

桜井市国民健康保険

第3期データヘルス計画

第4期特定健康診査等実施計画

(令和6年度～令和11年度)

令和6年3月

桜井市

目次

第1章 計画の概要	3
1. 目的・背景	3
2. 計画の位置づけ	4
3. 計画期間	5
4. 実施体制・関係者の連携	5
第2章 第2期データヘルス計画及び第3期特定健康診査等実施計画	7
1. 計画全体の評価	7
2. 個別保健事業評価	9
1) 特定健康診査受診率向上事業	9
2) 特定保健指導利用率向上事業	10
3) がん検診の受診率向上対策	11
4) 生活習慣病予防事業	12
5) レッドカード事業（生活習慣病重症化予防受診勧奨）	13
6) 糖尿病性腎症重症化予防保健指導	14
7) 運動習慣推進事業	15
第3章 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	18
1. 現状の整理	18
1) 基礎情報	18
2) 医療費の状況	21
3) 特定健康診査・特定保健指導	27
4) 介護の状況	34
5) 健康状態不明者の割合	36
2. 課題の整理	37
3. 計画の取組	38
1) 全体の目標	38
2) 個別保健事業	39
(1) 特定健康診査実施率向上対策事業	39
(2) 特定保健指導対策事業	40
(3) 糖尿病性腎症重症化予防対策事業	41
(4) 生活習慣病重症化予防対策事業（レッドカード事業）	42
(5) 生活習慣病予防事業	43
(6) 運動習慣推進事業	44
(7) 後発医薬品使用促進事業	45
(8) 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）	46
(9) がん検診の受診率向上対策事業	47
(10) 地域包括ケアに係る取組	48
3) 第4期特定健康診査等の実施方法	49
(1) 目標値の設定	49
(2) 対象者の見込み	49

(3) 特定健康診査の実施方法.....	49
(4) 年間スケジュール.....	50
(5) 特定保健指導の実施方法.....	50
(6) 特定健康診査・保健指導の記録の管理・保存期間について.....	52
(7) 結果の報告.....	52
4) 計画の評価・見直し.....	53
5) 計画の公表・周知.....	53
6) 個人情報の取扱い.....	53
参考資料.....	54
評価指標一覧.....	54

第1章 計画の概要

1. 目的・背景

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）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。

さらに、平成25年6月14日に閣議決定された「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の分析、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、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされた。

そして、平成26年3月、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において、「保険者」は、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（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

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、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和4年12月に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、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該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重要業績評価指標の設定を推進する。」と示された。

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、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められている。

これらを踏まえて、桜井市においては、国の指針に基づき、「第3期データヘルス計画」と高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、「第4期特定健康診査等実施計画」を定め、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ことを目的とする。

2. 計画の位置づけ

データヘルス計画は、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、P D C A サイクルに沿って運用するものである。(図1・2)

また、特定健康診査等実施計画は、高齢者の医療確保に関する法律第19条に基づき、健康寿命の確保と医療費の抑制に資するため、生活習慣病対策の充実を図り、さらに促進していくために6年ごとに策定する。さらに、本計画は、桜井市第6次総合計画を上位計画とし、第三次健康さくらい21計画と整合性を図りながら推進する。(図3)

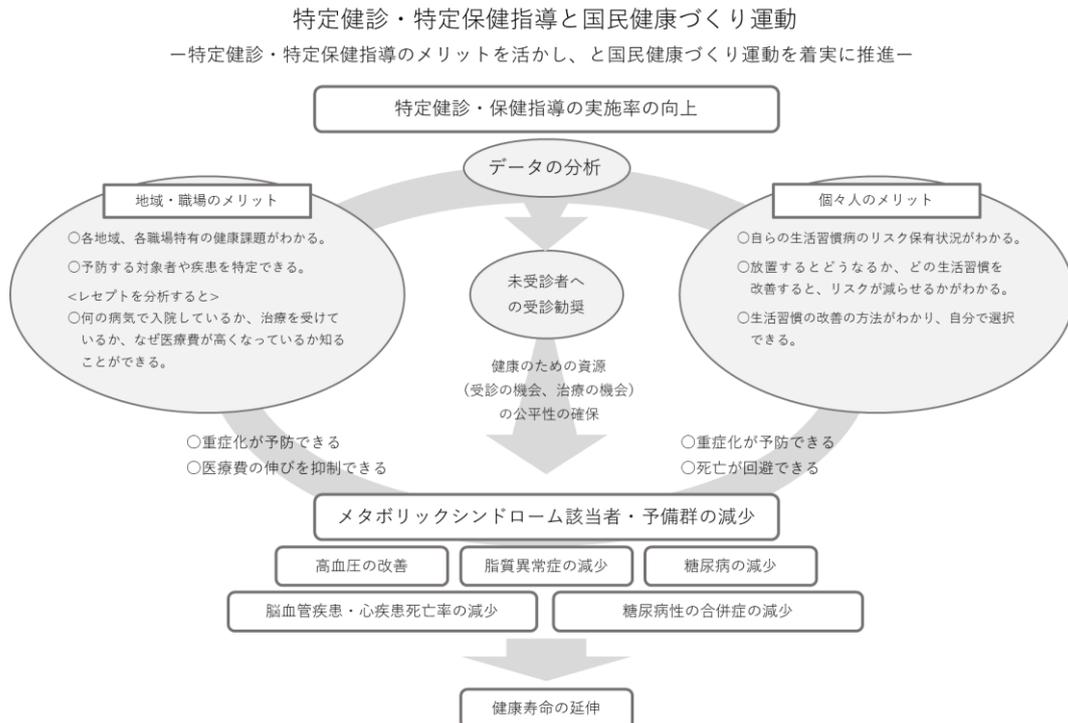


図1 標準的な健診・保健指導プログラム(R6年度版)より抜粋

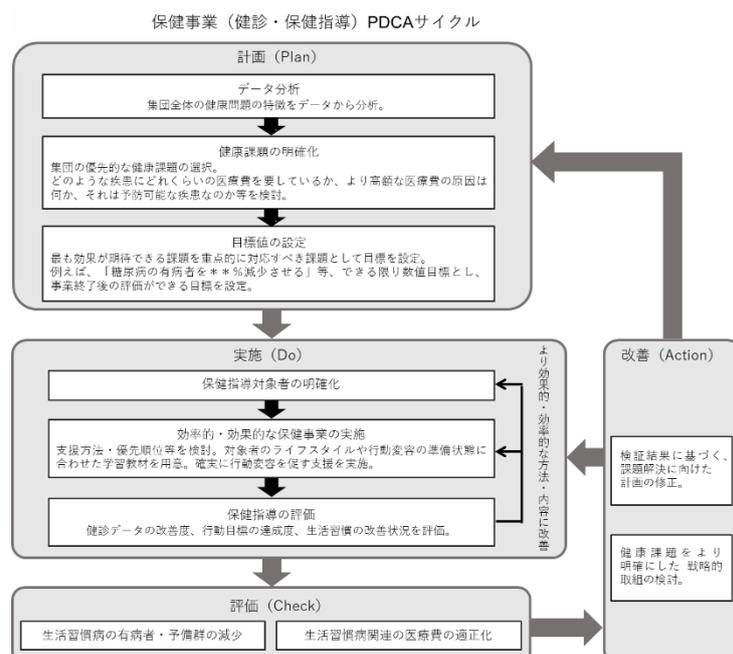


図2 標準的な健診・保健指導プログラム(R6年度版)より抜粋

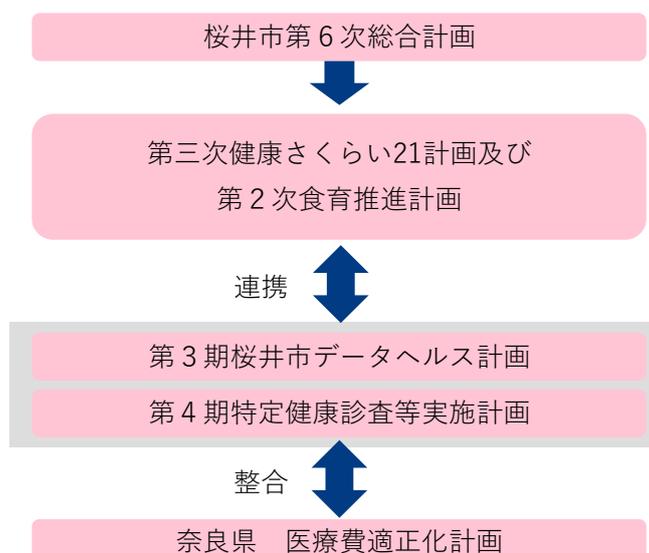


図 3 データヘルス関連計画

3. 計画期間

都道府県における医療費適正化計画や医療計画等が、令和6年度から令和11年度までを次期計画期間としているため、これらとの整合性を図るため、同期間を計画期間にすることとし、本計画は令和6年度から令和11年度までとする。

4. 実施体制・関係者の連携

1) 実施主体関係部局との連携

桜井市においては、けんこう増進課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に桜井市国民健康保険を運営する保険医療課と連携をして、市町村一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、高齢者医療部局（保険医療課）、介護保険部局（高齢福祉課）とも十分連携することが望ましい。（図4）

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整えることも重要である。

2) 外部有識者等との連携

平成30年度から都道府県が市町村国保の財政運営の責任主体として共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の管理がさらに必要となる。このため、市町村国保は計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、都道府県との連携に努める。

また、保険者等と市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

国保連合会と都道府県は、ともに市町村の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

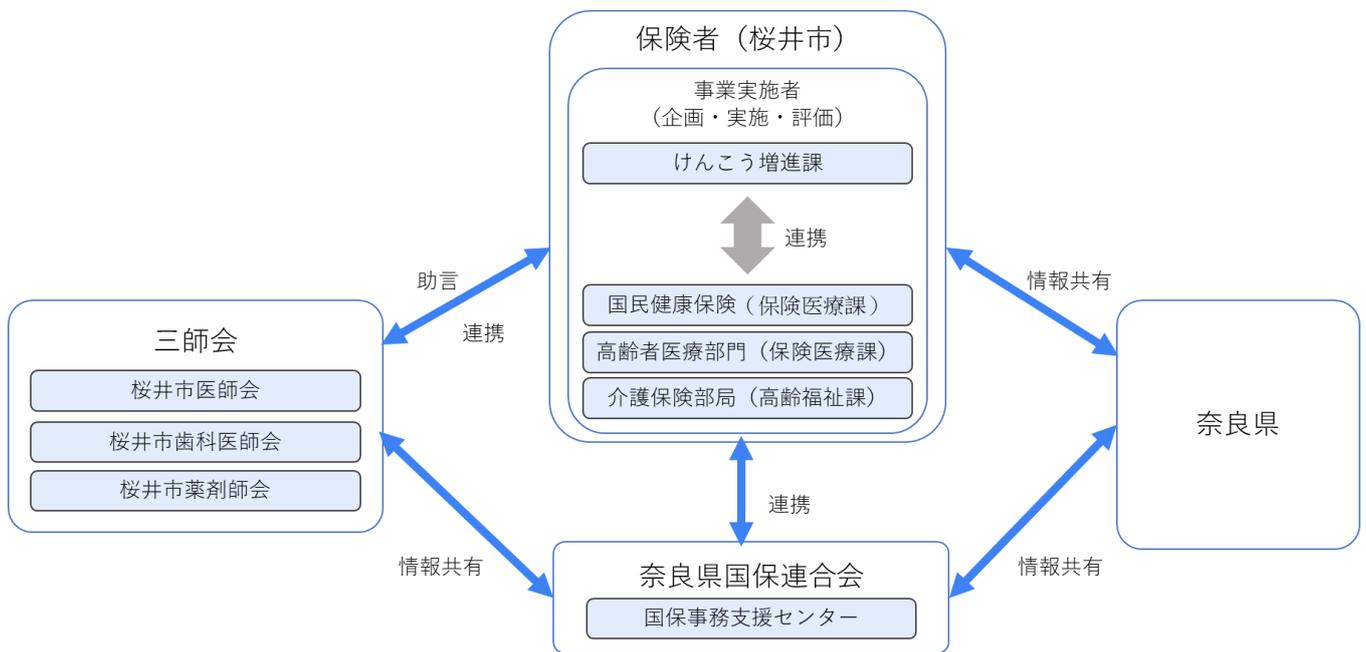


図 4 桜井市の実施体制図

第2章 第2期データヘルス計画及び第3期特定健康診査等実施計画

1. 計画全体の評価

◆計画全体の目的

桜井市においては、国指針に基づき、「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」及び「第3期特定健康診査等実施計画」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

◆計画全体の指標と評価

指標		指標の変化			評価
		目標	H28年度	R4年度	
医療費の伸びの抑制 (生活習慣病医療費に占める割合)	脳血管疾患	減少	4.4%	3.6%	A
	虚血性心疾患	減少	4.0%	3.5%	A
	慢性腎臓病（透析あり）	減少	13.4%	12.3%	A
メタボリックシンドロームの割合	男性	減少	29.3%	33.9%	C
	女性	減少	9.7%	9.9%	C
高血圧（130mmHg以上）の割合	男性	減少	51.6%	54.0%	C
	女性	減少	48.1%	45.9%	A
脂質異常症（LDLコレステロール 120mg/dL以上）の割合	男性	減少	46.9%	47.3%	C
	女性	減少	59.6%	54.2%	A
糖尿病（HbA1c5.6%以上）の割合	男性	減少	52.1%	57.7%	C
	女性	減少	45.8%	41.7%	A

出典：KDB 地域の全体像の把握

評価判定	ベースライン値・目標値との比較
A	改善している
A*	改善しているが目標達成は難しい
B	横ばい
C	悪化している
D	評価困難

◆指標ごとの評価に対する要因などのまとめ

・医療費の伸びの抑制

○うまくできている点

- ・脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎臓病（透析あり）の割合は平成28年度と令和4年度を比較すると減少している。

○うまくいっていない点

- ・慢性腎臓病（透析あり）の割合は、令和4年度において、県（8.2%）・国（8.2%）と比較すると極めて高い。虚血性心疾患においても県（3.2%）・国（2.8%）と比較すると高い。

○課題・次期計画の方向性

- ・早期に適切な医療につなげ、重症化を予防

・メタボリックシンドロームの該当者の割合

- うまくできている点
 - ・男性と比較すると女性のメタボリックシンドロームの伸び率は抑制されている。
- うまくいっていない点
 - ・男女ともにメタボリックシンドロームの該当者割合は、増加している。特に男性の伸び率が高い。
- 課題・次期計画の方向性
 - ・特定保健指導実施率の向上に向けた取組の推進
 - ・メタボリックシンドローム該当者の減少を目指した取組の強化

・高血圧の割合

- うまくできている点
 - ・女性の収縮期高血圧（130mmHg 以上）の割合は減少している。
- うまくいっていない点
 - ・男性の収縮期高血圧（130mmHg 以上）の割合は増加している。令和4年度の高血圧症の医療費割合は、6.8%であるが、県（5.8%）・国（5.9%）と比べて高い水準である。
- 課題・次期計画の方向性
 - ・特定健康診査受診率向上の取組の推進
 - ・高血圧の発症予防と重症化予防に向けた取組の強化

・脂質異常症の割合

- うまくできている点
 - ・女性の健診の有所見率は減少している。
- うまくいっていない点
 - ・男性の健診の有所見率は増加している。
 - ・心疾患・脳血管疾患・慢性腎臓病の生活習慣病有病者が脂質異常症を合わせもっている割合が、60%以上を占める。
- 課題・次期計画の方向性
 - ・特定健康診査受診率向上への取組の推進
 - ・脂質異常症の発症予防と重症化予防にむけた取組の推進

・糖尿病の割合

- うまくできている点
 - ・女性の有所見率は減少している。
- うまくいっていない点
 - ・男性の有所見率は増加している。令和4年度の糖尿病の医療費割合は11.1%であるが、県（10.1%）、国（10.5%）と比較すると高い。
- 課題・次期計画の方向性
 - ・特定健康診査受診率向上に向けた取組の推進
 - ・糖尿病の発症予防と重症化予防に向けた取組の強化

2. 個別保健事業評価

1) 特定健康診査受診率向上事業

目的	メタボリックシンドロームに着目し、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群を減少させるための健診を実施し、国保加入者に広く受診してもらう。							
事業内容	<p>特定健康診査対象者に対して個別に受診券を送付し、個別に受診勧奨を行う。その後、特定健康診査未受診者に受診状況に合わせた受診勧奨資材を送付。令和3年度より健診受診勧奨は、過去3年以内に受診歴がある者は4グループ、過去3年以内に受診歴がない者は医療受診の有無及び前年度に国保加入者の3グループに分け、年に3回の通知送付を行った。</p> <p>また健診受診者へ商品券を送付するインセンティブ事業と健診データの提供を実施している。</p>							
評価	指標	目標値	指標の変化					評価
			平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
アウトカム	特定健康診査受診率	35.0%	25.9%	26.8%	24.8%	28.8%	31.2%	A*
	健診データ提供数	増加	69	62	60	41	54	C
プロセス	インセンティブ申し込み数	増加	—	647	458	573	662	B
ストラクチャー	市内委託医療機関数	維持	35	34	34	33	32	B
	集団健診開催回数	維持	6回	9回	9回	16回	17回	A
	国保運営協議会	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	A
	健康づくり推進協議会	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	A
成功要因 未達要因	<p>令和2年度の健診受診率低下は、新型コロナウイルス感染症の影響と推測される。</p> <p>健診データ提供数は、年に50件前後で推移しており、特定健康診査の対象者に占める割合は約0.5%である。また、令和3年度の健診受診率上昇の4%のうち3.5%は、対象者を区分して受診勧奨の通知送付を行った効果と考えられる。</p>							
効果があった取組	<p>集団での総合健診の実施回数の増加や休日開催</p> <p>特定健康診査未受診者に受診状況に合わせた受診勧奨資材を送付</p>							
見直しが必要な取組	効果的なインセンティブ方法							
課題・次期計画の方向性	<p>事業継続</p> <p>継続受診者の定着に向けた取組の推進</p> <p>医療機関と連携した受診率向上への取組</p>							

2) 特定保健指導利用率向上事業

目的	特定保健指導対象者が、自分の健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための主体的な取組を継続的に行う事ができる事を目的とする。							
事業内容	特定保健指導対象者のうち、特定保健指導の自主的申込がない者に対して、利用勧奨の電話を行う。							
評価	指標	目標値	指標の変化					評価
			平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
アウトカム	保健指導実施率	30.0%	19.3%	26.0%	24.4%	20.3%		B
アウトプット	利用勧奨率	100.0%	75.0%	77.1%	79.6%	78.5%		B
	継続率	100.0%	94.4%	96.5%	98.4%	89.7%		B
ストラクチャー	国保運営協議会	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	A
	健康づくり推進協議会	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	A
	連携会議(委託業者)	1回/月	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	C
成功要因 未達要因	平成29年度より特定保健指導の実施を外部委託し、平成30年度から利用勧奨を開始した。令和3年度事業報告より特定保健指導を利用しないと意思表示した者は全体の46.1%で、70-74歳の割合は40-64歳と比べて高かった。最も多い未利用理由は「かかりつけ医がいる」で、29.8%であった。次いで、「忙しい」が、24.4%と多い。「場所が不便」は0.8%であり、仕事や家事・介護があることや自動車に乗れないことなど、保健福祉センターへの来所が難しく参加できない対象者がいると考えられる。							
効果があった取組	通知送付後の利用勧奨電話							
見直しが必要な取組	多忙者や面接場所に行きにくい対象者向けの保健指導の提供方法							
課題・次期計画の方向性	市民ニーズに合った特定保健指導の提供方法							

3) がん検診の受診率向上対策

目的	がんによる死亡率低下にむけて、がんの早期発見・早期治療につなげることを目的とする。								
事業内容	がん検診の受診券と受診案内を5月末頃、個別通知し、健康カレンダー、ホームページ、広報等で検診受診の啓発を実施する。また、大腸がん(40歳)、乳がん(40歳女性)、子宮がん(20歳女性)の無料クーポンを送付、特定健康診査と同時受診が可能な集団健診(休日健診日も有)を実施する。								
評価	指標	目標値	指標の変化					評価	
			平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度		
	アウトカム	検診受診率：胃がん	50.0%	12.0%	11.2%	10.8%	9.9%	10.5%	C
	検診受診率：肺がん	50.0%	8.1%	9.3%	7.7%	8.6%	9.4%	A*	
	検診受診率：大腸がん	50.0%	16.5%	16.8%	14.4%	15.8%	15.9%	C	
	検診受診率：乳がん	50.0%	15.4%	13.4%	13.2%	13.5%	14.5%	C	
検診受診率：子宮頸がん	50.0%	12.8%	10.6%	10.3%	10.9%	11.9%	C		
成功要因 未達要因	休日に受診可能な特定健康診査と同時受診ができる集団健診を実施したことで、受診率が増加傾向にあるが、令和2年・3年度にかけて新型コロナウイルス感染症の影響で減少したと考えられる。								
効果があった 取組	特定健康診査と同時に受診できる集団検診の開催								
見直しが必要な 取組	がん検診のメリットの普及啓発								
課題・次期計画の 方向性	市民ニーズに合った検診機会の提供 検診受診手続きの簡素化								

4) 生活習慣病予防事業

目的	虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析に共通して高血圧を併せ持つ者の割合が80.0%と非常に高くなっている。また人工透析を主にみていると、糖尿病が原因と考えられるものが約半数いるため、糖尿病と高血圧症の予防を目的とする。							
事業内容	生活習慣病に関係する検査項目において、保健指導以上に該当し、医療機関を受診していない人に対して、電話・面談・訪問により、受診勧奨や生活習慣病改善指導を行う。							
評価	指標	目標値	指標の変化					評価
			平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
アウトカム	高血圧症有病率割合 140/90mmHg以上	減少	28.2%	30.5%	33.8%	33.2%	33.7%	C
	糖尿病割合 HbA1c6.5%以上	減少	9.0%	9.6%	10.0%	9.0%	9.0%	B
アウトプット	面接指導率	増加	—	—	1.5%	7.6%	23.5%	A
	電話指導率	増加	—	—	62.9%	68.9%	63.5%	B
プロセス	事業検討回数	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	A
ストラクチャー	国保運営協議会	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	A
	健康づくり推進協議会	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	A
成功要因 未達要因	優先度の高い対象者に絞り込んで事業を実施したことで、高血圧Ⅱ度(収縮期血圧160~180mmHgまたは拡張期血圧100~110mmHg)以上と血糖受診勧奨値の対象は100.0%把握することができた。							
効果があった 取組	管理栄養士・保健師より、電話、面談、訪問などの手段を用いて、フォローする体制を整えた。問診票の記載に治療中の項目がなく、HbA1c、血圧が受診勧奨値以上の人に対し、管理栄養士より医療機関受診勧奨、個別健康相談利用勧奨等を行う。電話での連絡が取れない者に対しては郵送や訪問での受診勧奨を行うことで、対象者の支援がもれなくできた。							
見直しが必要な 取組	市の実態を分析した上で、事業対象者の抽出条件は随時見直しが必要。							
課題・次期計画の 方向性	事業分析の実施(詳細な効果検証、実施対象者の経年的な健診結果数値の変化等の分析など)							

5) レッドカード事業（生活習慣病重症化予防受診勧奨）

目的	特定健康診査で特定保健指導に該当しない者で、生活習慣病の重症未受診者に対し、適正な医療を受けるための受診を促し、疾病の重症化を予防する。							
事業内容	<p>①～⑤のハイリスク者に対し、医療受診勧奨を行い、医療受診を確認する。</p> <p>①高血圧 180mmHg または 110mmHg 以上、かつ治療歴がなし</p> <p>②高血糖 HbA1c8.0%以上、かつ治療歴がなし</p> <p>③高コレステロール LDL コレステロール 200mg/dl 以上、かつ治療歴がなし</p> <p>④高中性脂肪 中性脂肪 500mg/dl 以上、かつ治療歴がなし</p> <p>⑤慢性腎臓病(CKD) eGFR45mL/min/1.73m²未満、かつ該当疾患名なし</p> <p>※事業のフォローは、随時見直しをしている。</p>							
評価	指標	目標値	指標の変化					評価
			平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
アウトカム	ハイリスク者のうち医療機関受診率	80.0%	—	—	58.7%	62.5%	51.1%	C
アウトプット	勧奨実施割合（郵送）	100.0%	—	—	100.0%	100.0%	100.0%	A
	勧奨実施数割合（電話等）	100.0%	—	—	96.8%	100.0%	100.0%	A
プロセス	受診勧奨方法の適切さ（受診勧奨回数）	2回	—	—	1回以上	1回以上	1回以上	C
ストラクチャー	国保運営協議会	2回/年	—	—	2回/年	2回/年	2回/年	A
	健康づくり推進協議会	1回/年	—	—	1回/年	1回/年	1回/年	A
成功要因 未達要因	<p>受診勧奨通知を送付した対象者の医療受診割合は、約半数であった。</p> <p>慢性腎臓病においては、かかりつけ医にて経過観察の人が多く、腎臓の専門機関につながりにくい。</p>							
効果があった取組	令和4年度より高血圧、高血糖に関しては、市独自のフォロー事業で対応を行ったため、健診結果発送後に早期の対応ができた。							
見直しが必要な取組	市の独自事業と当該事業の対象者の分類を明確にする。							
課題・次期計画の方向性	事業継続							

6) 糖尿病性腎症重症化予防保健指導

目的	糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・受診中断者に対して、関係機関から適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより受診に結び付けるとともに、糖尿病で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して、主治医の指示のもと保健指導を行うことで腎不全、人工透析への移行を防止し、心血管病の発症を予防することを目的とする。							
事業内容	(1) 健康診査・レセプト等で抽出したハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導を実施 (2) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導の実施							
評価	指標	目標値	指標の変化					評価
			平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
アウトカム	特定健康診査受診者のうちHbA1cが8.0%以上の未治療者の割合	減少	—	0.12% (3人)	0.17% (4人)	0.03% (1人)	0.11% (3人)	B
	指導対象者の血液検査の変化(HbA1cまたは空腹時血糖値の改善者の割合)	増加	100.0% (1/1人)	0.0% (1/1人)	56.0% (1/1人)	45.0% (1/1人)	/	C
	指導対象者の血液検査の変化(eGFRの悪化者の割合)	減少	0.0% (0/1人)	33.0% (1/3人)	22.0% (2/9人)	45.0% (5/11人)	/	C
	ハイリスク者のうち医療機関受診率	80.0%	—	—	73.0%	58.0%	40.0%	C
アウトプット	受診勧奨回数	2回	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	C
	保健指導参加者	増加	1人	3人	9人	11人	2人	B
ストラクチャー	国保運営協議会	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	A
	健康づくり推進協議会	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	A
	医療機関との連携	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	A
成功要因 未達要因	保健指導を行った約半数近くの対象者は、HbA1cの数値に改善がみられた。							
効果があった取組	受診勧奨対象者の約半数近くが、医療機関に繋がっている。 保健指導を行うことにより、生活習慣の見直し・改善の取組を意識的に実践する対象者が多く、糖尿病の関心度が高まった。							
見直しが必要な取組	保健指導対象者が、保健指導に繋がりにくいため、勧奨方法を見直す。							
課題・次期計画の方向性	医療機関との連携 事業継続							

7) 運動習慣推進事業

目的	運動教室を通じて、健康づくりに効果的な運動を学び、教室に継続的に参加すること及び教室で学んだ事を日常生活に取り入れることや健康チャレンジにおいて自身でウォーキングを行い、目標を立てることで運動の習慣化を目指し、運動習慣を持つ人を増やす。							
事業内容	①運動教室の実施 ②健康ステーションでの運動啓発事業							
評価	指標	目標値	指標の変化					評価
			平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
アウトカム	特定健康診査受診者のうち運動習慣のない人の割合	50.0%	58.8%	60.3%	61.6%	61.8%	61.8%	C
アウトプット	運動教室の登録者数	増加	77人	87人	73人	58人	19人	C
プロセス	アンケート回収率	100.0%	—	—	58.0%	83.9%	68.4%	B
ストラクチャー	国保運営協議会	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	A
	健康づくり推進協議会	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	A
	連携会議（委託業者）	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	A
	健康サポーター ブラッシュアップ講座	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	A
成功要因 未達要因	運動習慣のない人の割合は、増加している。運動教室登録数の伸び悩みや運動習慣のない人の割合が減少しないのは、新型コロナウイルス感染症の影響があると考えられる。							
効果があった 取組	運動教室の出席率を増加させ、運動習慣の定着に向けて、一定回数参加した者にインセンティブとして、健康グッズを渡すことを周知すると出席率70.5%となった。 令和4年度参加者の身体変化として初回と最終回で体脂肪率の減少があった者は体脂肪率の変化を把握できた者のうち全員が体脂肪率の減少がみられた。運動習慣の定着や自宅でできる運動のアドバイスを行っているためと考えられる。							
見直しが必要な 取組	幅広い対象者にアプローチをするためにポピュレーションアプローチなど異なる手法の支援方法を展開する。							
課題・次期計画の 方向性	運動する環境や、仲間づくりなど環境面からのアプローチの施策							

第2期データヘルス計画及び第3期特定健康診等実施計画の評価一覧

指 標 * 特定健康診査等実施計画目標		目標値	ベースライン値 平成 30年度	平成 29年度	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	中間 評価 R1	最終 評価 R4
特定健康診査受診率向上事業	* 特定健康診査受診率	35.0%	27.9% (H28)	24.3%	25.9%	26.8%	24.8%	28.8%	31.2%	B	A*
	健診データ提供数	増加	69		69	62	60	41	54	追加 指標	C
	インセンティブ	増加	647 (R1)		—	647	458	573	662		B
	市内委託医療機関数	維持	35		35	34	34	33	32		B
	集団健診開催回数	維持	6回		6回	9回	9回	16回	17回		A
	国保運営協議会	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年		A
	健康づくり推進協議会	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年		A
特定保健指導実施率向上事業	* 保健指導実施率	30.0%	14.8% (H28)	16.6%	19.3%	26.0%	24.4%	20.3%			A*
	利用勧奨率	100.0%	75.0%		75.0%	77.1%	79.6%	78.5%		追加 指標	B
	継続率	100.0%	94.4%		94.4%	96.5%	98.4%	89.7%			B
	国保運営協議会	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年		A
	健康づくり推進協議会	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年		A
	連携会議(委託業者)	1回/月	2回/年		2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年		C
がん検診受診率向上対策	検診受診率：胃がん	50.0%	7.0% (H28)	11.9%	12.0%	11.2%	10.8%	9.9%	10.5%		A*
	検診受診率：肺がん	50.0%	9.3% (H28)	9.1%	8.1%	9.3%	7.7%	8.6%	9.4%	C	A*
	検診受診率：大腸がん	50.0%	14.6% (H28)	16.3%	16.5%	16.8%	14.4%	15.8%	15.9%	A*	C
	検診受診率：乳がん	50.0%	14.6% (H28)	15.2%	15.4%	13.4%	13.2%	13.5%	14.5%	A*	C
	検診受診率：子宮頸がん	50.0%	14.0% (H28)	13.7%	12.8%	10.6%	10.3%	10.9%	11.9%	C	C
生活習慣病予防事業	高血圧症有病率割合 140/90mmHg 以上	減少	25.8% (H28)	28.9%	28.2%	30.5%	33.8%	33.2%	33.7%	C	C
	糖尿病割合 HbA1c6.5%以上	減少	8.4% (H28)	8.0%	9.0%	9.6%	10.0%	9.0%	9.0%	C	B
	面接指導率	増加	1.5% (R2)		—	—	1.5%	7.6%	23.5%	追加 指標	A
	電話指導率	増加	62.9% (R2)		—	—	62.9%	68.9%	63.5%		B
	事業検討回数	1回/年	1回/年		1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年		A
	国保運営協議会	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年		A
	健康づくり推進協議会	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年		A

指 標		目標値	ベースライン値 平成 30 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	令和 元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	中間 評価 R1	最終 評価 R4
(生活習慣病重症化予防受診勧奨) レッドカード事業	ハイリスク者のうち 医療機関受診率	80.0%	58.7% (R2)	/	—	—	58.7%	62.5%	51.1%	B 追 加 指 標	C
	勧奨実施割合 (郵送)	100.0%	100.0% (R2)	/	—	—	100.0%	100.0%	100.0%		A
	勧奨実施割合 (電話等)	100.0%	96.8% (R2)	/	—	—	96.8%	100.0%	100.0%		A
	受診勧奨方法の適切さ (受診勧奨回数)	2 回	1 回以上	/	—	—	1 回以上	1 回以上	1 回以上		C
	国保運営協議会	2 回/年	2 回/年	/	—	—	2 回/年	2 回/年	2 回/年		A
	健康づくり推進協議会	1 回/年	1 回/年	/	—	—	1 回/年	1 回/年	1 回/年		A
糖尿病性腎症重症化予防保健指導	HbA1c が 8.0% 以上の 未治療者の割合 (特定 健康診査受診者)	減少	0.12% (R1)	/	—	0.12% (3 人)	0.17% (4 人)	0.03% (1 人)	0.11% (3 人)	追 加 指 標	B
	指導対象者の血液検査 の改善者割合 (HbA1c・空腹時血糖 値)	増加	100.0%	/	100.0% 1/1 人	0.0% 0/3 人	56.0% 5/9 人	45.0% 5/11 人	/		C
	指導対象者の血液検査 の悪化者割合 (eGFR)	減少	33.0%	/	0.0% 0/1 人	33.0% 1/3 人	22.0% 2/9 人	45.0% 5/11 人	/		C
	ハイリスク者の 医療機関受診率	80.0%	73.0% (R2)	/	/	/	73.0%	58.0%	40.0%		C
	受診勧奨回数	2 回	1 回以上	/	1 回以上	1 回以上	1 回以上	1 回以上	1 回以上		C
	保健指導参加者数	増加	1 人	/	1 人	3 人	9 人	11 人	2 人		B
	国保運営協議会	2 回/年	2 回/年	/	2 回/年	2 回/年	2 回/年	2 回/年	2 回/年		A
	健康づくり推進協議会	1 回/年	1 回/年	/	1 回/年	1 回/年	1 回/年	1 回/年	1 回/年		A
	医療機関との連携	2 回/年	2 回/年	/	2 回/年	2 回/年	2 回/年	2 回/年	2 回/年		A
運動習慣推進事業	運動習慣のない人の割合 (特定健康診査受診者)	50.0%	58.0% (H28)	58.8%	58.8%	60.3%	61.6%	61.8%	61.8%	C 追 加 指 標	C
	運動教室の登録者数	増加	77 人	/	77 人	87 人	73 人	58 人	19 人		C
	アンケート回収率	100.0%	58.0% (R1)	/	—	—	58.0%	83.9%	68.4%		B
	国保運営協議会	2 回/年	2 回/年	/	2 回/年	2 回/年	2 回/年	2 回/年	2 回/年		A
	健康づくり推進協議会	1 回/年	1 回/年	/	1 回/年	1 回/年	1 回/年	1 回/年	1 回/年		A
	連携会議 (委託業者)	1 回/年	1 回/年	/	1 回/年	1 回/年	1 回/年	1 回/年	1 回/年		A
	健康サポーター ブラッシュアップ講座	1 回/年	1 回/年	/	1 回/年	1 回/年	1 回/年	1 回/年	1 回/年		A

第3章 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

1. 現状の整理

1) 基礎情報

【人口・被保険者数と年齢構成】

桜井市の人口は緩やかに減少し、人口に占める国保被保険者数の割合は減少している。(表1)

被保険者数は65歳以上の割合が多く、加入率は緩やかに減少している。(図5)

表 1 人口・被保険者数・年齢構成

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
被保険者数	14,457	14,011	13,817	13,718	13,249
人口	57,491	56,905	56,414	55,868	55,620
人口に占める割合	25.1%	24.6%	24.5%	24.6%	23.8%

出典：総合行政情報システム WizLIFE (各9月末時点)

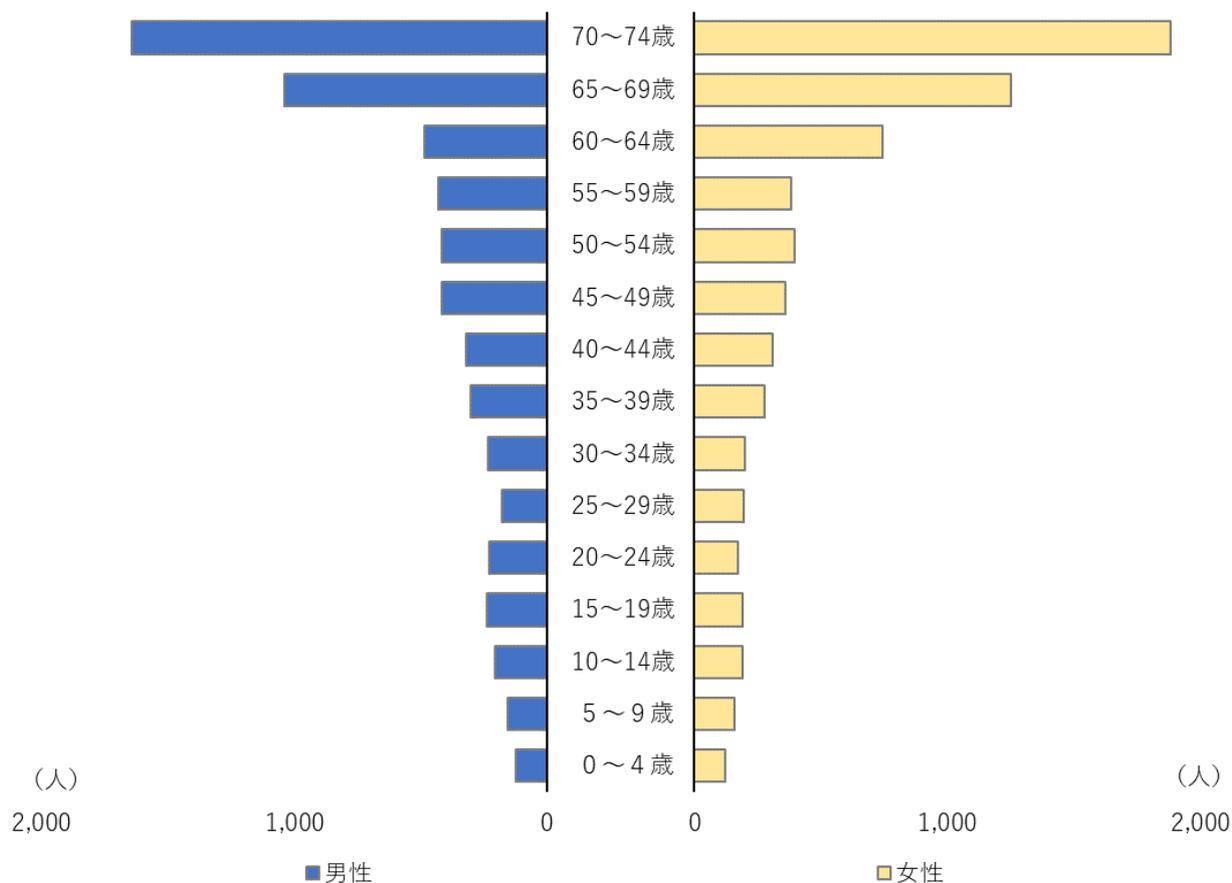


図 5 被保険者年齢構成表

出典：被保険者台帳 (令和4年9月30日)

【平均自立期間】

要介護2以上を不健康な状態と定義し、平均余命から不健康期間を除き日常生活動作が自立している期間である平均自立期間の桜井市の値は、令和4年度は男性80.3年、女性83.7年で、女性の方が長い。令和元年度から令和4年度の4年間で女性は0.9年伸びており、県の伸びを上回っているが、県の84.6年と比較すると短い。男性は令和元年度から令和4年度の4年間で0.6年伸びているが、県と比べて短い状態が続いている。(図6)

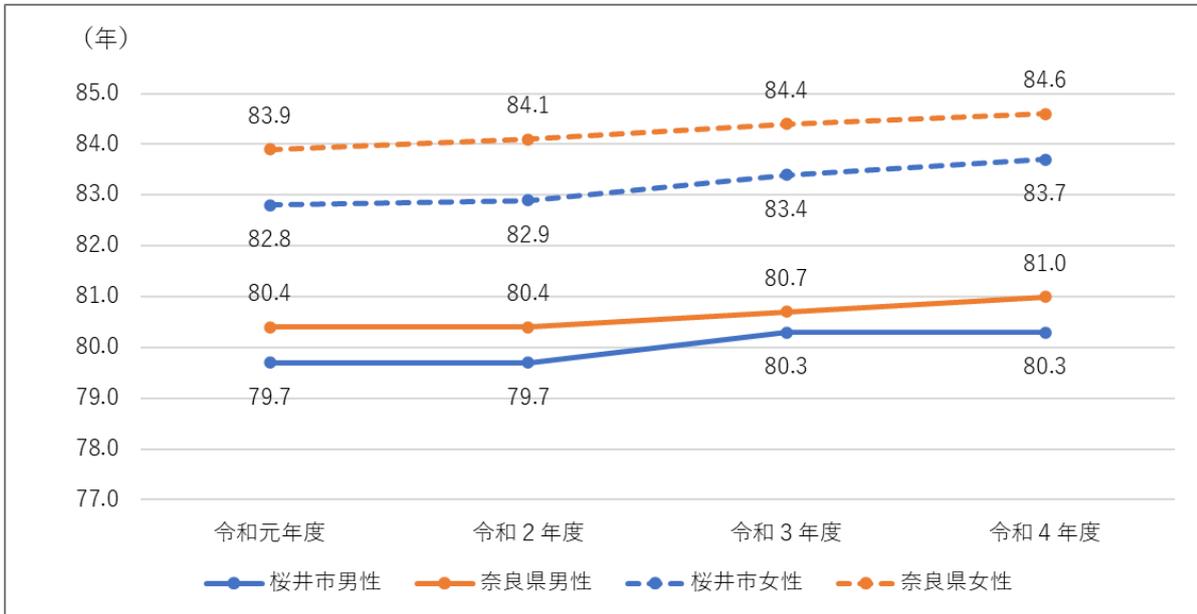


図6 平均自立期間の推移

出典：KDB 地域の全体像の把握

【要介護期間】

平均余命と平均自立期間（要介護2以上）の差は、日常生活において介護が必要な状態である。令和4年度における平均要介護期間は、男性で1.8年、女性で3.8年であった。男女ともに経年的にみると微増している。(図7)

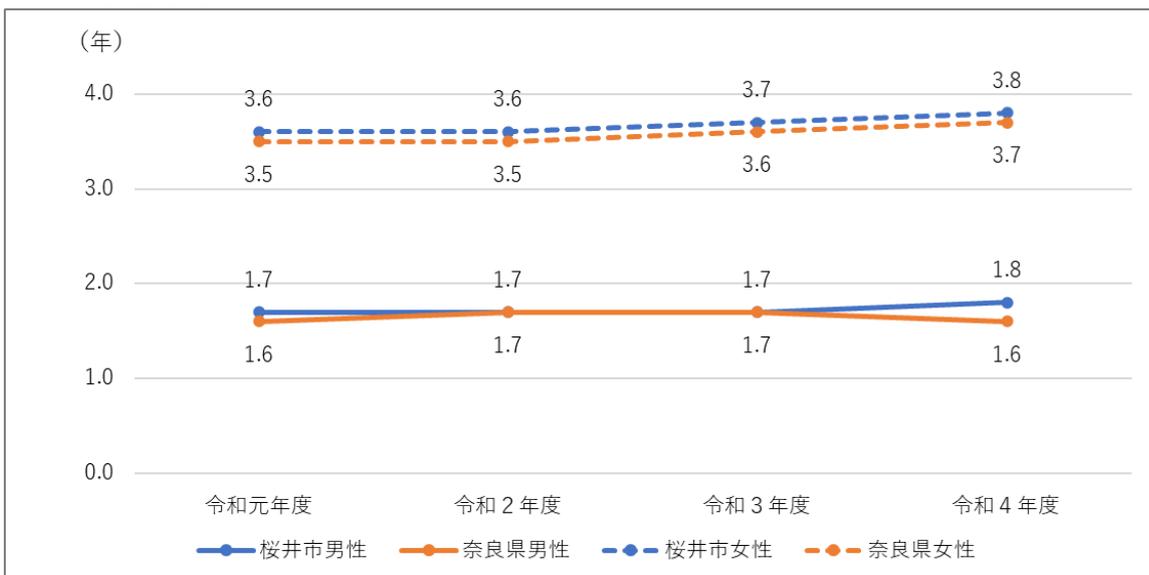


図7 平均要介護期間の推移

出典：KDB 地域の全体像の把握

【標準化死亡比¹】

桜井市の標準化死亡比は、県・同規模市町村平均と比べて高い。(表2)

表 2 標準化死亡比(平成25年から平成29年の5年間で算出)

	桜井市	同規模 市町村平均	県
男性	104.1	100.0	94.9
女性	108.9	101.0	98.3

出典：KDB 地域の全体像の把握

¹ 標準化死亡比：標準化死亡比は、基準死亡率(人口10万対の死亡数)を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものである。我が国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は我が国の平均より死亡率が多いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。

人口の少ない市町村や死亡数の少ない死因は、変動をできるだけ小さくするため5年間の人口と死亡数を使って算出する。

2) 医療費の状況

【1人当たり医療費と疾患別医療費割合】

桜井市の被保険者1人当たりの医療費は、県と比較すると伸びが緩やかで低く推移しているが、国と比較すると高い。(表3) 外来受診率は低く(図8)、入院の在院日数平均も短いことから(表4)、1日当たりの医療費は国や県・同規模市町村平均よりも高いが(図9)、被保険者当たりになると医療費は低い水準で推移している。中長期目標疾患別に医療費割合を比較すると、生活習慣病が重症化して発症する慢性腎臓病(透析あり)は経年比較するとわずかに減少しているが国や県と比べて高い水準である。脳梗塞・脳出血は減少しているが、狭心症と心筋梗塞は国と県を上回っている。

短期目標疾患別に医療費を比較すると、生活習慣病の基礎疾患である高血圧症・糖尿病・脂質異常症の医療費に着目すると、脂質異常症は国や県と比較して低い。しかし、高血圧症と糖尿病は国と県を上回っている。

新生物の割合は上がっているものの国や県よりも低く、精神疾患は減少していた。

表3 1人当たり医療費とデータヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

	被保険者1人 当たり医療費 (円/月)	生活習慣病等の医療費に占める割合(%)										
		中長期目標疾患					短期目標疾患			新生物	精神疾患	筋・骨格 疾患
		慢性腎臓病 (透析あり)	慢性腎臓病 (透析なし)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧症	脂質 異常症				
平成 28 年度	桜 井 市	24,193	13.4	1.0	4.4	4.0	9.8	9.4	5.0	23.7	14.4	14.5
		28,109	12.3	0.7	3.6	3.5	11.1	6.8	3.7	30.1	13.0	14.6
令和 4 年度	奈 良 県	28,859	8.2	0.7	4.0	3.2	10.1	5.8	4.3	32.6	13.4	17.2
	国	27,347	8.2	0.6	3.9	2.8	10.5	5.9	4.1	32.1	14.7	16.7

出典：KDB 地域の全体像の把握

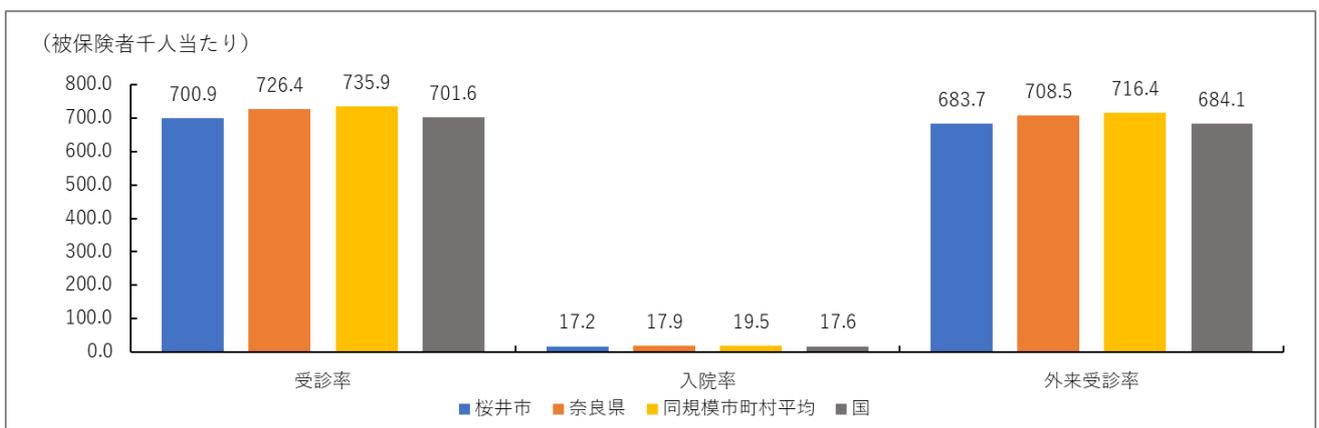


図8 保険者別受診率比較(令和4年度)

出典：KDB 地域の全体像の把握

表 4 保険者別入院・外来レセプト当たり受診回数及び日数（令和4年度）

	桜井市	奈良県	同規模 市町村平均	国
1件当たり在院日数（入院）	14.5	15.3	16.3	15.7
1件当たり受診回数（外来）	1.5	1.5	1.5	1.5

出典：KDB 地域の全体像の把握

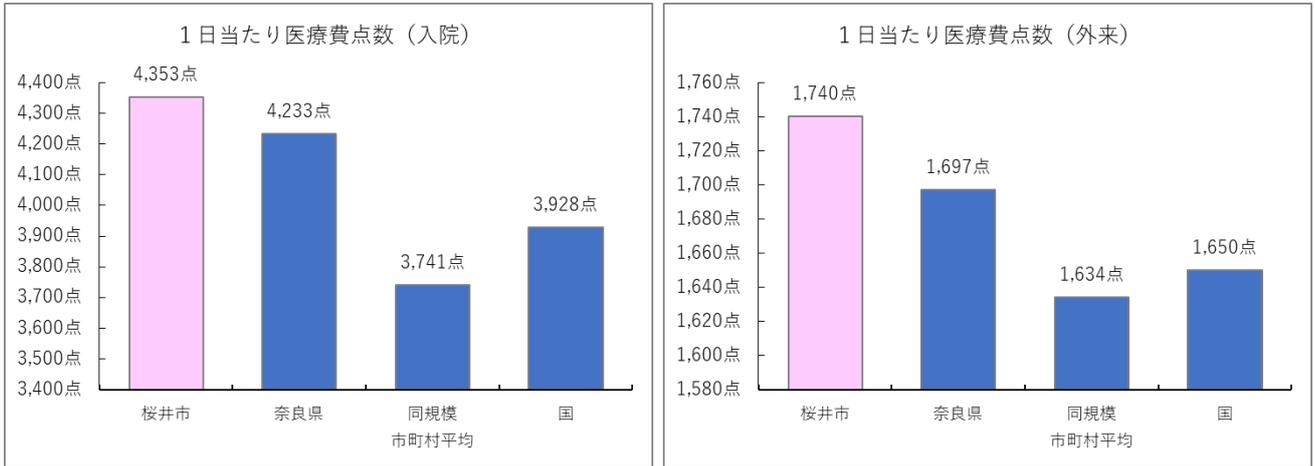


図 9 保険者別入院・外来 1日当たり点数（令和4年度）

出典：KDB 地域の全体像の把握

【生活習慣病有病者 中長期目標疾患】

虚血性心疾患（表5）の割合は、平成28年度から令和4年度を比較すると微減している。脳血管疾患（表6）・人工透析（表7）の割合は微増している。3疾患とも中長期疾患を併せ持つ割合も増えており、重症化している人がいる実態である。3疾患とも短期目標疾患である高血圧症を併せ持つ者の割合が年齢に関係なくおよそ80.0%を超えており、糖尿病を併せ持つ者も39.8～49.2%いることから、糖尿病と高血圧症の対策が必要である。

表 5 虚血性心疾患の状況

様式3-5	被保険者数	虚血性心疾患		中長期疾患				短期目標疾患						
		人数	割合	脳血管疾患		人工透析		高血圧症		糖尿病		脂質異常症		
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
平成28年度	全体	16,420	763	4.6%	150	19.7%	25	3.3%	614	80.5%	333	43.6%	520	68.2%
	64歳以下	10,217	182	1.8%	25	13.7%	20	11.0%	137	75.3%	84	46.2%	117	64.3%
	65歳以上	6,203	581	9.4%	125	21.5%	5	0.9%	477	82.1%	249	42.9%	403	69.4%
令和4年度	全体	13,794	617	4.5%	132	21.4%	28	4.5%	515	83.5%	294	47.6%	462	74.9%
	64歳以下	7,773	120	1.5%	18	15.0%	10	8.3%	89	74.2%	56	46.7%	76	63.3%
	65歳以上	6,021	497	8.3%	114	22.9%	18	3.6%	426	85.7%	238	47.9%	386	77.7%

出典：KDB 様式3-5 虚血性心疾患のレセプト分析

表6 脳血管疾患の状況

様式3-6	被保険者数	脳血管疾患		中長期疾患				短期目標疾患						
				虚血性心疾患		人工透析		高血圧症		糖尿病		脂質異常症		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
平成28年度	全体	16,420	628	3.8%	150	23.9%	8	1.3%	504	80.3%	234	37.3%	393	62.6%
	64歳以下	10,217	143	1.4%	25	17.5%	5	3.5%	107	74.8%	40	28.0%	74	51.7%
	65歳以上	6,203	485	7.8%	125	25.8%	3	0.6%	397	81.9%	194	40.0%	319	65.8%
令和4年度	全体	13,794	558	↑ 4.0%	132	23.7%	10	1.8%	446	79.9%	222	39.8%	376	67.4%
	64歳以下	7,773	102	1.3%	18	17.6%	5	4.9%	77	75.5%	37	36.3%	63	61.8%
	65歳以上	6,021	456	7.6%	114	25.0%	5	1.1%	369	80.9%	185	40.6%	313	68.6%

出典：KDB 様式3-6 脳血管疾患のレセプト分析

表7 人工透析の状況

様式3-7	被保険者数	人工透析		中長期疾患				短期目標疾患						
				脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧症		糖尿病		脂質異常症		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
平成28年度	全体	16,420	61	0.4%	8	13.1%	25	41.0%	52	85.2%	30	49.2%	25	41.0%
	64歳以下	10,217	41	0.4%	5	12.2%	20	48.8%	36	87.8%	19	46.3%	19	46.3%
	65歳以上	6,203	20	0.3%	3	15.0%	5	25.0%	16	80.0%	11	55.0%	6	30.0%
令和4年度	全体	13,794	63	↑ 0.5%	10	15.9%	28	44.4%	60	95.2%	31	49.2%	38	60.3%
	64歳以下	7,773	29	0.4%	5	17.2%	10	34.5%	27	93.1%	16	55.2%	18	62.1%
	65歳以上	6,021	34	0.6%	5	14.7%	18	52.9%	33	97.1%	15	44.1%	20	58.8%

出典：KDB 様式3-7 人工透析のレセプト分析

【生活習慣病有病者 短期目標疾患】

表 8 の被保険者に占める糖尿病の患者割合は、平成 28 年度に比べて令和 4 年度は増加していた。短期目標疾患のインスリン療法を受けている人の割合は 64 歳以下で 1.5 ポイント増加しており、全体として高血圧症や脂質異常症を合併している割合は増えている。中長期疾患との重なりをみると、虚血性心疾患は平成 28 年度と比べて合併している割合は下がっているが、人工透析や糖尿病性腎症の割合は増えていた。

表 9 の高血圧症の患者割合は、平成 28 年度に比べて令和 4 年度は 1.8 ポイントの増加が見られ、そのうち 65 歳以上の占める割合が多い。加齢に伴う高血圧も考えられるが、64 歳以下で治療が必要な数値であるにも関わらず、放置されている者が 65 歳を過ぎて、高血圧治療を開始されている可能性がある。短期目標疾患の重なりは平成 28 年度から令和 4 年度を比較すると、糖尿病との合併は 2.1 ポイント増加し、脂質異常症も 2.2 ポイント増加している。中長期疾患は、虚血性心疾患と脳血管疾患は割合がわずかに減っているが、人工透析は 64 歳以下が 0.1 ポイント、65 歳以上は 0.8 ポイント増えていた。

表 8 糖尿病の状況

様式 3-2	被保険者数	糖尿病		短期目標疾患						中長期疾患						
		人数	割合	インスリン療法		高血圧症		脂質異常症		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病性腎症		
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
平成 28 年度	全体	16,420	1,662	10.1%	155	9.3%	1,130	68.0%	1,067	64.2%	333	20.0%	30	1.8%	102	6.1%
	64歳以下	10,217	493	4.8%	56	11.4%	310	62.9%	296	60.0%	84	17.0%	19	3.9%	36	7.3%
	65歳以上	6,203	1,169	18.8%	99	8.5%	820	70.1%	771	66.0%	249	21.3%	11	0.9%	66	5.6%
令和 4 年度	全体	13,794	1,520	↑ 11.0%	146	↑ 9.6%	1,103	↑ 72.6%	1,068	↑ 70.3%	294	19.3%	31	2.0%	105	6.9%
	64歳以下	7,773	396	↑ 5.1%	51	↑ 12.9%	258	65.2%	256	64.6%	56	14.1%	16	4.0%	27	6.8%
	65歳以上	6,021	1,124	18.7%	95	8.5%	845	75.2%	812	72.2%	238	21.2%	15	↑ 1.3%	78	↑ 6.9%

出典：KDB 様式 3-2 糖尿病のレセプト分析

表 9 高血圧症の状況

様式 3-3	被保険者数	高血圧症		短期目標疾患				中長期疾患						
		人数	割合	糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
平成 28 年度	全体	16,420	3,185	19.4%	1,130	35.5%	1,879	59.0%	614	19.3%	504	15.8%	52	1.6%
	64歳以下	10,217	937	9.2%	310	33.1%	493	52.6%	137	14.6%	107	11.4%	36	3.8%
	65歳以上	6,203	2,248	36.2%	820	36.5%	1,386	61.7%	477	21.2%	397	17.7%	16	0.7%
令和 4 年度	全体	13,794	2,931	↑ 21.2%	1,103	↑ 37.6%	1,795	↑ 61.2%	515	↓ 17.6%	446	↓ 15.2%	60	↑ 2.0%
	64歳以下	7,773	699	9.0%	258	↑ 36.9%	363	51.9%	89	12.7%	77	11.0%	27	3.9%
	65歳以上	6,021	2,232	↑ 37.1%	845	↑ 37.9%	1,432	↑ 64.2%	426	19.1%	369	16.5%	33	↑ 1.5%

出典：KDB 様式 3-3 高血圧症のレセプト分析

【人工透析医療費】

人工透析の医療費は、令和2年度から令和3年度に増加し、令和4年度は減少した。(表10)

表 10 人工透析医療費の推移

		令和2年度	令和3年度	令和4年度
透析医療費(円)	桜井市	264,326,000	314,351,220	273,727,010

出典：KDB 地域の全体像の把握

【人工透析患者数】

令和2年度から令和4年度の間人工透析を受けている者は、桜井市国保においては増加しており、桜井市後期高齢者医療保険においては横ばいである。(表11) 桜井市国保、桜井市後期高齢者医療保険ともに、毎年10人程度が新規に人工透析を受けている。(表12)

年齢とともに腎機能が低下する場合もあるが、75歳になる前に腎機能低下状態が放置され、75歳を過ぎてから人工透析が開始される場合もある。よって、75歳になる前から腎機能低下がみられる者を早期の受診勧奨と適正医療につなげ、重症化予防対策が必要である。

表 11 桜井市 人工透析患者数

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
国保(人)	68	76	81
後期(75歳以上)(人)	116	112	115

出典：KDB 様式2-2 人工透析患者一覧(桜井市国保・桜井市後期)

表 12 桜井市 新規人工透析患者数

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
国保(人)	6	14	9
後期(75歳以上)(人)	10	8	12

出典：医療費等分析システム(奈良県国保連合会提供)

【重複・多剤投薬者の人数・割合】

重複処方の対象者割合は令和元年度の 2.63%から割合が微増し、令和 4 年度は 2.82%になっている。
(表 13)

多剤投薬対象者は令和元年度から令和 4 年度にかけて微増している。

表 13 重複・多剤投薬者の推移

事業年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
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	2.63%	2.71%	2.49%	2.82%
同一月内に 9 以上の薬剤の処方を受けた者の割合	2.86%	2.84%	2.94%	3.09%

出典：KDB 重複・多剤処方の状況 (各 3 月診療分)

【ジェネリック医薬品使用割合】

ジェネリック医薬品の使用割合は増加傾向であるが、目標の 80.0%には達していない。(表 14)

表 14 ジェネリック医薬品の使用割合の推移

	使用割合 (数量シェア)
令和 2 年度 3 月診療分	68.8%
令和 3 年度 3 月診療分	70.7%
令和 4 年度 3 月診療分	71.9%
令和 5 年度 3 月診療分	74.6%

出典：厚生労働省 HP 医療費に関するデータの見える化

3) 特定健康診査・特定保健指導

平成 29 年度の桜井市の特定健康診査の実施率は奈良県全体よりも 7.3 ポイント低かったが、受診勧奨通知の回数増加や工夫により令和 3 年度は 4.3 ポイントまで差が縮まっている。(図 10) しかし、目標値との乖離は大きい。

特定保健指導実施率は平成 29 年度から令和元年度は実施率が上昇し、奈良県全体の平均を上回った。しかし、新型コロナウイルス感染症の影響により令和 2 年度、3 年度と低下している。(図 10)

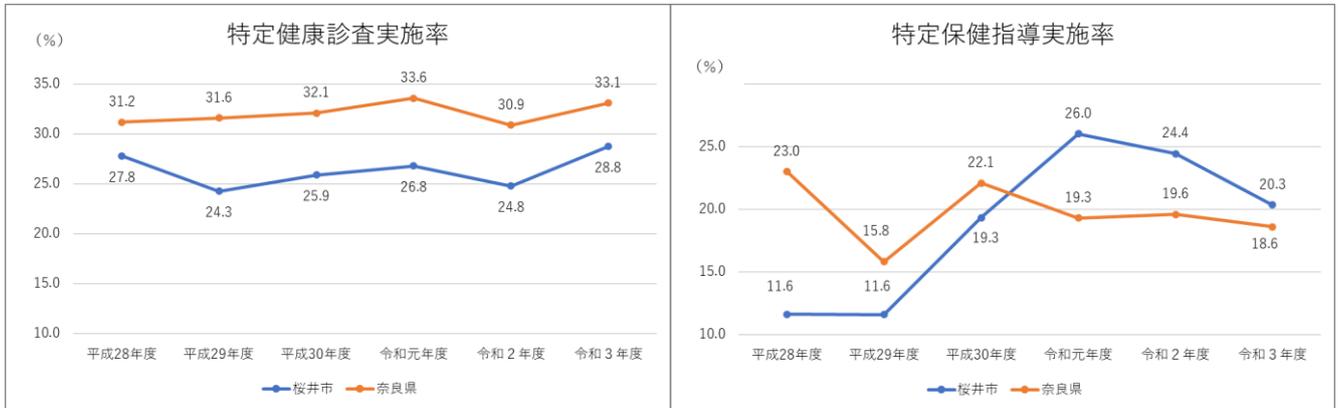


図 10 特定健康診査及び特定保健指導実施率の推移

出典：法定報告

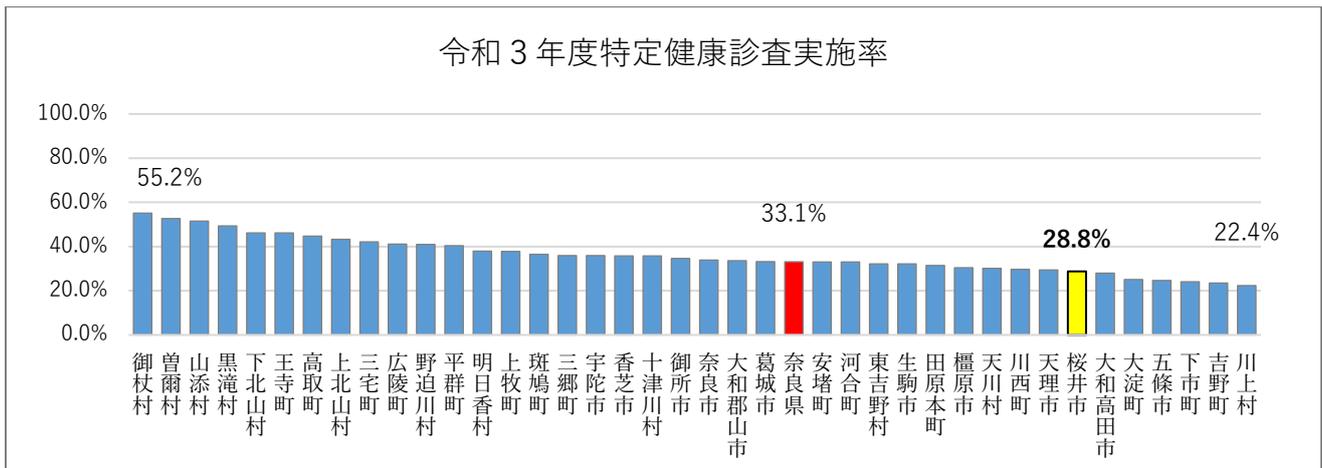


図 11 特定健康診査実施率奈良県市町村順位 (奈良県国保連合会提供)

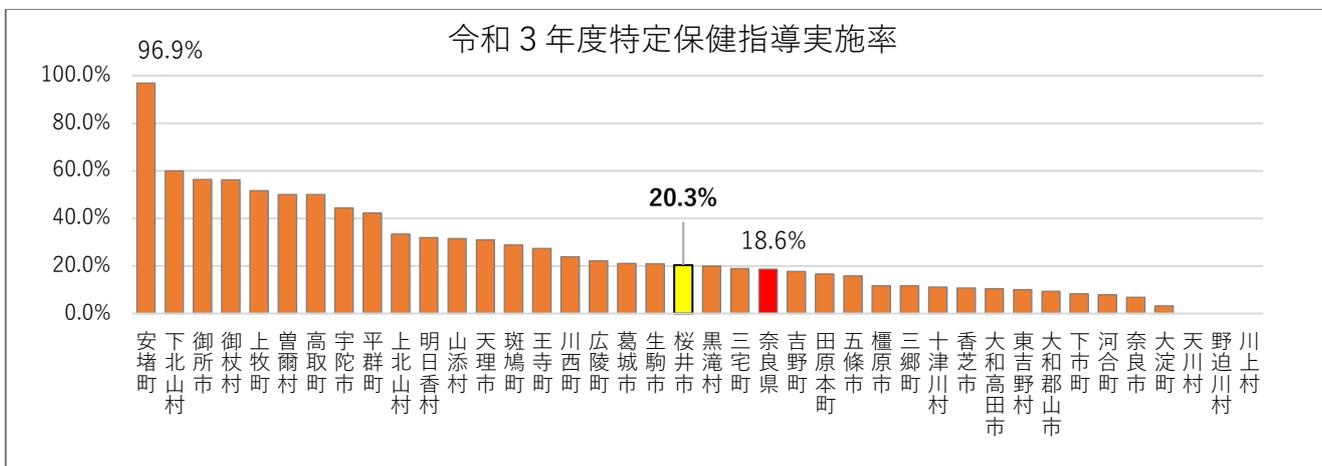


図 12 特定保健指導実施率奈良県市町村順位 (奈良県国保連合会提供)

メタボリックシンドロームの該当者は(図13・14)、男女ともに県平均を上回って推移しており、令和2年度が最も高く、男性35.6%、女性11.1%であった。メタボリックシンドローム予備群の割合は、男性は県平均より低く推移しており、女性は令和3年度に減少して県平均を下回った。

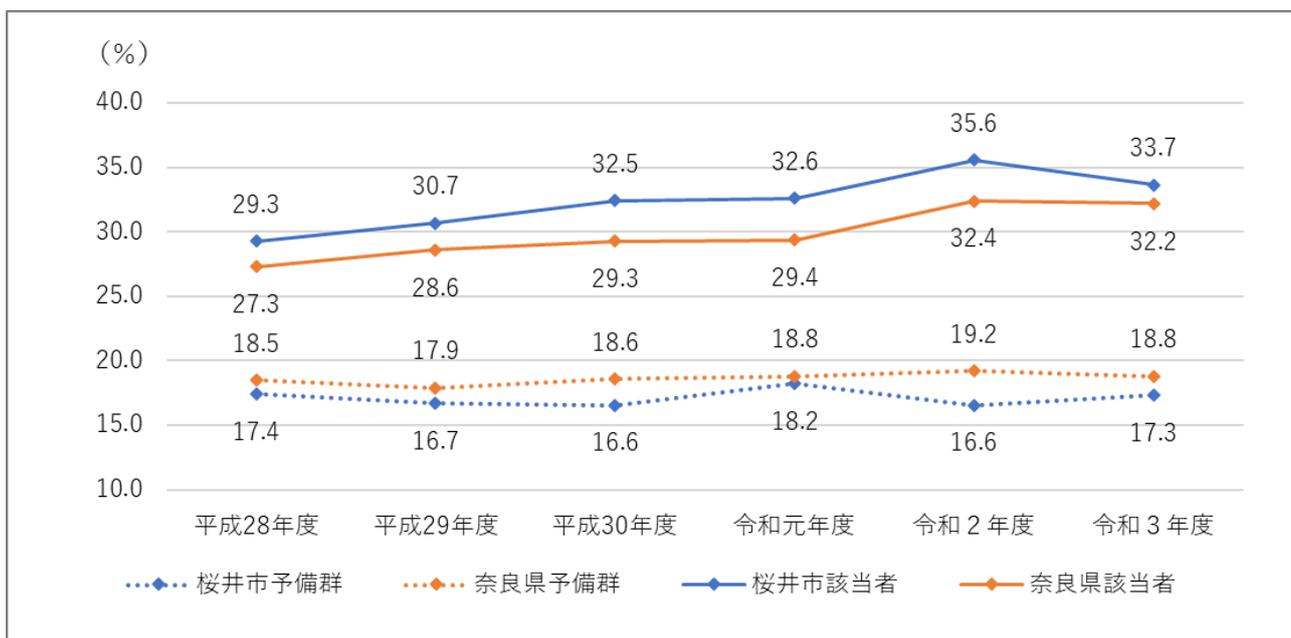


図13 メタボリックシンドローム予備群・該当者割合 (男性)

出典：法定報告

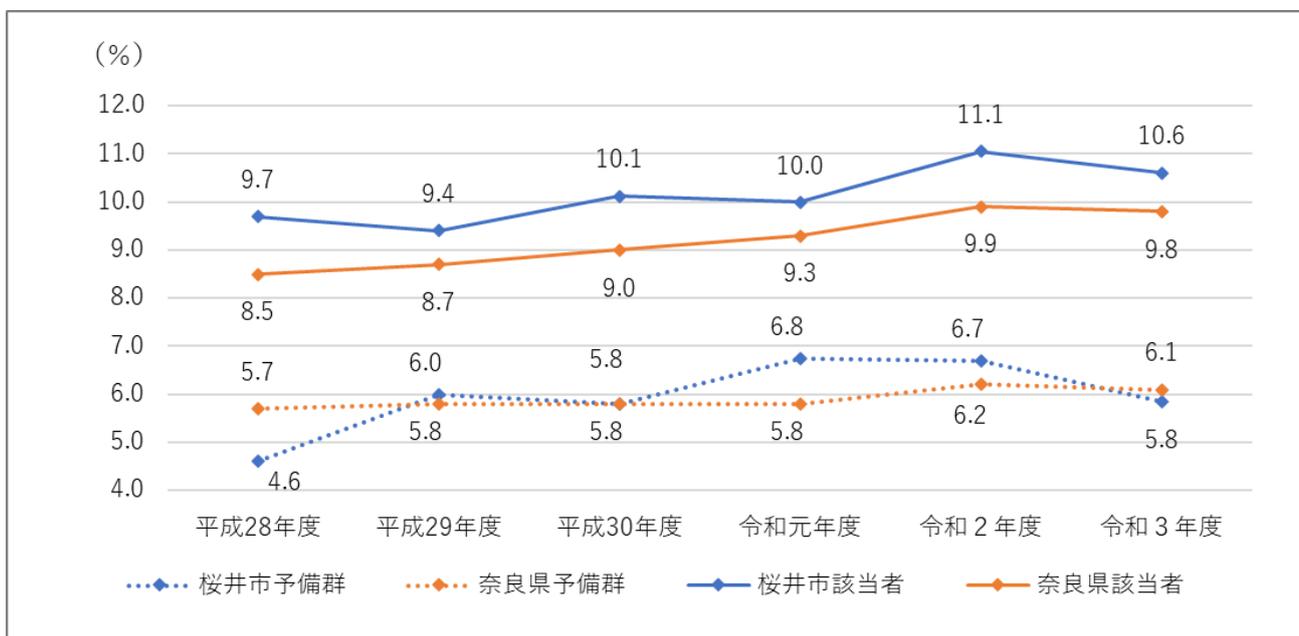


図14 メタボリックシンドローム予備群・該当者割合 (女性)

出典：法定報告

令和3年度の特定健康診査から階層化された結果は、情報提供が89.2%、積極的支援レベルは2.9%、動機付け支援レベルは7.9%である。(図15)

特定保健指導の対象者のうち26.8%は積極的支援レベルで、73.2%が動機付け支援レベルである。
(図16)

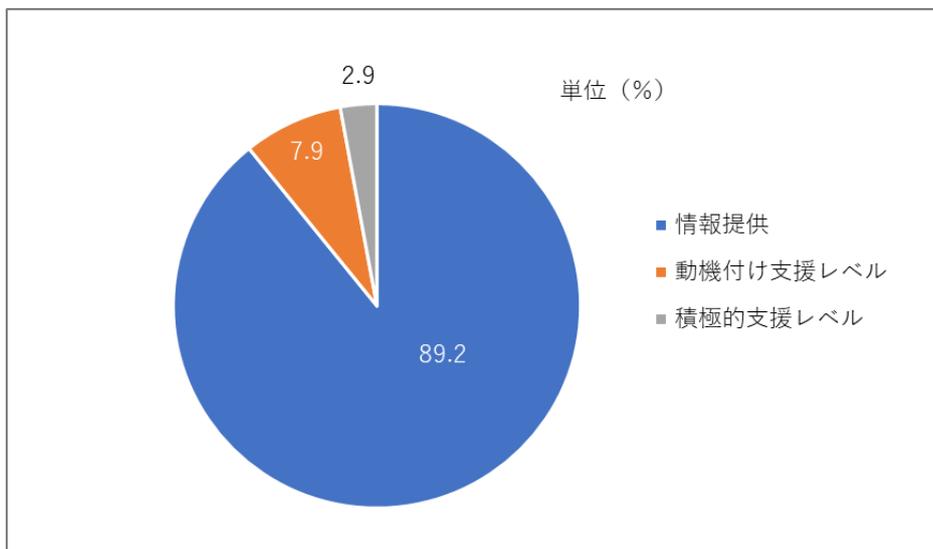


図15 令和3年度特定保健指導の支援区分別割合(全体) 出典：法定報告

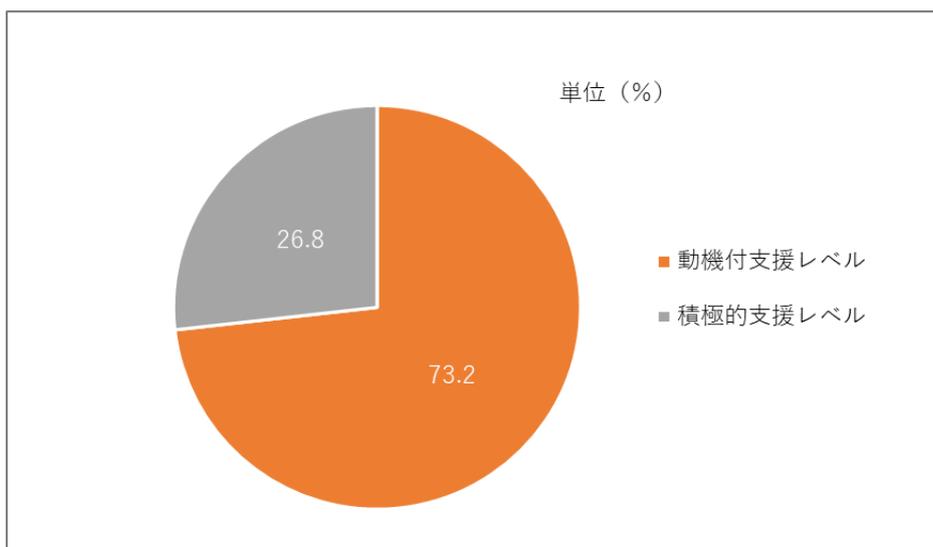


図16 令和3年度特定保健指導の支援区分別割合(特保内訳) 出典：法定報告

【健診結果の分析】

表 15 の男性の有所見割合は、中性脂肪以外の健診項目で数値異常の増加がみられる。HbA1c、収縮期血圧、LDL コレステロールの数値異常者は、半数近くに及び数値異常の重なりが考えられる。また女性では、HbA1c、収縮期血圧の項目で数値異常の増加がみられ、LDL コレステロールは減少しているものの、HbA1c、収縮期血圧と同様に、数値異常者が約半数いる。健診項目で複数の数値異常があると、動脈硬化を進行させ、虚血性心疾患、脳血管疾患等の大血管障害の発症要因となるため、予防対策が必要である。

表 16 の男性の腹囲該当者は増加し、メタボリックシンドローム予備群割合は減少している一方で該当者割合が増加している。中食が増えるなど環境の変化から、内臓脂肪型肥満や代謝異常が進んでいる影響と考えられる。さらに男性メタボリックシンドローム該当者の疾病の重なりをみると、高血糖・高血圧・脂質異常症すべて併せ持つ者の割合は増加しており、特に前期高齢者の割合が増加している。複数疾患を併せ持つことで動脈硬化の進行を早める可能性があるため、メタボリックシンドローム該当者へ早期に生活習慣改善に向けて保健指導が必要不可欠である。

表 15 男女別特定健康診査有所見割合（抜粋）

男性		受診者	中性脂肪		HDL コレステロール		HbA1c		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL コレステロール	
			150 以上		40 未満		5.6 以上		130 以上		85 以上		120 以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
平成 28 年度	合計	1,193	313	26.2%	88	7.4%	621	52.1%	615	51.6%	266	22.3%	559	46.9%
	40-64 歳	326	86	26.4%	21	6.4%	142	43.6%	131	40.2%	84	25.8%	181	55.5%
	65-74 歳	867	227	26.2%	67	7.7%	479	55.2%	484	55.8%	182	21.0%	378	43.6%
令和 4 年度	合計	1,047	265	25.3%	92	8.8%	604	57.7%	565	54.0%	316	30.2%	495	47.3%
	40-64 歳	271	82	30.3%	23	8.5%	126	46.5%	124	45.8%	100	36.9%	150	55.4%
	65-74 歳	776	183	23.6%	69	8.9%	478	61.6%	441	56.8%	216	27.8%	345	44.5%

女性		受診者	中性脂肪		HDL コレステロール		HbA1c		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL コレステロール	
			150 以上		40 未満		5.6 以上		130 以上		85 以上		120 以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
平成 28 年度	合計	1,706	274	16.1%	21	1.2%	781	45.8%	820	48.1%	263	15.4%	1,016	59.6%
	40-64 歳	542	65	12.0%	10	1.8%	184	33.9%	189	34.9%	80	14.8%	327	60.3%
	65-74 歳	1,164	209	18.0%	11	0.9%	597	51.3%	631	54.2%	183	15.7%	689	59.2%
令和 4 年度	合計	1,460	222	15.2%	16	1.1%	721	49.4%	792	54.2%	288	19.7%	791	54.2%
	40-64 歳	410	58	14.1%	5	1.2%	143	34.9%	165	40.2%	86	21.0%	228	55.6%
	65-74 歳	1,050	164	15.6%	11	1.0%	578	55.0%	627	59.7%	202	19.2%	563	53.6%

出典：KDB 様式 5 - 2 健診有所見者状況（男女別、年代別）

表 16 男女別メタボリックシンドローム該当者及び予備群の推移

男性		受診者	腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
平成 28 年度	合計	1,193	51	4.3%	208	17.4%	13	1.1%	154	12.9%	41	3.4%
	40-64 歳	326	18	5.5%	68	20.9%	4	1.2%	44	13.5%	20	6.1%
	65-74 歳	867	33	3.8%	140	16.1%	9	1.0%	110	12.7%	21	2.4%
令和 4 年度	合計	1,047	56	5.3%	170	16.2%	7	0.7%	123	11.7%	40	3.8%
	40-64 歳	271	20	7.4%	52	19.2%	2	0.7%	33	12.2%	17	6.3%
	65-74 歳	776	36	4.6%	118	15.2%	5	0.6%	90	11.6%	23	3.0%

女性		受診者	腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
平成 28 年度	合計	1,706	39	2.3%	79	4.6%	3	0.2%	64	3.8%	15	0.9%
	40-64 歳	542	17	3.1%	22	4.1%	0	0.0%	22	4.1%	3	0.6%
	65-74 歳	1,164	22	1.9%	57	4.9%	3	0.3%	42	3.6%	12	1.0%
令和 4 年度	合計	1,460	19	1.3%	85	5.8%	3	0.2%	62	4.2%	20	1.4%
	40-64 歳	410	7	1.7%	21	5.1%	2	0.5%	13	3.2%	6	1.5%
	65-74 歳	1,050	12	1.1%	64	6.1%	1	0.1%	49	4.7%	14	1.3%

男性		受診者	該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		項目全て	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
平成 28 年度	合計	1,193	350	29.3%	57	4.8%	15	1.3%	176	14.8%	102	8.5%
	40-64 歳	326	87	26.7%	13	4.0%	9	2.8%	35	10.7%	30	9.2%
	65-74 歳	867	263	30.3%	44	5.1%	6	0.7%	141	16.3%	72	8.3%
令和 4 年度	合計	1,047	355	33.9%	59	5.6%	15	1.4%	172	16.4%	109	10.4%
	40-64 歳	271	82	30.3%	10	3.7%	4	1.5%	51	18.8%	17	6.3%
	65-74 歳	776	273	35.2%	49	6.3%	11	1.4%	121	15.6%	92	11.9%

女性		受診者	該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		項目全て	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
平成 28 年度	合計	1,706	165	9.7%	22	1.3%	4	0.2%	102	6.0%	37	2.2%
	40-64 歳	542	36	6.6%	6	1.1%	1	0.2%	20	3.7%	9	1.7%
	65-74 歳	1,164	129	11.1%	16	1.4%	3	0.3%	82	7.0%	28	2.4%
令和 4 年度	合計	1,460	145	9.9%	13	0.9%	7	0.5%	87	6.0%	38	2.6%
	40-64 歳	410	35	8.5%	4	1.0%	3	0.7%	22	5.4%	6	1.5%
	65-74 歳	1,050	110	10.5%	9	0.9%	4	0.4%	65	6.2%	32	3.0%

出典：KDB 様式 5-3 メタボリックシンドローム該当者・予備群

表 15 の血糖コントロール不良者の指標である HbA1c が保健指導判定値（5.6%）以上の者の割合は、減少している。しかし、表 17 の血糖コントロール不良者の状況の指標である HbA1c8.0%以上の者の割合は、令和 2 年度から令和 4 年度を比較すると増加しているため、重症化予防対策を強化する必要がある。

Ⅱ度高血圧の該当者は、令和 2 年度は 7.1%であったが、令和 4 年度は 7.4%とわずかに増えている。Ⅲ度高血圧は、1.3～1.6%であった。

表 17 HbA1c8.0%以上の者とⅡ度以上の高血圧の割合推移

指 標		令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
HbA1c8.0%以上	該当者割合(%)	1.0	1.3	1.2
	該当者数(人)	26	37	36
Ⅱ度高血圧 収縮期血圧 160 以上 180mmHg 未満 または 拡張期血圧 100 以上 110mmHg 未満	該当者割合(%)	7.1	7.3	7.4
	該当者数(人)	180	211	223
Ⅲ度高血圧 収縮期血圧 180 mmHg 以上 または 拡張期血圧 110mmHg 以上	該当者割合(%)	1.3	1.6	1.3
	該当者数(人)	32	46	38

出典：特定健診等データ管理システム帳票 FKAC171

【問診の状況】

問診結果では、県や国と比較して、食べる速度の速い人、20歳時体重から10kg以上増加した人、運動習慣のない人、睡眠不足と感じる人の割合が高かった。咀嚼が良好である人の割合は、国や県・同規模市町村平均と比べて低い。また、喫煙、栄養面の結果についても、県より悪い状況である。(表18)

表 18 保険者別問診の状況（令和4年度）

問診項目		桜井市	同規模市町村平均	奈良県	国
		割合（％）	割合（％）	割合（％）	割合（％）
喫煙		11.7	12.2	9.9	13.5
週3回以上朝食を抜く		6.8	7.4	6.5	9.2
週3回以上就寝前夕食		13.2	14.5	12.1	15.7
食事の咀嚼状態（何でも噛める割合）		77.4	79.6	77.9	79.2
食べる速度が速い		28.3	26.6	28.1	27.4
20歳時体重から10kg以上増加		35.5	34.5	33.9	35.1
1回30分以上運動習慣なし		60.9	59.7	56.3	60.3
1日1時間以上運動なし		52.8	47.4	48.0	48.7
睡眠不足		25.6	23.7	24.2	24.4
毎日飲酒		22.4	24.7	23.9	25.8
時々飲酒		18.9	21.2	21.2	22.2
1日飲酒量	1合未満	77.1	66.3	74.7	65.1
	1～2合未満	15.8	23.0	17.7	23.3
	2～3合未満	5.4	8.6	6.1	9.0
	3合以上	1.7	2.1	1.6	2.6

出典：KDB 地域の全体像の把握

【がん検診受診率】

被保険者におけるがん検診受診率をみると、胃がんと肺がんの受診率は、県を上回っている。しかし、大腸がんは県よりわずかに低く、女性のがん（乳がんと子宮頸がん）の受診率は、県と比較すると、2.6ポイント・2.3ポイント大きく下回っている。がん検診受診率の全体的な向上を目指し、特に女性のがん検診受診率向上対策が必要である。(図17)

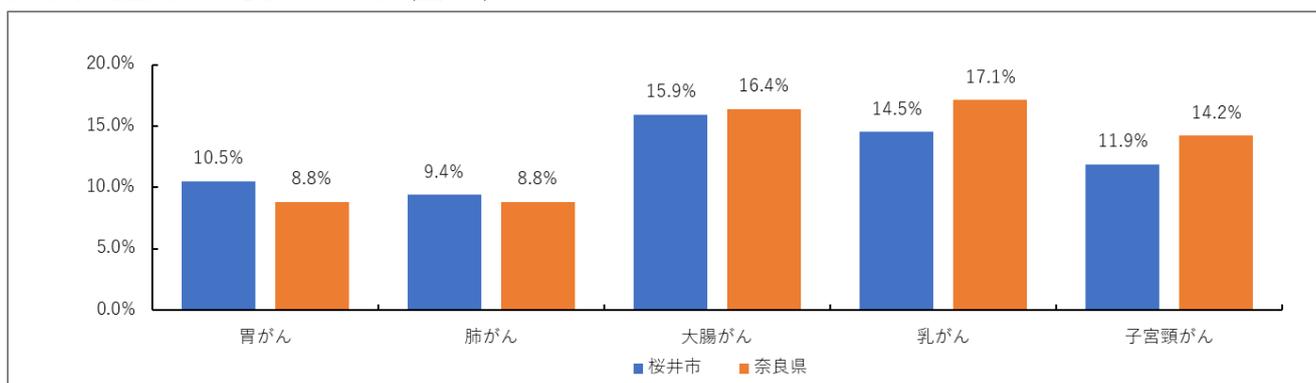


図 17 令和4年度 がん検診受診率比較 (国保)

出典：令和4年度がん検診速報値 (国保)

4) 介護の状況

表 19 より桜井市の 1 号認定者の認定率は、平成 29 年度より増加しており、国や県・同規模市町村平均よりも高い。1 号被保険者の新規認定者の割合は平成 29 年度と変化なく、国や県・同規模市町村平均と同じ水準である。2 号被保険者の介護認定率は平成 29 年度から令和 4 年度にかけて 0.05 ポイント高くなり、国や県・同規模市町村平均と比べて高い。

表 20 より介護認定者が持っている疾患を確認すると、心臓病、筋・骨格疾患、高血圧症が 50.0% を超えており、これらは高齢者に多い疾患である。

表 21 より被保険者 1 人当たり給付費は、平成 29 年度から令和 4 年度にかけて増加しており、国や県・同規模市町村平均と比べて高い。また、1 件当たりの介護給付費は平成 29 年度から令和 4 年度にかけて増加しており、県と比較すると高い状況にある。高齢者の健康づくりの発症予防として、フレイル予防と生活習慣病の重症化予防対策を強化する必要がある。

表 19 介護認定者の割合

	平成29年度	令和4年度			
		桜井市	同規模市町村平均	奈良県	国
1号認定者 介護認定率 (%) (65歳以上)	20.4	↑ 20.8	18.1	19.9	19.4
再掲) 新規認定率 (%) *	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
2号認定者 介護認定率 (%) (40~64歳)	0.40	↑ 0.45	0.36	0.38	0.38

※新規認定率 65歳以上で新規に介護認定を受けた人数÷65歳以上介護保険被保険者総数

出典：KDB 地域の全体像の把握

表 20 介護認定者の有病状況の推移

項目	令和2年度		令和3年度		令和4年度		
	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	
有病 状況	糖尿病	847	22.5	898	23.7	888	24.7
	高血圧症	1,898	51.5	1,908	52.0	1,905	↑ 52.9
	脂質異常症	1,038	27.7	1,100	28.7	1,122	30.4
	心臓病	2,121	57.9	2,166	58.3	2,139	↑ 58.9
	脳疾患	828	22.6	825	22.0	803	22.1
	がん	423	11.4	438	11.8	441	11.6
	筋・骨格	1,910	52.5	1,962	53.4	1,937	↑ 53.6
	精神	1,188	31.5	1,173	32.2	1,173	31.9

出典：KDB 地域の全体像の把握

表 21 介護給付費の状況

	平成29年度	令和4年度			
		桜井市	同規模 市町村平均	奈良県	国
被保険者1人当たり給付費(円)	292,019	↑ 311,256	274,536	277,530	290,669
1件当たり給付費【全体】(円)	57,089	↑ 60,219	63,298	56,854	59,662
居宅サービス(円)	38,353	↑ 40,999	41,822	38,243	41,272
施設サービス(円)	277,141	↑ 296,568	292,502	294,390	296,364

出典：KDB 地域の全体像の把握

5) 健康状態不明者の割合

特定健康診査対象者を40～64歳と65歳～74歳の前期高齢者に分けると、40～64歳の健診実施率は19.8%と低い。また、健診も医療にもつながっていない者は40～64歳の38.4%と、前期高齢者と比較すると2倍以上いる。また、前期高齢者の健診受診者は34.7%で治療中の割合が高く、健診も医療にもつながっていない者は888人(15.6%)であった。

健診・治療なしの対象者の健康状態把握のためには、健診受診率向上策が必要である。国保の被保険者であっても別の機会に健診を受診していることも想定されるため、合わせて健診データの提供を勧めることも重要である。(図18)

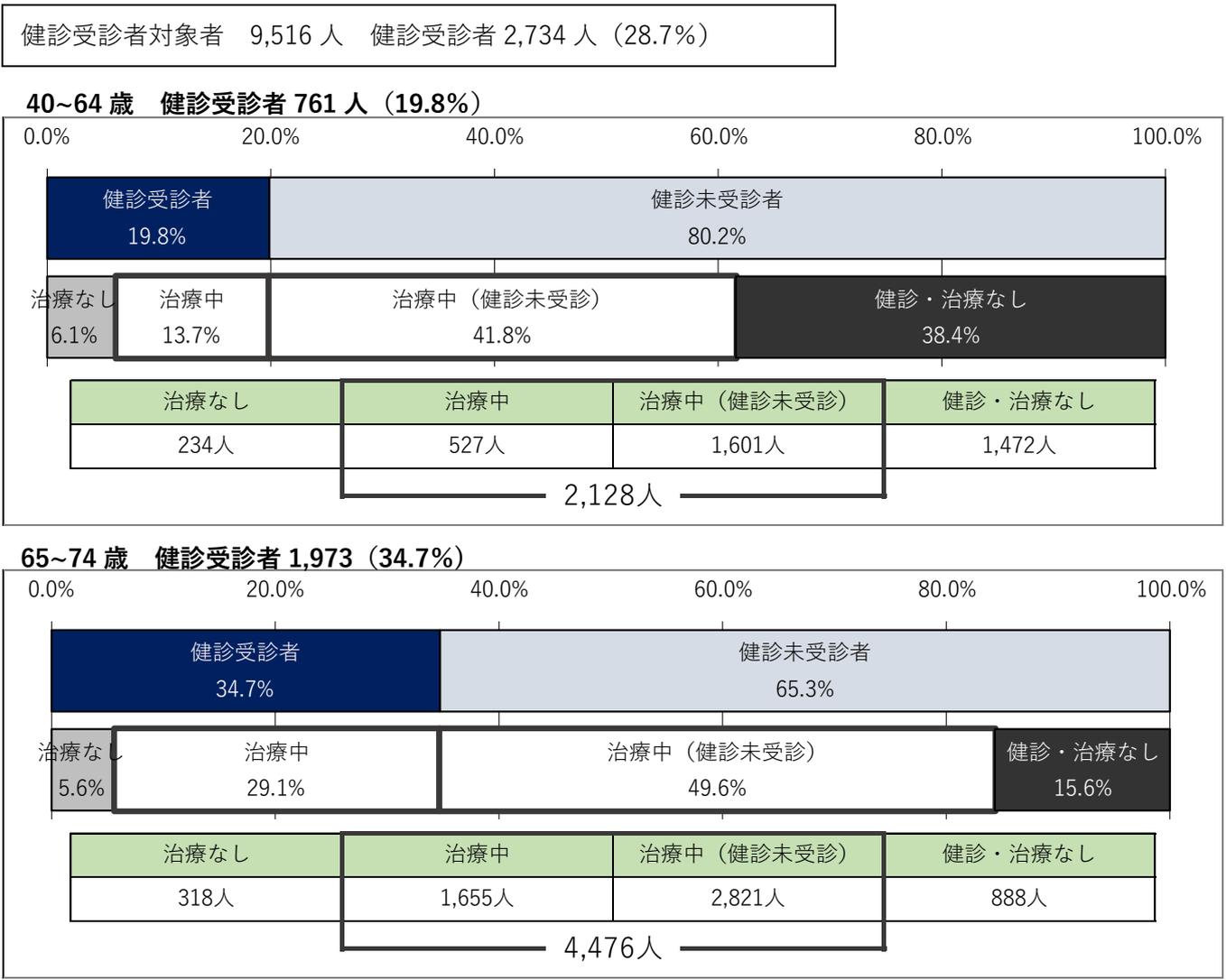


図18 未受診者対策を考える (令和3年度) 出典：KDB 様式5-5 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
 ※法定報告値は年度内異動者を除外するため、KDBデータよりも少ない数値が報告される。KDBは法定報告値とは異なる。

2. 課題の整理

課題 1	
課題	医療費分析から慢性腎臓病の割合が高い。
課題の根拠	令和4年度の慢性腎臓病（透析あり）の医療費割合は12.3%（県8.2%、国8.2%） 人工透析患者に基礎疾患として、約90.0%に高血圧症があり、約半数に糖尿病がある。
取組の方向性	ハイリスクアプローチ：糖尿病と高血圧症の重症化予防 ポピュレーションアプローチ：糖尿病と高血圧の発症予防

課題 2	
課題	高血圧症の患者が増えている。
課題の根拠	高血圧の医療費が県・国と比較して高い。高血圧症は、慢性腎臓病と心疾患の共通リスクである。生活習慣病の有病者割合が増加している。
取組の方向性	ハイリスクアプローチ：健診結果から血圧高値者への保健指導や情報提供 ポピュレーションアプローチ：高血圧発症予防の啓発と家庭血圧の普及啓発、生活習慣改善への支援

課題 3	
課題	糖尿病の患者が増えている。
課題の根拠	糖尿病の医療費が経年的にみると増加しており、県・国と比較しても高い。健診結果において、高血糖の指標であるHbA1c5.6%以上の割合が男性は増加している。
取組の方向性	ハイリスクアプローチ：健診結果から血糖値高値者への保健指導や情報提供 ポピュレーションアプローチ：糖尿病発症予防の啓発と現状把握のための健診受診勧奨、食事や身体活動など生活習慣改善への支援

課題 4	
課題	メタボリックシンドロームに該当する者の割合が高い。
課題の根拠	男女ともにメタボリックシンドロームの該当者割合は、平成28年度と令和4年度を比較すると増加している。特に男性の増加率が高い。また、県と比較すると男女とも県の平均を上回っている。
取組の方向性	ハイリスクアプローチ：健診後の保健指導や情報提供 ポピュレーションアプローチ：健康づくりに向けた情報提供・啓発

課題 5	
課題	健康状態不明者の割合が高い。
課題の根拠	県と比較すると特定健康診査実施率が低い。特定健康診査の未受診者のうち、健診受診・医療にかかっていない健康状態不明者の割合が24.8%（令和3年度）である。
取組の方向性	実態把握の仕組み構築、健診受診勧奨

3. 計画の取組

1) 全体の目標

目 標	指 標	主な保健事業
① 後期高齢に移行しても、健康的で活力のある生活を維持できる。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 平均余命 ・ 平均自立期間（要介護2以上） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健康診査実施率向上対策事業 ・ 特定保健指導対策事業 ・ 運動習慣推進事業 ・ がん検診の受診率向上対策事業 ・ 地域包括ケアに係る取組 ・ 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）
② 生活習慣病の予防、適正服薬、後発医薬品の利用促進等により医療費の適正化を図る。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1人当たり医療費 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 後発医薬品使用促進事業 ・ 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）
③ 高血圧症や糖尿病の基礎疾患の発症予防及び重症化予防により、人工透析や虚血性心疾患、脳卒中の発症を予防する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 新規透析導入者数 ・ 総医療費に占める割合 （脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析） 	<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 （レッドカード事業） ・ 生活習慣病予防事業

2) 個別保健事業

(1) 特定健康診査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・特定保健指導の実施が保険者に義務づけられた。桜井市においても、特定健康診査等実施計画に基づき実施されているが、令和3年度の実施率は28.8%、奈良県の33.1%と比較すると低く、国の目標60.0%を大きく下回っており、さらに受診率の向上を図る必要がある。

そこで、目標達成のため、対象者に向けた効果的・効率的な勧奨方法を立案し、実施率向上に取り組むとともに、被保険者の生活習慣病の早期発見及び受診者の生活習慣改善に向けて意識づけを図る。

【事業内容】

1. 国保連合会共同事業

国保事務支援センターが設定する要件を満たした、「特定健康診査受診勧奨対象者」を抽出し、国保事務支援センターより「特定健康診査受診勧奨資材」を対象者へ送付する。また、特定健康診査の受診勧奨後、桜井市が指定する時期に特定健康診査未受診である者に「特定健康診査受診再勧奨資材」を送付する。

2. 桜井市独自事業

- ・5月末頃、特定健康診査対象者へ受診券と特定健康診査受診案内の送付を行う。また、初めて特定健康診査の受診対象となる40歳到達者へ健診の必要性と健診費用が無料となる旨を記した受診勧奨はがきを7月頃に送付する。
- ・人工知能システムを用いて、受診につながりやすい対象者抽出、過去の受診行動やレセプト情報を踏まえ、対象者を階層分けし、対象者に合わせた資材を用いて受診勧奨はがきの送付を行う。また、つながりやすい時期を考慮し、対象者に合った資材を用いて勧奨はがきの送付を行う。
- ・人間ドック、事業所健診等の結果のデータ提供で、商品券を渡すインセンティブを実施。
- ・がん検診と同時受診が可能な集団健診の実施（休日健診日も有）。
- ・集団健診の24時間予約システムの利用推進。
- ・特定健康診査受診者へのインセンティブとして、頭部MRI・MRA検査助成。

【評価指標】

区分	指標	目標
アウトカム	・特定健康診査実施率	40.0%以上
アウトプット	・受診勧奨者の受診率 (受診勧奨者のうち受診した者/受診勧奨者) ・データ提供数	20.0%以上 増加
プロセス・ストラクチャー	・受診勧奨回数 ・集団健診実施回数 ・国保運営協議会 ・受診率向上に向けた検討会	3回/年以上 維持 【17回/年(うち、休日5回)】 2回/年 2回/年 (予算検討前・法定報告後)

(2) 特定保健指導対策事業

【目的】

特定健康診査の結果、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による予防効果が大きく期待できる人に対して、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。

桜井市においても、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20.3%（令和3年度）と国の目標60.0%を下回っており、またメタボリックシンドローム該当者の割合は県の平均よりも高いため、実施率の向上を目指し対策を強化する必要がある。

【事業内容】

1. 対象：特定健康診査受診者のうち特定保健指導の対象に該当する者
2. 特定保健指導対象者への利用勧奨
 - ①保健指導の案内通知を送付し、電話で申し込み受付をする。
 - ②申し込みのない者に対し、保健師・管理栄養士による電話利用勧奨（夜間含む）を実施する。
電話をした結果、特定保健指導につながらない場合も生活状況の聞き取りアドバイスを実施する。
 - ③電話がつながらない等の理由でフォローができなかった者に生活習慣改善に関する資料を送付する。
3. 特定保健指導対象者へ保健指導を実施する。
委託業者の担当者との意見交換を年に1回実施し、改善点や今後の方向性について検討する。

【評価指標】

区分	指標	目標
アウトカム	・ 利用者の改善割合 (腹囲が2 cm または体重が2 kg 減少した者の割合)	増加
	・ 特定保健指導による特定保健指導者の減少率	増加
アウトプット	・ 特定保健指導実施率 ・ 利用勧奨実施率	30.0%以上 増加
プロセス・ ストラクチャー	・ 特定保健指導の利用勧奨報告で数値を把握する(月次) ・ 委託業者との連携 ・ 国保運営協議会	1回/月 1回/年 2回/年

(3) 糖尿病性腎症重症化予防対策事業

【目的】

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・向上を図る。

【事業内容】

国保連合会との共同事業

(1) 受診勧奨事業

対象	①前年度に糖尿病の服薬歴が確認されたが、当年度抽出時点で糖尿病の受診歴がない者 ②特定健康診査でHbA1c値が7.0%以上でかつ糖尿病未治療者
実施期間内容	①12月に国保連合会より対象者リストが届く。対象者リストから送付除外者を削除し、リストを返送する。 ②市から報告を受けた対象者に受診勧奨通知書を送付する（1回/翌年1月末）。

(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、かつ前年度特定健康診査受診結果から糖尿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（市または業者委託） ・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3～4回、医師への報告書送付2～3回

【評価指標】

区分	指標	目標
アウトカム	・特定健康診査受診者のうち、HbA1c8.0%以上の割合 ・受診勧奨者の医療機関受診割合 ・新規透析導入者数 ・保健指導参加者のHbA1cの改善率（人数と割合） 〈保健指導対象抽出時の検査値と2年目の特定健康診査のHbA1cの比較〉	減少 70.0% 減少 60.0%
アウトプット	・受診勧奨対象者の受診把握率 ・保健指導参加率 （参加者数/基準に該当する対象者数）	100.0% 増加
プロセス・ストラクチャー	・国保運営協議会 ・かかりつけ医との連携	2回/年 対象者につき2回

(4) 生活習慣病重症化予防対策事業（レッドカード事業）

【目的】

特定保健指導の対象とならない者には生活習慣病の重症未受診者が含まれているが、国の制度上、これらの者には情報提供しか行われていない。医療機関への受診は個人の判断に委ねられており、仮に医療機関を受診しない場合、疾病が重症化し、医療費の増嵩につながるだけでなく、人工透析の導入等、被保険者のQOLの低下につながる事が考えられる。以上のことから、早期に受診勧奨を行うことで、適正受診につなげ、生活習慣病の重症化を予防することを目的に本事業を実施する。

【事業内容】

1. 国保連合会共同事業

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する</p> <p>【高血圧・高血糖・高コレステロール・高中性脂肪・慢性腎臓病】</p> <p>※高血圧・高血糖については市独自で受診勧奨を実施</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</p> <p>②再勧奨 年度末、受診勧奨者でなお未受診の対象に再勧奨通知の送付</p>

2. 市町村独自事業

受診勧奨通知を送付後、レセプトにて受診状況確認を行い、未受診者に対しては早期に電話・訪問にて受診勧奨を実施。

高血圧・高血糖の受診勧奨値であった者へ管理栄養士・保健師から受診勧奨を実施。

【評価指標】

区分	指標	目標
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨者の医療機関受診率 ・受診勧奨者のうち未治療者（人数と割合） ①血圧 160/100mmHg 以上 ②HbA1c7.0%以上 ③中性脂肪 500mg/dl 以上 ④LDL コレステロール 180mg/dl 以上 ⑤eGFR45mL/min/1.73m² 未満 （検査項目を特定健康診査受診年度ごとに評価） 	<p>70.0%</p> <p>減少</p>
アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨実施率 	100.0%
プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・国保運営協議会 ・未受診者の受診勧奨回数 	<p>2回/年</p> <p>1回以上</p>

(5) 生活習慣病予防事業

【目的】

特定健康診査受診者のうち、生活習慣病関連数値で数値異常且つ、医療機関を受診していない人に対して、適切な受診勧奨及び生活習慣改善指導を含む保健指導を行う。また、生活習慣病の早期発見及び発症予防につなげ、さらに受診率向上につなげる。

【事業内容】

特定健康診査受診者のうち、重症者リスクの高い高血糖・高血圧の受診勧奨値の者を優先し、フォロー対象者を選定する。管理栄養士、保健師による電話・面談で医療機関受診勧奨及び生活習慣改善指導を行う。

受診勧奨値であるが、連絡がつかない者に対しては家庭訪問を行い、早期受診へつなげる。

【評価指標】

区分	指標	目標
アウトカム	・高血圧症の有病割合（140/90mmHg 以上） ・糖尿病の有病割合（HbA1c6.5%以上）	減少 減少
アウトプット	・健診後の医療機関受診状況把握率	100.0%
プロセス・ストラクチャー	・フォロー体制の検討会 ・国保運営協議会	1回/年 2回/年

(6) 運動習慣推進事業

【目的】

運動教室では、日常生活に取り入れやすく、継続しやすい運動を提供することで、運動への関心を高め、適切な運動習慣を身につけることを目指す。また、健康ステーションでは、体組成測定や中強度のウォーキングを定期的に評価することで、体脂肪率の減少や血圧コントロールを図り、メタボリックシンドロームや生活習慣病の予防改善を目指す。

【事業内容】

○運動教室

運動指導士を中心にストレッチやリズム体操などの有酸素運動を月2回実施（市内2か所）。

運動メニューは、効果や動く事の楽しさが実感でき、家でも継続して取り入れられるよう工夫することで、運動の習慣化を図る。また、運動習慣のない人も運動を始めるきっかけの場として参加しやすい内容としている。

○健康ステーション

計測機器による健康チェックと歩数・中強度の運動啓発を主に健康サポーターが実施している。歩数・中強度の計測機器である活動量計を貸し出し、定期的に活動量をチェックし、自分自身で運動継続ができるようサポートしている。

【評価指標】

区分	指標	目標
アウトカム	・特定健康診査受診者のうち運動習慣のない人の割合	減少
アウトプット	・運動教室登録者数	増加
プロセス・ストラクチャー	・運動教室実施回数 ・国保運営協議会 ・委託業者との連携会議	維持 2回/年 1回/年

(7) 後発医薬品使用促進事業

【目的】

桜井市の後発医薬品の使用割合は 74.6%（令和 5 年 3 月診療分）で、県内 21 位にとどまっている。国が掲げる後発医薬品の使用割合 80.0%の目標達成に向けて、使用促進にかかる啓発、後発医薬品差額通知書の送付等を行い、普及率の向上を目的とする。

【事業内容】

1. 国保連合会共同事業
 - ・後発医薬品差額通知の送付（4 回/年）
 - ・啓発物品の配布（マスク、除菌シート、後発医薬品希望シール等）
2. 市町村独自事業
 - 庁舎内等のデジタルサイネージや市広報紙を活用した啓発

【評価指標】

区 分	指 標	目 標
アウトカム	・後発医薬品使用割合（数量ベース）	増加
アウトプット	・後発医薬品差額通知の送付回数	4 回
プロセス・ストラクチャー	・国保運営協議会	2 回/年

(8) 適正受診・適正服薬促進事業（重複多剤・併用禁忌投薬対策事業）

【目的】

重複・多剤投薬者等に対し、適正な服薬の指導をすることにより、被保険者の健康保持及び医療費の適正化を図る。

【事業内容】

1. 国保連合会共同事業

国保事務支援センターで抽出した対象者を基に、保険医療課で対象者を精査し、国保事務支援センターから注意喚起文書の送付及び電話による注意喚起を行う。

2. 市町村独自事業

注意喚起文書送付後、経過アンケート調査を実施する。

【評価指標】

区分	指標	目標
アウトカム	・かかりつけ医や薬剤師に相談した割合	30.0%
アウトプット	・電話指導件数割合 (電話指導件数/注意喚起文書送付件数)	10.0%
プロセス・ストラクチャー	・注意喚起文書送付 ・国保運営協議会	1回/年 2回/年

(9) がん検診の受診率向上対策事業

【目的】

桜井市の令和4年度の大腸がん・乳がん・子宮頸がんの受診率が県と比較して低い状況にあり、国の示すがん検診受診率 60.0%の目標値を大きく下回っている。がんは早期発見・治療により予後が向上する可能性が高いため、被保険者の健康寿命の延命につながる。また、受診率の向上を行うことは医療費等の観点からも重要である。

がんに関する正しい知識の普及を図るとともに、がん検診を実施し、早期発見・治療につなげることでがんによる死亡率の減少と被保険者の QOL の維持・増進を図る。

【事業内容】

実施体制・受診勧奨実施状況等

- ・個人に合わせたがん検診の受診券と受診案内を5月末頃、個別通知
- ・健康カレンダー、ホームページ、広報等での検診受診啓発を実施
- ・無料クーポンを対象者（大腸がん 40 歳、乳がん 40 歳女性、子宮がん 20 歳女性）に送付
- ・特定健康診査と同時受診が可能な集団健診の実施（休日健診日も有）
- ・集団健診の 24 時間予約システムの導入

【評価指標】

区 分	指 標	目 標
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> ・がん検診受診率 <li style="padding-left: 20px;">胃がん検診受診率 <li style="padding-left: 20px;">肺がん検診受診率 <li style="padding-left: 20px;">大腸がん検診受診率 <li style="padding-left: 20px;">子宮がん検診受診率 <li style="padding-left: 20px;">乳がん検診受診率 	増加 増加 増加 増加 増加
アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者への案内送付率 	100.0%
プロセス ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・集団健診実施回数 ・国保運営協議会 ・委託業者との連携会議 	維持 【17回/年(うち、休日5回)】 2回/年 1回/年

(10) 地域包括ケアに係る取組

日本は 2025 年（令和 7 年）には団塊の世代が 75 歳以上となり、その後も 75 歳以上の人口割合は増加し続けることが予測されている。そのため今後、医療や介護の需要がさらに増加し続けることが予測されている。

これに対し厚生労働省において高齢者が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。

桜井市においても、地域包括ケアシステムの構築に向け、体制整備や関連する事業を推進し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に伴い、後期高齢者へ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、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、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の保健事業に力をいれるとともに、地域包括ケアシステム推進に関わる関連機関とも連携を図りながら、高齢者の健康維持、フレイル予防に取り組んでいく。

さらに「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」にあたっては、生活習慣病の発症予防、重症化予防の対策を推進するために、国保と後期のデータを合わせて総合的に分析する。

3) 第4期特定健康診査等の実施方法

(1) 目標値の設定

表 22

	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
特定健康診査実施率	33.0%	34.0%	36.0%	37.0%	38.0%	40.0%
特定保健指導実施率	23.0%	24.0%	26.0%	27.0%	28.0%	30.0%

(2) 対象者の見込み

表 23

		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
特定健康診査	対象者数	8,659	8,469	8,283	8,101	7,923	7,749
	受診者数	2,848	2,862	2,981	2,997	3,010	3,099
特定保健指導	対象者数	316	323	330	337	345	353
	受診者数	72	76	85	90	96	105

(法定報告値より直近5年間の伸び率を計算)

(3) 特定健康診査の実施方法

① 実施方法

健診については、特定健康診査実施機関に委託する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側の代表市町村が集合契約を行う。

① 集団健診(保健福祉センター陽だまり)

② 個別健診(奈良県内の委託医療機関)

② 特定健康診査委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められている。

③ 健診実施機関リスト

特定健康診査実施機関については、桜井市のホームページに掲載する。

④ 特定健康診査実施項目 ※標準的な健診・保健指導(令和6年度版)P75 参照

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1c・血清クレアチニン・尿酸)を実施する。また、血中脂質検査のうちLDLコレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上または食後採血の場合はnon-HDLコレステロールの測定に代えられる。(実施基準第1条4項)

⑤ 実施時期

6月から翌年2月末まで実施する。

⑥ 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健康診査の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を実施する。

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健康診査結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行う。

⑦ 代行機関

特定健康診査に係る費用の請求・支払の代行は、奈良県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

⑧ 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動について、どのように行うか記載する。

(4) 年間スケジュール

表 24

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
受診券発送		5月20日頃										
特定健診実施			6月1日	→								2月28日
総合健診												
健診勧奨(手紙)												

(5) 特定保健指導の実施方法

特定保健指導の実施については、利用勧奨も含め外部委託で行う。

様式 5-5 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート

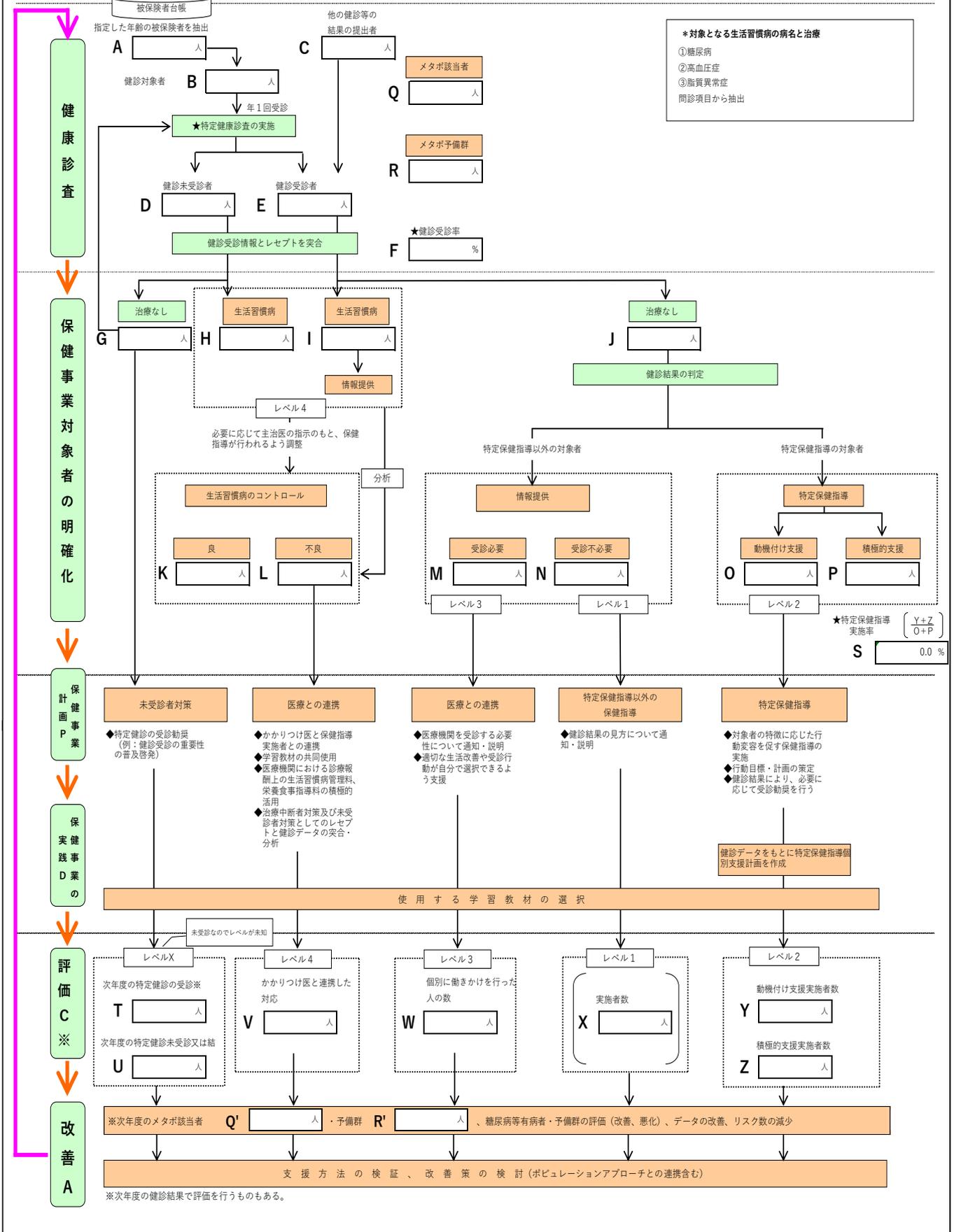


図 20 健診から保健指導実施の流れ

表 25 保健指導対象者の優先順位と実施方法

優先順位	図 20	保健指導レベル	支援方法
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	<ul style="list-style-type: none"> ◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う
2	M	情報提供 (受診必要)	<ul style="list-style-type: none"> ◆医療機関を受診する必要性について電話・訪問により説明 ◆適切な生活改善や需要行動が自分で選択できるよう支援
3	D	健診未受診者	<ul style="list-style-type: none"> ◆特定健診の受診勧奨 (例：健診受診の重要性の普及啓発)
4	N	情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ◆健診結果の見方について通知・説明
5	I	情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析

(6) 特定健康診査・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行う。

(7) 結果の報告

実績報告については、特定健康診査等データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 11 月 1 日までに報告する。

4) 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ごと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ごと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する。
- ・ 事業の評価は、健康・医療情報を活用して費用対効果の観点も考慮して行う。
- ・ 目標達成が困難な場合は、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る。

2. 個別保健事業の評価に基づくデータヘルス計画全体の評価・見直し

① 評価の時期

- ・ 中間評価を令和8年度に実施し、最終評価を令和11年度に実施する。

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て、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う。

評価判定	ベースライン値・目標値との比較
A	改善している
A*	改善しているが目標達成は難しい
B	横ばい
C	悪化している
D	評価困難

5) 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとするのが重要であり、このため、国指針において公表するものとされている。ホームページや広報誌を通じた周知のほか、市医師会等の関係団体を通じて医療機関等に周知し、配布する。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた概要版等を活用するなどの工夫を行う。

6) 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する法律に基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じる。

参考資料

評価指標一覧

長期目標

評価区分：◎アウトカム ○アウトプット ▲プロセス ■ストラクチャー

目的	評価区分	県指標	指標	ベースライン値 (令和4年度)	目標値	評価時期	出典
健康寿命の 延伸	◎	○	平均余命	男性 82.1 年 女性 87.5 年	延伸	年次 6 月	KDB 地域の全体像の把握
		○	平均自立期間	男性 80.3 年 女性 83.7 年	延伸	年次 6 月	KDB 地域の全体像の把握
医療費適正化	◎	○	1人当たりの医科医療費（入院+外来）	入院 120,165 円 外来 179,041 円	県・国より 伸び率を抑制	年次 6 月	KDB 健康スコアリング（医療） 性・年齢調整値
		○	1人当たりの歯科医療費	22,744 円	県・国より 伸び率を抑制	年次 6 月	KDB 健康スコアリング（医療） 性・年齢調整値
生活習慣病 重症化予防	◎	○	新規透析導入者数	9 人	減少	年次 6 月	医療費等分析システム （連合会）
	◎		総医療費に占める割合 ①脳血管疾患（％） ②虚血性心疾患（％） ③人工透析（％）	① 3.6％ ② 3.5％ ③ 12.3％	減少	年次 6 月	KDB 地域の全体像の把握

短期目標（個別事業評価指標）

評価区分：◎アウトカム ○アウトプット ▲プロセス ■ストラクチャー

事業名	評価区分	県指標	指標	ベースライン値 (令和4年度)	目標値	評価時期	出典
特定健康診査実施率向上対策事業	◎	○	特定健康診査実施率	31.2%	県：60.0%以上 市：40.0%以上	年次11月	法定報告
	○		受診勧奨者の受診率		20.0%以上	年次6月	事業報告
	○		データ提供数	54	増加	年次11月	事業報告
	▲		受診勧奨回数	5回	年3回以上	年次6月	事業報告
	▲		集団健診実施回数	17回	維持 【年17回(うち休日5回)】	年次6月	事業報告
	■		国保運営協議会	2回/年	2回/年	年次6月	
	■		受診率向上に向けた検討会		2回/年 (予算検討前・法定報告後)	年次6月	
特定保健指導対策事業	◎		利用者改善割合※1	—※3	増加	年次6月	事業報告
	◎	○	特定保健指導による特定保健指導者の減少率	22.2%※4	増加	年次11月	法定報告
	○	○	特定保健指導実施率	20.3%※4	30.0%以上	年次11月	法定報告
	○		利用勧奨実施率	78.5%※4	増加	年次11月	事業報告
	▲		特定保健指導の利用勧奨報告で数値を把握する	1回/月	1回/月	月次	事業報告
	■		委託業者との連携	1回/年	1回/年	年次6月	
	■		国保運営協議会	2回/年	2回/年	年次6月	
糖尿病性腎症重症化予防保健指導対策事業	◎	○	特定健康診査受診者のうちHbA1c 8.0%以上の割合	1.2%	減少	年次6月	KDB 介入対象者の 絞り込み
	◎		受診勧奨者の医療機関受診割合	40.0%	70.0%	年次6月	事業報告
	◎	○	新規透析導入者数	9人	減少	年次6月	連合会
	◎		保健指導参加者のHbA1cの改善率※2 (改善者の人数と割合)		60.0%	年次6月	事業報告
	○		受診勧奨対象者の受診把握率	100.0%	100.0%	年次6月	事業報告
	○		保健指導参加率(参加者数/基準に該当する対象者数)	2人	増加	年次6月	事業報告
	■		国保運営協議会	2回/年	2回/年	年次6月	
	■		かかりつけ医との連携	対象者につき 2回	対象者につき 2回	年次6月	事業報告

※1：腹囲が2cmまたは体重が2kg減少した者の割合

※2：保健指導対象抽出時の検査値と2年目の特定健康診査のHbA1cの比較

※3：令和5年度値と比較

※4：令和3年度

事業名	評価区分	県指標	指標	ベースライン値 (令和4年度)	目標値	評価時期	出典
生活習慣病重症化予防対策事業 (レッドカード事業)	◎		受診勧奨者の医療機関受診率	51.1%	70.0%	年次8月	事業報告
	◎		受診勧奨者のうち未治療者（人数と割合） ①血圧 160/100mmHg 以上 ②HbA1c7.0%以上 ③中性脂肪 500mg/dl 以上 ④LDL コレステロール 180mg/dl 以上 ⑤eGFR45mL/min/1.73m ² 未満	—※5	減少	年次8月	事業報告
	■		国保運営協議会	2回/年	2回/年	年次6月	
	■		未受診者の受診勧奨回数	1回以上	1回以上	年次6月	事業報告
生活習慣病予防事業	◎		高血圧症の有所見割合 (140/90mmHg 以上)	33.7%	減少	年次8月	健診データ
	◎		糖尿病の有所見割合 (HbA1c6.5%以上)	9.0%	減少	年次8月	健診データ
	◎	○	糖尿病の受療割合★※6	14.1%	増加	年次6月	KDB 分子：疾病管理一覽 分母：地域の全体像の把握
	◎	○	高血圧症の受療割合★※6	26.3%	増加	年次6月	
	◎	○	血糖の有所見者の割合★ (HbA1c5.6%以上)	53.6%	減少	年次6月	KDB 様式 5-2※7
	◎	○	血圧の有所見者の割合★ ①収縮期血圧 130mmHg 以上 ②拡張期血圧 85mmHg 以上	①54.6% ②25.1%	減少	年次6月	KDB 様式 5-2※7
	◎	○	脂質の有所見者の割合★ ①HDL コレステロール 40mg/dl 未満 ②中性脂肪 150mg/dl 以上 ③LDL コレステロール 120mg/dl 以上	① 4.3% ②19.2% ③52.7%	減少	年次6月	KDB 様式 5-2※7
	○		健診後の医療機関受診状況把握率	100.0%	100.0%	年次8月	事業報告
	■		フォロー体制検討会	1回/年	1回/年	年次6月	事業報告
	■		国保運営協議会	2回/年	2回/年	年次6月	
運動習慣推進事業	◎		特定健康診査受診者のうち運動習慣のない人の割合	61.8%	減少	年次8月	健診データ
	○		運動教室の登録者数	19人	増加	年次6月	事業報告
	▲		運動教室実施回数	88回	維持	年次6月	事業報告
	■		国保運営協議会	2回/年	2回/年	年次6月	
	■		委託業者との連携会議	1回/年	1回/年	年次6月	事業報告

★県のみ指標

※5：令和5年度値と比較

※6：適正医療につなげ、受療割合を増加させることを目標とする

※7：KDB 様式 5-2：健診有所見者状況（男女別、年代別）

事業名	評価区分	県指標	指標	ベースライン値 (令和4年度)	目標値	評価時期	出典
後発医薬品使用促進事業	◎	○	後発医薬品使用割合（数量ベース）	74.6%	増加	3月診療分	厚生労働省 HP 医療費に関するデータの見える化
	○		後発医薬品差額通知の送付回数	4回	4回	年次6月	事業報告
	■		国保運営協議会	2回/年	2回/年	年次6月	
適正受診・適正服薬促進事業	◎	○	同一月内に複数の医療機関を受診し、重複処方が発生した者の割合★ （1以上の薬剤で重複処方を受けた者/被保険者数）	2.82%	減少	年次3月診療分	KDB 重複・多剤処方の状況
	◎	○	同一月内に9以上の薬剤の処方を受けた者の割合★ （9以上の薬剤の処方を受けた者/被保険者数）	3.09%	減少	年次3月診療分	KDB 重複・多剤処方の状況
	◎		かかりつけ医や薬剤師に相談した割合		30.0%	年次6月	報告書
	○		電話指導件数割合 （電話指導件数/注意喚起文書送付件数）		10.0%	年次6月	事業報告
	▲		注意喚起文書送付	1回/年	1回/年	年次6月	事業報告
	■		国保運営協議会	2回/年	2回/年	年次6月	
がん検診の受診率向上対策	◎		検診受診率：胃がん	8.6%	増加	年次6月	がん検診速報値及び確定値
	◎		検診受診率：肺がん	9.4%	増加	年次6月	
	◎		検診受診率：大腸がん	15.9%	増加	年次6月	
	◎		検診受診率：乳がん	14.5%	増加	年次6月	
	◎		検診受診率：子宮頸がん	11.9%	増加	年次6月	
	○		対象者への案内送付率	100.0%	100.0%	年次6月	事業報告
	▲		集団健診実施回数	維持	維持【年17回(うち休日5回)】	年次6月	事業報告
	■		国保運営協議会	2回/年	2回/年	年次6月	
	■		委託業者との連携会議	1回/年	1回/年	年次6月	
その他	◎		運動習慣がある者の数を評価する	39.7%	増加	年次6月	市の健診データまたはFKAC171※8
	◎		前期高齢者のうち、低栄養傾向の者を評価する	30.4%	減少	年次6月	
	◎		咀嚼良好者数を評価する	76.3%	80.0%	年次6月	
	◎		Ⅱ度高血圧の割合	7.4%	減少	年次6月	
	◎		Ⅲ度高血圧の割合	1.3%	減少	年次6月	

★県のみ指標

※8：特定健診等データ管理システムの帳票 特定健診結果等情報作成抽出ファイル FKAC171（全健診結果情報（横展開））

桜井市国民健康保険
第3期データヘルス計画
第4期特定健康診査等実施計画

発	行	桜井市 〒 633-8585 奈良県桜井市大字栗殿 432-1 電話 (0744) 42-9111
編	集	桜井市福祉保健部けんこう増進課 桜井市市民生活部保険医療課
発行年月日		令和6(2024)年3月