

第1期データヘルス計画最終評価
第2期データヘルス計画

川上村
令和6年3月

手引きの構成

1. 第1期データヘルス計画の評価

- ・計画全体の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- ・個別保健事業の評価
 - 1. 特定健康診査事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
 - 2. 若者健康診査事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
 - 3. 特定保健指導事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
 - 4. 健診結果説明会事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
 - 5. 後期高齢者健診事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
 - 6. 医療費通知事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
 - 7. 健康相談事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
 - 8. 各種イベントでの啓発活動事業・・・・・・・・・・・・・・ 9

2. 第2期データヘルス計画

I. 基本的事項・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 11, 12

- 1. 計画の趣旨
- 2. 計画期間
- 3. 実施体制・関連計画との連携等
- 4. 共通指標について、
- 5. 個別保健事業における指標

II. 現状の整理

- 1. 被保険者の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 14
- 2. 医療費・医療の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 17
- 3. 健診の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 21
- 4. 介護の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 23
- 5. 前期計画から考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 24

III. 計画全体

- 1. 課題の整理・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 25
- 2. 目的・目標・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 27

IV. 個別保健事業

- 1. 特定健康診査事業（実施率向上対策事業）・・・・・・・・・・ 28
- 2. 特定保健指導策事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 29
- 3. 糖尿病性腎症重症化予防対策事業・・・・・・・・・・・・・・・・ 30
- 4. 生活習慣病重症化予防対策事業・・・・・・・・・・・・・・・・ 31
- 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）・・ 32
- 6. 後発医薬品使用促進事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 33
- 7. がん検診（受診率向上対策事業）・・・・・・・・・・・・・・・・ 34
- 8. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業・・・・・・・・ 35

V. その他・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 36

- 1. 計画の評価・見直し
- 2. 計画の公表・周知
- 3. 個人情報の取扱い
- 4. 地域包括ケアの取り組み

第1期データヘルス計画の評価

第1期データヘルス計画の評価

◎計画全体の評価

◆計画全体の目的

被保険者の健康寿命の延伸を図ることを目的に、KDB システムやレセプト等のデータを活用し分析を行い、事業の評価においても健康・医療情報健康・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。

◆計画全体の指標と評価 (％)

目 標	目 標 値	指標の変化						評 価
		H30	R1	R2	R3	R4	R5	
健康寿命 男性 (65歳平均自立期間)	延伸	16.76 【18.49】	15.67 【18.79】	16.63 【19.01】	未	未	未	不変
健康寿命 女性 (65歳平均自立期間)	延伸	21.2 【21.05】	20.01 【21.3】	20.97 【21.52】	未	未	未	不変
メタボリックシンドローム該当者の割合	減少	18.3 【17.2】	17.8 【17.4】	25.0 【18.9】	25.0 【18.8】	未	未	悪化
メタボリックシンドローム予備軍の割合	減少	11.0 【10.9】	13.9 【11.0】	17.9 【11.4】	10.9 【11.2】	未	未	改善

出典 健康寿命…奈良県健康推進課
メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の割合…法定報告
各数値の下段【 】は、県の実績値。
-は公表未となっている年度

◆指標毎の評価に対する要因等のまとめ

【健康寿命】

本村の推移をみると男女ともに横ばいである。一方県の推移は延伸していることが分かり、本村の横ばいの要因については不明である。今後健康の維持、疾病の予防に関する保健事業を重点的に実施し、延伸につながるよう取り組んでいく必要がある。

【メタボリックシンドロームの該当者の割合】

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

【メタボリックシンドローム予備軍の割合】

令和2年度まで上昇していたが、令和3年度には減少に転じた。次期計画の方向性については、上記と同じ。

◎個別保健事業の評価

【評価について】

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

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

コメントの追加 [中野1]: 評価の判断基準を記載されたほうがよいかもしれません。

1. 特定健康診査事業

目的	生活習慣病の予防により、住民の健康増進を図るとともに、自覚症状のない生活習慣病の重症化を防ぐことで、中長期的な医療費の適正化につなげる。								
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実施する。 個別健診と集団検診を実施する。								
評価	指標	目標値	指標の変化					評価	
			H30	R1	R2	R3	R4	R5	
指標	特定健診受診率 【出典：法定報告値】	60%	35.3%	34.0%	9.7%	22.4%	31.1%	31.9%	C
その他実績	集団検診実施回数	3回/年	3回	0回	3回	3回	3回	3回	A
成功要因 未達要因	平成30年度～令和元年度は目標値を上回って推移していたが、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の流行により、集団健診を中止したため、受診率が低下した要因と考える。また、令和3年度は集団健診も再開し、受診率も前年度に比較して増加したが、コロナウイルス感染症動向の不安定さや令和2年度から続く住民の外出自粛もあり目標値には達していない。受診勧奨や集団健診の回数は、新型コロナウイルス感染症の影響を除けば達成できているが、実施率の大きな向上にはつなげていないため、新たな取り組みや見直しが必要である。								
効果があった 取組	休日に集団健診を実施したことや、交通手段のない住民への移動支援は受診率向上に効果がある と考える。								
見直しが必要な 取組	申込書のわかりにくいことや健診を受けることの重要性や必要性の認識が低いことで受診率が 低いことが考えられるため、健診案内や告知、周知方法を見直す必要がある。								
課題・次期計画の 方向性	受診率が低く推移しているため、引き続き、受診率の向上、目標値へ向けて取り組んでいく。								

2. 若者健康診査事業

目的	若年期から健康への意識を高め、生活習慣病の予防を図る。								
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> ・当年度健診の受診勧奨 ・特に必要な者に訪問・電話による保健指導 20歳～39歳の若年層にたいして、加入保険を問わず特定健診と同様の健診を実施する。 集団健診を実施する。								
評価	指標	目標値	指標の変化						評価
			H30	R1	R2	R3	R4	R5	
指標	若年健診受診率	30%	8.5%	14.1%	0.0%	12.1%	9.0%	15.5%	E
その他実績	集団健診実施回数	3回/年	3回	3回	0回	3回	3回	3回	A
成功要因 未達要因	新型コロナウイルス感染症の蔓延による影響で令和2年度に集団健診を中止したため、受診率が低下した要因と考える。また、令和3年度は集団健診も再開し、受診率も前年度に比較して増加したが、新型コロナウイルス感染症動向の不安定さや令和2年度から続く住民の外出自粛もあり目標値には達していない。受診勧奨や集団健診の回数は、新型コロナウイルス感染症の影響を除けば達成できているが、実施率の大きな向上にはつなげていないため、新たな取り組みや見直しが必要である。								
効果があった 取組	休日に集団健診を実施していること、加入保険に関わらず受診できることは受診率向上、健康への意識付けにおいて効果があると考えられる。								
見直しが必要な 取組	申込書のわかりにくいことや健診を受けることの重要性や必要性の認識が低いことで受診率が低いことが考えられるため、健診案内や告知、周知方法を見直す必要がある。								
課題・次期計画の 方向性	受診率が低く推移しているため事業実施方法を改善し、引き続き、受診率の向上、目標値へ向け取り組んでいく。								

3. 特定保健指導事業

目的	川上村特定健康診査事業計画に基づき、特定健診の結果から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。								
事業内容	保健師、管理栄養士の指導のもとに保健指導計画を作成し、生活習慣改善に取り組めるように、動機付けや定期的かつ継続的な働きかけを実施。 ・集団健診時に対象者へ勧奨 ・個別健診の結果返却時の対象者への初回面接の実施								
評価	指標	目標値	指標の変化					評価	
			H30	R1	R2	R3	R4	R5	
指標	特定保健指導実施率	85%	45.5% (5人)	30% (3人)	0% (0人)	0% (0人)	33.3% (2人)	未	C
その他実績	特定保健指導該当者(積極的支援)の割合 【出典：法定報告値】		2.8% (3人)	4.0% (4人)	0.0% (0人)	1.6% (1人)	1.2% (1人)	未	C
	特定保健指導該当者(動機付け支援)の割合 【出典：法定報告値】		7.3% (8人)	5.9% (6人)	7.1% (2人)	9.4% (6人)	6.1% (5人)	未	C
	受診勧奨実施率		100%	100%	100%	100%	100%	未	B
成功要因 未達要因	新型コロナウイルス感染症対策事業やコロナワクチン接種体制確保事業に時間が割かれ、R2年以降は実施率が低下した。マンパワー不足により保健師業務が煩雑であり十分な事業を展開できていない。保健師確保や、特定保健指導の実施方法全般の見直しが必要である。								
効果があった 取組	有効な取り組みが出来なかった。								
見直しが必要な 取組	特定保健指導の重要性や必要性を効果的に伝えるための案内や告知、周知方法を見直す必要がある。また、特定保健指導の内容について栄養士や多職種とも連携して指導内容を修正する。								
課題・次期計画の 方向性	引き続き実施する。								

コメントの追加 [中野2]: 現行計画では、特定健診受診率となっていたが、特定保健指導実施率の間違いではないでしょうか。

4. 健診結果説明会事業

目的	健診の結果を理解してもらい、生活習慣の見直しを行うことで、生活習慣病の予防または重症化を防ぐ。								
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> ・集団健診時に対象者へ勧奨 ・個別健診の結果返却時の対象者への初回面接の実施 								
評価	指標	目標値	指標の変化						評価
			H30	R1	R2	R3	R4	R5	
指標	説明会参加者	130人	0人	0人	0人	0人	15人	20人	E
その他実績	集団検診時に勧奨	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A
成功要因 未達要因	<p>平成30年度～令和元年度は保健師不足により十分な健診結果説明会ができなかった。また、令和2年度、令和3年度は新型コロナウイルス感染症の影響により事業の中止したため健診結果説明会を実施できなかった。令和4年度は健診結果説明会を再開したが、目標値には達していない。</p> <p>また、健診結果説明会を平日に実施しているため、働き世代の壮年期の参加はなく、結果を先に入手したい方の参加のみになっている。</p>								
効果があった 取組	大字毎に分けて健診結果説明会を実施した。								
見直しが必要な 取組	高齢化に伴い参加人数も減っているため、休日にも説明会を実施するなど健診結果説明会の効果的な事業展開方法を見直す必要がある								
課題・次期計画の 方向性	個別で実施するため、次計画では実施しない。								

コメントの追加 [中野3]: 令和4年度の参加者数はわかりますか？指標に追加してください。

5. 後期高齢者健康診査

目的	健康に関する正しい知識の普及								
事業内容	健診結果説明会を兼ねた情報提供、受診勧奨								
評価	指標	目標値	指標の変化					評価	
			H30	R1	R2	R3	R4		R5
指標	健康診査への受診率	60%	24.6%	21.1%	0%	20.7%	21.0%	22.3%	C
成功要因 未達要因	新型コロナウイルス感染症の蔓延による影響で令和2年度に集団健診を中止したため、受診率が低下した要因と考える。また、令和3年度は集団健診も再開し、受診率も前年度に比較して増加したが、コロナウイルス感染症動向の不安定さや令和2年度から続く住民の外出自粛もあり目標値には達していない。受診勧奨や集団健診の回数は、新型コロナウイルス感染症の影響を除けば達成できているが、実施率の大きな向上にはつながっていないため、新たな取り組みや見直しが必要である。								
効果があった 取組	休日に集団健診を実施したことや、交通手段のない住民への移動支援は受診率向上に効果があると考えられる。								
見直しが必要な 取組	申込書のわかりにくいことや検診を受けることの重要性や必要性の認識が低いことで受診率が低いことが考えられるため、検診案内や告知、周知方法を見直す必要がある。								
課題・次期計画 の方向性	受診率が低く推移しているため、引き続き、受診率の向上、目標値へ向けて取り組んでいく。								

コメントの追加 [中野4]: 値をいれてください

6. 医療費通知事業

目的	全レセプトを対象に実施。国民健康保険事業の健全な運営に資するため、国民健康保険制度に対する意識を深めさせることを目的とする。							
事業内容	以下の項目が明記されたものを送付。 <ul style="list-style-type: none"> ・被保険者が支払った医療費の額及び医療費の総額（10割）又は保険給付費の額 ・受診年月・医療機関名・入院、通院、歯科、薬局の別及び日数 ・柔道整復療養費 							
評価	指標	目標値	指標の変化（世帯）					評価
			H30	R1	R2	R3	R4	
指標	新規医療費通知数	200人	270	263	256	256	245	E
成功要因 未達要因	被保険者に送付することで、支払った医療費を把握できた。							
効果があった 取組	無し。							
見直しが必要な 取組	医療費通知だけでは、適正受診行動につながらないため、重複・多剤投薬者への対策や、後発医薬品の利用促進なども進めていく必要がある。							
課題・次期計画の 方向性	医療費通知では、支払った医療費の把握にとどまるため、次計画では後発医薬品使用促進事業及び適正受診・適正服薬促進事業にて不必要なものを把握し医療費の抑制に努める。							

7. 健康相談事業

目的	生活習慣改善の維持、特定保健指導終了後の維持、健康づくりの取り組み等を支援する。								
事業内容	個別通知などによって、生活習慣の見直しが必要な方の参加を促し、禁酒、適正飲酒の保健指導も行う。 継続実施。有所見者への個別通知などによって、生活習慣の見直しが必要な方の参加を促し、禁酒、適正飲酒の保健指導も行う。								
評価	指標	目標値	指標の変化						評価
			H30	R1	R2	R3	R4	R5	
指標	相談者数	65人	—	—	—	—	—	—	E
成功要因 未達要因	保健師の入れ替わりにより事業内容の展開には至らなかった。								
効果があった 取組	無し。								
見直しが必要な 取組	無し。								
課題・次期計画の 方向性	次期計画で取り組む事業とはしないが、本事業は健康増進計画で健康教育事業の一環として推進していく。								

8. 各種イベントでの啓発活動事業

目的	若い世代からの健康意識の底上げを図る。								
事業内容	村民大運動会、山幸彦まつりなど、多数の住民が参加する各種イベントにおいて、禁煙や健康づくり等の啓発活動を実施。								
評価	指標	目標値	指標の変化						評価
			H30	R1	R2	R3	R4	R5	
	イベント回数	5回	2回	0回	0回	0回	0回	0回	E
成功要因 未達要因	新型コロナウイルス感染症の蔓延による影響で各種イベントが中止となった。 また、保健師のマンパワー不足により、各種イベント時には別業務の担当があり、実施できなかった。								
効果があった 取組	無し								
見直しが必要な 取組	無し								
課題・次期計画の 方向性	次期計画で取り組む事業とはしないが、本事業は健康増進計画で健康教育事業の一環として推進していく。								

コメントの追加 [中野5]: 実績をいれること

第2期データヘルス計画

1. 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。本村においても、平成 29 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、以下の担当課との連携を図るものとする。

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

【関連計画との連携】

本計画の策定においては、下記計画との整合性をはかりながら、策定作業をすすめました。また各計画の推進状況を把握しながら、本計画を推進していきます。

計画名	担当課等	計画期間
奈良県医療費適正化計画	奈良県医療保険課	令和 6 年～令和 11 年
川上村特定健診実施計画	住民課	令和 6 年～令和 11 年
川上村健康増進計画	健康福祉課	令和 7 年～令和 17 年
川上村介護保健事業計画	健康福祉課	令和 6 年～令和 8 年

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。

第3期市町村国保データヘルス計画 奈良県共通指標(県提供指標一覧より引用)

◆データヘルス計画全体の指標

No.	目的	指標	目指す方向	出典
1	健康寿命の延伸	平均余命	+	KDB
2		平均自立期間（要介護2以上）	+	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	+ (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 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 効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

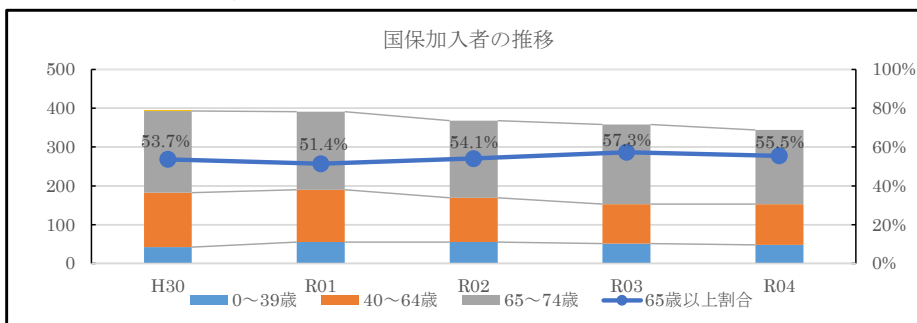
1. 被保険者の状況

【人口・被保険者数・年齢構成】

	H30	R1	R2	R3	R4
被保険者数	393	385	369	356	
人口	1433	1384	1324	1293	1255
人口に占める割合	33.1%	33.9%	31.9%	31.6%	

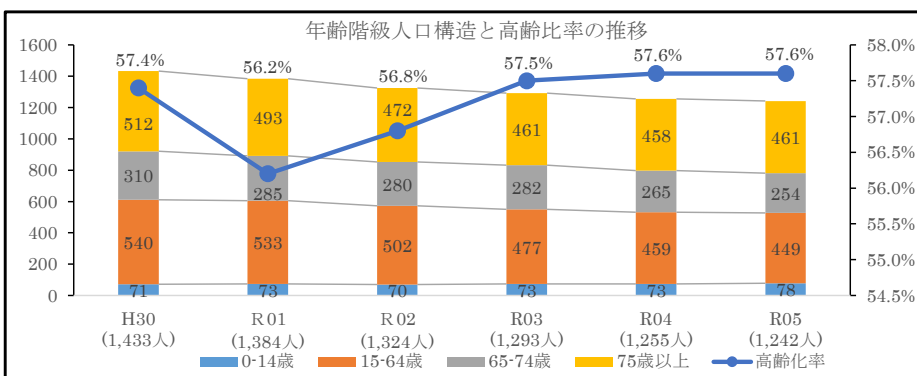
出典 被保険者数…奈良県国民健康保険運営方針（奈良県庁資料）

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）



【年齢階級人口構造と高齢比率の推移】

	H30	R01	R02	R03	R04	R05
0-14歳	71	73	70	73	73	78
15-64歳	540	533	502	477	459	449
65-74歳	310	285	280	282	265	254
75歳以上	512	493	472	461	458	461
総人口	1433	1384	1324	1293	1255	1242
高齢化率	57.4%	56.2%	56.8%	57.5%	57.6%	57.6%



出典：住民基本台帳

【平均寿命】

■男性

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
自保険者	81.4	81.4	81.4	81.4	82.0
都道府県	81.4	81.4	81.4	81.4	82.4
同規模	80.5	80.5	80.5	80.5	81.2
全国	80.8	80.8	80.8	80.8	81.5

■女性

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
自保険者	86.7	86.7	86.7	86.7	87.9
都道府県	87.3	87.3	87.3	87.3	88.0
同規模	87.0	87.0	87.0	87.0	87.5
全国	87.0	87.0	87.0	87.0	87.6

【標準化死亡比】

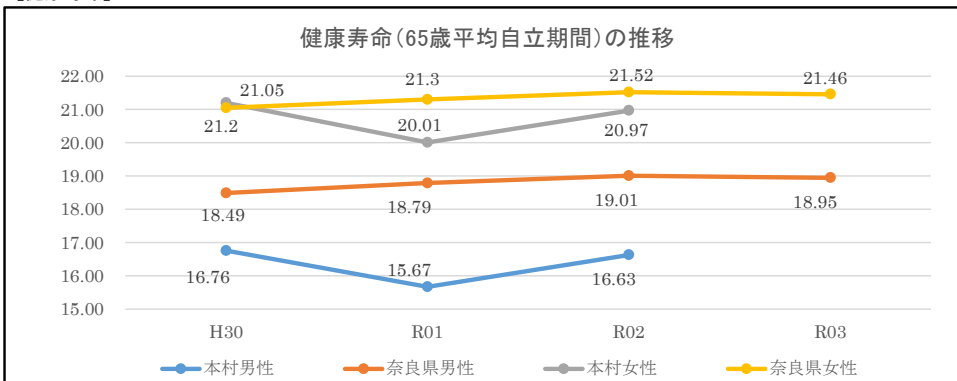
■男性

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
自保険者	107.4	107.4	88.7	88.7	88.7
都道府県	94.9	94.9	95.1	95.1	95.1
同規模	103.0	103.0	101.4	101.6	101.6
全国	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

■女性

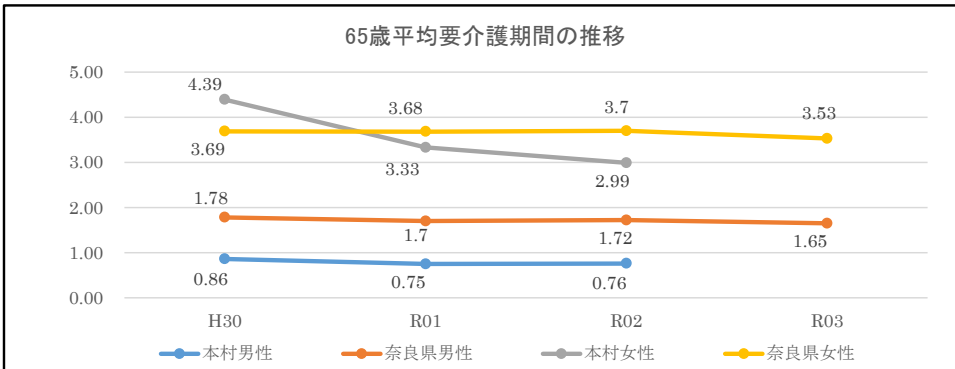
	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
自保険者	117.4	117.4	101.0	101.0	101.0
都道府県	98.3	98.3	98.9	98.9	98.9
同規模	98.4	98.4	99.8	99.9	100.0
全国	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

【健康寿命】



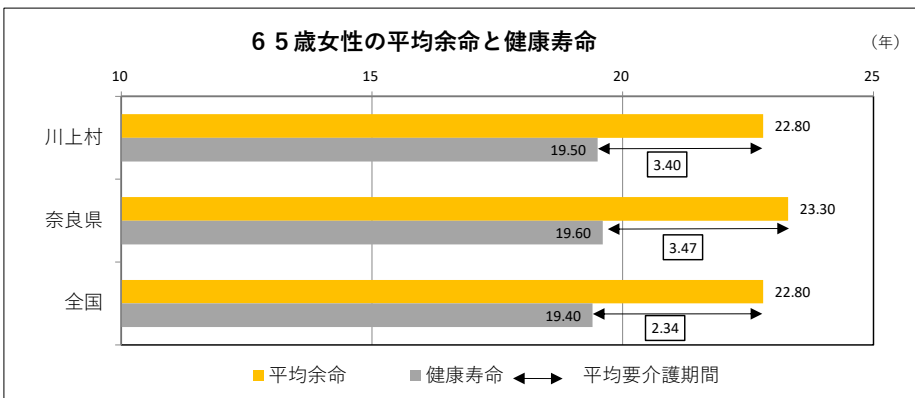
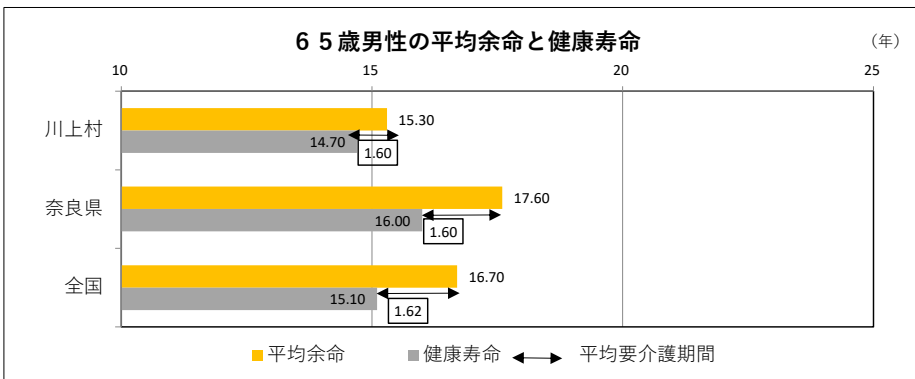
出典：奈良県健康推進課

【要介護期間】



出典：奈良県健康推進課

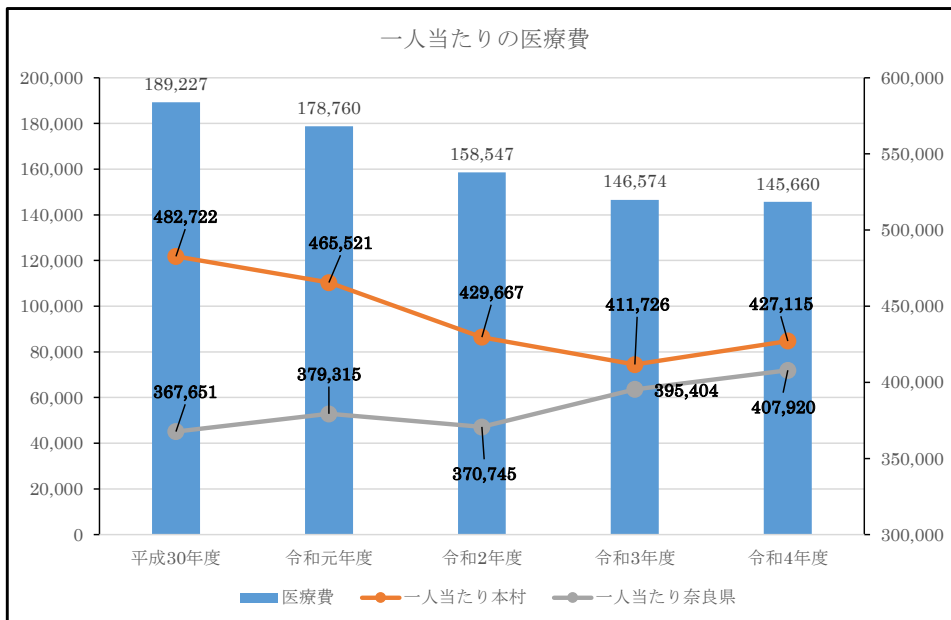
【65歳の平均余命と健康寿命】



本村の人口は年々減少しており、被保険者数も人口推移と比例し減少している。
 被保険者数は減少傾向だが人口に占める割合で見ると30%以上を占めている。
 また、年齢別にみると、被保険者数のうち65歳以上の被保険者が50%以上を占めている。
 R05年度における本村の総人口は年々減少しているものの年少人口はやや増加している。生産年齢人口の総人口に占める割合は36%であり、高齢化率は57.6%となっている。
 平均寿命について、男性より女性の方が長く、男女ともに延びている。
 R05年度の標準化死亡比は男性88.7、女性は101.0となっており、男性は奈良県や同規模地域、国よりも死亡率が低く、女性はやや高くなっている。
 65歳の平均余命と健康寿命の比較から、男女とも奈良県全体より健康寿命、平均要介護期間は短くなっており、平均介護期間について男性は1.6年、女性は3.4年である。

2、医療費・医療の状況

【一人当たり医療費】



【年齢階別医療の受診率】

		2023 年度			
		55～59 歳	60～64 歳	65～69 歳	70～74 歳
自保険者	受診率	426.357	744.186	782.998	1017.493
	レセプト数	55	160	350	698
	被保険者数	129	215	447	686
都道府県	受診率	650.331	770.543	907.096	1060.758
	レセプト数	70,652	117,742	260,205	506,076
	被保険者数	108,640	152,804	286,855	477,089
同規模	受診率	612.042	708.518	822.294	961.392
	レセプト数	47,989	92,016	196,534	338,157
	被保険者数	78,408	129,871	239,007	351,737
全国	受診率	648.227	771.567	897.300	1059.341
	レセプト数	6,870,553	11,093,896	23,161,105	42,795,593
	被保険者数	10,598,997	14,378,389	25,812,008	40,398,331

		2023 年度				
		0～14 歳	15～39 歳	40～44 歳	45～49 歳	50～54 歳
自保険者	受診率	316.667	226.804	250.000	391.753	581.395
	レセプト数	38	44	19	38	75
	被保険者数	120	194	76	97	129
都道府県	受診率	501.569	364.106	455.558	496.435	561.515
	レセプト数	52,591	100,422	35,652	49,577	63,212
	被保険者数	104,853	275,804	78,260	99,866	112,574
同規模	受診率	537.219	312.837	396.873	460.716	530.696
	レセプト数	46,680	56,462	22,690	29,460	37,404
	被保険者数	86,892	180,484	57,172	63,944	70,481
全国	受診率	596.643	356.008	445.740	496.502	560.988
	レセプト数	6,824,665	11,204,676	3,755,567	4,994,544	6,279,655
	被保険者数	11,438,433	31,473,128	8,425,462	10,059,454	11,193,925

【性別医療の受診率】

■男性

		2019 年度	2020 年度	2021 年度	2022 年度	2023 年度
自保険者	受診率	722.672	655.551	691.240	675.439	712.355
	レセプト数	1,785	1,553	1,594	1,463	738
	被保険者数	2,470	2,369	2,306	2,166	1,036
都道府県	受診率	674.237	635.311	662.644	675.482	682.847
	レセプト数	1,181,815	1,093,896	1,124,023	1,102,601	537,658
	被保険者数	1,752,818	1,721,828	1,696,269	1,632,317	787,377
同規模	受診率	640.291	605.353	624.445	634.031	641.659
	レセプト数	792,483	727,359	772,568	786,227	419,281
	被保険者数	1,237,692	1,201,546	1,237,207	1,240,045	653,433
全国	受診率	636.371	598.130	627.841	641.478	648.059
	レセプト数	112,514,961	103,821,537	107,047,829	105,804,222	51,770,177
	被保険者数	176,807,296	173,576,977	170,501,367	164,938,278	79,884,976

■女性

		2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
自保険者	受診率	731.818	693.975	651.384	689.639	699.149
	レセプト数	1,771	1,601	1,435	1,491	739
	被保険者数	2,420	2,307	2,203	2,162	1,057
都道府県	受診率	778.244	722.879	760.325	778.746	790.077
	レセプト数	1,581,693	1,440,339	1,492,977	1,470,132	718,471
	被保険者数	2,032,388	1,992,504	1,963,604	1,887,820	909,368
同規模	受診率	739.377	691.387	710.661	722.102	741.215
	レセプト数	857,127	772,521	818,746	831,245	448,111
	被保険者数	1,159,255	1,117,350	1,152,091	1,151,147	604,563
全国	受診率	761.986	705.339	747.587	766.014	777.299
	レセプト数	142,644,281	129,122,171	134,397,821	133,085,105	65,210,077
	被保険者数	187,200,768	183,064,079	179,775,503	173,737,158	83,893,151

【疾病分類別医療費割合（入院+外来）】

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
1位	肺がん	糖尿病	糖尿病	肺がん	肺がん
2位	骨折	うつ病	白血病	大動脈瘤	糖尿病
3位	関節疾患	関節疾患	うつ病	うつ病	うつ病
4位	糖尿病	脂質異常症	脂質異常症	糖尿病	関節疾患
5位	脂質異常症	白血病	乳がん	関節疾患	統合失調症
6位	うつ病	大動脈瘤	関節疾患	統合失調症	高血圧症
7位	高血圧症	骨折	不整脈	間質性肺炎	脂質異常症
8位	潰瘍性腸炎	高血圧症	パーキンソン病	脂質異常症	前立腺がん
9位	肺炎	腎炎・ネフローゼ	高血圧症	パーキンソン病	膀胱がん
10位	不整脈	狭心症	前立腺がん	食道がん	パーキンソン病

【生活習慣病有病者数（率）】

生活習慣病有病者数（率）被保険者千人当たりレセプト件数

	2019年度		2020年度		2021年度		2022年度		2023年度	
	本村	県	本村	県	本村	県	本村	県	本村	県
糖尿病	0.613	0.262	0.642	0.213	0.665	0.214	0.231	0.192	0.821	0.193
高血圧症	0.204	0.112	0.000	0.084	0.000	0.090	0.000	0.073	0.410	0.080
脂質異常症	0.204	0.027	0.000	0.027	0.000	0.028	0.000	0.023	0.000	0.017
高尿酸血症	0.000	0.003	0.000	0.002	0.000	0.001	0.000	0.003	0.000	0.002
脂肪肝	0.000	0.008	0.214	0.010	0.000	0.008	0.000	0.009	0.000	0.007
動脈硬化症	0.000	0.022	0.000	0.022	0.000	0.019	0.000	0.022	0.000	0.020
脳出血	0.000	0.243	0.000	0.241	0.000	0.227	0.000	0.241	0.000	0.275
脳梗塞	0.204	0.486	0.214	0.439	0.444	0.479	0.000	0.456	0.000	0.436
狭心症	0.204	0.335	1.069	0.297	0.887	0.301	0.000	0.293	0.000	0.289
心筋梗塞	0.000	0.058	0.000	0.057	0.222	0.063	0.462	0.057	0.000	0.056

【投薬状況（重複、多剤投与等）】

(人)

	H30	R01	R02	R03	R04
重複投与者の人数	74	65	42	39	52
多剤投与者の人数	13	12	9	10	8

【後発医薬品使用割合】

(%)

	H30	R01	R02	R03	R04
川上村	49.0	54.5	66.2	70.7	71.2
奈良県	63.0	66.9	71.1	73.8	75.1

【人工透析者数と医療費の推移】

(人)

	R01	R01	R02	R03	R04
国保	1	0	1	0	0
後期	3	3	2	2	3
合計	4	3	3	2	3

一人当たりの医療費は奈良県と比較して高いものの、総医療費、一人当たりの医療費ともに年々減少傾向にある。これは、コロナ禍において住民の医療機関受診控えによるものと考えられる。

年齢階別医療の受診率については、0～49歳、55～59歳、65～69歳では奈良県、同規模地域、国と比較して低い。しかし、50～54歳では奈良県、同規模地域、国よりも高く、60～64歳、70～74歳では奈良県や国よりは低いものの、同規模地域と比較すると高くなっている。

性別の医療受診率より、男性は奈良県や同規模地域、国よりも医療機関受診率が高く、女性は奈良県、同規模地域、国よりも受診率が低い。

疾病分類別医療費割合（入院＋外来）より、肺がん、糖尿病、うつ病、関節疾患、高血圧症、脂質異常症の割合が高く推移している。

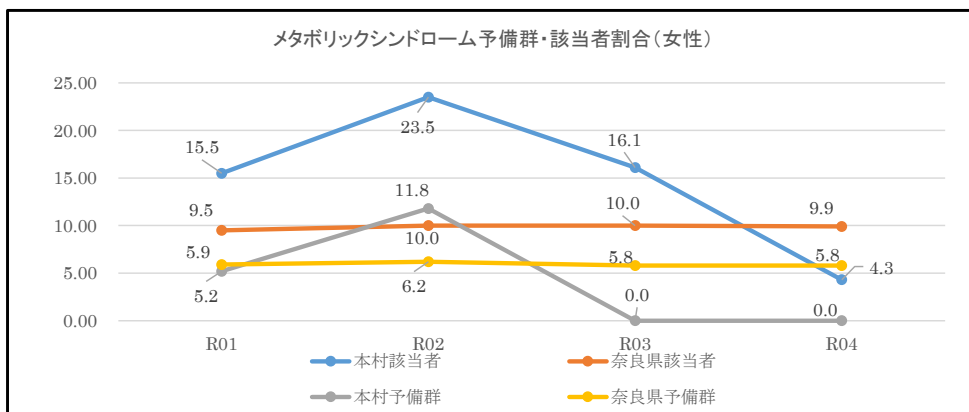
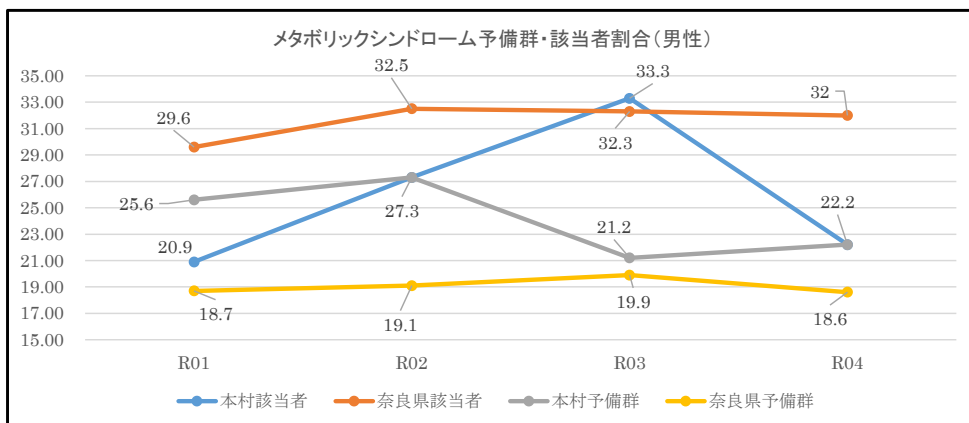
生活習慣病有病者数では経年的にみても糖尿病に罹患している者が県と比較しても高い。

投薬状況、重複投与について、R02～R03年度のコロナ禍においては、住民の医療機関受診控えにより、重複投薬者数は減少したものの、R04年度では以前と同様程度の人数へと戻りつつある。また、多剤投与者数について、コロナ禍以降10人以下で推移している。

人工透析者数については国保では0～1名で推移し、後期では2～3名で推移している。

特定健康診査受診率について、R02年度は新型コロナウイルス感染症対策として村内での集団検診をがん検診のみ受付、特定健診は個別受診で実施としたため受診率が低下したと考えられる。R03年度は集団検診において特定健診を再開したものの、コロナ禍の影響を受けて受診率は低値のままで経過し、R04年度はコロナ禍前の受診率へ戻ってきている。しかし、経年的に見ても奈良県全体より低い受診率になっており、目標値との乖離は大きい。特定保健指導実施率は、年々低下しており、R02～03年度については0%となっている。このことは、本村では保健師の入れ替わりが多く十分な組織体制がとれていないこと、また新型コロナウイルス感染対策やワクチン接種に時間が割かれ、マンパワーが不足し、本来の保健師業務を遂行できていない状況にある。

【メタボリックシンドローム予備群・該当者の割合】



【有所見率】

・ eGFR45 未満の割合

	H30	R1	R2	R3	R4
本村	5.04%	5.83%	0.00%	4.41%	6.66%
県	1.73%	1.94%	2.09%	2.20%	6.18%

・ HbA1c8.0%以上の割合

	H30	R1	R2	R3	R4
本村	1.68%	0.83%	0.00%	1.47%	0.00%
県	1.10%	1.14%	1.24%	1.25%	1.10%

・ 高血圧 160/100mmHg 以上の割合

	H30	R1	R2	R3	R4
本村	6.72%	5.00%	6.89%	8.82%	6.66%
県	5.11%	4.96%	6.03%	6.02%	6.18%

メタボリックシンドロームの予備群は、男性では奈良県より高く、女性では奈良県よりも低い値で推移している。また、メタボリックシンドローム該当者は、男性では奈良県よりも低い値が20%以上で推移しており、女性ではR03年度までは奈良県よりも高く推移していたものの、R04年度では4.3%へ減少している。

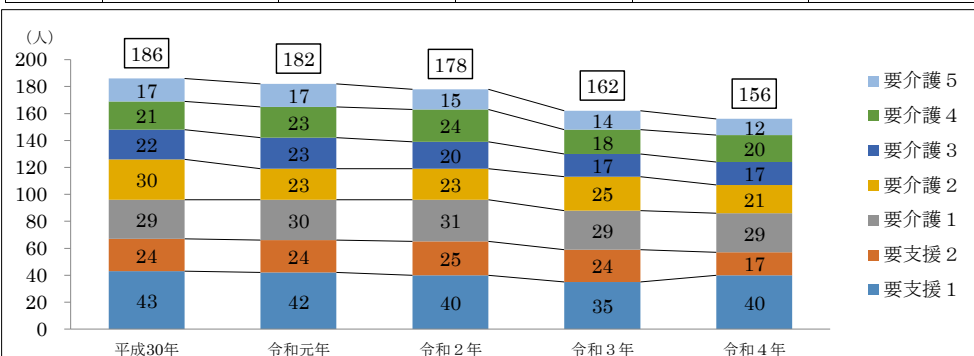
有所見率では、eGFR45 未満の割合は経年的にみても県と比較して高くなっており、年々増加傾向にある。HbA1c8.0%以上の割合にはばらつきがあり、R04年度では0.0%となっている。高血圧160/100mmHg以上の割合は経年的にみても県と比較して高く、R03年度は8.82%と高値を示している。

4. 介護の状況

【要介護者数（割合）の推移】

(%)

	H30	R1	R2	R3	R4
本村	22.9	22.2	20.5	23.7	24.4
県	19.8	20.3	20.8	19.9	20.2



【前期計画からの考察】

本村の平均寿命は延伸しているものの健康寿命については横ばいであり、疾病予防や健康維持、介護予防に関する保健事業を充実させ、健康寿命の延伸につながるよう取り組んでいくことが重要である。

また、一人当たりの医療費は減少傾向に転じているが、50代、60代、70代前半の医療費が県や同規模自治体と比較して高いことから、節目年齢における健康管理や医療費適正化に関する啓発が必要である。また、特定健診受診率も低値で経過しており、受診率を向上させる取り組みが重要である。

本村では、糖尿病や肺がんの治療費が高く、生活習慣病有病者数からも糖尿病に罹患し治療している者が多いため、糖尿病を重点健康課題として保健事業を展開していく必要がある。また、糖尿病性腎症の憎悪因子である高血圧にも着目し、基礎疾患である高血圧へ介入することで重篤な生活習慣病の予防とQOL向上へつなげることも必要である。特定健診受診率も低値で経過しており、重点健康課題の解決には受診率の向上も重要となってくる。

重複・多剤投与者は減少しておらず、調剤費への影響のみでなく、健康上に問題が生じる場合がある。住民の意識改善や薬剤に関する知識向上が重要であり、薬剤師や診療所との連携し、適正服薬を推進していく必要がある。

Ⅲ. 計画全体

1. 課題の整理【優先順位の高い順に記載】

課題1：生活習慣病予防行動をとる者の数が少ない	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健康診査の受診率が低いことにより、生活習慣病の早期発見の機会や保健指導に繋げる対象が少ない。 ・ 特定保健指導実施率が低く、生活習慣病予防につながっていない。 ・ メタボ該当者や予備軍が多く、放置することで生活習慣病につながる恐れが高い。 ・ 1期計画でも対策を行っていたが、目標到達には至らず、今期計画でも重点的に取り組む必要がある。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健康診査受診率 ・ 特定保健指導利用率 ・ メタボリックシンドローム該当者割合 ・ メタボリックシンドローム予備軍の割合
取り組みの方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健康診査、特定保健指導の実施率を向上させる対策を実施する。 ・ 健康に関する自己管理の重要性や健康行動の改善に向けた教育を実施する。

課題2：糖尿病患者の割合が多い。	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病関連の人工透析数の増減は大きく変化せず2～3名で推移しているが、透析にかかる医療費は大きい。 ・ 糖尿病患者の割合が多く、重症化予防に取り組む必要がある。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 人工透析者数の推移 ・ 人工透析に係る医療費 ・ 疾病分類別医療費割合 ・ 生活習慣病有病者数 ・ 有所見率（eGFR45未満の割合、HbA1c8.0%以上の割合、高血圧160/100mmHg以上の割合）
取り組みの方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病や糖尿病性腎症等の予防意識を高める対策を実施する。

課題3：生活習慣病やがんに関連した医療費が多く占めている。	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療費割合において生活習慣病やがんに係る医療費が多い。 ・ 生活習慣病やがんの早期発見、早期治療により重症化を予防する必要がある。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 疾病分類別医療費割合 ・ 生活習慣病有病者数 ・ がん
取り組みの方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 疾患の早期発見のために特定健診受診率の向上につながる取り組みを実施する。 ・ 生活習慣病のリスクの高い者へ受診勧奨を行い、確実な治療に結び付ける。 ・ がん検診の受診者を増加させ、疾病の早期発見、治療につなげる。

コメントの追加 [中野7]: 例として記載しました。この課題への対策としてレッドカード事業を行うと考えるのはいかがでしょうか。

課題4：重複した投薬による医療費の増加	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> ・重複・多剤投与者は減少していない。 ・重複・多剤服薬は調剤費への影響のみでなく、健康上に問題が生じる場合がある。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> ・投薬状況（重複・多剤投与等）
取り組みの方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・住民の意識改善や薬剤に関する知識向上につながる取り組みを実施する。 ・薬剤師や診療所との連携し、適正服薬を推進していく。 ・後発医薬品の利用促進を実施する。

課題5：要介護者が増加している。	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護者の割合が令和2年から3.9%増加している。 ・今後も国保から後期へ移行する被保険者の数が増えると推測され、後期高齢者への健康維持に向けた保健事業を実施する必要がある。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護者数、割合
取り組みの方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する保健事業を推進することで、後期高齢者のフレイルの予防を目指す。

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していきます。

【計画全体の目的】

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

【目標（上記の目的を達成するために取り組むこと）】

目標	指標	目標値	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軍該当者を早期発見し、該当人数を減少させる	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査実施率 ・特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 ・有所見者の割合（血糖・血圧・脂質） ・メタボリックシンドローム該当者・予備軍該当者割合 	50% 増加 減少 10%以内	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査事業（実施率向上対策事業） ・特定保健指導事業
生活習慣病該当者が重症化へ移行することを予防する	<ul style="list-style-type: none"> ・HbA1c 8.0%以上の割合 ・新規人工透析導入患者数 ・健診受診者のうち未治療者割合（※血圧 160/100 mmHg以上、HbA1c 7.0%以上、LDL 180 mg/dℓ以上、中性脂肪 500 mg/dℓ以上、eGFR 45未満） 	10% 0名 0%	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症重症化予防対策事業 ・生活習慣病重症化予防対策事業
適正服薬・後発医薬品利用を促進させる	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・後発医薬品使用割合 	+ (50%) 80%または増加	<ul style="list-style-type: none"> ・適正受診・適正服薬促進事業 ・後発医薬品利用促進事業
がん罹患者を早期発見し早期治療につなげる	<ul style="list-style-type: none"> ・がんによる死亡率 ・5がん検診受診率 	減少 増加	<ul style="list-style-type: none"> ・がん検診(受診率向上対策事業)
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	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護認定者数・率 	18%または減少	<ul style="list-style-type: none"> ・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

コメントの追加 [中野8]: 一体的実施事業のアウトカム指標には、フレイル該当者率が入っていますが、ここには入れませんか？

IV. 個別保健事業

1. 特定健康診査事業（実施率向上対策事業）			
目的	<p>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にした特定健康診査・特定保健指導が保険者に義務づけられた。</p> <p>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、実施率は約31%（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。</p> <p>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。</p>		
内容	<p>1. 市町村独自事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・村内の総合検診を年1回（3日間）実施 ・総合検診での特定健診、がん検診受診費用を全額助成 ・休日検診の実施（がん検診と同時実施） ・希望者に応じて送迎対応 ・節目検診として42歳、50歳、60歳の人間ドック、脳ドック費用の助成（自己負担額5,000円） 		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	・特定健診実施率	50%
	アウトプット	・休日集団健診の実施回数	年1回
プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・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合せ会議を年2回実施。 ・国保連合会の説明会に参加、必要時連携ができたか。 ・受診勧奨時期、方法が適切であったかを関係課内で検討を行う（毎年度末） ・以下について、毎年状況把握していく。 受診勧奨者の受診率/人間ドック受診者数/節目年齢者の受診率 休日集団健診の受診者数/40歳未満者の受診率 		

2. 特定保健指導事業			
目的	<p>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にした特定健康診査・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。</p> <p>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 13.7% (令和 4 年度)と国の目標 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る。</p>		
内容	<p>1. 市町村独自事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 電話勧奨 ・ 初回面接の分割実施 		
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 2センチ、体重 2Kg 減量割合)	増加
		・ 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	増加
		・ 有所見者の割合 (血糖・血圧・脂質(中性脂肪・HDL コレステロール・LDL コレステロール))	減少
・ メタボリックシンドローム該当者・予備軍該当者割合		10%以内%	
アウトプット	・ 特定保健指導実施率 ・ 利用勧奨実施率	増加 100%	
プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 委託栄養士との連携の程度 (打合せ 3 回実施) ・ 担当部門との連携状況 (連絡会 2 回実施) 		

3. 糖尿病性腎症重症化予防対策事業																								
目的	<p>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。</p> <p>本村においても、平成30年度から取り組みを実施しているが、年々重症化リスクの高い対象者が増加傾向であり、継続して取り組んでいく。</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"> <tr> <td>対象</td> <td colspan="2"> ①過去に糖尿病受診歴があるが、半年間受診中断している対象 ②特定健康診査でHbA1c値が7%以上でかつ糖尿病未治療の対象 </td> </tr> <tr> <td>実施時期</td> <td colspan="2">①12月対象選定し、1月受診勧奨ハガキを送付する</td> </tr> <tr> <td>内容</td> <td colspan="2">②毎月対象者を選定し、受診勧奨通知を送付(レットカード事業の一部に含んで実施)</td> </tr> </table> <p>(2) 保健指導事業</p> <table border="1"> <tr> <td>対象</td> <td colspan="2">国保事務支援センターが定める対象(糖尿病治療中で、かつ前年度特定健診受診結果から糖尿病性腎症重症化予防のリスクが高い対象)</td> </tr> <tr> <td>実施時期</td> <td>6～7月</td> <td>対象者選定作業</td> </tr> <tr> <td>内容</td> <td>9～2月</td> <td>保健指導実施(業者委託による)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>・保健師等の専門職による約6か月間の保健指導 ・面談3回、電話支援4回、医師への報告書送付3回</td> </tr> </table> <p>2. 市町村独自事業 個別訪問、電話勧奨等</p>			対象	①過去に糖尿病受診歴があるが、半年間受診中断している対象 ②特定健康診査でHbA1c値が7%以上でかつ糖尿病未治療の対象		実施時期	①12月対象選定し、1月受診勧奨ハガキを送付する		内容	②毎月対象者を選定し、受診勧奨通知を送付(レットカード事業の一部に含んで実施)		対象	国保事務支援センターが定める対象(糖尿病治療中で、かつ前年度特定健診受診結果から糖尿病性腎症重症化予防のリスクが高い対象)		実施時期	6～7月	対象者選定作業	内容	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、半年間受診中断している対象 ②特定健康診査でHbA1c値が7%以上でかつ糖尿病未治療の対象																							
実施時期	①12月対象選定し、1月受診勧奨ハガキを送付する																							
内容	②毎月対象者を選定し、受診勧奨通知を送付(レットカード事業の一部に含んで実施)																							
対象	国保事務支援センターが定める対象(糖尿病治療中で、かつ前年度特定健診受診結果から糖尿病性腎症重症化予防のリスクが高い対象)																							
実施時期	6～7月	対象者選定作業																						
内容	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	区分	指標	目標値																					
	アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> 保健指導参加者の検査値の変化(HbA1c、BMI、血圧) 受診勧奨者の医療機関受診割合 HbA1c8.0%以上の者の割合 新規人工透析導入患者数 	低下 50% 10% 0名																					
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> 受診勧奨者数(率) 保健指導実施者数 	減少 減少																					
	プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> 予算、人員、体制は適切であったか。 対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。 評価方法は適切であったか(保健指導参加者の翌年度に検査値の把握方法、時期) 医療機関や委託業者、県等の連携(打合せ1回実施) 担当部門との連携状況(連絡会2回実施) 																						

4. 生活習慣病重症化予防対策事業							
目的	<p>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。</p> <p>また、口腔機能の低下は生活習慣病のリスクが高まることが指摘されており、平成30年度から特定健康診査の標準的な質問票に歯科口腔に関する項目が追加された。口腔機能に問題があることが想定される者へ受診勧奨を行うことで、早期発見・治療につなげ、口腔機能を維持・向上させることで、生活習慣病のリスクを低減させる。</p>						
内容	<p>1. レットカード事業（国保連合会との共同保健事業として実施）</p> <table border="1"> <tr> <td>対 象</td> <td> 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 【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】 </td> </tr> <tr> <td>実施時期 内容</td> <td> ① 受診勧奨 毎月 対象者選定し受診勧奨通知を送付 ② 再勧奨 年度末 勧奨者でなお未受診の対象に再勧奨通知の送付 </td> </tr> </table> <p>2. 市町村独自事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・電話 ・訪問勧奨 ・保健指導 			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 【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】	実施時期 内容	① 受診勧奨 毎月 対象者選定し受診勧奨通知を送付 ② 再勧奨 年度末 勧奨者でなお未受診の対象に再勧奨通知の送付
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 【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】						
実施時期 内容	① 受診勧奨 毎月 対象者選定し受診勧奨通知を送付 ② 再勧奨 年度末 勧奨者でなお未受診の対象に再勧奨通知の送付						
評価指標	区分	指標	目標値				
	アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> ・勧奨者の医療機関受診者割合 ・健診受診者のうち未治療者割合（※血圧 160/100 mm Hg 以上、HbA1c7.0%以上、LDL180 mg/dl以上、中性脂肪 500 mg/dl以上、eGFR45未満/特定健診受診年度ごとで評価） 	100% 0%				
	アウトプット	・受診勧奨率	100%				
	プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・予算、人員、体制は適切であったか。 ・対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。 ・評価方法は適切であったか（受診確認方法、時期） ・医療機関との連携（医師会との打合せ 1 回実施） ・担当部門との連携状況（連絡会 2 回実施） 					

5. 適正受診・適正服薬促進事業（重複多剤・併用禁忌投薬対策事業）												
目的	<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）、併用禁忌は、医療費適正化の観点だけでなく、薬の副作用を予防する点からも重要である。また保険者努力支援制度や医療費適正化計画でも重点的な取組とされている。対象に対して通知や電話勧奨等を行うことで、適正受診・適正服薬を促す。</p>											
内容	<p>1. 国保連合会との共同保健事業</p> <p>(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"> <tr> <td>対象</td> <td colspan="2">一定の要件の対象者(重複、多剤、併用禁忌投薬者)</td> </tr> <tr> <td>実施時期</td> <td colspan="2">6～7月 対象者選定</td> </tr> <tr> <td>内容</td> <td colspan="2">8～9月 注意喚起文書および投薬実績を対象へ送付</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)		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	
	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										
<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"> <tr> <td>対象</td> <td colspan="2">一定の要件の対象者(重複、多剤投薬者)</td> </tr> <tr> <td>実施時期</td> <td colspan="2">6～7月 対象者選定</td> </tr> <tr> <td>内容</td> <td colspan="2">9～10月 電話による状況確認</td> </tr> </table>			対象	一定の要件の対象者(重複、多剤投薬者)		実施時期	6～7月 対象者選定		内容	9～10月 電話による状況確認		
対象	一定の要件の対象者(重複、多剤投薬者)											
実施時期	6～7月 対象者選定											
内容	9～10月 電話による状況確認											
<p>2. 市町村独自事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問相談 ・お薬相談会の開催 ・広報 												
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)	50%									
		・同一月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	50%									
	アウトプット	・注意喚起文書送付数・率	100%									
・電話で状況確認できた数・率		50%										
プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・予算、人員、体制は適切であったか。 ・対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。 ・評価方法は適切であったか（確認方法、時期） 											

6. 後発医薬品使用促進事業

目的	<p>国は、後発医薬品使用割合の目標を80%と掲げている。川上村では約70%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。</p>																			
内容	<p>1. 国保連合会との共同保健事業</p> <p>(1) 後発医薬品差額通知の送付(4回/年)</p> <table border="1" data-bbox="296 680 1003 855"> <tr> <td>対象</td> <td>国保被保険者世帯</td> </tr> <tr> <td>実施時期</td> <td>年4回(送付月:6月、9月、11月、1月)</td> </tr> <tr> <td>内容</td> <td>差額通知を送付 通知対象の差額:1薬剤当たり100円以上 通知対象外年齢:年齢が18歳未満通知書対象外 通知対象医薬品:全て(注射薬を除く)</td> </tr> </table> <p>(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)</p> <table border="1" data-bbox="296 893 1003 1001"> <tr> <td>対象</td> <td>国保被保険者世帯</td> </tr> <tr> <td>実施時期</td> <td>コールセンターを設置(国保中央会に委託)</td> </tr> <tr> <td>内容</td> <td>差額通知書にフリーダイヤルを掲載</td> </tr> </table> <p>(3) 啓発物品の配布(啓発品、後発医薬品希望シール等)</p> <table border="1" data-bbox="296 1072 1003 1247"> <tr> <td>対象</td> <td>国保被保険者世帯</td> </tr> <tr> <td>実施時期</td> <td>啓発品:後発医薬品促進に関するもの。12月頃に各市町村に納品</td> </tr> <tr> <td>内容</td> <td>希望シール:お薬手帳等に後発医薬品を希望するシールを貼付するもの。12月頃に各市町村に納品</td> </tr> </table> <p>2. 市町村独自事業 広報紙、ホームページに啓発記事の掲載</p>		対象	国保被保険者世帯	実施時期	年4回(送付月:6月、9月、11月、1月)	内容	差額通知を送付 通知対象の差額:1薬剤当たり100円以上 通知対象外年齢:年齢が18歳未満通知書対象外 通知対象医薬品:全て(注射薬を除く)	対象	国保被保険者世帯	実施時期	コールセンターを設置(国保中央会に委託)	内容	差額通知書にフリーダイヤルを掲載	対象	国保被保険者世帯	実施時期	啓発品:後発医薬品促進に関するもの。12月頃に各市町村に納品	内容	希望シール:お薬手帳等に後発医薬品を希望するシールを貼付するもの。12月頃に各市町村に納品
対象	国保被保険者世帯																			
実施時期	年4回(送付月:6月、9月、11月、1月)																			
内容	差額通知を送付 通知対象の差額:1薬剤当たり100円以上 通知対象外年齢:年齢が18歳未満通知書対象外 通知対象医薬品:全て(注射薬を除く)																			
対象	国保被保険者世帯																			
実施時期	コールセンターを設置(国保中央会に委託)																			
内容	差額通知書にフリーダイヤルを掲載																			
対象	国保被保険者世帯																			
実施時期	啓発品:後発医薬品促進に関するもの。12月頃に各市町村に納品																			
内容	希望シール:お薬手帳等に後発医薬品を希望するシールを貼付するもの。12月頃に各市町村に納品																			
評価指標	<table border="1" data-bbox="225 1352 1069 1673"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>指標</th> <th>目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>アウトカム</td> <td>・後発品使用割合</td> <td>80%または増加</td> </tr> <tr> <td>アウトプット</td> <td>・差額通知数・率 ・相談数 ・後発医薬品希望シール配布数</td> <td>全世帯・100%</td> </tr> <tr> <td>プロセス・ストラクチャー</td> <td>・予算、人員、体制は適切であったか。 ・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) ・医師会・薬剤師会との連携(打合せを実施)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		区分	指標	目標値	アウトカム	・後発品使用割合	80%または増加	アウトプット	・差額通知数・率 ・相談数 ・後発医薬品希望シール配布数	全世帯・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。 ・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) ・医師会・薬剤師会との連携(打合せを実施)							
区分	指標	目標値																		
アウトカム	・後発品使用割合	80%または増加																		
アウトプット	・差額通知数・率 ・相談数 ・後発医薬品希望シール配布数	全世帯・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。 ・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) ・医師会・薬剤師会との連携(打合せを実施)																			

7. がん検診(受診率向上対策事業)

目的	がんは本村における死因の第1位であり、医療費も多く占める疾患である。そのため早期発見・早期治療につなげるためにがん検診の実施、受診率の向上は重要である。がん検診については、健康増進計画に基づき衛生部門（健康福祉課）が実施しており、連携を図りながら取り組んでいく。													
内容	1. 市町村独自事業 ・ 村の総合検診時（毎年9月頃）に各種がん検診を実施。受診費用は全額助成。 ・ 胃がん（X線、内視鏡）、乳がん、子宮がんは村外の医療機関でも受診できるよう数か所委託契約。村外でのがん検診については5月～2月で受診可。 ・ 村の総合検診時には特定健診との同時実施。 ・ 節目年齢は設定せず、毎年、健康増進法に基づいた対象年齢の全村民に対してがん検診についての受診勧奨を送付。													
評価指標	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="225 846 459 891">区分</th> <th data-bbox="459 846 778 891">指標</th> <th data-bbox="778 846 1069 891">目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="225 891 459 958"> アウトカム </td> <td data-bbox="459 891 778 958"> ・ がん検診受診率（胃・肺・大腸・子宮・乳） </td> <td data-bbox="778 891 1069 958"> ・ 増加 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="225 958 459 1025"> アウトプット </td> <td data-bbox="459 958 778 1025"> ・ 受診勧奨実施率 ・ 特定健診との同時実施回数 </td> <td data-bbox="778 958 1069 1025"> ・ 増加 ・ 1回 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="225 1025 459 1220"> プロセス・ストラクチャー </td> <td colspan="2" data-bbox="459 1025 1069 1220"> ・ 予算、人員、体制は適切であったか。 ・ がん検診及の実施方法、回数、場所、受診勧奨の方法は適切であったか。 ・ 関係課内の連携はできたか(上記について、関係課と一緒に検討を行う(毎年度末)) </td> </tr> </tbody> </table>		区分	指標	目標値	アウトカム	・ がん検診受診率（胃・肺・大腸・子宮・乳）	・ 増加	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	・ 増加 ・ 1回	プロセス・ストラクチャー	・ 予算、人員、体制は適切であったか。 ・ がん検診及の実施方法、回数、場所、受診勧奨の方法は適切であったか。 ・ 関係課内の連携はできたか(上記について、関係課と一緒に検討を行う(毎年度末))	
区分	指標	目標値												
アウトカム	・ がん検診受診率（胃・肺・大腸・子宮・乳）	・ 増加												
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	・ 増加 ・ 1回												
プロセス・ストラクチャー	・ 予算、人員、体制は適切であったか。 ・ がん検診及の実施方法、回数、場所、受診勧奨の方法は適切であったか。 ・ 関係課内の連携はできたか(上記について、関係課と一緒に検討を行う(毎年度末))													

8. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する事業			
目的	<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る。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る。</p> <p>本村においても、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を開始する予定。</p> <p>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り組み、高齢者の健康状態を改善することを目的とする。</p>		
内容	<p>1. 市町村独自事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ●ハイリスクアプローチ <ul style="list-style-type: none"> ・低栄養、歯科口腔に対する保健指導事業 ・健康状態不明者への相談事業 ・糖尿病性腎症重症化予防への保健事業 ・重複多剤投薬者への訪問による残薬確認・相談事業 ●ポピュレーションアプローチ <ul style="list-style-type: none"> ・通いの場での質問票やアンケート、健康相談の実施 ・通いの場での健康教育、体力測定の実施 		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> ・後期高齢者の質問票（咀嚼・嚥下）の回答状況の変化 ・BMI\leq20、質問票⑥（体重変化）の状況 	口腔機能にトラブルを感じている人の割合が減少 減少
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ハイリスクアプローチ ・支援や保健指導実施数 ポピュレーションアプローチ ・通いの場の数 ・参加人数 	5名 26ヶ所 延べ150名
	プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・人員(専門職の確保)、予算、体制 ・事業の内容は適切であったか(年1回参加者の意見をアンケートで確認、担当者間で協議) ・他部門(介護担当課)との連携・役割分担は適切であったか ・広域連合、外部関係機関との連携(年1回打合せ実施) 	

V. その他

1. 計画の評価・見直し

毎年度：個別保健事業について設定した評価指標をもとに評価を実施

必要時事業実施内容の見直しを行う

令和 8 年度：中間評価として計画全体の評価、見直しを行う

令和 11 年度（計画最終年度）：次期計画に向けて最終評価を実施

2. 計画の公表・周知

策定した計画の具体的な公表方法（ホームページ、広報誌等への掲載）、周知方法等を記載する。

3. 個人情報の取扱い

保険者等における個人情報の取扱いは、個人情報の保護に関する各種法令、ガイドライン等によること等を記載する。

4. 地域包括ケアに係る取組

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

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

川上村においても、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推進に関わる関連課とも連携をはかりながら、高齢者の健康維持、フレイル予防に取り組んでいく。

