

十津川村国民健康保険

保健事業実施計画

(データヘルス計画)

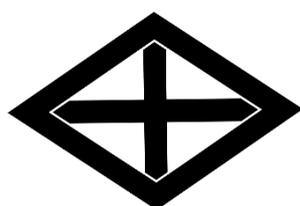
令和6年度

令和11年度



(2024年度)

(2029年度)



十津川村

令和6年4月

## 目次

|                                  |           |
|----------------------------------|-----------|
| <b>【 現行計画の評価 】</b> . . . . .     | <b>1</b>  |
| ◎計画全体の評価 . . . . .               | <b>2</b>  |
| ◎個別保健事業の評価 . . . . .             | <b>3</b>  |
| 1. 特定健康診査事業 . . . . .            | <b>3</b>  |
| 2. がん検診事業 . . . . .              | <b>4</b>  |
| 3. 健診結果説明事業 . . . . .            | <b>5</b>  |
| 4. 特定保健指導事業 . . . . .            | <b>5</b>  |
| 5. 糖尿病重症化予防事業 . . . . .          | <b>6</b>  |
| <br>                             |           |
| <b>【 第3期データヘルス計画 】</b> . . . . . | <b>7</b>  |
| <b>I. 基本的事項</b> . . . . .        | <b>8</b>  |
| 1. 計画の趣旨 . . . . .               | <b>8</b>  |
| 2. 計画期間 . . . . .                | <b>9</b>  |
| 3. 実施体制・関連計画との連携 . . . . .       | <b>9</b>  |
| 4. 共通指標について . . . . .            | <b>10</b> |
| <b>II. 現状の整理</b> . . . . .       | <b>12</b> |
| ・ 被保険者の状況 . . . . .              | <b>12</b> |
| ・ 平均寿命・標準化死亡比等 . . . . .         | <b>13</b> |
| ・ 医療費・医療の状況 . . . . .            | <b>14</b> |
| ・ 特定健康診査・特定保健指導等の健診データ . . . . . | <b>17</b> |
| ・ 介護関連 . . . . .                 | <b>20</b> |
| <b>III. 前期計画からの考察</b> . . . . .  | <b>20</b> |
| <b>IV. 計画全体</b> . . . . .        | <b>21</b> |
| 1. 課題の整理 . . . . .               | <b>21</b> |
| 2. 目的・目標 . . . . .               | <b>22</b> |

|                                  |           |
|----------------------------------|-----------|
| <b>V. 個別保健事業</b> . . . . .       | <b>22</b> |
| 1. 特定健康診査事業(実施率向上対策事業) . . . . . | <b>22</b> |
| 2. 特定保健指導事業 . . . . .            | <b>23</b> |
| 3. 糖尿病性腎症重症化予防対策事業 . . . . .     | <b>23</b> |
| 4. 生活習慣病重症化予防対策事業 . . . . .      | <b>24</b> |
| <b>VI. その他</b> . . . . .         | <b>25</b> |
| 1. 計画の評価・見直し . . . . .           | <b>25</b> |
| 2. 計画の公表・周知 . . . . .            | <b>25</b> |
| 3. 個人情報の取扱い . . . . .            | <b>25</b> |
| 4. 地域包括ケアに係る取組 . . . . .         | <b>25</b> |

## 現行計画の評価

## ◎計画全体の評価

### ◆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、PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが出来るように本計画を策定しました。

### ◆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<br>(65歳時平均自立期間)・男性 | 延伸  | 18.02年<br>【18.49年】 | 18.61年<br>【18.79年】 | 17.78年<br>【19.01年】 | 17.08年<br>【18.95年】 | —  | —  | D  |
| 健康寿命<br>(65歳時平均自立期間)・女性 | 延伸  | 19.99年<br>【21.05年】 | 20.79年<br>【21.30年】 | 20.58年<br>【21.52年】 | 19.95年<br>【21.46年】 | —  | —  | B  |
| メタボリックシンドローム<br>の該当者の割合 | 減少  | 17.4%<br>【17.2%】   | 14.9%<br>【17.4%】   | 19.2%<br>【18.9%】   | 15.2%<br>【18.8%】   | —  | —  | A  |
| メタボリックシンドローム<br>の予備軍の割合 | 減少  | 7.3%<br>【10.9%】    | 10.4%<br>【11.0%】   | 9.1%<br>【11.4%】    | 12.8%<br>【11.2%】   | —  | —  | D  |

【 】 県の指標

### ◆指標毎の評価に対する要因等のまとめ

#### ・健康寿命

本村の推移をみると男性は短縮、女性は延伸の傾向にあります。男性が短縮している要因は不明ですが、介護予防事業への参加率が低いことが影響していると推測されます。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するとともに、男女共に延伸につながるような事業に取り組んでいく必要があります。

#### ・メタボリックシンドロームの該当者の割合

メタボリックシンドロームの該当者の割合は、減少傾向です。近年の数値の上下は、母数が少ないため少人数の対象者の変化でも大きな影響を及ぼしていると思われます。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、延伸につながるよう取り組んでいく必要があります。

#### ・メタボリックシンドローム予備群の割合

メタボリックシンドロームの予備群の割合は、増加傾向です。新型コロナウイルス感染症の流行により外出を自粛した人が増え、運動不足から肥満やメタボリックシンドローム予備群が増加したと考えられます。予備群と該当者の推移は関連があるように見られます。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、延伸につながるよう取り組んでいく必要があります。

## ◎個別保健事業の評価

### 1. 特定健康診査事業

| 目的           | 生活習慣を振り返る機会とし、生活習慣病の予防または早期発見・早期治療につなげ、村民の健康増進を目的とします。   |        |           |       |       |        |       |      |    |
|--------------|--|--------|-----------|-------|-------|--------|-------|------|----|
| 事業内容         | 健診業者による集団実施（8月）と県内医療機関での個別実施(村内医療機関は2か所)。  |        |           |       |       |        |       |      |    |
| 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        | 特定健診受診率  | 40%    | 36.2%     | 38.7% | 14.5% | 35.8%  | 38.4% | 未    | C  |
|              | 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   | 5日/年   | 5日        | 5日    | 0日    | 5日     | 5日    | 未    | A  |
|              | プロセス   | 勧奨通知時期 | 集団健診の3か月前 | 実施    | 実施    | 集団健診中止 | 実施    | 実施   | 実施 |
| ストラクチャー      | 受診勧奨者の受診率  | 40%    | 36.2%     | 38.7% | 14.5% | 35.8%  | 38.4% | 未    | C  |
|              | 委託業者との連携   | 2回/年   | 2回        | 2回    | 2回    | 2回     | 2回    | 2回   | A  |
| 成功要因<br>未達要因 | 医療機関との連携   | 2回/年   | 2回        | 2回    | 2回    | 2回     | 2回    | 2回   | A  |
|              | R2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下しました。<br>R3年度より集団健診を再開し受診率も回復しましたが、目標値には届いていません。<br>また、平日の日中に健診を実施しているため、働き盛り世代の受診率が低いです。<br>集団健診を毎年村内4か所で実施することにより、点在して居住する被保険者の受診を促し、一定の受診率を確保することができました。<br>集団健診及び個別健診を実施できる期間や人数に一定の制限があります。そのため、申し込みを忘れた被保険者への受診勧奨等が行えません。未受診者が一定程度発生しています。 |        |           |       |       |        |       |      |    |
| 効果があった取組     | 以前は、受診勧奨通知を世帯宛てに送付していましたが、個人宛に送付することで、より申し込みがしやすくなり、受診率増加につながりました。<br>一部地域で運行していたデマンドタクシーがR4年度より村内全域運行するようになり、被保険者が健診会場へアクセスしやすくなりました。   |        |           |       |       |        |       |      |    |
| 見直しが必要な取組    | 働き盛り世代が受診しやすい日程調整（休日・夜間など）   |        |           |       |       |        |       |      |    |
| 課題・次期計画の方向性  | 受診率が目標値に届いていないため、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、引き続き事業実施していきます。  |        |           |       |       |        |       |      |    |

## 2. がん検診事業

| 目 的             |   | がんの早期発見・早期治療により、がんの死亡率を減少させることを目的とします。                               |       |       |        |       |       |    |    |
|-----------------|---|--|-------|-------|--------|-------|-------|----|----|
| 事業内容            |   | 胃がん・肺がん・大腸がん検診を特定健診と同時に実施（胃がん検診は集団健診のみ実施）。<br>乳がん・子宮がん検診をセット検診として実施。 |       |       |        |       |       |    |    |
| 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           | 胃がん検診受診率  | 15%  | 4.3%  | 5.1%  | 0%     | 4.0%  | 3.8%  | 未  | D  |
|                 | 肺がん検診受診率  | 40%  | 23.3% | 25.0% | 8.7%   | 21.8% | 20.3% | 未  | D  |
|                 | 大腸がん検診受診率   | 40%  | 22.3% | 24.3% | 8.7%   | 21.3% | 19.5% | 未  | D  |
|                 | 乳がん検診受診率  | 30%  | 24.9% | 26.4% | 16.7%  | 21.9% | 26.6% | 未  | C  |
|                 | 子宮がん検診受診率   | 30%  | 19.2% | 21.3% | 13.0%  | 16.5% | 20.1% | 未  | C  |
| アウトプット          | 集団検診実施率<br>(乳がん・子宮がん)   | 3回/年   | 3回    | 3回    | 0回     | 3回    | 3回    | 3回 | A  |
|                 | 集団検診実施率<br>(胃・肺・大腸がん)   | 5回/年   | 5回    | 5回    | 0回     | 5回    | 5回    | 5回 | A  |
| プロセス            | 勧奨通知時期<br>(乳がん・子宮がん)  | 集団検診の2か月前  | 実施    | 実施    | 集団健診中止 | 実施    | 実施    | 実施 | A  |
|                 | 勧奨通知時期<br>(胃・肺・大腸がん)  | 集団検診の3か月前  | 実施    | 実施    | 集団検診中止 | 実施    | 実施    | 実施 | A  |
| ストラクチャー         | 委託業者との連携<br>(乳がん・子宮がん)  | 2回/年   | 2回    | 2回    | 2回     | 2回    | 2回    | 2回 | A  |
|                 | 委託業者との連携<br>(胃・肺・大腸がん)  | 2回/年   | 2回    | 2回    | 2回     | 2回    | 2回    | 2回 | A  |
|                 | 医療機関との連携<br>(乳がん・子宮がん)  | 2回/年   | 2回    | 2回    | 2回     | 2回    | 2回    | 2回 | A  |
|                 | 医療機関との連携<br>(胃・肺・大腸がん)  | 2回/年   | 2回    | 2回    | 2回     | 2回    | 2回    | 2回 | A  |
| 成功要因<br>未達要因    | <p>R2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下しました。</p> <p>R3年度より集団健診を再開し受診率も回復しましたが、目標値には届いていません。</p> <p>がん検診を実施できるのは集団健診のみになるため、受診できる被保険者が限られ、受診率が低くなる傾向にあります。</p> <p>また、平日の日中に健診を実施しているため、働き盛り世代の受診率が低いです。</p> |  |       |       |        |       |       |    |    |
| 効果があった<br>取組    | <p>以前は、受診勧奨通知を世帯宛てに送付していましたが、個人宛に送付することで、より申し込みがしやすくなり、受診率増加につながりました。</p> <p>一部地域で運行していたデマンドタクシーがR4年度より村内全域運行するようになり、被保険者が健診会場へアクセスしやすくなりました。</p>   |  |       |       |        |       |       |    |    |
| 見直しが必要な<br>取組   | 働き盛り世代が受診しやすい日程調整（休日・夜間など）  |  |       |       |        |       |       |    |    |
| 課題・次期計画の<br>方向性 | 受診率が目標値に届いていないため、次期計画でも「がん検診受診率向上対策事業」と名称を変更し、引き続き事業実施していきます。   |  |       |       |        |       |       |    |    |

### 3. 健診結果説明事業

|                 |  |            |       |      |     |      |      |    |    |
|-----------------|--|------------|-------|------|-----|------|------|----|----|
| 目的              | 健診結果を項目ごとに説明し、自身で確認してもらうことで、生活習慣を振り返り、重症化を予防することを目的とします。   |            |       |      |     |      |      |    |    |
| 事業内容            | 希望した受診者に対し、個別に健診結果説明を行います。健康課題を抽出し、生活習慣改善の機会とします。  |            |       |      |     |      |      |    |    |
| 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           | 結果説明実施率<br>(結果説明申込者)   | 100%       | 100%  | 100% | 0%  | 100% | 100% | 未  | A  |
|                 | アウトプット   | 結果説明実施率    | 100%  | 100% | 0%  | 100% | 100% | 未  | A  |
| プロセス            | 結果説明実施回数   | 未          | 24/回  | 18/回 | 0/回 | 13/回 | 14/回 | 未  | C  |
|                 | 結果説明通知時期   | 健診後<br>1か月 | 実施    | 実施   | 未実施 | 実施   | 実施   | 未  | A  |
| ストラクチャー         | 設定なし   |            |       |      |     |      |      |    |    |
| 成功要因<br>未達要因    | 健診結果説明に申し込みされる人は、健康意識が高いため、ご自身の健診結果をしっかりと受け止め、生活習慣の見直しに非常に前向きで、すでに運動など、生活習慣改善に取り組まれている人もいました。<br>一方で申し込みされない人は、健診を受けたことで満足してしまっていると考えられます。 |            |       |      |     |      |      |    |    |
| 効果があった<br>取組    | 以前は、結果説明会を各地域で実施していましたが、個別対応にすることで、よりその人に合った説明が丁寧に行えるようになりました。<br>健診結果と一緒にリーフレット「健診は受けた後が大切です」と結果説明の案内を同封しました。                             |            |       |      |     |      |      |    |    |
| 見直しが必要な<br>取組   | 特に特定保健指導になる人には、結果説明を聴いてもらえるように周知方法を検討します。  |            |       |      |     |      |      |    |    |
| 課題・次期計画の<br>方向性 | 健診を受けたら終わりではなく、その後が大切であることを周知し、結果説明に参加する人が増加するよう事業を継続していきます。   |            |       |      |     |      |      |    |    |

### 4. 特定保健指導事業

|              |   |            |       |      |      |       |      |      |    |
|--------------|---|------------|-------|------|------|-------|------|------|----|
| 目的           | 特定健康診査の結果、生活習慣病になるリスクがある人に対して、保健指導を実施し、重症化を予防することを目的とします。   |            |       |      |      |       |      |      |    |
| 事業内容         | 保健師、管理栄養士等による生活習慣改善のプログラムを6か月間継続的に実施します。  |            |       |      |      |       |      |      |    |
| 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   | 100%       | 10.7% | 0%   | 0%   | 11.1% | 4.5% | 未    | D  |
|              | アウトプット  | 参加勧奨実施率    | 100%  | 100% | 100% | 100%  | 100% | 100% | 未  |
| プロセス         | 保健指導実施回数  | 3回/年       | 3回    | 1回   | 0回   | 3回    | 3回   | 未    | A  |
|              | 参加勧奨通知時期  | 検診後<br>1か月 | 実施    | 実施   | 未実施  | 実施    | 実施   | 未    | A  |
| ストラクチャー      | 管理栄養士との連携   | 3回/年       | 3回    | 3回   | 0回   | 3回    | 3回   | 未    | A  |
| 成功要因<br>未達要因 | 指導プログラムへの参加勧奨を行うが、毎年同じ対象者が抽出され、初回は参加するが、二年目以降の参加率が低いいため全体の指標が低いです。<br>保健師だけでなく管理栄養士を講師として保健指導を実施することでより専門性の高い内容となり、対象者に合ったプログラムを提案することができました。 |            |       |      |      |       |      |      |    |

|             |   |
|-------------|---|
|             | 令和元年度の途中から令和2年度は、新型コロナウイルス感染拡大によって、保健指導が実施できませんでした。 |
| 効果があった取組    | 管理栄養士による個別栄養相談。                                     |
| 見直しが必要な取組   | 保健指導への勧奨手段。   |
| 課題・次期計画の方向性 | 保健指導に参加せず翌年度も対象となる人が一定数います。対象者ができる限り参加しやすい手段を検討します。 |

## 5. 糖尿病重症化予防事業

| 目的                                 | 糖尿病が重症化するリスクの高い人に対して受診勧奨および保健指導を行い、腎不全、人工透析への移行を防ぐことを目的とします。 |      |       |      |    |    |      |    |    |
|------------------------------------|--|------|-------|------|----|----|------|----|----|
| 事業内容                               | 糖尿病重症化リスクの高い未受診者・受診中断者への受診勧奨および通院中重症化リスクの高い患者に対して保健指導を実施します。 |      |       |      |    |    |      |    |    |
| 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<br>アウトプット<br>プロセス<br>ストラクチャー | 保健指導実施率  | 100% | 100%  | 100% | -  | -  | 100% | 未  | A  |
|                                    | 受診勧奨実施率  | 100% | 100%  | 100% | -  | -  | 100% | 未  | A  |
|                                    | 保健指導実施回数   | 3回/年 | 3回    | 3回   | -  | -  | 2回   | 未  | A  |
|                                    | 受診勧奨者の受診率  | 100% | 100%  | 100% | -  | -  | 100% | 未  | A  |
| ストラクチャー                            | 医療機関との連携   | 1回/年 | 1回    | 1回   | -  | -  | 1回   | 未  | A  |
| 成功要因・未達要因                          | 糖尿病重症化予防保健指導者研修プログラムに協力依頼という形での実施であったため目標に到達することができました。      |      |       |      |    |    |      |    |    |
| 効果があった取組                           | 糖尿病重症化予防保健指導者研修プログラム。  |      |       |      |    |    |      |    |    |
| 見直しが必要な取組                          | 研修プログラム終了後の事業継続。   |      |       |      |    |    |      |    |    |
| 課題・次期計画の方向性                        | 糖尿病重症化リスクの周知と治療未受診者、中断者の把握および医師との連携。                         |      |       |      |    |    |      |    |    |

## 第3期データヘルス計画

# Ⅰ. 基本的事項

## 1. 計画の趣旨

近年、特定健康診査の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト等」という。）の電子化の進展、国保データベース（KDB）システム（以下「KDB」という。）等の整備により、保険者が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価を行うための基盤の整備が進んでいます。

こうした中で、「日本再興戦略」（平成 25 年 6 月 14 日閣議決）においても、「すべての健康保険組合に対し、レセプトなどのデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成、公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされました。

厚生労働省においては、こうした背景を踏まえ、国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）第 82 条第 4 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成 16 年厚生労働省告示第 308 号。以下「保健事業実施指針」という。）の一部を改正し、保険者は健康・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うものとなりました。

本村においても、保健事業実施指針に基づくとともに、前期計画の実施結果等を踏まえ、「十津川村国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定めました。計画に基づく保健事業を推進することにより、被保険者の健康寿命の延伸と医療費適正化を目指します。

## 2. 計画期間

本計画の計画期間は、令和6年度(2024年度)から令和11年度(2029年度)までの6年間とします。これは、県における医療費適正化計画等の期間と整合性を図るものです。

## 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    | 住民課 国保係                   | 計画全体の調整、管理             |
| 庁内関係課  | 住民課 保健衛生係                 | 保健事業の計画、実施、<br>評価      |
|        | 住民課 後期高齢係                 |                        |
|        | 福祉事務所 地域包括支援センター          |                        |
| 県、外部機関 | 十津川村社会福祉協議会<br>居宅介護支援事業所  | 情報共有、事業協力              |
|        | 奈良県医療保険課                  | 計画の方向性に関する情<br>報提供や支援  |
|        | 奈良県国保連合会<br>(支援・評価委員会も活用) | 現状分析、計画策定、評<br>価に関する支援 |
|        | 吉野保健所                     | 助言等の技術的支援              |

### 【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             | 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～令和11年 |
| 十津川村第4期特定健診実施計画 | 住民課 国保係   | 令和6年～令和11年 |
| 第5次十津川村総合計画     | 総務課       | 平成29年～令和8年 |
| 十津川村第2次健康増進計画   | 住民課 保健衛生係 | 平成29年～令和8年 |
| 十津川村地域福祉計画      | 福祉事務所     | 令和2年～令和6年  |
| 第9期十津川村介護保険事業計画 | 福祉事務所     | 令和6年～令和9年  |

## 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。

本村においても、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きます。

### 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)

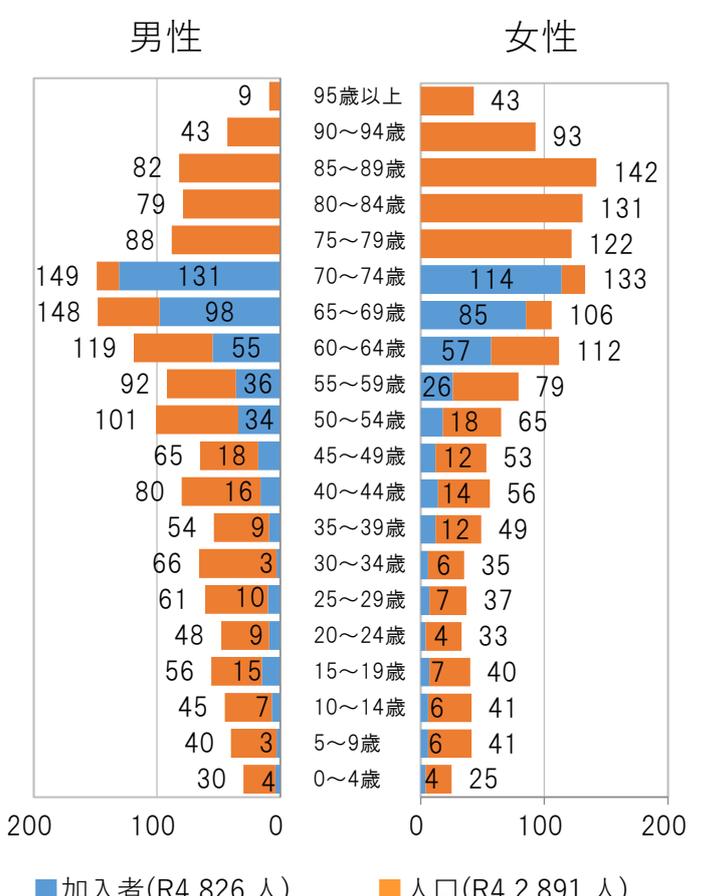
#### ◆データヘルス計画全体の指標

| 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）<br>※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 |

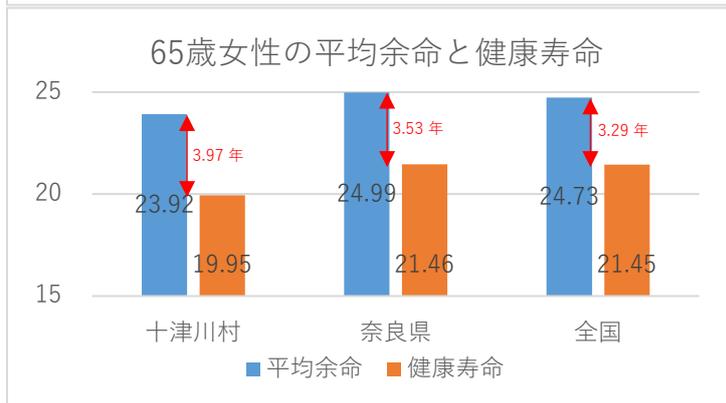
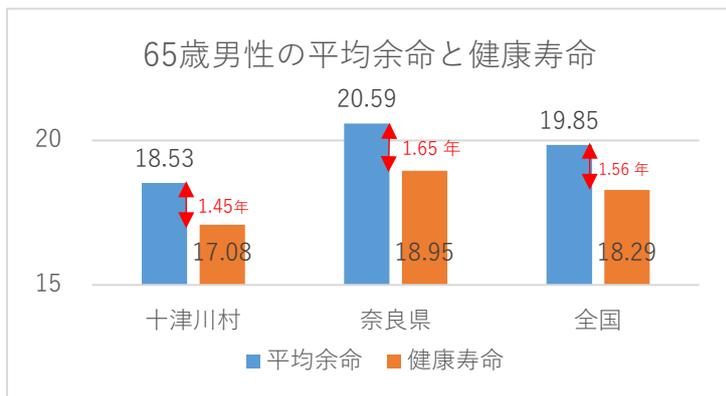
◆個別保健事業における指標

| No. | 目標                          | 取組                    | 指標   | 目指す方向<br>(目標値) | 出典        |
|-----|-----------------------------|-----------------------|--|----------------|-----------|
| 1   | 生活習慣病<br>の発症予防              | 特定健康診<br>査・特定保<br>健指導 | 特定健康診査受診率  | + (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<br>健指導対象者の参加率   | +              | 法定報告      |
| 4   |                             |                       | 血糖の有所見者の割合<br>(保健指導判定値以上：<br>HbA1c5.6%以上)  | -              | KDB       |
| 5   |                             |                       | 血圧の有所見者の割合(保健<br>指導判定値以上：①収縮期<br>血圧 130mmHg②拡張期血<br>圧 85mmHg 以上)   | -              | KDB       |
| 6   |                             |                       | 脂質の有所見者の割合(保健<br>指導判定値以上<br>①HDL コレステロール<br>40mg/dl 未満の割合<br>②中性脂肪 150mg/dl 以上<br>の割合<br>③LDL コレステロール<br>120mg/dl 以上の割合) | -              | KDB       |
| 7   | 【参考】<br>生活習慣病発症状況<br>モニタリング |                       | 糖尿病の受療割合(糖尿病の<br>レセプトがある者)   | 総合的に<br>判断     | KDB       |
| 8   |                             |                       | 高血圧症の受療割合(高血圧<br>のレセプトがある者)  | 総合的に<br>判断     | KDB       |
| 9   | 生活習慣病<br>の重症化予<br>防         | 生活習慣病<br>の重症化予<br>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<br>正使用                | 適正受診・<br>適正服薬の<br>促進  | 同一月内に複数の医療機関<br>を受診し、重複処方が発生<br>した者の割合(1以上の薬剤<br>で重複処方を受けた者)   | -              | KDB       |
| 12  |                             |                       | 同一月内に9以上の薬剤の<br>処方を受けた者の割合(9以<br>上の薬剤の処方を受けた者)   | -              | KDB       |
| 13  | 後発医薬品<br>の使用                | 後発医薬品<br>の使用促進        | 後発医薬品使用割合(数量ベ<br>ース)   | +              | 厚生労働<br>省 |

## II. 現状の整理

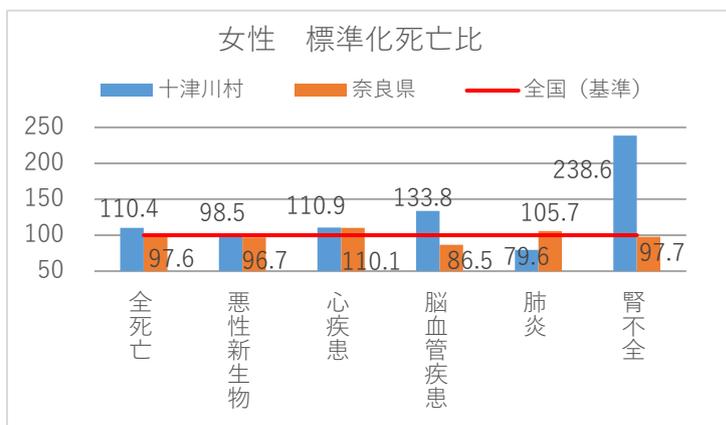
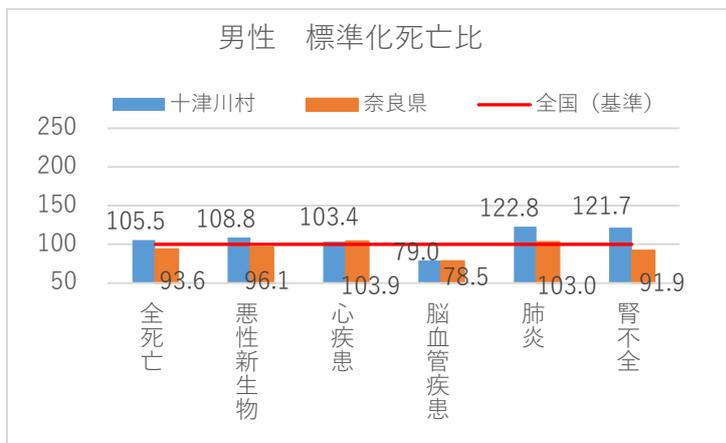
| 項目   | 健康医療情報   | 分析結果  |       |       |       |      |      |          |     |     |     |     |     |       |       |       |       |       |       |             |      |      |      |      |      |  |
|--|--|-------|-------|-------|-------|------|------|----------|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------|------|------|------|------|------|--|
| 被保険者の状況  | <p>・被保険者数の推移</p> <table border="1" data-bbox="220 465 949 734"> <thead> <tr> <th></th> <th>H30年度</th> <th>R1年度</th> <th>R2年度</th> <th>R3年度</th> <th>R4年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>被保険者数(人)</td> <td>965</td> <td>924</td> <td>872</td> <td>868</td> <td>826</td> </tr> <tr> <td>人口(人)</td> <td>3,250</td> <td>3,166</td> <td>3,098</td> <td>2,993</td> <td>2,891</td> </tr> <tr> <td>人口に占める割合(%)</td> <td>29.7</td> <td>29.2</td> <td>28.1</td> <td>29.0</td> <td>28.6</td> </tr> </tbody> </table> <p>出典：村政報告書 各年4月(人口) 国保毎月事業状況報告 各年4月(被保者数)</p> <p>・年齢構成等</p> |       | H30年度 | R1年度  | R2年度  | R3年度 | R4年度 | 被保険者数(人) | 965 | 924 | 872 | 868 | 826 | 人口(人) | 3,250 | 3,166 | 3,098 | 2,993 | 2,891 | 人口に占める割合(%) | 29.7 | 29.2 | 28.1 | 29.0 | 28.6 | <p>令和4年4月現在被保険者数は村内の人口の28.6%を占めています。年次推移からは被保険者数は減少傾向ですが、年齢別にみると、70歳代の被保険者数が全体の約30%を占めています。</p> <p>これは団塊の世代が関係していると考えられます。被保険者年齢層の高齢化により、医療費の増加等につながる事が懸念されます。</p> |
|  |  | H30年度 | R1年度  | R2年度  | R3年度  | R4年度 |      |          |     |     |     |     |     |       |       |       |       |       |       |             |      |      |      |      |      |  |
| 被保険者数(人)   | 965  | 924   | 872   | 868   | 826   |      |      |          |     |     |     |     |     |       |       |       |       |       |       |             |      |      |      |      |      |  |
| 人口(人)  | 3,250  | 3,166 | 3,098 | 2,993 | 2,891 |      |      |          |     |     |     |     |     |       |       |       |       |       |       |             |      |      |      |      |      |  |
| 人口に占める割合(%)  | 29.7   | 29.2  | 28.1  | 29.0  | 28.6  |      |      |          |     |     |     |     |     |       |       |       |       |       |       |             |      |      |      |      |      |  |
|  <p>■ 加入者(R4 826人)      ■ 人口(R4 2,891人)</p> <p>出典：国保毎月事業状況報告各年4月(被保者数)</p> |  |       |       |       |       |      |      |          |     |     |     |     |     |       |       |       |       |       |       |             |      |      |      |      |      |  |

・健康寿命



出典：奈良県健康推進課「奈良県民の健康寿命」 令和3年

・標準化死亡比等



出典：厚生労働省人口動態調査保健所・市町村別統計(平成29～令和3年)

令和3年の健康寿命は、男性17.08年、女性19.95年で、女性の方が長いです。男女とも奈良県や全国と比べて短いです。

また、平均要介護期間は、男性1.45歳、女性3.97歳で女性の方が長いです。男女とも奈良県や全国と比べて長いことが特徴です。

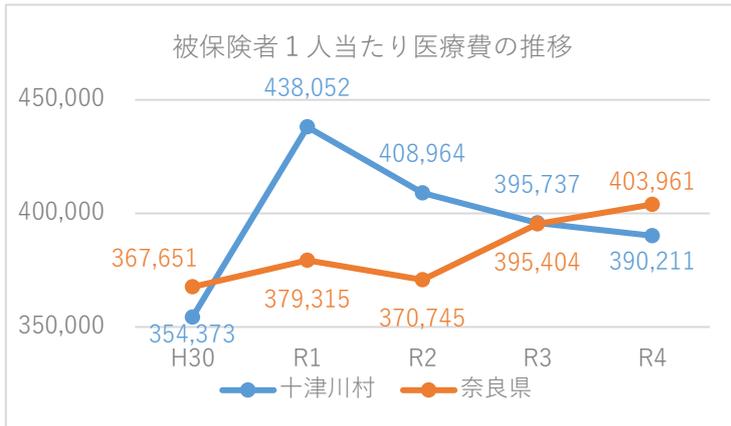
死亡状況では、男性は悪性新生物、肺炎、腎不全が全国平均より高く、女性は、心疾患、脳血管疾患、腎不全が全国平均より高いです。特に腎不全が高いです。

脳血管疾患につながる高血圧症が十津川村では多く、その原因として、山間部特有の保存食文化による塩分摂取過多が考えられます。

平成29年3月よりドクターヘリが配備されるようになり、早期発見早期治療が可能となりました。

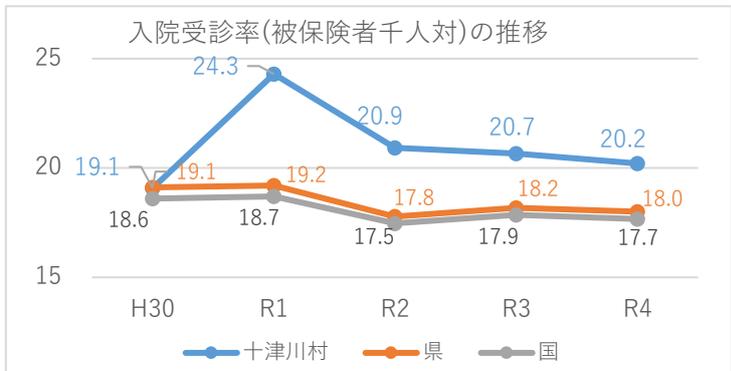
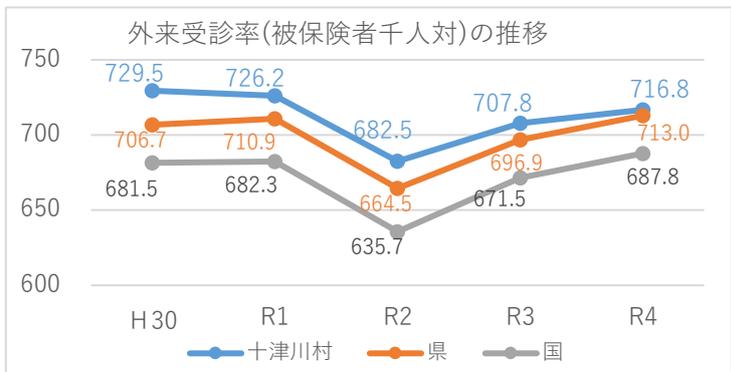
日本透析医学会によると、腎不全（透析患者）の死因は、近年心不全による死亡が減少し、感染症による死亡が増加傾向としています。

・一人当たり医療費



出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）R4のみ速報値

・受診状況



出典：KDB 帳票No.1 地域全体像の把握 各年度累計

村内医療機関は、国保診療所と開業医（1か所）のみで入院施設のある医療機関がなく、入院が必要な場合は、南奈良総合医療センター（大淀町）または、県外医療機関（新宮市等）へ行くこともあります。各医療機関までの移動距離が片道 70 km以上あり時間にしておよそ 1 時間 30 分程度かかります。

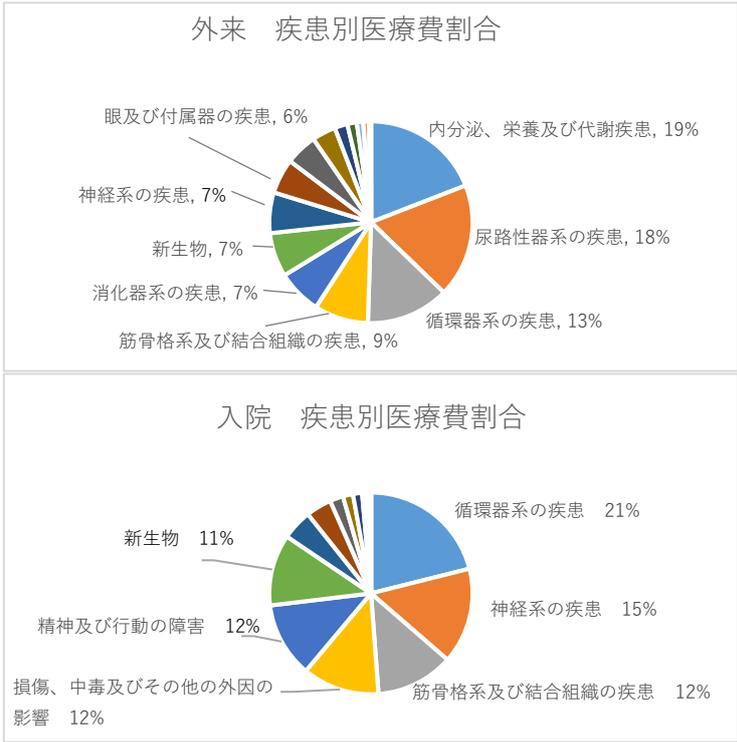
一人当たりの医療費は、令和元年をピークに減少傾向です。

外来受診率の状況では、国や県と同じように推移していますが、国や県よりは、高いです。

令和2年度については、コロナ感染拡大による軽度な治療の受診控えが影響していると考えられます。

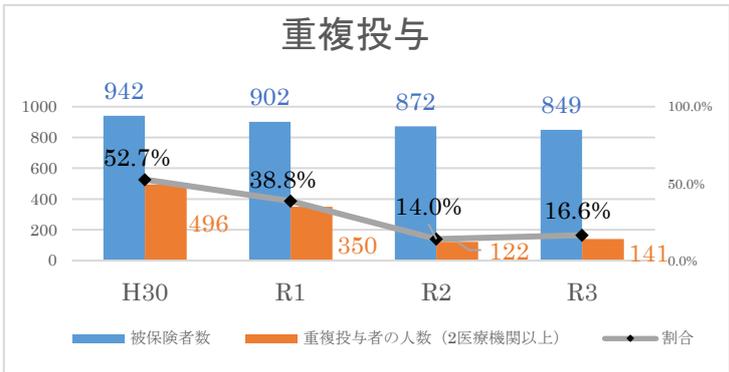
入院受診率では、令和元年度に一時的に高くなりその後おおよそ横ばいで推移しています。国や県より高い状況で推移しています。

・外来・入院別医療費の高い疾病

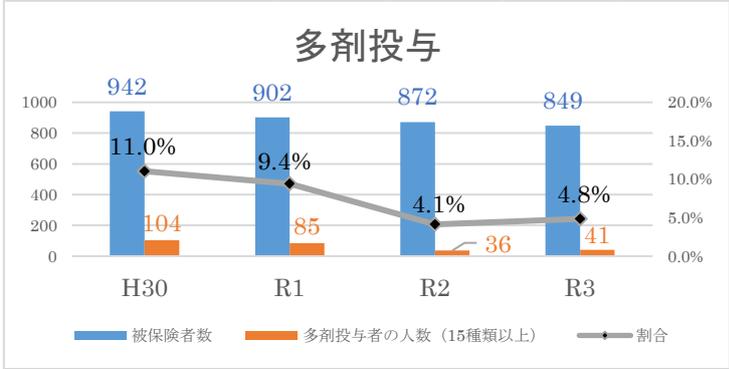


出典：KDB 帳票No.42 疾病別医療費分析(大分類) 令和4年度累計

・投薬状況（重複、多剤投与等）



| 被保険者数に占める重複投与者の割合 | H30   | R1    | R2    | R3    |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|
| 十津川               | 52.7% | 38.8% | 14.0% | 16.6% |
| 奈良県               | 38.0% | 36.5% | 27.1% | 29.6% |



| 被保険者数に占める多剤投与者の割合 | H30   | R1   | R2   | R3   |
|-------------------|-------|------|------|------|
| 十津川               | 11.0% | 9.4% | 4.1% | 4.8% |
| 奈良県               | 7.7%  | 7.3% | 5.6% | 6.1% |

出典：第3期「ヘルス計画策定」タセット ※被保険者数は10月1日現在

医療費の状況は、外来では、内分泌、泌尿器系の疾患、循環器系の疾患、筋骨格系及び結合組織の疾患の順に多いです。

入院では、循環器系の疾患、神経系の疾患、筋骨格系及び結合組織の疾患、損傷、中毒及びその他の外因の影響の順に高いです。

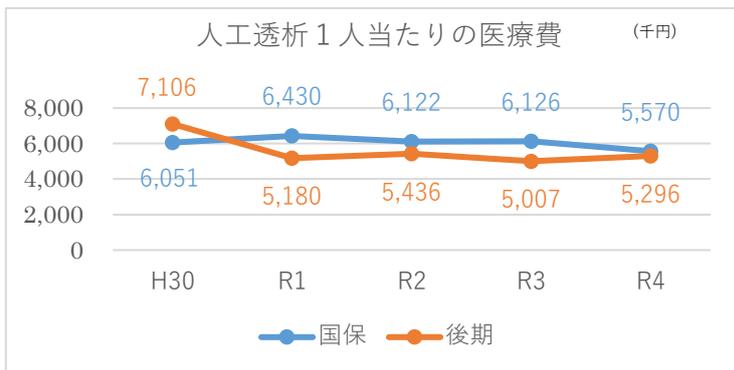
平成30年4月に奈良県国保連合会が、国保事務支援センターを設立し、市町村との共同保健事業として「重複投薬・多剤投薬・併用禁忌投薬対策事業」を開始しました。

その結果、村での重複投与は、減少傾向で、奈良県と比べ低い値で推移しています。多剤投与についても減少傾向です。

・人工透析者数と医療費の推移

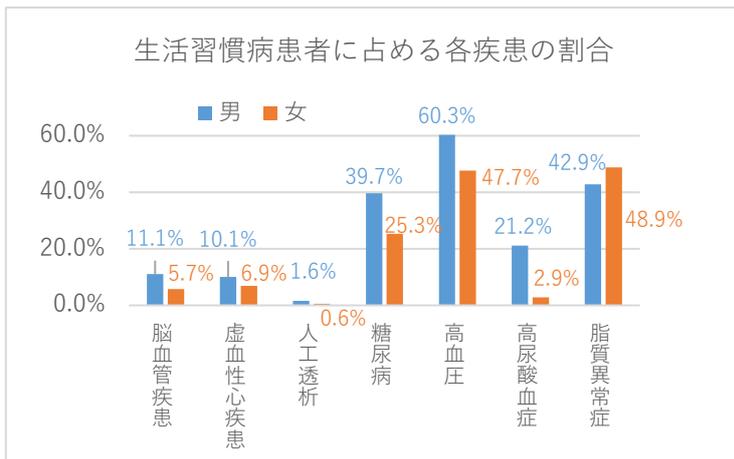


出典：KDB 帳票No.4 市区町村別データ 各年度累計



出典：KDB 厚生労働省様式(2-2)人工透析患者一覧より  
糖尿病に起因する人工透析 1 人当たりの医療費 各年度平均値

・生活習慣病有病者数（率）



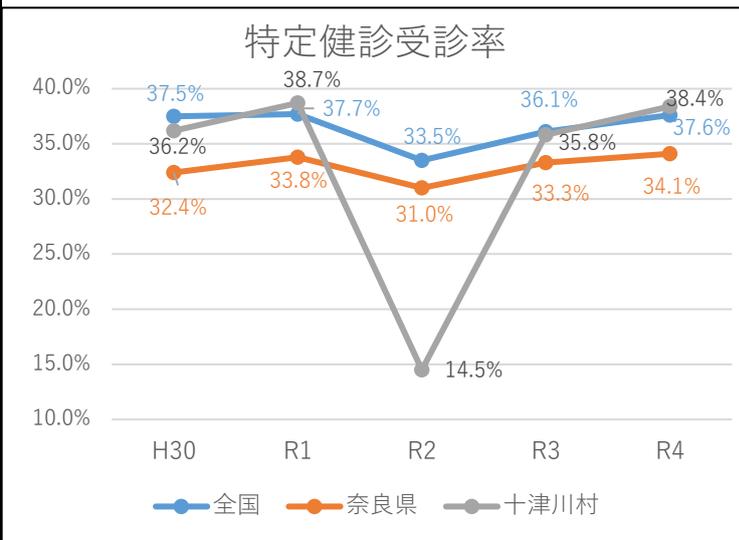
出典：KDB 厚生労働省様式(3-1)生活習慣病全体のレフト分析(令和 4 年 4 月)

透析患者数は 10 人程度でおおむね横ばいです。

一人当たりの医療費は、年間 500 万円から 600 万円程度で推移しています。

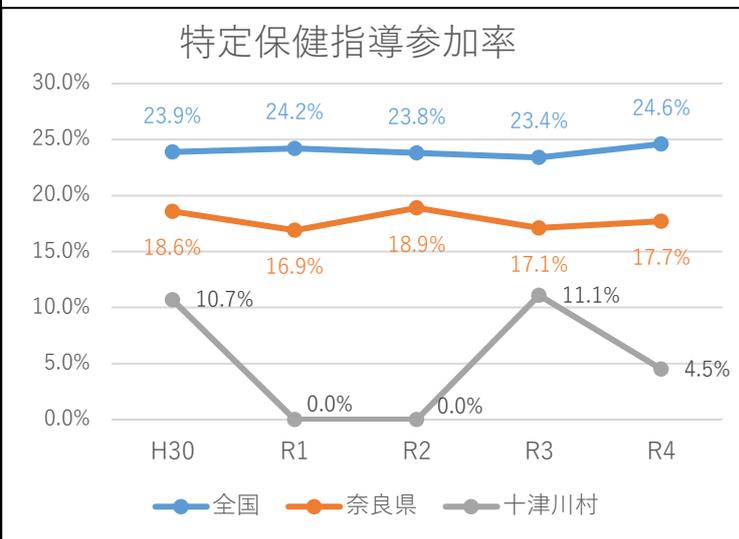
生活習慣病では、男女ともに高血圧症、脂質異常症、糖尿病の順に高いです。高血圧症や糖尿病は、男性が女性より高く、脂質異常症は、女性が男性より高いです。

・特定健診受診率



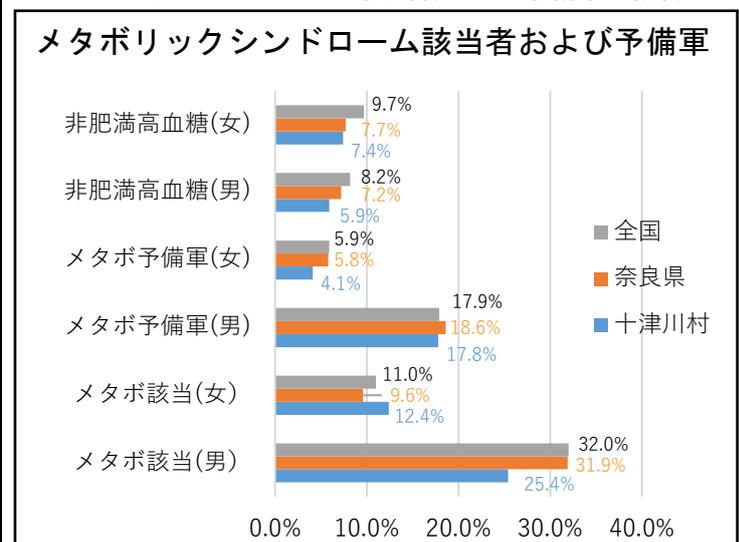
出典：法定報告(厚生労働省)

・特定保健指導参加率



出典：法定報告(厚生労働省)

・メタボリックシンドローム該当者および予備軍の割合



出典：KDB 地域の全体像の把握 健診の状況(令和4年度累計)

集団健診は8月、個別健診は診療所と開業医で8月から12月に実施しています。

集団健診の実施にあたり、医師等スタッフの宿泊が可能な検診業者に限られるため期間や回数は選べない状況です。

また、毎年5月の申込期間を逃すと年度内は健診を受ける機会がありません。

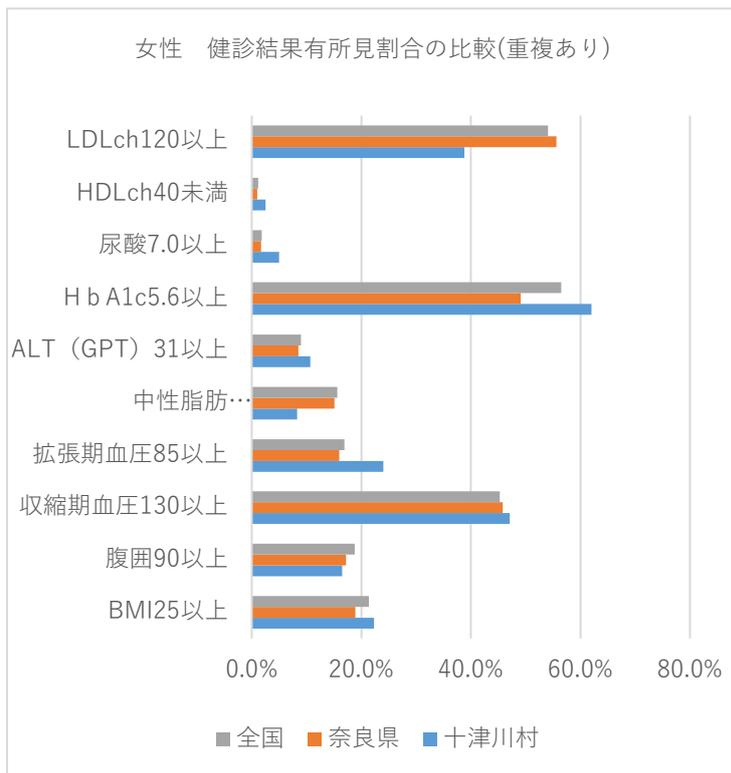
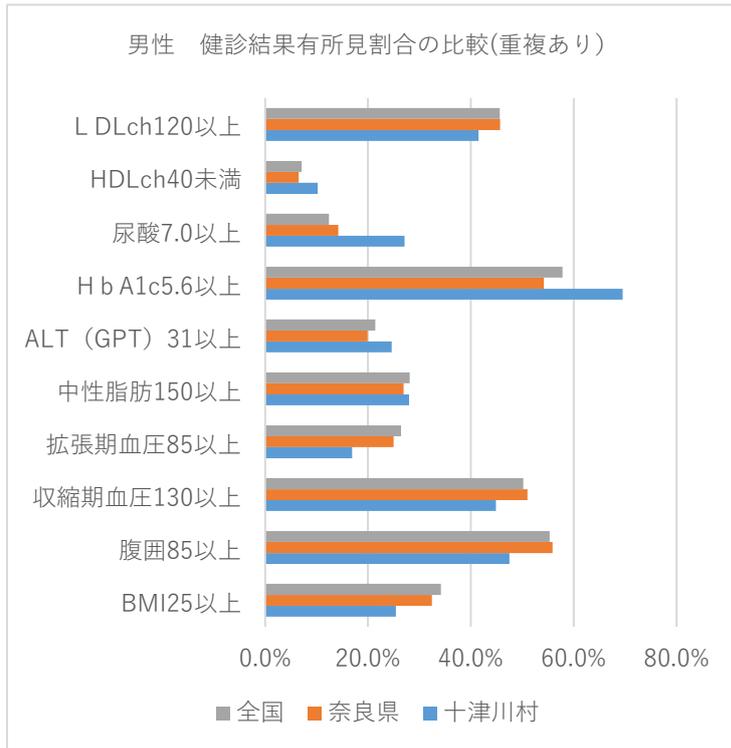
本村は、日本一面積の広い村ということもあり、集団健診会場を村内4カ所に設けています。会場までの移動は、デマンドタクシーを活用しています。

特定健診受診率は、上記のような健診環境の中でも県より高い割合で推移しています。R2年度は、新型コロナウイルス感染拡大により集団健診を中止したため、一時的に減少しました。経年でみると徐々に増加しています。

特定保健指導は、参加率の低下がみられます。毎年同じ対象者になることで、年々の参加率が下がっていることに加え、新型コロナウイルス感染拡大による保健指導中止もあり参加率の低下が続いています。

非肥満高血糖およびメタボ予備軍では、男女共に全国・奈良県の割合より低く、メタボ該当者では、男性は全国・奈良県の割合より低いです。メタボ該当の女性のみ全国・奈良県の割合より高くなっています。

・有所見率

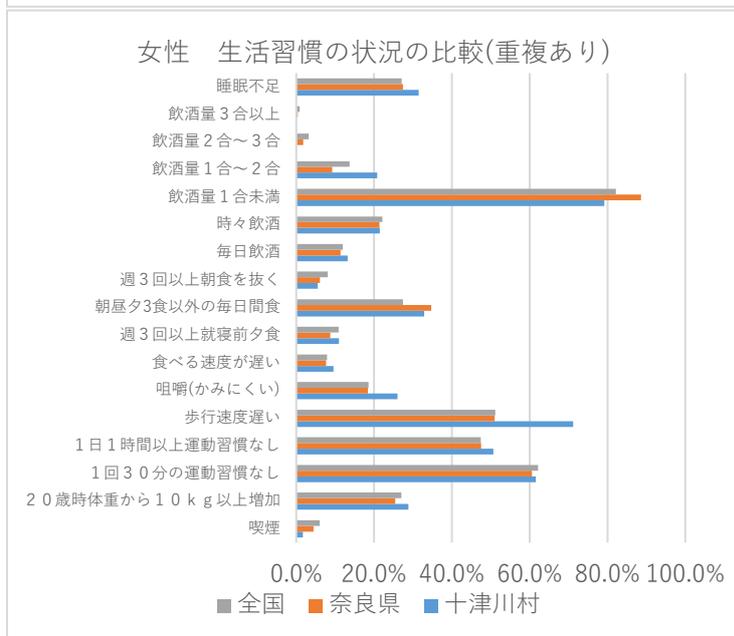
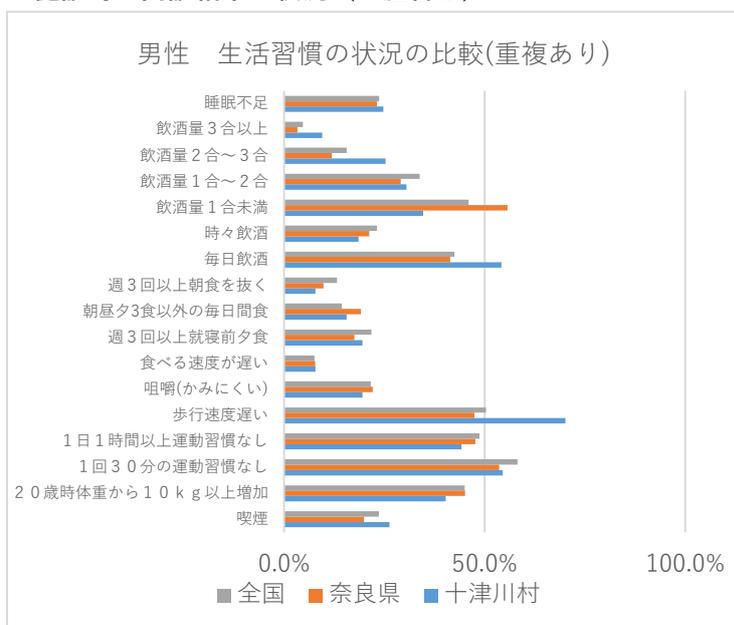


出典：KDB 厚生労働省様式（5-2）検診有所見者状況（令和4年度）

有所見率では、男女ともに「HbA1c5.6%以上」と「尿酸値 7.0%以上」が高く、全国・奈良県の割合よりも高くなっています。

また、「収縮期血圧 130mmHg 以上」、「LDL-ch120mg/dl 以上」は、全国・奈良県の割合よりは低いですが、他の所見と比べると高いです。

・健診時の問診結果の状況（口腔含む）



出典：KDB 地域の全体像の把握 質問票調査の状況(令和4年度累計)

・HbA1c8.0%以上の割合

|      | H30   | R1    | R2    | R3    | R4    |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 十津川村 | 1.46% | 1.40% | 1.96% | 1.91% | 1.14% |
| 奈良県  | 1.10% | 1.14% | 1.24% | 1.25% | 1.10% |

・高血圧 160/100mmHg 以上の割合

|      | H30   | R1    | R2    | R3    | R4    |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 十津川村 | 5.49% | 4.22% | 3.92% | 5.74% | 2.68% |
| 奈良県  | 5.11% | 4.96% | 6.03% | 6.02% | 6.18% |

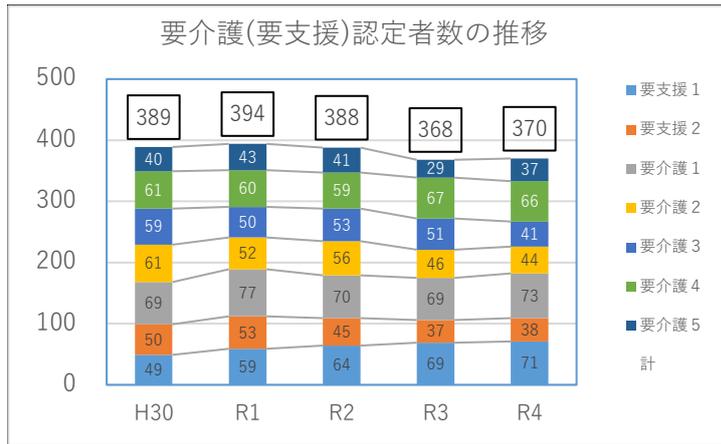
・eGFR45 未満の割合

|      | H30   | R1    | R2    | R3    | R4    |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 十津川村 | 1.83% | 3.87% | 1.96% | 1.53% | 2.68% |
| 奈良県  | 1.73% | 1.94% | 2.09% | 2.20% | 2.35% |

健診の問診結果から、男女共に毎日飲酒する者が多く、特に男性は、「飲酒量3合以上」の割合が全国・奈良県と比べて高いです。

また、男女共に「歩行足度が遅い」の割合が多いのが特徴です。

・要介護認定者数の推移



出典：KDB 帳票 要介護(支援)者認定状況 各年度累計

・一人当たり介護給付費

(円)

| 居宅   | H30 | R1     | R2     | R3     | R4     |
|------|-----|--------|--------|--------|--------|
| 十津川村 | -   | 9,556  | 10,057 | 9,737  | 11,584 |
| 奈良県  | -   | 13,722 | 14,163 | 14,639 | 14,103 |

(円)

| 施設   | H30 | R1     | R2     | R3     | R4     |
|------|-----|--------|--------|--------|--------|
| 十津川村 | -   | 25,257 | 26,159 | 24,555 | 24,936 |
| 奈良県  | -   | 8,912  | 9,241  | 9,290  | 8,618  |

出典：KDB 帳票 健康スコアリング(介護)

・健康状態不明者の割合

| 不明者  | H30 | R1 | R2   | R3   | R4   |
|------|-----|----|------|------|------|
| 十津川村 | -   | -  | 0.9% | 1.0% | 1.3% |
| 奈良県  | -   | -  | 2.0% | 2.1% | 2.0% |

出典：第3期データヘルス計画策定データセット(現状分析活用シート)

介護関連

要介護認定者数は、おおむね横ばいで推移していましたが、令和3年度より減少傾向で推移しています。令和4年度内訳では、要介護1が19.7%、要介護2が11.9%、要介護3が11.1%、要介護4が17.8%、要介護5が10.0%です。要介護1、要介護4の割合が多くなっています。

一人当たり介護給付費は、居宅は県より低いですが、施設は県の約3倍になっています。

本村では、各地区の総代、民生委員、婦人会、郵便局、駐在、宅配便等様々な人との関わりがあり、地域のコミュニティが都市部より強いのが特徴です。

健康不明者の割合は、1%前後で推移しており、県よりも少ないです。

### Ⅲ. 前期計画からの考察

・特定健診受診率は40%に近い値で推移しており、県平均より高い数値を維持している一方で、特定保健指導については実施率が低い数値で推移しています。村民の健康増進や医療費の適正化の観点から、具体的な成果を出すことができていない状況です。

・生活習慣病については、患者数は国や奈良県平均より高い状況であり、特に高血圧症の患者が多い傾向にあります。

・今後は、特定健診の体制を維持・改善しつつ、特定保健指導のアウトカムに繋げるため、被保険者へのアプローチを見直し、強化していきたいと考えています。

・上記の取り組みと合わせて、外部委託の管理栄養士と連携し、引き続き生活習慣病患者及び予備軍の割合の改善につなげるよう努めます。

## IV. 計画全体

### 1. 課題の整理

| 課題 1：生活習慣病有病者の割合が高い |   |
|---------------------|---|
| 課題とする理由             | ・男女ともに高血圧症、脂質異常症、糖尿病の順に高いです。高血圧症や糖尿病は、男性が女性より高く、脂質異常症は、女性が男性より高いです。 |
| 根拠となるデータ            | ・生活習慣病有病者数(率)   |
| 取り組みの方向性            | ・特定健康診査、特定保健指導により生活習慣病を早期発見、早期治療し、重症化を予防します。                        |

| 課題 2：生活習慣病に関連した医療費の増加 |  |
|-----------------------|--|
| 課題とする理由               | ・医療費の割合では、内分泌、尿路性器系の疾患、循環器系の疾患、筋骨格系及び結合組織の疾患、神経系の疾患などが上位をしめています。 |
| 根拠となるデータ              | ・外来・入院別医療費の高い疾病  |
| 取り組みの方向性              | ・特定健康診査、特定保健指導により生活習慣病を早期発見、早期治療し、重症化を予防します。                     |

| 課題 3：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                  | ・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。<br>・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ません。<br>・メタボ該当者や予備軍は、全国や県に比べ低いですが、有所見率で見ると、全国や県と比べると上回る項目があります。 |
| 根拠となるデータ                 | ・特定健康診査受診率                      ・有所見率<br>・特定保健指導実施率<br>・メタボリックシンドローム該当者および予備軍の割合  |
| 取り組みの方向性                 | 特定健康診査の受診率、特定保健指導の実施率を向上させる対策に取り組みます。   |

## 2. 目的・目標

### 【計画全体の目的】

| 目的        | 指標                | 目標値 |
|-----------|-------------------|-----|
| ① 健康寿命の延伸 | 健康寿命(平均余命・平均自立期間) | 延伸  |
| ② 医療費適正化  | 1人あたりの医科医療費・歯科医療費 | 維持  |

### 【目標】

| 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、減少させます。 | 特定健康診査受診率   | 40% | 特定健康診査事業(実施率向上対策事業)<br>特定保健指導事業 |
|  | 特定保健指導実施率   | 20% |                                 |
|  | 有所見者の割合(血糖・血圧・脂質)   | 40% |                                 |
|  | メタボリックシンドローム該当者および予備軍の割合  | 10% |                                 |
| 生活習慣病該当者が重症化へ移行することを予防します。             | HbA1c8.0%以上の割合  | 1%  | 糖尿病性腎症重症化予防対策事業                 |
|  | 新規人工透析導入患者数   | 0人  |                                 |
|  | 健診受診者のうち未治療者割合(血圧 160/100 mm Hg 以上・HbA1c7.0%以上・LDL180 mg/dℓ以上・中性脂肪 500 mg/dℓ以上・eGFR45 未満) | 0%  | 生活習慣病重症化予防対策事業                  |

## V. 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           | 生活習慣を振り返る機会とし、生活習慣病の予防または早期発見・早期治療につなげ、村民の健康増進を目的とします。   |              |      |
| 内容           | 健診業者による集団実施（8月）と県内医療機関での個別実施(村内医療機関は2か所)   |              |      |
| 評価指標         | 区分   | 指標           | 目標値  |
|              | アウトカム  | ・ 特定健康診査受診率  | 40%  |
|              | アウトプット   | ・ 受診勧奨送付率(数) | 100% |
|              |  | ・ 集団健診の実施回数  | 5日/年 |
| プロセス・ストラクチャー | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 受診勧奨通知時期</li> <li>・ 委託業者との連携</li> <li>・ 医療機関との連携</li> </ul> |              |      |

| 2. 特定保健指導事業 |   |              |      |
|-------------|---|--------------|------|
| 目的          | 特定健康診査の結果、生活習慣病になるリスクがある人に対して生活習慣改善の保健指導を実施し、重症化を予防することを目的とします。 |              |      |
| 内容          | 保健師、管理栄養士等による生活習慣改善のプログラムを6か月間継続的に実施します。                        |              |      |
| 評価指標        | 区分  | 指標           | 目標値  |
|             | アウトカム   | ・ 特定保健指導実施率  | 20%  |
|             | アウトプット  | ・ 特定保健指導実施回数 | 3回/年 |
|             | プロセス・ストラクチャー  | ・ 管理栄養士との連携  |      |

| 3. 糖尿病性腎症重症化予防対策事業                  |  |  |   |
|-------------------------------------|--|--|---|
| 目的                                  | 糖尿病が重症化するリスクの高い人に対して受診勧奨・保健指導を行い、腎不全、人工透析への移行を防ぐことを目的とします。                   |  |   |
| 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、半年間受診していない人。<br>②特定健康診査でHbA1c値が7%以上でかつ糖尿病未治療の人。 |   |
|                                     | 実施時期   | ①12月対象選定し、1月受診勧奨ハガキを送付します。                                     |   |
|                                     | 内容   | ②毎月対象者を選定し、受診勧奨通知を送付(レッドカード事業の一部に含んで実施)します。                    |   |
|                                     | (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、かつ前年度特定健康診査受診結果から糖尿病性腎症重症化予防のリスクが高い人)               |  |   |
| 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)<br>・ 保健師等の専門職による約6か月間の保健指導<br>・ 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  | ・ 保健指導参加者の検査値の変化(HbA1c、BMI、血圧)                                 | HbA1c：0.2%/年低下、BMI：30以上該当者数の減少、血圧：収縮期血圧150mmHg以上該当者数の減少 |
|                                     |  | ・ 受診勧奨者の医療機関受診割合   | 100%  |
| ・ HbA1c8.0%以上の人の割合<br>・ 新規人工透析導入患者数 |  | 0%<br>0人   |   |
| アウトプット                              | 受診勧奨者数(率)<br>保健指導実施者数  | 100%<br>3回/年   |   |

|  |                     |   |
|--|---------------------|---|
|  | <b>プロセス・ストラクチャー</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人員、体制は適切であったか。</li> <li>・ 対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。</li> <li>・ 評価方法は適切であったか（保健指導参加者の翌年度検査値の把握）</li> <li>・ 医療機関や委託業者、県等の連携（打合せの実施）</li> <li>・ 担当部門との連携状況（連絡会の実施）</li> </ul> |
|--|---------------------|---|

#### 4. 生活習慣病重症化予防対策事業

| <b>目的</b>           | <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です。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、重症化を予防します。</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年度から特定健診の標準的な質問票に歯科口腔に関する項目が追加されました。口腔機能に問題があることが想定される人へ受診勧奨を行うことで、早期発見・早期治療につなげ、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ます。</p>   |                  |    |            |   |  |                    |   |  |      |                     |   |  |  |  |
|---------------------|---|------------------|----|------------|---|--|--------------------|---|--|------|---------------------|---|--|--|--|
| <b>内容</b>           | <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="327 929 1412 1265"> <tr> <td data-bbox="327 929 502 1164"> <b>対 象</b> </td> <td colspan="2" data-bbox="502 929 1412 1164">           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人（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<br/><br/> <b>【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】</b> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="327 1164 502 1265"> <b>実施時期<br/>内容</b> </td> <td colspan="2" data-bbox="502 1164 1412 1265">           ① 受診勧奨 毎月 対象者選定し受診勧奨通知を送付<br/>           ② 再勧奨 年度末 勧奨者で未受診の人に再勧奨通知の送付         </td> </tr> </table> <p>2. 市町村独自事業<br/>電話・訪問勧奨、保健指導等の実施</p>  |                  |    | <b>対 象</b> | 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人（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<br><br><b>【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】</b> |  | <b>実施時期<br/>内容</b> | ① 受診勧奨 毎月 対象者選定し受診勧奨通知を送付<br>② 再勧奨 年度末 勧奨者で未受診の人に再勧奨通知の送付 |  |      |                     |   |  |  |  |
| <b>対 象</b>          | 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人（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<br><br><b>【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】</b>   |                  |    |            |   |  |                    |   |  |      |                     |   |  |  |  |
| <b>実施時期<br/>内容</b>  | ① 受診勧奨 毎月 対象者選定し受診勧奨通知を送付<br>② 再勧奨 年度末 勧奨者で未受診の人に再勧奨通知の送付   |                  |    |            |   |  |                    |   |  |      |                     |   |  |  |  |
| <b>評価指標</b>         | <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="311 1361 630 1422">区分</th> <th data-bbox="630 1361 1125 1422">指標</th> <th data-bbox="1125 1361 1465 1422">目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="311 1422 630 1736"> <b>アウトカム</b> </td> <td data-bbox="630 1422 1125 1736"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 勧奨者の医療機関受診者割合</li> <li>・ 健診受診者のうち未治療者割合（※<br/>血圧 160/100 mm Hg 以上、<br/>HbA1c7.0%以上、LDL180 mg/dℓ以上、<br/>中性脂肪 500 mg/dℓ以上、eGFR45<br/>未満/特定健診受診年度ごとに評価）</li> </ul> </td> <td data-bbox="1125 1422 1465 1736">           100%<br/><br/>100%         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="311 1736 630 1814"> <b>アウトプット</b> </td> <td data-bbox="630 1736 1125 1814"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 受診勧奨数（率）</li> </ul> </td> <td data-bbox="1125 1736 1465 1814">100%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="311 1814 630 2078"> <b>プロセス・ストラクチャー</b> </td> <td colspan="2" data-bbox="630 1814 1465 2078"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人員、体制は適切であったか。</li> <li>・ 対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。</li> <li>・ 評価方法は適切であったか（受診確認方法、時期）</li> <li>・ 医療機関との連携（医師会との打合せの実施）</li> <li>・ 担当部門との連携状況（連絡会の実施）</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table> | 区分               | 指標 | 目標値        | <b>アウトカム</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 勧奨者の医療機関受診者割合</li> <li>・ 健診受診者のうち未治療者割合（※<br/>血圧 160/100 mm Hg 以上、<br/>HbA1c7.0%以上、LDL180 mg/dℓ以上、<br/>中性脂肪 500 mg/dℓ以上、eGFR45<br/>未満/特定健診受診年度ごとに評価）</li> </ul> | 100%<br><br>100%   | <b>アウトプット</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 受診勧奨数（率）</li> </ul> | 100% | <b>プロセス・ストラクチャー</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人員、体制は適切であったか。</li> <li>・ 対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。</li> <li>・ 評価方法は適切であったか（受診確認方法、時期）</li> <li>・ 医療機関との連携（医師会との打合せの実施）</li> <li>・ 担当部門との連携状況（連絡会の実施）</li> </ul> |  |  |  |
| 区分                  | 指標  | 目標値              |    |            |   |  |                    |   |  |      |                     |   |  |  |  |
| <b>アウトカム</b>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 勧奨者の医療機関受診者割合</li> <li>・ 健診受診者のうち未治療者割合（※<br/>血圧 160/100 mm Hg 以上、<br/>HbA1c7.0%以上、LDL180 mg/dℓ以上、<br/>中性脂肪 500 mg/dℓ以上、eGFR45<br/>未満/特定健診受診年度ごとに評価）</li> </ul>  | 100%<br><br>100% |    |            |   |  |                    |   |  |      |                     |   |  |  |  |
| <b>アウトプット</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 受診勧奨数（率）</li> </ul>  | 100%             |    |            |   |  |                    |   |  |      |                     |   |  |  |  |
| <b>プロセス・ストラクチャー</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人員、体制は適切であったか。</li> <li>・ 対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。</li> <li>・ 評価方法は適切であったか（受診確認方法、時期）</li> <li>・ 医療機関との連携（医師会との打合せの実施）</li> <li>・ 担当部門との連携状況（連絡会の実施）</li> </ul>   |                  |    |            |   |  |                    |   |  |      |                     |   |  |  |  |

## VI. その他

### 1. 計画の評価・見直し

本計画における目標の達成状況については、毎年度評価を実施することとします。

令和8年度には、進捗確認のための中間評価を行い、必要に応じて本計画の見直しを実施します。

本計画の最終年度である令和11年度においては、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れ最終評価を実施します。

### 2. 計画の公表・周知

本計画は、広報やホームページなどで公表するとともに、本実施計画をあらゆる機会を通じて周知・啓発を図ります。

また、目標の達成状況の公表に努め、本計画の円滑な実施について広く意見を求めるものとします。

### 3. 個人情報の取扱い

本計画における個人情報の取扱いについては、個人情報保護に関する法律に基づき、適切に管理します。

### 4. 地域包括ケアに係る取組

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ます。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す。

本村においても、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、後期高齢者へ移行する被保険者が多くなることを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、保健事業の一体的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。