

王寺町国民健康保険
第3期データヘルス計画

令和6年3月
奈良県王寺町

目次

第1部 前期データヘルス計画の評価	1
個別保健事業の評価	2
第2部 第3期データヘルス計画	8
I. 基本的事項	9
1.計画の趣旨	9
2.計画期間	9
3.実施体制・関連計画との連携	10
4.共通指標について	11
II. 現状の整理	12
1.保険者の特性	12
2.健康・医療情報等の分析	28
第3部 個別保健事業	41
III. 計画全体	42
1.課題の整理	42
IV. 個別保健事業	44
V. その他	51
1.計画の評価と見直し	51
2.計画の公表・周知	51
3.個人情報の取扱い	51
4.地域包括ケアに係る取組	52

第1部

前期データヘルス計画の評価

◎個別保健事業の評価

1. 特定健康診査受診勧奨事業

目的	生活習慣病の該当者及びそのおそれのある被保険者を早期発見し、生活習慣の改善につなげる。							
対象者	実施年度中に40～74歳となる加入者で、かつ当該実施年度の1年間を通じて加入している者。							
内容	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査：対象者の特性に応じた(年代・過去の受診歴等)受診勧奨(通知書・電話) ・人間ドック：費用の一部助成 							
評価	指標	目標値	指標の変化					評価
			H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム (成果)	特定健診受診率	60%	41.4%	43.8%	41.6%	46.2%	46.3%	未達成
	現役世代(40～64歳)の 特定健診受診率 ※		28.6%	30.0%	27.7%	30.7%	29.8%	
	人間ドック受診者数 ※		89人	79人	65人	57人	75人	
アウトプット (実施量・率)	受診勧奨通知書送付率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	達成
	集団健診実施回数 ※		7回	8回	4回	8回	8回	
	管理栄養士による 電話勧奨回数 ※		1回	1回	1回	1回	1回	
プロセス (実施方法)	勧奨対象者のグループ (セグメント)設定		適切	適切	適切	適切	適切	
	勧奨対象者の抽出		適切	適切	適切	適切	適切	
	未受診者への通知時期等の 設定		適切	適切	適切	適切	適切	
ストラクチャー (実施体制)	事業委託業者、国保事務支援 センターとの連携状況 (会議回数等)		3回	3回	3回	3回	3回	
	医師会、健診機関との 連携状況(会議回数等)		1回	2回	3回	4回	5回	
	特定健診委託医療機関数(町内)		11ヶ所	12ヶ所	11ヶ所	10ヶ所	12ヶ所	
成功要因 未達要因	<p>成功要因</p> <ul style="list-style-type: none"> ・未受診者への受診勧奨通知に加えて管理栄養士による電話勧奨を実施 ・若年層や医療機関未受診者等の分類別にナッジ理論を活用した勧奨通知を送付 ・がん検診等の他の検診との同時実施 <p>未達要因</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通院患者の受診率低迷 							
効果があった 取組	<ul style="list-style-type: none"> ・受診率が低い現役世代(40～64歳)への対策として、新たに特定健診対象となった40～42歳への勧奨を重点的に実施(R3年度～：年2回通知) ・受診者に雪丸グッズ等のプレゼント配布を実施 							
見直しが必要な 取組	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨時期のさらなる検証 ・インセンティブ内容の検討 							
課題・次期計画 の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・現役世代(40～64歳)の受診率向上 ・医師会、健診機関との連携(休日夜間の実施、かかりつけ医からの受診勧奨等) ・特定健診(集団)に合わせた骨密度測定の実施 ・人間ドック費用一部助成の拡充(基金活用) 							

※3期指標設定に伴う参考数値として記載(2期指標の設定なし)

2. 特定保健指導事業

目的	生活習慣病の該当者及びそのおそれのある被保険者の生活習慣の改善を図る。							
対象者	特定健康診査の結果、特定保健指導の対象となる被保険者(これまで利用した者を除く)。							
内容	特定健康診査の受診結果に基づく対象者を抽出して、保健指導(個別面談・電話指導)を行う。							
評価	指標	目標値	指標の変化					評価
			H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム (成果)	特定保健指導実施率	60.0%	21.9%	28.4%	20.7%	27.3%	22.4%	未達成
	現役世代(40~64歳)の 特定保健指導実施率 ※		5.1%	11.6%	9.8%	5.1%	12.2%	
アウトプット (実施量・率)	保健指導未利用者への勧奨率 (電話・はがき・訪問等)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	達成
	結果説明会(集団健診)の 実施回数 ※		7回	8回	4回	8回	8回	
プロセス (実施方法)	必要性に応じた保健指導 対象者の抽出及び実施		適切	適切	適切	適切	適切	
ストラクチャー (実施体制)	事業委託業者、国保事務支援 センターとの連携状況 (会議回数等)		3回	3回	3回	3回	3回	
	医師会、特定保健指導委託 医療機関との連携状況 (会議回数等)		1回	1回	1回	1回	1回	
	特定保健指導委託医療機関数 (町内)		1ヶ所	1ヶ所	1ヶ所	1ヶ所	3ヶ所	
成功要因 未達要因	未達要因 ・ 複数年度で指導対象となる人が多く、モチベーションの維持が難しいため、 2回目以降の参加につながりにくい ・ 対象者に対しての積極的なアプローチの不足(電話番号不明者が多い)							
効果があった 取組	・ 外部委託による指導率の向上(休日夜間の実施等) ・ 健診結果説明会と初回面接の同日設定による利便性の向上(集団健診該当者)							
見直しが必要な 取組	電話勧奨における番号不明者への対応(個別健診該当者における医療機関との連携)							
課題・次期計画 の方向性	・ 現役世代(40~59歳)の実施率向上 医療機関と連携した一体的な保健指導(かかりつけ医からの利用勧奨等)							

※3期指標設定に伴う参考数値として記載

3. 健診異常値放置者受診勧奨事業

目的	生活習慣病の予防及び重症化予防を図る。								
対象者	特定健康診査の結果から異常値が出ているにもかかわらず、医療機関を受診していない者。								
内容	特定健康診査の受診結果に異常値があり、医療機関の受診が確認できない対象者に医療機関への受診勧奨を通知する。								
評価	指標	目標値	指標の変化					評価	
			H30	R1	R2	R3	R4		
アウトカム (成果)	対象者該当率 (該当者/健診受診者)	20% 以下	7.5%	7.6%	7.4%	5.8%	6.4%	達成	
アウトプット (実施量・率)	受診勧奨者の医療機関受診率	20%	16.0%	20.0%	18.6%	28.3%	16.2%	未達成	
	受診勧奨通知書送付率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	達成	
	受診勧奨者の状況確認割合 (医療機関受診) ※		100%	100%	100%	100%	100%		
プロセス (実施方法)	受診勧奨対象者の抽出		適切	適切	適切	適切	適切		
	受診勧奨内容(通知書様式)の設定		適切	適切	適切	適切	適切		
ストラクチャー (実施体制)	事業委託業者、国保事務支援センターとの連携状況(会議回数等)		3回	3回	3回	3回	3回		
	医師会、健診機関との連携状況(会議回数等)		1回	1回	1回	1回	1回		
成功要因 未達要因	成功要因 ナッジ理論を活用した目に留まりやすい通知書の採用								
効果があった 取組	受診勧奨通知書の工夫(検査値をわかりやすく表示)								
見直しが必要な 取組	受診勧奨者に対する継続的な医療機関受診確認作業(レセプトデータ)								
課題・次期計画 の方向性	受診勧奨の強化(勧奨回数増加、電話勧奨等)								

※3期指標設定に伴う参考数値として記載

4. 糖尿病性腎症重症化予防対策事業①・継続サポート事業②

目的	①被保険者の糖尿病重症化を予防する。 ②糖尿病性腎症重症化予防指導を受けた者への継続的なサポートを行う。								
対象者	①(1)過去3年間の健診で糖尿病の症状が認められるものの、前年度中に医療機関の受診歴や服薬歴がない者。 (2)医療機関に通院し、糖尿病(腎症併発含む)を治療中である者。 ②過去に本庁の糖尿病性腎症重症化予防指導を受けた者。								
内容	①特定健診の検査値とレセプトの治療状況から対象者を特定し、専門職により6か月間の面談指導と電話指導を行う。 ②糖尿病性腎症重症化予防指導を受けた者に電話での保健指導を行う。								
評価	指標	目標値	指標の変化					評価	
			H30	R1	R2	R3	R4		
アウトカム (成果)	①生活習慣・検査値HbA1cの改善率	60%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	達成
	①生活習慣・検査値eGFRの改善率	80%	80.0%	20.0%	25.0%	25.0%	25.0%	33.0%	未達成
	②指導実施完了者の人工透析者数	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	達成
アウトプット (実施量・率)	①指導完了者の割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	達成
	①保健指導実施率(定員5人)	100%	100%	100%	80%	80%	80%	60%	未達成
	②保健指導完了者全員の状況確認割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	達成
プロセス (実施方法)	①保健指導対象者の抽出	/	適切	適切	適切	適切	適切	適切	/
	①保健指導の満足度		適切	適切	適切	適切	適切	適切	
	②保健指導完了者(対象者)の抽出		適切	適切	適切	適切	適切	適切	
ストラクチャー (実施体制)	事業委託業者、国保事務支援センターとの連携状況(会議回数等)		3回	3回	3回	3回	3回	3回	
	医師会(町内医療機関)との連携状況(会議回数等)		3回	3回	3回	3回	3回	3回	
成功要因 未達要因	成功要因 指導担当保健師等からの適切な指導による信頼関係の構築								
効果があった取組	町内の医療機関との連携(かかりつけ医からの参加勧奨)								
見直しが必要な取組	面談(来庁)が困難な場合における対応(体調不良、歩行困難等)								
課題・次期計画の方向性	・かかりつけ医との連携による保健指導参加者の確保 ・面談方法の検討(訪問・リモート等)								

5. 調剤費適正化事業

目的	適正受診・適正服薬を促すため、多剤投薬対象者への注意喚起を行い、医療費適正化を図る。								
対象者	多剤服薬者(15投薬以上)								
内容	多剤服薬等が疑われる方に対して、通知による注意喚起や電話での状況確認等を行う。 【R3年度開始】								
評価	指標	目標値	指標の変化					評価	
			H30	R1	R2	R3	R4		
アウトカム (成果)	多剤服薬等の対象者の改善率	100%	R3年度開始				—	60%	未達成
	被保険者全体での多剤投薬者の割合	5%以下					0.1%	0.1%	達成
アウトプット (実施量・率)	対象者への通知書送付率	100%					100%	100%	達成
プロセス (実施方法)	対象者の抽出						適切	適切	
	通知書様式の設定						適切	適切	
ストラクチャー (実施体制)	事業委託業者、国保事務支援センターとの連携状況(会議回数等)						3回	3回	
	医師会(町内医療機関)との連携状況(会議回数等)		3回	3回					
成功要因 未達要因	成功要因 該当者数の少なさ 未達要因 複数の医療機関に通院する高齢者の割合の高さ								
効果があった取組	国保連合会のサポートによる対象者の効果検証								
見直しが必要な取組	<ul style="list-style-type: none"> 多剤服薬に加えて、重複服薬の適正化も必要 多剤の基準の見直し 								
課題・次期計画の方向性	<ul style="list-style-type: none"> 注意喚起の強化(各種通知の際の啓発チラシ同封、注意喚起回数増加等) 県基準に合わせた見直し(重複服薬の項目追加、多剤基準の変更(現行6種類→15種類)) 								

6. ジェネリック医薬品の利用促進事業

目的	ジェネリック医薬品を普及させることは、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資するものであることから普及率の向上を目的とする。							
事業内容	ジェネリック医薬品の差額が300円以上の人を対象に、差額通知を年4回送付(6月末、7月末、10月末、1月末)							
評価	指標	目標値	指標の変化					評価
			H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム (成果)	ジェネリック医薬品の普及率	80.0%	64.95%	68.17%	73.13%	76.06%	77.63%	未達成
アウトプット (実施量・率)	差額通知送付回数	4回	4回	4回	4回	4回	4回	達成
プロセス (実施方法)	ジェネリック医薬品希望シールの配布率(保険証送付世帯)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	達成
ストラクチャー (実施体制)	国保事務支援センターとの協議	1回	1回	1回	1回	1回	1回	達成
成功要因 未達要因	未達要因 普及率は向上傾向だが、ジェネリック医薬品の安定供給が難しいため国の目標値には未達。							
効果があった 取組	ジェネリック医薬品の差額が100円以上（R2年度までは300円以上）の人を対象に、差額通知を年4回(6月末、7月末、10月末、1月末)送付し、被保険者証配布の際に、ジェネリック医薬品希望シールを配布。							
見直しが必要な 取組	ジェネリック医薬品の安定供給が難しいため、積極的に普及の向上に取り組むというよりは現状の取組をそのまま継続。							
課題・次期計画 の方向性	今後も国保事務支援センターと共同で実施。							

第2部

第3期データヘルス計画

Ⅰ. 基本的事項

1. 計画の趣旨

平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」と掲げられました。またこれを受け、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」の一部が改正され、「市町村及び組合は(中略)健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと。」と定められました。その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)」において、データヘルス計画の標準化等の取り組みの推進が掲げられ、令和4年12月の経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革工程表2022」においては、データヘルス計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPI※の設定を推進するとの方針が示されました。このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取り組みの推進や評価指標の設定の推進が進められています。

市町村国保においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられます。本計画は、前期計画における実施結果等を踏まえ、PDCAサイクルに沿った保健事業の展開、達成すべき目標やその指標等を定めたものです。計画の推進に当たっては、医療介護分野における連携を強化し、地域の実情に根差したきめ細かな支援の実現を目指し、地域で一体となって被保険者を支える地域包括ケアの充実・強化に努めるものとします。

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

2. 計画期間

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

第1期データヘルス計画	第2期データヘルス計画	第3期データヘルス計画
平成28～29年度(2年間)	平成30～令和5年度(6年間)	令和6～令和11年度(6年間)

3. 実施体制・関連計画との連携

3.1. 実施体制

本計画を策定、推進するうえで、以下の担当課との連携を図るものとします。

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

3.2. 関連計画との連携

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

計画名	担当課等	計画期間
第4期奈良県医療費適正化計画	奈良県医療保険課	令和6年度～令和11年度
なら健康長寿基本計画第2期	奈良県健康推進課	令和6年度～令和18年度
王寺町総合計画後期基本計画	王寺町政策推進課	令和6年度～令和10年度
第4次王寺町健康増進計画及び食育推進計画	王寺町保健センター	令和3年度～令和7年度
高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画	王寺町福祉介護課	令和6年度～令和8年度
王寺町国民健康保険第4期特定健康診査等実施計画	王寺町保健センター	令和6年度～令和11年度

4. 共通指標について

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

◆データヘルス計画全体の指標

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

◆個別保健事業における指標

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

II. 現状の整理

1. 保険者の特性

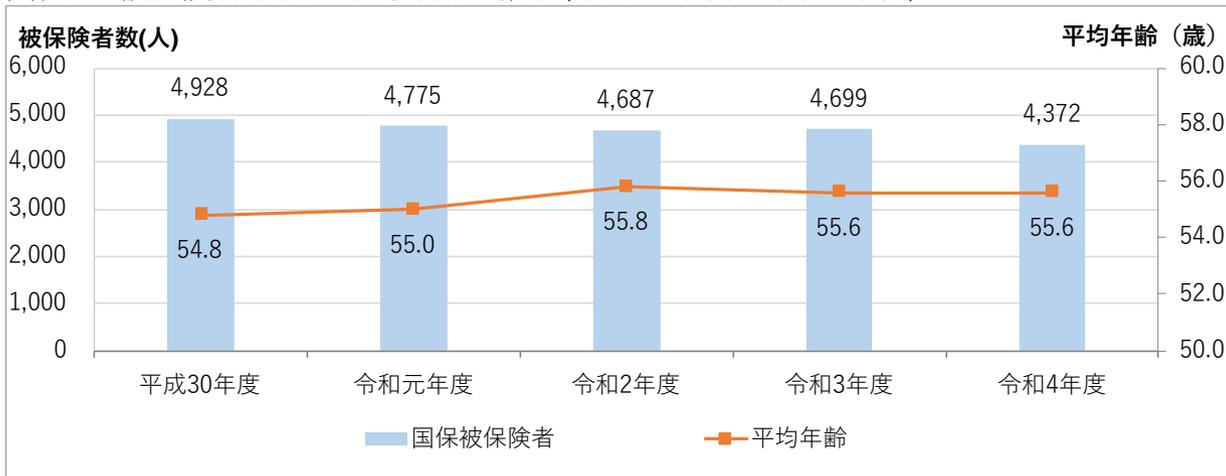
1.1. 国民健康保険被保険者の状況

本町の国民健康保険（以下、国保）被保険者の状況です。

国保の被保険者数は、短時間労働者の社会保険適用拡大や75歳での後期高齢者医療保険への加入などにより、年々減少傾向にあります。令和4年度の被保険者数は4,372人で、平成30年度より556人減少(△11.3%)しています。

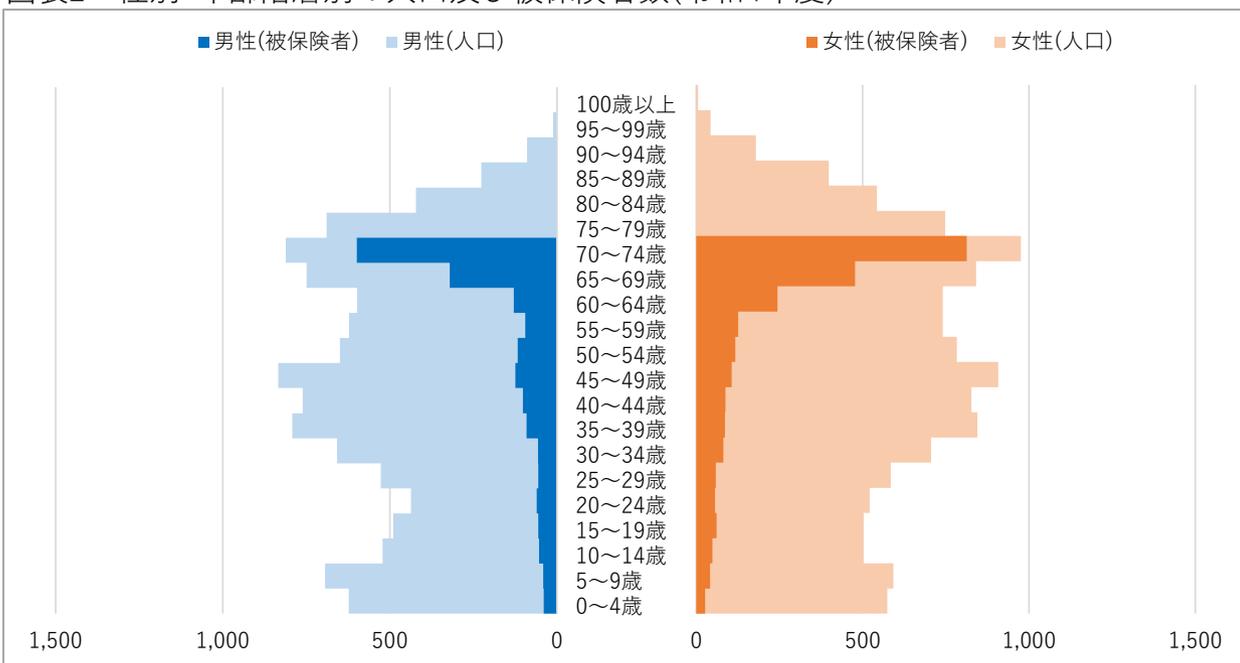
また、被保険者の平均年齢は、平成30年度の54.8歳から令和4年度の55.6歳へ上がっています。

図表1 被保険者数及び平均年齢の推移(平成30年度～令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

図表2 性別・年齢階層別の人口及び被保険者数(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」

以下は、男女・年齢階層別被保険者数を年度別に示したものです。

年度別 男女・年齢階層別国民健康保険被保険者数

単位:人

年齢階層	平成30年度			平成31年度			令和2年度		
	男女合計	男性	女性	男女合計	男性	女性	男女合計	男性	女性
0歳～4歳	94	43	51	82	44	38	66	39	27
5歳～9歳	106	57	49	109	64	45	110	66	44
10歳～14歳	100	49	51	108	49	59	105	52	53
15歳～19歳	132	67	65	121	59	62	107	47	60
20歳～24歳	158	73	85	139	66	73	129	69	60
25歳～29歳	149	73	76	131	59	72	114	56	58
30歳～34歳	155	66	89	157	70	87	163	80	83
35歳～39歳	177	87	90	176	91	85	173	86	87
40歳～44歳	215	120	95	224	125	99	204	112	92
45歳～49歳	255	131	124	233	118	115	223	116	107
50歳～54歳	214	105	109	224	107	117	220	114	106
55歳～59歳	258	94	164	234	101	133	231	99	132
60歳～64歳	456	163	293	431	147	284	420	145	275
65歳～69歳	1,116	482	634	1,016	428	588	953	401	552
70歳～74歳	1,343	587	756	1,390	610	780	1,469	639	830
合計	4,928	2,197	2,731	4,775	2,138	2,637	4,687	2,121	2,566

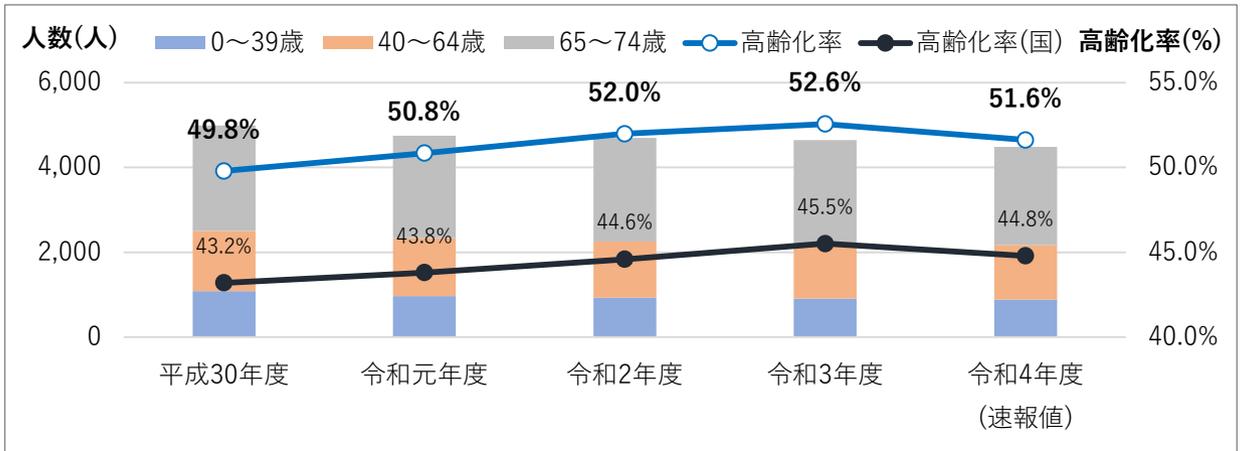
年齢階層	令和3年度			令和4年度		
	男女合計	男性	女性	男女合計	男性	女性
0歳～4歳	70	46	24	66	40	26
5歳～9歳	92	52	40	82	41	41
10歳～14歳	119	55	64	102	54	48
15歳～19歳	119	63	56	117	56	61
20歳～24歳	134	66	68	117	61	56
25歳～29歳	125	55	70	114	56	58
30歳～34歳	143	68	75	138	57	81
35歳～39歳	185	89	96	177	91	86
40歳～44歳	216	115	101	189	102	87
45歳～49歳	210	107	103	231	125	106
50歳～54歳	257	129	128	235	118	117
55歳～59歳	228	90	138	221	95	126
60歳～64歳	395	136	259	373	129	244
65歳～69歳	888	367	521	798	321	477
70歳～74歳	1,518	661	857	1,412	599	813
合計	4,699	2,099	2,600	4,372	1,945	2,427

出典:国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」

以下は、本町の年齢階層別の国保被保険者分布及び高齢化率の推移です。

65歳以上の高齢者の割合は国よりも高く、50%前後で推移しており、国保被保険者の2人に1人は65歳以上の高齢者となっています。

図表3 年齢階層別の国保被保険者分布および高齢化率の推移(平成30年度～令和4年度)



出典: 国民健康保険実態調査

1.2. 平均余命及び平均自立期間

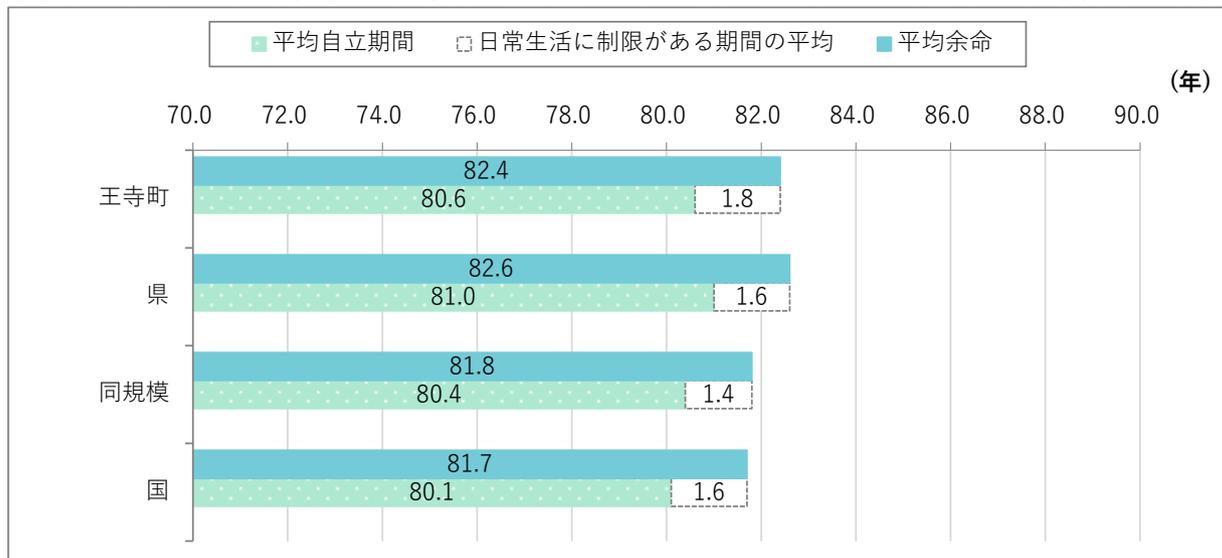
1.2.1. 平均余命及び平均自立期間の状況

以下は、本町の令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものです。平均余命は、ある年齢の人々がその後何年生きられるかという期待値を指し、ここでは0歳時点の平均余命を示しています。また、平均自立期間は、要介護2以上になるまでの期間を「日常生活動作が自立している期間」としてその平均を算出したもので、健康寿命の指標の一つです。平均余命と平均自立期間の差は、日常生活に制限がある期間を意味しています。

本町の男性の平均余命は82.4年、平均自立期間は80.6年です。日常生活に制限がある期間の平均は1.8年で、奈良県の1.6年及び国の1.6年より長い傾向があります。

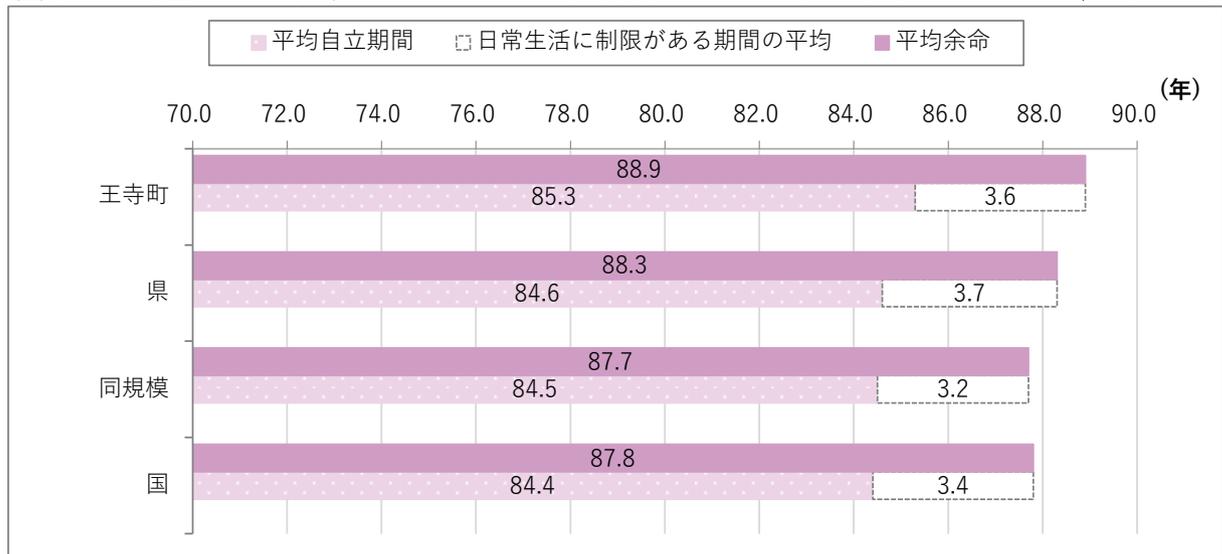
本町の女性の平均余命は88.9年、平均自立期間は85.3年です。日常生活に制限がある期間の平均は3.6年で、奈良県の3.7年よりは短く、国の3.4年より長い傾向にあります。

図表4 男性の平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

図表5 女性の平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

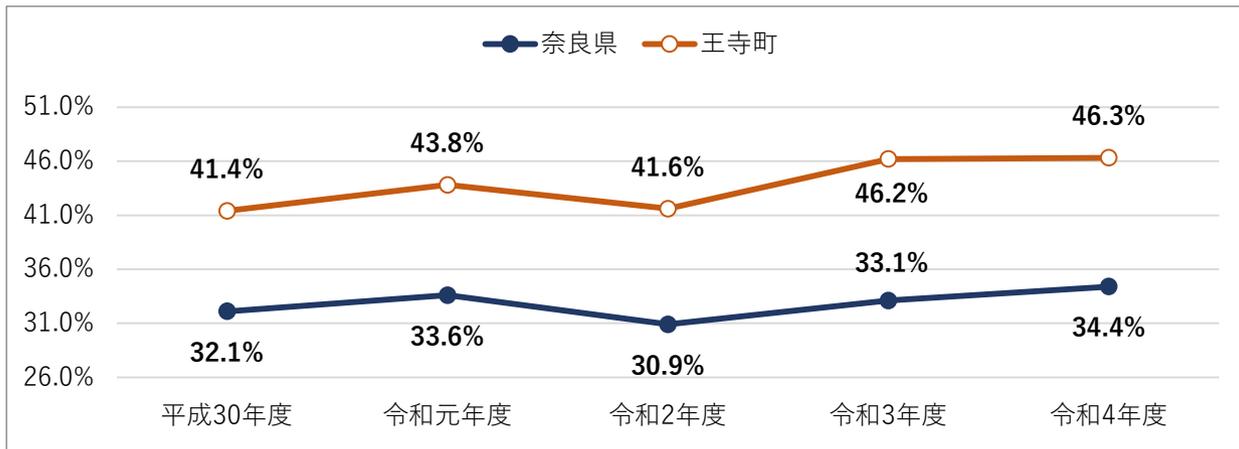
1.3. 特定健康診査及び特定保健指導実施状況

1.3.1. 特定健康診査実施状況

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

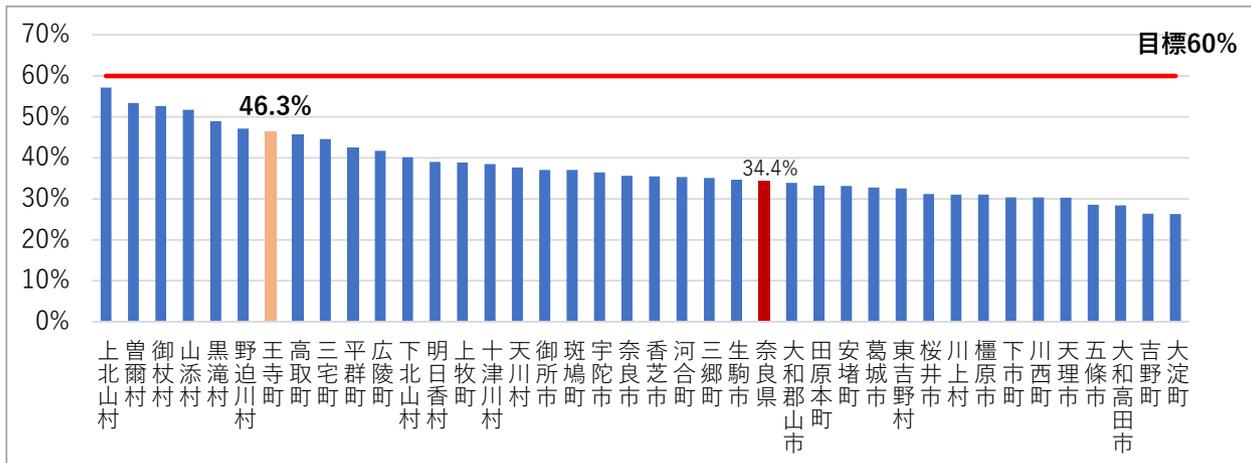
令和元年度までは上昇傾向でしたが、新型コロナウイルス感染症の影響を受け、令和2年度に急降下しています。令和3年度以降は本町、奈良県共に受診率が回復し、令和4年度は46.3%となっており、県内39市町村のなかでも上位に位置します。

図表6 特定健康診査受診率の推移(平成30年度～令和4年度)



出典: 法定報告値

図表7 奈良県内市町村の特定健康診査受診率(令和4年度)

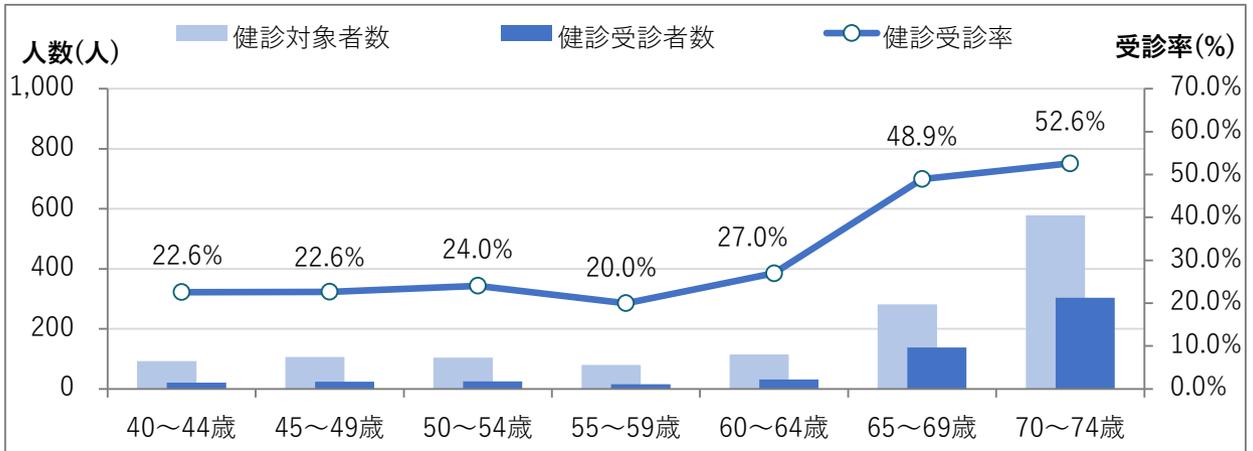


出典: 法定報告値

以下は、本町における性別・年齢階層別の特定健康診査受診率です。

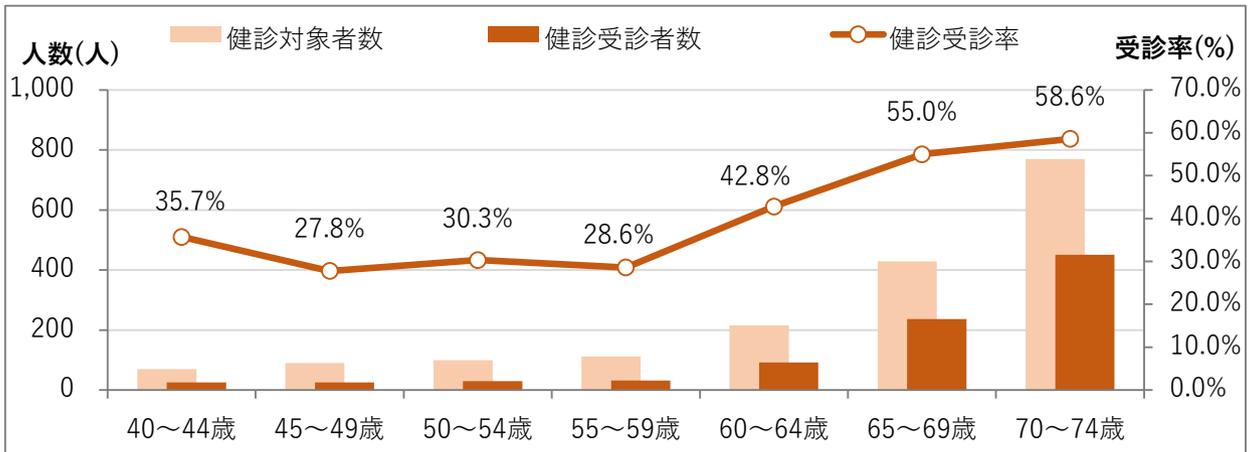
男女ともに加齢とともに受診率は高くなる傾向にありますが、60歳未満の男性の受診率は20%前半で、受診率が低くなっています。

図表8 (男性)年齢階層別特定健康診査受診率(令和4年度)



出典: KDB 地域の全体像の把握

図表9 (女性)年齢階層別特定健康診査受診率(令和4年度)



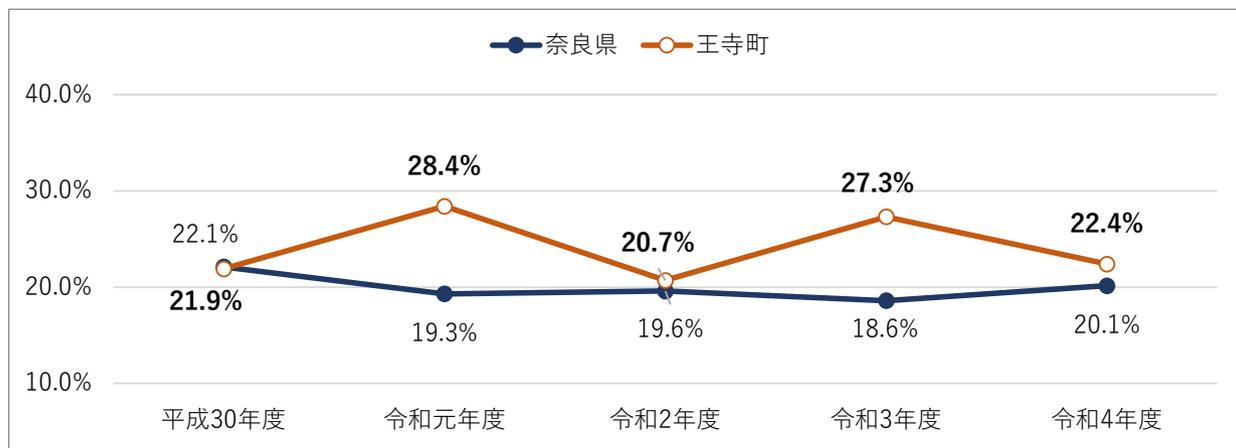
出典: KDB 地域の全体像の把握

1.3.2. 特定保健指導実施状況

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

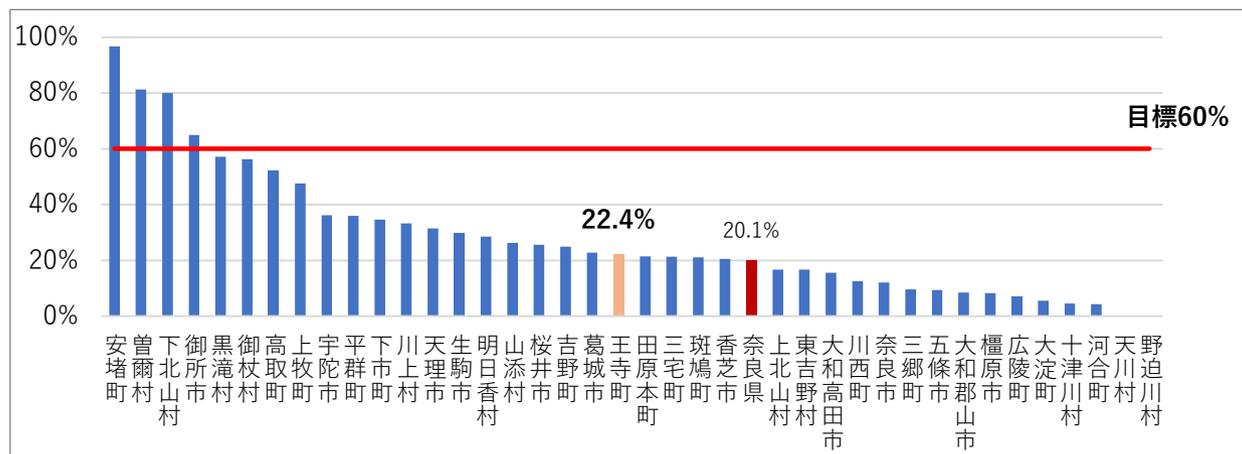
令和元年まで上昇傾向でしたが、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響を受け、急降下しています。令和3年度は上昇しましたが、令和4年度で22.4%まで降下しており、国の定めた目標60%とは大きな差があります。

図表10 特定保健指導実施率の推移(平成30年度～令和4年度)



出典: 法定報告値

図表11 奈良県内市町村の特定保健指導実施率(令和4年度)

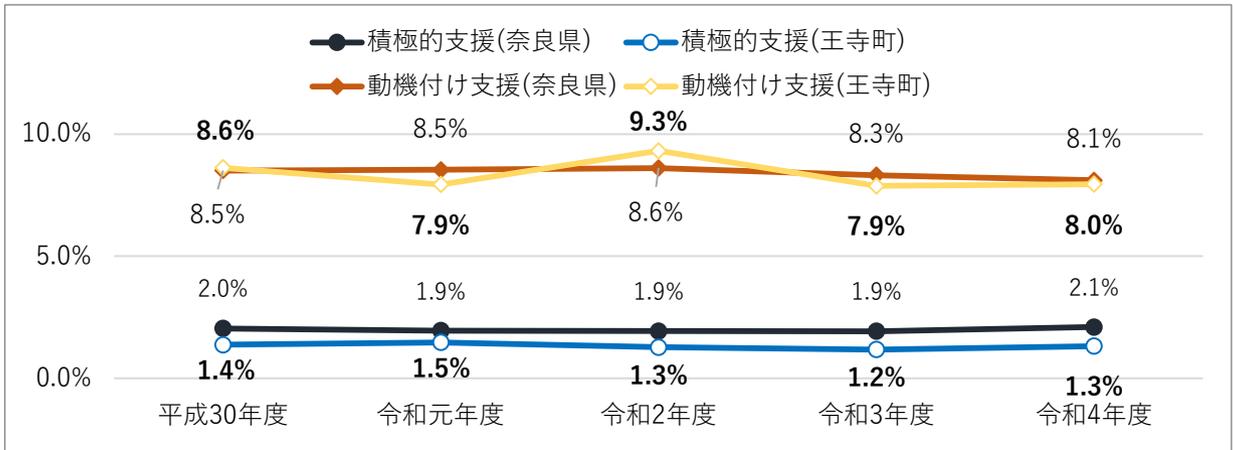


出典: 法定報告値

以下は、特定保健指導対象者割合の推移について、奈良県と比較したものです。

特定健康診査受診者のうち、特定保健指導の該当者の割合は、積極的支援、動機付け支援ともに、奈良県の値に近い値で、ほぼ横ばいに推移しています。

図表12 特定保健指導対象者割合の推移(平成30年度～令和4年度)



出典: 法定報告値

(参考)特定保健指導対象者の選定基準

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

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

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

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

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

③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

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

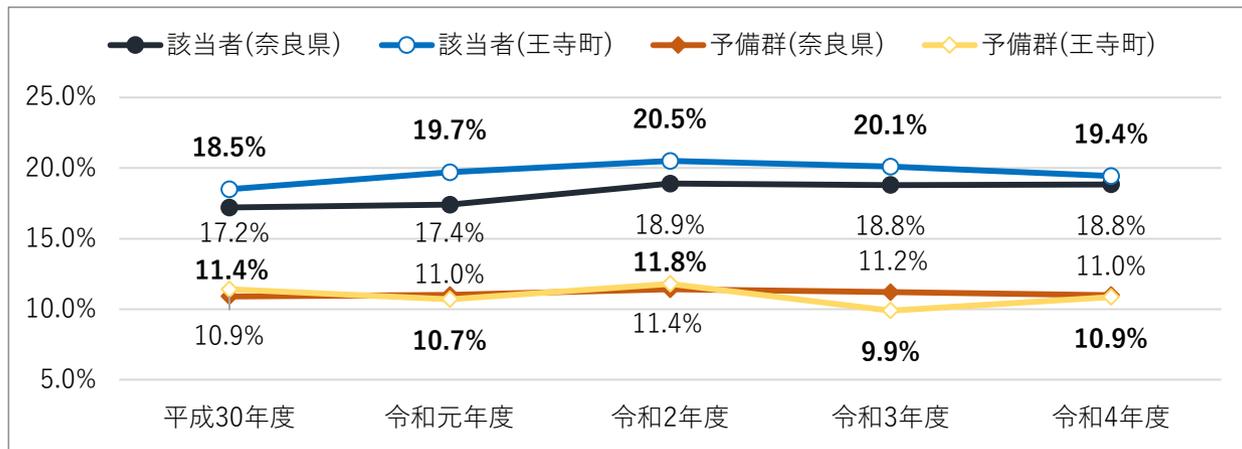
※65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみを行っている。

1.3.3. メタボリックシンドローム

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

特定健康診査受診者のうち、メタボリックシンドロームの該当者は、奈良県よりも高く、予備群は奈良県の値に近い値で、ほぼ横ばいに推移しています。

図表13 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合の推移



出典: 法定報告値

(参考)メタボリックシンドローム判定基準

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖:空腹時血糖が110mg/dl以上

②脂質:中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満

③血压:収縮期血压130mmHg以上 または 拡張期血压85mmHg以上

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

1.3.4. 特定健康診査結果

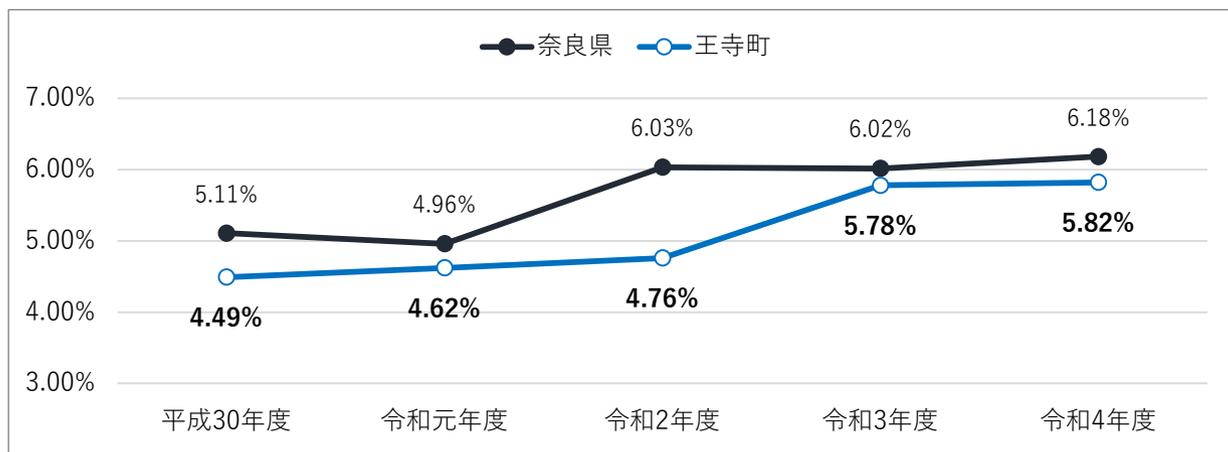
1.3.4.1. 血圧

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

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

特定健康診査受診者のうち、Ⅱ度高血圧以上に該当する者の割合は、奈良県よりも低い水準での推移ですが、上昇傾向にあります。

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



出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

(参考)成人における血圧値の分類

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

出典: 日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン2019」

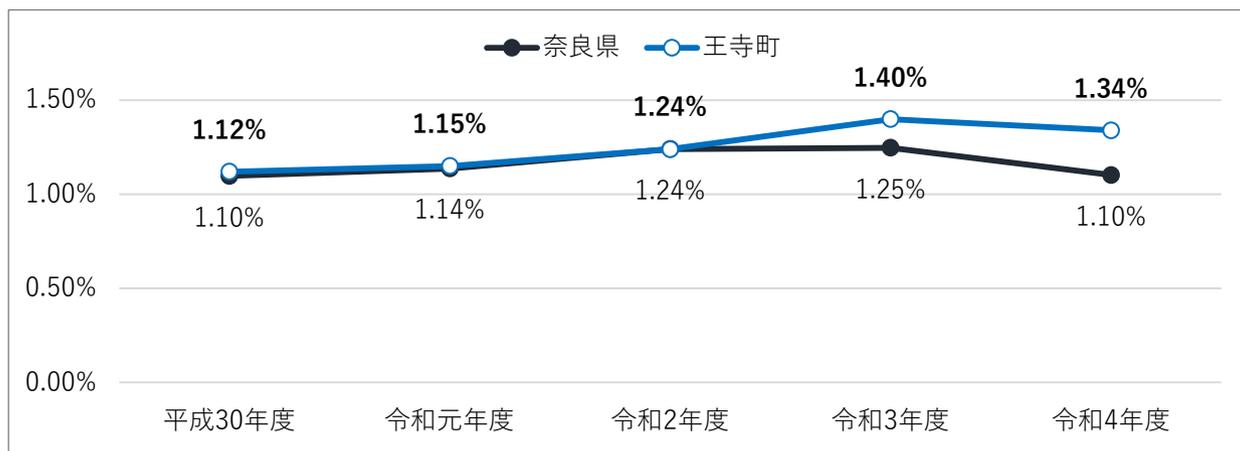
1.3.4.2. HbA1c(NGSP)

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

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

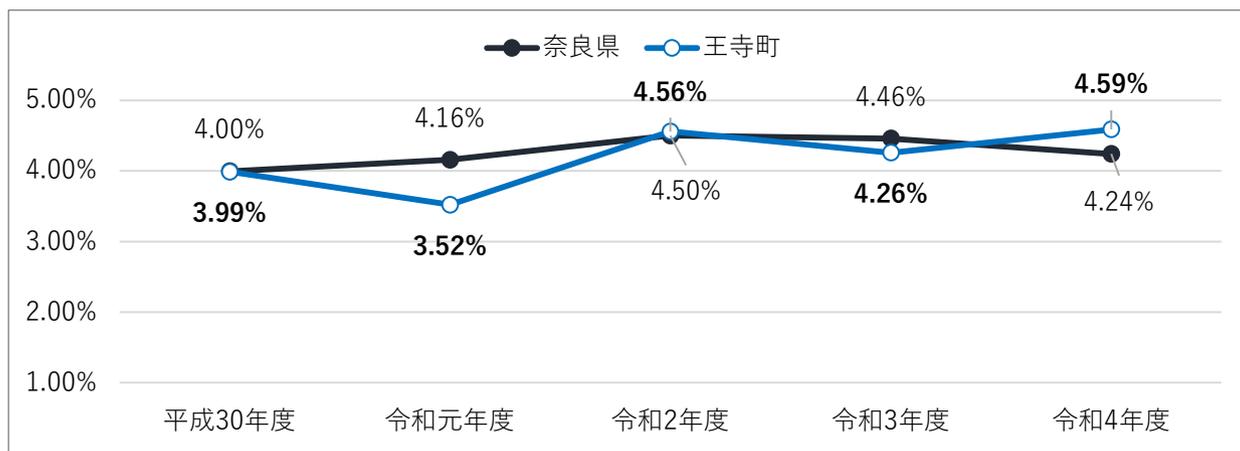
以下は、特定健康診査受診者のうち、HbA1c7.0%以上の該当者、8.0%以上の該当者の割合の推移になりますが、HbA1c8.0%以上の該当者割合は、令和2年度まで奈良県とほぼ同値でしたが、令和3年度以降は、奈良県より高くなっています。HbA1c7.0%以上の該当者割合は、令和2年度、令和4年度は奈良県より高くなっており、令和4年度は5年間の中で一番高くなっています。

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



出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

図表16 HbA1c7.0%以上の該当者の割合の推移



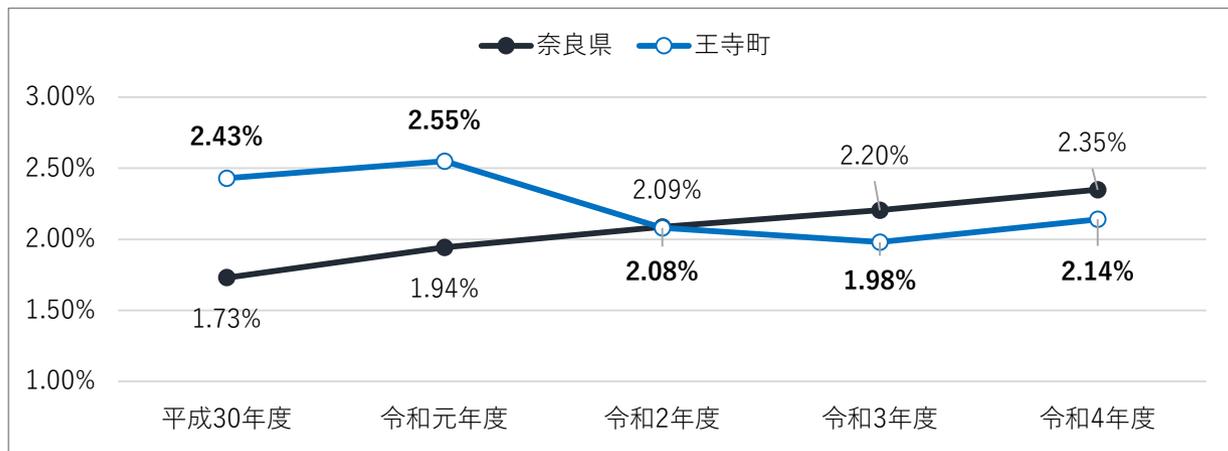
出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

1.3.4.3. eGFR

eGFR(推算糸球体濾過量)とは、腎機能を表す指標で、腎臓に、どれくらい老廃物を尿へ排泄する能力があるかを示しており、この値が低いほど腎臓の働きが悪いということになります。正常値は60ml/分/1.73m²以上になりますが、低下していくと、CKD(慢性腎臓病)の発症リスクが高くなり、発症後に重症化すると人工透析または腎移植が必要な腎不全に陥ることがあります。

以下は、特定健康診査受診者のうち、eGFR45ml/分/1.73m²未満の該当者の割合の推移になります。令和2年度以降は奈良県よりも低い値で推移しています。

図表17 eGFR45ml/分/1.73m²未満の該当者の割合の推移(平成30年度～令和4年度)



出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

(参考)CKDの重症度分類(CKD診療ガイドライン2012)

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

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

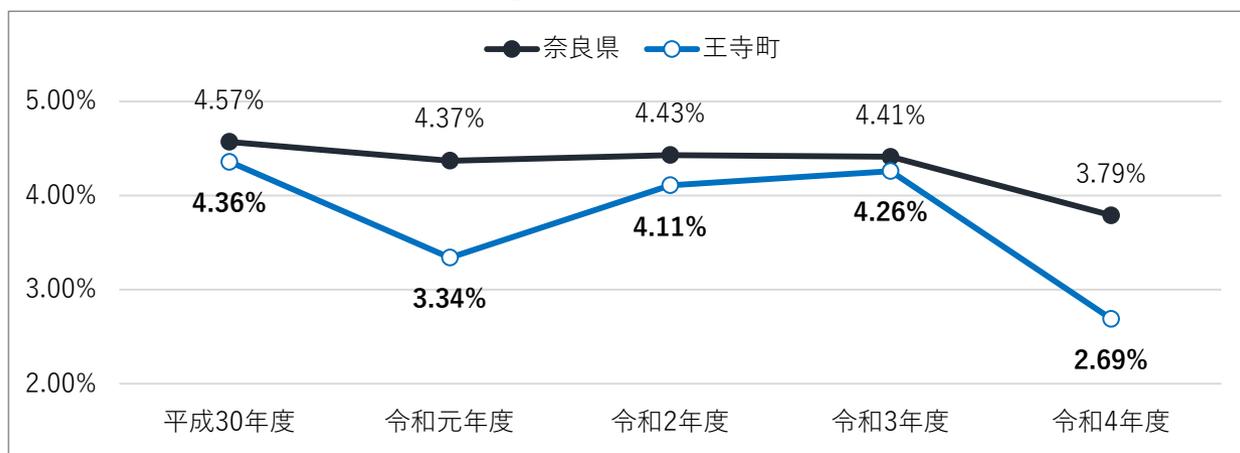
出典: 日本腎臓学会「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018」

1.3.4.4. 脂質異常症

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

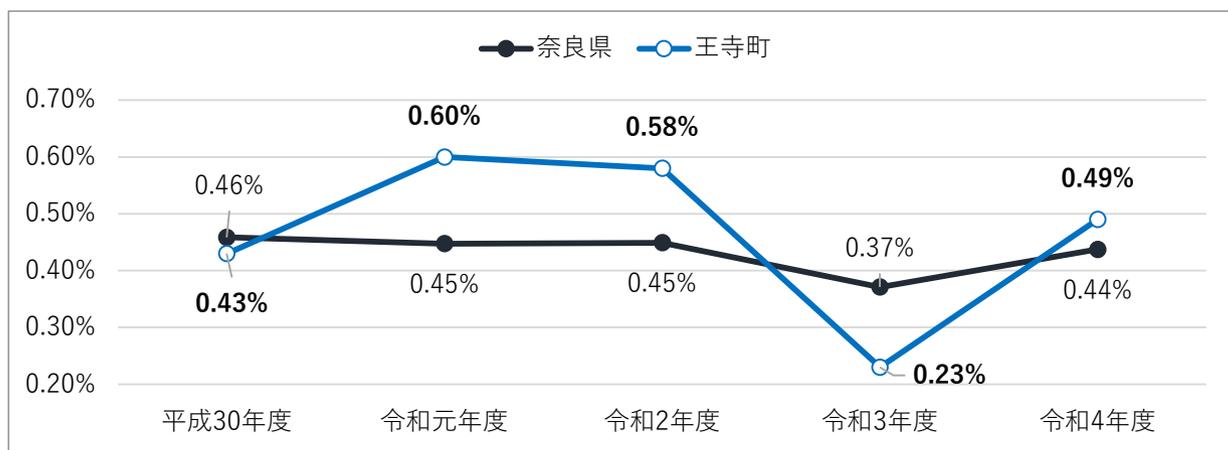
以下は、LDLコレステロール180mg/dl以上の該当者と中性脂肪500mg/dl以上の該当者の割合の推移を示しています。LDLコレステロール180mg/dl以上の該当者の割合は、奈良県よりも低い水準で推移しています。また、中性脂肪500mg/dl以上の該当者の割合は、令和3年度で急降下していますが、令和4年度に上昇し、奈良県より高い値となっています。

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



出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

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



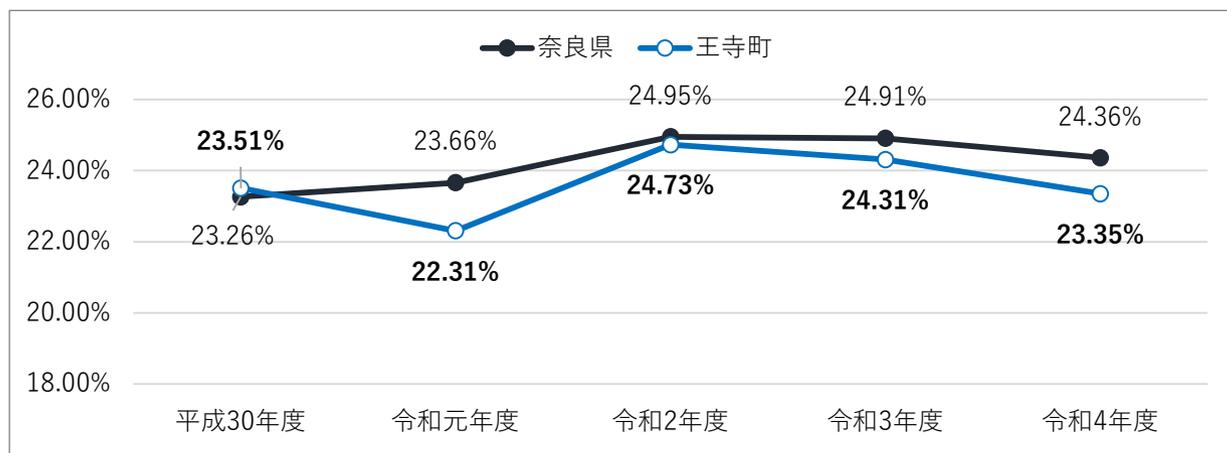
出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

1.3.4.5. BMI及び腹囲

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

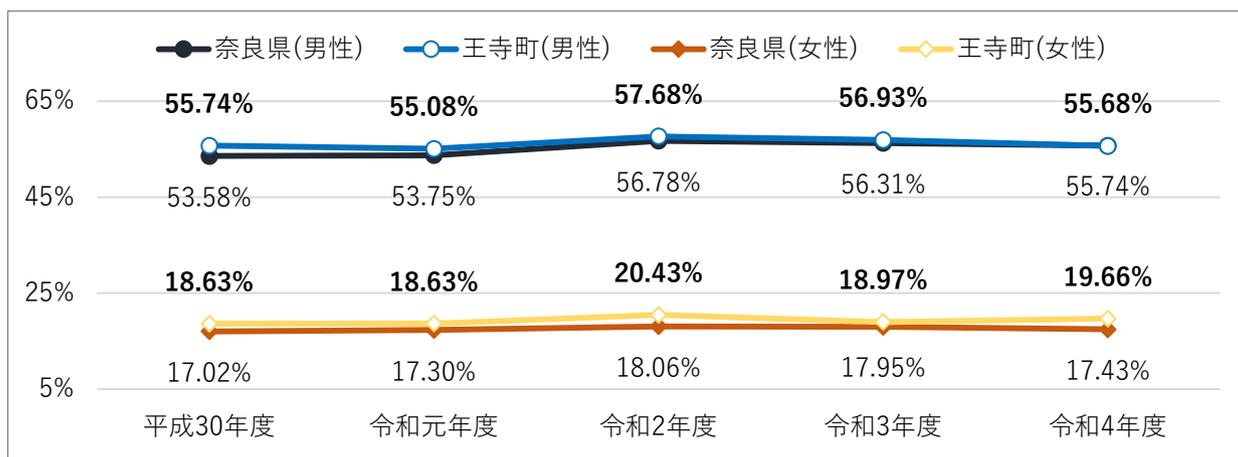
以下は、BMI25以上の該当者と腹囲が基準値以上の該当者の割合の推移を示しています。BMI25以上の該当者の割合は、奈良県よりも低い水準で推移しており、また、令和3年度より減少傾向にあります。一方、腹囲が基準値以上の該当者の割合は、ほぼ奈良県と同水準で横ばいに推移しています。

図表20 BMI25以上の該当者の割合の推移(平成30年度～令和4年度)



出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

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



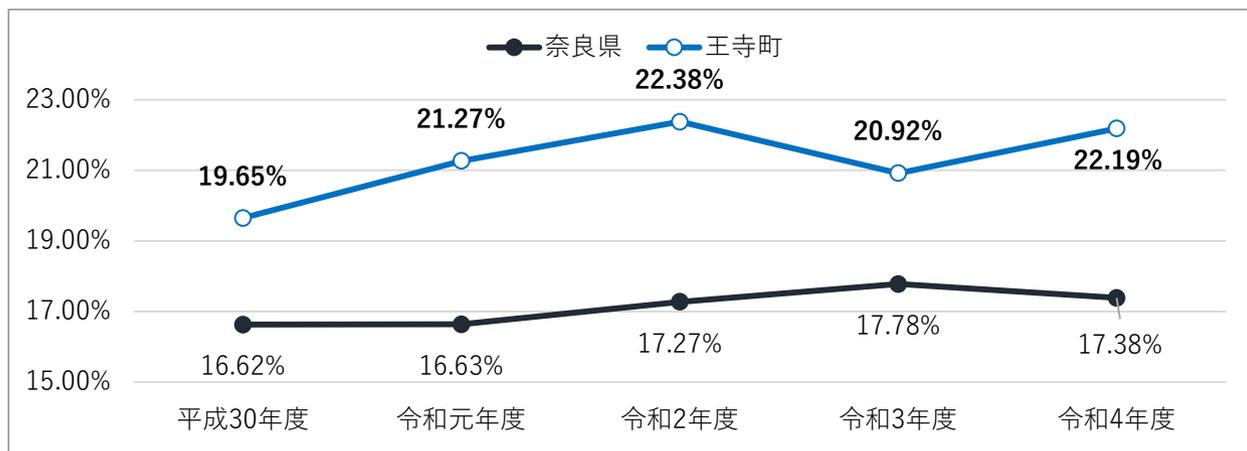
出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

1.3.4.6. 咀嚼

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

以下は、当該質問項目において「歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある」、「ほとんどかめない」と回答された、咀嚼機能に問題があると思われる該当者の割合の推移を示しています。咀嚼機能に問題があると思われる該当者の割合は、奈良県よりも高い水準で推移しています。

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



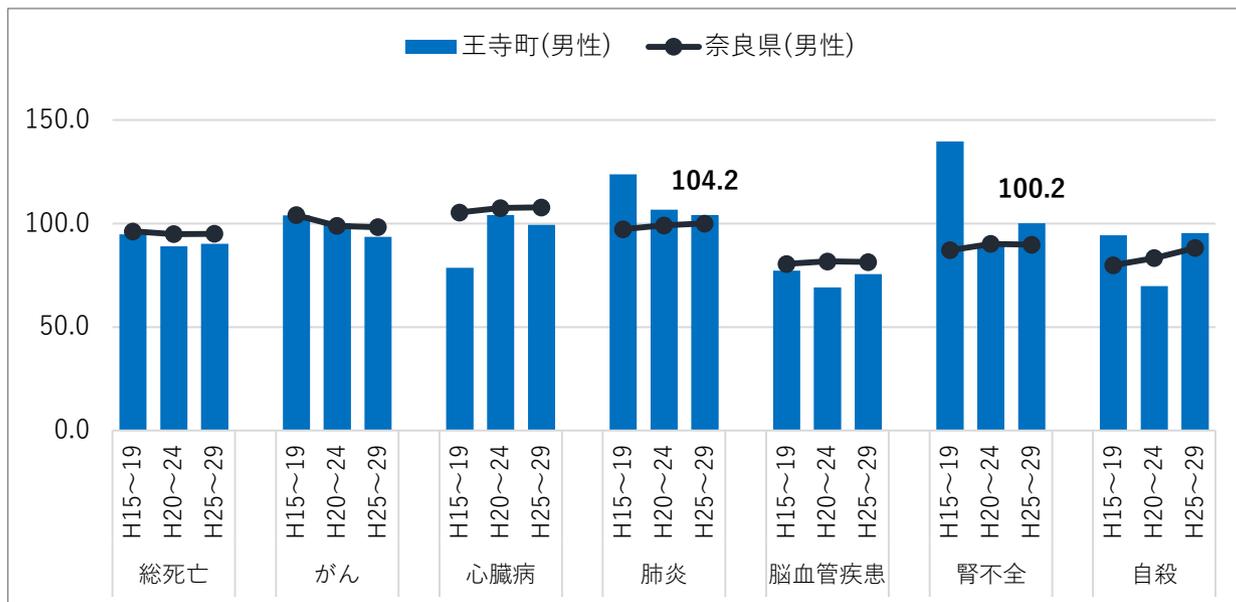
出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

1.4. 標準化死亡比

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

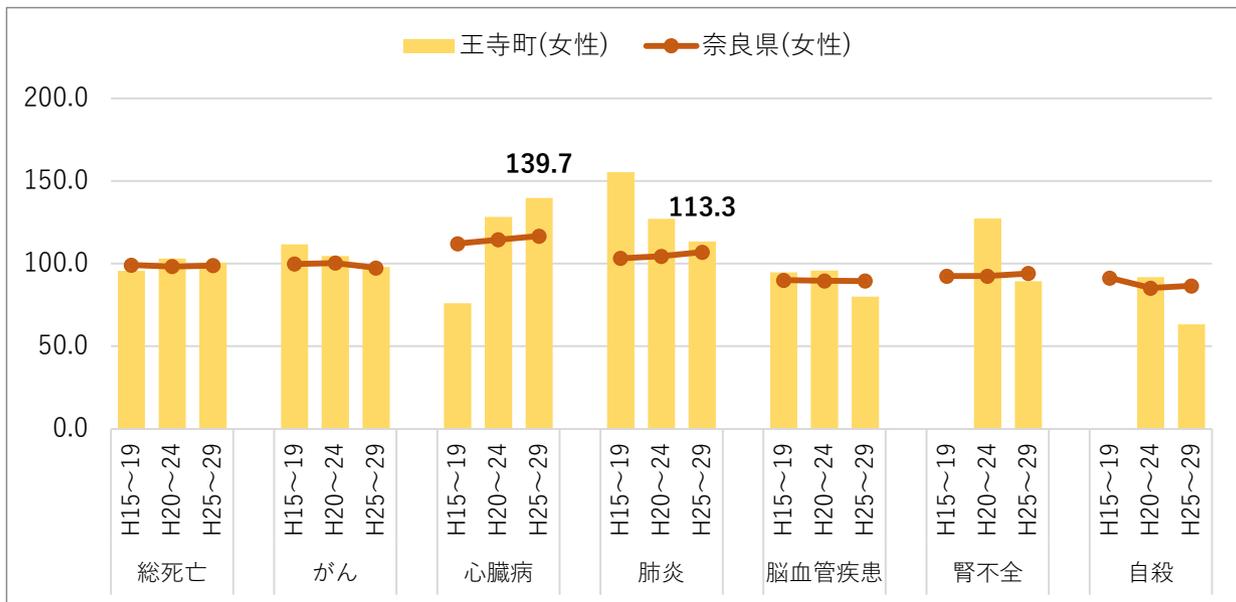
平成25年～29年度は、男性、女性ともに、肺炎で100以上となっています。男性では、腎不全も高く、女性では、心臓病が高い数値になっています。

図表23 (男性)主要疾病標準化死亡比の推移



出典: 厚生労働省「人口動態保健所・市区町村別統計」

図表24 (女性)主要疾病標準化死亡比の推移



出典: 厚生労働省「人口動態保健所・市区町村別統計」

2. 健康・医療情報等の分析

2.1. 医療費の状況

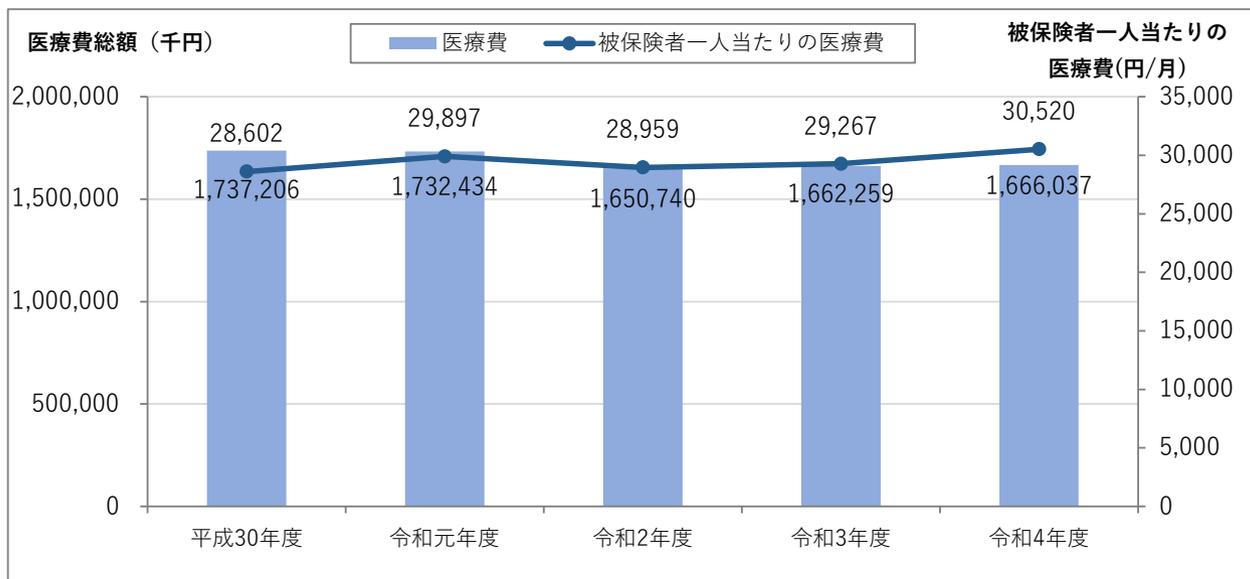
2.1.1. 被保険者一人当たり医療費

以下は、本町の被保険者一人当たり医療費の推移について、奈良県と比較したものです。

本町の医療費総額は、令和4年度は16億6,600万円で、平成30年度より7,100万円減少(△4.1%)しました。

また、1人当たりの医療費は、令和4年度は3万520円で、平成30年度より1,918円増額(+6.7%)しています。

図表25 医療費総額及び被保険者一人当たり医療費の推移(平成30年度～令和4年度)



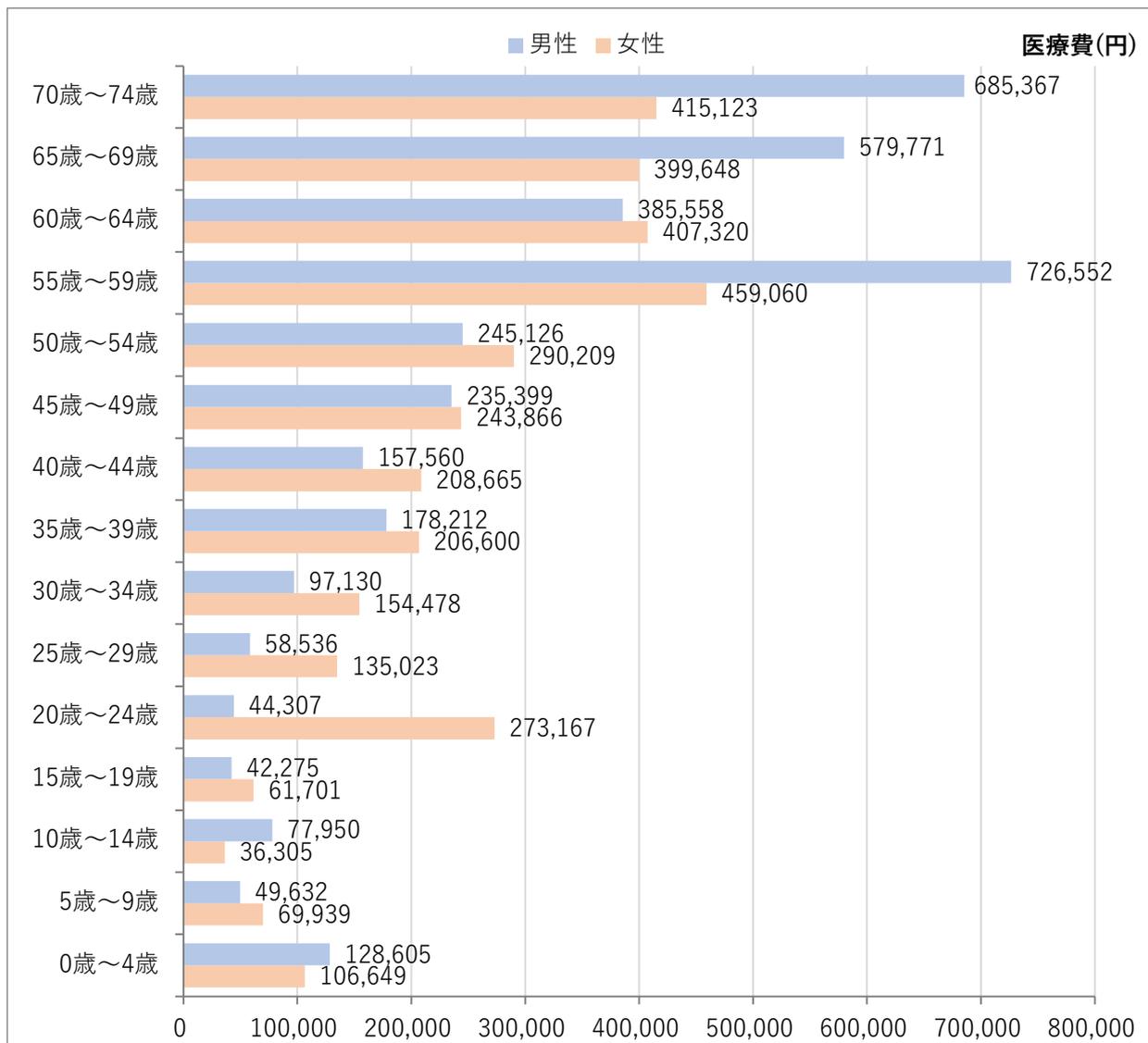
出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

2.1.2.性別・年齢階層別の被保険者一人当たり医療費

以下は、本町の性別・年齢階層別の被保険者一人当たり医療費を示したものです。

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

図表27 性別・年齢階層別の被保険者一人当たり医療費(令和4年度)



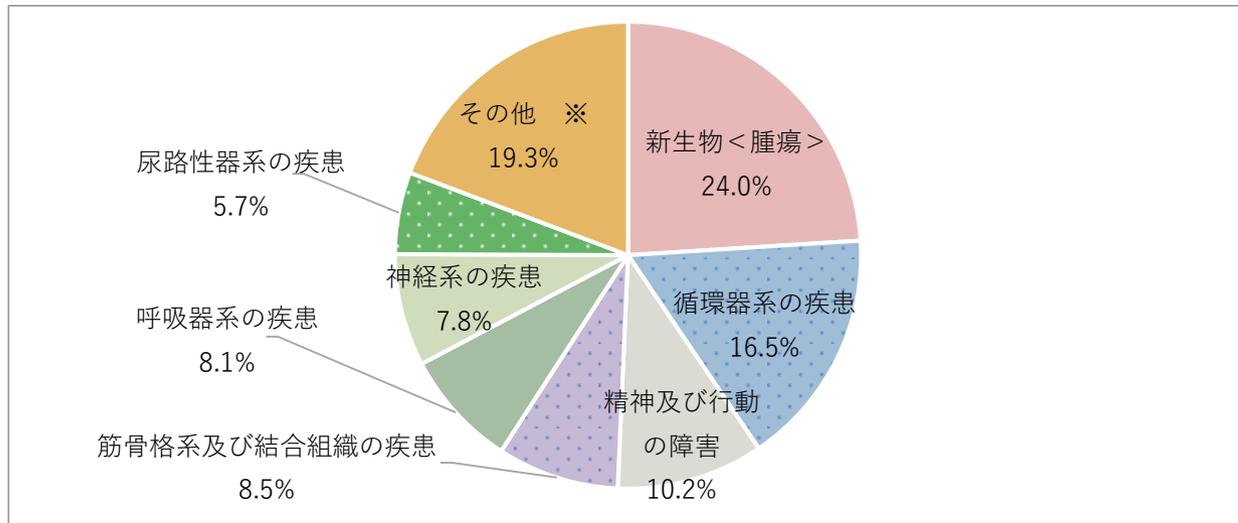
出典: 国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(大分類)」

2.2.疾病分類別医療費

以下は、本町における入院の疾病分類別医療費の状況を示したものです。

大分類別は「新生物<腫瘍>」の構成比が24.0%で最も高く、細小分類別では「前立腺がん」「食道がん」「膵臓がん」の割合が高くなっています。大分類別で「循環器系の疾患」の構成比も16.5%で高く、細小分類別では「不整脈」が高くなっています。

図表28 大分類別医療費構成比(入院) (令和4年度)



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

※その他…総医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

図表29 大・中・細小分類別分析(入院) (令和4年度)

順位	大分類別分析	中分類別分析	細小分類分析			
1	新生物<腫瘍>	24.0%	その他の悪性新生物<腫瘍>	10.2%	前立腺がん	2.5%
			白血病	2.7%	食道がん	1.5%
			膵臓がん	0.9%	白血病	2.7%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	2.2%	肺がん	2.2%
2	循環器系の疾患	16.5%	その他の心疾患	5.8%	不整脈	2.6%
			虚血性心疾患	3.0%	心臓弁膜症	0.2%
			その他の脳血管疾患	3.0%	狭心症	2.1%
3	精神及び行動の障害	10.2%	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	3.2%	統合失調症	3.2%
			その他の精神及び行動の障害	2.9%		
			気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	1.4%	うつ病	1.4%
4	筋骨格系及び結合組織の疾患	8.5%	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	2.6%		
			脊椎障害(脊椎症を含む)	2.5%		
			関節症	1.7%	関節疾患	1.7%

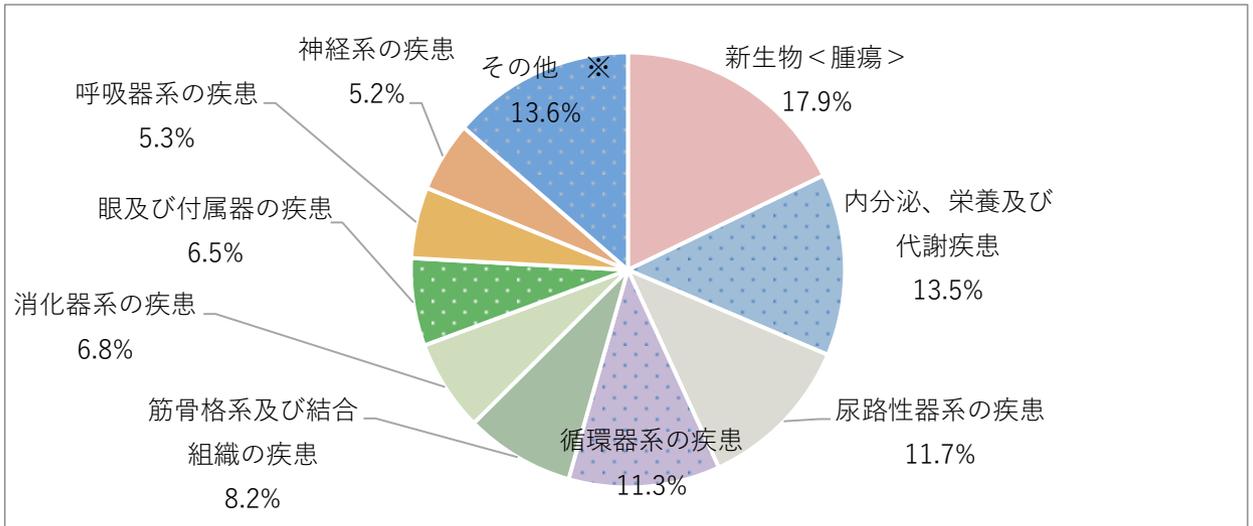
出典: 国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

以下は、本町における外来の疾病分類別医療費の状況を示したものです。

大分類別は「新生物<腫瘍>」の構成比が17.9%で最も高く、細小分類別では「腎臓がん」「前立腺がん」の割合が高くなっています。大分類別で「内分泌、栄養及び代謝疾患」の構成比も高く、細小分類別では「糖尿病」「脂質異常症」の割合が高くなっています。

図表30 大分類別医療費構成比(外来) (令和4年度)



出典: 国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」
 ※その他…総医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

図表31 大・中・細小分類別分析(外来) (令和4年度)

順位	大分類別分析	中分類別分析	細小分類分析			
1	新生物<腫瘍>	17.9%	その他の悪性新生物<腫瘍>	6.9%	腎臓がん	1.4%
			乳房の悪性新生物<腫瘍>	2.8%	前立腺がん	1.4%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	2.6%	喉頭がん	0.6%
					乳がん	2.8%
2	内分泌、栄養及び代謝疾患	13.5%	糖尿病	7.8%	肺がん	2.6%
			脂質異常症	4.1%	糖尿病	7.1%
			その他の内分泌、栄養及び代謝障害	1.1%	糖尿病網膜症	0.7%
3	尿路器系の疾患	11.7%	腎不全	9.4%	脂質異常症	4.1%
			その他の腎尿路系の疾患	0.7%	痛風・高尿酸血症	0.1%
			乳房及びその他の女性生殖器の疾患	0.5%	慢性腎臓病(透析あり)	7.8%
4	循環器系の疾患	11.3%	高血圧性疾患	5.0%	慢性腎臓病(透析なし)	1.5%
			その他の心疾患	4.5%	乳腺症	0.0%
			虚血性心疾患	0.9%	高血圧症	5.0%

出典: 国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」
 ※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

以下は、本町における細小分類別の医療費の状況を示したものです。

細小分類別による医療費が高い上位10疾病に、「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」が入っており、当該3疾病で1億7千万円(10.6%)になります。生活習慣の影響で重篤化する「慢性腎臓病(透析あり)」や「不整脈」も上位に挙がっています。

図表32 細小分類による医療費上位10疾病(令和4年度)

順位	細小分類別疾患	医療費(円)	割合(%) ※
1	慢性腎臓病(透析あり)	97,995,420	5.9%
2	糖尿病	77,617,880	4.7%
3	関節疾患	61,472,140	3.7%
4	高血圧症	54,563,300	3.3%
5	脂質異常症	43,550,190	2.6%
6	肺がん	41,199,920	2.5%
7	不整脈	37,511,680	2.3%
8	乳がん	36,878,240	2.2%
9	統合失調症	34,257,150	2.1%
10	大腸がん	32,968,430	2.0%

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

※割合…総医療費に占める割合。

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

2.3.生活習慣病等疾病別医療費

以下は、本町における生活習慣病等疾病別の医療費の状況を示したものです。

入院・外来ともに、医療費が最も高いのは「がん」となっています。

「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」は、外来において医療費、レセプト件数の割合が比較的高くなっており、当該3疾病の影響により重症化が加速するとされる「脳出血」「脳梗塞」「狭心症」は入院において医療費が高くなっています。

図表33 生活習慣病等疾病別医療費統計(入院)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	2,734,060	0.5%	8	7	0.7%	6	390,580	9
高血圧症	1,278,120	0.2%	9	3	0.3%	8	426,040	8
脂質異常症	0	0.0%	11	0	0.0%	11	0	11
高尿酸血症	0	0.0%	11	0	0.0%	11	0	11
脂肪肝	0	0.0%	11	0	0.0%	11	0	11
動脈硬化症	166,090	0.0%	10	1	0.1%	9	166,090	10
脳出血	4,383,620	0.7%	7	1	0.1%	9	4,383,620	1
脳梗塞	12,699,070	2.1%	4	19	2.0%	4	668,372	6
狭心症	12,648,340	2.1%	5	14	1.5%	5	903,453	3
心筋梗塞	4,673,600	0.8%	6	4	0.4%	7	1,168,400	2
がん	143,705,490	24.0%	1	162	17.1%	1	887,071	4
筋・骨格	50,614,860	8.5%	3	74	7.8%	3	683,985	5
精神	60,997,120	10.2%	2	114	12.1%	2	535,062	7
その他(上記以外のもの)	304,699,210	50.9%		546	57.8%		558,057	
合計	598,599,580			945			633,439	

出典: 国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

図表34 生活習慣病等疾病別医療費統計(外来)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	81,768,150	7.7%	3	2,727	6.4%	4	29,985	4
高血圧症	53,285,180	5.0%	4	4,135	9.7%	2	12,886	12
脂質異常症	43,550,190	4.1%	5	3,331	7.8%	3	13,074	11
高尿酸血症	1,010,460	0.1%	10	101	0.2%	9	10,005	13
脂肪肝	1,254,300	0.1%	9	67	0.2%	10	18,721	8
動脈硬化症	257,110	0.0%	12	16	0.0%	12	16,069	10
脳出血	550,450	0.1%	11	17	0.0%	11	32,379	3
脳梗塞	2,529,250	0.2%	8	126	0.3%	8	20,073	6
狭心症	7,480,780	0.7%	7	327	0.8%	7	22,877	5
心筋梗塞	187,590	0.0%	13	4	0.0%	13	46,898	2
がん	189,352,890	17.9%	1	1,713	4.0%	6	110,539	1
筋・骨格	86,461,950	8.2%	2	4,782	11.2%	1	18,081	9
精神	39,183,950	3.7%	6	1,989	4.6%	5	19,700	7
その他(上記以外のもの)	553,708,580	52.2%		23,485	54.8%		23,577	
合計	1,060,580,830			42,820			24,768	

出典: 国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

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

図表35 生活習慣病等疾病別医療費統計(入外合計)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	84,502,210	5.1%	4	2,734	6.2%	4	30,908	7
高血圧症	54,563,300	3.3%	5	4,138	9.5%	2	13,186	11
脂質異常症	43,550,190	2.6%	6	3,331	7.6%	3	13,074	12
高尿酸血症	1,010,460	0.1%	12	101	0.2%	9	10,005	13
脂肪肝	1,254,300	0.1%	11	67	0.2%	10	18,721	10
動脈硬化症	423,200	0.0%	13	17	0.0%	12	24,894	9
脳出血	4,934,070	0.3%	9	18	0.0%	11	274,115	2
脳梗塞	15,228,320	0.9%	8	145	0.3%	8	105,023	4
狭心症	20,129,120	1.2%	7	341	0.8%	7	59,030	5
心筋梗塞	4,861,190	0.3%	10	8	0.0%	13	607,649	1
がん	333,058,380	20.1%	1	1,875	4.3%	6	177,631	3
筋・骨格	137,076,810	8.3%	2	4,856	11.1%	1	28,228	8
精神	100,181,070	6.0%	3	2,103	4.8%	5	47,637	6
その他(上記以外のもの)	858,407,790	51.7%		24,031	54.9%		35,721	
合計	1,659,180,410			43,765			37,911	

出典: 国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

2.4.透析患者の状況

以下は、本町における透析患者の発生状況を示したものです。

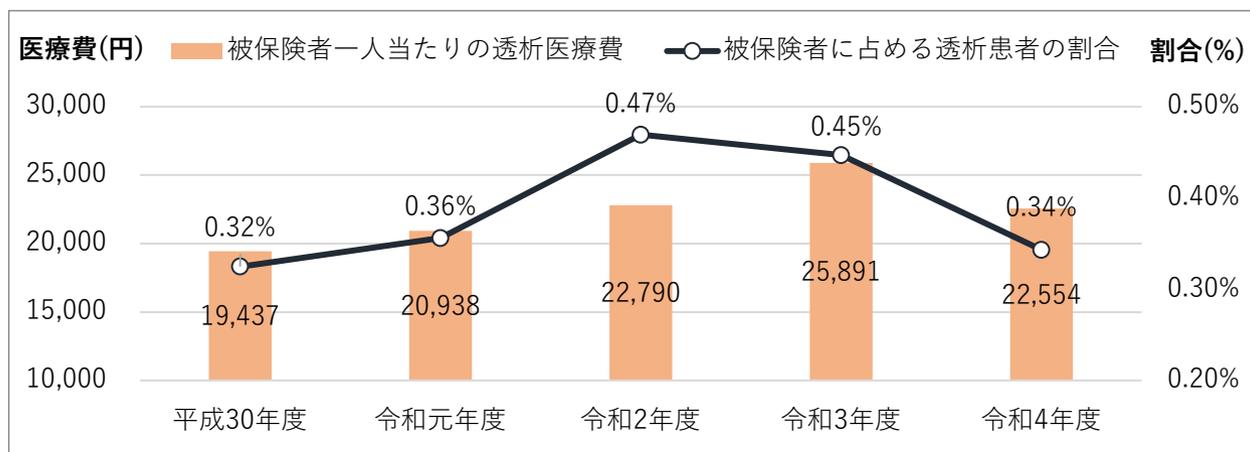
本町の被保険者に占める透析患者の割合は、国よりも低く奈良県よりも高くなっています。令和2年度をピークに年々減少で推移しています。透析医療費について、被保険者一人当たりで換算すると、令和3年度に大幅に増加しています。

図表36 透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合(令和4年度)

区分	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者の割合(%)
王寺町	4,372	15	0.34%
奈良県	275,701	905	0.33%
国	24,660,500	86,890	0.35%

出典: 国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

図表37 透析患者数割合及び透析医療費の推移(平成30年度～令和4年度)



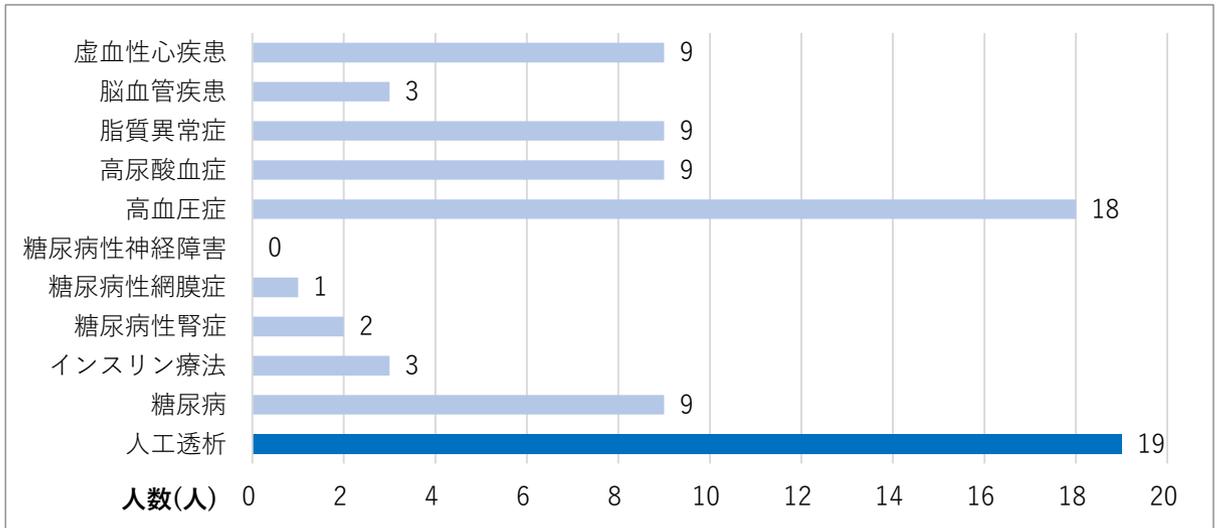
出典: 国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

※透析医療費…人工透析を行っているレセプトの総点数を医療費換算したもの。

以下は、本町における透析患者の併存している疾患を示したものです。

人工透析患者19人のうち、18人(94.7%)が「高血圧症」、9人(47.4%)が「虚血性心疾患」「脂質異常症」「高尿酸血症」「糖尿病」を併存している状況です。

図表38 透析患者の併存疾患(令和4年度)



出典: 国保データベース(KDB)システム「人工透析のレセプト分析」(令和4年5月診療分)

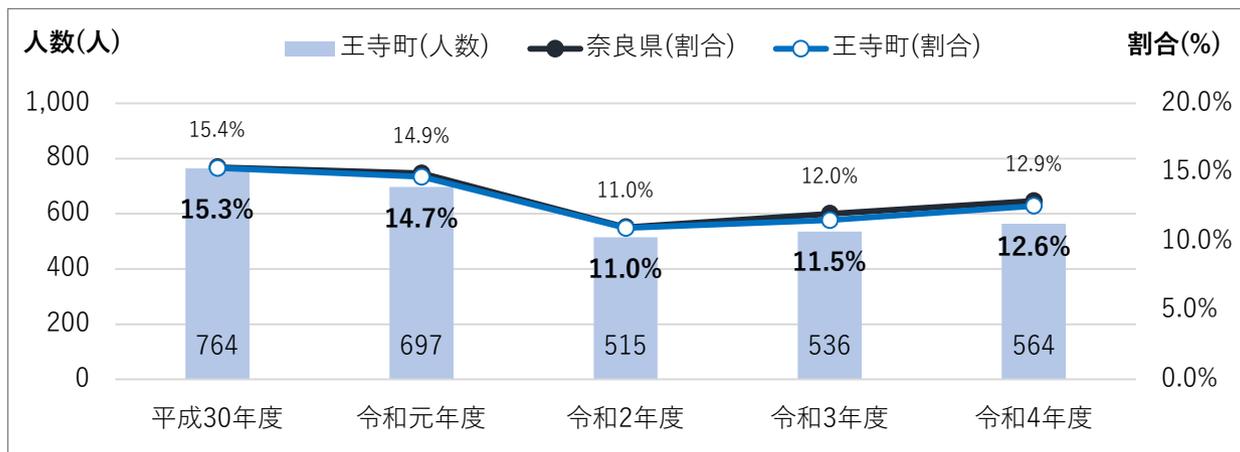
2.5.服薬状況

2.5.1.重複投与者

以下は、本町における重複投与者の人数の推移を示したものです。

重複投与者は、同一月内に同一薬剤又は同様の効能・効果を持つ薬剤を複数の医療機関から処方されている人のことです。令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で減少しましたが、緩やかに増加傾向にあり、被保険者に占める重複投与者の割合も上昇傾向にあります。

図表39 重複投与者数と被保険者に占める重複投与者割合の推移



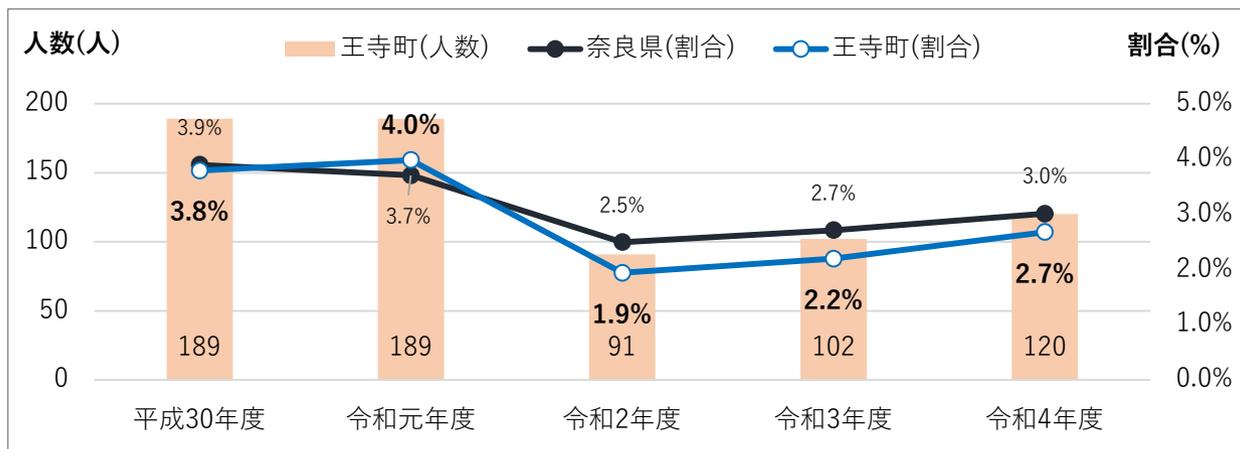
出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

2.5.2.多剤投与者

以下は、本町における多剤投与者の人数の推移を示したものです。

高齢になると、加齢による身体的・精神的機能の低下とともに複数の慢性疾患にかかり、飲む薬が多くなってきますが、日本老年医学会「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」によると、「高齢者において6種類以上の処方がある方は、薬物有害事象の頻度や転倒の発生頻度が高まる」とあります。以下は15種類以上の多剤投与者の人数を表していますが、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で減少し、被保険者に占める多剤投与者の割合は令和現年度を除き、奈良県より低い水準で推移しています。

図表40 多剤投与者数と被保険者に占める多剤投与者割合の推移



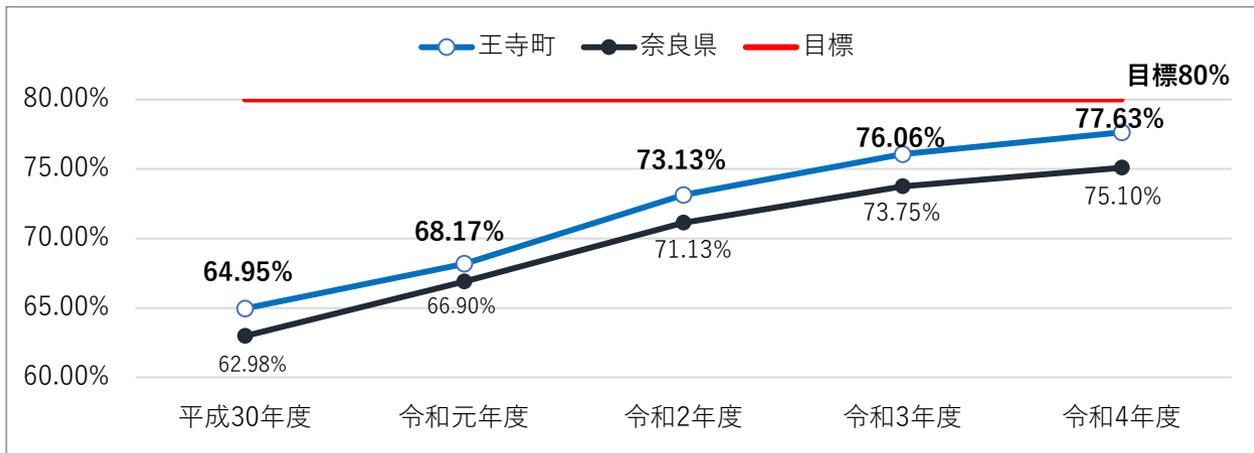
出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

2.5.3.後発医薬品使用割合

以下は、本町における後発医薬品使用割合の推移を奈良県と比較したものです。

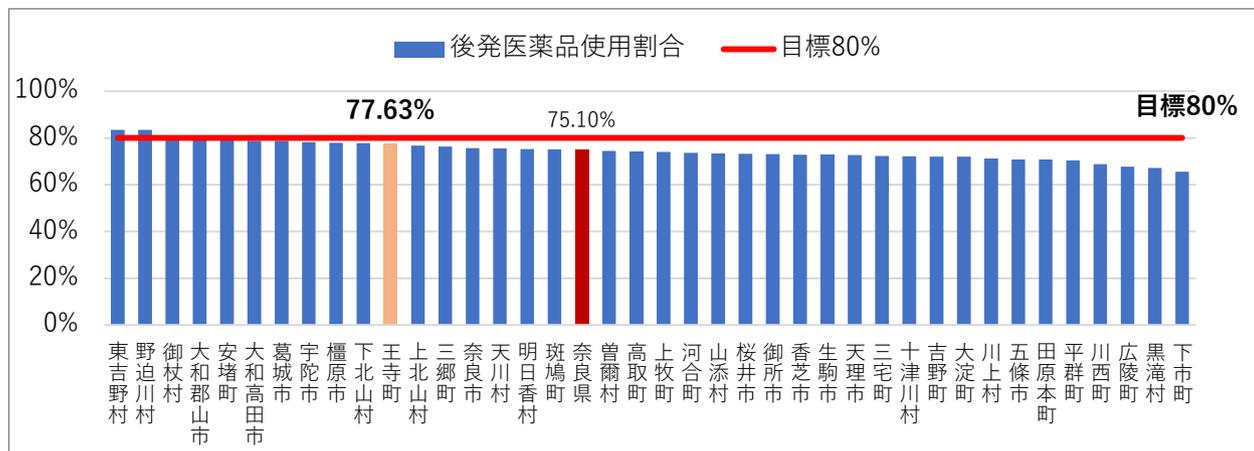
奈良県よりも低い水準で推移しておりますが、平成30年度から順調に上昇しています。しかしながら、国が定めた目標80%には到達していません。

図表41 後発医薬品使用割合(数量ベース)の推移(平成30年度～令和4年度)



出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

図表42 奈良県内市町村の後発医薬品使用割合(令和4年度)



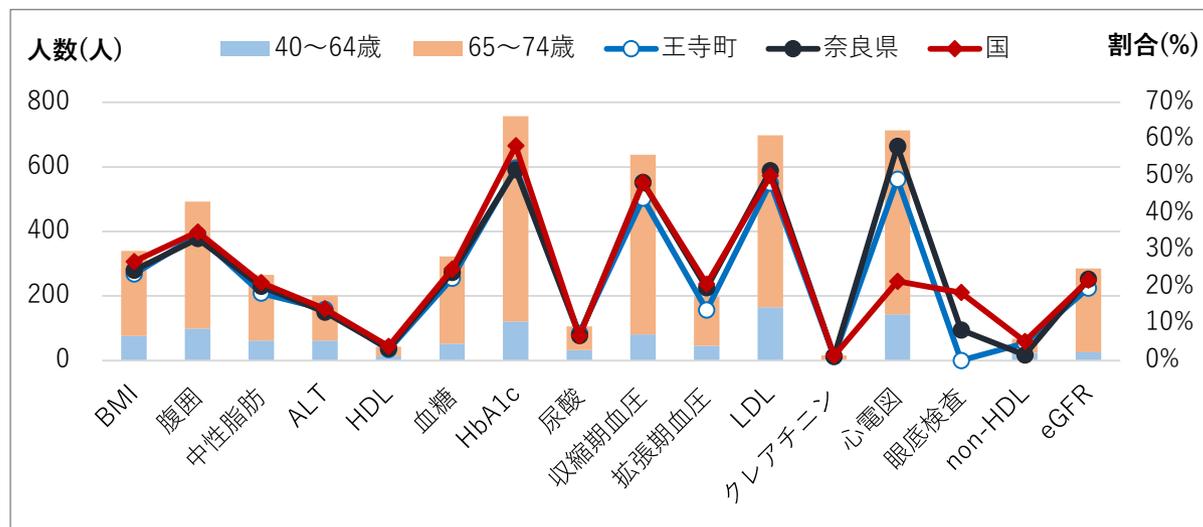
出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

2.6.特定健康診査結果

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

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

図表43 検査項目別有所見者の状況(令和4年度)



区分			BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸	
			≧25	男性≧85 女性≧90	≧150	≧31	<40	≧100	≧5.6	≧7.0	
王寺町	40~64歳	人数(人)	76	99	62	62	13	52	121	32	
		割合(%)	23.7%	30.8%	19.3%	19.3%	4.0%	16.2%	37.7%	10.0%	
	65~74歳	人数(人)	264	394	203	139	30	271	636	74	
		割合(%)	23.4%	34.9%	18.0%	12.3%	2.7%	24.0%	56.3%	6.6%	
	全体(40~74歳)		人数(人)	340	493	265	201	43	323	757	106
			割合(%)	23.4%	34.0%	18.3%	13.9%	3.0%	22.3%	52.2%	7.3%
奈良県		割合(%)	24.5%	33.1%	20.1%	13.1%	3.2%	23.9%	51.8%	6.8%	
国		割合(%)	26.8%	34.9%	21.1%	14.0%	3.8%	24.8%	58.2%	6.7%	

区分			収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査	non-HDL	eGFR	
			≧130	≧85	≧120	≧1.3	所見あり	検査あり	≧150	<60	
王寺町	40~64歳	人数(人)	81	46	165	0	143	0	24	26	
		割合(%)	25.2%	14.3%	51.4%	0.0%	44.5%	0.0%	7.5%	8.1%	
	65~74歳	人数(人)	557	152	533	16	570	0	44	259	
		割合(%)	49.3%	13.5%	47.2%	1.4%	50.5%	0.0%	3.9%	22.9%	
	全体(40~74歳)		人数(人)	638	198	698	16	713	0	68	285
			割合(%)	44.0%	13.7%	48.1%	1.1%	49.2%	0.0%	4.7%	19.7%
奈良県		割合(%)	48.3%	19.7%	51.4%	1.1%	58.1%	8.3%	1.5%	22.1%	
国		割合(%)	48.3%	20.7%	50.1%	1.3%	21.5%	18.4%	5.2%	21.8%	

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

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

国や奈良県よりも、「服薬_脂質異常症」「既往歴_心臓病」「既往歴_貧血」「食べる速度が速い」等で、該当する人の割合が高くなっています。

図表44 質問票回答状況(令和4年度)

分類	質問項目	40～64歳			65～74歳			全体(40～74歳)		
		王寺町	奈良県	国	王寺町	奈良県	国	王寺町	奈良県	国
服薬	服薬_高血圧症	13.4%	19.6%	20.1%	41.8%	41.8%	43.6%	35.5%	35.9%	36.8%
	服薬_糖尿病	4.7%	4.6%	5.3%	9.1%	9.8%	10.4%	8.1%	8.4%	8.9%
	服薬_脂質異常症	15.9%	17.5%	16.5%	37.9%	35.4%	34.2%	33.0%	30.6%	29.1%
既往歴	既往歴_脳卒中	1.6%	1.9%	2.0%	3.7%	3.6%	3.8%	3.2%	3.1%	3.3%
	既往歴_心臓病	1.6%	2.6%	3.0%	7.4%	6.6%	6.8%	6.1%	5.6%	5.7%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	0.6%	0.7%	0.6%	1.2%	1.4%	0.9%	1.1%	1.2%	0.8%
	既往歴_貧血	15.6%	16.2%	14.2%	10.5%	9.5%	9.3%	11.7%	11.3%	10.7%
喫煙	喫煙	12.5%	15.8%	18.9%	9.9%	8.9%	10.2%	10.5%	10.7%	12.7%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	37.6%	36.6%	37.8%	28.7%	32.4%	33.2%	30.7%	33.6%	34.6%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	64.9%	68.6%	68.8%	48.8%	53.1%	55.4%	52.4%	57.2%	59.3%
	1日1時間以上運動なし	51.1%	49.9%	49.3%	46.0%	46.1%	46.7%	47.1%	47.1%	47.5%
	歩行速度遅い	48.1%	53.6%	53.0%	46.8%	47.9%	49.4%	47.1%	49.4%	50.5%
食事	食べる速度が速い	31.9%	32.4%	30.7%	26.8%	26.0%	24.6%	27.9%	27.7%	26.4%
	食べる速度が普通	57.2%	59.6%	61.1%	65.5%	66.3%	67.6%	63.7%	64.5%	65.7%
	食べる速度が遅い	10.9%	8.0%	8.2%	7.7%	7.7%	7.8%	8.4%	7.8%	7.9%
	週3回以上就寝前夕食	18.8%	18.5%	21.1%	6.6%	9.5%	12.1%	9.3%	11.9%	14.7%
	週3回以上朝食を抜く	14.1%	15.8%	18.9%	3.9%	4.3%	5.9%	6.2%	7.4%	9.7%
飲酒	毎日飲酒	17.1%	22.3%	24.3%	22.9%	24.0%	24.7%	21.6%	23.6%	24.6%
	時々飲酒	26.8%	23.3%	25.3%	22.1%	20.2%	21.1%	23.1%	21.0%	22.3%
	飲まない	56.1%	54.4%	50.4%	55.1%	55.8%	54.2%	55.3%	55.4%	53.1%
	1日飲酒量(1合未満)	77.9%	70.9%	60.9%	77.2%	75.2%	67.6%	77.3%	74.0%	65.6%
	1日飲酒量(1～2合)	14.8%	17.4%	23.0%	15.5%	18.2%	23.1%	15.3%	18.0%	23.1%
	1日飲酒量(2～3合)	4.4%	8.3%	11.2%	6.3%	5.6%	7.8%	5.9%	6.3%	8.8%
	1日飲酒量(3合以上)	3.0%	3.4%	4.8%	1.0%	1.1%	1.5%	1.5%	1.7%	2.5%
睡眠	睡眠不足	25.3%	29.3%	28.4%	20.2%	24.0%	23.4%	21.3%	25.4%	24.9%
生活習慣改善意欲	改善意欲なし	19.7%	22.7%	23.0%	25.1%	27.5%	29.3%	23.9%	26.2%	27.5%
	改善意欲あり	34.2%	36.5%	32.9%	26.3%	29.8%	26.0%	28.1%	31.6%	28.0%
	改善意欲ありかつ始めている	20.7%	14.8%	16.4%	13.9%	11.7%	13.0%	15.4%	12.5%	14.0%
	取り組み済み6ヶ月未満	9.4%	10.0%	9.9%	9.9%	8.8%	8.6%	9.8%	9.1%	9.0%
	取り組み済み6ヶ月以上	16.0%	16.0%	17.8%	24.8%	22.2%	23.1%	22.9%	20.5%	21.6%
	保健指導利用しない	60.0%	58.7%	62.4%	59.1%	58.6%	62.9%	59.3%	58.6%	62.8%
咀嚼	咀嚼_何でも	85.6%	84.3%	83.8%	76.2%	77.2%	77.0%	78.2%	79.1%	79.0%
	咀嚼_かみにくい	14.1%	15.1%	15.5%	23.1%	22.1%	22.1%	21.1%	20.2%	20.2%
	咀嚼_ほとんどかめない	0.3%	0.6%	0.7%	0.7%	0.7%	0.8%	0.6%	0.6%	0.8%
間食	3食以外間食_毎日	29.1%	29.7%	23.8%	28.5%	27.9%	20.8%	28.7%	28.4%	21.7%
	3食以外間食_時々	50.6%	52.8%	55.3%	53.5%	55.2%	58.4%	52.9%	54.6%	57.5%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	20.3%	17.5%	20.9%	17.9%	16.9%	20.8%	18.4%	17.1%	20.8%

出典: 国保データベース(KDB)システム「質問票調査の状況」

第3部
個別保健事業

Ⅲ. 計画全体

1. 課題の整理

様々なデータから国民健康保険被保険者における健康課題を整理します。

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

以下は、本町が設定した優先順位の高い4つの課題です。

課題1：特定健診受診率が伸びてはいるが、国の目標に届いていない	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none">令和4年度の特定健診受診率が46.3%となり、県の平均受診率34.4%と比較して11.9ポイント上回っているが、国の目標である60%には届いていないため。特定保健指導、健診異常値放置者への医療機関受診勧奨など本町の基幹となる保健事業が特定健診受診を前提としているため。
根拠となるデータ	P16：図表6 特定健康診査受診率の推移 P18：図表10 特定保健指導実施率の推移
取組の方向性	<ul style="list-style-type: none">特定健康診査受診勧奨事業特定保健指導事業

課題2：慢性腎臓病(透析あり)の医療費が1位になっている	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none">生活習慣病の影響で重篤化する「慢性腎臓病(透析あり)」の医療費が97,995,720円となり、総医療費の5.9%を占め医療費の1位を占めているため。近年減少傾向にはあるものの被保険者に占める透析患者の割合が0.34%となっているため。
根拠となるデータ	P32：図表32 細小分類による医療費上位10疾病 P35：図表37 透析患者数割合及び透析医療費の推移 P36：図表38 透析患者の併存疾患
取組の方向性	<ul style="list-style-type: none">健診異常値放置者受診勧奨事業糖尿病性腎症重症化予防対策事業①・継続サポート事業②

課題3：服薬状況に課題を抱えている被保険者がいる	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> ・薬の重複投与者が令和4年度で564人おり、被保険者に占める割合が12.6%となっているため。 ・多剤投与者について、令和2年度に91人まで減少したが、その後徐々に増加し、令和4年度で120人となっているため。
根拠となるデータ	P37：図表39 重複投与者数と被保険者に占める重複投与者割合の推移 P37：図表40 多剤投与者数と被保険者に占める多剤投与者割合の推移
取組の方向性	調剤費適正化事業

課題4：被保険者の高齢化に伴い、高齢者にみられる健康課題が出始めている	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> ・本町の国保被保険者の高齢化率は令和4年度で51.6%となり全被保険者の半数を超えているため。 ・咀嚼機能に問題があると思われる該当者の割合が平成30年度～令和4年度まで県の値を上回る状況が続いているため。
根拠となるデータ	P14：図表3 年齢階層別の国保被保険者分布および高齢化率の推移 P26：図表22 咀嚼機能に問題があると思われる該当者の割合の推移
取組の方向性	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する事業

IV. 個別保健事業

1. 特定健康診査受診勧奨事業

目的	生活習慣病の該当者及びそのおそれのある被保険者を早期発見し、生活習慣の改善につなげる。							
対象者	実施年度中に40～74歳となる加入者で、かつ当該実施年度の1年間を通じて加入している者。 ただし、人間ドックにおいては35歳より対象とする。							
内容	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査：対象者の特性に応じた(年代・過去の受診歴等)受診勧奨(通知書・電話) 【※R6年度より集団健診に合わせた骨密度測定の実施】 ・人間ドック：費用の一部助成【※R6年度より基金を活用して拡充】 40歳より費用の一部〔1/2(上限20千円)〕を助成 ⇒35歳より費用の一部 〔上限20千円、ただし節目年齢(5歳刻み)は上限30千円〕を助成 							
	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)							
	<table border="1"> <tr> <td>対 象</td> <td>43～74歳で過去の受診率から国保事務支援センターが定める被保険者</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">実施時期</td> <td>10月 対象者へ勧奨通知(ハガキ)を送付</td> </tr> <tr> <td>11月 上記対象者の受診確認を実施</td> </tr> <tr> <td>12月 再勧奨の通知(ハガキ)を送付</td> </tr> </table>	対 象	43～74歳で過去の受診率から国保事務支援センターが定める被保険者	実施時期	10月 対象者へ勧奨通知(ハガキ)を送付	11月 上記対象者の受診確認を実施	12月 再勧奨の通知(ハガキ)を送付	
	対 象	43～74歳で過去の受診率から国保事務支援センターが定める被保険者						
実施時期	10月 対象者へ勧奨通知(ハガキ)を送付							
	11月 上記対象者の受診確認を実施							
	12月 再勧奨の通知(ハガキ)を送付							
2.本町独自事業(上記1に加えて、特定健康診査や人間ドックの受診勧奨を実施)								
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">特 定 受 診 勧 奨 診 査</td> <td>対 象</td> <td>40～42歳の被保険者</td> </tr> <tr> <td>実施時期</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨通知の対象者は共同事業分の対象者を除いて抽出(送付時期は上記1に同じ) ・管理栄養士による電話勧奨(受診歴・年齢等で優先順位の高い順) </td> </tr> <tr> <td colspan="2">人間ドック</td> <td>広報紙掲載や納税通知書等への案内同封で周知</td> </tr> </table>	特 定 受 診 勧 奨 診 査	対 象	40～42歳の被保険者	実施時期	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨通知の対象者は共同事業分の対象者を除いて抽出(送付時期は上記1に同じ) ・管理栄養士による電話勧奨(受診歴・年齢等で優先順位の高い順) 	人間ドック		広報紙掲載や納税通知書等への案内同封で周知
特 定 受 診 勧 奨 診 査		対 象	40～42歳の被保険者					
	実施時期	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨通知の対象者は共同事業分の対象者を除いて抽出(送付時期は上記1に同じ) ・管理栄養士による電話勧奨(受診歴・年齢等で優先順位の高い順) 						
人間ドック		広報紙掲載や納税通知書等への案内同封で周知						

評 価	指 標	実績値	目標値	
		2022(R4)年度	2026(R8)年度	2029(R11)年度
アウトカム (成果)	特定健診受診率	46.3%	54.3%	60.0%
	40～64歳の特定健診受診率	29.8%	42.5%	50.2%
	人間ドック受診者数	75人	89人	100人
アウトプット (実施量・率)	受診勧奨通知書送付率	100%	100%	100%
	集団健診実施回数	8回	8回	8回
	管理栄養士による電話勧奨回数	1回	1回	1回
プロセス (実施方法)	勧奨対象者のグループ(セグメント)設定			
	勧奨対象者の抽出			
	未受診者への通知時期等の設定			
	休日夜間の実施			
ストラクチャー (実施体制)	事業委託業者、国保事務支援センターとの連携状況(会議回数等)			
	医師会、健診機関との連携状況(会議回数等) ※休日夜間実施・かかりつけ医からの受診勧奨等			
	健診委託医療機関数			

2. 特定保健指導事業

目的	生活習慣病の該当者及びそのおそれのある被保険者の生活習慣の改善を図る。			
対象者	特定健康診査の結果、特定保健指導の対象となる被保険者(これまで利用した者を除く)。			
内容	<p>特定健康診査の健診結果に基づく対象者を抽出して、保健指導を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別面談(20分以上)又は集団指導(概ね80分以上)を随時実施して特定健診指導支援計画を作成 ・3ヶ月以上経過後に評価(電話等)を実施 			
	<table border="1"> <tr> <td>方 法</td> <td>対象者に電話で面接日の日程調整を行い、保健指導を実施</td> </tr> <tr> <td>実施時期</td> <td>7月～3月 勧奨及び保健指導 3月 保健指導の利用状況を確認 翌年6月 最終評価</td> </tr> </table>	方 法	対象者に電話で面接日の日程調整を行い、保健指導を実施	実施時期
方 法	対象者に電話で面接日の日程調整を行い、保健指導を実施			
実施時期	7月～3月 勧奨及び保健指導 3月 保健指導の利用状況を確認 翌年6月 最終評価			

評 価	指 標	実績値	目標値	
		2022(R4) 年度	2026(R8) 年度	2029(R11) 年度
アウトカム (成果)	特定保健指導実施率	22.4%	44.3%	60.0%
	現役世代(40～64歳)の特定保健指導率	12.2%	39.4%	56.9%
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	25.6%	25.3%	25.0%
アウトプット (実施量・率)	未利用者への勧奨率(電話・通知等)	100%	100%	100%
	結果説明会(集団健診)の実施回数	8回	8回	8回
プロセス (実施方法)	必要性に応じた保健指導対象者の抽出及び実施(上記対象者の表層化)			
	休日夜間の実施			
ストラクチャー (実施体制)	事業委託業者、国保事務支援センターとの連携状況(会議回数等)			
	医師会、健診機関との連携状況 ※かかりつけ医からの利用勧奨等			
	特定保健指導委託医療機関数(町内)			

(参考)メタボリックシンドローム判定基準

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

①血糖：空腹時血糖110mg/dl以上

②脂質：中性脂肪150mg/dl以上またはHDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧：収縮期血圧130mmHg以上または拡張期血圧85mmHg以上

※有所見者の割合の算出式は、基準値を超えた者/健診受診者数 * 100

3. 健診異常値放置者受診勧奨事業

目的	生活習慣病の予防及び重症化予防を図る。		
対象者	特定健康診査の結果から異常値が出ているにもかかわらず、医療機関を受診していない者。		
内容	<p>特定健康診査の受診結果に異常値があり、医療機関の受診が確認できない対象者に医療機関への受診勧奨を通知する。</p> <table border="1"> <tr> <td>実施時期</td> <td> 10月 レセプトデータを分析し、対象者を抽出 ・受診勧奨判定値以上となる検査数値のある者 ・特定健診受診後に生活習慣病で医療機関を受診していない者 11月 分析の結果、該当者に勧奨通知(ハガキ)を送付 11月～ 医療機関の受診の有無を確認(レセプトデータ) </td> </tr> </table>	実施時期	10月 レセプトデータを分析し、対象者を抽出 ・受診勧奨判定値以上となる検査数値のある者 ・特定健診受診後に生活習慣病で医療機関を受診していない者 11月 分析の結果、該当者に勧奨通知(ハガキ)を送付 11月～ 医療機関の受診の有無を確認(レセプトデータ)
実施時期	10月 レセプトデータを分析し、対象者を抽出 ・受診勧奨判定値以上となる検査数値のある者 ・特定健診受診後に生活習慣病で医療機関を受診していない者 11月 分析の結果、該当者に勧奨通知(ハガキ)を送付 11月～ 医療機関の受診の有無を確認(レセプトデータ)		

評価	指標	実績値	目標値	
		2022(R4)年度	2026(R8)年度	2029(R11)年度
アウトカム (成果)	受診勧奨者の医療機関受診率	16.2%	18.4%	20.0%
	健診受診者のうち未治療者割合 (血糖HbA1c7.0%以上)	9.92%	10%以下	10%以下
アウトプット (実施量・率)	受診勧奨通知書送付率	100%	100%	100%
	受診勧奨者の状況確認割合 (医療機関受診)	100%	100%	100%
プロセス (実施方法)	受診勧奨対象者の抽出			
	受診勧奨内容(通知書様式)の設定			
ストラクチャー (実施体制)	事業委託業者、国保事務支援センターとの連携状況(会議回数等)			
	医師会、健診機関との連携状況(会議回数等)			

4. 糖尿病性腎症重症化予防対策事業①・継続サポート事業②

目的	①被保険者の糖尿病重症化を予防する。 ②糖尿病性腎症重症化予防指導を受けた者への継続的なサポートを行う。				
対象者	①(1)過去3年間の健診で糖尿病の症状が認められるものの、前年度中に医療機関の受診歴や服薬歴がない者。 (2)医療機関に通院し、糖尿病(腎症併発含む)を治療中である者。 ②過去に本庁の糖尿病性腎症重症化予防指導を受けた者。				
内容	①糖尿病性腎症重症化予防対策事業(国保連合会との共同保健事業として実施) (1)受診勧奨事業				
	<table border="1"> <tr> <td>対 象</td> <td>A. 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 B. 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>送付時期</td> <td>A. 12月：対象者を抽出 1月：受診勧奨通知(ハガキ)を送付 B. 毎月対象者を抽出し、受診勧奨通知を送付</td> </tr> </table>	対 象	A. 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 B. 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	送付時期	A. 12月：対象者を抽出 1月：受診勧奨通知(ハガキ)を送付 B. 毎月対象者を抽出し、受診勧奨通知を送付
	対 象	A. 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 B. 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			
	送付時期	A. 12月：対象者を抽出 1月：受診勧奨通知(ハガキ)を送付 B. 毎月対象者を抽出し、受診勧奨通知を送付			
(2)保健指導事業					
<table border="1"> <tr> <td>対 象</td> <td>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>送付時期</td> <td>～7月：対象者を抽出 9～2月：保健指導実施(約6か月間) ※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	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)	送付時期	～7月：対象者を抽出 9～2月：保健指導実施(約6か月間) ※面談3回、電話支援4回、医師への報告書送付3回	
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)				
送付時期	～7月：対象者を抽出 9～2月：保健指導実施(約6か月間) ※面談3回、電話支援4回、医師への報告書送付3回				
	②糖尿病性腎症重症化予防継続サポート事業 糖尿病性腎症重症化予防指導を受けた者に電話での保健指導等(健康状態・生活習慣の確認、健診等の受診勧奨、保健センターの事業への参加呼びかけ等)を行う。				

評 価	指 標	実績値	目標値	
		2022(R4)年度	2026(R8)年度	2029(R11)年度
アウトカム (成果)	HbA1c8.0%以上の者の割合	1.34%	1.15%	1.00%
	新規人工透析導入患者数	2人	2人	2人
	①生活習慣・検査値HbA1cの改善率	60%	60%	60%
	②保健指導実施完了者の人工透析者数	0人	0人	0人
アウトプット (実施量・率)	①医療機関受診者率	100%	100%	100%
	①保健指導完了者の割合	100%	100%	100%
	①保健指導実施率(定員5人)	60%	100%	100%
	②保健指導完了者全員の状況確認割合	100%	100%	100%
プロセス (実施方法)	①保健指導対象者の抽出			
	①保健指導の満足度			
	②保健指導完了者(対象者)の抽出			
ストラクチャー (実施体制)	事業委託業者、国保事務支援センターとの連携状況(会議回数等)			
	医師会(町内医療機関)との連携状況(会議回数等)			

5. 調剤費適正化事業

目的	適正受診・適正服薬を促すため、重複・多剤投薬対象者への注意喚起を行い、医療費適正化ならびに重複・多剤服薬に伴う副作用の予防を図る。		
対象者	重複投薬・多剤投薬(15投薬以上)に該当する者。		
内容	<p>多剤服薬等が疑われる方に対して、通知による注意喚起や電話での状況確認等を行う。</p> <table border="1"> <tr> <td>実施時期</td> <td>6～7月 対象者抽出 8～9月 注意喚起文書および投薬実績を対象者に送付 9～10月 電話による対象者の状況確認 2～3月 対象者の効果測定 対象者の処方状況をレセプト等で確認し、実施前後で評価</td> </tr> </table>	実施時期	6～7月 対象者抽出 8～9月 注意喚起文書および投薬実績を対象者に送付 9～10月 電話による対象者の状況確認 2～3月 対象者の効果測定 対象者の処方状況をレセプト等で確認し、実施前後で評価
実施時期	6～7月 対象者抽出 8～9月 注意喚起文書および投薬実績を対象者に送付 9～10月 電話による対象者の状況確認 2～3月 対象者の効果測定 対象者の処方状況をレセプト等で確認し、実施前後で評価		

評価	指標	実績値	目標値	
		2022(R4)年度	2026(R8)年度	2029(R11)年度
アウトカム (成果)	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	0.3%	減少	減少
	同一月内に15以上の薬剤の処方を受けた者の割合	0.1%	減少	減少
アウトプット (実施量・率)	注意喚起文書送付率	100%	100%	100%
	電話での状況確認率	100%	100%	100%
	効果検証実施率	100%	100%	100%
プロセス (実施方法)	対象者の抽出			
	通知書様式の設定			
ストラクチャー (実施体制)	事業委託業者、国保事務支援センターとの連携状況(会議回数等)			
	医師会(町内医療機関)との連携状況(会議回数等)			

6. 後発医薬品使用促進事業

目的	<p>国は、後発医薬品使用割合の目標を80%と掲げているが、目標には到達できていない状況である。目標達成に向けて、後発医薬品の使用促進にかかる啓発、後発医薬品差額通知書の送付等を実施することで、後発医薬品の利用を促進し、利用率を高めることを目的とする。</p>															
対象者	<p>後発医薬品が存在する先発医薬品を処方されている者。</p>															
内容	<p>1.国保連合会との共同保健事業 (1)後発医薬品差額通知の送付(4回/年)</p> <table border="1" data-bbox="183 611 1306 793"> <tr> <td>対 象</td> <td>国保被保険者世帯</td> </tr> <tr> <td>実施時期 内 容</td> <td>年4回(送付月：6月、9月、11月、1月)差額通知を送付 通知対象の差額：1薬剤当たり100円以上 通知対象外年齢：年齢が18歳未満通知書対象外 通知対象医薬品：全て(注射薬を除く)</td> </tr> </table> <p>(2)差額通知を受けての相談窓口の設置(国民健康保険団体連合会)</p> <table border="1" data-bbox="183 870 1306 991"> <tr> <td>対 象</td> <td>国保被保険者世帯</td> </tr> <tr> <td>実施時期 内 容</td> <td>コールセンターを設置(国保中央会に委託) 差額通知書にフリーダイヤルを掲載</td> </tr> </table> <p>(3)啓発物品の配布(啓発品、後発医薬品希望シール等)</p> <table border="1" data-bbox="183 1068 1306 1218"> <tr> <td>対 象</td> <td>国保被保険者世帯</td> </tr> <tr> <td>実施時期 内 容</td> <td>啓発品：後発医薬品促進に関するもの。12月頃に各市町村に納品 希望シール：お薬手帳等に後発医薬品を希望するシールを貼付するもの。 12月頃に各市町村に納品</td> </tr> </table>				対 象	国保被保険者世帯	実施時期 内 容	年4回(送付月：6月、9月、11月、1月)差額通知を送付 通知対象の差額：1薬剤当たり100円以上 通知対象外年齢：年齢が18歳未満通知書対象外 通知対象医薬品：全て(注射薬を除く)	対 象	国保被保険者世帯	実施時期 内 容	コールセンターを設置(国保中央会に委託) 差額通知書にフリーダイヤルを掲載	対 象	国保被保険者世帯	実施時期 内 容	啓発品：後発医薬品促進に関するもの。12月頃に各市町村に納品 希望シール：お薬手帳等に後発医薬品を希望するシールを貼付するもの。 12月頃に各市町村に納品
対 象	国保被保険者世帯															
実施時期 内 容	年4回(送付月：6月、9月、11月、1月)差額通知を送付 通知対象の差額：1薬剤当たり100円以上 通知対象外年齢：年齢が18歳未満通知書対象外 通知対象医薬品：全て(注射薬を除く)															
対 象	国保被保険者世帯															
実施時期 内 容	コールセンターを設置(国保中央会に委託) 差額通知書にフリーダイヤルを掲載															
対 象	国保被保険者世帯															
実施時期 内 容	啓発品：後発医薬品促進に関するもの。12月頃に各市町村に納品 希望シール：お薬手帳等に後発医薬品を希望するシールを貼付するもの。 12月頃に各市町村に納品															
評 価	指 標	実績値	目標値													
		2022(R4) 年度	2026(R8) 年度	2029(R11) 年度												
	アウトカム (成果)	後発品使用割合	77.63%	80.0%	80.0%											
	アウトプット (実施量・率)	差額通知送付回数	4回	4回	4回											
	プロセス (実施方法)	ジェネリック医薬品希望シールの配布率(保険証送付世帯)														
ストラクチャー (実施体制)	国保事務支援センターとの連携状況(会議回数等)															

7. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する事業【新規事業】

目的	保健事業と介護予防の一体的な実施により、フレイルや介護状態になることを予防し、高齢者の健康寿命の延伸を図る。《後期高齢者医療保険の保健事業(R4年度～)》																								
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨過去3年間の健診で糖尿病の症状が認められるものの、前年度中に医療機関の受診歴や服薬歴がない被保険者(ハイリスクアプローチ：糖尿病性腎症重症化予防) ・健康教室等に参加する被保険者(ポピュレーションアプローチ：通いの場等への積極的関与等) 																								
内容	<p>保健事業による個別的指導に加えて、通いの場でのフレイル予防の啓発等の取組を一体的に実施する。</p> <p>1.保健事業による個別的支援(ハイリスクアプローチ：糖尿病性腎症重症化予防) 糖尿病の合併症である腎症重症化及び人工透析移行を予防し、高額な医療費の発生を抑制するため、健診・医療・介護の各種データから対象者を抽出して事業案内を行い、かかりつけ医と連携した保健指導や治療中断者への受診勧奨等を実施する。</p> <table border="1"> <tr> <td>実施時期</td> <td>5～7月</td> <td>対象者抽出</td> </tr> <tr> <td></td> <td>9～10月</td> <td>保健指導勧奨通知・電話</td> </tr> <tr> <td></td> <td>11月</td> <td>治療中断者受診勧奨通知</td> </tr> <tr> <td></td> <td>10～3月</td> <td>保健指導(面接2回、電話5回)</td> </tr> </table> <p>2.通いの場等への積極的関与等(ポピュレーションアプローチ) 健康教室動等で、質問票を用いたフレイルチェックで参加者の状態を把握し、フレイル予防の講和や体力づくりなどの行動変容を促す取組のほか、必要に応じて医療機関への受診勧奨を実施する。</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="5">実施時期</td> <td>5月</td> <td>講和(フレイル予防：運動指導士)</td> </tr> <tr> <td>6月</td> <td>健康状態把握(体力測定・質問票等)</td> </tr> <tr> <td>8月</td> <td>講和(オーラルフレイル予防：歯科栄養士)</td> </tr> <tr> <td>9月</td> <td>講和(フレイル予防の食事：栄養管理士)</td> </tr> <tr> <td>3月</td> <td>改善状況把握(体力測定・質問票等)</td> </tr> </table>		実施時期	5～7月	対象者抽出		9～10月	保健指導勧奨通知・電話		11月	治療中断者受診勧奨通知		10～3月	保健指導(面接2回、電話5回)	実施時期	5月	講和(フレイル予防：運動指導士)	6月	健康状態把握(体力測定・質問票等)	8月	講和(オーラルフレイル予防：歯科栄養士)	9月	講和(フレイル予防の食事：栄養管理士)	3月	改善状況把握(体力測定・質問票等)
	実施時期	5～7月	対象者抽出																						
	9～10月	保健指導勧奨通知・電話																							
	11月	治療中断者受診勧奨通知																							
	10～3月	保健指導(面接2回、電話5回)																							
実施時期	5月	講和(フレイル予防：運動指導士)																							
	6月	健康状態把握(体力測定・質問票等)																							
	8月	講和(オーラルフレイル予防：歯科栄養士)																							
	9月	講和(フレイル予防の食事：栄養管理士)																							
	3月	改善状況把握(体力測定・質問票等)																							

評価	指標	実績値	目標値	
		2022(R4)年度	2026(R8)年度	2029(R11)年度
アウトカム(成果)	保健指導実施率(定員5人)	40.0%	74.3%	100%
	通いの場参加率(定員45人)	74.7%	89.2%	100%
アウトプット(実施量・率)	保健指導勧奨通知率	100%	100%	100%
	治療中断者受診勧奨通知率	100%	100%	100%
	通いの場(健康教室)の開催数	22回	22回	22回
プロセス(実施方法)	対象者(保健指導)の抽出			
	対象者(治療中断者)の抽出			
	通いの場(健康教室)の参加募集			
ストラクチャー(実施体制)	関係部署との連携状況(会議回数等)			
	事業委託業者との連携状況(会議回数等)			
	医師会(町内医療機関)、介護保険事業所との連携状況(会議回数等)			

1. 計画の評価・見直し

1.1. 計画の評価及び見直し

1.1.1. 個別の保健事業の評価・見直し

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

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

1.1.2. データヘルス計画全体の評価・見直し

1.1.2.1. 評価の時期

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

1.1.2.2. 評価方法・体制

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

2. 計画の公表・周知

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

3. 個人情報の取扱い

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

4. 地域包括ケアに係る取組

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

① 地域で被保険者を支える連携の促進

・医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援などについての議論の場に国保保険者として参加し、地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局として参画

② 課題を抱える被保険者層の分析と、地域で被保険者を支える事業の実施

・レセプトデータ、介護データ等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、当該ターゲット層に対する支援や介護予防を目的とした健康教室等のプログラムの実施

③ 国民健康保険診療施設の施設・人材の活用

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

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

**王寺町国民健康保険
第3期データヘルス計画**

令和6(2024)年3月

発行 王寺町

編集 国保健康推進課
〒636-8511
奈良県北葛城郡王寺町王寺 2-1-23
TEL : 0745-73-2001
URL : <https://www.town.oji.nara.jp/>

