

田原本町国民健康保険

第 3 期保健事業実施計画

(データヘルス計画)

令和 6 年 3 月

田原本町

目次

第1章 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）

I 基本的事項	…	P.1
1 計画の趣旨	…	P.1
2 計画期間	…	P.1
3 実施体制・関連計画との連携	…	P.2
4 共通指標について	…	P.3
II 現状の整理	…	P.5
1 被保険者の状況	…	P.5
2 医療費の状況	…	P.8
3 健診の状況	…	P.11
4 生活習慣病に関する状況	…	P.17
5 服薬の状況	…	P.20
6 がん検診の状況	…	P.22
7 介護及び高齢者の状況	…	P.24
III 計画全体	…	P.26
1 課題の整理	…	P.26
2 目的・目標	…	P.28
IV 個別保健事業	…	P.30
1 特定健康診査実施率向上対策事業	…	P.30
2 特定保健指導事業	…	P.31
3 糖尿病性腎症重症化予防対策事業	…	P.32
4 生活習慣病受診勧奨推進事業	…	P.33
5 重複多剤・併用禁忌投薬対策事業	…	P.35
6 後発医薬品使用促進事業	…	P.35
7 がん対策受診率向上対策事業	…	P.36
8 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する事業	…	P.37
V その他	…	P.39
1 計画の評価・見直し	…	P.39
2 計画の公表・周知	…	P.39
3 個人情報の取扱い	…	P.39
4 地域包括支援ケアに係る取組	…	P.39
VI 評価指標一覧（アウトプットとアウトカム値の推移）	…	P.40

I. 基本的事項

1. 計画の趣旨

平成 26 年 3 月、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計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うこととなりました。その後、平成 30 年 4 月からの国民健康保険の県単位化に伴い奈良県が財政運営の責任主体となり、本町においても、令和 6 年度県内統一保険料（税）水準の完成を目指すとともに、国民健康保険被保険者（以下「被保険者」という。）の負担抑制に向けた医療費適正化に取り組んできました。

田原本町国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)に基づく、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、本町では、平成 29 年 2 月に第 1 期計画を、平成 30 年 3 月に第 2 期計画を策定し、特定健康診査・特定保健指導をはじめ慢性腎臓病（CKD）予防対策事業など多様な保健事業を推進してきました。第 2 期計画の評価を踏まえ、健康課題に対応したより効果的・効率的な保健事業を実施することができるよう、この度第 3 期保健事業実施計画（データヘルス計画）（以下、「本計画」という。）を策定しました。

本計画では、第 4 期奈良県医療費適正化計画と連携を図りながら、被保険者の健康の保持・増進、医療費適正化を目指すと同時に、新たに共通指標を設定します。県内保険者との比較や健康状況の把握、また、経年的な推移を確認することにより本町の健康課題の優先度を明確にし、実効性を高められるよう取り組みます。

2. 計画期間

本計画は、令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 年計画です。

3. 実施体制・関連計画との連携

【実施体制】

本計画を策定・推進するうえで、以下の担当課との連携を図ります。

部門	担当課等	役割
主担当	保険医療課	計画全体の調整、管理 保健事業の計画、実施、 評価
庁内関係課	健康福祉課	保健事業の計画、実施、 評価
	長寿介護課	
県、外部機関	奈良県医療保険課	計画の方向性に関する情 報提供や支援
	奈良県国保連合会 (支援・評価委員会 も活用)	現状分析、計画策定・評 価に関する支援

【関連計画との連携】

本計画の策定においては、下記計画との整合性を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、本計画を推進します。

計画名	担当課等	計画期間
なら健康長寿基本計画	奈良県健康推進課	令和 6 年度～令和 17 年度
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
田原本町国民健康保険第 4 期 特定健康診査等実施計画	保険医療課	令和 6 年度～令和 11 年度
田原本町第 4 次総合計画 後期基本計画	企画財政課	令和 4 年度～令和 8 年度
第 2 次健康たわらもと 21・ 第 2 次田原本町食育推進計画 【後期計画】	健康福祉課	令和 2 年度～令和 6 年度
田原本町高齢者保健福祉計画 及び第 9 期介護保険事業計画	長寿介護課	令和 6 年度～令和 8 年度

4. 共通指標について

本計画の推進において、奈良県では県内保険者との比較や県域内での健康状況の把握を目的に、共通評価指標を設定しました。

本町においても、本計画の評価指標に以下の共通指標を加え、推移を確認しながら取組を推進します。

第3期市町村国保データヘルス計画 奈良県共通指標

◆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 (※1)	出典
1	健康寿命の延伸	平均余命	延伸	KDB
2		平均自立期間（要介護2以上）	延伸	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	維持	KDB
4		一人当たりの歯科医療費 ※性・年齢調整値	維持	KDB

（※1）健康寿命や医療費は、長期の保健事業の取組により変化し、また保健事業以外の多くの影響により変化するものであるため目標値は設定せず数値の推移の確認のみを行う。

◆個別保健事業における指標

No.	目標	取組	評価指標	目指す方向 (目標値)	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	増加 (60%)	法定報告
2			特定保健指導実施率	増加 (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	増加	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)	減少	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)	減少	KDB
6			脂質の有所見者の割合 (保健指導判定値以上：	減少	KDB

			①HDL コレステロール 40mg/dl 未満の割合 ②中性脂肪 150mg/dl 以上の割合 ③LDL コレステロール 120mg/dl 以上の割合		
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（※2）	KDB
8			高血圧症の受療割合（高血圧症のレセプトがある者）	総合的に判断（※2）	KDB
9	生活習慣病	生活習慣病の	HbA1c8.0%以上の者の割合	減少	KDB
10	の重症化予防	重症化予防対策	新規人工透析導入患者数	減少	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）	減少	KDB
12			同一月内に9以上の薬剤の処方を受けた者の割合	減少	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）	増加	厚生労働 省 HP

（※2）「総合的に判断」とは、ほかの生活習慣病の発症予防・重症化予防の指標の実績値とのバランスをみて判断することを指す。重症化予防の観点では、早期に医療機関を受診することが重要であり糖尿病・高血圧症の受療割合は高い方がよい。一方、発症予防の観点では、そもそも発症しない方がよいため受療割合は低い方がよい。

法定報告 奈良県国保連合会 法定報告

KDB 国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステム。

Ⅱ. 現状の整理

1 被保険者の状況

○被保険者数・年齢構成

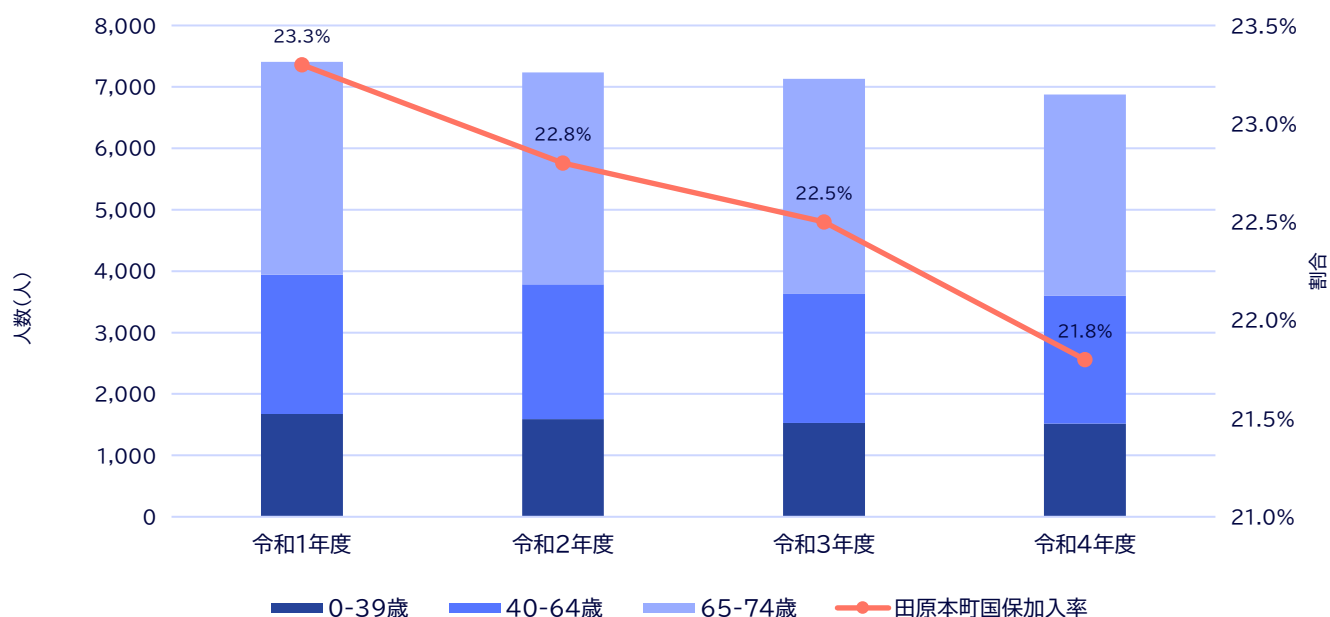
【年齢階層別 被保険者数と割合】

	令和 1 年度		令和 2 年度		令和 3 年度		令和 4 年度	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
0-39 歳	1,674 人	22.6%	1,592 人	22.0%	1,526 人	21.4%	1,519 人	22.1%
40-64 歳	2,267 人	30.6%	2,192 人	30.3%	2,103 人	29.5%	2,083 人	30.3%
65-74 歳	3,466 人	46.8%	3,452 人	47.7%	3,500 人	49.1%	3,272 人	47.6%
被保険者数合計	7,407 人	100%	7,236 人	100%	7,129 人	100%	6,874 人	100%
町総人口	31,828 人		31,790 人		31,716 人		31,559 人	
国保加入率	23.3%		22.8%		22.5%		21.8%	
奈良県	22.4%		22.2%		21.8%		20.8%	

出典 国民健康保険事業年報 国民健康保険実態調査（厚生労働省）

人口 住民基本台帳 令和 1 年度から令和 4 年度(3.31 現在)

年齢構成の推移



◀考察

被保険者数は令和 4 年度末で 6,637 人、加入率は町総人口の 21% です。年次推移から町人口の減少に伴い被保険者数も減少傾向にあるなか、令和 4 年度の加入率が大きく減少しています。年齢別にみた加入率は 65～74 歳で最も高く 4 年平均では 48%、次いで 40 歳～64 歳で 30%、0～39 歳で 22% の順となっています。

止まらない人口減少、また、就業構造の変化、被用者保険の適用拡大などを要因に、今後も被保険者数の減少及び被保険者年齢層の高齢化が想定されています。

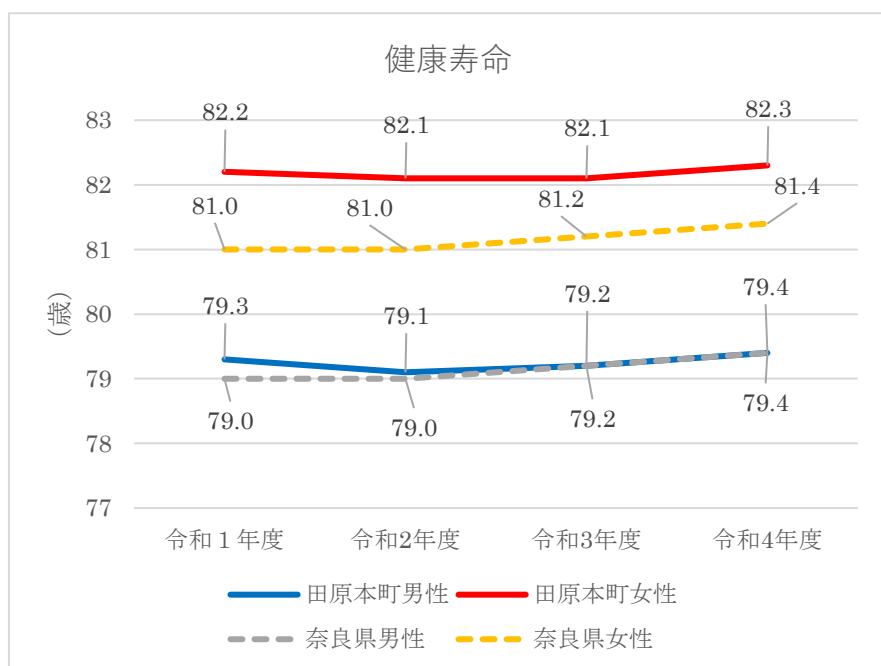
○平均余命、健康寿命、要介護期間

【平均余命・健康寿命・要介護期間】

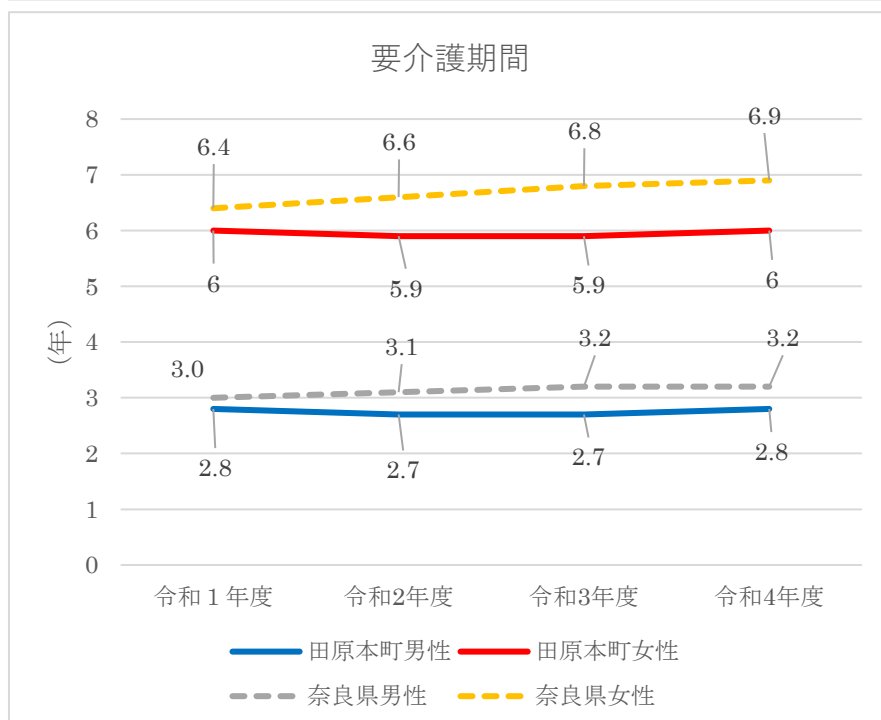
	男性			女性		
	平均余命	健康寿命	要介護期間	平均余命	健康寿命	要介護期間
令和1年度	82.1歳	79.3歳	2.8年	88.2歳	82.2歳	6.0年
令和2年度	81.8歳	79.1歳	2.7年	88.0歳	82.1歳	5.9年
令和3年度	81.9歳	79.2歳	2.7年	88.0歳	82.1歳	5.9年
令和4年度	82.2歳	79.4歳	2.8年	88.3歳	82.3歳	6.0年

出典 KDB 帳票 「地域の全体像の把握」

(奈良県算出基準) 健康寿命(平均自立期間) = 平均余命 - 要介護期間。県では65歳平均自立期間を採用。



健康寿命県内順位		
	男性	女性
R2年度	13位	3位
R1年度	19位	10位
H30年度	20位	12位
H29年度	21位	12位
H28年度	18位	12位



要介護期間県内順位		
	男性	女性
R2年度	13位	12位
R1年度	15位	13位
H30年度	12位	8位
H29年度	11位	12位
H28年度	16位	9位

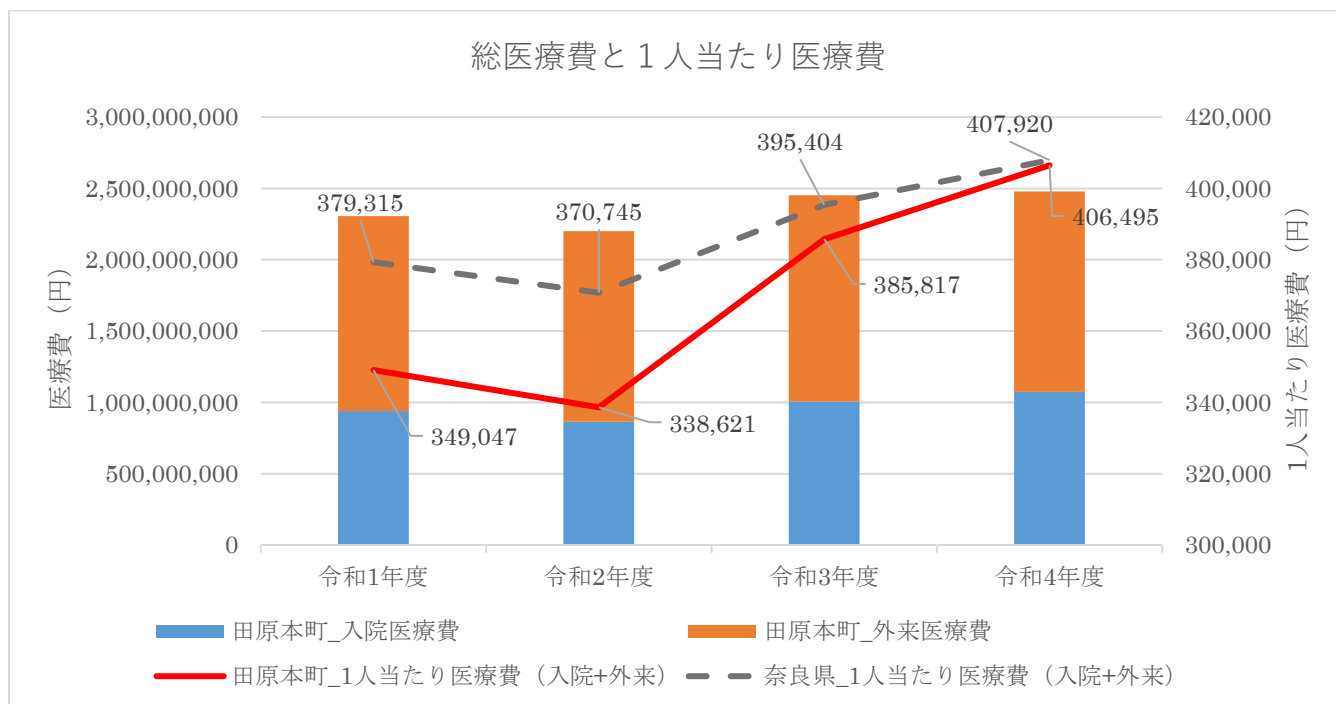
◀考察

令和４年度の健康寿命は、男性 79.4 歳、女性 82.3 歳で女性の方が 3 年長く、経年的にみるとほぼ横ばいで推移しています。奈良県と比較すると、男性はほぼ同じ、女性は 1 歳長く、令和 2 年度の県内順位は（長い方から）男性 13 位、女性 3 位となっています。

一方で、令和 4 年度の平均要介護期間は、男性 2.8 年、女性 6.0 年で女性の方が 3 年長く、経年的にみるとほぼ横ばいで推移しています。男女とも奈良県より短く、令和 2 年度の県内順位は（短い方から）男性 13 位、女性 12 位となっています。

2 医療費の状況

○総医療費と1人当たり医療費



【総医療費】

(円)

	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
総額	2,305,400,260	2,200,041,580	2,452,799,830	2,478,519,430
対前年度比	-	95.4%	111.5%	101.0%
入院	938,033,200	865,198,030	1,006,321,650	1,073,348,600
対前年度比	-	92.2%	116.3%	106.7%
外来	1,367,367,060	1,334,843,550	1,446,478,180	1,405,170,830
対前年度比	-	97.6%	108.4%	97.1%
○歯科のみ	166,014,680	152,905,700	163,264,790	166,486,340
対前年度比	-	92.1%	106.8%	102.0%

出典 KDB 帳票 「健康スコアリンク」

【1人当たり医療費】(年間医療費)

(円)

	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
田原本町	349,047	338,621	385,817	406,495
対前年度比	-	97.0%	113.9%	105.4%
奈良県	379,315	370,745	395,404	407,920
対前年度比	-	97.7%	106.7%	103.2%
○歯科のみ(町)	21,830	21,788	22,907	23,321
対前年度比	-	99.8%	105.1%	101.8%

出典 国民健康保険事業年報(厚生労働省)

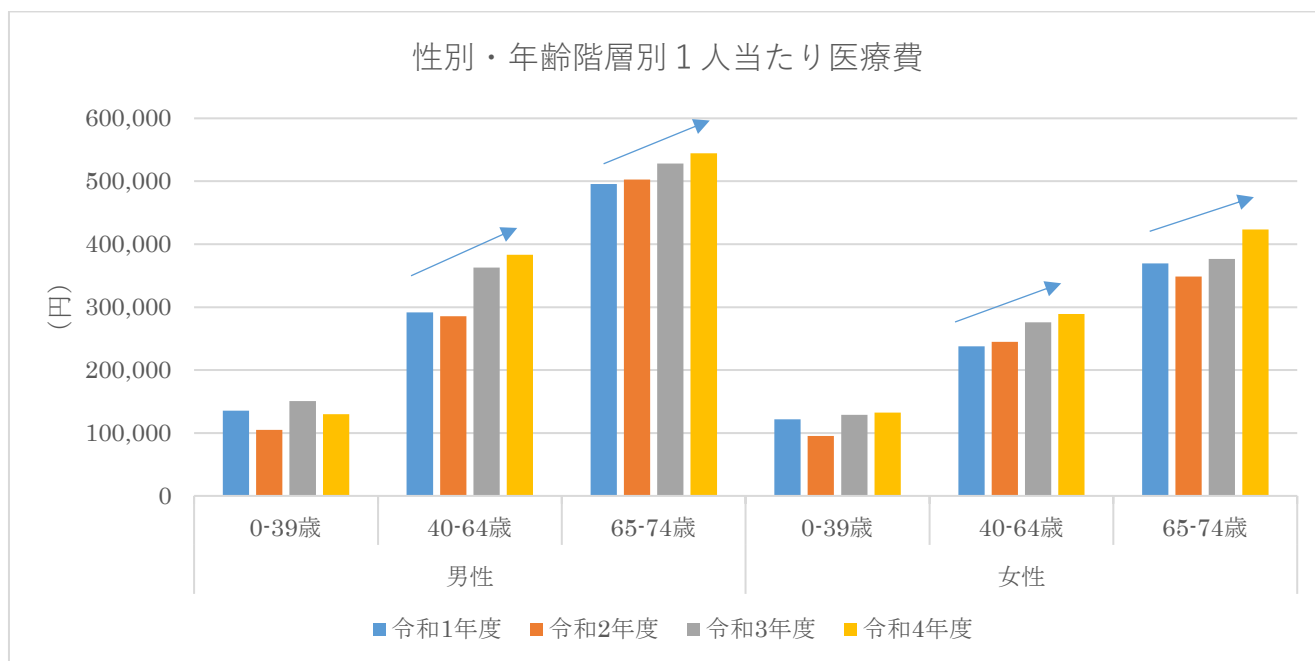
歯科のみ KDB 帳票 「健康スコアリンク」

【性別・年齢階層別 1人当たり医療費】（年間医療費）

（円）

		令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
男性	0-39 歳	135,530	104,686	150,539	129,955
	40-64 歳	291,811	285,656	362,671	383,075
	65-74 歳	495,574	502,582	528,178	544,419
女性	0-39 歳	121,744	95,085	129,043	132,194
	40-64 歳	237,629	244,583	275,978	289,129
	65-74 歳	369,398	348,525	376,360	423,404

出典 KDB 帳票 S23_003-疾病別医療費分析（大分類） 令和1年度から令和4年度 累計



◀考察

総医療費は、新型コロナウイルス感染症の影響を受けた令和2年度を除き、徐々に増加傾向にあります。1人当たり医療費は奈良県と比べ低水準でしたが、令和3年度以降は前年度からの伸び率が高くなり、差が徐々に縮小しています。一方で歯科の総医療費、1人当たり医療費は大きな増減なく推移していますが、口腔機能の維持・向上のためには定期的な歯科受診の勧奨が必要とされています。

性別・年齢階層別では、男女とも40歳以上で徐々に増加傾向にあり、男性のほうが高い状況です。被保険者数が減少する一方で、一般的に医療が必要な高齢者割合の上昇や、医療・薬剤の高度化が進むことにより、今後も1人当たり医療費は増加すると考えられています。

○疾病別医療費

【疾病別医療費と1人当たり医療費（入院＋外来）】令和4年度

順位	疾病分類 (中分類)	田原本町			奈良県		
		医療費（円）	1人当たり 医療費 （円）	割合	医療費（円）	1人当たり 医療費 （円）	割合
1位	その他の 悪性新生物	179,725,330	26,002	7.3%	6,462,815,680	22,677	6.4%
2位	腎不全	174,946,140	25,310	7.1%	5,857,602,210	20,554	5.8%
3位	糖尿病	153,894,550	22,265	6.2%	5,498,271,530	19,293	5.5%
4位	その他の心疾患	144,030,320	20,838	5.8%	4,798,450,840	16,837	4.8%
5位	その他の神経系 の疾患	89,259,550	12,914	3.6%	3,577,131,230	12,552	3.5%
6位	その他の消化器系 の疾患	79,611,060	11,518	3.2%	3,728,026,590	13,081	3.7%
7位	気管、気管支及び 肺の悪性新生物	77,228,230	11,173	3.1%	2,599,979,390	9,123	2.6%
8位	高血圧症	72,641,500	10,509	2.9%	3,066,494,700	10,760	3.0%
9位	統合失調症、統合失 調症型障害及び妄 想性障害	63,445,650	9,179	2.6%	3,401,651,110	11,936	3.4%
10位	骨折	63,369,650	9,168	2.6%	2,215,384,260	7,774	2.2%

出典 KDB 帳票 S23_004-疾病別医療費分析（中分類） 令和4年度 累計

割合 （各疾患の「総点数」の値の合計）／（「総点数」の値の合計）

※町の医療費の高い順に10疾患を掲載

◀考察

本町の令和4年度医療費を疾病（中分類）別にみると、上位から4位まで（その他の悪性新生物 7.3%、腎不全 7.1%、糖尿病 6.2%、その他の心疾患 5.8%）と高血圧症 2.9%で総医療費の30%を占めており、これらは生活習慣の影響が大きい疾患の分類です。奈良県と比較すると、上位5位までの疾患と、7位の気管・気管支及び肺の悪性新生物、10位の骨折で1人当たり医療費が高い一方、6位のその他消化器系の疾患、9位の統合失調症に関係する1人当たり医療費は低く抑えられています。

医療費適正化の観点から、生活習慣の改善や生活習慣病の発症・進行・重症化予防に向けた取組の重要性が高まっています。

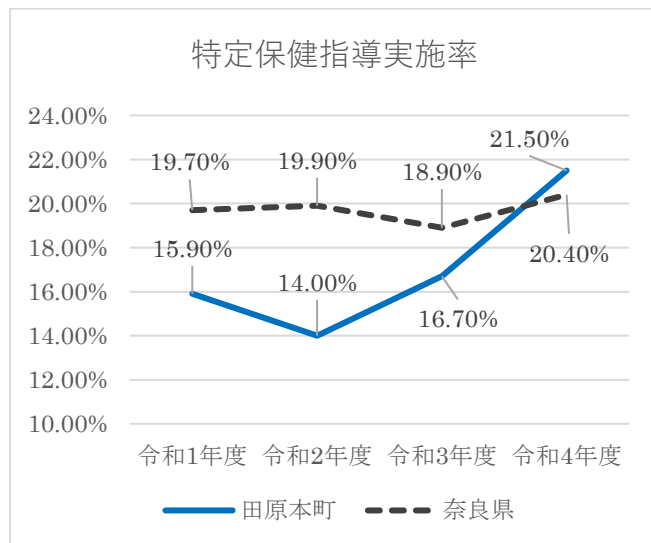
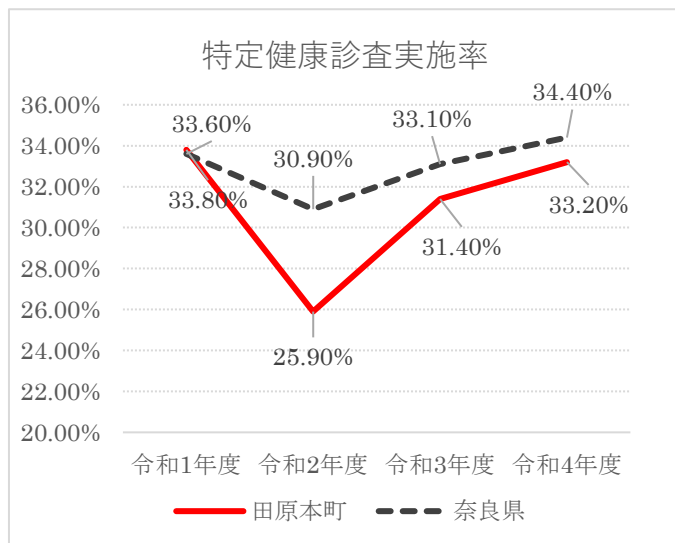
3 健診の状況

○特定健康診査・特定保健指導

【特定健康診査・特定保健指導実施率（法定報告）】

		令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定健康診査	田原本町	33.8%	25.9%	31.4%	33.2%
	奈良県	33.6%	30.9%	33.1%	34.4%
特定保健指導	田原本町	15.9%	14.0%	16.7%	21.5%
	奈良県	19.7%	19.9%	18.9%	20.4%

出典 奈良県国保連合会 法定報告



【性別・年齢階層別 特定健康診査実施率】

男性	40-44 歳	45-49 歳	50-54 歳	55-59 歳	60-64 歳	65-69 歳	70-74 歳
令和1年度	11.7%	20.4%	12.8%	19.5%	21.1%	36.4%	38.5%
令和2年度	7.6%	13.6%	8.0%	12.5%	16.4%	29.7%	29.0%
令和3年度	9.9%	16.4%	11.9%	14.5%	23.5%	32.7%	36.6%
令和4年度	11.1%	15.8%	9.9%	20.5%	29.7%	33.8%	39.6%
対令和1年度	-0.6	-4.6	-2.9	1.0	8.6	-2.6	1.1

出典 KDB 帳票 S21_008-健診の状況 令和1年度から令和4年度 累計

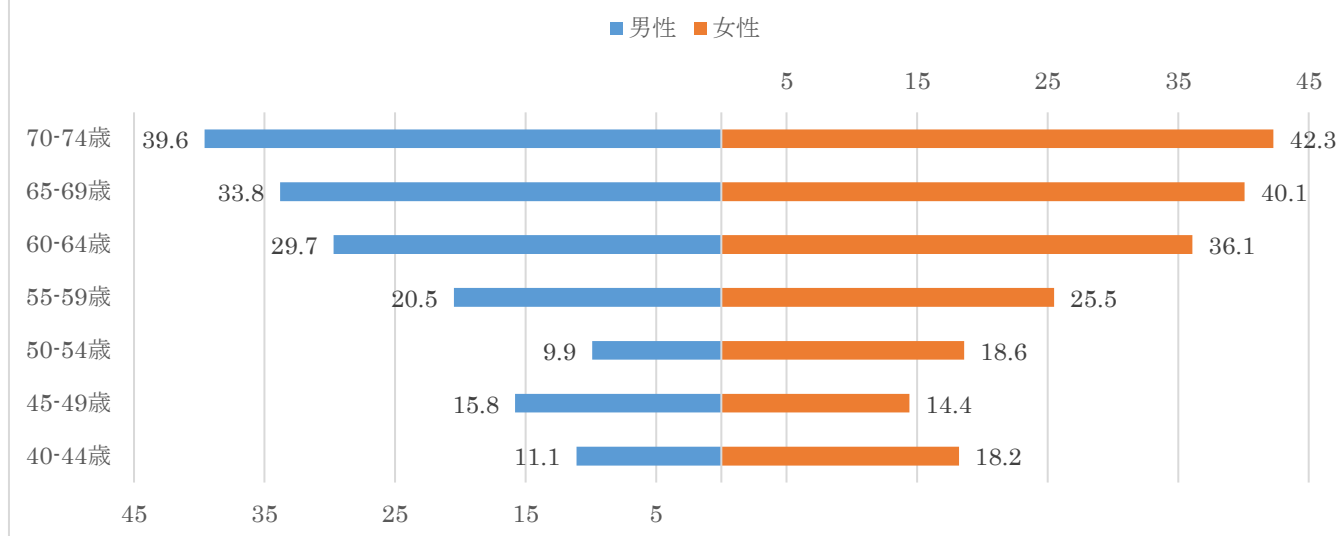
割合 (「健診受診者数」の値の合計) / (「健診対象者数」の値の合計)

女性	40-44 歳	45-49 歳	50-54 歳	55-59 歳	60-64 歳	65-69 歳	70-74 歳
令和1年度	12.1%	19.1%	20.7%	27.0%	38.5%	42.3%	44.1%
令和2年度	13.3%	12.5%	13.0%	17.0%	31.2%	31.1%	35.5%
令和3年度	16.3%	18.0%	17.3%	26.6%	34.9%	36.3%	41.4%
令和4年度	18.2%	14.4%	18.6%	25.5%	36.1%	40.1%	42.3%
対令和1年度	6.1	-4.7	-2.1	-1.5	-2.4	-2.2	-1.8

出典 KDB 帳票 S21_008-健診の状況 令和1年度から令和4年度 累計

割合 (「健診受診者数」の値の合計) / (「健診対象者数」の値の合計)

令和4年度 性別・年齢階層別特定健康診査実施率（％）



◀ 考察

特定健康診査・特定保健指導実施率は、新型コロナウイルス感染症の影響を受けた令和2年度を除き、徐々に上昇傾向にあります。特定健康診査実施率は奈良県を下回っていましたが、受診勧奨や健診体制の見直しを行い、休日集団健診（がん検診とのセット健診）を再開したこともあり、令和4年度は33.2%とコロナ以前まで回復しました。特定保健指導実施率は奈良県を大きく下回っていましたが、利用勧奨を強化したこともあり、令和4年度は21.5%と奈良県を超えました。

特定健康診査の性別・年齢階層別実施率をみると、男性の55歳以上、及び、女性の40～44歳で増加傾向にあります。令和4年度では45～49歳を除く全ての階層で男性より女性の実施率が高く、65歳以上の女性では40%以上が受診しています。実施率の低い壮年期から、健康に対する意識を高められるよう、受診しやすい環境づくりや、効果的な受診勧奨等の取組が必要です。

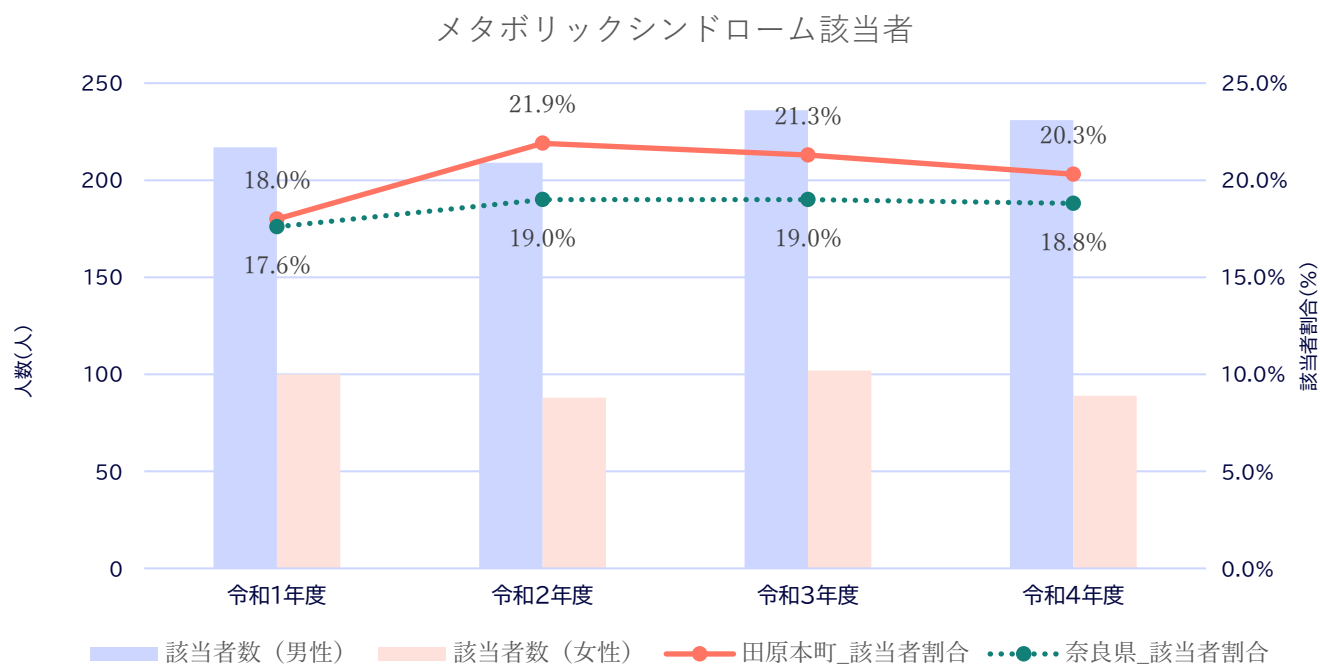
○メタボリックシンドロームの状況

【メタボリックシンドローム該当者の割合】

メタボ該当者		令和 1 年度		令和 2 年度		令和 3 年度		令和 4 年度	
		該当者数	割合	該当者数	割合	該当者数	割合	該当者数	割合
田原本町		317 人	18.0%	297 人	21.9%	338 人	21.3%	320 人	20.3%
	男性	217 人	30.3%	209 人	38.3%	236 人	36.7%	231 人	34.7%
	女性	100 人	9.6%	88 人	10.8%	102 人	10.8%	89 人	9.8%
奈良県		-	17.6%	-	19.0%	-	19.0%	-	18.8%

出典 KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和 1 年度から令和 4 年度 累計

割合 該当者数/当該年度特定健診受診者数

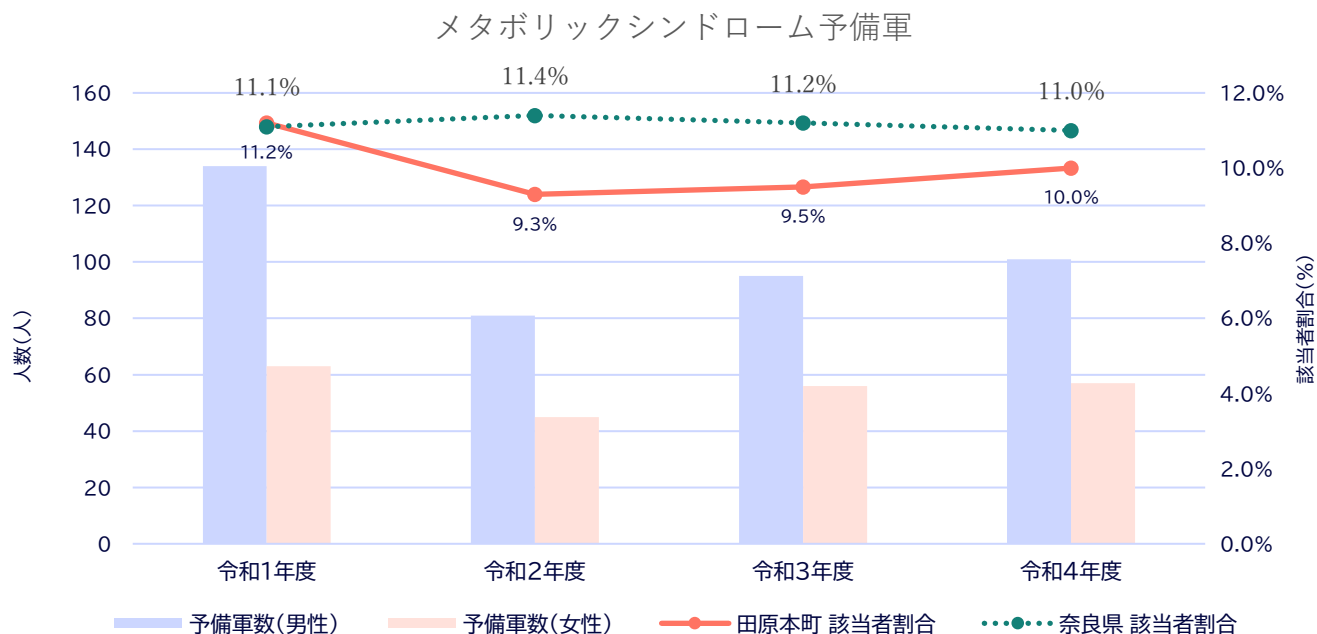


【メタボリックシンドローム予備軍の割合】

メタボ予備軍		令和 1 年度		令和 2 年度		令和 3 年度		令和 4 年度	
		該当者数	割合	該当者数	割合	該当者数	割合	該当者数	割合
田原本町		197 人	11.2%	126 人	9.3%	151 人	9.5%	158 人	10.0%
	男性	134 人	18.7%	81 人	14.8%	95 人	14.8%	101 人	15.2%
	女性	63 人	6.1%	45 人	5.5%	56 人	5.9%	57 人	6.3%
奈良県		-	11.1%	-	11.4%	-	11.2%	-	11.0%

出典 KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和 1 年度から令和 4 年度 累計

割合 該当者数/当該年度特定健診受診者数



◀考察

メタボリックシンドローム該当者の割合はコロナ後減少傾向にありますが、奈良県より高い状況です。一方で、予備軍該当者の割合は低く、奈良県との差もありましたが、徐々に縮小しています。性別で比較すると、予備軍を含め男性の割合が高く、令和4年度では女性の2.6倍、予備軍で1.8倍となっています。特定健康診査で対象となったメタボリックシンドローム該当者・予備軍該当者を、的確に特定保健指導に繋いでいくよう、特定健康診査の受診勧奨を含めた更なる取組が必要です。

○特定健康診査受診者の検査値

	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定健康診査受診者数	1,751人	1,342人	1,582人	1,577人

出典 厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導実施状況 実施状況の詳細（保険者別の集計表）

【血糖値 HbA1c】

		令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
血糖 (HbA1c)	5.6%以上 6.5%未満	474人	27.1%	356人	26.5%	459人	29.0%	412人	26.1%
	6.5%以上 7.0%未満	69人	3.9%	59人	4.4%	73人	4.6%	65人	4.1%
	7.0%以上 8.0%未満	63人	3.6%	45人	3.3%	43人	2.7%	61人	3.9%
	8.0%以上	22人	1.3%	13人	1.0%	21人	1.4%	17人	1.1%
	合計	628人	35.9%	473人	35.2%	596人	37.7%	555人	35.2%

出典 KDB 帳票 S26_005-保健指導対象者一覧（受診勧奨判定値の者） 令和1年度から令和4年度 累計

【血圧】

		令和 1 年度		令和 2 年度		令和 3 年度		令和 4 年度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
血圧	正常高値血圧	223 人	12.7%	165 人	12.3%	176 人	11.1%	162 人	10.3%
	I 度高血圧	352 人	20.1%	278 人	20.7%	313 人	19.8%	298 人	18.9%
	II 度高血圧	68 人	3.9%	53 人	4.0%	56 人	3.5%	74 人	4.7%
	III 度高血圧	10 人	0.6%	8 人	0.6%	15 人	1.0%	16 人	1.0%
	合計	653 人	37.3%	504 人	37.6%	560 人	35.4%	550 人	34.9%

出典 KDB 帳票 S26_005-保健指導対象者一覧（受診勧奨判定値の者） 令和 1 年度から令和 4 年度 累計

※正常高値血圧：収縮期血圧 130-139mmHg かつ/または 拡張期血圧 85-89mmHg

※I 度高血圧：収縮期血圧 140-159mmHg かつ/または 拡張期血圧 90-99mmHg

※II 度高血圧：収縮期血圧 160-179mmHg かつ/または 拡張期血圧 100-109mmHg

※III 度高血圧：収縮期血圧 180mmHg 以上 かつ/または 拡張期血圧 110mmHg 以上

【脂質】

		令和 1 年度		令和 2 年度		令和 3 年度		令和 4 年度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
脂質 (LDL-C)	120mg/d 以上 140mg/d 未満	157 人	9.0%	111 人	8.3%	144 人	9.1%	145 人	9.2%
	140mg/dL 以上 160mg/dL 未満	288 人	16.4%	213 人	15.9%	257 人	16.2%	245 人	15.5%
	160mg/dL 以上 180mg/dL 未満	165 人	9.4%	111 人	8.3%	92 人	5.8%	93 人	5.9%
	180mg/dL 以上	86 人	4.9%	57 人	4.2%	69 人	4.4%	49 人	3.1%
	合計	696 人	39.7%	492 人	36.7%	562 人	35.5%	532 人	33.7%

出典 KDB 帳票 S26_005-保健指導対象者一覧（受診勧奨判定値の者） 令和 1 年度から令和 4 年度 累計

◀考察

特定健康診査受診者の検査値について、血糖（HbA1c）で有所見者の割合に増減がない一方で、血圧、脂質（LDL-C）の割合は徐々に減少傾向にあります。特定健康診査で指導の対象となった被保険者を的確に特定保健指導に繋いでいくよう、特定健康診査の受診勧奨を含めた更なる取組が必要です。

○特定健康診査における質問票の状況

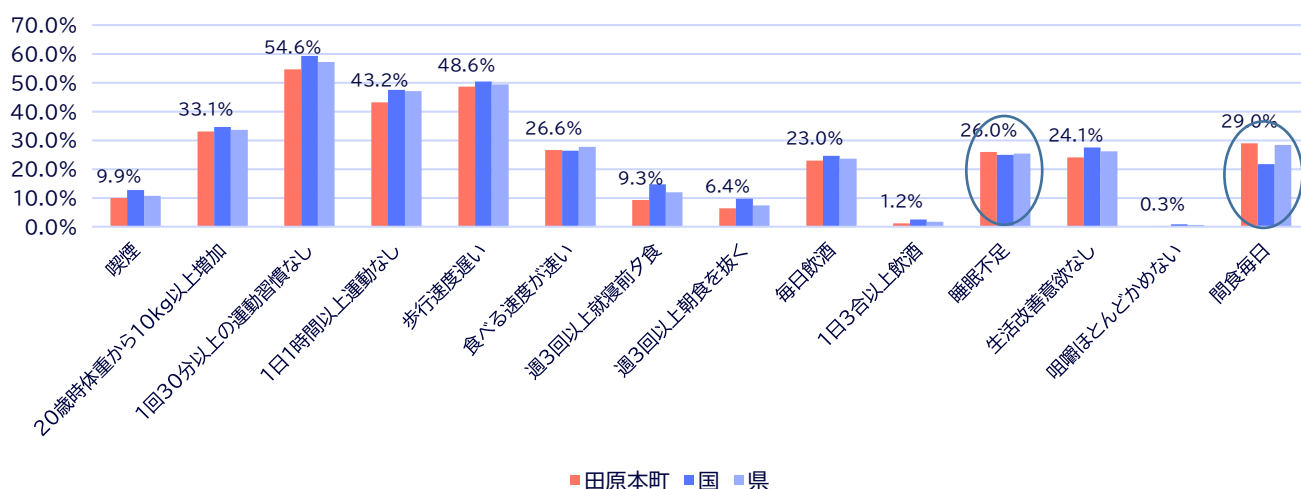
【質問票の状況】令和4年度

	田原本町	国	奈良県
喫煙	9.9%	12.7%	10.7%
20歳時体重から10kg以上増加	33.1%	34.6%	33.6%
1回30分以上の運動習慣なし	54.6%	59.3%	57.2%
1日1時間以上運動なし	43.2%	47.5%	47.1%
歩行速度遅い	48.6%	50.4%	49.4%
食べる速度が速い	26.6%	26.4%	27.7%
週3回以上就寝前夕食	9.3%	14.7%	11.9%
週3回以上朝食を抜く	6.4%	9.7%	7.4%
毎日飲酒	23.0%	24.6%	23.6%
1日3合以上飲酒	1.2%	2.5%	1.7%
睡眠不足	26.0%	24.9%	25.4%
生活改善意欲なし	24.1%	27.5%	26.2%
咀嚼ほとんどかめない	0.3%	0.8%	0.6%
間食毎日	29.0%	21.7%	28.4%

出典 KDB 帳票 S25_001-質問票調査の経年比較 令和4年度

割合 「(質問票有所見者数(項目単位))」の値の合計 / 「(質問票総回答数(項目単位))」の値の合計

令和4年度 質問票の状況



◀考察

令和4年度の特定健康診査受診者を対象とした質問票の回答では、睡眠不足や毎日間食をする割合が高いことから、就寝環境や食事のとり方の見直しへの働きかけが必要です。質問項目にある、喫煙する、体重の大幅な増加、運動習慣がない、食事が不規則である、何より生活改善の意欲がないまま不適切な生活を続けると、高血糖や高血圧、脂質異常といった症状が発症するといわれています。

生活習慣病の発症・進行・重症化予防を目的に、被保険者における生活リズム・食習慣の改善が必要です。

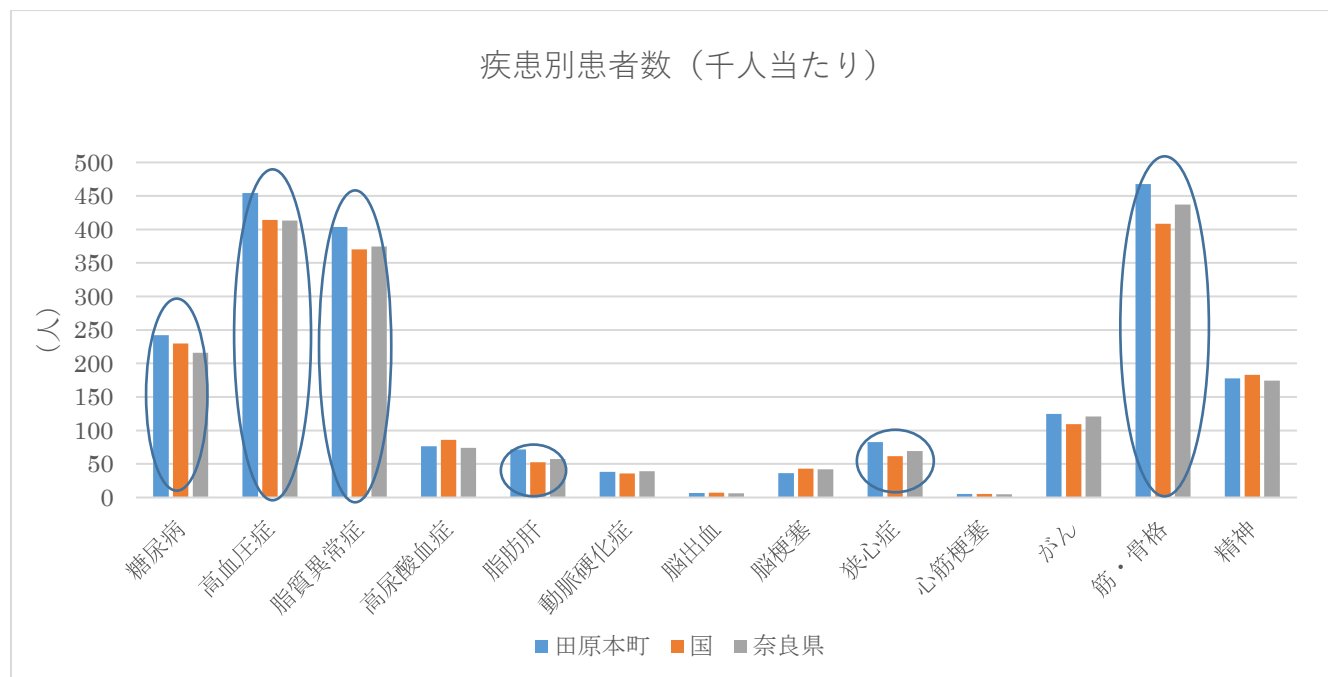
4 生活習慣病に関する状況

○疾患別患者数・疾病別受診率

【疾患別患者数】令和4年6月から令和5年5月

	田原本町_患者数 (月平均) (人)	患者 1,000 人当たり患者数 ※患者数はレセプトがある人		
		田原本町	国	奈良県
糖尿病	858 人	242.4 人	229.7 人	216.1 人
高血圧症	1,608 人	454.4 人	414.4 人	413.4 人
脂質異常症	1,429 人	403.8 人	370.2 人	374.4 人
高尿酸血症	271 人	76.6 人	86 人	74.2 人
脂肪肝	254 人	71.8 人	52.5 人	57.5 人
動脈硬化症	136 人	38.4 人	36.1 人	39 人
脳出血	23 人	6.5 人	7.3 人	6.1 人
脳梗塞	129 人	36.5 人	43.2 人	42.2 人
狭心症	292 人	82.5 人	61.8 人	69.4 人
心筋梗塞	18 人	5.1 人	5.1 人	5 人
がん	441 人	124.6 人	109.5 人	121.1 人
筋・骨格	1,656 人	467.9 人	408.6 人	437.2 人
精神	629 人	177.7 人	183	174.5

出典 KDB 帳票 S23_001-医療費分析 (1) 細小分類 令和4年6月から令和5年5月



【疾病別受診率（入院）】令和4年度

順位	疾病分類（中分類）	受診率（％）		
		田原本町	国	奈良県
1位	その他の心疾患	12.3	8.8	8.6
2位	その他の悪性新生物	12.0	11.9	11.2
3位	腎不全	8.5	5.8	5.1
4位	その他の神経系の疾患	12.9	11.5	10.6
5位	骨折	12.3	7.7	9.2
6位	その他の呼吸器系の疾患	10.7	6.8	7.1
7位	脳梗塞	7.2	5.5	5.6
8位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	11.0	22.8	19.1
9位	その他の消化器系の疾患	13.7	12.4	13.2
10位	虚血性心疾患	3.8	4.7	4.7

【疾病別受診率（外来）】令和4年度

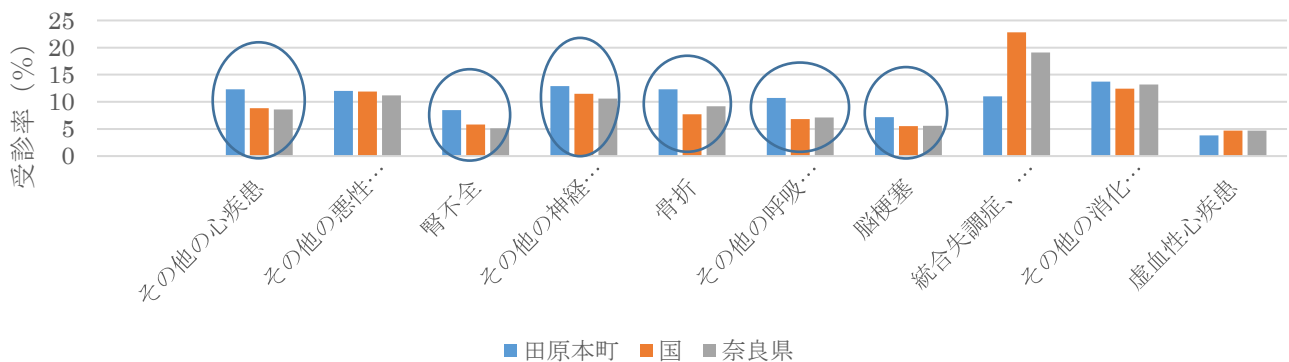
順位	疾病分類（中分類）	受診率（％）		
		田原本町	国	奈良県
1位	糖尿病	760.3	651.2	649.4
2位	腎不全	61.6	59.5	60.7
3位	その他の悪性新生物	98.4	85.0	86.2
4位	高血圧症	934.6	868.1	890.8
5位	脂質異常症	647.9	570.5	621.2
6位	その他の心疾患	226.4	236.5	213.0
7位	その他の眼及び付属器の疾患	414.9	522.7	504.1
8位	その他の消化器系の疾患	222.9	259.2	262.1
9位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	23.3	20.4	20.4
10位	炎症性多発性関節障害	97.9	100.5	99.1

出典 KDB 帳票 S23_003-疾病別医療費分析（中分類） 令和4年度 累計

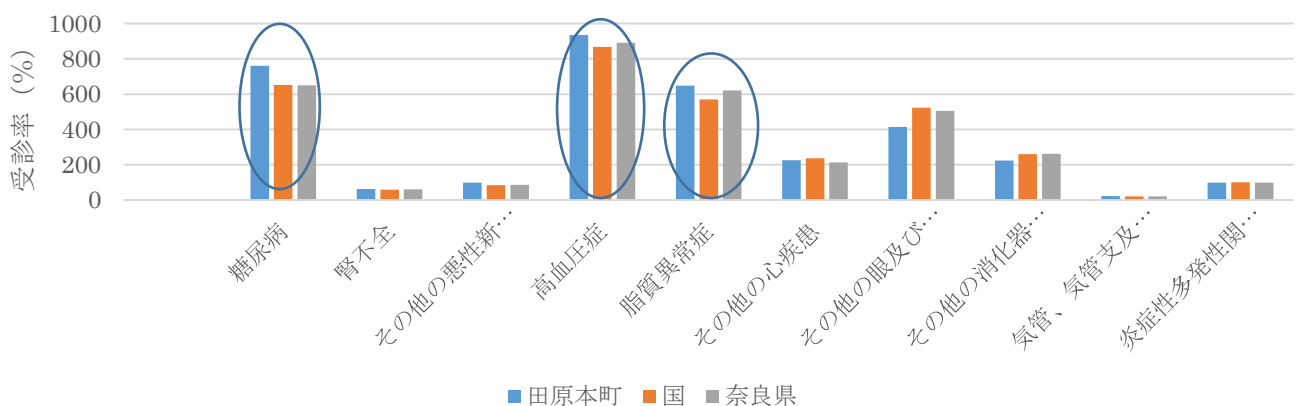
受診率 「（疾病別レセプト件数）の値の合計」／（年間平均被保険者数）を1,000倍

※医療費の高い順に掲載

令和4年度 疾病別受診率（入院）



令和4年度 疾病別受診率（外来）



◀考察

疾患別患者数では、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、脂肪肝、狭心症、筋・骨格の疾患で国・奈良県より千人当たりの患者数が多い状況です。疾病別受診率でも、特に入院で国・奈良県より高い水準の疾病が多く、生活習慣の改善や生活習慣病の発症・進行・重症化予防とともに、若年期からの健康に対する意識の向上を図ることが必要です。

○人工透析の状況

【人工透析者数】

		令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
人工透析者数	男性	14 人	16 人	16 人	16 人
	女性	7 人	8 人	9 人	9 人
	合計	21 人	24 人	26 人	25 人
	男性_当該年度新規	6 人	2 人	6 人	5 人
	女性_当該年度新規	1 人	2 人	0 人	3 人

出典 KDB 帳票 S23_001-医療費分析 (1) 細小分類 令和 1 年度から令和 4 年度 各月

【重篤な生活習慣病における基礎疾患の有病状況（性別）】令和 5 年 5 月

		男性		女性		合計	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
人工透析		15 人	-	9 人	-	24 人	-
基礎疾患	糖尿病	8 人	53.3%	5 人	55.6%	13 人	54.2%
	高血圧症	14 人	93.3%	7 人	77.8%	21 人	87.5%
	脂質異常症	8 人	53.3%	4 人	44.4%	12 人	50.0%

出典 KDB 帳票 S21_020-厚生労働省様式 (様式 3-7) 令和 5 年 5 月

※割合 「糖尿病人数」「高血圧症人数」「脂質異常症人数」／「人工透析人数」

◀考察

人工透析者数は年次推移に大きな変動はありませんが、下表の透析導入に至る原疾患が糖尿病である者の割合は 54.2%となっています。糖尿病には自覚症状がないことが多く健診等で初めて疑われることが多い病気で、合併症には糖尿病性腎症があります。糖尿病の進行が慢性的な腎機能の低下を引き起こし、人工透析が必要となることもあるため、QOL の低下防止や健康寿命の延伸とともに、医療費適正化の観点からも喫緊の課題となっています。

5 服薬の状況

○重複・多剤服薬、後発医薬品の使用状況

【重複服薬の状況】令和5年3月診療分

(人)

他医療機関との重複処方が発生した医療機関数（同一月内）		複数の医療機関から重複処方が発生した薬効分類数（同一月内）									
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上
重複処方を 受けた人	2 医療機関以上	207	54	19	4	1	0	0	0	0	0
	3 医療機関以上	10	6	5	1	0	0	0	0	0	0
	4 医療機関以上	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
	5 医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

出典 KDB 帳票 S27_013-重複・多剤処方の状況 令和5年3月診療分

※重複処方該当者：重複処方を受けた人のうち、3 医療機関以上かつ複数の医療機関から重複処方が発生した薬効分類数が1以上、または2 医療機関以上かつ複数の医療機関から重複処方が発生した薬効分類数が2以上に該当する者

【多剤服薬の状況】令和5年3月診療分

(人)

		処方薬剤数（同一月内）											
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上	20以上
処方 日数	1 日以上	3,255	2,690	2,117	1,570	1,105	743	491	334	210	119	6	0
	15 日以上	2,680	2,358	1,938	1,465	1,055	717	481	328	208	118	6	0
	30 日以上	2,091	1,852	1,547	1,206	881	608	409	283	183	107	6	0
	60 日以上	1,072	957	828	666	492	350	256	185	118	71	4	0
	90 日以上	520	466	413	329	245	170	123	89	63	39	1	0
	120 日以上	235	213	195	155	122	88	66	50	37	23	1	0
	150 日以上	145	127	117	93	72	55	40	31	25	16	0	0
	180 日以上	100	84	78	61	47	34	24	19	15	10	0	0

出典 KDB 帳票 S27_013-重複・多剤処方の状況 令和5年3月診療分

※多剤処方該当者：同一薬剤に関する処方日数が1 日以上かつ処方薬剤数（同一月内）が15 剤以上に該当する者

【後発医薬品の使用状況】

	R1 年 9 月	R2 年 3 月	R2 年 9 月	R3 年 3 月	R3 年 9 月	R4 年 3 月	R4 年 9 月
田原本町	67.0%	68.8%	69.8%	70.9%	70.0%	69.8%	71.1%
奈良県	68.7%	71.4%	72.6%	74.0%	73.9%	74.1%	75.1%

出典 厚生労働省 保険者別の後発医薬品の使用割合

◀考察

令和 5 年 3 月診療分で重複服薬者が 64 人（被保険者の約 1%）、多剤服薬者が 6 人（被保険者の約 0.1%）となっています。奈良県の割合である重複服薬者 0.51%、多剤服薬者 6.52%と比較すると、重複服薬者が多い結果となり、服薬を適正化すべき人がある程度存在している状況です。

医薬品の適正使用の取組は患者にとって安全かつ効果的な服薬に資するもので、健康増進、また、医療費適正化の観点からも推進する必要があるため、対象者への注意喚起文書の送付など、奈良県国保連合会との共同保健事業において推進します。

後発医薬品の使用割合は奈良県より低い水準が続いており、使用促進については患者負担の軽減にも繋がることから、被保険者全体に対して正しい情報の周知と使用促進を図ります。

6 がん検診の状況

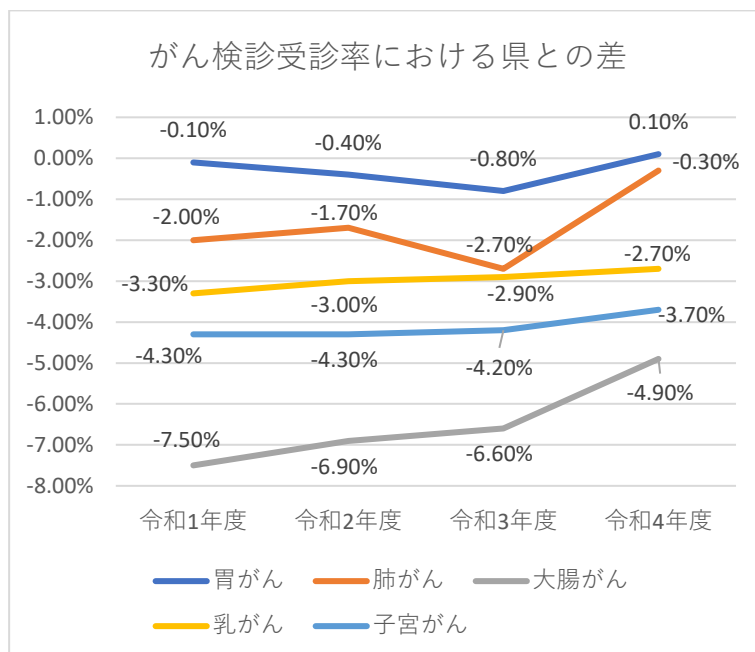
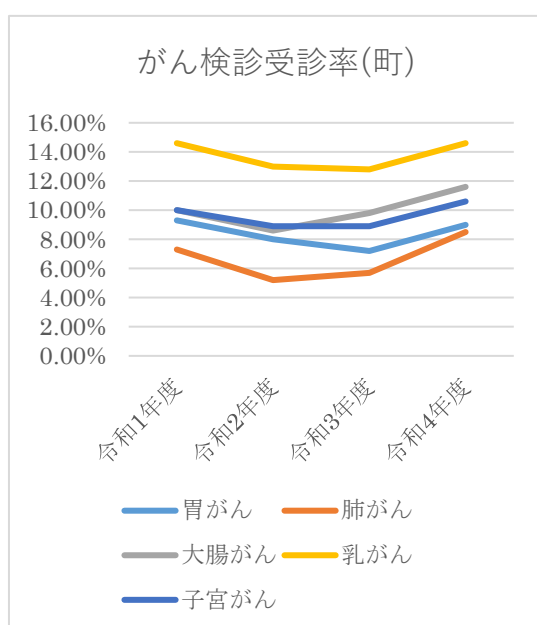
○がん検診の受診状況

【がん検診の受診率】

(%)

	令和1年度			令和2年度			令和3年度			令和4年度		
	町	県	差	町	県	差	町	県	差	町	県	差
胃	9.30	9.40	-0.10	8.00	8.40	-0.40	7.20	8.00	-0.80	9.00	8.90	+0.10
肺	7.30	9.30	-2.00	5.20	6.90	-1.70	5.70	8.40	-2.70	8.50	8.80	-0.30
大腸	10.00	17.50	-7.50	8.60	15.50	-6.90	9.80	16.40	-6.60	11.60	16.50	-4.90
乳	14.60	17.90	-3.30	13.00	16.00	-3.00	12.80	15.70	-2.90	14.60	17.30	-2.70
子宮	10.00	14.30	-4.30	8.90	13.20	-4.30	8.90	13.10	-4.20	10.60	14.30	-3.70

出典：市町村がん検診結果報告書

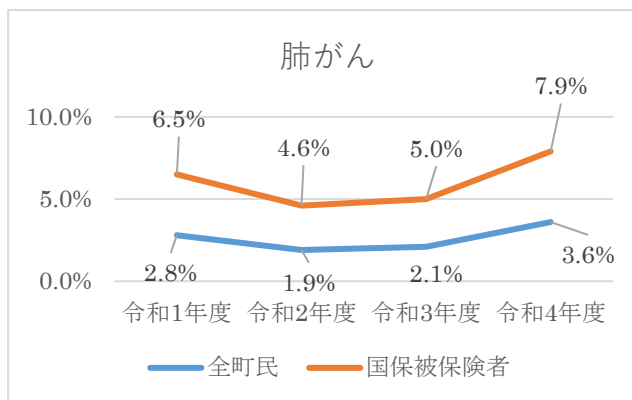
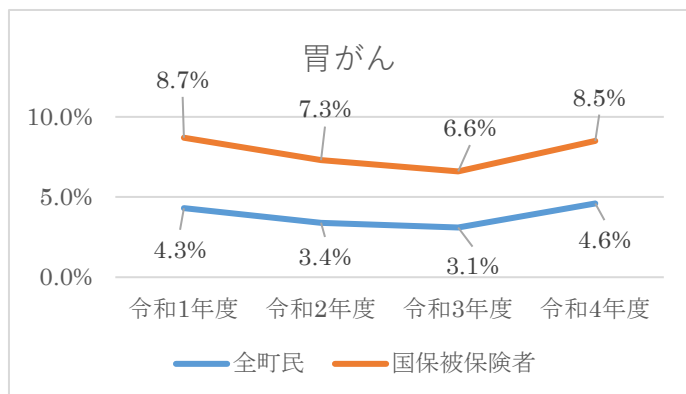


【精密検査受診率】

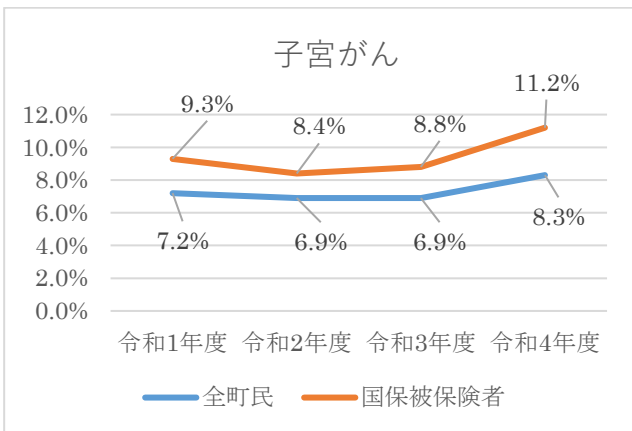
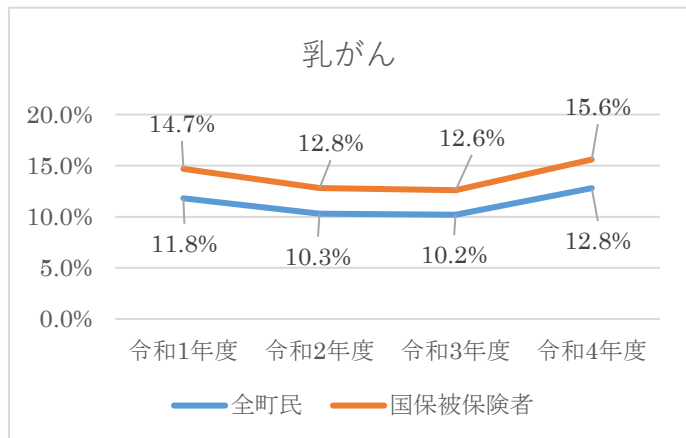
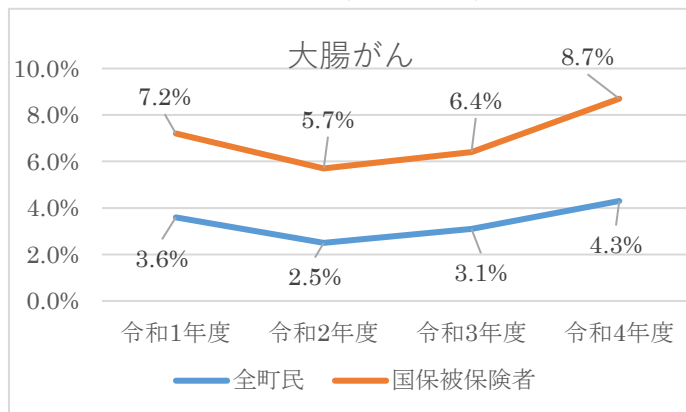
	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
胃がん	92.0%	100.0%	86.7%	100.0%
肺がん	100.0%	100.0%	100.0%	75.0%
大腸がん	87.9%	72.6%	82.9%	80.9%
乳がん	96.0%	100.0%	100.0%	94.4%
子宮がん	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

出典 市町村がん検診結果報告書

【40～69 歳の受診率（国保被保険者と全町民の比較）】



出典 市町村がん検診結果報告書（5 がんすべて）



（※）子宮がん検診は 20 歳～

◀考察

がんは死因の上位であり、5 がん全てで受診率は県より低い傾向にあることから、受診率の向上に繋がる環境づくりが必要です。

精密検査の受診率は 5 がんとも高い水準ですが、肺がん・大腸がんの精密検査未受診者については、かかりつけ医に検診結果及び精密検査の受診について相談するケースが多くあります。また、精密検査の受診結果が確認できない場合は、受診勧奨と受診状況のアンケートを送付し状況把握に努めています。今後も、精密検査が必要な人への丁寧な説明とともに、がん受診受診率の向上に向け、がん検診と特定健康診査の一体実施を引き続き行い、より多くの受診に繋がるよう取組を強化していく必要があります。

7 介護及び高齢者の状況

○要介護認定と有病状況

【要介護認定状況】

	令和 1 年度			令和 2 年度			令和 3 年度			令和 4 年度		
	被保険者数 (人)	認定者数 (人)	割合	被保険者数 (人)	認定者数 (人)	割合	被保険者数 (人)	認定者数 (人)	割合	被保険者数 (人)	認定者数 (人)	割合
1 号												
65-74 歳	4,873	169	3.5%	4,935	171	3.5%	4,845	166	3.4%	4,549	129	2.8%
75 歳以上	5,104	1,446	28.3%	5,123	1,452	28.3%	5,254	1,433	27.3%	5,489	1,437	26.2%
計	9,977	1,615	16.2%	10,058	1,623	16.1%	10,099	1,599	15.8%	10,038	1,566	15.6%
奈良県			18.7%			19.0%			19.3%			19.6%
2 号												
40-64 歳	10,118	28	0.3%	10,039	35	0.3%	10,034	29	0.3%	10,022	34	0.3%
総計	20,095	1,643	-	20,097	1,658	-	20,133	1,628	-	20,060	1,600	-

出典 被保険者数 住民基本台帳 令和 1 年度から令和 4 年度

KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和 1 年度から令和 4 年度 累計

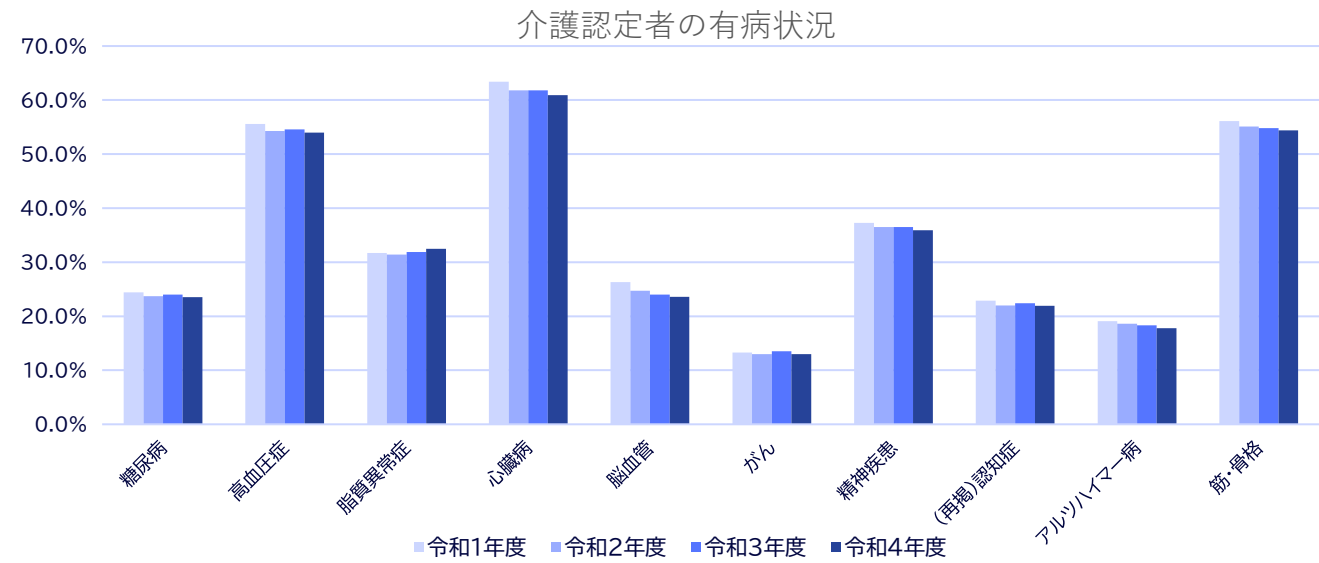
KDB 帳票 S24_001-要介護（支援）者認定状況 令和 1 年度から令和 4 年度 累計

【介護認定者の有病状況】

疾患名	令和 1 年度		令和 2 年度		令和 3 年度		令和 4 年度	
	該当者数	割合	該当者数	割合	該当者数	割合	該当者数	割合
糖尿病	393 人	24.4%	394 人	23.7%	382 人	24.0%	404 人	23.5%
高血圧症	909 人	55.6%	915 人	54.3%	890 人	54.6%	894 人	54.0%
脂質異常症	516 人	31.7%	521 人	31.4%	529 人	31.9%	542 人	32.5%
心臓病	1,026 人	63.4%	1,035 人	61.8%	997 人	61.8%	1,012 人	60.9%
脳血管疾患	426 人	26.3%	402 人	24.7%	390 人	24.0%	372 人	23.6%
がん	215 人	13.3%	208 人	13.0%	220 人	13.5%	217 人	13.0%
精神疾患	606 人	37.3%	608 人	36.5%	581 人	36.5%	584 人	35.9%
うち_認知症	363 人	22.9%	372 人	22.0%	355 人	22.4%	361 人	21.9%
アルツハイマー病	308 人	19.1%	312 人	18.6%	289 人	18.3%	288 人	17.8%
筋・骨格	898 人	56.1%	937 人	55.1%	898 人	54.8%	903 人	54.4%

出典 KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和 1 年度から令和 4 年度 累計

割合（「認定者数（各疾患）」の値）／（「有病状況（各疾患）」の値）



【年齢階層別・疾患別有病状況（国との比較）】令和4年度

疾患名	65-74 歳			75 歳以上		
	田原本町	国	国との差	田原本町	国	国との差
糖尿病	24.5%	21.6%	2.9	23.7%	24.9%	-1.2
高血圧症	35.0%	35.3%	-0.3	56.7%	56.3%	0.4
脂質異常症	20.9%	24.2%	-3.3	34.2%	34.1%	0.1
心臓病	40.6%	40.1%	0.5	63.9%	63.6%	0.3
脳血管疾患	21.0%	19.7%	1.3	24.1%	23.1%	1.0
筋・骨格関連疾患	43.8%	35.9%	7.9	56.2%	56.4%	-0.2
精神疾患	28.1%	25.5%	2.6	37.2%	38.7%	-1.5

出典 KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度

割合（各年代の「認定者数（各疾患）」の値を合計）／（各年代の「認定者数」の値の合計） 介護認定者（1号）

◀考察

要介護認定状況では、令和4年度の1号要介護認定者割合は15.6%で、奈良県の19.6%より4%低い状況です。75歳以上の人口増加が継続する中、医療・介護の複合的なサービスを有する者の更なる増加が見込まれています。介護認定者の有病状況では、「糖尿病」から「がん」までの6疾患は生活習慣病に関連したもので、認知症、アルツハイマー病はフレイル（※1）、筋・骨格はロコモティブシンドローム（※2）が関連しています。年次推移では減少傾向にあるものの、国との比較では65から74歳の糖尿病、筋・骨格関連疾患、精神疾患で有病割合が高くなっています。

要介護とならないためには、生活習慣病の発症・進行・重症化予防に加え、フレイルやロコモ対策がより一層重要です。

（※1）加齢とともに心身の活力が低下し複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され心身の脆弱性が出現した状態。一方で適切な支援等により生活機能の維持向上が可能な状態像。

（※2）運動器の障害のために自立度が低下し介護が必要となる危険性の高い状態像。

【前期計画からの考察】

特定健康診査・特定保健指導及びがん検診の実施率向上をはじめ、既存の取組をより効果的・効率的に推進します。今期新たに重複・多剤投薬の解消など適正服薬の取組、また、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施において、幅広い年代の被保険者に向けた健康づくりに加え複合的なニーズを有する高齢者へのきめ細やかな医療・介護支援に繋がる取組を推進することとし、本計画を策定します。事業の進捗を確認することにより実行性を高めつつ、健康寿命の延伸、医療費適正化を目指します。

Ⅲ．計画全体

1．課題の整理

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	・ 特定健康診査の実施率が低いことにより、生活習慣病の早期発見や特定保健指導に繋げる機会を確保できていない。 ・ 特定保健指導利用率が低く、直接的な指導による生活習慣の改善が図れていない。 ・ メタボリックシンドローム該当者や予備軍が多く、放置することで生活習慣病につながる恐れが高い。 ・ 受診勧奨対策を強化しているが受診率は目標に到達しておらず、本計画において重点的に取り組む必要がある。
根拠となるデータ	・ 特定健康診査実施率 ・ 特定保健指導実施率 ・ メタボリックシンドローム該当者の割合 ・ メタボリックシンドローム予備軍の割合
取り組みの方向性	特定健康診査、特定保健指導の実施率を向上させる勧奨等の取組を実施する。 特定健康診査や医療機関への受診の必要性の普及・啓発を行う。 特定健康診査の継続的な受診に繋がる体制を整備する。
課題2：糖尿病重症者の割合が増加している。	
課題とする理由	・ 高血圧症、糖尿病など生活習慣病の基礎疾患を持つ人工透析者数が増加しており、糖尿病や透析にかかる医療費も増加している。 ・ QOL の維持・向上及び医療費適正化の観点から、人工透析の原疾患である糖尿病性腎症の重症化予防は喫緊の課題である。
根拠となるデータ	・ 特定健康診査受診者の生活習慣病の検査値 ・ 疾患別患者数 ・ 疾病別受診率 ・ 人工透析者数 ・ 介護認定者の有病状況
取り組みの方向性	医療機関への受診勧奨や、保健指導の参加率を向上させる取組を実施する。 専門医と連携し、慢性腎臓病への知識の普及・啓発、保健指導を実施する。

課題3：生活習慣病に関連した医療費の増加	
課題とする理由	・糖尿病、高血圧症、脂質異常症の患者が国や奈良県と比べて多く、医療費も増加している。1人当たり医療費も高齢になるほど高い傾向にある。 ・歯科医療について、受診率や1人当たり歯科医療費が国・奈良県と比べ低いことから(出典 KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握)、歯と口腔の健康保持・歯科受診勧奨が必要である。 ・医療費適正化の観点から、生活習慣の改善や生活習慣病の発症・進行・重症化予防に向けた取組の重要性が高まっており、歯や口腔を含め若年期からの健康に対する意識の醸成が課題である。
根拠となるデータ	・総医療費と1人当たり医療費、歯科医療費 ・疾病別医療費 ・特定健康診査受診者の生活習慣病に係る数値 ・疾病別受診率 ・服薬の状況
取り組みの方向性	医療機関への早期受診が必要な対象者を受診に繋げる取組を実施する。 情報提供による啓発や生活習慣病予防に係る個別フォローを実施する。

課題4：がんで亡くなる人や医療費の占める割合が高い	
課題とする理由	・死因別の死亡者数・割合では5位が気管、気管支及び肺の悪性新生物、6位が大腸の悪性新生物、10位が胃の悪性新生物となっており(出典 厚労省人口動態調査 R3 年度)悪性新生物の占める割合が高い。 ・がん検診受診率は奈良県より低い傾向にあり、受診の必要性の普及と啓発による受診率向上の取組が必要である。
根拠となるデータ	・がん検診の受診率 ・精密検査受診率 ・疾病別医療費
取り組みの方向性	がんの予防や早期発見・早期治療に繋がるよう個別受診勧奨、精密検査の受診勧奨を継続実施する。 正しい知識の普及や受診しやすい環境づくりを行う。

課題5：重複した投薬による医療費の増加	
課題とする理由	・適正服薬（重複多剤・併用禁忌投薬）対策は、患者の安全服薬、医療費適正化の観点からも推進する必要がある。 ・後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及は被保険者の負担軽減に繋がる。
根拠となるデータ	・重複服薬、多剤服薬の状況 ・後発医薬品の使用状況
取り組みの方向性	奈良県国保連合会と連携し重複多剤投薬・併用禁忌投薬対象者の把握と注意喚起を行う。 後発医薬品について、医療品の供給状況を踏まえた使用促進を行う。

2. 目的・目標

課題を解決するため、第3期計画では以下の目的・目標を設定し計画を推進します。

【計画全体の目的】

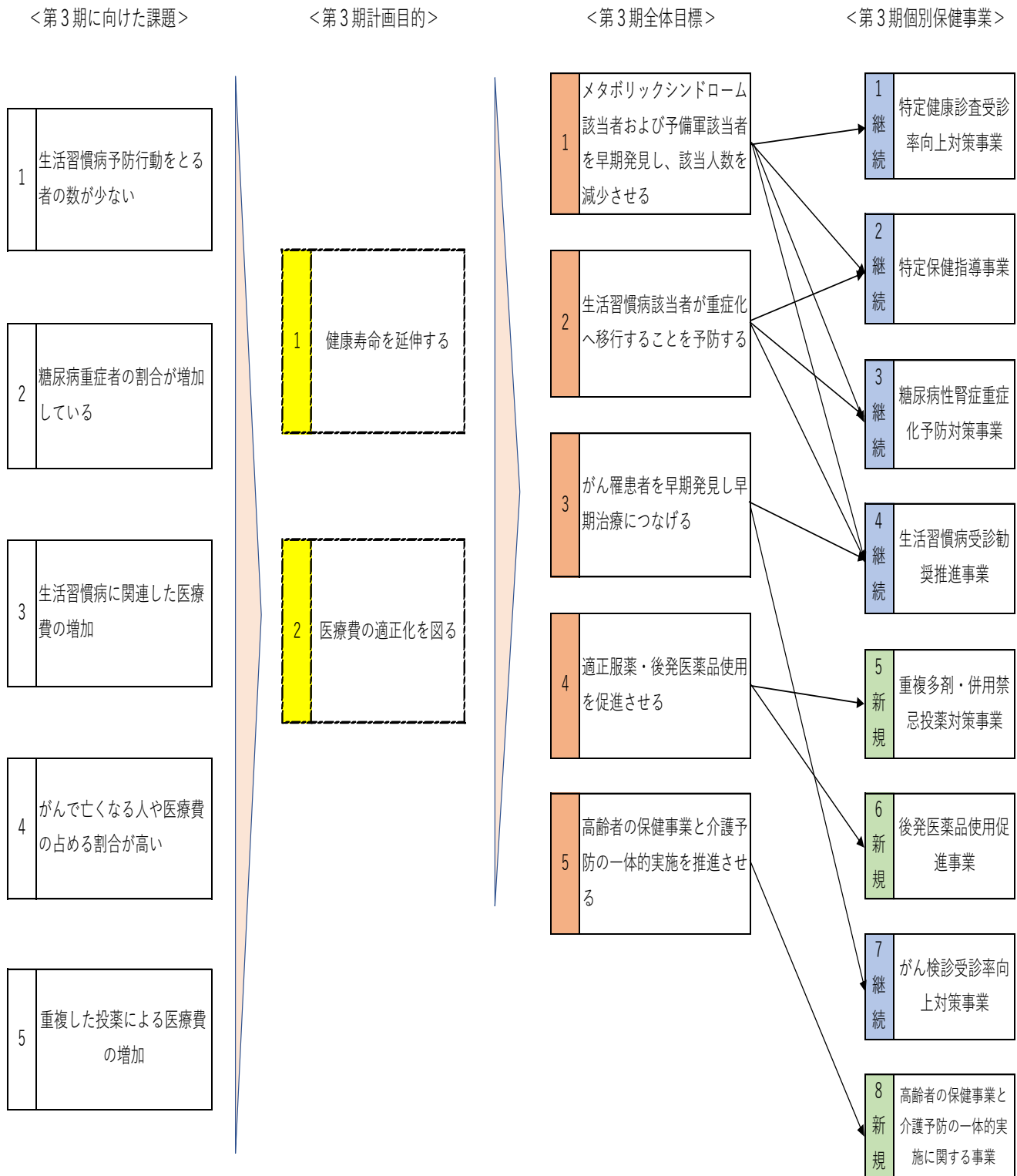
目的	指標	目標値
1 健康寿命を延伸する 2 医療費の適正化を図る	健康寿命（平均余命・平均自立期間）【共】 1人あたりの医科医療費（入院・外来それぞれ）【共】	延伸 維持

※【共】奈良県共通指標

【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
1 メタボリックシンドローム該当者および予備軍該当者を早期発見し、該当人数を減少させる	特定健康診査実施率【共】 特定保健指導実施率【共】 メタボリックシンドローム該当者の割合 メタボリックシンドローム予備軍の割合	増加 40%（県目標値 60%） 増加 24%（県目標値 60%） 減少（県平均以下） 減少（県平均△2%）	特定健康診査実施率向上対策事業 特定保健指導事業
2 生活習慣病該当者が重症化へ移行することを予防する	血糖値（HbA1c）8.0%以上の割合【共】 糖尿病患者数（/患者千人）【共】 高血圧症患者数（/患者千人）【共】	減少（県平均以下） 減少（県平均以下） 減少（県平均以下）	糖尿病性腎症重症化予防対策事業 生活習慣病受診勧奨推進事業
3 がん罹患者を早期発見し早期治療に繋げる	がん検診受診率（5がん全て） 精密検査受診率（5がん全て）	増加 増加 100%	がん検診受診率向上対策事業
4 適正服薬・後発医薬品使用を促進させる	重複服薬者の割合【共】 多剤服薬者の割合【共】 後発医薬品使用割合【共】	減少（県平均以下） 減少（県平均以下） 増加（県平均以上）	重複多剤・併用禁忌投薬対策事業 後発医薬品使用促進事業
5 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	要介護認定者の割合 認知症の有病割合	微増（県平均以下） 維持（県平均以下）	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進にかかる事業

3 第3期データヘルス計画施策体系



IV. 個別保健事業

1. 特定健康診査実施率向上対策事業

目的	特定健康診査（以下、「特定健診」という。）は、40～74 歳までの方を対象に生活習慣病の発症予防や重症化予防を目的として実施しています。 本町では、特定健診実施率向上対策として、はがきによる受診勧奨やがん検診とのセット健診などの取組を進めており、令和 2 年度は実施率 25.9%と新型コロナウイルス感染症の影響で一時的に下がったものの、令和 4 年度には実施率 33.2%とコロナ以前まで回復しています。 しかしながら、実施率は依然として奈良県より低い状況にあり、性別・年齢階層別では、壮年期のうち特に男性の 50 から 54 歳、女性の 45 から 49 歳の受診率が低い状況です。 本計画では、特定健診実施率の向上に繋がるよう、効果的な勧奨を行うとともに特定健診の必要性や効果の普及・啓発を行います。また、継続受診に繋がるよう、受診しやすい環境整備を行います。対象者一人ひとりが自身の健康と向き合う機会を失わないよう本事業を推進し、被保険者の QOL の維持・向上、さらには医療費適正化を目指します。		
内容	1. 受診勧奨事業（委託事業者と連携して実施） 特定健診受診勧奨対象者に対し、勧奨ノウハウを持つ委託事業者より「特定健診受診勧奨資材」を送付する。また、受診勧奨後、町が指定する時期までに特定健診が未受診である者に対し、「特定健診受診再勧奨資材」を送付する。 対象者の特性に応じた受診勧奨の実施、不定期受診者や未経験者への勧奨の強化 2. 田原本町独自事業 ・休日集団健診（がん検診とのセット健診）の実施 ・40 歳到達者を対象とした受診勧奨 ・健診結果説明会の開催（健康機器による健康啓発） ・人間ドック費用の助成		
評価指標	区分	指標	目標値
	ストラクチャー	・受診勧奨委託事業者との打ち合わせの状況 ・健診結果説明会委託事業者との打ち合わせの状況 ・休日集団健診実施に関し、委託事業者やがん検診担当者との連携状況 ・休日集団健診実施に関し、申込受付から対象者決定までの事務に係る担当者間の連携状況	
	プロセス	・受診勧奨時期、勧奨対象者選定の検証 ・休日集団健診実施体制の検証 ・WEB による休日集団健診予約の導入による利便性向上の検証 ・壮年期の受診しやすい環境整備の検証 ・受診率について毎年度の状況を把握 ・健診結果説明会の予約方法、回数、場所、人数等の検証と満足度調査 ・多様な媒体による周知・啓発の検証	
	アウトプット	・受診勧奨はがき送付件数 ・休日集団健診の実施日数	増加 8,000 枚 増加 6 日

		・休日集団健診の応募人数枠 ・健診結果説明会の開催日数 ・健診結果説明会の参加人数 ・広報紙・SNS 等での周知件数	増加 480 人 増加 8 日 増加 64 人 増加 10 件
	アウトカム	・特定健診実施率【共】 ・継続受診率（2 年連続） ・新規対象者受診率 ・若年層の受診率（40～54 歳） ・健診結果説明会の参加率 ・結果説明会参加者の健診受診率 ・人間ドック受診率	増加 40%（県目標値 60%） 増加 90% 増加 30% 増加 30% 増加 100%（参加数/応募人数枠） 増加 100%（受診数/参加数） 増加 5%（助成数/被保険者数）

2. 特定保健指導事業

目的	特定保健指導は、特定健診の結果に基づき、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善によって予防効果が期待できる者に対して、保健師等が生活習慣を見直すためのサポートを行うものです。 本町では、特定保健指導実施率向上対策として、健康年齢を載せた通知や勧奨委託事業者の専門職による電話利用勧奨を実施し、令和 2 年度には実施率 14.0%と新型コロナウイルス感染症の影響で一時的に下がったものの、令和 4 年度には実施率 21.5%とコロナ以前まで回復し奈良県の実施率を超えました。 本計画では、特定保健指導実施率の向上に繋がるよう、対象者へ効果的な勧奨を行うとともに特定保健指導の必要性や効果の普及・啓発を行います。休日集団健診の機会を捉え「初回面談分割実施」を新たに導入するほか、休日実施等の継続など特定保健指導の利便性向上を図ります。事業の実施によりメタボリックシンドローム該当者及び予備軍の減少、被保険者の QOL の維持・向上、さらには医療費適正化を目指します。		
内容	1. 受診勧奨事業（委託事業者と連携して実施） 特定保健指導対象者を抽出し、委託事業者より「特定保健指導勧奨資材」を対象者へ送付すると同時に専門職から電話による利用勧奨を行う。特定保健指導未利用者に対しては再勧奨を行う。 2. 保健指導実施事業（委託事業者と連携して実施） ・初回面接の分割実施 ・利用勧奨から保健指導までの保健事業の一体実施（委託含む）		
評価指標	区分	指標	目標値
	ストラクチャー	・特定保健指導・利用勧奨委託事業者との打ち合わせの状況 ・初回面談分割実施担当者との打ち合わせの状況 ・対象者選定に係る町保健専門職との連携状況	
	プロセス	・利用勧奨時期、勧奨対象者選定の検証 ・特定保健指導の予約方法、回数、場所、人数等の検証 ・初回面談分割実施の手法等の検証 ・保健事業の一体実施など、業務効率化・集約化の検証（委託含む）	

	アウトプット	・ 特定保健指導実施勧奨件数(のべ) ・ 特定保健指導実施日数 ・ 初回面談分割実施率（/勧奨者）	増加 120 件 増加 10 日 増加 70%
	アウトカム	・ 特定保健指導実施率【共】 ・ 特定保健指導参加者のうち特定保健指導対象外となった率【共】 ・ メタボリックシンドローム該当者の割合 ・ メタボリックシンドローム予備軍の割合	増加 24%（県目標値 60%） 増加 30%（県平均以上） 減少 19%（県平均以下） 減少 9%（県平均△2%）

3. 糖尿病性腎症重症化予防対策事業

目的	糖尿病は放置すると様々な合併症を起こす疾患であり、その中でも糖尿病性腎症は進行すると人工透析を要し、対象者の QOL の低下や医療費増加の一因となりうるものです。 本町では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、また、医療機関と連携した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繋げています。また、部内横断的に保健指導を行うことで、対象者一人ひとりへのきめ細やかな対応や、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組へのスムーズな移行など、年齢や保険種別に関わらず本事業が継続するよう連携しています。 本計画では、町民全体に広く慢性腎臓病への周知啓発を行うとともに、糖尿病性腎症重症化リスクの高い対象者が増加傾向にあることを踏まえ、重症化予防を喫緊の課題と捉え積極的に事業展開し、対象者の QOL の向上、更には医療費適正化を目指します。																																						
内容	1. 奈良県国保連合会との共同保健事業 （1）保健指導事業 <table><tr><td>対象</td><td colspan="3">奈良県国保連合会国保事務支援センター（以下「センター」という。）が定める対象者（糖尿病治療中で、かつ前年度特定健診受診結果から糖尿病性腎症重症化予防のリスクが高くかかりつけ医から保健指導が必要と判断された者）</td></tr><tr><td>実施時期</td><td colspan="3">～ 7 月 対象者選定</td></tr><tr><td>内容</td><td colspan="3">9 ～ 2 月 保健指導実施</td></tr><tr><td></td><td colspan="3">・ 保健師等の専門職による約 6 か月間の保健指導</td></tr><tr><td></td><td colspan="3">・ 面談 3 回、電話支援 4 回、医師への報告書送付 3 回</td></tr></table> （2）受診勧奨事業 <table><tr><td>対象</td><td colspan="3">前年度に糖尿病服薬歴があるが当年度に糖尿病受診歴がない者</td></tr><tr><td>実施時期</td><td colspan="3">12 月 対象者選定</td></tr><tr><td>内容</td><td colspan="3">1 月 受診勧奨ハガキ送付</td></tr><tr><td></td><td colspan="3">翌年 8 月 受診勧奨を実施した対象者の受診状況を確認</td></tr></table> 2. 田原本町独自事業 ・ CKD 講演会を開催し町民全体に広く慢性腎臓病への周知・知識の普及・啓発。			対象	奈良県国保連合会国保事務支援センター（以下「センター」という。）が定める対象者（糖尿病治療中で、かつ前年度特定健診受診結果から糖尿病性腎症重症化予防のリスクが高くかかりつけ医から保健指導が必要と判断された者）			実施時期	～ 7 月 対象者選定			内容	9 ～ 2 月 保健指導実施				・ 保健師等の専門職による約 6 か月間の保健指導				・ 面談 3 回、電話支援 4 回、医師への報告書送付 3 回			対象	前年度に糖尿病服薬歴があるが当年度に糖尿病受診歴がない者			実施時期	12 月 対象者選定			内容	1 月 受診勧奨ハガキ送付				翌年 8 月 受診勧奨を実施した対象者の受診状況を確認		
対象	奈良県国保連合会国保事務支援センター（以下「センター」という。）が定める対象者（糖尿病治療中で、かつ前年度特定健診受診結果から糖尿病性腎症重症化予防のリスクが高くかかりつけ医から保健指導が必要と判断された者）																																						
実施時期	～ 7 月 対象者選定																																						
内容	9 ～ 2 月 保健指導実施																																						
	・ 保健師等の専門職による約 6 か月間の保健指導																																						
	・ 面談 3 回、電話支援 4 回、医師への報告書送付 3 回																																						
対象	前年度に糖尿病服薬歴があるが当年度に糖尿病受診歴がない者																																						
実施時期	12 月 対象者選定																																						
内容	1 月 受診勧奨ハガキ送付																																						
	翌年 8 月 受診勧奨を実施した対象者の受診状況を確認																																						

	・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施との連携（糖尿病性腎症重症化リスクの高い者の情報共有、重症化予防の継続） ・部内横断的に保健専門職による保健指導の実施		
評価指標	区分	指標	目標値
	ストラクチャー	・町保健専門職との保健指導対象者選定・医師調整・保健指導実施体制の打ち合わせ状況 ・センターとの連携状況 ・招聘する講師との連絡調整	
	プロセス	・保健指導対象者抽出の検証 ・保健指導参加意向の確認、医師確認の検証 ・保健指導の体制と業務効率化の検証 ・町民への SNS 等を活用した講演会の周知手法の検証 ・講演会参加者満足度調査（アンケート）	
	アウトプット	・保健指導実施者数 ・保健指導実施者率 ・2 年目フォローアップ移行率 ・啓発講演会の参加者数 ・啓発講演会の周知啓発件数	増加 6 人 増加 50%（/参加意向確認対象者） 維持 100%（/1 年目参加者） 増加 100 人 増加 8 件
	アウトカム	・保健指導対象者数 ・受診勧奨対象者数 ・受診勧奨者の受診率 ・新規人工透析者数【共】 ・HbA1c8.0%以上の割合【共】 ・糖尿病患者数【共】（/患者千人） ・高血圧症患者数【共】（同上） ・CKD の理解度（アンケート結果）	減少 15 人 減少 10 人 増加 50% 減少 3 人 減少 1.0%（県平均以下） 減少 210 人（県平均以下） 減少 410 人（県平均以下） 増加 90%

4. 生活習慣病受診勧奨推進事業

目的	特定保健指導の対象とならない者には生活習慣病の重症未受診者が含まれていますが、国の制度上、対象者には情報提供しか行われておりません。医療機関への受診は個人の判断に委ねられ、医療機関を受診しない場合、疾病が重症化し医療費の増嵩に繋がるだけでなく、人工透析の導入等、被保険者の QOL の低下に繋がるのが考えられます。 また、口腔機能の低下により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ました。口腔機能に問題があることが想定される者を早期に発見し治療に繋げることや、定期検診の重要性・必要性を促すことで口腔機能を維持・向上させ、生活習慣病のリスクを低減させることが可能となります。 本計画では、問題を抱える人への歯科受診勧奨や、生活習慣病の重症未受診者への早期受診勧奨により適正受診に繋げることで、生活習慣病の重症化予防、ひいては医療費適正化を目指します。
----	---

内容	1. 奈良県国保連合会との共同保健事業		
	(1) レッドカード（生活習慣病受診勧奨推進）事業		
	対象	センターが定める対象者（特定健診の結果に基づき生活習慣病の重症未受診者）	
	実施時期 内容	月 1 回 対象者選定 受診勧奨カードと受診勧奨通知書を送付 3 月 受診状況を確認し再勧奨 翌年 8 月 受診勧奨を実施した対象者の受診状況を確認	
	(2) 歯科受診勧奨推進事業		
	対象	特定健診の結果に基づき、口腔機能に問題があり、かつ、歯科医療機関未受診の者	
	実施時期 内容	月 1 回 対象者選定 受診勧奨カードと受診勧奨通知書を送付 翌年 8 月 受診勧奨を実施した対象者の受診状況を確認	
	2. 田原本町独自事業		
	・生活習慣病予防の理解、健康意識の醸成に町独自パンフレットの作成と活用 （特定健診結果通知書に同封 各種事業で配布）		
	・口腔内の健康保持増進に向けた取組の実施 （健康増進事業の歯周病検診（集団検診・個別検診））		
評価指標	区分	指標	目標値
	ストラクチャー	・奈良県国保連合会との連絡調整 ・町独自パンフレット見直しに係る保健専門職との打ち合わせ状況	
	プロセス	・受診勧奨効果検証 ・生活習慣病予防の啓発手法（個別フォロー含む）の検証	
	アウトプット	・生活習慣病の重症未受診者への受診勧奨件数（のべ）	増加 120 件
		・歯科医療機関未受診者への受診勧奨件数	増加 110 件
	アウトカム	・歯周病検診回数（集団検診）	増加 4 回
・歯周病検診（個別検診）の若年層への対象者拡大（R6 年度～）		増加	
・町独自パンフレットの発送数		増加 2,000 件	
・勧奨者の医療機関受診率		増加 50%	
・勧奨者の歯科医療受診率		増加 35%	
	・被保険者の歯科医療受診件数（件/1,000 人）	増加 180 件（県平均以上）	
	・HbA1c5.6%以上の割合【共】	減少 33%（県平均以下）	
	・収縮期血圧 130 mm Hg 以上の割合【共】	減少 33%（県平均以下）	
	・脂質 LDL-C120 mg/ d l 以上の	減少 31%（県平均以下）	

		割合【共】 ・歯周病検診（集団検診）の精密 検査受診率	増加 100%
--	--	-----------------------------------	---------

5. 重複多剤・併用禁忌投薬対策事業

目的	重複多剤・併用禁忌投薬対策は、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す。保険者努力支援制度の評価項目として、また奈良県医療費適正化計画の重点項目として位置づけられており、被保険者への支援として重要な取組とされています。 本計画では、被保険者に対しポリファーマシー（※）の認知度向上などの普及・啓発を行うとともに、センターと連携して対象者への注意喚起や状況確認を行うことにより医薬品適正使用を促します。 （※）高齢になると身体的・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。多くの薬を飲むことにより薬の相互作用や飲み間違い・飲み忘れ等により正しく薬を飲めなくなることで起きる有害事象のこと。																		
内容	1. 奈良県国保連合会との共同保健事業 （1）重複多剤・併用禁忌投薬対象者への注意喚起文書の送付及び架電勧奨 <table><tr><td>対象</td><td colspan="3">一定要件の対象者(重複、多剤、併用禁忌投薬者)</td></tr><tr><td>実施時期</td><td colspan="3">6～7月 対象者選定</td></tr><tr><td>内容</td><td colspan="3">8～9月 注意喚起文書および投薬実績を送付</td></tr><tr><td></td><td colspan="3">10～11月 電話による注意喚起勧奨（個別指導）</td></tr></table>			対象	一定要件の対象者(重複、多剤、併用禁忌投薬者)			実施時期	6～7月 対象者選定			内容	8～9月 注意喚起文書および投薬実績を送付				10～11月 電話による注意喚起勧奨（個別指導）		
対象	一定要件の対象者(重複、多剤、併用禁忌投薬者)																		
実施時期	6～7月 対象者選定																		
内容	8～9月 注意喚起文書および投薬実績を送付																		
	10～11月 電話による注意喚起勧奨（個別指導）																		
評価指標	区分	指標	目標値																
	ストラクチャー	・センターとの連携状況																	
	プロセス	・重複、多剤、併用禁忌投薬者の把握 ・対象者の選定基準、勧奨方法、実施（文書・架電）方法の検証 ・勧奨による効果（適正服薬）検証																	
	アウトプット	・注意喚起文書の送付件数 ・架電による勧奨率 ・適正使用の周知啓発件数	減少 35件 増加 80％ 増加 2件																
	アウトカム	・文書送付者の改善割合（年度末に評価） ・重複服薬者の割合【共】 ・多剤服薬者の割合【共】	増加 3.2％（改善者/勧奨者） 減少 50人 減少 3人																

6. 後発医薬品使用促進事業

目的	奈良県では後発医薬品使用割合の政府目標に従い80%以上を目標に定め取組を進めていますが、令和4年3月の数値は74.1%、本町においても69.8%と目標に届かない状況です。一方で、全国では70%以上の市町村が使用割合80%を超えています。医療費適正化を推進するためにも、奈良県では、今後の医薬品の供給状況を踏まえつつ、継続して後発医薬品の使用促進を図ることとしています。
----	---

	本計画では、後発医薬品差額通知の送付、後発医薬品の使用促進に係る啓発を行い、被保険者に後発医薬品の正しい情報の周知と、医療費抑制を図ります。		
内容	1. 奈良県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	被保険者世帯	
	実施時期	年 4 回（送付月：6 月、9 月、11 月、1 月）差額通知を送付	
	内容	通知対象の差額：1 薬剤当たり 100 円以上 通知対象外年齢：年齢が 18 歳未満は通知対象外 通知対象医薬品：全て（注射薬を除く）	
	(2) 相談窓口の設置（奈良県国保連合会）		
	対象	被保険者世帯	
	実施時期	コールセンターを設置（国保中央会に委託）	
	内容	差額通知書にフリーダイヤルを掲載	
	(3) 啓発物品の配布（啓発物品、後発医薬品希望シール等）		
	対象	被保険者世帯	
	実施時期	12 月 各市町村に納品	
内容	希望シールはお薬手帳等の後発医薬品を希望するシールを貼付するもの		
2. 田原本町独自事業			
・後発医薬品希望シールの配布			
・広報紙、デジタルサイネージを活用した啓発			
評価指標	区分	指標	目標値
	ストラクチャー	・センターとの連携状況	
	プロセス	・後発医薬品使用割合の把握 ・後発医薬品の使用促進に係る啓発手法の検証	
	アウトプット	・差額通知回数 ・後発医薬品使用の周知啓発件数	維持 4 回/年 増加 3 件
	アウトカム	・後発医薬品使用割合【共】	増加（県平均以下）

7. がん検診受診率向上対策事業

目的	死因の1位はがんの24.6%で、2位心疾患14.8%、3位老衰11.4%と続いています。がんによる死亡を減らすには、がんの早期発見・早期治療が重要であり、がん検診及び精度管理は必要不可欠です。また、がん検診受診率が低い理由に「医師にかかっている」「健康で必要ない」という回答が高いこと、1人当たり医療費が最も高額となるのはがん治療であり患者負担も大きいこと等においても、検診の必要性や正しい知識のわかりやすい情報発信が必要です。 本計画では、がんによる死亡率の減少を目的に、がんに関する正しい知識の普及を図るとともに、がん検診を受診しやすい体制の整備など、対策型がん検診を実施し早期発見・早期治療に繋がります。
内容	・がん検診の周知、受診しやすい環境づくり

	・国保加入者（４０～７４歳）への個別受診勧奨 ・胃がん検診結果経過観察となった人への個別受診勧奨 ・検診受診して要精査となった人への精密検査の受診勧奨 ・乳がん・子宮がんの無料クーポン事業の実施		
評価指標	区分	指標	目標値
	ストラクチャー	・事業運営のための担当職員の配置 ・委託検診機関の確保 ・関係機関との連携	
	プロセス	・予約の利便性の向上と事務効率化の検証 ・受診勧奨資材や、セット健診実施時期や予約方法等の検証	
	アウトプット	・乳、子宮がん検診無料クーポンの配布件数 ・要精密検査受診者への勧奨率 ・胃がん検診結果が要観察となった者への個別受診勧奨件数 ・休日集団健診の実施日数 ・休日集団健診の応募人数枠	維持 増加 100％ 増加 100 件 増加 6 日 増加 480 人
	アウトカム	・がん検診受診率（５がん全て） ・精密検査受診率（５がん全て） ・がんによる死亡率	増加 増加 100％ 微増

8. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する事業

目的	高齢者の心身の多様な課題に対応しきめ細やかな支援を実施するため、奈良県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）と市町村が連携し、後期高齢者の保健事業を介護保険の地域支援事業や国保の保健事業と一体的に実施できるよう、「高齢者保健事業と介護予防の一体的な実施」が制度化され、令和２年４月から取組が開始されました。 国保としての高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組は、保険者努力支援制度（※）の評価項目として、また奈良県医療費適正化計画の重点項目としての位置づけもあり、重要な取組とされています。 本計画では、国保の保健事業で既に実施している糖尿病性腎症重症化予防対策事業に加え重複・多剤投薬の改善など、新たな取組で支援が必要とされる被保険者が 75 歳に到達しても継続して支援していく取組、国保のデータを既存の介護予防事業に活用する取組、また、介護予防事業への参加の周知を行うなど、町民の年齢や保険種別に関わらず本町の保健事業を推進する体制をより良いものにし、高齢者の健康状態や生活機能の不安に一体的に対応します。 （※）保険者（都道府県・市町村）における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として創設されました。保険者における医療費適正化の取組等を評価する指標を設定し、達成状況に応じて交付金を交付する制度として、平成 30 年度より本格実施しています。
内容	1. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組の実施効果の向上 （１）ポピュレーションアプローチ

	・いきいき百歳体操「通いの場」への参加 70 歳以上の被保険者への周知・啓発 ・地域特性を分析し地域の健康教育に活用 40～74 歳の被保険者の国保データに加え、後期高齢者医療及び介護保険データについても KDB 等を用い総合的に実施 (2) ハイリスクアプローチ ・糖尿病性腎症重症化予防保健指導の 75 歳到達者の継続支援		
評価指標	区分	指標	目標値
	ストラクチャー	・広域連合との連携状況 ・国保担当職員と保健専門職の連携状況	
	プロセス	・一体的実施事業への参加周知手法の検証 ・国保データの適切な管理と活用・分析の検証 ・糖尿病性腎症重症化予防保健指導対象者の継続支援の検証	
	アウトプット	・70 歳到達者への通いの場の参加周知回数 ・40～74 歳の国保データ抽出件数（各地域） ・糖尿病性腎症重症化予防保健指導 75 歳到達者の継続支援率	増加 12 回（毎月） 増加 5 件（各地域分） 維持 100％
	アウトカム	・要介護認定者の割合 ・認知症の有病割合 ・70～74 歳の通いの場参加率 ・糖尿病性腎症重症化予防保健指導 75 歳到達者の終了率	微増 18％（県平均以下） 維持 （県平均以下） 増加 22％（/参加者全体） 維持 100％

V. その他

1. 計画の評価・見直し

本計画期間は、評価指標のうち個別保健事業に係るアウトプット・アウトカムで設定した目標値の達成状況を毎年度末に確認します。加えてストラクチャー・プロセスの検証による取組内容の時点評価を行い、必要に応じて取組の見直しを行います。計画全体の目的・目標については、中間年度となる令和8年度に評価と見直しを行い、最終年度となる令和11年度に時期計画策定に向けた最終評価を行います。なお、評価・見直しは内容により町保健専門職の専門的・技術的観点の意見を受け行います。

2. 計画の公表・周知

本計画の公表・周知は、田原本町ホームページに掲載し、公表します。
なお、本計画の進捗状況については、田原本町国民健康保険運営協議会に報告します。

3. 個人情報の取扱い

特定健診及び特定保健指導データの取り扱いについては、厚生労働省の「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）」を参考に、個人の健康情報を漏洩しないよう厳格に管理した上で適切に活用します。

個人情報の取扱いに関しては、個人情報の保護に関する法律、個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン、田原本町個人情報の保護に関する法律施行条例等を遵守し、情報の保存及び管理体制を確保します。外部への委託に際しては、委託先との契約書に個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を定めるとともに、委託先の契約遵守状況を適切に管理します。

4. 地域包括ケアに係る取組

地域包括ケアの構築に向けた医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援など部内横断的な議論の場に参画し、KDB等を活用したデータ提供等により地域課題を共有し対応策を検討するなど地域支援事業を推進します。また、KDB等を活用して後期高齢者のハイリスク群・予備軍を抽出するなど、国保担当として個別支援の継続支援に繋がります。

VI. 評価指標一覧【アウトプットとアウトカム値の推移】

	評価項目				ベース スライ ン			中間 評価			最終 評価
		評価指標	共通 指標	目標値	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11
計画策定	目的	健康寿命	○	延伸							
		1人当たり医療費 (入院・外来それぞれ)	○	維持							
	目標	特定健康診査実施率	○	40%							
		特定保健指導実施率	○	24%							
		メタボ該当者の割合		減少							
		メタボ予備軍の割合		減少							
		血糖値 8.0%以上の割合	○	減少							
		糖尿病患者数	○	減少							
		高血圧症患者数	○	減少							
		がん検診受診率		増加							
		精密検査受診率		100%							
		重複服薬者の割合	○	減少							
		多剤服薬者の割合	○	減少							
		後発医薬品使用割合	○	増加							
		要介護認定者の割合		微増							
		認知症の有病割合		維持							
個別保健事業	1.特定健康診査実施率向上対策事業	アウトプット	受診勧奨はがき送付件数	8,000 枚							
			休日集団健診の実施日数	6 日							
			休日集団健診応募人数枠	480 人							
			健診結果説明会開催日数	8 日							
			健診結果説明会参加人数	64 人							
			広報紙等での周知件数	10 件							
		アウトカム	特定健診実施率	○ 40%							
			継続受診率(2 年連続)	90%							
			新規対象者受診率	30%							
			若年層の受診率	30%							
			健診結果説明会の参加率	100%							
			結果説明会参加者の健診受診率	100%							
			人間ドック受診率	5%							
	2.特定保健指導事業	アウトプット	特定保健指導実施勧奨件数 (のべ)	120 件							
			特定保健指導実施日数	10 日							
			初回面談分割実施率	70%							
		アウトカム	特定保健指導実施率	○ 24%							

		ウトカム	特定保健指導参加者のうち 特定保健指導対象外となっ た率	○	30%							
			メタボ該当者の割合		19%							
			メタボ予備軍の割合		9%							
	3.糖尿病 性腎症重 症化予防 対策事業	アウト プット	保健指導実施者数		6人							
			保健指導実施者率		50%							
			2年目フォローアップ移行 率		100%							
			啓発講演会の参加者数		100人							
			啓発講演会の周知啓発件数		8件							
		ア ウ ト カ ム	保健指導対象者数		15人							
			受診勧奨対象者数		10人							
			受診勧奨者の受診率		50%							
			新規人工透析者数	○	3人							
			HbA1c8.0%以上の割合	○	1.0%							
			糖尿病患者数(/患者千人)	○	210人							
			高血圧症患者数 (/患者千 人)	○	410人							
			C K Dの理解度		90%							
	4.生活習 慣病受診 勧奨推進 事業	ア ウ ト プ ット	生活習慣病の重症未受診者 への受診勧奨件数		120件							
			歯科医療機関未受診者への 受診勧奨件数		110件							
			歯周病検診回数		4回							
			歯周病検診の対象者拡大		増加							
			パンフレットの発送数		2,000件							
		ア ウ ト カ ム	勧奨者の医療機関受診率		50%							
			勧奨者の歯科医療受診率		35%							
			被保険者の歯科医療受診件 数		180件							
			HbA1c5.6%以上の割合	○	33%							
			収縮期血圧 130mmHg 以 上の割合	○	33%							
			脂質 LDL-C120mg/dl 以 上の割合	○	31%							
			歯周病検診の精検受診率		100%							
	5.重複多 剤・併用 禁忌投薬 対策事業	ア ウ ト プ ット	注意喚起文書の送付件数		35件							
			架電による勧奨率		80%							
			適正使用の周知啓発件数		2件							
		ア ウ	文書送付者の改善割合		3.2%							
			重複服薬者の割合	○	50人							

		トカム	多剤服薬者の割合	○	3人							
	6.後発医薬品使用促進事業	アウトプット	差額通知回数		4回							
			後発医薬品使用の周知啓発件数		3件							
		アウトカム	後発医薬品使用割合	○	増加							
	7.がん検診受診率向上対策事業	アウトプット	乳、子宮がん検診無料クーポンの配布件数		維持							
			要精密検査受診者への勧奨率		100%							
			胃がん検診結果要観察者への個別受診勧奨件数		100件							
			休日集団健診の実施日数		6日							
			休日集団健診の応募人数枠		480人							
		アウトカム	がん検診受診率		増加							
			精密検査受診率		100%							
			がんによる死亡率		微増							
	8.高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する事業	アウトプット	70歳到達者への通いの場の参加周知回数		12回							
			40～74歳の国保データ抽出件数		5件							
			糖尿病性腎症重症化予防保健指導 75歳到達者の継続支援率		100%							
		アウトカム	要介護認定者の割合		18%							
			認知症の有病割合		維持							
			70～74歳の通いの場参加率		22%							
			糖尿病性腎症重症化予防保健指導 75歳到達者の終了率		100%							

田原本町国民健康保険
第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）

E-mail:hoken@town.tawaramoto.nara.jp

43