

郡上市国民健康保険
第3期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(第4期特定健康診査等実施計画)
令和6年度～令和11年度

令和6年3月
郡上市

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……P1

1. 背景・目的
2. 計画の位置付けと基本的な考え方
3. 計画期間
4. 実施体制
5. 関係者が果たすべき役割と連携
 - 1) 市町村国保の役割
 - 2) 県国保の役割
 - 3) 県保健衛生部局の役割
 - 4) 保健所の役割
 - 5) 国保連合会・保健事業支援評価委員会・中央会の役割
 - 6) 後期高齢者医療広域連合の役割
 - 7) 保健医療関係者の役割
 - 8) 被保険者の役割
6. 保険者努力支援制度

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 ……P7

1. 保険者の特性
2. 第2期計画にかかる評価及び考察
 - 1) 第2期データヘルス計画の評価
 - 2) 主な個別事業の評価と課題
 - 3) 第2期計画目標の評価
 - 4) 第2期データヘルス計画に係る考察
3. 第3期における健康課題の明確化
 - 1) 健康課題の明確化
 - 2) 管理目標の設定

第3章 課題解決するための個別保健事業 ……P32

1. 一次予防
 - 1) 乳幼児健診 学校地域保健連絡会
 - 2) 健康づくりに関する地区組織による啓発活動
 - 3) 家庭血圧測定 of 啓発活動
2. 二次予防

- 1) 特定健康診査受診勧奨事業
- 2)-1 特定保健指導
 - 2 特定保健指導利用勧奨事業
- 3. 三次予防
 - 糖尿病腎症重症化・腎症重症化予防事業
- 4. その他
 - 適正受診・適正服薬

第4章 第4期特定健康診査等実施計画(法定義務)P39

- 1. 特定健康診査等実施計画について
 - 1) 第4期特定健康診査等実施計画
 - 2) 郡上市国民健康保険の状況
 - 3) 第3期特定健康診査等実施計画の状況・課題
- 2. 目標値の設定
- 3. 対象者
- 4. 特定健診の実施
 - 1) 実施方法
 - 2) 委託について
 - 3) 健診実施期間リスト
 - 4) 特定健診実施項目
 - 5) 特定健診実施時期
 - 6) 代行機関
 - 7) 健診の案内方法・健診実施スケジュール
- 5. 特定保健指導の実施
 - 1) 保健指導実施方法
 - 2) 特定保健指導実施時期
 - 3) 委託について
- 6. 目標達成のための取り組み
 - 1) 特定健康診査受診率向上のための対策
 - 2) 特定保健指導実施向上の為の対策
- 7. 特定健康診査等実施計画の評価・見直し
- 8. 個人情報の保護
 - 1) 個人情報の保管方法
 - 2) 記録の保管年限
- 9. その他 特定健診以外の健(検)診の関係
 - 1) 30歳代基本健診
 - 2) がん検診

3)後期高齢者医療制度の健診

第5章 その他の取り組みP54

1. 地域包括ケア
2. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

第6章 計画の評価・見直しP56

1. 個別保健事業の評価・見直し
2. データヘルス計画全体の評価・見直し

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱いP57

1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

保健事業実施計画の背景

平成 25 年6月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略^{※1}」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、評価等の取り組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取り組みを行うことを推進する。」とされました。平成 26 年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)の一部を改正する等により、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル^{※2}に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとなりました。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^{※3}2020(骨太方針 2020)」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取り組みの推進が掲げられ、令和3年 12 月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表^{※4}2021」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を検討するとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPI(Key Performance Indicators: 重要業績評価指標)の設定を推進する。」と示されました。このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取り組みの推進や評価指標の設定の推進が進められています。

市町村国保及び国民健康保険組合の保健事業の目的

市町村国保及び国民健康保険組合(以下、「市町村国保」及び「国保組合」を併せて「保険者」という。本計画における「保険者」とは郡上市国保のことを示す。)においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えます。

※1 日本再興戦略:我が国の経済再生に向けて、産業基盤の強化、医療・エネルギー等の市場創出、国際経済連携の推進や海外市場の獲得等、第二次安倍内閣が掲げた成長戦略のこと(H25.6 閣議決定)

※2 PDCA サイクル:P(計画)→D(実施)→C(評価)→A(改善)を繰り返し行うこと

※3 経済財政運営と改革の基本方針:政府の経済財政政策に関する基本的な方針を示すとともに、経済、財政、行政、社会などの分野における改革の重要性とその方向性を示すもの

※4 新経済・財政再生計画 改革行程表:新経済・財政再生計画に掲げられた主要分野ごとの重要課題への対応と KPI(重要業績評価指標)、それぞれの政策目標とのつながりを明示することにより、目指す成果への道筋を示すもの

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、岐阜県の健康増進計画（ヘルスプランぎふ 21）や医療費適正化計画、介護保険事業支援計画、高齢者保健事業の実施計画、岐阜県国民健康保険運営方針、また郡上市の健康福祉推進計画や介護保険事業計画などと調和のとれたものとする必要があります。（図表 1）

健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導への取組みの一つとして位置付けられている高齢者の医療の確保に関する法律（高確法）による特定健診・特定保健指導は、事務担当者を含め健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示した「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)^{※5}」に準じて保険者の責務として実施することが求められています。したがって、特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定める「郡上市特定健康診査等実施計画」に関しては、保険者が保健事業を総合的に企画し効果的・効率的に実施することができるよう、同じ被保険者を対象とする本データヘルス計画と一体的に策定することとします。

本市では、以上の事を踏まえ、国保データベース(KDB^{※6})を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取組むべき健康課題を抽出した上で、これらの課題解決につながるような生活習慣病の発症予防（一次予防）、特定健診・特定保健指導を基盤とした早期発見・早期介入（二次予防）、更には重症化予防（三次予防）に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸および医療費適正化を目指します。

なお、本計画はその対象者を郡上市国保加入者と位置付けてはいますが、国保から他の保険へのあるいは他の保険から国保への異動者の存在、あるいは後期高齢者医療制度やそこで行われる「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」への連続的な移行、更には上位計画である郡上市健康福祉推進計画との整合性も考慮して、必ずしも対象者を国保加入者に限定せず郡上市民全体へ拡大・適応することも考慮します。

※5 標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)において中長期的な目標疾患は、脳血管疾患・心疾患、糖尿病合併症の減少を用いている。

※6 KDB: 国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
健康増進計画		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第9条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 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	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県・義務 市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者・義務	都道府県・義務	都道府県・義務	市町村・義務 都道府県・義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用し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 めの保健事業実施計画を策定、保健 事業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮		すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 高 血 圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 腎不全	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 高 血 圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 腎不全	メタボリックシンドローム 糖 尿 病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖 尿 病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳 卒 中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) が ん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				が ん 精神疾患	認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養
評 価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 ・郡上市民の健康寿命の延伸 ・医療費の適正化 ②個別保健事業 ・メタボ等の生活習慣病の予防 ・糖尿病の重症化予防 ・高血圧の重症化予防 ・腎機能低下の重症化予防 ・重複多剤服用者の減少	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用し る保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とし、令和8年度に中間評価を実施予定とします。

4. 実施体制

保険者(郡上市)においては、保健事業の積極的な推進を図るために、健康福祉部各課とともに他の住民の健康の保持増進に関係する部課にも協力を求め、市一体となって、計画の策定等を進めます。具体的には、後期高齢者医療制度における保健事業を所管する保険年金課・健康課・高齢福祉課(含む地域包括支援センター)、保健事業を主に所管する健康課、介護予防事業をはじめとする地域支援事業を所管する高齢福祉課(含む地域包括支援センター)、生活保護を所管する社会福祉課のほか、総務部財政課や市長公室企画課などとも十分に連携し、計画策定等を進めます。特に計画策定や保健事業の実施、評価等に当たっては、郡上市健康福祉推進計画や医療をはじめとする地域の社会資源の状況等を踏まえて対応する必要があるため、健康福祉部各課や公立医療機関、特に国保直診施設(県北西部地域医療センター国保白鳥病院・国保和良診療所・国保高鷲診療所・国保小那比診療所・国保石徹白診療所)と連携し取り組んでいきます。

5. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

保険者(郡上市)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、保険年金課が中心となって、関係部課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。保険者の健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、健康福祉部内の関係各課や県、保健所、国保連合会等の関係機関の協力を得て、保険年金課が特に健康課と連携をとりながら主体となって行います。具体的には、ア. 健康課題の分析、計画の策定、保健事業の実施及び評価、イ. 保険者内の連携体制の確保、ウ. 保険年金課の体制の確保、エ. 関係機関との連携などの役割をはたしていきます。また、県国保・保健衛生部局、国保連合会、保健事業支援評価委員と調整しながら保健事業の実施の支援も行います。

2) 県国保の役割

県は市町村国保の財政責任の運営主体となる共同保険者です。市町村国保の保険者機能の強化については、県の関与が重要となると考え、被保険者の健康の保持増進のために、保険者が、効果的・効率的に保健事業を実施することができるよう、県国保部局は、関係機関との連絡調整や専門職の派遣や助言等の技術的な支援、情報提供等を通じて、積極的に保険者を支援します。県衛生部門と調整しながら、市町村の国保・衛生部門の事業実施の支援を行います。

3) 県保健衛生部局の役割

県保健衛生部局は、県の健康づくり施策を担っていることを踏まえ、国保部局の求めに応じて、保健師等の専門職が技術的な支援を行います。また、保健所が効果的・効率的に保険者支援を展開できるように、国保部局と連携して、保健所を支援します。

4) 保健所の役割

県保健所は、県(国保部局、保健衛生部局)や国保連合会、郡市医師会をはじめとする地域の保健医療関係者(団体)等と連携、調整して、地域の社会資源の状況等を踏まえた上で、地域の実情に応じた保険者支援を行います。

5) 国保連合会・保健事業支援評価委員会・中央会の役割

国保連合会や保健事業支援・評価委員会は、計画の策定支援や個別の保健事業の実施支援等を行っており、多くの支援実績が蓄積されています。このため、保険者は、(可能な限り)保健事業支援・評価委員会等の支援・評価を受けて計画の策定等ができるように、県国保課と国保連合会が調整しながら支援を提供する体制を整え、当計画においては保険者の状況把握をしながら、令和8年度の間評価、11年度の最終評価時に支援を行います。

6) 後期高齢者医療広域連合の役割

後期高齢者医療広域連合は策定の過程において、75歳以上の健診・レセプト情報等を自らの現状分析に活用することはもとより、市町村国保が地域の世代間の疾病構造や医療費等の動向を連続して把握することができるよう、市町村国保と必要な情報の共有を図るよう努めます。この場合、市町村国保においては、国保・後期高齢者の保健事業を一体的に実施できるよう市内の関係部署として、健康課題の明確化や保健事業の効果検証等のため、共有された情報の活用を図るよう努めます。

7) 保健医療関係者の役割

保健医療関係者は、計画策定時だけでなく、保健事業の実施や評価、保健事業の業務に従事する者の人材育成等においても、保険者等の求めに応じ、保健医療に係る専門的見地から、保険者への支援等を積極的に行います。保険者が開催する国保運営協議会、糖尿病重症化予防対策推進協議会、CKD重症化予防などにおいては保険者の支援を地域単位で支援を行います。

8) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。その一環として、「郡上市の国民健康保険事業の運営に関する協議会」の被保険者代表委員の参画を得て、意見交換等を行います。

6. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成30年度より本格的に実施されています。(図表2)

令和2年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押しする保険者努力支援制度(事業費分・事業費連動分)が追加されました。保険者努力支援制度(事業費分)は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され、また都道府県は、保険者努力支援制度(事業費連動分)を保険給付費に充当することができることから、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながります。今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

図表2 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			郡上市	配点	郡上市	配点	郡上市	配点
交付額(万円)			1,893	配点	1,887	配点	1,902	配点
県内順位(42市町村)			21位		17位		20位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	50	70	30	70	30	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	38	40	35	40	27	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	45	45	55	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	10	130	110	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	0	100	10	100	25	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	30	30	33	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	40	40	38	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	80	95	72	100	74	100
合計点			593	1,000	593	960	566	940

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における 健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本市の人口は約3万8千人、高齢化率は37.5%で同規模の市、県、国と比較するとやや高く、被保険者の平均年齢も55.8歳と県、国と比べて高くなっています。一方、出生率は県、国よりも低く、財政指数も低くなっています。産業においては、第3次産業は59.1%と一番多いですが、それでも第1次および第2次産業の割合については県、国と比較すると高くなっています。(図表3)

国保の被保険者数は年々減少傾向で、国保加入率は近年大きな変化はありませんが、平成30年と比較すると減少しています。被保険者の年齢構成については65～74歳の前期高齢者が50%以上を占めています。(図表4)

また、本市内には精神科単科病院1つを含む5つの病院、19の診療所、778(精神科病床395床を含む)の病床数があり、同規模の市、県と比較して被保険者1000人当たりの診療所と医師数が少ない状況となっています。患者数に関しては、同規模の市や県と比較して被保険者1000人当たりの外来患者数は少ないですが被保険者1000人当たりの入院患者数は多い傾向にあります。(図表5・6)

本市の平均寿命と健康寿命について、男性女性の平均寿命・健康寿命ともに平成26年度と比較して令和元年度は伸びていますが、平均寿命と健康寿命の差である不健康期間は男性女性の順に平成26年度は1.19歳、2.53歳、令和元年がそれぞれ1.16歳、2.67歳で、男性はその短縮を認めず、女性においては0.14歳つまり1.7か月ほどの短縮が認められています。(図表7・8)

平成27(2015)年全国を基準とした標準化死亡比を比較すると、大きな人口構成変化がないとする仮定のもと、心疾患(高血圧性を除く)は女性で微増傾向があるものの男女とも大きな変化はなく、脳血管疾患は男女とも減少傾向、腎不全は男性で減少傾向、女性で増加傾向が見て取れますが、脳血管疾患の減少傾向以外は統計学的には有意ではなく、標準化死亡比自体もその95%信頼区間が100を含んでいるために全国と比べても統計学的な有意差をもって差があるとは言えないことがわかります。(図表9)

図表3 同規模・県・国と比較した郡上市の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
郡上市	38,933	37.5	8,912 (22.9)	55.8	5.7	16.5	0.3	6.6	34.3	59.1
同規模	--	36.2	22.4	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
県	--	30.6	21.1	53.9	6.2	11.7	0.6	3.2	33.1	63.7
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、郡上市と同規模保険者(市)の平均値を表す

図表4 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合								
被保険者数	9,928		9,575		9,530		9,278		8,912	
65～74歳	4,609	46.4	4,567	47.7	4,690	49.2	4,745	51.1	4,498	50.5
40～64歳	3,196	32.2	3,012	31.5	2,935	30.8	2,780	30.0	2,677	30.0
39歳以下	2,123	21.4	1,996	20.8	1,905	20.0	1,753	18.9	1,737	19.5
加入率	23.6		22.8		22.7		22.1		22.9	

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

図表5 医療資源の状況

(R5年12月時点)

(R3年10月時点)

	病院		一般診療所		歯科	病院開設 または法 人代表者	病院 勤務者	診療所開 設または 法人代表 者	診療所 勤務者	老人 保健施設 勤務者
	一般	精神	無床	有床						
施設数	4		1	17	2	4	41	16	6	1
病床数	一般	療養	精神	-	療養以外	45		22		1
	299	84	395	-	27					

出典：郡上市医師会 HP、中濃地域の公衆衛生 2020

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

図表6 医療資源の状況比較(国保被保険者千人あたり)

	参考(R4年度)			
	郡上市		同規模	県
	実数	割合	割合	割合
病院数	5	0.6	0.4	0.2
診療所数	19	2.1	3.5	3.9
病床数	778	87.3	67.7	48.3
医師数	68	7.6	9.7	11.2
外来患者数	631.5		728.3	748.2
入院患者数	25.9		23.6	17.4

出典：KDB システム 地域の全体像の把握

図表7 郡上市の平均寿命

		H26年度		H27年度		H28年度		H29年度		H30年度		R1年度	
		年齢	順位										
郡上市	男	81.05	12	82.01	7	82.78	2	81.82	8	81.93	12	81.70	21
	女	87.41	10	87.75	9	87.74	8	88.14	8	87.54	19	87.93	13
岐阜県	男	80.69	20	80.98	22	81.14	18	81.29	17	81.38	20	81.70	20
	女	86.61	24	86.86	19	86.88	22	86.99	23	87.08	24	87.30	24

※順位とは県の位置を分かりやすくするために表したもの

出典：岐阜県

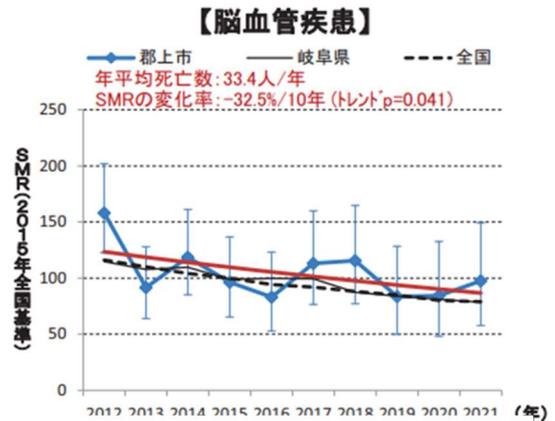
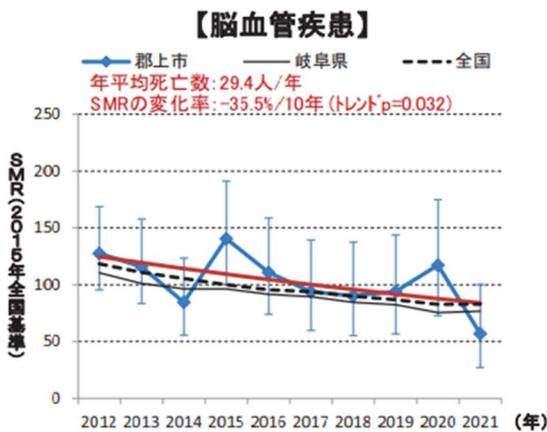
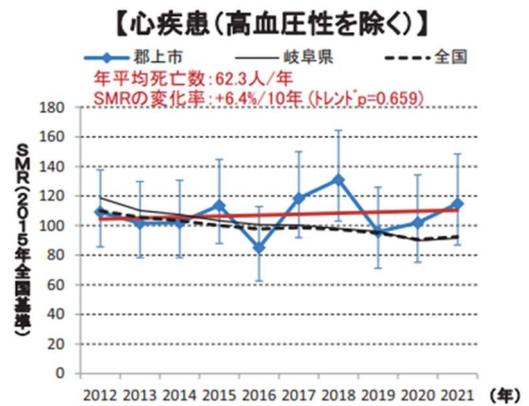
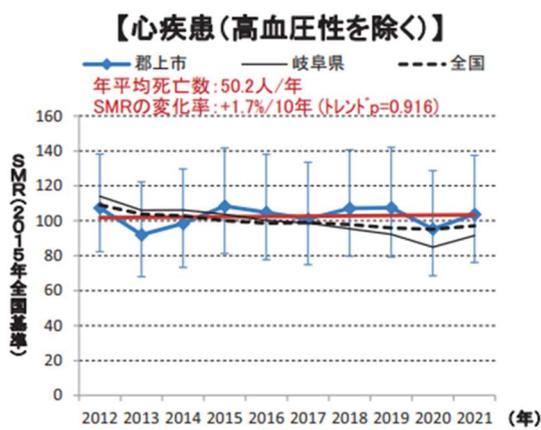
図表8 郡上市の健康寿命

		H26年度		H27年度		H28年度		H29年度		H30年度		R1年度	
		歳	県内順位										
郡上市	男	79.86	9	80.75	6	81.59	1	80.69	9	80.74	10	80.54	19
	女	84.88	6	85.15	4	85.16	5	85.55	7	84.98	9	85.26	7
岐阜県	男	79.26	21	79.54	22	79.71	20	79.88	18	79.97	20	80.26	23
	女	83.48	22	83.67	20	83.75	22	83.87	22	83.98	25	84.14	26

※健康寿命とは要介護1度以下を自立(健康)とした「日常生活動作が自立している期間の平均」

出典:岐阜県

図表9 標準化死亡比(心疾患、脳血管疾患、腎不全) 左:男性 右:女性



出典:国立保健医療科学院「地方自治体における生活習慣病関連の健康課題把握のための参考ツール・データ集」

2015年全国基準を100とした、2012年～2021年の標準化死亡比(SMR)推移
※標準化死亡比とは、期待死亡数と実際の死亡数を比較したもの
※トレンドpとは変化が偶然変動である確率を意味し、 $p < 0.05$ では有意な変化があると解釈される
※誤差線は95%信頼区間を示す

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期データヘルス計画では、取り組みの対象とする疾患を検討する際に、「医療費の適正化」「被保険者の健康の保持増進」に鑑み、上位計画である第2次郡上市健康福祉推進計画との整合性を図ること、医療費や要介護の認定に大きく影響する疾患であることを重視しました。

① 郡上市健康福祉推進計画との整合性

上位計画である第2次郡上市健康福祉推進計画において、優先健康福祉課題は「認知症」とされています。脳血管疾患は、認知症のリスクであり、その脳血管疾患のリスクとしては高血圧症・糖尿病などがあります。

② 健康寿命(要介護認定)への影響

データヘルス計画の目指すところである「被保険者の健康の保持増進」に関して、郡上市の現状をみると、要介護認定の原因となる疾患は、認知症・整形外科的疾患・脳血管疾患が上位を占めています。中でも、脳血管疾患は、それ自体が要介護状態となるだけでなく、認知症のリスクともなります。よって、健康寿命(要介護認定)の視点から、脳血管疾患への対策が求められます。

③ 医療費への影響

医療費に関しては、循環器疾患が受診の件数・診療費ともに上位を占めており、特に外来においては、件数・医療費(総点数)ともに第1位となっています。よって、医療費適正化の視点からも、循環器疾患への対策が求められます。

上記①～③より、脳血管疾患を含む循環器疾患への対策が必要と考えられ、脳血管疾患のリスク因子として高血圧症・糖尿病などがあげられます。

高血圧症は、脳血管疾患における最大の危険因子であり、血圧値と脳卒中発症率との関係は直線的な正の相関関係にあります。よって高血圧対策は脳血管疾患の予防にきわめて有効とされています。また、脳血管疾患の各リスク因子について、郡上市国保の外来の受診件数をみると、高血圧症が最も多く、糖尿病の約1.6倍、脂質異常症の約2倍となっています。よって、郡上市のデータヘルス計画において取り組む課題を高血圧対策としました。

(1) 中長期的目標疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の状況

①介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で34人(認定率0.27%)、1号(65歳以上)被保険者で2,683人(認定率18.4%)と同規模の市・国と比べると低くなっています。(図表10)

団塊世代が後期高齢者医療へ移行してきてはいますが、75歳以上の認定者はそれほど増加しておらず、一方で介護給付費は、平成30年度と比べると令和4年度は約1億円増加しています。介護サービスの周知やその利用アクセスの向上といった可能性に加え、重度介護認定者割合の増加の可能性や、施設サービス利用者の増加の可能性などが要因として考えられます。これらには少子高齢化人口減少に伴い家族介護力の低下とそれを補う介護サービス利用増が影響していることが推察されます。(図表11)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、レセプト診断名からの抽出であるという点で解釈に注意が必要であるものの、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)と虚血性心疾患が上位を占めています。基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症の有病状況は、全年齢で94.1%と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表12)

図表10 要介護認定者(率)の状況

	郡上市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	14,604人	34.7%	14,612人	37.5%	36.2%	30.6%	28.7%
2号認定者	31人	0.22%	34人	0.27%	0.37%	0.35%	0.38%
新規認定者	-		13人		--	--	--
1号認定者	2,655人	18.2%	2,683人	18.6%	19.1%	18.1%	19.4%
新規認定者	-		392人		--	--	--
再掲	65～74歳	163人	2.7%	185人	2.8%	--	--
新規認定者	-		37人		--	--	--
75歳以上	2,492人	29.2%	2,498人	30.9%	--	--	--
新規認定者	-		355人		--	--	--

出典:KDB システム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 11 介護給付費の変化

	郡上市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	38億1030万円	39億8983万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	260,908	273,052	300,230	286,208	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	60,066	59,538	70,503	59,511	59,662
居宅サービス	38,511	39,393	43,936	41,518	41,272
施設サービス	264,035	266,319	291,914	284,664	296,364

出典：KDB システム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 12 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R4年度)

受給者区分		2号		1号				合計					
年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上		計					
介護件数(全体)		34		185		2,498		2,683					
再)国保・後期		19		151		2,454		2,605					
レセプトの診断名より重複して計上 有病状況	血管疾患	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合		
		循環器疾患	1	脳卒中	9 47.4%	脳卒中	62 41.1%	虚血性心疾患	964 39.3%	虚血性心疾患	999 38.3%	虚血性心疾患	1,002 38.2%
			2	虚血性心疾患	3 15.8%	虚血性心疾患	35 23.2%	脳卒中	923 37.6%	脳卒中	985 37.8%	脳卒中	994 37.9%
			3	腎不全	1 5.3%	腎不全	17 11.3%	腎不全	401 16.3%	腎不全	418 16.0%	腎不全	419 16.0%
		合併症	4	糖尿病合併症	5 26.3%	糖尿病合併症	18 11.9%	糖尿病合併症	262 10.7%	糖尿病合併症	280 10.7%	糖尿病合併症	285 10.9%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			16 84.2%	基礎疾患	135 89.4%	基礎疾患	2,319 94.5%	基礎疾患	2,454 94.2%	基礎疾患	2,470 94.1%
		血管疾患合計			17 89.5%	合計	137 90.7%	合計	2,352 95.8%	合計	2,489 95.5%	合計	2,506 95.5%
		認知症			5 26.3%	認知症	35 23.2%	認知症	1,202 49.0%	認知症	1,237 47.5%	認知症	1,242 47.3%
		筋・骨格疾患			16 84.2%	筋骨格系	140 92.7%	筋骨格系	2,382 97.1%	筋骨格系	2,522 96.8%	筋骨格系	2,538 96.7%

出典：ヘルスサポートラボツール

②医療費の状況

本市の医療費に関しては、国保加入者が減少しているにもかかわらず総医療費は増加しており、一人あたり医療費は、県・国と比較して高く、平成 30 年度と比較しても約5万円伸びています。医療の受診率は、同規模の市・県・国と比べて低い状態ですが、入院・外来1件あたり費用額を

比較すると入院費は安く、外来費は高くなっています。また、入院医療費は、全体レセプト件数のうちわずか 3.9%にも関わらず、医療費全体の 46.4%を占めており、1件あたりの入院医療費も平成 30 年度と比較して高くなっています。(図表 13)

年齢調整をした一人あたり地域差指数でも、入院は全国平均の1を大きく超えており、岐阜県内でも2位になっています。(図表 14)

一人あたり医療費は入院が主要因ですが、外来費用額が高いこともあり、予防可能な生活習慣病の重症化予防と医療機関未受診者を減らすことが重要なため、引き続き重症化予防・未受診者への取り組みに力を入れる必要があります。

図表 13 医療費の推移

	郡上市		同規模	県	国		
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度		
被保険者数(人)	9928人		8912人	--	--		
前期高齢者割合	4609人 (46.4%)		4498人 (50.5%)	--	--		
総医療費	31億9004万円		33億8328万円	--	--		
一人あたり医療費(円)	321,317	県内31位 同規模222位	379,632	県内11位 同規模169位	394,521	355,308	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	471,100	554,260	585,610	615,940	617,950	
	費用の割合	44.5	46.4	43.3	37.4	39.6	
	件数の割合	3.8	3.9	3.1	2.3	2.5	
外来	1件あたり費用額(円)	23,450	26,310	24,850	24,020	24,220	
	費用の割合	55.5	53.6	56.7	62.6	60.4	
	件数の割合	96.2	96.1	96.9	97.7	97.5	
受診率	648.481		657.491	751.942	765.634	705.439	

出典：KDB システム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	郡上市 (県内市町村中)		県 (47県中)	郡上市 (県内市町村中)		県 (47県中)	
	H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度	
地域差指数・順位	全体	0.947	0.970	0.989	0.881	0.892	0.918
		(34位)	(26位)	(31位)	(30位)	(27位)	(32位)
	入院	1.057	1.133	0.929	0.940	0.958	0.835
		(10位)	(2位)	(39位)	(4位)	(5位)	(40位)
	外来	0.894	0.881	1.022	0.839	0.839	1.000
		(42位)	(40位)	(16位)	(39位)	(39位)	(17位)

※同規模順位は郡上市と同規模被保険者 280 市町村の平均値を表す

出典：厚労省「地域差分析」

③中長期的目標疾患の医療費の変化

中長期的目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計は、平成 30 年度と比較すると約 2,300 万円減少していますが、その内訳を見てみると脳血管疾患は約 400 万円増ですがおおむね横ばい、心疾患は約 1,200 万円増、一方腎疾患は約 4,000 万円減となっています。透析者数が減少しておりこの影響が表れているのではないかと考えられます。(図表 15)

次に患者数の視点で中長期的目標疾患の治療状況を平成 30 年度と比較してみると、被保険者全体数が減少し年齢構成において前期高齢者割合が増加してきているという点で解釈に注意は必要ではあるものの、脳血管疾患の患者数減の一方治療者割合は微増しており、特に 65 歳から 74 歳の前期高齢者で増加しています。虚血性心疾患・人工透析は、患者数及び割合とも減少しています。(図表 16)

脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患です。また、心疾患においては、急性期治療法の進歩やその適応対象年齢の拡大、救急体制の充実などにより発症時に多額の医療費がかかり、1件あたりに医療費が多くかかります。そのため、やはり医療費の観点からも、それらの原因となる高血圧、糖尿病といった生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えられます。

図表 15 中長期目標疾患の医療費の推移

			郡上市		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			31億9004万円	33億8328万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			2億7112万円	2億4767万円	--	--	--
			8.50%	7.32%	7.84%	8.36%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	1.11%	1.17%	2.10%	1.85%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.92%	2.18%	1.39%	1.92%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	5.08%	3.66%	4.05%	4.28%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.39%	0.32%	0.30%	0.31%	0.29%
そ の 他 の	悪性新生物		12.65%	16.95%	16.91%	17.01%	16.69%
	筋・骨疾患		9.09%	7.31%	9.00%	8.32%	8.68%
	精神疾患		12.95%	13.69%	8.74%	7.53%	7.63%

出典: KDB システム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

(最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名)

注)KDB システムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上。

図表 16 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0～74歳	A	9,928	8,912	a	555	541	683	581	45	38	
				a/A	5.6%	6.1%	6.9%	6.5%	0.5%	0.4%	
40歳以上	B	7,805	7,175	b	548	538	680	575	45	38	
	B/A	78.6%	80.5%	b/B	7.0%	7.5%	8.7%	8.0%	0.6%	0.5%	
再掲	40～64歳	D	3,196	2,677	d	111	94	144	99	18	14
		D/A	32.2%	30.0%	d/D	3.5%	3.5%	4.5%	3.7%	0.6%	0.5%
	65～74歳	C	4,609	4,498	c	437	444	536	476	27	24
		C/A	46.4%	50.5%	c/C	9.5%	9.9%	11.6%	10.6%	0.6%	0.5%

出典: KDB システム 疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)、地域の全体像の把握、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期的目標疾患でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、高血圧では 40～64 歳の治療者割合が減少しているものの 65～74 歳では増加、糖尿病では 40～64 歳も 65～74 歳も増加、脂質異常症では 40～64 歳は横ばいで 65～74 歳では増加という傾向にあり、特に 65 歳以上での有病割合が増加傾向にあるようです。治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合は減っています。高血圧症では、40 歳から 64 歳の治療者割合は減少しているものの、脳血管疾患の治療者は増加しています。

本市は特定健診の結果から、治療が必要な方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を実施していますが、若い方々も含め重症化する前に適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながると考えていることによります。特に重点を置いて実施している高血圧疾患での対策では、40 歳～64 歳までの若い年代の未受診者対策、重症化予防の対策が今後も重要であると考えます。(図表 17・18・19)

図表 17 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
高血圧症治療者(人)	A	3,144	3,021	806	654	2,338	2,367	
	A/被保数	40.3%	42.1%	25.2%	24.4%	50.7%	52.6%	
(中長期併症)	脳血管疾患	B	321	291	57	54	264	237
		B/A	10.2%	9.6%	7.1%	8.3%	11.3%	10.0%
	虚血性心疾患	C	479	407	91	67	388	340
		C/A	15.2%	13.5%	11.3%	10.2%	16.6%	14.4%
	人工透析	D	41	36	17	14	24	22
		D/A	1.3%	1.2%	2.1%	2.1%	1.0%	0.9%

出典：KDB システム 疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)、
地域の全体像の把握、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 18 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
糖尿病治療者(人)	A	1,658	1,715	420	378	1,238	1,337	
	A/被保数	21.2%	23.9%	13.1%	14.1%	26.9%	29.7%	
(中長期併症)	脳血管疾患	B	153	142	30	21	123	121
		B/A	9.2%	8.3%	7.1%	5.6%	9.9%	9.1%
	虚血性心疾患	C	280	265	53	38	227	227
		C/A	16.9%	15.5%	12.6%	10.1%	18.3%	17.0%
	人工透析	D	27	26	10	9	17	17
		D/A	1.6%	1.5%	2.4%	2.4%	1.4%	1.3%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	237	206	51	42	186	164
		E/A	14.3%	12.0%	12.1%	11.1%	15.0%	12.3%
	糖尿病性網膜症	F	168	156	37	36	131	120
		F/A	10.1%	9.1%	8.8%	9.5%	10.6%	9.0%
	糖尿病性神経障害	G	63	70	19	16	44	54
		G/A	3.8%	4.1%	4.5%	4.2%	3.6%	4.0%

出典：KDB システム 疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)、地域の全体像の把握、
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 19 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)		A	2,588	2,511	692	584	1,896	1,927
		A/被保数	33.2%	35.0%	21.7%	21.8%	41.1%	42.8%
中 長 期 併 症 目 標 疾 患	脳血管疾患	B	212	203	41	35	171	168
		B/A	8.2%	8.1%	5.9%	6.0%	9.0%	8.7%
	虚血性心疾患	C	434	394	85	65	349	329
		C/A	16.8%	15.7%	12.3%	11.1%	18.4%	17.1%
	人工透析	D	17	20	8	8	9	12
		D/A	0.7%	0.8%	1.2%	1.4%	0.5%	0.6%

出典：KDB システム 疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)、
地域の全体像の把握、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0 以上を平成 30 年度と令和3年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療となっている方が高血圧で約 40%、糖尿病で4%ほどいます。(図表 20)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減ってきていますが、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、未受診者への受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 20 結果の改善と医療のかかり方

健診受診率		高血圧															
		結果の改善 Ⅱ度高血圧の推移										医療のかかり方					
		H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
		受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
郡上市	4,176	54.1	4,097	55.1	208	5.0	121	58.2	218	5.3	136	62.4	86	39.4	16	7.3	
448市町村 合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0	

健診受診率		糖尿病															
		結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移										医療のかかり方					
		H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
		HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
郡上市	4,149	99.4	4,069	99.3	154	3.7	43	27.9	171	4.2	46	26.9	7	4.1	12	7.0	
448市町村 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1	

③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果において、平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者と予備群共に伸びています。(図表21)

重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上の有所見者割合は微増、LDL-C160以上の有所見割合は、やや減っています。翌年度の健診結果より改善率を見ると、HbA1c6.5以上は上がっているものの、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上は下がっています。また翌年度健診を受診していない人がいずれも増えており、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導の実施に努めると共に、対象者の継続受診を勧める取り組みが重要であると考えます。(図表22・23・24)

図表21 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	該当者		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	4,176 (54.1%)	653 (15.6%)	197 (4.7%)	456 (10.9%)	363 (8.7%)
R04年度	3,743 (53.0%)	692 (18.5%)	218 (5.8%)	474 (12.7%)	392 (10.5%)

出典：ヘルスサポートラボツール
(特定健診結果)

項目は血圧・血糖・脂質の基準のことであり、3または2項目該当している受診者を表している

図表22 HbA1c6.5以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	376 (9.1%)	75 (19.9%)	163 (43.4%)	63 (16.8%)	75 (19.9%)
R03→R04	392 (9.6%)	83 (21.2%)	178 (45.4%)	33 (8.4%)	98 (25.0%)

出典：ヘルスサポートラボツール
(特定健診結果)

図表23 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	208 (5.0%)	112 (53.8%)	48 (23.1%)	4 (1.9%)	44 (21.2%)
R03→R04	218 (5.3%)	111 (50.9%)	53 (24.3%)	6 (2.8%)	48 (22.0%)

出典：ヘルスサポートラボツール
(特定健診結果)

図表 24 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	476 (11.4%)	228 (47.9%)	142 (29.8%)	31 (6.5%)	75 (15.8%)
R03→R04	454 (11.1%)	196 (43.2%)	133 (29.3%)	35 (7.7%)	90 (19.8%)

出典:ヘルスサポートラボツール
(特定健診結果)

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、令和2年度に新型コロナウイルス感染症の影響で低下しましたが令和3年度には令和元年度の受診率を維持しています。しかし第3期特定健診等実施計画の目標65%には到達できていません。(図表 25)また早期からの生活習慣病対策を目的に40歳未満を対象とした健診も実施していますが、特定健診の年代別の受診率では、40歳から50歳代は低い状況が続いています。(図表 26)

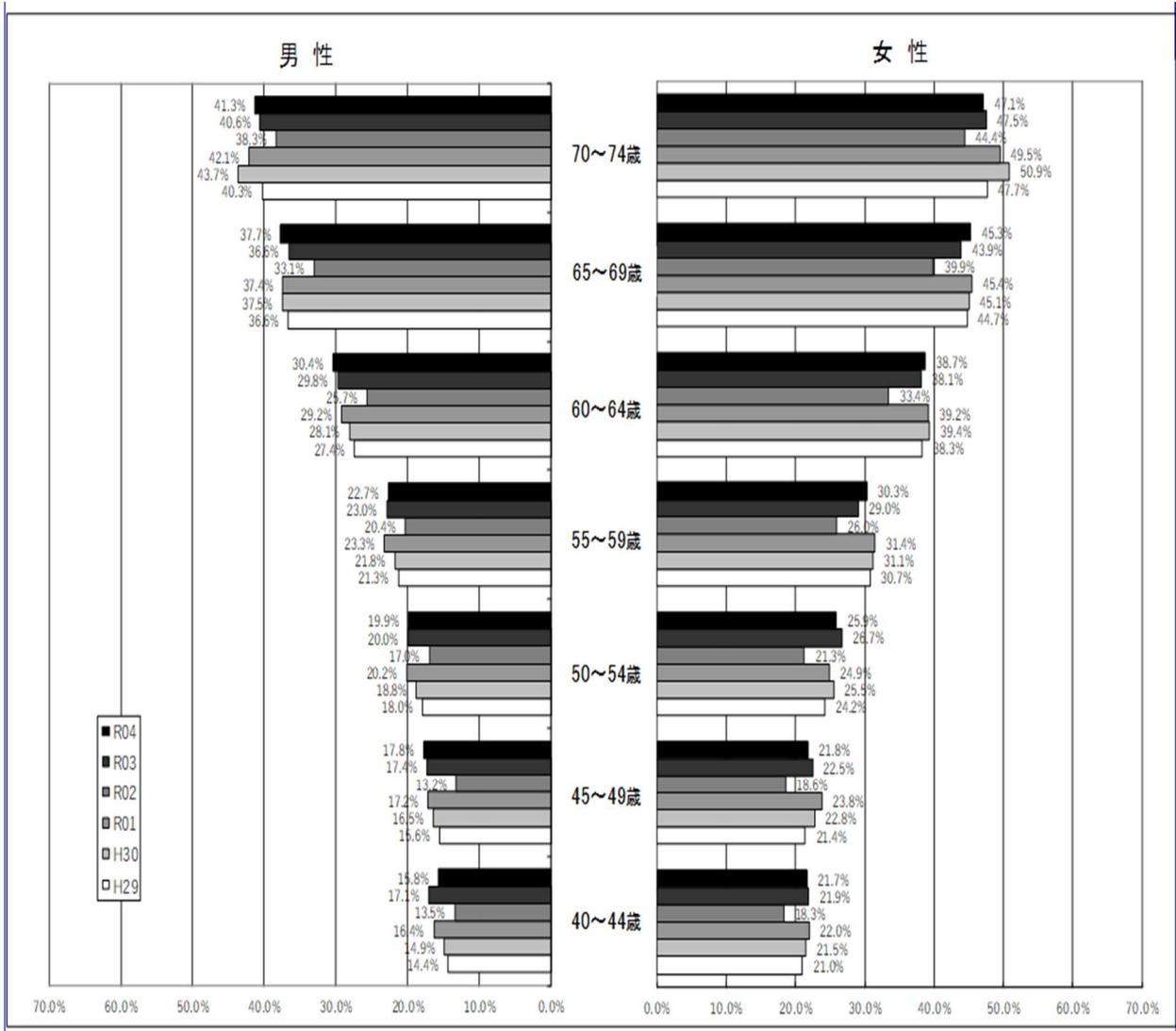
特定保健指導について、指導対象者は増えていますが実施率は下がっています。対象者の状態に応じた保健指導を実施することが生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。(図表 25)

図表 25 特定健診・特定保健指導の推移

		H30 年度	R01 年度	R02 年度	R03 年度	R04 年度	R05 年度 目標値
特定健診	受診者数	4,048	3,967	3,852	3,977	3,845	健診受診率 65%
	受診率	56.8%	57.5%	55.5%	57.8%	59.2%	
特定保健 指導	該当者数	444	459	495	508	493	特定保健指 導実施率 60%
	割合	11.0%	11.5%	12.9%	12.8%	12.8%	
	実施者数	211	203	219	211	188	
	実施率	48.0%	44.2%	44.2%	41.5%	38.1%	

出典:特定健診法定報告データより

図表 26 年代別特定健診受診率の推移



2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 「特定健診・30歳代基本健診・すこやか健診の受診啓発」

特定健診受診勧奨事業

- ・地域の实情に応じて重点とするターゲットを絞り受診啓発を実施しています。主に国保異動者への窓口での受診勧奨、健診申込後の健診未来所者への電話での再勧奨等を実施しています。
- ・特定健診評価等推進会議を年3回開催し、健診関係者が受診率向上の為の対策を計画し受診啓発を実施しています。
- ・健診未申込者のうちターゲットとする年代を絞り、受診勧奨はがきによる勧奨を実施しています。
- ・職場健診、人間ドックで健診を受診される方へ、健診結果の情報提供を依頼しています。

特定健診受診率は、少しずつ増加し令和4年度法定報告では 59.2% (県内4位) と高い受診率を維持していますが、目標の 65% には達していない状況です。引き続き、健診未受診者の傾向を分析し受診啓発をしていくことが必要です。

(2)「健診時健康相談・健康相談・保健指導」「健康手帳の交付(家庭血圧の記録)」「血圧計の貸出」

①特定保健指導事業

- ・集団健診では、健診受診者全員を対象に健康相談を実施し、初回面談とその後の支援につなげています。動機づけ支援者では体重・腹囲の改善につながっていますが、積極的支援者では保健指導の実施率が低い状況です。令和6年度からの特定保健指導の見直しにより積極的支援については、実施のプロセスの評価だけでなくアウトカムの評価が重要視されることとなります。より積極的支援者に対する保健指導を実施し支援につなげる方策について検討が必要です。
- ・保健指導実施率向上のため、保健指導を委託している医療機関との特定保健指導の実施状況などの情報共有が必要です。
- ・特定保健指導未実施の医療機関で健診を受診した特定保健指導対象者に対し、個別で保健指導の利用勧奨を実施していますが、利用率は向上していない状況です。特定保健指導未実施医療機関での指導対象者への介入方法について検討が必要です。

②家庭血圧測定の啓発

集団健診受診者の問診票の集計結果により、家庭血圧計の保有率と家庭での血圧測定の割合が増加しています。特に健診時に血圧値が高い受診者については、家庭血圧の測定を推進し、測定した結果を持参して医療機関を受診するよう啓発を引き続き実施していくことが必要です。(図表 27)

図表 27 家庭血圧測定の状況(割合)

		H29	H30	R1	R2	R3	R4
血圧計の保有		72.6%	79.1%	80.4%	80.7%	81.8%	81.4%
家庭血圧測定	毎日	11.9%	14.2%	15.2%	17.6%	18.3%	18.3%
	時々	33.7%	37.6%	37.3%	37.1%	37.4%	38.0%
	合計	45.6%	51.8%	52.5%	54.7%	55.7%	56.3%

* 特定健診・30代基本健診・すこやか健診の問診項目集計(集団健診)

(3)健康づくりに関する地区組織による啓発活動

①母子成人保健推進員による啓発

2年間の育成機関の中、各地域で1年目に「高血圧予防について」2年目に「糖尿病予防について」の研修会を実施し、推進員の家庭や地域へ、減塩や家庭での血圧測定の勧め等の啓発活動を推進しています。

②食生活改善推進員の活動

郡上市食育推進基本計画には、子どもから高齢者までのすべての年代に、減塩と野菜摂取をすすめることを目標に掲げています。乳幼児期から学童期は親子で集う機会や保育園・幼稚園、学校へ訪問、青壮年期は企業へ訪問し、高齢者はサロンや市の介護予防教室の場で、そ

れぞれの年代に合わせた減塩方法を伝えています。また、妊娠期から高齢者まで、食塩摂取アンケートや味噌汁塩分チェックを実施し、結果のまとめを推進員全員に伝え、推進員研修で効果的な減塩活動について検討しながら活動を継続していきます。

(4)「乳幼児健診」「学校地域保健連絡会」

乳幼児期から学童期、思春期における子どもの適切な生活習慣や食生活等について、乳幼児健診時の個別相談、園、小中学校、高等学校と連携して取り組みを行っている学校地域連絡会において、生活習慣、食生活等の指導・啓発を実施しています。健康課題に対する最初の予防（一次予防）のポピュレーションアプローチとして継続し実施していきます。

(5)腎症重症化予防事業

腎症重症化予防取り組み評価指標における医療機関受診勧奨対象者の年度内医療機関受診率は減少し、特定健診受診者における腎機能低下者の割合は増加しています。透析者数は、年によってばらつきがありますが、平均すると新規透析者数は11名となっており、そのうち糖尿病、高血圧による透析者数は5名という結果でした。引き続き高血圧、糖尿病での腎症重症化予防に取り組んでいきます。（図表 29）

①医療機関未受診者対策（医療機関未受診者に対する受診勧奨）

受診勧奨者の医療機関受診率目標の35%には到達していません。翌年度の健診受診者の改善率を見ると、血圧、血糖値改善の割合が低下しています。対象者の背景、傾向等について分析を実施し、介入方法について検討が必要です。（図表 28）

②治療中断者対策（糖尿病治療中断者に対する受診勧奨）

事業開始当初、対象者の選定方法について統一されていなかったため令和3年度から統一しました。その結果、医療機関への受診率は44%となりましたが、目標の50%には達していません。継続して治療中断者への受診勧奨を実施していきます。（図表 28）

③治療中の腎機能低下者対策（治療中の腎症重症化リスクの高い者に対する保健・栄養指導）

精密検査依頼書での医療機関での保健指導実施率は20%程度であり、目標の30%に達していない状況です。又かかりつけ医からの保健・栄養指導の依頼の件数は多くて4件/年となっており、高齢者で腎機能低下となっている人の依頼が多い傾向です。腎機能低下の予防の為に、早い段階で依頼が増えていくように、医療機関への啓発を実施して必要があります。（図表 28）

図表 28 腎症重症化予防プログラム実施結果

	医療機関未受診者対策	糖尿病治療中断者対策	治療中の腎機能低下者	
			精密検査依頼書での保健指導実施	かかりつけ医からの指導依頼
	医療機関受診率	医療機関受診率	保健指導実施率	依頼件数
目標	35%	50%	30%	—
令和元年度	29.4%	0%	19.7%	1
令和2年度	34.3%	25.3%	20.3%	2
令和3年度	34.3%	42.0%	18.9%	4
令和4年度	実施中	44.0%	19.3%	2

図表 29 腎症重症化予防取り組み評価指標の結果

	H29 年度	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
医療機関受診勧奨対象者の年度内医療機関受診率(KDB)	49.0%	50.7%	50.1%	50.8%	48.8%	47.7%
特定健診受診者における腎機能低下者の割合(KDB)【年齢調整】	4.2% (178 人)	4.5% (187 人)	4.9% (195 人)	5.3% (203 人)	5.3% (211 人)	5.2% (201 人)
郡上市国民健康保険における人工透析に係る医療費(KDB)	151,065,260 (医療費割合 8.1%)	160,035,110 (医療費割合 9.0%)	139,671,880 (医療費割合 7.7%)	134,167,640 (医療費割合 7.6%)	102,365,940 (医療費割合 5.7%)	123,725,700 (医療費割合 6.6%)
糖尿病及び高血圧による新規透析患者数(身体障害者手帳発行)	7人 新規透析導入者数 13 人	10人 新規透析導入者数 18 人	0人 新規透析導入者数 7 人	3人 新規透析導入者数 11 人	5人 新規透析導入者数 8 人	5人 新規透析導入者数 14 人
新規透析者数【年度3年移動平均】(身体障害者手帳発行)	—	15.7 名 (H28-H30)	12.7 名 (H29-R1)	12 名 (H30-R2)	8.7 名 (R1-R3)	11 名 (R2-R4)
医療機関未受診者対象者の次年度健診での改善率	【R1 年度対象者(163 人)が令和2年度に健診受診した結果】 健診受診率: 72.4% 血圧該当者の改善率: 42.6% 血糖該当者の改善率: 37.5%		【R2 年度対象者(172 人)が令和3年度に健診受診した結果】 健診受診率: 76.7% 血圧該当者の改善率: 61.4% 血糖該当者の改善率: 37.5%		【R3 年度対象者(189 人)が令和4年度に健診受診した結果】 健診受診率: 76.7% 血圧該当者の改善率: 53.2% 血糖該当者の改善率: 24.3%	

3) 第2期計画目標の評価

計画の評価は、「第2次郡上市健康福祉推進計画」と一体的に行うこととし、評価時期は、令和3年度(中間評価)と令和7年度(最終評価)です。評価方法は、「第2次郡上市健康福祉推進計画」における実態把握調査を利用し、その結果に解析を加えて目標の達成度合いを評価します。

令和3年度の中間評価の結果について記載します。

図表 30 令和3年度中間評価

評価項目	H26 年度現状	R3 年度現状	中間評価	R7 年度目標値
特定健康診査受診率	55.4%	55.5%	△	65.0%
塩分の多い食材や材料を重ねて週 3 回以上食べる人の割合	成人 10.0%	成人 14.9%	×	7.0%
野菜をほとんど毎日食べる人の割合	成人 33.2%	成人 31.6%	×	40.0%
運動習慣がある人の割合	40～64 歳 男性 14.9% 女性 7.5%	40～64 歳 男性 13.8% 女性 14.0%	男性× 女性○	男性 20.0% 女性 10.0%
お酒を飲む人のうち、飲酒量が2合以上の人の割合	40～64 歳 男性 36.8% 女性 11.7%	40～64 歳 男性 50.5% 女性 29.6%	男性× 女性×	男性 30.0% 女性 10.0%
特定健診結果がⅡ度以上高血圧異常の者のうち高血圧未治療者の割合	62.8% (108 人/172 人) ※平成 28 年度	60.7% (142 人/234 人) ※令和 2 年度	△	50.0%

4) 第2期データヘルス計画に係る考察

団塊世代が後期高齢者医療に移行していくにあたり、必ずしも要介護認定率の上昇は認められていませんが、高齢世帯や独居世帯の増加による家庭介護力のより一層の低下が危惧されることから、介護サービスの利用増、それに伴う介護給付費の増加が見込まれます。介護を必要とする人を増やしていかないためにも、要介護認定者の原因疾患として上位を占める脳血管疾患の予防を行っていく事は重要であると考えます。第2期計画期間内では必ずしも目標達成に至っていない項目が認められますが、比較的若年層での高血圧、糖尿病、脂質異常症の増加が顕著に認められないことや、腎不全の減少なども認められており、優先課題を「高血圧対策」とし、一次予防(高血圧にならない)二次予防(高血圧をみつける)三次予防(高血圧の合併症を予防する)取組を継続していくことは重要と考えられ、この推進が図れるよう検討が必要です。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 健康課題の明確化

保健事業は、生涯にわたって切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、医療保険制度においては、被保険者の就業状況に応じて保険制度が変更するとともに、75歳に到達し後期高齢者となるとそれまで加入していた保険制度等から一律後期高齢者医療制度に異動することになります。これら保険制度間の異動は、支援担当者や事業内容等が変わってしまう課題があり、様々な保険制度から後期高齢者医療制度への異動は、大きな変化が生じる可能性が高くなります。

本市では65歳以上の被保険者割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えています。また、若年期からの生活習慣病の結果が高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、健診・医療・介護のデータを一体的に分析することが重要と考えます。

健康課題の明確化においては、第2期計画の評価での分析結果も踏まえ、後期高齢者医療での疾病状況や介護状況、医療費の状況も併せて分析し優先順位を決定します。

(1) 医療費分析

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人あたり医療費は令和2年度に新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和3年度以降は増加傾向にあります。後期高齢者になると国保の約2倍の医療費になっています。(図表 31)

高額レセプトの件数については、年々増えており、後期高齢になると約2倍に増えています。費用額も比例して高額になっています。(図表 33)

高額レセプトの疾病をみても、脳血管疾患で高額になったレセプトは、平均すると11人おり、費用額は少ない年で1700万円、多い年で3700万円ほどの費用がかかっています。令和4年度国保9人で15件に対し、後期高齢者においては、39人で56件認められ、約6千万円の費用額がかかっています。脳血管疾患に限ったわけではありませんが医療の進歩により急性期の治療選択の増加や治療対象年齢の上昇が認められているとともに、脳血管疾患においては急性期の治療のみならず、継続的なりハビリや介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧・糖尿病の重症化予防を継続していくことが重要となります。(図表 34)

高額レセプトの虚血性心疾患においては、平均すると14人おり、高額医療費の費用額の割合が、脳血管疾患よりも多くなっており、第2期データヘルス計画の評価①介護の状況(p10)でも述べたように、要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、特に75歳以上では虚血性心疾患が上位を占めています。③中長期的目標疾患の医療費の変化(p13)でも、虚血性心疾患の医療費の割合は、県等と比べても多くなっていることから、虚血性心疾患のリスクとなる高血圧・糖尿病の重症化予防、更にはメタボリックシンドロームの予防が重ねて重要であると考えます。(図表 35)

その他医療費に影響する疾患として、腎不全においては透析導入前後で総医療費に占める割合が大きく変化しており、透析導入を予防するあるいは遅らせることが医療費に大きく影響することは考えられます。腎不全に関連する疾患としてはやはり高血圧や糖尿病があり、特に血圧管理が腎不全進展に重要と考えられていますので、これらへの取り組みは重要であると考えられます。(図表

32)

更には、こうした疾患のみならず、高齢になるにつれ多疾患併存状態になる人が多く、疾患それぞれに対して治療がなされる結果、多剤投与される人が増えたり、疾患ごとでかかる医療機関を変えることによる結果、重複した薬剤を投与される人が増えたりすることを介して医療費が増額することも考えられます。医療費という観点からは、疾患のみならずこうした薬剤適正使用も重要な点であるとともに、副反応や薬剤相互の影響による反応など投与された健康影響の観点からも重要であると考えられます。

図表 31 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数		9,928人	9,575人	9,530人	9,278人	8,912人	8,079人
総件数及び 総費用額	件数	78,568件	75,584件	69,165件	71,175件	71,777件	105,025件
	費用額	31億9004万円	32億1504万円	31億0539万円	32億3580万円	33億8328万円	64億5427万円
一人あたり医療費		32.1万円	33.6万円	32.6万円	34.9万円	38.0万円	79.9万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 32 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費を占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患		
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
① 国保	郡上市	33億8328万円	30,992	3.66%	0.32%	1.17%	2.18%	5.60%	2.78%	1.68%	5億8815万円	17.38%	16.95%	13.69%	7.31%
	同規模	--	31,918	4.05%	0.30%	2.10%	1.39%	5.83%	3.39%	2.04%	--	19.11%	16.91%	8.74%	9.00%
	県	--	28,714	4.28%	0.31%	1.85%	1.92%	5.90%	3.47%	2.38%	--	20.11%	17.01%	7.53%	8.32%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
② 後期	郡上市	64億5427万円	67,087	2.26%	0.43%	2.89%	1.43%	4.41%	3.00%	1.08%	9億9983万円	15.49%	10.75%	5.17%	10.79%
	同規模	--	70,726	4.19%	0.51%	4.09%	1.45%	4.05%	3.15%	1.25%	--	18.69%	10.49%	4.11%	12.58%
	県	--	64,978	3.92%	0.45%	3.70%	2.27%	4.68%	3.43%	1.64%	--	20.08%	12.11%	2.58%	11.02%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

出典：KDB システム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

※1「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

図表 33 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	223人	276人	282人	287人	352人	833人
	件数	B	328件	421件	430件	478件	579件	1,189件
		B/総件数	0.42%	0.56%	0.62%	0.67%	0.81%	1.13%
	費用額	C	4億9122万円	5億8945万円	6億2545万円	7億2903万円	8億2290万円	15億4869万円
C/総費用		15.4%	18.3%	20.1%	22.5%	24.3%	24.0%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 34 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期:R04年度			
脳血管疾患	人数	D	9人		10人		14人		14人		9人		39人		
		D/A	4.0%		3.6%		5.0%		4.9%		2.6%		4.7%		
	件数	E	11件		26件		21件		21件		15件		56件		
		E/B	3.4%		6.2%		4.9%		4.4%		2.6%		4.7%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	6.7%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	2	7.7%	1	4.8%	4	19.0%	0	0.0%	75-80歳	9	16.1%
		60代	6	54.5%	6	23.1%	7	33.3%	4	19.0%	8	53.3%	80代	29	51.8%
		70-74歳	5	45.5%	18	69.2%	13	61.9%	13	61.9%	6	40.0%	90歳以上	18	32.1%
	費用額	F	1720万円		3251万円		2287万円		3761万円		2129万円		6228万円		
F/C		3.5%		5.5%		3.7%		5.2%		2.6%		4.0%			

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 35 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期:R04年度			
虚血性心疾患	人数	G	12人		16人		16人		11人		16人		20人		
		G/A	5.4%		5.8%		5.7%		3.8%		4.5%		2.4%		
	件数	H	14件		17件		22件		11件		18件		23件		
		H/B	4.3%		4.0%		5.1%		2.3%		3.1%		1.9%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.6%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	1	4.5%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	2	14.3%	1	5.9%	0	0.0%	1	9.1%	2	11.1%	75-80歳	4	17.4%
		60代	5	35.7%	8	47.1%	7	31.8%	3	27.3%	6	33.3%	80代	16	69.6%
		70-74歳	7	50.0%	8	47.1%	14	63.6%	7	63.6%	9	50.0%	90歳以上	3	13.0%
	費用額	I	2580万円		3264万円		3940万円		2429万円		4804万円		3832万円		
I/C		5.3%		5.5%		6.3%		3.3%		5.8%		2.5%			

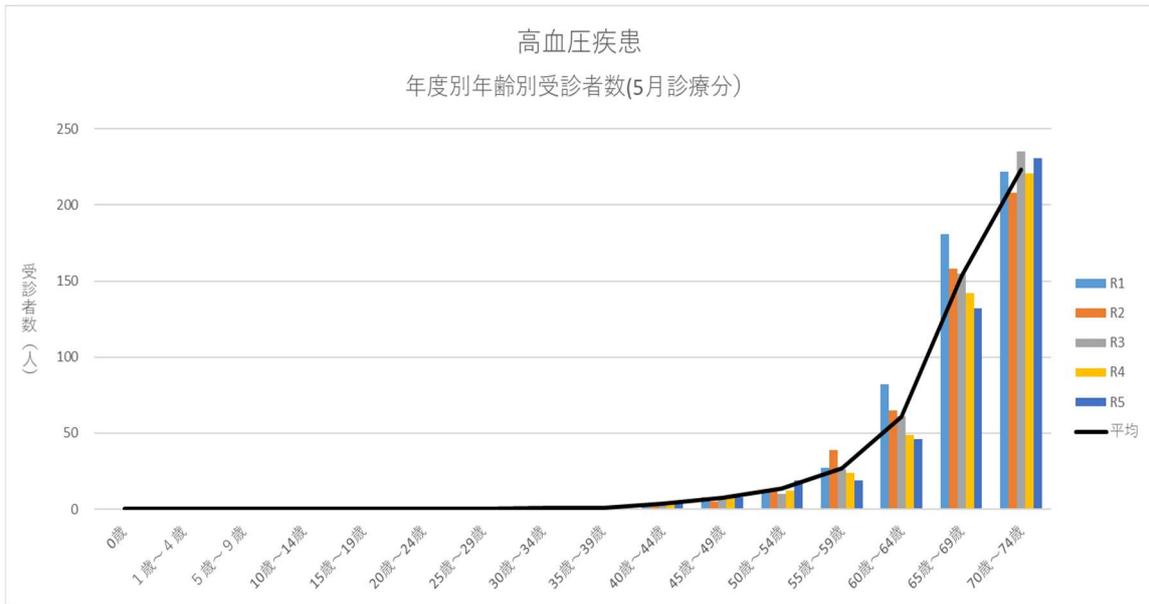
出典:ヘルスサポートラボツール

(2)年代別にみた医療機関受診状況

脳血管疾患と虚血性心疾患、腎不全のリスク要因となる高血圧、糖尿病、メタボリックシンドロームなどのうち、高血圧と糖尿病のレセプト情報から医療機関受診状況を年齢別にみると、高血圧症は45歳頃より糖尿病は35歳頃より受診し、どちらも60歳代になると受診者数は一気に増加しています。(図表 36・37)

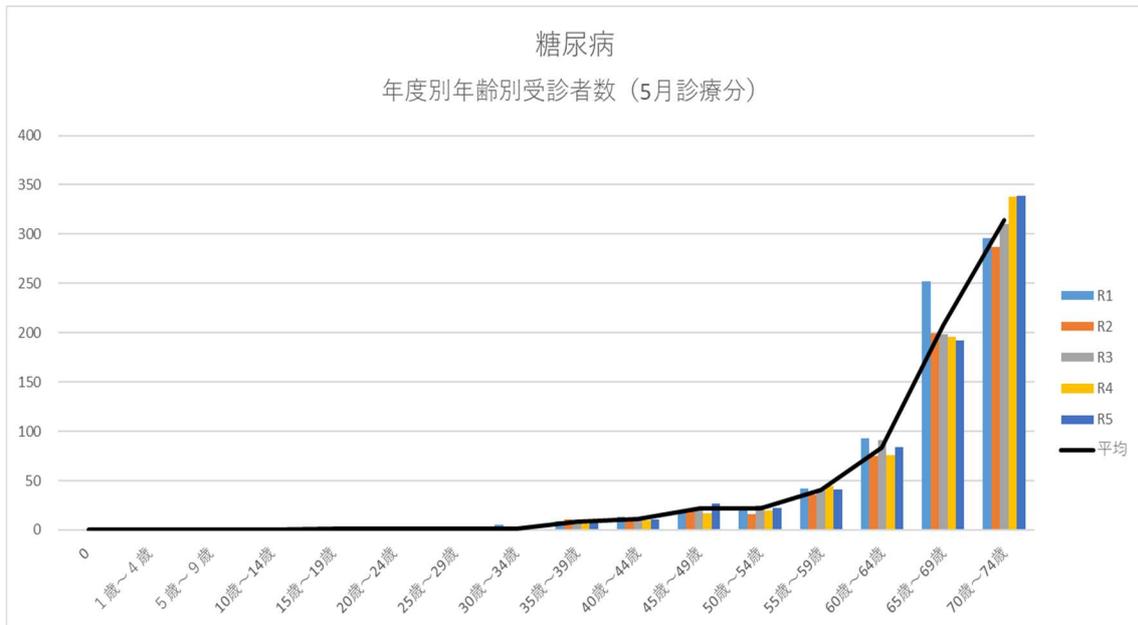
高血圧症、糖尿病は食生活や生活環境からも発症要因となるため、子どもを含めた若年層からの予防対策により、医療機関への受診開始年齢を遅くすることで「健康寿命の延伸」、ひいては「医療費の適正化」にもつながると考えます。

図表 36 高血圧疾患 年齢別受診者推移(5月診療分)



出典: 岐阜県疾分類別統計表

図表 37 糖尿病 年齢別受診者数推移(5月診療分)



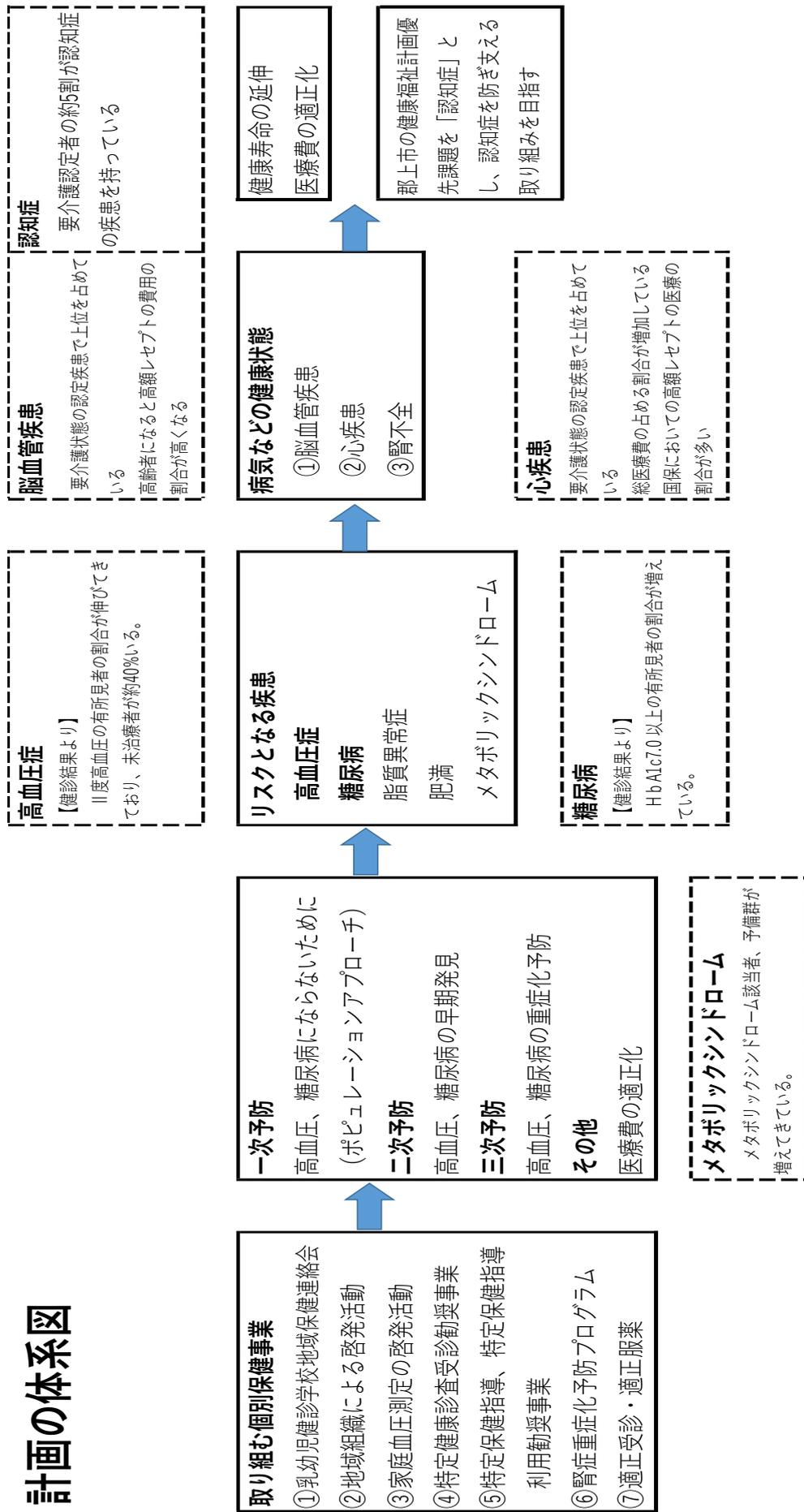
出典: 岐阜県疾分類別統計表

(3) 優先して解決を目指す健康課題

「健康寿命の延伸」「医療費の適正化」に向けて健康課題を分析すると、脳血管疾患は、健康福祉推進計画での優先課題にもなっている認知症の原因疾患であり、長期にわたって医療費と介護費に影響をおよぼす疾患であること、虚血性心疾患は、医療費の割合が高く、要介護認定の有病状況も上位を占めている疾患であることから2つを優先的に取り組むべき疾患とします。またこれらとリスク要因が同様に、その進展によって大きく医療費が増加する腎不全も関連疾患として念頭に置くこととします。これら疾患の最大リスク要因である高血圧・糖尿病を重点的に一次予防の啓発活動、二次予防の早期発見、三次予防としての早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導の継続により重症化予防を図ります。(体系図)

具体的な取組方法については、第3章に記載していきます。

計画の体系図



2)管理目標の設定

図表 38 第3期データヘルス計画目標管理一覧

中目的	⑦評価指標	⑧計画策定時実績	⑨目標値					
		R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11
メタボ等の生活習慣病の予防	特定健診受診率(法定報告)	57.8	60.0	61.0	62.0	63.0	64.0	65.0
	特定保健指導実施率(法定報告)	41.5	45.0	46.0	47.0	48.0	49.0	50.0
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	22.2	23.0	23.0	24.0	24.0	25.0	25.0
糖尿病の重症化の予防	HbA1c8.0以上の者の割合	1.12	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	HbA1c6.5以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	15.9	15.0	14.0	13.0	12.0	11.0	10.0
高血圧の重症化予防	収縮期血圧維持・改善者割合	74.7	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0
	拡張期血圧維持・改善者割合	73.4	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0
腎機能低下の重症化予防	CKD重症度分類の変化	-	維持	維持	維持	改善	改善	改善
重複多剤服用者の減少	重複投与者数(対被保険者1万人)が前年度から減少	64※	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
	多剤投与者数(対被保険者1万人)が前年度から減少	16※	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

※R4年度実績

第3章 課題解決するための個別保健事業

1. 一次予防

1) 乳幼児検診、学校地域保健連絡会

(1) 事業目的

乳幼児期から学童期、思春期における子どもの適切な生活習慣や食生活等について、関係機関が連携して支援します。

(2) 事業内容

乳幼児健診(3～4か月、9～10 か月、1歳6か月、3歳):子どもの心身の成長発達を確かめ、子の生活リズムや生活習慣を学べる場、子どもの成長発達に必要な栄養や食習慣について学べる場を提供します。

学校地域保健連絡会:乳幼児から高校生を取り巻く関係機関が連携して、子どもの生活習慣や食生活、お口の健康づくり、飲酒や喫煙などの疾患予防に関することについて情報交換し、対策を検討する場を提供します。

2) 健康づくりに関する地域組織による啓発活動

(1) 事業目的

食生活改善推進員・母子成人保健推進員等による健康づくりに関する地区組織の研修・活動の充実を図ることにより、地域全体へ食生活、高血圧予防に関する啓発をすすめます。

(2) 事業内容

各地域または市全体において研修会を実施し、健康づくりに関して学んだ母子成人保健推進員や栄養教室に参加して健康づくりを実施する力を身に着けた食生活改善推進員より、地域住民への健康づくりに関する知識の普及・啓発活動を行います。

3) 家庭血圧測定の啓発活動

(1) 事業目的

高血圧の早期の予防として、住民が自身の血圧に関心を持つことができる。

(2) 事業内容

健診受診者へ健康手帳を交付し、正しい家庭血圧測定の実施方法について啓発を行います。

健診受診者で必要者には、家庭血圧測定の説明や、血圧計の貸出を行います。

これらの取り組みは第二次予防にも寄与します。

2. 二次予防

1) 特定健康診査受診勧奨事業

(1) 事業目的

地域の健康課題の解決のため、「特定健診が習慣となる地域づくり」を目指した特定健診受診啓発を実施します。市民協働及び医療機関との連携による地域全体への受診啓発により、年に1回の健診受診が当たり前の地域づくりを目指します。

(2) 評価指標

事業の成果を表したアウトカム評価、事業の実施量・実施率を表したアウトプット指標を下記にて設定します。

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R3年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトカム指標 (成果)	特定健診実施率（実績値）	57.8% (51.5)	60.0 (55.0)	61.0 (56.0)	62.0 (57.0)	63.0 (58.0)	64.0 (59.0)	65.0% (60.0)
	特定健診受診勧奨はがき送付者の健診受診率	2.0%	5.0	6.0	7.0	8.0	9.0	10.0%
アウトプット指標 (実施量・率)	①特定健診受診勧奨はがき送付率	100.0%	100	100	100	100	100	100%
	②職場健診、人間ドック等の健診結果の情報提供者率	36.4%	40.0	42.0	44.0	46.0	48.0	50.0%
	③健診希望調査票での回収率	95.7%	80.0	81.0	83.0	85.0	87.0	90.0%
	③健診希望調査票での申込率	59.3%	61.0	63.0	65.0	67.0	69.0	70.0%

(3) 実施内容

特定健診受診勧奨事業として本市は下記3つの事業を実施します。

① 特定健診受診勧奨はがきの送付

前年度の特定健診受診データを分析し、特に受診勧奨が必要である者、当年で40歳に年齢到達し、健診希望調査にて受診申込をしていない者に対して9月上旬に受診勧奨はがきを通知します。

② 情報提供事業

健診希望調査にて特定健診を希望しない理由を「職場健診」「人間ドック」と回答した者に、11月に通知依頼し、回答の無い者には翌1～2月に電話にて依頼します。

③ 各種健診希望調査

全ての健診対象者に前年度2月末に健診希望調査票を郵送し、健診の受診希望調査をします。

2)-1 特定保健指導

(1) 事業目的

生活習慣病の発症予防のため、内臓脂肪型肥満に着目した保健指導を行い、主体的に生活習慣の改善が実施できるように支援します。

(2) 評価指標

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R3年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトカム指標 (成果)	保健指導レベルの改善割合	34.6%	38.0	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0%
	利用者の腹囲2cm、体重2kg減量した者の割合	10.3%	10.0	10.0	10.0	20.0	20.0	20.0%
アウトプット指標 (実施量・率)	特定保健指導利用率	41.5%	45.0	48.0	51.0	54.0	57.0	60.0%
	次年度継続受診率	81.1%	85.0	85.0	85.0	90.0	90.0	90.0%

(3) 実施内容

特定保健指導の対象者に保健指導を実施します。集団健診、指導受託医療機関受診の対象者には健診後に初回面談、その後は電話や個別支援や健康相談を実施します。保健指導未受託医療機関で受診された対象者は保健指導を希望した際、都度対応して保健指導を実施します。

詳細については第4章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

2)-2 特定保健指導利用勧奨事業

(1) 事業目的

対象者に特定健診の結果より生活習慣の改善が必要であることを自覚させ、保健指導につなげることを目指します。

(2) 評価指標

指標	評価指標	計画策定時 実績	目標値					
		R3年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトカム指標 (成果)								
アウトプット指標 (実施量・率)	特定保健指導利用率	23.7%	25.0	27.0	29.0	31.0	33.0	35.0%
	次年度継続受診率	84.3%	90.0	90.0	90.0	90.0	90.0	90.0%

(3) 実施内容

特定保健指導未受託医療機関で特定健診を受診された者のうち、特定保健指導の対象となった者に郵送または健診受診後に保健指導の利用勧奨をします。勧奨方法は生活習慣改善の必要性についてのパンフレットと、特定保健指導を勧めるチラシ(申込方法と健康相談日程の紹介)を通知または配布します。

3. 三次予防

糖尿病腎症重症化予防・腎症重症化予防事業

(1)事業目的

糖尿病及び高血圧の重症化による腎機能低下より人工透析への移行を防止することによって、市民の健康増進と人工透析にかかる医療費の適正化を図ります。

(2)評価指標

①糖尿病重症化予防-受診勧奨事業(未受診者対策)

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R3年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトカム 指標	HbA1c値維持改善割合	60.0%	60.0	60.0	60.0%	60.0	60.0	60.0%
アウトプット 指標	医療機関受診勧奨率	72.9%	75.0	76.0	77.0%	78.0	79.0	80.0%
	医療機関受診率	37.3%	40.0	42.0	44.0%	46.0	48.0	50.0%
	次年度健診受診率	71.9%	75.0	75.0	75.0%	80.0	80.0	80.0%

②糖尿病重症化予防-受診勧奨事業(治療中断者対策)

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R3年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトカム 指標	HbA1c値維持改善割合	48.1%	49.0	50.0	50.0%	50.0	50.0	50.0%
アウトプット 指標	医療機関受診勧奨率	100%	100	100	100%	100	100	100%
	医療機関受診率	6.0%	10.0	14.0	18.0%	22.0	26.0	30.0%
	医療機関受診相談率	44.0%	45.0	46.0	47.0%	48.0	49.0	50.0%
	次年度健診受診率	59.6%	63.0	66.0	70.0%	73.0	76.0	80.0%

③糖尿病重症化予防-保健指導

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R3年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトカム 指標	HbA1c値維持改善割合	100%	100	100	100%	100	100	100%
アウトプット 指標	生活習慣の改善割合	100%	100	100	100%	100	100	100%
	介入割合	100%	100	100	100%	100	100	100%
	栄養指導利用者数	2人	3	4	5人	5	5	5
	精密検査依頼書の返信者の保健指導実施率	18.9%	20.0	22.0	24.0%	26.0	28.0	30.0%

④腎症重症化予防-医療機関受診勧奨事業(未受診者対策)

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R3年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトカム 指標	収縮期血圧維持・改善割合	74.7%	75.0	75.0	75.0%	75.0	75.0	75.0%
	拡張期血圧維持・改善割合	73.4%	75.0	75.0	75.0%	75.0	75.0	75.0%
アウトプット 指標	医療機関受診勧奨率	75.0%	75.0	76.0	77.0%	78.0	79.0	80.0%
	医療機関受診率	31.7%	40.0	42.0	44.0%	46.0	48.0	50.0%
	次年度健診受診率	81.9%	85.0	86.0	87.0%	88.0	89.0	90.0%

⑤腎症重症化予防-保険指導

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R3年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトカム 指標	収縮期血圧維持・改善割合	100%	100	100	100%	100	100	100%
	拡張期血圧維持・改善割合	100%	100	100	100%	100	100	100%
	CKD重度分類の変化(3a, 3b)	-	100	100	100%	100	100	100%
アウトプット 指標	次年度健診受診率	100%	100	100	100%	100	100	100%
	精密検査依頼書の返信者の保健指導実施率	18.9%	20.0	22.0	24.0%	26.0	28.0	30.0%

本市は上記①～⑤の高血圧重症化予防、腎症重症化予防事業をまとめた「郡上市腎症重症化プログラム」を実施しています。以下はプログラムの指標と実施内容です。

郡上市腎症重症化予防プログラム目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R3年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトカム 指標	郡上市における新規透析導入者数 (3年移動平均)	8.7人	14人 以下	14人 以下	14人 以下	14人 以下	14人 以下	14人 以下
アウトプット 指標	特定健診受診者のうち高血糖、高血圧医療機関未受診者の医療機関受診率	34.3%	35.0	35.0	35.0	35.0	35.0	35.0%
	糖尿病治療中断者の医療機関受診率	42.0%	50.0	50.0	50.0	50.0	50.0	50.0%
	特定健診受診者のうち高血糖・高血圧・腎機能低下での要医療対象者における保健・栄養指導実施率	18.9%	30.0	30.0	30.0	30.0	30.0	30.0%

(3)実施内容

糖尿病・高血圧の重傷化予防対策(郡上市腎症重症化予防プログラム)として本市は以下3つの対策を実施します。

①医療機関未受診者対策

特定健診の結果が高血糖(HbAac6.5%以上または空腹時血糖 126 mg/dl 以上)または、高血圧(収縮期血圧 160mmHg 以上または拡張期血圧 100mmHg 以上)に該当し、現年で医療機関受診が確認できない者を、高血糖、高血圧、またそれらの疾患に合併した腎機能低下を認めるが医療機関に受診していない者を医療に結び付けます。腎機能低下を認めない者には 10～翌 11 月頃まで4回以上の電話勧奨をし、腎機能低下を認める者には面接(面接不在の場合は 2回以上の訪問)にて勧奨します。

②糖尿治療中断者対策

糖尿病での医療機関受診歴が前年にあるが、現年にはがない者を2月頃通知にて受診勧奨し、医療に結び付けます。国保担当で事業を実施します。

③治療中の腎機能低下者対策

現年で糖尿病または高血圧症での医療機関受診が確認できる者のうち下記に該当する者に対し、医療機関と連携して保険指導・栄養指導を行います。市と医療機関は「精密検査依頼書」を用いて健診結果の情報共有をし、かかりつけ医は保健・栄養指導が必要な対象者に指導を実施し、市に結果を報告します。またかかりつけ医で十分な指導が困難な場合は「保健・栄養指導依頼書」を用いて市に依頼し、市が保健・栄養指導を実施します。

ア- i 糖尿病治療中且つ、特定健診の結果で高血圧の判定基準に該当する者

ii 高血圧症治療中且つ、特定健診の結果で高血糖の判定基準に該当する者

iii 糖尿病または高血圧症のどちらかまたは両方で治療中且つ、特定健診の結果で腎機能低下(たんぱく尿+以上または eGFR45 未満)に該当する者

イ- i 糖尿病または高血圧症により腎症を発症している者

ii 高血糖と高血圧を併発している者 ※イ- i・ii は健診受診の有無を問いません

iii アの対象者で、医師の指導の他により詳細な保健指導・栄養指導が必要とかかりつけ医が判断した者

腎症重症化予防推進協議会を年2回(9月、翌年3月)に開催し、郡上市医師会の代表等による協議会委員により事業実施の評価、見直し検討を行います。

4. その他

適正受診・適性服薬

(1)事業目的

被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い一人あたりの医療費も増加傾向にあります。今後の更なる医療需要の増加を見越して社会保障の安定供給(医療費の適正化)と共に、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、適正な服薬を推進します。

(2) 評価指標

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標					
		R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトカム 指標 (成果)	①重複投与者（対被保険者1万人） が前年度から減少していること	64	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
	①多剤投与者（対被保険者2万人） が前年度から減少していること	16	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)	①対象者へ通知・訪問回数（改善状 況の確認も含む）	12回	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
	①取組実施前後の評価	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回
	①医師会・薬剤師会への相談	1回	1回以上 実施	1回以上 実施	1回以上 実施	1回以上 実施	1回以上 実施	1回以上 実施
	②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	実施有	実施	実施	実施	実施	実施	実施
	②セルフメディケーションの推進の ための周知・啓発	実施有	実施	実施	実施	実施	実施	実施

(3) 実施内容

適正受診・適正服薬事業において、本市は下記2つを取り組みます。

①重複・多剤投与者に対する取り組み

- ・KDB システムより抽出した2か月連続して同一疾患での受診医療機関が2つ以上の者
- ・KDB システムから抽出した3か月連続して同一診療月内に、内服処方薬が15以上の者
- ・レセプトから、医療機関等への受診歴の状況により、適正受診等の指導が必要と思われる者の対象者に、通知または訪問にて指導します。国保運営に関する協議会の再際、医療関係団体に協力を依頼し、保険年金課にて対象者の抽出、健康課保健師にて訪問指導を実施します。

②薬剤の適正使用の推進に対する取り組み

国保被保険者全員にパンフレット等を活用し周知・啓発を実施します。

第4章 第4期特定健康診査等実施計画(法定義務)

1. 特定健康診査等実施計画について

1) 第4期特定健康診査等実施計画

高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。計画期間は令和6年度から令和11年度の6年を一期として策定します。

2) 郡上市国民健康保険の状況

本市の人口は年々減少傾向にあり、郡上市国民健康保険の被保険者も同様に減少傾向にあります。第2章で述べたように国保の加入率は経年で大きな変化はありませんが、団塊世代が後期高齢者へ移行していくことから、被保険者数は年々減少することが予想されています。60歳以上の加入者が全体の56.7%を占めていますが、これは定年退職に伴い社会保険から国民健康保険に加入される方が多いことが要因と考えられます。

図表 39 郡上市の平均人口と郡上市国民健康保険の平均被保険者数の推移

年度	市世帯数 (世帯)	国保世帯数		市人口 (人)	国保被保険者数	
		(世帯)	割合(%)		(人)	割合(%)
H30	15,334	5,874	38.3	42,003	9,984	23.8
R1	15,388	5,726	37.2	41,338	9,525	23.0
R2	15,387	5,705	37.1	40,615	9,413	23.2
R3	15,413	5,644	36.6	39,863	9,244	23.2
R4	15,358	5,545	36.1	39,201	8,975	22.9

市世帯数・市人口数-住民基本台帳より各年度の平均値
国保世帯数・被保険者数-国民健康保険事業報告書(年報)

図表 40 郡上市国民健康保険被保険者数

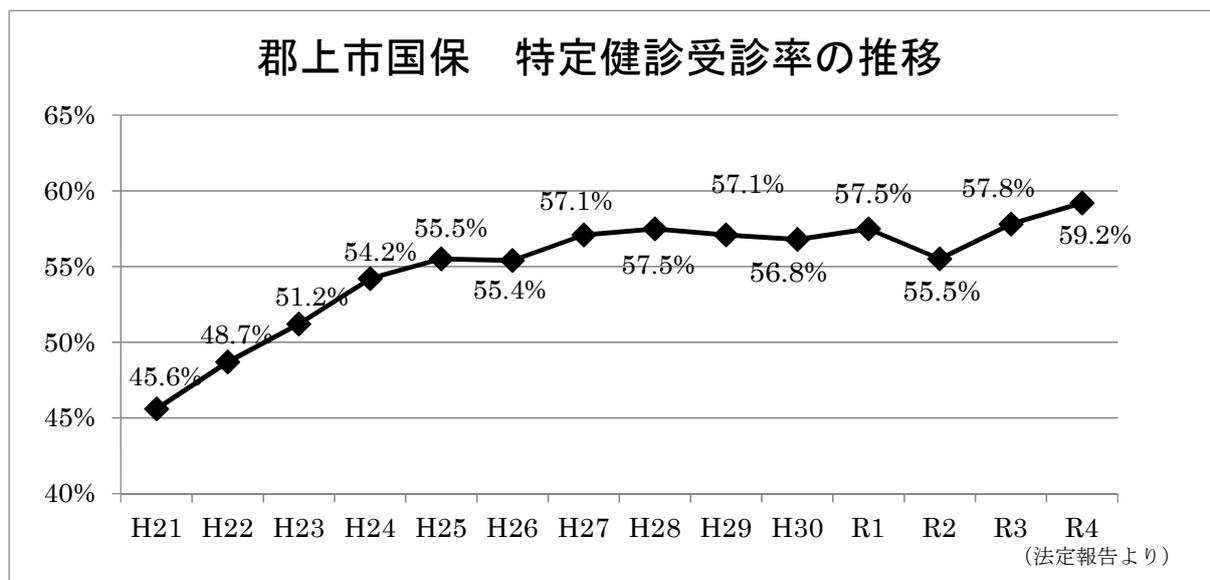
年齢 区分	合計(人)			男性(人)		女性(人)	
	総人口	被保数	割合	総人口	被保数	総人口	被保数
0～9歳	2,576	341	13.24	1,327	172	1,249	169
10～19歳	3,372	468	13.88	1,700	229	1,672	239
20～29歳	2,677	336	12.55	1,504	183	1,173	153
30～39歳	3,293	485	14.73	1,751	244	1,542	241
40～44歳	2,029	395	19.47	1,037	230	992	165
45～49歳	2,360	387	16.40	1,242	219	1,118	168
50～54歳	2,513	447	17.79	1,267	235	1,246	212
55～59歳	2,476	505	20.40	1,211	275	1,265	230
60～64歳	2,911	881	30.26	1,507	452	1,404	429
65～69歳	2,942	1,750	59.48	1,478	890	1,464	860
70～74歳	3,547	2,701	76.15	1,754	1,364	1,793	1,337
75歳以上	8,065	0	0.00	3,206	0	4,859	0
合計	38,761	8,696	22.43	18,984	4,493	19,777	4,203
40～74歳	18,778	7,066	37.63	9,496	3,665	9,282	3,401

出典：総人口は住民基本台帳人口(R5.3.31時点)
被保険者数は国民健康保険システム(R5.3.31時点)

3) 第3期特定健康診査等実施計画の状況・課題

(1) 特定健康診査の受診率

年齢階層別で特定健康診査受診率をみると、60～70代は受診率が高い傾向にあります。働き盛りの40～50代の受診率は若干低い傾向にあることや、年に1回の特定健診受診の習慣化をするためにも、若い世代への受診啓発が重要であるといえます。しかし国保被保険者数は60歳以上の方が半数以上を占めるため、全体の受診率を上げるためにも退職して社会保険から国民健康保険へ異動になった新規対象者や、未受診者に対する受診勧奨は継続することが重要です。



図表 41 年齢別受診率(全体)

区分	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
40-44歳	52.2%	56.9%	53.4%	51.3%	56.3%
45-49歳	44.4%	47.0%	47.0%	49.0%	47.4%
50-54歳	51.1%	51.3%	51.1%	50.6%	53.7%
55-59歳	56.0%	54.1%	52.9%	55.8%	54.9%
60-64歳	55.5%	56.0%	54.0%	59.8%	59.6%
65-69歳	59.0%	60.3%	59.3%	63.0%	63.7%
70-74歳	59.9%	59.4%	56.2%	57.3%	59.8%
合計	56.8%	57.5%	55.5%	57.8%	59.2%
受診者(人)	4,048	3,967	3,852	3,977	3,845
対象者(人)	7,128	6,900	6,936	6,882	6,492

出典：特定健診等データ管理システム(特定健診・特定保健指導実施総括表より)

図表 42 年齢別受診率(男性)

区分	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
40-44歳	50.5%	51.0%	51.2%	48.6%	55.6%
45-49歳	40.7%	43.2%	44.7%	47.5%	46.2%
50-54歳	48.2%	50.2%	49.3%	47.7%	51.7%
55-59歳	51.4%	51.7%	46.9%	54.8%	50.8%
60-64歳	51.9%	51.8%	51.9%	58.2%	56.8%
65-69歳	55.7%	58.3%	57.5%	61.8%	61.5%
70-74歳	57.6%	56.2%	53.9%	54.4%	58.5%
合計	53.7%	54.4%	53.1%	55.6%	57.2%
受診者(人)	1,951	1,938	1,910	1,985	1,927
対象者(人)	3,636	3,565	3,599	3,573	3,370

出典: 特定健診等データ管理システム(特定健診・特定保健指導実施総括表より)

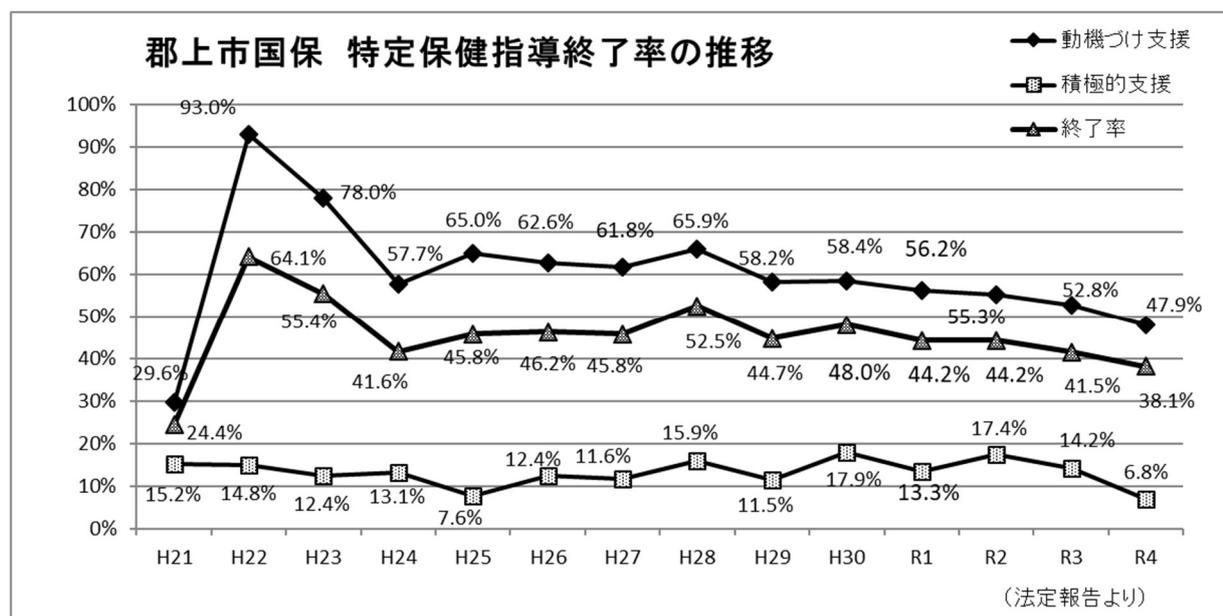
図表 43 年齢別受診率(女性)

区分	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
40-44歳	54.0%	64.6%	56.8%	55.3%	57.5%
45-49歳	49.2%	52.0%	49.7%	50.5%	49.0%
50-54歳	54.9%	52.6%	53.3%	54.0%	55.9%
55-59歳	59.0%	56.7%	59.5%	56.9%	59.7%
60-64歳	59.0%	60.5%	56.3%	61.5%	62.6%
65-69歳	62.3%	62.3%	61.1%	64.3%	60.0%
70-74歳	62.2%	62.7%	58.7%	60.4%	61.2%
合計	60.1%	60.8%	58.2%	60.2%	61.4%
受診者(人)	2,097	2,029	1,942	1,922	1,918
対象者(人)	3,492	3,335	3,337	3,309	3,122

出典: 特定健診等データ管理システム(特定健診・特定保健指導実施総括表より)

(2) 特定保健指導の実施率(終了率)

年齢階層別にみると年度によってばらつきがありますが、65歳以降は50%以上の保健指導実施率となっています。特定健診と同様40歳~50歳代の実施率(利用率)は低く、男女別にみると特に男性が低くなっています。働き盛りの世代へのアプローチ方法の検討がより必要です。



図表 44 年齢別保険指導終了率(全体)

区分	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
40-44歳	18.2%	34.2%	28.2%	20.5%	18.6%
45-49歳	26.5%	21.1%	18.4%	26.5%	12.5%
50-54歳	36.7%	31.9%	40.0%	35.6%	10.0%
55-59歳	41.9%	35.1%	21.7%	32.0%	37.8%
60-64歳	47.7%	34.8%	39.7%	27.5%	22.0%
65-69歳	58.6%	57.5%	54.0%	53.6%	52.2%
70-74歳	56.6%	55.3%	59.2%	51.7%	49.7%
合計	48.0%	44.2%	44.2%	41.5%	38.1%
終了者	213	203	219	211	188
対象者	444	459	495	508	493

出典: 特定健診等データ管理システム(特定健診・特定保健指導実施総括表より)

図表 45 年齢別保険指導終了率(男性)

区分	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
40-44歳	19.4%	33.3%	27.0%	20.0%	16.2%
45-49歳	20.8%	23.1%	20.0%	23.1%	14.8%
50-54歳	31.8%	22.9%	40.7%	38.2%	10.7%
55-59歳	39.4%	26.7%	18.8%	21.6%	22.2%
60-64歳	42.1%	30.0%	34.6%	22.9%	16.7%
65-69歳	51.7%	56.3%	52.3%	59.0%	51.5%
70-74歳	60.0%	56.3%	53.8%	50.6%	52.5%
合計	43.9%	40.9%	40.4%	40.2%	35.9%
終了者	134	133	139	130	130
対象者	305	325	344	362	362

出典: 特定健診等データ管理システム(特定健診・特定保健指導実施総括表より)

図表 46 年齢別保険指導終了率(女性)

区分	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
40-44歳	0.0%	40.0%	50.5%	25.0%	33.3%
45-49歳	40.0%	16.7%	12.5%	37.5%	0.0%
50-54歳	50.0%	58.3%	38.5%	27.3%	8.3%
55-59歳	50.0%	71.4%	28.6%	61.5%	100.0%
60-64歳	55.6%	47.4%	52.4%	38.1%	35.7%
65-69歳	7137.0%	60.0%	56.9%	43.1%	53.8%
70-74歳	50.0%	53.8%	69.0%	54.1%	43.5%
合計	49.1%	52.2%	53.0%	44.8%	44.3%
終了者	79	70	80	65	58
対象者	139	134	151	145	131

出典: 特定健診等データ管理システム(特定健診・特定保健指導実施総括表より)

図表 47 特定保健指導対象者の推移

	積極的支援		動機付け支援		合計			
	対象者数 (人)	終了者数 (人)	対象者数 (人)	終了者数 (人)	対象者数 (人)	終了者数 (人)※	実施率	減少率
H30 年度	112	17	332	194	444	211	47.5%	21.8%
R1 年度	128	17	331	186	459	203	44.2%	20.3%
R2 年度	144	25	351	194	495	219	44.2%	19.8%
R3 年度	148	21	360	190	508	211	41.5%	22.2%
R4 年度	117	7	376	180	493	188	38.1%	20.3%

減少率: 昨年度の特定保健指導利用者のうち次年度で保険指導の対象でなくなった者の割合

(法定報告より)

※動機付け支援対象者の終了者も含む

(3)メタボリックシンドローム該当者数

特定健診・特定保健指導の成果指標は、令和5年度までに特定保健指導対象者数を平成 20 年度比で 25%以上減少を目標としていましたが、令和4年度時点で約 42%増加しており、達成されていない状況となっています。(図表 48)

図表 48 メタボリックシンドローム該当者推移

区分	H20 年度	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
該当者数(人)	507	636	665	699	736	722
該当者割合(%)	13.0%	15.7%	16.8%	18.1%	18.5%	18.8%
予備群者数(人)	439	354	391	389	453	412
予備群者割合(%)	11.2%	8.7%	9.9%	10.1%	11.4%	10.7%
特定健診受診者数(人)	3,906	4,048	3,967	3,852	3,977	3,845

(法定報告より)

図表 49 年齢別メタボリックシンドローム該当者率推移

年度	H30 年度		R1 年度		R2 年度		R3 年度		R4 年度	
	該当	予備群	該当	予備群	該当	予備群	該当	予備群	該当	予備群
40-44 歳	7.7%	10.5%	8.7%	12.8%	7.2%	14.4%	6.7%	13.4%	8.9%	11.0%
45-49 歳	6.1%	10.2%	12.2%	7.4%	8.8%	11.9%	9.0%	10.6%	15.4%	9.9%
50-54 歳	14.1%	8.8%	17.7%	11.3%	12.4%	12.9%	14.4%	12.5%	10.4%	13.7%
55-59 歳	14.7%	9.2%	12.8%	11.7%	19.4%	9.7%	18.3%	14.3%	17.0%	12.4%
60-64 歳	13.7%	8.6%	16.5%	9.4%	17.4%	10.3%	20.0%	10.4%	19.4%	9.7%
65-69 歳	17.5%	8.2%	18.1%	10.9%	19.0%	9.9%	19.2%	12.7%	19.8%	11.6%
70-74 歳	17.8%	8.7%	18.1%	8.4%	21.0%	9.0%	20.7%	10.0%	20.9%	9.8%
合計	15.7%	8.7%	16.8%	9.9%	18.1%	10.1%	18.5%	11.4%	18.8%	10.7%
受診者(人)	4,048		3,967		3,852		3,977		3,845	
対象者(人)	7,128		6,900		6,936		6,882		6,492	

出典: 特定健診等データ管理システム(特定健診・特定保健指導実施総括表より)

図表 50 年齢別メタボリックシンドローム該当者室率推移(男性)

年度 区分	H30 年度		R1 年度		R2 年度		R3 年度		R4 年度	
	該当	予備群	該当	予備群	該当	予備群	該当	予備群	該当	予備群
40-44 歳	14.0%	18.3%	15.0%	21.0%	10.9%	23.6%	10.9%	22.8%	14.9%	16.7%
45-49 歳	8.9%	13.9%	17.2%	9.1%	14.9%	19.8%	14.6%	14.6%	25.6%	17.8%
50-54 歳	18.3%	14.7%	24.8%	17.7%	21.4%	18.4%	20.8%	18.9%	15.9%	18.7%
55-59 歳	26.3%	13.8%	19.6%	22.5%	28.3%	17.5%	26.5%	23.5%	26.4%	20.7%
60-64 歳	21.9%	11.3%	28.5%	14.2%	29.5%	15.0%	29.8%	15.1%	32.9%	14.9%
65-69 歳	26.0%	13.0%	27.0%	15.7%	27.7%	15.1%	29.1%	17.8%	30.7%	18.0%
70-74 歳	25.9%	12.0%	27.3%	11.8%	29.8%	12.7%	29.8%	14.5%	30.3%	14.2%
合計	23.6%	12.9%	25.5%	14.7%	26.8%	15.2%	27.2%	16.7%	28.5%	16.2%
受診者(人)	1,951		1,938		1,910		1,985		1,927	
対象者(人)	3,636		3,565		3,599		3,573		3,370	

出典: 特定健診等データ管理システム(特定健診・特定保健指導実施総括表より)

図表 51 年齢別メタボリックシンドローム該当者率推移(女性)

年度 区分	H30 年度		R1 年度		R2 年度		R3 年度		R4 年度	
	該当	予備群	該当	予備群	該当	予備群	該当	予備群	該当	予備群
40-44 歳	1.1%	2.3%	2.1%	4.2%	2.4%	2.4%	1.3%	1.3%	0.0%	2.6%
45-49 歳	3.2%	6.3%	6.7%	5.6%	2.2%	3.2%	3.2%	6.5%	2.8%	0.0%
50-54 歳	9.4%	2.1%	8.9%	3.3%	3.1%	7.1%	7.8%	5.9%	4.8%	8.7%
55-59 歳	3.2%	4.5%	6.3%	1.4%	11.6%	2.9%	9.2%	4.2%	7.5%	4.2%
60-64 歳	6.7%	6.4%	5.8%	5.1%	5.8%	5.8%	10.2%	5.7%	6.5%	4.8%
65-69 歳	10.0%	4.0%	9.9%	6.5%	10.8%	5.1%	9.8%	7.8%	9.4%	5.6%
70-74 歳	10.2%	5.7%	9.6%	5.3%	12.4%	5.5%	11.8%	5.7%	11.6%	5.4%
合計	8.4%	4.9%	8.4%	5.2%	9.7%	5.0%	9.8%	6.1%	9.0%	5.2%
受診者(人)	2,097		2,029		1,942		1,992		1,918	
対象者(人)	3,492		3,335		3,337		3,309		3,122	

出典: 特定健診等データ管理システム(特定健診・特定保健指導実施総括表より)

図表 52 特定健康診査・特定保健指導の実施総括表推移(全体)

項目		H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度		
全体的事項	特定健康診査 対象者数	人	7,128	6,900	6,936	6,882	6,492	
	特定健康診査 受診者数	人	4,048	3,967	3,852	3,977	3,845	
	特定健康診査 受診率	%	56.8	57.5	55.5	57.8	59.2	
	評価対象者数	人	4,048	3,967	3,852	3,977	3,845	
内臓脂肪症候群	該当者数	人	636	665	699	736	722	
	該当者割合	%	15.7	16.8	18.1	18.5	18.8	
	予備群者数	人	354	391	389	453	412	
	予備群者割合	%	8.7	9.9	10.1	11.4	10.7	
服薬中の者	高血圧症の治療薬を服用している者の数	人	1,316	1,317	1,278	1,332	1,272	
	高血圧症の治療薬を服用している者の割合	%	32.5	33.2	33.2	33.5	33.1	
	脂質異常症の治療薬を服用している者の数	人	977	911	891	931	945	
	脂質異常症の治療薬を服用している者の割合	%	24.1	23.0	23.1	23.4	24.6	
	糖尿病の治療薬を服用している者の数	人	330	340	328	327	323	
	糖尿病の治療薬を服用している者の割合	%	8.2	8.6	8.5	8.2	8.4	
内臓脂肪症候群	該当者の減少率	前年度 該当者の数	人	608	578	628	635	661
		うち今年度 予備群の数	人	69	63	51	62	56
		うち今年度 予備群の割合	%	11.3	10.9	8.1	9.8	8.5
		うち今年度該当者・予備群でなくなった者の数	人	74	62	68	70	100
		予備群でなくなった者の割合	%	12.2	10.7	10.8	11.0	15.1
	該当者の減少率	%	23.5	21.6	18.9	20.8	23.6	
	予備群の減少率	前年度 予備群の数	人	350	324	361	372	406
		うち今年度該当者・予備群ではなくなった者の数	人	91	41	63	70	83
		予備群ではなくなった者の割合	%	26.0	12.7	17.5	18.8	20.4
	保健指導対象者の減少率	前年度の特定保健指導の対象者数	人	430	405	437	469	478
うち今年度 保健指導の対象者でなくなった者		人	90	65	68	82	88	
特定保健指導対象者の減少率		%	20.9	16.0	15.6	17.5	18.4	
前年度の特定保健指導の利用者数		人	206	182	182	203	202	
うち今年度 保健指導の対象者でなくなった者		人	45	37	36	45	41	
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率		%	21.8	20.3	19.8	22.2	20.3	
特定保健指導	積極的支援	対象者数	人	112	128	144	148	117
		対象者の割合	%	2.8	3.2	3.7	3.7	3.0
		服薬中で対象者から除外した者の数	人	145	155	141	163	159
		利用者数	人	18	20	25	23	10
		利用者の割合	%	17.9	15.6	17.4	15.5	9.4
		終了者数	人	17	17	25	21	7

		修了者の割合	%	17.0	13.3	17.4	14.2	6.8
動機付け 支援		対象者数	人	332	331	351	360	376
		対象者の割合	%	8.2	8.3	9.1	9.1	9.8
		服薬中で対象者から除外した者の数	人	648	675	672	745	703
		利用者数	人	177	172	190	190	181
		利用者の割合	%	53.3	52.0	54.1	52.8	48.1
		修了者数	人	194	186	194	190	180
		修了者の割合	%	58.4	56.2	55.3	52.8	47.9
特定保健 指導		対象者数	人	444	459	495	508	493
		終了者数	人	213	203	219	211	188
		修了者の割合	%	48.0	44.2	44.2	41.5	38.1

出典：特定健診等データ管理システム（特定健診・特定保健指導実施総括表より）

2. 目標値の設定

「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指針」に掲げる参酌基準において、市町村国保がめざす目標値としては、特定健診受診率及び特定保健指導実施率ともに第4期と同じ60%が示されましたが、郡上市国民健康保険のめざす最終目標値は、現状に合わせ特定健康診査受診率65.0%、特定保健指導実施率50.0%とします。

また、特定健診・保健指導の成果に対する指標について、第3期計画まではメタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少として平成20年度比で特定保健指導対象者数を25%減としていました。しかし第4期計画からは保険者の特定健診・保険指導の効果を反映させるため、目標値を特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率25%とします。（図表53）

図表 53 特定健診受診率・特定保健指導実施率（終了率）

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	60.0%	61.0%	62.0%	63.0%	64.0%	65.0%以上
特定保健指導実施率	45.0%	46.0%	47.0%	48.0%	49.0%	50.0%以上
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	23.0%	23.0%	24.0%	24.0%	25.0%	25.0%

3. 対象者

本計画における特定健康診査の対象者は、郡上市国民健康保険に加入される 40 歳以上 75 歳未満（年度末年齢）の被保険者とします。（※厚生労働大臣が定める除外者を除く。）

また、特定保健指導の対象者は、特定健康診査受診者のうち、健診結果において、腹囲が男性 85cm 以上、女性 90cm 以上の方、または男性 85cm 未満、女性 90cm 未満で BMI(体重(kg)÷身長(m)の2乗)が 25(kg/m²)以上の方のうち、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用していない方で、次表の追加リスクの多少と喫煙歴の有無により、動機付け支援または、積極的支援の対象となります。

※厚生労働大臣が定める除外者＝妊産婦、海外在住者、長期入院者、刑務所入所者等

保険指導対象者

腹囲	追加リスク		対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧 ※	④喫煙歴	40～64 歳	65～74 歳
≥85 cm(男性) ≥90 cm(女性)	2つ以上該当	/	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で BMI≥25(kg/m ²)	3つ該当	/	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	/		

※ ①血糖：空腹時血糖 100 mg/dl 以上、または HbA1c(NGSP 値) 5.6%以上

②脂質：中性脂肪 150 mg/dl 以上、または HDL コレステロール 40 mg/dl 未満

③血圧：収縮期血圧 130 mg Hg 以上、または拡張期血圧 85 mg Hg 以上

④喫煙歴の斜線欄は、喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

図表 54 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	6587人	6077人	5590人	5157人	4734人	4345人
	受診者数	3953人	3707人	3466人	3249人	3030人	2825人
特定保健指導	対象者数	495人	464人	437人	410人	385人	359人
	受診者数	223人	223人	223人	222人	220人	216人

4. 特定健診の実施

1) 実施方法

実施年度の前年度末に「特定健康診査等受診希望調査票」を対象者に送付し、実施年度における受診希望調査をします。受診方法は希望された受診先からの案内に従います。

実施形態 ①郡上市保健センター等での集団健診

②市内委託医療機関健診

健診受診自己負担額は別に定めるものとします。

2) 委託について

委託先は郡上市医師会へ委託します。(委託基準に該当した医療機関のみ)

健診委託単価については、委託契約によるものとします。

3) 健診実施機関リスト

特定健診実施詳細については、郡上市ホームページに掲載します。

URL : <https://www.city.gujo.gifu.jp>

4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた「標準的な健診・保険指導プログラム」に記載されている項目に加え、追加検査(◎)を実施します。(図表 58)

また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が[※]400mg/dl 以上または食後採血の場合は、non-HDL コレステロールの測定にかえられます。(実施基準第1条第4項)

図表 55 健診検査項目

健診項目		郡上市			国
		特定健診	30歳代	すこやか	特定健診
問診	服薬歴、既往歴、生活習慣に関する項目	○	○	○	○
	自覚症状等	○	○	○	○
	生活機能に関する項目 (25項目チェック)	65歳以上 実施	-	○	
身体測定	身長	○	○	○	○
	体重	○	○	○	○
	BMI	○	○	○	○
	腹囲	○	○	◎	○
血圧	収縮期血圧	○	○	○	○
	拡張期血圧	○	○	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○	○	○
	ALT(GPT)	○	○	○	○
	γGT(γGTP)	○	○	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●	●	●
	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)	○	○	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●	●	●
	随時血糖	●	●	●	●
	HbA1C	◎	◎	◎	●
尿検査	尿糖	○	○	○	○
	尿蛋白	○	○	○	○
	尿潜血	◎	◎	◎	
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	◎	◎	○	□
	血色素量	◎	◎	○	□
	赤血球数	◎	◎	○	□
その他	心電図	□	-	□	□
	眼底検査	□	-	-	□
	血清クレアチニン (eGFR)	◎	◎	○	□
	ALB(血清蛋白)	◎	◎	○	

○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、●…いずれかの項目の実施

◎…必須でないが全員に実施

5) 特定健診実施時期

5月から翌年3月の期間で実施します。

6) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、岐阜県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

7) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

保険者として国保加入者に対し、様々な方法で周知広報活動を年間実施しています。

図表 56 特定健診・保健指導実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約	(特定保健指導の実施)
5月		(特定健診の開始)	健診データ抽出(前年度)
6月		保健指導対象者の抽出	
7月		費用決裁	
8月		(特定保健指導の開始)	実施実績の分析実施方法、委託先機関の見直し等
9月		(特定健診・特定保健指導の実施)	
10月	契約、健診実施に関わる予算手続き		受診・実施率実績の算出 支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
11月			
12月			
1月			
2月		健診対象者の抽出、申込書等の印刷・送付(随時可)	
3月	契約準備	健診の申込受付(随時可)	
		(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施について、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」をもとに、対象者の保健指導計画の策定・実践評価を行います。「動機付け支援」「積極的支援」の指導区分に応じて指導目標を明確化し、対象者自身が生活習慣病の課題に気づき、行動変容について自らが導きだせるよう、実行可能な行動目標を立てられるよう支援します。

○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

特定保健指導 の見直し	(1)評価体系の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。
	(2)特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。
	(3)糖尿病等の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 特定健康診査実施後又は特定保健指導実施後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導対象者として、分母に含めないことを可能とした。
	(4)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬中の者に対する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って、確認する医薬品の種類、確認手順を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外であっても対象者本人への事実関係の再確認と同意の取得を行えることとした。
	(5)その他の運用の改善 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することとした。

1) 保健指導実施方法

保健指導は郡上市保健センター及び特定保健指導業務受託機関の提供する場所等で実施するほか、地域毎に月1回の健康相談を実施します。

課題改善のため目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していきます。

保健指導の利用について、自己負担は無料とします。

2) 特定保健指導実施時期

年間を通して実施します。

3) 委託について

特定保健指導業務委託機関へ委任します。

6. 目標達成のための取り組み

1) 特定健康診査受診率向上のための対策

(1) 「健診受診が習慣となる地域づくり」をめざした特定健診受診啓発の実施

市民協働及び医療機関との連携による地域全体への受診啓発により、年に1回の健診受診が当たり前の地域づくりをめざします。

① 特定健診等評価推進全体会議の設置

行政内部の組織として関係各課及び公立医療機関職員等で構成する「特定健診等評価推進会議」を開催し、特定健康診査受診率向上のための対策を検討、実施、評価を行います。

② 特定健康診査受診勧奨事業

第3章：課題解決のための保健事業に記載します。

(2) 受診しやすい健診体制の維持および健診の質の管理

様々な生活環境に対応した健診体制により健診受診機会を確保するとともに、受診者の個性やプライバシーに対応した健診を行います。それにより継続して健診を受ける人を増やし、経年的な受診率向上をめざします。

① がん検診の同時実施

がん検診とセットで受診できる体制を維持します。

② 特定健診の受診機会の提供

集団健診と医療機関健診の併用、通年の健診実施といった、多様な受診機会を維持します。

③ プライバシーへの配慮

診察・相談・問診は個室で行います。

④ 医師からの結果説明の実施

受診者全員に対して医師からの結果説明を行います。

⑤ 健診精度の管理

「標準的な健診・保健指導プログラム」を順守することにより、健診の質の管理をはかります。

2) 特定保健指導実施率向上の為の対策

(1) 特定保健指導利用勧奨事業

第3章：課題解決するための保健事業に記載します。

(2) 特定保健指導

第3章：課題解決するための保健事業に記載します。

7. 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

計画の策定及び見直し並びに各年度の実績の検証等にあたり、市民関係団体等の意見反映の機会として、被保険者代表(4名)・学識経験者(4名)・医療関係者(4名)等で構成する「郡上市の国民健康保険事業の運営に関する協議会」に年3回(8月、11月、2月)諮り、意見を求めます。

特定健診・保険指導の実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度10月1日までに報告します。

8. 個人情報の保護

1) 個人情報の保管方法

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報は、個人情報の保護に関する法律を順守します。磁気データに関しては、セキュリティを確保したサーバーで保管し郡上市情報セキュリティ対策基準に則り適切に管理します。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理します。

2) 記録の保管年限

特定健康診査等に関する個人情報は5年間保管し、保管年限経過後は、外部に漏洩することがないよう紙媒体については、職員が直接廃棄物処理施設に搬入して確実に処理し、磁気データに関しては、修復不可能な形にデータを消去した上で、適切に処理します。

9. その他 特定健診以外の健(検)診の関係

1) 30歳代基本健診

本市では保険者の何処に関わらず、30～39歳の方を対象に健診の機会を設けています。

健診は自分の身体の状態を知り、生活習慣を見直す上で重要です。早期から自身の健康管理意識を高め、「健診を受ける」という受診行動の定着を図っていきます。

2) がん検診

がん検診は、健康増進法及びがん対策基本法に基づき実施しています。また国の「がん予防重点健康教育及びがん健診実施のための指針」に基づき、胃がん検診、肺がん検診、大腸がん検診、子宮がん検診、乳がん検診を推進しています。

市では、受診者の利便性や受診率の相乗効果を期待して、特定健診等の一般健診と同時実施できる機会を設けています。

3) 後期高齢者医療制度の健診

75歳からの後期高齢者医療「ぎふすこやか健診」の実施については本計画に準じて実施します。

第5章 その他の取り組み

1. 地域包括ケア

地域包括ケアシステムは高齢者や障がい者など何らかの支援を必要とする人が、地域の实情に応じて、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態もしくは要支援状態の軽減もしくは悪化の防止をいう）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制のことであり（地域における医療及び介護の総合的な確保の推進に関する法律第二条）。このシステムは本人の選択と本人・家族の心構えを基盤とし、関係者がまとまる取り組みとして資格や専門的な知識を持った専門職が連携してチームとなり（多職種・他施設連携）、関係者がまじわる取り組みとして、住民の心身能力が低下しても従前の生活を維持しやすくなるよう、日常生活の場で地域の様々な主体や関係者など、多様な資源を組みあわせて多様な選択肢を提示すること（地域づくり）を行い、これらがつながりながら展開されるものです。本市は高齢化が進展し、高齢者夫婦あるいは単独世帯数が増加している状況から、国保の視点で地域包括ケアにかかる取り組みを行うことで、誰も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の維持向上を図ります。

- (1) 多職種連携として、医療や介護、福祉などの関係者からなる「郡上市地域包括ケアネットワーク推進協議会」に国保担当課として参画すること、一般介護予防事業における介護予防把握事業の説明に KDB のデータを提供し、地域の現状等の分析を実施すること、分析結果と地域包括支援センターとの方向性の相応を確認し事業を推進していくこと等に取り組んでいきます。
- (2) 疾患、特に高血圧や糖尿病の合併症によるQOLの低下が要介護状態につながることから、介護予防の視点で前期高齢者への重症化予防の取り組みを実施します。
- (3) 国保直診施設（県北西部地域医療センター国保白鳥病院、国保和良診療所、国保高鷲診療所、国保小那比診療所、国保石徹白診療所、国保和良歯科診療所）において、医療介護関係機関の連携における地域保活ケアの推進にむけ、総合相談窓口事業、地域における保健事業、在宅ケアサービス、口腔指導等の事業を実施します。

2. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

国保、後期高齢者医療、介護保険のそれぞれのデータ分析を実施した上で、岐阜県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します。

(1) ハイリスクアプローチ

特定健診、高齢者健診時、65歳以上高齢者へ、基本チェックリストを実施、高齢者への問診の結果と合わせて、運動機能、栄養状態、口腔機能、閉じこもり、認知機能の状態を把握し、基準該

当者へ健康相談、訪問等を実施し、介護予防事業や栄養相談等へつなげます。

(2)ポピュレーションアプローチ

通いの場等基準該当者のみならず高齢者が集まる機会をとらえ、フレイル予防(運動・栄養・口腔)の健康教育・健康相談を実施します。

(3)事業実施根拠になるデータの分析

(1)(2)の事業実施にあたり、KDB を活用し、国保、後期高齢者医療及び介護保険のデータを総合的に分析します。

第6章 計画の評価・見直し

1. 個別保険事業の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度ごとに行い、計画策定時に設定した保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認します。なお、そのためにも対象者、事業実施者などの名簿を保管し、KDBを活用して評価します。

事業の評価は、健康・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮します。

目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、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. データヘルス計画全体の評価・見直し

(1) 評価の時期は設定した評価指標に基づき、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行います。

(2) 評価方法・体制について、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。また評価にあたり、市町村国保における保健事業の評価を後期高齢者医療広域連合と共有しながら、岐阜県国保課、岐阜県国保連合会とともに令和8年度に中間評価、令和11年度に最終評価を行います。

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

本計画は、市民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、国指針において、公表するものとされています。具体的な方策としては、郡上市ホームページや広報誌を通じて周知するほか、岐阜県、岐阜県国保連合会、保健医療関係者経由で医療機関等に周知し、配布します。

公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要となります。また、岐阜県は各保険者から計画を収集、各保険者が計画を掲載したリンクを収集し、その一覧を岐阜県のホームページに掲載します。

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

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

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