

揖斐川町国民健康保険
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
概要版

令和6年度～令和10年度

第3期データヘルス計画(岐阜県版様式)

I 基本情報

(R5年4月1日時点 (揖斐川町))

| 人口・被保険者 | 被保険者等の基本情報 | | | | |
|------------|------------|---------|-----------|-----------|---------|
| | 全体(人) | ～39歳(%) | 40～64歳(%) | 65～74歳(%) | 75歳～(%) |
| 人口(人) | 19343 | 28 | 32 | 18 | 22 |
| 国保被保険者数(人) | 4300 | 15 | 29 | 56 | 0 |

※性・年齢階層別一覧表は、別表として添付する。

2-1.(1)基本的事項

| | |
|---------------|--|
| 2-1.(1)①計画の趣旨 | <p>(保健事業実施計画の背景)</p> <p>平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされた。平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)の一部を改正する等により、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和3年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2021」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を検討するとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPI(重要業績評価指標)の設定を推進する。」と示された。このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められている。</p> <p>(市町村国保及び国民健康保険組合の保健事業の目的)</p> <p>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。)においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考える。</p> |
| 2-1.(1)②計画期間 | 令和6年度から11年度まで 令和8年度に中間評価を実施予定 |
| 2-1.(1)③実施体制 | <p>保険者においては、保健事業の積極的な推進を図るために、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、市町村一体となって、計画の策定等を進める。</p> <p>具体的には、後期高齢者医療制度における保健事業を所管する高齢者医療部局、市町村において保健事業を主に所管する保健衛生部局、介護予防事業をはじめとする地域支援事業を所管する介護部局のほか、財政部局や企画部局、生活保護部局等とも十分に連携し、計画策定等を進める。</p> <p>特に計画策定や保健事業の実施、評価等に当たっては、市町村健康増進計画や医療をはじめとする地域の社会資源の状況等を踏まえて対応する必要があるため、保健衛生部局との連携していく。</p> |
| 2-1.(1)③関係者連携 | |
| 保険者及び関係者 | 具体的な役割、連携内容 |
| 1.(4)①市町村国保 | <p>保険者は、被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために、国保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、計画を策定する。計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させる。保険者の健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、保健衛生部局等の関係部局や県、保健所、国保連等の関係機関の協力を得て、国保部局が主体となって行う。具体的にはア. 健康課題の分析、計画の策定、保健事業の実施及び評価、イ. 保険者内の連携体制の確保、ウ. 国保部局の体制の確保、エ. 関係機関との連携などの役割をはたしていきたい。</p> <p>県国保・衛生部門、保健事業支援評価委員、国保連合会と調整しながら保健事業の実施の支援を行う。</p> |
| 1.(4)②県国保 | <p>県は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者である。市町村国保の保険者機能の強化については、県の関与が更に重要となると考え、被保険者の健康の保持増進のために、保険者が、効果的・効率的に保健事業を実施することができるよう、県国保部局は、関係機関との連絡調整や専門職の派遣や助言等の技術的な支援、情報提供等を通じて、積極的に保険者を支援していく。</p> <p>県衛生部門と調整しながら、市町村の国保・衛生部門の事業実施の支援を行う。</p> |
| 1.(4)③県衛生 | <p>県保健衛生部局は、県の健康づくり施策を担っていることを踏まえ、国保部局の求めに応じて、保健師等の専門職が技術的な支援を行う。また、保健所が効果的・効率的に保険者支援を展開できるように、国保部局と連携して、保健所を支援する。</p> |
| 1.(4)④保健所 | <p>県保健所は、県(国保部局、保健衛生部局)や国保連合会、都市医師会をはじめとする地域の保健医療関係者(団体)等と連携、調整して、地域の社会資源の状況等を踏まえた上で、地域の実情に応じた保険者支援を行う。</p> |

| | |
|-----------------------|---|
| 1.(4)⑤国保連・支援評価委員会・中央会 | 国保連合会や支援・評価委員会は、計画の策定支援や個別の保健事業の実施支援等を行っており、多くの支援実績が蓄積されている。このため、保険者は、(可能な限り)支援・評価委員会等の支援・評価を受けて計画の策定等ができるように、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年度最終評価時に支援を行う。 |
| 1.(4)⑥後期高齢者医療広域連合 | 後期高齢者医療広域連合は策定の過程において、75歳以上の健診・レセプト情報等を自らの現状分析に活用することはもとより、市町村国保が地域の世代間の疾病構造や医療費等の動向を連続して把握することができるよう、市町村国保と必要な情報の共有を図るよう努める。この場合、市町村国保においては、国保・後期高齢者の保健事業を一体的に実施できるよう庁内の関係部署として、健康課題の明確化や保健事業の効果検証等のため、共有された情報の活用を図るよう努める。 |
| 1.(4)⑦保健医療関係者 | 保健医療関係者は、計画策定時だけではなく、保健事業の実施や評価、保健事業の業務に従事する者の人材育成等においても、保険者等の求めに応じ、保健医療に係る専門的見地から、保険者への支援等を積極的に行う。保険者が開催する国保運営協議会、糖尿病重症化予防対策推進協議会、CKD重症化予防などにおいては保険者の支援を地域単位で支援を行う。 |
| その他 | |

2-1.(2)現状の整理

| | |
|---------------------|---|
| 2-1.(2)①保険者等の特性 | 揖斐川町は高齢化率が38.5%(令和2年)と県内順位は高い方から8位で、平成27年度と比較し65歳以上の単独世帯は1.6%増加している。 |
| 地域資源の状況 | 揖斐郡医師会のご協力のもと、個別保健事業を実施している。 |
| 2-1.(2)②前期計画等に関わる考察 | 第2期データヘルス計画全体の目的(目標)の達成状況 |
| | 特定健診受診率・特定保健指導利用率ともに目標に達していない。 メタボ該当者は増加しており、生活習慣病のリスクを減らせていない。 |
| | 今後の方向性 引き続き、特定健診受診勧奨、特定保健指導利用勧奨を行う。マンパワー不足もあることから、効率の良い方法を検討する。 重症化予防に力を入れ、未受診者、治療中断者には積極的に働きかける。 |

II 健康医療情報等の分析と課題

| ①健康・医療情報等の大分類 | | ②各種データ | 参照データ (連合会からの提供データ含む) | 健康医療情報等の整理 (項目と年度、数値の記入) | アセスメント (左記データから読み取ったこと) | ③健康課題との対応 |
|---------------|---------------------|---------------|--|--|--|-----------|
| 人口・被保険者構成等 | 国・県・同規模との比較 経年変化 | 人口構成 | KDB「地域の全体像の把握」R4年度累計 ※ 自保険者の数値があれば差し替え | 人口構成 ～39歳 29.6% 40～64歳 31.9% 65～74歳 18.4% 75歳～ 20.2% → KDBシステムの地域の全体像の把握「人口構成」参照 I 基本情報 | 人口は減少し、少子高齢化がすすんでいる。県、国、同規模市町村と比較して、65歳未満の人口は少なく、65歳以上は多い。人口構成割合は40-64歳が最も多い。 | |
| | | 被保険者構成 | | 被保険者構成 ～39歳 15.8% 40～64歳 29.2% 65～74歳 55.1% → KDBシステムの地域の全体像の把握「被保険者構成」参照 I 基本情報 | | |
| | | 被保険者加入率 | KDB「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」R4年度累計 ※ 高齢化率、出生率、死亡率は自保険者の数値があれば差し替え。 KDBのデータはR2年度国勢調査 | 被保険者加入率: 22.6% | 被保険者数は県の20%より高い。 | |
| | | 被保険者平均年齢 | | 被保険者平均年齢: 57.9歳 | 被保険者の平均年齢は県の54.7歳より高い。 | |
| | | 高齢化率 | | 高齢化率: 38.5% | 県、国、同規模と比較し、高齢化率、死亡率は高く、出生率は低い。 | |
| | | 出生率 | | 出生率: 4.5 | | |
| | | 死亡率 | | 死亡率: 17.1 | | |
| 平均寿命・標準化死亡率等 | 国・県・同規模との比較 経年変化 | 平均寿命 | 平均寿命、健康寿命は県から提供(値の拾い方は提供データの最初のシートにあり) | 平均寿命: 男性 81.08歳、女性 86.16歳 健康寿命: 男性 79.82歳、女性 83.16歳 平均余命と健康寿命の差: 男性 1.25歳、女性 3.01歳 | 男女とも、平均寿命、健康寿命は国、県、同規模と比較し、長くないが、不健康期間は男女とも有意に減少がみられる。男性より女性の方が平均寿命、健康寿命共に長い。平均余命と健康寿命の差は、女性の方が男性より差が大きい。 | |
| | | 標準化死亡率 | | | | |
| | | 平均余命 | | | | |
| | | 平均自立期間(健康寿命) | | | | |
| 医療費の分析 | 国・県・同規模との比較 経年変化 | 性・年齢階層別医療の受診率 | 「疾病別医療費分析」国保・後期のシート名: 集計医療費分析用表・プラフ令和4年度データ | 総医療費: 医科(入院・外来)、歯科、調剤の合計医療費 国保 : 1,822,389,950円 後期 : 3,152,572,840円 医療費の推移(国保) H30: 1,983,524,700円 R1 : 1,832,578,690円 R2 : 1,909,051,440円 R3 : 1,822,389,950円(後期) H30: 3,127,706,710円 R1 : 3,013,910,860円 R2 : 3,028,257,710円 R3 : 3,152,572,840円 年齢階層別医療の受診率(国保)合計 8,350,971 0～39 4,239,540 40～49 5,111,801 50～59 6,231,618 60～69 9,971,174 70～74 10,532,824 (後期) 合計 71,706,885 65～74 11,000,000 75～79 13,652,548 80～84 14,365,873 85～89 13,043,781 90～94 10,755,793 95～ 8,888,889 1人当たり医療費: (国保) 323,684円 0～39 101,910円 40～49 174,523円 50～59 263,612円 60～69 452,062円 70～74 388,645円 (後期) 652,361円 65～74 2,748,535円 75～79 592,303円 80～84 673,666円 85～89 706,996円 90～94 695,711円 95～ 579,853円 | 国保の医療費は減少傾向、後期の医療費はコロナの影響もあり横ばいであったが、R2から増加傾向にある。 国保では、県と同様に、60歳代になると受診率は急に高くなる。70-74歳はさらに高い。後期では、国保より受診率が高い。90代になると受診率が少し減少する。 国保は、年齢が上がるにつれ1人当たり医療費は高くなるが、60代の1人当たり医療費が一番高い。後期は、65～74歳の障がいを持っている方が最も高い。国保と比べ、倍近く高い医療費である。75歳以上では度の年代も大きく変わらない。95歳以上になると少し減少する。 | |
| | | 医療費の推移(国保・後期) | | | | |
| | | 総医療費 | | | | |
| | | 1人当たり医療費 | | | | |

| | | 入院・外来別医療費(点数)の高い疾病 | <p>「疾病別医療費分析_国保・後期」のシート名:集計_疾病統計_国保・後期</p> <p>入院・外来別医療費(点数)の高い疾病(国保) 入院 1位 循環器系の疾患23.3% 2位 新生物(腫瘍) 3位 精神及び行動の障害 外来 1位 内分泌、栄養及び代謝疾患15.7% 2位 循環器系の疾患14.2% 3位 尿路性器系の疾患12.6% (後期) 入院 1位 循環器系の疾患24.0% 2位 新生物(腫瘍)13.0% 3位 呼吸器系の疾患12.1% 外来 1位 循環器系の疾患22.8% 2位 内分泌、栄養及び代謝疾患13.0% 3位 尿路性器系の疾患9.7%</p> | <p>入院では、国保、後期とも循環器系の疾患での医療費が高い。中分類で見ると、国保はがん、統合失調症が高く、後期はその他の心疾患、骨折が高い。 外来では、国保は腎不全、糖尿病、高血圧性疾患の順に高い。後期では、入院と同じくその他の心疾患、次いで糖尿病の医療費が高い。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|--|---|--|---|----|----|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---|
| | | 生活習慣病費用割合 | 岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況【経年】R3年度 | 生活習慣病費用割合:65.8%(県内3位) | 生活習慣病の医療費は他市町村と比較し県内で特に高い。慢性腎不全、高血圧症、脳梗塞・脳出血、狭心症において国、県、同規模と比較して高い。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 生活習慣病患者割合 | | 生活習慣病患者割合:57.0%(県内10位) | 生活習慣病の患者割合は他市町村と比較して高い。年々増加している。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 重複・頻回の受診状況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 重複服薬の状況等の傾向 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特定健康診査・特定保健指導等の健診データ(質問票含む)の分析 | 国・県・同規模との比較 経年変化 | 性・年齢階層別健診受診率 | 岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況【経年】R3年度 | 性・年齢階層別健診受診率: <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>男性</th> <th>女性</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>40-44</td> <td>4.7%</td> <td>13.2%</td> </tr> <tr> <td>45-49</td> <td>17.6%</td> <td>20.2%</td> </tr> <tr> <td>50-54</td> <td>24.1%</td> <td>16.5%</td> </tr> <tr> <td>55-59</td> <td>24.5%</td> <td>35.2%</td> </tr> <tr> <td>60-64</td> <td>31.2%</td> <td>48.9%</td> </tr> <tr> <td>65-69</td> <td>47.0%</td> <td>53.9%</td> </tr> <tr> <td>70-74</td> <td>48.7%</td> <td>60.3%</td> </tr> </tbody> </table> | | 男性 | 女性 | 40-44 | 4.7% | 13.2% | 45-49 | 17.6% | 20.2% | 50-54 | 24.1% | 16.5% | 55-59 | 24.5% | 35.2% | 60-64 | 31.2% | 48.9% | 65-69 | 47.0% | 53.9% | 70-74 | 48.7% | 60.3% | <p>男性より女性の受診率が高く、男女ともに年齢が上がるにつれ受診率が高い。 40代は特に受診率が低い。 受診率の高い70代が後期高齢者に移行し、年々受診率が下がることが予想される。</p> |
| | | | | 男性 | 女性 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 40-44 | | 4.7% | 13.2% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 45-49 | | 17.6% | 20.2% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 50-54 | | 24.1% | 16.5% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 55-59 | | 24.5% | 35.2% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 60-64 | | 31.2% | 48.9% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 65-69 | | 47.0% | 53.9% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 70-74 | 48.7% | 60.3% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特定健診受診率 | 特定健診受診率:45.0% | 県内の他市町村と比較し高い方ではあるが、年々減少傾向にある。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特定保健指導実施率 | 特定保健指導実施率:13.9% | コロナの影響で受診率の低迷がみられる。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特定保健指導利用率 | 特定保健指導利用率:16.3% | コロナの影響で受診率の低迷がみられる。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 各種検査項目の有所見率 | | メタボの該当者が増加しており、予備群より該当者が多い。BMI25以上の者が国、県、他市町村と比較し多い。特に女性の肥満が多い。 リスクの重なりを見ると、血圧・脂質で該当者が多い。県と比較すると、血圧の高い者も多い。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康状態、生活習慣の状況 | | 糖尿病、高血圧、脂質で県、国と比較して服薬中の者が多い。脳卒中の既往のある者が県、国、同規模と比較して多い。県、国と比較して運動習慣のないものが多い。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| メタボリックシンドローム該当者の割合 | 岐阜県(市町村国保)における医療費・疾病・特定健診の状況【経年】R3年度 | メタボリックシンドローム該当者の割合:35.2% | 県と比較して該当者の割合が高い。女性より、男性の方が割合が高い。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| メタボリックシンドローム予備群の割合 | | メタボリックシンドローム予備群の割合:17.3% | 県と比較して該当者の割合が高い。女性より、男性の方が割合が高い。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| レセプト・健診データ等を組み合わせ分析 | 国・県・同規模との比較 経年変化 | レセプト・健診データの分析により明らかとなった健康課題を解決するための重症化予防等の対象となる被保険者数、割合の比較 等 | 個別の保健事業(重症化予防等の取組み)の事業評価 | 特定健診受診勧奨の事業評価 | R3年度は未実施のため評価できず。受診率の低い40-50代を対象に実施する必要がある。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | (例)医療費分析で脳血管疾患に要する医療費が高いこと、健診データ分析で血圧の有所見率が高いことが判明し、これらを健康課題と捉え、血圧が基準値以上の被保険者を対象に重症化予防を行うが、この対象被保険者数や割合について経年比較等により分析する。 | | 特定保健指導の事業評価 | 特定保健指導利用者の改善割合は高く、保健指導の効果が出ていると考えられる。未利用者より、関心の高い、意欲的な方が利用していることも効果に差がある理由の一つと考える。関心の低い方への勧奨方法を検討する。医師から結果説明時に勧奨してもらう等、必要性を伝えていく。また、利用者のモチベーションの維持・向上も大切であり、継続受診率の増加も課題である。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 糖尿病重症化の事業評価 | 医療機関からの紹介が少ない。プログラムの利用を勧め、対象者の紹介を依頼し、保健指導実施者においては報告し、都度連携をとりながらすすめる。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 高血圧・腎機能の事業評価 | 実施人数が少なく、評価できていない。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護費関係の分析 | 国・県・同規模との比較 経年変化 | 介護給付費の状況 | 地域の全体像の把握 R4年度 | <p>1件当給付費:73,158円(県:59,511円) 要支援1: 8,532円(県:8,192円) 要支援2: 15,725円(県:11,083円) 要介護1: 42,189円(県:37,662円) 要介護2: 58,896円(県:45,957円) 要介護3: 92,472円(県:77,618円) 要介護4: 123,028円(県:98,945円) 要介護5: 141,876円(県:106,128円)</p> | どの区分でも、県と比較して給付費が高い。特に、要支援2、要介護2、3、4が高い。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 介護認定の状況 | | <p>1号認定率: 17.1%(県:18.1%) 2号認定率: 0.4%(県:0.4%)</p> | 1号認定率は、県、国と比較して低い。2号認定率は県、国と同率である。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 健康スコアリング(保険者一覧)R4年度 | <p>R3年度(1号)認定率:16.9%</p> <p>居室1人当たり介護給付費(前年比):46,211円(102.1) 施設1人当たり介護給付費(前年比):288,954円(92.2)</p> | 1号認定率はR3からR4は0.2増加している。居室一人当たりは増加し、施設一人当たりは減少している。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 地域の全体像の把握、要介護(支援)者有病状況R4年度 | 介護認定者と有病状況: | 要支援者の糖尿病、糖尿病合併症の有病率が増加している。また、がんの有病率も増加している。脳血管疾患の有病率は減少傾向にある。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | 国・県・同規模との比較 経年変化 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ⅲ 計画全体

| 保険者の健康課題 | | 被保険者の健康に関する課題 | |
|----------|---|---------------|-------------|
| ①課題項目 | ②健康課題 | ③優先する健康課題 | ④対応する保健事業番号 |
| A | 当町は、人口構成同様、被保険者は年々高齢化し、65-74歳の前期高齢者が被保険者全体の55.1%を占めている。国保医療費はコロナの影響もあり、ここ数年横ばいで増減している。後期高齢者医療は増加傾向にある。国保医療費は、人工透析患者が増加しており、今後も増加する可能性もある。よって、被保険者への保健事業を実施し被保険者の健康づくりと、医療費の適正化を図る必要がある。国保被保険者の健康づくりの基本となる特定健診は45.0%と、県内でも高い方ではあるが40代50代の受診率が低く、年々減少傾向にある。若い世代への受診勧奨をすすめたい。メタボ該当者が3割を超え、予備群は2割近い状態である。メタボ該当者・予備群を減らし、被保険者の瀬克習慣病の疾病予防・重症化予防を進めていきたい。生活習慣病で治療中の被保険者も多いことから、医療機関受診者の特定健診受診状況を把握し、地域医師会等と連携しながら事業をすすめたい。 | | 1・2 |
| B | 当町では、国保・後期ともに生活習慣病の治療に多くの医療費を使っている。国保の医療費を見ると、入院では「その他の心疾患」が多く、外来では「腎不全」に次いで「糖尿病」「高血圧」が多い。そのため、国保被保険者の生活習慣病の発症予防につながるメタボリックシンドローム対象者の減少を目的に、特定保健指導の利用をすすめている。当町の特定保健指導の利用率は13.9%と低いが、特定保健指導利用者の改善割合は高く、保健指導の効果が出ていると考えられる。未利用者より、関心の高い、意欲的な方が利用していることも効果に差がある理由の一つと考える。関心の低い方への勧奨方法を検討する。医師から結果説明時に勧奨してもらう等、必要性を伝えていきたい。 | | 1・2 |
| C | 当町では、国保・後期ともに生活習慣病の治療に多くの医療費を使っている。国保の医療費を見ると、入院では「その他の心疾患」が多く、外来では「腎不全」に次いで「糖尿病」「高血圧」が多い。また、特定健診の所見については、糖尿病、高血圧の所見が多い。治療中でコントロールできていない者も多く、医療機関と連携したかわりが必要である。治療中断者、未受診者には引き続き受診勧奨し、治療と健診受診の必要性を伝えていきたい。 | | 3 |
| D | 当町では、国保・後期ともに生活習慣病の治療に多くの医療費を使っている。国保の医療費を見ると、入院では「その他の心疾患」が多く、外来では「腎不全」に次いで「糖尿病」「高血圧」が多い。標準化死亡率(SMR)においても、急性心筋梗塞や虚血性疾患が、特に男性で高い状況である。また、脳血管疾患や脳内出血は、女性で国よりも高い状況である。特定健診の所見については、糖尿病、高血圧の所見が多い。治療中でコントロールできていない者も多く、医療機関と連携したかわりが必要である。治療中断者、未受診者には受診勧奨し、治療と健診受診の必要性を伝えていきたい。 | | 4 |
| E | 当町では、国保・後期ともに生活習慣病の治療に多くの医療費を使っている。国保の医療費を見ると、入院では「その他の心疾患」が多く、外来では「腎不全」に次いで「糖尿病」「高血圧」が多い。介護につながりやすい人工透析への移行までの期間を延ばすとともに、糖尿病・高血圧症の重症化予防とともに腎機能低下への取り組みも実施する必要がある。特定健診の所見において、eGFRと尿蛋白の所見のある者は | | 5 |
| 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。 | | 6 |
| G | 揖斐川町は高齢化率が38.5%(令和2年)で、労働人口(15~64歳)が13.3%減少(平成27年との比較)し、65歳以上の単独世帯は14.9%に増加していることから(R3. 12月16日岐阜県庁発表「令和2年度国勢調査による岐阜県の人口」より)、国保の視点から地域包括ケアに資する取組を行うことで、高齢者が住みなれた地域で自立した生活ができる期間の延伸、QOLの維持向上を図れるようにする。 | | 7 |

解決すべき健康課題と保健事業の対応づけ

| データヘルス計画全体における目的 | | 大目的 | 健康寿命を延伸させる 医療費を適正化する | | | | | | |
|------------------|----------------------|---|-------------------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| ⑤項目(=①) | 中目的 | ⑦評価指標 | ⑧計画策定時実績 | ⑨目標値 | | | | | |
| | | | R3 | R6 | R7 | R8 | R9 | R10 | R11 |
| A・B | メタボ等の生活習慣病の予防 | 特定健診受診率(法定報告) | 40.5 | 45 | 48 | 51 | 54 | 57 | 60 |
| | | 特定保健指導実施率(法定報告) | 29.2 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 |
| | | 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 | 7.1 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| C | 糖尿病の重症化の予防 | HbA1c8.0以上の者の割合 | 0.73 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 |
| | | HbA1c6.5以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合 | 7.1 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| D | 高血圧の重症化予防 | 収縮期血圧維持・改善者割合 | - | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |
| | | 拡張期血圧維持・改善者割合 | - | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |
| E | 腎機能低下の重症化予防 | CKD重症度分類の変化 | - | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |
| F | 重複多剤服用者の減少 | 保険者努力支援:共通指標⑤(1)重複投薬者に対する取組 重複投与者数(对被保険者1万人)が前年度から減少 | 参画 | 参画 | 参画 | 参画 | 参画 | 参画 | 参画 |
| | | 保険者努力支援:共通指標⑤(2)多剤投与者に対する取組 多剤投与者数(对被保険者1万人)が前年度から減少 | 参画 | 参画 | 参画 | 参画 | 参画 | 参画 | 参画 |
| G | 地域包括ケア推進・一体的実施の取組の状況 | 保険者努力支援:国保固有の指標④(1)地域包括ケア推進の取組 KDB等を活用したデータ提供等により地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局として参画 | 実施 | 実施 | 実施 | 実施 | 実施 | 実施 | 実施 |
| | | 保険者努力支援:国保固有の指標④(1)地域包括ケア推進の取組 KDB等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、国保部局として当該ターゲット層に対する支援を実施 | 実施 | 実施 | 実施 | 実施 | 実施 | 実施 | 実施 |

| ⑩事業番号 | ⑪事業名称 | ⑫重点・優先度 |
|-------|--------------|---------|
| 1 | 特定健康診査受診勧奨事業 | |
| 2 | 特定保健指導 | |
| 3 | 糖尿病重症化予防事業 | |
| 4 | 高血圧の重症化予防事業 | |
| 5 | 腎機能低下の重症化予防 | |
| 6 | 適正受診・適正服薬 | |

IV 個別の保健事業

| 個別保健事業評価計画（今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標） | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|------------------------------|-------------------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----|-------------|--------------|--------------|----|
| 事業名 | 目的 | 指標 | 評価指標 | 計画策定時実績 | 目標値 | | | | | | | | |
| | | | | | 2022年度 (R3) | 2024年度 (R6) | 2025年度 (R7) | 2026年度 (R8) | | 2027年度 (R9) | 2028年度 (R10) | 2029年度 (R11) | |
| | | | | | | | | 数値 | 評価 | | | 数値 | 評価 |
| 特定保健指導利用勧奨事業 | 特定保健指導の利用の促進により、メタボの改善、生活習慣病の予防を目指し、健康寿命の延伸、医療費の適正化を図る。 | アウトカム指標 (成果) | | | | | | | | | | | |
| | | アウトプット指標 (実施量・率) | 特定保健指導利用率 | 29.2% | 30 | 32 | 34 | | 36 | 38 | 40 | | |
| | | | 次年度継続受診率 | 50.9% | 52 | 54 | 56 | | 58 | 60 | 62 | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | 実施内容 ※現在までの実施方法(プロセス)を踏まえて | | | | | | | | | | | | |
| | | 第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容 | 令和8年度の間評価のまとめ | 令和8年度中間評価後の追加修正 | 令和11年度の最終評価 | | | | | | | | |
| | 対象者 | 保健指導未利用者 | | | | | | | | | | | |
| | 時期 | 案内後3か月 | | | | | | | | | | | |
| | 方法 | 電話、訪問、郵便 | | | | | | | | | | | |
| | 実施回数・量 | 1回以上 | | | | | | | | | | | |
| 連携体制・予算・人員 | 利用勧奨は保健センターに依頼する。医療機関からも利用勧奨を依頼する。 | | | | | | | | | | | | |
| 事業について気づいたこと | 文書での案内通知のみより、電話・訪問等で直接話して勧奨すると利用につながりやすい。 | | | | | | | | | | | | |
| 特定保健指導 | 特定保健指導により、生活習慣を振り返り見直すことでメタボの改善、生活習慣病の予防を目指し、健康寿命の延伸、医療費の適正化を図る。 | アウトカム指標 (成果) | 保健指導レベルの改善割合 | 70.8% | 70 | 70 | 70 | | 70 | 70 | 70 | | |
| | | | 利用者の腹囲2cm、体重2kg減量した者の割合 | 10.0% | 15 | 20 | 25 | | 30 | 35 | 40 | | |
| | | アウトプット指標 (実施量・率) | 特定保健指導利用率 | 29.2% | 30 | 33 | 36 | | 39 | 42 | 45 | | |
| | | | 次年度継続受診率 | 50.9% | 55 | 57 | 59 | | 61 | 63 | 65 | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | 実施内容 ※現在までの実施方法(プロセス)を踏まえて | | | | | | | | | | | | |
| | | 第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容 | 令和8年度の間評価のまとめ | 令和8年度中間評価後の | 令和11年度の最終評価 | | | | | | | | |
| | 対象者 | 積極的支援、動機付け支援対象者 | | | | | | | | | | | |
| | 時期 | 健診受診後1か月より開始 | | | | | | | | | | | |
| | 方法 | 面談・電話にて保健・栄養指導の実施 | | | | | | | | | | | |
| 実施回数・量 | 継続支援3か月 6か月後、次回健診時に評価 | | | | | | | | | | | | |
| 連携体制・予算・人員 | 保健指導は保健センターにて実施する。医療機関からの利用勧奨を依頼する。 | | | | | | | | | | | | |
| 事業について気づいたこと | 特定保健指導利用者の改善割合は高く、保健指導の効果が出ていると考えられる。未利用者より、関心の高い、意欲的な方が利用していることも効果に差がある理由の一つと考える。関心のない方への勧奨方法を検討する。医師から結果説明時に勧奨してもらおう等、必要性を伝えていく。また、利用者のモチベーションの維持・向上も大切であり、継続受診率の増加も課題である。 | | | | | | | | | | | | |

IV 個別の保健事業

| 個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標） | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|------------------------------|-------------------------|-------------|---------------|-----------------|-------------|----|-------------|--------------|--------------|-----|--|
| 事業名 | 目的 | 指標 | 評価指標 | 計画策定時実績 | 目標値 | | | | | | | | |
| | | | | 2022年度 (R3) | 2024年度 (R6) | 2025年度 (R7) | 2026年度 (R8) | | 2027年度 (R9) | 2028年度 (R10) | 2029年度 (R11) | | |
| | | | | | | | 数値 | 評価 | | | 数値 | 評価 | |
| 医療機関受診勧奨事業 | 健診結果から、糖尿病重症化リスクの高いものに対し、受診勧奨を行うことによって、医療受診につなげ、糖尿病の早期発見、発症・重症化を予防し、人工透析への移行を防止することで、健康増進と医療費の増加抑制を図る。 | アウトカム指標 (成果) | HbA1c値維持・改善者割合 | 50.0% | 50 | 50 | 50 | | | 50 | 50 | 50 | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | アウトプット指標 (実施量・率) | 医療機関受診勧奨率 | 100.0% | 100 | 100 | 100 | | | 100 | 100 | 100 | |
| | | | 医療機関受診率 | 50.0% | 80 | 80 | 80 | | | 80 | 80 | 80 | |
| | | | 次年度健診受診率 | 50.0% | 80 | 80 | 80 | | | 80 | 80 | 80 | |
| | | 実施内容 ※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて | | | | | | | | | | | |
| | | 第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容 | | | 令和8年度の間評価のまとめ | 令和8年度中間評価後の追加修正 | | | | 令和11年度の最終評価 | | | |
| | | 対象者 | 糖尿病予防重症化プログラムにおける医療未受診者 | | | | | | | | | | |
| | | 時期 | 特定健診受診後3か月(9-11月) | | | | | | | | | | |
| 方法 | KDBにてレセプトを確認する。未受診者へ通知、電話で受診勧奨する。 | | | | | | | | | | | | |
| 実施回数・量 | 1回以上 | | | | | | | | | | | | |
| 連携体制・予算・人員 | 保健センターにて受診勧奨する。 | | | | | | | | | | | | |
| 事業について気づいたこと | | | | | | | | | | | | | |
| 糖尿病重症化予防保健指導 | 糖尿病性腎症のリスクが高い者に対し、糖尿病重症化予防に関する保健指導を行うことによって、糖尿病の重症化を予防し、人工透析への移行を防止することで、健康増進と医療費の増加抑制を図る。 | アウトカム指標 (成果) | HbA1c値維持・改善者割合 | — | 50 | 50 | 50 | | | 50 | 50 | | |
| | | | eGFR値維持・改善者割合 | — | 50 | 50 | 50 | | | 50 | 50 | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | アウトプット指標 (実施量・率) | 次年度健診受診率 | — | 60 | 60 | 60 | | | 60 | 60 | 60 | |
| | | | 保健指導実施率 | — | 100 | 100 | 100 | | | 100 | 100 | 100 | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | 実施内容 ※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて | | | | | | | | | | | |
| | | 第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容 | | | 令和8年度の間評価のまとめ | 令和8年度中間評価後の追加修正 | | | | 令和11年度の最終評価 | | | |
| | | 対象者 | 糖尿病予防重症化プログラムにおけるハイリスク者 | | | | | | | | | | |
| | | 時期 | 医療機関からの紹介後すみやかに | | | | | | | | | | |
| 方法 | 面談にて保健、栄養指導を実施する。 | | | | | | | | | | | | |
| 実施回数・量 | 1回以上 本人、かかりつけ医と相談の上実施する。 | | | | | | | | | | | | |
| 連携体制・予算・人員 | 医療機関から保健指導対象者の紹介を依頼する。保健指導は保健センターにて実施する。 | | | | | | | | | | | | |
| 事業について気づいたこと | 医療機関からの紹介が少ない、プログラムの利用を勧め、対象者の紹介を依頼し、保健指導実施者においては報告し、都度連携をとりながらすすめる。 | | | | | | | | | | | | |

IV 個別の保健事業

| 個別保健事業評価計画（今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標） | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|----------------------------|------------------------------|---------|---------------|-----------------|-------------|-------------|-----|-------------|--------------|--------------|----|--|
| 事業名 | 目的 | 指標 | 評価指標 | 計画策定時実績 | 目標値 | | | | | | | | | |
| | | | | | 2022年度 (R3) | 2024年度 (R6) | 2025年度 (R7) | 2026年度 (R8) | | 2027年度 (R9) | 2028年度 (R10) | 2029年度 (R11) | | |
| | | | | | | | | 数値 | 評価 | | | 数値 | 評価 | |
| 高血圧が重症化するリスクの高い医療機関未受診者を医療に結びつけ、血圧コントロールを行うことで、高血圧から起因する心臓病や脳卒中などの疾病予防をし、被保険者の健康増進と医療費の抑制を図る。 | | アウトカム指標 (成果) | 収縮期血圧 維持・改善者割合 | — | 50 | 50 | 50 | | 50 | 50 | 50 | | | |
| | | | 拡張期血圧 維持・改善者割合 | — | 50 | 50 | 50 | | 50 | 50 | 50 | | | |
| | | アウトプット指標 (実施量・率) | 医療機関受診勧奨率 | — | 100 | 100 | 100 | | 100 | 100 | 100 | | | |
| | | | 医療機関受診率 | — | 50 | 50 | 50 | | 50 | 50 | 50 | | | |
| | | | 次年度健診受診率 | — | 60 | 60 | 60 | | 60 | 60 | 60 | | | |
| | | 実施内容 ※現在までの実施方法(プロセス)を踏まえて | | | | | | | | | | | | |
| | | 高血圧医療機関受診勧奨事業 | 第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容 | | 令和8年度の間評価のまとめ | 令和8年度中間評価後の追加修正 | | | | 令和11年度の最終評価 | | | | |
| 対象者 | 特定健診にてⅡ度高血圧以上の医療機関未受診者 | | | | | | | | | | | | | |
| 時期 | 健診受診3か月後 | | | | | | | | | | | | | |
| 方法 | 健診受診3か月後にレセプトを確認し、未受診者に電話または通知で受診勧奨をする。 | | | | | | | | | | | | | |
| 実施回数・量 | 1回以上 | | | | | | | | | | | | | |
| 連携体制・予算・人員 | 保健センターにて実施 | | | | | | | | | | | | | |
| 事業していて気づいたこと | | | | | | | | | | | | | | |

個別保健事業評価計画（今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）

| 事業名 | 目的 | 指標 | 評価指標 | 計画策定時実績 | 目標値 | | | | | | | |
|---|------------------|---|----------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|----|
| | | | | 2022年度 (R3) | 2024年度 (R6) | 2025年度 (R7) | 2026年度 (R8) | | 2027年度 (R9) | 2028年度 (R10) | 2029年度 (R11) | |
| | | | | | | | 数値 | 評価 | | | 数値 | 評価 |
| 腎機能低下がみられる未治療の者に受診勧奨を行うことで適切な治療につなげ、人工透析への移行を防止し、被保険者の健康増進と医療費の抑制を図る。 | アウトカム指標 (成果) | 収縮期血圧 維持・改善者割合 | — | 50 | 50 | 50 | | 50 | 50 | 50 | | |
| | | 拡張期血圧 維持・改善者割合 | — | 50 | 50 | 50 | | 50 | 50 | 50 | | |
| | | CKD重症度分類の変化 | — | 50 | 50 | 50 | | 50 | 50 | 50 | | |
| | アウトプット指標 (実施量・率) | 医療機関受診勧奨率 | — | 100 | 100 | 100 | | 100 | 100 | 100 | | |
| | | 次年度健診受診率 | — | 60 | 60 | 60 | | 60 | 60 | 60 | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 実施内容 ※現在までの実施方法（プロセス）を踏まえて | | | | | | | | | | | | |
| 腎機能低下医療機関受診勧奨事業 | | 第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容 | 令和8年度の間評評価のまとめ | 令和8年度中間評価後の追加修正 | | | | 令和11年度の最終評価 | | | | |
| | 対象者 | 尿蛋白(+)以上 GFR60未満 | | | | | | | | | | |
| | 時期 | 健診受診3か月後 | | | | | | | | | | |
| | 方法 | 健診受診3か月後にレセプトを確認し、未受診者に電話または通知で受診勧奨をする。 | | | | | | | | | | |
| | 実施回数・量 | 1回以上 | | | | | | | | | | |
| | 連携体制・予算・人員 | 保健センターにて実施 | | | | | | | | | | |
| | 事業について気づいたこと | | | | | | | | | | | |

個別保健事業評価計画（今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標）

| 事業名 | 目的 | 指標 | 評価指標 | 計画策定時実績 | 目標値 | | | | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------|---------------|------|---------|------------|------------|------------|------------|-----|------------|-------------|-------------|----|
| | | | | | 2022年度(R3) | 2024年度(R6) | 2025年度(R7) | 2026年度(R8) | | 2027年度(R9) | 2028年度(R10) | 2029年度(R11) | |
| | | | | | | | | 数値 | 評価 | | | 数値 | 評価 |
| 健診で高血圧であった者に保健指導をすることで高血圧の重症化予防を行う。 | アウトカム指標(成果) | 収縮期血圧維持・改善者割合 | — | 50 | 50 | 50 | | 50 | 50 | 50 | | | |
| | | 拡張期血圧維持・改善者割合 | — | 50 | 50 | 50 | | 50 | 50 | 50 | | | |
| | | CKD重症度分類の変化 | — | 50 | 50 | 50 | | 50 | 50 | 50 | | | |
| | アウトプット指標(実施量・率) | 医療機関受診勧奨率 | — | 100 | 100 | 100 | | 100 | 100 | 100 | | | |
| | | 次年度健診受診率 | — | 60 | 60 | 60 | | 60 | 60 | 60 | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

実施内容 ※現在までの実施方法(プロセス)を踏まえて

| | 第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容 | 令和8年度の間評価のまとめ | 令和8年度中間評価後の追加修正 | 令和11年度の間最終評価 |
|--------------|------------------------------|---------------|-----------------|--------------|
| 対象者 | Ⅱ度高血圧以上で、高血圧治療中の者 | | | |
| 時期 | 健診受診後1か月より開始 特定保健指導時 | | | |
| 方法 | 面談にて保健、栄養指導 | | | |
| 実施回数・量 | 1回以上 | | | |
| 連携体制・予算・人員 | 保健センターにて実施 | | | |
| 事業について気づいたこと | | | | |

個別保健事業評価計画（今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標）

| 事業名 | 目的 | 指標 | 評価指標 | 計画策定時実績 2022年度 (R3) | 目標値 | | | | | | | | |
|--------------------|--|-------------------------------|---------------|---------------------------|----------------|----------------|----------------|----|----------------|-----------------|-----------------|----|--|
| | | | | | 2024年度 (R6) | 2025年度 (R7) | 2026年度 (R8) | | 2027年度 (R9) | 2028年度 (R10) | 2029年度 (R11) | | |
| | | | | | | | 数値 | 評価 | | | 数値 | 評価 | |
| 腎機能低下重症化予防 保健指導 | 健診で腎機能低下がみられた者に保健指導をすることで腎機能低下の重症化予防を行う。 | アウトカム指標 (成果) | 収縮期血圧維持・改善者割合 | — | 50 | 50 | 50 | | 50 | 50 | 50 | | |
| | | | 拡張期血圧維持・改善者割合 | — | 50 | 50 | 50 | | 50 | 50 | 50 | | |
| | | | CKD重症度分類の変化 | — | 50 | 50 | 50 | | 50 | 50 | 50 | | |
| | | アウトプット指標 (実施量・率) | 医療機関受診勧奨率 | — | 100 | 100 | 100 | | 100 | 100 | 100 | | |
| | | | 次年度健診受診率 | — | 60 | 60 | 60 | | 60 | 60 | 60 | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | 実施内容 ※現在までの実施方法(プロセス)を踏まえて | | | | | | | | | | | | |
| | | 第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容 | 令和8年度の間評価のまとめ | 令和8年度中間評価後の追加修正 | 令和11年度の間評価 | | | | | | | | |
| | 対象者 | eGFR60未満またはGFR低下者 尿蛋白(+)以上 | | | | | | | | | | | |
| | 時期 | 健診受診後1か月より開始 特定保健指導時 | | | | | | | | | | | |
| 方法 | 面談にて保健、栄養指導 | | | | | | | | | | | | |
| 実施回数・量 | 1回以上 | | | | | | | | | | | | |
| 連携体制・予算・人員 | 保健センターにて実施 | | | | | | | | | | | | |
| 事業していて気づいたこと | | | | | | | | | | | | | |

| 個別保健事業評価計画（今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標） | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|----------------|------------------|----------------------------------|-------------|-------------|-------------|----|-------------|--------------|--------------|----|
| 事業名 | 目的 | 指標 | 評価指標 | 計画策定時実績 | 目標値 | | | | | | | |
| | | | | 2022年度 (R5) | 2024年度 (R6) | 2025年度 (R7) | 2026年度 (R8) | | 2027年度 (R9) | 2028年度 (R10) | 2029年度 (R11) | |
| | | | | | | | 数値 | 評価 | | | 数値 | 評価 |
| 薬剤の適正使用の推進に対する取組 | 被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い1人当たり医療費も増加傾向にある。今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給とともに、被保険者の安全な服薬を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進する。 | アウトカム指標 (成果) | | | | | | | | | | |
| | | | アウトプット指標 (実施量・率) | お薬手帳を1冊にまとめることやポリファーマシーに関する周知・啓発 | 1回以上 | | | | | | | |
| | | | | セルフレメディケーションの推進のための周知・啓発 | 1回以上 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 実施内容 ※現在までの実施方法(プロセス)を踏まえて | | | | | | | | | | | | |
| | 第2期データヘルス計画の評価を受けて追加修正を行った内容 | 令和8年度の間評評価のまとめ | 令和8年度中間評価後の追加修正 | 令和11年度の最終評価 | | | | | | | | |
| 対象者 | 国保加入者 | | | | | | | | | | | |
| 時期 | 3か月毎 | | | | | | | | | | | |
| 方法 | 保険証更新時及び新規加入時に配布するパンフレット | | | | | | | | | | | |
| 実施回数・量 | 1回 | | | | | | | | | | | |
| 連携体制・予算・人員 | | | | | | | | | | | | |
| 事業として気づいてこ | | | | | | | | | | | | |

V その他

| | |
|-----------------------------|--|
| <p>データヘルス計画の 評価・見直し</p> | <p>ア. 個別の保健事業の評価・見直し ・個別の保健事業の評価は年度ごとに行い、計画策定時に設定した保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。 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を活用して評価していく。 ・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する。 ・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る。</p> <p>イ. データヘルス計画全体の評価・見直し ①評価の時期 ・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・中間評価を行う。</p> <p>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う。 ・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広域連合と共有しながら、県国保課、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う。</p> |
| <p>データヘルス計画の 公表・周知</p> | <p>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る。 具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、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、配布する。 これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要である。 また、県は保険者から計画を収集し、保険者が計画を掲載したリンクを収集し、その一覧を県のホームページに掲載する。</p> |
| <p>個人情報の取扱い</p> | <p>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するが、健診データやレセプトに関する個人情報は、一般的には個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)に定める要配慮個人情報に該当するため、他の個人情報よりも慎重に取り扱う。また、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面においても、その保有する個人情報の適切な取扱いが個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、確保されるよう措置を講じる。 なお、個人情報の取り扱いについては、以下のガイドラインを参照し、個人情報の保護に努め、事業の運営にあたる。 ※「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン(行政機関等編)」(令和4年1月(令和4年9月一部改正)個人情報保護委員会)</p> |
| <p>地域包括ケアに 係る取組</p> | |
| <p>その他留意事項</p> | |