

第 1 期データヘルス計画の評価

第 2 期データヘルス計画

黒滝村国民健康保険 第 4 期特定健診等実施計画

黒滝村

令和 6 年(2024 年)4 月

目次

第1章 第1期データヘルス計画の評価	3
1.計画全体の目的	3
2.計画全体の指標と評価	3
3. 指標の評価に対する要因等のまとめ	3
4.評価について	4
5.個別保健事業の評価	5
第2章 第2期データヘルス計画の基本的事項	12
1.計画の趣旨	12
2.計画期間	12
3.実施体制・関連計画との連携	12
4.共通指標について	13
第3章 現状の整理	15
第4章 計画全体	31
1.課題の整理【優先順位の高い順に記載】	31
2.目的・目標	33
第5章 個別保健事業	34
第6章 第2期データヘルス計画の評価等	42
1.計画の評価・見直し	42
2.計画の公表・周知	42
3.個人情報の取り扱い	42
4.地域包括ケアに係る取組	43
5.評価一覧等【アウトカムとアウトプット値の推移】	43
第7章 第4期特定健康診査等実施計画	44
1.計画策定にあたって	44
2.特定健康診査等の目標値	47
3. 特定健康診査等実施対象者について	47
4.実施率目標に対する実施者見込数等	48
5. 特定健康診査等の実施方法について	49
6. 特定保健指導対象者の重点化について	52
7. 代行機関について	52
8.実施に関する年間スケジュール	53
9.個人情報について	54
10.特定健康診査、特定保健指導の記録の管理に関するルール	54
11.特定健康診査等実施計画の公表・周知について	54
12.特定健康診査等実施計画の評価・見直しについて	55
13. 特定健康診査等の円滑な実施について	55

第 1 章 第 1 期データヘルス計画の評価

はじめに

第 1 期データヘルス計画は、平成 30 年度から令和 5 年度を実施期間として推進してきた。今般、第 1 期データヘルス計画の最終評価作業をするとともに、改善点やより取組を強化しなければならない点等を整理した。最終評価は令和 5 年度中に仮評価として行っている。この最終評価の結果を反映させた次期計画を策定していく。

1. 計画全体の目的

本計画は、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進のための保健事業を PDCA サイクルに沿って効果的かつ効率的に実施するための計画である。

本計画の推進により、被保険者の高血圧症や糖尿病等の生活習慣病対策を行い、健康の保持増進、ひいては健康寿命の延伸および医療費の適正化を図ることを目的とする。

2. 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	男性	78.8 延伸	78.4 (80.2)	78.3 (80.4)	79.1 (80.4)	79.9 (80.7)	79.9 (81.0)		延伸
	女性	84.5 延伸	83.6 (83.8)	84.0 (83.9)	84.0 (84.1)	84.2 (84.4)	83.7 (84.6)		不変

【出典】 KDB システム 上段：村、下段(県)

3. 指標の評価に対する要因等のまとめ

本村の健康寿命の推移をみると男性は延伸し、女性は変わらない。

今後も健康の維持、疾病の予防に関する保健事業を重点的に実施し取り組みを進め、さらなる延伸を目指していく。

4. 評価について

1. それぞれの評価指標について、中間評価で設定した目標値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。（判定区分は、健康日本 21（第 3 次）推進のための説明資料を参考とした）
2. 指標が改善しているもの、悪化しているもの、それぞれについて成功要因と未達要因の検証を実施した。
3. 2. の検証結果をふまえ、指標の見直しや目標達成のための事業内容の見直しを行い、今後の方向性を整理し、次期計画に向けた事業の課題・方向性を示した。

	ベースライン値との比較	判定方法
A	目標達成	目標値に到達
B	横ばい	最小変化範囲以上の改善 (ベースライン値から目標値に向けて原則30%以上の改善)
C	変わらない	最小変化範囲未満の変化
D	悪化	最小変化範囲以上の改善 (ベースライン値から相対的にに向けて原則5%以上の悪化)
E	評価困難	指標算出が不可等の理由により評価できない

※中間評価時の評価について

評価判定	ベースライン値との比較
A	改善している
B	横ばい
C	悪化している

5. 個別保健事業の評価

(1) 特定健康診査受診率向上事業

目 的	個人が生活習慣を振り返る機会とし、生活習慣病の予防または早期発見・治療につなげ、住民の健康増進を図る。 特定健診の未受診者を対象に、再度受診勧奨を実施することで受診率向上を図る。								
事業内容	平成20年4月から医療保険者に義務付けられたメタボリックシンドロームに着目した健康診査を個別健診と集団健診で実施する。 未受診者に対して電話や郵送での勧奨（リコール）をする。 【特定健診】対象者：40～74歳の被保険者 方 法：個別健診 奈良県医師会医療機関へ委託 集団健診 わかすぎふれあいセンターで年1回実施 【受診勧奨】対象者：対象者全員 方 法：集団健診申込時に全員、未受診者に訪問、昨年受診し、本年度未申込者に電話								
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	40.0%	31.5%	38.0%	46.0%	49.4%	49.0%		B
アウトプット	受診勧奨実施率（未受診者）		R3年度より数値評価			100%	100%	100%	A
	集団健診実施回数	1回/年	1回	1回	1回	1回	1回	1回	A
	広報掲載回数	2回/年	1回	1回	1回	2回	2回	2回	A
	電話	集団健診申込時	実施	実施	実施	実施	実施	実施	A
	勧奨通知送付時期	集団健診申込時	R3年度より開始			8月	8月	7月	A
	人間ドック受診者数	20名	R3年度より開始			6名	11名		B
プロセス	事業委託業者との連携回数	2回/年	2回	2回	2回	2回	2回	2回	A
ストラクチャー	診療所との連携回数	2回/年	1回	1回	2回	2回	2回	2回	A
成功要因	受診率は目標値には到達できなかったが、受診率は向上傾向である。その要因として、コロナ禍においても集団健診時期を調整し、年1回実施できた。 令和3年度より集団健診の案内を広報へのチラシ折り込みの対応を止め、対象者への個別送付に変更したことで、対象者自身が受診可能であることに気づく方が増加し、受診率向上へつながったと考えられる。								
未達要因	また、コロナ禍を機に集団健診時期が秋以降となったため、特定健診受診券も春に個別送付したことで個別受診の機会を減らすことなく対応できたと考えられる。 ただ、特定健診や集団健診に関わる担当者は、新型コロナワクチン接種事業対応と業務が重なったため、訪問や架電などの受診勧奨対策は行えなかった。								
効果があった取組	春季に特定健診受診券送付、集団健診の個別案内送付をすることは効果があると考ええる。								
見直しが必要な取組	特にない考える。								
課題・次期計画の方向性	次期計画でも「特定健診受診率向上対策事業」として、事業を実施していく。								

(2) 特定保健指導事業

目 的		特定健診結果より、生活習慣病のリスクがある人に対して保健指導を実施し、生活習慣病の予防を図る。									
事業内容		特定健診受診者のうち、特定保健指導対象に該当した者に対し、保健師が直接指導を行う。									
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		60.0%	0.0%	33.3%	50.0%	20.0%	42.9%		B
		実施率									
	アウトプット	受診勧奨実施率									
			郵送数	対象者				100%	100%		A
				全員							
			架電数	対象者				100%	100%		A
	全員										
	プロセス ストラクチャー	勧奨方法は適切か		適切	適切	適切	適切	適切	適切	適切	A
		勧奨通知送付時期		集団健診申込時				8月	8月	7月	A
		事業委託業者との連携回数		2回/年	2回	2回	2回	2回	2回	2回	A
		診療所との連携回数				1回	2回	2回	2回	2回	A
成功要因		対象者には個別連絡し、保健指導が受けれる状況にあるのかを確認した上で、本人の意志に基づき、保健指導を実施することができた。									
未達要因		生活習慣病以外の疾患で治療中の方は、治療優先のため保健指導は辞退されるなど、対象者数が少ないことにより対象の状況によっては実施率の変動が大きくなる。									
効果があった取組		対象者には個別電話連絡し、生活習慣の見直しの必要性和そのための保健指導のツールについて説明することができた。									
見直しが必要な取組		特にないと考える。									
課題・次期計画の方向性		次期計画でも事業を実施していく。									

(3)がん検診の受診率向上

目 的		がんの早期発見、治療につなげ、住民の健康増進を図る。								
事業内容		集団検診 年1回（胃・肺・大腸・子宮・乳房） 個別健診 随時（胃内視鏡・子宮・乳房）								
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	受診率国保 （全体）									
	胃	19.8%	19.7% (9.4%)	23.4% (12.0%)	14.3% (7.2%)	8.6% (8.1%)	30.2% (15.3%)		A	
	肺	26.3%	25.4% (12.2%)	37.0% (21.5%)	31.8% (16.3%)	47.1% (24.6%)	57.0% (67.9%)		A	
	大腸	27.4%	25.4% (15.5%)	26.3% (15.7%)	36.4% (16.1%)	29.4% (17.9%)	38.4% (48.5%)		A	
	子宮	14.1%	14.3% (7.2%)	14.2% (11.4%)	6.5% (7.3%)	12.9% (8.5%)	36.6% (42.3%)		A	
	乳房	21.0%	8.5% (10.2%)	18.5% (15.2%)	34.2% (15.7%)	33.3% (18.9%)	44.0% (60.0%)		A	
	アウトプット	集団検診回数	年1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	A
		広報掲載回数	年2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回	A
	プロセス ストラクチャー	勧奨方法は適切か	適切	適切	適切	適切	適切	適切	適切	A
		勧奨通知送付時期	集団健診申込時				8月	8月	7月	A
		事業委託業者との連携回数	2回/年	2回	2回	2回	2回	2回	2回	A
成功要因 未達要因	令和3年度より集団健診の案内を広報へのチラシ折り込みの対応を止め、対象者への個別送付に変更したことで、対象者自身が受診可能であることに気づく方が増加し、受診率向上へつながったと考えられる。									
効果があった取組	集団健診の個別案内送付をすることは効果があると考える。									
見直しが必要な取組	国の目標値の受診率50%には、肺がん検診のみ到達しているため、引き続きがん検診受診の重要性を啓発していく必要がある。									
課題・次期計画の方向性	次期計画でも事業を実施していく。									

(4) レッドカード（生活習慣病重症化予防受診勧奨）事業

目 的	住民の健康に対する意識向上を図り、生活習慣病の重症化予防を目的とする。								
事業内容	行政、医療機関、国保連合会が生活習慣病のハイリスク者について情報の共有を図り、医療機関への受診勧奨を行う。								
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HbA1cが8%以上の未治療者の割合 0%	未把握	0%	0%	0%	0%		A
	アウトプット	受診勧奨の実施率		100%	100%	100%	100%	対象者なし	A
		受診再勧奨の実施率		対象者なし	対象者なし	対象者なし	100%	対象者なし	A
		受診率		100%	100%	100%	資格喪失により未把握	対象者なし	A
	プロセス	事業委託業者との連携回数 2回/年	2回	2回	2回	2回	2回	2回	A
	ストラクチャー	診療所との連携回数		1回	2回	2回	2回	2回	A
成功要因 未達要因	対象者へは、電話または対面にて、状況を確認し、受診勧奨できた。								
効果があった 取組	保健師が直接、勧奨、現状確認することで、対象者の生活に寄り添える支援ができた。								
見直しが必要な 取組	特になく考える。								
課題・次期計画の 方向性	次期計画でも事業を実施していく。								

(5) 糖尿病性腎症重症化予防保健指導事業

目 的		糖尿病の重症化を予防し、医療費の抑制を図る。								
事業内容		平成30年度より開始された新規事業。糖尿病重症化予防対象者リストを活用し、対象者への個別支援等を検討、実施する。								
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	糖尿病未受診者、治療中断者の減少	0%	未把握	0%	0%	0%	0%	0%	A	
	新規人工透析者数	0名	0名	0名	0名	0名	0名	0名	A	
アウトプット	受診勧奨の実施率	100%		対象者なし	100%	100%	100%	100%	A	
	受診再勧奨の実施率	100%			対象者なし	対象者なし	対象者なし	対象者なし	A	
	受診率	100%			100%	100%	100%	100%	A	
	利用勧奨の実施率	100%			100%	100%	100%	100%	A	
	保健指導利用率	100%			100%	100%	100%	100%	A	
プロセスストラクチャー	事業委託業者との連携	2回以上			10回	6回	委託なし	委託なし	A	
	診療所との連携回数			1回	2回	2回	2回	2回	A	
成功要因 未達要因		対象者へは、電話または対面にて、状況を確認し、受診勧奨できた。								
効果があった取組		保健師が直接、勧奨、現状確認することで、対象者の生活に寄り添える支援ができた。								
見直しが必要な取組		特にないと考える。								
課題・次期計画の方向性		次期計画でも事業を実施していく。								

(6) 歯周疾患検診事業（健康づくり・介護予防）

目 的	歯周疾患の早期発見および口腔保健意識の向上を図り、住民の健康水準の向上を図る。								
事業内容	40～74歳の住民に対し、無償で歯周疾患検診を行う。								
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 歯周疾患 検診 受診率	5%				7.30%	9.10%	4.50%	D
	アウトプット 受診勧奨 郵送数	国保 全対象者数	実施	実施	実施	実施	実施	実施	A
		広報掲載回 数	年4回	2回	2回	2回	3回	3回	B
	プロセス ストラクチャー	歯科診療所 との連携回 数	2回以上		2回	2回	2回	2回	A
成功要因 未達要因	歯周疾患検診を集団検診にて同時受診できる体制を確保できた。								
効果があった 取組	R3年度より40～74歳の全住民対象に歯周疾患検診を実施。また、集団検診にて受診できる体制を確保。 R4年度より節目外の方へも郵送案内を開始。								
見直しが必要な 取組	集団検診の案内に同封しているため、わかりやすい啓発が必要と考える。								
課題・次期計画の 方向性	次期計画では、「歯と口の健康の増進事業」と名称を変更し実施していく。								

(7) 通いの場の立ち上げ支援および継続支援（健康づくり・介護予防・地域づくり）

目 的		体操等の活動に参加する高齢者への健康づくり、介護予防を行い、通いの場の形成を通じて、地域づくりも推進する。								
事業内容		通いの場の立ち上げ支援、「いきいき百歳体操」の啓発、継続支援を行う。また、健康課題を踏まえて、医療専門職による健康教育を行う。								
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	通いの場の数	年1か所増加			2か所	2か所	5か所	8か所 (9大字)		A
	健康教育実施回数	8回			12	3	31	36		A
	アウトプット	関係団体への説明会回数	年1回		1回	2回	0回	4回	3回	A
	プロセス	広報掲載回数	年4回			回	回	回	回	
	ストラクチャー	連携回数	2回以上			12回	12回	12回	12回	A
成功要因 未達要因		自助・互助の取組の重要性を伝え、保健師と地域包括支援センターが協働で支援を進めた。								
効果があった取組		40歳代から継続した保健事業と介護予防を一体的に効果的効率的に推進してきた。フレイル予防（栄養、口腔機能、身体活動）について、適時に健康教育を取り入れ、自主運営活動を支援してきた。								
見直しが必要な取組		特になく考える。								
課題・次期計画の方向性		次期計画でも事業を実施していく。								

(8) 健康相談事業・巡回健康教室・はつらつ教室について

令和2年度～令和4年度までは新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、巡回健康教室の中止が続いた。その間に、上記「(7) 通いの場の立ち上げ支援および継続支援」が進み、各地区での運動や健康教育の機会を確保できるようになった。そのため、巡回健康教室およびはつらつ教室は廃止した。また、令和3年度～令和5年度は新型コロナウイルスワクチン接種事業対応のため、保健事業を縮小してきた。そのため、健康相談事業および巡回健康教室、はつらつ教室は今回の評価対象外とする。

【第1期データヘルス計画評価のまとめと次期計画に向けた課題】

1. 特定健診の受診率は伸びてはいるものの、国の目標値には到達していない。
2. 特定健診受診者のうち、毎年約50名(約30%)の方は生活習慣病で医療機関を受診しており、重複した検査を避けている傾向にあるため、今後も村診療所と連携していく必要がある。
3. 被保険者の半数以上が高齢者であるため、フレイルや要介護の予防を定着させていく必要がある。

第2章 第2期データヘルス計画の基本的事項

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。

当村においても、平成30年度に第1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2期計画を策定するものとする。また今期計画により新たに、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

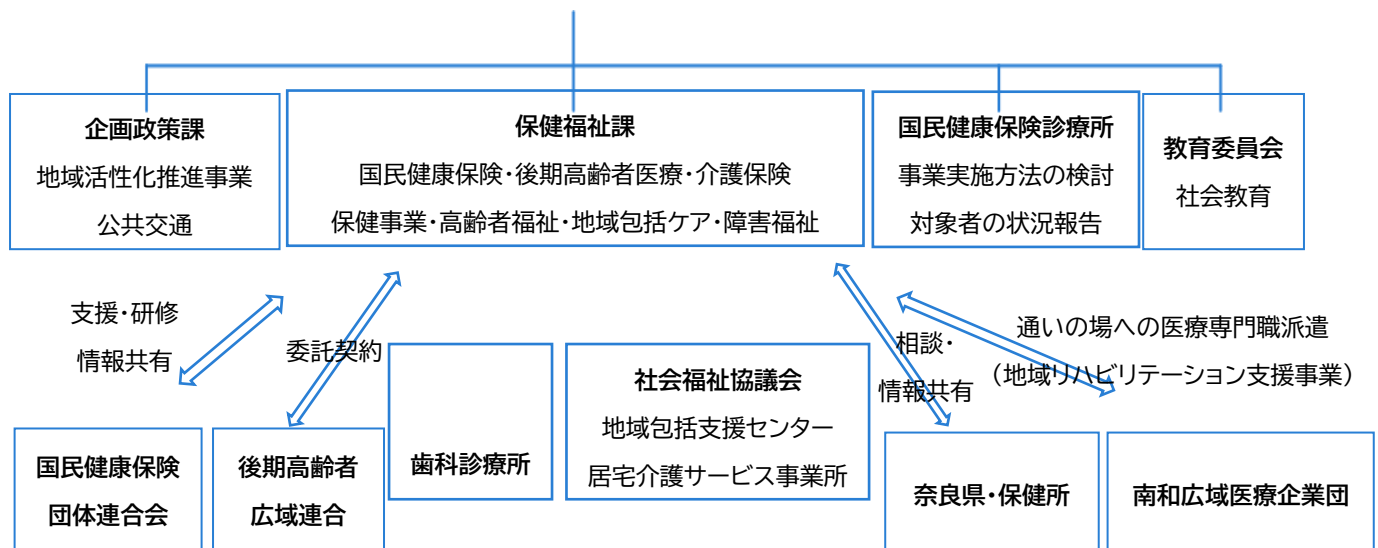
本計画は、令和6年(2024)年度から令和11年(2029)年度までの6年計画とする。

3. 実施体制・関連計画との連携

【実施体制】

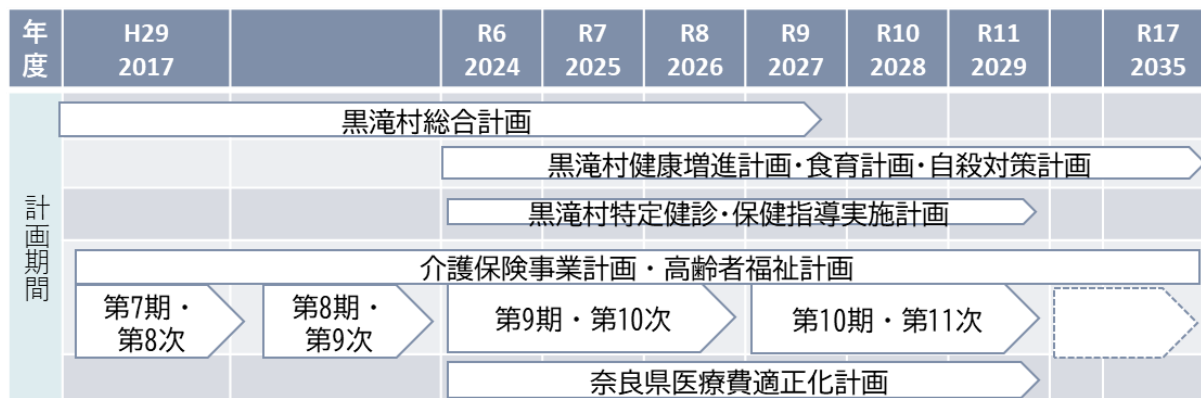
本計画を策定、推進する上で、以下の担当との連携を図るものとする。

部門	担当課等	役割
主担当	保健福祉課	計画全体の調整、管理 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 (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
	奈良県吉野保健所	



【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、策定作業をすすめてきた。また各計画の推進状況を把握しながら、本計画を推進するものとする。



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。

本村においても、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。

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）	+	KDB
3	医療費の適正化	一人当たりの医科医療費（入院＋外来） ※性・年齢調整値	－	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	+	法定報告
2			特定保健指導実施率	+	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 130mmHg②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 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
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

第3章 現状の整理

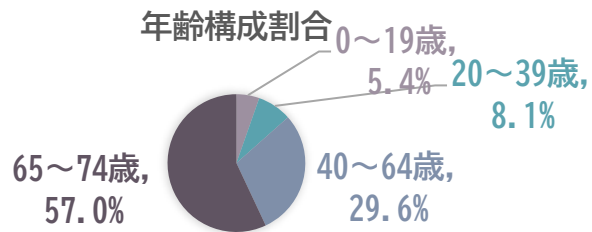
【被保険者の状況】

◆ 被保険者の推移

年度	H30 2018	R1 2019	R2 2020	R3 2021	R4 2022	R5 2023
世帯数（世帯）	129	126	126	126	124	116
被保険者数（人）	203	195	193	191	186	178
人口（人）	605	591	623	610	586	565
人口に占める割合	33.6%	33.0%	31.0%	31.3%	31.7%	31.5%

◆ 年齢構成比（令和4年度）

年 齢	人
0～19歳	10
20～39歳	15
40～64歳	55
65～74歳	106
合計	186

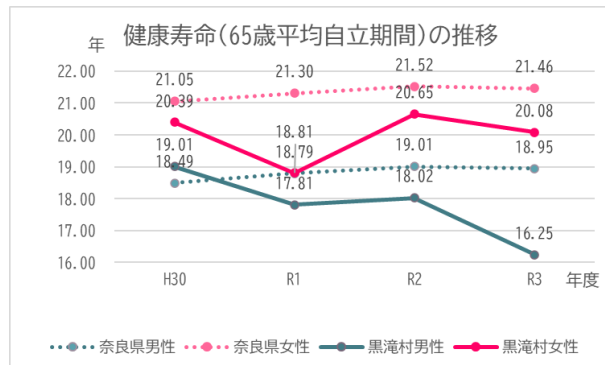


[出典]被保険者数：奈良県

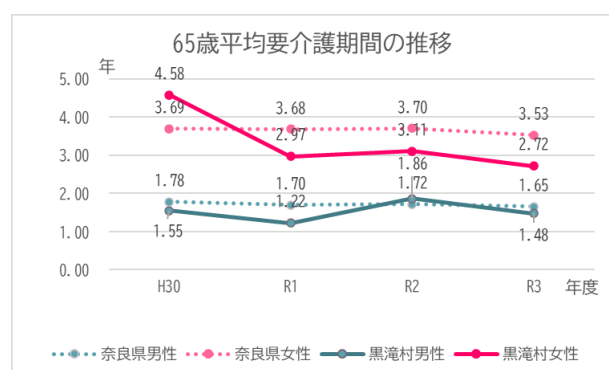
国民健康保険運営方針（奈良県庁資料）

人口、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)

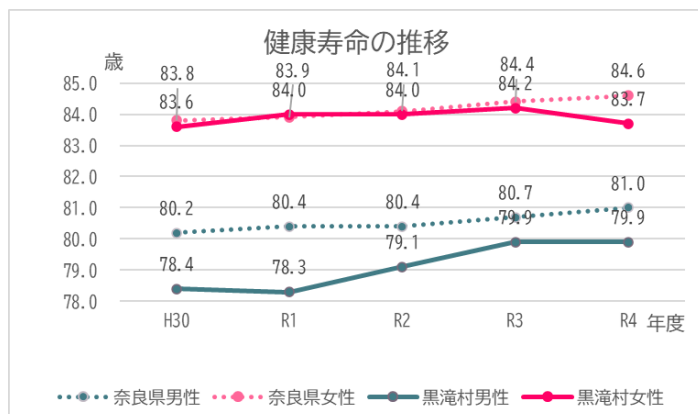
【健康寿命】



【要介護期間】



[出典]奈良県健康増進課



[出典]奈良県健康増進課

[出典]KDB システム
地域の全体像の把握

令和 5 年度の世帯数は 116 世帯で、被保険者数は村内の人口の約 30% の 191 人となっており、5 年前と比べて減少している。年齢別にみると、65 歳以上の被保険者数が多い。これは高齢化が関係していると考えられ、被保険者年齢層の高齢化により、医療費の増加等につながる事が考えられる。

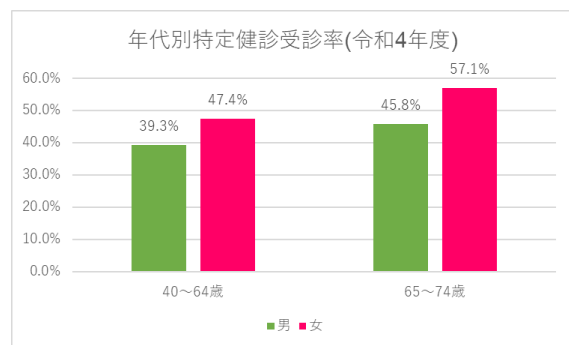
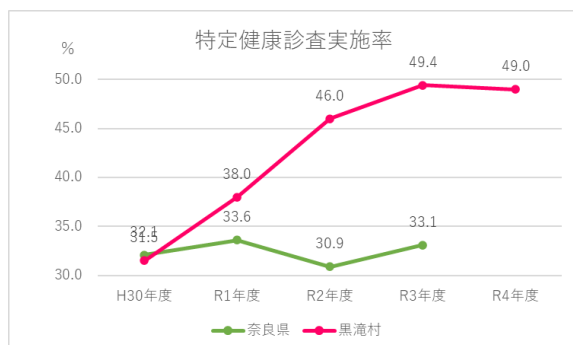
令和 2 年度の本村の健康寿命は、男性 18.02 歳、女性 20.65 歳で女性のほうが長い。経年的に見ると年度ごとに変化しているものの男女ともに奈良県全体より短く、県内順位（長い方から）は、男性 25 位、女性 22 位となっている。

令和 2 年度の本村の平均要介護期間は、男性 1.86 歳、女性 3.11 歳で女性のほうが長い。経年的に見ても男性はほぼ横ばい推移、女性は、短くなっている。県内市町村順位（短い方から）は、男性 30 位、女性 8 位となっている。

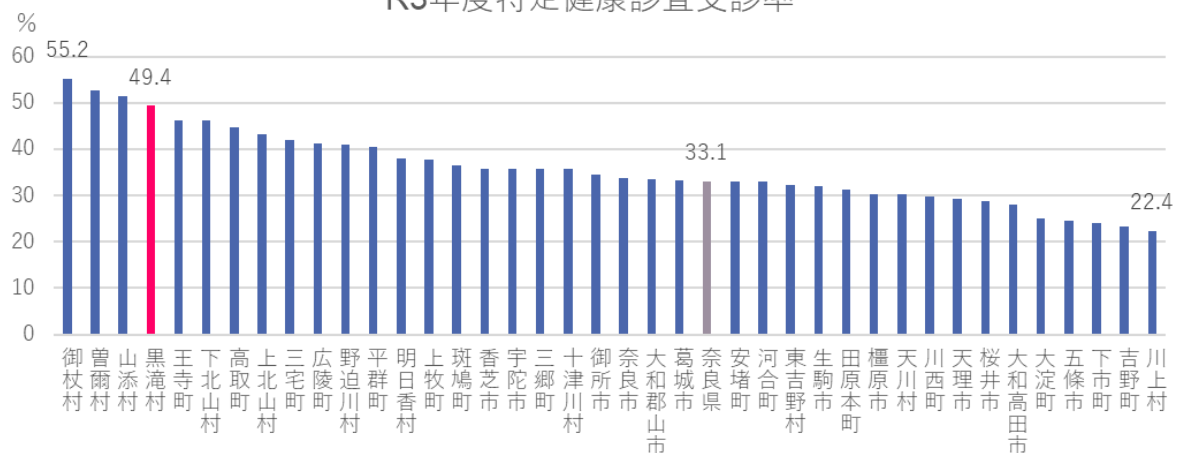
特定健康診査・特定保健指導等の実施状況

【特定健康診査の実施状況】

年度	H30	R1	R2	R3	R4
特定健診実施率（％）	31.5	38.0	46.0	49.4	49.0
対象者数（人）	162	158	161	158	143
受診者数（人）	51	60	74	78	70
市町村順位（位）	29	15	6	4	4



R3年度特定健康診査受診率

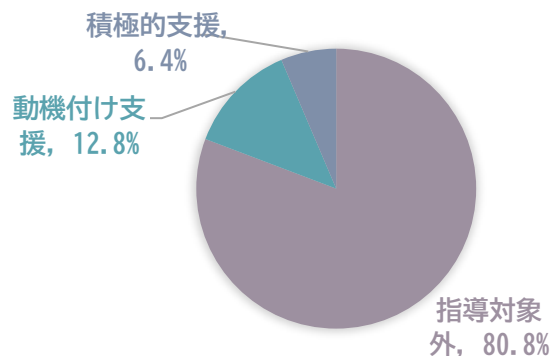


特定健康診査実施率は、制度が開始された平成 20 年度以降上昇傾向で、令和 2 年度からは、30%台から 40%台へさらに上昇し、県内上位 10 位内へ順位を上げている状況である。

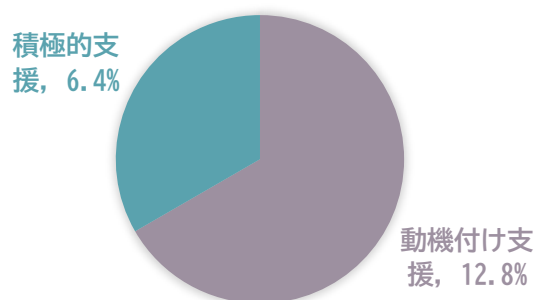
【特定保健指導の実施状況】

年度	H30	R1	R2	R3	R4
特定保健指導実施率（％）	0.0	33.3	50.0	20.0	42.9
対象者数（人）	5	6	8	15	7
受診者数（人）	0	2	4	3	3
市町村順位（位）	36	12	3	21	-

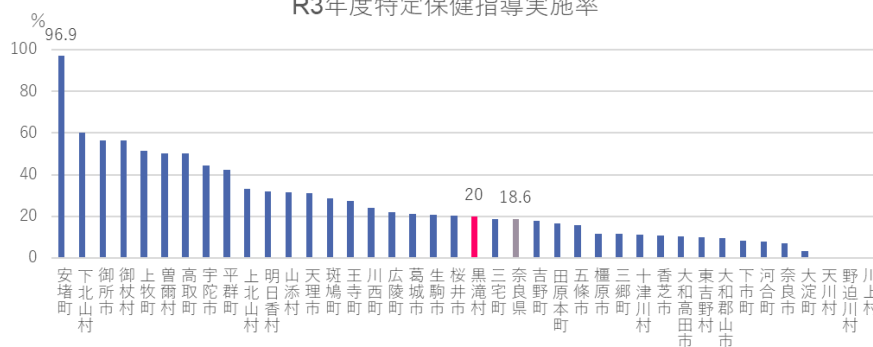
令和3年度特定保健指導の支援区分別の割合



令和3年度特定保健指導の支援区分別の割合



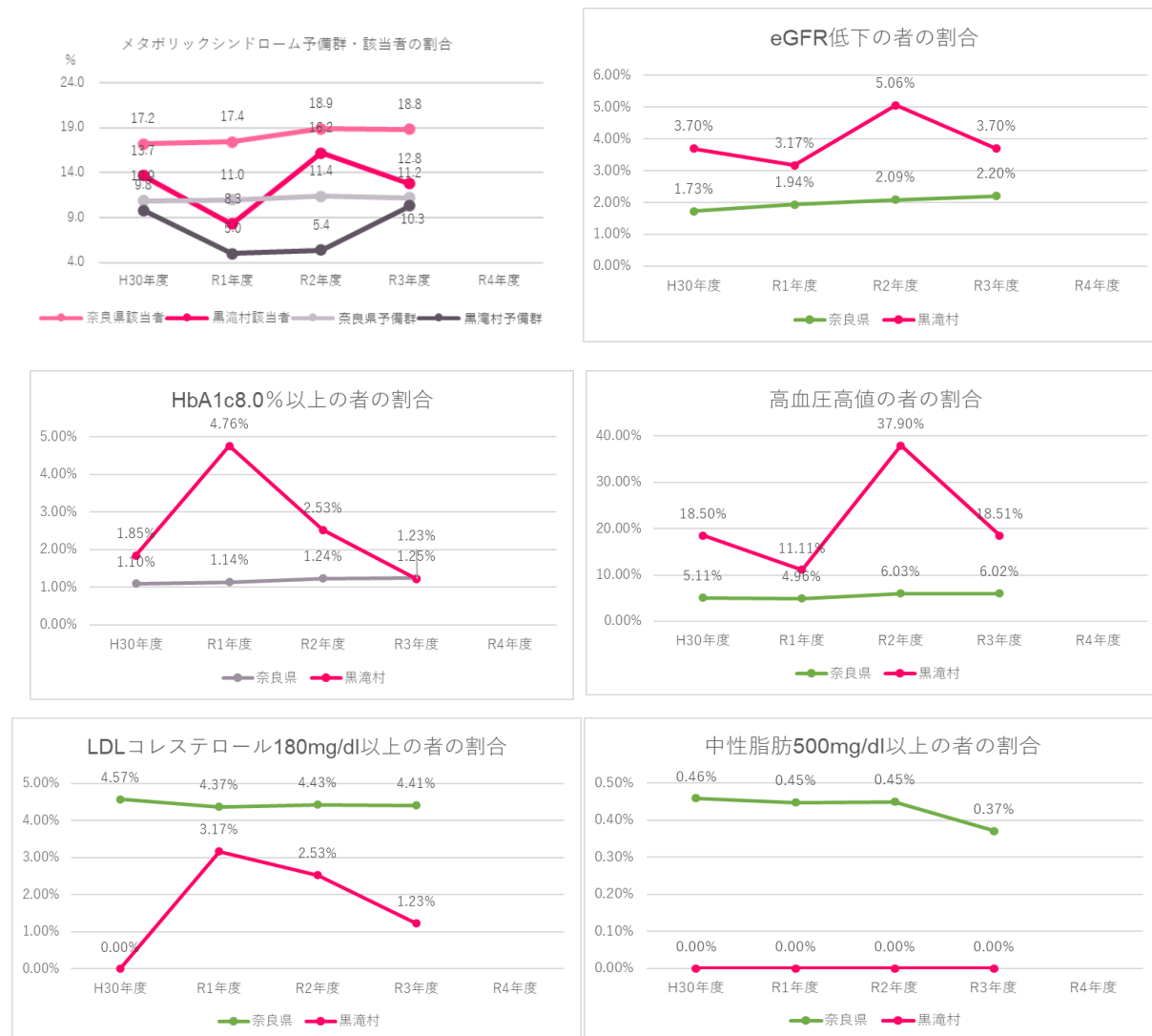
R3年度特定保健指導実施率



特定保健指導実施率は、制度が開始された平成 20 年度より対象者に身体状況等を確認して、保健指導の同意を得た方に実施しているため、年によってばらついている状況である。

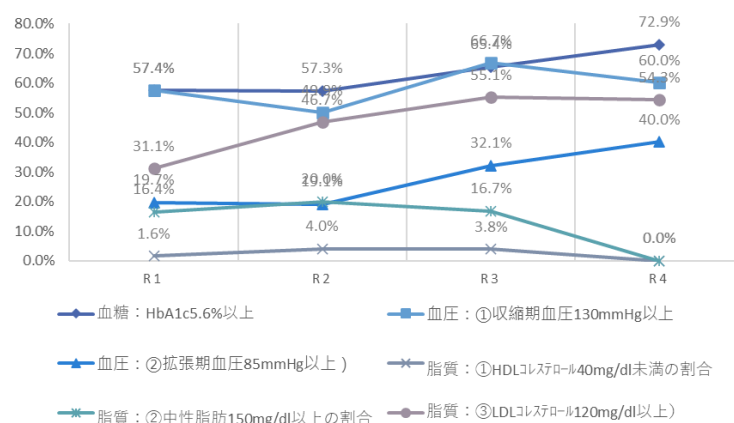
令和元年度以降は、県平均値よりは高いという状況である。

特定健康診査・特定保健指導等の健診データ



[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

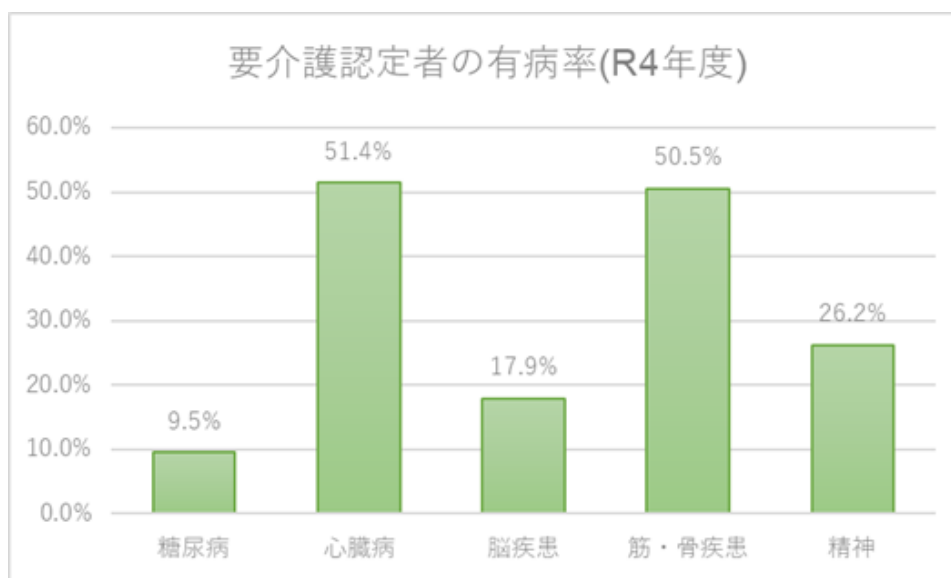
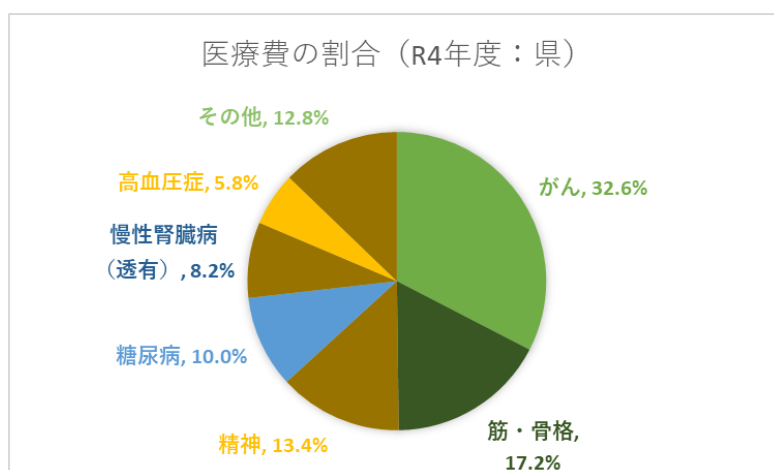
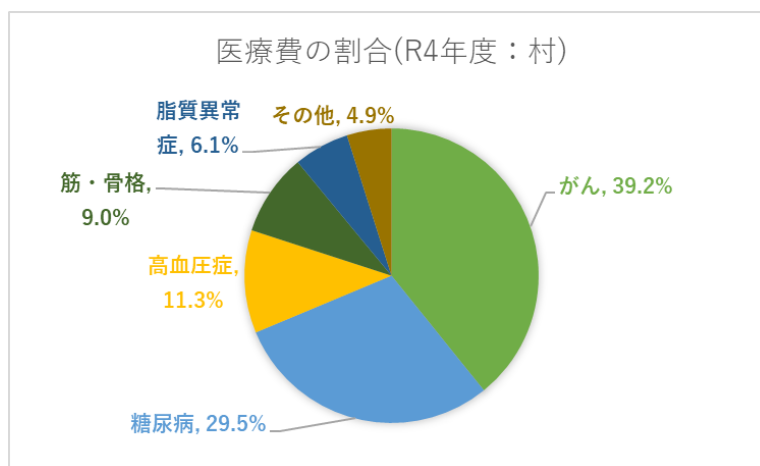
健診有所見者の割合の推移



[出典]KDB システム 「厚労省様式出力」→「様式 5-2 健診有所見者状況」

特定健診の結果、高血圧者が多いのは、集団健診の時期が寒かったことや受診者の高齢者の占める割合も高く県より高いと考えられる。

医療費・医療の状況：総医療費



[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

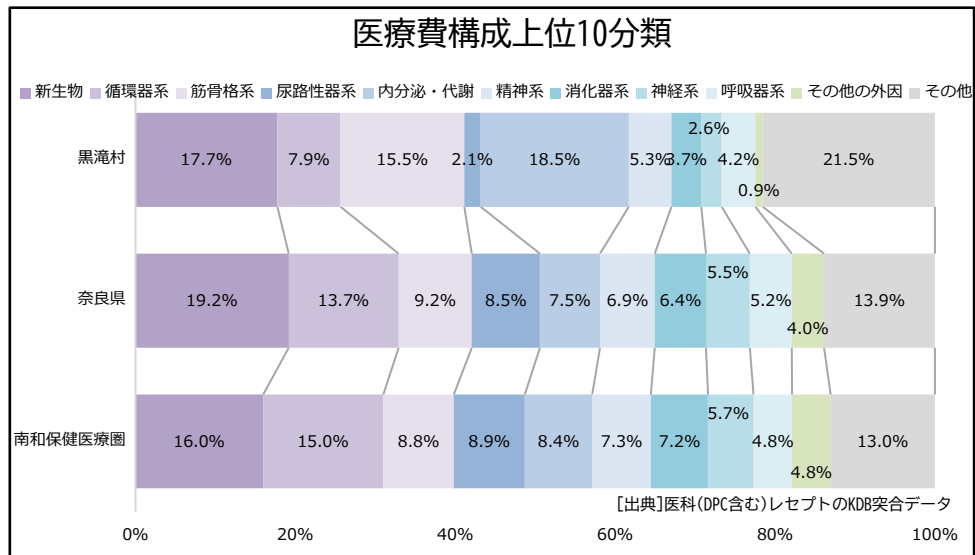
R4年度の糖尿病や高血圧症などの生活習慣病の医療費が約50%、また、がんの医療費割合も県と比べて高くなっている。結果的にeGFR45未満の者も県に比べて多く、引いては要介護の原因となっている。

医療費構成上位10分類

順位※	大分類名	医療費(千円)		
		黒滝村	奈良県	南和保健医療圏
1	新生物	7,334	16,471,145	896,393
2	循環器系	3,266	11,812,834	843,632
3	筋骨格系	6,389	7,864,922	494,519
4	尿路性器系	850	7,323,876	498,893
5	内分泌・代謝	7,656	6,452,590	472,978
6	精神系	2,210	5,904,682	411,946
7	消化器系	1,538	5,485,327	401,534
8	神経系	1,059	4,739,521	319,504
9	呼吸器系	1,741	4,492,061	270,439
10	その他の外因	378	3,460,880	271,065
11位以降		8,904	11,929,357	732,191
合計		41,325	85,937,195	5,613,094

※順位は奈良県を基準に取得

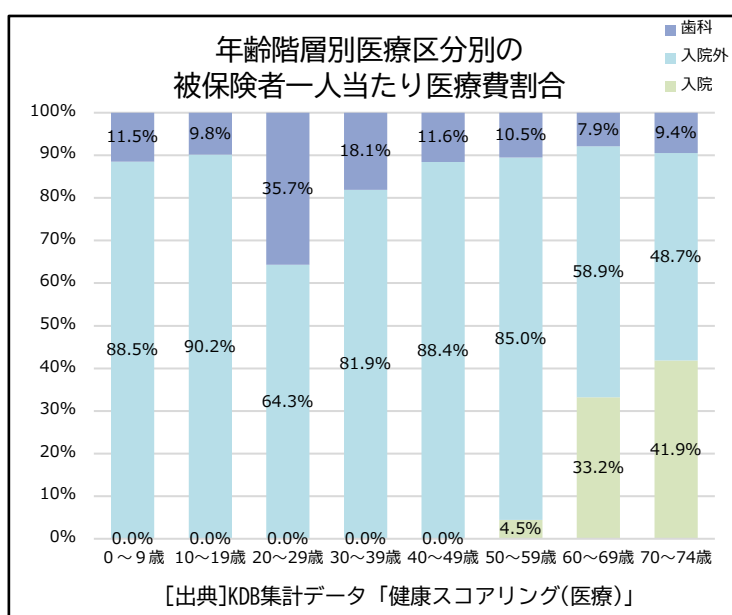
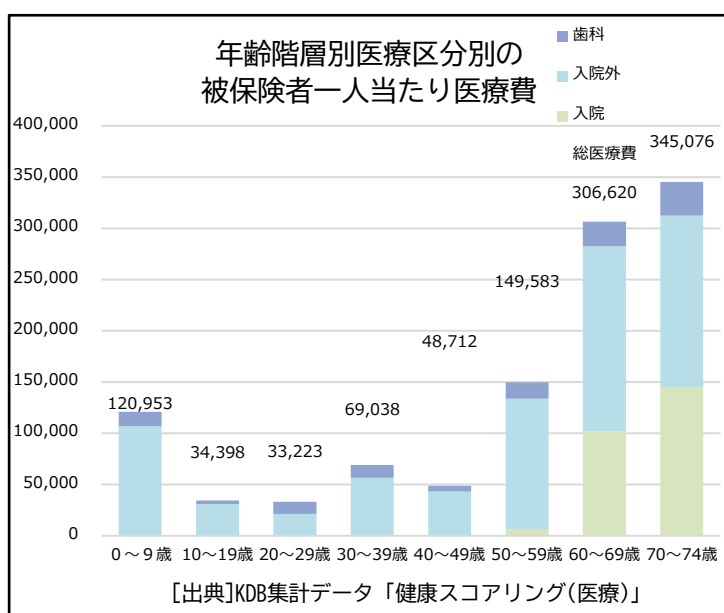
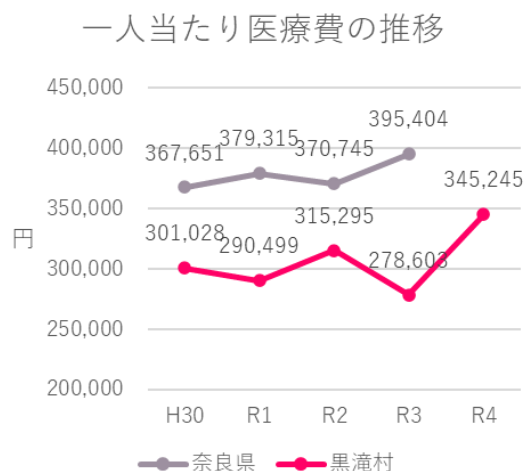
[出典]医科(DPC含む)レセプトのKDB突合データ



医療費・医療の状況：一人当たり医療費

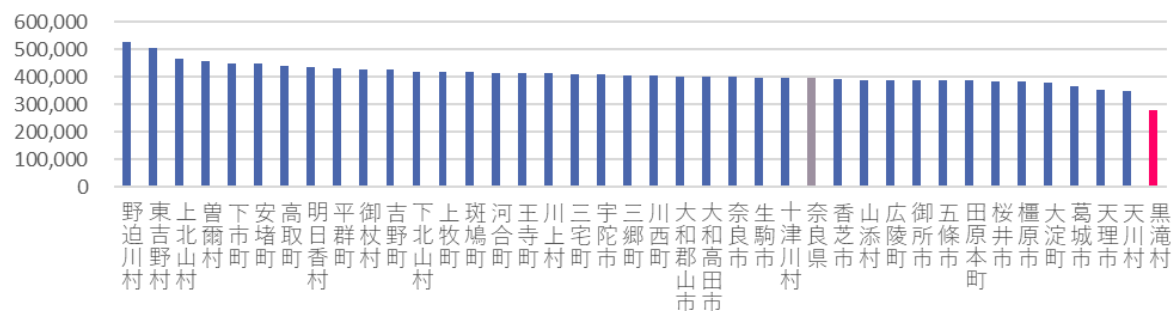
年度	H30 2018	R1 2019	R2 2020	R3 2021	R4 2022
奈良県	367,651	379,315	370,745	395,404	
黒滝村	301,028	290,499	315,295	278,603	345,245

[出典]国民健康保険事業年報（厚生労働省）



(円)

市町村別一人当たり年間医療費（令和3年度）



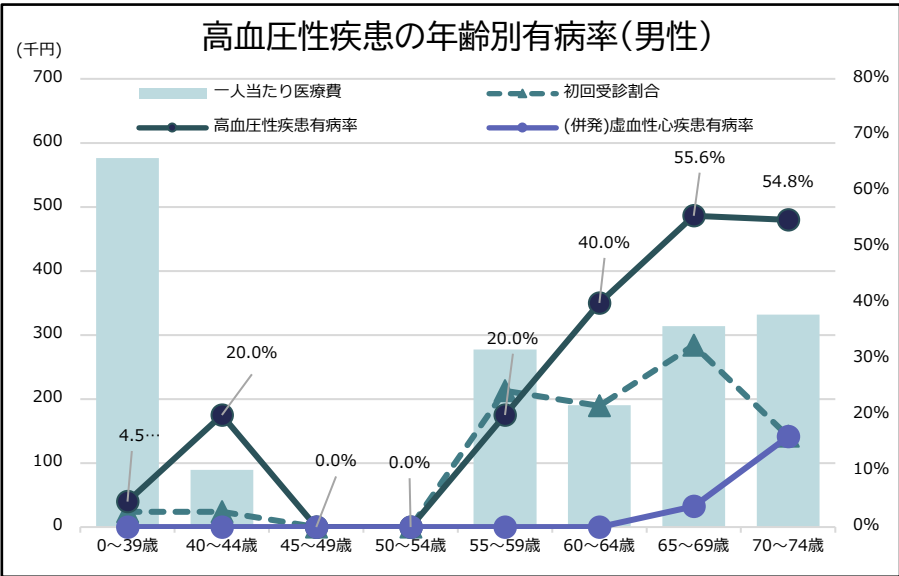
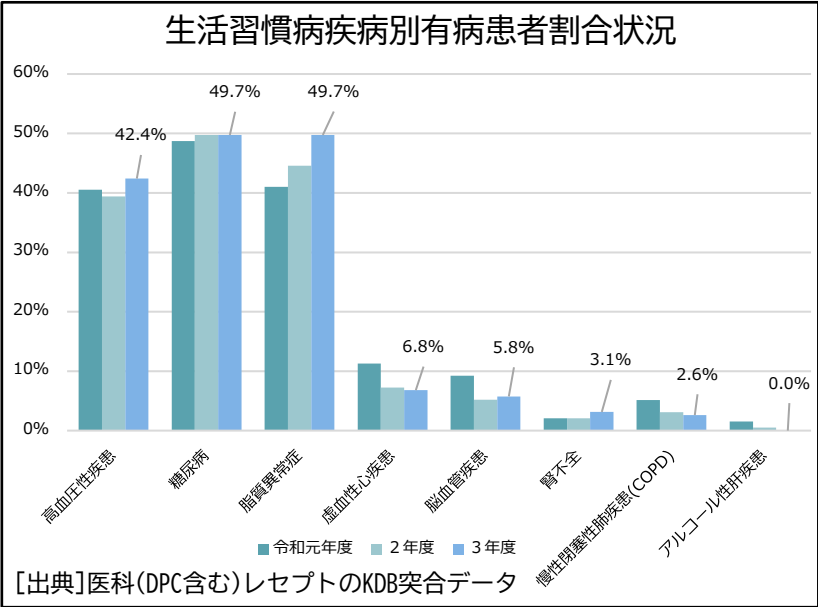
野迫川村	525,909
東吉野村	504,815
上北山村	466,368
曾爾村	458,080
下市町	447,213
安堵町	446,318
高取町	438,333
明日香村	434,980
平群町	431,126
御杖村	427,858
吉野町	424,994
下北山村	419,022
上牧町	418,552
斑鳩町	416,647
河合町	414,703
王寺町	412,413
川上村	411,680
三宅町	410,947
宇陀市	410,500
三郷町	406,059
川西町	403,468
大和郡山市	401,251
大和高田市	400,922
奈良市	398,866
生駒市	397,616
十津川村	395,737
奈良県	395,404
香芝市	392,394
山添村	388,171
広陵町	386,788
御所市	386,607
五條市	385,976
田原本町	385,817
桜井市	384,432
橿原市	383,245
大淀町	380,014
葛城市	366,688
天理市	352,477
天川村	347,831
黒滝村	278,603

一人当たり医療費は、県内でも低い水準である。年齢階層別に医療費をみると、50 歳代から上昇し始め、60 歳代以上から入院医療費が 3 割を超えている。

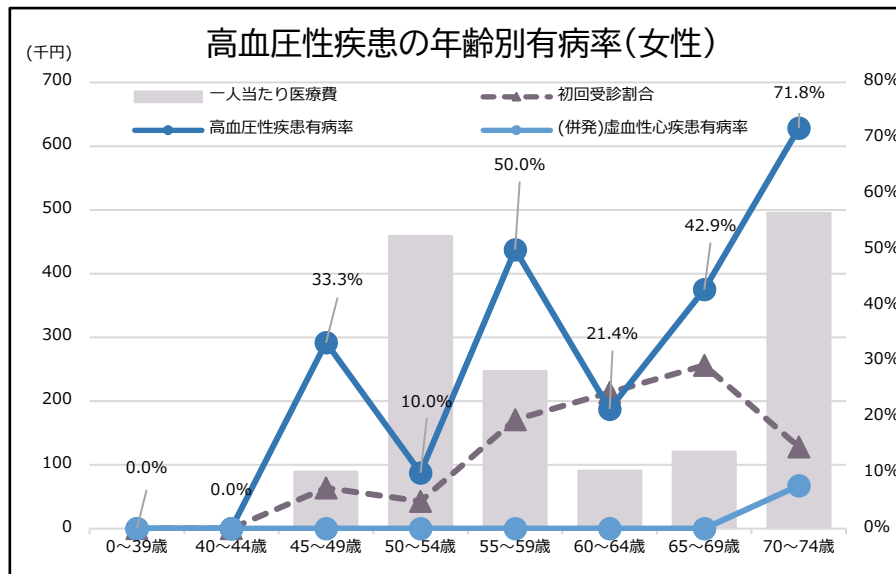
生活習慣病疾病別有病患者割合状況

疾患名	受診者数(人)		
	令和元年度	2 年度	3 年度
高血圧性疾患	79	76	81
糖尿病	95	96	95
脂質異常症	80	86	95
虚血性心疾患	22	14	13
脳血管疾患※	18	10	11
腎不全	4	4	6
慢性閉塞性肺疾患(COPD)	10	6	5
アルコール性肝疾患	3	1	0

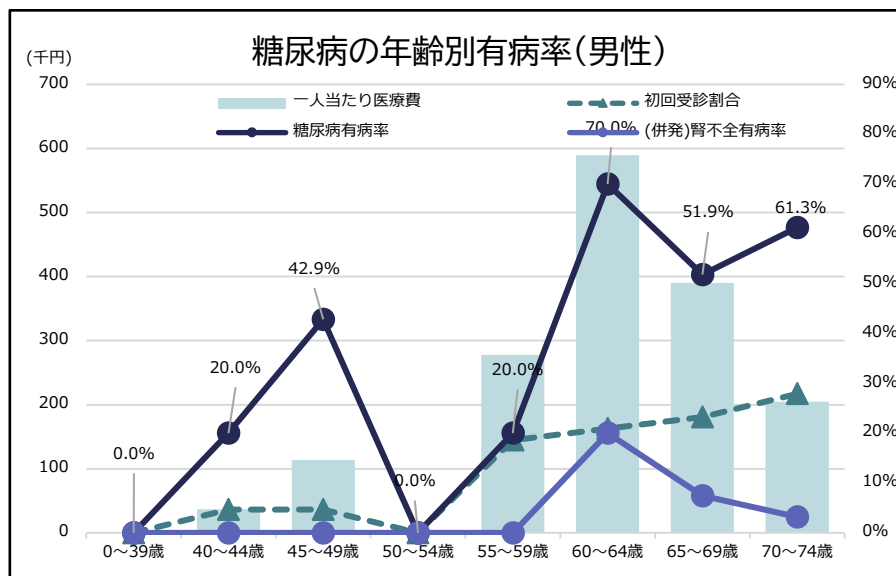
※脳血管疾患…くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、脳動脈硬化(症)、その他の脳血管疾患を含む



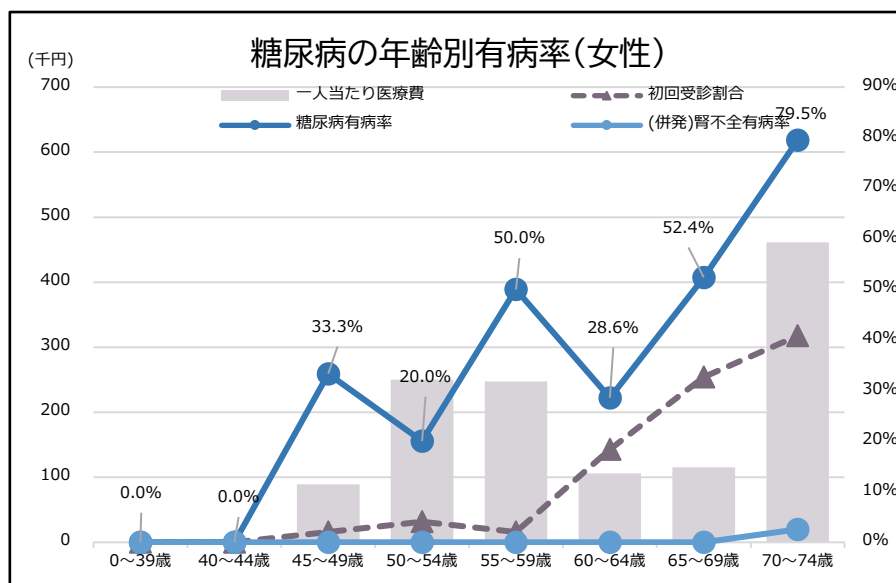
[出典]医科(DPC 含む)レセプトの KDB 突合データ



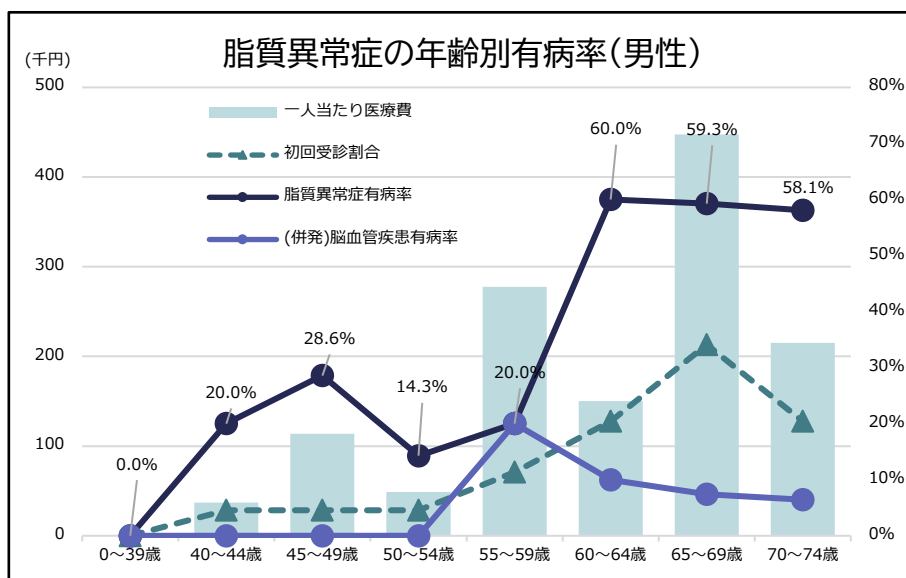
[出典]医科(DPC 含む)レセプトの KDB 突合データ



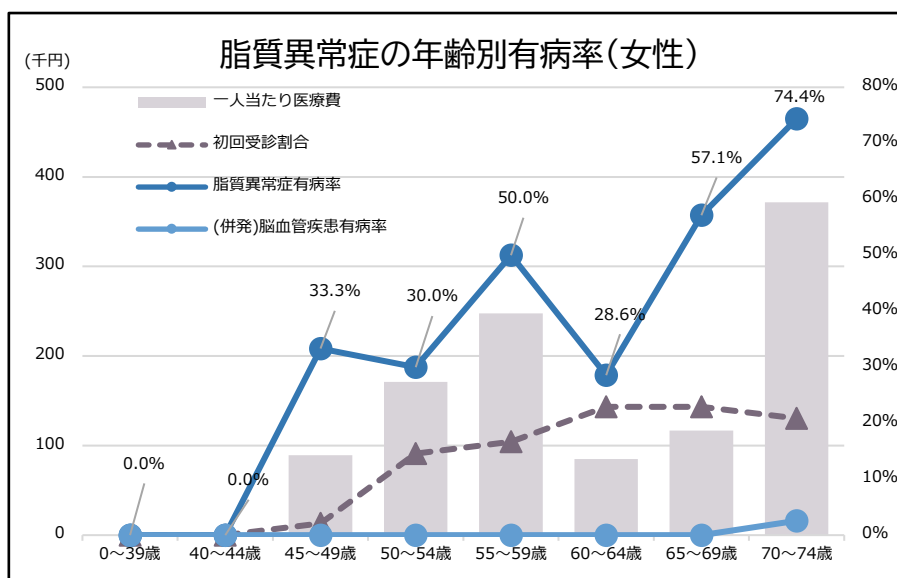
[出典]医科(DPC 含む)レセプトの KDB 突合データ



[出典]医科(DPC 含む)レセプトの KDB 突合データ

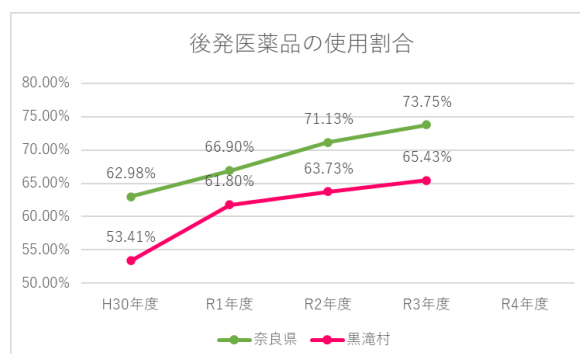
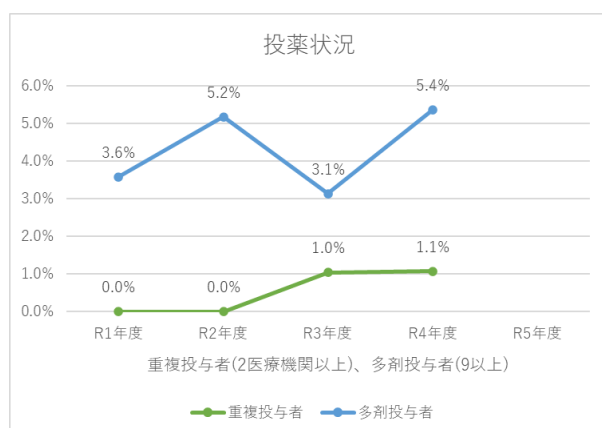


[出典]医科(DPC 含む)レセプトの KDB 突合データ

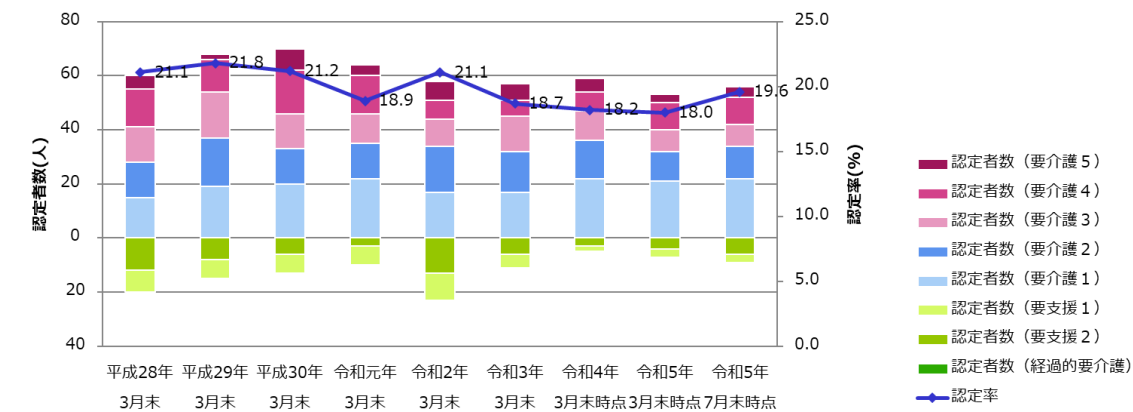


[出典]医科(DPC 含む)レセプトの KDB 突合データ

生活習慣病疾病別有病率は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症が各々、被保険者の4割が罹患している。概ね男女ともに40歳代から治療を受けており、高血圧症の70歳以上で虚血性心疾患を、糖尿病の60歳代で腎不全を、脂質異常症の50歳代で脳血管疾患をいずれも被保険者のうち、7%（約13人）弱が併発している。

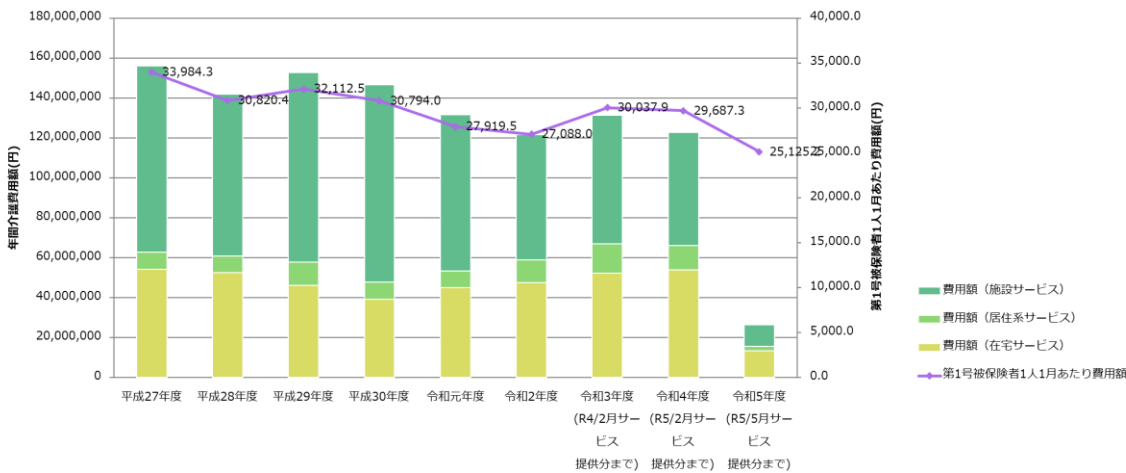


黒滝村の要介護（要支援）認定者数、要介護（要支援）認定率の推移



(出典) 平成27年度から令和2年度：厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」、令和3年度から令和4年度：「介護保険事業状況報告（3月月報）」、令和5年度：直近の「介護保険事業状況報告（月報）」

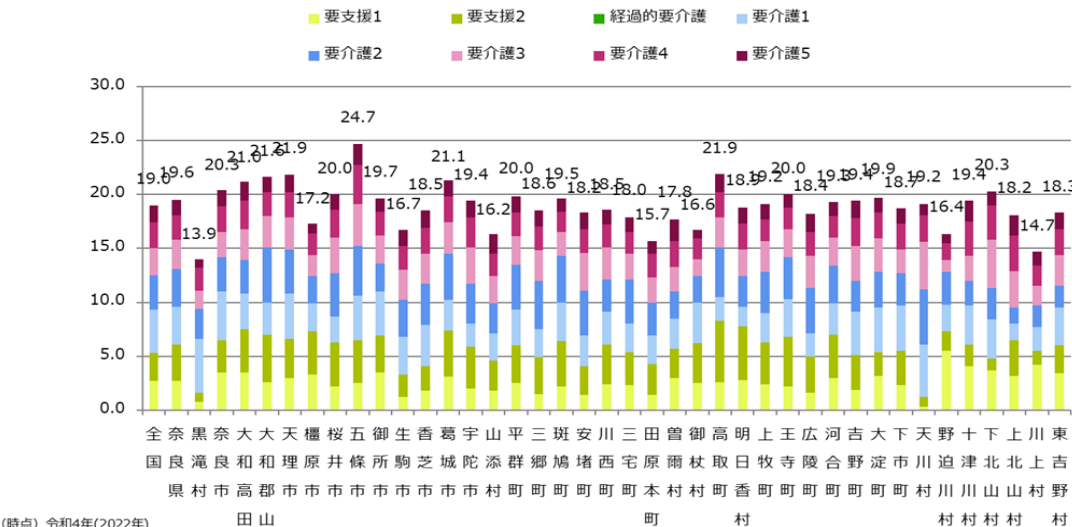
黒滝村の介護費用額の推移



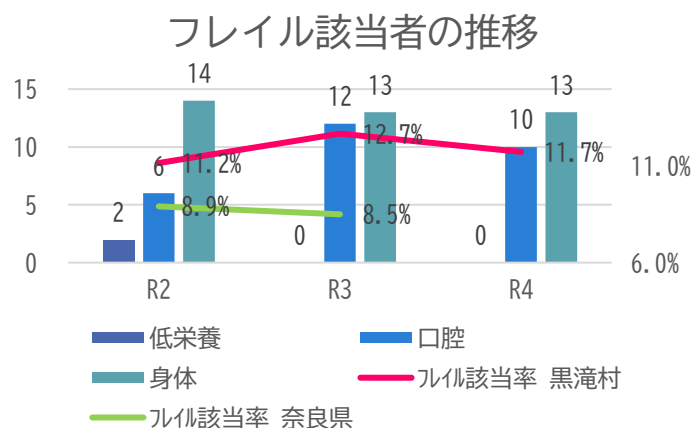
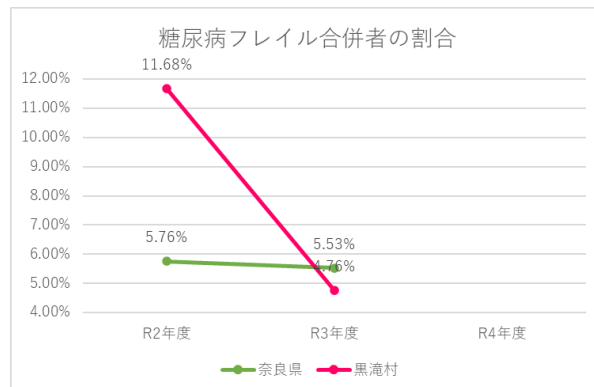
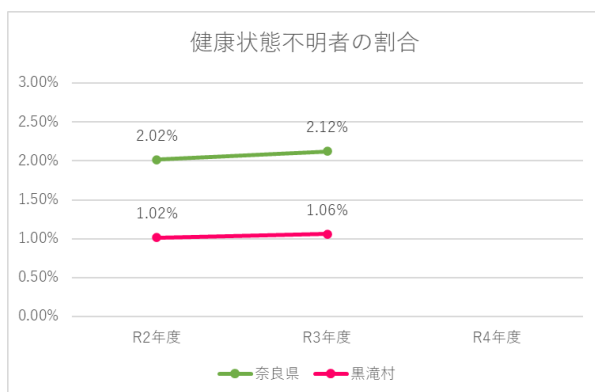
(出典) 【費用額】平成27年度から令和2年度：厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」、令和3年度から令和4年度：「介護保険事業状況報告（月報）」の12か月累計、令和5年度：直近月までの「介護保険事業状況報告（月報）」の累計（※補給給付は費用額に含まれていない）

【第1号被保険者1人あたり費用額】「介護保険事業状況報告（年報）」（または直近月までの月報累計）における費用額を「介護保険事業状況報告月報」における第1号被保険者数の各月累計で除して算出

調整済み認定率（要介護度別）（令和4年(2022年)）



(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」（令和3,4年度のみ「介護保険事業状況報告（月報）」および総務省「住民基本台帳人口・世帯数」

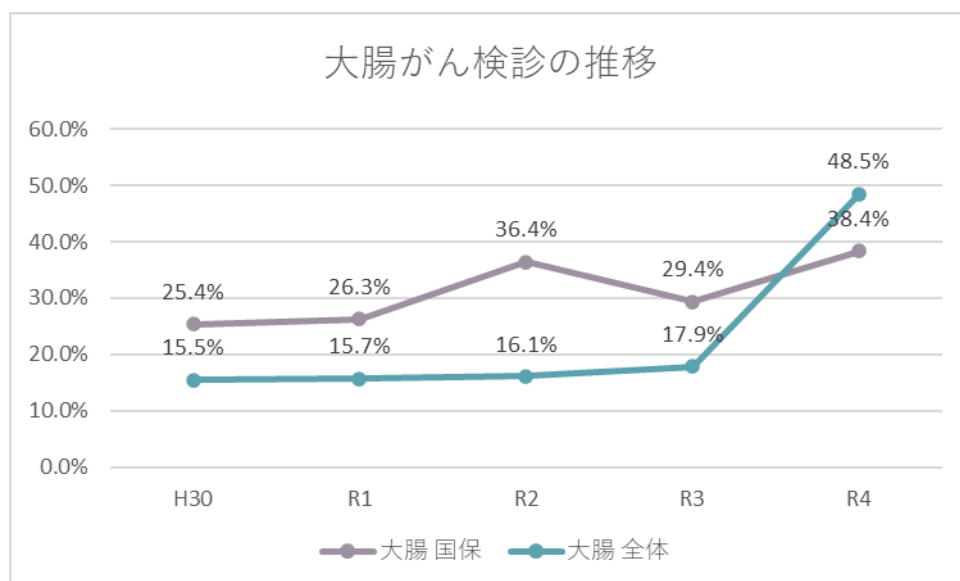
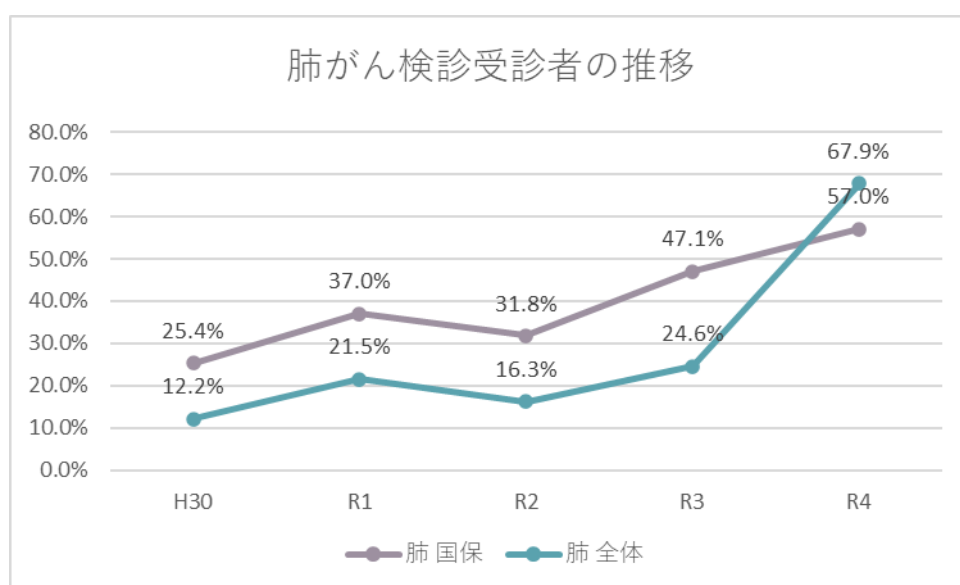
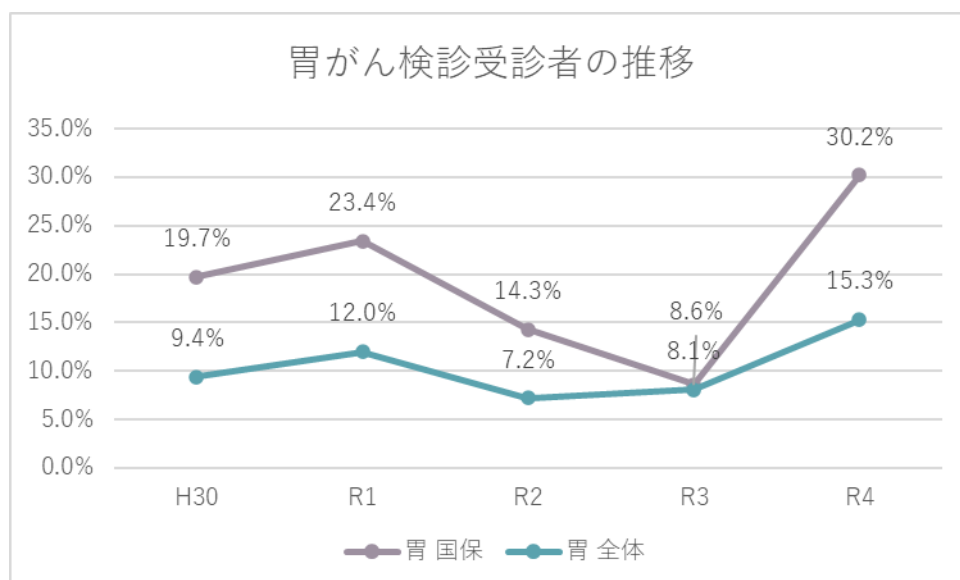


低栄養の集計人数	KDB 二次加工ツール 集計結果	KDB 二次加工ツール(一体的実施・KDB 活用支援ツール)からの支援対象者抽出 健診：BMI ≤ 20 かつ後期高齢者の質問票⑥ (2～3キロ以上の体重減少)
口腔の集計人数	KDB 二次加工ツール 集計結果	KDB 二次加工ツール(一体的実施・KDB 活用支援ツール)からの支援対象者抽出 後期高齢者の質問票④(固いものが食べにくい)、⑤(むせる)のいずれかに○ かつ レセプト：過去1年間歯科受診なし
身体的フレイルの集計人数	KDB 二次加工ツール 集計結果	KDB 二次加工ツール(一体的実施・KDB 活用支援ツール)からの支援対象者抽出 後期高齢者の質問票①(健康状態)かつ⑦ (歩行速度)、⑦(歩行速度)かつ⑧(転倒) の組み合わせ

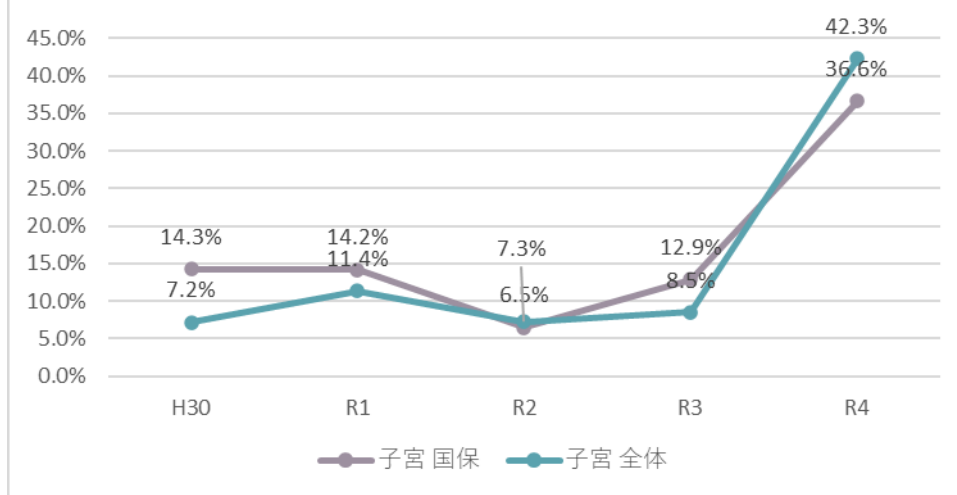
介護費用額は、年によりばらつきはあるものの、R2 年度末以降、要介護認定率は 20%を下回り、また、R4 年度の調整済み認定率は県内で一番低くなっている。

後期高齢者の健診の結果、県のフレイル該当率よりも高く、身体的フレイルの該当者が一番多く、次いで口腔フレイルと続いている。

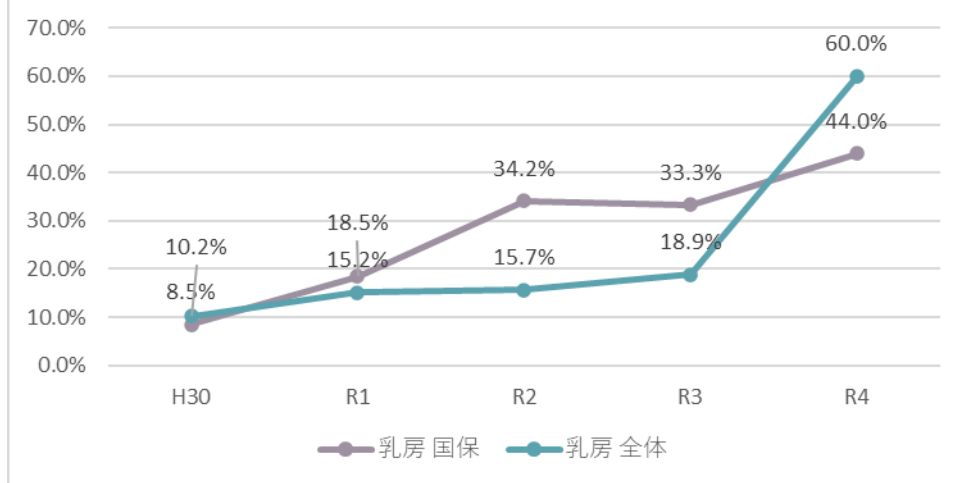
がん検診、歯科健診等のデータ



子宮がん検診の受診者の推移



乳がん検診受診者の推移



歯周疾患検診受診率

R3	R4	R5
7.3%	9.1%	4.5%

第4章 計画全体

1. 課題の整理【優先順位の高い順に記載】

課題1 生活習慣病などの予防行動をとる者の数が少ない	
課題とする理由	・ 特定健診の受診率は伸びてはいるものの、国が設定する受診率には到達していない。 ・ 特定健診受診者のうち、毎年約 50 名(約 30%)の方は生活習慣病で医療機関を受診しており、重複した検査を避けている傾向にある。 ・ がん検診受診率は伸びてはいるものの、国が設定する受診率には到達していない。 ・ 歯周疾患検診の受診率は低迷している。
根拠となるデータ	・ 特定健診受診率 ・ 特定保健指導利用率 ・ がん検診受診率 ・ 歯周疾患検診受診率
取り組みの方向性	継続的に健(検)診を無料化することで健(検)受診への意識向上を図っていく。 特定健診受診者を増やすとともに、特定保健指導を実施することで生活習慣病の発症を未然に防ぐ。
課題2 生活習慣病の医療費に占める割合が高い。	
課題とする理由	・ 被保険者の高齢化 ・ 生活習慣の改善により重症化を予防することができるため
根拠となるデータ	・ 医療費の割合
取り組みの方向性	生活改善にむけてモチベーションを高められる保健指導を診療所と連携して推進する。

課題3 フレイルおよび要介護の予防をとる者が少ない

課題とする理由	- 要介護認定率は減少し、年齢調整済認定率は奈良県内で一最低水準。 - フレイル・要介護の予防が定着させていく段階にある。
根拠となるデータ	- 要介護等の認定者数・率 - 要介護者の有病率
取り組みの方向性	フレイルおよび要介護への進行を予防する対策を地域包括支援センターと相談しながら進める。

課題4 医療費の適正化と薬の副作用を予防する

課題とする理由	重複受診、頻回受診、重複服薬、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ため
根拠となるデータ	投薬状況
取り組みの方向性	文書の通知などによって、適正化を図っていく。

2. 目的・目標

課題を解決するため、第2期計画では以下の目的・目標を設定し計画を推進するものとする。

【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 (男80.1歳・女84.9歳)
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	医科：340,000円 歯科：24,500円

【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
メタボリックシンドローム該当者および予備群該当者を早期発見し、該当人数を減少させる	特定健康診査実施率	52%	特定健康診査事業 (実施率向上対策)
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	1人以上/3年間	特定保健指導事業
	有所見者の割合 ・ 血糖 血糖 66% ・ 血圧 ①収縮期 54% ②拡張期 34% ・ 脂質 脂質(中性脂肪) 15.50% 脂質(LDLコレステロール) 0%維持		
	メタボリックシンドローム該当者・予備群該当者割合	該当者10%以下 予備群10%以下	
生活習慣病該当者が重症化へ移行することを予防する	HbA1c8.0%以上の割合	1%以下(0人)	糖尿病性腎症重症化予防事業
	糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数	0人維持	
	健診受診者のうち未治療者割合	0人	
適性服薬・後発医薬品利用を促進させる	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	全国平均以下(1%以下)	適性受診・ 適性服薬促進事業
	同一月内に9種類以上の薬剤の処方を受けた者の割合	全国平均以下 (5.4%以下)	
	後発薬品使用割合	使用促進(66%)	後発薬品利用 促進事業
がん罹患者を早期発見し早期治療につなげる	SMR	100未満	がん検診 (受診率向上対策)
	がん検診受診率 胃 35% 子宮 40% 肺 60% 乳房 50% 大腸 40% ※国・県60%		
口腔機能の維持および向上につなげる	歯周疾患検診受診率	10%	歯と口の健康の増進事業
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を推進させる	要介護認定者数	60人	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進に関する事業
	フレイル該当者数・率	21人	

第5章 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、生活習慣病の原因となるメタボリックシンドロームを対象とした特定健康診査・特定保健指導が保険者に義務づけられた。 本村においても、特定健康診査等実施計画に基づき実施されているが、実施率は、49.4%（令和4年度）と国の目標60%を下回っており、さらに実施率の向上を図る必要がある。 そこでメタボリックシンドロームおよび伴う生活習慣病の予防を目指した特定健康診査・特定保健指導をすすめるため、受診勧奨等の取り組みを行うことで、特定健康診査の実施率の向上を目指す。		
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）		
	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	集団健診案内送付時期	対象者へ勧奨通知
		集団健診終了後 11～12月	上記対象者の受診確認を実施 再勧奨通知
2.村独自事業			
・ 集団健診の実施（がん検診・歯周疾患検診と同時実施） ・ 人間ドック費用の助成（自己負担額10,000円）			
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	・特定健診実施率	52%
	アウトプット	・受診勧奨送付率	100%
	プロセス	・予算、人員、体制は適切であったか。 ・特定健康診査の実施方法、回数、場所、内容は適切であったか。 ・診療所・集団健診実施機関との打ち合わせ会議を年1回実施。	
	ストラクチャー	・国保連合会の説明会に参加、必要時連携できたか。 ・受診勧奨時期、方法が適切であったかを課内で検討を行う（毎年度末） ・以下について、毎年状況把握していく。 受診勧奨の受診率/人間ドック受診者数	

2. 特定保健指導事業			
目的	平成20年度より、生活習慣病の原因となるメタボリックシンドロームを対象とした特定健康診査・特定保健指導が保険者に義務づけられた。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、メタボリックシンドロームの改善を図るものである。 本村においても、特定健康診査等実施計画に基づき実施されているが、実施率は、42.9%（令和4年度）と国の目標60%を下回っているため、実施率の向上を図る必要がある。また、メタボリックシンドローム該当者や予備群の割合は県の平均より低いいため、対象者がハードルを低くして受けていただけるよう工夫して取り組んでいく。		
内容	〈電話勧奨〉 対象：保健指導対象者 実施時期：健診結果確認後 方法：保健師が電話を行う 〈保健指導〉 実施方法：直営および委託		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	•利用者の改善数(腹囲2cm、体重2kg) •特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 •有所見者の割合(血糖・血圧・脂質(中性脂肪・LDLコレステロール))	1人以上/3年間 25%以上 血糖 1%以下 血圧 10%以下 脂質(中性脂肪) 0%維持 脂質(LDLコレステロール) 1%以下
	アウトプット	•特定保健指導実施率 •利用勧奨実施率	50%以上 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。 •特定保健指導の実施方法、回数、場所、内容は適切であったか。 •国保連合会の説明会に参加、必要時連携できたか。 •課内での連携はできたか。	

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つなげ、対象者のQOLの維持・向上をはかる。 本村においても、R2年度から取り組みを実施している。対象者がハードルを低くして参加していただけるよう工夫して取り組んでいく。		
	1.受診勧奨事業（国保連合会との共同保健事業）		
内容	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が7%以上でかつ糖尿病未治療の対象	
	実施時期 内容	毎月対象者を選定し、受診勧奨通知を送付(レッドカード事業の一部に含んで実施)および村からも電話勧奨	
	2.保健指導事業		
	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 ・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	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 ・糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数	基準値に近づく 100% 100% 1%以下 0人維持
	アウトプット	・受診勧奨送付率 ・保健指導実施者数	100% 2人まで
	プロセス ストラクチャー	・予算、人員、体制は適切であったり、課内での連携はできたか。 ・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(保健指導参加者の翌年度に検査値の把握方法、時期) ・医療機関や県等の連携	

4. 生活習慣病重症予防対策事業			
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が高い。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、重症化を予防する。		
内容	レッドカード事業（国保連合会との共同保健事業）		
	対象	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	
	実施時期 内容	毎月対象者を選定し、受診勧奨通知を送付および村からも電話勧奨	
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割合	100%
		・健診受診者のうち以下の未治療者割合を特定健診受診年度ごとで評価 血圧160/100mmHg以上・LDL180mg/dℓ以上	0%
		中性脂肪500mg/dℓ以上・eGFR45未満	0%
	アウトプット	・受診勧奨数・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り、課内での連携はできたか。 ・対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。 ・医療機関や県等の連携	

5. 適性受診・適性服薬促進事業（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。対象者に対して通知を行うことで、適正受診・適性服薬を促す。		
内容	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 （国保連合会との共同保健事業）		
	対象	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	8～9月	注意喚起文書および投薬実績を対象へ送付
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）	100%
		・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	0.5%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	3%以下
	アウトプット	・注意喚起文書送付数	100%
	プロセス ストラクチャー	・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（確認方法、時期） ・国保連合会 年1回以上および課内での連携はできたか。	

6. 後発医薬品促進事業			
目的	国は、後発医薬品使用割合の目標を80%以上と掲げている。本村では約70%（R3年度）であり、目標には到達できていない状況である。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.後発医薬品差額通知の送付（4回/年）（国保連合会との共同保健事業）		
	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：すべて（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	コールセンターを設置（国保中央会に委託） 差額通知書にフリーダイヤルを掲載	
	3.啓発物品の配布（啓発品、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月頃に村に納品	
	評価指標	区分	指標
アウトカム		後発品使用割合	前年度より 2ポイント以上
アウトプット		差額通知数・率	全世帯・100%
プロセス		・対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。	
ストラクチャー		・評価方法は適切であったか（確認方法、時期）	

7. がん検診（受診率向上対策事業）				
目的	がんは医療費を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（保健福祉課）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）			
	20歳	40歳	50歳	65歳75歳
	集団検診[特定健診と同時実施、村指定日、実施日約2か月前に対象者全員に通知]			
		肺がん検診		肺がん検診および結核検診
	胃がん検診・大腸がん検診・乳がん検診（女性）・肝炎ウイルス検査			
	子宮がん検診（女性）			
	個別検診[広報に案内掲載、受診期間は毎年7月～3月末]			
	胃がん検診（バリウム）・乳がん検診（女性）			
		胃がん検診（胃カメラ）		
	子宮がん検診（女性）			
評価指標	区分	指標		目標値
	アウトカム	・SMR ・がん検診受診率 村（国・県）		100未満 胃 35% 肺 60% 大腸 40% 子宮 40% 乳房 50%
	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		対象者全員・100% 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り、課内での連携はできたか。 ・がん検診の実施方法、回数、場所、受診勧奨の方法は適切であったか。		

8. 歯と口の健康の増進事業			
目的	歯周疾患の早期発見および口腔保健意識の向上を図り、住民の健康水準の向上を図る。		
内容	・ 40～74歳の住民に対し、無償で歯周疾患検診を行う。		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	・歯周疾患検診受診率	10%
	アウトプット	・受診勧奨実施率 ・特定健診との同時実施回数	対象者全員・100% 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り、課内での連携はできたか。 ・がん検診の実施方法、回数、場所、受診勧奨の方法は適切であったか。	

9. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する事業

目的	高齢者、その中でも特に後期高齢者については、複数疾患の合併のみならず、加齢に伴う諸臓器の機能低下を基盤としたフレイルやサルコペニア、認知症等の進行による様々な健康課題に対応していくため、客観的なデータに基づいた地域や高齢者の特性に合わせた保健事業を効果的かつ効率的に行う。国民健康保険の保健事業や介護保険の地域支援事業等と連携を図り、奈良県後期高齢者医療広域連合と協力し対応していく。			
内容	ハイリスクアプローチ			
	事業	対象	内容	実施者等
	低栄養	健診受診者からBMI18.5未満の者 ＊前年、支援終了者や要介護者等は除く。	アセスメント 具体的な助言 実践支援	保健師 管理栄養士
	口腔	後期高齢者の質問票により口腔関連に該当する者または、歯科健診にて口腔内の状態に問題がある者		保健師 歯科衛生士
	重症化予防	血圧・血糖コントロール不良者		保健師 管理栄養士
	身体的フレイル	身体的フレイルのリスクがある者		保健師 理学療法士
	健康状態不明者	健診が未受診かつ医療機関の未受診		保健師
	ポピュレーションアプローチ			
	【対象者・内容】通いの場等に参加する者に質問票や体力測定、健康教育、健康相談の実施			
	【実施者】保健師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、健康運動指導士、地域包括支援センター			
評価指標	区分	指標		目標値
	アウトカム	・要介護認定者数 ・フレイル該当者数・率		60人 21人
	アウトプット	・保健指導実施内容数 ・通いの場の数・参加登録人数		4事業 8箇所、70人
	プロセス ストラクチャー	・予算、人員（専門職の確保）、体制は適切であったか。		
		・事業内容は適切であったか。 ・連携や役割分担は適切であったか。（年1回以上連携会議） ・広域連合との連携		

第6章 第2期データヘルス計画の評価等

1. 計画の評価・見直し

本計画の評価については、計画に従って事業を実施したことに対し、その達成度をはじめ、有効性、効率性の観点から分析、点検、評価を行い、その評価結果をもとに、各事業の見直しを行うとともに、計画にも反映させていく。

年度		R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12～
		2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030～
第2期データヘルス計画 推進（実施）		策定	推進						
								次期計画策 定作業	
評価 作業	個別保健事業		○	○	○	○	○	○	
	県共通指標		○	○	○	○	○	○	
	全体				中間評価 ○			最終評価 ○	

◆評価作業

		実施時期	実施者	方法
個別保健事業		毎年度末 ※国民健康保険運営協議会資料とする	事業担当者 (課内で協議)	・ 事業ごとに各指標をもとに評価 ・ 次年度の実施方法改善等の検討
県共通指標		毎年度 (県の指定する時期)	事業担当者 (課内で協議)	・ 指標の集計および推移の確認
全体	中間評価	令和8年度	保健福祉課	・ 計画全体の見直し、評価
	最終評価	令和11年度に仮評価		

2. 計画の公表・周知

本データヘルス計画の内容は、村ホームページに掲載し公表します。また、実施及び成果に係る目標等に変更が生じた場合は、計画の一部を変更するとともに、変更後の計画を村ホームページ等で公表する。

3. 個人情報の取り扱い

本村における個人情報の取扱いは、黒滝村個人情報保護条例によるものとする。

4. 地域包括ケアに係る取組

日本全国において、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ます。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）の深化が掲げられているとことである。

本村においても、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の深化、高齢者の健康維持、フレイル予防に関係機関とも連携し取り組んでいく。

5. 評価一覧等【アウトカムとアウトプット値の推移】

別紙参照

第7章 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た。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2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3期計画として策定するものである。（なお、詳細については、別に「黒滝村特定健康診査及び特定保健指導実施要綱」に定める。）

(2) 計画期間

第4期計画の期間は、基本指針に即して6年を1期とし、令和6年度から11年度とする。

(3) 特定健康診査及び特定保健指導の基本的考え方

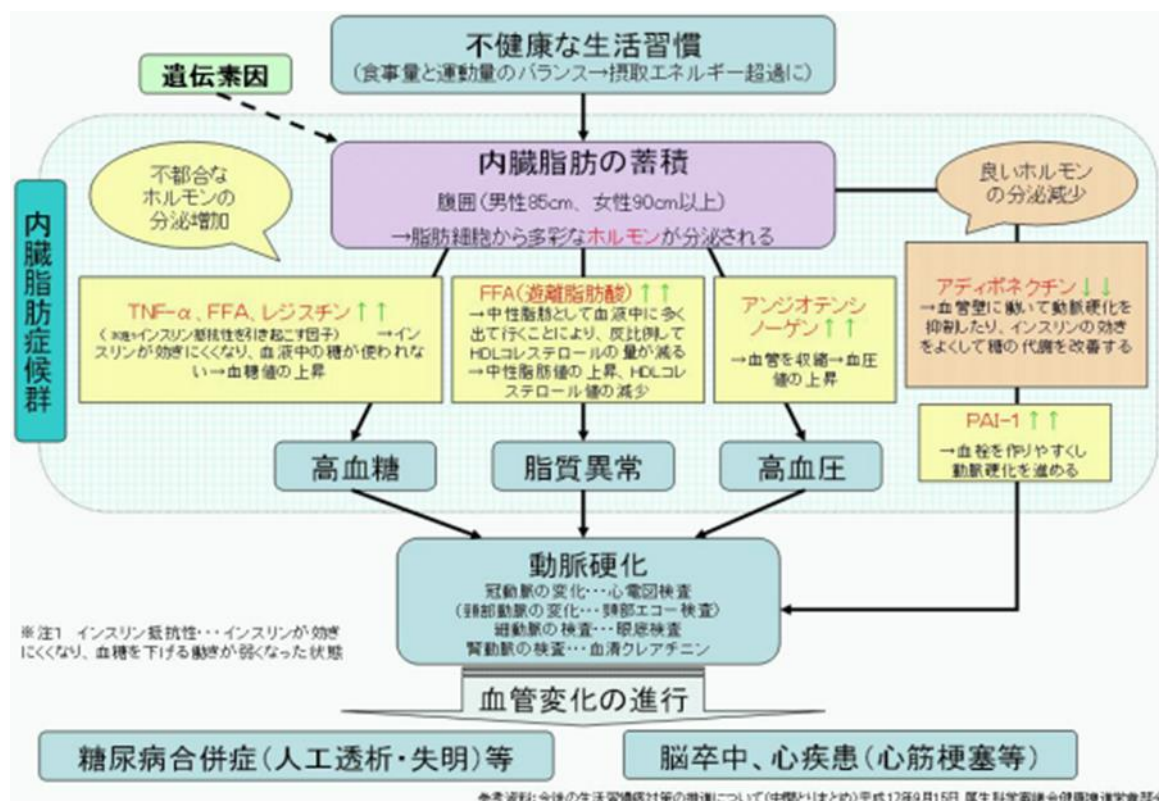
① 生活習慣病対策の必要性

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となっている。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う経過をたどることになる。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。

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る。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軍者の減少を目指す必要がある。

<図表1：メタボリックシンドロームのメカニズム>

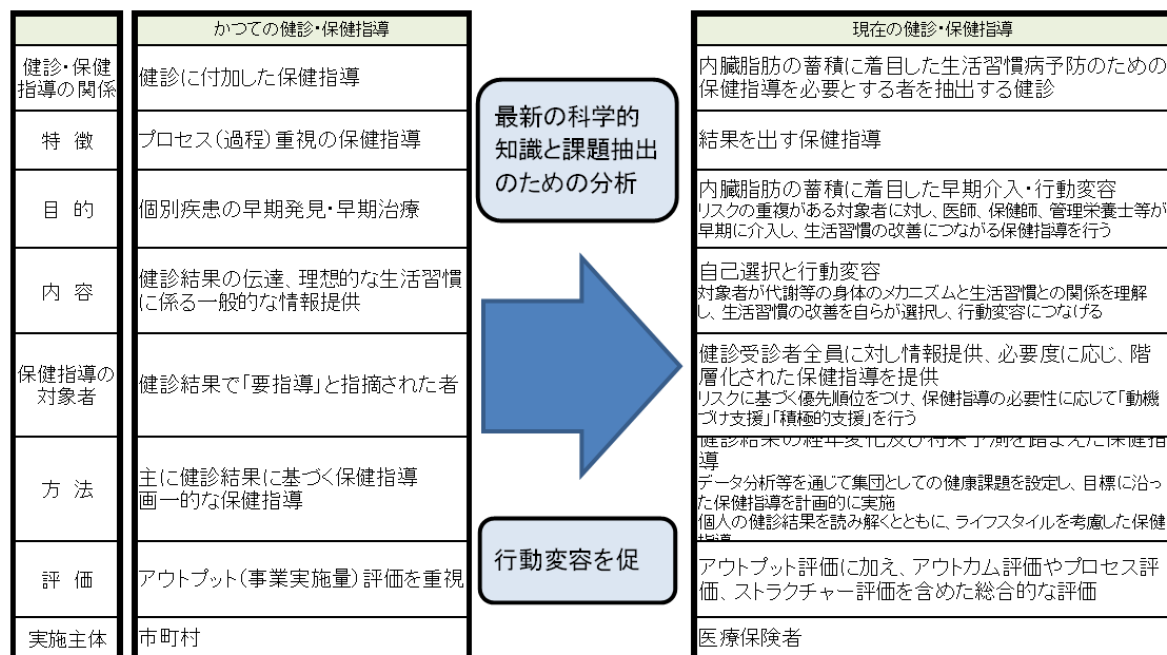


「特定健康診査等実施計画作成の手引き」より引用

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ある。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ある。

<図表2：特定健康診査・特定保健指導の基本的な考え方>



特定健康診査等実施計画作成の手引き」より引用

④ これまで（第1期～第3期）の主な取組

(1) 普及啓発の強化

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指摘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、充実を図った。

(2) 受診勧奨、再勧奨の実施

郵送による受診勧奨、再勧奨を実施。

21年度より集団健診の案内を対象者へ個別通知を実施。

(3) 受診しやすい体制づくり

がん検診等と他検診との同時実施を行うことで受診率の向上に取り組んだ。

(4) 糖尿病性腎重症化予防の取組

健診の結果からレッドカードを活用した医療機関への受診勧奨などを積極的に実施した。

⑤ 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、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み、受診率が上昇している。

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ある。

特定保健指導については、指導対象者の心身状況により、年によって、受診率にばらつきが出てくる状況である。

このような取組から生活習慣病の早期発見、重症化予防を確実にに行い、医療費削減に向けて取組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を進めていく。

今後も国保担当、衛生担当が一丸となって推進していくことが重要である。

2. 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に近づくよう、段階的に実施率を引き上げていくこととする。

実施に関する目標値

年度	R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定健康診査の 実施率	49.5% 60%	50.0% 60%	50.5% 60%	51.0% 60%	51.5% 60%	52.0% 60%
特定保健指導の 実施率	45.0% 60%	48.0% 60%	51.0% 60%	54.0% 60%	57.0% 60%	60.0% 60%

※各々目標値の下段は全国医療保険者の目標値

なお、成果に関する目標は、令和 11 年度において、平成 20 年度と比較してメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率（特定保健指導対象者の減少率）を 25%以上減少とする。

3. 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る。

(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ある。次の図表にあるように、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る。

<図表 3：特定保健指導の対象者（階層化）>

腹囲	追加リスク	④喫煙歴	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40-64歳	65-74歳
≧85cm(男性) ≧95cm(女性)	2つ以上該当	あり	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	なし	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当	あり		
	1つ該当	なし		

※喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

4. 実施率目標に対する実施者見込数等

特定健康診査対象者・実施者数（見込）等

年齢区分別対象者		R6	R7	R8	R9	R10	R11
40～64歳	対象者数(人)	49	47	46	44	42	40
	実施者数(人)	24	24	23	22	22	21
	実施率(%)	49.5	50.0	50.5	51.0	51.5	52.0
65～74歳	対象者数(人)	91	88	85	81	78	75
	実施者数(人)	45	44	43	41	40	39
	実施率(%)	49.5	50.0	50.5	51.0	51.5	52.0
総計	対象者数(人)	140	135	131	125	120	115
	実施者数(人)	69	68	66	63	62	60
	実施率(%)	49.5	50.0	50.5	51.0	51.5	52.0

特定保健指導対象者[動機づけ支援、積極的支援]（見込）等

年齢区分別対象者		R6	R7	R8	R9	R10	R11
40～64歳	動機づけ(人)	2	2	2	2	2	2
	積極的(人)	1	1	1	1	1	1
	合計(人)	3	3	3	3	3	3
	合計実施率(%)	45.0	48.0	51.0	54.0	57.0	60.0
65～74歳	動機づけ(人)	6	6	6	6	6	6
	実施率(%)	45.0	48.0	51.0	54.0	57.0	60.0
総計	動機づけ(人)	8	8	8	8	8	8
	積極的(人)	1	1	1	1	1	1
	合計(人)	9	9	9	9	9	9
	合計実施率(%)	45.0	48.0	51.0	54.0	57.0	60.0

5. 特定健康診査等の実施方法について

第4期の特定健康診査、特定保健指導については、奈良県国民健康保険団体連合会 国保事務支援センターと連携して実施する。実施についての基本事項は次に記述のとおりで、詳細は奈良県特定健康診査・特定保健指導マニュアルに則して実施する。

【1】特定健康診査

① 基本事項

a. 実施方法(外部委託有無等)、実施時期、実施場所

○集団健診 わかすぎふれあいセンター体育館において1日間実施することを基本とする。

○個別健診 5月から1月にかけて、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実施する。

b. 周知方法

村広報誌・ホームページへの掲載

c. 受診券の様式 別紙 1 のとおり

d. 受診案内の方法、受診券（セット券）の発券と配布方法

受診券等は、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月頃に受診案内を同封したうえ、対象者全員に郵送にて送付します。また、集団健診案内時にも受診勧奨を実施する。

e. 自己負担の有無 なし

f. 健診結果の返却方法

健診実施機関が健診結果を郵送により通知する。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る。

g. 外部委託選定の考え方 厚生労働省告示「特定健康診査の外部委託に関する基準」を満たしている機関を選定する。

h. その他

人間ドックは特定健康診査の健診項目が含有されているため、人間ドックの実施を特定健康診査の実施に代えることとする。

② 実施項目

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
		Γ-GTP
	血糖検査	空腹時血糖もしくは随時血糖 *
ヘモグロビンA1c		
尿検査	糖	
	蛋白	
詳細な健診の項目 (医師の判断による追加健診項目)	貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値)	
	心電図検査	
	眼底検査	
	血清クレアチニン	
保険者独自の追加健診項目	血清クレアチニン検査及び推算糸球体ろ過量(eGFR)	
	血清尿酸検査	
	随時血糖検査	

*：奈良県特定健康診査・特定保健指導マニュアルを参照

【2】特定保健指導

① 基本事項

(1)実施方法(外部委託有無等)、実施時期、実施場所

特定健康診査の結果に基づき階層化したうえ、直営で電話もしくは役場において実施する。初回面接(分割実施する場合もある)は7月から随時実施し、一部の対象者を除いて3ヶ月後に評価を行う。なお、初回面接は、健診受診年度の翌6月を期限とする。

(2)利用券の様式

別紙2のとおり

(3)利用の案内、利用券の発行と配付方法

利用券は、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、7月頃から随時、保健指導の利用案内を同封したうえ、対象者全員に郵送にて送付する。また、保健師より、電話による保健指導の利用勧奨を実施する。

(4)受診案内の方法、受診券（セット券）の発券と配布方法

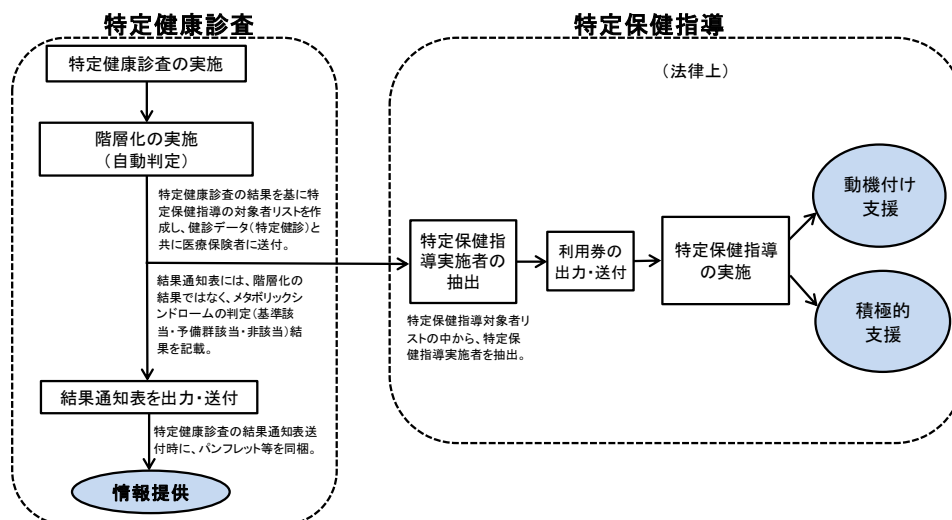
受診券等は、奈良県国民健康保険団体連合会 国保事務支援センターへ の委託で発券し、5月頃に受診案内を同封したうえ、対象者全員に郵送にて送付する。また、 集団健診案内時にも受診勧奨を実施する。

(5)自己負担の有無 なし

② 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、特定保健指導の区分毎に以下の方法により保健指導を実施する。	
動機づけ支援	保健師による初回の個別面談（20分以上）を実施して特定保健指導支援計画を作成し、3ヶ月以上経過後に評価（電話等）を行う。
積極的支援	動機づけ支援と同様の方法で初回面談等を行うとともに、保健師による電話又はメールにより継続的支援を実施し、3ヶ月以上経過後に評価（電話等）を行う。 なお、積極的支援の継続的支援形態は、アウトカム評価とプロセス評価を合計し180ポイント以上の支援の実施を基本とする。ただし、2年連続して積極的支援に該当した対象者のうち、1年目に比べ2年目の状態が改善している者については、動機づけ支援相当の支援として180ポイント未満でも特定保健指導を実施したことになる。
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する。
その他の支援	・特定健康診査の階層化による特定保健指導には該当しないが、肝機能等の数値が、奈良県特定健康診査・特定保健指導マニュアル「特定健康診査判定基準」の要指導に該当する者に対して保健指導を実施する。 ・奈良県糖尿病性腎症重症化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する。

<図表4：特定健診から特定保健指導への流れ>



6. 特定保健指導対象者の重点化について

健診の結果、特定保健指導の対象者が多い場合は、生活習慣の改善により予防効果が大きく期待できる者に対して重点的に特定保健指導を行うため、次の対象者を優先して実施する。

- 年齢が比較的若い対象者
- 健診結果が前年度と比較して悪化し、より緻密な保健指導が必要になった対象者
- 質問項目の回答により、生活習慣改善の必要性が高いと認められる対象者
- これまでに積極的支援及び動機づけ支援の対象者であったにもかかわらず保健指導を受けなかった対象者

7. 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・保存する。

8. 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、以下のとおり実施する。

	特定健診		保健指導	
	個別	集団	動機づけ支援	積極的支援
前年度業務	・健診対象者の抽出 ・健診機関との契約			
4月	・特定健診開始 ・広報による周知		・保健指導の実施（前年度分）	
5月	・受診券送付			
6月	・健診結果の送付		・利用券の送付、保健指導の実施（現年度分）	
7月				
8月		・集団健診案内送付 ・申込受付		
9月		・集団健診書類送付		
10月		・集団健診の実施		
11月	・未受診者勧奨の実施	・健診結果の送付		
12月	<前年度の健診受診・保健指導の状況についての評価、翌年度の予算要求>			
1月				
2月				
3月				

9. 個人情報について

個人情報に関しては、個人情報保護関係法令及び医療・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、及び黒滝村個人情報保護条例に基づき、適切に実施していく。

特定健康診査、特定保健指導の記録の保存方法、保存体制

① 記録の保存方法

特定健康診査の結果や特定保健指導に関する記録については、標準的な電子データファイル仕様に基づく電子ファイルの形態で、健診実施機関外部委託業者を通して、黒滝村国民健康保険に報告される。報告されたデータは、特定健診等データ管理システムを利用し、厳重に運用・管理・保存を行う。保存年限は、最低5年間とし、できる限り長期的に保存する。

② 記録の保存体制

健診結果、保健指導記録の保管は、奈良県国民健康保険団体連合会に委託する。保管にあたっては、医療情報システムの安全管理に関するガイドラインや国民健康保険団体連合会における個人情報保護の規定に基づき、適切に実施していく。

③ 外部委託

外部委託者には個人情報の管理について、関連法令等を十分に理解させ、義務付けるとともに、契約書に明記して個人情報の管理について随時確認を行う。

10. 特定健康診査、特定保健指導の記録の管理に関するルール

特定健康診査、特定保健指導の記録の管理については、個人情報保護関連法令、関係ガイドラインに基づき、適切に実施していく。

健診等の情報の利用については、個人情報保護関係法令やガイドライン等の内容に沿って利用目的を周知するとともに、健診等の情報を保健指導に用いることや匿名化した情報を地域の健康状況の把握に用いることを受診券等の注意書きに記載し、あらかじめ受診者に周知したうえ、必要な範囲に限定し、データの集計・分析を行う。レセプト情報の利用についても同様の取扱いを行う。

11. 特定健康診査等実施計画の公表・周知について

(1) 公表方法

本計画を策定または変更したときは、すみやかに黒滝村ホームページに掲載し公表する。

(2) 特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発方法について

特定健康診査、特定保健指導の実施率を向上し、生活習慣病を予防することを目的に、村広報誌等を活用した普及啓発を実施し、住民に対して広く周知を図る。

12. 特定健康診査等実施計画の評価・見直しについて

(1) 目標達成状況の評価方法

特定健康診査、特定保健指導については、実施における検証のみならず、実施後の成果の検証が重要となる。以下の評価を実施し、被保険者等に情報提供を行う。

① 特定健康診査・特定保健指導の実施率

国への実績報告を活用し、特定健康診査実施率・特定保健指導支援形態別実施率の目標値の達成状況等を把握する。

② メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率

減少率については、目標として設定することはないが、特定保健指導の効果の検証のための指標とする。平成 20 年度と比較して特定保健指導対象者の減少率を算出する。

③ その他

本計画に定めた実施方法・内容・スケジュール等が計画どおり実施できたかを評価する。

(2) 評価と見直し

第 4 期特定健康診査等実施計画の中間評価として令和 9 年度において、最終評価として令和 11 年度において、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。

評価の見直しについては、国や県の動向等に応じて柔軟に対応し、黒滝村国民健康保険運営協議会等で検討したうえ、必要に応じて見直しを行う。

13. 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、以下の取組を行う。

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実施率、特定保健指導実施率の向上等に向けた取組を行う。

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同時実施について、衛生担当と連携して実施する。

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、国保担当と衛生担当が、また事務職と専門職が役割を分担しつつ連携強化を図る。また、外部委託を積極的に取り入れ、実施体制を確保する。

④ 受診率等の向上となる取組

○診療所と連携していく。

⑤ 重症化予防の取組

○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していくことなどで、早期発見、重症化予防を行う。

5.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)	男80.1歳 女84.9歳	男性79.9歳 女性83.7歳	男80.0歳 女84.6歳	男80.0歳 女84.7歳	男80.0歳 女84.8歳	男80.1歳 女84.9歳	男80.1歳 女84.9歳
		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)	男性18.04 女性20.67	男性18.02 女性20.65	男性18.03 女性20.66	男性18.03 女性20.66	男性18.03 女性20.66	男性18.04 女性20.67	男性18.04 女性20.67
	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	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)	340,000	345,245	345,000	344,000	343,000	342,000	341,000
		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)	24,500	25,001	25,000	24,900	24,800	24,700	24,600
	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)	52%	49.0%	49.5%	50.0%	50.5%	51.0%
			受診勧奨送付数	アウトプット		黒滝村	年1回(村で確認)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	特定保健指導事業	利用者の改善数(腹囲2センチ、体重2Kg減量割合)	アウトカム(短期)		黒滝村	年1回(村で確認)	1人以上/3年間	0人	1人		1人	
			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)	25%以上	33.3%	25%	25%	25%	25%
			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)	66%	72.9%	71%	70%	69%	68%
			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)	①54% ②34%	①60% ②40%	①59% ②39%	①58% ②38%	①57% ②37%	①56% ②36%
			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)	①0% ②15.5% ③49%	①0% ②18.6% ③54.3%	①0% ②18% ③54%	①0% ②17.5% ③53%	①0% ②17% ③52%	①0% ②16.5% ③51%
			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	アウトカム（中長期）		法定報告値	年1回 (国保連合会から照会時期)	10%以下	10.3%	11.0%	10.8%	10.6%	10.4%
			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%	42.90%	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%
			利用勧奨実施率(数)	アウトプット		黒滝村	年1回(村で確認)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	3	糖尿病性腎症重症化予防事業	保健指導参加者の検査値の変化（HbA1c、BMI、血圧）	アウトカム(短期)		黒滝村	年1回(村で確認)	基準値に近づく 100%	100%	100%	100%	100%	100%
			受診勧奨者の医療機関受診割合	アウトカム(短期)		黒滝村	年1回(村で確認)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
			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)	1%以下	1%以下	1%以下	1%以下	1%以下	1%以下
			新規人工透析導入患者数	アウトカム（中長期）	○	国保連合会より、医療費等分析システムで抽出したデータを	年1回(県からの照会時期)	0人	0人	0人	0人	0人	0人

5.評価指標一覧【アウトカムとアウトプット値の推移】

個別 保 健 事 業			受診勧奨者数(率)	アウトプット		黒滝村	年1回(村で確認)	100%	該当なし	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
			保健指導実施者数	アウトプット		黒滝村	年1回(村で確認)	1人	0人	2人	2人	2人	1人	1人	1人	
	4	生活習慣病重症化 予防事業	勧奨者の医療機関受診者割合	アウトカム(短期)		黒滝村	年1回(村で確認)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
			健診受診者のうち未治療者割合 血圧160/100以上 HbA1c7.0以上 LDL180以上 中性脂肪500以上 eGFR45未満	アウトカム（中長期）		黒滝村	年1回(村で確認)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
			受診勧奨数・率	アウトプット		黒滝村	年1回(村で確認)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
			5	適正受診・適正服薬促進事業（重複多剤・併用禁忌投薬対策事業）	送付者の改善割合(年度末に評価)	アウトカム(短期)		黒滝村	年1回 (国保連合会から照会時期)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
					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	アウトカム（中長期）	○	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」	年1回(県からの照会時期)	全国平均以下	1.1%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%
	同一月内に9以上の薬剤の処方を受けた者の割合	アウトカム（中長期）			○	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」	年1回(県からの照会時期)	全国平均以下	5.4%	5.4%	5.4%	5.4%	5.4%	5.4%		
	注意喚起文書送付数・率	アウトプット				黒滝村	年1回 (国保連合会から照会時期)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
	6	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/bunya/0000190726.html	年1回(県からの照会時期)	使用促進	65.43%	65.5%	65.6%	65.7%	65.8%	65.9%	66.0%	
			差額通知数・率	アウトプット		黒滝村	年1回 (国保連合会から照会時期)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
	7	がん検診（受診率向上対策事業）	標準化死亡比（SMR）	アウトカム（中長期）			年1回(県からの照会時期)	100未満	①全がん 92.2 ②肺がん 38.3 ③胃がん 142.4 ④大腸がん 0.0 ⑤肝がん 491.2	100未満	100未満	100未満	100未満	100未満	100未満	
			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	アウトカム(短期・中長期)		地域保健・健康増進事業報告	年1回(村で確認)	胃 35% 肺 60% 大腸 40% 子宮 40% 乳房 50% ※国・県60%	胃 30.2% 肺 57.0% 大腸 38.4% 子宮 36.6% 乳房 44.0%	胃 31% 肺 57.5% 大腸 39% 子宮 37% 乳房 45%	胃 31% 肺 58% 大腸 39% 子宮 38% 乳房 46%	胃 32% 肺 58.5% 大腸 39.5% 子宮 39% 乳房 47%	胃 32.5% 肺 59% 大腸 39.5% 子宮 39.5% 乳房 48%	胃 33% 肺 59.5% 大腸 39.5% 子宮 39.5% 乳房 49%	胃 34% 肺 60% 大腸 40% 子宮 40% 乳房 50%	
			特定健診との同時実施回数	アウトプット		黒滝村	年1回(県からの照会時期)	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	
			8	歯と口の健康の増進事業	歯周疾患検診受診率	アウトカム(短期・中長		黒滝村	年1回(村で確認)	10%	9.1%	9.3%	9.5%	9.7%	9.8%	9.9%
	受診勧奨実施率	アウトプット				黒滝村	年1回(村で確認)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	特定健診との同時実施回数	アウトプット				黒滝村	年1回(村で確認)	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回		
	9	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	要介護認定者数	アウトカム(中長期)		黒滝村	年1回(村で確認)	60人	72人	57人	57人	59人	59人	59人	60人	
			フレイル該当者数・率	アウトカム(短期)		KDB二次加工ツール(一体的実施・KDB活用支援ツール)からの支援対象者抽出	年1回(村で確認)	21人・10.0%	23人・11.7%	22人・11.3%	22人・10.9%	22人・10.8%	21人・10.1%	21人・10.0%	21人・10.0%	
			保健指導実施数・率	アウトプット		高齢者に対する個別支援（ハイリスクアプローチ）事業報告	年1回(村で確認)	9人・4.6%	8人・4%	8人・4%	9人・4%	9人・4%	9人・4%	9人・4%		
			通いの場の数・参加人数	アウトプット		介護保険事業計画（地域ケア会議と自立支援に向けた介護予防と重度化防止の推進）評価	年1回(村で確認)	8か所・70人	5か所・44人	8か所・70人	8か所・70人	8か所・70人	8か所・70人	8か所・70人	8か所・70人	

```
N N N N N N N N N N N N N N N N N N
N N N N N N N N N N N N N N N N N N

N N N N N N N N N N N N N N
```

1. 特定保健指導を利用するときには、利用券と被保険者証を窓口に提出してください。どちらか一方だけでは利用できません。
2. 医療機関に受診中の場合、主治医に特定保健指導を受けてもよいかどうかを確認してください。
3. 特定保健指導は利用券に記載してある有効期限内に利用してください。
4. 窓口での自己負担は、原則、特定保健指導開始時に全額をお支払い頂きます。なお、全額徴収できない場合は、次回利用時以降にもお支払い頂きます。
5. 特定保健指導の実施結果は保険者等において保存し、必要に応じ、次年度以降の保健指導等に活用しますので、御了承の上、利用願います。
6. 保健指導結果のデータファイルは、決済代行機関で点検されることがある他、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、御了承の上、利用願います。
7. 被保険者の資格が無くなったときは、この券を使用しての利用はできません。すみやかにこの券を保険者等にお返してください。
8. 不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることもあります。
9. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者等に差し出して訂正を受けてください。

[illegible]

特定保健指導利用券

yyyy年 (GGee年) mm月 dd日交付

利用券整理番号	XXXXXXXXXXXX
受診券整理番号	XXXXXXXXXXXX
氏名	(※カタカナ表記)
性別	X
生年月日	yyyy年 (GGee年) mm月 dd日

有効期限	yyyy年（GGee年）mm月dd日
------	--------------------

特定保健指導区分	窓口の自己負担※		保険者負担 上限額
	負担額	負担率	
積極的支援			

NN

保 険 者 等	所 在 地										
	電 話 番 号										
	番 号										
名 称											

契約とりまとめ機関名	
支払代行機関番号※	
支払代行機関名※	

※実施機関が所在する国保連合会の番号、名称に読み替えてください

〒XXX-XXXX

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

〒 -

修正記入欄

特定健康診査受診券（セット券）

yyyy年（令和ee年）ee月dd日 交付

受診券整理番号	18100000001		
氏名			
性別	女	生年月日	1946年（昭和21年）11月 日
有効期限	2024年（令和6年）1月31日		

健診内容			実施形態	実施項目	窓口の自己負担			保険者負担上限額
					負担額	同時実施負担額	負担率	
特定健診	基本項目		個別	○	1000円			
			集団	○	1000円			
	詳細項目	貧血	個別	△	0円			
			集団	△	0円			
		心電図	個別	△	0円			
			集団	△	0円			
		眼底	個別	△	0円			
			集団	△	0円			
		血清 クレアチニン	個別	△	0円			
			集団	△	0円			
特定健診以外の項目	生活機能評価	生活機能チェック	個別		—			
			集団		—			
		生活機能検査	個別		—			
			集団		—			
	追加健診		個別	△	0円			
			集団	△	0円			
人間ドック			個別		—			
			集団		—			

注) △は、基本項目、生活機能チェックの結果及び、保険者の契約内容を確認し実施します
注) 生活機能評価を同時実施した場合は、同時実施負担額欄の自己負担額をお支払いください

保健指導窓口の自己負担額	0円
--------------	----

保険者等	所在地								
	電話番号								
	番号	0	0	2	9	0			
名称									

契約とりまとめ機関名	医師会
支払代行機関番号 ※	92999028
支払代行機関名 ※	奈良県国民健康保険団体連合会

※ 実施機関の所在する国保連合会の番号、名称に読み替えてください

特定健康診査受診上の注意事項

1. 住所欄に変更がある場合、ご自宅の住所を自署にしてください。
(特定健康診査受診結果等の送付に用います。)
 2. 特定健康診査を受診するときには、受診券と被保険者証を窓口へ提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。
 3. 特定健康診査は受診券に記載してある有効期限内に受診してください。
 4. 特定健康診査受診結果は、受診者本人に対して通知するとともに、保険者等において保存し、必要に応じ、保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。また、この券で受診する追加項目、その他(人間ドック)健診についても同様です。
 5. 健診結果のデータファイルは、決済代行機関で点検されることがある他、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご了承の上、受診願います。
 6. 被保険者の資格が無くなったときは、この券を使用しての受診はできません。すみやかにこの券を保険者等にお返しください。
 7. 不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることもあります。
 8. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者等に差し出して訂正を受けてください。
- ※ 特定健康診査の結果特定保健指導の対象となった場合であって、この券を用いて健診当日から1週間以内に特定保健指導を利用するときは、以下ご注意ください。
9. 医療機関に受療中の場合、主治医に特定保健指導を受けてもよいかどうかを確認してください。
 10. 窓口での自己負担は、原則、健診当日(特定保健指導開始時)に全額をお支払い頂きます。なお、全額徴収できない場合は、次回利用時以降にもお支払い頂きます。
 11. 特定保健指導の実施結果は保険者において保存し、必要に応じ、次年度以降の保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。

[illegible]

参考

☆ 詳細な健診項目（医師の判断による追加項目：告示で規定）

追加項目	実施できる条件（判断基準）				
貧血検査 （ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定）	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者				
心電図検査 （12誘導心電図）	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上又は問診等で不整脈が疑われる者				
眼底検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 <table border="1"> <tr> <td>血圧</td><td>収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上</td></tr> <tr> <td>血糖</td><td>空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c（NGSP値）6.5％以上又は随時血糖値が126mg/dl以上</td></tr> </table> ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。	血圧	収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上	血糖	空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c（NGSP値）6.5％以上又は随時血糖値が126mg/dl以上
血圧	収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上				
血糖	空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c（NGSP値）6.5％以上又は随時血糖値が126mg/dl以上				
血清クレアチニン検査 （eGFR による腎機能の評価を含む）	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 <table border="1"> <tr> <td>血圧</td><td>収縮期130mmHg 以上又は拡張期85mmHg 以上</td></tr> <tr> <td>血糖</td><td>空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c（NGSP値）5.6％以上又は随時血糖値が100mg/dl以上</td></tr> </table>	血圧	収縮期130mmHg 以上又は拡張期85mmHg 以上	血糖	空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c（NGSP値）5.6％以上又は随時血糖値が100mg/dl以上
血圧	収縮期130mmHg 以上又は拡張期85mmHg 以上				
血糖	空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c（NGSP値）5.6％以上又は随時血糖値が100mg/dl以上				

☆ 前年度の検査結果

[illegible]

医師の判断基準は上の図表に示したとおりであるが、基準に該当した者全員に実施することは適当ではない。受診者の性別・年齢等を踏まえ、医師が個別に判断する必要がある。