

葛城市国民健康保険  
第3期 データヘルス計画  
(保健事業実施計画)

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  
葛城市

# 目次

第1部 計画の基本方針	5
第1章 計画策定の概要	6
1. 計画策定の背景及び趣旨	6
2. 計画の位置づけ	6
3. 計画の期間	7
4. 実施体制	7
5. 共通指標について	8
5-1 第3期データヘルス計画 奈良県共通指標	8
5-1-1 データヘルス計画全体の指標	8
5-1-2 個別保健事業における指標	9
第2部 データヘルス計画	10
第1章 第2期データヘルス計画の評価	11
1. 計画全体の評価	11
1-1 計画全体の目的	11
1-2 計画全体の指標と評価	11
2. 個別保健事業の評価	13
2-1 特定健康診査実施率向上事業	13
2-2 特定保健指導実施率向上事業	14
2-3 生活習慣病受診勧奨推進事業(レッドカード事業)	17
2-4 糖尿病性腎症重症化予防プログラム	19
2-5 がんによる死亡減少事業(がん検診及び精検受診率の向上事業)	21
2-6 慢性腎臓病(CKD)予防講演会	24
2-7 生活習慣病予防教室(血管改善教室)	25
2-8 運動教室	26
2-9 健康相談	27
2-10 後発医薬品使用促進事業	28
2-11 重複・多剤・併用禁忌投薬対策(適正服薬の推進)	29
第2章 葛城市の現状	30
1. 市の現状	30
1-1 地域の特性	30
1-2 人口の状況	30
1-2-1 人口の推移	30
1-2-2 後期高齢者人口の推移と構成	31
1-3 国民健康保険の状況	32
1-3-1 被保険者数の推移	32
1-3-2 国民健康保険加入者の男女別年齢別構成割合	32
1-3-3 被保険者数の将来推計	33
1-4 健康寿命	33
1-5 死亡の状況	35
1-5-1 死因別の割合と経年推移	35

1-5-2 主要死因別標準化死亡比 (SMR) .....	36
1-6 介護の状況 .....	37
1-6-1 介護保険認定者の推移 .....	37
1-6-2 要支援・要介護認定者の有病状況 .....	37
1-6-3 要支援・要介護認定者の医療費の状況 .....	38
2. 医療費の状況 .....	39
2-1 医療費の全体像 .....	39
2-1-1 医療費の分析 .....	39
2-1-2 被保険者一人当たり医療費の比較 .....	39
2-1-3 レセプト一件当たり医療費 .....	40
2-1-4 疾病分類別医療費の状況 .....	41
3. 高額医療費の状況 .....	43
3-1 高額医療費の全体像 .....	43
3-1-1 高額医療費の状況 .....	43
3-1-2 入院医療費 (入院/外来/調剤医療費比較) .....	43
3-1-3 入院医療費 (入院) .....	44
3-1-4 長期入院の状況 .....	44
3-1-5 入院医療費 (外来) .....	45
3-1-6 人工透析に係る医療費 .....	46
3-1-7 人工透析患者の生活習慣病の有病状況 .....	46
3-2 その他の疾患 (筋骨格) に係る医療費 .....	47
3-2-1 筋骨格系に係る医療費 .....	47
3-3 歯科医療費 .....	48
3-3-1 歯科医療費の状況 .....	48
3-3-2 歯肉炎及び歯周病の状況 .....	49
4. 特定健診・特定保健指導に関する分析 .....	50
4-1 特定健診に関する分析 .....	50
4-1-1 年代別の実施率 .....	50
4-1-2 男女別の実施率 .....	50
4-1-3 特定健診受診者・未受診者一人当たり医療費 .....	51
4-1-4 特定健診受診状況と生活習慣病治療状況 .....	52
4-1-5 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の推移 .....	53
4-1-6 リスク保有の状況 .....	54
4-1-7 未治療医療機関受診勧奨値該当者の受診状況 .....	55
4-1-8 糖尿病治療中断者の状況 .....	56
4-1-9 慢性腎臓病 (CKD) の該当者の推移 .....	56
4-1-10 検査結果の状況 .....	57
4-2 特定保健指導に関する分析 .....	59
4-2-1 特定保健指導対象者の状況 .....	59
4-2-2 特定保健指導利用者の状況 .....	59
4-2-3 特定保健指導実施者の状況 .....	60
4-2-4 未利用者の状況 .....	60

5. 後発医薬品の使用割合	61
6. 頻回・重複受診の状況	62
6-1 頻回受診	62
6-2 重複受診	63
7. 重複・多剤処方	64
8. 後期高齢者の健康状態	65
8-1 データ分析背景及び趣旨	65
8-2 後期高齢者の状況	65
8-2-1 低栄養に関する状況	65
8-2-2 口腔機能に関する状況	66
8-2-3 服薬（多剤）に関する状況	66
8-2-4 身体的フレイル（ロコモ含む）に関する状況	67
8-2-5 重症化予防（コントロール不良）に関する状況	67
8-2-6 重症化予防（治療中断）に関する状況	68
8-2-7 重症化予防（基礎疾患＋フレイル）に関する状況	68
8-2-8 重症化予防（腎機能不良、医療機関受診なし）に関する状況	69
8-2-9 健康状態不明者に関する状況	69
第3章 第3期データヘルス計画の事業概要	70
1. 課題の整理	70
2. 目的・目標	73
2-1 計画全体の目的	73
2-2 目標（上記目標を達成するために取り組むこと）	73
3. 事業の全体像	76
4. 個別保健事業の内容	77
第3部 第4期特定健康診査等実施計画	91
第1章 特定健康診査等実施計画の概要	92
1. 計画策定の背景及び趣旨	92
2. 計画の位置づけ	92
3. 計画期間	92
4. 特定健診、特定保健指導の目的	92
第2章 第3期計画期間の現状と課題について	94
1. 特定健康診査の実施状況	94
1-1 実施率の推移	94
1-2 対象者と受診者数	95
1-3 男女別実施率・受診者数の推移	95
1-4 年代別実施率・受診者数の推移	96
1-5 地域別実施率の推移	96
1-6 場所別の受診割合	97
1-7 過去5年間に受診した回数	98
2. 特定保健指導の実施状況	99
2-1 実施率の推移	99
2-2 対象者数・実施者数・実施率の推移	100

2-3 動機付け支援の実施状況（利用率・実施率）	100
2-4 積極的支援の実施状況（利用率・実施率）	101
3. 特定健診・特定保健指導の課題のまとめ	102
第3章 第4期特定健康診査等実施計画	103
1. 事業計画	103
1-1 目標設定	103
1-2 事業概要	103
1-3 実施方法	104
第4部 計画の推進	106
第1章 計画の推進	107
1. 評価及び計画の見直し	107
2. 計画の公表・周知	107
3. 個人情報の保護	107
4. 地域包括ケアに係る取り組み	107
5. その他の留意事項	107

## 第1部 計画の基本方針

# 第1章 計画策定の概要

## 1. 計画策定の背景及び趣旨

「日本再興戦略（平成25年6月14日閣議決定）」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト（診療報酬明細書）などのデータ分析、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、評価等の取り組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取り組みを行うことを推進する」となりました。さらに、平成26年度「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」の改正がされ、健診、医療、介護情報等を活用して被保険者の健康課題の分析を進め、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を展開するために、「保健事業の実施計画(データヘルス計画)」を策定し、保健事業の実施及び評価を行うこととなりました。

葛城市においては、こうした背景を踏まえ平成30年度に「第2期データヘルス計画」を策定し、高血圧や糖尿病などの生活習慣病発症及び重症化予防、がんによる死亡減少等を図るべく保健事業を進めてきました。令和5年度に第2期データヘルス計画の終了に伴い、計画の見直し及び新たに明らかになった健康課題への対策を行う上で、効果的かつ効率的な保健事業を展開するため、「第3期データヘルス計画」を策定します。

## 2. 計画の位置づけ

本計画は、「葛城市健康増進計画『きらり葛城21』」を根幹としつつ、「葛城市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」、「奈良県医療費適正化計画」との整合性を取りながら、相互に連携を取り、各計画との調和を図ります。

計画名	担当課等	計画期間
葛城市健康増進計画「きらり葛城21」 ・食育推進計画・自殺対策推進計画	健康増進課	令和6年度～令和17年度
葛城市高齢者保健福祉計画 ・介護保健事業計画	地域包括支援課	令和6年度～令和8年度
奈良県医療費適正化計画	奈良県医療保険課	令和6年度～令和11年度

### 3. 計画の期間

本計画期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。また、計画策定後は実施状況を踏まえて令和8年度に中間評価・見直しを行います。

	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
データヘルス計画	→					
			中間見直し			
特定健康診査等実施計画	→					
			中間見直し			

### 4. 実施体制

本計画の策定、事業実施、評価、見直し等は、葛城市保険課・健康増進課が主体となって 関係部局及び外部の団体と連携していきます。策定に関しては、医師会・歯科医師会等及び奈良県国民健康保険団体連合会と連携・協力を図ります。また、外部有識者として奈良県国民健康保険団体連合会において助言をいただきます。

部門	担当課等	役割
主担当	保険課	計画全体の調整、管理
庁内関係課	健康増進課	保健事業の計画、実施、評価
	地域包括支援課	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
	奈良県国民健康保険団体連合会	現状分析、計画策定、評価に関する支援
	国民健康保険運営協議会	保健事業の実施に関する助言
	葛城市医師会	保健事業の実施に関する助言
	葛城市歯科医師会	保健事業の実施に関する助言



## 5. 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ました。

本市においても、本計画の評価指標に下記の共通指標を加え、推移を確認しながら取り組みを推進していきます。

### 5-1 第3期データヘルス計画 奈良県共通指標

#### 5-1-1 データヘルス計画全体の指標

No.	目的	指標	目指す方向	出典
1	健康寿命の延伸	平均余命	+	KDB
2		平均自立期間（要介護2以上）	+	KDB
3	医療費の適正化	一人当たり医科医療費（入院＋外来） ※性・年齢調整値	-	KDB
4		一人当たり歯科医療費 ※性・年齢調整値	-	KDB

## 5-1-2 個別保健事業における指標

No.	目標	取り組み	指標	目指す方向 (目標値)	出典
1	生活習慣病の 発症予防	特定健康診査・ 特定保健指導	特定健康診査実施率	+ (60%)	法定報告
2			特定保健指導実施率	+ (60%)	法定報告
3			特定保健指導による特定保健 指導対象者の減少率	+	法定報告
4			血糖の有所見者の割合 (保健指導判定値以上： HbA1c5.6%以上)	-	KDB
5			血圧の有所見者の割合(保健 指導判定値以上：①収縮期血 圧130mmHg ②拡張期血 圧85mmHg以上)	-	KDB
6			脂質の有所見者の割合(保健 指導判定値以上 ①HDL コレステロール40mg/dl 未満の割合 ②中性脂肪150mg/dl以上の 割合 ③LDL コレステロール 120mg/dl以上の割合)	-	KDB
7	【参考】 生活習慣病発症状況 モニタリング		糖尿病の受療割合(糖尿病の レセプトがある方)	総合的に 判断	KDB
8			高血圧症の受療割合(高血圧の レセプトがある方)	総合的に 判断	KDB
9	生活習慣病の 重症化予防	生活習慣病の 重症化予防対策	HbA1c8.0%以上の方の割合	-	KDB
10			新規人工透析導入患者数	-	国保連
11	医薬品の適正 使用	適正受診・適正 服薬の促進	同一月内に複数の医療機関を 受診し、重複処方が発生した 方の割合(1以上の薬剤で重複 処方を受けた方)	-	KDB
12			同一月内に9以上の薬剤の処 方を受けた方の割合(9以上の 薬剤の処方を受けた方)	-	KDB
13	後発医薬品の 使用	後発医薬品の 使用促進	後発医薬品使用割合 (数量ベース)	+	厚生労働省

## 第2部 データヘルス計画

# 第1章 第2期データヘルス計画の評価

## 1. 計画全体の評価

### 1-1 計画全体の目的

高血圧や糖尿病等の生活習慣病発症及び重症化を予防すること、がんによる死亡を減らすことで健康寿命の延伸を目指します。

### 1-2 計画全体の指標と評価

評価判定	評価	数値目標あり	数値目標なし 「増加」「減少」「現状維持」の場合
a	目標値に達した	目標達成	ベースラインの値から 5%以上改善したもの
a*	目標に達していないが改善傾向にある	ベースラインの値と目標値との差が 30%以上改善したもの	-
b	変わらない	a、a*、c に該当しないもの	
c	悪化している	ベースラインの値と目標値との差が 5%以上悪化したもの	ベースラインの値から 5%以上悪化したもの
d	評価困難	評価が困難なもの	

	指標 ※本計画で出てくる他の健康寿命と出典が異なります。そのため数値も異なります。	目標値	指標の変化				評価
			令和元 ベースライン	令和2	令和3	令和4	
アウトカム	健康寿命 男性(年) (出典：奈良県健康推進課)	延伸	18.88 (H29)	19.25 (H30)	18.81 (R1)	18.77 (R2)	b
	健康寿命 女性(年) (出典：奈良県健康推進課)	延伸	20.99 (H29)	20.82 (H30)	20.98 (R1)	20.75 (R2)	b
	メタボリックシンドロームの該当者割合 男性	減少	31.3%	33.6%	32.7%	31.4%	b
	メタボリックシンドロームの該当者割合 女性	減少	8.7%	10.2%	9.2%	10.0%	c
	メタボリックシンドローム予備群割合 男性	減少	19.8%	19.4%	19.0%	19.4%	b
	メタボリックシンドローム予備群割合 女性	減少	6.0%	7.9%	7.7%	7.9%	c
	生活習慣病を有する人工透析患者数(人)	減少	28	28	28	33	c
	生活習慣病を有する新規人工透析患者数(人)	減少	4	3	1	6	c
	被保険者一人当たり医療費(円)	360,000 以下	349,376	341,062	366,688	未確定	c
	胃がん SMR 男性	減少	134.5 (H26-30)	122.0 (H27-R1)	117.1 (H28-R2)	97.7 (H29-R3)	a
	胃がん SMR 女性	減少	134.3 (H26-30)	120.1 (H27-R1)	120.1 (H28-R2)	92.2 (H29-R3)	a
	肺がん SMR 男性	減少	105.2 (H26-30)	108.2 (H27-R1)	118.5 (H28-R2)	110.2 (H29-R3)	b
	肺がん SMR 女性	減少	102.8 (H26-30)	102.8 (H27-R1)	106.8 (H28-R2)	111.0 (H29-R3)	c

アウトプット	特定健診実施率の向上事業	実施	実施	実施	実施	実施	a
	特定保健指導実施率の向上事業	実施	実施	実施	実施	実施	a
	生活習慣病受診勧奨推進事業 (レッドカード事業)	実施	実施	実施	実施	実施	a
	糖尿病性腎症重症化予防プログラム	実施	実施	実施	実施	実施	a
	がんによる死亡減少事業 (がん検診及び精検受診率の向上事業)	実施	実施	一部 実施	実施	実施	a
	慢性腎臓病(CKD)予防講演会	実施	実施	YouTube で配信	YouTube で配信	実施	a
	生活習慣病予防教室(血管改善教室)	実施	実施	実施	実施	実施	a
	運動教室(鍵田式運動塾)	実施	実施	実施	実施	実施	a
	健康相談	実施	実施	実施	実施	実施	a
プロセス	健診・医療・介護データ、その他の統計 資料、日頃の活動の中で収集した質的情報等の データに基づいて現状分析をしたか	実施	実施	実施	実施	実施	a
	現状分析を踏まえた上で、課題抽出、 事業選択ができたか	実施	実施	実施	実施	実施	a
	国保運営協議会へ報告・相談ができたか	実施	実施	実施	実施	実施	a
ストラクチャー	計画を策定するために十分な人員や予算が 確保できたか	実施	実施	実施	実施	実施	a
	庁内(保険課(国保部局、高齢者医療部局)、 健康増進課(保健関係部局)、地域包括支援課・ 介護保険課(介護部局))で保健事業の実施・評 価の連携体制がとれたか	実施	実施	実施	実施	実施	a
	奈良県との保健事業の実施・評価の 連携体制がとれたか	実施	実施	実施	実施	実施	a
成功要因 未達要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新型コロナウイルス感染症拡大がある中、実施方法を検討しながら保健事業を止めることなく実施することができました。</li> <li>・胃がんの SMR は男女ともに減少しました。現時点で要因は不明ですが、胃がんリスクを高める減塩に対する知識付与の継続、胃がん検診の受診勧奨を継続していきます。</li> <li>・健康寿命が男女ともほとんど変化がなく、肺がんの SMR は男女ともに微増、生活習慣病を有する人工透析患者は増加、メタボリックシンドローム対象者は増加しています。これらは新型コロナウイルス感染症拡大にともない、外出制限等の状況が悪化を生んでいると考えています。</li> </ul>						
効果があった 取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん検診では精度管理を進め、精度管理を行った検診を被保険者に受診してもらう事ができました。</li> <li>・保険課、健康増進課、地域包括支援課での課題の共通理解や保健事業の一体的実施に向けた会議が実施できました。</li> </ul>						
見直しが必要な 取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今はがんの中でも中間評価時に SMR が高かった胃がん、肺がんに注目していますが、全がん、その他の部位別がん死亡についても経過確認が必要です。</li> <li>・国保被保険者の状況については把握していますが、介護の状況や後期高齢者医療被保険者の現状については分析があまりできていません。</li> </ul>						
課題・次期計画の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康寿命の延伸は死亡や介護状況、循環器疾患・人工透析等の疾患や治療、生活習慣に影響を受けるためそれぞれの関連性が見えるようにしていく必要があります。</li> <li>・ポピュレーションアプローチとしては健康増進計画「きらり葛城21」で進捗管理を行っているため引き続き健康増進計画と並行して対策が必要です。</li> <li>・高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業を開始しています。国保被保険者の状況のみでなく、介護、後期高齢者医療被保険者の状況の把握も引き続き必要です。</li> <li>・国保被保険者の高齢者の被保険者が多いため、地域包括ケアに係る取り組みについても引き続き関連づけながら対策が必要です。</li> </ul>						

## 2. 個別保健事業の評価

### 2-1 特定健康診査実施率向上事業

目的	特定健診の結果により、被保険者自らが健康状態を自覚し、糖尿病等のリスクに応じて専門職が個別に介入することで、早期の生活習慣改善につなげ、将来的な医療費適正化を図り、健康寿命を延伸させます。						
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 集団健診の日程に休日や女性限定、託児付きの日程を設けることで受診しやすい体制をつくります。</li> <li>・ 職場の健診等、特定健康診査のほかに健診の機会がある方から特定健康診査結果のデータを受領し、特定健康診査受診者とみなします。</li> <li>・ 40、45、50、55、60歳の節目年齢者へ特定健康診査受診料無料券(無料クーポン券)を交付し、自己負担額の助成を行います。</li> <li>・ 特定健康診査の周知を行います。(市内各所へポスター掲示、広報等)</li> <li>・ 特定健康診査未受診者に対し、受診勧奨を行います。</li> </ul>						
評価	指標	目標値	指標の変化				評価
			令和元 ベースライン	令和2	令和3	令和4	
アウトカム	特定健診実施率	60.0%	34.1%	27.9%	33.2%	32.8%	c
	アウトプット						
	集団健診の実施回数	増加	18回	13回	20回	20回	a
	集団健診の受診者数	増加	779人	340人	650人	697人	c
	無料クーポン 交付対象年齢の実施率 (KDBシステムより)	35.0%	32.4%	22.5%	28.5%	26.8%	c
	受診勧奨の実施件数	8,500件	8,648件	5,260件	10,750件	9,528件	a
	受診勧奨対象者の実施率 (継続未受診者)	5.0%	4.7% (H30)	4.2%	7.2%	13.3%	a
	受診勧奨対象者の実施率 (無料クーポン対象者)	20.0%	19.3% (H30)	10.8%	17.0%	18.1%	c
	受診勧奨対象者の実施率 (継続未受診者・無料ク ーポン対象者以外)	40.0%	36.9% (H30)	44.1%	59.3%	46.2%	a
プロセス	集団健診の実施方法が 適切であったか	適切	適切	感染症対 策を行 いなが ら実 施 前期は 中止	感染症 対策を 行いな がら実 施	感染症 対策を 行いな がら実 施	a
	受診勧奨が適切に実施 できたか(勧奨時期、 送付対象者、勧奨回数 が適切であったか)	実施	実施	実施(感 染症対 策で1 回の み実 施)	実施	実施	a
ストラクチャー	受診しやすい健診体制が 確保できたか	確保	確保	確保	確保	確保	a
	担当者等、事業実施の 実務体制が確保できたか	確保	確保	確保	確保	確保	a

成功要因 未達要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診の実施率は年々上昇していましたが、新型コロナウイルス感染症が猛威をふるった令和2年度に受診控えがあり、減少に転じました。令和3年度以降は徐々に持ち直してきていますが、目標値には全く届いていない状況です。</li> <li>・未達の要因は40代、50代の若年層の実施率が約20%と悪いため、全体の実施率を押し下げています。</li> </ul>
効果があった 取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者への受診勧奨はナッジ理論に基づいて、対象者ごとに通知内容を分けています。また、国保事務支援センターが奈良県共同事業で行う受診勧奨と葛城市独自の受診勧奨を行っており、対象者を棲み分けて効果的な勧奨を行えています。</li> <li>・クーポン券事業について、対象者の実施率は対象でない方と比べて高いため、効果があるといえます。</li> </ul>
見直しが必要な 取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職場の健診等を受診した方からのデータ提供については、年々減少しています。</li> <li>・社会保険の適用拡大に伴い、被用者でかつ国民健康保険に加入している方が減少しており、商工会から受けるデータ提供可能な方が減少しています。データ提供については実施方法の見直しが必要です。</li> <li>・現状のクーポン券事業の対象者は40、45、50、55、60歳ですが、40～60歳の被保険者の人数が減っており、対象者が減っています。</li> </ul>
課題・次期計画の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標として年代別の実施率も評価対象とします。</li> <li>・データ提供の実施方法について検討します（商工会、治療中の方）</li> <li>・クーポン券事業の効果はあるが、対象者の減少に伴い、多くの方に利用できてもらっていません。事業の効果検証と同時に対象者の拡大を検討することや、他市町村の動向を確認しながら、自己負担金について検討します。</li> <li>・市内医療機関に対し、医療機関の受診者に健診を受診するよう勧奨協力を仰ぎます。本事業については第3期計画でも継続して取り組みます。</li> </ul>

## 2-2 特定保健指導実施率向上事業

目的	健診結果より内臓脂肪の蓄積に起因する糖尿病等のリスクに応じて、専門職が個別に介入することで、対象者自らが健康状態を自覚し、生活習慣改善につなげます。メタボリックシンドローム(メタボ)の割合を減少させ、生活習慣病の有病者が減少していくことや医療費を適正化することを目的とします。						
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導対象者「動機付け支援」及び「積極的支援」と判定された方に対して特定保健指導を実施します。</li> <li>・集団健診時に特定保健指導対象となりそうな方に、初回面接の分割実施し、連絡先及び連絡のつきやすい時間をききとります。</li> <li>・特定保健指導未利用者に対しては国保事務支援センターより再勧奨としてはがきを送付します。</li> </ul>						
評価	指標	目標値	指標の変化				評価
			令和元 ベースライン	令和2	令和3	令和4	
アウトカム	特定保健指導実施率 (法定報告)	60.0%	26.9%	29.5%	21.1%	22.8%	c
	特定保健指導実施率 積極的支援 40～59歳 男性 ※	25.0%	16.0%	3.0%	16.0%	5.4%	c
	特定保健指導実施率 積極的支援 60～64歳 男性 ※	40.0%	25.0%	17.0%	25.0%	0.0%	c

特定保健指導実施率 積極の支援 40～59歳 女性 ※	20.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%	b
特定保健指導実施率 積極の支援 60～64歳 女性 ※	40.0%	25.0%	40.0%	33.0%	0.0%	c
特定保健指導実施率 動機付け支援 40～59歳 男性 ※	40.0%	27.0%	18.0%	9.0%	18.2%	c
特定保健指導実施率 動機付け支援 60～74歳 男性 ※	40.0%	28.0%	36.0%	28.0%	35.4%	a*
特定保健指導実施率 動機付け支援 40～59歳 女性 ※	40.0%	24.0%	7.0%	13.0%	11.1%	c
特定保健指導実施率 動機付け支援 60～74歳 女性 ※	40.0%	31.0%	42.0%	35.0%	30.2%	b
特定保健指導 初回面接実施率 積極の支援 40～59歳 男性 ※	25.0%	22.0%	7.0%	35.0%	10.8%	c
特定保健指導 初回面接実施率 積極の支援 60～64歳 男性 ※	40.0%	25.0%	50.0%	25.0%	0.0%	c
特定保健指導 初回面接実施率 積極の支援 40～59歳 女性 ※	40.0%	0.0%	29.0%	25.0%	16.7%	a*
特定保健指導 初回面接実施率 積極の支援 60～64歳 女性 ※	40.0%	25.0%	40.0%	67.0%	0.0%	c
特定保健指導 初回面接実施率 動機付け支援 40～59歳 男性 ※	25.0%	36.0%	18.0%	9.0%	18.2%	b
特定保健指導 初回面接実施率 動機付け支援 60～74歳 男性 ※	40.0%	29.0%	41.0%	33.0%	35.4%	a*
特定保健指導 初回面接実施率 動機付け支援 40～59歳 女性 ※	20.0%	29.0%	14.0%	17.0%	11.1%	c
特定保健指導 初回面接実施率 動機付け支援 60～74歳 女性 ※	50.0%	33.0%	42.0%	47.0%	30.2%	c



アウトプット	案内通知実施率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	a
	集団健診時の 初回面接実施者数	50人	46人	中止	49人	37人	c
	医師会での依頼回数	2回	2回	2回	2回	2回	a
	案内実施率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	a
	日曜日の実施回数	2回	0回	0回	0回	0回	c
プロセス	スケジュールの確認	実施	実施	実施	実施	実施	a
	利用勧奨対象者の確認	実施	実施	実施	実施	実施	a
	利用勧奨の版面の設定	実施	実施	実施	実施	実施	a
	集団健診時の 初回面接の分割実施の 対象者の設定	実施	実施	実施	実施	実施	a
	集団健診委託業者との調整	実施	実施	実施	実施	実施	a
ストラクチャー	医師会での依頼 (服薬治療開始者の特定 保健指導の連携実施)	実施	実施	実施	実施	実施	a
	特定保健指導実施の 案内文の版面の設定	実施	実施	実施	実施	実施	a
	事業実施体制の決定	実施	実施	実施	実施	実施	a
	実施担当者の決定	実施	実施	実施	実施	実施	a

※特定健康診査受診者で特定保健指導対象者全員を分析しています。法定報告に基づきません。

成功要因 未達要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・奈良県と比べると高い特定保健指導実施率ですが、ここ数年横ばい状態です。</li> <li>・男性が女性と比べて、初回面接率も実施率も低く、動機づけ支援のうち40～59歳の男女の初回面接実施率が低い状況です。また、初回面接はとれますが、完了までいかない方も多い状況です。</li> <li>・若い世代は日曜日や夜間での連絡を希望されている方もおり、完了するまでに至らない方も複数名います。</li> <li>・メールでのやり取りを令和4年度から実施していますが、メールの登録に時間を要し、やり取りが途中で終わってしまう方もいます。</li> </ul>
効果があった 取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・集団健診時に初回面接の分割実施を行うことで、面談がとりやすい環境を整備しています。</li> <li>・訪問実施を行うことで、県を上回る特定保健指導実施率を維持することができています。</li> </ul>
見直しが必要な 取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者の予定が特定の日に確保できない可能性も高いため、日曜日にこだわらない実施の検討が必要です。</li> <li>・メールの登録を二次元コードでの読み取りに変更します。</li> <li>・受診勧奨通知を行っても、連絡がつく方が少なく結果につながっていません。</li> </ul>
課題・次期計画の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・短期的には新規で対象になった方、初回面談をとれている方を完了することが必要です。</li> <li>・日曜日や夜間実施については、検討が必要です。</li> <li>・オンライン面談やメール等で対象者が特定保健指導を利用しやすいように工夫することが必要です。</li> </ul> <p>本事業については第3期計画でも継続して取り組みます。</p>

## 2-3 生活習慣病受診勧奨推進事業(レッドカード事業)

目的	特定保健指導の対象とならない生活習慣病の重症未受診者が医療機関を受診しない場合、人工透析等、疾病が重症化し、ひいては医療費の増嵩につながる事が考えられるため、早期に受診勧奨を行います。								
事業内容	・特定健康診査質問票と結果(令和3年度より結果とレセプト)に基づき、国保事務支援センターが選定要件を満たした「生活習慣病の重症未受診者」を対象者として抽出し、国保事務支援センターより受診勧奨カードと受診状況連絡書(令和3年度より連絡書廃止)を対象者へ送付しています。後日、市は対象者からの受診状況連絡書の返送結果及びレセプトを確認し、未受診者へは、再勧奨を行います。(令和3年度より再勧奨も国保事務支援センターに委託) 【対象選定要件】特定健康診査質問票と結果に基づき、下記の①～⑤いずれかに該当する方が対象です。 ①高血圧：収縮期 180mmHg 以上又は拡張期 110mmHg 以上、かつ質問票で「血圧を下げる薬」の使用なしと回答した方(令和3年度よりレセプトで治療歴がないと確認された方に変更) ②高血糖：HbA1c8.0%以上(NGSP)、かつ質問票で「血糖を下げる薬又はインスリン注射」の使用なしと回答した方(令和3年度よりレセプトで治療歴がないと確認された方に変更) ③高コレステロール：LDL コレステロール 200mg/dl 以上、かつ質問票で「コレステロールや中性脂肪を下げる薬」の使用なしと回答した方(令和3年度よりレセプトで治療歴がないと確認された方に変更) ④高中性脂肪：中性脂肪 500mg/dl 以上、かつ質問票で「コレステロールや中性脂肪を下げる薬」の使用なしと回答した方(令和3年度よりレセプトで治療歴がないと確認された方に変更) ⑤慢性腎臓病：eGFR45ml/min/1.73 m <sup>2</sup> 未満(ただし、質問票で「医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか」という質問項目に対し「はい」と回答した方を除く)(かつ令和3年度よりレセプトで治療歴がないと確認された方に変更)								
評価	指標	目標値	指標の変化				評価		
	アウトカム	抑制	令和元 ベースライン	令和2	令和3	令和4		d	
対象者の重症化率			抑制	対象者が重症化しているか否かは年齢、性別による影響もあり、評価が困難					
1年後の特定健診結果(受診者の内)			数値の低下	-	86.0%	100.0%	42.0%		c
治療率 全体			49.8%	44.8%	30.6%	60.0%	27.6%		c
治療率 高血圧			55.0%	50.0%	37.5%	42.9%	23.8%		c
治療率 高血糖			80.0%	75.0%	83.3%	100.0%	0.0%		c
治療率 高コレステロール			57.6%	52.6%	25.0%	52.4%	11.1%		c
治療率 高中性脂肪			41.4%	36.4%	0.0%	0.0%	0.0%		c
治療率 慢性腎臓病			14.1%	9.1%	0.0%	80.0%	64.2%		a
受診率 全体			80.3%	75.3%	61.0%	55.8%	31.0%		c
受診率 高血圧			70.2%	65.2%	66.7%	62.5%	23.8%		c
受診率 高血糖			80.0%	75.0%	85.7%	85.7%	66.6%		c
受診率 高コレステロール			65.0%	60.0%	35.7%	57.1%	11.1%		c
受診率 高中性脂肪			86.8%	81.8%	50.0%	国保事務支援センター委託にともない、合計となる			c
受診率 慢性腎臓病	97.6%	92.6%	85.7%	37.5%	64.2%	c			

アウトプット	治療推奨通知実施率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	a
	治療状況のレセプト確認実施率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	a
	再勧奨実施率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	a
	受診状況連絡書の返送率	50.0%	44.6%	35.0%	国保事務支援センター委託にともない、評価不能		d
プロセス	スケジュールの確認	実施	実施	実施	実施	実施	a
	治療勧奨対象者の確認	実施	実施	実施	実施	実施	a
	治療勧奨の版面の設定	実施	実施	実施	実施	実施	a
	推奨後の受診状況の把握 レセプト確認	実施	実施	実施	実施	実施	a
	受診勧奨、再勧奨の方法は適切か (時期やリーフレットの 内容等)	適切	適切	適切	適切	適切	a
ストラクチャー	事業実施体制の決定	実施	実施	実施	実施	実施	a
	実施担当者の決定	実施	実施	実施	実施	実施	a
	医師会や医療機関との連携	実施	実施	実施	実施	実施	a
	予算やマンパワーは適切か	適切	適切	適切	適切	適切	a
	アウトソーシング(国保事務支援センターの活用)	実施	実施	実施	実施	実施	a
成功要因 未達要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レッドカード対象者で次年度も特定健診を受けられた方の検査項目については年度によってばらつきがありました(42%~100%)。また、レッドカード対象であるにも関わらず、医療機関未受診の方でも数値が改善している方もいます(総合計で86%が改善)。レッドカードを受け取って生活習慣の改善を行った可能性もあると考えます。一方で、治療開始をされた方が数値の改善する値は高いことから未受診の方でも治療開始の意義を伝えていく必要があると考えます。</li> <li>・治療率全体をみると、毎年増減を繰り返しています。特に高血糖の治療率は高い傾向にあり、他の項目と差がみられます。高コレステロール、高中性脂肪については治療率も受診率も高くありません。</li> <li>・令和3年度より国保事務支援センターからの受診状況連絡書が廃止となりレセプトでの確認となったため、未受診や未治療となった詳しい経緯等は把握できなくなりました。</li> <li>・受診率が年々低下していることから、現在の案内通知のみでは受診行動へと誘導することが難しく、通知文書の内容やより受診してもらうための方法について検討が必要であると考えます。</li> <li>・同じ対象者に未受診のため複数回通知を送付しています。</li> </ul>						
効果があった 取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・令和元年度から、国保事務支援センターに対象者の抽出・送付を委託しており、治療率も上昇しているため他機関からの通知が有効であったと考えられます。(令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で大きく下がっています。)</li> </ul>						
見直しが必要な 取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診率は全体的に低迷しており、受診勧奨通知のみでは効果が得られなくなっています。</li> </ul>						
課題・次期計画の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診しても、治療するか否かは医師の判断に左右されるため、受診率の向上を目指します。現在治療率を評価指標としてあげていますが、次年度計画ではなくします。</li> <li>・受診を促すアプローチ方法(勧奨資材や電話勧奨等)について検討が必要です。</li> <li>・対象者の重症化率については評価が困難であり、評価項目から除きます。本事業については第3期計画でも継続して取り組みます。</li> </ul>						

## 2-4 糖尿病性腎症重症化予防プログラム

<p>目 的</p>	<p>糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・治療中断者について、関係機関からの適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い方に対して主治医の判断により保健指導対象者を選定し、腎不全、人工透析への移行を防止するとともに、心筋梗塞、脳梗塞の発症を予防します。</p>						
<p>事業内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健師、管理栄養士による6ヶ月間の保健指導を行います。</li> <li>医師と連携しながら、糖尿病で腎機能が低下している方が将来人工透析にならないよう支援を行います。</li> <li>・奈良県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、選定要件を満たした対象者を抽出し、国保事務支援センターが受診勧奨通知を対象者へ送付します。その後、レセプトを確認し、未受診者へは、再勧奨を行います。</li> </ul> <p>【対象要件】下記の①②に該当する被保険者が対象です。</p> <p>①過去3年間における直近の健診で、HbA1c6.5%以上が確認されているものの、当該年度内に糖尿病の受診歴や服薬履歴がない方</p> <p>②過去2年間糖尿病の服薬歴が確認されたが、当該年度に糖尿病の受診歴や服薬歴等がない方</p> <p>【保健指導】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・国保事務支援センターが抽出した対象者リストを本市が確認し、本市より対象者に案内を送付します。県の糖尿病性腎症重症化予防プログラム実施手順書に基づき、保健指導を行います。また、市内開業医より紹介のあった対象者に対し保健指導を実施します。</li> </ul> <p>【重症化予防対策実施体制づくりに向けた会議】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・市医師会の腎臓専門医に講師を依頼します。保健師、管理栄養士、医師との連携をスムーズにし、実施体制について検討します。</li> </ul>						
<p>評 価</p>	<p>指 標</p>	<p>目標値</p>	<p>指標の変化</p>				<p>評価</p>
<p>アウトカム</p>	<p>保健指導対象者の病期の悪化率</p>	<p>0.0%</p>	<p>令和元 ベースライン 0.0%</p>	<p>令和2 0.0%</p>	<p>令和3 0.0%</p>	<p>令和4 0.0%</p>	<p>a</p>
	<p>特定健診受診者の内、未治療者の受診率</p>	<p>64.0%</p>	<p>63.6%</p>	<p>41.2%</p>	<p>23.8%</p>	<p>68.2%</p>	<p>a</p>
	<p>治療中断者の治療再開率</p>	<p>40.0%</p>	<p>25.0%</p>	<p>対象者が0人</p>	<p>対象者が0人</p>	<p>100.0%</p>	<p>a</p>
	<p>医師と連携して実施した保健指導率(健診受診者で国保事務支援センターからの通知を送付)</p>	<p>20.0%</p>	<p>0.0%</p>	<p>100.0%</p>	<p>0.0%</p>	<p>100.0%</p>	<p>a</p>
	<p>医師と連携して実施した保健指導率(医師からの紹介)</p>	<p>100.0%</p>	<p>100.0%</p>	<p>100.0%</p>	<p>100.0%</p>	<p>対象者が0人</p>	<p>a</p>
<p>アウトプット</p>	<p>糖尿病の未治療者への治療推奨 通知率</p>	<p>100.0%</p>	<p>100.0%</p>	<p>100.0%</p>	<p>100.0%</p>	<p>100.0%</p>	<p>a</p>
	<p>糖尿病治療中断者への受診勧奨 通知率</p>	<p>100.0%</p>	<p>100.0%</p>	<p>100.0%</p>	<p>100.0%</p>	<p>100.0%</p>	<p>a</p>
	<p>対象者への保健指導実施率(健診受診者で事務支援センターからの通知を送付)</p>	<p>20.0%</p>	<p>0.0%</p>	<p>33.3%</p>	<p>0.0%</p>	<p>5.0%</p>	<p>b</p>

	対象者への保健指導実施率 (医師からの紹介)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	対象者が0人	a
	医師会等での共有	2回	2回	2回	2回	2回	a
プロセス	スケジュールの確認	実施	実施	実施	実施	実施	a
	糖尿病未治療者の確認	実施	実施	実施	実施	実施	a
	治療勧奨の版面の設定	実施	実施	実施	実施	実施	a
	治療勧奨の方法の適切さ	適切	適切	適切	適切	適切	a
	治療中断者の確認	実施	実施	実施	実施	実施	a
	受診勧奨の方法の適切さ	適切	適切	適切	適切	適切	a
	対象者の設定と医師との共有	実施	実施	実施	実施	実施	a
	保健指導参加の同意書と医師からの意見書の設定	実施	実施	実施	実施	実施	a
	糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づく実施とその適切さ	適切	適切	適切	適切	適切	a
	保健指導実施者の次年度の健診受診状況の確認	実施	実施	実施	実施	実施	a
	保健指導実施者の満足度 事後アンケート「保健指導プログラムに参加してよかった(とてもよかった、まあまあよかったと回答した方)」	80.0%	未実施	100.0%	100.0%	100.0%	a
	ストラクチャー	事業実施体制の決定	実施	実施	実施	実施	実施
実施担当者の決定		実施	実施	実施	実施	実施	a
医師会・医療機関、かかりつけ医、薬剤師、歯科医師会等との連携		1回	1回	1回	1回	1回	a
糖尿病性腎症重症化予防プログラムの作成(国保事務支援センター)		実施	実施	実施	実施	実施	a
医師の紹介による保健指導についてマニュアルの作成		実施	実施	実施	実施	実施	a
費用分析の実施の有無		実施	未実施	未実施	未実施	未実施	d
長期的なフォローの仕組みの有無		実施	2年目フォローとその後の経過確認を実施	2年目フォローとその後の経過確認を実施	2年目フォローとその後の経過確認を実施	2年目フォローとその後の経過確認を実施	a

成功要因 未達要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診受診者のうち、未治療者の治療率に増減はありますが、令和4年度は目標値を上回りました。継続的に受診をしなかった方が3年目の案内にて受診をされている方も2名おり、継続的に実施することで受診につながっているケースもあります。現時点では案内通知のみで実施しているため、より受診してもらうための方法の検討が必要です。</li> <li>・治療中断者は令和2年度から0人となっています。また、令和4年度は100%の受診となりました。受診勧奨を実施した効果が表れていると考えます。</li> <li>・医師と連携して実施した保健指導率(健診受診者と医師からの紹介)については対象者からの同意があった方については各年度で100%となっています。医師との連携ができていると考えます。</li> </ul>
効果があった 取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性腎症重症化予防の保健指導では市内の医師の理解が得られ、連携が大変スムーズに行うことができています。</li> <li>・受診勧奨通知、再勧奨通知により年度によりばらつきはありますが、受診につながっています。</li> <li>・保健指導を実施したすべての方の腎病期の悪化はなく、急激なeGFR値の低下はみられません。個別に保健指導を実施することでその後の経過としても効果がでていたものと考えます。</li> </ul>
見直しが必要な 取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重症化予防検討会の継続実施ができていますが、一方で参加している専門職は「医師、保健師、管理栄養士、薬剤師」となっています。地域の中で関わる関係機関や専門職の範囲を少しずつ広げていく必要があると考えます。</li> </ul>
課題・次期計画の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導対象者の医療費分析については、現時点でシステム上比較できないため、評価項目から削除します。</li> <li>・医師と連携して実施した保健指導率については、「健診受診者から対象に上がった方」と「医師からの紹介」を分けずに評価を行います。</li> </ul> <p>本事業については第3期計画でも継続して取り組みます。</p>

## 2-5 がんによる死亡減少事業(がん検診及び精検受診率の向上事業)

目的	早期発見、早期治療につなげることでがんによる死亡を減少させます。						
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・それぞれのがん検診対象者に対して、SMR や罹患状況から、より受けてもらいたいがん検診と年代を抽出し、重層的な案内通知、広報を行います。未受診者には再勧奨も行います。</li> <li>・受診者の中で、精密検査対象で未受診の方には電話や通知を行い、精密検査を受診するよう働きかけます。</li> <li>・精密検査受診者で結果が不明な方には電話や通知、医療機関への確認を行うことで未把握をなくします。</li> <li>・各医療機関、集団検診委託業者の精度管理を行い、より質の高いがん検診を受診者に提供します。</li> </ul>						
評価	指標	目標値	指標の変化				評価
			令和元 ベースライン	令和2	令和3	令和4	
	アウトカム	がん SMR 胃がん男性	100 以下	134.5 (H26-30)	122.0 (H27-R1)	117.1 (H28-R2)	97.7 (H29-R3)
	がん SMR 胃がん女性	100 以下	134.3 (H26-30)	120.1 (H27-R1)	120.1 (H28-R2)	92.2 (H29-R3)	α

	がん SMR 肺がん男性	100 以下	105.2 (H26-30)	108.2 (H27-R1)	118.5 (H28-R2)	110.2 (H29-R3)	c
	がん SMR 肺がん女性	100 以下	102.8 (H26-30)	102.8 (H27-R1)	106.8 (H28-R2)	111.0 (H29-R3)	c
	胃がん検診受診率 (50-69 歳)	11.5%	7.2%	7.1%	6.7%	7.9%	c
	肺がん検診受診率 (40-69 歳)	19.0%	5.7%	2.2%	4.8%	5.4%	b
アウトプット	集団検診実施回数	増加	18 回	13 回	20 回	20 回	a
	がん検診ごとの対象者全員 に受診勧奨を実施したか	実施	一部実施	一部実施	実施	実施	a
	胃がん検診対象者への 再勧奨実施者数	2,000 人	1,785 人	1,694 人	1,723 人	1,785 人	b
	肺がん検診対象者への 再勧奨実施者数	2,000 人	1,042 人	-	-	1,735 人	a*
	受診勧奨、再勧奨の方法は 適切か	適切	適切	適切	適切	適切	a
	広報への掲載回数	5 回	5 回	4 回	5 回	5 回	a
	がん精検未受診者への受診 勧奨（受診医療機関確認、 電話もしくは手紙）	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	a
プロセス	指針に基づかないがん検診 について医師会と協議した か	実施	-	実施	実施	実施	a
	受診勧奨、再勧奨の方法は 適切か	適切	適切	コロナ禍 で受診勧 奨を大幅 に控える	適切	適切	a
	精度管理は行われているか ・チェックリスト（精度管理 表）を実施医療機関で実施 したか	実施	実施	実施	実施	実施	a
	・チェックリストの内、実 施できていない部分を実施 医療機関と共有し改善対策 をしたか	実施	一部実施	一部実施	実施	実施	a
	・チェックリストに記載さ れた内容がその通り実施さ れたか確認をしたか	実施	-	実施	実施	実施	a
	・それぞれの医療機関でプ ロセス指標をまとめて医療 機関と共有したか	実施	-	一部実施	一部実施	一部実施	a*
	胃がん精検受診率 (40-74 歳)	90.0% 以上	96.8%	100.0%	92.3%	95.2% (速報値)	a
	肺がん精検受診率 (40-74 歳)	90.0% 以上	83.3%	精密検査 が 0 人	90.9%	100.0% (速報値)	a

	胃がん 精検未把握率 (40-74 歳)	5.0% 以下	0.0%	0.0%	0.0%	4.8% (速報値)	a
	肺がん 精検未把握率 (40-74 歳)	5.0% 以下	0.0%	0.0%	0.0%	0.0% (速報値)	a
	胃がん 要精検率 (40-74 歳)	11.0% 以下	5.4%	8.5%	3.0%	5.4% (速報値)	a
	肺がん 要精検率 (40-74 歳)	3.0% 以下	0.8%	0.0%	1.1%	0.3% (速報値)	a
	胃がん がん発見率 (40-74 歳)	0.11% 以上	0.7%	0.0%	0.12%	0.52% (速報値)	a
	肺がん がん発見率 (40-74 歳)	0.03% 以上	0.0%	0.0%	0.0%	0.1% (速報値)	a
	胃がん 陽性反応的中度 (40-74 歳)	1.0% 以上	12.9%	0.0%	3.8%	9.5% (速報値)	a
	肺がん 陽性反応的中度 (40-74 歳)	1.3% 以上	0.0%	0.0%	0.0%	33.3% (速報値)	a
ストラクチャー	予算やマンパワーは十分であったか	十分	十分	十分	十分	十分	a
	実施について特定健診 (国保部門)との 連携ができたか	実施	実施	実施	実施	実施	a
	集団健診で託児、レディー ス、日曜日実施ができたか	実施	実施	実施	実施	実施	a
成功要因 未達要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>胃がんは目標とする SMR100 以下を達成しています。肺がんについては SMR 横ばいの数値で推移しています。</li> <li>令和 2 年度から令和 3 年度は、新型コロナウイルス感染症の影響を受け、受診率も低迷していましたが、集団検診の実施体制の回復などに伴い、受診率も増加しています。しかし、目標は未到達の状況です。</li> <li>集団検診実施回数は令和 3 年度より 2 回増加の年間 20 回を維持しています。</li> <li>がん検診の勧奨は、令和 3 年度から国の示す対象者全員に受診勧奨を行っています。また、再勧奨も SMR や罹患年代などに注視しながら、適切な対象者に受診勧奨を行っています。</li> <li>精密検査未受診者には、適宜間隔を置いて受診勧奨を行うなど積極的な受診勧奨を実施できています。</li> </ul>						
効果があった 取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>精密検査の未受診者について丁寧な追跡を行うことで、未把握率を低下させることにつながっていると考えます。</li> <li>Web 申し込みを導入することで予約の取りやすい環境を整えることができています。今後 Web 利用者と若い世代の申込者の増減も評価していく必要があります。</li> </ul>						
見直しが必要な 取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>再勧奨は、葛城市の SMR の動向を考慮しても、胃がん・肺がんにポイントをおいて継続していく必要がありますが、実施目標を再勧奨数ではなく、再勧奨の実施の有無で評価を行う必要があると考えます。</li> <li>実施医療機関との精度管理の情報共有と改善が必要な場合の依頼方法など、今後も医療機関との連携が必要です。</li> </ul>						



課題・次期計画の方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>葛城市の SMR で胃がんは令和 4 年度減少していますが、今後も減少傾向に転ずるのか注視していく必要があります。また、肺がんについては横ばいが維持されているため、今後も重点的に取り組む必要があります。</li> <li>がん検診の受診率の増加を目指すとともに、要精密検査者となった方の受診行動につながるよう今後啓発、追跡が必要であると考えます。</li> </ul> <p>本事業については第 3 期計画でも継続して取り組みます。</p>
-------------	---

## 2-6 慢性腎臓病(CKD)予防講演会

目 的	市民が CKD 予防の知識を身につけ、健康寿命を延伸させます。						
事業内容	・ 1 年に 1 回講演会形式で CKD を防ぐために必要な知識を市民に伝える事業です。講演会の内容としては、保健師からの葛城市の現状の説明、医師からの CKD についての説明、管理栄養士からの CKD を予防するための食生活についての説明を行っています。						
評 価	指 標	目標値	指標の変化				評価
			令和元 ベースライン	令和 2	令和 3	令和 4	
アウトカム	40 歳～74 歳の国保加入者のうち、生活習慣病を有する透析患者新規発生数	0 人	4 人	3 人	1 人	6 人	c
	慢性腎臓病(CKD)の予防方法について、「とても理解できた」「理解できた」と回答する割合(アンケートより)	95.0%	93.5%	講演会中止のため未把握	講演会中止のため未把握	95.0%	a
	減塩の必要性が分かった方(とても理解できた、理解できた)の割合(アンケートより)	95.0%	未実施	講演会中止のため未把握	講演会中止のため未把握	98.0%	a
	YouTube を視聴して健康相談に来所した人数(R2 コロナの影響で新設)	10 人	未実施	0 人	0 人	0 人	c
アウトプット	参加者	200 人	192 人	講演会中止	講演会中止	83 人	c
	参加者数のうち、国保人数	100 人	94 人	講演会中止	講演会中止	24 人	c
	60 歳未満の参加者の割合	15.0%	12.0%	講演会中止	講演会中止	18.0%	a
	YouTube の視聴回数(R2 コロナの影響で新設)	600 回	未実施	496 回	1,111 回	2,059 回	a
	(参考: YouTube 配信動画累計本数)	-	0 本	1 本	2 本	3 本	-
プロセス	アンケートを実施できたか	80.0%	69.0%	講演会中止	講演会中止	90.4%	a
	広報後、3 月末に YouTube の視聴者数を確認できたか	実施	未実施	実施	実施	実施	a
ストラクチャー	医師との連絡会議の回数	2 回	2 回	2 回	2 回	2 回	a

成功要因 未達要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・40歳～74歳の国保加入者のうち、生活習慣病を有する新規透析患者は毎年発生しています。透析加療者全体をみると30人前後に留まっており、全体としての増加はありません。理由として、死亡や後期高齢者保険への移行、国保喪失があげられ毎年数人減少しています。</li> <li>・慢性腎臓病(CKD)の予防方法について、「とても理解できた」「理解できた」と回答する割合は高く、講演会参加者に対しては十分に知識付与ができたのではないかと考えます。</li> <li>・減塩の必要性についても講演会の中や展示媒体により周知ができています。</li> <li>・開催の案内通知は、国保加入者に送付していますが参加者の内、国保の方は半数以下です。</li> <li>・令和2年度と令和3年度は講演会が実施できない代わりに、YouTube配信を実施しています。新しい動画を案内する際に、過去動画についても広報を行うことで過去動画の視聴者数も増加しています。</li> </ul>
効果があった 取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・講師については、市内医師の協力を得ています。市内医師に講師を依頼していることで、医療機関への理解、連携がスムーズに行うことができています。また、参加者も身近な医療機関の医師による講演会ということで意欲的に参加できていると考えます。</li> <li>・YouTubeにて新しい動画を掲載する際、過去動画についても紹介することで視聴数の増加に繋がっています。</li> </ul>
見直しが必要な 取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・40～50歳代の国保加入者へ案内通知を送付していますが、案内通知による参加者が少ないため、送付対象者については見直しが必要であると考えます。</li> <li>・参加した方の慢性腎臓病の予防方法や減塩の必要性についての理解度は高いですが、参加者数を増やすための取り組みが必要であると考えます。</li> </ul>
課題・次期計画の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・慢性腎臓病(CKD)という言葉の知名度はテレビCM等の効果もあり、目に触れる機会が増えています。しかし、予防方法まで知ってもらうためには今後も講演会等での啓発が必要であると考えます。</li> <li>・参加者を増やす取り組みとして、案内対象者を50～60歳代に変更することや、他イベントと共同実施をする等を検討します。</li> </ul> <p>本事業については第3期計画でも継続して取り組みます。</p>

## 2-7 生活習慣病予防教室(血管改善教室)

目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市民の方々に生活習慣病予防(高血圧、脂質異常、高血糖)のための知識を増やしていただきます。</li> <li>・健康づくり行動ができます。</li> <li>・仲間意識が芽生え、それぞれの目標に向けてお互いに声をかけながら継続することができます。</li> </ul>						
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査の結果にて、高血圧、脂質異常、高血糖の値が基準値を超えていた人(腹囲・服薬の有無は問わない)に対して、栄養教室2回と運動教室1回を1クールとして年に4クール実施します。1・2クールは前年度の対象者、3・4クールは当該年度の対象者に対して案内発送を行っています。</li> <li>・血管改善教室特別講座と題して、血管改善教室に参加した方が再度集まる機会を半年後に設けており、1日で栄養・運動教室を行っています。</li> </ul>						
評価	指標	目標値	指標の変化				評価
			令和元 ベースライン	令和2	令和3	令和4	
アウトカム	教室に参加して、体を動かす時間を1日10分以上今よりも増やそうと思う方の割合(事後アンケートより)	95.0%	未実施	87.0%	93.0%	93.0%	α*

		塩分の取り過ぎに気をつけている方の割合(事後アンケートより)	95.0%	93.0%	91.0%	100.0%	91.0%	b
		教室に参加して、野菜を1日小鉢1杯以上増やした方の割合(事後アンケートより)	20.0%	未実施	5.6%	27.0%	16.0%	a*
	アウトプット	参加者(教室+同窓会の参加実人数)	増加	86人	33人	31人	61人	c
	プロセス	アンケートを実施できたか	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	a
	ストラクチャー	予算やマンパワーは適切であったか	適切	適切	適切	適切	適切	a
	成功要因 未達要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・教室の事後アンケートについて、目標値を達成している年度もあるが、僅かに届いていない年度もあります。事前アンケートとの比較ではそれぞれ改善がみられますが、栄養講座2回、運動講座1回と回数が多くはないため、参加者数全員の習慣や意識を変えるという所までは難しい状況です。また、3回すべての講座を受講した参加者が少ないです。</li> <li>・教室対象者は、健診結果を用いており過去参加者は除いています。関心層は既に参加しており、無関心層の方に毎年案内が届いている現状にあり年々参加者数が減少しています。</li> </ul>						
	効果があった 取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・血管改善教室特別講座と題して、血管改善教室に参加した方が再度集まる機会を半年後に設けたことで、学びの復習やモチベーション維持に繋がっていると考えます。</li> </ul>						
	見直しが必要な 取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新型コロナウイルス感染症対策のため、直近は講義のみの一方的な教室になっています。</li> <li>・無関心層へ何度も案内が届いており、参加者数が減少し続けています。</li> </ul>						
	課題・次期計画の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実技やグループワーク等を入れながら参加者の意欲向上に努めます。</li> <li>・血管改善教室の実施とともに、既参加者を対象者とした特別講座(事後フォロー教室)の充実を検討します。</li> </ul> <p>本事業については第3期計画でも継続して取り組みます。</p>						

## 2-8 運動教室

目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運動習慣のない市民が日常生活の中で運動する機会が増えることで健康寿命の延伸、医療費削減を図ります。</li> <li>・運動習慣のない市民が正しい運動方法を習得し継続することにより、健康管理に努め生活習慣病の進行を予防します。</li> </ul>						
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・月に1回、19歳以上の希望者に対して、健康運動指導士が正しい運動の方法を指導する事業です。</li> </ul>						
評価	指標	目標値	指標の変化				評価
			令和元 ベースライン	令和2	令和3	令和4	
アウトカム	「運動する日は30分以上行っていますか」で「はい」と答えた方の割合(事前・事後アンケート両方とることができた方)	80.0%	73.7%	66.0%	86.7%	78.8%	a*
	「週2日以上運動をしていますか」で「はい」と答えた方の割合(事前・事後アンケート両方とることができた方)	80.0%	71.7%	69.8%	82.2%	74.3%	a*

	教室に参加することで1日10分以上体を動かすことが増えた方の割合（事後アンケート）	98.0%	97.8%	38.0%	26.0%	74.3%	c
	特定健診受診者の内、1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していない方の割合（KDB）	50.0%	56.4%	57.4%	57.3%	60.1%	a
アウトプット	参加者数	120人	111人	63人	75人	92人	c
	参加者数のうち、国保人数	80人	78人	48人	53人	44人	c
プロセス	アンケートを実施できたか	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	95.7%	b
	減塩に関する知識を提供できたか	3回/年	-	-	3回	4回	a
ストラクチャー	予算やマンパワーは適切であったか	適切	適切	適切	適切	適切	a
成功要因 未達要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>令和2年度・令和3年度は、体を動かす割合が激減しました。新型コロナウイルス感染症の影響で、開催日数を半分に減らしたことが原因のひとつであると考えます。</li> <li>令和4年度は体を動かす割合は増えましたが、運動教室でしか運動をしない人が2割強いるため、運動習慣が確立している人は目標値には達しませんでした。</li> <li>令和4年度は感染対策をしながらの開催で参加者数が戻りつつあります。新規の参加者は毎月数人おり、ほぼ毎月参加する人も増えています。しかし定着率が低いので、目標値は未達成でした。</li> <li>国民健康保険者数は、令和3年度までは7割を超えていましたが令和4年度は5割で、国民健康保険加入者自体が減っていることが要因のひとつと考えます。</li> </ul>						
効果があった 取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>体組成測定は、筋肉量を増やしたいという参加者にとって運動意欲を駆り立て、有益でした。</li> <li>令和3年度から始めた、管理栄養士による減塩指導は季節に応じた内容にしており、参加者の減塩に対する意識づけになっています。</li> <li>出席カードを作ることで、受付業務が簡易化できました。</li> </ul>						
見直しが必要な 取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>教室の内容は、参加者にとって効果的であるか検討が必要です。</li> </ul>						
課題・次期計画の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定保健指導対象者の初回面談時に参加勧奨を徹底する必要があります。</li> <li>国保加入者で健診未受診の方への受診勧奨及び教室勧奨を実施していきます。</li> <li>周知方法を検討していきます。（現在は広報・チラシ・防災行政無線）</li> <li>運動習慣をつくってもらえるよう、家庭でもやってみようと思う運動かつ継続しやすい教室内容になるよう、講師と協議をしながら見直ししていきます。</li> </ul> <p>本事業については第3期計画でも継続して取り組みます。</p>						

## 2-9 健康相談

目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>心身の健康に関する個別の相談に応じ、家庭等における健康管理に必要な助言・指導を行っていきます。</li> <li>特定健康診査・プレ特定健康診査・健康診査(健康増進法に基づく)・人間ドック(国民健康保険助成)等の結果をもとに、受診者の生活習慣や健康障害を把握し、将来の健康障害を予測して進行させないように本人の気づきを支援し、自ら生活習慣改善できるよう支援していきます。</li> <li>特定保健指導対象者以外の方が、特定健康診査の結果を理解し、望ましい生活習慣に関する知識を得る機会をつくっていきます。</li> </ul>
----	---

事業内容	・保健師・管理栄養士による健康づくりの相談・健診結果説明を行う事業です。その内 4 日は骨密度測定を実施しています。						
評価	指標	目標値	指標の変化				評価
			令和元 ベースライン	令和 2	令和 3	令和 4	
アウトカム	生活習慣の意識付けに役立ったかという問いに対し、役に立った（大変役に立った、役に立った）と回答する方の割合（アンケート）	100.0%	94.0%	94.0%	97.0%	100.0%	a
	減塩の必要性が分かった方の割合（アンケート）	95.0%	未実施	未実施	93.0%	95.2%	a
アウトプット	参加者数	140 人	131 人	51 人	102 人	84 人	c
	参加者のうち、国保加入者割合	45.0%	41.0%	29.0%	38.0%	40.5%	b
プロセス	アンケートを実施できたか（骨密度測定時のみ）	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	95.5%	b
ストラクチャー	予算やマンパワーは適切であったか	適切	適切	適切	適切	適切	a
成功要因 未達要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・パンフレットや媒体を使い、個別性を重視した指導ができ、目標値を達成できました。</li> <li>・令和 2 年度は健康相談・骨密度測定いずれも減少したのは、新型コロナウイルス感染症の影響であると思われます。その後は徐々に増加してきているものの、目標値は達成できませんでした。</li> <li>・参加者数は目標値には達しませんでした。健診結果の説明が目的の参加者は増えており、開催の意義はあります。</li> <li>・参加者のうち、国民健康保険加入者の割合が目標値に達しなかったのは、国民健康保険加入者自体が減っていることと、後期高齢者の参加者が多いことが一因であると考えられます。</li> </ul>						
効果があった 取り組み	・健診結果と一緒に、健康相談日以外の個別の相談も予約可能なことを記載したチラシを同封することで、健康相談日以外での個別相談や骨密度測定の希望者が令和 4 年度は 10 名程度いました。						
見直しが必要な 取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康相談の参加者が少ない日が複数日ありました。広報・有線放送・健診結果にチラシを同封する以外の周知方法を考えることが必要です。</li> <li>・健診結果が手元に届くタイミングでの開催日を設定しましたが、参加者が増加しているわけではないため広報の方法を検討する必要があります。</li> </ul>						
課題・次期計画の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査・プレ特定健康診査・健康診査・人間ドックの受診者で、平日の参加が不可能な方に対して、日中のオンラインでの対応や実施方法について検討していく必要があります。</li> </ul> 本事業については第 3 期計画でも継続して取り組みます。						

## 2-10 後発医薬品使用促進事業

目的	後発医薬品使用促進を啓発し、医療費の適正化を図ります。
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国民健康保険被保険者証の更新の際、ジェネリック活用シールを同封しています。</li> <li>・市広報誌での啓発をしています。（1 回／年）</li> <li>・後発医薬品差額通知を送付しています。（4 回／年）</li> <li>・啓発物品の配布を行っています。</li> </ul>

評価	指標	目標値	指標の変化				評価
			令和元 ベースライン	令和2	令和3	令和4	
アウトカム	使用割合	未設定	68.17%	72.81%	76.52%	78.74%	d
アウトプット	差額通知の発送	未設定	4回	4回	4回	4回	d
	ジェネリック活用シールの配布	未設定	実施	実施	実施	実施	d
プロセス	差額通知の設定	未設定	実施	実施	実施	実施	d
	差額通知対象者の選定	未設定	実施	実施	実施	実施	d
ストラクチャー	事業実施体制の決定	未設定	実施	実施	実施	実施	d
	実施担当者の決定	未設定	実施	実施	実施	実施	d
成功要因 未達要因	・ 国保連合会の事務共同事業を活用するなど啓発活動を行った結果、後発医薬品の使用割合は年々上昇しています。						
効果があった 取り組み	・ 年に4回送付している差額通知の発送後は、後発医薬品への切り替えが行われています。						
見直しが必要な 取り組み	・ 「ジェネリック医薬品を希望します」のシールを配布し自身で被保険者証に貼り付ける方式を採用していますが、被保険者証にジェネリック医薬品を希望する旨を印字し、希望しない方は希望しない旨の意思表示をするように変更していきます。						
課題・次期計画の 方向性	・ 使用割合は奈良県の第4期医療費適正化計画等との整合性を図り、設定していきます。本事業については第3期計画でも継続して取り組みます。						

## 2-11 重複・多剤・併用禁忌投薬対策(適正服薬の推進)

目的	適切な受診や服薬をすることを促し、医療費適正化を図ります。						
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 重複・多剤・併用禁忌投薬対象者への注意喚起文書の送付を行っています。</li> <li>・ 重複・多剤投薬対象者への電話指導を行っています。</li> </ul>						
評価	指標	目標値	指標の変化				評価
			令和元 ベースライン	令和2	令和3	令和4	
アウトカム	重複投与者の人数	未設定	3,445人	2,657人	2,865人	2,596人	d
	多剤投与者の人数	未設定	664人	596人	582人	588人	d
アウトプット	重複・多剤・併用禁忌投薬対象者への注意喚起文書の送付	未設定	1回	1回	1回	1回	d
プロセス	注意喚起文書の設定	未設定	実施	実施	実施	実施	d
	注意喚起対象者の選定	未設定	実施	実施	実施	実施	d
ストラクチャー	事業実施体制の決定	未設定	実施	実施	実施	実施	d
	実施担当者の決定	未設定	実施	実施	実施	実施	d
成功要因 未達要因	・ 国保連合会の事務共同事業を活用するなど啓発活動を行った結果、人数は減少傾向にあります。						
効果があった 取り組み	・ 注意喚起文書を送付したところ、文書をみての問い合わせがあり、口頭での注意喚起につながることができました。						
見直しが必要な 取り組み	・ 国保連合会の事務共同事業を活用し事業を行っていますが、市独自としても電話指導や訪問指導を行う必要があります。						
課題・次期計画の 方向性	・ 国保連合会の事務共同事業を活用し事業を行っていますが、市独自としても電話指導や訪問指導を行っていきます。本事業については第3期計画でも継続して取り組みます。						

## 第2章 葛城市の現状

### 1. 市の現状

#### 1-1 地域の特性

葛城市は平成16年10月1日に旧新庄町と旧當麻町の2町が奈良県内初の合併により誕生しました。

面積は33.72平方キロメートルで、人口は約38,000人です。奈良県の北西部に位置し、北は香芝市、東は大和高田市、南は御所市、西は金剛生駒紀泉国定公園をはさんで大阪府南河内郡太子町・河南町と隣接しています。市の西側には葛城山・二上山の山並みが連なり、東側に平地が広がっています。近畿日本鉄道、JR西日本によって大阪方面と結ばれており、大阪方面から葛城市の自動車によるアクセスについては、最寄りのICである葛城ICと大阪・美原JCT（南阪奈自動車道）とは約15分の距離です。

豊かな自然に恵まれ、国宝・當麻曼荼羅をはじめ数多くの国宝や重要文化財を伝える當麻寺、我が国最古の官道である竹内街道を有するとともに、相撲発祥の地であることでも知られています。

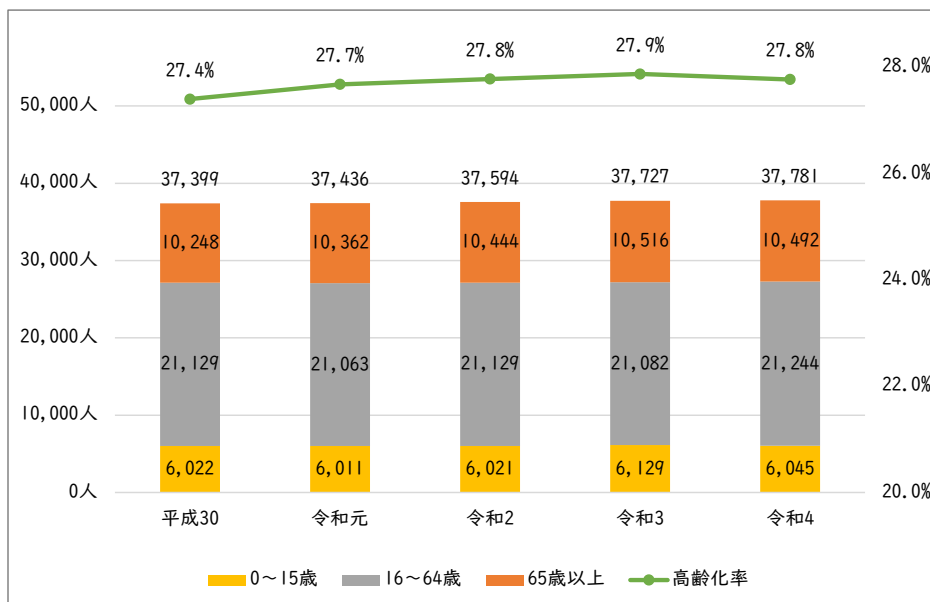
葛城市国民健康保険では生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進、重症化予防等のため、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保険事業を行うため保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定し、健康なまちづくりと医療給付費の適正化を目指します。

#### 1-2 人口の状況

##### 1-2-1 人口の推移

平成30年度から年々人口は微増しており、令和4年度は37,781人となっています。令和4年度の高齢化率は27.8%で平成30年度から横ばいで推移しています。

図表1 人口の推移

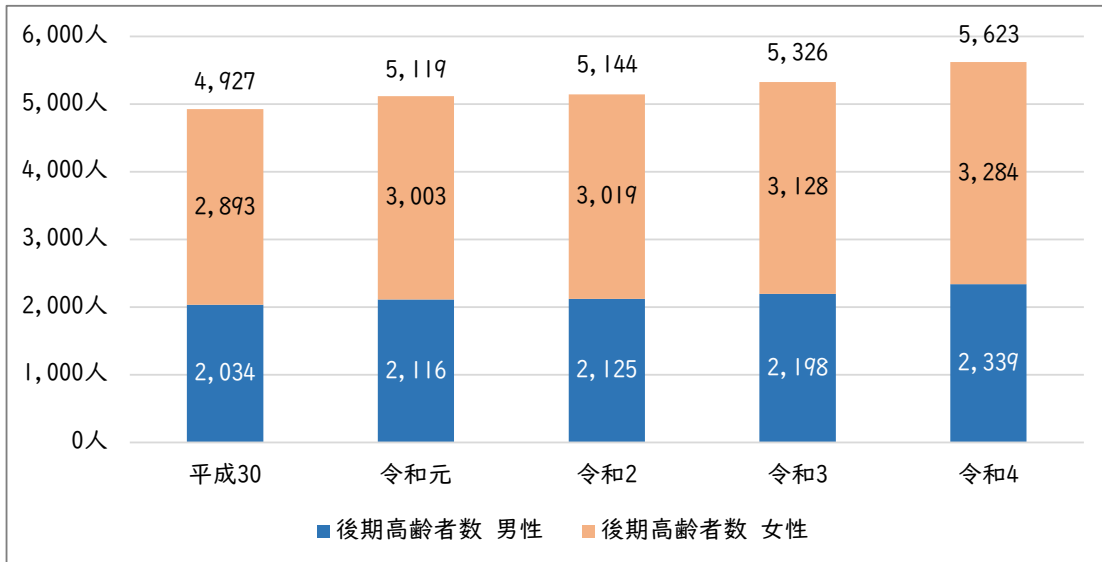


資料：葛城市 年齢別人口表（平成30年度～令和4年度）

### 1-2-2 後期高齢者人口の推移と構成

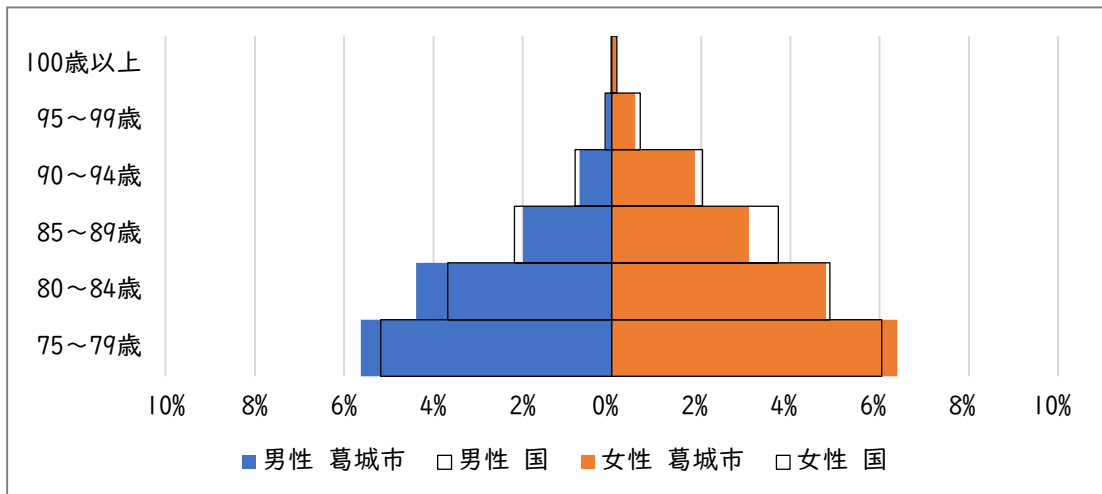
令和4年度の75歳以上の後期高齢者数は、5,623人となり、総人口の約14.9%を占めています。また、平成30年度と令和4年度を比較すると、696人増加しています。性別年齢構成は、国とほぼ変わらない状況となっています。

図表2 後期高齢者数の推移



資料：葛城市 年齢別人口表（令和4年度）

図表3 後期高齢者の構成割合



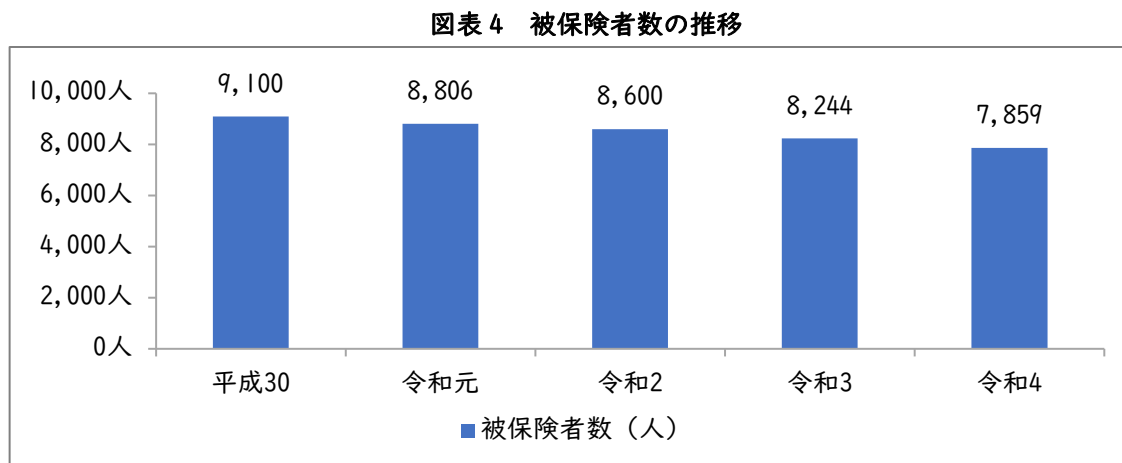
資料：KDB 帳票 No.5 「人口及び被保険者の状況」、葛城市 年齢別人口表（令和4年度）



## 1-3 国民健康保険の状況

### 1-3-1 被保険者数の推移

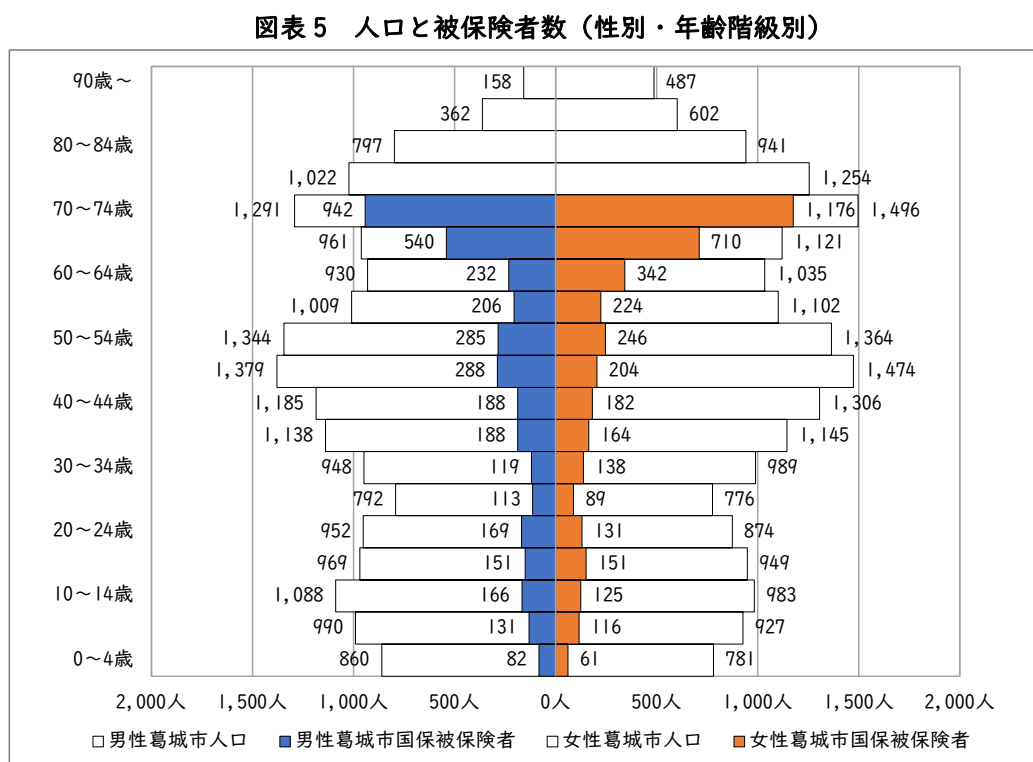
令和4年度の被保険者数は7,859人であり、平成30年度は9,100人、その差は1,241人であり、被保険者数は年々減少しています。



資料：KDB 帳票 No.5 「人口及び被保険者の状況」(平成30年度～令和4年度)

### 1-3-2 国民健康保険加入者の男女別年齢別構成割合

総人口に対して国民健康保険加入率は20.8%であり、性別で比較すると男性の比率が高く、また、年代別で見ると、男女ともに65歳以上から国民健康保険に加入している人数が増加しています。市の特徴として人口に占める女性の割合が多く、それに伴い被保険者数も女性の割合が多くなっています。



	男性	女性	計
人口	18,175人	19,606人	37,781人
被保険者数	3,800人	4,059人	7,859人
加入率	20.9%	20.7%	20.8%

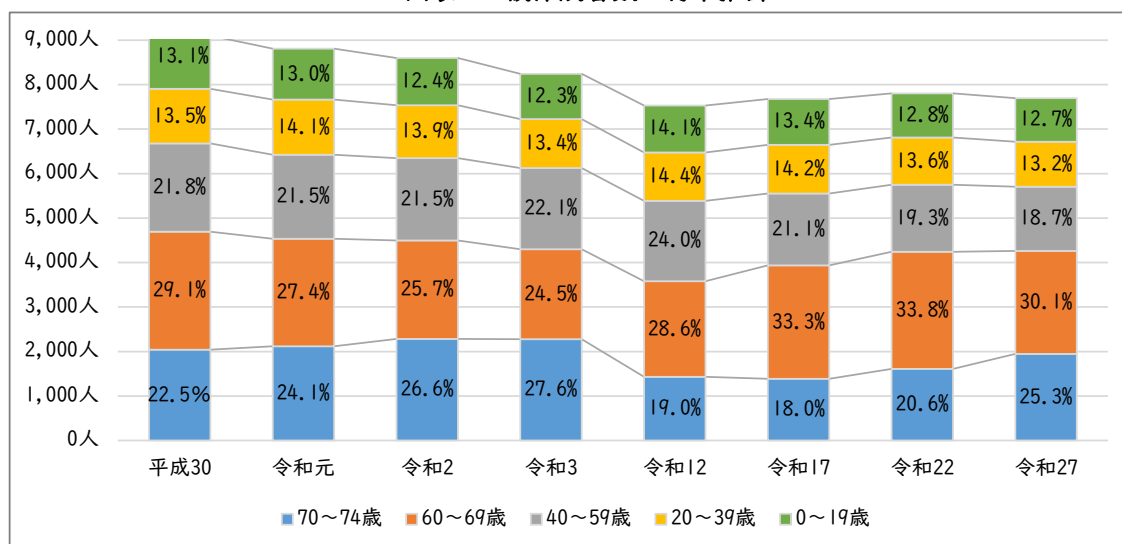
資料：KDB 帳票 No. 5 「人口及び被保険者の状況」（令和 4 年度）、葛城市 年齢別人口表

### 1-3-3 被保険者数の将来推計

令和 12 年以降の将来予測において年齢構成割合からみると、減少傾向がみられるのは 40～59 歳、横ばい傾向がみられるのは 0～19 歳と 20～39 歳、増加傾向がみられるのは 60～69 歳と 70～74 歳となります。

令和 22 年では、60～69 歳の年齢層がピークをむかえ、全被保険者数の約 33.8% を占める予測です。また、被保険者数全体では、令和 12 年に被保険者数は減少しますが、以降微増すると推測されます。

図表 6 被保険者数の将来推計



資料：KDB帳票No.5「人口及び被保険者の状況」（平成30年度～令和3年度）

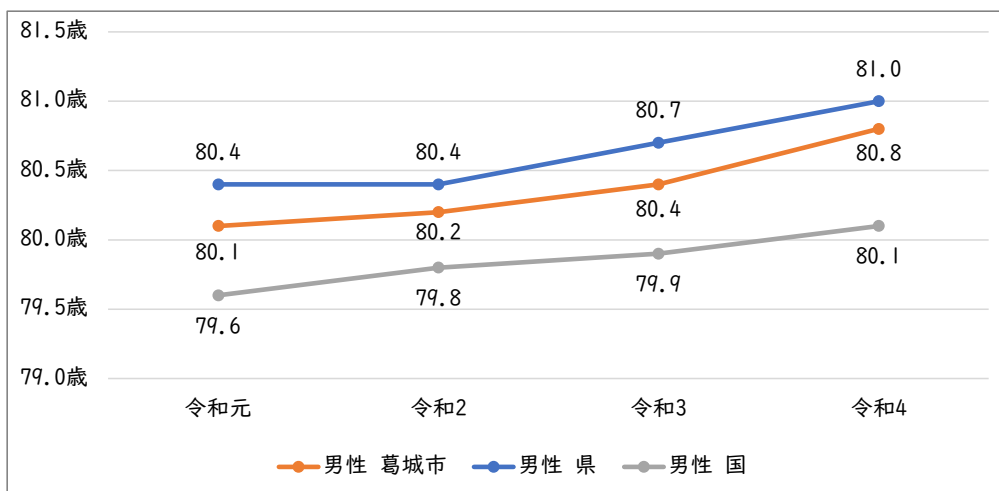
※令和12年～27年の数値は、日本の地域別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）から抽出した数値に、年代別の国保加入率を乗算した値で算出しています。

### 1-4 健康寿命

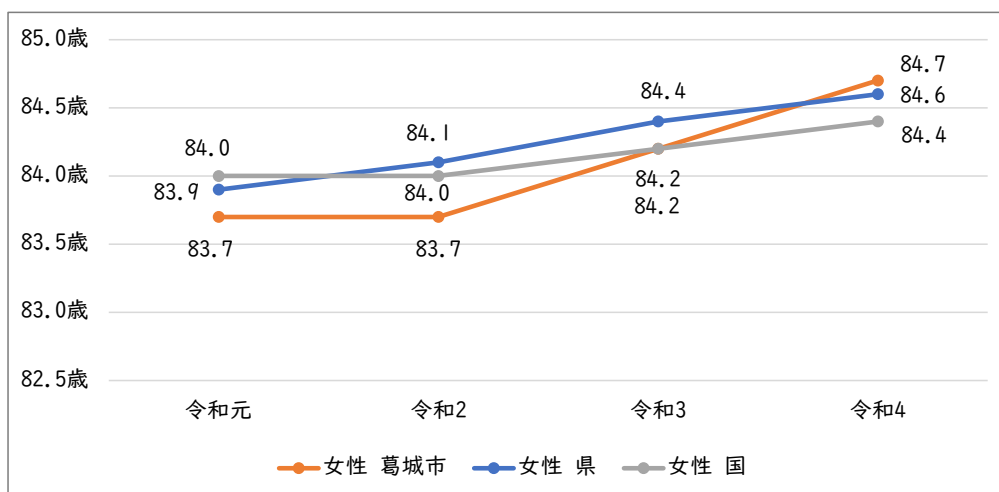
健康寿命の経年推移をみると、男女ともに令和元年度から延伸しています。令和 4 年度の健康寿命は男女とも県とほぼ同等で、男性は 80.8 歳と県(81.0 歳)、女性は 84.7 歳と県(84.6 歳)となっています。

図表7 健康寿命の経年推移

男性



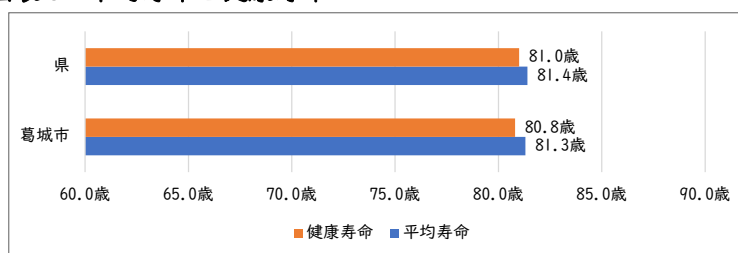
女性



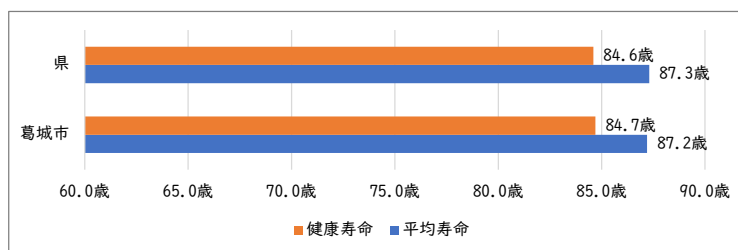
資料：KDB 帳票 No.1「地域の全体像の把握」（令和元年度～令和4年度）

図表8 平均寿命と健康寿命

	男性		
	平均寿命	健康寿命	差
葛城市	81.3歳	80.8歳	0.5歳
県	81.4歳	81.0歳	0.4歳
同規模	80.4歳	79.7歳	0.7歳
国	80.8歳	80.1歳	0.7歳



	女性		
	平均寿命	健康寿命	差
葛城市	87.2歳	84.7歳	2.5歳
県	87.3歳	84.6歳	2.7歳
同規模	86.9歳	84.3歳	2.6歳
国	87.0歳	84.4歳	2.6歳



資料：KDB 帳票 No.1「地域の全体像の把握」（令和4年度）

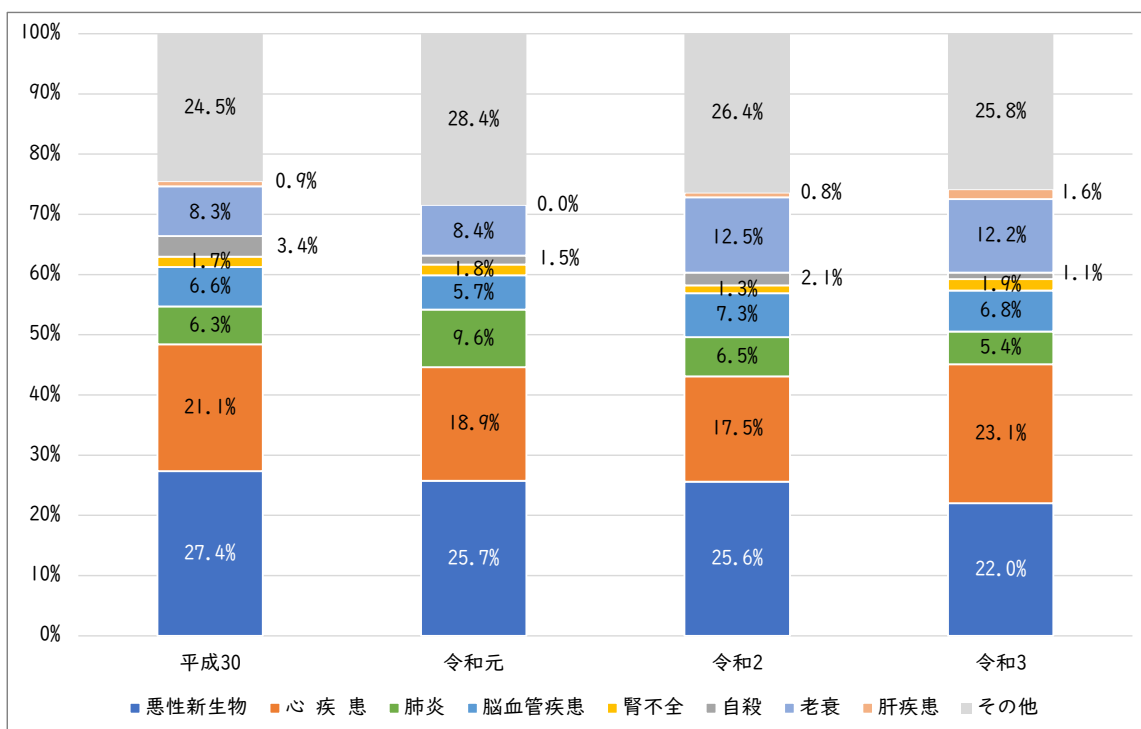
## 1-5 死亡の状況

### 1-5-1 死因別の割合と経年推移

令和3年度の主な死因は、悪性新生物と心疾患です。平成30年度から悪性新生物の割合は減少していく一方で、心疾患が増加しています。平成30年度と比較して増加している死因は、心疾患（21.1%から23.1%）、脳血管疾患（6.6%から6.8%）、腎不全（1.7%から1.9%）であり、また、減少している死因は悪性新生物（27.4%から22.0%）、肺炎（6.3%から5.4%）、自殺（3.4%から1.1%）となっています。

図表9 主な死因別の構成と経年推移

	平成30	令和元	令和2	令和3
悪性新生物	96人	86人	98人	81人
心疾患	74人	63人	67人	85人
肺炎	22人	32人	25人	20人
脳血管疾患	23人	19人	28人	25人
腎不全	6人	6人	5人	7人
自殺	12人	5人	8人	4人
老衰	29人	28人	48人	45人
肝疾患	3人	0人	3人	6人
その他	86人	95人	101人	95人



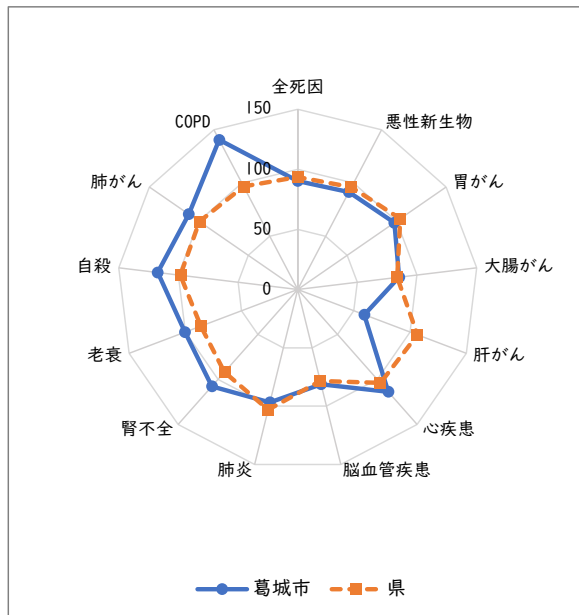
資料：衛生統計年報（人口動態統計編）（平成30年度～令和3年度）

### 1-5-2 主要死因別標準化死亡比 (SMR)

主要死因別標準化死亡比をみると、県と比較し男性では COPD が非常に高く、心疾患、肺がん、腎不全、自殺、老衰が国の標準化死亡比より上回っています。女性では肺炎、心疾患が県よりも非常に高く、肺がん、肝がん、乳がん、子宮頸がん、自殺、老衰が国の標準化死亡比よりも上回っています。

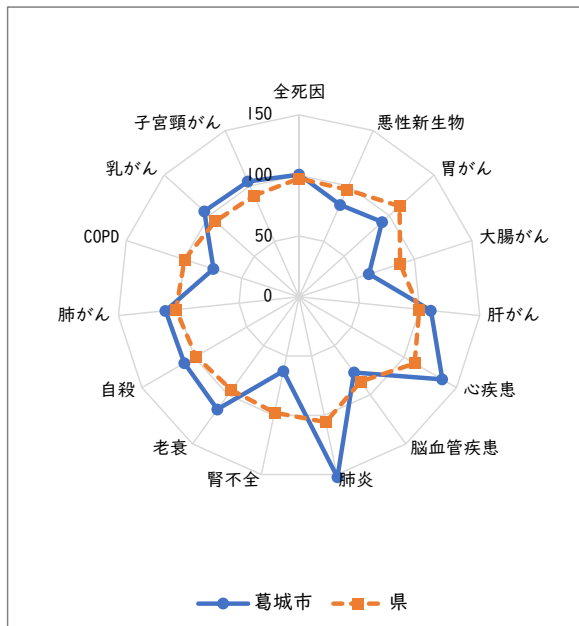
図表 10 主要死因別標準化死亡比

男性



男性	葛城市	県
全死因	90.3	93.6
悪性新生物	91.6	96.1
胃がん	97.7	103.7
大腸がん	85.1	83.5
肝がん	59.3	106.5
心疾患	113.7	103.9
脳血管疾患	81.2	78.5
肺炎	96.8	103.0
腎不全	107.7	91.9
老衰	100.3	86.2
自殺	117.4	98.4
肺がん	110.2	99.4
COPD	140.6	96.8

女性



女性	葛城市	県
全死因	100.8	97.6
悪性新生物	83.0	96.7
胃がん	92.2	111.6
大腸がん	60.6	87.6
肝がん	109.4	99.7
心疾患	136.4	110.1
脳血管疾患	77.2	86.5
肺炎	152.2	105.7
腎不全	62.8	97.7
老衰	114.9	95.1
自殺	109.5	98.5
肺がん	111.0	102.3
COPD	74.4	99.5
乳がん	105.4	93.1
子宮頸がん	104.1	91.3

資料：奈良県中和保健所（平成 29 年度～令和 3 年度）

※標準化死亡比とは、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、計算により推測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、国の平均を 100 とし、標準化死亡率が 100 以上の場合には国の平均より死亡率が高く、100 以下の場合には死亡率が低いと判断されます。

## 1-6 介護の状況

### 1-6-1 介護保険認定者の推移

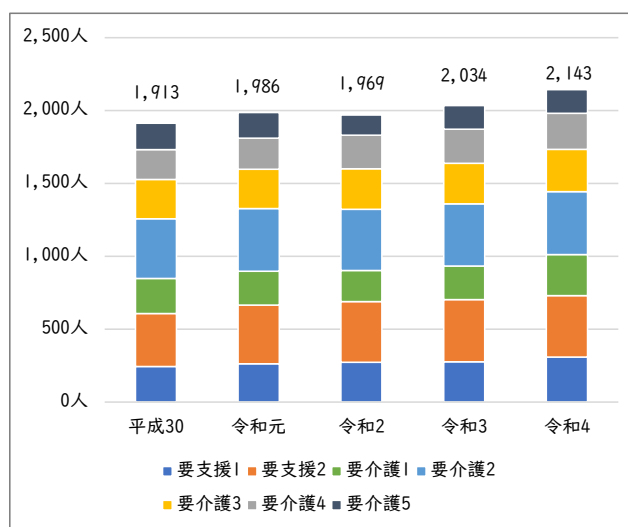
令和4年度の要支援・要介護保険認定者は、2,143人となっており、その内65歳以上の新規認定者は31人です。また、要支援・要介護認定者数を平成30年度（1,913人）と比較すると230人増加しています。特に40～64歳の要支援・要介護認定者数は40～50人で推移しており大きな変化はありません。しかし介護を要する年数が長くなることで介護費用が高額となる可能性が高くなることが推測できます。

図表 11 介護保険認定者の推移

		平成30	令和元	令和2	令和3	令和4
65歳以上	認定者数	1,864人	1,934人	1,926人	1,993人	2,100人
	認定率	19.2%	19.9%	19.9%	20.5%	20.3%
新規認定者	認定者数	29人	35人	23人	32人	31人
	認定率	0.3%	0.4%	0.2%	0.3%	0.3%
40～64歳	認定者数	49人	52人	43人	41人	43人
	認定率	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%

	平成30	令和元	令和2	令和3	令和4
要支援1	244人	263人	272人	276人	308人
要支援2	363人	402人	417人	427人	422人
要介護1	240人	232人	214人	230人	282人
要介護2	410人	431人	419人	426人	431人
要介護3	269人	268人	278人	279人	290人
要介護4	206人	214人	230人	234人	248人
要介護5	181人	176人	139人	162人	162人

資料：KDB 帳票 No. 47 「要介護認定状況」（令和4年度）

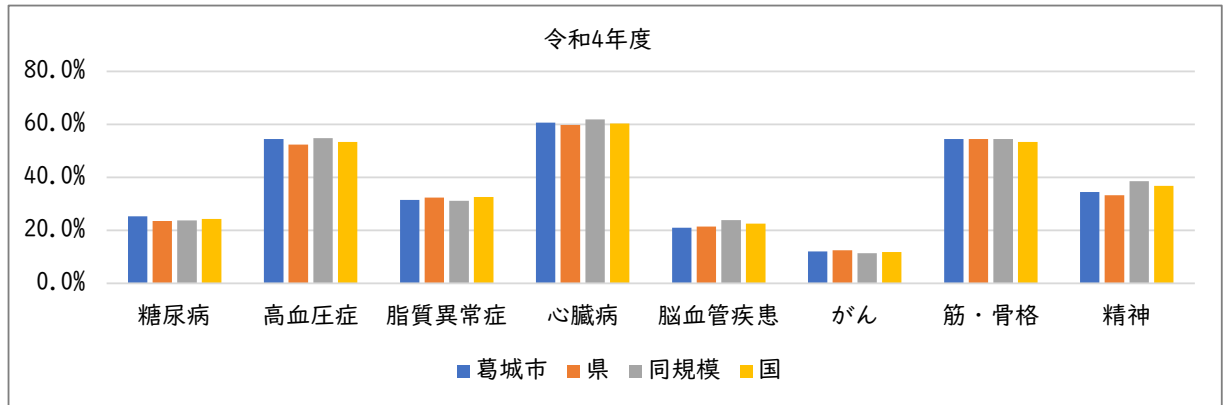


### 1-6-2 要支援・要介護認定者の有病状況

令和4年度の要支援・要介護認定者の有病状況をみると、心臓病が60.6%と最も高く、次いで高血圧症と筋・骨格で各54.5%、精神で34.5%となっています。県と比較すると、糖尿病、高血圧症、心臓病、筋・骨格、精神の割合が高くなっています。また、平成30年度と比較すると、糖尿病、脂質異常症、がん、筋・骨格が増加しています。

図表 12 要介護認定者の有病状況

項目		平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和4		
							県	同規模	国
糖尿病	人数	442人	445人	470人	520人	568人	20,334人	154,694人	1,712,613人
	割合	22.9%	23.0%	23.1%	24.5%	25.3%	23.5%	23.8%	24.3%
高血圧症	人数	1,037人	1,067人	1,084人	1,115人	1,193人	44,997人	352,398人	3,744,672人
	割合	54.5%	54.7%	53.4%	54.3%	54.5%	52.4%	54.8%	53.3%
脂質異常症	人数	551人	589人	622人	646人	693人	27,965人	203,112人	2,308,216人
	割合	27.9%	29.3%	29.6%	31.0%	31.5%	32.4%	31.2%	32.6%
心臓病	人数	1,157人	1,194人	1,204人	1,227人	1,334人	51,200人	397,324人	4,224,628人
	割合	61.0%	61.2%	59.2%	60.0%	60.6%	59.7%	61.9%	60.3%
脳血管疾患	人数	488人	471人	444人	449人	460人	18,130人	151,330人	1,568,292人
	割合	25.2%	24.7%	22.8%	21.9%	21.0%	21.5%	23.9%	22.6%
がん	人数	235人	235人	241人	234人	278人	10,932人	74,764人	837,410人
	割合	11.8%	12.0%	11.3%	11.4%	12.1%	12.5%	11.4%	11.8%
筋・骨格	人数	1,034人	1,068人	1,065人	1,107人	1,192人	46,498人	350,465人	3,748,372人
	割合	54.3%	54.5%	53.2%	54.3%	54.5%	54.4%	54.5%	53.4%
精神	人数	687人	695人	663人	694人	739人	28,448人	246,296人	2,569,149人
	割合	36.1%	35.9%	34.2%	34.2%	34.5%	33.3%	38.6%	36.8%

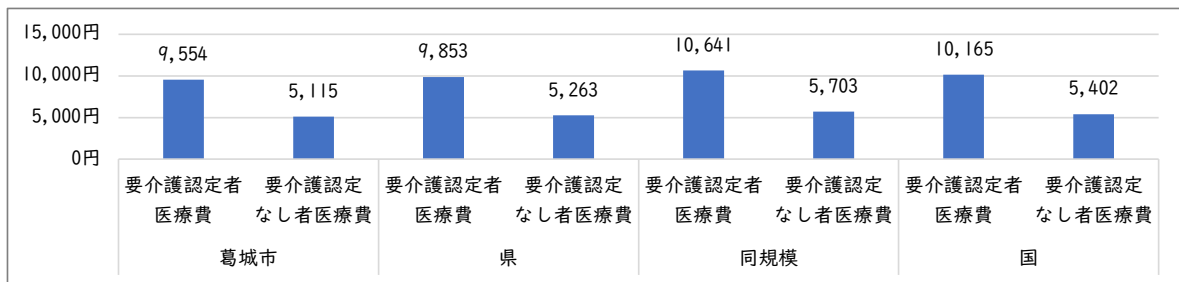


資料：KDB 帳票 No.1 「地域の全体像の把握」（平成30年度～令和4年度）

### 1-6-3 要支援・要介護認定者の医療費の状況

要支援・要介護認定者の医療費において、国と比較すると低くなっています。また、葛城市における要支援・要介護認定の有無で医療費を比較すると、要介護認定者は認定なし者より 4,439 円、約 2 倍高くなっています。

図表 13 要介護認定者の医療費の状況



資料：KDB 帳票 No.1 「地域の全体像の把握」（令和4年度）

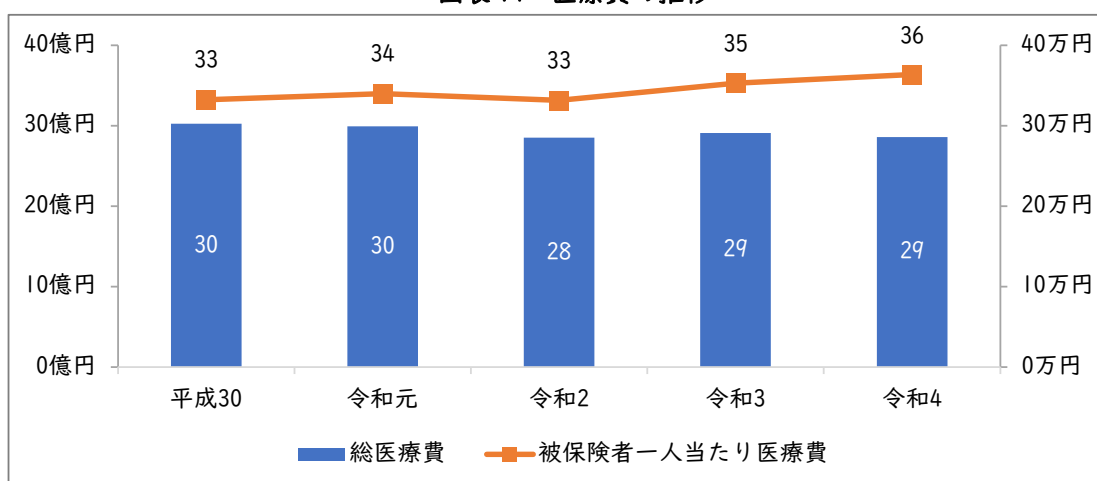
## 2. 医療費の状況

### 2-1 医療費の全体像

#### 2-1-1 医療費の分析

令和4年度の総医療費は約29億円であり、前年度と同額でした。また、平成30年度の総医療費は約30億円であり、5年間推移は横ばいです。一方、被保険者一人当たり医療費は、令和4年度は約36万円であり、年々増加傾向にあります。

図表14 医療費の推移

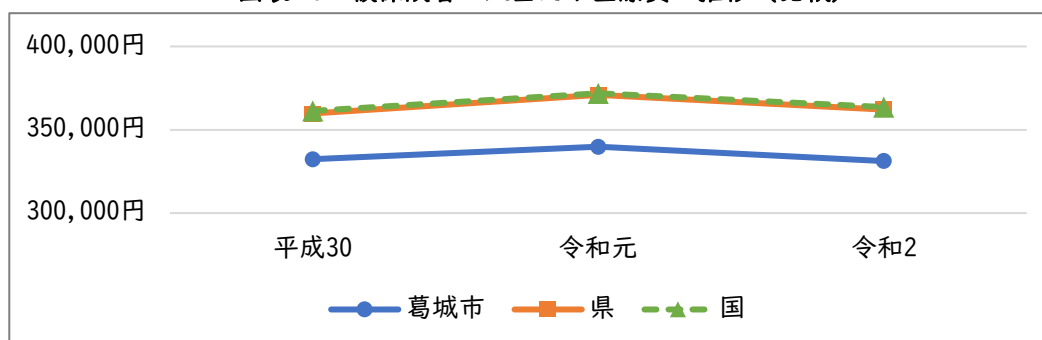


資料：レセプトデータより算出（平成30年度～令和4年度 ※各年2月～翌年1月までを1年間とみなしデータ算出）

#### 2-1-2 被保険者一人当たり医療費の比較

国や県との被保険者一人当たり医療費比較においては、県・国と比べて低くなっています。各年度においても、同等の傾向がみられます。

図表15 被保険者一人当たり医療費の推移（比較）

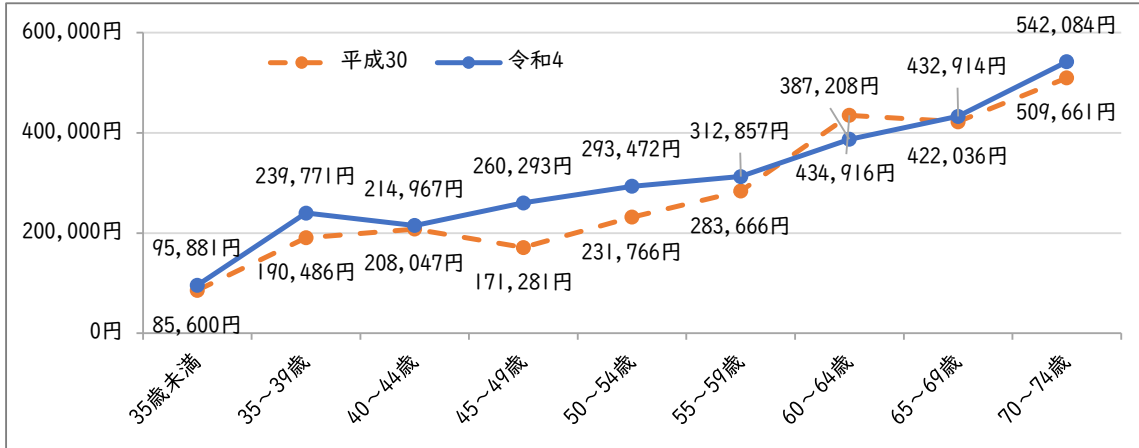


資料：医療費の地域差分析（厚生労働省）（平成30年度～令和2年度）

年齢別の一人当たり医療費でみると、令和4年度で35歳から23万円を超え、50歳代では29万円を超え、60歳代では38万円を超え、70歳代では54万円を超え、年代が高くなるにつれ医療費が高くなっています。また、令和4年度の60～64歳のみ平成30年度と比較して、低い医療費となっています。他の年代では、令和4年度の方が平成30年度の一人当たり医療費を上回っています。



図表 16 年代別被保険者一人当たり医療費

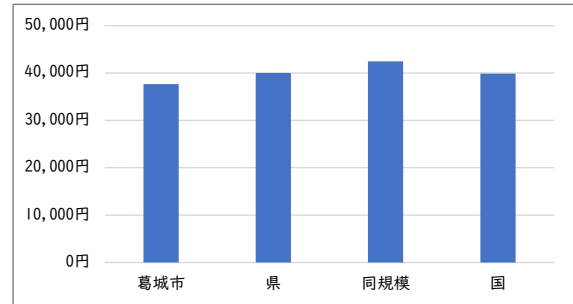


資料：レセプトデータより算出（平成30年度、令和4年度 ※各年2月～翌年1月までを1年間とみなしデータ算出）

### 2-1-3 レセプト一件当たり医療費

葛城市のレセプト一件当たり医療費は37,660円で、県・国と比較すると低くなっています。また、葛城市の平成30年度のレセプト一件当たりの医療費は33,920円であり、令和4年度には、3,740円増加し、年々増加傾向にあるものの直近5年間では県・国よりも医療費は低くなっています。

図表 17 レセプト一件当たり医療費比較

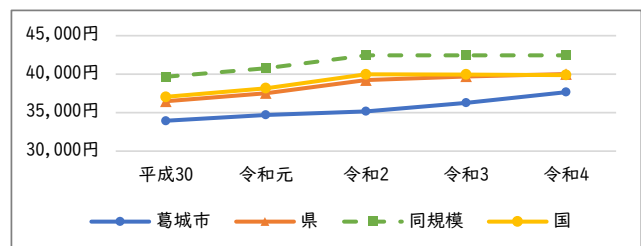


	葛城市	県	同規模	国
一件当たり医療費	37,660円	40,000円	42,450円	39,870円

資料：KDB 帳票 No.1「地域の全体像の把握」（令和4年度）

図表 18 レセプト一件当たり医療費推移

	葛城市	県	同規模	国
平成30	33,920円	36,460円	39,640円	37,030円
令和元	34,690円	37,510円	40,760円	38,150円
令和2	35,150円	39,210円	42,440円	39,960円
令和3	36,260円	39,700円	42,430円	39,950円
令和4	37,660円	40,000円	42,450円	39,870円

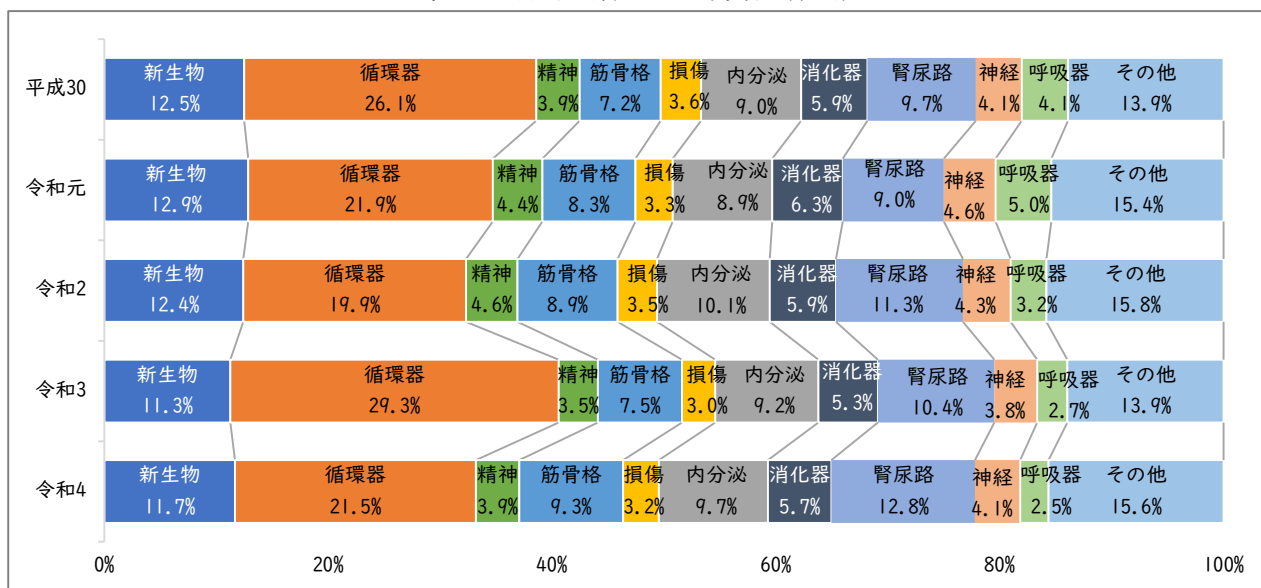


資料：KDB 帳票 No.1「地域の全体像の把握」（平成30年度～令和4年度）

## 2-1-4 疾病分類別医療費の状況

疾病分類別の医療費総額について、令和4年度の構成比率をみると、最も高い疾病分類（その他を除く）は、循環器で21.5%、腎尿路で12.8%、新生物で11.7%となっています。また、平成30年度の構成比率と比較すると、最も増加している分類が、腎尿路で3.1%増、ついで筋骨格で2.1%増、内分泌で0.7%増となっています。骨折を含む「損傷」が令和4年度で3.2%、関節症を含む「筋骨格」が9.3%で全体の約1割を占めています。

図表 19 疾病分類別の医療費総額の推移

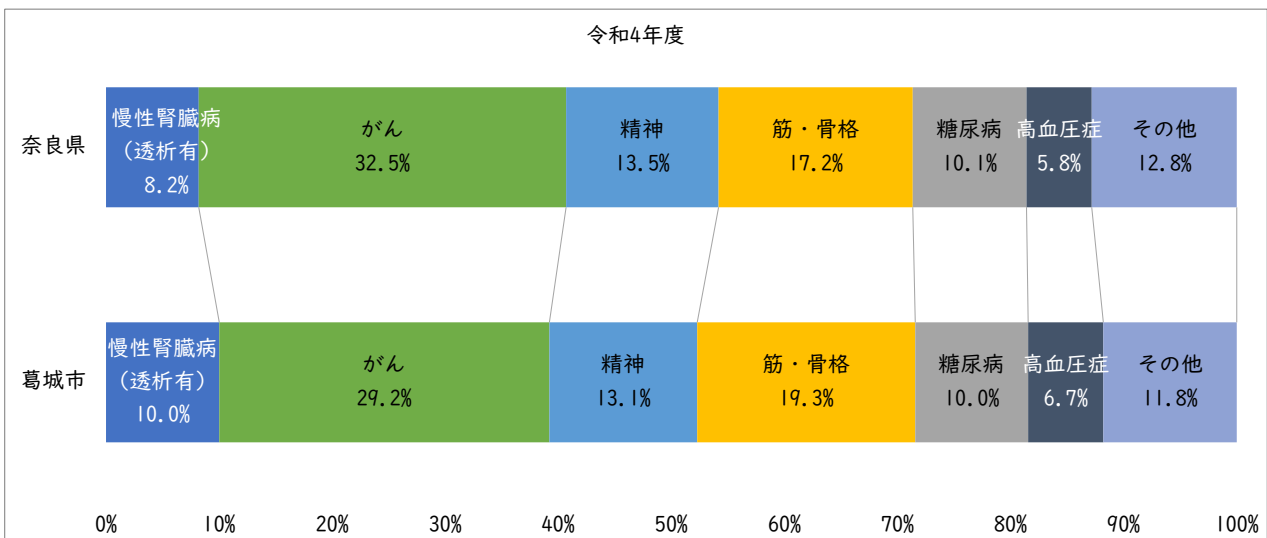
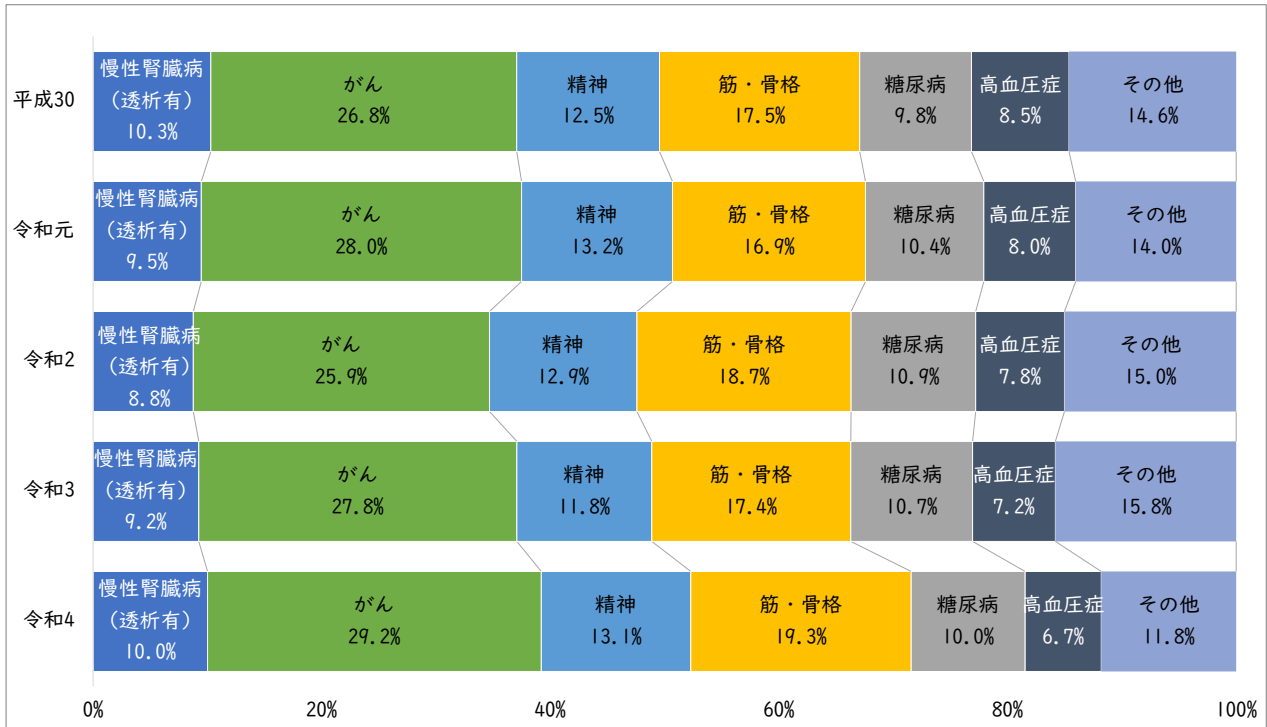


	平成30	令和元	令和2	令和3	令和4
新生物	357,739,480円	366,530,630円	347,265,160円	373,767,810円	341,650,570円
循環器	746,282,360円	623,442,280円	557,511,390円	973,447,730円	628,887,000円
精神	110,750,820円	126,648,690円	128,521,450円	116,498,940円	113,524,250円
筋骨格	206,838,230円	236,987,440円	250,290,540円	249,245,310円	271,399,950円
損傷	103,153,730円	94,647,810円	98,643,700円	98,643,700円	93,764,550円
内分泌	256,127,220円	254,206,100円	282,529,150円	305,584,150円	284,931,440円
消化器	169,523,760円	179,656,820円	165,706,100円	176,767,890円	165,868,400円
腎尿路	277,182,500円	257,654,720円	316,914,500円	345,306,070円	375,006,310円
神経	117,135,890円	131,407,690円	119,827,750円	126,365,660円	118,486,040円
呼吸器	118,062,790円	142,697,730円	89,751,110円	89,978,330円	73,800,990円
その他	397,321,270円	438,239,220円	442,386,090円	462,487,650円	457,128,850円

資料：レセプトデータより算出（平成30年度～令和4年度 ※各年2月～翌年1月までを1年間とみなしデータ算出）

令和4年度の最大医療資源傷病名による医療費（その他を除く）をみると、がんで29.2%と割合が最も高く、次いで筋・骨格が19.3%、精神が13.1%となっています。また、構成比は平成30年度からほとんど変わらず推移しています。県と比較すると、がんの割合が3.3%低く、筋・骨格が2.1%、慢性腎臓病（透析有）が1.8%高くなっています。

図表 20 最大医療資源傷病名による医療費の推移



KDB 帳票 No.1「地域の全体像の把握」(平成30年度～令和4年度)

※最大医療費資源傷病…医療レセプトデータから最も医療資源(診療行為、医薬品、特定器材)を要した疾病のこと。

本編では、一部の傷病分析を掲載しております。

### 3. 高額医療費の状況

#### 3-1 高額医療費の全体像

##### 3-1-1 高額医療費の状況

令和4年度の高額医療費(100万円以上)をみると、脳血管疾患 6.5 百万円、虚血性心疾患 92.7 百万円、人工透析 312.4 百万円、がん 202.7 百万円となっています。

図表 21 高額医療費における重症化疾患医療費の割合

高額医療費 (その他疾患を含む)		脳血管疾患	虚血性心疾患	人工透析	がん
高額医療費 (40歳~74歳、100万以上 その他疾患含む)	2098.7百万円	6.5百万円	92.7百万円	312.4百万円	202.7百万円
		0.3%	4.4%	14.9%	9.7%

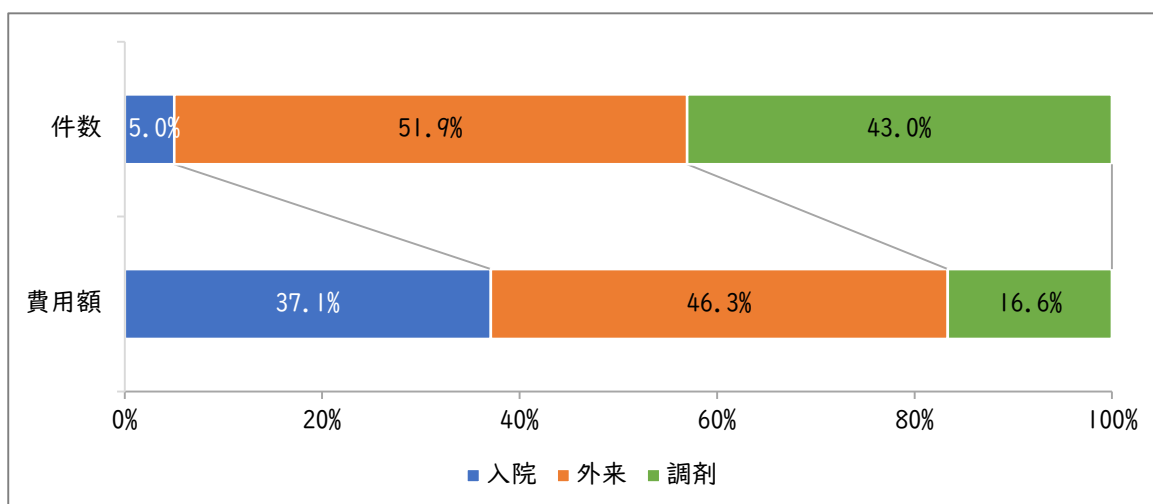
資料：レセプトデータより算出(令和4年度 ※令和4年2月~令和5年1月データを使用)

##### 3-1-2 入院医療費(入院/外来/調剤医療費比較)

葛城市における入院医療費と外来医療費の割合は、入院では、レセプト件数 5.0% (712 件) に対して、医療費は 37.1% (9.75 億円)、また、外来ではレセプト件数 51.9% (7,387 件) に対して、医療費は 46.3% (12.16 億円) となっています。

図表 22 入院/外来/調剤の件数・費用額の割合(国保)

	費用額	件数
入院	9.75億円	712件
外来	12.16億円	7,387件
調剤	4.37億円	6,122件



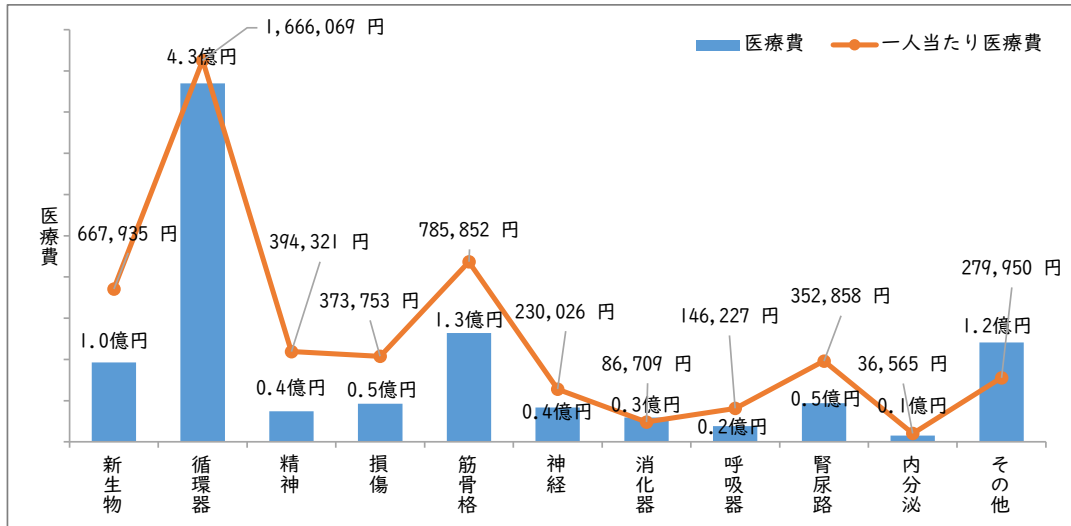
資料：レセプトデータより算出(令和4年度 ※令和4年2月~令和5年1月データを使用)

### 3-1-3 入院医療費（入院）

入院における医療費（医科）の疾病別医療費で最も高いのは、循環器（4.3 億円）となっており、次いで筋骨格（1.3 億円）、新生物（1.0 億円）の割合が高くなっています。

また、一人当たり医療費では、最も高いのは、循環器（1,666,069 円）となっており、次いで筋骨格（785,852 円）、新生物（667,935 円）となっています。

図表 23 入院の費用額の内訳

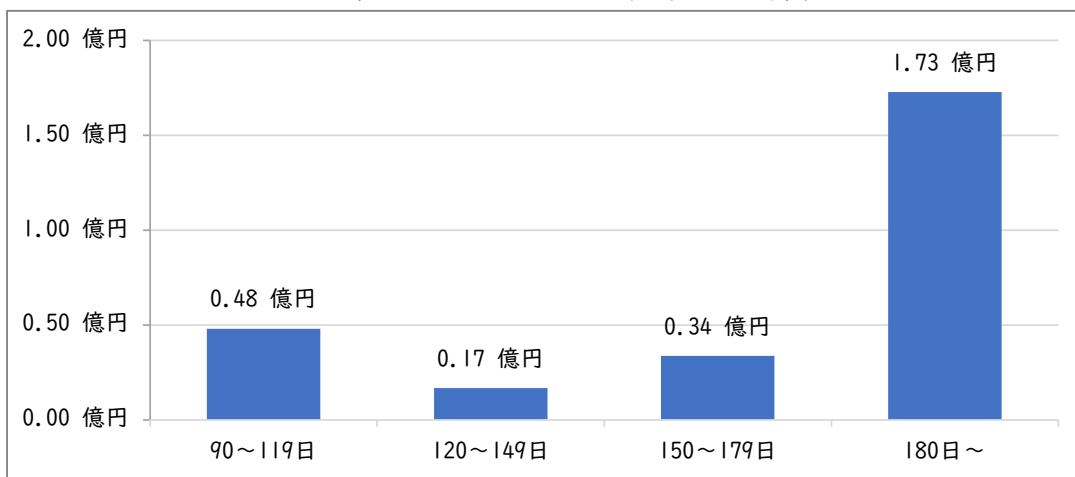


資料：レセプトデータより算出（令和4年度 ※令和4年2月～令和5年1月データを使用）

### 3-1-4 長期入院の状況

入院のうち、90 日以上の長期入院では年間合計で約 2.7 億円以上の医療費がかかっており、大きな比率を占めています。中でも 180 日を超える入院に約 1.73 億円の医療費がかかっており、長期入院医療費の約 64% を占めている状況です。

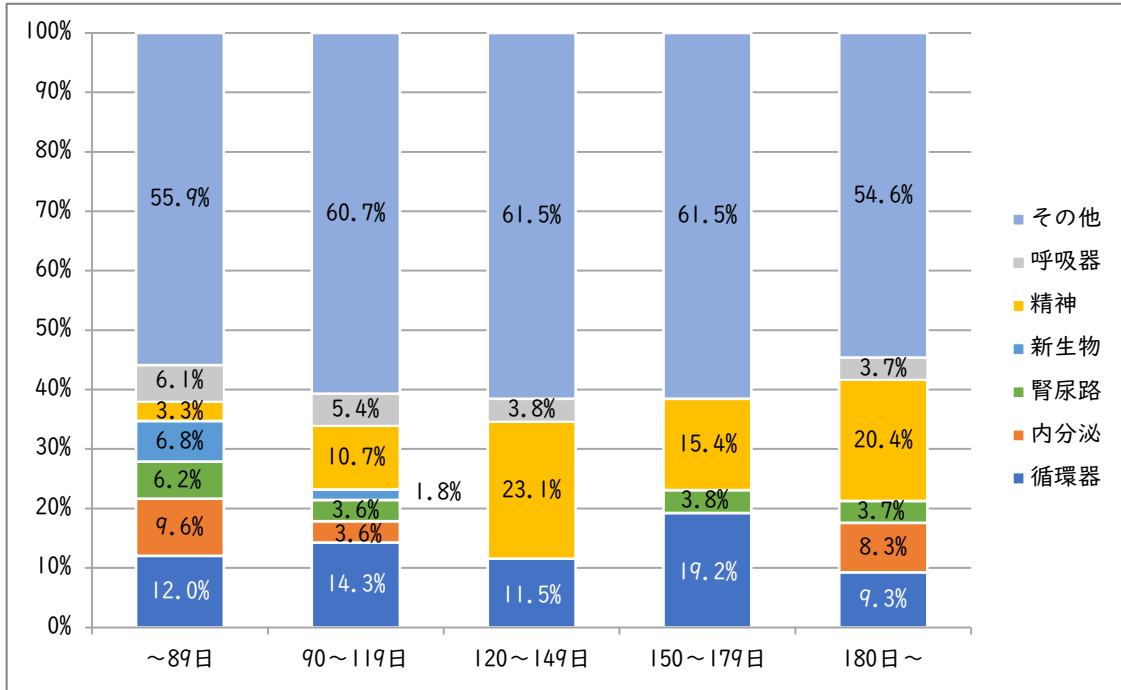
図表 24 入院日数ごとの長期入院医療費



資料：レセプトデータより算出（令和4年度 ※令和4年2月～令和5年1月データを使用）

180 日以上の長期入院の疾病別割合を「その他」を除いて比較すると、精神（20.4%）が最も比率が高く、次いで循環器（9.3%）、内分泌（8.3%）、腎尿路と呼吸器（各 3.7%）となっています。

図表 25 疾病別長期入院の受診者数割合



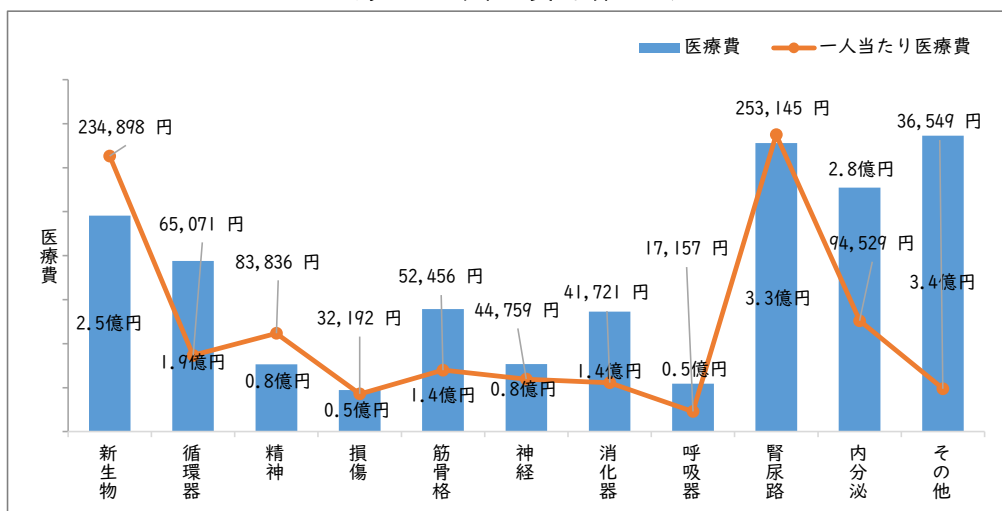
資料：レセプトデータより算出（令和4年度 ※令和4年2月～令和5年1月データを使用）

### 3-1-5 入院医療費（外来）

外来における医療費（医科）の疾病別医療費で最も高いのは、腎尿路（3.3 億円）となっており、次いで内分泌（2.8 億円）、新生物（2.5 億円）の割合が高くなっています。

また、一人当たり医療費では、最も高いのは、腎尿路（253,145 円）となっており、次いで新生物（234,898 円）、内分泌（94,529 円）となっています。

図表 26 外来の費用額の内訳

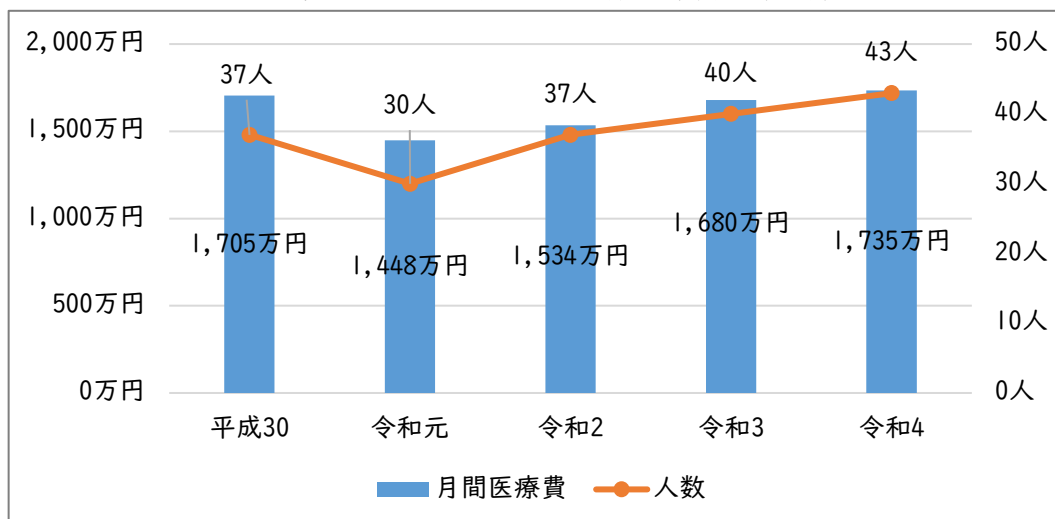


資料：レセプトデータより算出（令和4年度 ※令和4年2月～令和5年1月データを使用）

### 3-1-6 人工透析に係る医療費

令和4年度の人工透析の月間医療費は、1,735万円となっており、平成30年度の1,705万円から、30万円増加しており、令和元年度からは年々増加傾向がみられます。

図表 27 人工透析に係る月額医療費推移(経年)



資料：KDB 帳票 No. 12 厚生労働省様式（様式2-2）（人工透析患者一覧）（平成30年度～令和4年度）

### 3-1-7 人工透析患者の生活習慣病の有病状況

人工透析導入者の糖尿病の有病割合は、令和4年度で男性18人（62.1%）、女性8人（57.1%）となっています。平成30年度の男女計の糖尿病の有病割合54.1%と令和4年度を比較すると、その差は6.4%であり、年々増加傾向になっています。

図表 28 人工透析患者数及び、糖尿病状況の推移

	男女計			男性			女性		
	人工透析	糖尿病		人工透析	糖尿病		人工透析	糖尿病	
		人数	割合		人数	割合		人数	割合
平成30	37人	20人	54.1%	22人	12人	54.5%	15人	8人	53.3%
令和元	30人	17人	56.7%	19人	12人	63.2%	11人	5人	45.5%
令和2	37人	20人	54.1%	26人	16人	61.5%	11人	4人	36.4%
令和3	40人	23人	57.5%	26人	16人	61.5%	14人	7人	50.0%
令和4	43人	26人	60.5%	29人	18人	62.1%	14人	8人	57.1%

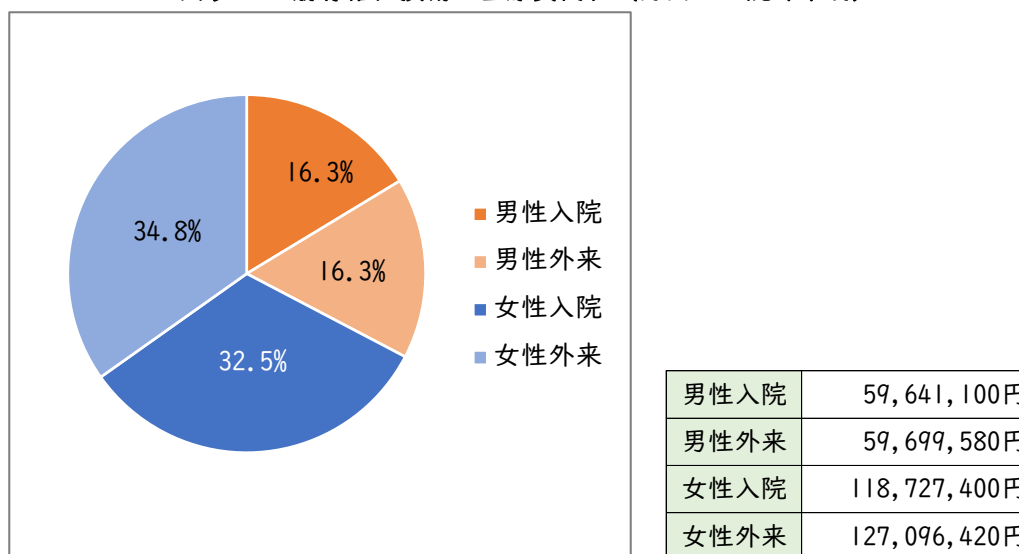
資料：KDB 帳票 No. 12 厚生労働省様式（様式2-2）（人工透析患者一覧）（平成30年度～令和4年度）

### 3-2 その他の疾患（筋骨格）に係る医療費

#### 3-2-1 筋骨格系に係る医療費

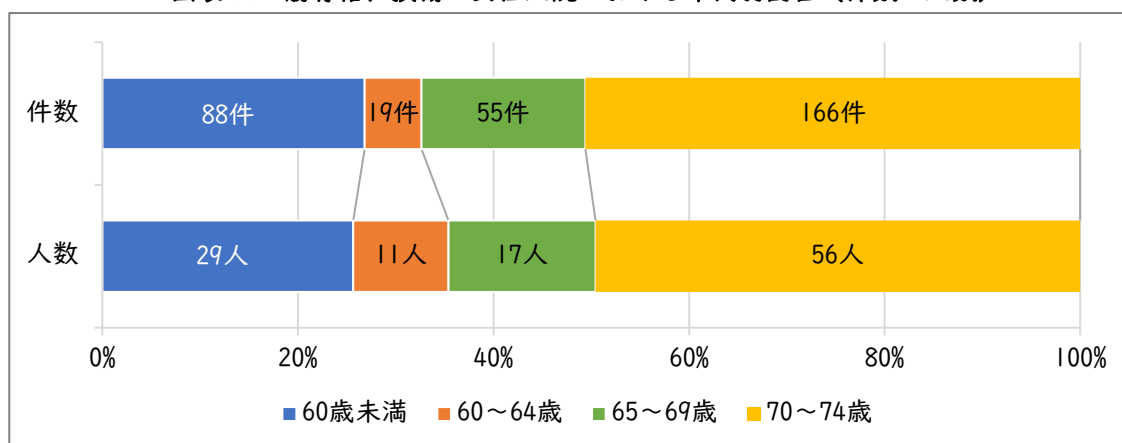
令和4年度の「筋骨格」と「損傷」の医療費の内訳をみると、男性（入院+外来）が32.6%、女性（入院+外来）67.3%と女性が男性の約2倍高くなっています。また、女性の入院における筋骨格・損傷の年代別割合では、70～74歳が最も多く166件/56人、次いで、60歳未満/88件/29人、65～69歳/55件/17人となっており、70～74歳が約半数を占めています。

図表29 筋骨格、損傷の医療費割合（男女・入院外来別）



資料：レセプトデータより算出（令和4年度 ※令和4年2月～令和5年1月データを使用）

図表30 筋骨格、損傷の女性入院における年代別割合（件数と人数）



資料：レセプトデータより算出（令和4年度 ※令和4年2月～令和5年1月データを使用）

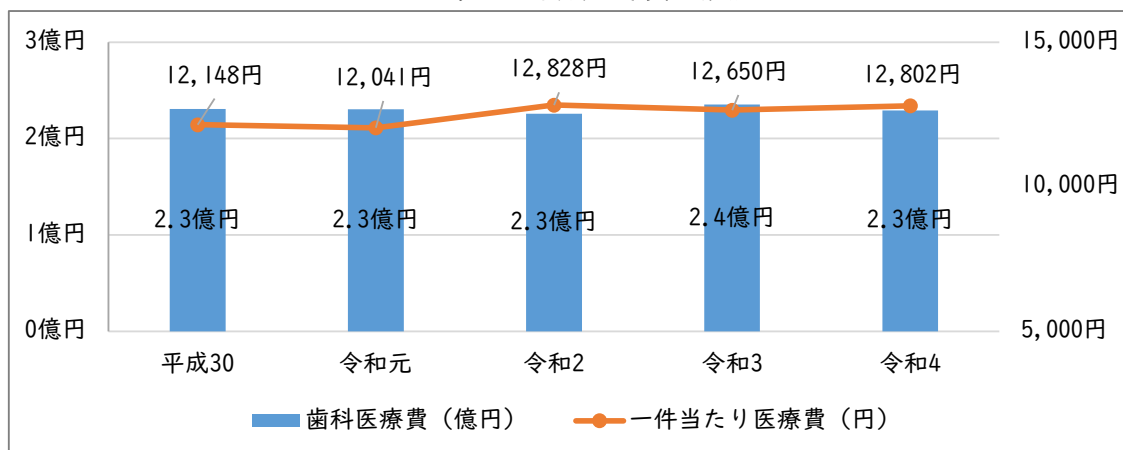


### 3-3 歯科医療費

#### 3-3-1 歯科医療費の状況

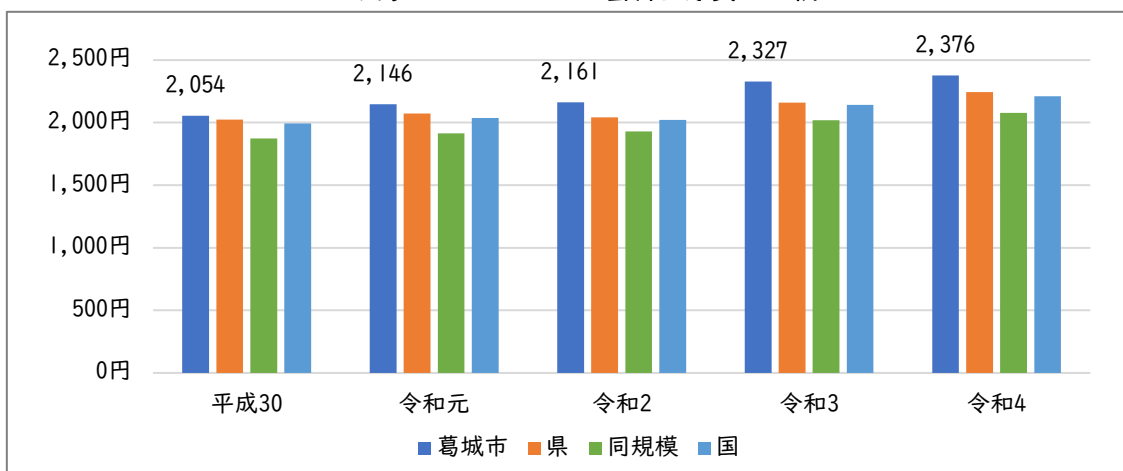
令和4年度における歯科医療費は2.3億円、平成30年度も同額の2.3億円ですが、一件当たり医療費を比べると、平成30年度は12,148円に対し、令和4年度は12,802円であり、令和4年度が高くなっています。また、県・国と比べて高い傾向がみられます。

図表 31 歯科医療費の推移



資料：KDB 帳票 No. 4 市区町村別データ (平成30年度～令和4年度)

図表 32 一人当たり歯科医療費の比較



資料：KDB No. 3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 (平成30年度～令和4年度)

### 3-3-2 歯肉炎及び歯周病の状況

令和4年度の歯肉炎及び歯周病の件数をみると、女性の方が男性より件数が多く、特に60歳以上から増加傾向にあります。被保険者当たりのレセプト件数で発生頻度をみると、男性は65歳～74歳の年齢層で最も高く1.9件ですが、女性は60歳以上から3件以上となっていることから、女性の方が受診回数が多い傾向がうかがえます。

口腔ケアを早期から実施することで、糖尿病や心筋梗塞など、重篤化しやすく高額になりやすい疾患の予防につながることを期待できます。そのため、歯科健診の受診勧奨等を推進することが歯周病の予防、さらには生活習慣病の重症化予防に有効と考えられます。

歯周病と糖尿病の関係について、「軽度から中等度の歯周炎は糖尿病の進行のリスクを上昇させ、重度歯周炎は血糖管理を悪化させる」といわれており、歯周病の治療により血糖コントロールが改善する可能性が注目されており、口腔ケアが糖尿病に及ぼす影響が重要視されています。

また、「歯周病を強く疑われる男性はそうでない男性に比べ、心筋梗塞の発症が約2倍多い」ことが明らかになり、虚血性心疾患の予防に口腔ケアが重要ということが示唆されています。

図表 33 歯肉炎及び歯周病の件数

	歯肉炎及び歯周病件数					
	男性			女性		
	被保険者数	レセプト件数	一人当たりレセプト件数	被保険者数	レセプト件数	一人当たりレセプト件数
0～4歳	82人	16件	0.2件	61人	16件	0.3件
5～9歳	131人	138件	1.1件	116人	101件	0.8件
10～14歳	166人	176件	1.1件	125人	130件	0.8件
15～19歳	151人	103件	0.7件	151人	110件	0.7件
20～24歳	169人	119件	0.7件	131人	152件	0.9件
25～29歳	113人	138件	1.2件	89人	136件	1.2件
30～34歳	119人	100件	0.8件	138人	157件	1.3件
35～39歳	188人	201件	1.1件	164人	253件	1.3件
40～44歳	188人	177件	0.9件	182人	307件	1.6件
45～49歳	288人	380件	1.3件	204人	361件	1.3件
50～54歳	285人	358件	1.3件	246人	406件	1.4件
55～59歳	206人	306件	1.5件	224人	393件	1.9件
60～64歳	232人	324件	1.4件	342人	732件	3.2件
65～69歳	540人	1,029件	1.9件	710人	1,793件	3.3件
70～74歳	942人	1,822件	1.9件	1,176人	2,924件	3.1件

資料：レセプトデータより算出（令和4年度 ※令和4年2月～令和5年1月データを使用）

## 4. 特定健診・特定保健指導に関する分析

### 4-1 特定健診に関する分析

#### 4-1-1 年代別の実施率

全体の特定健診実施率は32.8%で、全体の実施率より低い年齢層としては、40～64歳が該当し、受診勧奨の強化が必要となってきます。また、対象となる国民健康保険の被保険者数が多い65～74歳の受診者は合計1,217人で、受診者全体の約70%を占めています。

図表 34 人口・国保被保険者・年代別の実施率の状況

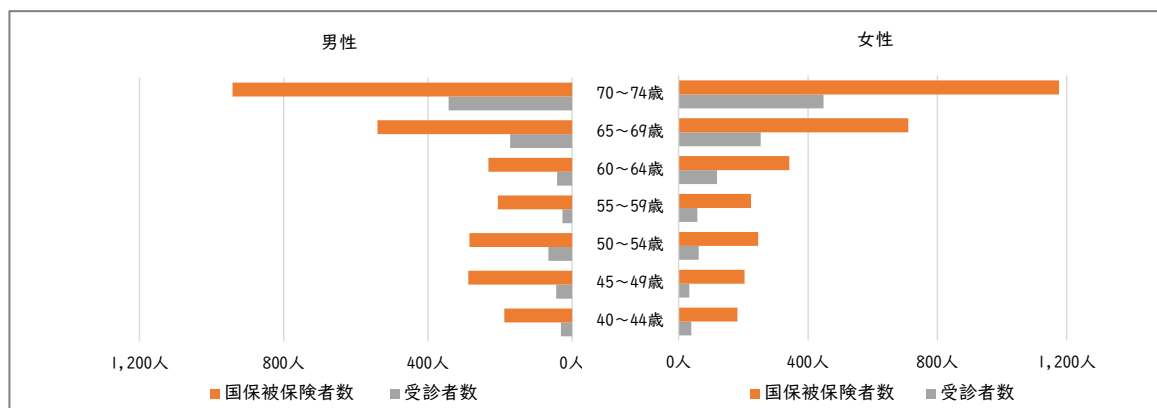
	総人口 (a)	健診対象者数 (b)	総人口比 (b/a)	受診者数 (c)	実施率 (c/b)	受診者の 総人口比 (c/a)
40～44歳	2,491人	309人	12.4%	70人	22.7%	2.8%
45～49歳	2,853人	418人	14.7%	77人	18.4%	2.7%
50～54歳	2,708人	484人	17.9%	128人	26.4%	4.7%
55～59歳	2,111人	372人	17.6%	85人	22.8%	4.0%
60～64歳	1,965人	520人	26.5%	161人	31.0%	8.2%
65～69歳	2,082人	1,156人	55.5%	426人	36.9%	20.5%
70～74歳	2,787人	2,042人	73.3%	791人	38.7%	28.4%
計	16,997人	5,301人	31.2%	1,738人	32.8%	10.2%

資料：法定報告、葛城市 年齢別人口表（令和4年度）

#### 4-1-2 男女別の実施率

男女別にみると、男性の全体が29.4%に対して、女性の全体が35.8%と女性が高く、男女いずれも年齢階層が高くなるほど実施率は上昇しています。また、男性では55～59歳が最も実施率が低く、女性では45～49歳が最も低くなっています。

図表 35 男女別実施率の状況



年齢	男性				女性			
	国保被保険者数	健診対象者数	受診者数	特定健診実施率	国保被保険者数	健診対象者数	受診者数	特定健診実施率
40～44歳	188人	154人	31人	20.1%	182人	155人	39人	25.2%
45～49歳	288人	252人	44人	17.5%	204人	166人	33人	19.9%
50～54歳	285人	265人	66人	24.9%	246人	219人	62人	28.3%
55～59歳	206人	175人	27人	15.4%	224人	197人	58人	29.4%
60～64歳	232人	209人	42人	20.1%	342人	311人	119人	38.3%
65～69歳	540人	484人	172人	35.5%	710人	672人	254人	37.8%
70～74歳	942人	930人	343人	36.9%	1,176人	1,112人	448人	40.3%
計	2,681人	2,469人	725人	29.4%	3,084人	2,832人	1,013人	35.8%

資料：KDB 帳票 No.5 「人口及び被保険者の状況」、法定報告（令和4年度）

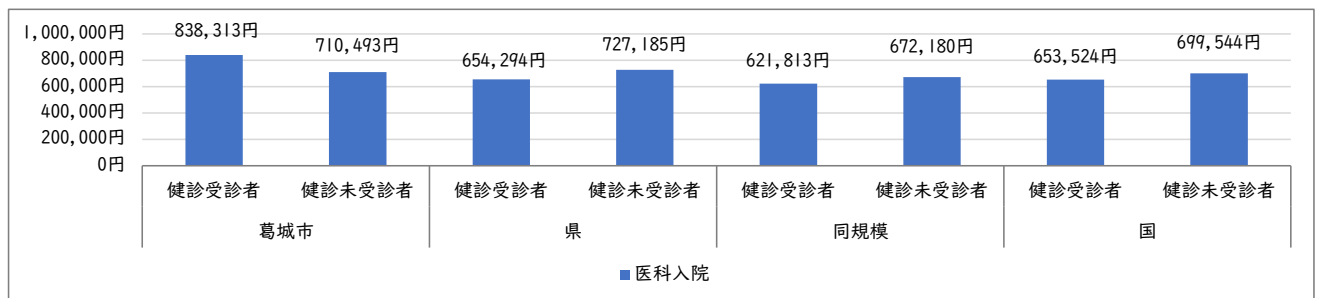
#### 4-1-3 特定健診受診者・未受診者一人当たり医療費

葛城市の令和4年度の特定健診受診者一人当たり医療費(医科・歯科総計)は875,866円、未受診者は762,644円であり、その差は113,222円となっています。また、国や県と比較すると、健診受診者一人当たり医療費は県・国より高く、健診未受診者は県より低く、国よりは高くなっています。

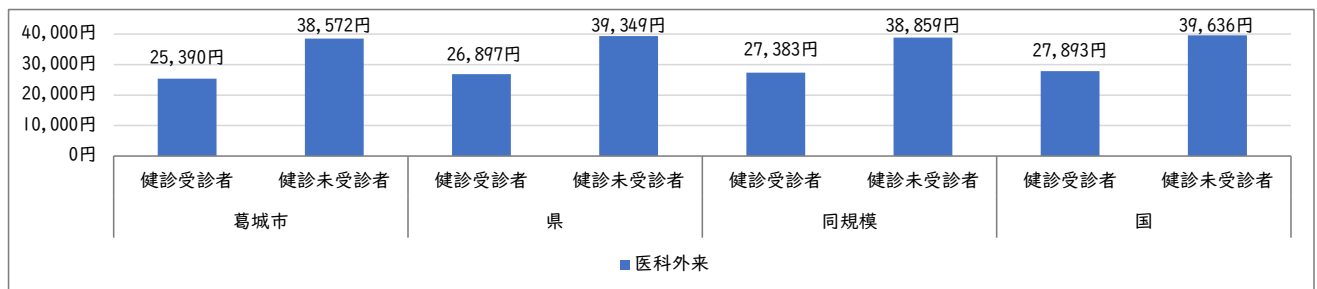
図表 36 健診受診者・未受診者一人当たり医療費

	葛城市		県		同規模		国	
	健診受診者	健診未受診者	健診受診者	健診未受診者	健診受診者	健診未受診者	健診受診者	健診未受診者
医科入院	838,313円	710,493円	654,294円	727,185円	621,813円	672,180円	653,524円	699,544円
医科外来	25,390円	38,572円	26,897円	39,349円	27,383円	38,859円	27,893円	39,636円
歯科	12,163円	13,579円	12,197円	13,027円	13,235円	14,174円	12,958円	13,934円
計	875,866円	762,644円	693,388円	779,561円	662,431円	725,213円	694,375円	753,114円

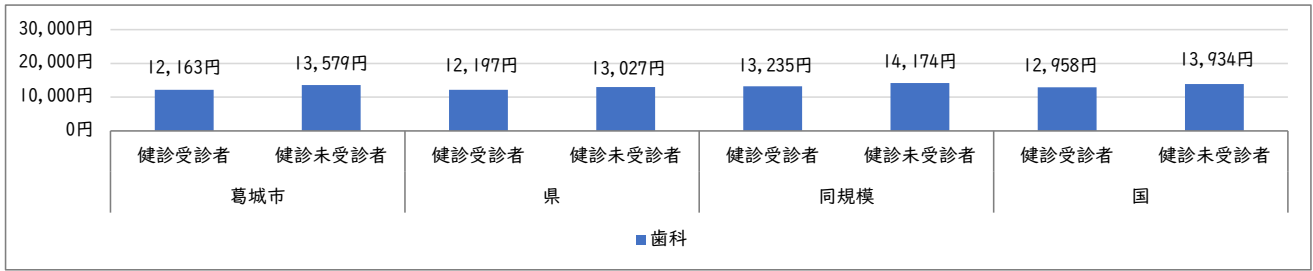
#### 医科入院



#### 医科外来



歯科



資料：KDB 帳票 No.46「医療費分析（健診有無別）」（令和4年度）

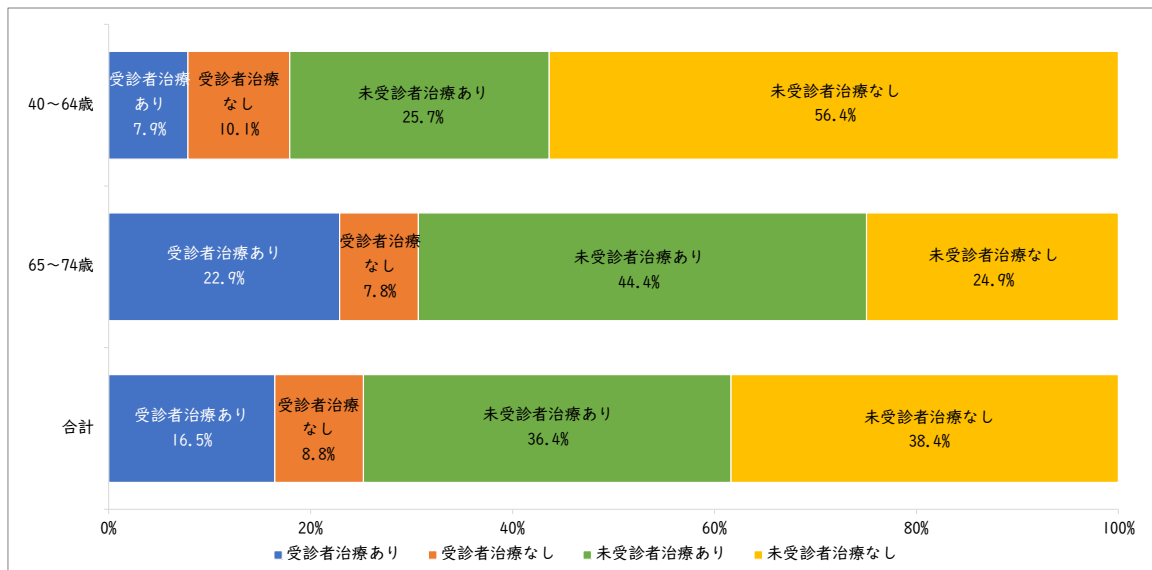
※医科入院、医科外来、歯科それぞれの総医療点数÷健診受診者/未受診者一人当たり点数で人数を算出、総医療費点数÷人数×10で健診受診者/未受診者の一人当たり医療費を算出しています。

4-1-4 特定健診受診状況と生活習慣病治療状況

特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況をみると、健診受診者のうち、「治療あり」が16.5%(1,055人)で、「治療なし」が8.8%(562人)となっています。健診受診者は重症化する前に生活習慣の見直し等を行い、要治療該当者が少ない可能性が考えられます。

一方で健診未受診者では「治療なし」が、38.4%(2,459人)おり、生活習慣病の自覚症状がないまま重症化している人が潜在している可能性が考えられます。

図表 37 特定健診受診状況と生活習慣病治療状況



	健診受診				健診未受診				人数計 (X)
	治療あり		治療なし		治療あり		治療なし		
	人数 (A)	割合 (A)/(X)	人数 (B)	割合 (B)/(X)	人数 (C)	割合 (C)/(X)	人数 (D)	割合 (D)/(X)	
40～64歳	215人	7.9%	276人	10.1%	703人	25.7%	1,543人	56.4%	2,737人
65～74歳	840人	22.9%	286人	7.8%	1,630人	44.4%	916人	24.9%	3,672人
計	1,055人	16.5%	562人	8.8%	2,333人	36.4%	2,459人	38.4%	6,409人

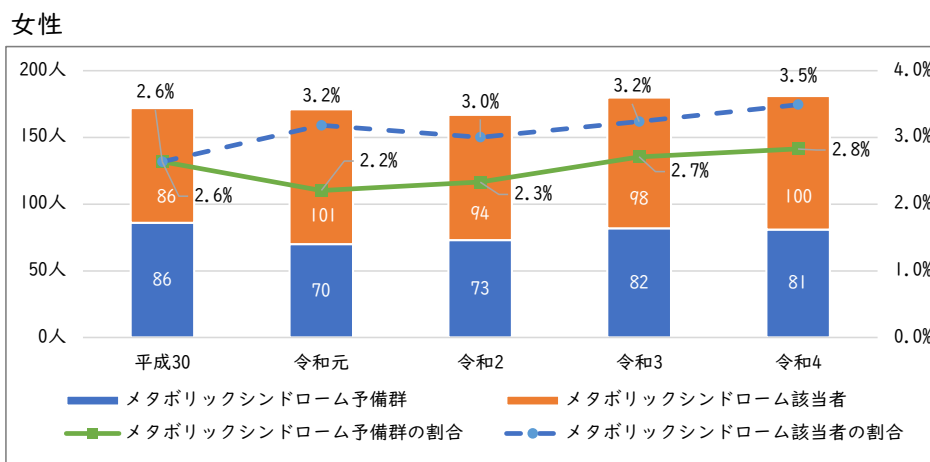
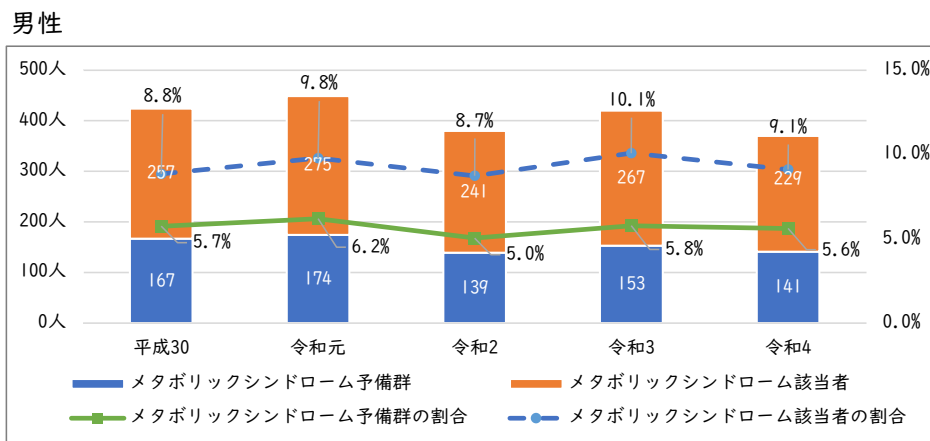
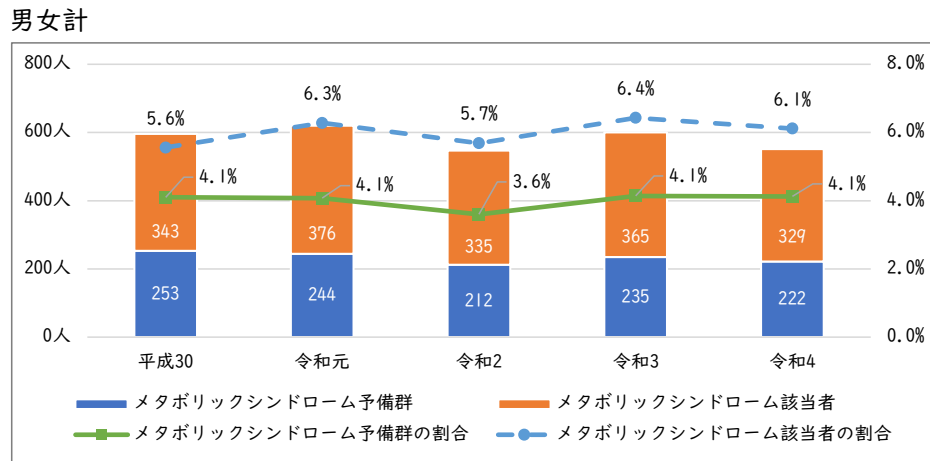
資料：レセプト/健診データより算出（令和4年度 ※令和4年2月～令和5年1月データを使用）

※生活習慣病のうち、高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療の有無を判定し集計しています。

#### 4-1-5 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の推移

メタボリックシンドロームの推移は、平成30年度は予備群の数は253人、該当者数は343人ですが、令和4年度では予備群の数は222人、該当者数は329人となり、予備群の数、該当者数共に減少しています。

図表38 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の推移

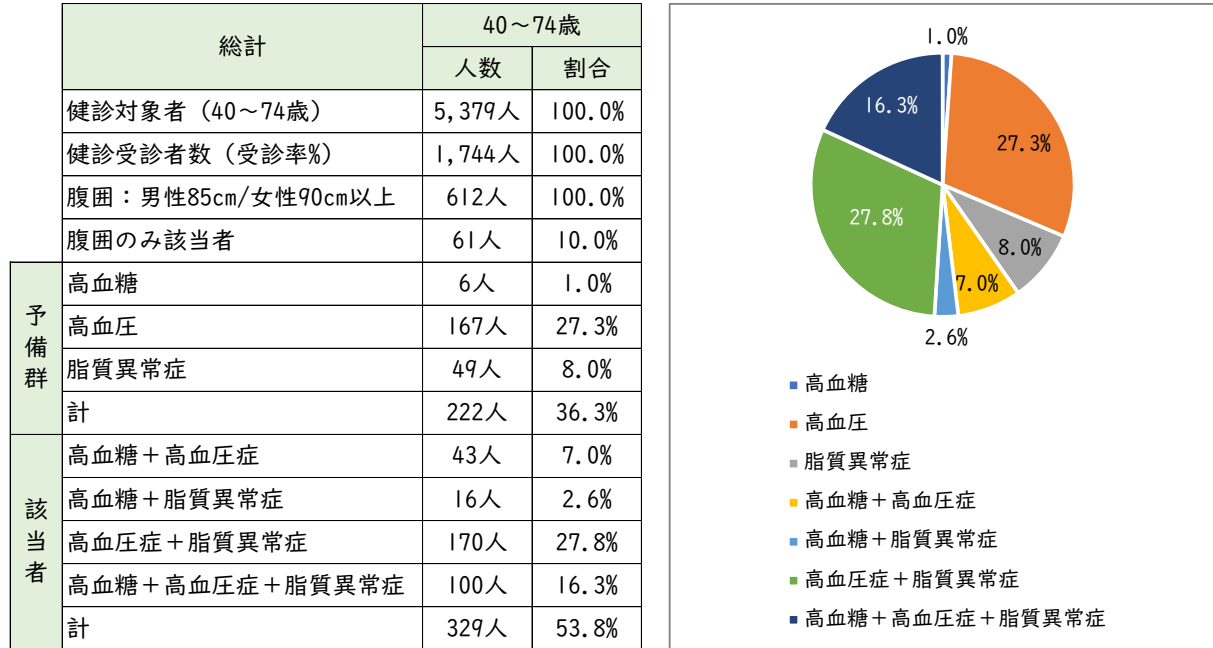


資料：KDB 帳票 No. 24 厚生労働省様式（様式5-3）（メタボリックシンドローム該当者・予備群）（平成30年度～令和4年度）

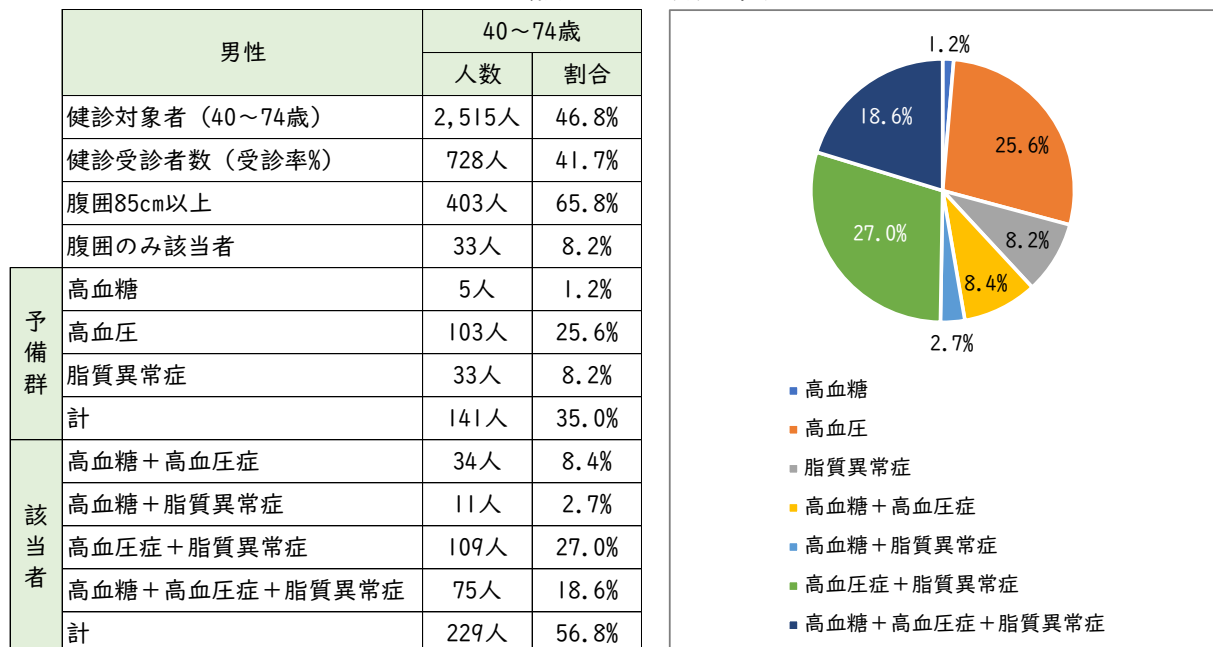
#### 4-1-6 リスク保有の状況

メタボリックシンドローム該当者・予備群のリスク因子の内訳をみると、男性の予備群で最も高い比率は高血圧（25.6％）であり、また、該当者で最も高い比率は高血圧症＋脂質異常症（27.0％）です。一方、女性の予備群は高血圧（30.6％）、該当者は高血圧症＋脂質異常症（29.2％）を保有している人が最も多い状況です。

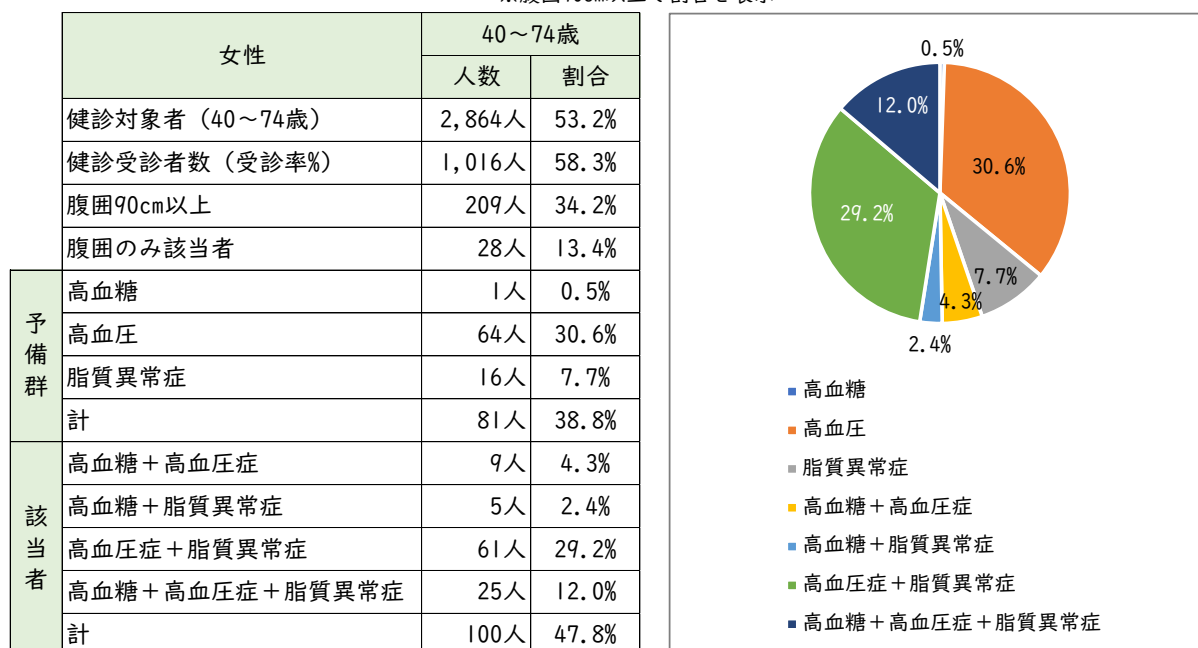
図表 39 メタボリックシンドローム予備群・該当者のリスク因子内訳



※腹囲85cm以上で割合を表示



※腹囲90cm以上で割合を表示



資料：KDB 帳票 No.24 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）（令和4年度）

#### 4-1-7 未治療医療機関受診勧奨値該当者の受診状況

医療機関受診勧奨値該当者のうち、健診前に医療機関受診がなかった人が健診を受診後1年以内に医療機関受診に至った割合は令和4年度で48.7%となっており、経年でみると、ほぼ横ばいとなっています。

図表40 受診勧奨値該当者の健診後の受診状況（経年）

年度	受診勧奨値該当者数			
		健診前1年以内受診なし		
		健診後1年以内受診者数	割合	
令和元	1,152人	33人	16人	48.5%
令和2	957人	46人	22人	47.8%
令和3	1,099人	77人	37人	48.1%
令和4	999人	78人	38人	48.7%

資料：レセプト/健診データより算出（平成30年度～令和4年度 ※各年2月～翌年1月までを1年間とみなしデータ算出）

HbA1c8.0以上の78人のうち、健診前1年以内の受診なしが4人、健診後1年以内の受診者数が2人（50.0%）、また、高血圧Ⅲ度の人のうち、健診前1年以内の受診なしが10人、健診後1年以内の受診者数が5人（50.0%）となっています。また、受診勧奨値該当者の内、健診後1年以内に受診した人の割合ではLDL180以上が54.8%と最も多くなっています。



図表 41 受診勧奨値該当者の健診後の受診状況

	HbA1c6.5以上		血圧Ⅱ度～		LDL180～
	6.5～	8.0～	Ⅱ度～	Ⅲ度～	
医療機関受診該当者	573人	78人	588人	95人	303人
健診前1年以内受診なし	9人	4人	40人	10人	31人
健診後1年以内受診	3人	2人	19人	5人	17人
	33.3%	50.0%	47.5%	50.0%	54.8%

資料：レセプト/健診データより算出（令和4年度 ※令和4年2月～令和5年1月データを使用）

※血圧Ⅱ度（日本高血圧学会参照）…160～179 かつ/または 100～109 血圧Ⅲ度（日本高血圧学会参照）…180以上 かつ/または 110以上

#### 4-1-8 糖尿病治療中断者の状況

令和4年度の糖尿病性腎症重症化予防受診勧奨の状況は、未治療者への受診勧奨の結果、受診率は目標値（64％）に到達し、68.2％となりました。また、治療中断者への受診勧奨を実施し、令和4年度は受診率100％となりました。

図表 42 糖尿病性腎症重症化予防受診勧奨（未治療者・治療中断者）の状況

	令和元	令和2	令和3	令和4
特定健診受診者の内、未治療者の受診率	63.6%	41.2%	23.8%	68.2%
治療中断者の治療再開率	25.0%	対象者が0人	対象者が0人	100.0%

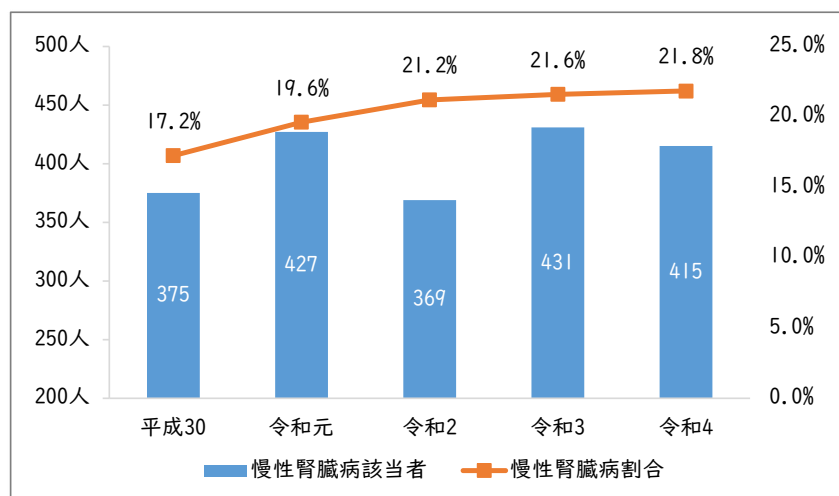
資料：国保事務支援センター（令和4年度）

#### 4-1-9 慢性腎臓病（CKD）の該当者の推移

特定健診受診者におけるCKD該当者の推移をみると、平成30年度から割合が増加傾向にあり、令和4年度の慢性腎臓病割合は21.8％となっています。

CKDは、慢性的に腎機能が低下する病気で、CKDの発症や重症化の危険因子には、高齢、CKDの家族歴、尿蛋白異常や腎機能異常、糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドロームなどが挙げられ、早期から生活習慣の改善などの指導や治療が必要となります。

図表 43 CKD 該当者の推移



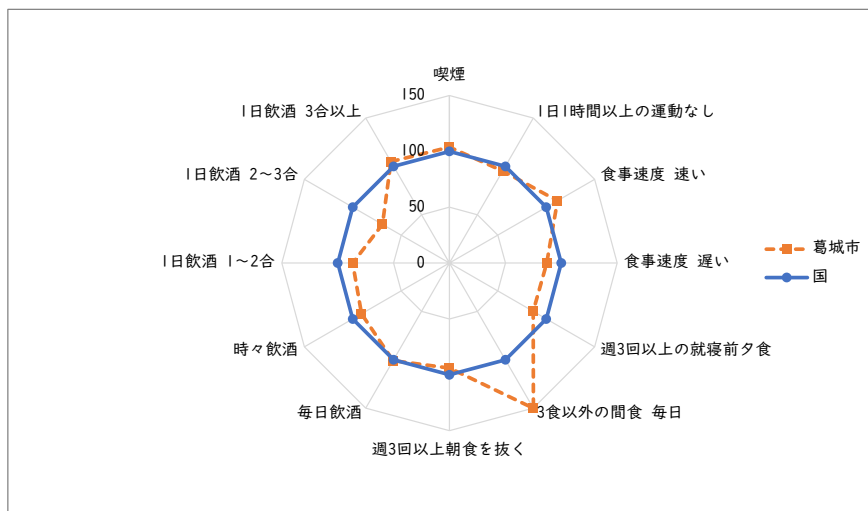
資料：健康増進課 健康管理システム（平成30年度～令和4年度）

#### 4-1-10 検査結果の状況

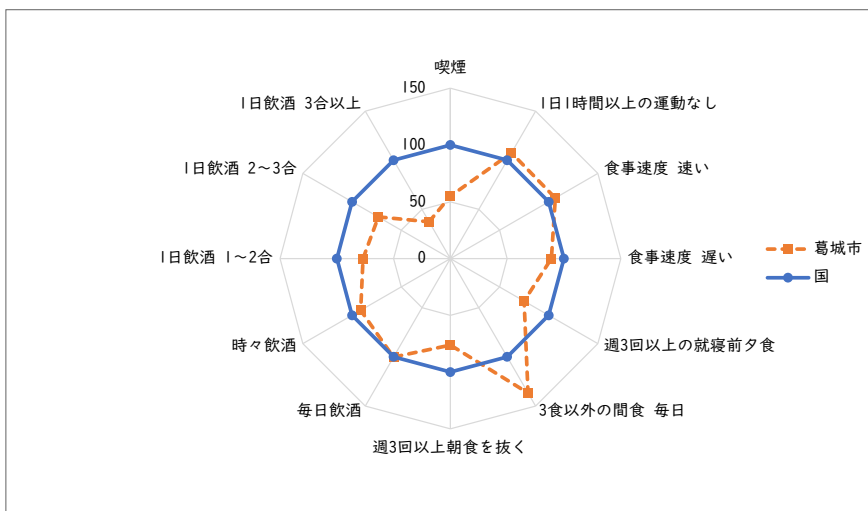
健診受診時の質問票の回答について、国の平均を100として比較し傾向をみると、男性で国と比べて高い傾向がみられる質問項目は、「喫煙」「食事速度 速い」「3食以外の間食 毎日」「毎日飲酒」「1日飲酒 3合以上」であり、女性は「1日1時間以上の運動なし」「食事速度 速い」「3食以外の間食 毎日」「毎日飲酒」となります。

図表 44 質問票調査（比較）

男性



女性



		喫煙	運動習慣	食事速度		食習慣			飲酒頻度					
		喫煙	1日1時間以上の運動なし	食事速度 速い	食事速度 遅い	週3回以上の就寝前夕食	3食以外の間食 毎日	週3回以上朝食を抜く	毎日飲酒	時々飲酒	1日飲酒 1~2合	1日飲酒 2~3合	1日飲酒 3合以上	
令和4	男性	葛城市	22.80%	45.89%	33.70%	6.82%	17.48%	21.45%	11.44%	42.12%	20.92%	29.00%	10.38%	4.45%
		国	21.98%	48.17%	30.21%	7.84%	20.24%	14.29%	12.17%	41.75%	23.01%	33.50%	14.97%	4.24%
	葛城市(指標)		103.7	95.3	111.6	87.0	86.4	150.1	94.0	100.9	90.9	86.6	69.3	105.0
	国(100基準)		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
女性	葛城市	3.15%	50.40%	25.10%	7.03%	7.83%	37.01%	5.82%	11.62%	19.74%	10.09%	2.14%	0.31%	
	国	5.73%	46.88%	23.51%	7.90%	10.44%	27.07%	7.62%	11.60%	21.63%	13.12%	2.92%	0.82%	
	葛城市(指標)	55.0	107.5	106.8	89.0	75.0	136.7	76.4	100.2	91.3	76.9	73.3	37.8	
国(100基準)		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	

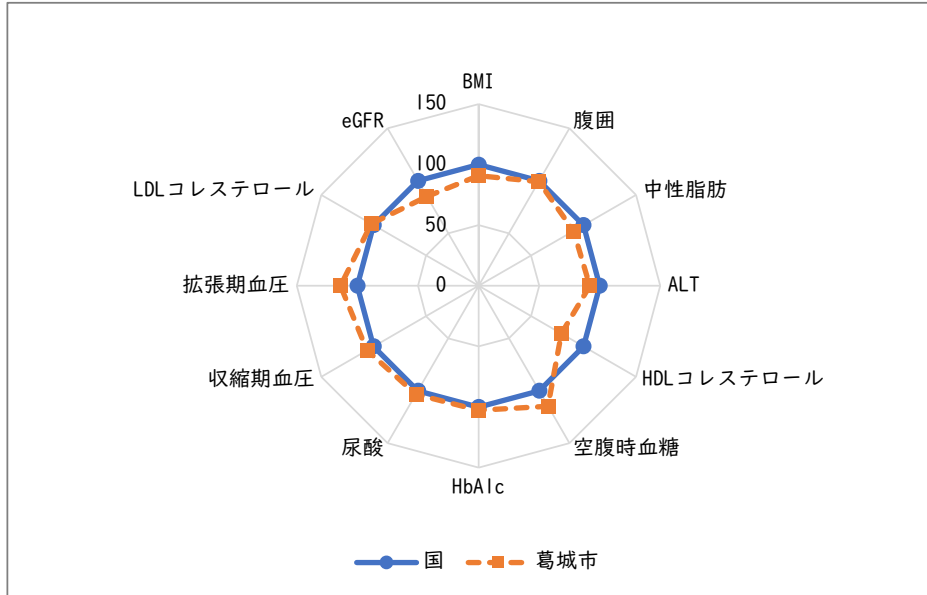
資料：KDB帳票No. 50 質問票調査の経年比較（令和4年度）

※各質問項目の割合を算出した後、国の数値基準を100とした場合の葛城市の数値をグラフ化しております。

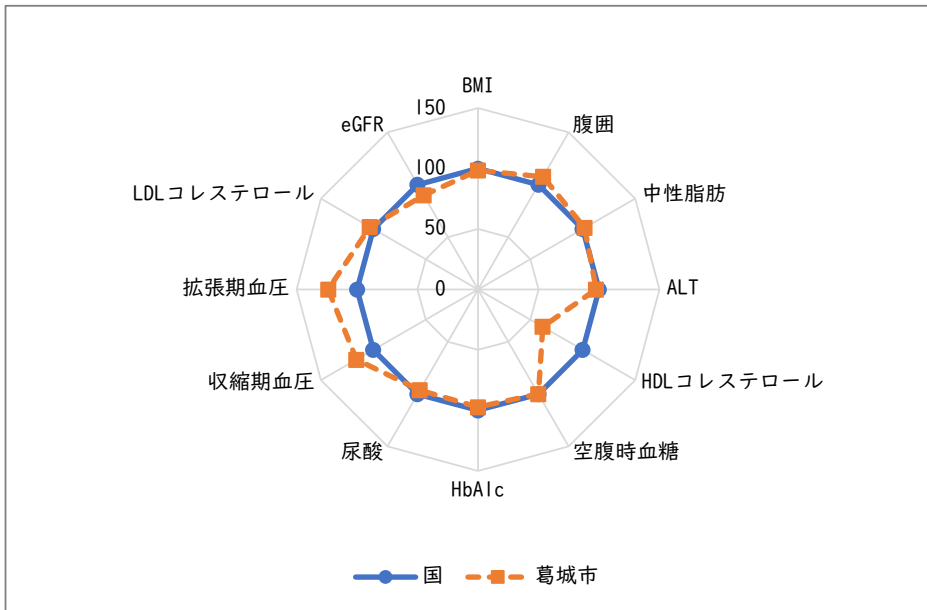
また、検査結果値の有所見状況について、国を100として傾向をみると、男性で国と比べて有所見率が高いのは、「空腹時血糖」「HbA1c」「尿酸」「収縮期血圧」「拡張期血圧」「LDL コレステロール」であり、女性は「腹囲」「中性脂肪」「収縮期血圧」「拡張期血圧」「LDL コレステロール」となります。

図表 45 健診有所見率

男性



女性



		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDLコレステロール	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDLコレステロール	eGFR	
令和4	男性	葛城市	30.77%	55.36%	25.41%	18.96%	5.77%	35.85%	60.71%	13.46%	53.98%	29.26%	45.74%	20.19%
		国	33.85%	55.73%	28.07%	20.66%	7.31%	31.27%	59.10%	13.02%	50.76%	25.68%	44.69%	23.69%
		葛城市(指標)	90.9	99.3	90.5	91.8	78.9	114.6	102.7	103.4	106.3	113.9	102.3	85.2
		国(100基準)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	女性	葛城市	21.16%	20.57%	16.24%	8.76%	0.79%	19.69%	56.10%	1.77%	53.84%	20.96%	55.81%	18.41%
		国	21.50%	19.10%	15.95%	8.97%	1.28%	19.70%	57.65%	1.84%	46.35%	16.92%	53.98%	20.46%
		葛城市(指標)	98.4	107.7	101.8	97.7	61.7	99.9	97.3	96.2	116.2	123.9	103.4	90.0
		国(100基準)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

資料：KDB 帳票 No. 23 厚生労働省様式（様式5-2）（健診有所見者状況（男女別・年代別）（令和4年度）

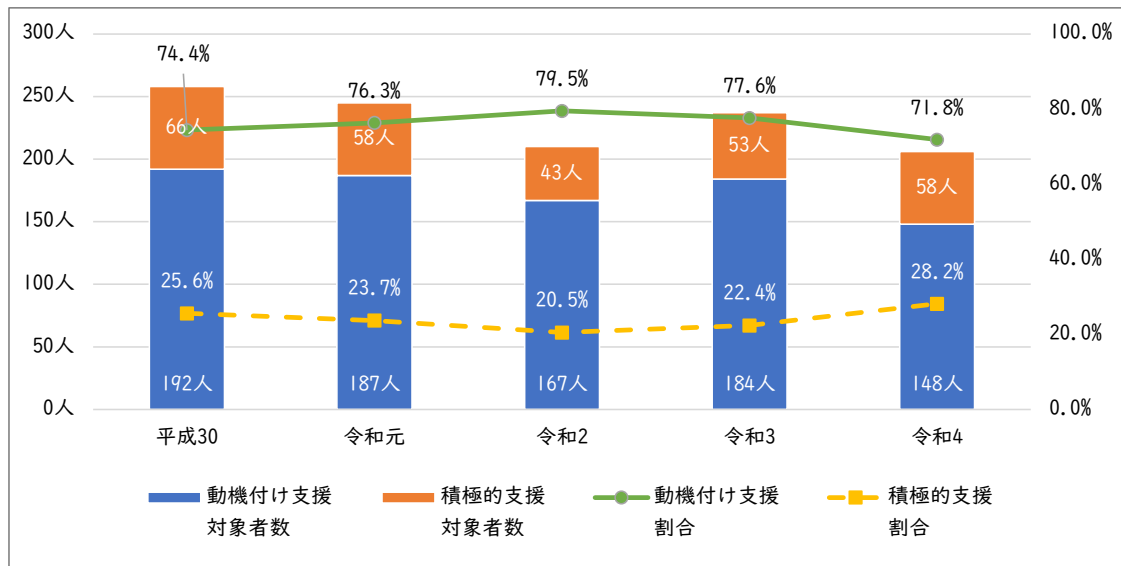
※各質問項目の割合を算出した後、国の数値基準を100とした場合の葛城市の数値をグラフ化しております。

## 4-2 特定保健指導に関する分析

### 4-2-1 特定保健指導対象者の状況

令和4年度の特定保健指導対象者のうち、動機付け支援対象者は148人（71.8%）、積極的支援対象者は58人（28.2%）となっています。動機付け支援割合は令和2年度をピークに減少傾向にあるものの、積極的支援割合は令和2年度から年々増加しています。

図表 46 特定保健指導対象者の推移

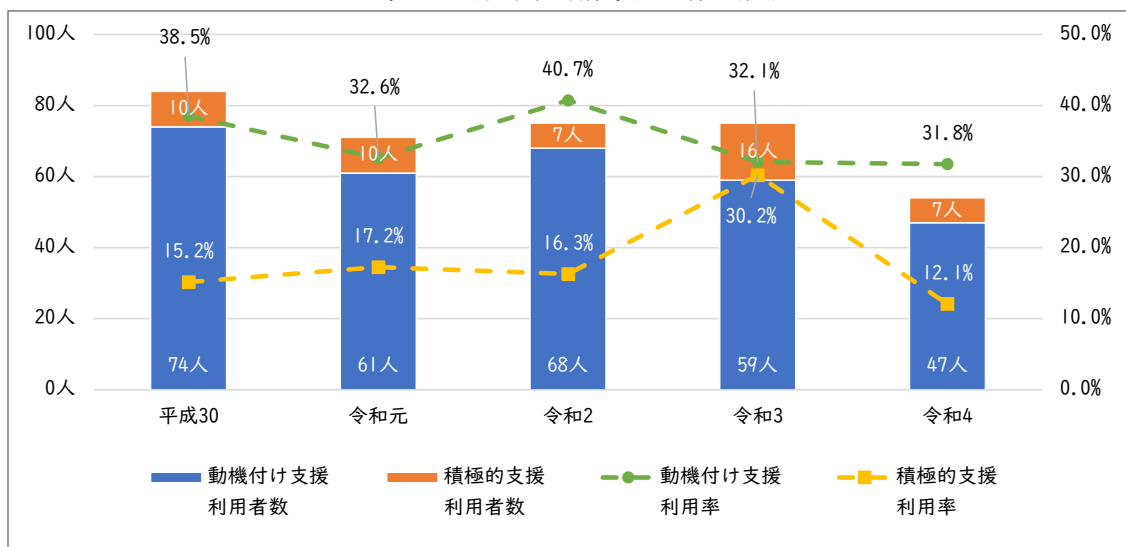


資料：法定報告（平成30年度～令和4年度）

### 4-2-2 特定保健指導利用者の状況

特定保健指導利用者の推移をみると、動機付け支援利用率は令和2年度の40.7%をピークに減少傾向にあり、令和4年度には31.8%となっています。積極的支援利用率では、令和3年度の30.2%をピークに令和4年度には12.1%と減少しています。

図表 47 特定保健指導利用者の推移

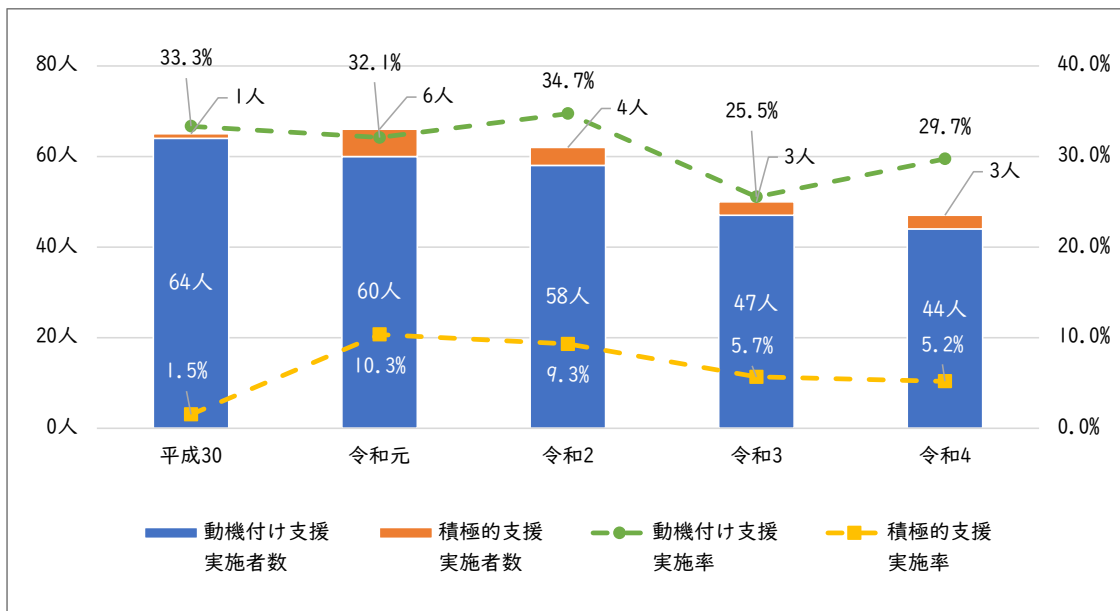


資料：法定報告（平成30年度～令和4年度）

### 4-2-3 特定保健指導実施者の状況

令和4年度の特定保健指導実施者は、動機付け支援実施者で44人(29.7%)、積極的支援実施者では3人(5.2%)となっています。経年で見ると、動機付け支援実施率は令和3年度が最も低く25.5%となっていますが、令和4年度では29.7%と増加しています。積極的支援実施率では令和元年度が最も高く10.3%ですが、その後減少傾向がみられます。

図表 48 特定保健指導実施者の推移



資料：法定報告（平成30年度～令和4年度）

### 4-2-4 未利用者の状況

特定保健指導の利用状況を見ると、未利用者の181人のうち142人(78.5%)は医療機関受診勧奨値に該当しています。内訳として、動機づけ支援は未利用者126人のうち98人(77.8%)が医療機関受診勧奨値に該当し、その内「生活習慣病のレセプトなし」が3人(3.1%)いる状況です。また、積極的支援は、未利用者の55人のうち44人(80.0%)が医療機関受診勧奨値に該当し、その内「生活習慣病のレセプトなし」が4人(9.1%)いる状況です。

図表 49 特定保健指導の利用状況と受診勧奨値以上の割合

	特定保健指導利用者数		特定保健指導未利用者数			
		医療機関受診勧奨値該当者		医療機関受診勧奨値該当者	生活習慣病レセプトあり	生活習慣病レセプトなし
特定保健指導	17人	12人 70.6%	181人	142人 78.5%	135人 95.1%	7人 4.9%
動機づけ支援	17人	12人 70.6%	126人	98人 77.8%	95人 96.9%	3人 3.1%
積極的支援	0人	0人 0.0%	55人	44人 80.0%	40人 90.9%	4人 9.1%

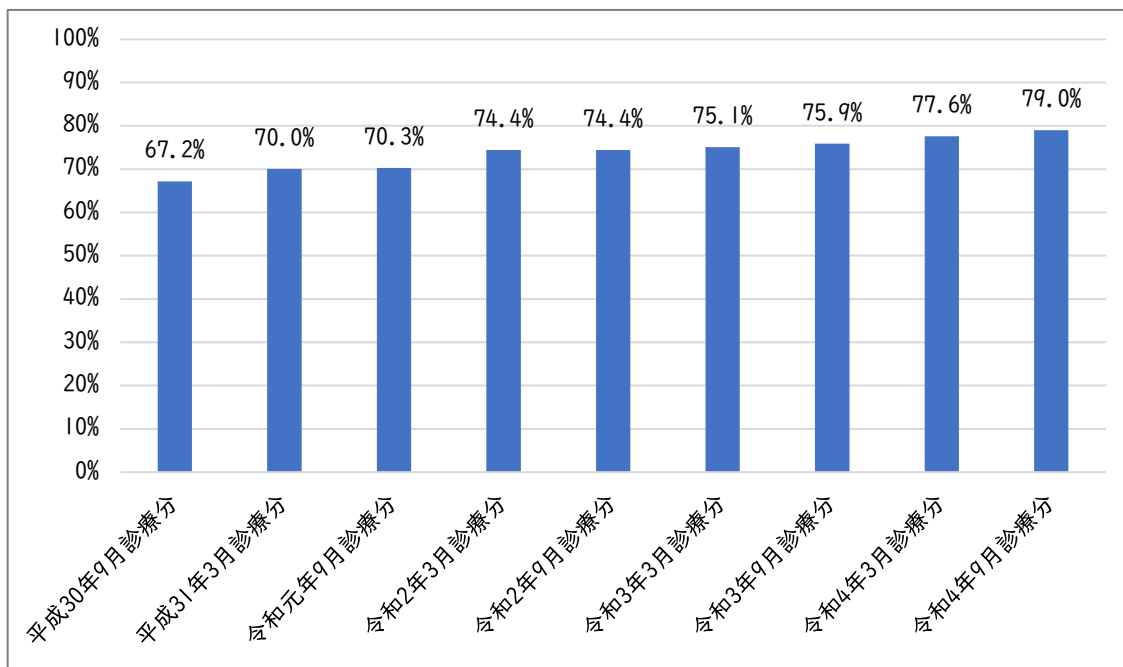
資料：健診データより算出（令和4年度 ※令和4年2月～令和5年1月データを使用）

※生活習慣病のうち、高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療の有無を判定し集計しています。

## 5. 後発医薬品の使用割合

後発医薬品の使用割合は、平成30年9月診療分（67.2%）から令和4年9月診療分（79.0%）までの4年間で11.8%向上しています。

図表 50 後発医薬品の使用割合



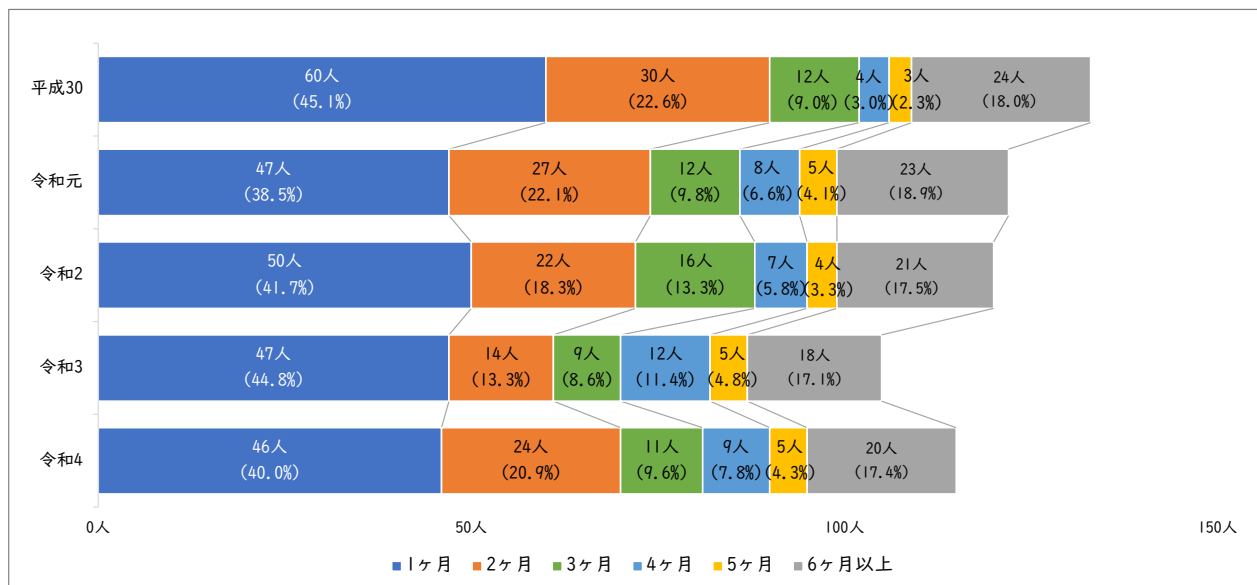
資料：厚生労働省 保険者別の後発医薬品の使用割合（平成30年度～令和4年度）

## 6. 頻回・重複受診の状況

### 6-1 頻回受診

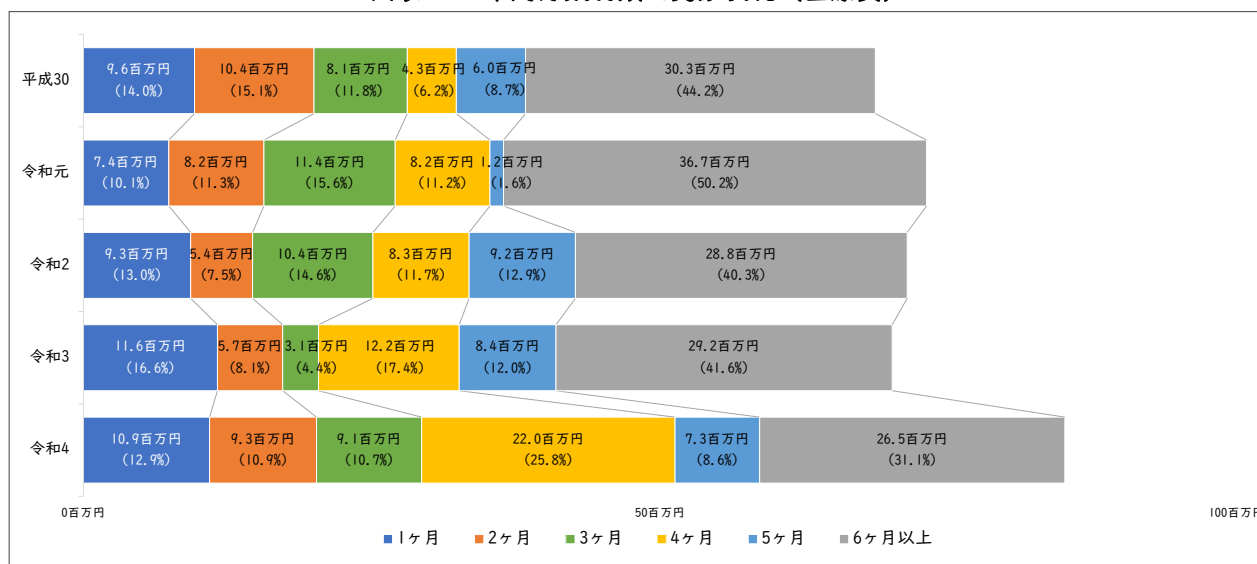
令和4年度の「月に15日以上医療機関を受診する頻回受診」は115人で医療費が85.1百万円になります。また、「頻回受診を行ったことがある月が年間3ヶ月以上の人」の割合は、令和4年度は45人(39.1%)で、頻回受診の医療費が64.9百万円となり、全体の約76%を占めています。年齢別でみると、70～74歳が50.0%と全体の半数を占めています。

図表 51 年間月数別頻回受診状況（人数）



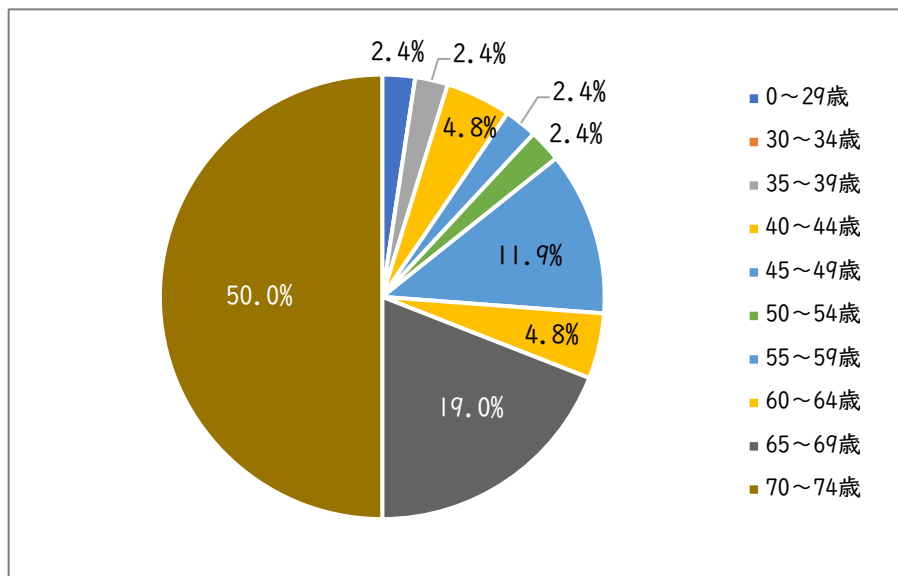
資料：レセプトデータより算出（令和4年度 ※令和4年2月～令和5年1月データを使用）

図表 52 年間月数別頻回受診状況（医療費）



資料：レセプトデータより算出（令和4年度 ※令和4年2月～令和5年1月データを使用）

図表 53 頻回受診年齢別（年間3ヶ月以上）



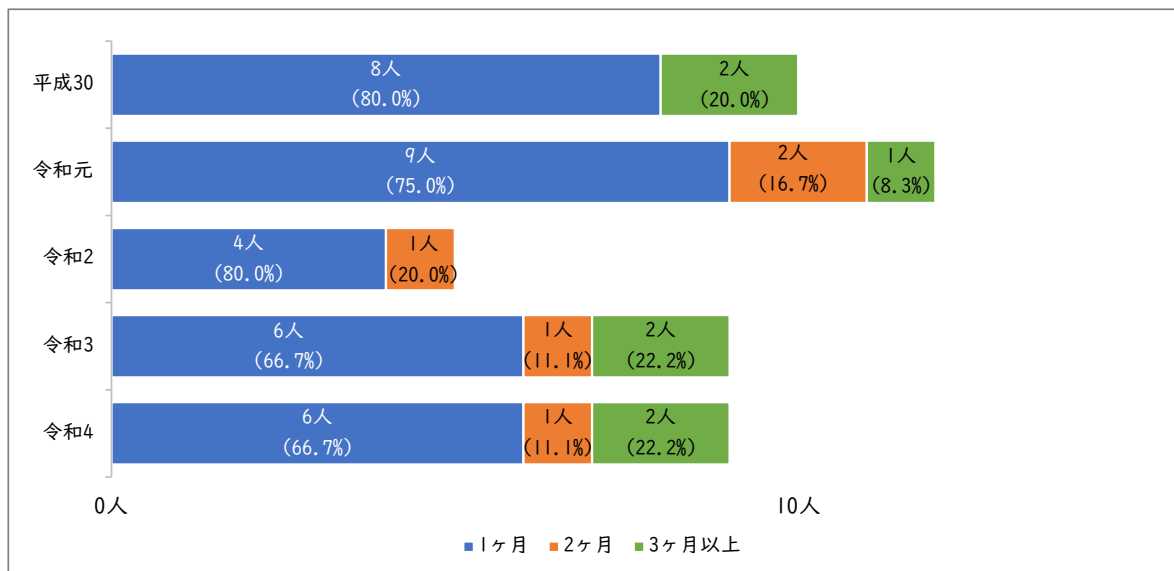
資料：レセプトデータより算出（令和4年度 ※令和4年2月～令和5年1月データを使用）

## 6-2 重複受診

令和4年度の「一疾病で月に3医療機関以上で受診する人」は9人で医療費が1,918千円になります。また、「重複受診を行ったことがある月が年間3ヶ月以上の人」の割合は、令和4年度は2人（22.2%）で、重複受診の医療費が1,496千円となり、全体の78.0%を占めています。

重複受診の医療費は令和2年度が最も低くなっています。

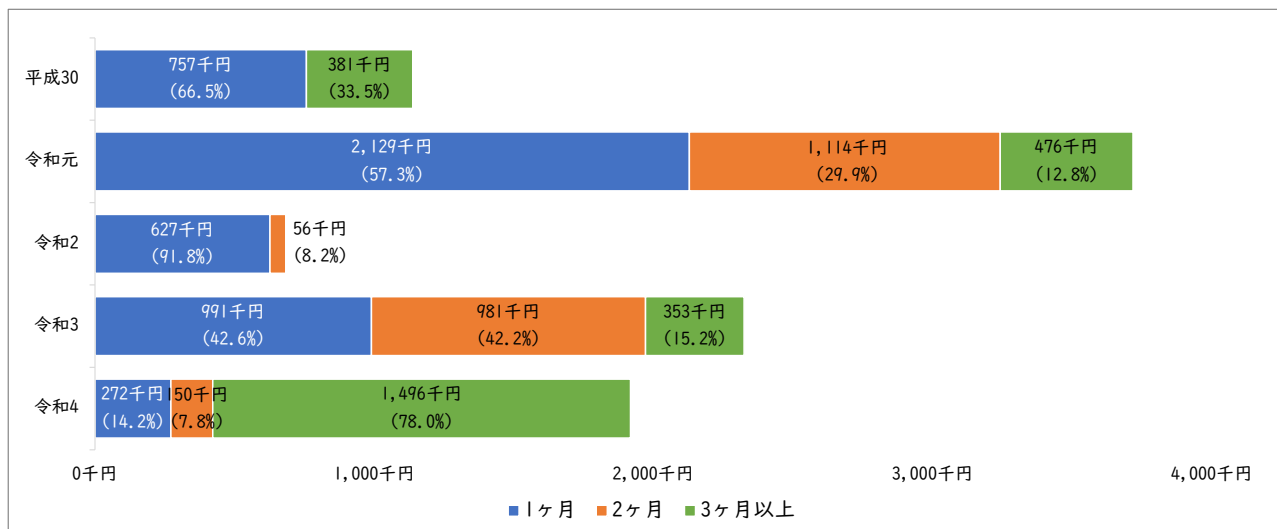
図表 54 年間月数別重複受診状況（人数）



資料：レセプトデータより算出（令和4年度 ※令和4年2月～令和5年1月データを使用）



図表 55 年間月数別重複受診状況（医療費）



資料：レセプトデータより算出（令和4年度 ※令和4年2月～令和5年1月データを使用）

## 7. 重複・多剤処方状況

令和4年度の重複・多剤処方の状況をみると、重複処方件数は405件となっています。

また、異なる医療機関から同一薬効の薬剤が6種類以上処方されている多剤処方薬件数は12,848件、うち10種類以上は3,955件となっています。

図表 56 重複・多剤処方の状況

年度	重複処方件数 (発生件数の12ヶ月分の合計)
平成30	601件
令和元	585件
令和2	519件
令和3	515件
令和4	405件

年度	多剤処方薬剤数または処方薬効数 (発生件数の12ヶ月分の合計)	
	6以上	10以上
平成30	15,249件	4,538件
令和元	14,719件	4,438件
令和2	13,018件	3,863件
令和3	13,328件	4,033件
令和4	12,848件	3,955件

資料：KDB 帳票 No.80 重複・多剤処方の状況（平成30年度～令和4年度）

## 8. 後期高齢者の健康状態

### 8-1 データ分析背景及び趣旨

地域の世代間の疾病構造や医療費等の動向を連続して把握し、効率的・効果的な保健事業を展開することができるよう、令和2年度から後期高齢者医療広域連合と市区町村が主体となり開始された「高齢者の保健事業と介護予防の一体化実施」では、高齢者の健診データ、健診質問票、レセプトデータから高齢者の健康状態を把握し、慢性疾患やフレイルの予防や改善のため75歳以上の高齢者に対する課題や目標について、広域連合と共有し事業検討を進めています。

そのような背景も踏まえてデータヘルス計画においても、高齢者の現状を分析し、広域連合と課題や今後の事業について連携していきます。

### 8-2 後期高齢者の状況

#### 8-2-1 低栄養に関する状況

低栄養に関して下記条件に当てはまる令和4年度の該当者数は、39人、その中で要介護認定者を除く「保健事業対象者数」は30人であり、令和2年度と比較すると増加しています。また、そのうち「BMI18.5kg/m<sup>2</sup>未満の人数」は12人であり、令和2年度と比べると人数は増加しています。

図表 57 低栄養に関するリスク対象者推移

条件	BMI ≤ 20 かつ 質問票⑥(体重変化)に該当		
	令和2	令和3	令和4
■条件該当者数	31人	23人	39人
↓ ⇒ 要介護認定(を除く)	13人	6人	9人
■保健事業対象者数	18人	17人	30人
↓ ⇒ BMI 18.5以上20kg/m <sup>2</sup> 以下	11人	8人	18人
■BMI 18.5kg/m <sup>2</sup> 未満の人数	7人	9人	12人

資料：一体的実施・KDB活用支援ツール（令和2年度～令和4年度）

### 8-2-2 口腔機能に関する状況

口腔機能に関して下記条件に当てはまる令和4年度の該当者数は105人、その中で要介護認定者を除く「保健事業対象者数」は4人であり、令和2年度と比較すると人数は微増しています。

図表 58 口腔機能に関するリスク対象者推移

条件	質問票④(咀嚼機能)or⑤(嚥下機能)いずれか該当 かつ レセプト：過去1年間歯科受診なし		
	令和2	令和3	令和4
■条件該当者数	90人	96人	105人
↓			
→			
BMI > 20 もしくは質問票⑥(体重変化)該当しない もしくは要介護認定(を除く)	89人	93人	101人
■保健事業対象者数	1人	3人	4人

資料：一体的実施・KDB活用支援ツール（令和2年度～令和4年度）

### 8-2-3 服薬（多剤）に関する状況

服薬（多剤）に関して下記条件に当てはまる令和4年度の該当者数は246人、その中で要介護認定者を除く「保健事業対象者数」は116人であり、令和2年度と比較すると28人増加しています。

図表 59 多剤に関するリスク対象者推移

条件	処方薬剤数「15以上」		
	令和2	令和3	令和4
■条件該当者数	213人	184人	246人
要介護認定(を除く)	125人	99人	130人
■保健事業対象者数	88人	85人	116人

資料：一体的実施・KDB活用支援ツール（令和2年度～令和4年度）

### 8-2-4 身体的フレイル（ロコモ含む）に関する状況

身体的フレイル（ロコモ含む）に関して下記条件に当てはまる令和4年度の該当者数は193人、その中で要介護認定者を除く「保健事業対象者数」は130人であり、令和2年度と比較すると35人増加しています。

図表 60 身体的フレイルに関するリスク対象者推移

条件	質問票①(健康状態)該当かつ質問票⑦(歩行速度)該当 もしくは質問票⑦(歩行速度)該当かつ質問票⑧(転倒)該当		
	令和2	令和3	令和4
■条件該当者数	168人	171人	193人
↓ → 要介護認定(を除く)	73人	73人	63人
■保健事業対象者数	95人	98人	130人

資料：一体的実施・KDB活用支援ツール（令和2年度～令和4年度）

### 8-2-5 重症化予防（コントロール不良）に関する状況

重症化予防（コントロール不良）に関して下記条件に当てはまる令和4年度の該当者数は44人、その中で要介護認定者を除く「保健事業対象者数」は37人であり、令和2年度と比較すると1人減少しています。また、そのうち「糖尿病/高血圧の傷病名がある人数」は16人であり、令和2年度と比べると人数は5人減少しています。

図表 61 重症化予防（コントロール不良）に関するリスク対象者推移

条件	HbA1c $\geq$ 8.0% or SBP $\geq$ 160mmHg or DBP $\geq$ 100mmHg かつ 対応する糖尿病・高血圧の薬剤処方履歴(1年間)なし		
	令和2	令和3	令和4
■条件該当者数	40人	21人	44人
→ 要介護認定(を除く)	2人	4人	7人
■保健事業対象者数	38人	17人	37人
↓ → 糖尿病/高血圧の傷病名がない	17人	6人	21人
■糖尿病/高血圧の傷病名がある人数	21人	11人	16人

資料：一体的実施・KDB活用支援ツール（令和2年度～令和4年度）

### 8-2-6 重症化予防（治療中断）に関する状況

重症化予防（治療中断）に関して下記条件に当てはまる令和4年度の該当者数は360人、その中で要介護認定者を除く「保健事業対象者数」は158人であり、令和2年度と比較すると109人増加しています。

図表 62 重症化予防（治療中断）に関するリスク対象者推移

条件	抽出年度の健診履歴なし かつ 抽出年度以前の3年間に糖尿病・高血圧の薬剤処方履歴あり かつ 抽出年度に薬剤処方履歴なし		
	令和2	令和3	令和4
■条件該当者数	120人	214人	360人
要介護認定(を除く)	71人	133人	202人
■保健事業対象者数	49人	81人	158人

資料：一体的実施・KDB活用支援ツール（令和2年度～令和4年度）

### 8-2-7 重症化予防（基礎疾患＋フレイル）に関する状況

重症化予防（基礎疾患＋フレイル）に関して下記条件に当てはまる令和4年度の該当者数は205人、その中で要介護認定者を除く「保健事業対象者数」は140人であり、令和2年度と比較すると40人増加しています。また、そのうち、「上記基礎疾患がない人数」は52人であり、令和2年度と比べると人数は増加しています。

図表 63 重症化予防（基礎疾患＋フレイル）に関するリスク対象者推移

条件	糖尿病治療中もしくは中断 または 心不全・脳卒中等循環器疾患あり または 健診HbA1c $\geq$ 7.0% かつ 質問票①(健康状態)、⑥(体重変化)、⑧(転倒)、⑬(外出頻度) のいずれかに該当		
	令和2	令和3	令和4
■条件該当者数	170人	193人	205人
↓ ⇒ 要介護認定(を除く)	70人	70人	65人
■保健事業対象者数	100人	123人	140人
↓ ⇒ 基礎疾患あり ※基礎疾患：脳血管、虚血性、腎不全、 がん、認知症、うつ、COPD	71人	79人	88人
■上記基礎疾患がない人数	29人	44人	52人

資料：一体的実施・KDB活用支援ツール（令和2年度～令和4年度）

### 8-2-8 重症化予防（腎機能不良、医療機関受診なし）に関する状況

重症化予防（腎機能不良未受診）に関して下記条件に当てはまる該当者は、令和2年度から令和4年度までおりません。

図表 64 重症化予防（腎機能不良未受診）に関するリスク対象者推移

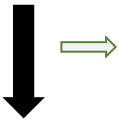
条件	eGFR<45または尿蛋白(+)以上 かつ医療機関未受診		
	令和2	令和3	令和4
■条件該当者数			
	0人	0人	0人

資料：一体的実施・KDB活用支援ツール（令和2年度～令和4年度）

### 8-2-9 健康状態不明者に関する状況

健康状態不明者に関して下記条件に当てはまる令和4年度の該当者数は77人、その中で要介護認定者を除く「保健事業対象者数」は64人であり、令和2年度と比較すると27人増加しています。

図表 65 健康状態不明者に関するリスク対象者推移

条件	抽出年度及び抽出年度の2年度において健診受診なし かつ レセプト履歴なし かつ 要介護認定なし		
	令和2	令和3	令和4
■条件該当者数			
	76人	86人	77人
 <p>最新年度で把握できた人数を除外 ※最新年度にて以下の履歴があった人 健診受診/要介護認定/医療機関数 /薬剤処方あり</p>			
■保健事業対象者数			
	37人	46人	64人

資料：一体的実施・KDB活用支援ツール（令和2年度～令和4年度）

## 第3章 第3期データヘルス計画の事業概要

### 1. 課題の整理

第2期データヘルス計画の評価や現状分析において、平均寿命・健康寿命から死亡率、起因となる疾患、治療状況等を見てきましたが、背景には生活習慣が大きく影響していることがわかりました。

ここでは、優先度の高い順に健康課題を整理し、各課題に対しての取り組みの方向性を示していきます。また、今期より、高齢者の保健事業の一体的実施を進めていくため、庁内関係各所との連携や奈良県の指標等も参考にしていきます。

課題1：生活習慣に起因する死亡率が継続して高い状態です（死亡率）	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> <li>・死因別構成では、心疾患が1位、がんが2位となっています。</li> <li>・標準化死亡比(SMR)では男女共通で肺がん・心疾患が継続して高くなっています。</li> </ul> 以上から、死因別や死亡比からも心疾患等の生活習慣病(*)を起因とした疾患が継続して数値が高いため、第2期でも生活習慣病の重症化予防に注力してきましたが、今期計画でも引き続き重点的に取り組んでいく必要があります。
根拠となるデータ	図表9：主な死因別の構成と経年推移 図表10：主要死因別標準化死亡比
取り組みの方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活習慣病受診勧奨推進事業(レッドカード事業)の強化をしていきます。</li> <li>・糖尿病性腎症重症化予防プログラムの推進を図ります。</li> <li>・がんによる死亡減少事業の推進(がん検診及び精検受診率の向上事業)を実施します。</li> </ul>

課題2：生活習慣病に関連した医療費の割合が高くなっています（医療費）	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> <li>・疾病分類別での医療費総額では循環器が1位、腎尿路が2位、がんが3位となっています。</li> <li>・100万円以上の重症化疾患医療費割合では人工透析が最も高くなっています。</li> </ul> 以上から、生活習慣病は健康長寿の阻害要因となるだけでなく、医療費にも大きな影響を与えています。そのため、行動変容の啓発活動や受診勧奨、生活習慣病の早期発見・早期治療に加え、重症化予防対策等も注力することで、健康寿命の延伸だけでなく医療費の適正化にもつながります。
根拠となるデータ	図表19：疾病分類別の医療費総額の推移 図表21：高額医療費における重症化疾患医療費の割合 図表28：人工透析患者数及び、糖尿病状況の推移
取り組みの方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活習慣病受診勧奨推進事業(レッドカード事業)の強化をしていきます。</li> <li>・糖尿病性腎症重症化予防プログラムの推進を図ります。</li> <li>・特定健康診査実施率向上事業の推進を実施していきます。</li> <li>・特定保健指導実施率向上事業の強化を図ります。</li> <li>・生活習慣病予防の啓発活動を実施します。</li> </ul>

課題3：生活習慣病予防行動をとる方の数が少ない状況です（生活習慣病・保健指導）	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診実施率が県平均を下回っています。</li> <li>・40～50代の健診実施率が低くなっています。</li> <li>・「特定健診未受診かつ治療なし」が38.4%(2,459人)います。</li> <li>・メタボ予備群は多いものの保健指導実施率は横ばい傾向となっています。</li> <li>・メタボ該当者割合と予備群割合では、女性が増加傾向にあり、メタボ該当者の内、半数以上が複数の生活習慣病リスクを抱えています。</li> </ul> <p>以上から、高リスク者が潜在している可能性があるため、生活習慣病予防対策を実施すると共に、行動変容の啓発・普及活動や適切な受診勧奨に取り組んでいく必要があります。</p>
根拠となるデータ	<p>図表 34:人口・国保被保険者・年代別の実施率の状況</p> <p>図表 35:男女別実施率の状況</p> <p>図表 37:特定健診受診状況と生活習慣病治療状況</p> <p>図表 38:メタボリックシンドローム該当者及び予備群の推移</p> <p>図表 39:メタボリックシンドローム予備群・該当者のリスク因子内訳</p> <p>図表 44:質問票調査(比較)</p> <p>図表 46:特定保健指導対象者の推移</p> <p>図表 47:特定保健指導利用者の推移</p>
取り組みの方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査実施率向上事業の推進を実施していきます。</li> <li>・特定保健指導実施率向上事業の強化を図ります。</li> <li>・若年への受診環境の整備、強化をおこなっていきます。</li> <li>・慢性腎臓病(CKD)予防講演会の参加者の増大を図っていきます。</li> <li>・生活習慣病予防教室(運動教室や血管改善教室等)の認知度の向上、参加者の拡大を目指すことに加え、生活習慣病予防の啓発・普及活動を実施します。</li> </ul>

課題4：頻回・重複受診、重複・多剤処方により医療費が増加しています	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> <li>・月に15日以上医療機関を受診する頻回受診者の医療費が令和4年度は85.1百万円と高額になっています。</li> <li>・一疾病で月に3医療機関以上を受診する重複受診者の医療費が令和4年度は1,918千円と高額になっています。</li> </ul>
根拠となるデータ	<p>図表 50:後発医薬品の使用割合</p> <p>図表 52:年間月数別頻回受診状況(医療費)</p> <p>図表 55:年間月数別重複受診状況(医療費)</p> <p>図表 56:重複・多剤処方の状況</p>
取り組みの方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重複・多剤投薬対策を推進し、医療費の適正化を目指します。</li> <li>・後発医薬品の普及を促進し、医療費の適正化を目指します。</li> </ul>



課題5：高齢者の健康不明者や高リスク者が多くなっています（生活習慣病・後期高齢）	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 要介護認定者率・数は年々増加傾向にあり有病状況では、心臓病が最も高くなっています。また、糖尿病・脂質異常症等の生活習慣病の伸びが顕著にみられます。</li> <li>・ 糖尿病、高血圧のコントロール不良者、中断者共に増加しており、疾病の重症化が懸念されます。</li> <li>・ 低栄養や口腔機能、身体的フレイルリスク者は年々増加しており、身体的フレイルでは健診受診者の約10%に上ります。</li> <li>・ 健康不明者、生活習慣病やフレイル等の高リスク者が確実に増加しており、今期より奈良県指標に沿った計画の策定・実施を推進していく必要があります。</li> </ul>
根拠となるデータ	<p>図表 11:介護保険認定者の推移</p> <p>図表 12:要介護認定者の有病状況</p> <p>図表 57:低栄養に関するリスク対象者推移</p> <p>図表 58:口腔機能に関するリスク対象者推移</p> <p>図表 60:身体的フレイルに関するリスク対象者推移</p> <p>図表 62:重症化予防(治療中断)に関するリスク対象者推移</p> <p>図表 63:重症化予防(基礎疾患+フレイル)に関するリスク対象者推移</p>
取り組みの方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進を強化していきます。</li> </ul>

(\*)生活習慣病の定義…生活習慣が原因で起こる疾患の総称。葛城市第3期データヘルス計画（第4期特定健康診査等実施計画）では、がん（悪性新生物）以外の、脳血管疾患・心疾患・糖尿病・高血圧性疾患・肝疾患・脂質異常症・腎疾患等を指します。

## 2. 目的・目標

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

### 2-1 計画全体の目的

目 的	指 標	目標値
① 健康寿命の延伸を図ります。	健康寿命（平均余命・平均自立期間）（県共通）	延伸
② 健康課題に取り組み医療費の適正化に繋がります。	一人当たり医科医療費・歯科医療費（県共通）	維持

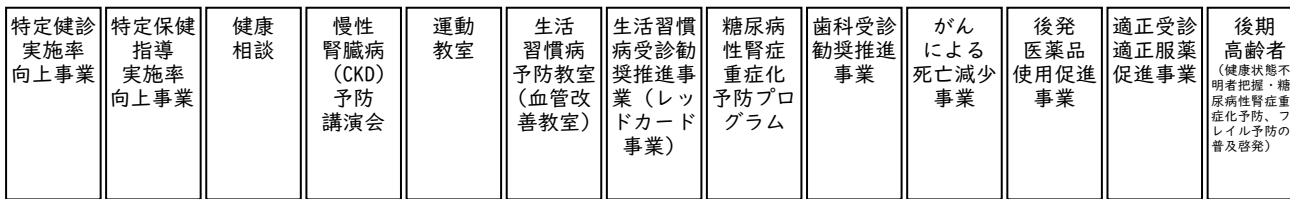
### 2-2 目標（上記目標を達成するために取り組むこと）

目 標	指 標	目標値	主な個別保健事業
生活習慣病の発症予防	特定健康診査実施率（県共通）	60.0%	特定健康診査実施率向上対策事業 特定保健指導実施率向上事業
	メタボリックシンドローム該当者の割合（市独自）	18.0%	
	メタボリックシンドローム予備群の割合（市独自）	12.0%	
	特定保健指導実施率（県共通）	60.0%	
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率（県共通）	増加	
	血糖の有所見者の割合（HbA1c5.6%以上）（県共通）	60.0%	慢性腎臓病(CKD)予防講演会 生活習慣病予防教室（血管改善教室） 運動教室 健康相談
	①収縮期血圧 130 mm Hg 以上 ②拡張期血圧 85 mm Hg 以上	①53.0%以下 ②28.0%以下	
生活習慣病発症状況モニタリング	脂質の有所見者の割合（県共通）	①5.0%以下	【総合的に判断】
	①HDL コレステロール 40mg/dl 未満の割合	②25.0%以下	
	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	③45.0%以下	
生活習慣病発症状況モニタリング	糖尿病の受療割合（県共通） 高血圧症の受療割合（県共通）	【総合的に判断】	

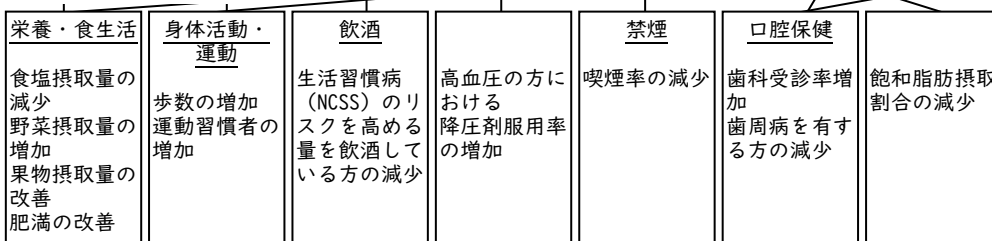
生活習慣病の重症化予防	HbA1c8.0%以上の割合（県共通） 新規人工透析導入患者数（県共通）	6.0%以下 4人以下	生活習慣病受診勧奨推進事業（レッドカード事業） 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 歯科受診勧奨推進事業
がん罹患者を早期発見し早期治療につなげる	がんによる標準化死亡比（SMR）（市独自） ①胃がん SMR 男女 ②肺がん SMR 男女 ③大腸がん SMR 男女 ④子宮頸がん SMR 女性 ⑤乳がん SMR 女性  がん検診受診率（市独自） ①胃がん検診受診率 ②肺がん検診受診率 ③大腸がん検診受診率 ④子宮頸がん検診受診率 ⑤乳がん検診受診率	①男性 100.0 以下 ①女性 100.0 以下 ②男性 100.0 以下 ②女性 100.0 以下 ③男性 100.0 以下 ③女性 100.0 以下  ④女性 100.0 以下  ⑤女性 100.0 以下  ①7.9%以上 ②5.4%以上 ③6.8%以上 ④15.5%以上 ⑤19.4%以上	がんによる死亡減少事業（がん検診及び精検受診率の向上事業）
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方の割合（1以上の薬剤で重複処方を受けた方）（県共通）  同一月内に9以上の薬剤の処方を受けた方の割合（県共通）  後発医薬品使用割合（数量ベース）（県共通）	減少  減少  増加	適正受診・適正服薬促進事業   後発医薬品使用促進事業
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	要介護認定者の割合（市独自） 健康状態不明者数（市独自） 身体的フレイル者数（市独自）	19.9%以下 減少 減少	一体的実施の推進にかかる事業

# 目標を達成するための関連図

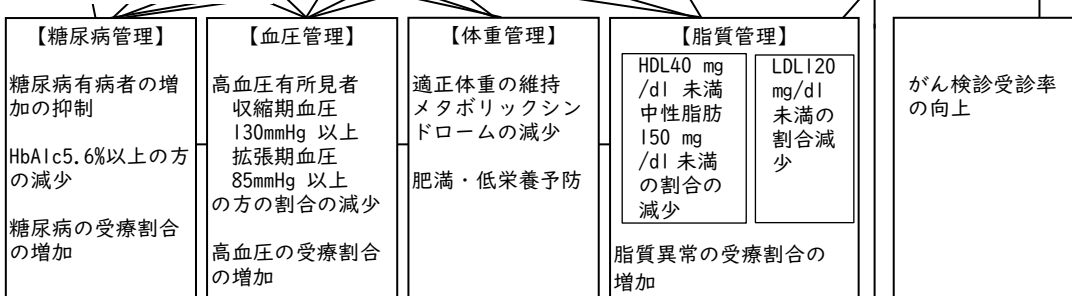
## <保健事業>



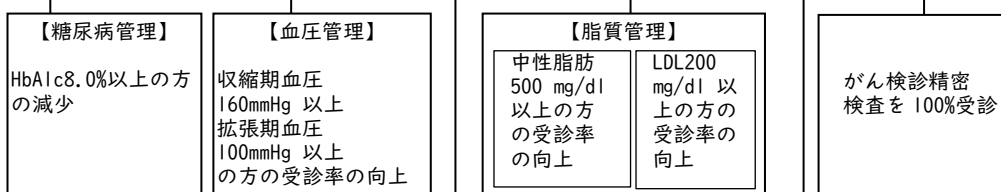
## <生活習慣の改善>



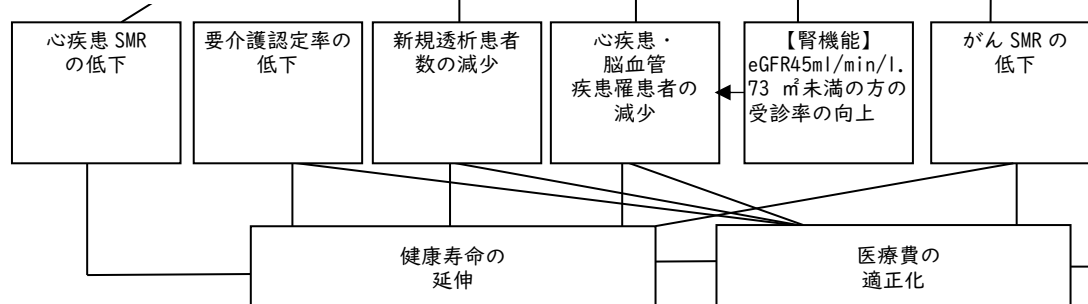
## <危険因子の低減>



## <重症化予防>



## <最終目的>



(参考：令和5年5月 厚生労働省 健康日本21(第三次)推進のための説明資料の循環器病領域のロジックモデル・糖尿病領域のロジックモデルを改変)

### 3. 事業の全体像

目的・目標達成のため、各保健事業を推進していきます。

生活習慣病の改善と重症化予防の強化
<p>特定健診実施率、特定保健指導実施率を向上させ、高リスク者の生活習慣の改善及び発症予防をします。各種健診・特定保健指導等を通じて、血圧・脂質・血糖・CKD 有所見者等を早期発見、早期受診に繋げ重症化予防を図ります。</p>
<p><b>取り組み①：特定健康診査実施率向上事業</b> 受診しやすい日程設定を行うことやナッジ理論に基づいた勧奨通知を送付します。 対象者：40歳から74歳の被保険者</p>
<p><b>取り組み②：特定保健指導実施率向上事業</b> 集団健診時に初回面接の分割実施や訪問指導の実施、未利用者には再勧奨通知を送付します。 対象者：特定保健指導対象者（動機付け支援及び積極的支援）で未利用者</p>
<p><b>取り組み③：歯科受診勧奨推進事業</b> 歯科受診の勧奨通知を送付します。 対象者：特定健診受診者で質問票から口腔機能に問題ある方</p>
<p><b>取り組み④：生活習慣病の改善及び発症予防</b> 講演会や運動教室、健康相談等の中で市民の健康行動の開始支援、継続支援を行うことで生活習慣病の改善及び発症予防を行います。 対象者：慢性腎臓病(CKD)予防講演会、健康相談…全被保険者 ※健康相談は希望者 運動教室…19歳以上の希望者 生活習慣病予防教室…特定健康診査の結果にて、高血圧、脂質異常、高血糖の基準値を超えている方 健康づくりインセンティブ事業…メタボリックシンドロームが改善された方等</p>
<p><b>取り組み⑤：生活習慣病受診勧奨推進事業(レッドカード事業)</b> 健診結果の基準値を超えかつ未治療者に対して、電話や通知による医療機関への受診勧奨を実施します。 対象者：血圧、脂質、血糖、腎機能のいずれかが基準値を超え、かつ未治療者</p>
<p><b>取り組み⑥：糖尿病性腎症重症化予防プログラム</b> 基準を超えた対象者を抽出し、専門職による6ヶ月間の保健指導を実施します。また、糖尿病治療未受診者、治療中断者に対して受診勧奨を行います。 対象者：糖尿病性腎症が重症化するリスクが高い被保険者</p>
<p><b>取り組み⑦：がんによる死亡減少事業(がん検診及び精検受診率の向上事業)</b> 案内通知を送付し広く普及啓発を実施。精密検査受診者で結果が不明な方には電話や通知等で状況を把握します。 対象者：男性は40歳以上、女性は20歳以上のがん検診対象者</p>
医療費適正化に向けた更なる推進
<p>適正受診、ポリファーマシーの減少を基盤としながら、医療費の適正化を図ります。</p>
<p><b>取り組み⑧：適正受診・適正服薬促進事業</b> 重複・多剤・併用禁忌投薬対象者へ通知・電話指導を行い適切な受診や服薬に繋がります。 対象者：重複・多剤・併用禁忌投薬者</p>
<p><b>取り組み⑨：後発医薬品使用促進事業</b> 利用促進の広報を実施し、差額通知を年4回発送して普及啓発を行います。 対象者：全被保険者</p>

## 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進

高齢者の心身の多様な課題に対応し、介護保険の地域支援事業や国保保健事業と一体的に実施します。

### 取り組み⑩：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

#### 【個別的支援（ハイリスクアプローチ）】

##### ①重症化予防の取り組み

糖尿病性腎症重症化予防のために、主治医と連携した医療専門職による立ち寄り型の相談や訪問相談、保健指導等を実施します。

②健康状態が不明な高齢者の状態把握、必要なサービスへの接続を行います。

#### 【通いの場等への積極的な関与等（ポピュレーションアプローチ）】

##### ③フレイル予防等に関する健康教育

フレイル予防の普及啓発活動のために、地域の自主運動教室等へ出向き、健康教室を実施します。

対象者：75歳以上の被保険者

## 4. 個別保健事業の内容

第3期データヘルス計画で実施する事業は、3つの方針「生活習慣病の改善と重症化予防の強化」「医療費適正化に向けた更なる推進」「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進」のもと下記になります。

### 生活習慣病の改善と重症化予防の強化

#### 特定健康診査実施率向上事業

I	特定健康診査実施率向上事業
内容	<p>【国保連合会との共同保健事業】</p> <p>受診勧奨事業 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方。 実施内容 10月 対象者へ勧奨ハガキを送付します。</p> <p>【葛城市独自事業】</p> <p>①特定健康診査未受診者に対し、受診勧奨を実施します。 対象 過去の受診歴の有無や無料券対象者で未受診者 実施内容 8月 集団セットけんしん予約日前に受診勧奨案内を送付します。（保険課） 1月 受診勧奨ハガキを送付します。（健康増進課）</p> <p>②集団健診の日程に休日や女性限定、託児付きの日程を設定し受診しやすい体制を継続実施します。</p> <p>③集団健診で国が推奨する5つのがん検診と特定健診を同時に受けられる体制を継続実施します。</p> <p>④医療機関でも国が推奨する5つのがん検診と特定健診を同時に受けられる体制づくりをします。</p> <p>⑤職場の健診等、特定健康診査のほかに健診の機会がある方から特定健康診査結果のデータを受領し、特定健康診査受診者とみなします。</p> <p>⑥40、45、50、55、60歳の節目年齢者へ特定健康診査受診料無料券（無料クーポン券）を交付し、自己負担額の助成を行います。</p> <p>⑦特定健康診査の周知・啓発を実施します。（市内各所へポスター掲示、広報等）</p>
目標	特定健診受診を通して生活習慣改善、発症の予防に繋がります。
対象	40歳以上75歳未満の被保険者
期間	6月～翌1月末まで
体制	保険課、健康増進課、奈良県国民健康保険団体連合会、市内各医療機関、市外契約医療機関

評価	区分	指標	目標値	
	アウトカム	健診実施率		60.0%
		40-64歳の健診実施率		60.0%
		65-74歳の健診実施率		60.0%
	アウトプット	集団健診の実施回数		20日
		集団健診の受診者数		増加
		受診勧奨の送付率		100.0%
	プロセス	集団健診の実施方法は適切であったか		適切
		受診勧奨が適切に実施できたか (勧奨時期、送付対象者、勧奨回数が適切であったか)		適切
		市内医療機関に健診受診勧奨の協力を依頼したか		実施
ストラクチャー	予算やマンパワーは適切であったか		適切	
	個別健診で大腸がん、胃がん、肺がん、乳がん、子宮頸がんと特定健診を同時に受けられる医療機関を設定出来たか		実施	

### 特定保健指導実施率向上事業

2	特定保健指導実施率向上事業			
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導対象者「動機付け支援」及び「積極的支援」と判定された方に対して特定保健指導を実施します。</li> <li>・集団健診時に特定保健指導対象となりそうな方に、初回面接の分割実施し、連絡先及び連絡のつきやすい時間を尋ねます。</li> <li>・ICTを活用した保健指導や訪問型の利用勧奨を実施します。</li> <li>・特定保健指導未利用者に対して再勧奨を実施します。</li> </ul>			
目標	健診結果より内臓脂肪の蓄積に起因する糖尿病等のリスクに応じて、専門職が個別に介入することで、対象者自らが健康状態を自覚し、生活習慣改善につなげます。			
対象	動機付け支援及び積極的支援と判定された被保険者			
期間	通年			
体制	健康増進課、奈良県国民健康保険団体連合会			
評価	区分	指標	目標	
	アウトカム	特定保健指導実施率(法定報告)		60.0%
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率		増加
		血糖の有所見者の割合(HbA1c5.6%以上)(県共通)		60.0%以下
		血圧の有所見者の割合(県共通) ①収縮期血圧130mmHg以上 ②拡張期血圧85mmHg以上		①53.0%以下 ②28.0%以下
		脂質の有所見者の割合(県共通) 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		①5.0%以下 ②25.0%以下 ③45.0%以下

		メタボリックシンドローム該当者の割合	18.0%以下
		メタボリックシンドローム予備軍群の割合	12.0%以下
		積極的支援初回面接実施率	60.0%
	アウトプット	動機づけ支援初回面接実施率	60.0%
		特定保健指導実施率(法定報告)	60.0%
		案内通知実施率	100.0%
	プロセス	医師会での依頼回数	2回
		スケジュールの確認	実施
		利用勧奨対象者の確認	実施
		利用勧奨の版面の設定	実施
		集団健診時の初回面接の分割実施の対象者の設定	実施
		集団健診委託業者との調整	実施
		医師会での依頼(服薬治療開始者の特定保健指導の連携実施)	実施
		ICTを活用した保健指導の実施	実施
	ストラクチャー	夜間や土日祝での保健指導の実施	実施
特定保健指導実施の案内文の版面の設定		実施	
事業実施体制の決定		実施	
		実施担当者の決定	実施

### 歯科受診勧奨推進事業

<b>3</b>	歯科受診勧奨推進事業（令和4年度から開始）		
<b>内容</b>	口腔機能に問題があることが想定される方に受診勧奨通知を行います。		
<b>目標</b>	口腔機能に問題があることが想定される方を早期に発見し、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低減につなげます。		
<b>対象</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・40歳以上75歳未満の被保険者で特定健診を受診した方で下記に当てはまる方。</li> <li>・特定健診の質問票で「食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか」という質問項目に対し「歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある」「ほとんどかめない」と回答した方、かつ、特定健康診査受診年月から遡って13ヶ月間歯科医療機関未受診の方。</li> </ul>		
<b>期間</b>	4月～翌3月末まで		
<b>体制</b>	健康増進課、奈良県国民健康保険団体連合会		
<b>評価</b>	区分	指標	目標値
	アウトカム	歯科医療受診につながった方	35.0%
	アウトプット	受診勧奨実施数	50人



プロセス	スケジュールの確認	実施
	受診勧奨の方法は適切か	実施
ストラクチャー	事業体制の決定	適切
	実施担当者の決定	実施

### 生活習慣病の改善及び発症予防

4	①慢性腎臓病(CKD)予防講演会		
内容	1年に1回講演会形式でCKDを防ぐために必要な知識を市民に伝える事業です。講演会内容としては、保健師からの葛城市の現状の説明、医師からのCKDについての説明、管理栄養士からのCKDを予防するための食生活についての説明を行います。		
目標	市民がCKDについて適切な知識を身に着け、予防行動を実践し重症化を防止できます。		
対象	全被保険者		
期間	通年		
体制	健康増進課、市内医療機関、専門職(医師、管理栄養士、保健師等)、協会けんぽ奈良支部、健保連		
評価	区分	指標	目標値
	アウトカム	40歳-74歳の国保加入者の内、生活習慣病を有する透析患者新規発生数	0人
		CKDの予防方法について「とても理解できた」「理解できた」と回答した割合(アンケートより)	95.0%
		減塩の必要性が分かった方の割合「とても理解できた」「理解できた」(アンケートより)	95.0%
	アウトプット	参加者数	200人
		参加者数のうち、国保人数	100人
		60歳未満の参加者の割合	20.0%
	プロセス	アンケートを実施できたか	実施
		広報後、YouTubeの視聴者数を確認したか	実施
	ストラクチャー	医師との連絡協議会の開催回数	2回
予算やマンパワーは適切であったか		適切	

4	②生活習慣病予防教室(血管改善教室)		
内容	・栄養教室2回と運動教室1回を1クールとして実施する事業です。年に2クール実施します。 ・血管改善教室特別講座と題して、血管改善教室に参加した方が再度集まる機会を半年後に設けており、1日で栄養・運動教室を行います。		
目標	生活習慣病について適切な知識を習得し、健康増進行動が継続していけることを図ります。		
対象	国民健康保険被保険者で、かつ特定健康診査の結果にて、高血圧、脂質異常、高血糖の値が基準値を超えていた方(腹囲・服薬の有無は問わない)。		
期間	通年		
体制	健康増進課、市内医療機関、専門職(医師、管理栄養士、健康運動指導士等)		

評価	区分	指標	目標値
	アウトカム	血管改善教室に参加して、体を動かす時間を1日10分以上今よりも増やそうと思う方の割合(アンケートより)	95.0%
		塩分の摂りすぎに気を付けている方の割合(アンケートより)	95.0%
		教室に参加して野菜1日小鉢1杯以上増やした方の割合(アンケートより)	20.0%
	アウトプット	参加者(教室+同窓会の参加実人数)	70人
	プロセス	アンケートの取得割合	実施
開催時期や日数は適切であったか		適切	
ストラクチャー	予算やマンパワーは適切であったか	適切	

4	③運動教室		
内容	月に1回、19歳以上の希望者に対して、健康運動指導士が正しい運動の方法を指導する事業です。		
目標	運動習慣のない市民が日常生活の中で運動機会の拡大を図り、生活習慣病の発症予防につなげます。		
対象	19歳以上の希望者		
期間	通年		
体制	健康増進課、専門職(健康運動指導士等)		
評価	区分	指標	目標値
	アウトカム	「運動する日は30分以上行っていますか」で「はい」と答えた方の割合(事前・事後アンケート両方とることができた方)	80.0%
		「週2日以上の運動をしていますか」で「はい」と答えた方の割合(事前・事後アンケート両方とることができた方)	80.0%
		教室に参加することで1日10分以上体を動かすことが増えた方の割合(事後アンケート)	80.0%
		特定健診受診者の内、1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していない方の割合(特定健康診査結果)	60.0%
	アウトプット	参加者数	120人
		参加者数の内、国保被保険者割合	70.0%
	プロセス	アンケートを実施できたか	90.0%
開催時期や日数は適切であったか		適切	
減塩や野菜摂取に関する知識を提供できたか		実施	
ストラクチャー	予算やマンパワーは適切であったか	適切	

4	④健康相談		
内容	年4日、保健師・管理栄養士による健康づくりの相談・健診結果説明を行う事業です。		
目標	心身の健康に関する個別相談を通して、市民の健康リテラシーを向上させセルフケア能力の向上を図ります。		
対象	希望者		
期間	通年		
体制	健康増進課、専門職(保健師、管理栄養士等)		

評価	区分	指標	目標値
	アウトカム	生活習慣の意識付けに役立ったかという問いに対し、役に立った（大変役に立った、役に立った）と回答した方の割合（アンケート）	95.0%
		減塩の必要性が分かった方の割合（アンケート）	95.0%
		野菜を今より少しだけでも食べようと思った割合（アンケート）	95.0%
	アウトプット	参加者数	100人
		参加者数の内、国保被保険者割合	45.0%
	プロセス	アンケートを実施できたか(骨密度測定時のみ)	実施
		開催時期や日数は適切であったか	適切
ストラクチャー	予算やマンパワーは適切であったか	適切	

4	⑤健康づくりインセンティブ事業		
内容	メタボリックシンドロームが改善された方等に抽選でQUOカードを送付する事業です。		
目標	メタボリックシンドロームの改善、非該当期間を継続できる。		
対象	<p>下記の①～③全てに該当する方です。</p> <p>①前年度特定健康診査を受診し、メタボリックシンドロームに該当している方。</p> <p>②当該年度の12月末までに令和5年度特定健康診査を受診している方。</p> <p>③当該年度に特定健康診査結果で、メタボリックシンドローム非該当になっている方。</p> <p>もしくは、40歳から60歳で当該年度、前年度、前々年度連続でメタボリックシンドローム非該当の方。</p>		
期間	3月に通知		
体制	健康増進課、奈良県国民健康保険団体連合会		
評価	区分	指標	目標値
	アウトカム	メタボリックシンドローム該当者の割合	18.0%以下
		メタボリックシンドローム改善者の改善率	9.1%以上
		40歳から60歳でメタボリックシンドロームに3年連続で非該当となった者の割合	R6の結果で設定
	アウトプット	事業の事前の周知ができたか	100%
	プロセス	事業の事前の周知方法は適切であったか	適切
ストラクチャー	実施担当者の決定	実施	

### 生活習慣病受診勧奨推奨事業（レッドカード事業）

5	特定保健指導対象外で有所見かつ未治療者へ医療機関受診勧奨		
内容	<p>特定健診結果やレセプト情報から国保事務支援センターが選定要件を満たした「生活習慣病の重症未受診者」を対象として抽出し、国保事務支援センターより受診勧奨カードを対象者へ送付します。</p> <p>後日、市は対象者からの受診状況をレセプト等で確認し、一定期間後も受診が確認されない対象者には、国保事務支援センターから電話または郵送による再勧奨を実施します。</p>		
目標	重症化リスク者の減少		

対象	【対象選定要件】特定健康診査質問票と結果に基づき、下記の①～⑤いずれかに該当する方。 ①高血圧：収縮期 160mmHg 以上又は拡張期 100mmHg 以上、かつレセプトで治療歴無しと確認された方。 ②高血糖：HbA1c 7.0%以上(NGSP)、かつレセプトで糖尿病の治療歴無しと確認された方。 ③高コレステロール：LDL コレステロール 180mg/dl 以上、かつレセプトで治療歴無しと確認された方。 ④高中性脂肪：中性脂肪 500mg/dl 以上、かつレセプトで治療歴無しと確認された方。 ⑤慢性腎臓病：eGFR45ml/min/1.73 m <sup>2</sup> 未満(ただし、質問票で「医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか」という質問項目に対し「はい」と回答した方を除く)かつレセプトで治療歴無しと確認された方。		
	期間	通年	
体制	健康増進課、奈良県国民健康保険団体連合会		
評価	区分	指標	目標値
	アウトカム	受診率 全体	30.0%以上
	アウトプット	治療推奨通知実施率	100.0%
		再勧奨実施率	100.0%
	プロセス	スケジュールの確認	実施
		受診勧奨、再勧奨の方法は適切か	適切
	ストラクチャー	事業体制の決定	実施
		実施担当者の決定	実施
		医師会や医療機関との連携	実施
		予算やマンパワーは適切か	適切
国保事務支援センターの活用		実施	

### 糖尿病性腎症重症化予防プログラム

6	糖尿病性腎症重症化予防
内容	<p>保健師、管理栄養士による6ヶ月間の保健指導を実施します。 かかりつけ医と連携しながら、糖尿病で腎機能が低下している方が将来人工透析にならないよう支援を行います。</p> <p>奈良県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、選定要件を満たした対象者を抽出し、受診勧奨通知を対象者へ送付(国保事務支援センター)します。その後、レセプトを確認し、未受診者へは再勧奨を行います。</p> <p>【保健指導】 国保事務支援センターが抽出した対象者リストを本市が確認し、本市より対象者に案内を送付します。県の糖尿病性腎症重症化予防プログラム実施手順書に基づき、保健指導を行います。また、市内開業医より紹介のあった対象者に対し保健指導を実施します。</p> <p>【重症化予防対策実施体制づくりに向けた会議】 市医師会の腎臓専門医に講師を依頼。保健師、管理栄養士、医師との連携をスムーズにし、実施体制について検討する。また、事例検討も実施します。</p>
目標	腎不全、人工透析への移行を防止、心筋梗塞・脳梗塞の発症予防
対象	【対象要件】 前年度に糖尿病の服薬歴が確認されたが、当該年度抽出時点で糖尿病の受診歴がない方。

期間	通年		
体制	健康増進課、奈良県国民健康保険団体連合会		
評価	区分	指標	目標値
	アウトカム	保健指導対象者の病期の悪化率	0.0%
		HbA1c8.0%以上の方の割合	6.0%以下
		新規人工透析導入患者数	4人以下
		治療中断者の治療再開率	40.0%
		医師と連携して実施した保健指導率	100.0%
	アウトプット	糖尿病治療中断者への受診勧奨通知率	100.0%
		保健指導同意者への保健指導実施率	100.0%
		医師会等での共有	2回
	プロセス	スケジュールの確認	実施
		糖尿病未治療者の確認	実施
		治療勧奨の版面の設定	実施
		治療勧奨の方法の適切さ	適切
		治療中断者の確認	実施
		受診勧奨の方法の適切さ	適切
		対象者の設定と医師会との共有	実施
		保健指導参加の同意書と医師からの意見書の設定	実施
		糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づく実施とその適切さ	適切
		保健指導実施者の次年度の健診受診状況の確認	実施
		保健指導実施者の満足度 事後アンケート「保健指導プログラムに参加してよかった(とてもよかった、まあまあよかったと回答した方)」	100.0%
	ストラクチャー	事業実施体制の決定	実施
		実施担当者の決定	実施
		糖尿病性腎症重症化予防実施検討会の継続	実施
		糖尿病性腎症重症化予防プログラムの作成(国保事務支援センター)	実施
		医師の紹介による保健指導についてマニュアルの作成	実施
		2年目フォローの仕組みの有無	実施

**がんによる死亡減少事業（がん検診及び精検受診率の向上事業）**

<b>7</b>	がん検診率の向上		
<b>内容</b>	<p>各種がん検診対象者に対して、標準化死亡比（SMR）や罹患状況からより受けてもらいたいがん検診と年代を抽出し、重層的な案内通知、広報を行う。未受診者には再勧奨を実施します。</p> <p>受診者の中で、精密検査対象で未受診の方には電話や通知を行い、精密検査を受診してもらいます。精密検査受診者で結果が不明な方には電話や通知、医療機関への確認を行うことで結果未把握をなくします。</p> <p>各医療機関、集団検診委託業者の精度管理を行い、より質の高いがん検診を受診者に提供します。</p>		
<b>目標</b>	早期発見によるがん死亡の減少と医療費の適正化		
<b>対象</b>	20歳以上のがん検診対象者		
<b>期間</b>	通年		
<b>体制</b>	健康増進課、奈良県国民健康保険団体連合会		
<b>評価</b>	区分	指標	目標値
	アウトカム	がん SMR 大腸がん 男性	100.0 以下
		がん SMR 大腸がん 女性	100.0 以下
		がん SMR 肺がん 男性	100.0 以下
		がん SMR 肺がん 女性	100.0 以下
		がん SMR 胃がん 男性	100.0 以下
		がん SMR 胃がん 女性	100.0 以下
		がん SMR 子宮頸がん 女性	100.0 以下
		がん SMR 乳がん 女性	100.0 以下
		大腸がん検診受診率(40-69歳)	7.0%
		肺がん検診受診率(40-69歳)	6.0%
		胃がん検診受診率(50-69歳)	8.0%
		子宮頸がん検診受診率(20-69歳)	18.0%
		乳がん検診受診率(40-69歳)	22.0%
		大腸がん精検受診率(40歳以上)	90.0%
		肺がん精検受診率(40歳以上)	90.0%
	胃がん精検受診率(40歳以上)	90.0%	
	子宮頸がん精検受診率(40歳以上)	90.0%	
	乳がん精検受診率(40歳以上)	90.0%	
	アウトプット	集団検診実施回数	20回
広報への掲載回数		5回	
がん精検未受診者への受診勧奨		100.0%	

プロセス	がん検診ごとの対象者全員に受診勧奨を実施したか	実施
	大腸がん検診対象者への再勧奨を実施したか	実施
	肺がん検診対象者への再勧奨を実施したか	実施
	胃がん検診対象者への再勧奨を実施したか	実施
	子宮頸がん検診対象者への再勧奨を実施したか	実施
	乳がん検診対象者への再勧奨を実施したか	実施
	受診勧奨、再勧奨の方法は適切か	適切
	医師会との連携の有無	実施
	チェックリスト(精度管理表)を実施医療機関で実施したか	実施
	チェックリストの内、未実施部分を実施医療機関と共有し改善対策をしたか	実施
	チェックリストに記載された内容がその通りに実施されたか確認したか	実施
ストラクチャー	予算やマンパワーは適切であったか	適切
	実施について関係部署と連携したか	実施
	集団検診で託児、レディース、日曜日実施が出来たか	実施
	個別健診で大腸がん、胃がん、肺がん、乳がん、子宮頸がんと特定健診を同時に受けられる医療機関を設定出来たか	実施

## 医療費適正化に向けた更なる推進

### 適正受診・適正服薬促進事業

<b>8</b>	適正受診・適正服薬促進事業
<b>内容</b>	<p>【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を送付します。  対象 一定の要件の対象者（重複・多剤・併用禁忌投薬者）  実施内容 6～7月 対象者選定  8～9月 注意喚起文書及び投薬実績を対象者へ送付</p> <p>②重複投薬・多剤投薬対象者への電話による状況確認を行います。  対象 一定の要件の対象者（重複・多剤投薬者）  実施内容 6～7月 対象者選定  9～10月 対象者へ電話による状況確認</p> <p>【葛城市独自事業】</p> <p>①広報紙（年に1回）、ホームページに啓発記事を掲載します。</p>
<b>目標</b>	適切な受診や服薬を促し、医療費適正化を図ります。
<b>対象</b>	<p>下記の①～③に該当する方のうち、指導の必要があると判断した方。</p> <p>①重複服薬：継続して同一月内に薬効が同じ医薬品を複数の医療機関から処方されている方。  ②多剤投薬：継続して同一月内に異なる医療機関から同一薬効の薬剤が一定数処方されている方。  ③併用禁忌投薬：併用禁忌薬剤の投薬状態となった方。</p>

期間	通年		
体制	保険課、奈良県国民健康保険団体連合会、市内医療機関		
評価	区分	指標	目標
	アウトカム	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方の割合 (1以上の薬剤で重複処方を受けた方)	減少
		同一月内に9以上の薬剤の処方を受けた方の割合	減少
	アウトプット	重複・多剤・併用禁忌投薬対象者への注意喚起文書の送付率	100.0%
	プロセス	対象者の選定は適切か	適切
		注意喚起文書の内容や送付時期は適切か	適切
		抽出や効果測定のための処理手順について、マニュアル等の作成	実施
	ストラクチャー	関係各所と適切に連携を図れたか	適切
マンパワーや予算は適切か		適切	

### 後発医薬品使用促進事業

9	後発医薬品使用促進事業(ジェネリック医薬品の普及促進)
内容	<p>【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を送付(4回/年)します。  対象 国保被保険者世帯  実施内容 年4回(送付月:6月、9月、11月、1月)差額通知を送付  通知対象の差額:1薬剤当たり100円以上  通知対象外年齢:年齢が18歳未満通知対象外  通知対象医薬品:全て(注射薬を除く)</p> <p>②差額通知を受けての相談窓口を設置します。(国民健康保険団体連合会)  対象 国保被保険者世帯  実施内容 コールセンターを設置(国保中央会に委託)  差額通知書にフリーダイヤルを掲載</p> <p>③啓発物品を配布します。  対象 国保被保険者世帯  実施内容 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。  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張付するもの。12月頃に各市町村に納品。</p> <p>【葛城市の独自事業】</p> <p>①広報紙(年に1回)、ホームページに啓発記事を掲載します。  ②後発医薬品希望シールを新規の国保加入者に対して、加入手続き時に配布します。</p>
目標	後発医薬品使用促進を啓発し、医療費の適正化を図ります。
対象	<p>下記の①～③全てにあてはまる被保険者に差額通知を送付します。</p> <p>①国民健康保険に加入している方。  ②国民健康保険の保険証を使って薬局で薬を処方された方。  ③後発医薬品に切り替えたときに、薬代の負担が軽くなる可能性の高い方。</p>
期間	通年
体制	保険課、奈良県国民健康保険団体連合会



評価	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	差額通知率	100.0%
		後発医薬品希望シールの配布率	100.0%
	プロセス	対象者の選定は適切か	適切
		差額通知の内容や発送時期は適切か	適切
	ストラクチャー	マンパワーや予算は適切か	適切
関係各所との連携は実施できているか		実施	

### 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進

10	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
内容	<p><b>【一体的実施事業】</b></p> <p>①健康診査事業          高齢者の生活習慣病等の早期発見や、介護予防につなげることを目的とした健康診査事業については、奈良県後期高齢者医療広域連合と委託契約を締結して実施します。</p> <p>②事業の企画・調整等          葛城市の後期高齢者の健康課題を明確にした上で、庁内外の関係者間でそれらを共有し、既存の関係事業との調整や地域の医療関係団体等との連携を進め、事業全体の企画・調整・分析等を行います。          また、通いの場等への積極的な関与等の取り組みについては、実施状況等を把握し、事業計画を策定するとともに、庁内外の関係者間において定期的な打合せ等を行い、進捗状況の共有を図ります。</p> <p>③KDB システムを活用した地域の健康課題の分析・対象者の把握          KDB システム、保健所からの情報等から被保険者の医療レセプト、健診に係るデータ、介護レセプト、要介護認定情報等を把握していきます。また、データヘルス計画、健康増進計画等のデータも活用し、葛城市の健康課題の分析整理を行い、対象者の把握を図ることで、効果的な事業展開を実施していきます。</p> <p>④医療関係団体等との連絡調整          一体的実施を行う際に国保運営協議会、葛城市医師会、葛城市歯科医師会等と積極的な連携を図り、健康課題の共有、事業企画等の相談、報告を行います。また、事業の内容によっては個人の支援体制を連携して実施できるようその様式等を定めスムーズな連携を図れるよう体制構築をします。</p> <p><b>【個別的支援（ハイリスクアプローチ）】</b></p> <p>①重症化予防の取り組み          葛城市では健康課題より重症化予防に取り組みます。糖尿病性腎症重症化予防のために、主治医と連携した医療専門職による立ち寄り型の相談や訪問相談、保健指導等を実施します。また、生活習慣病重症化予防（高血糖、高血圧、脂質異常、腎機能低下）のために適切な医療機関受診をしていない方に対して受診勧奨通知を実施します。</p> <p>②健康状態が不明な高齢者の状態把握、必要なサービスへの接続          KDB などを活用し、健康状態が不明な高齢者の状態把握につとめます。          必要時には、福祉サービスなどへの連携を行います。</p> <p><b>【通いの場等への積極的な関与等（ポピュレーションアプローチ）】</b></p> <p>①フレイル予防等に関する健康教育          フレイル予防の普及啓発活動のために、地域の自主運動教室等へ体力測定の実施及び、血圧測定・運動・栄養・口腔等の健康教育・指導を管理栄養士・歯科衛生士・運動指導士及び理学療法士等の専門職により実施します。</p>

<b>目標</b>	高齢者の心身の多様な課題を明確にし、介護保険の地域支援事業や国保保健事業と後期高齢の保健事業を一体的に実施していきます。 ①地域に暮らす高齢者の介護予防・QOL向上を目指します。 ②糖尿病に罹患している高齢者について個別支援をおこない、腎症・心不全やフレイルの悪化等の重症化を防ぎます。 ③多様な健康課題を持つ高齢者が通いの場等の介護予防事業を通じて、健康維持行動を継続していただける支援を行います。		
<b>各事業対象者</b>	<b>【個別的支援（ハイリスクアプローチ）】</b> ①重症化予防 健康診査受診者（75歳～85歳）で、下記に該当する方又はかかりつけ医から保健指導が必要と判断された方。 優先Ⅰ：①HbA1c7.0%以上または血糖値 200mg/dl 以上②eGFR30 以上 45 未満 ml/分/1.73 m <sup>2</sup> 。 ①②両方に該当。 優先Ⅱ：①HbA1c7.0%以上または血糖値 200mg/dl 以上②eGFR45 以上 60 未満 ml/分/1.73 m <sup>2</sup> ③eGFR60 以上 ml/分/1.73 m <sup>2</sup> で尿蛋白+以上 ①に該当かつ②または③に該当。 ②健康状態が不明な高齢者の状態把握、必要なサービスへの接続 過去2年間健診、レセプト、介護などが未利用の方。 <b>【通いの場等への積極的な関与等（ポピュレーションアプローチ）】</b> ③75歳以上の市民		
<b>期間</b>	通年		
<b>体制</b>	健康増進課、保険課、地域包括支援課、奈良県国民健康保険団体連合会		
<b>目標</b>	区分	指標	目標
アウトカム		健康状態不明者のうち、健康診断につながった割合	10.0%
		要介護認定者の割合	19.9%以下
		健康状態不明者数	減少
		身体的フレイル者数	減少
	重症化予防	健診にて HbA1c8.0%以上の割合	0.8%
		健診にて血圧が 160/100 以上の割合	11.9%
		健診にて腎機能 eGFR45 未満の割合	8.6%
		支援対象者の内、医療機関を受診した方の割合	30.0%
	通いの場	後期高齢者の質問票(週に1回以上の外出をしている)方の割合	92.0%
		自主運動教室などの通いの場に年に数回以上参加している割合 (介護予防・日常生活圏域ニーズ調査)	10.0%
アウトプット	①	対象者へのアンケート送付割合	100.0%
		支援対象者のうち、介入できた方の割合	30.0%
	②	重症化予防支援を実施できた通いの場の数	100.0%
		専門職による糖尿病等の重症化予防に関する講話の回数	3回
	③	フレイル予防のための講話ができた通いの場の割合	100.0%
		オーラルフレイルに関する講話が実施できた通いの場の割合	100.0%

	プロセス	①	対象者の把握手順は適切に実施できたか	適切
		②	対象者の抽出は適切か	適切
			受診勧奨事業等が円滑に実施できたか	実施
			健康相談において、糖尿病や高血圧の適切な管理や医療の適切な活用について相談できたか	実施
	③	フレイル予防のための講話が円滑に実施できたか	実施	
	ストラクチャー	①	マンパワーや予算は適切か	適切
		②	通いの場運営者や地域支援担当者、他部署との連携・協力ができていたか	できた
			通いの場や活動の場の数は十分であったか	十分
			通いの場や活動の場の活用状況は適切であったか（人数、実施回数等）	適切

## 第3部 第4期特定健康診査等実施計画

# 第1章 特定健康診査等実施計画の概要

## 1. 計画策定の背景及び趣旨

本計画は、国の特定健康診査等基本指針の基本理念や方針を踏まえ、平成30年度に「第3期特定健康診査等実施計画」を策定し、その計画に基づき特定健診、特定保健指導の実施率の向上をはじめ、様々な健康づくりに関する事業に取り組んできました。

本計画は事業の実施及びその成果に関して評価・見直しを行い、特定健康診査・特定保健指導の目標設定、実施方法を効果的・効率的に実施していくためのものです。

## 2. 計画の位置づけ

本計画は、法第18条に基づき実施方法や目標を定めるものであり、「第3期データヘルス計画」との整合性を図ります。

## 3. 計画期間

本計画期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。また、計画策定後は実施状況を踏まえて令和8年度に中間評価・見直しを行います。

	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
特定健康診査等実施計画						

## 4. 特定健診、特定保健指導の目的

特定健診及び特定保健指導は、メタボリックシンドロームに着目した健康診査によって生活習慣病のリスクや要因を早期に発見し、生活習慣を改善するための保健指導を行うことで内臓脂肪を減少させ、生活習慣病の予防・改善につなげるものです。

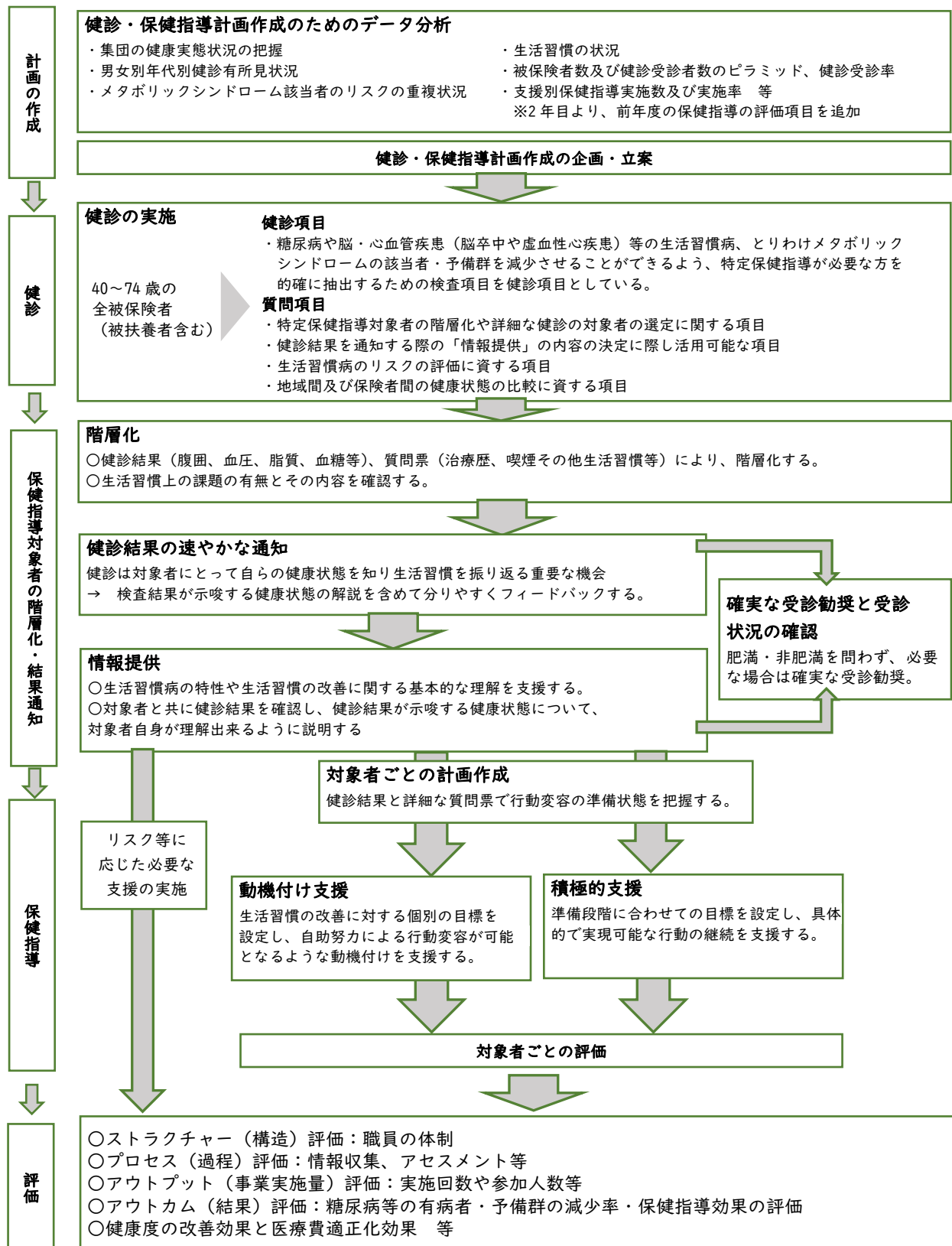
### 特定保健指導の対象者(階層化)

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	/	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	/	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり		
	1つ該当	なし		

資料：標準的な健診・保健指導プログラム（厚生労働省）

※喫煙の斜線欄は、階層化の判定が喫煙の有無に関係ないことを意味します。

## 特定健診・特定保健指導の基本的な流れ



資料：標準的な健診・保健指導プログラム（厚生労働省）

## 第2章 第3期計画期間の現状と課題について

### 1. 特定健康診査の実施状況

#### 1-1 実施率の推移

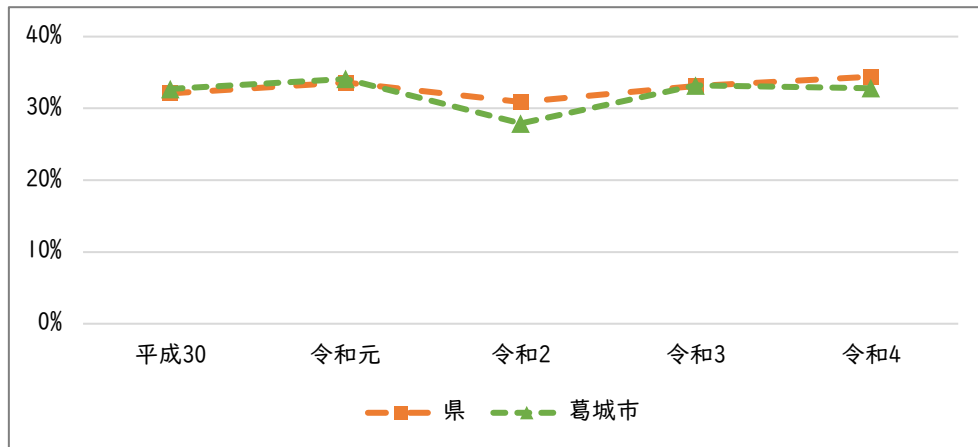
特定健康診査実施率の経年推移をみると、令和2年度に27.9%と落ち込みますが、その後は上昇し、令和4年度では32.8%となっています。また、県と比較するとほぼ同水準で推移しており、目標値は未達の状況です。

図表 66 目標値と実績

	平成30	令和元	令和2	令和3	令和4
目標値	39.6%	43.7%	47.7%	51.8%	55.9%
実施率	32.7%	34.1%	27.9%	33.2%	32.8%

資料：法定報告（平成30年度～令和4年度）

図表 67 県との比較



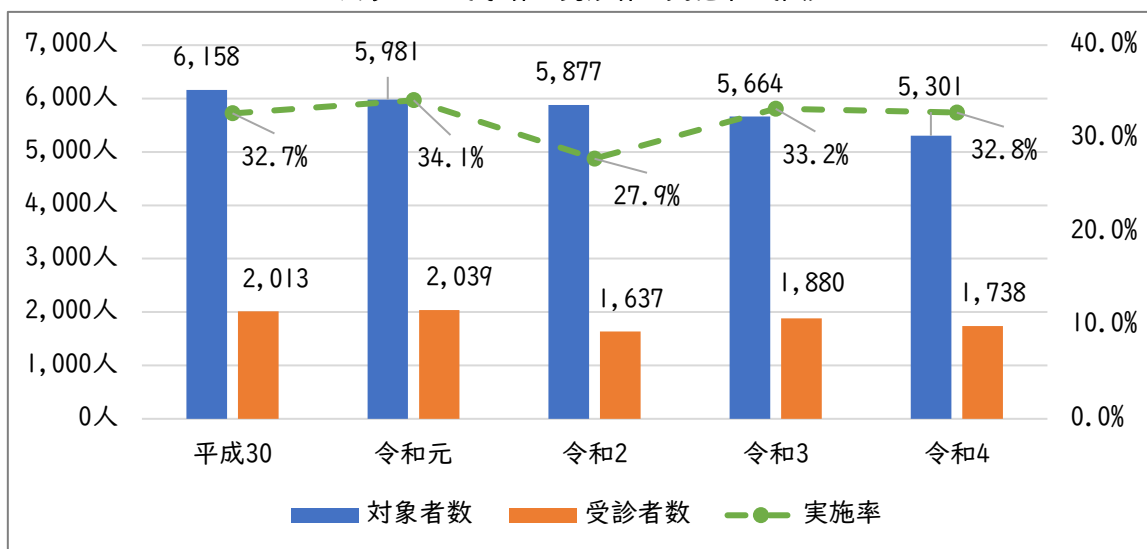
	平成30	令和元	令和2	令和3	令和4
県	32.1%	33.6%	30.9%	33.1%	34.4%
葛城市	32.7%	34.1%	27.9%	33.2%	32.8%

資料：法定報告（平成30年度～令和4年度）

## 1-2 対象者と受診者数

対象となる40歳から74歳の健診対象者数は令和4年度で5,301人と、ここ数年減少傾向にあります。受診者数は1,000人台で推移しています。

図表 68 対象者・受診者・実施率の推移

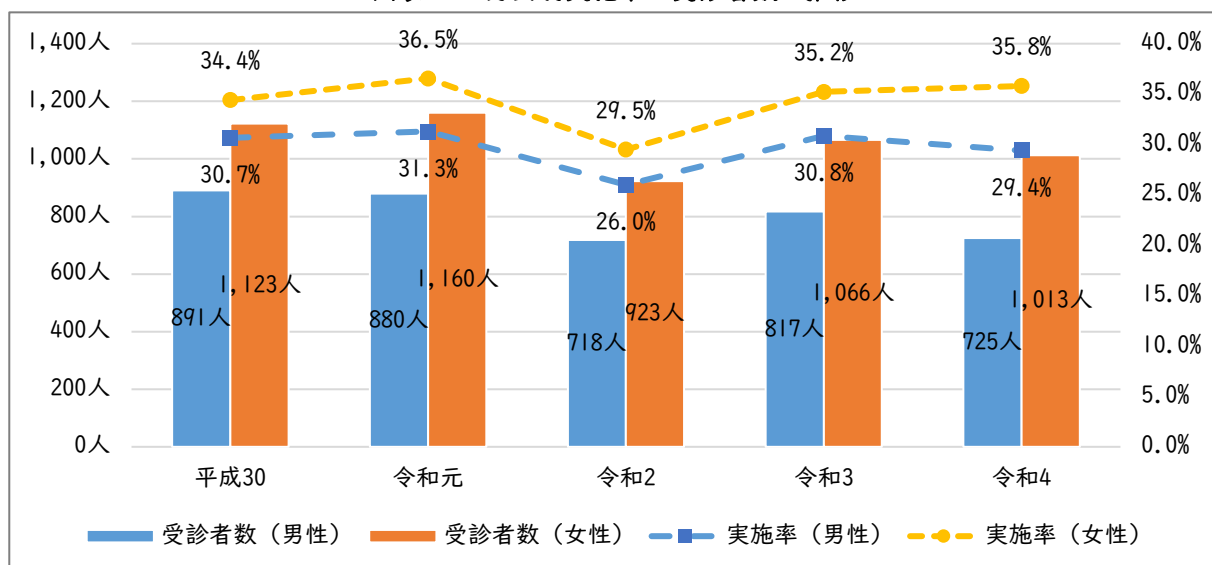


資料：法定報告（平成30年度～令和4年度）

## 1-3 男女別実施率・受診者数の推移

男女別でみた実施率は、令和4年度で男性29.4%、女性35.8%となっており、女性の割合が高くなっています。実施率は令和2年度に男女とも一度落ち込むものの、その後、徐々に回復傾向にあります。

図表 69 男女別実施率・受診者数の推移



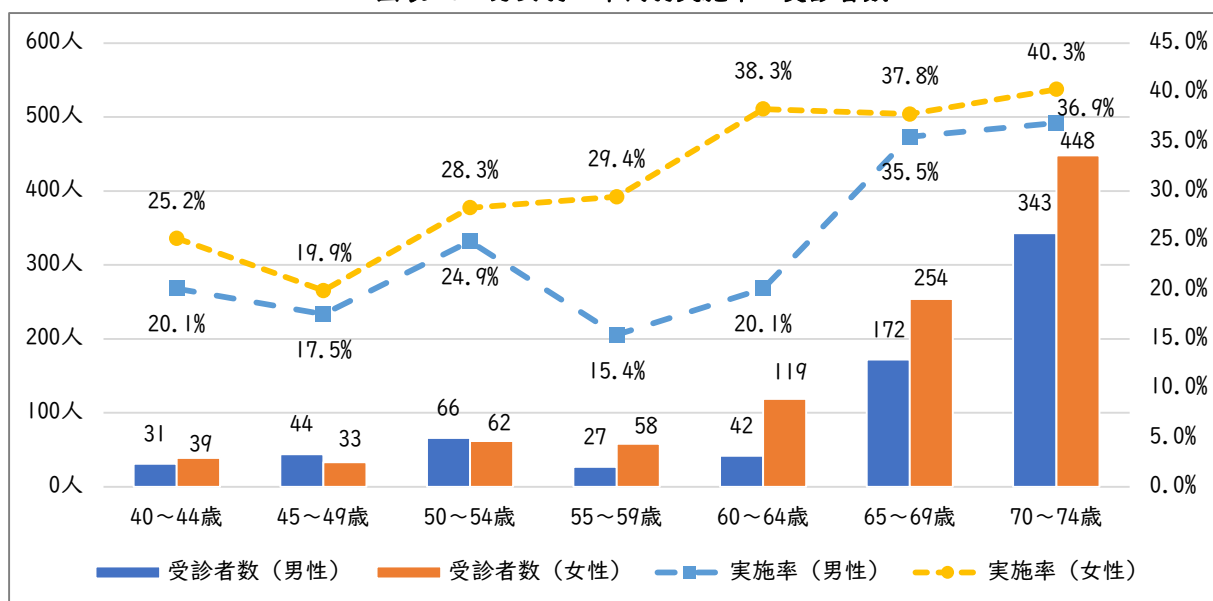
資料：法定報告（平成30年度～令和4年度）



## 1-4 年代別実施率・受診者数の推移

年代別でみた実施率は、令和4年度で最も高い層は、男性は70～74歳（36.9%）、次いで65～69歳（35.5%）となっており、女性は70～74歳（40.3%）、次いで60～64歳（38.3%）となっています。最も低い層は、男性は55～59歳（15.4%）で、女性は45～49歳（19.9%）となっています。世代に適した効果的な受診勧奨を実施していく必要があります。

図表70 男女別・年代別実施率と受診者数

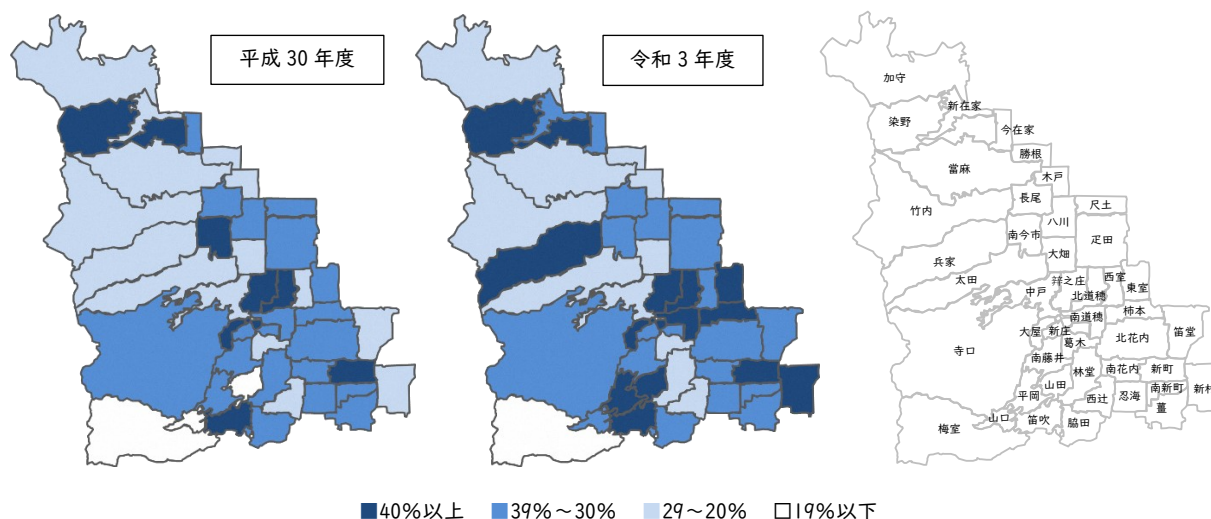


資料：法定報告（令和4年度）

## 1-5 地域別実施率の推移

地域別実施率の推移は、平成30年度から令和3年度に至るまでに実施率40%以上の地域が増えてきており、実施率の向上がうかがえます。

図表71 地域別実施率の推移



	平成30	令和元	令和2	令和3
葛城市	32.7%	34.1%	27.9%	33.2%
新庄	32.7%	41.4%	32.8%	35.5%
葛木	27.6%	—	19.2%	29.0%
南藤井	34.6%	29.2%	28.6%	33.3%
大屋	44.2%	45.6%	30.5%	40.4%
寺口	31.6%	35.0%	27.8%	34.3%
中戸	23.6%	26.4%	16.7%	25.0%
辨之庄	45.3%	44.1%	38.6%	44.9%
疋田	34.2%	36.4%	31.8%	34.9%
北道穂	43.5%	36.5%	36.1%	46.7%
南道穂	37.6%	35.2%	32.4%	40.7%
西室	29.7%	37.3%	25.4%	35.6%
東室	36.6%	35.1%	29.5%	40.4%
柿本	37.0%	42.7%	33.8%	41.8%
笛堂	26.9%	25.0%	28.0%	32.9%
北花内	35.0%	34.5%	29.2%	34.6%
忍海	37.8%	38.8%	31.9%	29.9%
薑	32.4%	32.4%	24.7%	33.3%
新村	29.2%	38.3%	37.5%	40.9%
新町	40.0%	38.0%	27.3%	40.8%
南花内	30.2%	29.4%	24.8%	30.1%
西辻	27.1%	50.0%	13.8%	23.8%

	平成30	令和元	令和2	令和3
林堂	37.4%	39.0%	28.9%	29.6%
山田	16.7%	10.5%	5.9%	41.2%
平岡	37.0%	44.8%	46.7%	42.9%
山口	0.0%	12.5%	12.5%	33.3%
梅室	6.3%	12.5%	0.0%	6.7%
笛吹	47.1%	40.0%	8.3%	50.0%
脇田	38.9%	33.9%	16.7%	46.2%
南今市	41.2%	39.3%	32.6%	39.3%
太田	24.0%	27.4%	24.1%	29.5%
兵家	38.9%	41.2%	35.7%	40.9%
竹内	23.5%	27.8%	17.7%	24.7%
長尾	32.9%	35.8%	28.3%	35.0%
木戸	27.5%	33.3%	29.0%	28.4%
尺土	33.1%	32.9%	25.4%	30.7%
八川	31.0%	36.8%	29.1%	31.5%
大畑	24.5%	27.1%	35.6%	23.5%
當麻	26.7%	23.0%	19.0%	25.7%
勝根	24.4%	32.8%	22.5%	29.9%
今在家	30.4%	36.4%	24.6%	31.9%
染野	47.4%	42.5%	35.9%	43.6%
新在家	29.2%	29.9%	31.3%	33.3%
加守	22.9%	22.4%	21.5%	20.8%

資料：KDB（平成30年度～令和3年度）

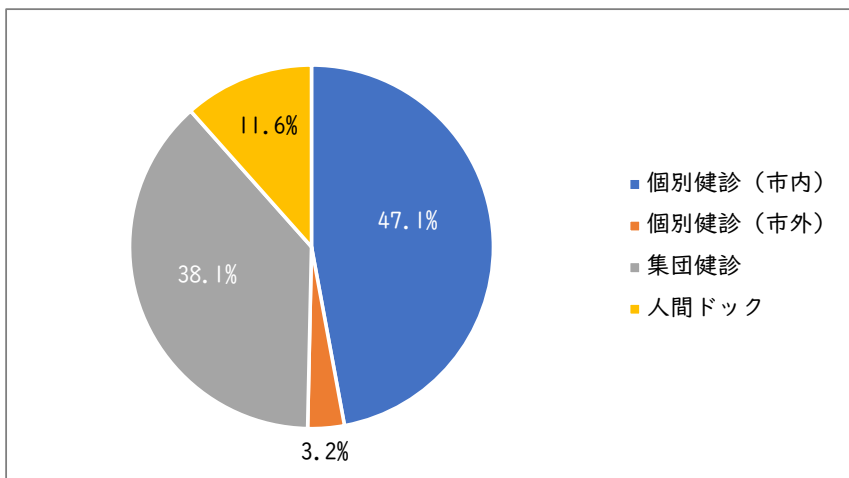
※地図上の忍海と南新町は、現在は合体しており、忍海の実施率に基づいて色づけしております。

※令和元年度の葛木は漢字の入力に誤りがあったため集計できておりません。

## 1-6 場所別の受診割合

葛城市での特定健診は、個別健診（市内・市外）、集団健診、人間ドックを実施しています。その中で高い順に、個別健診（市内）（47.1%）、集団健診（38.1%）、人間ドック（11.6%）、個別健診（市外）（3.2%）となっています。

図表 72 場所別の受診割合

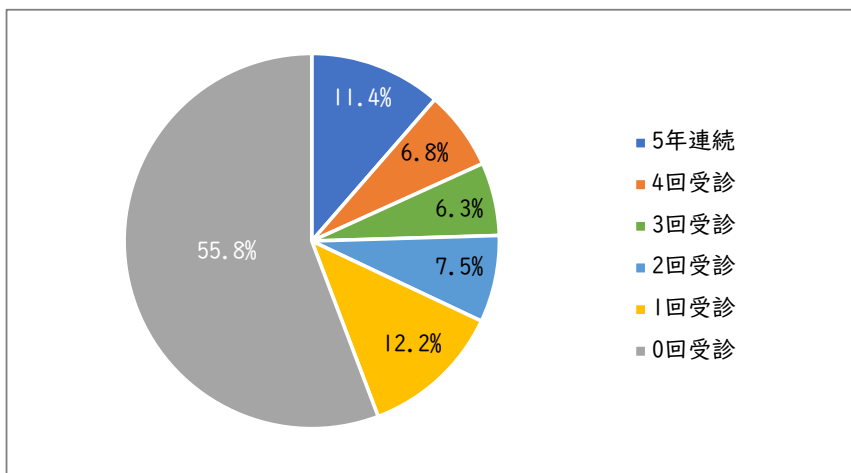


資料：アンケート実数（令和4年度）

### 1-7 過去5年間に受診した回数

受診者の過去5年間で受診をした回数の構成をみると、「1回のみの受診」が12.2%、「3回受診」が6.3%、「5年連続受診」の割合は11.4%となっています。

図表 73 5年間の受診回数



資料：法定報告（平成30年度～令和4年度）

## 2. 特定保健指導の実施状況

### 2-1 実施率の推移

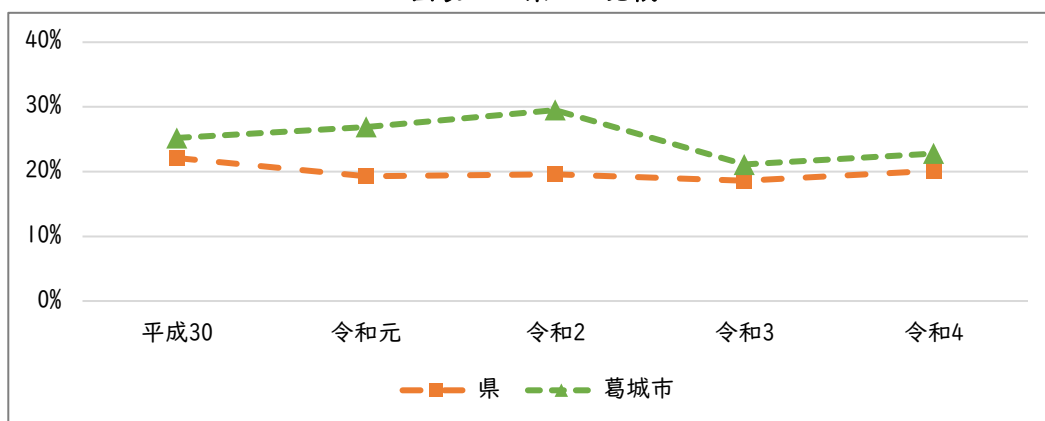
令和4年度の特定保健指導実施率は目標値55.3%に対して、22.8%となっています。平成30年度から令和2年度にかけて上昇傾向でしたが、以降は減少しています。県と比較すると、直近5年間では県より高い水準で推移しています。

図表 74 目標値と実績

	平成30	令和元	令和2	令和3	令和4
目標値	36.5%	41.2%	45.9%	50.6%	55.3%
実施率	25.2%	26.9%	29.5%	21.1%	22.8%

資料：法定報告（平成30年度～令和4年度）

図表 75 県との比較



	平成30	令和元	令和2	令和3	令和4
県	22.1%	19.3%	19.6%	18.6%	20.1%
葛城市	25.2%	26.9%	29.5%	21.1%	22.8%

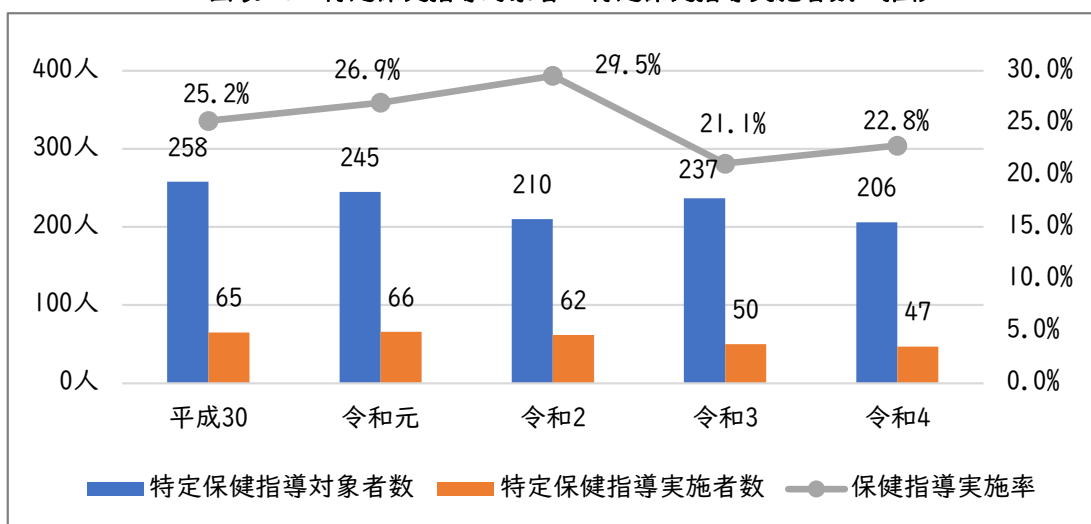
資料：法定報告（平成30年度～令和4年度）

## 2-2 対象者数・実施者数・実施率の推移

特定保健指導対象者は、平成30年度で258人、令和4年度で206人となっております。また、特定保健指導実施者数は平成30年度で65人、令和4年度で47人となっております。

特定保健指導実施率をみると、令和2年度をピークに減少しましたが、令和4年度には22.8%と、前年度から1.7%回復しています。

図表 76 特定保健指導対象者・特定保健指導実施者数の推移

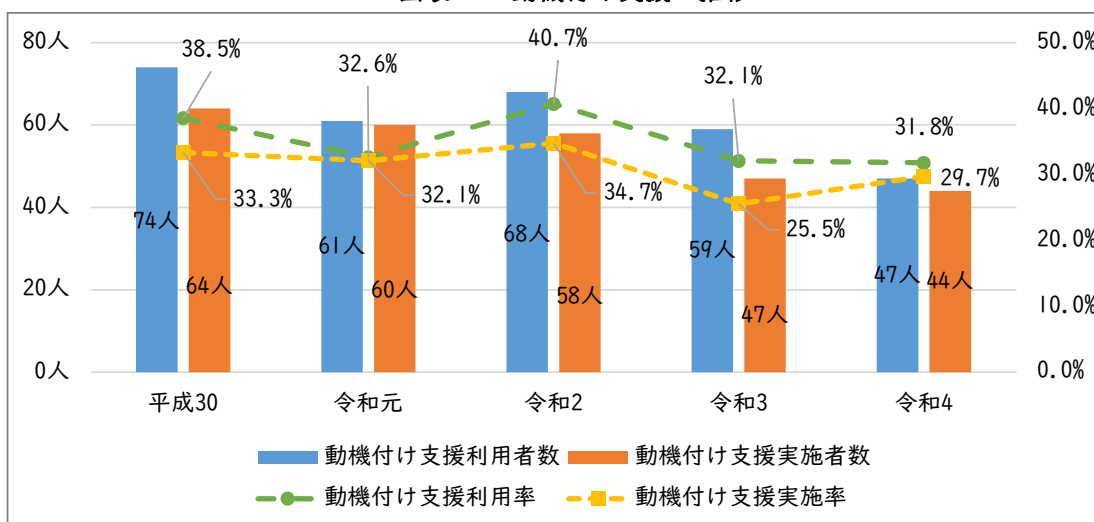


資料：法定報告（平成30年度～令和4年度）

## 2-3 動機付け支援の実施状況（利用率・実施率）

動機付け支援利用者数は平成30年度の74人から減少傾向で、利用率は令和2年度の40.7%がピークとなっています。令和4年度では47人（31.8%）となっています。また、実施者数は平成30年度から年々減少し、実施率も令和2年度の34.7%から減少傾向にあり、令和4年度は44人（29.7%）となっています。

図表 77 動機付け支援の推移



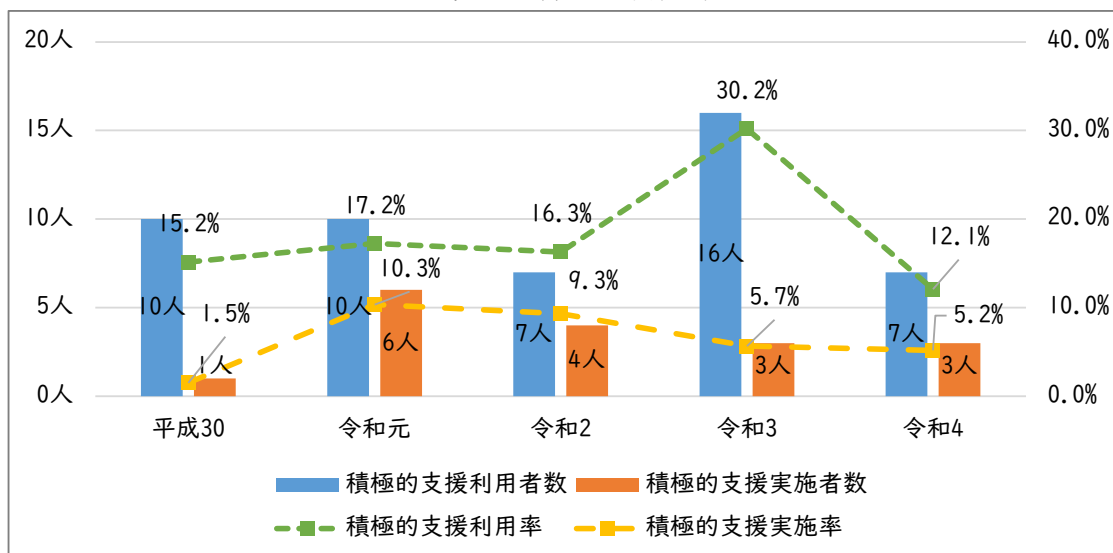
資料：法定報告（平成30年度～令和4年度）

## 2-4 積極的支援の実施状況（利用率・実施率）

積極的支援の利用者数・利用率は、令和3年度の16人(30.2%)が最も多く、令和4年度は7人(12.1%)となっています。

実施者数・実施率は、令和4年度では3人(5.2%)で、令和元年度から徐々に減少しています。

図表 78 積極的支援の推移



資料：法定報告（平成30年度～令和4年度）

### 3. 特定健診・特定保健指導の課題のまとめ

ここまで特定健診の受診状況や特定保健指導の実施状況を見てきました。下記では、現状把握に加え、第2期計画に基づき実施した内容や評価なども踏まえ、みえてきた課題を整理しています。

#### 特定健診

- ・40～50代男性、40代女性の実施率が低い状況です。
- ➡休日健診日程の拡大、健診場所の再選定や拡大、健診巡回車の利用、地域のコミュニティバスとの連携、未受診者への通知勧奨、インセンティブの拡充、健康イベントでの啓発等で実施率向上につなげていく必要があります。
- ・実施率は30%前半を推移しており、国の目標値到達は厳しくなっています。また、各年度で目標値を設定していますが、いずれの目標値も達成が難しい状況です。
- ➡年代別の目標値を設定し、実施率の低い層にはクーポンの発行や個別通知等で勧奨、確実に新規受診者と継続受診者の確保へつなげる必要があります。

#### 特定保健指導

- ・生活習慣病の予備群は多い一方、実施率は大きく変動していません。女性よりも男性の方が初回面接率・実施率が低く、特に動機付け支援では40～50代の男女共に初回面接実施率が低い状況です。
- ➡訪問による指導の継続を行い、未利用者勧奨を継続します。また、積極的にICTを活用するなど、夜間、土日祝での実施など保健指導を受診しやすい環境整備が必要と思われます。
- ・主な生活習慣病の内、糖尿病の新規患者発生率が最も高い状況です。健診の質問票からも間食の頻度や運動不足等がみられます。
- ➡保健指導対象外の方でも一定数の有所見者が存在するため、今後は何らかの生活習慣改善の意識変容を促していく必要があります。

## 第3章 第4期特定健康診査等実施計画

### 1. 事業計画

#### 1-1 目標設定

第4期計画における特定健診実施率、特定保健指導実施率の目標値は、目標値60%以上を維持するとされています。しかしながら、本市においては、現状の実績値を踏まえて、下記の通りの数値目標を設定します。

	令和6	令和7	令和8	令和9	令和10	令和11
特定健診実施率	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
特定保健指導実施率	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%

#### 1-2 事業概要

第4期では、各種取り組みを推進してきた中での成功している取り組みは継続しつつ、みえてきた課題に対して、下記内容の取り組みを進めます。

##### <特定健診>

取り組み	内容
特定健診実施率向上事業	①ナッジ理論に基づいた通知物を各対象者へ発送
	②該当年齢対象者に無料クーポン券の送付
	③市内医療機関と連携して対象者へ健診受診勧奨
	④未受診者への再勧奨
	⑤健診日程や場所等の受診環境整備

##### <特定保健指導>

取り組み	内容
特定保健指導実施率向上事業	①集団健診時の初回面接実施
	②未利用者への再勧奨通知
	③オンライン面談の実施・普及
	④生活習慣病教室と連携した保健指導の実施



### I-3 実施方法

特定健診、特定保健指導は下記の通り実施します。

特定健診の実施方法																	
対象者	4月1日現在、葛城市国民健康保険被保険者であり、当該年度に40歳以上75歳未満の方。																
実施方法	個別健診、集団健診																
実施場所	市内の医療機関、保健センター、市外の医療機関																
実施項目	<table border="1"> <tbody> <tr> <td rowspan="10">必須項目</td> <td>質問票（服薬歴、喫煙歴等）</td> </tr> <tr> <td>身体測定（身長、体重、BMI、腹囲）</td> </tr> <tr> <td>理学的検査（身体診察）</td> </tr> <tr> <td>既往歴、自覚症状、他覚症状</td> </tr> <tr> <td>血圧測定（収縮期/拡張期）</td> </tr> <tr> <td>血液検査</td> </tr> <tr> <td>脂質検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロールまたはNon-HDLコレステロール）</td> </tr> <tr> <td>血糖検査（空腹時血糖またはHbA1c 随時血糖）</td> </tr> <tr> <td>肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、<math>\gamma</math>-GTP）</td> </tr> <tr> <td>尿検査（尿糖、尿蛋白）</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">詳細項目</td> <td>心電図</td> </tr> <tr> <td>眼底検査</td> </tr> <tr> <td>貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）</td> </tr> <tr> <td>血清クレアチニン検査</td> </tr> </tbody> </table>	必須項目	質問票（服薬歴、喫煙歴等）	身体測定（身長、体重、BMI、腹囲）	理学的検査（身体診察）	既往歴、自覚症状、他覚症状	血圧測定（収縮期/拡張期）	血液検査	脂質検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロールまたはNon-HDLコレステロール）	血糖検査（空腹時血糖またはHbA1c 随時血糖）	肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、 $\gamma$ -GTP）	尿検査（尿糖、尿蛋白）	詳細項目	心電図	眼底検査	貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）	血清クレアチニン検査
必須項目	質問票（服薬歴、喫煙歴等）																
	身体測定（身長、体重、BMI、腹囲）																
	理学的検査（身体診察）																
	既往歴、自覚症状、他覚症状																
	血圧測定（収縮期/拡張期）																
	血液検査																
	脂質検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロールまたはNon-HDLコレステロール）																
	血糖検査（空腹時血糖またはHbA1c 随時血糖）																
	肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、 $\gamma$ -GTP）																
	尿検査（尿糖、尿蛋白）																
詳細項目	心電図																
	眼底検査																
	貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）																
	血清クレアチニン検査																
実施期間	6月1日～1月末日																
受診券について	毎年5月頃に対象者へ受診券を送付します。 ※該当年度に40歳、45歳、50歳、55歳、60歳になる対象者には、特定健診無料受診クーポン券を送付します。																
自己負担額	1,000円																
委託先及び契約	厚生労働省告示で定める「外部委託に関する基準」を満たしている医療機関であることとします。																
結果通知	特定健診の結果については、特定保健指導の対象の有無も含めて受診した医療機関で説明をします。また、結果通知と合わせて健康状態の確認及び生活習慣等のアドバイスになるような情報提供を行う。また、該当者には健診結果初回面接を実施します。																
周知方法	市のホームページへの掲載や医療機関や自治会への回覧依頼等、広く市民に対して周知します。																

特定保健指導の実施方法	
対象者	国が示している腹囲、血糖、血圧、脂質の基準値を上回る方のうち、糖尿病、高血圧、脂質異常症の治療にかかわる薬剤を服用していない方。
実施場所	市内医療機関、保健センター、対象者宅(オンライン)
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援（初回面接）</li> <li>・グループ支援（初回面接）</li> <li>・電話/メールでの支援</li> <li>・オンライン面談</li> </ul>
実施項目	<p>①情報の提供 特定健診を受診した後に、医療機関の医師から結果通知時の指導をします。</p> <p>②動機付け支援 ・初回面接（個別の支援/グループ支援）を実施します。 ・3ヶ月から6ヶ月後の評価を行います。</p> <p>③積極的支援 ・初回面接（個別の支援/グループ支援）を実施します。 ・継続支援（電話/メール等）を実施します。 ・3ヶ月から6ヶ月後の評価を行います。</p>
実施期間	4月1日～3月末日
自己負担額	無料
委託先及び契約	なし

## 第4部 計画の推進

# 第1章 計画の推進

## 1. 評価及び計画の見直し

毎年度、個別保健事業について設定した評価指標をもとに評価を実施し、必要に応じて事業実施内容の見直しを行います。

令和8年度には中間評価として計画全体の評価と見直しを行います。

令和11年度（計画最終年度）には次期計画策定にむけ、最終評価を実施します。

## 2. 計画の公表・周知

策定した本計画は、ホームページや広報媒体を通じて公表、周知します。

## 3. 個人情報の保護

個人情報の取り扱いは、「葛城市個人情報保護に関する条例」や「レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン」（厚生労働省 2016年6月改正）を遵守し、管理に努めます。

## 4. 地域包括ケアに係る取り組み

医療、健康、介護、住まい、生活支援が切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の構築を関連機関等と連携して推進します。

## 5. その他の留意事項

医師会や薬剤師会等の地域関係機関等の連携、また、健康増進部門、介護部門等の関係する課との連携をとりながら、事業を推進します。

---

葛城市国民健康保険

保健事業実施計画（データヘルス計画）

---

□発行 令和6年3月

□発行者 葛城市 保険課 健康増進課

〒639-2195 奈良県葛城市柿本166番地

保険課 : TEL (0745) 69-3001

健康増進課 : TEL (0745) 69-9900

---