

大和高田市国民健康保険
第3期データヘルス計画及び
第4期特定健康診査等実施計画



WELL-BEING
DATA HEALTH PLAN 3RD

令和6年3月
大和高田市

目次

第一部 第2期データヘルス計画の評価	4
◎計画全体の評価	5
◎個別保健事業の評価	6
1.特定健診の受診率向上	6
2.重症化疾患予防としての高血圧症の対策	7
3.特定保健指導実施率の向上	8
第二部 第3期データヘルス計画	10
I.基本的事項	11
1.計画の趣旨	11
2.計画期間	11
3.実施体制・関連計画との連携	12
4.共通指標について	13
II.現状の整理	14
1.保険者の特性	14
1.1. 人口・被保険者の状況	14
1.2. 健康寿命及び要介護期間	16
1.3. 特定健康診査及び特定保健指導実施状況	17
1.4. 標準化死亡比	28
2.健康・医療情報等の分析	29
2.1. 医療費の状況	29
2.2. 疾病分類別医療費	33
2.3. 生活習慣病等疾病別医療費	36
2.4. 特定健康診査データとレセプトデータの突合分析	38
2.5. 透析患者の状況	40
2.6. 服薬状況	42
2.7. 特定健康診査結果	45
III.計画全体	47
1.課題の整理	47
2.目的・目標	51
IV.個別保健事業	52
1.特定健康診査の受診率向上	52
2.特定保健指導実施率の向上	53
3.重症化疾患予防としての高血圧症の対策	54
4.糖尿病性腎症重症化予防対策事業	55
5.がん検診(受診率向上対策事業)	56
6.適正服薬促進事業(重複多剤・併用禁忌投薬対策事業)	57
7.後発医薬品使用促進事業	58
8.高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する事業	59
V.その他	60
1.計画の評価・見直し	60
2.計画の公表・周知	60
3.個人情報の取扱い	60

目次

第三部 第4期特定健康診査等実施計画	62
I.計画策定にあたって	63
1.計画策定の趣旨・背景等	63
2.計画期間	63
3.特定健康診査及び特定保健指導の基本的考え方	63
II.特定健康診査等の実施目標について	66
1.特定健康診査等の目標値	66
2.実施率目標に対する実施者見込数等	66
III.特定健康診査等実施対象者について	68
1.特定健康診査における対象者の定義	68
2.特定保健指導における対象者の定義	68
IV.特定健康診査等の実施方法について	69
1.特定健康診査	69
2.特定保健指導	72
3.代行機関について	74
4.実施に関する年間スケジュール	75
V.個人情報の保護について	76
1.特定健康診査、特定保健指導の記録の保存方法、保存体制	76
2.特定健康診査、特定保健指導の記録の管理に関するルール	76
VI.特定健康診査等実施計画の公表・周知について	77
1.公表方法	77
2.特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発方法について	77
VII.特定健康診査等実施計画の評価・見直しについて	78
1.目標達成状況の評価方法	78
2.評価と見直し	78
VIII.特定健康診査等の円滑な実施について	79
1.奈良県国民健康保険団体連合会国保事務支援センターとの連携	79
2.受診しやすい体制づくり	79
3.実施体制の確保	79
4.受診率等の向上となる取組	79
5.重症化予防の取組	79
参考資料	80
用語集	80

第一部

第2期データヘルス計画の評価

◎計画全体の評価

◆計画全体の目的

健康寿命の延伸及び健康格差縮小に向けて、生活習慣病の予防や重症化予防を図り健康増進を目指すと共に医療費適正化を通して社会保障制度の維持を目指す。

◆計画全体の指標と評価

目 標 指 標	目標値	指標の変化					評価
		H30	R1	R2	R3	R4	
健康寿命(65歳時平均自立期間)・男性	延伸	17.56	17.26	17.25	17.33	-	延伸
健康寿命(65歳時平均自立期間)・女性	延伸	19.66	19.72	19.79	20.13	-	延伸
メタボリックシンドロームの該当者の割合	減少	16.7%	17.9%	19.9%	19.7%	19.2%	維持
メタボリックシンドローム予備群の割合	減少	11.4%	12.4%	13.0%	12.8%	12.2%	維持

出展:奈良県資料「市町村別65歳時の健康寿命(平均自立期間)」、国保連合会法定報告後資料より

※健康寿命(65歳時平均自立期間)について、R4(令和4年度)の実績は令和6年2月16日時点で未発表のため記載なし。

◆指標毎の評価に対する要因等のまとめ

・健康寿命(65歳時平均自立期間)

- ・奈良県全体での健康寿命(65歳時平均自立期間)は、男性は平成30年度18.49年に対して令和3年度18.95年で0.46年長くなり、女性は平成30年度21.05年に対して令和3年度21.46年で0.41年長くなっています。
- ・本市の健康寿命(65歳平均自立期間)は、男性、女性ともに県よりも短く、県内39市町村の中でも下位に位置します。
- ・特に男性の健康寿命は平成30年度に17.56年でしたが、令和3年度には17.33年となり0.23年短くなっています。
- ・令和3年度で県男性が18.95年に対し本市男性が17.33年となり、差は1.62年となっており、女性は県が21.46年に対し本市が20.13年となり、差が1.33年となっています。

・メタボリックシンドロームの該当者の割合

- ・奈良県全体でのメタボリックシンドロームの該当者の割合は、平成30年度17.2%に対して令和4年度18.6%で1.4ポイント上昇しています。
- ・本市のメタボリックシンドロームの該当者の割合は、平成30年度16.7%から令和4年度では19.2%となり、経年で増加傾向です。
- ・県と比較すると平成30年度県17.2%、本市16.7%となり、本市が県を下回っていましたが、令和元年度に県17.4%、本市17.9%と、本市が県を上回る状況です。その後は県平均に徐々に近づいているものの県を上回る状態が続いています。

・メタボリックシンドローム予備群の割合

- ・奈良県全体でのメタボリックシンドローム予備群の割合は、平成30年度10.9%に対して令和2年度に11.4%まで上昇しましたが、令和4年度10.9%で同一水準を維持しています。
- ・本市のメタボリックシンドローム予備群の割合は、平成30年度から県の割合を上回る状況が続いています。
- ・割合の経年推移について、平成30年度から上昇し、令和2年度13.0%となつてからは徐々に下がり、令和4年度で12.2%となっています。
- ・平成30年度は県10.9%、本市11.4%となり、差は0.5ポイントでした。その後、令和元年度1.4ポイント、令和2年度1.6ポイントと徐々に差が広がっていましたが、令和4年度の県との差は1.3ポイントに減少しています。

◎個別保健事業の評価

1.特定健診の受診率向上

目的	医療費に大きな影響を及ぼしている生活習慣病や重症化疾患の予防の為、特定健診の受診率の向上								
事業内容	(1) 特定健診・特定保健指導の認知度向上 (2) 健康・医療情報の分析による勧奨対象者の選定と対象者の特性に合った勧奨物の送付 (3) 健診・医療情報の分析による勧奨対象者の選定と保健師等専門職による受診勧奨の実施 (4) 結果説明会等の受診後フォローに対する満足度向上による継続受診対策の実施								
評価	指標	目標値	指標の変化					評価	
			H30	R1	R2	R3	R4		
短期アウトカム	特定健診受診率	60.0%	26.2%	31.9%	25.3%	28.0%	28.4%	C	
	継続受診者の割合	20.0%	13.4%	15.9%	15.1%	16.9%	16.2%	C	
	40代の特定健診受診率	19.0%	14.7%	17.2%	13.0%	14.5%	14.7%	C	
	50代の特定健診受診率	21.0%	17.2%	22.2%	16.5%	18.9%	19.0%	C	
アウトプット	リーフレット、チラシ等配布場所の数	前年を下回らない	6箇所	6箇所	6箇所	6箇所	6箇所	A	
	ポスター等掲出数	前年を下回らない	432箇所	434箇所	434箇所	434箇所	434箇所	A	
	送付回数	前年を下回らない	2回	2回	2回	2回	2回	A	
	勧奨件数	2,100件	760件	1,450件	0件	206件	350件	E	
	受診後フォローに対する継続受診の意思	前年を下回らない	98.0%	92.9%	97.3%	97.2%	98.6%	A	
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> 事業実施スケジュールの確定 リーフレット、チラシ等配布場所の決定 ポスター等掲出場所の決定 受診勧奨対象者の条件設定 						<ul style="list-style-type: none"> 発送枚数の設定 勧奨対象者の設定 勧奨対象者数の設定 受診後フォロー内容の設定 		可
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> 事業実施における人員確保 地域包括支援・介護保険部門との連携 国保連合会との連携 医師会との連携 								可
成功要因 未達要因	継続受診者は少し増加したものの、40代の受診率が伸びず若い世代の特定健診受診が定着しなかった。								
効果があった取組	<ul style="list-style-type: none"> 令和元年度に自己負担額を無料にしたことは受診率の上昇に大きく影響した 対象者によって受診勧奨通知の内容を選定したこと 専門職による電話勧奨 								
見直しが 必要な取組	特定健診自体の制度を知らないと思われる層へのアプローチが少なかった								
課題・次期計画 の方向性	生活習慣病治療者や若い世代、継続未受診者の健康意識向上へつなげるアプローチの方法等の検討が必要								

※プロセス指標及びストラクチャー指標は、定量的評価ではなく可否にて評価を行うこととし、年度ごとの数値目標はありません。

評価	判定基準
A	目標達成
B	目標達成はしていないが、目標に近い成果あり
C	目標達成はしなかったが、効果あり
D	効果なし(悪化している)
E	評価困難

2.重症化疾患予防としての高血圧症の対策

目的	生活習慣病の医療費の中でも多額の医療費を占め、脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析を含む重症化疾患においても保有率が高い高血圧症において特定健診対象者に対し、血圧に関する意識の啓発を行い、重症化疾患を予防する。							
事業内容	(1) 高血圧のレッドカード対象者への電話及び郵送による受診勧奨の実施 (電話2回、不通の人に郵送1回) (2) 高血圧のレッドカード対象者への家庭訪問による受診勧奨の実施 (3) 結果説明会での高血圧に関する知識の普及啓発の実施 (4) CKD(慢性腎臓病)予防対策の実施							
評価	指標	目標値	指標の変化					評価
			H30	R1	R2	R3	R4	
短期アウトカム	高血圧未治療割合	50.0%	53.5%	52.3%	49.8%	50.9%	49.1%	A
	高血圧レッドカード対象者の治療率	67.0%	41.7%	48.3%	28.6%	38.5%	15.8%	C
	高血圧レッドカード対象者割合	0.90%	0.82%	0.83%	0.50%	0.44%	0.60%	A
	CKD(慢性腎臓病)レッドカード対象者割合	2.70%	3.73%	0.86%	1.00%	0.78%	0.42%	A
アウトプット	事業実施対象者への実施	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	A
	家庭訪問対象者への訪問率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	A
	説明会開催数	前年度より増加	16回	12回	19回	17回	16回	B
	事業対象者の事業実施	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	A
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・事業実施スケジュールの確定 ・対象者の把握 ・開催回数決定 ・参加定員の決定 							可
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・事業実施における人員確保 ・地域包括支援・介護保険部門との連携 ・国保連合会との連携 ・医師会との連携 							可
成功要因 未達要因	・判定基準が令和元年度より変更となったことが結果に大きく影響していると考えられる。							
効果があった 取組	・特定健康診査後に実施する教室での指導。							
見直しが必要 な取組	・自覚症状がないので、勧奨を行ってもなかなか実際の医療機関受診につながらず、対象者の治療率が改善されていない。							
課題・次期計画 の方向性	・通知送付のみでは医療機関受診につながらないことが多いため、電話・訪問も合わせたアプローチ方法の工夫が必要。							

※プロセス指標及びストラクチャー指標は、定量的評価ではなく可否にて評価を行うこととし、年度ごとの数値目標はありません。

評価	判定基準
A	目標達成
B	目標達成はしていないが、目標に近い成果あり
C	目標達成はしなかったが、効果あり
D	効果なし(悪化している)
E	評価困難

3.特定保健指導実施率の向上

目的	メタボリックシンドローム該当者の医療費を削減し、重症化疾患への移行を防ぐ為、特定保健指導実施率を向上させ、メタボリックシンドローム該当者を減少させる。							
事業内容	(1) 結果説明会の内容の充実 (2) 保健指導インセンティブの提供(無料チケット・記念品・健康測定会・活動量計) (3) ヘルシー運動教室、バランス栄養教室を実施し、効果的な生活習慣改善への支援 (4) 保健指導勸奨の実施 (5) 集団健診時の結果説明会(保健指導)当日実施							
評価	指標	目標値	指標の変化					評価
			H30	R1	R2	R3	R4	
短期アウトカム	特定保健指導実施率	60.0%	16.7%	9.8%	13.3%	10.5%	15.6%	C
	特定保健指導該当者割合	12.1%	11.0%	11.8%	11.3%	11.1%	11.5%	A
	収縮期血圧有所見者割合	44.0%	47.6%	49.0%	53.7%	50.2%	51.7%	D
アウトプット	参加者数	前年度より増加	184人	177人	158人	105人	92人	D
	満足度	前年度より増加	79.8%	98.1%	94.2%	95.9%	94.4%	B
	保健指導利用者数	90人	54人	40人	41人	34人	51人	C
	参加者数	前年度より増加	112人	57人	45人	41人	45人	C
	勸奨実施率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	A
	事業実施率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	A
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> 事業実施スケジュールの確定 結果説明会の内容設定 インセンティブの設定 開催回数の決定 						<ul style="list-style-type: none"> 参加定員の決定 勸奨対象者の選定 	可
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> 事業実施における人員確保 地域包括支援・介護保険部門との連携 国保連合会との連携 医師会との連携 							可
成功要因 未達要因	<ul style="list-style-type: none"> 平成30年度より保健指導の実施期間を国の基準に従い、6か月より3か月へ短縮したことにより利用しやすくなったが、新型コロナウイルス感染症の流行から外出控えの影響もあり、利用者は伸びなかった。 							
効果があった取組	<ul style="list-style-type: none"> 集団健診当日の初回面接の実施。 							
見直しが必要な取組	<ul style="list-style-type: none"> 自覚症状がなく、心臓、脳血管疾患のリスクを認識しにくい多くの方に対して、特定保健指導の重要性について啓発が足りなかった。 							
課題・次期計画の方向性	<ul style="list-style-type: none"> 必要にあわせICTの活用も視野に検討していく。 							

※プロセス指標及びストラクチャー指標は、定量的評価ではなく可否にて評価を行うこととし、年度ごとの数値目標はありません。

評価	判定基準
A	目標達成
B	目標達成はしていないが、目標に近い成果あり
C	目標達成はしなかったが、効果あり
D	効果なし(悪化している)
E	評価困難

第二部

第3期データヘルス計画

I. 基本的事項

1. 計画の趣旨

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

市町村国保においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられます。本計画は、第1期及び第2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…KeyPerformanceIndicatorの略称。重要業績評価指標。

2. 計画期間

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

3.実施体制・関連計画との連携

3.1. 実施体制

本計画を策定、推進するうえで、以下の担当課との連携を図るものとします。

部門	担当課等	役割
主担当	保険医療課	計画全体の調整、管理
庁内関係課	健康増進課	保健事業の計画、実施、評価に関する支援
	介護保険課	
	地域包括ケア推進課	
県、外部機関	奈良県医療保険課	計画の方向性に関する情報提供や支援
	中和保健所	保健事業の実施に関する支援
	奈良県国民健康保険団体連合会	現状分析、計画策定、評価に関する支援
	奈良県後期高齢者医療広域連合	高齢者保健事業に関する支援
	大和高田市国民健康保険運営協議会	国保事業の運営に関する助言

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
第2期大和高田市まち・ひと・しごと創生総合戦略	企画政策部 企画創生課	令和2年度～令和6年度
第3次元気はつらつ大和高田21	健康増進課	平成28年度～令和7年度
大和高田市高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画	介護保険課 地域包括ケア推進課	令和6年度～令和8年度
大和高田市国民健康保険第4期特定健康診査等実施計画	保険医療課	令和6年度～令和11年度

4.共通指標について

今期計画より、奈良県では、県内保険者の比較や域内での健康状況を把握することを目的に、共通評価指標が設定されたことに伴い、本市においても、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	一人当たりの医科医療費(入院+外来) ※性・年齢調整値	-	KDB
4		一人当たりの歯科医療費 ※性・年齢調整値	-	KDB

◆個別保健事業における指標

No.	目的	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

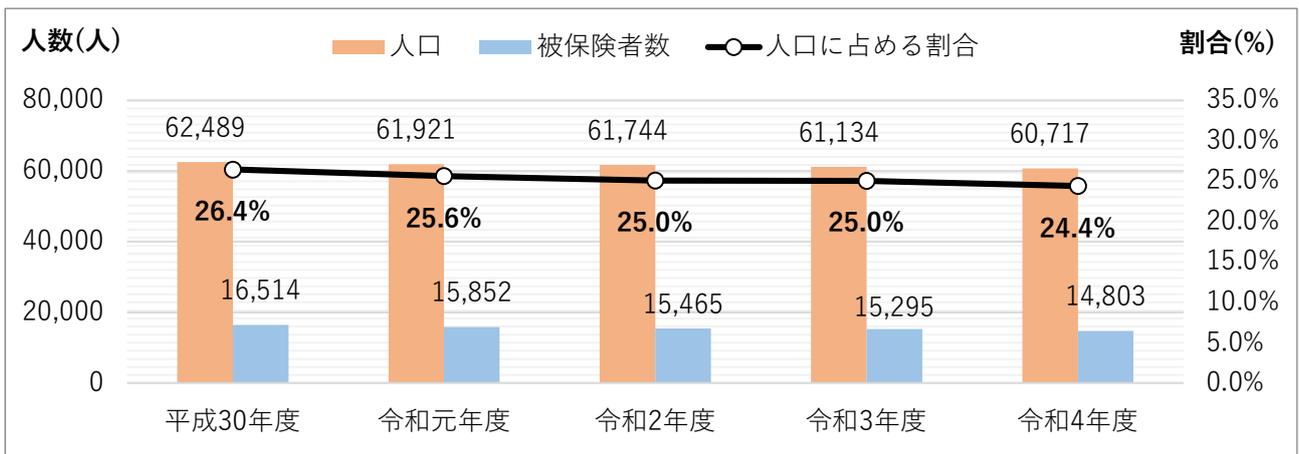
1.保険者の特性

1.1. 人口・被保険者の状況

以下は、本市の人口及び被保険者の状況です。

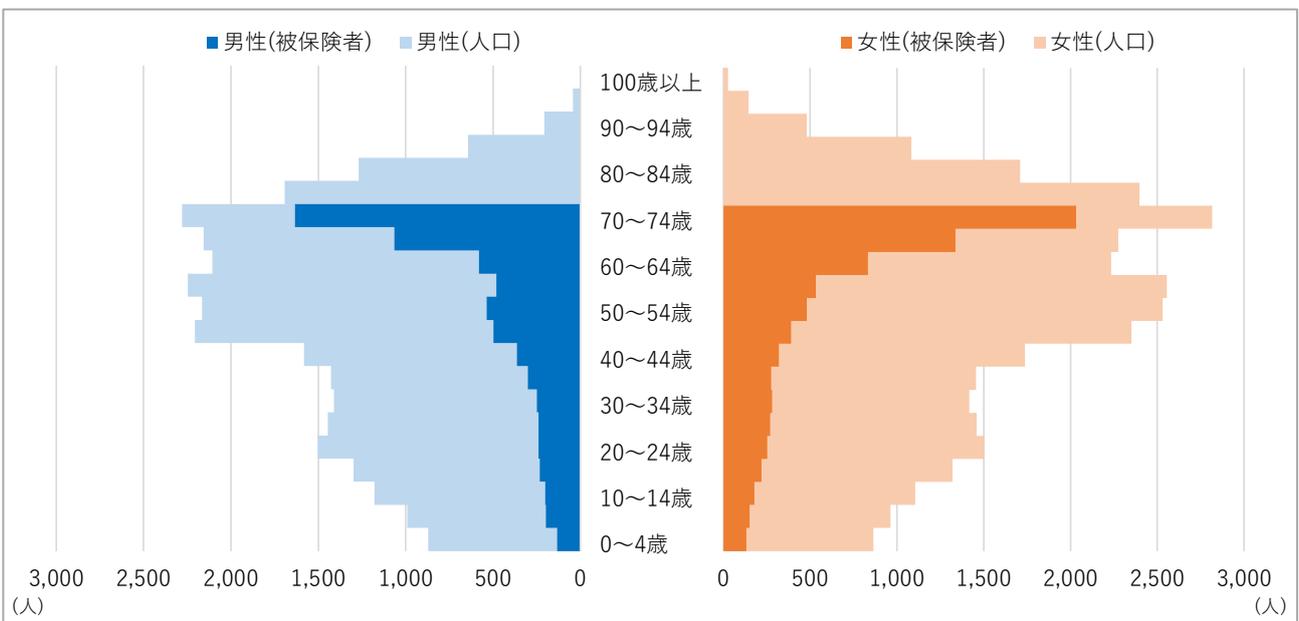
人口、被保険者数ともに年々減少傾向にあり、国保被保険者は65歳から加入率が大幅に高くなります。

図表1 人口及び被保険者数の推移



出典:被保険者数…国民健康保険事業年報(厚生労働省) * 令和4年度は同年報に係る国への報告分(奈良県)
人口…市町村別10月1日現在推計人口(奈良県統計分析課)

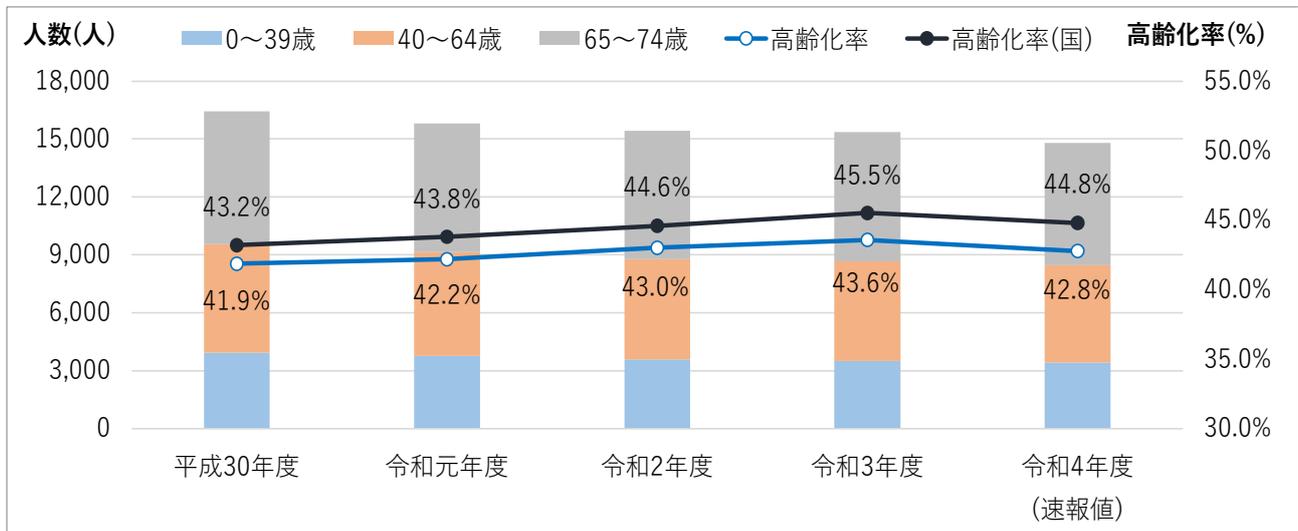
図表2 性別・年齢階層別の人口及び被保険者数(令和4年度)



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、本市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低く、40%前半で推移しています。

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



出典:国民健康保険実態調査

1.2. 健康寿命及び要介護期間

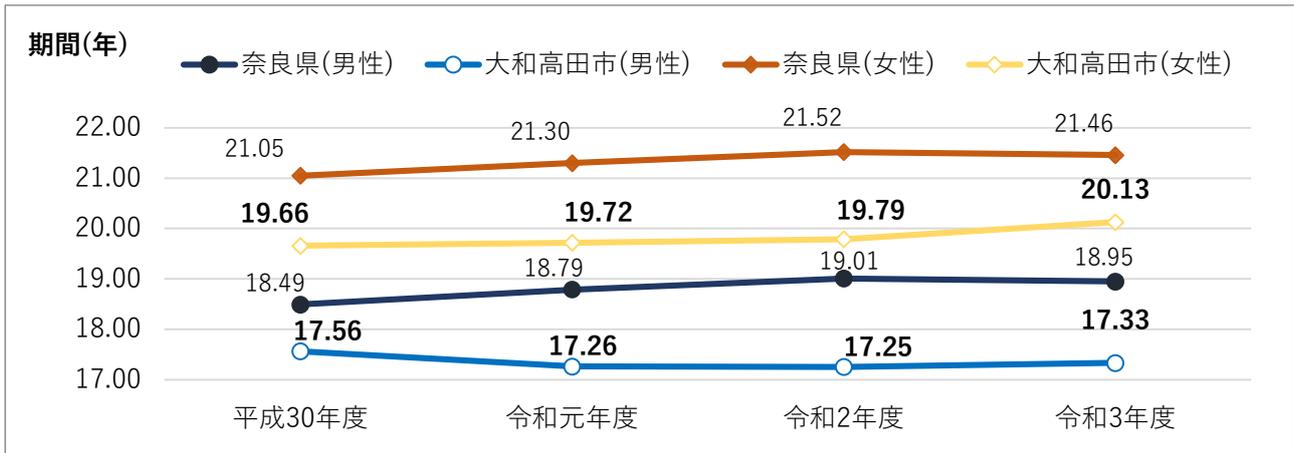
1.2.1. 健康寿命(65歳平均自立期間)

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

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

本市の男性、女性ともに、奈良県よりも短くなっており、健康寿命の延伸は本市の課題です。

図表4 健康寿命(65歳平均自立期間)の推移



出典:奈良県健康推進課

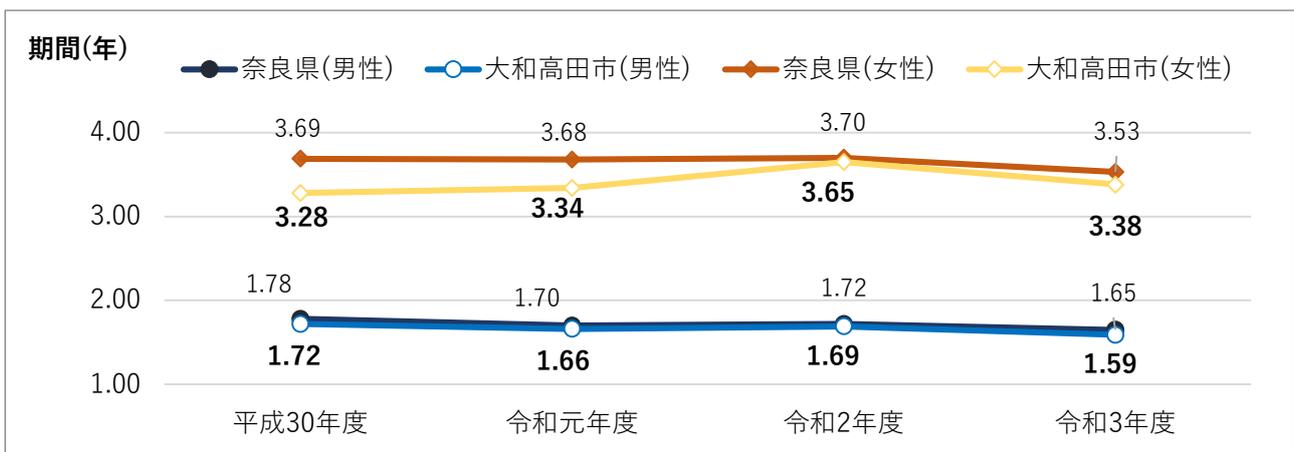
1.2.2. 65歳平均要介護期間

以下は、本市の65歳平均要介護期間について、奈良県と比較したものです。

「65歳平均要介護期間」とは、介護保険の要介護2以上の期間のことです。

本市の男性、女性ともに奈良県よりも短い期間になっています。

図表5 65歳平均要介護期間の推移



出典:奈良県健康推進課

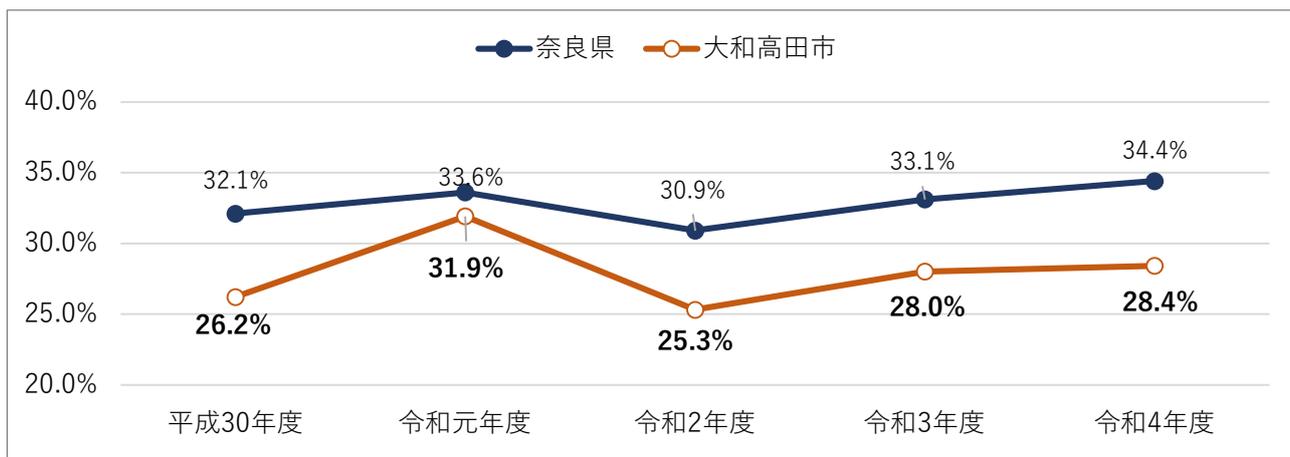
1.3. 特定健康診査及び特定保健指導実施状況

1.3.1. 特定健康診査実施状況

以下は、本市における平成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。

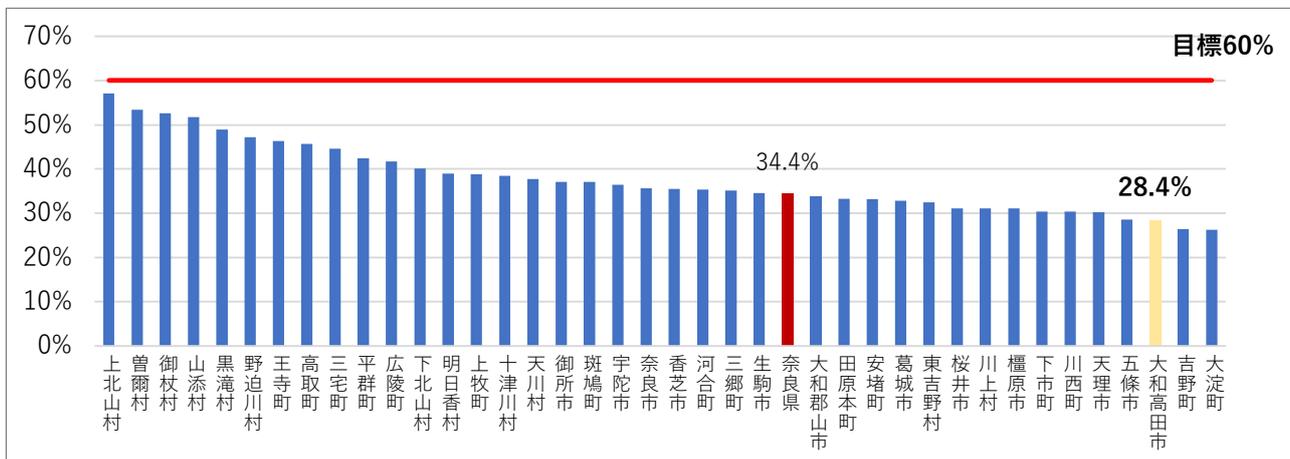
令和元年度までは上昇傾向でしたが、新型コロナウイルス感染症の影響を受け、令和2年度に急降下しています。奈良県は、令和3年度に受診率が回復しましたが、本市の受診率は若干の回復はしたものの令和4年度はほぼ横ばいの結果となり、県内順位も低い状況です。

図表6 特定健康診査受診率の推移



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)

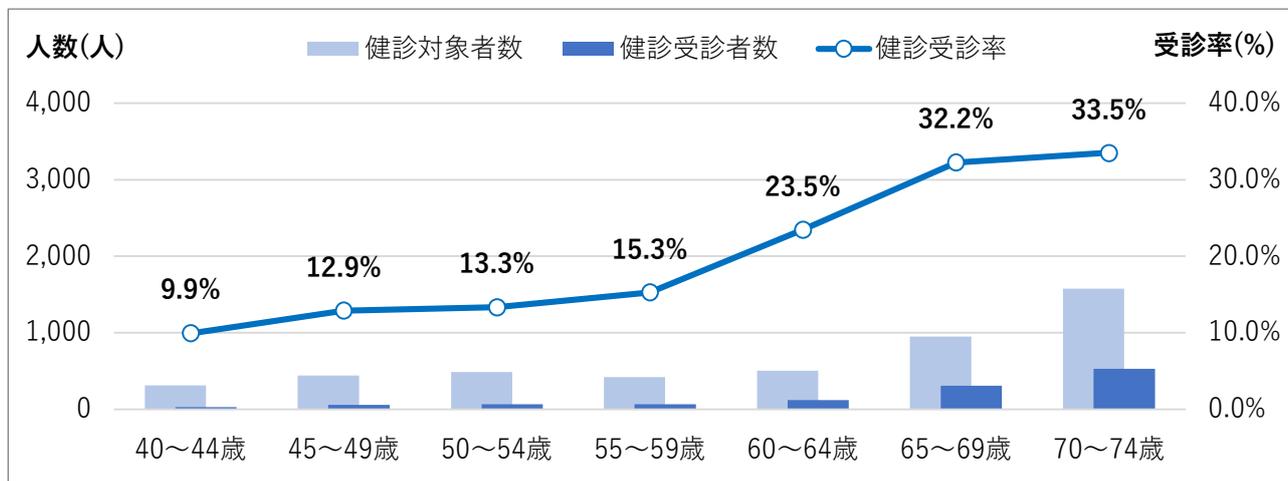


出典:法定報告値

以下は、本市における性別・年齢階層別の特定健康診査受診率です。

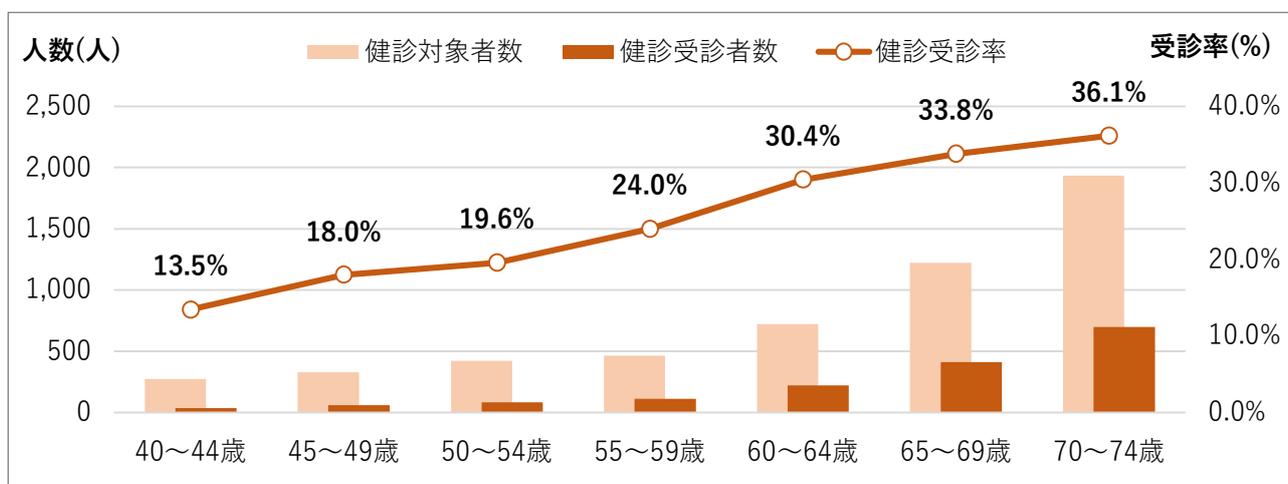
男女ともに加齢とともに受診率は高くなっていますが、60歳未満の男性、55歳未満の女性の受診率は20%にも満たず、全体の受診率を引き下げています。

図表8 (男性)年齢階層別特定健康診査受診率(令和4年度)



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

図表9 (女性)年齢階層別特定健康診査受診率(令和4年度)



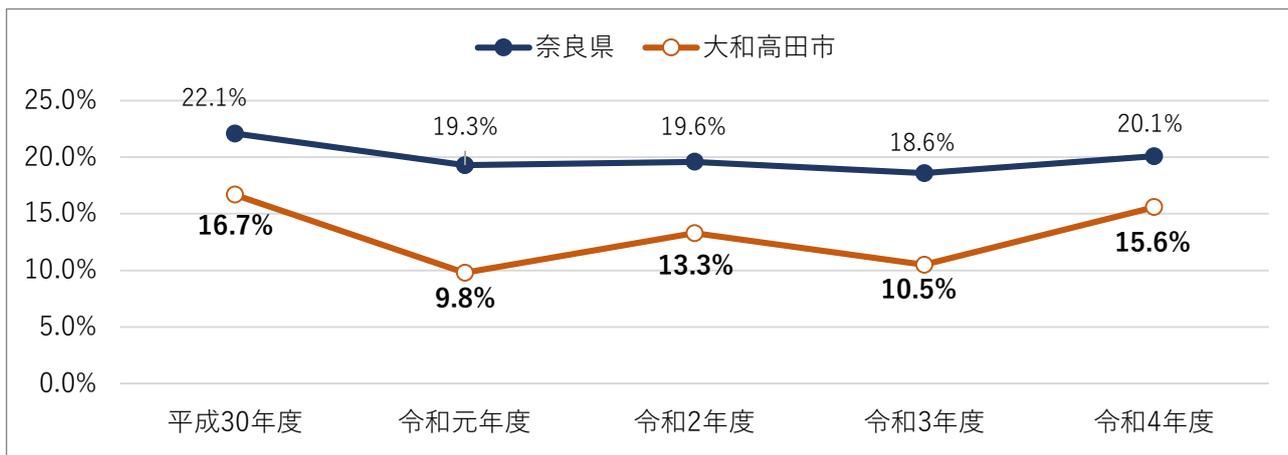
出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

1.3.2. 特定保健指導実施状況

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

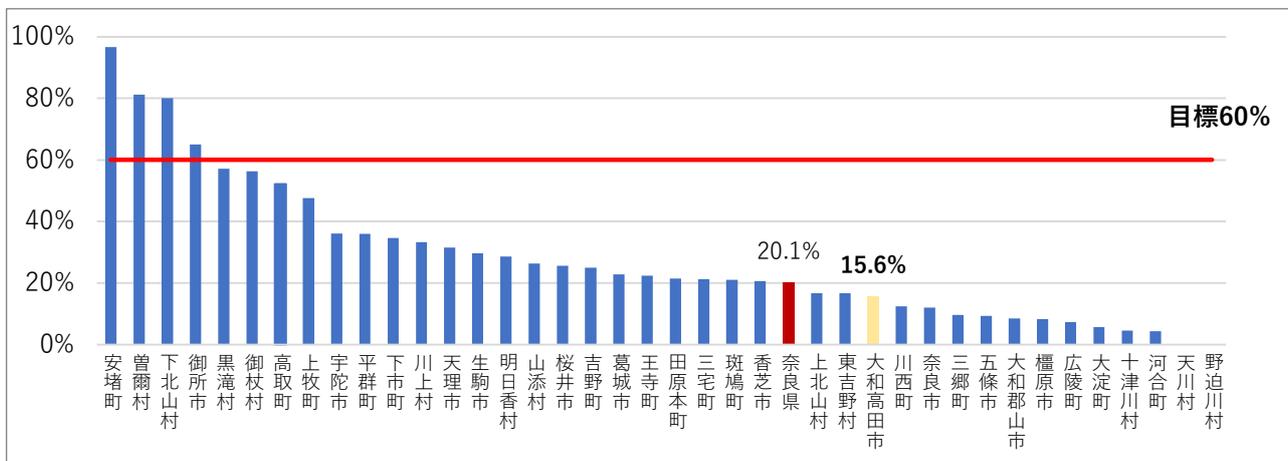
平成30年度から令和元年度で6.9%下がり、令和2年度以降は増減を繰り返しながら徐々に回復し、令和4年度は平成30年度の16.7%に近づいています。しかし、奈良県平均と比較すると下回っており、国の定める目標である60%とは大きな差があります。

図表10 特定保健指導実施率の推移



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)

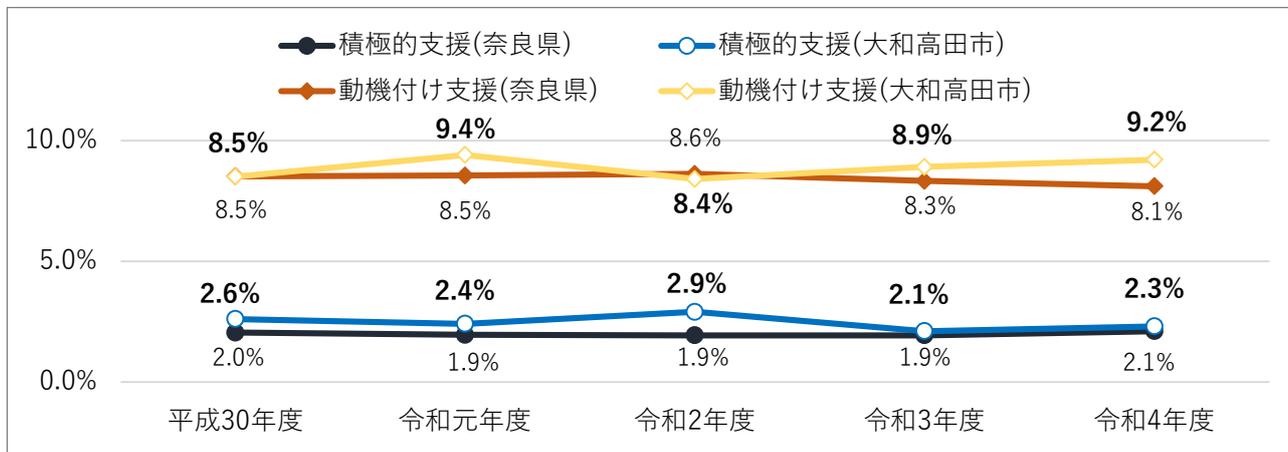


出典:法定報告値

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よりも高い水準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



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	なし	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり		
上記以外で BMI ≧ 25	3つ該当	なし	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり		
	1つ該当	なし		

(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。

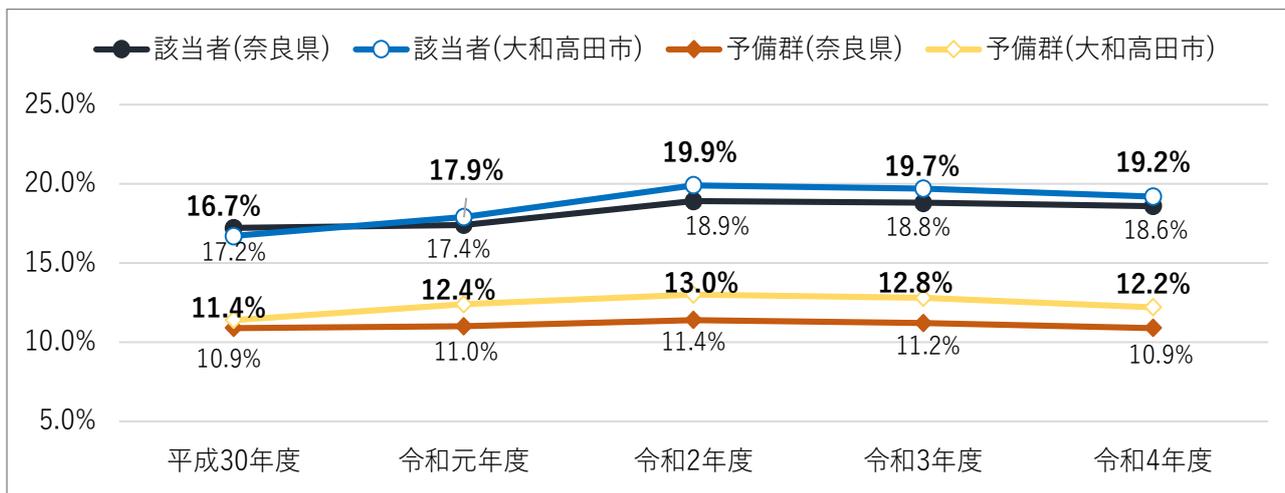
※65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみを行っている。

1.3.3. メタボリックシンドローム

以下は、本市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及び予備群となった者の割合は、奈良県よりも高い水準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血圧)	該当状況
≧85cm(男性)	2つ以上該当	メタボリックシンドローム基準該当者
≧90cm(女性)	1つ該当	メタボリックシンドローム予備群該当者

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖:空腹時血糖が110mg/dl以上

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

③血圧:収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

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

1.3.4. 特定健康診査結果

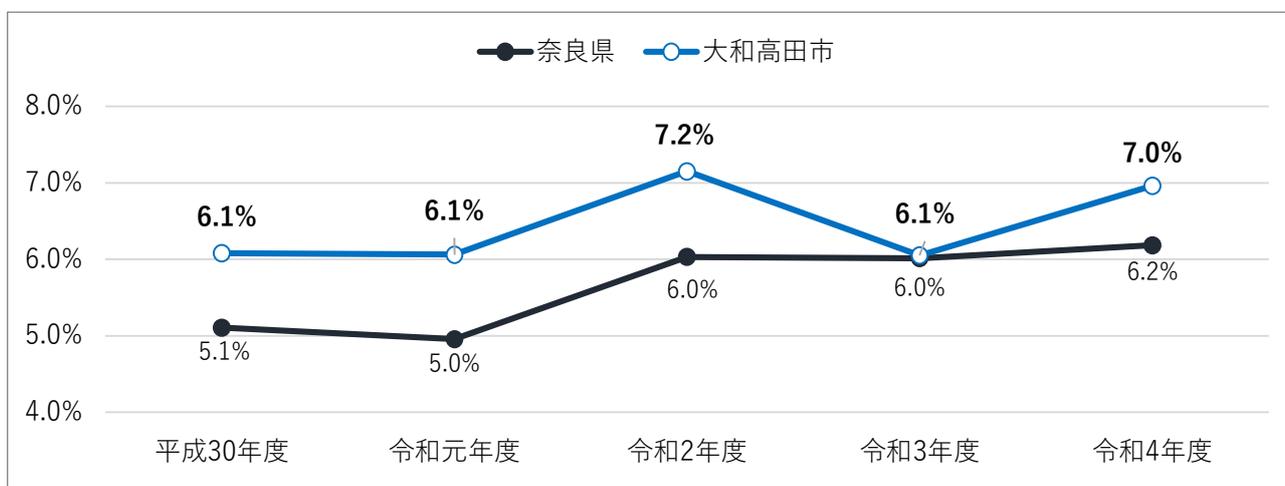
1.3.4.1. 血圧

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

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

特定健康診査受診者のうち、Ⅱ度高血圧以上に該当する者の割合は、奈良県よりも高い水準で推移しており、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



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

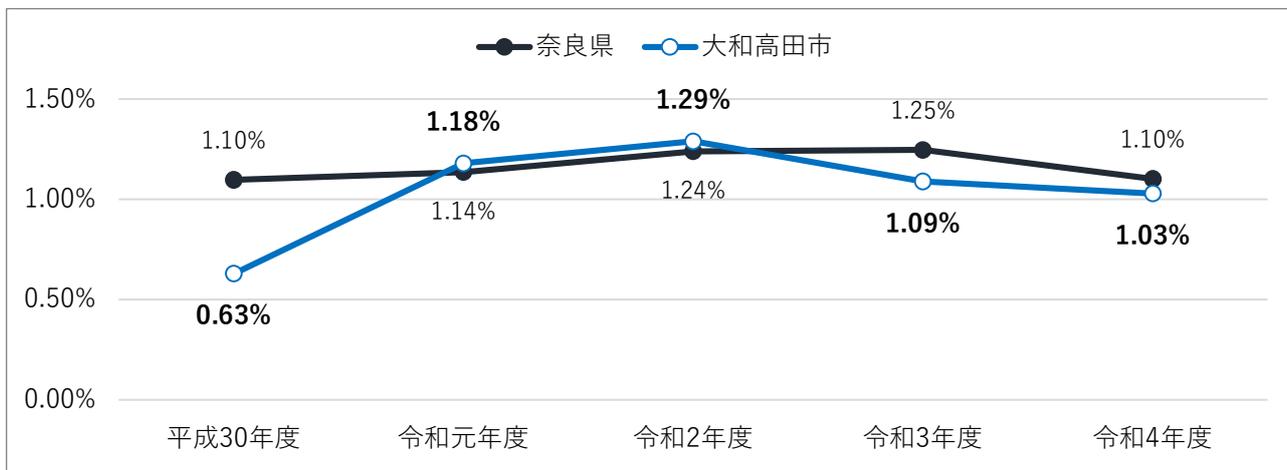
出典:日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン2019」

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として、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。

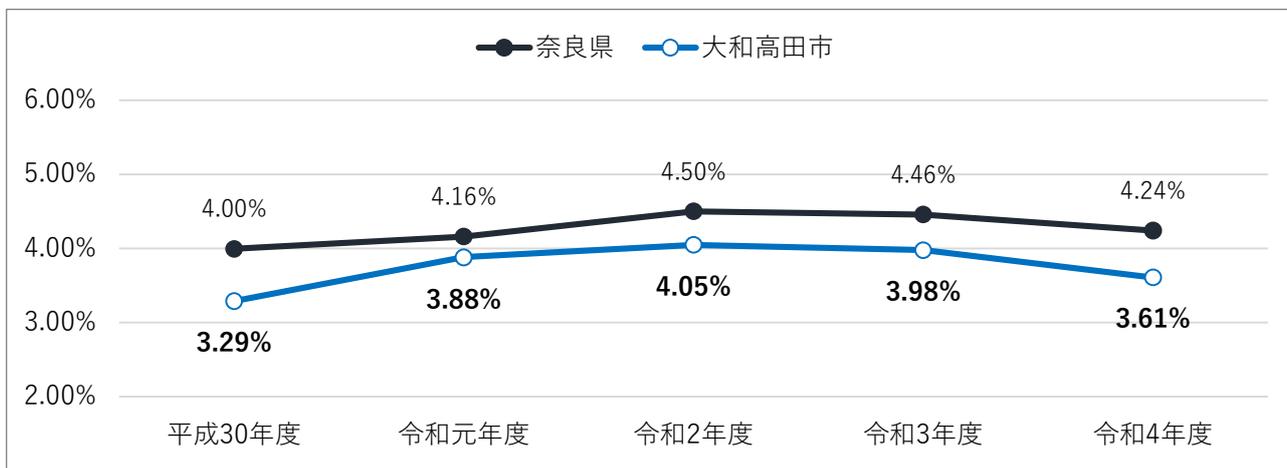
以下は、特定健康診査受診者のうち、HbA1c7.0%以上の該当者、8.0%以上の該当者の割合の推移です。8.0%以上の該当者の割合は、平成30年度が最も低く、令和2年度までは上昇していましたが、令和3年度以降は奈良県より低い水準で推移しています。HbA1c7.0%以上の該当者割合は、奈良県より低い水準で推移しています。

図表15 HbA1c8.0%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)

図表16 HbA1c7.0%以上の該当者の割合の推移



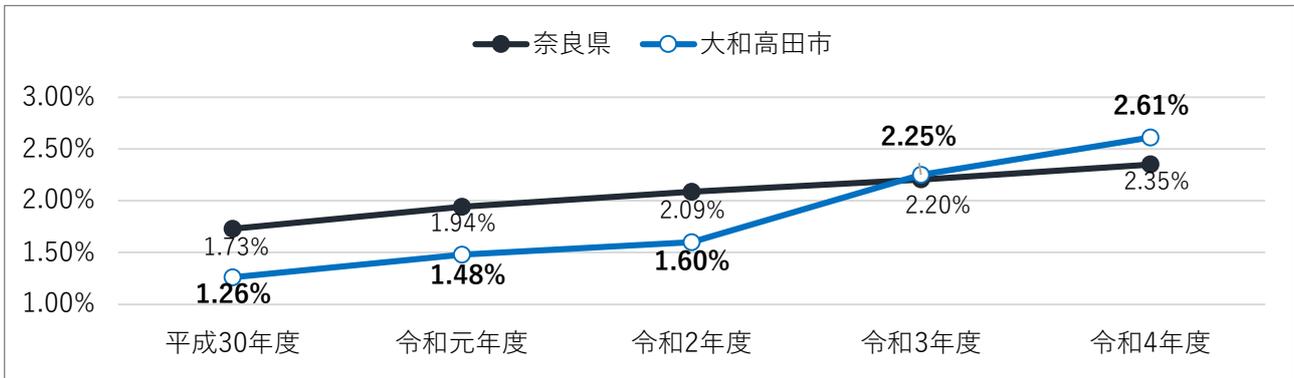
出典:奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

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/1.73㎡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/1.73㎡未満の該当者の割合の推移です。令和2年度までは奈良県より低い水準で推移していましたが、令和3年度以降は年々上昇傾向にあり、奈良県よりも高くなっています。

図表17 eGFR45ml/分/1.73㎡未満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)

(参考)CKDの重症度分類(CKD診療ガイドライン2012)

原疾患	尿蛋白区分		A1	A2	A3	
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	正常	正常	微量 アルブミン尿	顕性 アルブミン尿	
		30未満	30未満	30~299	300以上	
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	正常	正常	軽度尿蛋白	高度尿蛋白	
		0.15未満	0.15未満	0.15~0.49	0.50以上	
GFR区分 (mL/分 /1.73㎡)	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。

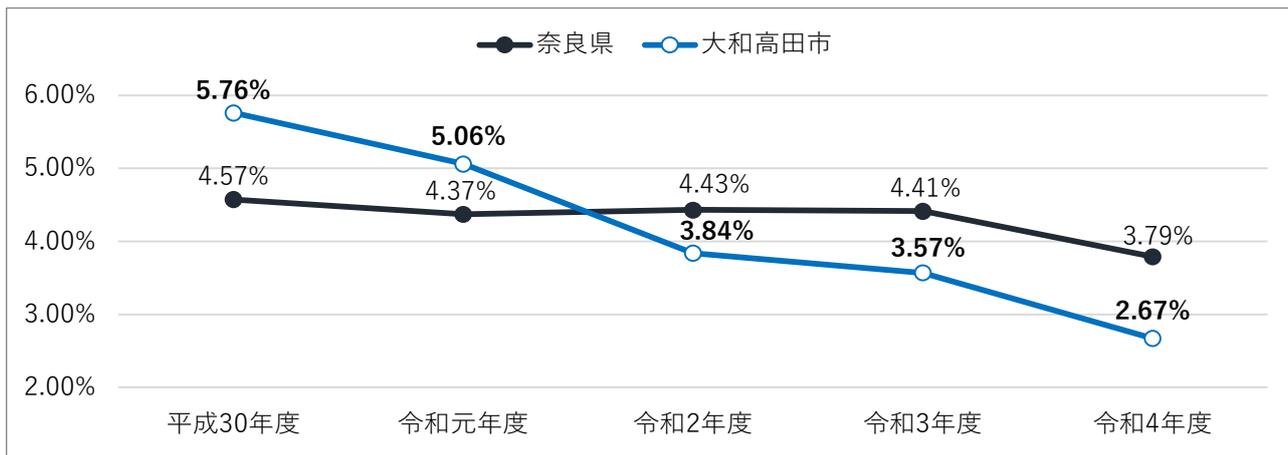
出典: 日本腎臓学会「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018」

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。

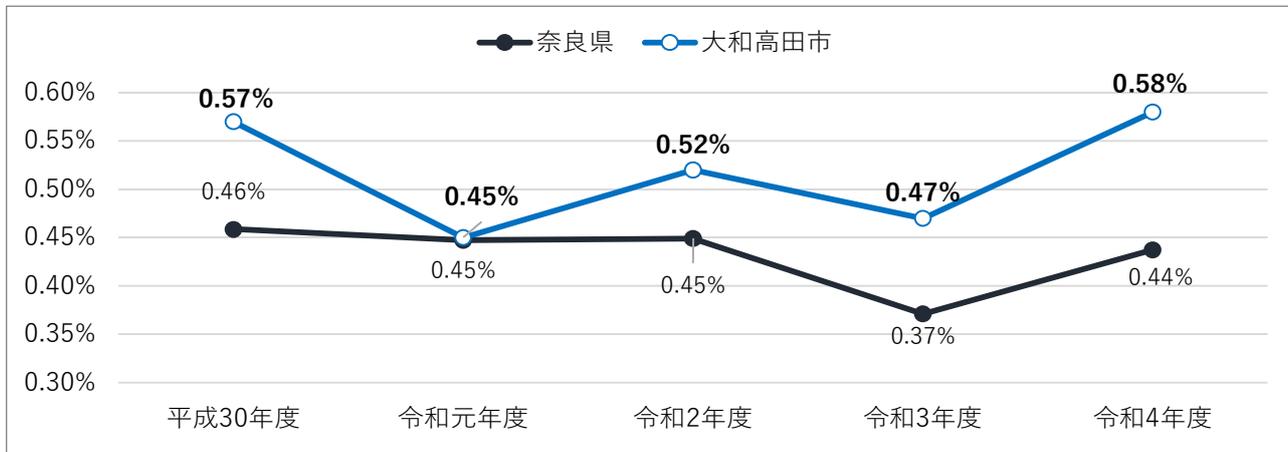
以下は、LDLコレステロール180mg/dl以上の該当者と中性脂肪500mg/dl以上の該当者の割合の推移を示しています。LDLコレステロール180mg/dl以上の該当者の割合は、令和元年度までは奈良県よりも高い水準での推移しておりましたが、年々下降傾向にあり、令和4年度は奈良県よりも1.12%下回っています。一方、中性脂肪500mg/dl以上の該当者の割合は上昇傾向にあり、すべての年度で奈良県より高くなっています。

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)

図表19 中性脂肪500mg/dl以上の該当者の割合の推移



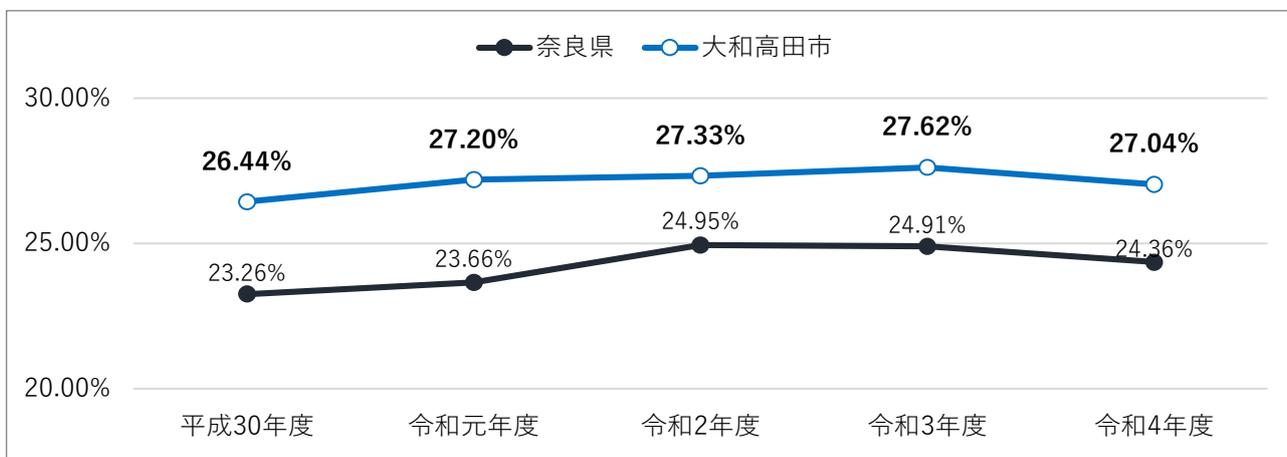
出典:奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

1.3.4.5. BMI及び腹囲

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

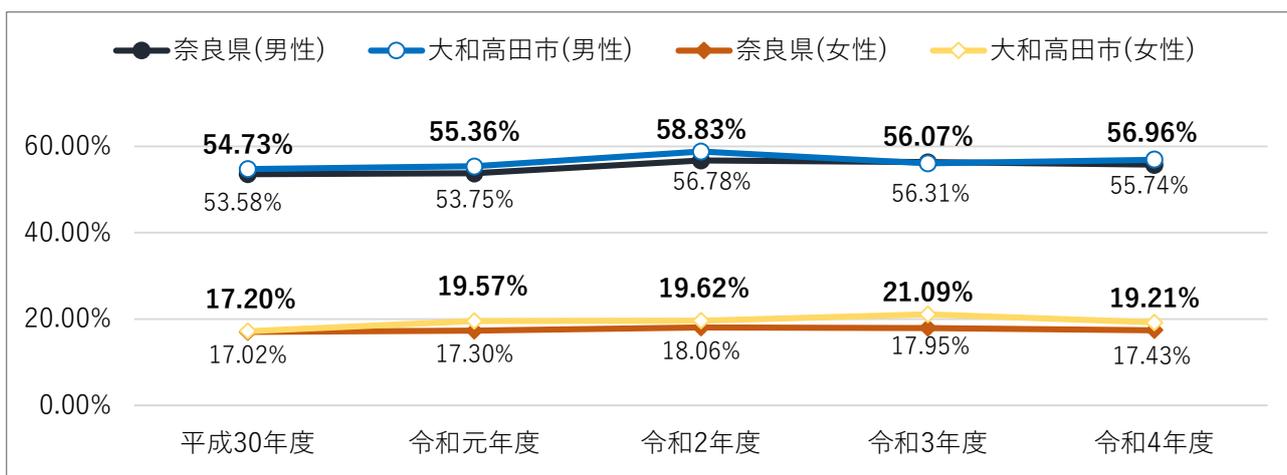
以下は、BMI25以上の該当者と腹囲が基準値以上の該当者の割合の推移を示しています。BMI25以上の該当者の割合は、奈良県よりも高い水準で推移しています。一方、腹囲が基準値以上の該当者の割合は、ほぼ奈良県と同水準で横ばいに推移しています。

図表20 BMI25以上の該当者の割合の推移



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



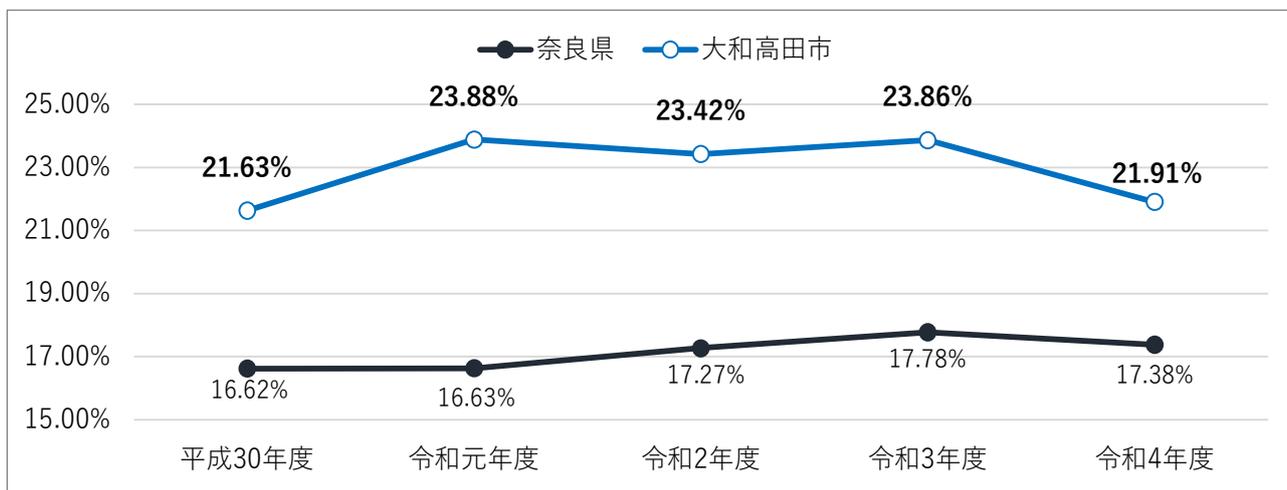
出典:奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

1.3.4.6. 咀嚼

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

以下は、当該質問項目において「歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある」、「ほとんどかめない」と回答された、咀嚼機能に問題があると思われる該当者の割合の推移を示しています。咀嚼機能に問題があると思われる該当者の割合は、すべての年度で奈良県よりも高くなっており、20%を上回っています。令和4年度から減少しておりますが、奈良県よりも4.53%の差があります。

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



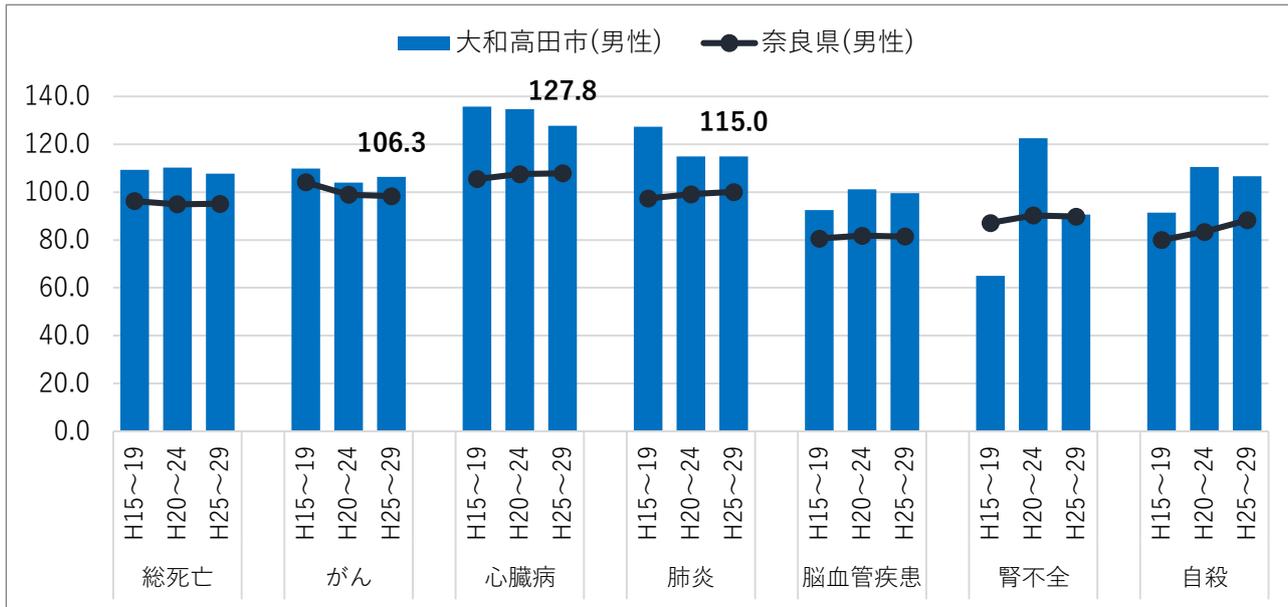
出典:奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

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。

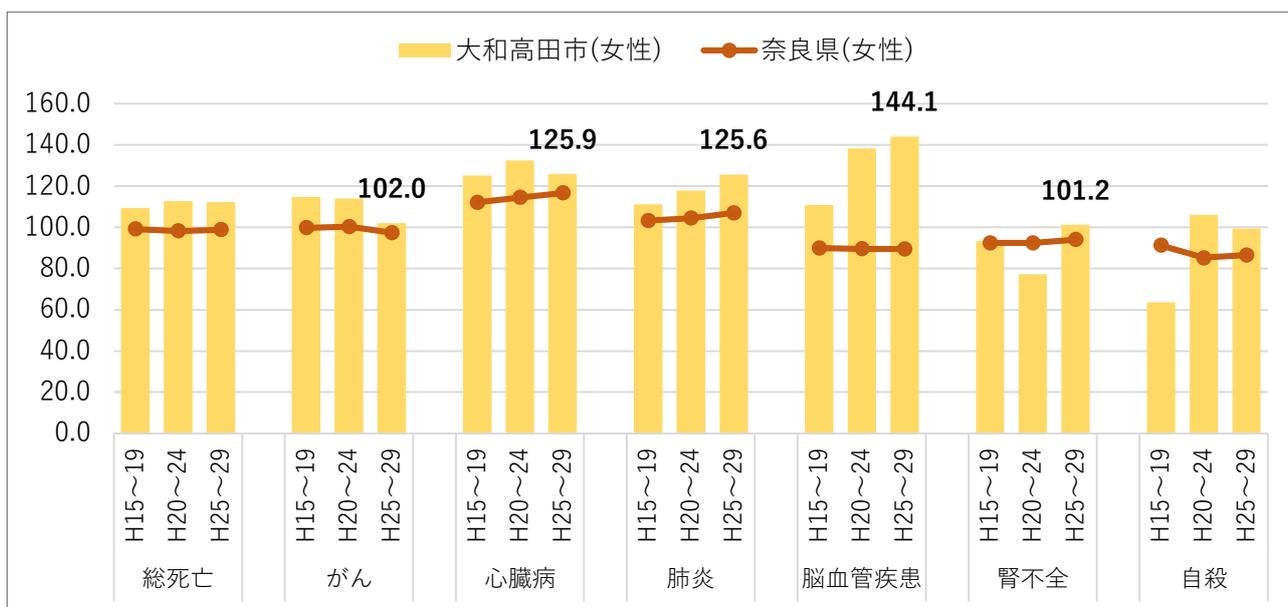
男性は、がん、心臓病(心筋梗塞、心不全等)、肺炎で100以上となっており、女性は、がん、心臓病、肺炎に加えて脳血管疾患(脳梗塞、脳出血等)、腎不全でも100以上となっています。

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

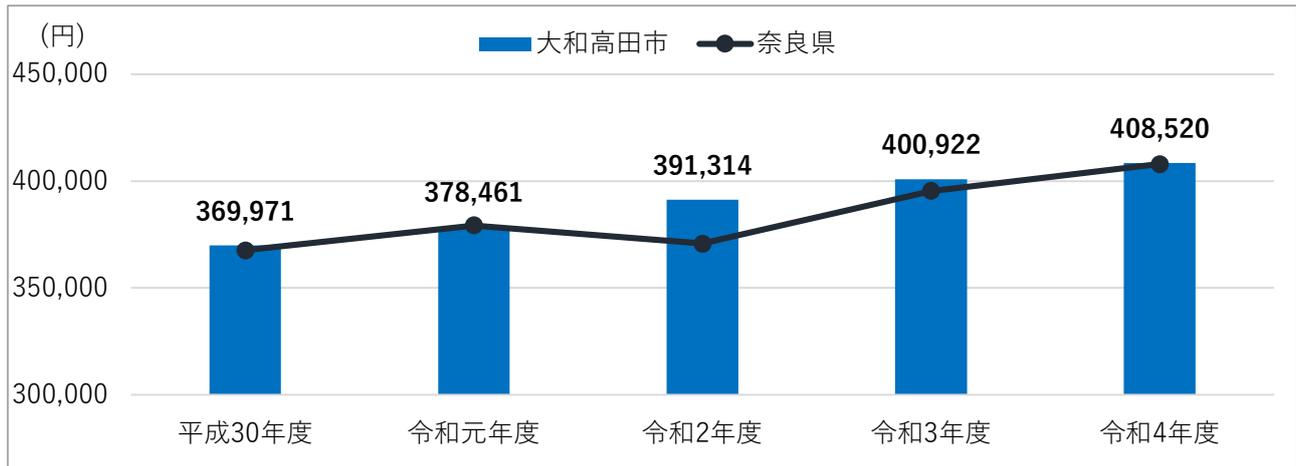
2.1. 医療費の状況

2.1.1.被保険者一人当たり医療費

以下は、本市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。

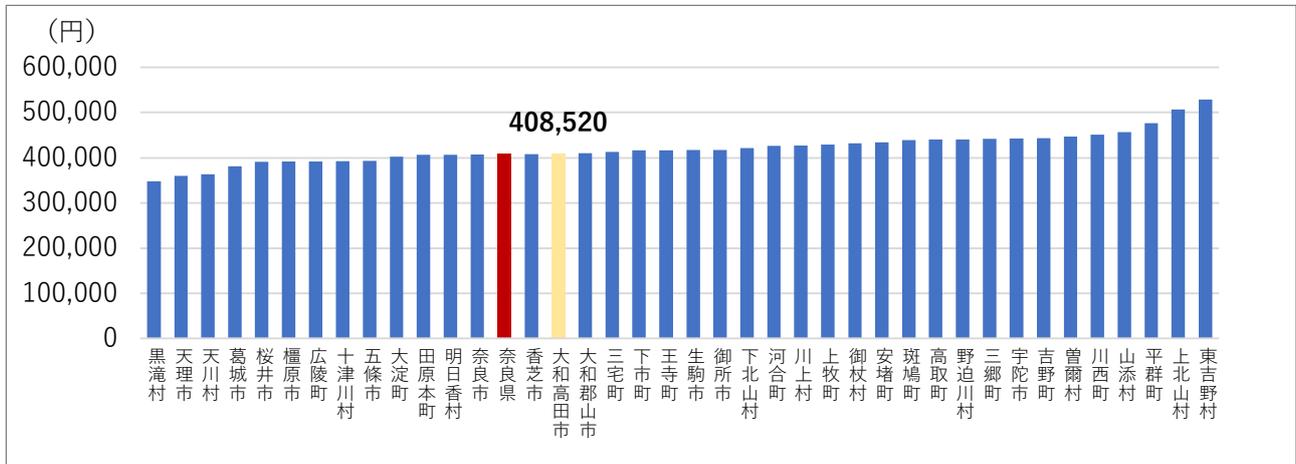
本市の被保険者一人当たり医療費は、毎年上昇傾向にあります。

図表25 被保険者一人当たり医療費の推移



出典:厚生労働省「国民健康保険事業年報」 * 令和4年度は同年報に係る国への報告分(奈良県)

図表26 奈良県内市町村の被保険者一人当たり医療費(令和4年度)

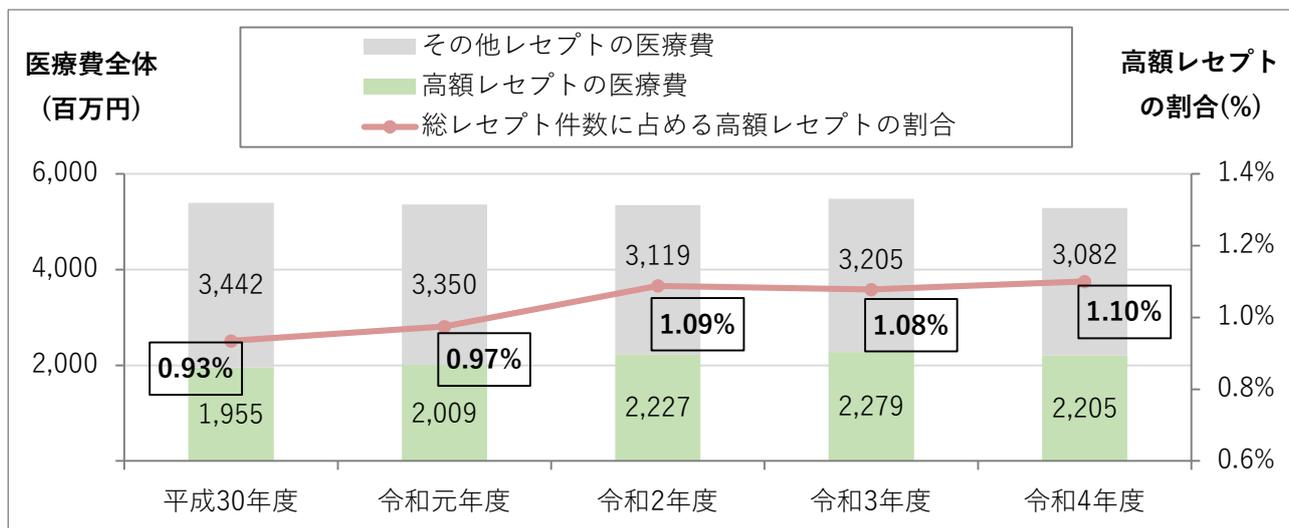


出典:厚生労働省「国民健康保険事業年報」 * 令和4年度は同年報に係る国への報告分(奈良県)

以下は、診療点数が5万点以上のものを高額レセプトと定義し、本市の高額レセプトの発生状況の推移を示したものです。

総レセプト件数に占める高額レセプトの割合は、令和2年度に1.0%を突破し、高額レセプトの医療費も2億円以上が増加しています。

図表27 高額レセプト(5万点以上)の割合及び医療費の推移



本市独自分析

令和4年度における高額レセプト発生患者の全レセプトを医療費分解後、最も医療費がかかっている疾病を主要傷病名と定義し、主要傷病名が属する中分類ごとに患者数を集計した結果は以下のとおりです。

で網掛けしているのは生活習慣病関連疾病ですが、これらは高血圧症、糖尿病、脂質異常症等が危険因子として挙げられています。

図表28 高額レセプト(5万点以上)発生患者の疾病傾向(令和4年度)

順位	疾病分類(中分類)	主要傷病名※ (上位3疾病まで記載)	患者数 (人)※	医療費(千円)※			患者一人 当たりの 医療費 (千円)※
				入院	入院外	合計	
1	0210 その他の悪性新生物<腫瘍>	前立腺癌, 多発性骨髄腫, 卵巣癌	72	124,654	172,679	297,332	4,130
2	1901 骨折	大腿骨頸部骨折, 大腿骨転子部骨折, 踵骨骨折	62	146,493	23,258	169,751	2,738
3	0903 その他の心疾患	非弁膜症性発作性心房細動, うつ血性心不全, 持続性心房細動	46	121,873	24,448	146,321	3,181
4	0205 気管, 気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	下葉肺癌, 上葉肺癌, 肺腺癌	40	74,782	143,190	217,973	5,449
5	1113 その他の消化器系の疾患	単径ヘルニア, 急性虫垂炎, クロウン病	37	30,562	41,083	71,645	1,936
6	1302 関節症	変形性膝関節症, 変形性股関節症, 一側性形成不全性股関節症	35	83,845	14,598	98,443	2,813
6	1310 その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	廃用症候群, 外反母趾, 多発性筋炎	35	87,788	17,477	105,266	3,008
8	0902 虚血性心疾患	労作性狭心症, 急性心筋梗塞, 狭心症	29	53,909	12,001	65,910	2,273
8	1905 その他の損傷及びその他の外因の影響	肩腱板断裂, 半月板損傷, 外傷性胸部大動脈解離	29	56,961	7,533	64,494	2,224
10	0503 統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	統合失調症, 統合失調感情障害, 幻覚妄想状態	24	100,695	5,946	106,641	4,443
10	0606 その他の神経系の疾患	正常圧水頭症, 前頭側頭葉型認知症, 筋萎縮性側索硬化症	24	88,477	20,911	109,388	4,558
12	0906 脳梗塞	脳梗塞, 心原性脳塞栓症, アテローム血栓性脳梗塞・急性期	23	72,597	5,188	77,785	3,382
13	1402 腎不全	慢性腎不全, 末期腎不全, 腎性貧血	21	39,990	67,639	107,628	5,125
14	1111 胆石症及び胆のう炎	胆のう結石症, 総胆管結石, 胆石性胆のう炎	20	23,152	5,488	28,639	1,432
14	1303 脊椎障害(脊椎症を含む)	腰部脊柱管狭窄症, 頸椎症性脊髄症, 頸椎後縦靭帯骨化症	20	46,467	9,159	55,627	2,781
16	0206 乳房の悪性新生物<腫瘍>	乳房上外側部乳癌, 乳房上内側部乳癌, 乳房中央部乳癌	19	10,171	48,357	58,528	3,080
17	1011 その他の呼吸器系の疾患	誤嚥性肺炎, 特発性肺線維症, 術後縦隔洞炎	18	56,061	20,105	76,166	4,231
18	0203 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物<腫瘍>	直腸癌	17	37,627	21,139	58,767	3,457
19	0211 良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	卵巣腫瘍, 子宮筋腫, 三叉神経鞘腫	15	20,973	5,307	26,280	1,752
19	0504 気分〔感情〕障害(躁うつ病を含む)	躁うつ病, うつ病, 双極性感情障害	15	31,081	5,593	36,674	2,445

本市独自分析

※主要傷病名…高額レセプト発生患者の分析期間の全レセプトを医療費分解後、患者毎に最も医療費が高額となった疾病。

※患者数…高額レセプト発生患者を主要傷病名で中分類毎に集計した。

※医療費…高額レセプト発生患者の分析期間の全レセプトの医療費(高額レセプトに限らない)。

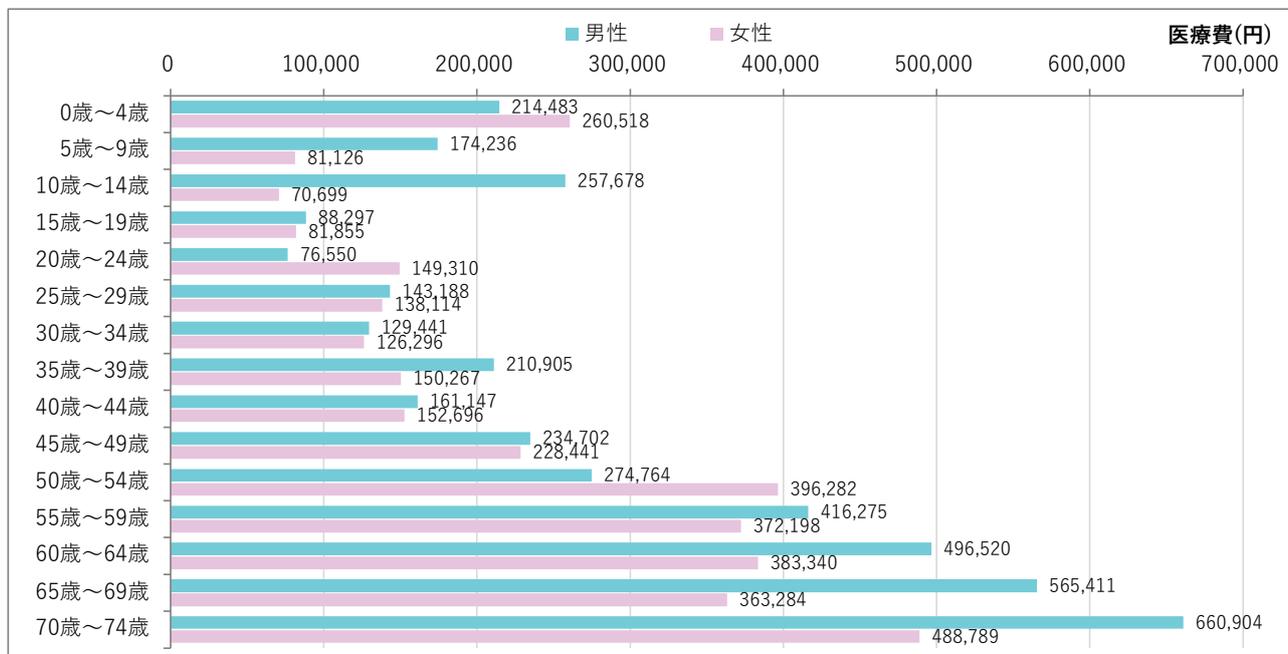
※患者一人当たりの医療費…高額レセプト発生患者の分析期間中の患者一人当たり医療費。

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、本市の性別・年齢階層別の被保険者一人当たり医療費を示したものです。

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

図表29 性別・年齢階層別の被保険者一人当たり医療費(令和4年度)



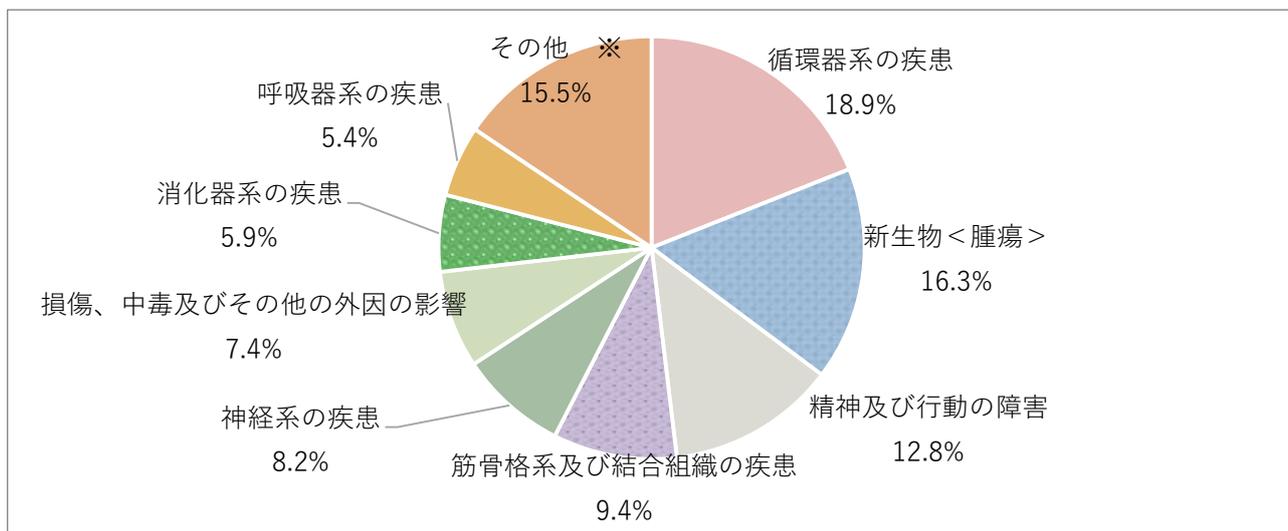
出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(大分類)」

2.2.疾病分類別医療費

以下は、本市における入院の疾病分類別医療費の状況を示したものです。

大分類別は「循環器系の疾患」の構成比が18.9%で最も高く、細小分類別では「脳梗塞」、
「不整脈」、「大動脈瘤」の割合が高くなっています。大分類別で「新生物<腫瘍>」の構成
比も16.3%と高く、細小分類別では「肺がん」が高くなっています。

図表30 大分類別医療費構成比(入院)(令和4年度)



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

図表31 大・中・細小分類別分析(入院)(令和4年度)

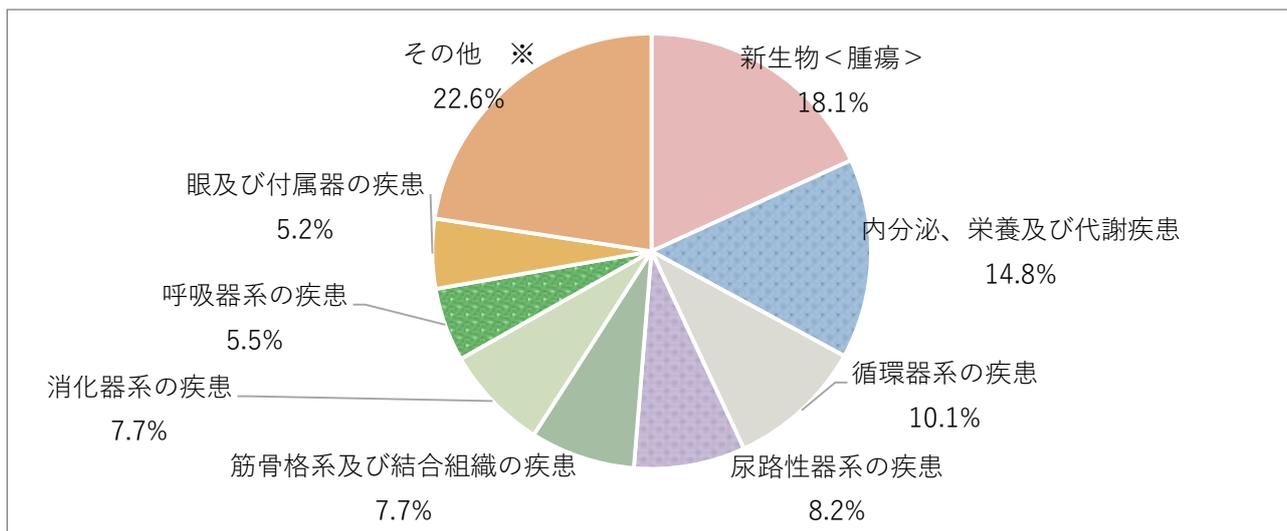
順位	大分類別分析		中分類別分析		細小分類分析		
1	循環器系の疾患	18.9%	その他の心疾患	7.4%	不整脈	3.3%	
						心臓弁膜症	0.8%
			脳梗塞	3.5%	脳梗塞	3.5%	
			その他の循環器系の疾患	2.3%	大動脈瘤	1.0%	
2	新生物<腫瘍>	16.3%	その他の悪性新生物<腫瘍>	5.9%	前立腺がん	0.8%	
						膵臓がん	0.7%
						卵巣腫瘍(悪性)	0.6%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	2.4%	肺がん	2.4%	
			良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	1.6%	子宮筋腫	0.2%	
3	精神及び行動の障害	12.8%	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	6.5%	統合失調症	6.5%	
			気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	2.6%	うつ病	2.6%	
			その他の精神及び行動の障害	1.9%			
4	筋骨格系及び結合組織の疾患	9.4%	関節症	3.4%	関節疾患	3.4%	
			その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	2.8%			
			脊椎障害(脊椎症を含む)	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、本市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18.1%で最も高く、細小分類別では「肺がん」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」、「循環器系の疾患」の構成比も高く、細小分類別では「糖尿病」、「高血圧症」、「脂質異常症」が高くなっています。

図表32 大分類別医療費構成比(外来)(令和4年度)



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

図表33 大・中・細小分類別分析(外来)(令和4年度)

順位	大分類別分析		中分類別分析		細小分類分析	
1	新生物<腫瘍>	18.1%	その他の悪性新生物<腫瘍>	6.4%	前立腺がん	1.1%
					卵巣腫瘍(悪性)	0.7%
					膵臓がん	0.5%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	4.4%	肺がん	4.4%
					乳がん	2.0%
2	内分泌、栄養及び代謝疾患	14.8%	糖尿病	8.8%	糖尿病	8.0%
					糖尿病網膜症	0.8%
			脂質異常症	3.5%	脂質異常症	3.5%
			その他の内分泌、栄養及び代謝障害	1.9%	痛風・高尿酸血症	0.1%
3	循環器系の疾患	10.1%	高血圧性疾患	4.9%	高血圧症	4.9%
			その他の心疾患	3.1%	不整脈	1.7%
			虚血性心疾患	0.9%	狭心症	0.7%
4	尿路器系の疾患	8.2%	腎不全	6.3%	慢性腎臓病(透析あり)	4.6%
					慢性腎臓病(透析なし)	0.3%
			その他の腎尿路系の疾患	0.8%		
			前立腺肥大(症)	0.4%	前立腺肥大	0.4%

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、本市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疾病で約5億1千万円(9.7%)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」、介護の要因にもなる「骨折」も上位に挙がっています。

図表34 細小分類による医療費上位10疾病(令和4年度)

順位	細小分類別疾患	医療費(円)	割合(%)※
1	糖尿病	254,657,500	4.8%
2	統合失調症	204,581,770	3.8%
3	関節疾患	187,394,400	3.5%
4	肺がん	186,987,470	3.5%
5	慢性腎臓病(透析あり)	178,684,610	3.3%
6	高血圧症	151,688,160	2.8%
7	骨折	136,293,660	2.6%
8	不整脈	127,303,560	2.4%
9	うつ病	121,162,450	2.3%
10	脂質異常症	110,009,920	2.1%

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

※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、本市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。入院は「精神」、外来は「糖尿病」が次いで高くなっています。

「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35 生活習慣病等疾病別医療費統計(入院)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	15,340,420	0.7%	8	34	1.0%	6	451,189	9
高血圧症	1,769,520	0.1%	11	9	0.3%	10	196,613	12
脂質異常症	2,656,370	0.1%	10	15	0.4%	8	177,091	13
高尿酸血症	615,410	0.0%	13	2	0.1%	13	307,705	11
脂肪肝	1,557,690	0.1%	12	4	0.1%	12	389,423	10
動脈硬化症	5,056,740	0.2%	9	6	0.2%	11	842,790	4
脳出血	24,899,520	1.1%	6	35	1.0%	5	711,415	7
脳梗塞	80,131,350	3.5%	4	102	3.0%	4	785,601	6
狭心症	31,430,370	1.4%	5	31	0.9%	7	1,013,883	2
心筋梗塞	20,017,570	0.9%	7	15	0.4%	8	1,334,505	1
がん	375,148,310	16.3%	1	447	13.0%	2	839,258	5
筋・骨格	216,071,570	9.4%	3	248	7.2%	3	871,256	3
精神	295,446,120	12.9%	2	591	17.2%	1	499,909	8
その他(上記以外のもの)	1,226,002,450	53.4%		1,901	55.3%		644,925	
合計	2,296,143,410			3,440			667,484	

出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

図表36 生活習慣病等疾病別医療費統計(外来)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	263,963,130	8.7%	2	9,536	7.8%	3	27,681	2
高血圧症	149,918,640	4.9%	4	12,301	10.0%	2	12,188	12
脂質異常症	107,353,550	3.5%	6	8,415	6.9%	4	12,757	11
高尿酸血症	1,786,520	0.1%	10	193	0.2%	10	9,257	13
脂肪肝	4,092,970	0.1%	9	258	0.2%	9	15,864	8
動脈硬化症	1,356,620	0.0%	11	99	0.1%	11	13,703	10
脳出血	852,520	0.0%	13	55	0.0%	12	15,500	9
脳梗塞	9,494,520	0.3%	8	485	0.4%	8	19,576	6
狭心症	21,274,650	0.7%	7	875	0.7%	7	24,314	3
心筋梗塞	1,237,140	0.0%	12	52	0.0%	13	23,791	4
がん	550,877,600	18.1%	1	4,061	3.3%	6	135,651	1
筋・骨格	235,147,640	7.7%	3	12,708	10.4%	1	18,504	7
精神	141,493,740	4.7%	5	7,199	5.9%	5	19,655	5
その他(上記以外のもの)	1,548,394,830	51.0%		66,291	54.1%		23,358	
合計	3,037,244,070			122,528			24,788	

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」、「糖尿病」、「脂質異常症」となっています。レセプト一件当たりの医療費では、「心筋梗塞」、「脳出血」、「がん」が高くなっています。

図表37 生活習慣病等疾病別医療費統計(入外合計)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	279,303,550	5.2%	4	9,570	7.6%	3	29,185	9
高血圧症	151,688,160	2.8%	5	12,310	9.8%	2	12,322	12
脂質異常症	110,009,920	2.1%	6	8,430	6.7%	4	13,050	11
高尿酸血症	2,401,930	0.0%	13	195	0.2%	10	12,318	13
脂肪肝	5,650,660	0.1%	12	262	0.2%	9	21,567	10
動脈硬化症	6,413,360	0.1%	11	105	0.1%	11	61,080	5
脳出血	25,752,040	0.5%	9	90	0.1%	12	286,134	2
脳梗塞	89,625,870	1.7%	7	587	0.5%	8	152,685	4
狭心症	52,705,020	1.0%	8	906	0.7%	7	58,173	6
心筋梗塞	21,254,710	0.4%	10	67	0.1%	13	317,234	1
がん	926,025,910	17.4%	1	4,508	3.6%	6	205,418	3
筋・骨格	451,219,210	8.5%	2	12,956	10.3%	1	34,827	8
精神	436,939,860	8.2%	3	7,790	6.2%	5	56,090	7
その他(上記以外のもの)	2,774,397,280	52.0%		68,192	54.1%		40,685	
合計	5,333,387,480			125,968			42,339	

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)」

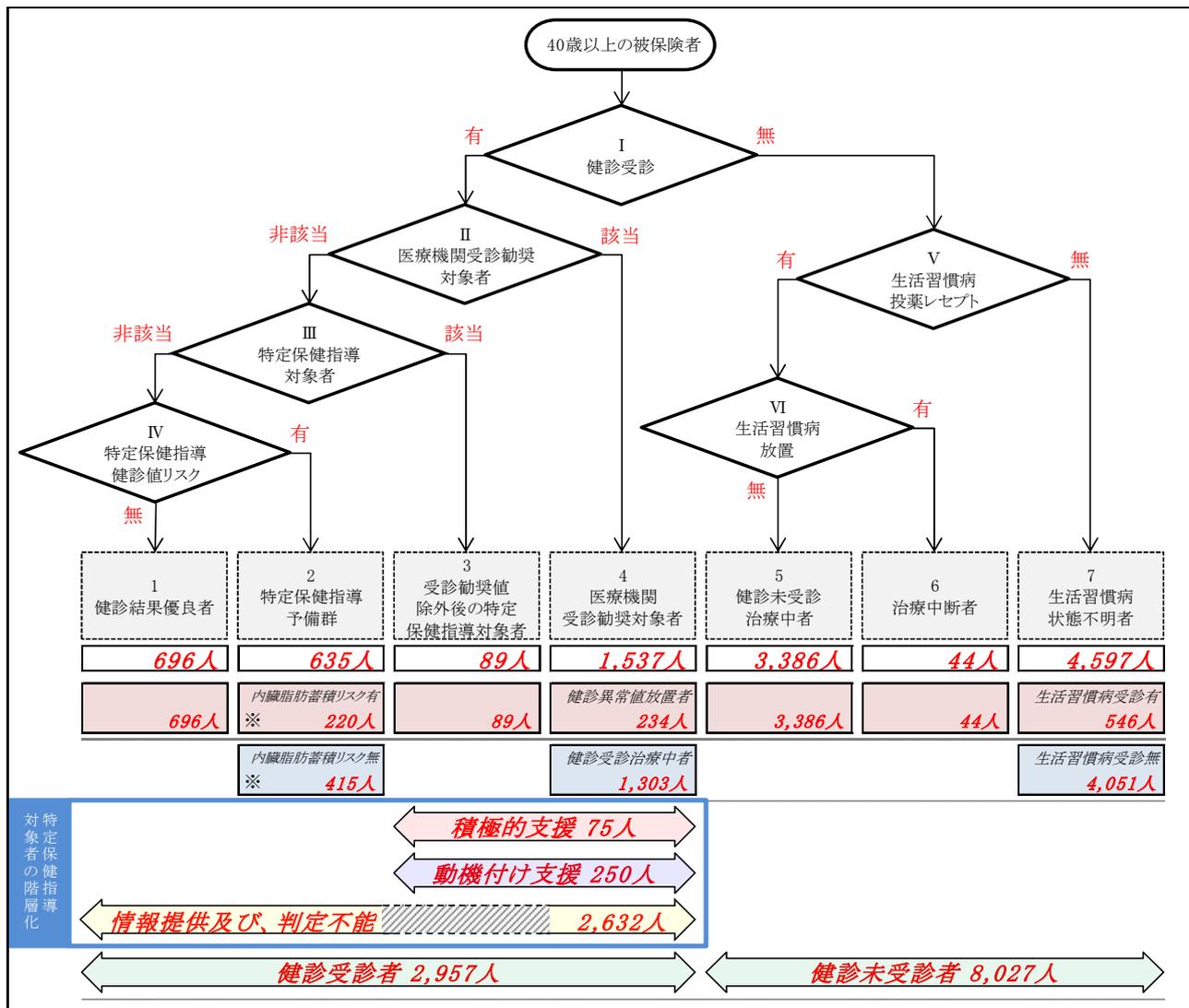
2.4. 特定健康診査データとレセプトデータの突合分析

2.4.1. 特定健康診査及びレセプトによる保健指導対象者群の階層分け

以下は、40歳以上の被保険者について、特定健康診査の受診の有無や異常値の有無、生活習慣病に関わるレセプトの有無等を判定し、7つのグループに分類したものです。

「4 医療機関受診勧奨対象者」のうち「健診異常値放置者」234人や、「6 治療中断者」44人に対して医療機関への適切な受診を促す取組が必要である一方で、特定健康診査未受診かつ生活習慣病投薬レセプトのない「7 生活習慣病状態不明者」については4,597人で人数が多いため、まずは特定健康診査を受診していただく取組が重要です。

図表38 特定健康診査及びレセプトによる保健指導対象者群の階層分け(令和4年度)

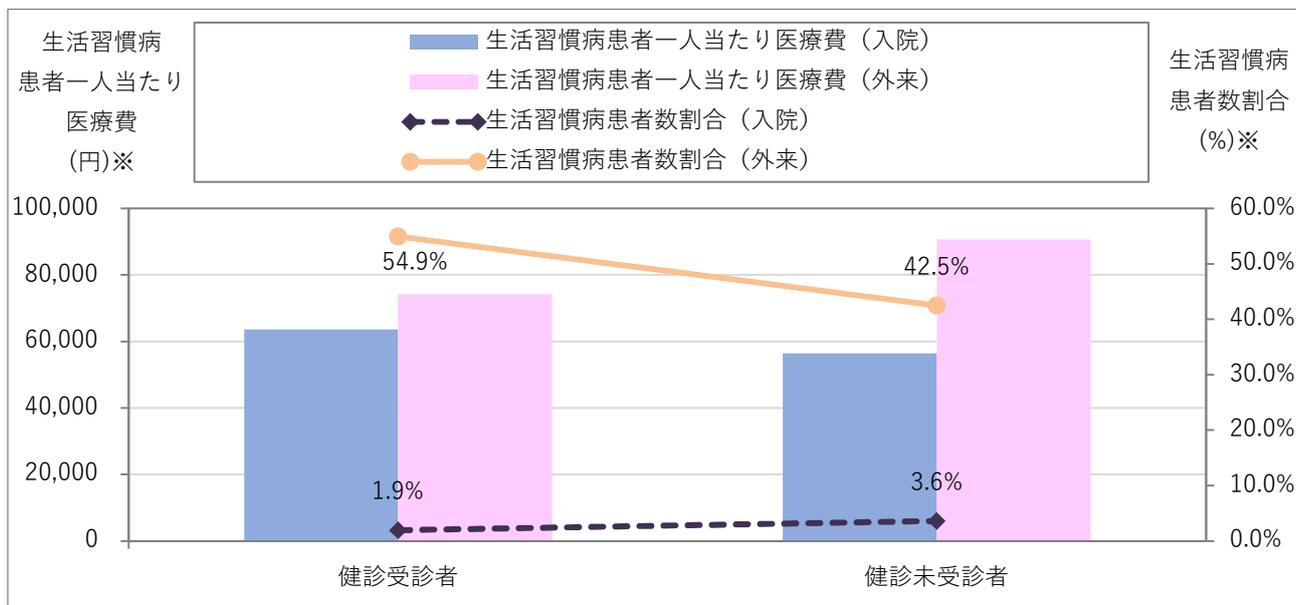


本市独自分析

2.4.2.特定健康診査の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況

以下は、特定健康診査受診状況別に、生活習慣病の医療機関受診状況を分析した結果です。特定健康診査受診者のうち生活習慣病のレセプトがあるのは特定健康診査受診者全体の54.9%で、特定健康診査未受診者のうち生活習慣病のレセプトがあるのは特定健康診査未受診者全体の42.7%です。

図表39 特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況(令和4年度)



	人数(人)	構成比(%)	生活習慣病医療費(円)※		
			入院	外来	合計
健診受診者	2,957	26.9%	3,624,878	120,443,020	124,067,898
健診未受診者	8,027	73.1%	16,192,357	309,434,506	325,626,863
合計	10,984		19,817,235	429,877,526	449,694,761

	生活習慣病患者数※						生活習慣病患者一人当たり医療費(円)※		
	入院		外来		合計※		入院	外来	合計
	患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)			
健診受診者	57	1.9%	1,624	54.9%	1,624	54.9%	63,594	74,164	76,396
健診未受診者	287	3.6%	3,411	42.5%	3,430	42.7%	56,419	90,717	94,935
合計	344	3.1%	5,035	45.8%	5,054	46.0%	57,608	85,378	88,978

本市独自分析

※生活習慣病医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者の生活習慣病医療費。

※生活習慣病患者数…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者数。合計人数は、入院、入院外の区分けなく集計した実人数。

※生活習慣病患者一人当たり医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの生活習慣病医療費。

2.5.透析患者の状況

以下は、本市における透析患者の発生状況を示したものです。

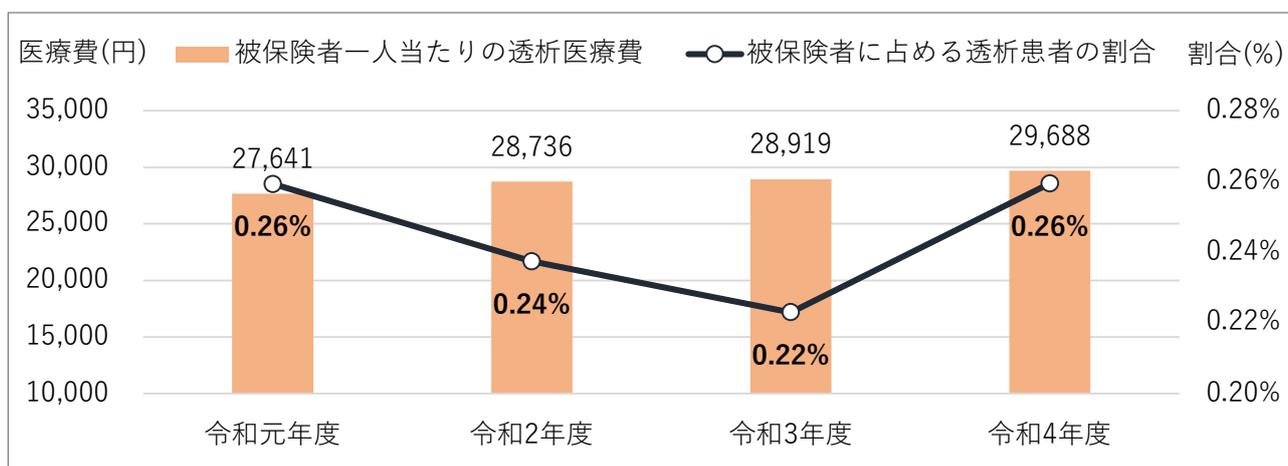
本市の被保険者に占める透析患者の割合について、令和元年度から令和4年度までの推移を見ると、透析患者の割合は令和3年度までは減少傾向にあり、令和4年度に上昇していますが、国や奈良県よりも低い状況です。

図表40 透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合(令和4年度)

	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者の割合(%)
大和高田市	38	0.26%
奈良県	905	0.33%
国	86,890	0.35%

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

図表41 透析患者数割合及び透析医療費の推移



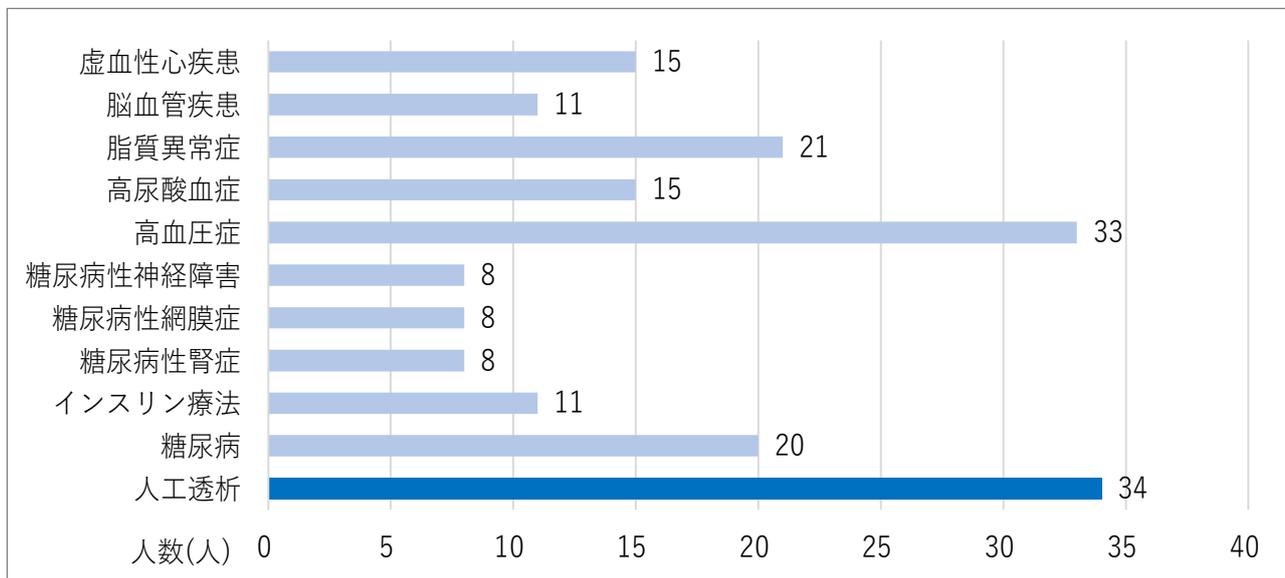
出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

※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、本市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。

透析患者34人のうち、33人(97.1%)が「高血圧症」、21人(61.8%)が「脂質異常症」、20人(58.8%)が「糖尿病」を併存している状況です。

図表42 透析患者の併存疾患(令和4年度)



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

2.6.服薬状況

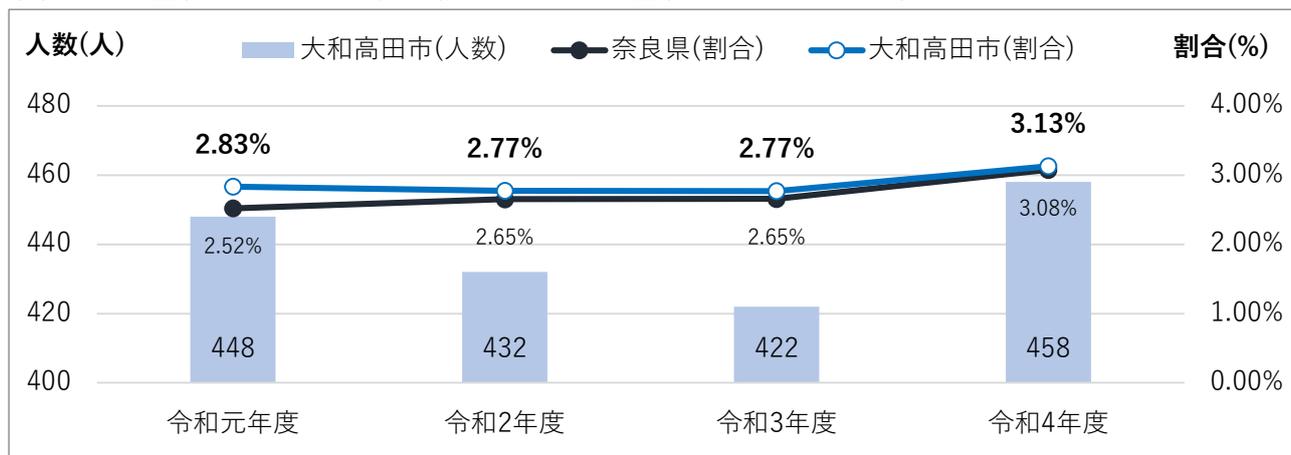
2.6.1.重複投与者

以下は、本市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または同様の効能・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。

本市の重複投与者の割合は、令和元年度から令和3年度までほぼ横ばいに推移していましたが、令和4年度は0.36ポイント上昇しており、奈良県全体とほぼ同水準になっています。

図表43 重複投与者数と被保険者に占める重複投与者割合の推移



出典:国保データベース(KDB)システム「重複・多剤処方の状況」(各年度3月診療分)

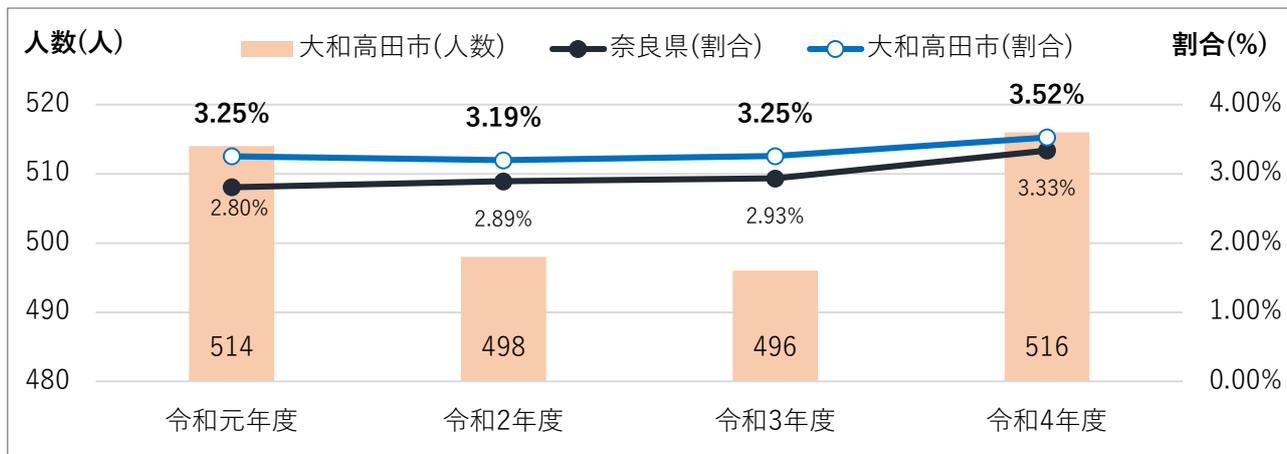
2.6.2.多剤投与者

以下は、本市における多剤投与者(9種類以上)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。

本市の多剤投与者の割合は、若干減少していますが、被保険者に占める多剤投与者の割合は奈良県より高い水準で推移しています。

図表44 多剤投与者数と被保険者に占める多剤投与者割合の推移



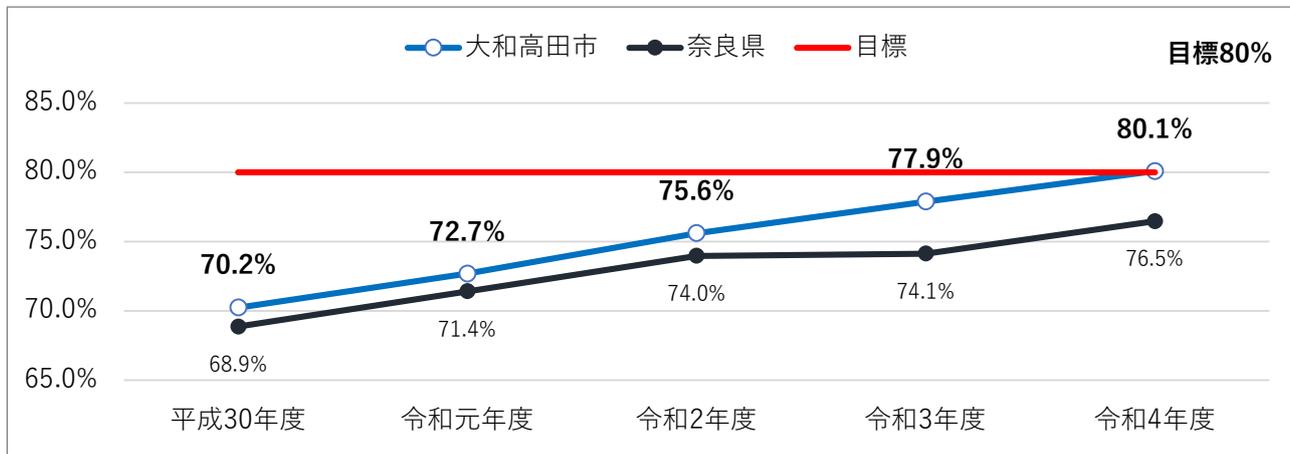
出典:国保データベース(KDB)システム「重複・多剤処方の状況」(各年度3月診療分)

2.6.3.後発医薬品使用割合

以下は、本市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。

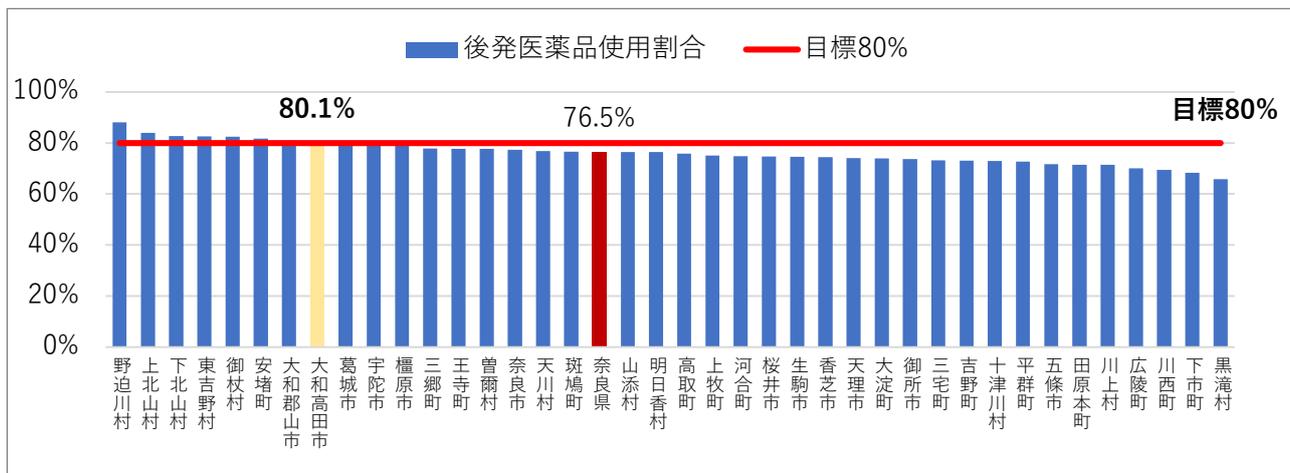
本市の後発医薬品使用割合は、奈良県よりも高い水準で推移しており、国が定めた目標80%も達成しています。

図表45 後発医薬品使用割合(数量ベース)の推移



出典:厚生労働省「保険者別の後発医薬品の使用割合」(各年度3月診療分)

図表46 奈良県内市町村の後発医薬品使用割合(令和4年度)



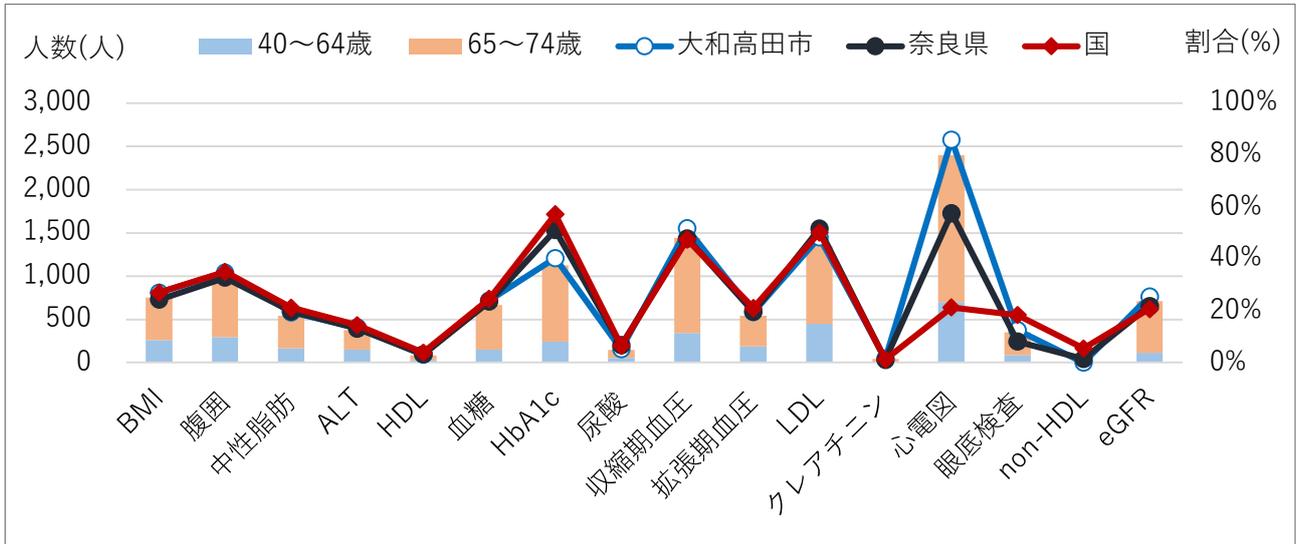
出典:厚生労働省「保険者別の後発医薬品の使用割合」(令和5年3月診療分)

2.7.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、心電図、eGFRは国や奈良県よりも高くなっています。

図表47 検査項目別有所見者の状況(令和4年度)



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)」

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	
大和 高田市	40~64歳	人数(人)	262	294	166	148	27	149	243	56
		割合(%)	31.0%	34.8%	19.6%	17.5%	3.2%	17.6%	28.8%	6.6%
	65~74歳	人数(人)	490	676	377	231	59	521	882	90
		割合(%)	25.2%	34.7%	19.4%	11.9%	3.0%	26.8%	45.3%	4.6%
全体 (40~74歳)		人数(人)	752	970	543	379	86	670	1,125	146
		割合(%)	26.9%	34.8%	19.5%	13.6%	3.1%	24.0%	40.3%	5.2%
奈良県		割合(%)	24.3%	32.8%	19.8%	13.1%	3.2%	23.5%	51.1%	6.8%
国		割合(%)	27.0%	35.0%	21.2%	14.5%	3.9%	24.6%	57.2%	6.5%

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	
大和 高田市	40~64歳	人数(人)	344	187	449	9	701	89	1	115
		割合(%)	40.7%	22.1%	53.1%	1.1%	83.0%	10.5%	0.1%	13.6%
	65~74歳	人数(人)	1,100	358	899	35	1,697	261	0	596
		割合(%)	56.5%	18.4%	46.2%	1.8%	87.2%	13.4%	0.0%	30.6%
全体 (40~74歳)		人数(人)	1,444	545	1,348	44	2,398	350	1	711
		割合(%)	51.7%	19.5%	48.3%	1.6%	85.9%	12.5%	0.0%	25.5%
奈良県		割合(%)	47.9%	19.6%	51.6%	1.1%	57.6%	8.1%	1.5%	21.8%
国		割合(%)	47.5%	21.1%	50.1%	1.3%	21.3%	18.4%	5.6%	20.7%

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、「喫煙している」「1回30分以上の運動習慣なし」「1日飲酒量(1合未満)」と回答した人の割合が高くなっています。

図表48 質問票回答状況(令和4年度)

分類	質問項目	40～64歳			65～74歳			全体(40～74歳)		
		大和高田市	奈良県	国	大和高田市	奈良県	国	大和高田市	奈良県	国
服薬	服薬_高血圧症	20.8%	19.6%	20.1%	40.6%	41.8%	43.6%	34.6%	35.9%	36.8%
	服薬_糖尿病	5.9%	4.6%	5.3%	10.5%	9.8%	10.4%	9.1%	8.4%	8.9%
	服薬_脂質異常症	18.8%	17.5%	16.5%	36.2%	35.4%	34.2%	30.9%	30.6%	29.1%
既往歴	既往歴_脳卒中	3.5%	1.9%	2.0%	3.3%	3.6%	3.8%	3.3%	3.1%	3.3%
	既往歴_心臓病	2.6%	2.6%	3.0%	5.8%	6.6%	6.8%	4.9%	5.6%	5.7%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	0.9%	0.7%	0.6%	1.2%	1.4%	0.9%	1.1%	1.2%	0.8%
	既往歴_貧血	19.0%	16.2%	14.2%	11.3%	9.5%	9.3%	13.6%	11.3%	10.7%
喫煙	喫煙	16.9%	15.8%	18.9%	11.8%	8.9%	10.2%	13.3%	10.7%	12.7%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	37.5%	36.6%	37.8%	33.3%	32.4%	33.2%	34.6%	33.6%	34.6%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	72.4%	68.6%	68.8%	57.9%	53.1%	55.4%	62.2%	57.2%	59.3%
	1日1時間以上運動なし	52.7%	49.9%	49.3%	48.9%	46.1%	46.7%	50.0%	47.1%	47.5%
	歩行速度遅い	57.5%	53.6%	53.0%	47.6%	47.9%	49.4%	50.6%	49.4%	50.5%
食事	食べる速度が速い	29.9%	32.4%	30.7%	27.6%	26.0%	24.6%	28.3%	27.7%	26.4%
	食べる速度が普通	63.2%	59.6%	61.1%	65.4%	66.3%	67.6%	64.7%	64.5%	65.7%
	食べる速度が遅い	6.9%	8.0%	8.2%	7.0%	7.7%	7.8%	7.0%	7.8%	7.9%
	週3回以上就寝前夕食	16.5%	18.5%	21.1%	10.6%	9.5%	12.1%	12.4%	11.9%	14.7%
	週3回以上朝食を抜く	15.9%	15.8%	18.9%	5.3%	4.3%	5.9%	8.5%	7.4%	9.7%
飲酒	毎日飲酒	23.8%	22.3%	24.3%	24.0%	24.0%	24.7%	23.9%	23.6%	24.6%
	時々飲酒	20.0%	23.3%	25.3%	20.1%	20.2%	21.1%	20.0%	21.0%	22.3%
	飲まない	56.2%	54.4%	50.4%	56.0%	55.8%	54.2%	56.1%	55.4%	53.1%
	1日飲酒量(1合未満)	76.2%	70.9%	60.9%	78.8%	75.2%	67.6%	78.0%	74.0%	65.6%
	1日飲酒量(1～2合)	15.1%	17.4%	23.0%	15.2%	18.2%	23.1%	15.2%	18.0%	23.1%
	1日飲酒量(2～3合)	5.6%	8.3%	11.2%	5.2%	5.6%	7.8%	5.3%	6.3%	8.8%
	1日飲酒量(3合以上)	3.1%	3.4%	4.8%	0.7%	1.1%	1.5%	1.4%	1.7%	2.5%
睡眠	睡眠不足	30.0%	29.3%	28.4%	24.5%	24.0%	23.4%	26.1%	25.4%	24.9%
生活習慣改善意欲	改善意欲なし	22.5%	22.7%	23.0%	25.6%	27.5%	29.3%	24.7%	26.2%	27.5%
	改善意欲あり	42.4%	36.5%	32.9%	33.2%	29.8%	26.0%	36.0%	31.6%	28.0%
	改善意欲ありかつ始めている	11.4%	14.8%	16.4%	11.0%	11.7%	13.0%	11.2%	12.5%	14.0%
	取り組み済み6ヶ月未満	9.4%	10.0%	9.9%	7.7%	8.8%	8.6%	8.3%	9.1%	9.0%
	取り組み済み6ヶ月以上	14.2%	16.0%	17.8%	22.4%	22.2%	23.1%	19.9%	20.5%	21.6%
	保健指導利用しない	56.6%	58.7%	62.4%	56.5%	58.6%	62.9%	56.5%	58.6%	62.8%
咀嚼	咀嚼_何でも	81.9%	84.3%	83.8%	75.6%	77.2%	77.0%	77.5%	79.1%	79.0%
	咀嚼_かみにくい	17.6%	15.1%	15.5%	23.9%	22.1%	22.1%	22.0%	20.2%	20.2%
	咀嚼_ほとんどかめない	0.5%	0.6%	0.7%	0.5%	0.7%	0.8%	0.5%	0.6%	0.8%
間食	3食以外間食_毎日	30.4%	29.7%	23.8%	27.0%	27.9%	20.8%	28.0%	28.4%	21.7%
	3食以外間食_時々	52.8%	52.8%	55.3%	57.5%	55.2%	58.4%	56.1%	54.6%	57.5%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	16.8%	17.5%	20.9%	15.4%	16.9%	20.8%	15.9%	17.1%	20.8%

出典: 国保データベース(KDB)システム「質問票調査の状況」

Ⅲ.計画全体

1.課題の整理

様々なデータから本市の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、本市が設定した優先順位の高い6つの課題です。

課題1:特定健康診査受診率、特定保健指導実施率が国の目標値(60%)に達していない	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健康診査受診率が県平均よりも低い水準で推移している。 ・ 年齢階層別の特定健康診査受診率では、60歳未満の男性、55歳未満の女性の受診率が20%にも満たない状況である。 ・ 特定保健指導対象者、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合が県平均よりも高いが、特定保健指導実施率は県平均よりも低い水準で推移している。 ・ BMI25以上、腹囲の有所見者の割合が県平均よりも高い状況である。 ・ 特定健康診査未受診で、なおかつ生活習慣病関連レセプトのない生活習慣病状態不明者が4,597人存在する。 ・ 特定健康診査の質問票回答状況で、運動習慣が不十分であり、喫煙者の割合も高い状況である。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 図表6 特定健康診査受診率の推移 ・ 図表7 奈良県内市町村の特定健康診査受診率 ・ 図表8 (男性)年齢階層別特定健康診査受診率 ・ 図表9 (女性)年齢階層別特定健康診査受診率 ・ 図表10 特定保健指導実施率の推移 ・ 図表11 奈良県内市町村の特定保健指導実施率 ・ 図表12 特定保健指導対象者割合の推移 ・ 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 ・ 図表20 BMI25以上の該当者の割合の推移 ・ 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 ・ 図表38 特定健康診査及びレセプトによる保健指導対象者群の階層分け ・ 図表48 質問票回答状況
取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健康診査受診率向上施策の強化 ・ 特定健康診査継続受診対策 ・ 特定保健指導利用率向上施策の強化

課題2:生活習慣病予備群及び該当者(患者)が多く、放置すると重篤化のリスクがある	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> ・医療費は、男性は55歳以降、女性は50歳以降に顕著に増加するが、当該年代に至るまでの特定健康診査受診率は低い状況である。 ・特定健康診査の結果、Ⅱ度高血圧以上の該当者割合が県よりも高い状況である。 ・重症度がGFR区分「G3b(中等度～高度低下)」以上の該当者の割合が県よりも高い状況である。 ・中性脂肪500mg/dl以上の該当者割合が県よりも高い状況である。 ・HbA1c7.0%以上の該当者は県平均より低いものの、8.0%目前の人が一定数おり減少傾向にないため予防の取組が必要である。 ・男性は心臓病、女性は心臓病、脳血管疾患、腎不全の標準化死亡比が高い。 ・高額レセプト(5万点以上)の割合が上昇傾向である。 ・高額レセプト(5万点以上)の発生患者数の多い疾病に生活習慣病が含まれている。 ・大分類別医療費構成比では、入院は「循環器系の疾患」、外来は「内分泌、栄養及び代謝疾患」が上位を占めている。 ・「循環器系の疾患」では「不整脈」、「脳梗塞」、「高血圧症」、「内分泌、栄養及び代謝疾患」では「糖尿病」、「糖尿病網膜症」、「脂質異常症」の割合が高い。 ・特定健康診査の結果、異常値があっても放置している疑いのある者が存在する。 ・生活習慣病の治療を中断している者が存在する。 ・透析患者数の割合は国や奈良県よりも低い、前年度よりも増加している。 ・特定健康診査結果において、2人に1人は収縮期血圧の有所見者である。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> ・図表8 (男性)年齢階層別特定健康診査受診率 ・図表9 (女性)年齢階層別特定健康診査受診率 ・図表14 血圧160/100mmHg以上の該当者の割合の推移 ・図表15 HbA1c8.0%以上の該当者の割合の推移 ・図表16 HbA1c7.0%以上の該当者の割合の推移 ・図表17 eGFR45ml/分/1.73㎡未満の該当者の割合の推移 ・図表18 LDLコレステロール180mg/dl以上の該当者の割合の推移 ・図表19 中性脂肪500mg/dl以上の該当者の割合の推移 ・図表23 (男性)主要疾病標準化死亡比の推移 ・図表24 (女性)主要疾病標準化死亡比の推移 ・図表27 高額レセプト(5万点以上)の割合及び医療費の推移 ・図表28 高額レセプト(5万点以上)発生患者の疾病傾向 ・図表29 性別・年齢階層別の被保険者一人当たり医療費 ・図表31 大・中・細小分類別分析(入院) ・図表33 大・中・細小分類別分析(外来) ・図表37 生活習慣病等疾病別医療費統計(入外合計) ・図表38 特定健康診査及びレセプトによる保健指導対象者群の階層分け ・図表40 透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合 ・図表41 透析患者数割合及び透析医療費の推移 ・図表42 透析患者の併存疾患 ・図表47 検査項目別有所見者の状況
取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査受診率向上施策の強化 ・特定健康診査継続受診対策 ・特定保健指導利用率向上施策の強化 ・生活習慣病重症化予防施策 ・人工透析予防施策

課題3:がん検診受診率が低く、がんによる標準化死亡比が高い	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> ・「がん」の標準化死亡比が、男女ともに国や奈良県よりも高い状況である。 ・被保険者一人当たり医療費は毎年度増加傾向にある。 ・大分類別医療費構成比では、入院・外来ともに「新生物<腫瘍>」が上位にある。 ・「新生物<腫瘍>」の中でも、「その他の悪性新生物<腫瘍>」の割合が高い。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> ・図表23 (男性)主要疾病標準化死亡比の推移 ・図表24 (女性)主要疾病標準化死亡比の推移 ・図表25 被保険者一人当たり医療費の推移 ・図表26 奈良県内市町村の被保険者一人当たり医療費 ・図表27 高額レセプト(5万点以上)の割合及び医療費の推移 ・図表31 大・中・細小分類別分析(入院) ・図表33 大・中・細小分類別分析(外来) ・図表37 生活習慣病等疾病別医療費統計(入外合計)
取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・がん検診受診率向上施策

課題4:被保険者に占める重複・多剤投与者の割合が高い	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者一人当たり医療費は毎年度増加傾向にある。 ・年齢階層別で見ると、加齢に伴い一人当たり医療費は増加傾向にある。 ・国保被保険者は、年々高齢化率が上昇傾向にある。 ・重複投与者、多剤投与者の割合が県平均よりも高い状況である。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> ・図表2 性別・年齢階層別の人口及び被保険者数 ・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 ・図表25 被保険者一人当たり医療費の推移 ・図表26 奈良県内市町村の被保険者一人当たり医療費 ・図表29 性別・年齢階層別の被保険者一人当たり医療費 ・図表43 重複投与者数と被保険者に占める重複投与者割合の推移 ・図表44 多剤投与者数と被保険者に占める多剤投与者割合の推移
取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・受診行動および服薬適正化に資する取組の強化

課題5:後発医薬品使用割合が、国の目標値(80%)に達しているが使用割合を維持する	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者一人当たり医療費は毎年度増加傾向にある。 ・後発医薬品使用割合は県平均よりも高く、国目標の80%に到達しているが、今後も使用割合を維持していくために、促進していく必要がある。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> ・図表25 被保険者一人当たり医療費の推移 ・図表26 奈良県内市町村の被保険者一人当たり医療費 ・図表45 後発医薬品使用割合(数量ベース)の推移 ・図表46 奈良県内市町村の後発医薬品使用割合
取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品使用促進に向けた取組の強化

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

2.目的・目標

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

【計画全体の目的】

目的	指標	目標
①健康寿命の延伸	健康寿命(平均余命・平均自立期間)	延伸
②医療費の適正化を図る	一人当たりの医科医療費・歯科医療費	維持

【目標(上記の目的を達成するために取り組むこと)】

健康課題	目標	指標	目標値	主な個別保健事業
課題1:特定健康診査受診率、特定保健指導実施率が国の目標値(60%)に達していない	健診の受診率を上げ、保健指導を通じて健康に関心を持つことで生活改善を目指す。	特定健康診査受診率	60%	特定健康診査の受診率向上
		若年層(40歳代、50歳代)の特定健康診査受診率	54.7%	
		特定保健指導実施率	60%	特定保健指導実施率の向上
課題2:生活習慣病予備群及び該当者(患者)が多く、放置すると重篤化のリスクがある	健診受診率の向上(一次予防)と併せて、健診異常値放置者を確実に減らし(二次予防)、コントロール不良者へは保健指導を実施することで重篤化を防ぐ(三次予防)。	受診勧奨後の医療機関受診率	60%	重症化疾患予防としての高血圧症の対策事業
		新規人工透析導入患者数	0人	糖尿病性腎症重症化予防対策事業
課題3:がん検診受診率が低く、がんによる標準化死亡比が高い	がんの早期発見、早期治療を実現し、がんによる死亡を防ぐ。	がん検診(胃・肺・大腸・子宮・乳)受診率	60%	がん検診受診率向上対策事業
課題4:被保険者に占める重複・多剤投与者の割合が高い	服薬の適正化、薬物有害事象発生防止。	同一月内に重複処方が発生した者の割合(令和4年度比)	3.1%未満	適正服薬促進事業(重複多剤・併用禁忌投薬対策)
		同一月内に9以上の薬剤の処方を受けた者の割合(令和4年度比)	3.5%未満	
課題5:後発医薬品使用割合が、国の目標値(80%)に達しているが使用割合を維持する	後発医薬品の使用割合の向上。	後発医薬品使用割合(数量ベース)	80.1%を維持	後発医薬品使用促進事業
課題6:人口及び被保険者の高齢化率の上昇を踏まえた取組が必要である	高齢者の保健事業と介護予防事業を一体的に実施する。	新規人工透析導入患者数	0人	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.特定健康診査の受診率向上

目的	<p>本市の特定健康診査受診率は年々上昇傾向にありましたが、新型コロナウイルス感染症の流行による受診控えの影響もあり、令和4年度では28.4%で県平均34.4%よりも低い水準で、年齢階層別の受診率では、55歳未満が20%にも満たない状況です。</p> <p>生活習慣病は自覚症状なく進行し、発症後に重症化すると、健康寿命にも影響を及ぼす怖い病気であるため、まずは、自らの健康状態を定期的に確認することが重要ですので、メタボリックシンドローム及び生活習慣病の予防を目指した特定健康診査・特定保健指導をすすめるため、受診勧奨等の取組を行うことで、特定健康診査の受診率の向上を目指します。</p>										
内容	<p>1.受診勧奨事業</p> <table border="1" data-bbox="304 719 1430 880"> <tr> <td>対 象</td> <td>43～74歳で過去の受診歴から勧奨が効果的な対象</td> </tr> <tr> <td>実施時期</td> <td>10月 対象者へ勧奨ハガキを送付</td> </tr> <tr> <td>内 容</td> <td>12月 上記対象者の受診確認を実施</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1月 再勧奨のハガキを送付</td> </tr> </table> <p>2.市独自事業 休日健診の実施、がん検診との同日健診の実施、人間ドック費用助成の実施 みなし健診受診者への健診結果提供啓発</p>			対 象	43～74歳で過去の受診歴から勧奨が効果的な対象	実施時期	10月 対象者へ勧奨ハガキを送付	内 容	12月 上記対象者の受診確認を実施		1月 再勧奨のハガキを送付
対 象	43～74歳で過去の受診歴から勧奨が効果的な対象										
実施時期	10月 対象者へ勧奨ハガキを送付										
内 容	12月 上記対象者の受診確認を実施										
	1月 再勧奨のハガキを送付										
評価指標	区分	指標	目標値								
	アウトカム	・ 特定健康診査受診率	60%								
		・ 若年層(40歳代、50歳代)の特定健康診査受診率	54.7%								
	アウトプット	・ 対象者への受診勧奨率	100%								
		・ 休日集団健診の実施回数	年6回								
	プロセス	・ 特定健康診査の実施方法、回数、場所、内容は適切であったか。									
		・ 受診勧奨時期、方法が適切であったかを関係課内で検討を行う(毎年度末)。									
		・ 以下について、毎年状況把握していく。 受診勧奨者の受診率/人間ドック受診者数/休日集団健診の受診者数									
	ストラクチャー	・ 予算、人員、体制は適切であったか。									
		・ 医師会・集団健診実施機関との打合せ会議を年1回実施。									
		・ 国保連合会の説明会に参加、必要時連携ができたか。									

2. 特定保健指導実施率の向上

目的	<p>本市の特定保健指導実施率は20%に満たない状態で低調に推移しており、特定健康診査の受診率向上と併せて、取組の強化が必要な状態です。</p> <p>特定保健指導対象者は生活習慣病を発症する前の段階であるため、多くの対象者に特定保健指導を実施することで生活習慣病患者数の増加を抑制することが必要であり、利用勧奨等の取組を行い、特定保健指導の実施率の向上を目指します。</p>		
内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 結果説明会の内容の充実 ・ 保健指導インセンティブの提供 ・ 運動教室、栄養教室を実施し、効果的な生活習慣改善への支援 ・ 保健指導勧奨の実施 ・ 集団健診時の初回面接(保健指導)当日実施 		
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	60%
	アウトプット	・ 対象者の利用勧奨実施率	100%
	プロセス	・ 特定保健指導の実施方法、回数、場所、内容は適切であったか。	
	ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・ 予算、人員、体制は適切であったか。 ・ 担当部門との連携状況(医師会への報告1回実施) 	

3.重症化疾患予防としての高血圧症の対策事業

目的	<p>医療費が高額となっている被保険者の多くは生活習慣病で治療を受けており、基礎疾患として高血圧症、糖尿病、脂質異常症の割合が高くなっています。また、特定健康診査の結果、要治療と判定されながら医療機関を受診していない被保険者の割合も高い状況にあります。</p> <p>高血圧、脂質異常等の生活習慣病の放置は、脳血管疾患や動脈硬化などを発症する可能性が高くなりますが、本市においても脳梗塞、脳出血の入院レセプトは多くなっています。</p> <p>特定健康診査の結果から、重症化リスクが高く、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、生活習慣病の重症化を予防することを目指します。</p>																					
内容	<p>1.レッドカード事業(連合会との共同保健事業として実施)</p> <table border="1" data-bbox="304 689 1430 994"> <tr> <td data-bbox="304 689 472 842">対象</td> <td data-bbox="472 689 1430 842"> 特定健康診査の結果から各検査値の勧奨基準に該当しかつ該当の治療歴がないもの(生活習慣病の重症未受診者)を抽出し、受診勧奨カードと受診勧奨通知書を対象者に送付する 【高血圧・高血糖・高コレステロール・高中性脂肪・慢性腎臓病】 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="304 842 472 994">実施時期 内容</td> <td data-bbox="472 842 1430 994"> ①受診勧奨 毎月 対象者選定し受診勧奨通知を送付 ②再勧奨 年度末 勧奨者でなお未受診の対象に再勧奨通知の送付 </td> </tr> </table> <p>2.市独自事業</p> <table border="1" data-bbox="304 1055 1430 1223"> <tr> <td data-bbox="304 1055 472 1133">対象</td> <td data-bbox="472 1055 1430 1133">レッドカード送付対象者</td> </tr> <tr> <td data-bbox="304 1133 472 1223">実施時期 内容</td> <td data-bbox="472 1133 1430 1223">毎月送付後に電話にて受診の状況を確認 未受診者へは受診勧奨を行う</td> </tr> </table>			対象	特定健康診査の結果から各検査値の勧奨基準に該当しかつ該当の治療歴がないもの(生活習慣病の重症未受診者)を抽出し、受診勧奨カードと受診勧奨通知書を対象者に送付する 【高血圧・高血糖・高コレステロール・高中性脂肪・慢性腎臓病】	実施時期 内容	①受診勧奨 毎月 対象者選定し受診勧奨通知を送付 ②再勧奨 年度末 勧奨者でなお未受診の対象に再勧奨通知の送付	対象	レッドカード送付対象者	実施時期 内容	毎月送付後に電話にて受診の状況を確認 未受診者へは受診勧奨を行う											
対象	特定健康診査の結果から各検査値の勧奨基準に該当しかつ該当の治療歴がないもの(生活習慣病の重症未受診者)を抽出し、受診勧奨カードと受診勧奨通知書を対象者に送付する 【高血圧・高血糖・高コレステロール・高中性脂肪・慢性腎臓病】																					
実施時期 内容	①受診勧奨 毎月 対象者選定し受診勧奨通知を送付 ②再勧奨 年度末 勧奨者でなお未受診の対象に再勧奨通知の送付																					
対象	レッドカード送付対象者																					
実施時期 内容	毎月送付後に電話にて受診の状況を確認 未受診者へは受診勧奨を行う																					
評価指標	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="268 1252 472 1308">区分</th> <th data-bbox="472 1252 1289 1308">指標</th> <th data-bbox="1289 1252 1457 1308">目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="268 1308 472 1386">アウトカム</td> <td data-bbox="472 1308 1289 1386">・受診勧奨後の医療機関受診率</td> <td data-bbox="1289 1308 1457 1386">60%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="268 1386 472 1464">アウトプット</td> <td data-bbox="472 1386 1289 1464">・対象者の受診勧奨率</td> <td data-bbox="1289 1386 1457 1464">100%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="268 1464 472 1615" rowspan="2">プロセス</td> <td colspan="2" data-bbox="472 1464 1289 1543">・対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="472 1543 1289 1615">・評価方法は適切であったか(受診確認方法、時期)。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="268 1615 472 1827" rowspan="3">ストラクチャー</td> <td colspan="2" data-bbox="472 1615 1289 1693">・予算、人員、体制は適切であったか。</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="472 1693 1289 1771">・医療機関との連携(医師会への報告1回実施)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="472 1771 1289 1827">・担当部門との連携状況(毎月1回実施)</td> </tr> </tbody> </table>	区分	指標	目標値	アウトカム	・受診勧奨後の医療機関受診率	60%	アウトプット	・対象者の受診勧奨率	100%	プロセス	・対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。		・評価方法は適切であったか(受診確認方法、時期)。		ストラクチャー	・予算、人員、体制は適切であったか。		・医療機関との連携(医師会への報告1回実施)		・担当部門との連携状況(毎月1回実施)	
区分	指標	目標値																				
アウトカム	・受診勧奨後の医療機関受診率	60%																				
アウトプット	・対象者の受診勧奨率	100%																				
プロセス	・対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。																					
	・評価方法は適切であったか(受診確認方法、時期)。																					
ストラクチャー	・予算、人員、体制は適切であったか。																					
	・医療機関との連携(医師会への報告1回実施)																					
	・担当部門との連携状況(毎月1回実施)																					

4.糖尿病性腎症重症化予防対策事業

<p>目的</p>	<p>糖尿病は放置すると、網膜症・腎症・神経障害などの合併症を引き起こし、患者の生活の質を著しく低下させるのみならず、重症化すれば人工透析に移行する等で医療経済的にも大きな負担となることが問題となっています。</p> <p>本市国民健康保険被保険者の人工透析患者の割合は、県や国よりも低い状態にあります。予備群ともいえるHbA1c値の高い人は一定数存在します。</p> <p>糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者や治療中断者を適切な受診勧奨によって医療に結びつけるとともに、糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクの高い者に対して保険者の保健師等が医療と連携した保健指導を実施することで、糖尿病性腎症等の重症化による人工透析への移行を防ぎ、被保険者の健康増進と医療費の増加抑制を図ることを目指します。</p>														
<p>内容</p>	<p>1.国保連合会との共同保健事業</p> <p>(1)受診勧奨事業</p> <table border="1" data-bbox="304 786 1430 943"> <tr> <td>対象</td> <td>①過去に糖尿病受診歴があるが、半年間受診中断している対象 ②特定健康診査でHbA1c値が7%以上でかつ糖尿病未治療の対象</td> </tr> <tr> <td>実施時期 内容</td> <td>①12月対象選定し、1月受診勧奨ハガキを送付する ②毎月対象者を選定し、受診勧奨通知を送付(レッドカード事業の一部を含む)</td> </tr> </table> <p>(2)保健指導事業</p> <table border="1" data-bbox="304 992 1430 1211"> <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>実施時期 内容</td> <td>～7月 対象者選定作業 9～2月 保健指導実施(業者委託による) ・保健師等の専門職による約6か月間の保健指導 ・面談3回、電話支援4回、医師への報告書送付3回</td> </tr> </table> <p>2.市独自事業</p> <table border="1" data-bbox="304 1272 1430 1397"> <tr> <td>対象</td> <td>レッドカード送付対象者(高血糖)</td> </tr> <tr> <td>実施時期 内容</td> <td>毎月送付後に電話にて受診の状況を確認 未受診者へは受診勧奨を行う</td> </tr> </table>			対象	①過去に糖尿病受診歴があるが、半年間受診中断している対象 ②特定健康診査でHbA1c値が7%以上でかつ糖尿病未治療の対象	実施時期 内容	①12月対象選定し、1月受診勧奨ハガキを送付する ②毎月対象者を選定し、受診勧奨通知を送付(レッドカード事業の一部を含む)	対象	国保事務支援センターが定める対象(糖尿病治療中で、かつ前年度特定健診受診結果から糖尿病性腎症重症化予防のリスクが高い対象)	実施時期 内容	～7月 対象者選定作業 9～2月 保健指導実施(業者委託による) ・保健師等の専門職による約6か月間の保健指導 ・面談3回、電話支援4回、医師への報告書送付3回	対象	レッドカード送付対象者(高血糖)	実施時期 内容	毎月送付後に電話にて受診の状況を確認 未受診者へは受診勧奨を行う
対象	①過去に糖尿病受診歴があるが、半年間受診中断している対象 ②特定健康診査でHbA1c値が7%以上でかつ糖尿病未治療の対象														
実施時期 内容	①12月対象選定し、1月受診勧奨ハガキを送付する ②毎月対象者を選定し、受診勧奨通知を送付(レッドカード事業の一部を含む)														
対象	国保事務支援センターが定める対象(糖尿病治療中で、かつ前年度特定健診受診結果から糖尿病性腎症重症化予防のリスクが高い対象)														
実施時期 内容	～7月 対象者選定作業 9～2月 保健指導実施(業者委託による) ・保健師等の専門職による約6か月間の保健指導 ・面談3回、電話支援4回、医師への報告書送付3回														
対象	レッドカード送付対象者(高血糖)														
実施時期 内容	毎月送付後に電話にて受診の状況を確認 未受診者へは受診勧奨を行う														
<p>評価指標</p>	<p>区分</p> <p>アウトカム</p> <p>アウトプット</p> <p>プロセス</p> <p>ストラクチャー</p>	<p>指標</p> <p>・新規人工透析導入患者数</p> <p>・受診勧奨後の医療機関受診率</p> <p>・保健指導事業における対象者の保健指導完了率</p> <p>・対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。</p> <p>・評価方法は適切であったか(受診確認方法、時期)。</p> <p>・予算、人員、体制は適切であったか。</p> <p>・医療機関や委託業者、国保連合会等の連携</p> <p>・担当部門との連携状況(毎月1回実施)</p>	<p>目標値</p> <p>0人</p> <p>60%</p> <p>100%</p>												

5.がん検診(受診率向上対策事業)

<p>目的</p>	<p>がん検診の目的は、がんを早期に発見することであり、がん検診の結果で精密検査が必要とされた人に早期に医療機関受診を促すことで、がんによる死亡を防ぐことです。</p> <p>がんは本市における死因の第1位であり、医療費も多く占める疾患です。そのため早期発見・早期治療につなげるためにがん検診の実施、受診率の向上は重要です。がん検診については、がん対策推進基本計画に基づき衛生部門(健康増進課)が実施しており、連携を図りながら取り組んでいきます。</p>			
<p>内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・実施方法 集団がん検診(胃がん、肺がん、大腸がん) 個別がん検診(胃カメラ、大腸がん、乳がん、子宮頸がん) ・実施期間 4月～2月(検診内容によって時期は異なる) ・実施機関 集団がん検診(保健センター、市内公民館)個別がん検診(市内医療機関) ・受診勧奨 (広報誌、市ホームページに検診案内掲載、特定健診対象者に検診案内送付、41歳51歳61歳65歳と過去3年間に集団がん検診を受けた人にハガキ送付、2年前に子宮・乳がんを受けた人に検診票送付、21歳子宮・41歳乳がんクーポン送付) ・特定健診との同時実施 			
<p>評価指標</p>	<p>区分</p>	<p>指標</p>	<p>目標値</p>	
	<p>アウトカム</p>	<p>・がん検診受診率(胃・肺・大腸・子宮・乳)</p>	<p>60%</p>	
	<p>アウトプット</p>	<p>・対象者の受診勧奨実施率</p>	<p>100%</p>	
		<p>・精密検査受診率</p>	<p>90%</p>	
		<p>・特定健診との同時実施回数</p>	<p>年15回</p>	
	<p>プロセス</p>	<p>・がん検診及の実施方法、回数、場所、受診勧奨の方法は適切であったか。</p>		
	<p>ストラクチャー</p>	<p>・予算、人員、体制は適切であったか。</p>		
<p>・担当部門の連携状況</p>				

6.適正服薬促進事業(重複多剤・併用禁忌投薬対策事業)

目的	<p>高齢化の進展に伴い、加齢による生理的な変化や複数の併存疾患を治療するための医薬品の多剤服用等によって、高齢者を中心とした薬物療法に伴う健康リスクが顕在化しており、重複服薬等と併せて医療費の負担増加が問題視されています。</p> <p>本市においては、重複・多剤投与の疑いがある人の割合が、県平均よりも高い状態であるため、適正な服薬を推進する取組が必要です。</p> <p>重複服薬、多剤投与(ポリファーマシー)、併用禁忌は、薬の過剰摂取や副作用を予防する点からも重要であるとともに、医療費適正化にもつながり、また保険者努力支援制度や医療費適正化計画でも重点的な取組とされているため、対象者に対して通知等を行うことで、適正な服薬を促します。</p>														
内容	<p>1.国保連合会との共同保健事業 重複投薬・多剤投薬・併用禁忌対象者への注意喚起文書の送付</p> <table border="1" data-bbox="296 779 1422 949"> <tr> <td>対 象</td> <td>一定の要件の対象者(重複、多剤、併用禁忌投薬者)</td> </tr> <tr> <td>実施時期</td> <td>6～7月 対象者選定</td> </tr> <tr> <td>内 容</td> <td>8～9月 注意喚起文書および投薬実績を対象へ送付</td> </tr> </table> <p>2.市独自事業</p> <table border="1" data-bbox="296 1003 1422 1193"> <tr> <td>対 象</td> <td>全被保険者</td> </tr> <tr> <td>実施時期</td> <td>年1回</td> </tr> <tr> <td>内 容</td> <td>広報誌、市ホームページ等において、重複服薬などによるリスクや、お薬手帳の活用、セルフメディケーションの推進について掲載</td> </tr> </table>			対 象	一定の要件の対象者(重複、多剤、併用禁忌投薬者)	実施時期	6～7月 対象者選定	内 容	8～9月 注意喚起文書および投薬実績を対象へ送付	対 象	全被保険者	実施時期	年1回	内 容	広報誌、市ホームページ等において、重複服薬などによるリスクや、お薬手帳の活用、セルフメディケーションの推進について掲載
対 象	一定の要件の対象者(重複、多剤、併用禁忌投薬者)														
実施時期	6～7月 対象者選定														
内 容	8～9月 注意喚起文書および投薬実績を対象へ送付														
対 象	全被保険者														
実施時期	年1回														
内 容	広報誌、市ホームページ等において、重複服薬などによるリスクや、お薬手帳の活用、セルフメディケーションの推進について掲載														
評価指標	区分	指標	目標値												
	アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> ・ 同一个月内に重複処方が発生した者の割合(令和4年度比) ・ 同一个月内に9以上の薬剤の処方を受けた者の割合(令和4年度比) 	3.1%未満 3.5%未満												
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・ 対象者の注意喚起文書送付率 	100%												
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。 ・ 評価方法は適切であったか(確認方法、時期)。 													
	ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・ 予算、人員、体制は適切であったか。 ・ 国保連合会、医師会、薬剤師会との連携 													

7.後発医薬品使用促進事業

<p>目的</p>	<p>後発医薬品(ジェネリック医薬品)は、先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安くなっています。後発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として、厚生労働省は、後発薬品の使用割合を80%とすることを目標に設定しています。</p> <p>本市においては令和5年3月診療分で80.1%となり、国が定める目標に達していますが、後発医薬品の普及は、被保険者の負担額の軽減や医療保険財政の改善に繋がるため、引き続き後発医薬品への切り替えを促進します。</p>																				
<p>内容</p>	<p>1.国保連合会との共同保健事業</p> <p>(1)後発医薬品差額通知の送付(4回/年)</p> <table border="1" data-bbox="304 730 1428 931"> <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="304 987 1428 1122"> <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="304 1178 1428 1346"> <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>12月以降に窓口やイベント等で配布 啓発品:後発医薬品促進に関するもの 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</td> </tr> </table> <p>2.市独自事業</p> <table border="1" data-bbox="304 1402 1428 1570"> <tr> <td>対象</td> <td>全被保険者</td> </tr> <tr> <td>実施時期 内容</td> <td>年1回 広報誌、市ホームページなどの媒体を活用し、後発医薬品の利用促進に係る啓発を実施</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	12月以降に窓口やイベント等で配布 啓発品:後発医薬品促進に関するもの 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	対象	全被保険者	実施時期 内容	年1回 広報誌、市ホームページなどの媒体を活用し、後発医薬品の利用促進に係る啓発を実施		
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	12月以降に窓口やイベント等で配布 啓発品:後発医薬品促進に関するもの 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																				
対象	全被保険者																				
実施時期 内容	年1回 広報誌、市ホームページなどの媒体を活用し、後発医薬品の利用促進に係る啓発を実施																				
<p>評価指標</p>	<table border="1"> <tr> <th>区分</th> <th>指標</th> <th>目標値</th> </tr> <tr> <td>アウトカム</td> <td>・後発医薬品使用割合(数量ベース) (令和5年3月診療分比)</td> <td>80.1% を維持</td> </tr> <tr> <td>アウトプット</td> <td>・対象者の通知率</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">プロセス</td> <td>・実施方法、実施時期は適切であったか。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>・評価方法は適切であったか(確認方法、時期)。</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">ストラクチャー</td> <td>・予算、人員、体制は適切であったか。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>・医師会・薬剤師会との連携</td> <td></td> </tr> </table>	区分	指標	目標値	アウトカム	・後発医薬品使用割合(数量ベース) (令和5年3月診療分比)	80.1% を維持	アウトプット	・対象者の通知率	100%	プロセス	・実施方法、実施時期は適切であったか。		・評価方法は適切であったか(確認方法、時期)。		ストラクチャー	・予算、人員、体制は適切であったか。		・医師会・薬剤師会との連携		
区分	指標	目標値																			
アウトカム	・後発医薬品使用割合(数量ベース) (令和5年3月診療分比)	80.1% を維持																			
アウトプット	・対象者の通知率	100%																			
プロセス	・実施方法、実施時期は適切であったか。																				
	・評価方法は適切であったか(確認方法、時期)。																				
ストラクチャー	・予算、人員、体制は適切であったか。																				
	・医師会・薬剤師会との連携																				

8.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

<p>目的</p>	<p>令和2年4月に「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」が施行され、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」という新たな制度が始まり、後期高齢者の医療保険者である奈良県後期高齢者医療広域連合と県内市町村が連携して、高齢者の健康増進・フレイル予防に努める新たな取組を行っています。</p> <p>本市においても、関係部局と連携をはかりながら、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの双方の保健事業に取り組み、高齢者の健康増進・フレイル予防を目指します。</p>		
<p>内容</p>	<p>ハイリスクアプローチ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症重症化予防への保健事業 <p>ポピュレーションアプローチ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通いの場での質問票やアンケート、健康教育(口腔・運動)の実施 ・健康教育(口腔・運動・栄養)、健康相談の実施 		
<p>評価指標</p>	<p>区分</p>	<p>指標</p>	<p>目標値</p>
<p>アウトカム</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・新規人工透析導入患者数 		<p>0人</p>
<p>アウトプット</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・通いの場の数 		<p>17ヶ所</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・通いの場の参加人数(累計) 		<p>1,504人</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・勧奨実施率(勧奨者/主治医が保健指導可とした者) 		<p>100%</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導事業における対象者の保健指導完了率 		<p>100%</p>
<p>プロセス</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の内容は適切であったか。(参加者の意見をアンケートで確認、担当者間で協議) 		
<p>ストラクチャー</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・人員(専門職の確保)、予算、体制 		
	<ul style="list-style-type: none"> ・他部門との連携・役割分担は適切であったか(連携会議を実施し、協議する)。 ・広域連合、外部関係機関(医師会・歯科医師会等)との連携 		

V.その他

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。

第三部

第4期特定健康診査等実施計画

Ⅰ.計画策定にあたって

1.計画策定の趣旨・背景等

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

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

本計画は、「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針(以下、「基本指針」という。)」に基づき策定した「特定健康診査等実施計画」の第3期計画期間の終了に伴い、引き続き生活習慣病対策の充実を図り、さらに促進していくため、第4期計画として策定するものです。

2.計画期間

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

3.特定健康診査及び特定保健指導の基本的考え方

3.1.生活習慣病対策の必要性

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

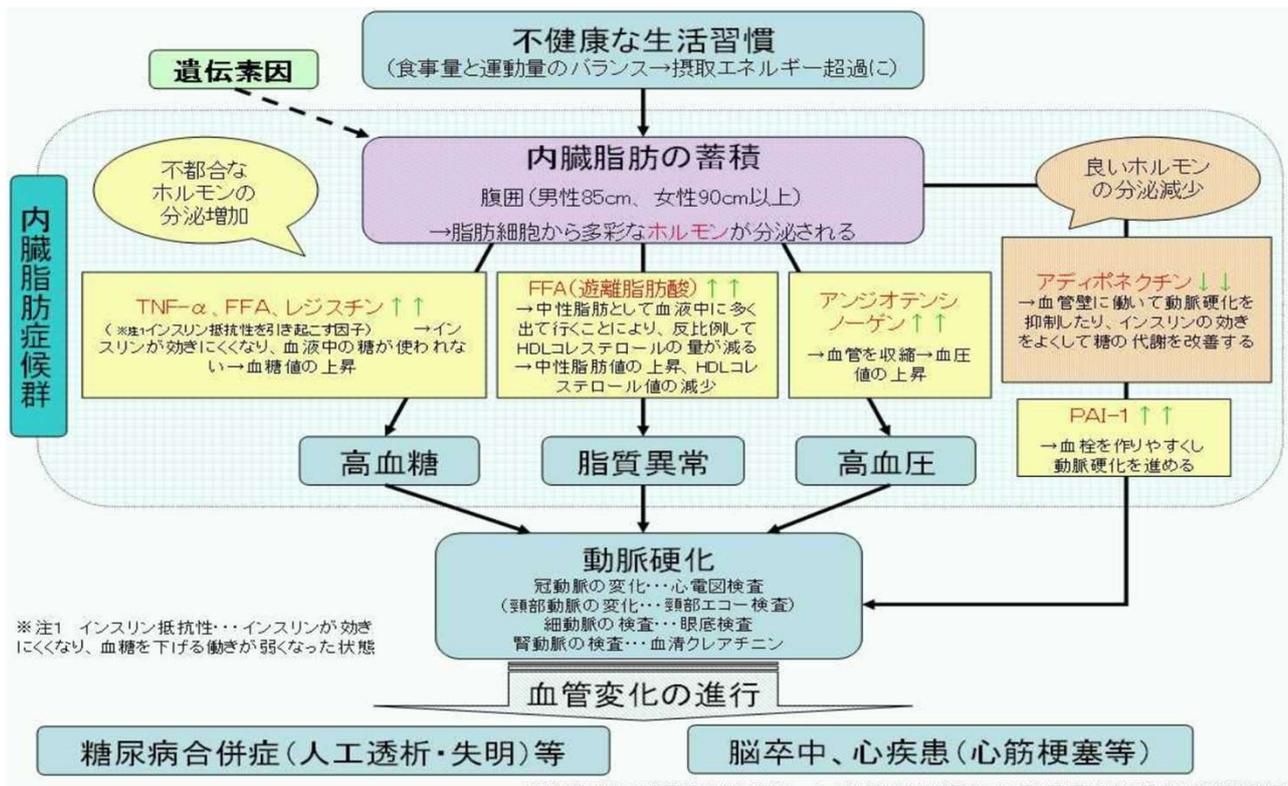
このため、生活習慣の改善による生活習慣病の発症、重症化予防の対策を進めることで患者を減らすことができれば、結果として、国民の生活の質(QOL)の維持及び向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となると考えます。

3.2. メタボリックシンドロームという概念への着目

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

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

図表49 メタボリックシンドロームのメカニズム



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

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

3.3. 特定健康診査・特定保健指導

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

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

図表50 特定健康診査・特定保健指導の基本的な考え方

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

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

II. 特定健康診査等の実施目標について

1. 特定健康診査等の目標値

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

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

図表51 実施に関する目標

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	国目標
特定健康診査受診率(%)	37%	42%	46%	51%	55%	60%	60%
特定保健指導実施率(%)	28%	35%	41%	47%	54%	60%	60%

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

2. 実施率目標に対する実施者見込数等

図表52 特定健康診査対象者・実施者数(見込)等

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
40～64歳	対象者数(人)	4,266	4,159	4,037	3,935	3,854	3,771
	実施者数(人)	1,308	1,509	1,643	1,820	1,953	2,120
	実施率(%)	31%	36%	41%	46%	51%	56%
65～74歳	対象者数(人)	4,814	4,589	4,394	4,231	4,076	3,916
	実施者数(人)	2,052	2,165	2,235	2,345	2,409	2,492
	実施率(%)	43%	47%	51%	55%	60%	64%
総計	対象者数(人)	9,080	8,748	8,431	8,166	7,930	7,687
	実施者数(人)	3,360	3,674	3,878	4,165	4,362	4,612
	実施率(%)	37%	42%	46%	51%	55%	60%

図表53 特定保健指導対象者[動機づけ支援、積極的支援](見込)等

			令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 9年度	令和 10年度	令和 11年度
積極的 支援	対象者数(人)	40～64歳	109	126	141	157	169	186
	実施者数(人)	40～64歳	30	45	59	73	92	110
動機付け 支援	対象者数(人)	40～64歳	110	128	140	156	167	181
		65～74歳	207	219	226	236	243	252
	実施者数(人)	40～64歳	27	40	53	69	86	106
		65～74歳	62	81	96	116	135	155
総計	対象者数(人)		426	473	507	549	579	619
	実施者数(人)		119	166	208	258	313	371
	実施率(%)		28%	35%	41%	47%	54%	60%

Ⅲ. 特定健康診査等実施対象者について

1. 特定健康診査における対象者の定義

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

2. 特定保健指導における対象者の定義

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

図表54 特定保健指導対象者の選定基準

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

IV. 特定健康診査等の実施方法について

1. 特定健康診査

1.1. 基本事項

1.1.1. 実施項目

特定健康診査の実施項目は、以下のとおりです。

図表55 特定健康診査の検査項目

基本的な検査項目
■ 質問票(服薬歴・喫煙歴等)
■ 身体測定(身長・体重・BMI・腹囲)
■ 血圧測定
■ 理学的検査(身体診察)
■ 検尿(尿糖・尿蛋白)
■ 血液検査 ・ 脂質検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール(Non-HDLコレステロール)) ※やむを得ず空腹時中性脂肪を測定しない場合は、随時中性脂肪による血中脂質検査を行うことを可とする。 ・ 血糖検査(空腹時血糖(やむを得ない場合は随時血糖)またはHbA1c) ※やむを得ず空腹時以外に採血を行う場合は、食直後を除き随時血糖により血糖検査を行うことを可とする。 ・ 肝機能検査(アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ(AST(GOT))、アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT(GPT))、ガンマグルタミルトランスフェラーゼ(γ -GT))

詳細な健診の項目
■ 心電図検査(奈良県では一律実施)
■ 貧血検査(奈良県では一律実施)
■ 血清クレアチニン検査(奈良県では一律実施)
■ 眼底検査(一定基準のもと医師が必要と認めた場合に実施)

1.2. 実施方法

下記のとおり実施します。

図表56 実施場所・実施期間

種別	実施場所	実施期間
集団健診	保健センター	9月～1月
	葛城コミュニティセンター	
	市立公民館(土庫・陵西)	
個別健診	市町村と県医師会が締結する特定健康診査委託契約(集合契約)において委託する医療機関において実施。	5月～2月
特定保健指導	保健センター	通年

1.3. 周知方法

本市の広報誌「やまとたかだ」及び公式ホームページへの掲載、ポスター、チラシ、個別通知等の周知効果が高いものを中心に実施します。

1.4. 受診案内の方法、受診券(セット券)の発券と配布方法

受診券等はセット券で発券し、5月中旬に受診案内を同封したうえ、対象者全員に郵送にて送付します。また、業者への委託により電話による健診の受診勧奨、再勧奨を実施します。

1.5. 自己負担の有無

無(見直す場合あり)

1.6. 健診結果の返却方法

健診結果郵送により通知します。この場合、健診結果通知とともに、生活習慣病への理解を深め、本人の健康状態に適した生活習慣改善を促す教室の案内等の情報を提供し、継続的な健診受診につなげます。

1.7. 外部委託選定の考え方

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

1.8. 事業主健診等のデータ収集方法

事業主健診の受診者本人に対して、健診結果の提供依頼をリーフレット等を行うことで受診結果を受領します。

1.9. その他

人間ドックは特定健康診査の健診項目が含有されているため、指定医療機関で実施する人間ドックの費用の助成を受けた者の健診結果を実施医療機関から受領することで特定健康診査の実施に代えることとします。

2.特定保健指導

2.1. 基本事項

2.1.1. 実施方法、実施時期

特定健康診査の結果に基づき階層化したうえ、電話もしくは面談を実施します。初回面接(分割実施をする場合もあります)は10月から実施し、3か月後に評価を行います。なお、初回面接は、健診受診年度の翌5月を期限とします。

2.1.2. 利用の案内、利用券の発券と配布方法

利用券は、セット券で発券します。特定健康診査の健診結果の郵送時に、保健指導の利用案内を同封したうえ、対象者全員に送付します。また、電話による保健指導の利用勧奨を実施します。

2.1.4. 自己負担の有無

無

2.1.5. 外部委託選定の考え方

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

2.2. 実施項目等

特定保健指導の実施項目は、以下のとおりです。

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

■情報提供

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

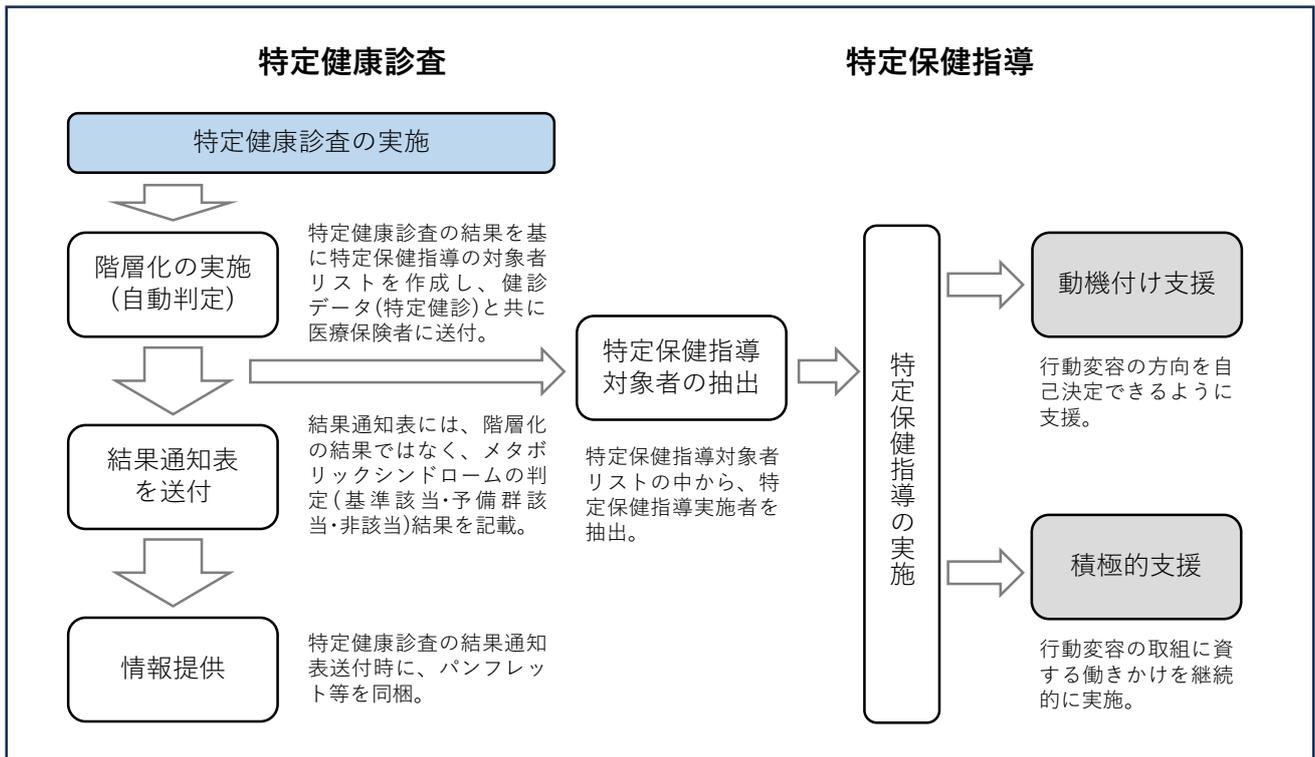
■動機付け支援

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

■積極的支援

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

図表57 特定健康診査から特定保健指導への流れ



3.代行機関について

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

4.実施に関する年間スケジュール

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

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

V. 個人情報の保護について

1. 特定健康診査、特定保健指導の記録の保存方法、保存体制

1.1. 記録の保存方法

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

1.2. 記録の保存体制

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

1.3. 外部委託

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

2. 特定健康診査、特定保健指導の記録の管理に関するルール

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

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

VI. 特定健康診査等実施計画の公表・周知について

1. 公表方法

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

2. 特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発方法について

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

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

VII. 特定健康診査等実施計画の評価・見直しについて

1. 目標達成状況の評価方法

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

1.1. 特定健康診査・特定保健指導の実施率

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

1.2. メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率

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

1.3. その他

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

2. 評価と見直し

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

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

VIII. 特定健康診査等の円滑な実施について

1. 奈良県国民健康保険団体連合会国保事務支援センターとの連携

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

2. 受診しやすい体制づくり

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

3. 実施体制の確保

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

4. 受診率等の向上となる取組

- 事業主やその被雇用者に対し、様々な情報提供や啓発活動を行うことで、特定健康診査・保健指導に対する認知度を高め、積極的な受診及び円滑な健診データの提供を促します。
- 通院未受診の方に医療機関からの受診勧奨を促すなど医療機関との連携を強化します。
- 家族で参加できる健康イベントの企画や夏休み課題として特定健診啓発ポスターを募集するなど、仕事や家事に追われて自身の健康を後回しにしがちな子育て世代が日常の中で健康を意識する事業を展開することにより、若年期からの健康的な生活習慣の定着を促進します。
- 担当者会議等への参加による情報収集や特定健康診査の好事例集等を参考に、受診率向上に向けた有効な手法を検討し、実施します。

5. 重症化予防の取組

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

参考資料

用語集

用語		説明
あ行	アウトカム	成果等設定した目標に達することができたか等を見る評価の指標
	アウトプット	保健事業の実施状況等・実施量等計画した保健事業を実施したか等を見る評価の指標
か行	血圧(収縮期・拡張期)	血管にかかる圧力のこと。心臓が血液を送り出すときに示す最大血圧を収縮期血圧、全身から戻った血液が心臓にたまっているときに示す最小血圧を拡張期血圧という。
	血清クレアチニン	アミノ酸の一種であるクレアチンが代謝されたあとの老廃物。腎臓でろ過されて尿中に排泄される。 血清クレアチニンの値が高いと、老廃物の排泄機能としての腎臓の機能が低下していることを意味する。
	血糖	血液内のブドウ糖の濃度。 食前・食後で変動する。低すぎると低血糖、高すぎると高血糖を引き起こす。
	健康寿命	健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間。
	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施するもの。
さ行	ジェネリック医薬品	後発医薬品のこと。先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安い医薬品。
	人工透析	機能が著しく低下した腎臓に代わり機械で老廃物を取り除くこと。1回につき4～5時間かかる治療を週3回程度、ずっと受け続ける必要があり、身体的にも時間的にも、大きな負担がかかる。
	心電図	心臓の筋肉に流れる電流を体表面から記録する検査。電流の流れ具合に異常がないかがわかる。 また1分間に電気が発生する回数である心拍数も測定される。
	ストラクチャー	計画立案体制・実施構成・評価体制等事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備している等を見る評価の指標
	生活習慣病	食事や運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣病が深く関与し、それらが発症の要因となる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。
	積極的支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクがより高い者に対して行われる保健指導。「動機付け支援」の内容に加え、対象者が主体的に生活習慣の改善を継続できるよう、面接、電話等を用いて、3か月以上の定期的・継続的な支援を行う。
た行	中性脂肪	肉や魚・食用油など食品中の脂質や、体脂肪の大部分を占める物質。単に脂肪とも呼ばれる。
	動機付け支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高い者に対して行われる保健指導。医師・保健師・管理栄養士等による個別、またはグループ面接により、対象者に合わせた行動計画の策定と保健指導が行われる。初回の保健指導修了後、対象者は行動計画を実践し、3か月経過後に面接、電話等で結果の確認と評価を行う。
	特定健康診査	平成20年4月から開始された、生活習慣病予防のためのメタボリックシンドロームに着目した健康診査のこと。40歳～74歳の医療保険加入者を対象とする。
	特定保健指導	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高く、生活改善により生活習慣病の予防効果が期待できる人に対して行う保健指導のこと。特定保健指導対象者の選定方法により「動機づけ支援」「積極的支援」に該当した人に対し実施される。

用語		説明
な行	尿酸	食べ物に含まれるプリン体という物質が肝臓で分解されてできる、体には必要のない老廃物。主に腎臓からの尿に交じって体外に排出される。
は行	標準化死亡比	標準化死亡比は、基準死亡率(人口10万対の死亡数)を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものである。我が国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は我が国の平均より死亡率が多いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。
	腹囲	へその高さで計る腰回りの大きさ。内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボリックシンドロームを診断する指標のひとつ。
	プロセス	保健事業の実施過程等、必要なデータを入手しているか、人員配置が適切であるか、スケジュール通りに行われているか等を見る評価の指標
ま行	メタボリックシンドローム	内臓脂肪型肥満に高血圧、高血糖、脂質代謝異常が組み合わさり、心臓病や脳卒中などの動脈硬化性疾患を招きやすい状態。内臓脂肪型肥満(内臓肥満・腹部肥満)に加えて、血圧・血糖・脂質の基準のうち2つ以上に該当する状態を「メタボリックシンドローム」、1つのみ該当する状態を「メタボリックシンドローム予備群」という。
や行	有所見	検査の結果、何らかの異常(検査基準値を上回っている等)が認められたことをいう。
A～Z	AST/ALT	AST(GOTともいう)は、心臓、筋肉、肝臓に多く存在する酵素である。ALT(GPTともいう)は、肝臓に多く存在する酵素である。数値が高い場合は急性肝炎、慢性肝炎、脂肪肝、肝臓がん、アルコール性肝炎などが疑われる。
	BMI	[体重(kg)]÷[身長(m)の2乗]で算出される値で、Body Mass Indexの略。肥満や低体重(やせ)の判定に用いる体格指数のこと。
	eGFR	腎臓機能を示す指標で、クレアチニン値を性別、年齢で補正して算出する。腎臓の中にある毛細血管の集合体である「糸球体」が1分間にどれくらいの血液を濾過して尿を作れるかを示す値。数値が低いと腎臓の機能が低下していることを意味する。
	HbA1c	ブドウ糖と血液中のヘモグロビンが結びついたもので、過去1～2カ月の平均的な血糖の状態を示す検査に使用される。
	HDLコレステロール	余分なコレステロールを回収して肝臓に運び、動脈硬化を抑える。善玉コレステロール。
	KDB ※「国保データベース」の略	「国保データベース(KDB)システム」とは、国民健康保険や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、健診・保健指導、医療、介護の各種データを併せて分析できるシステムのこと。
	LDLコレステロール	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる。悪玉コレステロール。
	non-HDLコレステロール	総コレステロールからHDLコレステロールを減じたもの。数値が高いと、動脈硬化、脂質代謝異常、甲状腺機能低下症、家族性高脂血症などが疑われる。低い場合は、栄養吸収障害、低βリポたんぱく血症、肝硬変などが疑われる。

**大和高田市国民健康保険
第3期データヘルス計画及び
第4期特定健康診査等実施計画**

令和6年度～令和11年度

- 発行年月 令和6年3月
- 発行 大和高田市
- 編集 大和高田市 保健部 保険医療課
〒635-8511 奈良県大和高田市大字大中98番地4
TEL 0745-22-1101



大和高田市