

第2期斑鳩町データヘルス計画

第4期斑鳩町国民健康保険特定健康診査等実施計画

令和6年3月

斑鳩町

目次

I. 基本的事項	1
1 計画の趣旨	1
2 計画期間	1
3 実施体制・関連計画との連携	1
4 共通指標について	2
II. 現状の整理	3
III. 計画全体	12
1 課題の整理	12
2 目的・目標	14
IV. 個別保健事業	15
1 特定健康診査実施率向上対策事業	15
2 特定保健指導事業	17
3 糖尿病性腎症重症化予防対策事業	18
4 生活習慣病受診勧奨推進事業	19
5 重複多剤・併用禁忌投薬対策事業	20
6 後発医薬品使用促進事業	21
7 がん検診(受診率向上対策事業)	22
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	23
V. 斑鳩町国民健康保険 特定健康診査等実施計画	24
1 計画の趣旨・背景等	24
2 特定健康診査及び特定保健指導の基本的考え方	24
3 特定健康診査等の実施目標について	26
4 特定健康診査等実施対象者について	26
5 特定健康診査等の実施方法について	27
6 特定保健指導対象者の重点化について	30
7 実施に関する年間スケジュールについて	31
8 特定健康診査等の円滑な実施について	31

VI. その他.....	33
1 計画の評価・見直し	33
2 計画の公表・周知.....	33
3 個人情報の取扱い.....	33
4 地域包括ケアに係る取組.....	34

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。

当町においても、平成30年度に第1期計画を策定し推進してきたところである。前期計画の評価を踏まえつつ、より健康課題に対応した効果的な保健事業を実施することができるよう第2期計画を策定するものとする。また今期計画より新たに、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	国保医療課	計画全体の調整、管理
庁内関係課	健康対策課 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く。

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
斑鳩町総合計画	政策財政課	令和3年～令和12年
斑鳩町健康増進計画及び食育推進計画	健康対策課	令和6年～令和11年
斑鳩町介護保健事業計画・高齢者福祉計画	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。本町においても、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。

【共通指標】

◆データヘルス計画全体の指標

No.	目的	項目	評価指標			
			設定理由・指標の必要性	目指す方向	目標値	直近値 (R4)
1	健康寿命の 延伸	平均余命	健康寿命の延伸や医療費の適正化は、保健事業を取り組む上での重要な目標であるが、健康寿命や医療費は、長期的保健事業の取組により変化し、また、保健事業以外の多くの影響（他保険者の取組、医療の発達、病院の立地等）により変化するものであるため、評価指標として設定せず、参考値として、数値の推移の確認のみを行う。	+		男性 82.6 女性 88.3
2		平均自立期間（要介護2以上）		+		男性 81.0 女性 84.6
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		-		入院 122,103円 外来 182,839円
4		一人当たりの歯科医療費 ※性・年齢調整値		-		歯科 23,119円

◆個別保健事業における指標

No.	目標	取組 (市町村で実施する 個別保健事業)	項目	評価指標			
				設定理由・指標の必要性	目指す方向	目標値	直近値 (R4)
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	厚生労働省「すべての都道府県で設定することが望ましい指標」〈事業評価〉実施率が低い場合、特定健康診査で早期発見が可能であったはずのメタボリックシンドローム該当者等を発見できていない。	+	60%	34.4%
2			特定保健指導実施率	厚生労働省「すべての都道府県で設定することが望ましい指標」〈事業評価〉実施率が低い場合、特定健康診査で早期発見が可能であったはずのメタボリックシンドローム該当者等に適切な保健指導ができていない。	+	60%	20.1%
3			特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	厚生労働省「すべての都道府県で設定することが望ましい指標」〈事業評価〉特定保健指導の効果や実施体制、保健指導の技術的な面等を評価。	+		25.1%
4			血糖の有所見者の割合 (保健指導判定値以上：HbA1c5.6%以上) (基準値を超えた者／健診受診者数*100)	〈事業評価〉コントロール不良者の状況を測ることにより、生活習慣病重症化予防対策が適切だったかなどを検討する。	-		51.8% (34,829人)
5			血圧の有所見者の割合 (保健指導判定値以上： ①収縮期血圧130mmHg以上 ②拡張期血圧85mmHg以上) (基準値を超えた者／健診受診者数*100)	〈事業評価〉コントロール不良者の状況を測ることにより、生活習慣病重症化予防対策が適切だったかなどを検討する。	-		①48.3% (32,494人) ②19.7% (13,250人)
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) (基準値を超えた者／健診受診者数*100)	〈事業評価〉コントロール不良者の状況を測ることにより、生活習慣病重症化予防対策が適切だったかなどを検討する。	-		①3.2% (2,178人) ②20.1% (13,535人) ③51.5% (34,625人)
7	【参考】 生活習慣病 発症状況 モニタリング	【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／被保険者数*100)	人工透析の前段階である一つの疾病であり、かつ、有病者も多く、県全体でアプローチし、重症化予防を推進することが必要と考えるため。	総合的に判断		県の値は、市町村値報告 後集計を実施
8			高血圧症の受療割合 (高血圧症のレセプトがある者／被保険者数*100)	人工透析の前段階である一つの疾病であり、かつ、有病者も多く、県全体でアプローチし、重症化予防を推進することが必要と考えるため。	総合的に判断		県の値は、市町村値報告 後集計を実施
9	生活習慣病の 重症化予防	生活習慣病 重症化予防対策	HbA1c8.0%以上の者の割合 (HbA1c8.0%以上の者／健診受診者のうちHbA1cの検査結果がある者*100)	厚生労働省「すべての都道府県で設定することが望ましい指標」〈事業評価〉血糖コントロール不良者の状況を測ることにより、糖尿病性腎症重症化予防対策が適切だったかなどを検討する。	-		県の値は、市町村値報告 後集計を実施 (参考データセット値 1.10%)
10			新規人工透析導入患者数	人工透析患者1人当たりに係る医療費は非常に高く、疾病別で見たとときに人工透析導入患者の減少を目標とすることは、医療費適正化の観点から有効と考えるため。	-		112人
11	医薬品の 適正使用	適正受診・ 適正服薬の促進	同一月内に複数の医療機関を受診し、重複処方が発生した者の割合 (1以上の薬剤で重複処方を受けた者／被保険者数*100)	※医療費適正化計画のうち、市町村国保においても取り組むことができる項目のため、保健事業ではないが共通して計画に記載させるため共通指標とする。	-		0.51% (1,398/275,701人)
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／被保険者数*100)	〈事業評価〉重複・多剤投与対策が適切だったかなどを検討する。	-		6.52% (17,963/275,701人)
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）	※医療費適正化計画のうち、市町村国保においても取り組むことができる項目のため、保健事業ではないが共通して計画に記載させるため共通指標とする。 〈事業評価〉後発医薬品の使用促進対策が適切だったかなどを検討する。	+		76.5% (R5.3月)

II. 現状の整理

【人口・被保険者数・年齢構成】

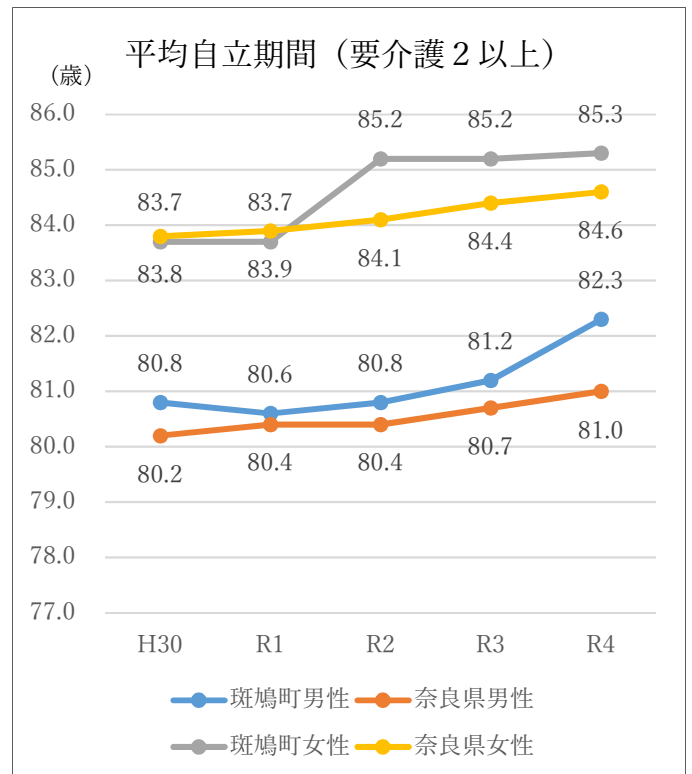
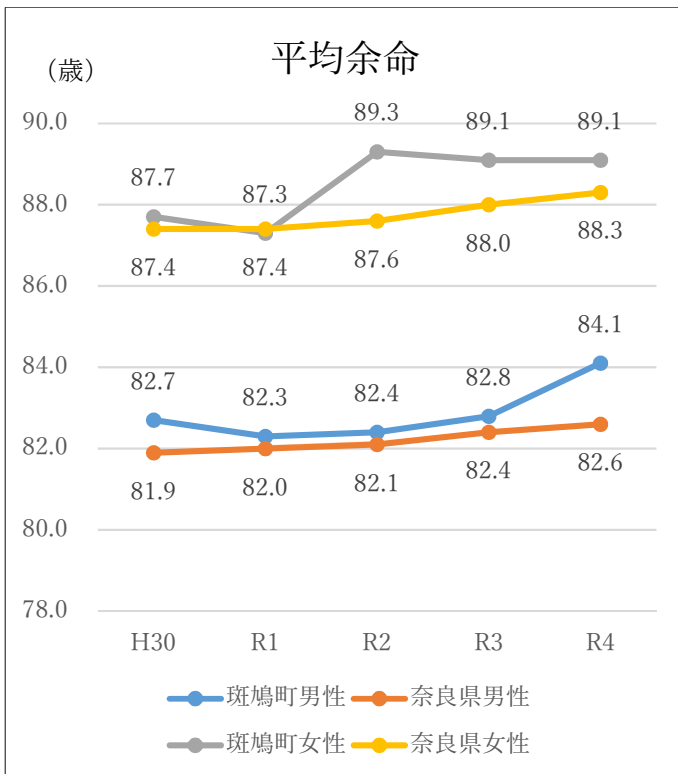
	H30度	R1度	R2度	R3度	R4度
被保険者数(人)	5,995	5,733	5,651	5,476	5,098
人口(人)	28,319	28,210	28,239	28,220	28,127
人口に占める割合(%)	21.2%	20.3%	20.0%	19.4%	18.1%

出典 被保険者数…国民健康保険事業状況報告書(年報)・人口…統計資料人口表(年度末)

被保険者年齢構成(人)	H30度	R1度	R2度	R3度	R4度
未就学児 (0歳～6歳)	150	137	140	135	125
前期高齢者 (65歳～74歳)	3,007	2,927	2,905	2,760	2,484
一般 (7歳～64歳)	2,838	2,669	2,606	2,581	2,489

出典 国民健康保険事業状況報告書(年報)

【平均余命】・【平均自立期間】

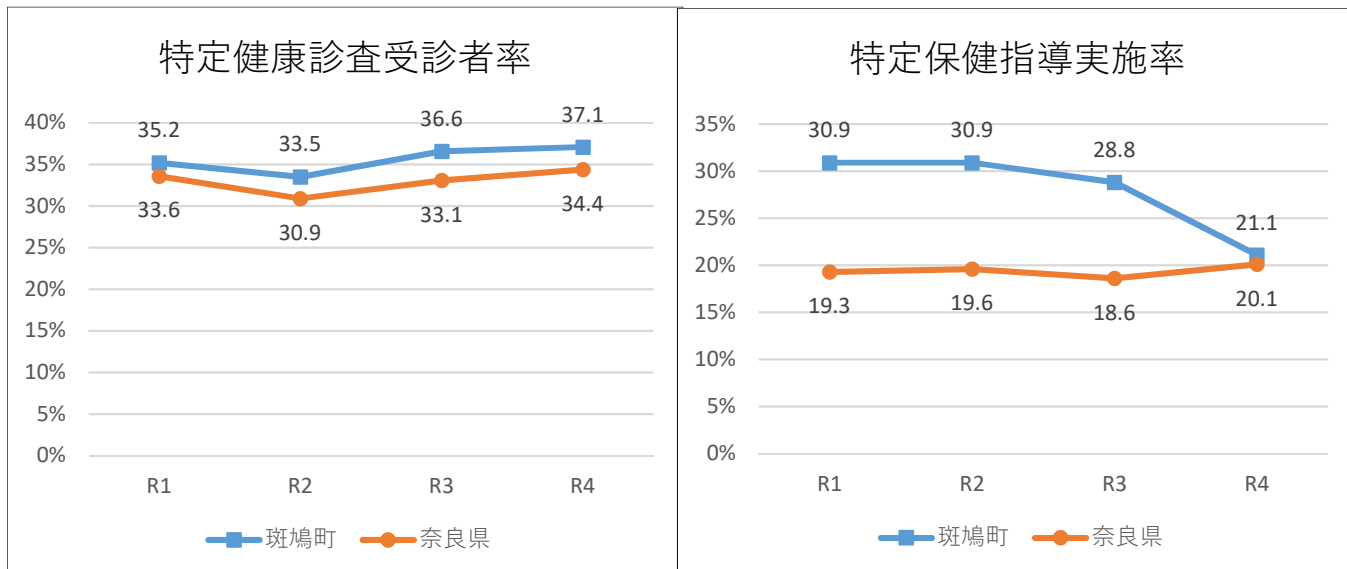


出典：KDBシステム「地域の全体像の把握」

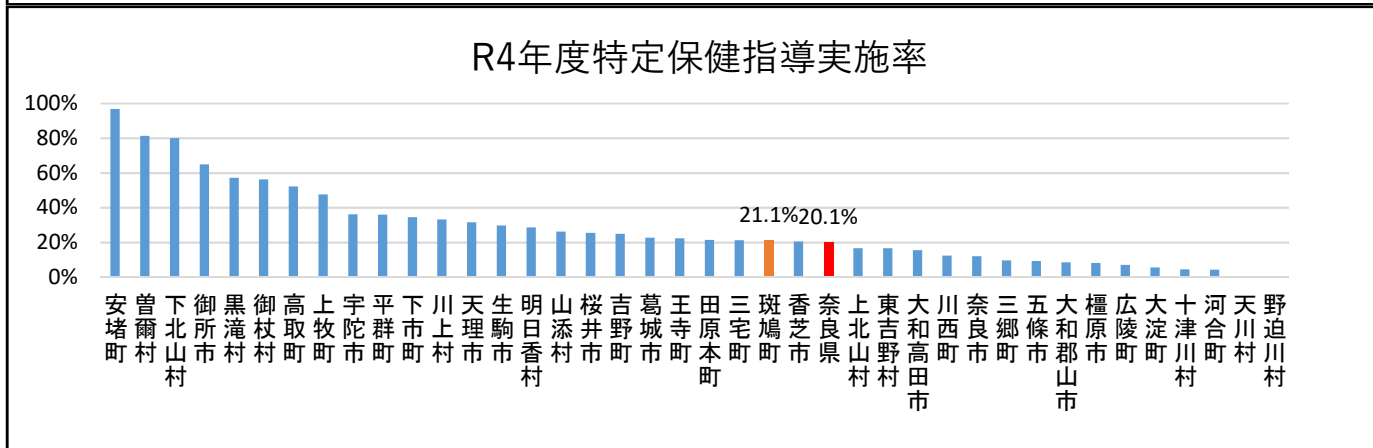
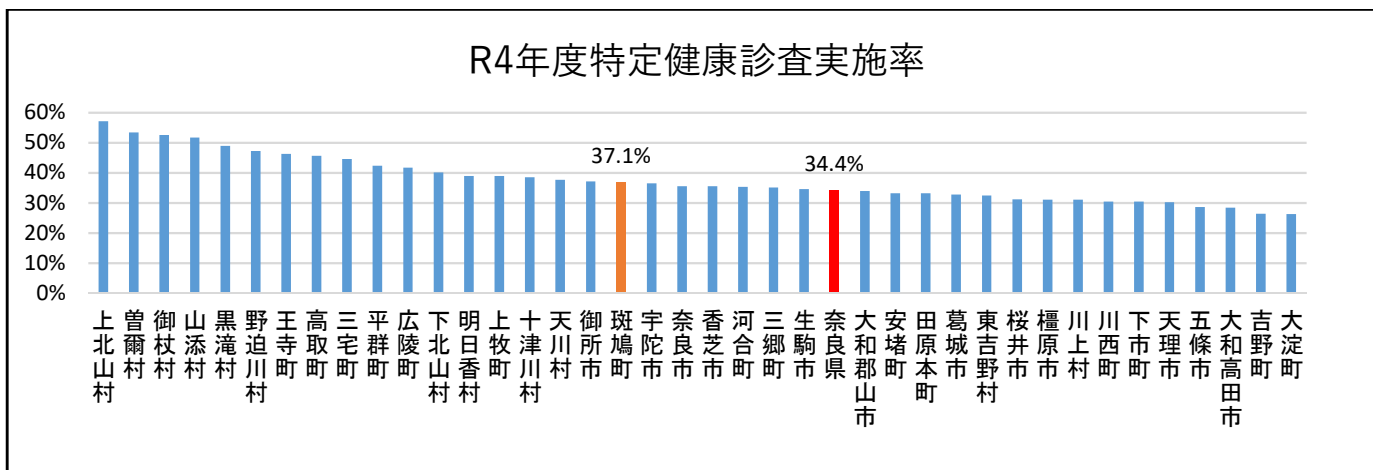
被保険者数は町内の人口の約18%を占めている。年次推移からは被保険者数は減少傾向であるが、年齢別にみると、前期高齢者世代の被保険者数・一般世代の被保険者数が大幅に減少している。これは団塊世代の後期高齢者への移行および社会保険の適用拡大が関係していると考えられ、今後もますます減少していく傾向が考えられる。

令和4年度の斑鳩町の平均余命は男性84.1歳、女性89.1歳、平均自立期間は男性82.3歳、女性85.3歳で、女性の方が長い。経年的に見て男性の平均余命・平均自立期間が長くなってきてはいるが、女性の平均余命・平均自立期間はほぼ横ばいで推移している。男性・女性とも奈良県全体より長い。

【特定健康診査・特定保健指導（法定報告）】



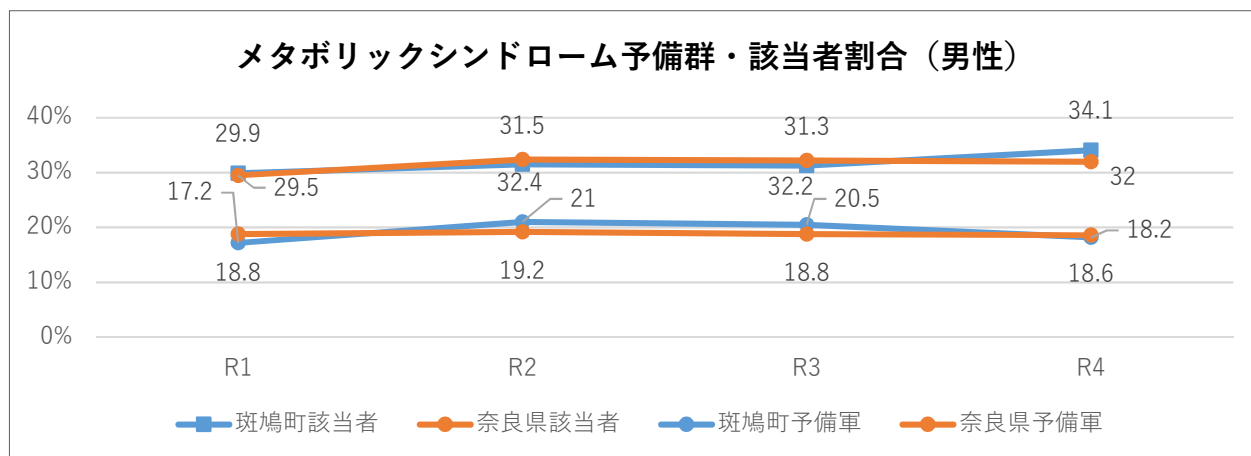
出典：法定報告（特定健診・特定保健指導実施結果報告（TKCA011））



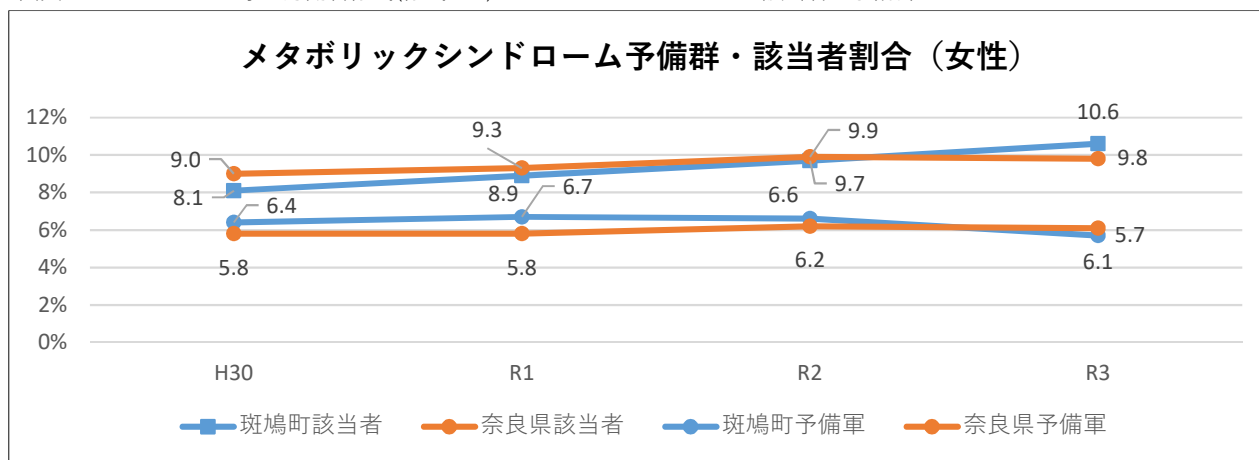
令和2年度の特定健診受診率はコロナ禍の影響で受診券の送付が6月から9月に変更となり、はがきによる未受診者勧奨を実施しなかったことから奈良県と同様受診率が低下した。経年的に見ると未受診者ははがきの送付や町内医療機関との連携により、奈良県全体より高い受診率になっているが、目標値との乖離は大きいのが現状である。

特定保健指導実施率は、年々増加傾向にあり、理由として集団健診のセット指導の実施やはがきによる未利用者勧奨などが考えられる。しかし目標値との乖離は大きいのが現状である。

【メタボリックシンドローム予備群・該当者の割合】

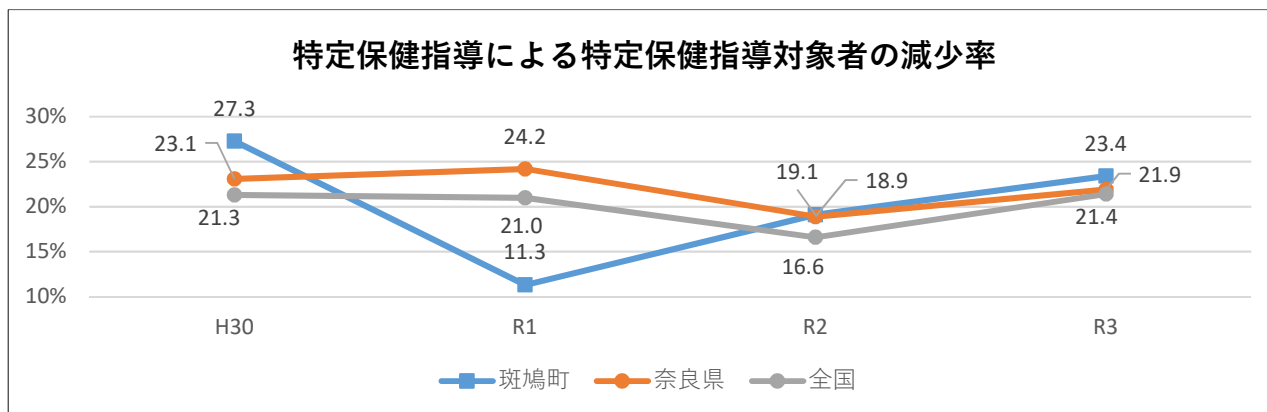


出典：KDB システム 厚生労働省様式(様式 5-3)メタボリックシンドローム該当者・予備群



出典：KDB システム 厚生労働省様式(様式 5-3)メタボリックシンドローム該当者・予備群

【特定保健指導の減少率】

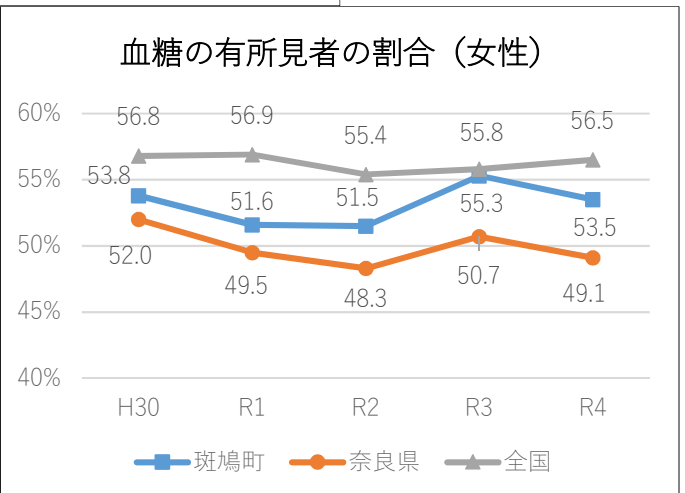
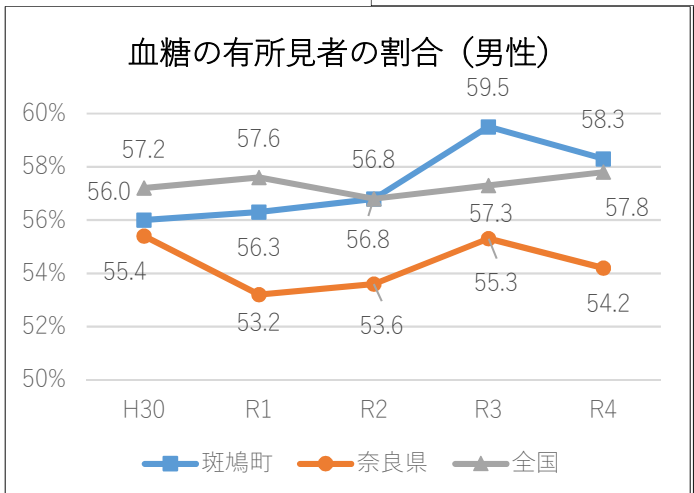
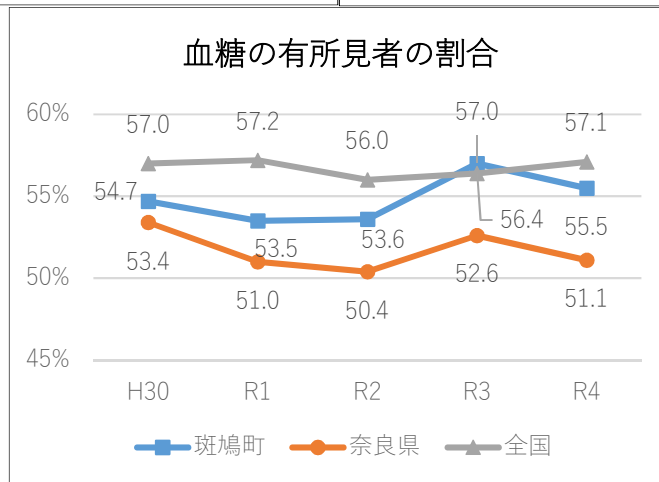
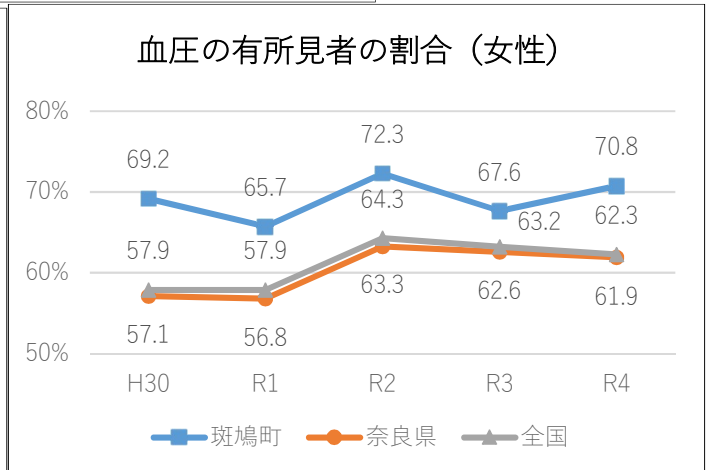
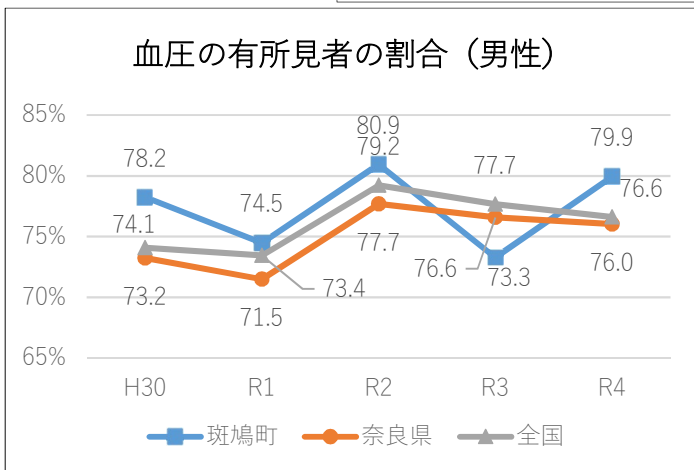
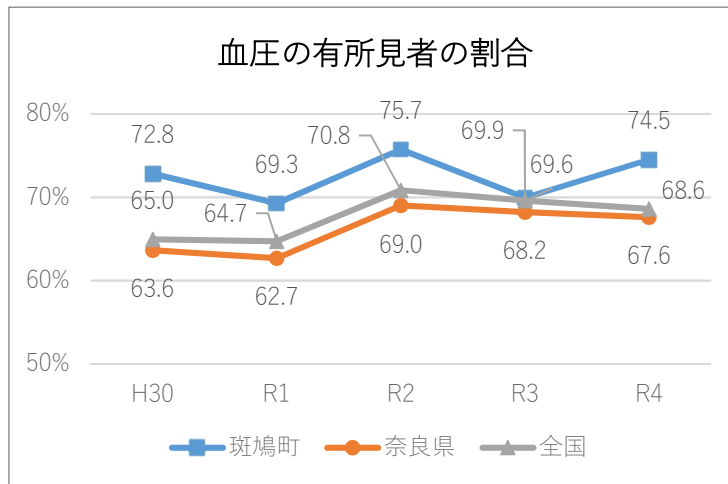


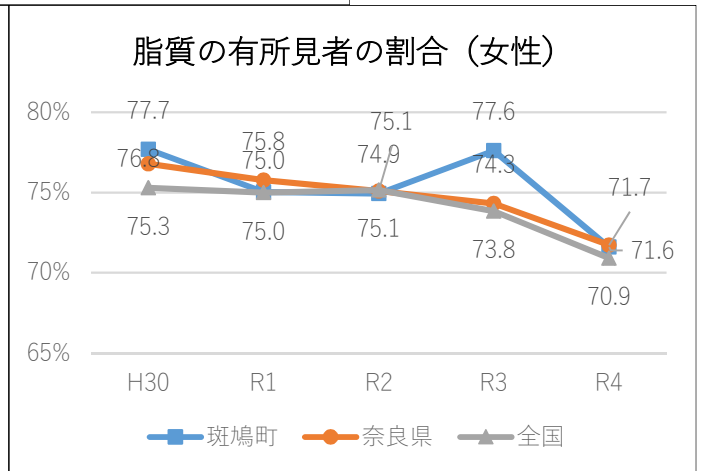
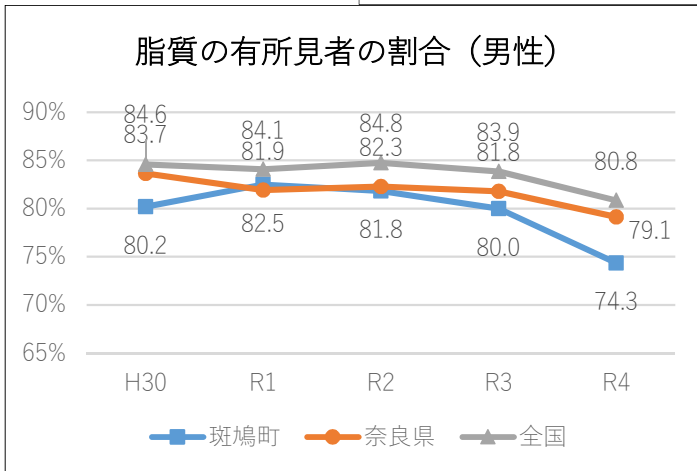
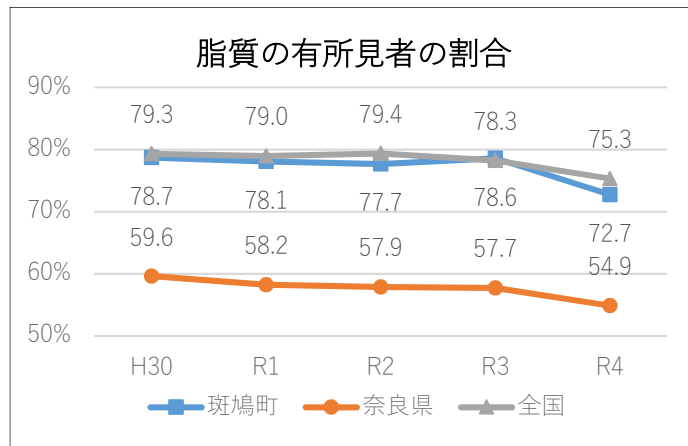
出典：法定報告（特定健診・特定保健指導実施結果報告（TKCA011））

メタボリックシンドロームの予備群・該当者の割合は、男性について該当者は横ばいであり奈良県より低く予備軍は増加傾向にあり奈良県より高い。女性について該当者は増加しており奈良県より高く、予備軍は減少傾向にあり奈良県より低い。

特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率については、増減を繰り返し、全国・奈良県と比較すると高い。

【健診有所見者の割合】

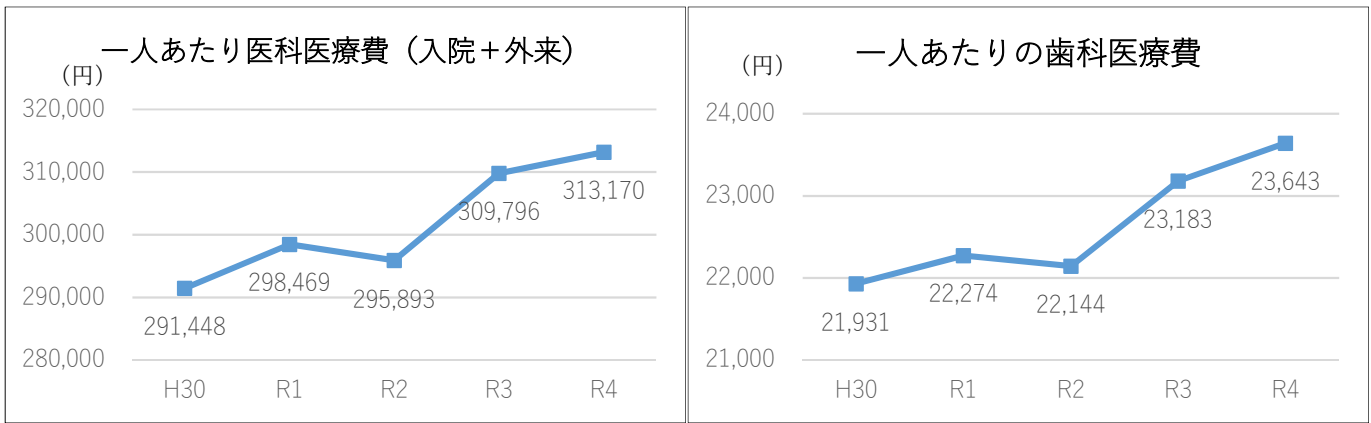




出典：KDB システム 厚生労働省様式(様式 5-2)健診有所見者状況

健診有所見者の割合について、血圧は増減を繰り返し奈良県・全国より高く、男女別では男性の割合が高い。血糖は増加傾向にあり、全国より低く奈良県より高く、男女別では男性の割合が高い。脂質は減少傾向にあり、全国より低く奈良県より高く、男女別では男性が高いが全国・奈良県より低い。

【一人あたり医科医療費】・【一人あたり歯科医療費】



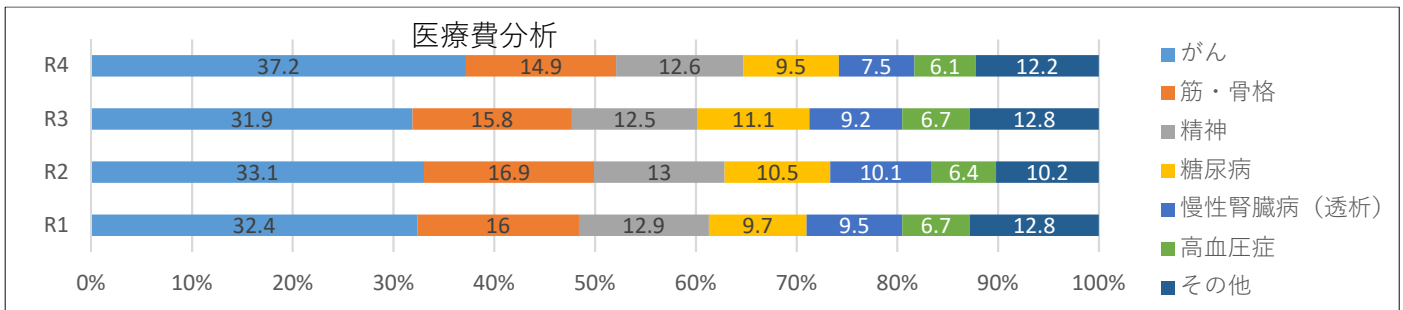
出典：KDB システム 「健康スコアリング」

一人あたり医科医療費・歯科医療費については、令和2年度はコロナによる受診控えの影響から減少していたが、年々増加傾向にあり、医療の高度化や診療報酬の改定等により、今後も増加していくと考えられる。

【疾病別医療費】

	H30		R1		R2		R3		R4	
	傷病名	医療費 (千円)	傷病名	医療費 (千円)	傷病名	医療費 (千円)	傷病名	医療費 (千円)	傷病名	医療費 (千円)
第1位	糖尿病	118,949	糖尿病	115,044	慢性腎臓病 (透析あり)	114,730	糖尿病	113,987	糖尿病	100,396
第2位	慢性腎臓病 (透析あり)	98,975	慢性腎臓病 (透析あり)	115,022	糖尿病	113,959	慢性腎臓病 (透析あり)	97,561	慢性腎臓病 (透析あり)	79,454
第3位	関節疾患	98,703	統合失調症	83,357	関節疾患	82,602	関節疾患	74,389	関節疾患	72,074
第4位	高血圧症	86,064	高血圧症	80,706	高血圧症	72,242	高血圧症	71,267	高血圧症	64,487
第5位	統合失調症	71,011	関節疾患	72,901	統合失調症	71,338	統合失調症	64,183	統合失調症	58,621

出典：KDB システム 「S23_001 医療費分析(1)細小分類」



出典：KDB システム 「地域の全体像の把握」

斑鳩町でも糖尿病、慢性腎臓病、高血圧症等が疾病別医療費の上位を占めており、医療費分析ではがんが3割を占めている。

【健診受診者のうち未治療者割合】

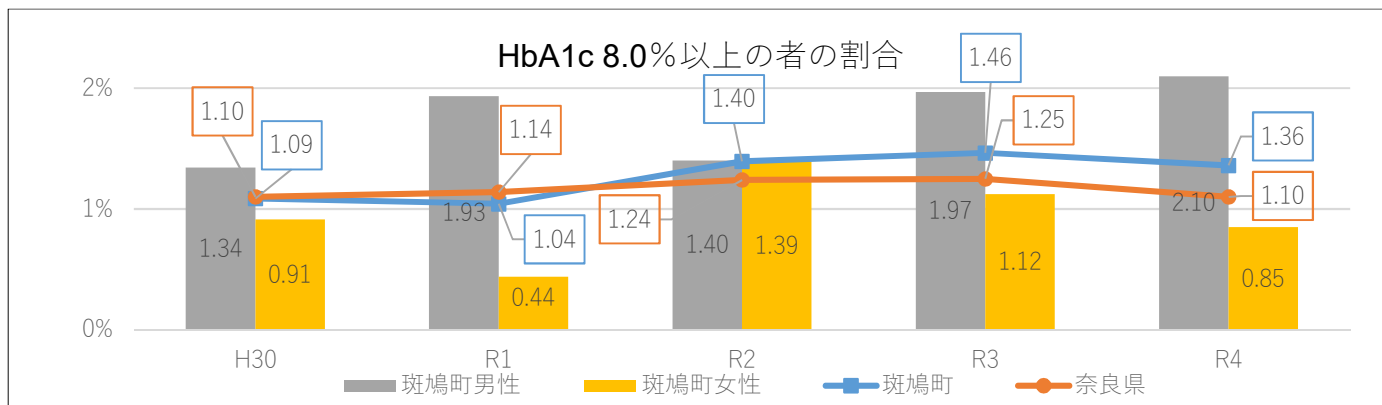
	H30	R1	R2	R3	R4
未治療者	79	62	67	59	50
特定健診受診者	1,635	1,518	1,426	1,497	1,393
割合	4.83%	4.08%	4.70%	3.94%	3.59%

※未治療者基準…血圧 180/100 mm Hg 以上、HbA1c8.0%以上、LDL200 mg/dℓ以上、中性脂肪 500 mg/dℓ以上、eGFR45ml/min/1.73 m²未満

出典：国保連合会 (医療費等分析システム)

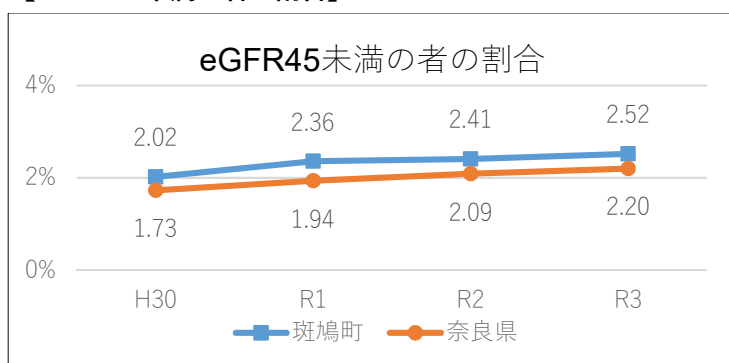
斑鳩町での未治療者の割合は年々減少しているが、未治療者として抽出している対象者を未治療のまま放置すると、脳血管疾患や心臓病等の循環器疾患を発症する可能性が高まることが考えられる。

【HbA1c8.0%以上の者の割合】



出典：KDB システム 介入対象者の絞り込み

【eGFR45未満の者の割合】



【人工透析医療費】

(医療費全体のうちに占める割合)

		H30度	R1度	R2度	R3度	R4度
人工透析医療費の割合 (%)	斑鳩町	4.1262	3.0827	3.7506	3.4858	1.9984
	奈良県	2.821	3.0218	3.2948	3.3306	3.1992

出典：医療費等分析システム

(人工透析1人あたり医療費)

		H30度	R1度	R2度	R3度	R4度
人工透析1人あたり医療費 (千円)	斑鳩町	4,613	5,174	4,970	5,167	4,089
	奈良県	4,699	4,754	4,787	5,002	4,822

出典：医療費等分析システム

【透析の人数】

	H30度	R1度	R2度	R3度	R4度
糖尿病治療中人工透析者数 (人)	19	13	15	14	10

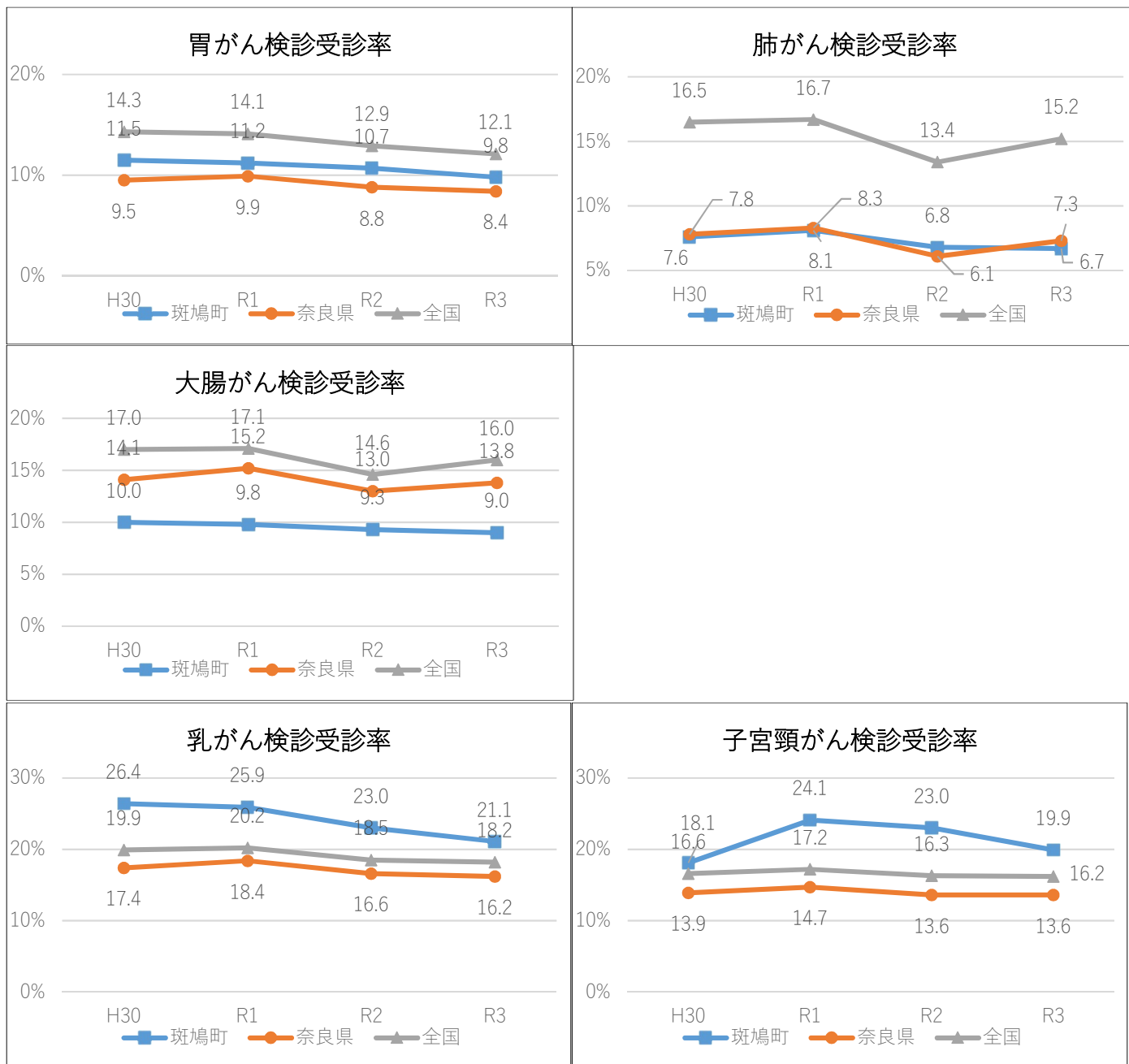
出典：医療費等分析システム

	H30度	R1度	R2度	R3度	R4度
糖尿病治療中新規透析導入者数 (人)	4	2	2	0	2

出典：医療費等分析システム

HbA1c 8.0%以上の者の割合は増加傾向であり、奈良県よりも高く、男女別では男性の方が高い。eGFR45未満の者の割合は増加傾向であり、奈良県より高い。人工透析者数の減少により、医療費全体に占める人工透析医療費、人工透析医療費の1人あたりにおける医療費は減少傾向にある。人工透析患者数、新規透析導入者数は平成30年度と比較すると減少傾向にある。

【5がん検診受診率（国民健康保険被保険者のうち）】



出典：e-tat 地域保健・健康増進事業報告 健康増進編 市区町村表 20-1~20-4

国民健康保険被保険者のがん検診受診率について、5がん検診の受診率は減少傾向にあり、肺がん・大腸がん検診では全国・奈良県と比較すると低く、胃がん検診は奈良県より高く全国より低い。乳がん・子宮頸がん検診は全国・奈良県より高い。

【重複多剤処方状況】

重複	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	5,801	5,720	5,550	5,164
1以上の薬剤で重複処方を受けた者	168	158	158	170
処方を受けた者の割合(%) (処方を受けた者 / 被保険者数) * 100)	2.90	2.76	2.85	3.29

出典：KDB システム S27_013 重複・多剤処方の状況

多剤	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	5,801	5,720	5,550	5,164
9以上の薬剤処方を受けた者	173	177	154	187
処方を受けた者の割合(%) (処方を受けた者 / 被保険者数) * 100)	2.98	3.09	2.77	3.62

出典：KDBシステム S27_013 重複・多剤処方の状況

【後発医薬品使用割合】

	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
斑鳩町 (%)	68.6	73.0	70.7	73.1	76.5
奈良県 (%)	68.9	74.0	71.4	74.1	76.5

出典：保険者別の後発医薬品の使用割合（厚生労働省）

重複処方を受けたものの割合、多剤処方を受けたものの割合は令和元年から令和3年度はほぼ横ばいであり、令和4年度には増加しているため、医療費適正化の観点からさらに取り組んでいく必要がある。後発医薬品使用割合は年々増加しているが、以前国の目標である80%には届いていない。

【要介護認定率】

	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
認定者数合計 (人)	1,590	1,622	1,640	1,682	1,682
第1号被保険者数 (人)	8,527	8,602	8,678	8,698	8,649
認定率 (%)	18.6	18.9	18.9	19.3	19.4

出典：斑鳩町介護保険事業計画・高齢者福祉計画

【身体的フレイル該当者割合】

		R2	R3	R4
斑鳩町	身体的フレイル該当者数	351	352	335
	健康診査受診者	1443	1599	1648
	フレイル該当者割合	24.32%	22.01%	20.33%
奈良県	身体的フレイル該当者数	10137	10314	11060
	健康診査受診者	48861	50360	54801
	フレイル該当者割合	20.75%	20.48%	20.18%

出典：身体的フレイル該当者数…KDB 二次加工ツール(一体的実施・KDB 活用支援ツール)・健康診査受診者…奈良県後期高齢者医療の概況

要介護認定率は年々増加している。

身体的フレイル該当者数については、令和2年度からの後期高齢者の健康診査における質問票の回答より抽出を行った。フレイル該当者割合については年々減少しているが、奈良県よりは依然として高い状況にある。

【前期計画からの考察】

特定健診受診率、特定保健指導は奈良県平均よりも高く、健診受診者の生活習慣予防に向けての取り組みを行っているが、1人あたり医療費やメタボリックシンドローム該当者・予備軍の割合は増加傾向にあり、生活習慣病予防・適切な治療につながっていない可能性が考えられる。今期計画では前期計画の内容を見直し、町内医療機関・商工会・国保連合会等関係機関と連携し、生活習慣病予防・重症化予防に向けて取り組む必要がある。

Ⅲ. 計画全体

1 課題の整理

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は奈良県平均より高いが目標値には到達しておらず、生活習慣病の早期発見に繋がっていないため。・特定保健指導実施率は奈良県平均よりは高いが、目標値には到達していないことから、生活習慣病予防行動の動機付けにつながっていないため。・メタボリックシンドローム該当者は男性が増加傾向であり、予備軍は女性が増加傾向にあり奈良県平均よりも高く、高血圧症・脂質異常症・高血糖等の生活習慣病につながる恐れが高いため。
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の割合・メタボリックシンドローム予備軍の割合・血糖の有所見者の割合・血圧の有所見者の割合・脂質の有所見者の割合
取り組みの方向性	<ul style="list-style-type: none">・前期計画でも ICT の導入等の取り組みを行っていたが、目標到達には至っていないことから、今期計画では従来の実施内容等を見直し、医療機関や商工会等の関係機関と連携し特定健康診査・特定保健指導の実施率向上に向けての取り組みを推進していく。

課題2：糖尿病重症者の割合の増加	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none">・人工透析者数の減少により、医療費全体に占める人工透析医療費、人工透析医療費の1人あたりにおける医療費は減少傾向にあるが HbA1c 8.0%以上の者の割合、eGFR45未満の者の割合は増加傾向であり、奈良県より高く糖尿病の重症化（人工透析の移行）につながる恐れが高いため。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none">・人工透析者数・人工透析に係る医療費（医療費全体のうちの割合、1人あたり医療費）・HbA1c8.0%以上、eGFR45未満の者の割合・新規人工透析導入患者数
取り組みの方向性	<ul style="list-style-type: none">・前期計画に引き続き、奈良県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき受診勧奨・保健指導を実施する。

課題3：生活習慣病に関連した医療費の増加	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none">・斑鳩町においても慢性腎臓病やがん、糖尿病、高血圧症等の生活習慣病に関連した医療費が上位をしめている。高血圧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く、将来的な医療費の増加につながるため。・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ため。

根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1人当たりの医科医療費（入院+外来） ・ 1人当たりの歯科医療費 ・ 疾病別医療費 ・ 健診受診者のうち未治療者割合 ・ 5がん受診率（国民健康保険被保険者のうち）
取り組みの方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健康診査等の結果をもとに結果通知、受診勧奨、保健指導により、医療機関の受診が必要な人を受診および治療に結び付けることを推進する。 (特定保健指導の実施率向上、生活習慣病受診勧奨推進事業、がん検診受診率向上事業) ・ 受診しやすい体制づくり、効果的な受診勧奨を行うことにより受診率向上につながるような取り組みを行う。

課題4：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り、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ため。 ・ 医療費の適正化にあたり、その多くを占める薬剤費の伸びを抑制するため、後発医薬品の使用促進が行われており、国は後発医薬品使用割合の目標を80%（数量シェア）と掲げている。斑鳩町でも年々使用割合は増加しているが、令和4年度で76.5%と国の目標には達していないため。
根拠となるデータ	<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（1以上の薬剤で重複処方を受けた者／被保険者数） ・ 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） ・ 後発医薬品使用割合（数量ベース）
取り組みの方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 重複服薬、多剤投与、併用禁忌等の人に対して、通知等を行うことで、それらを適正化する。(多剤・併用禁忌投薬対策事業) ・ 差額通知および普及啓発等の取組を通じて、後発医薬品の利用を促進し、その利用率を高める。(後発医薬品使用促進事業)

課題5：高齢者の医療費と要介護者の増加

課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 人口の高齢化が進む中で、高齢者の要介護状態やフレイルの予防が重要となっている。令和元年改正の国民健康保険法や介護保険法等のもと、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。斑鳩町では、令和3年度より保健事業と介護予防の一体的実施を開始したが、まだ十分な実施ができていないのが現状である。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 要介護認定者率 ・ フレイル該当者割合
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の推進に関する事業を推進する。

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	特定健康診査実施率	60%	特定健康診査実施率向上対策事業
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	増加	特定保健指導事業
	血糖の有所見者の割合 血圧の有所見者の割合 脂質の有所見者の割合	減少 減少 減少	特定保健指導事業
	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の割合	減少	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	HbA1c 8.0%以上の割合	減少	糖尿病性腎症重症化予防対策事業
	新規人工透析導入者数	0人	糖尿病性腎症重症化予防対策事業
	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）	減少	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	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	減少	適正受診・適正服薬促進事業
	同一月内に9以上の薬剤の処方を受けた者の割合	減少	
	後発医薬品使用割合	増加	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	5がん検診受診率	60%	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	要介護認定者率 フレイル該当者割合	減少 減少	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

IV. 個別保健事業

1 特定健康診査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>斑鳩町においても、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 36.6% (令和 3 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>受診勧奨事業</p> <table border="1" data-bbox="300 741 1385 958"> <tr> <td>対 象</td> <td colspan="2">43～74 歳で過去の受診歴から国保事務支援センターが定める対象</td> </tr> <tr> <td>実施時期</td> <td colspan="2">9～10 月 対象者へ勧奨ハガキを送付</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">内 容</td> <td>1 月</td> <td>上記対象者の受診確認を実施</td> </tr> <tr> <td>2 月</td> <td>再勧奨のハガキを送付</td> </tr> </table> <p>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、各保険者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。</p> <p>受診体制の充実</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健康診査費用の無償化 ・ 人間ドックの費用助成 ・ 集団健診時に大腸がん検診・前立腺がん検診・肝炎ウイルス検査・同時実施、休日健診の実施 ・ ポイント制のインセンティブ事業の実施（健康マイレージ事業） <p>継続受診対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 健診結果説明会の実施 <p>健診機会の周知</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 未受診者への啓発 ・ 広報等での啓発 ・ 医療機関や関係機関等との連携・情報共有 ・ 働き盛り世代への取り組み 			対 象	43～74 歳で過去の受診歴から国保事務支援センターが定める対象		実施時期	9～10 月 対象者へ勧奨ハガキを送付		内 容	1 月	上記対象者の受診確認を実施	2 月	再勧奨のハガキを送付
対 象	43～74 歳で過去の受診歴から国保事務支援センターが定める対象													
実施時期	9～10 月 対象者へ勧奨ハガキを送付													
内 容	1 月	上記対象者の受診確認を実施												
	2 月	再勧奨のハガキを送付												
評価指標	区分	指標	目標値											
	アウトカム	・ 特定健診実施率	増加											
	アウトプット	・ 未受診者への受診勧奨率 ・ 集団健診の実施回数	100% 3 回/年											

	<p>プロセス ストラクチャー</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 下記の内容について、関係課で検討を行う（毎年度末） <ul style="list-style-type: none"> ① 特定健診の実施方法 ② 受診勧奨方法・時期・内容 ③ 結果説明会の時期・内容 ④ 特定健診の周知・啓発の時期・内容 ・ 下記の内容について、毎年把握を行う <ul style="list-style-type: none"> ① 受診勧奨者の受診率 ② 人間ドック・集団健診の受診者数 ・ 国保連合会の説明会に参加、必要時連携する ・ 医療機関、関係機関等との連携・情報共有
--	--------------------------------	---

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>斑鳩町においても、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 28.8%(令和 3 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>利用体制の充実</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診対象者の結果送付時に健診結果を踏まえたリーフレットを同封する 特定保健指導対象者には利用券と案内文を同封し、その後電話等で勧奨を実施する 面談等で保健師や管理栄養士などの専門職による支援を実施する ・ 一部委託により ICT・夜間での特定保健指導を実施できる環境を整える ・ 初回面接の分割実施 ・ ポイント制のインセンティブ事業の実施（健康マイレージ事業） <p>利用機会の周知</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 町内委託医療機関と連携・共有 		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の改善割合 (腹囲 2 センチ、体重 2 Kg 減量割合) ・ 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 ・ 有所見者の割合 (血糖・血圧・脂質(中性脂肪・HDL コレステロール・LDL コレステロール)) 	<p>増加</p> <p>増加</p> <p>減少</p>
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保健指導実施率 ・ 利用勧奨実施率 (電話・郵送等) 	<p>増加</p> <p>100%</p>
	プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・ 下記の内容について、関係課で検討を行う (毎年度末) <ul style="list-style-type: none"> ①利用勧奨方法・時期・内容 ②保健指導実施内容 (初回面接分割実施・ICT 等の委託・アウトカム評価の方法)・時期 ・ 下記の内容について、毎年把握を行う <ul style="list-style-type: none"> ①利用勧奨者の実施率 ②初回面接分割実施の人数 ・ 医療機関、関係機関等との連携・情報共有 	

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>斑鳩町においても、H31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>受診勧奨事業</p> <table border="1" data-bbox="300 510 1382 781"> <tr> <td data-bbox="300 510 472 618">対 象</td> <td data-bbox="472 510 1382 618"> 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 data-bbox="300 618 472 781">実施時期 内容</td> <td data-bbox="472 618 1382 781"> ①12月対象選定し、1月受診勧奨ハガキを送付する 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>保健指導事業</p> <table border="1" data-bbox="300 837 1382 1162"> <tr> <td data-bbox="300 837 472 945">対 象</td> <td data-bbox="472 837 1382 945"> 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 data-bbox="300 945 472 1162">実施時期 内容</td> <td data-bbox="472 945 1382 1162"> ～7月 対象者選定作業 9～2月 保健指導実施(業者委託による) ・保健師等の専門職による約6か月間の保健指導 ・面談3回、電話支援4回、医師への報告書送付3回 </td> </tr> </table>			対 象	①過去に糖尿病受診歴があるが、半年間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 内容	①12月対象選定し、1月受診勧奨ハガキを送付する 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 内容	～7月 対象者選定作業 9～2月 保健指導実施(業者委託による) ・保健師等の専門職による約6か月間の保健指導 ・面談3回、電話支援4回、医師への報告書送付3回		
対 象	①過去に糖尿病受診歴があるが、半年間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 内容	①12月対象選定し、1月受診勧奨ハガキを送付する 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 内容	～7月 対象者選定作業 9～2月 保健指導実施(業者委託による) ・保健師等の専門職による約6か月間の保健指導 ・面談3回、電話支援4回、医師への報告書送付3回												
評価指標	<table border="1" data-bbox="284 1216 1449 2036"> <thead> <tr> <th data-bbox="284 1216 603 1279">区分</th> <th data-bbox="603 1216 1043 1279">指標</th> <th data-bbox="1043 1216 1449 1279">目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="284 1279 603 1559"> アウトカム </td> <td data-bbox="603 1279 1043 1559"> <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 </td> <td data-bbox="1043 1279 1449 1559"> 改善 増加 減少 0人 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="284 1559 603 1666"> アウトプット </td> <td data-bbox="603 1559 1043 1666"> <ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨率 ・保健指導実施者数 </td> <td data-bbox="1043 1559 1449 1666"> 100% 増加 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="284 1666 603 2036"> プロセス・ストラクチャー </td> <td colspan="2" data-bbox="603 1666 1449 2036"> <ul style="list-style-type: none"> ・下記の内容について、毎年把握を行う ①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実施できたか ②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） ・国保連合会と連携し、事業を進める ・町内委託医療機関と打合せ・実施後報告を行う </td> </tr> </tbody> </table>	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 	改善 増加 減少 0人	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨率 ・保健指導実施者数 	100% 増加	プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・下記の内容について、毎年把握を行う ①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実施できたか ②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） ・国保連合会と連携し、事業を進める ・町内委託医療機関と打合せ・実施後報告を行う 	
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 	改善 増加 減少 0人											
アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨率 ・保健指導実施者数 	100% 増加											
プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・下記の内容について、毎年把握を行う ①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実施できたか ②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） ・国保連合会と連携し、事業を進める ・町内委託医療機関と打合せ・実施後報告を行う 												

4 生活習慣病受診勧奨推進事業

目的	<p>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。</p> <p>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を早期に発見し治療につなげることで口腔機能を維持・向上させ、生活習慣病のリスクを低減させることが可能となる。</p> <p>以上のことから、早期に受診勧奨を行い適正受診につなげ、生活習慣病の重症化を予防する。</p>														
内容	<p>レッドカード事業・歯科受診勧奨事業</p> <table border="1" data-bbox="300 689 1385 1122"> <tr> <td data-bbox="300 689 470 902"> 対象 </td> <td colspan="2" data-bbox="475 689 1385 902"> 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 data-bbox="300 909 470 1122"> 実施時期 内容 </td> <td colspan="2" data-bbox="475 909 1385 1122"> 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>			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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>指標</th> <th>目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="288 1272 603 1585"> アウトカム </td> <td data-bbox="608 1272 1043 1585"> ・ 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 mmHg 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に評価） </td> <td data-bbox="1048 1272 1447 1585"> 45% 減少 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="288 1592 603 1641"> アウトプット </td> <td data-bbox="608 1592 1043 1641"> ・ 受診勧奨率 </td> <td data-bbox="1048 1592 1447 1641"> 100% </td> </tr> <tr> <td data-bbox="288 1648 603 1895"> プロセス・ストラクチャー </td> <td colspan="2" data-bbox="608 1648 1447 1895"> ・ 対象者の受診状況を把握する ・ 町内委託医療機関への事業説明を行う（年度当初に実施） ・ 対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか検討・見直しを行う ・ 国保連合会と連携し、事業を進める </td> </tr> </tbody> </table>	区分	指標	目標値	アウトカム	・ 勧奨者の医療機関受診者割合 ・ 健診受診者のうち未治療者割合 （※血圧 160/100 mmHg 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に評価）	45% 減少	アウトプット	・ 受診勧奨率	100%	プロセス・ストラクチャー	・ 対象者の受診状況を把握する ・ 町内委託医療機関への事業説明を行う（年度当初に実施） ・ 対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか検討・見直しを行う ・ 国保連合会と連携し、事業を進める			
区分	指標	目標値													
アウトカム	・ 勧奨者の医療機関受診者割合 ・ 健診受診者のうち未治療者割合 （※血圧 160/100 mmHg 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に評価）	45% 減少													
アウトプット	・ 受診勧奨率	100%													
プロセス・ストラクチャー	・ 対象者の受診状況を把握する ・ 町内委託医療機関への事業説明を行う（年度当初に実施） ・ 対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか検討・見直しを行う ・ 国保連合会と連携し、事業を進める														

5 重複多剤・併用禁忌投薬対策事業

目的	保険者努力支援制度の評価項目である重複投薬者等に対する取組及び医療費適正化計画の重点的な項目である重複投薬対策における国保保険者への支援として実施する。														
内容	(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 <table border="1" data-bbox="300 365 1382 528"> <tr> <td data-bbox="300 365 470 421">対 象</td> <td data-bbox="475 365 1382 421">一定の要件の対象者(重複、多剤、併用禁忌投薬者)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 421 470 477">実施時期</td> <td data-bbox="475 421 1382 477">6～7月 対象者選定</td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 477 470 528">内容</td> <td data-bbox="475 477 1382 528">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> (2) 重複・多剤投薬対象者への電話による状況確認 <table border="1" data-bbox="300 640 1382 804"> <tr> <td data-bbox="300 640 470 696">対 象</td> <td data-bbox="475 640 1382 696">一定の要件の対象者(重複、多剤投薬者)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 696 470 752">実施時期</td> <td data-bbox="475 696 1382 752">6～7月 対象者選定</td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 752 470 804">内容</td> <td data-bbox="475 752 1382 804">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、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"> ・送付者の改善割合(年度末に評価) ・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 ・同一月内に9以上の薬剤の処方を受けた者の割合 	増加 減少 減少												
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・注意喚起文書送付率 ・電話で状況確認できた率 	100% 100%												
	プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか検討・見直しを行う。 ・医師会・薬剤師会との連携を行う ・国保連合会と連携を行う。 													

6 後発医薬品使用促進事業

目的	奈良県の後発医薬品の使用割合は、全国 46 位にとどまっている。また、斑鳩町でも令和 4 年度現在 76.5%と県内平均（76.5%）と同程度の使用割合となっている。後発医薬品の使用割合 80%の目標達成に向けて、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行い、広く住民に正しい情報の周知を図る。																
内容	<p>(1) 後発医薬品差額通知の送付（4 回/年）</p> <table border="1" data-bbox="381 459 1350 757"> <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="381 813 1350 963"> <tr> <td>対 象</td> <td>国保被保険者世帯</td> </tr> <tr> <td>内容</td> <td> コールセンターを設置（国保中央会に委託）し、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="381 1019 1350 1216"> <tr> <td>対 象</td> <td>国保被保険者世帯</td> </tr> <tr> <td>内容</td> <td> 啓発品：後発医薬品促進に関するものを配布する。 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を配布する。 </td> </tr> </table> <p>(4) 広報等で後発医薬品について啓発を行う</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	内容	コールセンターを設置（国保中央会に委託）し、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	内容	啓発品：後発医薬品促進に関するものを配布する。 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を配布する。
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																
内容	コールセンターを設置（国保中央会に委託）し、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																
内容	啓発品：後発医薬品促進に関するものを配布する。 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を配布する。																
評価指標	区分	指標	目標値														
	アウトカム	後発品使用割合	増加														
	アウトプット	差額通知送付率 後発医薬品希望シール配布率	100% 100%														
	プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品の使用状況のデータ分析を行う。 ・実施方法、実施時期は適切であったか検討と見直しを行う。 ・医師会、薬剤師会等と連携を行う。 															

7 がん検診(受診率向上対策事業)

目的	がんは斑鳩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ある。そのため早期発見・早期治療につなげるためにがん検診の実施、受診率の向上は重要である。がん検診については、がん対策推進基本計画に基づき各課が連携を図りながら取り組んでいく。		
内容	各種がん（胃がん・肺がん・子宮頸がん・乳がん・大腸がん）検診の実施 受診体制の充実 <ul style="list-style-type: none"> ・ 集団検診、個別検診の実施（休日検診・セット検診の実施） ・ 各種がん検診のリーフレットを配布 ・ がん検診受診料無償化 ・ 集団検診の際に、託児を実施 周知・啓発 <ul style="list-style-type: none"> ・ 未受診者への啓発 ・ 特定健診・後期高齢者医療保険の受診券送付時にチラシにて啓発 ・ 働き盛り世代への取り組み ・ 子宮頸がん検診（21歳）乳がん検診（41歳）のクーポンの配布 		
評価指標	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	100% 3回/年
	プロセス・ストラクチャー	・ 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討・見直しを行う。	

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>斑鳩町においても、令和3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ある。</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>ハイリスクアプローチ</p> <ul style="list-style-type: none"> 健康状態が不明な高齢者の状態把握を行う。 <table border="1" data-bbox="381 651 1350 887"> <tr> <td>対 象</td> <td>健診・医療・介護保険サービス利用なしの高齢者</td> </tr> <tr> <td>内 容</td> <td>高齢者実態把握調査を実施し、困りごと記載者や未返信者、基本チェックリストの判定結果から介入が必要とされる者を優先的に訪問し、生活状況や心身の状態確認を行う。また、医療機関や健診の受診勧奨及び通いの場への参加を促す。</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> 高齢者の生活習慣病等の重症化予防 <table border="1" data-bbox="381 976 1350 1072"> <tr> <td>対 象</td> <td>健康診査結果より受診勧奨判定値以上の高齢者</td> </tr> <tr> <td>内 容</td> <td>保健師、栄養士による保健指導を行う</td> </tr> </table> <p>ポピュレーションアプローチ</p> <ul style="list-style-type: none"> フレイル予防や健康課題に関する健康教育・健康相談 <table border="1" data-bbox="381 1211 1350 1447"> <tr> <td>対 象</td> <td>斑鳩町全体の通いの場と介護予防教室</td> </tr> <tr> <td>内 容</td> <td>通いの場や介護予防教室で、斑鳩町の健康課題（慢性腎臓病、高血圧）やフレイル予防について保健師が健康教育を実施する。希望に応じて健康相談を行い、必要に応じてハイリスクアプローチにつなげる。</td> </tr> </table>			対 象	健診・医療・介護保険サービス利用なしの高齢者	内 容	高齢者実態把握調査を実施し、困りごと記載者や未返信者、基本チェックリストの判定結果から介入が必要とされる者を優先的に訪問し、生活状況や心身の状態確認を行う。また、医療機関や健診の受診勧奨及び通いの場への参加を促す。	対 象	健康診査結果より受診勧奨判定値以上の高齢者	内 容	保健師、栄養士による保健指導を行う	対 象	斑鳩町全体の通いの場と介護予防教室	内 容	通いの場や介護予防教室で、斑鳩町の健康課題（慢性腎臓病、高血圧）やフレイル予防について保健師が健康教育を実施する。希望に応じて健康相談を行い、必要に応じてハイリスクアプローチにつなげる。
対 象	健診・医療・介護保険サービス利用なしの高齢者														
内 容	高齢者実態把握調査を実施し、困りごと記載者や未返信者、基本チェックリストの判定結果から介入が必要とされる者を優先的に訪問し、生活状況や心身の状態確認を行う。また、医療機関や健診の受診勧奨及び通いの場への参加を促す。														
対 象	健康診査結果より受診勧奨判定値以上の高齢者														
内 容	保健師、栄養士による保健指導を行う														
対 象	斑鳩町全体の通いの場と介護予防教室														
内 容	通いの場や介護予防教室で、斑鳩町の健康課題（慢性腎臓病、高血圧）やフレイル予防について保健師が健康教育を実施する。希望に応じて健康相談を行い、必要に応じてハイリスクアプローチにつなげる。														
評価指標	区分	指標	目標値												
	アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> 要介護認定者率 フレイル該当者割合 	減少 減少												
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> 後期高齢者保健指導対象者割合 通いの場の数・参加人数 	減少 増加												
	プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> 健康診査を実施する医療機関と、保健事業・介護予防事業の情報共有を行うとともに、ちらしの設置や配布により住民に保健事業と介護予防事業の情報提供をしてもらう。 事業の内容は適切であったか担当者間で協議を行う。 他部門(介護担当課)との連携・役割分担は適切であったかを2か月に1度連携会議を実施し、協議する。 広域連合との連携を行う。 													

V. 斑鳩町国民健康保険 特定健康診査等実施計画

1 計画の趣旨・背景等

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

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

本計画は、「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針（以下「基本指針」という。）」に基づき策定した「特定健康診査等実施計画」の第 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ある。

2 特定健康診査及び特定保健指導の基本的考え方

① 生活習慣病対策の必要性

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

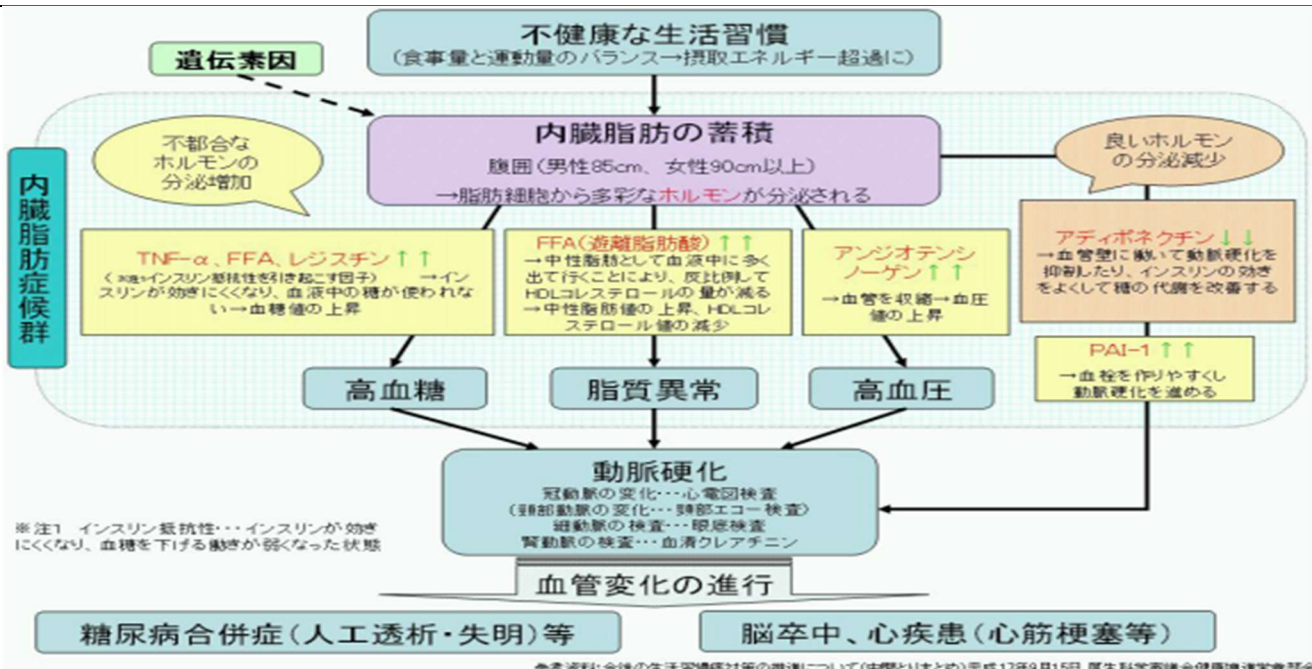
このため、生活習慣の改善による生活習慣病の発症、重症化予防の対策を進めることで患者を減らすことができれば、結果として、国民の生活の質の維持及び向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となる。

② メタボリックシンドロームという概念への着目

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

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

<図表 1：メタボリックシンドロームのメカニズム>



③ 特定健康診査・特定保健指導

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

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

<図表2：特定健康診査・特定保健指導の基本的な考え方>

	かつての健診・保健指導		現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	最新の科学的知識と課題抽出のための分析	内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	プロセス(過程)重視の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択と行動変容 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげる
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘された者		健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「動機づけ支援」「積極的支援」を行う
方法	主に健診結果に基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健診結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価を重視		アウトプット評価に加え、アウトカム評価やプロセス評価、ストラクチャー評価を含めた総合的な評価
実施主体	市町村		医療保険者
		行動変容を促す手法	

3 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」としている。

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する。

実施に関する目標

年度	R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定健康診査の実施率	40%	44%	48%	52%	56%	60%
特定保健指導の実施率	30%	36%	42%	48%	54%	60%

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軍の減少率（（平成20年度該当者・予備軍者数－令和11年度該当者・予備軍者数）÷平成20年度該当者・予備軍者数）を25%以上減少とする。

4 特定健康診査等実施対象者について

1. 特定健康診査における対象者の定義

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

2. 特定保健指導における対象者の定義

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

<図表3：特定保健指導の対象者（階層化）>

腹囲	追加リスク		④喫煙歴	対象	
	①血糖	②脂質 ③血圧		40-64歳	65-74歳
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当		なし	積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当		あり		
上記以外で BMI≥25	3つ該当		なし	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当		あり		
	1つ該当		なし		

※喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

3. 実施率目標に対する実施者見込数等

特定健康診査対象者・実施者見込数等

	R6	R7	R8	R9	R10	R11
対象者数	4,000	3,880	3,760	3,640	3,520	3,400
実施者数	1,600	1,707	1,805	1,893	1,971	2,040
実施率	40%	44%	48%	52%	56%	60%

※対象者数は R6 年度見込 4,000 人×3%減/年 (R2～R6 で 15%減÷5 ヶ年) = 120 人/年減で算出
 特定保健指導対象者見込数等

		R6	R7	R8	R9	R10	R11
対象者数	動機付け	120	115	110	110	105	105
	積極的	30	30	30	25	25	20
	合計	150	145	140	135	130	125
実施者数		45	52	59	65	70	75
実施率		30%	36%	42%	48%	54%	60%

※対象者数は R2～R4 年度実績で 8%減 = R6 見込 150 人×8%減で各年度算出

5 特定健康診査等の実施方法について

第4期の特定健康診査、特定保健指導については、奈良県国民健康保険団体連合会 国保事務支援センターと連携して実施する。

実施についての基本事項は次に記述のとおりで、詳細は奈良県特定健康診査・特定保健指導マニュアルに則して実施する。

1. 特定健康診査

1) 基本事項

(1) 実施方法

○集団健診

実施形態：特定健康診査機関（委託契約）

場所・期間：斑鳩町保健センターにおいて、7～11月に4回実施することを基本とする。
 （土曜日も含む）

○個別健診

実施形態：奈良県医師会（集合契約）

場所・期間：健康診査受診券発行後から翌年3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する。
 （追加健診（人間ドック）は5月～翌年3月までに実施する）

(2) 周知方法

広報誌・ホームページへの掲載や町内委託医療機関等にポスター掲示し、広く周知する。

また、すべての対象者に受診券を郵送（6月に一斉発送）し、受診勧奨リーフレットを同封する。

(3) 受診案内の方法、受診券（セット券）の発券と配布方法

受診券等は、奈良県国民健康保険団体連合会 国保事務支援センターへの委託で発券し、6月頃に受診案内を同封したうえ、対象者全員に郵送にて送付する。また、奈良県国民健康保険団体連合会の共

同事業による健診の受診勧奨、再勧奨を郵送で実施する。

(4) 自己負担の有無

特定健康診査の自己負担は0円とする。ただし、見直す場合がある。

(5) 健診結果の返却方法

健診実施機関が健診結果を手渡しのうえ説明を行うか又は郵送により通知する。この場合、健診結果通知とともに、生活習慣病への理解を深め、本人の健康状態に適した生活習慣改善を促す助言等を情報提供し、継続的な健診受診につなげる。

(6) 外部委託選定の考え方

厚生労働省告示「特定健康診査の外部委託に関する基準」を満たしている機関を選定するとともに、町と健診機関との連携を強化することで質の確保を図る。

(7) 代行機関について

特定健康診査等の費用の支払及びデータ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・保存する。

(8) その他

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

2) 実施項目

区分	内容	
基本的な健診項目	既往歴の調査 (服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む)(問診)	
	自覚症状及び他覚症状の検査 (理学的検査(視診、聴打診、腹部触診等))	
	身体計測	身長
		体重
		腹囲
		BMI
	血圧	収縮期血圧
		拡張期血圧
	血中脂質検査	空腹時中性脂肪
		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 *	
	ヘモグロビンA1c	
尿検査	糖	
	蛋白	

<p>詳細な健診の項目 (医師の判断による追加健診項目)</p>	<p>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</p>
<p>保険者独自の追加健診項目</p>	<p>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</p>

* 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

特定健康診査の結果に基づき階層化したうえ、直営で電話もしくは保健センターにおいて実施する。初回面接(分割実施をする場合もある)は随時実施し、一部の対象者を除いて3ヶ月後に評価を行う。

(2) 周知方法

広報誌・ホームページへの掲載や町内委託医療機関等にポスター掲示し、広く周知する。また、すべての対象者に結果とともに利用券とリーフレットを同封し利用へつなげる。

(3) 利用の案内、利用券の発券と配布方法

利用券は、保険者自身若しくは奈良県国民健康保険団体連合会 国保事務支援センターへの委託で発券し、7月頃から随時、保健指導の利用案内を同封したうえ、対象者全員に郵送にて送付する。また、電話等による保健指導の利用勧奨を実施する。

(4) 自己負担の有無

特定健康診査の自己負担は0円とする。ただし、見直す場合がある。

(5) 外部委託選定の考え方

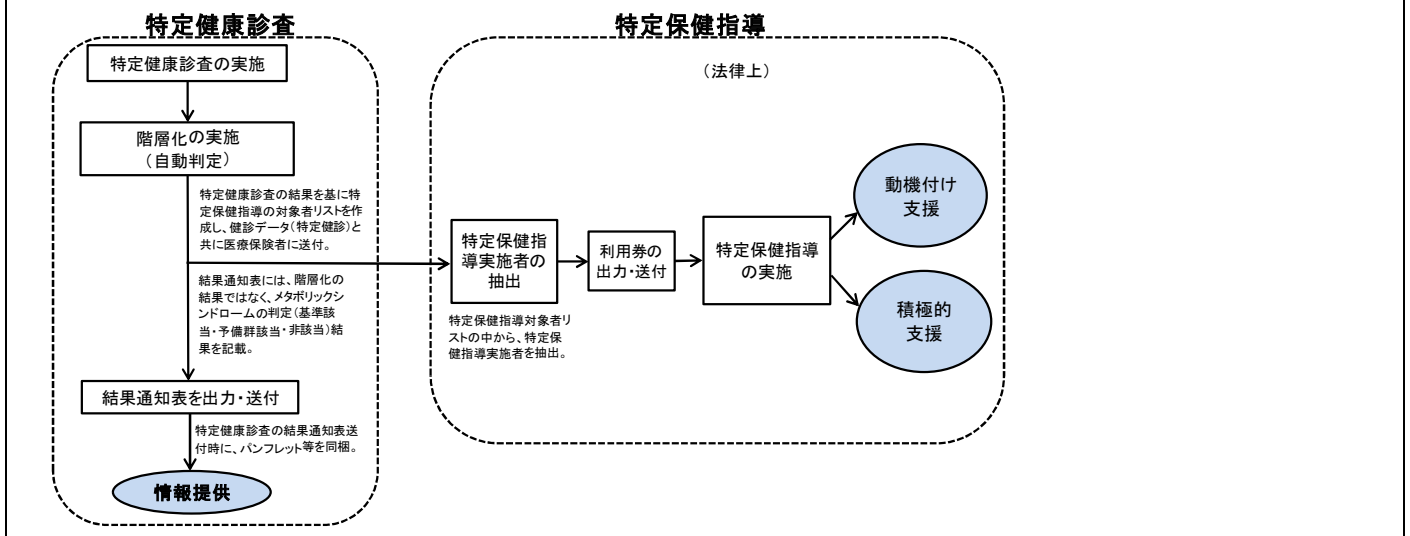
厚生労働省告示「特定保健指導の外部委託に関する基準」を満たしている機関を選定するとともに、町と健診機関との連携を強化することで質の確保を図る。

2) 実施項目

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ヶ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により継続的支援を実施し、3ヶ月以上経過後に評価（電話等）を行う。なお、積極的支援の継続的支援形態は、アウトカム評価とプロセス評価を合計し180ポイント以上の支援の実施を基本とする。ただし、2年連続して積極的支援に該当した対象者のうち、1年目に比べ2年目の状態が改善している者については、動機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。

< 図表 4：特定健診から特定保健指導への流れ >



6 特定保健指導対象者の重点化について

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

- 年齢が比較的若い対象者
- 健診結果が前年度と比較して悪化し、より緻密な保健指導が必要になった対象者
- 質問項目の回答により、生活習慣改善の必要性が高いと認められる対象者

○これまでに積極的支援及び動機づけ支援の対象者であったにもかかわらず保健指導を受けなかった対象者

7 実施に関する年間スケジュールについて

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

	特定健診		保健指導	
	個別	集団	動機付け支援	積極的支援
前年度業務	<ul style="list-style-type: none"> ・健診対象者の抽出 ・健診機関との契約 			
4月	<ul style="list-style-type: none"> ・広報による周知 ・人間ドック助成交付申請受付 		<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導の実施(前年度分) 	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導機関との契約
5月	<ul style="list-style-type: none"> ・人間ドック助成対象者決定、受診開始 			
6月	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診開始 ・受診券送付 		<ul style="list-style-type: none"> ・利用券の送付、保健指導の実施(現年度分) ・未利用者勧奨の実施 	
7月	<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果の送付 	<ul style="list-style-type: none"> ・集団健診の実施 		
8月				
9月		<ul style="list-style-type: none"> ・集団健診の実施 		
10月	<ul style="list-style-type: none"> ・法定報告 ・未受診者勧奨の実施 			<ul style="list-style-type: none"> ・結果説明会の開催(1回)
11月		<ul style="list-style-type: none"> ・集団健診の実施 		<ul style="list-style-type: none"> ・結果説明会の開催(1回)
12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> 			
1月				
2月				<ul style="list-style-type: none"> ・結果説明会の開催(1回)
3月				

8 特定健康診査等の円滑な実施について

特定健康診査等の円滑な実施を確保するため、以下の取組を行う。

1. 奈良県国民健康保険団体連合会 国保事務支援センターとの連携
 - ・奈良県国民健康保険団体連合会 国保事務支援センターと連携し、効率的かつ効果的に特定健康診査実施率、特定保健指導実施率の向上等に向けた取組を行う。
2. 受診しやすい体制づくり

- ・特定健康診査とがん検診等他検診との同時実施について、衛生部門と連携して実施する。
- ・受診者の多様な生活スタイルに合わせて、休日の集団検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く広報する。

3. 実施体制の確保

- ・特定健康診査から特定保健指導への流れがスムーズにいくよう、国保部門と衛生部門が、また事務職と専門職が役割を分担しつつ連携強化を図る。また、外部委託を積極的に取り入れ、実施体制を確保する。
- ・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る。

4. 受診率等の向上となる取組

- ・住民や商工会等に対し、様々な情報提供や啓発活動を行うことで、特定健康診査・保健指導に対する認知度を高め、積極的な受診及び円滑な健診データの提供を促していく。
- ・通院未受診の方に医療機関からの受診勧奨を促すなど医療機関との連携を強化していく。
- ・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、実施していく。

5. 重症化予防の取組

- ・特定健康診査で把握したデータを活用し、奈良県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを実行していくことなどで、早期発見、重症化予防を行う。

VI. その他

1 計画の評価・見直し

各事業ごとの単年度実施評価及び、計画の最終年度に計画にあげる項目の達成状況及び事業の実施状況について実績に関する評価を行う。

第2期データヘルス計画および第4期特定健康診査等実施計画の中間評価として令和8年度において、最終評価として令和11年度において、目標の達成状況等について評価を行うことを基本とする。

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、斑鳩町国民健康保険運営協議会等で検討したうえ、必要に応じて見直しを行う。

2 計画の公表・周知

策定した計画は、町のホームページ・広報に掲載する。また変更した場合についてもすみやかに公表をする。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、市町村広報誌、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る。これに加えて、医療機関やボランティアと連携し、住民の身近なところで特定健康診査等の趣旨等を啓発し、理解を深める。

また、他市町村や県等と共同・連携し、ポピュレーションアプローチを実施する。

3 個人情報の取扱い

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ダンス」等に基づき、適切に実施していく。

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を通して、斑鳩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・保存を行う。保存年限は、最低5年間とし、できる限り長期的に保存する。

② 記録の保存体制

健診結果、保健指導記録の保管は、奈良県国民健康保険団体連合会に委託する。保管にあたっては、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」や「国民健康保険団体連合会等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」等に基づき、適切に実施していく。

③ 外部委託

外部委託者には個人情報の管理について、関連法令等を十分理解させ、義務付けるとともに、契約

書に明記して個人情報の管理について随時確認を行う。

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、関係ガイダンス・ガイドライン等に基づき、適切に実施していく。

健診等の情報の利用については、個人情報保護関係法令やガイダンス・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、必要な範囲に限定し、データの集計・分析を行う。レセプト情報の利用についても同様の取扱いを行う。

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。

斑鳩町においても、75歳以上の人口割合が増加しており、今後も増加し続けることが予想されている。このことから、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、後期高齢者へ意向する被保険者が多くなることを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、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。