

第 3 期大淀町国民健康保険保健事業実施計画
(第 2 期大淀町国民健康保険保健事業実施計画最終評価)
(第 3 期特定健康診査等実施計画最終評価)
(第 4 期特定健康診査等実施計画)



令和 6 年 4 月

目次

1章 前期計画の最終評価	1	ページ
(1) 第2期大淀町国民健康保険保健事業実施計画最終評価	1	ページ
①計画全体の目的	1	ページ
②計画全体の指標と評	1	ページ
③指標毎の評価に対する要因等のまとめ	2	ページ
④個別保健事業の評価	2	ページ
(2) 第3期特定健康診査等実施計画最終評価	8	ページ
2章 計画の基本事項	9	ページ
(1) 計画の趣旨	9	ページ
(2) 計画期間	9	ページ
(3) 実施体制・関連計画との連携	9	ページ
(4) 共通指標について	10	ページ
3章 地域の特性と課題の把握	12	ページ
(1) 大淀町の特性	12	ページ
①人口構造の推移と高齢化率	12	ページ
②被保険者数及びその構造	12	ページ
③健康寿命と平均要介護期間	13	ページ
④代表的な死因	14	ページ
⑤大淀町総医療費	14	ページ
(2) 健康・医療情報の分析及び結果に基づく健康課題の把握	15	ページ
①1人当たりの医療費の推移	15	ページ
②レセプト件数の状況	16	ページ
③年代別レセプト件数の状況	16	ページ
④医療費等の状況	17	ページ
⑤入院・外来別で医療費（点数）の高い疾患	19	ページ
⑥高額になる疾患（100万円以上のレセプトの状況）	20	ページ
⑦糖尿病治療者の人工透析患者数と医療費の推移	20	ページ
⑧死因割合	21	ページ
⑨重複・多剤投薬の状況	23	ページ
⑩介護認定者の有病状況	25	ページ
(3) 健康診査の結果に基づく健康課題の把握	26	ページ
①特定健康診査の受診状況	26	ページ
②特定保健指導の実施状況	27	ページ
③健診受診者に占めるメタボリックシンドローム該当者・予備群の割合	28	ページ
④男女別メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合	29	ページ
⑤特定健康診査質問調査票の状況	30	ページ
⑥特定健康診査結果別有所見者の状況	32	ページ

⑦特定健康診査受診者検査数値の状況	33	ページ
4章 課題の整理と第3期計画の目的と目標	38	ページ
(1) 本町の健康課題の整理	38	ページ
(2) 計画の目的と目標	40	ページ
5章 個別保健事業	41	ページ
6章 第4期大淀町特定健康診査等実施計画	47	ページ
7章 その他	58	ページ
8章 評価指標一覧【アウトカムとアウトプット値の推移】	59	ページ

1章. 前期計画の最終評価

平成31年3月に策定した「第2期大淀町国民健康保険保健事業実施計画」及び「第3期特定健康診査等実施計画」について最終評価を行う。

(1) 第2期大淀町国民健康保険保健事業実施計画最終評価

①計画全体の目的

被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用し、P D C A 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ことが出来るよう本計画を策定しました。

②計画全体の指標と評価

【評価について】

それぞれの評価指標について、目標到達またはベースラインから現時点までの実績値の推移を、以下の区分に分け判定。

評価判定	ベースライン値および目標との比較
A	目標到達
B	目標到達はしていないが、目標に近い成果あり
C	目標到達しなかったが、効果あり
D	効果なし（悪化している）
E	評価困難

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	17.98 【18.49】	17.81 【18.79】	17.60 【19.01】	17.59 【18.95】	—	—	B
健康寿命（65歳時平均自立期間）・女性	延伸	20.51 【21.05】	20.28 【21.30】	20.06 【21.52】	20.06 【21.46】	—	—	B
メタボリックシンドローム該当者の割合	減少	16.8% 【17.2%】	17.3% 【17.4%】	18.7% 【18.9%】	19.9% 【18.8%】	—	—	C
メタボリックシンドローム予備群の割合	減少	11.3% 【10.9%】	11.6% 【11%】	10.6% 【11.4%】	12.6% 【11.2%】	—	—	C

出典 健康寿命…奈良県健康推進課

※メタボリックシンドローム該当者および予備軍の割合…法定報告

各数値の下段【 】は、県の実績値。

—は公表未となっている年度

③指標毎の評価に対する要因等のまとめ

【健康寿命】

本町の推移をみると男女ともに短縮している。一方県の推移は延伸していることが分かり、本町の短縮の要因については不明である。今後健康の維持、疾病の予防に関する保健事業を重点的に実施し、健康寿命の延伸（不健康な状態になる時点を遅らせる）に繋がるよう努めていく。

【メタボリックシンドロームの該当者の割合】

該当者は増加傾向にある。令和3年から新型コロナウイルス感染症の流行により、感染予防対策として外出を自粛していた者が増え、ストレスやエネルギー摂取過多、運動不足から肥満やメタボリックシンドローム該当者が増加したことが要因として考えられる。また、感染対策のため保健事業を中止や縮小していた期間もあったため、対象者への積極的な介入が行えなかったことも要因として考えられる。令和5年5月からは新型コロナウイルス感染症の感染症法の位置づけが5類感染症に移行となったことから、今後は必要な感染対策を講じながら保健事業を積極的に進めていく。

【メタボリックシンドローム予備群の割合】

令和2年度は減少したが、令和3年度には再び増加に転じている。要因、次期計画の方向性については、上記と同様であるため併せて進めていく。

④個別保健事業の評価

1. 特定健康診査および受診勧奨事業										
目的	「大淀町国民健康保険特定健康診査等実施計画」に基づき、メタボリックシンドロームに着目した検査項目の健康診査を実施し、生活習慣病の早期発見と予防及び被保険者のQOL（健康寿命の延伸及び生活の質）の維持・向上を図り、医療費適正化を目的とする。									
事業内容	平成20年4月から医療保険者に義務付けられたメタボリックシンドロームに着目した健康診査を個別健診と集団健診で実施する。また、未受診者に対して特性別にデザインされた受診勧奨ハガキを郵送する。 【特定健診】 対象者：40歳～74歳の被保険者 方法：個別健診…奈良県内実施医療機関へ委託 集団健診…役場内で年4回実施 【受診勧奨】 対象者：過去3年間未受診の者 方法：9月に勧奨ハガキを送付									
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 (出典：法定報告値)	30%	20.4%	24.4%	21.3%	25.1%	26.3%		B	
	受診勧奨実施率	100%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	A	
アウトプット	集団健診実施回数	4回/年	3回	3回	0回	2回	4回	5回	A	

プロセス	勸奨通知送付時期	集団健診の2ヶ月前	実施	実施	事業中止	実施	実施	実施	A
	受診勸奨者の受診率	30%	23%	23%	0%	14%	11%	43%	C
ストラクチャー	事業委託業者、国保連合会との連携回数	2回/年	2回	2回	2回	3回	3回	3回	A
	医師会、医療機関との連携回数	1回/年	1回	1回	1回	2回	2回	2回	A
成功要因 未達要因	<p>令和2年度は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、集団健診を中止したため受診率が低くなった要因と考えられる。また、令和3年度には集団健診を再開しており、受診率も最も高いが、目標値には届いていない。</p> <p>受診勸奨者の受診率は年々低下しているが、受診率の向上に伴い受診勸奨の対象者は年々減少している。勸奨ハガキが届く時期に特定健診に関する問い合わせが増えることから、ハガキによる勸奨は効果があると考えられる。</p> <p>受診勸奨や集団健診の回数等は、新型コロナウイルス感染症の影響を除けば目標達成できているが、実施率の大きな向上にはつながっていないため、新たな取組や見直しが必要である。</p>								
効果があった取組	<p>受診勸奨通知を送付後に、申込者が増えるため、勸奨ハガキを送付することは一定の効果があると考えられる。</p> <p>令和4年度からは、集団健診の回数を4回に増やしたことで、受診者数の増加に繋がったと考えられる。</p>								
見直しが必要な取組	<p>集団健診での受診者数を増加させるために、さらに実施回数の増加や、休日実施等の検討が必要である。</p>								
課題・次期計画の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・受診率が低く推移しているため、受診率の向上、目標値に向け介入していく。 ・集団健診の実施回数や実施日の検討を行う。 ・受診勸奨では、対象者の特性に応じた階層化に合わせて健診の受診意欲を掻き立てるような内容の資材を選定する。 ・次期計画でも「特定健診受診率向上対策事業」と名称を変更し、事業を実施していく。 								

2. 特定保健指導									
目的	「大淀町国民健康保険特定健康診査実施計画」に基づき、特定健診の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣病の予防効果が多く期待できる方に対して、専門スタッフ（保健師、管理栄養士など）が生活習慣を見直すためのサポートを実施し、生活習慣病予備軍の健康状態の改善を目指す。								
事業内容	<p>保健師、管理栄養士らの指導のもとに保健指導計画を作成し、生活習慣病改善に取り組めるように、動機付けや定期的かつ継続的な働きかけを実施。</p> <p>また、保健指導未利用者に対して、ハガキ及び電話による勧奨を行う。</p> <p>【受診勧奨】</p> <p>対象者：特定保健指導未利用者 方法：12月に勧奨ハガキを送付 2月に電話勧奨を行い、集団保健指導を案内</p>								
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	特定保健指導実施率	30%	11.7%	0%	6.1%	3.2%	5.6%		C
	保健指導該当者数	50人以下	69人	72人	66人	93人	89人		C
アウトプット	利用勧奨実施率	100%	未実施	未実施	100%	100%	100%	100%	A
プロセス	勧奨通知送付時期	11月 2月	未実施	未実施	実施	実施	実施	実施	A
	利用勧奨した者の利用率	30%	未実施	未実施	20.8%	8.5%	15%	2.9%	C
ストラクチャー	事業委託業者、国保連合会との連携回数	2回/年	未実施	未実施	2回	3回	3回	3回	A
	医師会、医療機関との連携回数	2回/年	未実施	未実施	2回	2回	2回	2回	A
成功要因 未達要因	実施率は令和元年度から徐々に低下している。低下の原因は新型コロナウイルス感染症の感染拡大により積極的な勧奨や実施ができなかったことなどが考えられる。しかし、保健指導該当者数は増加傾向にあるので、新たな取組や見直しを行い今後も特定保健指導実施体制の強化が必要である。								
効果があった取組	令和3年度より保健指導未利用者に対して、集団保健指導を案内する電話勧奨を行った。その結果、自発的に特定保健指導の利用の予約をしない方も、利用推奨電話をすることで、保健指導への参加があった。								
見直しが必要な取組	対象者本人が意思を持って保健指導を受けられるよう、特定保健指導（利用券）参加を促すための取組を行い、実施率の向上と指導内容の充実を図っていく必要がある。								
課題・次期計画の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・個人の状況に応じた丁寧な保健指導の実施、未利用者の背景を分析するなど、引き続き特定保健指導実施率の向上に努める。 ・町内健診機関において、結果説明の際に医師から町の保健指導を受けるように案内してもらえないか協力依頼の検討を行う。 								

3. 糖尿病等治療勧奨推進事業（レッドカード事業）

目的	糖尿病等の重症化を予防するため、対象者に対して早期に治療勧奨を実施し、適切な治療へ繋げる。								
事業内容	<p>特定健診の結果とレセプトに基づき、所定の条件に該当する重症で未治療の対象者に対して、受診勧奨カード（レッドカード）及び受診勧奨通知を送付する。</p> <p>【抽出条件】</p> <p>■特定健康診査の結果とレセプトに基づき、以下の①～⑤いずれかに該当する者</p> <p>①高血圧：収縮期 180mmHg 以上又は拡張期 110mmHg 以上、かつレセプトで治療歴がないと確認された者</p> <p>②高血糖：HbA1c 8.0%以上（NGSP）、かつレセプトで治療歴がないと確認された者</p> <p>③高コレステロール：LDL コレステロール 200mg/dl 以上、かつレセプトで治療歴がないと確認された者</p> <p>④高中性脂肪：中性脂肪 500mg/dl 以上、かつレセプトで治療歴がないと確認された者</p> <p>⑤慢性腎臓病：eGFR45ml/min/1.73 m²未満かつレセプトで治療歴がないと確認された者</p> <p>【受診勧奨】</p> <p>対象者 1 人に対し年 1 回送付（7 月～3 月・毎月 1 回送付） （奈良県事務共同化事業「レッドカード事業」に参加）</p>								
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	該当者割合	3%	4.4%	2.1%	3.2%	4.3%	3.6%		B
アウトプット	受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A
プロセス	受診勧奨者の受診率	80%	58.3%	46.7%	21.3%	33%	38%	8.7%	C
ストラクチャー	国保連合会と連携	2 回	2 回	2 回	2 回	2 回	2 回	2 回	A
	医療機関との連絡	2 回	2 回	2 回	2 回	2 回	2 回	2 回	A
成功要因 未達要因	国保連合会と共同による保健事業を実施することにより、医療機関への適正受診を推進することができた。勧奨者の医療機関受診率は年々低下しており、目標値には届いていない。しかし、令和 3 年度より徐々にではあるが向上してきているので、引き続き受診勧奨を行っていく。								
効果があった 取組	受診勧奨カード（レッドカード）が届くと、早い段階で医療機関を受診している傾向にあるので、受診勧奨カードを送付することは一定の効果があると考えられる。								
見直しが必要な 取組	現在は手紙での勧奨のみで一方的な通知となっているので、医療機関未受診者に対して電話勧奨を行う等の検討が必要である。								
課題・次期計画の 方向性	事業を継続して実施する。 受診勧奨カードを持参し、医療機関を受診していただく必要があることをより分かりやすく記載するなど、勧奨通知の内容や送付時期について引き続き検討していく。								

4. 糖尿病性腎症重症化予防プログラム（受診勧奨）

目的	糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・受診中断者について、関係機関からの適切な受診勧奨を行うことにより治療に結びつけ、糖尿病の重症化予防、心筋梗塞、脳梗塞等の発症を予防する。												
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> 対象者に対して、糖尿病受診勧奨通知を送付 受診勧奨文章送付後にレセプトデータを確認し、再勧奨または次年度の特定健診案内を実施 <p>【対象者抽出基準】 以下のⅠ，Ⅱ，に該当する被保険者を対象とする。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">抽出基準Ⅰ（未受診者）</th> <th style="width: 50%;">抽出基準Ⅱ（中断者）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>過去 3 年間における直近の健診で、HbA1c6.5%以上が確認されているものの、前年に糖尿病の受診歴や服薬歴等がない者</td> <td>過去 3 年以内に糖尿病の服薬歴が確認されたが前年度内に糖尿病の受診歴や服薬歴がない者</td> </tr> </tbody> </table> <p>【受診勧奨】</p> <ul style="list-style-type: none"> 受診勧奨対象者に受診勧奨通知を送付（8月） 勧奨後、受診が確認できなかった者には2回目の受診勧奨（架電）を行う（2月） （奈良県事務共同化事業「糖尿病性腎症重症化プログラム」に参加） 									抽出基準Ⅰ（未受診者）	抽出基準Ⅱ（中断者）	過去 3 年間における直近の健診で、HbA1c6.5%以上が確認されているものの、前年に糖尿病の受診歴や服薬歴等がない者	過去 3 年以内に糖尿病の服薬歴が確認されたが前年度内に糖尿病の受診歴や服薬歴がない者
抽出基準Ⅰ（未受診者）	抽出基準Ⅱ（中断者）												
過去 3 年間における直近の健診で、HbA1c6.5%以上が確認されているものの、前年に糖尿病の受診歴や服薬歴等がない者	過去 3 年以内に糖尿病の服薬歴が確認されたが前年度内に糖尿病の受診歴や服薬歴がない者												
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	該当者の人数	0人	-	1人	1人	5人	3人	0人	A				
アウトプット	受診勧奨実施率	100%	-	100%	100%	100%	100%	対象者なし	A				
プロセス	受診勧奨者の受診率	50%	-	0%	50%	60%	63%	100%	A				
ストラクチャー	医療機関、国保連合会との連携状態	2回	-	2回	2回	2回	2回	2回	A				
成功要因 未達要因	<p>国保連合会と共同による保健事業を実施することにより、受診勧奨者の医療機関受診率は年々増加しており、目標値を達成することができた。更なる受診率の向上を目指し、勧奨通知の時期や内容について検討し引き続き受診勧奨を行っていく。</p> <p>該当者の割合が令和 3 年度より増加傾向にあるのは、新型コロナウイルス感染症の流行により、メタボリックシンドローム該当者が増加したことが要因の一つではないかと考えられる。</p>												
効果があった取組	受診勧奨者の医療機関受診率は、年々増加しているため勧奨通知の送付や架電を行うことは効果的であったと考えられる。												
見直しが必要な取組	受診勧奨後の未受診者に対して、更なるフォローアップを行う等の検討が必要である。												
課題・次期計画の方向性	事業を継続して実施する。 今後も受診していない人に対し積極的な勧奨を行うとともに、国保連合会や医療機関と連携しながら事業を継続していく。												

5. 糖尿病性腎症重症化予防プログラム（保健指導）

目的	糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・受診中断者について、関係機関からの適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して主治医の判断により保健指導対象者を選定し、腎不全、人工透析への移行を防止するとともに、心筋梗塞、脳梗塞の発症を予防する。																
事業内容	<p>糖尿病性腎症等で重症化するリスクの高いとされる対象者に対して、主治医と連携し、適切な保健指導を実施して生活習慣の改善に繋げる。</p> <p>【対象者抽出基準】</p> <p>以下の優先Ⅰに該当する被保険者を対象とする。なお、優先Ⅰにて該当者がいない場合など、実情に応じて、優先Ⅱに対象者抽出基準を拡大して対応するものとする。</p> <table border="1" data-bbox="379 689 1417 898"> <thead> <tr> <th data-bbox="379 689 898 734">優先Ⅰ</th> <th data-bbox="904 689 1417 734">優先Ⅱ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="379 734 898 779">①空腹時血糖 126mg/dl 又は HbA1c6.5%以上</td> <td data-bbox="904 734 1417 779">①空腹時血糖 126mg/dl 又は HbA1c6.5%以上</td> </tr> <tr> <td data-bbox="379 779 898 824">②eGFR30~44ml/分/1.73 m²</td> <td data-bbox="904 779 1417 824">②eGFR45~59ml/分/1.73 m²又は eGFR60ml/分/1.73 m²以上かつ尿蛋白（2+）以上</td> </tr> <tr> <td data-bbox="379 824 898 869">①②両方に該当する者</td> <td data-bbox="904 824 1417 869">①②両方に該当する者</td> </tr> </tbody> </table> <p>【実施方法】</p> <p>方法：管理栄養士または国保事務支援センターの委託業者により実施 実施期間：6ヶ月 指導内容：面接3回、手紙4回 （奈良県事務共同化事業「糖尿病性腎症重症化プログラム」に参加）</p>									優先Ⅰ	優先Ⅱ	①空腹時血糖 126mg/dl 又は HbA1c6.5%以上	①空腹時血糖 126mg/dl 又は HbA1c6.5%以上	②eGFR30~44ml/分/1.73 m ²	②eGFR45~59ml/分/1.73 m ² 又は eGFR60ml/分/1.73 m ² 以上かつ尿蛋白（2+）以上	①②両方に該当する者	①②両方に該当する者
優先Ⅰ	優先Ⅱ																
①空腹時血糖 126mg/dl 又は HbA1c6.5%以上	①空腹時血糖 126mg/dl 又は HbA1c6.5%以上																
②eGFR30~44ml/分/1.73 m ²	②eGFR45~59ml/分/1.73 m ² 又は eGFR60ml/分/1.73 m ² 以上かつ尿蛋白（2+）以上																
①②両方に該当する者	①②両方に該当する者																
評価	指標	目標値	指標の変化						評価								
	アウトカム	保健指導対象優先Ⅰに該当する人数	減少	-	-	0人	0人	1人	0人	C							
	アウトプット	参加勧奨実施率	100%	-	-	未実施	100%	100%	100%	A							
		保健指導実施率	30%	-	-	未実施	11.1%	16.7%	50%	A							
	プロセス	算定基準の妥当性		-	-	未実施				A							
	ストラクチャー	医療機関及び国保連合会との連携	4回/年	-	-	未実施	4回	4回	4回	A							
		かかりつけ医への報告書提供	1ケースに3回	-	-	未実施	3回	3回	3回	A							
成功要因 未達要因	国保連合会と共同による保健事業を実施することにより、保健指導実施率は年々増加している。しかし、時間がない、自身で生活改善に取り組んでいる等の理由で参加を断られる方も多い。																
効果があった取組	糖尿病を治療するかかりつけ医との連携体制が強化されたことにより、より効果的な栄養指導を実施することができた。																
見直しが必要な取組	保健指導の対象者はいるが、対象者から保健指導の参加同意が得られない場合の対策について検討が必要である。																
課題・次期計画の方向性	事業を継続して実施する。 対象者に事業に参加することのメリットをもっと伝える工夫が必要である。																

6. 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及促進										
目的	後発医薬品の使用促進を図り、医療費の軽減に繋げ、医療費適正化に資することを目的とする。									
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品との差額がある場合に医療費差額通知を年4回（6月末、7月末、10月末、1月末）送付する。 ・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）に送付する。 ・広報及び町ホームページへの使用促進を啓発する記事を掲載 ・大淀あらかしテレビの文字放送へ記事を掲載 ・受付カウンターへのチラシの設置 									
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	使用割合	80%	56.1%	62.2%	66.9%	69.6%	72.0%		B	
	アウトプット	啓発チラシ、希望シールの送付率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A
		広報誌、ホームページへの掲載	1回/年	1回	1回	1回	1回	1回	1回	A
		大淀あらかしテレビ文化放送への掲載	1回/年	1回	1回	1回	1回	1回	1回	A
	プロセス	通知物の内容精査								A
ストラクチャー	国保連合会との連携	2回/年	2回	2回	2回	2回	2回	2回	A	
成功要因 未達要因	<p>後発医薬品の使用割合は年々増加している。これは、啓発活動や差額通知の送付により後発医薬品という存在が多くの方に知れ渡ったことや希望シールの配布により意思表示がしやすくなったこと等が要因であると考えられる。</p> <p>しかし、目標値には届いていないので引き続き事業を継続していく。</p>									
効果があった 取組	受診勧奨者の医療機関受診率は、年々増加しているため差額通知の送付やチラシやテレビ等での啓発活動を行うことは効果的であったと考えられる。									
見直しが必要な 取組	専門知識の不足から、現行以外の対策を見いだせていない。									
課題・次期計画の方向性	<p>事業を継続して実施する。</p> <p>今後も積極的に後発医薬品の啓発を行うとともに、国保連合会や医療機関と連携しながら事業を継続していく。</p>									

（2）第3期特定健康診査等実施計画最終評価

第3期特定健康診査等実施計画の最終評価は、第2期大淀町国民健康保険保健事業実施計画の内容を兼ねているので、最終評価は同一とする。

2章. 計画の基本的事項

(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、診療報酬明細書(以下「レセプト」という。)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ります。

本町においても、平成28年に第1期計画を策定、平成31年に第2期計画を策定し推進してきたところであり、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3期計画を策定するものとします。また、本期計画より新たに、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ものとなりました。

また、これらをより実効性のある計画にするため、保健事業全般を対象として新たに策定するデータヘルス計画と保健事業の中核である特定健診・特定保健指導を対象としてこれまで実施してきた特定健診等実施計画を、章立てした形で一体的に策定しました。

(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年計画とします。

(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します。

部門	担当課等	役割
主担当	人権住民保険課	計画全体の調整、管理
庁内関係課	健康こども課	保健事業の計画、実施、評価
	福祉介護課	
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
	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	保健医療にかかる専門的見地からの支援

【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、策定作業をすすめました。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
第4期奈良県医療費適正化計画
第4次大淀町総合計画後期基本計画
大淀町健康増進計画（第3次）
大淀町第9期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画

（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ました。

本市においても、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します。

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	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 130mmHg②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)	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

3章. 地域の特性と課題の把握

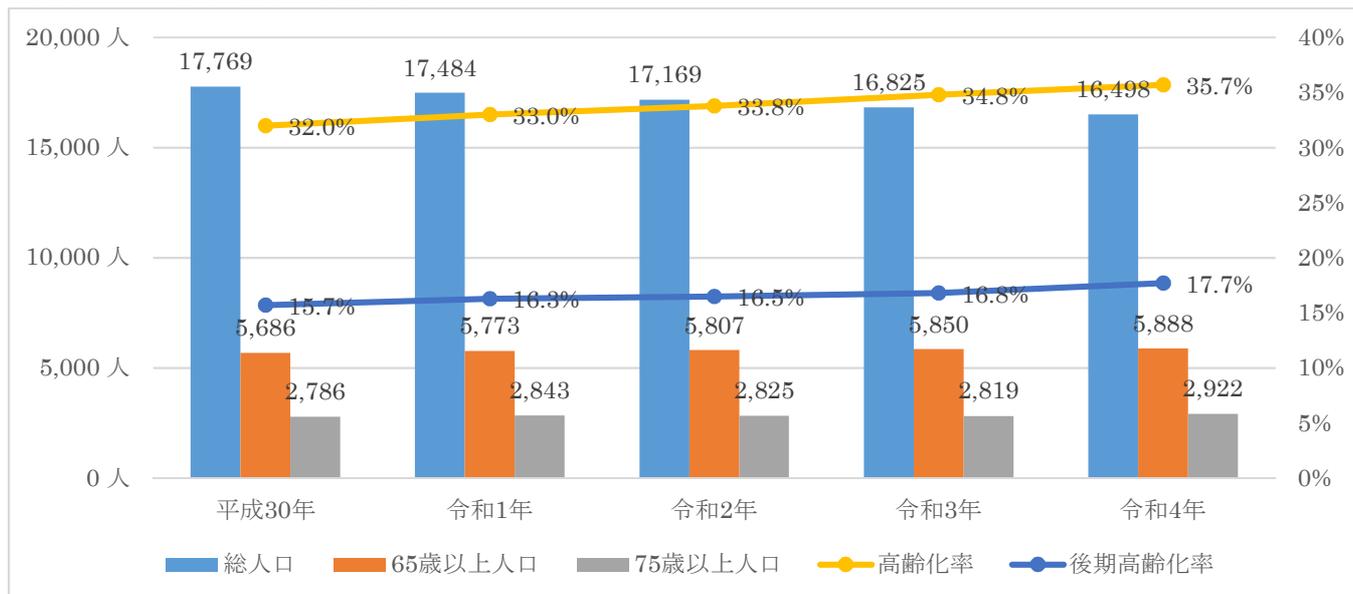
(1) 大淀町の特性

①人口構造の推移と高齢化率

本町の総人口は、平成30年度の17,769人から令和4年度は16,498人と減少しています。一方で65歳以上の人口は増加しています。高齢化率でみると平成30年度の30.0%から令和4年度35.7%と5.7%増加しており、このことから本町は高齢化が進行しているといえます。

今後も総人口は減少していき、高齢化が益々進行していくと予想されます。

<図表1>人口構造の推移と高齢化率



出典 大淀町住民基本台帳 (各年9月末)

②被保険者数及びその構造

本町の国民健康保険の被保険者数は令和4年度平均で3,964人であり、町内の人口の約23.8%を占めています。この加入率を奈良県全体と比較すると2.1ポイント高く、また全国の同規模保険者の平均（以下「同規模保険者」という）と比較すると0.6ポイント高くなっています。

<図表2>令和4年度被保険者数等の県、同規模保険者、国との比較

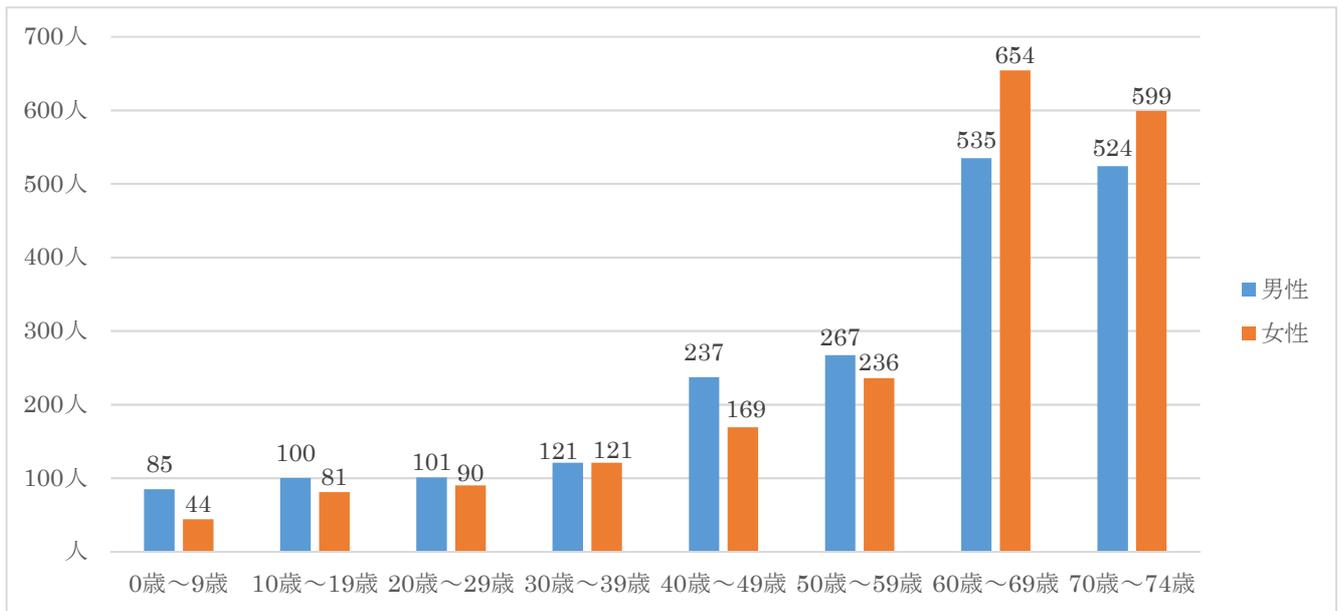
	人口総数 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (人)	加入率 (%)	被保険者平均年齢 (歳)
大淀町	16,686	34.7	3,964	23.8	55.7
奈良県	1,306,522	31.7	283,996	21.7	54.0
同規模保険者	15,346	36.0	3,782	23.2	55.9
国	123,214,261	28.7	27,488,882	22.3	51.9

	出生率 (%) (人口千対)	死亡 (%) (人口千対)	産業構成率 (%)		
			第1次産業	第2次産業	第3次産業
大淀町	3.3	15.2	4.1	27.1	68.8
奈良県	6.0	11.2	2.7	23.4	73.9
同規模保険者	5.3	14.7	10.9	27.1	61.9
国	6.8	11.1	4.0	25.0	71.0

出典 KDBシステム令和4年度累計地域の全体像の把握及び、健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

被保険者を年齢別にみると 60 歳～74 歳の加入者が 58.3%と多くを占めています。

<図表 3> 令和 4 年度国民健康保険被保険者数（年齢別）



出典 KDB システム令和 4 年度累計地域の全体の把握

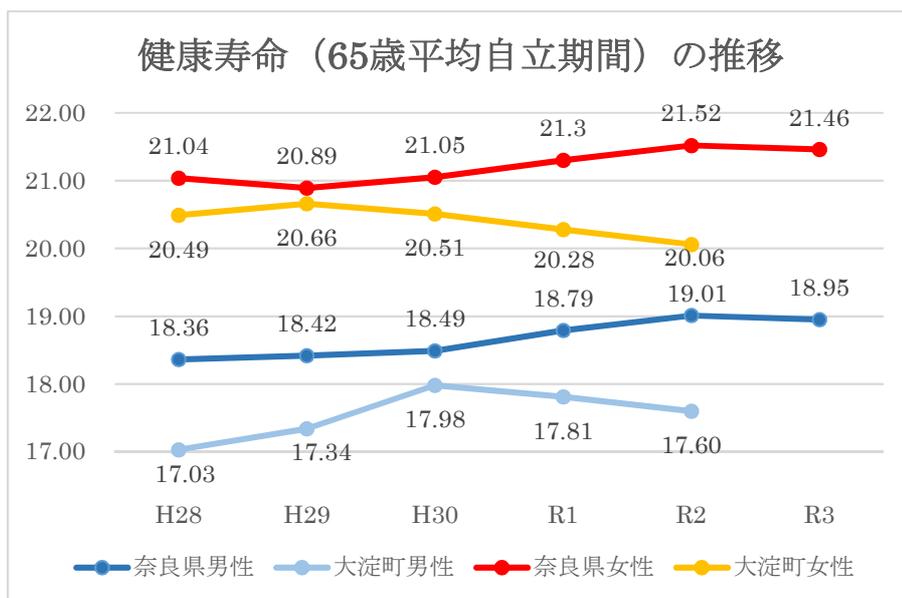
③健康寿命と平均要介護期間

本町の健康寿命（65 歳平均自立期間）は、県と比較して男性、女性とも低くなっています。経年的に見ても男女ともに右肩下がりになっています。

一方 65 歳平均要介護期間は、県と比較して男性、女性ともに短くなっています。経年的に見ると男性はほぼ横ばいに推移しているが、女性は年々短くなっています。

今後ますます被保険者年齢層の高齢化が進むことが予想されるため、健康上の問題がない状態で日常生活を送れる期間である健康寿命の延伸に向けた取り組みを行います。

<図表 4> 健康寿命の推移と県内順位（平成 28 年度～令和 2 年度）

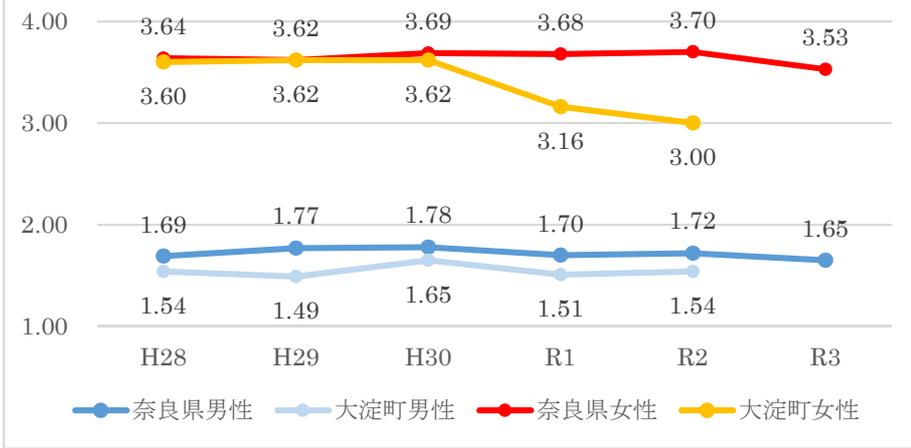


大淀町健康寿命県内順位		
	男性	女性
R2	31 位	30 位
R1	27 位	26 位
H30	26 位	24 位
H29	31 位	21 位
H28	31 位	24 位

出典 奈良県健康推進課

<図表 5> 65 歳平均介護期間の推移と県内順位（平成 28 年度～令和 2 年度）

65歳平均要介護期間の推移



出典 奈良県健康推進課

大淀町要介護期間県内順位		
	男性	女性
R2	17位	6位
R1	14位	7位
H30	17位	18位
H29	7位	18位
H28	14位	16位

④代表的な死因

主な死亡の状況として、もっとも多いのは「がん」で49.7%、次いで「心臓病」28.0%、次いで「脳疾患」14.0%となっています。「がん」については、県（51.7%）・国（50.6%）の平均より低いものの、「腎不全」については、いずれも県・同規模保険者・国よりも高い状況になっています。

がん以外の疾病については、生活習慣病に起因する疾病であるため早期改善を中心とした重症化予防に重点を置いた対策の推進が必要であると言えます。

<図表6> 代表的な死因割合上位5位について（令和4年度）

単位：%

	がん	心臓病	脳疾患	糖尿病	腎不全
大淀町	49.7	28.0	14.0	1.4	4.2
奈良県	51.7	28.9	11.7	1.9	3.4
同規模保険者	47.1	30.7	14.3	1.9	3.9
国	50.6	27.5	13.8	1.9	3.6

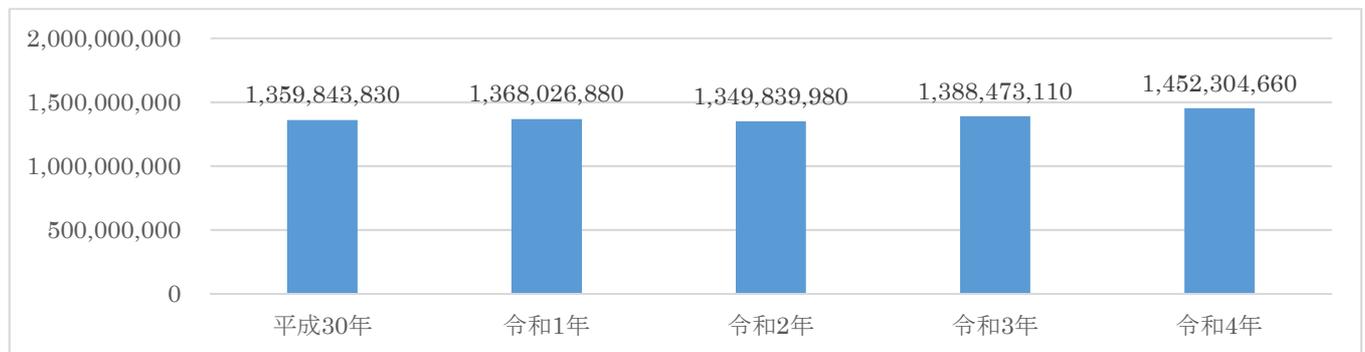
出典 KDB システム令和4年度累計地域の全体像の把握

⑤大淀町総医療費

本町の総医療費は、年々増加傾向にあります。高齢化に伴い今後も増加していくと予想されます。

<図表7> 大淀町総医療費の推移

単位：円



出典 KDB システム地域の全体像の把握

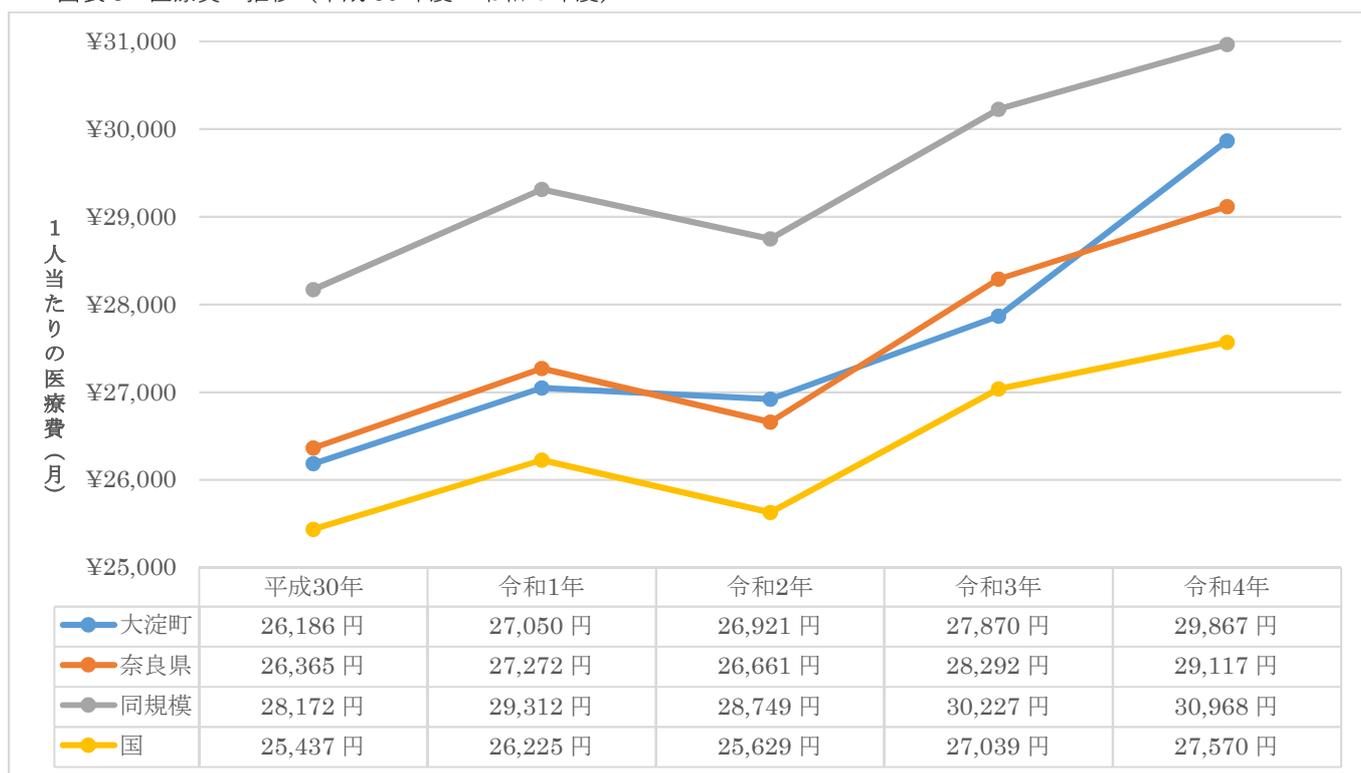
(2) 健康・医療情報の分析及び結果に基づく健康課題の把握

①1人当たりの医療費の推移

本町の令和4年度における、1人当たりの医療費額は29,867円で、年々増加傾向にあります。令和2年度は医療費が減少していますが、全対象で減少しているためコロナ禍が背景にあることがうかがえます。増加率についても年々高くなっており、他3者と比べても本町の増加率は1番高くなっています。

今後も医療費の増加が予想されるため、適正受診及びジェネリック医薬品使用の推奨や重症化予防事業を実施し医療費の削減を図ります

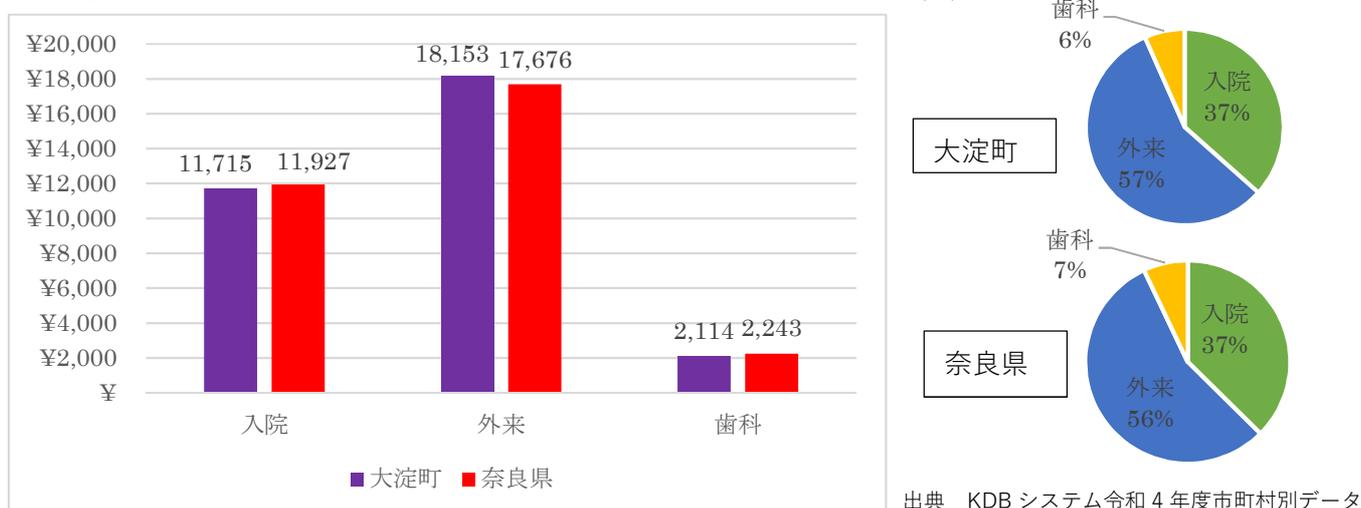
<図表8>医療費の推移（平成30年度～令和4年度）



出典 KDBシステム累計健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

1人当たりの医療費額を入院、外来、歯科別に見てみると、県と比較すると若干の増減はありますがほとんど変わりません。医療費割合でみると入院より外来を受診する方が大幅に多いことがわかります。

<図表9>令和4年度入院・外来・歯科別の1人当たりの医療費及び医療費割合（月）



出典 KDBシステム令和4年度市町村別データ

②レセプト件数の状況

レセプト件数の推移は、以下の通りです。令和2年度は件数が減少していますが、これは新型コロナウイルスの影響が伺えます。その後のレセプト件数は年々増加傾向にあります。

<図表 10>レセプト件数の状況

単位：件

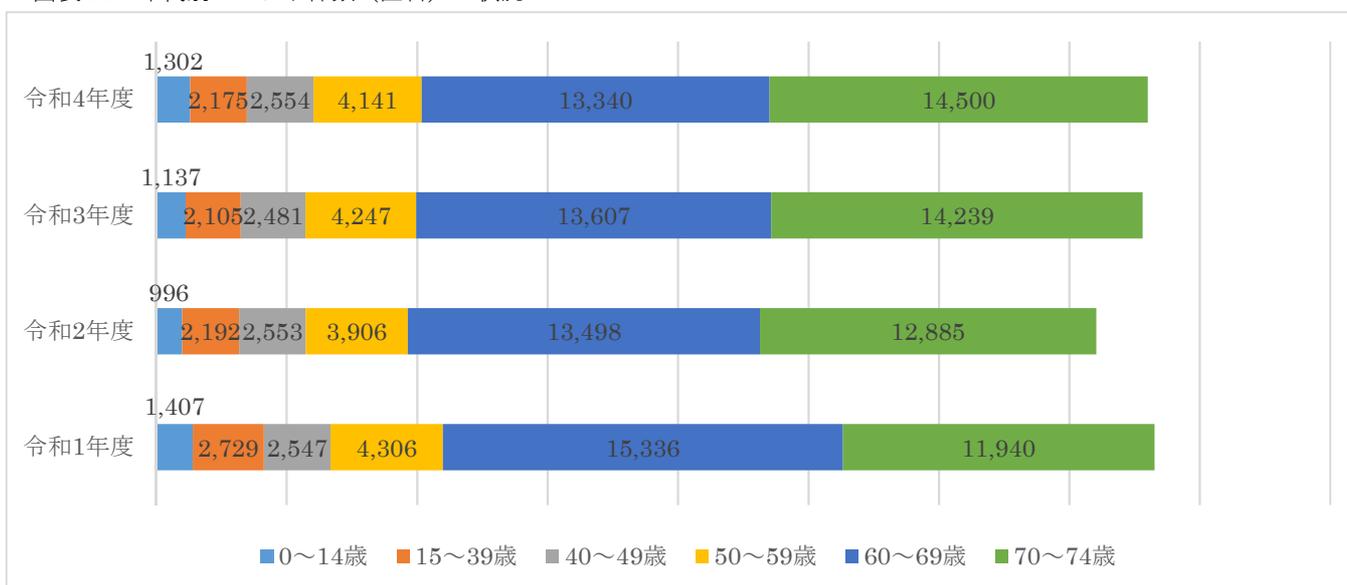
	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
レセプト総件数（医科）	38,265	36,030	37,816	38,012
レセプト総件数（歯科）	8,239	7,648	7,867	7,823

③年代別レセプト件数の状況

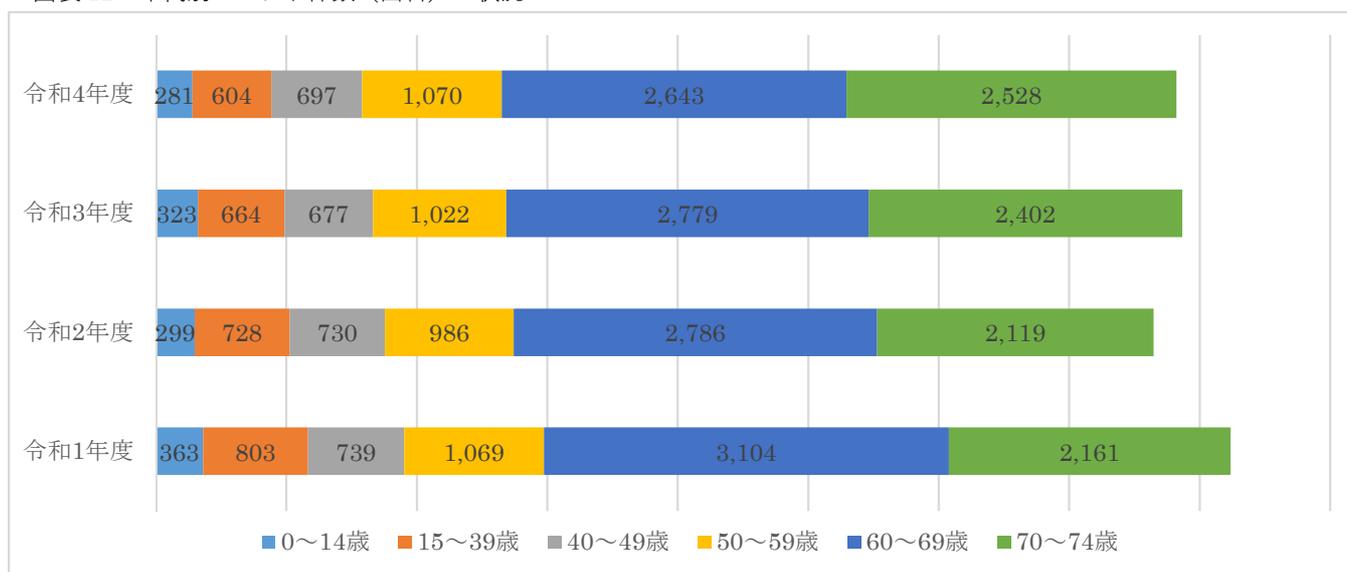
レセプトの発生件数を年代別にみると、どの年代も年齢と共にレセプト件数は増加しています。特に60歳代から大幅にレセプト件数は増加しています。

70～74歳では、令和2年度を除き毎年レセプト件数が増加しています。

<図表 11>年代別レセプト件数（医科）の状況



<図表 12>年代別レセプト件数（歯科）の状況



出典 KDB システム令和1年度～令和4年度累計地域の全体像の把握及び健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

④医療費等の状況

本町の令和4年度分の1人当たりの医療費は29,867円で、県と比べると多くなっていますが、国と比べると少なくなっています。また、受診率は781.841であり、県や国、同規模保険者と比べると高くなっています。令和4年度と平成30年度を比較すると、1人当たり医療費の伸び率は県、国、同規模保険者よりも高くなっています。

受診率、外来1人当たりの医療費点数が高い点については、継続した治療を受診されていることが考えられます。

外来数の多さから、重複受診や頻回受診等の可能性も考えられるため、状態を把握することが必要です。

<図表13>令和4年度と平成30年度の1人あたり医療費、受診率の状況

令和4年度	大淀町	奈良県	同規模保険者	全国
1人あたり医療費	29,867	29,117	30,968	27,570
1件当たり点数	3,820	3,983	4,165	3,908
受診率	781.841	730.960	743.593	705.439
外来費用の割合	60.8%	59.9%	57.4%	60.4%
外来1人あたり医療費点数	1,815	1,743	1,778	1,666
外来1件当たり医療費点数	2,380	2,445	2,464	2,422
外来1件当たり受診回数	1.4回	1.5回	1.4回	1.5回
入院費用の割合	39.2%	40.1%	42.6%	39.6%
入院1人あたり医療費点数	1,171	1,169	1,318	1,092
入院1件当たり医療費点数	60,922	64,921	60,179	61,795
入院1件当たり在院日数	14.3日	15.3日	16.6日	15.7日

平成30年度	大淀町	奈良県	同規模保険者	全国
1人あたり医療費	26,186	26,365	28,172	25,437
1件当たり点数	3,552	3,632	3,876	3,634
受診率	737.185	725.856	726.761	700.080
外来費用の割合	61.3%	58.9%	56.7%	59.5%
外来1人あたり医療費点数	1,604	1,553	1,597	1,513
外来1件当たり医療費点数	2,231	2,197	2,269	2,220
外来1件当たり受診回数	1.4回	1.5回	1.5回	1.5回
入院費用の割合	38.7%	41.1%	43.3%	40.5%
入院1人あたり医療費点数	1,014	1,084	1,220	1,031
入院1件当たり医療費点数	56,218	56,720	53,764	55,413
入院1件当たり在院日数	12.6日	14.9日	16.5日	15.6日

出典 KDB システム平成30年度、令和4年度累計地域の全体像の把握及び健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

数値の説明

1人あたり医療費 = レセプトの総点数 × 10 ÷ 被保険者数

1件あたり点数 = 決定点数の総点数 ÷ 医科とDPCのレセプト総件数

受診率 = レセプト件数 ÷ 被保険者数 × 1000

外来費用の割合 = 外来レセプトの総点数 ÷ 医科レセプトの総点数

外来1人あたり医療費点数 = 外来レセプトの総点数 ÷ 被保険者数

外来1件あたり医療費点数 = 外来レセプトの総点数 ÷ 外来レセプトの総件数

外来1件あたり受診回数 = 外来レセプトの診療実日数の合計 ÷ 外来レセプトの総件数

入院費用の割合 = 入院レセプトの総点数 ÷ 医科レセプトの総点数

入院1人あたり医療費点数 = 外来レセプトの総点数 ÷ 被保険者数

入院1件あたり医療費点数 = 外来レセプトの総点数 ÷ 入院レセプトの総件数

入院1件当たりの在院日数 = 入院レセプトの診療実日数の合計 ÷ 入院レセプトの総件数

⑤入院・外来別で医療費（点数）の高い疾病

令和4年度の医療費（点数）の高い疾患上位10疾患を入院・外来別にみると、以下の通りになっています。特に外来では、生活習慣病といわれる「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」が上位3位を占めています。これらのことから、生活習慣病の発症予防、重症化予防に取り組むことは、医療費の抑制に効果があると予想されます。

<図表14>令和4年度の入院・外来別で医療費（点数）の高い疾病

令和4年度（入院）	大淀町	奈良県	同規模保険者	全国
骨折	3,473,852	4,858,825	2,246,901	7,799,421
統合失調症	2,764,924	6,278,245	4,527,633	13,726,411
関節疾患	2,219,357	4,245,333	2,382,128	7,265,491
狭心症	1,766,102	2,427,832	997,749	3,770,815
うつ病	1,698,046	2,406,509	1,500,065	4,780,351
脳梗塞	1,377,291	3,152,683	1,813,545	5,926,694
肺炎	1,122,297	982,485	639,209	2,064,646
白血病	1,104,590	968,093	530,749	1,733,841
大腸がん	1,061,945	1,989,786	1,381,701	4,811,009
不整脈	879,862	3,179,117	1,578,561	6,073,927

令和4年度（外来）	大淀町	奈良県	同規模保険者	全国
糖尿病	8,415,718	12,270,009	7,586,574	24,543,214
高血圧症	5,282,031	7,688,354	4,806,494	15,169,054
脂質異常症	4,604,039	5,807,671	2,941,326	10,632,244
関節疾患	3,595,024	6,323,505	3,395,456	11,814,824
慢性腎臓病（透析あり）	2,699,724	8,862,636	4,496,097	17,416,969
うつ病	1,579,539	2,885,468	1,429,921	6,141,182
不整脈	1,502,609	2,834,815	2,156,055	6,712,814
大腸がん	1,452,526	2,117,069	1,197,167	4,218,942
逆流性食道炎	1,396,457	1,481,631	847,200	2,759,621
統合失調症	1,294,228	2,438,750	1,578,291	5,796,255

出典 KDB システム令和4年度累計医療費分析（1）細小分類

⑥高額になる疾患（100万円以上のレセプトの状況）

100万円以上のレセプトをみると、がんの人数、件数、費用額がいずれも約2割を占めています。また、年代別では60歳代から件数が増えてきています。

がん、脳梗塞による高額レセプトは件数に対して、患者数の方が少ないため複数月に渡って高額となっている状況が分かります。

<図表 15> 高額になる疾患（100万円以上のレセプト状況）

	全体		がん		虚血性心疾患		腎不全		脳梗塞		その他	
人数	114人		29人		5人		4人		3人		73人	
			25.4%		4.4%		3.5%		2.6%		6.4%	
件数	158件		36件		5件		4件		5件		108件	
			22.8%		3.2%		2.5%		3.2%		68.4%	
	年代別	40歳未満	3件	8.3%	0件	0%	0件	0%	0件	0%	12件	11.1%
		40歳代	2件	5.6%	0件	0%	1件	25%	0件	0%	5件	4.6%
		50歳代	2件	5.6%	0件	0%	1件	25%	3件	60%	11件	10.2%
		60歳代	12件	33.3%	3件	60%	1件	25%	1件	20%	28件	25.9%
70-74歳		17件	47.2%	2件	40%	1件	25%	1件	20%	52件	48.1%	
費用額	263,289,400		50,856,660		16,587,170		5,256,070		6,210,470		184,379,030	
			19.3%		6.3%		2.0%		2.4%		70%	

出典 KDB システム厚生労働省様式 1-1 基準金額以上となったレセプト一覧（令和4年度累計）

⑦糖尿病治療患者の人工透析患者数と医療費の推移

本町の糖尿合併症による新規人工透析数は令和1年度を除き、毎年導入者が増えています。

一人当たりの医療費や医療費全体に占める透析医療費は、令和3年度を境に減少していますがHbA1c8.0以上で未治療の者が本町でも令和4年度はみられるため、医療機関への受診勧奨対策を行う必要があります。

<図表 16> 糖尿病治療患者の人工透析患者数と医療費

	令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	大淀町	奈良県	大淀町	奈良県	大淀町	奈良県	大淀町	奈良県
人工透析者数	8人	649人	10人	674人	10人	685人	10人	666人
新規透析導入者数	0人	106人	4人	98人	3人	95人	2人	79人
医療費全体に占める透析医療費	2.4%	3.0%	3.7%	3.3%	4.0%	3.3%	2.8%	3.2%
人工透析1人当たり医療費	4,083円	4,754円	5,026円	4,787円	5,494円	5,002円	4,019円	4,822円
HbA1c8.0以上で未治療の者の割合	12.5%	9.1%	14.3%	7.9%	0%	8.6%	7.1%	7.8%

出典 各年度累計国保連合会（医療費等分析システム）

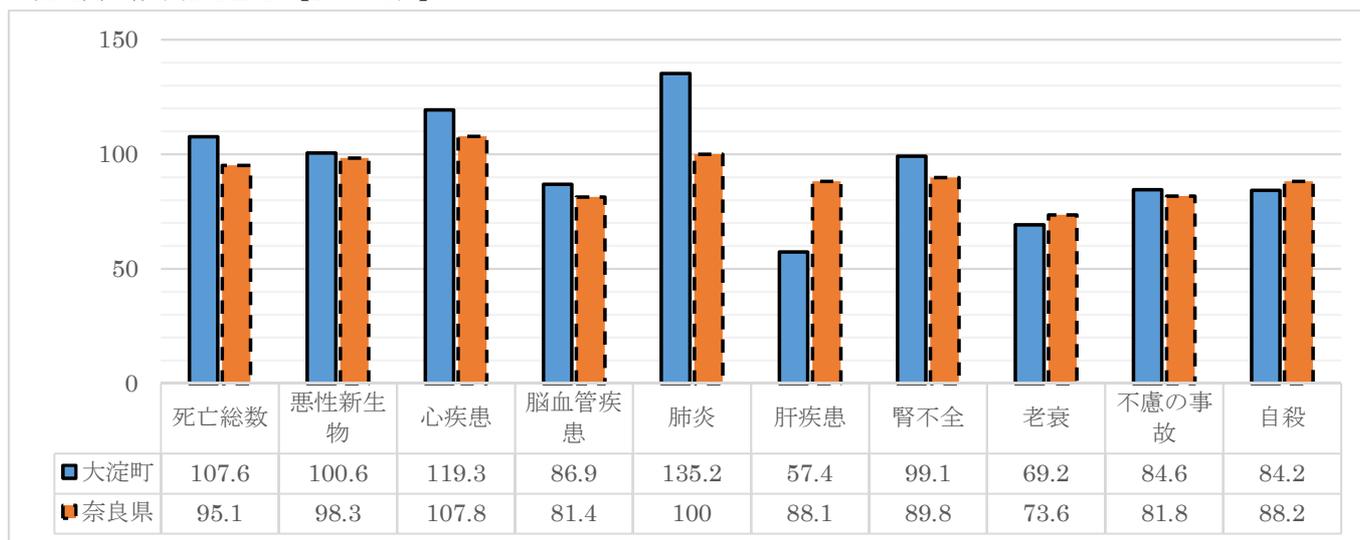
⑧死因割合

本町の死亡の原因となる疾患を主要死因別標準化死亡比で確認すると、男女ともに肺炎、心疾患、腎不全の割合が高く、国、県と比較しても高い数値となっています。

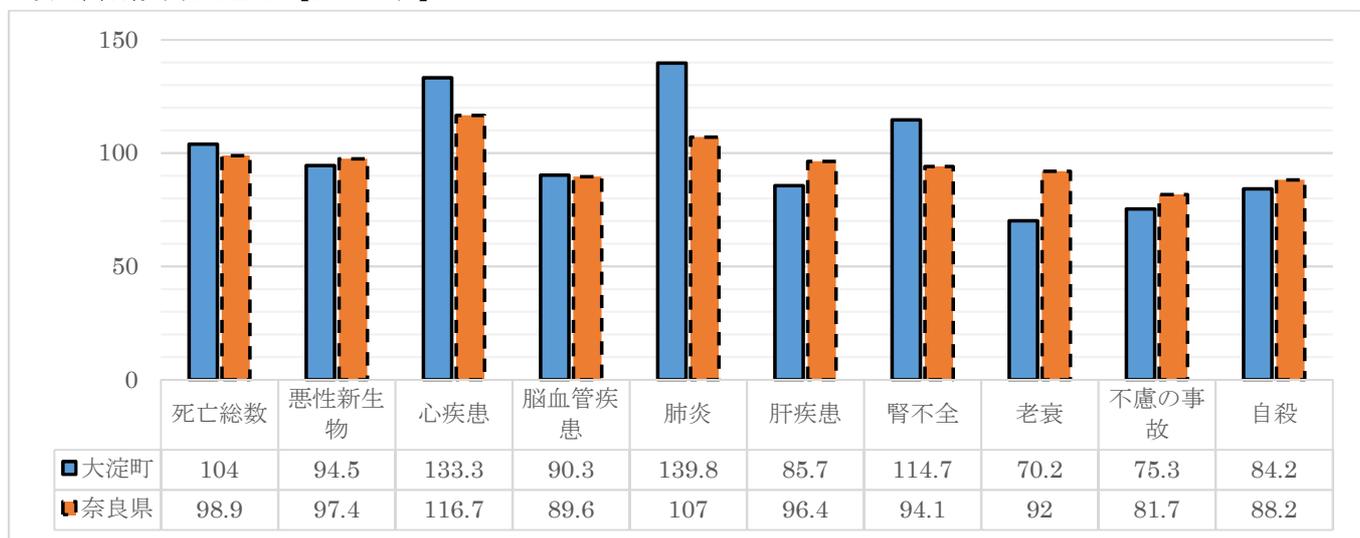
また、悪性新生物部位別死因別標準化死亡比で疾患別に確認すると、気管・気管支及び肺、肝及び肝内胆管が国、県と比較して高くなっており、生活習慣病の発症予防と重症化予防に関する取り組みが必要であるといえます。

<図表 17> 主要死因別標準化死亡比グラフ（平成 25～平成 29 年）：全国 = 100

主要死因別標準化死亡比：【SMR 男性】



主要死因別標準化死亡比：【SMR 女性】



出典 厚生労働省「人口動態保健所・市町村別統計」より

<図表 18> 主要死因別標準化死亡比表（平成 25～平成 29 年）：全国 = 100

	男性		女性	
	大淀町	奈良県	大淀町	奈良県
死亡総数	107.6	95.1	104.0	98.9
悪性新生物	100.6	98.3	94.5	97.4
胃	100.0	108.1	119.4	111.5
大腸	83.4	84.7	84.3	87.0
肝及び肝内胆管	111.4	108.8	110.8	105.1
気管、気管支及び肺	112.3	102.5	111.5	106.0
心疾患（高血圧性疾患を除く）	119.3	107.8	133.3	116.7
急性心筋梗塞	59.8	58.6	71.3	67.6
心不全	115.1	94.1	130.0	108.2
脳血管疾患	86.9	81.4	90.3	89.6
脳内出血	97.1	78.1	84.7	75.0
脳梗塞	82.3	85.0	90.3	93.7
肺炎	135.2	100.0	139.8	107.0
肝疾患	57.4	88.1	85.7	96.4
腎不全	99.1	89.8	114.7	94.1
老衰	69.2	73.6	70.2	92.0
不慮の事故	84.6	81.8	75.3	81.7
自殺	84.2	88.2	75.8	86.6

出典 厚生労働省「人口動態保健所・市町村別統計」より

※標準化死亡比とは

性、地域ごとに「期待死亡数」（その地域の死亡率が全国地と同等であると仮定したときの死亡数）に対する「実際の死亡数」の比を 100 倍したものであり、年齢構成の違いの影響を除いたものとして死亡状況の比較に用いている。

標準化死亡比が 100 より大きい場合、その地域の死亡率は全国より高いと判断され、100 より小さい場合、全国より低いと判断される。

⑨重複・多剤投薬、後発医薬品の状況

本町の重複・多剤投薬の状況は、県と比べてどの年度も重複・多剤処方者の割合は高くなっています。重複投薬や多剤投薬は、薬の本来の効果が発揮されないばかりか、重大な副作用を引き起こす場合があります。また、不用な薬剤を処方することから無駄な医療費を増やしてしまう原因となり、健康保険の財政を圧迫することにつながります。また、後発医薬品の使用割合も県と比べて低くなっています。

このことから、対象者の健康保持並びに医療費の適正化を図るために重複・多剤投薬の防止及び後発医薬品の啓発に取り組みます。

<図表 19> 重複・多剤処方者の県との比較

	令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	大淀町	奈良県	大淀町	奈良県	大淀町	奈良県	大淀町	奈良県
重複処方者の人数 (2医療機関以上)	661人	45,333人	556人	32,824人	601人	35,299人	573人	36,402人
重複処方者の割合	15.9%	14.9%	13.5%	11.0%	14.6%	12.0%	14.5%	12.8%
多剤処方者の人数 (15種類以上)	168人	11,247人	129人	7,421人	145人	7,966人	158人	8,477人
多剤処方者の割合	4.0%	3.7%	3.1%	2.5%	3.5%	2.7%	4.0%	3.0%
後発医薬品使用割合	62.2%	66.9%	66.9%	71.1%	69.6%	73.8%	72.0%	75.1%

出典 各年度累計国保連合会（医療費等分析システム）

<図表 20> 多剤処方者の状況

同一薬剤に関する処方日数（同一月内）	処方薬剤数 （または処方薬効数） （同一月内）	処方を受けた者			
		2019年07月	2020年07月	2021年07月	2022年07月
1日以上	15以上	37	42	41	46
	20以上	7	8	8	5
15日以上	15以上	37	42	41	45
	20以上	7	8	8	5
30日以上	15以上	32	36	35	39
	20以上	7	6	5	5
60日以上	15以上	11	16	16	16
	20以上	4	3	3	2
90日以上	15以上	2	6	7	4
	20以上	0	1	1	0
120日以上	15以上	0	0	1	0
	20以上	0	0	0	0
150日以上	15以上	0	0	0	0
	20以上	0	0	0	0
180日以上	15以上	0	0	0	0
	20以上	0	0	0	0

出典 データヘルス計画の指標に係るデータ抽出ツール（各年7月）

多剤服薬：多くの種類の薬が処方されて、服薬することです。一般的には4～6種類以上の薬を飲んでいる場合を指します。ただし、病気によっては適切な薬の数が6種類を超える場合もあります。

<図表 21> 重複処方の状況

他医療機関と重複処方の発生した医療機関数 (同一月内)	複数の医療機関から重複処方が発生した薬剤数 (または薬効数) (同一月内)	処方を受けた者			
		令和1年07月	令和2年07月	令和3年07月	令和4年07月
2 医療機関以上	1 以上	24	20	21	20
	2 以上	7	3	3	0
	3 以上	2	1	1	0
	4 以上	1	1	0	0
	5 以上	1	1	0	0
	6 以上	1	0	0	0
3 医療機関以上	1 以上	3	1	1	2
	2 以上	2	1	1	0
	3 以上	0	0	1	0
	4 以上	0	0	0	0
	5 以上	0	0	0	0
	6 以上	0	0	0	0
4 医療機関以上	1 以上	1	0	0	0
	2 以上	1	0	0	0
	3 以上	0	0	0	0
	4 以上	0	0	0	0
	5 以上	0	0	0	0
	6 以上	0	0	0	0
5 医療機関以上	1 以上	0	0	0	0
	2 以上	0	0	0	0
	3 以上	0	0	0	0
	4 以上	0	0	0	0
	5 以上	0	0	0	0
	6 以上	0	0	0	0

出典 データヘルス計画の指標に係るデータ抽出ツール (各年7月)

重複服薬 : 同じ時期に複数の医療機関を受診し、かつ担当医師が他の医療機関での処方内容を把握できなかった場合に、同じ効能の薬が重複して処方され、服薬すること

⑩介護認定者の有病状況

本町の介護認定を受けた者の有病状況の割合を平成30年度と比較すると、脳疾患を除いた全ての疾患の割合が増加しています。特に高血圧症、脂質異常症の割合が大きく増加しています。

しかし、本町は県、全国、同規模保険者と比較すると、全体的に低くなっており、介護担当課の保健事業の成果が得られているといえます。

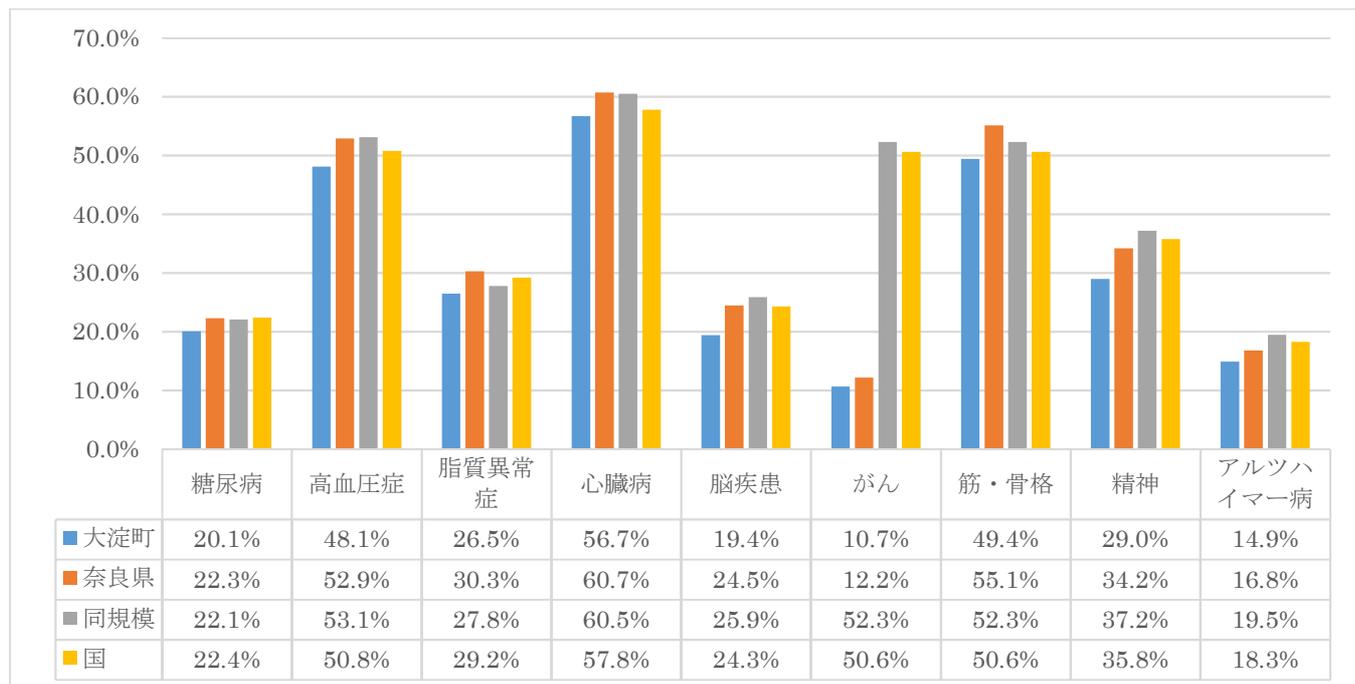
介護を必要とすることなく、健康で自立した生活を送ることができる「健康寿命」を延ばすための早期からの対策として、生活習慣病の重症化予防やフレイルの予防が必要であると言えます。

<図表 22> 介護認定者の有病状況 (%)

【令和4年度】



【平成30年度】



出典 KDB システム平成30年度、令和4年度累計地域の全体像の把握

(3) 健康診査の結果に基づく健康課題の把握

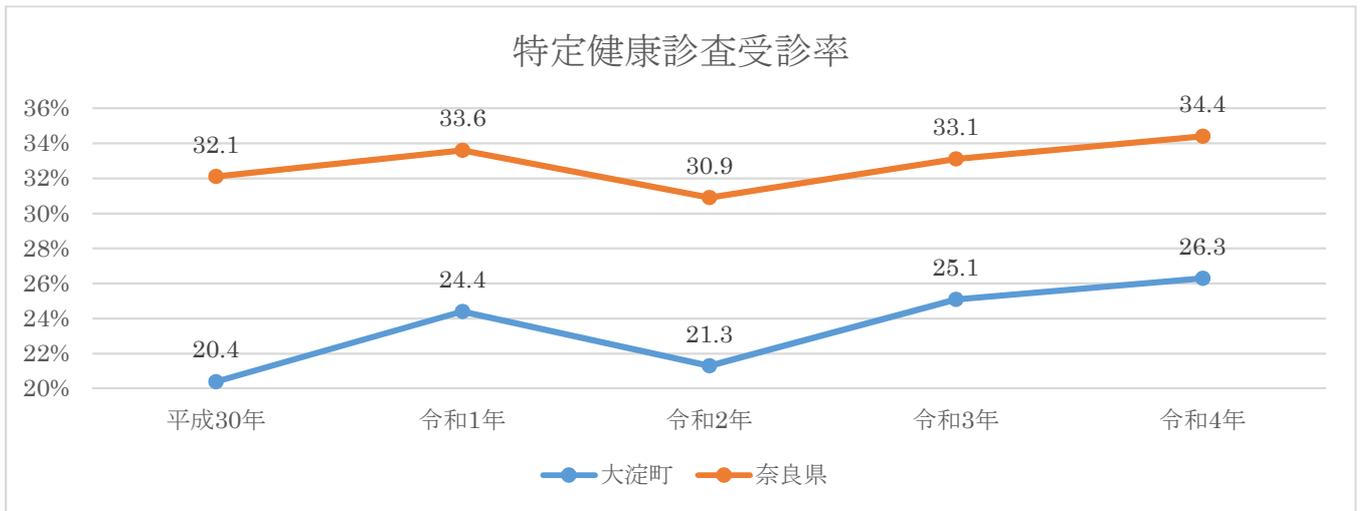
① 特定健康診査の受診状況

本町の特定健康診査の受診状況は令和4年度で26.3%となっており、県の受診率より8%程低くなっています。平成30年度から比較すると、コロナ渦の令和2年度を除き、年々受診率は向上していますが、県の受診率も同じように向上しているため、さらなる特定健康診査の受診率向上に向けた取り組みが必要であるといえます。

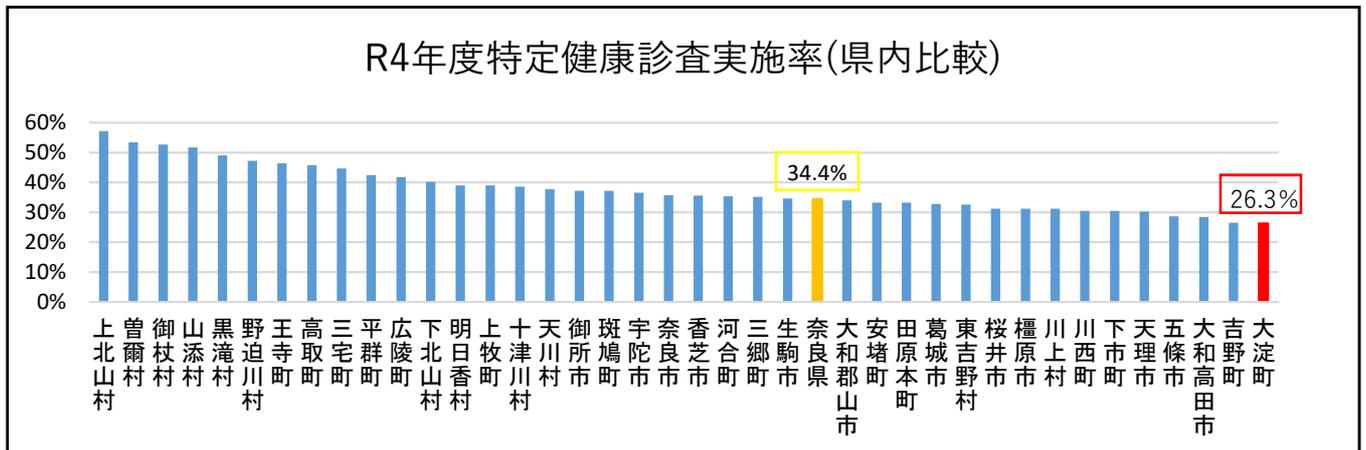
また、年代別に受診率をみると、40～50歳代の受診率が低いことから、若い年代からの健診受診に対する意識付けの強化や受診環境の整備が必要といえます。

<図表 23> 特定健康診査の受診状況と県内比較

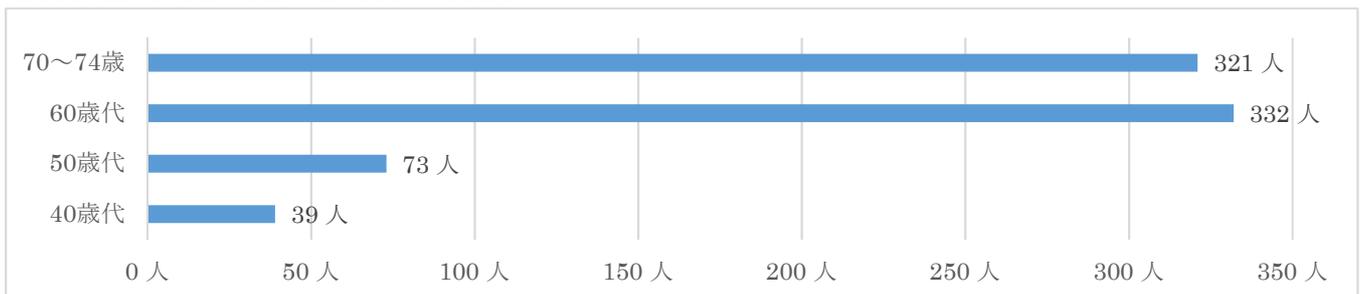
【特定健康診査（平成30年度～令和4年度法定報告）】



【特定健康診査実施率の県内比較（令和4年度法定報告）】



【年代別特定健康診査受診人数（令和4年度）】



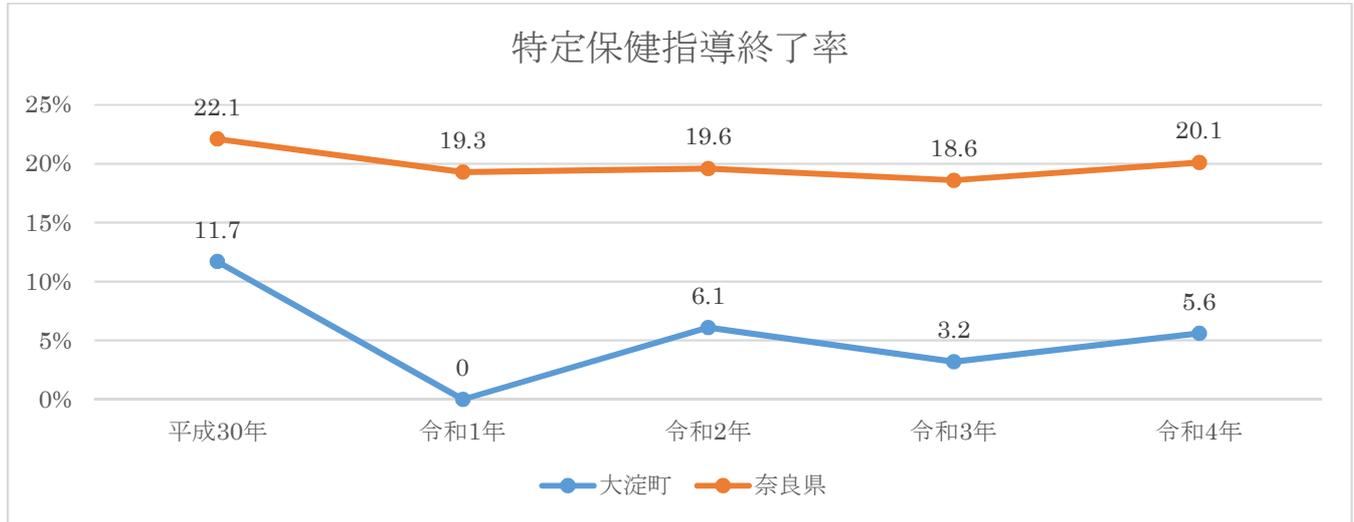
出典 KDB システム各年度累計地域の全体像の把握及び、厚生省様式 5-2 健診有所見者状況

②特定保健指導の実施状況

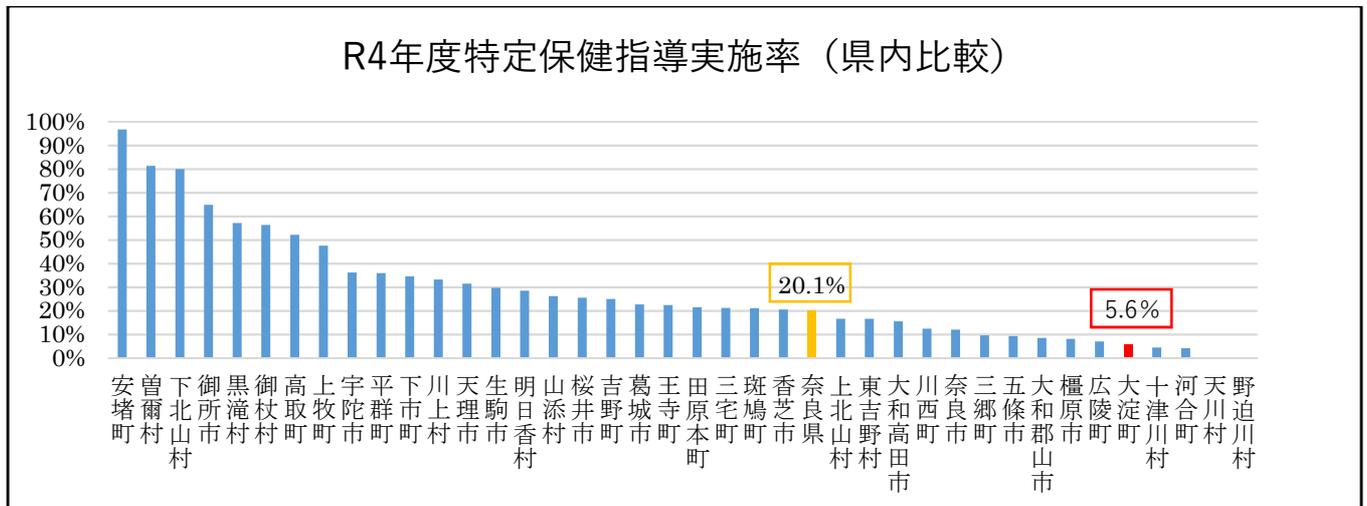
本町の特定保健指導の実施状況は令和4年度で5.6%となっており、県の実施率より14%程低くなっています。平成30年度から比較すると、年々実施率は減少しています。県の実施率も同じように減少していますが、本町の特定保健指導実施率は県内で比較してもとても低いことから特定保健指導実施率の向上に向けた取り組みが必要であるといえます。

<図表 24> 特定保健指導の実施状況と県内比較

【特定保健指導終了率（平成30年度～令和4年度法定報告）】



【特定保健指導実施率（令和4年度法定報告）】

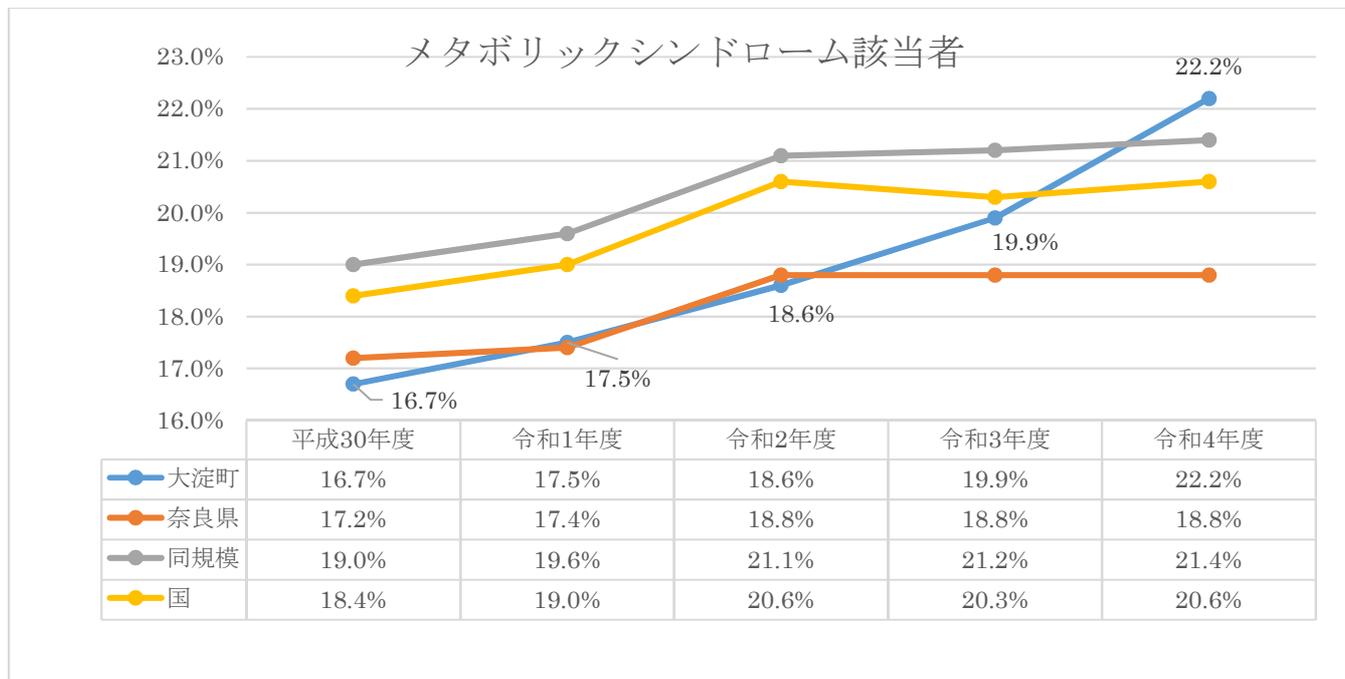


③健診受診者に占めるメタボリックシンドローム該当者・予備軍の割合

本町の健診受診者に占めるメタボリックシンドローム該当者の割合は、年々増加傾向にあります。県、国、同規模保険者も同じように増加していますが、本町の増加率は他に比べ大きくなっています。

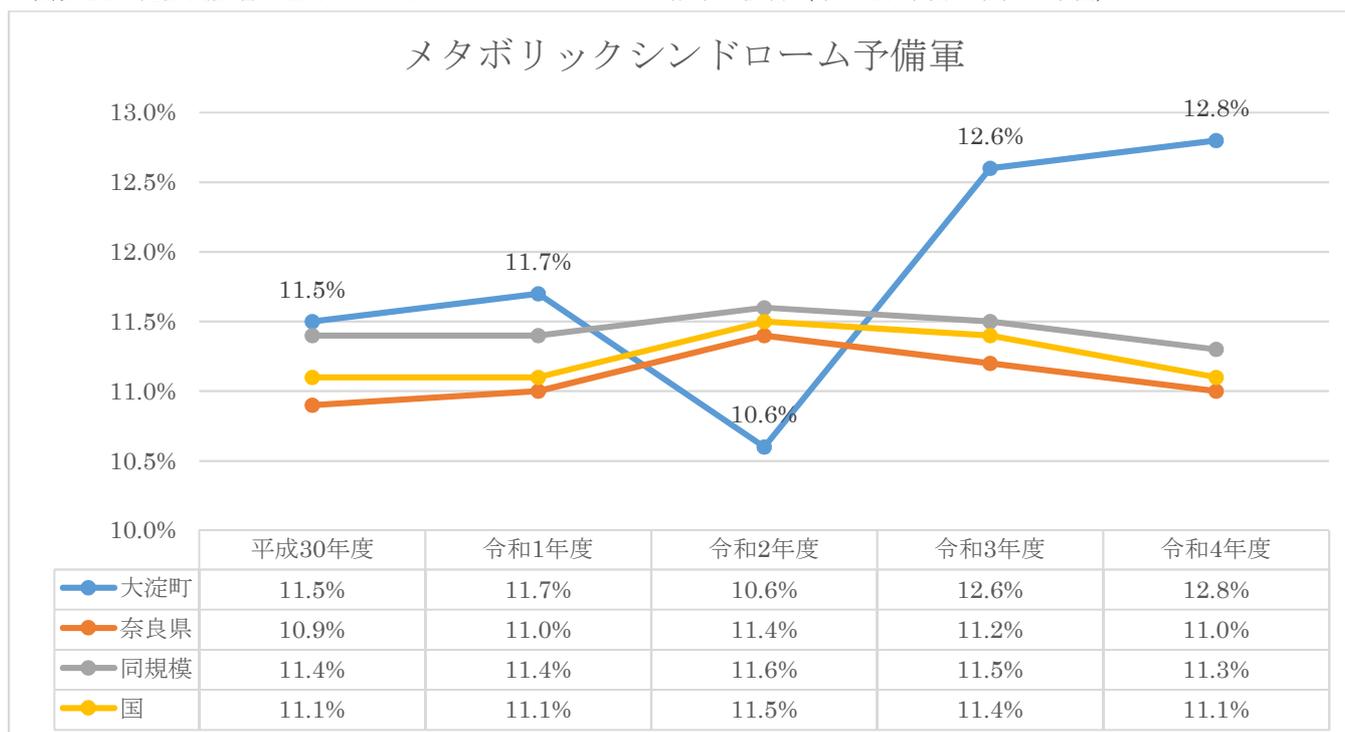
一方でメタボリックシンドローム予備軍の割合は令和2年度から令和4年度にかけて急激に増加しています。これは新型コロナウイルスの影響が予想されます。今後は、予備軍者が該当者へ移行することを防ぐような対策が必要となります。

<図表 25> 健診受診者に占めるメタボリックシンドローム該当者の割合（平成30年度～令和4年度）



出典 KDB システム各年度累計地域の全体像の把握

<図表 26> 健診受診者に占めるメタボリックシンドローム予備軍の割合（平成30年度～令和4年度）



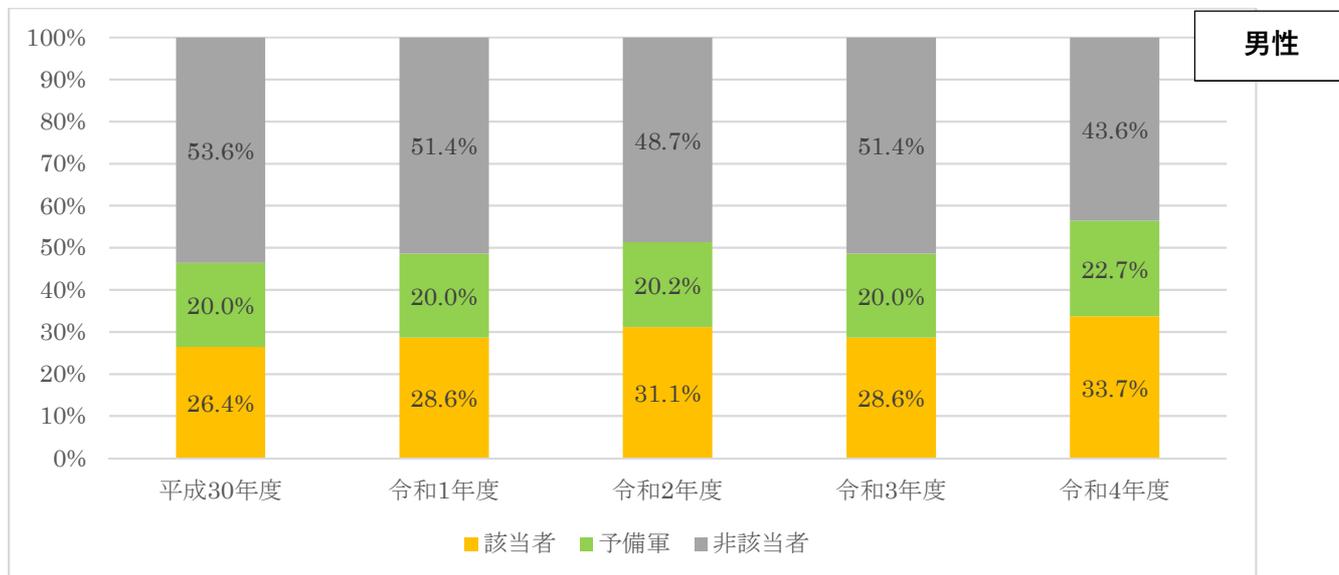
出典 KDB システム各年度累計地域の全体像の把握

④男女別メタボリックシンドローム該当者・予備軍の割合

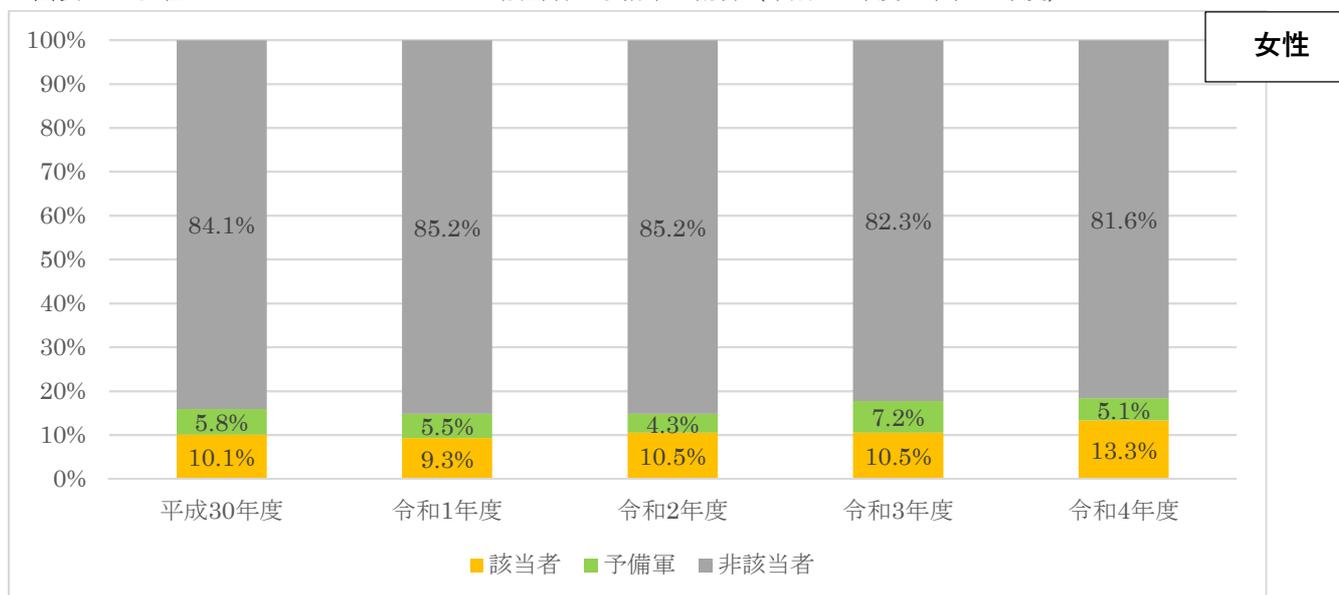
男性は、メタボリックシンドローム該当者と予備軍を合わせた割合が健診受診者のほぼ半数を占め、令和4年度では該当者、予備軍ともに前年度より増加しています。

一方で女性は、該当者と予備軍を合わせても健診受診者の20%に満たませんが、該当者の割合の増加により非該当者の割合が減少しています。

<図表 27> 男性のメタボリックシンドローム該当者・予備軍の割合（平成30年度～令和4年度）



<図表 28> 女性のメタボリックシンドローム該当者・予備軍の割合（平成30年度～令和4年度）



出典 KDB システム各年度累計地域の全体像の把握

⑤特定健康診査質問調査票の状況

特定健診の質問票の状況から生活習慣の状況を県や同規模保険者、国と比較すると、服薬 高血圧症、脂質異常症、既往歴 貧血、20歳時体重から10kg以上増加、1日時間以上の運動習慣なし、歩行速度遅い、咀嚼 ほとんどかめない、食事速度が速い、毎日飲酒、生活習慣 改善意欲あり、改善意欲ありかつ始めている、取り組み済み6か月未満という12項目で高い割合となっています。

低い項目をみると、服薬 糖尿病、既往歴 脳卒中、心臓病、咀嚼 かみにくい、食事速度が普通、食事速度が遅い、朝昼夕3食以外の間食や甘い飲み物 ほとんど摂取しない、週3回以上の朝食を抜く、時々飲酒、ほとんど飲酒しない、睡眠不足、生活習慣 改善意欲なし、取り組み済み6ヶ月以上、特定保健指導を利用しないという14項目で低い割合となっています。

上記のことから、健診受診者の高血圧症、脂質異常症の既往歴がある人の割合が高いことが分かります。原因の一つとして、20歳時体重から10kg以上増加している人の割合が高く、かつ予防に繋がる運動について運動習慣なしと回答された割合が高いためだと考えられます。

また飲酒についても同様で、毎日飲酒の割合が高く、このことも原因の一つではないかと思われます。

生活習慣の改善意欲がありかつ始めている方の割合は高いですが、6か月以上継続して取り組んでいる方の割合が低いので、生活習慣の改善を希望しながら取り組みできていない層へのアプローチや既に始めている方への取り組みの継続意欲を高めるような支援を行うことが必要となります。

<図表 29> 令和3年度の特定健康診査質問調査票調査の状況 (%)

集計単位 (%)	大淀町	県	同規模	国
服薬 高血圧症	38.50%	35.80%	38.20%	35.50%
服薬 糖尿病	7.90%	8.20%	9.80%	8.60%
服薬 脂質異常症	31.40%	30.10%	27.50%	27.40%
既往歴 脳卒中	2.70%	3.00%	3.40%	3.20%
既往歴 心臓病	3.30%	5.60%	6.20%	5.60%
既往歴 慢性腎臓病・腎不全	1.10%	1.10%	0.80%	0.80%
既往歴 貧血	12.50%	11.00%	9.20%	10.50%
喫煙	13.30%	10.30%	13.50%	13.60%
20歳時体重から10kg以上増加	41.00%	33.90%	35.30%	35.20%
1回30分以上の運動習慣なし	59.30%	56.90%	62.20%	60.70%
1日1時間以上運動なし	54.90%	48.10%	47.30%	48.50%
歩行速度遅い	55.10%	49.50%	52.90%	50.40%
咀嚼 何でも	78.3%	79.1%	77.6%	79.2%
咀嚼 かみにくい	19.8%	20.3%	21.6%	20.0%
咀嚼 ほとんどかめない	1.9%	0.6%	0.9%	0.8%
食事速度が速い	35.7%	27.9%	26.5%	27.1%
食事速度が普通	57.7%	64.3%	65.6%	65.2%
食事速度が遅い	6.6%	7.8%	7.9%	7.8%
週3回以上の就寝前夕食	13.8%	12.3%	15.9%	15.6%
朝昼夕3食以外の間食や甘い飲み物 毎日	26.7%	27.8%	21.4%	21.1%

朝昼夕 3食以外の間食や甘い飲み物 時々	56.9%	55.0%	58.3%	57.4%
朝昼夕 3食以外の間食や甘い飲み物 ほとんど摂取しない	16.4%	17.3%	20.3%	21.4%
週 3 回以上の朝食を抜く	6.9%	7.3%	7.9%	10.0%
毎日飲酒	26.5%	23.5%	25.1%	25.5%
時々飲酒	17.2%	21.0%	20.5%	22.1%
ほとんど飲酒しない	56.3%	55.5%	54.4%	52.4%
1 日飲酒量 1 合未満	67.2%	74.3%	62.4%	65.1%
1 日飲酒量 1～2 合	22.8%	17.9%	25.4%	23.3%
1 日飲酒量 2～3 合	8.4%	6.2%	9.8%	9.0%
1 日飲酒量 3 合以上	1.6%	1.6%	2.4%	2.6%
睡眠不足	20.9%	24.9%	24.1%	24.5%
生活習慣 改善意欲なし	23.4%	25.9%	30.2%	27.6%
生活習慣 改善意欲あり	35.9%	31.6%	27.9%	28.8%
生活習慣 改善意欲ありかつ始めている	12.8%	12.6%	13.3%	14.2%
生活習慣 取り組み済み 6 か月未満	10.1%	9.4%	8.6%	9.0%
生活習慣 取り組み済み 6 ヶ月以上	17.8%	20.5%	20.0%	20.4%
保健指導利用しない	55.1%	58.3%	62.6%	62.3%

出典 KDB システム令和 3 年度累計地域の全体像の把握

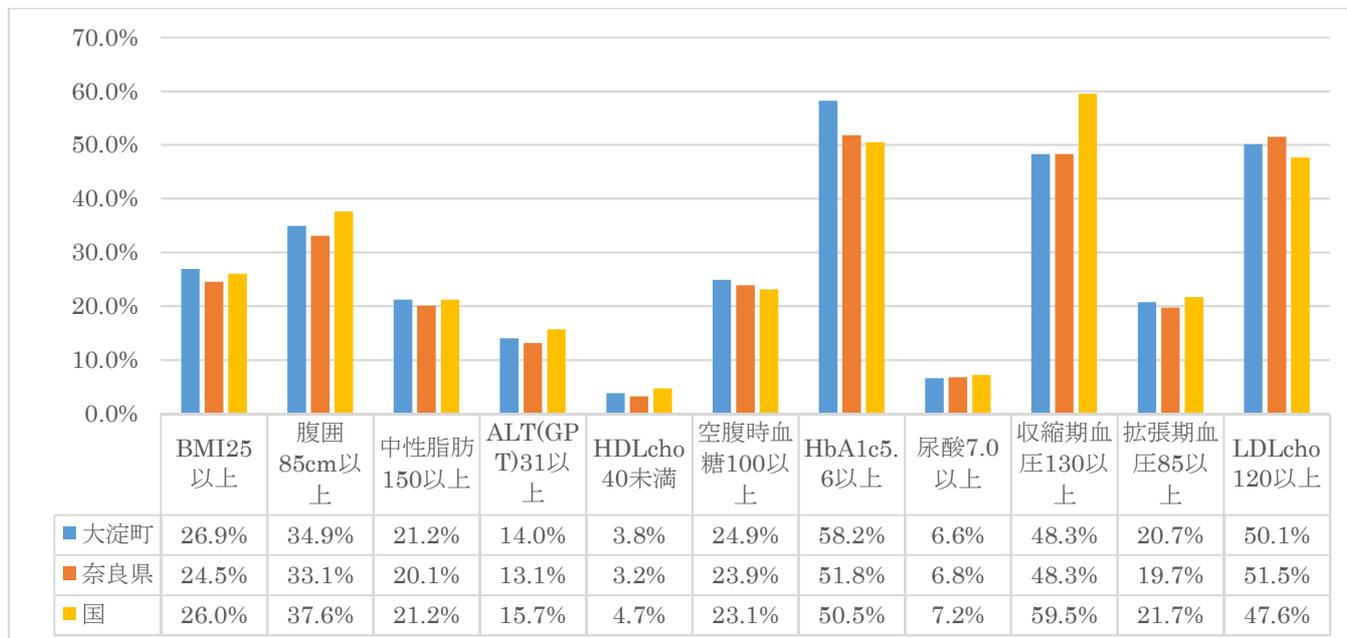
※表中の赤枠は大淀町の数値が県、国、同規模と比較して最も高いこと、青枠は大淀町の数値が最も低いことを示しています。

⑥特定健康診査結果別有所見者の状況

健診結果別有所見者状況を確認すると、BMI、空腹時血糖、HbA1cの割合が県や国より高く、本町の外来医療費においても生活習慣病といわれる「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」が上位3位を占めている状況ですので、引き続き発症・重症化予防対策が必要となります。

予防対策として、運動不足や食事内容の見直しなど生活習慣の改善を意識した事業の検討を行います。

<図表 30> 令和4年度健康診査結果別有所見者状況



出典 KDB システム令和3年度累計厚生労働省様式 5-2 健診有所見者状況

⑦特定健康診査受診者検査数値の状況

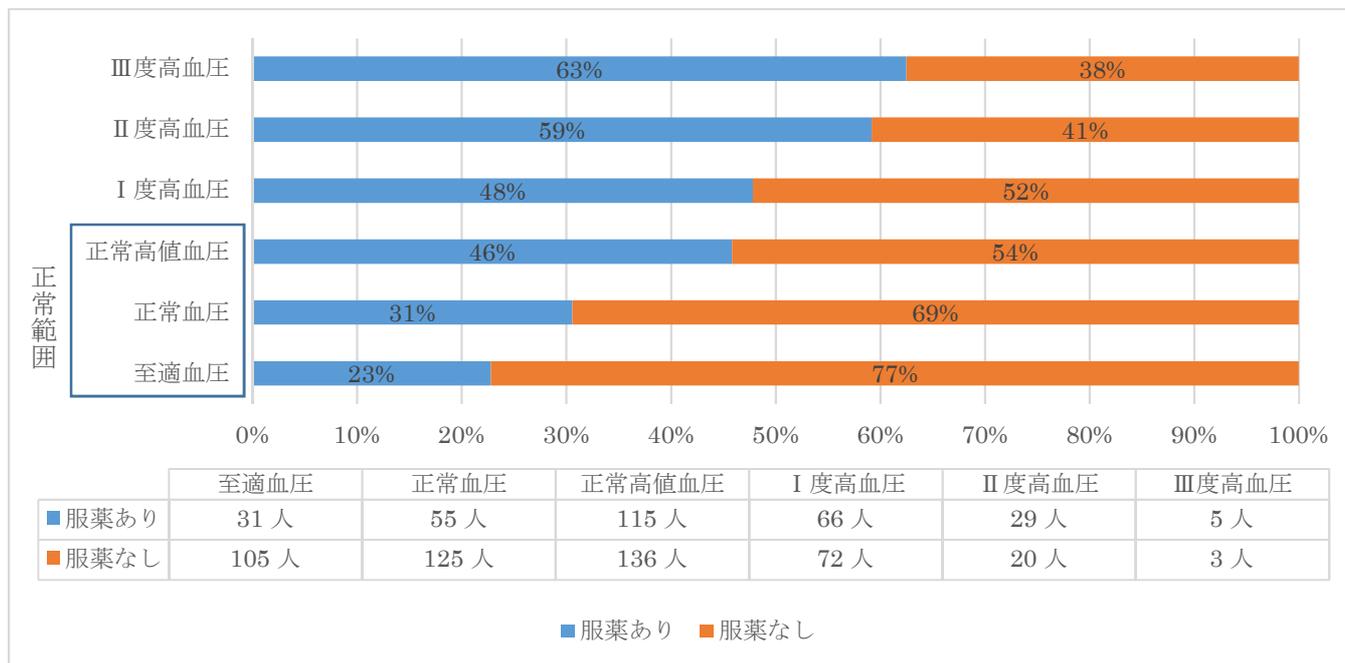
令和3年度の本町の特定健康診査対象者数 3,039 人に対して、健診受診者 762 人（受診率 25.1%）の検査数値結果（血圧、脂質、血糖、BMI）について段階別に整理をしています。

特定健康診査受診時の血圧を確認すると、正常範囲に分類される層は全体の 74% を占めています。一番多く分類されている層は正常高値血圧で 576 人（33%）であり、高血圧症へと移行してしまう可能性が高い対象になるので、早期の生活習慣の改善が必要となります。

次に血圧に関する服薬状況で比較すると、服薬なしでは正常範囲に分類される層が 79%、服薬ありでは 66% と 13% の差があります。一方で、正常高値血圧、I 度高血圧では服薬なしが服薬ありの割合を上回っているため、高血圧症の予防や早期の医療機関への受診を勧奨する必要があります。

<図表 31> 令和3年度健診受診者結果数値（血圧）

令和3年度特定健康診査受診者のうち、血圧に関する服薬ありの回答者 = 301 人、服薬なしの回答者 = 461 人



出典 KDB システム令和3年度累計保健指導対象者の絞り込み

※血圧については、収縮期血圧及び拡張期血圧の値に応じて、以下に分類する。

至適血圧 : 収縮期血圧 120 未満かつ拡張期血圧 80 未満

正常血圧 : 収縮期血圧 120 以上 130 未満、拡張期血圧 80 以上 85 未満のいずれかまたは両方に該当

正常高値血圧 : 収縮期血圧 130 以上 140 未満、拡張期血圧 85 以上 90 未満のいずれかまたは両方に該当

I 度高血圧 : 収縮期血圧 140 以上 160 未満、拡張期血圧 90 以上 100 未満のいずれかまたは両方に該当

Ⅱ度高血圧 : 収縮期血圧 160 以上 180 未満、収縮期血圧 100 以上 110 未満のいずれかまたは両方に該当

Ⅲ度高血圧 : 収縮期血圧 180 以上、拡張期血圧 110 以上のいずれかまたは両方に該当

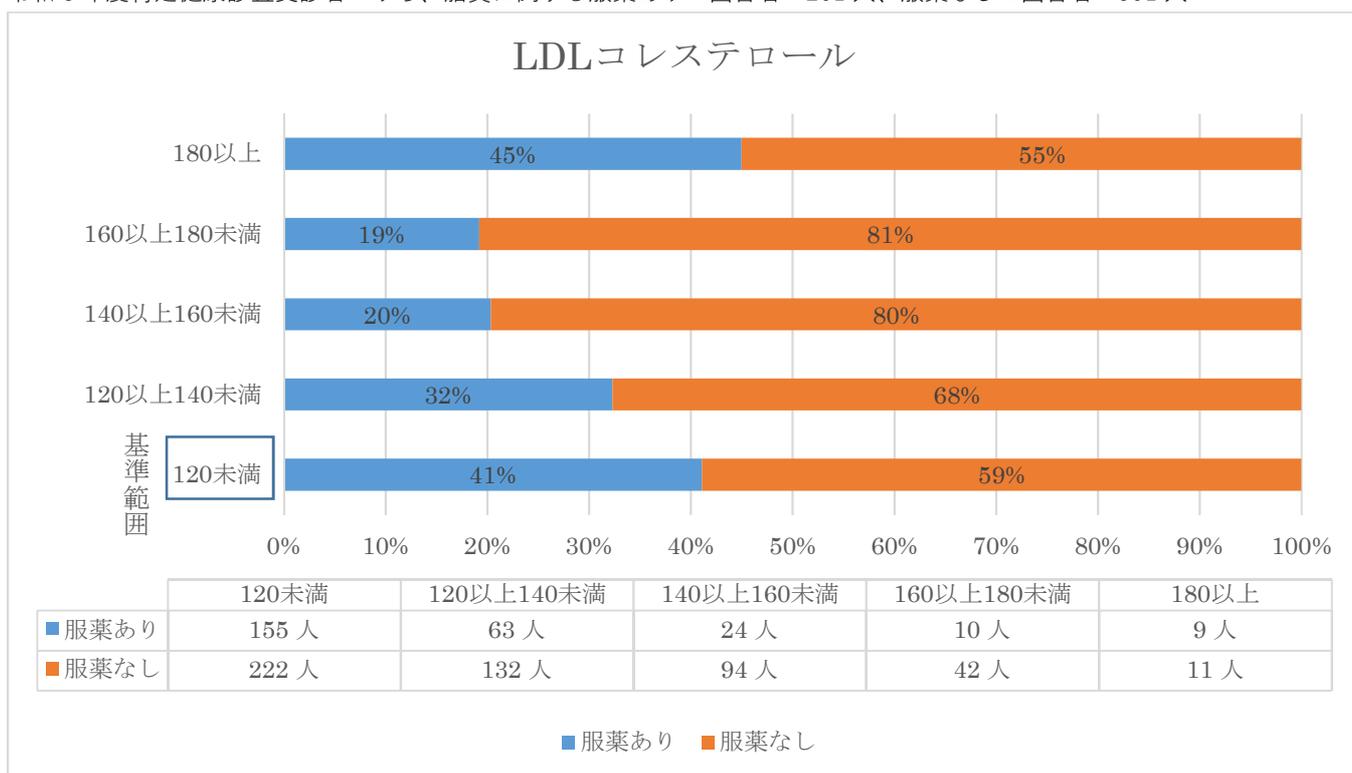
特定健康診査受診時の脂質を確認すると、LDL コレステロールの保健指導判定以上が51%を占めており、健診受診者の約半数以上が基準範囲以上という結果が出ています。

服薬状況で LDL コレステロールの保健指導範囲以上を比較すると、服薬ありで28%、服薬なしで72%となっており44%もの差が確認できます。

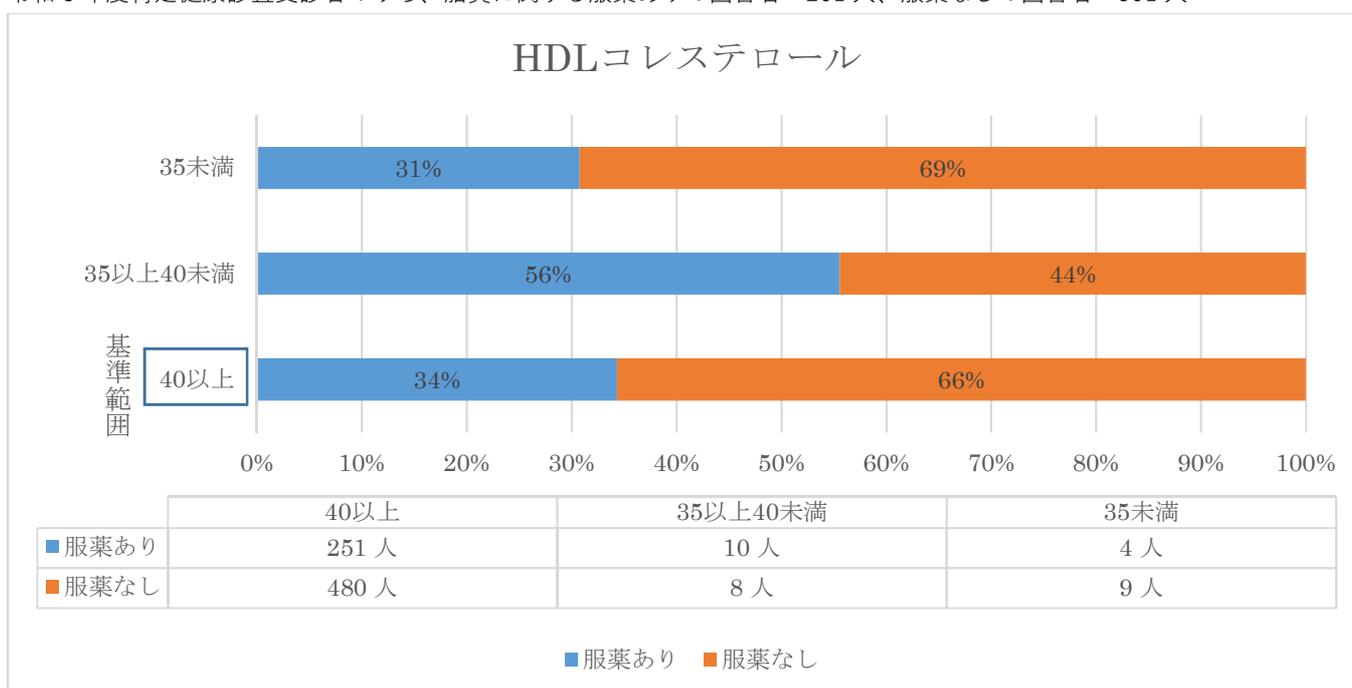
このことから、服薬をしていない層への早期の生活習慣の改善や医療機関への受診を勧奨する必要があります。

<図表 32> 令和3年度健診受診者結果数値（脂質）

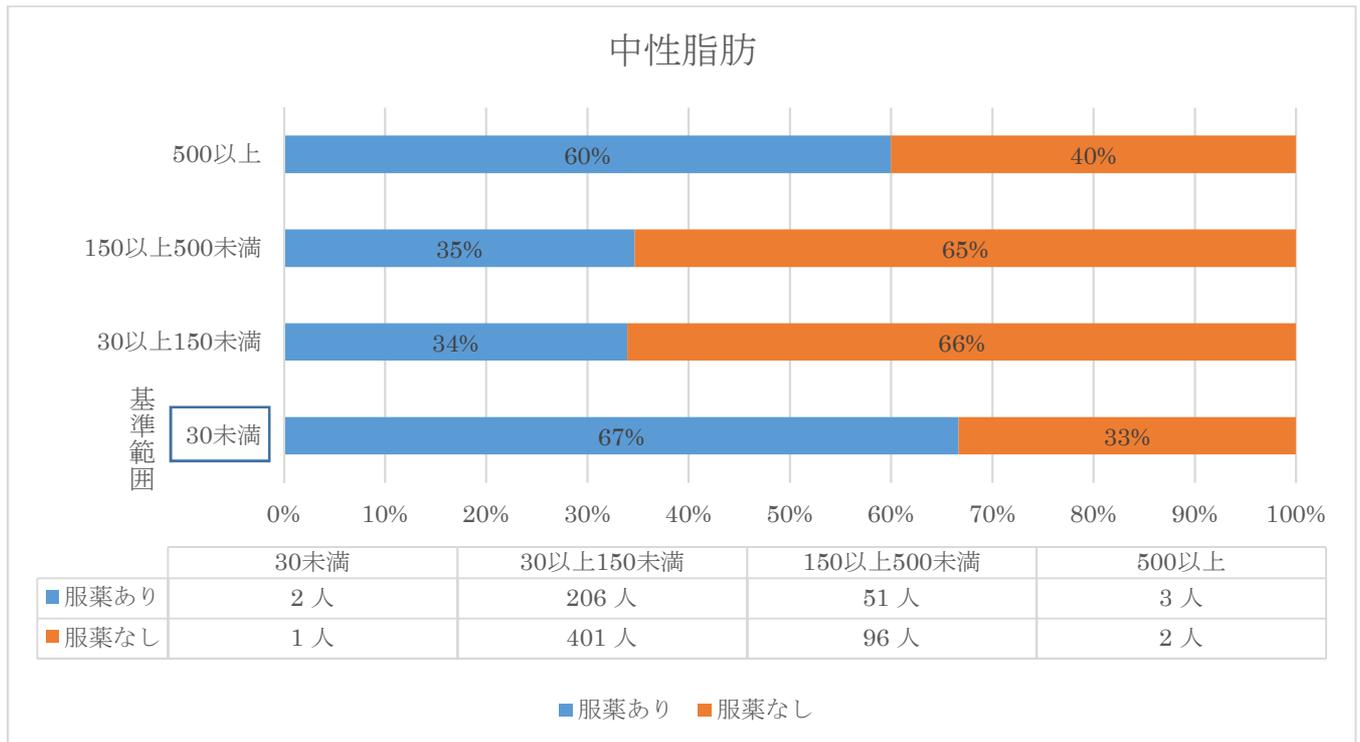
令和3年度特定健康診査受診者のうち、脂質に関する服薬ありの回答者=261人、服薬なしの回答者=501人



令和3年度特定健康診査受診者のうち、脂質に関する服薬ありの回答者=261人、服薬なしの回答者=501人



令和3年度特定健康診査受診者のうち、脂質に関する服薬ありの回答者=261人、服薬なしの回答者=501人



出典 KDB システム令和3年度累計保健指導対象者の絞り込み

LDL : 基準値 = 120 未満、保健指導判定値 = 120~139、受診勧奨判定値 = 140 以上

HDL : 基準値 = 40 以上、保健指導判定値 = 39~35、受診勧奨判定値 = 35 未満

中性脂肪 (TG) : 基準値 = 150 未満、保健指導判定値 = 150~299、受診勧奨判定値 = 300 以上

特定健康診査受診時の血糖を確認すると、HbA1cの保健指導判定以上が52%を占めており、健診受診者の約半数以上が基準範囲以上という結果が出ています。

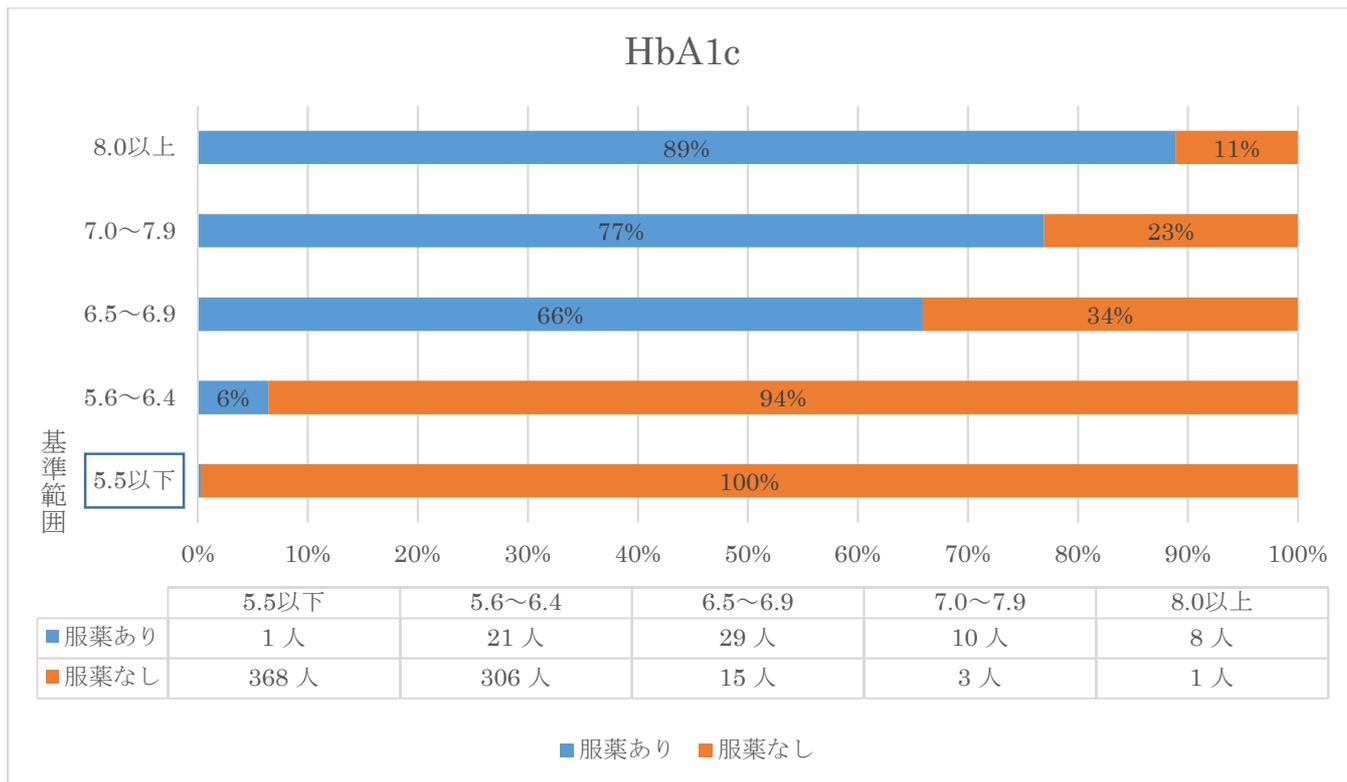
特に保健指導判定値を超えると服薬ありが大幅に増加するので、保健指導判定値の層への早期介入が効果的であるといえます。

また、糖尿病合併症の発生リスクが高いHbA1c7.0%以上で未治療の層へ受診につなげる対策が必要です。

このことから、服薬をしていない層への早期の生活習慣の改善や未治療者への医療機関受診を勧奨する必要があります。

<図表 33> 令和3年度健診受診者結果数値（血糖）

令和3年度特定健康診査受診者のうち、脂質に関する服薬ありの回答者=693人、服薬なしの回答者=69人



出典 KDB システム令和3年度累計保健指導対象者の絞り込み

HbA1c5.6～6.4% : 保健指導判定値

HbA1c7.0%未満 : 合併症予防のための目標

HbA1c8.0%未満 : 治療強化が困難な際の目標

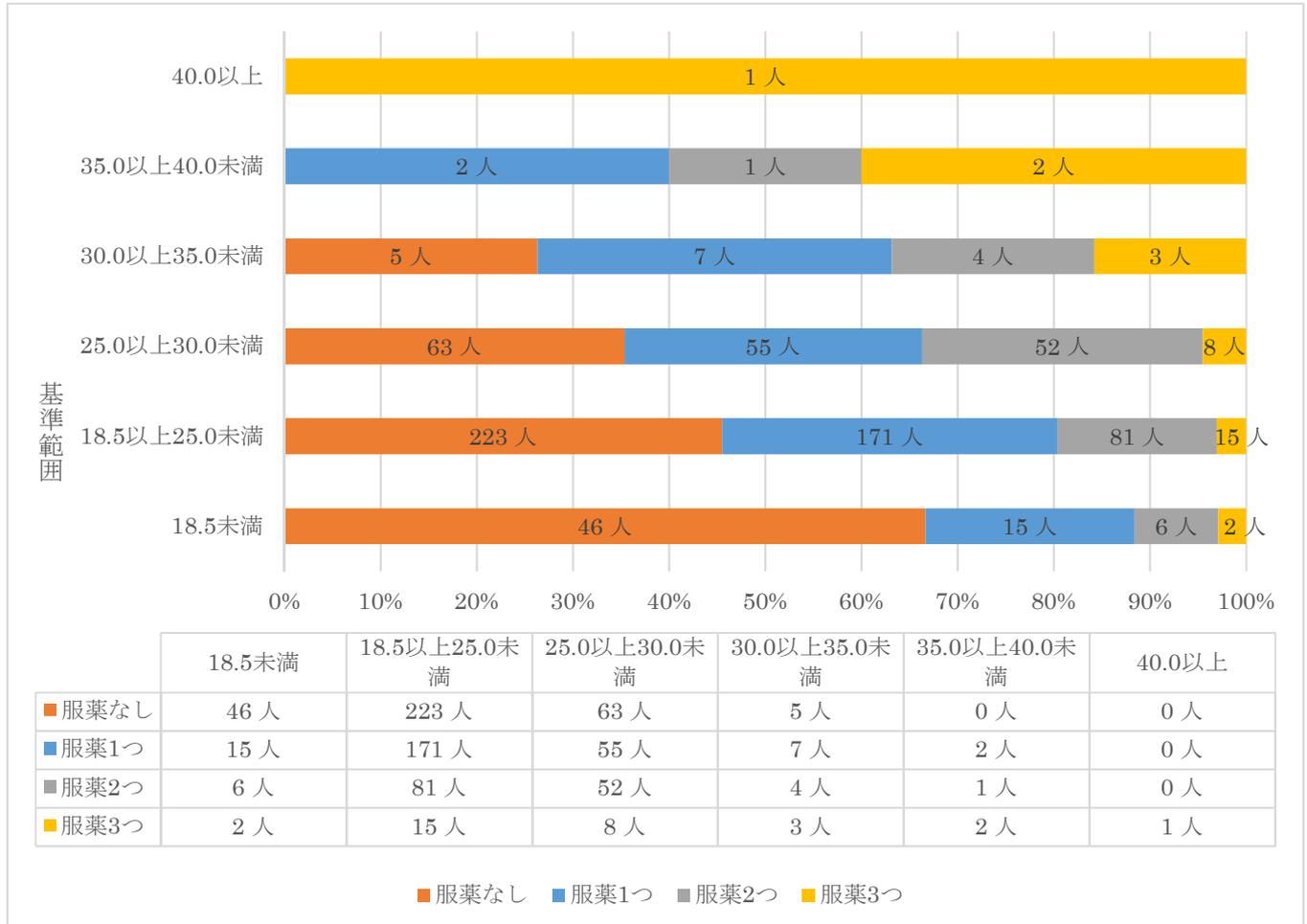
BMI と血圧・脂質・血糖に関する服薬状況では、BMI が 25.0 以上になると服薬の数が増えてきていることが分かります。

35.0 以上になると服薬なしは 0 人になります。

このことから、適切な BMI を維持することが健康長寿にとって重要であるといえるので、若年層からの早期の生活習慣の改善が必要といえます。

<図表 34> BMI と血圧・脂質・血糖の重複服薬数の関係

令和 3 年度特定健康診査受診者のうち、血圧・脂質・血糖に関する服薬ありの回答者 = 425 人、服薬なしの回答者 = 337 人



出典 KDB システム令和 3 年度累計保健指導対象者の絞り込み

BMI = 【体重 (kg)】 ÷ 【身長 (m) の 2 乗】 で算出される値。肥満や低体重 (やせ) の判定に用いる。

18.5 未満 : 低体重 (やせ)

18.5 以上 25.0 未満 : 普通体重

25.0 以上 30.0 未満 : 肥満 (1 度)

30.0 以上 35.0 未満 : 肥満 (2 度)

35.0 以上 40.0 未満 : 肥満 (3 度)

40.0 以上 : 肥満 (4 度)

4章. 課題の整理と第3期計画の目的と目標

(1) 本町の健康課題の整理

課題1：特定健康診査、特定保健指導を受診する者の数が少ない	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健康診査の受診率が県内平均よりも低く、特に若年層の受診率が低い。 ・ 特定健康診査の受診率が低いために、生活習慣病の早期発見の機会や保健指導に繋げる対象が少ない。 ・ 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軍が増加傾向にある。 ・ 2期計画でも対策を行っていたが、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"> ・ 特定健康診査受診率 ・ 特定保健指導実施率 ・ メタボリックシンドローム該当者・予備軍の割合
取り組みの方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健康診査、特定保健指導の実施率を向上させる対策を実施する。 ・ 若年期から健康管理の意識を高めていくことを目的とした40歳以下の若年層への健康診査事業の検討

課題2：糖尿病重症者の割合が増加している。	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病治療者の新規人工透析患者数は毎年おり、糖尿病関連の医療費も増加している。 ・ 外来での医療費点数の高い疾患の1位が糖尿病であるため、重症化するリスクの高い者が多い。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病治療患者の人工透析患者数と医療費の推移 ・ 入院・外来別の医療費（点数）の高い疾患 ・ 特定健康診査受診者検査数値の状況
取り組みの方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病が重症化するリスクの高い者に対して、関係機関と連携し適切な受診勧奨や保健指導を行い重症化を防止する対策を行う。

課題3：生活習慣病に関連した医療費が増加している	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外来医療費では、生活習慣病といわれる「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」が上位3位を占めている。 ・ 特定保健指導対象外（情報提供のみ）の者であっても、検査数値が基準範囲外の者の割合が多い。 ・ 特定健診の受診結果数値が基準範囲外の者であっても、医療機関未受診者が多い
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院・外来別の医療費（点数）の高い疾患 ・ 健康診査結果別有所見者状況 ・ 特定健康診査受診者検査数値の状況

取り組みの方向性	・生活習慣病の重症未受診者を抽出し、生活習慣病の重症化を予防する対策を行う。
----------	--

課題 4：重複・多剤投薬による医療費が増加している

課題とする理由	・重複・多剤処方を受けている割合が県より高い。 ・外来費用の割合が県、国と比較して高いため、頻回受診による重複・多剤処方の可能性がある。
根拠となるデータ	・重複・多剤投薬の状況 ・医療費等の状況
取り組みの方向性	・不適切な服薬状況の改善を促し、対象者の健康保持並びに医療費の適正化を図る。

課題 5：後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用割合が少ない

課題とする理由	・後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用割合は年々増加しているが、国が定める目標値である 80% に到達していない。 ・県と比較しても低いため、削減可能な薬剤費が多く存在している。
根拠となるデータ	・重複・多剤投薬の状況 ・医療費等の状況
取り組みの方向性	・使用促進通知や啓発用品を配布し、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進対策を行う

課題 6：がん（悪性新生物）に関連した医療費が増加している

課題とする理由	・がんは本町における死因の第 1 位であり、県や国と比較しても多い。 ・100 万円以上のレセプトでは、がんが約 2 割を占めている。
根拠となるデータ	・代表的な死因 ・高額になる疾患（100 万円以上のレセプトの状況） ・死因割合
取り組みの方向性	・集団健診と 5 つのがん検診を同日に受診できるよう一体的に実施。 ※事業計画、目標については大淀町健康増進計画に記載されていることに準ずる。

(2) 計画の目的と目標

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
① 健康寿命を延伸する。	【共】健康寿命	延伸
② 医療費の適正化を図る。	【共】1人あたりの医療費	維持

【目標（上記の目的を達成するために取り組むこと）】

目標	指標	目標値	主な個別保健事業
メタボリックシンドローム該当者および予備軍該当者を早期発見し、該当人数を減少させる	特定健康診査実施率	60%	特定健康診査および受診勧奨事業
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	減少	
	有所見者の割合（血糖・血圧・脂質）	減少	特定保健指導事業
	メタボリックシンドローム該当者・予備軍該当者割合	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	生活習慣病受診勧奨推進事業（レッドカード事業） 糖尿病性腎症重症化予防事業
	新規人工透析導入患者数	減少	
	健診受診者のうち未治療者割合（※血圧 160/100 mmHg 以上、HbA1c 7.0% 以上、LDL 180 mg/dℓ 以上、中性脂肪 500 mg/dℓ 以上、eGFR 45 未満）	減少	
適正服薬・後発医薬品利用を促進させる	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	重複多剤・併用禁忌投薬対策事業
	同一月内に9以上の薬剤の処方を受けた者の割合	減少	
	後発医薬品使用割合	80%	後発医薬品利用促進事業

5 章. 個別保健事業

1. 特定健康診査および受診勧奨事業

目的	<p>大淀町国民健康保険加入者の特定健康診査実施率は 25.1%、特定保健指導実施率は 3.2%（令和 3 年度法定報告値）であり、第 3 期奈良県医療費適正化計画における目標値「特定健康診査の実施率 70%以上、特定保健指導の実施率 45%以上」との乖離は大きい。そこで、目標達成のため、対象者に向けた効果的・効率的な勧奨方法を立案し、実施率向上に取り組むとともに、加入者の QOL の維持・向上、さらには医療費適正化を図ることを目的とする。</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" data-bbox="325 680 1407 882"> <tr> <td data-bbox="325 680 497 730">対 象</td> <td data-bbox="497 680 1407 730">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 data-bbox="325 730 497 779">実施時期</td> <td data-bbox="497 730 1407 779">9 月 対象者へ勧奨ハガキを送付</td> </tr> <tr> <td data-bbox="325 779 497 882">内容</td> <td data-bbox="497 779 1407 882">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</td> </tr> </table> <p>2. 市町村独自事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 休日健診の実施 ・ がん検診との同日受診 			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	9 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
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	9 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								
評価指標	区分	指標	目標値						
	アウトカム	・ 特定健診実施率	60%						
	アウトプット	・ 受診勧奨送付率（数） ・ 集団健診実施回数 ・ 休日集団健診の実施回数	100% 5 回/年 1 回/年						
	プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・ 予算、人員、体制は適切であったか。 ・ 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。 ・ 医師会・集団健診実施機関との打合せ会議を年〇回実施。 ・ 国保連合会の説明会に参加、必要時連携ができたか。 ・ 受診勧奨時期、方法が適切であったかを関係課内で検討を行う（毎年度末） ・ 以下について、毎年状況把握していく。 <p>受診勧奨者の受診率/休日集団健診の受診者数/40 歳未満者の受診率</p>							

2. 特定保健指導事業			
目的	「大淀町国民健康保険特定健康診査等実施計画」に基づき、特定健康診査の結果から、生活習慣病の発生リスクが高く、生活習慣病の予防効果が多く期待できる方に対して、医療専門職（保健師、管理栄養士など）が生活習慣を見直すためのサポートを実施し、生活習慣病予備軍の健康状態の改善を目指す。		
内容	1. 市町村独自事業 ・未利用者への電話勧奨 ・初回面接の分割実施（令和6年度から実施予定）		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	・利用者の改善割合(腹囲2センチ、体重2Kg減量割合)	50%
		・特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	減少
		・有所見者の割合（血糖・血圧・脂質（中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール）)	減少
		・メタボリックシンドローム該当者割合、予備軍該当者割合	減少
	アウトプット	・特定保健指導実施率 ・利用勧奨実施率(数)	毎年度5ポイント上昇 100%
プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・予算、人員、体制は適切であったか。 ・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。 ・委託医療機関との連携の程度（打合せ1回実施） ・担当部門との連携状況（連絡会1回実施） 		

3. 糖尿病性腎症重症化予防対策事業

目的	<p>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の維持・向上をはかる。</p> <p>本町においても、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="323 555 1409 808"> <tr> <td data-bbox="323 555 496 656">対 象</td> <td colspan="2" data-bbox="496 555 1409 656"> 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="323 656 496 808">実施時期 内容</td> <td colspan="2" data-bbox="496 656 1409 808"> 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（レット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="323 909 1409 1256"> <tr> <td data-bbox="323 909 496 1059">対 象</td> <td colspan="2" data-bbox="496 909 1409 1059"> 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="323 1059 496 1256">実施時期 内容</td> <td colspan="2" data-bbox="496 1059 1409 1256"> ～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>			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（レット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	～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（レット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	～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	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="309 1256 596 1319">区分</th> <th data-bbox="596 1256 1107 1319">指標</th> <th data-bbox="1107 1256 1466 1319">目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="309 1319 596 1671" rowspan="4"> アウトカム </td> <td data-bbox="596 1319 1107 1420"> ・保健指導参加者の検査値の変化（HbA1c、BMI、血圧） </td> <td data-bbox="1107 1319 1466 1420"> 減少 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="596 1420 1107 1509"> ・受診勧奨者の医療機関受診割合 </td> <td data-bbox="1107 1420 1466 1509"> 80% </td> </tr> <tr> <td data-bbox="596 1509 1107 1568"> ・HbA1c8.0%以上の者の割合 </td> <td data-bbox="1107 1509 1466 1568"> 減少 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="596 1568 1107 1671"> ・新規人工透析導入患者数・該当者の割合 </td> <td data-bbox="1107 1568 1466 1671"> 減少 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="309 1671 596 1771"> アウトプット </td> <td data-bbox="596 1671 1107 1718"> ・受診勧奨者率(数) </td> <td data-bbox="1107 1671 1466 1718"> 100% </td> </tr> <tr> <td data-bbox="596 1718 1107 1771"> ・保健指導実施者数 </td> <td data-bbox="1107 1718 1466 1771"> 減少 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="309 1771 596 2058"> プロセス・ストラクチャー </td> <td colspan="2" data-bbox="596 1771 1466 2058"> ・予算、人員、体制は適切であったか。 ・対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。 ・評価方法は適切であったか（保健指導参加者の翌年度に検査値の把握方法、時期） ・医療機関や委託業者、県等の連携（打合せ1回実施） ・担当部門との連携状況（連絡会1回実施） </td> </tr> </tbody> </table>	区分	指標	目標値	アウトカム	・保健指導参加者の検査値の変化（HbA1c、BMI、血圧）	減少	・受診勧奨者の医療機関受診割合	80%	・HbA1c8.0%以上の者の割合	減少	・新規人工透析導入患者数・該当者の割合	減少	アウトプット	・受診勧奨者率(数)	100%	・保健指導実施者数	減少	プロセス・ストラクチャー	・予算、人員、体制は適切であったか。 ・対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。 ・評価方法は適切であったか（保健指導参加者の翌年度に検査値の把握方法、時期） ・医療機関や委託業者、県等の連携（打合せ1回実施） ・担当部門との連携状況（連絡会1回実施）			
区分	指標	目標値																					
アウトカム	・保健指導参加者の検査値の変化（HbA1c、BMI、血圧）	減少																					
	・受診勧奨者の医療機関受診割合	80%																					
	・HbA1c8.0%以上の者の割合	減少																					
	・新規人工透析導入患者数・該当者の割合	減少																					
アウトプット	・受診勧奨者率(数)	100%																					
・保健指導実施者数	減少																						
プロセス・ストラクチャー	・予算、人員、体制は適切であったか。 ・対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。 ・評価方法は適切であったか（保健指導参加者の翌年度に検査値の把握方法、時期） ・医療機関や委託業者、県等の連携（打合せ1回実施） ・担当部門との連携状況（連絡会1回実施）																						

4. 生活習慣病受診勧奨推進事業（レッドカード事業）

目的	<p>特定保健指導の対象とならない者には生活習慣病の重症未受診者が含まれているが、国の制度上、これらの者には情報提供しか行われていない。医療機関への受診は個人の判断に委ねられており、仮に医療機関を受診しない場合、疾病が重症化し、医療費の増嵩につながるだけでなく、人工透析の導入等、被保険者のQOLの低下につながる事が考えられる。</p> <p>また、口腔機能の低下により生活習慣病のリスクが高まる事が指摘されており、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. レットカード事業（国保連合会との共同保健事業として実施）</p> <table border="1" data-bbox="327 757 1412 1198"> <tr> <td data-bbox="327 757 496 1003"> 対 象 </td> <td colspan="2" data-bbox="496 757 1412 1003"> 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】 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="327 1003 496 1198"> 実施時期 内容 </td> <td colspan="2" data-bbox="496 1003 1412 1198"> 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 </td> </tr> </table>			対 象	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】		実施時期 内容	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									
対 象	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】																
実施時期 内容	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																
評価指標	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="311 1279 576 1346">区分</th> <th data-bbox="576 1279 1109 1346">指標</th> <th data-bbox="1109 1279 1476 1346">目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="311 1346 576 1727" rowspan="2"> アウトカム </td> <td data-bbox="576 1346 1109 1424"> ・ 勧奨者の医療機関受診者割合 </td> <td data-bbox="1109 1346 1476 1424"> 80% </td> </tr> <tr> <td data-bbox="576 1424 1109 1727"> ・ 健診受診者のうち未治療者割合（※血圧 160/100 mmHg 以上、HbA1c7.0%以上、LDL180 mg/dl以上、中性脂肪 500 mg/dl以上、eGFR45 未満/特定健診受診年度ごとに評価） </td> <td data-bbox="1109 1424 1476 1727"> 減少 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="311 1727 576 1787"> アウトプット </td> <td data-bbox="576 1727 1109 1787"> ・ 受診勧奨率（数） </td> <td data-bbox="1109 1727 1476 1787"> 100% </td> </tr> <tr> <td data-bbox="311 1787 576 2024"> プロセス・ストラクチャー </td> <td colspan="2" data-bbox="576 1787 1476 2024"> ・ ・ 予算、人員、体制は適切であったか。 ・ 対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。 ・ 評価方法は適切であったか（受診確認方法、時期） ・ 医療機関との連携（医師会との打合せ1回実施） ・ 担当部門との連携状況（連絡会1回実施） </td> </tr> </tbody> </table>	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	80%	・ 健診受診者のうち未治療者割合（※血圧 160/100 mmHg 以上、HbA1c7.0%以上、LDL180 mg/dl以上、中性脂肪 500 mg/dl以上、eGFR45 未満/特定健診受診年度ごとに評価）	減少	アウトプット	・ 受診勧奨率（数）	100%	プロセス・ストラクチャー	・ ・ 予算、人員、体制は適切であったか。 ・ 対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。 ・ 評価方法は適切であったか（受診確認方法、時期） ・ 医療機関との連携（医師会との打合せ1回実施） ・ 担当部門との連携状況（連絡会1回実施）			
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	80%															
	・ 健診受診者のうち未治療者割合（※血圧 160/100 mmHg 以上、HbA1c7.0%以上、LDL180 mg/dl以上、中性脂肪 500 mg/dl以上、eGFR45 未満/特定健診受診年度ごとに評価）	減少															
アウトプット	・ 受診勧奨率（数）	100%															
プロセス・ストラクチャー	・ ・ 予算、人員、体制は適切であったか。 ・ 対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。 ・ 評価方法は適切であったか（受診確認方法、時期） ・ 医療機関との連携（医師会との打合せ1回実施） ・ 担当部門との連携状況（連絡会1回実施）																

5. 重複多剤・併用禁忌投薬対策事業

目的	不適切な服薬状況の改善を促すことにより、被保険者の健康保持並びに医療費の適正化を図り、重複多剤・併用禁忌投薬者の減少を目的とする。														
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="325 421 1409 573"> <tr> <td data-bbox="325 421 496 472">対 象</td> <td data-bbox="496 421 1409 472">一定の要件の対象者(重複、多剤、併用禁忌投薬者)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="325 472 496 524">実施時期</td> <td data-bbox="496 472 1409 524">6～7月 対象者選定</td> </tr> <tr> <td data-bbox="325 524 496 573">内容</td> <td data-bbox="496 524 1409 573">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="325 674 1409 826"> <tr> <td data-bbox="325 674 496 725">対 象</td> <td data-bbox="496 674 1409 725">一定の要件の対象者(重複、多剤投薬者)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="325 725 496 777">実施時期</td> <td data-bbox="496 725 1409 777">6～7月 対象者選定</td> </tr> <tr> <td data-bbox="325 777 496 826">内容</td> <td data-bbox="496 777 1409 826">9～10月 電話による状況確認</td> </tr> </table> 2. 市町村独自事業 「服薬情報一覧」を送付後、アンケートを送付し、主治医か薬局に服薬について相談に行ったかの確認を行う。			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)	増加												
		・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												
		・同一月内に9以上の薬剤の処方を受けた者の割合	減少												
	アウトプット	・注意喚起文書送付率(数)	100%												
		・アンケートで状況確認できた数・率	80%												
	プロセス・ストラクチャー	・予算、人員、体制は適切であったか。 ・対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。 ・評価方法は適切であったか(確認方法、時期) ・医師会・薬剤師会との連携(連絡会1回実施) ・国保連合会、担当課との連携状況(連絡会1回実施)													

6. 後発医薬品使用促進事業

目的	後発医薬品の使用促進を図り、医療費の軽減に繋げ、医療費適正化に資することを目的とする。また、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行い、広く町民に正しい情報の周知を図る。																			
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="408 472 1377 768"> <tr> <td>対 象</td> <td>国保被保険者世帯</td> </tr> <tr> <td>実施時期</td> <td>年 4 回 (送付月：6 月、9 月、11 月、1 月)</td> </tr> <tr> <td>内容</td> <td> 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="408 824 1377 974"> <tr> <td>対 象</td> <td>国保被保険者世帯</td> </tr> <tr> <td>実施時期</td> <td>コールセンターを設置 (国保中央会に委託)</td> </tr> <tr> <td>内容</td> <td>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="408 1068 1377 1317"> <tr> <td>対 象</td> <td>国保被保険者世帯</td> </tr> <tr> <td>実施時期</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</td> </tr> <tr> <td>内容</td> <td> 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> <ul style="list-style-type: none"> ・ 広報誌及び町ホームページへの使用促進を啓発する記事を掲載 ・ 大淀あらかしテレビの文字放送へ記事を掲載 		対 象	国保被保険者世帯	実施時期	年 4 回 (送付月：6 月、9 月、11 月、1 月)	内容	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	コールセンターを設置 (国保中央会に委託)	内容	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	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	内容	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	年 4 回 (送付月：6 月、9 月、11 月、1 月)																			
内容	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	コールセンターを設置 (国保中央会に委託)																			
内容	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	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																			
内容	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	<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>・ 後発医薬品の使用割合</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">アウトプット</td> <td>・ 差額通知数・率</td> <td>全世帯・100%</td> </tr> <tr> <td>・ 広報誌、ホームページへの掲載</td> <td>1 回/年</td> </tr> <tr> <td>・ テレビや CM での啓発</td> <td>1 回/年</td> </tr> <tr> <td>プロセス・ストラクチャー</td> <td> ・ 予算、人員、体制は適切であったか。 ・ 実施方法、実施時期は適切であったか。 ・ 年代別の使用割合の把握を実施(年 1 回) ・ 評価方法は適切であったか (確認方法、時期) ・ 医師会・薬剤師会との連携(連絡会 1 回実施) </td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		区分	指標	目標値	アウトカム	・ 後発医薬品の使用割合	80%	アウトプット	・ 差額通知数・率	全世帯・100%	・ 広報誌、ホームページへの掲載	1 回/年	・ テレビや CM での啓発	1 回/年	プロセス・ストラクチャー	・ 予算、人員、体制は適切であったか。 ・ 実施方法、実施時期は適切であったか。 ・ 年代別の使用割合の把握を実施(年 1 回) ・ 評価方法は適切であったか (確認方法、時期) ・ 医師会・薬剤師会との連携(連絡会 1 回実施)			
区分	指標	目標値																		
アウトカム	・ 後発医薬品の使用割合	80%																		
アウトプット	・ 差額通知数・率	全世帯・100%																		
	・ 広報誌、ホームページへの掲載	1 回/年																		
	・ テレビや CM での啓発	1 回/年																		
プロセス・ストラクチャー	・ 予算、人員、体制は適切であったか。 ・ 実施方法、実施時期は適切であったか。 ・ 年代別の使用割合の把握を実施(年 1 回) ・ 評価方法は適切であったか (確認方法、時期) ・ 医師会・薬剤師会との連携(連絡会 1 回実施)																			

6章. 第4期大淀町特定健康診査等実施計画

特定健康診査及び特定保健指導は、本計画における保健事業の中核をなすものであり、他の保健事業とは別に「第4期大淀町特定健康診査等実施計画」として本計画に位置付けます。

(1) 目的

特定健康診査及び特定保健指導は、生活習慣病の発症や重症化を予防するために、メタボリックシンドロームに着目した健診（特定健康診査）を行い、その結果から生活習慣病のリスクの高い者を抽出し、その要因となっている生活習慣の改善するための保健指導（特定保健指導）を行うものです。

(2) 特定健康診査・特定保健指導の基本的な考え方

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ある。

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ある。

<図表1> 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	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;">最新の科学的知識と課題抽出のための分析</div> <div style="font-size: 40px; margin: 20px 0;">➔</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;">行動変容を促す手法</div>	内臓脂肪の蓄積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		内臓脂肪の蓄積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、生活習慣の改善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」と指摘された者		健診受診者全員に対し情報提供、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「動機づけ支援」「積極的支援」を行う
方法	主に健診結果に基づく保健指導 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)評価を重視		アウトプット評価に加え、アウトカム評価やプロセス評価、ストラクチャー評価を含めた総合的な評価
実施主体	市町村		医療保険者

「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」より引用

(3) これまで(第1期～第3期)の主な取組

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、充実を図った。

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

②普及活動の強化

共同保健事業等検討会(市町村国保の共同体)や市町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等を行った。

- ・広報誌掲載
- ・町あらかしテレビにて啓発VTRの放送
- ・受診券発送時にパンフレット及び集団健診案内文章の同封
- ・自治会回覧板での広報
- ・町内各種団体会議の場での受診勧奨

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。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た。

④受診しやすい体制づくり

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んだ。

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た。
- ・大淀町国民健康保険特定健康診査受診率向上キャンペーンを実施し、特定健康診査受診者に有限会社吉野路大淀振興センターが発行する商品券を配布した。

(4) 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1期～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、目標には遠く及ばない状況である。

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、今後は特に若い世代へのアプローチを積極的に進めることが必要である。

また、未受診理由として「忙しく時間がない」「健康なので必要ない」「病院受診中」が上位を占めるため、特定健康診査受診の必要性についてのさらなる普及啓発の工夫や医療機関との連携による受診勧奨の推進が必要と考える。

特定保健指導については、実施率が低い状況で推移しており、業者委託により充実を図っているものの、まだまだ実施体制が弱く、医療機関と連携した受診と保健指導の一体化を強化するなど、魅力ある受診体制を目指すことが必要である。これに加え、指導者研修会に積極的に参加するなど職員の資質向上に取り組むことも継続的に行っていく必要がある。

このような取組から生活習慣病の早期発見、重症化予防を確実にいき、医療費削減に向けて取組を強化することが重要であり、第3期に引き続き、平成29年度に策定された奈良県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの着実な実行も進めていく。

今後は、これらの取組を他の保険者と連携し、また国保部門、衛生部門が一丸となって推進していくことが重要である。

(5) 目標の設定

①特定健康診査及び特定保健指導の目標値

第3期奈良県医療費適正化計画においては、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」としている。

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年間で県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する。

なお特定保健指導の実施率目標は、本町の令和4年度実施率が5.6%であることを踏まえ、令和6年度当初の実施率目標を15%とし、令和11年度の目標値を40%とする。

実施に関する目標

年度	R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定健康診査の実施率	35%	40%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導の実施率	15%	20%	25%	30%	35%	40%

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軍の減少率（特定保健指導対象者の減少率）を25%以上減少とする。

(6) 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る。

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ある。次の図表にあるように、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る。

<図表2> 特定保健指導の対象者（階層化）

腹囲	追加リスク		④喫煙歴	対象	
	①血糖	②脂質		③血圧	40-64歳
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当		/	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		/	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当		あり なし		
	1つ該当		/		

※喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

③実施率目標に対する実施者見込数等

特定健康診査対象者・実施者数（見込）等

年齢区分別対象者		R6	R7	R8	R9	R10	R11
40～64歳	対象者数（人）	1,274	1,244	1,214	1,184	1,154	1,124
	実施者数（人）	445	497	546	592	692	786
	実施率（%）	35	40	45	50	60	70
65～74歳	対象者数（人）	1,929	1,944	1,959	1,974	1,989	2,004
	実施者数（人）	675	777	881	987	1,193	1,402
	実施率（%）	35	40	45	50	60	70
総計	対象者数（人）	3,203	3,188	3,173	3,158	3,143	3,128
	実施者数（人）	1,121	1,275	1,427	1,579	1,885	2,189
	実施率（%）	35	40	45	50	60	70

特定保健指導対象者 [動機づけ支援、積極的支援] (見込) 等

年齢区分別対象者		R6	R7	R8	R9	R10	R11
40～64 歳	動機付け (人)	10	9	9	8	8	7
	積極的 (人)	20	19	18	17	16	15
	合計 (人)	30	28	27	25	24	22
	合計実施率(%)	10	20	30	40	50	60
65～74 歳	動機付け (人)	40	38	35	33	30	28
	実施率(%)	10	20	30	40	50	60
総計	動機付け (人)	50	47	44	41	38	35
	積極的 (人)	20	19	18	17	16	15
	合計 (人)	70	66	62	58	54	50
	合計実施率(%)	10	20	30	40	50	60

(7) 特定健康診査等の実施方法について

第4期の特定健康診査、特定保健指導については、奈良県国民健康保険団体連合会 国保事務支援センターと連携して実施する。

実施についての基本事項は次に記述のとおりで、詳細は奈良県特定健康診査・特定保健指導マニュアルに則して実施する。

特定健康診査 基本事項

①実施方法(外部委託有無等)、実施時期、実施場所

○集団健診

8月から1月にかけて、本町が特定健康診査実施機関と委託契約し、町役場において集団健診を実施する。集団健診は休日にも行う。

○個別健診

6月から2月にかけて、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。

②周知方法

広報おおよど・ホームページへの掲載、ポスター掲示、自治会の回覧板での広報など周知効果が高いものを中心に実施する。

③受診券の様式

受診券の様式は、奈良県国民健康保険団体連合会にて統一された様式を使用する。

④受診案内の方法、受診券の発見と配布方法

受診券は、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、6月頃に受診券案内等を同封したうえ、対象者全員に郵送にて送付する。

⑤自己負担の有無

自己負担なし

⑥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又は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を情報提供し、継続的な健診受診につなげる。

⑦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する。

実施項目等

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 *	
	ヘモグロビン A1c	
尿検査	糖	
	蛋白	
詳細な健診の項目 (医師の判断による追加健診項目)	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	
保険者独自の追加健診項目	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	

* : 奈良県特定健康診査・特定保健指導マニュアルを参照

特定保健指導 基本事項

①実施方法(外部委託有無等)、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、町保健センターにおいて実施する。初回面接(分割実施を行う場合もある)は7月から随時実施し、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月末を期限とする。

健診受診年度の翌6月末を期限として、本町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。

②利用券の様式

利用券の様式は、奈良県国民健康保険団体連合会にて統一された様式を使用する。

③利用の案内、利用券の発券と配布方法

利用券は本町で発券し、7月頃から随時保健指導の利用案内及び健診結果を同封したうえ、対象者全員に郵送にて送付する。

④自己負担の有無

自己負担なし

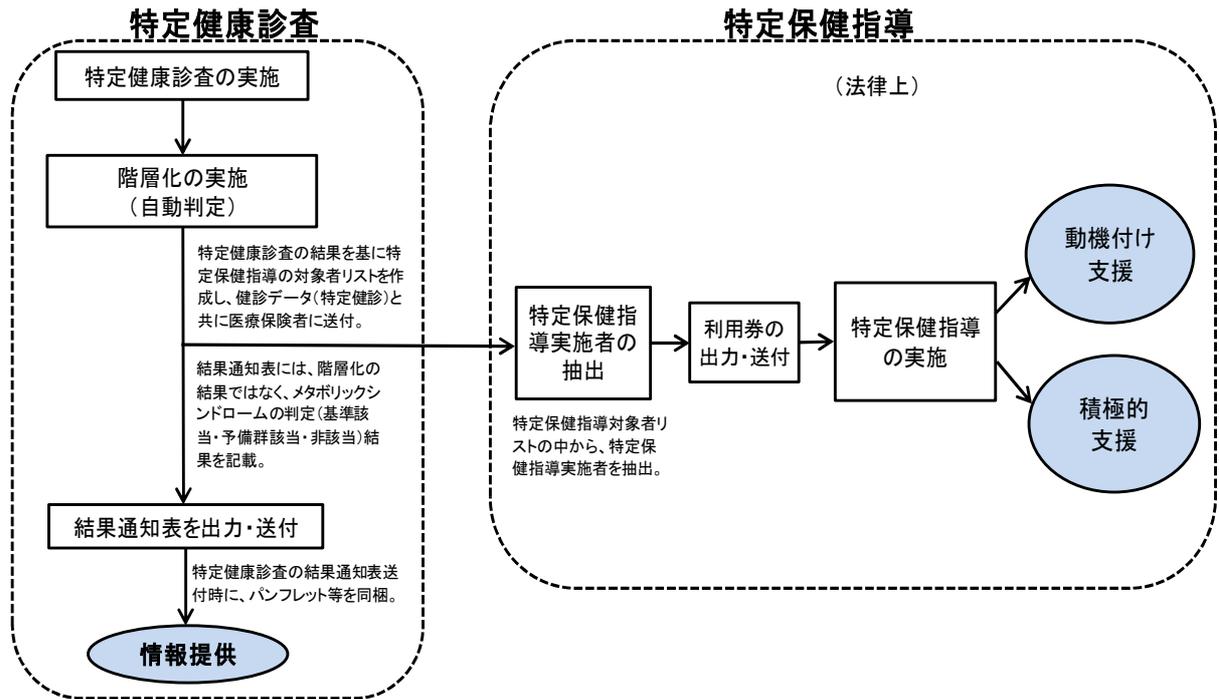
⑤外部委託選定の考え方

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する。

実施項目等

特定健康診査の健診結果に基づき、対象者の階層化を行い、特定保健指導の区分毎に以下の方法により保健指導を実施する。	
動機付け支援	保健師による初回の個別面談(20分以上)又は集団指導(概ね80分以上)を実施して特定健診指導支援計画を作成し、3ヶ月以上経過後に評価(電話等)を行う。なお、初回面接については、分割実施を積極的に行う。
積極的支援	動機付け支援と同様の方法で初回面談等を行うとともに、保健師等による電話又はメールにより継続的支援を実施し、3ヶ月以上経過後に評価(電話等)を行う。なお、積極的支援の継続的支援形態は、アウトカム評価とプロセス評価を合計し180ポイント以上の支援の実施を基本とする。ただし、2年連続して積極的支援に該当した対象者のうち、1年目に比べ2年目の状態が改善している者については、動機付け支援相当の支援として180ポイント未満でも特定保健指導を実施したこととなる。
指導対象外(情報提供)	自らの身体状況を認識するとともに、生活習慣を見直すきっかけとなるよう、結果の提供に併せて、生活習慣の改善等に関する基本的な情報を提供する。
その他の支援	<ul style="list-style-type: none">・特定健康診査の階層化による特定保健指導には該当しないが、肝機能等の数値が、奈良県特定健康診査・特定保健指導マニュアル「特定健康診査判定基準」の要指導に該当する者に対して保健指導を実施する。・奈良県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの対象者に対して、糖尿病性腎症重症化予防に関する保健指導プログラム例の内容を参考に保健指導を実施する。

<図表 3> 特定健康診査から特定保健指導への流れ



(8) 特定保健指導対象者の重点化について

平成 30 年度から、奈良県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、空腹時血糖もしくは随時血糖、ヘモグロビン A1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果から糖尿病が重症化するリスクの高い者に対して、治療や生活習慣の改善に繋げ、腎不全、人工透析への移行を防止するとともに、心筋梗塞、脳梗塞の発症を予防する。

(9) 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・保存する。

(10) 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、大淀町国民健康保険に報告される。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年間とし、できる限り長期的に保存する

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。

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、大淀町個人情報の保護に関する法律施行条例、関係ガイドライン等に基づき、適切に実施していく。

健診等の情報の利用については、個人情報保護関係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・分析を行う。レセプト情報の利用についても同様の取扱いを行う。

(11) 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、以下のとおり実施する。

	特定健診		保健指導	
	個別	集団	動機付け支援	積極的支援
前年度業務	<ul style="list-style-type: none"> ・健診対象者の抽出 ・健診機関との契約 			
4月	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診開始 	<ul style="list-style-type: none"> ・広報による周知 	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導の実施(前年度分) 	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導機関との契約
5月	<ul style="list-style-type: none"> ・受診券送付 			
6月	<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果の送付 		<ul style="list-style-type: none"> ・利用券の送付、保健指導の実施(現年度分) 	
7月		<ul style="list-style-type: none"> ・集団健診の実施(3回) 		
8月				
9月				<ul style="list-style-type: none"> ・結果説明会の開催(1回)
10月				
11月		<ul style="list-style-type: none"> ・未受診者勧奨の実施 		<ul style="list-style-type: none"> ・未利用者勧奨の実施
12月	<ul style="list-style-type: none"> <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> 			
1月		<ul style="list-style-type: none"> ・集団健診の実施(3回) 		
2月				
3月				<ul style="list-style-type: none"> ・結果説明会の開催(1回)

(12) 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、すみやかに大淀町ホームページに掲載し公表する。

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、広報おおよど、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る。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、理解を深める。

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する。

(13) 特定健康診査等実施計画の評価・見直しについて

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る。以下の評価を実施し、被保険者等に情報提供を行う。

計画の見直しについても、国や県の動向等に応じて柔軟に対応し、必要に応じて見直しを行う。

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する。

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ないが、特定保健指導の効果の検証のための指標とする。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する。

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する。

(14) 特定健康診査等の円滑な実施について

特定健康診査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う。

②受診しやすい体制づくり

・特定健康診査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、休日の集団検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する。

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る。また、外部委託を積極的に取り入れ、実施体制を確保する。
- ・ 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

- ・ 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ていく。
- ・ 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。
- ・ 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、連携していく。
- ・ 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、実施していく。

7章. その他

1. 計画の評価・見直し

本町が取り組む保健事業について、各年度の事業評価や国の制度改正や奈良県国民健康保険運営方針等を踏まえ、必要に応じて本計画の見直しを行う。

また、中機関の計画運営の視点から、計画期間の中間年度である令和8年度において、各年度事業の結果、事業の目的や目標の達成度、または成果の数値を指標として、KDBシステム等を利用し、評価・見直しを実施する。

2. 計画の公表・周知

被保険者への周知を図るため、町ホームページに掲載する。

3. 個人情報の取扱い

各保健事業の実施にあたって収集される個人情報や本分析によって抽出された対象者の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律並びにこれらに基づくガイドライン、並びに大淀町個人情報の保護に関する法律施行条例を遵守し、適切に取り扱う。

また、保健事業の実施に当たり外部委託を行う場合は、受託者に対しても同様の取り扱いをすることとし、情報の管理を徹底する。

4. 地域包括ケアに係る取組

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する取組

日本全体において、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ます。

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。高齢化の状況、地理的条件など、地域のおかれた状況によって必要とされる保健事業や対策も異なると考えられるため、地域包括ケアの充実を図り、地域の実情把握・課題分析を関係部署間で共有し、連携して事業に取り組む必要があるため、本町においても、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きているところである。

国民健康保険の視点から地域包括ケアの推進に資する取り組みとしては、医療情報分析結果や保健事業の結果を共有する等して介護部門との連携強化に努めます。

今後、国保被保険者の年齢層の高齢化および、後期高齢者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、国保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、一体的実施の保健事業の実施に力を入れるとともに、地域包括ケアシステム推進に関わる関連課とも連携をはかりながら、高齢者の健康維持、フレイル予防に取り組んでいきます。

8章. 評価指標一覧【アウトカムとアウトプット値の推移】

別紙参照