

第2期下市町国民健康保険データヘルス計画
第4期下市町特定健康診査等実施計画

下市町
令和6年3月

－ 目次 －

第1章 第2期下市町国民健康保険データヘルス計画の概要	1
1. 計画の趣旨	1
2. 計画期間	1
3. 実施体制・関連計画との連携	1
4. 共通指標について	2
第2章 第1期下市町国民健康保険データヘルス計画の評価	4
1. 計画全体の評価	4
2. 個別保健事業の評価	5
(1) 後発医薬品の普及促進	5
(2) 医薬品の重複・多剤投与対策	6
(3) 特定健康診査実施率向上対策	7
(4) 特定保健指導利用率向上事業	8
(5) 糖尿病等治療勧奨の促進（生活習慣病受診勧奨・レッドカード）	9
(6) 糖尿病性腎症重症化予防対策（保健指導）	10
(7) 慢性腎臓病重症化予防対策事業（受診勧奨）	11
(8) 特定健康診査（集団健診）結果説明会	12
第3章 現状の整理	13
1. 下市町の概要	13
2. 被保険者の概要	18
3. 健康課題の抽出	19
4. 医薬品の適正使用	23
5. がん検診の状況	24
6. 特定健康診査の実施状況	26
7. 特定保健指導の実施状況	31
第4章 計画全体	33
1. 課題の整理	33
2. 目的・目標	35
3. 個別保健事業	36
(1) 特定健康診査事業（実施率向上対策事業）	36
(2) 特定保健指導事業	37
(3) 糖尿病性腎症重症化予防対策事業	38
(4) 生活習慣病重症化予防対策事業	39
(5) 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）	40
(6) 後発医薬品使用促進事業	41
(7) がん検診（受診率向上対策事業）	42
第5章 第4期下市町国民健康保険特定健康診査等実施計画	43
1. 計画の概要	43
2. 第3期計画における目標達成状況	44
3. 特定健診等の目標値	45

4. 特定健診等の実施方法について.....	45
5. 特定健診・特定保健指導の記録の保存方法、保存体制.....	47
6. 特定健診等の円滑な実施について.....	48
第6章 共通事項.....	49
1. 計画の評価・見直し.....	49
2. 計画の公表・周知.....	49
3. 個人情報の取り扱い.....	49
4. 地域包括ケアに係る取組.....	49

参考資料

評価指標一覧

第1章 第2期下市町国民健康保険データヘルス計画の概要

1. 計画の趣旨

保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCA サイクルに沿って運用するものである。

当町においても、平成30年3月に計画を策定し推進してきたところである。前期計画の評価を踏まえつつ、より健康課題に対応した効果的な保健事業を実施することができるよう第2期計画を策定するものとする。

また今期計画より新たに、県内保険者との比較や健康状況を把握することで健康課題の優先度を明確化することを目的に共通指標を設定し、経年的な経過を把握しながら計画を推進していく。

今回、第1期下市町国民健康保険データヘルス計画及び第3期下市町国民健康保険特定健康診査等実施計画がともに令和5年度末に満了することから、保健事業の実績を分析・評価するとともに、より効率的・効果的な保健事業が実施できるよう第2期下市町国民健康保険データヘルス計画と第4期下市町国民健康保険特定健康診査等実施計画を一体的に策定する。

2. 計画期間

本計画は、令和6年(2024)年度から令和11年(2029)年度までの6年計画とする。令和8年度に中間評価を実施し、令和11年度には最終評価を実施。

3. 実施体制・関連計画との連携

【実施体制】

本計画を策定、推進する上で、以下の担当課との連携を図るものとする。

部 門	担当課等	役 割
主担当	住民保険課	計画全体の調整、管理
庁内関係課	健康福祉課	保健事業の計画、実施、評価
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
	奈良県国保連合会 (支援・評価委員会も活用)	現状分析、計画策定、評価に関する支援
	吉野保健所	相談等

【関連計画との連携】

本計画の策定においては、下記計画との整合性をはかりながら、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く。

計画名	担当課等	計画期間
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
第4期下市町特定健康診査等実施計画	下市町住民保険課	令和6年度～令和11年度
下市町第2次健康増進計画	下市町健康福祉課	令和元年度～令和9年度
下市町第1次食育推進計画	下市町健康福祉課	令和元年度～令和9年度
下市町高齢者福祉計画及び第9期介護保健事業計画	下市町健康福祉課	令和6年度～令和8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。

本町においても、本計画の評価指標に以下の共通指標を加え、推移を確認しながら取組を推進していくこととする。

第3期市町村国保データヘルス計画 奈良県共通指標(県提供指標一覧より引用)

◆データヘルス計画全体の指標

No.	目的	指標	目指す方向 + ⇒ 増加 - ⇒ 減少	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	一人当たりの医科医療費（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.	目標	取組	指標	目指す方向 (目標値)	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 未満の割合 ②中性脂肪 150mg/dl 以上の 割合 ③LDL コレステロール 120mg/dl 以上の割合)	-	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/ 被保険者数*100)	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/ 被保険者数*100)	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 (HbA1c8.0%以上の者/健 診受診者のうち HbA1c の検 査結果がある者*100)	-	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/被保険者数*100)	-	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/被保険者数*100)	-	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 HP

第2章 第1期下市町国民健康保険データヘルス計画の評価

1. 計画全体の評価

◆評価について

計画の振り返りにおける評価については、下表のとおり評価を実施した。

評価判定	
A	目標到達
B	目標値に達していないが、改善傾向にある
C	横ばい
D	悪化している
E	評価困難

◆計画全体の目的

被保険者の健康維持増進による健康寿命の延伸

◆計画全体の指標と評価

目 標	指 標	目標値	指標の変化					評価
			H30	R1	R2	R3	R4	
健康寿命（65歳時平均自立期間）・男性	延伸	17.86	17.65	17.95	—	—	—	C
		【18.49】	【18.79】	【19.01】	【18.95】	【18.60】		
健康寿命（65歳時平均自立期間）・女性	延伸	19.64	19.62	19.94	—	—	—	C
		【21.05】	【21.30】	【21.52】	【21.46】	【21.13】		

出典 健康寿命…奈良県健康推進課

各数値の下段【】は、奈良県の実績値。

R3年度以降の市町村別数値が公表されていない。（R6年1月末現在）

◆評価に対する要因等のまとめ

本町の推移をみると男女ともに延伸しているが、令和2年度時点の奈良県の実績値と比べると男性で1.06年、女性で1.58年短くなっている。更なる健康寿命の延伸のため、今後も保健事業に取り組む必要がある。

2. 個別保健事業の評価

(1) 後発医薬品の普及促進

目的	<p>後発医薬品の使用促進を図り、医療費の自己負担額の軽減及び医療費の適正化に資することを目的とする。</p> <p>特に本町は、後発医薬品の使用割合が県内市町村国保で最下位（令和2年3月診療分）であり、使用促進について更なる取り組みが必要である。</p>								
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品差額通知を定期的を送付（4回/年） （1薬剤あたり100円以上の差額がある薬剤について通知） 令和3年度から対象年齢を変更 20歳以上→18歳以上 令和4年度から全医薬品を対象に変更。 ・後発医薬品使用促進のための啓発チラシ及びジェネリック希望シールを被保険者（世帯単位 見込み数：840世帯）に送付（1回/年） ・広報誌に使用促進を啓発する記事を掲載（2回/年） ・下市テレビの文字放送を活用した啓発を実施（2回/年） 								
評価	指標	目標値	指標の変化						評価
			H30	R1	R2	R3	R4	R5	
アウトカム	ジェネリック医薬品使用割合 (各年度末3月時点)	80%	55.7%	60.4%	63.7%	63.5%	68.3%	—	B
	県内市町村国保 使用割合順位	最下位 脱却	38位	39位	39位	39位	38位	—	A
アウトプット	差額通知率（通知数/ 対象被保険者数）	—	100%	100%	100%	100%	100%	—	A
	啓発チラシ、ジェネリック 希望シール送付率（通 知数/対象世帯数）	—	100%	100%	100%	100%	100%	—	A
	広報紙への掲載回数	2回/年	—	—	1	3	1	1	D
	下市テレビの文字 放送実施回数	2回/年	—	—	—	2	2	2	A
プロセス	通知物の内容は適切か	—	差額通知・希望シールの内容について、 適宜見直しを行った。						A
	対象者の抽出は適切か	—	差額通知の対象者の抽出条件について、 適宜見直しを行った。						A
ストラクチャー	国保事務支援セン ターとの連携	打合せ 等2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回	A
成功要因 未達要因	<p>目標値には及ばないが、着実に使用割合は増加している。</p> <p>令和2年度以降、ジェネリック医薬品の供給不足が生じ、使用が伸びなかったことが考えられる。</p>								
効果があった取組	<p>中間評価以降、国保連合会から提供されたジェネリック医薬品使用促進のPR動画を、ケーブルテレビ（下市テレビ）にて放送。</p>								
見直しが必要な取組	<p>ジェネリック医薬品の使用割合、供給の状況も見ながら、必要があれば対象者や啓発方法について見直しを実施。</p>								
課題・次期計画の方向性	<p>事業継続。</p> <p>次期計画でも継続してジェネリック医薬品の認知度をあげるための広報を推進していく。</p>								

(2) 医薬品の重複・多剤投与対策

目的	薬効が同じ医薬品の重複・多剤（15種以上投与）の減少を図り、医療費の適正化に資するとともに、重複、多剤内服に伴う薬の副作用を予防することで被保険者の健康の保持・増進を図る。								
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> ・国保事務支援センターにより抽出された重複・多剤投与者に対して注意喚起文書を送付。 ・注意喚起文書を送付した被保険者に対し、必要に応じて電話による勧奨・相談を実施。 ・必要に応じて、薬剤師による訪問指導を実施。 								
評価	指標	目標値	指標の変化						評価
			H30	R1	R2	R3	R4	R5	
アウトカム	重複の被保険者の割合	減少	17.0%	17.4%	12.6%	14.9%	16.7%	—	B
	多剤の被保険者の割合	減少	3.8%	4.6%	3.5%	3.5%	3.4%	—	B
アウトプット	対象者への通知率	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A
	電話勧奨実施率 (接触数/架電対象者数)	—	—	100%	100%	100%	—	100%	A
	薬剤師による訪問実施率 (訪問数/訪問対象者数)	—	—	—	—	—	—	—	E
	重複・多剤投与改善率	—	—	—	—	—	—	—	E
プロセス	通知物の内容は適切か	—	通知文書の内容について、適宜見直しを行った。						—
	対象者の抽出は適切か	—	対象者について、国保連合会において抽出の後、適宜送付の可否について検討を行った。						—
ストラクチャー	国保事務支援センターとの連携	打合せ等2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回	A
成功要因 未達要因	多剤投薬対策事業（国保連合会共同事業）については、対象者が概ね固定化されている。対象者は、すでに医師や薬剤師に相談済みであるため、割合の減少につながられていない。評価指標の実施・確認ができていない。								
効果があった取組	電話勧奨の結果を見てみると、電話勧奨による効果があったと思われる。								
見直しが必要な取組	実施できていないアウトプットや設定できていない目標値があったため、次期計画では確実に目標値を設定し、実施していく。								
課題・次期計画の方向性	事業継続。 場合によっては対面による指導についても検討。 対象者と受診医療機関双方に通知ができるよう、まずは医師会との連携関係を構築していきたい。								

(3) 特定健康診査実施率向上対策

目的	<p>特定健康診査の目的を達成するため、特定健康診査実施率のさらなる向上を図る。</p> <p>【特定健康診査の目的】</p> <p>被保険者が自身の健康状態を把握し、健康管理に役立てるとともに、生活習慣病及びメタボリックシンドロームの予防意識の醸成につなげる。</p> <p>さらに、被保険者の生活習慣病、メタボリックシンドロームの状況を把握し、生活習慣の改善を促し（特定保健指導）生活習慣病の重症化を予防する。</p>									
事業内容	特定健康診査実施率向上に向け、特定健康診査未受診者への受診勧奨、健診結果の通知等									
評価	指標	目標値	指標の変化						評価	
			H30	R1	R2	R3	R4	R5		
アウトカム	特定健診実施率	40%	29.6%	27.6%	20.9%	24.1%	30.4%	—	C	
アウトプット	受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	—	A
	再勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	—	A
プロセス	通知時期の適切さ	—	通知時期について、効果的な時期を担当課内で検討						A	
	特性区分の適切さ	—	—						E	
ストラクチャー	事業委託業者、国保事務支援センターとの連携状況	打合せ等2回	2回	2回	2回	2回	2回	—	A	
	医師会、健診機関との連携状況	打合せ等2回	2回	2回	2回	2回	2回	—	A	
	健診委託医療機関数、集団健診実施回数	—	652 5回	659 5回	659 —	648 —	639 4回	632 4回	E	
成功要因 未達要因	令和2・3年度については、新型コロナウイルスの影響もあり受診者数の減があったものと思われる。また、集団健診についても実施できなかった経緯もあり、受診率が伸び悩んだ。									
効果があった 取組	令和4年度から、がん検診（胃・肺・大腸）と同日に実施することで、健診のみの実施日より受診者が増加した。 コロナワクチン集団接種会場で受診勧奨のチラシを配布した。（普段していなかった取組）									
見直しが必要な 取組	効果的な受診勧奨資材の検討。（受診券送付時の案内文等）									
課題・次期計画の 方向性	事業継続。 令和4年度に参加した国保連合会の特定健康診査受診率向上対策支援モデル事業の結果を踏まえ、今後の受診率向上に役立てる。									

(4) 特定保健指導利用率向上事業

目的	特定保健指導の目的を達成するため、特定保健指導利用率のさらなる向上を図る。 【特定保健指導の目的】 被保険者が自身の健康状態を把握し、健康管理に役立てるとともに、メタボリックシンドロームの改善を目的とした生活習慣の改善を促し、生活習慣病の重症化を予防する。								
事業内容	特定保健指導利用率向上に向け、特定保健指導未利用者への利用勧奨通知を送付する。								
評価	指標	目標値	指標の変化						評価
			H30	R1	R2	R3	R4	R5	
アウトカム	積極的・動機付け対象者数割合	5%未満	9.9%	10.2%	9.3%	9.4%	8.6%	—	C
	保健指導実施者のメタボ改善割合（1年後の健診で評価）	向上	—	—	—	—	—	—	E
アウトプット	保健指導利用率（実施率）	45%以上	21.2%	9.7%	19.0%	8.3%	34.6%	—	B
	利用勧奨通知実施率	100%	—	100%	100%	100%	100%	—	A
プロセス	未受診者への通知時期の適切さ	—	通知時期について、効果的な時期を担当課内で検討						A
	通知対象者の特性区分の適切さ	—	—						E
ストラクチャー	国保事務支援センターとの連携状況	打合せ等2回	—	2回	2回	2回	2回	—	A
	医師会、健診機関との連携状況（会議、打合せの回数等）	打合せ等2回	—	2回	2回	2回	2回	—	A
	健診委託医療機関数、集団健診実施回数	—	—	659 5回	659 —	648 —	639 4回	632 4回	E
成功要因 未達要因	保健指導実施率については、実施年度によってばらつきが生じた。								
効果があった取組	令和5年度からは、集団健診実施時に対象者を抽出し初回面談を実施。 令和4年度途中から、保健師配属になったことにより、保健指導対象者には、日時指定の通知を送付、電話連絡等実施した結果保健指導終了者が増えた。								
見直しが必要な取組	積極的・動機付け支援対象者自身の健康について、自己判断するのではなく、専門職にいつでも相談できる環境づくりが必要。 実施できていないアウトカムがあったため、次期計画では確実に実施していく。								
課題・次期計画の方向性	事業継続。 国保連合会の共同事業としての実施は無くなるため、町独自で勧奨事業を実施。 令和4年度に参加した国保連合会の特定健康診査受診率向上対策支援モデル事業で提案のあった、集団健診実施時の初回面談の実施や、健診時に保健指導実施日の掲示を行うことで、利用率向上をめざす。								

(5) 糖尿病等治療勧奨の促進（生活習慣病受診勧奨・レッドカード）

目的	治療が必要である可能性が高いにもかかわらず、医療機関未受診の者に受診を勧奨することで、治療につなげ、糖尿病等の重症化を予防する。								
事業内容	特定健康診査結果を活用し、糖尿病等生活習慣病の重症者への治療勧奨を実施 ①高血圧 : 収縮期160mmHg以上又は拡張期100mmHg以上、かつ治療歴が無い ②高血糖 : HbA1c 7.0%以上（NGSP）、かつ治療歴が無い ③高コレステロール : LDL コレステロール180mg/dl 以上、かつ治療歴が無い ④高中性脂肪 : 中性脂肪500mg/dl 以上、かつ治療歴が無い ⑤慢性腎臓病 : eGFR45ml/min/1.73 m ² 未満、かつ該当病名無い ※抽出要件については R5 の値。要件については随時見直しを実施。								
評価	特定健康診査結果を活用し、糖尿病等生活習慣病の重症者への治療勧奨を実施	目標値	指標の変化						評価
			H30	R1	R2	R3	R4	R5	
アウトカム	該当者率 (レッドカード対象者/特定健診受診者)	減少	—	6.9%	3.1%	1.6%	3.7%	—	B
アウトプット	医療機関受診率	100%	—	42.9%	100%	0%	16.7%	—	D
	受診勧奨実施率	100%	—	100%	100%	100%	100%	—	A
	再勧奨実施率	100%	—	—	—	100%	100%	—	A
プロセス	勧奨内容の適切さ	—	通知文書の内容、抽出要件について、適宜見直しを行っている。						A
ストラクチャー	国保事務支援センターとの連携状況	打合せ等2回	—	2回	2回	2回	2回	—	A
	医師会との連携状況	打合せ等2回	—	2回	2回	2回	2回	—	A
成功要因 未達要因	対象者数が少ないため、医療機関受診率については年度によって変動が大きい。対象者には、かかりつけ医にて経過観察中となっているものが多い。								
効果があった取組	対象者へ勧奨した結果、医療機関未受診者を受診につなげられたと思われる。								
見直しが必要な取組	再勧奨実施後、町においても未受診者に対してフォローを行う。								
課題・次期計画の方向性	事業継続。								

(6) 糖尿病性腎症重症化予防対策（保健指導）

目的	糖尿病性腎症患者の病期進行を予防し透析導入に至らないよう、被保険者の生活習慣の改善を支援し、ひいては被保険者の QOL（クオリティオブライフ・生活の質）の維持・向上を図る。								
事業内容	国保事務支援センターと連携し、糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき保健指導を実施。								
評価	特定健康診査結果を活用し、糖尿病等生活習慣病の重症者への治療勧奨を実施	目標値	指標の変化						評価
			H30	R1	R2	R3	R4	R5	
アウトカム	参加者のうち病期が悪化する人の割合	0%	—	—	—	—	—	—	E
	人工透析新規導入者数	0人	1人	2人	0人	1人	0人	—	C
アウトプット	参加勧奨実施率 （病院受診状況等を考慮し対象者を選定して勧奨実施）	100%	—	100%	100%	100%	100%	—	A
	保健指導参加率	100%	—	100%	100%	100%	50%	—	D
	保健指導終了率	100%	—	100%	100%	100%	100%	—	A
プロセス	勧奨方法の適切さ （時期・方法・内容）	—	勧奨方法について、適宜見直しを行った。						A
	保健指導の満足度	—	参加者からの満足度は高く、フォロー保健指導（2年目以降）も続けて参加された。						A
ストラクチャー	委託業者、国保事務支援センターとの連携状況	打合せ等2回	—	2回	2回	2回	2回	2回	A
成功要因 未達要因	対象者に通知するだけでは、なかなか参加につながらず、保健師が訪問して事業説明をし、事業への参加につながっている。								
効果があった 取組	参加者の生活習慣等をツール（知食スマート版）を活用した取り組みによって、参加者の食事の傾向を的確に伝えることができ、行動変容することができた。								
見直しが必要な 取組	評価の指標があいまいであったため、評価できなかった。 前年度の受診結果を利用しているため、対象者選定・実施までに時間がかかる。								
課題・次期計画の 方向性	事業継続。 対象者が少ないので、主治医と更なる連携・協力することによって、改善につなげていきたい。								

(7) 慢性腎臓病重症化予防対策事業（受診勧奨）

目的	糖尿病性腎症患者の病期進行を予防し透析導入に至らないよう、被保険者の生活習慣の改善を支援し、ひいては被保険者の QOL（クオリティオブライフ・生活の質）の維持・向上を図る。								
事業内容	<p>特定健康診査の結果より、糖尿病未治療者、医療中断者に対し、受診勧奨通知を送付する。また、受診勧奨を実施してもなお、未受診の者に対し、電話・はがきによる再勧奨を実施する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・過去3年における直近の健診で HbA1c6.5%以上で当該年度糖尿病の受診歴や服薬歴等がない者（未受診者） ・過去に糖尿病の服薬歴が確認されたが、前年度に受診・服薬歴がない者（中断者） 								
評価	特定健康診査結果を活用し、糖尿病等生活習慣病の重症者への治療勧奨を実施	目標値	指標の変化						評価
			H30	R1	R2	R3	R4	R5	
アウトカム	該当者率（未受診/健診受診者） （病院受診状況等を考慮し対象者を選定して勧奨実施）	減少	0.30%	0.33%	0.88%	—	0.33%	—	C
	該当者率（中断者/健診受診者）（病院受診状況等を考慮し対象者を選定して勧奨実施）	減少		0.99%	—	—	—	—	E
アウトプット	医療機関受診率	100%	0%	50%	50%	—	0%	—	D
	受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	—	100%	—	A
	再勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	—	100%	—	A
プロセス	受診勧奨の内容の適切さ	—	通知文書の内容について、適宜見直しを行っている。						A
ストラクチャー	国保事務支援センターとの連携状況	打合せ等2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回	A
成功要因 未達要因	受診勧奨文書を送付するだけでは、医療機関の受診にはつながりにくい。								
効果があった 取組	受診勧奨文書を送付した後、保健師による電話による勧奨は効果があった。								
見直しが必要な 取組	対象者が少ないため、評価につながりにくい。 適切な評価指標の設定が必要。								
課題・次期計画の 方向性	事業継続。 次期計画からは、生活習慣病重症化予防対策事業の中で実施していく。								

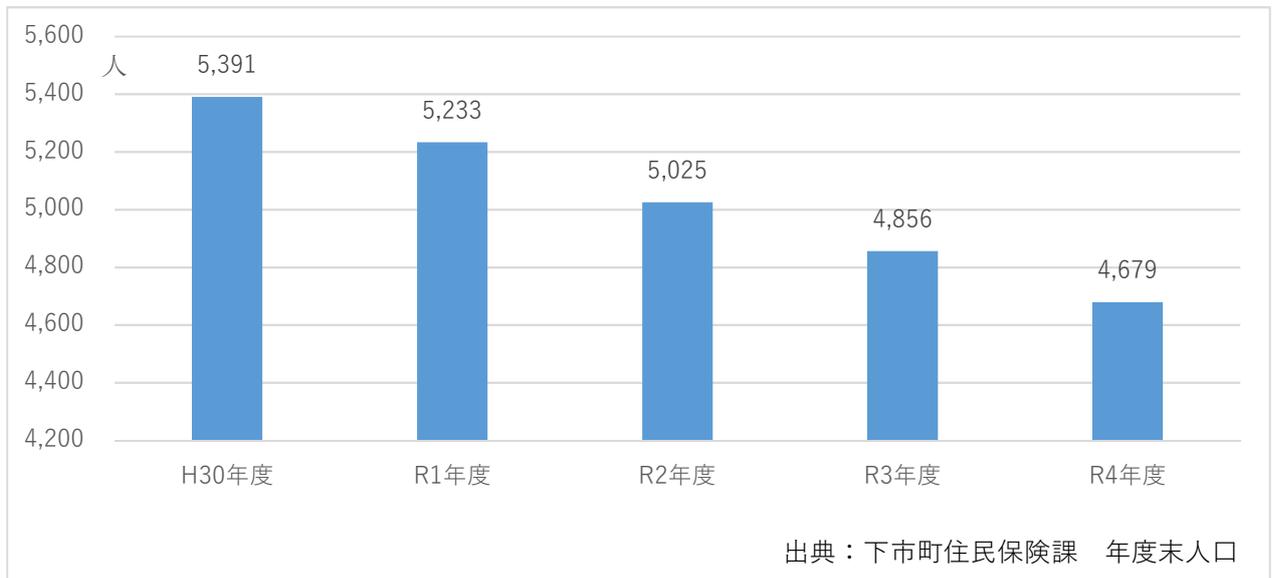
(8) 特定健康診査（集団健診）結果説明会

目的	被保険者が自身の健康状態を把握し、健康管理に役立てるとともに、メタボリックシンドロームの改善を目的とした生活習慣の改善を促し、生活習慣病の重症化を予防する。								
事業内容	集団健診を受診した被保険者に対し、特定健康診査の結果を個別面談にて説明。管理栄養士による食事相談を合わせて実施する。								
評価	特定健康診査結果を活用し、糖尿病等生活習慣病の重症者への治療勧奨を実施	目標値	指標の変化						評価
			H30	R1	R2	R3	R4	R5	
アウトカム	メタボ該当者率	減少	20.4%	20.1%	22.9%	23.0%	24.3%	—	D
アウトプット	説明会実施回数	4回	5回	5回	2回	5回	8回	10回 (予定)	A
プロセス	実施時期の適切さ	—	結果通知送付後に実施。 参加しやすくするため、実施回数を増やした。						E
ストラクチャー	保健センターとの連携状況	打合せ等2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回	A
成功要因 未達要因	令和2・3年度は集団健診を実施しなかったため、対象者を個別受診者にも拡大したことにより、参加者が増加したため、説明会の回数も年々増加している。 新型コロナウイルス感染症感染予防のため、説明会を予約制にした。								
効果があった 取組	集団健診受診時に結果説明会日時を提示したことで、その場で説明会の予約を取ることができた。								
見直しが必要な 取組	実施する日によって、説明会参加者が少数の時もあるので、実施回数について何回が適切か検討必要。								
課題・次期計画の 方向性	集団健診の結果説明会は今後も実施していくが、次期計画から特定保健指導利用率向上事業の評価指標に組み込んで実施していくこととする。								

第3章 現状の整理

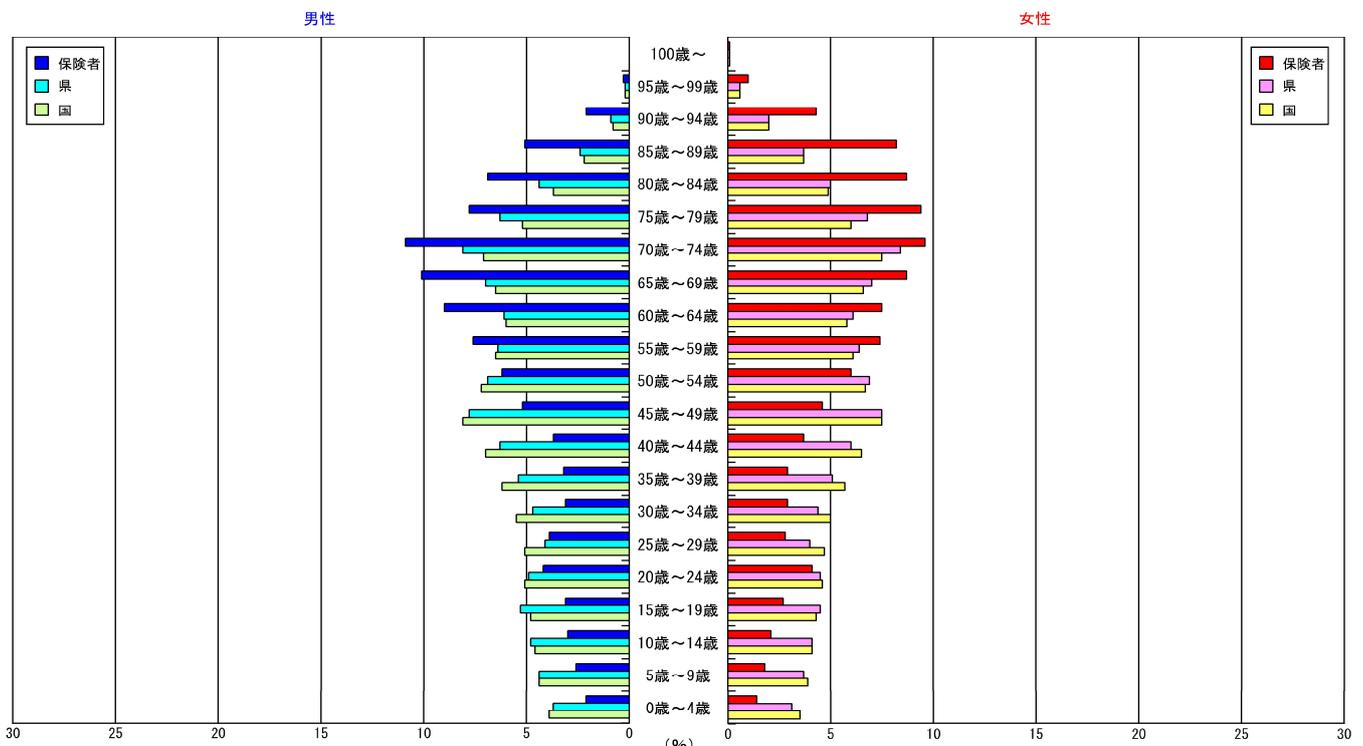
1. 下市町の概要

(1) 総人口



下市町の人口は年々減少しており、令和4年度末の人口は4,679人で、平成30年度末(5,391人)以降712人減少している。

(2) 人口構成

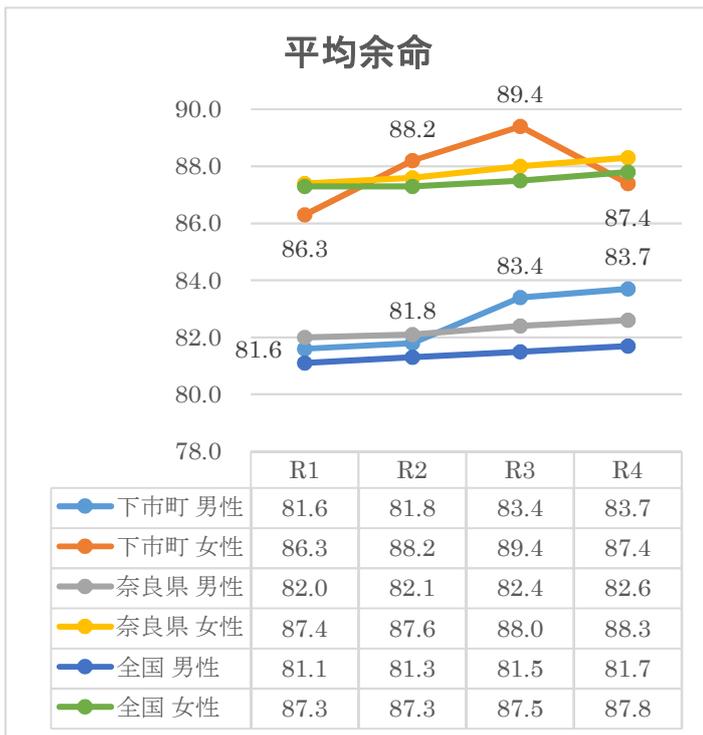


出典：国保データベース(KDB システム)「人口及び被保険者の状況」

人口構成をみると、つぼ型にあり、15歳未満、30歳から49歳の割合が低く、65歳以上の割合が増加し、県、国よりも少子高齢化が顕著に表れている。

(3) 平均余命・平均自立期間 (単位:歳)

(単位:歳)



出典：国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」

下市町男性の平均余命・平均自立期間共に、令和元年度と比較して 2.1 年延伸している。

下市町女性の平均余命は、令和元年度と比較して 1.1 年、平均自立期間は 1.8 年延伸している。

女性より男性の平均余命・平均自立期間が延伸しているものの、男女差をみると両数値とも女性の方が長く、平均余命で 3.7 年、平均自立期間で 2.2 年となっている。

※ 平均余命とは、ある年齢の人々が、その後何年生きられるかという期待値のことで、ここでは 0 歳時点の平均余命を示す。

※ 平均自立期間とは、日常生活動作が自立している期間の平均。

(4) 死亡統計

標準化死亡比 (平成 25 年から平成 29 年の 5 年間で算出)

	下市町	同規模	県	国
男性	113.1	103.1	95.1	100.0
女性	109.4	101.3	98.9	100.0

出典：国保データベース (KDB) システム 「地域の全体像の把握」

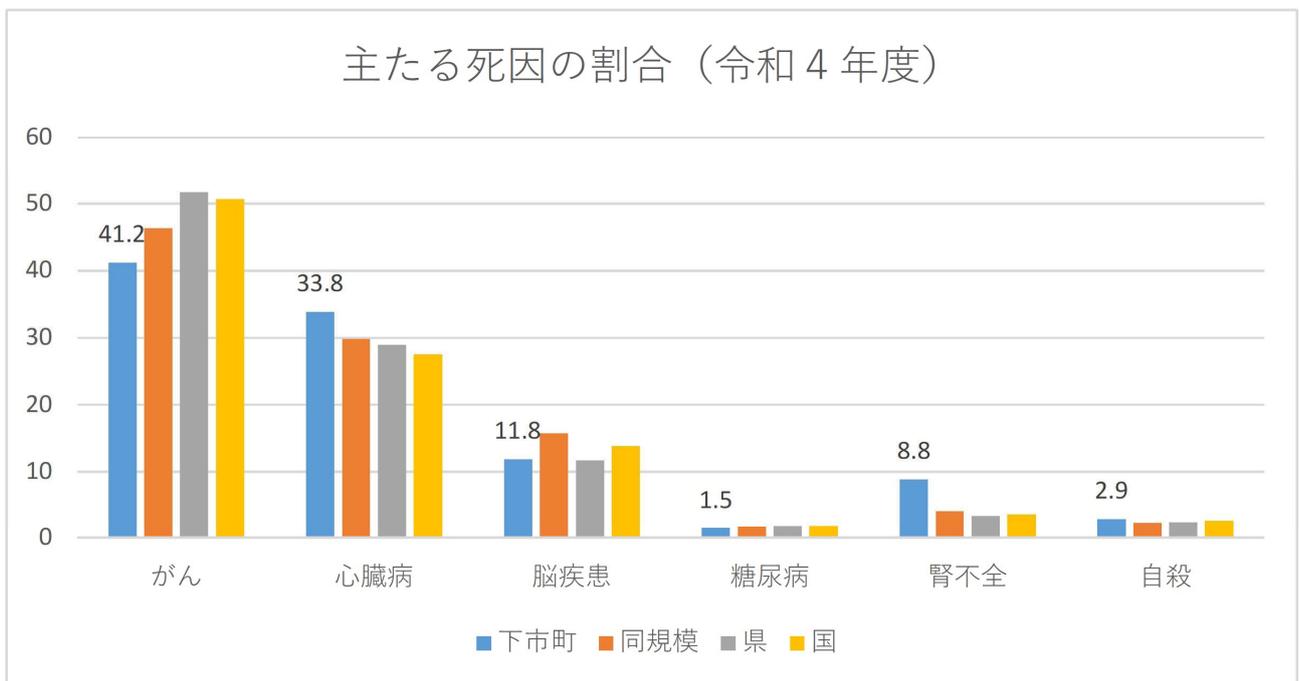
標準化死亡比は、全国、県や同規模自治体より高い状況にあり、男性の方が女性に比べ高い。

※ 標準化死亡比とは、基準死亡率 (人口 10 万対の死亡数) を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものである。国の平均を 100 としており、標準化死亡比が 100 以上の場合は国の平均より死亡率が多いと判断され、100 以下の場合は死亡率が低いと判断される。

(5) 主たる死因の状況の推移 (R1~R4)

	下市町				同規模				県				国			
	R1	R2	R3	R4												
がん	51	36.1	48.2	41.2	45.6	45.5	45.4	46.3	50.1	48.2	50.7	51.7	49.9	49.8	50.2	50.6
心臓病	30.6	37.7	28.6	33.8	29.6	29.9	30.2	29.8	29.8	31.6	29.9	28.9	27.4	27.8	27.7	27.5
脳疾患	16.3	18	17.9	11.8	16.6	16.6	16.4	15.7	12.4	12.1	11.5	11.7	14.7	14.4	14.2	13.8
糖尿病	0	3.3	1.8	1.5	1.8	1.8	1.8	1.8	2	1.9	1.9	1.9	1.9	1.9	1.8	1.9
腎不全	0	4.9	3.6	8.8	3.9	3.8	4.3	4.1	3.3	3.7	3.3	3.4	3.4	3.5	3.5	3.6
自殺	2	0	0	2.9	2.4	2.4	2.2	2.3	2.3	2.6	2.7	2.4	2.7	2.7	2.6	2.7

出典：国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」(単位：%)



出典：国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」(単位：%)

本町での令和4年度における主たる死因の状況について、がんにおける死亡率が国・県と比べて約10%、同規模団体と比べて5.1%低くなっている。

心臓病、腎不全による死亡者の割合は、国・県・同規模団体と比べて高くなっている。

※死亡者数を統計情報(人口動態統計_死因)から各項目(がん・心臓病(高血圧性除く)・脳血管疾患・糖尿病・腎不全・自殺)より集計

(6) 介護保険の状況

本町の令和4年度における、認定率及び給付費等の状況を以下に示す。

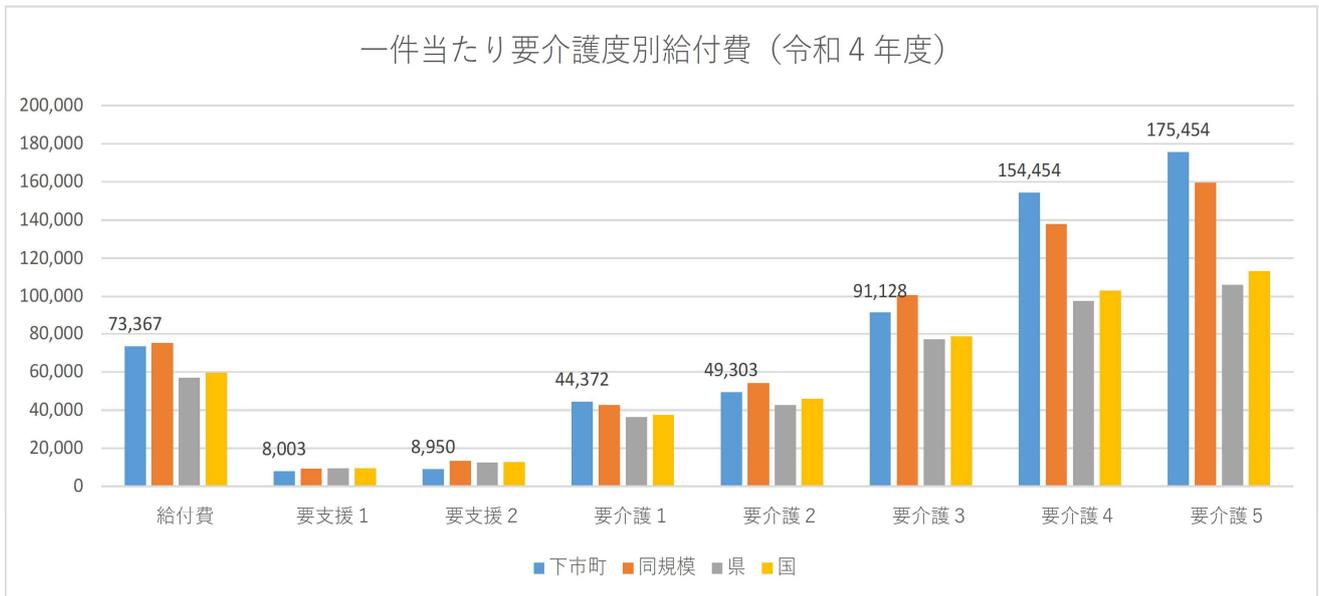
①認定率及び給付費等の状況（令和4年度）

認定率	下市町	同規模	県	国
第1号（65歳以上）	22.8%	19.4%	19.9%	19.4%
第2号（40～64歳）	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%

一件当たり給付費（円）	下市町	同規模	県	国
給付費	73,367	74,986	56,854	59,662
要支援1	8,003	9,282	9,499	9,568
要支援2	8,950	13,272	12,557	12,723
要介護1	44,372	42,564	36,203	37,331
要介護2	49,303	54,114	42,581	45,837
要介護3	91,128	100,788	77,026	78,504
要介護4	154,454	137,990	97,725	103,025
要介護5	175,454	159,430	106,016	113,314

出典：国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」

②一件当たり要介護度別給付費（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」（単位：円）

介護保険の認定率については、国・県と比べて約3%程度高く、同規模団体と比べても高い水準となっている。

一件当たり給付費についても、国・県と比べて高くなっており、介護度の高い要介護4・5については同規模団体と比べても高い水準となっている。

③介護認定者の疾病別有病状況（令和４年度）

	下市町	順位	同規模	順位	県	順位	国	順位
糖尿病	20.9	6	22.6	7	23.5	6	24.3	6
高血圧	54.5	2	54.3	2	52.4	3	53.3	3
脂質異常症	32.7	4	29.6	5	32.4	5	32.6	5
心臓病	60.2	1	60.9	1	59.7	1	60.3	1
脳疾患	17.5	7	23.8	6	21.5	7	22.6	7
がん	11.9	8	11	8	12.5	8	11.8	8
筋・骨格	53.7	3	54.1	3	54.4	2	53.4	2
精神	31.6	5	37.8	4	33.3	4	36.8	4

出典：国保データベース(KDB)システム 「地域の全体像の把握」 （単位：％）

介護認定者の疾病別有病状況をみると、心臓病を有する者の割合が高い。更には生活習慣病から派生する高血圧症や脂質異常症の割合が高い。

状況としては、県・国の状況とほぼ同じ割合を示している。

2. 被保険者の概要

(1) 被保険者数と総人口に占める割合

	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
被保険者数(人)	1,540	1,477	1,414	1,386	1,308
総人口(人)	5,155	4,964	5,037	4,835	4,664
人口に占める割(%)	29.9	29.8	28.1	28.7	28.0

出典：被保険者数…奈良県国民健康保険運営方針（奈良県庁資料）

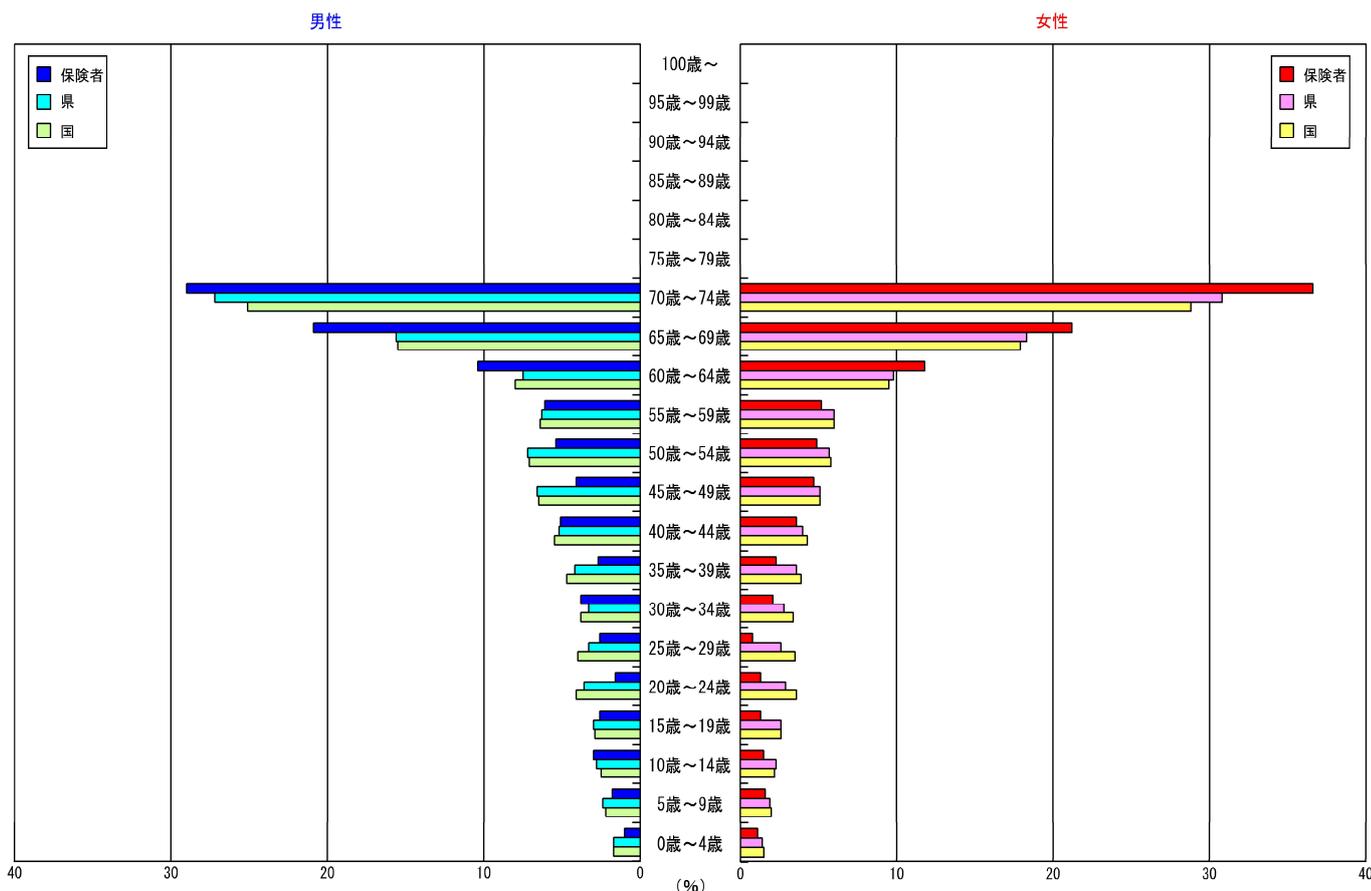
総人口,総人口に占める割合…市町村別10月1日現在推計人口（奈良県統計分析課）

令和4年度の被保険者数は1,308人であり、平成30年度（1,540人）と比較し232人減少している。加入率はほぼ横ばいで、令和4年度は28.0%となっている。

被保険者数は町内の人口の約30%を占めている。年次推移からは被保険者数は減少傾向である。これは被保険者構成が関係していると考えられ、団塊の世代が後期高齢者医療保険に移行しているためと思われる。今後もさらに減少していく傾向にある。

(2) 人口構成

男女年齢階層別 被保険者構成割合ピラミッド

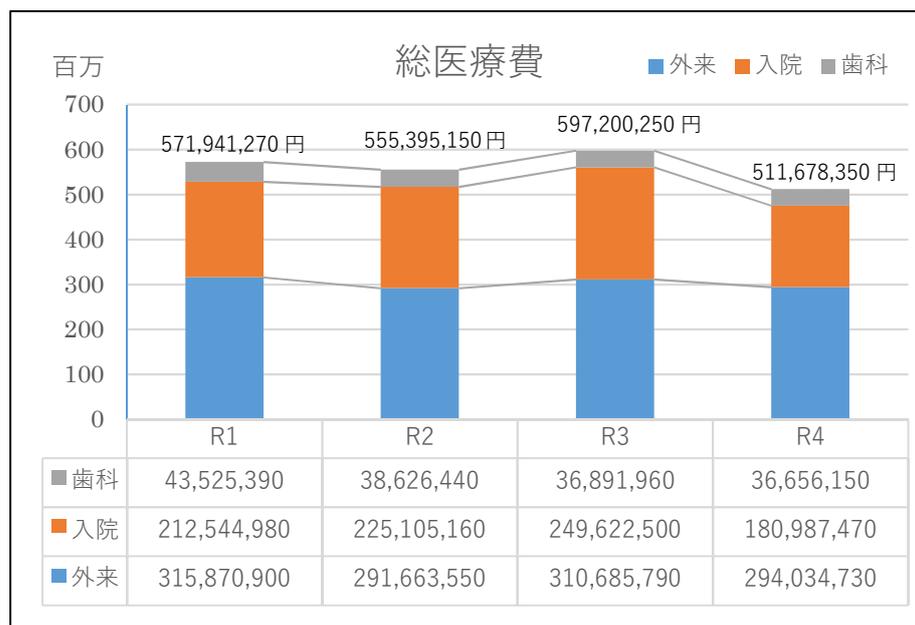


出典：国保データベース(KDB)システム 「人口及び被保険者の状況」

男女年齢階層別被保険者構成割合をみると、60歳以上では、県・国と比べて高く、59歳以下では、県・国と比べて低くなっており、少子高齢化の進展が顕著である。

3. 健康課題の抽出

(1) 医療費の状況



出典：国保データベース(KDB)システム「健康スコアリング（医療）」（単位：円）

(2) 一人当たり医療費（性・年齢調整値）

	外来	入院	歯科	合計
令和元年度	184,274	129,434	22,873	336,581
令和2年度	187,285	128,073	22,971	338,329
令和3年度	198,686	134,037	24,246	356,969
令和4年度	200,886	136,534	24,843	362,263

出典：国保データベース(KDB)システム「健康スコアリング（医療）」（単位：円）

令和4年度における総医療費は511,678,350円で、内訳をみると外来は65%、入院は35%を占めている。また、一人当たり医療費は、外来・入院・歯科全て年々増加している。

※性・年齢調整値とは、保険者間での人口・年齢構成による偏りを補正した値

(3) 医療機関受診率



出典：国保データベース(KDB)システム「医療費の状況（R4年度累計）」

下市町の男女共、何らかの疾患で医療機関受診をしている人の割合が県・同規模・国の割合よりも多い。

※医療機関受診率とは、一定期間内に医療機関にかかった人の割合を示す指標

(レセプト件数÷被保険者数×1,000)

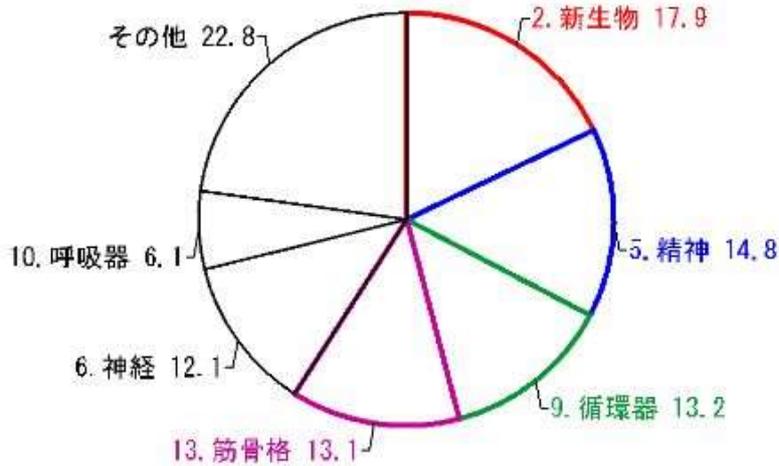
(4) 医療費分析

本町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ある。

大分類別は、新生物の構成比が17.9%と最も高く、次に精神、循環器となっている。新生物（腫瘍）の内訳は、乳がん・前立腺がん・骨がん等である。

入院

大分類別医療費 (%)



入院医療費全体を100%として計算

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(令和4年度累計)」

大分類別分析 (%)

中分類別分析 (%)

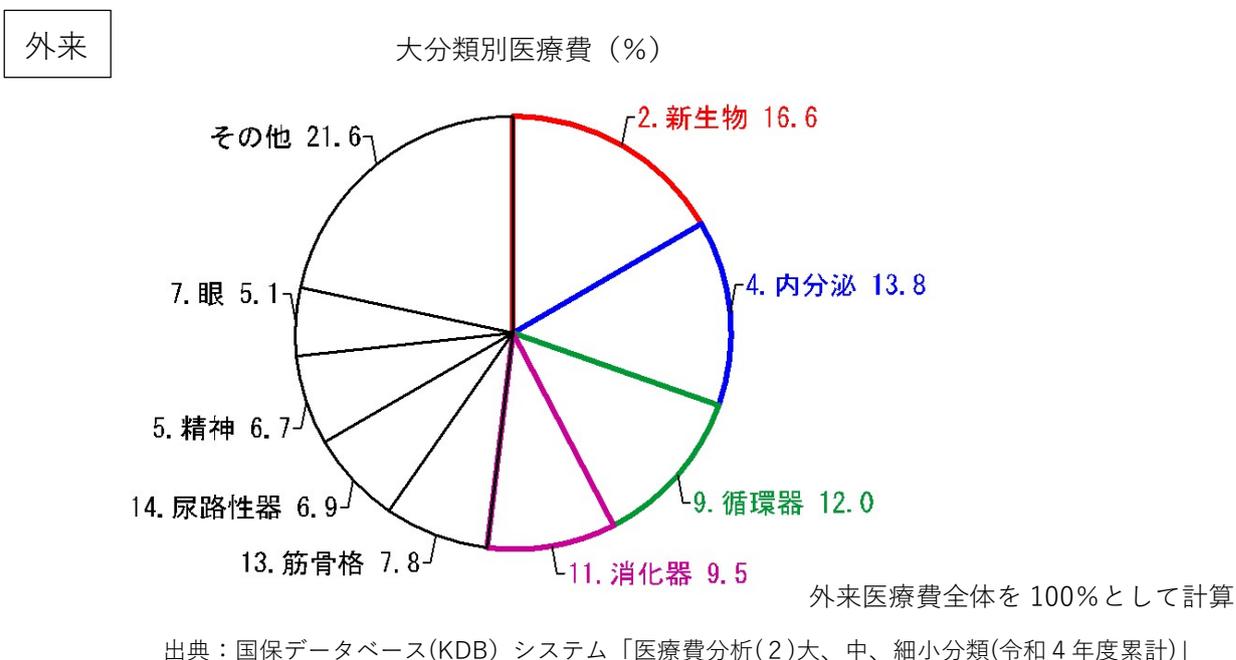
細小分類分析 (%)

大分類	中分類	割合 (%)	細小分類	割合 (%)
2. 新生物 17.9	その他の悪性新生物<腫瘍>	9.1	前立腺がん	2.2
	良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	2.7	骨がん	2.0
	乳房の悪性新生物<腫瘍>	2.2	膵臓がん	1.1
5. 精神 14.8	気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	10.0	乳がん	2.2
	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	3.9	うつ病	10.0
	その他の精神及び行動の障害	0.9	統合失調症	3.9
9. 循環器 13.2	くも膜下出血	3.4	クモ膜下出血	3.4
	脳梗塞	2.2	脳梗塞	2.2
	その他の脳血管疾患	1.8		
13. 筋骨格 13.1	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	6.4		
	関節症	4.6	関節疾患	4.6
	腰痛症及び坐骨神経痛	2.1	関節疾患	2.1

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(令和4年度累計)」

本町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ある。

大分類別は、新生物の構成比が16.6%と最も高く、新生物の細小分類別でみると乳がん、肺がん、卵巣腫瘍（悪性）の割合が高くなっている。乳がん・肺がんは、町のがん検診でも積極的に受診勧奨を行っているところである。大分類別で、内分泌、循環器系の疾患の構成比も高く、細小分類別では、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病に派生する疾患の医療費割合が高い。



大分類別分析 (%)		中分類別分析 (%)		細小分類別分析 (%)	
2. 新生物 16.6	その他の悪性新生物<腫瘍>	4.4		卵巣腫瘍 (悪性)	2.4
	乳房の悪性新生物<腫瘍>	3.2		前立腺がん	1.1
	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	3.2		食道がん	0.4
4. 内分泌 13.8	糖尿病	9.1		乳がん	3.2
	脂質異常症	3.7		肺がん	3.2
	その他の内分泌、栄養及び代謝障害	0.6		糖尿病	8.5
9. 循環器 12.0	高血圧性疾患	7.1		糖尿病網膜症	0.6
	その他の心疾患	2.9		脂質異常症	3.7
	その他の循環器系の疾患	1.0		痛風・高尿酸血症	0.1
11. 消化器 9.5	その他の消化器系の疾患	5.9		高血圧症	7.1
	胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	1.4		不整脈	1.5
	胃炎及び十二指腸炎	1.3		大動脈瘤	0.0
				クローン病	2.3
				逆流性食道炎	2.2
				大腸ポリープ	0.5
				胃潰瘍	1.3

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(令和4年度累計)」

(5) 生活習慣病の状況

①年代別の生活習慣病及び糖尿病・高血圧症・脂質異常症の割合

	被保険者 (人)	生活習慣病		糖尿病		高血圧症		脂質異常症		その他の疾患	
		人数 (人)	割合 (%)								
40代以下	315	46	14.6	4	8.6	9	19.5	7	15.2	5	10.8
50～59歳	139	54	38.8	4	7.4	26	48.1	20	37.0	13	24.0
60～64歳	143	70	49.0	22	31.4	46	65.7	41	58.6	16	22.8
65～69歳	263	157	59.7	38	24.2	102	65.0	76	48.4	38	24.2
70～74歳	419	280	66.8	84	30.0	194	69.3	151	53.9	67	23.9
合計	1,279	607	47.5	152	25.0	377	62.1	295	48.6	139	22.8

出典：国保データベース(KDB)システム「生活習慣病全体のレセプト分析(R5.3月)」

年代別にみても、高齢になるほど生活習慣病・糖尿病・高血圧症・脂質異常症の罹患率が高くなっている。

(6) 透析患者の状況

①人工透析患者数（糖尿病治療中で）

	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
下市町	4人	2人	1人	2人	1人
奈良県	616人	649人	674人	685人	666人

出典：奈良県国保連合会（医療費等分析システム）

②新規透析導入患者数

	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
下市町	1人	2人	0人	1人	0人
奈良県	97人	106人	98人	95人	79人

出典：奈良県国保連合会（医療費等分析システム）

③人工透析一人当たり医療費

	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
下市町	2,390千円	3,020千円	4,906千円	2,685千円	4,173千円
奈良県	4,699千円	4,754千円	4,787千円	5,002千円	4,822千円

出典：奈良県国保連合会（医療費等分析システム）

④医療費全体に占める透析医療費（糖尿病治療中）

	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
下市町	1.6806%	1.1478%	0.9537%	0.9550%	0.8812%
奈良県	2.821%	3.0218%	3.2948%	3.3306%	3.1992%

出典：奈良県国保連合会（医療費等分析システム）

人口透析一人当たり医療費や医療費全体に占める透析医療費の割合は、奈良県平均よりは低い。

4. 医薬品の適正使用

(1) 重複・多剤投与者の割合

	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
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	3.26%	3.44%	3.50%	4.02%
同一月内に9以上の薬剤の処方を受けた者の割合	3.68%	4.16%	3.43%	4.26%

出典：国保データベース(KDB)システム「重複・多剤処方の状況（各3月診療分・薬効分類単位で集計）」

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は、年々増加傾向にある。

同一月内に9以上の薬剤の処方を受けた者の割合についても、値は上下しているが増加傾向にある。

(2) 後発医薬品の使用割合

使用割合	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
下市町	60.4%	63.7%	63.5%	68.3%
奈良県	68.9%	71.4%	74.0%	74.1%

出典：厚生労働省「保険者別の後発医薬品の使用割合（各3月診療分）」

本町における後発医薬品の使用割合の推移を奈良県と比較したものである。

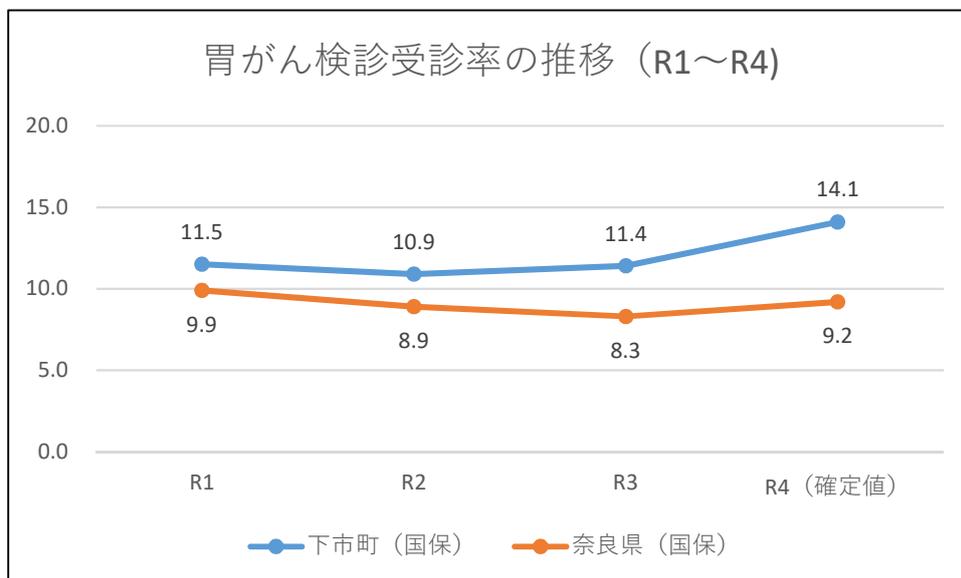
年々上昇傾向にあるが、奈良県平均よりも低く、国の目標値である80%にはかなりの差がある。

5. がん検診の状況

(1) 5がん（胃・肺・大腸・子宮・乳）検診

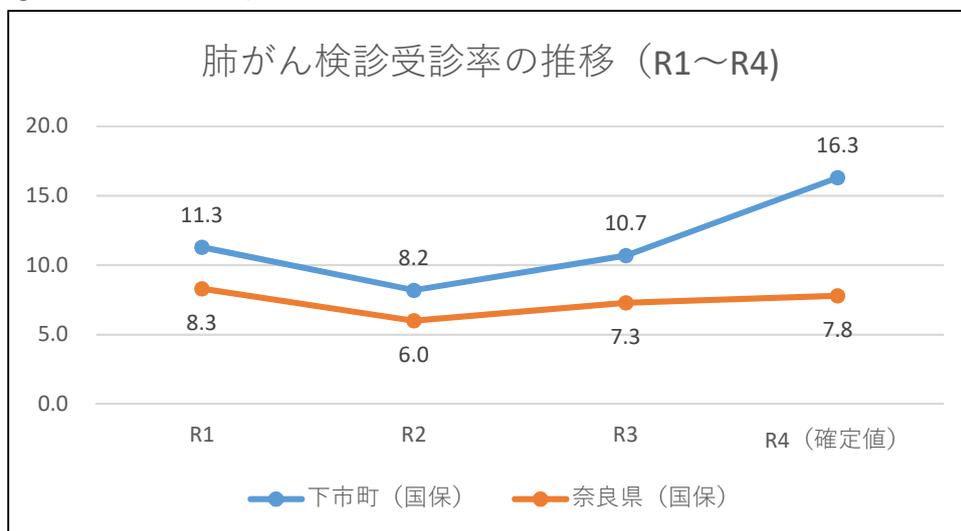
国保被保険者におけるがん検診の受診状況をみると、下記のとおりとなっており、受診率は増加傾向にある。令和4年度において、大腸がん検診と子宮がん検診が、県よりわずかに低い受診率となった。

①胃がん検診受診率



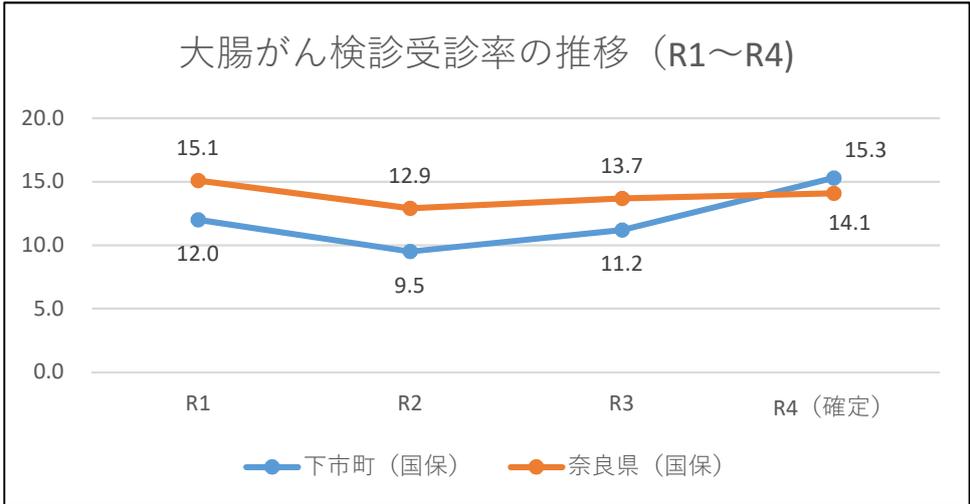
出典：市町村胃がん検診実施状況 確定値（単位：％）

②肺がん検診受診率



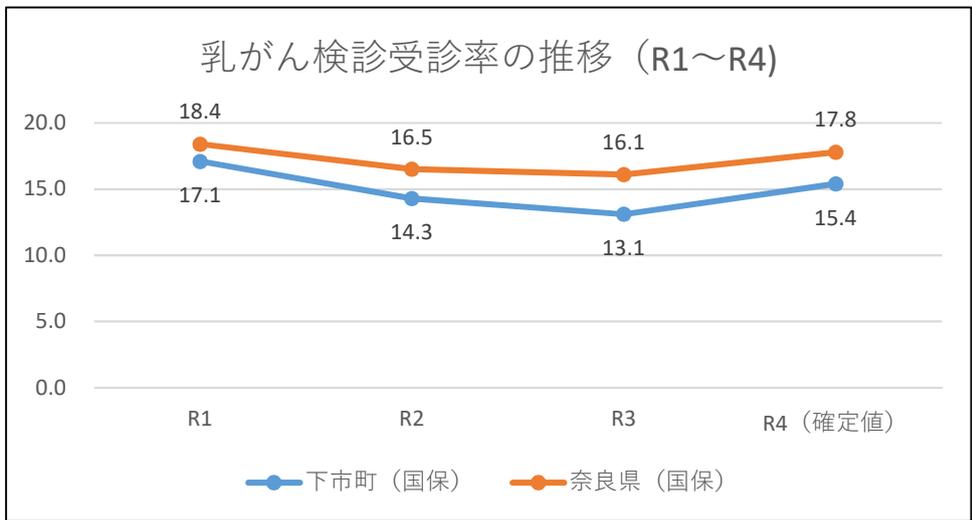
出典：市町村肺がん検診実施状況 確定値（単位：％）

③大腸がん検診受診率



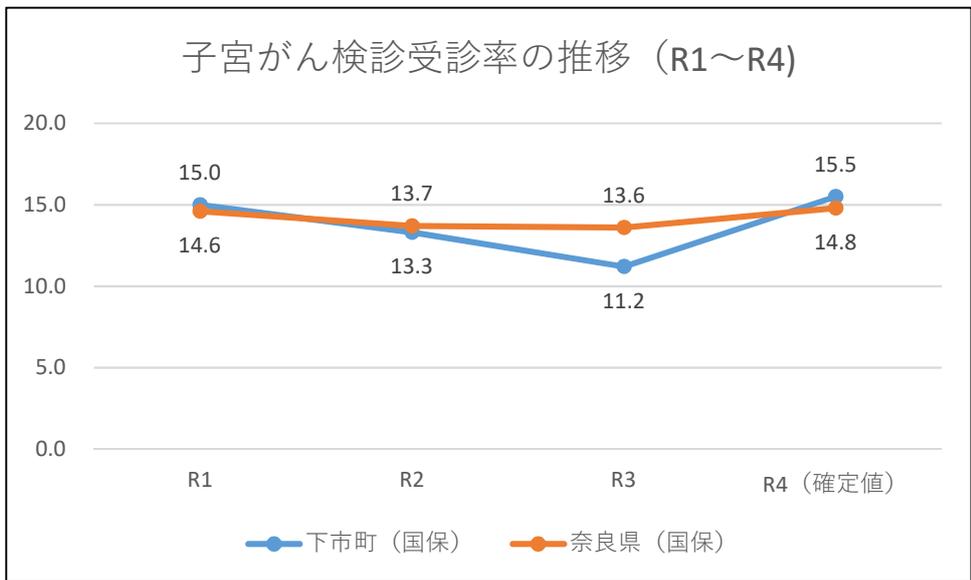
出典：市町村大腸がん検診実施状況 確定値 (単位：%)

④乳がん検診受診率



出典：市町村乳がん検診実施状況 確定値 (単位：%)

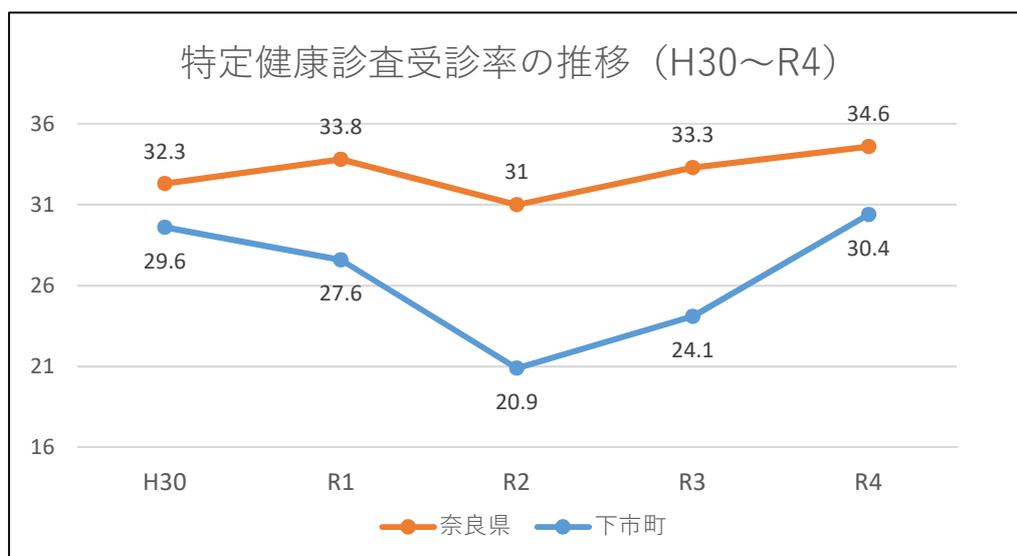
⑤子宮がん検診受診率



出典：市町村子宮がん検診実施状況 確定値 (単位：%)

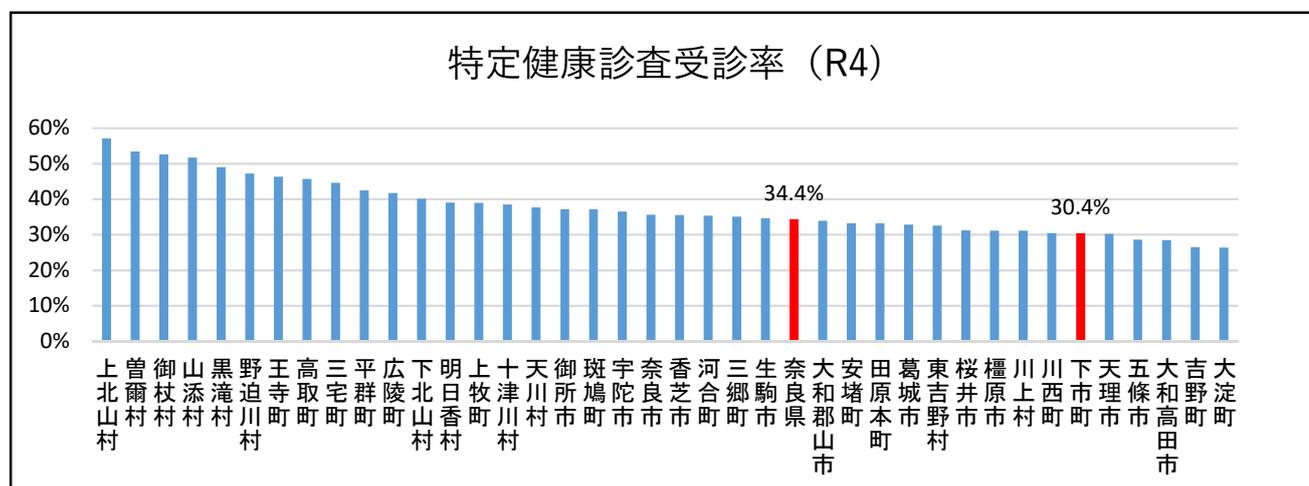
6. 特定健康診査の実施状況

(1) 特定健康診査受診率の推移



出典：法定報告（単位：％）

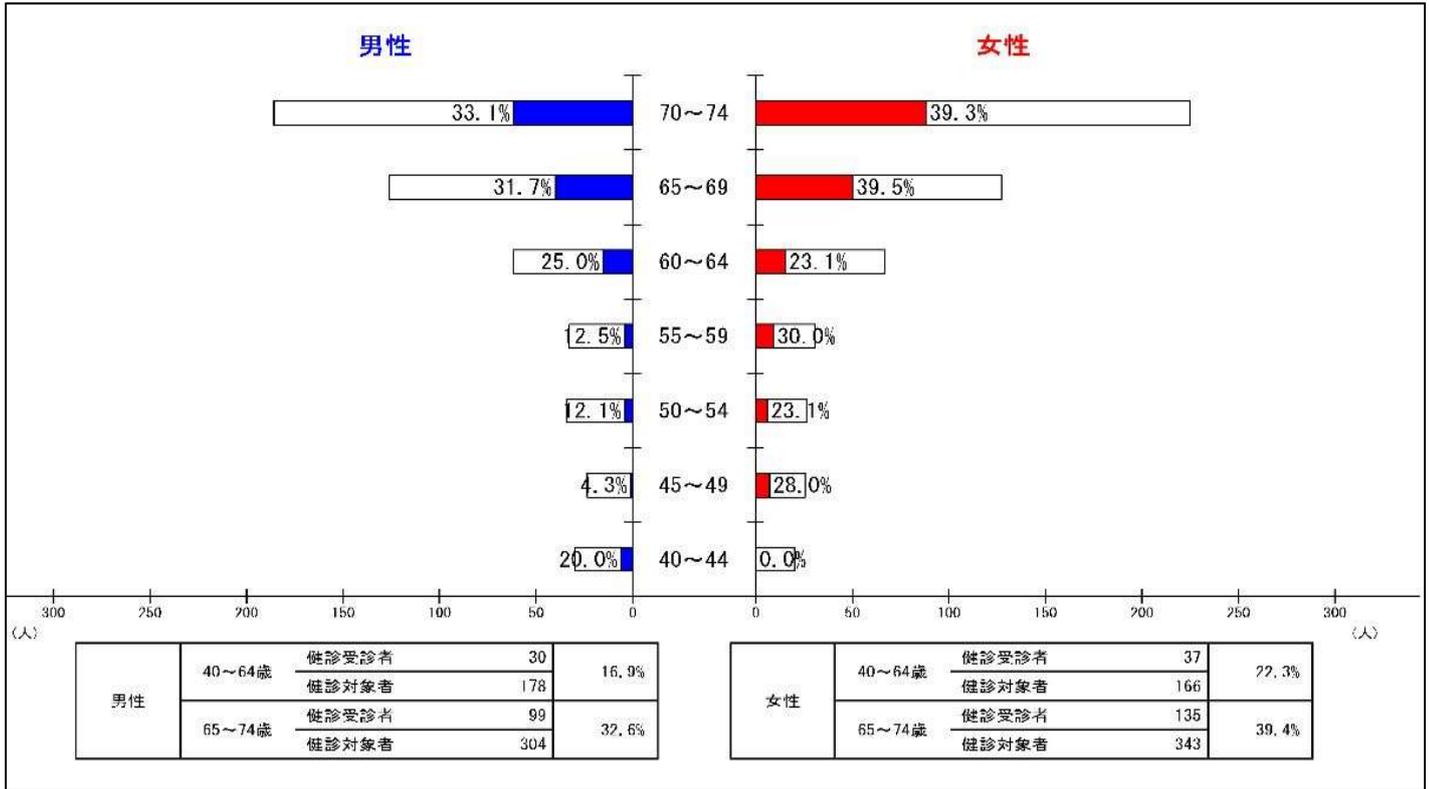
本町における平成30年度以降の特定健診受診率は、県平均より常に低い状況となっている。令和2・3年度は、新型コロナウイルス感染症の影響もあり受診率はかなり低下したが、令和4年度では、新型コロナウイルス感染症以前と比べ、受診率は上昇しているものの、依然として県平均よりも低い状況である。



出典：法定報告（単位：％）

奈良県内における令和4年度の特定健康診査受診率の市町村順位である。本町は、奈良県内39市町村中、34番目に位置しており、奈良県平均値よりも4%低い状況となっている。

(2) 特定健康診査男女別年齢階層別受診率



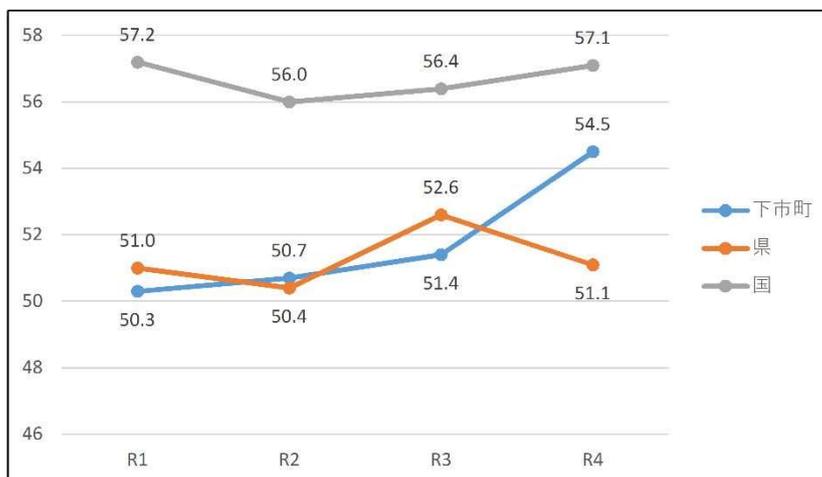
出典：国保データベース(KDB)システム「健診受診状況（R4年度）」

本町における、男女別年齢階層別の特定健康診査受診率である。
男女とも、64歳未満の受診率が低く、就労世代である40・50歳代は極端に低くなっている。

(3) 特定健康診査結果における有所見者状況

①HbA1c5.6%以上の割合の推移（R1～R4）

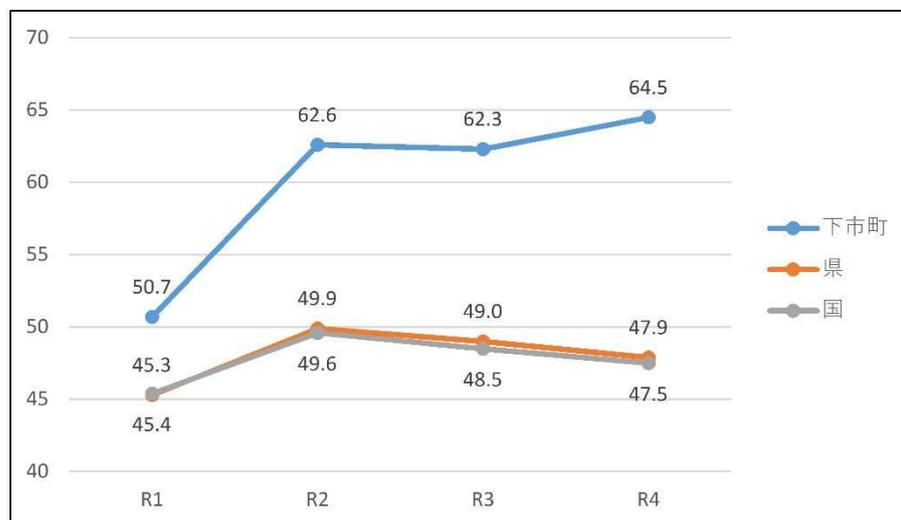
	R1	R2	R3	R4
下市町	50.3	50.7	51.4	54.5
県	51.0	50.4	52.6	51.1
国	57.2	56.0	56.4	57.1



出典：国保データベース(KDB)システム「厚生労働省様式（様式5-2）」（単位：%）

②収縮期血圧 130 mm Hg 以上の割合の推移 (R1~R4)

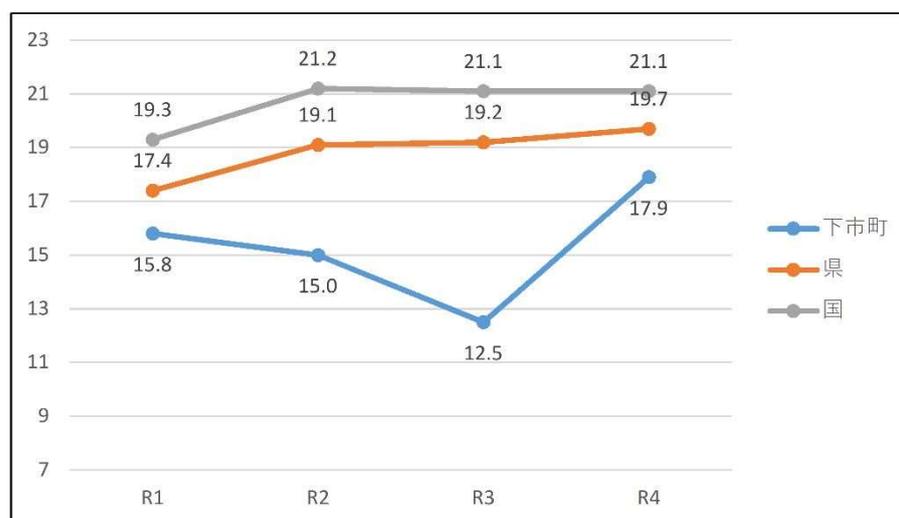
	R1	R2	R3	R4
下市町	50.7	62.6	62.3	64.5
県	45.3	49.9	49.0	47.9
国	45.4	49.6	48.5	47.5



出典：国保データベース(KDB)システム「厚生労働省様式 (様式5-2)」(単位：%)

③収縮期血圧 85 mm Hg 以上の割合の推移 (R1~R4)

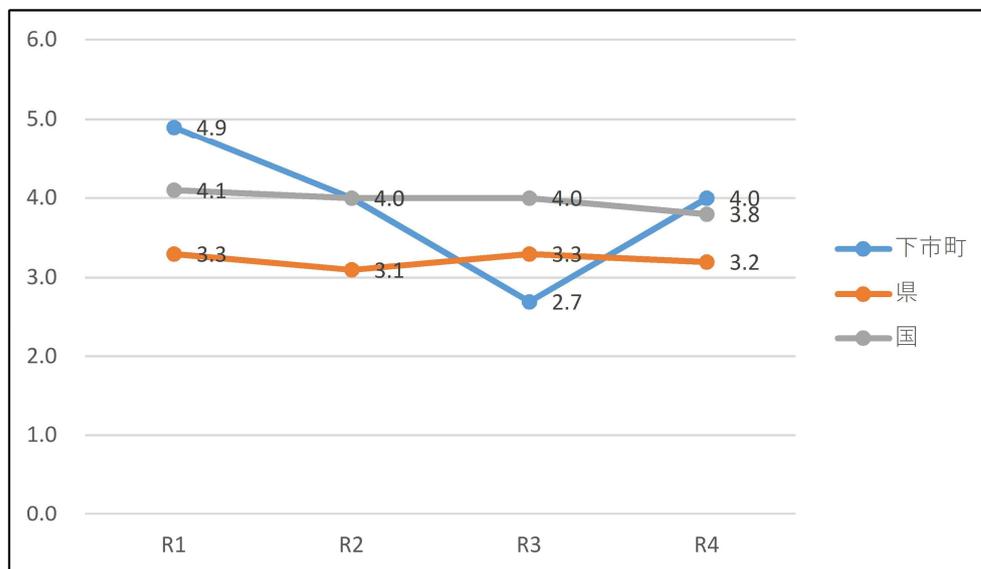
	R1	R2	R3	R4
下市町	15.8	15.0	12.5	17.9
県	17.4	19.1	19.2	19.7
国	19.3	21.2	21.1	21.1



出典：国保データベース(KDB)システム「厚生労働省様式 (様式5-2)」(単位：%)

④HDL コレステロール 40mg/dl 未満の割合の推移 (R1~R4)

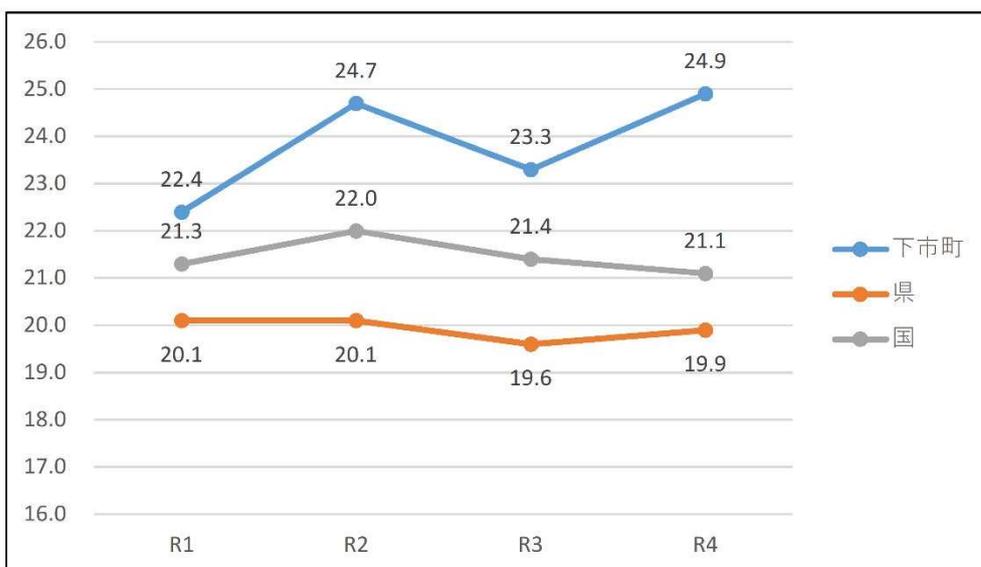
	R1	R2	R3	R4
下市町	4.9	4.0	2.7	4.0
県	3.3	3.1	3.3	3.2
国	4.1	4.0	4.0	3.8



出典：国保データベース(KDB)システム「厚生労働省様式（様式5-2）」(単位：%)

⑤中性脂肪 150mg/dl 未満の割合の推移 (R1~R4)

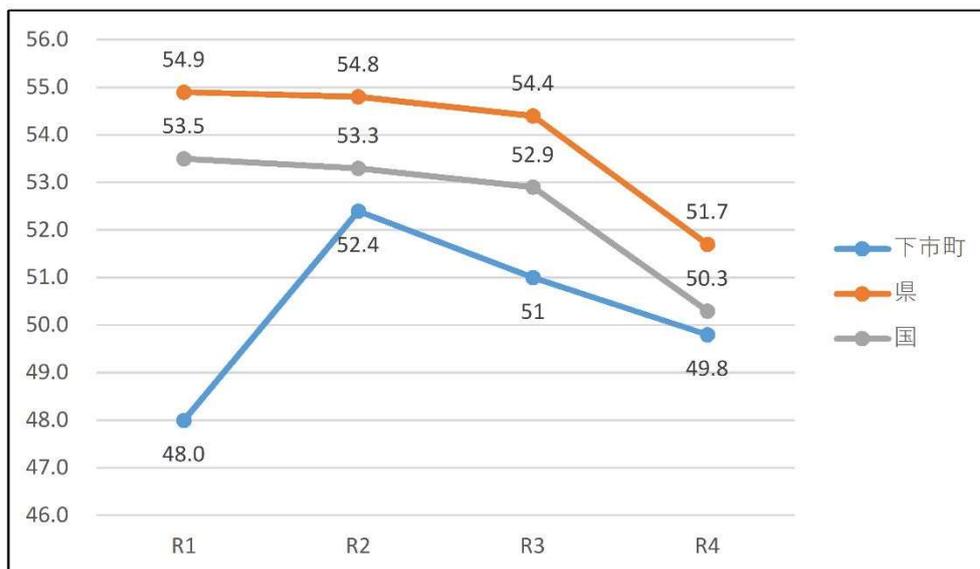
	R1	R2	R3	R4
下市町	22.4	24.7	23.3	24.9
県	20.1	20.1	19.6	19.9
国	21.3	22.0	21.4	21.1



出典：国保データベース(KDB)システム「厚生労働省様式（様式5-2）」(単位：%)

⑥LDL コレステロール 120mg/dl 未満の割合の推移 (R1～R4)

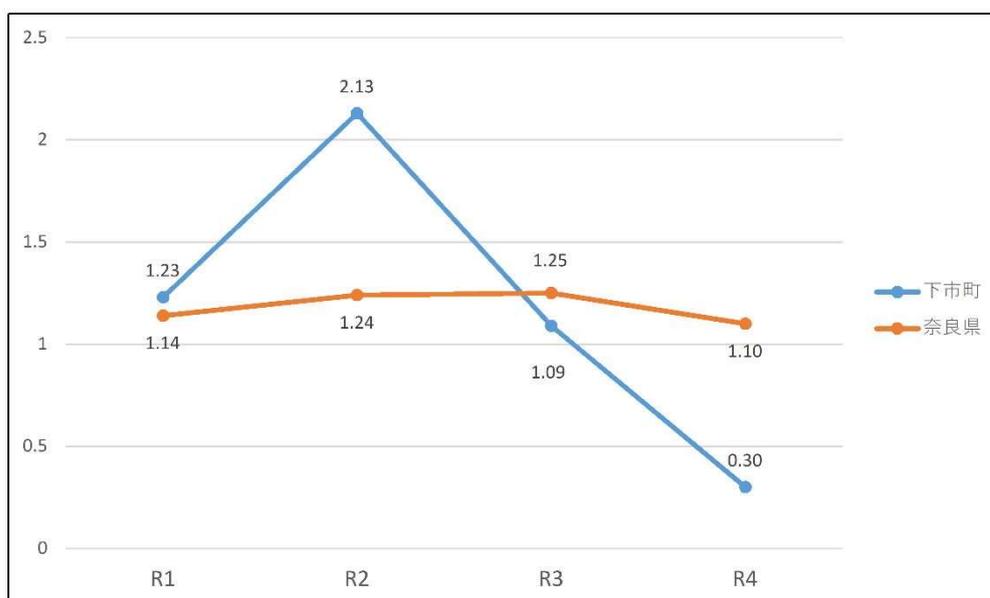
	R1	R2	R3	R4
下市町	48.0	52.4	51	49.8
県	54.9	54.8	54.4	51.7
国	53.5	53.3	52.9	50.3



出典：国保データベース(KDB)システム「厚生労働省様式（様式5－2）」(単位：%)

⑦HbA1c8.0%以上の割合の推移 (R1～R4)

	R1	R2	R3	R4
下市町	1.23	2.13	1.09	0.30
奈良県	1.14	1.24	1.25	1.10

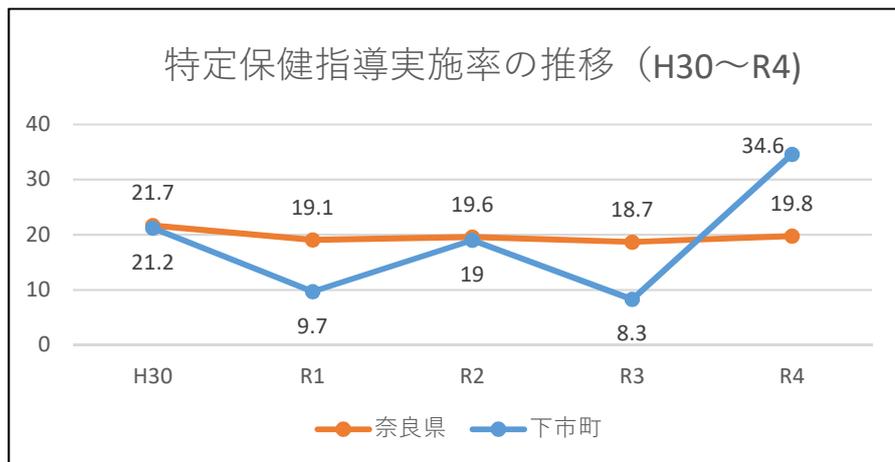


出典：奈良県国保連合会（医療費等分析システム）(単位：%)

特定健診受診者の内、生活習慣病に派生する収縮期血圧・HDL コレステロール・中性脂肪の高値の割合が高い傾向にある。

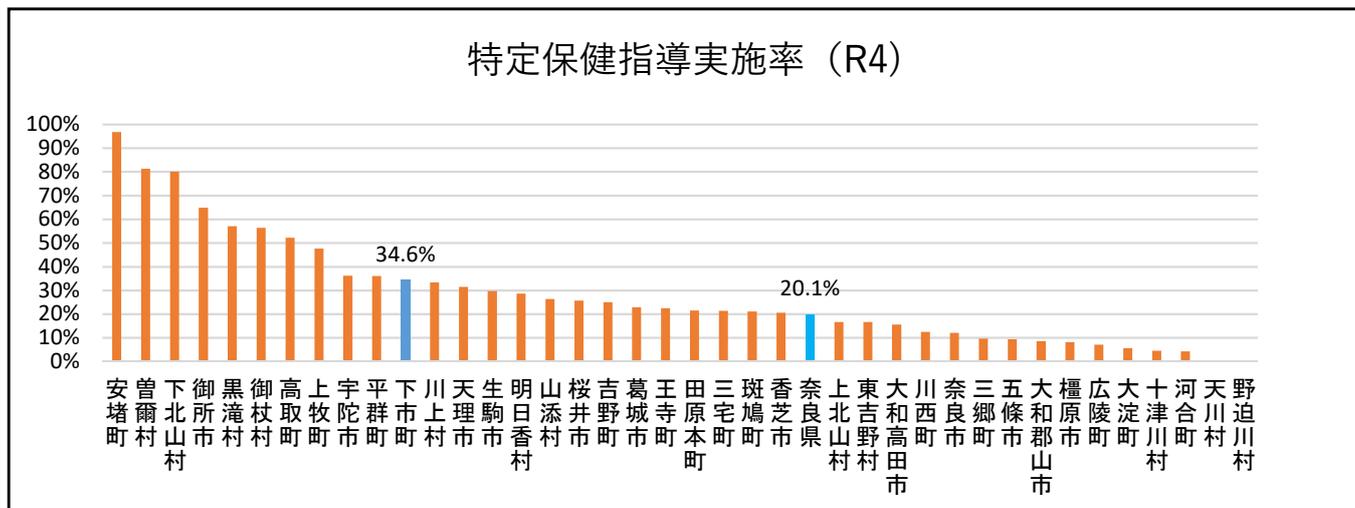
7. 特定保健指導の実施状況

(1) 特定保健指導実施率の推移 (H30～R4)



出典：法定報告 (単位：%)

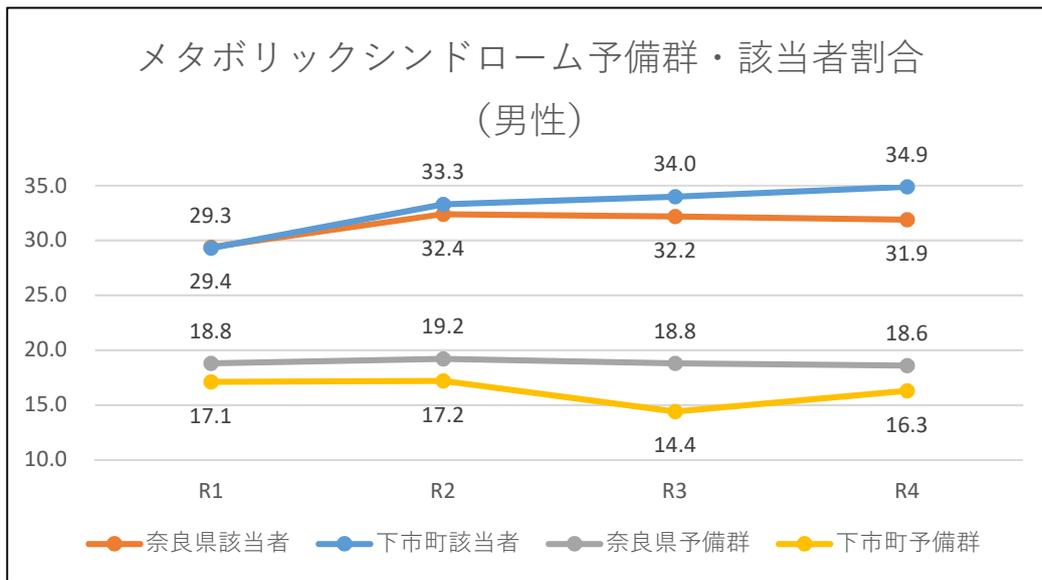
特定保健指導実施率は、年度により実施率の差が大きいが、令和4年度からは保健師が国民健康保険担当課に配属されたこともあり、実施率を伸ばした。



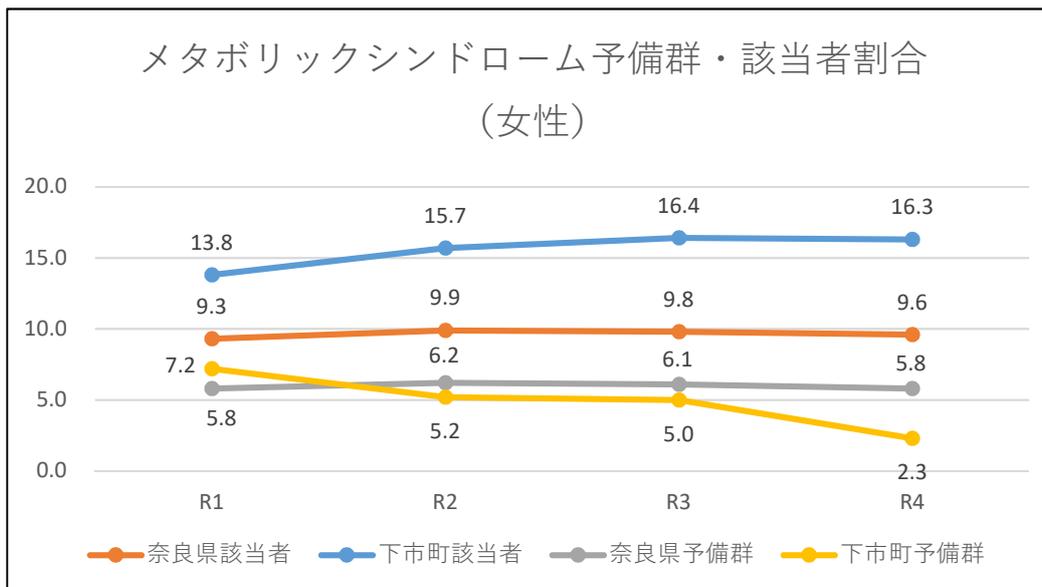
出典：法定報告 (単位：%)

奈良県内における令和4年度の特定保健指導実施率の市町村順位である。本町は、奈良県内39市町村中、11番目に位置しており、奈良県平均値よりも14.5%高い状況となっている。

(2) メタボリックシンドローム予備群・該当者の割合の推移 (R1~R4)



出典：法定報告 単位 (%)



出典：法定報告 単位 (%)

男性の該当者については、令和4年度で県平均より3%高くなっている。

予備群については、令和4年度で県平均より2.3%低い状況である。

女性の該当者については、令和4年度で県平均より6.7%高くなっている。予備群については、令和4年度で県平均より3.5%低い状況である。

本町の男女とも、該当者については県平均より高く、予備群については県平均より低い状況となっている。

第4章 計画全体

1 課題の整理

課題1：生活習慣病予防行動をとる者の数が少ない	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健康診査の受診率が低いことにより、生活習慣病の早期発見の機会や保健指導に繋げる対象者が少ない。 ・ 特定保健指導実施率が低く、生活習慣病予防につながっていない。 ・ メタボ該当者や予備群が多く、放置することで生活習慣病につながる恐れが高い。 ・ 1期計画でも対策を行っていたが、受診率目標到達には至らず、今期計画でも重点的に取り組む必要がある。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健康診査男女別年齢階層別受診率 ・ 特定健康診査受診率 ・ 特定保健指導実施率 ・ メタボリックシンドローム予備群、該当者割合
取り組みの方向性	特定健康診査、特定保健指導の実施率を向上させるための取り組みを実施する。

課題2：生活習慣病の有病率、医療費が高い。	
課題とする理由	<p>医療費分析の結果から、生活習慣病に派生する高血圧症や糖尿病、脳疾患に係る医療費割合が高い。</p> <p>男女共に、メタボリックシンドローム該当者が県に比べ、高く、今後重症化になる可能性がある。</p>
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療費の状況（総医療費） ・ 医療機関受診率 ・ 入院医療費・医療費分析 ・ 外来医療費・医療費分析 ・ 年代別の生活習慣病及び糖尿病・高血圧症・脂質異常症の割合 ・ 人工透析患者数 ・ 新規透析導入患者数 ・ 人工透析一人当たり医療費 ・ 医療費全体に占める透析医療費
取り組みの方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活習慣病重症化予防対策事業 ・ 糖尿病性腎症重症化予防対策事業 <p>特定健診で早期に発見し、予備群からの悪化を防ぐ保健指導を実施するとともに、適切な治療につなぐ</p>

課題3：服薬の適正化・後発医薬品使用割合が低い	
課題とする理由	後発医薬品の使用割合が県平均よりも低い。
根拠となるデータ	後発医薬品の使用割合
取り組みの方向性	使用促進の前提となる安定供給の状況を見ながら、啓発を継続。

課題4：がん死亡率が高いが、がん検診受診率が低い。	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> ・主たる死因の一位ががんとなっている。 ・医療費に占めるがんの医療費割合が高い。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> ・主たる死因の割合「KDB 地域の全体像の把握」 ・入院医療費・医療費分析 ・外来医療費・医療費分析 ・がん検診受診率（胃・肺・大腸・子宮・乳）
取り組みの方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・がん検診受診率は、国・県・同規模団体と比べて高い状況であるが、まだまだがんによって亡くなる方が多いので、更なる有効な受診勧奨を実施する。 ・特定健診の集団検診との共同実施の推進。 ・がんの早期発見・早期治療を促進するため、各種がん検診の受診勧奨に取り組む。

2 目的・目標

課題を解決するため、第2期計画では以下の目的・目標を設定し計画を推進していきます。

【計画全体の目的】

目的	指標	目標値
健康寿命の延伸	健康寿命（平均余命） 健康寿命（平均自立期間（要介護2以上））	延伸
医療費の適正化	1人当たりの医療費（入院+外来）※性・年齢調整値 1人当たりの歯科医療費 ※性・年齢調整値	維持

【目標（上記の目的を達成するために取り組むこと）】

目標	指標	目標値	主な個別保健事業
特定健診受診率・保健指導実施率の向上	特定健康診査実施率	40%	特定健康診査事業（実施率向上対策事業）
	特定保健指導実施率	50%	特定保健指導事業
	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合	減少	
生活習慣病該当者が重症化へ移行することを予防する	HbA1c 8.0%以上の割合	減少	糖尿病性腎症重症化予防対策事業
	受診勧奨者の医療機関受診者割合	50%	生活習慣病重症化予防対策事業
適正服薬の推進 後発医薬品の利用促進	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	減少	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）
	同一月内に9種類以上の薬剤の処方を受けた者の割合	減少	
	後発薬品利用率	増加	後発医薬品使用促進事業
がんを早期発見し早期治療につなげる	がん検診受診率	各 25%	がん検診（受診率向上対策事業）

3 個別保健事業

1. 特定健康診査事業（実施率向上対策事業）																							
目的	<p>平成 20 年度より、生活習慣病の原因となるメタボリックシンドロームを対象にした特定健康診査・特定保健指導が保険者に義務づけられた。</p> <p>下市町において、実施率は 30.4%(令和 4 年度)と国の目標である 60%を下回っており、特に就労世代である 40・50 代の受診率が低く、更なる実施率の向上を図る必要がある。</p> <p>そこで、メタボリックシンドローム及び生活習慣病の予防を目指した特定健康診査・特定保健指導を進めるため、受診勧奨等の取り組みを行うことで、特定健康診査の実施率の向上を目指す。</p>																						
内容	<p>1. 受診勧奨事業（国保連合会との共同保健事業として実施）</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">対 象</td> <td colspan="3">43～74 歳で過去の受診歴から国保事務支援センターが定める対象</td> </tr> <tr> <td>実施時期</td> <td colspan="3">10 月 対象者へ勧奨ハガキを送付</td> </tr> <tr> <td>内容</td> <td colspan="3">11 月 上記対象者の受診確認を実施</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3">12 月 再勧奨のハガキを送付</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3">※送付時期については変更の可能性あり。</td> </tr> </table> <p>2. 町独自事業</p> <p>電話勧奨（勧奨通知送付約 1 週間後）</p> <p>40・50 代の健診未受診者への電話勧奨</p> <p>住民アンケート実施 （休日集団健診の実施回数、がん検診と同時実施回数について等を検討）</p> <p>健診自己負担額の無償化</p> <p>広報紙・ケーブルテレビでの広報</p>			対 象	43～74 歳で過去の受診歴から国保事務支援センターが定める対象			実施時期	10 月 対象者へ勧奨ハガキを送付			内容	11 月 上記対象者の受診確認を実施				12 月 再勧奨のハガキを送付				※送付時期については変更の可能性あり。		
対 象	43～74 歳で過去の受診歴から国保事務支援センターが定める対象																						
実施時期	10 月 対象者へ勧奨ハガキを送付																						
内容	11 月 上記対象者の受診確認を実施																						
	12 月 再勧奨のハガキを送付																						
	※送付時期については変更の可能性あり。																						
評価指標	区分	指標	目標値																				
	アウトカム	・ 特定健診受診率【共】 ・ 40～64 歳の健診受診率	40% 30%																				
	アウトプット	・ 受診勧奨、再勧奨のうち、受診者割合（まだら受診）	80%																				
	プロセス・ストラクチャー	<p>・ 特定健康診査の実施方法、回数、場所、内容は適切であったか。</p> <p>・ 国保事務支援センターとの連携（打合せ等 2 回）</p>																					

2. 特定保健指導事業

目的	<p>平成 20 年度より、生活習慣病の原因となるメタボリックシンドロームを対象にした特定健康診査・特定保健指導が保険者に義務づけられた。特定保健指導は、検診結果より、内臓脂肪の蓄積に起因する糖尿病等のリスクに応じて、専門職が個別に介入することで、対象者自ら健康状態を自覚し、生活習慣（特にメタボリックシンドローム）改善につなげることを目的とする。</p> <p>下市町においても、特定健康診査等実施計画に基づき実施されているが、実施率は 34.6%(令和 4 年度)と国の目標 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る必要がある。</p>													
内容	<p>1. 町独自事業 特定保健指導勸奨事業</p> <table border="1" data-bbox="325 752 1406 1037"> <tr> <td data-bbox="325 752 496 797">対 象</td> <td data-bbox="496 752 1406 797">特定健康診査受診者の内、特定保健指導の対象者</td> </tr> <tr> <td data-bbox="325 797 496 1037">実施時期 内容</td> <td data-bbox="496 797 1406 1037"> ①健診結果送付時に、保健指導を行う日時を指定した通知を郵送。 ②送付約 1 週間後に電話にて参加確認を行う。 ③参加のなかった対象者に、生活習慣改善に関するパンフレットを送付。 ④年度末に勸奨はがきを郵送。 </td> </tr> </table>			対 象	特定健康診査受診者の内、特定保健指導の対象者	実施時期 内容	①健診結果送付時に、保健指導を行う日時を指定した通知を郵送。 ②送付約 1 週間後に電話にて参加確認を行う。 ③参加のなかった対象者に、生活習慣改善に関するパンフレットを送付。 ④年度末に勸奨はがきを郵送。							
対 象	特定健康診査受診者の内、特定保健指導の対象者													
実施時期 内容	①健診結果送付時に、保健指導を行う日時を指定した通知を郵送。 ②送付約 1 週間後に電話にて参加確認を行う。 ③参加のなかった対象者に、生活習慣改善に関するパンフレットを送付。 ④年度末に勸奨はがきを郵送。													
評価指標	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="309 1081 628 1144">区分</th> <th data-bbox="628 1081 1070 1144">指標</th> <th data-bbox="1070 1081 1469 1144">目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="309 1144 628 1592">アウトカム</td> <td data-bbox="628 1144 1070 1592"> <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率【共】 ・ 有所見者の割合（血糖・血圧・脂質（HDL コレステロール・中性脂肪・LDL コレステロール）） 【共】 ・ メタボリックシンドローム該当者割合 ・ メタボリックシンドローム予備群該当者割合 </td> <td data-bbox="1070 1144 1469 1592"> 増加 減少 減少 減少 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="309 1592 628 1671">アウトプット</td> <td data-bbox="628 1592 1070 1671"> <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定保健指導実施率【共】 </td> <td data-bbox="1070 1592 1469 1671">50%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="309 1671 628 1845">プロセス・ストラクチャー</td> <td colspan="2" data-bbox="628 1671 1469 1845"> <ul style="list-style-type: none"> ・ 初回面接の分割実施 ・ 特定保健指導の機会、時期、内容の適正さ ・ 特定健康診査結果説明会の回数 ・ 特定保健指導実施者の研修 </td> </tr> </tbody> </table>	区分	指標	目標値	アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率【共】 ・ 有所見者の割合（血糖・血圧・脂質（HDL コレステロール・中性脂肪・LDL コレステロール）） 【共】 ・ メタボリックシンドローム該当者割合 ・ メタボリックシンドローム予備群該当者割合 	増加 減少 減少 減少	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定保健指導実施率【共】 	50%	プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・ 初回面接の分割実施 ・ 特定保健指導の機会、時期、内容の適正さ ・ 特定健康診査結果説明会の回数 ・ 特定保健指導実施者の研修 		
区分	指標	目標値												
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率【共】 ・ 有所見者の割合（血糖・血圧・脂質（HDL コレステロール・中性脂肪・LDL コレステロール）） 【共】 ・ メタボリックシンドローム該当者割合 ・ メタボリックシンドローム予備群該当者割合 	増加 減少 減少 減少												
アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定保健指導実施率【共】 	50%												
プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・ 初回面接の分割実施 ・ 特定保健指導の機会、時期、内容の適正さ ・ 特定健康診査結果説明会の回数 ・ 特定保健指導実施者の研修 													

3. 糖尿病性腎症重症化予防対策事業

国およ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（クオリティオブライフ・生活の質）の維持・向上をはかる。

下市町においても、令和元年度から奈良県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに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。

内容

1. 国保連合会との共同保健事業

(1) 受診勧奨事業

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が対象
実施時期	①12月対象選定し、1月受診勧奨ハガキを送付する
内 容	②毎月対象者を選定し、受診勧奨通知を送付（レットカード事業の一部に含んで実施）

(2) 保健指導事業

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	～7月 対象者選定作業
内 容	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	・ HbA1c8.0%以上の者の割合 【共】 ・ 新規人工透析導入患者数【共】 ・ 受診勧奨者の医療機関受診割合	減少 減少 50%
アウトプット	受診勧奨者率 保健指導実施者数	100% 2名（過去の実績から）
プロセス・ストラクチャー	・ 対象者の選定基準の見直し（年1回） ・ 糖尿病性腎症重症化予防人材育成事業への参加 ・ かかりつけ医との連携 ・ 国保事務支援センターとの連携（打合せ等2回）	

4. 生活習慣病重症化予防対策事業

目的	<p>高血圧、脂質異常等の生活習慣病の放置は、脳血管疾患や循環器疾患などを発症する可能性が高い。特定健診結果でそのリスクが高く、かつ未治療の対象者へ受診勧奨を行うことで、治療に結び付け、重症化を予防する。</p> <p>また、口腔機能の低下は生活習慣病のリスクが高まることが指摘されており、平成30年度から特定健康診査の標準的な質問票に歯科口腔に関する項目が追加された。口腔機能に問題があることが想定される者へ受診勧奨を行うことで、早期発見・治療につなげ、口腔機能を維持・向上させることで、生活習慣病のリスクを低減させる。</p>								
内容	<p>1. レッドカード事業（国保連合会との共同保健事業として実施）</p> <table border="1" data-bbox="325 611 1407 943"> <tr> <td data-bbox="325 611 496 846"> 対 象 </td> <td colspan="2" data-bbox="496 611 1407 846"> <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</p> <p>【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="325 846 496 943"> 実施時期 内容 </td> <td colspan="2" data-bbox="496 846 1407 943"> <p>① 受診勧奨 毎月 対象者選定し受診勧奨通知を送付</p> <p>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> <p>2. 町独自事業</p> <p>受診が確認できない者に対し、電話等で勧奨する。</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</p> <p>【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</p> <p>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</p> <p>【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</p> <p>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	・ 勧奨者の医療機関受診者割合	50%						
	アウトプット	・ レッドカード受診勧奨率 ・ 電話勧奨実施率	100% 100%						
	プロセス・ストラクチャー	・ 国保事務支援センターとの連携（打合せ等2回）							

5. 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	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。														
内容	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 <table border="1" data-bbox="325 517 1407 663"> <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> （2）重複・多剤投薬対象者への電話による状況確認 <table border="1" data-bbox="325 759 1407 904"> <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	区分	指標	目標値												
	アウトカム	・送付者の改善割合(年度末に評価) ・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【共】 （1以上の薬剤で重複処方を受けた者／被保険者数*100） ・同一月内に9以上の薬剤の処方を受けた者の割合【共】 （9以上の薬剤の処方を受けた者／被保険者数*100） ※医師、薬剤師等と相談済との回答を得ている者は対象者から除く	減少 減少 減少												
	アウトプット	・注意喚起文書送付率	100%												
	プロセス・ストラクチャー	・国保事務支援センターとの連携 ・対象者選定方法が適切だったか。													

6. 後発医薬品使用促進事業

目的	国は、後発医薬品使用割合の目標を 80%と掲げている。下市町では令和 4 年度で 68.3%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。														
内容	<p>1. 国保連合会との共同保健事業</p> <p>(1) 後発医薬品差額通知の送付 (4 回/年)</p> <table border="1" data-bbox="405 533 1375 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 薬剤当たり 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="405 824 1375 969"> <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="405 1025 1375 1261"> <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>2. 市町村独自事業</p> <p>広報紙、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 薬剤当たり 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 薬剤当たり 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) 【共】	増加												
	アウトプット	差額通知率	100%												
	プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・ 差額金額、対象年齢等 ・ 国保事務支援センターとの連携 (打合せ等 2 回) ・ 啓発の時期、内容の適正さ 													

7. がん検診(受診率向上対策事業)

目的	がんは下市町における死因の第 1 位であり、医療費も多く占める疾患である。そのため早期発見・早期治療につなげるためにがん検診の実施、受診率の向上は重要である。がん検診については、がん対策推進基本計画に基づき衛生部門（健康福祉課）が実施しており、連携を図りながら取り組んでいく。														
内容	1. 市町村独自事業 ・がん検診受診勧奨事業（国保） <table border="1" data-bbox="406 526 1375 716" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding: 2px;">対 象</td> <td style="padding: 2px;">40 歳以上～ (子宮がん 20 歳以上)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">実施時期</td> <td style="padding: 2px;">年 3 回（送付月：5 月・6 月・8 月）個別通知。</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">内 容</td> <td style="padding: 2px;">ナッジ理論に基づいた受診勧奨を実施。</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> ・がん検診受付時に、特定健診の受診勧奨の実施。 ・広報や健康カレンダー・ホームページ、SNS 等で検診受診啓発を実施。 ・特定健診との同時実施 			対 象	40 歳以上～ (子宮がん 20 歳以上)	実施時期	年 3 回（送付月：5 月・6 月・8 月）個別通知。	内 容	ナッジ理論に基づいた受診勧奨を実施。						
対 象	40 歳以上～ (子宮がん 20 歳以上)														
実施時期	年 3 回（送付月：5 月・6 月・8 月）個別通知。														
内 容	ナッジ理論に基づいた受診勧奨を実施。														
評価指標	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">区分</th> <th style="width: 60%;">指標</th> <th style="width: 25%;">目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">アウトカム</td> <td>・がん検診受診率（胃がん・肺がん・大腸がん・子宮がん・乳がん）</td> <td>各 25%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">アウトプット</td> <td>・がん検診受診勧奨実施率 ・特定健診の集団健診との同時実施回数</td> <td>100% 2 回以上</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">プロセス・ストラクチャー</td> <td colspan="2"> ・集団健診委託業者との日程調整（年 1 回） ・がん検診の実施方法、回数、場所、受診勧奨の方法は適切であったか検討・見直しを行う。 ・電話による受付時に、がん検診・特定健診の案内を実施。 </td> </tr> </tbody> </table>	区分	指標	目標値	アウトカム	・がん検診受診率（胃がん・肺がん・大腸がん・子宮がん・乳がん）	各 25%	アウトプット	・がん検診受診勧奨実施率 ・特定健診の集団健診との同時実施回数	100% 2 回以上	プロセス・ストラクチャー	・集団健診委託業者との日程調整（年 1 回） ・がん検診の実施方法、回数、場所、受診勧奨の方法は適切であったか検討・見直しを行う。 ・電話による受付時に、がん検診・特定健診の案内を実施。			
区分	指標	目標値													
アウトカム	・がん検診受診率（胃がん・肺がん・大腸がん・子宮がん・乳がん）	各 25%													
アウトプット	・がん検診受診勧奨実施率 ・特定健診の集団健診との同時実施回数	100% 2 回以上													
プロセス・ストラクチャー	・集団健診委託業者との日程調整（年 1 回） ・がん検診の実施方法、回数、場所、受診勧奨の方法は適切であったか検討・見直しを行う。 ・電話による受付時に、がん検診・特定健診の案内を実施。														

第5章 第4期下市町国民健康保険特定健康診査等実施計画

1. 計画の概要

(1) 計画策定の趣旨

本計画は、国の定める特定健康診査等基本方針に基づく計画として、制度創設の趣旨、国の健康づくりの施策の方向性等を踏まえて策定するものである。本町においては、当該計画に基づき、下市町国民健康保険の被保険者を対象として、特定健康診査（以下「特定健診」という。）及び特定保健指導を効果的・効率的に推進する。

(2) 計画期間

計画期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とする。

(3) 計画策定の背景

平成20年度から、生活習慣病の予防及び医療費の抑制に資するため、40歳以上の被保険者について、生活習慣病に着目した特定健診・特定保健指導の実施が、「高齢者の医療の確保に関する法律」（以下「法」という。）により、保険者に義務付けられた。

これを受け、下市町国民健康保険においても、「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。）」（法第18条）に基づき、「特定健康診査等実施計画」（法第19条）を策定し、生活習慣病の予防、早期発見、早期治療、重症化予防などの取組を推進している。

(4) 制度の概要

① 特定健診

特定健診とは、生活習慣病予防のための健康診査でメタボリックシンドロームに着目し、その該当者及び予備群を減少させるための保健指導を必要とする者を抽出することを目的とするものである。

② 特定保健指導

特定保健指導とは、特定健診の結果、生活習慣の改善などが必要な者に対し行う保健指導を指し、リスクの程度に応じて「動機付け支援」と「積極的支援」がある。

(5) メタボリックシンドロームに着目する意義

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積により、血糖高値、脂質異常、血圧高値を呈する病態であり、重複数が多いほど、心血管疾患や脳血管疾患の発症リスクが高くなることが分かっている。一方、内臓脂肪を減少させることで、それらの発症リスクを低減することができる。

すなわち、内臓脂肪の蓄積に起因する糖尿病、脂質異常症、高血圧症は、生活習慣の改善に

より予防可能である。また、発症してしまった後でも、LDL コレステロールと同時に、血糖、血圧等をコントロールすることにより、脳・心血管疾患の発症や腎不全等への進展・重症化を予防することが可能であるという考え方である。

メタボリックシンドロームの概念を導入することにより、内臓脂肪の蓄積が、血糖や中性脂肪、血圧等の上昇をもたらすことや、動脈硬化を引き起こすことにより、心血管疾患、脳血管疾患、腎不全等に至る原因となることを詳細に示すことができる。そのため、健診受診者にとって、生活習慣と健診結果、疾病発症との関係が理解しやすく、実施者にとっても生活習慣の改善に向けての明確な動機付けがしやすいからである。

(6) 対象者

下市町国民健康保険の被保険者で、40歳から74歳までの者を対象とし、実施する。

2. 第3期計画における目標達成状況

	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	目標値
特定健診受診率(%)	29.6	27.6	20.9	24.1	30.4	—	60.0
特定保健指導実施率(%)	21.2	9.7	19.0	8.3	34.6	—	60.0
特定保健指導対象者の減少率(%)※					-13.04	—	25.0

※H20年度比

H20年度対象者数 23人

減少率 = (開始値 - 終了値) / 開始値 × 100

R4年度対象者数 26人

(23 - 26) / 23 × 100 = -13.04

(1) 特定健診受診率

第3期計画における特定健診の受診状況をみると、特定健診受診率は、前期計画終了年度にあたる令和5年度の目標値を60%としていたが、令和4年度時点で30.4%となっている。この値は、県・国より低い状態である。前期計画中の推移を見ると、令和4年度の特定健診受診率は30.4%であり、平成30年度の特定健診受診率29.6%と比較するとほぼ同じ水準となっている。令和2・3年度は、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、受診率が低下したと思われる。

(2) 特定保健指導実施率

第3期計画における特定保健指導の実施状況をみると、特定保健指導実施率は、前期計画終了年度にあたる令和5年度の目標値を60.0%としていたが、令和4年度時点で34.6%となっている。前期計画中の推移をみると、年度によってばらつきがあったが、令和4年12月より

国保担当課に保健師が配置されたこともあり、今後は比較的安定した実施率となることが期待される。

(3) 特定保健指導対象者の減少率

特定保健指導対象者数をみると、令和4年度における特定保健指導対象者数は26人となっている。平成20年度における特定保健指導対象者数は23人となっており、3人の増加となっているため、減少率は-13.04%となった。

3 特定健診等の目標値

国においては、令和11年度における市町村国保の特定健診等実施率目標は、特定健診実施率60%以上、特定保健指導実施率60%以上としている。

本町においては、現状の町の実績値を踏まえ、実現の可能性を考慮し、各年度の目標値を設定する。

各年度の目標値

	R4年度 ベースライン	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度 (町)	R11年度 (国基準)
特定健診受診率(%)	30.4	32.0	33.6	35.2	36.8	38.4	40	60
特定保健指導実施率(%)	34.6	38.5	40.0	42.5	45.0	47.5	50	60

特定健診受診率の目標値設定については、奈良県国保連合会保健事業支援・評価委員会のアドバイスを参考に、令和4年度の年齢階級別、男女別の一番受診率が高い、女性の65歳から69歳までの達成率39.5%を目標とすることとし、40%を目標値とした。

特定保健指導の実施率の目標設定については、令和4年度の実施率を勘案し、50%を目標値とした。

4. 特定健診等の実施方法について

第4期の特定健診、特定保健指導についても、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て実施する。

(1) 特定健診

① 基本事項

ア 実施方法

- ・集団健診 下市町との契約により受託した健診実施機関において実施する。
- ・個別健診 市町村と県医師会が締結する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において実施する。

イ 周知方法

広報しもいち、国保だより、下市町ホームページへの掲載など周知効果が高いものを中心に実施する。

ウ 受診案内の方法

受診券等は、奈良県国民健康保険団体連合会国保事務支援センターへの委託で発券し、6月中頃に受診案内を同封したうえ、対象者に郵送にて送付する。

エ 自己負担の有無

無料

オ 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、町が郵送により通知する。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のパンフレットを情報提供し、継続的な健診受診につなげる。

カ 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。

② 実施項目等

特定健診の検査項目は、下記に記載のとおり。

区分	内容	
基本的な健診項目	既往歴の調査 (服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む)(問診)	
	自覚症状及び他覚症状の検査 (理学的検査(視診、聴打診、腹部触診等))	
	身体計測	身長
		体重
		腹囲
		BMI
	血圧	収縮期血圧
		拡張期血圧
	血中脂質検査	中性脂肪
		HDL-コレステロール
		LDL-コレステロール
	肝機能検査	AST(GOT)
		ALT(GPT)
		γ-GT(γ-GTP)
血糖検査	空腹時血糖もしくは随時血糖	
	HbA1c	
尿検査	糖	
	蛋白	

<p>詳細な健診の項目 (医師の判断による追加健診項目)</p>	<p>貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値） 心電図検査 眼底検査 血清クレアチニン</p>
<p>保険者独自の追加健診項目</p>	<p>血清クレアチニン検査及び推算糸球体ろ過量（eGFR） ※医師の判断によるものを除く 血清尿酸検査 随時血糖検査 貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値） ※医師の判断によるものを除く 心電図検査※医師の判断によるものを除く</p>

(2) 特定保健指導

① 基本事項

ア 実施方法

特定健康診査の結果に基づき階層化したうえ、直営で保健センターにおいて実施する。初回面接(分割実施をする場合もある)は随時実施し、一部の対象者を除いて3ヶ月後に評価を行う。なお、初回面接は、健診受診年度の翌6月を期限とする。

イ 利用の案内、利用券の発券と配布方法

利用券は、奈良県国民健康保険団体連合会国保事務支援センターへの委託で発券し、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する。

ウ 自己負担の有無 無

②実施方法

健診結果に基づき、来庁による面接にて保健師・管理栄養士等医療専門職が保健指導を実施する。

特定保健指導として行う動機付け支援及び積極的支援の内容については、「高齢者の医療の確保に関する法律」第24条の厚生労働省令で定められた方法で実施する。

5. 特定健診・特定保健指導の記録の保存方法、保存体制

(1) 記録の保存方法

特定健診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、町に報告される。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・保存を行う。保存年限は、最低5年間とする。

(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する。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、適切に実施していく。

(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う。

6. 特定健診等の円滑な実施について

特定健診等の円滑な実施を確保するため、以下の取組を行う。

(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診実施率、特定保健指導実施率の向上等に向けた取組を行う。

(2) 受診しやすい体制づくり

- ◆特定健診とがん検診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する。
- ◆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。

(3) 実施体制の確保

- ◆特定健診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る。
- ◆特定保健指導に関わる専門職の技術向上の一環として、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る。

(4) 受診率等の向上となる取組

- ◆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強化していく。
- ◆担当者会議等への参加による情報収集や特定健診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、実施していく。

(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、重症化予防を行う。

第6章 共通事項

1. 計画の評価・見直し

計画はPDCAサイクルに則り、年度ごと、中間評価（令和8年度）、最終評価（令和11年度）で評価と見直しを行い、下市町国民健康保険運営協議会に報告を行う。評価と見直しにあたっては、奈良県、国保連合会等と連携・協力して行う。

2. 計画の公表・周知

本計画は、下市町ホームページに掲載することにより、周知を図る。

3. 個人情報の取扱い

個人情報については、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）、同法についてのガイドライン、下市町個人情報の保護に関する法律施行条例（令和5年下市町条例第1号）等を遵守するとともに、そのほかの関係法令（国民健康保険法第120条の2（秘密保持義務）、高齢者の医療の確保に関する法律第30条（秘密保持義務））の規定に基づいて実施する。

4. 地域包括ケアに係る取組

我が国において、団塊の世代が75歳以上となる2025年（令和7年）には高齢者人口がピークを迎え、その後も75歳以上の人口割合は増加し続けることが予想されている。そのため、今後、医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれている。

これに対し、厚生労働省において、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、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期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築の推進が掲げられているところである。

下市町においても、地域包括ケアシステム構築に向け、体制整備や関連する事業を推進しているところである。

今後、国民健康保険被保険者の年齢層の高齢化に伴い、後期高齢者医療への移行する被保険者が多くなることが見込まれていることから、国民健康保険被保険者へのより一層の保健事業の強化および後期高齢者医療へ移行後も継続した保健事業を提供できるよう、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」事業が施行され、当町でも、令和5年4月から実施に取り組んでいる。この事業を計画的かつ円滑に推進するために、地域の实情に合った事業の展開を目指し、地域包括ケアシステム推進に関わる健康福祉課とも連携を図りながら、高齢者の健康維持、フレイル予防に取り組んでいく。

評価指標一覧【アウトカムとアウトプット値の推移】

評価項目				ベースライン	中間評価	最終評価							
計画全体の目的	評価指標	共通指標	算出方法	評価時期	目標値	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	
						健康寿命(平均余命)	計画全体のアウトカム	○	KDBトップページ「地域の全体像の把握」	年1回(県からの照会時期)	延伸	男性 83.7年 女性 87.4年	
健康寿命(平均自立期間(要介護2以上))	計画全体のアウトカム	○	KDBトップページ「地域の全体像の把握」	年1回(県からの照会時期)	延伸	男性 82.1年 女性 84.3年							
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トップページ「健康スコアリング」→「健康スコアリング(医療)」→CSV抽出→「一人当たり入院医療費_性・年齢調整値」, 「一人当たり外来医療費_性・年齢調整値」	年1回(県からの照会時期)	維持	337,420円							
	一人当たりの歯科医療費 ※性・年齢調整値	○	KDBトップページ「健康スコアリング」→「健康スコアリング(医療)」→CSV抽出→「一人当たり歯科医療費_性・年齢調整値」	年1回(県からの照会時期)	維持	24,843円							
個別保健事業	1 特定健康診査事業(実施率向上対策事業)	特定健康診査実施率	アウトカム	○	法定報告(特定健康診査等データ管理システム) 特定健康診査・特定保健指導実施結果報告	年1回(県からの照会時期)	40%	30.4%					
		40~64歳の健診受診率	アウトカム	○	KDBトップページ「厚労省様式出力」→「様式5-4 健診受診状況」	年1回(法定報告)	30%	男性 16.9% 女性 22.3%					
		受診勧奨・再勧奨のうち受信者割合(まだら受診)	アウトプット		勧奨送付者の受診状況を確認	年1回(国保連からの結果通知)	80%	68.4%					
	2 特定保健指導事業	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	アウトカム	○	法定報告(特定健康診査等データ管理システム) 特定健康診査・特定保健指導実施結果報告	年1回(県からの照会時期)	増加	-13.04%					
		有所見者の割合(血糖) HbA1c5.6%以上	アウトカム	○	KDBトップページ「厚労省様式出力」→「様式5-2 健診有所見者状況(男女別・年代別)」	年1回(県からの照会時期)	減少	54.5%					
		有所見者の割合(血圧) ①収縮期血圧130mmHg以上 ②拡張期血圧85mmHg以上	アウトカム	○	KDBトップページ「厚労省様式出力」→「様式5-2 健診有所見者状況(男女別・年代別)」	年1回(県からの照会時期)	減少	①64.5% ②17.9%					
		有所見者の割合(脂質) ①HDLコレステロール40mg/dl未満の割合 ②中性脂肪150mg/dl以上の割合 ③LDLコレステロール120mg/dl以上	アウトカム	○	KDBトップページ「厚労省様式出力」→「様式5-2 健診有所見者状況(男女別・年代別)」	年1回(県からの照会時期)	減少	①4.0% ②24.9% ③49.8%					
		①メタボリックシンドローム該当者割合 ②メタボリックシンドローム予備軍該当者割合	アウトカム		法定報告(特定健康診査等データ管理システム) 特定健康診査・特定保健指導実施結果報告	年1回(法定報告)	減少	①24.3% ②8.3%					
		特定保健指導実施率	アウトプット	○	法定報告(特定健康診査等データ管理システム) 特定健康診査・特定保健指導実施結果報告	年1回(県からの照会時期)	50%	34.6%					
		3 糖尿病性腎症重症化予防事業	HbA1c8.0%以上の者の割合	アウトカム	○	KDBトップページ「健診対象者の絞り込み」→「健診ツリー図」「S26_026:集計対象者一覧」CSV帳票で集計	年1回(県からの照会時期)	減少	0.30%				
	新規人工透析導入患者数		アウトカム	○	国保連合会より、医療費等分析システムで抽出したデータを提供	年1回(県からの照会時期)	減少	0人					
	受診勧奨者の医療機関受診割合		アウトカム		受診勧奨者の受診状況を確認	年1回(事業実施後)	50%	—					
	受診勧奨者率		アウトプット		受診勧奨者率を確認	年1回(事業実施後)	100%	—					
	保健指導実施者数		アウトプット		保健指導実施者数を確認	年1回(事業実施後)	2人	0人					
	4 生活習慣病重症化予防事業	勧奨者の医療機関受診者割合	アウトカム		勧奨者の医療機関受診者割合を確認	年1回(事業実施後)	50%	16.7%					
		受診勧奨率	アウトプット		受診勧奨率を確認	年1回(事業実施後)	100%	100%					
		電話勧奨実施率	アウトプット		電話勧奨実施率を確認	年1回(事業実施後)	100%	—					
	5 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)	送付者の改善割合(年度末に評価)	アウトカム		送付者の改善割合を確認	年1回(事業実施後)	減少	—					
		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	アウトカム	○	KDBトップページ「保健事業介入支援管理」→「重複・多剤処方の状況」→診療年月「●年3月」→薬効分類単位で集計 →資格情報「選択した診療年月に資格を有する者を抽出」	年1回(県からの照会時期)	減少	4.02%					
		同一月内に9以上の薬剤の処方を受けた者の割合	アウトカム	○	KDBトップページ「保健事業介入支援管理」→「重複・多剤処方の状況」→診療年月「●年3月」→薬効分類単位で集計 →資格情報「選択した診療年月に資格を有する者を抽出」	年1回(県からの照会時期)	減少	4.26%					
6 後発医薬品使用促進事業	後発品使用割合	アウトカム	○	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000190726.html	年1回(県からの照会時期)	増加	68.3%						
	差額通知率	アウトプット		差額通知送付後に確認	年1回(事業実施後)	100%	100%						
7 がん検診(受診率向上対策事業)	がん検診受診率 ①胃がん ②肺がん ③大腸がん ④子宮がん ⑤乳がん	アウトカム		がん検診速報値及び確定値	年1回(事業実施後)	25%	①14.1% ②16.3% ③15.3% ④15.4% ⑤15.5%						
	受診勧奨実施率	アウトプット		受診勧奨実施後に確認	年1回(事業実施後)	100%	100%						
	特定健康診査の集団健診との同時実施回数	アウトプット		集団健診終了後に確認	年1回(事業実施後)	2回以上	1回						
	糖尿病の受療割合	アウトカム(参考)	○	KDBトップページ「疾病管理一覧」→「糖尿病」	年1回(県からの照会時期)	総合的に判断	21.38%						
その他の項で設定した指標	高血圧症の受療割合	アウトカム(参考)	○	KDBトップページ「疾病管理一覧」→「高血圧症」	年1回(県からの照会時期)	総合的に判断	45.10%						