

---

第 3 期  
山添村保健事業実施計画  
(国保データヘルス計画)

【2024年度 ～ 2029年度】

令和6年3月

---

## 目 次

### 1 章 第 2 期データヘルス計画の評価

#### I. 計画全体の評価

#### II. 個別保健事業の評価

### 2 章 第 3 期データヘルス計画

#### I. 基本的事項

1. 計画の趣旨
2. 計画期間
3. 実施体制・関連計画との連携
4. 共通指標について

#### II. 現状の整理

#### III. 計画全体

#### IV. 計画の目的・目標

#### V. 個別保健事業

1. 特定健康診査事業（実施率向上対策事業）
2. 特定保健指導策事業
3. 30歳代からの健診及び特定保健指導事業
4. 特定健診継続受診対策 健診結果説明会事業
5. 糖尿病性腎症重症化予防対策事業
6. 生活習慣病重症化予防対策事業
7. がん検診（受診率向上対策事業）
8. 適正受診・適正服薬促進事業（重複多剤・併用禁忌投薬対策事業）
9. 後発医薬品使用促進事業
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

### 3 章 計画の評価方法・見直し

#### I. 計画

1. 計画の評価・見直し
2. 計画の公表・周知
3. 個人情報の取扱い

#### II. 評価指標一覧（アウトカムとアウトプット値の推移）

## 第 1 章 第 2 期データヘルス計画の評価

# I. 計画全体の評価

## ◆計画全体の目的

生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進・糖尿病の発症や重症化予防を目的として、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用し、PDCA サイクルに沿った効果的な保健事業の実施を図ることができるよう本計画を策定した。

## ◆計画全体の指標と評価

| 目 標<br>指 標 (例)        | 目標値 | 指標の変化            |                  |                  |                           |    | 評価 |
|-----------------------|-----|------------------|------------------|------------------|---------------------------|----|----|
|                       |     | R1               | R2               | R3               | R4                        | R5 |    |
| 健康寿命 (65 歳時平均自立期間)・男性 | 延伸  | 77.2<br>【80.4】   | 79.5<br>【80.4】   | 79.6<br>【80.7】   | 76.6<br>【81.0】            | —  | C  |
| 健康寿命 (65 歳時平均自立期間)・女性 | 延伸  | 83.9<br>【84.2】   | 84.3<br>【84.1】   | 83.4<br>【84.4】   | 84.0<br>【84.6】            | —  | C  |
| メタボリックシンドロームの該当者の割合   | 減少  | 11.1%<br>【17.4%】 | 16.9%<br>【18.9%】 | 15.9%<br>【18.8%】 | 17.2%<br>【18.6%】<br>(暫定値) | —  | D  |
| メタボリックシンドローム予備群の割合    | 減少  | 17.1%<br>【11%】   | 14.4%<br>【11.4%】 | 14.9%<br>【11.2%】 | 15.8%<br>【10.9%】<br>(暫定値) | —  | D  |

【 】は、奈良県データ

出典：健康寿命・・・国保データ(KDB)システム

メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合・・・法定報告

## ◆評価について

- それぞれの評価指標について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て判定。  
(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)
- 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成要因の検証を実施しました。
- 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・方向性を示しました。

| 評価判定 |                    | 判定方法                                               |
|------|--------------------|----------------------------------------------------|
| A    | 目標達成               | 目標値に到達                                             |
| B    | 目標値に達していないが改善傾向にある | 最小変化範囲 (※) 以上の改善<br>(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<br>(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                               |

(※)「最小変化範囲」とは、「ベースライン値から目標値に向けて原則 30% 以上の改善」もしくは「ベースライン値から相対的に原則 5 % 以上の悪化」とする

◆指標毎の評価に対する要因等のまとめ

・健康寿命

令和1年からの本村の推移を見てみると男女ともにバラツキが見られ、県に比べて低い状況である。

生活習慣病予防や重症化予防の保健事業に取り組んでおり、今後も継続する中で村民の健康寿命延伸につながる事業の展開及び取り組みが必要である。

・メタボリックシンドローム該当者の割合

メタボリックシンドローム該当者は、県に比べ低いものの令和2年に急増し、その後も増加傾向がみられる。その要因としては、新型コロナウイルス感染症の流行により、感染症予防対策として外出を自粛した方が増え、ストレスやエネルギー摂取過多、運動不足から増えたのではないかと考えられる。また、感染対策のため保健事業を縮小していた期間もあり、対象者への介入ができていなかったことも要因として考えられる。

令和5年5月からは、新型コロナウイルス感染症の感染症法の位置づけが5類に変更されたことから必要な感染症対策を講じながら保健事業をすすめていく。

・メタボリックシンドローム予備群の割合

本村のメタボリックシンドローム該当者は、県と比べて低いが、年々増加傾向である。メタボリックシンドローム予備群は、令和1年をピークにその後若干減ったが、県に比べ高い割合で経過している。

要因、次期計画の方向性については、上記と同じ。

## II. 個別保健事業の評価

### 1. 特定健康診査および受診勧奨事業

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               |          |             |              |             |              |              |    |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------|-------------|--------------|-------------|--------------|--------------|----|
| 目 的          | 「山添村国民健康保険特定健康診査等実施計画」に基づき、メタボリックシンドロームに着目した検査項目の健康診査を実施し、生活習慣病の早期発見と予防、被保険者の QOL（健康寿命の延伸及び生活の質）の維持向上を図り、医療費の適正化を目的とする。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |          |             |              |             |              |              |    |
| 事業内容         | <p>平成 20 年度 4 月から医療保険者に義務付けられたメタボリックシンドロームに着目した健康診査を、集団健診で、がん検診と同時実施する。</p> <p>また、受診勧奨については、保健推進員による健診案内の配布及び啓発や新規 40 歳の方に保健師が個別に電話勧奨を行う。</p> <p>【特定健診】</p> <p>対象者：40 歳～74 歳の被保険者</p> <p>方 法：集団健診・・・保健福祉センターで 7 月末～8 月上旬、年 9 日実施<br/>個別健診・・・令和 2 年度から集団健診終了後に転入された方のみ実施<br/>令和 4 年度から集団健診未受診者に対して実施</p> <p>【受診勧奨】</p> <p>① 保健推進員による勧奨</p> <p>対象者：40 歳～74 歳の被保険者</p> <p>方 法：保健推進員が健診申込用紙を配布しながら受診勧奨を行い、申込用紙を回収する。※令和 2 年まで実施し、コロナウイルス感染拡大後は郵送。</p> <p>② 電話勧奨</p> <p>対象者：新規 40 歳の被保険者</p> <p>方 法：無料クーポンを配布。特定健診の申し込みがなかった方に対し保健師が個別に電話で受診勧奨を行う。</p> |               |          |             |              |             |              |              |    |
| 評 価          | 指 標                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               | 目標値      | 指標の変化       |              |             |              |              | 評価 |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               |          | R1          | R2           | R3          | R4           | R5           |    |
| アウトカム        | 特定健診受診率<br>(出典：法定報告)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               | 60%      | 50.7%       | 47.7%        | 51.5%       | 51.7%        | 暫定値          | C  |
|              | 新規<br>40 歳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 受診率<br>(受診人数) | 50%<br>— | 0%<br>(0 人) | 50%<br>(4 人) | 0%<br>(0 人) | 50%<br>(3 人) | 20%<br>(2 人) | D  |
| アウトプット       | 集団健診実施回数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               | —        | 9 回         | 9 回          | 9 回         | 9 回          | 9 回          | E  |
|              | 新規 40 歳受診勧奨<br>実施率                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               | —        | 100%        | 100%         | 100%        | 100%         | 100%         | E  |
| 成功要因<br>未達要因 | <p>令和 2 年度は、新型コロナウイルス感染症による感染拡大の影響を受けたためか受診率が 47.7%と一時的に低くなったが、令和 3 年度には 51.5%に回復している。新型コロナウイルス感染症が感染拡大する中、1 回の受付人数を少なくし、実施時間を延長するなど、感染予防対策を工夫し受診者が安心して受けていただける体制を整えたことが受診率の回復につながったと考える。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |          |             |              |             |              |              |    |

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 | <p>令和 2 年度から集団健診後に転入された方を対象に個別健診を実施し、令和 2 年・3 年度に各 1 名の受診があった。令和 4 年度からは集団健診未受診者に対して、個別健診を実施したが受診者は、令和 4 年度 338 人中 3 人であった。</p> <p>新規 40 歳の受診率は、令和 2 年度・4 年度は目標を達成できている。個別に勧奨を行うことで、受診につながったケースもみられた。</p> <p>目標である特定健診受診率 60 %の達成に向け、健診の実施体制及び未受診者対策について見直しが必要である。</p>                                                                                                         |
| 効果があった<br>取組    | <p>新規 40 歳の方に保健師が個別に受診勧奨することで人数は少ないが受診行動につながった。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 見直しが必要な<br>取組   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・集団健診 <p>新型コロナウイルス感染症の感染拡大により保健推進員による地域での申し込みの配布及び受診勧奨事業を中止したことにより、令和 2 年度から郵便による申込の配布、令和 4 年度からは、広報（折り込みチラシ）での申し込み方法に変更した。対象者の受診意識を高めるような啓発内容の検討や健診を家族・地域ぐるみで受けようという意識向上を図る取り組みについて検討が必要。</p> </li> <li>・個別健診 <p>健診機会を広げるために令和 4 年度から集団健診終了後に未受診の方を対象に個別健診の案内を送付したが受診者は少なかった。</p> <p>未受診理由を把握し、受診行動につながる取り組みについて検討が必要。</p> </li> </ul> |
| 課題・次期計画の<br>方向性 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・受診率は、50 %前後の横ばいであり、さらなる受診率の向上、目標値達成に向けて取り組んでいく。</li> <li>・次期計画では、「特定健診受診率向上対策事業」と名称を変更し、事業を実施していく。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                          |

## 2. 特定保健指導

|                 |                                                                                                                                                       |     |       |       |       |       |       |    |    |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|----|----|
| 目 的             | 「山添村国民健康保険特定健康診査等実施計画」に基づき、特定健診の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が期待できる方に対して、保健師・栄養士等が生活習慣見直しにつながるサポートを行い、生活習慣病予備群の健康状態を改善する。                  |     |       |       |       |       |       |    |    |
| 事業内容            | 特定健診の結果、「積極的支援」「動機づけ支援」の対象者に対して4～5か月間、生活習慣改善に取り組めるよう保健指導を行う。<br>特定保健指導未利用者に対しては、対面・電話などで利用勧奨を行う。                                                      |     |       |       |       |       |       |    |    |
| 評 価             | 指 標                                                                                                                                                   | 目標値 | 指標の変化 |       |       |       |       |    | 評価 |
|                 |                                                                                                                                                       |     | H30   | R1    | R2    | R 3   | R4    | R5 |    |
| アウトカム           | 特定保健指導該当者<br>(積極的支援)の割合<br>(出典：法定報告)                                                                                                                  | 未設定 | 1.6%  | 2.9%  | 4.2%  | 2.1%  | 2.6%  | —  | E  |
|                 | 特定保健指導該当者<br>(動機づけ支援)の割合<br>(出典：法定報告)                                                                                                                 | 未設定 | 9.6%  | 9.7%  | 7.5%  | 8.0%  | 7.3%  | —  | E  |
| アウトプット          | 特定保健指導終了率<br>(出典：法定報告)                                                                                                                                | 60% | 32.6% | 41.7% | 45.2% | 31.6% | 26.3% | —  | C  |
| 成功要因<br>未達要因    | 特定保健指導終了率は、目標の60%を達成できていない。<br>未利用者に対して勧奨を行ったが、「忙しいから」「以前に利用したことがあるから」等といった理由でなかなか利用につなげられない。                                                         |     |       |       |       |       |       |    |    |
| 効果があった<br>取組    | 保健指導利用者は、継続的に栄養士や保健師の支援により生活習慣改善に取り組まれメタボリックシンドロームの改善につながったケースもある。<br>保健指導未利用者に対して、対面または電話で勧奨を行うとともに、実施日程について対象者に合わせ支援計画を変更し対応していくことで利用につながったケースもあった。 |     |       |       |       |       |       |    |    |
| 見直しが必要な<br>取組   | 特定保健指導終了率が、目標値に達成できていないことから利用促進につながるような啓発方法や実施体制について見直しが必要。                                                                                           |     |       |       |       |       |       |    |    |
| 課題・次期計画の<br>方向性 | 特定保健指導の実施効果を評価する指標を追加するとともに、利用率の向上につながる啓発方法や保健指導体制を整え、継続して取り組んでいく。                                                                                    |     |       |       |       |       |       |    |    |



### 3. 30 歳代からの健診及び保健指導

|                 |                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                |                |               |                 |                |                |    |  |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|----------------|---------------|-----------------|----------------|----------------|----|--|
| 目 的             | 30 歳代から健診を受けることで、健康意識の向上を図るとともに継続受診につな<br>げていく。また、健診結果で特定保健指導対象者と同等の方に対して保健指導を行<br>うことにより、早期からの生活習慣病の改善を図る。                                                                                                                                  |                  |                |                |               |                 |                |                |    |  |
| 事業内容            | 30 歳代健診を実施し、健診結果において特定保健指導該当者と同等であったもの<br>に保健指導を行う。<br>【30 歳代健診】<br>対象者：30 歳代の被保険者<br>方 法：集団健診・・保健福祉センターで 7 月末～8 月上旬、年 9 日実施<br>【保健指導】<br>対象者：30 歳代健診を受けた者のうち特定保健指導対象者基準に該当するもの<br>方 法：保健師又は栄養士等が 4 ～6 か月間、保健指導を継続して行う<br>初回面談→電話支援・面談等→最終面談 |                  |                |                |               |                 |                |                |    |  |
| 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           | 30 歳代被保険者<br>の受診率<br>(受診人数)                                                                                                                                                                                                                  | 未設定              | 17.6<br>(10 人) | 21.1<br>(12 人) | 18.4<br>(9 人) | 23.4%<br>(11 人) | 19.4%<br>(7 人) | 10.3%<br>(3 人) | E  |  |
|                 | 30 歳代健診実施<br>回数                                                                                                                                                                                                                              | 未設定              | 9 回            | 9 回            | 9 回           | 9 回             | 9 回            | 9 回            | E  |  |
|                 | 30 歳代保健指導<br>参加率                                                                                                                                                                                                                             | 未設定<br>参加/対<br>象 | 0%<br>0/1      | 0%<br>0/1      | 0%<br>0/0     | 0%<br>0/1       | 0 %<br>0/0     | 50%<br>1/2     | E  |  |
| 成功要因<br>未達要因    | 30 歳代被保険者の健診受診率は、20%前後で推移している。目標値の設定ができ<br>ていなかったため評価困難とする。<br>保健指導参加率は、低いため実施方法について見直しが必要である。                                                                                                                                               |                  |                |                |               |                 |                |                |    |  |
| 効果があった<br>取組    | 30 歳代の被保険者に対し健診機会を設けることは、40 歳以降の継続受診につな<br>がっている。                                                                                                                                                                                            |                  |                |                |               |                 |                |                |    |  |
| 見直しが必要な<br>取組   | 30 歳代被保険者の健診受診率の目標設定および受診率を向上につながるような<br>取り組みについて見直しが必要。                                                                                                                                                                                     |                  |                |                |               |                 |                |                |    |  |
| 課題・次期計画の<br>方向性 | 30 歳代健診及び保健指導については、早期介入という点で重要な事業であり、若<br>い世代からライフスタイルに健診の必要性定着するように勧奨方法を検討してい<br>く。                                                                                                                                                         |                  |                |                |               |                 |                |                |    |  |

#### 4. 糖尿病性腎症重症化予防プログラム事業 受診勧奨・保健指導

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |       |            |            |            |              |    |    |  |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|------------|------------|------------|--------------|----|----|--|
| 目 的             | <p>【受診勧奨】</p> <p>糖尿病が重症化するリスクの高い受診中断者に対して、関係機関からの適切な受診勧奨を実施することで、受診に結びつけ、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することを目指す。</p> <p>【保健指導】</p> <p>糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化リスクの高いものに対して、主治医の判断により保健指導対象者を選定し、保健指導を行うことで、腎不全、人工透析への移行を防止する。</p>                                      |     |       |            |            |            |              |    |    |  |
| 事業内容            | <p>【受診勧奨】</p> <p>レセプトデータにより、昨年度糖尿病の服薬歴があるが当該年度（9月診療分まで）に受診歴がない者（糖尿病受診中断と考えられる者）を対象に受診勧奨の通知を送付する。</p> <p>【保健指導】</p> <p>前年度の特定健診の結果により、2型糖尿病で腎機能が低下している者を対象に、かかりつけ医の同意、本人の同意をもとに継続した保健指導を実施する。指導期間中は糖尿病連携手帳等を用いて、かかりつけ医と保健指導実施者の間で、対象者の検査値や療養の状況について情報共有を実施しながら保健指導を行う。</p> |     |       |            |            |            |              |    |    |  |
| 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           | 糖尿病性腎症重症化予防保健指導該当者の人数<br>（出典：医療費分析システムからの抽出※）                                                                                                                                                                                                                             | —   | —     | 6          | 4          | 3          | 1            | 3  |    |  |
| アウトプット          | 医療機関受診率                                                                                                                                                                                                                                                                   | —   | —     | 50%<br>1/2 | 25%<br>1/4 | 25%<br>1/4 | 33.3%<br>2/6 |    |    |  |
|                 | 保健指導参加者                                                                                                                                                                                                                                                                   | —   | —     | 2          | 0          | 1          | 0            | 1  |    |  |
| 成功要因<br>未達要因    | 糖尿病性腎症重症化予防保健指導該当者の人数が一定数いる。要因としては、受診勧奨対象者の医療機関の受診につながっていないことが考えられる。<br>参加率が低い要因として、事業対象者のなかに県外医療機関が主治医の方がおられたが、令和2年度まで国保連合会の要項上、協力依頼ができなかったことが要因のひとつと考えられる。                                                                                                              |     |       |            |            |            |              |    |    |  |
| 効果があった<br>取組    | 主治医と連携することで、治療と生活改善の両面から重症化リスクが下げられたのではないかと考えられる。                                                                                                                                                                                                                         |     |       |            |            |            |              |    |    |  |
| 見直しが必要な<br>取組   | 保健指導利用者が継続して生活習慣の改善に取り組めるよう、指導終了後もフォローしていく体制を整えていく。                                                                                                                                                                                                                       |     |       |            |            |            |              |    |    |  |
| 課題・次期計画の<br>方向性 | 糖尿病性腎症重症化予防保健指導該当者が減少するように事業を継続して行っていく。                                                                                                                                                                                                                                   |     |       |            |            |            |              |    |    |  |

## 5. レッドカード事業（生活習慣病重症化予防受診勧奨）

|                 |                 |                                                                                                                                                                     |       |       |       |       |       |      |    |    |
|-----------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|----|----|
| 目 的             |                 | 特定保健指導対象外（情報提供のみ）となる糖尿病等の重症未治療者が医療機関を受診しない場合、疾病などが重症化することが考えられる。対象者に対して早期に受診勧奨を実施し、適切な治療へつなげ、重症化を予防する。                                                              |       |       |       |       |       |      |    |    |
| 事業内容            |                 | ①特定健診の結果から、所定の条件に該当する重症で未治療の高血圧、糖尿病（高血糖）、脂質異常症、慢性腎臓病の罹患者の抽出を行い、受診勧奨カード（レッドカード）及び受診勧奨通知を被保険者に送付する。<br>②レッドカードによる受診勧奨を実施しても、未受診である者に対し、通知による再勧奨を行うことで、医療につながる対象者を増やす。 |       |       |       |       |       |      |    |    |
| 評 価             |                 | 指 標                                                                                                                                                                 | 目標値   | 指標の変化 |       |       |       |      |    | 評価 |
|                 |                 |                                                                                                                                                                     |       | H30   | R1    | R2    | R 3   | R4   | R5 |    |
| アウトカム           | レッドカードの該当者の人数   | 減少                                                                                                                                                                  | 7     | 6     | 12    | 15    | 9     | 26   | E  |    |
|                 | レッドカードの該当者の受診割合 | 100%                                                                                                                                                                | 71.5% | 66.7% | 66.7% | 73.3% | 88.9% | —    | B  |    |
| アウトプット          | レッドカード送付        | 100%                                                                                                                                                                | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 100% | A  |    |
|                 |                 |                                                                                                                                                                     |       |       |       |       |       |      |    |    |
| 成功要因<br>未達要因    |                 | 令和3年度から受診割合が増えている。要因としては、健診結果説明会で数値について説明し、直接レッドカードを手渡し受診勧奨したことが受診につながったのではないかと考える。                                                                                 |       |       |       |       |       |      |    |    |
| 効果があった<br>取組    |                 | レッドカードによる受診勧奨を実施後、受診状況連絡書の返送がなかった方に電話での受診再勧奨を行ったことで効果が見られたのではないかと考える。                                                                                               |       |       |       |       |       |      |    |    |
| 見直しが必要な<br>取組   |                 | 受診につながらない対象者もいるので、早期に受診につなげていく取り組みが必要である。                                                                                                                           |       |       |       |       |       |      |    |    |
| 課題・次期計画の<br>方向性 |                 | 受診割合が100%になるよう、効果的な受診勧奨方法を検討していく。                                                                                                                                   |       |       |       |       |       |      |    |    |

---

## 第 2 章 第 3 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。

本村においても、平成 29 年 3 月に第 1 期計画を策定、平成 30 年 3 月に第 2 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 3 期計画を策定するものとする。また今期計画より新たに、県内保険者との比較や健康状況を把握することで健康課題の優先度を明確化することを目的に共通指標を設定し、経年的な経過を把握しながら計画を推進していく。

## 2. 計画期間

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

## 3. 実施体制・関連計画との連携

### 【実施体制】

本計画を策定、推進する上で、以下の担当課との連携を図るものとする。

| 部門     | 担当課等                      | 役割                          |
|--------|---------------------------|-----------------------------|
| 主担当    | 住民福祉課                     | 計画全体の調整、管理<br>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<br>(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         |
|        | 郡山保健所                     | ・計画の方向性に関する情報提供や支援          |

### 【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、策定作業をすすめました。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きます。

| 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 |
| 山添村特定健診実施計画 | 住民福祉課    | 令和 6 年～令和 11 年 |
| 山添村未来創生計画   | 総合政策課    | 令和 2 年～令和 7 年  |
| 山添村健康増進計画   | 住民福祉課    | 平成 25 年～令和 7 年 |
| 山添村食育基本計画   | 住民福祉課    | 平成 28 年～令和 7 年 |
| 山添村介護保健事業計画 | 住民福祉課    | 令和 6 年～令和 9 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。

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       | 平均余命                           | +     | KDB |
| 2   | 延伸          | 平均自立期間（要介護 2 以上）               | +     | KDB |
| 3   | 医療費の適<br>正化 | 一人当たりの医科医療費（入院＋外来）<br>※性・年齢調整値 | －     | KDB |
| 4   |             | 一人当たりの歯科医療費<br>※性・年齢調整値        | －     | KDB |

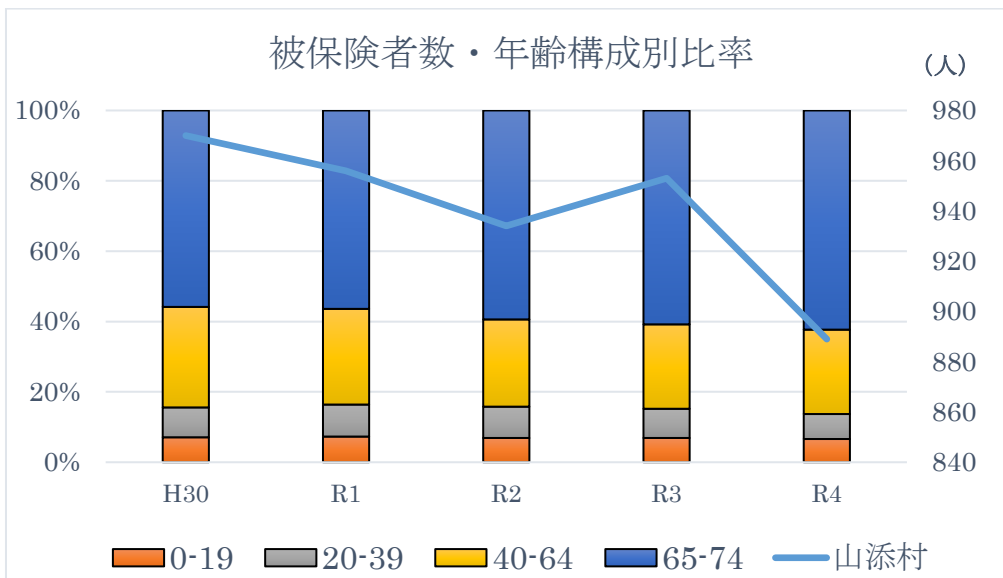
◆個別保健事業における指標

| No. | 目標                              | 取組                              | 指標                                                                                                                                       | 目指す方向<br>(目標値) | 出典     |
|-----|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------|
| 1   | 生活習慣<br>病の発症<br>予防              | 特定健康<br>診査<br>特定保健<br>指導        | 特定健康診査実施率                                                                                                                                | +(60%)         | 法廷報告   |
| 2   |                                 |                                 | 特定保健指導実施率                                                                                                                                | +(60%)         | 法廷報告   |
| 3   |                                 |                                 | 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率                                                                                                                   | +              | 法廷報告   |
| 4   |                                 |                                 | 血糖の有所見者の割合<br>(保健指導判定値以上：HbA1c5.6%以上)<br>(基準値を超えた者／健診受診者数*100)                                                                           | －              | KDB    |
| 5   |                                 |                                 | 血圧の有所見者の割合<br>(保健指導判定値以上：<br>①収縮期血圧 130mmHg 以上<br>②拡張期血圧 85mmHg 以上)<br>(基準値を超えた者／健診受診者数*100)                                             | －              | KDB    |
| 6   |                                 |                                 | 脂質の有所見者の割合<br>(保健指導判定値以上：<br>①HDL コレステロール 40mg/dl 未満の割合<br>②中性脂肪 150mg/dl 以上の割合<br>③LDL コレステロール 120mg/dl 以上の割合)<br>(基準値を超えた者／健診受診者数*100) | －              | KDB    |
| 7   | 生活習慣<br>病<br>発症状況<br>モニタリ<br>ング | 生活習慣<br>病<br>発症状況<br>モニタリ<br>ング | 糖尿病の受療割合<br>(糖尿病のレセプトがある者／被保険者数<br>*100)                                                                                                 | 総合的に<br>判断     | KDB    |
| 8   |                                 |                                 | 高血圧症の受療割合<br>(高血圧症のレセプトがある者／被保険者数<br>*100)                                                                                               | 総合的に<br>判断     | KDB    |
| 9   | 生活習慣<br>病の重症<br>化予防             | 生活習慣<br>病<br>重症化予<br>防対策        | HbA1c8.0%以上の者の割合<br>(HbA1c8.0%以上の者／健診受診者のうち<br>HbA1c の検査結果がある者*100)                                                                      | －              | KDB    |
| 10  |                                 |                                 | 新規人工透析導入患者数                                                                                                                              | －              | 国保連    |
| 11  | 医薬品の<br>適正使用                    | 適正受<br>診・<br>適正服薬<br>の促進        | 同一月内に複数の医療機関を受診し、重複処<br>方が発生した者の割合<br>(1 以上の薬剤で重複処方を受けた者／被保険<br>者数*100)                                                                  | －              | KDB    |
| 12  |                                 |                                 | 同一月内に 9 以上の薬剤の処方を受けた者の<br>割合<br>(9 以上の薬剤の処方を受けた者／被保険者数<br>*100)                                                                          | －              | KDB    |
| 13  | 後発医薬<br>品の<br>使用                | 後発医薬<br>品の<br>使用促進              | 後発医薬品使用割合 (数量ベース)                                                                                                                        | +              | 厚労省 HP |

## II. 現状の整理

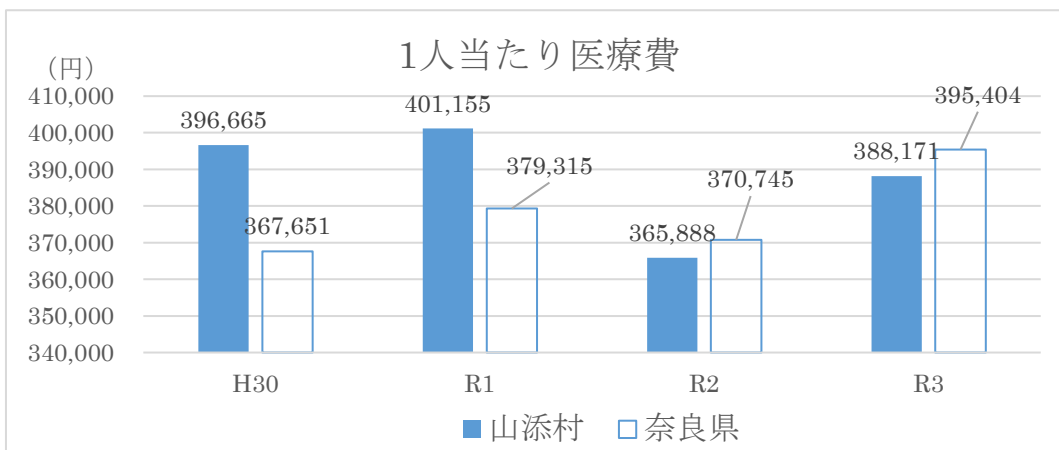
### 【人口・被保険者数・年齢構成】

|          | H30   | R1    | R2    | R3    | R4    |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 被保険者数    | 969   | 952   | 937   | 944   | 886   |
| 人口       | 3,389 | 3,322 | 3,226 | 3,154 | 3,086 |
| 人口に占める割合 | 28.6% | 28.7% | 29.0% | 29.9% | 28.7% |



資料 被保険者数…奈良県国民健康保険運営方針（奈良県庁資料）

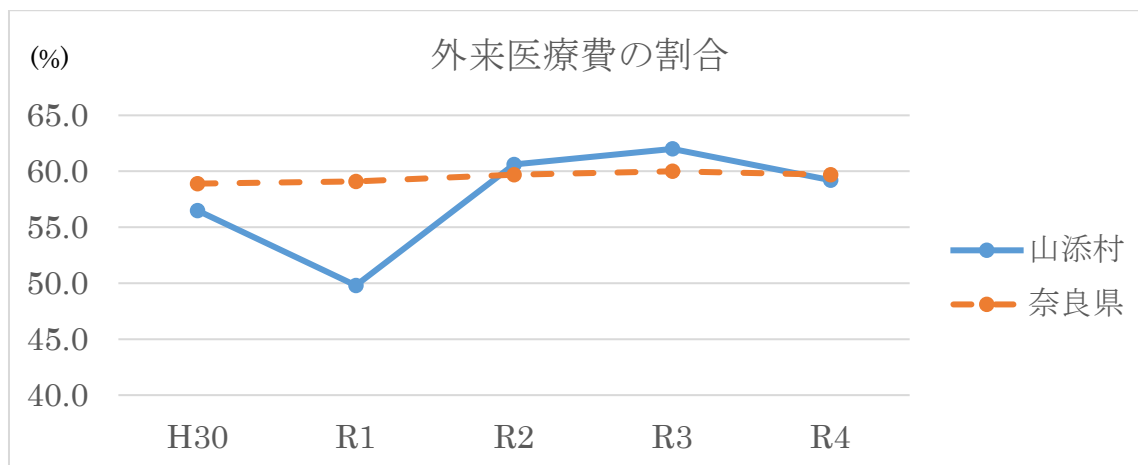
人口,人口に占める割合…市町村別10月1日現在推計人口（奈良県統計分析課）



資料 国民健康保険事業年報（厚生労働省）



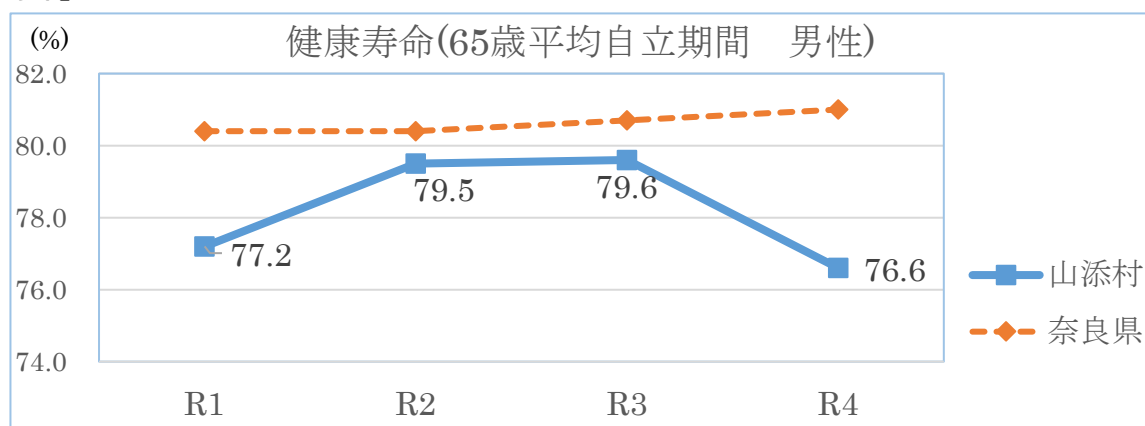
## 【外来医療費の推移】



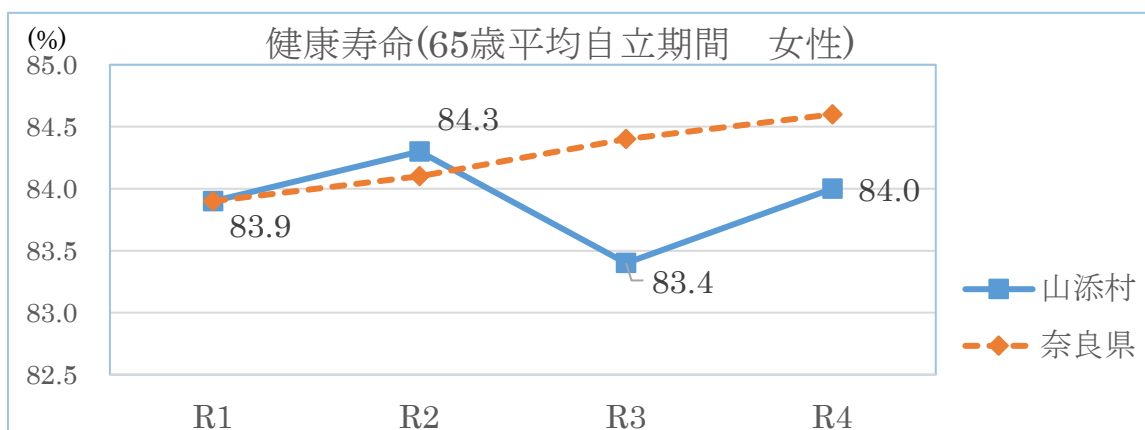
資料：国保データ(KDB)システム

被保険者数は村内の人口の約 29%を占めている。年次推移からは被保険者数は減少傾向であるが、年齢別にみると、65歳から75歳代の被保険者数が徐々に増加している。これは高齢化が関係していると考えられる。1人当たりの医療費については平成30年度、令和元年度は県平均と比べて高くなっている。令和2年からは新型コロナウイルス感染症の流行で受診控えの影響もあり県平均よりも下がったが上昇傾向にある。被保険者年齢層の高齢化により、今後ますます医療費の増加等につながる事が考えられる。

## 【健康寿命】

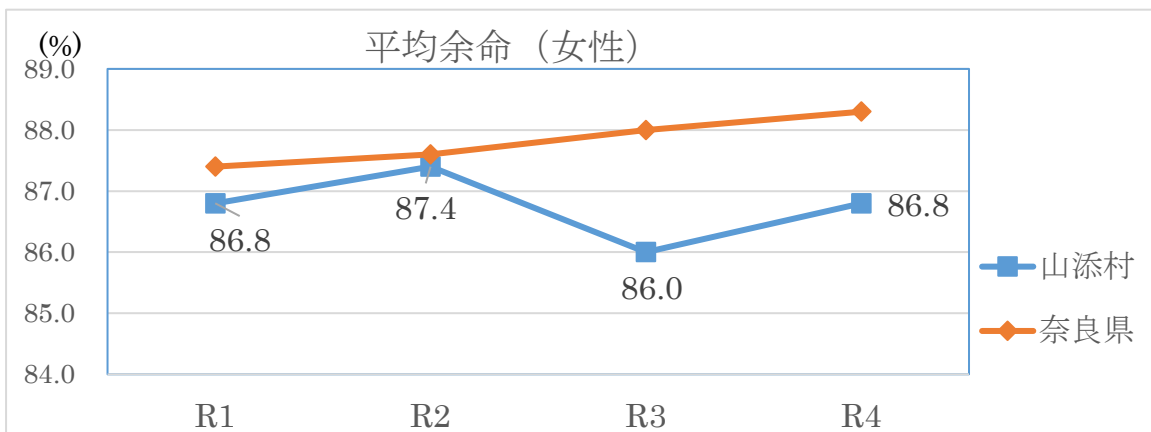
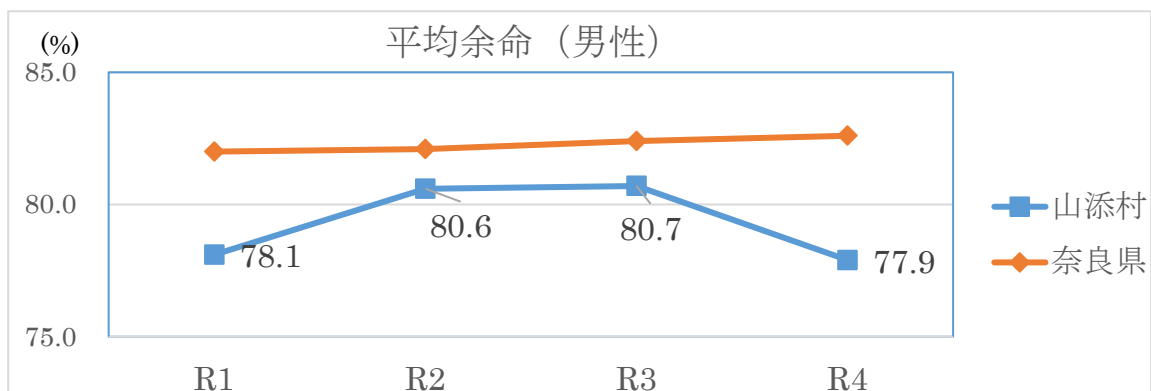


資料：国保データ(KDB)システム



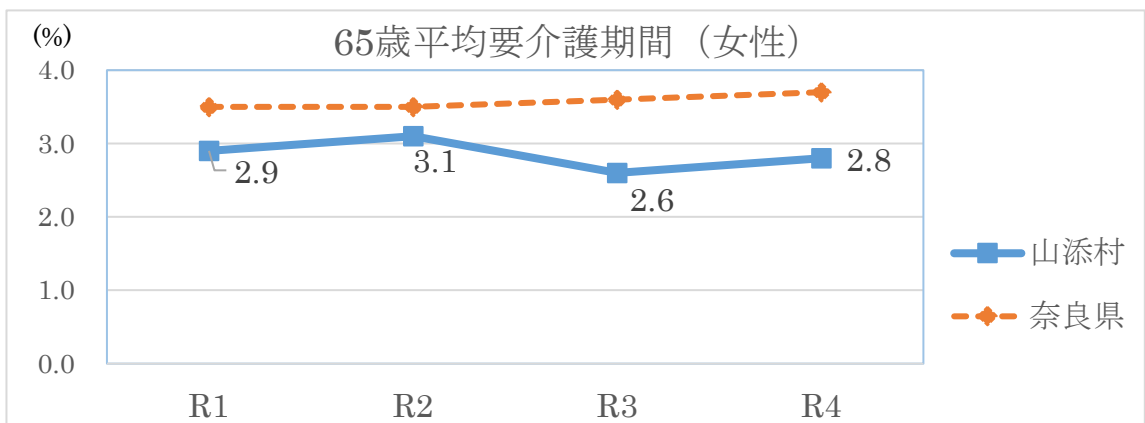
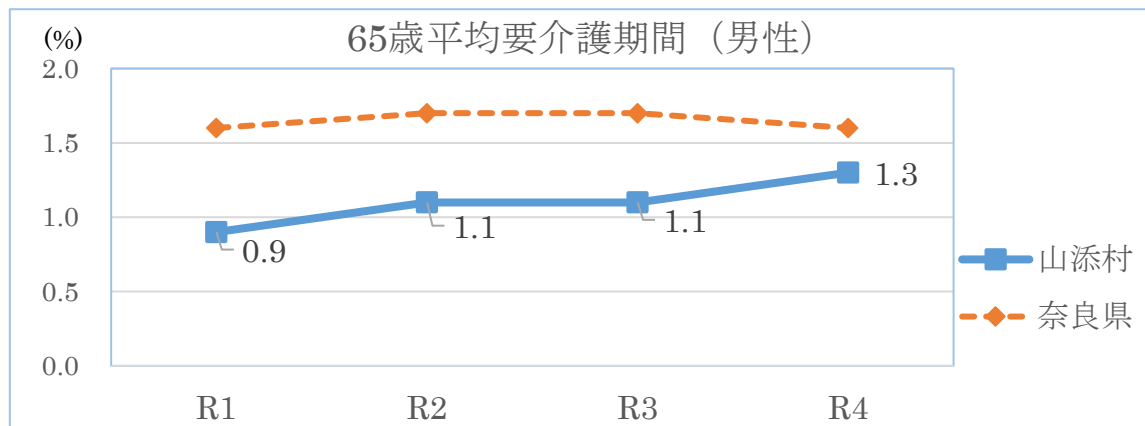
資料：国保データ(KDB)システム

## 【平均余命】



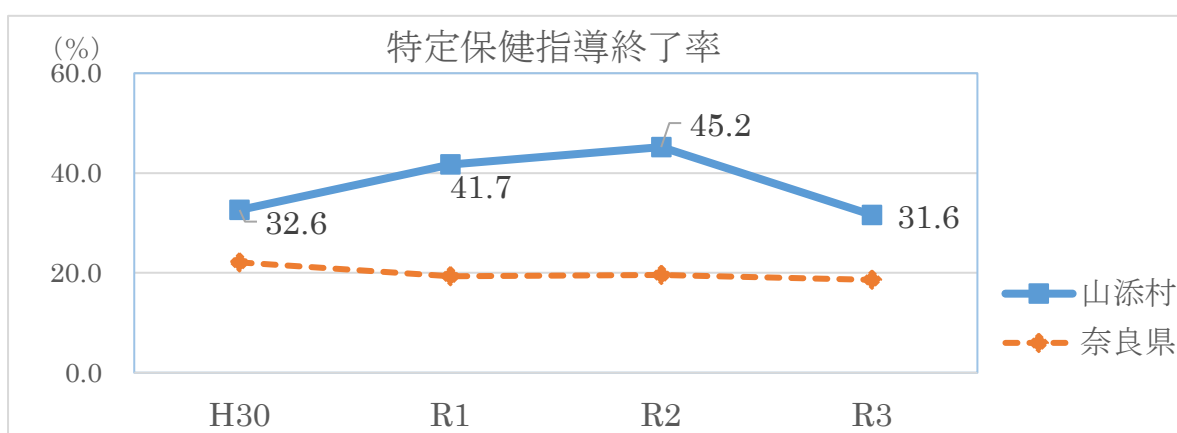
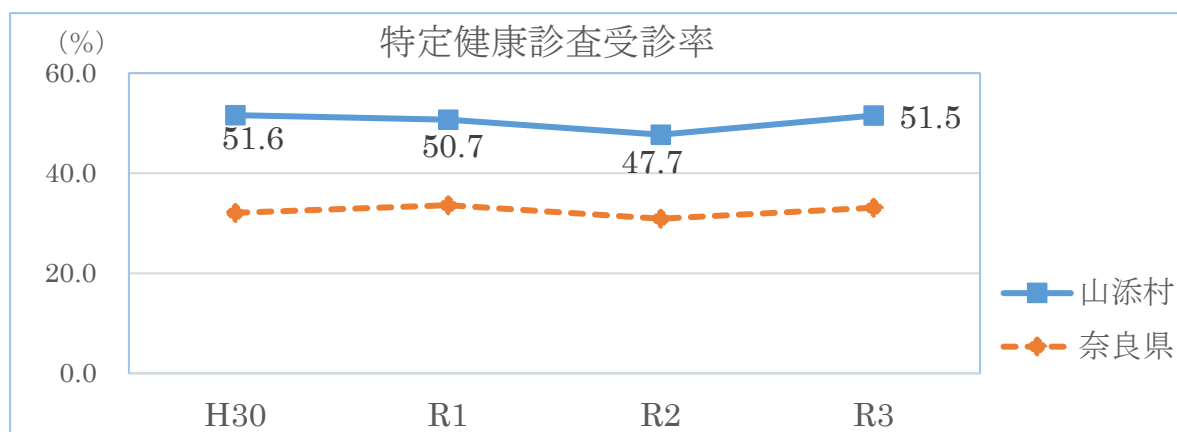
資料：国保データ(KDB)システム

## 【要介護期間】

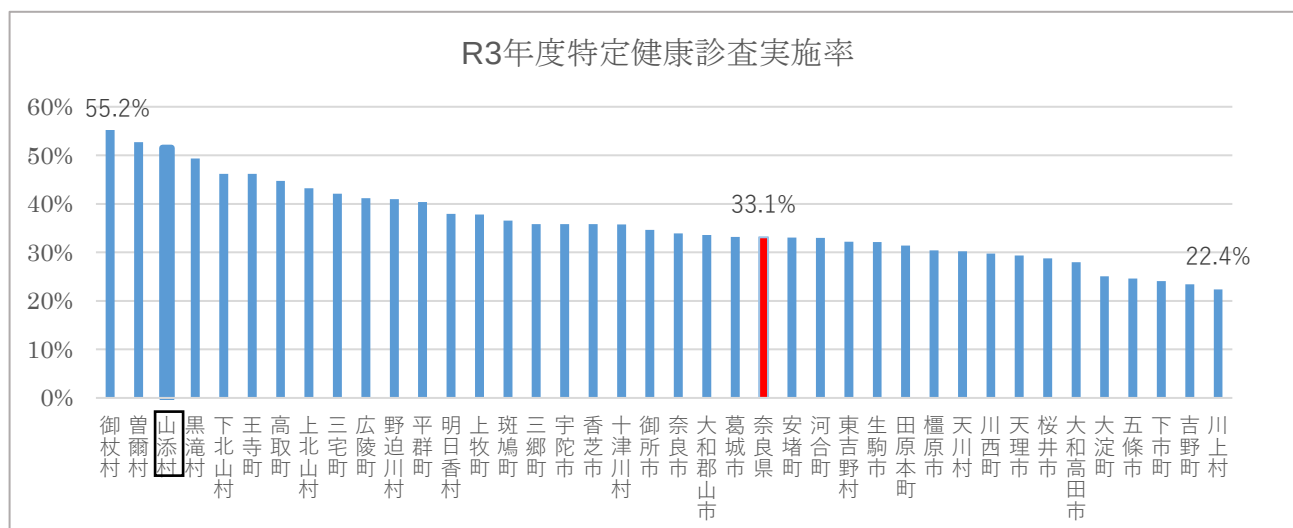


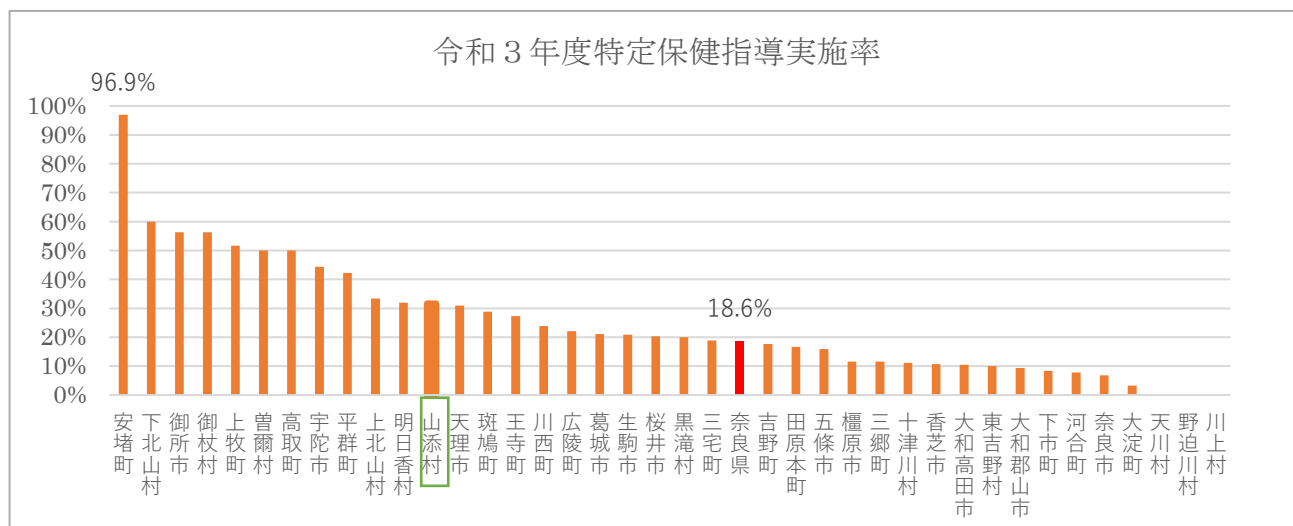
資料：国保データ(KDB)システム

【特定健康診査・特定保健指導】



資料：法定報告



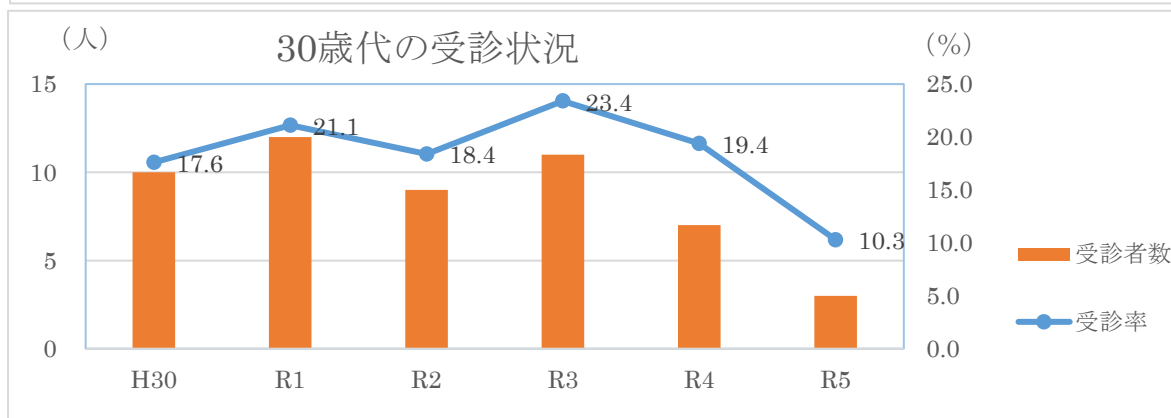
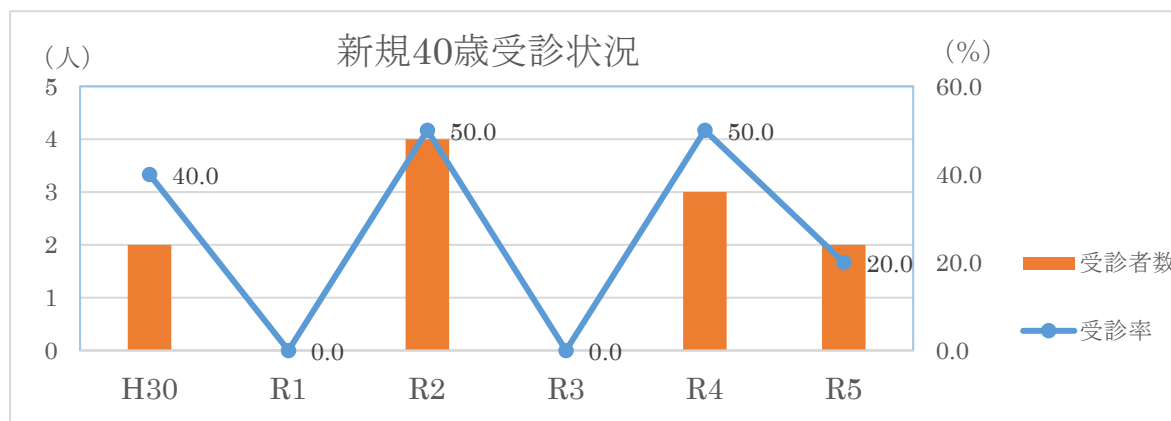


資料：奈良県国民健康保険団体連合会

令和 2 年度の特定健診受診率は、新型コロナウイルス感染症による感染拡大の影響を受けたためか一時的に低くなったが、感染予防対策などの工夫により、令和 3 年度は受診率を上げることができた。経年的に見て奈良県平均より高い受診率になっている。

特定保健指導終了率は、令和 2 年度をピークに低下している。その理由としては、「忙しい」、「自覚症状がない」、「何かあれば病院受診する」、「以前に特定保健指導を受けたことがある」、「自分でやる」などがある。

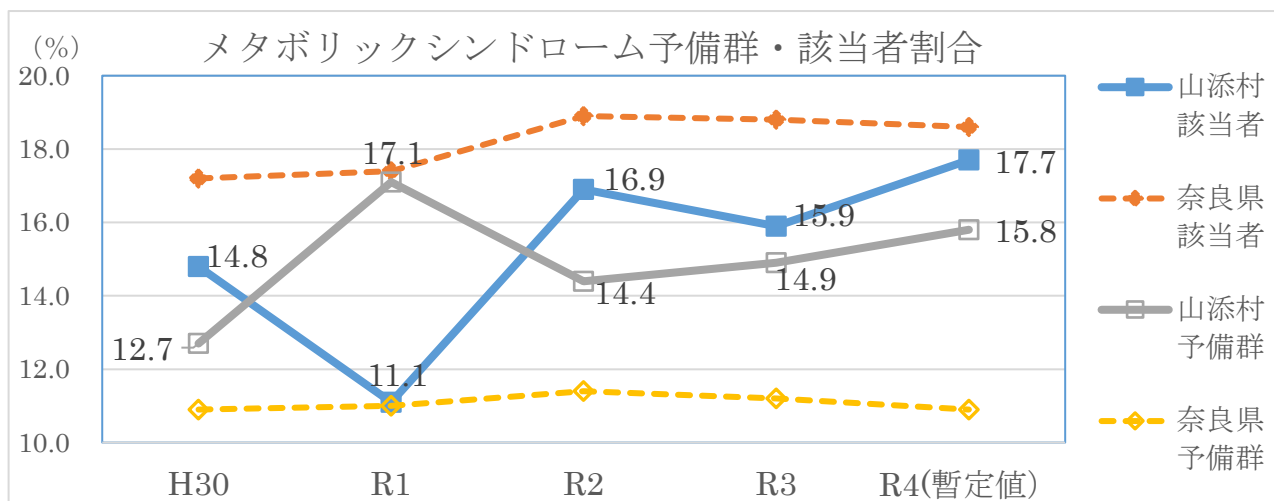
#### 【新規 40 歳健診受診状況・30 歳代健診受診状況】



資料：山添村健診データ

新規 40 歳受診状況では、特定健康診査の新規対象となる人数により受診率が 50～0% とバラツキがある。30 歳代健診の受診率は令和 3 年をピークに減少している。

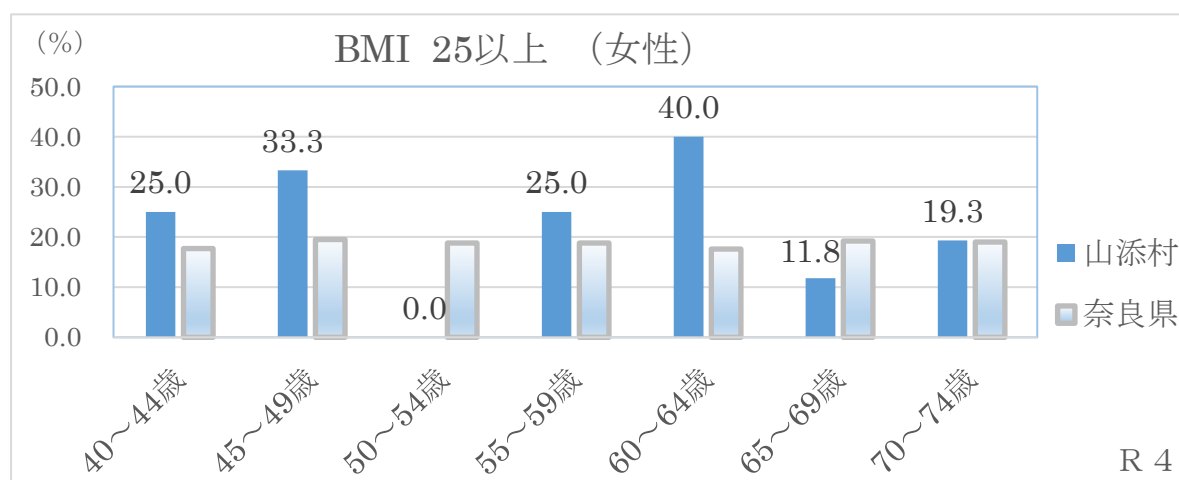
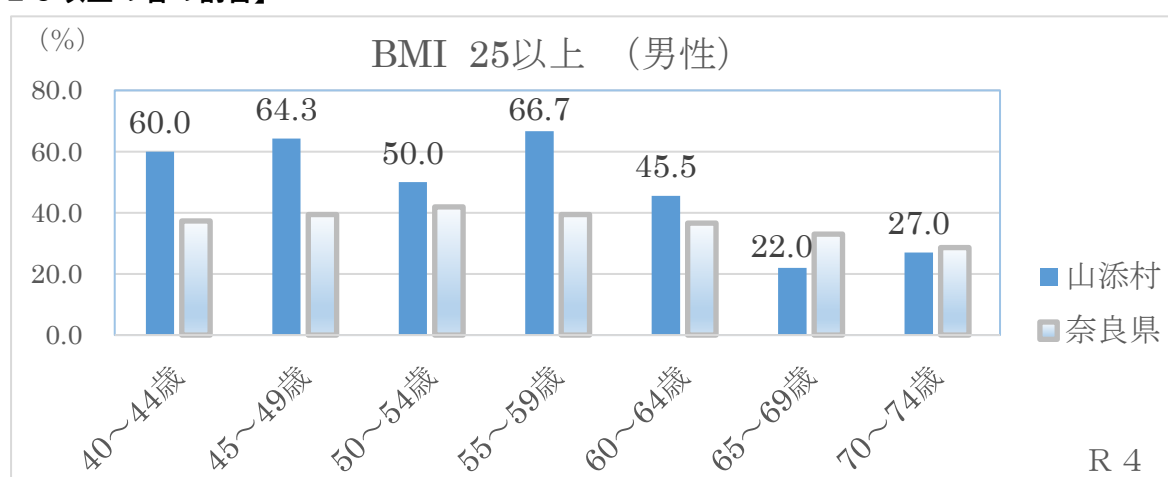
## 【メタボリックシンドローム予備群・該当者の割合】



資料：法定報告

メタボリックシンドローム該当者の割合は、県平均より低い傾向にあるが、予備群の割合は県平均より高く、増加傾向にある。

## 【BMI 25以上の者の割合】

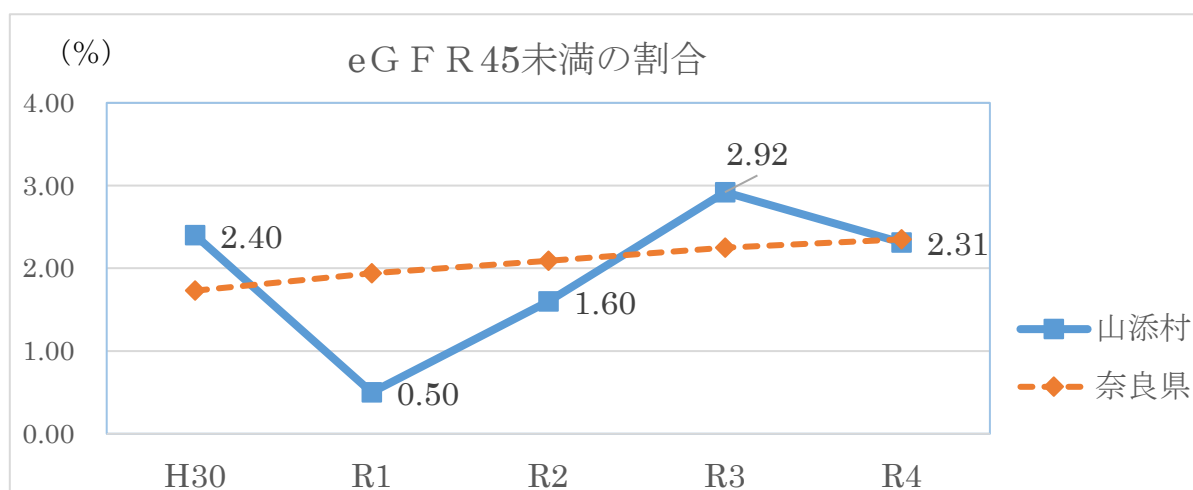
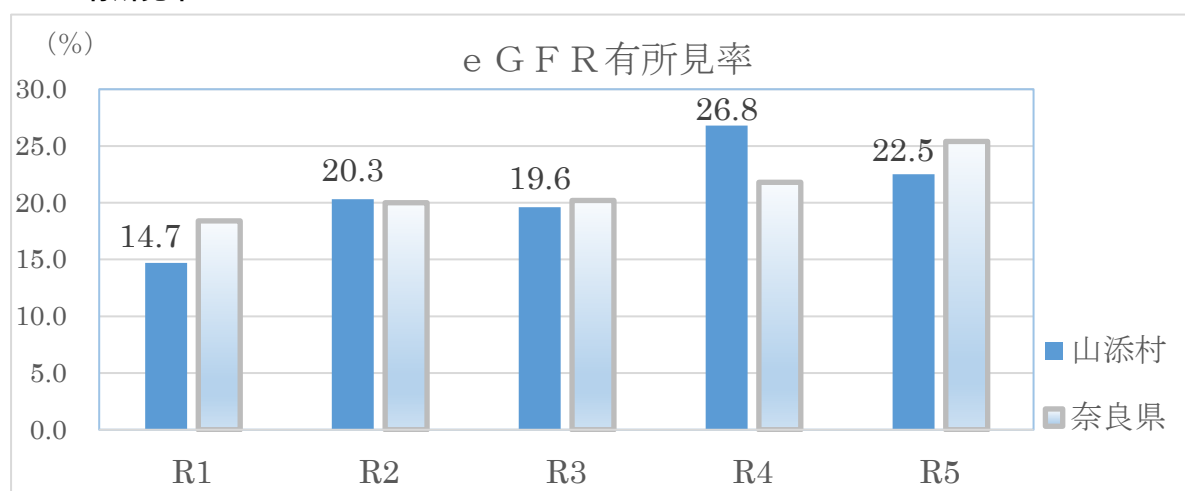


資料：国保データ(KDB)システム

BMI25以上の者の割合は、男女ともに40歳～64歳で奈良県と比べて高くなっている。

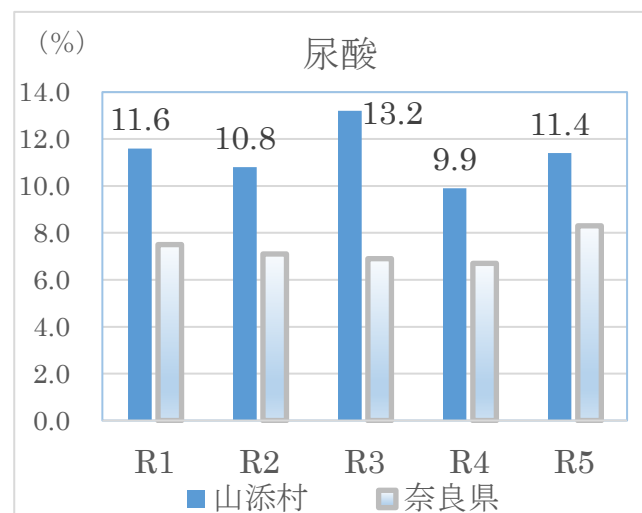
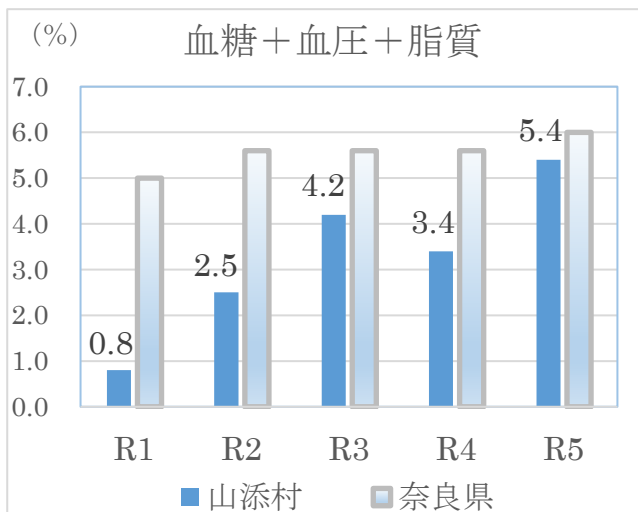
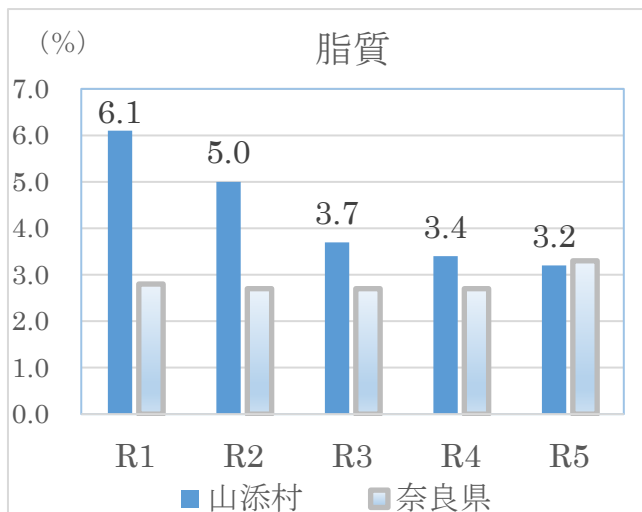
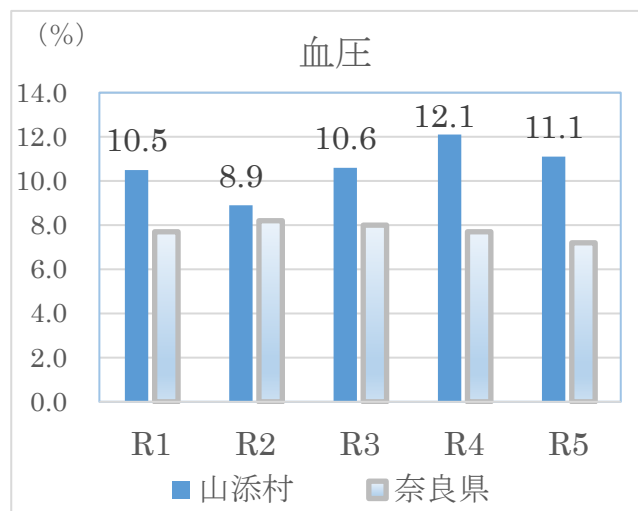
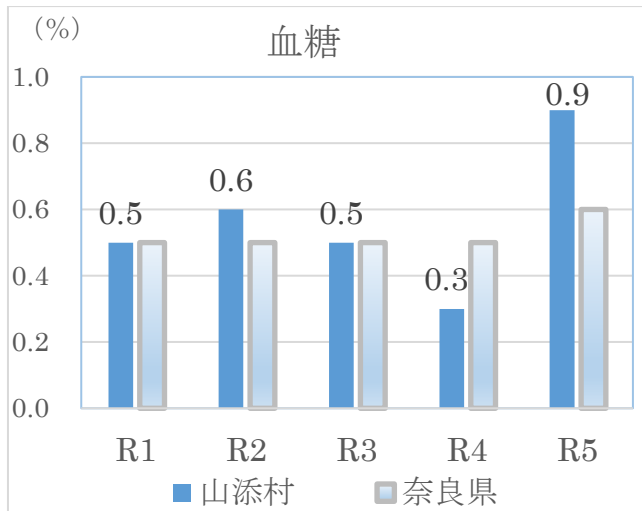
【健診所見】

① eGFR 有所見率



e GFR45 未満者の割合は、令和 2 年度から増加傾向にあり、令和 3 年度には県平均を上回った。

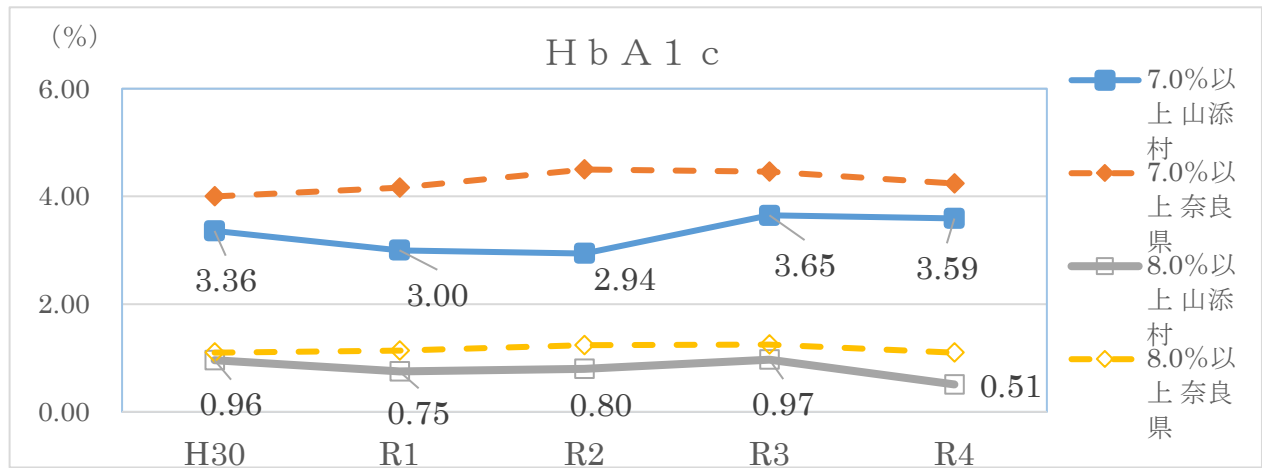
## ② 血糖・血圧・脂質・尿酸の有所見率



資料：国保データ(KDB)システム

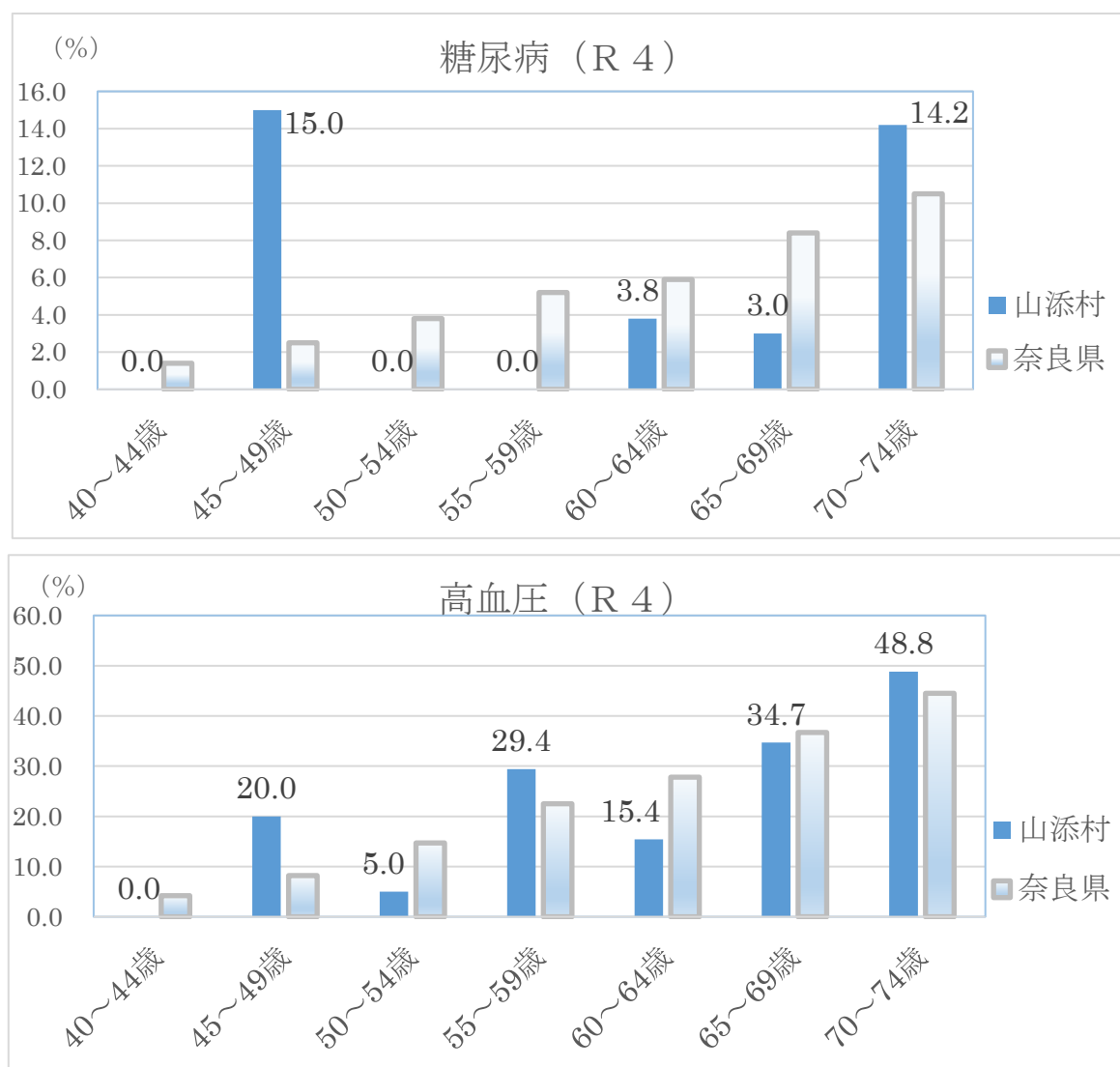
血圧・脂質・尿酸値の有所見率が、県平均より高いが、血糖＋血圧＋脂質を合わせて見た有所見者率は低い。

### ③ HbA1c

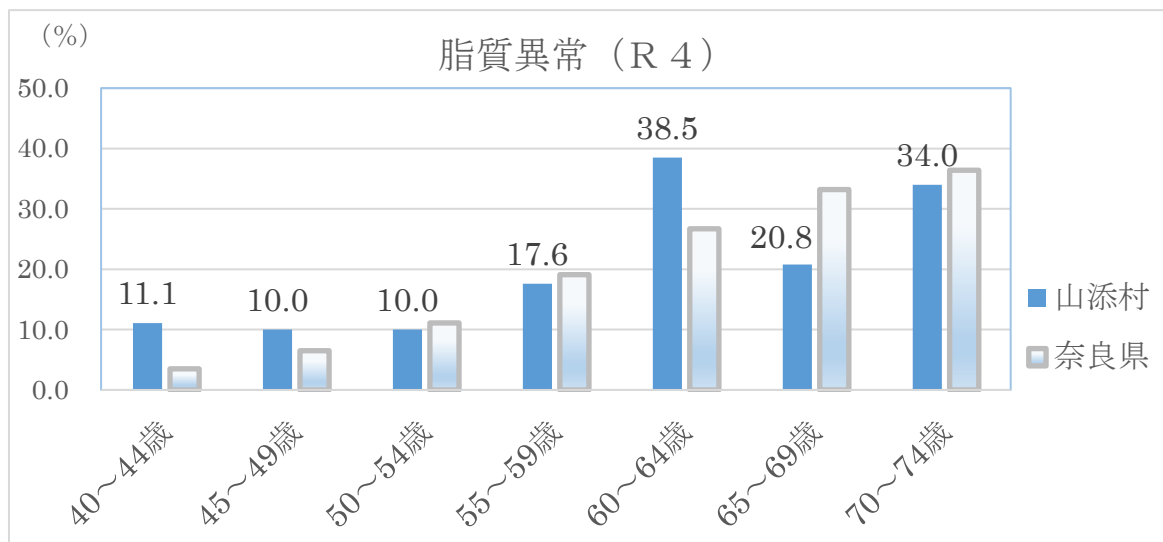


資料：国保データ(KDB)システム

### ④ 糖尿病・血圧・脂質異常年代別服薬状況



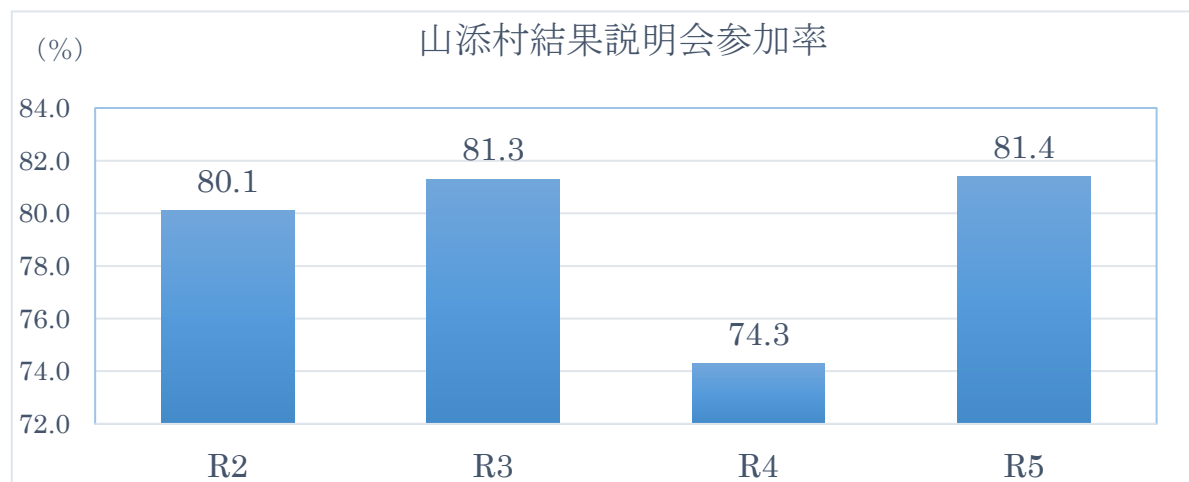




資料：国保データ(KDB)システム

45～49 歳は高血圧・糖尿病・脂質異常の服薬者の割合がいずれも県平均より高い。  
脂質異常の服薬者の割合は、ほぼ働き盛りの世代（40～64 歳）で県平均より高い。

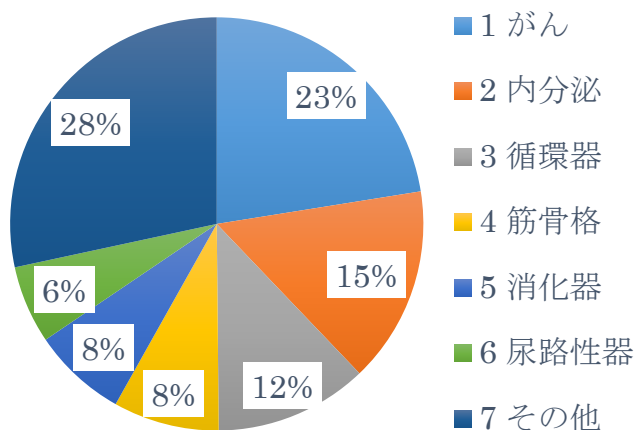
## ⑤ 結果説明会



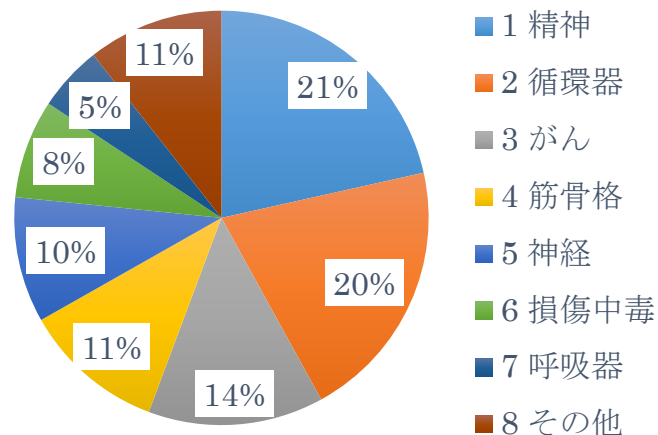
令和 4 年度は参加率が下がったが、令和 5 年度は回復した。  
令和 5 年度からは、対象者を国保対象者に絞った。

## 【医療費】

外来医療費が高い疾患（R 4）



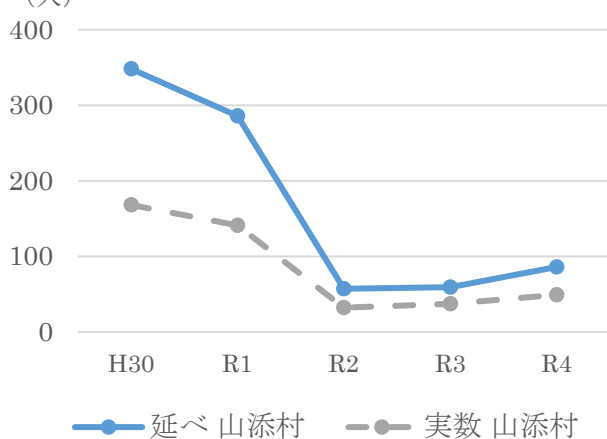
入院医療費が高い疾患（R 4）



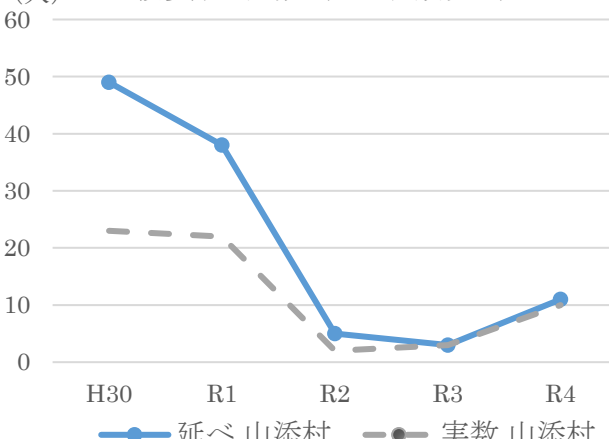
資料：国保データ(KDB)システム

「がん」は外来医療費において1位と高く、入院医療費においても3位となっている。

(人) 重複多剤の人数（2医療機関以上）



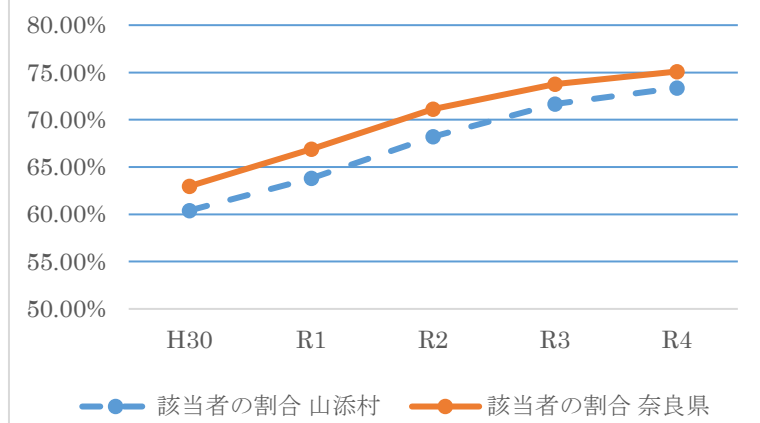
(人) 重複多剤の人数（15種類以上）



資料：国保データ（KDB）システム

重複多剤の人数は、令和2年度に激減しその後徐々に増加傾向である。令和2年度の減少はコロナ禍による受診控えの影響も考えられる。

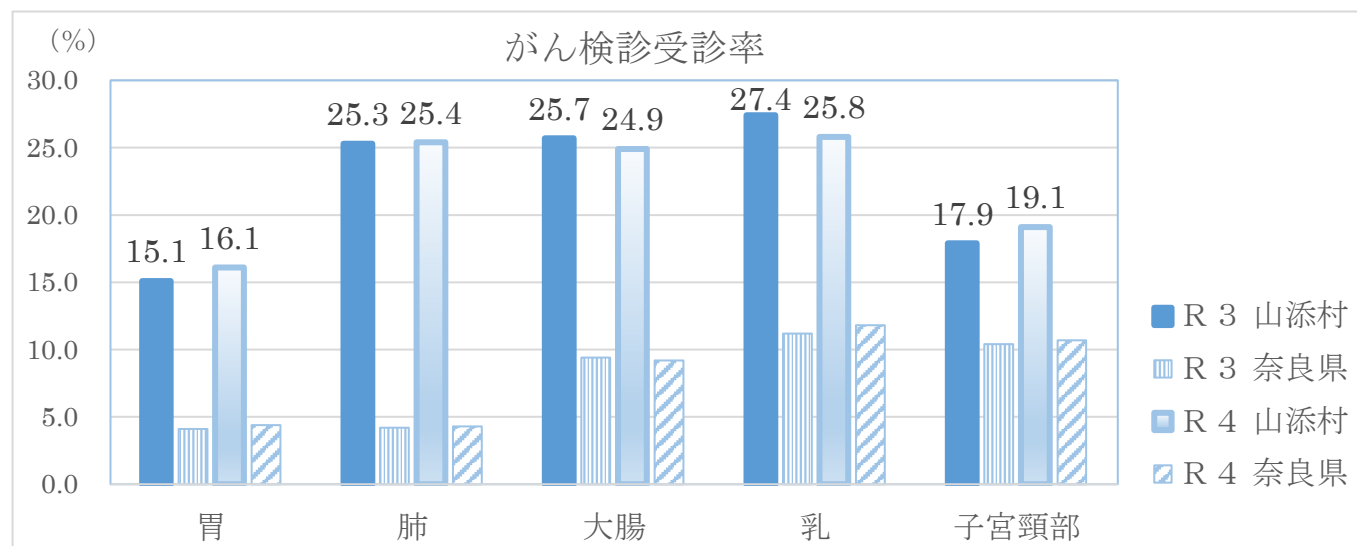
### 後発医薬品使用割合



後発医薬品の使用割合は、奈良県とほぼ同じ水準で徐々に増加傾向にある。

資料：国保データ（KDB）システム

### 【がん検診】



資料：地域保健・健康増進事業報告

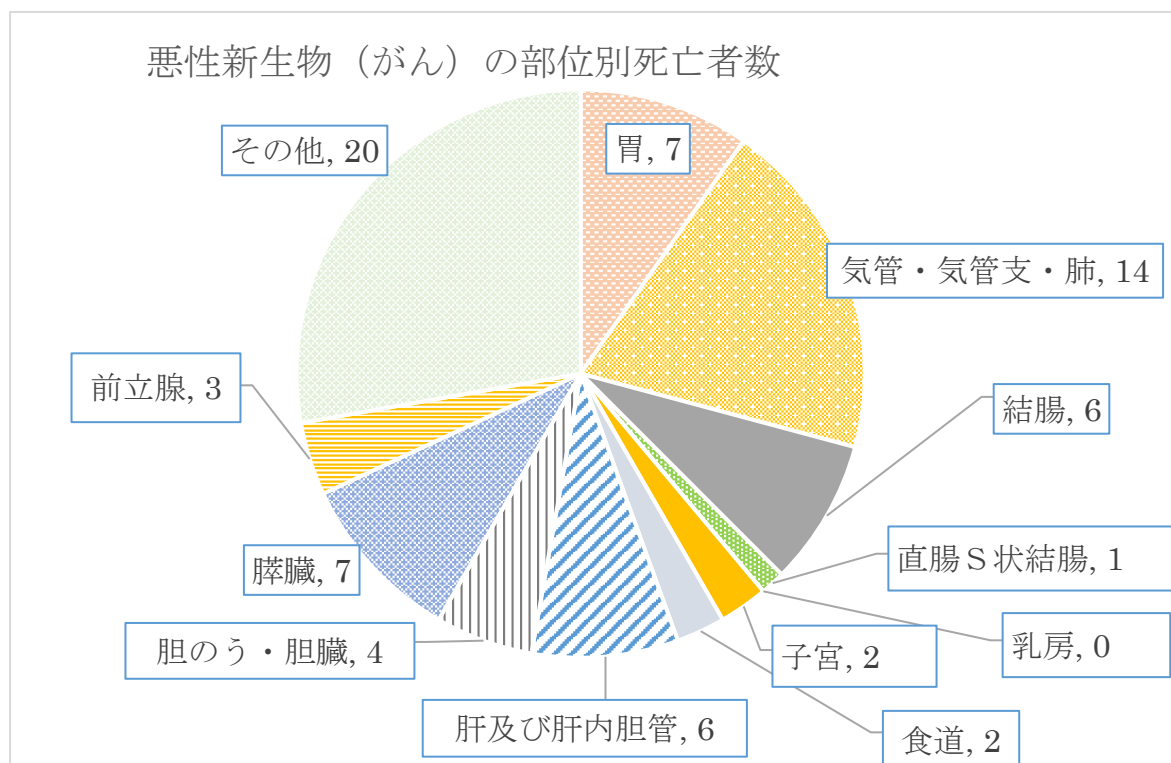
5 がんの検診受診率は、いずれも奈良県平均より高い。

# 【悪性新生物（がん）部位別死亡者数】

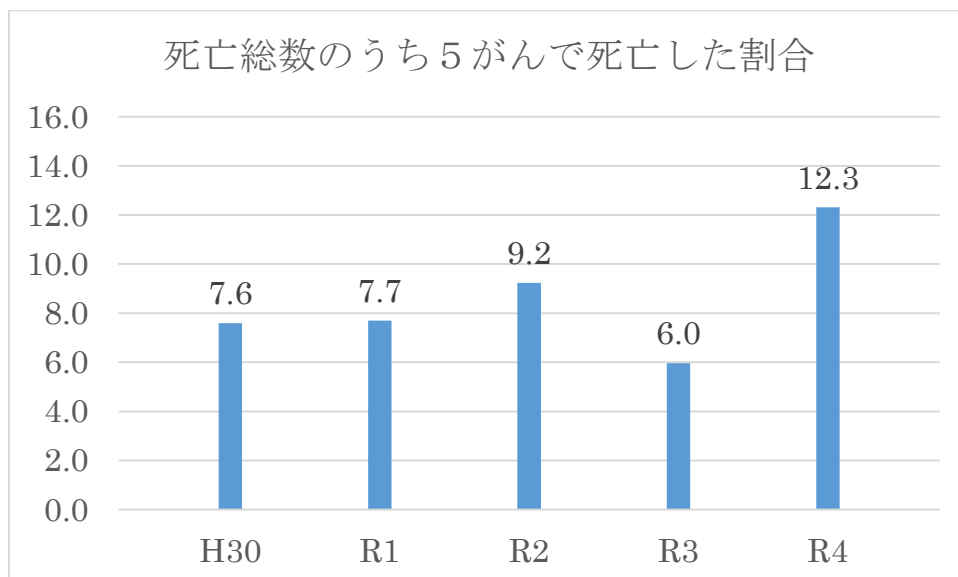
H30～R4 までの合計人数と割合

|          | 男性 | 女性 | 合計 | 部位別<br>割合 (%) |
|----------|----|----|----|---------------|
| 胃        | 5  | 2  | 7  | 9.7           |
| 気管・気管支・肺 | 9  | 5  | 14 | 19.4          |
| 結腸       | 3  | 3  | 6  | 8.3           |
| 直腸S状結腸   | 1  | 0  | 1  | 1.4           |
| 乳房       | -  | 0  | 0  | 0             |
| 子宮       | -  | 2  | 2  | 2.8           |
| 食道       | 1  | 1  | 2  | 2.8           |
| 肝及び肝内胆管  | 3  | 3  | 6  | 8.3           |
| 胆のう・胆臓   | 3  | 1  | 4  | 5.6           |
| 膵臓       | 2  | 5  | 7  | 9.7           |
| 前立腺      | 3  | -  | 3  | 4.2           |
| その他      | 12 | 8  | 20 | 27.8          |
| 合 計      | 42 | 30 | 72 | 100.0         |

5がん（41.3%）



資料：奈良県保健衛生統計データ



資料：奈良県保健衛生統計データ

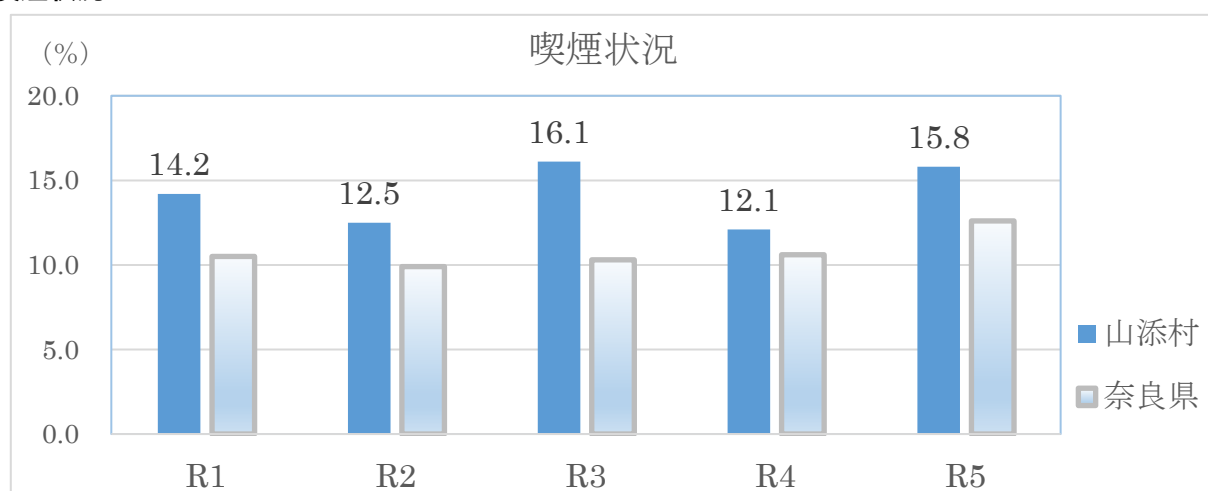
悪性新生物（がん）の部位別死亡において、「気管・気管支炎・肺」が最も多く、次いで「胃」となっている。

5がんの死亡数が全がん死亡の4割を超えている。

死亡総数のうち5がんで死亡した割合は、令和4年度で高くなっている。

## 【生活習慣】

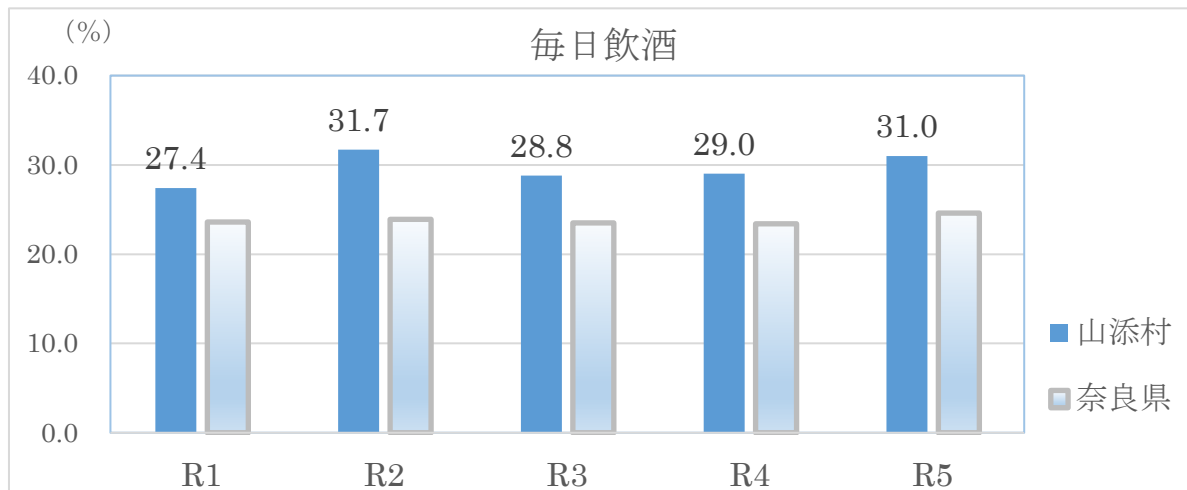
### ① 喫煙状況



資料：国保データ(KDB)システム

喫煙率は、奈良県と比べて高くなっている

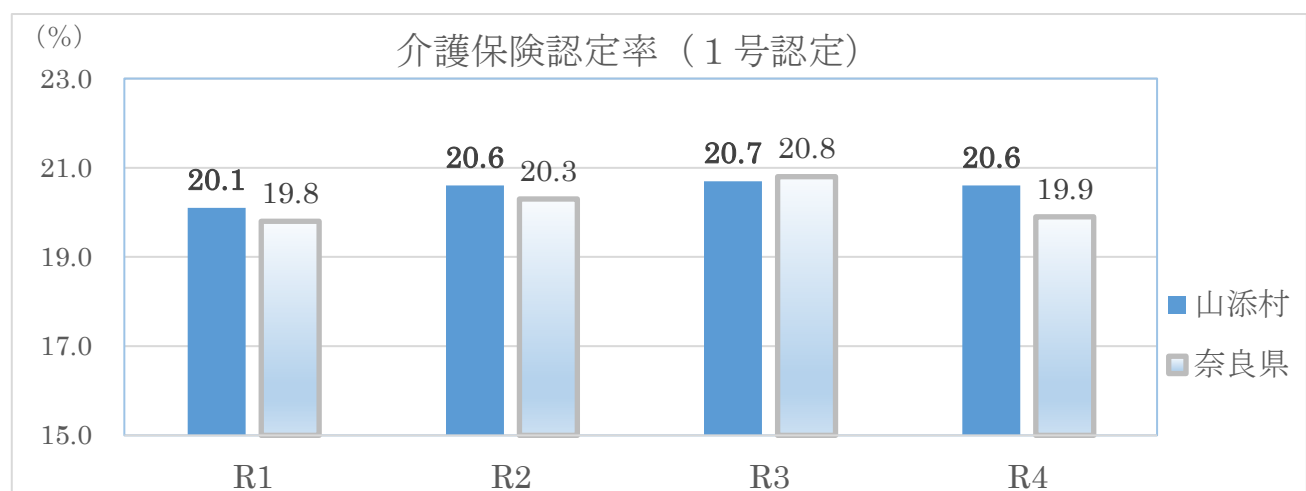
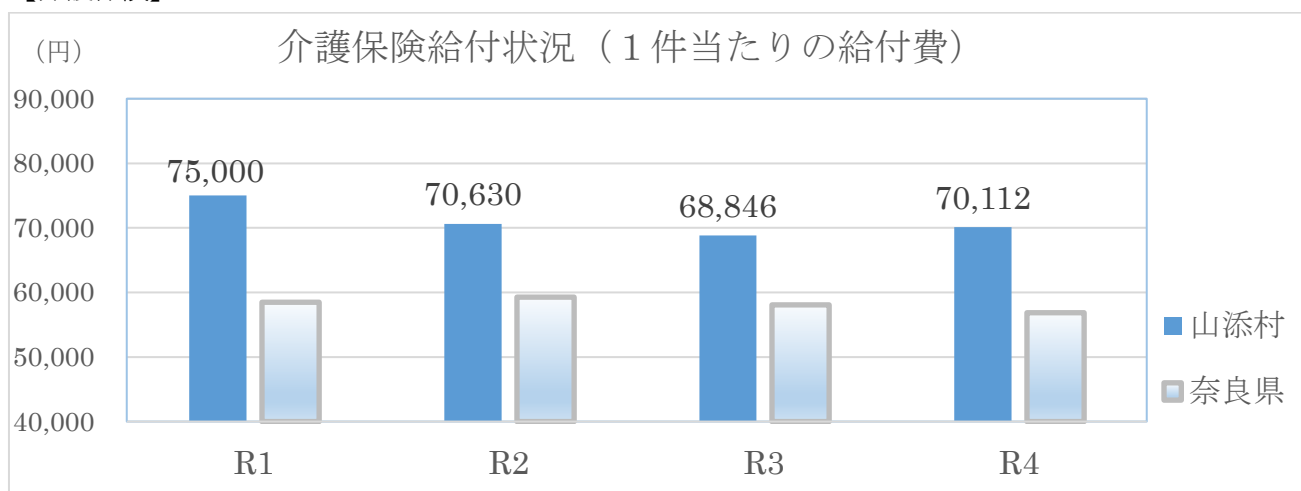
## ② 飲酒状況



資料：国保データ(KDB)システム

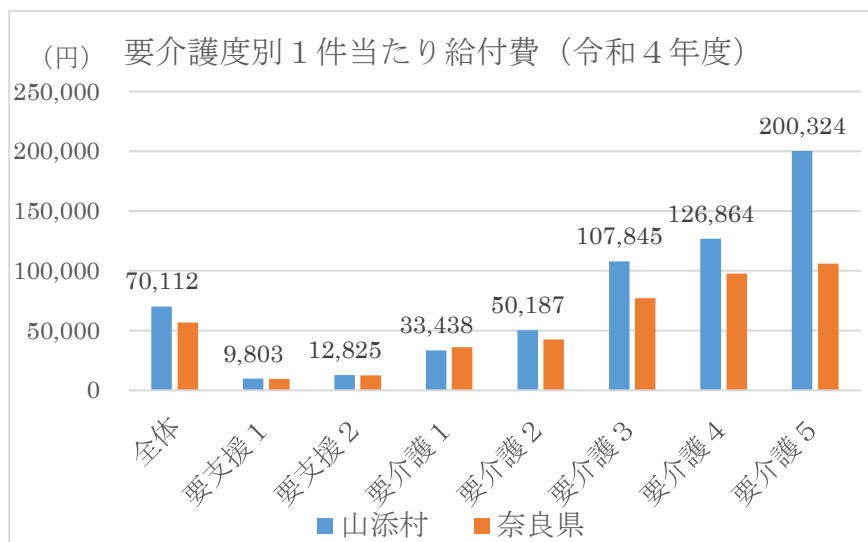
毎日飲酒は、奈良県と比べて高くなっている

## 【介護保険】



要介護度別 1 件当給付費（令和 4 年度）

|      | 山添村     | 奈良県     |
|------|---------|---------|
| 給付費  | 70,112  | 56,854  |
| 要支援1 | 9,803   | 9,499   |
| 要支援2 | 12,825  | 12,557  |
| 要介護1 | 33,438  | 36,203  |
| 要介護2 | 50,187  | 42,581  |
| 要介護3 | 107,845 | 77,026  |
| 要介護4 | 126,864 | 97,725  |
| 要介護5 | 200,324 | 106,016 |



資料：国保データ(KDB)システム

1 件当たりの介護給付費は奈良県と比べて高く、認定率も高くなっている。

### 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：生活習慣病予防行動をとる者の数が少ない |                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 課題とする理由                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定健康診査の受診率が低いことにより、生活習慣病の早期発見の機会や保健指導に繋げる対象が少ない。</li> <li>・ 特定保健指導実施率が低く、生活習慣病予防につながっていない。</li> <li>・ メタボ該当者や予備群が多く、放置することで生活習慣病につながる恐れが高い。</li> <li>・ 2期計画でも対策を行っていたが、目標到達には至らず、今期計画でも重点的に取り組む必要がある。</li> </ul> |
| 根拠となるデータ                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定健康診査受診率</li> <li>・ 特定保健指導利用率</li> <li>・ メタボリックシンドローム該当者割合</li> <li>・ メタボリックシンドローム予備群の割合</li> <li>・ 飲酒割合</li> <li>・ 尿酸値有所見率</li> <li>・ 喫煙者割合</li> <li>・ 血圧・糖尿・脂質年代別服薬有の割合</li> <li>・ 結果説明会参加率</li> </ul>        |
| 取り組みの方向性                | <p>特定健康診査、特定保健指導の実施率を向上させる対策を実施する。</p> <p>30歳代からの健診及び特定保健指導</p> <p>結果説明会</p>                                                                                                                                                                              |

| 課題2：生活習慣病に関連した医療費の増加 |                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 課題とする理由              | 生活習慣病を起因とする疾病の外来入院医療費の割合が高く医療費増加の原因となっている。                                                                                                                                                                                                 |
| 根拠となるデータ             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ メタボリックシンドローム該当者割合</li> <li>・ メタボリックシンドローム予備群の割合</li> <li>・ 飲酒割合</li> <li>・ 尿酸値有所見率</li> <li>・ 喫煙者割合</li> <li>・ 血圧・糖尿・脂質年代別服薬有の割合</li> <li>・ 外来入院医療費</li> <li>・ 外来・入院医療費が高い疾患割合（がん 循環器）</li> </ul> |
| 取り組みの方向性             | レッドカード事業、がん検診の実施                                                                                                                                                                                                                           |



| 課題３：重複多剤・後発医薬品使用割合が低いことによる医療費の増加 |                                                                     |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 課題とする理由                          | 重複多剤や後発医薬品使用割合が低いことに伴う医療費の増加                                        |
| 根拠となるデータ                         | 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<br>同一月内に９以上の薬剤の処方を受けた者の割合<br>後発薬品使用割合 |
| 取り組みの方向性                         | 連合会の共同事業等により医療費の削減に取り組んでいく。                                         |

## IV. 計画の目的・目標

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

### 【計画全体の目的】

| 目 的           | 指 標               | 目標値 |
|---------------|-------------------|-----|
| ① 健康寿命を延伸する。  | 健康寿命(平均余命・平均自立期間) | 延伸  |
| ② 医療費の適正化を図る。 | 1人あたりの医科医療費・歯科医療費 | 維持  |

### 【目標（上記の目的を達成するために取り組むこと）】

| 目標                                                    | 指標                                 | 目標値                                    | 主な個別保健事業                                |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|
| メタボリックシンドローム<br>該当者および予備群該当者<br>を早期発見し、該当人数を<br>減少させる | 特定健康診査実施率                          | 60%                                    | ・ 特定健康診査事業（実施率向上<br>対策事業）<br>・ 特定保健指導事業 |
|                                                       | 利用者の改善割合（腹囲2cm、体<br>重2kg減量）        | 10%                                    |                                         |
|                                                       | 生活習慣の改善割合                          | 60%                                    |                                         |
|                                                       | 特定保健指導による特定保健指導<br>対象者の減少率         | 5%                                     |                                         |
|                                                       | 有所見者の割合（血糖・血圧・脂<br>質）              | 血圧<br>7.7%<br>血糖<br>0.5%<br>脂質<br>2.7% | ・ 30歳代健診、保健指導                           |
|                                                       | 30歳代健診の実施率                         | 20%                                    |                                         |
|                                                       | 動機付け支援相当の保健指導によ<br>る保健指導対象者の減少     | 1人                                     |                                         |
|                                                       | 2年連続受診率                            | 90%                                    | ・ 健診結果説明会                               |
| 生活習慣病該当者が重症化<br>へ移行することを予防する                          | 検査値（HbA1c）の変化                      | 0.1以<br>上改善                            | ・ 糖尿病性腎症重症化予防対策事<br>業                   |
|                                                       | 受診勧奨者の医療機関受診割合<br>HbA1c 8.0%以上の者   | 100%<br>0人                             |                                         |
|                                                       | 勧奨者の医療機関受診割合                       | 100%                                   | ・ 生活習慣病重症化予防対策事業                        |
| 適正服薬・後発医薬品利用<br>を促進させる                                | 同一月内に複数の医療機関を受診<br>し、重複処方が発生した者の割合 | —                                      | 適正受診・適正服薬促進事業                           |
|                                                       | 同一月内に9以上の薬剤の処方<br>を受けた者の割合         | —                                      |                                         |

|                           | 後発薬品使用割合                                                                            | +                                 | 後発薬品利用促進事業                   |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| がん罹患者を早期発見し早期治療につなげる      | 5 がんによる死亡割合<br>5 がん検診受診率                                                            | 6 %<br>50%                        | がん検診(受診率向上対策事業)              |
| 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を推進させる | 要介護認定者数・率<br>フレイル該当者数<br>・口腔機能<br>・運動機能<br>・受診勧奨判定値以上のもので受診につながった人の割合<br>・健康状態不明者の数 | 減少<br><br>減少<br>減少<br>100%<br>0 人 | 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進に関する事業 |

## V. 個別保健事業

### 1. 特定健康診査事業（実施率向上対策事業）

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                |      |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 目的   | <p>平成 20 年度より、生活習慣病の原因となるメタボリックシンドロームを対象にした特定健康診査・特定保健指導が保険者に義務づけられた。</p> <p>山添村においても、特定健康診査等実施計画に基づき実施しているが、実施率は 51.7%（令和 4 年度）と国の目標 60%を下回っており、さらに実施率の向上を図る必要がある。</p> <p>そこで、受診勧奨等の取り組みを行うことで、特定健康診査の実施率の向上を目指す。</p>                                                            |                                                                                                                |      |
| 内容   | <p>【特定健診】</p> <p>対象者：40 歳～74 歳の被保険者</p> <p>方法：集団検診…保健福祉センターで 7 月末～8 月上旬、年 9 回実施<br/>（がん検診と同時実施）</p> <p>個別検診…5 月～2 月まで実施</p> <p>【受診勧奨】</p> <p>①対象者：40 歳～74 歳の被保険者</p> <p>方法：受診券、受診勧奨チラシの送付</p> <p>②対象者：新規 40 歳の被保険者</p> <p>方法：健診費用無料の受診券を送付、申込みのなかった方へ保健師が個別に電話で受診勧奨を行う（7 月上旬）</p> |                                                                                                                |      |
| 評価指標 | 区分                                                                                                                                                                                                                                                                                | 指標                                                                                                             | 目標値  |
|      | アウトカム                                                                                                                                                                                                                                                                             | ・ 特定健診受診率<br>（出典：法定報告）                                                                                         | 60%  |
|      | アウトプット                                                                                                                                                                                                                                                                            | ・ 受診券送付率(数)                                                                                                    | 100% |
|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ・ 新規 40 歳受診勧奨実施率                                                                                               | 100% |
|      | プロセス・ストラクチャー                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>・ 予算、人員、体制は適切であったか</p> <p>・ 集団健診実施機関との打合せ会議を年 2 回実施（6 月・2 月）</p> <p>・ 受診勧奨時期、方法が適切であったかを課内で検討を行う(10 月末)</p> |      |

### 2. 特定保健指導事業

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 目的 | <p>平成 20 年度より、生活習慣病の原因となるメタボリックシンドロームを対象にした特定健康診査・特定保健指導が保険者に義務づけられた。特定保健指導は、指導が必要な者に対し保健師等による指導を行い、メタボリックシンドロームの改善を図るものである。</p> <p>山添村においても、特定健康診査等実施計画に基づき実施しているが、実施率は 26.3%（令和 4 年度）と国の目標 60%を下回っている。また、メタボリックシンドローム該当者の割合は奈良県と比較して低いものの、増加傾向にある。予備群の割合も県の平均より高く、実施率の向上およびメタボリックシンドロームの改善を図る必要がある。</p> |
| 内容 | <p>【特定保健指導】</p> <p>「積極的支援」「動機づけ支援」の対象者に対して 4～5 か月間生活習慣改善に向けた保健</p>                                                                                                                                                                                                                                        |

|      |                                                                                                                      |                                                                                                                               |                                                                                   |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
|      | 指導を行う（10 月開始）<br><b>【利用勧奨】</b><br>・対象者に対し案内通知を送付（9 月中旬）<br>・参加申込みのなかった方には、結果説明会にて対面で利用勧奨する（9 月末）<br>利用しない方には理由の確認を行う |                                                                                                                               |                                                                                   |
| 評価指標 | 区分                                                                                                                   | 指標                                                                                                                            | 目標値                                                                               |
|      | アウトカム                                                                                                                | ・利用者の改善割合(腹囲 2 センチ、体重 2 Kg 減量割合)<br>・生活習慣の改善割合<br>・特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率<br>・有所見者の割合（血糖・血圧・脂質(中性脂肪・HDL コレステロール・LDL コレステロール)） | ・10%<br><br>・60%<br>・5%<br><br>・血糖 0.5%<br>・血圧 7.7%<br>・脂質 2.7%<br>（※令和 4 年度の県平均） |
|      | アウトプット                                                                                                               | ・特定保健指導実施率<br>・利用勧奨実施率(数)                                                                                                     | 毎年度 5% 上昇<br>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。<br>・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。<br>・保健師・栄養士・健康運動指導士との連携（打合せ 1 回実施）                                       |                                                                                   |

| 3. 30 歳代からの健診及び特定保健指導事業 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                        |                                                                         |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 目的                      | <p>本村では、40 歳代後半の糖尿・血圧・脂質の服薬者割合が県平均より高くなっている。村では30 歳代健診を行っており、実施率は 19.4%（令和 4 年度）である。30 歳代で健診を受けることにより、若い世代からライフスタイルに健診の必要性が定着する機会となり、将来の特定健診の受診につなげ、早期からの生活習慣病の予防と改善に努める。また、保健指導を利用することにより、メタボリックシンドロームの早期改善を図る。</p>                                                                                                                      |                                                                                                                                                        |                                                                         |
| 内容                      | <p>【30 歳代健診】<br/> 対象者：30 歳代の被保険者<br/> 方法：集団検診…保健福祉センターで 7 月末～8 月上旬、年 9 回実施<br/> ・村広報 5 月号広報に折込チラシを入れ案内・周知する<br/> ・その他ホームページ、村アプリでも周知を図る</p> <p>【保健指導】<br/> 対象者：30 歳代健診を受けた者のうち、特定保健指導対象者基準に該当する者<br/> 方法：「動機づけ支援」相当の保健指導を 4～5 か月間行う。（10 月開始）<br/> ・対象者へ案内通知を送付（9 月中旬）<br/> ・参加申込みのなかった方、結果説明会にて対面で利用勧奨する（9 月末）<br/> 利用しない方には理由の確認を行う。</p> |                                                                                                                                                        |                                                                         |
| 評価指標                    | 区分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 指標                                                                                                                                                     | 目標値                                                                     |
|                         | アウトカム                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 30 歳代健診の実施率</li> <li>・ 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少者数</li> </ul>                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 20%</li> <li>・ 1 人</li> </ul>  |
|                         | アウトプット                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保健指導実施率</li> <li>・ 保健指導利用勧奨実施率</li> </ul>                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 60%</li> <li>・ 100%</li> </ul> |
|                         | プロセス・ストラクチャー                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 予算、人員、体制は適切であったか。</li> <li>・ 保健指導の実施方法、回数、場所、内容は適切であったか。</li> <li>・ 保健師・栄養士・健康運動指導士との連携（打合せ 1 回実施）</li> </ul> |                                                                         |

| 4. 特定健診継続受診対策 健診結果説明会事業 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                           |                |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 目的                      | <p>村の国民健康保険加入者の特定健康診査実施率は 51.7%（令和 4 年度法定報告値）で目標受診率 60%に達成していない。一方で令和 4 年度の 2 年連続受診率は 85.7%であった。</p> <p>特定健診を継続して受けることで、被保険者自身の健康管理及び生活習慣病の早期 発見につながる。</p> <p>結果説明会で特定健診受診者に対し、対面での情報提供（経年結果等を活用した検査値の見方や継続受診の必要性の説明）及び健診結果を手渡しすることで特定健診の受診継続につなげることができ、さらなる連続受診率の向上を目指す。</p>                            |                                                                                                                                                           |                |
| 内容                      | <p>【結果説明会】</p> <p>対象者：特定健診受診者</p> <p>方法：公民館 2 か所、保健福祉センターの計 3 か所で実施（9 月末～10 月初旬、うち 2 日間は夜間も実施）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 健診結果の見方や結果に応じてパンフレットを配付</li> <li>・ 検査値の経年結果を見ながら説明、継続受診の必要性や生活習慣改善のための個別保健指導を実施</li> <li>・ 歯科個別相談・指導の実施</li> <li>・ 説明会に参加できなかった方に対しては後日電話をかけ来所を促す</li> </ul> |                                                                                                                                                           |                |
| 評価指標                    | 区分                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 指標                                                                                                                                                        | 目標値            |
|                         | アウトカム                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ・ 2 年連続受診率<br>（K D B）                                                                                                                                     | ・ 90%          |
|                         | アウトプット                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ・ 特定健診受診率<br>・ 結果説明会参加率<br>（家族に説明後の手渡し分も含む）                                                                                                               | ・ 60%<br>・ 90% |
|                         | プロセス・ストラクチャー                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 予算、人員、体制は適切であったか</li> <li>・ 結果説明会の実施方法、回数、場所、内容は適切であったか</li> <li>・ 事前打合せ会議を年 1 回実施（保健師・看護師・栄養士・歯科衛生士）</li> </ul> |                |

## 5. 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。<br>山添村においても、令和元年度から取り組みを実施しており、令和 4 年度まで対象者は減少傾向にあったものの令和 5 年度は増加した。今後も継続して取り組んでいく。 |                                                                                                                                                            |                                                 |
| 内容         | 1. 国保連合会との共同保健事業<br>(1) 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<br>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<br>内容                                                                                                                                                                                        | ①12 月対象選定し、1 月受診勧奨ハガキを送付する<br>②毎月対象者を選定し、受診勧奨通知を送付（レッドカード事業の一部に含んで実施）                                                                                      |                                                 |
|            | (2) 保健指導事業                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                            |                                                 |
|            | 対 象                                                                                                                                                                                               | 国保事務支援センターが定める対象（糖尿病治療中で、かつ前年度特定健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<br>内容 | ～ 7 月 対象者選定作業<br>9 ～ 2 月 保健指導実施(業者委託による)<br>・ 保健師等の専門職による約 6 か月間の保健指導<br>・ 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                                                                                                                                                                                             | ・ 受診勧奨者の医療機関受診割合<br>・ 保健指導参加者の検査値の変化（HbA1c）→※次年度の特定健診結果<br>・ HbA1c8.0%以上の者<br>・ 新規人工透析導入患者数                                                                | ・ 100%<br>・ HbA1c0.1 以上改善<br><br>・ 0 人<br>・ 0 人 |
|            | アウトプット                                                                                                                                                                                            | 受診勧奨者率<br>保健指導実施者数                                                                                                                                         | ・ 100%<br>・ 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。<br>・ 対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。<br>・ 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）<br>・ 医療機関や委託業者、県等の連携（打合せ 1 回実施）<br>・ 担当部門との連携状況（連絡会 1 回実施） |                                                 |
|            |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                            |                                                 |



## 6. 生活習慣病重症化予防対策事業

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                        |      |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 目的   | <p>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。</p> <p>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。</p> |                                                                                                                                        |      |
| 内容   | 1. レッドカード事業（国保連合会との共同保健事業として実施）                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                        |      |
|      | 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<br>【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<br>内容                                                                                                                                                                                                                                                                | ① 受診勧奨<br>毎月 対象者選定し受診勧奨通知を送付<br>② 再勧奨<br>年度末 勧奨者でなお未受診の対象に再勧奨通知の送付                                                                     |      |
| 評価指標 | 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                                                                                                                        | 100% |
|      | 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。<br>・ 対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。<br>・ 評価方法は適切であったか（受診確認方法、時期）<br>・ 医療機関との連携（医師会との打合せ1回実施）<br>・ 担当部門との連携状況（連絡会1回実施） |      |

## 7. がん検診(受診率向上対策事業)

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                               |                                                                        |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 目的   | 山添村では、外来医療費が高い疾病として「がん」が1位、入院医療費が高い疾病としては3位となっている。そのため早期発見・早期治療につなげるためにがん検診の実施、受診率の向上は重要である。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                               |                                                                        |
| 内容   | <p>【がん検診】</p> <p>各がん検診（胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮頸がん）の実施<br/> 方法：集団検診…保健福祉センターで7月末～8月上旬、年9回実施<br/> 特定健診と同時実施<br/> 広報紙へ折込チラシを入れ全住民に案内周知（5月号）村アプリ、ホームページにも掲載</p> <p>【受診勧奨】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・年度末年齢20歳の対象者には子宮がん検診無料クーポン券を送付</li> <li>・年度末年齢40歳の対象者には乳がん検診無料クーポン券を送付</li> <li>・無料クーポン券対象者で申込みのなかった方に対して、保健師が個別に電話で受診勧奨を行う。</li> </ul> <p>【精密検査対象者への受診勧奨】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・精密検査対象者への通知（9月上旬）</li> <li>・精密検査未受診者（12月末時点）への電話による再受診勧奨（1月）</li> </ul> |                                                                                                                                                                               |                                                                        |
| 評価指標 | 区分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 指標                                                                                                                                                                            | 目標値                                                                    |
|      | アウトカム                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・がんによる死亡割合<br/>（※5がんでの死亡者数÷全死亡者数）</li> <li>・がん検診受診率（胃・肺・大腸・子宮・乳）</li> </ul>                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・6%</li> <li>・50%</li> </ul>    |
|      | アウトプット                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・精密検査未受診者への再受診勧奨率</li> <li>・精密検査対象者の受診率</li> </ul>                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・100%</li> <li>・100%</li> </ul> |
|      | プロセス・ストラクチャー                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・予算、人員、体制は適切であったか。</li> <li>・がん検診及の実施方法、回数、場所、受診勧奨の方法は適切であったか。</li> <li>・課内の連携はできたか</li> <li>・集団健診実施機関との打合せ会議を年2回実施。（6月・2月）</li> </ul> |                                                                        |

## 8. 適正受診・適正服薬促進事業（重複多剤・併用禁忌投薬対策事業）

|                 |                                                                                                                                              |                                  |     |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----|
| 目的              | 重複受診、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              | 1. 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                                                                                                                                         | 6～7 月 対象者選定                      |     |
|                 | 内 容                                                                                                                                          | 8～9 月 注意喚起文書および投薬実績を対象へ送付        |     |
|                 | （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                                                                                                                                         | 6～7 月 対象者選定                      |     |
|                 | 内 容                                                                                                                                          | 9～10 月 電話による状況確認                 |     |
| 評価指標            | 区分                                                                                                                                           | 指標                               | 目標値 |
|                 | アウトカム                                                                                                                                        | ・ 送付者の改善割合(年度末に評価)               | －   |
|                 |                                                                                                                                              | ・ 同一月内に複数の医療機関を受診し、重複処方が発生した者の割合 | －   |
|                 |                                                                                                                                              | ・ 同一月内に 9 以上の薬剤の処方を受けた者の割合       | －   |
|                 | アウトプット                                                                                                                                       | ・ 注意喚起文書送付数・率                    | ＋   |
| ・ 電話で状況確認できた数・率 |                                                                                                                                              | ＋                                |     |
| 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。<br>・ 対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。<br>・ 評価方法は適切であったか（確認方法、時期）<br>・ 診療所と連携（年 2 回実施）<br>・ 国保連合会、担当課との連携状況（連絡会 1 回実施）         |                                  |     |

## 9. 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。山添村では 73%であり、目標には到達できていない状況である。目標達成に向けて、後発医薬品の使用促進にかかる啓発、後発医薬品差額通知書の送付等を実施することで、後発医薬品の利用を促進し、利用率を高めることを目的とする。 |                                                                                                                    |     |
| 内容           | 1. 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<br>内容                                                                                                                               | 年 4 回 (送付月：6 月、9 月、11 月、1 月) 差額通知を送付<br>通知対象の差額：1 薬剤当たり 100 円以上<br>通知対象外年齢：年齢が 18 歳未満通知書対象外<br>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<br>内容   | コールセンターを設置 (国保中央会に委託)<br>差額通知書にフリーダイヤルを掲載                                                                                                |                                                                                                                    |     |
| 評価指標         | (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<br>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<br>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                                  |     |
|              | 区分                                                                                                                                       | 指標                                                                                                                 | 目標値 |
|              | アウトカム                                                                                                                                    | 後発品使用割合                                                                                                            | 80% |
| アウトプット       | 差額通知数・率                                                                                                                                  | 全世帯・100%                                                                                                           |     |
|              | 後発医薬品希望シール配布                                                                                                                             | 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。<br>・ 実施方法、実施時期は適切であったか。<br>・ 評価方法は適切であったか (確認方法、時期)<br>・ 診療所と連携 (年 2 回実施)                                            |                                                                                                                    |     |

## 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

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                             |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>目的</b>   | <p>高齢化が進む中、高齢者の要介護者の増加が問題となっている。高齢者の要介護状態やフレイルの予防を目指し、市町村において、地域包括ケアとともに保健事業と介護予防の一体的実施が推進されている。</p> <p>山添村においても、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。</p> <p>関係機関と連携をはかりながら、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの双方の保健事業に取り組み、高齢者の健康状態を改善することを目的とする。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                             |
| <b>内容</b>   | <p><b>ハイリスクアプローチ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重症化予防（血糖・血圧・脂質・肝機能・貧血・腎機能・尿酸）             <ol style="list-style-type: none"> <li>①7月末から8月初旬に行う後期高齢者健診後、「KDB 後期高齢者の健診状況」で受診勧奨判定値以上の者を選択</li> <li>②電話又は訪問で受診状況を確認し、未受診の場合は受診勧奨を行う。</li> <li>③1か月後、受診及び治療状況を電話で確認し、未受診の場合は訪問指導を行う。</li> </ol> </li> <li>・健康状態不明者への相談事業             <ol style="list-style-type: none"> <li>①対象者を一体的実施 KDB 活用支援ツールの初期設定条件で抽出。</li> <li>②訪問し、基本チェックリストを行うとともに生活状況、身体状況を確認し、必要なサービスにつなぐ。</li> <li>③必要に応じて訪問を継続する。</li> </ol> </li> </ul> <p><b>ポピュレーションアプローチ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①前年度に行った集団健診（後期高齢者健診）で行った質問票で、口腔機能及び運動機能低下のある方にフレイル予防の健康教育の案内の送付。</li> <li>②一般向けに折込チラシ等で周知を行う。</li> <li>③3公民館で骨密度測定及びフレイル予防（口腔・運動機能）についての健康講話を行う。参加者には、基本チェックリストを行い、ハイリスクの方には教室開催時に個別相談を行う。</li> </ol> |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                             |
| <b>評価指標</b> | <b>区分</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>指標</b>                                                                                                                                                                                          | <b>目標値</b>                                                                                                  |
|             | <b>アウトカム</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護認定者数・率</li> <li>・フレイル該当者</li> <li>・口腔機能</li> <li>・運動機能</li> <li>・受診勧奨判定値以上のもので受診につながった人の割合</li> <li>・健康状態不明者の数</li> </ul>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・減少</li> <li>・減少</li> <li>・減少</li> <li>・100%</li> <li>・0人</li> </ul> |
|             | <b>アウトプット</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・重症化予防：受診につながった者</li> <li>・健康状態不明者：把握数</li> <li>・介護予防教室参加割合</li> <li>〔 参加者/ハイリスクで案内を送った者 〕</li> </ul>                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・100%</li> <li>・100%</li> <li>・10%</li> </ul>                        |
|             | <b>プロセス・ストラクチャー</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・人員(専門職の確保)、予算、体制</li> <li>・事業の内容は適切であったか(介護予防教室実施後参加者の意見をアンケートで確認、担当者間で協議)</li> <li>・広域連合、外部関係機関（診療所・ハイジ・社会福祉協議会（包括支援センター等）との連携(地域ケア会議などの場で年1回)</li> </ul> |                                                                                                             |

---

## 第3章 計画の評価方法・見直し

## I. 計画

### 1. 計画の評価・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う。

令和 8 年度…中間評価として計画全体の評価、見直しを行う。

令和 11 年度（計画最終年度）…次期計画策定にむけ、最終評価を実施。

### 2. 計画の公表・周知

策定した計画はホームページにより周知する。

### 3. 個人情報の取扱い

保険者等における個人情報の取扱いは、山添村個人情報保護法施行条例による。

## II. 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