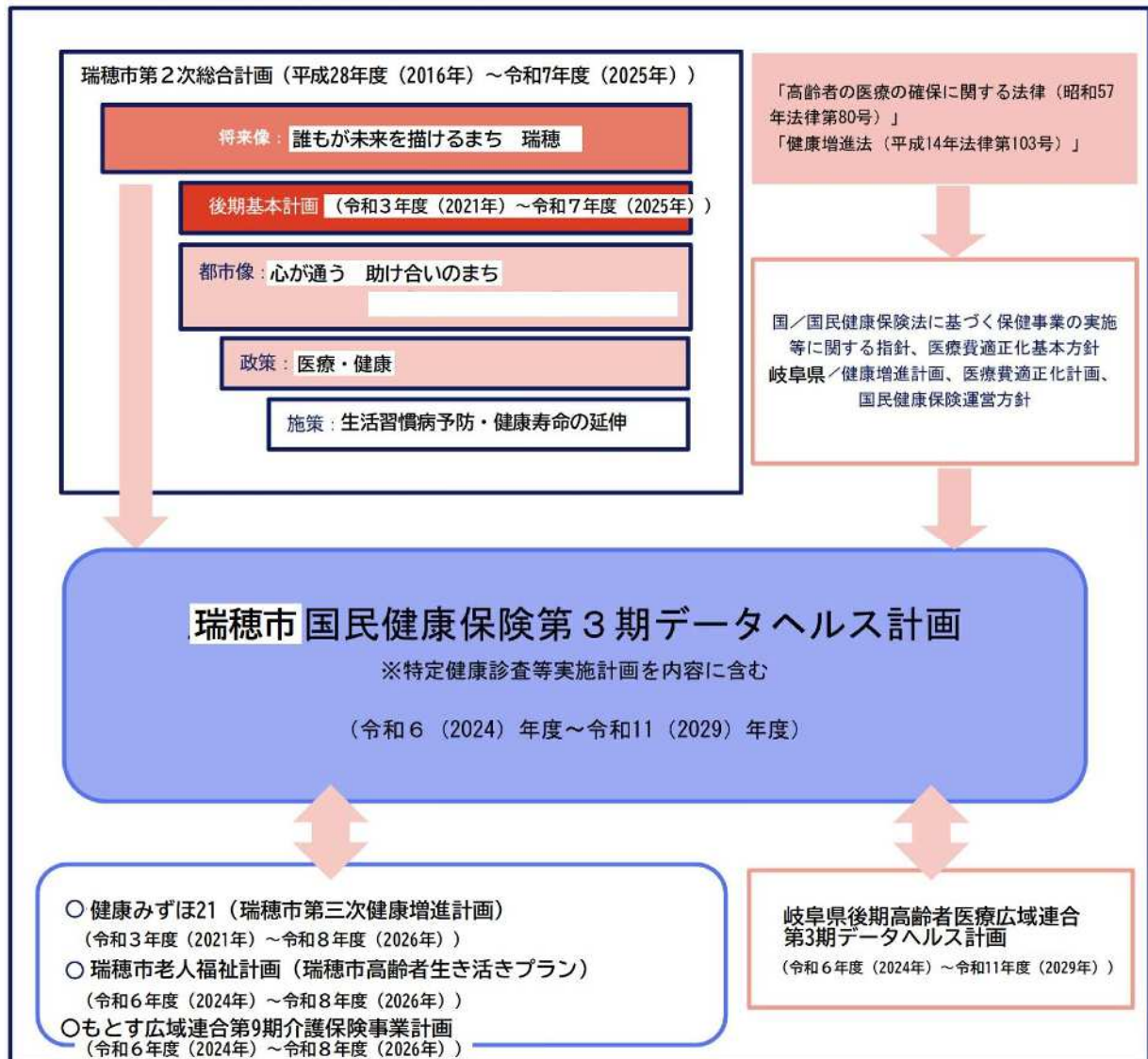
2 計画の位置づけ

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、保険者が効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果、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」とデータヘルス計画策定の手引きにおいて定義されています。（以下、特定健康診査を「特定健診」という。）

また、同手引きにおいて、「計画は、健康増進法（平成14年法律第103号）に基づく基本方針を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業（支援）計画、高齢者保健事業の実施計画（以下「後期高齢者データヘルス計画」という。）、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする」ことが求められています。

瑞穂市においても、本計画において推進する取組等について他の計画における関連事項を踏まえ、計画を検討、推進していきます。

下表に、関連計画等との関係図を示します。



3 SDGs（持続可能な開発目標）の視点を踏まえた計画の推進

SDGs（Sustainable Development Goals:持続可能な開発目標）とは、2015年（平成27年）9月の国連サミットで採択された「持続可能な開発のための2030アジェンダ」に記載された、持続可能でよりよい世界を目指す国際目標です。

SDGsは17の目標と169のターゲットから構成され、「誰一人残さない」ことを基本理念として掲げています。SDGsの17の目標は、全世界に共通した普遍的な課題であり、その中でも特に「すべての人に健康と福祉を」の視点を踏まえて計画を推進します。



4 標準化の推進

データヘルス計画が都道府県レベルで標準化されることにより、共通の評価指標による域内保険者の経年的なモニタリングができるようになるほか、地域の健康状況や健康課題の分析方法、計画策定、評価等の一連の流れを共通化することで、これらの業務負担が軽減されることが期待されています。瑞穂市では、岐阜県等の方針を踏まえ、データヘルス計画を運用することとします。

5 計画期間

本計画の期間は、令和6年度（2024年）から令和11年度（2029年）までの6年間です。

6 実施体制・関係者連携

瑞穂市では、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、国保部局が中心となって、関係部局や関係機関の協力を得て、保険者の健康課題を分析し、計画を策定します。計画策定後は、計画に基づき効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて計画の見直しや次期計画に反映させます。また、また、保健衛生部局や高齢者福祉部局、介護保険部局と連携してそれぞれの健康課題を共有するとともに、後期高齢者の健康課題も踏まえて保健事業を展開します。

計画の策定等に当たっては、共同保険者である都道府県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の保健医療関係者等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等との連携強化に努めます。

本計画は、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、被保険者自身が主体的かつ積極的に健康増進に取り組むことが重要です。このため、パブリックコメントをとおして被保険者の意見を本計画に反映させます。

第2章 現状の整理

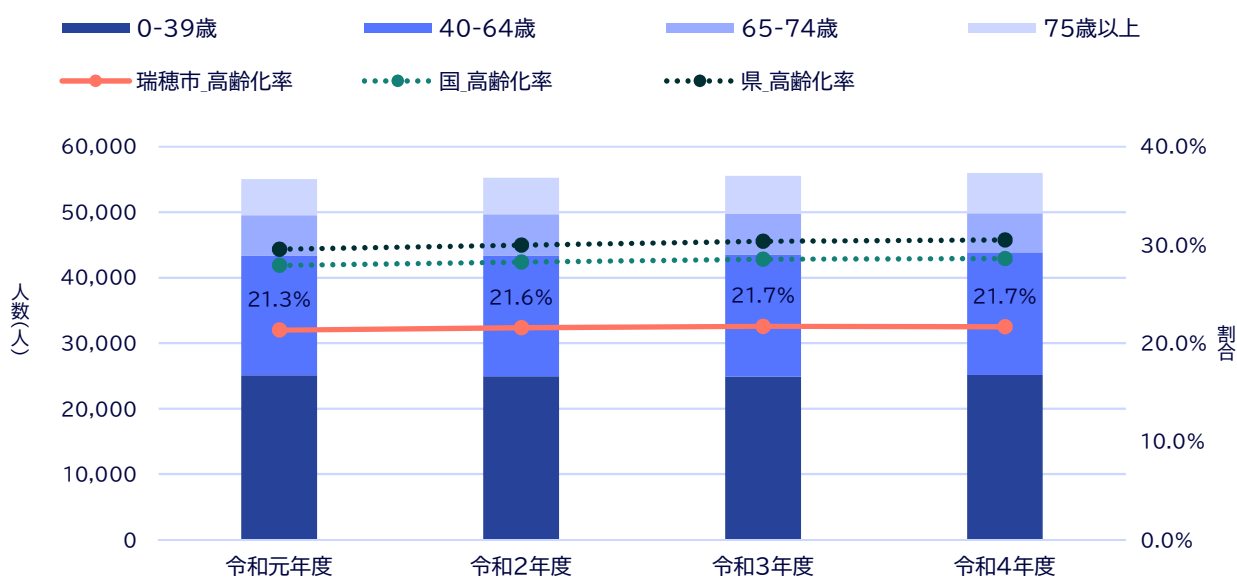
1 瑞穂市の特性

(1) 人口動態

瑞穂市の人口をみると（図表2-1-1-1）、令和4年度の人口は55,977人で、令和元年度（55,016人）以降961人増加しています。

令和4年度の65歳以上人口の占める割合（高齢化率）は21.7%で、令和元年度の割合（21.3%）と比較して、0.4ポイント上昇しています。国や県と比較すると、高齢化率は低いです。

図表2-1-1-1：人口の変化と高齢化率



	令和元年度 (2019年)		令和2年度 (2020年)		令和3年度 (2021年)		令和4年度 (2022年)	
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
0-39歳	25,063	45.6%	24,910	45.1%	24,878	44.8%	25,123	44.9%
40-64歳	18,220	33.1%	18,413	33.3%	18,576	33.5%	18,718	33.4%
65-74歳	6,232	11.3%	6,340	11.5%	6,255	11.3%	5,971	10.7%
75歳以上	5,501	10.0%	5,579	10.1%	5,799	10.4%	6,165	11.0%
合計	55,016	-	55,242	-	55,508	-	55,977	-
瑞穂市_高齢化率	21.3%		21.6%		21.7%		21.7%	
国_高齢化率	27.9%		28.2%		28.5%		28.6%	
県_高齢化率	29.6%		30.0%		30.4%		30.5%	

【出典】住民基本台帳 令和元年度から令和4年度

※瑞穂市に係る数値は、各年度の3月末時点の人口を使用し、国及び県に係る数値は、総務省が公表している住民基本台帳を参照しているため各年度の1月1日の人口を使用している（住民基本台帳を用いた分析においては以下同様）

(2) 平均余命・平均自立期間

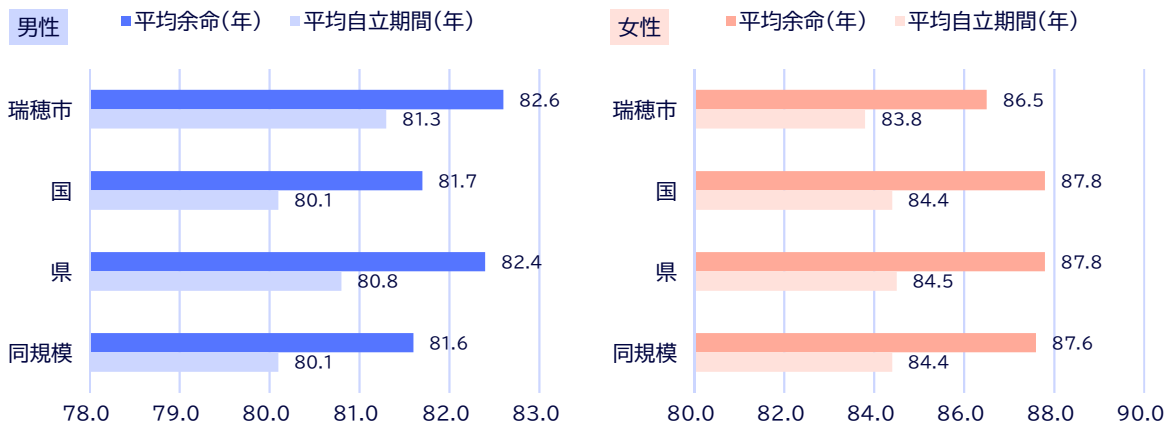
男女別に平均余命（図表2-1-2-1）をみると、男性の平均余命は82.6年で、国・県より長いです。国と比較すると、+0.9年です。女性の平均余命は86.5年で、国・県より短いです。国と比較すると、-1.3年です。

男女別に平均自立期間（図表2-1-2-1）をみると、男性の平均自立期間は81.3年で、国・県より長いです。国と比較すると、+1.2年です。女性の平均自立期間は83.8年で、国・県より短いです。国と比較すると、-0.6年です。

令和4年度における平均余命と平均自立期間の推移（図表2-1-2-2）をみると、男性ではその差は1.3年で、令和元年度以降ほぼ一定に推移しています。女性ではその差は2.7年で、令和元年度以降ほぼ一定に推移しています。

※平均余命：ある年齢の人々が、その後何年生きられるかの期待値であり、下表では0歳での平均余命を示している
 ※平均自立期間：0歳の人が要介護2の状態になるまでの期間

図表2-1-2-1：平均余命・平均自立期間



	男性			女性		
	平均余命(年)	平均自立期間(年)	差(年)	平均余命(年)	平均自立期間(年)	差(年)
瑞穂市	82.6	81.3	1.3	86.5	83.8	2.7
国	81.7	80.1	1.6	87.8	84.4	3.4
県	82.4	80.8	1.6	87.8	84.5	3.3
同規模	81.6	80.1	1.5	87.6	84.4	3.2

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

※表内の「国」とは、市町村国保全体を指す（KDB帳票を用いた分析においては以下同様）

※表内の「同規模」とは、人口規模が同程度の市町村を指す

図表2-1-2-2：平均余命と平均自立期間の推移

	男性			女性		
	平均余命(年)	平均自立期間(年)	差(年)	平均余命(年)	平均自立期間(年)	差(年)
令和元年度	82.3	80.8	1.5	86.4	83.5	2.9
令和2年度	82.6	81.2	1.4	86.0	83.1	2.9
令和3年度	82.4	80.9	1.5	86.3	83.4	2.9
令和4年度	82.6	81.3	1.3	86.5	83.8	2.7

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和元年度から令和4年度 累計

(3) 産業構成

産業構成の割合（図表2-1-3-1）をみると、国と比較して第二次産業比率が高く、県と比較して第三次産業比率が高いです。

図表2-1-3-1：産業構成

	瑞穂市	国	県	同規模
一次産業	2.2%	4.0%	3.2%	5.6%
二次産業	31.0%	25.0%	33.1%	28.6%
三次産業	66.8%	71.0%	63.7%	65.8%

【出典】KDB帳票 S21_003-健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 令和4年度 累計

※KDBシステムでは国勢調査をもとに集計している

(4) 医療サービス（病院数・診療所数・病床数・医師数）

被保険者千人当たりの医療サービスの状況（図表2-1-4-1）をみると、国と比較していずれも少なく、県と比較していずれも少ないです。

図表2-1-4-1：医療サービスの状況

（千人当たり）	瑞穂市	国	県	同規模
病院数	0.0	0.3	0.2	0.3
診療所数	3.4	4.0	4.0	3.5
病床数	0.0	59.4	49.4	57.6
医師数	4.0	13.4	11.4	9.7

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

※病院数・診療所数・病床数・医師数を各月ごとの被保険者数から算出する年間平均被保険者数で割ったものである

※KDBシステムでは医療施設（動態）調査及び医師・歯科医師・薬剤師統計をもとに集計している

(5) 被保険者構成

被保険者構成をみると（図表2-1-5-1）、令和4年度における国保加入者数は9,603人で、令和元年度の人数（10,145人）と比較して542人減少しています。国保加入率は17.2%で、国・県より低いです。

65歳以上の被保険者の割合は40.5%で、令和元年度の割合（41.5%）と比較して1.0ポイント減少しています。

図表2-1-5-1：被保険者構成

	令和元年度 (2019年)		令和2年度 (2020年)		令和3年度 (2021年)		令和4年度 (2022年)	
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
0-39歳	2,926	28.8%	2,884	28.5%	2,739	27.7%	2,777	28.9%
40-64歳	3,008	29.7%	3,004	29.7%	2,949	29.9%	2,933	30.5%
65-74歳	4,211	41.5%	4,240	41.9%	4,183	42.4%	3,893	40.5%
国保加入者数	10,145	100.0%	10,128	100.0%	9,871	100.0%	9,603	100.0%
瑞穂市_総人口	55,016		55,242		55,508		55,977	
瑞穂市_国保加入率	18.4%		18.3%		17.8%		17.2%	
国_国保加入率	21.3%		21.0%		20.5%		19.7%	
県_国保加入率	21.3%		21.1%		20.6%		19.6%	

【出典】住民基本台帳 令和元年度から令和4年度

KDB帳票 S21_006-被保険者構成 令和元年から令和4年 年次

※加入率は、KDB帳票における年度毎の国保加入者数を住民基本台帳における年毎の人口で割って算出している

2 前期計画等に係る考察

(1) 第2期データヘルス計画の目標評価・考察

第2期データヘルス計画の評価指標アウトカム（成果）について、下表のとおり評価しました。

【評価の凡例】
○「指標評価」欄：5段階
A：目標達成 B：目標達成はできていないが改善傾向 C：変わらない D：悪化傾向 E：評価困難

評価指標 アウトカム（成果）	開始 時 H30	目 標 値	実績値						指標 評価
			平成 30年度 (2018)	令和 元年度 (2019)	令和 2年度 (2020)	令和 3年度 (2021)	令和 4年度 (2022)	令和 5年度 (2023)	
メタボリックシンドローム予備群の割合	11.3%	9%	11.3%	10.6%	10.7%	10.1%	10.3%	－	B
メタボリックシンドローム該当者の割合	18.6%	15%	18.6%	19.0%	19.6%	20.1%	20.5%	－	D
特定健診受診率	45.5%	60%	45.5%	46.7%	46.0%	45.8%	45.2%	－	C
メタボリックシンドローム関連項目で要指導判定者への指導率	44.7%	50%	44.7%	42.5%	64.3%	91.7%	88.8%	－	A
特定保健指導対象者の減少率	21.4%	25%	21.4%	24.1%	22.2%	25.5%	23.4%	－	B
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	21.5%	30%	21.5%	25%	24.8%	27%	25.2%	－	B
検査結果の維持改善率（空腹時血糖）	46.6%	50%	46.6%	24.0%	75.9%	61.1%	61.1%	－	A
検査結果の維持改善率（HbA1c）	63%	50%	63%	48%	72.4%	75%	77.8%	－	A
新規人工透析導入者数	4人	5人	4人	6人	7人	2人	9人	－	A
人工透析にかかる医療費の減少状況 （前年度からの減少額）	-13.8 百万円	-6 百万円	-13.8 百万円	1.7 百万円	1.9 百万円	3.1 百万円	-33.1 百万円	－	A
事業参加者の翌年のHbA1c値の維持改善率	54.5%	80%	54.5%	58.3%	100%	100%	80%	－	A
事業参加者の検査値改善率	62.7%	50%	62.7%	41.3%	59.5%	44.4%	37.7%	－	D

振り返り① データヘルス計画全体の指標評価の振り返り

メタボリックシンドローム該当者の割合（指標評価D）は増加傾向にあり、生活習慣病予防の取組において、特定健診受診率の更なる向上が求められます。令和4年度の特定健診受診率45.2%は、県平均41.2%を上回っているものの、計画策定時から横ばい傾向が続いており、目標値の60%に近づけることができませんでした。特定健診の受診を機会とし、要指導者に対する特定保健指導等につなぐことにより、健康意識の向上、生活習慣病の予防、重症化予防対策を推進します。

振り返り② 第2期計画全体をとらしてうまくできていた点

コロナ禍における健診の受診控えが懸念されましたが、健診受診率は大きく下がることなく維持できました。特定保健指導利用者の翌年度健診における検査結果数値の維持・改善率（空腹時血糖、HbA1c）は、向上しており保健指導の効果が表れているものと考えられます。

振り返り③ 第2期計画全体をとらしてうまくできていなかった点

特定保健指導では、医療機関受診やセルフケアに結び付けることが重要となりますが、保健指導を受けた後の一時的な取り組みになりやすく、未治療、途中中断となる方もケースもあります。治療を含めた取り組みの継続という点で工夫・改善が必要です。

振り返り④ 第3期計画への考察

基礎疾患を有しているものの、治療につながっていない方が依然として存在します。適切な治療につなげることにより、虚血性心疾患、脳血管疾患、腎不全といった重篤な疾患発生を抑制できるものと考えられます。特定健診の受診を機会とし、特定保健指導等の利用により、基礎疾患を有している方の重症化予防対策を推進します。

第2期データヘルス計画の個別事業評価・考察

第2期データヘルス計画における個別事業について、下表のとおり評価をした。

<p>【評価の凡例】</p> <p>○「事業評価」欄：5段階 A：うまくいっている B：まあうまくいっている C：あまりうまくいっていない D：まったくうまくいっていない E：わからない</p> <p>○「指標評価」欄：5段階 A：目標達成 B：改善傾向 C：変わらない D：悪化傾向 E：評価困難</p>
--

①特定健診

事業タイトル	事業目標		事業概要							事業評価
特定健康診査	特定健診データを分析し、生活習慣病の発症や重症化予防目的に対象者に応じた効果的・効率的な保健事業を行うことで、健康寿命を延伸させ、医療費の適正化を図る		国民健康保険加入者に対し、健康診査を行う。人間ドック等を受診した者に対しては、補助金で助成を行い、結果の提供を受ける。							C
アウトプット（実施量率）										
評価指標	開始時 (H30)		平成 30年度 (2018年)	令和 元年度 (2019年)	令和 2年度 (2020年)	令和 3年度 (2021年)	令和 4年度 (2022年)	令和 5年度 (2023年)	指標 評価	
特定健診受診率	45.5%	目標値	60%	60%	60%	60%	60%	60%	C	
		実績値	45.5%	46.7%	46.0%	45.8%	45.2%	—		
アウトカム（成果）										
評価指標	開始時 (H30)		平成 30年度 (2018年)	令和 元年度 (2019年)	令和 2年度 (2020年)	令和 3年度 (2021年)	令和 4年度 (2022年)	令和 5年度 (2023年)	指標 評価	
メタボリックシンドローム予備群の割合	11.3%	目標値	9%	9%	9%	9%	9%	9%	B	
		実績値	11.3%	10.6%	10.7%	10.1%	10.3%	—		
メタボリックシンドローム該当者の割合	18.6%	目標値	15%	15%	15%	15%	15%	15%	D	
		実績値	18.6%	19.0%	19.6%	20.1%	20.5%	—		
振り返り・考察			今後の方個性							
特定健診の受診率は、コロナ禍による受診控えが心配されましたが、横ばい傾向を維持。メタボリックシンドローム該当者の割合が増加傾向にあります。			特定健診の受診率は、横ばい傾向にあり、目標値の60%に近づくよう、引き続き効果的な受診勧奨を実施し、受診率向上を目指します。							
補足事項										

②特定健診受診勧奨事業

事業タイトル		事業目標		事業概要					事業評価	
特定健診受診勧奨事業		受診率の向上		特定健診未受診者に対し受診勧奨はがきを送付し、受診診勧奨を実施					B	
アウトプット（実施量率）										
評価指標	開始時 (H30)		平成 30年度 (2018年)	令和 元年度 (2019年)	令和 2年度 (2020年)	令和 3年度 (2021年)	令和 4年度 (2022年)	令和 5年度 (2023年)	指標 評価	
			目標値	実績値						
受診勧奨実施率	100%	目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A	
		実績値	100%	100%	100%	100%	100%	—		
40・50代受診率	25.9%	目標値	26%	26%	26%	26%	26%	26%	A	
		実績値	25.9%	29.2%	28.2%	30.8%	29.6%	—		
アウトカム（成果）										
評価指標	開始時 (H30)		平成 30年度 (2018年)	令和 元年度 (2019年)	令和 2年度 (2020年)	令和 3年度 (2021年)	令和 4年度 (2022年)	令和 5年度 (2023年)	指標 評価	
			目標値	実績値						
特定健診受診率	45.5%	目標値	60%	60%	60%	60%	60%	60%	C	
		実績値	45.5%	46.7%	46.0%	45.8%	45.2%	—		
振り返り・考察					今後の方個性					
受診勧奨においては対象者全てに対し受診券発送時に勧奨文書を送付した。40・50代の受診率は、コロナの影響による受診控えが心配されたが、横ばい傾向を維持しています。					受診率は横ばい傾向にあり、目標値到達に向け引き続き受診勧奨を実施し、受診率の向上を目指します。					
補足事項										

③若年層健診（goodライフ健診）・若年層健診事後指導

事業タイトル	事業目標	事業概要							事業評価
若年層健診（goodライフ健診）・若年層健診事後指導	若い年齢から健康に関する自己管理能力を養うとともに、将来の生活習慣病予防及び健康寿命の延伸を図る	20歳～38歳の国保加入者に対する特定健診(20, 25, 30, 35, 38の節目健診)受診勧奨ハガキを送付 要指導判定者に対し事後指導を実施							C
アウトプット（実施量率）									
評価指標	開始時（H30）		平成30年度（2018年）	令和元年度（2019年）	令和2年度（2020年）	令和3年度（2021年）	令和4年度（2022年）	令和5年度（2023年）	指標評価
若年層健診受診率	5.5%	目標値	7%	7%	7%	7%	7%	7%	D
		実績値	5.5%	5.0%	6.1%	5.7%	4.5%	—	
アウトカム（成果）									
評価指標	開始時（H30）		平成30年度（2018年）	令和元年度（2019年）	令和2年度（2020年）	令和3年度（2021年）	令和4年度（2022年）	令和5年度（2023年）	指標評価
メタボリックシンドローム関連項目で要指導判定者への指導率※	44.7%	目標値	50%	50%	50%	50%	50%	50%	A
		実績値	44.7%	42.5%	64.3%	91.7%	88.8%	—	
振り返り・考察					今後の方個性				
若年層健診の受診率は、減少傾向であることから、若い世代から健康への意識を高めてもらえるよう引き続き受診勧奨を行う必要があります。また、令和3年度より要指導判定者の抽出基準を見直したことにより指導率が大幅に上昇しており、目標値の見直しが必要となります。					引き続き若い世代への受診勧奨を実施するとともに、要指導判定者への指導率向上を目指します。				
補足事項									
※令和3年度より要指導判定者の抽出基準を変更。									

④特定保健指導

事業タイトル	事業目標	事業概要							事業評価
特定保健指導	保健指導対象者の生活習慣を改善するための支援を実施することで、対象者が自らの生活を振り返り、行動目標を設定・実践できる。また、対象者が健康に関するセルフケア（自己管理）ができるようになる	特定健診受診者のうち、保健指導の判定基準に該当した者に個別面談指導を実施							B
アウトプット（実施量率）									
評価指標	開始時 (H30)		平成 30年度 (2018年)	令和 元年度 (2019年)	令和 2年度 (2020年)	令和 3年度 (2021年)	令和 4年度 (2022年)	令和 5年度 (2023年)	指標 評価
特定保健指導利用率	84.7%	目標値	70%	70%	70%	70%	70%	70%	A
		実績値	84.7%	82.1%	86.3%	84.2%	90.8%	—	
特定保健指導終了率	75.7%	目標値	60%	60%	60%	60%	60%	60%	A
		実績値	75.7%	77.1%	82.3%	77.6%	85.8%	—	
アウトカム（成果）									
評価指標	開始時 (H30)		平成 30年度 (2018年)	令和 元年度 (2019年)	令和 2年度 (2020年)	令和 3年度 (2021年)	令和 4年度 (2022年)	令和 5年度 (2023年)	指標 評価
メタボリックシンドローム予備群の割合	11.3%	目標値	9%	9%	9%	9%	9%	9%	B
		実績値	11.3%	10.6%	10.7%	10.1%	10.3%	—	
メタボリックシンドローム該当者の割合	18.6%	目標値	15%	15%	15%	15%	15%	15%	D
		実績値	18.6%	19.0%	19.6%	20.1%	20.5%	—	
特定保健指導対象者の減少率	21.4%	目標値	25%	25%	25%	25%	25%	25%	B
		実績値	21.4%	24.1%	22.2%	25.5%	23.4%	—	
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	21.5%	目標値	30%	30%	30%	30%	30%	30%	B
		実績値	21.5%	25%	24.8%	27%	25.2%	—	
振り返り・考察			今後の方個性						
特定保健指導利用率及び特定保健指導終了率は上昇しているものの、メタボリックシンドローム該当者の割合が増加傾向にあり、指導効果が十分表れていない状況です。			特定保健指導利用率は、指導対象者に対する指導した者の割合であるため、指導対象者の抽出基準値が変動した場合において年度毎の比較になじまないことから、特定保健指導終了率を中心目標値とし事業展開を実施します。						
補足事項									
※令和3年度より要指導判定者の対象範囲を変更。									

⑤糖尿病性腎症重症化予防

事業タイトル	事業目標	事業概要							事業評価
糖尿病性腎症重症化予防	糖尿病から人工透析への移行を防止し、医療費の適正化を図る	空腹時血糖126mg/dl（随時血糖200mg/dl）以上またはHbA1c値6.5%以上のうち、1年以内に糖尿病のレセプトがついていない者に対し保健指導を実施							B
アウトプット（実施量率）									
評価指標	開始時（H30）		平成30年度（2018年）	令和元年度（2019年）	令和2年度（2020年）	令和3年度（2021年）	令和4年度（2022年）	令和5年度（2023年）	指標評価
受診勧奨後の医療機関受診率	46%	目標値	50%	50%	50%	50%	50%	50%	C
		実績値	46%	46.8%	55.8%	57.2%	48.6%	—	
未治療者・治療中断者数	48人	目標値	34人	34人	34人	34人	34人	34人	D
		実績値	48人	44人	43人	41人	37人	—	
アウトカム（成果）									
評価指標	開始時（H30）		平成30年度（2018年）	令和元年度（2019年）	令和2年度（2020年）	令和3年度（2021年）	令和4年度（2022年）	令和5年度（2023年）	指標評価
検査結果の維持改善率（空腹時血糖）	46.6%	目標値	50%	50%	50%	50%	50%	50%	A
		実績値	46.6%	24.0%	75.9%	61.1%	61.1%	—	
検査結果の維持改善率（HbA1c）	63%	目標値	50%	50%	50%	50%	50%	50%	A
		実績値	63%	48%	72.4%	75%	77.8%	—	
新規人工透析導入者数	4人	目標値	5人	5人	5人	5人	5人	5人	D
		実績値	4人	6人	7人	2人	9人	—	
人工透析にかかる医療費の減少状況（前年度からの減少額）	-13.8百万円	目標値	-6百万円	-6百万円	-6百万円	-6百万円	-6百万円	-6百万円	A
		実績値	-13.8百万円	1.7百万円	1.9百万円	3.1百万円	-33.1百万円	—	
振り返り・考察			今後の方個性						
受診勧奨後の医療機関受診率は、令和3年度まで上昇していましたが、令和4年度に減少しました。未治療者・治療中断者数は、横ばい傾向を維持しています。検査結果の維持改善率（空腹時血糖及びHbA1c）は、目標値を達成したものの、令和4年度の新規人工透析導入者数が増加しています。人工透析にかかる医療費の減少額（前年度からの減少額）は令和4年度に大きく減少しました。			医療機関への受診が必要な方に適切な治療を受けてもらえるよう指導通知、訪問、個別面談を実施し、糖尿病から人工透析への移行を防止する取組を推進します。						
補足事項									

⑥糖尿病予防（血糖コントロール教室）

事業タイトル	事業目標	事業概要								事業評価
糖尿病予防（血糖コントロール教室）	血液検査値（空腹時血糖値、HbA1c値）の改善と病識の理解、自己行動変容、将来的に糖尿病にならないために生活習慣の正しい理解の促進を図る	40歳～69歳までの国保加入者のうち、HbA1c値5.6%～6.4%に該当する者を対象に、栄養指導や運動指導等の生活習慣の改善方法を身につける血糖コントロール教室を実施								A
アウトプット（実施量率）										
評価指標	開始時 (H30)		平成 30年度 (2018年)	令和 元年度 (2019年)	令和 2年度 (2020年)	令和 3年度 (2021年)	令和 4年度 (2022年)	令和 5年度 (2023年)	指標 評価	
事業参加率（定員数に対し）	55%	目標値	50%	50%	50%	50%	50%	50%	A	
		実績値	55%	65%	40%	90%	70%	—		
アウトカム（成果）										
評価指標	開始時 (H30)		平成 30年度 (2018年)	令和 元年度 (2019年)	令和 2年度 (2020年)	令和 3年度 (2021年)	令和 4年度 (2022年)	令和 5年度 (2023年)	指標 評価	
事業参加者の翌年のHbA1c値の維持改善率	54.5%	目標値	59.2%	63.4%	80%	80%	80%	80%	A	
		実績値	54.5%	58.3%	100%	100%	80%	—		
振り返り・考察					今後の方個性					
事業参加率については、募集定員に対する参加者数であることから100%に近い参加率を目指すことが必要。 事業参加者の翌年度のHbA1c値の維持改善率は、令和2年度より「事業参加者の翌年のHbA1c値」に変更したため目標値の見直しが必要です。（※）					事業参加者が教室に参加したことで、HbA1c値などの数値が改善したことを実感できるような取り組みとなるよう工夫し、一人ひとりの状況に応じた保健指導・健康教育を継続して実践します。					
補足事項										
※令和2年度より健診全体の検査値の維持改善率から事業参加者の翌年のHbA1c値の維持改善率に変更。										

⑦食・生活習慣改善（ランチョンセミナー）

事業タイトル	事業目標	事業概要							事業評価
食・生活習慣改善（ランチョンセミナー）	食・生活習慣の改善方法を身につけ、生活習慣病への移行を予防する	国保加入40歳以上の方で特定健診結果から情報提供を受けた者（血圧・血糖・脂質いずれかの服薬をしていない）を対象に血圧・血糖・脂質の検査値の改善を目標に食・生活習慣について学ぶ							C
アウトプット（実施量率）									
評価指標	開始時（H30）		平成30年度（2018年）	令和元年度（2019年）	令和2年度（2020年）	令和3年度（2021年）	令和4年度（2022年）	令和5年度（2023年）	指標評価
事業参加率（定員数に対し）	71.7%	目標値	60%	60%	60%	60%	60%	60%	A
		実績値	71.7%	75.8%	80%	80%	93.3%	－	
アウトカム（成果）									
評価指標	開始時（H30）		平成30年度（2018年）	令和元年度（2019年）	令和2年度（2020年）	令和3年度（2021年）	令和4年度（2022年）	令和5年度（2023年）	指標評価
事業参加者の検査値改善率	62.7%	目標値	50%	50%	50%	50%	50%	50%	D
		実績値	62.7%	41.3%	59.5%	44.4%	37.7%	－	
振り返り・考察			今後の方個性						
事業参加率については、募集定員に対する参加者数のため、100%に近い参加率を目指す必要があります。 事業参加者の検査値改善率は、年々減少傾向にあり事業の効果が薄れつつあることから、セミナー内容等を見直すなど受講者の検査値改善につながる事業内容への見直しが必要と考えられます。			セミナーの中で、支援を継続できる相談先をお知らせし、受講者の食生活改善を継続して支える体制づくりを構築するなど、参加者のニーズを把握した事業を展開します。						
補足事項									

3 保険者努力支援制度

(1) 保険者努力支援制度の得点状況

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度であり、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成がなされます。瑞穂市においても、同制度を有効に活用しながら、より質の高い保健事業に取組めるように計画の策定をすすめます。

令和5年度の得点状況（図表2-3-1-1）をみると、合計点数は479で、達成割合は51.0%となっており、全国順位は第1,350位となっています。

項目別にみると、いずれの項目もプラスとなっている一方、国平均と比較して「がん検診・歯科健診」「重複多剤」「後発医薬品促進の取組・使用割合」「収納率」「地域包括ケア・一体的実施」の得点が低く、県平均と比較して「がん検診・歯科健診」「個人インセンティブ・情報提供」「重複多剤」「後発医薬品促進の取組・使用割合」「収納率」「地域包括ケア・一体的実施」の得点が低いです。

図表2-3-1-1：保険者努力支援制度の得点状況

		令和 元年度 (2019年)	令和 2年度 (2020年)	令和 3年度 (2021年)	令和 4年度 (2022年)	令和5年度		
						瑞穂市	国平均	県平均
点数	総点数（満点）	880点	995点	1000点	960点	940点		
	合計点数	550	552	548	547	479	556	569
	達成割合	62.5%	55.5%	54.8%	57.0%	51.0%	59.1%	60.5%
	全国順位	600	872	914	982	1,350	-	-
共通	①特定健診・特定保健指導・メタボ	105	110	70	125	90	54	55
	②がん検診・歯科健診	25	45	15	20	25	40	40
	③生活習慣病の発症予防・重症化予防	100	80	120	120	100	84	96
	④個人インセンティブ・情報提供	75	80	75	30	50	50	56
	⑤重複多剤	50	50	50	50	35	42	47
	⑥後発医薬品促進の取組・使用割合	35	10	10	30	10	62	43
国保	①収納率	20	0	0	0	0	52	42
	②データヘルス計画	50	40	40	30	25	23	25
	③医療費通知	5	25	25	20	15	15	15
	④地域包括ケア・一体的実施	5	5	30	12	12	26	38
	⑤第三者求償	32	30	32	24	43	40	40
	⑥適正化かつ健全な事業運営	48	77	81	86	74	69	72

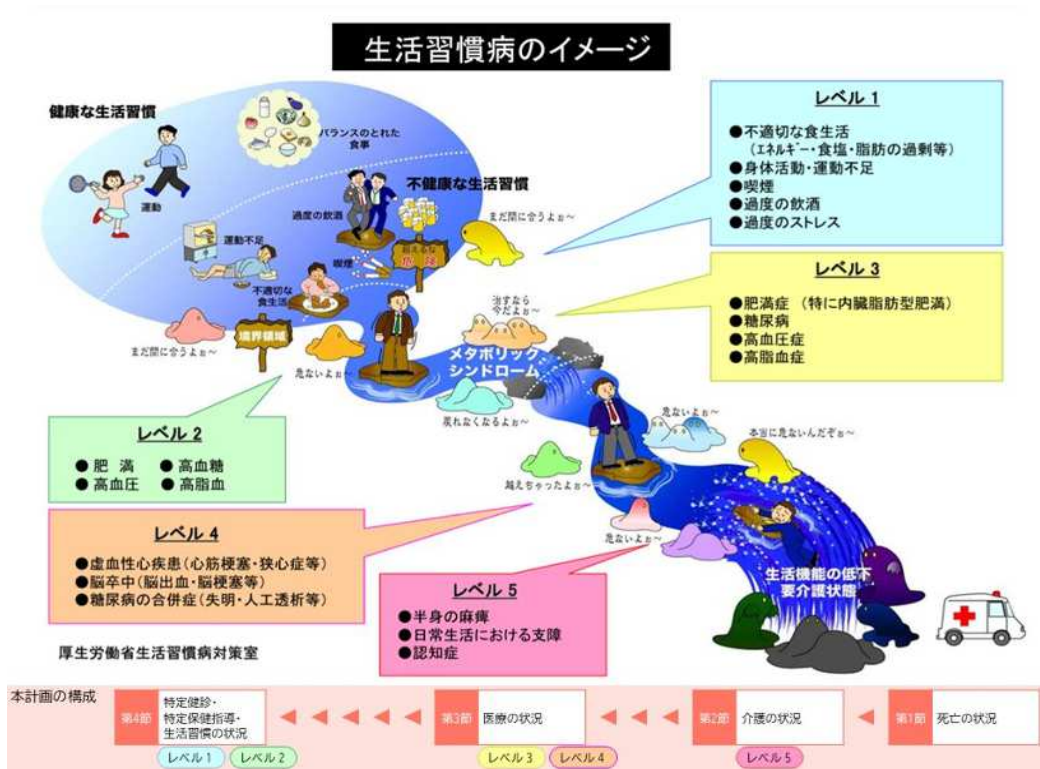
【出典】厚生労働省 国民健康保険制度の保険者努力支援制度の集計結果について

第3章 健康・医療情報等の分析と分析結果に基づく健康課題の抽出

第3章においては、死亡、介護、医療、健診などの関連データを分析し、地域における健康課題を抽出します。

社会全体の健康や病気の進行は、しばしば、川の流れに例えられます。厚生労働省は、生活習慣病の進行を川の上流から下流まで5段階に分け、レベルが進むごとに下流に流され、流された先には生活機能の低下や要介護状態が待っていることを下図「生活習慣病のイメージ」で示しています。

第3章では、より多くの方が川の上流で健やかに生活できるよう課題を抽出し、施策の検討につなげるため、川のどの位置にどのくらいの方がいて、どのような疾病構造になっているか等について、死亡、介護、医療、健診の順に川の下流から上流に向かって関連データを分析します。また、データ分析に際しては、保健事業における介入によって予防可能な疾患という観点から生活習慣病に着目し、川の下流に位置する重篤な疾患として主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にもあげられている「虚血性心疾患」「脳血管疾患」「慢性腎臓病（透析あり）」に、川の上流に位置する基礎疾患として「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」に焦点をあてます。



【出典】厚生労働省 新たな健診・保健指導と生活習慣病対策 一部改変

※生活習慣病とは、「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症と進行に関与する疾患群」を指す

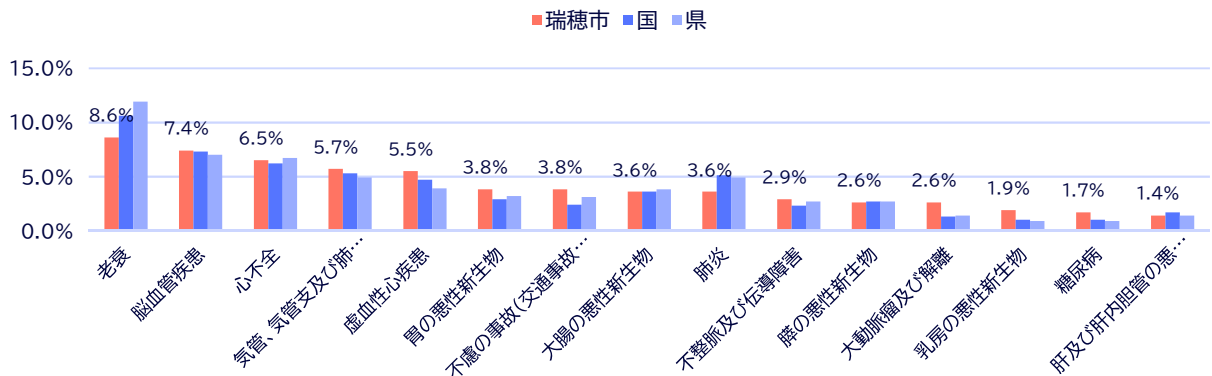
1 死亡の状況

(1) 死因別の死亡者数・割合

まず、死亡の状況について概観します。令和3年の人口動態調査から、国保被保険者以外も含む全住民の死因別の死亡者数を死因順位別にみると（図表3-1-1-1）、死因第1位は「老衰」で全死亡者の8.6%を占めています。次いで「脳血管疾患」（7.4%）、「心不全」（6.5%）となっています。死亡者数の多い上位15死因について、全死亡者に占める死因別の死亡者数の割合を国や県と比較すると、「脳血管疾患」「気管、気管支及び肺の悪性新生物」「虚血性心疾患」「胃の悪性新生物」「不慮の事故（交通事故除く）」「不整脈及び伝導障害」「大動脈瘤及び解離」「乳房の悪性新生物」「糖尿病」の割合が高いです。

保健事業により予防可能な疾患における健康課題を抽出するという観点で、生活習慣病の重篤な疾患に焦点をあてて死因別の順位と割合をみると、「虚血性心疾患」は第5位（5.5%）、「脳血管疾患」は第2位（7.4%）と、いずれも死因の上位に位置しており、「腎不全」は第18位（0.7%）です。

図表3-1-1-1：死因別の死亡者数・割合



順位	死因	瑞穂市		国	県
		死亡者数(人)	割合		
1位	老衰	36	8.6%	10.6%	11.9%
2位	脳血管疾患	31	7.4%	7.3%	7.0%
3位	心不全	27	6.5%	6.2%	6.7%
4位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	24	5.7%	5.3%	4.9%
5位	虚血性心疾患	23	5.5%	4.7%	3.9%
6位	胃の悪性新生物	16	3.8%	2.9%	3.2%
6位	不慮の事故（交通事故除く）	16	3.8%	2.4%	3.1%
8位	大腸の悪性新生物	15	3.6%	3.6%	3.8%
8位	肺炎	15	3.6%	5.1%	4.9%
10位	不整脈及び伝導障害	12	2.9%	2.3%	2.7%
11位	膵の悪性新生物	11	2.6%	2.7%	2.7%
11位	大動脈瘤及び解離	11	2.6%	1.3%	1.4%
13位	乳房の悪性新生物	8	1.9%	1.0%	0.9%
14位	糖尿病	7	1.7%	1.0%	0.9%
15位	肝及び肝内胆管の悪性新生物	6	1.4%	1.7%	1.4%
-	その他	160	38.3%	41.9%	40.5%
-	死亡総数	418	-	-	-

【出典】厚生労働省 人口動態調査 令和3年

(2) 死因別の標準化死亡比 (SMR)

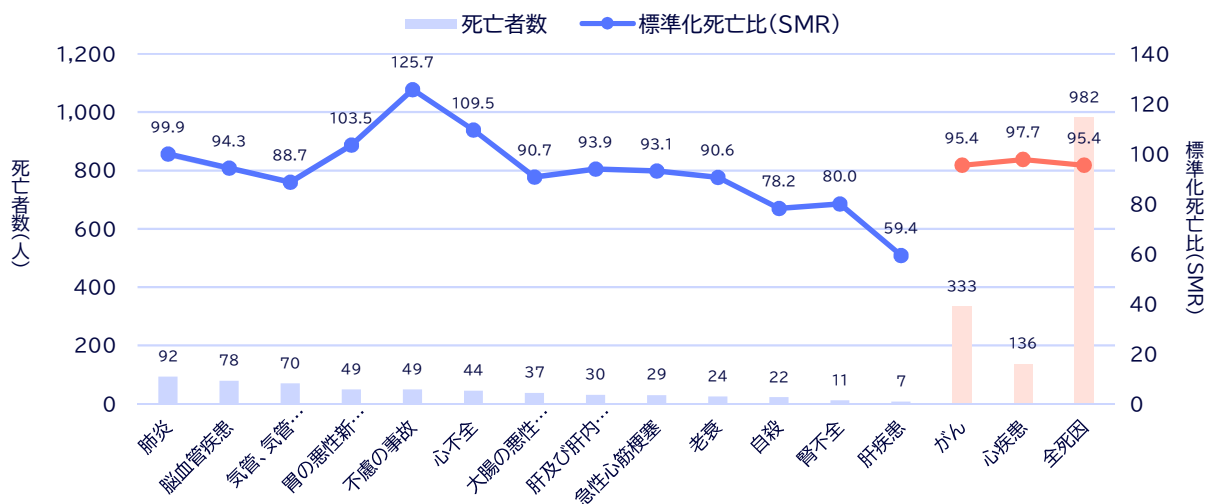
平成25年から平成29年までの累積疾病別死亡者数（図表3-1-2-1・図表3-1-2-2）をみると、男性の死因第1位は「肺炎」、第2位は「脳血管疾患」、第3位は「気管、気管支及び肺の悪性新生物」となっています。女性の死因第1位は「脳血管疾患」、第2位は「心不全」、第3位は「老衰」となっています。

国・県と死亡状況を比較するため年齢調整を行った標準化死亡比（SMR）を求めると、男性では、「不慮の事故」（125.7）「心不全」（109.5）「胃の悪性新生物」（103.5）が高くなっています。女性では、「心不全」（144.1）「急性心筋梗塞」（127.5）「不慮の事故」（126.7）が高くなっています。

保健事業により予防可能な疾患に焦点をあててSMRをみると、男性では「急性心筋梗塞」は93.1、「脳血管疾患」は94.3、「腎不全」は80.0となっており、女性では「急性心筋梗塞」は127.5、「脳血管疾患」は121.6、「腎不全」は107.0となっています。

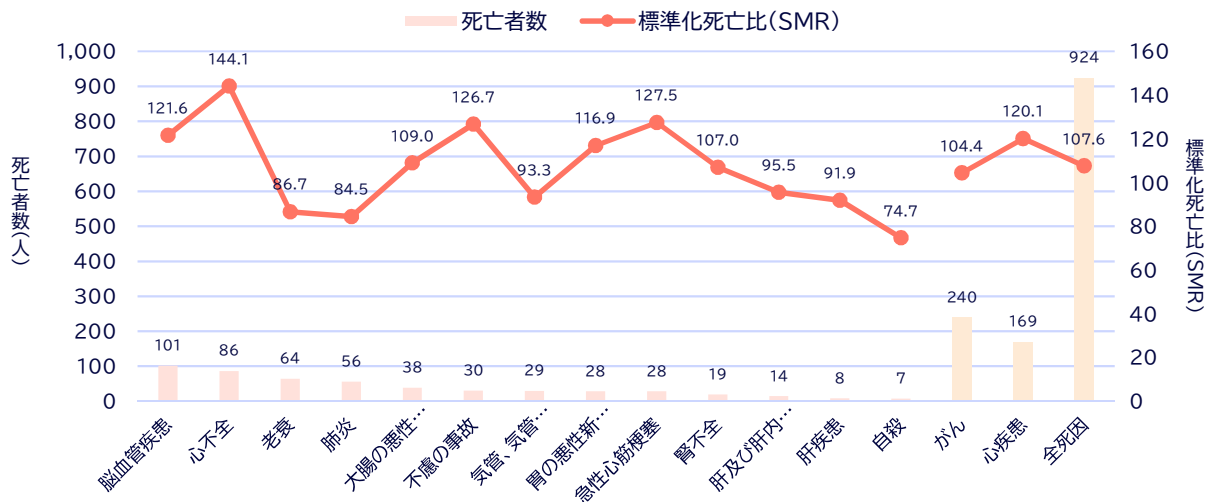
※標準化死亡比（SMR）：基準死亡率（人口10万対の死亡者数）を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡者数と実際に観察された死亡者数を比較するものである。国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は国の平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される

図表3-1-2-1：平成25年から平成29年までの死因別の死亡者数とSMR_男性



順位	死因	死亡者数 (人)	標準化死亡比 (SMR)		
			瑞穂市	県	国
1位	肺炎	92	99.9	94.4	100
2位	脳血管疾患	78	94.3	95.3	
3位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	70	88.7	97.0	
4位	胃の悪性新生物	49	103.5	108.6	
4位	不慮の事故	49	125.7	118.1	
6位	心不全	44	109.5	116.6	
7位	大腸の悪性新生物	37	90.7	96.1	
8位	肝及び肝内胆管の悪性新生物	30	93.9	86.7	
9位	急性心筋梗塞	29	93.1	124.3	100
10位	老衰	24	90.6	127.0	
11位	自殺	22	78.2	100.7	
12位	腎不全	11	80.0	101.7	
13位	肝疾患	7	59.4	82.7	
参考	がん	333	95.4	95.6	
参考	心疾患	136	97.7	103.5	
参考	全死因	982	95.4	99.5	

図表3-1-2-2：平成25年から平成29年までの死因別の死亡者数とSMR_女性



順位	死因	死亡者数 (人)	標準化死亡比 (SMR)		
			瑞穂市	県	国
1位	脳血管疾患	101	121.6	104.5	100
2位	心不全	86	144.1	114.1	
3位	老衰	64	86.7	121.2	
4位	肺炎	56	84.5	90.4	
5位	大腸の悪性新生物	38	109.0	103.5	
6位	不慮の事故	30	126.7	125.4	
7位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	29	93.3	90.9	
8位	胃の悪性新生物	28	116.9	112.4	
8位	急性心筋梗塞	28	127.5	127.0	100
10位	腎不全	19	107.0	97.3	
11位	肝及び肝内胆管の悪性新生物	14	95.5	91.2	
12位	肝疾患	8	91.9	90.0	
13位	自殺	7	74.7	104.6	
参考	がん	240	104.4	98.9	
参考	心疾患	169	120.1	104.7	
参考	全死因	924	107.6	102.5	

【出典】厚生労働省 平成25～29年 人口動態保健所・市区町村別統計

※SMRの算出に際してはバイズ推定の手法が適用されている

※「がん」は、表内の「がん」を含むICD-10死因簡単分類における「悪性新生物」による死亡者数の合計

※「心疾患」は、表内の「急性心筋梗塞」「心不全」を含むICD-10死因簡単分類における「心疾患」による死亡者数の合計

2 介護の状況

(1) 要介護（要支援）認定者数・割合

次に介護の状況について概観します。要介護または要支援の認定を受けた人の数・割合（図表3-2-1-1）をみると、令和4年度の認定者数は1,691人（要支援1-2、要介護1-2、及び要介護3-5の合計）で、「要介護3-5」の人数が最も多くなっています。

第1号被保険者における要介護認定率は13.6%で、国・県より低いです。第1号被保険者のうち65-74歳の前期高齢者の要介護認定率は2.9%、75歳以上の後期高齢者では23.9%となっています。

第2号被保険者における要介護認定率は0.2%となっており、国・県より低いです。

図表3-2-1-1：令和4年度における要介護（要支援）認定区分別の認定者数・割合

	被保険者数 (人)	要支援1-2		要介護1-2		要介護3-5		瑞穂市	国	県
		認定者数(人)	認定率	認定者数(人)	認定率	認定者数(人)	認定率	認定率	認定率	認定率
1号										
65-74歳	5,971	54	0.9%	48	0.8%	71	1.2%	2.9%	-	-
75歳以上	6,165	448	7.3%	474	7.7%	550	8.9%	23.9%	-	-
計	12,136	502	4.1%	522	4.3%	621	5.1%	13.6%	18.7%	17.7%
2号										
40-64歳	18,718	5	0.0%	12	0.1%	29	0.2%	0.2%	0.4%	0.3%
総計	30,854	507	1.6%	534	1.7%	650	2.1%	-	-	-

【出典】住民基本台帳 令和4年度

KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

KDB帳票 S24_001-要介護（支援）者認定状況 令和4年度 累計

※認定率は、KDB帳票における年度毎の介護認定者数を住民基本台帳における年毎の人口で割って算出している

(2) 介護給付費

介護レセプト一件当たりの介護給付費（図表3-2-2-1）をみると、居宅サービスの給付費が国・県より多く、施設サービスの給付費が県より多くなっています。

図表3-2-2-1：介護レセプト一件当たりの介護給付費

	瑞穂市	国	県	同規模
計_一件当たり給付費(円)	61,760	59,662	59,511	63,298
(居宅) 一件当たり給付費(円)	42,766	41,272	41,518	41,822
(施設) 一件当たり給付費(円)	289,774	296,364	284,664	292,502

【出典】KDB帳票 S25_004-医療・介護の突合の経年比較 令和4年度 年次

(3) 要介護・要支援認定者の有病状況

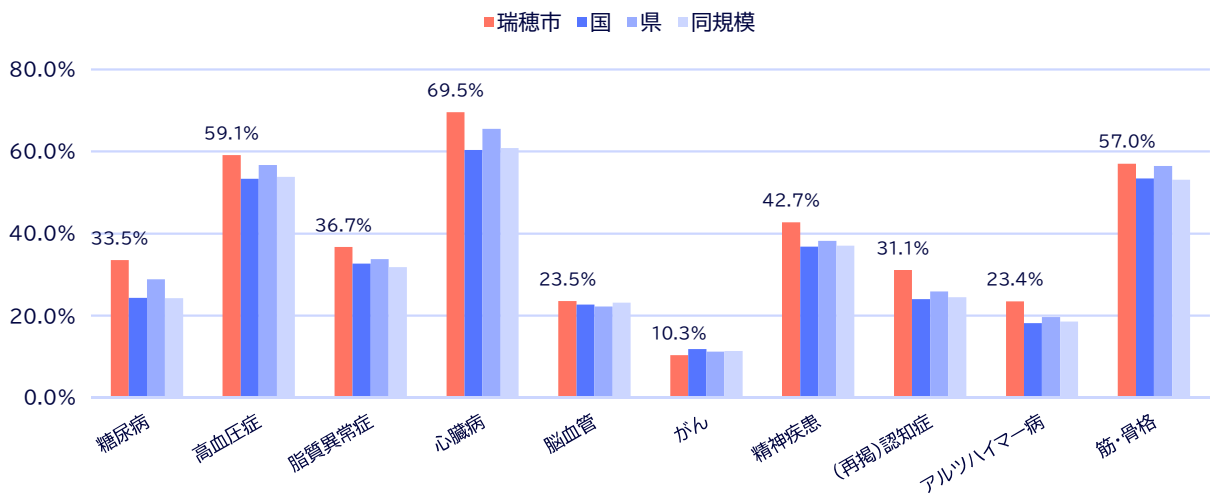
要介護または要支援の認定を受けた人の有病割合（図表3-2-3-1）をみると、「心臓病」（69.5%）が最も高く、次いで「高血圧症」（59.1%）、「筋・骨格関連疾患」（57.0%）となっています。

国と比較すると、「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」「心臓病」「脳血管疾患」「精神疾患」「認知症」「アルツハイマー病」「筋・骨格関連疾患」の有病割合が高いです。

県と比較すると、「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」「心臓病」「脳血管疾患」「精神疾患」「認知症」「アルツハイマー病」「筋・骨格関連疾患」の有病割合が高いです。

保健事業により予防可能な疾患に焦点をあて、介護認定者における重篤な疾患の有病割合をみると、「心臓病」は69.5%、「脳血管疾患」は23.5%となっています。また、重篤な疾患に進行する可能性のある基礎疾患の有病割合をみると、「糖尿病」は33.5%、「高血圧症」は59.1%、「脂質異常症」は36.7%となっています。

図表3-2-3-1：要介護・要支援認定者の有病状況



疾病名	要介護・要支援認定者（1・2号被保険者）		国	県	同規模
	該当者数（人）	割合			
糖尿病	592	33.5%	24.3%	28.8%	24.2%
高血圧症	1,033	59.1%	53.3%	56.7%	53.8%
脂質異常症	640	36.7%	32.6%	33.7%	31.8%
心臓病	1,206	69.5%	60.3%	65.5%	60.8%
脳血管疾患	408	23.5%	22.6%	22.2%	23.1%
がん	180	10.3%	11.8%	11.2%	11.3%
精神疾患	730	42.7%	36.8%	38.2%	37.0%
うち_認知症	525	31.1%	24.0%	25.8%	24.4%
アルツハイマー病	404	23.4%	18.1%	19.6%	18.5%
筋・骨格関連疾患	978	57.0%	53.4%	56.4%	53.1%

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

3 医療の状況

(1) 医療費の3要素

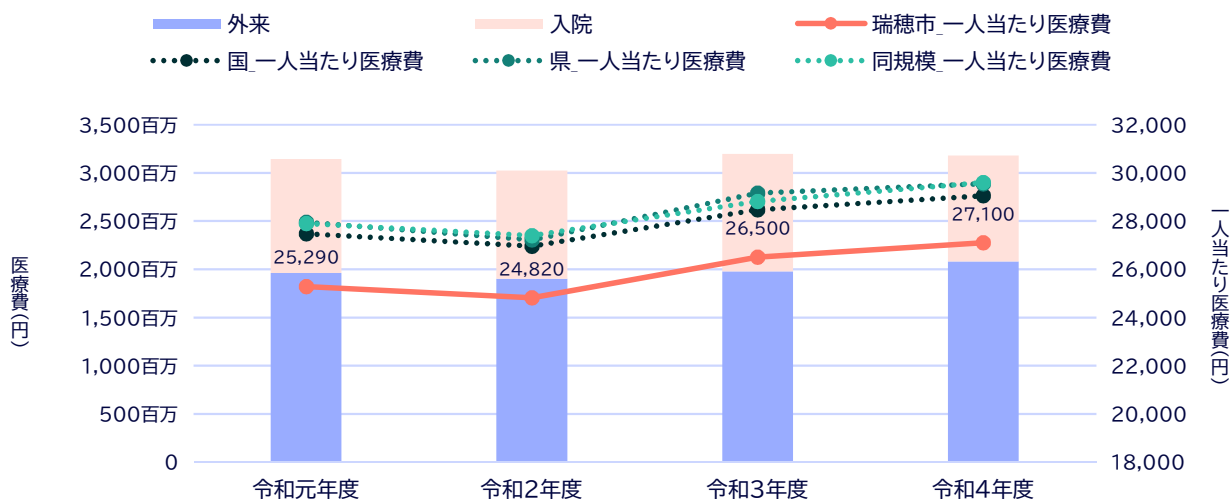
① 総医療費及び一人当たり医療費の推移

ここからは、医療の状況について概観します。令和4年度の総医療費は31億7,800万円で（図表3-3-1-1）、令和元年度と比較して1.2%増加しています。令和4年度の総医療費に占める入院医療費の割合は34.5%、外来医療費の割合は65.5%となっています。

令和4年度の1か月当たりの一人当たり医療費は2万7,100円で、令和元年度と比較して7.2%増加している。国や県と比較すると一人当たり医療費は国・県より低いです。

医療費を集団や経年で比較する際には、総医療費を加入者数で割った一人当たり医療費が用いられる。一人当たり医療費は、受診率、レセプト一件当たり日数、及び一日当たり医療費を乗じて算出できることから、次頁以降は、一人当たり医療費をこれらの3要素に分解して分析します。

図表3-3-1-1：総医療費・一人当たりの医療費



		令和元年度 (2019年)	令和2年度 (2020年)	令和3年度 (2021年)	令和4年度 (2022年)	割合	令和元年度から の変化率 (%)
医療費 (円)	総額	3,141,513,220	3,022,257,170	3,194,034,770	3,178,437,320	-	1.2
	入院	1,180,158,590	1,121,809,040	1,216,155,220	1,097,794,250	34.5%	-7.0
	外来	1,961,354,630	1,900,448,130	1,977,879,550	2,080,643,070	65.5%	6.1
一人当たり 月額医療費 (円)	瑞穂市	25,290	24,820	26,500	27,100	-	7.2
	国	27,470	26,960	28,470	29,050	-	5.8
	県	27,950	27,220	29,160	29,550	-	5.7
	同規模	27,900	27,400	28,820	29,600	-	6.1

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和元年度から令和4年度 累計

※一人当たり医療費は、月平均を算出

② 入院外来別医療費の3要素

前頁の一人当たり月額医療費を入院別及び外来別に国や県と比較します。

令和4年度の一人当たり月額医療費（図表3-3-1-2）は、入院が9,360円で、国の一人当たり月額医療費11,650円と比較すると2,290円少ないです。これは受診率、一件当たり日数が国の値を下回っているためです。県の一人当たり月額医療費11,110円と比較すると1,750円少ないです。これは、3要素全てが県の値を下回っているためです。

外来の一人当たり月額医療費は17,740円で、国の一人当たり月額医療費17,400円と比較すると340円多いです。これは受診率が国の値を上回っているためです。県の一人当たり月額医療費18,440円と比較すると700円少ないです。これは受診率、一日当たり医療費が県の値を下回っているためです。

図表3-3-1-2：入院外来別医療費の3要素

入院	瑞穂市	国	県	同規模
一人当たり月額医療費（円）	9,360	11,650	11,110	11,980
受診率（件/千人）	16.0	18.8	18.0	19.6
一件当たり日数（日）	14.9	16.0	15.7	16.3
一日当たり医療費（円）	39,230	38,730	39,360	37,500

外来	瑞穂市	国	県	同規模
一人当たり月額医療費（円）	17,740	17,400	18,440	17,620
受診率（件/千人）	743.4	709.6	762.1	719.9
一件当たり日数（日）	1.5	1.5	1.5	1.5
一日当たり医療費（円）	15,530	16,500	15,930	16,630

【出典】 KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

- ※一人当たり医療費は、月平均を算出
- ※受診率：被保険者千人当たりのレセプト件数
- ※一件当たり日数：受診した日数/レセプト件数
- ※一日当たり医療費：総医療費/受診した日数

(2) 疾病分類別入院医療費及び受診率

① 疾病分類（大分類）別入院医療費

入院医療費について疾病19分類（大分類）別の構成をみます（図表3-3-2-1）。統計の制約上、医療費の3要素のうち、一日当たり医療費及び一件当たり日数が把握できないため、レセプト一件当たり医療費で代替します。なお、一枚のレセプトに複数の傷病名がある場合は、最も点数が高い疾病で集計しています。

入院医療費が最も高い疾病は「循環器系の疾患」で、年間医療費は2億1,900万円、入院総医療費に占める割合は20.1%です。次いで高いのは「新生物」で2億900万円（19.2%）であり、これらの疾病で入院総医療費の39.3%を占めています。

保健事業により予防可能な疾患についてみると、「循環器系の疾患」の受診率及びレセプト一件当たり医療費は、いずれも他の疾病と比較して高い傾向にあり、「循環器系の疾患」の入院医療費が高額な原因となっています。

図表3-3-2-1：疾病分類（大分類）別入院医療費（男女合計）

順位	疾病分類（大分類）	医療費（円）	割合				レセプト一件当たり医療費（円）
			一人当たり医療費（円）	割合	受診率	割合（受診率）	
1位	循環器系の疾患	218,752,900	22,377	20.1%	22.3	11.7%	1,003,454
2位	新生物	209,214,140	21,401	19.2%	25.6	13.4%	836,857
3位	精神及び行動の障害	167,829,280	17,167	15.4%	44.3	23.1%	387,596
4位	筋骨格系及び結合組織の疾患	80,808,150	8,266	7.4%	10.6	5.6%	777,001
5位	呼吸器系の疾患	63,082,070	6,453	5.8%	11.0	5.8%	584,093
6位	損傷、中毒及びその他の外因の影響	57,892,450	5,922	5.3%	8.5	4.4%	697,499
7位	消化器系の疾患	57,279,220	5,859	5.3%	13.3	6.9%	440,609
8位	神経系の疾患	43,947,240	4,495	4.0%	10.7	5.6%	418,545
9位	尿路性器系の疾患	40,783,320	4,172	3.7%	7.0	3.6%	599,755
10位	眼及び付属器の疾患	21,796,560	2,230	2.0%	9.9	5.2%	224,707
11位	内分泌、栄養及び代謝疾患	21,229,820	2,172	1.9%	5.3	2.8%	408,266
12位	先天奇形、変形及び染色体異常	18,777,640	1,921	1.7%	1.1	0.6%	1,707,058
13位	症状、徴候及び異常臨床検査所見で他に分類されないもの	18,642,060	1,907	1.7%	4.0	2.1%	478,002
14位	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	16,205,180	1,658	1.5%	2.1	1.1%	771,675
15位	感染症及び寄生虫症	10,331,730	1,057	0.9%	1.6	0.9%	645,733
16位	妊娠、分娩及び産じょく	4,409,010	451	0.4%	2.0	1.1%	220,451
17位	皮膚及び皮下組織の疾患	3,727,040	381	0.3%	1.4	0.7%	266,217
18位	耳及び乳様突起の疾患	1,464,170	150	0.1%	0.3	0.2%	488,057
19位	周産期に発生した病態	1,410,970	144	0.1%	1.3	0.7%	108,536
-	その他	32,786,180	3,354	3.0%	8.8	4.6%	381,235
-	総計	1,090,369,130	-	-	-	-	-

【出典】KDB帳票 S23_003-疾病別医療費分析（大分類）令和4年度 累計

※図表3-3-1-1の入院医療費と総計が異なるのは、図表3-3-1-1においては年齢に関係なく、国保のレセプトを集計しているのに対し、本表では被保険者の生年月日から算出した年齢によって集計対象のレセプトを絞り込んでいるためである

※疾病分類別の一人当たり医療費は、該当疾病分類における年間の医療費を各年度の各月毎の被保険者数から算出する年間平均被保険者数で割ったものである（以下同様）

※KDBシステムにて設定されている疾病分類（大分類）区分のうち、特殊目的用コード、傷病及び死亡の外因、健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用、その他（上記以外のもの）を「その他」にまとめている

② 疾病分類（中分類）別入院医療費

入院医療費を疾病中分類別にみると（図表3-3-2-2）、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」の医療費が最も高く1億2,300万円で、11.3%を占めています。

循環器系疾患の入院医療費をみると、「脳梗塞」が5位（4.0%）、「虚血性心疾患」が9位（2.8%）、「脳内出血」が19位（1.6%）となっています。

これらの上位20疾病で、入院総医療費の69.4%を占めています。

図表3-3-2-2：疾病分類（中分類）別_入院医療費_上位20疾病（男女合計）

順位	疾病分類（中分類）	医療費（円）					
			一人当たり医療費（円）	割合	受診率	割合（受診率）	レセプト一件当たり医療費（円）
1位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	123,490,700	12,632	11.3%	32.3	16.9%	390,793
2位	その他の心疾患	111,947,200	11,451	10.3%	9.2	4.8%	1,243,858
3位	その他の悪性新生物	61,909,300	6,333	5.7%	7.5	3.9%	848,073
4位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	46,229,830	4,729	4.2%	4.9	2.6%	963,121
5位	脳梗塞	44,064,470	4,507	4.0%	4.9	2.6%	918,010
6位	骨折	37,541,570	3,840	3.4%	4.7	2.5%	816,121
7位	その他の呼吸器系の疾患	35,851,330	3,667	3.3%	4.7	2.5%	779,377
8位	その他の消化器系の疾患	31,099,490	3,181	2.9%	8.0	4.2%	398,711
9位	虚血性心疾患	30,449,530	3,115	2.8%	4.0	2.1%	780,757
10位	腎不全	27,599,470	2,823	2.5%	3.6	1.9%	788,556
11位	胃の悪性新生物	26,487,590	2,709	2.4%	2.5	1.3%	1,103,650
12位	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	25,763,230	2,635	2.4%	6.6	3.5%	396,357
13位	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	23,856,100	2,440	2.2%	3.6	1.9%	681,603
14位	関節症	20,193,210	2,066	1.9%	1.7	0.9%	1,187,836
15位	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	19,076,420	1,951	1.7%	2.1	1.1%	908,401
16位	その他の先天奇形、変形及び染色体異常	18,777,640	1,921	1.7%	1.1	0.6%	1,707,058
17位	症状、徴候及び異常臨床所見・異常、検査所見で他に分類されないもの	18,642,060	1,907	1.7%	4.0	2.1%	478,002
18位	その他の神経系の疾患	18,542,840	1,897	1.7%	5.5	2.9%	343,386
19位	脳内出血	17,698,070	1,810	1.6%	1.7	0.9%	1,041,063
20位	結腸の悪性新生物	16,989,950	1,738	1.6%	1.9	1.0%	894,208

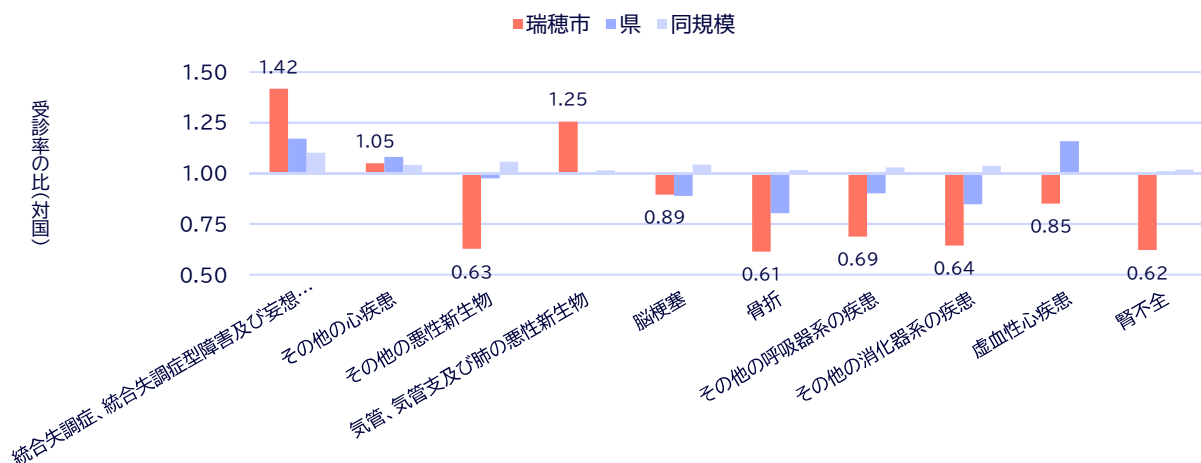
【出典】KDB帳票 S23_004-疾病別医療費分析（中分類） 令和4年度 累計

③ 疾病分類（中分類）別入院受診率の比較

入院医療費が上位の疾病について、国と受診率を比較します（図表3-3-2-3）。国との比が1を超えているものは国よりも受診率が高い疾病、すなわち医療機関を受診している人が国平均よりも多い疾病です。国と比較して受診率が特に高い疾病は「その他の先天奇形、変形及び染色体異常」「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」「直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物」です。

また、前述した循環器系疾患について受診率をみると、「脳梗塞」が国の0.9倍、「虚血性心疾患」が国の0.9倍、「脳内出血」が国の0.6倍となっています。

図表3-3-2-3：疾病分類（中分類）別入院受診率比較_上位の疾病（男女合計）



順位	疾病分類（中分類）	受診率						
		瑞穂市	国	県	同規模	国との比		
						瑞穂市	県	同規模
1位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	32.3	22.8	26.7	25.1	1.42	1.17	1.10
2位	その他の心疾患	9.2	8.8	9.5	9.1	1.05	1.08	1.04
3位	その他の悪性新生物	7.5	11.9	11.6	12.6	0.63	0.97	1.06
4位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	4.9	3.9	3.9	4.0	1.25	1.00	1.01
5位	脳梗塞	4.9	5.5	4.9	5.7	0.89	0.89	1.04
6位	骨折	4.7	7.7	6.2	7.8	0.61	0.80	1.02
7位	その他の呼吸器系の疾患	4.7	6.8	6.2	7.0	0.69	0.90	1.03
8位	その他の消化器系の疾患	8.0	12.4	10.5	12.9	0.64	0.85	1.04
9位	虚血性心疾患	4.0	4.7	5.4	4.7	0.85	1.16	1.00
10位	腎不全	3.6	5.8	5.8	5.9	0.62	1.01	1.02
11位	胃の悪性新生物	2.5	2.0	2.2	2.2	1.26	1.13	1.11
12位	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	6.6	7.9	7.9	8.8	0.84	1.00	1.12
13位	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	3.6	5.1	4.0	5.0	0.70	0.78	0.97
14位	関節症	1.7	3.9	2.8	4.2	0.44	0.72	1.07
15位	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	2.1	1.6	1.7	1.7	1.37	1.09	1.06
16位	その他の先天奇形、変形及び染色体異常	1.1	0.4	0.4	0.4	3.04	0.95	0.99
17位	症状、徴候及び異常臨床所見・異常、検査所見で他に分類されないもの	4.0	3.7	2.9	3.6	1.08	0.80	0.99
18位	その他の神経系の疾患	5.5	11.5	11.0	12.3	0.48	0.96	1.07
19位	脳内出血	1.7	2.8	2.9	2.9	0.61	1.04	1.01
20位	結腸の悪性新生物	1.9	2.4	2.7	2.4	0.81	1.12	1.01

【出典】KDB帳票 S23_004-疾病別医療費分析（中分類） 令和4年度 累計

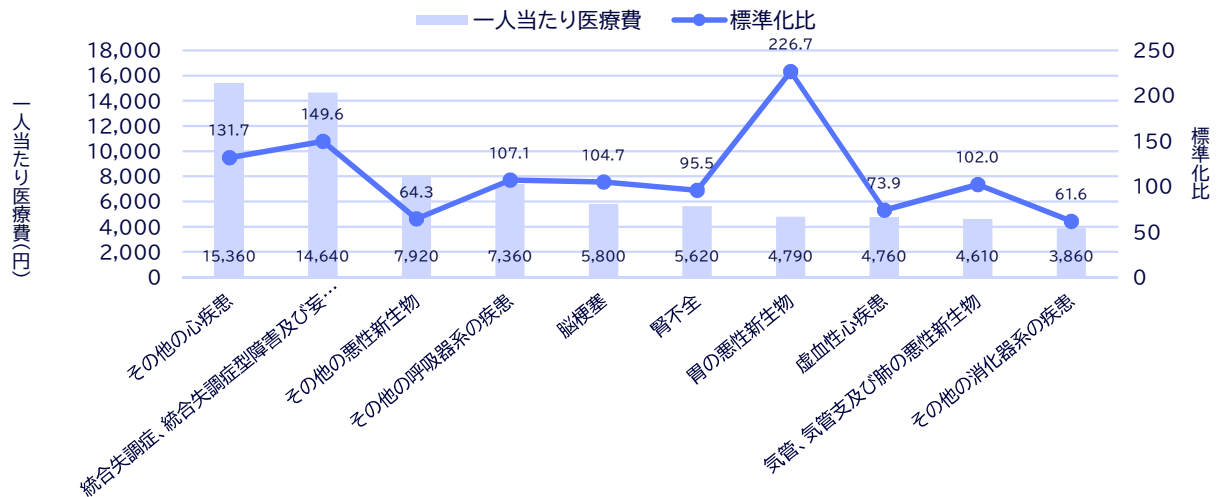
④ 疾病分類（中分類）別入院に係る一人当たり医療費と標準化比

疾病別の入院医療費について、国の一人当たり医療費を100とした標準化比を国立保健医療科学院のツールを使って算出し、国と比較します。医療費の地域差要因としては人口構成、医療提供体制、健康意識、受診行動、生活習慣、診療パターンなどが指摘されていますが、標準化比を算出することで、これらの要因のうち人口構成による影響を取り除いた上で一人当たり医療費を比較することが可能となります。

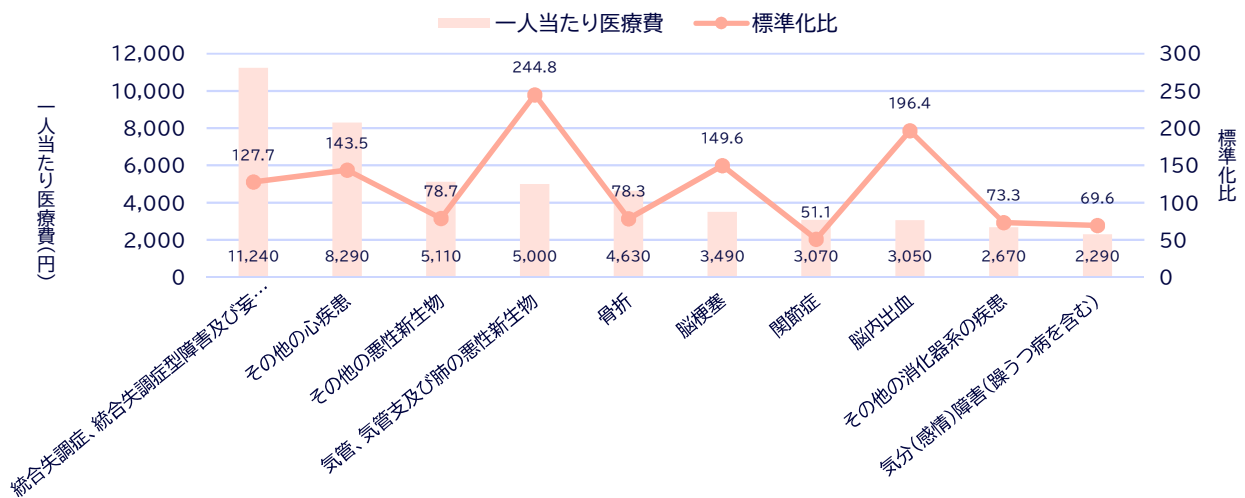
男性においては（図表3-3-2-4）、一人当たり入院医療費は「その他の心疾患」「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」「その他の悪性新生物」の順に高く、標準化比は「胃の悪性新生物」「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」「その他の心疾患」の順に高くなっています。また、循環器系疾患についてみると、「脳梗塞」が第5位（標準化比104.7）、「虚血性心疾患」が第8位（標準化比73.9）となっています。

女性においては（図表3-3-2-5）、一人当たり入院医療費は「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」「その他の心疾患」「その他の悪性新生物」の順に高く、標準化比は「気管、気管支及び肺の悪性新生物」「脳内出血」「脳梗塞」の順に高くなっています。循環器系疾患についてみると、「脳梗塞」が第6位（標準化比149.6）、「脳内出血」が第8位（標準化比196.4）となっています。

図表3-3-2-4：疾病分類（中分類）別_入院医療費・標準化比_一人当たり医療費上位10疾病_男性



図表3-3-2-5：疾病分類（中分類）別_入院医療費・標準化比_一人当たり医療費上位10疾病_女性



【出典】KDB帳票 S23_004-疾病別医療費分析（中分類） 令和4年度 累計

(3) 疾病分類別外来医療費及び受診率

① 疾病分類（中分類）別外来医療費

入院医療費に続き外来医療費について、疾病別医療費、受診率、一人当たり医療費をみます。

疾病別の外来医療費をみると（図表3-3-3-1）、「糖尿病」の医療費が最も高く1億8,900万円で、外来総医療費の9.2%を占めています。受診率とレセプト一件当たり医療費をみると、受診率が他の疾病と比較して高く、「糖尿病」の外来医療費が高額な原因となっています。

次いで外来医療費が高いのは「腎不全」で1億4,800万円（7.2%）、「高血圧症」で1億900万円（5.3%）となっており、上位20疾病で外来総医療費の65.1%を占めています。

保健事業により予防可能な疾患という観点で重篤な疾患についてみると、「腎不全」が外来医療費の上位に入っています。

一方で、重篤な疾患に進行する可能性のある基礎疾患については、「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」が外来医療費の上位に入っています。

図表3-3-3-1：疾病分類（中分類）別_外来医療費_上位20疾病（男女合計）

順位	疾病分類（中分類）	医療費（円）	割合				
			一人当たり医療費（円）	割合	受診率	割合（受診率）	レセプト一件当たり医療費（円）
1位	糖尿病	189,447,650	19,379	9.2%	790.6	8.9%	24,511
2位	腎不全	148,279,360	15,168	7.2%	57.5	0.6%	263,842
3位	高血圧症	109,321,990	11,183	5.3%	928.8	10.4%	12,040
4位	その他の心疾患	91,639,860	9,374	4.4%	271.7	3.0%	34,503
5位	その他の眼及び付属器の疾患	81,118,880	8,298	3.9%	591.8	6.6%	14,022
6位	その他の悪性新生物	79,118,200	8,093	3.8%	64.5	0.7%	125,385
7位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	75,299,170	7,702	3.6%	25.8	0.3%	298,806
8位	脂質異常症	72,632,850	7,430	3.5%	592.3	6.6%	12,545
9位	その他の消化器系の疾患	61,032,290	6,243	2.9%	229.7	2.6%	27,174
10位	炎症性多発性関節障害	52,381,000	5,358	2.5%	92.4	1.0%	58,008
11位	その他の神経系の疾患	52,229,350	5,343	2.5%	258.8	2.9%	20,644
12位	乳房の悪性新生物	46,047,840	4,710	2.2%	52.9	0.6%	89,067
13位	貧血	45,544,870	4,659	2.2%	12.2	0.1%	382,730
14位	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	43,818,270	4,482	2.1%	240.0	2.7%	18,678
15位	その他（上記以外のもの）	39,185,430	4,008	1.9%	323.3	3.6%	12,397
16位	胃の悪性新生物	35,582,980	3,640	1.7%	18.4	0.2%	197,683
17位	その他の特殊目的用コード	33,492,370	3,426	1.6%	110.3	1.2%	31,069
18位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	32,173,550	3,291	1.6%	102.0	1.1%	32,270
19位	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	30,566,920	3,127	1.5%	242.3	2.7%	12,903
20位	皮膚炎及び湿疹	28,797,500	2,946	1.4%	265.9	3.0%	11,080

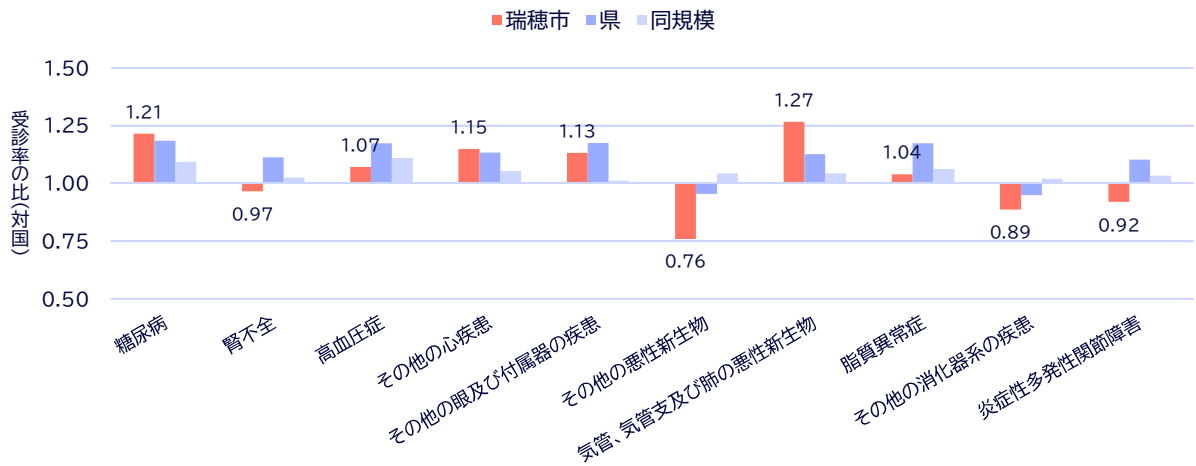
【出典】KDB帳票 S23_004-疾病別医療費分析（中分類） 令和4年度 累計

② 疾病分類（中分類）別外来受診率の比較

外来医療費が上位の疾病について、国と受診率を比較する（図表3-3-3-2）。国との比が1を超えているものは、国よりも受診率が高い疾病、すなわち医療機関を受診している人が国平均よりも多い疾病です。国と比較して受診率が特に高い疾病は「その他の特殊目的用コード」「胃の悪性新生物」「気管、気管支及び肺の悪性新生物」です。

重篤な疾患について国との受診率の比をみると、「腎不全」（1.0）となっています。基礎疾患については「糖尿病」（1.2）、「高血圧症」（1.1）、「脂質異常症」（1.0）となっています。

図表3-3-3-2：疾病分類（中分類）別_外来受診率比較_上位の疾病（男女合計）



順位	疾病分類（中分類）	受診率						
		瑞穂市	国	県	同規模	国との比		
						瑞穂市	県	同規模
1位	糖尿病	790.6	651.2	771.0	711.9	1.21	1.18	1.09
2位	腎不全	57.5	59.5	66.2	61.0	0.97	1.11	1.03
3位	高血圧症	928.8	868.1	1017.8	963.1	1.07	1.17	1.11
4位	その他の心疾患	271.7	236.5	268.0	249.1	1.15	1.13	1.05
5位	その他の眼及び付属器の疾患	591.8	522.7	614.0	528.1	1.13	1.17	1.01
6位	その他の悪性新生物	64.5	85.0	81.1	88.6	0.76	0.95	1.04
7位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	25.8	20.4	22.9	21.2	1.27	1.13	1.04
8位	脂質異常症	592.3	570.5	669.3	605.8	1.04	1.17	1.06
9位	その他の消化器系の疾患	229.7	259.2	246.0	264.2	0.89	0.95	1.02
10位	炎症性多発性関節障害	92.4	100.5	110.9	103.9	0.92	1.10	1.03
11位	その他の神経系の疾患	258.8	288.9	283.3	281.8	0.90	0.98	0.98
12位	乳房の悪性新生物	52.9	44.6	40.7	42.7	1.19	0.91	0.96
13位	貧血	12.2	11.9	12.4	12.2	1.03	1.04	1.03
14位	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	240.0	223.8	223.5	212.9	1.07	1.00	0.95
15位	その他（上記以外のもの）	323.3	255.3	277.8	255.1	1.27	1.09	1.00
16位	胃の悪性新生物	18.4	13.9	17.8	15.2	1.33	1.28	1.10
17位	その他の特殊目的用コード	110.3	81.1	101.2	82.2	1.36	1.25	1.01
18位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	102.0	132.0	130.9	136.9	0.77	0.99	1.04
19位	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	242.3	207.7	195.9	185.3	1.17	0.94	0.89
20位	皮膚炎及び湿疹	265.9	240.1	237.9	224.7	1.11	0.99	0.94

【出典】KDB帳票 S23_004-疾病別医療費分析（中分類） 令和4年度 累計

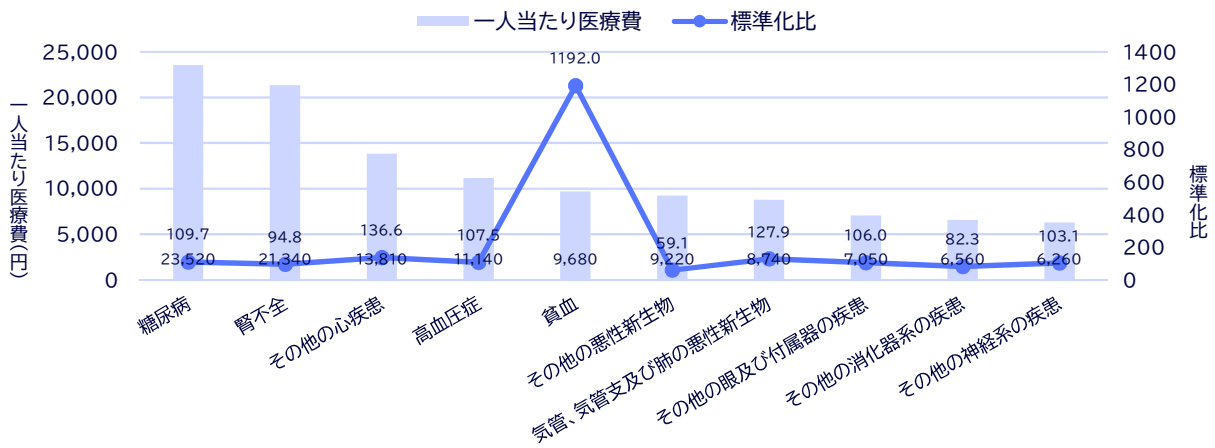
③ 疾病分類（中分類）別外来に係る一人当たり医療費と標準化比

疾病別の一人当たり外来医療費について、国の一人当たり医療費を100とした標準化比を求め、人口構成による影響を取り除いた上で国と比較します。

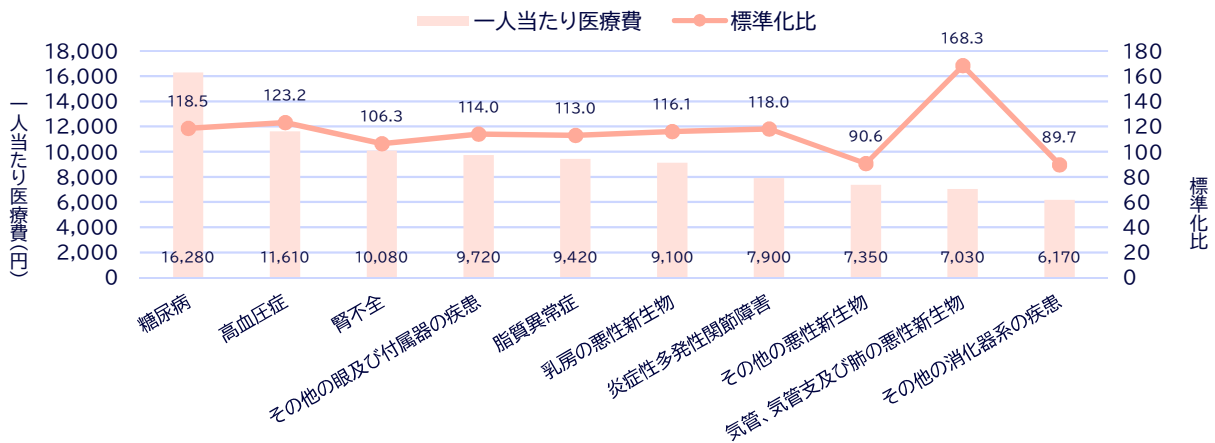
男性においては（図表3-3-3-3）、一人当たり外来医療費は「糖尿病」「腎不全」「その他の心疾患」の順に高く、標準化比は「貧血」「その他の心疾患」「気管、気管支及び肺の悪性新生物」の順に高くなっています。重篤な疾患である「腎不全」は2位（標準化比94.8）、基礎疾患である「糖尿病」は1位（標準化比109.7）、「高血圧症」は4位（標準化比107.5）となっています。

女性においては（図表3-3-3-4）、一人当たり外来医療費は「糖尿病」「高血圧症」「腎不全」の順に高く、標準化比は「気管、気管支及び肺の悪性新生物」「高血圧症」「糖尿病」の順に高くなっています。重篤な疾患である「腎不全」は3位（標準化比106.3）、基礎疾患である「糖尿病」は1位（標準化比118.5）、「高血圧症」は2位（標準化比123.2）、「脂質異常症」は5位（標準化比113.0）となっています。

図表3-3-3-3：疾病分類（中分類）別_外来医療費・標準化比_一人当たり医療費上位10疾病_男性



図表3-3-3-4：疾病分類（中分類）別_外来医療費・標準化比_一人当たり医療費上位10疾病_女性



【出典】 KDB帳票 S23_004-疾病別医療費分析（中分類） 令和4年度 累計

(4) 生活習慣病（重篤な疾患・基礎疾患）における受診率

① 生活習慣病における重篤な疾患と基礎疾患の受診率

ここでは、保健事業により予防可能な疾患における健康課題を抽出するという観点で生活習慣病に焦点をあて、重篤な疾患、基礎疾患及び人工透析が必要になる前段階の「慢性腎臓病（透析なし）」に絞り、受診率や有病状況の推移について概観します。

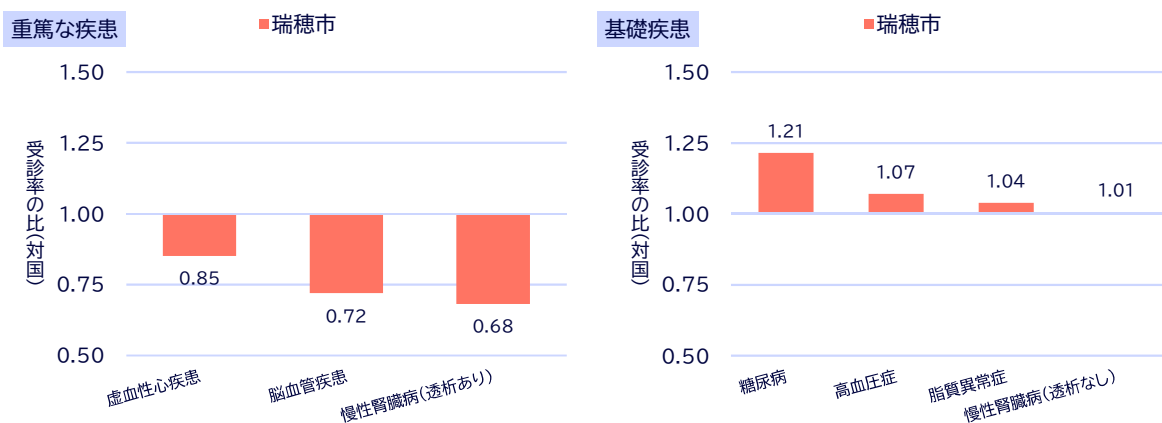
国との比が1を超えている場合、その疾患における受診率は国より高く、すなわちその疾患において医療機関にかかっている人が国平均よりも多いことを意味しています。国との比が1を下回る場合には、該当する人が国平均よりも少ないことを意味します。

重篤な疾患の受診率をみると（図表3-3-4-1）、いずれも国より低いです。基礎疾患の受診率は、いずれも国より高いです。

図表3-3-4-1：生活習慣病における重篤な疾患と基礎疾患の受診率

重篤な疾患	受診率						
	瑞穂市	国	県	同規模	国との比		
					瑞穂市	県	同規模
虚血性心疾患	4.0	4.7	5.4	4.7	0.85	1.16	1.00
脳血管疾患	7.4	10.2	9.5	10.5	0.72	0.92	1.03
慢性腎臓病（透析あり）	20.7	30.3	31.0	29.2	0.68	1.02	0.96

基礎疾患及び慢性腎臓病（透析なし）	受診率						
	瑞穂市	国	県	同規模	国との比		
					瑞穂市	県	同規模
糖尿病	790.6	651.2	771.0	711.9	1.21	1.18	1.09
高血圧症	928.8	868.1	1017.8	963.1	1.07	1.17	1.11
脂質異常症	592.3	570.5	669.3	605.8	1.04	1.17	1.06
慢性腎臓病（透析なし）	14.5	14.4	15.2	15.0	1.01	1.05	1.04



【出典】KDB帳票 S23_004-疾病別医療費分析（中分類） 令和4年度 累計
KDB帳票 S23_005-疾病別医療費分析（細小（82）分類） 令和4年度 累計

※表内の脳血管疾患は、KDBシステムにて設定されている疾病分類（中分類）区分のうち「くも膜下出血」「脳内出血」「脳梗塞」「脳動脈硬化（症）」「その他の脳血管疾患」をまとめている
※表内の「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」は、KDBシステムにて設定されている疾病分類（中分類）区分を集計している
※表内の「虚血性心疾患」「脳血管疾患」は入院、それ以外の疾病分類は外来を集計している

② 生活習慣病における重篤な疾患の受診率の推移

重篤な疾患における受診率の推移（図表3-3-4-2）をみると、令和4年度の「虚血性心疾患」の受診率は、令和元年度と比較して-31.0%で減少率は国・県より大きいです。

「脳血管疾患」の受診率は、令和元年度と比較して-37.8%で減少率は国・県より大きいです。

「慢性腎臓病（透析あり）」の受診率は、令和元年度と比較して-27.9%で、国・県が増加している中、減少しています。

図表3-3-4-2：生活習慣病における重篤な疾患の受診率

虚血性心疾患	令和元年度 (2019年)	令和2年度 (2020年)	令和3年度 (2021年)	令和4年度 (2022年)	令和元年度と令和4年度 の変化率 (%)
瑞穂市	5.8	8.0	6.9	4.0	-31.0
国	5.7	5.0	5.0	4.7	-17.5
県	6.0	5.7	6.1	5.4	-10.0
同規模	5.6	5.0	5.0	4.7	-16.1

脳血管疾患	令和元年度 (2019年)	令和2年度 (2020年)	令和3年度 (2021年)	令和4年度 (2022年)	令和元年度と令和4年度 の変化率 (%)
瑞穂市	11.9	9.6	10.3	7.4	-37.8
国	10.6	10.4	10.6	10.2	-3.8
県	10.2	9.8	10.1	9.5	-6.9
同規模	10.9	10.9	10.8	10.5	-3.7

慢性腎臓病（透析あり）	令和元年度 (2019年)	令和2年度 (2020年)	令和3年度 (2021年)	令和4年度 (2022年)	令和元年度と令和4年度 の変化率 (%)
瑞穂市	28.7	28.5	25.3	20.7	-27.9
国	28.6	29.1	29.8	30.3	5.9
県	29.9	30.6	31.2	31.0	3.7
同規模	27.3	27.7	28.5	29.2	7.0

【出典】KDB帳票 S23_004-疾病別医療費分析（中分類） 令和元年度から令和4年度 累計
KDB帳票 S23_005-疾病別医療費分析（細小（82）分類） 令和元年度から令和4年度 累計

※表内の「虚血性心疾患」と「脳血管疾患」は入院、「慢性腎臓病（透析あり）」は外来を集計している

③ 人工透析患者数の推移

人工透析患者数の推移（図表3-3-4-3）をみると、令和4年度の患者数は28人で、令和元年度の32人と比較して4人減少しています。

令和4年度における新規の人工透析患者数は令和元年度と比較して、男性は増加し、女性は減少しており、男性9名、女性0名となっています。

図表3-3-4-3：人工透析患者数

		令和元年度 (2019年)	令和2年度 (2020年)	令和3年度 (2021年)	令和4年度 (2022年)
人工透析患者数	男性（人）	19	21	20	18
	女性（人）	13	10	10	9
	合計（人）	32	31	30	28
	男性_新規（人）	5	4	4	9
	女性_新規（人）	5	2	0	0

【出典】KDB帳票 S23_001-医療費分析（1）細小分類 令和元年から令和5年 各月

※表内の「男性」「女性」「合計」は、各月の患者数から平均患者数を集計している

※表内の「男性_新規」「女性_新規」は、各年度内の新規の人工透析患者数を集計している

(5) 生活習慣病の重篤な疾患患者における基礎疾患の有病状況

① 生活習慣病の重篤な疾患患者における基礎疾患の有病状況

生活習慣病の重篤な疾患患者において、基礎疾患のレセプトが同時に出ている人の割合をみます。令和4年度3月時点の「虚血性心疾患」の患者480人のうち（図表3-3-5-1）、「糖尿病」は50.0%、「高血圧症」は80.2%、「脂質異常症」は76.7%です。「脳血管疾患」の患者268人では、「糖尿病」は47.4%、「高血圧症」は81.7%、「脂質異常症」は65.3%となっています。人工透析の患者27人では、「糖尿病」は59.3%、「高血圧症」は92.6%、「脂質異常症」は37.0%となっています。

図表3-3-5-1：生活習慣病の重篤な疾患患者における基礎疾患の有病状況

	男性		女性		合計		
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	
虚血性心疾患	268	-	212	-	480	-	
基礎疾患	糖尿病	144	53.7%	96	45.3%	240	50.0%
	高血圧症	215	80.2%	170	80.2%	385	80.2%
	脂質異常症	203	75.7%	165	77.8%	368	76.7%

	男性		女性		合計		
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	
脳血管疾患	175	-	93	-	268	-	
基礎疾患	糖尿病	85	48.6%	42	45.2%	127	47.4%
	高血圧症	138	78.9%	81	87.1%	219	81.7%
	脂質異常症	116	66.3%	59	63.4%	175	65.3%

	男性		女性		合計		
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	
人工透析	18	-	9	-	27	-	
基礎疾患	糖尿病	10	55.6%	6	66.7%	16	59.3%
	高血圧症	18	100.0%	7	77.8%	25	92.6%
	脂質異常症	5	27.8%	5	55.6%	10	37.0%

【出典】 KDB帳票 S21_018-厚生労働省様式（様式3-5） 令和5年5月
 KDB帳票 S21_019-厚生労働省様式（様式3-6） 令和5年5月
 KDB帳票 S21_020-厚生労働省様式（様式3-7） 令和5年5月

② 基礎疾患の有病状況

また、令和4年度3月時点での被保険者における基礎疾患の有病者数及びその割合は（図表3-3-5-2）、「糖尿病」が1,326人（13.8%）、「高血圧症」が2,046人（21.3%）、「脂質異常症」が1,814人（18.9%）となっています。

図表3-3-5-2：基礎疾患の有病状況

	男性		女性		合計		
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	
被保険者数	4,574	-	5,029	-	9,603	-	
基礎疾患	糖尿病	701	15.3%	625	12.4%	1,326	13.8%
	高血圧症	999	21.8%	1,047	20.8%	2,046	21.3%
	脂質異常症	792	17.3%	1,022	20.3%	1,814	18.9%

【出典】 KDB帳票 S21_014-厚生労働省様式（様式3-1） 令和5年5月

(6) 高額なレセプトの状況

医療費のうち、1か月当たり30万円以上のレセプト（以下、高額なレセプトという。）についてみま
す（図表3-3-6-1）。

令和4年度のレセプトのうち、高額なレセプトは14億9,000万円、2,142件で、総医療費の46.9%、総
レセプト件数の2.4%を占めており、上位10疾病で高額なレセプトの56.5%を占めています。

保健事業により予防可能な疾患という観点で、重篤な疾患についてみると、「腎不全」「脳梗塞」
が上位に入っています。

図表3-3-6-1：疾病分類（中分類）別_1か月当たり30万円以上のレセプトの状況

	医療費（円）	総医療費に 占める割合	レセプト件数 （累計）（件）	レセプト件数に 占める割合
令和4年度_総数	3,178,437,320	-	89,078	-
高額なレセプトの合計	1,489,947,660	46.9%	2,142	2.4%

内訳（上位の疾病）

順位	疾病分類（中分類）	医療費（円）	高額なレセプトの医 療費に占める割合	件数（累計） （件）	高額なレセプトのレ セプト件数に占める 割合
1位	腎不全	159,709,390	10.7%	353	16.5%
2位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	119,779,010	8.0%	297	13.9%
3位	その他の心疾患	115,725,130	7.8%	77	3.6%
4位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	112,784,720	7.6%	142	6.6%
5位	その他の悪性新生物	110,942,920	7.4%	133	6.2%
6位	胃の悪性新生物	55,953,430	3.8%	59	2.8%
7位	貧血	51,102,550	3.4%	14	0.7%
8位	脳梗塞	42,520,920	2.9%	40	1.9%
9位	その他の呼吸器系の疾患	36,804,170	2.5%	44	2.1%
10位	乳房の悪性新生物	35,893,260	2.4%	52	2.4%

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計
KDB帳票 S21_011-厚生労働省様式（様式1-1） 令和4年6月から令和5年5月

(7) 長期入院レセプトの状況

医療費のうち、6か月以上の入院患者のレセプト（以下、長期入院レセプトという。）についてみま
す（図表3-3-7-1）。

令和4年度のレセプトのうち、長期入院レセプトは2億400万円、471件で、総医療費の6.4%、総レセ
プト件数の0.5%を占めています。

保健事業により予防可能な疾患という観点で、重篤な疾患についてみると、「脳梗塞」が上位入っ
ています。

図表3-3-7-1：疾病分類（中分類）別_6か月以上の入院レセプトの状況

	医療費（円）	総医療費に 占める割合	レセプト件数 （累計）（件）	レセプト件数に 占める割合
令和4年度_総数	3,178,437,320	-	89,078	-
長期入院レセプトの合計	203,956,030	6.4%	471	0.5%

内訳（上位の疾病）

順位	疾病分類（中分類）	医療費（円）	長期入院レセプトの 医療費に占める割合	件数（累計） （件）	長期入院レセプトの レセプト件数に占め る割合
1位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄 想性障害	99,301,020	48.7%	263	55.8%
2位	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	20,784,320	10.2%	53	11.3%
3位	その他の呼吸器系の疾患	13,724,620	6.7%	18	3.8%
4位	神経症性障害、ストレス関連障害及び 身体表現性障害	9,844,960	4.8%	27	5.7%
5位	慢性閉塞性肺疾患	7,939,990	3.9%	16	3.4%
6位	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	6,877,890	3.4%	12	2.5%
7位	腰痛症及び坐骨神経痛	6,224,370	3.1%	12	2.5%
8位	脳梗塞	5,234,680	2.6%	6	1.3%
9位	真菌症	4,683,920	2.3%	4	0.8%
10位	症状、徴候及び異常臨床所見・異常、 検査所見で他に分類されないもの	3,639,840	1.8%	6	1.3%

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計
KDB帳票 S21_012-厚生労働省様式（様式2-1） 令和4年6月から令和5年5月

4 特定健診・特定保健指導・生活習慣の状況

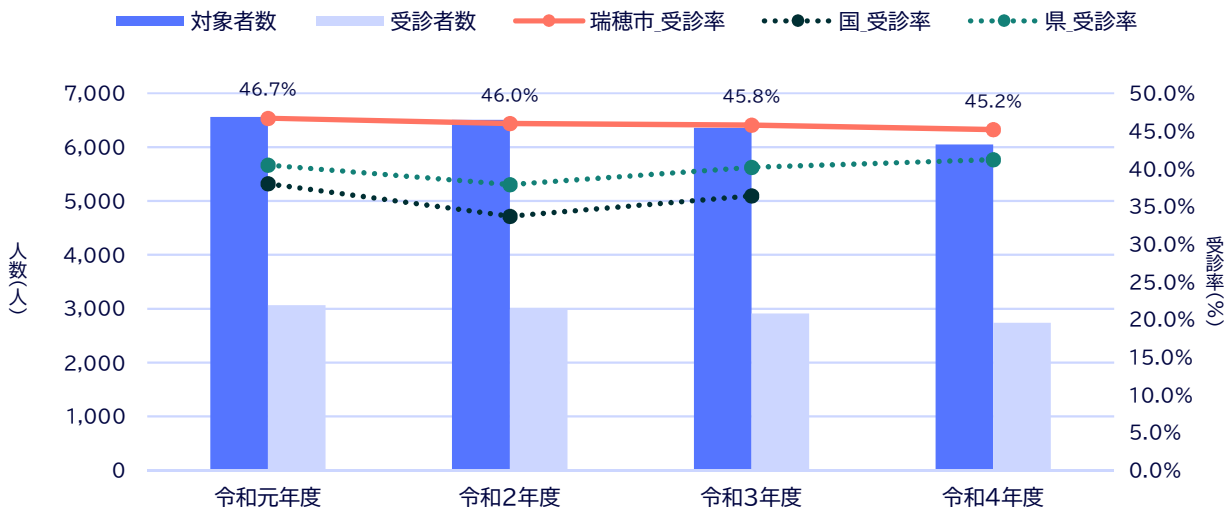
(1) 特定健診受診率

① 特定健診受診率の推移

以降では、生活習慣病の発症及び重症化予防を目的に実施している、特定健診、特定保健指導及び生活習慣病の治療状況に関連するデータを概観します。

まず、特定健診の実施状況を見ると（図表3-4-1-1）、令和4年度の特定健診受診率は45.2%であり、県より高いです。また、経年の推移をみると、令和元年度と比較して1.5ポイント低下しています。年齢階層別にみると（図表3-4-1-2）、特に60-64歳の特定健診受診率が低下しています。

図表3-4-1-1：特定健診受診率（法定報告値）



		令和元年度 (2019年)	令和2年度 (2020年)	令和3年度 (2021年)	令和4年度 (2022年)	令和元年度と令和3 年度の差
特定健診対象者数 (人)		6,559	6,504	6,356	6,050	-509
特定健診受診者数 (人)		3,064	2,991	2,910	2,735	-329
特定健診受診率	瑞穂市	46.7%	46.0%	45.8%	45.2%	-1.5
	国	38.0%	33.7%	36.4%	-	-
	県	40.5%	37.9%	40.2%	41.2%	0.7

【出典】厚生労働省 2019年度から2022年度 特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別）

公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 令和元年度から令和4年度

※法定報告値に係る図表における令和4年度の数値は速報値である（以下同様）

図表3-4-1-2：年齢階層別_特定健診受診率

	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
令和元年度	26.0%	28.4%	29.1%	31.4%	43.1%	51.7%	57.7%
令和2年度	27.9%	25.2%	28.1%	32.1%	41.2%	52.2%	57.1%
令和3年度	30.9%	26.7%	29.5%	36.5%	38.3%	52.1%	55.3%
令和4年度	30.5%	27.0%	29.4%	31.9%	38.1%	51.8%	55.6%

【出典】KDB帳票 S21_008-健診の状況 令和元年度から令和4年度 累計

※KDB帳票と法定報告値は、データの登録時期が異なるため値がずれる（以下同様）

② 特定健診の受診状況と生活習慣病の治療状況

特定健診受診者と特定健診未受診者における生活習慣病のレセプト保有割合の差は、健康意識の差によるものとも考えられ、健診受診が医療機関受診につながっている可能性もあります。

特定健診を受診した人のうち、生活習慣病のレセプトが出ている人、すなわち生活習慣病を治療中の人は2,127人で、特定健診対象者の34.7%、特定健診受診者の77.6%を占めています。他方、特定健診未受診者のうち、生活習慣病のレセプトが出ている人は2,032人で、特定健診対象者の33.2%、特定健診未受診者の60.1%を占めています（図表3-4-1-3）。

特定健診未受診者のうち、生活習慣病のレセプトが出ていない人は1,349人で、特定健診対象者の22.0%であり、これらの人の健康状態を把握するのは難しい状況にあります。

※この項における生活習慣病とは、KDBが定める生活習慣病（糖尿病、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症、脂肪肝、動脈硬化症、脳出血、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞、がん、筋・骨格関連疾患、及び精神疾患）を指す

図表3-4-1-3：特定健診の受診状況と生活習慣病の治療状況

	40-64歳		65-74歳		合計		
	人数（人）	対象者に占める割合	人数（人）	対象者に占める割合	人数（人）	対象者に占める割合	特定健診受診者・未受診者に占める割合
対象者数	2,475	-	3,648	-	6,123	-	-
特定健診受診者数	771	-	1,971	-	2,742	-	-
生活習慣病_治療なし	266	10.7%	349	9.6%	615	10.0%	22.4%
生活習慣病_治療中	505	20.4%	1,622	44.5%	2,127	34.7%	77.6%
特定健診未受診者数	1,704	-	1,677	-	3,381	-	-
生活習慣病_治療なし	840	33.9%	509	14.0%	1,349	22.0%	39.9%
生活習慣病_治療中	864	34.9%	1,168	32.0%	2,032	33.2%	60.1%

【出典】KDB帳票 S21_027-厚生労働省様式（様式5-5） 令和4年度 年次

(2) 有所見者の状況

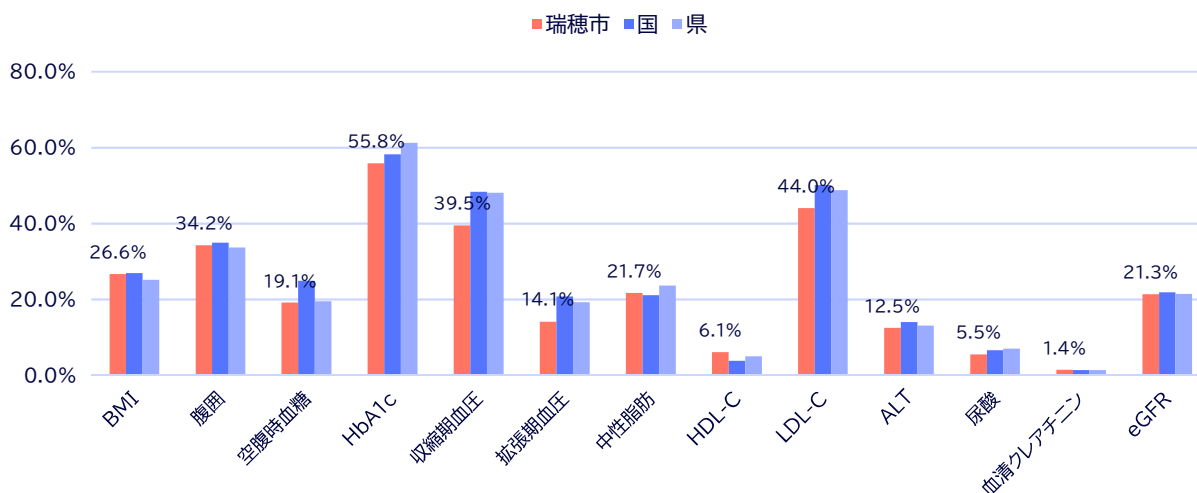
① 特定健診受診者における有所見者の割合

ここでは、特定健診受診者における検査項目ごとの有所見者の割合から、瑞穂市の特定健診受診者において、どの検査項目で有所見者の割合が高いのか、その傾向を概観します。

令和4年度の特定健診受診者における有所見者の割合をみると（図表3-4-2-1）、国や県と比較して「HDL-C」「血清クレアチニン」の有所見率が高いです。

※有所見とは、医師の診断が異常なし、要精密検査、要治療等のうち、異常なし以外のものを指す

図表3-4-2-1：特定健診受診者における有所見者の割合



	BMI	腹囲	空腹時血糖	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧	中性脂肪	HDL-C	LDL-C	ALT	尿酸	血清クレアチニン	eGFR
瑞穂市	26.6%	34.2%	19.1%	55.8%	39.5%	14.1%	21.7%	6.1%	44.0%	12.5%	5.5%	1.4%	21.3%
国	26.9%	34.9%	24.9%	58.2%	48.3%	20.7%	21.1%	3.8%	50.1%	14.0%	6.6%	1.3%	21.8%
県	25.1%	33.6%	19.5%	61.2%	48.1%	19.2%	23.6%	5.0%	48.7%	13.1%	7.0%	1.3%	21.4%

【出典】 KDB帳票 S21_024-厚生労働省様式（様式5-2） 令和4年度 年次

参考：検査項目ごとの有所見定義

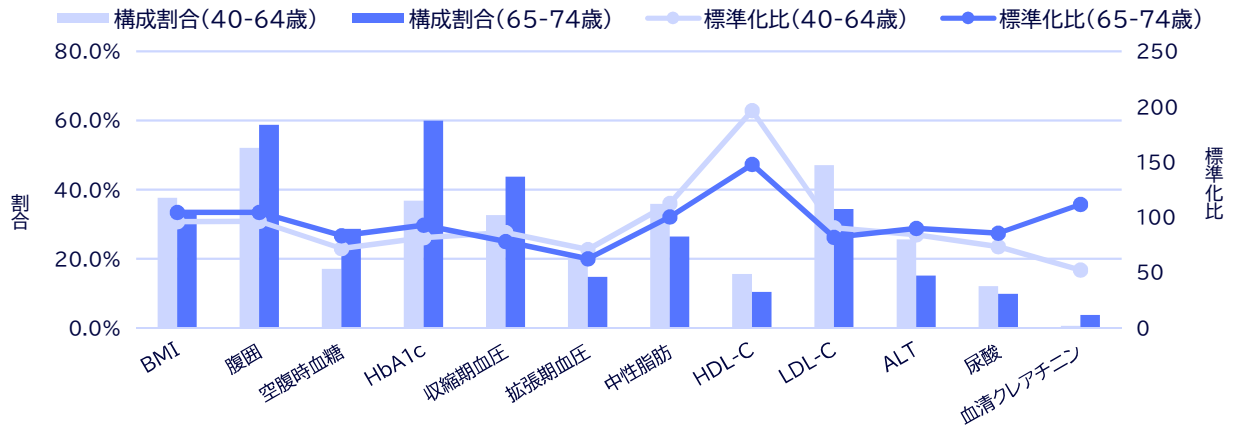
BMI	25kg/m ² 以上	中性脂肪	150mg/dL以上
腹囲	男性：85cm以上、女性：90cm以上 (内臓脂肪面積の場合：100cm ² 以上)	HDL-C	40mg/dL未満
		LDL-C	120mg/dL以上
空腹時血糖	100mg/dL以上	ALT	31U/L以上
HbA1c	5.6%以上	尿酸	7.0mg/dL超過
収縮期血圧	130mmHg以上	血清クレアチニン	1.3mg/dL以上
拡張期血圧	85mmHg以上	eGFR	60ml/分/1.73m ² 未満

【出典】 KDBシステム 各帳票等の項目にかかる集計要件

② 特定健診受診者における年代別有所見者の割合と標準化比

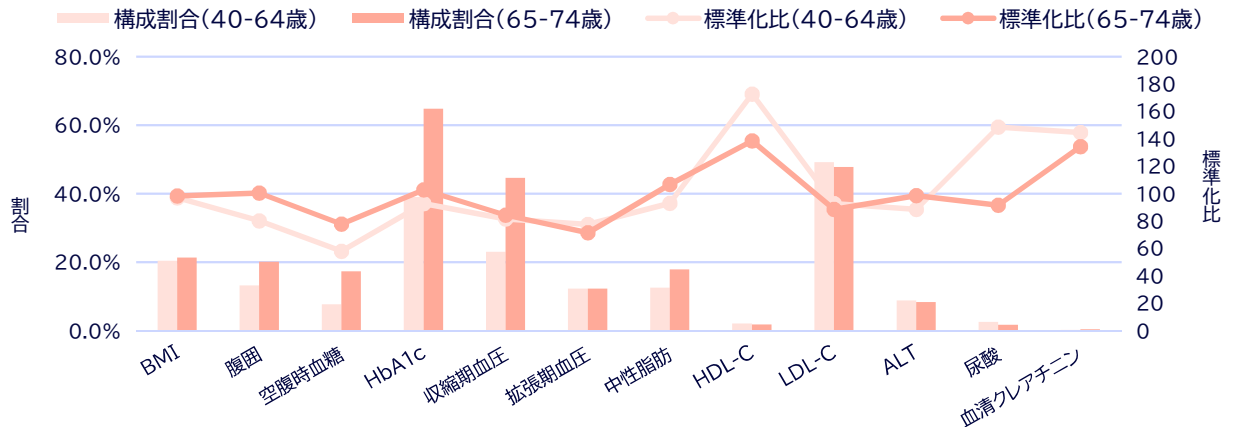
さらに、年代別の有所見者の割合について、国における有所見者の割合を100とした標準化比を国立保健医療科学院のツールを使って算出し国と比較すると（図表3-4-2-2・図表3-4-2-3）、男性では「中性脂肪」「HDL-C」の標準化比がいずれの年代においても100を超えています。女性では「HDL-C」「血清クレアチニン」の標準化比がいずれの年代においても100を超えています。

図表3-4-2-2：特定健診受診者における年代別有所見者の割合・標準化比_男性



		BMI	腹囲	空腹時血糖	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧	中性脂肪	HDL-C	LDL-C	ALT	尿酸	血清クレアチニン
40-64歳	構成割合	37.6%	52.1%	17.1%	36.8%	32.6%	20.9%	35.9%	15.6%	47.1%	25.6%	12.1%	0.6%
	標準化比	96.2	96.3	71.8	81.6	86.2	71.0	112.7	196.4	90.7	84.3	73.5	52.4
65-74歳	構成割合	33.0%	58.7%	28.7%	59.9%	43.7%	14.8%	26.4%	10.4%	34.4%	15.1%	9.9%	3.8%
	標準化比	104.7	104.4	83.5	93.0	78.3	62.6	100.4	147.9	82.1	90.2	85.7	111.7

図表3-4-2-3：特定健診受診者における年代別有所見者の割合・標準化比_女性



		BMI	腹囲	空腹時血糖	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧	中性脂肪	HDL-C	LDL-C	ALT	尿酸	血清クレアチニン
40-64歳	構成割合	20.4%	13.2%	7.7%	39.0%	23.0%	12.3%	12.5%	2.1%	49.2%	8.8%	2.6%	0.2%
	標準化比	96.9	80.2	58.1	92.8	81.6	77.6	93.0	172.7	92.8	88.7	148.7	144.5
65-74歳	構成割合	21.3%	20.1%	17.3%	64.8%	44.6%	12.3%	17.8%	1.8%	47.8%	8.4%	1.7%	0.4%
	標準化比	98.3	100.5	77.9	102.9	84.3	71.5	106.8	138.5	88.5	98.6	91.5	134.3

【出典】KDB帳票 S21_024-厚生労働省様式（様式5-2） 令和4年度 年次

(3) メタボリックシンドロームの状況

① 特定健診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

ここでは、特定健診受診者におけるメタボリックシンドローム該当者（以下、メタボ該当者という。）及びメタボリックシンドローム予備群該当者（以下、メタボ予備群該当者という。）のデータを概観します。メタボリックシンドロームとは、「内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中などになりやすい病態」（厚生労働省 生活習慣病予防のための健康情報サイトより引用）を指しています。ここでは瑞穂市のメタボ該当者及びメタボ予備群該当者の割合及び高血圧、高血糖及び脂質代謝異常リスクの該当状況をみます。

令和4年度の特定健診受診者におけるメタボリックシンドロームの状況をみると（図表3-4-3-1）、メタボ該当者は562人で特定健診受診者（2,742人）における該当者割合は20.5%で、該当者割合は国より低いですが、県より高いです。男女別にみると、男性では特定健診受診者の32.8%が、女性では11.7%がメタボ該当者となっています。

メタボ予備群該当者は283人で特定健診受診者における該当者割合は10.3%となっており、該当者割合は国・県より低いです。男女別にみると、男性では特定健診受診者の17.4%が、女性では5.3%がメタボ予備群該当者となっています。

なお、メタボ該当者及びメタボ予備群該当者の定義は、下表（参考：メタボリックシンドローム判定値の定義）のとおりです。

図表3-4-3-1：特定健診受診者におけるメタボ該当者数・メタボ予備群該当者数

	瑞穂市		国	県	同規模
	対象者数（人）	割合	割合	割合	割合
メタボ該当者	562	20.5%	20.6%	20.2%	20.9%
男性	374	32.8%	32.9%	32.0%	32.7%
女性	188	11.7%	11.3%	11.2%	11.5%
メタボ予備群該当者	283	10.3%	11.1%	10.4%	11.0%
男性	198	17.4%	17.8%	16.7%	17.5%
女性	85	5.3%	6.0%	5.5%	6.0%

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

参考：メタボリックシンドローム判定値の定義

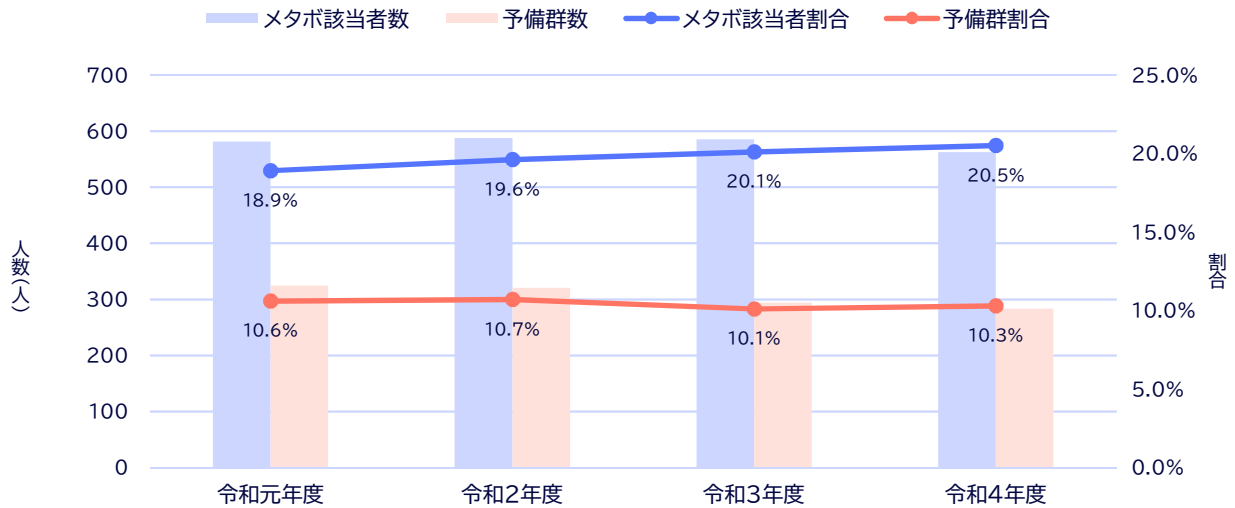
メタボ該当者	腹囲 85cm（男性）	以下の追加リスクのうち2つ以上該当
メタボ予備群該当者	90cm（女性）以上	
追加リスク	血糖	空腹時血糖110mg/dL以上（空腹時血糖の結果値が存在しない場合、HbA1c 6.0%以上）
	血圧	収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上
	脂質	中性脂肪150mg/dL以上、またはHDLコレステロール40mg/dL未満

【出典】厚生労働省 メタボリックシンドロームの診断基準

② メタボ該当者数とメタボ予備群該当者数の推移

令和4年度と令和元年度の該当者割合を比較すると（図表3-4-3-2）、特定健診受診者のうちメタボ該当者の割合は1.6ポイント増加しており、メタボ予備群該当者の割合は0.3ポイント減少しています。

図表3-4-3-2：メタボ該当者数・メタボ予備群該当者数の推移



	令和元年度 (2019年)		令和2年度 (2020年)		令和3年度 (2021年)		令和4年度 (2022年)		令和元年度と令和4年度 の割合の差
	対象者(人)	割合	対象者(人)	割合	対象者(人)	割合	対象者(人)	割合	
メタボ該当者	581	18.9%	587	19.6%	585	20.1%	562	20.5%	1.6
メタボ予備群該当者	324	10.6%	320	10.7%	294	10.1%	283	10.3%	-0.3

【出典】 KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和元年度から令和4年度 累計

③ メタボ該当者とメタボ予備群該当者における追加リスクの重複状況

メタボ該当者及びメタボ予備群該当者における追加リスクの重複状況をみます（図表3-4-3-3）。
メタボ該当者においては「高血圧・脂質異常該当者」が多く、562人中283人が該当しており、特定健診受診者数の10.3%を占めています。

メタボ予備群該当者では「高血圧該当者」が多く、283人中174人が該当しており、特定健診受診者数の6.3%を占めています。

図表3-4-3-3：メタボ該当者・メタボ予備群該当者における追加リスクの重複状況

	男性		女性		合計	
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
特定健診受診者数	1,139	-	1,603	-	2,742	-
腹囲基準値以上	646	56.7%	293	18.3%	939	34.2%
メタボ該当者	374	32.8%	188	11.7%	562	20.5%
高血糖・高血圧該当者	43	3.8%	13	0.8%	56	2.0%
高血糖・脂質異常該当者	27	2.4%	4	0.2%	31	1.1%
高血圧・脂質異常該当者	177	15.5%	106	6.6%	283	10.3%
高血糖・高血圧・脂質異常該当者	127	11.2%	65	4.1%	192	7.0%
メタボ予備群該当者	198	17.4%	85	5.3%	283	10.3%
高血糖該当者	14	1.2%	2	0.1%	16	0.6%
高血圧該当者	119	10.4%	55	3.4%	174	6.3%
脂質異常該当者	65	5.7%	28	1.7%	93	3.4%
腹囲のみ該当者	74	6.5%	20	1.2%	94	3.4%

【出典】KDB帳票 S21_025-厚生労働省様式（様式5-3） 令和4年度 年次

(4) 特定保健指導実施率

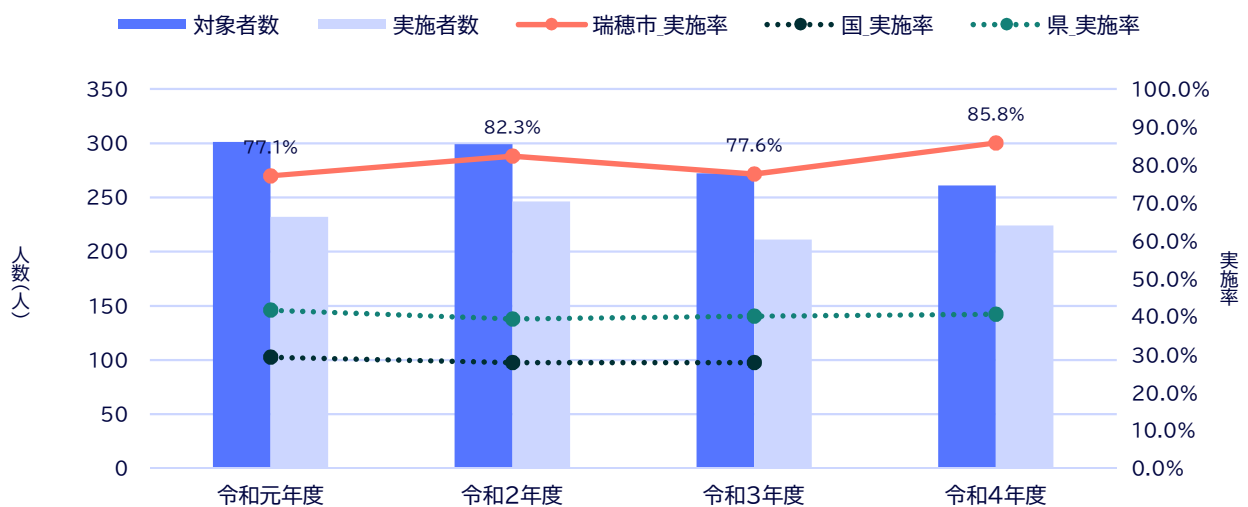
ここでは、特定保健指導の実施状況を概観します。特定保健指導とは、「特定健康診査の結果に基づき、主にメタボリックシンドロームの予防や解消を目的に行われる健康支援」（厚生労働省 生活習慣病予防のための健康情報サイトより引用）です。特定保健指導実施率をみることで、前述のメタボ該当者とメタボ予備群該当者のうち、どの程度の特定保健指導の対象者に対して支援できているのかがわかります。

特定健診受診者のうち特定保健指導の対象者数は（図表3-4-4-1）、令和4年度では261人で、特定健診受診者2,735人中9.5%を占めます。特定保健指導対象者のうち特定保健指導を終了した人の割合、すなわち特定保健指導実施率は85.8%で、特定保健指導実施率は県より高いです。

令和4年度の実施率は、令和元年度の実施率77.1%と比較すると8.7ポイント上昇しています。

図表3-4-4-1：特定保健指導実施率（法定報告値）

※法定報告値に係る図表における令和4年度の数値は速報値である（以下同様）



	令和元年度 (2019年)	令和2年度 (2020年)	令和3年度 (2021年)	令和4年度 (2022年)	令和元年度と令和3 年度の差	
特定健診受診者数 (人)	3,064	2,991	2,910	2,735	-329	
特定保健指導対象者数 (人)	301	299	272	261	-40	
特定保健指導該当者割合	9.8%	10.0%	9.3%	9.5%	-0.3	
特定保健指導実施者数 (人)	232	246	211	224	-8	
特定保健指導 実施率	瑞穂市	77.1%	82.3%	77.6%	85.8%	8.7
	国	29.3%	27.9%	27.9%	-	-
	県	41.7%	39.4%	40.1%	40.6%	-1.1

【出典】厚生労働省 2019年度から2022年度 特定健診・特定保健指導実施状況（保険者別）
公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 令和元年度から令和3年度

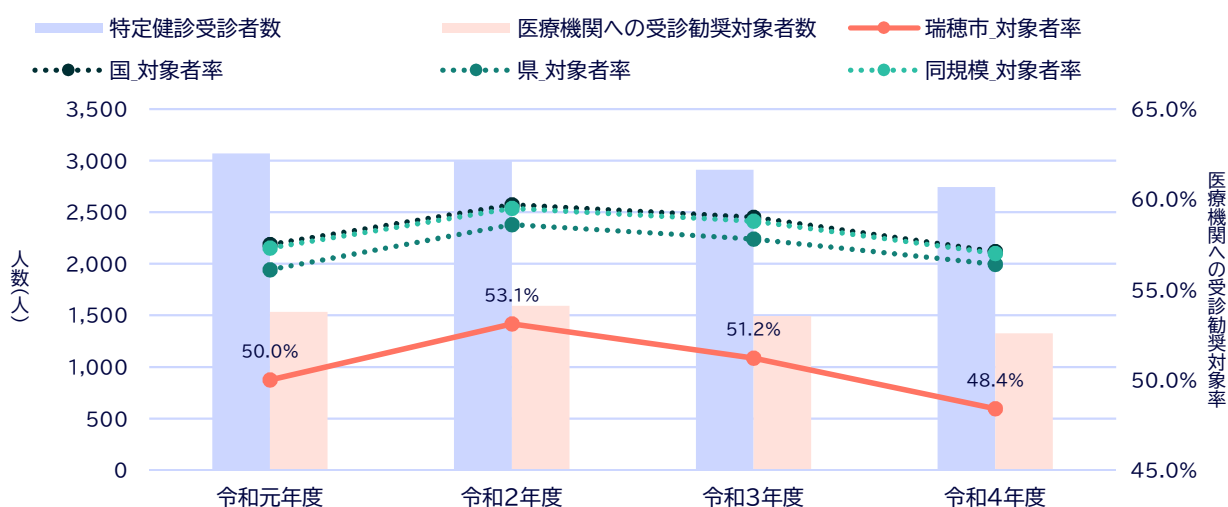
(5) 受診勧奨対象者の状況

① 特定健診受診者における医療機関への受診勧奨対象者の割合

ここでは、特定健診受診者において、医療機関の受診を促す基準として設定されている受診勧奨判定値を超えるもの（受診勧奨対象者）の割合から、瑞穂市の特定健診受診者において、受診勧奨対象者がどの程度存在するのかをみます。

受診勧奨対象者の割合をみると（図表3-4-5-1）、令和4年度における受診勧奨対象者数は1,326人で、特定健診受診者の48.4%を占めています。該当者割合は、国・県より低く、令和元年度と比較すると1.6ポイント減少しています。なお、図表3-4-5-1における受診勧奨対象者は一項目でも受診勧奨判定値以上の項目があった人を指しています。

図表3-4-5-1：特定健診受診者における医療機関への受診勧奨対象者の割合



		令和元年度 (2019年)	令和2年度 (2020年)	令和3年度 (2021年)	令和4年度 (2022年)	令和元年度と令和4 年度の受診勧奨対象 者率の差
特定健診受診者数 (人)		3,067	2,994	2,910	2,742	-
医療機関への受診勧奨対象者数 (人)		1,533	1,590	1,491	1,326	-
受診勧奨 対象者率	瑞穂市	50.0%	53.1%	51.2%	48.4%	-1.6
	国	57.5%	59.7%	59.0%	57.1%	-0.4
	県	56.1%	58.6%	57.8%	56.4%	0.3
	同規模	57.3%	59.5%	58.8%	57.0%	-0.3

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和元年度から令和3年度 累計

参考：各健診項目における受診勧奨判定値

空腹時血糖	126mg/dL以上	中性脂肪	300mg/dL以上	AST	51U/L以上
HbA1c	6.5%以上	HDLコレステロール	34mg/dL以下	ALT	51U/L以上
随時血糖	126mg/dL以上	LDLコレステロール	140mg/dL以上	γ-GTP	101U/L以上
収縮期血圧	140mmHg以上	Non-HDLコレステロール	170mg/dL以上	eGFR	45ml/分/1.73㎡未満
拡張期血圧	90mmHg以上	ヘモグロビン	男性12.1g/dL未満、女性11.1g/dL未満		

※厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」に準拠

② 特定健診受診者における受診勧奨対象者の経年推移

血糖・血圧・脂質の受診勧奨対象者の経年推移を検査値ごとにみます（図表3-4-5-2）。

令和4年度において、血糖ではHbA1c6.5%以上の方は237人で特定健診受診者の8.6%を占めており、令和元年度と比較すると割合は減少しています。

血圧では、Ⅰ度高血圧以上の方は493人で特定健診受診者の18.0%を占めており、令和元年度と比較すると割合は増加しています。

脂質ではLDL-C140mg/dL以上の方は593人で特定健診受診者の21.6%を占めており、令和元年度と比較すると割合は減少しています。

図表3-4-5-2：特定健診受診者における受診勧奨対象者（血糖・血圧・脂質）の経年推移

		令和元年度 (2019年)		令和2年度 (2020年)		令和3年度 (2021年)		令和4年度 (2022年)	
		人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
特定健診受診者数		3,067	-	2,994	-	2,910	-	2,742	-
血糖 (HbA1c)	6.5%以上7.0%未満	164	5.3%	150	5.0%	134	4.6%	123	4.5%
	7.0%以上8.0%未満	86	2.8%	79	2.6%	94	3.2%	89	3.2%
	8.0%以上	38	1.2%	37	1.2%	28	1.0%	25	0.9%
	合計	288	9.4%	266	8.9%	256	8.8%	237	8.6%

		令和元年度 (2019年)		令和2年度 (2020年)		令和3年度 (2021年)		令和4年度 (2022年)	
		人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
特定健診受診者数		3,067	-	2,994	-	2,910	-	2,742	-
血圧	Ⅰ度高血圧	439	14.3%	507	16.9%	472	16.2%	413	15.1%
	Ⅱ度高血圧	79	2.6%	95	3.2%	79	2.7%	76	2.8%
	Ⅲ度高血圧	12	0.4%	29	1.0%	11	0.4%	4	0.1%
	合計	530	17.3%	631	21.1%	562	19.3%	493	18.0%

		令和元年度 (2019年)		令和2年度 (2020年)		令和3年度 (2021年)		令和4年度 (2022年)	
		人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
特定健診受診者数		3,067	-	2,994	-	2,910	-	2,742	-
脂質 (LDL-C)	140mg/dL以上160mg/dL未満	459	15.0%	433	14.5%	410	14.1%	391	14.3%
	160mg/dL以上180mg/dL未満	186	6.1%	199	6.6%	175	6.0%	134	4.9%
	180mg/dL以上	75	2.4%	104	3.5%	87	3.0%	68	2.5%
	合計	720	23.5%	736	24.6%	672	23.1%	593	21.6%

【出典】KDB帳票 S21_008-健診の状況 令和元年度から令和4年度 累計
KDB帳票 S26_005-保健指導対象者一覧（受診勧奨判定値の者） 令和元年度から令和4年度 累計

参考：Ⅰ度・Ⅱ度・Ⅲ度高血圧の定義

Ⅰ度高血圧	収縮期血圧140-159mmHg かつ/または 拡張期血圧90-99mmHg
Ⅱ度高血圧	収縮期血圧160-179mmHg かつ/または 拡張期血圧100-109mmHg
Ⅲ度高血圧	収縮期血圧180mmHg以上 かつ/または 拡張期血圧110mmHg以上

【出典】KDBシステム 各帳票等の項目にかかる集計要件

③ 受診勧奨対象者における医療機関の受診状況

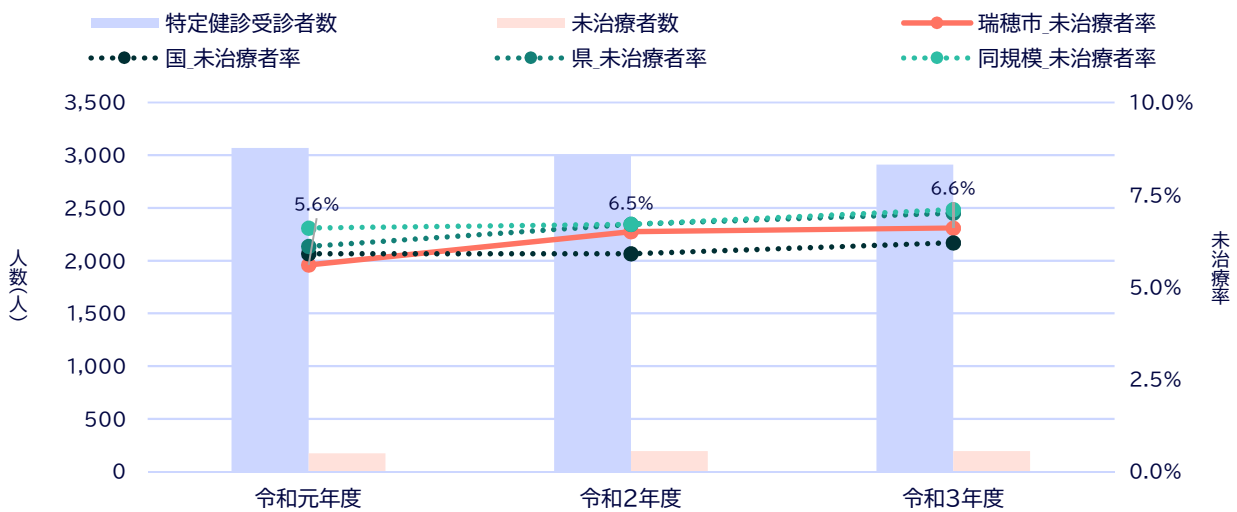
ここでは、受診勧奨対象者の医療機関受診状況について概観します。受診勧奨対象者のうち医療機関への受診が確認されない人（未治療者）の割合から、特定健診を受診し医療機関の受診が促されているにもかかわらず医療機関への受診が確認されない人がどの程度存在するのかが把握できます。

受診勧奨対象者の医療機関の受診状況をみると（図表3-4-5-3）、令和3年度の特定健診受診者2,910人のうち、医療機関の受診が確認されていない未治療者の割合は6.6%であり、県より低く、国より高いです。

未治療者率は、令和元年度と比較して1.0ポイント増加しています。

※未治療者：特定健診受診者のうち、受診勧奨対象者かつ特定健診実施から6か月以内に医療機関を受診していない者

図表3-4-5-3：受診勧奨対象者における未治療者率



		令和元年度 (2019年)	令和2年度 (2020年)	令和3年度 (2021年)	令和元年度と令和3年度 の未治療者率の差
特定健診受診者数（人）		3,067	2,994	2,910	-
（参考）医療機関への受診勧奨対象者数（人）		1,533	1,590	1,491	-
未治療者数（人）		171	194	192	-
未治療者率	瑞穂市	5.6%	6.5%	6.6%	1.0
	国	5.9%	5.9%	6.2%	0.3
	県	6.1%	6.7%	7.0%	0.9
	同規模	6.6%	6.7%	7.1%	0.5

【出典】 KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和元年度から令和3年度 累計

④ 受診勧奨対象者における服薬（なし）状況

次に、血糖、血圧、脂質及び腎機能の受診勧奨対象者について、検査値ごとに健診受診年度のレセプトにおける服薬状況をみます（図表3-4-5-4）。受診勧奨対象者のうち、特に検査値が高い者は服薬による治療が必要な可能性があり、レセプトから服薬が確認されない場合、医療機関の受診を促す必要があります。

令和4年度の健診において、血糖がHbA1c6.5%以上であった237人の29.5%が、血圧がⅠ度高血圧以上であった493人の48.1%が、脂質がLDL-C140mg/dL以上であった593人の78.6%が服薬をしていません。

また、腎機能については、eGFR45ml/分/1.73m²未満であった31人の16.1%が血糖や血圧などの薬剤の服薬をしていません。

図表3-4-5-4：特定健診受診者における受診勧奨対象者（血糖・血圧・脂質・腎機能）の服薬状況

血糖（HbA1c）	該当者数（人）	服薬なし_人数（人）	服薬なし_割合
6.5%以上7.0%未満	123	53	43.1%
7.0%以上8.0%未満	89	15	16.9%
8.0%以上	25	2	8.0%
合計	237	70	29.5%

血圧	該当者数（人）	服薬なし_人数（人）	服薬なし_割合
Ⅰ度高血圧	413	199	48.2%
Ⅱ度高血圧	76	38	50.0%
Ⅲ度高血圧	4	0	0.0%
合計	493	237	48.1%

脂質（LDL-C）	該当者数（人）	服薬なし_人数（人）	服薬なし_割合
140mg/dL以上160mg/dL未満	391	328	83.9%
160mg/dL以上180mg/dL未満	134	94	70.1%
180mg/dL以上	68	44	64.7%
合計	593	466	78.6%

腎機能（eGFR）	該当者数（人）	服薬なし_人数（人）	服薬なし_割合	服薬なしのうち、透析なし_人数（人）	該当者のうち、服薬なし_透析なし_割合
45ml/分/1.73m ² 以上 60ml/分/1.73m ² 未満	242	93	38.4%	91	37.6%
30ml/分/1.73m ² 以上 45ml/分/1.73m ² 未満	24	4	16.7%	4	16.7%
15ml/分/1.73m ² 以上 30ml/分/1.73m ² 未満	7	1	14.3%	1	14.3%
15ml/分/1.73m ² 未満	0	0	0.0%	0	0.0%
合計	31	5	16.1%	5	16.1%

【出典】KDB帳票 S26_005-保健指導対象者一覧（受診勧奨判定値の者） 令和4年度 累計

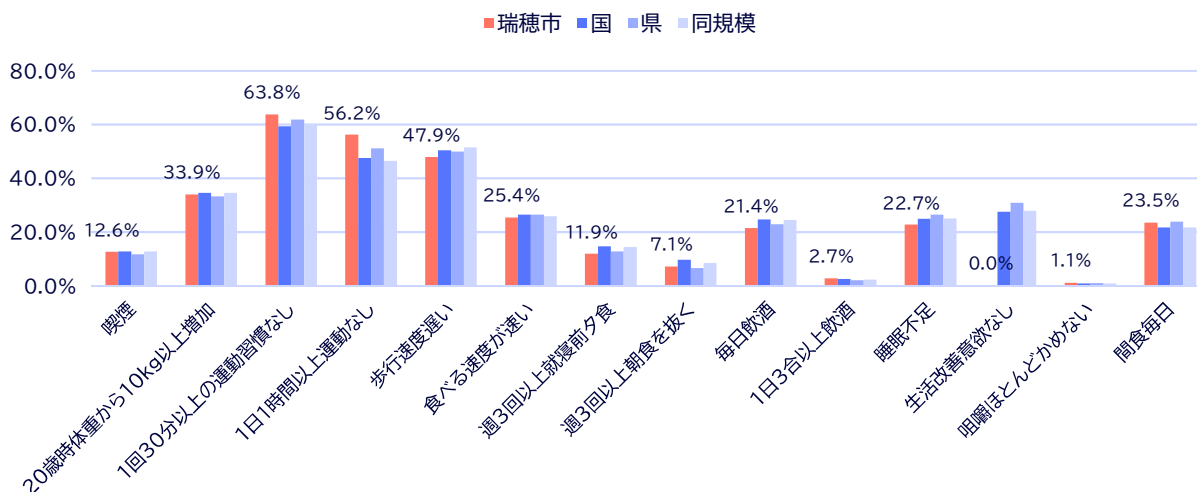
(6) 質問票の状況

① 特定健診受診者における質問票の回答状況

ここでは、特定健診での質問票の回答状況から、瑞穂市の特定健診受診者における喫煙や運動習慣、食事、睡眠などの生活習慣における傾向を概観します。

令和4年度の特定健診受診者の質問票から生活習慣の状況を見ると（図表3-4-6-1）、国や県と比較して「1回30分以上の運動習慣なし」「1日1時間以上運動なし」「3合以上」「咀嚼ほとんどかめない」の回答割合が高いです。

図表3-4-6-1：特定健診受診者における質問票項目別回答者の割合



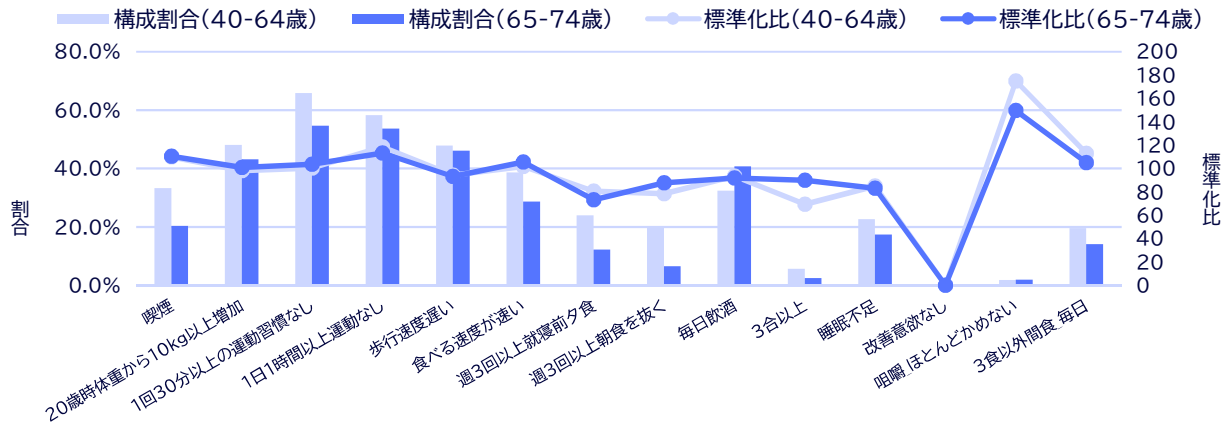
	喫煙	20歳時 体重から 10kg 以上増加	1回30分 以上の 運動習慣 なし	1日1時間 以上 運動なし	歩行速度 遅い	食べる 速度が 速い	週3回 以上 就寝前 夕食	週3回 以上 朝食を 抜く	毎日 飲酒	1日 3合 以上 飲酒	睡眠不足	生活改善 意欲なし	咀嚼 ほとんど かめない	間食 毎日
瑞穂市	12.6%	33.9%	63.8%	56.2%	47.9%	25.4%	11.9%	7.1%	21.4%	2.7%	22.7%	0.0%	1.1%	23.5%
国	12.7%	34.6%	59.3%	47.5%	50.4%	26.4%	14.7%	9.7%	24.6%	2.5%	24.9%	27.5%	0.8%	21.7%
県	11.7%	33.2%	61.8%	51.1%	49.9%	26.5%	12.8%	6.5%	22.9%	2.0%	26.4%	30.8%	0.9%	23.8%
同規模	12.7%	34.5%	59.7%	46.5%	51.5%	25.8%	14.4%	8.4%	24.4%	2.3%	25.0%	27.9%	0.8%	21.7%

【出典】 KDB帳票 S25_001-質問票調査の経年比較 令和4年度 年次

② 特定健診受診者における年代別質問票の回答状況と標準化比

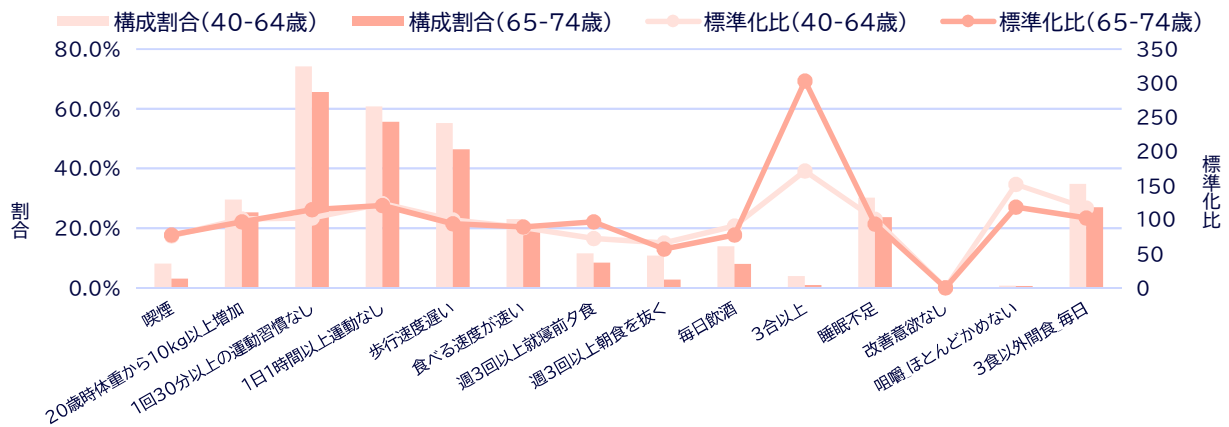
さらに、国における各設問への回答者割合を100とした標準化比を国立保健医療科学院のツールを使って算出し、年代別の回答者割合を国と比較すると（図表3-4-6-2・図表3-4-6-3）、男性では「咀嚼_ほとんどかめない」「1日1時間以上運動なし」「喫煙」の標準化比がいずれの年代においても高く、女性では「3合以上」「1日1時間以上運動なし」「咀嚼_ほとんどかめない」の標準化比がいずれの年代においても高いです。

図表3-4-6-2：特定健診受診者における年代別質問項目回答者の割合・標準化比_男性



		喫煙	20歳時 体重から 10kg 以上増加	1回30分 以上の運 動習慣 なし	1日 1時間 以上 運動なし	歩行速 度遅い	食べる 速度が 速い	週3回 以上 就寝前 夕食	週3回 以上 朝食を 抜く	毎日 飲酒	1日 3合 以上 飲酒	睡眠 不足	生活 改善 意欲 なし	咀嚼 ほとん どか めない	間食 毎日
40- 64歳	回答割合	33.2%	48.1%	65.8%	58.2%	47.8%	38.6%	23.9%	19.6%	32.4%	5.6%	22.6%	0.0%	1.8%	19.5%
	標準化比	110.0	98.3	100.4	118.4	94.4	101.7	80.7	78.4	93.6	69.2	85.1	0.0	174.9	113.0
65- 74歳	回答割合	20.3%	43.1%	54.6%	53.6%	46.1%	28.7%	12.2%	6.4%	40.7%	2.4%	17.4%	0.0%	1.9%	14.1%
	標準化比	110.5	101.0	103.7	113.2	93.3	105.5	73.3	87.8	92.0	89.8	83.0	0.0	149.6	105.1

図表3-4-6-3：特定健診受診者における年代別質問項目回答者の割合・標準化比_女性



		喫煙	20歳時 体重から 10kg 以上増加	1回30分 以上の運 動習慣 なし	1日 1時間 以上 運動なし	歩行速 度遅い	食べる 速度が 速い	週3回 以上 就寝前 夕食	週3回 以上 朝食を 抜く	毎日 飲酒	1日 3合 以上 飲酒	睡眠 不足	生活 改善 意欲 なし	咀嚼 ほとん どか めない	間食 毎日
40- 64歳	回答割合	8.1%	29.5%	74.2%	60.8%	55.2%	23.0%	11.5%	10.8%	13.9%	3.9%	30.1%	0.0%	0.7%	34.8%
	標準化比	76.1	100.9	102.5	123.5	99.9	88.6	72.3	65.8	90.5	171.3	100.3	0.0	151.8	116.8
65- 74歳	回答割合	3.1%	25.2%	65.6%	55.6%	46.4%	20.2%	8.3%	2.7%	7.9%	0.9%	23.6%	0.0%	0.6%	27.0%
	標準化比	77.6	96.8	114.8	120.8	94.1	89.1	96.6	56.9	77.4	303.5	93.6	0.0	118.4	102.5

【出典】KDB帳票 S21_007-質問票調査の状況 令和4年度 累計

5 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

本項では、後期高齢者医療制度や介護保険との一体的実施との接続を踏まえ、介護及び高齢者に係るデータを分析します。

(1) 保険種別（国民健康保険及び後期高齢者医療制度）の被保険者構成

保険種別の被保険者構成をみると（図表3-5-1-1）、国民健康保険（以下、国保という）の加入者数は9,603人、国保加入率は17.2%で、国・県より低いです。後期高齢者医療制度（以下、後期高齢者という。）の加入者数は6,168人、後期高齢者加入率は11.0%で、国・県より低いです。

図表3-5-1-1：保険種別の被保険者構成

	国保			後期高齢者		
	瑞穂市	国	県	瑞穂市	国	県
総人口	55,977	-	-	55,977	-	-
保険加入者数（人）	9,603	-	-	6,168	-	-
保険加入率	17.2%	19.7%	19.6%	11.0%	15.4%	16.6%

【出典】住民基本台帳 令和4年度
KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計（国保・後期）

(2) 年代別の要介護（要支援）認定者の有病状況

生活習慣病における重篤な疾患である「心臓病」「脳血管疾患」やフレイル予防という観点で「筋・骨格関連疾患」に焦点をあて、概観します。

年代別の要介護（要支援）認定者における有病状況（図表3-5-2-1）をみると、前期高齢者である65-74歳の有病割合の国との差は、「心臓病」（5.5ポイント）、「脳血管疾患」（2.7ポイント）、「筋・骨格関連疾患」（5.8ポイント）です。75歳以上の認定者の有病割合の国との差は、「心臓病」（10.0ポイント）、「脳血管疾患」（0.2ポイント）、「筋・骨格関連疾患」（3.4ポイント）です。

図表3-5-2-1：年代別の要介護（要支援）認定者の有病状況

疾病名	65-74歳			75歳以上		
	瑞穂市	国	国との差	瑞穂市	国	国との差
糖尿病	24.4%	21.6%	2.8	35.5%	24.9%	10.6
高血圧症	39.3%	35.3%	4.0	62.4%	56.3%	6.1
脂質異常症	30.8%	24.2%	6.6	38.1%	34.1%	4.0
心臓病	45.6%	40.1%	5.5	73.6%	63.6%	10.0
脳血管疾患	22.4%	19.7%	2.7	23.3%	23.1%	0.2
筋・骨格関連疾患	41.7%	35.9%	5.8	59.8%	56.4%	3.4
精神疾患	30.3%	25.5%	4.8	44.8%	38.7%	6.1

【出典】KDB帳票 S25_006-医療・介護の突合（有病状況） 令和4年度 年次

(3) 保険種別の医療費の状況

① 保険種別の一人当たり医療費と入院医療費の割合

国保及び後期高齢者の一人当たり月額医療費をみると（図表3-5-3-1）、国保の入院医療費は、国と比べて2,290円少なく、外来医療費は340円多いです。後期高齢者の入院医療費は、国と比べて7,220円少なく、外来医療費は2,260円多いです。

また、総医療費に占める入院医療費の割合は、国保では5.6ポイント低く、後期高齢者では7.0ポイント低いです。

図表3-5-3-1：保険種別の一人当たり月額医療費及び入院医療費の状況

	国保			後期高齢者		
	瑞穂市	国	国との差	瑞穂市	国	国との差
入院_一人当たり医療費（円）	9,360	11,650	-2,290	29,600	36,820	-7,220
外来_一人当たり医療費（円）	17,740	17,400	340	36,600	34,340	2,260
総医療費に占める入院医療費の割合	34.5%	40.1%	-5.6	44.7%	51.7%	-7.0

【出典】 KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計（国保・後期）

② 保険種別の医療費の疾病別構成

保険種別に医療費の疾病別構成割合をみると（図表3-5-3-2）、国保では「がん」の医療費が占める割合が最も高く、医療費の16.8%を占めており、国と比べて同程度です。後期高齢者では「がん」の医療費が占める割合が最も高く、医療費の13.6%を占めており、国と比べて2.4ポイント高いです。

重篤な生活習慣病の医療費に絞って疾病別構成割合をみると、「脳出血」「脳梗塞」「狭心症」「心筋梗塞」「慢性腎臓病（透析あり）」の後期の総医療費に占める割合は、同疾患の国保の総医療費に占める割合と比べて大きいです。

図表3-5-3-2：保険種別医療費の状況

疾病名	国保			後期高齢者		
	瑞穂市	国	国との差	瑞穂市	国	国との差
糖尿病	6.3%	5.4%	0.9	5.0%	4.1%	0.9
高血圧症	3.5%	3.1%	0.4	3.6%	3.0%	0.6
脂質異常症	2.3%	2.1%	0.2	1.5%	1.4%	0.1
高尿酸血症	0.0%	0.0%	0.0	0.0%	0.0%	0.0
脂肪肝	0.1%	0.1%	0.0	0.0%	0.0%	0.0
動脈硬化症	0.1%	0.1%	0.0	0.2%	0.2%	0.0
がん	16.8%	16.8%	0.0	13.6%	11.2%	2.4
脳出血	0.6%	0.7%	-0.1	0.8%	0.7%	0.1
脳梗塞	1.6%	1.4%	0.2	4.0%	3.2%	0.8
狭心症	1.3%	1.1%	0.2	2.2%	1.3%	0.9
心筋梗塞	0.2%	0.3%	-0.1	0.4%	0.3%	0.1
慢性腎臓病（透析あり）	3.1%	4.4%	-1.3	3.6%	4.6%	-1.0
慢性腎臓病（透析なし）	0.4%	0.3%	0.1	0.4%	0.5%	-0.1
精神疾患	8.3%	7.9%	0.4	2.1%	3.6%	-1.5
筋・骨格関連疾患	7.7%	8.7%	-1.0	10.4%	12.4%	-2.0

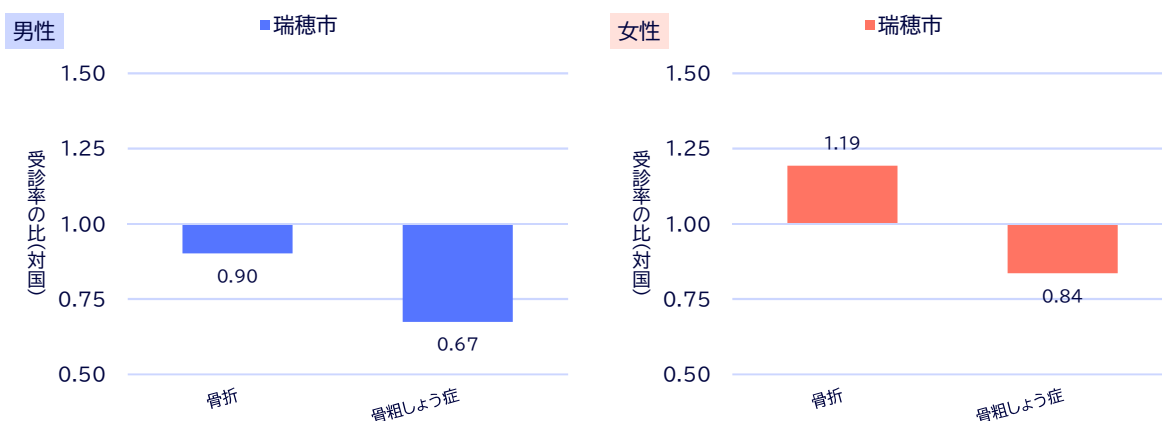
【出典】 KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計（国保・後期）

※ここでは、総医療費に占める各疾病の医療費の割合を集計している

(4) 前期高齢者における骨折及び骨粗しょう症の受診率

前期高齢者における「骨折」及び「骨粗しょう症」の受診率（図表3-5-4-1）をみると、国と比べて、男性では「骨折」の受診率は低く、「骨粗しょう症」の受診率は低いです。また、女性では「骨折」の受診率は高く、「骨粗しょう症」の受診率は低いです。

図表3-5-4-1：前期高齢者の骨折及び骨粗しょう症の受診率比較



【出典】KDB帳票 S23_005-疾病別医療費分析（細小（82）分類） 令和4年度 累計

※表内の「骨折」は入院及び外来、「骨粗しょう症」は外来を集計している

(5) 後期高齢者の健診受診状況

健診受診の状況（図表3-5-5-1）をみると、後期高齢者の健診受診率は39.1%で、国と比べて14.3ポイント高いです。続いて、健診受診者に占める受診勧奨対象者の割合をみると、後期高齢者の受診勧奨対象者率は52.8%で、国と比べて8.1ポイント低いです。また、検査項目ごとの健診受診者に占める有所見者の割合を国と比べると、後期高齢者では「血糖」の該当割合が高いです。

図表3-5-5-1：後期高齢者の健診状況

		後期高齢者		
		瑞穂市	国	国との差
健診受診率		39.1%	24.8%	14.3
受診勧奨対象者率		52.8%	60.9%	-8.1
有所見者の状況	血糖	10.5%	5.7%	4.8
	血圧	14.6%	24.3%	-9.7
	脂質	10.2%	10.8%	-0.6
	血糖・血圧	2.1%	3.1%	-1.0
	血糖・脂質	1.3%	1.3%	0.0
	血圧・脂質	4.0%	6.9%	-2.9
	血糖・血圧・脂質	0.6%	0.8%	-0.2

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計（後期）

参考：健診項目における受診勧奨判定値

空腹時血糖	126mg/dL以上	収縮期血圧	140mmHg以上	中性脂肪	300mg/dL以上	LDLコレステロール	140mg/dL以上
HbA1c	6.5%以上	拡張期血圧	90mmHg以上	HDLコレステロール	34mg/dL以下		

【出典】KDBシステム 各帳票等の項目にかかる集計要件

(6) 後期高齢者における質問票の回答状況

後期高齢者における質問票の回答状況をみると（図表3-5-6-1）、国と比べて「健康状態が「よくない」「毎日の生活に「不満」「6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少が「あった」「ウォーキング等の運動を「週に1回以上していない」「週に1回以上外出して「いない」」の回答割合が高いです。

図表3-5-6-1：後期高齢者における質問票の回答状況

カテゴリー	項目・回答	回答割合		
		瑞穂市	国	国との差
健康状態	健康状態が「よくない」	1.9%	1.1%	0.8
心の健康	毎日の生活に「不満」	1.3%	1.1%	0.2
食習慣	1日3食「食べていない」	4.2%	5.4%	-1.2
口腔・嚥下	半年前に比べて硬いものが「食べにくくなった」	26.7%	27.7%	-1.0
	お茶や汁物等で「むせることがある」	16.5%	20.9%	-4.4
体重変化	6か月間で2～3kg以上の体重減少が「あった」	12.7%	11.7%	1.0
運動・転倒	以前に比べて「歩行速度が遅くなったと思う」	58.7%	59.1%	-0.4
	この1年間に「転倒したことがある」	17.5%	18.1%	-0.6
	ウォーキング等の運動を「週に1回以上していない」	46.1%	37.1%	9.0
認知	周囲の人から「物忘れがあるとされたことがある」	16.0%	16.2%	-0.2
	今日が何月何日かわからない日が「ある」	21.2%	24.8%	-3.6
喫煙	たばこを「吸っている」	4.4%	4.8%	-0.4
社会参加	週に1回以上外出して「いない」	10.2%	9.4%	0.8
	ふだんから家族や友人との付き合いが「ない」	5.4%	5.6%	-0.2
ソーシャルサポート	体調が悪いときに、身近に相談できる人が「いない」	4.0%	4.9%	-0.9

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計（後期）

6 その他の状況

(1) 重複服薬の状況

重複服薬の状況をみると（図表3-6-1-1）、重複処方該当者数は132人です。

※重複処方該当者：重複処方を受けた人のうち、3医療機関以上かつ複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数が1以上、または2医療機関以上かつ複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数が2以上に該当する者

図表3-6-1-1：重複服薬の状況（薬効分類単位で集計）

他医療機関との重複処方が発生した医療機関数（同一月内）		複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数（同一月内）									
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上
重複処方を 受けた人	2医療機関以上	324	109	37	17	9	5	3	2	1	1
	3医療機関以上	23	19	11	5	3	0	0	0	0	
	4医療機関以上	5	4	4	2	1	0	0	0	0	
	5医療機関以上	1	1	1	0	0	0	0	0	0	

【出典】KDB帳票 S27_013-重複・多剤処方の状況 令和5年3月診療分

(2) 多剤服薬の状況

多剤服薬の状況をみると（図表3-6-2-1）、多剤処方該当者数は27人です。

※多剤処方該当者：同一薬効に関する処方日数が1日以上かつ処方薬効数（同一月内）が15以上に該当する者

図表3-6-2-1：多剤服薬の状況（薬効分類単位で集計）

		処方薬効数（同一月内）											
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上	20以上
処方 日数	1日以上	4,728	3,926	3,116	2,316	1,665	1,184	814	551	354	227	27	3
	15日以上	3,848	3,401	2,804	2,137	1,582	1,142	793	543	350	224	27	3
	30日以上	2,856	2,554	2,163	1,690	1,284	945	675	474	307	201	27	3
	60日以上	1,215	1,110	981	817	656	506	372	271	188	122	25	3
	90日以上	485	455	403	344	278	216	168	125	88	59	16	2
	120日以上	225	213	190	169	143	111	89	67	45	28	9	2
	150日以上	109	102	94	85	72	56	45	32	18	10	2	1
	180日以上	70	66	61	58	47	38	27	20	12	7	1	1

【出典】KDB帳票 S27_013-重複・多剤処方の状況 令和5年3月診療分

(3) 後発医薬品の使用状況

令和4年9月時点の後発医薬品の使用割合は79.5%で、県の77.9%と比較して1.6ポイント高いです（図表3-6-3-1）。

図表3-6-3-1：後発医薬品の使用状況

	令和元年9月	令和2年3月	令和2年9月	令和3年3月	令和3年9月	令和4年3月	令和4年9月
瑞穂市	73.3%	75.5%	78.0%	78.9%	78.3%	78.1%	79.5%
県	72.3%	75.1%	76.1%	77.4%	77.3%	77.6%	77.9%

【出典】厚生労働省 保険者別の後発医薬品の使用割合

(4) 5がん（胃がん・肺がん・大腸がん・子宮頸がん・乳がん）検診の受診率

国保被保険者におけるがん検診の受診状況をみると（図表3-6-4-1）、下表の5つのがんの検診平均受診率は15.5%で、国より低いですが、県より高いです。

図表3-6-4-1：国保被保険者におけるがん検診の受診状況

	胃がん	肺がん	大腸がん	子宮頸がん	乳がん	5がん平均
瑞穂市	10.6%	10.4%	19.0%	11.2%	26.1%	15.5%
国	12.1%	15.2%	16.0%	16.2%	18.2%	15.5%
県	11.6%	14.6%	15.3%	14.7%	20.2%	15.3%

【出典】厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告 令和3年度

7 健康課題の整理

分析結果から明らかとなった健康課題に対して当市が取組むべき課題と課題解決に向けた取組について、以下のとおり整理します。

項目	健康課題	優先課題	課題解決への取組の方向性	対応する保健事業番号
A	令和4年度健診受診率は45.2%であり、岐阜県の41.2%を大きく上回っていますが、目標値60%に届いておらず、メタボリックシンドローム該当者も増加傾向にあります。受診勧奨対策として健診案内ハガキの送付を実施していますが受診率はほぼ横ばい傾向となっています。ナッジ理論（行動経済学理論）を活用した受診者の特性に応じた案内文による勧奨通知など、効果的な勧奨実施が必要です。	✓	メタボリックシンドローム等生活習慣病の予防 健診受診率の向上	①・⑬
B	令和4年度特定保健指導実施率は、85.8%と高い水準を維持しているが、横ばい傾向が続いている。メタボリックシンドローム該当者及び年々増加傾向にあるため、生活習慣病重症化予防のため、保健師、管理栄養士等による家庭訪問や予防教室において保健指導を実施するなど、引き続き指導率向上につながる施策を実施する。	✓	メタボリックシンドローム等生活習慣病の予防 特定保健指導実施率の向上	②・③
C	人口透析患者の一人当たり医療費は透析のない被保険者の約16.7倍であり、新規人口透析患者のうち約8割が糖尿病を併発していることから、人口透析に至る主要な疾患に糖尿病性腎症があることが考えられるため、重症化予防対策を引き続き実施する。	✓	糖尿病の重症化予防	④・⑭・⑮
D	重症化リスクのあるⅡ度高血圧以上の者を医療機関につなぎ、血圧コントロールを行う。医療受診勧奨を行い受診に繋げ、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。		高血圧の重症化予防	④・⑭・⑮
E	慢性腎臓病の発症、重症化リスクを有する者に対して、受診勧奨と適切な保健指導を行い、人工透析への導入を予防する。		腎機能低下の重症化予防	⑤・⑮
F	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		重複多剤服用者の減少	⑧・⑨・⑩
G	瑞穂市は高齢化率が21.6%（令和2年）で、労働人口（15～64歳）が2.3%増加（平成27年との比較）し、65歳以上の単独世帯は28.6%増加していることから（令和5年11月更新、岐阜県庁発表「令和2年統計から見た瑞穂市の現状」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。		地域包括ケア推進・ 一体的実施の取組の状況	⑪・⑫

第4章 データヘルス計画全体の目標

計画全体の目標		健康寿命を延伸させ、医療費の適正化を図る								
項目	目標	保健事業番号	評価指標 ㊦=アウトプット（実施量） ㊧=アウトカム（成果）	計画策定時	目標値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
A	健診受診率の向上	①	㊦特定健診受診率	45.2%	50%	52%	54%	56%	58%	60%
			㊦特定健診受診勧奨ハガキ送付率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		⑬	㊦若年層健診継続受診率	4.5%	5.0%	5.3%	5.5%	6.0%	6.5%	7%
B	特定保健指導実施率の向上	② ③	㊦特定保健指導利用率	90.8%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
			㊦次年度継続健診受診率	—	50%	50%	50%	50%	50%	50%
			㊦特定保健指導終了率	85.8%	60%	60%	60%	60%	60%	60%
		⑬	㊦メタボ関連項目で要指導判定者への指導率（若年層健診）	88.8%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
	メタボ等の生活習慣病の予防	③	㊦保健指導対象者の減少率	23.4%	26%	26.2%	26.4%	26.6%	26.8%	27%
			㊦利用者の腹囲2cm、体重2kg減量した者の割合	19.9%	22.5%	23%	23.5%	24%	24.5%	25%
			㊦特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	23.4%	25%	26%	27%	28%	29%	30%
			㊦メタボ該当者・メタボ予備群該当者の減少率	15.1%	16.5%	17%	17.5%	18%	18.5%	19%
		⑮	㊦事業参加者の検査値の維持・改善者割合	37.3%	40%	45%	50%	55%	60%	65%
			㊦事業参加率（みずほ健康セミナー）	93.3%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
C	糖尿病の重症化予防	④	㊦HbA1c値維持・改善者割合（中断者）	66.7%	70%	72%	74%	76%	78%	80%
			㊦医療機関受診勧奨率（中断者）	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
			㊦医療機関受診率（中断者）	83.3%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
			㊦次年度健診受診率（中断者）	66.7%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
		⑤	㊦HbA1c値維持・改善者割合（ハイリスク者）	50%	76%	76.5%	77%	77.5%	79%	80%
			㊦eGFR値維持・改善者割合（ハイリスク者）	66.7%	70%	72%	74%	76%	78%	80%
			㊦次年度健診受診率（ハイリスク者）	75%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
			㊦保健指導実施率（ハイリスク者）	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

項目	目標	保健事業番号	評価指標 ㊦=アウトプット(実施量) ㊧=アウトカム(成果)	計画策定時	目標値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
D	高血圧の重症化予防	⑥	㊦収縮期血圧 維持・改善者割合	64.9%	70%	70%	70%	70%	70%	70%
			㊧収縮期血圧 維持・改善者割合	83.3%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
			㊦医療機関受診勧奨率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
			㊦医療機関受診率	—	80%	80%	80%	80%	80%	80%
			㊦次年度健診受診率	86.8%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
		⑭	㊦事業参加者の翌年度のHb1c値の維持・改善者割合	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
			㊦事業参加率(血糖コントロール教室)	70%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
E	腎機能低下の重症化予防	⑦	㊦収縮期血圧 維持・改善者割合	64.9%	70%	70%	70%	70%	70%	70%
			㊧収縮期血圧 維持・改善者割合	83.3%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
			㊦CKD重症度分類の変化	82%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
			㊦医療機関受診勧奨率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
			㊦次年度健診受診率	86.8%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
F	重複多剤服用者の減少	⑧	㊦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	99	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少
			㊦対象者への通知・訪問回数(改善状況の確認も含む)	—	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上
			㊦取組実施前後の評価	—	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
		⑨	㊦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	22	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少	前年より減少
			㊦対象者への通知・訪問回数(改善状況の確認も含む)	—	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上
			㊦取組実施前後の評価	—	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
		⑩	㊦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
			㊦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

項目	目標	保健事業番号	評価指標 ㉞=アウトプット (実施量) ㉟=アウトカム (成果)	計画策定時	目標値							
					R6	R7	R8	R9	R10	R11		
G	地域包括ケア・一体的実施の取組状況	⑪	㉞ 国保の視点から地域包括ケアの推進に資する取組の実施	-	実施	実施	実施	実施	実施	実施		
			㉟ 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		
			㉟ 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、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）取組実施前後の評価	-	実施	実施	実施	実施	実施	実施		
					㉟ ③国保直診施設等を拠点とした取組をはじめ、医療・介護関係機関の連携による地域包括ケアの推進に向けた取組の実施	-	実施	実施	実施	実施	実施	実施
		⑫	㉟ 後期高齢者医療広域連合から保健事業実施の委託を受け、専門職を活用し、国保の保健事業について後期高齢者医療制度の保健事業と介護保険の地域支援事業と一体的に実施	-	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	
			㉟ 事業の実施に当たり、国保、後期高齢者医療、介護保険のそれぞれのデータ分析を実施	-	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	
			㉟ ①-1 後期高齢者医療制度の保健事業と一体的に実施している保健事業の実施内容（ハイリスクアプローチ）	-	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	
			㉟ ①-2 介護保険の地域支援事業と一体的に実施している保健事業の実施内容（ポピュレーションアプローチ）	-	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	
			㉟ ②事業の実施に当たり、国保のデータに加え、後期高齢者医療及び介護保険のデータについても、KDB等を活用した分析を総合的に実施	-	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	

第5章 保健事業の内容

1 保健事業の整理

① 特定健康診査受診勧奨事業

第2期計画における取組と評価			
事業評価	事業 アウトカム	個別事業名	事業の概要
C	特定健診受診率 目標：60% 結果：45.2% (R4)	特定健診受診率向上	対象者：特定健診未受診者 方法：特定健診受診勧奨ハガキの送付：受診対象者全員、40代、50代の未受診者 評価：受診率は県平均を上回っているものの、横ばい傾向であるため、より効果的な勧奨を実施し更なる受診率向上を目指す



第3期計画における特定健診未受診者勧奨事業に関連する健康課題
令和4年度の受診率45.2%は、県平均41.2%を大きく上回っているが、目標値60%には届いておらず、メタボリックシンドローム該当者は増加傾向にある。受診率向上対策として健診案内ハガキの送付を実施しているが受診率は横ばい傾向となっている。ナッジ理論を活用した受診者の特定に応じた案内による勧奨通知により効果的な受診勧奨を実施。
第3期計画における特定健診未受診者勧奨事業に関連するデータヘルス計画の目標
メタボ等の生活習慣病の予防



第3期計画における特定健診未受診者勧奨事業に関連する保健事業
事業の方向性
メタボリックシンドローム該当者の割合が年々増加傾向にあり、特定健診受診率を向上させ特定保健指導や医療機関受診につなげる必要。ナッジ理論を活用した受診者の特定に応じた案内による勧奨通知により効果的な勧奨を実施。



個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）							
目的	健診受診率向上のため受診勧奨を実施						
対象者	受診対象者全員：未受診者						
時期	6月、8月中旬						
方法	特定健診受診勧奨ハガキ送付：個別勧奨はがき（ナッジ理論を活用した受診勧奨案内の発送。）						
実施回数・量	特定健診受診勧奨ハガキ送付：年2回						
連携体制・予算・人員							
事業名	評価指標・目標値						
特定健診受診勧奨事業	アウトカム指標 (成果)	【評価指標】 特定健診受診率（実績値）					
		計画策定時 令和4年度 (2022年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)
	45.2%	50%	52%	54%	56%	58%	60%
アウトプット指標 (実施量・率)	【評価指標】 特定健診受診勧奨ハガキ送付率						
	計画策定時 令和4年度 (2022年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)
100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
評価時期	毎年度末に評価し、2026年度（R8）に中間評価を実施						

② 特定保健指導利用勧奨事業

第2期計画における取組と評価			
事業評価	事業アウトカム	個別事業名	事業の概要
A	特定保健指導利用率 目標：70% 結果：90.8% (R4)	特定保健指導利用勧奨事業	対象者：特定保健指導未利用者 方法：特定保健指導利用勧奨通知の送付 評価：利用率の維持、継続を目指す

第3期計画における特定保健指導受診勧奨事業に関連する健康課題
特定保健指導利用率 (R4) 90.8%は、高い水準を維持している。メタボリックシンドローム該当者の割合が年々増加傾向にあることから、保健師、管理栄養士等による家庭訪問、予防教室などの保健指導につながる勧奨を実施する。
第3期計画における特定保健指導受診者勧奨事業に関連するデータヘルス計画の目標
生活習慣病のリスクがある方の生活習慣改善を支援し、メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少を図る。

第3期計画における特定保健指導受診者勧奨事業に関連する保健事業
事業の方向性
メタボリックシンドローム該当者の割合が年々増加傾向にあり、指導対象者の生活習慣改善するための支援を実施し、虚血性心疾患、脳疾患、糖尿病性腎症などのリスクを低減する。

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)	
目的	保健指導対象者の生活習慣を改善するため、指導対象者が自らの生活を振り返り、行動目標を設定・実践できる支援を実施
対象者	特定保健指導未利用者
時期	随時
方法	電話、家庭訪問
実施回数・量	1回以上
連携体制・予算・人員	保健指導実施日を設定し、原則家庭訪問にて保健指導利用を勧奨 保健師、管理栄養士等

事業名	評価指標・目標値							
特定保健指導受診勧奨事業	アウトカム指標 (成果)	【評価指標】						
		計画策定時 令和4年度 (2022年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)
	アウトプット指標 (実施量・率)	【評価指標】 特定保健指導利用率						
		計画策定時 令和4年度 (2022年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)
		90.8%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
		【評価指標】 次年度継続健診受診率						
	計画策定時 令和4年度 (2022年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)	
	90.8%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	
	評価時期	毎年度末に評価し、2026年度 (R8) に中間評価を実施						

③ 特定保健指導

第2期計画における取組と評価			
事業評価	事業 アウトカム	個別事業名	事業の概要
B	メタリックシンドローム予備群の割合 目標：9% 結果：10.3% (R4) メタリックシンドローム該当者の割合 目標：15% 結果：20.5% (R4) 特定保健指導対象者の減少率 目標：25% 結果：23.4% (R4) 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 目標：30% 結果：25.2% (R4)	特定保健指導	対象者：特定健診未受診者 方法：特定健診受診勧奨ハガキの送付：受診対象者全員、40代、50代の未受診者 評価：受診率は横ばい傾向を維持、効果的な勧奨により、更なる受診率向上を目指す



第3期計画における特定保健指導に関連する健康課題
特定保健指導終了率85.8% (R4) は高い水準を維持しており、終了率の維持・向上に努める。 メタリックシンドローム該当者及び年々増加傾向にあるため、生活習慣病重症化予防のため、保健師、管理栄養士等による個別訪問や予防教室等での保健指導を実施するなど、引き続き指導率向上につながる施策を実施する。
第3期計画における特定保健指導に関連するデータヘルス計画の目標
生活習慣病のリスクがある方の生活習慣改善を支援し、メタリックシンドローム該当者・予備群の減少を図る。



第3期計画における特定保健指導に関連する保健事業
事業の方向性 メタリックシンドローム該当者の割合が年々増加傾向にあり、指導対象者の生活習慣改善するための支援を実施し、虚血性心疾患、脳疾患、糖尿病性腎症などのリスクを低減する。



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）	
目的	保健指導対象者の生活習慣を改善するため、指導対象者が自らの生活を振り返り、行動目標を設定・実践できる支援を行う。また、対象者が健康に関するセルフケア（自己管理）ができる指導を実施
対象者	特定健診受診者のうち、保健指導の判定基準に該当する者
時期	健診受診後3～6月後
方法	家庭訪問を中心とした対面での保健指導を実施、
実施回数・量	①動機付け支援：初回面接による支援のみの原則1回。 初回面接から実績評価をおこなうまでの期間は3～6か月経過後 ②積極的支援：初回面接による支援を行い、その後3～6か月の継続的な支援を実施。 初回面接から実績評価を行うまでの期間は3～6か月経過後
連携体制・予算・人員	

事業名	評価指標・目標値							
特定保健指導	アウトカム指標 (成果)	【評価指標】保健指導対象者の減少率						
		計画策定時 令和4年度 (2022年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)
		23.4%	26%	26.2%	26.4%	26.6%	26.8%	27%
		【評価指標】利用者の腹囲2cm、体重2kg減量した者の割合						
		計画策定時 令和4年度 (2022年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)
		19.9%	22.5%	23%	23.5%	24%	24.5%	25%
		【評価指標】特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率						
		計画策定時 令和4年度 (2022年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)
		23.4%	25%	26%	27%	28%	29%	30%
		【評価指標】メタボ該当者・メタボ予備群該当者の減少率（前年度比）						
		計画策定時 令和4年度 (2022年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)
		15.1%	16.5%	17%	17.5%	18%	18.5%	19%
アウトプット指標 (実施量・率)	【評価指標】特定保健指導利用率							
	計画策定時 令和4年度 (2022年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)	
	90.8%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	
	【評価指標】次年度継続健診受診率							
	計画策定時 令和4年度 (2022年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)	
	90.8%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	
評価時期	【評価指標】特定保健指導終了率							
	計画策定時 令和4年度 (2022年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)	
85.8%	60%	60%	60%	60%	60%	60%		
	毎年度末に評価し、2026年度（R8）に中間評価を実施							

④ 糖尿病重症化予防（未受診者・中断者）医療機関受診勧奨事業

第2期計画における取組と評価			
事業評価	事業アウトカム	個別事業名	事業の概要
A	検査結果の維持改善率（空腹時血糖） 目標：50% 結果：61.1%（R4） 検査結果の維持改善率（HbA1c値） 目標：50% 結果：77.8%（R4） 新規人工透析導入者数 目標：5人 結果：9人（R4） 人工透析にかかる医療費の減少状況（前年度からの減少額） 目標：-6百万円 結果：-33.1百万円（R4）	糖尿病性腎症重症化予防事業	対象者： 1) ①空腹時血糖126mg/dl（随時血糖200mg/dl）以上またはHbA1c6.5%以上のうち1年以内に糖尿病のレセプトがついていない者 ②尿蛋白（+）以上またはeGFR60ml/分/1.73m ² 未満 ③特定保健指導 ★保健指導の優先順位 1. ①かつ②かつ③>2. ①かつ③>3. ①かつ② 方法：対象者に対し、通知・個別面談・訪問し受診勧奨及び保健指導を実施 評価：検査結果の維持・改善率は向上



第3期計画における糖尿病重症化予防医療機関受診勧奨事業に関連する健康課題
人口透析患者の一人当たり医療費は透析のない被保険者の約16.7倍であり、新規人口透析患者のうち約8割が糖尿病を併発していることから、人口透析に至る主要な疾患に糖尿病性腎症があることが考えられるため、医療機関受診勧奨等の重症化予防対策を引き続き実施する。
第3期計画における糖尿病重症化予防医療機関受診勧奨事業に関連するデータヘルス計画の目標
糖尿病の重症化予防



第3期計画における糖尿病重症化予防医療機関受診勧奨事業に関連する保健事業
事業の方向性
糖尿病重症化予防対策として医療機関受診勧奨を引き続き実施する。



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）	
目的	糖尿病から人工透析への移行を抑制し、医療費の適正化を図る
対象者	受診勧奨：空腹時血糖126mg/dl（随時血糖200mg/dl）以上またはHbA1c6.5%以上のうち1年以内に糖尿病のレセプトがついていない者 保健指導：①空腹時血糖126mg/dl（随時血糖200mg/dl）以上またはHbA1c6.5%以上のうち1年以内に糖尿病のレセプトがついていない者、②尿蛋白（+）以上またはeGFR60ml/分/1.73m ² 未満、③特定保健指導 ★保健指導の優先順位：1. ①かつ②かつ③>2. ①かつ③>3. ①かつ②
時期	健診受診後3～6か月後
方法	対象者に対し、通知・個別面談・訪問し受診勧奨及び保健指導を実施
実施回数・量	受診勧奨：健診結果に受診勧奨文書を同封する。 保健指導：個別面談・訪問を行い、受診勧奨・保健指導を実施（1回） 対象者が医療機関受診後、医療機関より市役所へ連絡票が送付される。
連携体制・予算・人員	年1回市内医療機関との説明会を実施。瑞穂市糖尿病性腎症重症化予防プログラムや連絡票の活用方法等について説明を行い連携・協力体制を構築

事業名	評価指標・目標値							
糖尿病重症化予防（未受診者・中断者）医療機関受診勧奨事業	アウトカム指標 （成果）	【評価指標】 HbA1c値維持・改善者割合（未受診者・中断者）						
		計画策定時 令和3年度 (2021年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)
		66.7%	70%	72%	74%	76%	78%	80%
	アウトプット指標 （実施量・率）	【評価指標】 医療機関受診勧奨率（未受診者・中断者）						
		計画策定時 令和3年度 (2021年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)
		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		【評価指標】 医療機関受診率（未受診者・中断者）						
		計画策定時 令和3年度 (2021年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)
		83.3%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
		【評価指標】 次年度健診受診率（未受診者・中断者）						
計画策定時 令和3年度 (2021年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)		
66.7%	80%	80%	80%	80%	80%	80%		
評価時期	毎年度末に評価し、2026年度（R8）に中間評価を実施							

⑤ 糖尿病重症化予防（ハイリスク者）医療保健指導

第2期計画における取組と評価			
事業評価	事業 アウトカム	個別事業名	事業の概要
A	検査結果の維持改善率（空腹時血糖） 目標：50% 結果：61.1%（R4） 検査結果の維持改善率（HbA1c値） 目標：50% 結果：77.8%（R4） 新規人工透析導入者数 目標：5人 結果：9人（R4） 人工透析にかかる医療費の減少状況 （前年度からの減少額） 目標：-6百万円 結果：-33.1百万円（R4）	糖尿病性腎症重症化予防事業	対象者：医療機関受診中で岐阜県糖尿病重症化予防プログラム対象者かつ慢性腎臓病（CKD）ステージが3・4期の者 方法：対象者に対し、個別面談・電話相談等の保健指導を実施 評価：検査結果の維持・改善率は向上



第3期計画における糖尿病重症化予防保健指導に関連する健康課題

人口透析患者の一人当たり医療費は透析のない被保険者の約16.7倍であり、新規人口透析患者のうち約8割が糖尿病を併発していることから、人口透析に至る主要な疾患に糖尿病性腎症があることが考えられるため、重症化予防対策を引き続き実施する。

第3期計画における糖尿病重症化予防保健指導に関連するデータヘルス計画の目標

糖尿病の重症化予防



第3期計画における糖尿病重症化予防保健指導に関連する保健事業

事業の方向性

糖尿病重症化予防対策として対象者に対し、引き続き保健指導を実施する。



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）

目的	糖尿病から人工透析への移行を抑制し、医療費の適正化を図る
対象者	医療機関受診中で岐阜県糖尿病重症化予防プログラムの対象者かつ慢性腎臓病（CKD）ステージが3・4期の者
時期	健診受診後
方法	健診結果とレセプトデータを突合せ、該当者を選定。該当者には案内文を送付し、同意のあった者に対して保健指導を実施する。
実施回数・量	保健師は、主治医からの指示に基づき保健指導を行い、継続支援を行う。必要に応じて指導報告書を作成し、支援状況を主治医に報告するなど、医療機関と連携して支援を行う。
連携体制・予算・人員	年1回市内医療機関との説明会を実施。瑞穂市糖尿病性腎症重症化予防プログラムや連絡票の活用方法等について説明を行い連携・協力体制を構築

事業名	評価指標・目標値							
糖尿病重症化予防（ハイリスク者） 保健指導	アウトカム指標 （成果）	【評価指標】 HbA1c値維持・改善者割合（ハイリスク者）						
		計画策定時 令和3年度 （2021年）	令和6年度 （2024年）	令和7年度 （2025年）	令和8年度 （2026年）	令和9年度 （2027年）	令和10年度 （2028年）	令和11年度 （2029年）
		50%	76%	76.5%	77%	78%	79%	80%
		【評価指標】 eGFR値維持・改善者割合（ハイリスク者）						
	計画策定時 令和3年度 （2021年）	令和6年度 （2024年）	令和7年度 （2025年）	令和8年度 （2026年）	令和9年度 （2027年）	令和10年度 （2028年）	令和11年度 （2029年）	
	66.7%	70%	72%	74%	76%	78%	80%	
	アウトプット指標 （実施量・率）	【評価指標】 次年度健診受診率（ハイリスク者）						
		計画策定時 令和3年度 （2021年）	令和6年度 （2024年）	令和7年度 （2025年）	令和8年度 （2026年）	令和9年度 （2027年）	令和10年度 （2028年）	令和11年度 （2029年）
		75%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
		【評価指標】 保健指導実施率（ハイリスク者）						
計画策定時 令和3年度 （2021年）	令和6年度 （2024年）	令和7年度 （2025年）	令和8年度 （2026年）	令和9年度 （2027年）	令和10年度 （2028年）	令和11年度 （2029年）		
100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
評価時期	毎年度末に評価し、2026年度（R8）に中間評価を実施							

⑥ 高血圧重症化予防医療機関受診勧奨事業

第2期計画における取組と評価			
事業評価	事業 アウトカム	個別事業名	事業の概要
－	－	－	－



第3期計画における高血圧重症化予防医療機関受診勧奨事業に関連する健康課題
重症化リスクのあるⅡ度高血圧以上の者を医療機関につなぎ、血圧コントロールを行う。医療受診勧奨を行い受診に繋げ、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。
第3期計画における高血圧重症化予防医療機関受診勧奨事業に関連するデータヘルス計画の目標
高血圧の重症化予防



第3期計画における高血圧重症化予防医療機関受診勧奨事業に関連する保健事業
事業の方向性
高血圧重症化予防対策として医療機関受診勧奨を実施する。



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）	
目的	重症化リスクのあるⅡ度高血圧以上の者を医療機関につなぎ、血圧コントロールを行う。医療受診勧奨を行い受診に繋げ、高血圧から起因する心臓病や脳卒中などの疾病を予防する。
対象者	特定健診で収縮期血圧160以上または拡張期血圧100以上（Ⅱ度高血圧以上）で高血圧の服薬をしていない者
時期	健診結果返送時（健診受診後3～6か月後）
方法	健診結果に文書とリーフレットを同封する
実施回数・量	1回/年
連携体制・予算・人員	
評価時期	毎年度末に評価し、2026年度（R8）に中間評価を実施

事業名	評価指標・目標値							
高血圧重症化予防医療受診勧奨事業	アウトカム指標 (成果)	【評価指標】収縮期血圧 維持・改善者割合						
		計画策定時 令和3年度 (2021年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)
		69.4%	70%	70%	70%	70%	70%	70%
		【評価指標】拡張期血圧 維持・改善者割合						
	計画策定時 令和3年度 (2021年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)	
	83.3%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	
	アウトプット指標 (実施量・率)	【評価指標】医療機関受診勧奨率						
		計画策定時 令和3年度 (2021年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)
		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		【評価指標】医療機関受診率						
		計画策定時 令和3年度 (2021年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)
		-	80%	80%	80%	80%	80%	80%
	評価時期	【評価指標】次年度健診受診率						
		計画策定時 令和3年度 (2021年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)
86.8%	80%	80%	80%	80%	80%	80%		
毎年度末に評価し、2026年度（R8）に中間評価を実施								

⑦ 腎機能低下重症化予防医療機関受診勧奨事業

第2期計画における取組と評価			
事業評価	事業 アウトカム	個別事業名	事業の概要
－	－	－	－



第3期計画における腎機能低下重症化予防医療機関受診勧奨事業に関連する健康課題
慢性腎臓病の発症、重症化リスクを有する者に対して、受診勧奨と適切な保健指導を行い、人工透析への導入を予防する。
第3期計画における腎機能低下重症化予防医療機関受診勧奨事業に関連するデータヘルス計画の目標
CKD（慢性腎臓病）重症度分類の変化



第3期計画における腎機能低下重症化予防医療機関受診勧奨事業に関連する保健事業
事業の方向性
腎機能低下重症化予防対策として医療機関受診勧奨を実施する。



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）	
目的	①慢性腎臓病の発症、重症化リスクを有する者に対して、受診勧奨と適切な保健指導を行い、人工透析への導入を予防する。 ②CKD（慢性腎臓病）について理解し、腎機能の維持に努め、透析への移行を抑制する。
対象者	①健診結果で、eGFR60未満、または尿蛋白+以上である者 ②特定健診対象者（40～74歳）で、eGFR45以上60未満である者
時期	①健診受診後3～6か月後 ②毎年1回4クール
方法	①対象者に受診勧奨の文書、医療機関宛の連絡票、返信用封筒を送付する。 医療機関からの連絡票で保健指導が必要であるとされた者に対して、保健指導を実施する。 ②対象者を選定し、予防教室（そらまめ腎ぞう教室）の勧奨を行う。 腎機能検査値の改善を目標に食事や生活習慣についての講義を行う。
実施回数・量	①1回／年 ②1回／年（定員制、先着順）
連携体制・予算・人員	予防教室（そらまめ腎ぞう教室）人員：保健師、管理栄養士、健康運動指導士等

事業名	評価指標・目標値							
腎機能低下重症化予防医療機関受診勧奨事業	アウトカム指標 (成果)	【評価指標】収縮期血圧 維持・改善者割合						
		計画策定時 令和3年度 (2021年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)
		69.4%	70%	70%	70%	70%	70%	70%
		【評価指標】拡張期血圧 維持・改善者割合						
		計画策定時 令和3年度 (2021年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)
		83.3%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
	アウトプット指標 (実施量・率)	【評価指標】CKD重症度分類の変化						
		計画策定時 令和3年度 (2021年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)
		82%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
		【評価指標】医療機関受診勧奨率						
		計画策定時 令和3年度 (2021年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)
		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
評価時期	【評価指標】次年度健診受診率							
	計画策定時 令和3年度 (2021年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)	
	86.8%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	
毎年度末に評価し、2026年度（R8）に中間評価を実施								

⑧ 重複投与者に対する取組

第2期計画における取組と評価			
事業評価	事業 アウトカム	個別事業名	事業の概要
－	－	－	－



第3期計画における重複投与者に対する取組に関連する健康課題
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。
第3期計画における重複投与者に対する取組に関連するデータヘルス計画の目標
重複服用者の減少



第3期計画における重複投与者に対する取組に関連する保健事業
事業の方向性
重複服用者に対し、適正受診・適正服薬に関するお知らせの送付を実施する。



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）	
目的	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
対象者	2ヶ月連続して同一月に同一疾患での受診医療機関が4カ所以上の者、また、その他の医療機関等への受診歴の状態により、適正受診・適正服薬等の指導を行う必要があると思われる者
時期	7月・11月・3月
方法	お知らせを送付
実施回数・量	3回/年
連携体制・予算・人員	もとす医師会協議会において、本事業の計画と現状について説明し協力を依頼 医療機関に受診状況や服薬について気になる方について情報提供を依頼

事業名	評価指標・目標値							
重複投与者に対する取組	アウトカム指標 (成果)	【評価指標】 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						
		計画策定時 令和5年度 (2023年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)
		99	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)	【評価指標】 対象者への通知・訪問回数（改善状況の確認も含む）						
		計画策定時 令和5年度 (2023年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)
		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
		【評価指標】 取組実施前後の評価						
		計画策定時 令和5年度 (2023年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)
		1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回
		【評価指標】 医師会・薬剤師会への相談						
計画策定時 令和5年度 (2023年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)		
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		
評価時期	毎年度末に評価し、2026年度（R8）に中間評価を実施							

⑨ 多剤投与者に対する取組

第2期計画における取組と評価			
事業評価	事業 アウトカム	個別事業名	事業の概要
－	－	－	－



第3期計画における多剤投与者に対する取組に関連する健康課題
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。
第3期計画における多剤投与者に対する取組に関連するデータヘルズ計画の目標
多剤服用者の減少



第3期計画における多剤投与者に対する取組に関連する保健事業
事業の方向性
多剤服用者に対し、適正受診・適正服薬に関するお知らせの送付を実施する。



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）	
目的	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
対象者	2ヶ月連続して同一月に同一疾患での受診医療機関が4カ所以上の者、また、その他の医療機関等への受診歴の状態により、適正受診・適正服薬等の指導を行う必要があると思われる者
時期	7月・11月・3月
方法	お知らせを通知
実施回数・量	3回/年
連携体制・予算・人員	もとす医師会協議会において、本事業の計画と現状について説明し協力を依頼 医療機関に受診状況や服薬について気になる方について情報提供を依頼

事業名	評価指標・目標値							
多剤投与者に対する取組	アウトカム指標 (成果)	【評価指標】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						
		計画策定時 令和5年度 (2023年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)
		22	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)	【評価指標】対象者への通知・訪問回数（改善状況の確認も含む）						
		計画策定時 令和5年度 (2023年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)
		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
		【評価指標】取組実施前後の評価						
		計画策定時 令和5年度 (2023年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)
		1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回
		【評価指標】医師会・薬剤師会への相談						
	計画策定時 令和5年度 (2023年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)	
	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	
	評価時期	毎年度末に評価し、2026年度（R8）に中間評価を実施						

⑩ 薬剤の適正使用の推進に関する取組

第2期計画における取組と評価			
事業評価	事業 アウトカム	個別事業名	事業の概要
－	－	－	－



第3期計画における薬剤の適正使用の推進に関連する健康課題
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。
第3期計画における薬剤の適正使用の推進に関連するデータヘルス計画の目標
重複多剤服用者の減少



第3期計画における薬剤の適正使用の推進に関連する保健事業
事業の方向性
重複多剤服用者に対し、適正受診・適正服薬に関するお知らせの送付を実施する。



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）	
目的	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
対象者	2ヶ月連続して同一月に同一疾患での受診医療機関が4カ所以上の者、また、その他の医療機関等への受診歴の状態により、適正受診・適正服薬等の指導を行う必要があると思われる者
時期	7月・11月・3月
方法	お知らせを通知
実施回数・量	3回/年
連携体制・予算・人員	もとす医師会協議会において、本事業の計画と現状について説明し協力を依頼 医療機関に受診状況や服薬について気になる方について情報提供を依頼

事業名	評価指標・目標値							
薬剤の適正使用の推進に関する取組	アウトカム指標 (成果)	【評価指標】						
		計画策定時 令和5年度 (2023年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)
	アウトプット指標 (実施量・率)	【評価指標】 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						
		計画策定時 令和5年度 (2023年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)
		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
		【評価指標】 セルフメディケーションの推進のための周知・啓発						
		計画策定時 令和5年度 (2023年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)
	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	
	評価時期	毎年度末に評価し、2026年度（R8）に中間評価を実施						

⑪ 地域包括ケアに関する取組

第2期計画における取組と評価			
事業評価	事業 アウトカム	個別事業名	事業の概要
－	－	－	－



第3期計画における地域包括ケアに関する取組に関連する健康課題
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（令和3年12月16日岐阜県庁発表「令和2年度国勢調査による岐阜県の人口」より）、国保の視点から地域包括ケアに資する取組を行うことで、高齢者が住みなれた地域で自立した生活ができる期間の延伸、QOLの維持向上を図れるようにする。
第3期計画における地域包括ケアに関する取組に関連するデータヘルス計画の目標
地域包括ケア推進・一体的実施の取組の状況



第3期計画における地域包括ケアに関する取組に関連する保健事業
事業の方向性
健康づくり・介護予防、認知症ケア、地域で支え合う体制構築



個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）	
目的	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（令和3年12月16日岐阜県庁発表「令和2年度国勢調査による岐阜県の人口」より）、国保の視点から地域包括ケアに資する取組を行うことで、高齢者が住みなれた地域で自立した生活ができる期間の延伸、QOLの維持向上を図れるようにする。
対象者	市域高齢者（65歳以上）
時期	随時
方法	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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 ・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（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） ・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
実施回数・量	未定
連携体制・予算・人員	医師会、地域包括支援センター、社会福祉協議会

事業名	評価指標・目標値																				
地域包括ケアに対する取組	アウトカム指標 (成果)	【評価指標】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																			
	<table border="1" data-bbox="432 322 1445 443"> <thead> <tr> <th data-bbox="432 322 576 398">計画策定時 令和5年度 (2023年)</th> <th data-bbox="576 322 719 398">令和6年度 (2024年)</th> <th data-bbox="719 322 863 398">令和7年度 (2025年)</th> <th data-bbox="863 322 1007 398">令和8年度 (2026年)</th> <th data-bbox="1007 322 1150 398">令和9年度 (2027年)</th> <th data-bbox="1150 322 1294 398">令和10年度 (2028年)</th> <th data-bbox="1294 322 1445 398">令和11年度 (2029年)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="432 398 576 443">—</td> <td data-bbox="576 398 719 443">実施</td> <td data-bbox="719 398 863 443">実施</td> <td data-bbox="863 398 1007 443">実施</td> <td data-bbox="1007 398 1150 443">実施</td> <td data-bbox="1150 398 1294 443">実施</td> <td data-bbox="1294 398 1445 443">実施</td> </tr> </tbody> </table>	計画策定時 令和5年度 (2023年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)	—	実施	実施	実施	実施	実施	実施						
計画策定時 令和5年度 (2023年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)															
—	実施	実施	実施	実施	実施	実施															
地域包括ケアに対する取組	アウトプット指標 (実施量・率)	【評価指標】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																			
		<table border="1" data-bbox="432 600 1445 721"> <thead> <tr> <th data-bbox="432 600 576 676">計画策定時 令和5年度 (2023年)</th> <th data-bbox="576 600 719 676">令和6年度 (2024年)</th> <th data-bbox="719 600 863 676">令和7年度 (2025年)</th> <th data-bbox="863 600 1007 676">令和8年度 (2026年)</th> <th data-bbox="1007 600 1150 676">令和9年度 (2027年)</th> <th data-bbox="1150 600 1294 676">令和10年度 (2028年)</th> <th data-bbox="1294 600 1445 676">令和11年度 (2029年)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="432 676 576 721">—</td> <td data-bbox="576 676 719 721">参画</td> <td data-bbox="719 676 863 721">参画</td> <td data-bbox="863 676 1007 721">参画</td> <td data-bbox="1007 676 1150 721">参画</td> <td data-bbox="1150 676 1294 721">参画</td> <td data-bbox="1294 676 1445 721">参画</td> </tr> </tbody> </table>	計画策定時 令和5年度 (2023年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)	—	参画	参画	参画	参画	参画	参画					
		計画策定時 令和5年度 (2023年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)													
		—	参画	参画	参画	参画	参画	参画													
		【評価指標】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）																			
		<table border="1" data-bbox="432 855 1445 976"> <thead> <tr> <th data-bbox="432 855 576 931">計画策定時 令和5年度 (2023年)</th> <th data-bbox="576 855 719 931">令和6年度 (2024年)</th> <th data-bbox="719 855 863 931">令和7年度 (2025年)</th> <th data-bbox="863 855 1007 931">令和8年度 (2026年)</th> <th data-bbox="1007 855 1150 931">令和9年度 (2027年)</th> <th data-bbox="1150 855 1294 931">令和10年度 (2028年)</th> <th data-bbox="1294 855 1445 931">令和11年度 (2029年)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="432 931 576 976">—</td> <td data-bbox="576 931 719 976">実施</td> <td data-bbox="719 931 863 976">実施</td> <td data-bbox="863 931 1007 976">実施</td> <td data-bbox="1007 931 1150 976">実施</td> <td data-bbox="1150 931 1294 976">実施</td> <td data-bbox="1294 931 1445 976">実施</td> </tr> </tbody> </table>	計画策定時 令和5年度 (2023年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)	—	実施	実施	実施	実施	実施	実施					
計画策定時 令和5年度 (2023年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)															
—	実施	実施	実施	実施	実施	実施															
【評価指標】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																					
<table border="1" data-bbox="432 1088 1445 1209"> <thead> <tr> <th data-bbox="432 1088 576 1164">計画策定時 令和5年度 (2023年)</th> <th data-bbox="576 1088 719 1164">令和6年度 (2024年)</th> <th data-bbox="719 1088 863 1164">令和7年度 (2025年)</th> <th data-bbox="863 1088 1007 1164">令和8年度 (2026年)</th> <th data-bbox="1007 1088 1150 1164">令和9年度 (2027年)</th> <th data-bbox="1150 1088 1294 1164">令和10年度 (2028年)</th> <th data-bbox="1294 1088 1445 1164">令和11年度 (2029年)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="432 1164 576 1209">—</td> <td data-bbox="576 1164 719 1209">実施</td> <td data-bbox="719 1164 863 1209">実施</td> <td data-bbox="863 1164 1007 1209">実施</td> <td data-bbox="1007 1164 1150 1209">実施</td> <td data-bbox="1150 1164 1294 1209">実施</td> <td data-bbox="1294 1164 1445 1209">実施</td> </tr> </tbody> </table>	計画策定時 令和5年度 (2023年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)	—	実施	実施	実施	実施	実施	実施							
計画策定時 令和5年度 (2023年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)															
—	実施	実施	実施	実施	実施	実施															
評価時期	毎年度末に評価し、2026年度（R8）に中間評価を実施																				

⑫ 高齢者の健康づくりと介護予防の一体的実施に関する取組

第2期計画における取組と評価			
事業評価	事業 アウトカム	個別事業名	事業の概要
－	－	－	－



第3期計画における高齢者の健康づくりと介護予防の一体的実施に関連する健康課題
医療による治療が必要な者に対して、適切な医療機関受診と生活改善が促されることが必要 健康状態が不明な者に対して、自身の健康状態を把握するための受診を促すことが必要
第3期計画における高齢者の健康づくりと介護予防の一体的実施に関連するデータヘルス計画の目標
<ul style="list-style-type: none"> ・ KDBシステムにて抽出したHbA1c8.0以上の者の割合の減少 ・ 糖尿病治療中断者のうち健診または受診につながった者の割合の増加 ・ 健診受診した者の人数、割合 ・ 医療、介護サービス等が必要と判断される者のうち、医療、介護サービス等につながった者の人数、割合



第3期計画における高齢者の健康づくりと介護予防の一体的実施に関連する保健事業
事業の方向性
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、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活ができる期間の延伸、QOLの維持向上を目指す。



個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）		
目的	①ハイリスク アプローチ	<糖尿病性腎症重症化予防> 対象者：①かつ②に該当する者 ①HbA1c8.0%以上の者 ②抽出年度に糖尿病薬剤処方なし 方 法：・医療機関への受診勧奨 ・医療機関と連携し受診勧奨後の治療および経過把握の実施 <糖尿病治療中断者> 対象者：過去3年間糖尿病薬剤の処方歴があり、①かつ②に該当する者 ①抽出年度に糖尿病薬剤処方歴がない者 ②抽出年度にすこやか健康診査受診歴なし 方 法：糖尿病性腎症重症化予防に同じ
対象者		
時期		
方法		
実施回数・量		
連携体制・予算・人員		
目的	①ポピュレーション アプローチ	<健康教育・健康相談> 対象者：通いの場に参加している者 方法：通いの場にて健康講話を実施
対象者		
時期		
方法		
実施回数・量		
連携体制・予算・人員		
目的	②事業の実施 根拠になる データ分析	<KDBデータを活用した総合的な分析> 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分析を実施
対象者		
時期		
方法		
実施回数・量		
連携体制・予算・人員		

事業名	評価指標・目標値							
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	アウトカム指標 (成果)	【評価指標】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						
		計画策定時 令和5年度 (2023年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)
		—	実施	実施	実施	実施	実施	実施
		【評価指標】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						
	計画策定時 令和5年度 (2023年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)	
	—	実施	実施	実施	実施	実施	実施	
	アウトプット指標 (実施量・率)	【評価指標】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）						
		計画策定時 令和5年度 (2023年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)
		—	実施	実施	実施	実施	実施	実施
		【評価指標】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）						
計画策定時 令和5年度 (2023年)		令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)	
—		実施	実施	実施	実施	実施	実施	
【評価指標】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								
計画策定時 令和5年度 (2023年)		令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)	
—	実施	実施	実施	実施	実施	実施		
評価時期	毎年度末に評価し、2026年度（R8）に中間評価を実施							

⑬ 若年層健診(goodライフ健診)・若年層健診事後指導(goodライフ健康セミナー)

第2期計画における取組と評価			
事業評価	事業 アウトカム	個別事業名	事業の概要
C	メタボリックシンドローム関連項目で要指導判定者への指導率 目標：50% 結果：88.8% (R4)	・若年層健診 (goodライフ健診) ・若年層健診事後指導 (goodライフ健康セミナー)	対象者：20歳～38歳の国保加入者 (20, 25, 30, 35, 38の節目健診) 方 法：受診勧奨ハガキを送付 要指導判定者に対し事後指導(セミナー)を実施 評 価：若年層健診の受診率は、減少傾向であることから、若い世代から健康への意識を高め てもらえるよう引き続き受診勧奨を実施

第3期計画における若年層健診・事後指導に関連する健康課題
若い年代から健康に関する自己管理能力を養うことにより、将来の生活習慣病予防・健康寿命の延伸を図ることができる
第3期計画における若年層健診・事後指導に関連するデータヘルス計画の目標
メタボ等の生活習慣病の予防

第3期計画における若年層健診・事後指導に関連する保健事業
事業の方向性
メタボリックシンドローム該当者の割合が年々増加傾向にあることから、若い世代の特定健診受診率を向上させ生活習慣病の予防や医療機関受診につなげる

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)															
目的	若い年齢から健康に関する自己管理能力を養うとともに、将来の生活習慣病予防・健康寿命の延伸を図る														
対象者	20歳～38歳の国保加入者(20, 25, 30, 35, 38の節目健診)														
時期	健診：7月～8月 保健指導：8月～10月														
方法	該当者に健診受診券と案内文書を郵送、健診開始前に個別案内														
実施回数・量	年1回														
連携体制・予算・人員															
事業名	評価指標・目標値														
若年層健診・事後指導	【評価指標】若年層健診継続受診率 アウトカム指標(成果) <table border="1"> <thead> <tr> <th>計画策定時 令和4年度 (2022年)</th> <th>令和6年度 (2024年)</th> <th>令和7年度 (2025年)</th> <th>令和8年度 (2026年)</th> <th>令和9年度 (2027年)</th> <th>令和10年度 (2028年)</th> <th>令和11年度 (2029年)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4.5%</td> <td>5.0%</td> <td>5.3%</td> <td>5.5%</td> <td>6.0%</td> <td>6.5%</td> <td>7.0%</td> </tr> </tbody> </table>	計画策定時 令和4年度 (2022年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)	4.5%	5.0%	5.3%	5.5%	6.0%	6.5%	7.0%
	計画策定時 令和4年度 (2022年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)								
	4.5%	5.0%	5.3%	5.5%	6.0%	6.5%	7.0%								
【評価指標】メタボ関連項目で要指導判定者への指導率 アウトプット指標(実施量・率) <table border="1"> <thead> <tr> <th>計画策定時 令和4年度 (2022年)</th> <th>令和6年度 (2024年)</th> <th>令和7年度 (2025年)</th> <th>令和8年度 (2026年)</th> <th>令和9年度 (2027年)</th> <th>令和10年度 (2028年)</th> <th>令和11年度 (2029年)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>88.8%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> </tr> </tbody> </table>	計画策定時 令和4年度 (2022年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)	88.8%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	
計画策定時 令和4年度 (2022年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)									
88.8%	80%	80%	80%	80%	80%	80%									
評価時期	毎年度末に評価し、2026年度(R8)に中間評価を実施														

⑭ 糖尿病予防（血糖コントロール教室）

第2期計画における取組と評価			
事業評価	事業 アウトカム	個別事業名	事業の概要
A	事業参加者の翌年のHbA1c値の維持改善率 目標：80% 結果：80%（R4）	糖尿病予防 （血糖コントロール教室）	対象者：40歳～69歳までの国保加入者のうち、HbA1c値5.6%～6.4%に該当する者 方 法：対象者を選定し、教室受講勧奨を行う OGTT（糖負荷検査）を行い対象者に合わせた栄養や運動指導等により生活習慣の改善方法を身につける 評 価：事業参加者の翌年度のHbA1c値の維持改善率が80%（R4）であり効果が表れている

第3期計画における糖尿病予防（血糖コントロール教室）に関連する健康課題

人口透析患者の一人当たり医療費は透析のない被保険者の約16.7倍であり、新規人口透析患者のうち約8割が糖尿病を併発していることから、人口透析に至る主要な疾患に糖尿病性腎症があることが考えられるため、重症化予防対策を引き続き実施する。

第3期計画における糖尿病予防（血糖コントロール教室）に関連するデータヘルス計画の目標

糖尿病から人工透析への移行を抑制し、医療費の適正化を図る

第3期計画における糖尿病予防（血糖コントロール教室）に関連する保健事業

事業の方向性

糖尿病重症化予防対策におけるポピュレーションアプローチとして、引き続き血糖コントロール教室を実施する。

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）

目的	食・生活習慣の改善方法を身に着け生活習慣病への移行を予防する							
対象者	40歳以上の方（血圧・血糖・脂質いずれかの服薬をしていない方）で特定健診結果の情報提供者							
時期	1月～2月							
方法	該当者に健診受診券と案内文書を郵送、健診開始前に個別案内							
実施回数・量	年1回							
連携体制・予算・人員								
事業名	評価指標・目標値							
糖尿病予防 （血糖コントロール教室）	アウトカム指標 （成果）	【評価指標】事業参加者の翌年度のHbA1c値の維持・改善者割合						
		計画策定時 令和4年度 （2022年）	令和6年度 （2024年）	令和7年度 （2025年）	令和8年度 （2026年）	令和9年度 （2027年）	令和10年度 （2028年）	令和11年度 （2029年）
		80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
	アウトプット指標 （実施量・率）	【評価指標】事業参加率						
計画策定時 令和4年度 （2022年）		令和6年度 （2024年）	令和7年度 （2025年）	令和8年度 （2026年）	令和9年度 （2027年）	令和10年度 （2028年）	令和11年度 （2029年）	
70%		80%	80%	80%	80%	80%	80%	
評価時期	毎年度末に評価し、2026年度（R8）に中間評価を実施							

⑮ みずほ健康セミナー

第2期計画における取組と評価			
事業評価	事業 アウトカム	個別事業名	事業の概要
-	-	-	-



第3期計画におけるみずほ健康セミナーに関連する健康課題
生活習慣病の改善には、健康意識の向上、食生活改善や日頃の運動などの取組が必要
第3期計画におけるみずほ健康セミナーに関連するデータヘルス計画の目標
メタボ等の生活習慣病の予防



第3期計画におけるみずほ健康セミナーに関連する保健事業
事業の方向性
血糖、血圧、中性脂肪、コレステロールの3つのテーマに分け、食と体の健康について学ぶセミナーを開催し事業参加者の健康意識の向上と検査結果値の改善を通じ、生活習慣病への移行を予防する



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）								
目的	食・生活習慣の改善方法を身に着け生活習慣病への移行を予防する							
対象者	40歳以上の方（血圧・血糖・脂質いずれかの服薬をしていない方）で特定健診結果の情報提供者							
時期	1月～2月							
方法	該当者に案内文書を郵送、セミナー開始前に個別案内							
実施回数・量	年1回							
連携体制・予算・人員								
事業名	評価指標・目標値							
みずほ健康セミナー	アウトカム指標 (成果)	【評価指標】 事業参加者の検査値維持・改善者割合						
		計画策定時 令和4年度 (2022年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)
		37.7%	40%	45%	50%	55%	60%	65%
	アウトプット指標 (実施量・率)	【評価指標】 事業参加率						
		計画策定時 令和4年度 (2022年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)
	93.3	90%	90%	90%	90%	90%	90%	
評価時期	毎年度末に評価し、2026年度（R8）に中間評価を実施							

第6章 計画の評価・見直し

第6章から第9章はデータヘルス計画策定の手引きに従った運用とします。以下、手引きより抜粋します。

1 評価の時期

(1) 個別事業計画の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度ごとに行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認します。目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させます。

(2) データヘルス計画の評価・見直し

設定した評価指標に基づき、計画の最終年度のみならず、中間時点等計画期間の途中で進捗確認及び中間評価を実施します。また、計画の最終年度においては、その次の期の計画の策定を円滑に行うため、当該最終年度の上半期に仮評価を行います。

2 評価方法・体制

計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム（成果）指標を中心とした評価指標による評価を行います。評価に当たっては、市町村国保における保健事業の評価を広域連合と連携して行うなど、必要に応じ他の保険者等との連携・協力体制を整備します。

第7章 計画の公表・周知

本計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。具体的には、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、都道府県、国保連、保健医療関係者経由で医療機関等に周知し、配布します。また、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概要版を策定し併せて公表します。

第8章 個人情報の取扱い

計画の策定に当たっては、活用するデータの種類や活用方法が多岐にわたり、特にKDBシステムを活用する場合等には、健診結果やレセプトデータ情報を突合し加工した統計情報と、個別の個人情報とが存在します。

特に、健診データやレセプトに関する個人情報は、一般的には「個人情報の保護に関する法律」（平成15年法律第57号。以下「個人情報保護法」という。）に定める要配慮個人情報に該当するため、慎重に取扱います。瑞穂市では、個人情報の保護に関する各種法令とガイドラインに基づき、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で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じます。

第9章 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

市町村国保では、介護保険サービスを利用する被保険者が相対的に多いという特性があることから、本計画では、国保及び後期高齢者の課題について一体的実施の観点を踏まえながら分析を行い、対象者に対する保健事業の実施や計画の評価を行います。また、関係機関と連携を実施しながら、被保険者を支えるための地域づくりや人材育成を推進します。

第10章 第4期 特定健康診査等実施計画

1 計画の背景・趣旨

(1) 計画策定の背景・趣旨

生活習慣病の発症や重症化予防により、国民の健康保持及び医療費適正化を達成することを目的に、保険者においては平成20年度より「高齢者の医療の確保に関する法律」（昭和57年法律第80号）に基づき、特定健康診査（以下「特定健診」という。）及び特定保健指導の実施が義務付けられてきました。

瑞穂市においても、同法律に基づき作成された特定健康診査等基本方針に基づき、実施計画を策定し、特定健診の受診率及び特定保健指導の実施率の向上に取り組んできたところである。

近年、全世代型社会保障の構築に向け、生活習慣病の発症や重症化予防の重要性は一層高まっており、より効率的かつ効果的な特定健診及び特定保健指導の実施が求められている。令和5年3月に発表された「特定健康診査等実施計画作成の手引き（第4版）」「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」では、成果を重視した特定保健指導の評価体系の見直し、特定保健指導の成果等の見える化の推進などの新たな方向性が示され、成果（アウトカム）に着目したより効率的かつ効果的な事業運営が求められることとなりました。

本計画は、第3期計画期間（平成30年度から令和5年度）が終了することから、国での方針の見直しの内容を踏まえ、瑞穂市の現状を考慮した事業の運営を図ることを目的に策定するものです。

(2) 特定健診・特定保健指導を巡る国の動向

① エビデンスに基づく効率的かつ効果的な特定健診・特定保健指導の推進

わが国においては、厳しい財政状況の中、より効率的かつ効果的な財政運営が必要とされており、国を挙げてエビデンスに基づく政策運営が進められています。

特定健診及び特定保健指導に関しても、第3期中に、大規模実証事業や特定保健指導のモデル実施の効果検証を通じたエビデンスの構築、並びにエビデンスに基づく効果的な特定健診及び特定保健指導が推進されてきたところです。

「特定健康診査等実施計画作成の手引き（第4版）」「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」においても、特定健診及び特定保健指導の第一の目的は生活習慣病に移行させないことであることに立ち返り、対象者の行動変容につながり成果が出たことを評価するという方針で、成果の見える化と事業の効果分析に基づいた効果的な特定健診及び特定保健指導が求められることとなりました。

② 第4期特定健診・特定保健指導の見直しの方向性

令和5年3月に発表された「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」での主な変更点は図表10-2-2-1のとおりです

瑞穂市においても、これらの変更点を踏まえて第4期特定健診及び特定保健指導を実施していきます。

図表10-2-2-1：第4期特定健診・特定保健指導の主な変更点

区分	変更点の概要	
特定健診	基本的な健診の項目	・血中脂質検査の中性脂肪は、やむを得ない場合は随時中性脂肪での測定を可能に。
	標準的な質問票	・喫煙や飲酒の項目は、より正確にリスクを把握するために詳細な選択肢へ修正。 ・特定保健指導の項目は、利用意向から利用歴を確認する内容へ修正。
特定保健指導	評価体系	・実績評価にアウトカム評価を導入。主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減、その他目標を生活習慣病予防につながる行動変容（食習慣・運動習慣・喫煙習慣・休養習慣・その他生活習慣の改善）や腹囲1cm・体重1kg減と設定。 ・プロセス評価は、個別支援、グループ支援、電話及び電子メール等とする。時間に比例したポイント設定ではなく介入1回ごとの評価とし、支援Aと支援Bの区別は廃止。ICTを活用した場合も同水準の評価。特定健診実施後の特定保健指導の早期実施を新たに評価。 ・モデル実施は廃止。
	その他	①初回面接の分割実施の条件緩和 ・初回面接は、特定健診実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施と取扱いに。 ②生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 ・特定健診または特定保健指導開始後に服薬開始の場合、特定保健指導の対象者として分母に含めないことを可能に。 ③生活習慣病に係る服薬中の者への服薬状況の確認、及び特定保健指導対象者からの除外 ・服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に当たり、確認する医薬品の種類、確認手順等を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外でも事実関係の再確認と同意取得を行うことを可能に。 ④運用の改善 ・看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第4期期間においても延長。

【出典】特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版） 改変

(3) 計画期間

本計画の期間は、令和6年度（2024年）から令和11年度（2029年）までの6年間です。

2 第3期計画における目標達成状況

(1) 全国の状況

特定健診及び特定保健指導の目標としては、特定健診受診率及び特定保健指導実施率の向上、並びにメタボリックシンドローム該当者及びメタボリックシンドローム予備群該当者（以下、それぞれメタボ該当者、及びメタボ予備群該当者という。）の減少が掲げられています。

第3期計画においては、全保険者で特定健診受診率を令和5年度までに70%まで、特定保健指導実施率を45%まで引き上げることが目標とされていたが、令和3年度時点で全保険者の特定健診平均受診率は56.5%、特定保健指導平均実施率は24.6%となっており、目標値から大きく乖離して目標達成が困難な状況にあります（図表10-2-2-2）。市町村国保の特定健診受診率及び特定保健指導実施率も、全保険者と同様の傾向となっています。

図表10-2-2-2：第3期計画における全保険者及び市町村国保の特定健診受診率・特定保健指導実施率の目標値及び実績

	全保険者		市町村国保				
	令和5年度 目標値	令和3年度 実績	令和5年度 目標値	令和3年度 実績			
				全体	特定健診対象者数		
			10万人以上		5千人以上 10万人未満	5千人未満	
特定健診平均受診率	70%	56.5%	60%	36.4%	28.2%	37.6%	42.5%
特定保健指導平均実施率	45%	24.6%	60%	27.9%	13.9%	27.7%	44.9%

【出典】厚生労働省 特定健康診査等実施計画作成の手引き（第4版）
厚生労働省 2021年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況

メタボ該当者及びメタボ予備群該当者の減少率は、令和5年度までに平成20年度比25%以上減が目標として設定されていたが、令和3年度時点では13.8%減となっており、目標達成が厳しい状況にあります（図表10-2-2-3）。

なお、メタボ該当者及びメタボ予備群該当者の減少率は、保険者ごとに目標設定されているものではなく、特定保健指導の効果を検証するための指標として保険者が活用することを推奨されているものです。

図表10-2-2-3：第3期計画におけるメタボ該当者・メタボ予備群該当者の減少率の目標値及び実績

	令和5年度 目標値 全保険者	令和3年度 実績 全保険者
メタボ該当者・メタボ予備群該当者の減少率（平成20年度比）	25%	13.8%

【出典】厚生労働省 特定健康診査等実施計画作成の手引き（第4版）
厚生労働省 2021年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況

※平成20年度と令和3年度の推定数の差分を平成20年度の推定数で除して算出

※推定数は、特定健診の実施率及び年齢構成比の変化による影響を排除するため、性・年齢階層別に各年度の特定健診受診者に占める出現割合に各年度の住民基本台帳の人口を乗じて算出

(2) 瑞穂市の状況

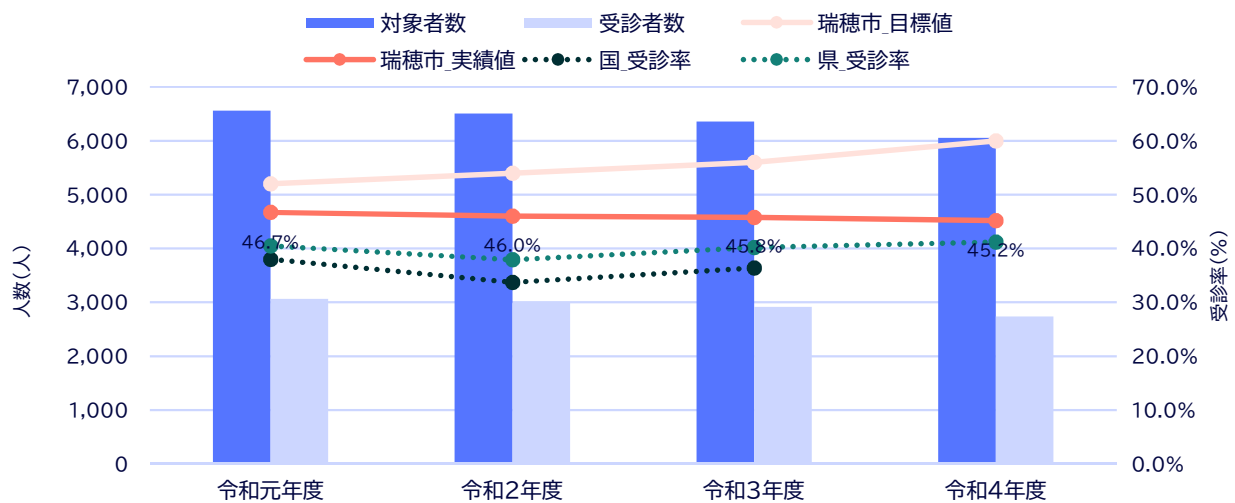
① 特定健診受診率

第3期計画における特定健診の受診状況をみると（図表10-2-2-4）、特定健診受診率は、前期計画終了年度にあたる令和5年度の目標値を60%としていましたが、令和4年度時点で45.2%となっており、国・県より高い水準となっています。

前期計画中の推移をみると、令和元年度の特定健診受診率は46.7%であり、令和4年度の特定健診受診率45.2%と比較すると1.5ポイント低下しています。国や県の推移をみると、令和元年度と比較して令和4年度の特定健診受診率は低下しています。

男女別及び年代別における令和元年度と令和3年度の特定健診受診率をみると（図表10-2-2-5・図表10-2-2-6）、男性では40-44歳で最も伸びており、45-49歳で最も低下しています。女性では55-59歳で最も伸びており、60-64歳で最も低下しています。

図表10-2-2-4：第3期計画における特定健診の受診状況（法定報告値）



		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	瑞穂市_目標値	60%	60%	60%	60%	60%
	瑞穂市_実績値	46.7%	46.0%	45.8%	45.2%	
	国	38.0%	33.7%	36.4%	-	
	県	40.5%	37.9%	40.2%	41.2%	
特定健診対象者数 (人)		6,559	6,504	6,356	6,050	
特定健診受診者数 (人)		3,064	2,991	2,910	2,735	

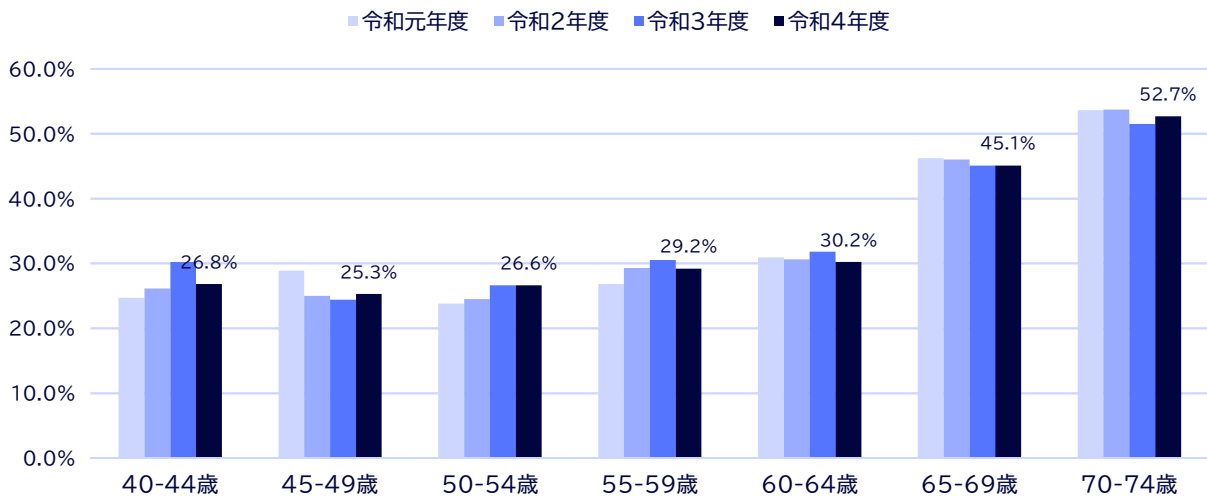
【出典】目標値：前期計画

実績値：厚生労働省 2019年度から2022年度 特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別）

公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 令和元年度から令和4年度

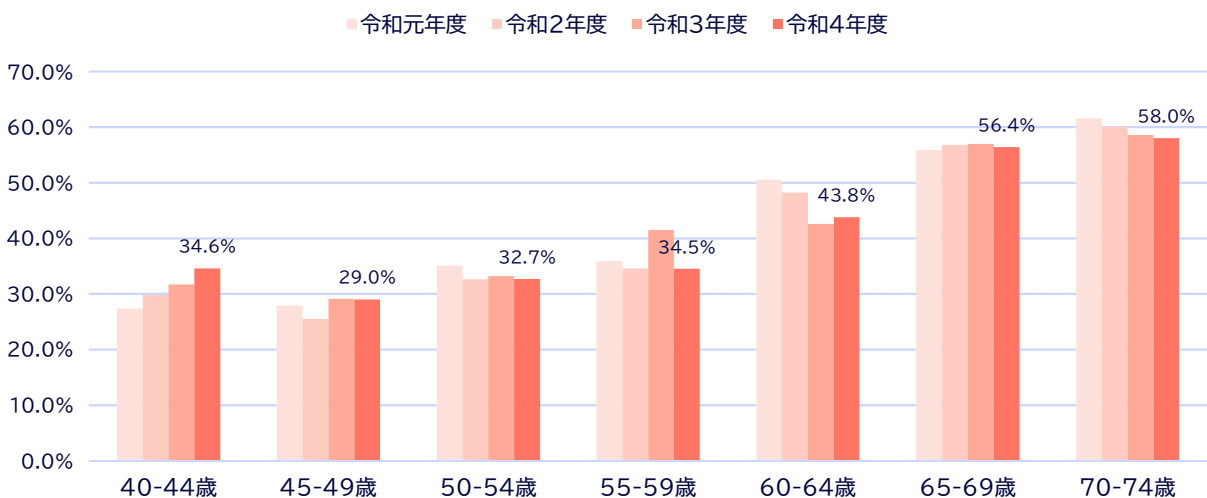
※表内の「国」とは、市町村国保全体を指す（以下同様）

図表10-2-2-5：年齢階層別_特定健診受診率_男性



	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
令和元年度	24.7%	28.9%	23.8%	26.8%	30.9%	46.2%	53.6%
令和2年度	26.1%	25.0%	24.5%	29.3%	30.6%	46.0%	53.7%
令和3年度	30.2%	24.4%	26.6%	30.5%	31.8%	45.1%	51.5%
令和4年度	26.8%	25.3%	26.6%	29.2%	30.2%	45.1%	52.7%
令和元年度と令和4年度の差	1.8	-3.5	2.7	1.5	-1.4	-1.5	-1.1

図表10-2-2-6：年齢階層別_特定健診受診率_女性



	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
令和元年度	27.4%	27.9%	35.1%	35.9%	50.5%	55.9%	61.6%
令和2年度	29.8%	25.5%	32.6%	34.6%	48.2%	56.8%	60.1%
令和3年度	31.7%	29.1%	33.2%	41.5%	42.6%	57.0%	58.6%
令和4年度	34.6%	29.0%	32.7%	34.5%	43.8%	56.4%	58.0%
令和元年度と令和4年度の差	7.2	0.5	-3.2	-2.0	-7.4	0.3	-3.8

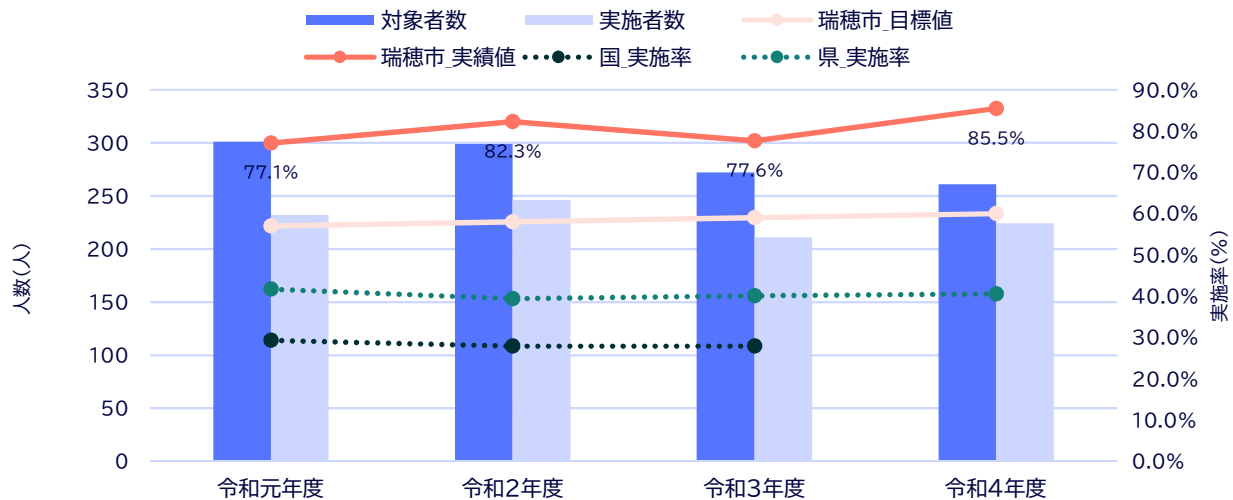
【出典】 KDB帳票 S21_008-健診の状況 令和元年度から令和4年度 累計

② 特定保健指導実施率

第3期計画における特定保健指導の実施状況をみると（図表10-2-2-7）、令和4年度時点で85.8%であり、前期計画終了年度にあたる令和5年度の目標値を60.0%を上回っており、令和元年度と比較すると8.7ポイント上昇しています。また、国・県と比較しても高い水準となっています。

支援区分別での特定保健指導実施率の推移をみると（図表10-2-2-8）、積極的支援では令和4年度は70.0%で、令和元年度の実施率58.1%と比較して11.9ポイント上昇しています。動機付け支援では令和4年度は90.5%で、令和元年度の実施率85.4%と比較して5.1ポイント上昇しています。

図表10-2-2-7：第3期計画における特定保健指導の実施状況（法定報告値）



		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
特定保健指導 実施率	瑞穂市_目標値	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%	60.0%
	瑞穂市_実績値	77.1%	82.3%	77.6%	85.8%	
	国	29.3%	27.9%	27.9%		
	県	41.7%	39.4%	40.1%	40.6%	
特定保健指導対象者数（人）		301	299	272	261	
特定保健指導実施者数（人）		232	246	211	224	

【出典】目標値：前期計画

実績値：厚生労働省 2019年度から2021年度 特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別）

公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 令和元年度から令和3年度

図表10-2-2-8：支援区分別特定保健指導の実施率・対象者数・実施者数

		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
積極的支援	実施率	58.1%	71.6%	68.3%	70.0%
	対象者数（人）	62	67	63	60
	実施者数（人）	36	48	43	42
動機付け支援	実施率	85.4%	86.7%	83.9%	90.5%
	対象者数（人）	240	233	211	201
	実施者数（人）	205	202	177	182

【出典】KDB帳票 S21_008-健診の状況 令和元年度から令和4年度 累計

※図表10-2-2-7と図表10-2-2-8における対象者数・実施者数のずれは法定報告値とKDB帳票の差によるもの

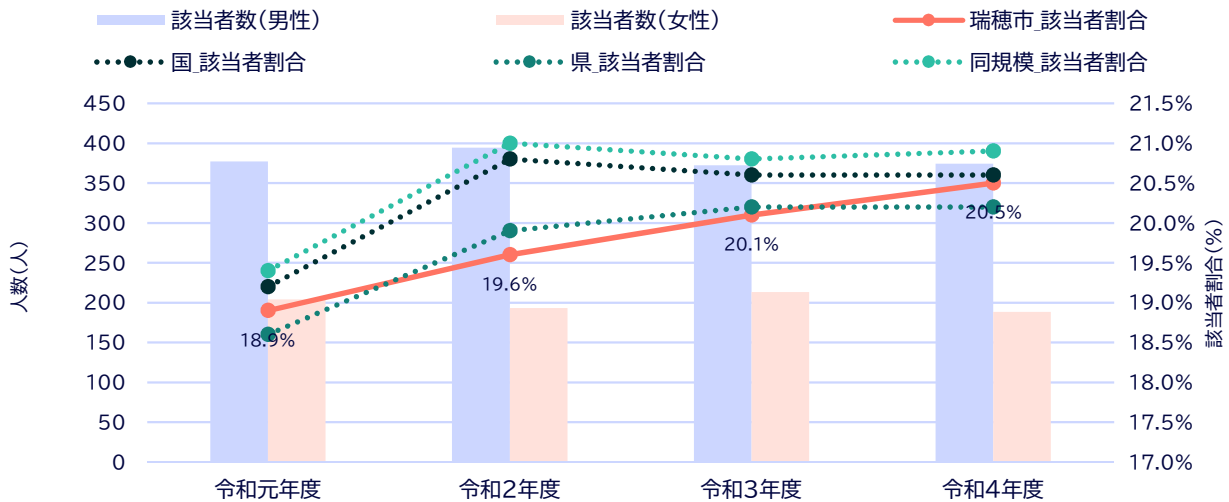
③ メタボリックシンドロームの該当者数・予備群該当者数

特定健診受診者におけるメタボ該当者数の数を見ると（図表10-2-2-9）、令和4年度におけるメタボ該当者数は562人で、特定健診受診者の20.5%であり、国より低く、県より高くなっています。

前期計画中の推移をみると、メタボ該当者数は減少しており、特定健診受診者に占める該当割合は上昇しています。

男女別にみると、メタボ該当者数はいずれの年度においても男性の方が多く、特定健診受診者に占める該当割合はいずれの年度においても男性の方が高くなっています。

図表10-2-2-9：特定健診受診者におけるメタボ該当者数・割合



メタボ該当者	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	該当者数(人)	割合	該当者数(人)	割合	該当者数(人)	割合	該当者数(人)	割合
瑞穂市	581	18.9%	587	19.6%	585	20.1%	562	20.5%
男性	377	29.3%	394	31.2%	372	30.8%	374	32.8%
女性	204	11.5%	193	11.1%	213	12.5%	188	11.7%
国	-	19.2%	-	20.8%	-	20.6%	-	20.6%
県	-	18.6%	-	19.9%	-	20.2%	-	20.2%
同規模	-	19.4%	-	21.0%	-	20.8%	-	20.9%

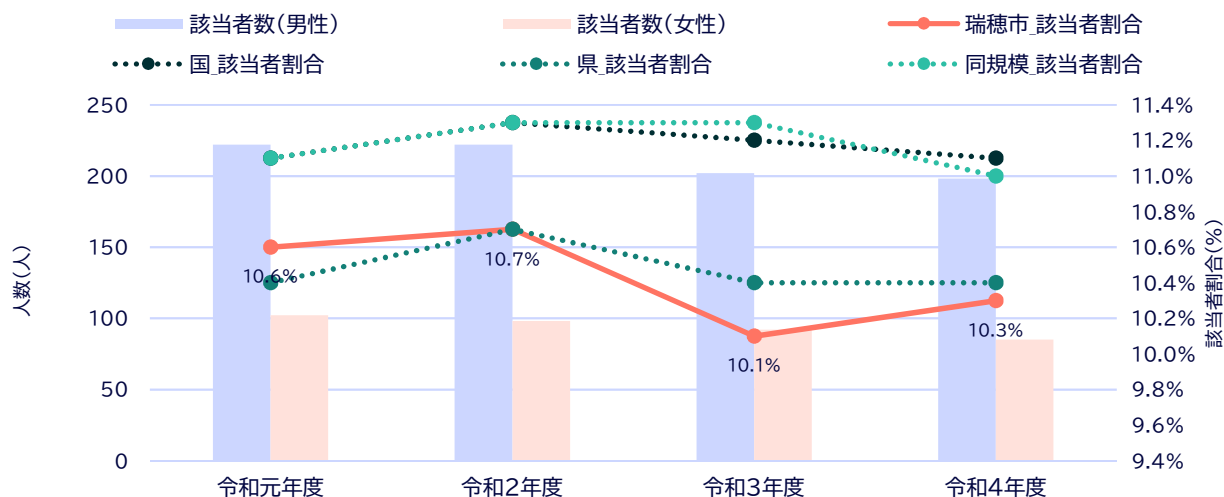
【出典】 KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和元年度から令和4年度 累計

特定健診受診者におけるメタボ予備群該当者数をみると（図表10-2-2-10）、令和4年度におけるメタボ予備群該当者数は283人で、特定健診受診者における該当割合は10.3%で、国・県より低くなっています。

前期計画中の推移をみると、メタボ予備群該当者数は減少しており、特定健診受診者における該当割合は低下しています。

男女別にみると、メタボ予備群該当者数はいずれの年度においても男性の方が多く、特定健診受診者における該当割合はいずれの年度においても男性の方が高くなっています。

図表10-2-2-10：特定健診受診者におけるメタボ予備群該当者数・割合



メタボ予備群 該当者	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	該当者数(人)	割合	該当者数(人)	割合	該当者数(人)	割合	該当者数(人)	割合
瑞穂市	324	10.6%	320	10.7%	294	10.1%	283	10.3%
男性	222	17.2%	222	17.6%	202	16.7%	198	17.4%
女性	102	5.7%	98	5.7%	92	5.4%	85	5.3%
国	-	11.1%	-	11.3%	-	11.2%	-	11.1%
県	-	10.4%	-	10.7%	-	10.4%	-	10.4%
同規模	-	11.1%	-	11.3%	-	11.3%	-	11.0%

【出典】 KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和元年度から令和4年度 累計

参考：メタボリックシンドローム判定値の定義

メタボ該当者	腹囲 85cm (男性)	以下の追加リスクのうち2つ以上該当
メタボ予備群該当者	90cm (女性) 以上	
追加リスク	血糖	空腹時血糖110mg/dL以上 (空腹時血糖の結果値が存在しない場合、HbA1c 6.0%以上)
	血圧	収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上
	脂質	中性脂肪150mg/dL以上、またはHDLコレステロール40mg/dL未満

【出典】 厚生労働省 メタボリックシンドロームの診断基準

(3) 国の示す目標

第4期計画においては図表10-2-2-11のとおりであり、令和11年度までに特定健診の全国平均受診率70%以上、特定保健指導の全国平均実施率45%以上を達成することが設定されています。目標値は、第3期計画目標の目標値から変更されていません。市町村国保における目標値も第3期からの変更はなく、特定健診受診率及び特定保健指導実施率のいずれも60%以上と設定されています。

また、メタボ該当者及びメタボ予備群の減少率についても、第3期に引き続き、平成20年度比25%以上減と設定されています。

図表10-2-2-11：第4期計画における国が設定した目標値

	全国（令和11年度）	市町村国保（令和11年度）
特定健診受診率	70%以上	60%以上
特定保健指導の実施率	45%以上	60%以上
メタボ該当者・メタボ予備群該当者の減少率（平成20年度比）	25%以上減	

【出典】厚生労働省 第4期特定健康診査等実施計画期間における保険者種別の目標値について

(4) 瑞穂市の目標

特定健診受診率及び特定保健指導実施率の目標値は図表10-2-2-12のとおりであり、令和11年度までに特定健診受診率を60.0%、特定保健指導実施率を90.0%まで引き上げる目標に設定します。

特定健診対象者及び特定保健指導実施者の見込み数については、図表10-2-2-13のとおりです。

図表10-2-2-12：特定健診受診率・特定保健指導実施率の目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診受診率	60%	60%	60%	60%	60%	60%
特定保健指導実施率	90%	90%	90%	90%	90%	90%

図表10-2-2-13：特定健診対象者・特定保健指導実施者の見込み数

		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（人）	6,402	6,407	6,412	6,417	6,421	6,426	
	受診者数（人）	3,841	3,844	3,847	3,850	3,853	3,856	
特定保健指導	対象者数（人）	合計	367	367	367	367	368	368
		積極的支援	84	84	84	84	85	85
		動機付け支援	283	283	283	283	283	283
	実施者数（人）	合計	331	331	331	331	332	332
		積極的支援	76	76	76	76	77	77
		動機付け支援	255	255	255	255	255	255

※各見込み数の算出方法

特定健診対象者数：40-64歳、65-74歳の推計人口に令和4年度の各層の国保加入率を乗じて算出

特定健診受診者数：特定健診対象者数に特定健診受診率の目標値を乗じて算出

特定保健指導対象者数：合計値は、特定健診受診者数に令和4年度の特定保健指導該当者割合を乗じて算出

支援区分別対象者数は、合計値に令和4年度の対象者割合を乗じて算出

特定保健指導実施者数：特定保健指導対象者数に特定保健指導実施率の目標値を乗じて算出

3 特定健診・特定保健指導の実施方法

(1) 特定健診

① 実施目的・対象者

「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」（以下、基本指針）にあるとおり、特定健診は、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者を的確に抽出するために行います。

対象者は、瑞穂市国民健康保険加入者で、当該年度に40歳から74歳となる人に実施します。

② 実施期間

個別健診を、7月から9月にかけて実施します。

③ 実施場所

（一般社団法人）もとす医師会加盟の瑞穂市内の医療機関で実施します。

④ 実施項目

「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」で定められた項目に従い、特定健診受診者全員に図表10-3-1-1の「基本的な健診項目」を実施する。また、一定の基準のもと医師が必要と判断した場合には、「詳細な健診項目」を実施します。

図表10-3-1-1：特定健診の健診項目

	項目
基本的な健診項目	<ul style="list-style-type: none">・診察（既往歴（服薬歴、喫煙歴を含む）、自覚症状及び他覚症状）・身体計測（身長、体重、腹囲、BMI）・血圧（収縮期・拡張期）・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（Non-HDLコレステロール））・肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、γ-GT（γ-GTP））・血糖検査（HbA1c、空腹時血糖、やむを得ない場合には随時血糖）・尿検査（尿酸、尿糖、尿蛋白＋潜血）
詳細な健診項目	<ul style="list-style-type: none">・心電図検査・眼底検査・貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）・腎機能検査（血清クレアチニン）

【出典】厚生労働省 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

⑤ 実施体制

健診の委託に際しては、利用者の利便性を考慮するとともに、健診の質の担保のために適切な精度管理維持が求められるため、国の委託基準（「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第16条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者」）を満たす健診機関を選定する。詳細は契約書及び仕様書で定めます。

⑥ 健診結果の通知方法

実施医療機関より送付された健診結果データに基づき健診結果を作成し、「情報提供」、「動機付け支援」、「積極的支援」の3段階に選定（階層化）した内容のお知らせを郵送します。

⑦ 代行機関

費用決裁は、岐阜県国民健康保険団体連合会を代行機関とします。

⑧ 事業者健診等の健診データ収集方法

瑞穂市国民健康保険被保険者が「労働安全衛生法」に基づく健康診断や人間ドックを受診した場合は、本人から健診結果データを提供してもらい、特定健診受診率に反映します。

また、定期的に医療機関で検査をしている者などが、特定健診と同等の検査項目を検査済の場合、本人同意のもと、医療機関からデータ提供を受け、特定健診受診率に反映します。

(2) 特定保健指導

① 実施目的・対象者階層化の基準

基本指針にあるとおり、特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活の維持ができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的とするものです。

特定保健指導は、特定健診結果を腹囲、リスクの高さ、喫煙歴、年齢により階層化し、積極的支援対象者及び動機付け支援対象者に実施します。なお、特定健診の質問票において服薬中であることが判別できた者については、既に主治医の指導を受けていることから特定保健指導対象外とします。また、2年連続して積極的支援対象者に該当した対象者のうち、1年目に比べ2年目の状態が改善している場合、2年目は、動機付け支援相当の支援を実施した場合であっても、特定保健指導を実施したこととなります。

図表10-3-2-1：特定保健指導階層化の基準

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

参考：追加リスクの判定基準

追加リスク	血糖	空腹時血糖100mg/dL以上、またはHbA1c5.6%以上
	血圧	収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上
	脂質	空腹時中性脂肪150mg/dL以上（やむを得ない場合には随時中性脂肪175mg/dL以上）、またはHDLコレステロール40mg/dL未満

【出典】厚生労働省 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

② 実施期間・内容

特定保健指導は通年実施します。

積極的支援及び動機付け支援ともに初回面接では、保健師または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。

動機付け支援は、原則年1回の初回面接後、3か月以降に体重、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。

積極的支援は、原則年1回の初回面接後、3か月間、定期的に電話や訪問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、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。情報提供については、特定健診の結果表送付時にリーフレット等を利用し、受診者全員にメタボリックシンドロームの予防について情報を提供します。

② 実施体制

特定保健指導は、健康推進課で実施します。

4 特定健診受診率・特定保健指導実施率向上に向けた主な取組

(1) 特定健診

① 受診勧奨

・対象者の健康意識等に応じた通知の送り分けによる効果的な受診勧奨を実施します。
また、かかりつけ医と通じた受診勧奨、市内各所へのポスター掲示等による勧奨にも取り組みます。

② 利便性の向上

・健診の継続受診を促進するため、受診券発送時に前回受診結果を同封します。

③ 関係機関との連携

・（一般社団法人）もとす医師会や公衆衛生担当の医師の助言等を参考にし、受診率向上に向けた取り組みを実施します。

④ 健診データ収集（特定健診以外の健診受診データ等を取得し、特定健診とみなす取組）

・人間ドック受診者等、受診者本人からの健診データ収集に取り組みます。
生活習慣病にかかるレセプトデータに関しては、特定健診の項目を満たすには多くの追加検査を別途行う必要がある等の課題がありますが、他団体の動向を踏まえ検討していきます。

⑤ 啓発（健康教育の推進）

・「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」に係る取り組みにおける健康増進部門や高齢者福祉部門、介護部門等との連携を強化し、健康教育・健康相談などの取り組みを推進します。

⑥ インセンティブの付与

・特定健診受診に対し、健康推進課で実施している「健康・スポーツポイント事業」のポイントを付与することで特定健診の受診を促します。

※健康・スポーツポイント事業：健診やがん健診の受診、健康教室等健康増進事業への参加、個々の健康づくり活動の実施状況、イベント等の社会参加などでポイントがたまり、集まったポイントで抽選に参加、健康グッズや県産品が当たるといったインセンティブを付与することで市民の自主的で積極的な健康づくりやスポーツへの取り組みを推進する事業

(2) 特定保健指導

① 利用勧奨

・特定保健指導の利用券発送時に、生活習慣の見直しを後押しするチラシを同封し、特定保健指導の利用を促します。また、利用券送付後、未利用者に対しては、個別訪問や電話による利用勧奨を実施し、利用者の増加につなげていきます。

② 利便性の向上

・利用者ニーズを把握し、利用しやすい環境づくりに取り組みます。

③ 内容・質の向上

・特定保健指導対象者の生活習慣を改善するため、指導対象者から自ら生活を振り返り、行動目標を設定・実践できる支援を行います。また、対象者が健康に関するセルフケア（自己管理）ができる指導を実践します。

④ 早期介入

・メタボリックシンドローム該当者が年々増加傾向にあるため、特定健診結果でより重症化の高い者に対して、優先的に個別訪問や電話による保健指導を実施していきます。

⑤ 新たな保健指導方法の検討

・腹囲・体重の減の実績等、アウトカム評価を検討・導入することで、保健指導の成果の可視化を進めます。

5 特定歯科健診

(1) 実施目的

口腔疾患が全身の疾患に大きく関係していることが近年の研究で明らかになっており、歯周病が進行すると歯周病菌や歯周病により作られたさまざまな物質が全身に運ばれ、心臓病や脳卒中などの病気を引き起こすリスクがあります。平成21年度より歯と歯ぐきの健康づくりから行う生活習慣病予防として特定歯科健診を実施しています。

(2) 対象者

瑞穂市国民健康保険被保険者のうち、基準日（4月1日）において25、30、35、40、45、50、55、60、65、70歳の方

(3) 実施期間

7月から3月にかけて実施します。

(4) 実施場所

（一般社団法人）もとす歯科医師会加盟の瑞穂市内の医療機関で実施します。

(5) 実施項目

問診、口腔内検査、歯周病検査、歯垢・歯石の状況、歯肉の発腫脹、歯周病の評価など

(6) 実施方法

6月下旬頃該当者の方に特定健診受診券に特定歯科健診受診券（25、30、35歳の方は別途受診券のみ郵送）に同封して郵送します。受診される方は受診券を持参し実施医療機関で受診します

(7) 特定歯科健診の目標及び今後の取組・課題

特定歯科健診受診者は継続的に通院している方が多く、新規で健診のために通院する方は少ない状況です。既にかかりつけ医を持って定期的に歯の検査や歯垢除去に通院している方は多く、虫歯等の治療中の方は歯科健診を受診されないなどの事情がありますが、実施医療機関との連携を図りながら受診率向上に努めます。

特定歯科健診受診率の目標

計画策定時 令和4年度 (2023年)	令和6年度 (2024年)	令和7年度 (2025年)	令和8年度 (2026年)	令和9年度 (2027年)	令和10年度 (2028年)	令和11年度 (2029年)
11.9%	14%	14%	14%	14%	14%	14%

参考資料 用語集

行	No.	用語	解説
あ行	1	eGFR	血清クレアチニン値と年齢・性別からGFRを推算したもの。GFRは腎臓の中にある毛細血管の集合体である「糸球体」が1分間にどれくらいの血液を濾過して尿を作れるかを示す値であり、GFRが1分間に60ml未満の状態または尿たんぱくが3か月以上続くとCKD（慢性腎臓病：腎機能が慢性的に低下し、尿たんぱくが継続して出る状態）と診断される。
	2	医療費の3要素	医療費の比較には、医療費総額を被保険者数で割った1人当たり医療費を用いる。一人当たり医療費は以下の3つの要素に分解でき、これを医療費の3要素という。 受診率：被保険者千人当たりのレセプト件数 1件当たり日数：受診した日数/レセプト件数 一日当たり医療費：総医療費/受診した日数
	3	HDL-C	余分なコレステロールを回収して動脈硬化を抑える、善玉コレステロール。
	4	ALT	アミノ酸をつくり出す酵素で大部分が肝細胞に含まれている。肝臓の細胞が障害を受けるとALTが血液中に流れ出し血中濃度が上がるため、ALTの数値が高い場合は、肝臓の病気が疑われる。
	5	LDL-C	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる、悪玉コレステロール。
か行	6	拡張期血圧	血圧は一般的には動脈内部の圧力のことを指し、心臓の収縮に伴って大きく変動する。最小となる血圧は心臓が拡張したときの血圧で拡張期血圧と呼ばれる。
	7	虚血性心疾患	虚血性心疾患には、狭心症や心筋梗塞がある。狭心症は動脈硬化などによって心臓の血管（冠動脈）が狭くなり、血液の流れが悪くなった状態。一方、心筋梗塞は、動脈硬化によって心臓の血管に血栓（血液の固まり）ができて血管が詰まり、血液が流れなくなって心筋の細胞が壊れてしまう病気。
	8	空腹時血糖	血糖値は、血液に含まれるブドウ糖（グルコース）の濃度のこと、食前食後で変動する。空腹時血糖は食後10時間以上経過した時点での血糖値。
	9	KDBシステム	国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステム。
	10	血清クレアチニン	たんぱく質が分解・代謝されてできた老廃物。通常は尿とともに排泄されるが、腎機能が低下すると排泄できず血液中に増えていく。
	11	健康寿命	世界保健機関（WHO）が提唱した新しい指標で、平均寿命から寝たきりや認知症など介護状態の期間を差し引いた期間。
	12	後期高齢者医療制度	公的医療保険制度の1つで、75歳以上の人、そして65歳から74歳までで一定の障害の状態にあると後期高齢者医療広域連合から認定を受けた人が加入する医療保険。
	13	高血圧症	高血圧は、血圧が高いという病態。高血圧症とは、繰り返し測っても血圧が正常より高い場合をいう。
	14	後発医薬品 （ジェネリック医薬品）	先発医薬品の特許期間終了後に、先発医薬品と品質・有効性・安全性が同等であるものとして厚生労働大臣が承認を行っているもの。
	15	高齢化率	全人口に占める65歳以上人口の割合。
さ行	16	脂質異常症	中性脂肪やコレステロールなどの脂質代謝に異常をきたした状態。
	17	疾病分類	世界保健機関（WHO）により公表されている「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」（略称、国際疾病分類：ICD）に準じて定めたものであり、社会保険の分野で疾病統計を作成する際の統一的基準として、広く用いられているもの。
	18	収縮期血圧	血圧は一般的には動脈内部の圧力のことを指し、心臓の収縮に伴って大きく変動する。最大となる血圧は心臓が収縮したときの血圧で収縮期血圧と呼ばれる。
	19	受診勧奨対象者	特定健診受診者のうち、医療機関の受診を促す基準として設定されている受診勧奨判定値を超える者。
	20	人工透析	機能が著しく低下した腎臓に代わり、機械で老廃物を取り除くこと。一般的に行われている「血液透析」は、患者の腕の血管から血液を取り出し、老廃物を除去する。

行	No.	用語	解説
	21	腎不全	腎臓の中にある毛細血管の集合体で、血液を濾過する「糸球体」の網の目が詰まり、腎臓の機能が落ち、老廃物を十分排泄できなくなる状態。
	22	診療報酬明細書 (レセプト)	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使用する書類のこと。病院などは受診した患者ごとに毎月1枚作成する。
	23	生活習慣病	食事や運動・喫煙・飲酒・ストレスなどの生活習慣が原因で起こる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。日本人の3大死因であるがん・脳血管疾患・心疾患、更に脳血管疾患や心疾患の危険因子となる動脈硬化症・糖尿病・高血圧症・脂質異常症などはいずれも生活習慣病であるとされている。
	24	積極的支援	腹囲とBMIから、内臓脂肪蓄積のリスクありと判定された者のうち、血圧高値・脂質異常・血糖高値・喫煙ありの追加リスクに2又は3以上該当した者に対して実施する特定保健指導。65歳以上75歳未満の者については「積極的支援」の対象となった場合でも「動機付け支援」とする。
た行	25	中性脂肪	肉や魚・食用油など食品中の脂質や、体脂肪の大部分を占める物質。単に脂肪とも呼ばれる。
	26	動機付け支援	腹囲とBMIから、内臓脂肪蓄積のリスクありと判定された者のうち、血圧高値・脂質異常・血糖高値・喫煙ありの追加リスクに1又は2つ該当した者に対して実施する特定保健指導。
	27	糖尿病	インスリンの作用不足により高血糖が慢性的に続く病気。網膜症・腎症・神経障害の3大合併症をしばしば伴う。
	28	糖尿病性腎症	糖尿病の合併症の一つ。高血糖状態が継続したことで腎臓の濾過装置である糸球体が障害され、腎機能の著しい低下を認める。一度低下した腎機能の回復は難しく、進行すると人工透析が必要となる場合も多い。
	29	特定健康診査	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、40歳～74歳の方を対象として、保険者が実施することになっている健診。メタボリックシンドロームの対策が目的の一つとなっているために、俗に「メタボ健診」と言われることもある。
	30	特定健康診査等実施計画	保険者が特定健診・特定保健指導の実施に当たって、その規模、加入者の年齢構成、保健事業の体制・人材等のリソース、地域条件等を考慮し、あらかじめ実施率目標や実施方法を定めることで、事業を効率的・効果的に実施し、その実施状況の評価ができるよう、作成する計画。
	31	特定保健指導	特定健康診査の結果に基づき、主にメタボリックシンドロームの予防や解消を目的に行われる健康支援のこと。メタボリックシンドロームの人には「積極的支援」、その予備群には「動機付け支援」、それ以外の受診者には「情報提供」が行われる。
な行	32	日本再興戦略	平成25年6月に閣議決定された、規制緩和等によって、民間企業や個人が真の実力を発揮するための方策をまとめたものであり、日本経済を持続的成長に導く道筋を示す戦略。
	33	尿酸	細胞内の核に含まれるプリン体が分解される際に生じる老廃物。
	34	脳血管疾患	脳の動脈硬化が進み、脳の血管が詰まったり破れたりする病気の総称。
は行	35	BMI	体格指数の一つで、肥満度を表す指標として国際的に用いられている。肥満や低体重（やせ）の判定に用いられ、体重（kg）/身長（m ² ）で算出される。
	36	PDCAサイクル	「Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Action（改善）」という一連のプロセスを繰り返すことで、業務の改善や効率化を図る手法の一つ。

行	No.	用語	解説
	37	標準化死亡比 (SMR)	基準死亡率（人口10万対の死亡者数）を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡者数と実際に観察された死亡者数を比較するもの。国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は国の平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。
	38	腹囲	へその高さで計る腰回りの大きさ。内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボリックシンドロームを診断する指標の一つ。
	39	平均自立期間	要介護2以上を「不健康」と定義して、平均余命からこの不健康期間を除いたもので、0歳の人が必要介護2の状態になるまでの期間。
	40	平均余命	ある年齢の人々が、その後何年生きられるかの期待値であり、本計画書では0歳での平均余命を示している。
	41	HbA1c	赤血球の中にあるヘモグロビンA (HbA) にグルコース（血糖）が非酵素的に結合したものである。糖尿病の過去1～3か月のコントロール状態の評価を行う上での重要な指標。
ま行	42	未治療者	健診受診者のうち、受診勧奨対象者かつ健診実施から6か月以内に医療機関を受診していない者。
	43	メタボリックシンドローム	内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中などになりやすい病態のこと。単に腹囲が大きいだけでは、メタボリックシンドロームには当てはまらない。
や行	44	有所見者	特定健診受診者のうち、異常の所見のあった者。