

明日香村国民健康保険  
第3期データヘルス計画及び  
第4期特定健康診査等実施計画

令和6年3月  
奈良県明日香村



## 目次

<b>第一部 前期データヘルス計画の評価</b>	<b>4</b>
◎個別保健事業の評価	5
1. 特定健康診査受診率向上事業	5
2. 健康ステーション事業	5
3. フレイル予防教室事業	6
4. 健康ポイント事業	6
5. 特定保健指導事業	7
6. 糖尿病等治療勸奨事業	7
7. 糖尿病性腎症重症化予防事業	8
<b>第二部 第3期データヘルス計画</b>	<b>10</b>
<b>I. 基本的事項</b>	<b>12</b>
1. 計画の趣旨	12
2. 計画期間	12
3. 実施体制・関連計画との連携	13
4. 共通指標について	14
<b>II. 現状の整理</b>	<b>15</b>
1. 保険者の特性	15
1.1. 人口・被保険者の状況	15
1.2. 健康寿命及び要介護期間	17
1.3. 特定健康診査及び特定保健指導実施状況	18
1.4. 標準化死亡比	29
1.5. 主な死因	30
2. 健康・医療情報等の分析	31
2.1. 医療費の状況	31
2.2. 疾病分類別医療費	33
2.3. 生活習慣病等疾病別医療費	36
2.4. 透析患者の状況	39
2.5. 服薬状況	41
2.6. 特定健康診査結果	44
<b>III. 計画全体</b>	<b>46</b>
1. 課題の整理	46
2. 目的・目標	50
<b>IV. 個別保健事業</b>	<b>51</b>
1. 特定健康診査事業(受診率向上対策事業)	51
2. 特定保健指導事業	52
3. 糖尿病性腎症重症化予防対策事業	53
4. 糖尿病性腎症重症化予防継続サポート事業	54
5. 生活習慣病受診勧奨推進事業(レッドカード)	55
6. 適正受診・適正服薬促進事業(重複多剤併用禁忌投薬対策事業)	56
7. 後発医薬品使用促進事業	57
8. がん検診事業	58
9. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する事業	59

## 目次

<b>V. その他</b>	<b>60</b>
1. 計画の評価・見直し	60
2. 計画の公表・周知	60
3. 個人情報の取扱い	60
4. 地域包括ケアに係る取組	61
<b>第三部 第4期特定健康診査等実施計画</b>	<b>62</b>
<b>I. 計画策定にあたって</b>	<b>64</b>
1. 計画策定の趣旨・背景等	64
2. 計画期間	64
3. 特定健康診査及び特定保健指導の基本的考え方	64
4. 過去(第1期～第3期)の主な取組	67
<b>II. 特定健康診査等の実施目標について</b>	<b>68</b>
1. 特定健康診査等の目標値	68
2. 実施率目標に対する実施者見込数等	68
<b>III. 特定健康診査等実施対象者について</b>	<b>70</b>
1. 特定健康診査における対象者の定義	70
2. 特定保健指導における対象者の定義	70
<b>IV. 特定健康診査等の実施方法について</b>	<b>71</b>
1. 特定健康診査	71
2. 特定保健指導	74
3. 特定保健指導対象者の重点化	76
4. 代行機関について	76
5. 実施に関する年間スケジュール	77
<b>V. 個人情報の保護について</b>	<b>78</b>
1. 特定健康診査、特定保健指導の記録の保存方法、保存体制	78
2. 特定健康診査、特定保健指導の記録の管理に関するルール	78
<b>VI. 特定健康診査等実施計画の公表・周知について</b>	<b>79</b>
1. 公表方法	79
2. 特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発方法について	79
<b>VII. 特定健康診査等実施計画の評価・見直しについて</b>	<b>80</b>
1. 目標達成状況の評価方法	80
2. 評価と見直し	80
<b>VIII. 特定健康診査等の円滑な実施について</b>	<b>81</b>
1. 奈良県国民健康保険団体連合会国保事務支援センターとの連携	81
2. 受診しやすい体制づくり	81
3. 実施体制の確保	81
4. 受診率等の向上となる取組	81
5. 重症化予防の取組	81

## 第一部

### 前期データヘルス計画の評価

## ◎個別保健事業の評価

### 1.特定健康診査受診率向上事業

目的	メタボリックシンドローム・生活習慣病の予防と早期発見					
事業内容	・個別健診 ・集団健診 ・受診者勧奨					
対象者	40～74歳の国民健康保険被保険者					
評価指標	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
新規受診者数	1人	0人	0人	1人	2人	4人
健診受診率	40.2%	40.2%	34.7%	37.9%	39.0%	33.2% (2月末時点)
成功要因 未達要因	令和2年度は新型コロナウイルス感染拡大の影響で受診率が低下したが、令和3年度以降は徐々に受診率が回復している。受診率が回復している背景として、対象者の特性に応じた通知を行ったことが受診率向上につながっていると考えられる。					
課題・次期計画の方向性	若年層の被保険者が少なく、若年層の受診率が低い傾向があるため、新規40歳などに対し、特定健診制度の認知度を上げる必要がある。レセプトデータなどを活用し、属性に応じたハガキなどによる未受診者勧奨を実施。					

### 2.健康ステーション事業

目的	健康意識の向上を図り生活習慣病予防					
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康チェック</li> <li>・食事、運動習慣等の講話と実践</li> <li>・活動量計の使用</li> <li>・ヘルスポイントの実施</li> </ul>					
対象者	健診データやレセプトデータから糖尿病・高血圧・脂質異常症等を分析した者他					
評価指標	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
健康応援団の登録者数	770人	892人	890人	265人	389人	439人
運動をしている者の割合(%)	-	-	26.2%	70.9%	39.3%	29.1% (2月末時点)
成功要因 未達要因	平成30年度から健康応援団カードを事業参加者に配布していたが、令和2年度から令和3年度にかけて、申請方法を見直し、ポイント制度導入を開始した結果、インセンティブ効果が高まるとともに、継続者が増加している。					
課題・次期計画の方向性	本事業の課題としてはアクセスの利便化、広報強化、参加者モチベーション向上のため、健康ポイント以外にも特典や報酬を提供し、イベントの魅力を高める。今後も対象者の活動量を測るために、事業は継続していく。					

### 3.フレイル予防教室事業

目 的	介護部局と連携しフレイルを予防し、要介護状態を防ぐ					
事業内容	【あすか長生き体操】 フレイル・プレフレイルの方を中心とし、フレイル状態に至らず回復できるよう下肢を中心とした筋トレとストレッチを実施する。					
対象者	フレイル有病調査の結果、フレイル及びプレフレイル者					
評価指標	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
要介護認定率	17.5%	18.4%	19.1%	19.6%	19.7%	19.0%
要介護認定者数	371人	393人	412人	424人	424人	406人
成功要因 未達要因	地域医療連携事業において、65歳以上の高齢者にフレイル調査を実施し、対象者に運動の実践を行った結果、セルフケアの推進に繋がったと考える。					
課題・次期計画 の方向性	フォロー体制とともにリハビリ機能を加えた運動機能向上の実践や体操教室に繋げるため、介護部局と連携を図り、セルフケアの向上に努める必要がある。 また、フレイル調査の工程を検討し、3年に1回実施し、体力測定など、より対象者の選定を実施し、廃用症候群の予防に努める。					

### 4.健康ポイント事業

目 的	個々の健康意識のモチベーションを高める					
事業内容	健康や教室、個人の目標の達成などによりポイント数を付与する					
対象者	村民全体の20歳以上の者					
評価指標	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
100ポイント以上の者の数	-	-	-	114人	109人	103人 (2月末時点)
成功要因 未達要因	目標指標は達成できているので、対象者のモチベーション維持にはつながっていると考えられる。					
課題・次期計画 の方向性	健康ポイント事業の認知度は上がってきているが、若年層の認知度はまだまだ低いと考えられる。 今後も事業は継続し、周知方法など検討していく。					

## 5.特定保健指導事業

目的	生活習慣病予防					
事業内容	動機付け、積極的指導対象者への個別指導					
対象者	特定保健指導対象者					
評価指標	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
特定保健指導実施率	-	61.5%	43.4%	33.3%	31.9%	20.0% (2月末時点)
成功要因 未達要因	令和元年度は、国の定めた目標60%にほぼ達してしたが、新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、令和2年度以降年々減少している。令和4年度現在は、国の定めた目標60%とは大きな差がある。					
課題・次期計画の方向性	集団健診結果説明会では、個別指導を主体に行い、医師や保健師、管理栄養士などから保健指導の参加同意を促し継続を図る。 個別結果の返信には、個別の指導レターの同封や電話による勧奨を続けるとともに、血液検査の無償券を配布し、指導の結果を客観的に評価出来るように努めるなど利用率向上に向けた環境調整を図る。					

## 6.糖尿病等治療勧奨事業

目的	重症化予防					
事業内容	糖尿病等の重症未治療者に治療勧奨通知を行い医療機関を受診することを促す					
対象者	健診データやレセプトデータから糖尿病・高血圧・脂質異常症等の重症で未治療の者					
評価指標	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
対象者の医療機関受診状況	50.0%	28.5%	42.9%	25.0%	66.7%	42.0% (2月末時点)
成功要因 未達要因	対象者の医療機関受診状況は、アップダウンをくり返しながらも、令和4年度は過去最高となっている。					
課題・次期計画の方向性	国保連合会と共同して引き続き事業を継続し、治療勧奨に努めるとともに、治療に繋がらない者への再勧奨を確実にを行う体制を図る。					



## 7.糖尿病性腎症重症化予防事業

目 的	重症化予防					
事業内容	治療勧奨通知を行い、医療機関を受診することを促し、かかりつけ医と連携しながら保健指導を行う					
対象者	健診データやレセプトデータからプログラムの基準に応じた対象者					
評価指標	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
対象者の医療機関受診状況	16%	0%	60%	66%	50%	0% (2月末時点)
糖尿病性腎症を原因とする新規透析患者数	2人	0人	0人	0人	0人	1人
成功要因 未達要因	対象者の医療機関受診状況は、平成30年度と比較すると、改善がみられている。					
課題・次期計画の方向性	国保連合会と共同して引き続き事業を継続し、健診受診者へ事業参加の意義の周知を図る。					



## 第二部

### 第3期データヘルス計画



# Ⅰ. 基本的事項

## 1. 計画の趣旨

平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、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。」と掲げられました。またこれを受け、「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、「市町村及び組合は(中略)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を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと。」と定められました。その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)」において、データヘルス計画の標準化等の取り組みの推進が掲げられ、令和4年12月の経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革工程表2022」においては、データヘルス計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPI※の設定を推進するとの方針が示されました。このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取り組みの推進や評価指標の設定の推進が進められています。

市町村国保においては、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られます。本計画は、前期計画における実施結果等を踏まえ、PDCAサイクルに沿った保健事業の展開、達成すべき目標やその指標等を定めたものです。計画の推進に当たっては、医療介護分野における連携を強化し、地域の実情に根差したきめ細かな支援の実現を目指し、地域で一体となって被保険者を支える地域包括ケアの充実・強化に努めるものとします。

※KPI…Key Performance Indicatorの略称。重要業績評価指標。

## 2. 計画期間

本計画は、令和6(2024)年度から令和11(2029)年度までの6年計画とします。

### 3. 実施体制・関連計画との連携

#### 3.1. 実施体制

本計画を策定、推進するうえで、以下の担当課との連携を図るものとします。

部門	担当課等	役割
主担当	住民課	計画全体の調整、管理
庁内関係課	住民課	保健事業の計画、実施、評価
	健康づくり課	
県、外部機関	奈良県医療保険課	計画の方向性に関する情報提供や支援
	中和保健所	保健事業の実施に関する支援
	奈良県国民健康保険団体連合会	現状分析、計画策定、評価に関する支援
	奈良県後期高齢者医療広域連合	高齢者保健事業に関する支援

#### 3.2. 関連計画との連携

本計画策定においては、下記計画との整合性を図りながら、策定作業を進めました。また、各計画の推進状況を把握しながら、本計画を推進していきます。

計画名	担当課等	計画期間
第4期奈良県医療費適正化計画	奈良県医療保険課	令和6年度～令和11年度
なら健康長寿基本計画	奈良県健康推進課	平成25年度～令和5年度
第5次総合計画	総合政策課	平成2年度～令和11年度
第3期健康づくり計画	健康づくり課	令和5年度～令和17年度
高齢者保健福祉計画及び第9期介護保険事業計画	健康づくり課	令和6年度～令和8年度
第4期特定健康診査等実施計画	住民課	令和6年度～令和11年度

## 4. 共通指標について

今期計画より、奈良県では、県内保険者の比較や域内での健康状況を把握することを目的に、共通評価指標が設定されたことに伴い、本村においても、本計画の評価指標に当該共通指標を加え、推移を確認しながら取組を推進していくこととします。

### ◆データヘルス計画全体の指標

No.	目的	評価指標	目指す方向	出典
1	健康寿命の延伸	平均余命	+	KDB
2		平均自立期間(要介護2以上)	+	KDB
3	医療費の適正化	一人当たりの内科医療費(入院+外来) ※性・年齢調整値	-	KDB
4		一人当たりの歯科医療費 ※性・年齢調整値	-	KDB

### ◆個別保健事業における指標

No.	目的	取組	評価指標	目指す方向	出典
1	生活習慣病の 発症予防	特定健康診査・ 特定保健指導	特定健康診査実施率	+(60%)	法定報告
2			特定保健指導実施率	+(60%)	法定報告
3			特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	+	法定報告
4			血糖の有所見者の割合 (保健指導判定値以上：HbA1c5.6以上)	-	KDB
5			血圧の有所見者の割合 (保健指導判定値以上： ①収縮期血圧130mmHg以上 ②拡張期血圧85mmHg以上)	-	KDB
6			脂質の有所見者の割合 (保健指導判定値以上： ①HDLコレステロール40mg/dl未満 ②中性脂肪150mg/dl以上 ③LDLコレステロール120mg/dl以上)	-	KDB
7	【参考】 生活習慣病発症状況 モニタリング		糖尿病の受療割合(糖尿病のレセプトがある者)	総合的に 判断	KDB
8			高血圧症の受療割合(高血圧のレセプトがある者)	総合的に 判断	KDB
9	生活習慣病の 重症化予防	生活習慣病の 重症化予防対策	HbA1c8.0%以上の者の割合	-	KDB
10			新規人工透析導入患者数	-	国保連
11	医薬品の適正 使用	適正受診・適 正服薬の促進	同一月内に複数の医療機関を受診し、重複処方 が発生した者の割合(1以上の薬剤で重複処方 を受けた者)	-	KDB
12			同一月内に9以上の薬剤の処方を受けた者の割 合(9以上の薬剤の処方を受けた者)	-	KDB
13	後発医薬品の 使用	後発医薬品の 使用促進	後発医薬品使用割合(数量ベース)	+	厚生労働省

## II. 現状の整理

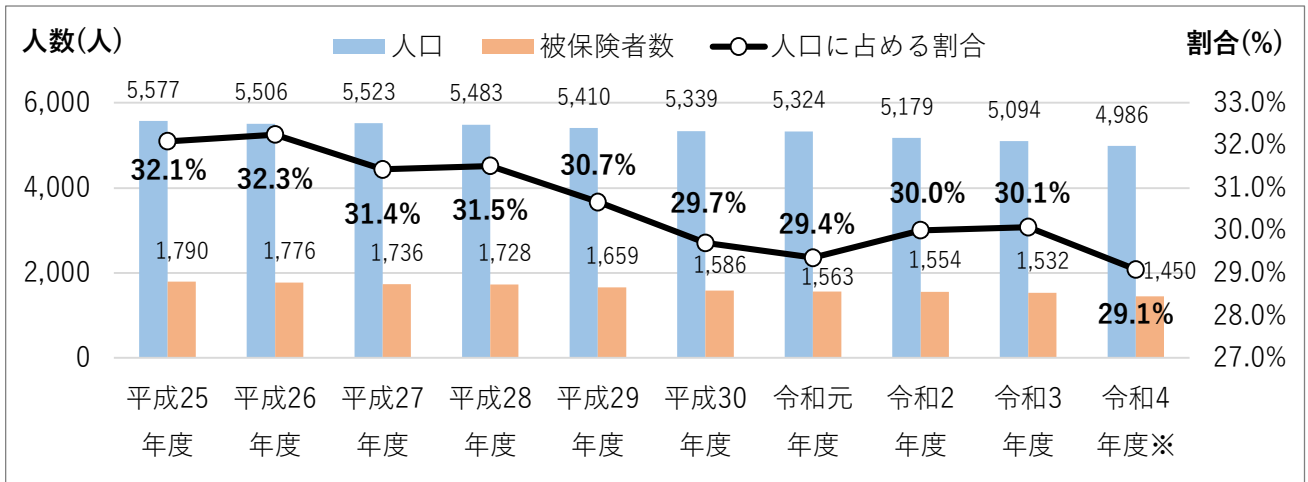
### 1. 保険者の特性

#### 1.1. 人口・被保険者の状況

以下は、本村の人口及び被保険者の状況です。

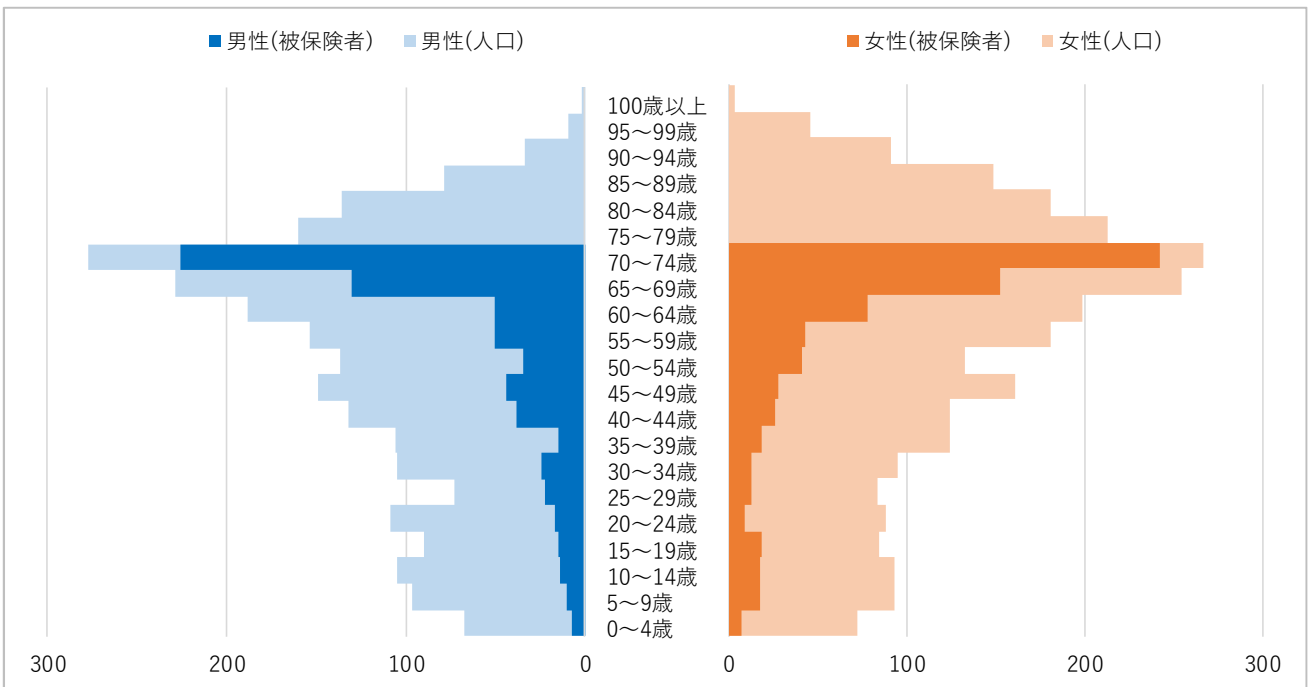
人口、被保険者数ともに年々減少傾向にあり、国保被保険者は65歳から加入率が大幅に高くなります。

図表1 人口及び被保険者数の推移(平成25年度～令和4年度)



出典：国民健康保険実態調査  
※令和4年度は速報値

図表2 性別・年齢階層別の人口及び被保険者数(令和4年度)



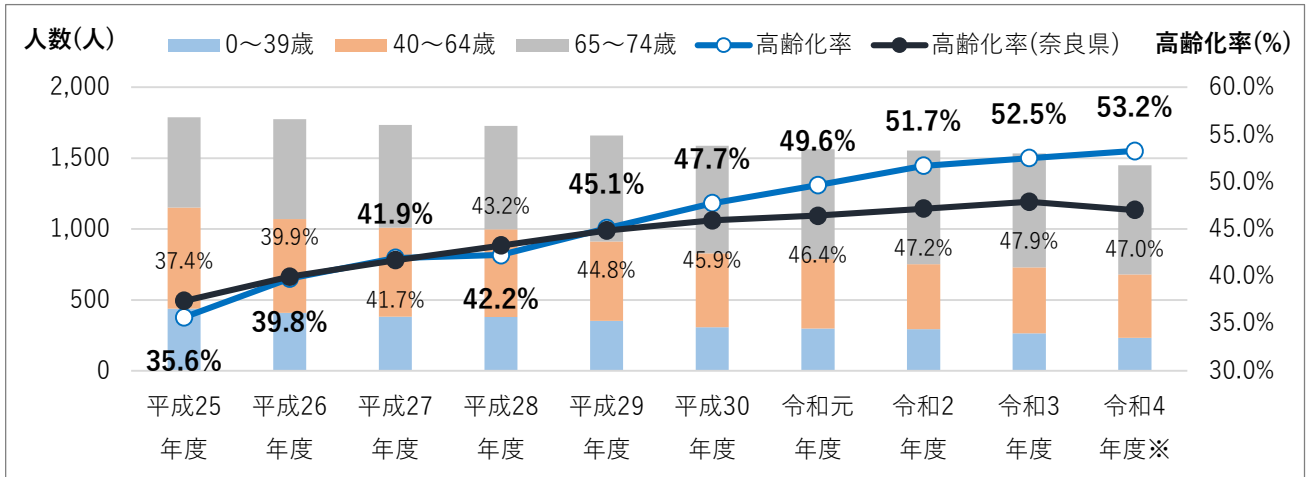
出典：国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者集計」



以下は、本村の年齢階層別の国保被保険者分布及び高齢化率の推移です。

65歳以上の高齢者の割合は国よりも高く、経年で見ると年々増加しています。国保被保険者の2人に1人は65歳以上の高齢者となっています。

図表3 年齢階層別の国保被保険者分布および高齢化率の推移(平成25年度～令和4年度)



出典：国民健康保険実態調査  
※令和4年度は速報値

## 1.2. 健康寿命及び要介護期間

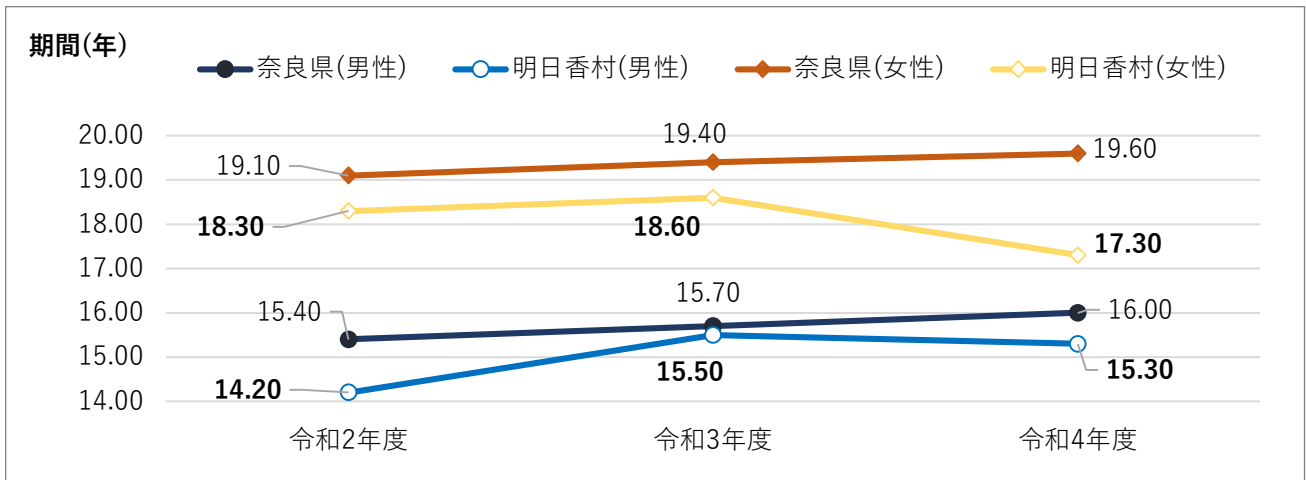
### 1.2.1. 健康寿命(65歳平均自立期間)

以下は、本村の健康寿命(65歳平均自立期間)について、奈良県と比較したものです。

「健康寿命(65歳平均自立期間)」とは、介護保険の要介護1までを健康な状態として、65歳の方が、健康で日常生活を支障なく送ることができる期間のことです。

本村は男性、女性ともに奈良県よりも短く推移しています。奈良県は年々伸びている一方で、本村については令和4年度は令和3年度よりも短くなっています。

図表4 健康寿命(65歳平均自立期間)の推移(令和2年度～令和4年度)



出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

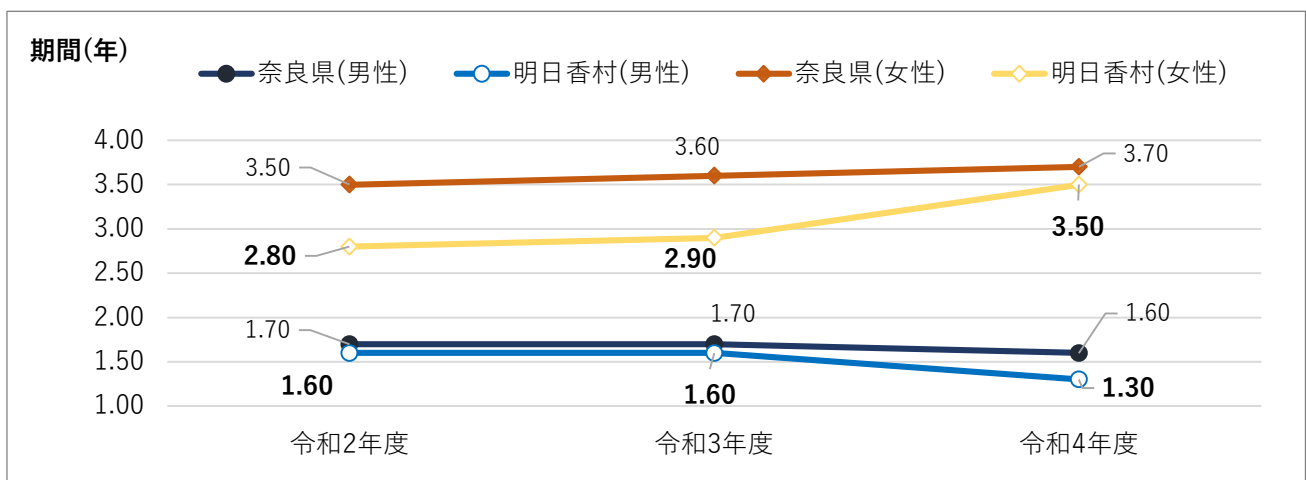
### 1.2.2. 65歳平均要介護期間

以下は、本村の65歳平均要介護期間について、奈良県と比較したものです。

「65歳平均要介護期間」とは、介護保険の要介護2以上の期間のことです。

本村の女性は、平成30年度から奈良県より短い期間で推移していますが、年々長くなっています。男性は奈良県とほぼ同程度で推移していましたが令和4年度は短くなりました。

図表5 65歳平均要介護期間の推移(令和2年度～令和4年度)



出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

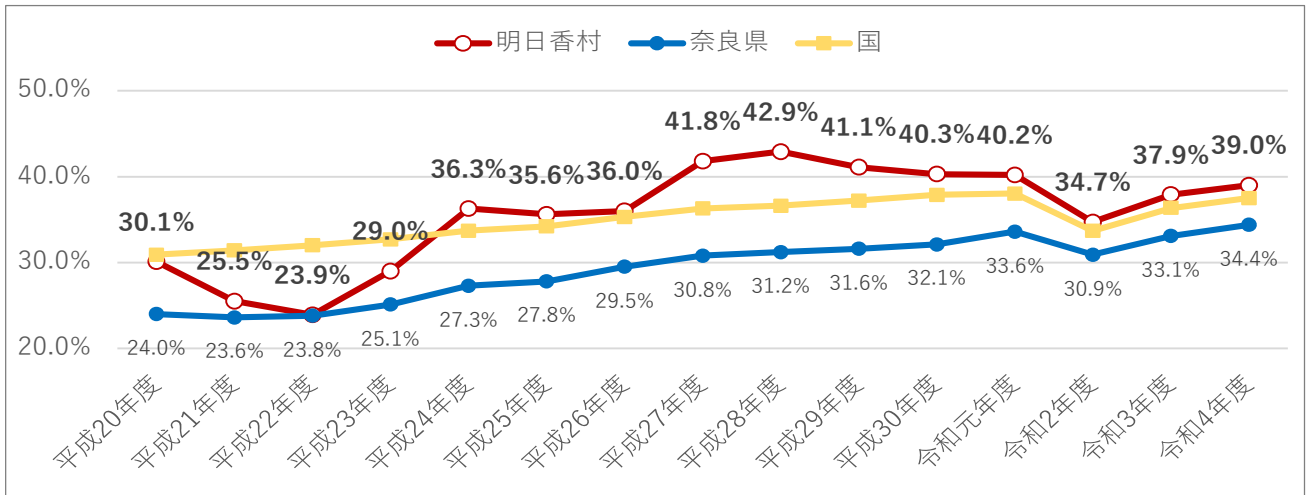
### 1.3. 特定健康診査及び特定保健指導実施状況

#### 1.3.1. 特定健康診査実施状況

以下は、本村における平成30年度以降の特定健康診査受診率の推移について、奈良県と比較したものです。

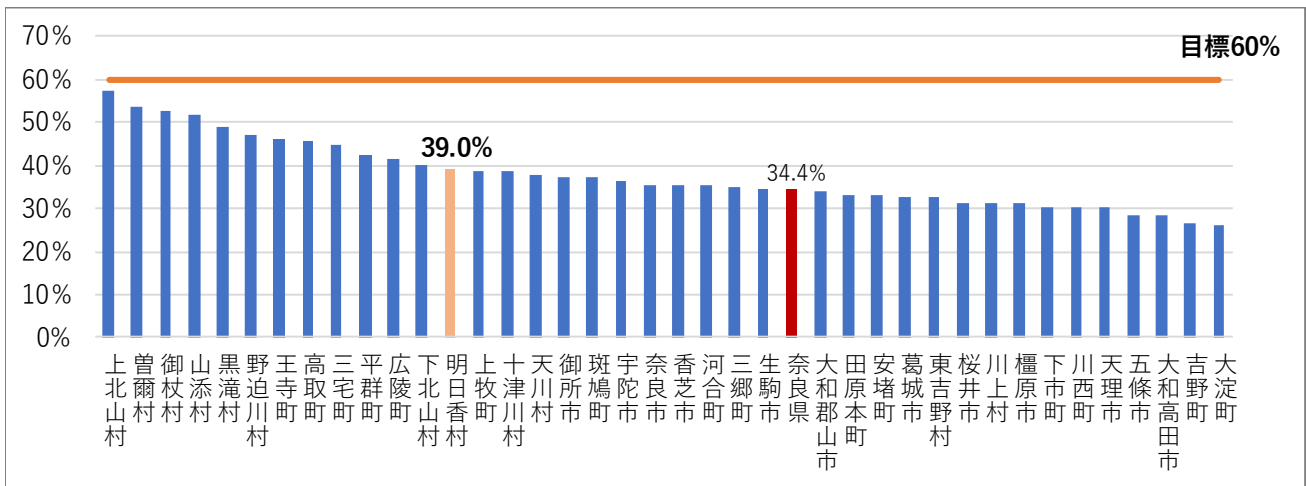
令和元年度までは、ほぼ横ばい傾向でしたが、新型コロナウイルス感染症の影響を受け、令和2年度に急降下しています。令和3年度は本村、奈良県共に受診率が回復し、令和4年度も上昇傾向で、奈良県よりも上位に位置します。

図表6 特定健康診査受診率の推移(平成20年度～令和4年度)



出典：法定報告値

図表7 奈良県内市町村の特定健康診査受診率(令和4年度)

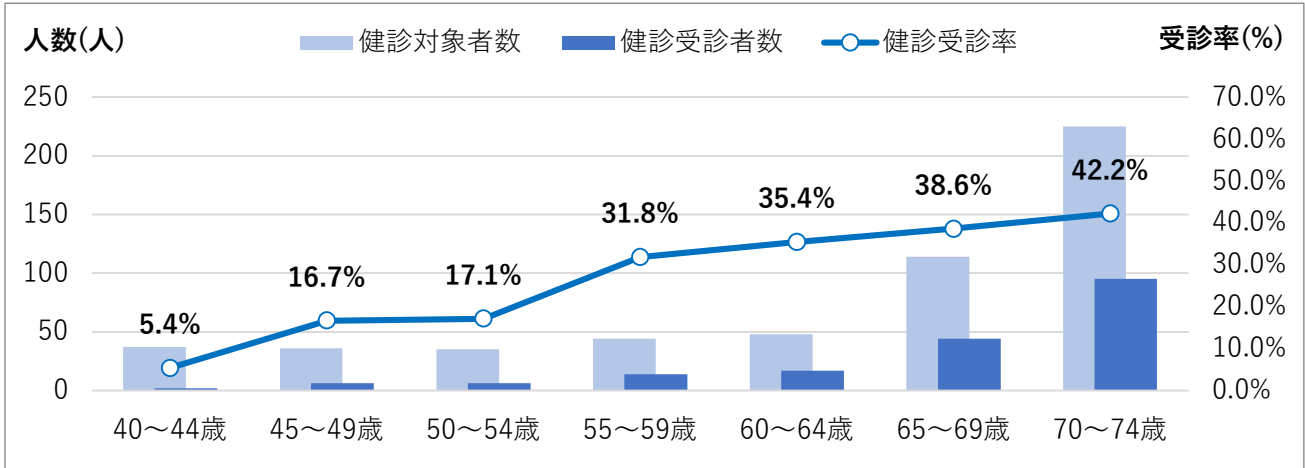


出典：法定報告値

以下は、本村における性別・年齢階層別の特定健康診査受診率です。

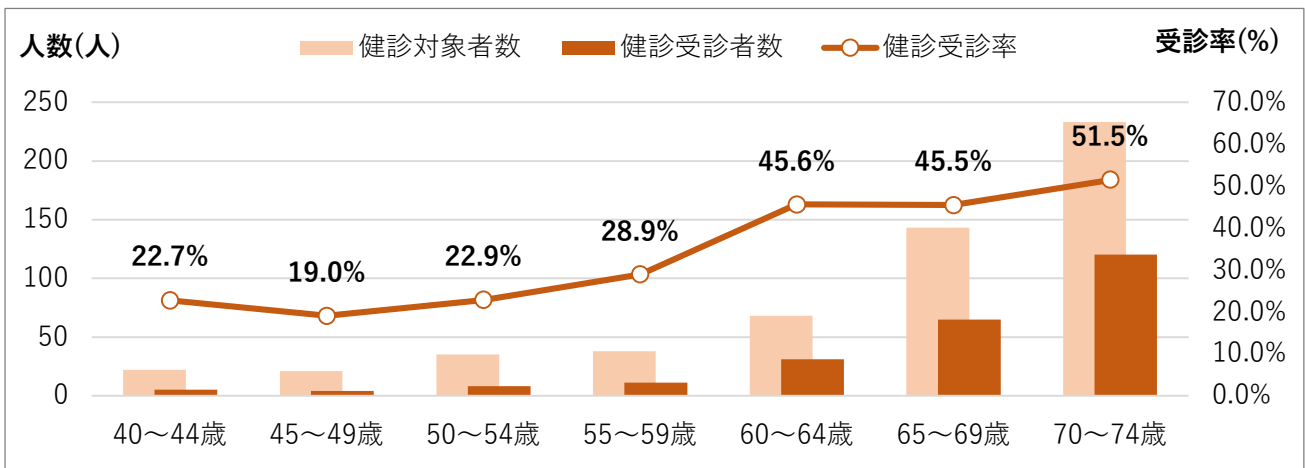
男女ともに加齢とともに受診率は高くなっていますが、55歳未満の男性の受診率は10%後半で、受診率が低くなっています。

図表8 (男性)年齢階層別特定健康診査受診率(令和4年度)



出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

図表9 (女性)年齢階層別特定健康診査受診率(令和4年度)



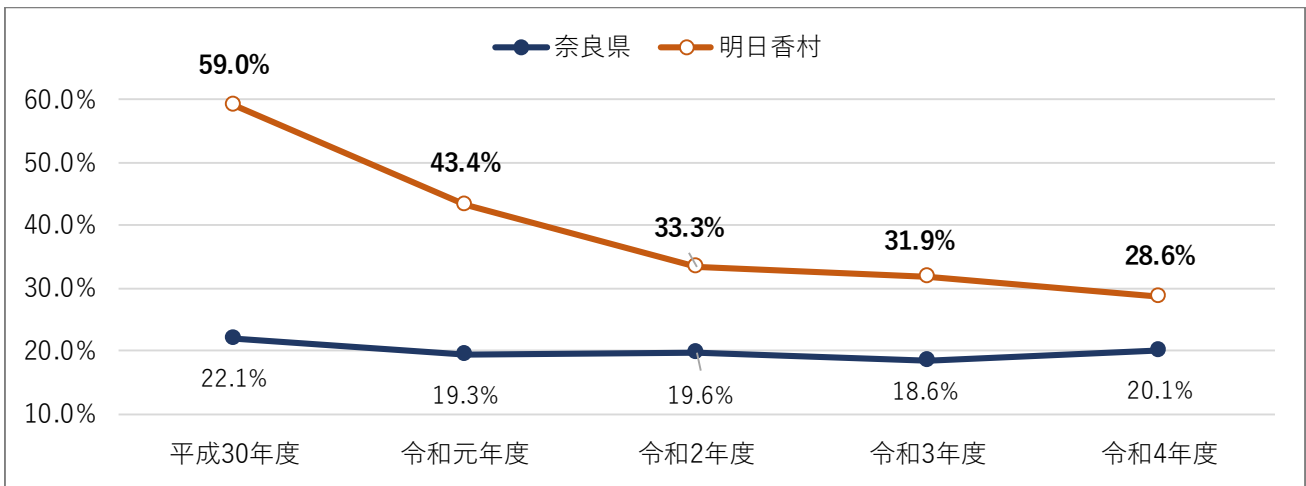
出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

### 1.3.2. 特定保健指導実施状況

以下は、本村における平成30年度以降の特定保健指導実施率の推移について、奈良県と比較したものです。

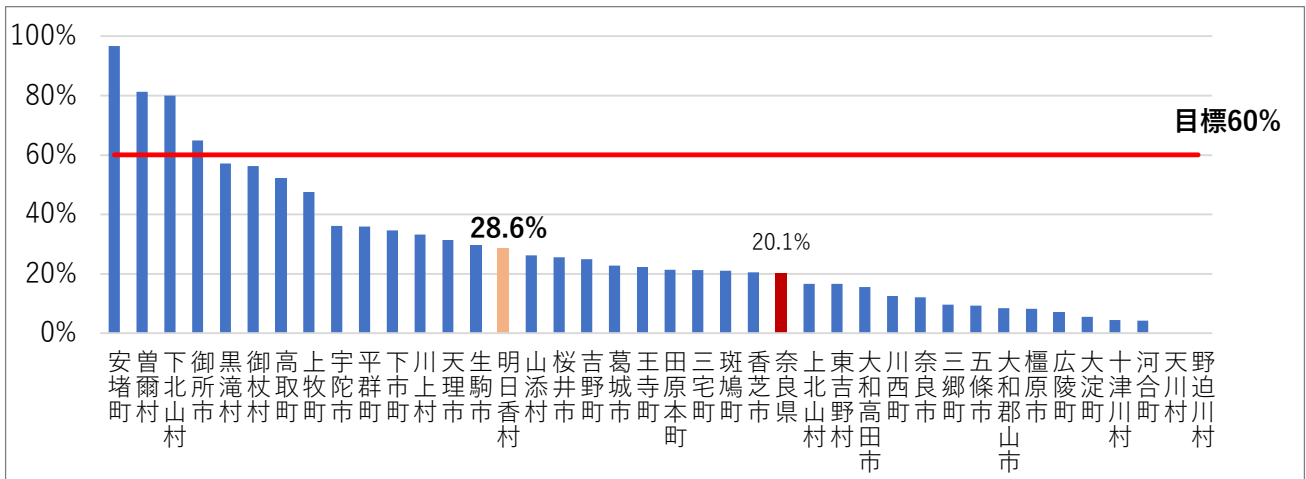
平成30年度は、国の定めた目標60%にほぼ達していましたが、この年以降年々減少しています。令和2年度の新型コロナウイルス感染症の影響以降も、横ばい傾向となっており、国の定めた目標60%とは大きな差があります。

図表10 特定保健指導実施率の推移(平成30年度～令和4年度)



出典：法定報告値

図表11 奈良県内市町村の特定保健指導実施率(令和4年度)

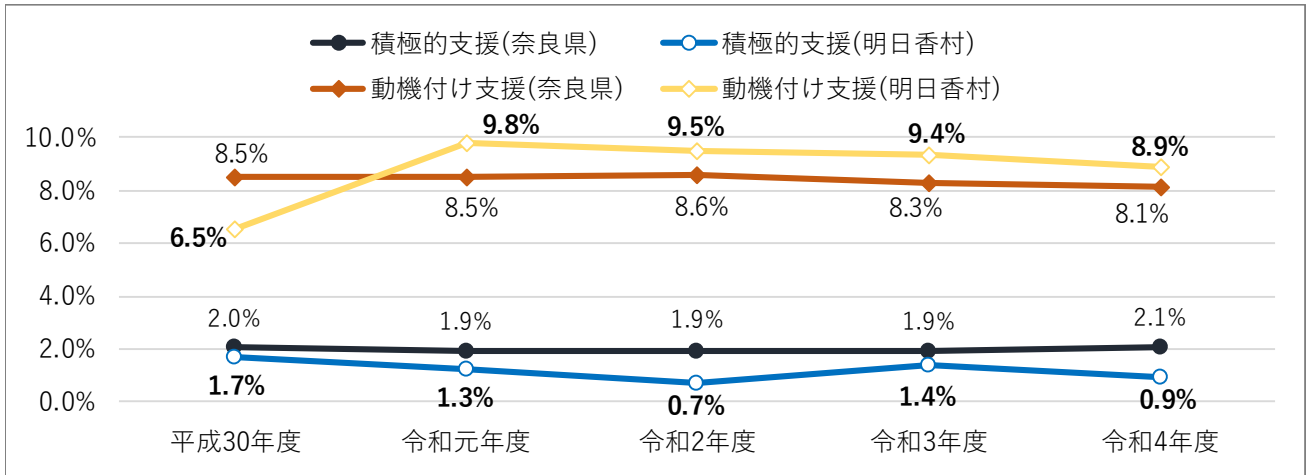


出典：法定報告値

以下は、特定保健指導対象者割合の推移について、奈良県と比較したものです。

特定健康診査受診者のうち、特定保健指導の該当者の割合は、動機付け支援では、令和元年度以降、横ばい傾向で推移していますが奈良県よりも高く、積極的支援では、奈良県の値より低い値ですが、ほぼ横ばいに推移しています。

図表12 特定保健指導対象者割合の推移(平成30年度～令和4年度)



出典：法定報告値

(参考)特定保健指導対象者の選定基準

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

(注)喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味する。

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

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

(空腹時血糖及びHbA1c(NGSP値)の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。)

②脂質：空腹時中性脂肪150mg/dl以上(やむをえない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上)またはHDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者については、対象から除いている。

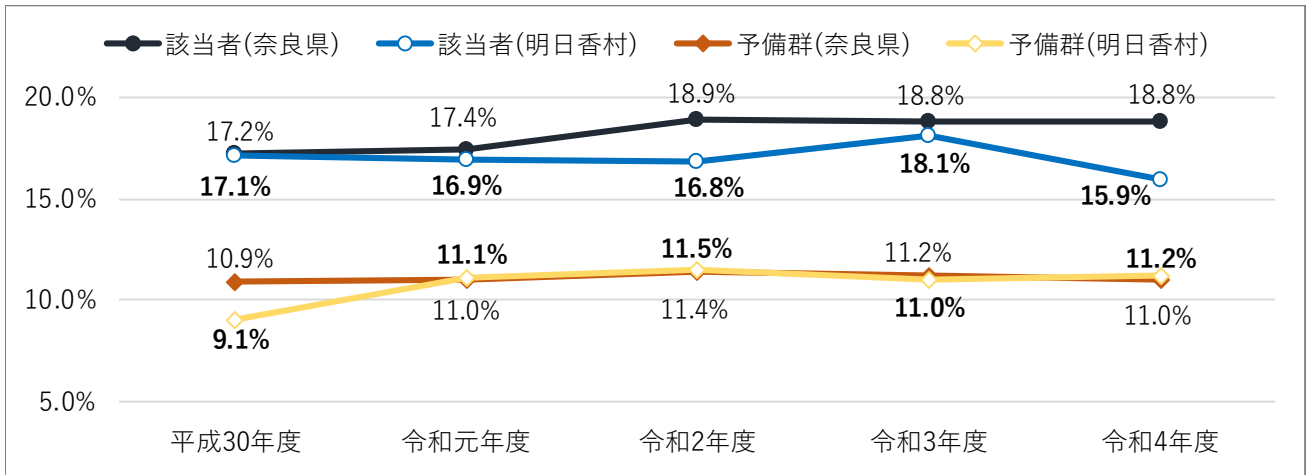
※65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみを行っている。

### 1.3.3. メタボリックシンドローム

以下は、本村のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合の推移について、奈良県と比較したものです。

特定健康診査受診者のうち、メタボリックシンドロームの該当者は、奈良県よりも低く、予備群は奈良県の値とほぼ同水準で推移しています。

図表13 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合の推移



出典：法定報告値

#### (参考)メタボリックシンドローム判定基準

腹囲	追加リスク(①血糖 ②脂質 ③血圧)	該当状況
≧85cm(男性)	2つ以上該当	メタボリックシンドローム基準該当者
≧90cm(女性)	1つ該当	メタボリックシンドローム予備群該当者

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

- ①血糖:空腹時血糖が110mg/dl以上
- ②脂質:中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満
- ③血圧:収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者も対象となる。

### 1.3.4. 特定健康診査結果

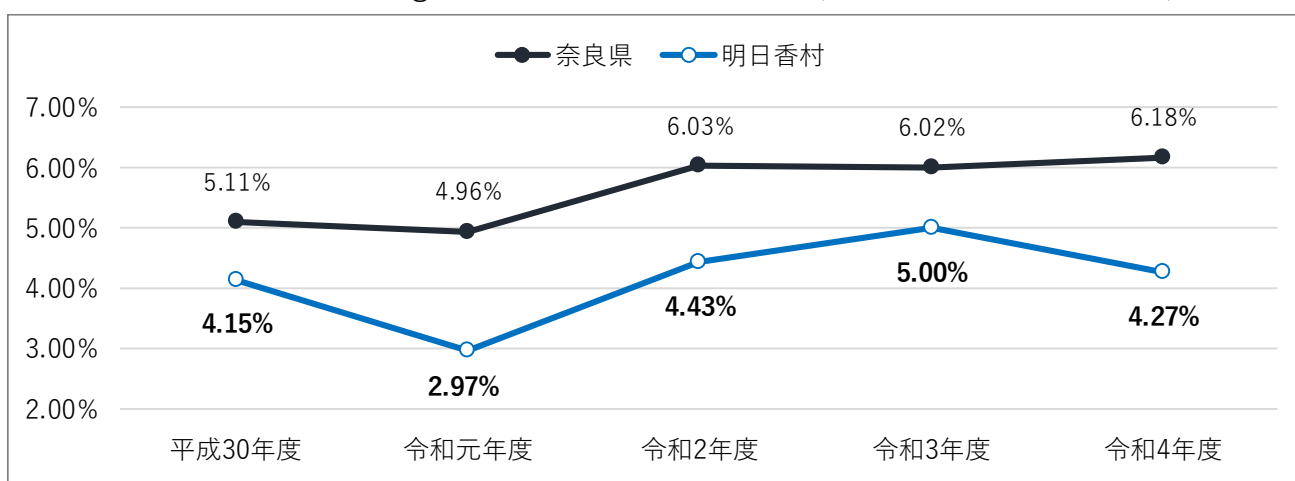
#### 1.3.4.1. 血圧

血圧には収縮期血圧(最大血圧)と拡張期血圧(最小血圧)があり、それぞれにおける正常血圧(収縮期血圧<120mmHg、拡張期血圧<80mmHg)より高くなっている状態は高血圧と言われ、収縮期血圧140mmHg及び拡張期血圧90mmHg以上になると、医療機関への受診勧奨の対象になっています。

以下は、特定健康診査の結果、Ⅱ度高血圧に該当する収縮期血圧160mmHg/拡張期血圧100mmHg以上の対象者の割合の推移について、奈良県と比較したものです。

特定健康診査受診者のうち、Ⅱ度高血圧以上に該当する者の割合は、経年でみると増減があるものの、奈良県よりも低い水準での推移しています。

図表14 血圧160/100mmHg以上の該当者の割合の推移(平成30年度～令和4年度)



出典：奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

(参考)成人における血圧値の分類

分類	診察室血圧(mmHg)			家庭血圧(mmHg)		
	収縮期血圧	かつ	拡張期血圧	収縮期血圧	かつ	拡張期血圧
正常血圧	<120	かつ	<80	<115	かつ	<75
正常高値血圧	120-129	かつ	<80	115-124	かつ	<75
高値血圧	130-139	かつ/または	80-89	125-134	かつ/または	75-84
I度高血圧	140-159	かつ/または	90-99	135-144	かつ/または	85-89
Ⅱ度高血圧	160-179	かつ/または	100-109	145-159	かつ/または	90-99
Ⅲ度高血圧	≧180	かつ/または	≧110	≧160	かつ/または	≧100
(孤立性)収縮期高血圧	≧140	かつ	<90	≧135	かつ	<85

出典：日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン2019」



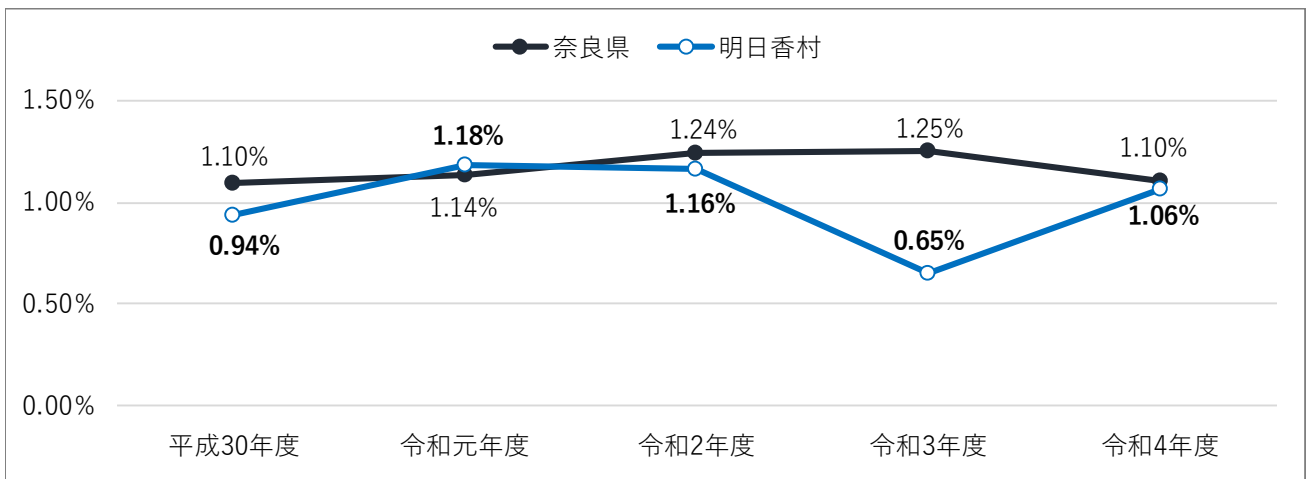
### 1.3.4.2. HbA1c(NGSP)

HbA1cはヘモグロビン・エー・ワン・シーと読み、糖尿病の指標になる重要な数値であり、6.5%以上は糖尿病が疑われる値で、7.0%以上の状態を放置しておくとな数年後には8.0%以上になり、合併症(神経障害、網膜症、腎症)が進みやすくなります。

以下は、特定健康診査の結果、HbA1c7.0%以上及び8.0%以上の対象者の割合の推移について、奈良県と比較したものです。

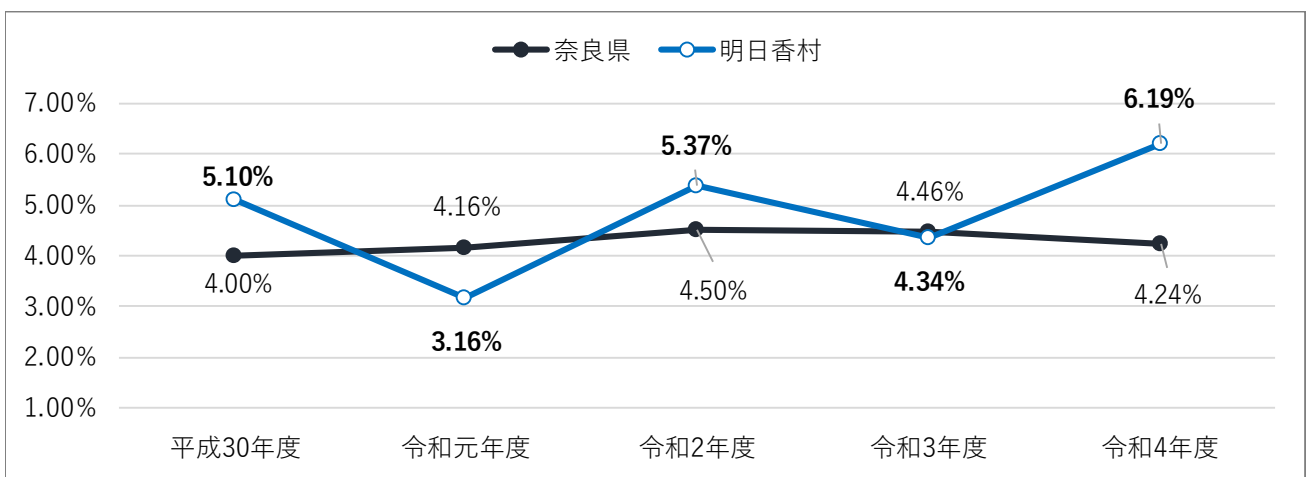
以下は、特定健康診査受診者のうち、HbA1c7.0%以上の該当者、8.0%以上の該当者の割合の推移になりますが。HbA1c8.0%以上の該当者割合は、令和3年度に一度減少していますが、奈良県とほぼ同値で推移しています。HbA1c7.0%以上の該当者割合は、平成30年度、令和2年度、令和4年度は奈良県より高くなっており、令和4年度は5年間の中で一番高くなっています。

図表15 HbA1c8.0%以上の該当者の割合の推移(平成30年度～令和4年度)



出典：奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

図表16 HbA1c7.0%以上の該当者の割合の推移



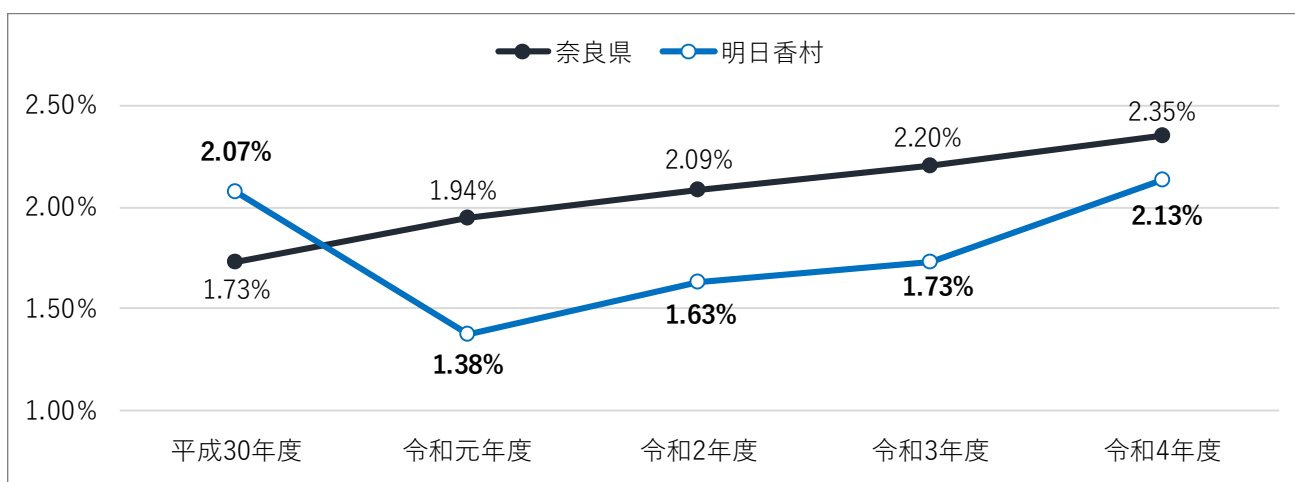
出典：奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

### 1.3.4.3. eGFR

eGFR(推算糸球体濾過量)とは、腎機能を表す指標で、腎臓に、どれくらい老廃物を尿へ排泄する能力があるかを示しており、この値が低いほど腎臓の働きが悪いということになります。正常値は60ml/分/1.73m<sup>2</sup>以上になりますが、低下していくと、CKD(慢性腎臓病)の発症リスクが高くなり、発症後に重症化すると人工透析または腎移植が必要な腎不全に陥ることがあります。

以下は、特定健康診査受診者のうち、eGFR45ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満の該当者の割合の推移になりますが、令和元年度以降は奈良県よりも低い値で推移しています。

図表17 eGFR45ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満の該当者の割合の推移(平成30年度～令和4年度)



出典：奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

(参考)CKDの重症度分類(CKD診療ガイドライン2012)

原疾患	尿蛋白区分		A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
			30未満	30～299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)		正常	軽度尿蛋白	高度尿蛋白
			0.15未満	0.15～0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分/1.73m <sup>2</sup> )	G1	正常または高値	≥90		
	G2	正常または軽度低下	60～89		
	G3a	軽度～中等度低下	45～59		
	G3b	中等度～高度低下	30～44		
	G4	高度低下	15～29		
	G5	末期腎不全(ESKD)	<15		

重症度は原疾患・GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死発症のリスクを緑 ■ のステージを基準に、黄 ■、オレンジ ■、赤 ■ の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。

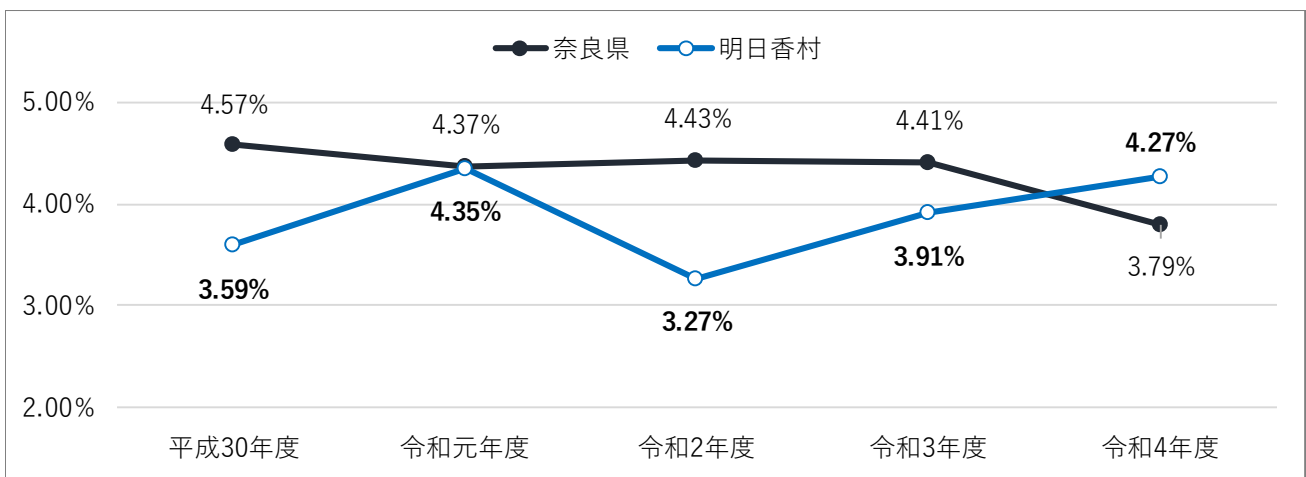
出典：日本腎臓学会「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018」

#### 1.3.4.4. 脂質異常症

脂質の異常には、LDLコレステロール、HDLコレステロール、中性脂肪の血中濃度の異常がありますが、これらはいずれも、動脈硬化の促進と関連しているといわれます。メタボリックシンドロームの診断基準に用いられる脂質の指標は、HDLコレステロールと中性脂肪ですが、LDLコレステロールは単独でも強力に動脈硬化を進行させるため注意が必要です。LDLコレステロールの正常範囲は140mg/dl未満で、180mg/dL以上になると心筋梗塞や狭心症への発症リスクが高まり、また、中性脂肪の正常範囲は空腹時150mg/dL未満、非空腹時175mg/dL未満で、500mg/dL以上になると、この状態を放置しておくとなら急性膵炎の発症リスクが高くなります。

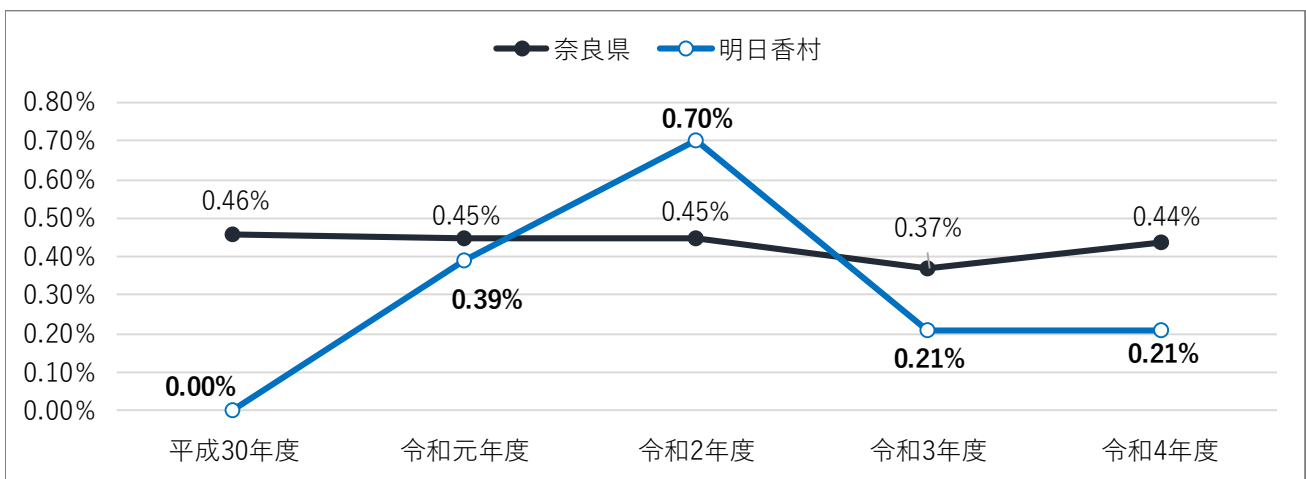
以下は、LDLコレステロール180mg/dl以上の該当者と中性脂肪500mg/dl以上の該当者の割合の推移を示しています。LDLコレステロール180mg/dl以上の該当者の割合は、奈良県よりも低い水準で推移していましたが、令和4年度は、奈良県より高い値となっています。また、中性脂肪500mg/dl以上の該当者の割合は、平成30年度から令和2年度で急上昇し奈良県の値より高くなった後下降し、奈良県より低い値となっています。

図表18 LDLコレステロール180mg/dl以上の該当者割合の推移(平成30年度～令和4年度)



出典：奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

図表19 中性脂肪500mg/dl以上の該当者の割合の推移(平成30年度～令和4年度)



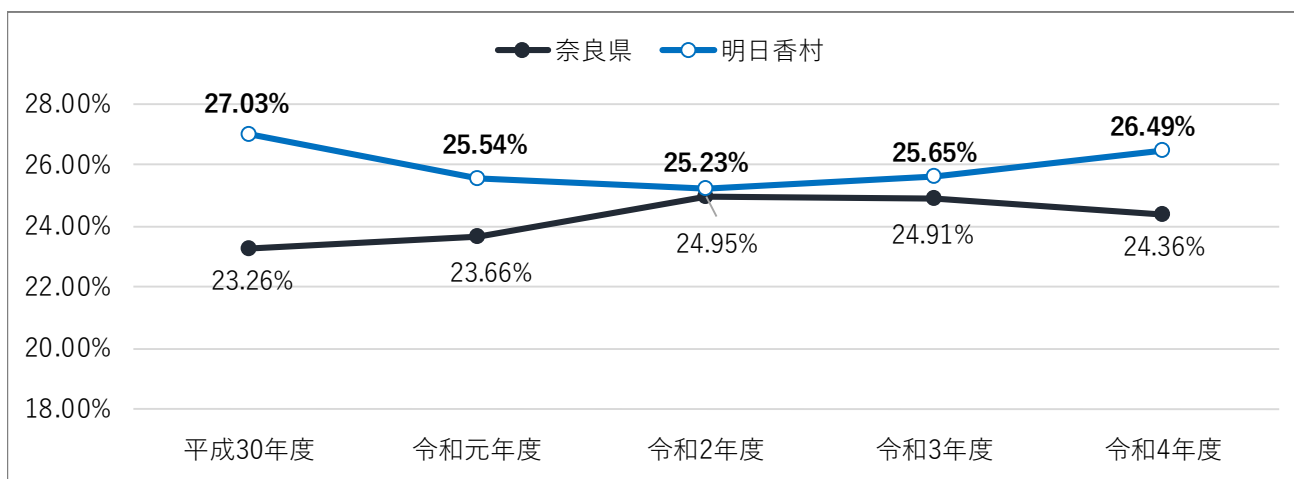
出典：奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

### 1.3.4.5. BMI及び腹囲

BMIはBody Mass Index(ボディ・マス・インデックス)の略称で、計算式は[体重(kg)]÷[身長(m)の2乗]で肥満や低体重(やせ)の判定として用いられており、BMIが22になるときの体重が標準体重で、最も病気になりにくい状態であるとされている一方で、25を超えると脂質異常症や糖尿病、高血圧などの生活習慣病のリスクが2倍以上になり、30を超えると高度な肥満としてより積極的な減量治療を要するものとされています。腹囲は内臓脂肪(腸の周りに脂肪が過剰に蓄積した状態)の増加を判定する指標として用いられ、男性85cm未満、女性90cm未満が基準値になります。

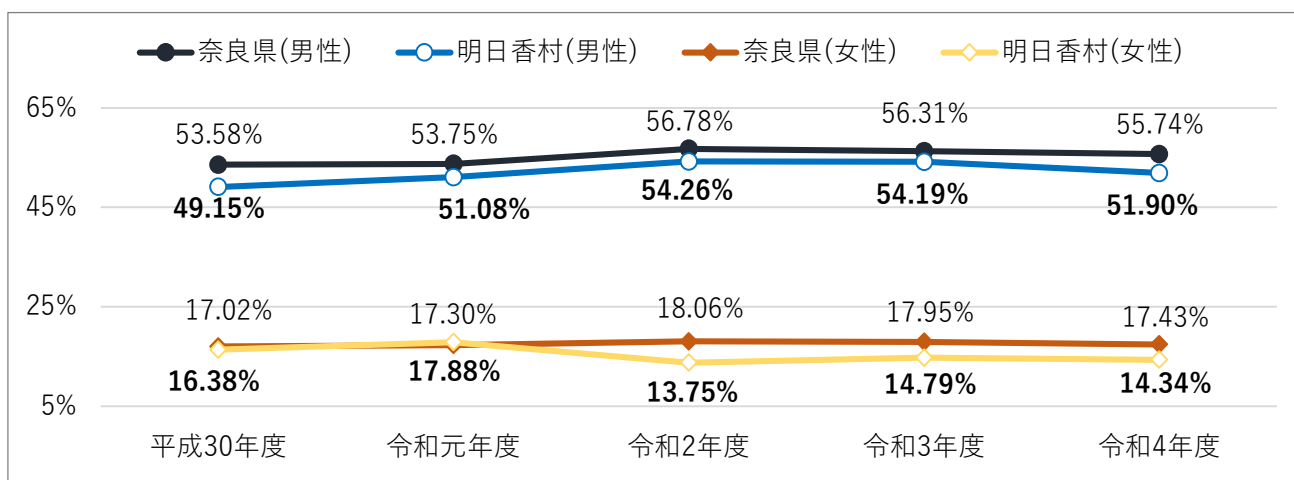
以下は、BMI25以上の該当者と腹囲が基準値以上の該当者の割合の推移を示しています。BMI25以上の該当者の割合は、奈良県よりも高い水準で推移しており、また、令和3年度より上昇傾向にあります。一方、腹囲が基準値以上の該当者の割合は、奈良県とほぼ同水準で推移しています。

図表20 BMI25以上の該当者の割合の推移(平成30年度～令和4年度)



出典：奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

図表21 (男性)腹囲85cm以上、(女性)腹囲90cm以上の該当者の割合の推移



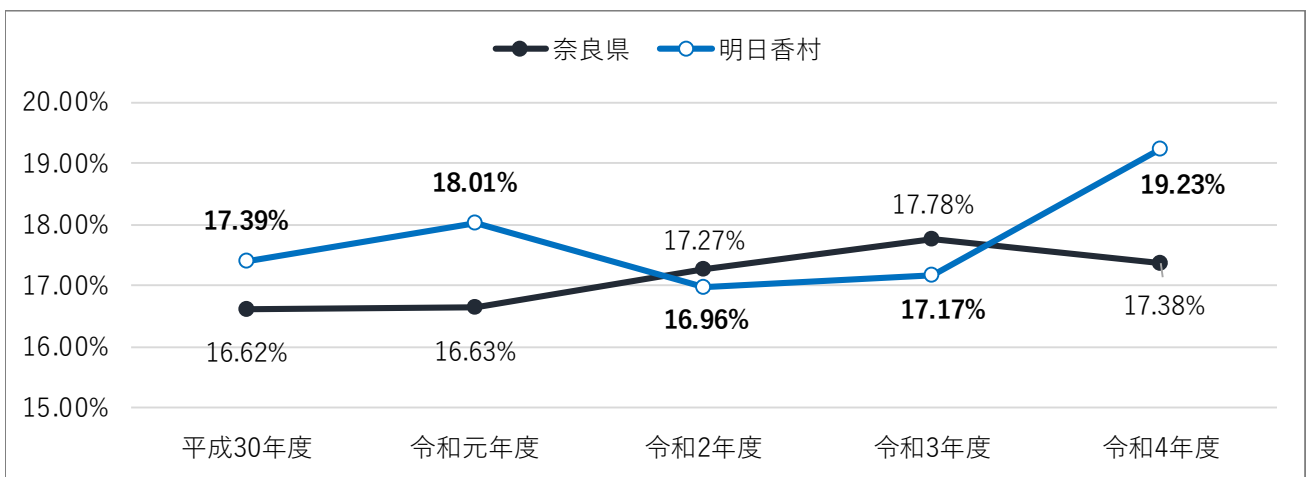
出典：奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

#### 1.3.4.6. 咀嚼

口腔機能に検査に着目し、平成30年度から特定健康診査の質問票に「食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。」という質問が新規で設定されました。う蝕(むし歯)、歯周病、歯の喪失やそれ以外の歯・口腔に関わる疾患等により咀嚼機能や口腔機能が低下すると、野菜の摂取は減少し、脂質やエネルギー摂取が増加することで、生活習慣病のリスクが高まることが指摘されており、逆に、何でもかんで食べられると、バランスよく食事をとることができるだけでなく、唾液の分泌量が増加するため、消化吸収の促進、味覚の増進等にも有効であるといわれています。

以下は、当該質問項目において「歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある」、「ほとんどかめない」と回答された、咀嚼機能に問題があると思われる該当者の割合の推移を示しています。咀嚼機能に問題があると思われる該当者の割合は、経年でみると増減があるものの上昇傾向であり、令和4年度は5年間の中で一番高くなっています。

図表22 咀嚼機能に問題があると思われる該当者の割合の推移(平成30年度～令和4年度)



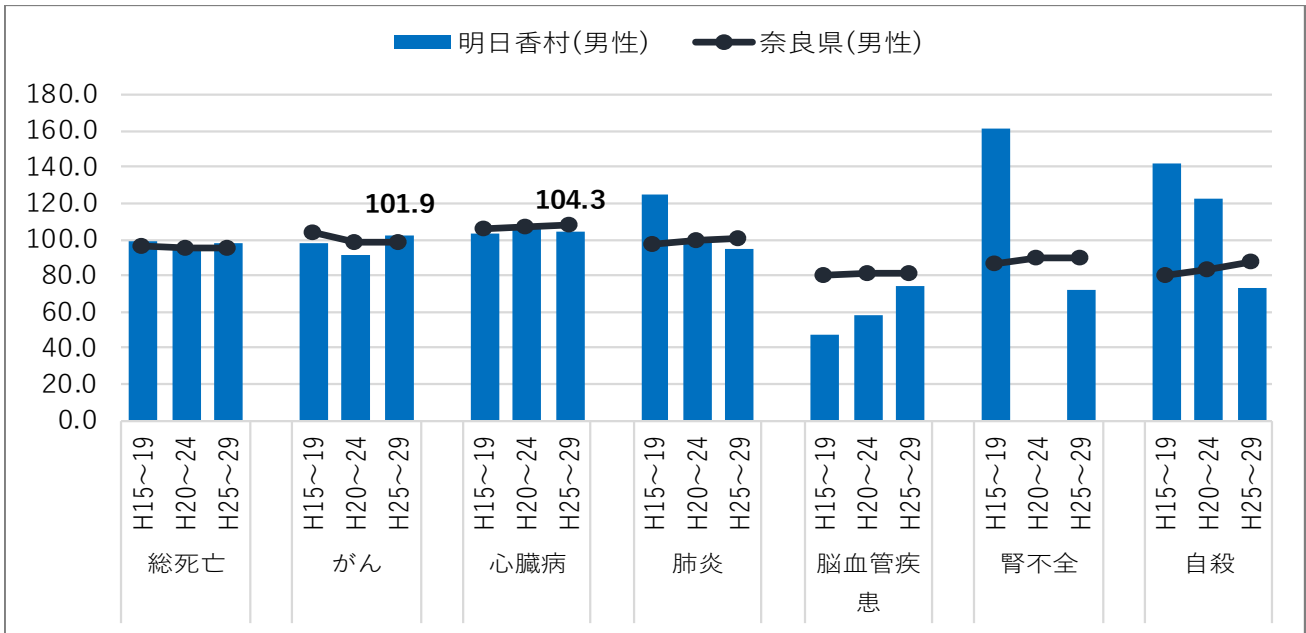
出典：奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

#### 1.4. 標準化死亡比

以下は、主要疾病における標準化死亡比(国100に対する年齢を考慮した死亡率の比)の推移を示したものです。

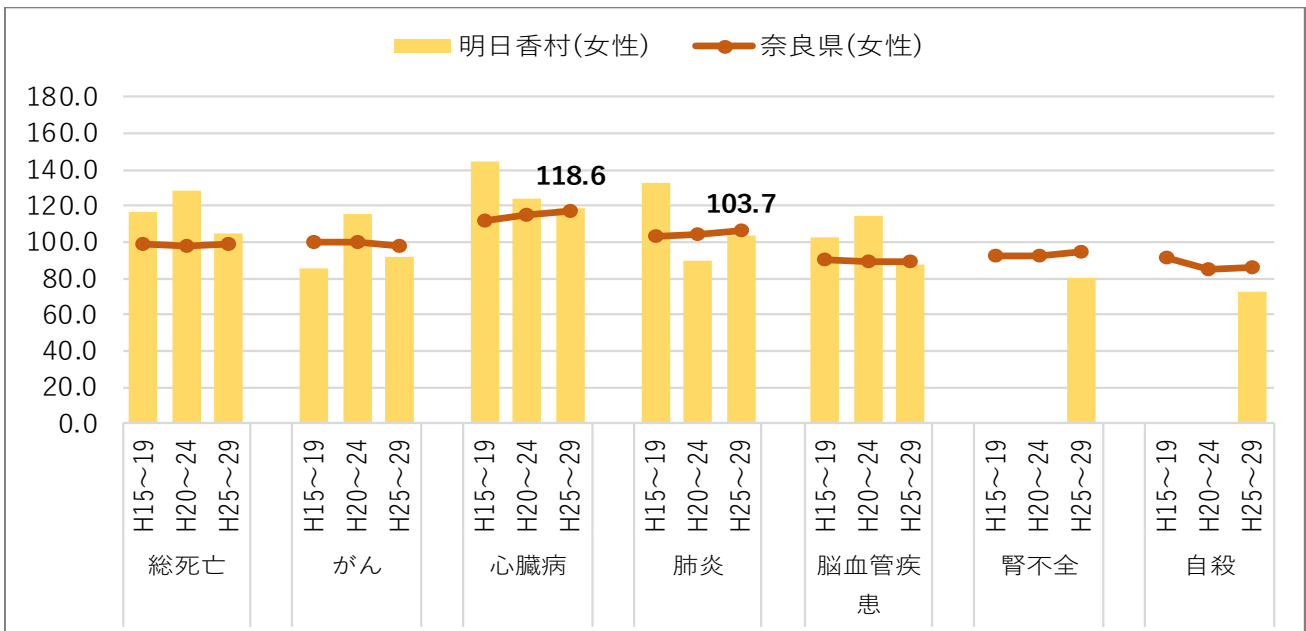
平成25年度～29年度は、男性、女性ともに、心臓病で100以上となっています。男性では、がんも高く、女性では、肺炎が高い数値になっています。

図表23 (男性)主要疾病標準化死亡比の推移



出典：厚生労働省「人口動態保健所・市区町村別統計」

図表24 (女性)主要疾病標準化死亡比の推移

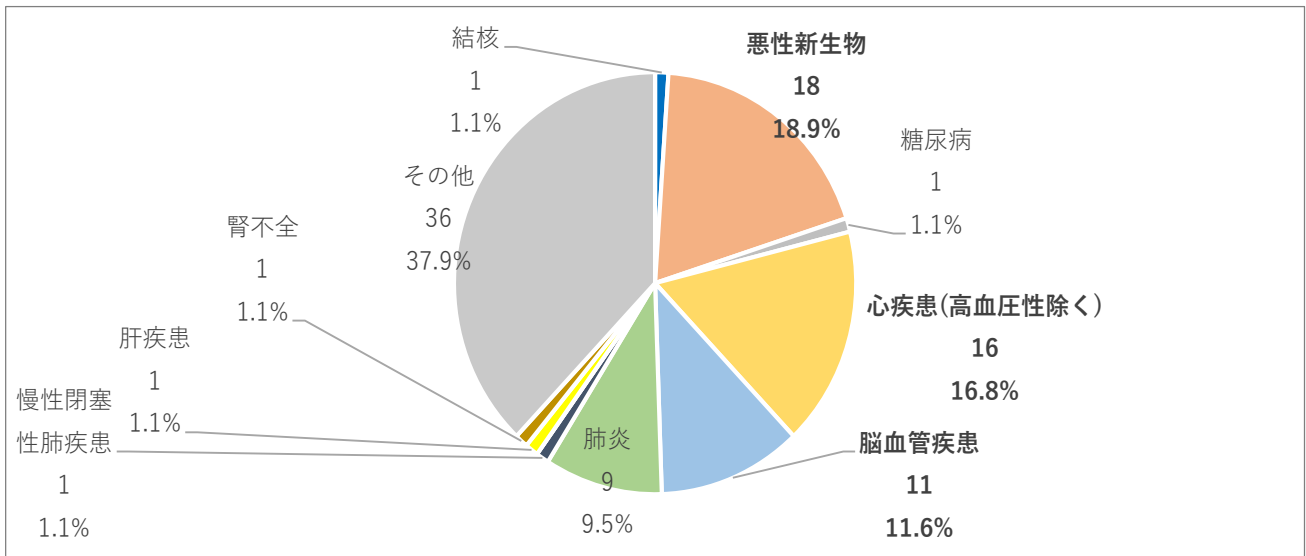


出典：厚生労働省「人口動態保健所・市区町村別統計」

### 1.5. 主な死因

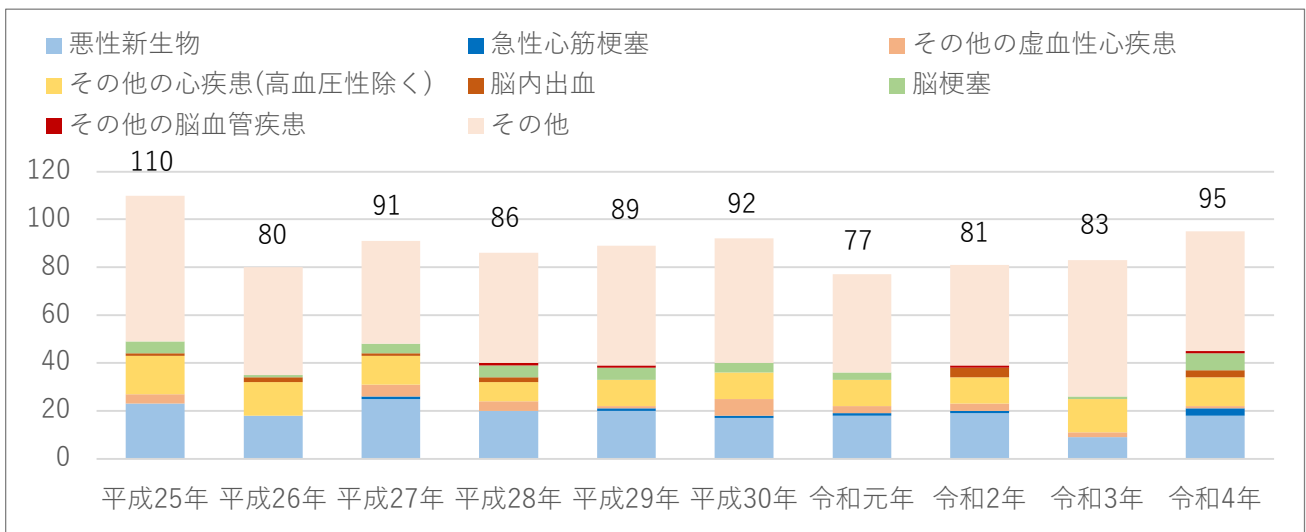
以下は、本村における主たる死因の状況を示したものです。

図表25. 主たる死因の状況(令和4年)



出典：厚生労働省「人口動態調査」(令和4年1月～12月)

図表26. 主たる死因の状況の推移



出典：厚生労働省「人口動態調査」(平成25年～令和4年)

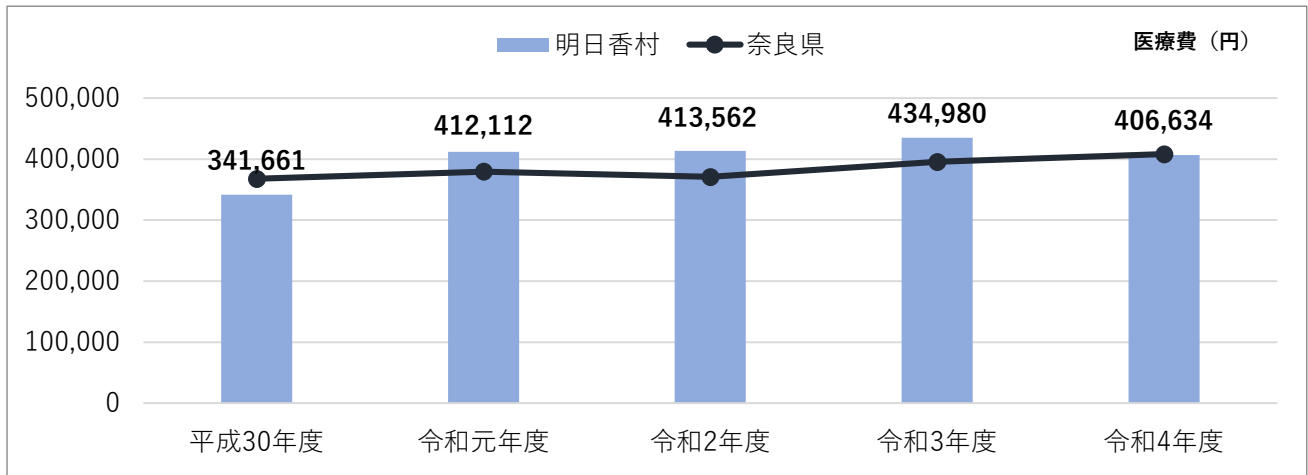
## 2. 健康・医療情報等の分析

### 2.1. 医療費の状況

#### 2.1.1. 被保険者一人当たり医療費

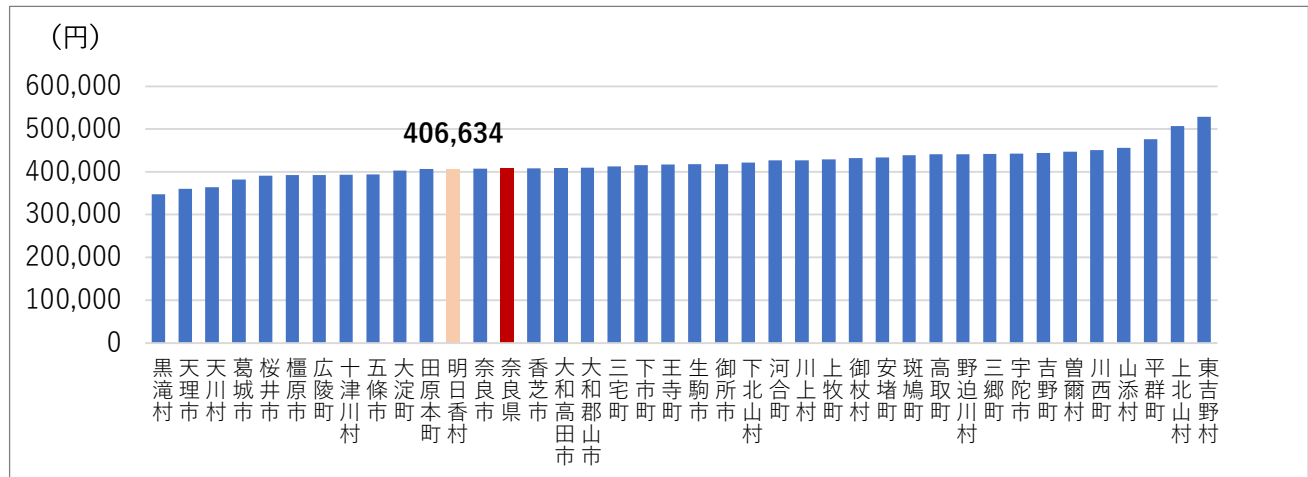
以下は、本村の被保険者一人当たり医療費の推移について、奈良県と比較したものです。本村の被保険者一人当たり医療費は、令和元年度以降、奈良県より少し値が高くなっていますが、令和4年度は奈良県とほぼ同水準で推移しています。

図表27 被保険者一人当たり医療費の推移(平成30年度～令和4年度)



出典：厚生労働省「国民健康保険事業年報」

図表28 奈良県内市町村の被保険者一人当たり医療費(令和4年度)



出典：厚生労働省「国民健康保険事業年報」

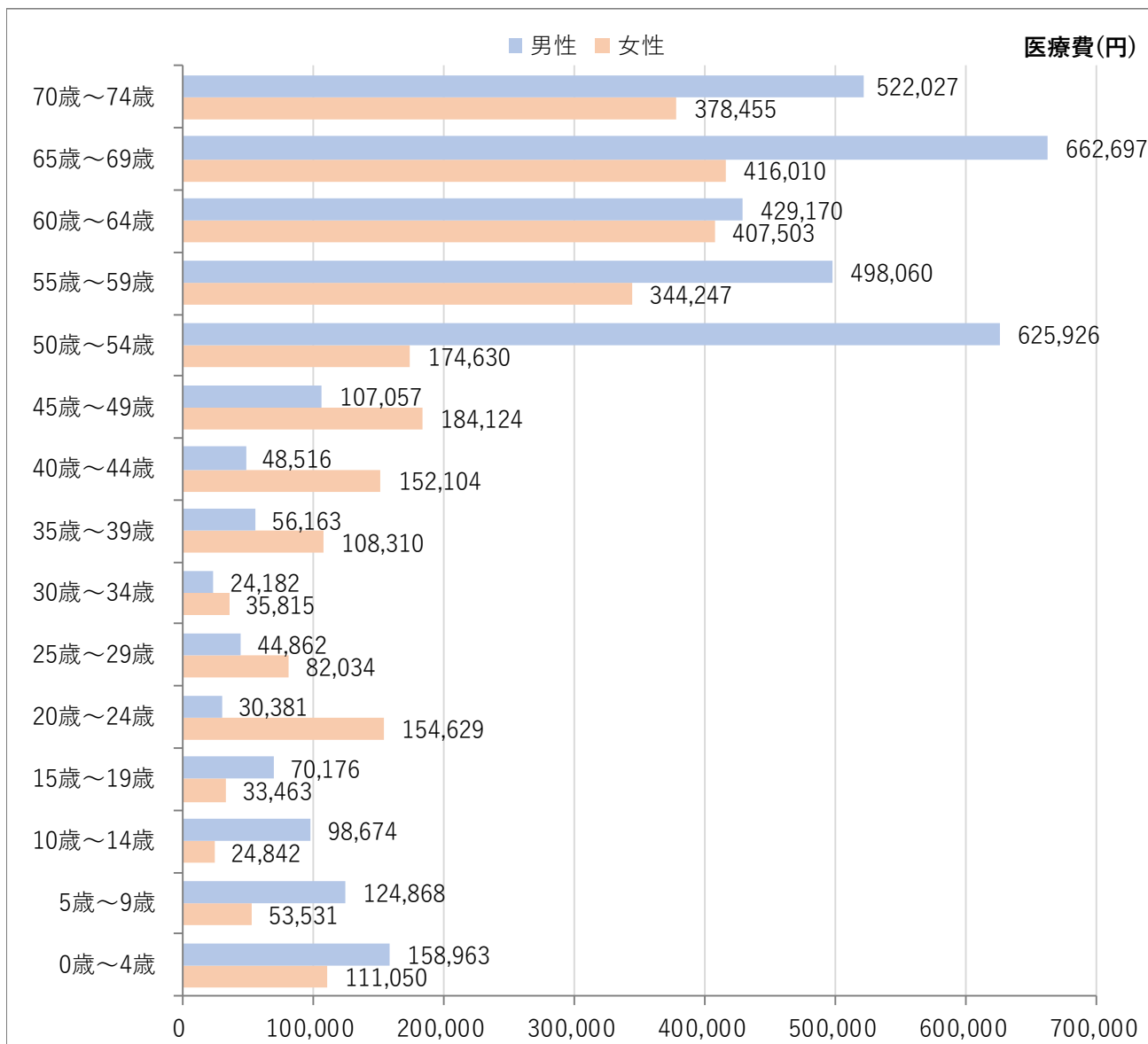


## 2.1.2.性別・年齢階層別の被保険者一人当たり医療費

以下は、本村の性別・年齢階層別の被保険者一人当たり医療費を示したものです。

男性、女性ともに、加齢に伴い医療費が増加する傾向にあり、男性は50歳以上から、女性は55歳以上からの伸び率が高くなっています。

図表29 性別・年齢階層別の被保険者一人当たり医療費(令和4年度)



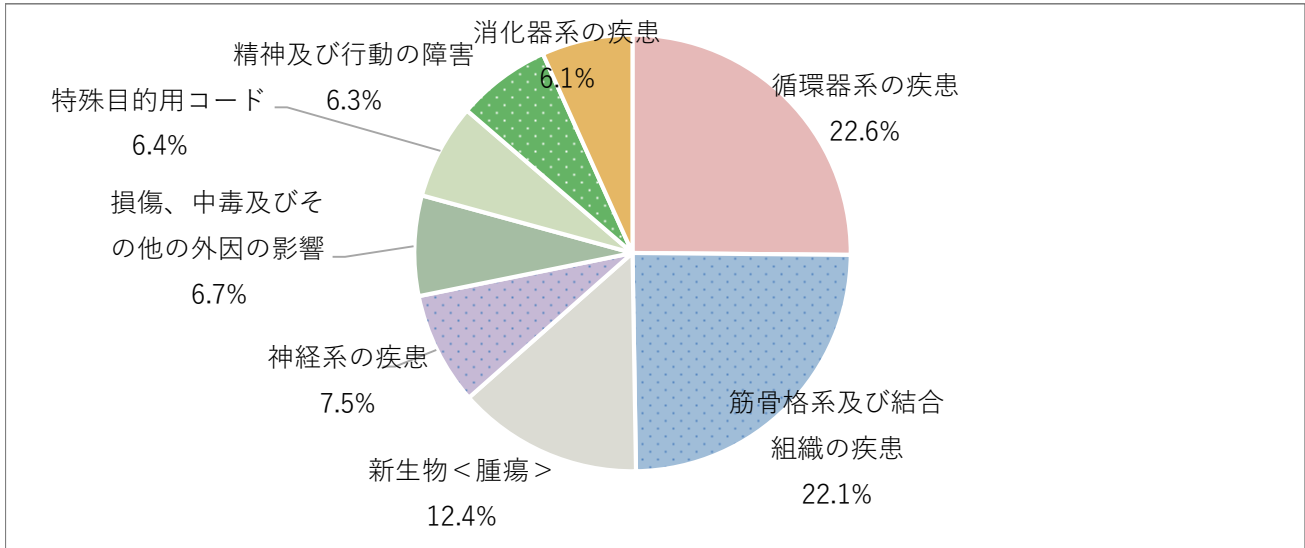
出典：国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(大分類)」

## 2.2.疾病分類別医療費

以下は、本村における入院の疾病分類別医療費の状況を示したものです。

大分類別は「循環器系の疾患」の構成比が22.6%で最も高く、細小分類別では「不整脈」「心臓弁膜症」の割合が高くなっています。大分類別で「筋骨格系及び結合組織の疾患」の構成比も22.1%で高く、次いで「新生物<腫瘍>」が高くなっています。

図表30 大分類別医療費構成比(入院) (令和4年度)



出典：国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

※構成比…総医療費に占める割合。

※その他…総医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

図表31 大・中・細小分類別分析(入院) (令和4年度)

順位	大分類別分析		中分類別分析		細小分類分析		
1	循環器系の疾患	22.6%	その他の心疾患	7.7%	不整脈	3.4%	
						心臓弁膜症	0.6%
			虚血性心疾患	4.9%	狭心症	3.1%	
			脳梗塞	3.8%	脳梗塞	3.8%	
2	筋骨格系及び結合組織の疾患	22.1%	脊椎障害(脊椎症を含む)	5.2%			
			関節症	5.1%	関節疾患	5.1%	
			その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	4.6%			
3	新生物<腫瘍>	12.4%	その他の悪性新生物<腫瘍>	3.7%	卵巣腫瘍(悪性)	1.4%	
						前立腺がん	0.7%
						膵臓がん	0.7%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	2.4%	肺がん	2.4%	
			肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>	2.3%	肝がん	2.3%	
4	神経系の疾患	7.5%	その他の神経系の疾患	5.5%	パーキンソン病	0.3%	
			てんかん	2.0%			
			パーキンソン病	0.0%			

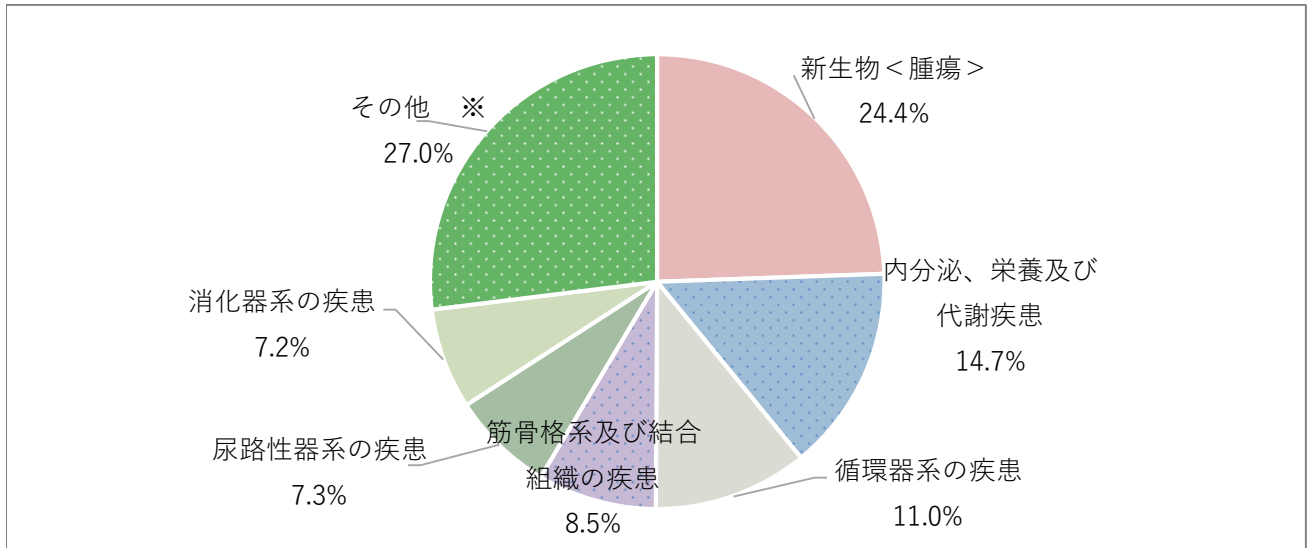
出典：国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

以下は、本村における外来の疾病分類別医療費の状況を示したものです。

大分類別は「新生物<腫瘍>」の構成比が24.4%で最も高く、細小分類別では「前立腺がん」「卵巣腫瘍（悪性）」「膵臓がん」の割合が高くなっています。大分類別で「内分泌、栄養及び代謝疾患」の構成比も高く、細小分類別では「糖尿病」「糖尿病網膜症」の割合が高くなっています。

図表32 大分類別医療費構成比(外来) (令和4年度)



出典：国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

※構成比…総医療費に占める割合。

※その他…総医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

図表33 大・中・細小分類別分析(外来) (令和4年度)

順位	大分類別分析		中分類別分析		細小分類分析	
1	新生物<腫瘍>	24.4%	その他の悪性新生物<腫瘍>	9.1%	前立腺がん	1.7%
					卵巣腫瘍(悪性)	1.0%
					膵臓がん	0.4%
			白血病	9.0%	白血病	9.0%
			肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>	2.6%	肝がん	2.6%
2	内分泌、栄養及び代謝疾患	14.7%	糖尿病	9.5%	糖尿病	8.8%
					糖尿病網膜症	0.7%
			脂質異常症	3.7%	脂質異常症	3.7%
			その他の内分泌、栄養及び代謝障害	1.2%	痛風・高尿酸血症	0.1%
3	循環器系の疾患	11.0%	高血圧性疾患	5.7%	高血圧症	5.7%
			その他の心疾患	2.8%	不整脈	1.8%
			虚血性心疾患	1.0%	狭心症	0.6%
4	筋骨格系及び結合組織の疾患	8.5%	関節症	2.3%	関節疾患	2.3%
			炎症性多発性関節障害	2.0%		
			骨の密度及び構造の障害	1.2%	骨粗しょう症	1.2%

出典：国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

以下は、本村における細小分類別の医療費の状況を示したものです。

細小分類別による医療費が高い上位10疾病に、「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」が入っており、当該3疾病で5千万円(11.1%)になります。生活習慣の影響で重篤化する「慢性腎臓病(透析あり)」や「不整脈」も上位に挙がっています。

図表34 細小分類による医療費上位10疾病(令和4年度)

順位	細小分類別疾患	医療費(円)	割合(%)※
1	関節疾患	28,866,590	5.6%
2	白血病	27,927,850	5.4%
3	糖尿病	27,656,230	5.4%
4	高血圧症	17,909,680	3.5%
5	慢性腎臓病(透析あり)	13,885,800	2.7%
6	統合失調症	12,895,250	2.5%
7	肝がん	12,841,490	2.5%
8	不整脈	12,306,500	2.4%
9	骨折	11,735,900	2.3%
10	脂質異常症	11,367,740	2.2%

出典：国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

※割合…総医療費に占める割合。

※細小分類のうち、「その他」及び「小児科」については上位10疾病の対象外としている。

### 2.3.生活習慣病等疾病別医療費

以下は、本村における生活習慣病等疾病別の医療費の状況を示したものです。

入院において医療費が最も高いのは「筋・骨格」で、外来においては「がん」が最も高くなっています。上位5疾病をみると、「がん」、「筋・骨格」、「精神」は入院・外来共通ですが、入院では、「脳梗塞」と「狭心症」、外来では「糖尿病」と「高血圧症」が上位となっています。

図表35 生活習慣病等疾病別医療費統計(入院)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	323,980	0.2%	10	2	0.6%	6	161,990	11
高血圧症	184,000	0.1%	11	1	0.3%	10	184,000	10
脂質異常症	0	0.0%	12	0	0.0%	12	0	12
高尿酸血症	0	0.0%	12	0	0.0%	12	0	12
脂肪肝	351,460	0.2%	9	1	0.3%	10	351,460	9
動脈硬化症	1,155,900	0.6%	8	2	0.6%	6	577,950	6
脳出血	2,173,770	1.1%	7	2	0.6%	6	1,086,885	3
脳梗塞	7,686,830	3.8%	4	13	4.0%	4	591,295	5
狭心症	6,362,710	3.1%	5	3	0.9%	5	2,120,903	1
心筋梗塞	3,435,050	1.7%	6	2	0.6%	6	1,717,525	2
がん	25,034,580	12.4%	2	46	14.0%	2	544,230	7
筋・骨格	44,874,850	22.1%	1	58	17.7%	1	773,704	4
精神	12,696,480	6.3%	3	29	8.8%	3	437,810	8
その他(上記以外のもの)	98,325,170	48.5%		169	51.5%		581,806	
合計	202,604,780			328			617,698	

出典：国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

図表36 生活習慣病等疾病別医療費統計(外来)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	28,795,620	9.3%	2	1,089	8.5%	3	26,442	4
高血圧症	17,725,680	5.7%	4	1,486	11.6%	2	11,928	11
脂質異常症	11,367,740	3.7%	6	863	6.7%	4	13,172	10
高尿酸血症	165,700	0.1%	12	22	0.2%	11	7,532	12
脂肪肝	575,420	0.2%	9	29	0.2%	10	19,842	6
動脈硬化症	206,230	0.1%	11	30	0.2%	9	6,874	13
脳出血	81,750	0.0%	13	6	0.0%	12	13,625	9
脳梗塞	1,877,660	0.6%	8	98	0.8%	7	19,160	7
狭心症	1,940,530	0.6%	7	72	0.6%	8	26,952	3
心筋梗塞	352,350	0.1%	10	6	0.0%	12	58,725	2
がん	75,921,270	24.4%	1	423	3.3%	6	179,483	1
筋・骨格	26,320,630	8.5%	3	1,651	12.9%	1	15,942	8
精神	11,993,150	3.9%	5	576	4.5%	5	20,821	5
その他(上記以外のもの)	133,571,270	43.0%		6,479	50.5%		20,616	
合計	310,895,000			12,830			24,232	

出典：国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

入院・外来の合計で見ると、最も医療費が高いのは「がん」で、次いで「筋・骨格」、「糖尿病」の順となっています。レセプト件数では、「筋・骨格」が最も多く、次いで「高血圧症」、「糖尿病」、「脂質異常症」となっています。レセプト一件当たりの医療費では、「心筋梗塞」、「脳出血」、「がん」が高くなっています。

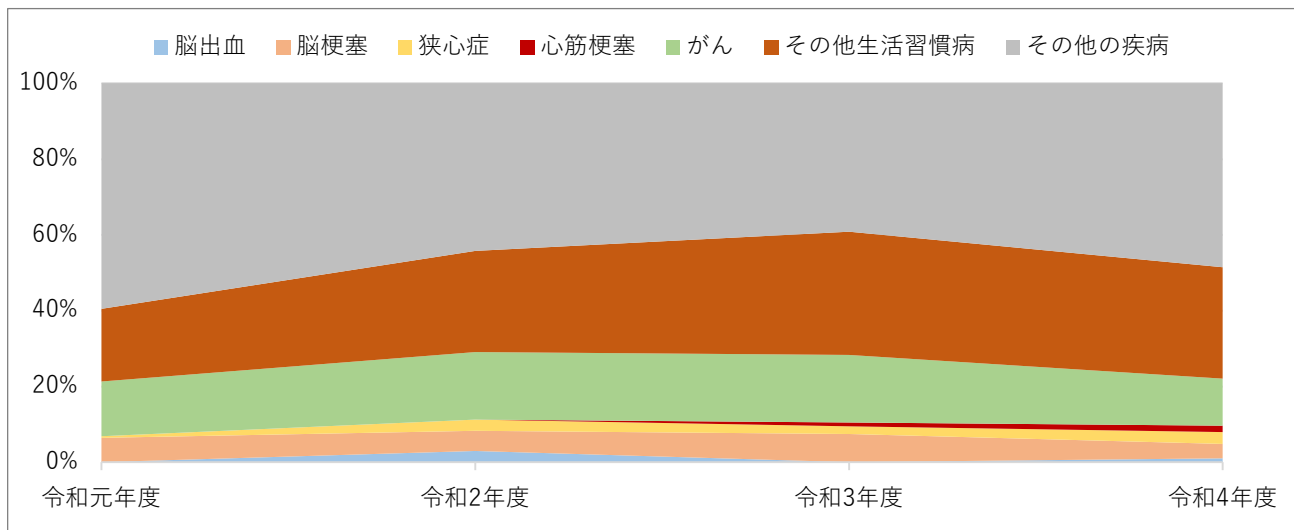
図表37 生活習慣病等疾病別医療費統計(入外合計)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	29,119,600	5.7%	3	1,091	8.3%	3	26,691	10
高血圧症	17,909,680	3.5%	5	1,487	11.3%	2	12,044	12
脂質異常症	11,367,740	2.2%	6	863	6.6%	4	13,172	11
高尿酸血症	165,700	0.0%	13	22	0.2%	11	7,532	13
脂肪肝	926,880	0.2%	12	30	0.2%	10	30,896	9
動脈硬化症	1,362,130	0.3%	11	32	0.2%	9	42,567	6
脳出血	2,255,520	0.4%	10	8	0.1%	12	281,940	2
脳梗塞	9,564,490	1.9%	7	111	0.8%	7	86,167	5
狭心症	8,303,240	1.6%	8	75	0.6%	8	110,710	4
心筋梗塞	3,787,400	0.7%	9	8	0.1%	12	473,425	1
がん	100,955,850	19.7%	1	469	3.6%	6	215,258	3
筋・骨格	71,195,480	13.9%	2	1,709	13.0%	1	41,659	7
精神	24,689,630	4.8%	4	605	4.6%	5	40,809	8
その他(上記以外のもの)	231,896,440	45.2%		6,648	50.5%		34,882	
合計	513,499,780			13,158			39,026	

出典：国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

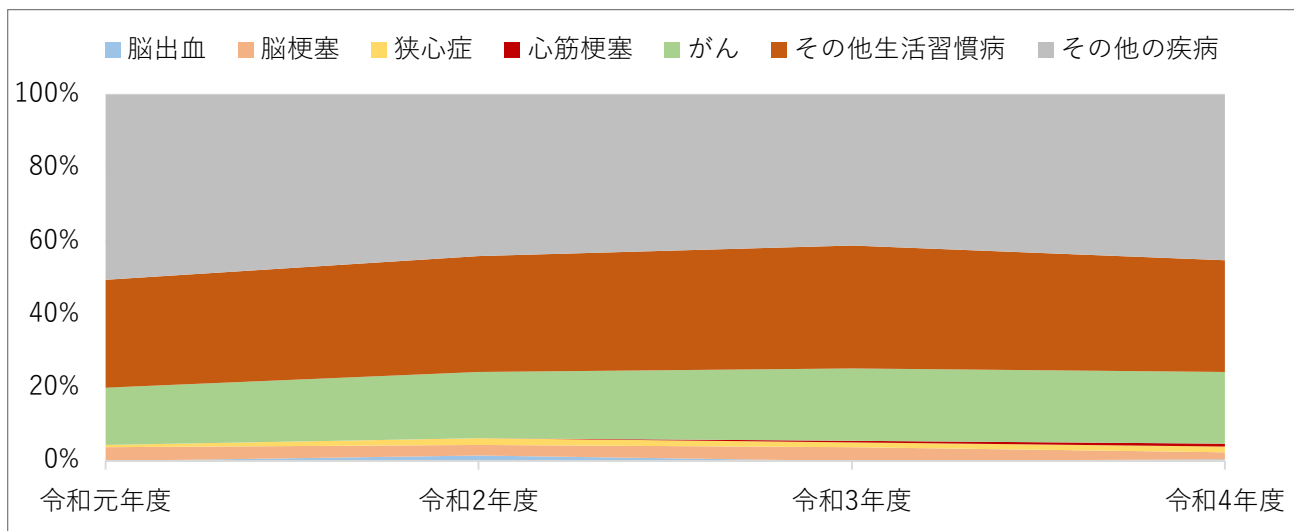
比較する疾病を「脳出血」、「脳梗塞」、「狭心症」、「心筋梗塞」、「がん」、「その他生活習慣病」、「その他の疾病」とした場合の、令和元年度から令和4年度までの医療費の構成比の推移は以下のとおりです。

図表38 生活習慣病等疾病別医療費(入院)の構成比の推移



出典：国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

図表39 生活習慣病等疾病別医療費(入外合計)の構成比の推移



出典：国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

## 2.4.透析患者の状況

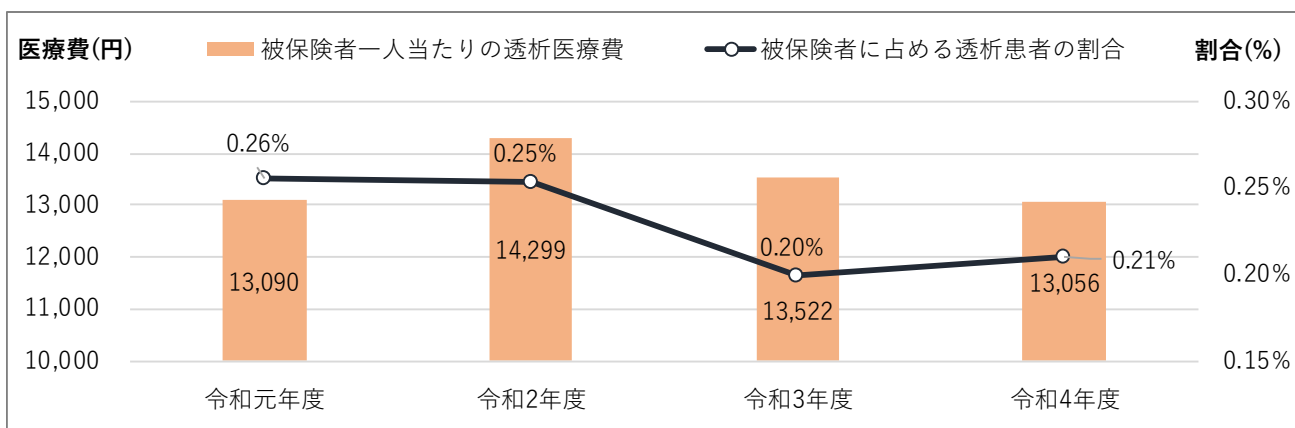
以下は、本村における透析患者の発生状況を示したものです。本村の被保険者に占める透析患者の割合は、国、奈良県よりも低くなっています。透析患者数割合及び透析医療費の推移で見ると、令和3年度にいったん減少し、令和4年度に前年度を少し上回っています。

図表40 透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合(令和4年度)

区分	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者の割合(%)
明日香村	1,426	3	0.21%
奈良県	275,701	905	0.33%
国	24,660,500	86,890	0.35%

出典：国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

図表41 透析患者数割合及び透析医療費の推移(令和元年度～令和4年度)



出典：国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

※被保険者数は各年度のKDB「人口及び被保険者集計」参照

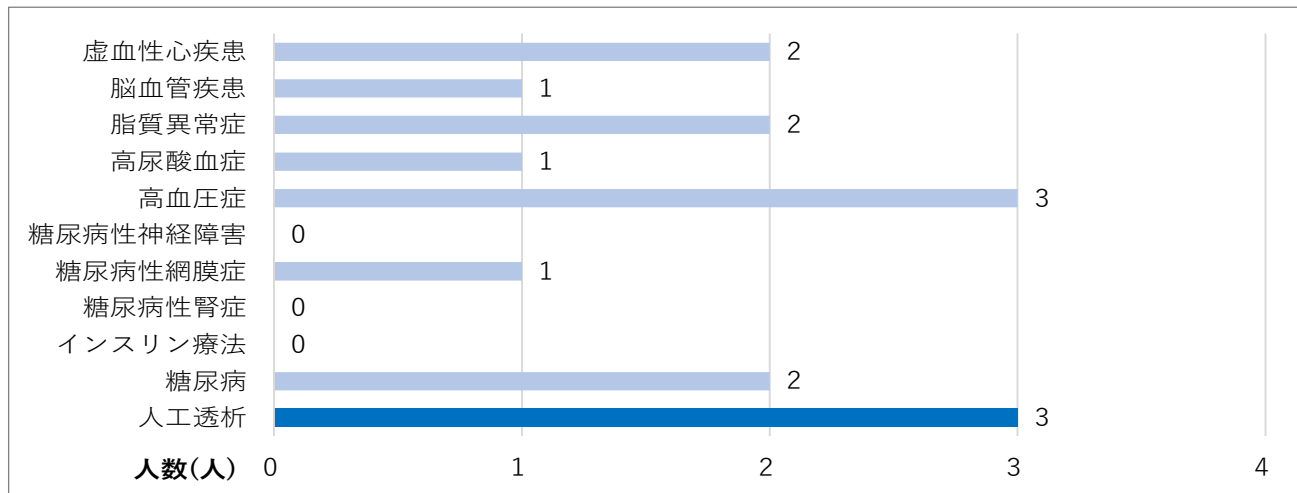
※透析医療費…人工透析を行っているレセプトの総点数を医療費換算したもの。



以下は、本村における透析患者の併存している疾患を示したものです。

人工透析患者3人のうち、3人(100.0%)が「高血圧症」、2人(66.7%)が「虚血性心疾患」、  
「脂質異常症」、「糖尿病」を併存している状況です。

図表42 透析患者の併存疾患(令和4年度)



出典：国保データベース(KDB)システム「人工透析のレセプト分析」(令和4年3月診療分)

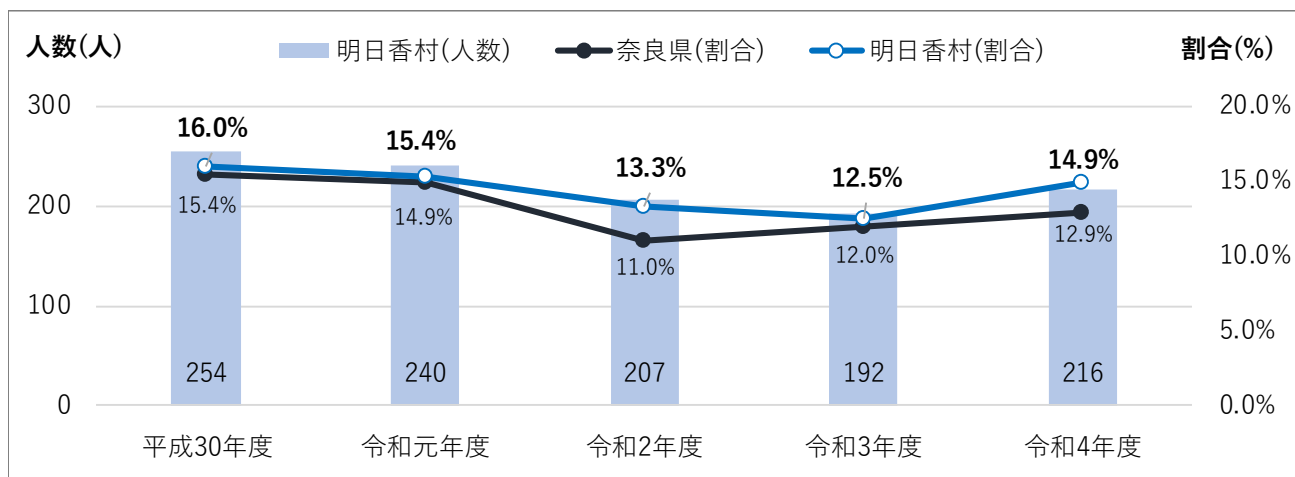
## 2.5.服薬状況

### 2.5.1.重複投与者

以下は、本村における重複投与者の人数の推移を示したものです。

重複投与者は、同一月内に同一薬剤又は同様の効能・効果を持つ薬剤を複数の医療機関から処方されている人のことです。年々減少傾向でしたが、令和4年度は増加し前年度を上回りました。被保険者に占める重複投与者の割合も年々減少傾向でしたが、令和4年度に前年度を上回りました。

図表43 重複投与者数と被保険者に占める重複投与者割合の推移



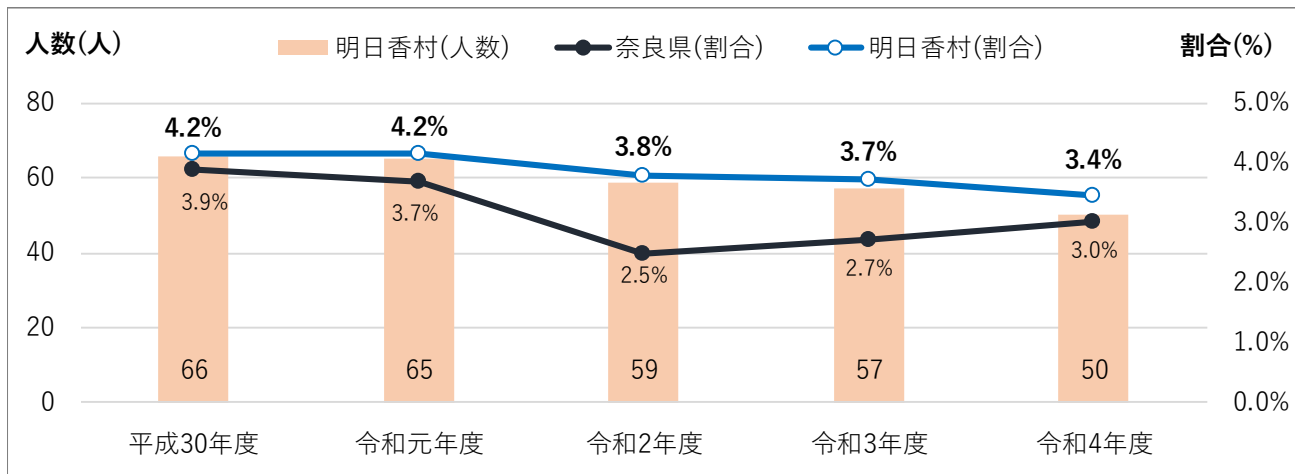
出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

## 2.5.2.多剤投与者

以下は、本村における多剤投与者の人数の推移を示したものです。

高齢になると、加齢による身体的・精神的機能の低下とともに複数の慢性疾患にかかり、飲む薬が多くなってきますが、日本老年医学会「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」によると、「高齢者において6種類以上の処方がある方は、薬物有害事象の頻度や転倒の発生頻度が高まる」とあります。以下は15種類以上の多剤投与者の人数を表していますが、人数、割合ともに年々減少傾向にあります。奈良県より高い水準で推移しています。

図表44 多剤投与者数と被保険者に占める多剤投与者割合の推移



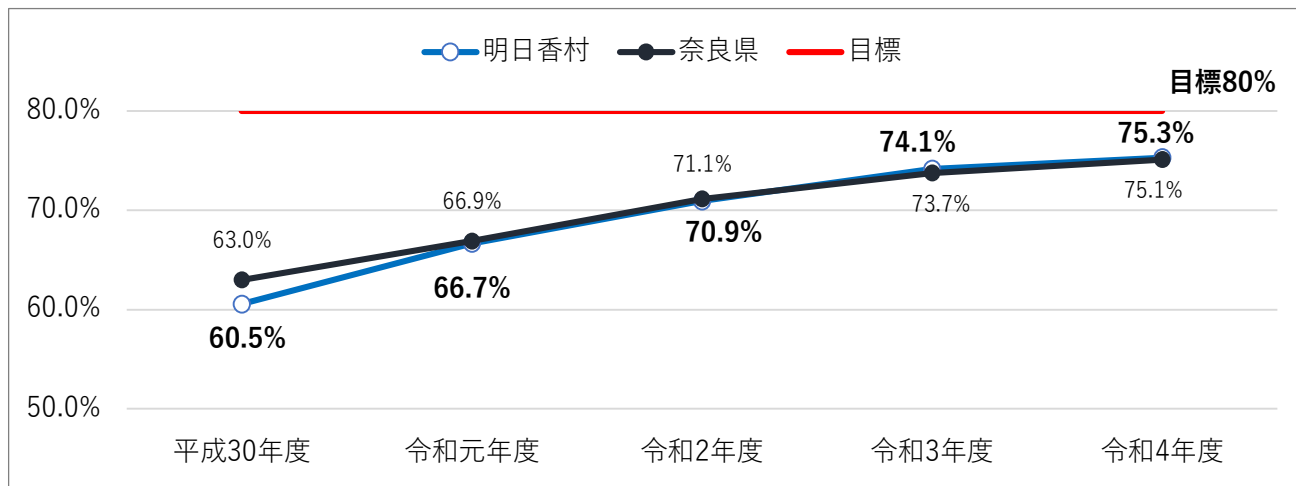
出典：奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

### 2.5.3.後発医薬品使用割合

以下は、本村における後発医薬品使用割合の推移を奈良県と比較したものです。

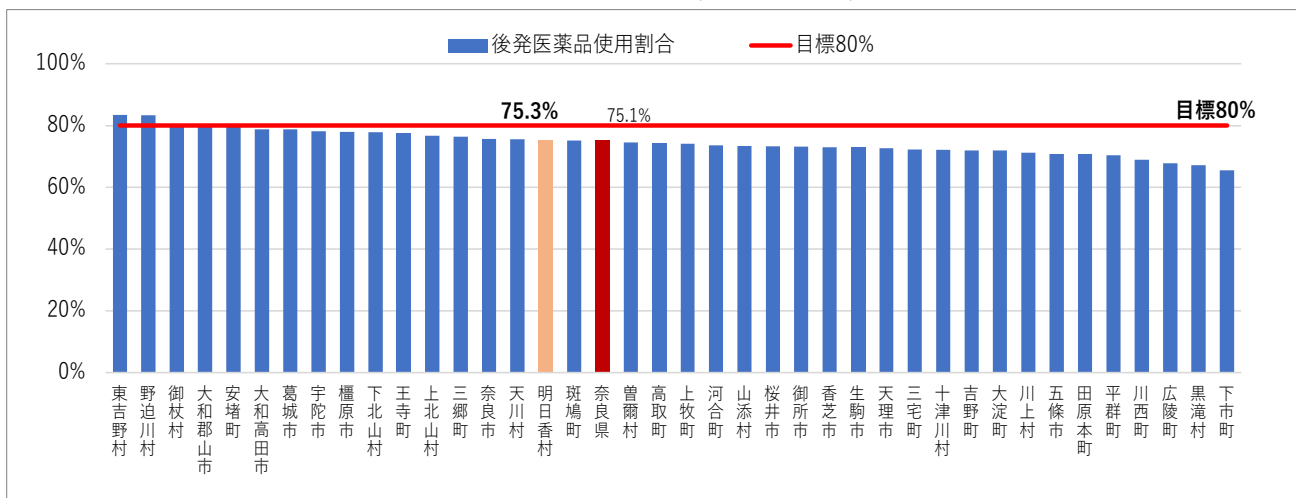
奈良県とほぼ同水準で推移しており、平成30年度から順調に上昇しています。しかしながら、国が定めた目標80%には到達していません。

図表45 後発医薬品使用割合(数量ベース)の推移(平成30年度～令和4年度)



出典：奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

図表46 奈良県内市町村の後発医薬品使用割合(令和4年度)



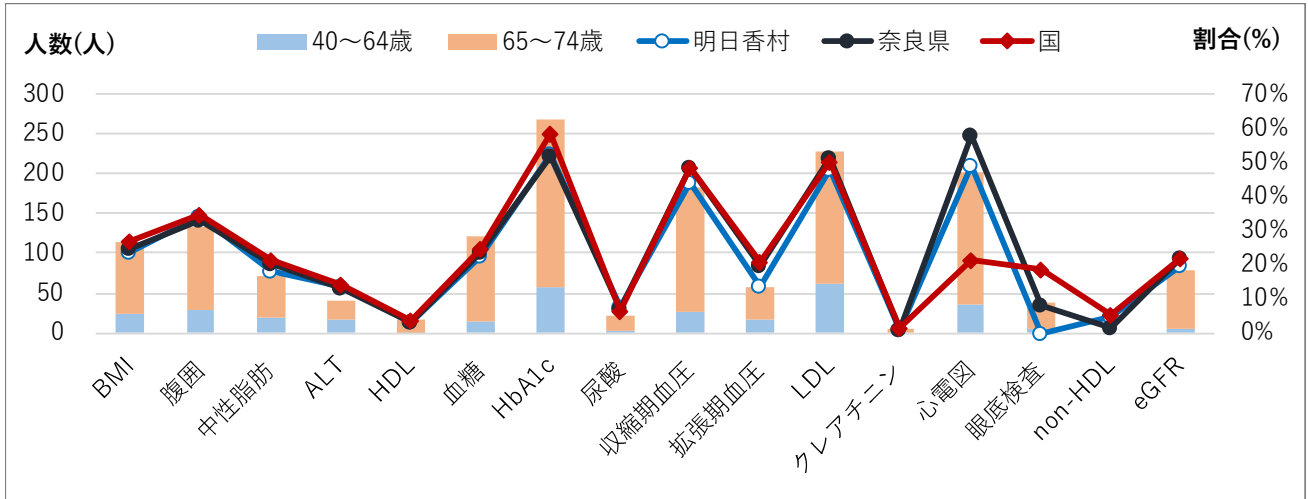
出典：奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

## 2.6.特定健康診査結果

以下は、令和4年度の特定健康診査データによる、検査項目別の有所見者の状況について、国と奈良県と比較したものです。

多くの検査項目において、国や奈良県より有所見者割合は低い状況にありますが、血糖、HbA1c、LDLは国又は奈良県よりも高くなっています。

図表47 検査項目別有所見者の状況(令和4年度)



区分		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸	
		≧25	男性≧85 女性≧90	≧150	≧31	<40	≧100	≧5.6	≧7.0	
明日香村	40～64歳	人数(人)	24	28	19	16	1	15	57	2
		割合(%)	23.1%	26.9%	18.3%	15.4%	1.0%	14.4%	54.8%	1.9%
	65～74歳	人数(人)	90	105	53	24	16	107	211	20
		割合(%)	27.8%	32.4%	16.4%	7.4%	4.9%	33.0%	65.1%	6.2%
	全体 (40～74歳)	人数(人)	114	133	72	40	17	122	268	22
		割合(%)	26.6%	31.1%	16.8%	9.3%	4.0%	28.5%	62.6%	5.1%
奈良県	割合(%)	24.5%	33.1%	20.1%	13.1%	3.2%	23.9%	51.8%	6.8%	
国	割合(%)	26.9%	34.9%	21.1%	14.0%	3.8%	24.9%	58.2%	6.6%	

区分		収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査	non-HDL	eGFR	
		130以上	85以上	120以上	1.3以上	所見あり	検査あり	150以上	60未満	
明日香村	40～64歳	人数(人)	27	17	62	0	37	6	0	6
		割合(%)	26.0%	16.3%	59.6%	0.0%	35.6%	5.8%	0.0%	5.8%
	65～74歳	人数(人)	155	40	167	5	166	32	0	72
		割合(%)	47.8%	12.3%	51.5%	1.5%	51.2%	9.9%	0.0%	22.2%
	全体 (40～74歳)	人数(人)	182	57	229	5	203	38	0	78
		割合(%)	42.5%	13.3%	53.5%	1.2%	47.4%	8.9%	0.0%	18.2%
奈良県	割合(%)	48.3%	19.7%	51.5%	1.1%	58.1%	8.3%	1.5%	22.1%	
国	割合(%)	48.3%	20.7%	50.2%	1.3%	21.4%	18.4%	5.2%	21.8%	

出典：国保データベース(KDB)システム「健診有所見者状況(男女別・年代別)」

以下は、令和4年度の特定健康診査データによる、質問票回答状況について、国と奈良県と比較したものです。

国や奈良県よりも、「服薬\_高血圧症」「服薬\_脂質異常症」「既往歴\_脳卒中」「20歳時体重から10kg以上増加」「1回30分以上の運動習慣なし」等で、該当する人の割合が高くなっています。

図表48 質問票回答状況(令和4年度)

分類	質問項目	40～64歳			65～74歳			全体(40～74歳)		
		明日香村	奈良県	国	明日香村	奈良県	国	明日香村	奈良県	国
服薬	服薬_高血圧症	29.8%	19.6%	20.1%	41.0%	41.8%	43.7%	38.3%	35.9%	36.8%
	服薬_糖尿病	7.7%	4.6%	5.3%	8.0%	9.8%	10.4%	7.9%	8.4%	8.9%
	服薬_脂質異常症	20.2%	17.5%	16.6%	34.9%	35.4%	34.3%	31.3%	30.6%	29.1%
既往歴	既往歴_脳卒中	4.9%	1.9%	2.0%	4.1%	3.6%	3.8%	4.3%	3.1%	3.3%
	既往歴_心臓病	2.0%	2.6%	3.0%	5.9%	6.6%	6.8%	5.0%	5.5%	5.7%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	0.0%	0.6%	0.6%	0.6%	1.4%	0.9%	0.5%	1.2%	0.8%
	既往歴_貧血	21.6%	16.2%	14.2%	7.2%	9.5%	9.3%	10.7%	11.3%	10.7%
喫煙	喫煙	12.5%	15.8%	18.9%	7.4%	8.9%	10.2%	8.6%	10.7%	12.7%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	41.2%	36.6%	37.8%	34.4%	32.5%	33.2%	36.0%	33.6%	34.6%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	73.5%	68.6%	68.8%	56.9%	53.1%	55.4%	60.9%	57.2%	59.3%
	1日1時間以上運動なし	50.0%	50.0%	49.3%	45.9%	46.1%	46.7%	46.9%	47.1%	47.5%
	歩行速度遅い	60.8%	53.6%	53.0%	53.6%	47.9%	49.4%	55.3%	49.4%	50.4%
食事	食べる速度が速い	35.3%	32.5%	30.7%	27.2%	26.0%	24.6%	29.1%	27.7%	26.4%
	食べる速度が普通	56.9%	59.5%	61.1%	66.3%	66.3%	67.6%	64.0%	64.5%	65.7%
	食べる速度が遅い	7.8%	8.0%	8.2%	6.6%	7.7%	7.8%	6.9%	7.8%	7.9%
	週3回以上就寝前夕食	17.6%	18.5%	21.1%	12.2%	9.5%	12.1%	13.5%	11.9%	14.7%
	週3回以上朝食を抜く	12.9%	15.8%	19.0%	3.8%	4.3%	5.9%	5.9%	7.4%	9.7%
飲酒	毎日飲酒	21.6%	22.3%	24.3%	25.7%	24.0%	24.7%	24.7%	23.6%	24.6%
	時々飲酒	19.6%	23.3%	25.3%	17.2%	20.2%	21.1%	17.8%	21.0%	22.3%
	飲まない	58.8%	54.4%	50.4%	57.1%	55.8%	54.2%	57.5%	55.4%	53.1%
	1日飲酒量(1合未満)	67.1%	70.9%	60.9%	75.6%	75.2%	67.6%	73.5%	74.0%	65.6%
	1日飲酒量(1～2合)	17.1%	17.4%	23.1%	18.8%	18.2%	23.1%	18.4%	18.0%	23.1%
	1日飲酒量(2～3合)	10.5%	8.3%	11.2%	4.3%	5.6%	7.8%	5.8%	6.3%	8.8%
	1日飲酒量(3合以上)	5.3%	3.4%	4.8%	1.3%	1.1%	1.5%	2.3%	1.7%	2.5%
睡眠	睡眠不足	34.3%	29.3%	28.4%	24.1%	24.0%	23.4%	26.6%	25.4%	24.9%
生活習慣改善意欲	改善意欲なし	30.4%	22.7%	23.0%	27.5%	27.5%	29.3%	28.2%	26.2%	27.5%
	改善意欲あり	34.3%	36.5%	32.9%	30.3%	29.8%	26.0%	31.3%	31.6%	28.0%
	改善意欲ありかつ始めている	15.7%	14.8%	16.4%	10.9%	11.7%	13.0%	12.1%	12.5%	14.0%
	取り組み済み6か月未満	4.9%	10.0%	10.0%	10.0%	8.8%	8.6%	8.8%	9.2%	9.0%
	取り組み済み6か月以上	14.7%	16.0%	17.8%	21.3%	22.2%	23.1%	19.7%	20.6%	21.6%
	保健指導利用しない	52.5%	58.7%	62.4%	60.9%	58.6%	62.9%	58.9%	58.6%	62.7%
咀嚼	咀嚼_何でも	85.3%	84.3%	83.8%	78.1%	77.3%	77.1%	79.9%	79.1%	79.0%
	咀嚼_かみにくい	14.7%	15.1%	15.4%	20.6%	22.1%	22.1%	19.2%	20.2%	20.2%
	咀嚼_ほとんどかめない	0.0%	0.6%	0.7%	1.3%	0.7%	0.8%	0.9%	0.6%	0.8%
間食	3食以外間食_毎日	34.3%	29.7%	23.8%	32.5%	27.9%	20.8%	32.9%	28.4%	21.7%
	3食以外間食_時々	52.0%	52.8%	55.3%	51.3%	55.2%	58.4%	51.4%	54.6%	57.5%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	13.7%	17.4%	20.9%	16.3%	16.9%	20.8%	15.6%	17.1%	20.8%

出典：国保データベース(KDB)システム「質問票調査の状況」

### Ⅲ. 計画全体

#### 1. 課題の整理

様々なデータから国民健康保険被保険者における健康課題を整理します。

人的資源や予算等に限りがあるため、単年度ですべての健康課題に対して均一に保健事業を展開することは非現実的であることを踏まえ、対応すべき健康課題に優先順位を付け、特に重点的に取り組む必要のある課題を【重点課題】と位置付けます。

以下は、本村が設定した優先順位の高い6つの課題です。

課題1：特定健康診査受診率、特定保健指導実施率が国の目標値(60%)に達していない	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 特定健康診査受診率は国及び県平均よりも上回っているが、国目標(60%)に達していない状況である。</li><li>・ 年齢階層別の特定健康診査受診率では、55歳未満の男性の受診率は20%未満、60歳未満の女性の受診率は30%未満で、若年層の受診率が低い。</li><li>・ 特定保健指導実施率は県平均よりも高い水準であるが、年々下降傾向にあり、国目標(60%)に達していない状況である。</li></ul>
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"><li>・ P18：図表6 特定健康診査受診率の推移</li><li>・ P18：図表7 奈良県内市町村の特定健康診査受診率</li><li>・ P19：図表8 (男性)年齢階層別特定健康診査受診率</li><li>・ P19：図表9 (女性)年齢階層別特定健康診査受診率</li><li>・ P20：図表10 特定保健指導実施率の推移</li><li>・ P20：図表11 奈良県内市町村の特定保健指導実施率</li></ul>
取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 特定健康診査受診率向上施策の強化</li><li>・ 特定健康診査継続受診対策</li><li>・ 特定保健指導実施率向上施策の強化</li></ul>

課題2：生活習慣病予備群及び該当者(患者)が多く、放置すると重篤化のリスクがある

<p>課題とする理由</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療費は、男性は55歳以降、女性は50歳以降に顕著に増加しているが、当該年代に至るまでの特定健康診査受診率は低い状況である。</li> <li>・特定健康診査の結果、HbA1c7.0%以上の該当者割合が県よりも高い状況である。</li> <li>・LDLコレステロール180mg/dl以上の該当者割合が県よりも高い状況である。</li> <li>・男性はがん、心臓病、女性は心臓病、肺炎の標準化死亡比が高い。</li> <li>・大分類別医療費構成比では、入院は「循環器系の疾患」、外来は「内分泌、栄養及び代謝疾患」、「循環器系の疾患」が上位を占めている。</li> <li>・細小分類による疾病別医療費について、「循環器系の疾患」では「高血圧症」と「不整脈」、「内分泌、栄養及び代謝疾患」では「糖尿病」、「脂質異常症」の割合が高い。</li> <li>・透析患者数の割合は国や奈良県よりも低い、被保険者数が少ないため、1人でも増えると国保財政に与える影響は大きい。</li> <li>・特定健康診査結果において、2人に1人以上はHbA1c、LDLコレステロールの有所見者である。</li> <li>・BMI25以上の該当者の割合が県平均よりも高い状況である。</li> <li>・特定健康診査の質問票回答状況で、運動習慣が不十分であり、睡眠不足の割合も高い状況である。</li> </ul>
<p>根拠となるデータ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・P19：図表8 (男性)年齢階層別特定健康診査受診率</li> <li>・P19：図表9 (女性)年齢階層別特定健康診査受診率</li> <li>・P24：図表16 HbA1c7.0%以上の該当者の割合の推移</li> <li>・P26：図表18 LDLコレステロール180mg/dl以上の該当者割合の推移</li> <li>・P27：図表20 BMI25以上の該当者の割合の推移</li> <li>・P29：図表23 (男性)主要疾病標準化死亡比の推移</li> <li>・P29：図表24 (女性)主要疾病標準化死亡比の推移</li> <li>・P30：図表25 主たる死因の状況</li> <li>・P30：図表26 主たる死因の状況の推移</li> <li>・P32：図表29 性別・年齢階層別の被保険者一人当たり医療費</li> <li>・P33：図表30 大分類別医療費構成比(入院)</li> <li>・P33：図表31 大・中・細小分類別分析(入院)</li> <li>・P34：図表32 大分類別医療費構成比(外来)</li> <li>・P34：図表33 大・中・細小分類別分析(外来)</li> <li>・P35：図表34 細小分類による医療費上位10疾病</li> <li>・P37：図表37 生活習慣病等疾病別医療費統計(入外合計)</li> <li>・P39：図表40 透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合</li> <li>・P39：図表41 透析患者数割合及び透析医療費の推移</li> <li>・P45：図表48 質問票回答状況</li> <li>・P44：図表47 検査項目別有所見者の状況</li> </ul>
<p>取組の方向性</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査受診率向上施策の強化</li> <li>・特定健康診査継続受診対策</li> <li>・特定保健指導実施率向上施策の強化</li> <li>・生活習慣病重症化予防施策</li> <li>・健診異常値放置者受診勧奨対策</li> </ul>



課題3：被保険者に占める重複・多剤投与者の割合が高い	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国保被保険者は、年々高齢化率が上昇傾向にある。</li> <li>・被保険者一人当たり医療費は毎年度増加傾向にある。</li> <li>・年齢階層別で見ると、加齢に伴い一人当たり医療費は増加傾向にある。</li> <li>・重複投与者の割合が県平均よりも高い状況である。</li> <li>・多剤投与者の割合が県平均よりも高い状況である。</li> </ul>
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・P15：図表2 性別・年齢階層別の人口及び被保険者数</li> <li>・P16：図表3 年齢階層別の国保被保険者分布および高齢化率の推移</li> <li>・P31：図表27 被保険者一人当たり医療費の推移</li> <li>・P31：図表28 奈良県内市町村の被保険者一人当たり医療費</li> <li>・P32：図表29 性別・年齢階層別の被保険者一人当たり医療費</li> <li>・P41：図表43 重複投与者数と被保険者に占める重複投与者割合の推移</li> <li>・P42：図表44 多剤投与者数と被保険者に占める多剤投与者割合の推移</li> </ul>
取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診行動及び服薬適正化に資する取組の強化</li> </ul>
課題4：後発医薬品使用割合が、国の目標値(80%)に達していない	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> <li>・被保険者一人当たり医療費は毎年度増加傾向にある。</li> <li>・後発医薬品使用割合は県平均よりも高いが、国目標80%に到達していない。</li> </ul>
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・P31：図表27 被保険者一人当たり医療費の推移</li> <li>・P31：図表28 奈良県内市町村の被保険者一人当たり医療費</li> <li>・P43：図表45 後発医薬品使用割合(数量ベース)の推移</li> <li>・P43：図表46 奈良県内市町村の後発医薬品使用割合</li> </ul>
取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・後発医薬品使用促進に向けた取組の強化</li> </ul>
課題5：がん検診受診率が県の目標（50%）に達していない	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「がん」の標準化死亡比が、男性は国や奈良県よりも高い状況である。</li> <li>・悪性新生物による死亡者数は最も多い。</li> <li>・被保険者一人当たり医療費は毎年度増加傾向にある。</li> <li>・大分類別医療費構成比では、「新生物&lt;腫瘍&gt;」が入院では3位、外来では1位である。</li> </ul>
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・P29：図表23 (男性)主要疾病標準化死亡比の推移</li> <li>・P29：図表24 (女性)主要疾病標準化死亡比の推移</li> <li>・P30：図表25 主たる死因の状況</li> <li>・P30：図表26 主たる死因の状況の推移</li> <li>・P31：図表27 被保険者一人当たり医療費の推移</li> <li>・P31：図表28 奈良県内市町村の被保険者一人当たり医療費</li> <li>・P33：図表30 大分類別医療費構成比(入院)</li> <li>・P33：図表31 大・中・細小分類別分析(入院)</li> <li>・P34：図表32 大分類別医療費構成比(外来)</li> <li>・P34：図表33 大・中・細小分類別分析(外来)</li> <li>・P35：図表34 細小分類による医療費上位10疾病</li> <li>・P37：図表37 生活習慣病等疾病別医療費統計(入外合計)</li> </ul>
取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん検診受診率向上施策の強化</li> <li>・がん検診継続受診対策</li> </ul>

課題6：人口及び被保険者の高齢化率の上昇を踏まえた取組が必要である	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国保被保険者は、年々高齢化率が上昇傾向にある。</li> <li>・健康寿命(65歳平均自立期間)は、男性は奈良県よりも短い(悪い)状況である。</li> <li>・65歳平均要介護期間は、男性は奈良県よりも長い(悪い)状況である。</li> <li>・咀嚼機能に問題があると思われる該当者の割合は、奈良県よりも高い状況である。</li> <li>・「肺炎」の標準化死亡比が、女性は国や奈良県よりも高い状況である。</li> </ul>
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・P15：図表2 性別・年齢階層別の人口及び被保険者数</li> <li>・P16：図表3 年齢階層別の国保被保険者分布および高齢化率の推移</li> <li>・P17：図表4 健康寿命(65歳平均自立期間)の推移</li> <li>・P17：図表5 65歳平均要介護期間の推移</li> <li>・P28：図表22 咀嚼機能に問題があると思われる該当者の割合の推移</li> <li>・P29：図表23 (男性)主要疾病標準化死亡比の推移</li> <li>・P29：図表24 (女性)主要疾病標準化死亡比の推移</li> </ul>
取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る取組の強化</li> </ul>

## 2. 目的・目標

設定した6つの課題を解決するため、第3期計画では以下の目的・目標を設定して、計画を推進していきます。

### 【計画全体の目的】

目的	指標	目標
①健康寿命の延伸	健康寿命(平均余命・平均自立期間)	延伸
②医療費適正化	被保険者一人当たりの医科医療費・歯科医療費	維持

### 【目標(上記の目的を達成するために取り組むこと)】

健康課題	目標	指標	目標値	主な個別保健事業
課題1：特定健康診査受診率、特定保健指導実施率が国の目標値(60%)に達していない	健診の受診率を上げ、保健指導を通じて健康に関心を持つことで生活改善を目指す	特定健康診査受診率	60%	特定健康診査事業(受診率向上対策事業)
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	25%	特定保健指導事業
		メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合	令和4年度を基準に減少	
課題2：生活習慣病予備群及び該当者(患者)が多く、放置すると重篤化のリスクがある	人工透析移行患者の減少 健診異常値放置者の減少	新規人工透析導入患者数(令和4年度比)	0人	糖尿病性腎症重症化予防対策事業
		指導完了者の新規人工透析導入移行	0人	糖尿病性腎症重症化予防継続サポート事業
		対象者の受診勧奨後の医療機関受診率	100%	生活習慣病受診勧奨推進事業(レッドカード)
課題3：被保険者に占める重複・多剤投与者の割合が高い	服薬の適正化、薬物有害事象発生の防止	同一月内に複数の医療機関を受診し、重複処方が発生した者の割合	重複10%以下/多剤2.5%以下	適正受診・適正服薬促進事業(重複多剤併用禁忌投薬対策事業)
課題4：後発医薬品使用割合が、国の目標値(80%)に達していない	後発医薬品の使用割合の向上	後発医薬品使用割合(数量ベース)	80%	後発医薬品使用促進事業
課題5：がん検診受診率が県の目標(50%)に達していない	疾病の発症予防・早期発見、早期治療	胃がん検診受診率	50%	がん検診事業
		肺がん検診受診率	50%	
		大腸がん検診受診率	50%	
		子宮頸がん検診受診率	50%	
		乳がん検診受診率	50%	
課題6：人口及び被保険者の高齢化率の上昇を踏まえた取組が必要である	高齢者の保健事業と介護予防事業を一体的に実施する	高齢者サロンへの介入	5か所/年	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する事業
		保健指導の参加率	5%	

## IV. 個別保健事業

### 1. 特定健康診査事業(受診率向上対策事業)

目的	<p>メタボリックシンドロームおよびそれに伴う各種生活習慣病の予防を目的とした特定健康診査・特定保健指導を進めるため、広報、受診勧奨・再勧奨を行い受診率向上を目指す。また、定期的に健診を受診する必要性を周知・啓発し、受診率が向上することで、国保加入者のQOL維持・向上、健康の保持増進、生活習慣病予防、さらには医療費適正化に資する。</p>													
内容	<p>1.受診勧奨事業            特定健診未受者の特性等を把握し、より効果的な内容の通知物を送付する。</p> <table border="1" data-bbox="312 656 1433 801"> <tr> <td data-bbox="312 656 472 696">対 象</td> <td data-bbox="472 656 1433 696">40～74歳の国民健康保険加入者</td> </tr> <tr> <td data-bbox="312 696 472 801">実施時期 内 容</td> <td data-bbox="472 696 1433 801">           年に2回程度            対象者へ勧奨ハガキを送付            再勧奨のハガキを送付         </td> </tr> </table> <p>2.集団健診事業            特定健診にがん検診や歯科検診など同日実施や土日など休日に実施する。</p> <p>3.人間ドック利用費補助            個別健診や人間ドックの利用費を補助し、健診のデータ提供により、健診受診者とする。</p> <p>4.イベントの啓発・広報・医療機関等での啓発            村内イベント時や広報紙、医療機関へのポスター掲示など周知をする。</p>			対 象	40～74歳の国民健康保険加入者	実施時期 内 容	年に2回程度 対象者へ勧奨ハガキを送付 再勧奨のハガキを送付							
対 象	40～74歳の国民健康保険加入者													
実施時期 内 容	年に2回程度 対象者へ勧奨ハガキを送付 再勧奨のハガキを送付													
評価指標	<table border="1" data-bbox="268 1025 472 1680"> <thead> <tr> <th data-bbox="268 1025 472 1093">区分</th> <th data-bbox="472 1025 963 1093">指標</th> <th data-bbox="963 1025 1444 1093">目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="268 1093 472 1182">アウトカム</td> <td data-bbox="472 1093 963 1182">・ 特定健診受診率</td> <td data-bbox="963 1093 1444 1182">60%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="268 1182 472 1361" rowspan="2">アウトプット</td> <td data-bbox="472 1182 963 1272">・ 受診勧奨送付率</td> <td data-bbox="963 1182 1444 1272">100%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 1272 963 1361">・ 休日集団健診の実施回数</td> <td data-bbox="963 1272 1444 1361">年2回</td> </tr> </tbody> </table>	区分	指標	目標値	アウトカム	・ 特定健診受診率	60%	アウトプット	・ 受診勧奨送付率	100%	・ 休日集団健診の実施回数	年2回		
区分	指標	目標値												
アウトカム	・ 特定健診受診率	60%												
アウトプット	・ 受診勧奨送付率	100%												
	・ 休日集団健診の実施回数	年2回												
	プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 対象者への通知内容は適切であったか。</li> <li>・ 受診勧奨時期は、適切であったか。</li> <li>・ 関係機関との打ち合わせの実施</li> <li>・ 人員配置</li> </ul>												

## 2. 特定保健指導事業

目的	<p>特定健康診査等実施計画に基づき実施しているが、実施率は国の目標60%を下回っており、またメタボリックシンドローム該当者や予備群の割合も県の平均より高いため、実施率の向上およびメタボリックシンドロームの改善を図り、重症化予防に努める。</p>		
内容	<p><b>【対象】</b>          特定健診の結果により、本村が定める特定保健指導の対象者に該当する者</p> <p><b>【内容】</b></p> <p>1.利用率向上施策          特定保健指導の初回面接を集団健診結果説明会で、同時実施する。          個別健診の結果送付時に管理栄養士などから個別の指導内容を同封する。          健康ステーションと指導日を同時開催し、健康運動指導士から活動量計の貸出しを行い対象者のモチベーションを高め実効性を確保する。          指導後の3か月後に血液検査の無償券を配布し、指導の結果を客観的に評価する。</p> <p>2.周知活動          利用券の送付や特定健診受診者への問診など配布時に保健指導の利用を周知する。          イベント時や広報紙や医療機関等へ啓発</p>		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率</li> </ul>	25%
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合</li> </ul>	令和4年度を基準に減少
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定保健指導実施率</li> </ul>	60%
プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 予算、人員、体制は適切であったか。</li> <li>・ 特定保健指導の実施方法、回数、場所、内容は適切であったか。</li> </ul>		

### 3. 糖尿病性腎症重症化予防対策事業

目的	<p>国及び奈良県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、糖尿病性腎症の重症化リスクの高い者に対して医療機関への受診勧奨や保健指導等を行うことで、人工透析や関連疾病発症予防につなげ、対象者のQOLの維持・向上をはかる。</p> <p>H30年度から取り組みを実施しているが、年々重症化リスクの高い対象者が増加傾向であり、継続して取り組んでいく。</p>										
内容	<p>1.国保連合会との共同保健事業</p> <p>(1)受診勧奨事業</p> <table border="1" data-bbox="296 636 1420 815"> <tr> <td data-bbox="296 636 459 712">対象</td> <td data-bbox="459 636 1420 712">                     ①過去に糖尿病受診歴があるが、半年間受診中断している対象                      ②特定健康診査でHbA1c値が7%以上でかつ糖尿病未治療の対象                 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="296 712 459 815">実施時期 内 容</td> <td data-bbox="459 712 1420 815">                     ①12月対象選定し、1月受診勧奨ハガキを送付する                      ②毎月対象者を選定し、受診勧奨通知を送付（レッドカード事業の一部に含んで実施）                 </td> </tr> </table> <p>(2)保健指導事業</p> <table border="1" data-bbox="296 896 1420 1104"> <tr> <td data-bbox="296 896 459 972">対象</td> <td data-bbox="459 896 1420 972">                     国保事務支援センターが定める対象(糖尿病治療中で、かつ前年度特定健診受診結果から糖尿病性腎症重症化予防のリスクが高い対象)                 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="296 972 459 1104">実施時期 内 容</td> <td data-bbox="459 972 1420 1104">                     4～7月 対象者選定作業                      9～2月 保健指導実施(業者委託による)                      ・保健師等の専門職による約6か月間の保健指導                      ・面談3回、電話支援4回、医師への報告書送付3回                 </td> </tr> </table> <p>2.周知活動</p> <p>糖尿病性腎症についての理解を深め、予防対策を含めた啓発活動を行い、重症化リスクの周知を行う。</p>			対象	①過去に糖尿病受診歴があるが、半年間受診中断している対象 ②特定健康診査でHbA1c値が7%以上でかつ糖尿病未治療の対象	実施時期 内 容	①12月対象選定し、1月受診勧奨ハガキを送付する ②毎月対象者を選定し、受診勧奨通知を送付（レッドカード事業の一部に含んで実施）	対象	国保事務支援センターが定める対象(糖尿病治療中で、かつ前年度特定健診受診結果から糖尿病性腎症重症化予防のリスクが高い対象)	実施時期 内 容	4～7月 対象者選定作業 9～2月 保健指導実施(業者委託による) ・保健師等の専門職による約6か月間の保健指導 ・面談3回、電話支援4回、医師への報告書送付3回
対象	①過去に糖尿病受診歴があるが、半年間受診中断している対象 ②特定健康診査でHbA1c値が7%以上でかつ糖尿病未治療の対象										
実施時期 内 容	①12月対象選定し、1月受診勧奨ハガキを送付する ②毎月対象者を選定し、受診勧奨通知を送付（レッドカード事業の一部に含んで実施）										
対象	国保事務支援センターが定める対象(糖尿病治療中で、かつ前年度特定健診受診結果から糖尿病性腎症重症化予防のリスクが高い対象)										
実施時期 内 容	4～7月 対象者選定作業 9～2月 保健指導実施(業者委託による) ・保健師等の専門職による約6か月間の保健指導 ・面談3回、電話支援4回、医師への報告書送付3回										
評価指標	区分	指標	目標値								
	アウトカム	・新規人工透析患者数（令和4年度比）	0人								
	アウトプット	・事業参加率	100%								
	プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予算、人員、体制は適切であったか。</li> <li>・対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。</li> <li>・評価方法は適切であったか(保健指導参加者における翌年度の検査値の把握方法、時期)</li> <li>・医療機関や国保連合会との連携</li> <li>・事業説明会への参加</li> </ul>									

#### 4. 糖尿病性腎症重症化予防継続サポート事業

目的	糖尿病性腎症重症化予防指導を受けられた方への継続サポート体制により、状況を把握し、その内容によって、保健指導を実施し、重症化予防に努める。		
内容	1.継続サポート事業 糖尿病性腎症重症化予防指導を受けた方を対象に、その後、1年目から保健師が年3回を目処に電話や希望により訪問による指導を継続する。		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	・指導プログラムを最後まで継続される方のうち、人工透析に移行された方が0人	人工透析実施者/プログラム参加者
	アウトプット	・指導後、患者へ連絡をし状況を確認できたか	状況確認の有無
	プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予算、人員、体制は適切であったか。</li> <li>・対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。</li> <li>・評価方法は適切であったか(保健指導参加者における翌年度の検査値の把握方法、時期)</li> <li>・医療機関や国保連合会との連携</li> </ul>	

## 5. 生活習慣病受診勧奨推進事業(レッドカード)

目的	<p>健診の結果、高血圧・高血糖・高コレステロール・高中性脂肪・慢性腎臓病・口腔機能において、治療勧奨を必要としている対象者が、健診後、放置することによって重症疾病にならないよう、医療機関へ受診勧奨を促し、重症化予防に努める。</p>						
内容	<p>1.レッドカード事業</p> <table border="1" data-bbox="300 674 1422 936"> <tr> <td data-bbox="300 674 459 801">対象</td> <td data-bbox="459 674 1422 801"> <p>特定健康診査の結果から各検査値の勧奨基準に該当しかつ該当の治療歴がないもの(生活習慣病の重症未受診者)を抽出し、受診勧奨カードと受診勧奨通知書を対象者に送付する 【高血圧・高血糖・高コレステロール・高中性脂肪・慢性腎臓病・口腔機能】</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 801 459 936">実施時期 内容</td> <td data-bbox="459 801 1422 936"> <p>①受診勧奨 毎月 対象者選定し受診勧奨通知を送付 ②再勧奨 年度末 勧奨者でなお未受診の対象に再勧奨通知の送付</p> </td> </tr> </table>			対象	<p>特定健康診査の結果から各検査値の勧奨基準に該当しかつ該当の治療歴がないもの(生活習慣病の重症未受診者)を抽出し、受診勧奨カードと受診勧奨通知書を対象者に送付する 【高血圧・高血糖・高コレステロール・高中性脂肪・慢性腎臓病・口腔機能】</p>	実施時期 内容	<p>①受診勧奨 毎月 対象者選定し受診勧奨通知を送付 ②再勧奨 年度末 勧奨者でなお未受診の対象に再勧奨通知の送付</p>
対象	<p>特定健康診査の結果から各検査値の勧奨基準に該当しかつ該当の治療歴がないもの(生活習慣病の重症未受診者)を抽出し、受診勧奨カードと受診勧奨通知書を対象者に送付する 【高血圧・高血糖・高コレステロール・高中性脂肪・慢性腎臓病・口腔機能】</p>						
実施時期 内容	<p>①受診勧奨 毎月 対象者選定し受診勧奨通知を送付 ②再勧奨 年度末 勧奨者でなお未受診の対象に再勧奨通知の送付</p>						
評価指標	区分	指標	目標値				
	アウトカム	・対象者の受診勧奨後の医療機関受診率	100%				
	アウトプット	・事業に適した対象者抽出ができたか	適した対象者の有無				
	プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予算、人員、体制は適切であったか。</li> <li>・対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。</li> <li>・評価方法は適切であったか(受診確認方法、時期)</li> <li>・国保連との連携はとれたか。</li> </ul>					



## 6. 適正受診・適正服薬促進事業(重複多剤併用禁忌投薬対策事業)

目的	<p>重複受診、頻回受診、重複服薬、多剤投与(ポリファーマシー)、併用禁忌は、医療費適正化の観点だけでなく、薬の副作用を予防する点からも重要である。また保険者努力支援制度や医療費適正化計画でも重点的な取組とされている。対象に対して通知や電話勧奨等を行うことで、適正受診・適正服薬を促す。</p>														
内容	<p>1.国保連合会との共同保健事業            (1)重複投薬・多剤投薬・併用禁忌対象者への注意喚起文書の送付</p> <table border="1" data-bbox="300 611 1422 730"> <tr> <td>対 象</td> <td>一定の要件の対象者(重複、多剤、併用禁忌投薬者)</td> </tr> <tr> <td>実施時期</td> <td>6~7月 対象者選定</td> </tr> <tr> <td>内 容</td> <td>8~9月 注意喚起文書および投薬実績を対象へ送付</td> </tr> </table> <p>(2)重複・多剤投薬対象者への電話による状況確認</p> <table border="1" data-bbox="300 804 1422 922"> <tr> <td>対 象</td> <td>一定の要件の対象者(重複、多剤投薬者)</td> </tr> <tr> <td>実施時期</td> <td>6~7月 対象者選定</td> </tr> <tr> <td>内 容</td> <td>9~10月 電話による状況確認</td> </tr> </table>			対 象	一定の要件の対象者(重複、多剤、併用禁忌投薬者)	実施時期	6~7月 対象者選定	内 容	8~9月 注意喚起文書および投薬実績を対象へ送付	対 象	一定の要件の対象者(重複、多剤投薬者)	実施時期	6~7月 対象者選定	内 容	9~10月 電話による状況確認
対 象	一定の要件の対象者(重複、多剤、併用禁忌投薬者)														
実施時期	6~7月 対象者選定														
内 容	8~9月 注意喚起文書および投薬実績を対象へ送付														
対 象	一定の要件の対象者(重複、多剤投薬者)														
実施時期	6~7月 対象者選定														
内 容	9~10月 電話による状況確認														
評価指標	<table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>指標</th> <th>目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>アウトカム</td> <td>・同一月に複数の医療機関を受診し、重複処方が発生した者の割合(令和4年度比)</td> <td>重複10%以下 多剤2.5%以下</td> </tr> <tr> <td>アウトプット</td> <td>・注意喚起文書送付数・率</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>プロセス・ストラクチャー</td> <td colspan="2"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・国保連合会、担当課との連携状況確認</li> <li>・住民課と健康づくり課で年度始まりと年度終わりに、情報共有を実施</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	区分	指標	目標値	アウトカム	・同一月に複数の医療機関を受診し、重複処方が発生した者の割合(令和4年度比)	重複10%以下 多剤2.5%以下	アウトプット	・注意喚起文書送付数・率	100%	プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国保連合会、担当課との連携状況確認</li> <li>・住民課と健康づくり課で年度始まりと年度終わりに、情報共有を実施</li> </ul>			
区分	指標	目標値													
アウトカム	・同一月に複数の医療機関を受診し、重複処方が発生した者の割合(令和4年度比)	重複10%以下 多剤2.5%以下													
アウトプット	・注意喚起文書送付数・率	100%													
プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国保連合会、担当課との連携状況確認</li> <li>・住民課と健康づくり課で年度始まりと年度終わりに、情報共有を実施</li> </ul>														

## 7. 後発医薬品使用促進事業

目的	<p>国は、後発医薬品使用割合の目標を80%と掲げている。本村では75.3%であり、目標には到達できていない状況である。目標達成に向けて、後発医薬品の使用促進にかかる啓発、後発医薬品差額通知書の送付等を実施することで、後発医薬品の利用を促進し、利用率を高めることを目的とする。</p>														
内容	<p>1.国保連合会との共同保健事業 (1)後発医薬品差額通知の送付(4回/年)</p> <table border="1" data-bbox="296 589 1420 768"> <tr> <td>対象</td> <td>国保被保険者世帯</td> </tr> <tr> <td>実施時期 内容</td> <td>年4回(送付月：6月、9月、11月、1月)差額通知を送付 通知対象の差額：1剤あたり100円以上 通知対象外年齢：年齢が18歳未満通知書対象外 通知対象医薬品：全て(注射薬を除く)</td> </tr> </table> <p>(2)差額通知を受けての相談窓口の設置(国民健康保険団体連合会)</p> <table border="1" data-bbox="296 846 1420 965"> <tr> <td>対象</td> <td>国保被保険者世帯</td> </tr> <tr> <td>実施時期 内容</td> <td>コールセンターを設置(国保中央会に委託) 差額通知書にフリーダイヤルを掲載</td> </tr> </table> <p>(3)啓発物品の配布(啓発品、後発医薬品希望シール等)</p> <table border="1" data-bbox="296 1048 1420 1196"> <tr> <td>対象</td> <td>国保被保険者世帯</td> </tr> <tr> <td>実施時期 内容</td> <td>啓発品：後発医薬品促進に関するもの。12月頃に各市町村に納品 希望シール：お薬手帳等に後発医薬品を希望するシールを貼付するもの。 12月頃に各市町村に納品</td> </tr> </table> <p>[自庁独自の取組] ホームページに啓発記事の掲載</p>			対象	国保被保険者世帯	実施時期 内容	年4回(送付月：6月、9月、11月、1月)差額通知を送付 通知対象の差額：1剤あたり100円以上 通知対象外年齢：年齢が18歳未満通知書対象外 通知対象医薬品：全て(注射薬を除く)	対象	国保被保険者世帯	実施時期 内容	コールセンターを設置(国保中央会に委託) 差額通知書にフリーダイヤルを掲載	対象	国保被保険者世帯	実施時期 内容	啓発品：後発医薬品促進に関するもの。12月頃に各市町村に納品 希望シール：お薬手帳等に後発医薬品を希望するシールを貼付するもの。 12月頃に各市町村に納品
対象	国保被保険者世帯														
実施時期 内容	年4回(送付月：6月、9月、11月、1月)差額通知を送付 通知対象の差額：1剤あたり100円以上 通知対象外年齢：年齢が18歳未満通知書対象外 通知対象医薬品：全て(注射薬を除く)														
対象	国保被保険者世帯														
実施時期 内容	コールセンターを設置(国保中央会に委託) 差額通知書にフリーダイヤルを掲載														
対象	国保被保険者世帯														
実施時期 内容	啓発品：後発医薬品促進に関するもの。12月頃に各市町村に納品 希望シール：お薬手帳等に後発医薬品を希望するシールを貼付するもの。 12月頃に各市町村に納品														
評価指標	区分	指標	目標値												
	アウトカム	・後発品使用割合(数量ベース)	80%												
	アウトプット	・差額通知率	対象全世帯・100%												
		・後発医薬品希望シール配布率	100%												
	プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国保連合会、担当課との連携状況確認</li> <li>・住民課と健康づくり課で年度始まりと年度終わりに、情報共有を実施</li> </ul>													

## 8. がん検診事業

目的	より多くの方が、がんを早期に発見し、適切な治療に繋がるよう検診事業を展開し、検診未受診者や精密検査未受診者への受診勧奨の強化を行い、早世の抑制とがん死亡率の低減を図る。		
内容	<p><b>【対象】</b> 胃がん・肺がん・大腸がん・乳がん・子宮がんの対象者</p> <p><b>【方法】</b> 集団検診：健康福祉センターにて実施する。 特定健診や後期高齢者健診等の同日実施や土日など休日にも実施する。 医療機関個別検診：委託医療機関にて実施（がん検診） 検診結果の通知、精密検査受診勧奨</p> <p><b>【特定健診との同時実施などの取組】</b> 特定健診＋がん検診を年2回実施 休日検診を年2回実施</p> <p><b>【受診勧奨】</b> 5月に受診に関する案内を広報にて全戸配布 受診申込者に日時通知や受診票を郵送</p>		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	・がん検診受診率	5がんそれぞれ50%
	アウトプット	・精密検査受診率	100%
	プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予算、人員、体制は適切であったか。</li> <li>・対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。</li> <li>・評価方法は適切であったか(受診確認方法、時期)</li> </ul>	

## 9. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する事業

目的	<p>高齢化が進む中、高齢者の要介護者の増加が問題となっている。高齢者の要介護状態やフレイルの予防を目指し、市町村において、地域包括ケアとともに保健事業と介護予防の一体的実施が推進されている。</p> <p>本村においても、令和3年度から一体的実施に関する保健事業の取り組みを開始したところであり、関係課と連携をはかりながら、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの双方の保健事業に取り組み、高齢者の健康状態を改善することを目的とする。</p>		
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ポピュレーションアプローチ…通いの場やサロン活動開催地等、定期的に高齢者が通う場に向き、介護予防や生活習慣病予防の講話や運動を実施する。</li> <li>・ハイリスクアプローチ…後期高齢者健診の結果から個別に健康課題を分析し、糖尿病重症化予防や生活習慣病予防、歯科口腔改善、栄養改善をめざし訪問や電話等で保健指導等を行う。</li> </ul>		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	・ 高齢者サロンへの介入	5か所/年
		・ 保健指導の参加率	5%
	アウトプット	・ 保健指導参加勧奨実施率	100%
		・ 後期高齢者健康診査受診率	30%
プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人員(専門職の確保)、予算、体制</li> <li>・ 事業の内容は適切であったか (参加者への指導内容等を担当者間で協議)</li> <li>・ 他部門(介護担当課)との連携・役割分担は適切であったか (年3回に連携会議を実施する)</li> <li>・ 広域連合、外部関係機関(医師会・歯科医師会等)との連携(必要時打合せ実施)</li> </ul>		

## V. その他

### 1. 計画の評価・見直し

#### 1.1. 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毎に行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業毎の評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認します。

目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させます。

#### 1.2. データヘルス計画全体の評価・見直し

##### 1.2.1. 評価の時期

最終評価のみならず、設定した評価指標に基づき、進捗確認のため令和8年度に中間評価を行い、次期計画の円滑な策定に向けて、計画の最終年度である令和11年度上半期に仮評価を行います。

##### 1.2.2. 評価方法・体制

計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム(成果)指標を中心とした評価指標による評価を行います。また、評価にあたっては、必要に応じ他保険者との連携・協力体制を整備します。

### 2. 計画の公表・周知

本計画は、広報、ホームページ等で公表するとともに、あらゆる機会を通じて周知・啓発を図ります。

### 3. 個人情報の取扱い

個人情報の取扱いにあたっては、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適切に管理します。また、業務を外部に委託する際も同様に取扱われるよう委託契約書に定めるとともに、委託先に対して必要かつ適切な管理・監督を行い、個人情報の取扱いについて万全の対策を講じるものとします。

## 4. 地域包括ケアに係る取組

令和2年4月から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」が施行となり、高齢者への一体的実施という制度が開始されました。被保険者一人一人の暮らしを地域全体で支える地域共生社会の体制の構築・実現を目指す、地域包括ケアシステムの充実・強化が推進されています。地域包括ケアとは、高齢者の尊厳の保持と自立生活や社会活動の支援の目的のもとで、介護が必要な状態になっても可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように支援する仕組み(システム)のことです。地域包括ケアシステムの充実に向けて、下記の取組を実施していきます。

### ① 地域で被保険者を支える連携の促進

- ・医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援などについての議論の場に国保被保険者として参加し、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

### ② 課題を抱える被保険者層の分析と、地域で被保険者を支える事業の実施

- ・レセプトデータ、介護データ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、当該ターゲット層に対する支援や介護予防を目的とした健康教室等のプログラムの実施

### ③ 国民健康保険診療施設の施設・人材の活用

- ・医療提供における役割だけではなく、地域で必要とされている保健事業、在宅診療、介護サービス、生活支援等の一体的・総合的な提供の場として連携

庁内各部門及び地域における多様な専門機関、事業者、団体等の関係機関との連携により、関係者間で包括的に地域の実態把握・課題分析を共有し、地域が一体となって取組みを推進します。

## 第三部

### 第4期特定健康診査等実施計画





# 1. 計画策定にあたって

## 1. 計画策定の趣旨・背景等

我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、平均寿命の延伸や高い保健医療水準を達成してきました。しかしながら、急速な少子高齢化、国民生活や意識の変化など大きな社会環境の変化により医療費や保険料の増大が見込まれる中、国保財政を健全化し、医療制度を将来にわたり持続可能なものとしていくためには、その構造改革が急務となっています。

このような状況を踏まえて、国民誰しもの願いである健康と長寿を確保しつつ、医療費の伸びの抑制に資するため、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、保険者による健診及び保健指導の充実を図る観点から、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下、「法」という。)に基づき、被保険者及び被扶養者に対し、生活習慣病に関する健康診査(特定健康診査)及び健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導(特定保健指導)を実施することとされました。

本計画は、「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針(以下、「基本指針」という。)」に基づき策定した「特定健康診査等実施計画」の第2期計画期間の終了に伴い、引き続き生活習慣病対策の充実を図り、さらに促進していくため、第3期計画として策定するものです。

## 2. 計画期間

第4期計画は、基本指針に即して6年を1期とし、期間は令和6年度から令和11年度とします。

## 3. 特定健康診査及び特定保健指導の基本的考え方

### 3.1. 生活習慣病対策の必要性

高齢化の急速な進展や生活スタイルの変化などに伴い、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合は増加し、死亡原因の約6割を占め、医療費に占める割合も約3分の1となっています。高齢期に向けて生活習慣病の罹患等が顕著なことから、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の発症を招き、生活習慣の改善がなければ、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るという経過をたどることになります。

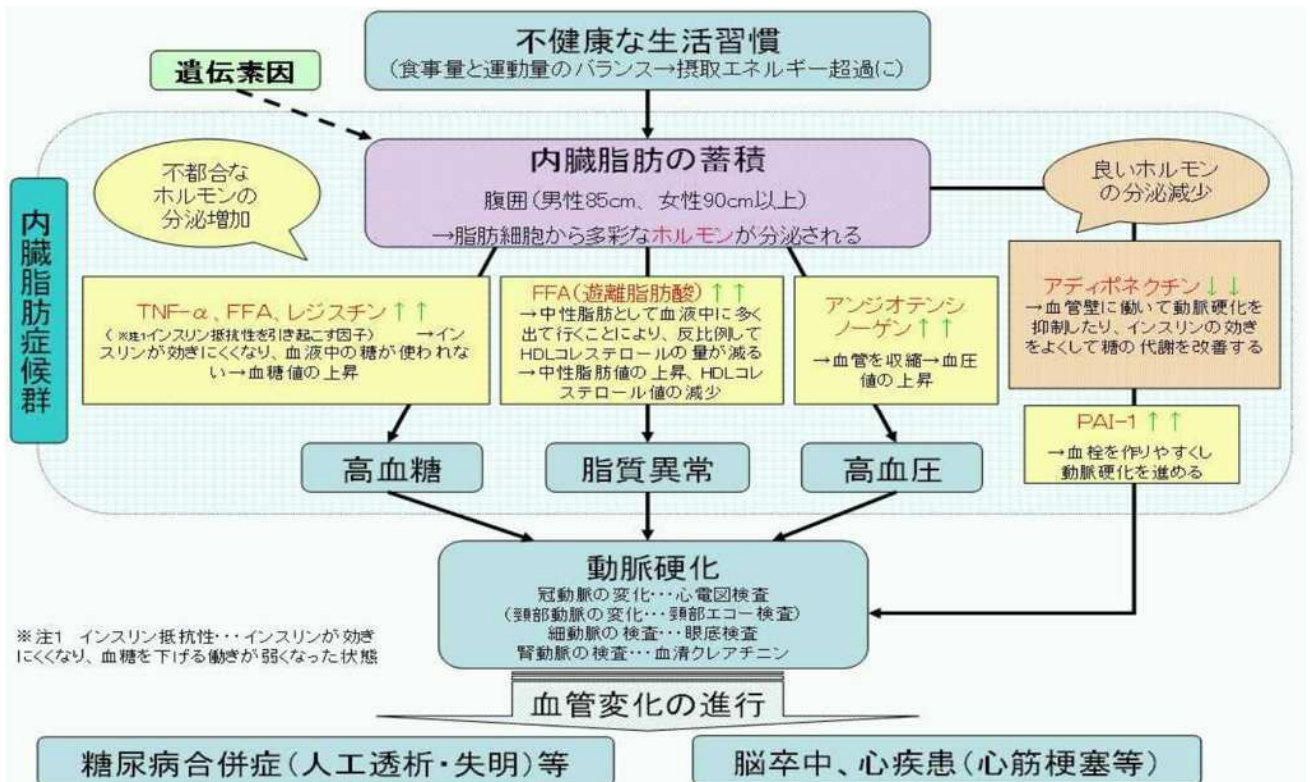
このため、生活習慣の改善による生活習慣病の発症、重症化予防の対策を進めることで患者を減らすことができれば、結果として、国民の生活の質(QOL)の維持及び向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となると考えます。

### 3.2. メタボリックシンドロームという概念への着目

糖尿病等の生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積(内臓脂肪型肥満)が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなります。

メタボリックシンドロームの概念に着目するのは、生活習慣病の発症、重症化の過程でこのことが大きく影響しているからであり、この該当者及び予備群者の減少を目指す必要があります。

図表49 メタボリックシンドロームのメカニズム



参考資料: 今後の生活習慣病対策の推進について(中間とりまとめ)平成17年9月15日 厚生科学審議会健康増進第2部会

出典: 厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第2版)」(平成25年5月)

### 3.3. 特定健康診査・特定保健指導

特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出するために行うものです。

特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに、健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的とするものです。

図表50 特定健康診査・特定保健指導の基本的な考え方

	かつての健診・保健指導		現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	<p>最新の科学的知識と、課題抽出のための分析</p> <p>↓</p> <p>行動変容を促す手法</p>	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	プロセス(過程)重視の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、行動変容につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択と行動変容 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげる
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個々人の健診結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村		医療保険者

出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第2版)」(平成25年4月)

## 4. 過去(第1期～第3期)の主な取組

### 4.1. 検査項目の充実

特定健康診査について、さらなる疾病の早期発見のため及び検査項目が少ないとの指摘を受け受診率向上の一環として、下記の検査項目を追加し、充実を図りました。

さらに、奈良県立医科大学と協働し、特定健診の項目以外に、特典のある検査項目を追加し、受診率の向上に努めました。

県独自	22年度～ 血清クレアチニン 23年度～ eGFR 尿酸 随時血糖 25年度～ 心電図 貧血検査
村独自	R1年度 睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査 R2年度 血管年齢検査 R3年度 フレイル測定 R4年度 骨密度計測 R5年度 尿中塩分測定

### 4.2. 普及啓発の強化

共同保健事業等検討会(市町村国保の共同体)や村独自で下記の特定健康診査・特定保健指導の普及啓発、マスコミ等を活用した啓発を行いました。

啓発チラシ等の作成・配布、ポスター掲示、村広報誌・HPへの掲載、村広報無線による広報、保険証の更新及び納付書送付時において受診勧奨チラシを同封、公共交通機関や大型商業施設におけるPR等。

### 4.3. 受診勧奨、再勧奨の実施

電話、郵送等による受診勧奨、再勧奨を実施しました。若年層の受診向上を図るため、40歳誕生日にダイレクトメールを送付しました。特にソーシャルマーケティングの手法を活用した受診率向上への取り組みに力を入れました。

### 4.4. 受診しやすい体制づくり

集団健診において休日健診の実施やがん検診等、他検診との同時実施を行うことで受診率の向上に取り組みました。

### 4.5. その他特徴のある取組

健診の結果からレッドカードを利用した医療機関への受診勧奨などを積極的に実施しました。集団特定健診実施時には、食生活改善推進員によるヘルシーメニューの試食提供を実施しました。その他の保健事業との連携を高め、集団健康づくり教室を開催しました。

### 4.6. 評価(第4期計画期間に向けた課題)

特定健康診査については、健診項目の充実を図り、第3期計画期間における課題を経て、受診勧奨・再勧奨等の工夫をしながら受診率の向上に取り組んでいるものの、受診率の低迷が続いており、上昇傾向が続いているとはいえ、目標受診率を達成出来ていない状況です。

年代別では、年齢が高くなるほど受診率が高くなっている現状で、疾病の早期発見という趣旨からも、特に若い世代へのアプローチを引き続き積極的に進めることが必要です。

## II. 特定健康診査等の実施目標について

### 1. 特定健康診査等の目標値

国においては、令和11年度における市町村国保の特定健康診査等実施率目標は、「特定健康診査実施率60%以上」「特定保健指導実施率60%以上」としています。

令和6年度からの各年度の実施率は、令和5年度の実績見込等を勘案し、6年間で国が示す実施率目標を達成できるよう、段階的に実施率を引き上げていくこととします。

図表51 実施に関する目標

	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	国目標
特定健康診査受診率	43.0%	45.0%	48.0%	55.0%	55.0%	60.0%	60%
特定保健指導実施率	38.0%	42.0%	47.0%	51.0%	56.0%	60.0%	60%

なお、成果に関する目標は、令和11年度において、平成20年度と比較してメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率(特定保健指導対象者の減少率)を25%以上減少とします。

### 2. 実施率目標に対する実施者見込数等

図表52 特定健康診査対象者・実施者数(見込)等

		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
40～64歳	対象者数(人)	364	349	343	317	297	290
	実施者数(人)	119	124	134	150	141	156
	実施率(%)	32.7%	35.5%	39.1%	47.3%	47.5%	53.8%
65～74歳	対象者数(人)	586	546	497	458	442	399
	実施者数(人)	290	279	269	276	265	257
	実施率(%)	49.5%	51.1%	54.1%	60.3%	60.0%	64.4%
総計	対象者数(人)	950	895	840	775	739	689
	実施者数(人)	409	403	403	426	406	413
	実施率(%)	43.0%	45.0%	48.0%	55.0%	55.0%	60.0%

図表53 特定保健指導対象者[動機付け支援、積極的支援](見込)等

			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
積極的 支援	対象者数(人)	40～64歳	3	5	5	6	5	6
	実施者数(人)	40～64歳	1	3	3	4	2	3
動機付け 支援	対象者数(人)	40～64歳	11	12	14	14	16	17
		65～74歳	21	21	21	21	22	21
	実施者数(人)	40～64歳	3	3	5	5	8	9
		65～74歳	9	10	11	12	14	14



### Ⅲ. 特定健康診査等実施対象者について

#### 1. 特定健康診査における対象者の定義

特定健康診査の実施年度中に40～74歳となる加入者(当該年度において75歳に達する者も含める)で、かつ当該実施年度の1年間を通じて加入している者(年度途中での加入・脱退等異動のない者)のうち、妊産婦等を除いた者が対象者となります。

#### 2. 特定保健指導における対象者の定義

特定健康診査の結果、腹囲のほか、血糖、血圧、脂質が所定の値を上回る者のうち、糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者を除く者が対象者です。次の表にあるように、追加リスクの多少と喫煙歴の有無により、動機付け支援の対象者となるのか積極的支援の対象者となるのかが異なります。

図表54 特定保健指導対象者の選定基準

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

(注)喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味する。

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

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

(空腹時血糖及びHbA1c(NGSP値)の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。)

②脂質：空腹時中性脂肪150mg/dl以上(やむをえない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上)またはHDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者については、対象から除いている。

※65歳以上74歳未満の者については、動機付け支援のみを行っている。

## IV. 特定健康診査等の実施方法について

### 1. 特定健康診査

#### 1.1. 基本事項

##### 1.1.1. 実施方法、実施時期、実施場所

###### ○集団健診

実施方法…外部委託により実施

実施時期…5月～11月(年6日)

実施場所…明日香村健康福祉センター

###### ○個別健診

実施方法…特定健康診査等委託契約(集合契約)において医療機関に委託

実施時期…5月～2月

実施場所…特定健康診査等委託契約(集合契約)において委託する医療機関

##### 1.1.2. 周知方法

本村の広報誌「広報あすか」及びホームページへの掲載、村広報無線等の周知効果が高いものを中心に実施します。

##### 1.1.3 受診案内の方法、受診券(セット券)の発券と配布方法

受診券等は5月に受診案内を同封したうえ、対象者全員に郵送にて送付します。また、業者への委託により郵送勧奨、再勧奨を実施します。

##### 1.1.4. 自己負担の有無

一部あり(見直す場合あり)

##### 1.1.5. 健診結果の返却方法

健診実施機関が健診結果を手渡しのうえ説明を行うか、または郵送により通知します。この場合、健診結果通知とともに、生活習慣病への理解を深め、本人の健康状態に適した生活習慣改善を促す助言等を情報提供し、継続的な健診受診につなげます。

##### 1.1.6. 外部委託選定の考え方

厚生労働省告示「特定健康診査の外部委託に関する基準」を満たしている機関を選定します。



### 1.1.7. 事業主健診等のデータ収集方法

本人から事業主健診の結果データを受領します(一部健診機関からの直接送付もあります)。また、受診者本人に対して、データ提供依頼の通知を行うことでデータを受領します。

### 1.1.8. その他

- ・人間ドックは特定健康診査の健診項目が含有されているため、人間ドックの実施を特定健康診査の実施に代えることとします。
- ・特定健康診査対象外の被保険者に対する健診として、生活習慣病予防について早期からの意識付けを行うため、30～39歳の者に対して健康診査を実施します。実施内容は特定健康診査と同内容とします。

## 1.2. 実施項目等

特定健康診査の実施項目は、以下のとおりです。

対象者全員に実施する「基本的な項目」に加え、医師が必要と判断した場合に「詳細な健診項目」を実施します。

### ■基本的な健診の項目(全員に実施)

項目	備考
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査(質問票)を含む
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査(身体診察)
身長、体重および腹囲の検査	腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準(BMIが20未満の者、もしくはBMIが22kg/m <sup>2</sup> 未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した者)に基づき、医師が必要でないとする時は、省略可 腹囲の測定に代えて、内臓脂肪面積の測定でも可
BMIの測定	BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m)の2乗
血圧の測定	収縮期血圧/拡張期血圧 2回測定
肝機能検査	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ(AST(GOT)) アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT(GPT)) ガンマグルタミルトランスフェラーゼ(γ-GT)
血中脂質検査	空腹時中性脂肪(血清トリグリセライド)の量、やむを得ない場合は随時中性脂肪の量 高比重リポ蛋白コレステロール(HDLコレステロール)の量 低比重リポ蛋白コレステロール(LDLコレステロール)の量 空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合、LDLコレステロールに代えて、Non-HDLコレステロールの測定でも可
血糖検査	空腹時血糖又はヘモグロビンA1c(HbA1c)、やむを得ない場合は随時血糖
尿検査	尿中の糖及び蛋白の有無

■詳細な健診の項目(医師が必要と判断した場合に実施)

追加項目	実施できる条件(基準)				
貧血検査(ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定)	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者				
心電図検査(12誘導心電図) <sup>注1)</sup>	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上の者又は問診等で不整脈が疑われる者				
眼底検査 <sup>注2)</sup>	<p>当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者</p> <table border="1"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dl以上</td> </tr> </table> <p>ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果の確認ができない場合、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。</p>	血圧	収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上	血糖	空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dl以上
血圧	収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上				
血糖	空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dl以上				
血清クレアチニン検査(eGFRによる腎機能の評価を含む)	<p>当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者</p> <table border="1"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上又は随時血糖値が100mg/dl以上</td> </tr> </table>	血圧	収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上	血糖	空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上又は随時血糖値が100mg/dl以上
血圧	収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上				
血糖	空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上又は随時血糖値が100mg/dl以上				

注1) 心電図検査は、基準に基づき医師が必要と認める者であって特定健康診査当日に心電図検査を実施した場合、詳細な健診の項目として実施したこととします。

注2) 眼底検査は、基準に基づき医師が必要と認める者であって特定健康診査当日から1か月以内に眼底検査を実施した場合、詳細な健診の項目として実施したこととします。

■村独自の健診項目

奈良県立医科大学と協働実施している地域医療連携事業において、毎年協議を重ね、フレイル予防や生活習慣病予防に着目した検査項目について実施します。

## 2. 特定保健指導

### 2.1. 基本事項

#### 2.1.1. 実施方法、実施時期、実施場所

特定健康診査の結果に基づき階層化したうえ、直営で電話もしくは保健センターにおいて実施します。初回面接(分割実施をする場合もあります)は7月から随時実施し、対象者を除いて3か月後に評価を行います。なお、初回面接は、健診受診年度の翌6月を期限とします。

#### 2.1.2. 保健指導の案内

保健指導は、6月頃から随時、保健指導の利用案内を同封したうえ、対象者全員に郵送にて送付します。

#### 2.1.3. 自己負担の有無

無

#### 2.1.4. 外部委託選定の考え方

厚生労働省告示「特定保健指導の外部委託に関する基準」を満たしている機関を選定します。

## 2.2. 実施項目等

特定保健指導の実施項目は、以下のとおりです。

特定保健指導は、被保険者が自らに適した生活習慣の改善を次の項目で継続的に取り組むため、医師、保健師、管理栄養士等の指導の下、被保険者が行動計画を作成するとともに、その実践を医師等がサポートすることにより行うものとします。なお、保健指導対象者に該当せず、「情報提供のみ」となった対象者は、健康に対する動機付けを行う機会とします。

### ■情報提供

支援頻度	年に1回
支援形態	健診結果の郵送時に健康に関する動機付けリーフレットを同封する。

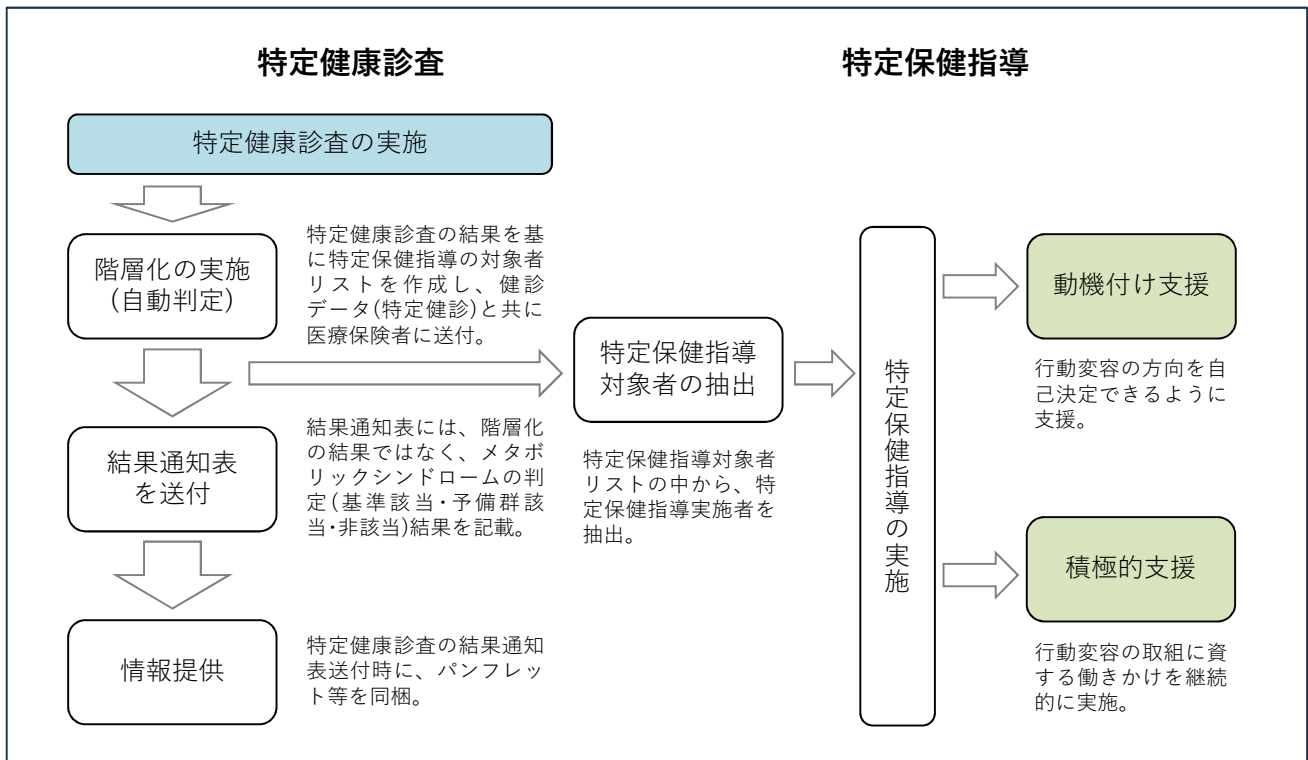
### ■動機付け支援

支援内容	対象者本人が、自分の生活習慣の改善点・延ばすべき行動等に気づき、自ら目標を設定し行動に移すことができるように、対象者の個別性に応じた指導や情報提供等を行う。
支援形態	初回面接による支援のみの原則2回とする。 ○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援(ICT含む)、または1グループ当たり概ね8人以下、概ね80分以上のグループ支援(ICT含む)。
実績評価	○3か月以上経過後の評価 設定した行動目標が達成されているか並びに身体状況及び生活習慣に変化が見られたかどうかを評価する。面接または通信手段(電話、電子メール、FAX、手紙等)を利用して行う。

### ■積極的支援

支援内容	特定健康診査の結果から、対象者本人が身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を認識し、具体的に実践可能な行動目標を自らが設定できるように行動変容を促す。 支援者は、対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえて目標達成のために必要な支援計画を立て、行動が継続できるように定期的・継続的に支援する。					
支援形態	初回面接による支援を行い、その後、3か月以上の継続的な支援を行う。 ○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援(ICT含む)、または1グループ当たり概ね8人以下、概ね80分以上のグループ支援(ICT含む)。 ○3か月以上の継続的な支援 個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)のほか、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせる。					
実績評価	○3か月以上経過後の評価 アウトカム評価(成果が出たことへの評価)を原則とし、プロセス評価(保健指導実施の介入量の評価)も併用して評価する。 <b>アウトカム評価</b> <table border="1" data-bbox="308 1644 1433 1854"> <tr> <td>主要達成目標</td> <td>・ 腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少</td> </tr> <tr> <td>目標未達成の場合の行動変容評価指標</td> <td>・ 腹囲1cm・体重1kg減 ・ 生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)</td> </tr> </table> <b>プロセス評価</b> <table border="1" data-bbox="308 1904 1433 2007"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 継続的支援の介入方法による評価 (個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)、電話、電子メール・チャット等)</li> <li>・ 健診後早期の保健指導実施を評価</li> </ul> </td> </tr> </table>	主要達成目標	・ 腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少	目標未達成の場合の行動変容評価指標	・ 腹囲1cm・体重1kg減 ・ 生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 継続的支援の介入方法による評価 (個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)、電話、電子メール・チャット等)</li> <li>・ 健診後早期の保健指導実施を評価</li> </ul>
主要達成目標	・ 腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少					
目標未達成の場合の行動変容評価指標	・ 腹囲1cm・体重1kg減 ・ 生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)					
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 継続的支援の介入方法による評価 (個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)、電話、電子メール・チャット等)</li> <li>・ 健診後早期の保健指導実施を評価</li> </ul>						

図表55. 特定健康診査から特定保健指導への流れ



### 3. 特定保健指導対象者の重点化

特定健康診査の結果、特定保健指導の対象者が多い場合は、生活習慣の改善により予防効果が大きく期待できる者に対して重点的に特定保健指導を行うため、次の対象者を優先して実施する。

- 年齢が比較的若い対象者
- 健診結果が前年度と比較して悪化し、より緻密な保健指導が必要になった対象者
- 質問項目の回答により、生活習慣改善の必要性が高いと認められる対象者
- これまでに積極的支援及び動機付け支援の対象者であったにもかかわらず保健指導を受けなかった対象者

### 4. 代行機関について

特定健康診査等の費用の支払及びデータの送信事務等に関し、奈良県国民健康保険団体連合会に委託し、提出されたデータは、特定健診等データ管理システムにおいて管理・保存します。

## 5. 実施に関する年間スケジュール

特定健康診査・特定保健指導に関するスケジュールについては、以下のとおり実施します。

	特定健康診査		特定保健指導	
	個別健診	集団健診	動機付け支援	積極的支援
前年度業務	健診対象者の抽出 健診機関との契約			
4月	特定健康診査開始		特定保健指導の実施(前年度分)	保健指導機関との契約
	広報による周知			
5月	受診券送付	集団健診の実施(3回)		
6月	健診結果の送付			
				結果説明会の開催(1回)
7月			利用券の送付、保健指導の実施(現年度分)	
8月				
9月				
10月		未受診者勧奨の実施		
11月		集団健診の実施(3回)		未利用者勧奨の実施
				結果説明会の開催(1回)
12月	<前年度の健診受診・保健指導の状況についての評価・翌年度の予算要求>			
	未受診者勧奨の実施			
1月				
2月				
3月				

## V. 個人情報の保護について

### 1. 特定健康診査、特定保健指導の記録の保存方法、保存体制

#### 1.1. 記録の保存方法

特定健康診査の結果や特定保健指導に関する記録については、標準的な電子データファイル仕様に基づく電子ファイルの形態で、健診・保健指導実施機関等外部委託者を通して、本村国民健康保険に報告されます。報告されたデータは、特定健診等データ管理システムを利用し、厳重に運用・管理・保存を行います。保存年限は、最低5年間とし、できる限り長期的に保存します。

#### 1.2. 記録の保存体制

健診結果、保健指導記録の保管は、奈良県国民健康保険団体連合会に委託します。保管にあたっては、医療情報システムの安全管理に関するガイドラインや国民健康保険団体連合会における個人情報保護の規定に基づき、適切に実施します。

#### 1.3. 外部委託

外部委託者には個人情報の管理について、関連法令等を十分理解させ、義務付けるとともに、契約書に明記して個人情報の管理について随時確認を行います。

### 2. 特定健康診査、特定保健指導の記録の管理に関するルール

特定健康診査、特定保健指導の記録の管理については、個人情報保護関連法令、関係ガイドラインに基づくほか、本村情報管理規定等に基づき、適切に実施します。

健診等の情報の利用については、個人情報保護関連法令やガイドライン等の内容に沿って利用目的を周知するとともに、健診等の情報を保健指導に用いることや匿名化した情報を地域の健康状況の把握に用いられることを受診券等の注意書きに記載し、あらかじめ受診者に周知したうえ、必要な範囲に限定し、データの集計・分析を行います。レセプト情報の利用についても同様の取扱いを行います。

## VI. 特定健康診査等実施計画の公表・周知について

### 1. 公表方法

本計画を策定または変更したときは、すみやかに本村ホームページに掲載し公表します。

### 2. 特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発方法について

特定健康診査、特定保健指導の実施率を向上し、生活習慣病を予防することを目的に、本村広報誌、パンフレット、ポスター等を活用した普及啓発や集会、イベントにおける啓発などを適宜実施し、住民に対して広く周知を図ります。これに加えて、医療機関やボランティアと連携し、住民の身近なところで特定健康診査等の趣旨等を啓発し、理解を深めます。

また、他市町村や県等と共同・連携し、ポピュレーションアプローチを実施します。



## VII. 特定健康診査等実施計画の評価・見直しについて

### 1. 目標達成状況の評価方法

特定健康診査、特定保健指導については、実施における検証のみならず、実施後の成果の検証が重要となります。以下の評価を実施し、被保険者等に情報提供を行います。

#### 1.1. 特定健康診査・特定保健指導の実施率

国への実績報告を活用し、特定健康診査実施率、特定保健指導支援形態別実施率の目標値の達成状況等を把握します。

#### 1.2. メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率

減少率については、目標として設定することはしませんが、特定保健指導の効果の検証のための指標とします。平成20年度と比較して特定保健指導対象者の減少率を算出します。

#### 1.3. その他

本計画に定めた実施方法・内容・スケジュール等が計画どおり実施できたかを評価します。

### 2. 評価と見直し

第4期特定健康診査等実施計画の中間評価として令和8年度において、最終評価として令和11年度において、目標の達成状況等について評価を行うことを基本とします。

計画の見直しについては、国や県の動向等に応じて柔軟に対応し、本村国民健康保険運営協議会等で検討したうえ、必要に応じて見直しを行います。

## VIII. 特定健康診査等の円滑な実施について

### 1. 奈良県国民健康保険団体連合会国保事務支援センターとの連携

奈良県国民健康保険団体連合会国保事務支援センターと連携し、効率的かつ効果的に特定健康診査実施率、特定保健指導実施率の向上等に向けた取組を行います。

### 2. 受診しやすい体制づくり

- 特定健康診査とがん検診や地域医療連携事業で実施する検査等他検診との同時実施について、衛生部門と連携して実施を検討します。
- 受診者の多様な生活スタイルに合わせて、休日の集団健診を引き続き実施するとともに、休日に受診できる医療機関を広く広報します。

### 3. 実施体制の確保

- 特定健康診査から特定保健指導への流れがスムーズにいくよう、国保部門と衛生部門が、また事務職と専門職が役割を分担しつつ連携強化を図ります。また、外部委託を積極的に取り入れ、実施体制を確保します。
- 特定保健指導に関わる専門職の技術向上の一環として、奈良県や奈良県国民健康保険団体連合会が実施するスキルアップ研修などの機会を利用して人材育成を図ります。

### 4. 受診率等の向上となる取組

- 事業主やその被雇用者に対し、様々な情報提供や啓発活動を行うことで、特定健康診査・保健指導に対する認知度を高め、積極的な受診及び円滑な健診データの提供を促します。
- 通院未受診の方に医療機関からの受診勧奨を促すなど医療機関との連携を充実します。
- 住民自らが、特定健康診査等の重要性について理解し、受診を呼びかけることができるよう、新たな健康ボランティアを養成し、連携します。
- 担当者会議等への参加による情報収集や特定健康診査の好事例集等を参考に、受診率向上に向けた有効な手法を検討し、実施します。
- 個別健診や人間ドックの利用費を補助し、健診の受診を促進するとともに健診データの提供を堅持します。

### 5. 重症化予防の取組

特定健康診査で把握したデータを活用し、奈良県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを実行していくことなどで、早期発見、重症化予防を行います。



**明日香村国民健康保険  
第3期データヘルス計画及び  
第4期特定健診等実施計画**

令和6(2024)年3月

発行 明日香村

編集 住民課  
〒634-0142  
奈良県高市郡明日香村大字橘21番地  
TEL：0744-54-2001  
FAX：0744-54-2440  
URL：<https://www.asukamura.jp/>

