

生駒市国民健康保険  
第3期データヘルス計画及び  
第4期特定健康診査等実施計画



生駒市イメージキャラクター「たけまるくん」

令和6年3月  
奈良県生駒市



<b>第一部 第2期データヘルス計画の評価</b>	<b>1</b>
計画全体の評価	2
個別保健事業の評価	3
1.特定健康診査受診勧奨事業	3
2.健康相談事業	4
3.運動教室事業	5
4.特定保健指導受診勧奨事業	6
5.レッドカード(糖尿病等治療勧奨推進)事業	7
6.重複多剤服薬指導事業	8
7.ジェネリック医薬品の利用促進事業	9
8.糖尿病性腎症重症化予防事業	10
9.がん検診事業	11
<b>第二部 第3期データヘルス計画</b>	<b>12</b>
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	14
4. 共通指標について	15
II. 現状の整理	16
1. 保険者の特性	16
(1) 人口・被保険者の状況	16
(2) 健康寿命及び要介護期間	18
(3) 特定健康診査及び特定保健指導実施状況	19
(4) 特定保健指導実施状況	21
(5) メタボリックシンドローム	23
(6) 特定健康診査結果	24
(7) 標準化死亡比	30
2. 健康・医療情報等の分析	31
(1) 医療費の状況	31
(2) 疾病分類別医療費	33
(3) 生活習慣病等疾病別医療費	36
(4) 透析患者の状況	38
(5) 服薬状況	40
(6) 有所見者割合	43
III. 計画全体	45
1. 課題の整理	45
2. 目的・目標	46

IV. 個別保健事業	47
1. 特定健康診査実施率向上事業	47
2. 特定保健指導受診勧奨事業	48
3. 運動教室事業	49
4. 健康相談事業	50
5. レッドカード（生活習慣病受診勧奨推進）事業	51
6. 糖尿病性腎症重症化予防事業	52
7. 重複多剤服薬者指導事業	53
8. ジェネリック医薬品の利用促進事業	54
9. がん検診事業	55
10. 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	56
V. その他	57
1. 計画の評価・見直し	57
2. 計画の公表・周知	57
3. 個人情報の取扱い	57
4. 地域包括ケアに係る取組み	58
<b>第三部 第4期特定健康診査等実施計画</b>	<b>60</b>
I. 計画策定にあたって	61
1. 計画策定の趣旨・背景等	61
2. 計画期間	61
3. 特定健康診査及び特定保健指導の基本的考え方	61
4. 過去(第1期～第3期)の主な取組み	63
II. 特定健康診査等の実施目標について	65
1. 特定健康診査等の目標値	65
III. 特定健康診査等実施対象者について	67
1. 特定健康診査における対象者の定義	67
2. 特定保健指導における対象者の定義	67
IV. 特定健康診査等の実施方法について	68
1. 特定健康診査	68
2. 特定保健指導	70
V. その他	73
1. 計画の評価・見直し	73
2. 計画の公表・周知	73
3. 個人情報の取扱い	73
VI. 特定健康診査等の円滑な実施について	74
1. 奈良県国民健康保険団体連合会国保事務支援センターとの連携	74
2. 受診しやすい体制づくり	74
3. 実施体制の確保	74
4. 受診率の向上となる取組み	74
5. 重症化予防の取組み	74

# 第一部

## 第2期データヘルス計画の評価

# ◎計画全体の評価

## ◆評価の方法

実績値を目標値と比較し、下記の評価判定基準にて評価を行いました。

評価判定	目標値との比較
A	目標値に達した
B	目標値に達していないが、改善傾向にある
C	変わらない
D	悪化している
E	評価困難

## ◆計画全体の目的

被保険者の生活習慣病有病者及び予備群の減少と健康増進を推進し、医療費の適正化を図ることを目的とします。

## ◆計画全体の指標と評価

目 標 指 標	目標値	指標の変化						評価
		H30	R1	R2	R3	R4	R5	
健康寿命（65歳時平均自立期間）・男性	延伸	18.97	19.12	19.62	—※	—※	—※	A
健康寿命（65歳時平均自立期間）・女性	延伸	21.09	20.98	21.25	—※	—※	—※	C
メタボリックシンドロームの該当者の割合	13.5	14.1%	15.2%	17.1%	15.8%	16.2%	—※	A
メタボリックシンドローム予備群の割合	10.1	10.7%	9.9%	11.1%	10.3%	10.6%	—※	A

出展：奈良県資料「市町村別65歳時の健康寿命（平均自立期間）」、国保連合会法定報告後資料より

※健康寿命（65歳時平均自立期間）については、R3、R4のは未発表のため記載なし。

## ◆指標毎の評価に対する要因等のまとめ

### ・健康寿命

人口、被保険者数・割合ともに減少傾向にあります。被保険者の人口構成では、65歳以降の加入者数が大幅に多くなっています。

平均寿命（65歳平均自立期間）について、男性は県より長くなっていますが、女性は令和元年度以降県より短くなっています。

65歳以上の加入者が多い本市において、介護期間の長期化は医療費の上昇となりうる要因です。介護の要因疾病を把握し対策を検討する必要があります。

### ・メタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合

メタボリックシンドローム該当者割合は奈良県の割合より低いですが、受診率の低い令和2年度を除くと経年で上昇し、令和4年度は平成30年度と比較して約2ポイント上昇しています。

メタボリックシンドロームの予備群となった者の割合は、奈良県よりも低い水準でほぼ横ばいに推移しています。

# ◎個別保健事業の評価

## 1.特定健康診査受診勧奨事業

目的	生活習慣病予防対策として、特定健康診査を毎年受診することが重要となるため未受診者に受診勧奨を行い、受診率の向上を目的とします。								
事業内容	40歳以上の被保険者に対し、未受診者分析、受診勧奨通知(文書及びコールセンター)を実施しています。								
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(%)	43.0%	33.9%	35.2%	32.8%	32.1%	34.6%	—	B
アウトプット	勧奨資材送付者の受診率① 過去3年間に医療機関受診歴・健康受診歴なしの者。	10.0%	—	5.1%	2.8%	—	—	—	E
	勧奨資材送付者の受診率② 過去2年間健診受診歴ありで、かつ前年度未受診の者	43.0%	—	27.7%	—	—	—	—	E
	①②以外の未受診者	43.0%	—	25.7%	—	—	—	—	E
	節目年齢受診率 節目年齢/健診対象者数	2.0%	—	0.9%	—	—	—	—	E
プロセス	未受診者の分析後のグループ数	4種類	—	4種類	—	—	—	—	E
ストラクチャー	国保医療課と国保事務支援センターと協議	3回	—	—	2回	3回	3回	—	A
成功要因 未達要因	特定健診受診率は新型コロナウイルス感染症が流行した令和2年度から低下がみられました。令和4年度は上昇傾向に転じていますが、目標の60%には達していません。男女とも年齢が上がるにつれ受診率が向上しています。どの年齢階層でも女性の受診率が男性の受診率よりも高くなっています。なお、県の共同事業で実施し、勧奨対象者の抽出条件の変更があったため指標の変化は不明です。								
効果があった 取組み	過去の健診受診状況や医療機関受診状況等から階層分けして抽出した対象へ案内通知を送付しました。また、市内及び近隣市町の医療機関へ受診券送付時の送付物見本とポスターを配布することで、医師から具体的に受診券持参を促す受診勧奨を行いました。R5年度から自己負担金無料化にともなう効果が期待されます。								
見直しが必要な 取組み	40・50代の若年層の受診率が低いことから、働く若い世代の受診率向上のための取組みを検討する必要があります。								
課題・次期計画 の方向性	案内や啓発方法にSNSの活用を加えることのほか、健診実施機関や主治医等に協力を得ながら、該当者が必要性を理解しやすく受けることが当たり前になる環境づくりの構築を目指します。また、若年層が受けやすくなるよう、積極的にICTやインセンティブを活用するなどして、健診受診に対するモチベーションの向上と利便性を確保しつつ受診率向上を目指します。次期計画は「特定健診実施率向上事業」として取り組んでいきます。								

## 2.健康相談事業

目的	<p>特定保健指導対象者ではないが、高血圧、高血糖、高コレステロールのいずれか1つでも保健指導判定値以上の人に健康相談の機会を作ります。被保険者の生活習慣病予備群の減少及び健康意識の向上を目的とします。</p>								
事業内容	<p>40歳以上の血糖・脂質・血圧・中性脂肪のいずれかが受診勧奨値以上の被保険者へ、体組成計、骨密度測定、血管年齢測定等を実施し、保健師・管理栄養士が健康相談を実施します。</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	メタボリックシンドローム該当者割合減少	13.5%	14.1%	15.2%	17.1%	15.8%	16.2%	—	A
アウトプット	事業参加率	30.0%	実施なし	13.2%	13.6%	12.9%	15.0%	—	B
プロセス	健康相談での測定する種類	3種類	実施なし	3種類	3種類	3種類	3種類	3種類	A
ストラクチャー	保健師・管理栄養士の雇用	2人	実施なし	3人	3人	3人	3人	3人	A
成功要因 未達要因	<p>自覚症状が乏しく健康意識が低いことが健診受診率の低下に反映し、未受診者の該当者も多く存在することが推測されます。</p>								
効果があった 取組み	<p>測定結果説明時に本人の特定健診結果と一緒に確認することで、健診結果を改善するための生活習慣見直しにつながる機会となりました。また健康相談事業、健診結果の両方の結果から具体的な目標が明確になり生活習慣の改善に関する取組みが対象者の意識中で具体的に認識されました。</p>								
見直しが必要な 取組み	<p>案内が測定会メインになっているため、なぜ対象になったのか結果改善に向けてこの機会をどう活かすかなど、分かりやすい案内、PR方法を工夫する必要があります。</p>								
課題・次期計画 の方向性	<p>早期の生活習慣病予防に向けて、対象となる方に必要性を理解してもらい、参加率の向上を目指します。また、案内方法の検討や生活習慣を見直すきっかけとなる相談の機会を提供できる体制づくりを進めます。</p>								

### 3.運動教室事業

目的	40歳以上の人を対象にロコモティブシンドローム原因疾患（変形性膝関節症、変形性股関節症、骨粗しょう症等）有病率と原因疾患医療費の関係性を分析した結果、加齢が進むにつれて患者数が増え医療費が増大する傾向にありました。そのため、対策として運動教室の実施を行い、運動習慣の定着を目的とします。								
事業内容	健康運動指導士による運動教室の実施								
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	1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施の割合	20.3%以上	46.7%	45.3%	45.7%	44.2%	44.0%	—	A
アウトプット	運動教室参加者の運動習慣意識の向上	100.0%	96.0%	96.0%	99.1%	100%	100%	—	A
プロセス	運動教室の実施回数(1グループ)	9回	—	3回	3回	8回	6回	6回	D
ストラクチャー	健康運動指導士の雇用	1人	—	1人	1人	1人	1人	4人	A
成功要因 未達要因	教室に参加することで、参加者の運動習慣意識向上につながりましたが、健診受診者全体における運動習慣の定着向上には至っていません。 希望者全員を受け入れるため令和4年度は1グループあたりの実施回数を減らして実施しました。								
効果があった 取組み	自宅で実施できる運動内容や再度確認できる資料、DVDなどが意識向上に効果がありました。								
見直しが必要な 取組み	募集対象に条件がなく希望者が参加しました。運動教室参加者の、事前運動習慣の状況を把握出来ていなかったため、今後はより運動習慣のない対象者へのきっかけ作りの場となるような取組みが必要です。								
課題・次期計画 の方向性	問診より運動習慣は奈良県や国と比較しても運動習慣が「ない」と答えた割合は低くメタボリック該当者割合は上昇しています。カロリー摂取量と運動量のバランスや効果的な運動を実施することが重要です。運動習慣がない対象者に対してきっかけ作りとなる機会を提供し、運動習慣定着者の指標上昇をねらいます。 次期計画においても安定した事業運営のために健康運動指導士の確保等体制の見直しを図りつつ、継続して実施します。								

#### 4. 特定保健指導受診勧奨事業

目 的	生活習慣病（肥満、高血圧、糖尿病、脂質異常症等）は、自覚症状がほとんどなく進行し、脳卒中や心筋梗塞などの生命に関わる病気の原因となります。生活習慣病予防対策として、特定健康診査を受診した結果、特定保健指導対象となった方に対し、特定保健指導の受診勧奨を行い、特定保健指導実施率の向上を目的とします。								
事業内容	特定健康診査医療機関、保健師等による保健指導未受診者に対して文書及び電話による勧奨を行います。								
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	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	50.0%	26.3%	32.9%	21.1%	29.5%	27.0%	—	C
アウトプット	特定保健指導実施率	42.0%	35.7%	28.0%	16.0%	20.9%	29.7%	—	B
プロセス	特定保健指導内容の充実(栄養調査・運動機会の提供)	2種類	2種類	2種類	2種類	2種類	2種類	2種類	A
ストラクチャー	保健師・管理栄養士の雇用	2人	3人	3人	3人	3人	3人	3人	A
成功要因 未達要因	特定保健指導実施率は令和2年度には新型コロナウイルス感染症拡大の影響で実施率が大きく下がったものの、その後は上昇傾向で、奈良県より高い実施率であるが、国の目標60%には至っていません。積極的支援該当者割合は、奈良県より低く推移しているが上昇傾向にあり、動機付け支援該当者の割合は明らかな上昇傾向を認め令和4年度は奈良県より高い割合となっています。特定保健指導の実施にあたっては、保健指導従事者の人員や経験の不足、対象者が時間的制限や地理的要因で保健指導を利用しにくいといった状況もあります。								
効果があった 取組み	特定保健指導の受診勧奨として健診結果および特定保健指導の案内（利用券発行）の1か月後にリーフレットを送付（令和2年度および3年度12月まで）から、送付物発送に加えて、保健師や管理栄養士による電話勧奨をすることで、個々に合わせて参加を促せたことが効果的でした。								
見直しが必要な 取組み	特定保健指導実施率向上のためには、対象者に特定保健指導の必要性を理解してもらうとともに、保健指導従事者の人員の充足、知識・技能のスキルアップなどの体制の充実や保健指導を利用しやすくするための利便性の向上が必要です。								
課題・次期計画 の方向性	案内や啓発方法にSNSの活用を加えること等のほか、健診実施機関や主治医等に協力を得ながら、該当者が必要性を理解しやすく受けることが当たり前になる環境づくりの構築を目指します。また、若年層が受けやすくなるよう、健診との同時実施や積極的にICTを活用することやインセンティブを活用するなどし、モチベーションの維持と特定保健指導の実施率向上を図り、経年で該当者として抽出されないような取組みを進めていきます。								

## 5. レッドカード(糖尿病等治療勧奨推進)事業

目的	健診結果から、高血圧、高血糖、LDLコレステロール、中性脂肪、慢性腎臓病の健診項目に対して異常値の者（以下、重症未治療者という。）に、医療機関受診を促します。								
事業内容	令和3年度から国保連合会と協同し、国保連合会が特定健診結果に基づき抽出した「生活習慣病の重症未受診者」へ受診勧奨カードと通知書を送付します。また、通知書等を送付しても未受診の場合、レセプトにて対象者の受診状況を確認し再勧奨を実施します。								
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	医療機関受診率	100%	—	79.6%	68.0%	41.0%	27.4%	—	D
アウトプット	治療状況の確認割合	100%	85.0%	91.2%	89.7%	100%	100%	—	A
プロセス	抽出健診項目数	5種類	—	5種類	5種類	5種類	5種類	5種類	A
ストラクチャー	国保事務支援センターとの協議	1回	—	1回	1回	1回	1回	—	A
成功要因 未達要因	レッドカード事業の対象者の条件変更や、新型コロナ感染予防による受診控えや、レッドカード送付後の受診状況をレセプト確認のみとし、受診勧奨を含めた電話等での確認を中止したこと等が治療状況確認割合の低下に影響したと考えます。								
効果があった 取組み	受診を促す取組みとして、受診勧奨通知（レッドカード）を送付することや、令和2年度まで受診勧奨通知後に受診確認ができなかった者に対して電話による、状況確認・再勧奨を行っていました。このことについても有効であったと考えます。								
見直しが必要な 取組み	受診再勧奨について、通知のみとせず、電話勧奨等を加えての実施とするなど、対象者が受診の必要性を理解し、適切な治療を受けられるよう、個別性のある勧奨を検討する必要があります。								
課題・次期計画 の方向性	受診勧奨方法の工夫と啓発を含めた受診の必要性の理解を促す取組みを検討し、対象者の受診率向上と健診受診者に対する治療必要者の割合の減少を目指します。								

## 6.重複多剤服薬指導事業

目的	不適切な服薬状況の改善を促すことにより、被保険者の健康保持並びに医療費の適正化を図り、重複多剤服薬者の減少を目的とします。								
事業内容	3か月の間に医療機関から受けた同じ薬効の薬の一覧の送付及びかかりつけ医や薬剤師への受診勧奨を実施します。								
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	薬局及び主治医に相談した割合	60.0%	46.4%	55.5%	—	—	—	—	E
アウトプット	事業対象者への通知率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A
プロセス	重複及び多剤の抽出人数	30名	—	33名	95名	134名	86名	63名	A
ストラクチャー	国保事務支援センターとの協議	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	A
成功要因 未達要因	県の共同事業で実施したことにより、対象者選定や抽出について県薬剤師会の協力の元、条件設定することができました。令和3年度から対象者抽出条件が一部変更されたため対象人数が当初見込みより多くなりましたが、対象者全員に注意喚起通知を送ることができました。								
効果があった 取組み	対象者へ、保健師による電話保健指導を行うことで、健康への影響や、お薬手帳の利用を含めた医師や薬局への伝え方等を直接伝えることができ、不適切な服薬の回避に向けた知識の普及ができたと考えます。								
見直しが必要な 取組み	対象者への知識の普及に加えて、医療機関（主治医）や薬局等の適切な情報共有方法等を検討する必要があります。								
課題・次期計画 の方向性	不適切な服薬状況を回避するため、引き続き、対象者への重複受診や処方の状況の詳細を確認することを通じて、適切な医療のかかり方についての理解を促します。また、医療機関や薬局等との適切な情報共有や連携方法等を模索します。								

## 7.ジェネリック医薬品の利用促進事業

目的	ジェネリック医薬品を普及させることは、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資するものであることから普及率の向上を目的とする。								
事業内容	ジェネリック医薬品の差額が300円以上の人を対象に、差額通知を年4回送付(6月末、7月末、10月末、1月末)								
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	ジェネリック医薬品の普及率	80.0%	60.46%	64.31%	69.11%	71.39%	72.88%	—	B
アウトプット	差額通知送付回数	4回	4回	4回	4回	4回	4回	—	A
プロセス	ジェネリック医薬品希望シールの配布率(保険証送付世帯)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	—	A
ストラクチャー	国保事務支援センターとの協議	1回	1回	1回	1回	1回	1回	—	A
成功要因 未達要因	生駒市ジェネリック医薬品推奨薬局（R5.4月時点で35薬局）等もあり、普及率は向上していますが、国の目標値には到達しませんでした。								
効果があった 取組み	ジェネリック医薬品の差額が100円以上（R2年度までは300円以上）の人を対象に、差額通知を年4回(6月末、7月末、10月末、1月末)送付し、被保険者証配布の際に、ジェネリック医薬品希望シールの配布を行いました。								
見直しが必要な 取組み	ジェネリック医薬品の安定供給が難しいため、積極的に普及の向上に取り組むというよりは現状の取組みをそのまま継続します。								
課題・次期計画 の方向性	今後も国保事務支援センターと共同で実施していきます。								

## 8.糖尿病性腎症重症化予防事業

目的	医療機関への受診勧奨及び保健指導を実施し、糖尿病性腎症の重症化を予防します。								
事業内容	対象者抽出を行い、医療機関受診の勧奨通知の発送、治療中の者に対して保健指導を実施します。								
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	新規人工透析患者の割合	0.25%	0.29%	0.28%	0.28%	0.29%	0.29%	—	C
アウトプット	保健指導実施率	30.0%	16.6%	7.1%	10.0%	14.3%	16.7%	25.0%	B
プロセス	受診状況把握割合	100%	—	50.0%	100%	100%	96.4%	94.3%	B
ストラクチャー	国保事務支援センターとの協議	1回	—	1回	1回	1回	1回	1回	A
成功要因 未達要因	新型コロナウイルス感染予防のため、対象者の受診控えに加え、電話による受診勧奨を含めた受診状況確認を中止したことが受診状況把握割合の伸び悩みにつながったと考えます。また、保健指導については、医師からの情報提供書の取得等、指導開始するまでの準備の手間が多いことが影響したと考えます。令和4年度から手間を改善し、実施者数が倍増しました。								
効果があった 取組み	保健指導の勧奨方法の変更により、実施希望者が倍増しました。マンパワーの確保としての（国保連合会を通じた）事業者委託をすることで、希望者全員に複数回の保健指導を実施することができました。受診状況の確認については、電話による受診勧奨を含めた確認が効果的であったと考えます。なお、医療機関への受診勧奨は、令和5年度からレッドカード事業に統合して実施しています。								
見直しが必要な 取組み	保健指導実施割合が低いことから、実施者数の増加を目指すと共に、指導効果や優先順位を検討した対象者の選定と指導の受診勧奨方法を検討する必要があります。								
課題・次期計画 の方向性	被保険者に占める透析患者割合の増加や一人当たりの透析医療費上昇が認められています。健診結果ではeGFRの有所見者割合も上昇し、「糖尿病」患者が多い中透析移行リスクの高い被保険者は多いと推測します。不適切な生活習慣や高い血糖値はさらに腎機能を悪化させるため、今後も対策が必要と考えます。								

## 9.がん検診事業

目 的	がんを早期発見し、がんによる死亡率の減少を目的とする。								
事業内容	個別健診及び集団健診の実施、未受診者（健診・精密検査）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	がんによる死亡率 (標準化死亡比)※ ※高齢化率などの人口構成の影響 を除外したうえで、全国の死亡率 (全国を100)と比較したもの。	減少	-	男性 94.0 女性 103.4	男性 96.2 女性 107.4	男性 91.8 女性 99.6	-	-	A
アウトプット (対象：国 保)	精密検査胃がん受診率	90.0%	88.7 %	90.0 %	92.0 %	100.0 %	100.0 %	-	A
	精密検査乳がん受診率		95.1 %	100.0 %	97.8 %	100.0 %	97.8 %	-	A
	精密検査子宮頸がん受診率		88.3 %	80.0 %	80.0 %	90.9 %	100.0 %	-	A
	精密検査大腸がん受診率		88.2 %	77.6 %	87.7 %	88.6 %	86.0 %	-	C
	精密検査肺がん受診率		-	75.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	-	A
	胃がん受診率	30.0%	10.2 %	10.1 %	8.2%	7.3%	7.4%	-	D
	乳がん受診率		15.5 %	17.5 %	15.2 %	14.3 %	14.3 %	-	D
	子宮頸がん受診率		14.6 %	15.3 %	14.2 %	14.0 %	13.8 %	-	D
	大腸がん受診率		15.7 %	17.2 %	14.3 %	13.3 %	12.3 %	-	D
	肺がん受診率		7.2%	7.5%	5.8%	6.7%	6.5%	-	D
プロセス	がん予防の啓発を積極的にする企業の増加	4企業	4企業	4企業	4企業	4企業	4企業	4企業	A
ストラクチャー	がん検診受診医療機関数	65	58	59	64	64	64	64	B
成功要因 未達要因	がん検診の実施医療機関に対して説明会等を実施し、がん検診の実施医療機関数や予防啓発を積極的にする企業等を増やし、自治体や各種団体にがん検診の説明や受診啓発を実施。検診結果を通知する際に精密検査を促すリーフレットを同封すると共に、精密検査未受診者に対する受診勧奨として、全がん検診において定期的に医療機関へ文書により追跡調査し、未受診者には電話連絡や手紙を送付し、受診勧奨を実施する体制を構築した。 広報、ホームページでの周知、がん検診個別通知、特定健診との同時実施等、さまざまな取組みを行うも、新型コロナウイルス感染症拡大等もあり、受診率は低下傾向となった。								
効果があった 取組み	受診勧奨を実施する体制を構築したことで、要精密検査となられた方に、確実に精密検査の受診の必要性を説明する機会を設けることができ、精密検査受診率90%という目標を多くのがん検診について達成することができた。								
見直しが必要な 取組み	新型コロナウイルス感染症の影響により、受診率が減少していることから、がん検診の受診しやすい環境づくりや受診啓発の方法を工夫し、がん検診の受診率の増加を目指す。								
課題・次期計画 の方向性	がんに対する正しい知識やがん予防のための生活改善について普及啓発を実施するとともに、早期発見、早期治療を行うために各種がん検診を受診しやすい環境づくり、受診啓発に取り組む。検診の精度管理（検診の質の確保）を徹底し、精密検査受診率の数値目標を維持・達成できるよう努める。								

第二部  
第3期データヘルス計画

# Ⅰ. 基本的事項

## 1. 計画の趣旨

平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取組みを行うことを推進する。」と掲げられました。また、これを受け、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」の一部が改正され、「市町村及び組合は(中略)健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと。」と定められました。その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)」において、データヘルス計画の標準化等の取組みの推進が掲げられ、令和4年12月の経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2022」においては、データヘルス計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPI※の設定を推進するとの方針が示されました。このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組みの推進や評価指標の設定の推進が進められています。

市町村国保においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられます。本計画は、前期計画における実施結果等を踏まえ、PDCAサイクルに沿った保健事業の展開、達成すべき目標やその指標等を定めたものです。計画の推進に当たっては、医療介護分野における連携を強化し、地域の実情に根差したきめ細かな支援の実現を目指し、地域で一体となって被保険者を支える地域包括ケアの充実・強化に努めるものとしします。

※KPI…KeyPerformanceIndicatorの略称。重要業績評価指標。

## 2. 計画期間

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

### 3. 実施体制・関連計画との連携

#### (1) 実施体制

本計画を策定、推進するうえで、以下の担当課との連携を図るものとします。

部門	担当課等	役割
主担当	福祉健康部国保医療課	計画全体の調整、管理
庁内関係課	福祉健康部健康課	保健事業の計画、実施、評価
	福祉健康部介護保険課	
	福祉保健部地域包括ケア推進課	
	福祉保健部福祉政策課	
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
	郡山保健所	保健事業の実施に関する支援
	奈良県国民健康保険団体連合会	現状分析、計画策定、評価に関する支援
	奈良県後期高齢者医療広域連合	高齢者保健事業に関する支援

#### (2) 関連計画との連携

本計画策定においては、下記計画との整合性を図りながら、策定作業を進めました。また、各計画の推進状況を把握しながら、本計画を推進していきます。

計画名	担当課等	計画期間
第4期奈良県医療費適正化計画	奈良県医療保険課	令和6年度～令和11年度
なら健康長寿基本計画（第2期）	奈良県健康推進課	令和6年度～令和17年度
第6次生駒市総合計画	市長公室企画政策課	平成31年度～概ね20年間
第2期健康いこま21	福祉健康部健康課	平成26年度～令和6年度
高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画	福祉健康部 介護保険課 地域包括ケア推進課 福祉政策課	令和6年度～令和8年度
生駒市国民健康保険 第4期特定健康診査等実施計画	福祉健康部国保医療課	令和6年度～令和11年度

## 4. 共通指標について

今期計画より、奈良県では、県内保険者の比較や域内での健康状況を把握することを目的に、共通評価指標が設定されたことに伴い。本市においても、本計画の評価指標に当該共通指標を加え、推移を確認しながら取組みを推進していくこととします。

### ◆データヘルス計画全体の指標

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

### ◆個別保健事業における指標

No.	目的	取組み	評価指標	目指す方向	出典
1	生活習慣病の発症予防	特定健康診査・特定保健指導	特定健康診査実施率	+(60%)	法定報告
2			特定保健指導実施率	+(60%)	法定報告
3			特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	+	法定報告
4			血糖の有所見者の割合 (保健指導判定値以上：HbA1c5.6以上)	-	KDB
5			血圧の有所見者の割合 (保健指導判定値以上： ①収縮期血圧130mmHg以上 ②拡張期血圧85mmHg以上)	-	KDB
6			脂質の有所見者の割合 (保健指導判定値以上： ①HDLコレステロール40mg/dl未満の割合 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	【参考】 生活習慣病発症状況 モニタリング		糖尿病の受療割合(糖尿病のレセプトがある者)	総合的に判断	KDB
8			高血圧症の受療割合(高血圧症のレセプトがある者)	総合的に判断	KDB
9	生活習慣病の重症化予防	生活習慣病の重症化予防対策	HbA1c8.0%以上の者の割合	-	KDB
10			新規人工透析導入患者数	-	国保連合会
11	医薬品の適正使用	適正受診・適正服薬の促進	同一月内に複数の医療機関を受診し、重複処方が発生した者の割合(1以上の薬剤で重複処方を受けた者)	-	KDB
12			同一月内に9以上の薬剤の処方を受けた者の割合(9以上の薬剤の処方を受けた者)	-	KDB
13	後発医薬品の使用	後発医薬品の使用促進	後発医薬品使用割合(数量ベース)	+	厚生労働省

## II. 現状の整理

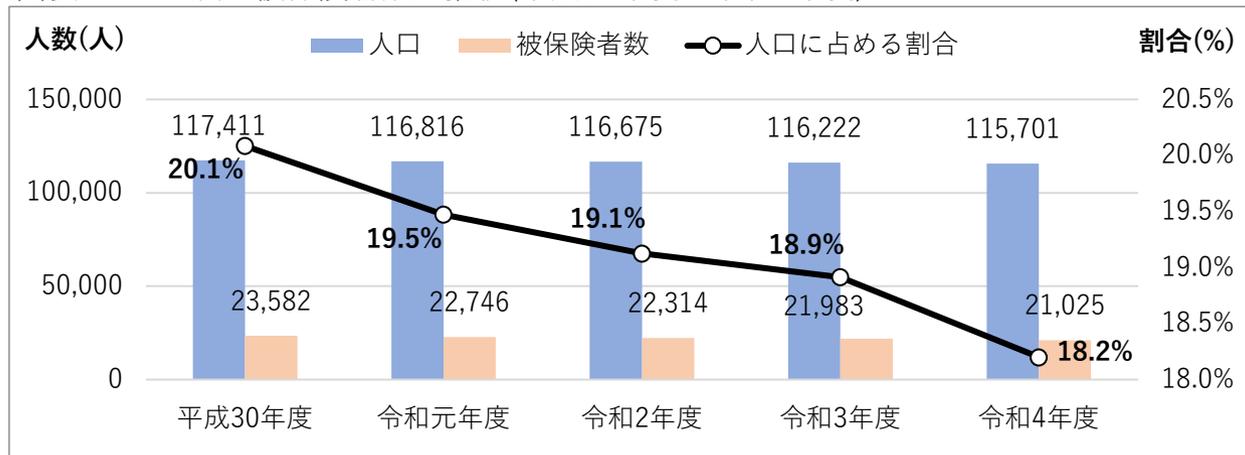
### 1. 保険者の特性

#### (1) 人口・被保険者の状況

以下は、本市の人口及び被保険者の状況です。

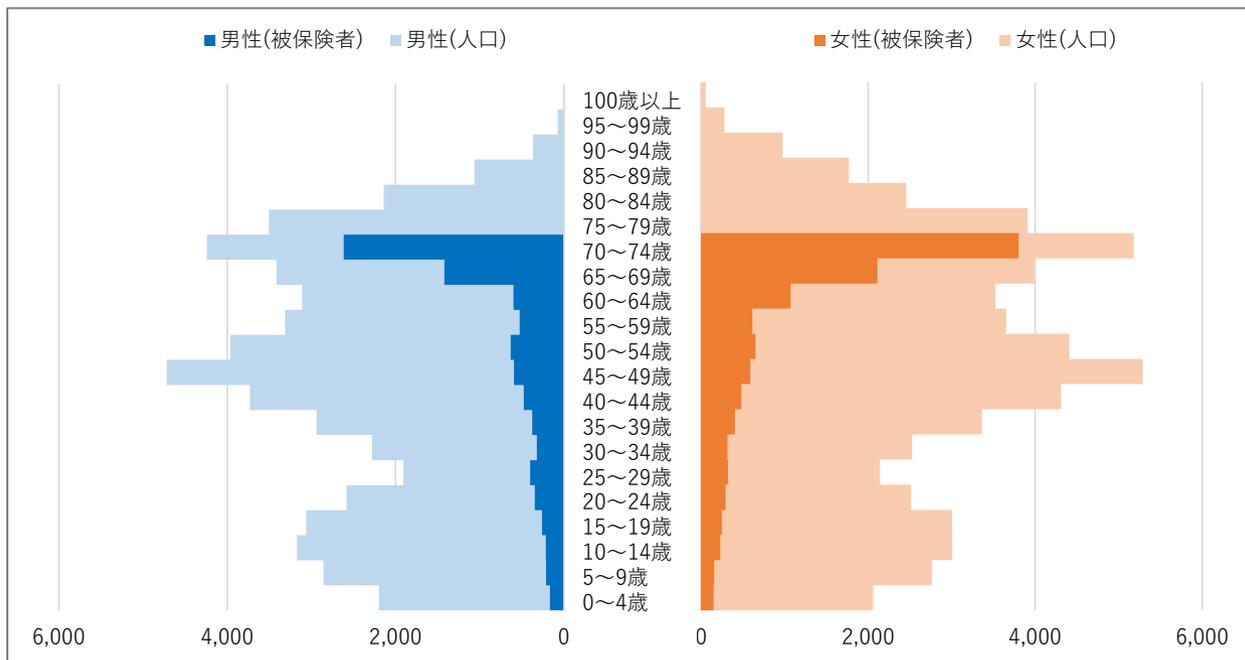
人口、被保険者数ともに年々減少傾向にあり、国保被保険者は65歳から加入率が大幅に高くなります。

図表1 人口及び被保険者数の推移(平成30年度～令和4年度)



出典:被保険者数…奈良県国民健康保険運営方針(奈良県庁資料)  
人口…市町村別10月1日現在推計人口(奈良県統計分析課)

図表2 性別・年齢階層別の人口及び被保険者数(令和4年度)

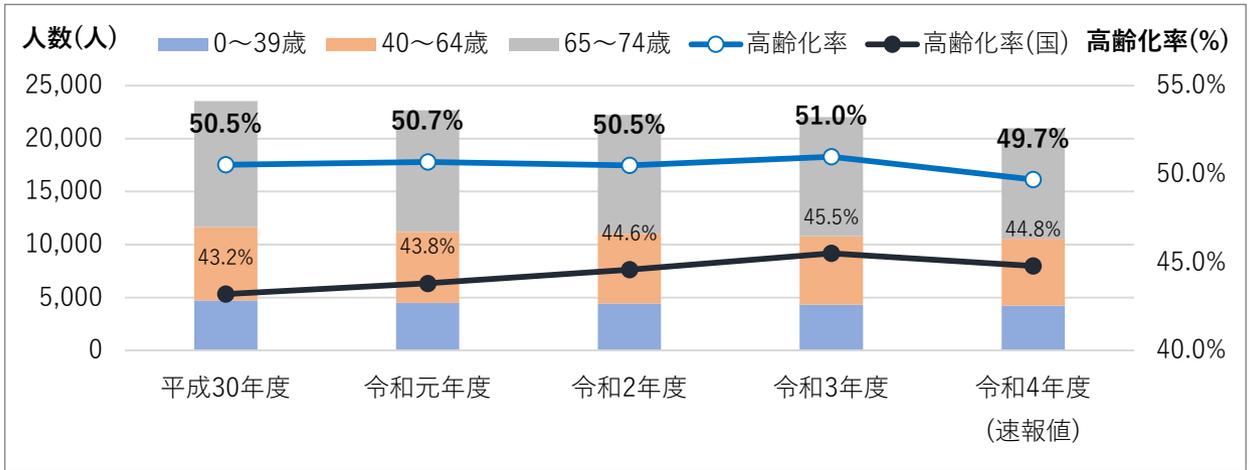


出典:KDB人口及び被保険者の状況

以下は、本市の年齢階層別の国保被保険者分布及び高齢化率の推移です。

65歳以上の高齢者の割合は国よりも高く、50%前後で推移しており、国保被保険者の2人に1人は65歳以上の高齢者となっています。

図表3 年齢階層別の国保被保険者分布および高齢化率の推移(平成30年度～令和4年度)



出典:国民健康保険実態調査

## (2) 健康寿命及び要介護期間

### ①健康寿命(65歳平均自立期間)

以下は、本市の健康寿命(65歳平均自立期間)について、奈良県と比較したものです。「健康寿命(65歳平均自立期間)」とは、介護保険の要介護1までを健康な状態として、65歳の方が、健康で日常生活を支障なく送ることができる期間のことです。

令和元年度から令和4年度について、本市の男性の健康寿命は県よりも長い傾向が続いていますが、本市の女性は令和4年度に19.3年となり、県の19.6年と比較すると短くなっています。

図表4 健康寿命(65歳平均自立期間)の推移(平成30年度～令和4年度)



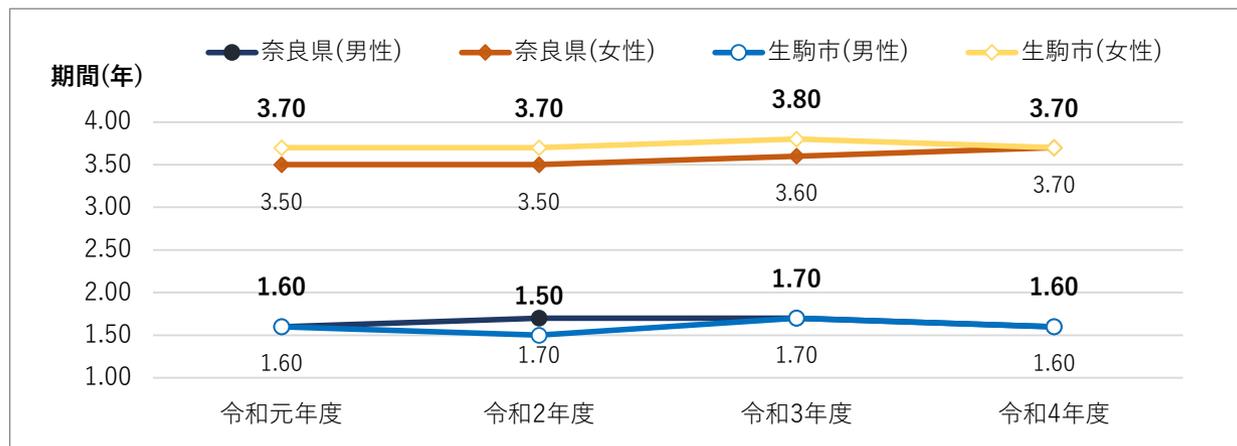
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

平均自立期間>市町村単位>平均自立期間(要介護2以上)の男女の数字から65歳引いた値を使用

### ②65歳平均要介護期間

以下は、本市の65歳平均要介護期間について、奈良県と比較したものです。「65歳平均要介護期間」とは、介護保険の要介護2以上の期間のことです。本市の男性、女性ともに令和4年度は県と同じ期間になっています。

図表5 65歳平均要介護期間の推移(平成30年度～令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

平均自立期間>市町村単位>平均余命と平均自立期間>市町村単位>平均自立期間(要介護2以上)の差を算出した値を使用

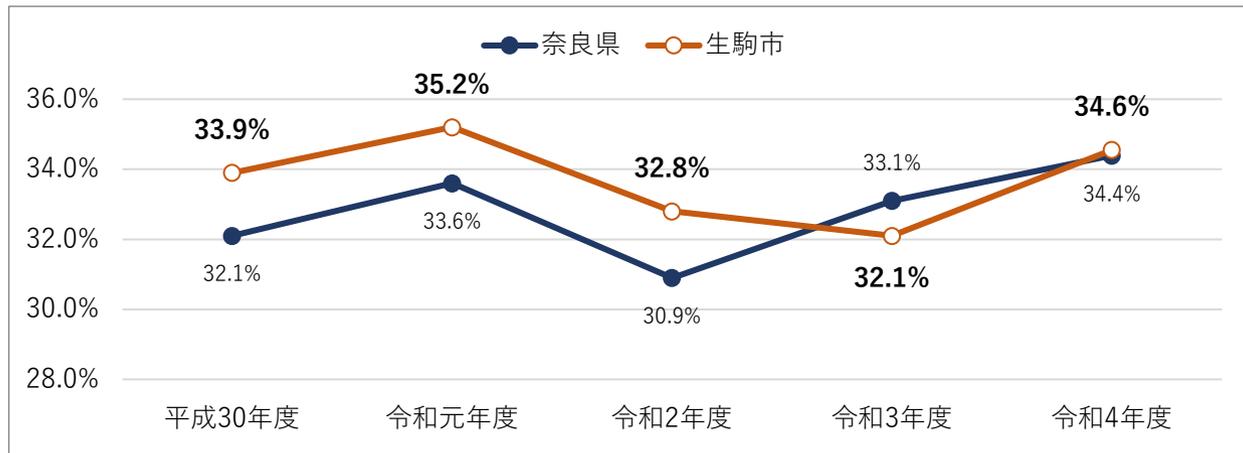
### (3) 特定健康診査及び特定保健指導実施状況

#### ①特定健康診査実施状況

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

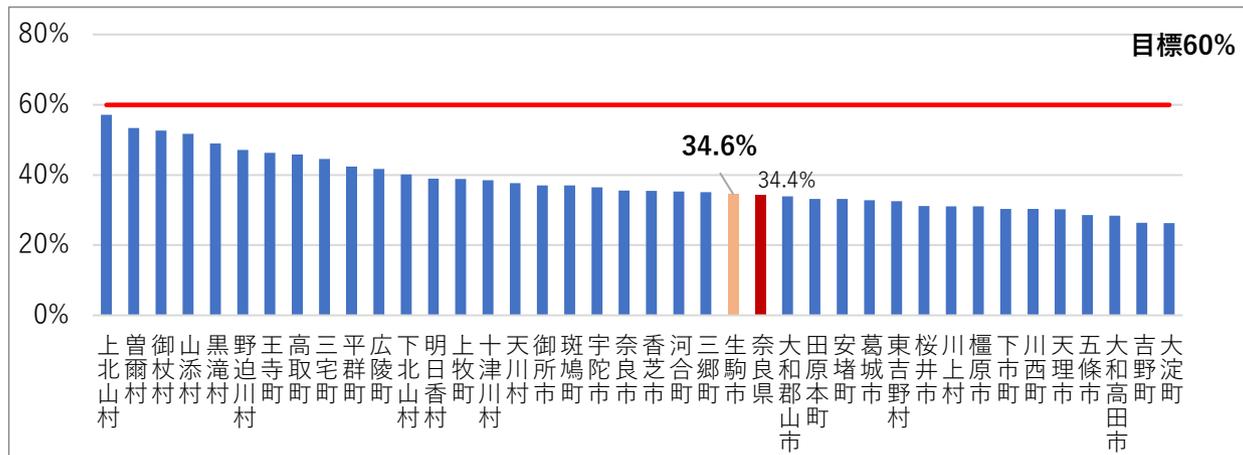
令和元年度までは上昇傾向でしたが、新型コロナウイルス感染症の影響を受け、令和2年度に急降下しています。令和3年度に奈良県は受診率が回復し、本市はさらに減少していましたが、令和4年度には本市も回復し、奈良県を上回っています。

図表6 特定健康診査受診率の推移(平成30年度～令和4年度)



出典:法定報告値

図表7 奈良県内市町村の特定健康診査受診率(令和4年度)

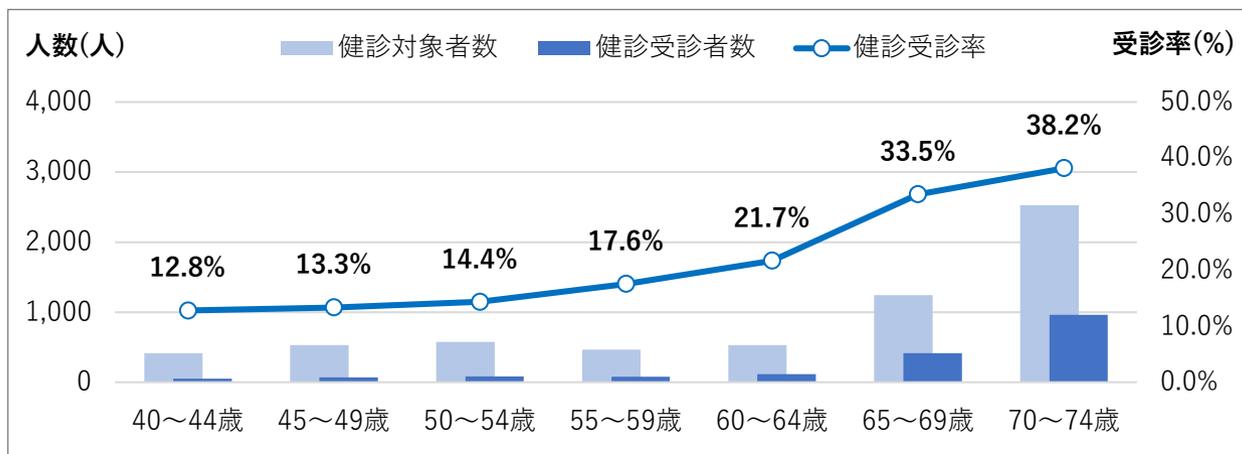


出典:法定報告値

以下は、本市における性別・年齢階層別の特定健康診査受診率です。

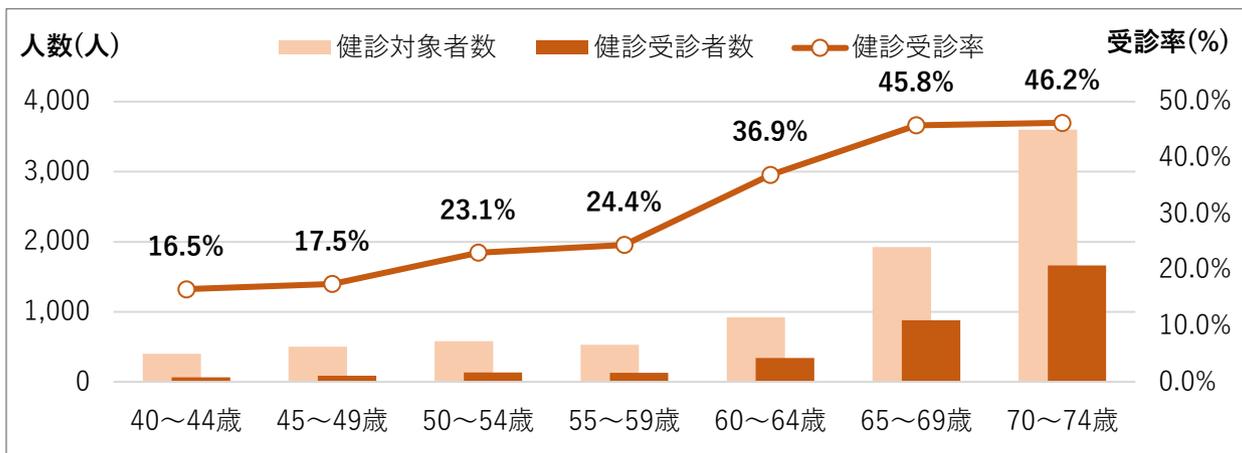
男女ともに加齢とともに受診率は高くなってはいますが、60歳未満の男性、50歳未満の女性の受診率は20%にも満たず、全体の受診率を引き下げています。

図表8 (男性)年齢階層別特定健康診査受診率(令和4年度)



出典:KDB地域の全体像の把握

図表9 (女性)年齢階層別特定健康診査受診率(令和4年度)



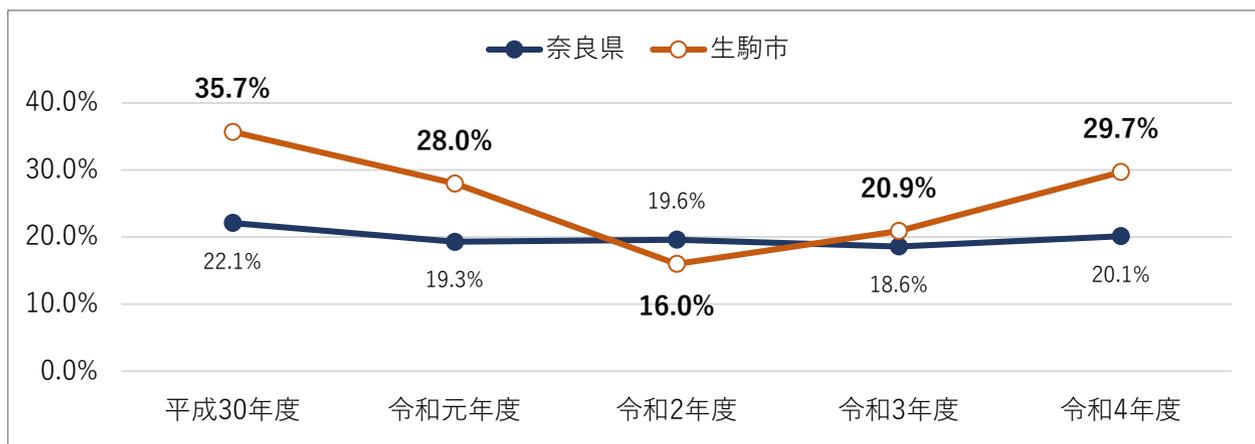
出典:KDB地域の全体像の把握

#### (4) 特定保健指導実施状況

以下は、本市における平成30年度以降の特定保健指導実施率の推移について、奈良県と比較したものです。

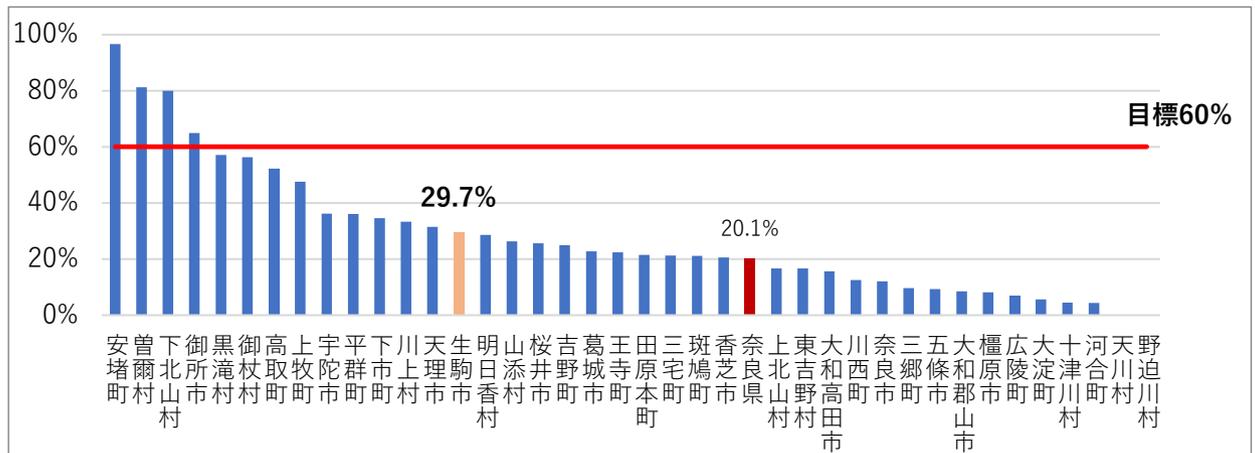
平成30年度は35.7%で県内でも高い実施率でしたが、令和元年度で7.7%下げ、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響を受け、県平均を下回るほど急降下しています。令和3年度以降は回復傾向にありますが、国の定めた目標60%とは大きな差があります。

図表10 特定保健指導実施率の推移(平成30年度～令和4年度)



出典:法定報告値

図表11 奈良県内市町村の特定保健指導実施率(令和4年度)

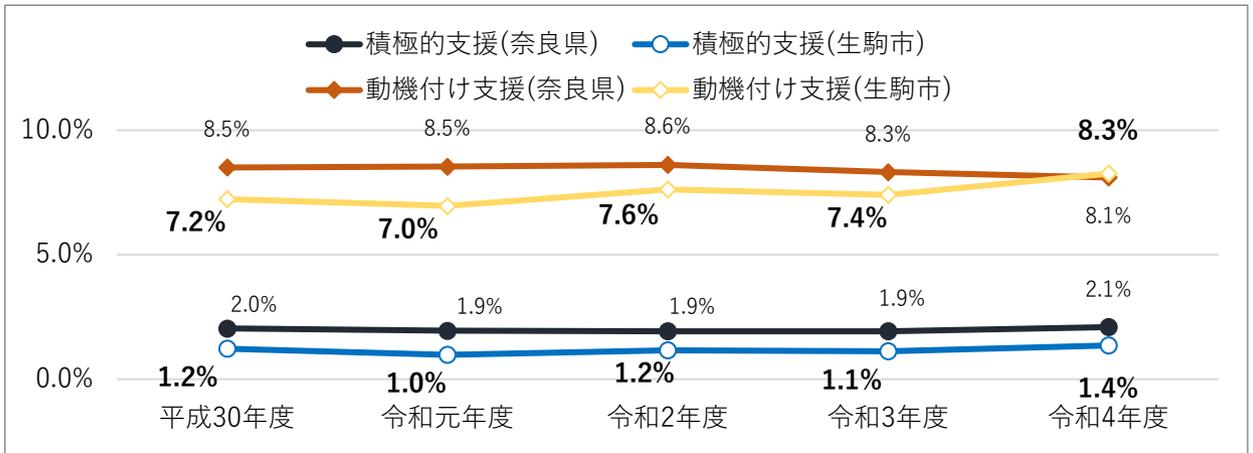


出典:法定報告値

以下は、特定保健指導対象者割合の推移について、奈良県と比較したものです。

特定健康診査受診者のうち、特定保健指導の該当者の割合は、積極的支援、動機付け支援ともに奈良県よりも低い水準でほぼ横ばいに推移しています。

図表12 特定保健指導対象者割合の推移(平成30年度～令和4年度)



出典:法定報告値

(参考)特定保健指導対象者の選定基準

腹囲/BMI	追加リスク	喫煙歴(注)	対象	
	①血糖②脂質③血圧		40歳-64歳	65歳-74歳
≧85cm(男性) ≧90cm(女性)	2つ以上該当	あり なし	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当			
上記以外で BMI ≧ 25	3つ該当	あり なし	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当			
	1つ該当			

(注)喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味する。

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖：空腹時血糖が100mg/dl以上またはHbA1c(NGSP値)5.6%以上

(空腹時血糖及びHbA1c(NGSP値)の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。)

②脂質：空腹時中性脂肪150mg/dl以上(やむをえない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上)またはHDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧：収縮期血圧130mmHg以上または拡張期血圧85mmHg以上

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者については、対象から除いている。

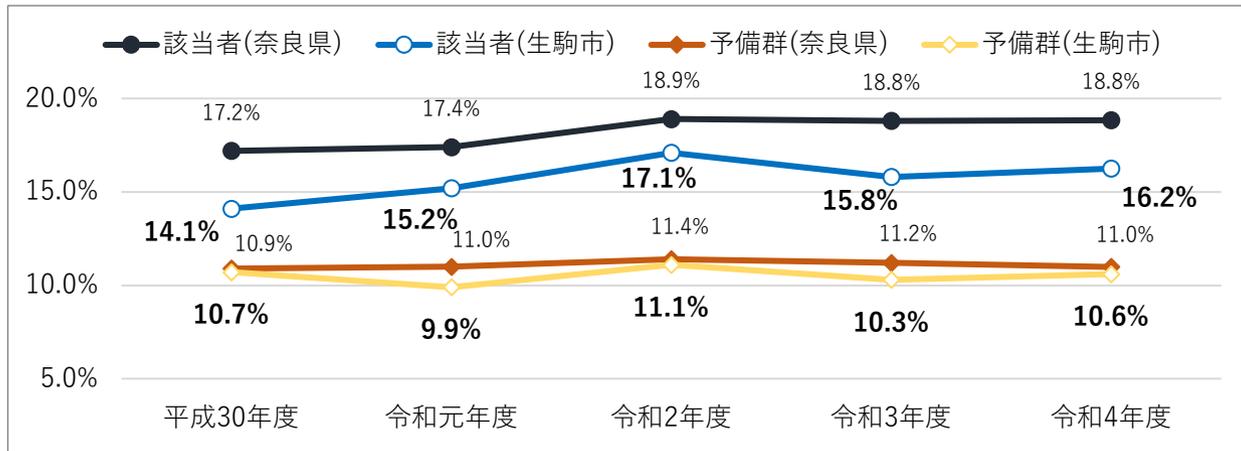
※65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみを行っている。

## (5) メタボリックシンドローム

以下は、本市のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合の推移について、奈良県と比較したものです。

特定健康診査受診者のうち、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群となった者の割合は、奈良県よりも低い水準でほぼ横ばいに推移しています。

図表13 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合の推移



出典:法定報告値

### (参考)メタボリックシンドローム判定基準

腹囲	追加リスク(①血糖②脂質③血压)	該当状況
≧85cm(男性)	2つ以上該当	メタボリックシンドローム基準該当者
≧90cm(女性)		メタボリックシンドローム予備群該当者

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖:空腹時血糖が110mg/dl以上

②脂質:中性脂肪150mg/dl以上またはHDLコレステロール40mg/dl未満

③血压:収縮期血压130mmHg以上または拡張期血压85mmHg以上

※糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者も対象となる。

## (6) 特定健康診査結果

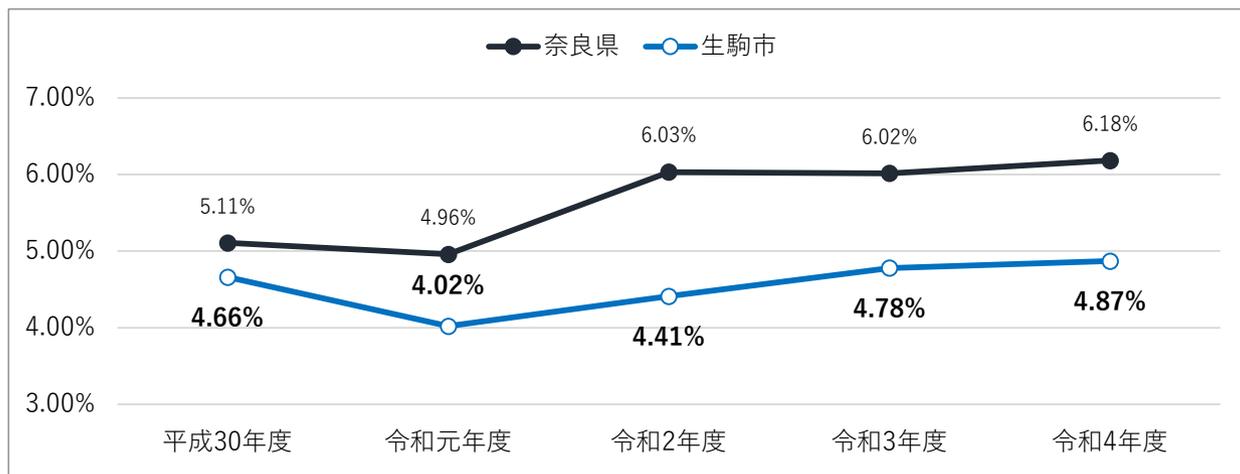
### ① 血圧

血圧には収縮期血圧(最大血圧)と拡張期血圧(最小血圧)があり、それぞれにおける正常血圧(収縮期血圧<120mmHg、拡張期血圧<80mmHg)より高くなっている状態は高血圧と言われ、収縮期血圧140mmHg及び拡張期血圧90mmHg以上になると、医療機関への受診勧奨の対象になっています。

以下は、特定健康診査の結果、Ⅱ度高血圧に該当する収縮期血圧160mmHg/拡張期血圧100mmHg以上の対象者の割合の推移について、奈良県と比較したものです。

特定健康診査受診者のうち、Ⅱ度高血圧以上に該当する者の割合は、奈良県よりも低い水準での推移ですが、上昇傾向にあります。

図表14 血圧160/100mmHg以上の該当者の割合の推移(平成30年度～令和4年度)



出典:奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

(参考)成人における血圧値の分類

分類	診察室血圧(mmHg)			家庭血圧(mmHg)		
	収縮期血圧	かつ	拡張期血圧	収縮期血圧	かつ	拡張期血圧
正常血圧	<120	かつ	<80	<115	かつ	<75
正常高値血圧	120-129	かつ	<80	115-124	かつ	<75
高値血圧	130-139	かつ/または	80-89	125-134	かつ/または	75-84
I度高血圧	140-159	かつ/または	90-99	135-144	かつ/または	85-89
Ⅱ度高血圧	160-179	かつ/または	100-109	145-159	かつ/または	90-99
Ⅲ度高血圧	≧180	かつ/または	≧110	≧160	かつ/または	≧100
(孤立性)収縮期高血圧	≧140	かつ	<90	≧135	かつ	<85

出典:日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン2019」

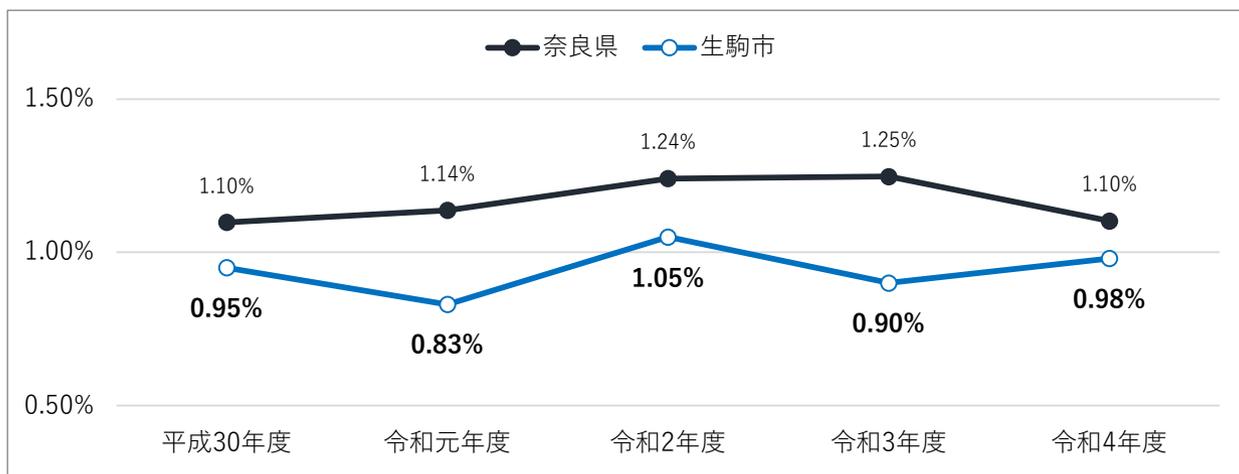
## ②HbA1c(NGSP)

HbA1cはヘモグロビン・エー・ワン・シーと読み、糖尿病の指標になる重要な数値であり、6.5%以上は糖尿病が疑われる値で、7.0%以上の状態を放置しておくとな数年後には8.0%以上になり、合併症(神経障害、網膜症、腎症)が進みやすくなります。

以下は、特定健康診査の結果、HbA1c7.0%以上及び8.0%以上の対象者の割合の推移について、奈良県と比較したものです。

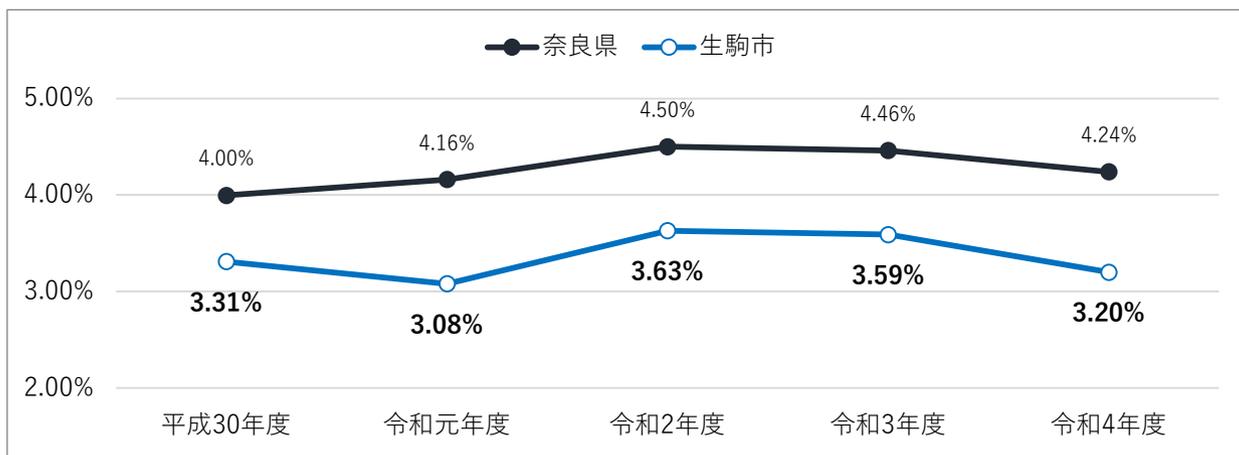
以下は、特定健康診査受診者のうち、HbA1c7.0%以上の該当者、8.0%以上の該当者の割合の推移になりますが、ともに奈良県よりも低い水準ながら、令和4年度は、HbA1c8.0%以上の該当者割合が、奈良県が下降しているにもかかわらず、本市は上昇しています。

図表15 HbA1c8.0%以上の該当者の割合の推移(平成30年度～令和4年度)



出典:奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

図表16 HbA1c7.0%以上の該当者の割合の推移



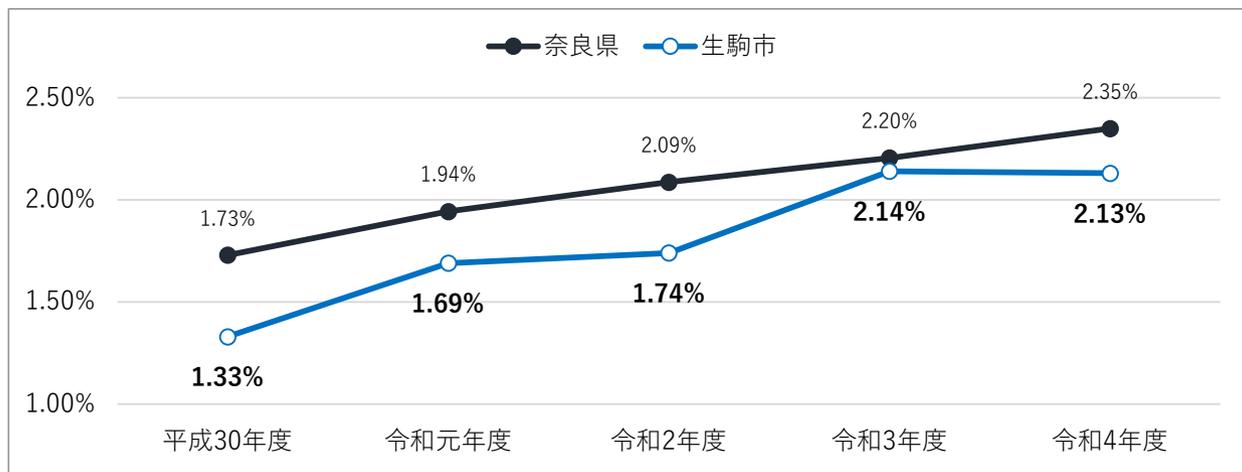
出典:奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

### ③eGFR

eGFR(推算糸球体濾過量)とは、腎機能を表す指標で、腎臓に、どれくらい老廃物を尿へ排泄する能力があるかを示しており、この値が低いほど腎臓の働きが悪いということになります。正常値は60ml/分/1.73m<sup>2</sup>以上になりますが、低下していくと、CKD(慢性腎臓病)の発症リスクが高くなり、発症後に重症化すると人工透析または腎移植が必要な腎不全に陥ることがあります。

以下は、特定健康診査受診者のうち、eGFR45ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満の該当者の割合の推移になりますが、奈良県よりも低い水準ながら、年々上昇傾向にあります。

図表17 eGFR45ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満の該当者の割合の推移(平成30年度～令和4年度)



出典:奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

(参考)CKDの重症度分類(CKD診療ガイドライン2012)

原疾患		尿蛋白区分		A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日)		正常	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
	尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)		30未満	30~299	300以上	
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日)		正常	軽度尿蛋白	高度尿蛋白	
	尿蛋白/Cr比 (g/gCr)		0.15未満	0.15~0.49	0.50以上	
GFR区分 (mL/分/1.73m <sup>2</sup> )	G1	正常または高値	≥ 90			
	G2	正常または軽度低下	60~89			
	G3a	軽度~中等度低下	45~59			
	G3b	中等度~高度低下	30~44			
	G4	高度低下	15~29			
	G5	末期腎不全(ESKD)	< 15			

重症度は原疾患・GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死発症のリスクを緑 ■ のステージを基準に、黄 ■、オレンジ ■、赤 ■ の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。

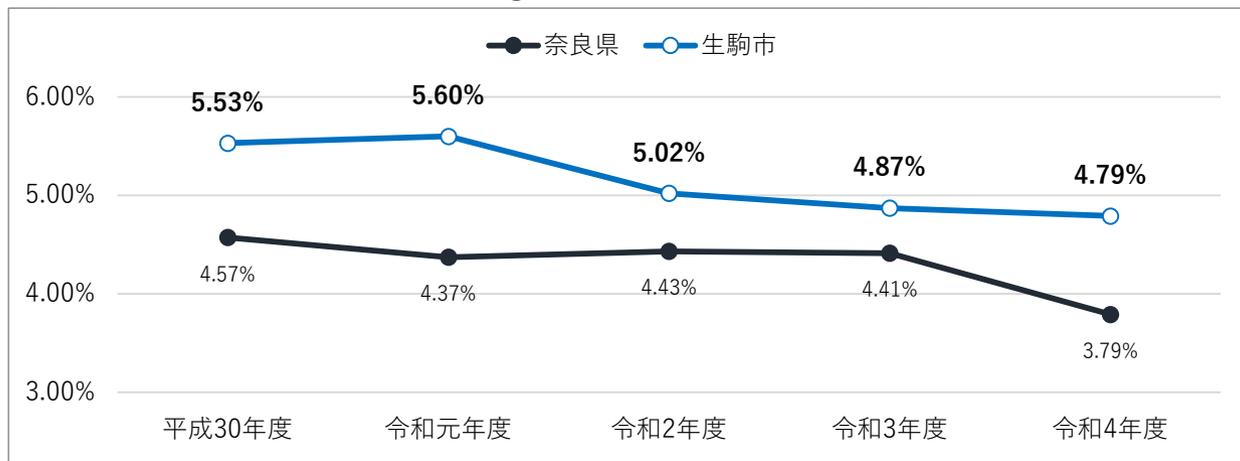
出典:日本腎臓学会「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018」

#### ④脂質異常症

脂質の異常には、LDLコレステロール、HDLコレステロール、中性脂肪の血中濃度の異常がありますが、これらはいずれも、動脈硬化の促進と関連しているといわれます。メタボリックシンドロームの診断基準に用いられる脂質の指標は、HDLコレステロールと中性脂肪ですが、LDLコレステロールは単独でも強力に動脈硬化を進行させるため注意が必要です。LDLコレステロールの正常範囲は140mg/dl未満で、180mg/dL以上になると心筋梗塞や狭心症への発症リスクが高まり、また、中性脂肪の正常範囲は空腹時150mg/dL未満、非空腹時175mg/dL未満で、500mg/dL以上になると、この状態を放置しておくとな急性膵炎の発症リスクが高くなります。

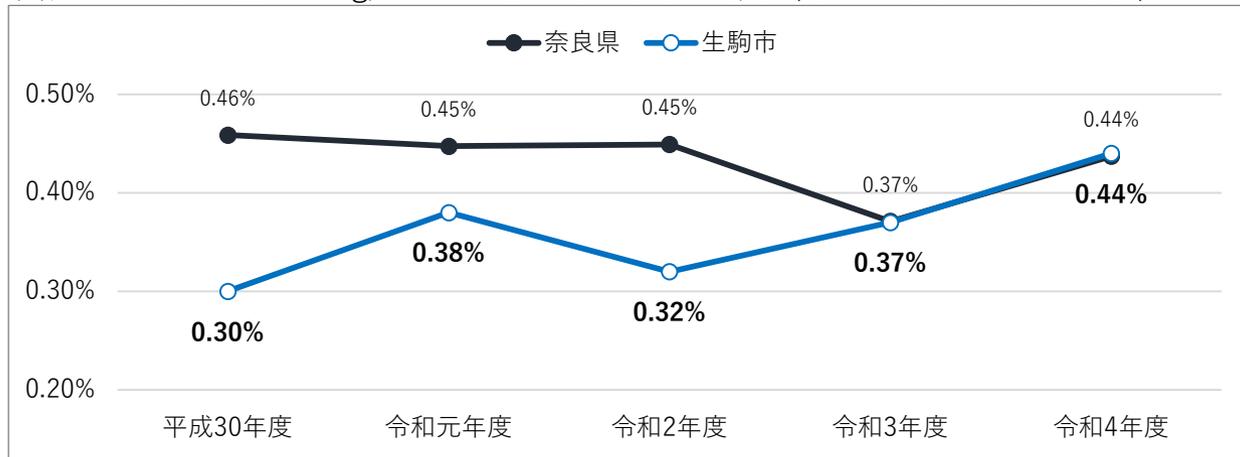
以下は、LDLコレステロール180mg/dl以上の該当者と中性脂肪500mg/dl以上の該当者の割合の推移を示しています。LDLコレステロール180mg/dl以上の該当者の割合は、奈良県よりも高い水準での推移ですが、年々下降傾向にあります。一方、中性脂肪500mg/dl以上の該当者の割合は上昇傾向にあり、令和2年度までは奈良県よりも低かったのが、令和3年度以降は同水準の高さになっています。

図表18 LDLコレステロール180mg/dl以上の該当者割合の推移(平成30年度～令和4年度)



出典:奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

図表19 中性脂肪500mg/dl以上の該当者の割合の推移(平成30年度～令和4年度)



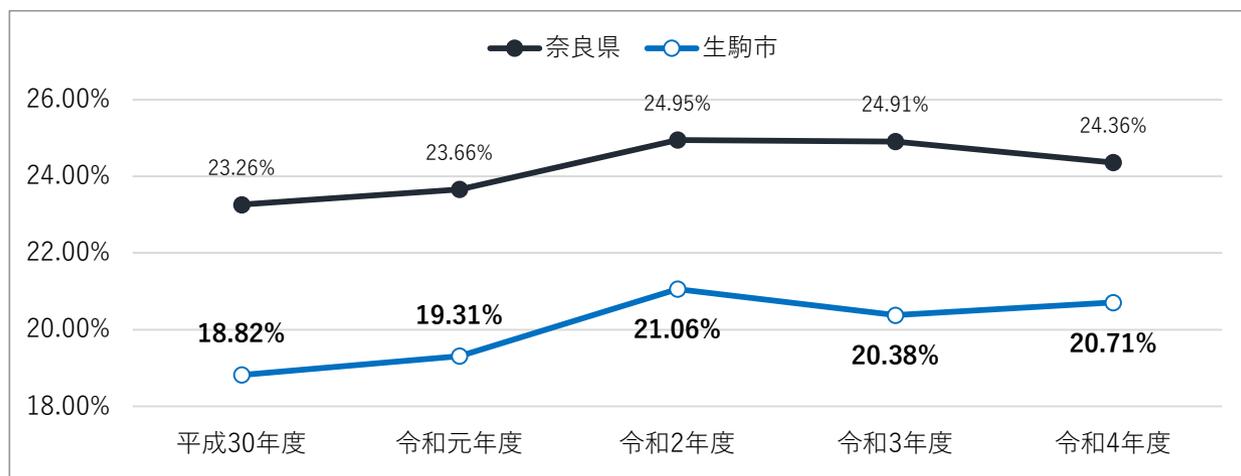
出典:奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

## ⑤BMI及び腹囲

BMIはBodyMassIndex(ボディ・マス・インデックス)の略称で、計算式は[体重(kg)]÷[身長(m)の2乗]で肥満や低体重(やせ)の判定として用いられており、BMIが22になるときの体重が標準体重で、最も病気になりにくい状態であるとされている一方で、25を超えると脂質異常症や糖尿病、高血圧などの生活習慣病のリスクが2倍以上になり、30を超えると高度な肥満としてより積極的な減量治療を要するものとされています。腹囲は内臓脂肪(腸の周りに脂肪が過剰に蓄積した状態)の増加を判定する指標として用いられ、男性85cm未満、女性90cm未満が基準値になります。

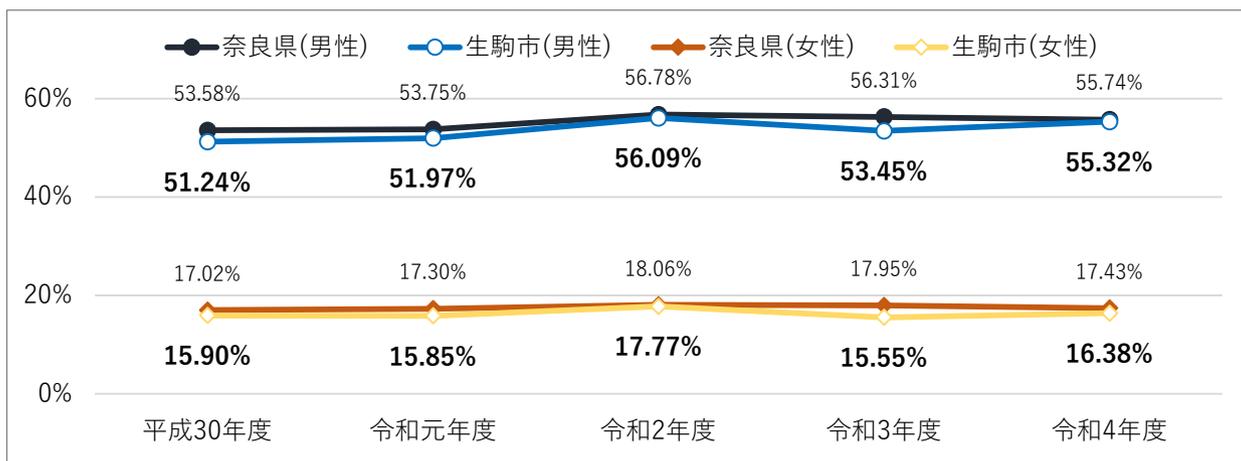
以下は、BMI25以上の該当者と腹囲が基準値以上の該当者の割合の推移を示しています。BMI25以上の該当者の割合は、奈良県よりも低い水準で推移していますが、年々上昇傾向にあります。一方、腹囲が基準値以上の該当者の割合は、ほぼ奈良県と同水準で横ばいに推移しています。

図表20 BMI25以上の該当者の割合の推移(平成30年度～令和4年度)



出典:奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

図表21 (男性)腹囲85cm以上、(女性)腹囲90cm以上の該当者の割合の推移



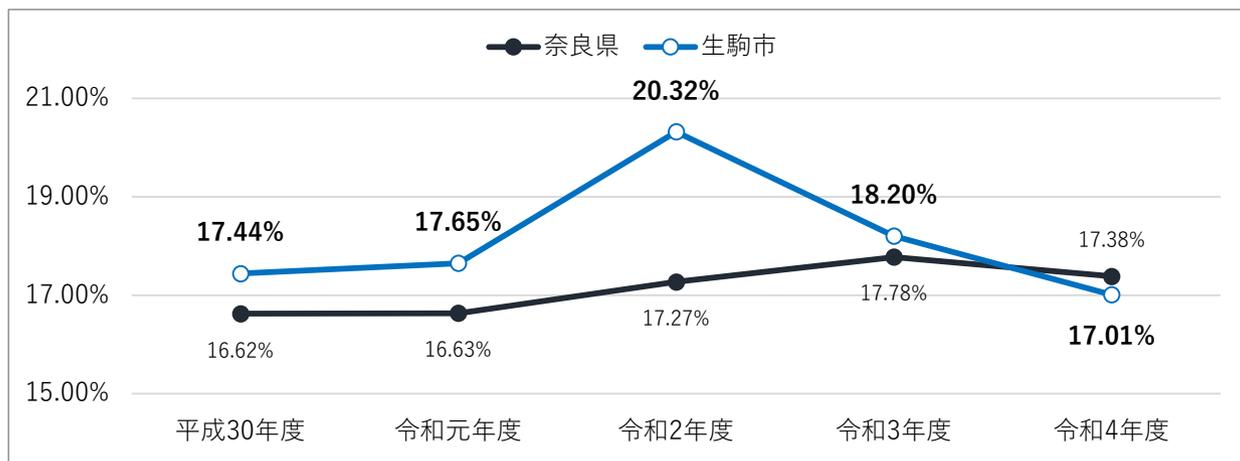
出典:奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

## ⑥咀嚼

口腔機能に検査に着目し、平成30年度から特定健康診査の質問票に「食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。」という質問が新規で設定されました。う蝕(むし歯)、歯周病、歯の喪失やそれ以外の歯・口腔に関わる疾患等により咀嚼機能や口腔機能が低下すると、野菜の摂取は減少し、脂質やエネルギー摂取が増加することで、生活習慣病のリスクが高まることが指摘されており、逆に、何でもかんで食べられると、バランスよく食事をとることができるだけでなく、唾液の分泌量が増加するため、消化吸収の促進、味覚の増進等にも有効であるといわれています。

以下は、当該質問項目において「歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある」、「ほとんどかめない」と回答された、咀嚼機能に問題があると思われる該当者の割合の推移を示しています。咀嚼機能に問題があると思われる該当者の割合は、令和3年度まで奈良県よりも高い水準で推移していましたが、令和2年度の20.32%をピークに減少傾向にあり、令和4年度は奈良県よりも低くなっています。

図表22 咀嚼機能に問題があると思われる該当者の割合の推移(平成30年度～令和4年度)



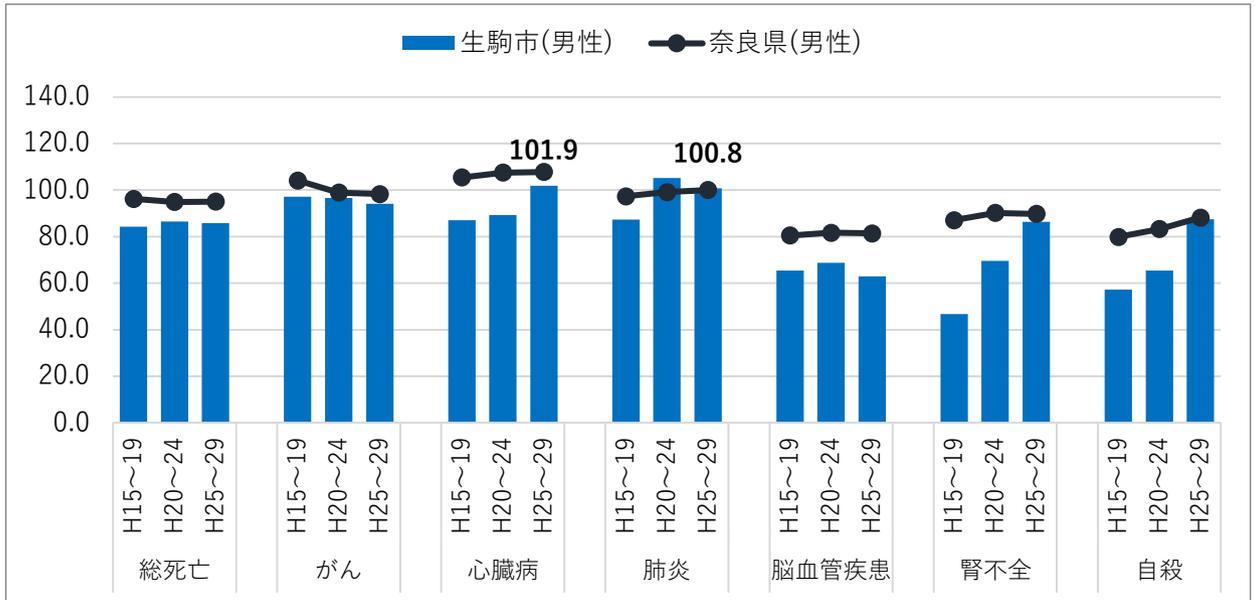
出典:奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

## (7) 標準化死亡比

以下は、主要疾病における標準化死亡比(国100に対する年齢を考慮した死亡率の比)の推移を示したものです。

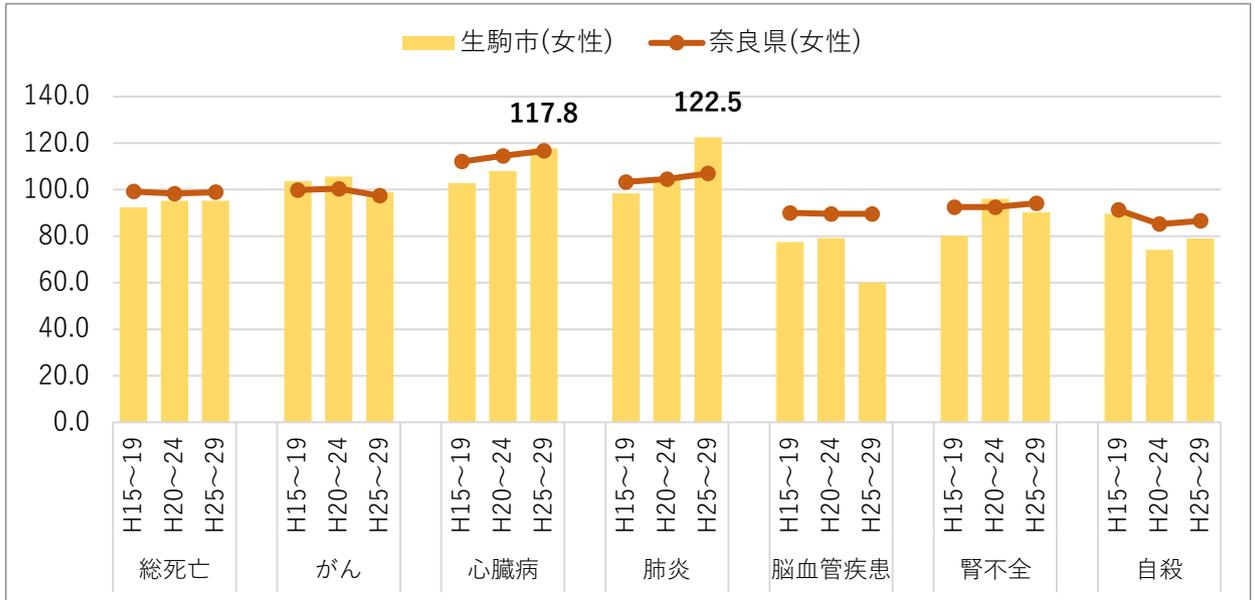
男性、女性ともに、心臓病(心筋梗塞、心不全等)と肺炎で100以上となっています。特に女性は、肺炎の標準化死亡比122.5で高い数値になっています。

図表23 (男性)主要疾病標準化死亡比の推移



出典:厚生労働省「人口動態保健所・市区町村別統計」

図表24 (女性)主要疾病標準化死亡比の推移



出典:厚生労働省「人口動態保健所・市区町村別統計」

## 2. 健康・医療情報等の分析

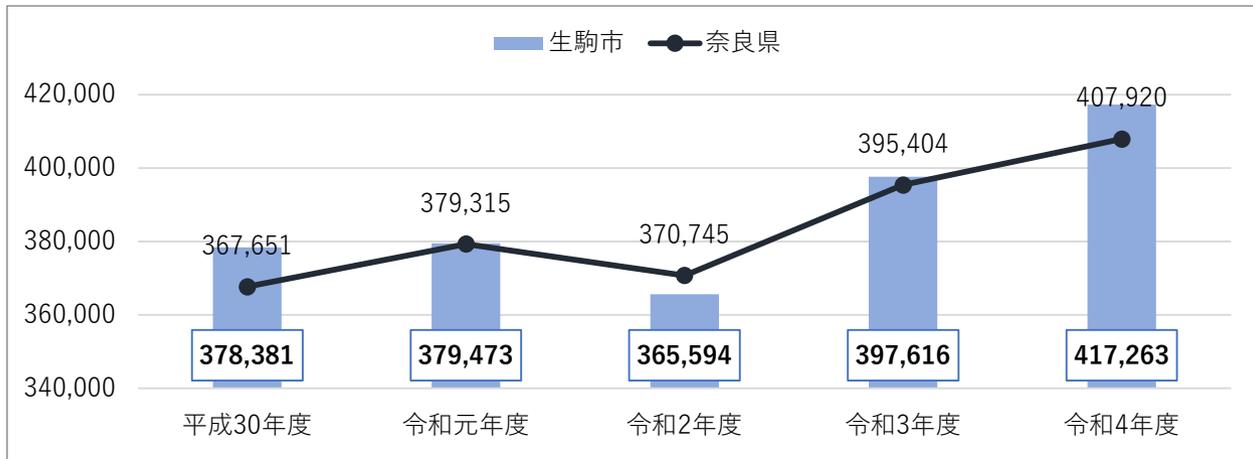
### (1) 医療費の状況

#### ①被保険者一人当たり医療費

以下は、本市の被保険者一人当たり医療費の推移について、奈良県と比較したものです。

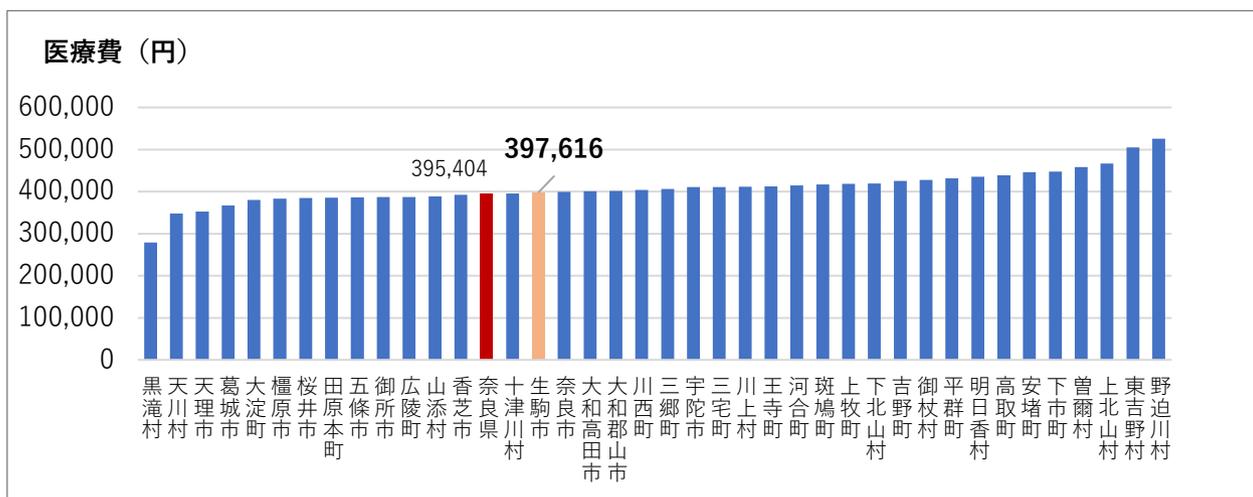
本市の被保険者一人当たり医療費は、新型コロナウイルス感染症の影響を受けた令和2年度は大きく落ち込みましたが、令和3年度には増加し、奈良県とほぼ同じ水準になっています。

図表25 被保険者一人当たり医療費の推移(平成30年度～令和4年度)



出典:厚生労働省「国民健康保険事業年報」 ※令和4年度は同年報に係る国への報告分(奈良県)

図表26 奈良県内市町村の被保険者一人当たり医療費(令和3年度)



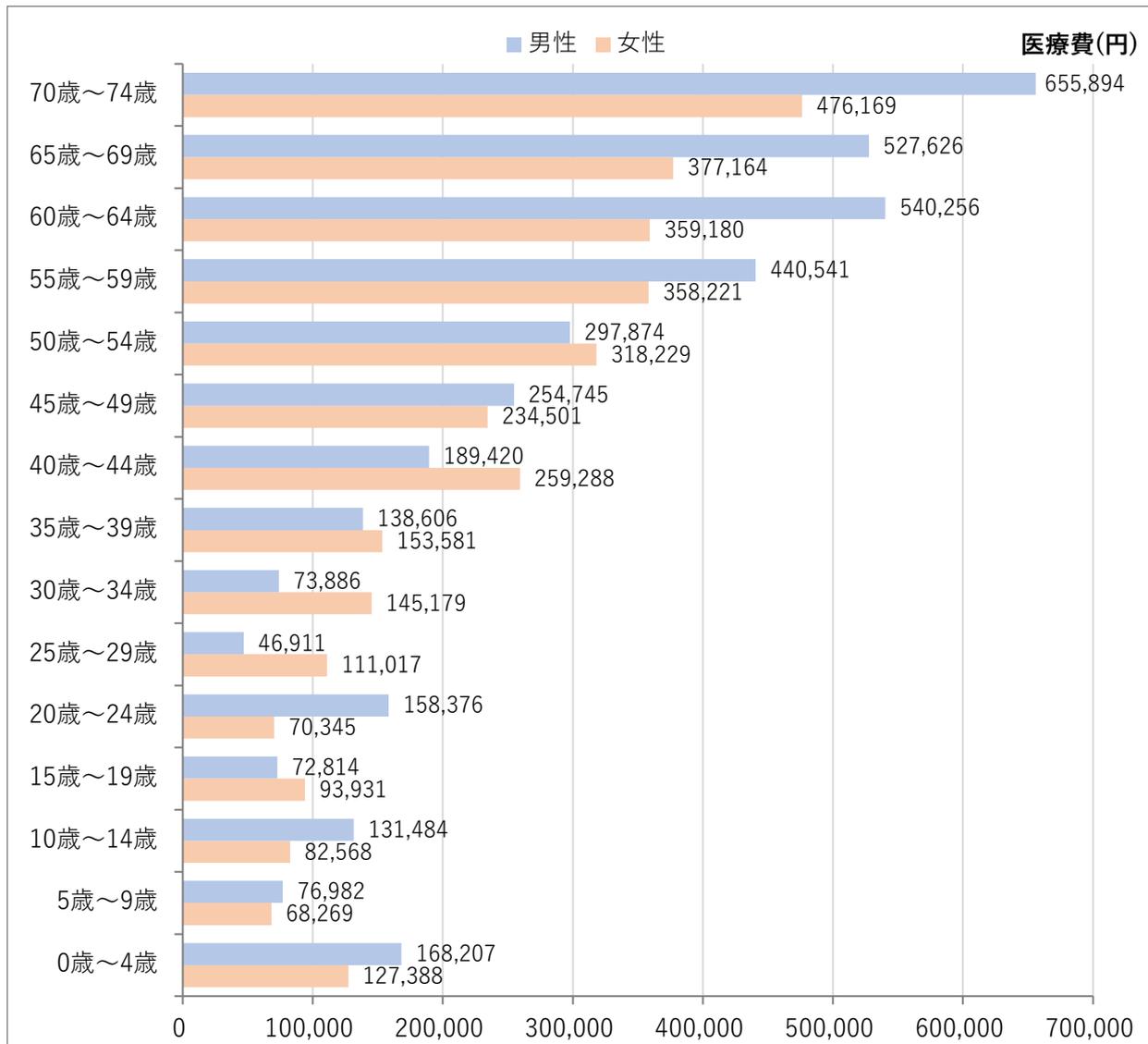
出典:厚生労働省「国民健康保険事業年報」

## ②性別・年齢階層別の被保険者一人当たり医療費

以下は、本市の性別・年齢階層別の被保険者一人当たり医療費を示したものです。

男性、女性ともに、加齢に伴い医療費が増加する傾向にあり、男性は55歳以上、女性は40歳以上からの伸び率が高くなっています。

図表27 性別・年齢階層別の被保険者一人当たり医療費(令和4年度)



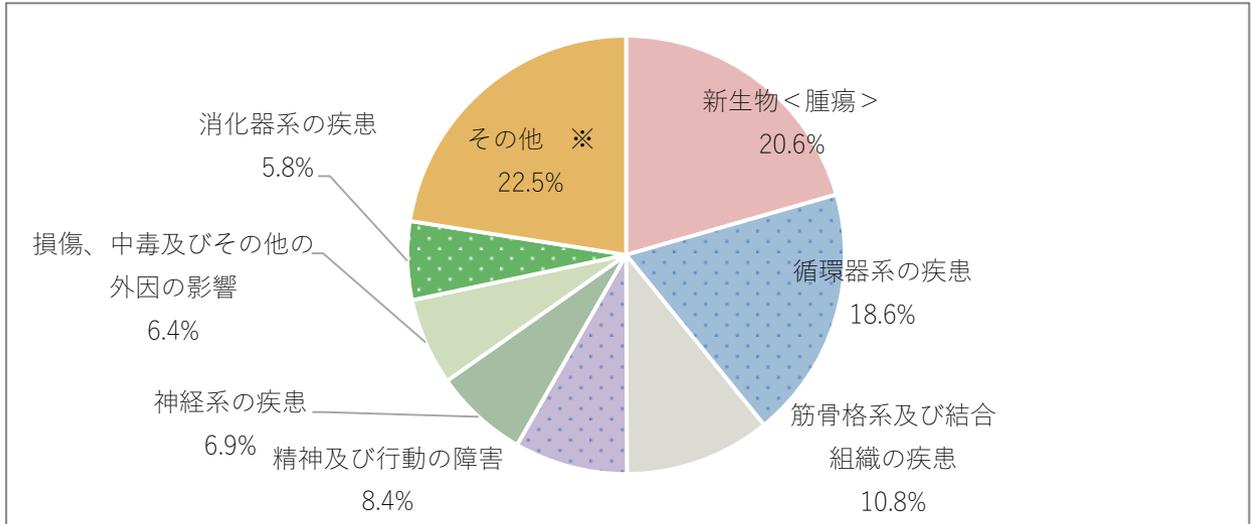
出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(大分類)」

## (2) 疾病分類別医療費

以下は、本市における入院の疾病分類別医療費の状況を示したものです。

大分類別は「新生物<腫瘍>」の構成比が20.6%で最も高く、細小分類別では「食道がん」「前立腺がん」「膵臓がん」の割合が高くなっています。大分類別で「循環器系の疾患」の構成比も18.6%で高く、細小分類別では「脳梗塞」が高くなっています。

図表28 大分類別医療費構成比(入院)(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」  
 ※その他…総医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

図表29 大・中・細小分類別分析(入院)(令和4年度)

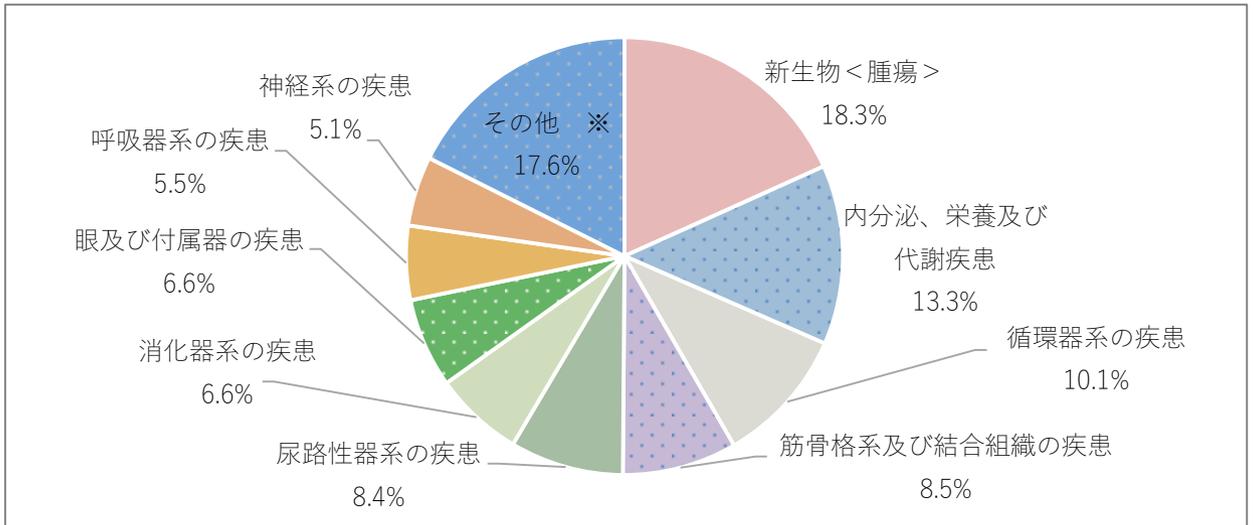
順位	大分類別分析		中分類別分析		細小分類分析	
1	新生物<腫瘍>	20.6%	その他の悪性新生物<腫瘍>	7.9%	食道がん	0.9%
			悪性リンパ腫	2.4%	前立腺がん	0.8%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	2.1%	膵臓がん	0.7%
					肺がん	2.1%
2	循環器系の疾患	18.6%	その他の心疾患	5.8%	不整脈	2.7%
			脳梗塞	3.4%	心臓弁膜症	0.9%
			虚血性心疾患	2.9%	脳梗塞	3.4%
3	筋骨格系及び結合組織の疾患	10.8%	関節症	3.8%	狭心症	2.0%
			その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	3.4%	関節疾患	3.8%
			脊椎障害(脊椎症を含む)	2.0%		
4	精神及び行動の障害	8.4%	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	4.5%	統合失調症	4.5%
			気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	1.8%	うつ病	1.8%
			その他の精神及び行動の障害	1.4%		

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」  
 ※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

以下は、本市における外来の疾病分類別医療費の状況を示したものです。

大分類別は「新生物<腫瘍>」の構成比が18.3%で最も高く、細小分類別では「前立腺がん」の割合が高くなっています。大分類別で「内分泌、栄養及び代謝疾患」「循環器系の疾患」の構成比も高く、細小分類別では「糖尿病」「高血圧性疾患」「脂質異常症」が高くなっています。

図表30 大分類別医療費構成比(外来)(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」  
 ※その他…総医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

図表31 大・中・細小分類別分析(外来)(令和4年度)

順位	大分類別分析		中分類別分析		細小分類分析	
1	新生物<腫瘍>	18.3%	その他の悪性新生物<腫瘍>	6.7%	前立腺がん	1.1%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	4.3%	卵巣腫瘍(悪性)	0.6%
					食道がん	0.4%
					肺がん	4.3%
乳房の悪性新生物<腫瘍>	2.3%	乳がん	2.3%			
2	内分泌、栄養及び代謝疾患	13.3%	糖尿病	7.6%	糖尿病	7.0%
			脂質異常症	3.8%	糖尿病網膜症	0.6%
					脂質異常症	3.8%
			その他の内分泌、栄養及び代謝障害	1.2%	痛風・高尿酸血症	0.1%
3	循環器系の疾患	10.1%	高血圧性疾患	4.5%	高血圧症	4.5%
			その他の心疾患	3.7%	不整脈	2.0%
			虚血性心疾患	0.9%	狭心症	0.7%
			4	筋骨格系及び結合組織の疾患	8.5%	炎症性多発性関節障害
関節症	1.5%	痛風・高尿酸血症				0.1%
骨の密度及び構造の障害	1.4%	骨粗しょう症	1.4%			

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」  
 ※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

以下は、本市における細小分類別の医療費の状況を示したものです。

細小分類別による医療費が高い上位10疾病に、「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」が入っており、当該3疾病で7億2千万円(9.5%)になります。また、生活習慣の影響で重篤化する「慢性腎臓病(透析あり)」や「不整脈」、介護の要因にもなる「骨折」も上位に挙がっています。

図表32 細小分類による医療費上位10疾病(令和4年度)

順位	細小分類別疾患	医療費(円)	割合(%)※
1	糖尿病	342,564,580	4.5%
2	関節疾患	335,640,640	4.4%
3	慢性腎臓病(透析あり)	276,273,410	3.6%
4	肺がん	260,199,660	3.4%
5	高血圧症	205,627,300	2.7%
6	統合失調症	197,562,460	2.6%
7	骨折	175,949,750	2.3%
8	不整脈	172,613,460	2.3%
9	脂質異常症	172,505,130	2.3%
10	うつ病	137,815,910	1.8%

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

※割合…総医療費に占める割合。

※細小分類のうち、「その他」及び「小児科」については上位10疾病の対象外としている。

### (3) 生活習慣病等疾病別医療費

以下は、本市における生活習慣病等疾病別の医療費の状況を示したものです。

入院・外来ともに、医療費が最も高いのは「がん」で次いで「筋・骨格」となっています。

「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」は、外来において医療費、レセプト件数の割合が比較的高くなっており、当該3疾病の影響により重症化が加速するとされる「脳出血」「脳梗塞」「狭心症」は入院において医療費が高くなっています。

図表33 生活習慣病等疾病別医療費統計(入院)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	29,949,150	1.0%	7	64	1.4%	7	467,955	9
高血圧症	6,332,470	0.2%	9	20	0.4%	8	316,624	10
脂質異常症	2,406,990	0.1%	11	11	0.2%	9	218,817	11
高尿酸血症	186,790	0.0%	13	2	0.0%	12	93,395	13
脂肪肝	281,520	0.0%	12	2	0.0%	12	140,760	12
動脈硬化症	3,775,270	0.1%	10	4	0.1%	11	943,818	3
脳出血	75,096,300	2.4%	5	79	1.7%	5	950,586	2
脳梗塞	106,109,850	3.4%	4	135	3.0%	4	785,999	7
狭心症	61,503,070	2.0%	6	70	1.5%	6	878,615	5
心筋梗塞	16,307,470	0.5%	8	11	0.2%	9	1,482,497	1
がん	645,154,520	20.6%	1	700	15.4%	1	921,649	4
筋・骨格	338,967,700	10.8%	2	426	9.4%	3	795,699	6
精神	262,510,640	8.4%	3	550	12.1%	2	477,292	8
その他(上記以外のもの)	1,584,339,510	50.6%		2,465	54.3%		642,734	
合計	3,132,921,250			4,539			690,223	

出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

図表34 生活習慣病等疾病別医療費統計(外来)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	329,136,730	7.4%	3	11,466	6.2%	4	28,705	3
高血圧症	199,275,110	4.5%	4	16,709	9.0%	2	11,926	12
脂質異常症	170,082,160	3.8%	6	12,817	6.9%	3	13,270	11
高尿酸血症	3,251,530	0.1%	10	343	0.2%	10	9,480	13
脂肪肝	6,773,940	0.2%	9	384	0.2%	9	17,640	8
動脈硬化症	1,776,760	0.0%	11	120	0.1%	11	14,806	10
脳出血	992,880	0.0%	13	58	0.0%	12	17,119	9
脳梗塞	17,645,770	0.4%	8	964	0.5%	8	18,305	7
狭心症	29,701,960	0.7%	7	1,361	0.7%	7	21,824	4
心筋梗塞	1,560,390	0.0%	12	37	0.0%	13	42,173	2
がん	817,932,780	18.3%	1	7,440	4.0%	6	109,937	1
筋・骨格	379,667,310	8.5%	2	18,812	10.1%	1	20,182	5
精神	174,717,120	3.9%	5	9,153	4.9%	5	19,089	6
その他(上記以外のもの)	2,344,550,730	52.4%		105,807	57.0%		22,159	
合計	4,477,065,170			185,471			24,139	

出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

入院・外来の合計で見ると、最も医療費が高いのは「がん」で、次いで「筋・骨格」、「精神」の順となっています。レセプト件数では、「筋・骨格」が最も多く、次いで「高血圧症」、「脂質異常症」、「糖尿病」となっています。レセプト一件当たりの医療費では、「脳出血」、「心筋梗塞」、「がん」が高くなっています。

図表35 生活習慣病等疾病別医療費統計(入外合計)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	359,085,880	4.7%	4	11,530	6.1%	4	31,144	9
高血圧症	205,607,580	2.7%	5	16,729	8.8%	2	12,290	12
脂質異常症	172,489,150	2.3%	6	12,828	6.8%	3	13,446	11
高尿酸血症	3,438,320	0.0%	13	345	0.2%	10	9,966	13
脂肪肝	7,055,460	0.1%	11	386	0.2%	9	18,278	10
動脈硬化症	5,552,030	0.1%	12	124	0.1%	12	44,774	7
脳出血	76,089,180	1.0%	9	137	0.1%	11	555,395	1
脳梗塞	123,755,620	1.6%	7	1,099	0.6%	8	112,607	4
狭心症	91,205,030	1.2%	8	1,431	0.8%	7	63,735	5
心筋梗塞	17,867,860	0.2%	10	48	0.0%	13	372,247	2
がん	1,463,087,300	19.2%	1	8,140	4.3%	6	179,740	3
筋・骨格	718,635,010	9.4%	2	19,238	10.1%	1	37,355	8
精神	437,227,760	5.7%	3	9,703	5.1%	5	45,061	6
その他(上記以外のもの)	3,928,890,240	51.6%		108,272	57.0%		36,287	
合計	7,609,986,420			190,010			40,050	

出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

#### (4) 透析患者の状況

以下は、本市における透析患者の発生状況を示したものです。

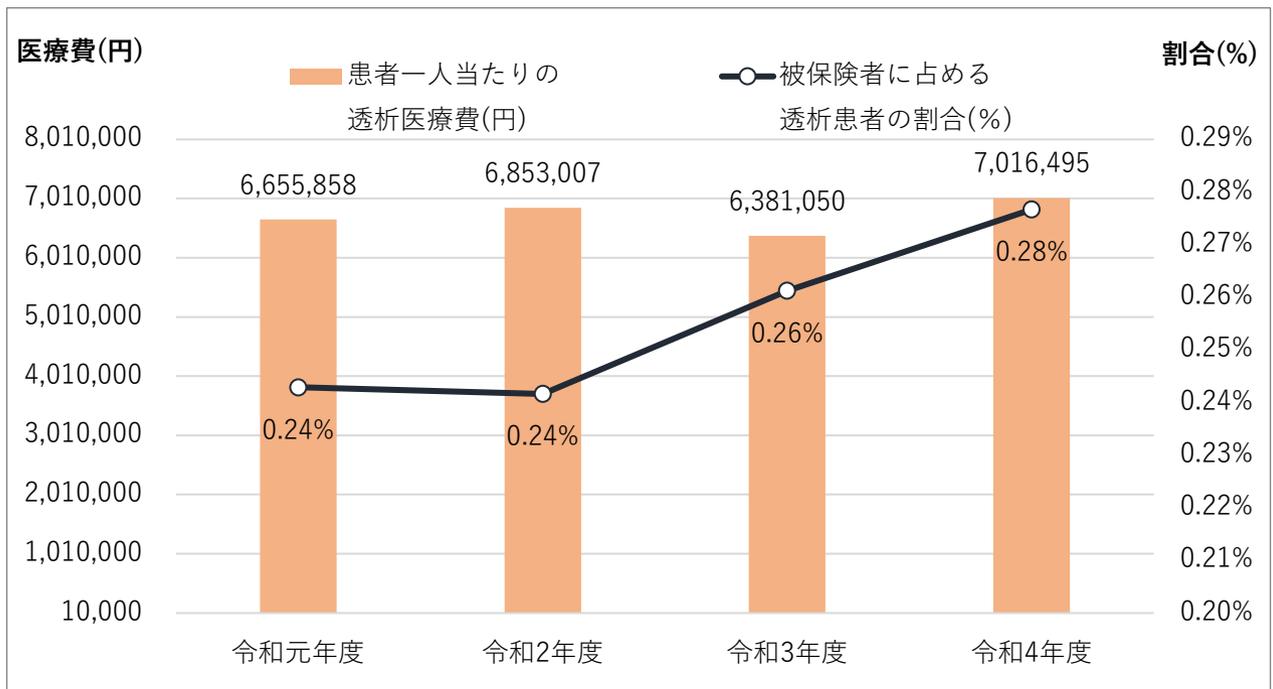
本市の被保険者に占める透析患者の割合は、国及び奈良県よりも低くなっていますが、令和元年度から令和4年度までの推移を見ると、透析患者の割合は上昇傾向にあります。患者一人当たりの透析医療費は約650～700万で推移しています。

図表36 透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合(令和4年度)

	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者の割合(%)
生駒市	57	0.28%
奈良県	905	0.33%
国	86,890	0.35%

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

図表37 透析患者の割合及び透析医療費の推移(令和元年度～令和4年度)



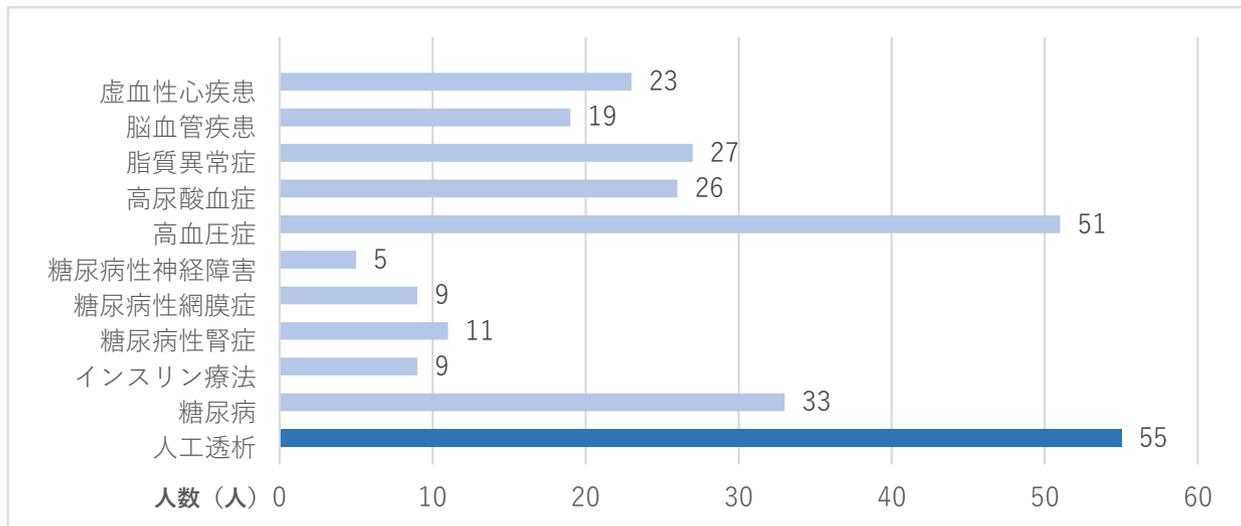
出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

※透析医療費…人工透析を行っているレセプトの総点数を医療費換算したものを。

以下は、本市における透析患者の併存している疾患を示したものです。

人工透析患者55人のうち、51人(92.7%)が「高血圧症」、33人(60.0%)が「糖尿病」、27人(49.1%)が「脂質異常症」を併存している状況です。

図表38 透析患者の併存疾患(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「人工透析のレセプト分析」(令和4年5月診療分)

## (5) 服薬状況

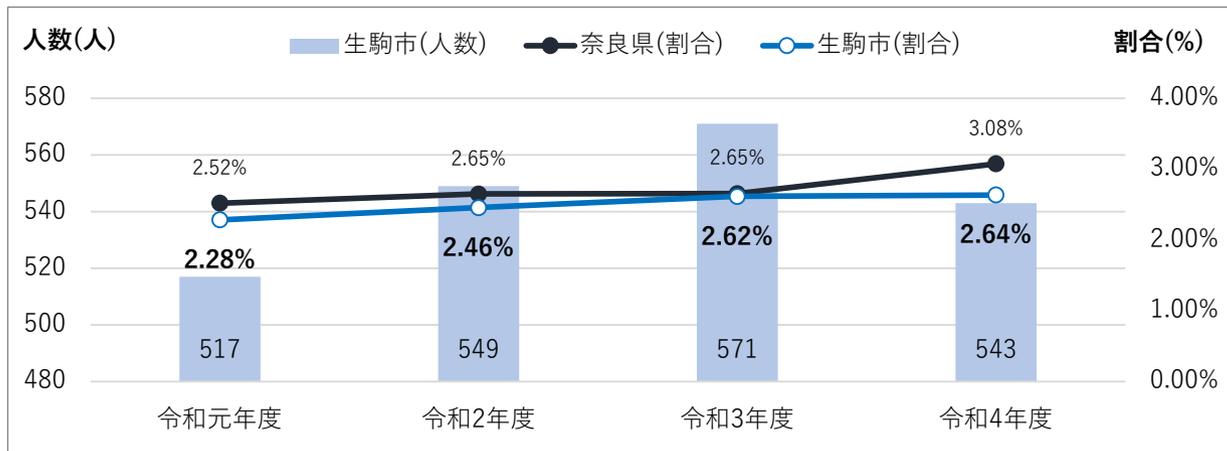
### ①重複投与者

以下は、本市における重複投与者の人数の推移を示したものです。

重複投与者は、同一月内に同一薬剤又は同様の効能・効果を持つ薬剤を複数の医療機関から処方されている人のことです。本市の対象者数について、令和元年度の517人から令和3年度の571人まで増加しましたが、令和4年度は543人まで減少しています。

被保険者に占める重複投与者割合について、令和元年度2.28%から令和4年度2.64%まで増加しています。

図表39 重複投与者数と被保険者に占める重複投与者割合の推移



出典:国保データベース(KDB)システム

## ②多剤投与者

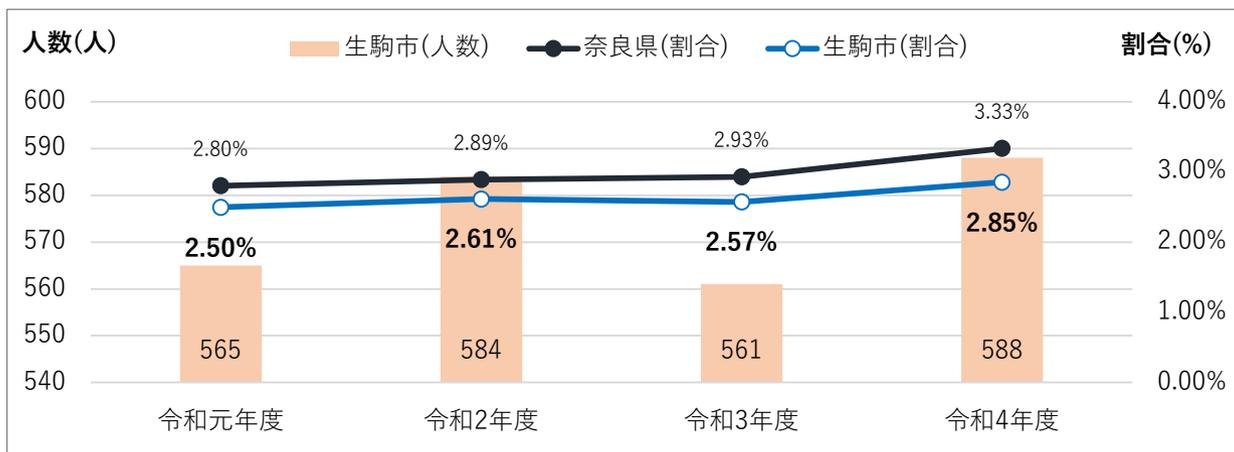
以下は、本市における多剤投与者の人数の推移を示したものです。

高齢になると、加齢による身体的・精神的機能の低下とともに複数の慢性疾患にかかり、飲む薬が多くなってきますが、日本老年医学会「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」によると、「高齢者において6種類以上の処方がある方は、薬物有害事象の頻度や転倒の発生頻度が高まる」とあります。

多剤投与者の人数について、年度によるばらつきはありますが560～590人前後で推移しています。

被保険者に占める多剤投与者の割合について令和元年度2.50%から徐々に上がり令和4年度で2.85%となっています。

図表40 多剤投与者数と被保険者に占める多剤投与者割合の推移

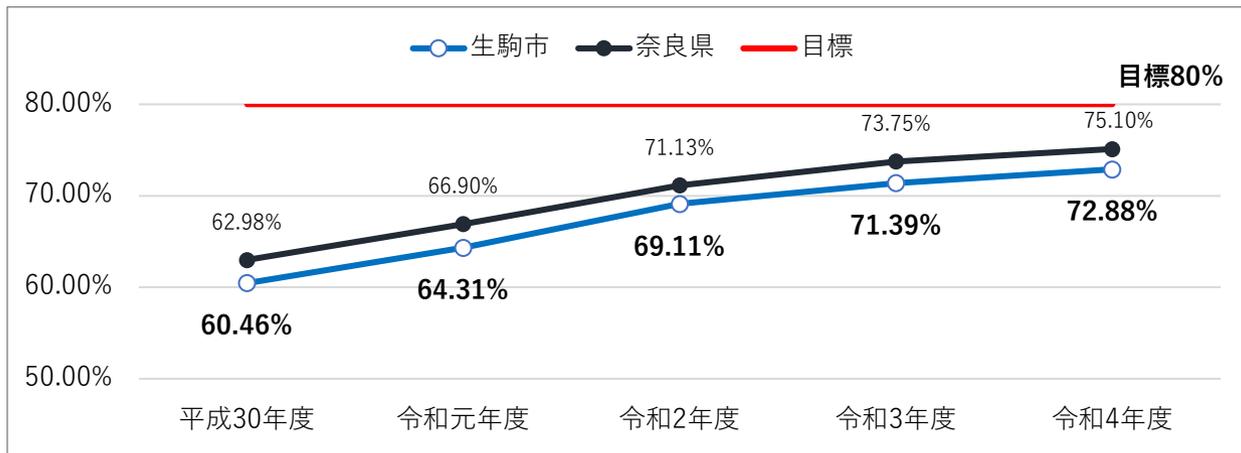


出典:国保データベース(KDB)システム

### ③後発医薬品使用割合

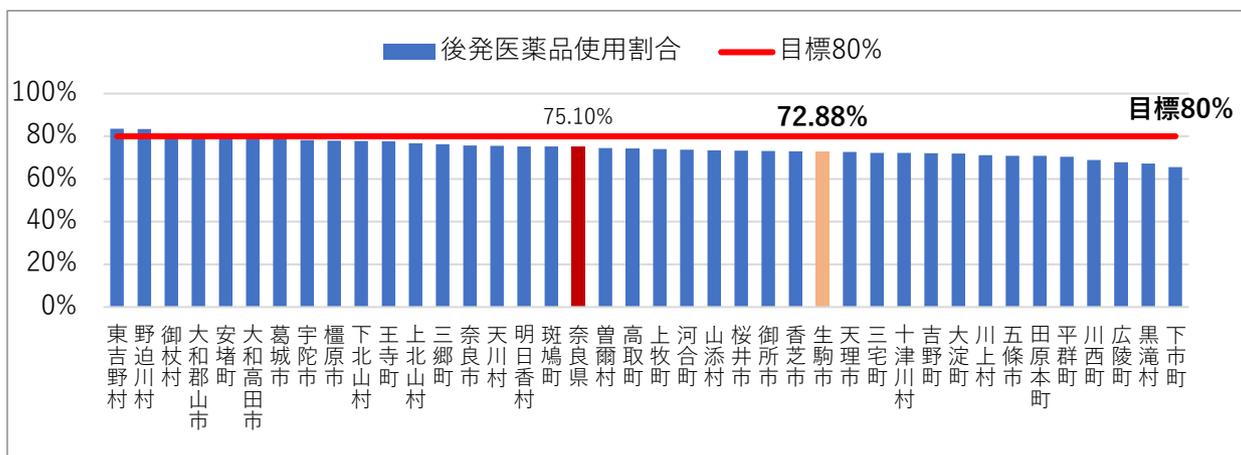
以下は、本市における後発医薬品使用割合の推移を奈良県と比較したものです。平成30年度から上昇していますが、奈良県よりも低い水準で推移しています。しかしながら、国が定めた目標80%には到達していません。

図表41 後発医薬品使用割合(数量ベース)の推移(平成30年度～令和4年度)



出典:奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

図表42 奈良県内市町村の後発医薬品使用割合(令和4年度)



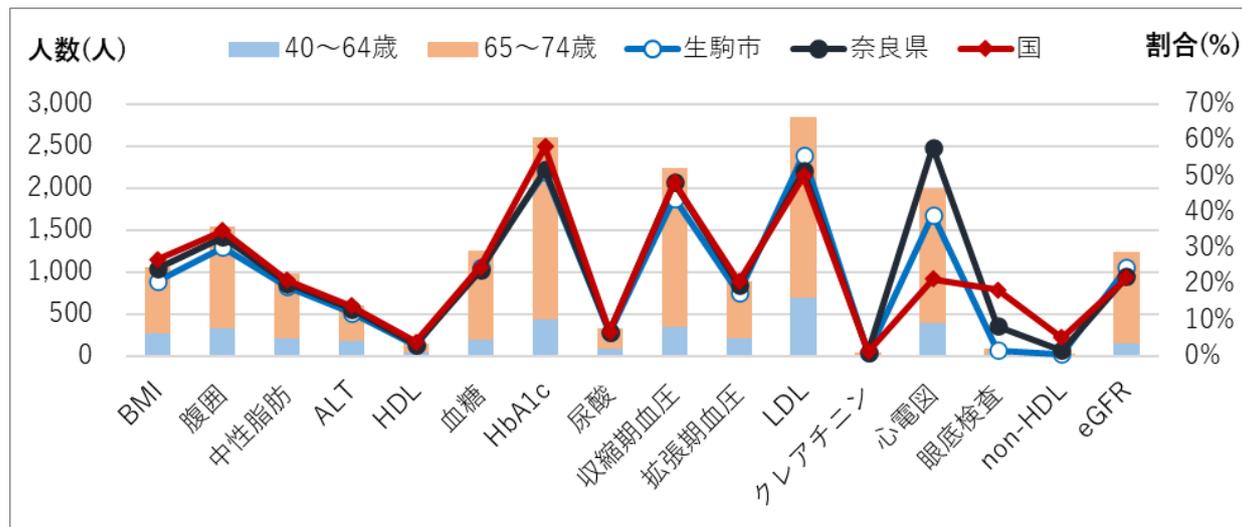
出典:奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

## (6) 有所見者割合

以下は、令和4年度の特定健康診査データによる、検査項目別の有所見者の状況について、国と奈良県と比較したものです。

多くの検査項目において、国や奈良県より有所見者割合は低い状況にありますが、血糖、LDL、eGFRは国や奈良県よりも高くなっています。

図表43 検査項目別有所見者の状況(令和4年度)



区分		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸	
		≧25	男性≧85 女性≧90	≧150	≧31	<40	≧100	≧5.6	≧7.0	
生駒市	40～64歳	人数(人)	276	330	212	179	40	192	443	94
		割合(%)	23.8%	28.4%	18.2%	15.4%	3.4%	16.5%	38.1%	8.1%
	65～74歳	人数(人)	788	1,206	767	430	111	1,070	2,157	241
		割合(%)	20.1%	30.7%	19.5%	11.0%	2.8%	27.3%	55.0%	6.1%
	全体 (40～74歳)	人数(人)	1,064	1,536	979	609	151	1,262	2,600	335
		割合(%)	20.9%	30.2%	19.2%	12.0%	3.0%	24.8%	51.1%	6.6%
奈良県		割合(%)	24.5%	33.1%	20.1%	13.1%	3.2%	23.9%	51.8%	6.8%
国		割合(%)	26.8%	34.9%	21.1%	14.0%	3.8%	24.8%	58.2%	6.7%

区分		収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査	non-HDL	eGFR	
		≧130	≧85	≧120	≧1.3	所見あり	検査あり	≧150	<60	
生駒市	40～64歳	人数(人)	345	212	686	7	384	24	3	148
		割合(%)	29.7%	18.2%	59.0%	0.6%	33.0%	2.1%	0.3%	12.7%
	65～74歳	人数(人)	1,889	680	2,157	36	1,617	59	21	1,099
		割合(%)	48.1%	17.3%	55.0%	0.9%	41.2%	1.5%	0.5%	28.0%
	全体 (40～74歳)	人数(人)	2,234	892	2,843	43	2,001	83	24	1,247
		割合(%)	43.9%	17.5%	55.9%	0.8%	39.3%	1.6%	0.5%	24.5%
奈良県		割合(%)	48.3%	19.7%	51.4%	1.1%	58.1%	8.3%	1.5%	22.1%
国		割合(%)	48.3%	20.7%	50.1%	1.3%	21.5%	18.4%	5.2%	21.8%

出典:国保データベース(KDB)システム「健診有所見者状況(男女別・年代別)」

以下は、令和4年度の特定健康診査データによる、質問票回答状況について、国と奈良県と比較したものです。

国や奈良県よりも、睡眠において「睡眠不足」である人の割合が高くなっています。「3食以外での間食が毎日」である人の割合が高いですが、生活習慣の改善意欲についても、国や奈良県よりも高い状況です。

図表44 質問票回答状況(令和4年度)

分類	質問項目	40～64歳			65～74歳			全体(40～74歳)		
		生駒市	奈良県	国	生駒市	奈良県	国	生駒市	奈良県	国
服薬	服薬_高血圧症	17.1%	19.6%	20.1%	38.4%	41.8%	43.6%	33.5%	35.9%	36.8%
	服薬_糖尿病	3.7%	4.6%	5.3%	7.0%	9.8%	10.4%	6.3%	8.4%	8.9%
	服薬_脂質異常症	15.0%	17.5%	16.5%	33.2%	35.4%	34.2%	29.0%	30.6%	29.1%
既往歴	既往歴_脳卒中	2.1%	1.9%	2.0%	3.9%	3.6%	3.8%	3.5%	3.1%	3.3%
	既往歴_心臓病	3.2%	2.6%	3.0%	6.1%	6.6%	6.8%	5.5%	5.6%	5.7%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	1.0%	0.7%	0.6%	1.1%	1.4%	0.9%	1.1%	1.2%	0.8%
	既往歴_貧血	18.2%	16.2%	14.2%	9.8%	9.5%	9.3%	11.7%	11.3%	10.7%
喫煙	喫煙	11.1%	15.8%	18.9%	7.5%	8.9%	10.2%	8.4%	10.7%	12.7%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	34.9%	36.6%	37.8%	29.4%	32.4%	33.2%	30.6%	33.6%	34.6%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	65.9%	68.6%	68.8%	51.2%	53.1%	55.4%	54.5%	57.2%	59.3%
	1日1時間以上運動なし	48.9%	49.9%	49.3%	44.3%	46.1%	46.7%	45.4%	47.1%	47.5%
	歩行速度遅い	53.4%	53.6%	53.0%	45.8%	47.9%	49.4%	47.5%	49.4%	50.5%
食事	食べる速度が速い	31.1%	32.4%	30.7%	26.1%	26.0%	24.6%	27.2%	27.7%	26.4%
	食べる速度が普通	61.6%	59.6%	61.1%	66.9%	66.3%	67.6%	65.7%	64.5%	65.7%
	食べる速度が遅い	7.3%	8.0%	8.2%	7.0%	7.7%	7.8%	7.1%	7.8%	7.9%
	週3回以上就寝前夕食	17.4%	18.5%	21.1%	7.6%	9.5%	12.1%	9.8%	11.9%	14.7%
	週3回以上朝食を抜く	15.1%	15.8%	18.9%	3.6%	4.3%	5.9%	6.2%	7.4%	9.7%
飲酒	毎日飲酒	18.8%	22.3%	24.3%	24.1%	24.0%	24.7%	22.9%	23.6%	24.6%
	時々飲酒	25.7%	23.3%	25.3%	22.1%	20.2%	21.1%	22.9%	21.0%	22.3%
	飲まない	55.4%	54.4%	50.4%	53.8%	55.8%	54.2%	54.2%	55.4%	53.1%
	1日飲酒量(1合未満)	76.1%	70.9%	60.9%	78.1%	75.2%	67.6%	77.6%	74.0%	65.6%
	1日飲酒量(1～2合)	16.2%	17.4%	23.0%	16.4%	18.2%	23.1%	16.3%	18.0%	23.1%
	1日飲酒量(2～3合)	5.9%	8.3%	11.2%	5.0%	5.6%	7.8%	5.2%	6.3%	8.8%
	1日飲酒量(3合以上)	1.9%	3.4%	4.8%	0.6%	1.1%	1.5%	0.9%	1.7%	2.5%
睡眠	睡眠不足	30.4%	29.3%	28.4%	24.1%	24.0%	23.4%	25.5%	25.4%	24.9%
生活習慣改善意欲	改善意欲なし	20.8%	22.7%	23.0%	25.8%	27.5%	29.3%	24.7%	26.2%	27.5%
	改善意欲あり	34.3%	36.5%	32.9%	28.9%	29.8%	26.0%	30.2%	31.6%	28.0%
	改善意欲ありかつ始めている	17.8%	14.8%	16.4%	13.2%	11.7%	13.0%	14.3%	12.5%	14.0%
	取組み済み6ヶ月未満	9.6%	10.0%	9.9%	9.3%	8.8%	8.6%	9.4%	9.1%	9.0%
	取組み済み6ヶ月以上	17.5%	16.0%	17.8%	22.7%	22.2%	23.1%	21.5%	20.5%	21.6%
	保健指導利用しない	58.9%	58.7%	62.4%	59.4%	58.6%	62.9%	59.3%	58.6%	62.8%
咀嚼	咀嚼_何でも	86.4%	84.3%	83.8%	81.9%	77.2%	77.0%	82.9%	79.1%	79.0%
	咀嚼_かみにくい	13.3%	15.1%	15.5%	17.9%	22.1%	22.1%	16.8%	20.2%	20.2%
	咀嚼_ほとんどかめない	0.3%	0.6%	0.7%	0.2%	0.7%	0.8%	0.2%	0.6%	0.8%
間食	3食以外間食_毎日	32.7%	29.7%	23.8%	30.7%	27.9%	20.8%	31.2%	28.4%	21.7%
	3食以外間食_時々	53.5%	52.8%	55.3%	53.4%	55.2%	58.4%	53.4%	54.6%	57.5%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	13.8%	17.5%	20.9%	15.9%	16.9%	20.8%	15.4%	17.1%	20.8%

出典:国保データベース(KDB)システム「質問票調査の状況」

### Ⅲ. 計画全体

#### 1. 課題の整理

様々なデータから国民健康保険被保険者における健康課題を整理します。

人的資源や予算等に限りがあるため、単年度で全ての健康課題に対して均一に保健事業を展開することは非現実的であることを踏まえ、対応すべき健康課題に優先順位を付け、特に重点的に取り組む必要のある課題を【重点課題】と位置付けます。

以下は、本市が設定した優先順位の高い2つの課題です。

課題1：40～50歳代の健診受診率が低い	
課題とする理由	<p>特定健診受診率は上昇傾向にありますが、令和4年度で34.6%となっており、国の目標である60%と比較すると低い状況です。</p> <p>特に、40～50歳代の健診受診率が低くなっています。</p> <p>生活習慣病の発症予防と、早期発見で医療に結び付けるために有用である特定健診の受診率向上は、優先順位の高い保健事業と考えます。</p>
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 図表6 特定健康診査受診率の推移</li><li>・ 図表8、図表9 年齢階層別特定健康診査受診率</li></ul>
取組みの方向性	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 40～50歳代をターゲットとした特定健診受診勧奨等を実施します。</li></ul>
課題2：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	<p>特定保健指導実施率の推移について、平成30年度の実施率35.7%は県内において高い水準にありましたが、令和元年度で7.7ポイント下降し、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響を受け、県平均を下回るほど急降下しています。令和3年度以降は回復傾向にありますが、国の定める目標60%には届いていません。</p> <p>また、特定保健指導の対象者割合、メタボリックシンドローム該当者割合について、県と比較して低い状態が続いていますが、実際には、生活習慣の改善が必要であるにも関わらず、健診を受診していないために健康状態が分からない層が漏れてしまっている可能性があります。</p>
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 図表10 特定保健指導実施率の推移</li><li>・ 図表12 特定保健指導対象者割合の推移</li><li>・ 図表13 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群</li></ul>
取組みの方向性	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 生活習慣の改善が必要かどうか判断するため、まずは健診を受診してもらうように働きかけます。</li><li>・ 健診受診後、異常値があったにも関わらず医療機関への受診が無い方への医療機関受診や対象者への特定保健指導受診を促します。</li></ul>

これらの重点課題の他にも、生活習慣病の重症化や重複・多剤服薬者、がん罹患者等による医療費増加も課題としてあげられます。

## 2. 目的・目標

設定した2つの課題解決と県の共通指標を改善するため、第3期計画では以下の目的・目標を設定して、計画を推進していきます。

### 【計画全体の目的】

目的	指標	目標
①健康寿命の延伸	健康寿命 (平均余命・平均自立期間)	延伸
②医療費適正化	被保険者一人当たりの医科医療費・歯科医療費	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	目標値	主な個別保健事業	
特に、特定健康診査の受診率が低い40～50歳代の受診を促し、メタボリックシンドローム該当者及び予備群該当者を早期発見し、該当人数を減少させる	県指標	特定健康診査実施率	45% (60%)	1. 特定健康診査実施率向上事業  2. 特定保健指導受診勧奨事業
		特定保健指導実施率	40% (60%)	
		特定保健指導対象者の減少率	50%	
		有所見者の割合 (血糖・血圧・脂質)	血糖：0.8% 血圧：4.0% 脂質(LDL)：4.0%	
		メタボリックシンドローム 該当者・予備群該当者割合	該当：13% 予備：9.0%	
生活習慣病該当者が重症化へ移行することを予防する	市指標	1日30分以上の運動習慣ありの割合	50%	3. 運動教室事業 4. 健康相談事業 5. レッドカード（生活習慣病受診勧奨推進）事業
		事業参加率	20%	
		健診受診者のうち未治療者割合	2.0%	
適正服薬・後発医薬品利用を促進させる	県指標	HbA1c8.0%以上の割合	0.8%	6. 糖尿病性腎症重症化予防事業 7. 重複多剤服薬者指導事業 8. ジェネリック医薬品の利用促進事業
		新規人工透析導入患者数	減少	
		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	県平均以下	
がん罹患者を早期発見し早期治療につなげる	市指標	同一月内に9種類以上の薬剤の処方を受けた者の割合	県平均以下	9. がん検診事業
		後発医薬品使用割合	増加	
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				10. 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

※特定健康診査及び特定保健指導実施率目標値については上段は市、下段は国の値

## IV. 個別保健事業

### 1. 特定健康診査実施率向上事業

目的	<p>特定健診受診率はコロナ感染症流行初年度から2年間は減少傾向がみられましたが、令和4年度は上昇傾向に転じました。男女とも年齢が上がるにつれ受診率も向上しています。また全年齢階層で女性の方が男性より受診率が高い傾向にあります。受診率は上昇傾向にあるものの目標の60%には遠く、全年齢階層において男性受診率が低いことが課題となります。メタボリックシンドローム及び生活習慣病の予防のためにも、特定健康診査の受診勧奨等の取組みを行い、受診率向上を目指します。</p>		
内容	1.国保連合会との共同保健事業として実施する勧奨事業		
	対 象	43～74歳で過去の受診歴から国保事務支援センターが定める対象	
	実施時期 内 容	①対象者へ勧奨ハガキを送付します。 ②上記対象者の受診確認を実施します。 ③再勧奨のハガキを送付します。	
	2.その他、市が独自で実施する勧奨等事業		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	特定健診受診率	45% (国・県 60%)
	アウトプット	受診勧奨送付者の受診率	30%

方法	プロセス	未受診者の分析について、複数グループに分けて実施します。 (概ね4種類程度)
体制	ストラクチャー	国保連合会、国保事務支援センターと協力・連携します。

## 2. 特定保健指導受診勧奨事業

目的	<p>特定保健指導は、指導が必要な者へ保健師等による指導を行い、生活習慣病の原因となるメタボリックシンドロームの改善を図るもので保険者に実施が義務づけられたものです。</p> <p>本市においても、特定健康診査等実施計画に基づき実施していますが、実施率は29.7%(令和4年度)と国の目標値である60%を下回っており、またメタボリックシンドローム該当者や予備群の割合も県の平均より高いため、実施率の向上およびメタボリックシンドロームの改善を図る必要があります。</p>		
内容	<p>特定保健指導対象者のより多くが特定保健指導を受けるために利用勧奨を実施します。</p> <p>①特定保健指導該当理由別に案内通知の内容を変更して案内します（健診結果と同封）。</p> <p>②健診結果送付後に申し込みがない者に対して勧奨文書を送付します。</p> <p>③上記①②で申し込みがない者に対して、再勧奨（電話勧奨）を保健師等、専門職から行います。</p> <p>④各年齢層に対して特定保健指導を利用しやすくする方法（ICT等）を充実させます。</p>		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	利用者の改善割合 (腹囲2cm、体重2kg減量割合)	24%
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	33%
	アウトプット	メタボリックシンドローム該当者割合及び予備群該当者割合	該当：13% 予備：9.0%
		特定保健指導実施率	40%
利用勧奨実施率	100%		
方法	プロセス	<p>特定保健指導内容の充実を行います。 (栄養調査・運動機会の提供等)</p>	
体制	ストラクチャー	<p>保健師・管理栄養士を雇用します。</p>	

### 3. 運動教室事業

目的	40 歳以上の人を対象にロコモティブシンドローム原因疾患（変形性膝関節症、変形性股関節症、骨粗しょう症等）の有病率と、原因疾患医療費の関係性を分析した結果、加齢が進むにつれて患者数が増え医療費が増大する傾向にあることがわかりました。その対策としてロコモティブシンドローム予防につながる運動教室の実施を行い、運動習慣の定着を目指します。		
内容	特定健診対象者に対して、健診受診を条件に運動教室の募集を行います。 申込者に対して集団で健康運動指導士が運動教室（自宅でできる内容）を実施します。 また、健康目標を自己で設定し達成する教室も実施します。		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	1 回 30 分以上の運動習慣ありの割合	50%
	アウトプット	参加者の運動意識の向上（アンケート）	100%
		参加率	2.1%

方法	プロセス	特定健診対象者への個別案内を行います。
体制	ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・委託先の確保及び連携を行います。</li> <li>・健康運動指導士を雇用します。</li> </ul>

## 4. 健康相談事業

目的	<p>特定保健指導対象者ではないが、腹囲、BMI、高血圧、高血糖、高脂質のいずれか1つでも保健指導判定値以上またはe-GFRが低下している方に健康相談の機会を作ります。被保険者が自分の健診結果を確認し自己課題を改善するための行動変容及び健康意識の向上を目的とします。その結果、生活習慣病予備群の減少を目指します。</p>		
内容	<p>○周知活動：対象となった理由が分かりやすい案内・PRを行います。          ○実施内容：生活習慣病予備群に対して、体組成計、骨密度測定等を利用し、保健師・管理栄養士が健康相談を実施します。          ①当年度の健診結果を専門職（保健師・管理栄養士）とともに確認します。          ②自己の健康管理を目的とした健康相談を行います。</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 ・予備群該当者割合	メタボ：13% 予備群：9.0%
		事業参加率	20%
	アウトプット	事業対象者率	18%

方法	プロセス	参加者の満足度・理解度の確認を行います。
体制	ストラクチャー	保健師・管理栄養士を雇用します。

## 5. レッドカード（生活習慣病受診勧奨推進）事業

目的	<p>高血圧、脂質異常等の生活習慣病を放置すると、脳血管疾患や循環器疾患などを発症する可能性が高くなります。特定健診結果でそのリスクが高く、かつ未治療の対象者へ受診勧奨を行うことで、治療に結び付け、重症化を予防します。</p>													
内容	<p>1.レッドカード事業</p> <table border="1" data-bbox="172 472 1300 814"> <tr> <td data-bbox="172 472 316 620">対象</td> <td colspan="2" data-bbox="316 472 1300 620"> <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します。 【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="172 620 316 814">実施時期 内 容</td> <td colspan="2" data-bbox="316 620 1300 814"> <p>①受診勧奨 毎月 対象者を選定し受診勧奨通知を送付します。(国保連合会) ②受診勧奨通知後、ハイリスク群に対して電話勧奨を実施します。(生駒市) ③再勧奨 年度末 勧奨者でなお未受診の対象に再勧奨通知の送付をします。(国保連合会)</p> </td> </tr> </table>			対象	<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します。 【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>		実施時期 内 容	<p>①受診勧奨 毎月 対象者を選定し受診勧奨通知を送付します。(国保連合会) ②受診勧奨通知後、ハイリスク群に対して電話勧奨を実施します。(生駒市) ③再勧奨 年度末 勧奨者でなお未受診の対象に再勧奨通知の送付をします。(国保連合会)</p>						
対象	<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します。 【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>													
実施時期 内 容	<p>①受診勧奨 毎月 対象者を選定し受診勧奨通知を送付します。(国保連合会) ②受診勧奨通知後、ハイリスク群に対して電話勧奨を実施します。(生駒市) ③再勧奨 年度末 勧奨者でなお未受診の対象に再勧奨通知の送付をします。(国保連合会)</p>													
評価指標	<table border="1" data-bbox="152 833 333 1165"> <thead> <tr> <th data-bbox="152 833 333 900">区分</th> <th data-bbox="333 833 939 900">指標</th> <th data-bbox="939 833 1318 900">目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="152 900 333 1081" rowspan="2">アウトカム</td> <td data-bbox="333 900 939 991">勧奨者の医療機関受診者割合</td> <td data-bbox="939 900 1318 991">50%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="333 991 939 1081">健診受診者のうち未治療者割合</td> <td data-bbox="939 991 1318 1081">2.0%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="152 1081 333 1165">アウトプット</td> <td data-bbox="333 1081 939 1165">受診勧奨率</td> <td data-bbox="939 1081 1318 1165">100%</td> </tr> </tbody> </table>	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	50%	健診受診者のうち未治療者割合	2.0%	アウトプット	受診勧奨率	100%		
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	50%												
	健診受診者のうち未治療者割合	2.0%												
アウトプット	受診勧奨率	100%												

方法	プロセス	レセプト照会や本人への電話等で受診状況の確認を行います。
体制	ストラクチャー	国保連合会、国保事務支援センターと協力・連携します。

## 6. 糖尿病性腎症重症化予防事業

目的	<p>国及び奈良県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、糖尿病性腎症の重症化リスクの高い者に対して医療機関への受診勧奨や保健指導等を行うことで、人工透析や関連疾病発症予防につなげ、対象者のQOLの維持・向上をはかります。</p> <p>本市においても重症化リスクの高い対象者が増加傾向にあり、継続して本事業に取り組んでいきます。</p>																		
内容	<p>1.国保連合会との共同保健事業</p> <p>(1)受診勧奨事業</p> <table border="1" data-bbox="172 468 1304 674"> <tr> <td data-bbox="172 468 340 548">対象</td> <td colspan="2" data-bbox="340 468 1304 548">                     ①過去に糖尿病受診歴があるが、半年間治療を中断している方                      ②特定健康診査でHbA1c値が7%以上でかつ糖尿病未治療の方                 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="172 548 340 674">実施時期 内容</td> <td colspan="2" data-bbox="340 548 1304 674">                     ①12月に対象者選定を行い、1月に受診勧奨ハガキを送付します。                      ②毎月対象者を選定し、受診勧奨通知を送付します。(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="172 731 1304 953"> <tr> <td data-bbox="172 731 340 811">対象</td> <td colspan="2" data-bbox="340 731 1304 811">                     国保事務支援センターが定める対象者(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い方)                 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="172 811 340 953">実施時期 内容</td> <td colspan="2" data-bbox="340 811 1304 953">                     ～7月 対象者選定作業                      9～2月 保健指導実施(業者委託による)                      ・保健師等の専門職による約6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>			対象	①過去に糖尿病受診歴があるが、半年間治療を中断している方 ②特定健康診査でHbA1c値が7%以上でかつ糖尿病未治療の方		実施時期 内容	①12月に対象者選定を行い、1月に受診勧奨ハガキを送付します。 ②毎月対象者を選定し、受診勧奨通知を送付します。(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い方)		実施時期 内容	～7月 対象者選定作業 9～2月 保健指導実施(業者委託による) ・保健師等の専門職による約6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、半年間治療を中断している方 ②特定健康診査でHbA1c値が7%以上でかつ糖尿病未治療の方																		
実施時期 内容	①12月に対象者選定を行い、1月に受診勧奨ハガキを送付します。 ②毎月対象者を選定し、受診勧奨通知を送付します。(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い方)																		
実施時期 内容	～7月 対象者選定作業 9～2月 保健指導実施(業者委託による) ・保健師等の専門職による約6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 data-bbox="152 986 333 1054">区分</th> <th data-bbox="333 986 941 1054">指標</th> <th data-bbox="941 986 1304 1054">目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="152 1054 333 1414" rowspan="4">アウトカム</td> <td data-bbox="333 1054 941 1144">保健指導参加者の検査値の変化(HbA1c、BMI)</td> <td data-bbox="941 1054 1304 1144">減少</td> </tr> <tr> <td data-bbox="333 1144 941 1233">受診勧奨者の医療機関受診割合</td> <td data-bbox="941 1144 1304 1233">100%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="333 1233 941 1323">HbA1c8.0%以上の者の割合</td> <td data-bbox="941 1233 1304 1323">0.8%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="333 1323 941 1414">新規人工透析導入患者数</td> <td data-bbox="941 1323 1304 1414">減少</td> </tr> <tr> <td data-bbox="152 1414 333 1589" rowspan="2">アウトプット</td> <td data-bbox="333 1414 941 1504">受診勧奨率</td> <td data-bbox="941 1414 1304 1504">100%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="333 1504 941 1589">保健指導実施者数</td> <td data-bbox="941 1504 1304 1589">15名</td> </tr> </tbody> </table>	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)	減少	受診勧奨者の医療機関受診割合	100%	HbA1c8.0%以上の者の割合	0.8%	新規人工透析導入患者数	減少	アウトプット	受診勧奨率	100%	保健指導実施者数	15名	
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)	減少																	
	受診勧奨者の医療機関受診割合	100%																	
	HbA1c8.0%以上の者の割合	0.8%																	
	新規人工透析導入患者数	減少																	
アウトプット	受診勧奨率	100%																	
	保健指導実施者数	15名																	
方法	プロセス	レセプト照会や本人への電話等での受診状況の確認を行います。																	
体制	ストラクチャー	国保連合会、国保事務支援センターと協力・連携します。																	

## 7. 重複多剤服薬者指導事業

目的	<p>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な事業となります。対象者に対して通知や電話勧奨等を行うことで、適正受診・適正服薬を促します。</p>														
内容	<p>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</p> <table border="1" data-bbox="183 487 1304 611"> <tr> <td data-bbox="183 487 348 535">対象</td> <td colspan="2" data-bbox="348 487 1304 535">一定の要件の対象者(重複、多剤、併用禁忌投薬者)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="183 535 348 611">内容</td> <td colspan="2" data-bbox="348 535 1304 611">①対象者を選定します。 ②注意喚起文書および投薬実績を対象へ送付します。</td> </tr> </table> <p>(2)重複・多剤投薬対象者への電話による状況確認</p> <table border="1" data-bbox="183 677 1304 801"> <tr> <td data-bbox="183 677 348 725">対象</td> <td colspan="2" data-bbox="348 677 1304 725">一定の要件の対象者(重複、多剤投薬者)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="183 725 348 801">内容</td> <td colspan="2" data-bbox="348 725 1304 801">①対象者を選定します。 ②電話による状況確認を行います。</td> </tr> </table>			対象	一定の要件の対象者(重複、多剤、併用禁忌投薬者)		内容	①対象者を選定します。 ②注意喚起文書および投薬実績を対象へ送付します。		対象	一定の要件の対象者(重複、多剤投薬者)		内容	①対象者を選定します。 ②電話による状況確認を行います。	
対象	一定の要件の対象者(重複、多剤、併用禁忌投薬者)														
内容	①対象者を選定します。 ②注意喚起文書および投薬実績を対象へ送付します。														
対象	一定の要件の対象者(重複、多剤投薬者)														
内容	①対象者を選定します。 ②電話による状況確認を行います。														
評価指標	区分	指標	目標値												
	アウトカム	送付者の改善割合(年度末に評価)	90%												
		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	県平均以下												
		同一月内に9種類以上の薬剤の処方を受けた者の割合	県平均以下												
	アウトプット	注意喚起文書送付率	100%												
		電話で状況確認できた率	100%												

方法	プロセス	注意喚起文書の送付と電話による状況確認を行います。
体制	ストラクチャー	国保連合会、国保事務支援センターと協力・連携します。

## 8. ジェネリック医薬品の利用促進事業

目的	<p>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します。</p>														
内容	<p>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)</p> <table border="1" data-bbox="178 485 1289 685"> <tr> <td data-bbox="178 485 336 523">対 象</td> <td data-bbox="336 485 1289 523">国保被保険者世帯</td> </tr> <tr> <td data-bbox="178 523 336 685">実施時期 内 容</td> <td data-bbox="336 523 1289 685">                     年4回(送付月：6月、7月、10月、1月)差額通知を送付します。                      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)                 </td> </tr> </table> <p>(2)差額通知を受けての相談窓口の設置(国保連合会)</p> <table border="1" data-bbox="178 761 1289 913"> <tr> <td data-bbox="178 761 336 799">対 象</td> <td data-bbox="336 761 1289 799">国保被保険者世帯</td> </tr> <tr> <td data-bbox="178 799 336 913">実施時期 内 容</td> <td data-bbox="336 799 1289 913">お薬手帳等に貼付することができる後発医薬品を希望するシールを被保険者への送付物（被保険者証等）に同封します。</td> </tr> </table> <p>(3)啓発物品の配布</p> <table border="1" data-bbox="178 980 1289 1113"> <tr> <td data-bbox="178 980 336 1018">対 象</td> <td data-bbox="336 980 1289 1018">国保被保険者世帯</td> </tr> <tr> <td data-bbox="178 1018 336 1113">実施時期 内 容</td> <td data-bbox="336 1018 1289 1113">                     コールセンターを設置(国保中央会に委託)します。                      差額通知書にフリーダイヤルを掲載します。                 </td> </tr> </table>			対 象	国保被保険者世帯	実施時期 内 容	年4回(送付月：6月、7月、10月、1月)差額通知を送付します。 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)	対 象	国保被保険者世帯	実施時期 内 容	お薬手帳等に貼付することができる後発医薬品を希望するシールを被保険者への送付物（被保険者証等）に同封します。	対 象	国保被保険者世帯	実施時期 内 容	コールセンターを設置(国保中央会に委託)します。 差額通知書にフリーダイヤルを掲載します。
対 象	国保被保険者世帯														
実施時期 内 容	年4回(送付月：6月、7月、10月、1月)差額通知を送付します。 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)														
対 象	国保被保険者世帯														
実施時期 内 容	お薬手帳等に貼付することができる後発医薬品を希望するシールを被保険者への送付物（被保険者証等）に同封します。														
対 象	国保被保険者世帯														
実施時期 内 容	コールセンターを設置(国保中央会に委託)します。 差額通知書にフリーダイヤルを掲載します。														
評価指標	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="157 1138 336 1209">区分</th> <th data-bbox="336 1138 939 1209">指標</th> <th data-bbox="939 1138 1318 1209">目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="157 1209 336 1294">アウトカム</td> <td data-bbox="336 1209 939 1294">後発品使用割合</td> <td data-bbox="939 1209 1318 1294">増加</td> </tr> <tr> <td data-bbox="157 1294 336 1384">アウトプット</td> <td data-bbox="336 1294 939 1384">差額通知回数・率</td> <td data-bbox="939 1294 1318 1384">                     通知数 年4回                      通知率 100%                 </td> </tr> </tbody> </table>	区分	指標	目標値	アウトカム	後発品使用割合	増加	アウトプット	差額通知回数・率	通知数 年4回 通知率 100%					
区分	指標	目標値													
アウトカム	後発品使用割合	増加													
アウトプット	差額通知回数・率	通知数 年4回 通知率 100%													
方法	プロセス	ジェネリック医薬品希望シールの配布率を確認します。													
体制	ストラクチャー	国保連合会、国保事務支援センターと協力・連携します。													

## 9. がん検診事業

目的	<p>本市におけるがんの標準化死亡比は低下傾向にありますが、女性においてはやや高い傾向がみられます。医療費も多く占める疾患であることから、死亡率の減少を図ることを目的にがん検診を実施し、がんの早期発見と早期治療につなげます。近年の受診率は年々低下していることから、積極的な受診勧奨と受診しやすい体制の整備を進めます。</p>		
内容	<p>がん検診実施案内リーフレットを市の広報誌へ封入し、検診への受診勧奨、休日検診の実施や市内 4 か所の公共施設での集団検診を実施します。集団検診については、休日検診、託児付検診の実施、特定健診との同日開催や全検診実施日に大腸がん検診を実施します。また、がん検診の受診券の発行・再発行や集団検診の申込を電子化するなど受診者が受診しやすい体制の整備を行います。</p>		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	がんによる死亡者数・率	減少
	アウトプット	がん検診受診率（国保対象者） （胃がん・肺がん・大腸がん・子宮頸がん・乳がん）	増加
		精密検査がん検診受診率 （胃がん・肺がん・大腸がん・子宮頸がん・乳がん）	90%
方法	プロセス	がん検診の受診券の発行・再発行や集団検診の申込の電子化を行います。	
体制	ストラクチャー	がん検診受診医療機関数 65件 評価の際は、地域保健・健康増進事業報告に基づき評価します。	

## 10. 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	<p>高齢化が進む中、高齢者の要介護者の増加が問題となっています。高齢者の要介護状態やフレイルの予防を目指し、市町村において、地域包括ケアとともに保健事業と介護予防の一体的実施が推進されています。本市においても、令和6年度から一体的実施に関する保健事業の取り組みの開始を検討しています。関係課と連携をはかりながら、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの双方の保健事業に取組み、高齢者の健康状態を改善することを目的とします。</p>
内容	<p>①高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）</p> <p>ア 低栄養防止・重症化予防の取組み 質問票と健診結果から、低栄養者に対して健康教室を実施します。</p> <p>イ 健康状態が不明な高齢者の状態把握、必要なサービスへの接続 市内全域を一圏域とし、既存事業である介護予防把握事業に医療情報を加え、健康状態不明者に対して訪問やはがき通知などの手法を用い生活状況把握を実施します。</p> <p>②通いの場等への積極的な関与等（ポピュレーションアプローチ）</p> <p>ア フレイル予防等に関する健康教育・健康相談</p> <p>イ 保健指導や生活機能向上に向けた支援等</p> <p>ウ 健康づくりに寄与する取組みや参加勧奨等</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・既存の一般介護予防事業（わくわく教室）及び地域サロンにおいて、本市の健康課題である骨、筋疾患に対して転倒予防に重点を置いたフレイル予防のための健康教室、健康相談会を実施します。</li><li>・骨密度や体組成、握力測定、質問票などを用いた健康相談と、フレイル予防のための食事、運動などをテーマに健康教室を実施します。</li></ul>

## 1. 計画の評価・見直し

### (1) 個別の保健事業の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度毎に行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業毎の評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認します。

目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させます。

### (2) データヘルス計画全体の評価・見直し

#### ①評価の時期

最終評価のみならず、設定した評価指標に基づき、進捗確認のため令和8年度に中間評価を行い、次期計画の円滑な策定に向けて、計画の最終年度である令和11年度上半期に仮評価を行います。

#### ②評価方法・体制

計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム(成果)指標を中心とした評価指標による評価を行います。また、評価にあたっては、必要に応じ他保険者との連携・協力体制を整備します。

## 2. 計画の公表・周知

本計画は、広報、ホームページ等で公表するとともに、あらゆる機会を通じて周知・啓発を図ります。

## 3. 個人情報の取扱い

個人情報の取扱いにあたっては、個人情報の保護に関する各種法令、ガイドラインに基づき適切に管理します。また、業務を外部に委託する際も同様に取り扱われるよう委託契約書に定めるとともに、委託先に対して必要かつ適切な管理・監督を行い、個人情報の取扱いについて万全の対策を講じるものとします。

## 4. 地域包括ケアに係る取組み

被保険者一人一人の暮らしを地域全体で支える地域共生社会の体制の構築・実現を目指す、地域包括ケアシステムの充実・強化が推進されている中、令和2年4月から高齢者に対する保健事業と介護予防を一体的に実施する取組みが開始されました。地域包括ケアとは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、介護が必要な状態になっても可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように支援する仕組み(システム)のことです。地域包括ケアシステムの充実に向けて、下記の取組みを実施していきます。

### ①地域で被保険者を支える連携の促進

医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援などについての議論の場に国保保険者として参加し、地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局として参画

### ②課題を抱える被保険者層の分析と、地域で被保険者を支える事業の実施

レセプトデータ、介護データ等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、当該ターゲット層に対する支援や介護予防を目的とした健康教室等のプログラムの実施

庁内各部門及び地域における多様な専門機関、事業者、団体等の関係機関との連携により、関係者間で包括的に地域の実態把握・課題分析を共有し、地域が一体となって取組みを推進します。



## 第三部

### 第4期特定健康診査等実施計画

# 1. 計画策定にあたって

## 1. 計画策定の趣旨・背景等

我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、平均寿命の延伸や高い保健医療水準を達成してきました。しかしながら、急速な少子高齢化、国民生活や意識の変化など大きな社会環境の変化により医療費や保険料の増大が見込まれる中、国保財政を健全化し、医療制度を将来にわたり持続可能なものとしていくためには、その構造改革が急務となっています。

このような状況を踏まえて、国民誰しもの願いである健康と長寿を確保しつつ、医療費の伸びの抑制に資するため、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、保険者による健診及び保健指導の充実を図る観点から、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下、「法」という。)に基づき、被保険者及び被扶養者に対し、生活習慣病に関する健康診査(特定健康診査)及び健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導(特定保健指導)を実施することとされました。

本計画は、「特定健康診査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(以下、「基本指針」という。)」に基づき策定した「特定健康診査等実施計画」の第3期計画期間の終了に伴い、引き続き生活習慣病対策の充実を図り、さらに促進していくため、第4期計画として策定するものです。

## 2. 計画期間

第4期計画は、基本指針に即して6年を1期とし、期間は令和6年度から令和11年度とします。

## 3. 特定健康診査及び特定保健指導の基本的考え方

### (1) 生活習慣病対策の必要性

高齢化の急速な進展や生活スタイルの変化などに伴い、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合は増加し、死亡原因の約6割を占め、医療費に占める割合も約3分の1となっています。高齢期に向けて生活習慣病の罹患等が顕著なことから、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の発症を招き、生活習慣の改善がなければ、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るといった経過をたどることになります。

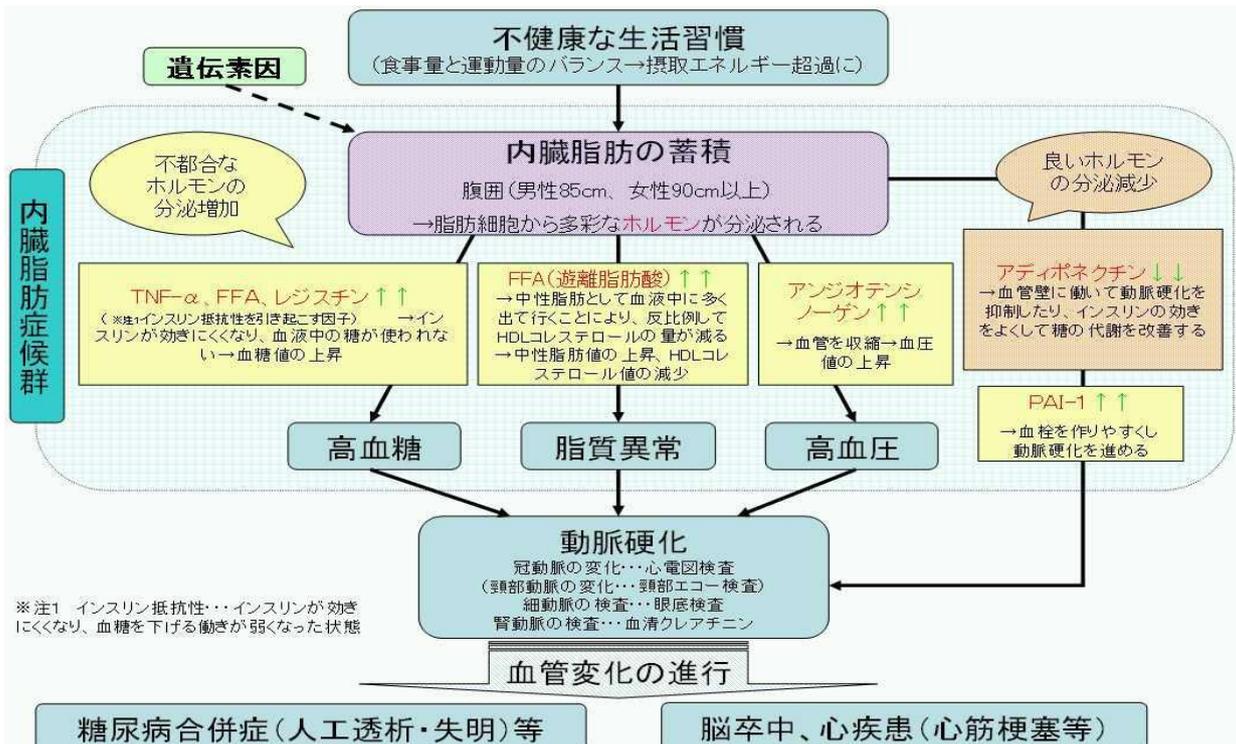
このため、生活習慣の改善による生活習慣病の発症、重症化予防の対策を進めることで患者を減らすことができれば、結果として、国民の生活の質(QOL)の維持及び向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となると考えます。

## (2) メタボリックシンドロームという概念への着目

糖尿病等の生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積(内臓脂肪型肥満)が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなります。

メタボリックシンドロームの概念に着目するのは、生活習慣病の発症、重症化の過程でこのことが大きく影響しているからであり、この該当者及び予備群者の減少を目指す必要があります。

図表45 メタボリックシンドロームのメカニズム



※注1 インスリン抵抗性…インスリンが効きにくくなり、血糖を下げる働きが弱くなった状態

参考資料:今後の生活習慣病対策の推進について(中間とりまとめ)平成17年9月15日 厚生科学審議会健康増進政策部会

出典:厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第2版)」(平成25年5月)

## (3) 特定健康診査・特定保健指導

特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出するために行うものです。

特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに、健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的とするものです。

## 4. 過去(第1期～第3期)の主な取組み

### (1) 検査項目の充実

特定健康診査について、さらなる疾病の早期発見のため及び検査項目が少ないとの要望を受け受診率向上の一環として、下記の検査項目を追加し、充実を図りました。

	年度	項目
奈良県の独自追加項目	平成22年度～	血清クレアチニン e G F R 尿酸
	平成23年度～	e G F R 尿酸 随時血糖
	平成25年度～	心電図 貧血検査
生駒市独自追加項目	平成24年度～	心電図 貧血検査

### (2) 普及啓発の強化

共同保健事業等検討会（市町村国保の共同体）や市町村独自で下記の特定健康診査・特定保健指導の普及啓発、広報誌等を活用した啓発等を行いました。

取組み内容
啓発チラシ等の作成・配布、ポスター掲示、自治会の回覧板での広報 公共交通機関でのPR、生駒商工会議所会員へのポスター掲示依頼、広報誌掲載等

### (3) 受診勧奨、再勧奨の実施

郵送、電話等による受診勧奨、再勧奨を実施しました。特に受診者の状況に応じた勧奨通知を行い、受診率向上に取り組みました。今後においては、保健事業の県共同化と連携をとりながら、実施していくこととします。

- ① 過去3年間未受診及び生活習慣病での医療機関受診履歴がある者向け受診勧奨通知
- ② 43～74歳で過去3年間での健診受診において受診と未受診がある者向け受診勧奨通知
- ③ 40歳代の若年者向け集団健診受診勧奨通知

### (4) 受診しやすい体制づくり

休日健診の実施やがん検診との同時実施を行うことで受診率の向上に取り組みました。また、節目年齢（40歳、45歳、50歳、55歳）対象者に対し、受診料の助成を行いました。

- |                                |
|--------------------------------|
| 平成23年度～節目年齢受診者に対し、受診料の助成開始     |
| 平成24年度～休日集団健診を開始（がん検診と同時実施日あり） |
| 平成28年度～休日集団健診で同日に保健指導を実施       |
| 平成30年度～市役所本庁で休日集団健診を実施開始       |
| 令和 5年度～全年齢の受診料無料化              |

## (5) その他特徴のある取組み

健診の結果からレッドカードを利用した医療機関への受診勧奨などを積極的に実施しました。また、健診の結果から、テーマに添った生活習慣改善教室の実施を行いました。また、運動教室を実施し、国保被保険者の生活習慣改善に取り組めました。

平成25年度～糖尿病等治療勧奨推進事業（レッドカード事業）を開始  
平成28年度～生活習慣予防教室（慢性腎臓病予防教室）を実施  
電話勧奨結果から他の健診を受診した者に対して情報提供を依頼  
平成29年度～栄養教室（減塩）、運動教室を実施  
平成30年度～骨密度測定会・すいみんリズム健診  
糖尿病腎症重症化予防プログラムの実施

## (6) 評価(第4期計画期間に向けた課題)

特定健康診査については、健診項目の充実を図り、第1期～第3期計画期間における課題を経て、受診勧奨・再勧奨等の工夫をしながら受診率の向上に取り組んでいるものの、受診率の低迷が続いており、上昇傾向が続いているとはいえ、目標には遠く及ばない状況です。

年代別では、年齢が高くなるほど受診率が高くなっている現状で、疾病の早期発見という趣旨からも、今後は特に若い世代へのアプローチを積極的に進めることが必要です。

また、未受診理由として「忙しく時間がない」「健康なので必要ない」「病院受診中」が上位を占めるため、特定健康診査受診の必要性についてのさらなる普及啓発の工夫や医療機関との連携による受診勧奨の推進が必要と考えます。

特定保健指導については、実施率が低い状況で推移しており、業者委託により充実を図っているものの、まだまだ実施体制が弱く、医療機関と連携した受診と保健指導の一体化を強化するなど、魅力ある受診体制を目指すことが必要です。これに加え、指導者研修会に積極的に参加するなど職員の資質向上に取り組むことも継続的に行っていく必要があります。

このような取組みから生活習慣病の早期発見、重症化予防を確実にを行い、医療費削減に向けて取組みを強化することが重要であり、第3期に引き続き、平成29年度に策定された奈良県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの着実な実行も進めていきます。

今後は、これらの取組みを他の保険者と連携し、また国保部門、衛生部門が一丸となって推進していくことが重要です。

## II. 特定健康診査等の実施目標について

### 1. 特定健康診査等の目標値

#### (1) 特定健康診査等の目標値

国においては、令和11年度における市町村国保の特定健康診査等実施率目標は、「特定健康診査実施率60%以上」「特定保健指導実施率60%以上」としています。

令和6年度からの各年度の実施率は、令和5年度の実績見込等を勘案し、6年間で国が示す実施率目標を達成できるよう、段階的に実施率を引き上げていくこととします。

図表46 実施に関する目標

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	国目標
特定健康診査受診率	40%	41%	42%	43%	44%	45%	60%
特定保健指導実施率	30%	32%	34%	36%	38%	40%	60%

#### (2) 実施率目標に対する実施者見込数等

図表47 特定健康診査対象者・実施者数(見込)等

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
40～64歳	対象者数(人)	5,242	5,169	5,108	5,057	5,017	4,988
	実施者数(人)	2,095	2,117	2,143	2,174	2,208	2,244
	実施率(%)	40%	41%	42%	43%	44%	45%
65～74歳	対象者数(人)	8,532	8,187	7,860	7,531	7,207	6,901
	実施者数(人)	3,413	3,355	3,299	3,238	3,170	3,105
	実施率(%)	40%	41%	42%	43%	44%	45%
総計	対象者数(人)	13,774	13,356	12,968	12,588	12,224	11,889
	実施者数(人)	5,508	5,472	5,442	5,412	5,378	5,349
	実施率(%)	40%	41%	42%	43%	44%	45%

図表48 特定保健指導対象者[動機付け支援、積極的支援](見込)等

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
40～64歳	動機付け(人)	163	165	167	170	172	175
	積極的(人)	152	154	157	159	163	166
	合計(人)	315	319	324	329	335	341
	合計実施率(%)	25%	27%	29%	31%	33%	35%
65～74歳	動機付け(人)	266	262	257	253	247	242
	実施率(%)	35%	37%	39%	41%	43%	45%
総計	動機付け(人)	429	427	424	423	419	417
	積極的(人)	152	154	157	159	163	166
	合計(人)	581	581	581	582	582	583
	合計実施率(%)	30%	32%	34%	36%	38%	40%

### Ⅲ. 特定健康診査等実施対象者について

#### 1. 特定健康診査における対象者の定義

特定健康診査の実施年度中に40～74歳となる加入者(当該年度において75歳に達する者も含める)で、かつ当該実施年度の1年間を通じて加入している者(年度途中での加入・脱退等異動のない者)のうち、妊産婦等を除いた者が対象者となります。

#### 2. 特定保健指導における対象者の定義

特定健康診査の結果、腹囲のほか、血糖、血圧、脂質が所定の値を上回る者のうち、糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者を除く者が対象者です。次の表にあるように、追加リスクの多少と喫煙歴の有無により、動機付け支援の対象者となるのか積極的支援の対象者となるのかが異なります。

図表49 特定保健指導対象者の選定基準

腹囲/BMI	追加リスク	喫煙歴(注)	対象	
	①血糖②脂質③血圧		40歳-64歳	65歳-74歳
≧85cm(男性) ≧90cm(女性)	2つ以上該当	あり なし	積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当			
上記以外で BMI ≧ 25	3つ該当	あり なし	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当			
	1つ該当			

(注)喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味する。

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖：空腹時血糖が100mg/dl以上またはHbA1c(NGSP値)5.6%以上

(空腹時血糖及びHbA1c(NGSP値)の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。)

②脂質：空腹時中性脂肪150mg/dl以上(やむをえない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上)またはHDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧：収縮期血圧130mmHg以上または拡張期血圧85mmHg以上

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者については、対象から除いている。

※65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみを行っている。

## IV. 特定健康診査等の実施方法について

### 1. 特定健康診査

特定健康診査の実施年度中に40～74歳となる加入者(当該年度において75歳に達する者も含める)で、かつ当該実施年度の1年間を通じて加入している者(年度途中での加入・脱退等異動のない者)のうち、妊産婦等を除いた者が対象者となります。

#### (1) 実施方法、実施時期、実施場所

##### 【集団健診】

年に3回、セラビーいこままたは市役所本庁において、日曜に実施します。

##### 【個別健診】

6月から翌年2月にかけて、市町村と県医師会が締結する特定健康診査等委託契約（集合契約）や市が個別契約において委託する医療機関において実施します。

#### (2) 受診案内の方法、受診券の発券と配布方法

受診券等は、保険者自身若しくは奈良県国民健康保険団体連合会国保事務支援センターへの委託で発券し、5月末頃に受診案内を同封したうえ、対象者全員に郵送します。また、外部への委託等による健診の受診勧奨、再勧奨を実施します。

#### (3) 自己負担

なし（0円）

#### (4) 健診結果の返却方法

健診実施機関が健診結果を手渡しのうえ説明を行います。健診実施から、2、3ヵ月後に国保医療課から郵送により通知します。この場合、健診結果通知とともに、生活習慣病への理解を深め、本人の健康状態に適した生活習慣改善を促す助言等を情報提供し、継続的な健診受診につなげます。

#### (5) 事業主健診等のデータ収集方法

メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする人を的確に抽出することができる健診項目とします。

また、リスクに基づく優先順位をつけ、必要に応じた保健指導レベル別の内容を決定する際に活用できる問診項目とします。

## (6) 実施項目等

区 分	内 容	
基本的な 健診項目	既往歴の調査 (服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む) (問診)	
	自覚症状及び他覚症状の検査 (理学的検査(視診、聴打診、腹部触診等))	
	身体計測	身長、体重、腹囲、BMI
	血圧	収縮期血圧、拡張期血圧
	血中脂質検査	中性脂肪、HDL-コレステロール、 LDL-コレステロール
	肝機能検査	GOT、GPT、 $\gamma$ -GTP
	血糖検査	空腹時血糖 ヘモグロビンA1c (NGSP値)
	尿検査	糖、蛋白
詳細な健診の項目 (医師の判断による 追加項目)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値)</li> <li>・心電図検査</li> <li>・眼底検査</li> <li>・血清クレアチニン</li> </ul>	
保険者独自の 追加健診項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>・血清クレアチニン検査及び推算糸球体ろ過量(eGFR) ※医師の判断によるものを除く</li> <li>・血清尿酸検査</li> <li>・随時血糖検査</li> <li>・貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値) ※医師の判断によるものを除く</li> <li>・心電図検査</li> </ul>	

## 2. 特定保健指導

### (1) 実施方法、実施時期、実施場所

特定健康診査の結果に基づき支援区分を階層化したうえ、保険者が実施します。初回面接(分割実施をする場合もある)は7月から随時実施し、一部の対象者を除いて3ヶ月後に評価を行います。なお、初回面接は、健診受診年度の翌6月を期限とします。

健診受診年度の翌6月を期限として、市町村と県医師会が締結する特定健康診査等委託契約(集合契約)において委託する医療機関においても実施し、生駒市と個別契約を締結する医療機関については、契約内容に基づき、実施します。

### (2) 受診案内の方法、受診券の発券と配布方法

利用券は、委託先の奈良県国民健康保険団体連合会国保事務支援センターが発券し、7月頃から随時、保健指導の利用案内を同封したうえ対象者全員に郵送します。また、国保医療課の保健師、管理栄養士等が、電話による保健指導の利用勧奨を実施します。

### (3) 自己負担

無し

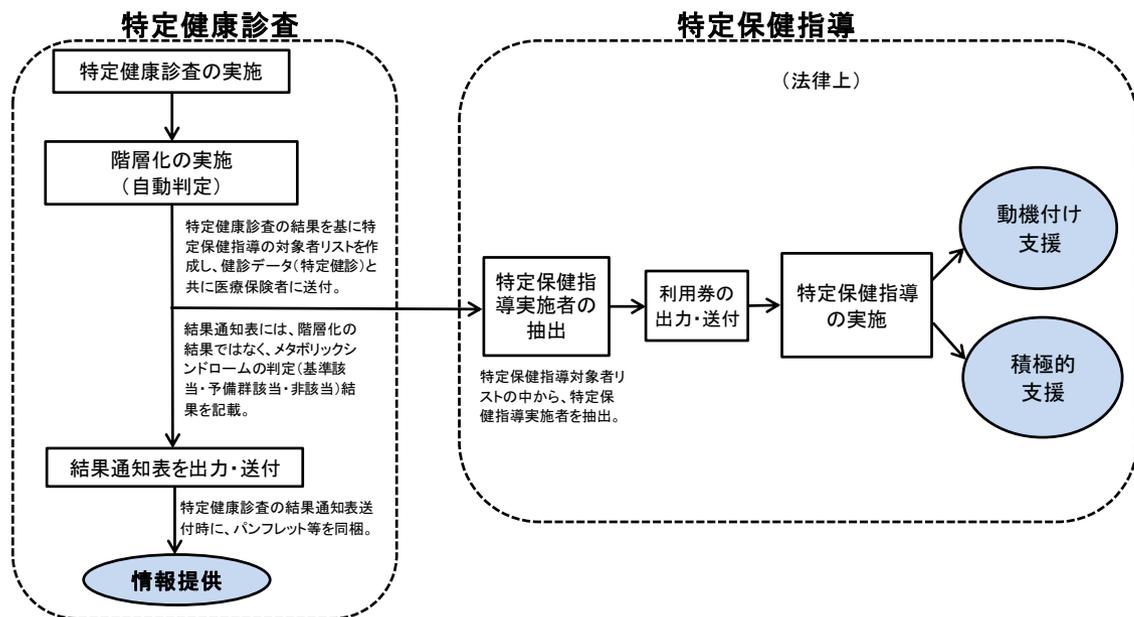
### (4) 実施項目等

特定健康診査の健診結果に基づき、対象者の階層化を行い、特定保健指導の支援区分毎に以下の方法(「標準的な健診・保健指導プログラム」及び「特定健康診査・特定保健指導実施の手引き」に基づく)により保健指導を実施します。

動機付け支援	保健師による初回の個別面接(20分以上)又は集団指導(概ね80分以上)を実施して特定健診指導支援計画を作成し、3ヶ月以上経過後に評価(電話等)を行います。
積極的支援	動機付け支援と同様の方法で初回面接等を行うとともに、保健師等による面接、電話又はメールにより継続的支援を実施し、6ヶ月以上経過後に評価(電話等)を行います。 なお、積極的支援は、ポイント制となっており、支援形態ごとに決められているポイントが合計180ポイント以上の支援方法を基本とします。
指導対象外(情報提供)	自らの身体状況を認識するとともに、生活習慣を見直すきっかけとなるよう、結果の提供に併せて、生活習慣の改善等に関する基本的な情報を提供します。
その他の支援	奈良県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの対象者に対して、糖尿病性腎症重症化予防に関する保健指導プログラム例の内容を参考に保健指導を実施します。

## (5) 特定保健指導の流れ

図表50 特定健診から特定保健指導の流れ



## (6) 代行機関について

特定健康診査等の費用の支払及びデータの送信事務等に関し、奈良県国民健康保険団体連合会に委託し、提出されたデータは、特定健診等データ管理システムにおいて管理・保存します。

## (7) 実施に関する年間スケジュール

特定健康診査・特定保健指導に関するスケジュールについては、図表50のとおり実施します。

図表51 スケジュール

	特定健康診査		特定保健指導	
	個別	集団	動機付け支援	積極的支援
前年度	・ 健診結果の送付（前年度分）		・ 保健指導の実施（前年度分）	
4月	・ 健診機関との契約 ・ 健診対象者の抽出		・ 保健指導機関との契約	
5月	・ 広報等による周知 ・ 受診券発送			
6月	特定健診開始			
7月	健診結果の送付	・ 健診実施機関との契約	利用券の送付	
8月			特定保健指導の実施（当年度分）	
9月		・ 集団健診の実施（年3回）	・ 未利用者への勧奨（毎月）	
10月				
11月	・ 未受診者勧奨の実施			
12月				
1月	・ 未受診者勧奨の実施			
2月				
3月				
翌年度	・ 実施実績の分析、実施方法の見直し ・ 全体評価、報告			

## V. その他

### 1. 計画の評価・見直し

#### (1) 目標達成状況の評価方法

法定報告後の資料を活用し、特定健康診査受診率、特定保健指導実施率の目標値の達成状況等を把握し、事業評価を行います。

#### (2) 特定健診等実施計画全体の評価・見直し

##### ①評価の時期

最終評価のみならず、設定した評価指標に基づき、進捗確認のため令和8年度に中間評価を行い、次期計画の円滑な策定に向けて、計画の最終年度である令和11年度上半期に仮評価を行います。

### 2. 計画の公表・周知

本計画は、広報、ホームページ等で公表するとともに、あらゆる機会を通じて周知・啓発を図ります。

### 3. 個人情報の取扱い

個人情報の取扱いにあたっては、個人情報の保護に関する各種法令、ガイドラインに基づき適切に管理します。また、業務を外部に委託する際も同様に扱われるよう委託契約書に定めるとともに、委託先に対して必要かつ適切な管理・監督を行い、個人情報の取扱いについて万全の対策を講じるものとします。

## VI. 特定健康診査等の円滑な実施について

特定健康診査等の円滑な実施を確保するため、以下の取組みを行います。

### 1. 奈良県国民健康保険団体連合会国保事務支援センターとの連携

奈良県国民健康保険団体連合会国保事務支援センターと連携し、効率的かつ効果的に特定健康診査受診率、特定保健指導実施率の向上等に向けた取組みを行います。

### 2. 受診しやすい体制づくり

- ・ 特定健康診査とがん検診等、他検診との同時実施について、衛生部門と連携して実施します。
- ・ 受診者の多様な生活スタイルに合わせて、休日の集団健診を引き続き実施します。

### 3. 実施体制の確保

- ・ 特定健康診査から特定保健指導への流れがスムーズにいくよう、生駒市国民健康保険と各特定健診、特定保健指導実施医療機関の連携強化を図ります。
- ・ 特定保健指導に関わる専門職の技術向上の一環として、県や奈良県国民健康保険団体連合会が実施するスキルアップ研修などの機会を利用して人材育成を図ります。

### 4. 受診率の向上となる取組み

- ・ 被保険者に対し、様々な情報提供や啓発活動を行うことで特定健康診査、保健指導に対する認知度を高め積極的な受診及び円滑な健診データの提供を促していきます。
- ・ 通院未受診の方に保険者からの受診勧奨を強化し、実施していきます。
- ・ 住民自らが、特定健康診査等の重要性について理解し、毎年受診を心掛けることが出来るよう、生活習慣病予防教室の実施など、健康講座の充実を図ります。
- ・ 担当者会議等への参加による情報収集や特定健康診査の好事例集等を参考に、受診率向上に向けた有効な手法を検討し、実施していきます。
- ・ 体組成計、骨密度測定、血管年齢測定機器等を利用して気軽に自身の健康維持に関する情報を提供し、毎年特定健診受診及び特定保健指導参加を啓発します。

### 5. 重症化予防の取組み

- ・ 特定健康診査で把握したデータを活用し、奈良県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを実行するなど、早期発見、重症化予防を行います。

**生駒市国民健康保険  
第3期データヘルス計画及び  
第4期特定健康診査等実施計画**

令和6(2024)年3月

発行 生駒市

編集 福祉健康部 国保医療課  
〒630-0288  
奈良県生駒市東新町8番38号  
TEL：0743-74-1111（内線：7460）  
FAX：0743-74-9100  
URL：<https://www.city.ikoma.lg.jp/>

