

吉野町国民健康保険
第3期データヘルス計画及び
第4期特定健診等実施計画



吉野町イメージキャラクター「吉野 ピンクル」

令和6年3月
奈良県吉野町

第一部 前期データヘルス計画の評価	4
I. 基本的事項	5
1. 計画の趣旨	5
2. 計画期間	5
3. 実施体制・関連計画との連携	6
4. 共通指標について	7
◎計画全体の評価	8
◎個別保健事業の評価	9
1. 特定健診未受診者対策事業	9
2. 特定保健指導未実施者対策事業	10
3. がん検診受診率向上事業	11
4. ジェネリック医薬品差額通知事業	12
5. 糖尿病性腎症重症化予防保健指導	13
第二部 第3期データヘルス計画	14
I. 現状の整理	15
1. 保険者の特性	15
1.1. 人口・被保険者の状況	15
1.2. 健康寿命および要介護期間	17
1.3. 介護保険の状況	18
1.4. 特定健康診査および特定保健指導実施状況	22
1.5. 標準化死亡比	33
2. 健康・医療情報等の分析	34
2.1. 医療費の状況	34
2.2. 疾病分類別医療費	36
2.3. 生活習慣病等疾病別医療費	39
2.4. 透析患者の状況	41
2.5. 服薬状況	43
2.6. 特定健康診査結果	46
II. 計画全体	48
1. 課題の整理	48
2. 目的・目標	50
III. 個別保健事業	51
1. 特定健診未受診者対策事業	51
2. 特定保健指導未実施者対策事業	52
3. がん検診受診率向上事業	53
4. 後発医薬品使用促進事業	54
5. 糖尿病性腎症重症化予防事業	55
6. 生活習慣病重症化予防事業	56
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	57
IV. その他	58
1. 計画の評価・見直し	58
2. 計画の公表・周知	58
3. 個人情報の取扱い	58
4. 地域包括ケアに係る取組	59

第三部 第4期特定健康診査等実施計画	60
I. 計画策定にあたって	61
1. 計画策定の趣旨・背景等	61
2. 計画期間	61
3. 特定健康診査および特定保健指導の基本的考え方	61
II. 特定健康診査等の実施目標について	64
1. 特定健康診査等の目標値	64
III. 特定健康診査等実施対象者について	66
1. 特定健康診査における対象者の定義	66
2. 特定保健指導における対象者の定義	66
IV. 特定健康診査等の実施方法について	67
1. 特定健康診査	67
2. 特定保健指導	71
3. 特定保健指導対象者の重点化	73
4. 代行機関について	73
5. 実施に関する年間スケジュール	74
V. 個人情報の保護について	75
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	75
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	75
VI. 特定健康診査等実施計画の公表・周知について	76
1. 公表方法	76
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	76
VII. 特定健康診査等実施計画の評価・見直しについて	77
1. 目標達成状況の評価方法	77
2. 評価と見直し	77
VIII. 特定健康診査等の円滑な実施について	78
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	78
2. 受診しやすい体制づくり	78
3. 実施体制の確保	78
4. 受診率等の向上となる取組	78
5. 重症化予防の取組	78

第一部

前期データヘルス計画の評価

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、「市町村および組合は(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、保健事業の実施および評価を行うこと。」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、すべ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)の維持および向上が図られ、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。

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	町民税務課	計画全体の調整、管理
庁内関係課	長寿福祉課	保健事業の計画、実施、評価
県、外部機関	奈良県医療保険課	計画の方向性に関する情報提供や支援
	吉野保健所	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	奈良県健康推進課	平成25年度～令和5年度
第5次総合計画	政策戦略課	令和3年度～令和12年度
第2次吉野町健康増進計画および食育推進計画	長寿福祉課	平成28年度～令和7年度
吉野町高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画	長寿福祉課	令和6年度～令和8年度

4. 共通指標について

今期計画より、奈良県では、県内保険者の比較や域内での健康状況を把握することを目的に、共通評価指標が設定されたことに伴い、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	+(60%)	法定報告
2			特定保健指導実施率	+(60%)	法定報告
3			特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	+	法定報告
4			血糖の有所見者の割合 (保健指導判定値以上：HbA1c5.6%以上)	－	KDB
5			血圧の有所見者の割合 (保健指導判定値以上： ①収縮期血圧130mmHg以上 ②拡張期血圧85mmHg以上)	－	KDB
6			脂質の有所見者の割合 (保健指導判定値以上： ①HDLコレステロール40mg/dl未満 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

◎計画全体の評価

以下は、第2期データヘルス計画に基づき実施した各事業についての達成状況を示したものです。

◆計画全体の目的

被保険者の健康寿命の延伸に向けて、生活習慣病の発症予防および重症化予防を図りつつ、医療適正化を通して社会保障制度の維持を目指します。

◆計画全体の指標と評価

目 標	目 標 値	指標の変化					評 価
指 標		H30	R1	R2	R3	R4	
健康寿命(65歳時平均自立期間)・男性	延 伸	16.61 【18.49】	17.47 【18.79】	18.25 【19.01】	17.97 【18.95】	—	改 善
健康寿命(65歳時平均自立期間)・女性	延 伸	19.79 【21.05】	19.61 【21.30】	19.67 【21.52】	19.28 【21.46】	—	維 持
一人当たり医療費	減 少	438,963 【367,651】	435,865 【379,315】	423,657 【370,745】	443,453 【407,920】	424,994 【395,404】	改 善

* 【 】：県の実績値

◆指標毎の評価に対する要因等のまとめ

・健康寿命

本町の推移をみると、男性は延伸し女性はほぼ横ばいでしたが、県に比べ短縮している。今後も健康維持・疾病予防に関する保健事業を引き続き実施し、自立期間の延伸に取り組んでいく必要がある。

・一人当たり医療費

コロナ前まで年々伸びていた一人当たりの医療費がコロナ禍で従来の病院等への通院形態が変わりいったん減少したが、その通院形態もコロナ前に戻りつつあるようで年々少しずつ医療費が増えつつある。県に比べ大幅に多いため、次期計画で改善を目指したい。

◎個別保健事業の評価

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

1. 特定健診未受診者対策事業

目 的		健康意識の向上と特定健診等の受診率向上を図るため							
事業内容		未受診者への受診勧奨を実施。 特定健診未受診理由に応じた対策として、情報提供対象者に情報提供を依頼、提出いただいた方へ、町商業協同組合発行の1,000円分商品券を贈呈する。							
評 価		指標	目標値	指標の変化					評価
				H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	特定健診実施率	60%	30.5%	30.0%	15.1%	23.4%	26.4%	C	
	アウトプット	受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A
		人間ドック費用助成者数	30人	15人	21人	10人	24人	25人	C
プロセス	若年者健診受診率	20%	13.0%	15.4%	—	13.1%	17.6%	C	
	勧奨通知発送回数	年3回	2回	2回	—	2回	2回	A	
ストラクチャー	予算の確保	1回	1回	1回	1回	1回	1回	A	
	医師会、商工会との連携	1回	1回	1回	—	—	—	E	
成功要因 未達要因		【成功要因】 特定健診以外の健診の情報提供者へインセンティブ付与することで受診率の向上に効果があったと考える。 【未達要因】 新型コロナウイルス感染症拡大により、令和2年度は集団健診全日程(12回)を中止、個別健診は受診控えがみられた。令和3年度は一部日程を中止しコロナ感染症対策のうえ定員を減らし実施(10回)し個別健診は少し戻ってきたようである。令和4年度は集団健診を引き続きコロナ感染症対策のうえ実施し個別健診も徐々に戻ってきているが、コロナ前の受診率には届いていない。							
効果があった取組		令和元年度までは町独自の勧奨ハガキを作成しその時点での未受診者全員に年2～3回送付していた。令和3年度より県の共同事業である未受診者勧奨事業に参加することで未受診であることに気づかせる勧奨用資材を活用することで未受診者の特定健診への関心を持たせる。							
見直しが 必要な取組		コロナ感染症対策による集団健診のあり方を今後どうすすめていくか。 集団健診時にがん検診・歯科健診の同時実施による集団ミニドックによる特定健診への目を向けてもらい、受診しやすい機会を作っていく。							
課題・次期計画 の方向性		受診率が低く推移しているため、今後も受診率向上に向けた取組を行っていく。							

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. 特定保健指導未実施者対策事業

目 的	特定保健指導実施率の向上を図るため							
事業内容	特定保健指導の未実施者・前年度の保健指導対象者等へ、健診当日に声かけをし、事後指導対象となった場合の動機付け強化を行う。 対象者へ電話にて利用勧奨を実施する。							
評 価	指標	目標値	指標の変化					評価
			H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	特定保健指導実施率	60%	30.6%	11.1%	8.3%	17.6%	25.0%	C
	メタボリック該当者と予備群の割合	減少	30.3%	29.2%	37.6%	31.3%	30.9%	E
アウトプット	利用勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A
	結果相談会での相談実施者数	20人	30人	18人	—	—	22人	A
プロセス	生活習慣病医療費	1回/年 確認	1回	1回	1回	1回	1回	A
ストラクチャー	特定保健指導実施者研修会参加	1回/年	1回	1回	1回	1回	1回	A
成功要因 未達要因	【未達要因】 特定保健指導の重要性に関する周知が充分でない。 令和2年度は新型コロナウイルス感染症の拡大により集団健診を全中止							
効果があった 取組	集団健診受診時に声かけをし、事後指導対象となった場合の動機付け強化を行った。 対象者へ電話にて利用勧奨を実施した。							
見直しが 必要な取組	来所での特定保健指導だけでなく、対象者の希望に応じて、訪問や医療機関での特定保健指導も実施する。							
課題・次期計画 の方向性	健診結果相談会の活用等、勧奨方法を工夫する。							

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. がん検診受診率向上事業

目 的	健康意識の向上および生活習慣病の早期発見・早期治療につなげて医療費の増加を軽減するため。							
事業内容	国民健康保険加入の30歳以上の方で、集団健診時の胃・肺・大腸がん検診自己負担金を全額助成する。							
評 価	指標	目標値	指標の変化					評価
			H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	がん検診受診率	50%	18.5%	17.5%	11.5%	12.9%	15.0%	C
アウトプット	集団健診時同時受診割合	85%	90.6%	90.0%	—	94.3%	91.9%	A
	要精密検査受診割合 （国保、社保含む）	100%	77.6%	81.3%	86.7%	87.9%	97.0%	C
プロセス	受診勧奨対象者の内、受診した人の割合	20%	11.9%	11.2%	8.1%	7.6%	8.1%	C
ストラクチャー	特定健診とがん検診の同時受診	実施	実施	実施	未実施	実施	実施	A
	予算の確保	確保	確保	確保	確保	確保	確保	A
成功要因 未達要因	【成功要因】 特定健診受診勧奨時にがん検診の受診勧奨を同時に実施したり、集団健診でのがん検診を自己負担無料化することで受診率の維持ができています。							
効果があった 取組	集団健診との同時実施と自己負担無料化で受診しやすい環境づくりをおこなうことで受診率向上につながっている。							
見直しが必要 な取組	乳がん検診を追加して実施する。							
課題・次期計画 の方向性	事業名を「がん検診受診率向上事業」に変更する。 受診勧奨の効果分析等を行い、より有効な受診勧奨方法を検討していく。							

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

4. ジェネリック医薬品差額通知事業

目 的	医療費適正化および医療費削減のため。							
事業内容	ジェネリック医薬品利用可能な対象の方へ、ジェネリック医薬品差額通知を実施し、利用促進を図る。							
評 価	指標	目標値	指標の変化					評価
			H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	ジェネリック医薬品使用率	80%	58.3%	64.4%	69.0%	71.5%	72.0%	B
アウトプット	差額通知実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A
	希望シール送付実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A
プロセス	差額通知送付回数	4回/年	4回	4回	4回	4回	4回	A
ストラクチャー	国保連合会との連携回数	1回/年	1回	1回	1回	1回	1回	A
成功要因 未達要因	【成功要因】 県共同事業として国保連合会に委託し、対象者へジェネリック医薬品差額通知を送付。							
効果があった 取組	ジェネリック医薬品差額通知による医療費減少が明確化。							
見直しが 必要な取組	ジェネリック医薬品への変更が可能な処方せんを持参しても、当該医薬品の在庫がなくてジェネリック医薬品に変更できなかった事案が発生しているが、被保険者の負担軽減と医療保険財政の健全化に資する取組として、事業規模を維持した状態で継続実施する必要がある。							
課題・次期計画 の方向性	対象者へのジェネリック医薬品差額通知の送付を継続する。 被保険者全員に対し、ジェネリック医薬品希望シールを送付し、啓発を実施していく。							

5. 糖尿病性腎症重症化予防保健指導

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

目 的	生活習慣病の重症化を予防し、医療費の増加を軽減するため。							
事業内容	K D Bシステムおよび国保連合会より抽出された対象者に対して、糖尿病性腎症受診勧奨およびレッドカード事業による治療中断・未受診者への受診勧奨を実施。 特定健診結果から重症化リスクの高い者へ保健指導を実施。							
評 価	指標	目標値	指標の変化					評価
			H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	糖：保健指導対象者優先Ⅰの人数	減少	0人	0人	0人	0人	0人	E
	レ：受診勧奨対象者の医療機関受療率	80%	95.0%	94.9%	97.1%	93.2%	95.7%	A
アウトプット	糖：受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A
	レ：受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A
プロセス	対象者の受診状況を把握		受診勧奨3ヶ月後					
	保健指導方法、内容について担当課内で検討	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	A
ストラクチャー	町内医療機関への事業説明率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A
	国保連合会・事業委託業者との連携回数	1回/年	1回	1回	1回	1回	1回	A
成功要因 未達要因	【成功要因】 国保連合会の共同保健事業に参加し対象者へ受診勧奨通知を送付。関係部門と連携しスムーズな対象者選定と国保連合会への報告ができた。 【未達要因】 糖尿病性腎症は自覚症状が出にくい疾患であり、受診行動に結びつきにくかった。 レッドカード事業は対象者への受診の重要性等の周知が充分でなかった。							
効果があった取組	対象者を絞って送付することで、受診に繋がった。							
見直しが 必要な取組	通知だけでなく、別のアプローチも検討する必要がある。							
課題・次期計画 の方向性	医療機関受診勧奨を行った方に対して、KDBシステムを定期的に確認し、受診状況の確認を行っていく。また、未受診者の方に対しては再勧奨等フォローできる体制を整えていく。							

第二部

第3期データヘルス計画

I. 現状の整理

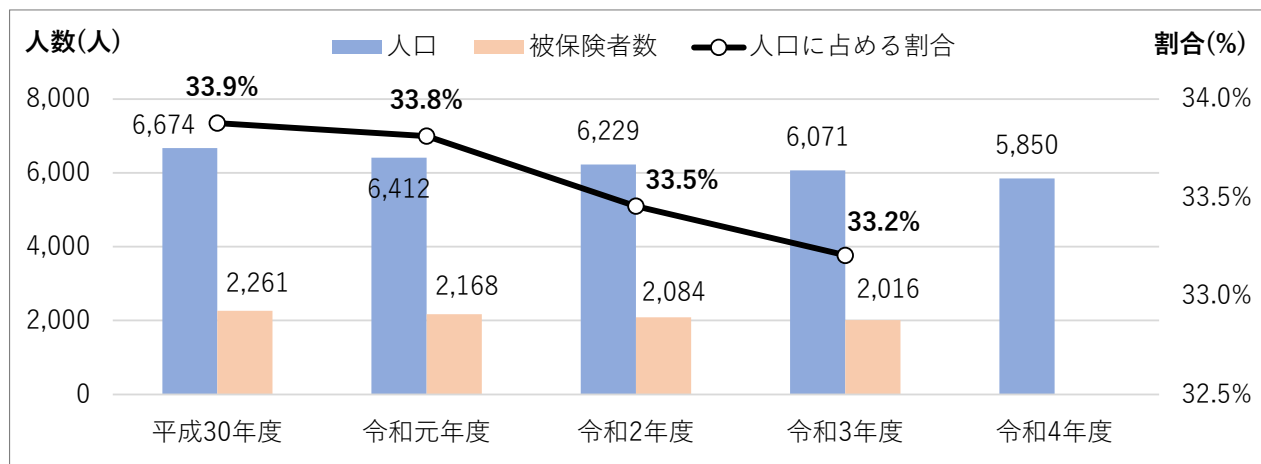
1. 保険者の特性

1.1. 人口・被保険者の状況

以下は、本町の人口および被保険者の状況です。

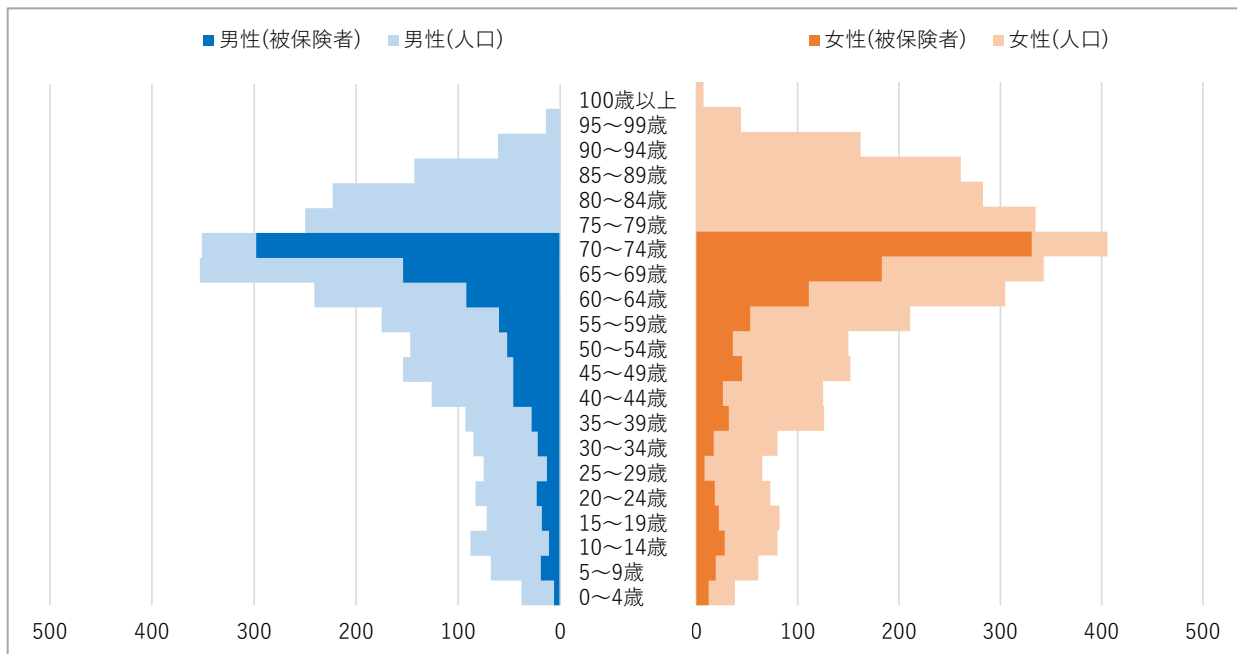
人口、被保険者数ともに年々減少傾向にあり、国保被保険者は65歳から加入率が大幅に高くなります。

図表1 人口および被保険者数の推移(平成30年度～令和4年度)



出典: 被保険者数…奈良県国民健康保険運営方針(奈良県庁資料)
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・年齢階層別の人口および被保険者数(令和4年度)

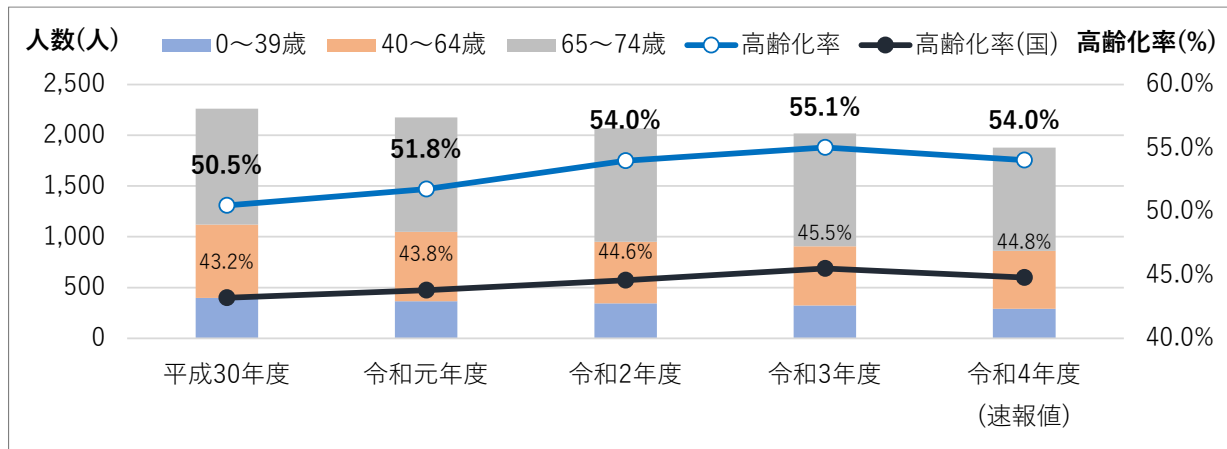


出典: KDB 人口及び被保険者の状況

以下は、本町の年齢階層別の国保被保険者分布およ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人に一人は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. 健康寿命および要介護期間

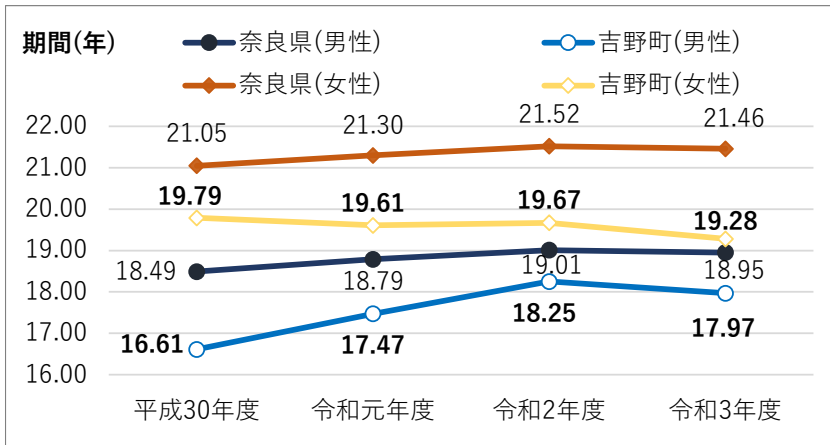
1.2.1. 健康寿命(65歳平均自立期間)

以下は、本町の健康寿命(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歳の人々が、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。

本町の男性、女性ともに、平成30年度から奈良県より短い期間で推移しています。

図表4 健康寿命(65歳平均自立期間)の推移(平成30年度～令和3年度)



出典: 奈良県健康推進課

吉野町健康寿命県内順位		
	男性	女性
令和3年度	28	36
令和2年度	21	33
令和元年度	33	35
平成30年度	37	34

* 期間が長い順位
(期間が長い方がよい)

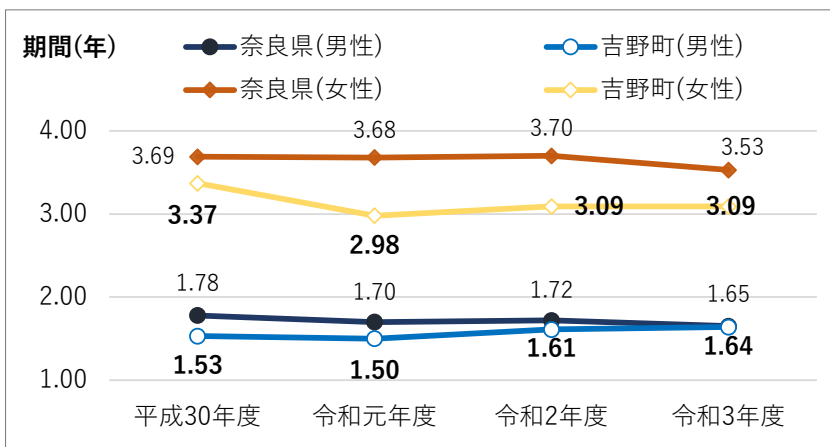
1.2.2. 65歳平均要介護期間

以下は、本町の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。

本町の男性女性ともに、奈良県よりも短くなっています。

図表5 65歳平均要介護期間の推移(平成30年度～令和3年度)



出典: 奈良県健康推進課

吉野町要介護期間県内順位		
	男性	女性
令和3年度	20	8
令和2年度	18	7
令和元年度	13	5
平成30年度	10	13

* 期間が短い順位
(期間が短い方がよい)

1.3. 介護保険の状況

1.3.1. 要介護(支援)認定状況

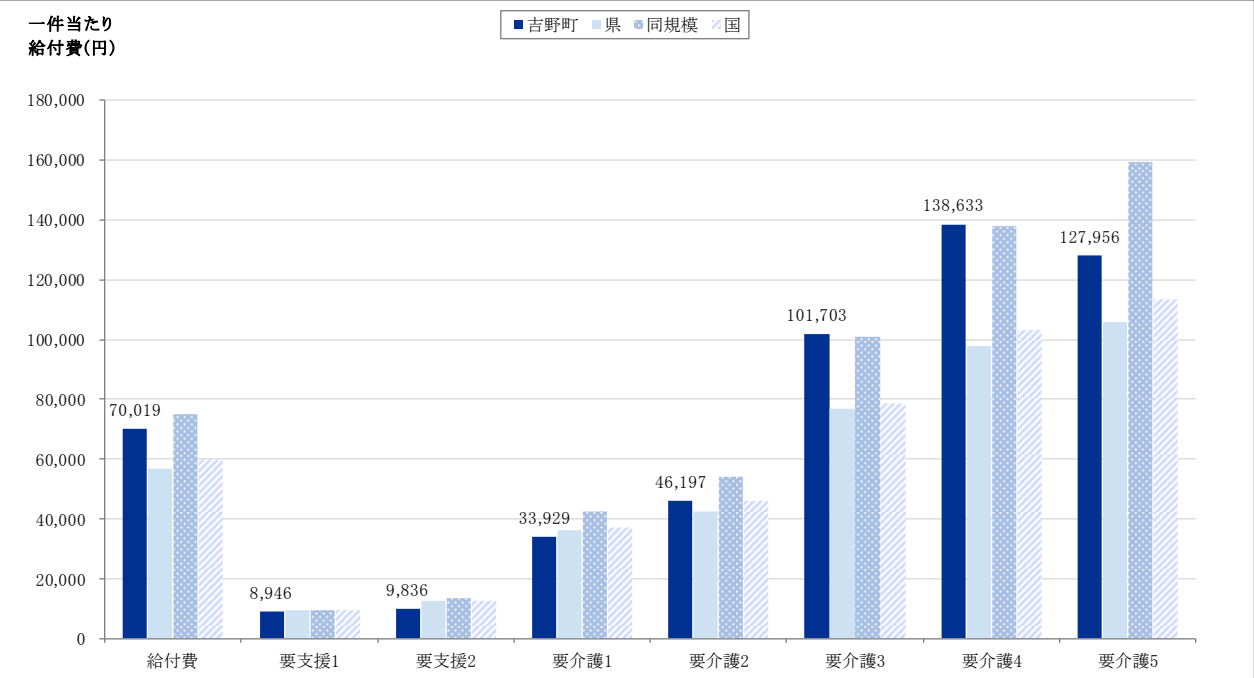
以下は、本町の令和4年度における、要介護(支援)認定率および介護給付費等の状況を示したものです。

図表6 要介護(支援)認定率および介護給付費等の状況(令和4年度)

区分	吉野町	県	同規模	国
認定率	22.6%	19.9%	19.4%	19.4%
認定者数(人)	730	84,465	129,234	6,880,137
第1号(65歳以上)	721	82,828	127,161	6,724,030
第2号(40～64歳)	9	1,637	2,073	156,107
一件当たり給付費(円)				
給付費	70,019	56,854	74,986	59,662
要支援1	8,946	9,499	9,282	9,568
要支援2	9,836	12,557	13,272	12,723
要介護1	33,929	36,203	42,564	37,331
要介護2	46,197	42,581	54,114	45,837
要介護3	101,703	77,026	100,788	78,504
要介護4	138,633	97,725	137,990	103,025
要介護5	127,956	106,016	159,430	113,314

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

図表7 要介護度別 一件当たり介護給付費(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

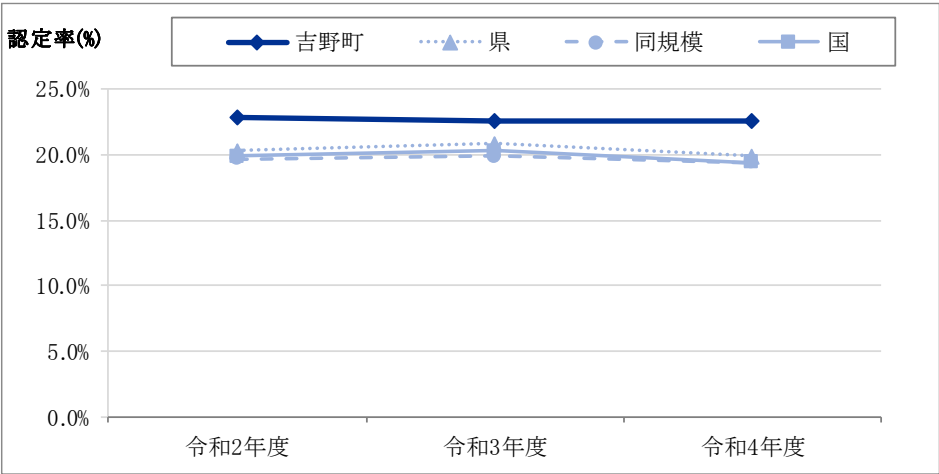
以下は、令和2年度から令和4年度における、要介護(支援)認定率および認定者数を年度別に示したものです。令和4年度認定率22.6%は令和2年度22.8%より0.2ポイント減少しており、令和4年度の認定者数730人は令和2年度797人より67人減少しています。

図表8 年度別 要介護(支援)認定率および認定者数

区分		認定率	認定者数(人)		
				第1号 (65歳以上)	第2号 (40歳～64歳)
吉野町	令和2年度	22.8%	797	786	11
	令和3年度	22.6%	747	738	9
	令和4年度	22.6%	730	721	9
県	令和2年度	20.3%	81,433	79,846	1,587
	令和3年度	20.8%	82,962	81,366	1,596
	令和4年度	19.9%	84,465	82,828	1,637
同規模	令和2年度	19.7%	128,259	126,095	2,164
	令和3年度	19.9%	130,384	128,241	2,143
	令和4年度	19.4%	129,234	127,161	2,073
国	令和2年度	19.9%	6,750,178	6,595,095	155,083
	令和3年度	20.3%	6,837,233	6,681,504	155,729
	令和4年度	19.4%	6,880,137	6,724,030	156,107

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9 年度別 要介護(支援)認定率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

1.3.2. 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

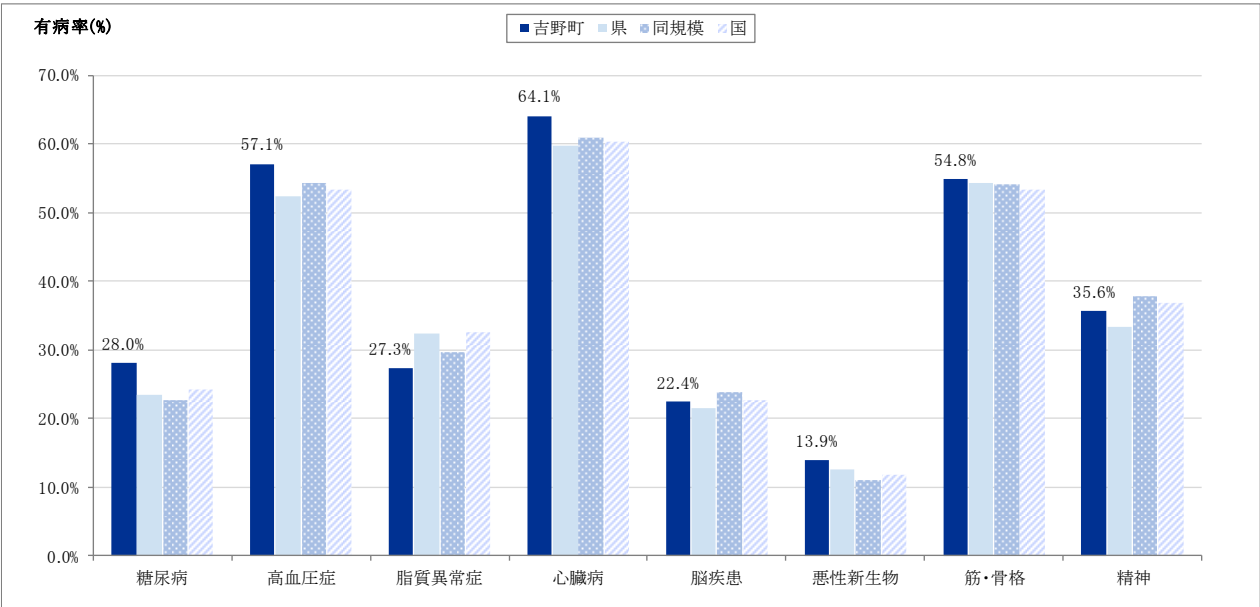
以下は、本町の令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病別有病率を示したものです。疾病別の有病者数を合計すると2,271人となり、これを認定者数の実数で除すと3.1となることから、認定者は平均3.1疾病を有していることがわかります。

図表10 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況(令和4年度)※各項目毎に上位5疾病を 網掛け 表示する。

区分		吉野町	順位	県	順位	同規模	順位	国	順位
認定者数(人)		730		84,465		129,234		6,880,137	
糖尿病	実人数(人)	213	6	20,334	6	30,162	7	1,712,613	6
	有病率	28.0%		23.5%		22.6%		24.3%	
高血圧症	実人数(人)	426	2	44,997	3	71,773	2	3,744,672	3
	有病率	57.1%		52.4%		54.3%		53.3%	
脂質異常症	実人数(人)	217	5	27,965	5	39,654	5	2,308,216	5
	有病率	27.3%		32.4%		29.6%		32.6%	
心臓病	実人数(人)	474	1	51,200	1	80,304	1	4,224,628	1
	有病率	64.1%		59.7%		60.9%		60.3%	
脳疾患	実人数(人)	164	7	18,130	7	30,910	6	1,568,292	7
	有病率	22.4%		21.5%		23.8%		22.6%	
悪性新生物	実人数(人)	110	8	10,932	8	14,782	8	837,410	8
	有病率	13.9%		12.5%		11.0%		11.8%	
筋・骨格	実人数(人)	413	3	46,498	2	71,540	3	3,748,372	2
	有病率	54.8%		54.4%		54.1%		53.4%	
精神	実人数(人)	254	4	28,448	4	49,589	4	2,569,149	4
	有病率	35.6%		33.3%		37.8%		36.8%	

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11 要介護(支援)認定者の疾病別有病率(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」

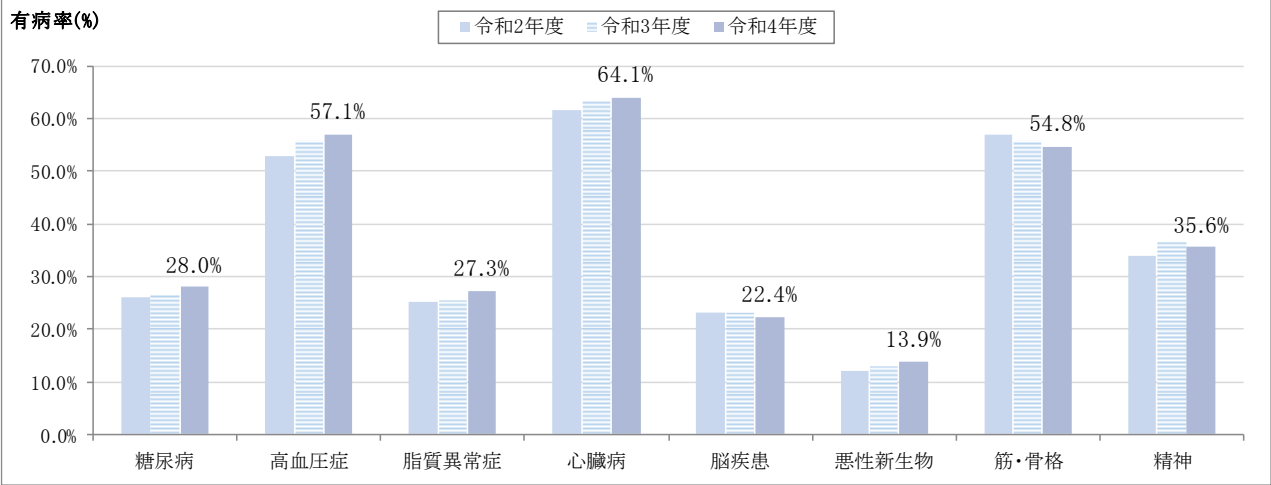
以下は、本町の令和2年度から令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病別有病率を年度別に示したものです。令和4年度の認定者が有している平均疾病数3.1疾病は令和2年度3疾病より増加しています。

図表12 年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況 ※各項目毎に上位5疾病を 網掛け 表示する。

区分		吉野町						県			同規模			国		
		令和2年度	順位	令和3年度	順位	令和4年度	順位	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
認定者数(人)		797		747		730		81,433	82,962	84,465	128,259	130,384	129,234	6,750,178	6,837,233	6,880,137
糖尿病	実人数(人)	215		211		213		19,082	19,560	20,334	28,943	29,698	30,162	1,633,023	1,671,812	1,712,613
	有病率(%)	26.1%	5	26.8%	5	28.0%	6	22.4%	23.2%	23.5%	21.7%	22.2%	22.6%	23.3%	24.0%	24.3%
高血圧症	実人数(人)	438		445		426		43,767	43,989	44,997	71,017	71,816	71,773	3,642,081	3,690,454	3,744,672
	有病率(%)	53.0%	3	55.9%	2	57.1%	2	52.0%	52.8%	52.4%	53.9%	54.3%	54.3%	52.4%	53.2%	53.3%
脂質異常症	実人数(人)	204		200		217		26,112	26,975	27,965	37,215	38,803	39,654	2,170,776	2,236,475	2,308,216
	有病率(%)	25.1%	6	25.6%	6	27.3%	5	30.6%	31.9%	32.4%	27.9%	28.8%	29.6%	30.9%	32.0%	32.6%
心臓病	実人数(人)	504		493		474		49,916	50,104	51,200	79,957	80,726	80,304	4,126,341	4,172,696	4,224,628
	有病率(%)	61.6%	1	63.5%	1	64.1%	1	59.4%	60.2%	59.7%	60.9%	61.2%	60.9%	59.5%	60.3%	60.3%
脳疾患	実人数(人)	197		170		164		18,952	18,464	18,130	32,571	32,065	30,910	1,627,513	1,599,457	1,568,292
	有病率(%)	23.1%	7	23.2%	7	22.4%	7	22.7%	22.4%	21.5%	25.0%	24.5%	23.8%	23.6%	23.4%	22.6%
悪性新生物	実人数(人)	100		105		110		10,258	10,454	10,932	14,049	14,596	14,782	798,740	817,260	837,410
	有病率(%)	12.1%	8	13.0%	8	13.9%	8	12.0%	12.4%	12.5%	10.5%	10.9%	11.0%	11.3%	11.6%	11.8%
筋・骨格	実人数(人)	469		418		413		45,251	45,547	46,498	70,421	71,354	71,540	3,630,436	3,682,549	3,748,372
	有病率(%)	57.1%	2	55.7%	3	54.8%	3	54.0%	54.7%	54.4%	53.6%	54.0%	54.1%	52.3%	53.2%	53.4%
精神	実人数(人)	298		276		254		28,104	28,058	28,448	50,141	50,284	49,589	2,554,143	2,562,308	2,569,149
	有病率(%)	34.0%	4	36.5%	4	35.6%	4	33.6%	33.8%	33.3%	38.2%	38.3%	37.8%	36.9%	37.2%	36.8%

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13 年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

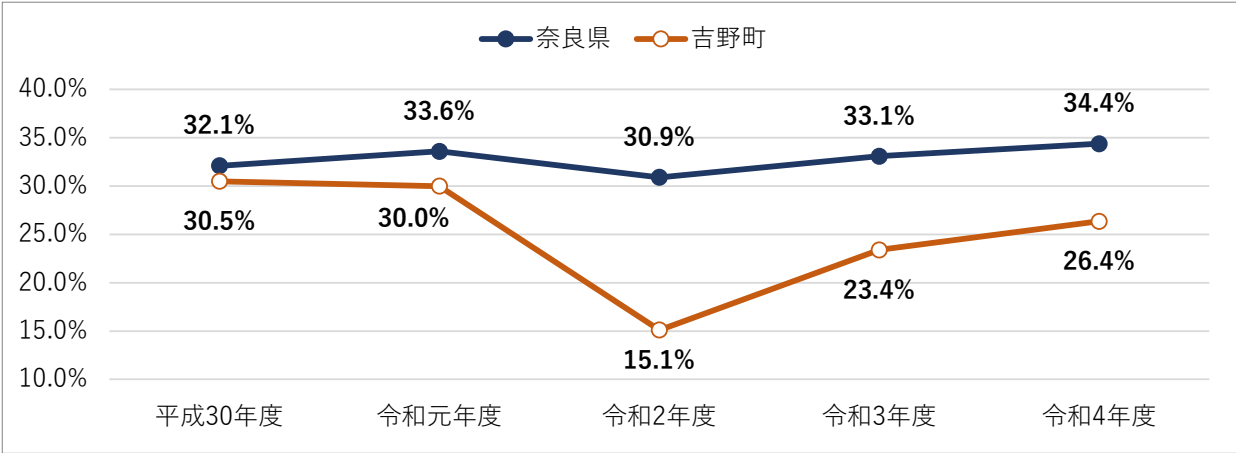
1.4. 特定健康診査および特定保健指導実施状況

1.4.1. 特定健康診査実施状況

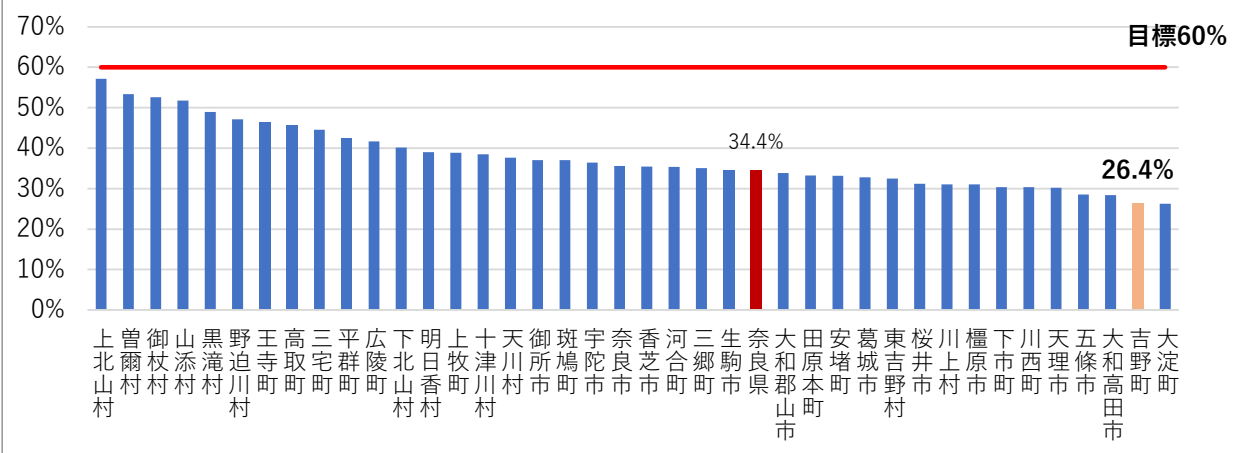
以下は、本町における平成30年度以降の特定健康診査受診率の推移について、奈良県と比較したものです。

令和元年度までは横ばい傾向でしたが、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年度は本町、奈良県ともに受診率が回復し、令和4年度も上昇傾向ですが、国の定めた目標60%とは大きな差があります。

図表14 特定健康診査受診率の推移(平成30年度～令和4年度)



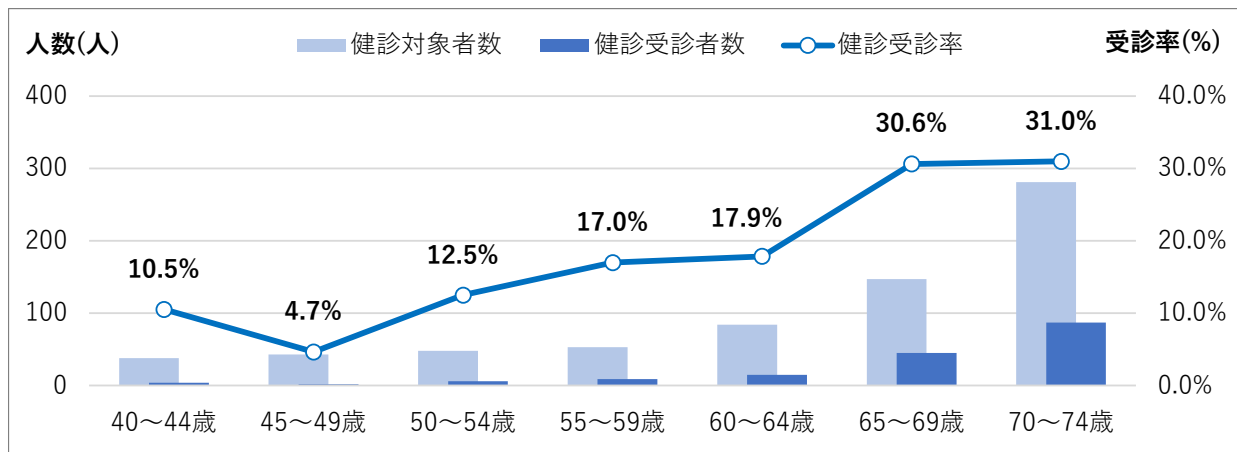
図表15 奈良県内市町村の特定健康診査受診率(令和4年度)



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。

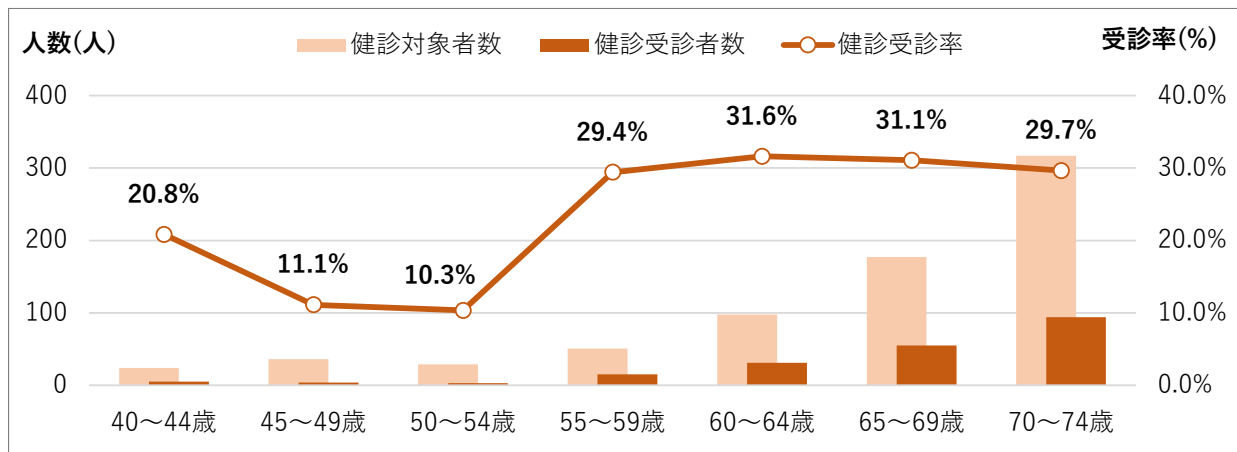
男女ともに加齢とともに受診率は高くなっていますが、65歳未満の男性の受診率は20%未満で、受診率が低くなっています。

図表16 (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17 (女性)年齢階層別特定健康診査受診率(令和4年度)



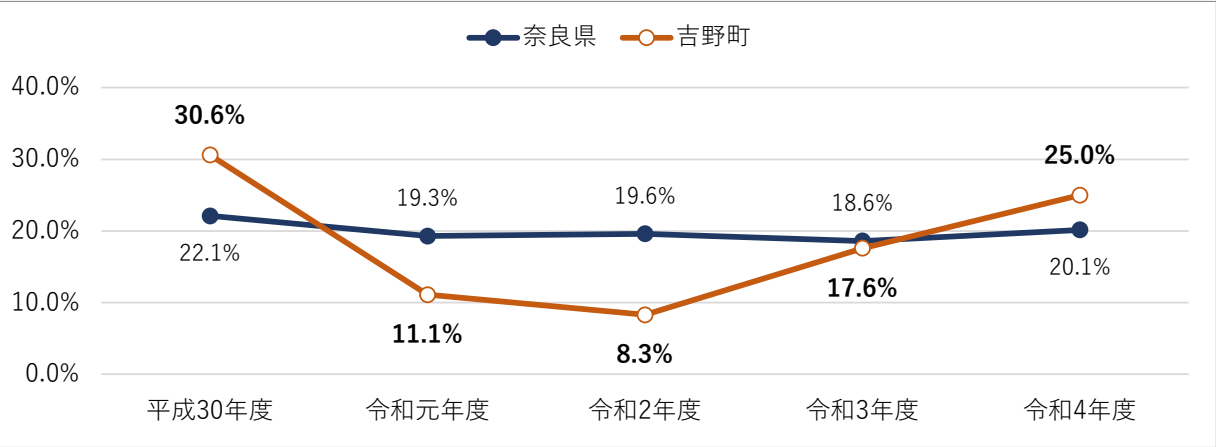
出典: KDB 地域の全体像の把握

1.4.2. 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。

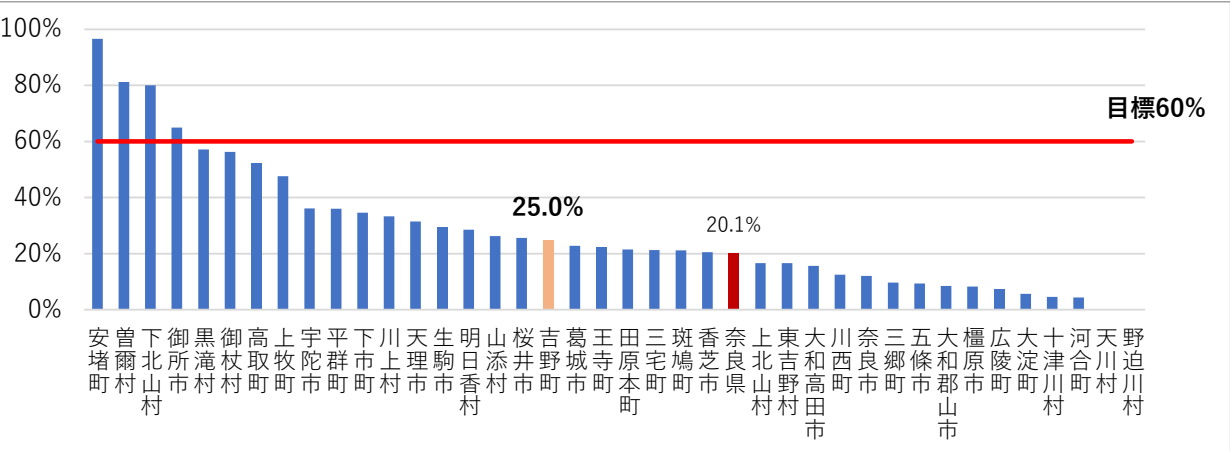
平成30年度は奈良県よりも高い水準でしたが令和元年度から降下し、さらに令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響を受けています。令和3年度以降は少し回復しましたが、国の定めた目標60%とは大きな差があります。

図表18 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19 奈良県内市町村の特定保健指導実施率(令和4年度)

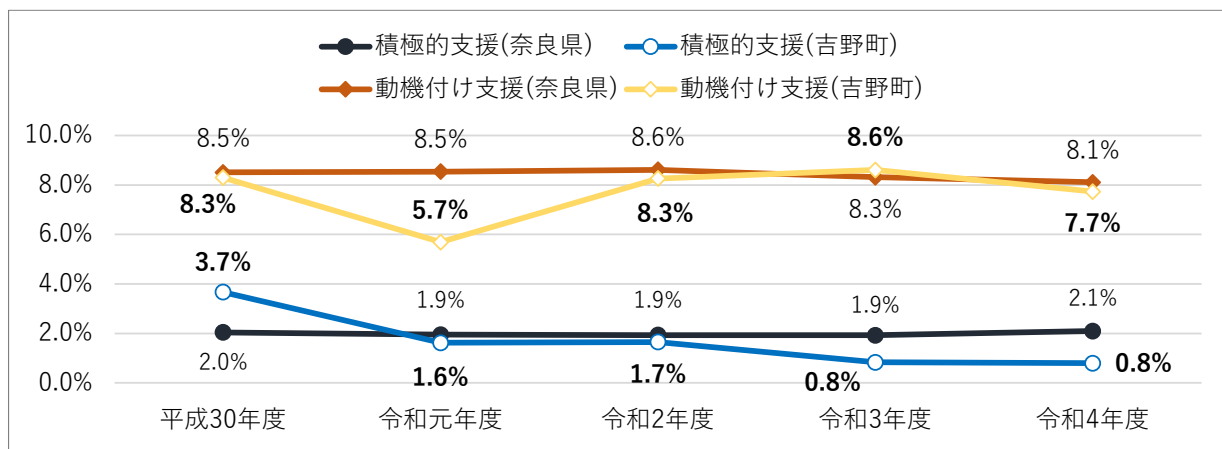


出典: 法定報告値

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、動機付け支援は令和2年度以降、奈良県の値に近い値で、ほぼ横ばいに推移しています。積極的支援は令和元年度以降、奈良県よりも低い値で推移しています。

図表20 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	動機づけ 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	動機づけ 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

(空腹時血糖および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。

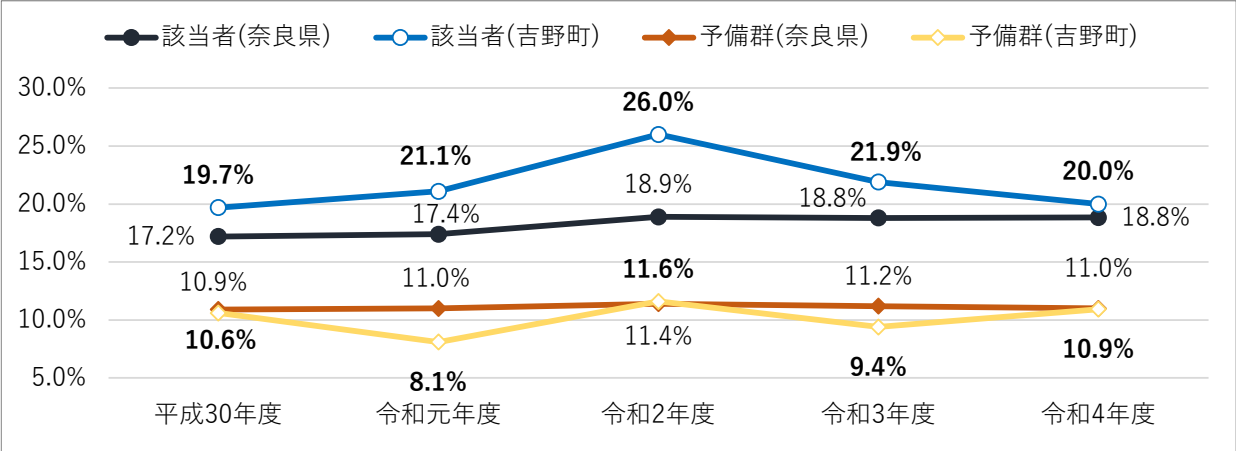
※65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみを行っている。

1.4.3. 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およ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、令和2年度から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21 メタボリックシンドロームの該当者およ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。

1.4.4. 特定健康診査結果

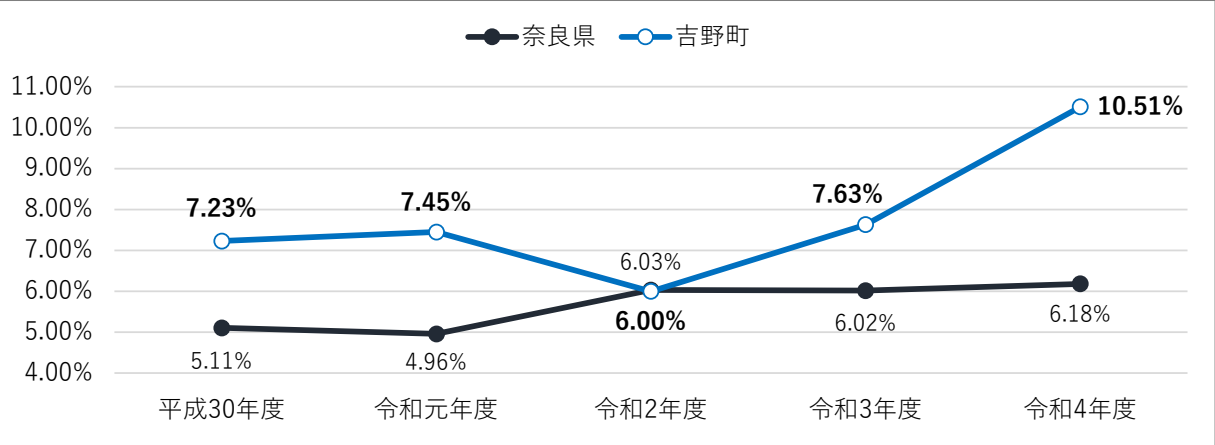
1.4.4.1. 血圧

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以上および拡張期血圧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以上/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、令和2年度で急降下していますが、令和3年度に上昇し、奈良県より高い値となっています。

図表22 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		拡張期血圧	収縮期血圧		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」

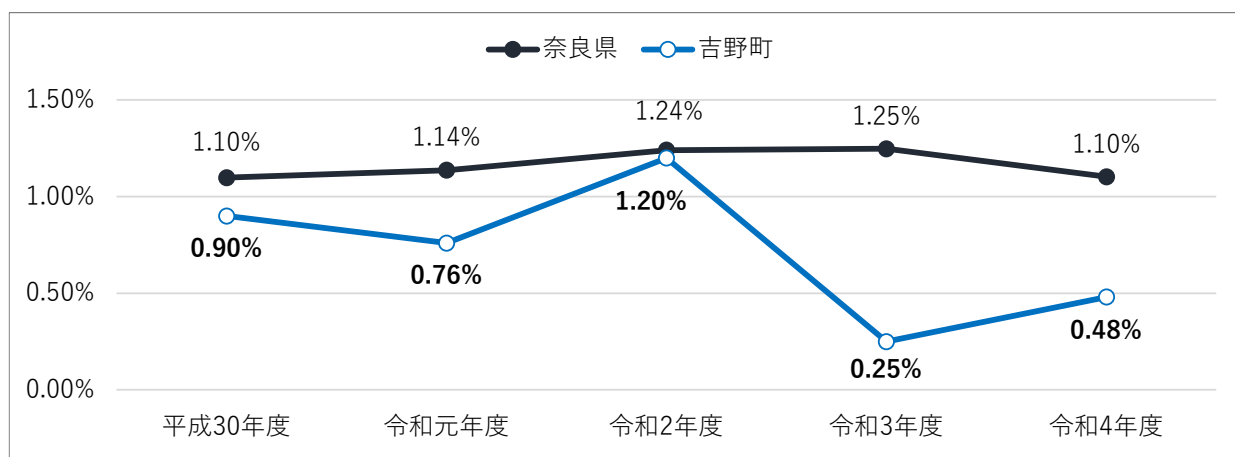
1.4.4.2. HbA1c(NGSP)

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%以上および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。

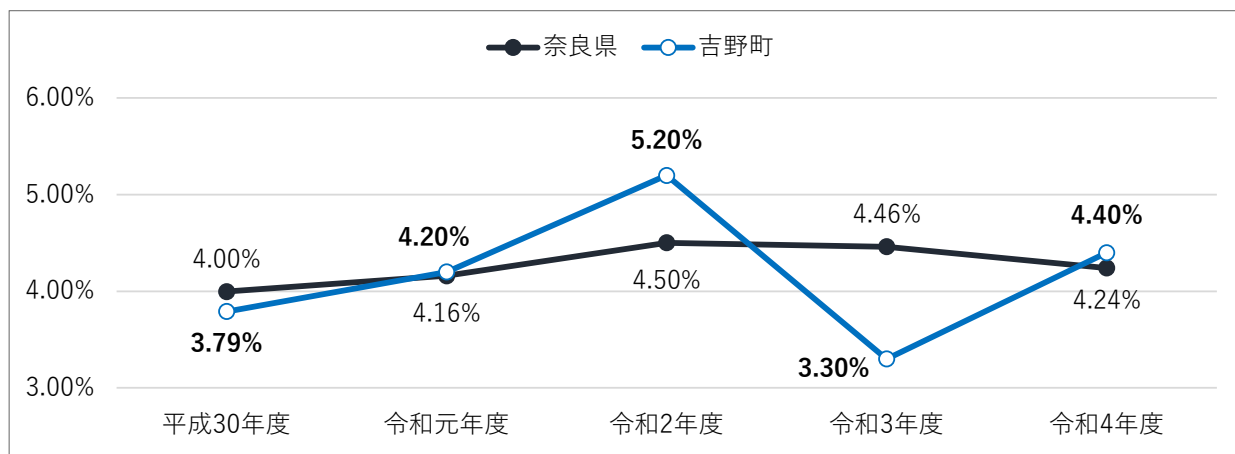
以下は、特定健康診査受診者のうち、HbA1c7.0%以上の該当者、8.0%以上の該当者の割合の推移になります。HbA1c8.0%以上の該当者割合は、令和2年度は奈良県とほぼ同値でしたが、令和3年度以降は、奈良県より低くなっています。HbA1c7.0%以上の該当者割合は、令和元年度、令和2年度、令和4年度は奈良県より高くなっており、令和3年度は5年間の中で一番高くなっています。

図表23 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24 HbA1c7.0%以上の該当者の割合の推移(平成30年度～令和4年度)



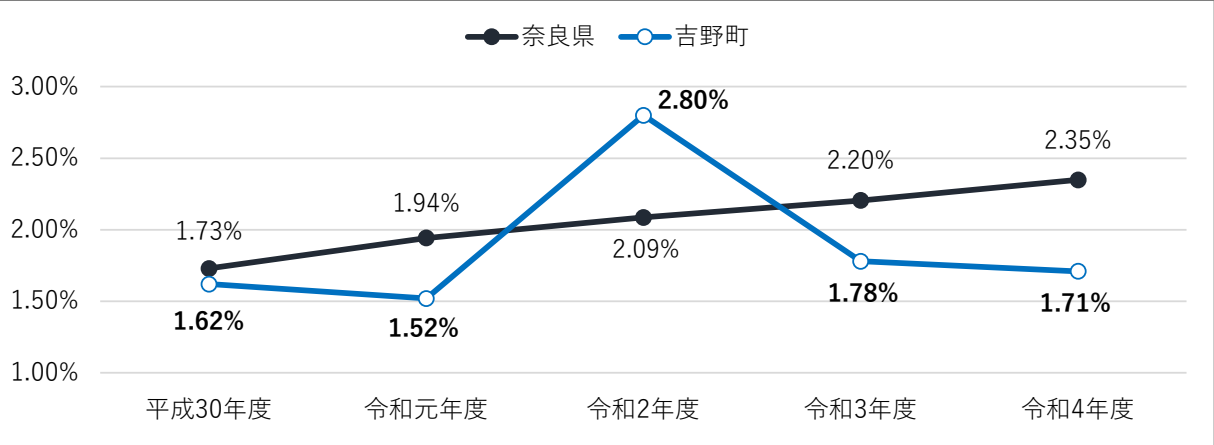
出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

1.4.4.3. 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になりますが、令和3年度以降は奈良県よりも低い値で推移しています。

図表25 eGFR45ml/分/1.73㎡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) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)		正常	微量 アルブミン尿	顕性 アルブミン尿
				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	軽度尿蛋白	高度尿蛋白
				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。

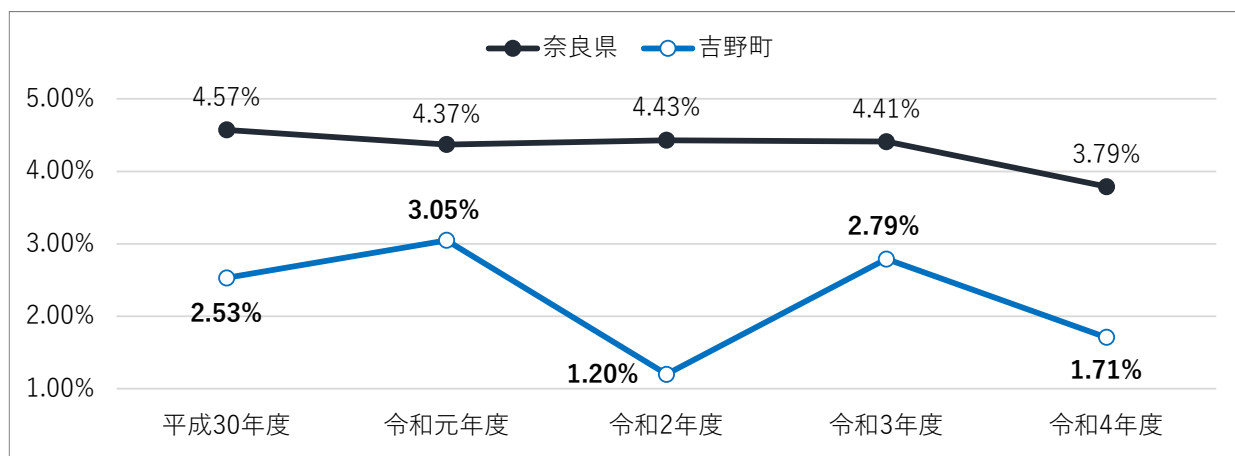
出典: 日本腎臓学会「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018」

1.4.4.4. 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。

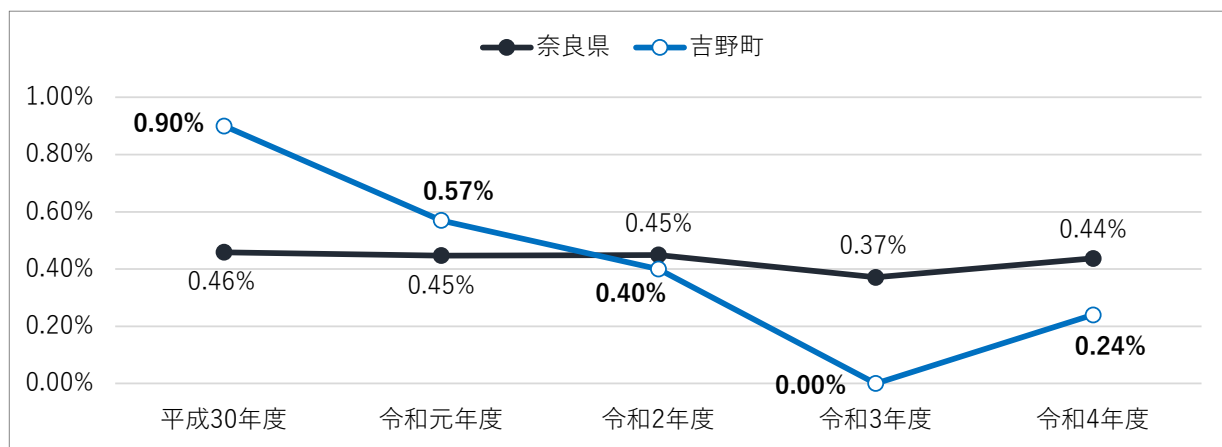
以下は、LDLコレステロール180mg/dl以上の該当者と中性脂肪500mg/dl以上の該当者の割合の推移を示しています。LDLコレステロール180mg/dl以上の該当者の割合は、奈良県よりも低い水準で推移しています。また、中性脂肪500mg/dl以上の該当者の割合は、令和2年度以降、奈良県より低い値となっています。

図表26 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27 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)



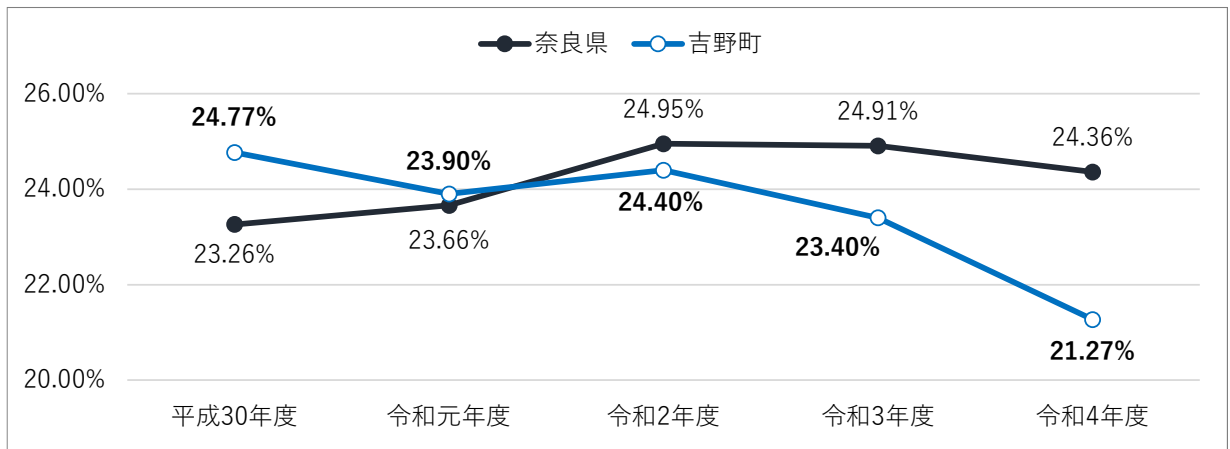
出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

1.4.4.5. BMIおよび腹囲

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。

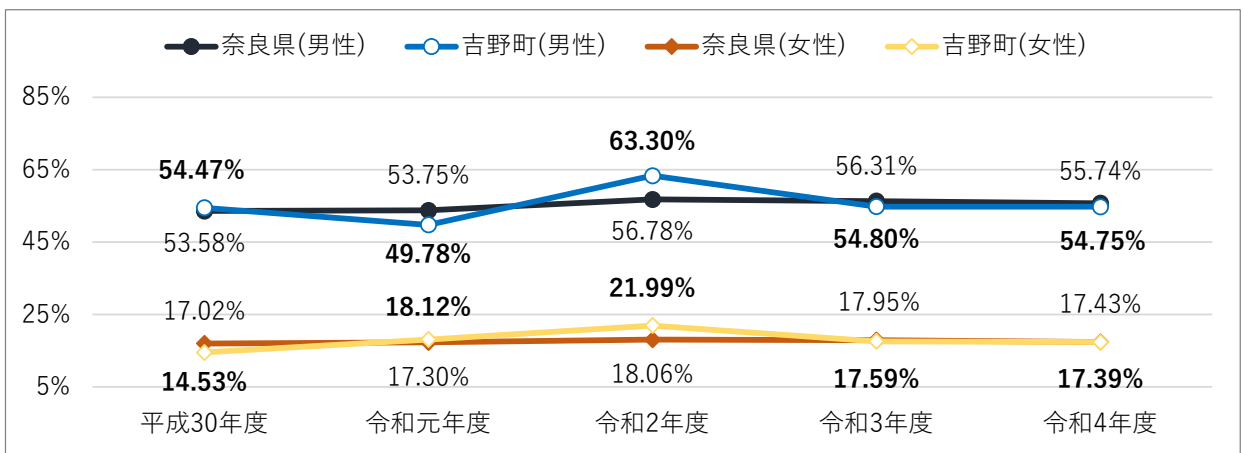
以下は、BMI25以上の該当者と腹囲が基準値以上の該当者の割合の推移を示しています。BMI25以上の該当者の割合は、令和2年度以降、奈良県よりも低い水準で推移しております。一方、腹囲が基準値以上の該当者の割合は、ほぼ奈良県と同水準で横ばいに推移しています。

図表28 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29 (男性)腹囲85cm以上、(女性)腹囲90cm以上の該当者の割合の推移



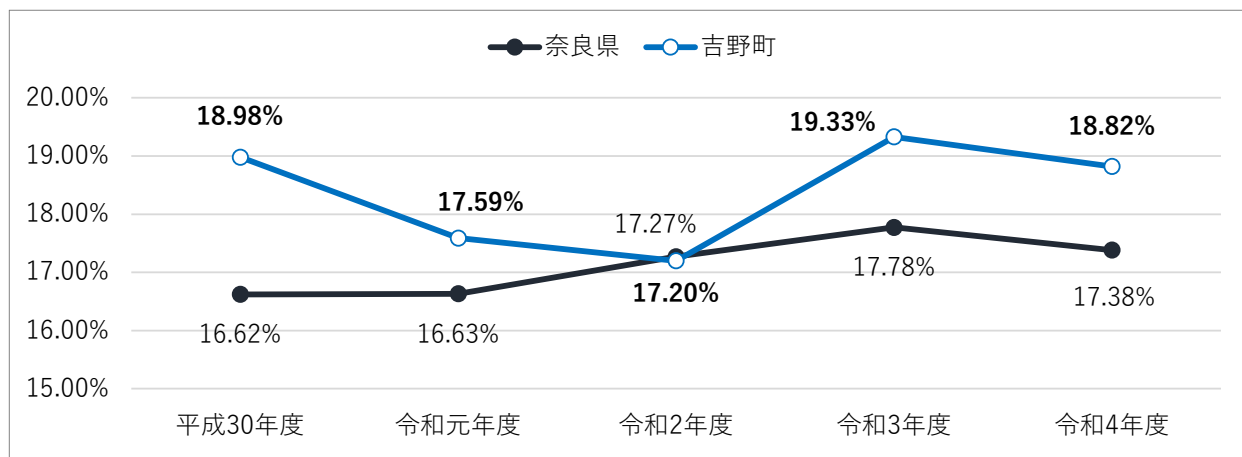
出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

1.4.4.6. 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、令和2年度で急降下していますが、令和3年度に上昇し、奈良県より高い値となっています。

図表30 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)



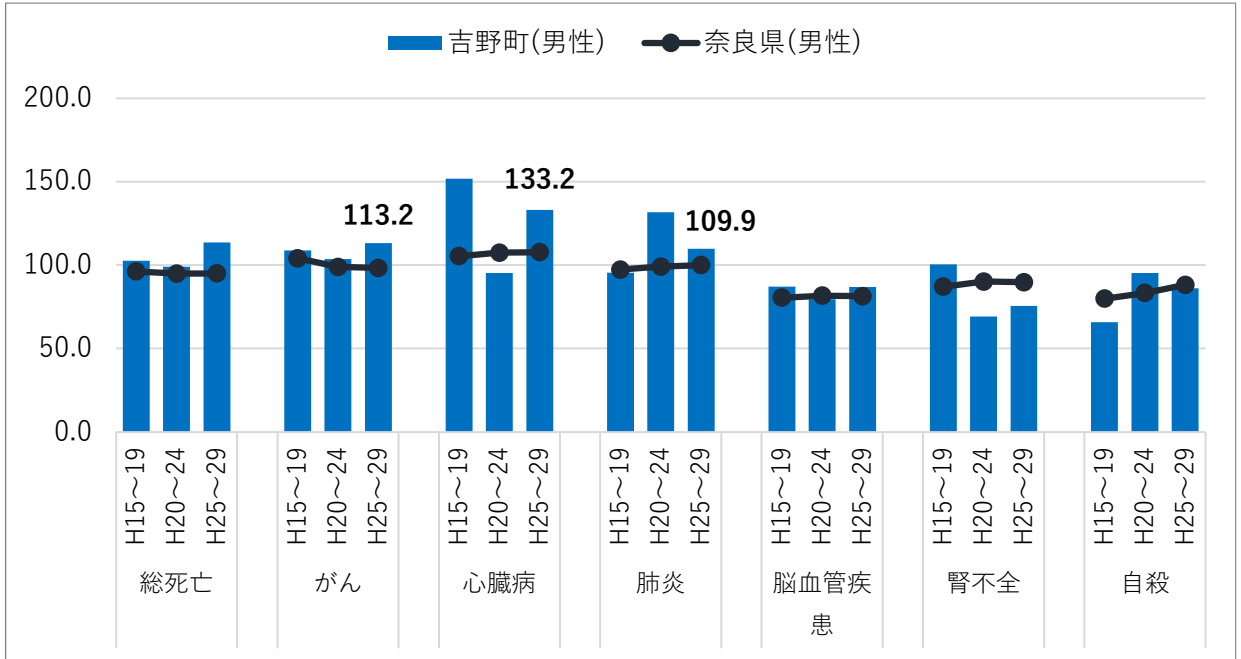
出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

1.5. 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。

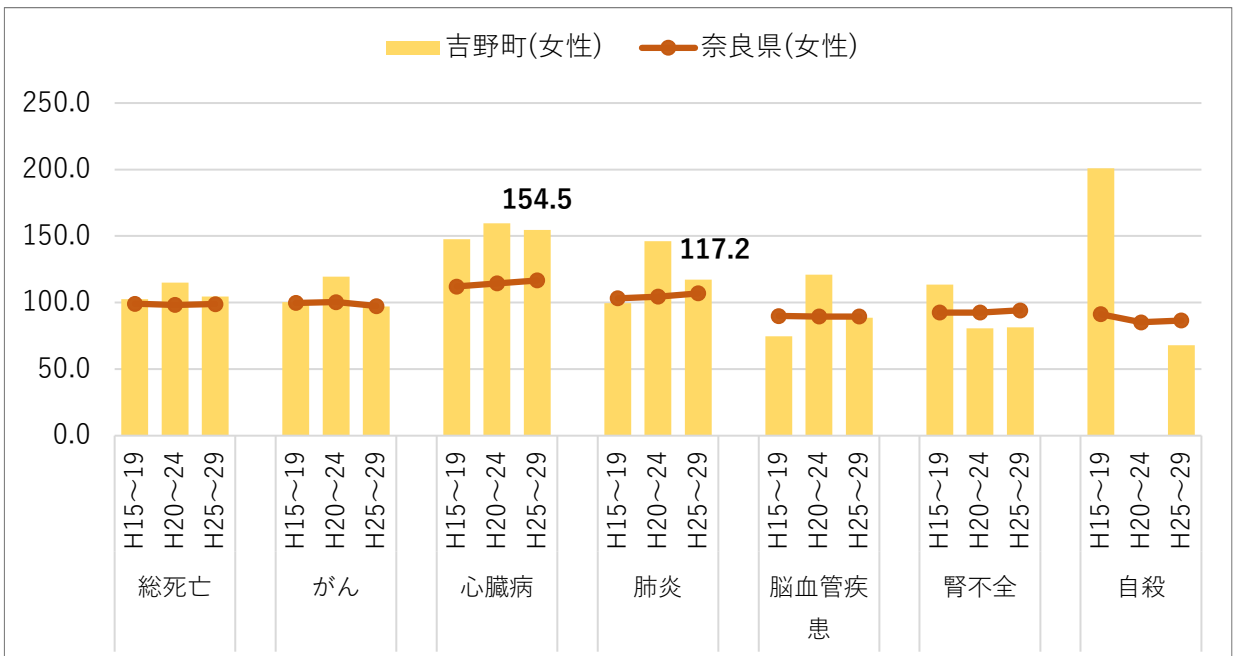
平成25年～29年度は、男性では、心臓病、がん、肺炎が100以上となっています。女性では、心臓病、肺炎が100以上となっています。

図表31 (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32 (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

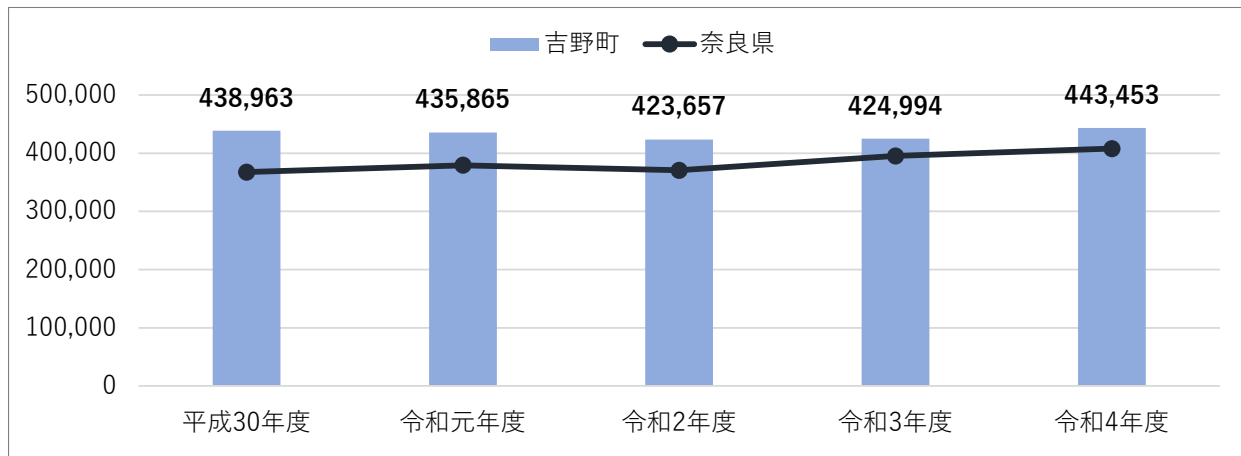
2.1. 医療費の状況

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。

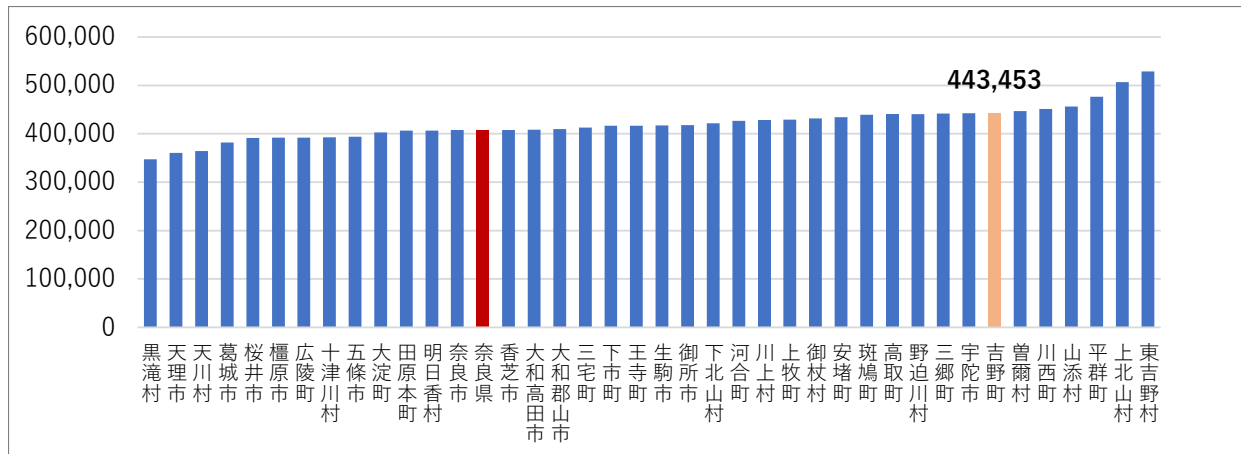
本町の被保険者一人当たり医療費は、新型コロナウイルス感染症の影響を受けた令和2年度は大きく落ち込みましたが、令和3年度には増加し、奈良県より高い水準で推移しています。

図表33 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: 厚生労働省「国民健康保険事業年報」

図表34 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)



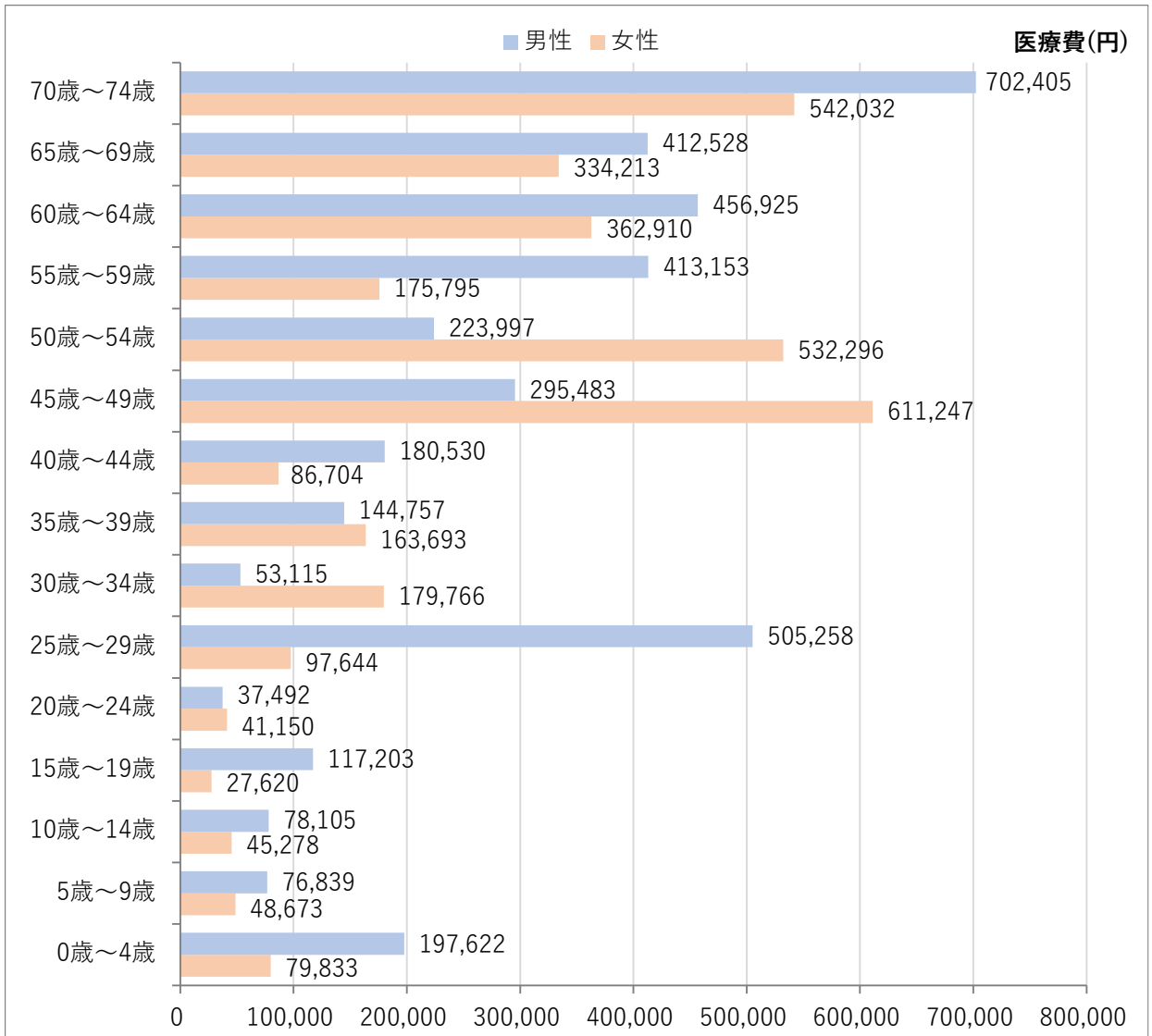
出典: 厚生労働省「国民健康保険事業年報」

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35 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)



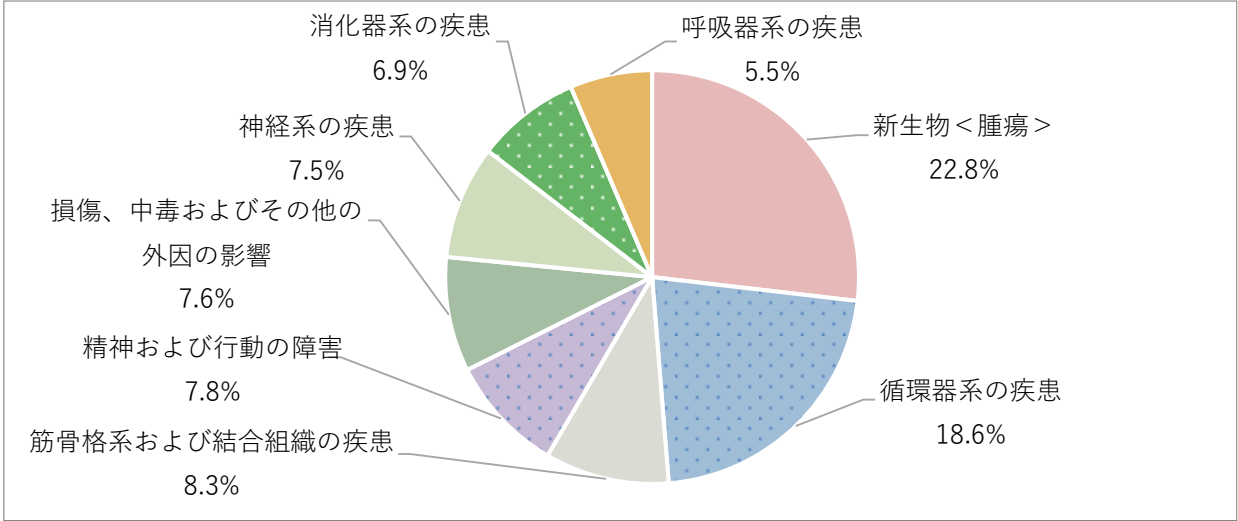
出典: 国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(大分類)」

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22.8%で最も高く、細小分類別では「食道がん」「膀胱がん」「前立腺がん」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18.6%で高く、細小分類別では「不整脈」が高くなっています。

図表36 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37 大・中・細小分類別分析(入院) (令和4年度)

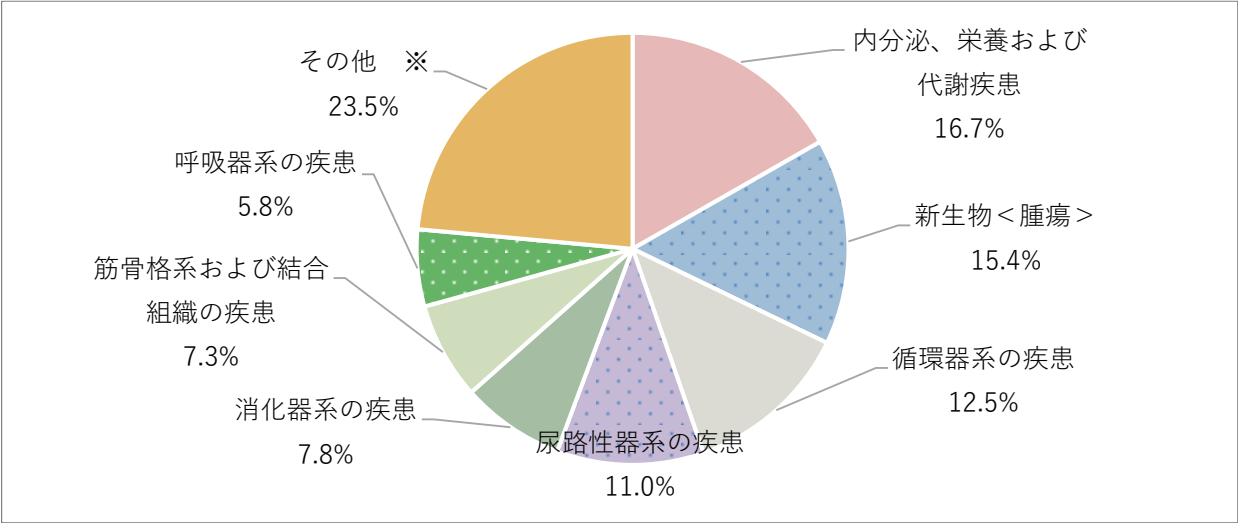
順位	大分類別分析		中分類別分析			細小分類分析	
1	新生物＜腫瘍＞	22.8%	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	7.3%		食道がん	1.8%
			気管、気管支および肺の悪性新生物＜腫瘍＞	4.0%		膀胱がん	1.2%
						前立腺がん	1.1%
			結腸の悪性新生物＜腫瘍＞	3.4%		肺がん	4.0%
2	循環器系の疾患	18.6%				大腸がん	3.4%
			その他の心疾患	6.9%		不整脈	4.2%
			虚血性心疾患	6.2%			
			脳梗塞	2.7%		狭心症	3.7%
3	筋骨格系および結合組織の疾患	8.3%	脊椎障害(脊椎症を含む)	2.9%		脳梗塞	2.7%
			その他の筋骨格系および結合組織の疾患	2.5%			
			関節症	1.6%		関節疾患	1.6%
4	精神および行動の障害	7.8%	気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	3.0%		うつ病	3.0%
			統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害	1.9%			
			知的障害(精神遅滞)	1.8%		統合失調症	1.9%

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「内分泌、栄養および代謝疾患」の構成比が16.7%で最も高く、細小分類別では「糖尿病」「糖尿病網膜症」の割合が高くなっています。大分類別で「新生物＜腫瘍＞」の構成比も高く、細小分類別では「膵臓がん」「卵巣腫瘍(悪性)」「前立腺がん」の割合が高くなっています。

図表38 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39 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	内分泌、栄養および代謝疾患	16.7%	糖尿病	10.8%	糖尿病	10.1%
			脂質異常症	4.5%	糖尿病網膜症	0.7%
			その他の内分泌、栄養および代謝障害	1.0%	脂質異常症	4.5%
					痛風・高尿酸血症	0.1%
2	新生物＜腫瘍＞	15.4%	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	5.0%	膵臓がん	1.9%
			気管、気管支および肺の悪性新生物＜腫瘍＞	3.6%	卵巣腫瘍(悪性)	0.4%
					前立腺がん	0.2%
			胃の悪性新生物＜腫瘍＞	2.6%	肺がん	3.6%
3	循環器系の疾患	12.5%	高血圧性疾患	6.5%	胃がん	2.6%
			その他の心疾患	3.6%	高血圧症	6.5%
			虚血性心疾患	1.0%	不整脈	2.5%
4	尿路性器系の疾患	11.0%	腎不全	8.5%	狭心症	0.8%
			その他の腎尿路系の疾患	0.9%	慢性腎臓病(透析あり)	5.8%
					慢性腎臓病(透析なし)	0.6%
			前立腺肥大(症)	0.8%		
					前立腺肥大	0.8%

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92,000,000円(12.5%)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40 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	43,591,830	5.9%
2	慢性腎臓病（透析あり）	30,033,630	4.0%
3	高血圧症	29,029,330	3.9%
4	肺がん	28,184,870	3.8%
5	不整脈	24,244,120	3.3%
6	関節疾患	22,927,070	3.1%
7	脂質異常症	20,121,370	2.7%
8	胃がん	17,505,840	2.4%
9	大腸がん	15,840,270	2.1%
10	うつ病	15,632,920	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」および「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41 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	953,430	0.3%	9	6	1.2%	5	158,905	10
高血圧症	1,458,470	0.5%	8	3	0.6%	9	486,157	8
脂質異常症	878,470	0.3%	10	1	0.2%	10	878,470	3
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	0	0.0%	11	0	0.0%	11	0	11
脳出血	2,434,850	0.8%	7	4	0.8%	6	608,713	7
脳梗塞	8,783,730	2.7%	5	10	2.0%	4	878,373	4
狭心症	11,866,930	3.7%	4	4	0.8%	6	2,966,733	1
心筋梗塞	7,985,750	2.5%	6	4	0.8%	6	1,996,438	2
がん	73,039,330	22.8%	1	94	18.6%	1	777,014	6
筋・骨格	26,445,440	8.3%	2	32	6.3%	3	826,420	5
精神	24,919,980	7.8%	3	55	10.9%	2	453,091	9
その他（上記以外のもの）	161,552,430	50.4%		293	57.9%		551,373	
合計	320,318,810			506			633,041	

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42 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	44,407,600	10.5%	2	1,481	8.6%	3	29,985	3
高血圧症	27,570,860	6.5%	4	2,067	12.0%	1	13,339	12
脂質異常症	19,242,900	4.5%	5	1,361	7.9%	4	14,139	11
高尿酸血症	450,160	0.1%	10	38	0.2%	9	11,846	13
脂肪肝	419,510	0.1%	11	22	0.1%	11	19,069	6
動脈硬化症	274,620	0.1%	12	19	0.1%	12	14,454	10
脳出血	659,290	0.2%	9	29	0.2%	10	22,734	5
脳梗塞	1,590,480	0.4%	8	96	0.6%	8	16,568	9
狭心症	3,335,750	0.8%	7	114	0.7%	7	29,261	4
心筋梗塞	181,220	0.0%	13	2	0.0%	13	90,610	2
がん	65,392,590	15.4%	1	594	3.5%	6	110,089	1
筋・骨格	30,788,140	7.3%	3	1,648	9.6%	2	18,682	7
精神	14,952,090	3.5%	6	852	4.9%	5	17,549	8
その他（上記以外のもの）	214,570,570	50.6%		8,894	51.7%		24,125	
合計	423,835,780			17,217			24,617	

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」、「糖尿病」の順となっています。レセプト件数では、「高血圧症」が最も多く、次いで「筋・骨格」、「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」、「がん」、「狭心症」が高くなっています。

図表43 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	45,361,030	6.1%	3	1,487	8.4%	3	30,505	8
高血圧症	29,029,330	3.9%	5	2,070	11.7%	1	14,024	12
脂質異常症	20,121,370	2.7%	6	1,362	7.7%	4	14,773	10
高尿酸血症	450,160	0.1%	11	38	0.2%	9	11,846	13
脂肪肝	419,510	0.1%	12	22	0.1%	11	19,069	9
動脈硬化症	274,620	0.0%	13	19	0.1%	12	14,454	11
脳出血	3,094,140	0.4%	10	33	0.2%	10	93,762	5
脳梗塞	10,374,210	1.4%	8	106	0.6%	8	97,870	4
狭心症	15,202,680	2.0%	7	118	0.7%	7	128,836	3
心筋梗塞	8,166,970	1.1%	9	6	0.0%	13	1,361,162	1
がん	138,431,920	18.6%	1	688	3.9%	6	201,209	2
筋・骨格	57,233,580	7.7%	2	1,680	9.5%	2	34,068	7
精神	39,872,070	5.4%	4	907	5.1%	5	43,960	6
その他（上記以外のもの）	376,123,000	50.5%		9,187	51.8%		40,941	
合計	744,154,590			17,723			41,988	

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。

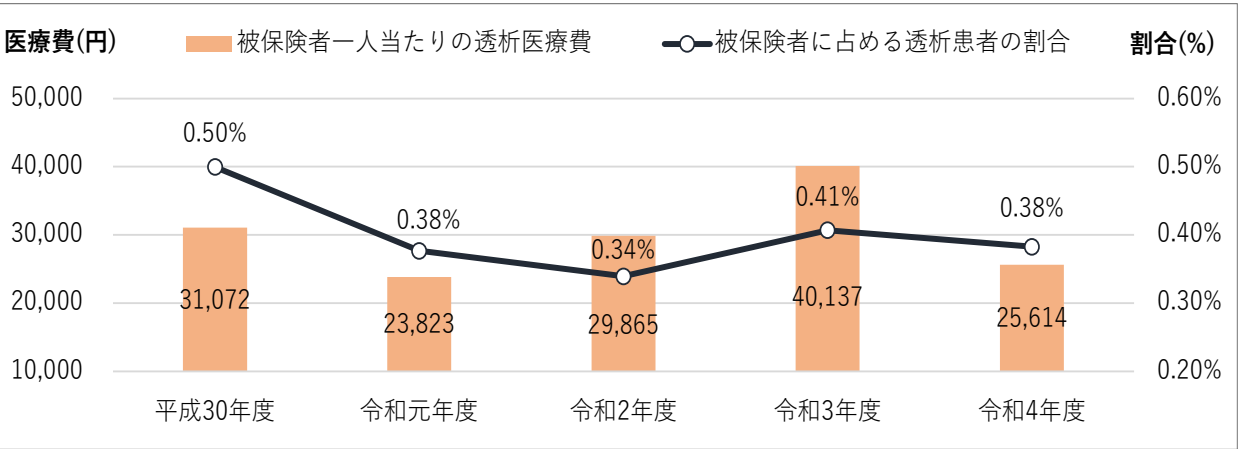
本町の被保険者に占める透析患者の割合は、国、奈良県よりも高くなっています。平成30年度をピークに減少傾向にあります。透析医療費について、被保険者一人当たり
に換算すると、令和3年度に大幅に増加しています。

図表44 透析患者数およ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(%)
吉野町	1,829	7	0.38%
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45 透析患者数割合および透析医療費の推移(平成30年度～令和4年度)

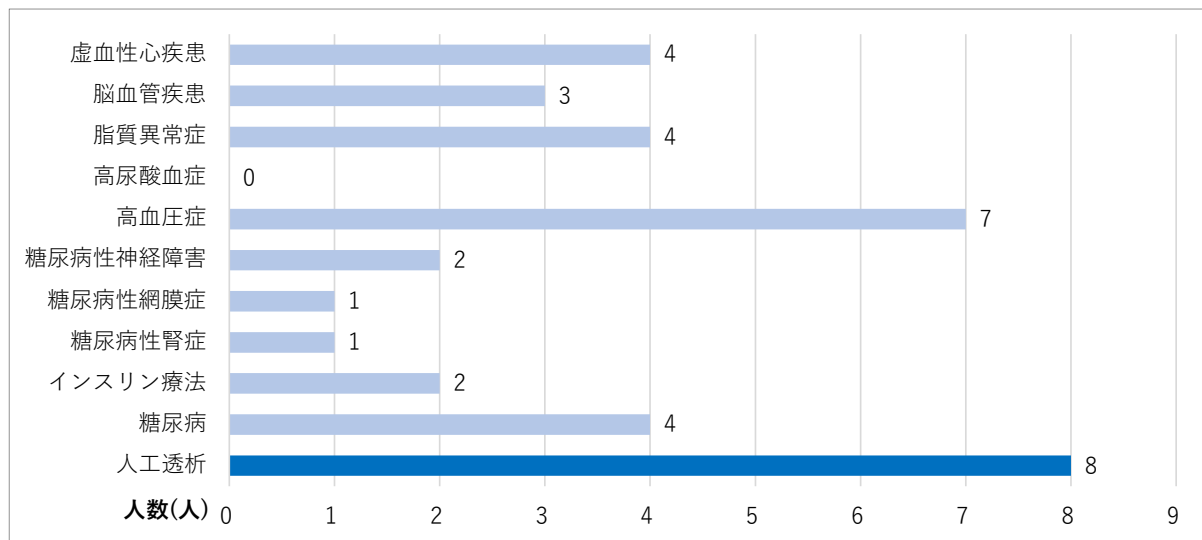


出典: 国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」
※透析医療費…人工透析を行っているレセプトの総点数を医療費換算したもの。

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8人のうち、7人(87.5%)が「高血圧症」、4人(50.0%)が「虚血性心疾患」「脂質異常症」「糖尿病」を併存している状況です。

図表46 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)

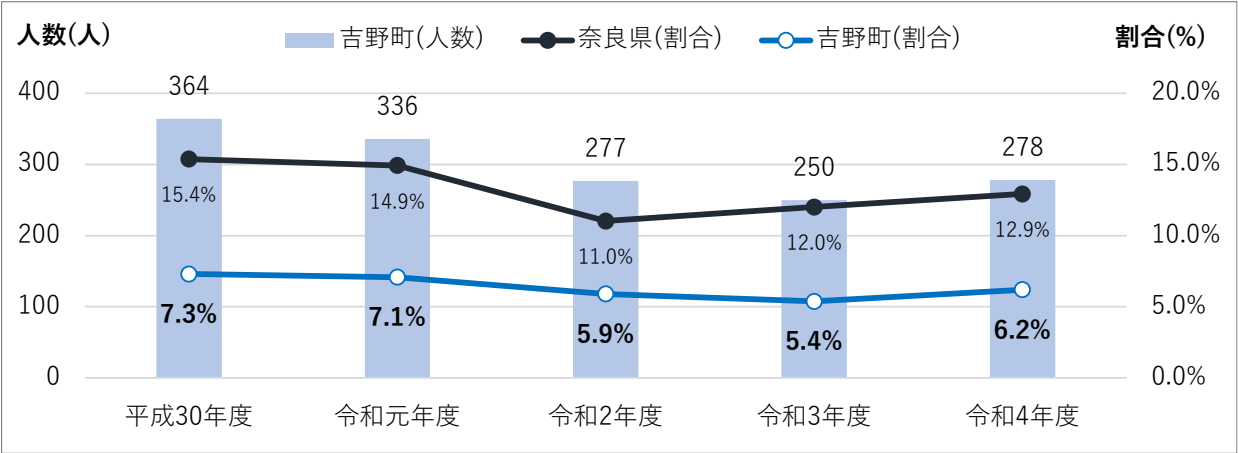
2.5.服薬状況

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47 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



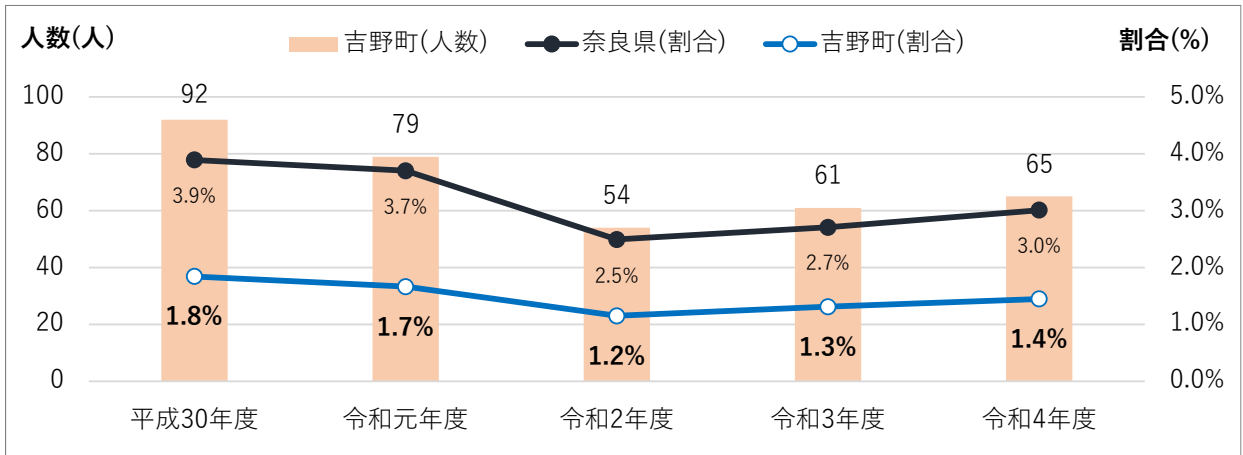
出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

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、奈良県より低い水準で推移しています。

図表48 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

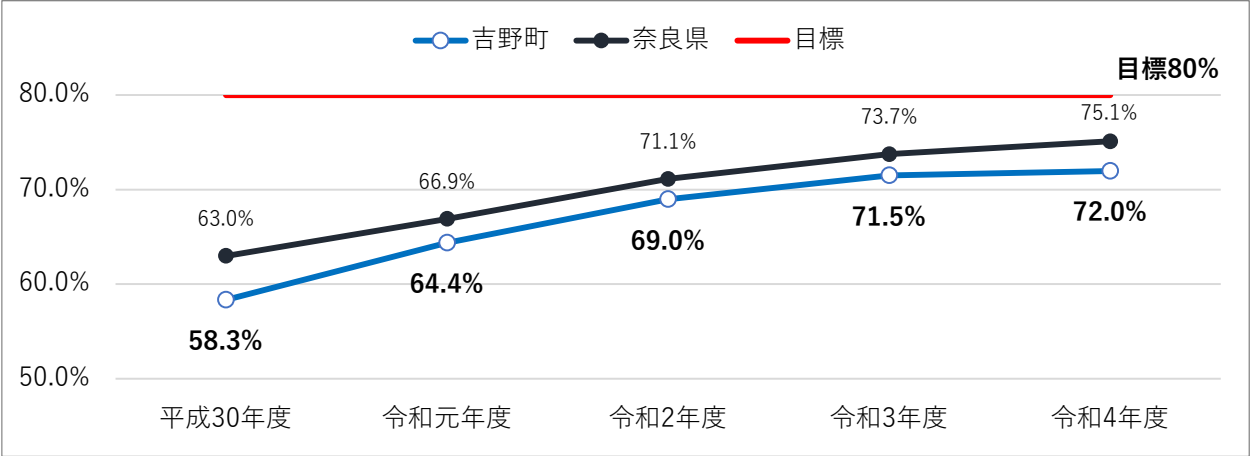


出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

2.5.3.後発医薬品使用割合

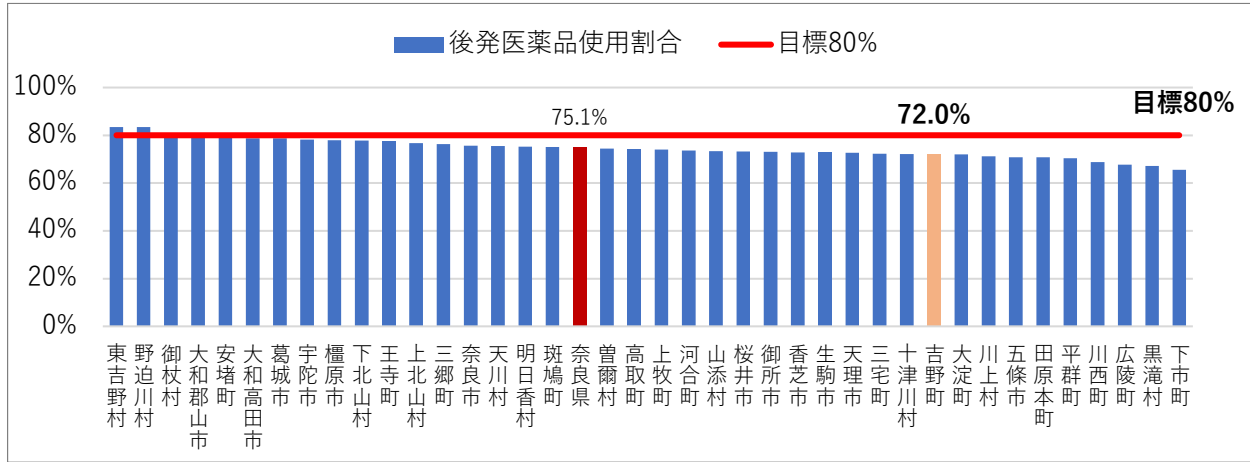
以下は、本町における後発医薬品使用割合の推移を奈良県と比較したものです。
奈良県よりも低い水準で推移しておりますが、平成30年度から順調に上昇しています。しかしながら、国が定めた目標80%には到達していません。

図表49 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50 奈良県内市町村の後発医薬品使用割合(令和4年度)



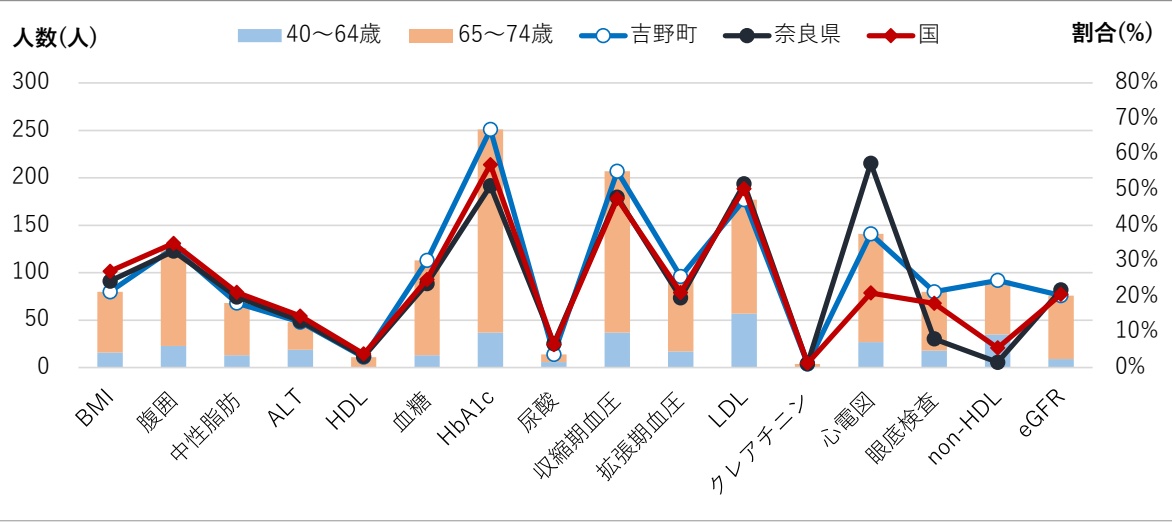
出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

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高い状況にありますが、血糖、HbA1c、収縮期血圧、拡張期血圧、眼底検査、non-HDLは国および奈良県よりも高くなっています。

図表51 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
吉野町	40～64歳	人数(人)	16	23	13	19	0	13	37	6
		割合(%)	17.0%	24.5%	13.8%	20.2%	0.0%	13.8%	39.4%	6.4%
	65～74歳	人数(人)	64	103	55	29	11	100	214	8
		割合(%)	22.8%	36.7%	19.6%	10.3%	3.9%	35.6%	76.2%	2.8%
	全体 (40～74)	人数(人)	80	126	68	48	11	113	251	14
		割合(%)	21.3%	33.6%	18.1%	12.8%	2.9%	30.1%	66.9%	3.7%
奈良県		割合(%)	24.3%	32.8%	19.9%	13.1%	3.2%	23.6%	51.1%	6.7%
国		割合(%)	27.1%	35.0%	21.1%	14.5%	3.9%	24.8%	57.1%	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
吉野町	40～64歳	人数(人)	37	17	57	0	27	18	35	9
		割合(%)	39.4%	18.1%	60.6%	0.0%	28.7%	19.1%	37.2%	9.6%
	65～74歳	人数(人)	170	79	120	4	114	62	57	67
		割合(%)	60.5%	28.1%	42.7%	1.4%	40.6%	22.1%	20.3%	23.8%
	全体 (40～74)	人数(人)	207	96	177	4	141	80	92	76
		割合(%)	55.2%	25.6%	47.2%	1.1%	37.6%	21.3%	24.5%	20.3%
奈良県		割合(%)	47.9%	19.7%	51.7%	1.1%	57.4%	8.1%	1.5%	21.8%
国		割合(%)	47.5%	21.1%	50.3%	1.3%	21.0%	18.1%	5.5%	20.6%

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_高血圧症」「服薬_糖尿病」「服薬_脂質異常症」「既往歴_貧血」等で、該当する人の割合が高くなっています。

図表52 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)		
		吉野町	奈良県	国	吉野町	奈良県	国	吉野町	奈良県	国
服薬	服薬_高血圧症	19.1%	19.6%	20.2%	47.7%	41.8%	43.7%	40.5%	35.9%	36.8%
	服薬_糖尿病	2.1%	4.6%	5.3%	12.8%	9.8%	10.4%	10.1%	8.4%	8.9%
	服薬_脂質異常症	17.0%	17.5%	16.6%	40.6%	35.3%	34.3%	34.7%	30.6%	29.1%
既往歴	既往歴_脳卒中	2.1%	1.9%	2.0%	2.5%	3.6%	3.8%	2.4%	3.1%	3.3%
	既往歴_心臓病	1.1%	2.6%	3.0%	6.0%	6.6%	6.8%	4.8%	5.5%	5.7%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	0.0%	0.6%	0.6%	1.1%	1.4%	0.9%	0.8%	1.2%	0.8%
	既往歴_貧血	25.5%	16.2%	14.2%	13.2%	9.5%	9.3%	16.3%	11.3%	10.7%
喫煙	喫煙	6.4%	15.8%	18.9%	7.8%	8.9%	10.2%	7.5%	10.7%	12.7%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	26.7%	36.6%	37.8%	35.6%	32.5%	33.2%	33.3%	33.6%	34.6%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	74.4%	68.6%	68.8%	56.9%	53.1%	55.4%	61.3%	57.2%	59.3%
	1日1時間以上運動なし	45.6%	50.0%	49.3%	44.9%	46.1%	46.7%	45.1%	47.1%	47.5%
	歩行速度遅い	46.7%	53.6%	53.0%	45.3%	47.9%	49.4%	45.6%	49.4%	50.4%
食事	食べる速度が速い	35.6%	32.5%	30.7%	29.6%	26.0%	24.6%	31.1%	27.7%	26.4%
	食べる速度が普通	58.9%	59.5%	61.1%	62.5%	66.3%	67.6%	61.6%	64.5%	65.7%
	食べる速度が遅い	5.6%	8.0%	8.2%	7.9%	7.7%	7.8%	7.3%	7.7%	7.9%
	週3回以上就寝前夕食	14.4%	18.5%	21.1%	12.4%	9.5%	12.1%	12.9%	11.9%	14.7%
	週3回以上朝食を抜く	11.1%	15.8%	19.0%	2.2%	4.3%	5.9%	4.5%	7.4%	9.7%
飲酒	毎日飲酒	22.3%	22.3%	24.3%	24.6%	24.0%	24.7%	24.1%	23.6%	24.6%
	時々飲酒	25.5%	23.3%	25.3%	17.9%	20.2%	21.1%	19.8%	21.0%	22.3%
	飲まない	52.1%	54.3%	50.4%	57.5%	55.8%	54.2%	56.1%	55.4%	53.1%
	1日飲酒量(1合未満)	78.3%	70.9%	60.9%	78.9%	75.2%	67.6%	78.8%	74.0%	65.6%
	1日飲酒量(1～2合)	14.5%	17.3%	23.1%	14.2%	18.2%	23.1%	14.2%	18.0%	23.1%
	1日飲酒量(2～3合)	2.4%	8.3%	11.2%	5.7%	5.6%	7.8%	4.8%	6.3%	8.8%
	1日飲酒量(3合以上)	4.8%	3.4%	4.8%	1.2%	1.1%	1.5%	2.1%	1.7%	2.5%
睡眠	睡眠不足	23.3%	29.3%	28.4%	26.0%	24.0%	23.4%	25.4%	25.4%	24.9%
生活習慣改善意欲	改善意欲なし	26.7%	22.7%	23.0%	29.2%	27.5%	29.3%	28.6%	26.2%	27.5%
	改善意欲あり	37.8%	36.5%	32.9%	31.8%	29.8%	26.0%	33.3%	31.6%	28.0%
	改善意欲ありかつ始めている	15.6%	14.8%	16.4%	14.2%	11.7%	13.0%	14.6%	12.5%	14.0%
	取り組み済み6ヶ月未満	8.9%	10.0%	10.0%	6.4%	8.8%	8.6%	7.0%	9.2%	9.0%
	取り組み済み6ヶ月以上	11.1%	16.0%	17.8%	18.4%	22.2%	23.2%	16.5%	20.6%	21.6%
	保健指導利用しない	63.4%	58.7%	62.4%	65.1%	58.6%	62.9%	64.7%	58.6%	62.7%
咀嚼	咀嚼_何でも	86.7%	84.3%	83.8%	77.5%	77.3%	77.1%	79.8%	79.1%	79.0%
	咀嚼_かみにくい	13.3%	15.1%	15.4%	21.7%	22.1%	22.1%	19.6%	20.2%	20.2%
	咀嚼_ほとんどかめない	0.0%	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	37.8%	29.8%	23.8%	33.7%	27.9%	20.8%	34.7%	28.4%	21.7%
	3食以外間食_時々	47.8%	52.8%	55.3%	50.9%	55.2%	58.4%	50.1%	54.6%	57.5%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	14.4%	17.4%	20.9%	15.4%	16.9%	20.8%	15.1%	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」

Ⅱ. 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5つの課題です。

課題1：生活習慣病予防行動をとる者の数が少ない

課題とする理由	・ 特定健康診査の受診率が低いことにより、生活習慣病の早期発見の機会や保健指導に繋げる対象が少ない。 ・ 特定保健指導実施率が低く、生活習慣病予防につながっていない。 ・ メタボ該当者や予備群が多く、Ⅱ度高血圧以上に該当する者を放置することで生活習慣病につながる恐れが高い。 ・ 2期計画でも対策を行っていたが、目標到達には至らず、今期計画でも重点的に取り組む必要がある。
根拠となるデータ	・ 特定健康診査受診率 ・ 特定保健指導利用率 ・ メタボリックシンドローム該当者割合 ・ メタボリックシンドローム予備群の割合
取組の方向性	・ 特定健康診査、特定保健指導の実施率を向上させる対策を実施する。

課題2：生活習慣病に関連した医療費の増加

課題とする理由	・ 医療費が高い疾患上位に糖尿病や高血圧、脂質異常症が入っており、3疾病で9千200万(12.5%)を占めている。また、当該3疾病が重症化すると脳血管疾患や循環器疾患の発症リスクが高まり、医療費が増加する可能性がある。 ・ 人工透析患者の割合が、県平均より多い。人工透析導入の原因となる可能性のある糖尿病や、高血圧患者が多い。
根拠となるデータ	・ 疾病分類別医療費 ・ 生活習慣病等疾病別医療費
取組の方向性	・ 特定健診等の受診により生活習慣病の早期発見、特定保健指導の実施、受診勧奨を実施。また、生活習慣病予防の重要性について啓発する。 ・ 糖尿病重症化予防対策などを実施し、生活習慣病の重症化を予防する。

課題３：がんによる死亡率が高い	
課題とする理由	がん関連の医療費の占める割合が高い。
根拠となるデータ	・ 標準化死亡比
取組の方向性	・ がん罹患者を早期発見治療につなげる。

課題４：ジェネリック医薬品の使用割合が低い	
課題とする理由	・ ジェネリック医薬品の使用による、医療費の適正化を図る。
根拠となるデータ	・ 後発医薬品使用割合
取組の方向性	・ 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の送付等を行う。

課題５：高齢化率が高い	
課題とする理由	・ 要介護認定者数が増加している。 ・ フレイル患者が今後増加する可能性がある。
根拠となるデータ	・ 年齢階層別の国保被保険者分布および高齢化率の推移 ・ 要介護認定者割合 ・ フレイル患者数
取組の方向性	・ 高齢者と保健事業と介護予防の一体的実施事業にて、フレイル予防を行う。

2. 目的・目標

設定した5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)	平均自立期間の延伸
②医療費適正化	被保険者一人当たりの 医科医療費・歯科医療費	一人当たり医療費の維持・減少

【目標(上記の目的を達成するために取り組むこと)】

目 標	指 標	目標値	主な個別保健事業
メタボリックシンドローム該当者および予備群該当者を早期発見し、該当人数を減少させる	特定健康診査受診率	60%	特定健診未受診者対策事業
	特定保健指導実施率	60%	特定保健指導未実施者対策事業
	メタボリックシンドローム該当者・予備群該当者割合	減少	
がん罹患者を早期発見し早期治療につなげる	3がん検診受診率	50%	がん検診受診率向上事業
適正服薬・後発医薬品利用を促進させる	後発薬品使用割合	76.5%	後発薬品使用促進事業
生活習慣病患者の重症化を予防する	HbA1c8.0%以上の割合	減少	糖尿病性腎症重症化予防事業
	受診勧奨者の医療機関受診率	増加	生活習慣病重症化予防事業
	健診受診者のうち未治療者割合 (※血圧160/100mmHg以上、 HbA1c7.0%以上、LDL180mg/dℓ以上、 中性脂肪500mg/dℓ以上、 eGFR45未満)	減少	
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を推進させる	要介護認定者率	35.5%	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
	長寿健診受診率	23.4%	

Ⅲ. 個別保健事業

1. 特定健診受診率向上事業

目的	健康意識の向上と特定健診等の受診率向上を図るため					
内容	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><tr><td>対 象</td><td>43～74歳で過去の受診歴から国保事務支援センターが定める対象</td></tr><tr><td>実施時期 内 容</td><td>5月 対象者へ勧奨ハガキを送付 9月、1月 再勧奨のハガキを送付</td></tr></table>			対 象	43～74歳で過去の受診歴から国保事務支援センターが定める対象	実施時期 内 容
対 象	43～74歳で過去の受診歴から国保事務支援センターが定める対象					
実施時期 内 容	5月 対象者へ勧奨ハガキを送付 9月、1月 再勧奨のハガキを送付					
内容	2.本町独自事業					
	・未受診者への受診勧奨を実施。 特定健診未受診理由に応じた対策として、情報提供対象者に情報提供を依頼、提出いただいた方へ、町商業協同組合発行の1,000円分商品券を贈呈する。 ・若年者健診事業 国民健康保険加入の30歳代の方へ、個別に集団健診および人間ドックの受診勧奨を行う。					
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%			
	アウトプット	受診勧奨送付率	100%			
		休日集団健診の実施回数	年8回			
	プロセス・ストラクチャー	・予算、人員、体制は適切であったか。 ・特定健康診査の実施方法、回数、場所、内容は適切であったか。 ・医師会・集団健診実施機関との打合せ会議を年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。 ・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/節目年齢者の受診率 休日集団健診の受診者数/40歳未満者の受診率				

2. 特定保健指導未実施者対策事業

目的	特定保健指導実施率の向上を図るため		
内容	特定保健指導の未実施者・前年度の保健指導対象者等へ、健診当日に声かけをし、事後指導対象となった場合の動機付け強化を行う。 対象者へ結果通知に案内チラシを送付し、その後利用がなければ電話にて利用勧奨を実施する。 来所での特定保健指導だけでなく、対象者の希望に応じて、訪問や医療機関での特定保健指導も実施する。		
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%
		メタボリックシンドローム該当者・予備群該当者割合	減少
	アウトプット	利用勧奨実施率	100%
	プロセス・ストラクチャー	・ 予算、人員、体制は適切であったか。 ・ 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。 ・ 関係課内の連携はできたか。(上記について、関係課と一緒に検討を行う(毎年度末))	

3. がん検診受診率向上事業

目的	がんの早期発見・早期治療につなげてがんによる死亡者を減少させる		
内容	・年12回、集団健診で、特定健診と3がん検診(胃がん、大腸がん、肺がん)を衛生部局と協力し、同時に実施する。うち1回は、乳がん検診も追加して実施する。 ・国民健康保険加入の30歳以上の方で、集団健診時の胃・肺・大腸がん検診自己負担金を全額助成する。 ・若年者健診および特定健診の受診券送付時に、がん検診の受診勧奨チラシ、特定健診・若年者健診およびがん検診を同時に申し込める返信用ハガキを同封する。		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	3がん検診受診率	50%
	アウトプット	受診勧奨実施率	100%
		特定健診と3がん検診の同時実施回数	12回
	プロセス・ストラクチャー	・予算、人員、体制は適切であったか。 ・実施方法、回数、場所、受診勧奨の方法は適切であったか。 ・関係課内の連携はできたか。(上記について、関係課と一緒に検討を行う(毎年度末))	

4. 後発医薬品使用促進事業

目的	国は、後発医薬品使用割合の目標を80%と掲げている。本町では72.0%であり、目標には到達できていない状況である。目標達成に向けて、後発医薬品の使用促進にかかる啓発、後発医薬品差額通知書の送付等を実施することで、後発医薬品の利用を促進し、利用率を高めることを目的とする。		
内容	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)		
	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 通知対象年齢：18歳以上 通知対象医薬品：すべて(注射薬を除く)	
	(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)		
	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	
	(3)啓発物品の配布(啓発品、後発医薬品希望シール等)		
	対 象	国保被保険者世帯	
	実施時期 内 容	啓発品：後発医薬品促進に関するもの。12月頃に各市町村に納品 希望シール：お薬手帳等に後発医薬品を希望するシールを貼付するもの。 12月頃に各市町村に納品	
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	後発医薬品使用割合	76.5%
	アウトプット	差額通知率	全世帯・100%
		後発医薬品希望シール配布率	全世帯・100%
	プロセス・ストラクチャー	・ 予算、人員、体制は適切であったか。 ・ 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)	

5. 糖尿病性腎症重症化予防事業

目的	国および奈良県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、糖尿病性腎症の重症化リスクの高い者に対して医療機関への受診勧奨や保健指導等を行うことで、人工透析や関連疾病発症予防につなげ、対象者のQOLの維持・向上をはかる。		
内容	1.国保連合会との共同保健事業		
	(1)受診勧奨事業		
	対 象	①過去に糖尿病受診歴があるが、半年間受診中断している対象 ②特定健康診査でHbA1c値が7%以上でかつ糖尿病未治療の対象	
	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に含んで実施)	
内容	(2)保健指導事業		
	対 象	国保事務支援センターが定める対象(糖尿病治療中で、かつ前年度特定健診受診結果から糖尿病性腎症重症化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ヶ月間の保健指導 ・面談3回、電話支援4回、医師への報告書送付3回	
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	HbA1c8.0%以上の割合	0.48%以下
	アウトプット	受診勧奨実施率	100%
		保健指導完了率	80%
	プロセス・ストラクチャー	・予算、人員、体制は適切であったか。 ・対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。 ・評価方法は適切であったか(保健指導参加者の翌年度に検査値の把握方法、時期)	

6. 生活習慣病重症化予防事業

目的	高血圧、脂質異常等の生活習慣病の放置は、脳血管疾患や循環器疾患などを発症する可能性が高い。特定健診結果でそのリスクが高く、かつ未治療の対象者へ受診勧奨を行うことで、治療に結び付け、重症化を予防する。 また、口腔機能の低下は生活習慣病のリスクが高まることが指摘されており、平成30年度から特定健康診査の標準的な質問票に歯科口腔に関する項目が追加された。口腔機能に問題があることが想定される者へ受診勧奨を行うことで、早期発見・治療につなげ、口腔機能を維持・向上させることで、生活習慣病のリスクを低減させる。								
内容	1. レッドカード事業(国保連合会との共同保健事業として実施) <table><tr><td>対象</td><td colspan="2">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(生活習慣病の未受診者)を抽出し、受診勧奨カードと受診勧奨通知書を対象者に送付する 【高血圧・高血糖・高コレステロール・高中性脂肪・慢性腎臓病・口腔機能】</td></tr><tr><td>実施時期 内容</td><td colspan="2">①受診勧奨 毎月 対象者選定し受診勧奨通知を送付 ②再勧奨 年度末 勧奨者でなお未受診の対象に再勧奨通知の送付</td></tr></table>			対象	特定健康診査の結果から各検査値の勧奨基準に該当しかつ該当の治療歴がないもの(生活習慣病の未受診者)を抽出し、受診勧奨カードと受診勧奨通知書を対象者に送付する 【高血圧・高血糖・高コレステロール・高中性脂肪・慢性腎臓病・口腔機能】		実施時期 内容	①受診勧奨 毎月 対象者選定し受診勧奨通知を送付 ②再勧奨 年度末 勧奨者でなお未受診の対象に再勧奨通知の送付	
対象	特定健康診査の結果から各検査値の勧奨基準に該当しかつ該当の治療歴がないもの(生活習慣病の未受診者)を抽出し、受診勧奨カードと受診勧奨通知書を対象者に送付する 【高血圧・高血糖・高コレステロール・高中性脂肪・慢性腎臓病・口腔機能】								
実施時期 内容	①受診勧奨 毎月 対象者選定し受診勧奨通知を送付 ②再勧奨 年度末 勧奨者でなお未受診の対象に再勧奨通知の送付								
評価指標	区分	指標	目標値						
	アウトカム	勧奨者の医療機関受診者割合	20%						
		健診受診者のうち未治療者割合 (※血圧160/100mmHg以上、HbA1c7.0%以上、LDL180mg/dℓ以上、中性脂肪500mg/dℓ以上、eGFR45未満)	5%						
	アウトプット	受診勧奨実施率	100%						
	プロセス・ストラクチャー	・予算、人員、体制は適切であったか。 ・対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。 ・評価方法は適切であったか(受診確認方法、時期)							

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

目的	高齢化が進む中、高齢者の要介護者の増加が問題となっている。高齢者の要介護状態やフレイルの予防を目指し、市町村において、地域包括ケアとともに保健事業と介護予防の一体的実施が推進されている。 本町においても、令和5年度から一体的実施に関する保健事業の取り組みを開始したところである。 関係課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、高齢者の健康状態を維持・改善することを目的とする。		
内容	・対象者一人につき、6ヶ月に2回訪問または来庁により、医療専門職による相談や保健指導を実施 ・医療受診状況、血液検査データ、BMI、後期高齢者の質問票により心身機能(フレイル)の状況を把握 ・必要に応じて、医療の受診勧奨や栄養指導等を実施 ・各通いの場を医療専門職が年間2回訪問し、後期質問票および基本チェックリストを利用して健康状態を把握し、身体的フレイル、口腔フレイル、低栄養、社会的フレイルについて健康教育および個別相談を実施。		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	長寿健診受診率	23.4%
	アウトプット	保健指導実施	5名/年
		通いの場の数	20か所
	プロセス・ストラクチャー	・人員(専門職の確保)、予算、体制 ・事業の内容は適切であったか (年1回参加者の意見をアンケートで確認、担当者間で協議) ・他部門(介護担当課)との連携・役割分担は適切であったか (4、9、3月に連携会議を実施し、高齢者について協議する) ・広域連合、外部関係機関(医師会・歯科医師会等)との連携(年1回打合せ実施)	

IV. その他

1. 計画の評価・見直し

1.1.計画の評価および見直し

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被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はなく、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

庁内各部門およ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。

第三部

第4期特定健康診査等実施計画

1. 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、保険者による健診およ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、被保険者および被扶養者に対し、生活習慣病に関する健康診査(特定健康診査)およ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、「特定健康診査およ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2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3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. 特定健康診査およ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う経過をたどることになります。

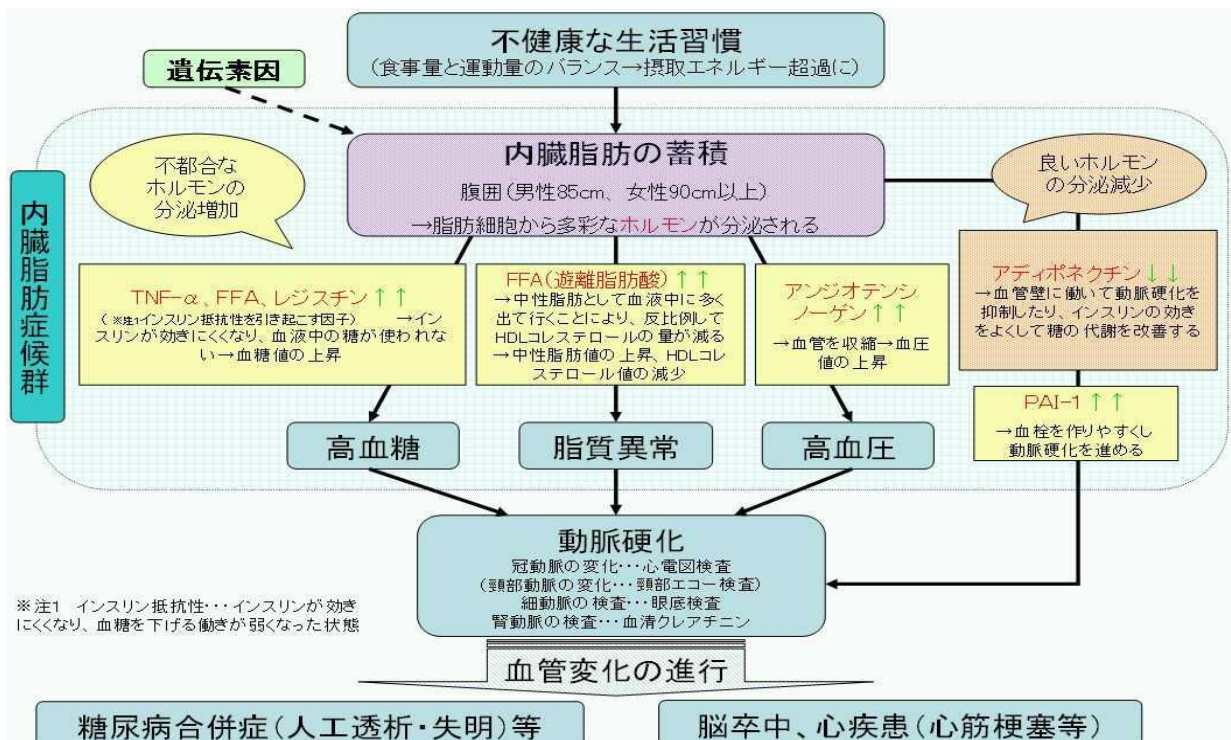
このため、生活習慣の改善による生活習慣病の発症、重症化予防の対策を進めることで患者を減らすことができれば、結果として、国民の生活の質(QOL)の維持および向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となると考えます。

3.2. メタボリおよび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、この該当者および予備群者の減少を目指す必要があります。

図表53 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第2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54 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	最新の科学的知識と、課題抽出のための分析 → 行動変容を促す手法	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およ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

1.1. 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55 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	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	60%
特定保健指導実施率	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	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および予備群の減少率(特定保健指導対象者の減少率)を25%以上減少とします。

1.2. 実施率目標に対する実施者見込数等

図表56 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)	497	505	495	499	509	504
	実施者数(人)	148	180	204	233	267	292
	実施率(%)	29.8%	35.6%	41.2%	46.7%	52.5%	57.9%
65～74歳	対象者数(人)	757	655	579	531	476	459
	実施者数(人)	291	284	279	282	275	286
	実施率(%)	38.4%	43.4%	48.2%	53.1%	57.8%	62.3%
総計	対象者数(人)	1,254	1,160	1,074	1,030	985	963
	実施者数(人)	439	464	483	515	542	578
	実施率(%)	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%

図表57 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	4	3	5	6	7	8
	実施者数(人)	40～64歳	1	1	3	4	3	5
動機付け 支援	対象者数(人)	40～64歳	10	14	17	19	23	28
		65～74歳	14	14	13	14	14	15
	実施者数(人)	40～64歳	0	1	3	5	10	14
		65～74歳	10	10	10	11	11	12

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、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者を除く者が対象者です。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58 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		積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で BMI ≧ 25	3つ該当		積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当			

(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

(空腹時血糖および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。

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. 実施方法、実施時期、実施場所

○集団健診

実施方法…外部委託により実施

実施時期…6月～12月

実施場所…吉野町保健センター、吉野運動公園、南国栖自治会館、
宮滝河川交流センター

○個別健診

実施方法…特定健康診査等委託契約(集合契約)において医療機関に委託

実施時期…5月～翌年3月

実施場所…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

1.1.2. 周知方法

対象者に、特定健康診査受診券と受診案内を個別に発送する。また、広報誌やCATVで周知を図る。

1.1.3. 自己負担の有無

無

1.1.4. 健診結果の返却方法

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助言等を情報提供し、継続的な健診受診につなげます。

1.1.5. 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。

1.1.6. 事業主健診等のデータ収集方法

商工会の協力のもと、事業主から事業主健診の結果データを受領します(一部健診機関からの直接送付もあります)。また、受診者本人に対して、データ提供依頼の通知を行うことでデータを受領します。

1.1.7. 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、人間ドックの実施を特定健康診査の実施に代えることとします。
- ・特定健康診査対象外の被保険者に対する健診として、生活習慣病予防について早期からの意識付けを行うため、30～39歳の者に対して健康診査を実施します。実施内容は特定健康診査と同内容とします。

1.2. 実施項目等

特定健康診査の実施項目は、以下のとおりです。

対象者全員に実施する「基本的な項目」に加え、医師が必要と判断した場合に「詳細な健診項目」を実施し、吉野町内特定健診取扱医療機関で受診した場合は「町独自の健診項目」も実施します。

■基本的な健診の項目(全員に実施)

項目	備考
既往歴の調査	服薬歴および喫煙習慣の状況に係る調査(質問票)を含む
自覚症状および他覚症状の有無の検査	理学的検査(身体診察)
身長、体重および腹囲の検査	腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準(BMIが20未満の者、もしくはBMIが22kg/m ² 未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した者)に基づき、医師が必要でないと認める時は、省略可 腹囲の測定に代えて、内臓脂肪面積の測定でも可
BMIの測定	$BMI = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)}^2$ の2乗
血圧の測定	
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)
血中脂質検査	空腹時中性脂肪(血清トリグリセライド)の量、やむを得ない場合は随時中性脂肪の量 高比重リポ蛋白コレステロール(HDLコレステロール)の量 低比重リポ蛋白コレステロール(LDLコレステロール)の量 空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合、LDLコレステロールに代えて、Non-HDLコレステロールの測定でも可
血糖検査	空腹時血糖又はヘモグロビンA1c(HbA1c)、やむを得ない場合は随時血糖
尿検査	尿中の糖および蛋白の有無

■詳細な健診の項目(医師が必要と判断した場合に実施)

追加項目	実施できる条件(基準)				
貧血検査(ヘマトクリット値、血色素量および赤血球数の測定)	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者				
心電図検査(12誘導心電図) 注1)	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上の者又は問診等で不整脈が疑われる者				
眼底検査 注2)	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 <table border="1"> <tr> <td>血圧</td><td>収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上</td></tr> <tr> <td>血糖</td><td>空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dl以上</td></tr> </table> ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果の確認ができない場合、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。	血圧	収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上	血糖	空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dl以上
血圧	収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上				
血糖	空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dl以上				
血清クレアチニン検査(eGFRによる腎機能の評価を含む)	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 <table border="1"> <tr> <td>血圧</td><td>収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上</td></tr> <tr> <td>血糖</td><td>空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上又は随時血糖値が100mg/dl以上</td></tr> </table>	血圧	収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上	血糖	空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上又は随時血糖値が100mg/dl以上
血圧	収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上				
血糖	空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上又は随時血糖値が100mg/dl以上				

注1) 心電図検査は、基準に基づき医師が必要と認める者であって特定健康診査当日に心電図検査を実施した場合、詳細な健診の項目として実施したこととします。

注2) 眼底検査は、基準に基づき医師が必要と認める者であって特定健康診査当日から1ヶ月以内に眼底検査を実施した場合、詳細な健診の項目として実施したこととします。

■町独自の健診項目

項目	備考
尿検査	尿潜血

2. 特定保健指導

2.1. 基本事項

2.1.1. 実施方法、実施時期、実施場所

特定健康診査の結果に基づき階層化したうえ、委託契約を結んだ医療機関および保健センターにおいて実施します。初回面接(分割実施をする場合もあります)は7月から随時実施し、一部の対象者を除いて3ヶ月後に評価を行います。なお、初回面接は、健診受診年度の翌6月を期限とします。

○集団健診

実施時期…通年

実施場所…委託契約を結んだ医療機関および吉野町保健センター

○個別健診

実施時期…随時

実施場所…委託契約を結んだ医療機関および吉野町保健センター

2.1.2. 案内方法

対象者に対して、特定保健指導利用券を発送する。

2.1.3. 自己負担の有無

無

2.1.4. 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、医師、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、その実践を医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。

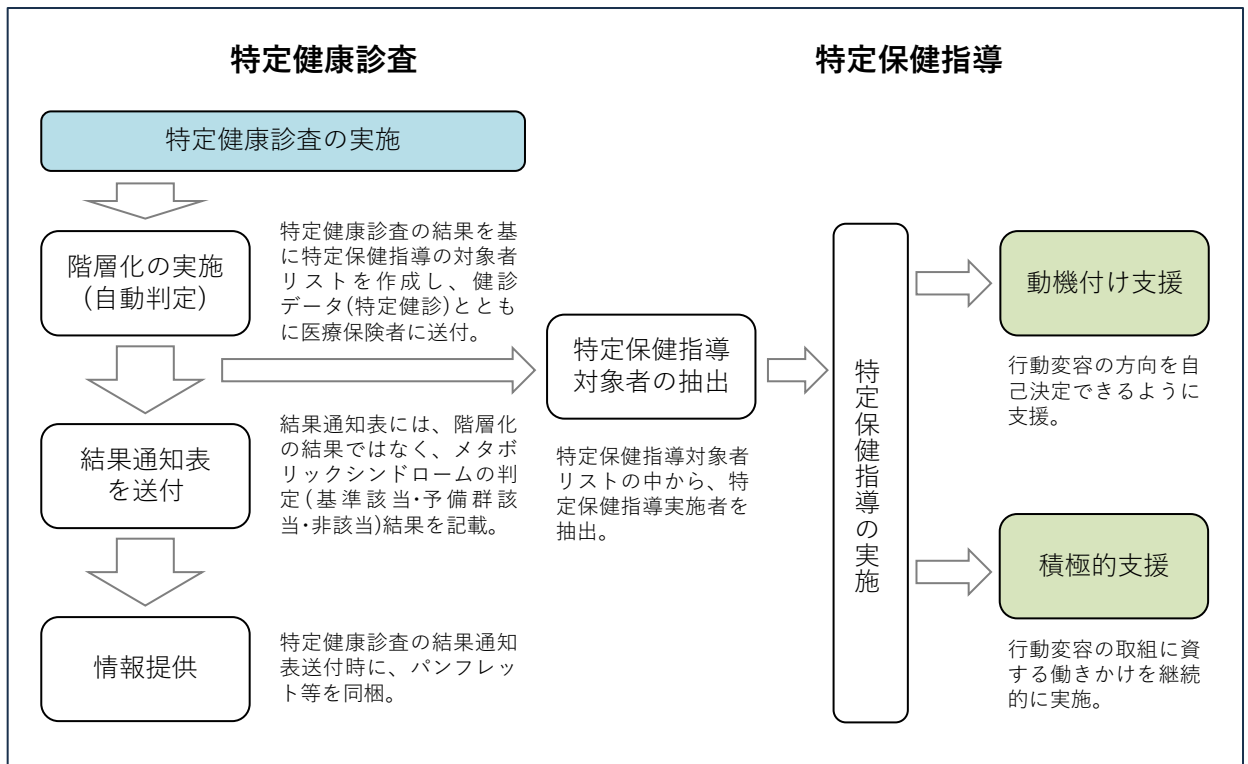
■動機付け支援

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づき、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ヶ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およ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およ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ヶ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ヶ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て行う。	
実績評価	○3ヶ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	
	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	
	・ 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59 特定健康診査から特定保健指導への流れ



3. 特定保健指導対象者の重点化

特定健康診査の結果、特定保健指導の対象者が多い場合は、生活習慣の改善により予防効果が大きく期待できる者に対して重点的に特定保健指導を行うため、次の対象者を優先して実施する。

- 年齢が比較的若い対象者
- 健診結果が前年度と比較して悪化し、より緻密な保健指導が必要になった対象者
- 質問項目の回答により、生活習慣改善の必要性が高いと認められる対象者
- これまでに積極的支援および動機づけ支援の対象者であったにもかかわらず保健指導を受けなかった対象者

4. 代行機関について

特定健康診査等の費用の支払およ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。

5. 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。

	特定健康診査		特定保健指導	
	個別健診	集団健診	動機付け支援	積極的支援
前年度業務	健診対象者の抽出 健診機関との契約			
4月	特定健康診査開始 ↓ 広報による周知		特定保健指導の実施(前年度分) ↓ 保健指導機関との契約	
5月	受診券送付			
6月	健診結果の送付			
7月		集団健診の実施(12回)	利用券の送付、保健指導の実施(現年度分)	
8月				
9月				
10月				
11月		未受診者勧奨の実施		未利用者勧奨の実施
12月	<前年度の健診受診・保健指導の状況についての評価・翌年度の予算要求>			
1月				
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、本町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、個人情報保護関係法令、関係ガイドラインに基づくほか、本町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、すみやかに本町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、本町広報誌、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ありませんが、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、本町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。また、外部委託を積極的に取り入れ、実施体制を確保します。
- 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、積極的な受診およ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。
- 住民自らが、特定健康診査等の重要性について理解し、受診を呼びかけることができるよう、新たな健康ボランティアを養成し、連携します。
- 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。

**吉野町国民健康保険
第3期データヘルス計画及び
第4期特定健診等実施計画**

令和6(2024)年3月

発 行 吉野町

編 集 町民税務課
〒639-3192
奈良県吉野郡吉野町大字上市80番地の1
TEL：0746-32-3081
FAX：0746-32-8855
URL：http://www.town.yoshino.nara.jp/