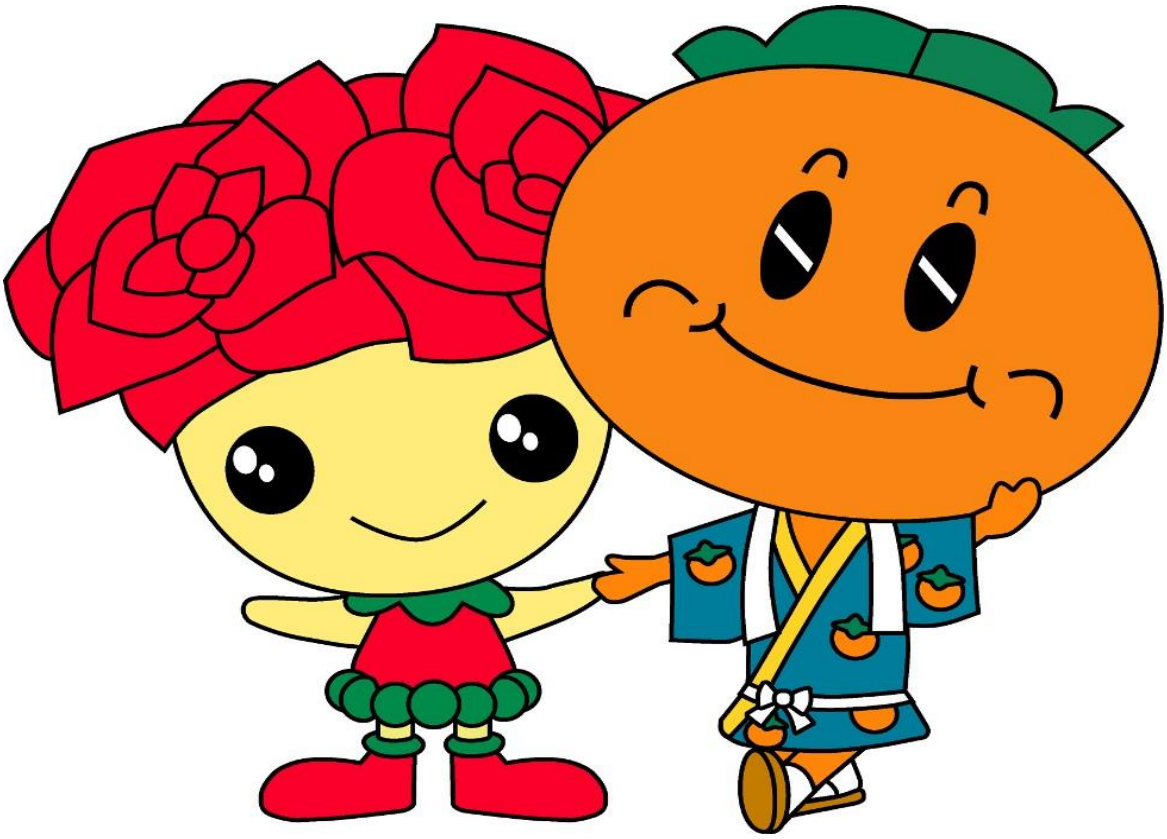
大野町国民健康保険保健事業実施計画
（データヘルス計画）

令和６年度～令和１１年度



大野町マスコットキャラクター
「ローズちゃん」（左）「パーシーちゃん」（右）

令和６年３月

大　野　町

《 目次 》

Ⅰ．基本情報
○基本的事項
○現状の整理

Ⅱ．健康医療情報等の分析と課題
○人口・被保険者構成等
○平均寿命・標準化死亡比等
○医療費の分析
○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
○レセプト・健診データ等を組み合わせ分析
○介護費関係の分析
○その他

Ⅲ．計画全体
○保険者の健康課題
○データヘルス計画全体における目的

Ⅳ．個別の保健事業
○特定健康診査受診勧奨事業
○特定保健指導利用勧奨事業
○特定保健指導
○医療期間受診勧奨事業
○糖尿病重症化予防保健指導
○高血圧医療機関受診勧奨事業
○腎機能低下医療機関受診勧奨事業
○高血圧重症化予防保健指導
○腎機能低下重症化予防保健指導
○重複投与者に対する取組
○多剤投与者に対する取組
○薬剤の適正使用の推進に対する取組
○地域包括ケアに対する取組
○高齢者の健康づくりと介護予防の一体的実施に対する取組

Ⅴ．その他
○データヘルス計画の評価・見直し
○データヘルス計画の公表・周知
○個人情報の取扱い
○地域包括ケアに係る取組
○その他留意事項

第3期データヘルス計画（岐阜県版様式）

Ⅰ　基本情報

（令和3年4月1日時点　（　大野町　））

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）	22,555	36.9	33.9	15.2	14
国保被保険者数（人）	4,898	20.9	28.6	50.5	－

※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	（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」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。 （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。）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。
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	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。 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。 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ので、保健衛生部局と連携していく。

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	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、町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、評価をすることで、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果たしていきたい。 県国保・保健衛生部局、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。
1.(4)②県国保	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。 県保健衛生部局と調整しながら、市町村の国保・保健衛生部局の事業実施の支援を行う。
1.(4)③県衛生	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。

1.(4)④保健所	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う。
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、県国保部局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年度の中間評価、11年度の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、町国保部局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、町国保部局と必要な情報の共有を図るよう努める。この場合、町国保部局においては、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(慢性腎臓病）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	大野町の人口と出生率は減少、死亡率は増加している。高齢化率が30．1%（令和2年）と県内順位は28位で、県の高齢化率30．4%と比較すると低い。平成27年度と比較し65歳以上の単独世帯は2．3%増加し、県内順位では6位と上位に含まれる。平均余命、平均自立期間は、女性は伸びているが、男性は横ばいである。 大野町の国保被保険者数は減少し、被保険者構成では、若年層が減少し高齢者が微増している。 総医療費、一人あたり医療費ともに増加している。総医療費に占める生活習慣病費用割合は全体のほぼ6割にのぼり、被保険者に占める生活習慣病患者割合も増加している。 特定健診の受診率は低下し、メタボリックシンドローム該当者と予備群者の割合は増加している。 特定保健指導実施率と利用率は、少しずつ増加している。 町民が運動を継続する大切さを理解し、楽しみながら継続して運動ができる。重点保健事業参加者が自らの健康問題を解決するために行動でき、メタボリックシンドローム該当者・予備群から脱却できる（生活習慣病予防）。
地域資源の状況	町内の医療機関は10診療所、9歯科診療所がある。R5．10月より揖斐厚生病院が西濃厚生病院として移転してきており、診療所だけであった状況から、変化している。 スポーツジムが4箇所あり、うち2箇所は室内プールも併設しており、運動しやすい環境にある。 町のシンボルスポーツとして、「ノルディックウォーキング」を勧めており、ウォーキングコースの整備やノルディックウォーククラブなどがある。
2-1.(2)②前期計画等に関わる考察	データヘルス計画の中間評価より、「ノルディック・ウォーキング中心の運動教室」を実施しただけでは目的は達成できていないため、特定健診未受診者勧奨と糖尿病性腎症重症化予防事業を新規事業として追加した。メタボリックシンドローム該当者と予備群者の割合は増加し、1人あたりの医療費が上がっていることから、中間評価に引き続き、目的が達成できていない。 そこで、運動教室だけでなく、特定健診未受診者勧奨も新規事業に加えた。また、糖尿病性腎症重症化予防事業については、平成30年度から実施しており、保険者努力支援制度の対象事業でもあるため、中間評価よりデータヘルス計画の追加新規事業として展開してきた。 中間評価で計画追加実施後も、メタボリックシンドローム該当者・予備群から脱却できるという目標は達成できていないが、保健指導利用率、終了率とも増加しており、引き続き継続していく。 特定健診受診率は年々低下しており、受診率上昇についての対策も今以上に必要と考えられる。

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** （R4）　（R3） ～39歳　36.1%　36.9% 40～64歳　33.8%　33.9% 65～74歳　15.4%　15.2% 75歳～　14.7%　14.0%	大野町の人口と出生率は減少、死亡率は増加している。人口構成は、若年・壮年等働き盛り世代が減少し、前期高齢・後期高齢者が増加している。平均余命、平均自立期間は、女性は伸びているが、男性は横ばいである。 大野町の国保被保険者数は減少し、被保険者構成では、若年が減少し高齢者が微増している。	
		被保険者構成		**被保険者構成** （R4）　（R3） ～39歳　20.8%　20.9% 40～64歳　29.2%　28.6% 65歳～74歳　50.0%　50.5% 75歳～　0.0%　0.0%	被保険者構成の割合は、全体的に減少傾向。40～64歳代において0.6%減少。	
		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**： 4,526人、20.6%（県20%）	県と同程度。	
		被保険者平均年齢		**被保険者平均年齢**：55.4歳（県：54.7歳）	県より少し高い。	
		高齢化率		**高齢化率**：30.1%（県：30.6%）	高齢化率（R3年度：25.8%）と死亡率（R3年度：9.2）は、R3年度と比較して増加、出生率は（R3年度：6.6）と減少だが、県と比較するといずれも下回っている。	
		出生率		**出生率**：5.1（県：6.2）		
		死亡率		**死亡率**：10.8（県：11.7）		
平均寿命・標準化死亡比　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81.06歳（県：81.70歳） 女性87.99歳（県：87.30歳）		
		標準化死亡比		**健康寿命**： 男性　79.69歳（県：80.26歳） 女性　84.84歳（県：84.14歳）		
		平均余命		**平均余命と健康寿命の差**： 男性　1.37歳（県：1.44歳） 女性　3.15歳（県：3.16歳）		
		平均自立期間（健康寿命）				
		平均余命と平均自立期間（健康寿命）の差				
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・ブラフ 令和4年度データ	**総医療費**： （国保）　（後期） R4：1,719,288,140円　R4：2,597,038,630円 R3：1,958,059,010円　R3：2,360,220,120円	国保加入者の総医療費は被保険者数の減少のため、減少傾向にある。	
		医療費の推移（国保・後期）		**医療費の推移（国保・後期）** 経年推移のグラフより	*H29年度からR3年度にかけて減少したのか、増加したのか。県は国保は維持、後期高齢者は増えている。* 国保はH30年度から年々被保険者数は減少、外来入院費においてはR1年から年々増加傾向、入院医療費はH30年からR3年は年々増加していたがR4年度は前年度より2割程度減少。その他は横ばい。 後期はH30年度から被保険者数もすべての項目においても増加傾向。	
		総医療費		**年齢階層別医療の受診率**：8,296,701 0～39歳：4,193,994 40～49歳：5,207,436 50～59歳：6,568,480 60～69歳：10,355,056 70～74歳：10,989,356	年齢とともに受診率も上昇しているが、県と同様に60歳代になると受診率が急に高くなる。	
		1人当たり医療費		**1人当たり医療費**： （国保）　（後期） R4：318,623円　R4：712,103円 R3：339,723円　R3：681,160円	（国保）一人あたり医療費は、前年度に比べ減少。年代別でみると、70～74歳の年代が高い。 （後期）一人あたり医療費は、前年度に比べ増加。年代別でみると、65～74歳の年代が高い。	
		入院・外来別医療費（点数）の高い疾病	「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	**入院・外来別医療費（点数）の高い疾病**： （国保：入院）　（後期：入院） 新生物　21.5%　循環器系の疾患　28.2% 循環器系の疾患　20.4%　新生物＜腫瘍＞　13.3% 精神及び行動の障害12.6%　呼吸器系の疾患　1.9% （国保：外来）　（後期：外来） 内分泌、栄養及び代謝疾患　18.7%　循環器系の疾患　19.9% 新生物＜腫瘍＞　15.7%　新生物＜腫瘍＞　14.8% 循環器系の疾患　11.5%　内分泌、栄養及び代謝疾患13.3%	入院医療費で比較すると、新生物、循環器系の疾患が国保、後期でそれぞれ上位40%を占めているが、次いで国保では精神及び行動の障害が12.6%、後期では呼吸器系の疾患が1.9%と異なる。	
		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**： **H30年度　58.2%（県内23位）** **R3年度　63.9%（県内5位）**	生活習慣病に対する医療費が増加しており、県内の他市町村と比べても高い。	
		生活習慣病患者割合		**生活習慣病患者割合**： **H30年度　49.0%（県内29位）** **R3年度　52.6%（県内26位）**	生活習慣病の患者が少しずつ増加している。	
		重複・頻回の受診状況				
		重複服薬の状況等の傾向				
		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	**性・年齢階層別健診受診率**： **40代男性14.3%女性21.2%** **50代男性15.6%女性23.1%** **60～74歳40.0%** **男性30.6%（県内36位）** **女性40.4%（県内31位）**	男性より女性のほうが受診率が高く、年齢が上がるほど受診率が高い。 40～50歳代男性の受診率が他市町村と比べても低いため、対策が必要。	
		特定健診受診率		**特定健診受診率**： **H30年度　36.6%（県内31位）** **R3年度　35.8%（県内33位）**	県内の他市町村と比べても受診率が低く、低迷している。	

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	特定保健指導実施率	【経年】R3年度	**特定保健指導実施率:** **H30年度　8.4%(県内42位)** **R3年度32.8%(県内30位)**	実施率は上昇しているが、県内の他市町村と比べると低い。利用率と比較すると、実施率が低いため、利用中断にならないよう対策が必要。	
		特定保健指導利用率		**特定保健指導利用率:** **H30年度　11.7%(県内42位)** **R3年度40.8%(県内30位)**	利用率は上昇しているが、県内の他市町村と比べると低い。利用しない人は毎年同じ人という傾向もあるため、医療機関と連携して利用につなげる対策が必要。	
		各種検査項目の有所見率	KDB「地域の全体像の把握」 R4年度累計	**有所見率** **腹囲　:34.5%　(県)33.2%** **BMI　:4.7%　(県)4.7%** **血糖　:0.5%　(県)0.5%** **血圧　:8.0%　(県)7.1%** **脂質　:2.8%　(県)2.7%** **血糖・血圧　:3.4%　(県)2.5%** **血糖・脂質　:0.8%　(県)1.0%** **血圧・脂質　:10.6%　(県)9.8%** **血糖・血圧・脂質　:5.2%　(県)6.4%**	有所見率は腹囲、血圧が県と比較して高い。また血糖・血圧を併せ持った有所見率が高い。	
		健康状態、生活習慣の状況	KDB「健康スコアリング(健診」 R4年度累計 KDB「地域の全体像の把握」 R4年度累計	**【健康状態】** **生活習慣病リスク保有者の割合** **肥満リスクあり　39.2%(県)37.9%　県内26位** **血糖リスクあり　38.1%(県)40.1%　県内21位** **血圧リスクあり　65.9%(県)63.6%　県内28位** **脂質リスクあり　44.6%(県)45.3%　県内17位** **【生活習慣】** **<u>適正な生活習慣を有する者の割合</u>** **喫煙習慣リスクなし89.0%(県)87.6%県内9位** **睡眠習慣リスクなし76.9%(県)73.3%県内9位** **運動習慣リスクなし44.0%(県)43.8%県内13位** **飲酒習慣リスクなし92.4%(県)90.1%県内12位** **食事習慣リスクなし87.3%(県)85.4%県内11位** **<u>服薬</u>** **高血圧　:39.0%　(県)36.2%** **糖尿病　:11.3%　(県)　9.4%** **脂質異常症　:27.9%　(県)28.8%**	生活習慣病のリスク保有者の割合を県と比較すると、肥満リスクと血圧リスクが県より高いが全体的な評価は101点と平均並みである。 適正な生活習慣を有する者の割合を県と比較すると、すべてにおいて県より低く全体的な評価も102点と平均並みで、県内4位であり良い状態といえる。 服薬は高血圧、糖尿病で服薬している人は県と比較して高い。服薬が必要な値の人が多いが、受診行動はとれている。	
		メタボリックシンドローム該当者の割合	【健康状態】	**メタボリックシンドローム該当者の割合:** **H30年度　16.1%(県内28位)** **R3年度19.7%(県内25位)**	他市町村と比較すると少ない方ではあるが、該当者は増加している。	
		メタボリックシンドローム予備群の割合	R4年度	**メタボリックシンドローム予備群の割合:** **H30年度　10.8%(県内17位)** **R3年度11.6%(県内9位)**	予備群は増加しており、県内でも多い方に位置している。該当者より多い。	
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 (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。	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** 再勧奨はがきを作成発送 R3年度勧奨はがき内容　①過去3年以内に受診歴のある者②受診歴のない者　→受診率3% R4年度勧奨はがき内容①40・50歳代②60歳以上 →受診率5.8%	受診率が低迷しているため再勧奨はがきを作成発送している。R3年度は、受診歴によって内容を変えてはがきを作成し、発送者の3%が受診した。40・50歳代の受診が全体の20%程度と少ないため、R4年度は年代別に内容を変えてはがきを作成し、受診率は5.8%に増加したことからR5年度も継続した。 若い世代の受診勧奨はポピュレーションとしてSNSやメールでの勧奨をR5年度から始めている。R6年度も対象者、送付時期、回数など受診状況の分析を行い、勧奨を行っていきたい。	
				特定保健指導の事業評価 実施率:H30年度　8.4%(県内42位) R3年度32.8%(県内30位) 利用率:H30年度　11.7%(県内42位) R3年度40.8%(県内30位)	特定保健指導が委託中心であったH30年度以前の、実施率・利用率ともに著しく低かったため、保健指導を受ける前の説明を強化している。保健指導利用前の説明を文書だけでなく保健センターで面談で行うため、対象者全員に結果説明会の通知を郵送するようにしている。担当の保健師・栄養士を決め、連絡なしで来所しなかった人に、担当者が電話で勧奨している。電話に出ないまたは電話番号が不明な場合は訪問し、特定保健指導の利用を勧めているが、拒否のある人が多く利用につながらないこともあるが、実施率、利用率共に上昇してきている。R6年度も引き続き利用を勧めていく。	
				糖尿病重症化の事業評価 未受診者2名→医療機関受診率0%(うち1名は前年度受診済み)特定健診受診率100%HbA1c改善50% 治療中断者3名→1名社保へ、1名死亡、1名受診済も特定健診受診なくデータなし 保健指導対象者0名	対象者が2～3名と少ないため、特性がつかみにくい。保健指導対象者も医師会との調整で、医療機関からの依頼があったときのみ行うため、実績なし。	
				高血圧・腎機能の事業評価 特定保健指導対象者のうち、Ⅱ度高血圧症で未治療者もしくは未受診者　R3年度は12名 腹囲の変化→受診者80%未受診者33.3% CKD重傷度分類を維持改善した人→受診者100%未受診者66.6%	勧奨できた人は次年度の健診も受けており、拡張期血圧、体重、腹囲も維持改善できている。勧奨したのが、特定保健指導の時であり、血圧だけでなく腹囲の維持改善もできた可能性もある。CKD重症度を維持・改善した人も受診者の方が多かった。	
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	1件当給付費:　72,043円(県:59,511円) 要支援1:　9,344円(県:8,192円) 要支援2:　14,770円(県:11,083円) 要介護1:　43,202円(県:37,662円) 要介護2:　52,386円(県:45,957円) 要介護3:　94,898円(県:77,618円) 要介護4:　119,567円(県:98,945円) 要介護5:　148,024円(県:106,128円)	県、同規模地域、国と比較して、要支援1から要介護5のいずれの介護区分においても、給付費が高い。 (1件当給付費、要支援2、要介護3～要介護5については、顕著)	
		介護認定の状況		1号認定率:15.2%(県:18.1%) 2号認定率:0.4%(県:0.4%)	1号認定率は県と比較して低く、2号認定率は県と比較して同じ値だが、新規認定率比較(前年/前々年)が＋1.5%。	
			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:** 心臓病:61.1%、高血圧症:54.0%、筋・骨格:48.0%	介護認定者の有病状況は、心臓病、高血圧症、筋・骨格の順で割合が高いが、県より割合は低い。心臓病はどの介護区分でも保有割合が高い。 H30年からR4年までの保有疾患割合の上位3つは心臓病、次いで筋・骨疾患、	
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、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50.5%となっている。国保はH30年度から年々被保険者数は減少、外来入院費においてはR1年から年々増加傾向、入院医療費はH30年からR3年は年々増加していたがR4年度は前年度より2割程度減少。その他は横ばい。後期はH30年度から被保険者数もすべての項目においても増加傾向。国保の生活習慣病の医療費が全体の63.9%を占め、増えていることから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の受診率はR3年度35.8%、R4年度34.8%と全体のおよそ4割の受診を毎年キープしているものの、メタボリックシンドローム該当者が19.7%、予備群が11.6%とH30年度より少しずつ増加している。今後も特定健診の受診者を増やし、メタボリックシンドローム該当者・予備群を減らし、被保険者の生活習慣病の疾病予防・重症化予防を進めていきたい。 当町の特定健診受診勧奨事業の評価から、特定健診のポピュレーションアプローチとして、はがきなどの個別の勧奨活動に多少の効果がみられたことから、今後も対象者の検討を行いながら実施していきたい。また特定健診受診者は高血圧・血糖で受診中の人や60代の受診者が多いことから、医療機関受診者の特定健診受診の状況を報告し、医師会等と連携をしながら事業をすすめていきたい。	1	1・2
B	当町では、国保・後期共に、生活習慣病の治療に多くの医療費を使っている。国保入院では「新生物」と「循環器系の疾患」が多く、国保外来では「内分泌、栄養および代謝疾患」が多い。後期は入院外来共に「循環器系の疾患」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。当町は特定保健指導説明を個別で案内し、来所の無い場合は電話・訪問で追跡しており、R3年度は利用率が40.8%まで上昇したが拒否のある人が多く利用につながらないことが多い。連絡がとれない人や、利用を辞退する人に加えて、途中で止めてしまう人も多いため、今後も保健指導対象者が最後まで受けられるようにしたい。また利用しない人は毎年同じ人という傾向もあるため、医療機関と連携して利用につなげる対策を検討していく必要がある。	2	1・2
C	当町では、国保・後期共に、生活習慣病の治療に多くの医療費を使っている。国保入院では「新生物」と「循環器系の疾患」が多く、国保外来では「内分泌、栄養および代謝疾患」が多い。後期は入院外来共に「循環器系の疾患」が多い。 1件あたりの医療費が高い人工透析については割合はH30年よりは減少しているが、総医療費は増加している。 また特定健診の所見においては血糖・血圧リスク保有割合が多く、高血圧と糖尿病で内服している人の割合が県や同規模市町村よりも高くなっている。 以上のことより、国保被保険者の生活習慣病の悪化から人工透析に移行しないよう糖尿病の重症化予防を図る必要がある。 そのため当町では特定健診受診時の高血糖者に対して、医療機関受診を促すことで、早期に対応していく。	3	3
D	当町では、国保・後期共に、生活習慣病の治療に多くの医療費を使っている。国保入院では「新生物」と「循環器系の疾患」が多く、後期は入院外来共に「循環器系の疾患」が多い。標準化死亡比（SMR)において「脳血管疾患」「腎不全」が男女とも高い状態である。どちらも高血圧症も関係してくる疾患のため、高血圧症の重症化予防を図る必要がある。	4	4
E	当町では、標準化死亡比（SMR)において「脳血管疾患」「腎不全」が男女とも高い状態である。医療費においては国保・後期共に、生活習慣病の治療に多くの医療費を使っている。国保入院では「新生物」と「循環器系の疾患」が多く、国保外来では「内分泌、栄養および代謝疾患」が多い。後期は入院外来共に「循環器系の疾患」が多い。 また特定健診の所見においては血糖・血圧リスク保有割合が多く、高血圧と糖尿病で内服している人の割合が県や同規模市町村よりも高くなっている。eGFRと尿蛋白の所見がある者に対しては、医療機関受診を促す取り組みを行い、対象者の受診への理解をすすめたい。腎機能低下には自覚症状が無いことが多く、医療機関受診が先延ばしになり、徐々に低下していくことから、状態を見守るためにも毎年の特定健診受診をすすめていきたい。	5	5
F	被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い1人当たりの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	大野町は高齢化率が30．1%（令和2年）とで、労働人口（15～64歳）が2．2%減少（平成27年との比較）し、65歳以上の単独世帯は2．3%増加していることから（令和3年12月16日岐阜県庁発表「令和2年度国勢調査による岐阜県の人口」より）、 国保の視点から地域包括ケアに資する取組を行うことで、高齢者が住みなれた地域で自立した生活ができる期間の延伸、QOLの維持向上を図ることができるようにする。		7

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）	35.8%	35	35	36	36	37	37
		特定保健指導実施率（法定報告）	32.8%	45	45	46	46	47	47
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	38.1	38	38	38	38	38	38
C	糖尿病の重症化の予防	HbA1c8.0以上の者の割合	1.35%	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3
		HbA1c6.5以上の者のうち、 糖尿病のレセプトがない者の割合	9.40%	9.5	9.5	9.5	9.5	9.5	9.5
D	高血圧の重症化予防	収縮期血圧維持・改善者割合	100%	60	60	60	60	60	60
		拡張期血圧維持・改善者割合	100%	60	60	60	60	60	60
E	腎機能低下の重症化予防	CKD重症度分類の変化	0%	60	60	60	60	60	60
F	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	10	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	95	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
G	地域包括ケア推進・ 一体的実施の取組の状況	KDB等を活用したデータ提供等により地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局として参画	参画	参画	参画	参画	参画	参画	参画
		KDB等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、国保部局として当該ターゲット層に対する支援を実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施

解決すべき健康課題と保健事業の対応づけ

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	

市町村名：大野町

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
特定健康診査受診勧奨事業	特定健診未受診者への効果的な受診勧奨をすることで受診率向上を目指し、生活習慣病の予防を図る。	アウトカム指標（成果）	特定健診実施率（実績値）	35.8%	35%	35%	36%		36	37	37	
		アウトプット指標（実施量・率）	①特定健診受診勧奨ハガキ送付率	49.4%	60	60	60		60	60	60	
			②電話勧奨　架電割合									
			③情報提供票の回収率		10	10	10		10	10	10	

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年度の中間評価のまとめ	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	①特定健診受診勧奨ハガキ送付： 健診期間終了後の結果を受けて抽出した未受診者			
	②電話勧奨：実施なし			
	③情報提供事業：R5年度より開始 未受診者のうちレセプトで医療機関での受診確認ができた者			
時期	①特定健診受診勧奨ハガキ送付：健診期間終了後で、発送準備			
	②電話勧奨：実施なし			
	③情報提供事業：実施なし（R5年度より開始）			
方法	①特定健診受診勧奨ハガキ送付：「受診歴のない72歳以下」と			
	②コールセンター：実施なし			
	③情報提供事業：実施なし（R5年度より開始）			
実施回数・量	①特定健診受診勧奨ハガキ送付：健診期間終了後1回・1450人			
	②電話勧奨：実施なし			
	③情報提供事業：実施なし（R5年度より開始）			
連携体制・予算・人員	①特定健診受診勧奨ハガキ送付： 町国保部局から受診者のデータを町衛生部局に提供。町衛生部			
	②電話勧奨：実施なし			
	③情報提供事業：実施なし（R5年度より開始）			
事業していて気づいたこと	ハガキの準備をするのに時間や予算がかかる割には受診者が増えない。（送付者のうち3%のみ受診）受診期間が終了してから未受診者を抽出するため、ハガキを送るタイミングが遅くなってしまい、受診・保健指導の時期が遅くなってしまう。 受診歴のない対象者はそれぞれ受診しない理由があり、再勧奨のはがきを送付しても受診に結び付けるのは難しい。 過去に特定健診を受診したことがある人は受診意欲はあったが、忘れていて受診できなかった人がおり、再勧奨のはがきをきっかけに受診する人は多いのかもしれない。			

市町村名：大野町

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	特定保健指導利用率をあげ、生活習慣病を防ぐ	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	32.8%	45	45	46		46	47	47	
			次年度継続受診率	85.7%	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年度の中間評価のまとめ	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	特定保健指導判定者全員			
時期	特定健診受診月の翌々月初旬に説明会の案内発送			
方法	定保健指導対象者全員に結果説明会の通知を郵送。担当を決			
実施回数・量	124人へ案内を1回送付・未来所者に電話（回数の記録なし）			
連携体制・予算・人員	国保から対象者のデータを衛生に提供。衛生が階層化し、案内の作成、発送する。予算は国保で確保。			
事業していて気づいたこと	利用者は65歳以上が多い。40歳代50歳代の来所は難しく、電話番号も不明、訪問しても不在で連絡が取れないという傾向がある。			

事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値							
				2022年度	2024年度	2025年度	2026年度		2027年度	2028年度	2029年度	
							数値	評価			数値	評価
特定保健指導	生活習慣特定保健指導の利用で、生活習慣病を防ぐ。	アウトカム指標（成果）	保健指導レベルの改善割合	38.1%	40	40	40		40	40	40	
			利用者の腹囲２cm、体重２kg減量した者の割合		40	40	40		40	40	40	
		アウトプット指標（実施量・率）	特定保健指導利用率	32.8%	45	45	46		46	47	47	
			次年度継続受診率	85.7%	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年度の中間評価のまとめ	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	特定保健指導判定者全員			
時期	特定健診受診月の翌々月初旬に結果説明会の案内発送			
方法	特定保健指導対象者全員に結果説明会の案内を発送。担当の			
実施回数・量	結果説明会13回実施。電話、訪問の回数は記録なし。			
連携体制・予算・人員	町国保部局と町衛生部局で連携。必要時、医師会やかかりつけ医と連携する。町国保部局でデータを提供し、利用勧奨や保健指導は町衛生部局で実施する。			
事業していて気づいたこと	腹囲が減少したが、体重はそれほど減少していない。積極的支援で継続受診者が少ないが、継続受診者は指導の有無にかかわらず、痩せてきている人が多い。			

市町村名：大野町

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	糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者について、関係機関からの適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結びつけ、人工透析への移行を防止することによって、町民の健康増進と医療費の適正化を図る。	アウトカム指標（成果）	HbA1c値維持・改善者割合	50.0%	60	60	60		60	60	60	
		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	0.0%	50	50	50		50	50	50	
			次年度健診受診率	100.0%	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年度の中間評価のまとめ	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	①医療機関未受診者 当該年度の健診結果で、HbA1c：6.5%以上の者で、レセプトデータから未受診と思われる者 ②糖尿病治療中断者 過去2年間に糖尿病についての投薬歴があるが、直近1年間で糖尿病についての投薬歴が確認できない者			
時期	①②共に健診期間終了後（1月末）			
方法	①個別通知による受診勧奨と対象者の状況に応じた保健指導を行う。 ②訪問等面談により、受診勧奨や対象者の状況に応じた保健指導を行う。医療機関を受診しなくなった経緯について、十分把握したうえで受診勧奨を行う。			
実施回数・量	1回 R3は①2人②3人			
連携体制・予算・人員				
事業していて気づいたこと	対象が①2人②3人しかおらず、特性がつかめない。			

事業名	目的	指標	評価指標	計画策定時実績	目標値							
				2022年度	2024年度	2025年度	2026年度		2027年度	2028年度	2029年度	
							数値	評価			数値	評価
糖尿病重症化予防　保健指導	糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者について、関係機関からの適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結びつけ、人工透析への移行を防止することによって、町民の健康増進と医療費の適正化を図る。	アウトカム指標（成果）	HbA1c値維持・改善者割合	50.0%	60	60	60		60	60	60	
			eGFR値維持・改善者割合	0.0%	60	60	60		60	60	60	
		プット指標（実施量・率）	次年度健診受診率	100.0%	50	50	50		50	50	50	
			保健指導実施率	100.0%	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年度の中間評価のまとめ	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	糖尿病で通院中の者のうち、糖尿病性腎症を発症している者、または発症はしていないが、そのリスクが高い者			
時期	適宜			
方法	糖尿病治療中に、尿アルブミン、尿蛋白、eGFR等により腎機能低下が判明し、保険者による保健指導が必要とかかりつけ医が判断した者について、医療機関から保険者へ情報提供する。糖尿病連携手帳等を活用し、保険者による保健指導を実施する。			
実施回数・量	R3は医療機関からの連絡がなく実施なし			
連携体制・予算・人員	町国保部局から受診者のデータを町保健衛生部局に提供。町保健衛生部局が準備し実施。予算は町国保部局で確保。			
事業していて気づいたこと				

市町村名：大野町

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
高血圧医療機関受診勧奨事業	高血圧が重症化するリスクの高い、医療機関未受診者について、関係機関からの適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結びつけ、町民の健康状態の維持改善を図る。	アウトカム指標（成果）	収縮期血圧　維持・改善者割合	100.0%	60	60	60		60	60	60	
			拡張期血圧　維持・改善者割合	100.0%	60	60	60		60	60	60	
		アウトプット指標（実施量・率）	医療機関受診勧奨率	41.6%	80	80	80		80	80	80	
			医療機関受診率	50.0%	50	50	50		50	50	50	
			次年度健診受診率	70.0%	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年度の中間評価のまとめ	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	特定保健指導対象者のうち、Ⅱ度高血圧症で未治療者もしくは未受診者。			
時期	特定保健指導実施時			
方法	個別での保健指導時に医療機関受診勧奨を行う。			
実施回数・量	1回・R3年度は12人			
連携体制・予算・人員	町国保部局から受診者のデータを町保健衛生部局に提供。 町保健衛生部局が準備し実施。 予算は町国保部局で確保。 必要に応じて対象者の同意が得られれば受診予定の医療機関と連携。			
事業していて気づいたこと	勧奨できた人は次年度の健診も受けており、拡張期血圧、体重、腹囲も維持改善できている。勧奨したのが、特定保健指導の時であり、血圧だけでなく腹囲の維持改善もできた可能性がある。			

個別保健事業評価計画 （今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標）

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
腎機能低下医療機関受診勧奨事業	腎機能低下が重症化するリスクの高い医療機関未受診者について、関係機関からの適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結びつけ、町民の健康状態の維持改善を図る。	アウトカム指標（成果）	収縮期血圧　維持・改善者割合	100.0%	60	60	60		60	60	60	
			拡張期血圧　維持・改善者割合	100.0%	60	60	60		60	60	60	
			CKD重症度分類の変化	0.0%	60	60	60		60	60	60	
		アウトプット指標（実施量・率）	医療機関受診勧奨率	100.0%	50	50	50		50	50	50	
			次年度健診受診率	10.0%	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年度の中間評価のまとめ	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	特定保健指導対象者のうち、eGFR40以下で未治療者もしくは未受診者。			
時期	特定保健指導時			
方法	健診の結果、特定保健指導対象者で腎機能低下の医療機関未受診（未治療）の人に対し、医療機関受診勧奨を行う。			
実施回数・量	1回・R3年度は1人			
連携体制・予算・人員	町国保部局から受診者のデータを町保健衛生部局に提供。 町保健衛生部局が準備し実施。 予算は町国保部局で確保。 必要に応じて対象者の同意が得られれば受診予定の医療機関と連携。			
事業していて気づいたこと	1人のみのため、特性出せず。			

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
高血圧重症化予防　保健指導		アウトカム指標（成果）	収縮期血圧維持・改善者割合									
			拡張期血圧維持・改善者割合									
			CKD重症度分類の変化									
		アウトプット指標（実施量・率）	医療機関受診勧奨率									
			次年度健診受診率									

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年度の中間評価のまとめ	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				
時期				
方法				
実施回数・量				
連携体制・予算・人員				
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
腎機能低下重症化予防　保健指導		アウトカム指標（成果）	収縮期血圧維持・改善者割合									
			拡張期血圧維持・改善者割合									
			CKD重症度分類の変化									
		アウトプット指標（実施量・率）	医療機関受診勧奨率									
			次年度健診受診率									

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年度の中間評価のまとめ	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				
時期				
方法				
実施回数・量				
連携体制・予算・人員				
事業していて気づいたこと				

市町村名：大野町

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（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
重複投与者に対する取組	被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い1人当たりの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）	共通指標⑤（１）重複投薬者に対する取組 ③重複投与者数（対被保険者1万人）が前年度から減少していること	10	前年より減少	前年より減少						
		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）	１回以上	１回以上	１回以上						
			取組実施前後の評価	１回	１回	１回						
			医師会・薬剤師会への相談	１回以上	１回以上	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年度の中間評価のまとめ	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	共通指標⑤（1）重複投薬者に対する取組 ①a.抽出基準 重複受診者：（3ヵ月連続して）1か月に同一疾患での受診医療機関が3ヵ所以上の者			
時期	毎月中旬のレセプト点検時に該当者がいれば、委託業者から報告をもらうようにしている。			
方法	共通指標⑤（1）重複投薬者に対する取組 ①b.通知又は個別訪問指導 c.取組実施後に対象者の処方状況をレセプト等で確認 d.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	該当者なし			
連携体制・予算・人員	共通指標⑤（1）重複投薬者に対する取組 国保運営協議会の委員である医師会の町内医療機関に勤務する医師、薬剤師会の町内薬局に勤務する薬剤師、歯科医師（国保運営協議会にて事業報告し、より効果的に事業が実施できるよう連携している）			
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
多剤投与者に対する取組	被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い1人当たりの医療費も増加傾向にある。今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進する。	アウトカム指標（成果）	共通指標⑤（2）多剤投与者に対する取組 ③多剤投与者数（対被保険者1万人）が前年度から減少していること	95	前年より減少	前年より減少						
		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）	1回以上	1回以上	1回以上						
			取組実施前後の評価	1回	1回	1回						
			医師会・薬剤師会への相談	1回以上	1回以上	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年度の中間評価のまとめ	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	共通指標⑤（2）多剤投与者に対する取組 ①a抽出基準 3ヵ月連続して、同一診療月内で、処方薬剤数が15以上の者 実施方法：KDBシステムにて対象者を抽出し、抽出条件に該当した対象者に対して通知、もしくは電話・訪問を行い、現在の健康状態や服薬状況、体調不良などを聞き取りを行い、受診医療機関や調剤薬局に現在の処方情報の提示のため、記録しているお薬手帳を提示するなど患者自ら情報提供を行うようにすることやお薬手帳を一つにまとめて提示するなど助言をする。 取り組み結果：現在まで該当者なし。継続して該当者の抽出を行う。 ただし、「うつ」「認知症」「がん」「統合失調症」などの傷病名のある者は除外する（岐阜県薬剤師会からの助言）			
時期	毎月のレセプト点検時に該当者がいれば、委託業者から報告をもらうようにしている。			
方法	共通指標⑤（2）多剤投与者に対する取組 ①b.通知又は個別訪問指導 c.取組実施後に対象者の処方状況をレセプト等で確認 d.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	該当者なし			
連携体制・予算・人員	共通指標⑤（1）重複投薬者に対する取組 国保運営協議会の委員である医師会の町内医療機関に勤務する医師、薬剤師会の町内薬局に勤務する薬剤師、歯科医師（国保運営協議会にて事業報告し、より効果的に事業が実施できるよう連携している）			
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人当たりの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	1回以上	1回以上						
			セルフメディケーションの推進のための周知・啓発	1回以上	1回以上	1回以上						

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年度の中間評価のまとめ	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	共通指標⑤（3）薬剤の適正使用の推進に対する取組 ①国民健康保険被保険者			
時期	内容を記載した小冊子を被保険者証更新時に世帯ごとに配布する。また、毎年広報2月号に掲載			
方法	共通指標⑤（3）薬剤の適正使用の推進に対する取組 ①内容を記載した小冊子を被保険者証更新時に世帯ごとに配布、広報誌への掲載			

	実施回数・量	年に2回実施			
	連携体制・予算・人員				
	事業していて気づいたこ				

市町村名：　大野町

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							
				2023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
地域包括ケアに対する取組	大野町は高齢化率が30．1%（令和2年）とで、労働人口（15～64歳）が5．1%減少（平成27年との比較）し、65歳以上の単独世帯は16．5%増加していることから（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。	アウトカム指標（成果）	国保の視点から地域包括ケアの推進に資する取組の実施	実施有								
		アウトプット指標（実施量・率）	①地域包括ケアの構築に向けた医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援など部局横断的な議論の場に国保部局として参画し、KDB等を活用したデータ提供等により地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局として参画	実施有								
			②KDB等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、国保部局として当該ターゲット層に対する支援を実施（お知らせや保健師等専門職による個別支援、介護予防を目的とした取組等）	実施有								
			③国保直診施設等を拠点とした取組をはじめ、医療・介護関係機関の連携による地域包括ケアの推進に向けた取組の実施	実施有								

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年度の中間評価のまとめ	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
時期	①地域支援事業に国保部局として参画	保険者努力支援制度　R5実施分の回答：（1）地域包括ケア推進の取組①の「KDB等を活用した取組内容」を記入 一体的実施担当者向け研修に国保部局と保健衛生部局が参加し、一体化実施に向けて庁内でも調整会議を行う予定。「地域の全体像の把握」で要支援・介護の要因を分析した結果、40～64歳の要介護認定者の原因疾患の多くは心疾患、高血圧症、筋・骨格であることを、介護部局に情報提供。それにより介護予防事業の中で筋力測定を行い、結果を考慮した内容を検討実施する予定。			
方法					
実施回数・量					
対象者	②ハイリスクアプローチ	保険者努力支援制度　R5実施分の回答：（1）地域包括ケア推進の取組②の「ターゲット層となるハイリスク群・予備軍等の抽出条件及び抽出方法」と「国保部局として行った支援の取組内容」を記入 ・自町の要介護（支援）の有病状況では、心臓病・高血圧などが高い傾向から、生活習慣病予防に取り組むことが重要と考えている。そこで、国保部局が所有するデータバンクシステムやKDB等の医療・健診データを保健衛生部局(に提供している。 抽出基準：特定健診結果にて血圧160/100以上の者等で未治療者。 ・国保部局が所有するデータバンクシステムやKDB等の医療・健診データを保健衛生部局(に提供し、血圧160/100以上の者等で未治療者に対して、国保の保健事業として実施している運動教室の案内を送付している。教室では、当該ターゲット層に対し、予防の大切さを伝え、運動・栄養を中心に実施している。また、個別指導が必要であれば、保健師・栄養士が対応している。心臓病などが原因で介護認定を受けることが多いことから、介護予防も視野に含め実施している。			
時期					
方法					
実施回数・量					
対象者	③医療・介護関係機関の連携による地域包括ケアの推進に向けた取組	保険者努力支援制度　R5実施分の回答：（1）地域包括ケア推進の取組③「取組内容」を記入 国保運営協議会委員でもある町内医療機関医師に大野町の現状について情報提供し理解をしてもらうことで連携を図っている。特に糖尿病性腎症重症化予防について連携をしている。			
時期					
方法					
実施回数・量					
連携体制・予算・人員					
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							
				2023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
高齢者の健康づくりと介護予防の一体的実施に対する取組	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うえで、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する。	アウトカム指標（成果）	後期高齢者医療広域連合から保健事業実施の委託を受け、専門職を活用し、国保の保健事業について後期高齢者医療制度の保健事業と介護保険の地域支援事業と一体的に実施	実施有								
			事業の実施に当たり、国保、後期高齢者医療、介護保険のそれぞれのデータ分析を実施	実施有								
		アウトプット指標（実施量・率）	①-１後期高齢者医療制度の保健事業と一体的に実施している保健事業の実施内容（ハイリスクアプローチ）	実施有								
			①-2介護保険の地域支援事業と一体的に実施している保健事業の実施内容（ポピュレーションアプローチ）	実施有								
			②事業の実施に当たり、国保のデータに加え、後期高齢者医療及び介護保険のデータについても、KDB等を活用した分析を総合的に実施	実施有								

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年度の中間評価のまとめ	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	①ハイリスクアプローチ	保険者努力支援制度　R5実施分の回答：(2)一体的実施の取組「後期高齢者医療制度の保健事業と一体的に実施している保健事業の実施内容（ハイリスクアプローチ）」を記入 ・健康状態不明者を抽出し、アンケートを実施する。その結果、介入が必要な者とアンケート未回答者に訪問を実施。健診と介護予防事業の勧奨、医療・介護サービスに繋げる。			
時期					
方法					
実施回数・量					
対象者	①ポピュレーションアプローチ	保険者努力支援制度　R5実施分の回答：(2)一体的実施の取組「後期高齢者医療制度の保健事業と一体的に実施している保健事業の実施内容（ハイリスクアプローチ）」を記入 ・総合的取り組みとして、町内6地区の各公民館にて「楽らく体操教室」を実施。体力測定、健康講話、健康チェック、相談等を行い、フレイル状態にある人の把握を行う。			
時期					
方法					
実施回数・量					
対象者	②事業の実施根拠になるデータの分析	保険者努力支援制度　R5実施分の回答：(2)一体的実施の取組「分析に用いた国保、後期高齢者医療、介護保険のそれぞれのデータ」を記入。 ※一体的実施の企画担当者との連携がある場合は、回答とは別に記入しておくと担当者が変わっても引き継ぎやすい。 ・県提供のヘルスサポートラボのツールを使用し、KDBのデータをもとに分析を実施する予定			
時期					
方法					
実施回数・量					
連携体制・予算・人員		令和5年度より実施 企画調整：保健センター、住民課 連携部署：福祉課（地域包括）			
事業していて気づいたこと					

Ⅴ　その他

データヘルス計画の 評価・見直し	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うえ、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。 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。 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、町国保部局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。
データヘルス計画の 公表・周知	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ことが重要であり、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紙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。
個人情報の取扱い	計画の策定に当たっては、活用するデータの種類や活用方法が多岐にわたり、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）
地域包括ケアに 係る取組	
その他留意事項	