

河合町保健事業実施計画
(国保第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

第3期データヘルス計画 目次

I. 基本計画	1
1. 計画の趣旨	1
2. 計画期間	1
3. 実施体制・関連計画との連携	1
4. 共通指標について	2
II. 現状の整理	4
1. 人口・被保険者数・年齢構成	4
2. 健康寿命（平均余命）	5
3. 平均自立期間（要介護2以上）	5
4. 特定健康診査・特定保健指導の実施率	6
5. メタボリックシンドローム予備群・該当者の割合	7
6. 医療費の推移	8
7. 入院・外来別、性別で医療費が高い疾病	9
8. 前期計画からの考察	10
III. 計画全体	11
1. 課題の整理	11
2. 目的・目標	12
IV. 個別保健事業	13
1. 特定健康診査事業（実施率向上対策事業）	13
2. 特定保健指導事業	14
3. 糖尿病性腎症重症化予防対策事業	15
4. 生活習慣病重症化予防対策事業	16
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）	17
6. 後発医薬品使用促進事業	18
7. がん検診（受診率向上対策事業）	19
V. その他	20
1. 計画の評価・見直し	20
2. 計画の公表・周知	20
3. 個人情報の取扱い	20
4. 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	20

I. 基本的事項

1. 計画の趣旨

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、保険者が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査及び特定保健指導の結果並びにレセプトデータ等の健康及び医療情報を活用し、PDCA サイクルに沿って運用する事業計画である。

本町においては、平成 30 年 3 月に第 2 期計画を策定、令和 3 年 3 月に第 2 期計画の中間評価、令和 6 年 3 月に第 2 期計画の評価を実施したところである。

今回、前期計画の評価を踏まえつつ、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。また、今期計画より、奈良県内の保険者との比較や域内での健康状況を把握することを目的に奈良県の共通指標を設定し、経年的な経過を把握しながら計画を推進する。

なお、本計画は「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」に基づき策定した「特定健康診査等実施計画」の第 4 期を兼ねるものとする。

2. 計画期間

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

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	住民福祉課	計画立案、進捗管理、評価、見直し等
庁内関係課	子育て支援課	健康増進計画との調整、健診、保健指導等での連携
	福祉政策課	介護保険事業計画との調整、地域包括ケア・一体的実施等での連携
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
	中和保健所	情報提供等

【関連計画との連携】

本計画の策定においては、下記の計画との整合性を図りながら策定作業を行った。
また、各計画の推進状況を把握しながら、本計画を推進する。

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（2024）年 ～ 令和 11（2029）年
河合町特定健康診査等実施計画	住民福祉課	令和 6（2024）年 ～ 令和 11（2029）年
河合町健康づくり計画	子育て支援課	平成 31（2019）年 ～ 令和 10（2028）年
河合町高齢者福祉計画及び第 9 期介護保険事業計画	福祉政策課	令和 6（2024）年 ～ 令和 8（2026）年

4. 共通指標について

今期計画より、奈良県は、県内の各保険者で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を設定した。

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ていくこととする。

第 3 期市町村国保データヘルス計画 奈良県共通指標

（奈良県医療保険課提供指標一覧より引用）

◆データヘルス計画全体の指標

No.	目的	指標	目指す方向	出典
1	健康寿命の延伸	平均余命	+	KDB
2		平均自立期間（要介護 2 以上）	+	
3	医療費の適正化	一人当たりの医科医療費（入院＋外来） ※性・年齢調整値	－	KDB
4		一人当たりの歯科医療費 ※性・年齢調整値	－	

◆個別保健事業における指標

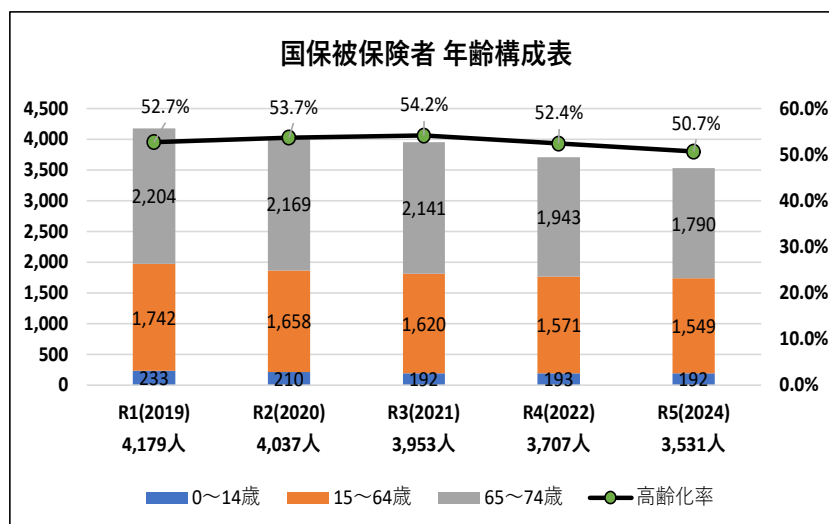
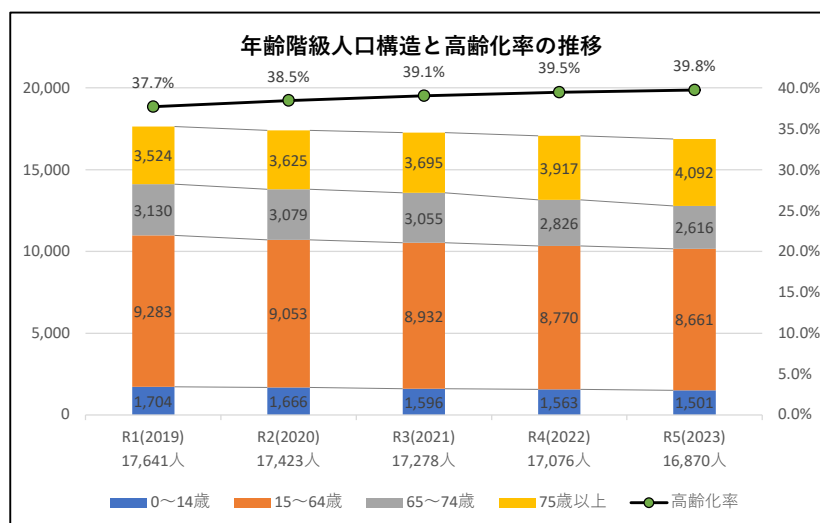
No.	目標	取組	指標	目指す方向 (目標値)	出典
1	生活習慣病の 発症予防	特定健康診査 特定保健指導	特定健康診査実施率	60%	法定報告
2			特定保健指導実施率	60%	法定報告
3			特定保健指導対象者の減少率	+	法定報告
4			血糖の有所見者の割合 (保健指導判定値以上： HbA1c5.6%以上)	－	KDB
5			血圧の有所見者の割合 (保健指導判定値以上： 収縮期血圧 130mmHg 又は 拡張期血圧 85mmHg 以上)	－	KDB
6			脂質の有所見者の割合 (保健指導判定値以上： ①HDL コレステロール 40mg/dl 未満の割合 ②中性脂肪 150mg/dl 以上の割合 ③LDL コレステロール 120mg/dl 以上の割合)	－	KDB
7	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	－	KDB
			新規人工透析導入患者数	－	国保連
8	医薬品の 適正使用	医薬品の 適正使用	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 数医)	－	KDB
9			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)	－	KDB
10	後発医薬品の 使用	後発医薬品の 使用促進	後発医薬品使用割合 (数量ベース)	+	厚生労働省

II. 現状の整理

1. 人口・被保険者数・年齢構成

	R1 度	R2 度	R3 度	R4 度	R5 度
被保険者数	4,179 人	4,037 人	3,953 人	3,707 人	3,531 人
人口	17,641 人	17,423 人	17,278 人	17,076 人	16,870 人
人口に占める割合	23.7%	23.2%	22.9%	21.7%	20.9%

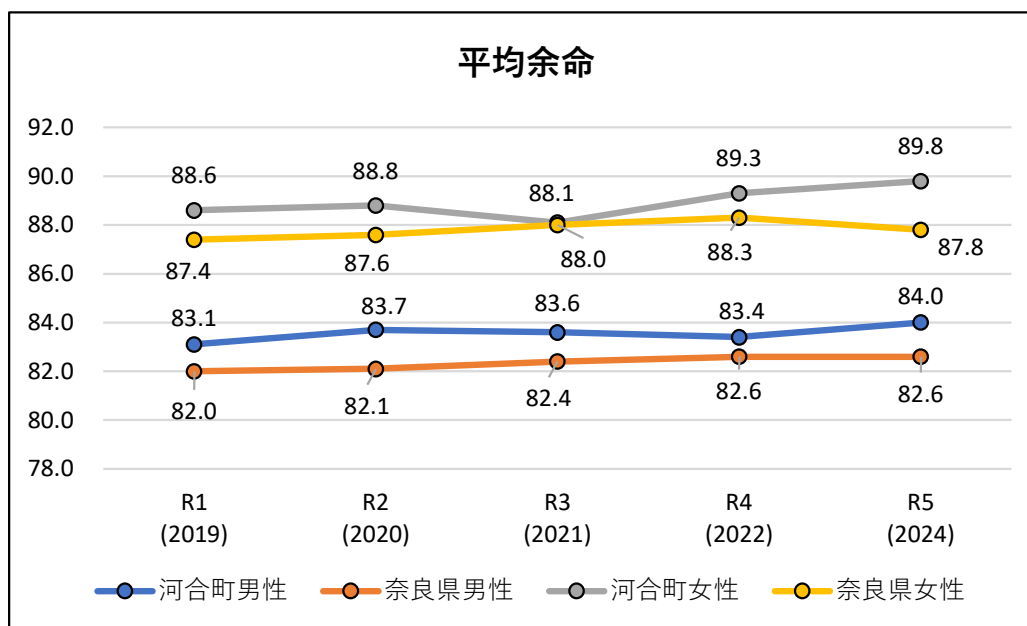
出典：自庁基幹システム「国民健康保険 年齢別被保険者集計表（各年 9 月 30 日時点）」
「住民記録 年齢別人口集計表（各年 9 月 30 日時点）」



本町の 0 歳から 74 歳までの人口は年々減少しているが、75 歳以上の人口は年々増加傾向のため、高齢化が進んでいる。

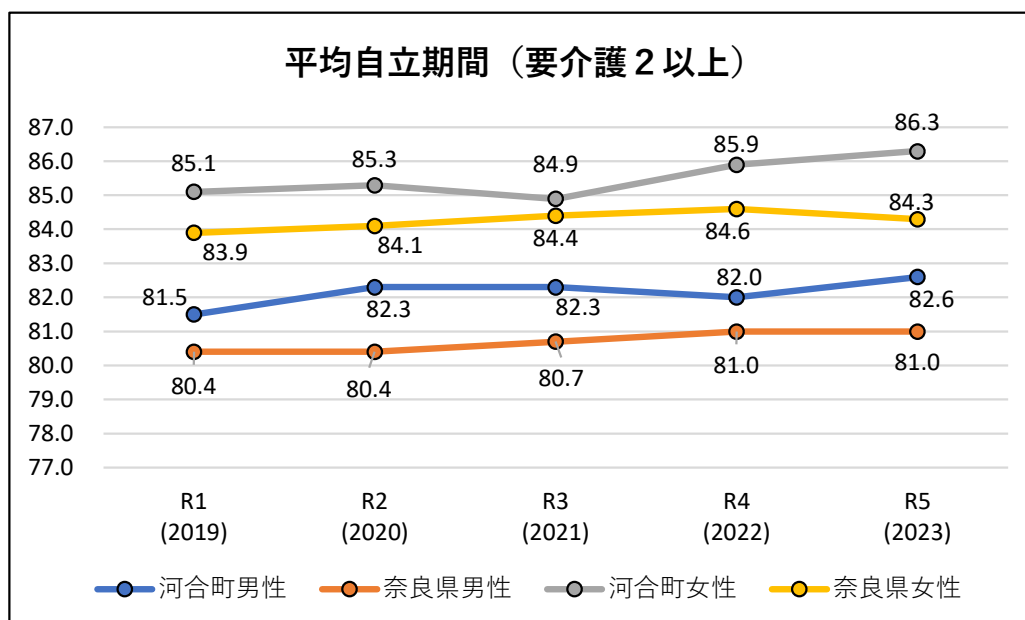
国民健康保険の被保険者数は人口の約 20%を占め、被保険者の約 50%が前期高齢者である。団塊の世代の後期高齢者医療保険制度へ移行により、被保険者数は年々減少している。

2. 健康寿命（平均余命）



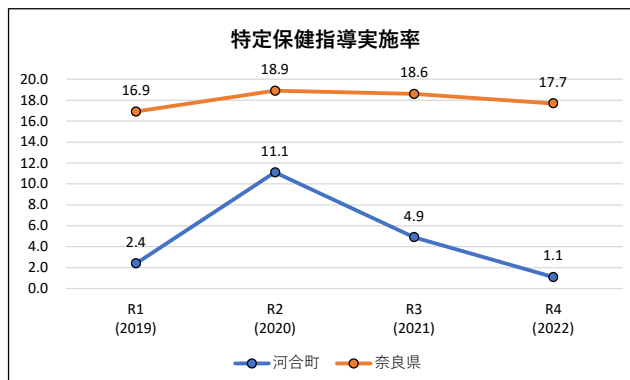
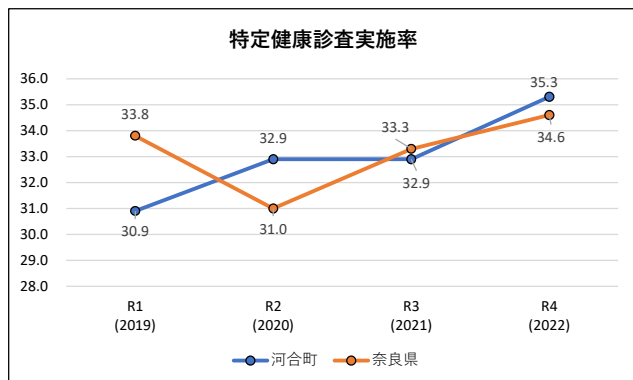
令和 4 年度の本町の平均余命は、男性 83.4 歳、女性 89.3 歳であり、男女ともに奈良県の平均値を超えている。

3. 平均自立期間（要介護 2 以上）

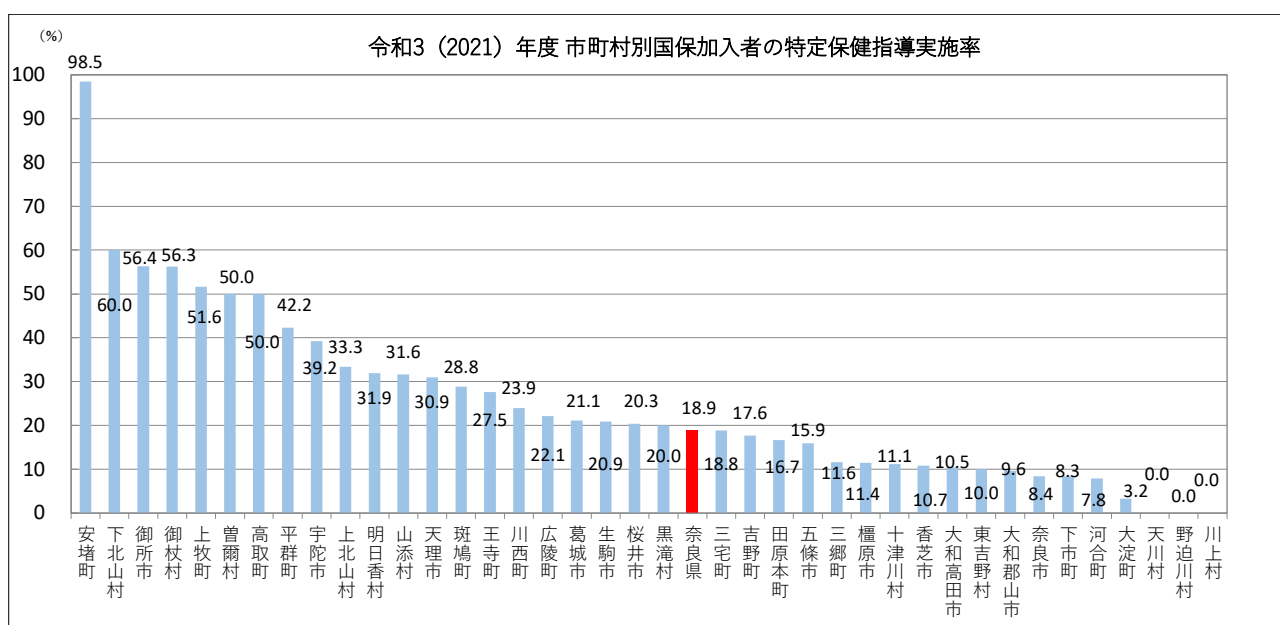
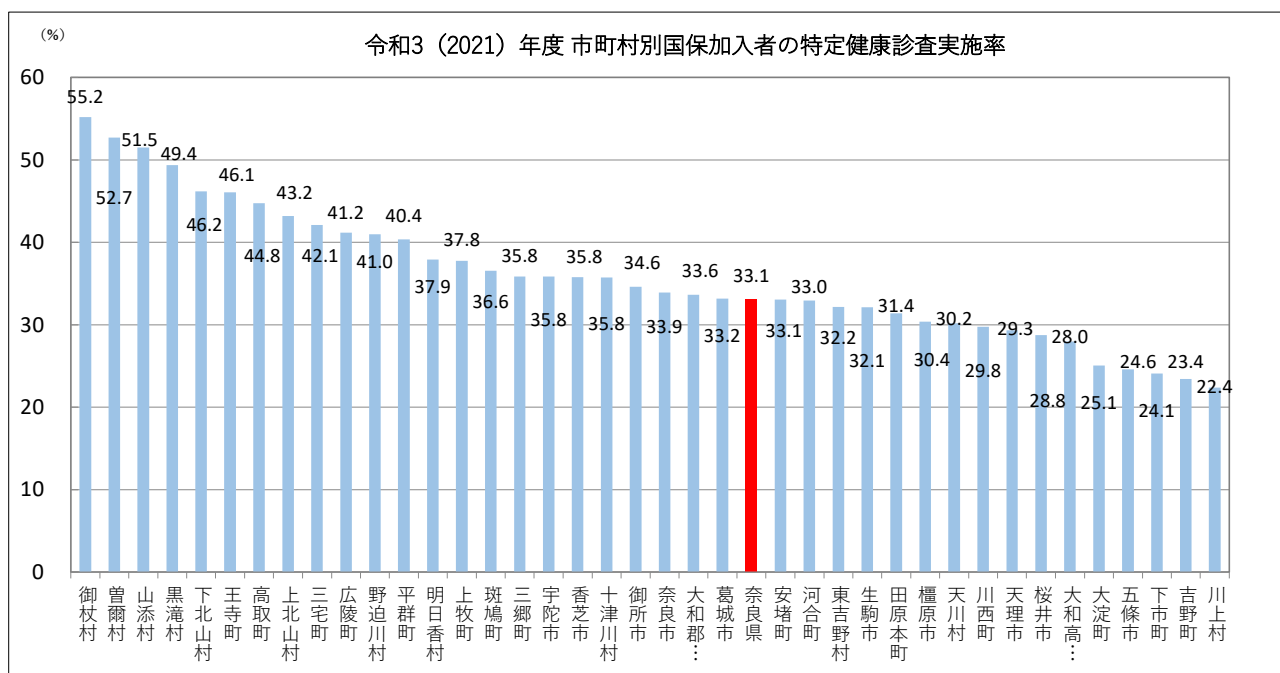


令和 4 年度の平均自立期間（要介護 2 以上）は、男性 82.0 歳、女性 85.9 歳であり、男女ともに奈良県の平均値を超えている。

4. 特定健康診査・特定保健指導の実施率



出典：KDB システム「特定健康診査・特定保健指導等の健診データの分析」

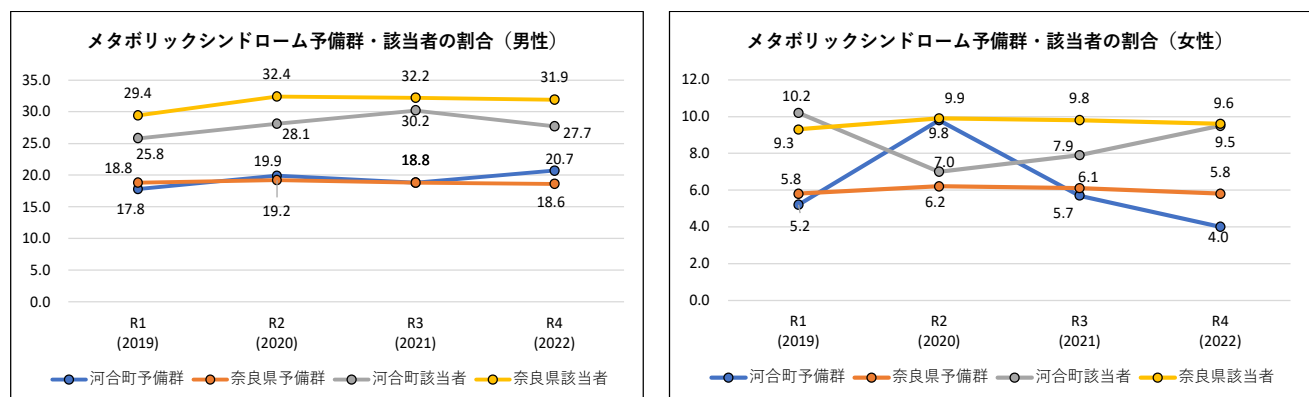


出典：奈良県医療保険課提供資料

本町の特定健康診査は、被保険者が医療機関を個別に受診する方法で実施している。令和元年度以前は健診費用の負担額を 500 円としていたが、令和 2 年度以降は無料とした。また、令和 4 年度からは「河合町国保特得キャンペーン」と題し、受診者に町のゆるキャラ（すな丸）グッズや、抽選で 500 名に 3,000 円相当の QUO カードを贈呈するインセンティブ事業を実施している。これらの効果もあり、令和 2 年度以降の実施率は少しずつ上昇している。目標値（60%）との乖離は大きい、令和 4 年度の実施率は奈良県の平均値（34.6%）を上回っている。

特定保健指導も特定健康診査と同様に個別健診で実施している。毎年約 100 名の対象者がいるが、保健指導の実施率は 1 割にも満たず、実施率は奈良県内で下位に位置している。対象者は利用終了後に上記インセンティブ事業の抽選に参加可能としているが、特定健康診査のような実施率の向上には繋がっていない。保健指導を利用できる医療機関は限られており、かかりつけ医では利用できない場合が多い。そのため、新たに医療機関を受診することの不便さが要因の一つにあると考える。

5. メタボリックシンドローム予備群・該当者の割合



出典：法定報告「特定健診・特定保健指導実施結果集計表（奈良県医療保険課集計）」

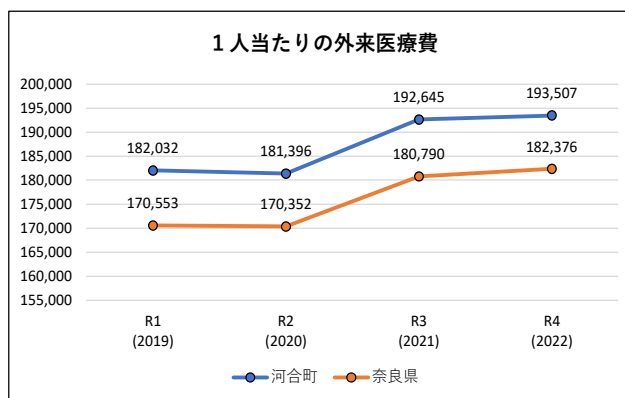
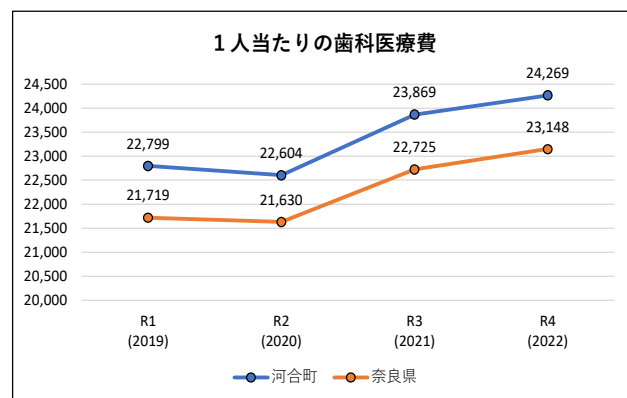
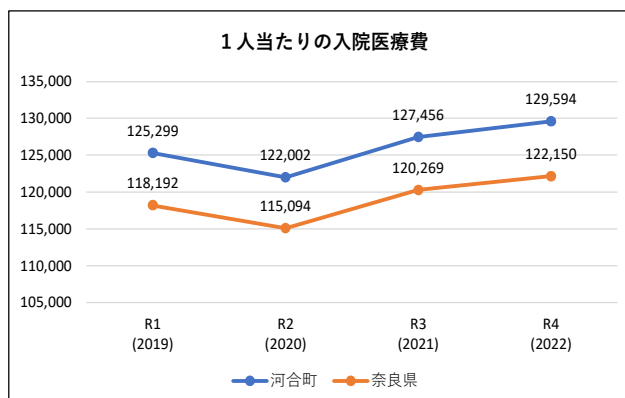
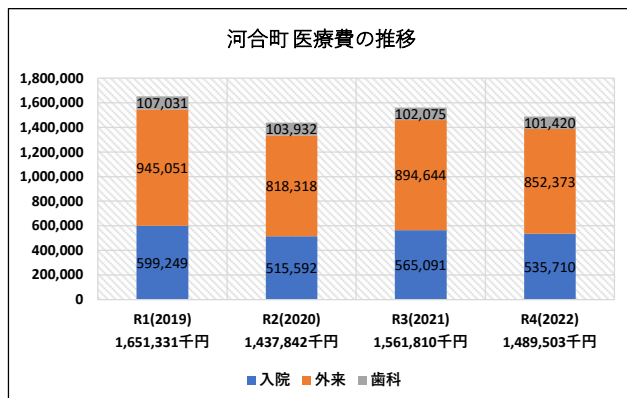
メタボリックシンドローム予備群（男性）の割合は特定健康診査受診者の約 20%であり、奈良県の平均値とほぼ同じ割合で、横ばいに推移している。

メタボリックシンドローム該当者（男性）の各年度の割合は、奈良県の平均値より低い。令和 3 年度までは年々上昇していたが、令和 4 年度では 27.7%に下降した。

メタボリックシンドローム予備群（女性）の割合は令和 2 年度の 9.8%をピークとし、それ以降は下降傾向にある。また、令和 2 年度以外の年度は奈良県の平均値より低い。

メタボリックシンドローム該当者（女性）の割合は、令和 2 年度以降は上昇傾向にある。

6. 医療費の推移



出典:KDB システム「健康スコアリング(医療)」

本町の医療費は、新型コロナウイルス感染症による受診控えの影響や、団塊の世代の後期高齢者医療保険への移行に伴う被保険者数の減少により、年々減少する傾向にある。

しかし、1人当たりの入院・外来・歯科の医療費は、被保険者の高齢化や医療の高度化により年々上昇する傾向にあり、奈良県の平均値より高い。

7. 入院・外来別、性別で医療費が高い疾病

■入院（男性）

R1(2019)		R2(2020)		R3(2021)		R4(2022)	
最大医療資源傷病名	1 保険者当たり 医療費（点数）	最大医療資源傷病名	1 保険者当たり 医療費（点数）	最大医療資源傷病名	1 保険者当たり 医療費（点数）	最大医療資源傷病名	1 保険者当たり 医療費（点数）
不整脈	1,725,014	狭心症	1,293,040	不整脈	1,727,881	狭心症	1,796,337
統合失調症	1,301,859	大腸がん	1,118,435	大動脈瘤	1,662,029	脳梗塞	1,326,784
狭心症	1,056,694	心筋梗塞	1,083,098	大腸がん	1,158,085	大腸がん	1,157,763
骨折	999,572	大動脈瘤	1,041,556	肺がん	874,713	統合失調症	1,140,933
肺がん	915,745	統合失調症	949,345	肝がん	733,887	不整脈	1,131,545
肺炎	887,482	肺がん	944,072	統合失調症	685,362	骨折	1,119,875
脳梗塞	673,566	骨折	852,966	間質性肺炎	646,027	慢性腎臓病(透析あり)	795,930
骨粗しょう症	621,043	前立腺がん	557,725	胃がん	639,851	関節疾患	707,288
関節疾患	582,415	脳出血	521,135	心臓弁膜症	622,885	肝がん	600,402
心臓弁膜症	476,362	食道がん	467,065	心筋梗塞	590,907	胃がん	585,292

■入院（女性）

R1(2019)		R2(2020)		R3(2021)		R4(2022)	
最大医療資源傷病名	1 保険者当たり 医療費（点数）	最大医療資源傷病名	1 保険者当たり 医療費（点数）	最大医療資源傷病名	1 保険者当たり 医療費（点数）	最大医療資源傷病名	1 保険者当たり 医療費（点数）
統合失調症	2,878,456	統合失調症	2,951,261	統合失調症	3,190,311	統合失調症	2,798,476
骨折	1,837,241	関節疾患	2,718,991	うつ病	2,190,802	関節疾患	2,355,099
うつ病	1,695,450	うつ病	2,223,628	関節疾患	1,944,343	うつ病	1,889,651
関節疾患	1,161,944	骨折	1,317,882	肺がん	1,274,820	骨折	1,056,819
狭心症	1,068,479	肺がん	1,158,105	骨折	1,106,609	肺がん	939,464
肺がん	967,684	クモ膜下出血	947,106	クモ膜下出血	1,083,957	不整脈	725,300
不整脈	746,691	不整脈	737,164	脳腫瘍	722,604	クモ膜下出血	676,845
大腸がん	713,348	認知症	439,557	不整脈	696,390	脳梗塞	660,494
白内障	688,702	乳がん	416,360	肺炎	507,198	脳出血	573,925
クモ膜下出血	682,482	大腸がん	409,523	脳梗塞	455,139	乳がん	560,914

■外来（男性）

R1(2019)		R2(2020)		R3(2021)		R4(2022)	
最大医療資源傷病名	1 保険者当たり 医療費（点数）	最大医療資源傷病名	1 保険者当たり 医療費（点数）	最大医療資源傷病名	1 保険者当たり 医療費（点数）	最大医療資源傷病名	1 保険者当たり 医療費（点数）
糖尿病	4,744,226	糖尿病	4,442,140	糖尿病	4,589,651	糖尿病	4,457,695
慢性腎臓病(透析あり)	3,794,013	慢性腎臓病(透析あり)	2,821,469	慢性腎臓病(透析あり)	3,259,789	慢性腎臓病(透析あり)	2,803,444
肺がん	2,425,821	高血圧症	2,207,573	前立腺がん	2,928,101	高血圧症	1,751,821
高血圧症	2,335,061	脂質異常症	1,565,038	高血圧症	2,038,650	肝がん	1,604,189
脂質異常症	1,701,851	前立腺がん	1,230,519	脂質異常症	1,596,035	肺がん	1,476,393
不整脈	1,277,592	関節疾患	1,208,423	関節疾患	1,249,083	脂質異常症	1,427,730
関節疾患	1,146,390	不整脈	1,099,446	肝がん	1,118,221	関節疾患	940,792
前立腺がん	1,090,459	うつ病	854,752	肺がん	1,101,549	慢性腎臓病(透析なし)	893,014
うつ病	1,043,890	統合失調症	717,854	不整脈	1,046,591	不整脈	863,692
喉頭がん	832,248	大腸がん	671,698	うつ病	765,048	統合失調症	799,599

■外来（女性）

R1(2019)		R2(2020)		R3(2021)		R4(2022)	
最大医療資源傷病名	1保険者当たり 医療費（点数）	最大医療資源傷病名	1保険者当たり 医療費（点数）	最大医療資源傷病名	1保険者当たり 医療費（点数）	最大医療資源傷病名	1保険者当たり 医療費（点数）
関節疾患	3,491,752	関節疾患	3,011,658	関節疾患	3,000,963	関節疾患	2,633,665
糖尿病	2,814,520	糖尿病	2,465,754	糖尿病	2,595,476	糖尿病	2,601,896
脂質異常症	2,756,933	高血圧症	2,391,676	脂質異常症	2,371,856	高血圧症	2,027,246
高血圧症	2,629,174	脂質異常症	2,368,447	高血圧症	2,236,079	脂質異常症	1,974,842
慢性腎臓病(透析あり)	2,100,710	慢性腎臓病(透析あり)	1,803,579	慢性腎臓病(透析あり)	1,555,157	腎臓がん	1,527,137
骨粗しょう症	1,699,501	乳がん	1,567,514	乳がん	1,472,970	慢性腎臓病(透析あり)	1,389,766
肺がん	1,556,880	骨粗しょう症	1,461,430	骨粗しょう症	1,261,724	緑内障	996,352
乳がん	1,371,923	肺がん	944,348	緑内障	1,014,873	骨粗しょう症	919,889
気管支喘息	997,787	緑内障	923,761	腎臓がん	940,718	白内障	910,647
統合失調症	980,613	統合失調症	797,702	うつ病	769,193	うつ病	857,018

出典：KDB システム「医療費の分析」

男女ともに生活習慣病を起因とする疾病が多いが、女性（入院）の場合は精神疾患や筋骨格系疾患の医療費が占める割合が大きい。

また、新生物疾患では、男性（入院）は大腸がん、男性（外来）は肝がん、肺がん、前立腺がん、女性（入院）は肺がん、乳がん、女性（外来）は腎臓がん、乳がんの医療費が高額である。

8. 前期計画からの考察

本町は、男女ともに平均余命や平均自立期間は奈良県の平均値を超えている。しかし、国民健康保険被保険者一人当たりの医療費は、奈良県の平均値を超えて高額である（p.8 参照）。

令和元年度から4年度の入院と外来の医療費を占める疾病は、各年度ともに糖尿病と関節疾患が上位に位置している。その他、高血圧症や脂質異常症といった生活習慣病に関連した疾病の医療費が高額である。また、新生物疾患では肺がんの医療費が高額である。

医療を必要とする人が医療機関を受診しやすい環境にあると考えることができるが、これらの疾患は早期発見・早期治療により改善可能な疾病であると考ええる。

以上のことから、今期計画においても前期計画に引き続き、健康寿命の延伸及び医療費の適正化を図ることを目的として、特定健康診査を中心に保健事業を推進することとする。

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：生活習慣病の発症予防	
課題とする理由	・ 40 代、50 代の特定健康診査の受診率が低く、生活習慣病の早期発見の機会や保健指導に繋げる対象者が少ない。 ・ 特定保健指導の利用率が低く、生活習慣病の予防に繋がっていない。 ・ 2 期計画でも対策を行っていたが、目標到達には至らず、今期計画でも重点的に取り組む必要がある。
根拠となるデータ	・ 特定健康診査受診率 ・ 特定保健指導利用率 ・ メタボリックシンドローム該当者割合 ・ メタボリックシンドローム予備群割合
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対策を実施する。

課題 2：生活習慣病の重症化予防	
課題とする理由	・ 糖尿病、高血圧症、脂質異常症にかかる医療費が高額
根拠となるデータ	・ 糖尿病、高血圧症、脂質異常症にかかる医療費 ・ 人工透析者の推移
取り組みの方向性	糖尿病等腎症重症化予防事業、生活習慣病重症化予防対策事業を推進する。

課題 3：医薬品の適正使用及び後発医薬品の利用促進	
課題とする理由	重複・多剤投与者への取り組みは、医療費の適正化を図る上で重要なものであるだけでなく、被保険者の健康を守る上でも重要な取り組みであると考えため。
根拠となるデータ	・ 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 ・ 同一月内に 9 以上の薬剤の処方を受けた者の割合 ・ 後発医薬品使用割合（数量ベース）
取り組みの方向性	適切な医療受診のため、多剤投薬者から重複・併用禁忌の投薬の恐れのある対象者を抽出し、服薬情報とともに医師や薬剤師への相談を勧奨するお知らせなどを検討する。

2. 目的・目標

課題の解決のため、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。	1人あたりの医科医療費・歯科医療費	維持

【目標（上記の目的を達成するために取り組むこと）】

目標	指標	目指す方向 (目標値)	主な個別保健事業
生活習慣病の発症予防	①特定健康診査実施率 ②特定保健指導実施率 ③特定保健指導対象者の減少率	60% 60% +	・ 特定健康診査事業 (実施率向上対策事業) ・ 特定保健指導事業
生活習慣病の重症化予防	①HbA1c 8.0%以上の割合 ②新規人工透析導入患者数 ③健診受診者のうち未治療者の割合 ・ 血圧 160/100 mmHg 以上 ・ HbA1c 7.0% 以上 ・ LDL 180 mg/dℓ 以上 ・ 中性脂肪 500 mg/dℓ 以上 ・ eGFR 45 未満	－ － －	・ 糖尿病性腎症重症化予防 対策事業 ・ 生活習慣病重症化予防対策 事業
医薬品の適正使用及び 後発医薬品の利用促進	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 (1以上の薬剤で重複処方を受けた者/被保険者数*100) ③後発医薬品使用割合 (数量ベース)	－ － +	・ 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) ・ 後発薬品利用促進事業

IV. 個別保健事業

1. 特定健康診査事業（実施率向上対策事業）

目的	平成 20 年度より「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、保険者に特定健康診査・特定保健指導の実施が義務づけられた。 本町においても特定健康診査等実施計画をもとに事業を実施しているが、令和 4 年度の実施率は 35.3%と国の目標 60%を下回っている。このため、さらなる実施率の向上を図る必要がある。 そこで、生活習慣病の予防と早期発見を目指した特定健康診査の受診を促進するため、受診勧奨やインセンティブ事業を行い実施率の向上を図る。								
内容	1. 受診勧奨事業（国保連合会との共同保健事業として実施）								
	<table><tr><td>対象</td><td>国保連合会が定める対象者</td></tr><tr><td>実施時期</td><td>8 月 対象者に勧奨ハガキを送付</td></tr><tr><td rowspan="2">内容(予定)</td><td>11 月 上記対象者の受診状況確認</td></tr><tr><td>12 月 対象者に再勧奨ハガキの送付</td></tr></table>	対象	国保連合会が定める対象者	実施時期	8 月 対象者に勧奨ハガキを送付	内容(予定)	11 月 上記対象者の受診状況確認	12 月 対象者に再勧奨ハガキの送付	
対象	国保連合会が定める対象者								
実施時期	8 月 対象者に勧奨ハガキを送付								
内容(予定)	11 月 上記対象者の受診状況確認								
	12 月 対象者に再勧奨ハガキの送付								
評価指標	2. 市町村独自事業								
	・ 受診費用無料 ・ がん検診と同時受診が可能な集団健診（35～39 歳を含む） ・ 結果通知に個別の手紙を同封 ・ 町広報紙やホームページにおける周知活動 ・ 人間ドック費用の助成 通常：20,000 円 節目年齢（40 歳、45 歳、50 歳、55 歳、60 歳、65 歳、70 歳）：30,000 円 ・ 受診者全員に町のゆるキャラ（すな丸）グッズを進呈 ・ 受診者の中から抽選で 500 名に 3,000 円相当の QUO カードを進呈 （保健指導該当者は、保健指導終了後に抽選に参加可能）								
評価指標	区分	指標	目標値						
	アウトカム	・ 特定健康診査実施率	60%						
	アウトプット	・ 受診勧奨率 ・ 集団健診実施回数	100% 年 1 回						
	プロセス・ストラクチャー	・ 対象者への通知の適切であったか ・ がん検診等との同時受診の機会を設けられたか ・ 予算、人員、体制の適切であったか ・ 町医師会との打合せ会議（年 1 回） ・ 以下について、毎年状況を把握 受診勧奨者の受診率/人間ドック受診者数/節目年齢者の受診率/ 40 歳未満者の受診率							

2. 特定保健指導事業

目的	特定健康診査と同様に、平成 20 年度から特定保健指導の実施が保険者に義務づけられた。特定保健指導は、特定健康診査の健診結果、生活習慣病の発症リスクが高く、上の対象者に対して、保健師や管理栄養士等が生活習慣を見直すサポートを実施するものである。 本町においても、特定健康診査等実施計画に基づき実施しているが、令和 4 年度の実施率は 1.1%と国の目標 60%との乖離は大きい。 そこで、受診勧奨等を行い、特定保健指導の実施率向上を図る。		
内容	市町村独自事業 ・ 受診費用無料 ・ 集団健診時、保健師や管理栄養士による保健指導を実施（40～74 歳） ・ 特定健診結果通知に個別の手紙を同封 ・ 電話による利用勧奨を実施 ・ 町広報紙やホームページにおける周知活動 ・ 保健指導終了者に、抽選で 500 名に 3,000 円相当の QUO カードを贈呈		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	・ 特定保健指導対象者の減少率	+
	アウトプット	・ 特定保健指導実施率	60%
	プロセス・ストラクチャー	・ 予算、人員、体制は適切であったか ・ 対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか ・ 評価方法は適切であったか ・ 保健センターと連携を図れたか	

3. 糖尿病性腎症重症化予防対策事業

目的	国および奈良県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、糖尿病性腎症の重症化リスクの高い者に対して医療機関への受診勧奨や保健指導等を行うことで、人工透析や関連疾病発症予防に繋げ、対象者の QOL の維持・向上を図る。 本町においては平成 30 年度から受診勧奨事業を、令和 2 年度から保健指導事業を実施している。		
内容	1. 国保連合会との共同保健事業 (1) 受診勧奨事業		
	対象 (予定)	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(予定)	①12 月対象選定、1 月受診勧奨ハガキ送付 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)	
	(2) 保健指導事業		
	対象 (予定)	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(予定)	4～7 月 対象者選定作業 9～2 月 保健指導実施(業者委託による) ・保健師、管理栄養士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	
	2. 市町村独自事業 保健指導は業者に委託するが、対象者への参加勧奨(電話等)を町が実施。		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	・保健指導参加者の検査値の変化(HbA1c、BMI、血圧)	－
		・受診勧奨者の医療機関受診割合	＋
		・HbA1c8.0%以上の者の割合	－
		・新規人工透析導入患者数	－
	アウトプット	・受診勧奨者率	＋
		・保健指導実施者数	＋
	プロセス・ストラクチャー	・予算、人員、体制は適切であったか ・対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか ・評価方法は適切であったか ・保健センターと連携を図れたか	

4. 生活習慣病重症化予防対策事業

目的	高血圧、脂質異常等の生活習慣病の放置は、脳血管疾患や循環器疾患などを発症する可能性を高める。そのため、特定健康診査の結果で特定保健指導の対象とならない生活習慣病の重症未受診者に対して受診勧奨を行い、治療に結び付けることにより重症化の予防を図る。 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ている。 このことから、口腔機能に問題があることが想定される者に受診勧奨を行い、早期発見・治療に繋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。		
内容	国保連合会との共同保健事業		
	(1) レットカード事業		
	対象 (予定)	特定健康診査の結果で、①血圧、②血糖、③コレステロール、④中性脂肪、⑤慢性腎臓病の数値が基準値以上で、かつ治療歴がない者（生活習慣病の重症未受診者）。	
	実施時期 内容(予定)	①受診勧奨通知の送付（毎月） ②再勧奨通知の送付（年度末）	
	(2) 歯科受診勧奨推進事業		
	対象 (予定)	以下に該当する者。 特定健康診査の質問票で「食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。」という質問項目に対し、『歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある』『ほとんどかめない』と回答した者、かつ、特定健康診査受診年月から遡って13か月間歯科医療機関未受診の者。	
	実施時期 内容(予定)	受診勧奨通知の送付（毎月）	
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	・ 勧奨者の医療機関受診者割合（医科）	100%
		・ 健診受診者のうち未治療者の割合 (※血圧 160/100 mmHg 以上、 HbA1c7.0%以上、LDL180 mg/dℓ以上、 中性脂肪 500 mg/dℓ以上、eGFR45 未満 /特定健診受診年度毎に評価)	－
		・ 勧奨者の医療機関受診者割合（歯科）	100%
	アウトプット	・ 受診勧奨率	100%
プロセス・ ストラクチャー	・ 予算、人員、体制は適切であったか ・ 対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか ・ 評価方法は適切であったか ・ 保健センターと連携を図れたか		

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）

目的	重複受診、頻回受診、重複服薬、多剤投与（ポリファーマシー）、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でも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、適正受診・適正服薬を促す。		
内容	1. 国保連合会との共同保健事業		
	（1）重複投薬・多剤投薬・併用禁忌対象者への注意喚起文書の送付		
	対象(予定)	一定の要件の対象者(重複、多剤、併用禁忌投薬者)	
	実施時期	6～7月 対象者選定	
	内容(予定)	8～9月 注意喚起文書および投薬実績を対象へ送付	
	（2）重複・多剤投薬対象者への電話による状況確認		
	対象(予定)	一定の要件の対象者(重複、多剤投薬者)	
	実施時期	6～7月 対象者選定	
	内容(予定)	9～10月 電話による状況確認	
	2. 市町村独自事業		
	広報紙に記事を掲載		
評価指標	区分	指標	目標値
	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以上の薬剤で重複処方を受けた者/被保険者数*100)	—
		・ 同一月内に9以上の薬剤の処方を受けた者の割合 (1以上の薬剤で重複処方を受けた者/被保険者数*100)	—
	アウトプット	・ 注意喚起文書送付率	100%
・ 電話で状況確認率		100%	
プロセス・ストラクチャー	・ 予算、人員、体制は適切であったか ・ 対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか ・ 評価方法は適切であったか ・ 保健センターと連携を図れたか ・ 医師会・薬剤師会と連携を図れたか		

6. 後発医薬品使用促進事業			
目的	国は、後発医薬品使用割合の目標を 80%と掲げている。しかし、本町の令和 4 年度の後発医薬品使用割合は 74.7%であり、奈良県の実績値 75.10%にも達していない状況である。 後発医薬品の使用促進にかかる啓発、後発医薬品差額通知書の送付等を実施することで後発医薬品の利用を促進し、利用率を高めることを目的とする。		
内容	1. 国保連合会との共同保健事業		
	(1) 後発医薬品差額通知の送付 (4 回/年)		
	対 象	国保被保険者世帯	
	実施時期 内容	年 4 回 (送付月：6 月、9 月、11 月、1 月) 差額通知を送付 通知対象の差額：1 薬剤当たり 100 円以上 通知対象外年齢：年齢が 18 歳未満通知書対象外 通知対象医薬品：全て (注射薬を除く)	
	(2) 差額通知を受けての相談窓口の設置 (国民健康保険団体連合会)		
	対 象	国保被保険者世帯	
	実施時期 内容	国保中央会に委託しているコールセンター (フリーダイヤル：0120-53-0006) を差額通知書に掲載	
	(3) 啓発物品の配布 (啓発品、後発医薬品希望シール等)		
	対 象	国保被保険者世帯	
	実施時期 内容	啓発品：後発医薬品促進に関するもの。12 月頃に各市町村に納品 希望シール：お薬手帳等に後発医薬品を希望するシールを貼付するもの。12 月頃に各市町村に納品	
2. 市町村独自事業			
広報紙及びホームページにて啓発記事を掲載、デジタルサイネージにて動画配信等			
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	後発品使用割合(数量ベース)	－
	アウトプット	差額通知数 (通知対象「通常、外字空白」、通知対象外「その他 (資格喪失等)、引抜依頼」)・率	100%
	プロセス・ストラクチャー	・ 予算、人員、体制は適切であったか ・ 対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか ・ 評価方法は適切であったか ・ 保健センターと連携を図れたか ・ 医師会・薬剤師会と連携を図れたか	

7. がん検診(受診率向上対策事業)

目的	がんは河合町における死因の第1位であり、医療費も多く占める疾患である。そのため早期発見・早期治療につなげるためにがん検診の実施、受診率の向上は重要である。 がん検診については、がん対策推進基本計画に基づき衛生部門（子育て支援課）が実施しており、連携を図りながら取り組んでいく。		
内容	・ 各がん検診（胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮頸がん）の実施方法 ・ 全がん、集団・個別で対応。 ・ 個別検診実施機関：胃がん：4医療機関、大腸がん：町内医療機関 肺がん：1医療機関 乳がん：3医療機関 子宮頸がん：県医師会 ・ 時期等：5月～1月 ・ 特定健診との同時実施の状況：年1回 ・ 受診勧奨： 節目個別通知（20歳、30歳、40歳、50歳、60歳、70歳） 乳がん、子宮頸がん検診節目無料クーポン券コール・リコール		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	・ がんによる死亡率 ・ がん検診受診率 (胃・肺・大腸・子宮・乳)	・ がんによる死亡：全がん、がん SMR100より切る ・ がん検診受診率： 全がん60%
	アウトプット	・ 受診勧奨実施数・率 ・ 特定健診との同時実施回数	・ 節目個別通知 年1回 ・ 乳がん、子宮頸がん検診節目無料クーポン券コール・リコール 年1回
	プロセス・ストラクチャー	・ 予算、人員、体制は適切であったか ・ がん検診及の実施方法、回数、場所、受診勧奨の方法は適切であったか ・ 関係課内の連携はできたか(上記について、関係課と一緒に検討を行う(毎年度末))	

V. その他

1. 計画の評価・見直し

令和 8 年度に中間評価、令和 11 年度に最終評価を行い、目標の達成状況等について評価を行うことを基本とする。

2. 計画の公表・周知

ホームページにて計画を公表し、周知を図る。

3. 個人情報の取扱い

個人情報保護に関しては、個人情報保護関係法及び医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン等及び河合町個人情報保護条例に基づき、適切に実施する。

4. 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

市町村のこれまでの高齢者に対する保健事業を土台とし、より効果的・効率的に展開していくことが期待されている。

高齢になると、加齢とともに予備能力やストレスに対する回復力が低下する「フレイル」の状態になりやすくなるが、適切な働きかけにより改善しうることが示されている。

通いの場等に積極的に参加し健康意識が高い人々がいる一方、病気やうつ状態等のために他者との交流が減っている高齢者も少なくなく、また、医療機関での受診や介護サービス拒否のため健康状態がわからない対象者（R4 年の本町取組）など、人それぞれにケースが異なるのも特徴である。

身近な生活資源を活用せず、食生活が疎かになり、低栄養状態を悪化させている人もいる（R5 年本町取組）。

また、コロナ禍で社会参加が減っていることも心配され、慢性疾患と生活機能低下、社会参加等、多面的な視点で関わっていく必要もある。

これまでの行政は、介護予防を行う介護保険担当部局、住民の健康づくりを行う保健衛生担当部局、健診を行う広域連合が、各々の制度・財源に対応して事業を実施してきた。それぞれの保有する情報や資源が共有されず、包括的な保健サービスを提供しにくい現状があった。

これらの現状から、保健事業における一体的な実施の方向性が示され、法律改正が行われたところであり、本町も令和 4 年度から当該事業を実施したところである。

これまで各部門が独立して実施してきた保健事業をお互いによく知り、共通の目的を意識して、地域の実情に合ったフレイル対策に繋げていくことが求められている。

このことから、本町では、以下のことを目的として事業を実施する。

- ①高齢者の特性にあった保健事業を行うこと
- ②市町村を中心に、地域の関係者が連携体制を作ること
- ③国保データベース（以下、KDB）システム等を活用し、地域の高齢者の全体像を把握し、必要な人に必要なサービスが行き届くように計画を立てること

- ④保健事業にとどまらず、社会資源の活用等地域づくりの視点で取り組むこと
- ⑤振り返り（事業評価）を行い、地域に合ったよりよい方法を工夫していくこと