

第4期可児市特定健康診査等実施計画

および

第3期可児市国民健康保険保健事業実施計画

(データヘルス計画)

令和6年度～令和11年度



令和6年3月

可児市

【目次】

第1章 可児市国民健康保険保健事業実施計画の基本的事項	1
1 背景および目的	1
2 計画の位置づけ	1
3 計画期間	2
4 標準化の推進	3
5 保険者の役割と実施体制	3
6 保健者努力支援制度	3
第2章 国民健康保険被保険者を取り巻く現状と第2期可児市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）の考察	5
1 可児市の概況	5
（1）可児市の人口構成	5
（2）死亡要因	6
2 可児市国民健康保険の状況	7
（1）国民健康保険被保険者数と加入率の推移	7
（2）特定健診の状況	8
（3）国民健康保険・後期高齢者医療保険の医療費の状況	8
（4）介護保険における認定者の状況	12
（5）介護給付費の状況	13
3 第2期計画に係る評価および考察	14
（1）短期的な目標の達成状況	14
（2）中長期的な目標の達成状況	17
第3章 健康課題の明確化と計画の目的・目標	21
1 取り組むべき健康課題の明確化	21
2 取り組むべき健康課題と計画の目的・目標	27
3 個別保健事業と目標値の設定	28

第4章 第4期特定健康診査等実施計画 40

1 基本的考え方	40
2 目標	40
3 対象者数	40
(1) 特定健康診査、特定保健指導の対象者数の定義	40
(2) 対象者数の推計	41
4 実施方法	41
(1) 特定健康診査の実施	41
(2) 特定保健指導の実施	43
5 その他	47
6 年間スケジュール等	47
7 個人情報の保護とデータ管理等	48
(1) 個人情報保護方針	48
(2) 特定健康診査等の記録の管理及び保存	48
(3) 代行機関の利用	50

第5章 計画の推進 50

1 計画の推進	50
(1) 計画の推進体制	50
(2) 計画の評価・見直し	50
(3) 計画の公表・周知	50
(4) 個人情報の保護	51

*文中・資料にある「KDB」とは、「国保データベースシステム」をさす

第1章 可児市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1 背景および目的

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」を受けて、平成26年4月に国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部が改正され、保険者は、健康・医療情報を活用してPDCA^{※1}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（骨太の方針2020）」においては、保険者のデータヘルス計画標準化の取組みの推進が掲げられ、令和3年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表2021」においては、「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正なKPI^{※2}の設定を推進する。」と示されました。

このように、全ての保険者がデータヘルス計画を策定し、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組み、評価指標の設定が求められています。

今回、第3期可児市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）の策定にあたっては、国の指針に基づき、被保険者の年代ごとの身体的な状況に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、被保険者の健康の保持増進、生活の質（QOL:Quality of Life）の維持及び向上が図られ、その結果、医療費の適正化及び保険者の財政基盤が強化されることを目的としています。また、生活習慣病の予防・早期発見、早期治療、糖尿病の重症化予防などの観点から、第4期可児市特定健診等実施計画と一体的に計画を策定し、糖尿病の発症と重症化予防、メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少、健康管理意識の向上、がん等の予防と早期発見により、健康寿命の延伸と健康格差の縮小を図っていきます。

※1 Plan（計画）、Do（実行）、Check（評価）、Action（改善）

※2 KPI（Key Performance Indicator） 業績を評価し管理するための定量的な指標

2 計画の位置づけ

データヘルス計画とは、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための計画です。

計画の策定にあたっては、健診の結果やレセプト等のデータの分析を行うとともに、本計画に基づく事業の評価においても健診・医療情報を活用して行います。

特定健康診査等実施計画とは、特定健康診査及び特定保健指導^{※1}の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針に基づき、特定健康診査・特定保健指導の実施方法に関する基本的な事項、並びにその成果に係る目標について定めるものです。

本計画は、国・岐阜県の計画や、「可児市健康増進計画(第3期)」等の関連計画との整合性を図

って策定します。

関係する主な計画

計画の種類	特定健康診査等 実施計画	データヘルス計画	健康づくり計画	介護保険事業計画
法律等	高齢者の医療の確保に関する法律第19条	国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針第5	健康増進法第8条 食育推進計画18条	介護保険法第117条
実施主体	保険者（義務）	保険者（努力義務）	市町村（努力義務）	保険者（義務）
基本的な考え方	<ul style="list-style-type: none"> 国民健康保険被保険者の健康寿命の延伸 メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣病の発症と重症化の予防 医療費適正化 	<ul style="list-style-type: none"> 国民健康保険被保険者の健康寿命の延伸 メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病の発症と重症化の予防 医療費適正化 	市民の健康寿命の延伸	<ul style="list-style-type: none"> 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 地域支援事業の計画的な実施
対象者	国民健康保険被保険者40歳～74歳	国民健康保険被保険者0歳～74歳	全ての市民	1号被保険者65歳以上 2号被保険者40～64歳
可児市の計画の名称	可児市特定健康診査等実施計画（第4期）	可児市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）（第3期）	可児市健康づくり計画 第3次可児市健康増進計画・第3次可児市食育推進計画	可児市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画（第9期）
計画期間	令和6年度～11年度	令和6年度～11年度	平成31年度～令和6年度	令和6年度～8年度
主な内容	生活習慣病（メタボリックシンドローム発症予防） ・特定健康診査 ・特定保健指導 ・高コレステロール、高血糖、高血圧の対策	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病の重症化予防 特定健康診査の受診率の向上 ジェネリック医薬品（後発医薬品※2）の利用促進 重複頻回受診対策 	身体活動・運動、栄養・食生活、喫煙、飲酒、休養・こころの健康、歯の健康、生活習慣病等	一般介護予防事業、在宅医療・介護連携、介護予防・日常生活支援総合事業等

※1…特定保健指導：特定健康診査結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる方等を対象に実施される保健指導のこと。

※2…後発医薬品：特許期間が満了した後で発売する、成分が等しく値が安い医薬品。一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安いといわれています。

3 計画期間

本計画は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条の規定に基づいた、6年間で1期とする「可児市特定健康診査等実施計画」と同時に策定しています。また、岐阜県における医療費適正化計画や医療計画等が、令和6年度から11年度までを次期計画期間としていること等、他の保健医療関係の計画との整合性を考慮し、計画期間は、令和6年度から11年度までとします。

計画期間

平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	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
						第3期可児市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）					
			第2期可児市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）								
						第4期可児市特定健康診査等実施計画					
			第3期可児市特定健康診査等実施計画								

4 標準化の推進

本計画は県における各種計画等との整合性を図っています。また、県が国民健康保険の共同保険者となっていることから、県内で共通した評価が可能となるよう、本計画においては、県内共通の指標や様式を使用しています。

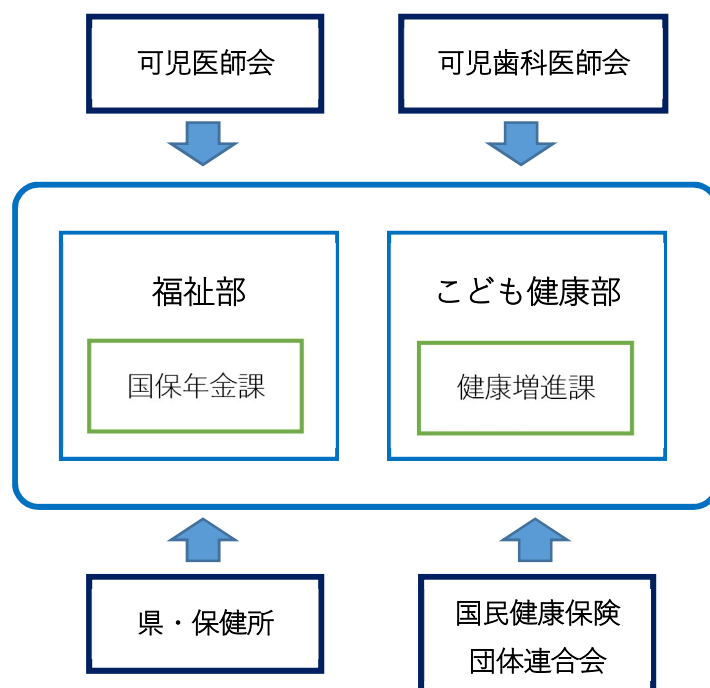
これにより、地域の健康状況や健康課題の分析方法、計画策定、評価等の一連の流れの共通化ができるほか、他市町村との比較など、県や岐阜県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）等の支援を受けたデータ分析が効率的になります。

5 保険者の役割と実施体制

保険者である市は、国保部局が中心となり、保健衛生等の関係部局と連携して健康課題を分析、被保険者の健康の保持増進、病気の予防や早期回復をめざした保健事業の実施計画を策定します。

計画に基づく保健事業は、保健衛生部局、県、保健所、国保連、地域の医師会、歯科医師会等、関係機関の協力を得て、国保部局が主体となって推進します。

実施した保健事業は、その実績の評価を行い、その結果は、必要に応じて計画の見直しや次期計画に反映させていきます。



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とは、国保の保険者である市町村・都道府県が取り組む、予防・健康づくりをはじめとする医療費適正化や国保固有の構造問題への対応について、国が交

付金を交付する制度です。本市では平成 30 年度から本格的に実施しています。令和 2 年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」として交付する部分が創設され、保険者における予防・健康づくり事業の取組みが後押しされています。

本市においても、地域の健康課題の解決、被保険者の健康づくり、医療費抑制などを目指した指標を設定し、各事業に取り組んでいます。

保険者努力支援制度（取組評価分）市町村分評価指標

保険者共通の指標	①	(1) 特定健康診査受診率 (2) 特定保健指導受診率 (3) メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率
	②	(1) がん検診受診率等 (2) 歯科健診受診率等
	③	生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組
	④	(1) 個人へのインセンティブ提供 (2) 個人へのわかりやすい情報提供
	⑤	適正受診・適正服薬を促す取組
	⑥	後発医薬品の使用促進等の取組
国保固有の指標	①	保険料（税）収納率
	②	データヘルス計画の実施状況
	③	医療費通知の取組
	④	地域包括ケア・高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組
	⑤	第三者求償の取組
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況

第2章 国民健康保険加入者を取り巻く現状と第2期可児市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）の考察

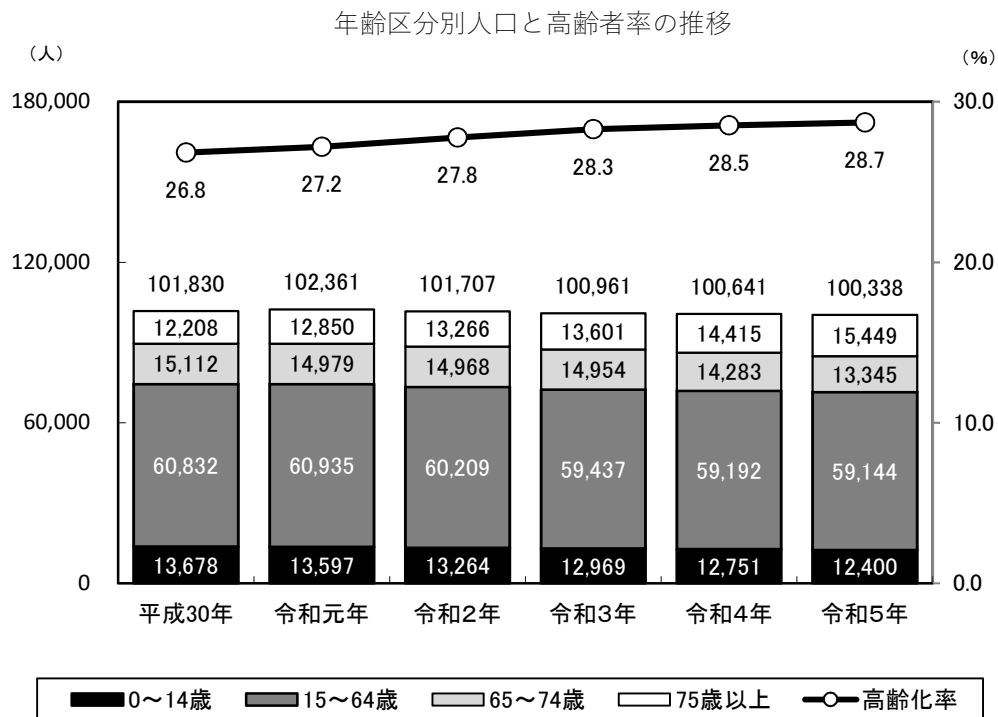
1 可児市の概況

(1) 可児市の人口構成

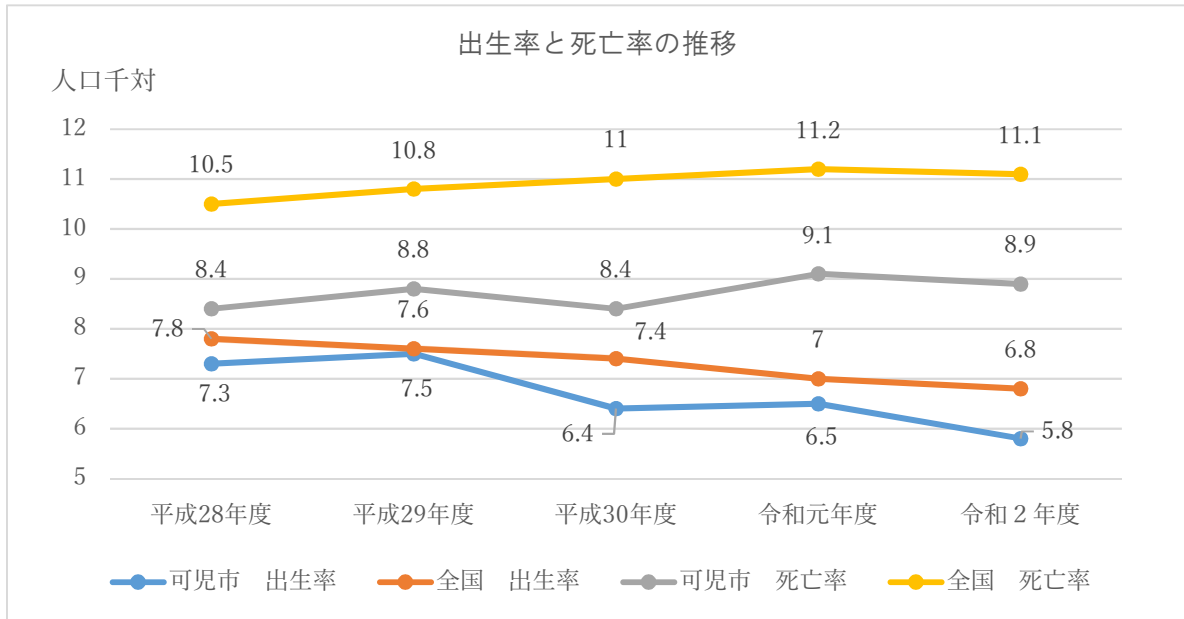
①人口構成

総人口は、令和元年をピークに年々減少しており、令和5年で100,338人となっています。一方、65歳以上の高齢者の人口は年々増加していますが、特に75歳以上の割合が増加しています。令和5年の高齢化率は28.7%となっています。

可児市においても出生数は年々減少しており、出生率（人口千対）は令和2年で5.8と県や国より低くなっています。死亡率は県や国よりも低い値で推移しています。



資料：住民基本台帳（各年10月1日）

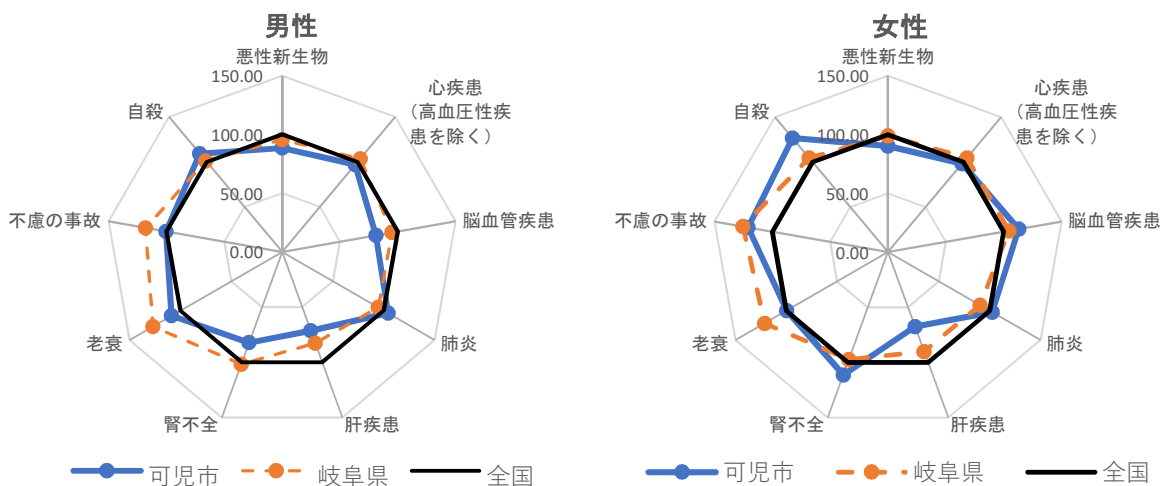


(2) 死亡要因

主要死因別標準化死亡比 (SMR)

主要死因別標準化死亡比 (SMR) ※をみると、可児市では、男性では老衰・自殺・不慮の事故・肺炎、女性では自殺・不慮の事故・腎不全、脳血管疾患が全国 (100.0) に比べて高くなっています。

主要死因別標準化死亡比 (平成25年度～平成29年度)



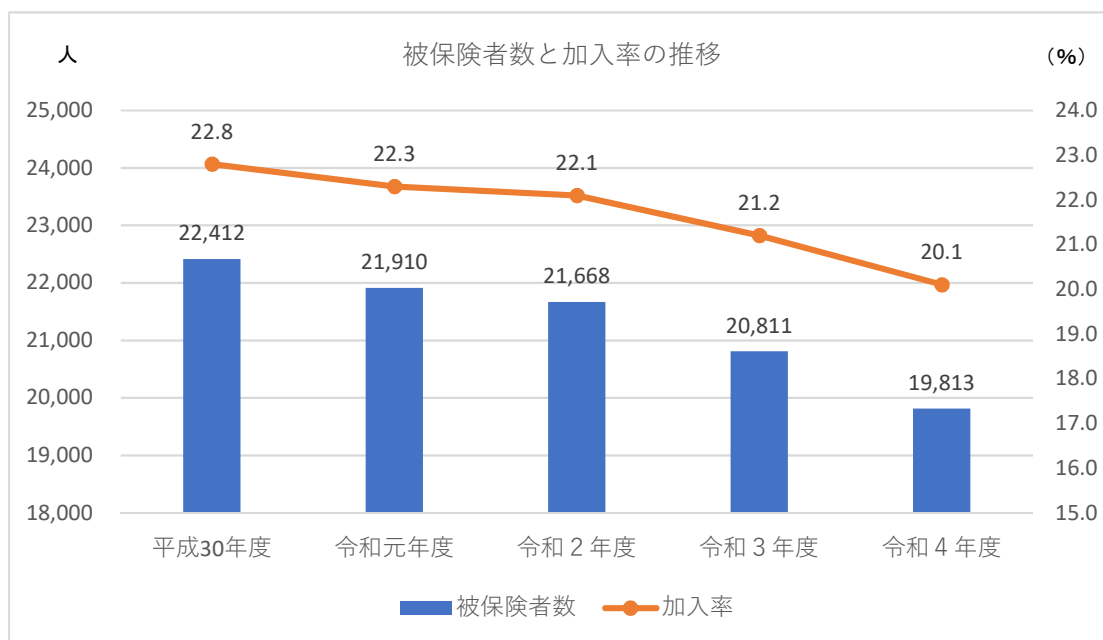
資料：人口動態特殊報告

※標準化死亡比 (SMR)：死亡率は通常、年齢によって大きな違いがあることから、異なった年齢構成や地域別の死亡率をそのまま比較することはできないため、基準死亡率 (人口10万対の死亡数) を対象地域に当てはめた場合に、計算により推測される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するもの。国の平均を100としています。

2 可児市国民健康保険の状況

(1) 国民健康保険被保険者数と加入率の推移

国民健康保険の被保険者数は年々減少しています。対前年比減少数も拡大傾向にあるとともに、令和7年度には団塊の世代の全てが75歳に到達し、後期高齢者医療制度に移行することから、国民健康保険の被保険者数は大きく減少すると予測しています。また、可児市は県平均等と比較し、被保険者の平均年齢が高い傾向にあります。



資料：KDB「地域の全体像の把握」「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」

国民健康保険被保険者年齢構成と平均年齢

	被保険者数 (人)	加入率 (%)	被保険者年齢構成割合 (%)			被保険者 平均年齢 (歳)
			～39歳	40～64歳	65～74歳	
本市(平成30年度)	22,412	22.8	22.7	26.8	50.5	54.5
本市(令和4年度)	19,813	20.1	22.0	27.7	50.4	55.0
県(令和4年度)	410,661	21.2	22.7	31.2	46.1	54.0
同規模(令和4年度)	24,322	20.4	23.1	31.4	45.4	53.9
国(令和4年度)	27,519,654	22.3	26.2	33.1	40.7	52.0

資料：KDB「地域の全体像の把握」「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」

(2) 特定健診の受診状況

国民健康保険の被保険者の減少に伴い、特定健診の対象者数も減少傾向にあります。受診率は令和3年度で32.8%と県や国と比べ低い状況です。

特定健診受診率

		対象者数 (人)	受診者数 (人)	受診率 (%)	県内順位
可児市	平成30年度	15,892	5,262	33.1	38位
	令和3年度	14,926	4,897	32.8	38位
県	令和3年度	293,659	118,037	40.2	—
国	令和3年度	17,865,900	6,494,668	36.4	—

資料：岐阜県（市町村国保）における医療費・疾病・特定健診の状況・厚生労働省「特定健診・特定保健指導の実施状況」

(3) 国民健康保険・後期高齢者医療保険の医療費の状況

①総医療費の推移

国民健康保険の被保険者数は減少していますが、医療費は70～74億円で推移しています。令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で入院、外来ともに医療費が減少したと考えられますが、令和3年度には増加に転じました。

後期高齢者医療保険の医療費は被保険者数の増加、高齢化に伴い増加傾向で、令和4年度には105億円になりました。特に外来医療費が増加しています。

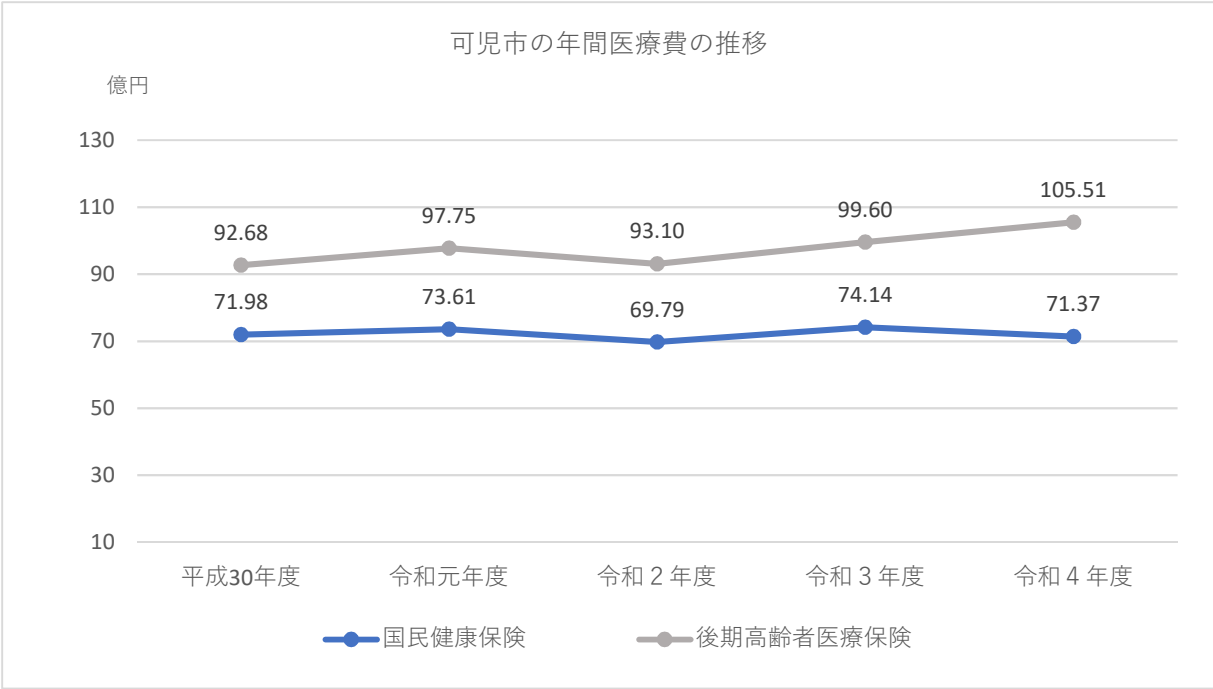
国民健康保険：医療費（医科、調剤分）の状況（年間）

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
						平成30年度比
医療費(医科、調剤分) (円)	7,198,122,020	7,360,983,830	6,979,150,120	7,414,101,960	7,137,078,490	99.15
入院医療費	2,589,875,910	2,692,271,090	2,571,950,860	2,819,786,830	2,458,584,950	94.93
外来医療費	3,075,786,780	3,112,265,220	2,900,454,860	2,999,246,500	3,127,687,520	101.69
調剤医療費	1,532,459,330	1,556,447,520	1,506,744,400	1,595,068,630	1,550,806,020	101.20

後期高齢者医療保険：医療費（医科、調剤分）の状況（年間）

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
						平成30年度比
医療費(医科、調剤分) (円)	9,268,144,400	9,775,270,460	9,309,580,470	9,960,331,540	10,551,227,770	113.84
入院医療費	4,277,336,030	4,565,032,370	4,156,016,590	4,572,097,860	4,767,159,660	111.45
外来医療費	3,214,298,350	3,338,675,840	3,278,993,750	3,474,660,060	3,826,327,230	119.04
調剤医療費	1,776,510,020	1,871,562,250	1,874,570,130	1,913,573,620	1,957,740,880	110.20

資料：KDB「健康スコアリング（医療）」

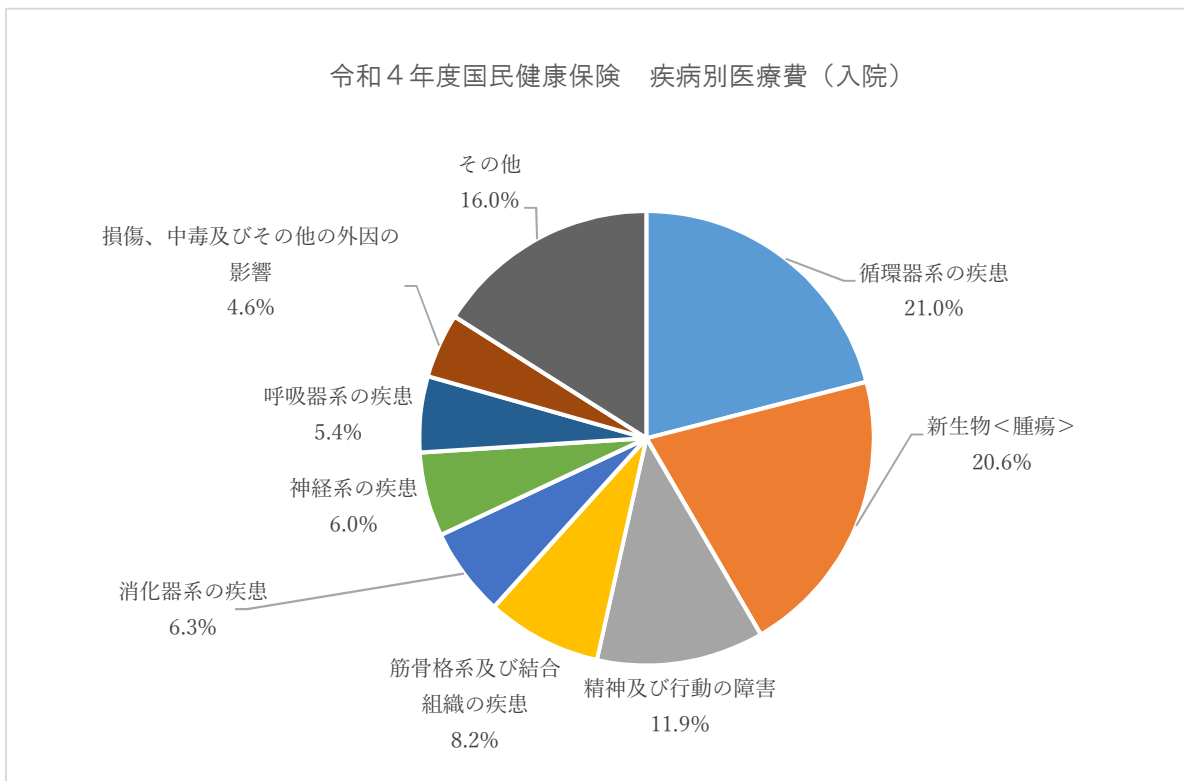


資料：KDB「健康スコアリング (医療)」

国民健康保険 入院疾病別医療費 令和4年度累計

順位	大分類別疾患	順位	中分類別疾患	医療費 (円)	
				医療費 (円)	割合 (%)
1	循環器系の疾患 21.0%	1	その他の心疾患	216,234,510	8.8
		2	虚血性心疾患	117,692,210	4.8
		3	その他の循環器系の疾患	58,500,800	2.4
2	新生物<腫瘍> 20.6%	1	その他の悪性新生物<腫瘍>	184,619,420	7.5
		2	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	64,083,720	2.6
		3	良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	49,953,700	2.0
3	精神及び行動の障害 11.9%	1	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	132,759,820	5.4
		2	気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	82,232,670	3.3
		3	その他の精神及び行動の障害	37,196,970	1.5
4	筋骨格系及び結合組織の疾患 8.2%	1	関節症	132,759,820	2.8
		2	脊椎障害(脊椎症を含む)	82,232,670	2.1
		3	その他の精神及び行動の障害	37,196,970	2.0
5	消化器系の疾患 6.3%	1	その他の消化器系の疾患	92,817,330	3.8
		2	胆石症及び胆のう炎	35,848,700	1.5
		3	胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	9,782,520	0.4

資料：KDB「健康スコアリング(医療)」

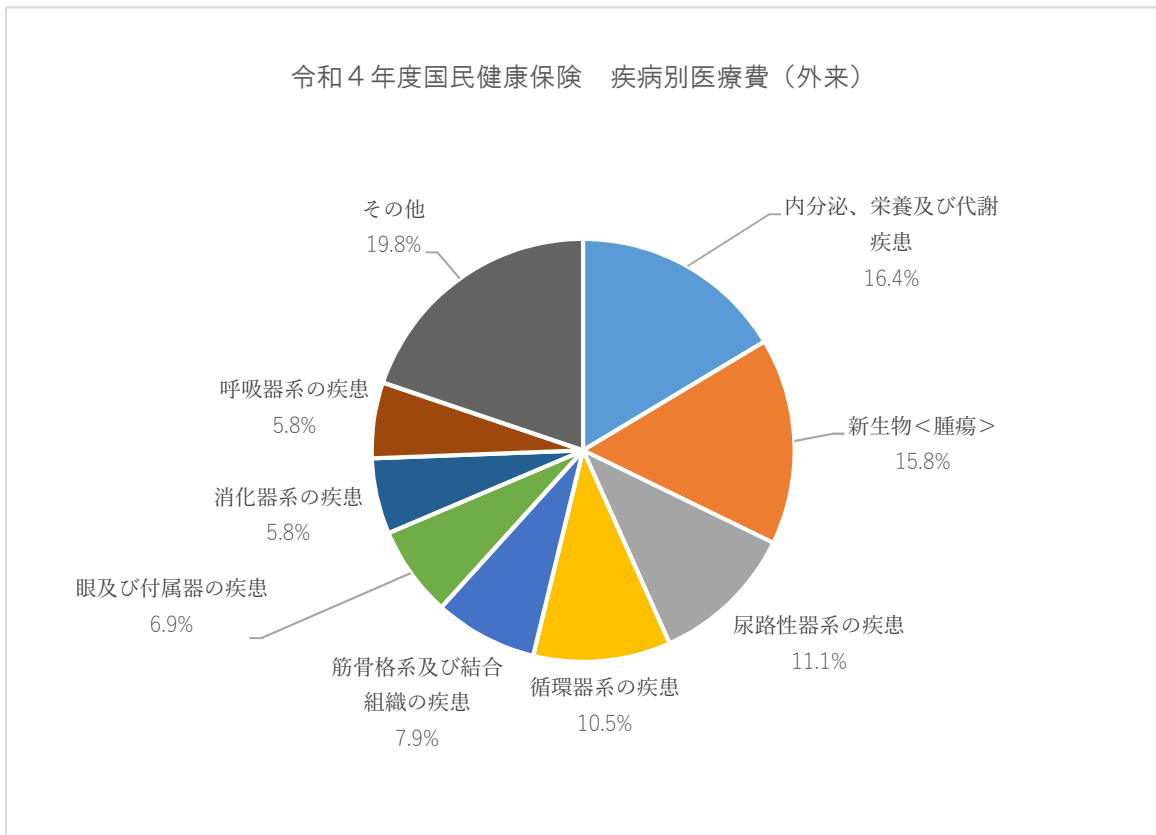


資料：KDB「健康スコアリング(医療)」

国民健康保険 外来疾病別医療費 令和4年度累計

順位	大分類別疾患	順位	中分類別疾患	医療費 (円)	
				医療費 (円)	割合 (%)
1	内分泌、栄養及び代謝疾患 16.4%	1	糖尿病	393,918,290	8.5
		2	その他の内分泌、栄養及び代謝障害	186,552,250	4.0
		3	脂質異常症	155,566,070	3.4
2	新生物<腫瘍> 15.8%	1	その他の悪性新生物<腫瘍>	262,445,800	5.7
		2	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	106,153,410	2.3
		3	乳房の悪性新生物<腫瘍>	86,028,560	1.9
3	尿路器系の疾患 11.1%	1	腎不全	414,920,990	9.0
		2	その他の腎尿路系の疾患	39,990,370	0.9
		3	前立腺肥大(症)	18,352,260	0.4
4	循環器系の疾患 10.5%	1	高血圧性疾患	217,754,250	4.7
		2	その他の心疾患	175,680,200	3.8
		3	虚血性心疾患	53,132,570	1.1
5	筋骨格系及び結合組織の疾患 7.9%	1	炎症性多発性関節障害	95,442,010	2.1
		2	骨の密度及び構造の障害	71,156,050	1.5
		3	関節症	55,030,710	1.2

資料：KDB「健康スコアリング(医療)」



資料：KDB「健康スコアリング(医療)」

②高額療養費

高額療養費は、同月内の医療費が自己負担限度額を超えた場合にその超えた分を支給する制度で、増加傾向にあります。

通常の保険者負担割合（一般は7割）以上に保険者負担が発生する高額療養費が増えるほど、国保財政の圧迫に影響を及ぼすため、治療費が高額となる疾病を予防することが重要になります。

高額療養費の支給状況

年度	件数	高額療養費（円）	1件当たり高額療養費（円）	1件当たり高額療養費の前年度比（円）
平成30年度	14,191	796,909,579	56,156	△ 2,600
令和元年度	14,241	857,134,126	60,188	4,032
令和2年度	14,208	843,141,998	59,343	△ 845
令和3年度	15,143	891,625,116	58,880	△ 462
令和4年度	15,590	880,641,760	56,488	△ 2,393

資料：国民健康保険事業年報

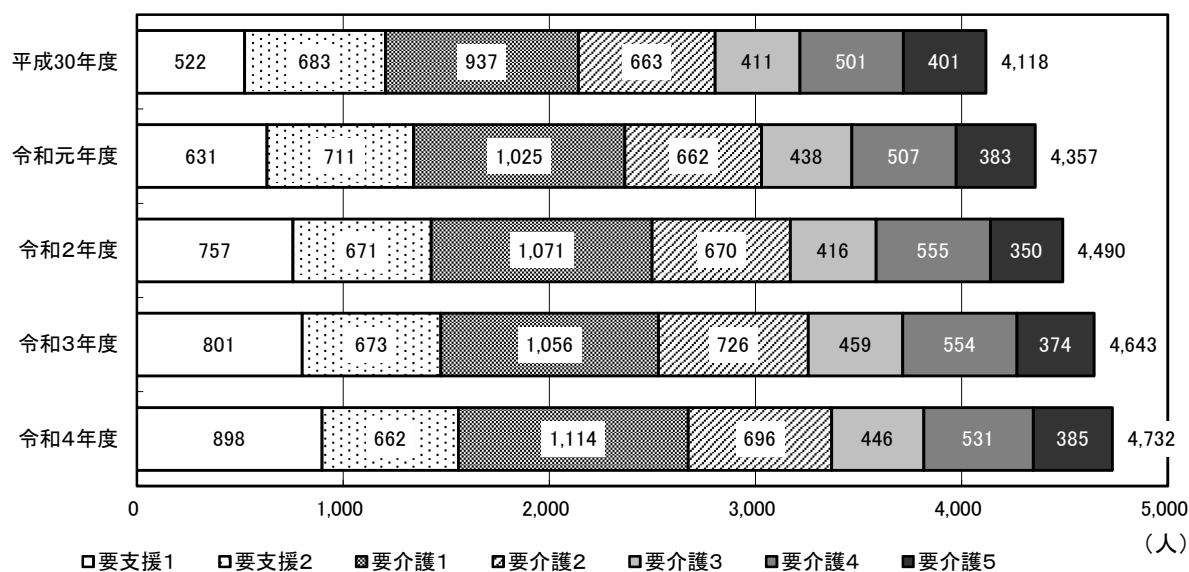
（4）介護保険における認定者の状況

①要支援・要介護認定者数の推移

65歳以上の要支援・要介護認定者数は、令和4年度（令和5年3月末時点）で4,732人となり、平成30年度（令和元年3月末時点）から614人増加しています。近年では特に要支援1から要介護1の軽度認定者が増加しています。

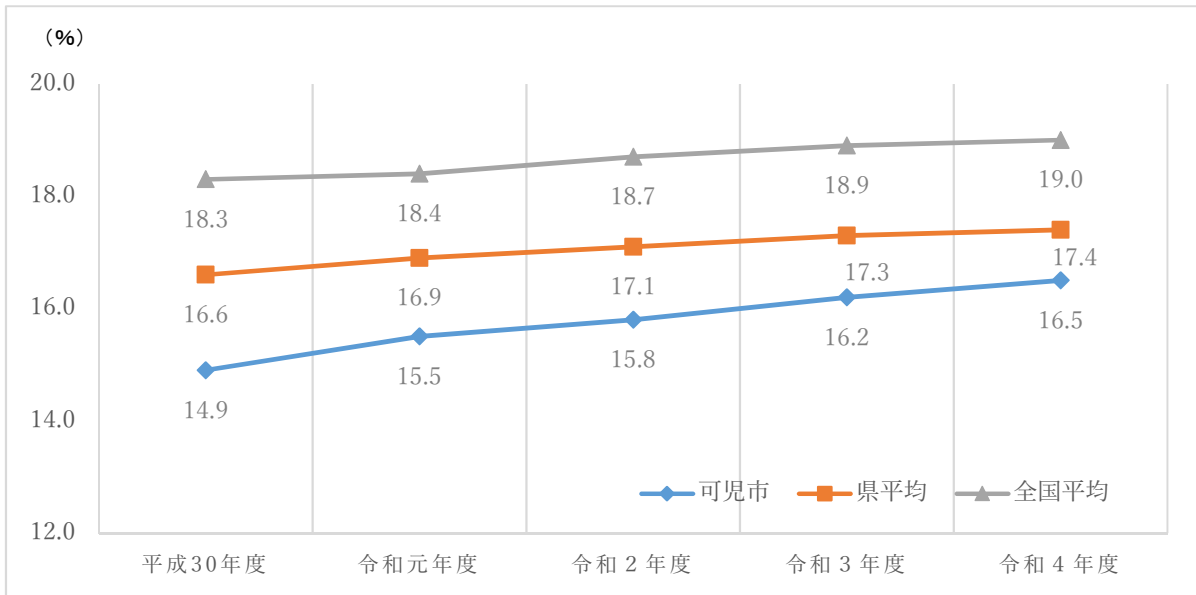
認定率（65歳以上人口に占める要支援・要介護認定者の割合）は、全国平均や県平均と比較して低く推移しているものの、その差は年々縮まってきています。

65歳以上の要介護認定者数の推移



資料：介護保険事業状況報告年報

65 歳人口以上に占める要介護認定率の比較



資料：介護保険事業状況報告年報

(5) 介護給付費の状況

可児市の介護給付費は、平成30年度は約57億円でしたが、令和4年度には64億円を超えました。1件当たりの給付費は県や国と同様に若干減少傾向にあります。

介護給付費の状況

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
介護給付費 (千円)		5,745,046	5,987,402	6,163,401	6,374,102	6,442,718
1件当たり給付費 (円)	可児市	62,448	61,696	61,684	61,116	58,967
	県	62,096	61,911	62,362	60,906	59,393
	同規模	61,918	61,799	62,497	61,335	60,084
	国	61,384	61,336	61,864	60,703	59,537

資料：介護保険事業状況報告年報・KDB「地域の全体像の把握」

3 第2期計画に係る評価及び考察

第2期計画では、「健康寿命の延伸」を目的に掲げ、次の3つの重点施策に取り組んできました。

重点施策1	特定健康診査の受診率	
	短期目標	特定健康診査受診率の向上
	中長期目標	被保険者1人当たり医療費の減少
重点施策2	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	
	短期目標	特定保健指導利用率の向上
	中長期目標	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少
重点施策3	糖尿病の重症化予防の強化	
	短期目標	OGTT 特定健康診査勧奨率の向上
	中長期目標	HbA1c6.5%以上の人の医療機関未受診割合の減少

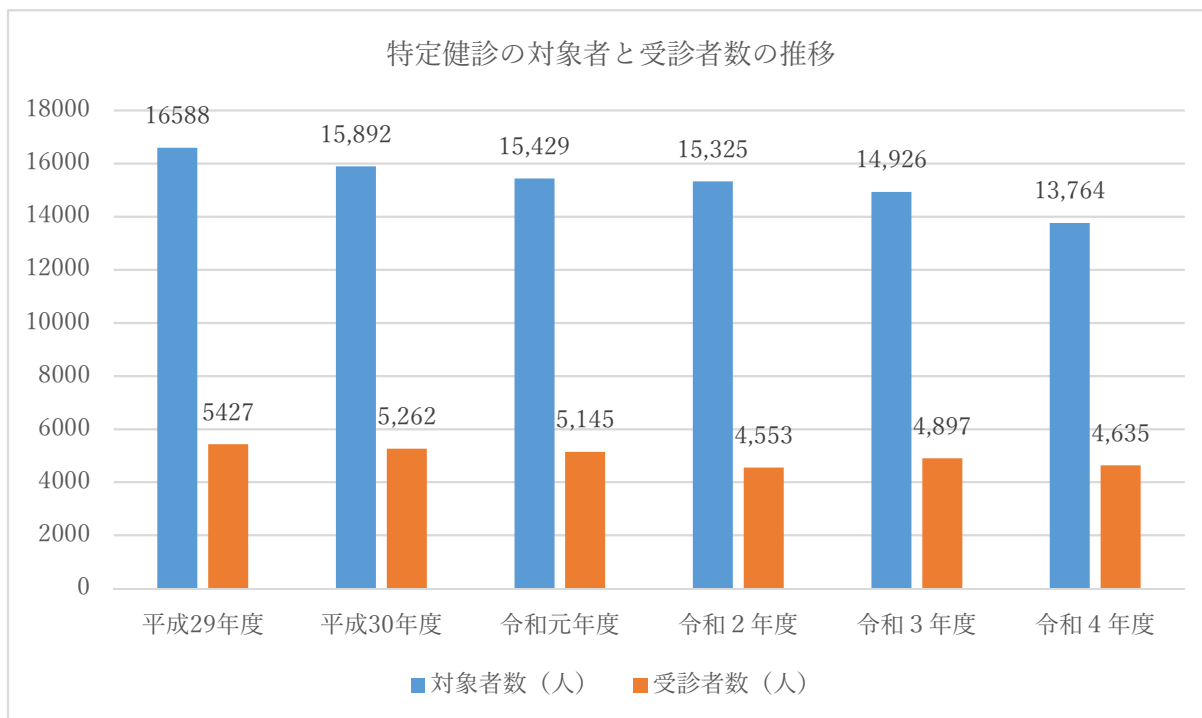
(1) 短期的な目標の達成状況

① 特定健康診査の受診率

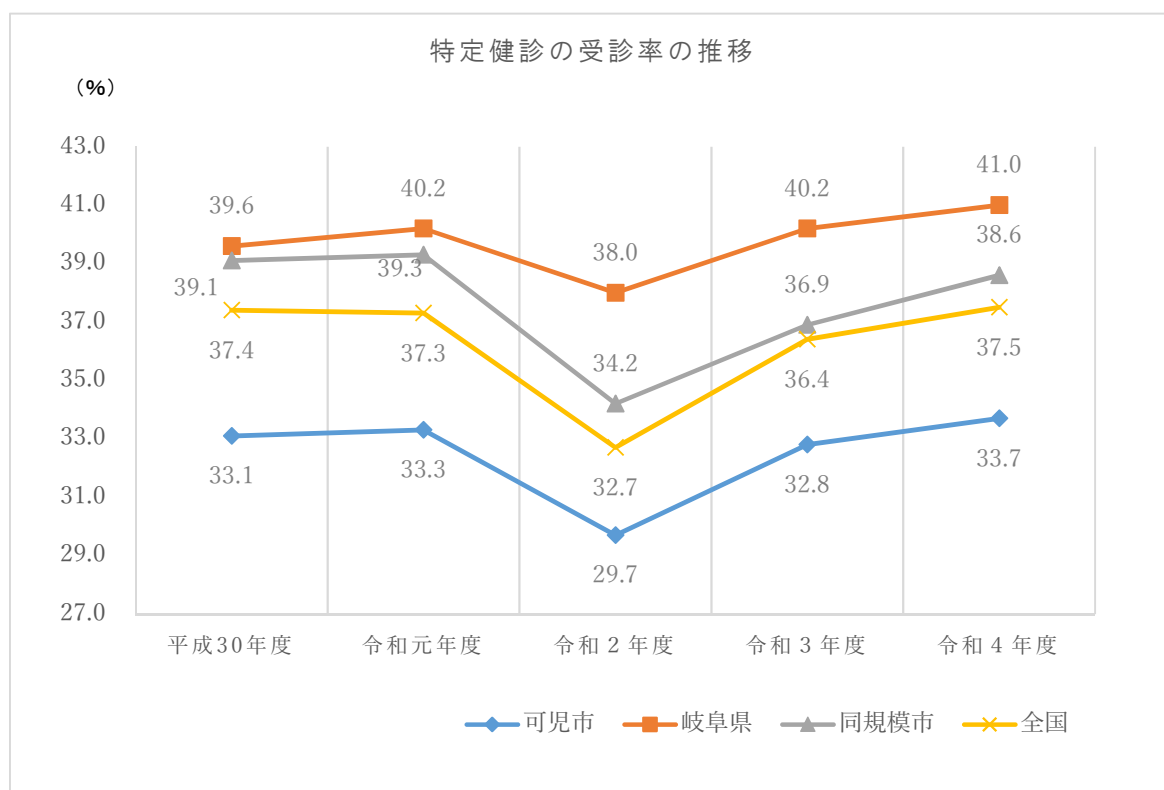
特定健診の受診率は新型コロナウイルス感染症の影響で令和2年度に低下しましたが、その後は回復しています。毎年度（令和2年度以外）10月頃、健(検)診の申し込みがない特定健診対象者に対しては受診勧奨を実施しています。これより、さらに約500人を受診につなげることができましたが、結果としては、依然として県や国より低い受診率となっています。

特定健診の実施状況（経年）

	可児市			県 受診率 (%)	同規模 受診率 (%)	国 受診率 (%)
	対象者数 (人)	受診者数 (人)	受診率 (%)			
平成30年度	15,892	5,262	33.1	39.6	39.1	37.4
令和元年度	15,429	5,145	33.3	40.2	39.3	37.3
令和2年度	15,325	4,553	29.7	38.0	34.2	32.7
令和3年度	14,926	4,897	32.8	40.2	36.9	36.4
令和4年度	13,764	4,635	33.7	41.0	38.6	37.5



資料：岐阜県（市町村国保）における医療費・疾病・特定健診の状況



資料：岐阜県（市町村国保）における医療費・疾病・特定健診の状況

②特定保健指導の実施状況

特定保健指導の利用率は国・県と比較しかなり低くなっています。利用促進のため、健診結果文書に特定保健指導の利用勧奨文書を同封、3・4か月後には再勧奨も行っています。また、令和2年度の新型コロナウイルス感染症拡大を受け、Zoomによる遠隔面接も取り入れています、その利用は年に5件程度にとどまっています。

特定保健指導の実施状況（経年）

	対象者数 (人)	利用者数 (人)	利用率 (%)	県内順位	終了者	実施率※ (%)	県 実施率 (%)	全国 実施率 (%)
平成30年度	645	166	25.7	36位	142	22	41.3	28.8
令和元年度	595	111	18.7	41位	110	18.5	41.7	29.3
令和2年度	605	161	26.6	34位	152	25.1	39.4	27.9
令和3年度	659	148	22.5	36位	137	20.8	40.1	27.9

※実施率＝特定保健指導終了者/特定保健指導対象者

資料：岐阜県（市町村国保）における医療費・疾病・特定健診の状況・厚生労働省「特定健診・特定保健指導の実施状況」

③OGTT 特定健康診査勧奨

糖尿病の早期発見と早期治療につなげるとともに、受診者が生活習慣の改善を意識し、糖尿病に進展することを遅らせることを目的に、経口ブドウ糖負荷試験※1（以下OGTT検査という）の勧奨をおこなっています。

特定健診結果で、HbA1c（ヘモグロビンエーワンシー）※2が6.0～6.4%、空腹時血糖が110～125mg/dl、随時血糖が140～199mg/dlのいずれかに該当する方に対しOGTT検査の勧奨文書を同封しています。また、対象者で特定保健指導該当者には電話で勧奨もおこなっています。令和4年度には15%にあたる167名がOGTT検査を受け、29名の方が糖尿病型の判定をされ、糖尿病の早期発見につながっています。

※1 経口ブドウ糖負荷試験（OGTT検査）：糖尿病が疑われる場合に確定診断をするための検査のこと。ブドウ糖水溶液を飲み、一定時間経過後の血糖値によって、糖尿病型、正常型、境界型を判定します。

※2 HbA1c：血糖値のコントロールの指標とされており、糖尿病と密接な関係があります。

OGTT 検査結果

		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
OGTT 対象者数（人）		948		1,129		996		1,117	
OGTT 受診者数（人）		95 (10.0%)		128 (11.9%)		112 (11.4%)		167 (15.0%)	
検査結果 割合はOGTT 受診者に占め る割合	糖尿病型	17	17.9%	25	19.5%	12	10.7%	29	17.4%
	境界型	46	48.4%	53	41.4%	42	37.5%	63	37.7%
	正常型	30	31.6%	48	37.5%	54	48.2%	74	44.3%
	不明	2	2.1%	2	1.6%	4	3.6%	1	0.6%

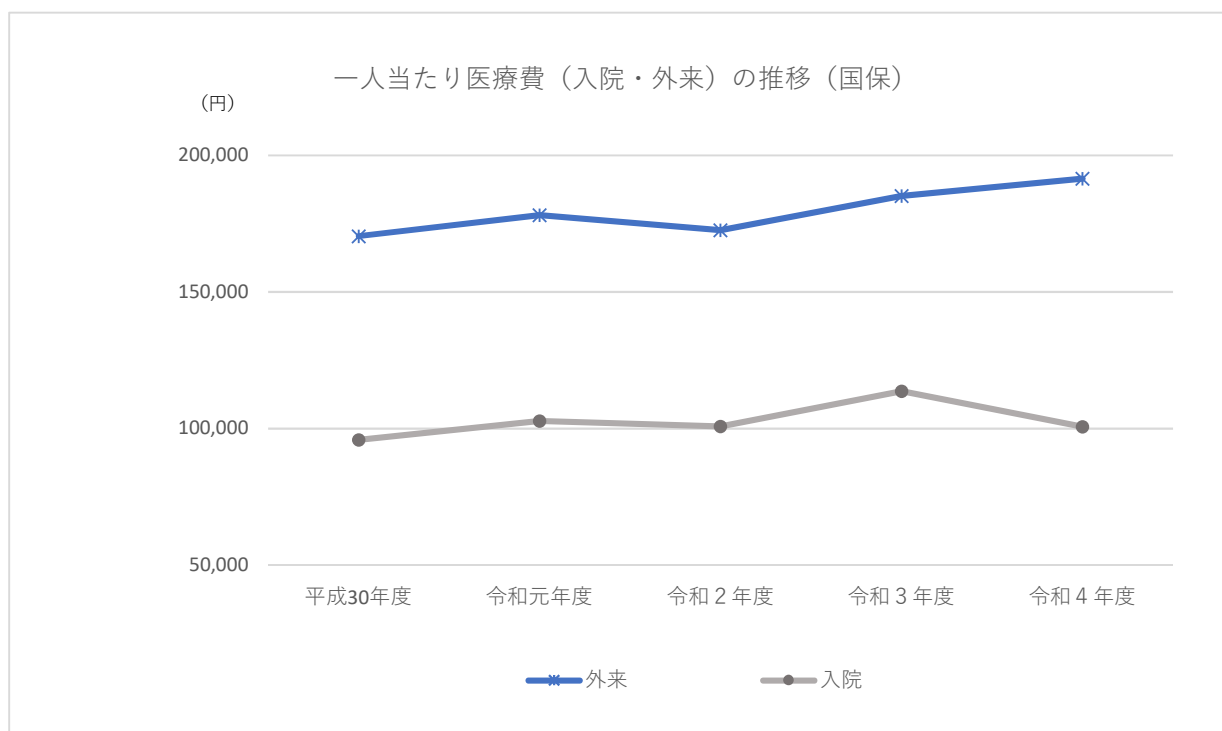
(2) 中長期的な目標の達成状況

①被保険者1人当たり医療費

被保険者1人当たりの医療費をみると令和3年、4年はそれまでと比較し、若干増加していますが、同規模市町村や県と比べるとほぼ同程度となっています。主に外来医療費が増加しています。

被保険者1人当たり医療費（入院・入院外）（年間）

	可児市					同規模	県	全国
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和4年度		
一人当たり医療費 (円)	266,319	280,973	273,477	298,874	292,180	295,092	295,423	282,560
外来	170,465	178,171	172,664	185,173	191,501	184,764	175,657	170,759
入院	95,854	102,802	100,813	113,701	100,679	110,328	119,766	111,801



資料：KDB「健康スコアリング（医療）」

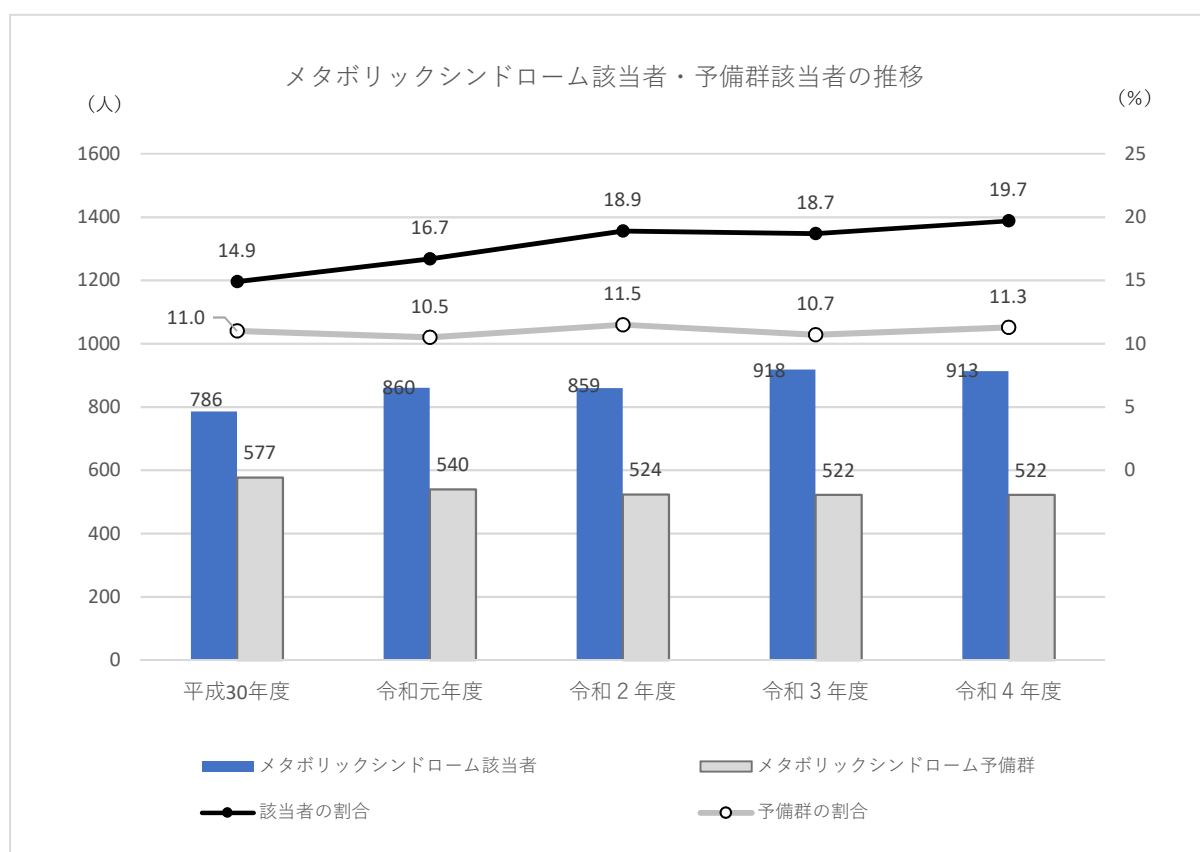
②メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少

特定健診受診者のメタボリックシンドローム該当者数は令和3年度まで増加し、令和4年度は同程度でしたが、受診者に対する割合は増加しています。メタボリックシンドローム予備群は横ばいの傾向にあります。県や国の平均と比べても同じくらいの割合となっています。

特定健診受診者のメタボリックシンドローム該当者・予備群の割合

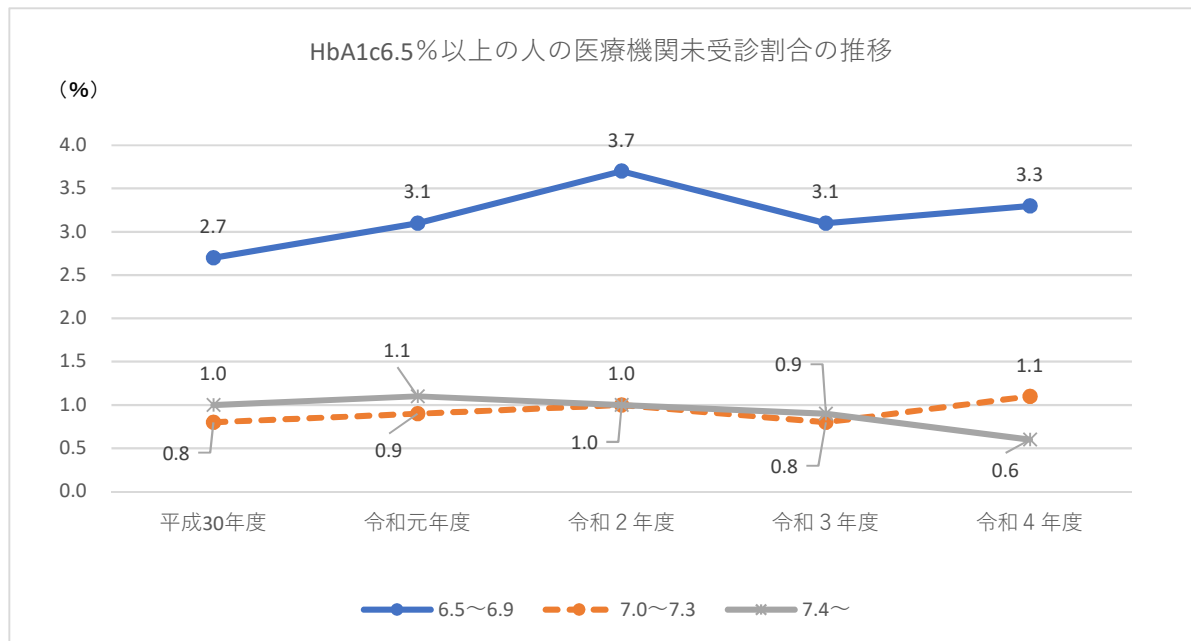
	可児市					同規模	県	全国
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 4年度	令和 4年度	令和 4年度
メタボリックシンドローム該当者 (受診者に占める割合(%))	786 (14.9)	860 (16.7)	859 (18.9)	918 (18.7)	913 (19.7)	(20.8)	(19.8)	(20.3)
メタボリックシンドローム予備群 (受診者に占める割合(%))	577 (11.0)	540 (10.5)	524 (11.5)	522 (10.7)	522 (11.3)	(11.3)	(10.4)	(11.2)

資料：KDB 地域の全体像の把握（各年）



③HbA1c 6.5%以上の人の医療機関未受診割合の減少

HbA1c の値と糖尿病受診状況を比較してみると、HbA1c7.4%以上の未受診割合は減少傾向ですが、HbA1c6.5～7.3%の方では増加傾向にあり、軽度の異常段階から治療に結びつくよう支援していく必要があります。



資料：ヘルスサポートラボツール「健診結果集計ツール」

令和3年度特定健診受診結果がHbA1c6.5%以上であった方が令和4年度に健診を受けた結果、HbA1cの値が改善したかを見てみると20.3%の方は値が改善し、区分が1段階よくなっています。また、区分は変化なしでも0.1%以上の改善があった方も10.9%でした。特に8.0%以上の方では、改善率が30.9%と高くなっています。逆にHbA1c6.5～6.9%の人に悪化が多くなっています。

リスク減少の評価（受診勧奨判定値以上）

令和3年度の結果			令和4年度の結果				未受診 (中断)	75歳 到達者
			継続受診者 378人 (73.7%)					
HbA1c 6.5以上 513人			6.4%以下	6.5～6.9%	7.0～7.9%	8.0%以上	135	43
			66	124	142	46		
区分	6.5～6.9%	254人	52	96	40	6	60	15
			20.5%	37.8%	15.7%	2.4%	23.6%	5.9%
	7.0～7.9%	191人	8	23	92	19	49	21
			4.2%	12.0%	48.2%	9.9%	25.7%	11.0%
8.0%以上	68人	6	5	10	21	26	7	
		8.8%	7.4%	14.7%	30.9%	38.2%	10.3%	

		改善	変化なし	0.1%以上の		悪化	未受診
				改善	悪化		
合計		104	209	56	118	65	135
		20.3%	40.7%	10.9%	23.0%	12.7%	26.3%
区分	6.5～6.9%	52	96	23	50	46	60
		20.5%	37.8%	9.1%	19.7%	18.1%	23.6%
	7.0～7.9%	31	92	25	57	19	49
		16.2%	48.2%	13.1%	29.8%	9.9%	25.7%
	8.0%以上	21	21	8	11		26
		30.9%	30.9%	11.8%	16.2%		38.2%

資料：ヘルスサポートラボツール「経年比較ツール」

可見市の人口構成および被保険者の年齢構成は高齢化しており、国保総医療費は横ばいではありますが、後期高齢者医療費は増加しています。今後もこの傾向は続く見込まれており、生活習慣病の発症予防、重症化予防を行うことで、医療費の急激な増加を抑える必要があります。医療費適正化の意識を高めるための取り組みが引き続き重要となっています。

特定健診受診率の向上、特定保健指導の利用率の向上は重点的に取り組むべき課題です。特定健診未受診者への受診勧奨については、データを分析、評価をして次年度の取り組みに繋げてきていますが、受診率は依然として低く推移しています。特定保健指導の利用率は個別の再勧奨通知や生活習慣病予防教室参加者に面接をするなどの働きかけにより、若干増加していますが低い利用率が続いています。令和5年度からは一部医療機関への初回保健指導の委託を開始しており、利用率の向上を見込んでいます。

また、糖尿病性腎症重症化予防事業については、医療受診勧奨など重点的に取り組んでいます。今後さらに可見医師会と連携して取り組み、健診結果データや医療費の変化を確認しながら、事業の評価をしていきます。

第3章 健康課題の明確化と計画の目的・目標

1 取り組むべき健康課題の明確化

①全体像

令和元年の国の平均寿命（※1）は男性 81.41 歳、女性 87.45 歳であり、健康寿命（※2）とは男性 8.73 年、女性 12.06 年の差があります。岐阜県の平均寿命と健康寿命の差は令和元年で男性 8.49 年、女性で 10.96 年と国の平均よりは短いですが、国と同様に女性は男性より長くなっています。平均寿命と健康寿命の差は「日常生活に制限のある期間の平均」と考えられ、健康日本 21 第三次計画において「平均寿命と健康寿命の差を短縮することで、個人の生活の質の低下を防ぐとともに、医療費や介護給付費等の社会保障負担の軽減も期待でき、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寄与するもの（厚生労働省 健康日本 21（第三次）の推進のための説明資料）」とされており、平均寿命の延び以上に健康寿命を延ばすことを目標としています。

可児市において、要介護 1 以下までを自立期間として考え、その期間の平均（日常生活動作自立期間（※3）の平均）と平均寿命との差をみても、男性より女性が長く、女性は平成 26 年より長くなっています。

また、生活習慣病の重症化疾患である脳血管疾患や腎不全の標準化死亡比においても女性は 100 を超えており、女性の生活習慣病の重症化予防、健康寿命の延伸が特に健康課題となっています。

国と岐阜県の平均寿命と健康寿命

		平均寿命※1		健康寿命※2		平均寿命と健康寿命の差	
		平成26年	令和元年	平成26年	令和元年	平成26年	令和元年
男性	県	80.54	81.57	71.44	73.08	9.1	8.49
	国	80.21	81.41	71.19	72.68	9.01	8.73
女性	県	86.38	87.14	74.83	76.18	11.55	10.96
	国	86.61	87.45	74.21	75.38	12.40	12.06

資料：厚生労働省（簡易生命表、健康寿命の令和元年値について（第 16 回健康日本 21（第二次）推進専門委員会資料）

人口動態統計、国民生活基礎調査）、総務省（推計人口）

可児市の平均寿命と日常生活動作自立期間

	平均寿命		日常生活動作自立期間の平均※3		平均寿命と日常生活動作自立期間の平均の差	
	平成26年	令和元年	平成26年	令和元年	平成26年	令和元年
男性	82.52	82.58	81.11	81.25	1.41	1.32
女性	87.46	88.19	84.32	85.00	3.14	3.20

資料：厚生労働科学研究「健康寿命の算定プログラム」の計算式から岐阜県が算出

- ※1 0歳における平均余命（ある年齢の人が平均的に何年生きるかを示したもの）
- ※2 健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間
- ※3 要介護度1以下を自立（健康）とした期間

可児市の重症化疾患標準死亡比（SMR）

		標準化死亡比（SMR）		
		脳血管疾患	心疾患 （高血圧性を除く）	腎不全
		平成25～29年		
男性	可児市	81.10	97.00	82.20
	県	95.00	103.50	101.70
	国	100	100	100
女性	可児市	113.00	98.10	111.30
	県	104.54	104.70	125.41
	国	100	100	100

厚生労働省 「人口動態統計特殊報告 平成25～29年 人口動態保健所・市区町村別統計」

②生活習慣病が医療費に占める割合

生活習慣病の重症化疾患や医療費をみると総医療費の2割程度を占めています。県平均よりは若干割合が低いものの、国平均よりは高くなっています。予防可能な疾患であり、本計画のターゲットとなります。

生活習慣病やその重症化疾患が総医療費に占める割合（令和4年度）

		生活習慣病重症化疾患				生活習慣病			生活習慣病・重症化疾患 医療費（年額）と割合		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								
国 保	本市	4.09%	0.13%	1.59%	2.21%	5.60%	3.08%	2.18%	13億4,750万円	18.87%	17.32%	6.87%	7.90%
	同規模	4.49%	0.29%	2.11%	1.50%	5.48%	3.12%	2.13%	1,716億9,162万円	19.12%	16.76%	8.12%	8.52%
	県	4.28%	0.31%	1.85%	1.92%	5.90%	3.47%	2.38%	292億6,641万円	20.11%	17.01%	7.53%	8.32%
	国	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	1兆7,370億6,670万円	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
後 期	本市	4.37%	0.47%	3.09%	2.74%	4.81%	3.16%	1.38%	21億1,303万円	20.03%	12.59%	2.35%	10.46%
	同規模	4.74%	0.48%	3.91%	1.75%	4.14%	3.04%	1.47%	3,119億2,346万円	19.54%	11.35%	3.66%	12.30%
	県	3.92%	0.45%	3.70%	2.27%	4.68%	3.43%	1.64%	506億6,693万円	20.08%	12.11%	2.58%	11.02%
	国	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	3兆919億3,948万円	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

資料：ヘルスサポートラボツール「データヘルス計画作成・評価支援ツール」

③高額レセプト

医療費が大きい疾患、将来的に医療費が増大すると予測される疾患について、高額（80万円以上）レセプトの費用額の内訳をみると、脳血管疾患が3.4%、虚血性心疾患が5.5%を占めています。さらに、75歳以上の後期高齢者医療保険になるとその割合が増加しています。生活習慣病の重症化疾患であります、予防可能な疾患であるため、早期介入し重症化を予防することが求められます。

高額レセプトの状況（国保）

対象レセプト 令和4年度（国保）		全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他		
高額になる 疾患 (80万円以上 のレセプ ト)	人数	679人	35人		48人		233人		406人		
	件数	1,196件	5.2%		7.1%		34.3%		59.8%		
			4.4%		5.1%		37.0%		53.5%		
		年代別	40歳未満	0人	0.0%	0人	0.0%	5人	1.1%	60人	9.4%
			40歳代	5人	9.6%	3人	4.9%	14人	3.2%	41人	6.4%
			50歳代	2人	3.9%	5人	8.2%	19人	4.3%	74人	11.6%
	60歳代		13人	25.0%	15人	24.6%	134人	30.2%	178人	27.8%	
70-74歳	32人	61.5%	38人	62.3%	270人	60.9%	285人	44.5%			
費用額	17億6,551万円	5,969万円		9,782万円		5億7,411万円		10億3,389万円			
		3.4%		5.5%		32.5%		58.6%			

高額レセプトの状況（後期高齢）

対象レセプト 令和4年度（後期）		全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他		
高額になる 疾患 (80万円以 上のレセプ ト)	人数	1,295人	82人		92人		239人		957人		
			6.3%		7.1%		18.5%		73.9%		
	件数	2,073件	134件		107件		416件		1,416件		
			6.5%		5.2%		20.1%		68.3%		
		年代別	65-69歳	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	4人	0.3%
			70-74歳	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	11人	0.8%
			75-80歳	38人	28.4%	44人	41.1%	194人	46.6%	386人	27.2%
80代	78人		58.2%	54人	50.5%	204人	49.0%	732人	51.7%		
90歳以上	18人	13.4%	9人	8.4%	18人	4.3%	283人	20.0%			
費用額	27億2,381万円	1億4,504万円		1億6,323万円		5億3,835万円		18億7,718万円			
		5.3%		6.0%		19.8%		68.9%			

*最大医療資源傷病名（主病）で計上

*疾患別（脳・心・がん・その他）の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しない。

資料：ヘルスサポートラボツール「データヘルス計画作成・評価支援ツール」

④人工透析患者の状況

人工透析の患者数をみると、国民健康保険被保険者においては100人程度で推移していますが、後期高齢者医療保険被保険者では増加傾向です。国民健康保険被保険者の間に人工透析を始め、そのまま後期高齢者医療保険被保険者に移行するため、後期高齢者医療費が増加します。また、腎機能の低下は要介護状態への移行が危惧されます。

人工透析患者の状況（国保）

	人工透析 患者数	新規 患者数	減少 患者数	前年比	被保険者に占める 人工透析患者の 割合	人工透析 の医療費（円）	前年比	増加分 （新規人工透析患者 の医療費）（円）	減少分 （死亡、異動等によ るもの）（円）	総医療費に占める 人工透析の医療費の 割合
平成29年度	99	15	17	98.0%	0.42%	519,445,190	100.3%	44,551,210	43,029,150	6.02%
平成30年度	100	21	20	101.0%	0.44%	504,660,870	97.2%	70,746,290	85,530,610	6.15%
令和元年度	108	28	20	108.0%	0.49%	584,834,040	115.9%	129,208,450	49,035,280	6.98%
令和2年度	104	25	29	96.3%	0.48%	498,376,630	85.2%	96,294,030	182,751,440	6.25%
令和3年度	98	17	23	94.2%	0.47%	456,520,040	91.6%	49,808,000	91,664,590	5.38%

人工透析患者の状況（後期高齢）

	人工透析 患者数	新規 患者数	減少 患者数	前年比	被保険者に占める 人工透析患者の 割合	人工透析 の医療費（円）	前年比	増加分 （新規人工透析患者 の医療費）（円）	減少分 （死亡、異動等によ るもの）（円）	総医療費に占める 人工透析の医療費の 割合
平成30年度	117	24	21	102.6%	0.92%	602,128,750	100.4%	79,114,620	76,778,480	6.52%
令和元年度	130	32	19	111.1%	0.98%	645,504,980	107.2%	119,915,300	76,539,070	6.62%
令和2年度	131	32	31	100.8%	0.97%	633,844,950	98.2%	108,057,010	119,717,040	6.83%
令和3年度	138	34	27	105.3%	0.98%	635,712,780	100.3%	103,768,020	101,900,190	6.40%

資料：データバンクシステム「様式5-8 人工透析の推移」

⑤要介護認定者の治療状況

厚生労働省「国民生活基礎調査※」によると脳血管疾患（脳卒中）は要介護4・5となった主な原因疾患の1位であり、要介護1～3および総数でも認知症に次いで2位となっており、要介護状態となるリスクが高い疾患です。

可見市でも脳血管疾患（脳卒中）や他の重症化疾患を治療している方は高い割合で要介護認定を受けており、介護度が上がるにつれ、治療をしている割合も高くなっています。生活習慣病を重症化させないことは介護予防としても重要であることが分かります。

※「2022（令和4）年 国民生活基礎調査の概況 表17 現在の要介護度別にみた介護が必要になった主な原因（上位3位）」

重症化疾患の治療者

令和4年度後期 (75歳以上)	治療者数	治療者のうちの 要介護認定者数	要介護認定者の 割合	介護度別(各介護度総人数に占める割合(%)※)		
				要支援1・2	要介護1・2	要介護3・4・5
脳血管疾患	3,042	1,444	47.5%	414 (28.6)	531 (32.6)	499 (41.8)
心不全	5,142	2,038	39.6%	687 (47.5)	765 (46.9)	586 (49.1)
虚血性心疾患	3,039	1,061	34.9%	410 (28.3)	395 (24.2)	256 (21.4)
腎不全	1,573	618	39.3%	164 (11.3)	255 (15.6)	199 (16.7)

※疾患に重複があるため割合の合計は100%を超えています。

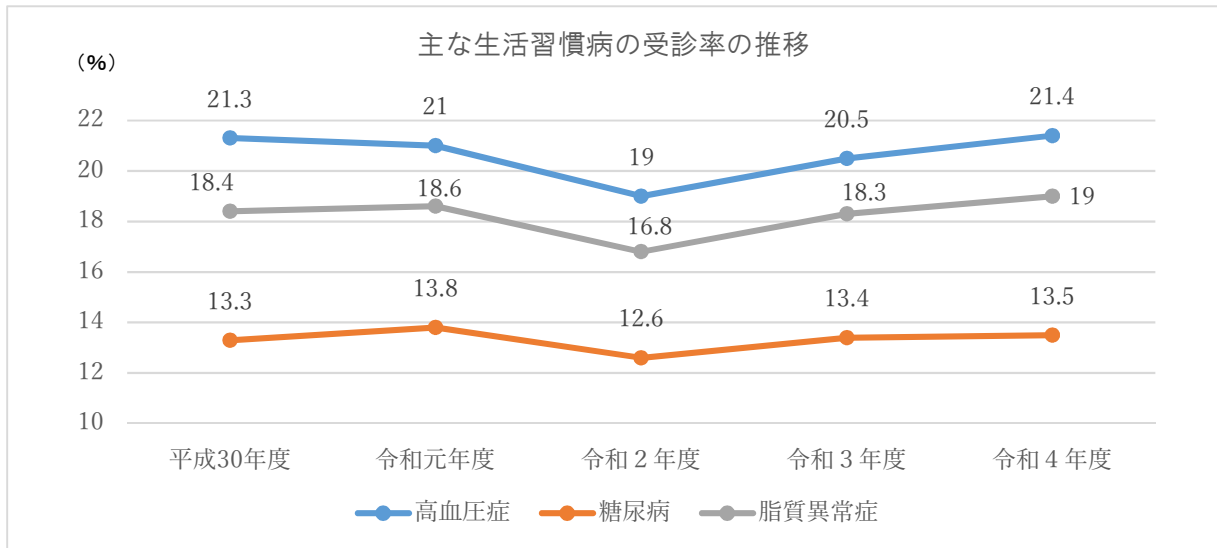
資料：ヘルスサポートラボツール「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施支援ツール」

⑥主な生活習慣病の受診状況

高血圧症・糖尿病・脂質異常症で治療をしている方の割合をみると、全年齢では2割程度となっていますが、高血圧症と脂質異常症は65歳以上では3割を超えています。令和4年度は、令和元年度の治療者割合と比較すると、やや増えています。

基礎疾患（高血圧症・糖尿病・脂質異常症）の受診率の推移

割合は被保険者数に対する割合(%)		全年齢		再掲					
		令和 元年度	令和 4年度	65～74歳		40～64歳		40歳未満	
				令和 元年度	令和 4年度	令和 元年度	令和 4年度	令和 元年度	令和 4年度
高血圧症治療者	人数(人)	4,615	4,288	3,801	3,441	787	809	27	38
	割合(%)	21.1	21.8	34.2	34.8	13.6	14.9	0.5	0.9
糖尿病治療者	人数(人)	3,001	2,770	2,454	2,214	518	519	29	37
	割合(%)	13.7	14.1	22.1	22.4	8.9	9.6	0.6	0.9
脂質異常症治療者	人数(人)	4,030	3,796	3,224	3,015	754	731	52	50
	割合(%)	18.4	19.3	29.0	30.4	13.0	13.5	1.0	1.2



資料：KDB「厚生省様式 3-1・2・3」

⑦健診結果の状況

令和4年度の特健診の結果をみると、腹囲が85 cm以上の方（肥満者）は3割以上ですが、その9割近くが高血糖・高血圧・脂質異常のいずれかの所見を持っています。そのうち65歳以上の肥満者は複数の所見を併せ持っており、メタボリックシンドローム該当者の割合が高くなっています。

また、血糖値・HbA1c・LDLコレステロールの有所見率は男女ともに県や国の平均を大きく上回っています。40～64歳でも県や国の平均を上回っており、どの世代でも生活習慣病、特に糖尿病の発症・重症化予防が課題となっています。

肥満と生活習慣病の重なり

R4 特定健診結果 割合①の分母は健診受診者、割合②の分母は 腹囲該当者で算出				総数			(再掲) 65～74歳			
				人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	
健診受診者数 (受診率%)				4,644	33.4%		3,459	---	37.1%	
腹囲 85 cm以上の者				1,615	34.8%	---	1,247	36.1%	---	
(再掲) 有所見の 重複状況		高血糖	高血圧	脂質異常						
	腹囲のみ				180	3.9%	11.1%	113	3.3%	9.1%
	予備群	●			34	0.7%	2.1%	21	0.6%	1.7%
			●		366	7.9%	22.7%	294	8.5%	23.6%
				●	122	2.6%	7.6%	66	1.9%	5.3%
	該当者	●	●		142	3.1%	8.8%	127	3.7%	10.2%
		●		●	58	1.2%	3.6%	41	1.2%	3.3%
			●	●	408	8.8%	25.3%	332	9.6%	26.6%
		●	●	●	305	6.6%	18.9%	253	7.3%	20.3%
	メタボリック予備群				522	11.2%	32.3%	381	11.0%	30.6%
メタボリック該当者				913	19.7%	56.5%	753	21.8%	60.4%	

資料：KDB「厚生労働省様式 5-3 メタボリックシンドローム該当者・予備群」

特定健診結果の有所見者割合（男性）

令和4年度 国保		高血圧				糖尿病				脂質異常症			
男 性		収縮期血圧		拡張期血圧		血糖		HbA1c		中性脂肪		LDL-C	
		130 以上		85 以上		100 以上		5.6 以上		150 以上		120 以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
可 児 市	40-64 歳	178	35.4	141	28.0	212	42.1	312	62.0	182	36.2	303	60.2
	65-74 歳	873	57.4	378	24.9	797	52.4	1,068	70.2	369	24.3	757	49.8
	合計	1,051	51.9	519	25.6	1,009	49.9	1,380	68.2	551	27.2	1,060	52.4
県		25,133	49.0	12,378	24.1	15,602	30.4	31,013	60.5	15,460	30.2	22,336	43.6
全国		50.2		26.4		34.9		57.8		28.1		45.6	

特定健診結果の有所見者割合（女性）

令和4年度 国保		高血圧				糖尿病				脂質異常症			
女 性		収縮期血圧		拡張期血圧		血糖		HbA1c		中性脂肪		LDL-C	
		130 以上		85 以上		100 以上		5.6 以上		150 以上		120 以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
可 児 市	40-64 歳	168	24.9	88	13.0	156	23.1	417	61.8	76	11.3	391	57.9
	65-74 歳	977	50.4	244	12.6	712	36.8	1,443	74.5	306	15.8	1,179	60.9
	合計	1,145	43.8	332	12.7	868	33.2	1,860	71.2	382	14.6	1,570	60.1
県		30,591	46.3	10,445	15.8	12,534	19.0	39,557	59.8	12,149	18.4	34,871	52.7
全国		45.3		16.9		22.0		56.5		15.6		54.1	

資料：ヘルスサポートラボツール「健診結果集計ツール」

2 取り組むべき健康課題と計画の目的・目標

本計画の目的は「健康寿命の延伸」とします。目的を達成するために、中長期的目標、短期的目標を定め、個別保健事業に取り組みます。

目的 「健康寿命の延伸」

【中長期的目標】

医療・健診・介護の状況などのデータ分析により把握された、医療費が高額となっている疾患、要介護状態へつながりやすい疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症・慢性腎不全の減少および医療費減少を目指します。しかし、高齢化の進行により、医療費の増加が見込まれるため、医療費の伸びを抑えることを目標とします。

<目標>

脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症が予防できる

慢性腎不全の予防ができる

薬剤の処方や受診の適正化ができる

<評価指標（アウトカム指標）>

脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少

虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少

糖尿病性腎症による新規人工透析患者数の減少

慢性腎不全（透析有り）の総医療費に占める割合の減少

多剤処方者の調剤費の減少

重複受診者の医療費の減少

【短期的目標】

脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなるメタボリックシンドローム・高血圧・糖尿病・脂質異常症を減らしていくことを短期的な目標にします。また、慢性腎不全の予防のため、腎機能低下の早期発見、早期受診をすすめます。

これらの生活習慣病の発症予防、重症化予防のため特定健診の受診率と特定保健指導の利用率・実施率（終了率）の向上に取り組みます。

<目標>

- メタボリックシンドロームが予防・解消できる
- 高血圧・糖尿病・脂質異常の適切な医療受診ができる
- 糖尿病が予防できる（発症予防）
- 腎機能低下の早期発見と適切な受診ができる
- 多剤処方をなくし、適正な服薬ができる
- 重複受診をなくし、適正な受診ができる

<評価指標（アウトカム指標）>

- 特定健診受診者のメタボリックシンドローム該当者の割合の減少
- 特定健診受診者のメタボリックシンドローム予備群の割合の減少
- 特定健診受診者の高血圧・糖尿病・脂質異常の医療受診勧奨レベルの有所見者割合の減少
- 特定健診受診者の HbA1c6.5%以上の者の割合の減少
- 血圧値の維持・改善の割合
- eGFR 値を維持している割合
- 多剤投与者数の減少
- 重複受診者数の減少

3 個別保健事業と目標値の設定

【重点的に取り組む個別保健事業】

- ①特定健診受診勧奨事業
- ②医療機関受診勧奨
- ③特定保健指導利用勧奨事業
- ④特定保健指導
- ⑤糖尿病重症化予防 医療機関受診勧奨事業
- ⑥糖尿病重症化予防 OGTT 検査の受診勧奨事業
- ⑦糖尿病重症化予防 腎症発症等のリスクが高い方への保健指導
- ⑧高血圧・腎機能低下 医療機関受診勧奨事業
- ⑨多剤投与者に対する取り組み
- ⑩重複受診者に対する取り組み

【個別保健事業計画と目標値】

①特定健診受診勧奨事業

個別保健事業名	特定健診受診勧奨事業				担当課	国保年金課 健康増進課	
目的	特定健診受診率の向上 特定健診を受診することで生活習慣病の子兆を早期発見し、発症予防、重症化予防につなげる						
アウトカム指標 (成果)	特定健診実施率(実績値) 計画策定時実績：令和3年度 32.8%						
	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
		35%	36%	37%	38%	39%	40%
事業内容①	特定健診受診勧奨文書送付						
対象者	健診申込みがない40-74歳の全ての国保加入者						
時期	10月頃						
方法	受診勧奨文書の送付 3年連続・不定期受診者、40歳代・50歳代の者、60歳以上の者など、過去の特定健診受診状況や年齢などの対象者の特性に合わせた勧奨文書を作成するなどし、より効果的な受診勧奨を図る						
実施回数・量	当該年度に1度8,000人程度						
連携体制・予算	衛生部門と連携する 印刷費・郵送費						
アウトプット指標 (実施量・率)	①特定健診受診勧奨文書送付率 計画策定時実績：令和5年度 7,915通 100%						
	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
		100%	100%	100%	100%	100%	100%
	②受診勧奨者の特定健診受診率 計画策定時実績：令和4年度 6.5%						
	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
		6.5%	6.5%	7%	7%	7.5%	7.5%
事業内容②	情報提供事業						
対象者	生活習慣病の受診があり、特定健診を受診しない方						
時期	11月頃						
方法	市内医療機関で生活習慣病の受診があり、特定健診を受診しない方を対象に、患者本人の同意をもとに情報を得る。みなし健診 対象者に案内を送付する。事業に同意した対象者は、医療機関受診の際に医師に書類を提出。後日、市は医療機関から検査結果情報を得る。						
実施回数・量	当該年度に1度・1,000人程度						
連携体制・予算	衛生部門、医療機関と連携する 郵送費、協力医療機関への支払い						
アウトプット指標 (実施量・率)	① 情報提供票の回収率 計画策定時実績：令和4年度 9.6%						
	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
		10%	10%	10%	10%	10%	10%

②医療受診勧奨

個別保健事業名	医療受診勧奨	担当課	国保年金課 健康増進課				
目的	特定健診の結果、受診が必要な検査項目があった者が適切に受診するよう勧奨する。 疾病が重症化しないよう、治療につなげる。						
アウトカム指標 (成果)	医療受診勧奨レベルの有所見者（医療受診なし）の割合減少 計画策定時実績：令和4年度 35.4%						
	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
		34%	33%	32%	31%	30%	30%
対象者	特定健診の結果、受診が必要な検査項目があった者						
時期	通年						
方法	特定健診の結果、受診が必要な検査項目があった者で医療機関を受診していない者に対し、電話による受診勧奨または受診勧奨文書を送付する。 電話による受診勧奨：重症度が高いと判断されるが継続して受診していないと思われる者に対し、結果送付後早期に電話による受診勧奨を行う。 文書による受診勧奨：結果送付後、受診したとすると、KDBシステムでレセプト情報が確認できる時期（受診から約5～6か月後）に、レセプト情報がない者に文書による受診勧奨と受診に関するアンケートを送付する。						
実施回数・量	6回/年度 約1,300人（電話勧奨は随時）						
連携体制・予算	衛生部門、医療機関と連携する 郵送費、リーフレット代						
アウトプット指標 (実施量・率)	電話による受診勧奨の実施数 計画策定時実績：令和5年度から開始						
	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
		60人	60人	60人	60人	60人	60人
	文書による受診勧奨のアンケート返送率 計画策定時実績：令和4年度 40.7%						
	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
		40%	40%	40%	40%	40%	40%

③特定保健指導利用勧奨事業

個別保健事業名	特定保健指導利用勧奨事業				担当課	健康増進課	
目的	保健指導の利用率を向上し、生活習慣病の発症、重症化予防につなげる。						
アウトカム指標 (成果)	特定保健指導利用率 計画策定時実績：令和3年度 23.9%						
	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
		25%	25%	26%	26%	27%	27%
対象者	【一次勧奨】 特定健診の結果「動機づけ支援」「積極的支援」該当者 【二次勧奨（再勧奨）】 ◎一次勧奨対象者のうち、特定保健指導の利用がない者						
時期	通年						
方法	◎特定保健指導対象者に、特定健診の結果に目立つ色の封筒を使用し、案内を同封 対象者は、保健センターで実施する個別指導かリモート指導(ZOOM)を選択し、特定保健指導(初回面接)を予約 ◎令和5年度から、一部の医療機関で、特定健診当日、健診終了時に特定保健指導を実施 ◎他の保健事業に特定保健指導対象者が参加した場合に保健指導実施 ◎再勧奨対象者には、特定健診受診約3カ月後、日にち指定の案内文書を送付し、利用を促す。						
実施回数・量	全対象者に対して実施。						
連携体制・予算	◎特定健診結果に特定保健指導案内の同封：委託医療機関で実施 ◎特定保健指導：健康増進課・一部委託医療機関で実施						
アウトプット指標 (実施量・率)	①文書による勧奨率 計画策定時実績：令和4年度 100%						
	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
		100%	100%	100%	100%	100%	100%
	②(委託特定保健指導)健診当日初回面談実施数 計画策定時実績：令和5年度から開始						
	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
		80	80	85	85	90	90

④特定保健指導

個別保健事業名	特定保健指導	担当課	健康増進課
目的	対象者自らが健康状態を自覚し、内蔵脂肪の蓄積に起因するリスクに応じて専門家が介入することにより、生活習慣を改善し発症を予防するために保健指導を実施する。		
アウトカム指標 (成果)	①利用者の保健指導レベルの改善割合 計画策定時実績：令和3年度 52.7%		
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	53%	53.5%	54%
	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	54.5%	55%	55.5%
	②利用者で腹囲が2cm減った者の割合 計画策定時実績：令和3年度 70.5%		
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	71%	72%	73%
	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	74%	75%	76%
	③利用者で体重が2kg減少した者の割合 計画策定時実績：令和3年度 63.4%		
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	64%	65%	66%
	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	67%	68%	69%
対象者	【一次勧奨】 特定健診の結果「動機づけ支援」「積極的支援」該当者 【二次勧奨（再勧奨）】 一次勧奨対象者のうち、特定保健指導の利用がない方		
時期	通年		
方法	第4章 第4期特定健診等実施計画に記載		
実施回数・量	通年		
連携体制・予算	健康増進課で実施 一部委託医療機関で初回面接を実施		
アウトプット指標 (実施量・率)	①特定保健指導実施率（終了率） 計画策定時実績：令和4年度 20.8%		
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	21.5%	22%	22.5%
	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	23%	23.5%	24%
	②次年度特定健診受診率 計画策定時実績：令和3年度 71.8%		
目標値	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	72%	73%	74%
	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	75%	76%	77%

⑤糖尿病重症化予防 医療機関受診勧奨事業

個別保健事業名	糖尿病重症化予防 医療機関受診勧奨事業 (未受診者・中断者)		担当課	国保年金課 健康増進課			
目的	糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・中断者に適切な受診勧奨を行い、治療に結びつけることで血糖値のコントロールを図り、重症化を予防し、糖尿病性腎症などの合併症を防ぐ						
アウトカム指標 (成果)	対象者が翌年度の特定健診でHbA1c値が維持・改善した割合 計画策定時実績：令和3年度 41.6%						
	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
		42%	43%	44%	45%	46%	47%
対象者	HbA1c6.5%、空腹時血糖値126mg/dℓ以上あるいは随時血糖値200mg/dℓ以上の方 ただし、以下の方を優先して受診勧奨していく 過去6年間の特定健診で1度でもHbA1c6.5%以上になったことがある方で、糖尿病のレセプトが確認できなかった方(未受診者) また、糖尿病でレセプトがあるが腎機能の低下(e-GFR45未満、蛋白尿(+)以上)が見られ、腎機能のレセプトが確認できない方(未受診者) 過去に糖尿病のレセプトがある方のうち、その後レセプトがない方(中断者)						
時期	◎未受診者 当該年度の健(検)診受診状況に応じて実施 ①特定健診受診または、がん検診を受診した方 ：健(検)診受診後、3～4か月後、2～3か月毎に実施 ②当該年度の健(検)診申込みが確認できない方 ：10月頃の特定健診未受診勧奨時期に合わせて実施。 ③可見市健(検)診を申し込んだが、受診が確認できない方 ：2～3月以降に実施※当該年度の全ての可見市の受診結果データの把握ができる頃 ◎中断者 9～3月頃						
方法	◎未受診者 過去6年間の特定健診で1度でもHbA1c6.5%以上になったことがある者の一覧名簿「糖尿病管理台帳(未受診者)」を作成し、対象者の選定を行い、電話等で、対象者の医療機関受診状況・生活状況などを確認し、受診勧奨・保健指導を行う ◎中断者 前年度に糖尿病のレセプトがある者のうち、前年度の1月末以降レセプトがない者の一覧名簿「糖尿病管理台帳(中断者)」を作成し、対象者の選定を行い、電話等で、対象者の医療機関受診状況・生活状況などを確認し、受診勧奨・保健指導を行う						
実施回数・量	レセプト状況や健診の受診状況、結果データや介入記録・経過などを確認しながら実施						
連携体制・予算	衛生部門と連携を深め、保健師・栄養士等の専門職や事務職で課題を共通認識し、介入の体制づくりに努める 可見医師会・各関係機関の連携、事業運営委員会を設置、可見地域糖尿病重症化予防連携会議を開催する						
アウトプット指標 (実施量・率)	①医療機関受診勧奨率 計画策定時実績：令和3年度 40.0%						
	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
		40.5%	41%	41.5%	42%	42.5%	43%
	②医療機関受診率 計画策定時実績：令和3年度 50.4%						
	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
		51%	51.5%	52%	52.5%	53%	53.5%

⑥糖尿病重症化予防 OGTT 検査の受診勧奨事業

個別保健事業名	糖尿病重症化予防 OGTT 検査の受診勧奨事業		担当課	健康増進課			
目的	糖尿病の早期発見・早期治療につなげる。						
アウトカム指標 (成果)	対象者が翌年度の特定健診で HbA1c 値が維持・改善した割合 計画策定時実績：令和 3 年度 54.1%						
	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
		54.5%	55%	55.5%	56%	56.5%	57%
対象者	<p>【一次勧奨】</p> <p>◎当該年度の特定健診で HbA1c6.0～6.4%又は空腹時血糖 110～125mg/dl、又は随時血糖 140～199mg/dl の方</p> <p>【再勧奨】</p> <p>◎一次勧奨対象者で、OGTT 検査の検査報告がない等、受診状況の把握できない、当該年度特定保健指導該当者</p>						
時期	通年						
方法	<p>【一次勧奨】</p> <p>◎全対象者に特定健診結果に OGTT 案内文書を同封し送付。OGTT 検査実施医療機関からの検査報告書により、対象者の受診結果を把握する。(文書勧奨)</p> <p>【再勧奨】</p> <p>◎再勧奨の全対象者に、電話等で受診勧奨を実施する。特定保健指導受診勧奨も実施し、保健指導につなげる。(電話勧奨)</p>						
実施回数・量	<p>【一次勧奨】</p> <p>特定健診結果に同封(通年) 1,000 人程度</p> <p>【再勧奨】</p> <p>2～3 カ月毎に検査報告書の返送状況など受診結果を確認し実施する。</p>						
連携体制・予算	医療機関との連携						
アウトプット指標 (実施量・率)	①受診勧奨率 計画策定時実績：令和 4 年度 100%						
	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
		100%	100%	100%	100%	100%	100%
	②OGTT 検査勧奨者に対する検査受診率(結果把握率) 計画策定時実績：令和 4 年度 15.0%						
	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
		15.5%	16%	16.5%	17%	17.5%	18%

⑦糖尿病重症化予防 腎症発症のリスクが高い方への保健指導

個別保健事業名	糖尿病重症化予防 腎症発症のリスクが高い方への保健指導		担当課	健康増進課		
目的	糖尿病治療中で、腎機能の低下など糖尿病性腎症発症のハイリスク者に対して、依頼票等により医療機関と連携を図り、保健・栄養指導を実施し重症化を予防する。					
アウトカム指標 (成果)	対象者の HbA1c 値が維持・改善した割合 対象者の eGFR 値が維持・改善した割合 計画策定時実績：令和 3 年度 100%					
	目標値	令和 6 年度 100%	令和 7 年度 100%	令和 8 年度 100%	令和 9 年度 100%	令和 10 年度 100%
対象者	医療機関から支援が必要と判断された方					
時期	適宜					
方法	医療機関からの依頼票に基づき、本人と連絡を取り、面接などで保健・栄養指導を実施する。					
実施回数・量	年間 5 件程度					
連携体制・予算	かかりつけ医である医療機関と連携を図る。 可茂地域糖尿病重症化予防連携会議にて、全対象者の介入経過を報告し共有する。					
アウトプット指標 (実施量・率)	①保健指導実施率 計画策定時実績：令和 3 年度 100%					
	目標値	令和 6 年度 100%	令和 7 年度 100%	令和 8 年度 100%	令和 9 年度 100%	令和 10 年度 100%
	②次年度特定健診受診率 計画策定時実績：令和 3 年度 50%					
	目標値	令和 6 年度 100%	令和 7 年度 100%	令和 8 年度 100%	令和 9 年度 100%	令和 10 年度 100%

⑧高血圧・腎機能低下 医療機関受診勧奨事業

個別保健事業名	高血圧・腎機能低下 医療機関受診勧奨事業	担当課	健康増進課
目的	健診を受診した結果、収縮期血圧 140mmHg 以上又は拡張期血圧 90 mm Hg 以上の者で高血圧の「医療機関受診」判定該当者、また、eGFR45 以下又は尿蛋白（+）以上の腎機能の「医療機関受診」判定該当者に医療機関受診勧奨を行い受診に繋げる。高血圧から起因する心臓病や脳卒中などの疾病を予防し、血圧の改善により、腎機能の改善維持も図る。また、腎機能低下の者に対して、早期に医療機関に繋げ、適切な医療受診を促し、腎機能を維持し、腎不全・人工透析などへの進行を予防する。		
アウトカム指標 (成果)	①対象者の血圧が維持・改善した割合 計画策定時実績：令和 3 年度 60%		
目標値	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度
	60.5%	61.5%	62%
	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
	62.5%	63%	63.5%
	②対象者が eGFR 値を維持している割合 計画策定時実績：令和 3 年度 60%		
目標値	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度
	60.5%	61.5%	62%
	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
	62.5%	63%	63.5%
対象者	【一次勧奨】 当該年度、特定健診で ①収縮期血圧 140mmHg 以上又は拡張期血圧 90 mm Hg 以上の方 ②eGFR45 未満又は尿蛋白（+）以上の方 【二次勧奨（再勧奨）】 一次勧奨対象者のうち、高血圧、腎疾患のレセプト（受診）が確認できない方		
時期	【一次勧奨】 特定健診の受診結果送付時 【二次勧奨（再勧奨）】 特定健診受診後、5 か月後レセプト確認ができる時期		
方法	【一次勧奨】 特定健診受診結果送付時に、医療受診勧奨文書を同封し、受診を促す。 【二次勧奨（再勧奨）】 レセプト確認ができなかった医療機関未受診者に対して、文書とリーフレットなどを送付し、受診勧奨を行う。		
実施回数・量	全対象者に対して実施 【一次勧奨】 適宜実施 【二次勧奨（再勧奨）】 2～3 か月毎にレセプト情報を確認、年 5 回程度		
連携体制・予算	通信費・リーフレット費		
アウトプット指標 (実施量・率)	①受診勧奨率 計画策定時実績：令和 4 年度 100%		
目標値	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度
	100%	100%	100%
	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
	100%	100%	100%
	②医療機関受診率 計画策定時実績：令和 3 年度 33.3%		
目標値	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度
	33.5%	34%	34.5%
	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
	35%	35.5%	36%
	③次年度特定健診受診率 計画策定時実績：令和 3 年度 44%		
目標値	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度
	44.5%	45%	45.5%
	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
	46%	46.5%	47%

⑨多剤投与者に対する取り組み

個別保健事業名	多剤投与者に対する取り組み					担当課	国保年金課 健康増進課
目的	適正な服薬ができる						
アウトカム指標 (成果)	多剤投与者数（対被保険者1万人）						
	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
		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	①同一月に3つ以上の医療機関で同一の疾病に薬効の薬剤の投与を受けている重複多剤者、②薬効分類番号同一のものを2医療機関にて処方されている者、③制限のある薬剤を多数の医療機関受診でそれぞれ制限まで処方されている者でそうした状況が半年近く継続するなど、重複多剤が顕著な者。						
時期	適宜						
方法	①通知又は個別訪問指導 取組実施後に対象者の処方状況をレセプト等で確認 実施前後で評価を行う ②本人や支援者に服薬状況や副作用の改善状況を確認						
実施回数・量	レセプト状況や受診状況などを確認しながら実施 1回以上						
連携体制・予算	可児市医師会から医師が3名出席している可児市国民健康保険運営協議会で重複多剤者への照会などを行っていることを報告していく。						
アウトプット指標 (実施量・率)	対象者への通知・訪問回数（改善状況の確認も含む）						
	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
		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重複受診者に対する取組

個別保健事業名	重複受診者に対する取り組み				担当課	国保年金課 健康増進課	
目的	適正な受診ができる						
アウトカム指標 (成果)	重複投与者数（対被保険者1万人）						
	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
		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	①同一月に3つ以上の医療機関で同一の疾病に薬効の薬剤の投与を受けている重複多剤者、②薬効分類番号同一のものを2医療機関にて処方されている者、③制限のある薬剤を多数の医療機関受診でそれぞれ制限まで処方されている者でそうした状況が半年近く継続するなど、重複多剤が顕著な者。						
時期	適宜						
方法	①通知又は個別訪問指導 取組実施後に対象者の処方状況をレセプト等で確認 実施前後で評価を行う ②本人や支援者に服薬状況や副作用の改善状況を確認						
実施回数・量	レセプト状況や受診状況などを確認しながら実施						
連携体制・予算	可児市医師会から医師が3名出席している可児市国民健康保険運営協議会で重複多剤者への照会などを行っていることを報告していく。						
アウトプット指標 (実施量・率)	対象者への通知・訪問回数（改善状況の確認も含む）						
	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
		1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上

第4章 第4期特定健康診査等実施計画

1 基本的考え方

目標を達成するためには、①どのように特定健康診査（健診）受診率を高めるか、②どのように特定保健指導率を高めるのか、③どのようにメタボリックシンドローム該当者および予備群を減少させるのか、対象者のニーズを踏まえた具体的な施策が重要となります。

施策を進めるにあたっては、次の事項に重点を置いて実施します。

- (1) 被保険者の健康意識の向上
- (2) 健診未受診者への性別、世代別アプローチなど効果的な受診勧奨の実施
- (3) メタボリックシンドロームに着目した高血圧・糖尿病・脂質異常症を主とした生活習慣病の発症予防および重症化予防に主眼をおいた保健指導の実施
- (4) 生活習慣病の重症化疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全の予防に主眼をおいた医療受診勧奨
- (5) 生活行動変容※につながる保健指導と継続するための支援
- (6) KDB システム等を活用した経年的評価、同規模市町村や県、全国平均との比較的评价の実施

※行動変容とは、習慣化された行動パターンを変えることをいいます。

2 目標

各年度及び最終年度の目標値は、第3期計画による実績評価をもとに、国が示す特定健康診査等基本指針に即して、「特定健康診査実施率」「特定保健指導実施率」「メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率」に係る計画最終年度の目標値に近づけるよう設定します。

令和11年度に達成する目標値

目標値の項目	令和11年度の目標値
① 特定健康診査実施率	対象者の40%
② 特定保健指導実施率	対象者の27%

各年度の目標値

目標値の項目	令和6年度	令和7年度	令和8年度	平成9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査実施率	35%	36%	37%	38%	39%	40%
特定保健指導実施率	25%	25%	26%	26%	27%	27%

3 対象者

- (1) 特定健康診査、特定保健指導の対象者の定義

特定健康診査は、本市に住所を有する40歳から74歳の国民健康保険被保険者を対象とします。

特定保健指導は、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の健康支援が必要な人を対象とします。

(2) 対象者数の推計

年度	年齢 (歳)	特定健康診査		特定保健指導			
		対象者数 (人)	受診者数 (人)	対象者数 (人)	再掲 積極的支援 (人)	再掲 動機づけ支援 (人)	利用者数 (人)
令和6年度	40～64	4,210	1,473	532	155	377	133
	65～74	8,741	3,059				
	計	12,951	4,532				
令和7年度	40～64	4,083	1,429	515	150	365	128
	65～74	8,479	2,968				
	計	12,562	4,397				
令和8年度	40～64	3,961	1,386	499	145	354	129
	65～74	8,224	2,879				
	計	12,185	4,265				
令和9年度	40～64	3,842	1,345	485	141	344	126
	65～74	7,978	2,792				
	計	11,820	4,137				
令和10年度	40～64	3,727	1,304	470	137	333	126
	65～74	7,738	2,708				
	計	11,465	4,013				
令和11年度	40～64	3,615	1,265	456	133	323	123
	65～74	7,506	2,627				
	計	11,121	3,892				

4 実施方法

(1) 特定健康診査の実施

①実施場所・期間

特定健康診査は、市内医療機関（健診機関）による個別健診です。

委託にあたっては、国の基準を基本に一定の基準を設け、サービスの質を確保します。

実施期間は4月から2月です。

②周知および案内方法

特定健康診査は、がん検診等と同時受診ができるようにするため、あらかじめ対象者に可児市健(検)診*申込書を送付し、受診を希望する健(検)診の調査を行います。その後、申込みに応じて、受診案内を送付します。

年度途中に加入した被保険者には、加入時に窓口で特定健診の案内を行います。

また、市広報紙、ホームページ、特定健診等に関するパンフレット、未受診者への通知等により受診勧奨を行います。

※健診…特定健康診査 検診…がん検診等

③受診環境の整備

被保険者が健診を受診しやすい体制および環境を整備します。

【わかりやすい健診情報の提供】

- ・健(検)診申込書は健(検)診の内容をわかりやすく解説したガイドを同封し、対象者に個別に郵送します。
- ・未受診者へ受診勧奨します。

【選びやすい健診受診期間の設定】

- ・健診の実施は、ほぼ通年体制とし、原則として誕生日前後に案内を行います。

【受けやすい健診機関の選定】

- ・健診実施機関は市内の委託医療機関とし、希望する健診機関での受診とします。

【申込方法の多様化】

- ・ICTの活用、DX（デジタルトランスフォーメーション）の推進として、オンラインによる申し込み方法等、体制を整えます。

④実施項目

特定健康診査は、生活習慣病等の疾病予防に資するため、以下の内容を健診項目とします。

区 分		内 容		
特定健康診査	基本的な健診の項目	既往歴の調査(服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む)		
		自覚症状及び他覚症状の検査		
		身体計測	身長、体重、腹囲、BMI	
		血圧	収縮期血圧、拡張期血圧	
		血中脂質検査	空腹時中性脂肪（食後の場合は随時中性脂肪）、HDL-コレステロール LDL-コレステロール	
		肝機能検査	AST（GOT）、ALT（GPT） γ-GT（γ-GTP）	
		血糖検査	空腹時血糖（食後の場合は随時血糖） HbA1c	
		尿検査	糖、蛋白、潜血	
	詳細な健診の項目（医師の判断による追加項目）	貧血検査	ヘマトクリット値、血色素量、赤血球数	
		心電図検査		
眼底検査				
血清クレアチニン検査				
保険者独自の追加健診項目	血清クレアチニン（詳細な健診項目該当者を除く全員）			
	eGFR値計算（追加項目）			
	血清尿酸			

(2) 特定保健指導の実施

特定保健指導は、特定健診の結果を以下の基準により、メタボリックシンドローム該当者には「積極的支援」、その予備群には「動機づけ支援」、それ以外の受診者には「情報提供」の3階層に分類をし、必要な支援を行います。

①特定保健指導対象者の選定と階層化の基本的な考え方

- ・内臓脂肪の蓄積により、血圧高値・脂質異常・血糖高値等の危険因子が増え、リスク要因が増加するほど虚血性心疾患や脳血管疾患等を発症しやすくなります。効果的・効率的に保健指導を実施していくためには、予防効果が大きく期待できる者を明確にする必要があることから、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数に着目し、特定保健指導対象者の階層化を行います。
- ・生活習慣病の予防を期待できるメタボリックシンドロームに着目した階層化や、生活習慣病の有病者・予備群を適切に減少させることができたかといった保健事業のアウトカムを評価するために、保健指導対象者の階層化に用いる標準的な数値基準が必要です。
- ・若い時期に生活習慣の改善を行った方が予防効果を期待できると考えられるため、年齢に応じた保健指導レベルの設定を行います。

②具体的な階層化の方法

【ステップ1（内臓脂肪蓄積のリスク判定）】

腹囲とBMIで内臓脂肪蓄積のリスクを判定する。

腹囲 男性 85cm以上、女性 90cm以上 → (1)

腹囲 (1)以外 かつ BMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ → (2)

【ステップ2（追加リスクの数の判定と特定保健指導の対象者の選定）】

検査結果及び質問票より追加リスクをカウントする。

①血圧高値 a 収縮期血圧 130mmHg以上 又は

b 拡張期血圧 85mmHg以上

②脂質異常 a 空腹時中性脂肪 150mg/dl以上 又は

(やむを得ない場合は随時中性脂肪 175mg/dl以上)

b HDLコレステロール 40mg/dl未満

③血糖高値 a 空腹時血糖 (やむを得ない場合は随時血糖) 100mg/dl以上 又は

b HbA1c (NGSP) 5.6%以上

④質問票 喫煙あり

⑤質問票 ①、②又は③の治療に係る薬剤を服用している

・①～③はメタボリックシンドロームの判定項目、④はそのほかの関連リスクとし、④喫煙については①から③までのリスクが一つ以上の場合にのみカウントする。

・⑤に該当する者は特定保健指導の対象にならない。

【ステップ3（保健指導レベルの分類）】

ステップ1、2の結果を踏まえて、保健指導レベルをグループ分けする。なお、前述のとおり、④喫煙については①から③のリスクが一つ以上の場合にのみカウントする。

(1) の場合

①～④のリスクのうち

追加リスクが2以上の対象者は積極的支援レベル

1の対象者は動機付け支援レベル

0の対象者は情報提供レベルとする。

(2) の場合

①～④のリスクのうち

追加リスクが3以上の対象者は積極的支援レベル

1又は2の対象者は動機付け支援レベル

0の対象者は情報提供レベルとする。

【ステップ4（特定保健指導における例外的対応等）】

・65歳以上75歳未満の者については、日常生活動作能力、運動機能等を踏まえ、QOL（Quality of Life）の低下予防に配慮した生活習慣の改善が重要であること等から、「積極的支援」の対象となった場合でも「動機付け支援」とします。

・降圧薬等を服薬中の者については、継続的に医療機関を受診しているはずなので、生活習慣の改善支援については、医療機関において継続的な医学的管理の一環として行われることが適当です。そのため、保険者による特定保健指導を義務とはしません。しかしながら、きめ細かな生活習慣改善支援や治療中断防止の観点から、医療機関と連携した上で保健指導を行うことも可能です。また、健診結果において、医療管理されている疾病以外の項目が保健指導判定値を超えている場合は、本人を通じて医療機関に情報提供することが望ましいです。

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

(注) 喫煙の斜線欄は、階層化の判定が喫煙の有無に関係ないことを意味する。
*質問票において「以前は吸っていたが最近1ヶ月は吸っていない」場合は、「喫煙なし」として扱う。

特定保健指導では、対象者が自らの生活習慣の課題に気づき、健康的な生活習慣への方向性を自らが導き出すことを目的としています。そのため、行動変容に関する必要な情報を提示し、自ら健康的な生活を維持できるようその人の生活基盤を尊重しながら支援していきます。

本市の実施方策は、国が示した「標準的な健診・保健指導プログラム」（令和6年版）に基づいて作成した「特定健康診査・保健指導実施マニュアル」に記載しています。

③保健指導の実施方法

ア 情報提供

情報提供該当者には、自らの身体状況を確認するとともに、健康的な生活習慣の重要性に対する理解と関心を深め、現状の生活習慣を見直すきっかけとなるよう健診結果と併せて基本的な情報提供を行います。また、動機づけ支援該当者及び積極的支援該当者に対しても、健診結果等に関するパンフレットなどにより情報提供を行います。

具体的な内容

健診結果の送付時、対象者に合わせた次のような情報を提供します。

○健診結果の見方

○健康の保持増進に役立つ情報、身近で活用できる社会資源の情報

イ 動機づけ支援

動機づけ支援では、保健指導の対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善に係る自主的な取り組みを行うことを目的としています。保健師、管理栄養士等が、面接に基づき対象者に応じた生活習慣の改善のための行動計画を策定し、動機づけに関する支援を行います。また、6か月以上経過後に当該行動計画を策定した保健師、管理栄養士が、対象者の改善状況を踏まえて当該行動計画に対する実績評価を行います。

具体的な内容

初回
面接

1人20分以上の個別面接により、次の支援を行います。

○生活習慣と健診結果の関係の理解や生活習慣の振り返り、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識と対象者の生活が及ぼす影響及び生活習慣の改善の必要性の説明

○生活習慣を改善するメリット及び現在の生活を継続することのデメリットの説明

○体重・腹囲の測定方法や栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な目安等を具体的に支援

○対象者の行動目標や評価時期の設定と必要な社会資源等の活用を支援

6
か
月
後
の
評
価

個別面接、電話や e-mail 等により、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認します。

ウ 積極的支援

積極的支援では、保健指導の対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣改善のための自主的な取り組みを継続的に実施することを目的としています。保健師、管理栄養士が、面接に基づき対象者に応じた生活習慣の改善のための行動計画を策定し、相当な期間継続して生活習慣の改善のための働きかけを行います。また、6か月以上経過後に当該行動計画を策定した保健師、管理栄養士が、対象者の改善状況を踏まえて当該行動計画に対する実績評価を行います。

	具体的な内容
初回面接	<p>1人20分以上の個別面接により、次の支援を行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○生活習慣と健診結果の関係の理解や生活習慣の振り返り、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識と対象者の生活が及ぼす影響及び生活習慣の改善の必要性の説明 ○生活習慣を改善するメリット及び現在の生活を継続することのデメリットの説明 ○体重・腹囲の測定方法や栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な目安等を具体的に支援 ○対象者の行動目標や評価時期の設定と必要な社会資源等の活用を支援
3か月以上の継続的な支援及び実績評価	<p>初回面接後、継続的に個別面接、電話や e-mail 等により、栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な支援を行い、3か月経過した時点で取り組んでいる実践と結果についての評価をします。</p> <p>ただし、対象者の状況等に応じ、6か月経過後に評価を実施することや、3か月経過後の実績評価の終了後に対象者の個別性や保険者の人的・財政的状况に応じた効果的・効率的なフォローアップ等を継続して行うこともできます。</p>

特定保健指導を委託した医療機関で特定健診を受診した対象者のうち、動機付け支援・積極的支援に該当し、特定保健指導の利用を希望する方について、健診当日に特定保健指導の初回面談（個別面談し、対象者の行動目標及び支援計画を作成）を実施しています。

④支援グループ分類と優先順位

特定健康診査等を効果的に実施するために、以下のような5段階の支援グループに分類します。

優先順位	支援グループ	対象	解説
1	未受診	特定健康診査未受診者	糖尿病等の生活習慣病で治療中以外の特定健康診査未受診者
2	動機づけ・積極的支援	特定保健指導対象者	医療受診（受診勧奨含む）を必要としないメタボリックシンドローム該当者または予備群
3	要医療	特定保健指導対象者外の者 健診結果が受診要であるが、現在受療なしの者	医療受診勧奨者
4	受療中	特定健康診査受診者かつ受療者	医療との連携が必要な者で特定保健指導以外の対象者
5	情報提供	特定保健指導対象とならなかった者	特定健康診査受診者の非該当者

優先順位 1	分類	未受診	特定健康診査未受診者
	理由	<ul style="list-style-type: none"> ・受診率向上によりハイリスク予備群を把握し、早期介入による、生活習慣病の発症予防が期待できる ・特定健康診査の受診率の目標達成に関する最重要課題である 	
	支援方法	<ul style="list-style-type: none"> ・40歳代に対する特定健康診査の受診勧奨 ・市広報紙等でのPR 	

優先順位 2	分類	動機づけ支援・積極的支援	特定保健指導対象者
	理由	<ul style="list-style-type: none"> ・メタボリックシンドロームの該当者、予備群の発症予防 ・特定健康診査・特定保健指導の評価指標、医療費適正化計画の目標達成に寄与する 	
	支援方法	<ul style="list-style-type: none"> ・動機づけ支援、積極的支援対象者に健診結果の見方を説明し、生活習慣改善に結びつくよう支援する 	

優先順位 3	分類	要医療	特定保健指導以外の保健指導が必要な者
	理由	<ul style="list-style-type: none"> ・病気の発症予防、重症化予防 ・医療費適正化 	
	支援方法	<ul style="list-style-type: none"> ・必要な再検査、精密検査について説明 ・重症化予防の重要性について理解を促すとともに、適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援 ・医療機関との連携強化 	

優先順位 4	分類	受療中	特定健康診査受診者かつ受療者
	理由	<ul style="list-style-type: none"> ・病気の発症予防、重症化予防 ・医療費適正化 	
	支援方法	<ul style="list-style-type: none"> ・治療中断者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析 ・医療機関との連携強化 	

優先順位 5	分類	情報提供	特定保健指導対象とならなかった者
	理由	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診・自己管理に向けた継続的な支援が必要 	
	支援方法	<ul style="list-style-type: none"> ・継続した健診の意義や各健診項目の見方について説明 	

5 その他

○特定健診情報提供事業

医療機関で治療中等の理由で特定健診を受診していない場合、被保険者の同意・医師の確認を得た上で、検査結果情報を提供していただき、被保険者の健康づくりのための保健事業に活用します。

○健診結果の被保険者への通知

特定健康診査等の結果は健診機関から、受診者及び利用者に通知します。

○結果の公表

次年度の特定健康診査受診率、特定保健指導利用率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率等については、翌年度の市広報紙等で公表します。

6 年間スケジュール等

特定健康診査等の実施は、次の年間スケジュールに基づき実施します。より効果的に事業を推進するために、前年度の評価を行いながらスケジュールを見直します。

特定健康診査等の年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
2月	健診対象者の確定及び 申込票等送付		
3月			
4月	健診実施	保健指導対象者の選定と実 施案内	
5月		保健指導の開始	
6月			国保連を通じて費用決済の開始
7月			
8月			
9月			
10月	未受診者への受診勧奨	法定報告	
11月			
12月			
1月			
2月	健診の終了		
3月		※次年度6月まで初回面接実施可能	

7 個人情報の保護とデータ管理等

(1) 個人情報保護方針

特定健康診査等の実施にあたっては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）をはじめ、各種法令・ガイドラインを遵守し、適正に取り扱いを行うとともに、個人情報の漏洩防止に細心の注意を図ります。

また、特定健康診査等を外部に委託する際には、個人情報の厳重な管理及び目的外使用の禁止等を契約書に定め、委託先事業者が個人情報を適切に取り扱っていることを確認します。

(2) 特定健康診査等の記録の管理及び保存

特定健康診査等のデータは管理者を定め、電子的標準形式により（岐阜県国民健康保険団体連合会、以下「国保連」に委託し）管理保存し、その保存期間は特定健康診査受診の翌年度4月1日から5年間とします。

被保険者が他の医療保険の加入者となった場合の保存期間は、加入者となった年度の翌年度末日とします。また、当該医療保険者の求めに応じて被保険者が提出すべきデータを被保険者に提供します。

(3) 代行機関の利用

健診を契約した市内医療機関・健診機関・保健指導実施機関等からの費用請求及び支払い、健診データ・保健指導データの管理、保健指導対象者の階層化、支払基金への報告作成等に係る業務は、代行機関として国保連に委託しています。

委託にあたっては健診機関や保険者との電子的ネットワークを利用するため、代行機関に個人情報を扱うことに対して、オンライン資格確認やレセプトのオンライン請求に関するセキュリティに関するガイドラインに沿った安全対策を講じることを義務付けています。

第5章 計画の推進

1 計画の推進

(1) 計画の推進体制

国保年金課には保健師等の専門職を配置していませんが、平成20年度の第1期からの特定健康診査・特定保健指導事業において、健康増進課の保健師・管理栄養士に事業の執行委任をしています。データヘルス計画に基づく保健事業の推進をはじめとして、連携を強化するとともに、介護や高齢者医療の関係部署とも連携し、共通認識をもって課題解決に取り組んでいます。

さらに、医師会や歯科医師会、薬剤師会等の関係機関と連携するとともに、データ分析に基づく、保険者の特性を踏まえた計画を策定するため、事業運営に関わる国保年金課、健康増進課の担当者は、国保連が実施するデータヘルスに関する研修等への参加、国保連との協議により事業を推進します。

本市は、高齢者ができる限り介護が必要な状態(要介護状態)にならず住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、高齢者の保健事業を、国民健康保険保健事業および地域支援事業と一体的に実施します。実施に当たっては、地域特性や健康課題、高齢者一人ひとりの状況の把握に努め、必要な人に必要なサービスが届くよう、後期高齢者医療、国民健康保険、介護保険、健康づくり等に関わる庁内関係部局が相互に連携するとともに、地域づくりの視点で地域の関係者との連携体制を構築して取り組みます。

国民健康保険の被保険者は、75歳に到達すると後期高齢者医療制度の被保険者となります。国民健康保険の事業の中でも、健康の維持、健康寿命の延伸にとって特に重要となる健康診査の受診継続、生活習慣病重症化予防や糖尿病性腎症重症化予防などの事業は、後期高齢者医療保険加入後も継続した個別支援を行う体制を構築していきます。

(2) 計画の評価・見直し

①評価の時期

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。

計画全体の評価や見直しは、設定した評価指標に基づき、3年後の令和8年度には進捗確認と中間評価を行います。また、最終年度の令和11年度は、次期計画の策定準備を考慮に入れた最終評価を実施します。

②評価の方法・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り評価します。評価は、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、県、国保連とともに実施します。

(3) 計画の公表・周知

特定健康診査等実施計画及び保健事業実施計画(データヘルス計画)は、市ホームページ等で

公表し、被保険者及び市民への周知を行います。

また、特定健診・特定保健指導の受診、各種保健事業の必要性は、ホームページ、広報紙、冊子やチラシなど各種媒体を通じて広く啓発を行います。

(4) 個人情報の保護

計画の策定にあたって活用するデータに関する個人情報は、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）をはじめ、各種法令・ガイドラインを遵守し、適正に取り扱いを行うとともに、個人情報の漏洩防止に細心の注意を図ります。

また、事業の実施において外部に委託する際には、個人情報の厳重な管理及び目的外使用の禁止等を明確にし、適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じます。

第4期可児市特定健康診査等実施計画および
第3期可児市国民健康保険保健事業実施計画
(データヘルス計画)

可児市 (国保年金課・健康増進課)

令和6年3月