御杖村国民健康保険　データヘルス計画

（ 第１期計画評価　・　第２期計画）

目次

第１期計画評価

計画全体の評価. ２
個別保健事業の評価. ３

第2期計画

１. 基本的事項. １５

計画の趣旨
計画期間
実施体制・関連計画との連携
共通指標について

２. 現状の整理. １８

被保険者の状況
健康寿命・要介護期間等
医療費・医療の状況
特定健診・特定保健指導等の状況
介護の状況
前期計画からの考察

３. 計画全体. ３３

課題の整理
目的・目標（計画全体の目的・目標／評価指標／目標値／主な保健事業）

４. 個別保健事業. ３７

事業１　特定健康診査事業（受診率向上対策事業・若年者健診を含む）
事業２　特定保健指導事業・結果説明会・早期介入保健指導事業・重症化予防事業
事業３　糖尿病性腎症重症化予防対策事業
事業４　生活習慣病重症化予防対策事業（歯科受診勧奨推進事業も含む）
事業５　がん検診精密検査受診率向上対策事業
事業６　適正受診・適正服薬促進事業（重複多剤・併用禁忌投薬対策事業）
事業７　後発医薬品使用促進事業
事業８　高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する事業

５. その他. ４７

計画の評価・見直し
計画の公表・周知
個人情報の取扱い
評価指標一覧（アウトカムとアウトプット値の推移）

第１期データヘルス計画の評価

御杖村国民健康保険

令和６年３月

第１期データヘルス計画の評価

◎計画全体の評価

◆計画全体の目的

平成 30 年 3 月に第 2 期（村としては第 1 期）データヘルス計画を策定し、被保険者の健康の保持増進を図るべく、様々な事業を推進してきた。令和 3 年度には中間評価を行い、明確に設定されていなかった計画全体の目標、指標について、目標（健康寿命の延伸）と指標（健康寿命）を新たに設定した。また、事業の進捗を評価し、事業効果を高めるための改善点、社会情勢等の変化に伴い、計画の変更が必要になった事業については見直しを行った。後半の 2 年間では最終的な事業や計画の目的・目標達成に向けた体制の再構築を目指したが、新型コロナウイルス感染症の世界的な蔓延という不測の事態が起こり、保健事業の一部自粛や「新しい生活様式」などに対応した保健事業の在り方が求められた。

奈良県では、平成 30 年度に国民健康保険団体連合会に国保事務支援センターを設置し、県内市町村国保業務及び保健事業の共同化、医療費適正化の具体的な取組の推進を図っている。本村においても、積極的に共同事業に参加し効率的・効果的に事業を推進しているところである。

このように、保健事業を取り巻く環境や、計画策定時点では設置されていなかった機能が稼働し、国保事業推進に係る体制は大きく変化している。

◆計画の評価の方法

1．それぞれの評価指標について、中間評価で設定した目標値から現時点までの実績値の推移を、以下の区分に分け判定。（判定区分は、健康日本 21(第 3 次)推進のための説明資料を参考とした）

2．指標が改善しているもの、悪化しているもの、それぞれについて成功要因と未達要因の検証を実施。

3．２．の検証結果をふまえ、指標の見直しや目標達成のための事業内容の見直しを行い、今後の方向性を整理し、次期計画に向けた事業の課題・方向性を示した。

評価判定		判定方法
A	目標到達	目標値に到達
B	目標値に達していないが、改善傾向	最小変化範囲※以上の改善(ベースライン値から目標値に向けて原則 30%以上の改善)
C	変わらない	最小変化範囲※未満の変化
D	悪化している	最小変化範囲※以上の悪化(ベースライン値から相対的に原則 5%以上の悪化)
E	評価困難	指標算出が不可等の理由により評価できない

◆計画全体の指標と評価

目　　標		指標の変化						評価
指　　標（例）	目標値	H30	R1	R2	R３	R4	R5	
健康寿命（65 歳時平均自立期間）・男性		18.45	19.36	19.21	－	－	－	A
健康寿命（65 歳時平均自立期間）・女性		21.51	21.38	20.57	－	－	－	C

出典：奈良県健康推進課

◆指標毎の評価に対する要因等のまとめ

【　　健　康　寿　命　　】

●うまくできている点

男性の健康寿命がやや延伸している。高血圧・糖尿病・脂質異常症等の病気に罹患しながらも、適切に治療を受けることで重症化することを防げている者が多いと考える。

●うまくいっていない点

女性の健康寿命が短縮している。長寿の高齢者が増え、重度の介護度の認定者が増えていることなども一因と考える。

●課題・次期計画の方向性

今後も特定健診・がん検診により病気の早期発見・早期治療に繋げ、保健指導や健康教育により病気の予防に繋げる。また介護度の重度化を抑制するため、フレイル予防・介護予防事業にも力を入れ、健康寿命の延伸を目指す。

◎個別保健事業の評価

1．特定健診（若年者健診を含む）事業

目　　的	特定健診の受診率の維持をするとともに、新規受診者数を増やし、多くの村民（特に若年者）のメタボリックシンドローム、生活習慣病の予防と早期発見を行う。また、健診結果から受診者自らが健康状態を自覚し、生活習慣改善に繋げることを目的とする。

事業内容	事業名	対象者	内容・方法
	若年者健診	30～39 歳の国保加入者	・集団：年 4 日間（休日含む）保健センターにて実施。
	特定健診	40～74 歳の国保加入者	・集団：年 4 日間（休日含む）保健センターにて実施。 ・個別：８月～１月　奈良県内医療機関にて実施。
	特定健診受診促進事業	40～74 歳の国保加入者	・元気・思いやりサポーターによる声かけ ・健診申込用紙と共に、受診案内リーフレットの配布 ・国保診療所医師から患者への受診勧奨 ・電話や面接などあらゆる機会を用いた受診勧奨。 ・集団健診実施後に未受診者へ個別受診券の送付 ・自己負担金の無料化 ・村民生活課及び保健福祉課に特定健診受診勧奨カードの設置

評　価	指　標	目標値	指標の変化						評価
			H30	R1	R2	R３	R4	R5	
アウトカム	・特定健診受診率	70%	57.3	60.6	48.1	55.2	52.6	－	C
	・若年者(30～39 歳)の健診受診率	60%	29	70	15	5.9	0	60	A

	アウトプット	・対象者への通知率	100%	100	100	100	100	100	100	A
		・未受診者への勧奨(文書又は電話又は面談)	100%	100	100	100	100	100	100	A
	プロセス	・未受診者のうち再勧奨した者の受診者数 ・対象者への通知の適切さ ・未受診者への通知の適切さ	5 人	1	6	－	－	1	－	D
	ストラクチャー	・集団健診実施回数	4 回/年	4	4	4	4	4	3	C
		・関係課の連携状況(会議や打合せの実施回数)	1 回/年	5	5	6	5	5	5	A
		・元気・思いやりサポーター連携状況（会議の実施回数）	2 回/年	2	2	0	0	1	廃止	D
		・医療機関の連携状況（打合せの実施回数）	1 回/年	－	－	－	－	0	1	B

成功要因 未達要因	【成功要因】保健事業（健康教室・広報等）を通じ、長年に渡る保健師による健康づくりに関する啓発により、村民に特定健診の大切さを意識付けできた事が成功要因と考える。 【未達要因】令和 2 年度から令和 4 年度にかけ、新型コロナウイルス感染症の蔓延により積極的な受診勧奨を行うことができなかった。「自覚症状がないから」、「仕事が忙しく時間がないから」、「通院加療中であるから」等の理由で受診しない者も多いため、健診に関する啓発が不十分と考える。
効果があった取組	特定健診の無償化、特定健康診査とがん検診（胃がん・肺がん・大腸がん）の同日実施（集団)、休日実施（土曜日）により健診の実施率の向上につながったと考える。令和 5 年度には集団健診前に、御杖村国民健康保険診療所所長（医師）が執筆した広報誌のコラムにて「治療のための検査と健診における検査の違い」等、特定健診に関わる内容を掲載した結果、健診申込みの締め切り後も健診に関する問い合わせや申込みが増加した。
見直しが必要な取組	高齢化による地域の担い手不足により、令和 4 年度をもって「元気・思いやりサポーター（健康づくり推進委員)」制度が廃止となった。国保保健事業では集団健診の申込書配布・声かけ、集団健診会場での案内、人員整理等携わっており、受診率向上に効果的な取組のひとつであった。令和 5 年度は健診会場ボランティアを募ったが、毎年固定した人数を確保するために見直しが必要と考える。
課題・次期計画の方向性	未受診者への個別での受診勧奨は回数を増やすと対象者の気分を害する恐れもあることから、効果的な勧奨方法を検討していく。電話、通知、さらには直接声かけによる受診勧奨でも、受診されない方はされないという状態が続いている。そのため、健康意識の高い被保険者が多い年代層が 75 歳に到達し、後期高齢医療制度への移行するに伴い、特定健診の受診率は下降することが見込まれる。

2．特定保健指導（健診結果説明会を含む）事業

目　　的	特定健診受診者が自らの体の状態を理解し、自発的に生活習慣を改善し、メタボリックシンドロームを改善することを目指す。また、生活習慣病のリスクの高い者を早期治療につなげ、重症化を防ぐ。

事業内容

事業名	対象者	内容・方法
健診結果説明会	特定健診等受診者	・村内各場所に出向き、個別で保健師・栄養士による特定健診の結果説明を行う。
特定保健指導	特定保健指導対象者	・動機づけ、積極的指導対象者への個別指導 ・血圧、体重、腹囲の測定だけでなく、健診の 6 か月後に血液検査を行い、生活習慣改善の評価を実施

評　価		指　標	目標値	指標の変化						評価
				H30	R1	R2	R３	R4	R5	
	アウトカム	・メタボ該当者及び予備軍の割合	40%以下	15.4 11.3	15.1 16.0	17.7 11.4	17.8 13.7	－	－	C C
		・BMI25 以上の割合	20%以下	17.87	22.36	24.44	22.38	23.58	－	D
		・ＨｂA1c　6.0％以上の割合	10%以下	19.28	18.67	19.32	18.78	20.73	－	D
		・高血圧（収縮期:140 以上もしくは拡張期:90 以上）の者の割合	20%以下	15.25	20.89	24.43	18.78	26.42	－	D
		・生活習慣の改善に取り組んでいる者の割合(特定健診の質問票より集計)	50%以上	38.3	32.5	32.1	38.3	42.0	－	C
	アウトプット	・特定保健指導終了率	85% 以上	84.0	65.2	47.6	56.3	－	－	D
		・「情報提供(特定健診結果指導区分)」の実施率	70%以上	100	100	100	100	100	－	A
		・特定保健指導 6 か月後採血の参加率 (保健指導 6 か月継続者の採血参加率)	100%	59%	100%	73%	92%	92%	－	B
		・結果説明会の実施回数	14 回/年	14	14	14	14	6	6	C
	プロセス	・結果説明会(特定健診初回面談も兼ねる)の実施時期	健診後 2 ヶ月以内に実施	8 月～9 月	8 月～9 月	－	8 月～9 月	8 月～9 月	8 月～9 月	A

		・特定保健指導６か月評価時期	２月～３月	２月～３月	２月～3月	－	２月～3月	２月～3月	２月～3月	A
		・積極的支援の支援回数	面談２～３回 電話・手紙２回	２～32	２～32	－	２～32	２～32	－	A
		・メタボリックシンドローム該当者の経年変化の分析等の実施の有無(村の傾向としてどう変化したか)	1回/年	－	－	－	1	0	1	C
		・生活習慣の改善に取り組む人の割合等経年変化の分析の有無(村の傾向としてどう変化したか)	1回/年	－	－	－	1	0	1	C
	ストラクチャー	・保健指導に従事する専門職の確保状況（保健師・看護師・栄養士）	4人/日	4	4	4	4	3	3	C
		・実施場所の数	12カ所	12	12	12	12	6	6	C
		・個人情報に配慮した保健指導場所の確保								C
		・関係課との連携体制	２課で連携（住民生活課・保健福祉課）	２課	２課	２課	２課	２課	２課	A

成功要因 未達要因	【未達要因】健診質問票において、「生活習慣を改善する意欲なし」の割合が国・県・同規模自治体より高い。健診や指導を受けるものの、生活習慣を変えたくないという根底にある意識を変えることができていないため、生活習慣改善の行動変容につながりにくくなっていると考える。
効果があった取組	結果説明会時に保健指導を実施することにより、初回面接を終了できた。
見直しが必要な取組	高齢化等による結果説明会の参加者数の減少により、事業の効率化のため令和 4 年度より会場数を減らした。今後、後期高齢者医療との一体型実施の内容により、回数や会場数について再検討が必要である。また、個人情報に配慮した会場の設営方法についての検討が必要である。
課題・次期計画の方向性	村民への啓発による健康意識の底上げや事業の周知方法等、工夫が必要と考える。レッドカード事業や糖尿病性腎症重症化プログラム、特定健診受診勧奨インセンティブ事業等、国保連合会共同事業を上手く活用していく。

3．健康づくりの推進事業

目　　的	村民の健康に関する意識や知識の向上を図り、ヘルスリテラシーの向上に繋げることで、生活習慣の改善や健診受診などの生活習慣病等に対する予防行動や重症化する前の受療行動を自ら取れる村民を増やす。また、運動の機会を提供し、運動の重要性や具体的な呼吸法・ストレッチ・筋力トレーニング等を啓発することで、自らの生活にそれらを取り入れ、心身の不調を防ぐことができる村民を増やす。

事業内容	事業名	対象者	内容・方法
	広報	全村民	・月１回の広報に、保健事業に関する記事や健康情報、特定健診の勧奨、御杖村の現状について等シリーズで掲載 ・村の有線放送で定期的に健康に関する情報を流す ・社会福祉大会や老人クラブの大会時に、健康に関するコーナーの設置
	こころと体の健康教室	全村民	・柔道整復師によるヨガ教室の開催　（１２回／年）

評　価	指　標	目標値	指標の変化						評価
			H30	R1	R2	R３	R4	R5	
アウトカム	・特定健診結果において「(生活習慣の）改善に取り組んでいる」者の割合	50%以上	38.3	32.5	32.1	38.3	42.0	－	C
	・こころと体の健康教室参加者数	20 人/回	31（国保 10）	44（国保 18）	－	11（国保 5）	10（国保 4）	－	D
アウトプット	・こころと体の健康教室の周知方法（広報・有線放送・ケーブルテレビ・口コミ等）	広報１回／月 有線放送　1回／3月	広報 1 回 有線放送 1 回	広報 9 回 有線放送 9 回	－	広報 5 回	広報 2 回	広報 2 回	C
	・こころと体の健康教室開催回数	12 回/年	2	9	－	5	2	2	C
プロセス	・広報に掲載する記事の適切さ ・参加者の満足度（年度末アンケート）	満足・おおむね満足 70%	－	87.6	－	－	－	－	E
ストラクチャー	・広報記事を多職種で作成する。(保健師・栄養士・理学療法士等)	それぞれの職種が記事を作成する回数 1 回以上	保健師 1 回	保健師 栄養士 1 回	保健師 0 回	保健師 0 回	保健師 0 回	医師 12 回	B

		・こころと体の健康教室講師数 ・こころと体の健康教室実施場所	1名 温泉・保健センター	1 温泉保健センター	1 温泉	－	1 保健センター	1 保健センター	1 保健センター	D

成功要因 未達要因	【成功要因】こころと体の健康教室開始当時（平成 30 年）は村内温泉施設とタイアップし、平日の夕方に時間を設定し、気軽に参加しやすい雰囲気作りができた。柔道整復師兼ヨガインストラクターを講師に選定することで、参加者の年齢や、悩みに沿った　メニューを提案できた。 【未達要因】特定保健指導対象者の参加が少ない。要因として指導対象者に男性が多いが、ヨガ教室は女性の参加率が高いため男性にとっては参加しづらい雰囲気であることや、ヨガが難しいというイメージがあること、事業周知があまりできなかったことが考えられる。また教室の開催時間が平日の 18 時からであったため、仕事や夕食等の時間に重なり参加につなげられなかったのではないかと推測する。令和 1 年度の参加者で令和 3 年度の教室にも参加した者より、開催場所が温泉施設から保健センターに変わったことにより「教室終了後に温泉で汗を流す楽しみが無くなった」という声も聞かれたため、開催場所を変更したことも目標値に届かなかった一因と考える。
効果があった取組	参加者の年齢層、初回アンケートの結果等からメニュー（テーマ）を講師と相談の上設定し、興味をそそるものや自宅でも継続して実施できる内容を設定した
見直しが必要な取組	男性が参加しやすいよう男性限定の教室を設定する、広報のコラムにメンズヨガについての記事を掲載し、男性にもヨガに興味を持ってもってもらうような工夫が必要と考える。また、こころと体の健康教室について、教室の開催曜日や時間、場所の工夫が必要であったと考える。 また、広報記事を多職種で作成する(保健師・栄養士・理学療法士等)取組について、栄養士や理学療法士が作成することは困難であるので、効果的な広報の方法について検討する。
課題・次期計画の方向性	男性限定の教室の設定、口コミで広めてもらうことも必要だが、ヨガにこだわらず被保険者のニーズに合わせた保健事業の提案（スポーツインストラクター経験者等地域の人材活用や村体育協会との連携）を検討する。

4．歯科相談・健診、受診勧奨事業

目　　的	村民に口腔機能に関する知識を啓発することで、自発的な歯周疾患の早期発見・予防につなげる。また成人歯科健康診査により歯周疾患の早期発見と早期治療を目指す。
事業内容	

事業名	対象者	内容・方法
歯科相談	集団健診受診者	・年 4 日間（休日含む）、保健センターにて集団健診時に、歯科衛生士による歯科相談を実施
成人歯科健康診査受診者数	40 歳以上の者	・8 月～2 月まで委託医療機関にて個別で実施

評　価		指　標	目標値	指標の変化						評価
				H30	R1	R2	R３	R4	R5	
	アウトカム	・特定健診問診結果における「かみにくいことがある」、「ほとんどかめない」者の割合	「かみにくいことがある」30 人以下 「ほとんどかめない」2 人以下	17.87 15.5 2.7	16.87 16.5 0.4	21.11 21.1 0.0	21.42 17.1 3.6	20.51 21.6 1.2	－	C
	アウトプット	・歯科相談実施回数	4 日/年	4	4	-	-	-	-	D
		・成人歯科健康診査受診者数	10 人	8	7	3	5	4	－	D
		・申込んだが未受診の者への受診勧奨率	100%	－	－	－	－	－	－	E
	プロセス	・対象者への通知の適切さ ・受診勧奨者の受診率	100%	－	-	-	-	-	－	E
	ストラクチャー	・歯科相談を実施する歯科衛生士の人数	2 名/年	2	2	-	-	-	-	D
		・宇陀地区歯科医師会との連携 （歯科連携会議の開催数）	1 日/年	1	1	-	-	1	1	C
		・成人歯科健康診査委託医療機関数	現状 15 カ所からの増加	15	15	15	15	15	15	C

成功要因 未達要因	【未達要因】口腔状態が悪化をしている者の割合が増えている要因として、被保険者の高齢化が原因として考えられる。令和 3 年度に実施した中間評価にて「未受診者の受診勧奨」を新たな評価指標に掲げたが、新型コロナウイルスの流行の継続、保健師の人員減数によるマンパワーの不足により未受診者に対する積極的な受診勧奨の実施が出来なかった。
効果があった取組	新型コロナウイルスの流行前の令和 1 年までは、当該年度に 40 歳になる者への文書による受診勧奨・総合健診時の歯科相談における受診勧奨を実施していた。そのことにより申込者数の増加に繋がっていた。
見直しが必要な取組	歯科健診を申し込んだが未受診の者が半数以上を占めているため、申込済みの未受診者に対する再勧奨は必要不可欠と考える。
課題・次期計画の方向性	マンパワー不足や新型コロナウイルスの感染等の懸念による積極的な受診勧奨の差し控えを行っていたが、新型コロナウイルスが感染症 5 類に移行したことから積極的な勧奨を実施していく。また、国保連合会の歯科受診勧奨推進事業を活用し、口腔状態が悪化している者の治療につなげ、口腔機能の改善につなげる。

5．がん検診精密検査受診勧奨事業

目　　的	がんの早期発見・早期治療をすることで、がんによる死亡を減らす。		
事業内容	事業名	対象者	内容・方法
	がん検診精密検査受診勧奨	がん検診要精密検査者	・要精検者で医療機関からの報告のない者に確認を行い、未受診の場合は受診勧奨を実施 ・がん検診要精検者が、医療機関を受診しやすいような体制の整備

評　　価		指　標	目標値	指標の変化						評価
				H30	R1	R2	R３	R4	R5	
	アウトカム	・がん検診精密検査受診率	100％	胃：64% 肺：92% 大腸：68% 子宮：100% 乳：100%	胃：82% 肺：67% 大腸：96% 子宮：－% 乳：100%	胃：33% 肺：100% 大腸：70% 子宮：－% 乳：67%	胃：63% 肺：75% 大腸：76% 子宮：－% 乳：－%	胃：70% 肺：63% 大腸：57% 子宮：－% 乳：－%	－	胃：C 肺：D 大腸:D 子宮:E 乳：E
		・がんの標準化死亡比	100％以下	－	－	－	－	－	－	E
	アウトプット	・がん検診受診率	肺:30% 大腸 30% 乳:30% 子宮:20% 胃：20%	胃：18% 肺：27% 大腸：24% 子宮：12% 乳：22%	胃：17% 肺：27% 大腸：24% 子宮：14% 乳：21%	胃：17% 肺：20% 大腸：20% 子宮：13% 乳：19%	胃：16% 肺：27% 大腸：25% 子宮：12% 乳：20%	胃：16% 肺：27% 大腸：24% 子宮：7% 乳：10%	－	胃：D 肺：C 大腸:C 子宮:D 乳：D
		・精密検査受診率	全がん100％	胃：64% 肺：92% 大腸：68% 子宮：100% 乳：100%	胃：82% 肺：67% 大腸：96% 子宮：－% 乳：100%	胃：33% 肺：100% 大腸：70% 子宮：－% 乳：67%	胃：63% 肺：75% 大腸：76% 子宮：－% 乳：－%	胃：70% 肺：63% 大腸：57% 子宮：－% 乳：－%	－	胃：C 肺：D 大腸:D 子宮:E 乳：E
		・未把握者数	0 人	胃: 1 肺:0 大腸:2 子宮:0 乳: 0	胃: 2 肺:0 大腸:0 子宮:0 乳: 0	胃: 0 肺:0 大腸:0 子宮:0 乳:1	胃: 0 肺:0 大腸:0 子宮:0 乳: 0	胃: 0 肺:0 大腸:0 子宮:0 乳: 0	－	胃：A 肺：A 大腸:A 子宮:A 乳：A
	プロセス	・受診勧奨方法の適切さ （文書の郵送） ・再勧奨の方法の適切さ	11 月・2 月頃	次年 5 月実施	-	-	-	-	1 月(電話・面談)	B

		（文書または電話または対面等） ・再勧奨時期の適切さ								
	ストラクチャー	・マンパワー（がん検診担当の保健師）	１名	１名	０名	０名	１名	０名	１名	C
		・精検可能な医療機関数		胃：162 肺：33 大腸：98 子宮：25 乳：22	胃：138 肺：26 大腸：92 子宮：25 乳：24	胃：145 肺：32 大腸：96 子宮：28 乳：23	胃：145 肺:32 大腸：96 子宮：28 乳：23	胃：145 肺:31 大腸：97 子宮：29 乳:26	胃：145 肺:31 大腸：97 子宮：29 乳:26	A （県の取りまとめている医療機関）

成功要因 未達要因	【成功要因】電話や精検未受診者が来所した際の対面による受診確認を実施したことで未把握者の減少につながったと考える。 【未達要因】計画期間中、マンパワー不足により未受診者の受診勧奨にまで手が回らなかったと推測する。
効果があった取組	電話や未受診者が来所するタイミングの対面による受診確認により精密検査の受診の有無が確認できた。
見直しが必要な取組	精密検査の受診勧奨を電話や対面により実施することで一定の効果が得られていたため、電話や対面による受診勧奨が望ましいが、マンパワー不足の時などは文書による勧奨に変更するなど臨機応変な対応も必要と考える。
課題・次期計画の方向性	がんの早期発見・治療は今後も継続していく必要があるため、がん検診の未受診者に対する受診勧奨は継続していく。ただし、マンパワー不足時は、勧奨方法を変更するなど臨機応変に対応していく。

6．糖尿病等重症化予防事業

目　　的	糖尿病腎症ハイリスク者が自らの体の状態を理解し、生活習慣の改善に努めるとともに、医療機関を受診することで早期治療に繋げ、透析導入を防ぐことができる。
事業内容	事業名：糖尿病等重症化予防事業 対象者：特定健診受診者等のうちハイリスク者 内容・方法：・特定健診の結果から、血圧・HbA１c・尿蛋白・eGFR の重複する人を優先順位づけしての保健指導の実施 ・糖負荷試験及び結果説明の実施 ・保健師または栄養士による、家庭訪問の実施 ・かかりつけ医と連携した保健指導

	生活習慣病受診勧奨推進事業 (レッドカード事業)	特定健診受診者のうち治療の必要生があるにも関わらず医療機関未受診の者	・奈良県国保連合会と連携し、対象者に受診勧奨を実施

評価		指標	目標値	指標の変化						評価
				H30	R1	R2	R３	R4	R5	
	アウトカム	・特定健診受診者のうち、HbA1c が 6.5%以上の未治療者の割合	2%以下	1.34	1.33	1.70	0	0	－	A
		・レッドカード事業の受診勧奨対象者が受診した割合	100%	－	－	100	16.7	対象者無し	－	C
		・新規透析導入者数	0 人	1	0	0	0	0	－	A
	アウトプット	・該当者への保健指導実施率 ・未治療者への受診勧奨率	80% 100%	84.0 100	65.2 100	47.6 －	56.3 100	100	－ －	D
		・対象者への送付率（(送付数／対象数)×100)	100%	0	－	－	75	100	－	A
		・再勧奨率	100%				100	100	－	A
	プロセス	・時期、内容、実施方法の適切さ ・対象者の選定基準の明確化	－	－	－	－	－	－	国保連合会の実施方法に則り実施	A
	ストラクチャー	・人員、事業委託の状況 ・委託業者、医師会、医療機関との連携（打合せの実施回数）	－	－	－	－	－	－	国保連合会の実施方法に則り実施	A

成功要因 未達要因	【達成要因】対象者が少ないことで保健師が個々を把握でき、受診勧奨したい者に通知ができたと考える。 【未達要因】透析者の内訳をみると特定健診未受診者が多く、保健指導の機会がない者がほとんどであった。そのため、糖尿病等の治療中においても適切な療養行動がとれなかったことなどが原因と考える。また、高血糖に関して本人の行動変容に繋げられるような指導が行えなかったことや、後半は新型コロナウイルス感染症対策により対象者全員に深く関わることができなかった。
効果があった取組	平成 30 年度から、国保連合会共同事業である「レッドカード（生活習慣病受診勧奨推進）事業」や「糖尿病性腎症予防プログラム受診勧奨事業」に参加することにより、対象者の抽出が効率的に選定でき、データを把握し、個々に合わせた指導・支援を行えた。
見直しが必要な取組	村が定めた指標に定めた目標数値と、「糖尿病性腎症予防プログラム受診勧奨事業」等共同事業の数値に差があるため、実情に沿い共同事業に数値を合わせる方向である。
課題・次期計画の方向性	自覚症状が現れるまで受診しない者が多いが、ハイリスク者については今後も国保連合会と連携しながら、タイムリーな受診に繋げていく。

7．後発医薬品使用促進事業

目　　的	被保険者が後発医薬品へ切り替えることにより、医療費の抑制化をめざす。
事業内容	・後発医薬品希望シールの配布 ・差額通知の送付 ・広報

評　　価	指　標	目標値	指標の変化						評価
			H30	R1	R2	R３	R4	R5	
アウトカム	・後発医薬品使用率	80％	71.07	75.26	78.85	81.36	80.50	－	A
アウトプット	・差額通知の発送数	対象者全数	－	47	57	64	58	－	A
	・シール配布数	被保険者全数	476	459	454	441	416	－	A
プロセス	・差額通知の発送時期は適切か	4 回/年	4 回	4 回/年	4 回/年	4 回/年	4 回/年	4 回/年	A
ストラクチャー	・村内医療機関との連携回数（会議や打合せの回数）	1 回/年	1	0	1	1	1	－	A

成功要因 未達要因	【成功要因】（村直営診療所に限定すると）第３期医療費適正化計画策定に係り、県医療保険課より直接来院のうえ、所長（医師）・職員に「後発医薬品の使用促進と医薬品の適正使用」について内容説明や、後発品に切り替え可能なものを具体的に説明され、所長を中心として数年にわたり徐々に後発品へと切り替えを行う事ができた。また、国保連合会を通じ対象者に年４回差額通知を発送することで啓発につながっている。
効果があった取組	・啓発物品の配布　特定健康診査（集団）時にマスク・除菌シートを被保険者に配布。 ・年１回の保険証更新時に合わせ、後発医薬品希望シールを各世帯に保険証と一緒に送付。 ・広報誌への掲載（年１回）
見直しが必要な取組	
課題・次期計画の方向性	マイナンバーカードの保険証一体化に伴い、保険証が廃止されることから、後発医薬品希望シールの使用頻度が減少する可能性がある。 第４期医療費適正化計画等と整合性を図り、奈良県国民健康保険団体連合会の共同事業として重複・多剤投薬・残薬対策も併せて引き続き取り組んでいく。

◎まとめと次期計画にむけて

今後、特定健診の受診率の低下が見込まれるため、未受診者への効果的な受診勧奨の方法や事業の周知方法・啓発内容等を検討し、村民の健康意識の向上を図り受診率の向上を目指す。
また生活習慣病について、自覚症状が現れるまで医療機関を受診しない者が多いため、ハイリスク者については今後も国保連合会と連携しながら受診勧奨や保健指導等の介入を実施していく。

第２期データヘルス計画

Ⅰ．基本的事項

1.　計画の趣旨

保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCA サイクルに沿って運用するものである。
当村においても、平成 30 年に第 1 期計画を策定し推進してきたところである。前期計画の評価を踏まえつつ、より健康課題に対応した効果的な保健事業を実施することができるよう第 2 期計画（国では第 3 期）を策定するものとする。また今期計画より新たに、県内保険者との比較や健康状況を把握することで健康課題の優先度を明確化することを目的に共通指標を設定し、経年的な経過を把握しながら計画を推進していく。

2．計画期間

本計画は、令和 6 年（2024）年度から令和 11 年（2029）年度までの 6 年計画とする。

3．実施体制・関連計画との連携

【実施体制】

本計画を策定、推進する上で、以下の担当課との連携を図るものとする。

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

【関連計画との連携】

本計画の策定においては、下記計画との整合性をはかりながら、策定作業をすすめた。また各計画の推進状況を把握しながら、本計画を推進していくこととする。

計画名	担当課等	計画期間
奈良県医療費適正化計画	奈良県医療保険課	令和 6 年～令和 11 年
御杖村特定健診実施計画	住民生活課	令和 6 年～令和 11 年
御杖村長期総合計画（総合計画・総合戦略）	総務課	令和 2 年～令和 11 年（但し 5 年ごとに改定）
御杖村健康みつえ２１計画（健康増進計画・食育基本計画）	保健福祉課	令和 7 年～令和１６年
御杖村高齢者福祉計画・介護保健事業計画	保健福祉課	令和 6 年～令和 8 年

4．共通指標について

今期計画より奈良県では、県内保険者の比較や域内での健康状況を把握することを目的に、共通評価指標が設定された。

本村においても、本計画の評価指標に以下の共通指標を加え、推移を確認しながら取組を推進していくこととする。

【共通指標】

第 3 期市町村国保データヘルス計画　奈良県共通指標(県提供指標一覧より引用)

◆データヘルス計画全体の指標

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

◆個別保健事業における指標

No.	目標	取組	指標	目指す方向（目標値）	出典
1	生活習慣病の発症予防	特定健康診査・特定保健指導	特定健康診査実施率	＋（60%）	法定報告
2			特定保健指導実施率	＋（60%）	法定報告
3			特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	＋	法定報告
4			血糖の有所見者の割合（保健指導判定値以上：HbA1c5.6%以上）	－	KDB
5			血圧の有所見者の割合（保健指導判定値以上：①収縮期血圧 130mmHg②拡張期血圧 85mmHg 以上）	－	KDB
6			脂質の有所見者の割合（保健指導判定値以上 ①HDL コレステロール 40mg/dl 未満の割合 ②中性脂肪 150mg/dl 以上の割合 ③LDL コレステロール 120mg/dl 以上の割合）	－	KDB
7	【参考】 生活習慣病発症状況モニタリング		糖尿病の受療割合(糖尿病のレセプトがある者)	総合的に判断	KDB
8			高血圧症の受療割合(高血圧のレセプトがある者)	総合的に判断	KDB
9	生活習慣病の重症化予防	生活習慣病の重症化予防対策	HbA1c8.0%以上の者の割合	－	KDB
10			新規人工透析導入患者数	－	国保連
11	医薬品の適正使用	適正受診・適正服薬の促進	同一月内に複数の医療機関を受診し、重複処方が発生した者の割合（1 以上の薬剤で重複処方を受けた者）	－	KDB
12			同一月内に 9 以上の薬剤の処方を受けた者の割合（9 以上の薬剤の処方を受けた者）	－	KDB
13	後発医薬品の使用	後発医薬品の使用促進	後発医薬品使用割合（数量ベース）	＋	厚生労働省

2．現状の整理

1.被保険者の状況

【人口・被保険者数・年齢構成】

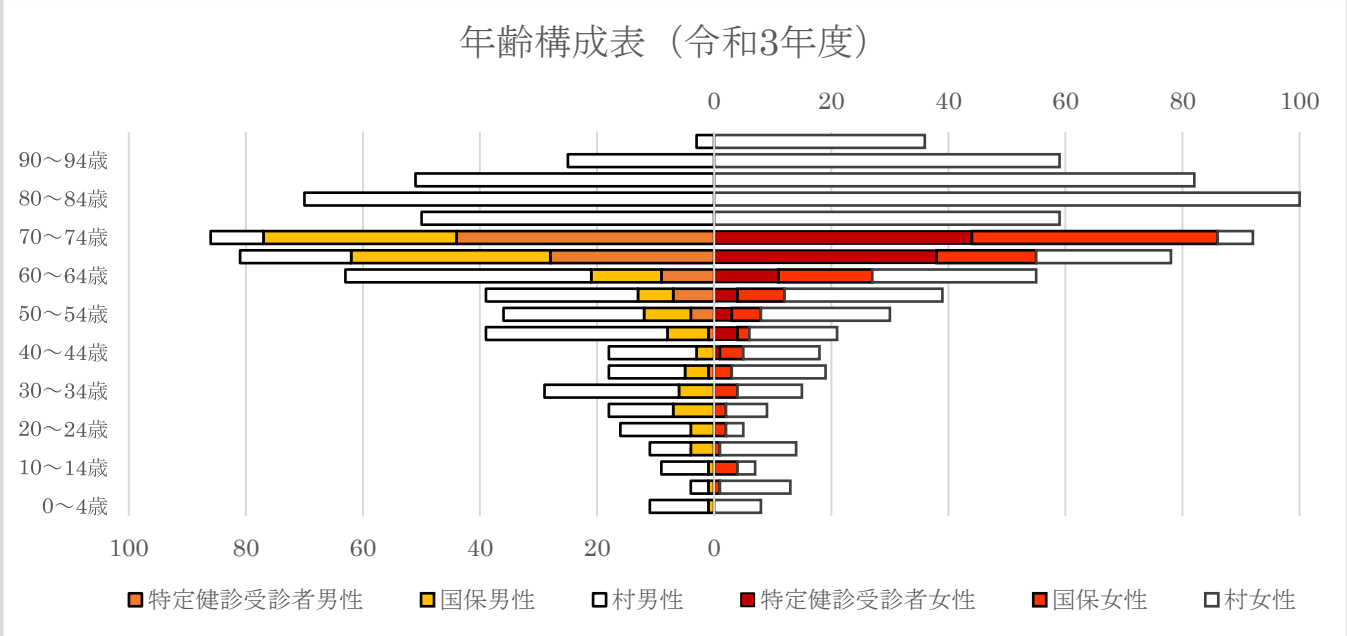
	H30 度	R1 度	R2 度	R3 度	R4 度
被保険者数	476	459	454	441	366
人口	1,578	1,528	1,479	1,436	1,392
人口に占める割合	30.2%	30.0%	30.7%	30.7%	26.3%

出典　被保険者数…奈良県国民健康保険運営方針（奈良県庁資料）
　　人口,人口に占める割合…市町村別 10 月 1 日現在推計人口（奈良県統計分析課）

年齢構成表（令和 3 年度）　　（人）

	0～4歳	5～9歳	10～14歳	15～19歳	20～24歳	25～29歳	30～34歳	35～39歳	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90～94歳	95歳以上	合計
国保男性	1	1	1	4	4	7	6	5	3	8	12	13	21	62	77	－	－	－	－	－	225
国保女性	0	1	4	1	2	2	4	3	5	6	8	12	27	55	86	－	－	－	－	－	216
村男性	11	4	9	11	16	18	29	18	18	39	36	39	63	81	86	50	70	51	25	3	677
村女性	8	13	7	14	5	9	15	19	18	21	30	39	55	78	92	59	100	82	59	36	759

御杖村住民生活課資料

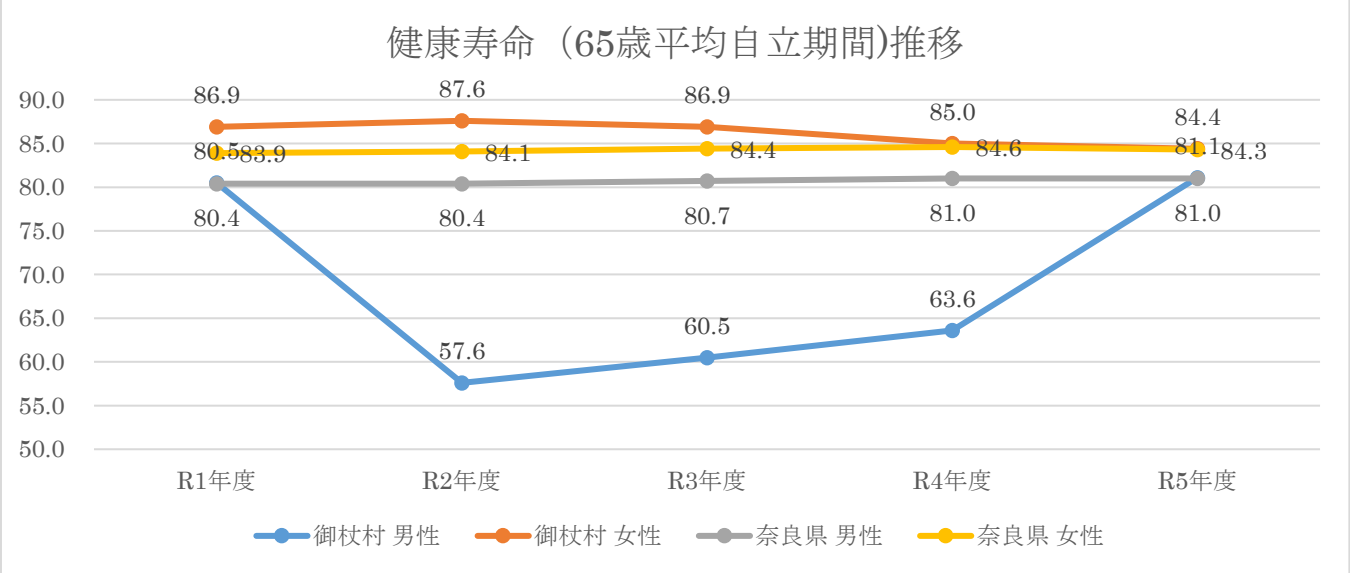


御杖村住民生活課資料

村の総人口は年々減少しており、１年で約 50 人程度減少が見られる。
国保被保険者については、村民の約３割を占め、女性よりも男性が多く、年代は 70～74 歳が最も多い。この年代以降は被保険者数が急激に低下していく。
70～74 歳が今後 5 年以内に後期高齢医療保険制度（以下、後期）へ移行するため、国保全体の被保険者数が急激に減少することが予測される。

2.健康寿命・要介護期間等

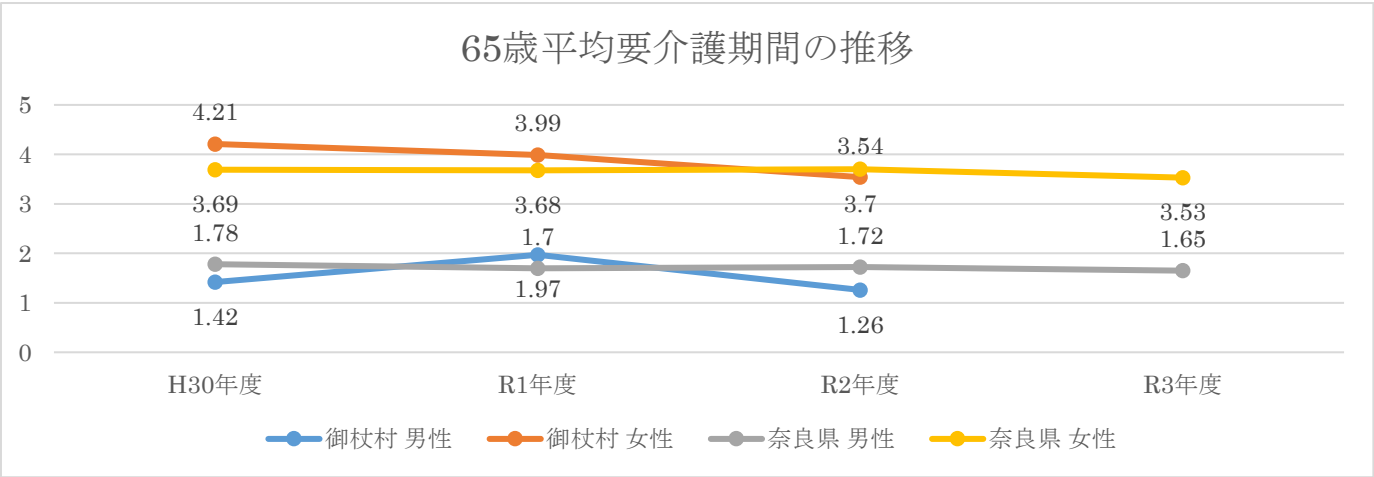
【健康寿命】



出典：KDB システム（地域の全体像）

男性の健康寿命については、令和２～４年度のデータが令和１年度・令和５年度の数値と大きく乖離しておりデータの信頼性が乏しいが、令和１年度と令和５年度のデータのみを見ると健康寿命は延伸している。女性の健康寿命については県と比較すると長い期間が続いていたが、徐々に短縮してきており、令和５年度には男女ともに県と同程度の長さになっている。
健康寿命を縮める原因となる生活習慣病の予防・早期発見・早期治療や介護予防事業に引き続き注力していくとともに、令和６年度から開始する高齢者の保健・介護一体化事業にも取り組み、健康寿命の延伸を目指していく。

【要介護期間】

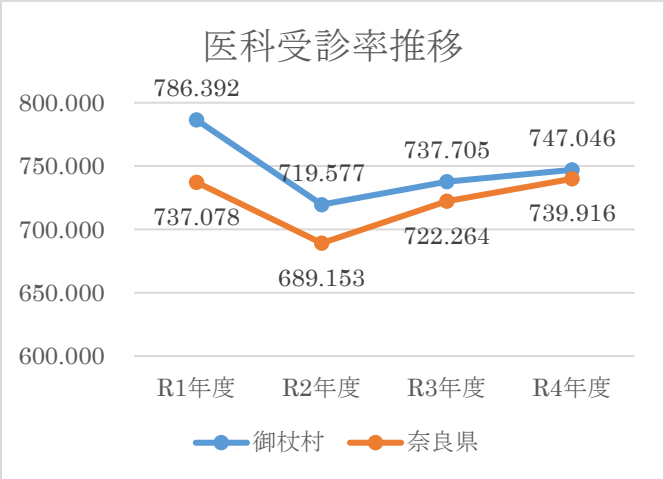


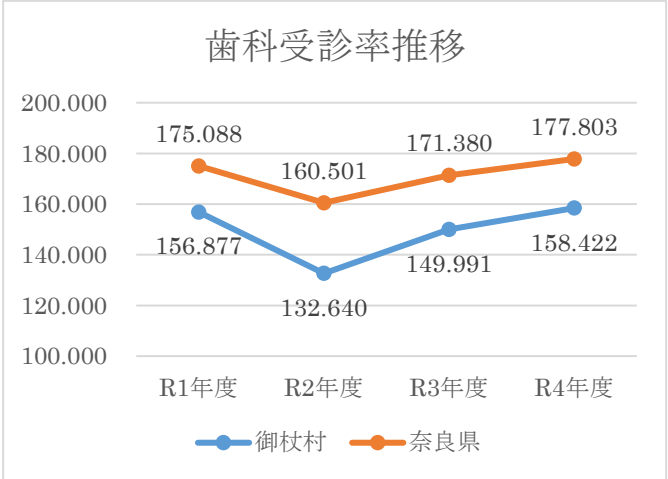
出典：奈良県健康推進課

男性の要介護期間について、数値の波があるが平成 30 年と比較すると令和２年は短縮している。
女性の要介護期間についても県と比較すると長かったが、徐々に短縮し、令和２年には県と同程度の期間となっている。

3.医療費・医療の状況

【受診状況・一人当たりの医療費】



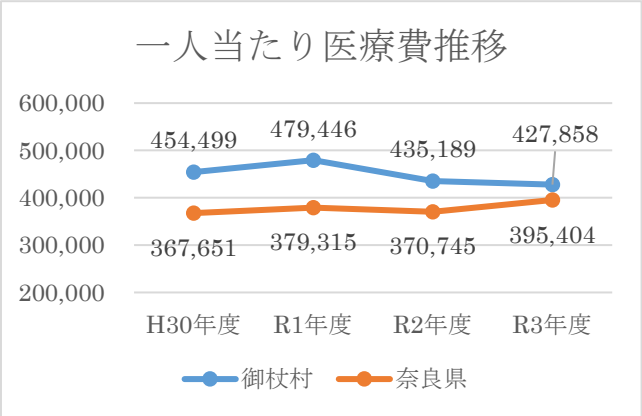


※医療受診率・歯科受診率はレセプト数/被保険者数＊1000 で算出

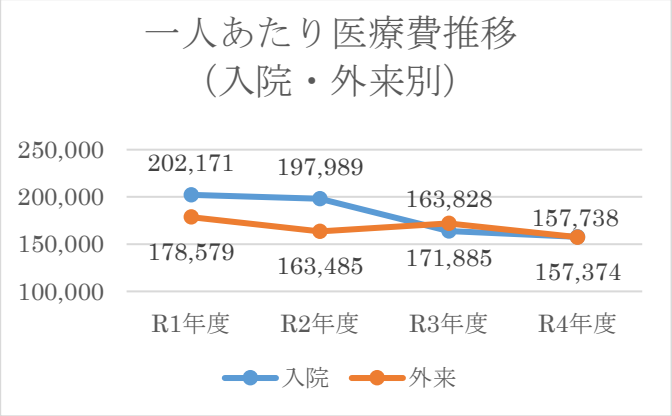
出典：KDB システム(地域の全体像の把握)

受診率について県と比較すると医科は高く、歯科は低い。令和２年度は受診控えもあったためか、受診率が低下しているものの、徐々に上昇し令和１年度の値に戻りつつある。歯科については県よりも低い割合で推移しているため、今後も受診率を確認しつつ、歯科の受診習慣の定着を図るために定期的な歯科の受診に関する啓発や指導をしていく必要がある。

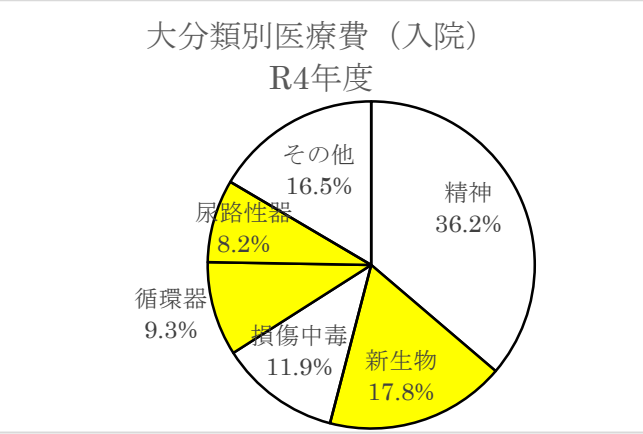
【医療費】

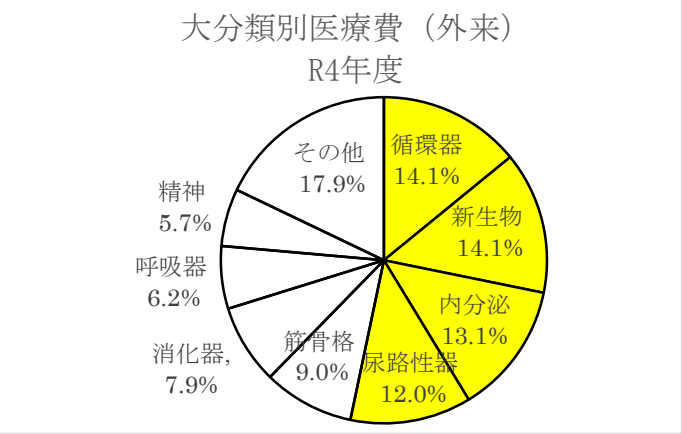


出典：国民健康保健事業年報（厚生労働省）



出典：KDB システム健康スコアリング（医療）





出典：KDB システム医療費分析（２）大・中・細小分類

1保険者当たりの医療費が高い疾病（入院）R4年度

最大医療資源傷病名	統合失調症	大腸がん	骨折	うつ病	狭心症	食道がん	慢性腎臓病（透析）	白内障	膀胱がん	腎結石
1保険者当たり医療費（点数）	1,267,286	741,016	726,273	449,769	347,321	251,061	240,292	197,150	129,700	105,880

1保険者当たりの医療費が高い疾病（外来）R4年度

最大医療資源傷病名	糖尿病	慢性腎臓病（透析）	高血圧症	食道がん	関節疾患	胃がん	脂質異常症	不整脈	うつ病	逆流性食道炎
1保険者当たり医療費（点数）	677,092	526,621	526,463	402,365	327,130	281,110	243,084	239,888	195,932	175,108

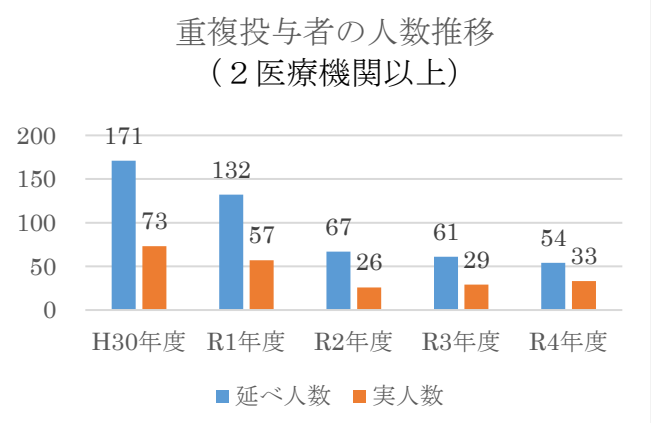
出典：KDBシステム医療費分析（1）細小分類

一人当たりの医療費については、受診率のデータ推移と比例しておらず、受診控えがあった令和2年度以降も減少傾向にある。入院医療費、外来医療費どちらも減少傾向であるが、特に入院医療費は大きく減少している。

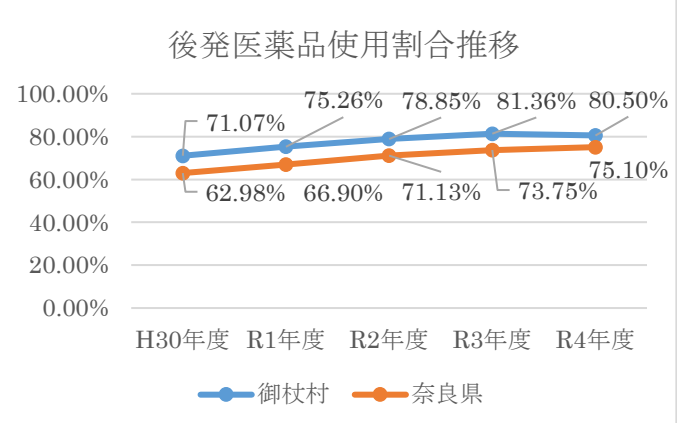
令和4年度の医療費の大分類を見ると入院については精神系疾患の割合が最も高いが、新生物、循環器系疾患、尿路性器系疾患といった生活習慣病の割合も高い。外来については循環器系疾患、内分泌系疾患、新生物、尿路性器系疾患の割合が高く、これらの生活習慣病の割合は全体の半数を超えている。

令和4年度の1保険者当たりの医療費が高い疾病のうち、生活習慣病について見ると、入院医療費では特に大腸がんの割合が高い。大腸がんは村のがん検診で発見できるがんであるため、がん検診の受診者数を増やし、がんの早期発見・早期治療につなげ、医療費を抑える必要がある。また大腸がんだけでなく、入院・外来を見た際に、喫煙習慣が発症のリスクファクターとされている食道がん、膀胱がん、胃がんなどが挙がってきており、喫煙対策にも力を入れていく必要があると考える。外来医療費においては糖尿病と慢性腎臓病（透析）の医療費が上位を占めており、糖尿病への対策に注力する必要があると考える。また、糖尿病・高血圧症・脂質異常症が挙がってきていることから、生活習慣病の早期治療を行うことにより重篤な合併症を予防できている者が多いと考える。

【投薬状況（重複、多剤投与等）】



出典：国保連合会（医療費等分析システム）



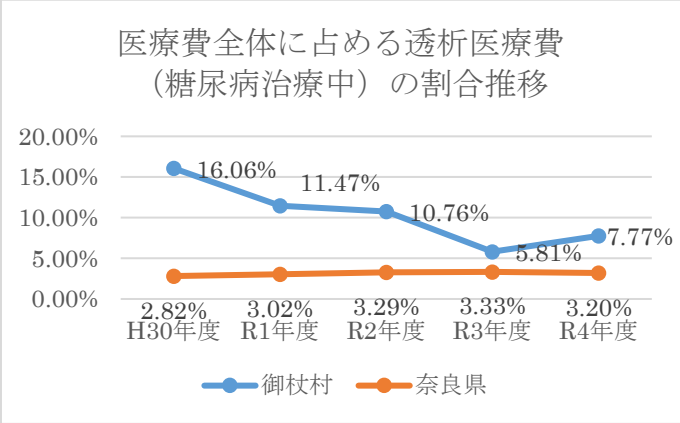
出典：国保連合会（医療費等分析システム）

重複投与者について平成 30 年度から年々減少し、令和 4 年度には延べ人数、実人数ともに半数以上減少した。後発薬品の使用割合については増加してきており、県と比較しても高い割合で推移している。重複投与者への指導や後発医薬品の使用促進などの効果が現れていると考えられ、今後も継続していく。

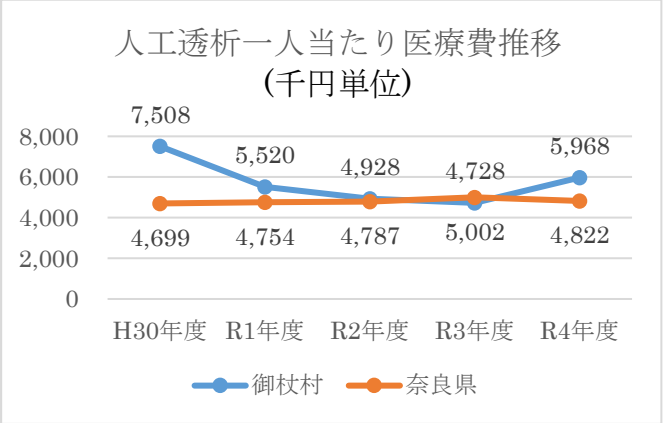
【透析】

	H30 年度	R 1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
人工透析患者数	4 人	4 人	4 人	2 人	2 人
新規透析患者数	1 人	0 人	0 人	0 人	0 人
後期人工透患者数（糖尿病治療中で）	2 人	2 人	2 人	2 人	3 人

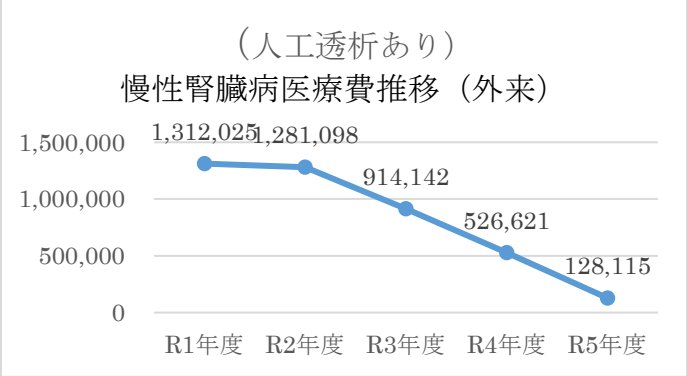
出典；国保連合会（医療費等分析システム）



出典；国保連合会（医療費等分析システム）



出典；国保連合会（医療費等分析システム）

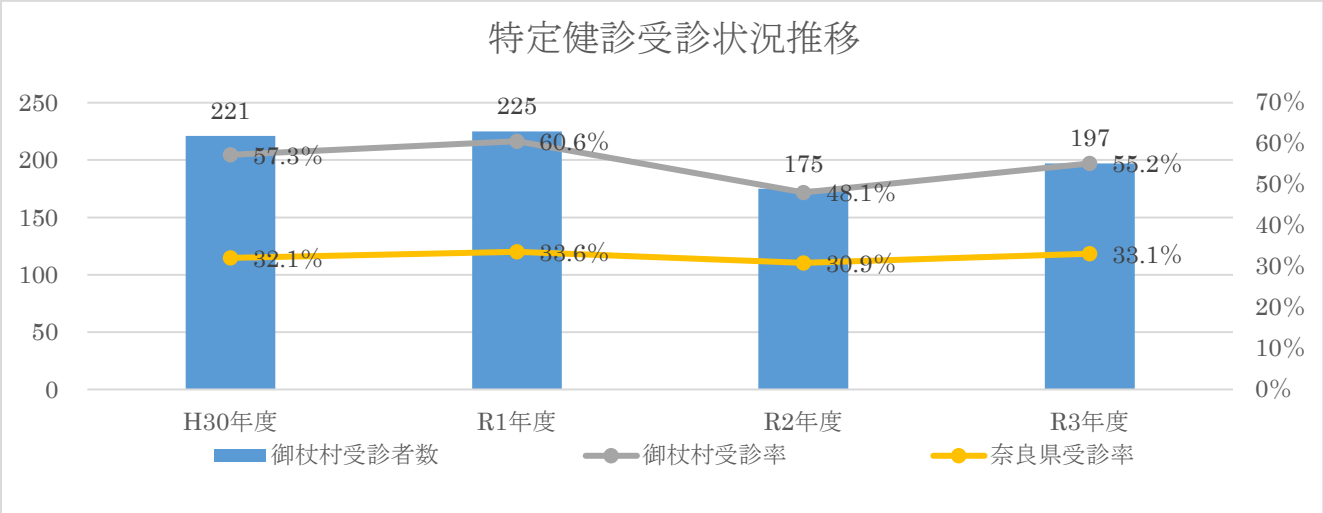


出典；KDB システム(医療費分析(１)細小分類)

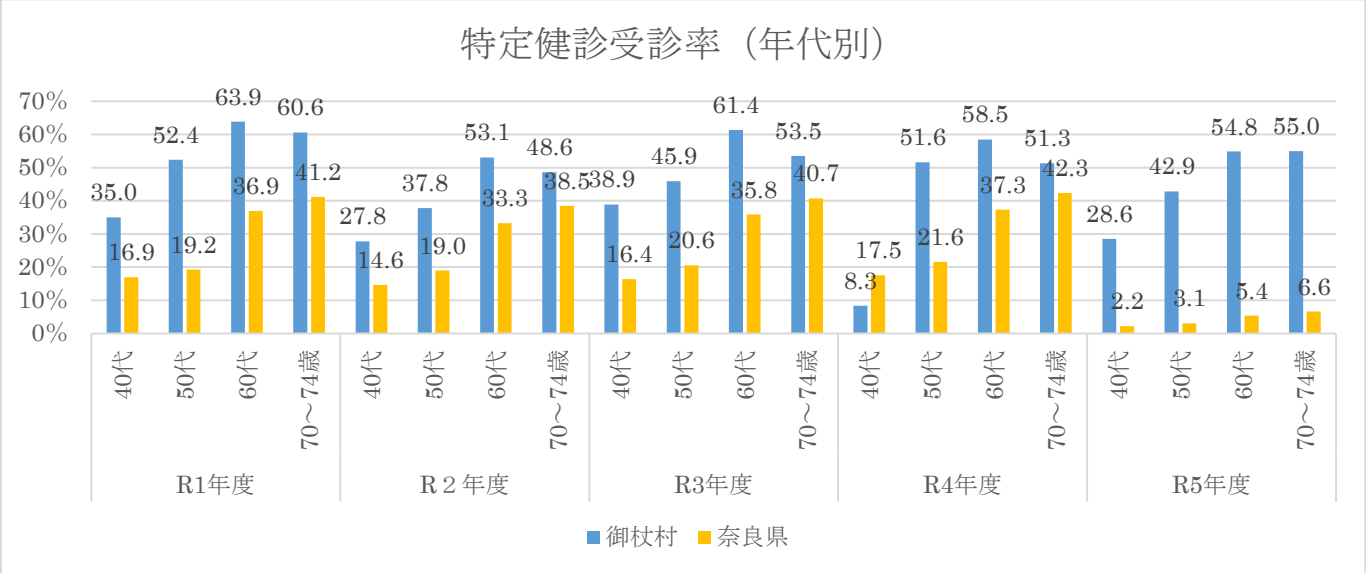
人工透析の患者数が令和 2 年度までは 4 人いたが、令和 3 年度には後期への移行や死亡により 2 人に減少し、新規の透析患者も増えていない。医療費全体に占める透析医療費、人工透析一人当たり医療費の割合もそれに伴って減少傾向であると考える。令和 4 年度に透析の医療費が増加しているが、１人の透析患者の入院が原因と考えられる。その入院は慢性腎臓病とは別疾患によるものであったが、透析の合併症疑いによる鑑別のための検査や診療費により医療費が増加した。

4.特定健康診査・特定保健指導等の状況

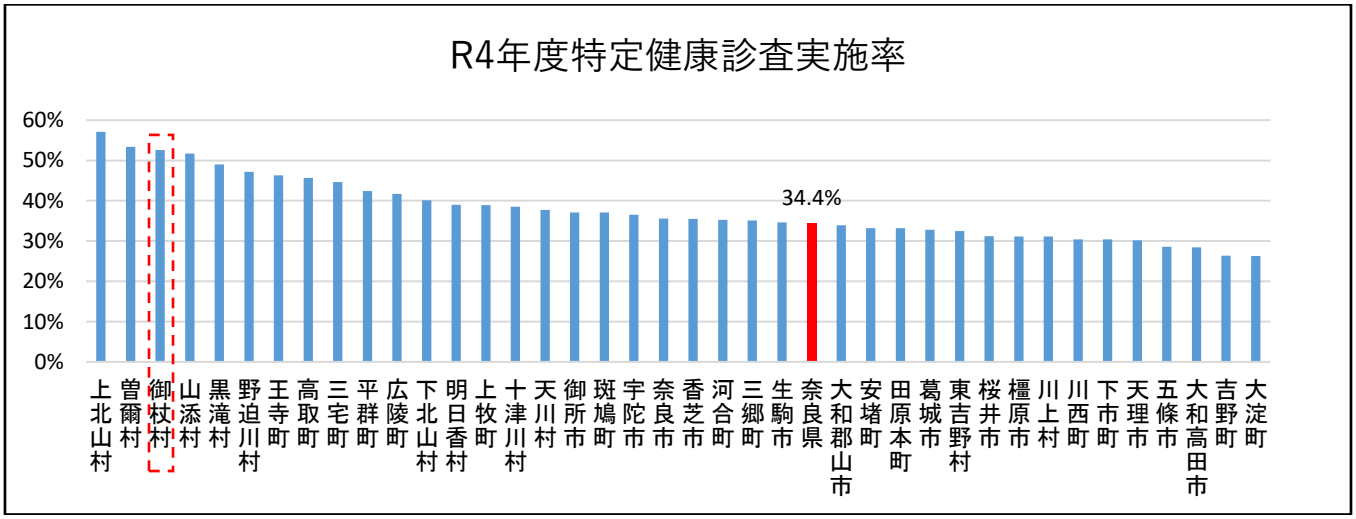
【特定健康診査】



出典：法定報告

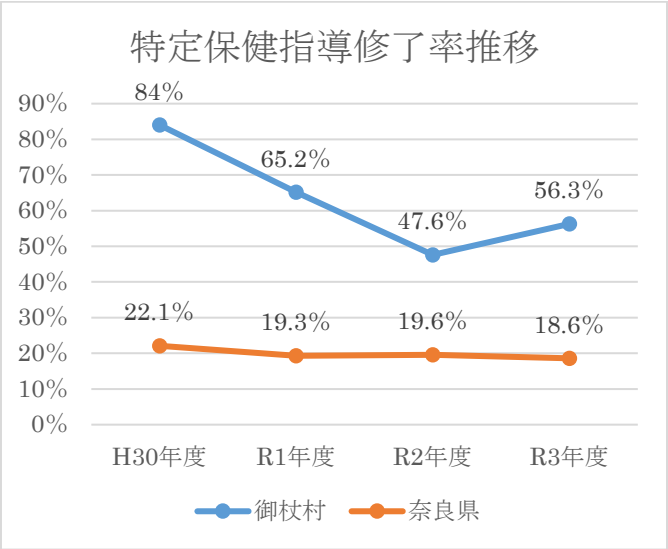


出典：KDB システム

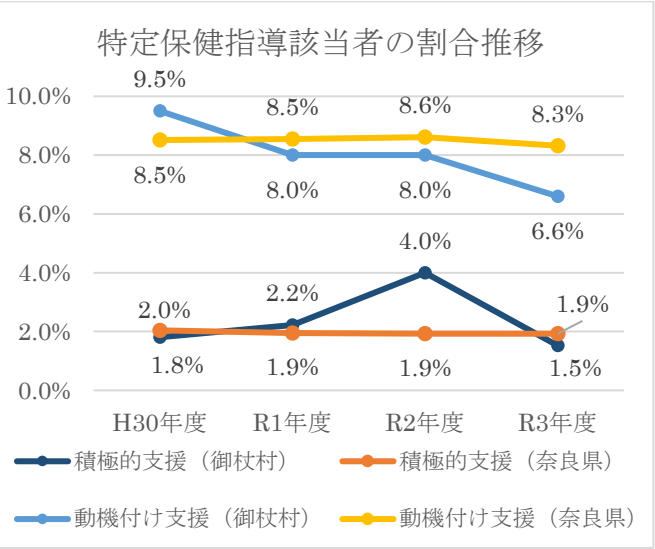


出典：KDB システム（健診・医療・介護の利用状況）

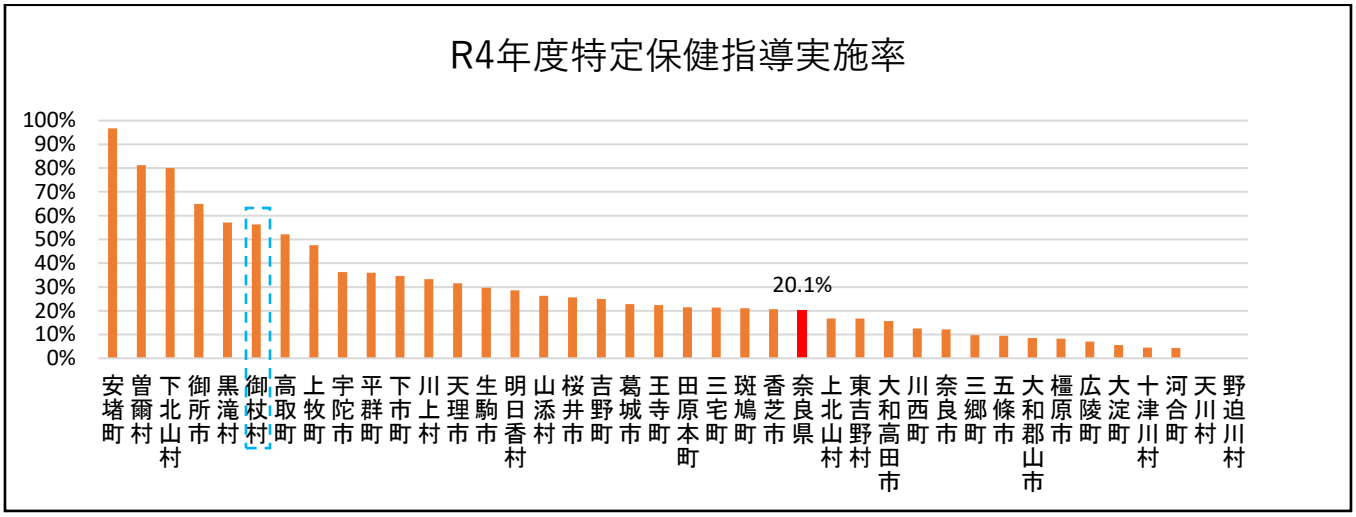
【特定保健指導】



出典：法定報告



出典：法定報告



出典：法定報告

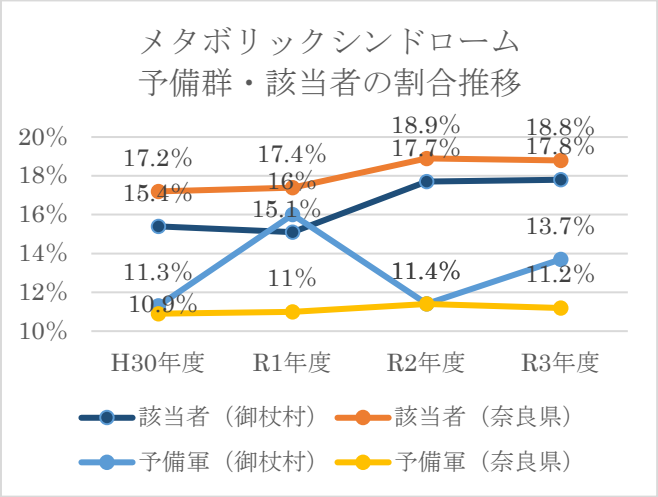
特定健診の受診率について新型コロナの流行により、令和 2 年度に急激に受診率が低下したものの、令和 3 年度には微増した。年代別の受診率は 60 代・70 代（70～74 歳）が高く、40 代･50 代は低い。今後約 10 年で 70 代･60 代の被保険者が後期に移行するため、今後さらに健診受診率が低下することが見込まれる。

今後の受診率低下の対策として、若い世代に対して健診を受けることの重要性の啓発を実施し、若い頃からの健診の受診習慣の定着を図るとともに、新たな受診者を獲得することで受診率の向上を図る必要があると考える。

特定保健指導の実施率については平成 30 年度以降低下し、コロナ禍であった令和 2 年度が最低値となったが、その後は徐々に回復している。 特定保健指導該当者の指導レベルの割合推移については、積極的支援・動機付け支援共に年々減少しており、健康レベルの維持・改善できていると推測する。特定保健指導の終了率については県と比較すると高いものの、2018 年度と比較すると低下している。特定保健指導を受ける時間を確保できない対象者等への対策など、特定保健指導の実施方法等について検討する必要があると考える。

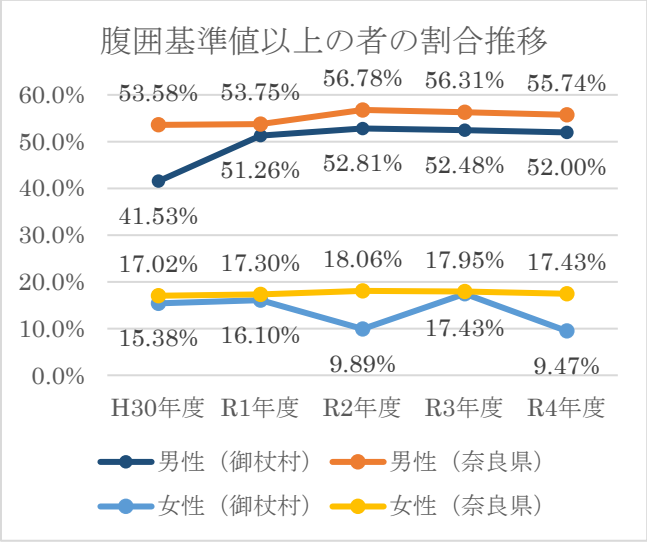
【特定健診結果】

＜メタボリックシンドローム予備群・該当者の割合＞

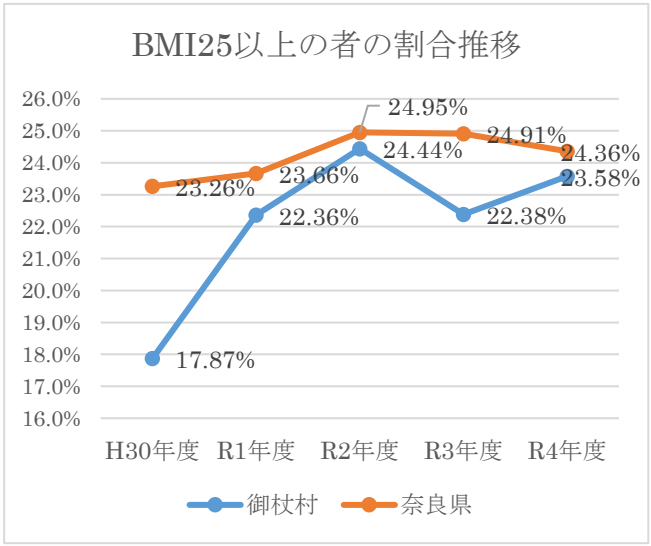


出典：法定報告

＜腹囲・BMI＞

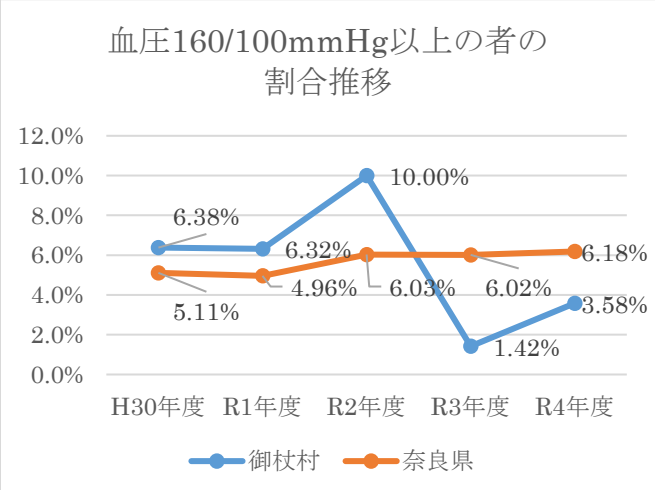


出典：国保連合会（医療費等分析システム）



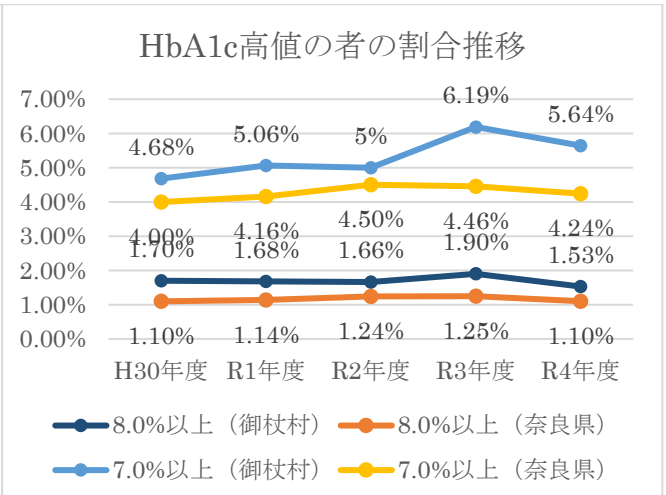
出典：国保連合会（医療費等分析システム）

＜血圧＞



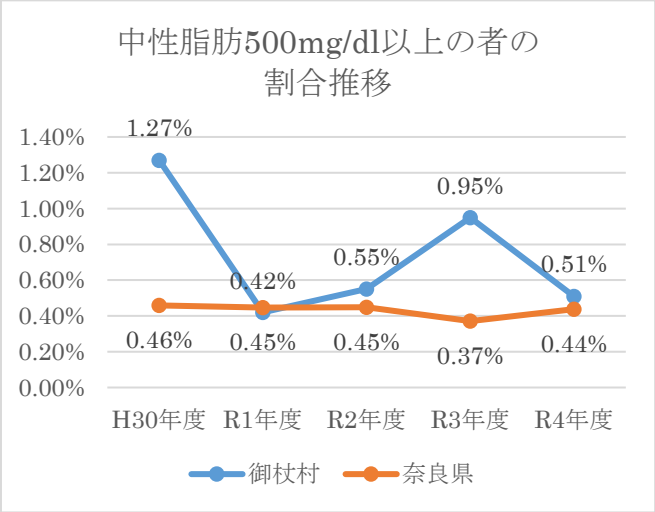
出典：国保連合会（医療費等分析システム）

＜HbA1c＞

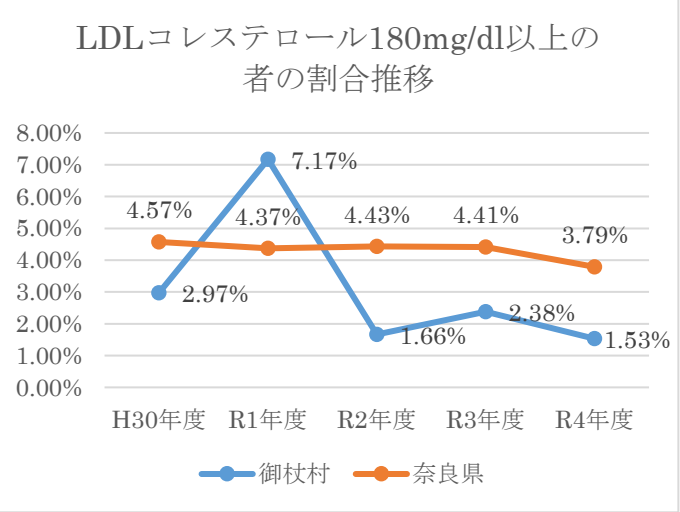


出典：国保連合会（医療費等分析システム）

＜血中脂質＞

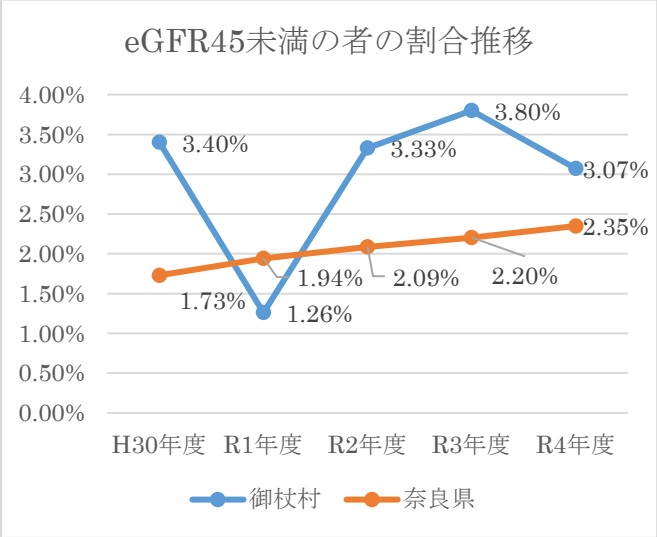


出典：国保連合会（医療費等分析システム）



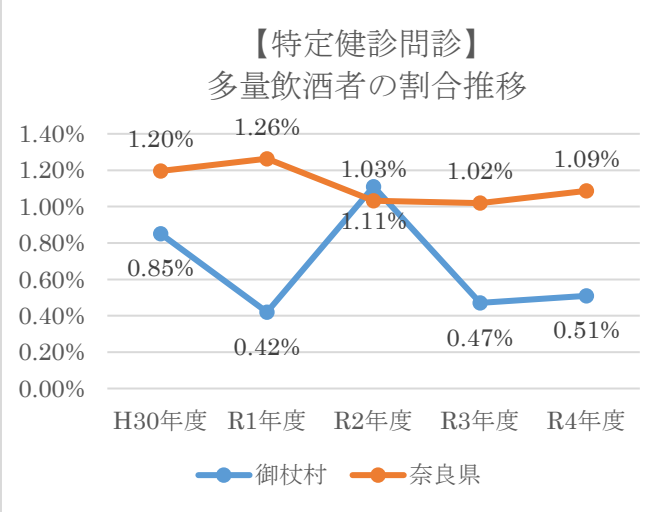
出典：国保連合会（医療費等分析システム）

＜eGFR＞

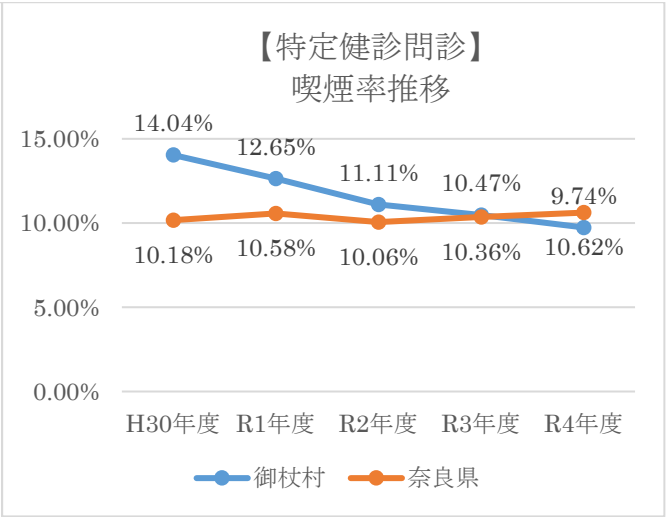


出典：国保連合会（医療費等分析システム）

【飲酒・喫煙】



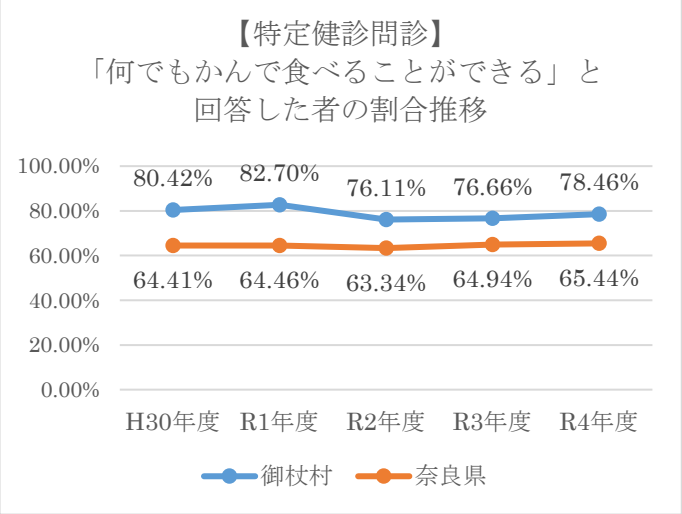
出典：国保連合会（医療費等分析システム）



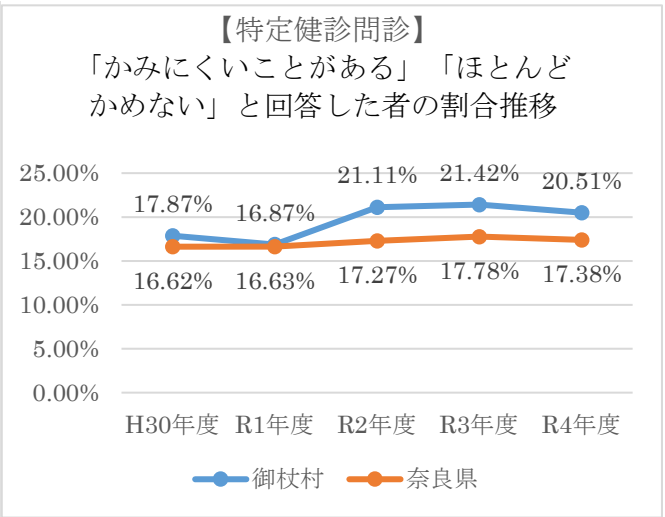
出典：国保連合会（医療費等分析システム）

（メタボリックシンドローム）
メタボリックシンドローム該当者の割合について県と比較すると低いものの年々増加している。メタボリックシンドローム予備軍の割合については、県と比較すると高く年度により波はあるものの増加傾向にある。
（腹囲・BMI）
腹囲が基準値以上の者の割合については男女ともに県よりも少なく、男性は割合が増加傾向にある。女性も年度により波はあるものの減少傾向である。BMI が基準値以上の者の割合については県の割合よりも少ないが、増加傾向である。男性の腹囲基準値以上の割合推移のグラフと形が似ているため、特に男性の肥満対策が必要であると考える。
（血圧）
令和 2 年度までは県よりも高い割合であったが、令和 3 年度に急激に減少し、県の割合を下回っている。血圧が高かった者の後期への移行や高血圧の治療が開始された可能性などが考えられる。今後も継続してハイリスク者への指導や受診勧奨を継続していく。
（HbA1c）
県と比較すると、HbA1c7.0%以上、8.0%以上共にかなり高い割合でずっと推移している。血糖値が高い者が年々増加していることから糖尿病予備軍がさらに多くいると推測する。また、外来医療費に占める割合が高かったことから、糖尿病の治療を受けている者が増えている、もしくはインスリンの導入等が増えていることが推測できる。しかし HbA1c7.0%以上、8.0%以上の者が増加傾向であるため、治療に結びついていない者や治療中にも関わらず上手く血糖値をコントロール出来ていない者が増えている可能性がある。ハイリスク者に対して国保連合会や医療機関との連携を行い、保健指導や医療機関への受診勧奨を行うなど介入を強化するとともに、糖尿病予備軍へは広報や様々な事業において糖尿病に関する知識の啓発等を行っていく必要があると考える。
（血中脂質）
中性脂肪・LDL コレステロールともに高値の者の割合に波がある。中性脂肪については県と比較するとやや高い割合で推移していることに加え、突出している年度は県よりもかなり高い割合である。LDL コレステロールについては県と比較すると低い割合で推移している。中性脂肪について、高血糖の者が増加していることから糖質の過剰摂取や運動不足なども中性脂肪高値の者の割合が増えている一因であると考える。中性脂肪については高血糖に関する対策と併せて取り組んでいく必要があると考える。
（eGFR）
e-GFR45 未満の者の割合は令和 1 年度を除き、平成 30 年度からほぼ横ばいで経過しているが、県と比較するとかなり高い割合で推移しているため、糖尿病性腎症を含む慢性腎臓病予防の取り組みに注力する必要がある。
（多量飲酒者）
多量飲酒者の割合は年度により波はあるものの平成 30 年度から減少傾向にある。今後も継続して適量飲酒の指導啓発を実施していく。
（喫煙率）
喫煙率については県と比較すると高かったが年々減少しており、令和 4 年度は県の割合を下回った。今後も継続して喫煙対策や禁煙支援を実施していく。

【口腔】



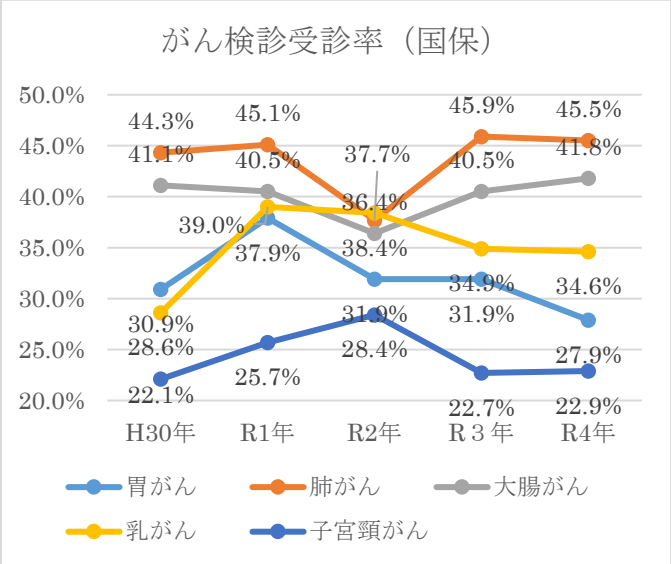
出典：国保連合会（医療費等分析システム）



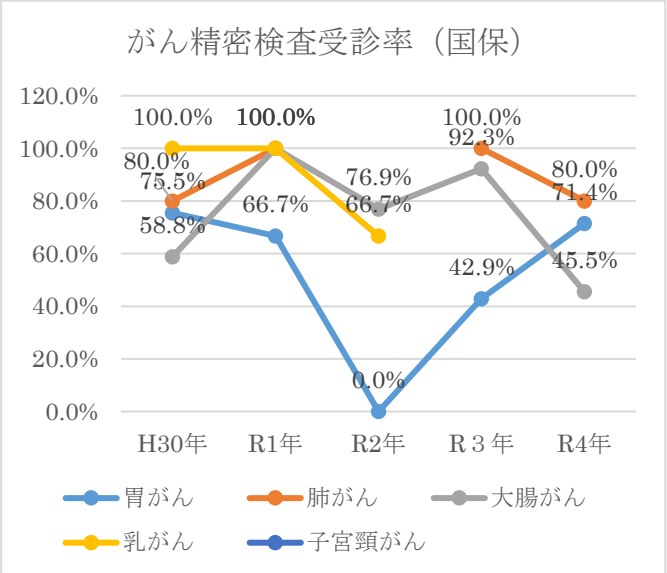
出典：国保連合会（医療費等分析システム）

食事をかんで食べる時の状態について「何でもかんで食べることができる」と回答した者の割合は県と比較する者の高いものの、徐々に低下している。その反面、「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」または「ほとんどかめない」と回答した者の割合は増加している。主な要因として受診者の高齢化が原因と考えるが、歯科の受診に結びついていない者が多いと推測され、受診勧奨や啓発を行い、歯科の受診につなげる必要があると考える

【がん検診】



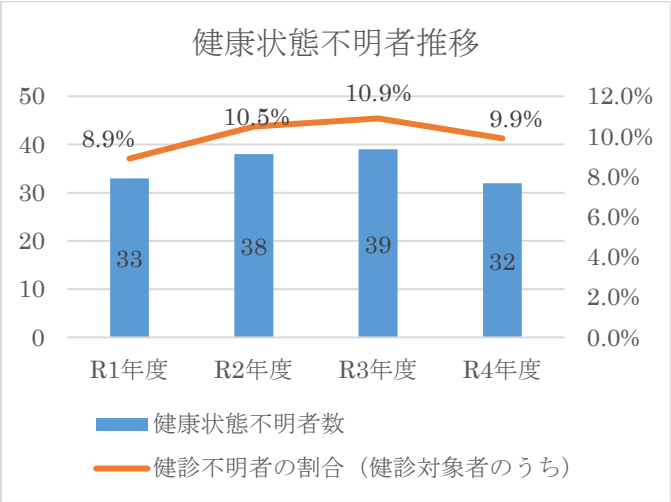
出典：市町村がん検診確定値



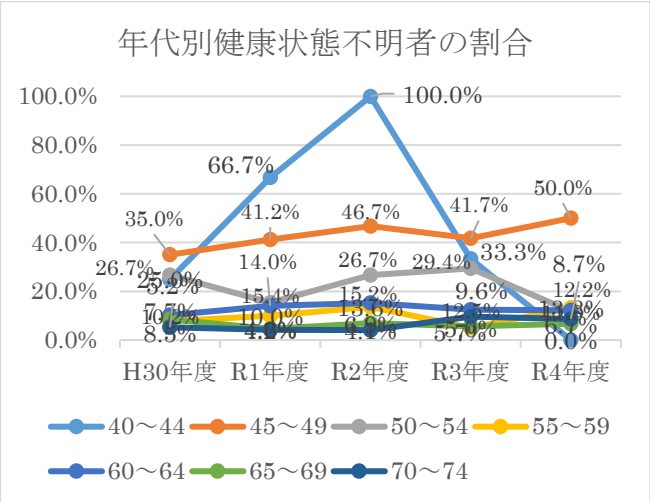
出典：市町村がん検診確定値

がん検診の受診率は各がん検診を見てもほぼ横ばいである。胃がん・子宮がんの受診率は５がん検診の中でも特に低い。検査方法などが受診率の低さに影響を与えていると考えられるため、がん検診を受診するメリットや重要性等について啓発していく必要がある。精密検査の受診率については母数となる対象者数が少ないため、受診率の変動が大きいが、がんの早期発見に繋げるためには精密検査の受診が必要であるため、確実に精密検査を受診するよう勧奨文書の工夫や電話や対面による受診勧奨を実施するなど対策の強化の必要がある。

【健康状態不明者】



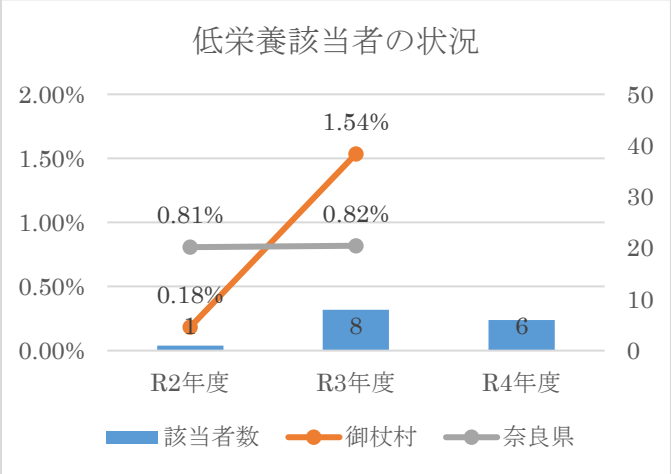
出典：KDB システム（医療機関受診と健診受診の関係表）

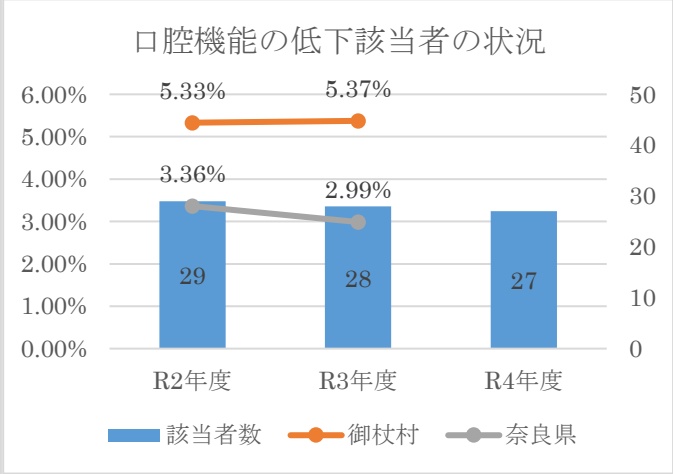


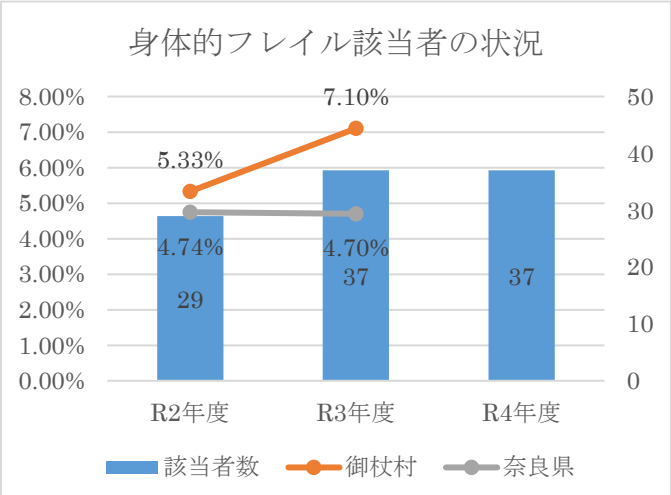
出典：KDB システム（医療機関受診と健診受診の関係表）

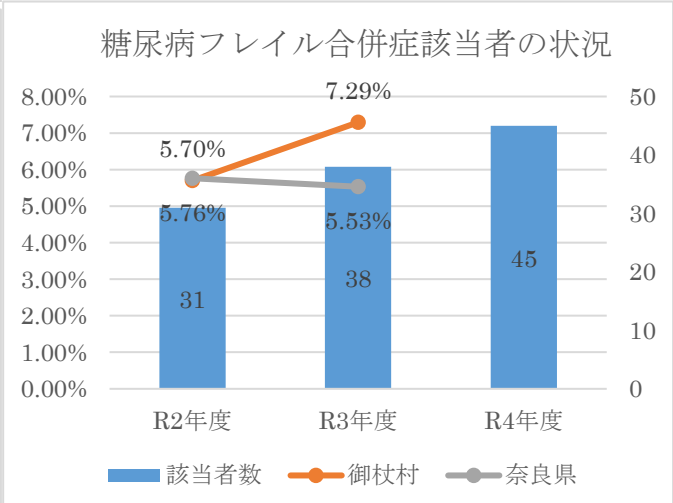
健康状態不明者（健診・医療未受診者）は経年的に見ても横ばいで推移している。年代別に見ると 40~44 歳の層は年度毎に割合のばらつきがあり、年代の層が上がる毎に不明者の割合は減少するが、生活習慣病に罹患し始める 40～54 歳の層は約 3 割以上もの健康状態不明者がいる。そのため、若い頃から健診受診習慣を定着させ、生活習慣病の早期発見と予防に努める必要がある。

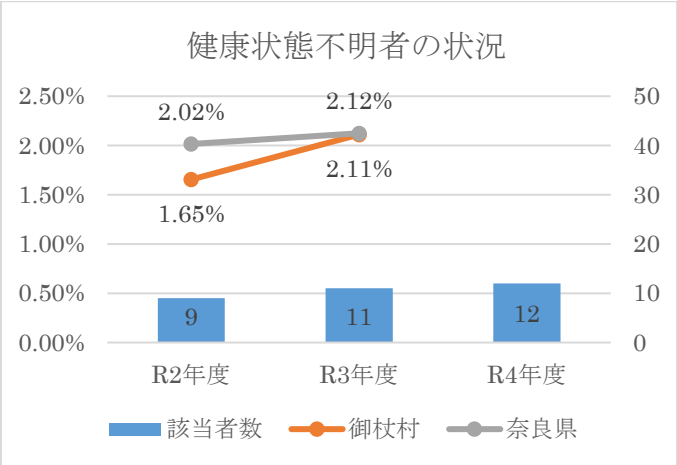
【後期高齢者の健康状況(後期高齢者健診の結果より)】

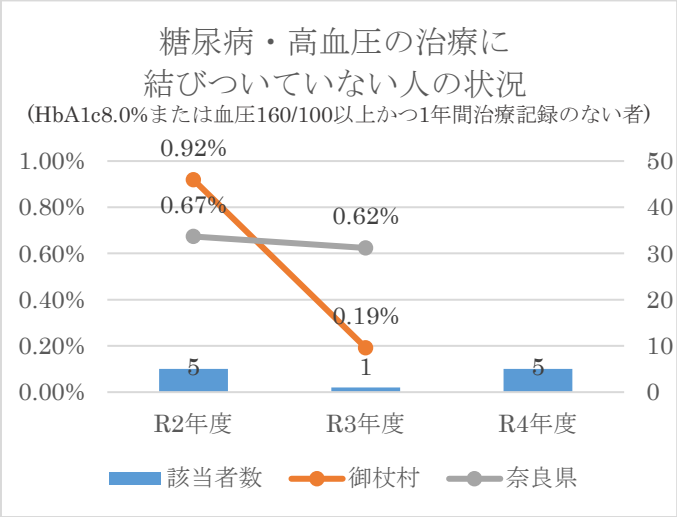


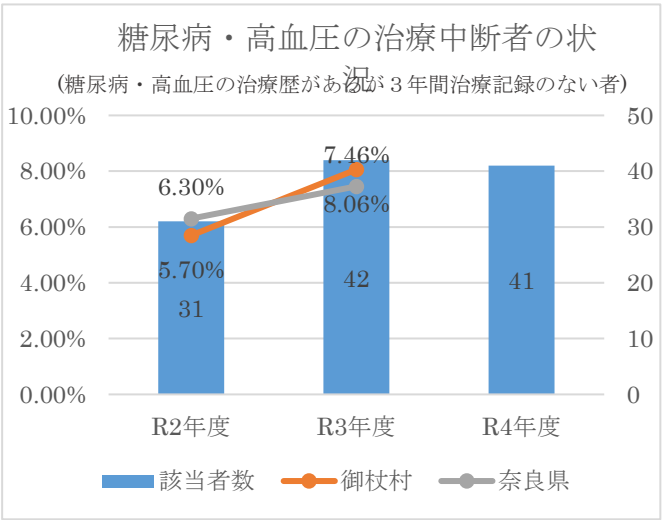












出典：KDB システム（二次加工ツール集計結果）　※割合の母数は後期の被保険者数

後期高齢者の健康状態について、令和２年度と令和４年度を比較すると、口腔機能が低下している者は微減しているが、低栄養の者や身体的フレイルの者は増えており、県と比較すると、口腔機能が低下している者、低栄養の者、身体的フレイルの者の割合が高い。また、糖尿病や高血圧の受療状態について、３年以上治療を中断している者が増えており、その影響であるのか糖尿病とフレイルを合併している者も増えている。また、健診も医療も受診していない健康状態不明者も微増傾向である。
後期高齢者の健康課題として、糖尿病や高血圧のハイリスク者への受診勧奨や生活習慣改善指導、フレイル予防の栄養・運動指導、歯科受診や口腔衛生に関する啓発などのアプローチが必要と考える。

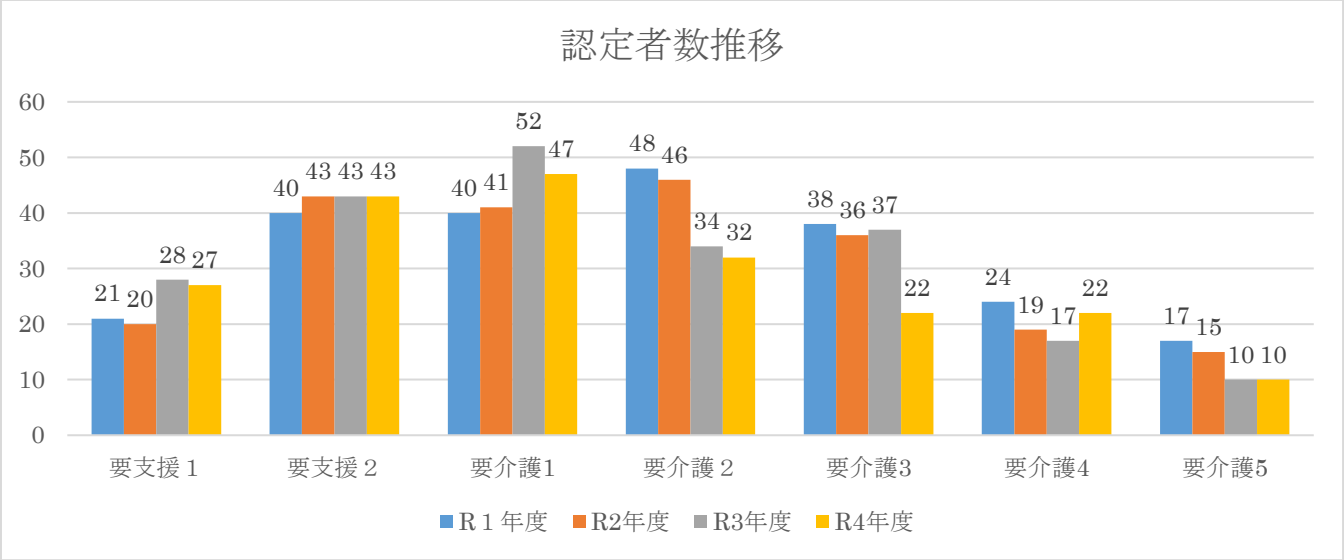
4.介護の状況

【介護認定者の割合】

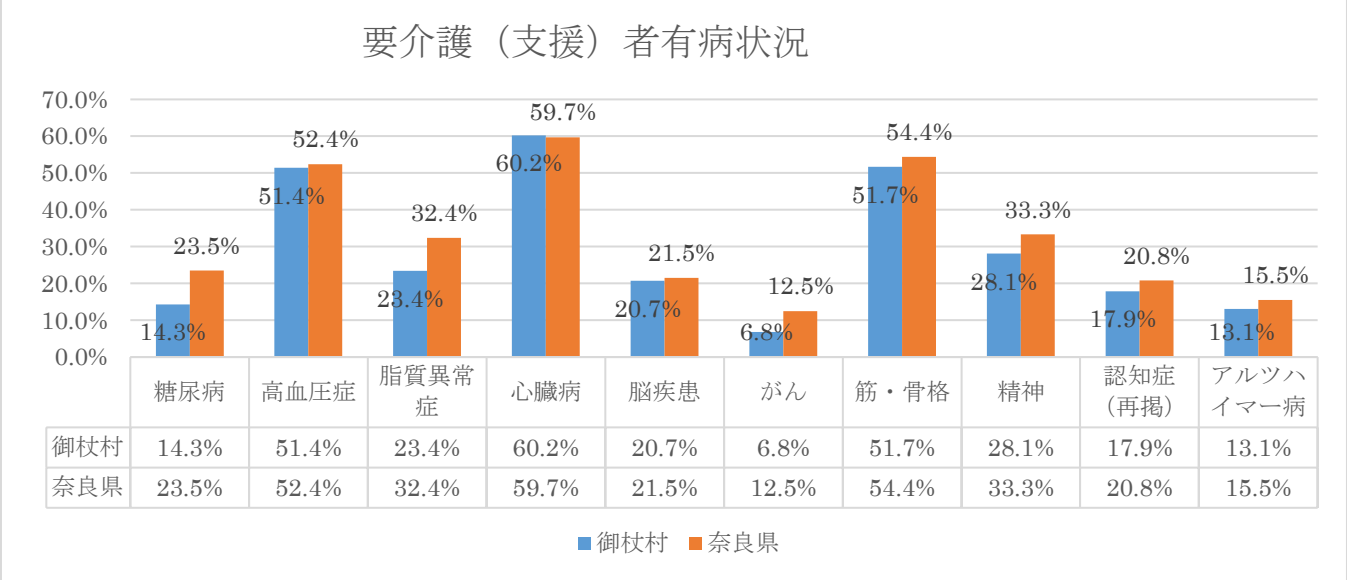
		R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
御杖村	1 号認定	24.3%	23.1%	23.3%	23.5%
	2 号認定	0.5%	0.5%	0.4%	0.4%
	新規認定	0.2%	0.3%	0.3%	0.3%
奈良県	1 号認定	19.8%	20.3%	20.8%	19.9%
	2 号認定	0.1%	0.4%	0.4%	0.4%
	新規認定	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%

出典：KDB システム（地域の全体像の把握）

【要支援・要介護認者数】



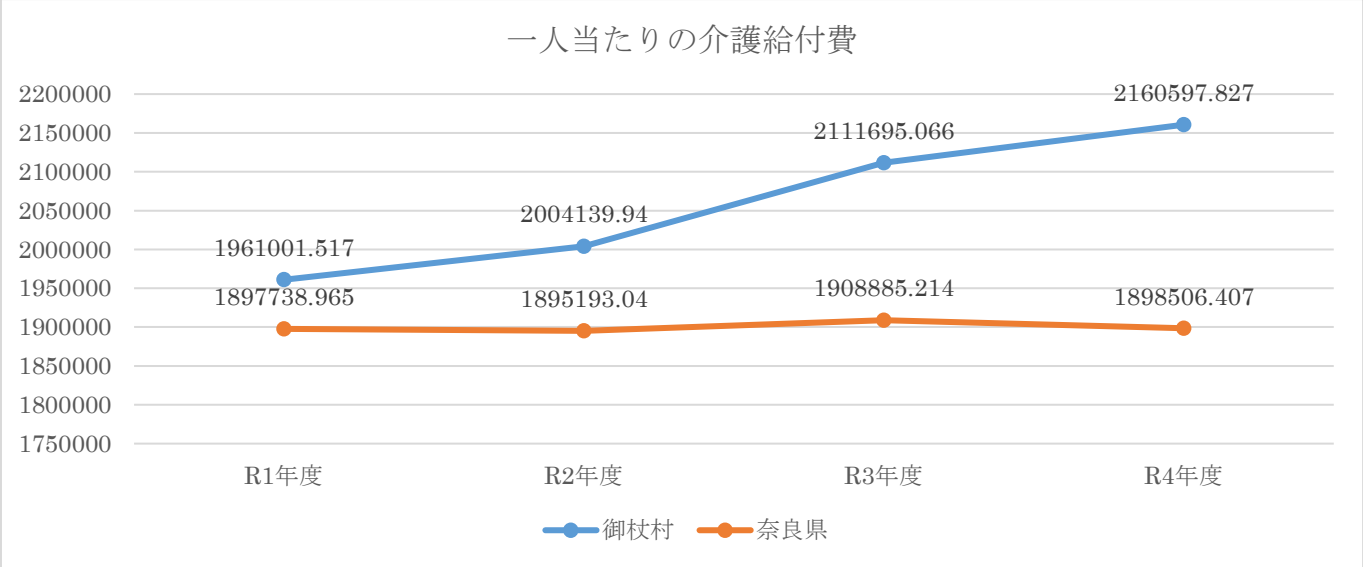
出典：KDB システム（要介護支援者認定状況）



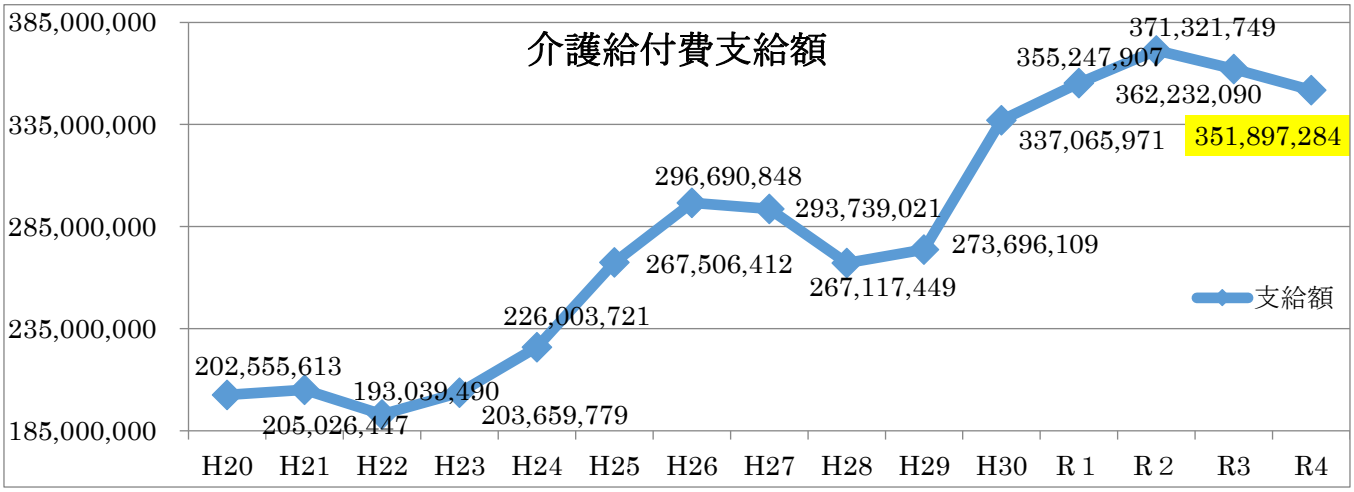
	糖尿病	高血圧症	脂質異常症	心臓病	脳疾患	がん	筋・骨格	精神	認知症（再掲）	アルツハイマー病
御杖村	14.3%	51.4%	23.4%	60.2%	20.7%	6.8%	51.7%	28.1%	17.9%	13.1%
奈良県	23.5%	52.4%	32.4%	59.7%	21.5%	12.5%	54.4%	33.3%	20.8%	15.5%

出典：KDB システム（地域の全体像の把握）

【介護給付費の状況】



出典：KDB システム（市区町村別データ：介護給付費／介護受給者数）



出典：御杖村介護保険運営協議会資料

介護認定者の割合は県と比較すると１号認定の割合はずっと高く推移している。経年的に見ると１号認定・２号認定・新規認定ともに横ばいである。
認定者数の推移を見ると、認定者数全体が減少しており、要介護１までの軽度の介護度の認定者数が増加、要介護２以上の認定者数は減少している。１人当たりの介護給付費は年々増加しているが、全体の介護給付費の支給額は令和３年度から少し減少している。原因としては、これまで認定だけを受け実際にサービスを利用していなかった者が多かったが、適切に介護認定・サービスの利用されるようになってきたものと推察する。

【前期計画からの考察】

国保被保険者の後期への移行が加速し今後５年で特定健診の受診率の低下が見込まれるため、村民への啓発による健康意識の底上げや未受診者への受診勧奨、保健事業の周知する必要があるが、効果的に実施する方法について検討が必要である。また、生活習慣病の自覚症状が現れるまで医療機関を受診しない者が多く、ハイリスク者については今後も国保連合会と連携しながら、医療への受診勧奨や重症化予防に努めていく必要がある。

Ⅲ．計画全体

１．課題の整理【優先順位の高い順に記載】

課題１：生活習慣病の重症化予防行動を取れないことによる重度の生活習慣病の発症	
課題とする理由	・高血圧症・糖尿病などの軽度の生活習慣病の受診が増えているにも関わらず、狭心症・慢性腎臓病などの重篤な生活習慣病による入院が挙がっている。 ・HbA1ｃ7.0%以上・8.0%以上の者が年々増加しており、医療機関に結びついていない者や治療中であっても血糖コントロールが上手くできていない者が増えている可能性がある。
根拠となるデータ	・医療費の割合（入院・外来） ・高血圧 160/100mmHg 以上の者の割合 ・ＨｂA1ｃが高値の者の割合（HbA1ｃ7.0%以上・8.0%以上）
取り組みの方向性	・主治医の治療方針を確認しながら、保健指導等の介入を実施する。 ・主治医に対して指導した内容等をまとめ手紙を書く。 ・ハイリスク者に対して、健診結果に関する指導の手紙を書く。 ・生活習慣病予防のために運動の機会を提供する。

課題２：透析の導入リスクが高い者の増加	
課題とする理由	・HbA1ｃ高値の者の割合、eGFR45 未満の者の割合年々増加しているため、そのまま放置すると新規透析者が出る可能性が高い。 ・糖尿病等の治療中であるが血糖コントロールができていない者が増えている可能性がある。 ・医療費全体に占める透析の医療費の割合について減少傾向であるものの未だ高い。
根拠となるデータ	・ＨｂA1ｃが高値の者の割合（HbA1ｃ7.0%以上・8.0%以上） ・eGFR45 未満の者の割合 ・医療費全体に占める透析医療費（糖尿病治療中）の割合
取り組みの方向性	・糖尿病重症化予防 ・塩分摂取量の指導

課題３：若い世代の健康不明者の多さ	
課題とする理由	・若い世代の医療・健診の受診率が低いため、自らの健康レベルの把握が出来ていない者が多く、本人も気づかないうちに重症化することが考えられる。
根拠となるデータ	・年代別健康状態不明者の割合
取り組みの方向性	・広報による啓発や個別受診勧奨等により若い世代の特定健診の受診率を向上させ、自らの健康レベルの把握が出来ている者の増加を図る。

課題４：健診受診率の維持	
課題とする理由	・特定健診の受診率について 40 代・50 代の若い世代の受診率が低く、受診率の高い 70 代･60 代が後期に移行するため、今後さらに受診率が低下することが見込まれる。
根拠となるデータ	・年代別特定健診受診率
取り組みの方向性	・わかりやすい広報による啓発、個別受診勧奨等により健診未受診者の受診に繋げるとともに、若い世代の受診への意識を高め、国保全体の健診受診率の維持を図る。

課題５：がん検診の精密検査の受診が不確実	
課題とする理由	・がんの早期発見・早期治療のためには、精密検査の確実な受診が必要であるが、精密検査の受診率が 100%に満たない。
根拠となるデータ	・がん精密検査受診率(国保)
取り組みの方向性	・受診確認を確実に行い、受診勧奨を強化することにより精密検査の受診に確実に繋げ、がんの早期発見・治療に繋げる。

課題６：歯科の受診習慣が未定着	
課題とする理由	・特定健診の問診票の回答において「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」または「ほとんどかめない」と回答した者の割合が増加しており、歯周疾患等への罹患・悪化している者が増えている可能性がある。
根拠となるデータ	・歯科の受診率 ・特定健康診査質問票　食事をかんで食べる時の状態について「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」または「ほとんどかめない」と回答した者の割合
取り組みの方向性	・総合健診における歯科相談や国保連合会との連携により歯科の受診へと繋げ、口腔状態の悪化を予防する。

2．目的・目標

課題を解決するため、第２期計画では以下の目的・目標を設定し計画を推進していきます。

【計画全体の目的】

目　　的	指　　標	目標値
① 健康寿命を延伸する。 ② 医療費の適正化を図る。	【共】健康寿命 【共】１人あたりの医療費	延伸 減少

【目標（上記の目的を達成するために取り組むこと）】

目標	指標	目標値	主な個別保健事業
軽度の糖尿病・高血圧を早期発見し、住民自らが健康行動や受診行動を取り、重度の生活習慣病に罹患することを防ぐ	特定健康診査実施率	60%	特定健診
	メタボリックシンドローム該当者の割合	15.0%	特定健康診査実施率向上対策事業
	メタボリックシンドローム予備軍の割合	11.0%	特定保健指導事業
	160/110mmHg 以上の者の割合	3.0%	生活習慣病受診勧奨推進事業（レッドカード事業）
	（糖尿病のコックピット表） 糖尿病型の割合	10%	糖尿病重症化予防 重症化予防保健指導事業
	糖尿病未治療者の割合	5%	健康づくり推進事業（ヨガ教室・その他運動教室）
	治療中のコントロール不良者の割合	30%	
	特定保健指導実施率	60% (村は 80%)	
透析予備軍への介入を実施し、新規透析者を出さない	１保険者あたり医療費　慢性腎臓病医療費（人工透析あり・外来）	120,000 点	特定健診 特定保健指導事業
	透析患者数	2 人	生活習慣病受診勧奨推進事業（レッドカード事業）
	新規透析患者数	0 人	糖尿病重症化予防 重症化予防事業（保健指導）

特定健診の受診率を維持する。（若い世代の受診率の向上）	特定健診受診率 40～50 歳代の特定健診受診率 40～50 歳代の健康状態不明者の割合	60% 40 代：50% 50 代：60% 40 代：20% 50 代：10%	特定健康診査実施率向上対策事業 受診勧奨事業 特定健診の無償化 休日健診の実施 （がん検診との同時実施）） 若年者健診（30 代健診の実施。令和 6 年度からは 20 代の追加も検討）
がん罹患者を早期発見し早期治療につなげる	がん検診精密検査受診率	100%	がん健診精密検査受診勧奨
歯科の受診習慣をつけ、口腔状態の悪化を防ぐ	歯科の受診率 特定健診問診において「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」または「ほとんどかめない」と回答した者の割合	190% 15%	歯科相談 歯科受診勧奨事業
適正服薬・後発医薬品利用を促進させる	重複・多剤・併用禁忌投薬者数 後発薬品利用率	重複:20 人 多剤：2 人 80%	重複多剤・併用禁忌投薬対策事業 後発薬品利用促進事業
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を推進させる	要介護認定者率(1 号認定) 新規要介護認定者の割合 健康状態不明者の割合 低栄養の集計人数 身体的フレイルの集計人数	23.0％ 0.2% 5% 3 人 30 人	一体的実施の推進にかかる事業 ・健診結果説明会におけるハイリスク者の受診勧奨事業 ・健康不明者把握事業（健診・医療の受診勧奨） ・フレイル予防講演会

Ⅳ．個別保健事業

１．特定健康診査事業（受診率向上対策事業・若年者健診を含む）

目的

平成 20 年度より、生活習慣病の原因となるメタボリックシンドロームを対象にした特定健康診査・特定保健指導が保険者に義務づけられた。
御杖村においても、特定健康診査等実施計画に基づき実施されており、県内では上位の受診率を保持しており、一時、60.6%（令和１年度）と、国の目標６０％を達成するも、コロナ禍以降は受診率が下降している。今後、受診意識の高い年齢層が後期高齢医療保険制度へ移行することが予測されるため、受診率の維持とともに、若年者を中心とした新規受診者数を増やし、受診率の向上を図る必要がある。
そこで、メタボリックシンドロームおよびそれに伴う生活習慣病の予防と早期発見を目指した特定健康診査・特定保健指導をすすめるため、受診勧奨等の取り組みを行うことで、特定健康診査の受診率の向上を目指す。また、健診結果から受診者自らが健康状態を自覚し、生活習慣改善に繋げることを目的とする。

内容

国保連合会との共同保健事業

１．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対象
実施時期 内容	８月　対象者へ勧奨ハガキを送付 １１月下旬から１２月　上記対象者の受診確認を実施 １２月下旬　再勧奨のハガキを送付

村独自事業

２．健診自己負担金の無償化

対　　象	若年者（30～39 歳）、40～74 歳の健診受診者
実施時期 内容	７月　集団健診（3 日間（休日含む）がん検診と同時実施） 8 月～1 月末　個別健診（40～74 歳の受診者のみ） ・健診自己負担金一律 0 円

３．休日健診の実施（がん検診と同時実施）

対　　象	若年者（30～39 歳）、40～74 歳の健診受診者
実施時期 内容	７月　集団健診 3 日間の内、１日間休日健診を行う

評価指標

区分	指標	目標値
アウトカム	・特定健診受診率 ・若年者健診受診率	60% 60%
アウトプット	・受診勧奨送付率 ・新規健診受診者数 ・休日集団健診の実施回数	100% 5 人/年 １回/年

	プロセス・ストラクチャー	・予算、集団健診時の人員、体制は適切であったか。 ・特定健康診査の実施方法、回数、場所、内容は適切であったか。 ・国保連合会の説明会に参加、必要時連携ができたか。 ・受診勧奨時期、方法が適切であったかを関係課で連携し検討を行う(年1回) ・以下について、毎年状況把握していく。 受診勧奨者の受診率/休日集団健診の受診者数/40歳未満者の受診率

2．特定保健指導事業・結果説明会・早期介入保健指導事業・重症化予防事業

目的

平成20年度より、生活習慣病の原因となるメタボリックシンドロームを対象にした特定健康診査・特定保健指導が保険者に義務づけられた。特定保健指導は、指導が必要な者へ保健師等による指導を行い、メタボリックシンドロームの改善を図るものである。御杖村においても、特定健康診査等実施計画に基づき実施されているが、実施率は56.3%(令和 3 年度)と県の目標 60%を下回っている。　特定保健指導対象者への指導機会や介入方法等の検討を行うことで実施率の向上を図りメタボリックシンドロームによる心疾患・脳卒中・透析等を防ぐ。

内容

1．特定保健指導

対　　象	特定保健指導対象者
実施時期 内容	8月　対象者抽出 8月下旬から10月　初回面接 初回面接から1か月後　その後の状況確認（電話B） 〃　　3か月後　その後の状況確認と保健指導（電話A） 1月　電話による生活状況の確認（電話B） 2月　6か月後採血と保健指導（面談A） 3月　採血結果の説明と保健指導（面談A） 6か月後評価

村独自事業

2．結果説明会

対　　象	特定健診受診者
実施時期 内容	8月下旬から9月上旬 村内各所に出向き個別で保健師・栄養士による特定健診の結果説明を行い、生活習慣改善のための保健指導とハイリスク者への医療機関への受診勧奨を実施する。

3．早期介入保健指導

対　　象	30歳から39歳までの若年者健診の受診者
実施時期 内容	7月　特定健診と同時実施で若年者健診を実施 8月　対象者抽出（特定保健指導対象者と同条件で抽出） 8月下旬から10月　初回面接

<table>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><td></td><td>初回面接から１か月後　その後の状況確認（電話 B）
〃　　３か月後　その後の状況確認と保健指導（電話 A）
１月　電話による生活状況の確認（電話 B）
２月　６か月後採血と保健指導（面談 A）
３月　採血結果の説明と保健指導（面談 A）
６か月後評価</td></tr>
</table>
４．重症化予防保健指導事業
<table>
<tr><td>対　　象</td><td>特定健診の結果で血圧・HbA1ｃ・尿蛋白・eGFR・中性脂肪等・LDL コレステロールの値が高い者</td></tr>
<tr><td>実施時期
内容</td><td>８月下旬　対象者の抽出
９月　結果説明会に参加しなかった者：健診結果の評価と生活習慣の改善点を記載した手紙を送付
12 月　結果説明会や手紙を送付したその後の状況確認と保健指導</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>評価指標</td><td>
<table>
<tr><th>区分</th><th>指標</th><th>目標値</th></tr>
<tr><td>アウトカム</td><td>・利用者の改善割合(腹囲２センチ、体重２Kg 減量割合)

・特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率

・有所見者の割合
HbA1c5.6%以上
収縮期血圧 130 mmHg 以上
拡張期血圧 85mmHg 以上
HDL-C 40mg/dl 未満
中性脂肪 150mg/dl 以上
LDL-C 120mg/dl 以上
eGFR45 未満

・メタボリックシンドローム該当者・予備軍該当者割合</td><td>20%

5%

HbA1ｃ：50%
収縮期血圧 55%
拡張期血圧：30%
HDL コレステロール：5%
中性脂肪：14%
LDL コレステロール：40%
eGFR：25%

該当者：15%
予備軍：10%</td></tr>
<tr><td>アウトプット</td><td>・特定保健指導実施率
・利用勧奨受診率(数)</td><td>80%
100%</td></tr>
<tr><td>プロセス・ストラクチャー</td><td colspan="2">・予算、人員、体制は適切であったか。
・特定保健指導の実施方法、回数、場所、内容は適切であったか。
・委託医療機関との連携の程度（打合せ１回実施）
・担当部門との連携状況（連絡会３回実施）</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

3．糖尿病性腎症重症化予防対策事業

目的

国および奈良県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、糖尿病性腎症の重症化リスクの高い者に対して医療機関への受診勧奨や保健指導等を行うことで、人工透析や関連疾病発症予防につなげ、対象者の QOL の維持・向上を図る。

御杖村においても、平成 27 年度から取り組みを実施しているが、年々重症化リスクの高い対象者が増加傾向であり、継続して取り組んでいく。

内容

国保連合会との共同保健事業

1．糖尿病性人証重症化予防対策事業（受診勧奨事業）

対　　象	①過去に糖尿病受診歴があるが、半年間受診中断している対象 ②特定健康診査でHbA1c値が７％以上でかつ糖尿病未治療の対象
実施時期 内容	①12 月対象選定し、１月受診勧奨ハガキを送付する ②毎月対象者を選定し、受診勧奨通知を送付（レットカード事業の一部に含んで実施）

2．糖尿病性人証重症化予防対策事業（保健指導事業）

対　　象	国保事務支援センターが定める対象（糖尿病治療中で、かつ前年度特定健診受診結果から糖尿病性腎症重症化予防のリスクが高い対象）
実施時期 内容	～７月　　対象者選定作業 ９～２月　保健指導実施(業者委託による) ・保健師等の専門職による約６か月間の保健指導 ・面談３回、電話支援４回、医師への報告書送付３回

評価指標

区分	指標	目標値
アウトカム	・保健指導参加者の検査値の変化（HbA1c、BMI、血圧）	HbA1c：0.5%低下 BMI：2 ポイント減少 血圧：4mmHg 低下
	・受診勧奨者の医療機関受診割合	80%
	・HbA1c8.0％以上の者の割合	1.5%
	・新規人工透析導入患者数	０人
アウトプット	・受診勧奨者数(率)	100%
	・保健指導実施者数	80%
プロセス・ストラクチャー	・予算、人員、体制は適切であったか。 ・対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。 ・評価方法は適切であったか（保健指導参加者の翌年度に検査値の把握方法、時期） ・医療機関や委託業者、県等の連携（打合せ１回/年実施） ・担当部門との連携状況（連絡会１２回／年実施）	

４．生活習慣病重症化予防対策事業（歯科受診勧奨推進事業も含む）

目的

高血圧、脂質異常等の生活習慣病の放置は、脳血管疾患や循環器疾患などを発症する可能性が高い。特定健診結果でそのリスクが高く、かつ未治療の対象者へ受診勧奨を行うことで、治療に結び付け、重症化を予防する。

また、口腔機能の低下は生活習慣病のリスクが高まることが指摘されており、平成３０年度から特定健康診査の標準的な質問票に歯科口腔に関する項目が追加された。口腔機能に問題があることが想定される者へ受診勧奨を行うことで、早期発見・治療につなげ、口腔機能を維持・向上させることで、生活習慣病のリスクを低減させる。

内容

国保連合会との共同保健事業

１．レットカード事業

対　　象	特定健康診査の結果から各検査値の勧奨基準に該当しかつ該当の治療歴がないもの（生活習慣病の重症未受診者）を抽出し、受診勧奨カードと受診勧奨通知書を対象者に送付する 【高血圧・高血糖・高コレステロール・高中性脂肪・慢性腎臓病・口腔機能】
実施時期 内容	① 受診勧奨 毎月　対象者選定し受診勧奨通知を送付 ② 再勧奨 年度末　勧奨者でなお未受診の対象に再勧奨通知の送付

２．歯科受診勧奨推進事業

対　　象	特定健康診査の質問票で咀嚼能力に関する質問項目に対し「歯や歯ぐき、かみ合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」と回答した者、かつ、特定健康診査受診年月日から遡って 13 か月間歯科医療機関未受診の者。
実施時期 内容	毎月　対象者選定し受診勧奨通知を送付

村独自事業

３．こころと体の健康教室

対　　象	全村民
実施時期 内容	柔道整復師によるヨガ教室の開催　（３回／年）

４．歯科相談

対　　象	総合健診（特定健診とがん検診の合同実施）の受診者で希望する者
実施時期 内容	７月　総合健診時に歯科衛生士による口腔チェックと歯科保健指導・歯科健診、歯科医院受診の勧奨を実施する。

評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	・勧奨者の医療機関受診者割合 ・健診受診者のうち未治療者割合（※血圧 160/100 ㎜Ｈｇ以上、HbA1c7.0%以上、LDL180 ㎎/dℓ以上、中性脂肪 500 ㎎/dℓ以上、eGFR45 未満/特定健診受診年度ごとで評価） ・特定健診問診結果における「かみにくいことがある」、「ほとんどかめない」者の割合	60% 血圧：０％ HbA1ｃ:０％ LDL：０％ 中性脂肪：０％ eGFR：10% 15%
	アウトプット	・受診勧奨率	100%
	プロセス・ストラクチャー	・予算、人員、体制は適切であったか。 ・対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。 ・評価方法は適切であったか（受診確認方法、時期） ・担当部門との連携状況（連絡会 12 回実施）	

５．がん検診精密検査受診率向上対策事業

目的

がんは御杖村において、医療費を多く占める疾患である。そのため早期発見・早期治療につなげるためにがん検診における精密検査を確実に受診することが重要である。がん検診については、衛生部門（保健福祉課）が実施しており、連携を図りながら取り組んでいく。

内容

村独自事業

１．がん検診精密検査受診勧奨事業

対象者	内容・方法
がん検診要精密検査者	・要精検者で医療機関からの報告のない者に確認を行い、未受診の場合は受診勧奨をする ・がん検診要精検者が、医療機関を受診しやすいような体制整備

評価指標

区分	指標	目標値
アウトカム	・がん検診精密検査受診率	100%
アウトプット	・がん検診受診率	胃がん：35% 肺がん：50% 大腸がん：45%

		・未把握者数	乳がん:40% 子宮頸がん:30% 0人
	プロセス・ストラクチャー	・受診勧奨方法（文書の郵送）は適切であったか。 ・再勧奨の方法（文書・電話・対面等）の適切であったか。 ・再勧奨時期の適切であったか。(12・2月頃) ・マンパワーは確保できているか（がん検診従事保健師1名） ・精検可能な医療機関数	

6．適正受診・適正服薬促進事業（重複多剤・併用禁忌投薬対策事業）

目的

重複受診、頻回受診、重複服薬、多剤投与（ポリファーマシー)、併用禁忌は、医療費適正化の観点だけでなく、薬の副作用を予防する点からも重要である。また保険者努力支援制度や医療費適正化計画でも重点的な取組とされている。対象に対して通知や電話勧奨等を行うことで、適正受診・適正服薬を促す。

内容

国保連合会との共同保健事業

1．重複投薬・多剤投薬・併用禁忌対象者への注意喚起文書の送付

対　　象	一定の要件の対象者(重複、多剤、併用禁忌投薬者)
実施時期 内容	6～7月　対象者選定 8～9月　注意喚起文書および投薬実績を対象へ送付

2．重複・多剤投薬対象者への電話による状況確認

対　　象	一定の要件の対象者(重複、多剤投薬者)
実施時期 内容	6～7月　対象者選定 9～10月　電話による状況確認

村独自事業

3．広報紙への掲載（1回/年）

対　　象	国保被保険者世帯を主とする全世帯
実施時期 内容	実施時期：6月頃 内容：重複受診、頻回受診、重複服薬、多剤投与（ポリファーマシー)、併用禁忌に関する内容を、村の広報誌に掲載する

評価指標

区分	指標	目標値
アウトカム	・送付者の改善割合(年度末に評価)	30%
	・同一月内に複数の医療機関を受診し、重複処方が発生した者の割合（人数）	20人

		・同一月内に 9 以上の薬剤の処方を受けた者の割合（人数）	2 人
	アウトプット	・広報誌への掲載回数 ・注意喚起文書送付率 ・電話で状況確認率	1 回／年 100% 100%
	プロセス・ストラクチャー	・予算、人員、体制は適切であったか。 ・対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。 ・評価方法は適切であったか（確認方法、時期） ・国保連合会、担当課との連携状況（連絡会 1 回実施）	

7．後発医薬品使用促進事業

目的

国は、後発医薬品使用割合の目標を 80%と掲げている。御杖村では 80.5%であり、目標を達成している状況である。この数値を維持するため、後発医薬品の使用促進にかかる啓発、後発医薬品差額通知書の送付等を実施することで、後発医薬品の利用を促進し、利用率を高めることを目的とする。

内容

国保連合会との共同保健事業

1．後発医薬品差額通知の送付（4 回/年）

対　　象	国保被保険者世帯
実施時期 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 歳未満通知書対象外 通知対象医薬品：全て（注射薬を除く）

2．差額通知を受けての相談窓口の設置（国民健康保険団体連合会）

対　　象	国保被保険者世帯
実施時期 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

3．啓発物品の配布（啓発品、後発医薬品希望シール等）

対　　象	国保被保険者世帯
実施時期 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貼付するもの。12 月頃に各市町村に納品

<table>
<tr><td>評価指標</td><td>
村独自事業
4．広報紙への掲載（1 回/年）
<table>
<tr><td>対　　象</td><td>国保被保険者世帯を主とする全世帯</td></tr>
<tr><td>実施時期
内容</td><td>実施時期：６月頃
内容：後発医薬品使用促進に関する内容を、村の広報誌に掲載する</td></tr>
</table>
<table>
<tr><th>区分</th><th>指標</th><th>目標値</th></tr>
<tr><td>アウトカム</td><td>・後発品使用割合</td><td>増加</td></tr>
<tr><td>アウトプット</td><td>・差額通知率

・後発医薬品希望シール配布率

・広報誌への掲載回数</td><td>対象全数・100％

全世帯・100％

１回/年</td></tr>
<tr><td>プロセス・
ストラクチャー</td><td colspan="2">・実施方法、実施時期は適切であったか。(4 回／年)
・評価方法は適切であったか（確認方法、時期）
・村国保診療所との連携回数（会議や相談回数）</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="2">８．高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する事業</th></tr>
<tr><td>目的</td><td>高齢化が進む中、高齢者の要介護者の増加が問題となっている。高齢者の要介護状態やフレイルの予防を目指し、市町村において、地域包括ケアとともに保健事業と介護予防の一体的実施が推進されている。
御杖村においても、令和６年度から一体的実施に関する保健事業の取り組みを開始する予定である。
関係課と連携をはかりながら、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの双方の保健事業に取り組み、高齢者の健康状態を改善することを目的とする。</td></tr>
<tr><td>内容</td><td>
ハイリスクアプローチ
１．健診結果説明会の実施
<table>
<tr><td>対　　象</td><td>後期高齢者健診の受診者でフレイルのハイリスク者</td></tr>
<tr><td>実施時期
内容</td><td>８月下旬から９月上旬
低栄養・口腔・筋力低下・生活習慣病等の重症化予防に関わる保健指導・必要時は受診勧奨を実施。</td></tr>
</table>
２．健康状態不明者への相談事業
<table>
<tr><td>対　　象</td><td>健診・医療の未受診者</td></tr>
<tr><td>実施時期
内容</td><td>健康状態不明者に対して、健康相談や電話・手紙による受診勧奨を実施する。</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

ポピュレーションアプローチ

3．通いの場での健康相談・健康教室

対　　象	通いの場の参加者
実施時期 内容	地域の通いの場において医師・栄養士等の専門職によるフレイル予防の健康相談・健康教室を実施。 後日健康教室で習得した知識を日常生活に活用しているか等アンケートを実施する。

評価指標

区分	**指標**	**目標値**
アウトカム	・要介護認定者率(１号認定)	23.0%
	・新規要介護認定者の割合	0.2%
	・健康状態不明者の割合	5%
	・低栄養の集計人数	3 人
	・身体的フレイルの集計人数	30 人
アウトプット	・保健指導実施数	30 人
	・通いの場の数・参加人数	１箇所、　10 人
プロセス・ストラクチャー	・人員(専門職の確保)、予算、体制 ・事業の内容は適切であったか(年 1 回参加者の意見をアンケートで確認、担当者間で協議) ・他部門(介護担当課)との連携・役割分担は適切であったか（１回/年）	

1．計画の評価・見直し

計画の評価については、計画（Plan）に基づき、保健事業等を実施（Do）したことに対し、達成状況をはじめ、有効性、効率性等の観点から評価（Check）を行い、その評価結果をもとに保健事業等の見直しや 改善を行う（Action）とともに、次期計画に反映させる PDCA サイクルに基づき行っていく。なお、令和 6 年（2024）から令和 8 年（2026）までを前期計画期間、令和 9 年（2027）から令和 11 年（2029）までを後期計画期間として位置付け、前期計画期間の PDCA サイクルにより後期計画に見直しを行っていく。なお、PDCA サイクルにあたっては、御杖村国民健康保険運営協議会、健康づくり推進協議会等の意見聴取を適宜行うこととする。

2．計画の公表・周知

策定した計画は、村ホームページにて掲載、簡易版を村内広報誌へ掲載

3．個人情報の取扱い

データヘルス計画に基づく事業の実施に当たり取り扱う個人情報は、特定健康診査等の結果や診療報酬明細書（レセプト）など一人ひとりの健康に係る最も個人的な情報であり、慎重かつ厳重な取扱いが求められる。個人情報の取扱いに関しては、個人情報の保護に関する法律、これに基づくガイドライン及び御杖村個人情報保護法施行条例の関係法令を遵守する。また、保健事業等を外部委託する場合は、個人情報の厳格な管理や目的外利用の禁止等を契約書に定め、委託先の厳重な管理体制を確保する。

Ⅴ．評価指標一覧【アウトカムとアウトプット値の推移】

別紙参照