

香芝市国民健康保険
第3期データヘルス計画
第4期特定健康診査等実施計画

《計画期間:令和6年度~令和11年度》



令和6年3月
香芝市国民健康保険

目次

第1章	計画の基本的事項	1
1.	計画の趣旨.....	1
2.	計画の位置付け.....	2
3.	計画の期間.....	3
4.	計画の実施体制・関係者連携等.....	4
第2章	被保険者を取り巻く現状の整理	5
1.	本市に関する状況.....	5
	(1) 人口の推移.....	5
	(2) 平均寿命と健康寿命(平均自立期間).....	7
	(3) 死因と死亡比.....	8
2.	香芝市国民健康保険被保険者の状況.....	10
3.	香芝市介護保険の状況.....	11
第3章	第2期データヘルス計画及び第3期特定健康診査等実施計画の振り返り	12
1.	計画全体の評価.....	13
2.	個別保健事業の評価.....	14
	(1) 特定健康診査実施率向上対策事業.....	14
	(2) 特定保健指導実施率向上対策事業.....	16
	(3) 要治療者の治療率向上及び重症化予防事業.....	18
	(4) 後発医薬品(ジェネリック医薬品)利用促進事業.....	20
	(5) 重複多剤投薬指導事業.....	21
	(6) 地域における健康教育及び健康づくり推進ボランティア育成事業.....	22
第4章	健康・医療情報等の分析と課題	24
1.	分析に基づく健康課題の抽出.....	24
2.	医療費の分析.....	25
	(1) 医療費全体の状況.....	25
	(2) 疾病別医療費の状況.....	26
	(3) その他の医療費の状況.....	31
3.	特定健康診査・特定保健指導の分析.....	32
	(1) 特定健康診査の状況.....	32
	(2) 特定保健指導の状況.....	35
	(3) 特定健康診査結果の状況.....	37
4.	レセプト・健診結果等を組み合わせた分析.....	41
5.	介護費関係の分析.....	42
6.	データ分析の結果に基づく健康課題の整理.....	43
第5章	第3期データヘルス計画の目的と目標	45
1.	計画全体の目的.....	45
2.	健康課題を解決するための個別の保健事業.....	47

(1) 特定健康診査実施率向上対策事業.....	48
(2) 特定保健指導実施率向上対策事業.....	50
(3) 生活習慣病重症化予防事業.....	51
(4) 糖尿病性腎症重症化予防事業.....	53
(5) 適正受診・適正服薬促進事業（重複多剤・併用禁忌投薬対策事業）	54
(6) ジェネリック医薬品使用促進事業.....	55
(7) がん検診受診率向上対策事業.....	56
(8) 地域包括ケアに係る取り組みに関する事業（高齢者の保健事業と介護予防の一体的 実施）	57
第6章 第4期特定健康診査等実施計画.....	58
(1) 達成しようとする目標.....	58
(2) 特定健康診査等の対象者.....	59
(3) 特定健康診査の実施方法.....	60
(4) 特定保健指導の実施方法.....	62
第7章 計画の推進.....	65
1. 計画の評価・見直し	65
2. 計画の公表・周知.....	65
3. 個人情報の取り扱い	65

第1章 計画の基本的事項

1. 計画の趣旨

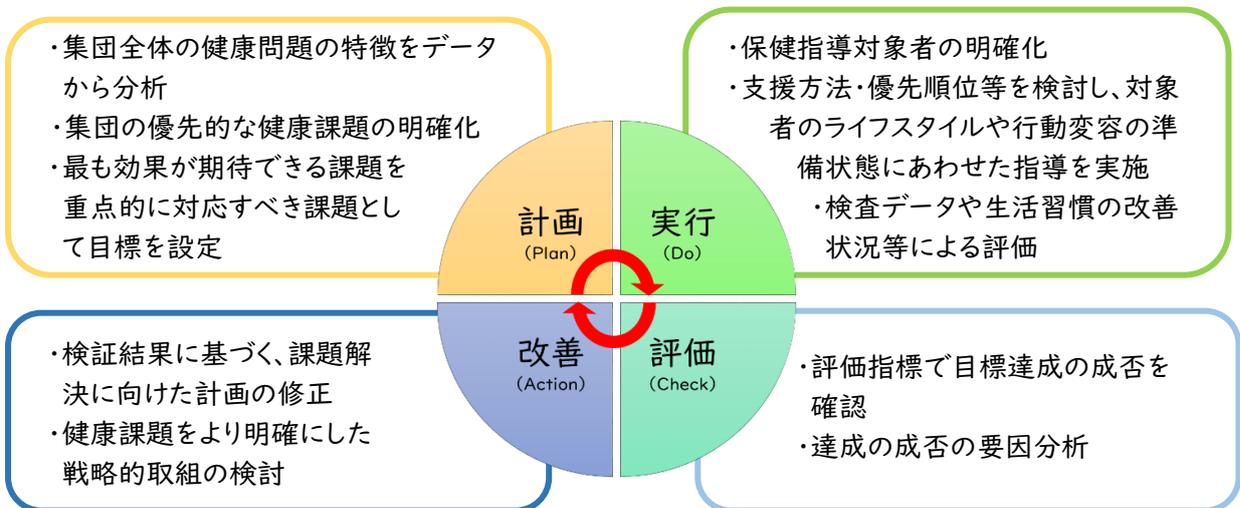
生活環境の変化等に伴い、生活習慣病の患者数が増え、医療費に占める生活習慣病の割合も増加傾向にあります。生活習慣病は、食事や運動等の生活習慣を改善することにより発症や重症化を予防できることから、その対策が重要視されています。

こうした中で、平成20年4月から「高齢者の医療の確保に関する法律」により、保険者は40歳から74歳の被保険者を対象に、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した特定健康診査やその健診結果を踏まえて生活習慣を見直すための特定保健指導を実施することとされました。また、平成26年3月に改正された「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」において、保険者は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定し、保健事業の実施・評価・改善等を行うこととされました。

香芝市国民健康保険（以下、「国保」という。）では、平成20年3月に「香芝市特定健康診査等実施計画」（以下、「特定健康診査等実施計画」という。）を策定し、特定健康診査の実施率の向上に向けた受診勧奨や啓発等を行ってきました。また、平成28年3月からは、「香芝市国民健康保険データヘルス計画」（以下、「データヘルス計画」という。）を策定し、生活習慣病の重症化予防等の取組などの保健事業を実施してきました。

この度、「第2期データヘルス計画」及び「第3期特定健康診査等実施計画」（平成30年度～令和5年度）の終了に伴い、新たに「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」を策定いたします。

図表1. 保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル



参考：厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」

2. 計画の位置付け

データヘルス計画は、国民健康保険法第82条第4項の規定に基づき厚生労働大臣が定める「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」により、特定健康診査等の結果、レセプトデータ等の健康・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計画として策定します。

特定健康診査等実施計画は、保健事業の中核をなす特定健康診査及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、データヘルス計画と一体的に策定することとします。ただし、データヘルス計画の対象者は、被保険者全員とします。

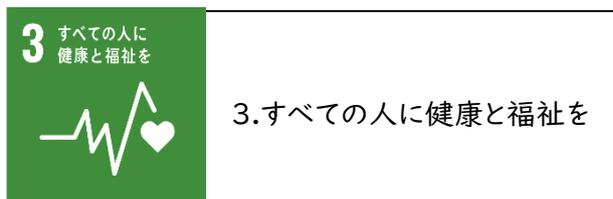
なお、両計画は、健康増進法に基づく基本方針を踏まえるとともに、下記の関連する計画と整合性や調和を図るため、各計画とデータヘルス計画との関連事項・関連目標を確認して策定作業を進めました。今後は、各計画の推進状況を把握しながら推進していきます。

計画名	計画期間
奈良県医療費適正化計画	令和6年度～令和11年度
奈良県後期高齢者医療広域連合保健事業実施計画 (データヘルス計画)	令和6年度～令和11年度
香芝市総合計画	令和3年度～令和14年度
健康かしば21 改訂版 (香芝市健康増進計画及び香芝市食育推進計画)	令和4年度～令和6年度
香芝市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画	令和6年度～令和8年度

データヘルス計画、特定健康診査等実施計画と健康かしば21の位置関係は、以下のとおりです。

	データヘルス計画	特定健康診査等実施計画	健康かしば21
根拠法	国民健康保険法 第82条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	健康増進法 第8条、第9条
対象期間	令和6～11年度(第3期)	令和6～11年度(第4期)	令和4年度～令和6年度
対象者	国保被保険者	国保被保険者(40～74歳)	香芝市民
共通の考え方	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ともに医療費適正化を通して社会保障制度の維持を目指す。		
主な特徴	特定健康診査や電子レセプト等の医療情報の積極的な活用を求めている。	医療保険者別に特定健康診査の実施率及び特定保健指導の実施率の目標値を設定している。	ライフステージごとのめざす姿の実現へ向けて健康づくり支援を実施する。 (壮年期・高齢期が特定健康診査に関連する)

また、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は、SDGsの17の目標のうち、次の目標達成に寄与するものです。



3. 計画の期間

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の計画期間は、国の基本的な考え方に基づき、奈良県医療費適正化計画との整合性を図るため、奈良県医療費適正化計画の次期計画期間である令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

4. 計画の実施体制・関係者連携等

本計画を策定、推進する上で、以下のように連携を図ります。

(1) 本市関係部局との連携

国保における健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、国民健康保険事業を担う国保医療課と保健事業を担う保健センターとが連携し、高齢者福祉部門等庁内関係部局の協力を得て実施します。

(2) 関係機関との連携

平成30年度に見直された国民健康保険制度により、都道府県が財政運営の責任主体を担う共同保険者となっていることから、奈良県には計画の方向性に関する情報提供や支援を求めます。

奈良県国保連合会や中和保健所から、現状分析や計画策定及び評価に関する支援を受けます。

市医師会、市歯科医師会、市薬剤師会等の保健医療関係者等と、連携強化に努めます。

(3) 外部有識者等の活用

医師会等の外部有識者や被保険者が議論に参画できる協議の場として、国民健康保険運営協議会等を活用し、外部有識者からの支援体制を強化します。また、被保険者自身が当事者意識を持って主体的・積極的に取り組める体制づくりを整備しながら事業を運営します。

計画策定・評価にあたっては関係部署等で構成する協議の場において検討を行い、必要に応じて有識者等の意見を求めます。

(4) 地域包括ケアに係る取組

今後、国保被保険者の高齢化や後期高齢者へ移行する被保険者が多くなることが見込まれていることから、国保被保険者へのより一層の保健事業の強化及び後期高齢者医療へ移行後も継続した保健事業を提供できるよう、保健事業と介護予防の一体的な実施に力を入れるとともに、地域包括ケアシステム推進に関わる関連課と連携を図りながら、高齢者の健康維持、フレイル予防に取り組みます。

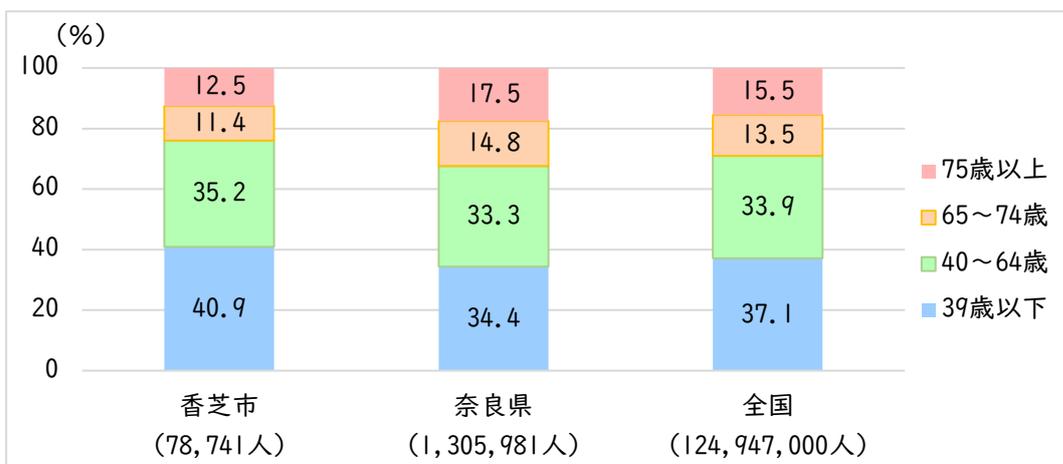
第2章 被保険者を取り巻く現状の整理

1. 本市に関する状況

(1) 人口の推移

人口は78,741人(令和4年9月30日時点)で、人口に占める39歳以下の割合が40.9%と、県及び全国と比較して高くなっています。

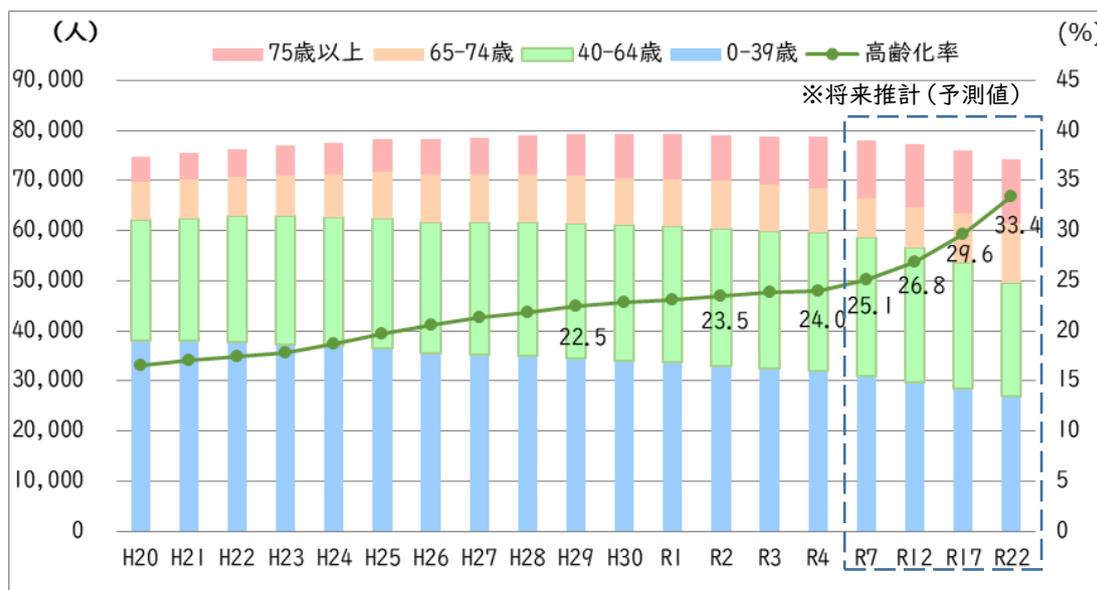
図表 2. 年齢区分別人口(令和4年10月1日現在)



出典：香芝市人口：住民基本台帳(令和4年9月30日現在)
奈良県人口：奈良県推計人口年報 第7表 市町村、男女年齢階級別人口
全国人口：総務省統計局 人口推計

少子高齢化により国内の人口減少が続く中、本市の人口も平成29年度を境にわずかに減少傾向にあります。一方、高齢者の割合は増加しており、令和4年に24.0%である高齢化率（65歳以上の割合）が令和12年には26.8%になると推計されます。医療費は年齢が上がるにつれて増加する傾向があるため、このような人口構成の変化が国保の医療費増加の大きな要因になりうると考えられます。

図表 3. 人口の推移（将来推計を含む）



出典：香芝市人口：住民基本台帳（年度末現在） 高齢化率は65歳以上の人口の割合を計算
 将来推計：日本市区町村別将来推計人口（令和5年推計）

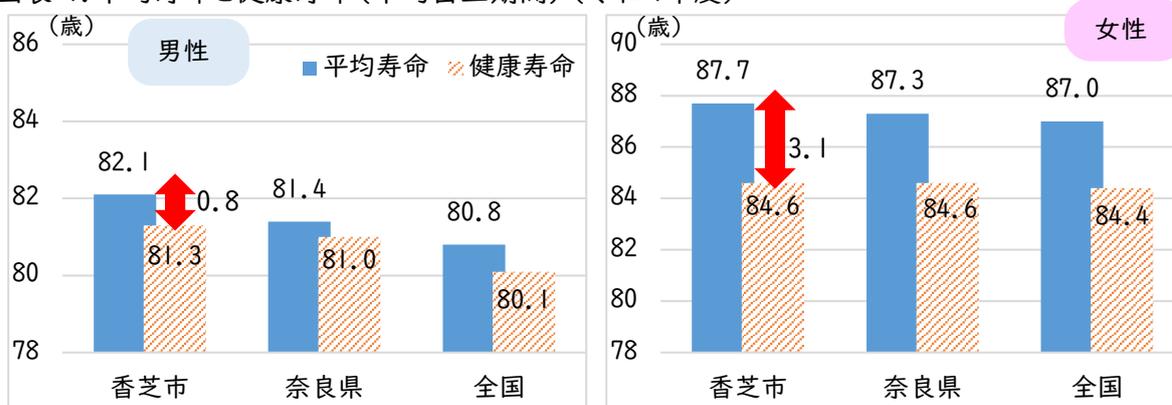
(2) 平均寿命と健康寿命(平均自立期間)

令和4年度の平均寿命は、男性82.1歳、女性87.7歳で、女性が5歳以上長くなっています。男女ともに国や県を上回っています。

健康寿命(平均自立期間)とは、日常生活動作に介護(要介護2以上)を必要とせず自立している期間のことを言いますが、令和4年度は男性81.3歳、女性84.6歳で、女性が3歳以上長くなっています。男性は国や県を上回っていますが、女性は国や県と比較して同程度です。経年推移で見ると、健康寿命は平成30年度より男女ともに0.6歳伸びています。

平均寿命と健康寿命の差は、日常生活において介護が必要な期間です。令和4年度では、女性3.1歳、男性0.8歳となり、比較すると女性が3倍以上長くなっています。また、特に女性は、国や県と比較して約0.5歳長いいため、「健康に長生き」することが今後の課題であると考えられます。

図表 4. 平均寿命と健康寿命(平均自立期間)(令和4年度)

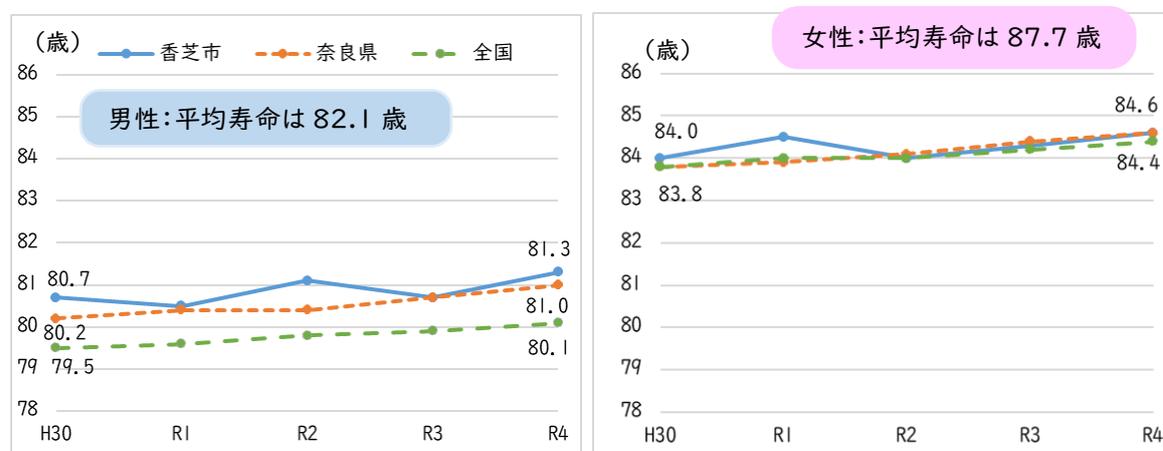


平均寿命: その年に生まれた方が、その後何年生きられるかという期待値

健康寿命: 平均自立期間(要介護2以上)を「日常生活に制限あり」とし、健康寿命の基準値として使用

出典: KDB 地域の全体像の把握

図表 5. 健康寿命(平均自立期間)の推移

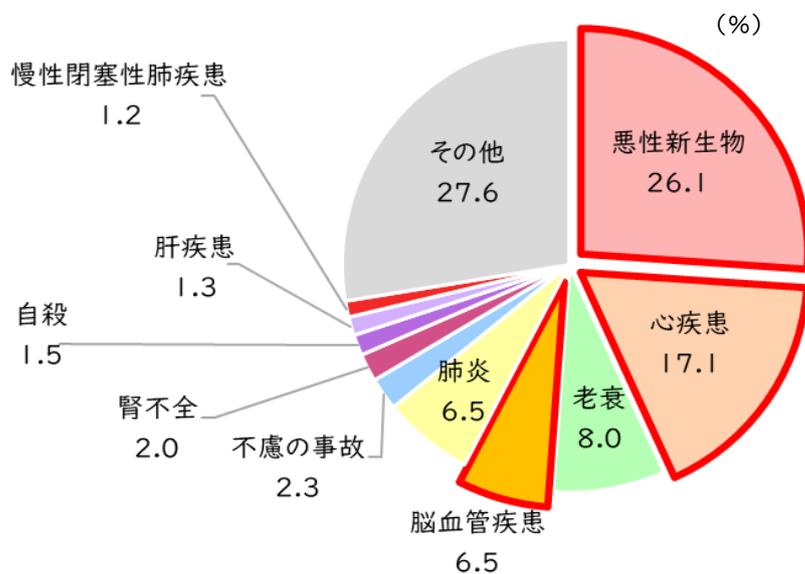


出展: KDB 地域の全体像の把握

(3) 死因と死亡比

令和3年度の死因を見ると、悪性新生物が26.1%で最も高く、生活習慣病に関する死因である心疾患17.1%や脳血管疾患6.5%と合わせると49.7%と、ほぼ半数を占めています。これは、県や国と同傾向にあります。

図表6. 死因別割合(令和3年度)



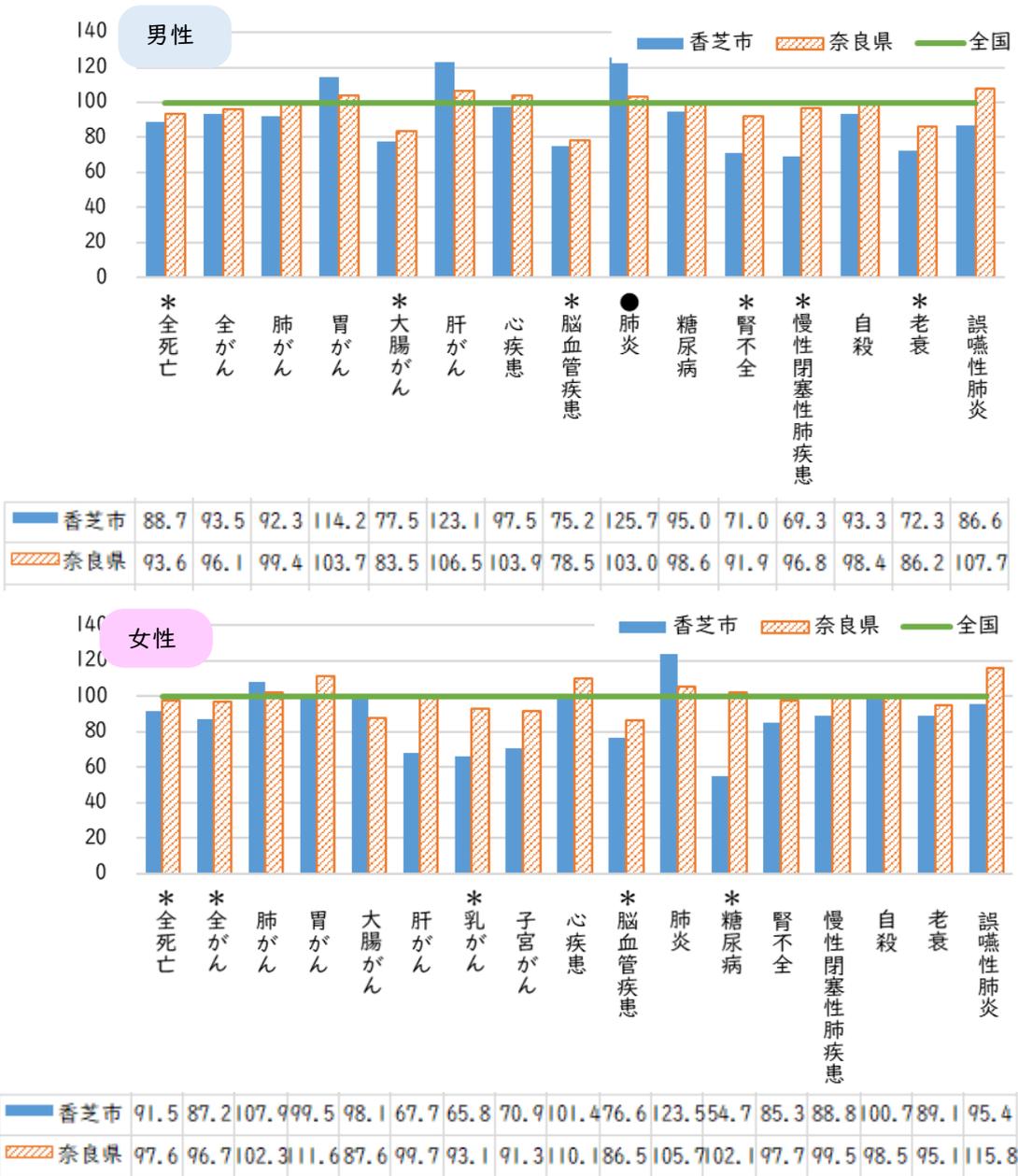
出展：中和保健所 人口動態統計 確定数、第13表 性・死因・市町村別より集計

標準化死亡比(SMR)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死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものです。国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は国の平均より死亡率が高く、100以下の場合は死亡率が低いと判断されます。

本市は、死亡比全体が国と比較して低くなっています。

男女ともに国と比較して差がみられる死因は、肺炎(高い)や脳血管疾患(低い)です。また、男性は腎不全や慢性閉塞性肺疾患、老衰の死亡比が低く、女性は糖尿病の死亡比が低くなっています。がんの死亡比を見ると、男性は大腸がん、女性は乳がんが国と比較して有意に低くなっています。

図表7. 標準化死亡比(SMR)



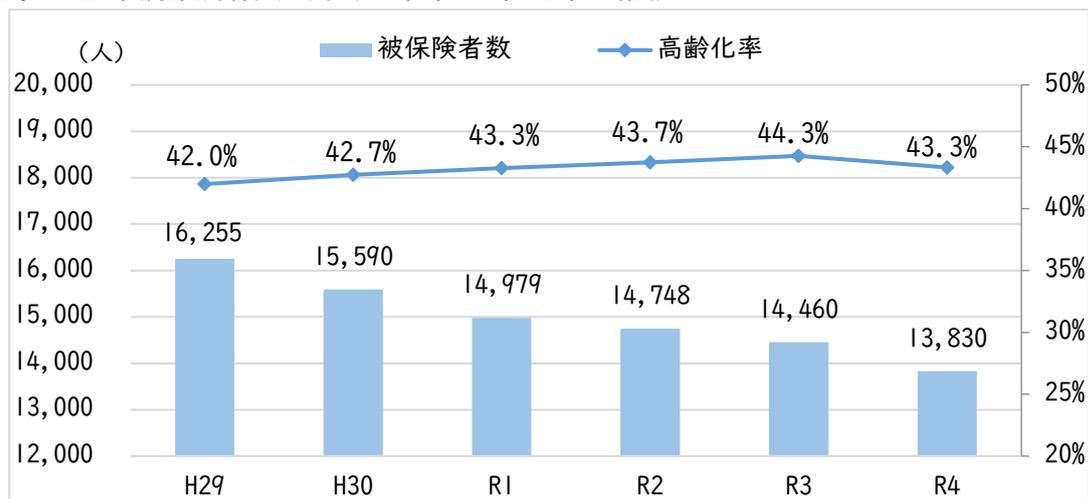
出展：中和保健所 平成29年度～令和3年度計(●…有意に高い、*…有意に低い)

2. 香芝市国民健康保険被保険者の状況

国保の被保険者数は減少傾向にあり、令和4年度の被保険者数は13,830人です。今後被保険者が後期高齢者医療に移行することにより、被保険者数は減少すると見込まれます。

被保険者の高齢化率（65歳以上の割合）は42-44%を推移しており、令和3年度までは増加傾向にありましたが、令和4年度は1%減少しました。

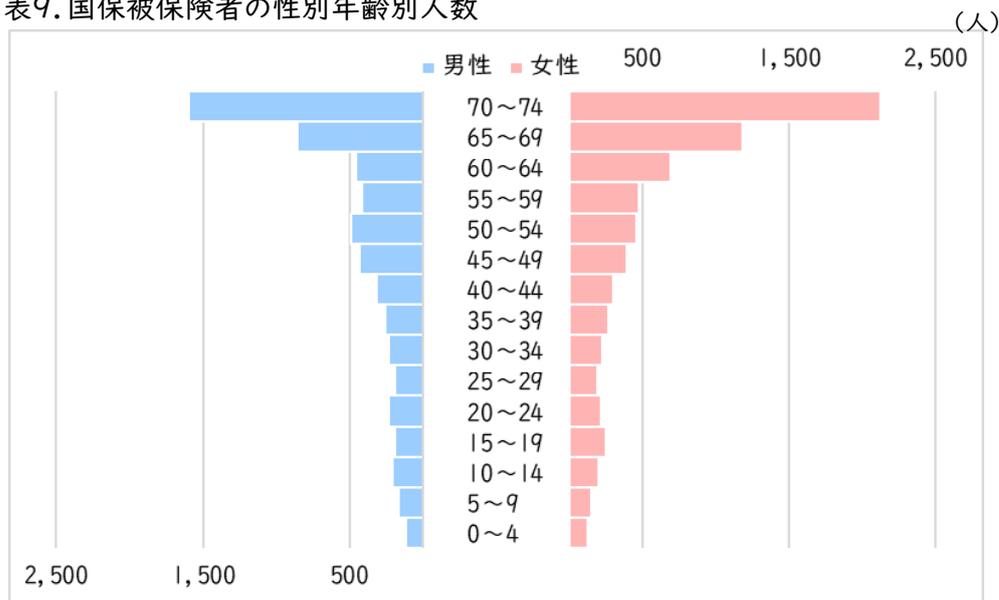
図表8. 国保被保険者数と高齢化率（65歳以上）の推移



出典：国民健康保険事業年報（年度平均）

性別年齢別の加入状況を見ると、65歳で大きな変化が発生していることが分かります。これは退職等に伴い社会保険からの流入によるものと考えられます。

図表9. 国保被保険者の性別年齢別人数



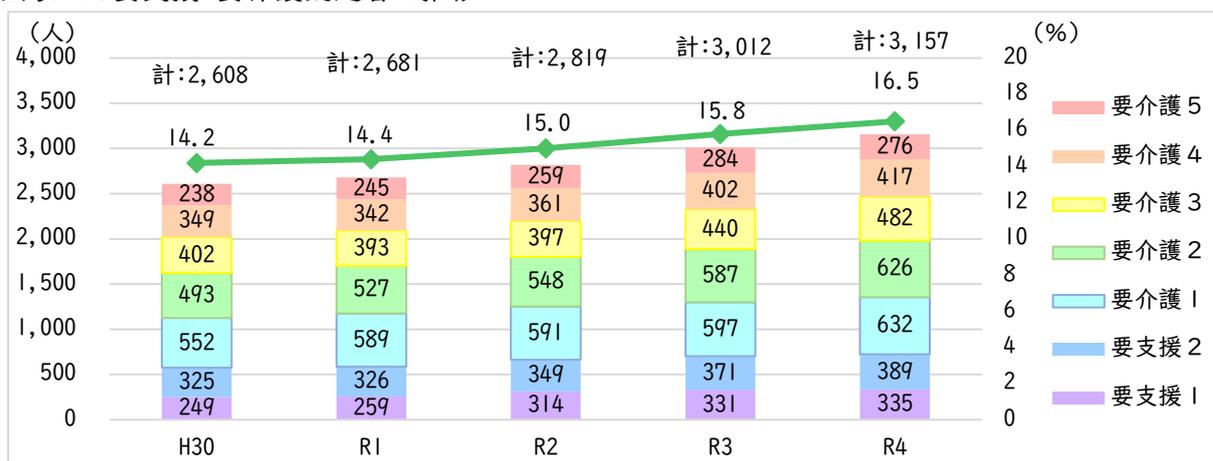
出典：集計表「年齢別被保険者集計表作成処理」（令和5年3月31日現在）

3. 香芝市介護保険の状況

要支援・要介護の認定者は徐々に増加し、認定者数の割合（認定率）は令和元年度から増加傾向にあります。後期高齢者の増加に伴い、今後も認定者数は増加していくことが予想されます。

認定者数を要介護度別で見ると、要介護1と要介護2の割合が高く、全体の約4割を占めています。

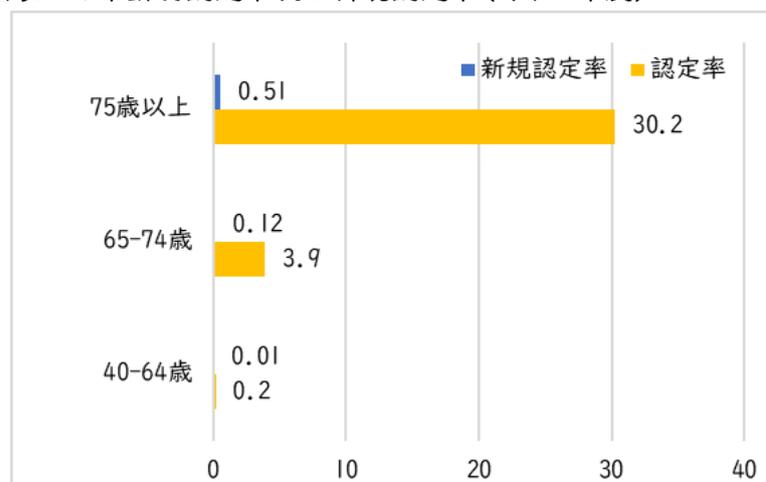
図表10. 要支援・要介護認定者の推移



出典：介護保険事業状況報告（9月末現在）

認定率を年齢階層別に見ると、令和4年度介護認定率は75歳以上が30.2%と圧倒的に多く、65～74歳の7倍以上です。

図表11. 年齢別認定率及び新規認定率（令和4年度）



出典：KDB 帳票「要介護（支援）者認定状況」

第3章 第2期データヘルス計画及び第3期特定健康診査等実施計画の振り返り

第2期データヘルス計画及び第3期特定健康診査等実施計画の振り返りにおけるアウトカム評価及びアウトプット評価については、まず評価時点までの実績値を中間評価で設定した目標値と比較し、目標値に達しているものを目標到達(A)、目標値に到達していない項目においては、ベースライン値と実績値を比較して、ベースライン値からの改善(B)・不変(C)・悪化(D)の判定区分で達成状況を評価しました。また、評価困難な項目はEとしました。

なお、ベースライン値については、アウトカム評価、アウトプット評価ともに第2期データヘルス計画策定時(平成28年度データ)または中間評価時(中間評価時に新たに作成した指標の場合、令和元年度データ)とし、ベースライン値から目標値に向けて原則30%以上の改善がある場合を改善(B)、ベースライン値から相対的に原則5%以上の悪化がある場合を悪化(D)、それ以外を不変(C)としました。

また、第2期計画の最終年度である令和5年度に評価を行うことから、令和4年度末時点での取組実績により評価しました。

図表12. 目標項目の評価区分

ベースライン値と直近値を比較	A 目標到達	目標値に到達している
	B ベースライン値からの改善	ベースライン値から目標値に向けて原則30%以上の改善が見られる
	C 不変	A,B,D以外の変化
	D 悪化	ベースライン値から相対的に原則5%以上悪化している
	E 評価困難	指標算出が不可等の理由により評価できない

1. 計画全体の評価

計画全体の目的	生活習慣病などの疾病を予防し、その疾病の重症化予防を図ることで、医療費の適正化を推進し、健康寿命の延伸を目指します。
評価	男性の健康寿命は、令和4年度に目標値に到達しました。女性は、目標値に到達していませんでしたが、ベースライン値からは改善がみられました。

指標	ベースライン値 (H28)	実績					目標値	評価
		H30	R1	R2	R3	R4		
健康寿命・男性 (平均自立期間)	80.4	80.7	80.5	81.1	80.7	81.3	81.0	A
健康寿命・女性 (平均自立期間)	83.9	84.0	84.5	84.0	84.3	84.6	85.0	B

2. 個別保健事業の評価

(1) 特定健康診査実施率向上対策事業

目的	特定健康診査の実施率向上
事業内容	<p>① 特定健康診査受診費用の無料化を令和5年度まで継続的に実施する。</p> <p>② 特定健康診査未受診者を受診状況の階層化にグループ分けし、効果的な受診勧奨方法を用いて実施する。</p> <p>③ 脳ドック助成事業を拡充し、人間ドック費用助成事業を継続的に実施する。</p> <p>④ 特定健康診査とがん検診のセット検診を実施する。</p>
評価	<p>特定健康診査は、特定保健指導や保健事業の起点となることから、令和2年度より受診費用の無料化を開始し、ナッジ理論を活用した未受診者への個別勧奨等の取組を進めてきました。</p> <p>アウトプットとして設定した指標については、計画した内容を遂行し、がん検診受診率を除いて目標値に到達しました。未受診者への受診勧奨通知の送付は、対象者の約1/5が健診の受診に繋がったことから、効果があったと考えます。また、人間ドックはみなし健診、脳ドックは特定健康診査受診後の特典に位置付けており、いずれも目標としていた助成人数を達成したことから、実施率向上に寄与しました。がん検診受診率は、目標値には到達しませんでした。特定健康診査とのセット検診の実施や、特定健康診査の受診勧奨通知にがん検診の案内を掲載したことにより、肺がん検診を除いた4つのがん検診の受診率はベースライン値から改善しました。</p> <p>令和2年度は、新型コロナウイルス感染症拡大による受診控えの影響により、全国的に特定健康診査の実施率が低下しましたが、本市においては無料化開始の効果により、平成20年度の特定健康診査開始以降2番目に高い36.1%まで上昇しました。しかし、令和3年度・4年度の実施率は、令和2年度と比較すると少しずつ低下しており、令和5年度においても目標達成は見込めておりません。</p> <p>計画当初課題としていた継続受診者及び40～50歳代の新規受診者の割合は、わずかに増加しましたが、改善傾向までは至りませんでした。</p>

アウトカム指標

指標	ベースライン値 (H28)	実績					目標値	評価
		H30	R1	R2	R3	R4		
特定健康診査実施率	34.9%	34.2%	35.6%	36.1%	35.8%	35.5%	60%	C
特定健康診査3年継続受診者の割合	16.7%	18.8%	19.0%	19.0%	18.9%	19.6%	28%	C
40～50歳代の特定健康診査受診者の割合	6.4%	6.1%	6.1%	9.5%	6.6%	8.0%	13%	C

アウトプット指標

指標	ベースライン値 (H28)	実績					目標値	評価
		H30	R1	R2	R3	R4		
対象者への通知率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A
年度途中加入者への案内	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A
集団特定健康診査受診人数	433人	410人	386人	225人	262人	299人	260人	A
脳ドック助成人数	200人	398人	330人	400人	420人	404人	400人	A
人間ドック助成人数	100人	108人	113人	109人	125人	150人	150人	A
がん検診受診率								
胃がん	1.9%	4.0%	7.0%	6.6%	4.8%	6.1%	10%	B
肺がん	6.6%	6.0%	6.2%	3.1%	4.0%	6.1%	10%	D
大腸がん	6.2%	8.7%	8.9%	6.9%	8.2%	8.9%	10%	B
子宮がん	3.1%	2.8%	7.0%	5.3%	5.7%	8.3%	10%	B
乳がん	4.1%	4.3%	11.2%	10.2%	9.1%	11.4%	10%	A

プロセス及びストラクチャー

指標	指標	実績					
		H30	R1	R2	R3	R4	R5
プロセス	対象者の把握	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	未受診者への受診勧奨	2回	2回	2回	2回	2回	2回
ストラクチャー	関係機関との連携会議	2回	2回	2回	2回	2回	2回

今後の取組の方向性	<p>本事業は、次期計画においても継続して取り組みます。</p> <p>過去の健診受診状況等により対象者を分類化しナッジ理論を活用した個別勧奨は、一定の効果が見られたことから、引き続き傾注して実施します。また、40～50歳代の特定健康診査実施率は目標に到達することができなかつたため、同世代に効果的な受診勧奨に取り組んでいきます。</p> <p>なお、特定健康診査とがん検診のセット検診は、次期計画では、がん検診受診率向上対策事業として、引き続き取り組みます。</p>
-----------	--

(2) 特定保健指導実施率向上対策事業

目的	特定保健指導の実施率向上
事業内容	<p>① 特定健康診査の当初受診券発送時に、特定保健指導の利用についての周知を行う。</p> <p>② 特定保健指導の利用勧奨を、対象者の過去の保健指導利用状況に応じて実施する。</p>
評価	<p>特定保健指導実施率は、新型コロナウイルス感染症拡大に伴い実施を控えたことが影響し、令和元年度から低下しました。また、令和2年度から特定健康診査の実施期間を延長し2月末までとしたため、年度をまたいだ保健指導の実施が難しく、特に令和3年度は実施率が大幅に低下しました。令和3年度からは、中断率も増加しています。今後は、年度をまたいだ継続実施体制の見直しが必要であると考えます。</p> <p>令和元年度から実施を見送っていた集団特定健康診査の結果説明会を令和4年度から再開し、同会場で初回面談を実施することができるよう体制を整備しました。</p> <p>また、令和5年度からは、利用者の利便性向上のために、ICT機器を活用した遠隔指導を開始しましたが、希望が少ないことから、体制や周知方法の見直しを図る必要があります。</p>

アウトカム指標

指標	ベ-スライン値 (H28)	実績					目標値	評価
		H30	R1	R2	R3	R4		
特定保健指導実施率	21.0%	38.1%	20.8%	22.2%	10.7%	20.6%	60%	C

アウトプット指標

指標	ベ-スライン値 (H28)	実績					目標値	評価
		H30	R1	R2	R3	R4		
特定保健指導該当者率	11.5%	10.6%	11.0%	11.3%	10.9%	9.6%	10%	A
初回面談実施率	28.5%	32.6%	22.1%	21.7%	11.8%	23.6%	50%	D
保健指導中断率	8.2%	4.5%	1.3%	3.3%	7.7%	8.1%	3%	C

プロセス及びストラクチャー

指 標	指 標	実 績					
		H30	R1	R2	R3	R4	R5
プロセス	対象者の把握	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ストラクチャー	関係機関との連携会議	2回	2回	2回	2回	2回	2回

今後の 取組の 方向性	<p>本事業は、次期計画においても継続して取り組みます。</p> <p>特定保健指導の効率的な利用勧奨や利用しやすい方法、年度をまたいだ実施体制等について検討し、利用率向上の取組を進めます。</p> <p>また、国の「標準的な健診・保健指導プログラム」等の見直しを踏まえるとともに、中断せず最終評価まで取り組めるよう、支援方法を検討します。</p>
-------------------	--

(3) 要治療者の治療率向上及び重症化予防事業

目的	生活習慣病の重症化予防
事業内容	<p>① レッドカード事業の実施 国保事務支援センターの選定要件を満たした生活習慣病の重症未受診者へ受診勧奨カードと受診状況連絡書を送付し、対象者の受診状況を確認する。未受診者には再勧奨を行い、健康相談を実施する。</p> <p>② 糖尿病重症化予防プログラム事業の実施 国保事務支援センターの選定要件を満たした対象者への利用勧奨についてかかりつけ医と連携しながら対象者個々に応じたアプローチ方法を実施し、保健指導を2年間行う。</p> <p>③ 歯周病検診の実施 前年度特定健康診査の結果より生活習慣病のリスクが高い者へ検診の案内を送付し、保健センターで集団歯周病検診及び歯科衛生士による保健指導を実施する。検診の結果により要治療者へは歯科医療機関への紹介状を発行し、受診勧奨する。</p>
評価	<p>特定健康診査受診者における、要治療者の治療率は増加傾向にあります。レッドカード事業や結果説明会後に保健指導を実施したことが、増加に繋がった要因として考えられます。</p> <p>人工透析患者数においては、目標の達成には至っていませんが減少傾向にあります。しかし、特定健康診査受診者における空腹時血糖値の有所見者割合が増加傾向にあるため(37ページ)、保健指導や糖尿病重症化予防プログラム事業を継続実施していく必要があると考えられます。糖尿病重症化予防プログラム事業では、医師(かかりつけ医)と連携、指導のもとで、参加者個人に応じた保健指導を実施しました。食事面の改善や行動変容が重症化予防に繋がったと考えます。しかし、参加者が少なく対象者の参加勧奨方法の工夫が必要です。</p> <p>歯周病検診については、コロナ禍の影響で集団検診の中止や定員数の削減により、受診者数は減少傾向にあります。要精検者の未受診者率は減少傾向にあり、未受診者に対して、電話勧奨を行ったことで、治療が必要な者を適正に受診に繋げることができたと考えます。</p>

アウトカム指標

指標	ベ-ライン値 (H28)	実績					目標値	評価
		H30	R1	R2	R3	R4		
特定健康診査要治療者の治療率	68.2%	69.2%	70.2%	71.5%	73.7%	72.6%	80%	B
メタボ脱出率(改善率)	13.1%	13.6%	11.6%	14.3%	14.9%	17.4%	19%	B
人工透析患者数新規率	15.1%	22.2%	25.8%	25.0%	28.8%	14.3%	10%	C
(特定健康診査)医療機関未治療者減少率	20.0% (R1)	-	20.0%	22.2%	-	-	20%	E
(歯周病検診)検診後の精密検査未受診率	32.4% (R1)	41.3%	32.4%	20.0%	29.7%	29.5%	40%	A

※(特定健康診査)医療機関未治療者減少率は、期間中に対象者の抽出条件が変更になったため、評価困難としました。

アウトプット指標

指標	ベ-ライン値 (R1)	実績					目標値	評価
		H30	R1	R2	R3	R4		
(糖尿病性腎症等重症化予防事業)保健指導利用者数	6人	4人	6人	3人	7人	4人	15人	D
(糖尿病性腎症等重症化予防事業)受診確認率	55.6%	84.6%	55.6%	50.0%	40.0%	31.6%	80%	D
(歯周病検診)受診者数	103人	146人	103人	72人	83人	104人	120人	C

プロセス及びストラクチャー

指標	指標	実績					
		H30	R1	R2	R3	R4	R5
プロセス	対象者の把握	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ストラクチャー	かかりつけ医との連絡回数	10回	10回	16回	16回	12回	24回

今後の取組の方向性	<p>本事業のうち、レッドカード事業は生活習慣病重症化予防事業として、糖尿病重症化予防プログラム事業は糖尿病性腎症重症化予防事業として、次期計画においても継続して取り組みます。歯周病検診の実施については、健康増進部門が健康かしば21(香芝市健康増進計画)で取り組んでいきます。</p> <p>生活習慣病の重症化予防及び糖尿病の合併症を予防するため、早期の受診勧奨、保健指導と併せて、疾病の予防や要治療者が治療を中断することなく治療継続できるように、教室実施や集団、個人へのアプローチ方法を検討し、進めていきます。</p>
-----------	--

(4) 後発医薬品(ジェネリック医薬品)利用促進事業

目的	ジェネリック医薬品の普及率向上
事業内容	ジェネリック医薬品に切り替えた場合の薬剤費の差額を通知する。
評価	<p>ジェネリック医薬品への切り替えを推進するため、対象者に年に4回差額通知を送付しました。また、広報紙やポスター、啓発物品を活用した周知活動を実施しました。令和3年度には、県の後発医薬品使用促進事業により、ジェネリック医薬品のメリット等を掲載した回覧板(バインダー)を市内自治会に配布し、ジェネリック医薬品への切り替えを推進しました。</p> <p>普及率は目標値の80%には到達しませんでした。ベースライン値からは改善しました。</p>

アウトカム指標

指標	ベースライン値 (H28)	実績					目標値	評価
		H30	R1	R2	R3	R4		
ジェネリック医薬品普及率 (数量ベース)	55.5%	67.6%	69.3%	71.7%	72.4%	74.4%	80%	B

アウトプット指標

指標	ベースライン値 (H28)	実績					目標値	評価
		H30	R1	R2	R3	R4		
対象者への通知回数	6回	4回	4回	4回	4回	4回	4回	A

プロセス及びストラクチャー

指標	指標	実績					
		H30	R1	R2	R3	R4	R5
プロセス	対象者の把握	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ストラクチャー	関係機関との連携会議	実施	実施	実施	実施	実施	実施

今後の取組の方向性	医療費の削減効果が大きいことから、次期計画においても継続し、ジェネリック医薬品への切り替えの勧奨を推進します。
-----------	---

(5) 重複多剤投薬指導事業

目的	重複・頻回受診による重複多剤内服者の減少
事業内容	医薬品の重複・多剤・併用禁忌投与者について、対象者の抽出及び注意喚起文書の作成を行い被保険者に通知するほか、特に指導が必要な者に対しては、電話勧奨や個別訪問を実施する。
評価	対象者の抽出及び注意喚起文書の作成を行い、被保険者に通知しました。また、多剤投与者には、電話により状況を確認しました。新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、令和2年度以降個別訪問は実施しませんでした。 重複多剤投与者の割合は、平成30年度は1.07%でしたが、令和4年度には0.88%まで減少し、目標に到達しました。

アウトカム指標

指標	ベースライン値	実績					目標値	評価
		H30	R1	R2	R3	R4		
重複多剤内服者数の減少率(対平成30年度)	-	-	2.4%	30.4%	26.6%	18.0%	15%	A

アウトプット指標

指標	ベースライン値 (H30)	実績					目標値	評価
		H30	R1	R2	R3	R4		
受診状況の通知数	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A

プロセス及びストラクチャー

指標	指標	実績					
		H30	R1	R2	R3	R4	R5
プロセス	受診状況把握人数	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ストラクチャー	国保連合会との連絡回数	2回	2回	2回	2回	2回	2回

今後の取組の方向性	重複・多剤・併用禁忌投薬による健康被害の防止及び医療費の削減効果を勘案し、次期計画においても継続して取り組みます。
-----------	---

(6) 地域における健康教育及び健康づくり推進ボランティア育成事業

目的	地域の健康づくりの推進
事業内容	<p>①地域で健幸 地域集会所等で地区自治会と健康づくりを推進するボランティアによる健康教育や簡易な健康チェック（血圧・骨密度・体組成測定）を実施するほか、特定健康診査やがん検診の受診勧奨の周知啓発を行う。</p> <p>②健康づくり推進ボランティア育成事業 健康づくりを推進するボランティア（健康運動普及推進員、食のサポーターかしば、体力測定ボランティア、ストレッチリーダー、がん予防推進員）のスキル向上を目指した研修会を実施する。</p>
評価	<p>新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、令和2年度、3年度は参加者数が減少しましたが、令和4年度には255人と目標を達成しました。</p> <p>地域で健幸事業では、事業の周知を地区自治会と協働で実施できたことが参加者数の目標を達成した要因であると考えます。また、健康づくりのボランティアや専門職による健康づくりについての知識啓発により、地域住民の健康づくりへの関心の向上を図ることができました。一方で、対象地区の選定については地区自治会からの希望制で実施をしたため、地区によって健康格差が生じる恐れがあることが、今後の課題となりました。</p> <p>健康づくりを推進するボランティアのスキルアップ研修会を実施し、これまでに培った技術の向上とともに、フレイル予防など時代のニーズに合わせた知識技術の向上に努めました。</p>

アウトカム指標

指標	ベースライン値 (R1)	実績					目標値	評価
		H30	R1	R2	R3	R4		
健康づくりに関心を持った人の割合	75.4%	-	75.4%	96.0%	-	96.6%	70%	A
推進活動に活用できる、参考になったと答えた人の割合	-	-	-	100%	97.0%	94.9%	70%	A

アウトプット指標

指標	ベースライン値 (R1)	実績					目標値	評価
		H30	R1	R2	R3	R4		
参加者数	430人	-	430人	130人	32人	255人	200人	A

プロセス及びストラクチャー

指 標	指 標	実 績					
		H30	R1	R2	R3	R4	R5
プロセス	アンケートの実施	100%	100%	100%	100%	100%	継続
ストラクチャー	関係機関との連携会議	3回	6回	4回	4回	6回	継続

今後の 取組の 方向性	<p>本事業は、次期計画においては地域包括ケアに係る取り組みに関する事業として取り組みます。</p> <p>地域による健康格差を縮小するため、健康課題の分析結果を基に対象地域の選定を行います。また、今後より一層健康づくりについての知識を普及啓発できるよう、健康づくり推進ボランティアへのスキルアップ研修を継続して実施するとともに、地域で健幸事業の実施方法を検討します。</p>
-------------------	--

第4章 健康・医療情報等の分析と課題

1. 分析に基づく健康課題の抽出

PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を行うために、健康・医療情報等を活用したデータ分析を行い、市の傾向を把握するとともに、特に対応すべき健康課題を抽出しました。

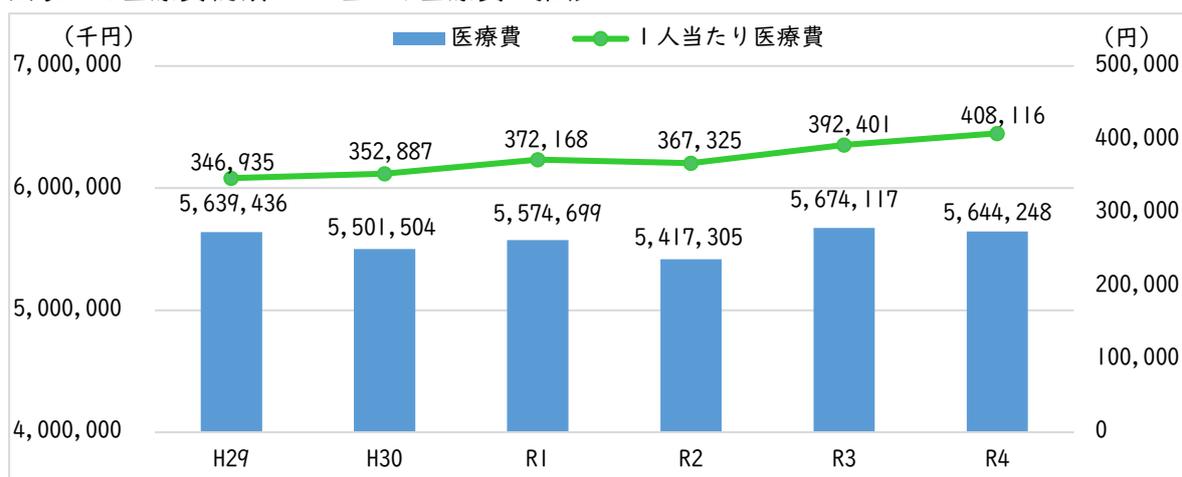
なお、当分析におけるデータは、KDBシステム（国保データベース）、医療費分析ツールFocus、特定健康診査等データ管理システム及び奈良県国保連合会の医療費等分析システムを用いて作成したものを活用しました。

2. 医療費の分析

(1) 医療費全体の状況

令和4年度の総医療費は約56億4千万円で、平成29年度と令和4年度を比較すると、総医療費に大きな増減はみられません。一方、1人当たり医療費は年々増加しており、令和4年度の1人当たり医療費は408,116円で、前年度より約1万5千円増加しました。令和2年度のみ減少に転じているのは、新型コロナウイルス感染症拡大による受診控え等の影響が考えられます。

図表13. 医療費総額と1人当たり医療費の推移

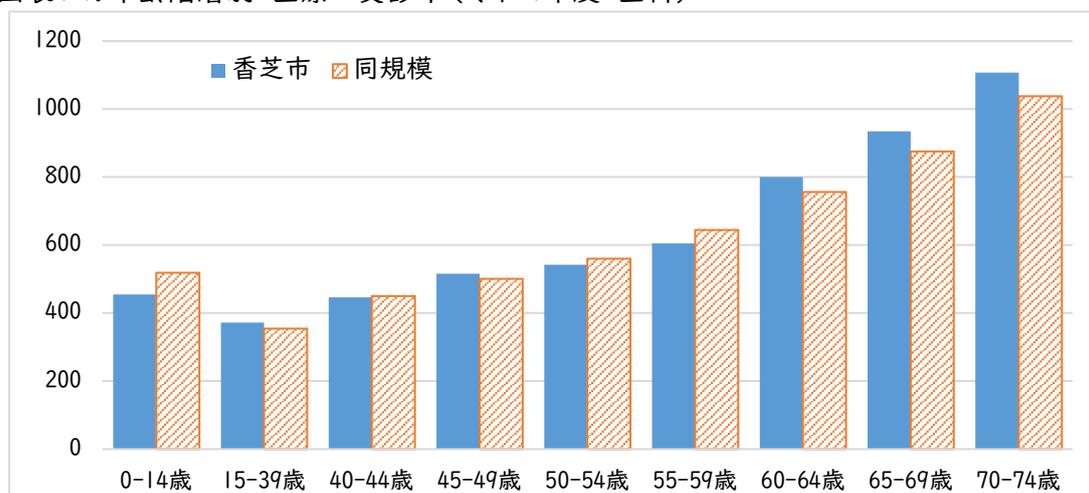


出典：国民健康保険事業年報

医療の受診率は、15歳以降に一旦減少し、そこからは年齢が上がるにつれて増加しています。60歳以降で増加率が大きくなり、令和4年度の70-74歳の受診率は15-39歳の約3倍でした。

同規模保険者と比較した場合、15歳未満の子どもの受診率は低く、60歳以上の受診率は高い傾向にあります。

図表14. 年齢階層別 医療の受診率(令和4年度・医科)



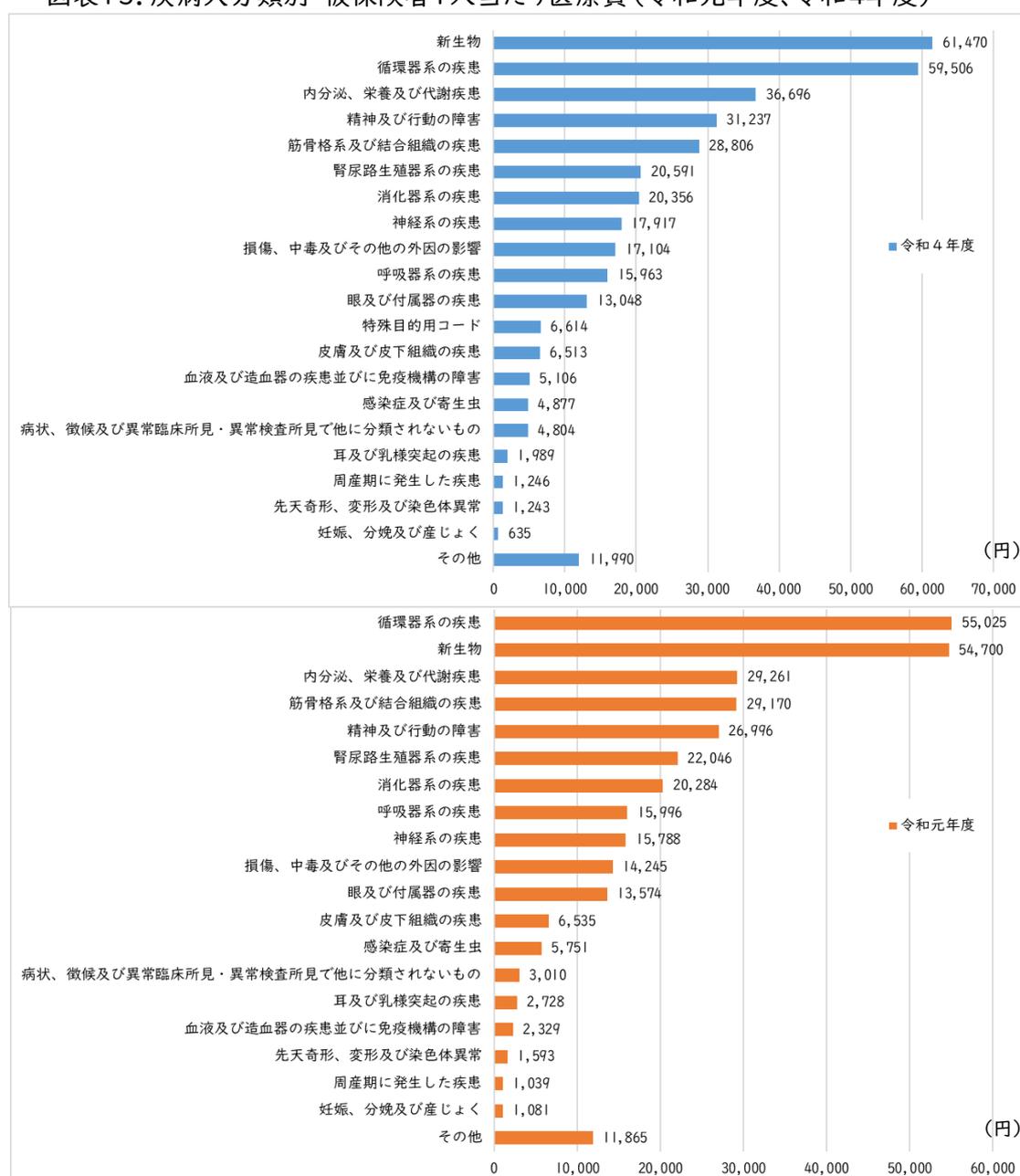
出典：KDB 帳票「医療費分析の経年比較」 医療の受診率=レセプト数/被保険者数×1,000

(2) 疾病別医療費の状況

① 疾病分類別の医療費

令和元年度は、医療費総額、レセプト件数、1人当たり医療費ともに循環器系の疾患がもっとも高くなっていましたが、令和4年度では新生物がもっとも高く、次いで循環器系の疾患と順位が変動しました。また、令和元年度と比較して、精神及び行動の障害と筋骨格系及び結合組織の疾患の順位も逆転しています。

図表15. 疾病大分類別 被保険者1人当たり医療費(令和元年度、令和4年度)



出典: 医療費分析ツール Focus

※コロナウイルス感染症に関して、令和2年3月にWHOで定めたICD10コード「U071 コロナウイルス感染症」を主病とした疾病は、特殊目的用コードに計上されています。

疾病細小分類別の医療費で見ると、令和元年度までは透析を行う慢性腎臓病が最も高くなっていましたが、令和2年度以降は糖尿病が最も医療費の高い疾患となりました。令和4年度は、肺がんの医療費が減少し、うつ病や乳がんの医療費が増加しています。

図表16. 疾病細小分類別 医療費の高い疾病(入院+外来) (百万円)

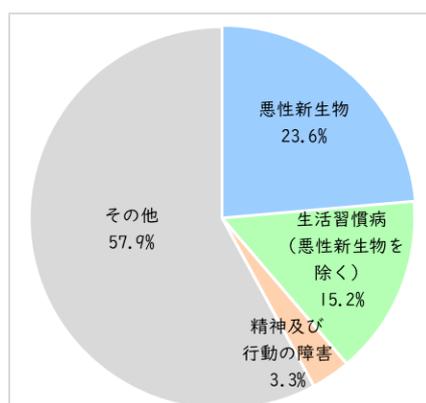
H30		R1		R2		R3		R4	
慢性腎臓病(透析)	2,389	慢性腎臓病(透析)	2,307	糖尿病	2,208	糖尿病	2,356	糖尿病	2,250
糖尿病	2,343	糖尿病	2,303	慢性腎臓病(透析)	1,958	慢性腎臓病(透析)	2,270	慢性腎臓病(透析)	1,990
高血圧症	2,164	高血圧症	1,978	関節疾患	1,885	関節疾患	2,066	関節疾患	1,946
関節疾患	1,660	関節疾患	1,920	高血圧症	1,828	高血圧症	1,760	統合失調症	1,735
統合失調症	1,651	統合失調症	1,603	統合失調症	1,551	統合失調症	1,538	高血圧症	1,604
脂質異常症	1,476	脂質異常症	1,480	脂質異常症	1,469	脂質異常症	1,507	脂質異常症	1,316
不整脈	1,143	肺がん	1,189	不整脈	1,115	不整脈	1,250	うつ病	1,132
肺がん	1,044	不整脈	1,121	大腸がん	1,113	肺がん	1,210	乳がん	1,069
骨折	967	骨折	1,059	肺がん	1,019	大腸がん	1,044	骨折	1,009
狭心症	859	大腸がん	990	うつ病	905	狭心症	1,024	不整脈	1,003

出典:KDB 帳票「医療費分析(1)細小分類」
※「その他」「小児科」は除外して分析しました。

② 高額医療費の状況

医療費が80万円以上となる高額レセプトを見ると、医療費の上位を占めているのは、気管支及び肺、胃の悪性新生物や、脳梗塞や脳内出血等の生活習慣病でした。その他には、指定難病が含まれていました。

図表17. 高額レセプト(80万円以上)における生活習慣病が占める割合(令和4年度)



<悪性新生物の医療費上位の傷病名>
C34:気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>
C16:胃の悪性新生物<腫瘍>
C90:多発性骨髄腫及び悪性形質細胞性新生物
<腫瘍>

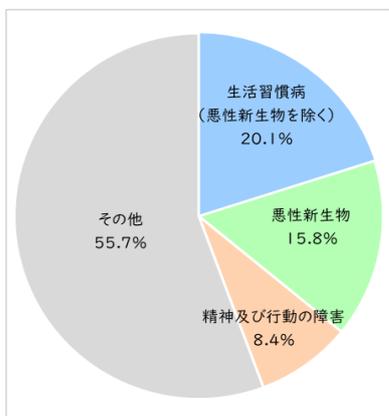
<生活習慣病の医療費上位の傷病名>
I63:脳梗塞
I61:脳内出血

出典:医療費分析ツール Focus

③ 生活習慣病における医療費の状況

医療費全体に占める生活習慣病医療費の割合をみると、20.1%が生活習慣病（悪性新生物を除く）でした。

図表18. 総医療費における生活習慣病が占める割合（令和4年度）



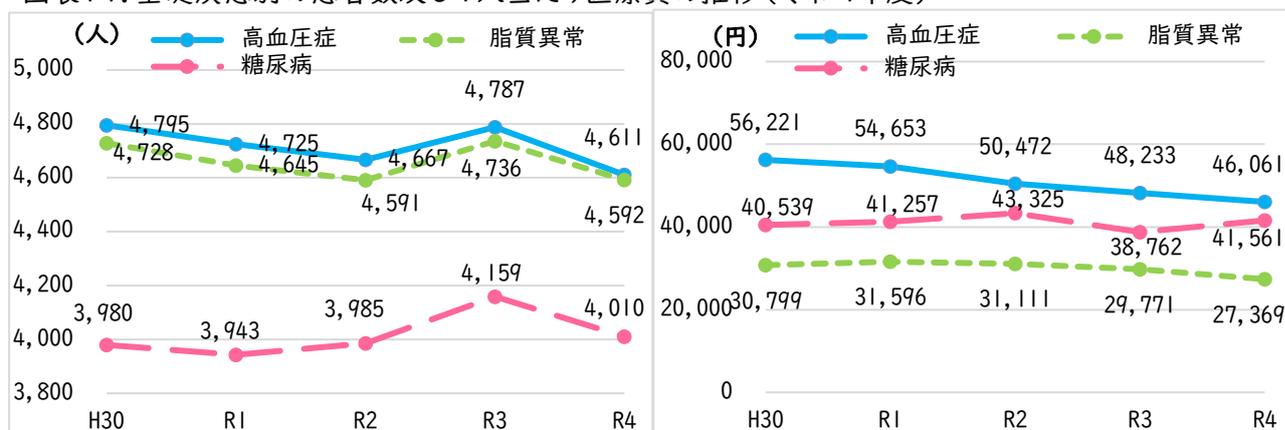
<生活習慣病の医療費上位の傷病名>
 本態性(原発性<一時性>)高血圧(症)
 慢性腎臓病
 2型<インスリン非依存性>糖尿病
 リポタンパク代謝障害及びその他の脂血症
 詳細不明の糖尿病
 脳梗塞

出典: 医療費分析ツール Focus

生活習慣病における医療費をさらに分析し、基礎疾患別で見ると、令和4年度では高血圧症の患者数及び1人当たり医療費が最も高くなりました。

経年の推移を見ると、高血圧症及び脂質異常症の患者数はゆるやかに減少傾向にあります。一方、糖尿病の患者数は、令和2年度以降増加傾向にあります。1人当たり医療費においても、高血圧症及び脂質異常症はゆるやかに減少傾向にあります。なお、令和3年度に患者数が増加しているのは、令和2年度に新型コロナウイルス感染症拡大による医療機関への受診控えがあり、その反動によるものと考えられます。

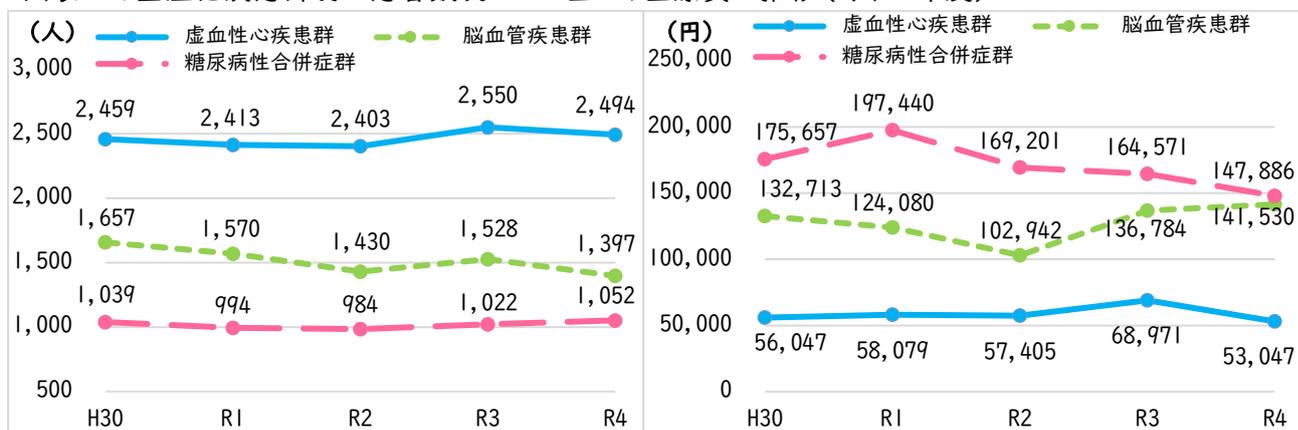
図表19. 基礎疾患別の患者数及び1人当たり医療費の推移（令和4年度）



出典: 医療費分析ツール Focus

重症化疾患においては、令和4年度に患者数が最も多いのは虚血性心疾患群ですが、1人当たり医療費に換算すると、糖尿病性合併症群が過去5年間を通じて最も高いもののゆるやかに減少傾向にあり、代わって脳血管疾患群は増加傾向にあります。

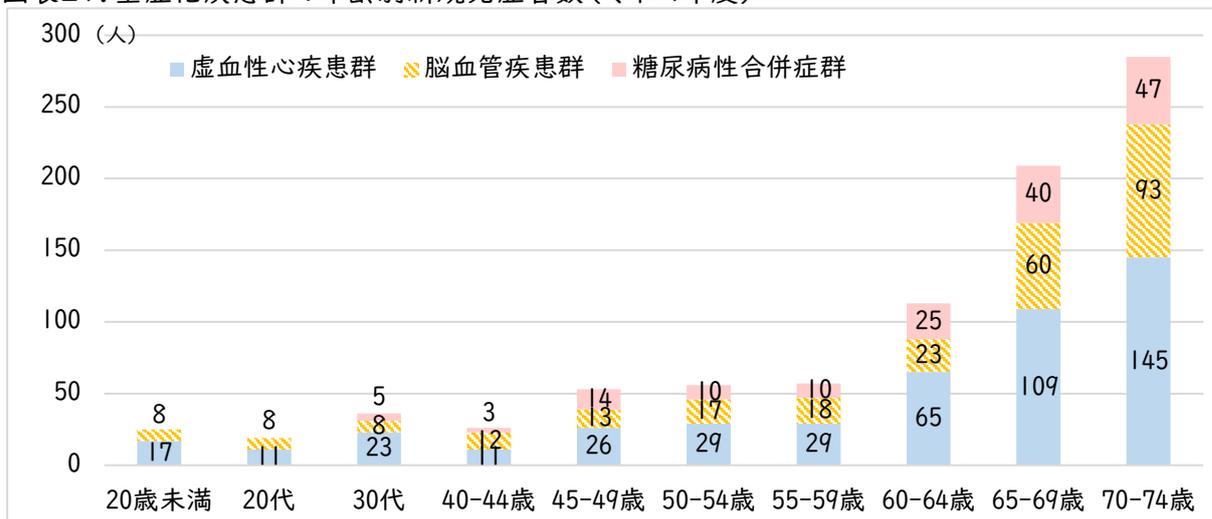
図表20. 重症化疾患群別の患者数及び1人当たり医療費の推移(令和4年度)



出典:医療費分析ツール Focus

令和4年度に重症化疾患群のレセプトが新たに発生した年齢を見ると、どの疾患においても60歳以上で発症者数が急増していることがわかります。また、虚血性心疾患群や脳血管疾患群は、20歳未満も含め、どの年齢層においても発症が見られます。

図表21. 重症化疾患群の年齢別新規発症者数(令和4年度)



出典:医療費分析ツール Focus

④ 人工透析患者の状況

令和4年度の人工透析患者の生活習慣病罹患状況を見ると、約8割の患者が高血圧症に罹患、約5割の患者が糖尿病に罹患しています。

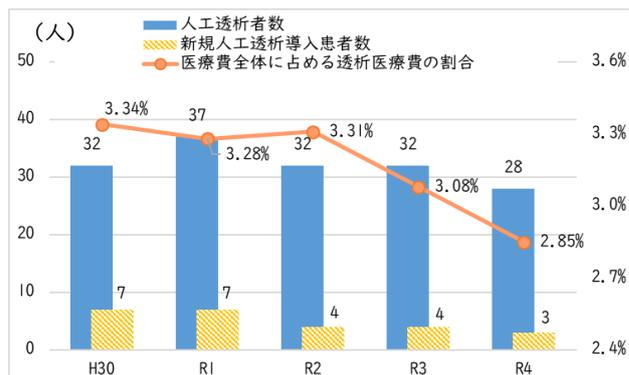
糖尿病治療中の新規人工透析導入患者数は、年々減少しています。また、医療費全体に占める透析医療費の割合も減少傾向にあり、平成30年度と令和4年度を比較すると約15%減少しています。

図表 22. 人工透析患者の生活習慣病罹患状況
(令和4年度)

	患者数(人)	割合(%)
人工透析患者数	54	-
糖尿病	25	46.3%
インスリン療法	3	5.6%
高血圧症	44	81.5%
虚血性心疾患	22	40.7%
脳血管疾患	14	25.9%
動脈閉塞性疾患	11	20.4%
高尿酸血症	10	18.5%

出典:KDB「厚生労働省様式(様式 2-2)
R4.4-R5.3 月分を集計

図表 23. 糖尿病治療中の人工透析患者数
及び医療費全体に占める透析医療費の割合



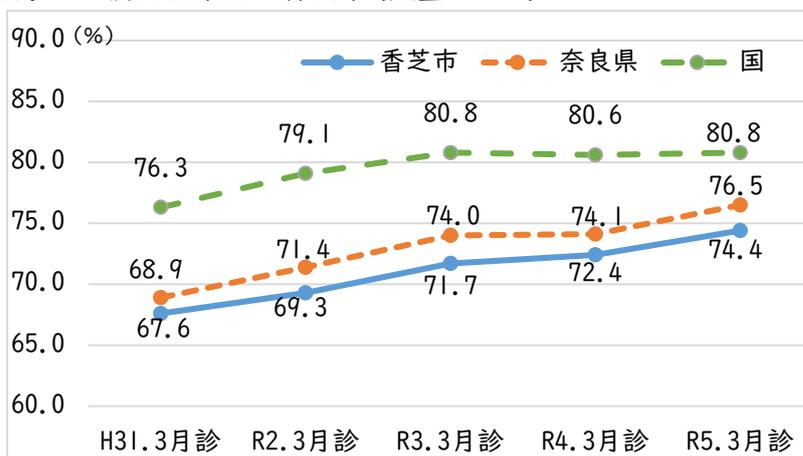
出典:奈良県国保連合会医療費等分析システム
※人工透析には腹膜透析を含む。

(3) その他の医療費の状況

① 後発医薬品の使用状況

後発医薬品（ジェネリック医薬品）普及率は、年々増加しており、令和4年度は74.4%に達しましたが、県内市町村国保や全国市町村国保の普及率と比較すると、依然下回っています。

図表24. 後発医薬品の普及率（数量ベース）



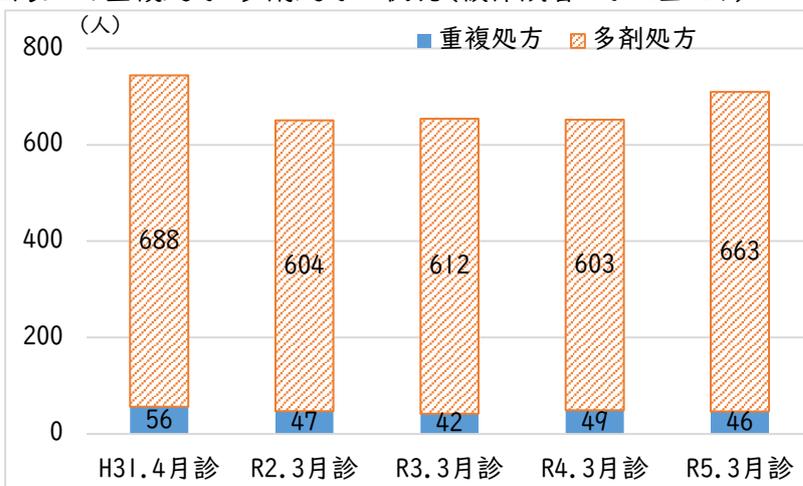
出典：厚生労働省「被保険者別の後発医薬品の使用割合」「調剤医療費（電算処理分）の動向」

② 重複・多剤の使用状況

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（重複処方）は、令和5年3月診療分において被保険者1万人当たり46人で、令和元年度からは大きく変動はありません。

また、同一月内に9以上の薬剤の処方を受けた者（多剤処方）は、令和5年3月診療分において被保険者1万人当たり663人で、過去5年間で2番目に多い人数となりました。

図表25. 重複処方・多剤処方の状況（被保険者1万人当たり）



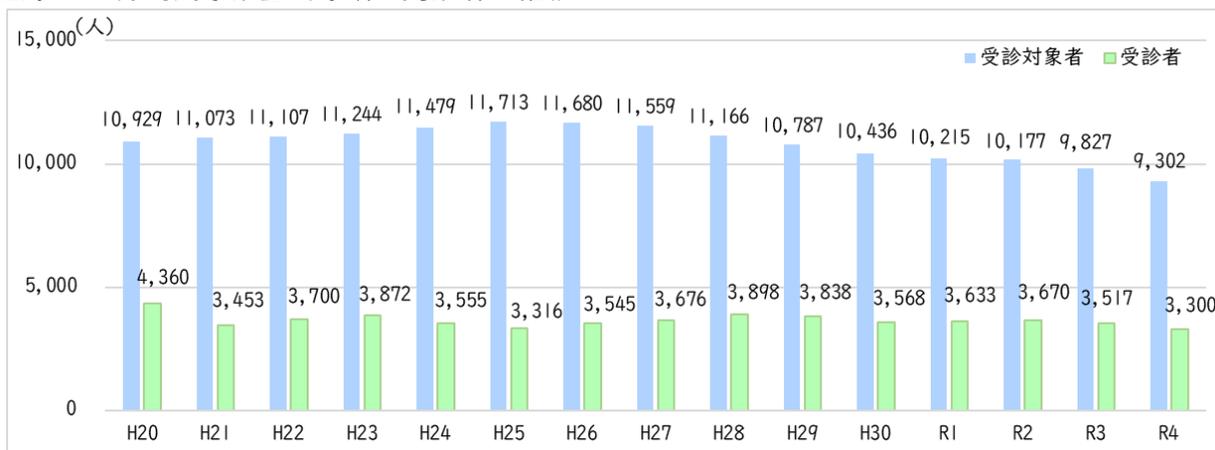
出典：KDB 帳票「重複・多剤処方の状況」

3. 特定健康診査・特定保健指導の分析

(1) 特定健康診査の状況

令和4年度の特定健康診査の実施率は35.5%であり、県内市町村国保の平均実施率34.4%を上回っています。受診対象者は、平成25年度をピークに減少に転じ、令和4年度は平成30年度と比較して約11%減少しています。

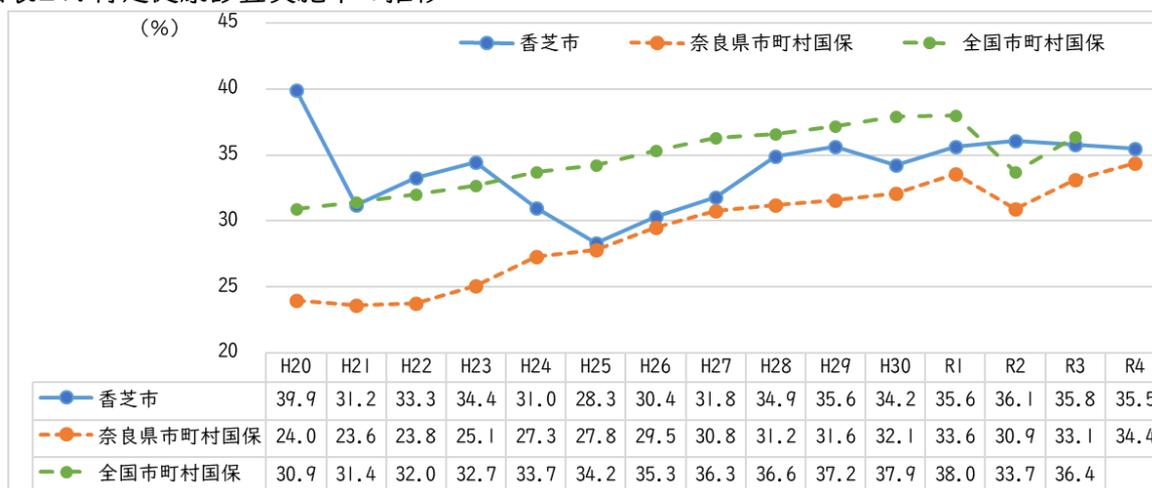
図表26. 特定健康診査対象者と受診者の推移



出典：特定健康診査等データ管理システム 特定健康診査・特定保健指導実施結果報告（法定報告値）

実施率の推移を見ると、平成25年からは増加傾向にありましたが、平成29年頃からはほぼ横ばいです。令和2年度は、新型コロナウイルス感染症拡大の影響から全国的に実施率が低下しましたが、香芝市では令和2年度に開始した健診費用無償化の効果により、実施率はわずかに上昇しました。平成20年度の特定健康診査開始以来、常に県内市町村国保の平均実施率を上回っています。

図表27. 特定健康診査実施率の推移



出典：特定健康診査等データ管理システム 特定健康診査・特定保健指導実施結果報告（法定報告値）

厚生労働省「2021年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況について」

※令和4年度の全国市町村国保の実施率は、分析時点では未確定のため、記載していません。

年齢階層ごとの実施率を見ると、65歳以上は男女ともにおおむね40%以上であるのに対し、54歳までの男性の実施率は20%未満であり、年齢層で実施率に大きな差があることがわかります。全年齢層において、男性より女性の実施率が高く、50-54歳及び60-64歳の層では5%以上の差が見られます。

図表28. 特定健康診査 性別年齢別実施率(令和4年度)



出典:KDB 帳票「健康スコアリング(健診)」

受診者が毎年継続して特定健康診査を受診しているかどうかを調べたところ、令和3年度の特定健康診査受診者で令和4年度に継続受診した人の割合は80.5%でした。59歳までの継続実施率は67.4%で、60歳以上の83.6%と比較して低く、その差が大きいことがわかります。59歳までの世代は、生活習慣病の早期発見や予防に効果が高いと思われることから、継続受診勧奨が必要です。

図表29. 特定健康診査 性別年齢別の継続受診状況(令和3年度受診者の令和4年度実施率)

年齢区分	男性			女性			合計		
	対象者数(人)	受診者数(人)	実施率(%)	対象者数(人)	受診者数(人)	実施率(%)	対象者数(人)	受診者数(人)	実施率(%)
40-44歳	41	25	61.0%	52	36	69.2%	93	61	65.6%
45-49歳	68	48	70.6%	63	37	58.7%	131	85	64.9%
50-54歳	72	49	68.1%	91	61	67.0%	163	110	67.5%
55-59歳	91	63	69.2%	114	80	70.2%	205	143	69.8%
60-64歳	111	84	75.7%	228	190	83.3%	339	274	80.8%
65-69歳	332	284	85.5%	516	431	83.5%	848	715	84.3%
70歳以上	546	457	83.7%	754	633	84.0%	1,300	1,090	83.8%
合計	1,261	1,010	80.1%	1,818	1,468	80.7%	3,079	2,478	80.5%

対象者数:令和3年度の特定健康診査受診者のうち、令和5年3月31日時点で国保の資格がある者の人数

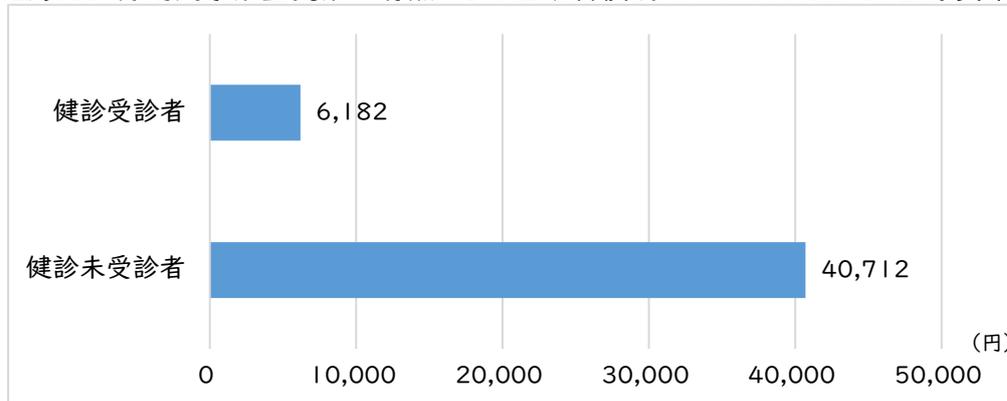
受診者数:上記対象者のうち、令和4年度の特定健康診査受診者の人数

実施率:受診者数/対象者数×100

出典:特定健康診査等データ管理システムの数値を基に分析

令和4年度の生活習慣病にかかる1人当たり医療費(月平均)を見ると、特定健康診査受診者の医療費は6,182円で未受診者の約6分の1となっています。特定健康診査未受診者には、既に生活習慣病の治療中で通院しており健診を受診しない場合等が含まれているため、単純な比較はできませんが、特定健康診査の受診者は生活習慣病にかかる医療費が低いと言えます。

図表30.特定健康診査受診の有無による生活習慣病にかかる1人当たり医療費(令和4年度)



出典:KDB 帳票「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

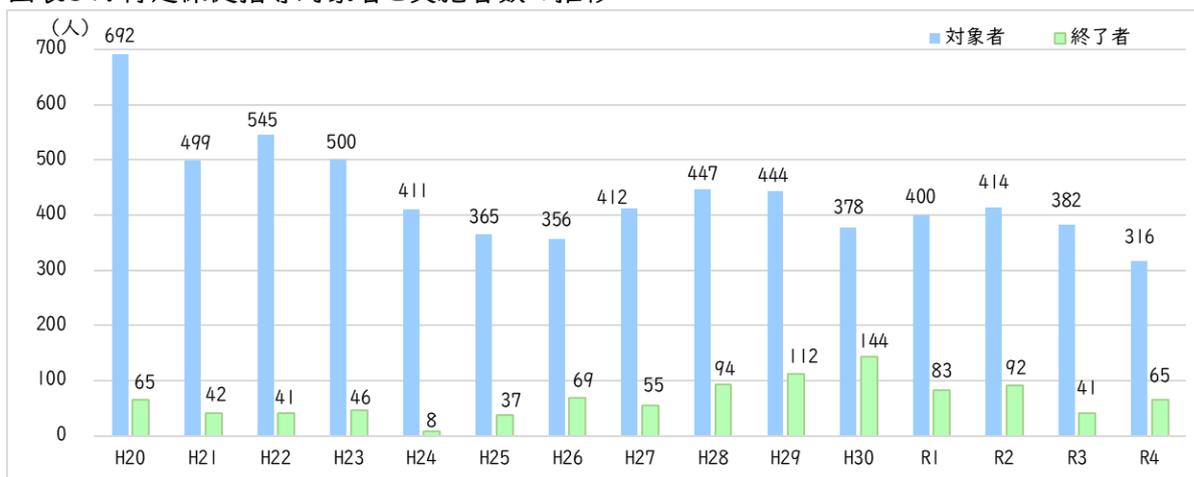
1人当たり医療費

= (健診受診者または健診未受診者の)生活習慣病医療費総額/対象者数(生活習慣病患者数)

(2) 特定保健指導の状況

令和4年度の特定保健指導の実施率は20.6%であり、県内市町村国保の平均実施率と比較すると同程度です。平成26年度より特定保健指導を外部委託に切り替えたことにより、実施率が伸びていましたが、新型コロナウイルス感染症拡大に伴い実施を控えたことが影響し、令和元年度から低下しました。また、令和2年度から特定健康診査の実施期間を延長し2月末までとしたことにより、特定保健指導の対象者が年度をまたいで発生するようになり、その対象者への特定保健指導の実施機会の設定が難しかったため、特に令和3年度は実施率が大幅に低下しました。

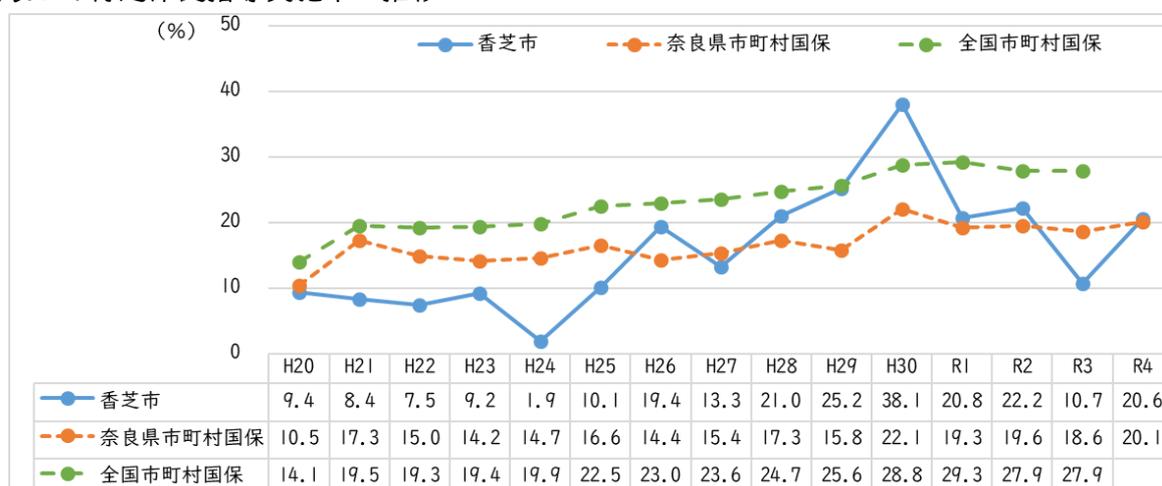
図表31. 特定保健指導対象者と実施者数の推移



出典: 特定健康診査等データ管理システム 特定健康診査・特定保健指導実施結果報告(法定報告値)

県内市町村国保の実施率は、全国市町村国保の平均実施率より低く推移しています。本市の実施率は年度により大きく増減しており、実施率の低かった令和3年度を除くと、令和元年度からは県内市町村国保の平均実施率と大きな差はありません。

図表32. 特定保健指導実施率の推移



出典: 特定健康診査等データ管理システム 特定健康診査・特定保健指導実施結果報告(法定報告値)

厚生労働省「2021年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況について」

※令和4年度の全国市町村国保の実施率は、分析時点では未確定のため、記載していません。

令和4年度の特定保健指導【動機付け支援】において、対象者が最も多いのは70～74歳（125名）ですが、対象となった割合を見ると、40～54歳及び65～69歳が8%以上と高く、若い年代から高い割合で該当していることがわかります。実施率は、60歳以上は20%以上が利用しましたが、50歳代は約9%の利用となりました。

特定保健指導【積極的支援】においては、対象者が最も多いのは45～49歳（16名）で、対象となった割合も一番多く、11.2%でした。実施率は40～44歳が最も多く66.7%で、55～59歳が最も少なく7.7%でした。

退職者が多い60歳を境に実施率に差があることから、60歳未満の層は就労等により時間の融通が利かず実施に繋がっていない可能性が示唆されるため、対象者にとって利便性の良い指導形態を模索する必要があります。

図表33. 特定保健指導 年齢階層別・支援内容別内訳（令和4年度）

年代 (歳)	動機付け支援				積極的支援			
	対象者数 (人)	対象と なった割合 (%)	実施者数 (人)	実施率 (%)	対象者数 (人)	対象と なった割合 (%)	実施者数 (人)	実施率 (%)
40-44	10	9.8%	2	20.0%	6	5.9%	4	66.7%
45-49	12	8.4%	2	16.7%	16	11.2%	3	18.8%
50-54	14	8.1%	1	7.1%	12	6.9%	4	33.3%
55-59	8	4.2%	1	12.5%	13	6.8%	1	7.7%
60-64	11	3.4%	3	27.3%	13	4.0%	6	46.2%
65-69	76	9.9%	20	26.3%				
70-74	125	7.8%	27	21.6%				
計	256	7.8%	56	21.9%	60	1.8%	18	30.0%

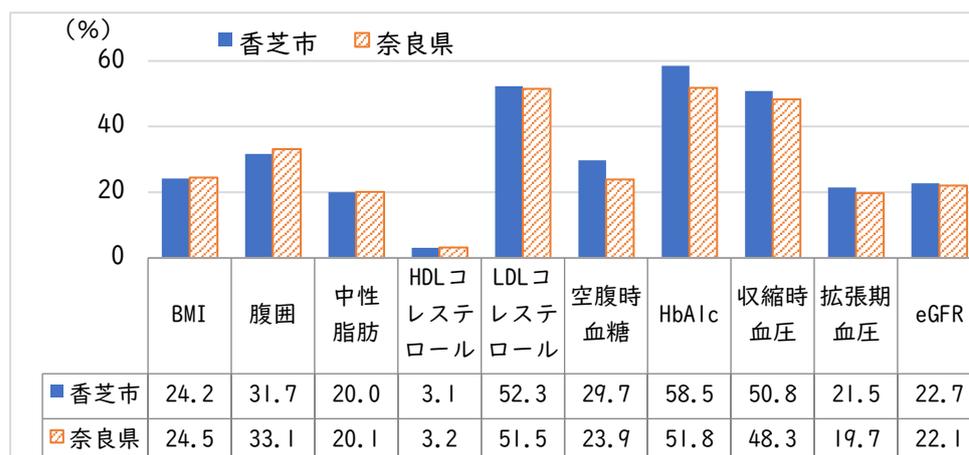
出典：特定健康診査等データ管理システム 特定健康診査・特定保健指導実施結果総括表（法定報告値）
※法定報告 XML 作成時点における実績値を表示

(3) 特定健康診査結果の状況

① 特定健康診査項目別の有所見者割合

有所見者割合が最も高い項目はHbA1cで、受診者の58.5%が基準値を超えていました。LDLコレステロール、収縮時血圧も受診者の半数以上が基準値を超えています。県と比較すると、空腹時血糖・HbA1cの有所見者割合が高く、糖尿病のリスクが高いことが示唆されます。

図表34. 特定健康診査項目別の有所見者割合（令和4年度）

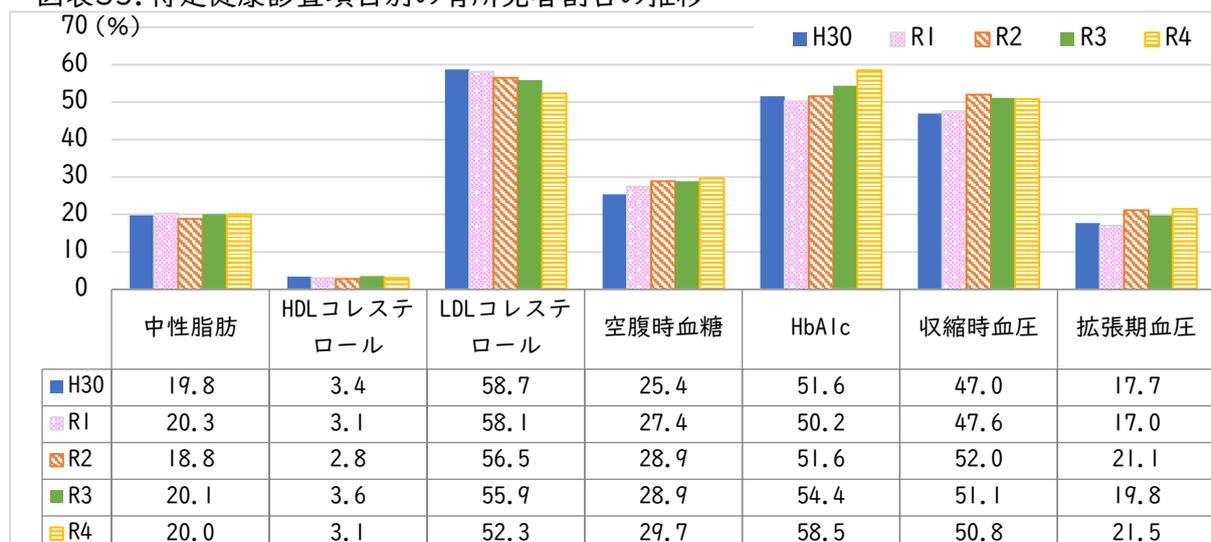


出典：KDB 帳票「厚生労働省様式 5-2 健診有所見者状況（男女別・年代別）」

※ 有所見者割合=各項目の健診結果が保健指導判定値を超えた者/健診受診者数×100

有所見者割合を経年で比較しますと、LDLコレステロールは減少傾向にありますが、HbA1cは増加しており、平成30年度から令和4年度までの増加率は10%以上です。また、空腹時血糖や血圧もやや増加傾向にあります。

図表35. 特定健康診査項目別の有所見者割合の推移

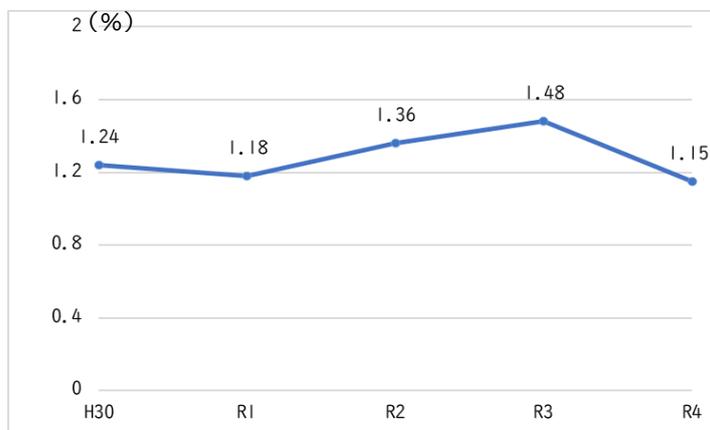


出典：KDB 帳票「厚生労働省様式 5-2 健診有所見者状況（男女別・年代別）」

※ 有所見者割合=保健指導判定値を超えた者/健診受診者数×100

血糖コントロールが不良であると考えられるHbA1c8.0%以上の者の割合は、令和元年度以降増加傾向にありましたが、令和4年度には減少し1.15%でした。

図表36. HbA1c8.0%以上の者の割合の推移



出典:KDB「健診ツリー図」集計対象者一覧より集計

② メタボリックシンドロームの状況

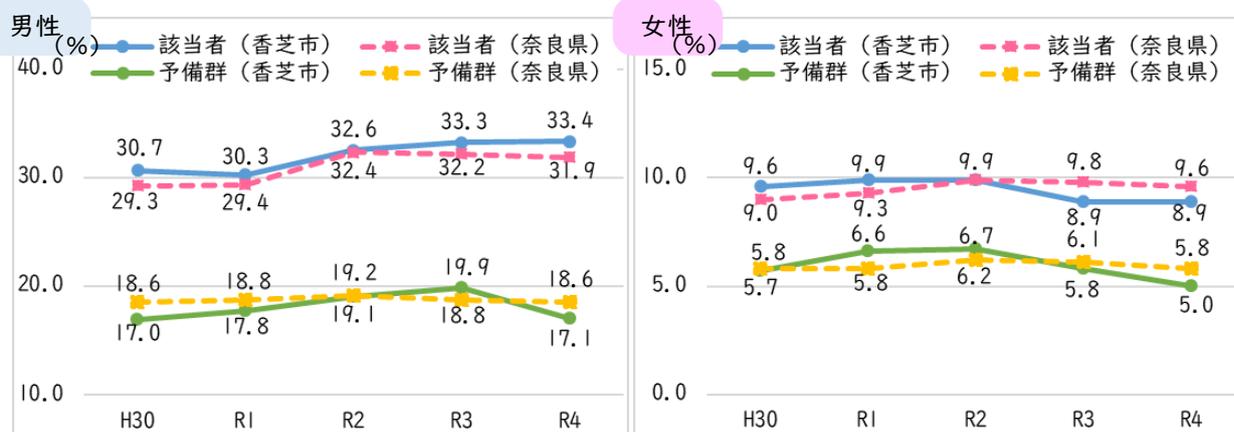
腹囲が男性85cm、女性90cm以上で、かつ血圧・血糖・血清脂質のうち1つが基準値から外れた状態を「メタボリックシンドローム予備群該当」、2つ以上が基準値から外れた状態を「メタボリックシンドローム基準該当」といいます。

令和4年度特定健康診査受診者の中で、メタボリックシンドローム該当者と判定された方の割合は、男性33.4%、女性8.9%で、県と比較すると、男性はやや上回り、女性はやや下回っています。経年の推移を見ると、令和元年度から2年度にかけて男性は急激に増加していますが、これは県も同傾向にあり、新型コロナウイルス感染症の影響下で生活習慣が変化したことにより、メタボリックシンドローム該当者が増加したと推測されます。令和2年度以降は、男性はわずかに増加傾向にありますが、女性は減少しています。

メタボリックシンドローム予備群と判定された方の割合は、男性17.1%、女性5.0%で、県と比較すると、男性も女性もやや下回っています。経年の推移で見ると、男女ともに増加傾向にありましたが、令和4年度は減少しています。

男性と女性を比較すると、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の該当者は男性が多く、その割合は女性の約3倍です。

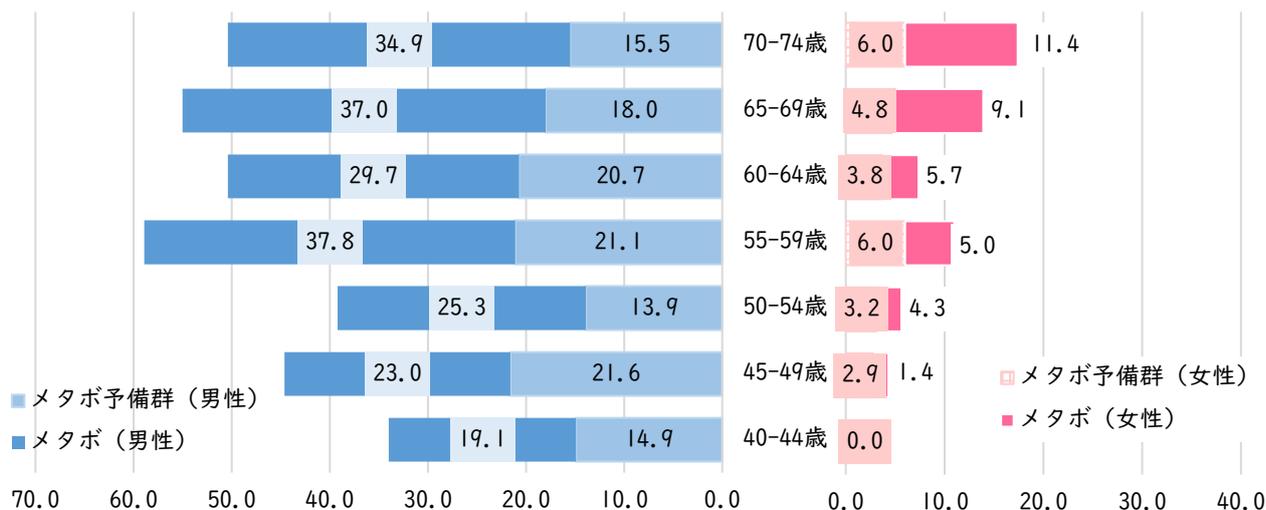
図表37. メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の推移



出典：特定健康診査等データ管理システム 特定健康診査・特定保健指導実施結果集計表（県集計）

令和4年度のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の該当者割合を性別・年齢別で見ると、予備群は40歳代から70歳代まで年齢差なく見られます。一方、メタボリックシンドローム該当者は、55歳以上の割合が高くなっており、若年層に予備群であった者が徐々にメタボリックシンドローム該当者に移行している様子がうかがえます。

図表38. メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合（性別年齢別・令和4年度）

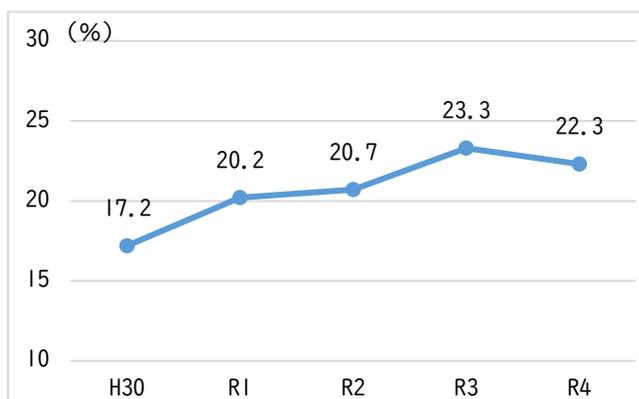


出典：特定健康診査等データ管理システム 特定健康診査・特定保健指導実施結果総括表

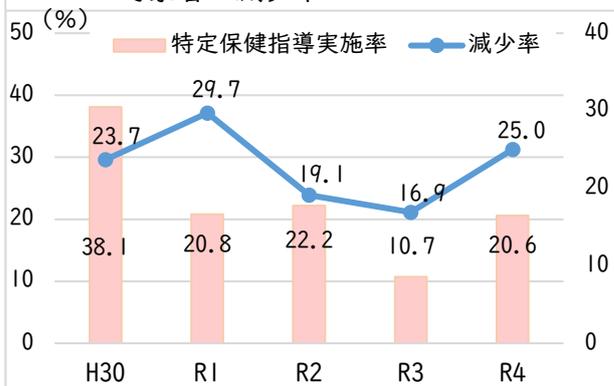
特定健康診査でメタボリックシンドロームに該当した者のうち、翌年度はメタボリックシンドロームには該当せず、予備群及び非該当になった割合は、平成30年度より年々増加していましたが、令和4年度はやや減少し、22.3%でした。

特定保健指導の利用者のうち、翌年度は特定保健指導の非該当となった割合は、令和元年度の29.7%をピークに減少していましたが、令和4年度は増加し25.0%でした。平成30年度は特定保健指導の利用者が多く、その成果として令和元年度の特定保健指導非該当率が増加したと推測されます。一方、令和3年度は特定保健指導実施率が低下していますが、令和4年度の特定保健指導による特定保健指導対象者減少率が増加しています。指導数が少なくても質の良い指導を実施することで、生活習慣病のリスク改善に繋がったと考えられます。

図表39. メタボリックシンドローム該当者の減少率



図表40. 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率



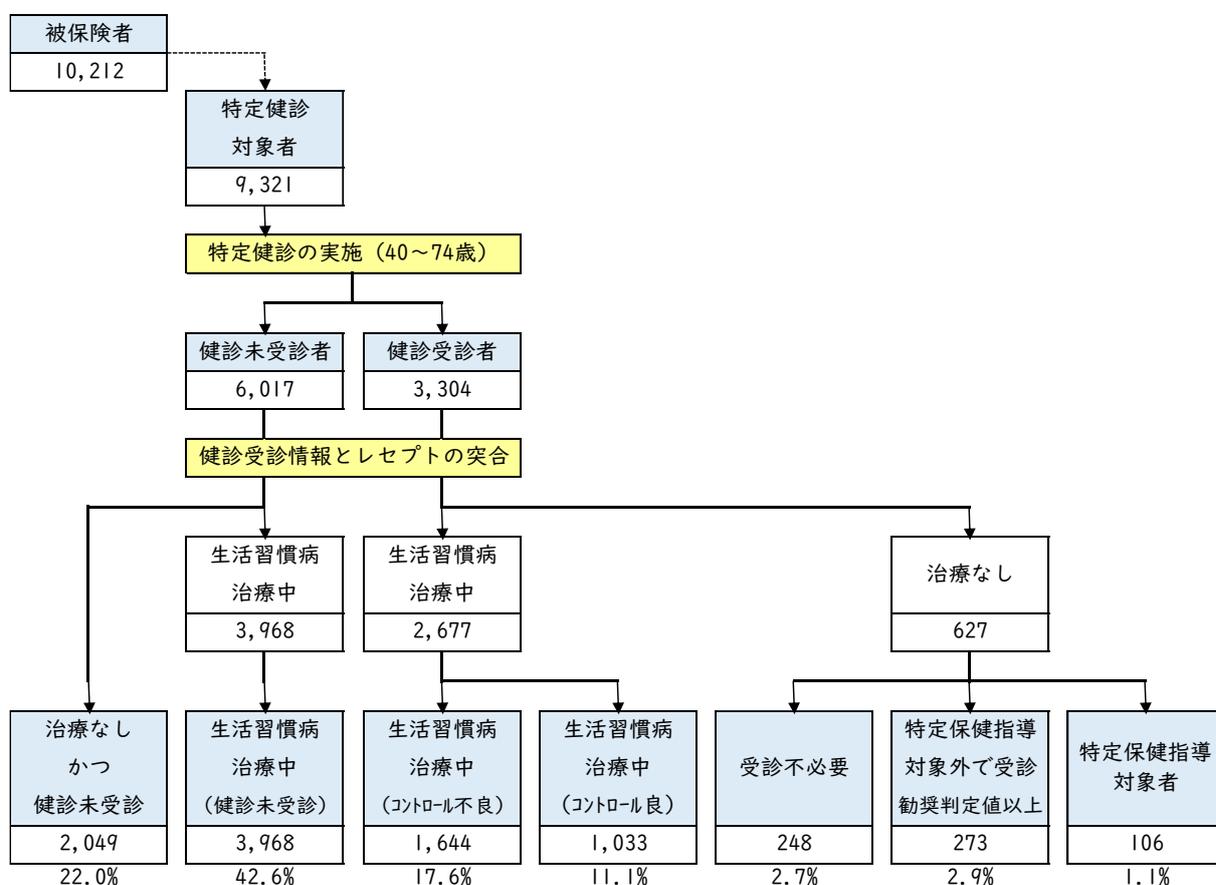
出典：特定健康診査等データ管理システム 特定健康診査・特定保健指導実施結果集計表（県集計）

4. レセプト・健診結果等を組み合わせた分析

令和4年度特定健康診査対象者のうち、健診未受診かつ治療のない方（健康状態不明者）が22.0%、健診は受診していないが生活習慣病治療中の方が42.6%でした。健康状態不明者は生活習慣病のコントロール状況が不明であるため、同層に対しての特定健康診査の未受診者対策が必要と考えます。

また、特定健康診査を受診した方のうち、生活習慣病の治療歴がないが、医療機関の受診が必要な方が2.9%いることから、医療機関を受診する必要性についての通知や、適切な生活改善・受診行動が自分で選択できるよう支援を進める必要があります。

図表41. 特定健康診査及びレセプトデータによる指導対象者群分析（令和4年度）



※割合（%）は、特定健診の対象者に占める割合

出典：KDB 帳票「厚生労働省様式 5-5 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導」

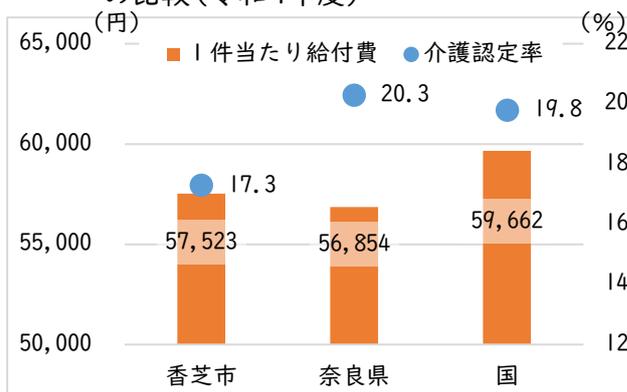
※ コントロール不良：健診結果が受診勧奨判定値を超える者

5. 介護費関係の分析

令和4年度の香芝市の介護認定率は17.3%で、県や国と比較すると低い率となっています。1件当たり介護給付費は57,523円で、県よりは高く、国よりは低くなっています。

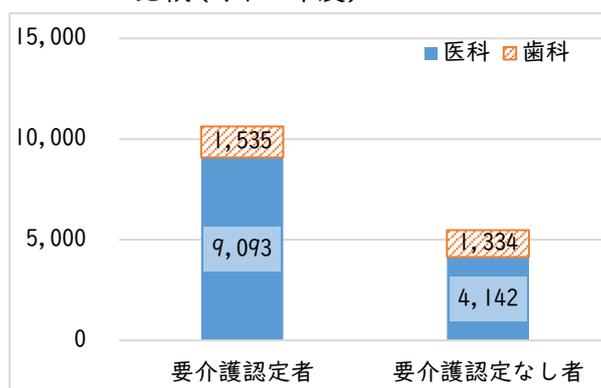
介護認定を受けている人と受けていない人の医療費を比較すると、認定を受けている人は、受けていない人に比べて医科・歯科ともに高く、その差は月額約5,000円にもなります。特に医科の医療費で大きな差が見られます。

図表42. 介護認定率及び1件当たり介護給付費の比較(令和4年度)



出典:KDB 帳票「地域の全体像の把握」

図表43. 要介護認定の有無による医療費の比較(令和4年度)



出典:KDB 帳票「地域の全体像の把握」

介護認定者の有病状況を見ると、64歳までの2号認定者においては、心臓病、脳疾患、筋・骨格の有病者の割合が高く、65歳以降の1号認定者においては、心臓病、筋・骨格、精神疾患(認知症を含む)が上位を占めています。特に、心臓病は、2号認定者の約4人に1人、1号認定者の約半数が抱える疾病です。1号認定者には、糖尿病患者も多くみられます。これらのことから、医療費の適正化だけでなく、介護予防の観点からも、生活習慣病予防及び重症化予防が重要であることがうかがえます。

図表44. 介護認定者の有病状況(令和4年度)

		2号 40-64歳	1号 65-74歳	1号 75歳
認定者数		68人	351人	2,889人
認定率		0.2%	3.9%	30.2%
有病 状況	糖尿病	7人 (11.9%)	83人 (25.6%)	664人 (22.6%)
	糖尿病合併症	2人 (5.1%)	18人 (5.2%)	88人 (3.3%)
	心臓病	16人 (24.0%)	159人 (46.2%)	1,540人 (54.4%)
	脳疾患	16人 (20.6%)	79人 (21.7%)	551人 (20.1%)
	がん	3人 (4.8%)	42人 (12.3%)	297人 (10.2%)
	精神疾患	4人 (9.6%)	90人 (28.5%)	991人 (35.1%)
	筋・骨格	9人 (18.3%)	151人 (42.3%)	1,368人 (48.0%)
	難病	3人 (4.8%)	20人 (6.0%)	82人 (2.9%)
	その他	20人 (28.7%)	171人 (50.1%)	1,553人 (55.1%)

出典:KDB 帳票「要介護(支援)認定状況」

6. データ分析の結果に基づく健康課題の整理

データ分析の結果から、本市における健康課題を以下のとおり整理しました。

課題 1. メタボリックシンドローム該当者が増えている	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> ・令和2年度以降、男性のメタボリックシンドローム該当者が急激に増加しており、県と比較するとやや上回っています(39ページ)。 ・男性と女性を比較すると、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の該当者は男性が多く、その割合は女性の約3倍です(39ページ)。 ・予備群は40歳代から70歳代まで年齢差なく見られる一方で、メタボリックシンドローム該当者は、55歳以上の割合が高くなっており、若年層に予備群であった者が徐々にメタボリックシンドローム該当者に移行している様子が見えます(39-40ページ)。
取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導等による生活習慣改善の支援が重要と考えます。特に、予備群のリスク改善に注力することでメタボリックシンドローム該当者への移行を減少できることから、予備群への積極的なアプローチを検討する必要があります。 ・健康づくりに向けた情報提供や啓発の推進が必要です。

課題 2. 糖尿病の罹患率が増えている 糖尿病、慢性腎臓病の医療費が高い	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> ・1人当たり医療費は年々増加しています(25ページ)。 ・疾病細小分類別の医療費がもっとも高いのは糖尿病で、次いで慢性腎臓病(透析)です。平成30年度以降この2疾病が上位を占めています(27ページ)。 ・医療費が80万円以上となる高額レセプトにおいて、15.2%が生活習慣病であり、脳梗塞及び脳内出血が上位を占めています(27ページ)。 ・糖尿病の患者数及び1人当たり医療費が増加傾向にあります(28ページ)。 ・糖尿病治療中の人工透析患者数は減少傾向にあります(30ページ)。 ・特定健康診査受診者の有所見者割合が最も高い項目はHbA1cで、受診者の約6割が基準値を超えています。空腹時血糖とHbA1cの有所見者割合が、県より高く、年々増加傾向にあります(37ページ)。
取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果の改善のためには、食事や運動など生活習慣の改善への支援が必要と考えます。 ・発症している人へは、早期に医療にかかり重症化を防ぐ観点から、健診結果を基にした情報提供や保健指導、医療機関への受診勧奨を実施します。 ・糖尿病性腎症重症化予防事業の効果が出ていることから、継続して実施します。

課題3. 悪性新生物(がん)の医療費が高い	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> ・1人当たり医療費は年々増加しています(25ページ)。 ・疾病大分類別 被保険者1人当たり医療費がもっとも高いのは新生物です(26ページ)。 ・医療費が80万円以上となる高額レセプトにおいて、23.6%が悪性新生物です。気管支及び肺の悪性新生物、胃の悪性新生物が上位を占めています(27ページ)。
取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・がんの早期発見のため、がん検診の受診勧奨が必要であると考えます。

課題4. 被保険者の5人に1人が健康状態不明者である	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> ・令和4年度の特定健康診査対象者のうち、健診未受診かつ治療歴のない健康状態不明者の割合は、22.0%です(41ページ)。
取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・健康状態不明者は生活習慣病のコントロール状況が不明であるため、同層に対して特定健康診査の未受診者対策が必要と考えます。 ・被保険者(特に高齢者)の健康保持増進を図り、できる限り健やかに過ごすことができる社会を作るため、介護予防対策を含めた事業の推進が必要と考えます。

第5章 第3期データヘルス計画の目的と目標

1. 計画全体の目的

本市における健康課題を整理した結果、女性において平均寿命と健康寿命の差（介護が必要な期間）が国や県と比べて長いことや、1人当たり医療費が増加傾向にあることがわかりました。また、医療費の中で生活習慣病や悪性新生物が大きな割合を占めていること、糖尿病の罹患率が増えていること、メタボリックシンドローム該当者が増えていること等が確認できました。そのため、メタボリックシンドローム該当者とその予備群や糖尿病をはじめとする生活習慣病患者の減少に向けて取り組み、医療費が高額となる脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全を減少させ、被保険者の健康の保持増進、生活の質の維持向上、及び健康寿命の延伸に繋げる必要があります。

以上のことから、前計画の基本的な考えを継承しつつ、本計画の目指すべき目的及び目的を達成するための目標を下記のとおり設定します。なお、今期計画より、県内において他の保険者と比較し、自保険者の客観的な状況を把握し健康課題の優先度を明確化することを目的に、県で設定された共通評価指標を用いて、経年的な経過を把握しながら計画を推進していきます。

◎ 本計画の目指すべき目的

生活習慣病の発症及び重症化予防を図り、健康寿命の延伸及び医療費の適正化を図る。

目的	評価指標	ベースライン(R4)	目標値	県指標
健康寿命の延伸	平均余命	男性:82.9歳 女性:87.9歳	延伸	○
	平均自立期間 (要介護2以上になる年齢)	男性:81.3歳 女性:84.6歳	延伸	○
医療費の適正化	1人当たりの医科医療費 (性・年齢調整値)	入院:118,049円 外来:176,760円	維持	○
	1人当たりの歯科医療費 (性・年齢調整値)	歯科:22,608円	維持	○

◎ 目的を達成するための目標

目標1. メタボリックシンドローム該当者及び予備群の該当者数を減らす

戦略：特定保健指導の利用によって、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の改善がみられることから、特定健康診査及び特定保健指導の実施率を向上させる取り組みを実施します。特に、特定健康診査の実施率が低い一方でメタボリックシンドローム該当者・予備群割合が高い40-50歳代に注視して実施します。

対応する個別の保健事業：特定健康診査実施率向上対策事業、特定保健指導実施率向上対策事業

目標2. 生活習慣病が重症化することを予防する

戦略：健診結果から有所見者となる者に対して、積極的に医療機関の受診勧奨及び保健指導を行います。糖尿病の罹患率が増えていること、糖尿病及びその重症化疾患である慢性腎臓病（透析）の医療費が上位を占めていることから、糖尿病性腎症の重症化予防についての取り組みを推進します。医療費全体に占める悪性新生物の割合が大きいことから、がんの早期発見・早期治療につなげるためのがん検診受診率向上対策を行います。また、より広く健康教育を普及・啓発する取り組みを検討していきます。

対応する個別の保健事業：生活習慣病重症化予防事業、糖尿病性腎症重症化予防事業、がん検診受診率向上対策事業

目標3. 医療費の適正化を推進する

戦略：ジェネリック医薬品の普及啓発や重複・頻回受診者に対して適正受診を促す取り組みを継続します。今後も高齢化が進むため、要介護状態やフレイルの予防を目指し、高齢者の健康状態を改善する取り組みを進めます。

対応する個別の保健事業：適正受診・適正服薬促進事業、ジェネリック医薬品使用促進事業、地域包括ケアに係る取り組みに関する事業

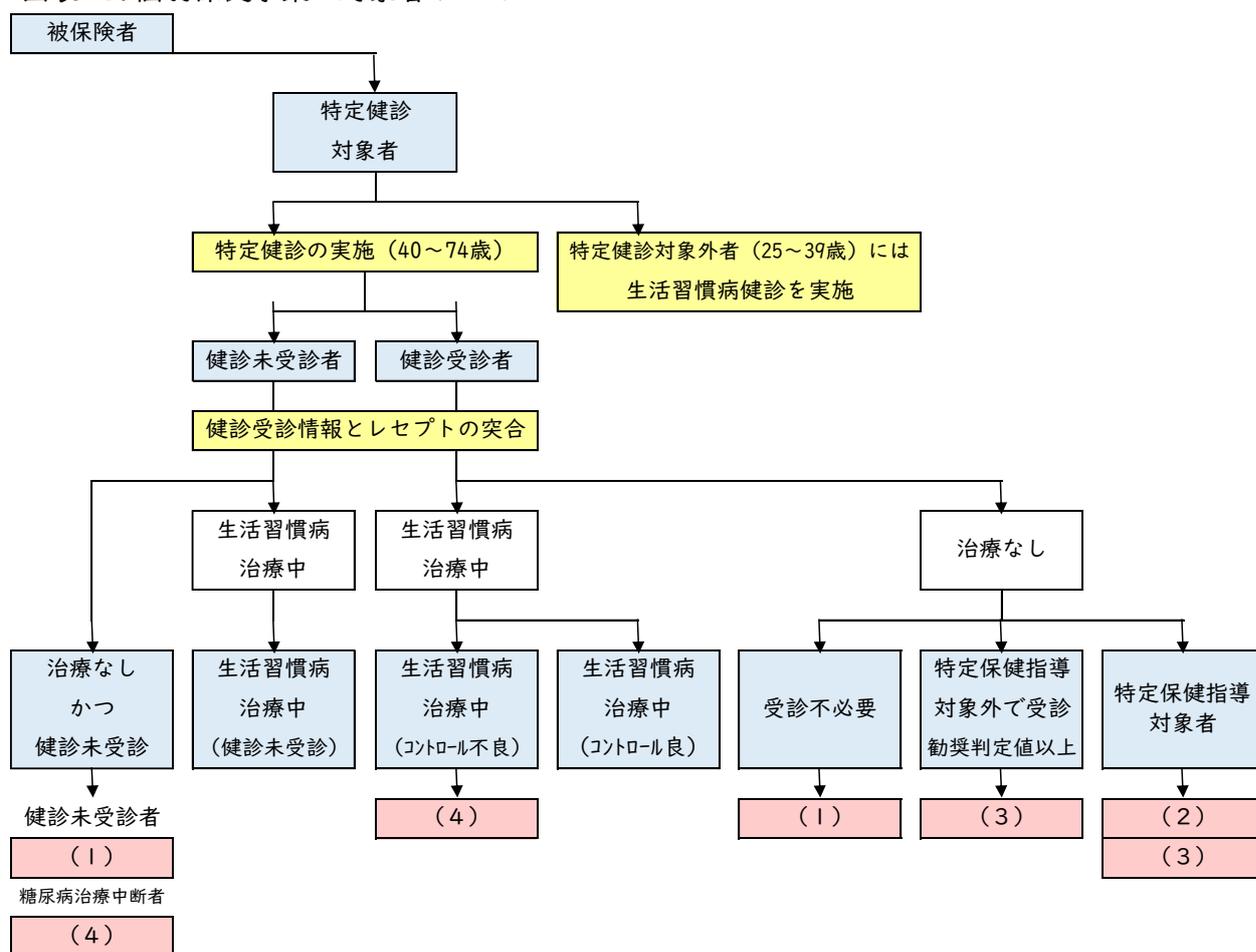
上記目標に対する目標値等は、次項「2. 健康課題を解決するための個別の保健事業」にて設定します。

2. 健康課題を解決するための個別の保健事業

前項で設定した目標を達成するために、個別の保健事業を設定します。全ての保険者が取り組むべき保健事業に加えて、本市の健康課題を解決するために有効と判断した事業を選定しました。各事業の目標については、事業の結果（アウトプット）とその事業がもたらす成果（アウトカム）、事業の実施方法（プロセス）、実施体制（ストラクチャー）を定めています。

個別の保健事業の実施にあたっては、効率的かつ効果的に行うため、対象者の選定方法について下記のとおり整理しました。

図表45. 個別保健事業の対象者イメージ



- (1) 特定健康診査実施率向上対策事業
- (2) 特定保健指導実施率向上対策事業
- (3) 生活習慣病重症化予防事業
- (4) 糖尿病性腎症重症化予防事業

(1) 特定健康診査実施率向上対策事業

① 目的

本市における特定健康診査の実施率は35.5%(令和4年度)と国の目標60%を下回っており、更なる実施率の向上を図る必要があります。脳血管疾患、心臓病、腎不全等の生活習慣病の原因となるメタボリックシンドロームに着目した特定健康診査の周知や受診勧奨等の取り組みを実施することにより、特定健康診査の実施率向上とともに、被保険者の生活習慣病の早期発見及び受診者の生活習慣改善に向けての意識づけを図ります。

② 事業内容

1. 通知送付等による受診勧奨(国保連合会との共同事業・市独自事業)

奈良県国保連合会の共同事業により、過去の受診状況等を要件として受診勧奨対象者を選定し、ナッジ理論を活用した効果的な受診勧奨通知を送付します。また、通知送付後にも受診が確認できない対象者に対して、再勧奨通知を送付します。また、上記共同事業の対象者に含まれない者に対して、年齢や過去の受診状況、国保の加入歴等から対象者を階層分けし、市独自の受診勧奨通知を送付します。

健診未受診かつ医療機関への受診歴がない健康状態不明者は、健診を受診する可能性が低く、費用対効果を勘案して前計画までは優先順位を低く設定していましたが、生活習慣病コントロール状況が不明であり、医療費適正化の観点からも同対象者に対して健診の受診勧奨が必要であると考えため、本計画においては優先順位を上げて取り組みます。

2. 休日集団特定健康診査の実施

かかりつけ医がない、平日は仕事をしていて医療機関の受診が難しい等の理由で特定健康診査の受診に至っていない層に対して、特定健康診査の受診機会を提供します。また、がん検診と同時受診ができる体制を整え、がん検診の受診率向上にも併せて寄与します。

3. インセンティブを活用した受診勧奨(みなし健診等)

特定健康診査受診者として扱うことができる人間ドック受診者に対して、結果の提供によりドック費用の助成を行います。また、特定健康診査受診者へのインセンティブとして、脳ドックの費用助成を行い、特定健康診査実施率の底上げを図ります。

4. 情報提供等による継続受診勧奨

特定健康診査の結果に基づき、特定保健指導に該当しない者に対して、結果の見方や栄養・運動に関する情報提供を行います。また、特定健康診査受診者に対して、生活習慣の維持・改善や継続受診に繋がられるような取り組みを推進します。

5. 被保険者の利便性を考慮した特定健康診査の実施

がん検診との同時受診、休日受診、集団健診における24時間Web予約システム等、利便性の良い健診体制を構築します。

③ 評価指標

特定健康診査の実施にあたっては、国は令和11年度における市町村国保の実施率の目標値として60%を示していますが、これまでの実績と今後の取り組みの効果を見込んだ現実的な目標として、下記のとおり設定します。なお、これらは、特定健康診査等実施計画の達成しようとする目標としても位置付けています(58ページ)。

区分	指標	ベースライン(R4)	目標値	県指標
アウトカム	特定健康診査実施率	35.5%	40%	○ (60%)
アウトプット	受診勧奨対象者への通知率	100%	100%	
	休日集団特定健康診査の受診者数	299人	300人	
	人間ドック費用助成者数	150人	150人	
プロセス	受診勧奨対象者の把握	100%	100%	
	休日集団特定健康診査の回数	3回	3回	
ストラクチャー	関係機関との連携会議	2回	2回	

(2) 特定保健指導実施率向上対策事業

① 目的

特定健康診査の結果、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による予防効果が大きく期待できる者に対して、保健師等により運動や栄養に関する保健指導を行い、メタボリックシンドロームの改善を図ります。本市における実施率は20.6%(令和4年度)と国の目標60%を下回っており、また男性のメタボリックシンドローム該当者の割合が県の平均より高いため、利用勧奨により更なる実施率の向上を図ります。

② 事業内容

1. 電話等による利用勧奨事業

特定保健指導の案内通知を送付した後に申し込みのない者に対して、保健師等による電話利用勧奨を実施します。

また、特定保健指導対象者に対して、健康相談等の個別アプローチを検討し、特定保健指導の利用に繋がめます。

③ 評価指標

特定保健指導の実施にあたっては、国は令和11年度における市町村国保の実施率の目標値として60%を示していますが、これまでの実績と今後の取り組みの効果を見込んだ現実的な目標として、下記のとおり設定します。なお、これらは、特定健康診査等実施計画の達成しようとする目標としても位置付けています(58ページ)。

区分	指標	ベースライン(R4)	目標値	県指標
アウトカム	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	25%	増加	○
	利用者の改善割合 ^{※1}	- ^{※2}	増加	
アウトプット	特定保健指導実施率	20.6%	30%	○ (60%)
	利用勧奨対象者への通知率	100%	100%	
プロセス	利用勧奨対象者の把握	100%	100%	
ストラクチャー	関係機関との連携会議	2回	2回	

※1:積極的支援を実施した者において、当該年度の特定健康診査の結果に比べて腹囲2.0cm以上かつ体重2.0kg以上減少している場合(又は当該年度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(kg)と同じ値の腹囲(cm)以上減少している場合)

※2:令和6年度の実績値と比較

(3) 生活習慣病重症化予防事業

① 目的

特定健康診査受診者のうち、血圧・血糖・コレステロール等の数値が受診勧奨域であるが医療機関を受診していない者に対して、早期に治療が開始されるよう、適切な受診勧奨及び生活習慣改善のための保健指導を行い、生活習慣病の重症化を予防します。

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いるため、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い、早期の治療により口腔機能を維持・向上させることで、生活習慣病のリスクの軽減を図ります。

② 事業内容

1. 医療機関への受診勧奨(国保連合会との共同事業)

特定健康診査の結果が受診勧奨域に該当し、かつ治療歴がない者に対して、医療機関への受診行動がとれるよう通知による勧奨を行います。

また、特定健康診査の質問票において、口腔機能の低下が想定される者に対して、受診勧奨通知を送付します。

2. 専門職による保健指導

特定健康診査受診者のうち、高血糖・高血圧等の結果が受診勧奨域である者等に対して、保健師等による医療機関受診勧奨及び生活習慣改善指導を行います。

3. 生活習慣病に関する健康教育、健康相談

特定健康診査受診者に対して、受診行動や生活習慣病予防についての啓発を図り、必要に応じて、「2. 専門職による保健指導」に繋がります。

また、保健事業と介護予防の一体的な実施におけるポピュレーションと連携し、地域での健康づくり活動においても、生活習慣病予防等の正しい知識の普及を図ります。

③ 評価指標

区分	指標	ベ-スライン (R4)	目標値	県指標
アウトカム	血糖の有所見者の割合※ ¹ (HbA1c5.6%以上)	58.5%	減少	○
	血圧の有所見者の割合※ ¹ ① 収縮期血圧 130mmHg 以上 ② 拡張期血圧 85mmHg 以上	① 50.8% ② 21.5%	減少	○
	脂質の有所見者の割合※ ¹ ① HDLコレステロール 40mg/dl 未満 ② 中性脂肪 150mg/dl以上 ③ LDL コレステロール 120mg/dl以上	① 3.1% ② 20.0% ③ 52.3%	減少	○
アウトプット	(医科受診勧奨) 受診勧奨者の医療機関受診率	46.4%	増加	
	(歯科受診勧奨) 受診勧奨者の医療機関受診率	14.6%	増加	
プロセス	受診勧奨対象者の把握	100%	100%	
ストラクチャー	関係機関との連携会議	2回	2回	

※¹：有所見者の割合 = 基準値を超えた者/健診受診者 × 100

(4) 糖尿病性腎症重症化予防事業

① 目的

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等の重症化を防ぎます。

② 事業内容

1. 治療中断者や未治療者に対する医療機関への受診勧奨（国保連合会との共同事業）

前年度に糖尿病の服薬等が確認されているが当年度は糖尿病の受診歴がない者（治療中断者）や、糖尿病未治療者に対して、医療機関への受診行動がとれるよう通知による勧奨を行います。

2. 糖尿病性腎症重症化予防のための保健指導（国保連合会との共同事業）

糖尿病治療中で、糖尿病性腎症重症化のリスクが高い者に対して、かかりつけ医の同意のもと、国及び県の糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき保健師等による保健指導を実施します。

(3) 評価指標

区分	指標	ベースライン(R4)	目標値	県指標
アウトカム	HbA1c8.0%以上の者の割合※1	1.15%	減少	○
	新規人工透析導入患者数	3人	減少	○
アウトプット	受診勧奨者の医療機関受診割合	31.6%	50%	
	保健指導利用者数	4人	6人	
プロセス	受診勧奨対象者の把握	100%	100%	
ストラクチャー	かかりつけ医との連絡回数	12回	18回	

※1：HbA1c8.0%以上の者の割合

= HbA1c8.0%以上の者/健診受診者のうちHbA1cの検査結果がある者 × 100

(5) 適正受診・適正服薬促進事業(重複多剤・併用禁忌投薬対策事業)

① 目的

重複投薬、多剤投薬(ポリファーマシー)、併用禁忌投薬は、医療費適正化の観点だけでなく、薬の副作用を予防する点からも重要であることから、対象者に対して通知や電話勧奨等により適正な服薬の指導を行います。

② 事業内容

1. 重複投薬・多剤投薬・併用禁忌投薬対象者への注意喚起(国保連合会との共同事業)

同一月に複数の医療機関を受診し、同一の効能・効果の薬剤が数ヶ月連続して処方されている者に対して、注意喚起文書を送付します(重複投薬)。

同一月に複数の医療機関を受診し、9種類以上の薬剤が数ヶ月連続して処方されている者に対して、注意喚起文書を送付します(多剤投薬)。

同一月に複数の医療機関を受診し、一度でも併用禁忌薬剤が処方されている者に対して、注意喚起文書を送付します(併用禁忌投薬)。

2. 重複投薬・多剤投薬・併用禁忌投薬対象者への電話による状況確認(国保連合会との共同事業)

上記1の注意喚起事業の対象者のうち特に指導が必要な者に対して、状況に応じて専門職から改善するよう指導します。

③ 評価指標

区分	指標	ベースライン(R4)	目標値	県指標
アウトカム	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	0.46%	減少	○
	同一月内に9以上の薬剤の処方を受けた者の割合※2	6.63%	減少	○
アウトプット	注意喚起文書送付率	100%	100%	
	電話で状況確認できた割合	81.3%	85%	
プロセス	注意喚起対象者の把握	100%	100%	
ストラクチャー	国保連合会との連絡回数	2回	2回	

※1: 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/被保険者数 × 100

※2: 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/被保険者数 × 100

(6) ジェネリック医薬品使用促進事業

① 目的

香芝市のジェネリック医薬品の使用割合は74.4%（令和5年3月診療分）で、国が掲げるジェネリック医薬品の使用割合80%に到達できていない状況です。ジェネリック医薬品の使用促進にかかる啓発、ジェネリック医薬品差額通知書の送付等により、普及率を高めます。

② 事業内容

1. 後発医薬品差額通知書の送付（国保連合会との共同事業）

先発医薬品の利用者に対して、薬効成分が同一のジェネリック医薬品に切り替えた場合の自己負担軽減額を示した差額通知書を発送し、ジェネリック医薬品への切り替えを促します。

2. 差額通知に関する相談窓口の設置（国保連合会との共同事業）

差額通知書の内容について、相談できる電話相談窓口を設置します（国保中央会に委託）。

3. ジェネリック医薬品の普及啓発

国保のしおり、市ホームページ、広報紙等により、ジェネリック医薬品の品質や使用促進の意義等に関する情報を提供し、ジェネリック医薬品の普及啓発を図ります。

③ 評価指標

区分	指標	ベースライン(R4)	目標値	県指標
アウトカム	後発医薬品使用割合 (数量ベース)	74.4%	増加	○
アウトプット	後発医薬品差額通知書の送付回数	4回	4回	
プロセス ストラクチャー	国保連合会との連絡回数	2回	2回	

(7) がん検診受診率向上対策事業

① 目的

医療費全体に占める悪性新生物の割合は大きく、高額レセプトにおいても上位を占めているため、がんの早期発見・早期治療につなげるためのがん検診の受診率向上は重要な課題です。がん検診は、がん対策推進基本計画に基づき衛生部門（保健センター）が実施しており、連携を図りながら取り組みます。

② 事業内容

1. 特定健康診査との同時実施体制の整備

市内の特定健康診査実施医療機関において、がん検診を同時実施（または同時予約）できるように体制を整備します。また、休日集団特定健康診査においても、胃がん・肺がん・大腸がん検診を同時実施できる体制を継続します。

2. がん検診の普及啓発

特定健康診査の受診方法を掲載したパンフレットに、がん検診の受診方法についても追記し、周知を図ります。また、受診勧奨チラシ等特定健康診査の勧奨資材でもがん検診について触れ、特定健康診査とのセット受診を促します。

③ 評価指標

区分	指標	ベースライン(R4)	目標値	県指標
アウトカム	がん検診受診率(国保)	胃がん：6.1% 肺がん：6.1% 大腸がん：8.9% 子宮がん：8.3% 乳がん：11.4%	県平均 を上回る	
アウトプット	休日集団特定健康診査における同時実施回数	3回	3回	
プロセス ストラクチャー	衛生部門(保健センター)との連携 会議	2回	2回	

(8) 地域包括ケアに係る取り組みに関する事業(高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施)

高齢者の健康増進を図り、できる限り健やかに過ごすことができる社会を作るために、本市では、令和3年度より高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施(以下、「一体的実施」という。)に関する保健事業の取り組みを開始しました。今後、国保においても高齢化が進み、後期高齢者へ移行する被保険者が多くなることを見込まれることから、移行後も継続した保健事業が提供できるように事業を計画する必要があります。

本計画の計画期間においては、奈良県後期高齢者医療広域連合が策定する「第3期データヘルス計画」との整合性を図った事業展開を立案し、高齢者の健康状態を改善することを目的として、生活機能の低下を防止する取り組み(ポピュレーションアプローチ)と生活習慣病等の重症化を予防する取り組み(ハイリスクアプローチ)の双方の保健事業について、関係課(保健センター、介護福祉課)と連携を図りながら実施を進めます。

参考. 奈良県後期高齢者医療広域連合 第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)より

【目的】在宅で自立した生活が送れる高齢者の増加

【共通評価指標】

目標	評価項目	基準値 R4	目標値 R11	考え方	
健診受診率の向上 健康状態不明者の減少	アウトプット	・健診受診率 ・歯科健診実施市町村数	25.50% 39 団体	30.00% 39 団体 39 団体	健診受診率は基準値から約5ポイント増を目指す。
生活習慣の改善 重症化の予防 フレイルの予防		・質問票を活用したハイリスク者把握に基づく保健事業の実施市町村数	調査中		
一体的実施の推進 実施市町村数の増加	アウトプット	・低栄養 ・口腔 ・服薬(重複・多剤) ・重症化予防(糖尿病性腎症) ・重症化予防(その他身体的フレイルを含む) ・健康状態不明者	5 団体 4 団体 1 団体 6 団体 7 団体 12 団体	12 団体 12 団体 3 団体 20 団体 20 団体 30 団体	基準値や R5 計画をもとに設定。(照会結果をもとに修正予定。)
一体的実施の推進 ハイリスク者割合の減少	アウトカム	・低栄養 ・口腔 ・服薬(多剤) ・服薬(睡眠薬) ・身体的フレイル(ロコモ含む) ・重症化予防(コントロール不良者) ・重症化予防(糖尿病等治療中断者) ・重症化予防(基礎疾患保有+フレイル) ・重症化予防(腎機能不良未受診者) ・健康状態不明者 ・平均自立期間(要介護2以上)※R3 実績	0.89% 2.88% 3.43% 1.83% 4.78% 0.59% 6.91% 5.59% 0.016% 1.56%	減少 減少 減少 減少 減少 減少 減少 減少 減少 減少	基準値からの改善を目指す。平均自立期間については、平均余命の延伸以上の延伸を目指す。
		※男性 81.0 ※女性 84.6	平均余命の延伸以上の延伸		

第6章 第4期特定健康診査等実施計画

高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、特定健康診査等実施計画を策定します。

(1) 達成しようとする目標

特定健康診査の実施にあたっては、国は令和11年度における市町村国保の実施率の目標値として60%を示していますが、これまでの実績と今後の取り組みの効果を見込んだ現実的な目標として、下記のとおり設定します。なお、これらは、データヘルス計画の評価指標としても位置付けています(49、50ページ)。

	R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定健康診査	36%	37%	38%	39%	39%	40%
特定保健指導	23%	25%	26%	28%	29%	30%

(2) 特定健康診査等の対象者

年度中に40-74歳になる香芝市国民健康保険の被保険者を対象とします。ただし、妊産婦その他の厚生労働大臣が定める者(刑務所入所中、海外在住、長期入院等告示(平成20年1月厚生労働省告示第3号)で規定)は、対象者から除外します。

① 特定健康診査の対象者数

過去の対象者の推移から対象者数を推計しました。

	R6	R7	R8	R9	R10	R11
対象者数(推計) ^{※1}	8,790	8,540	8,300	8,070	7,840	7,620
想定受診者数 ^{※2}	3,160	3,160	3,150	3,150	3,060	3,050

※1:対象者数(推計)は、H30-R4年度の特定健康診査対象者(法定報告基準)の平均減少率2.8%を基に推計

※2:想定受診者数は、対象者数(推計)×実施率目標値により推計

② 特定保健指導の対象者数

①で推計した特定健康診査の想定受診者数に対し、平成30年度から令和4年度の受診者に占める保健指導対象者の割合の平均10.7%を乗じて対象者数を推計しました。

	R6	R7	R8	R9	R10	R11
対象者数(推計)	340	340	340	340	330	330

(3) 特定健康診査の実施方法

① 実施形態

指定医療機関で受診する個別健診と、保健センターで実施する集団健診の2方式で、いずれも委託により実施します。個別健診は、県内特定健康診査等実施機関の取りまとめとなる県医師会と市町村国保の代表市町村が行う集合契約に参加します。集団健診は、特定健康診査等実施機関と個別契約を締結します。

② 実施場所

個別健診は、委託先の県内医療機関で実施します。集団健診は、保健センターで実施します。

③ 実施時期

6月から翌年2月末までの実施を基本とします。

④ 実施項目

「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（以下、「実施基準」という。）」に示された項目に加え、独自の追加項目（貧血検査、心電図検査、血清クレアチニン及びeGFR、血清尿酸検査）を実施します。なお、血中脂質検査のうちLDLコレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上である場合または食後採血の場合はnon-HDLコレステロールの測定でもよいこととします。

項目	内容	香芝市	国
既往歴の調査	服薬歴、喫煙習慣、運動習慣等（質問票による）	○	○
自覚症状及び他覚症状の検査	理学的検査（視診、聴打診、腹部触診等）	○	○
身体計測	身長、体重、腹囲、BMI	○	○
血圧	収縮期血圧、拡張期血圧	○	○
血中脂質検査	中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール（またはnon-HDLコレステロール）	○	○
肝機能検査	AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ -GT（ γ -GTP）	○	○
血糖検査	空腹時血糖もしくは随時血糖、ヘモグロビンA1c、	○	○
尿検査	尿糖、尿蛋白	○	○
貧血検査	赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値	○	□
その他	心電図検査	○	□
	血清クレアチニン（eGFR）	○	□
	眼底検査	□	□
	血清尿酸検査	○	

※：○：必須項目 □：医師の判断に基づき選択的に実施する項目

⑤ 周知や案内の方法

特定健康診査開始前に受診券を発行し、受診方法を記載したパンフレットとともに送付します。また、広報紙やホームページ等を活用して周知を図ります。

⑥ 事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法

市の特定健康診査以外の健診（人間ドック等）を受診した場合、その健診が特定健康診査の基本的な項目を包含している場合には、その健診結果を市に提供することで、特定健康診査の実施に代えることとします。人間ドックの結果を提供した者には、香芝市国民健康保険人間ドック等検診実施要綱に基づき費用助成を行います。

また、職場の健診を受けていたり病院で定期的に検査を受けている場合においても、その健診等が特定健康診査の基本的な項目を包含している場合には、健診結果・検査結果を市に提供することで、特定健康診査の実施に代えることとします。

⑦ 記録の管理

特定健康診査の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行います。

⑧ 代行機関

特定健康診査に係る費用決済及びデータ管理等の業務は、実施基準の規定により、奈良県国保連合会に委託します。

⑨ その他

がん検診の受診率向上と受診者の利便性を鑑み、特定健康診査とがん検診を同時に受診できる体制を構築します。

(4) 特定保健指導の実施方法

① 実施形態

特定保健指導については、利用勧奨も含めて外部委託で実施します。来庁による面談を基本としますが、利用者の利便性を考慮して、ICTを活用した保健指導の実施体制を構築します。

② 実施時期

当該年度の特定健康診査の結果を把握次第、順次実施します。特定健康診査の実施期間が原則2月末までであることから、特定保健指導は年度をまたいだ実施体制を構築します。

③ 実施内容

「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」に基づき、保健指導対象者の選定を行い、動機付け支援・積極的支援に階層化した上で、対象者自らが生活習慣を改善し継続した取り組みができるように支援します。特定保健指導の実施に関しては、「奈良県特定健康診査・特定保健指導マニュアル(令和6年4月改定版)」及び「特定保健指導の実施方法(厚生労働省告示第9号)」に準ずるものとします。

③-1 対象者の抽出

特定健康診査の結果に基づき、特定保健指導の対象者の抽出(階層化)を行います。

腹囲	追加リスク※ ¹	喫煙歴	対象※ ²	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40-64歳	65-74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	/		

※1:追加リスクの基準(保健指導判定値)

① 血糖:空腹時血糖(または随時血糖) 100mg/dl 以上またはヘモグロビンA1c5.6%以上

② 脂質:空腹時中性脂肪150mg/dl 以上(随時中性脂肪の場合は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

※2:健診の質問票で、血圧、脂質、血糖に関して服薬中の者は、対象外とする。

※3:本表に該当しない場合は、情報提供のみ行う。

③-2 動機付け支援

医師または保健師、管理栄養士による個別面接(20分以上、対面またはICTを活用した面接)または集団面接(おおむね8名以下、80分以上、対面を基本とする)において目標設定、行動計画作

成を実施した後、継続的に支援を行い、3ヶ月以降に面接または電話等により評価を行います。

③-3 積極的支援

動機付け支援と同様の方法で初回面接を行い、目標設定、行動計画作成を実施した後、保健師・管理栄養士等による継続的支援を実施し、中間評価を経て、3ヶ月以降に評価を行います。継続的な支援は、個別面接、集団面接、電話等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせ実施します。なお、アウトカム評価とプロセス評価を合計し、180p以上の支援を保健指導終了の条件とします。ただし、2年連続して積極的支援に該当した対象者のうち、1年目に比べ2年目の状態が改善している者については、動機付け支援相当の支援として180p未満でも特定保健指導を実施したこととします。

アウトカム評価 ※1	腹囲2.0cm以上かつ体重2.0kg以上減少※2	180p
	腹囲1.0cm以上かつ体重1.0kg以上減少	20p
	食習慣の改善	20p
	運動習慣の改善	20p
	喫煙習慣の改善（禁煙）	30p
	休養習慣の改善	20p
	その他の生活習慣の改善	20p
プロセス評価	個別支援	・ 支援1回当たり70p ・ 支援1回当たり最低10分間以上
	グループ支援	・ 支援1回当たり70p ・ 支援1回当たり最低40分間以上
	電話支援	・ 支援1回当たり30p ・ 支援1回当たり最低5分間以上
	電子メール等支援	・ 支援1往復当たり30p
	健診当日の初回面接	20p
	健診後1週間以内の初回面接	10p

※1:アウトカム評価については、「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4版)」を参考とする。

※2:当該年度の特定健康診査の結果に比べて腹囲2.0cm以上かつ体重2.0kg以上減少している場合（または当該年度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)以上減少している場合）

④ 周知や案内の方法

特定健康診査の結果、特定保健指導の対象になった者に、利用案内を送付し、周知を図ります。

⑤ 記録の管理

特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行います。

⑥ 代行機関

特定保健指導に係る費用決済及びデータ管理等の業務は、実施基準の規定により、奈良県国保連合会に委託します。

第7章 計画の推進

1. 計画の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度ごとに行うことを基本として、保健事業ごと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。事業の評価は、KDBデータ等の健康・医療情報を活用します。

目標が達成されていない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認し、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に反映させることとします。

令和8年度に中間評価として計画全体の評価と見直しを、令和11年度に次期計画策定に向けての最終評価を実施します。

2. 計画の公表・周知

本計画は、国の指針に基づき、市ホームページで公表するとともに、関係機関等に広く周知を図っていきます。

3. 個人情報の取り扱い

本計画における特定健康診査及び特定保健指導等の各事業で得られる健康情報等の個人情報については、個人情報の保護に関する法律を遵守し、適切に取り扱います。その際に、被保険者の利益を最大限に保証するため、個人情報の保護に十分に配慮しつつ、効果的、効率的な保健事業を実施する観点から、収集された個人情報を有効に利用します。

また、特定健康診査等を外部に委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理監督し、適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じます。

香芝市国民健康保険
第3期データヘルス計画
第4期特定健康診査等実施計画

令和6年3月発行

香芝市健康部国保医療課
〒639-0251 奈良県香芝市逢坂一丁目374番地1
電話： 0745-79-7528
FAX： 0745-79-7532