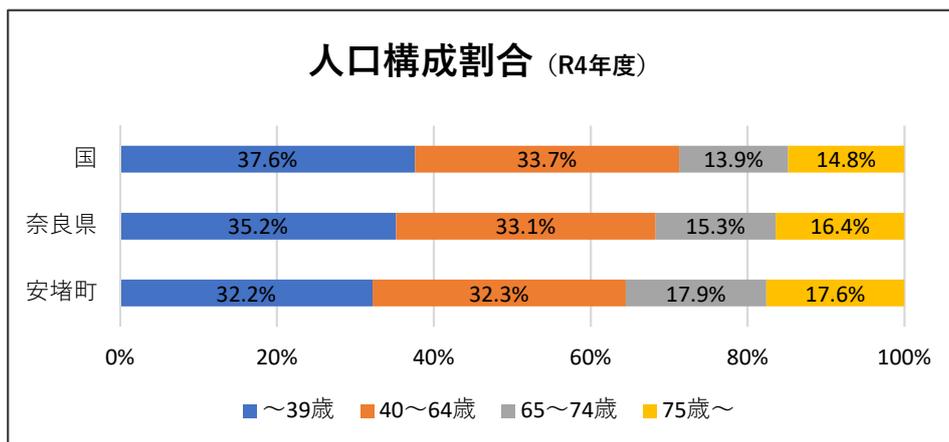


第3章 第2期計画期間の現状と課題について

1. 安堵町国民健康保険被保険者の状況

①安堵町人口・被保険者数・年齢構成 出典：安堵町広報、国民健康保険事業月報

	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
安堵町人口（人）	7,489	7,414	7,251	7,104	7,068
被保険者数（人）	2,034	1,937	1,930	1,843	1,764
人口に占める割合（％）	27.16	26.13	26.62	25.94	24.96

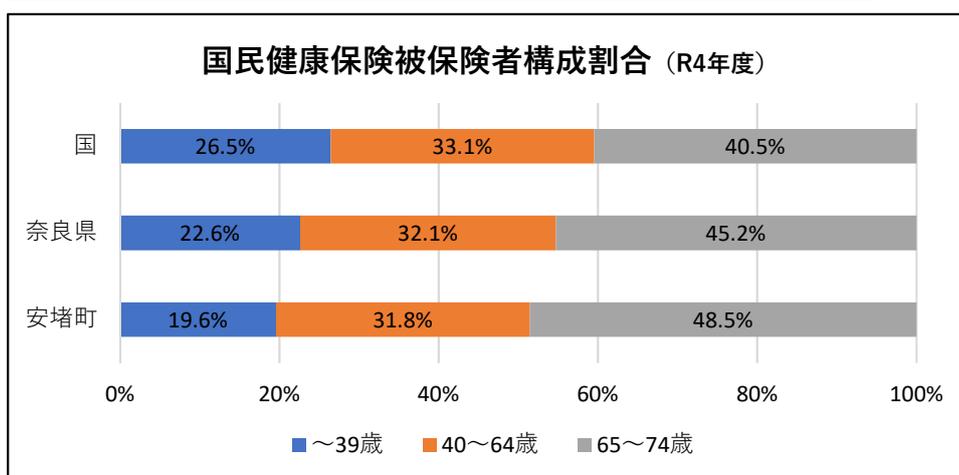


出典：KDB 地域全体像の把握

②被保険者年齢構成の推移

	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
～39 歳	22.5%	21.4%	20.7%	19.0%	19.6%
40～64 歳	31.0%	30.7%	30.1%	31.1%	31.8%
65～74 歳	46.5%	47.9%	49.2%	49.9%	48.5%

出典：KDB 地域全体像の把握



出典：KDB 地域全体像の把握

安堵町被保険者数は、人口の約 25%を占め、年次推移からは減少傾向です。また、奈良県や全国と比べて 65～74 歳の高齢者が占める割合が大きく、39 歳以下の割合が少なくなっています。

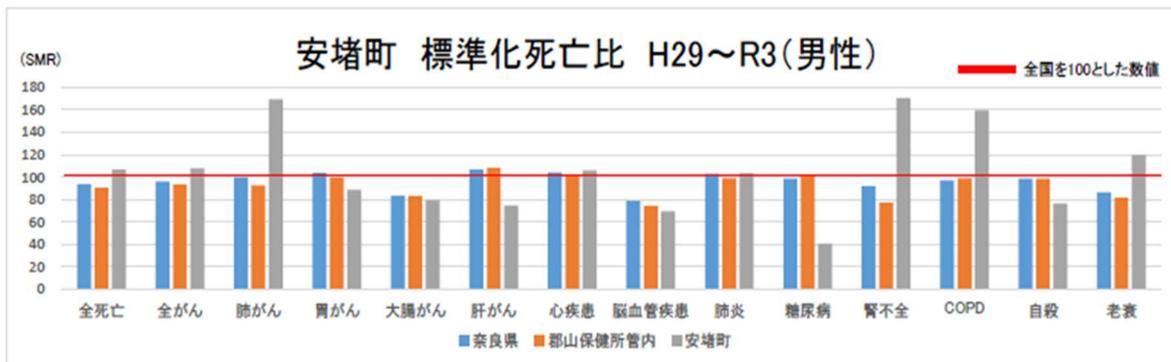
今後も被保険者年齢層の高齢化により、高齢者層の医療費の増加が考えられます。

2. 死亡の状況

①疾病別死因割合 出典：KDB 地域全体像の把握

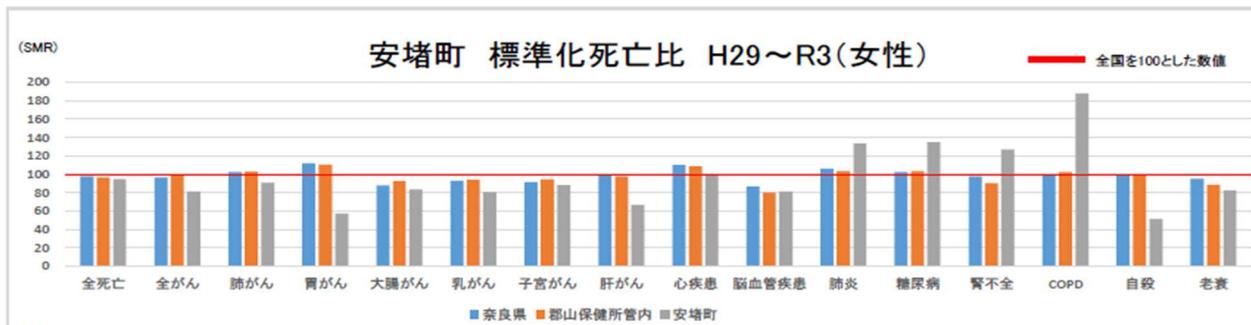
	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
がん	48.9%	51.2%	30.8%	66.7%	57.1%
心臓病	29.8%	14.6%	44.2%	13.9%	26.5%
脳疾患	14.9%	19.5%	7.7%	19.4%	6.1%
糖尿病	0.0%	4.9%	3.8%	0.0%	0.0%
腎不全	4.3%	7.3%	11.5%	0.0%	6.1%
自殺	2.1%	2.4%	1.9%	0.0%	4.1%

②標準化死亡比 出典：郡山保健所 健康増進課



男性

	全死亡	全がん	肺がん	胃がん	大腸がん	肝がん	心疾患	脳血管疾患	肺炎	糖尿病	腎不全	COPD	自殺	老衰
奈良県	93.6	96.1	99.4	103.7	83.5	106.5	103.9	78.5	103.0	98.6	91.9	96.8	98.4	86.2
郡山保健所管内	90.4	93.2	92.6	99.4	83.1	107.9	101.1	74.0	98.9	100.9	77.3	98.9	98.4	81.7
安堵町	106.5	107.8	169.4	88.4	79.3	74.6	105.8	69.3	103.0	40.9	170.2	159.3	76.3	119.4
SMR県内順位 (SMR高い順)	12	10	3	29	22	32	23	29	24	32	3	7	29	11
奈良県	有意に高い*						○							
	有意に低い	○	○			○		○			○			○
郡山保健所管内	有意に高い													
	有意に低い	○	○	○		○		○			○			○
安堵町	有意に高い		○											
	有意に低い													



女性

	全死亡	全がん	肺がん	胃がん	大腸がん	乳がん	子宮がん	肝がん	心疾患	脳血管疾患	肺炎	糖尿病	腎不全	COPD	自殺	老衰
奈良県	97.6	96.7	102.3	111.6	87.6	93.1	91.3	99.7	110.1	86.5	105.7	102.1	97.7	99.5	98.5	95.1
郡山保健所管内	96.4	99.5	102.6	110.2	92.5	93.7	94.4	97.6	108.7	80.2	103.5	103.4	90.0	102.0	99.0	88.5
安堵町	94.5	81.2	90.8	57.3	83.5	80.3	88.2	66.4	100.2	81.3	133.3	134.8	126.9	187.7	51.4	82.5
SMR県内順位 (SMR高い順)	27	35	25	34	25	26	19	29	32	22	9	13	11	4	29	29
奈良県	有意に高い	○		○		○			○		○					
奈良県	有意に低い															○
郡山保健所管内	有意に高い								○							
郡山保健所管内	有意に低い	○								○						○
安堵町	有意に高い															
安堵町	有意に低い															

死因では、がんが最も多く、増加傾向です。

安堵町男性の標準化死亡比は、「全死亡」、「全がん」、「肺がん」、「心疾患」、「肺炎」、「腎不全」、「COPD（慢性閉塞性肺疾患）」、「老衰」が、全国・奈良県・郡山保健所管内よりも高く、「肺がん」は全国より有意に高いです。「胃がん」、「大腸がん」、「肝がん」、「脳血管疾患」、「糖尿病」、「自殺」は、全国・奈良県・郡山保健所管内よりも低いです。

安堵町女性の標準化死亡比は、「肺炎」、「糖尿病」、「腎不全」、「COPD」が、全国・奈良県・郡山保健所管内よりも高いです。「全死亡」、「全がん」、「肺がん」、「胃がん」、「大腸がん」、「乳がん」、「子宮がん」、「肝がん」、「心疾患」、「自殺」、「老衰」は、全国・奈良県・郡山保健所管内よりも低いです。



コラム

標準化死亡比は、日本全国の平均を100とし、100よりも大きい場合は日本の平均より死亡率が高いことを、100よりも小さい場合は死亡率が低いことを表しています。

3. がん検診受診率（R3年度） 出典：地域保健・健康増進事業報告

	全国	奈良県	安堵町
胃がん検診（50～69歳）	6.5%	4.6%	7.6%
肺がん検診（40～69歳）	6.0%	3.1%	11.6%
大腸がん検診（40～69歳）	7.0%	6.5%	12.0%
乳がん検診（40～69歳）	15.4%	14.1%	17.4%
子宮頸がん検診（20～69歳）	15.4%	12.7%	10.5%

安堵町のがん検診受診率は、子宮頸がん検診以外は全国や奈良県と比較して高くなっています。死因では、がんが最も多く、増加傾向であるため、がん検診の受診率を向上させることが大切だと考えられます。

4. 医療の状況

①医療費（1人当たり/年）

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度
安堵町	364,130	408,072	388,069	446,314
奈良県	367,651	379,315	370,745	395,404

出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）

②1 保険者当たり生活習慣病の入院医療費点数（R4年度）

	安堵町	奈良県	国
がん	4,798,719	17,485,458	36,473,454
精神	3,957,164	11,140,868	23,175,310
筋・骨格	2,821,054	10,231,496	17,729,626
脳梗塞	1,765,981	3,022,989	5,598,684
狭心症	1,255,177	2,322,396	3,610,072
動脈硬化症	469,827	193,095	305,151
心筋梗塞	241,345	768,572	1,521,764
糖尿病	50,166	625,034	1,598,616
高血圧症	39,674	166,665	374,672
脂質異常症	31,546	42,611	77,171

出典：KDB 医療費分析（1）細小分類

③ 1 保険者当たり生活習慣病の外来医療費点数（R4 年度）

	安堵町	奈良県	国
がん	8,441,613	25,138,365	45,505,260
筋・骨格	3,678,486	12,236,333	24,927,800
糖尿病	3,541,143	12,512,079	24,969,586
高血圧症	2,060,862	7,382,647	14,674,697
脂質異常症	1,321,644	5,590,274	10,260,841
精神	1,258,505	6,395,893	14,314,671
狭心症	378,344	1,043,965	1,834,155
脳梗塞	179,033	510,813	1,102,646
動脈硬化症	32,868	127,507	201,801
脂肪肝	27,205	218,596	423,293

出典：KDB 医療費分析（1）細小分類

④人工透析患者数（自立支援医療受給者） 出典：安堵町 健康福祉推進室

	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
安堵町	15（8）	17（9）	16（9）	19（8）	21（7）	21（6）

※カッコ内は国保加入者

⑤人工透析患者数（糖尿病治療中）

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度
安堵町	5	6	7	8
奈良県	616	649	674	685

出典：国保連合会（医療費等分析システム）

⑥人工透析一人当たりの医療費（千円単位）

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度
安堵町	4,175	5,303	4,423	5,421
奈良県	4,699	4,754	4,787	5,002

出典：国保連合会（医療費等分析システム）

⑦医療費全体に占める透析医療費（糖尿病治療中）の割合

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度
安堵町	3.11%	4.40%	4.57%	5.70%
奈良県	2.82%	3.02%	3.29%	3.33%

出典：国保連合会（医療費等分析システム）

⑧健診受診者、未受診者における生活習慣病等一人当たり医療費（単位:円）

入院+外来		年度	H30	R1	R2	R3	R4
安堵町	健診受診者医療費／健診対象者数		1,125	1,069	649	2,940	2,859
	健診未受診者医療費／健診対象者数		13,992	16,305	16,054	15,546	16,195
	健診受診者医療費 ／健診対象者数(生活習慣病患者)		3,280	3,104	1,918	8,560	8,511
	健診未受診者医療費 ／健診対象者数(生活習慣病患者)		40,776	47,332	47,410	45,262	48,208
奈良県	健診受診者医療費／健診対象者数		1,777	1,927	1,541	1,725	1,794
	健診未受診者医療費／健診対象者数		13,488	13,919	13,977	14,206	14,204
	健診受診者医療費 ／健診対象者数(生活習慣病患者)		5,069	5,489	4,512	4,965	5,241
	健診未受診者医療費 ／健診対象者数(生活習慣病患者)		38,465	39,656	40,934	40,885	41,491
全 国	健診受診者医療費／健診対象者数		2,009	2,091	1,679	1,920	2,031
	健診未受診者医療費／健診対象者数		12,773	13,176	13,352	13,463	13,295
	健診受診者医療費 ／健診対象者数(生活習慣病患者)		5,900	6,153	5,098	5,720	6,142
	健診未受診者医療費 ／健診対象者数(生活習慣病患者)		37,522	38,764	40,533	40,118	40,210

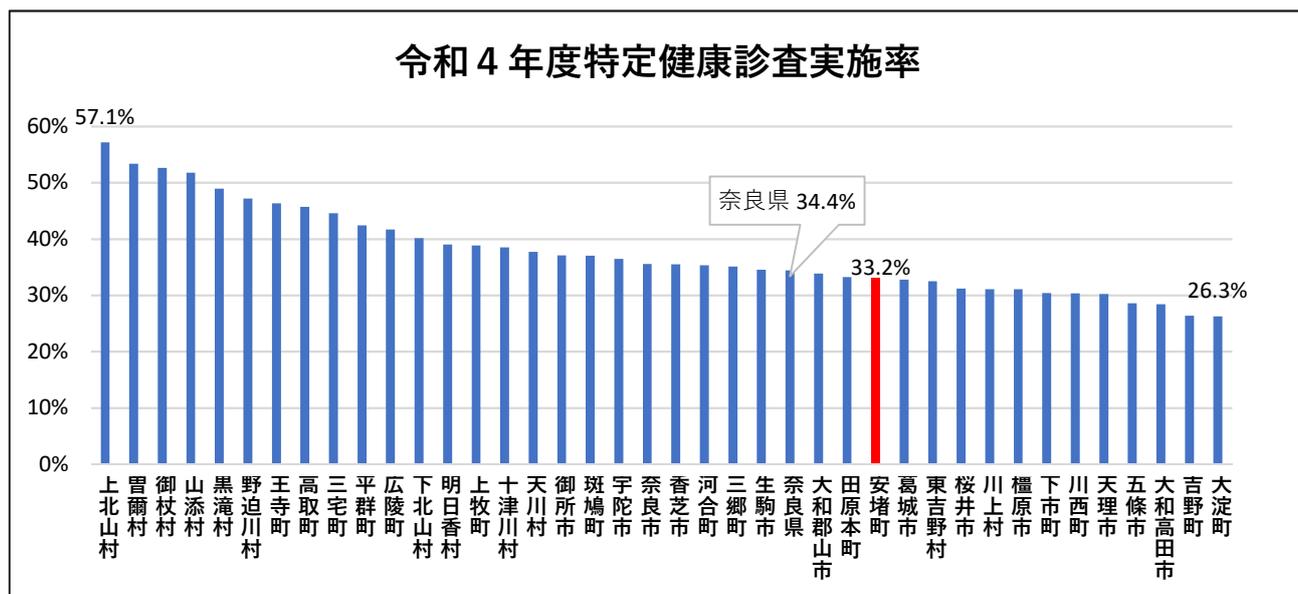
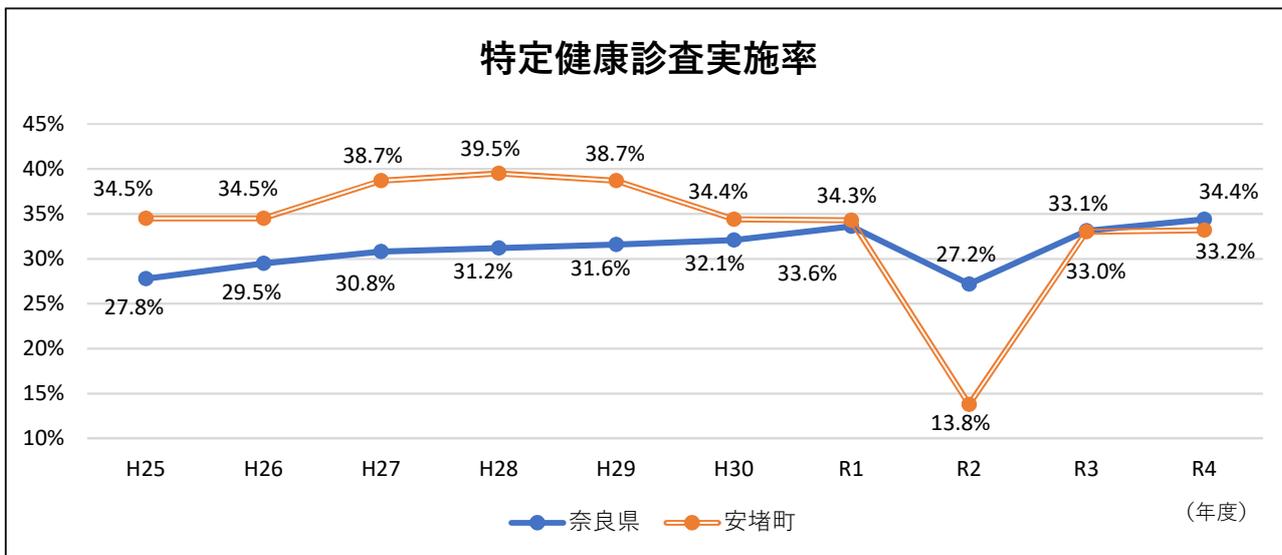
出典：KDB 健診・医療・介護からみる地域の健康課題

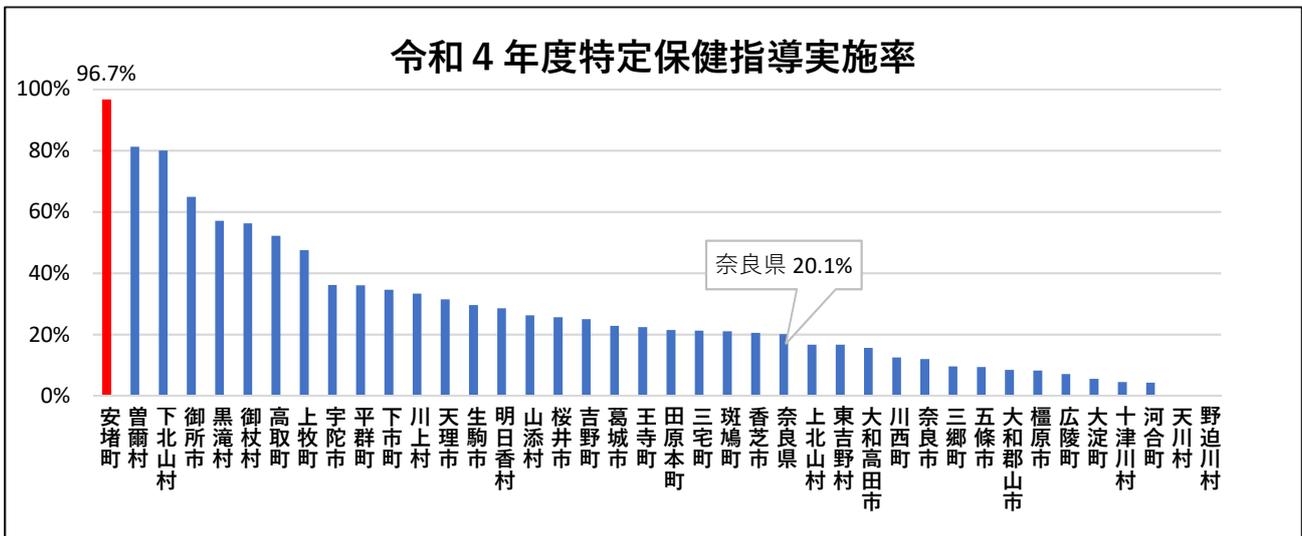
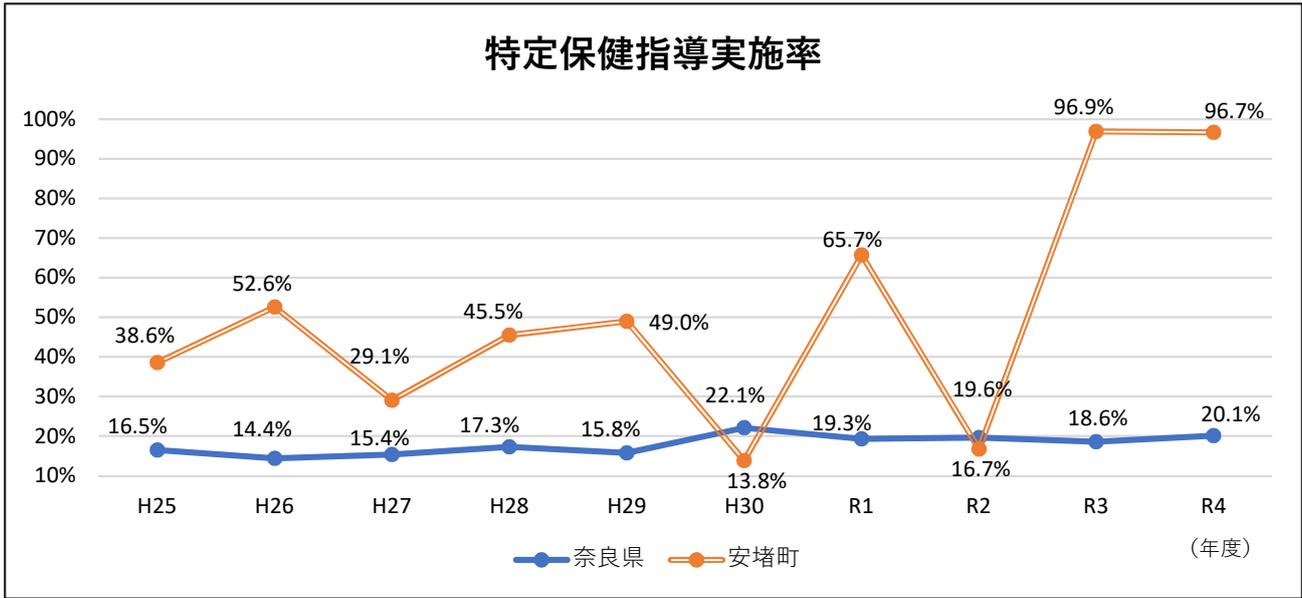
医療費は増加傾向で、入院・外来ともにがんの医療費が最も多くなっています。人工透析患者数も増加しており、透析による医療費も増大しています。

健診受診者と健診未受診者の医療費を比較すると、健診未受診者の方が健診受診者よりも医療費が多いことがわかります。

5. 特定健康診査・特定保健指導等の健診データ

①特定健康診査・特定保健指導実施率 出典：法定報告





②安堵町特定健康診査実施率

(性・年齢別) (R3年度)

	男	女
70～74歳	41.0%	42.1%
65～69歳	34.6%	39.9%
60～64歳	22.2%	38.8%
55～59歳	19.0%	27.5%
50～54歳	15.7%	29.3%
45～49歳	6.3%	16.7%
40～44歳	8.9%	9.4%

出典：KDB 健診・医療・介護

からみる地域の健康課題

コラム

特定健診はメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の予防・早期発見のための健診です。メタボリックシンドロームは内臓脂肪型肥満に高血圧や高血糖、脂質代謝異常が組み合わさることにより、糖尿病や心筋梗塞、脳卒中などの重大な病気になりやすい状態を指します。そのため、特定健診を毎年受けて、自身の体の状態を知るこ



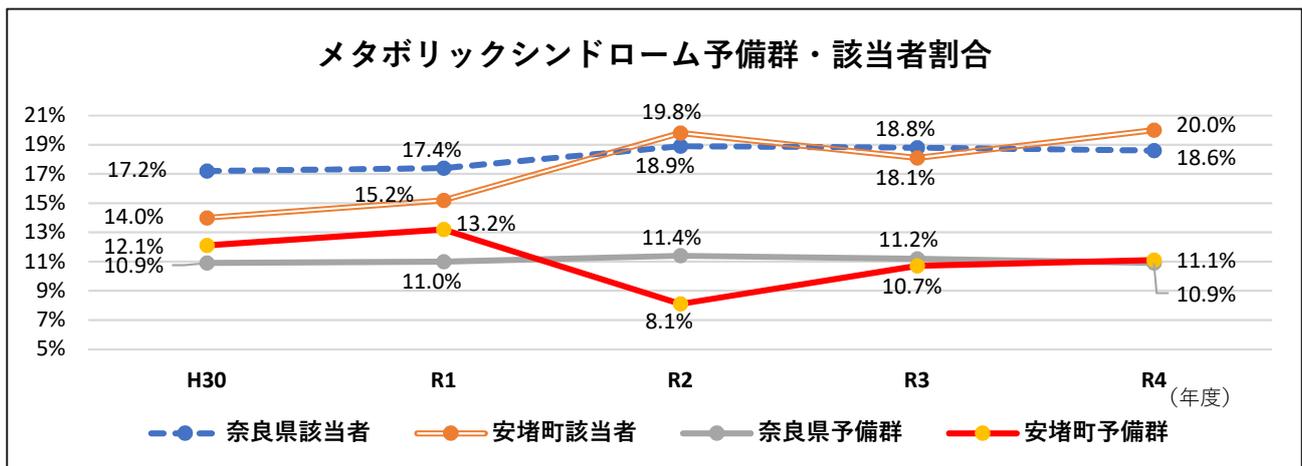
③特定保健指導利用者の改善割合（腹囲2cmかつ体重2kg以上減少割合）

- ・令和4年度：15%
- ・令和5年度：5%（R5.12.6時点）

令和2年度の特定健康診査は、新型コロナウイルス感染症の流行により、集団健診を実施しなかったため、受診率が低下しました。令和3年度の受診率は、集団健診を実施したこともあり、コロナ禍以前の受診率とほぼ同等に回復し、奈良県全体の受診率とも同等です。しかし、目標値（60.0%）との乖離は大きいです。また、受診率を性・年齢別に見ると、40歳から50歳代で低く、男性の受診率は女性と比べてどの年代も低いという現状があります。

特定保健指導実施率は、年度によってばらつきがありますが、令和元年度から特定保健指導事業担当の保健師を配置することで、実施率が大幅にアップしました。令和2年度はコロナ禍で個別健診のみ(集団健診未実施)で、年度をまたいでの実施になり、法定報告値には反映されていませんが、実際には令和2年度は68.0%、令和3年度は84.5%でした。今後も、対象者の状況に合わせて、訪問や電話、来所等の支援方法を選択し、きめ細やかな対応を行う必要があります。

④メタボリックシンドローム予備群・該当者の割合 出典：法定報告



⑤HbA1c 7.0%以上の割合

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度
安堵町	2.00%	3.05%	3.31%	4.79%
奈良県	4.00%	4.16%	4.50%	4.46%

⑥HbA1c 8.0%以上の割合

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度
安堵町	0.18%	1.14%	0.82%	0.99%
奈良県	1.10%	1.14%	1.24%	1.25%

⑦血圧 160/100mmHg 以上の

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度
安堵町	6.02%	5.92%	2.48%	9.58%
奈良県	5.11%	4.96%	6.03%	6.02%

⑧eGFR45mL/分/1.73㎡未満の割合

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度
安堵町	1.64%	1.91%	0.41%	1.99%
奈良県	1.73%	1.94%	2.09%	2.20%

⑤～⑧出典：国保連合会（医療費等分析システム）

メタボリックシンドローム該当者の割合は、安堵町、奈良県ともに増加しています。メタボリックシンドローム予備群の割合は、奈良県は横ばいで、安堵町はやや減少しています。

HbA1c（過去1～2か月程度の血糖値を反映したもの）が高値である者の割合や、血圧160/100mmHg以上の割合、eGFR（腎臓にどれくらい老廃物を尿へ排出する能力があるかを示す数値）が低下している者の割合は、奈良県、安堵町ともに増加傾向です。

糖尿病や心筋梗塞、脳梗塞等の重大な病気に移行しないよう、保健指導や治療勧奨などの重症化対策を積極的に行う必要があります。

コラム ～メタボリックシンドローム該当者・予備群の判断基準～

・メタボリックシンドローム該当者

腹囲が男性85cm以上、女性90cm以上で、下記の3つの項目のうち2つ以上の項目に該当する者

・メタボリックシンドローム予備群

腹囲が男性85cm以上、女性90cm以上で、下記の3つの項目のうち1つに該当する者

脂質代謝異常	中性脂肪 150mg/dl 以上 かつ/または HDL コレステロール 40mg/dl 未満
高血圧	収縮期血圧 130mmHg 以上 かつ/または 拡張期血圧 85mmHg 以上
高血糖	空腹時血糖 110mg/dl 以上



6. 介護の状況

①要支援・要介護認者数（町全体）

※各年3月末時点

	H30年	R1年	R2年	R3年	R4年
認定者数	389	401	401	413	433
要支援1	25	39	35	31	33
要支援2	55	52	50	65	67
要介護1	82	90	90	82	64
要介護2	93	83	77	87	100
要介護3	62	61	67	70	84
要介護4	48	51	56	44	51
要介護5	24	25	26	34	34

出典：住民情報システム（AD II）

②1 件当たりの介護給付費

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
安堵町	57,986	55,577	57,667	57,578	61,988
奈良県	58,099	58,476	59,269	58,069	56,854

出典：KDB 健診・医療・介護データ
からみる地域の健康課題

③65 歳平均要介護期間の推移

	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度
奈良県男性	1.77	1.78	1.79	1.72
安堵町男性	1.82	1.51	1.46	1.27
奈良県女性	3.62	3.69	3.76	3.7
安堵町女性	3.24	4.04	3.37	3.56

出典：奈良県健康推進課

④健康状態不明者

	R2年度	R3年度	R4年度
安堵町	67	46	36

※健康状態不明者

2 年間健康診査受診歴や医療受診（歯科除く）がなく、介護認定を受けていない70歳以上の方

出典：安堵町 健康福祉推進室

高齢化に伴い介護認定者数は増加し、介護給付費は増大しています。

健康状態不明者へは、状況把握の質問票「お元気ですか？アンケート」を郵送し、必要に応じて電話または個別訪問を行い、事業の紹介や啓発を行っています。

健康寿命は延伸しており、65 歳平均要介護期間は、男性は短縮傾向で女性は延伸傾向です。今後も健康で暮らすことができる期間が長くなるよう介護予防事業を推進する必要があります。

7. 分析結果のまとめ

①健康情報の分析

(1) 特定健診の実施状況

- ・特定健診の受診率は 33.2%（令和 4 年度法定報告）であり、奈良県全体の受診率は 34.4%で、県よりも少し低い。目標値の 60.0%との差は大きい。
- ・男女とも 40 歳から 50 歳代の受診率は低く、男性の受診率は女性と比べてどの年代も低い。

(2) 特定保健指導の実施状況

- ・特定保健指導の実施率は 96.7%（令和 4 年度法定報告）であり、奈良県全体と比較しても高い。

(3) 死亡の状況

- ・全国と比べて、がんや心疾患、肺炎、肝疾患、腎不全、COPD での死亡率が高い。

(4) 健診データ

- ・血糖値 (HbA1c) が高値である者の割合や、血圧 160/100 mmHg 以上の割合、eGFR が低下している者の割合は増加傾向である。
- ・メタボリックシンドローム該当者の割合は増加傾向で、予備群の割合は減少傾向である。

②医療情報の分析

(1) 医療費について

- ・1人あたりの医療費は増加傾向である。
- ・生活習慣病のうち、入院・外来ともにがんの医療費が最も多い。

(2) 人工透析について

- ・糖尿病による人工透析患者は増加しており、医療費全体に占める透析医療費の割合も増加している。
- ・人工透析患者の医療費は、1人あたり年間500万円以上かかっている。

(3) 投薬状況

- ・重複投与該当者は10人、多剤投与該当者は60人いる。

(4) ジェネリック医薬品の普及

- ・ジェネリック医薬品の利用率は75.8%となっている。

③介護情報の分析

(1) 介護保険の状況

- ・介護認定者数は増加し、介護給付費は増大している。

(2) 健康寿命について

- ・健康寿命は延伸しており、65歳平均要介護期間は短縮傾向である。

(3) 健康状態不明者について

- ・健康状態不明者は36人いる。

8. 健康課題の抽出

第2期データヘルス計画の取り組み状況や現状を整理し、保健事業で取り組むべき健康課題が7つ抽出されました。

課題1：生活習慣病予防行動をとる者が少ない	
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は向上している。 ・メタボ予備群よりもメタボ該当者の割合の方が多く、また、メタボ該当者の割合は

	<p>増加傾向であり、放置することで生活習慣病につながる可能性が高い。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第2期計画でも対策を行っていたが、特定健康診査受診率は目標到達に至らず、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 ・特定保健指導実施率 ・メタボリックシンドローム該当者の割合 ・メタボリックシンドローム予備群の割合
取り組みの方向性	特定健康診査受診率を向上、特定保健指導実施率を維持させる対策を実施する。

課題2：生活習慣病に関連した医療費の増加とQOLの低下

課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> ・第2期計画でも対策を行っていたが、1人あたりの医療費は増加しており、今期計画でも重点的に取り組む必要がある。 ・生活習慣病に伴う入院や通院、服薬によりQOL（生活の質）が低下するのを防ぐ必要がある。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> ・医療費（1人当たり/年） ・1保険者当たり生活習慣病の入院医療費点数 ・1保険者当たり生活習慣病の外来医療費点数 ・健診受診者、未受診者における生活習慣病等1人当たり医療費 ・人工透析に係る医療費 ・各健診データ（HbA1c、血圧、eGFR）
取り組みの方向性	生活習慣病患者やリスク者の重症化予防のための事業を実施する。

課題3：糖尿病重症者の割合が増加している

課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病関連の人工透析患者が増加しており、透析にかかる医療費も増加している。 ・糖尿病のコントロール不良により様々な合併症（網膜症、腎症、神経障害、脳梗塞、心筋梗塞、易感染など）が生じる可能性があり、患者のQOL低下や医療費の増大が見込まれる。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> ・人工透析者数（自立支医療受給者） ・人工透析者数（糖尿病治療中） ・人工透析一人当たりの医療費（千円単位） ・医療費全体に占める透析医療費（糖尿病治療中）の割合

取り組みの方向性	糖尿病性腎症重症化予防事業を実施する。
----------	---------------------

課題4：がん罹患者を早期発見し早期治療につなげる必要がある

課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> ・がんによる死亡の割合が増加傾向である。 ・男性でがんの標準化死亡比が高い。 ・生活習慣病のうち、入院・外来ともにがんの医療費が最も多い。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> ・死亡の原因 ・標準化死亡比 ・がん検診受診率 ・1保険者当たり生活習慣病の入院医療費点数 ・1保険者当たり生活習慣病の外来医療費点数
取り組みの方向性	がん検診受診率向上事業を実施する。

課題5：重複・多剤投薬による医療費の増加と健康被害のリスク

課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> ・第2期計画でも対策を行っていたが、重複投与該当者数は増加傾向、多剤投与該当者数は変化がなく、次期計画でも重点的に取り組む必要がある。 ・重複投与や多剤投与によって、薬の効果十分に得られないだけでなく、思わぬ副作用を招く可能性がある。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> ・重複投与該当者数 ・多剤投与該当者数 ・併用禁忌該当者数 ・重複・多剤・併用禁忌投与減少率
取り組みの方向性	重複多剤投薬対策事業を実施する。

課題6：後発医薬品使用の促進

課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> ・第2期計画でも対策を行っていたが、後発医薬品使用率は目標達成に至っておらず、医療費の抑制及び適正化を図るために、次期計画でも継続して取り組む必要がある。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品利用率
取り組みの方向性	後発医薬品使用促進事業を実施する。

課題7：高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進	
課題とする理由	安堵町国民健康保険加入者において高齢化が進み、今後も高齢者を多く抱える状況が見込まれ、後期高齢に移行するまでに介護予防や自身の健康管理ができるように取り組む必要がある。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> ・要支援・要介護認者数（町全体） ・1件当たりの介護給付費 ・65歳平均要介護期間の推移 ・安堵町国民健康保険被保険者年齢構成
取り組みの方向性	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を実施する。

第4章 第3期データヘルス計画の目的及び目標

課題を解決するため、第3期計画では以下の目的・目標を設定し計画を推進していきます。

1. 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

2. 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、該当者数を減少させる	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査実施率 ・特定保健指導実施率 ・特定保健指導利用者の改善割合 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査実施率 60% ・特定保健指導実施率 60%以上 ・特定保健指導利用者の改善割合（最終評価時：腹囲2cmかつ体重2kg以上減量割合）15% 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査実施率向上事業 ・特定保健指導事業
生活習慣病患者やリスク者が重症化へ移行することを予防する	<ul style="list-style-type: none"> ・レッドカード対象者の医療機関受診率 ・保健指導参加者のHbA1cの改善者割合 	<ul style="list-style-type: none"> ・レッドカード対象者医療機関受診率 100% ・保健指導参加者のHbA1c改善率 100% 	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病重症化予防事業 ・糖尿病性腎症重症化予防事業

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"> ・がん検診受診率 	<ul style="list-style-type: none"> ・各種検診受診率 50% 	<ul style="list-style-type: none"> ・がん検診受診率向上事業
適正服薬・後発医薬品利用を促進させる	<ul style="list-style-type: none"> ・重複・多剤・併用禁忌投薬者数 ・後発薬品利用率 	<ul style="list-style-type: none"> ・重複・多剤・併用禁忌投薬者数の減少 ・後発医薬品利用率 80% ※ただし医薬品の安定的な提供を前提とする 	<ul style="list-style-type: none"> ・重複多剤・併用禁忌投薬対策事業 ・後発医薬品利用促進事業
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	<ul style="list-style-type: none"> ・低栄養者・口腔機能低下者への保健指導事業：参加者の 1 年後の要介護認定の状況 ・重症化予防保健事業：対象者の医療機関受診率 ・健康状態不明者把握事業：医療・介護サービス等が必要と判断される者のうち、医療・介護サービス等につながった割合 	<ul style="list-style-type: none"> ・参加者の 1 年後の要介護認定率 0% ・対象者の医療機関受診率 100% ・医療・介護サービス等が必要と判断される者のうち、医療・介護サービス等につながった割合 100% 	<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事業（低栄養者への保健指導事業、口腔機能低下者への保健指導事業、重症化予防保健事業、健康状態不明者把握事業）

第5章 個別保健事業について

1. 特定健康診査実施率向上事業	
目的	<p>平成 20 年度から、生活習慣病の原因となるメタボリックシンドロームに着目した特定健康診査・特定保健指導が保険者に義務づけられました。</p> <p>安堵町においても、特定健康診査等実施計画に基づき実施していますが、実施率は 33.2%(令和 4 年度法定報告)で、目標の 60%を下回っており、さらに実施率の向上を図る必要があります。</p> <p>そこで、メタボリックシンドロームおよび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します。</p>

<p>内容</p>	<p>1. 国保連合会との共同保健事業</p> <p>43～74 歳で過去の受診歴から国保連合会が設定する要件を満たした対象者を抽出し、国保連合会から特定健康診査受診再勧奨ハガキを対象者へ送付する。</p> <p>2. 市町村独自事業</p> <p>①個別勧奨</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人通知（40～74 歳の加入者全員に個別通知、4 月にはがきによる予約受付） ・前年度受診履歴ありの人で、申し込みハガキで回答のない人について、受診予約の要不要の確認の電話を実施、または受診勧奨ハガキを送付 <p>②広報による受診勧奨</p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎年4月、健診実施月、11月号に掲載 <p>③健診を受けやすい体制づくり</p> <p>【集団健診】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・休日を含む8回（半日を1回とする）の実施 ・年間予約制 ・健診当日の不来場者には、予約変更のための電話を実施 ・がん検診と同時実施 <p>【個別健診】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・県内委託医療機関での個別健診を実施 ・期間：4月1日～12月31日 ・申し込みハガキで個別健診を申し込みの方へ受診券を郵送 <p>【人間ドックの費用助成】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象：40～74歳の国民健康保険加入者 ・人間ドック受診後償還払い手続き（4月～翌年3月末） ・上限金額：自己負担1,000円を除く20,000円まで 		
<p>評価指標</p>	<p>区分</p>	<p>指標</p>	<p>目標値</p>
	<p>アウトカム</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査実施率 	<ul style="list-style-type: none"> ・60%
	<p>アウトプット</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者への案内送付率（4月） ・休日集団健診の実施回数 	<ul style="list-style-type: none"> ・100% ・2回
	<p>プロセス・ストラクチャー</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・予算、人員は適切であったか。 ・特定健康診査の実施方法、回数、内容は適切であったか。 ・集団健診実施機関との打合せ会議を実施できたか。 ・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。 <p>健診受診者数（率）/受診勧奨者の受診率/人間ドック受診者数</p>	

2. 特定保健指導事業			
目的	平成 20 年度から、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ました。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、よりよい食生活・運動習慣が定着するように、目標数値と行動計画を一緒に考え、生活習慣病の発症や重症化予防を図ります。		
内容	<p>【集団健診】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診（集団）当日に初回面接 1 回目を実施（分割実施） ・訪問や来所で初回面談 2 回目、結果説明を実施（健診受診から 1～2 か月後） <p>【個別健診、人間ドック】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導対象者に電話を実施 ・訪問や来所、電話等で保健指導を実施 <p>【集団・個別共通】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者の希望に合わせて、訪問、来所、電話等の支援方法を選択 ・経年結果や基準値をグラフ等にまとめ、変化がわかりやすい資材で、健診結果から予想される血管の変化を説明し、保健指導を実施（委託：健診結果分析ソフトマルチマーカ―） ・必要な方には、最終面談までに電話や手紙での支援を行う ・訪問等で最終面談（初回面談から 3～6 か月後） <p>取り組み内容の確認と健康状態の確認・評価を行う</p>		
評価 指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	・利用者の改善割合（最終評価時：腹囲 2 cm かつ体重 2 kg 以上減量割合）	・ 15%
	アウトプット	・特定保健指導実施率（法定報告値）	・ 60%以上
	プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・予算、人員は適切であったか。 ・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。 	

3. 生活習慣病重症化予防事業

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の発症リスクを高めま
す。特定健康診査の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、重症化予防を図ります。

また、口腔機能の低下により生活習慣病のリスクが高まることが指摘されており、平成30年度
から特定健康診査の標準的な質問票に歯科口腔に関する項目が追加された。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・改善さ
せることで、生活習慣病のリスクを低減させることを目的とします。

内容

1. 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 項目：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	2. 市町村 独自事業 ・ 集団で 特定健康 診査を受 診し、国保 連合会が 定める受 診勧奨基
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：勧奨者でかつ未受診の対象に再勧奨通知の送付	

準に該当した者の健診結果にレッドカードを同封して送付

- ・ 未受診者に訪問等で受診勧奨・保健指導（健診受診4か月後）
- ・ 経年結果や基準値をグラフ等にまとめ、変化がわかりやすい資材で、健診結果から予想される血
管の変化を説明し、保健指導を実施（委託：健診結果分析ソフトマルチマーカー）

評価 指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	・ レッドカード対象者の医療機関受診率	・ 100%
	アウトプット	・ レッドカード対象者への送付率	・ 100%
	プロセス・ ストラクチャー	・ 予算、人員は適切であったか。 ・ 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）。 ・ 医療機関と必要時連携できたか。	

4. 糖尿病性腎症重症化予防事業															
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・向上を図ります。</p> <p>また、安堵町の糖尿病治療中人工透析者は年々増加しており、一人当たりの人工透析年間医療費は500万円を超えているため、重症化予防対策事業を行うことで医療費の適正化を図ります。</p>														
内容	<p>1. 国保連合会共同保健事業</p> <p>(1) 受診勧奨事業</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">対 象</td> <td>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>①12月対象選定、1月受診勧奨ハガキを送付</td> </tr> <tr> <td>内 容</td> <td>②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)</td> </tr> </table> <p>(2) 保健指導事業</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">対 象</td> <td>国保連合会が定める対象(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>～7月 対象者選定作業</td> </tr> <tr> <td>内 容</td> <td>9月～2月 保健指導実施(業者委託による) ・保健師等の専門職による約6か月間の保健指導 ・面談3回、電話支援4回、医師への報告書送付3回</td> </tr> </table> <p>2. 市町村独自事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨対象者のうち、医療機関未受診者に対し、電話で再度受診勧奨 ・保健指導対象者に電話勧奨 			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、1月受診勧奨ハガキを送付	内 容	②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)	対 象	国保連合会が定める対象(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	～7月 対象者選定作業	内 容	9月～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、1月受診勧奨ハガキを送付														
内 容	②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)														
対 象	国保連合会が定める対象(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	～7月 対象者選定作業														
内 容	9月～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	区分	指標	目標値												
指標	アウトカム	・レッドカード対象者の医療機関受診率 ・保健指導参加者のHbA1cの改善率(翌年度の健診結果)	・100% ・100%												
	アウトプット	・レッドカード対象者への送付率 ・保健指導実施率	・100% ・100%												
	プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・予算、人員は適切であったか。 ・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、県等と必要時連携できたか。
--	--	--------------------------

5. 重複多剤・併用禁忌投薬対策事業																											
目的	<p>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す。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ます。対象に対して通知や電話勧奨等を行うことで、適正受診・適正服薬の促進を図ります。</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="3">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="3">6～7月 対象者選定</td> </tr> <tr> <td>内容</td> <td colspan="3">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> <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="3">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="3">6～7月 対象者選定</td> </tr> <tr> <td>内容</td> <td colspan="3">9～10月 電話による状況確認</td> </tr> </table> <p>2. 市町村独自事業</p> <p>広報による周知、訪問相談</p>			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、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																										
評価指標	区分	指標	目標値																								
	アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> ・重複投与該当者数 ・多剤投与該当者数 ・併用禁忌該当者数 	<ul style="list-style-type: none"> ・減少 ・減少 ・維持 																								
	アウトプット	・注意喚起文書送付率	・100%																								
	プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・予算、人員は適切であったか。 ・対象者の実施方法、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）。 ・医師や国保連合会と必要時連携できたか。 																									

6. 後発医薬品使用促進事業																					
目的	後発医薬品使用割合の目標を 80%と掲げていましたが、令和 4 年度では 75.8%であり、目標には到達できていません。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します。																				
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"> <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) 差額通知を送付</td> </tr> <tr> <td>内容</td> <td>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"> <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"> <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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 町広報誌への後発医薬品啓発の記事を掲載 ・ 保険証の交付、更新時に後発医薬品希望シールの配布及び送付 			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) 差額通知を送付	内容	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) 差額通知を送付																				
内容	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	区分	指標	目標値																		
	アウトカム	・ 後発医薬品使用割合	・ 80% ※ただし医薬品の安定的な提供を前提とする																		
	アウトプット	・ 差額通知数・率 ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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）。
--	---------------------	---

7. がん検診受診率向上事業						
目的	<p>がんは安堵町における死因の第1位であり、医療費も多く占める疾患です。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す。がんに関する正しい知識の普及を図るとともに、対策型がん検診を実施して早期発見・早期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（生活の質）の維持・増進を図ります。</p>					
内容	<p><u>市町村独自事業</u></p> <p>○個別勧奨</p> <p>個人通知で受診勧奨を実施、申し込みハガキによる予約受付</p> <p>個人通知対象者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 前年度もしくは前々年度に各種がん検診を受けた方 ・ 40歳以上の国民健康保険被保険者 ・ 84歳以下の後期高齢者医療保険被保険者 ・ 節目年齢の方 35歳・40歳・45歳・50歳・55歳・60歳・65歳（年度末年齢） ・ 前年度の転入者で35歳以上の方 ・ 前年度に申し込みハガキや電話等で、案内希望と回答された方 <p>○広報による受診勧奨</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 毎年4月、検診実施月号に掲載 <p>○検診を受けやすい体制づくり</p> <p>【集団検診（胃がん、大腸がん、肺がん、前立腺がん、乳がん、子宮頸がん）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 月から日曜日の各曜日の実施 ・ 特定健診と同時実施 ・年間予約制 ・ 検診当日の不来場者には、予約変更のための電話を実施 ・ 前年度受診した項目で今年度に予約のない項目について、予約の要不要の確認の電話を実施 ・ 乳がん検診と子宮頸がん検診は隔年で実施 <p>【個別検診】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 県内委託医療機関での個別検診を実施（胃内視鏡検診、乳がん検診、子宮頸がん検診） 					
評価	区分	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th data-bbox="491 1955 1015 2004"> 指標 </th> <th data-bbox="1015 1955 1332 2004"> 目標値 </th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	指標	目標値		
指標	目標値					

指標	アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> ・がん検診受診率 (胃・肺・大腸・子宮・乳) 	<ul style="list-style-type: none"> ・50%
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者への案内送付率 ・休日検診実施回数 	<ul style="list-style-type: none"> ・100% ・2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。 ・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。 ・検診委託機関と打ち合わせや連携はできたか。 	

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ます。</p> <p>安堵町においても、令和5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したところです。</p> <p>関係課と連携を図りながら、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します。</p>		
内容	<p><u>市町村独自事業</u></p> <p>○ハイリスクアプローチ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・低栄養者への保健指導事業 ・口腔機能低下者への保健指導事業 ・重症化予防保健事業 ・健康状態不明者把握事業 <p>○ポピュレーションアプローチ</p> <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 ・通いの場での健康体操・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"> ・低栄養者・口腔機能低下者への保健指導事業： 参加者の1年後の要介護認定の状況 ・重症化予防保健事業： 対象者の医療機関受診率 ・健康状態不明者把握事業： 医療・介護サービス等が必要と判断される者のうち、医療・介護サービス等につながった割合 	<ul style="list-style-type: none"> ・0% ・100% ・100%
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・低栄養者・口腔機能低下者への保健指導事業： 対象者のうち、支援できた者の割合 ・重症化予防保健事業： 対象者のうち、支援できた者の割合 ・健康状態不明者把握事業： 対象者のうち、現状把握ができた者の割合 	<ul style="list-style-type: none"> ・10% ・100% ・100%
	プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・予算、人員(専門職の確保)、体制は適切であったか。 ・他部門(介護担当課)との連携・役割分担は適切であったか、事業の内容は適切であったか。(年3回以上連携会議を実施・協議する) 	

		・広域連合、外部関係機関（医師会・歯科医師会等）と必要時連携できたか。
--	--	-------------------------------------

第6章 その他

1. 計画の評価・見直し

計画の評価については、計画（Plan）に基づき、保健事業を実施（Do）したことに對し、評価（Check）を行い、その評価結果をもとに保健事業等の見直しや改善を行う（Action）、PDCA サイクルに基づき行っていきます。

本計画の最終評価を令和 11 年度に行い、中間評価を令和 9 年度に行います。

各事業の評価方法については、第 5 章に記載します。

2. 計画の公表・周知

本計画は、安堵町ホームページで公表・周知します。

3. 個人情報の保護について

個人情報保護に関しては、個人情報保護関係法令、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、安堵町個人情報保護法施行条例等に基づき、適切に実施します。

安堵町国民健康保険

第4期特定健康診査等実施計画

令和6年4月

安堵町国民健康保険 特定健康診査等実施計画

第1章 計画策定にあたって

1. 計画策定の趣旨・背景等

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

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ました。

本計画は、「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針（以下「基本指針」という。）」に基づき策定した「特定健康診査等実施計画」の第3期計画期間の終了に伴い、引き続き生活習慣病対策の充実を図り、さらに促進していくため、第4期計画として策定するものです。

2. 計画期間

基本指針に即して6年を1期とし、令和6年度から令和11年度とします。

3. 特定健康診査及び特定保健指導の基本的考え方

① 生活習慣病対策の必要性

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

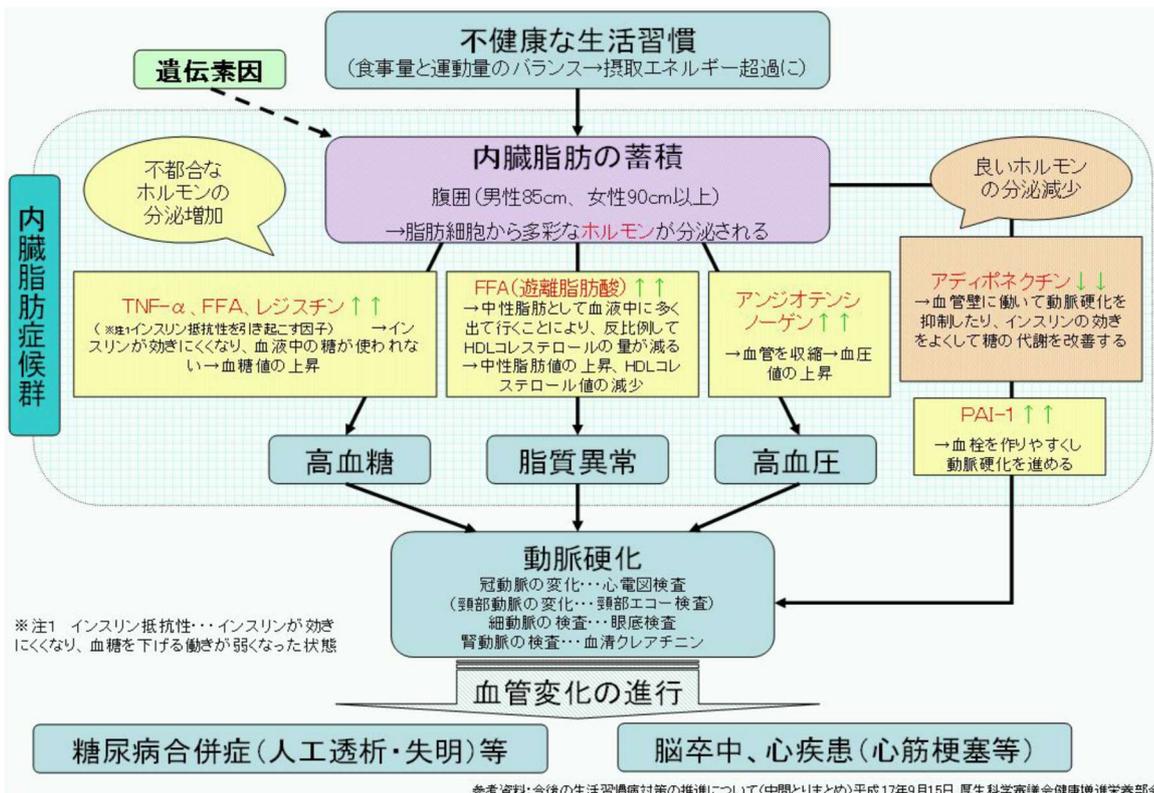
そのため、生活習慣の改善による生活習慣病の発症、重症化予防の対策を進めることで患者を減らすことができれば、結果として、国民の生活の質の維持及び向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となると考えられます。

② メタボリックシンドロームという概念への着目

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

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

<メタボリックシンドロームのメカニズム>



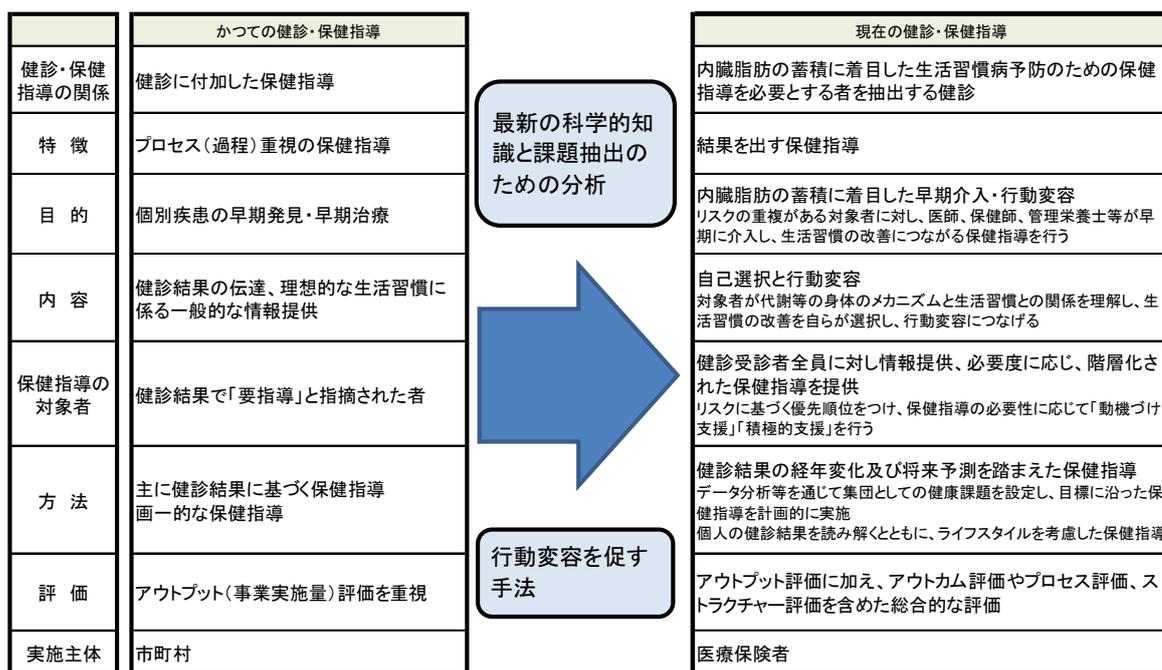
「特定健康診査等実施計画作成の手引き」より引用

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す。

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

< 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・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」より引用

第2章 第3期計画期間の現状と課題について

1. 保険者数と医療費の現状

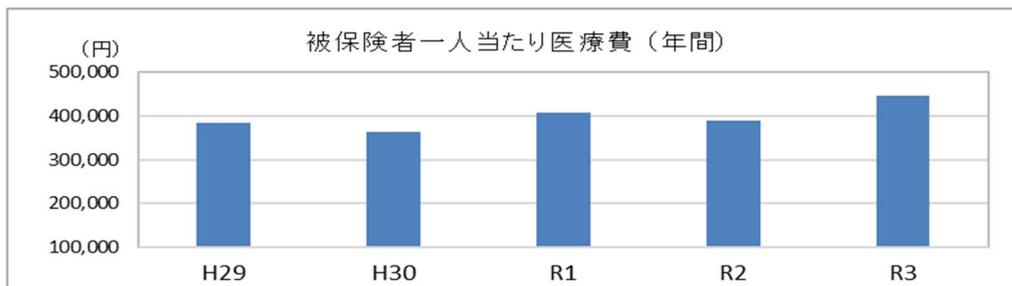
① 国民健康保険被保険者数・世帯数の推移 出典：国民健康保険事業月報

	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度
被保険者数(人)	2,119	2,034	1,937	1,930	1,843
世帯数(世帯)	1,299	1,269	1,222	1,235	1,201

令和3年度の被保険者数は1,843人で、世帯数は1,201世帯となっており、5年前と比べて被保険者数、世帯数とも減少傾向です。

② 国民健康保険加入者の一人当たり医療費の状況(年間医療費)

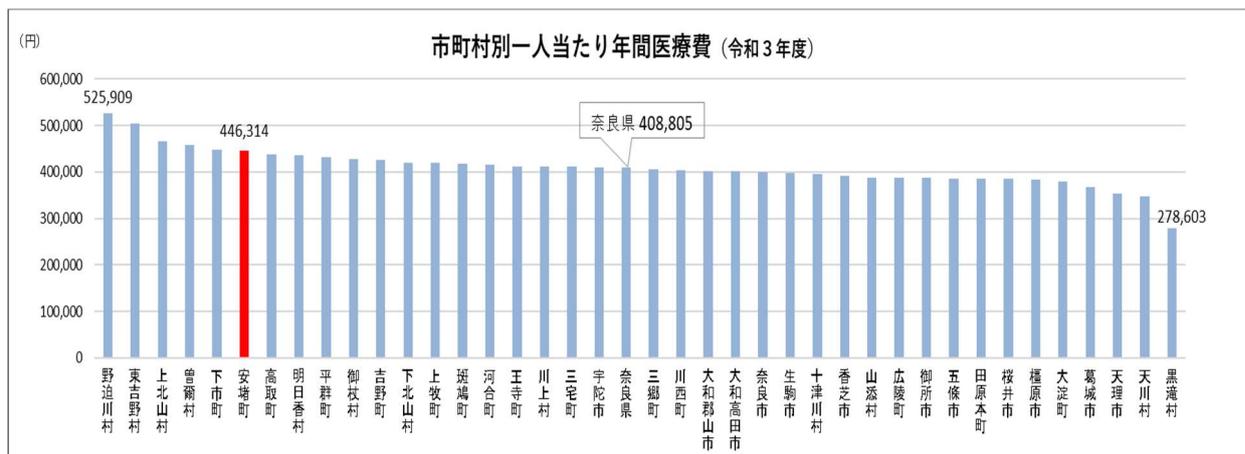
	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度
一人当たりの医療費(円)	384,102	364,130	408,072	388,069	446,314



出典：奈良県医療保険課

医療費は、増加傾向であり、令和3年度は1人当たり年間446,314円となっています。

③ 市町村別国保加入者の一人当たり医療費の状況(年間医療費) 令和3年度



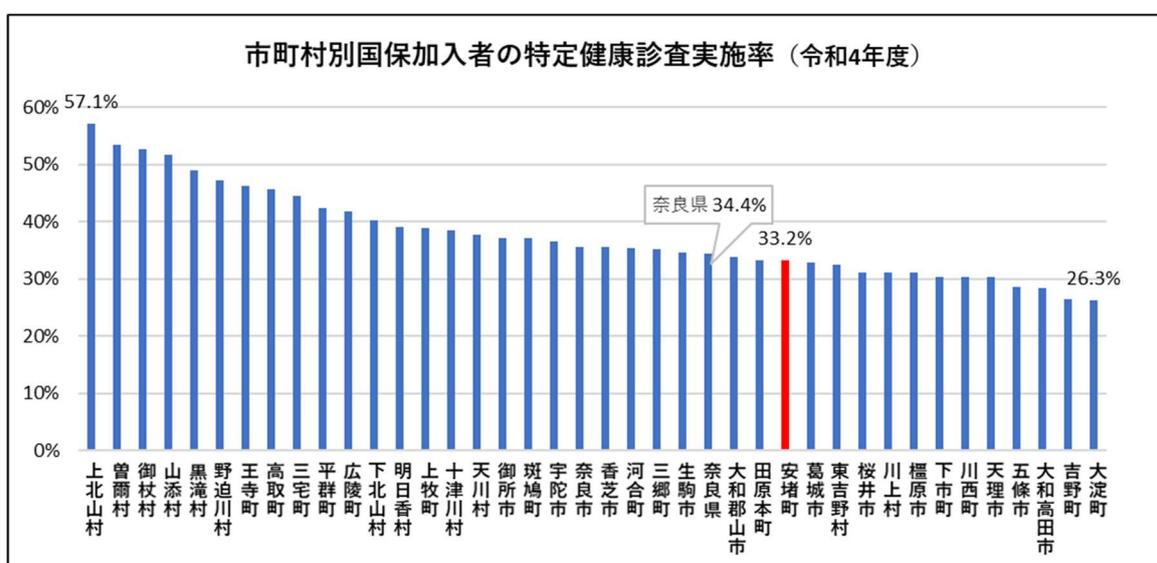
出典：奈良県医療保険課

2. 特定健康診査、特定保健指導の実施状況

① 特定健康診査の実施状況

	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
特定健診実施率 (%)	34.4	34.3	15.7	33.0	33.2
対象者数 (人)	1,460	1,416	1,413	1,385	1,309
受診者数 (人)	502	486	222	458	434
市町村順位 (位)	19	22	35	24	26

出典：法定報告



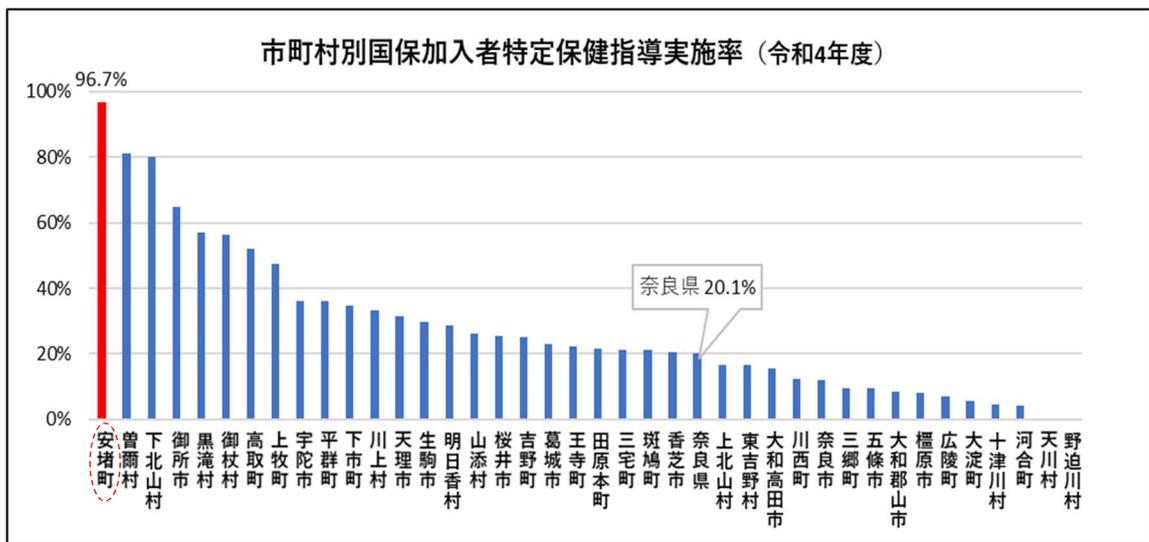
出典：法定報告

令和2年度は、新型コロナウイルス感染症の流行により、集団健診を実施しなかったため、受診率が低下しました。令和3年度の受診率は、集団健診を実施したこともあり、コロナ禍以前の受診率とほぼ同等に回復していますが、順位は下がっています。

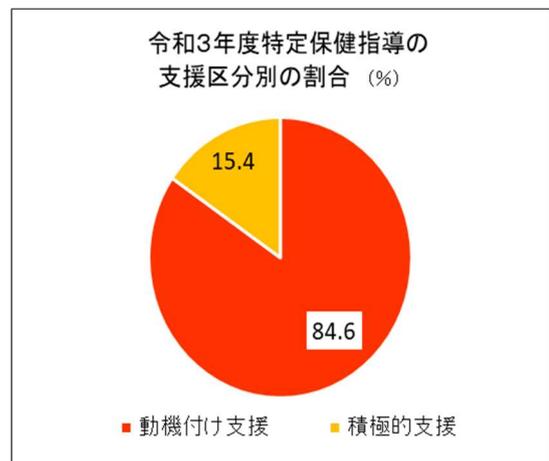
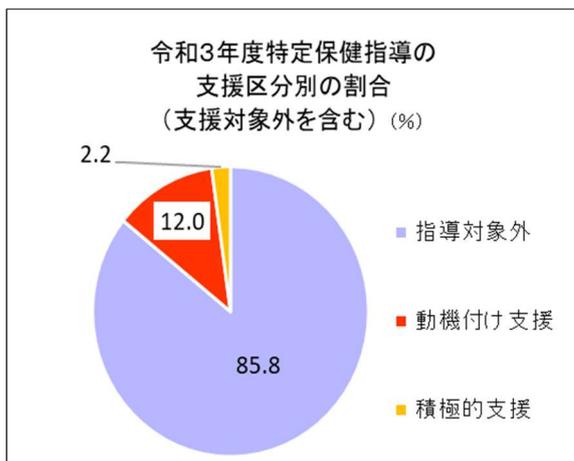
② 特定保健指導の実施状況

	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
特定保健指導実施率 (%)	13.8	65.7	12.0	96.9	96.7
対象者数 (人)	58	67	25	65	60
終了者数 (人)	8	44	3	63	58
市町村順位 (位)	28	2	30	1	1

出典：法定報告



出典：法定報告



	指導対象外	動機付け支援	積極的支援	
県計	85.8	12.0	2.2	%
	393	55	10	人

	動機付け支援	積極的支援	
県計	84.6	15.4	%
	55	10	人

出典：法定報告

特定保健指導実施率は、年度によってばらつきがありますが、令和元年度から特定保健指導事業担当の保健師を配置することで、実施率が大幅に上昇しました。令和2年度はコロナ禍で、個別健診のみを令和2年9月1日から令和3年1月29日まで実施したため、特定保健指導が年度をまたいでの実施になり、法定報告値には反映されていませんが、実際には令和2年度は68.0%、令和3年度は84.5%でした。

③ これまで（第1期～第3期）の主な取組

(1)検査項目の充実

特定健康診査について、さらなる疾病の早期発見のため、受診率向上の一環として下記の検査項目を追加し、充実を図りました。

県独自	H22年度～ 血清クレアチニン H23年度～ eGFR 尿酸 随時血糖 H25年度～ 心電図 貧血検査
市町村独自	H21年度～ 血清クレアチニン eGFR H23年度～ 尿酸 H25年度～ 心電図 貧血検査 H30年度～ 随時血糖

(2)普及啓発の強化

- ・奈良県、町の広報誌への掲載
- ・ホームページへの掲載
- ・ポスター掲示
- ・啓発チラシの作成、配布

(3)受診勧奨、再勧奨の実施

- ・40～74歳の加入者全員に個別通知、ハガキによる予約受付
- ・前年度受診で、今年度に予約のない者に、再勧奨のハガキを送付

(4)受診しやすい体制づくり

- ・休日健診の実施
- ・がん検診との同時実施
- ・個別健診の導入

(5)その他特徴のある取組

- ・健診当日の不来場者には、予約変更のための電話を実施

④ 評価（第4期計画期間に向けた課題）

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

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

また、未受診理由として「心配なときはいつでも病院などで診てもらえる」「受けるのが面倒」「日程の都合がつかなかった」が上位を占めるため、特定健康診査受診の必要性についてのさら

なる普及啓発の工夫や医療機関との連携による受診勧奨の推進が必要と考えられます。

特定保健指導については、令和元年度から特定保健指導事業担当の保健師を配置することで、実施率が大幅に上昇し、今後も維持できるように取り組む必要があります。また、指導者研修会に参加するなど、職員の資質向上に取り組むことも継続的に行うことも重要です。

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

今後は、これらの取り組みを奈良県国民健康保険団体連合会や後期高齢者医療保険部門、衛生部門が協力して推進していくことが重要です。

第3章 特定健康診査等の実施目標について

1. 特定健康診査等の目標値

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

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

実施に関する目標

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健康診査 実施率	40%	45%	49%	52%	56%	60% (※70%)
特定保健指導 実施率	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上 (※45%)

※（）カッコ内の数値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。

第4章 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歳となる国民健康保険加入者（当該年度において75歳に達する者も含める）で、かつ当該実施年度に国民健康保険に加入している者（年度途中での加入者・脱退等異動者を含む）です。

2. 特定保健指導における対象者の定義

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

<特定保健指導判定基準（保健指導区分の判定）>

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) ≥90cm(女性)	2つ以上該当		/	積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当		あり なし		
上記以外で BMI≥25	3つ該当		/	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当		あり なし		
	1つ該当		/		

※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。

<特定保健指導判定基準（リスク判定の基準値）>

リスクの種類	①血糖	②脂質	③血圧
基準値	空腹時血糖 100mg/dl 以上 または HbA1c (NGSP 値) 5.6%以上 または 随時血糖 100mg/dl 以上	空腹時中性脂肪 150mg/dl 以上 または HDL コレステロール 40mg/dl 未満 または 随時中性脂肪 175mg/dl 以上	収縮期血圧 130mmHg 以 上 または 拡張期血圧 85mmHg 以 上

※血糖検査で、空腹時血糖と HbA1c を両方実施の場合、空腹時血糖のデータを使用して判定。

第5章 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します。

実施についての基本事項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、以下のとおり実施します。

1. 特定健康診査

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

○集団健診

6月から9月にかけて、安堵町福祉保健センターにおいて8回(半日を1回とする)実施することを基本とします。休日にも実施し、がん検診と同時に実施します。

○個別健診

4月から12月にかけて、市町村と県医師会が締結する特定健康診査等委託契約(集合契約)において委託する医療機関において実施します。

(2)周知方法

個別通知、町広報誌・ホームページへの掲載、ポスター掲示など、周知効果が高いものを中心に実施します。

(3)受診券の様式

別紙1のとおり

(4)受診案内の方法、受診券(セット券)の発券と配布方法

4月初旬に対象者全員に個別案内を送付します。案内に同封のハガキで申し込みがある場合は、6月頃に住民課で発行した受診券や質問票等を郵送します。

(5)自己負担の有無

有：自己負担額 1,000円(見直す場合がある)

(6)健診結果の返却方法

健診実施医療機関(集団健診の場合)または国保連合会(個別健診の場合)から安堵町に結果が届いた後、町から郵送により通知します。特定保健指導対象者へは、結果説明のため、結果を手渡しします。

(7)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します。

(8)事業主健診等のデータ収集方法

受診者本人に対して、データ提供依頼の通知を行うことでデータを収集します。

(9)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を可能とします。

② 実施項目等

区分	内容	
基本的な健診項目	既往歴の調査 (服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む) (問診)	
	自覚症状及び他覚症状の検査 (理学的検査(視診、聴打診、腹部触診等))	
	身体計測	身長
		体重
		腹囲
		BMI
	血圧	収縮期血圧
		拡張期血圧
	血中脂質検査	空腹時中性脂肪または随時中性脂肪
		HDL-コレステロール
		LDL-コレステロール*
	肝機能検査	AST (GOT)
		ALT (GPT)
		γ-GT (γ-GTP)
血糖検査	空腹時血糖もしくは随時血糖*	
	HbA1c (NGSP 値)	
尿検査	尿糖	
	尿蛋白	
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) ※医師の判断によるものを除く 血清尿酸検査 随時血糖検査* 貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値) ※医師の判断によるものを除く 心電図検査 ※医師の判断によるものを除く	

*：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、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、直営で訪問や来所、電話等で実施します。

【集団健診を受診の場合】

- ・ 特定健診当日に初回面接 1 回目を実施（分割実施）
- ・ 訪問や来所で初回面談 2 回目（健診受診 1～2 か月後）を実施し、継続的支援を行う
- ・ 初回面談から 3 か月以上経過後に評価

【個別健診、人間ドックを受診の場合】

- ・ 訪問や来所、電話等で結果説明と継続的支援を実施
- ・ 初回面談から 3 か月以上経過後に評価

(2)利用券の様式

別紙 2 のとおり

(3)利用の案内、利用券の発券と配布方法

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、随時、保健指導の利用案内を対象者全員に実施します。

(4)自己負担の有無

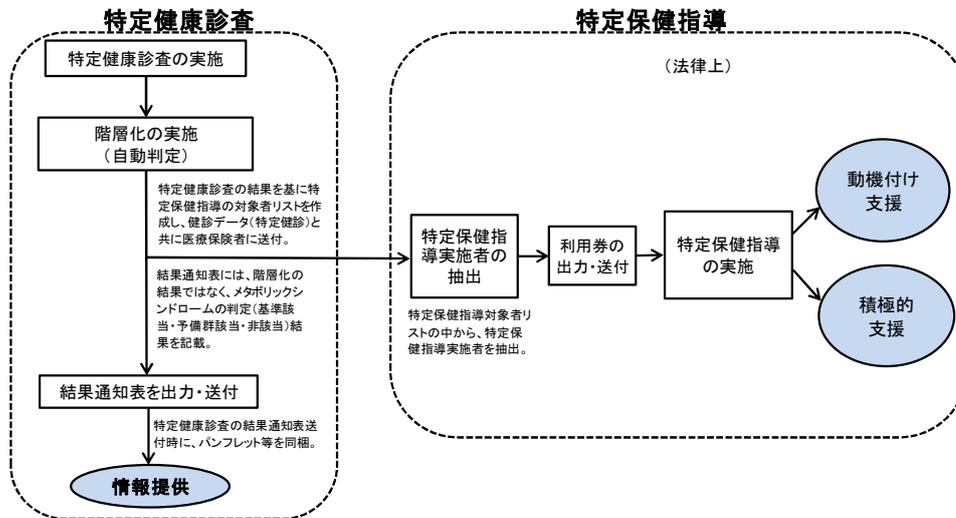
無

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。	
動機付け支援	保健師による初回の個別面談（20 分以上）又は集団指導（概ね 80 分以上）を実施して特定健診指導支援計画を作成し、3 か月以上経過後に評価（電話等）を行う。なお、初回面接については、分割実施を積極的に行う。
積極的支援	動機付け支援と同様の方法で初回面談等を行うとともに、保健師等による電話又はメール等により継続的支援を実施し、3 か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、動機付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となる。

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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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予防プログラムの対象者に対して、糖尿病性腎症重症化予防に関する保健指導プログラム例の内容を参考に保健指導を実施する。

< 特定健診から特定保健指導への流れ >



3. 特定保健指導対象者の重点化について

特定保健指導については、対象者全員に対して継続的支援ができるように働きかけます。

4. 代行機関について

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

5. 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、以下のとおり実施します。

	特定健康診査		特定保健指導	
	個別	集団	動機付け支援	積極的支援
前年度業務	<ul style="list-style-type: none"> ・健診対象者の抽出、案内発送準備 ・健診機関との契約 		<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導の実施(前年度分) 	
4月	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診開始 	<ul style="list-style-type: none"> ・個別通知発送 ・広報による周知 		
5月	<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果の送付 		<ul style="list-style-type: none"> ・利用案内、保健指導の実施(現年度分) 	
6月		<ul style="list-style-type: none"> ・受診券送付 ・集団健診の実施 		
7月				
8月		<ul style="list-style-type: none"> ・集団健診の実施 		
9月		<ul style="list-style-type: none"> ・集団健診の実施 		
10月	<ul style="list-style-type: none"> ・未受診者勧奨の実施 ・広報で受診期限を周知 			<ul style="list-style-type: none"> ・結果説明会の開催
11月	<ul style="list-style-type: none"> <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> 			
12月				
1月				
2月				
3月				

第6章 個人情報保護について

個人情報保護に関しては、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、及び安堵町個人情報保護法施行条例に基づき、適切に実施します。

1. 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・保健指導実施機関等外部委託者から、奈良県国民健康保険団体連合会を通して、安堵町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・保存を行います。保存年限は、最低5年間とし、できる限り長期的に保存します。

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、適切に実施していきます。

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います。

2. 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くほか、安堵町個人情報保護法施行条例等に基づき、適切に実施していきます。

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られ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で、必要な範囲に限定し、データの集計・分析を行います。レセプト情報の利用についても同様の取扱いを行います。

第7章 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、すみやかに安堵町ホームページに掲載し、公表します。

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、町広報誌、ホームページ、パンフレット、ポスター等を活用した普及啓発や集会、イベントにおける啓発などを適宜実施し、住民に対して広く周知を図ります。

第8章 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ります。以下の評価を実施し、被保険者等に情報提供を行います。

(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します。

(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しませんが、特定保健指導の効果の検証のための指標とします。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します。

(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します。

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（2027）年度において、最終評価として令和11（2029）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します。

計画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、安堵町国民健康保険運営協議会等で検討したうえで、必要に応じて見直しを行います。

第9章 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、以下の取組を行います。

① 奈良県国民健康保険団体連合会 国保事務支援センターとの連携

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

② 受診しやすい体制づくり

- ・特定健康診査とがん検診等との同時実施について、衛生部門と連携して実施します。
- ・受診者の多様な生活スタイルに合わせて、休日の集団健診を引き続き実施するとともに、休日に受診できる医療機関を広報します。

③ 実施体制の確保

- ・特定健康診査から特定保健指導への流れがスムーズにいくよう、国保部門と衛生部門が、また事務職と専門職が役割を分担しつつ連携強化を図ります。
- ・特定保健指導に関わる専門職の技術向上の一環として、県や奈良県国民健康保険団体連合会が実施するスキルアップ研修などの機会を利用して人材育成を図ります。

④ 受診率等の向上となる取組

- ・被保険者に対して情報提供や啓発活動を行うことで、特定健康診査・保健指導に対する認知度を高め、積極的な受診及び円滑な健診データの提供を行います。
- ・担当者会議等への参加による情報収集や、特定健康診査の好事例集等を参考に、受診率向上に向けた有効な手法を検討し、実施していきます。

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の実行やレッドカードによる受診勧奨の実施等により、早期発見、重症化予防を行います。