

第 3 期
平群町国民健康保険

データヘルス計画
(R6～R11)

令和 6 年 2 月作成
平群町

内容

第2期データヘルス計画の評価.....	1
Ⅰ.計画全体の評価	2
Ⅱ.個別保健事業の評価	3
1. 特定健康診査.....	3
2. 特定保健指導.....	4
3. 糖尿病性腎症等重症化予防.....	6
4. 慢性腎臓病（CKD）予防事業.....	7
5. レッドカード事業	8
6. メタボ予防教室（元気にここ教室）	8
7. 介護予防事業（百歳体操）	10
8. がん検診受診勧奨事業.....	11
第3期データヘルス計画	12
Ⅰ. 基本的事項	13
1. 計画の趣旨	13
2. 計画期間	13
3. 実施体制・関連計画との連携	13
4. 共通指標について	14
Ⅱ. 現状の整理	15
Ⅲ. 計画全体.....	23
1. 課題の整理【優先順位の高い順に記載】	23
2. 目的・目標.....	25
Ⅳ. 個別保健事業	26
1. 特定健康診査.....	26
2. 特定保健指導.....	27
3. 糖尿病性腎症重症化予防事業	28
4. 生活習慣病受診勧奨推進事業（レッドカード事業）	29
5. 慢性腎臓病（CKD）予防対策事業.....	30
6. 早期介入栄養・運動個別保健指導.....	30
7. 重複多剤・併用禁忌投薬対策事業.....	31
8. 後発医薬品使用促進事業.....	31
9. 心と身体の健康づくりのためのフレイル予防教室（一体的実施事業含む）.....	32
Ⅴ. その他	33
1. 計画の評価・見直し	33
2. 計画の公表・周知	33

3. 個人情報の取扱い	33
4. 地域包括ケアに係る取組	33
VI. 評価指標一覧【アウトカムとアウトプット値の推移】	34

第 2 期データヘルス計画の評価

I. 計画全体の評価

◆計画全体の目的

生活習慣病対策を推進することで、被保険者の健康の保持・増進による医療費適正化、介護予防を図る。

◆計画全体の指標と評価

目 標		指標の変化						評 価
指 標	目標値	H30	R1	R2	R3	R4	R5	
健康寿命（65歳時平均自立期間）・男性	延伸	18.66 【18.49】	18.64 【18.79】	19.05 【19.01】	—	—	—	改善
健康寿命（65歳時平均自立期間）・女性	延伸	21.15 【21.05】	21.12 【21.30】	21.78 【21.52】	—	—	—	改善
メタボリックシンドロームの該当者の割合	減少	16.1 【17.2】	17.3 【17.4】	16.4 【18.9】	17.9 【18.8】	18.9 【18.8】	—	悪化
メタボリックシンドロームの予備群の割合	減少	9.5 【10.9】	9.3 【11.0】	10.2 【11.4】	11.0 【11.2】	10.5 【11.0】	—	不変

出典：奈良県健康推進課

メタボリックシンドロームの該当者および予備軍の割合・・・ 法定報告

各数値の下段【 】は、県の実績値

—は、公表未となっている年度

◆指標毎の評価に対する要因等のまとめ

【 健康寿命 】

本町の推移を見ると男女共に若干ではあるが延伸している。県の推移は延伸している。本町の延伸の要因は不明である。今後健康の維持、疾病の予防に関する保健事業を重点的に実施し、延伸につながるように取り組んでいく必要がある。

【 メタボリックシンドローム該当者の割合 】

該当者は増加傾向にある。令和2年からの新型コロナウイルス感染症の流行により、感染予防対策として外出を自粛した者が増え、ストレスやエネルギー摂取過多、運動不足から肥満やメタボリックシンドローム該当者が増加したことが要因として考えられる。また、感染対策のため保健事業を中止や縮小していた時期もあったため、対象者への積極的な支援が出来ていなかったことも要因として考えられる。令和5年5月からは新型コロナウイルス感染症の感染症法の位置づけが5類に変更となったことから、必要な感染対策を講じながら保健事業を積極的にすすめていく。

【 メタボリックシンドローム予備群の割合 】

令和元年度に減少したが、令和2年度から増加に転じている。要因、次期計画の方向性については、上記と同じ。

II. 個別保健事業の評価

【評価について】

それぞれの評価指標について、目標達成またはベースラインから現時点までの実績値の推移を、以下の区分に分け判定。

評価判定	ベースライン値および目標との比較
A	目標達成
B	目標達成はしていないが、目標に近い成果あり
C	目標達成はしなかったが、効果あり
D	効果なし（悪化している）
E	評価困難

1. 特定健康診査

目的	特定健康診査受診率の向上による生活習慣病予防								
事業内容	<p>【啓発】 特定健診受診券同封チラシ、保険証同封チラシ、自治会チラシ回覧2回/年、商工会チラシ配布2回/年、チラシ配布1回/年（5商業施設と町民体育大会）、ポスター掲示2回/年（自治会・町内医療機関・町内商業施設・町内公的施設等）、広報掲載</p> <p>【受診勧奨】ハガキ送付、電話勧奨、結果説明会の開催（継続受診勧奨） 受診勧奨…対象者全員に受診券とともに受診勧奨チラシを送付 再勧奨…国保連合会共同事業にて未受診者へハガキを送付 対象者を選定し、電話勧奨を実施</p> <p>【その他】 インセンティブとして町内3施設で利用できる商品券の発行</p>								
評価	指標	目標値	指標の変化						評価
			H30	R1	R2	R3	R4	R5	
アウトカム	特定健診受診率 出典：法定報告	60%	43.7	43.9	40.6	40.4	42.4	未	D
	アウトプット	受診勧奨実施率	100%	100	100	100	100	100	未
プロセス		再勧奨者の受診率	100%	100	100	60	50	100	未
	集団健診の回数	30%	26	45.2	11	11	12.4	未	D
ストラクチャー	連携会議の開催	7回	7	8	7	7	7	未	A
		1回/年	1	1	1	1	1	未	A

成功要因 未達要因	令和2年度から急激に減少している。新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のために再勧奨(電話)が実施できない年度もあり、また、感染予防対策として外出や受診を自粛した者が増えたことも要因として考えられる。令和3年度から令和4年度にかけては実施率の増加がみられ、コロナウイルス感染症が5類に移行したことに伴い、受診率が回復していく傾向がみられる。
効果があった 取組	勧奨ハガキは、ナッジ理論に基づいた資料を採用し、インパクトのある内容であったため効果があった。また、電話勧奨では、コロナ禍で受診することの不安等の相談にのることもでき、個々への対応ができた。 インセンティブ事業として、商品券を結果と共に配布することにより、受診勧奨となり継続受診の効果があった。
見直しが必要な 取組	若年層の受診率を上げるために、全くの未受診者へアプローチすること。また、受診できる期間を見越しての受診勧奨時期を検討する事が必要ではないかと考える。
課題・次期計画の 方向性	事業は継続して実施し、受診率向上に向けて重点的に取り組んでいく。

2. 特定保健指導

目 的	特定保健指導利用率の向上による重症化予防
事業内容	<p>【啓発】 特定保健指導利用通知の送付及び未利用者に対して再勧奨通知の送付。</p> <p>【内容】 令和2年度から特定保健指導時に栄養計算ツールやフードモデルを用いて眼で見えて理解していただきやすいツールの活用を実施。</p> <p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・運動習慣をつけるために町スポーツセンターで利用できるトレーニング室利用券の配布。 ・骨密度測定の実施。

評価	指標	目標値	指標の変化						評価
			H30	R1	R2	R3	R4	R5	
アウトカム	メタボ該当者の割合*	4%	15.9	17.3	16.3	17.9	18.9	未	D
	メタボ予備軍の割合*	6%	9.5	9.2	10.2	11.0	10.5	未	D
* K D Bシステム資料：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 ③特定健診結果有所見率									
アウトプット	特定保健指導利用率* 法定報告	60%	6.3	14.6	27.2	42.2	36.0	未	B
	再勧奨実施率	100%	100	100	100	100	100	未	A
プロセス	利用再勧奨者の利用率	50%	55.0	0	0	36.5	17.3	未	D
ストラクチャー	研修会への参加	1回/年	1	—	—	—	0	未	E
成功要因 未達要因	(特にアウトカム・アウトプットを中心に記載) メタボ該当者・予備軍の割合は、年々増加傾向にあり、目標達成することが出来なかった。新型コロナウイルス感染予防対策による自粛生活も要因として考えられる。								
効果があった 取組	この事業を担当する管理栄養士を配属することができたため、利用率が年々上昇することができた。また、再勧奨者へ電話で直接勧奨することができ、利用出来ない方へは結果説明や実態把握することが出来た。								
見直しが必要な 取組	トレーニング室の利用券を発行しているが利用しない方もおられ、有効に使用してもらうためにも運動継続の大切さを啓発していく。								
課題・次期計画の 方向性	きめ細かく対応するためにも安定した人材の確保に努め、保健指導利用率向上を図り、メタボ改善を図っていく。								

3. 糖尿病性腎症等重症化予防

目的	糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・受診中断者について、適切な医療につなげる。また、糖尿病で通院する患者に対して腎不全・人工透析への移行を防ぎ、心筋梗塞や脳梗塞の発症を予防する。								
事業内容	県国保連合会の共同保健事業に参加し、受診勧奨及び保健指導を実施。								
評価	指標	目標値	指標の変化						評価
			H30	R1	R2	R3	R4	R5	
アウトカム	保健指導後の血液検査で HbA1c が 7.0% 以下の者の割合のデータ	50%	0	100	50	50	未	未	B
	保健指導対象優先Ⅰ該当者数	減少	2	4	2	2	0	未	A
アウトプット	受診勧奨実施率	100%	100	100	100	100	100	未	A
	保健指導実施率	50%	14.3	5.4	5.7	8.3	26.7	未	B
プロセス	指導内容は適切か	適切か	適切	適切	適切	適切	適切	適切	A
ストラクチャー	打合せ及び報告	2回以上	4	4	7	7	14	未	A
成功要因 未達要因	(特にアウトカム・アウトプットを中心に記載) 保健指導実施率が向上した要因として、令和4年度の優先Ⅰの対象条件の変更により、対象者が減少した事、また、かかりつけ医からの勧奨や電話等で直接対話することにより参加勧奨することができた事が要因と考えられる。								
効果があった取組	数年間、対象者として案内していた対象者もおられ、送付し続けることで意識が向き、参加につながった。								
見直しが必要な取組	保健指導終了後、健診受診できる時期の検討・受診勧奨が必要と考えられる。								
課題・次期計画の方向性	今後も事業を継続し、適切な医療へつなげると共に、重症化を予防する。								

4. 慢性腎臓病（CKD）予防事業

目的	人工透析への移行を防ぎ、QOLの向上と医療費適正化を図る。								
事業内容	特定健診受診結果のeGFR値を用いて保健師又は管理栄養士による個別指導。 (eGFR値45～50未満が対象)								
評価	指標	目標値	指標の変化						評価
			H30	R1	R2	R3	R4	R5	
アウトカム	特定健診受診者のうちeGFR値45未満の割合	2%	1.8	1.5	1.1	0.7	2.1	未	D
アウトプット	保健指導勧奨率	100%	100	100	100	100	100	未	A
	保健指導実施率	50%	54.8	51.8	35.2	70.0	65.6	未	A
プロセス	利用者の満足度(理解度) ※指導後にアンケート実施し、「内容はいかがでしたか？」の項目を使用	70%が満足・やや満足と回答	100	100	100	100	100	未	A
ストラクチャー	管理栄養士の確保	1名	0	0	1	1	1	1	A
成功要因 未達要因	(特にアウトカム・アウトプットを中心に記載) 新型コロナウイルス感染による自粛の影響により令和2年度は減少したが、令和3年度からは対象者の状況に応じて柔軟に対応することができたため、実施率が上昇することができた。								
効果があった取組	管理栄養士が電話等で勧奨することにより、個々の状況を把握することができ、未利用者にも簡易に指導することができた。								
見直しが必要な取組	対象者の中にかかりつけ医での指導を受けている方や腎臓摘出された方も含まれており、対象者の見直しが必要である。								
課題・次期計画の方向性	今後も事業を継続し、腎臓機能の改善は容易ではないため、低下する前に生活改善など意識づけすることが必要である。								

5. レッドカード事業

目的	早期に受診勧奨を行うことで、適正受診につなげ生活習慣病の重症化を予防する。								
事業内容	特定健診の結果、高血圧・高血糖・高コレステロール・高中性脂肪・慢性腎臓病についての服薬治療など未治療者に対して受診勧奨を実施。								
評価	指標	目標値	指標の変化						評価
			H30	R1	R2	R3	R4	R5	
アウトカム	対象者の受診率	70%	79.4	66.6	78.4	69.2	66.0	未	D
アウトプット	受診勧奨実施率	100%	100	100	100	100	100	未	A
プロセス	再勧奨者の受診率	70%	61.1	46.6	56.6	57.5	45.1	未	D
ストラクチャー	事業説明、報告	年1回	1	1	1	1	1	未	A
成功要因 未達要因	受診勧奨実施するも受診率は、目標を達成することができなかった。新型コロナウイルス感染予防のため受診控えも一つの要因として考えられる。								
効果があった 取組	受診勧奨により、治療開始・経過観察等で医療につなげる事ができ、重症化予防を図ることができた。								
見直しが必要な 取組	未受診者の方へ受診の必要性について啓発し、受診率向上に向けて取り組んでいく。								
課題・次期計画の 方向性	事業は継続して実施し、生活習慣病の重症化を予防する。								

6. メタボ予防教室（元気にここ教室）

目的	メタボによる生活習慣病の発症による QOL の低下及び医療費の増大を防ぐ。
事業内容	健康運動指導士、保健師、管理栄養士などによる、運動・食事・生活習慣についての講義及び実技指導。初回に、体組成計等計測実施。3回1クール（1クール2か月間）。

評価	指標	目標値	指標の変化						評価
			H30	R1	R2	R3	R4	R5	
アウトカム	参加者の体重又は腹囲の前後測定値改善(-1 kg又は-1 cm)者の割合	80%	7.7	—	—	—	55	未	E
アウトプット	参加勧奨率	100%	100	100	100	100	100	未	A
	参加率	50%	18.2	23.8	23.7	20.0	14.5	未	D
プロセス	対象者の満足度 ※教室終了日にアンケート実施し、「教室の内容はいかがでしたか？」の項目を使用	80%が満足・やや満足と回答	100	100	100	—	100	未	A
ストラクチャー	連携会議の実施	2回	2	2	2	2	必要時随時	未	A
成功要因 未達要因	<p>短期間での実施等により参加者の変化が見られにくく、また、参加者の高年齢化により教室の見直しが必要となった。新型コロナウイルス感染予防対策も重なり、令和4年度より個別対応の事業に変更となった。</p>								
効果があった 取組	<p>教室に参加された方は、食事と運動の両面から実施することで、今後の日常生活について注意することを意識づけることができた。</p>								
見直しが必要な 取組	<p>参加率が伸び悩んでいる状況であり、対象者選定の検討が必要ではないかと考えられる。</p>								
課題・次期計画の 方向性	<p>メタボ該当者や予備軍の対象者が参加しやすい環境づくりが必要である。次期計画では、早期介入栄養・運動個別保健指導と名称を変更し、計画のもと事業に取り組んでいく。</p>								

7. 介護予防事業（百歳体操）

目的	介護（フレイル）に陥らない、フレイルの進行を予防するため。								
事業内容	へぐりいきいき百歳体操として、地域包括支援センター等との協働による介護予防事業を実施している。自治会等で週に1回以上、住民自らが設営を行う形で実施。								
評価	指標	目標値	指標の変化						評価
			H30	R1	R2	R3	R4	R5	
アウトカム	新規認定率比較 KDB システム (地域の全体像の把握：介護より)	+1% (前年度/前々年度)	+1.0	+0.7	+1.5	+0.7	未	未	A
アウトプット	実施地域数	17 地域	13	14	15	15	15	未	B
プロセス	健康運動指導士の定期的な介入	介入地区数の増加	10	7	1	2	6	未	E
ストラクチャー	連携会議	2回/年	2	2	2	2	1	未	B
成功要因 未達要因	(特にアウトカム・アウトプットを中心に記載) 新規認定率比較から見ると、その年によって差があり、上がり下がりしている。実施地域数は微増しているが、新型コロナウイルス感染予防対策により中止していた期間もあり、今後もコロナ禍の生活不活発病による影響が考えられる。								
効果があった取組	令和2年度より健康運動士だけでなく、希望によりオーラルフレイル予防や認知症予防の専門家による啓発ができた。								
見直しが必要な取組	高齢化率が年々上昇しており、フレイル予防が重要であるので、通いの場への参加など具体的な取組が必要である。								
課題・次期計画の方向性	現在は、包括支援センターが主導で百歳体操を実施している。次期計画では、フレイル予防を中心とした教室に変更し、「心と身体の健康づくりのためのフレイル予防教室」として、計画のもと事業に取り組んでいく。								

8. がん検診受診勧奨事業

目的	がんの早期発見・早期治療による QOL の向上と医療費適正化								
事業内容	胃がん・肺がん・大腸がん・乳がん・子宮がんの 5 がんの検診の受診勧奨。								
評価	指標	目標値	指標の変化						評価
			H30	R1	R2	R3	R4	R5	
アウトカム	受診率 (5 がん平均)	17.1%	10.7	10.6	9.1	8.0	7.8	未	D
アウトプット	コール実施率 (5 がん)	100%	60	60	100	100	100	未	A
プロセス	コールの実施時期、方法	コールの実施時期、方法	9月	4月	6月 9月	7.8.9. 10.12. 1月	4.5.7. 9.10 月	未	B
	コール受診率	22.0%	14.8	8.0	25.7	20.7	26.3	未	A
ストラクチャー	セット健診の実施	7回/年	8	8	7	7	7	未	A
成功要因 未達要因	(特にアウトカム・アウトプットを中心に記載) 5 がん(胃・肺・大腸・乳・子宮)検診のコールハガキによる受診勧奨を実施するが、受診率は減少傾向である。新型コロナウイルス感染予防による受診時期の変更や自粛も要因と考えられる。								
効果があった取組	令和 4 年度より 5 がん検診と特定健康診査・健康診査とのセットけんしんを実施することにより、受診者の利便性を図った。また、国保加入者は集団検診において自己負担が無料となっている。								
見直しが必要な取組	コールの対象者や実施時期・方法の再検討が必要と考えられる。								
課題・次期計画の方向性	受診勧奨について、がん検診の受診率向上にむけ自己負担金助成等を行っていくが、健康へぐり 2 1 計画を主計画として推進していくため、次期データヘルス計画において取り組む保健事業から除外する。								

第 3 期データヘルス計画

I. 基本的事項

1. 計画の趣旨

保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCA サイクルに沿って運用するものである。当町においても、平成 28(2016)年に第 1 期計画を策定、平成 30(2018)年に第 2 期計画を策定し推進してきたところである。前期計画の評価を踏まえつつ、より健康課題に対応した効果的な保健事業を実施することができるよう第 3 期計画を策定するものとする。また今期計画より新たに、県内保険者との比較や健康状況を把握することで健康課題の優先度を明確化することを目的に共通指標を設定し、経年的な経過を把握しながら計画を推進していく。

2. 計画期間

本計画は、令和 6 年(2024) 度から令和 11 年(2029) 度までの 6 年計画とする。

3. 実施体制・関連計画との連携

【実施体制】

本計画を策定、推進する上で、以下の担当課との連携を図るものとする。

部門	担当課等	役割
主担当	健康保険課	計画全体の調整、管理
庁内関係課	健康保険課・福祉こども課	保健事業の計画、実施、評価
県、外部機関	奈良県医療保険課	計画の方向性に関する情報提供や支援
	奈良県国保連合会	現状分析、計画策定・評価に関する支援
	地域振興センター	保健事業の実施

【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はかりながら、策定作業をすすめました。また各計画の推進状況を把握しながら、本計画を推進していきます。

計画名	担当課等	計画期間
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
平群町特定健診等実施計画	健康保険課	令和 6 年度～令和 11 年度
平群町第 6 次総合計画	まち未来推進室	令和 5 年度～令和 14 年度
健康めぐり 21 計画	健康保険課	平成 25 年度～令和 6 年度
平群町食育基本計画	健康保険課	令和 2 年度～令和 6 年度
平群町介護保険事業計画	福祉こども課	令和 6 年度～令和 8 年度

4. 共通指標について

今期計画より奈良県では、県内保険者の比較や域内での健康状況を把握することを目的に、共通評価指標が設定された。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ていくこととする。

【共通指標】

No.	目的		評価指標				
			項目	設定理由・指標の必要性	目指す方向	目標値	直近値 (R4)
1	健康寿命の延伸		平均余命	健康寿命の延伸や医療費の適正化は、保健事業を取り組む上での重要な目標であるが、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（他保険者の取組、医療の発達、病院の立地等）により変化するものであるため、評価指標として設定せず、参考値として、数値の推移の確認のみを行う。	+		男性 82.6 女性 88.3
2			平均自立期間（要介護2以上）		+		男性 81.0 女性 84.6
3	医療費の適正化		一人当たりの内科医療費（入院＋外来） ※性・年齢調整値		-		入院 122,103円 外来 182,839円
4			一人当たりの歯科医療費 ※性・年齢調整値		-		歯科 23,119円
◆個別保健事業における指標							
No.	目標	取組 (市町村で実施する個別保健事業)	評価指標				
			項目	設定理由・指標の必要性	目指す方向	目標値	直近値 (R4)
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	厚生労働省「すべての都道府県で設定することが望ましい指標」 〈事業評価〉実施率が低い場合、特定健康診査で早期発見が可能であったはずのメタボリックシンドローム該当者等を発見できていない。	+	60%	34.4%
2			特定保健指導実施率	厚生労働省「すべての都道府県で設定することが望ましい指標」 〈事業評価〉実施率が低い場合、特定健康診査で早期発見が可能であったはずのメタボリックシンドローム該当者等に適切な保健指導ができていない。	+	60%	20.1%
3			特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	厚生労働省「すべての都道府県で設定することが望ましい指標」 〈事業評価〉特定保健指導の効果や実施体制、保健指導の技術的な面等を評価。	+		25.1%
4			血糖の有所見者の割合 (保健指導判定値以上： HbA1c5.6%以上) (基準値を超えた者/健診受診者数*100)	〈事業評価〉コントロール不良者の状況を測ることにより、生活習慣病重症化予防対策が適切だったかなどを検討する。	-		51.8% (34,829人)
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) (基準値を超えた者/健診受診者数*100)	〈事業評価〉コントロール不良者の状況を測ることにより、生活習慣病重症化予防対策が適切だったかなどを検討する。	-		①48.3% (32,494人) ②19.7% (13,250人)
6			脂質の有所見者の割合 (保健指導判定値以上： ①HDLコレステロール40mg/dl未満の割合 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) (基準値を超えた者/健診受診者数*100)	〈事業評価〉コントロール不良者の状況を測ることにより、生活習慣病重症化予防対策が適切だったかなどを検討する。	-		①3.2% (2,178人) ②20.1% (13,535人) ③51.5% (34,625人)
7	【参考】 生活習慣病発症状況 モニタリング	【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/被保険者数*100)	人工透析の前段階である一つの疾病であり、かつ、有病者も多く、県全体でアプローチし、重症化予防を推進することが必要と考えるため。	総合的に判断		県の値は、市町村値報告 後集計を実施
8			高血圧症の受療割合 (高血圧症のレセプトがある者/被保険者数*100)	人工透析の前段階である一つの疾病であり、かつ、有病者も多く、県全体でアプローチし、重症化予防を推進することが必要と考えるため。			
9	生活習慣病の重症化予防	生活習慣病重症化予防対策	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)	厚生労働省「すべての都道府県で設定することが望ましい指標」 〈事業評価〉血糖コントロール不良者の状況を測ることにより、糖尿病性腎症重症化予防対策が適切だったかなどを検討する。	-		県の値は、市町村値報告 後集計を実施 (参考データセット値 1.10%)
10			新規人工透析導入患者数	人工透析患者1人当たりに係る医療費は非常に高く、疾病別で見るときに人工透析導入患者の減少を目標とすることは、医療費適正化の観点から有効と考えるため。	-		112人
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/被保険者数*100)	※医療費適正化計画のうち、市町村国保においても取り組むことができる項目のため、保健事業ではないが共通して計画に記載させるため共通指標とする。 〈事業評価〉重複・多剤投与対策が適切だったかなどを検討する。	-		0.51% (1,398/275,701人)
12			同一月内に9以上の薬剤の処方を受けた者の割合 (9以上の薬剤の処方を受けた者/被保険者数*100)		-		6.52% (17,963/275,701人)
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）	※医療費適正化計画のうち、市町村国保においても取り組むことができる項目のため、保健事業ではないが共通して計画に記載させるため共通指標とする。 〈事業評価〉後発医薬品の使用促進対策が適切だったかなどを検討する。	+		76.5% (R5.3月)

Ⅱ. 現状の整理

【人口・被保険者数・年齢構成】

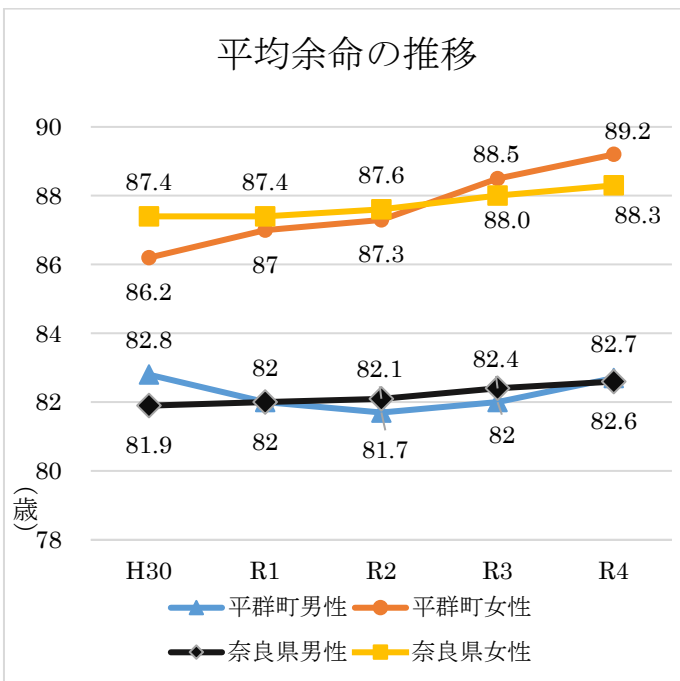
	H30	R1	R2	R3	R4
被保険者数	4,883	4,626	4,469	4,363	4,173
人口	18,362	18,264	18,009	17,912	17,842
人口に占める割合	26.6%	25.3%	24.8%	24.4%	23.4%

出典 被保険者数…国民健康保険事業年報（厚生労働省）

人口,人口に占める割合…市町村別 10 月 1 日現在推計人口（奈良県統計分析課）

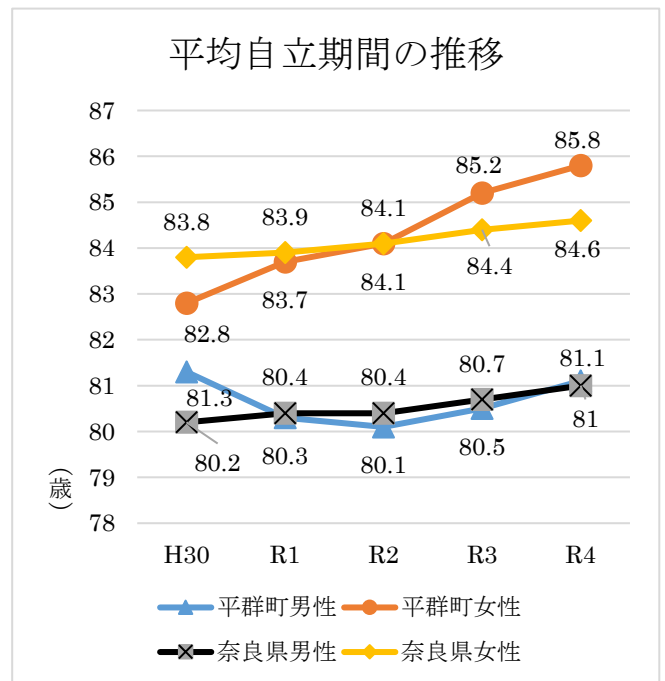
全人口が減少傾向にあり、65 歳以上の高齢者が 39.6%と奈良県より高い。また、被保険者数も減少傾向にあり、人口に占める割合も減少している。65 歳以上の高齢者が約半数以上占めている。

【平均余命】



出典：KDB データシステム

【平均自立期間(要介護2以上)】



出典：KDB データシステム

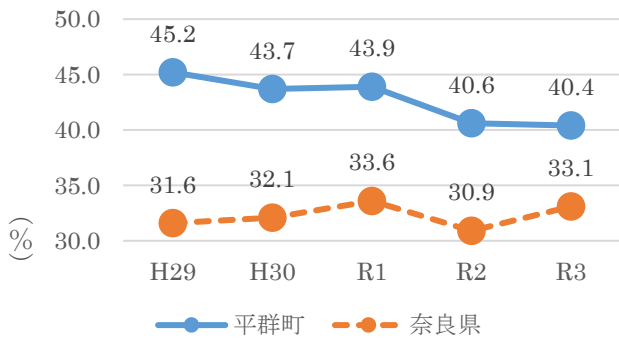
被保険者数は町の人口の約 23%を占めている。年次推移からは被保険者数は減少傾向であり、年齢別にみると、65～74 歳の被保険者数が半数を占めており、今後も高齢化が進んでいくことを考えると医療費の増加につながる事が考えられる。

令和 4 年度の平群町の平均余命は、男性 82.7 歳、女性 88.3 歳で女性の方が長い。奈良県全体と比較すると男性は、ほぼ同推移、女性は高い。

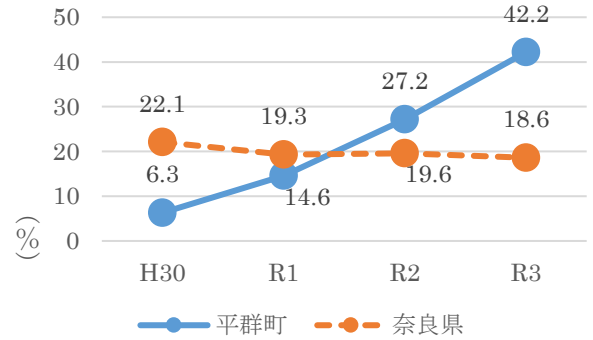
令和 4 年度の平群町の平均自立期間は、男性 81.1 歳、女性 84.6 歳で女性の方が長い。奈良県全体と比較すると男性ではほぼ同推移、女性では短い。

【特定健康診査・特定保健指導（法定報告）】

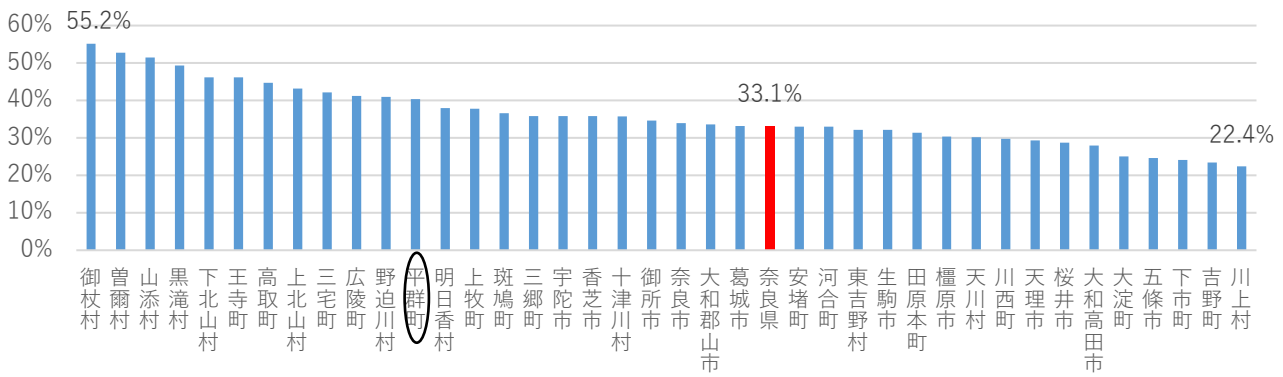
特定健康診査実施率



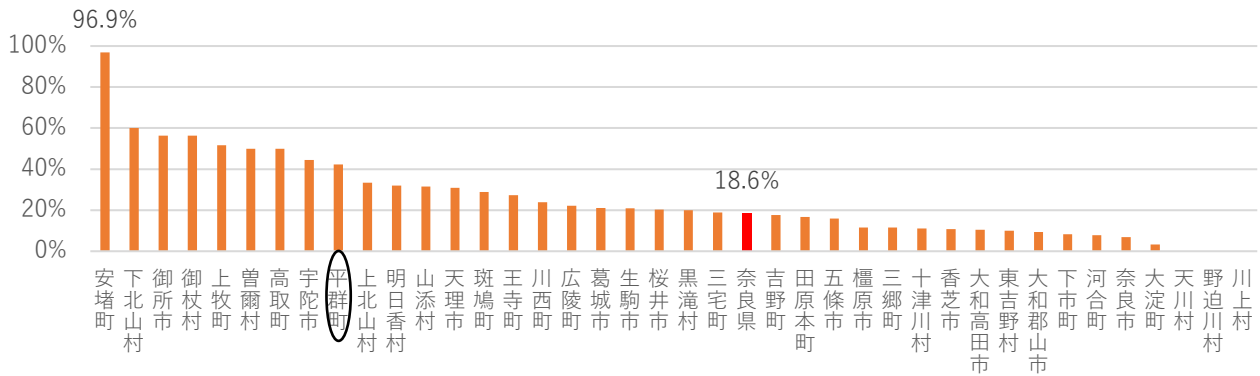
特定保健指導実施率



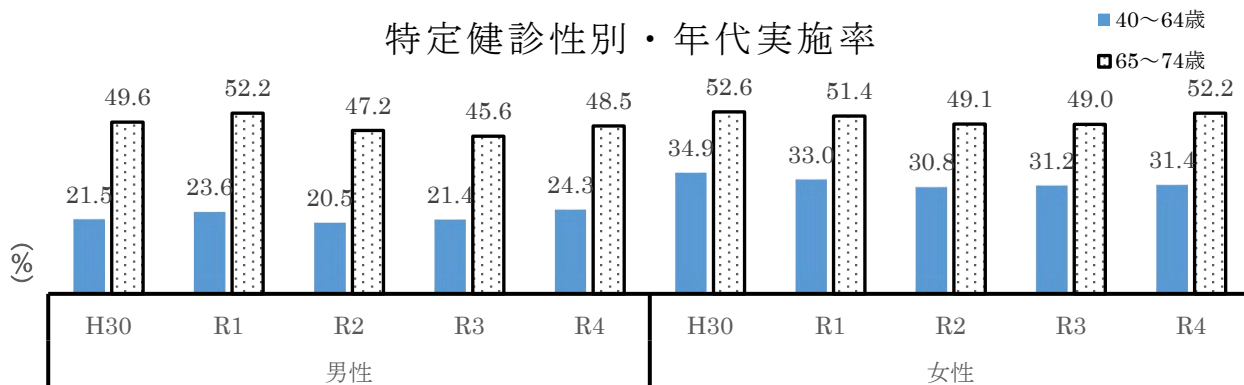
R3年度特定健康診査実施率



R3年度特定保健指導実施率



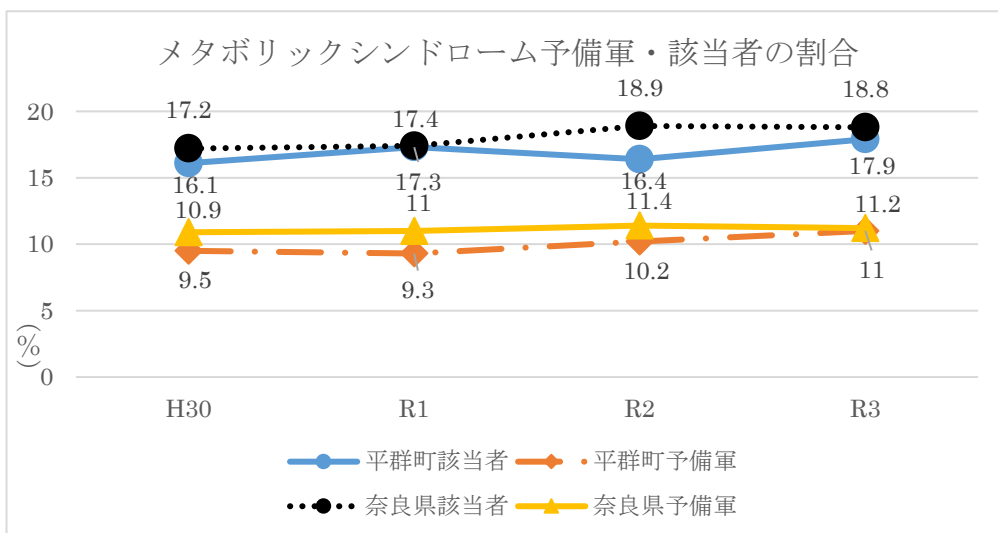
特定健診性別・年代実施率



令和2年度の奈良県の特定健診受診率はコロナ禍の影響から受診率が低下したため、平群町では勧奨ハガキを、ナッジ理論に基づいた資料を採用することで受診率向上を図った。また、街頭啓発運動にも取り組み、住民に直接声をかけることにより特定健診の必要性を伝えることができた。令和2年度とほぼ横ばいではあったが、経年的に見ても奈良県全体より高い受診率になっている。しかし、目標値との乖離は大きいのが現状。性別年代実施率をみると40～64歳男性の受診率の低さが目立つため、その層の実施率を上げることがカギになるのではないかと。

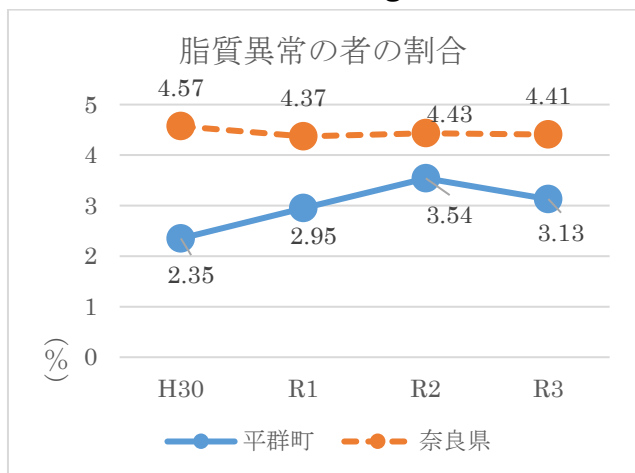
特定保健指導実施率は、年々増加傾向にある。令和2年度以降奈良県全体より高い実施率になっている。管理栄養士が中心となって指導が開始され、未利用者への勧奨も実施している。今後も継続して実施が必要であり、今後も早期発見や予防につなげる健診の意義の強化に努めたい。

【メタボリックシンドローム予備群・該当者の割合】



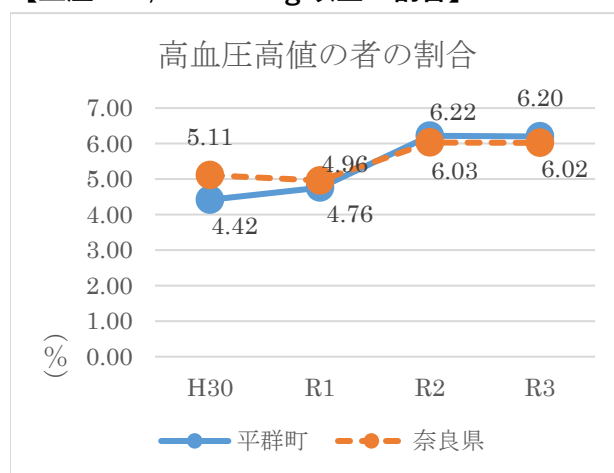
出典：KDB システム 厚生労働省様式(様式 5-3)メタボリックシンドローム該当者・予備群

【LDL コレステロール 180mg/d l 以上の割合】



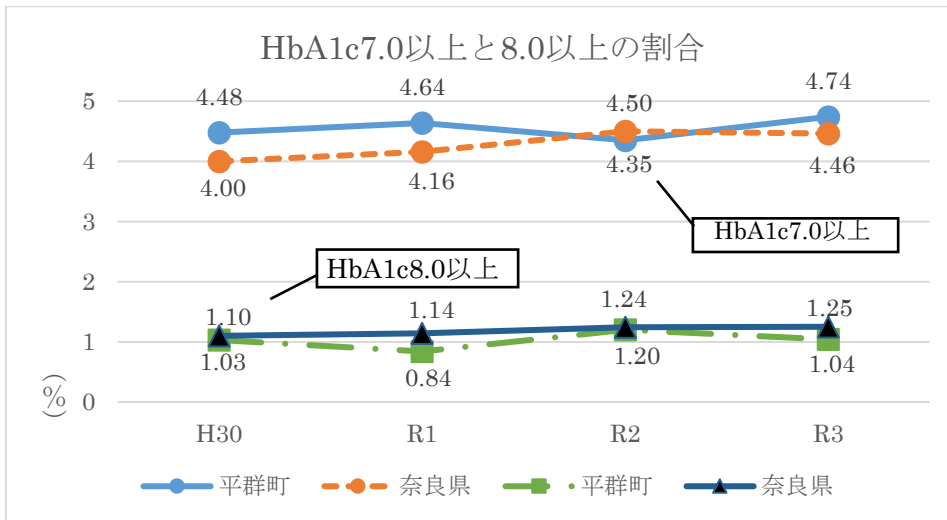
出典：KDB システム 厚生労働省様式(様式 5-3)

【血圧 160/100mmHg 以上の割合】



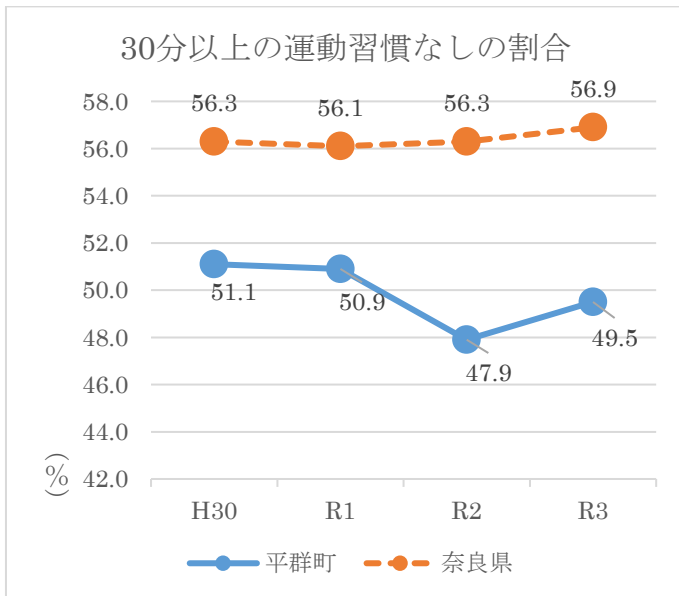
出典：KDB システム 厚生労働省様式(様式 5-3)

【HbA1c7.0 以上と HbA1c8.0 以上の割合】



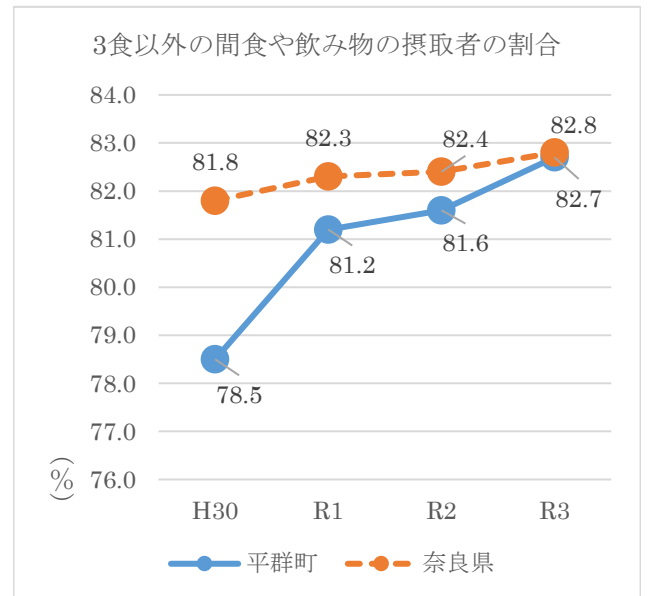
出典：KDB システム 厚生労働省様式(様式 5-3)

【30 分以上の運動習慣なしの割合】



出典：KDB システム 地域の全体像の把握

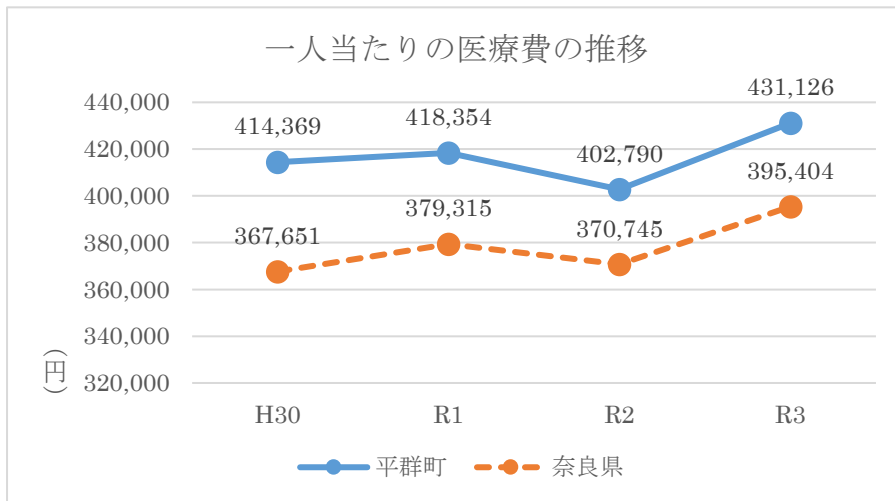
【3食以外の間食や甘い飲み物の摂取者の割合】



出典：KDB システム 地域の全体像の把握

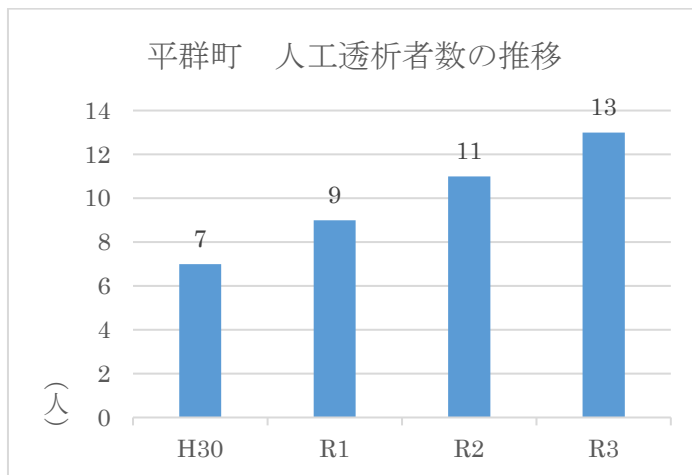
メタボリックシンドローム予備軍・該当者の割合は、年々増加傾向にある。令和3年度では受診者の18.8%が該当者で11%が予備軍であった。リスクである①脂質異常者の割合は、年々増加傾向にあったが、令和3年度は減少し奈良県よりも低かった。②血圧高値者は、奈良県とほぼ同じであるが、年々増加傾向にある。③血糖(HbA1c7.0 以上と HbA1c8.0 以上)の割合は、年々僅かながら増加傾向にあり、奈良県とほぼ同じである。質問票より30分以上の運動習慣なしの者が増加したことや3食以外の間食や甘い飲み物の摂取者が増加したことも要因として考えられる。メタボリックシンドローム該当者が増加傾向にあることは、生活習慣病の重症化リスクも高くなる。適切な医療へつなげられるように治療勧奨すると共に保健指導などの重症化予防対策を積極的に実施する必要がある。また、予備軍に対しても、早期に介入することで生活習慣を見直し、改善を図りたい。

【一人当たりの医療費】



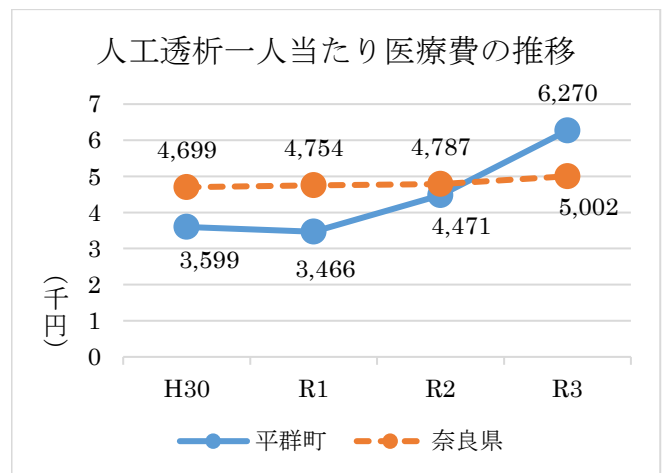
出典：KDB システム 厚生労働省様式(様式 5-3)

【人工透析者数】



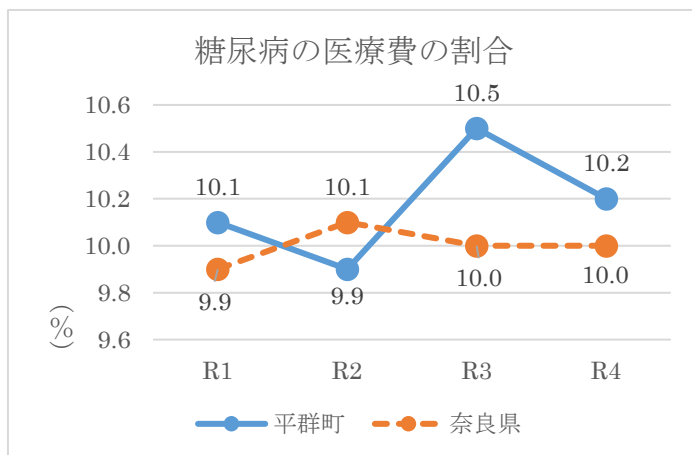
出典：KDB システム 厚生労働省様式(様式 5-3)

【人工透析一人当たりの医療費】



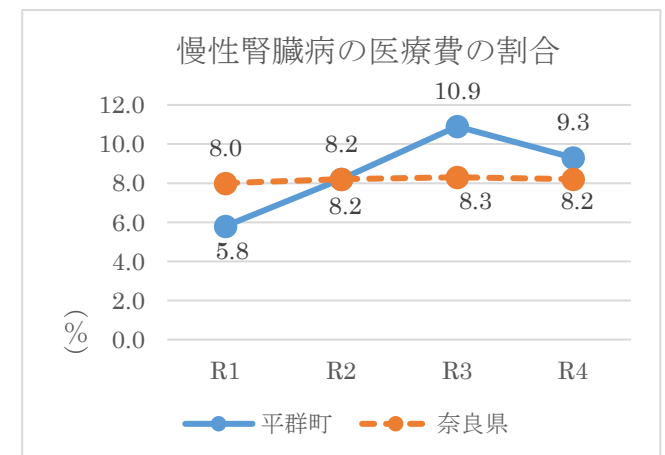
出典：KDB システム 厚生労働省様式(様式 5-3)

【糖尿病の医療費の割合】



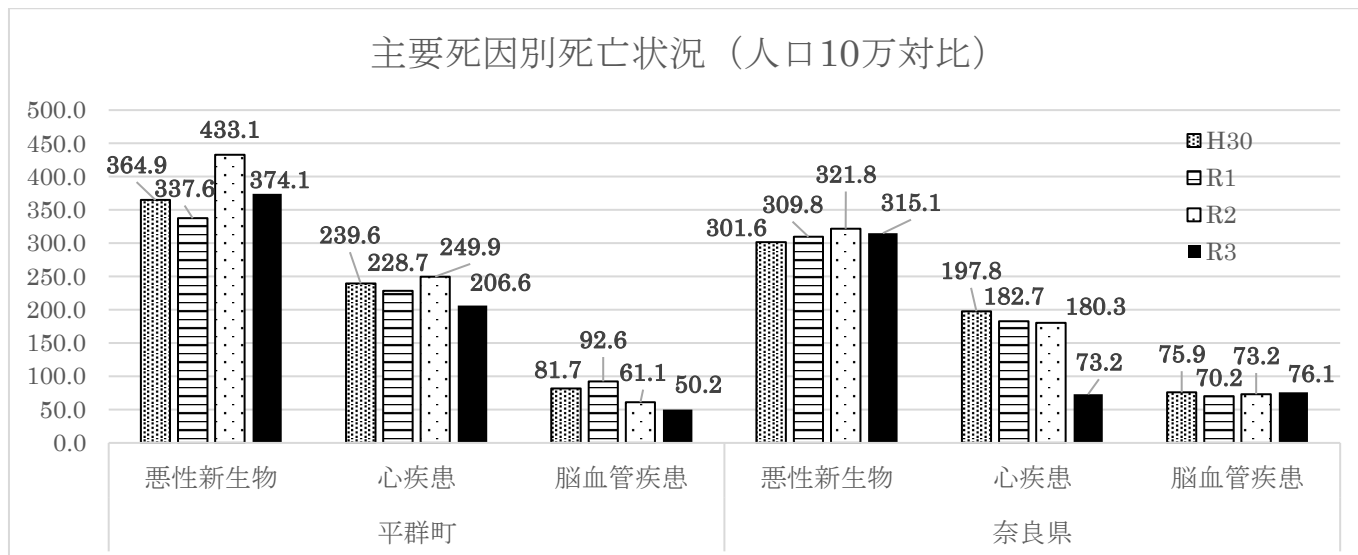
出典：KDB システム医療費分析

【慢性腎臓病の医療費の割合】



出典：KDB システム医療費分析

【主要死因別死亡状況】

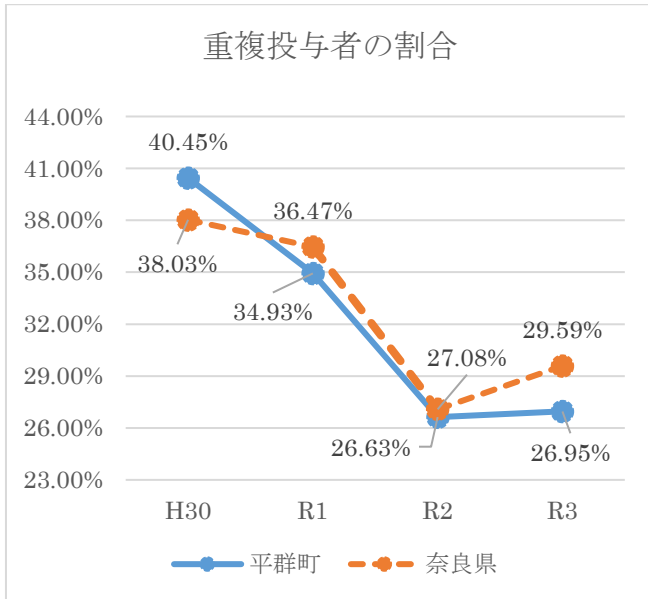


* 平成 30 年度奈良県推計人口年報 * 平成 30 年人口動態総覧（第 14 表）

一人当たりの医療費は、年々増加傾向にあり奈良県全体より高値である。糖尿病と関連の高い人工透析者数をみても年々増加しており透析にかかる一人当たりの医療費も増加している。糖尿病性腎症の初期は症状がほとんどないため、より早期発見・早期介入が必要になってくる。そのためにも糖尿病性腎症重症化予防プログラムを強化して取り組むと共に、有症状が少ない慢性腎臓病の予防も取り組んでいき、腎不全・人工透析への移行を防ぎ、QOL の向上と医療費適正化を図っていきたい。

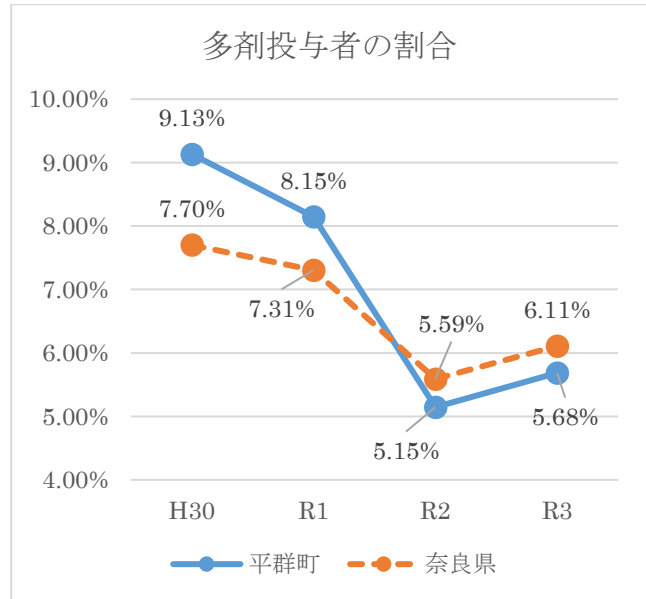
また主要死因別死亡状況をもても、悪性新生物・心疾患は経年的に奈良県全体より高い数値になっている。原因の一つとして特定保健指導の対象とならない者の中で、高血圧や高血糖・高コレステロール・慢性腎臓病などの生活習慣病の重症者であり適切な医療に結びついていない者がいることが考えられる。疾病が重症化することで医療費の増加につながることもあり、早期に受診勧奨を行うことで適正な受診につなげ、生活習慣病の重症化を予防できるよう平群町の地域性を踏まえた事業の展開を図り効果的な実施方法について検討していきたい。

【重複投与者の状況】



出典：KDB システム医療費等分析

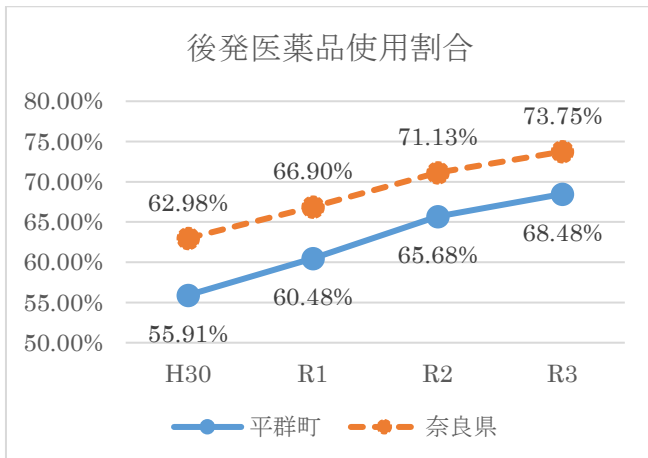
【多剤投与者の状況】



出典：KDB システム医療費等分析

重複投与者および多剤投与者の割合については、徐々に減少して奈良県全体よりも下回っている。高齢化による、服薬数の増加や薬物治療の高度化により重複・多剤服薬のリスクが増加するため、通知や電話勧奨等を行い、引き続き適正服薬を促すことが必要である。

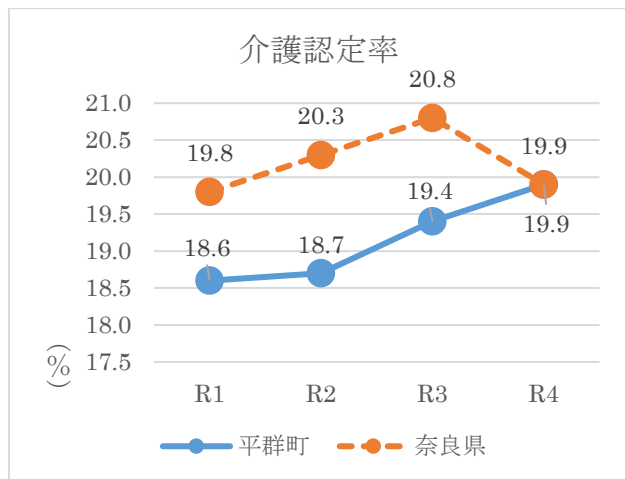
【後発医薬品使用割合】



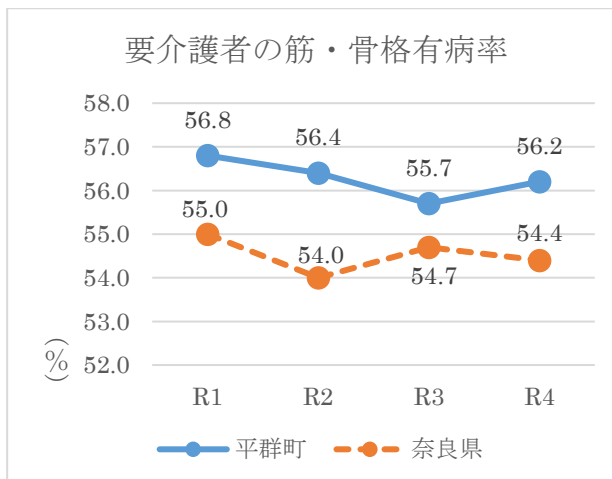
出典：KDB システム医療費等分析

後発医薬品使用割合は、奈良県全体、平群町ともに増加傾向にあるが、国が目標と掲げている 80%には到達できていない状況である。目標値に向けて、後発医薬品の使用促進に係る啓発、後発医薬品差額通知書の送付等を実施し、利用率を高めていく。

【介護者認定の割合】

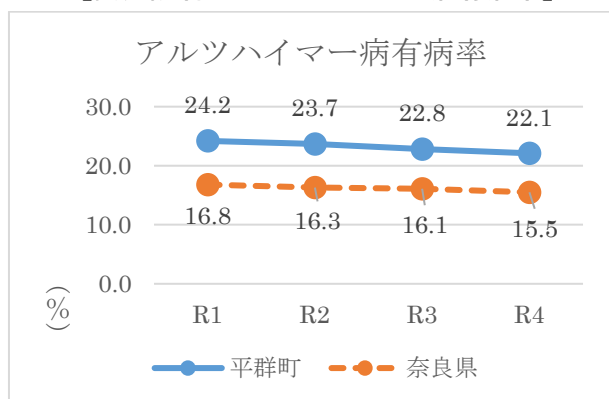


【要介護者の筋・骨格有病率】

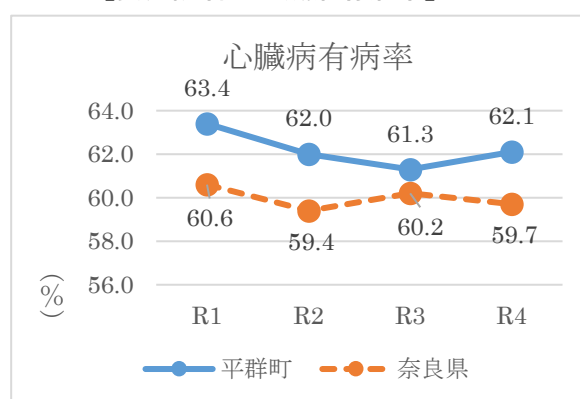


出典：KDB システム健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

【要介護者のアルツハイマー病有病率】



【要介護者の心臓病有病率】



出典：KDB システム健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

介護認定率は、年々増加傾向にあり、令和4年度には県と同率となっている。要介護者の有病率の内、筋・骨格、アルツハイマー病は、経年的にほぼ横ばいではあるものの、奈良県全体より高い状態が続いている。要因としてコロナ禍で運動不足が長く続いたことによる体力の低下、不要不急の外出自粛によるコミュニケーションの減少などが考えられる。また、心臓病はなだらかな下降傾向であったが、令和4年度には上昇に転じており、経年的に見ても奈良県より高い。高齢化率が高い平群町のことも鑑み、健康だけでなく介護予防にも力を入れていく必要がある。健康寿命延伸の為にフレイル予防と心と身体の健康づくりのための運動の強化を図っていく。

【前期計画からの考察】

健康寿命は、若干ではあるが延伸している。メタボリックシンドローム該当者は増加傾向にあり、予備軍も令和2年度から増加傾向に転じている。新型コロナウイルス感染症予防対策や外出の自粛・積極的な受診勧奨も控えた事により、特定健診受診率も低下し、医療費は増加、介護認定率も増加している。適切な時期に生活改善の意識づけをする機会を設け、適切な医療へ結びつけることで生活習慣病の重症化を予防していく必要がある。

Ⅲ. 計画全体

1. 課題の整理【優先順位の高い順に記載】

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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健康診査の受診率が低いことにより、生活習慣病の早期発見の機会や保健指導に繋げる対象が少ない。 ・ メタボ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。 ・ 2期計画でも対策を行っていたが、目標到達には至らず、今期計画でも重点的に取り組む必要がある。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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割合 ・ メタボリックシンドローム予備軍の割合 ・ LDL コレステロール 180mg/dl 以上の割合 ・ HbA1c7.0 以上と HbA1c8.0 以上の割合 ・ 血圧 160/100mmHg 以上の割合 ・ 30分以上の運動習慣なしの割合 ・ 3食以外の間食や甘い飲み物の摂取者の割合
取り組みの方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健康診査、特定保健指導の実施率を向上させる対策を実施する。 ・ 予備軍等に対しても生活習慣の見直し・改善を図るために、早期介入を実施する。

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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病関連の人工透析数が増加しており、透析にかかる医療費も増加している。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 人工透析者数の推移 ・ 人工透析一人当たり医療費の推移 ・ HbA1c7.0 以上と HbA1c8.0 以上の割合 ・ 糖尿病の医療費の割合
取り組みの方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病性腎症重症化予防プログラムを強化して取り組んでいく。

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	<ul style="list-style-type: none">・ 高血圧や高血糖、高コレステロールなどの生活習慣病の人数が増加している。・ 慢性腎臓病の医療費が増加傾向にある。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none">・ LDL コレステロール 180mg/dl 以上の割合・ HbA1c7.0 以上と HbA1c8.0 以上の割合・ 血圧 160/100mmHg 以上の割合・ 糖尿病の医療費の割合・ 慢性腎臓病の医療費の割合・ 主要死因別死亡状況
取り組みの方向性	<ul style="list-style-type: none">・ 生活習慣病の重症化を予防できるよう取り組んでいく。・ 適正受診につなげるために、早期の受診勧奨に取り組んでいく。・ 腎不全、人工透析への移行を防ぎ、QOL の向上と医療費適正化を図るために、腎臓機能低下者への対策を実施する。

課題 4：重複した投薬による医療費の増加

課題とする理由	<ul style="list-style-type: none">・ 医療費適正化の観点だけでなく、副作用の予防のためにも重点的に取り組む必要がある。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none">・ 重複投薬者の割合
取り組みの方向性	<ul style="list-style-type: none">・ 通知などで適正服薬を促す対策を実施する。

課題 5：要介護者の増加

課題とする理由	<ul style="list-style-type: none">・ 介護認定率、要介護者の心臓病有病率が増加している。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none">・ 介護者認定の割合・ 要介護者の筋、骨格有病率・ 要介護者の心臓病有病率・ アルツハイマー病有病率
取り組みの方向性	<ul style="list-style-type: none">・ フレイル予防と心と身体の健康づくりのための運動に特化した教室を実施する。

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ていきます。

【計画全体の目的】

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

【目標】

目標	指標	目標値	主な個別保健事業
生活習慣病の発症を予防する	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健康診査実施率 ・ 特定保健指導実施率 ・ 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 ・ 血糖の有所見者の割合(保健指導判定値以上：HbA1c5.6%以上) ・ 血圧の有所見者の割合(保健指導判定値以上：収縮期血圧 130 または拡張期血圧 85 以上) ・ 脂質の有所見者の割合(保健指導判定値以上：(1)HDL コレステロール 40 mg/dℓ未満の割合(2)中性脂肪 150 mg/dℓ以上の割合(3)LDL コレステロール 120 mg/dℓ以上の割合) 	60% 60% 増加 減少 減少 減少	特定健康診査 特定保健指導 早期介入栄養士・健康個別指導
生活習慣病をコントロールする	<ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病の受療割合 ・ 高血圧症の受療割合 	減少 減少	生活習慣病受診勧奨推進事業(レッドカード事業)
生活習慣病の重症化を予防する	<ul style="list-style-type: none"> ・ H b A 1 c 8.0%以上の者の割合 ・ 新規人工透析導入患者数 	減少 減少	糖尿病性腎症重症化予防 慢性腎臓病(CKD)予防
重複多剤・併用禁忌投薬対策事業	重複多剤投与者の割合	減少	重複多剤・併用禁忌投薬対策事業
高齢者のフレイルを予防する	介護者認定の割合	維持	フレイル予防と心と身体の健康づくりのための運動教室

IV. 個別保健事業

1. 特定健康診査

目的	特定健康診査受診率の向上による生活習慣病予防		
内容	<p>1. 国保連合会共同事業 43～74 歳での過去の受診歴から国保事務支援センターが定める対象者へ、国保事務支援センターより「特定健康診査受診勧奨ハガキ」を送付する。また、特定健康診査の受診確認後、未受診者へ「特定健康診査受診再勧奨ハガキ」を送付する。</p> <p>2. 町独自事業 <啓発> 特定健診受診券同封チラシ、保険証同封チラシ、商工会館チラシ配布、ポスター掲示(自治会・町内医療機関・町内商業施設・町内公的施設など)、広報掲載 <受診勧奨> ・電話勧奨、継続受診勧奨のための結果説明会の開催 <その他> ・町内3施設で利用できる商品券の発行(インセンティブ) ・自己負担額、人間ドック費用の助成 ・休日健診の実施(個別)、がん検診と同時実施(集団)</p>		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	特定健診実施率	60%
	アウトプット	受診勧奨実施率 再勧奨実施率	100% 100%
	プロセス・ストラクチャー	再勧奨者の受診率 集団健診の回数 町医師会との連携	30% 7回 1回/年

2. 特定保健指導

目的	特定保健指導率の向上による重症化予防		
内容	<p><啓発> 特定保健指導利用通知の送付及び未利用者への再勧奨</p> <p><保健指導></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養計算ツールの活用、体組成測定、骨密度測定の実施 ・ 町スポーツセンターで利用できるトレーニング室利用の促進(利用券の配布等) ・ 電子メール支援活用 		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定保健指導対象者の減少率 ・ 血糖の有所見者の割合(保健指導判定値以上： HbA1c5.6%以上) ・ 血圧の有所見者の割合(保健指導判定値以上:収縮期 血圧 130 または拡張期血圧 85 以上) ・ 脂質の有所見者の割合(保健指導判定値以上： ①HDL コレステロール 40 mg/dℓ未満の割合 ② 中性脂肪 150 mg/dℓ以上の割合 ③ LDL コレステロール 120 mg/dℓ以上の割合) 	増加 減少 減少 減少
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定保健指導実施率 	60%
プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・ 再勧奨者の利用率 ・ 予算、人員、体制は適切であったか 	50%	

3. 糖尿病性腎症重症化予防事業

目的	糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・受診中断者について、適切な医療につなげる。また、糖尿病で通院する患者に対して腎不全・人工透析への移行を防ぎ、心筋梗塞や脳梗塞の発症を予防する。														
内容	<p>1. 国保連合会共同事業</p> <p>(1) 受診勧奨事業</p> <table border="1" data-bbox="327 593 1412 840"> <tr> <td data-bbox="327 593 494 689">対 象</td> <td data-bbox="494 593 1412 689"> ①過去に糖尿病受診歴があるが、半年間受診中断している対象 ②特定健康診査でHbA1c値が7%以上でかつ糖尿病未治療の対象 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="327 689 494 840">実施時期 内容</td> <td data-bbox="494 689 1412 840"> ①12月対象選定し、1月受診勧奨ハガキを送付する ②毎月対象者を選定し、受診勧奨通知を送付(レットカード事業の一部に含んで実施) </td> </tr> </table> <p>(2) 保健指導事業</p> <table border="1" data-bbox="327 907 1412 1187"> <tr> <td data-bbox="327 907 494 1003">対 象</td> <td data-bbox="494 907 1412 1003"> 国保事務支援センターが定める対象(糖尿病治療中で、かつ前年度特定健診受診結果から糖尿病性腎症重症化予防のリスクが高い対象) </td> </tr> <tr> <td data-bbox="327 1003 494 1187">実施時期 内容</td> <td data-bbox="494 1003 1412 1187"> ～7月 対象者選定作業 9～2月 保健指導実施(業者委託による) <ul style="list-style-type: none"> ・保健師等の専門職による約6か月間の保健指導 ・面談3回、電話支援4回、医師への報告書送付3回 </td> </tr> </table> <p>2. 町独自事業</p> <p>(1) 毎月の健診結果送付時にHbA1c値が7%以上でかつ問診票にて内服なしと回答した者にパンフレットを送付し、受診勧奨をする。</p> <p>(2) 保健指導対象者へ個別に電話勧奨し、重症化予防の大切さを啓発し、糖尿病性腎症重症化予防プログラムへの参加を促す。</p>			対 象	①過去に糖尿病受診歴があるが、半年間受診中断している対象 ②特定健康診査でHbA1c値が7%以上でかつ糖尿病未治療の対象	実施時期 内容	①12月対象選定し、1月受診勧奨ハガキを送付する ②毎月対象者を選定し、受診勧奨通知を送付(レットカード事業の一部に含んで実施)	対 象	国保事務支援センターが定める対象(糖尿病治療中で、かつ前年度特定健診受診結果から糖尿病性腎症重症化予防のリスクが高い対象)	実施時期 内容	～7月 対象者選定作業 9～2月 保健指導実施(業者委託による) <ul style="list-style-type: none"> ・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	①過去に糖尿病受診歴があるが、半年間受診中断している対象 ②特定健康診査でHbA1c値が7%以上でかつ糖尿病未治療の対象														
実施時期 内容	①12月対象選定し、1月受診勧奨ハガキを送付する ②毎月対象者を選定し、受診勧奨通知を送付(レットカード事業の一部に含んで実施)														
対 象	国保事務支援センターが定める対象(糖尿病治療中で、かつ前年度特定健診受診結果から糖尿病性腎症重症化予防のリスクが高い対象)														
実施時期 内容	～7月 対象者選定作業 9～2月 保健指導実施(業者委託による) <ul style="list-style-type: none"> ・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 														
評価指標	<table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>指標</th> <th>目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="311 1579 598 1736">アウトカム</td> <td data-bbox="598 1579 1204 1736"> ・HbA1c8.0%以上の者の割合 ・受診勧奨者の医療機関受診割合 </td> <td data-bbox="1204 1579 1477 1736"> 減少 80% </td> </tr> <tr> <td data-bbox="311 1736 598 1892">アウトプット</td> <td data-bbox="598 1736 1204 1892"> ・受診勧奨実施率 ・保健指導実施率 </td> <td data-bbox="1204 1736 1477 1892"> 100% 50% </td> </tr> <tr> <td data-bbox="311 1892 598 2016">プロセス・ストラクチャー</td> <td data-bbox="598 1892 1204 2016"> ・人員、体制は適切であったか ・医療機関、国保連合会との連携 </td> <td data-bbox="1204 1892 1477 2016"> 打合せ1回以上 </td> </tr> </tbody> </table>	区分	指標	目標値	アウトカム	・HbA1c8.0%以上の者の割合 ・受診勧奨者の医療機関受診割合	減少 80%	アウトプット	・受診勧奨実施率 ・保健指導実施率	100% 50%	プロセス・ストラクチャー	・人員、体制は適切であったか ・医療機関、国保連合会との連携	打合せ1回以上		
区分	指標	目標値													
アウトカム	・HbA1c8.0%以上の者の割合 ・受診勧奨者の医療機関受診割合	減少 80%													
アウトプット	・受診勧奨実施率 ・保健指導実施率	100% 50%													
プロセス・ストラクチャー	・人員、体制は適切であったか ・医療機関、国保連合会との連携	打合せ1回以上													

4. 生活習慣病受診勧奨推進事業（レッドカード事業）

<p>目的</p>	<p>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るが、国の制度上、これらの者には情報提供しか行われていない。医療機関への受診は個人の判断に委ねられており、仮に医療機関を受診しない場合、疾病が重症化し、医療費の増嵩につながるだけでなく、人工透析の導入等、被保険者のQOLの低下につながる事が考えられる。</p> <p>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つなげる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る。</p> <p>以上のことから、早期に受診勧奨を行い適正受診につなげ、生活習慣病の重症化を予防する。</p>														
<p>内容</p>	<p>1. 国保連合会共同事業</p> <table border="1" data-bbox="327 907 1412 1243"> <tr> <td data-bbox="327 907 502 1142"> <p>対 象</p> </td> <td data-bbox="502 907 1412 1142"> <p>特定健康診査の結果から各検査値の勧奨基準に該当しかつ該当の治療歴がないもの（生活習慣病の重症未受診者）を抽出し、受診勧奨カードと受診勧奨通知書を対象者に送付する</p> <p>【高血圧・高血糖・高コレステロール・高中性脂肪・慢性腎臓病・口腔機能】</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="327 1142 502 1243"> <p>実施時期 内容</p> </td> <td data-bbox="502 1142 1412 1243"> <p>①受診勧奨 毎月 対象者選定し受診勧奨通知を送付 ②再勧奨 年度末 勧奨者でなお未受診対象に再勧奨通知の送付</p> </td> </tr> </table> <p>2. 町独自事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・電話勧奨 			<p>対 象</p>	<p>特定健康診査の結果から各検査値の勧奨基準に該当しかつ該当の治療歴がないもの（生活習慣病の重症未受診者）を抽出し、受診勧奨カードと受診勧奨通知書を対象者に送付する</p> <p>【高血圧・高血糖・高コレステロール・高中性脂肪・慢性腎臓病・口腔機能】</p>	<p>実施時期 内容</p>	<p>①受診勧奨 毎月 対象者選定し受診勧奨通知を送付 ②再勧奨 年度末 勧奨者でなお未受診対象に再勧奨通知の送付</p>								
<p>対 象</p>	<p>特定健康診査の結果から各検査値の勧奨基準に該当しかつ該当の治療歴がないもの（生活習慣病の重症未受診者）を抽出し、受診勧奨カードと受診勧奨通知書を対象者に送付する</p> <p>【高血圧・高血糖・高コレステロール・高中性脂肪・慢性腎臓病・口腔機能】</p>														
<p>実施時期 内容</p>	<p>①受診勧奨 毎月 対象者選定し受診勧奨通知を送付 ②再勧奨 年度末 勧奨者でなお未受診対象に再勧奨通知の送付</p>														
<p>評価指標</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>指標</th> <th>目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>アウトカム</td> <td>糖尿病の受療割合 高血圧症の受療割合</td> <td>減少 減少</td> </tr> <tr> <td>アウトプット</td> <td>対象者の受診率</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>プロセス・ストラクチャー</td> <td>受診勧奨実施率 国保連合会との打ち合わせ会</td> <td>100% 年1回</td> </tr> </tbody> </table>	区分	指標	目標値	アウトカム	糖尿病の受療割合 高血圧症の受療割合	減少 減少	アウトプット	対象者の受診率	70%	プロセス・ストラクチャー	受診勧奨実施率 国保連合会との打ち合わせ会	100% 年1回		
区分	指標	目標値													
アウトカム	糖尿病の受療割合 高血圧症の受療割合	減少 減少													
アウトプット	対象者の受診率	70%													
プロセス・ストラクチャー	受診勧奨実施率 国保連合会との打ち合わせ会	100% 年1回													

5. 慢性腎臓病（CKD）予防対策事業			
目的	人工透析への移行を防ぎ、QOL の向上と医療費適正化を図る。		
内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診受診結果の eGFR 値を用いて管理栄養士等による個別指導。 （対象：eGFR 値 45～50 未満かつ 70 歳未満の方） ・ 町スポーツセンターで利用できるトレーニング室利用券の配布 ・ 体組成計、骨密度測定 		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	新規人工透析導入患者数	減少
	アウトプット	特定健診受診者の内、eGFR 値 45 未満の割合	2%
	プロセス・ストラクチャー	保健指導勧奨率 保健指導実施率 管理栄養士の確保	100% 50% 1 名

6. 早期介入栄養・運動個別保健指導			
目的	メタボによる生活習慣病の発症による QOL の低下及び医療費の増大を防ぐ。		
内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健康運動指導士、管理栄養士による運動・食事の個別指導（6 ヶ月間） ・ 初回・中間・最終の体組成計等計測実施 ・ 期間中くり返し利用できるトレーニングジムのパスポート発行 <p><対象></p> <p>すこやか健診で数値改善が必要な 18 歳から 39 歳までの若い世代と 特定健康診査を受診された方のうち血糖値、血中脂質の値が少し高めの方</p>		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	メタボリックシンドローム該当者割合	10%
		メタボリックシンドローム予備軍の割合	6%
	アウトプット	参加者数と指導終了者数	10 人
参加勧奨率		100%	
管理栄養士・健康運動指導士の介入回数		8 回/人	
プロセス・ストラクチャー	管理栄養士・健康運動指導士の確保 講師との打合せ	1 回以上	

7. 重複多剤・併用禁忌投薬対策事業			
目的	<p>重複投薬・多剤投与、併用禁忌は、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。また保険者努力支援制度や医療費適正化計画の重点的な取組とされている。対象に対して通知や電話勧奨等を行うことで適正服薬を促す。</p>		
内容	<p>○国保連合会共同事業 特定健康診査の結果に基づき、「生活習慣病の重症未受診者」を抽出し、受診勧奨カードと受診勧奨通知書を対象者に送付する</p>		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	重複投薬者の割合 多剤投薬者の割合	減少 減少
	アウトプット	注意喚起文書送付数	減少
	プロセス・ストラクチャー	予算・人員は適切であったか 実施方法、実施時期は適切であったか	

8. 後発医薬品使用促進事業			
目的	<p>本県の後発医薬品の使用割合は73.9%、全国46位にとどまっている。後発医薬品の使用割合80%の目標達成に向けて、後発医薬品の使用促進にかかる啓発、後発医薬品差額通知書の送付等を行い、広く県民に正しい情報の周知を図る。</p>		
内容	<p>○国保連合会共同事業</p> <p>① 後発医薬品差額通知の送付（4回/年） ② 差額通知を受けての相談窓口の設置（国民健康保険団体連合会） ③ テレビCM等での啓発 ④ 啓発物品の配布（マスク、除菌シート、後発医薬品希望シール等）</p> <p><対象> 国民健康保険被保険者</p>		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	後発医薬品使用割合	増加
	アウトプット	差額通知数・率 後発医薬品希望シール配布	減少 全世帯
	プロセス・ストラクチャー	予算・人員は適切であったか 実施方法、実施時期は適切であったか	

9. 心と身体の健康づくりのためのフレイル予防教室（一体的実施事業含む）

目的	介護（フレイル）に陥らない、フレイルの進行を予防するため。		
内容	高血圧・CKD 重症化予防のための管理栄養士による個別指導 健康運動指導士による運動教室実施 唾液腺マッサージと健口体操によるオーラルフレイル予防の実施		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	新規要介護認定率(65 歳以上で新規に介護認定を受けた者の割合)	0.3
	アウトプット	高血圧・CKD 保健指導実施率 通いの場の数・参加人数	90% 増加
	プロセス・ストラクチャー	管理栄養士・健康運動指導士の確保 介護・福祉・保険・保健関係者との打合せ	1 回以上

V. その他

1. 計画の評価・見直し

毎年度、個別保健事業について設定した評価指標をもとに評価を実施し、必要時事業実施内容の見直しを行う。

令和 8 年度に中間評価として計画全体の評価、見直しを行う。

令和 11 年度、次期計画策定にむけ、最終評価を実施する。

2. 計画の公表・周知

本計画を策定または変更したときは、平群町ホームページに公表する。

広報・ホームページ・パンフレット等を活用し住民に対して広く周知することで健康意識の向上を図り、理解を深める。

また、他市町村や県等と共同・連携し、ポピュレーションアプローチを実施する。

3. 個人情報の取扱い

平群町における個人情報の取り扱いは、平群町個人情報の保護に関する法律施行条例に沿って行われる。

4. 地域包括ケアに係る取組

日本全体において、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年（令和 7 年）には高齢者人口がピークを迎え、その後も 75 歳以上の人口割合は増加し続けることが予想されている。そのため、今後、医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれている。

これに対し、厚生労働省において、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築の推進が掲げられているところである。

平群町においても、地域包括ケアシステム構築に向け、体制整備や関連する事業を推進してきているところである。

今後、国保被保険者の年齢層の高齢化および、後期高齢者への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およ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、一体的実施の保健事業の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も連携をはかりながら、高齢者の健康維持、フレイル予防に取り組んでいく。

VI. 評価指標一覧【アウトカムとアウトプット値の推移】

		評価項目					ベースライン			中間評価			最終評価
		評価指標	共通指標	算出方法	評価時期	目標値	4年度	6年度	7年度	8年度	9年度	10年度	11年度
計画全体の目的	健康寿命の延伸	健康寿命（平均余命）	計画全体のアウトカム	○	KDBトップページ→「地域の全体像の把握」	年1回(県からの照会時期)	延伸	男 81.7 女 86.5					
		健康寿命（平均自立期間（要介護2以上））	計画全体のアウトカム	○	KDBトップページ→「地域の全体像の把握」	年1回(県からの照会時期)	延伸	男 81.4 女 84.3					
	医療費の適正化	一人当たりの内科医療費（入院+外来）※性・年齢調整値	計画全体のアウトカム	○	KDBトップページ→「健康スコアリング」→「健康スコアリング（医療）」→CSV抽出→「一人当たり入院医療費_性・年齢調整値」+「一人当たり外来医療費_性・年齢調整値」	年1回(県からの照会時期)	維持	228,066					
		一人当たりの歯科医療費 ※性・年齢調整値	計画全体のアウトカム	○	KDBトップページ→「健康スコアリング」→「健康スコアリング（医療）」→CSV抽出→「一人当たり歯科医療費_性・年齢調整値」	年1回(県からの照会時期)	維持	17,030					
個別保健事業	1	特定健康診査事業（実施率向上対策事業）	特定健診実施率	アウトカム（中長期）	○	法定報告（特定健診等データ管理システム）特定健診・特定保健指導実施結果報告	年1回(県からの照会時期)	60%	42.4				
			受診勧奨実施率	アウトプット		受診勧奨チラシの送付率（受診券と同封）	年1回	100%	100				
			再勧奨実施率	アウトプット		国保連合会(共同事業)による未受診者への受診勧奨ハガキ送付率と対象者への電話勧奨実施率	年1回	100%	100				
	2	特定保健指導事業	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	アウトカム（中長期）	○	法定報告（特定健診等データ管理システム）特定健診・特定保健指導実施結果報告	年1回(県からの照会時期)	増加	22.9				
			有所見者の割合(血糖：HbA1c5.6%以上)	アウトカム（中長期）	○	KDBトップページ→「厚労省様式出力」→「様式5-2 健診有所見者状況（男女別・年代別）」	年1回(県からの照会時期)	減少	56.7				
			有所見者の割合(血圧：①収縮期血圧130mmHg以上 ②拡張期血圧85mmHg以上)	アウトカム（中長期）	○	KDBトップページ→「厚労省様式出力」→「様式5-2 健診有所見者状況（男女別・年代別）」	年1回(県からの照会時期)	減少	①44.8 ②13.2				
			有所見者の割合(脂質： 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)	アウトカム（中長期）	○	KDBトップページ→「厚労省様式出力」→「様式5-2 健診有所見者状況（男女別・年代別）」	年1回(県からの照会時期)	減少	①3.4 ②18.5 ③48.6				
			特定保健指導実施率	アウトプット	○	法定報告（特定健診等データ管理システム）特定健診・特定保健指導実施結果報告	年1回(県からの照会時期)	60%	36				
	3	糖尿病性腎症重症化予防事業	受診勧奨者の医療機関受診割合	アウトカム(短期)		国保連合会(共同事業)からのデータ「受診勧奨通知送者のうち、糖尿病での受診が確認された者の数(率)」	年1回8月末	80%	54.5				
			HbA1c8.0%以上の者の割合	アウトカム（中長期）	○	KDBトップページ→『健診対象者の絞り込み』→「健診ツリー図」 「S26_026：集計対象者一覧」CSV帳票で集計	年1回(県からの照会時期)	減少	21.7				

個別 保健 事業		受診勧奨者数(率)	アウトプット		国保連合会(共同事業)による受診勧奨ハガキの送付実施率 と対象者へのパンフレット送付実施率	年1回	100%	100												
		保健指導実施数(率)	アウトプット		対象者の参加率	年1回	50%	26.7												
	4	生活習慣病重症化予 防事業(レッドカー ド事業)	糖尿病の受療割合	アウトカム(中長期)	○	KDBトップページ→「疾病管理一覧」→「糖尿病」	年1回(県からの照会時期)	減少	26.8											
			高血圧症の受療割合	アウトカム(中長期)	○	KDBトップページ→「疾病管理一覧」→「高血圧症」	年1回(県からの照会時期)	減少	33.1											
			対象者の受診率	アウトプット		国保連合会(共同事業)からのデータ「全体の受診率」	年1回8月末	70%	66											
	5	慢性腎臓病(CKD) 予防対策事業	新規人工透析導入患者数	アウトカム		KDBトップページ→「厚労省様式出力」→「様式2-2人工透析患者 一覧」→過去の名簿と比較	年1回	減少	0											
			特定健診受診者の内、eGFR値45未満 の割合	アウトプット		特定健診受診者の内、eGFR値45未満の割合	年1回	2%	2.1											
	6	早期介入・栄養個別 保健指導	メタボリックシンドローム該当者割合	アウトカム		KDBトップページ→「健診・医療・介護データからみる地域の健康 課題」→「特定健診結果有所見率」→「メタボ該当者」	年1回	10%	18.8											
			メタボリックシンドローム予備軍割合	アウトカム		KDBトップページ→「健診・医療・介護データからみる地域の健康 課題」→「特定健診結果有所見率」→「メタボ予備軍」	年1回	6%	10.6											
			参加者数と指導終了者数	アウトプット		参加者数と指導終了者数	年1回	10人	11											
			参加勧奨率	アウトプット		参加勧奨率	年1回	100%	100											
			管理栄養士・健康運動指導士の介入回 数	アウトプット		管理栄養士・健康運動指導士の介入 回数	年1回	8回/人	7.9											
	7	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)	重複投薬者の割合	アウトカム	○	KDBトップページ→「保健事業介入支援管理」→「重複・多剤処方 の状況」→診療年月「●年3月」→資格情報「選択した診療年月に 資格を有する者を抽出」※R4ベースは医療費分析システム(国保 連合)より	年1回	減少	28.9											
			多剤投薬者の割合	アウトカム	○	KDBトップページ→「保健事業介入支援管理」→「重複・多剤処方 の状況」→診療年月「●年3月」→資格情報「選択した診療年月に 資格を有する者を抽出」※R4ベースは医療費分析システム(国保 連合)より	年1回	減少	6.4											
			注意喚起文書送付数(率)	アウトプット		国保連合会より重複・多剤対象者リスト	年1回	減少	15											
	8	後発医薬品使用促進 事業	後発品使用割合	アウトカム(中長期)	○	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunva/0000190726.html	年1回(県からの照会時期)	増加	70.39											
			差額通知数・率	アウトプット		国保連合会より差額通知対象者リスト	年1回(1月送付分)	減少	418											
			後発医薬品希望シール配布	アウトプット		保険証更新、納税通知書等に同封	年1回	全世帯	2631											
	9	心と身体の健康づく りのためのフレイル 予防教室(一体的実 施事業含む)	新規要介護認定率(65歳以上で新規に 介護認定を受けた者の割合)	アウトカム		KDBトップページ→「地域の全体像の把握」→「介護」 →「新規認定率」	年1回	0.3	0.3											
			高血圧・CKD保健指導実施率	アウトプット		一体的実施ハイリスクアプローチ事業の 保健指導対象者の個別指導実施率	年1回	90%	100											
通いの場の数・参加人数			アウトプット		一体的実施ポピュレーションアプローチ事業の①通いの場数・②参 加人数	年1回	増加	①54 ②3358												