

川西町国民健康保険
第3期データヘルス計画・
第4期川西町特定健康診査等実施計画

川西町役場住民保険課
令和6年3月

目 次

I	基本的事項.....	1
1.	計画の趣旨.....	1
2.	計画期間.....	1
3.	実施体制・関連計画との連携.....	1
4.	共通指標について.....	2
II	現状の整理.....	3
第1節	川西町の被保険者の特性・現状.....	3
1.	被保険者の状況.....	3
2.	健康寿命と要介護期間の状況.....	4
第2節	健康課題の把握について.....	5
1.	医療費全体の状況.....	5
2.	疾病別医療費の状況.....	6
3.	人工透析の状況.....	7
4.	生活習慣病の状況.....	8
5.	特定健康診査・特定保健指導の状況.....	8
6.	医薬品使用に関する状況.....	12
7.	後期高齢者・介護関連の状況.....	13
	前期計画の結果と川西町の現状のまとめ・考察.....	16
III	計画全体.....	17
1.	課題の整理.....	17
2.	目的・目標.....	20
IV	個別保健事業.....	21
1.	特定健康診査実施率向上対策事業.....	21
2.	特定保健指導事業.....	22
3.	糖尿病性腎症重症化予防対策事業.....	22
4.	生活習慣病受診勧奨推進事業.....	23
5.	適正服薬促進事業.....	24
6.	後発医薬品促進事業.....	25
7.	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.....	26
V	その他.....	28
1.	計画の評価・見直し.....	28
2.	計画の公表・周知.....	28
3.	個別情報の取扱い.....	28
4.	地域包括ケアに係る取組.....	28
VI	評価指標一覧.....	29

VII 第4期特定健康診査等実施計画

第1章 計画策定にあたって	31
1. 計画策定の趣旨・背景等	31
2. 計画期間	31
3. 特定健康診査及び特定保健指導の基本的考え方	31
第2章 第3期計画期間の現状と課題について	33
1. 保険者数と医療費の現状	33
2. 特定健康診査、特定保健指導の実施状況	34
第3章 特定健康診査等の実施目標について	37
1. 特定健康診査等の目標値	37
第4章 特定健康診査等実施対象者について	37
1. 特定健康診査における対象者の定義	37
2. 特定保健指導における対象者の定義	37
第5章 特定健康診査等の実施方法について	38
1. 特定健康診査	38
2. 特定保健指導	40
3. 特定保健指導対象者の重点化について	41
4. 代行機関について	41
5. 実施に関する年間スケジュール	41
第6章 個人情報保護について	42
1. 特定健康診査、特定保健指導の記録の保存方法、保存体制	42
2. 特定健康診査、特定保健指導の記録の管理に関するルール	42
第7章 特定健康診査等実施計画の公表・周知について	43
1. 公表方法	43
2. 特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発方法について	43
第8章 特定健康診査等実施計画の評価・見直しについて	43
1. 目標達成状況の評価方法	43
2. 評価と見直し	43
第9章 特定健康診査等の円滑な実施について	44
別紙1 特定健康診査受診券見本	45
別紙2 特定保健指導利用券見本	45

I. 基本的事項

1. 計画の趣旨

保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCA サイクルに沿って運用するものである。

当町においても、平成 28 年に第 1 期計画を策定、平成 30 年に第 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、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	住民保険課	計画全体の調整、管理 保健事業の計画、実施、評価
庁内関係課	福祉こども課 保健センター 長寿介護課	保健事業の計画、実施、評価
県、外部機関	奈良県医療保険課	計画の方向性に関する情報提供や支援
	奈良県国保連合会 (支援・評価委員会も活用)	現状分析、計画策定・評価に関する支援
	中和保健所	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、策定作業をすすめた。

また各計画の推進状況を把握しながら、本計画を推進していく。

計画名	担当課等	計画期間
第 4 期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
第 4 期川西町特定健診実施計画	住民保険課	令和 6 年～令和 11 年
川西町第 3 次総合計画	総合政策課	平成 29 年～令和 8 年
川西町第 3 次健康増進計画	保健センター	令和 5 年～令和 14 年
川西町第 2 次食育基本計画	保健センター	令和 5 年～令和 14 年
川西町第 9 期介護保険事業計画	長寿介護課	令和 6 年～令和 8 年

4. 共通指標について

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

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

第3期川西町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指標

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

◆個別保健事業における指標

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

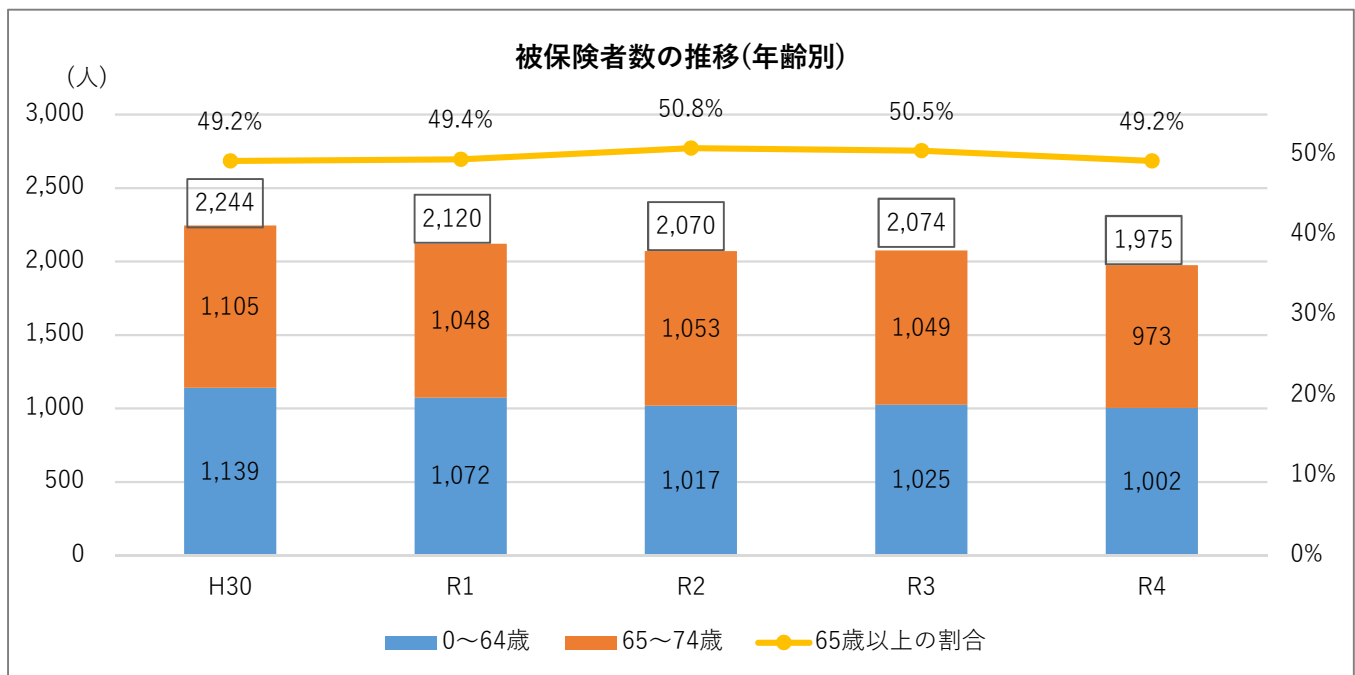
II. 現状の整理

第1節 川西町の被保険者の特性・現状

1. 被保険者の状況

被保険者数は、町全体の人口の 23.5%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、65 歳以上の被保険者の割合は全被保険者数の約 50%を占めており、被保険者の平均年齢は上昇傾向にある。これは、町全体の高齢化が関係していることが考えられる。今後ますます高齢化が進むことが見込まれ、被保険者年齢層の高齢化により、医療費の増加等につながることが予想される。〈図1〉〈表1〉

▶被保険者数の推移(年齢別) 〈図1〉



【出典：AD II 国民健康保険年齢別被保険者集計表(毎年10月1日現在)】

▶人口・被保険者数・年齢構成・平均年齢 〈表1〉

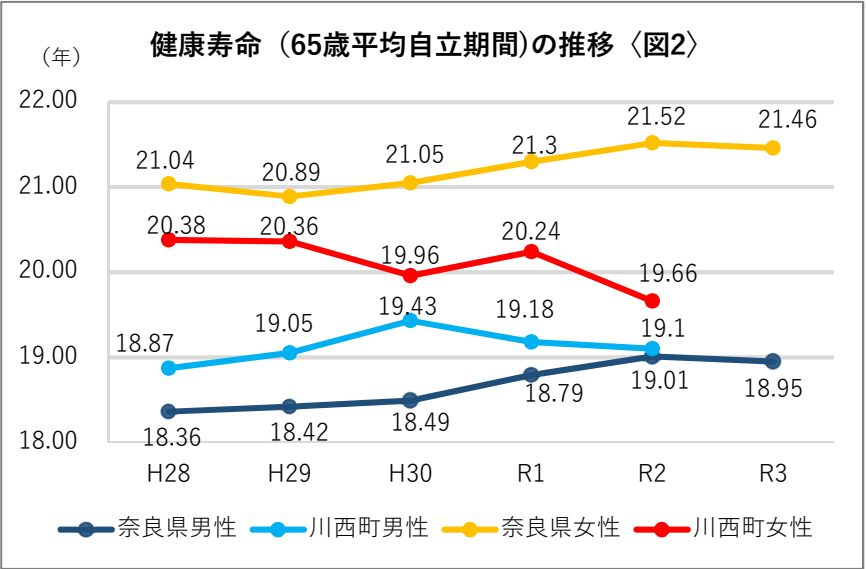
	H30 年	R1 年	R2 年	R3 年	R4 年
人口 (人)	8624	8617	8494	8399	8392
高齢化率 (%)	33.6	34.0	34.4	34.7	35.2
人口に占める被保険者の割合 (%)	26.0	24.6	24.3	24.7	23.5
被保険者平均年齢 (歳)	54.7	54.5	55.3	55.5	55.2

【出典：住民基本台帳及び外国人登録・住民基本台帳及び外国人登録(各年10月1日現在) (各年10月1日現在)】

2. 健康寿命（65歳平均自立期間）と要介護期間の状況

【健康寿命】

令和2年度の川西町の健康寿命は、男性19.1歳、女性19.66歳で、女性の方が延伸している。経年的に見ると女性は短縮し、男性はほぼ横ばいに推移している。奈良県全体と比べると、男性は県とほぼ同じで、女性は県より短く差が大きく開いている。県内順位は男性9位、女性34位である。〈図2・表2〉



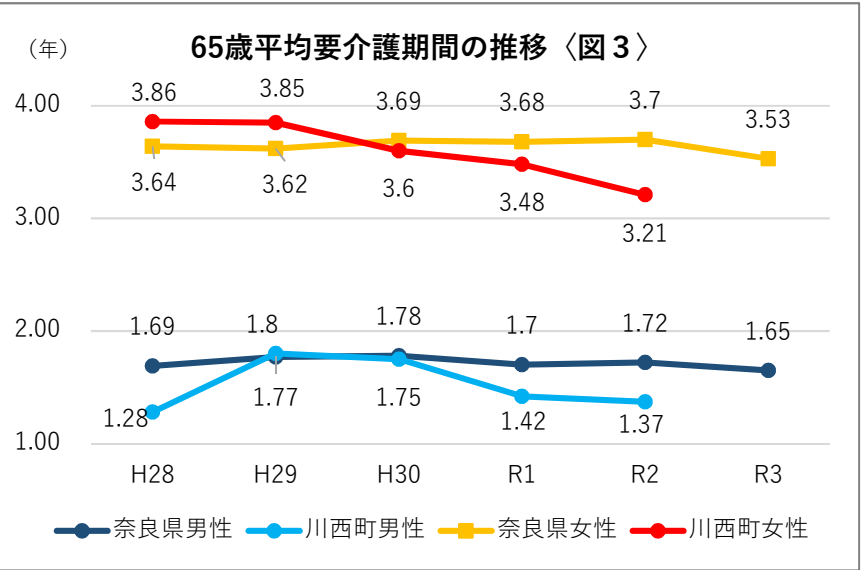
川西町健康寿命県内順位 〈表2〉		
	男性	女性
R2	9	34
R1	2	28
H30	1	32
H29	5	28
H28	7	26

【出典：奈良県健康推進課】

※65歳平均自立期間…65歳以降に要介護2以上の認定がなく、日常的に介護を必要とせず健康で自立した生活ができる平均期間

【要介護期間】

令和2年度の川西町の平均要介護期間は、男性1.37歳、女性3.21歳で女性の方が長い。経年的に見ると女性は短縮、男性はほぼ横ばいに推移している。男女とも奈良県全体より短く、県内市町村順位は男性7位、女性11位となっている。〈図3・表3〉



川西町要介護期間県内順位 〈表3〉		
	男性	女性
R2	7	11
R1	8	18
H30	23	17
H29	26	24
H28	7	26

【出典：奈良県健康推進課】

※65歳平均要介護期間…65歳時点で介護を必要とする平均期間として、要介護2以上と認定されている期間

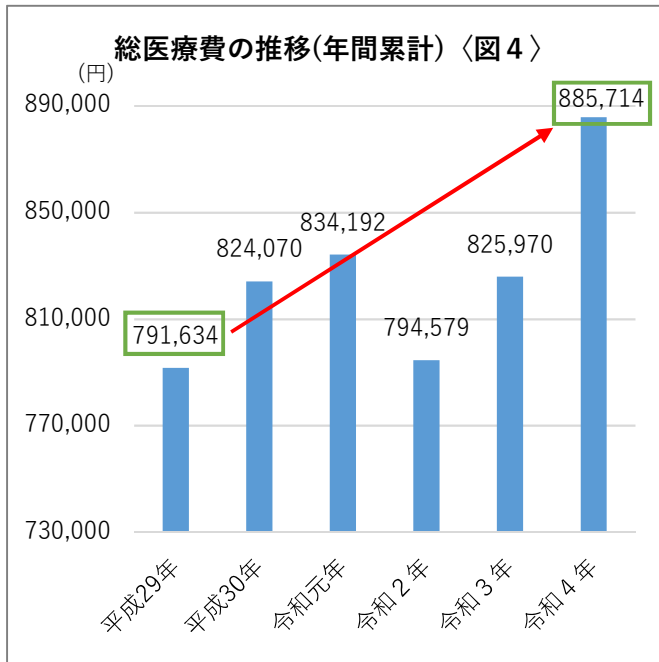
今後も引き続き、要介護状態にならないよう健康寿命を延ばし、平均要介護期間の短縮を目指す必要がある。

第2節 健康課題の把握について

1. 医療費全体の状況

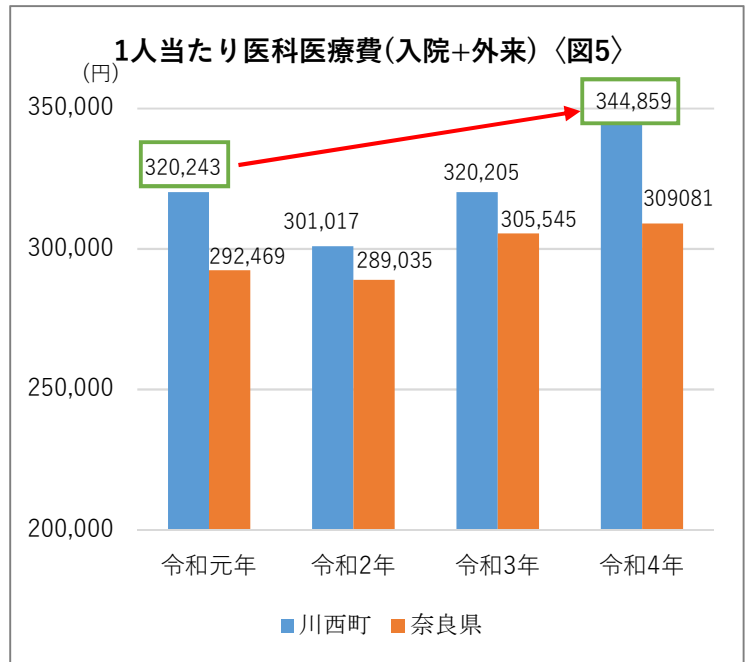
年間の総医療費は、新型コロナウイルス感染拡大による受診控えの影響を受けた令和2年度以降、年々上昇している。〈図4〉被保険者1人当たりの医科医療費(入院+外来)も年々増加し、令和4年では344,859円となっており、県と比較すると高い状況である。〈図5〉1人当たりの歯科医療費も年々増加しており、令和4年は県とほぼ同額である〈図6〉。年齢が上がるにつれ、1人当たり医療費も増加しており40歳以降はそれ以前に比べ急激に増加している。〈図7〉

▶総医療費 〈図4〉



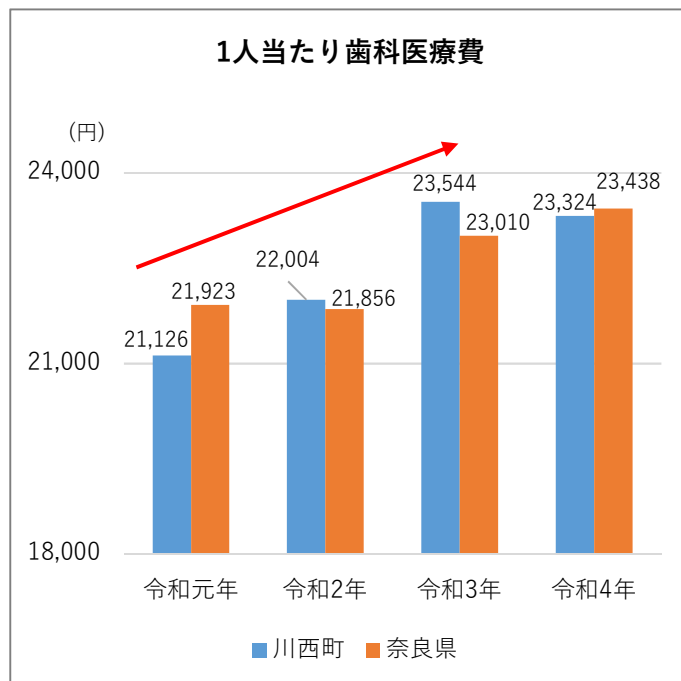
【出典：国民健康保険事業状況報告書(事業年報)C表】

▶一人当たりの医科医療費の推移 〈図5〉



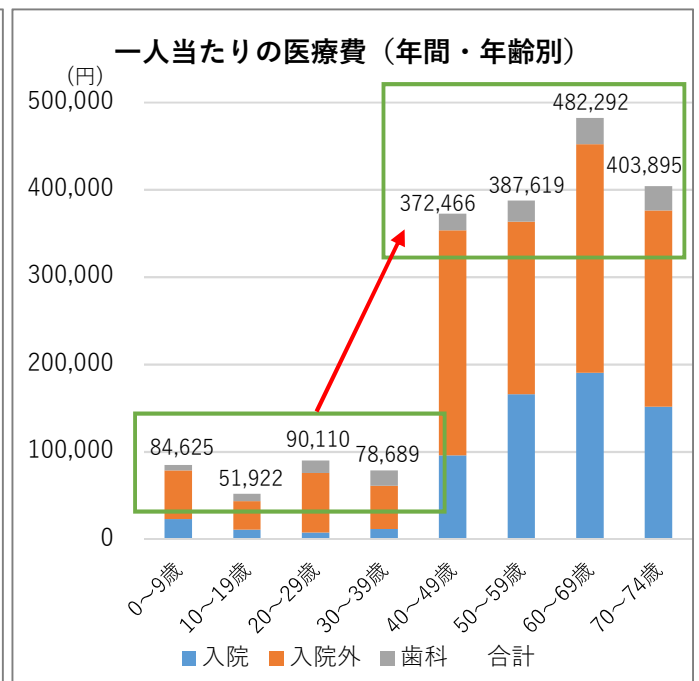
【出典：KDB システム 健康スコアリング(医療)】

▶一人当たりの歯科医療費の推移 〈図6〉



【出典：KDB システム 健康スコアリング(医療)】

▶一人当たりの医療費(年間・年齢別) 〈図7〉



【出典：KDB システム 地域の全体像の把握 令和4年度】

2. 疾病別医療費の状況

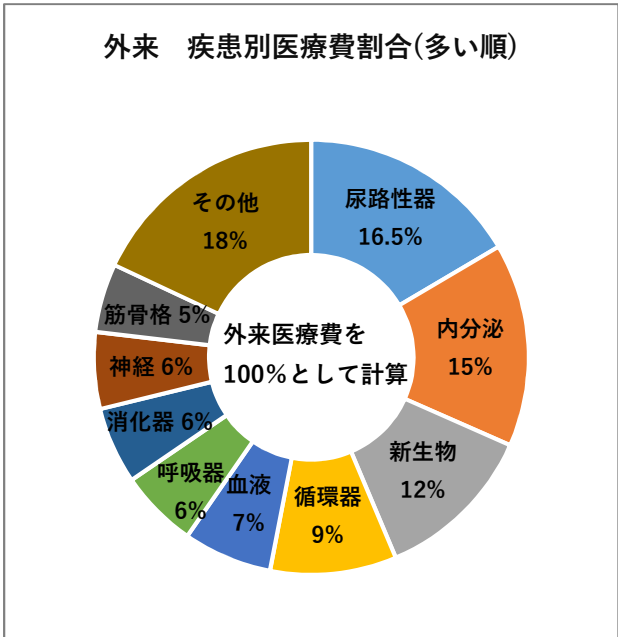
2-1 大分類・中分類からみた医療費の状況

外来では、尿路性器の疾患、内分泌、新生物の順に医療費の割合が高く、尿路性器の疾患の中でも14.2%が腎不全である。また内分泌では、糖尿病に関する医療費の割合が最も多く、次いで脂質異常症となっている。〈図8・表8〉

入院では、循環器・新生物・神経・精神の順に医療費の割合が多く、循環器疾患の中でも、11.2%が「その他の心疾患」、4.2%が脳梗塞である。〈図9・表9〉

以上から、生活習慣病や生活習慣病の重症化に関連する外来・入院の医療費の割合が高いことが分かる。

▶外来大分類別医療費（％）〈図8〉

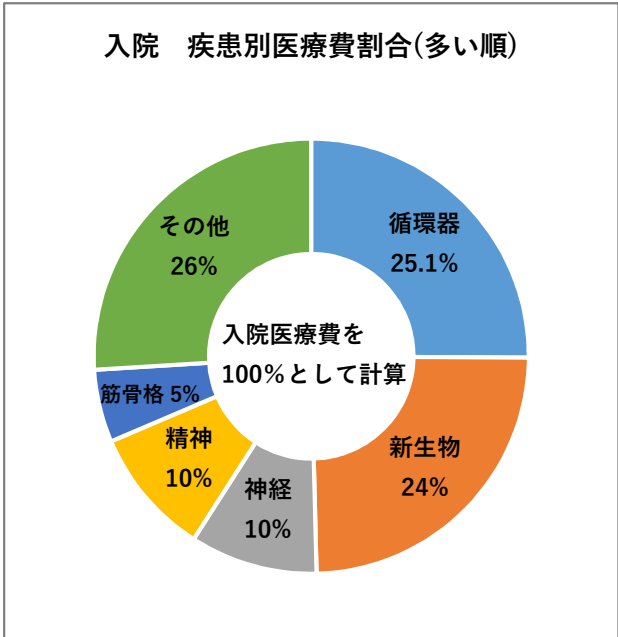


▶中分類別分析（％）〈表8〉

尿路性器	腎不全	14.2
	その他の尿路系の疾患	1.0
	乳房及びその他の女性生殖器疾患	0.6
内分泌	糖尿病	10.2
	脂質異常症	4.4
	甲状腺障害	0.4
新生物	その他の悪性新生物	3.6
	気管、気管支及び肺の悪性新生物	2.3
	乳房の悪性新生物	1.8
循環器	高血圧性疾患	5.1
	その他の心疾患	2.8
	虚血性心疾患	0.7

【出典：KDB システム 医療費分析(2)大、中、細小 令和4年度累計】

▶入院 大分類別医療費（％）〈図9〉



▶入院 中分類別分析（％）〈表9〉

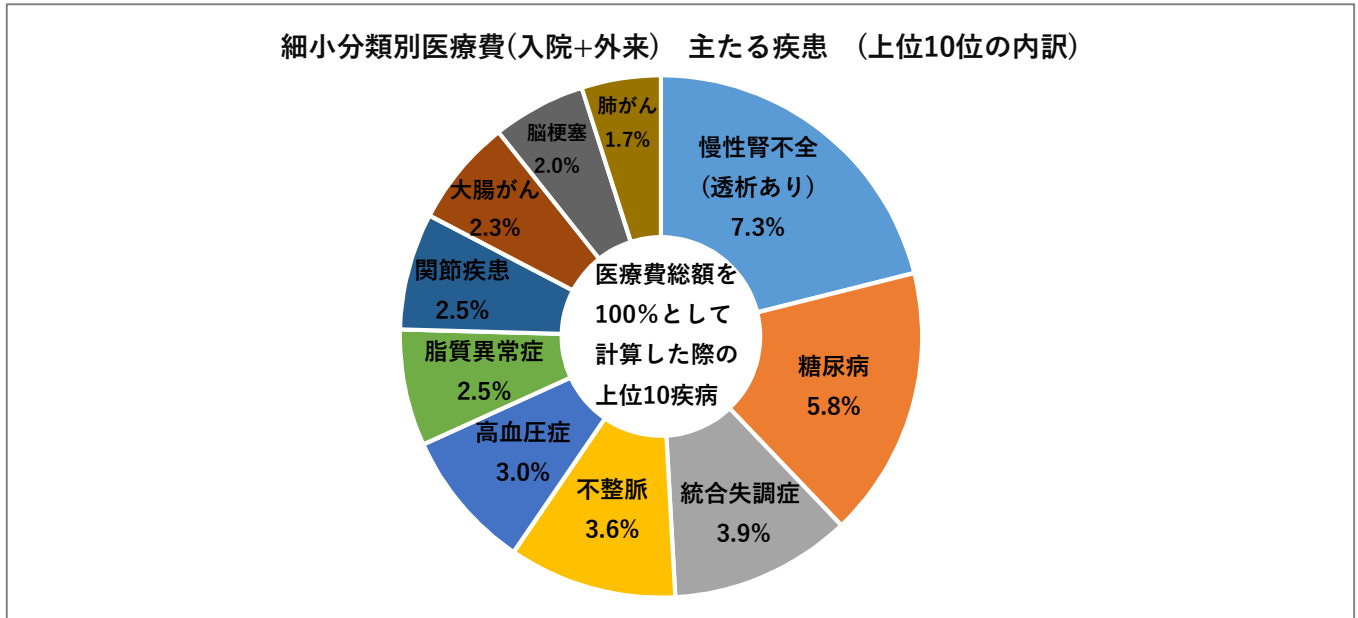
循環器	その他の心疾患	11.2
	脳梗塞	4.2
	その他の脳血管疾患	2.5
新生物	悪性新生物	15.1
	その他の悪性新生物	2.2
	白血病	1.3
神経	その他の神経疾患	5.2
	てんかん	2.4
	アルツハイマー病	1.5
精神	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	7.9
	気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	1.3
	神経症性障害、ストレス関連障害及び新進表現性障害	0.4

【出典：KDB システム 医療費分析(2)大、中、細小 令和4年度累計】

2-2 細小分類別医療費の割合(入院+外来)

細小分類(入院+外来)で医療費の総額(入院+外来)を100%として算出したとき、上位10疾患を見ると、うち上位6疾患は「慢性腎不全(透析あり)」「糖尿病」「統合失調症」「不整脈」「高血圧」「脂質異常症」の順となっている。「統合失調症・不整脈」を除く4疾患は生活習慣病であり、生活習慣病が上位を占めている。〈図10〉

▶細小分類別医療費(入院+外来) 主たる疾患 〈図10〉

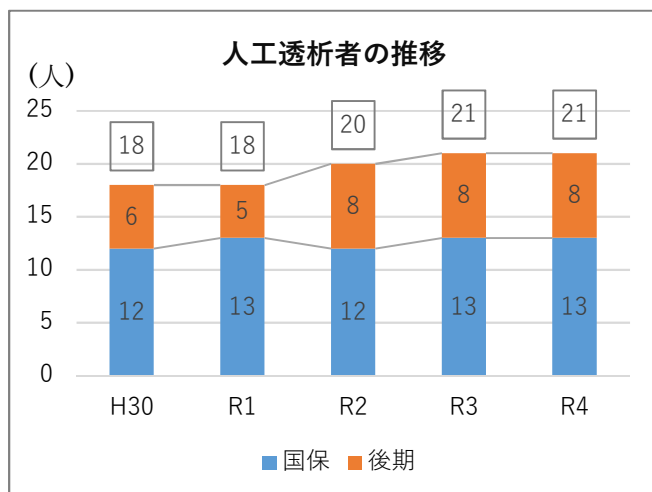


【出典：KDB システム 医療費分析(2)大、中、細小 令和4年度累計】

3. 人工透析の状況

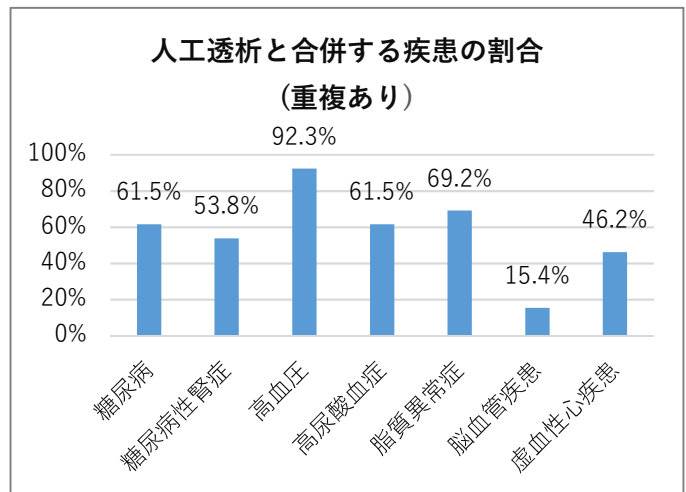
国保被保険者の人工透析者の推移は横ばいであり、国保・後期の全体でみると微増傾向にある。〈図11〉人工透析と合併する疾患は、高血圧、脂質異常症、糖尿病・高尿酸血症の順に高く、生活習慣病に起因していることが考えられる。〈図12〉また6割以上が糖尿病を併発しており、糖尿病の重症化(糖尿病性腎症)によって引き起こされている。そのため併発する糖尿病をはじめとする生活習慣病は、生活習慣の改善により、重症化遅延が可能であることから、生活習慣の改善が重要である。人工透析1人当たりの医療費は年々増加しており、令和3年は4,972,000円である。また医療費全体に占める透析医療費(糖尿病治療中)の割合は、令和3年度の県の3.33%と比べると、当町は約2倍の7.67%と高い割合を占めていることが分かる。〈表10〉

▶人工透析者の推移 〈図11〉



【出典：KDB システム 市町村別データ】

▶人工透析と合併する疾患の割合 (重複あり) 〈図12〉



【出典：KDB データ (様式3-7)人工透析のレセプト R5.5月】

▶透析に関する医療費〈表 10〉

	H30		R1		R2		R3	
	川西町	県	川西町	県	川西町	県	川西町	県
人工透析 1 人当たり医療費(千円単位)	4,723	4,699	4,831	4,754	4,735	4,787	4,972	5,002
医療費全体に占める透析医療費(糖尿病治療中)	6.26%	2.82%	7.61%	3.02%	6.68%	3.29%	7.67%	3.33%

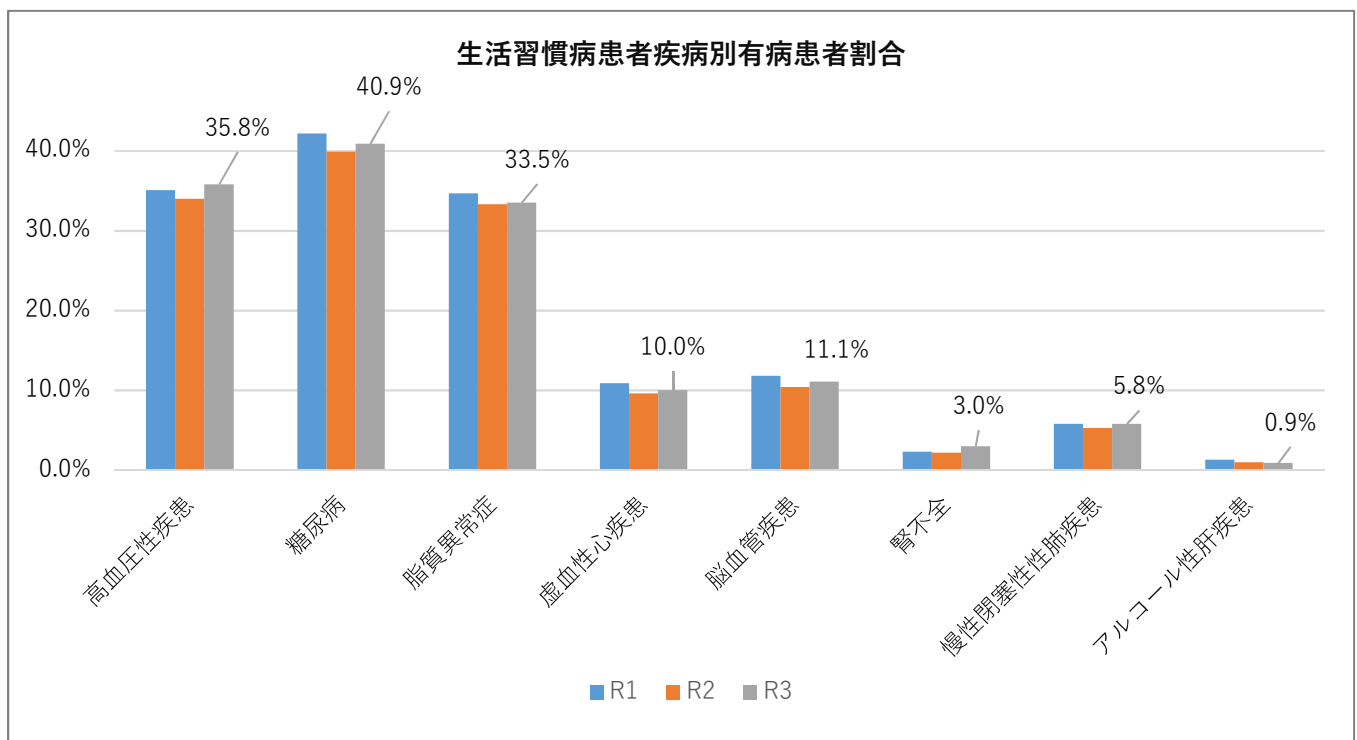
【出典：国保連提供 医療費等分析システム】

約 2 倍

4. 生活習慣病の状況

全被保険者の生活習慣病罹患者のうち、糖尿病の有病患者割合は 40.9%であり、最も高い。その次に、高血圧性疾患が 35.8%、脂質異常症が 33.5%の順で高い。〈図 13〉

▶生活習慣病患者疾病別有病患者割合 〈図 13〉



【出典：医科（DPC 含む）レセプトの KDB 突合データ】

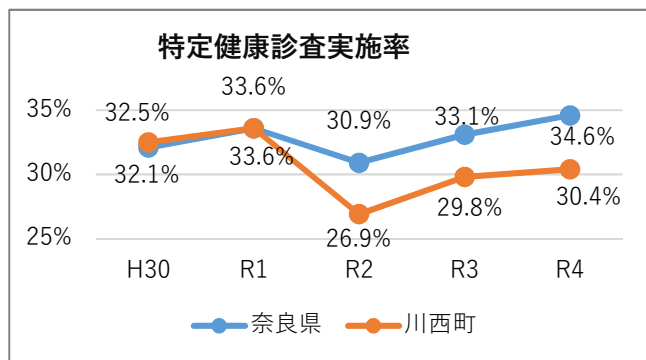
5. 特定健康診査・特定保健指導の状況

5-1 特定健康診査・特定保健指導（法定報告）の実施状況

令和 2 年度の奈良県の特定健診受診率はコロナ禍の影響から受診率が低下し、川西町でも同様に受診率が低下した。令和元年までは奈良県全体より高い受診率であったが、令和 2 年を機にコロナ渦前の受診率まで戻らず、少しずつ上昇しているものの国目標値の 60%との乖離が大きい現状である。〈図 14〉

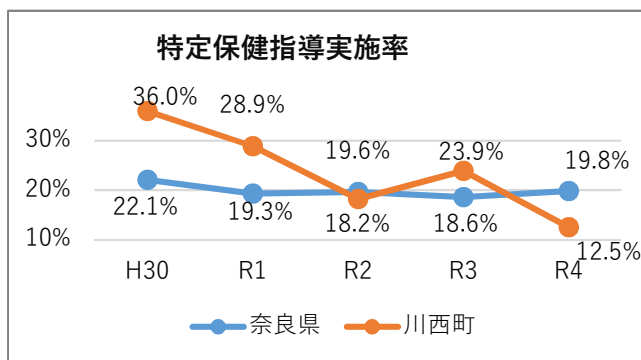
特定保健指導実施率は、平成 30 年度をピークに年々低下している。健診受診率と同様にコロナ禍の影響による、行動制限や外出、受診の控えにより、特定保健指導を希望しない対象者が増え、実施率が低下。また、毎年対象者が同一対象者である傾向が高く、数年指導を受け続けたため、指導を希望しなくなったこと、指導途中で脱落する対象者が多いことも実施率低下の要因の一つである。〈図 15〉

▶特定健康診査受診率〈図 14〉



【出典：法定報告】

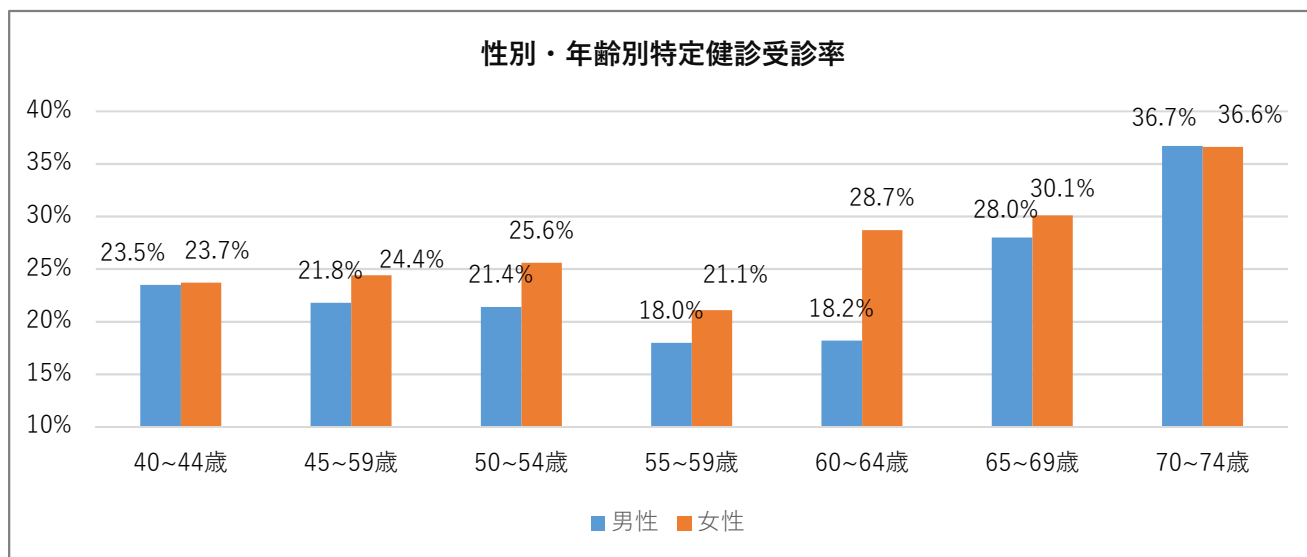
▶特定保健指導実施率〈図 15〉



5-2 性別・年齢階層別特定健診受診率

年齢階級別にみると 65 歳以上の健診受診率は高く、40～50 代男女・60 代男性は低い。〈図 15〉男女別でみると、70 代以外の年代は男性に比べ女性の受診率が高い。今後、中年層や男性の受診率を上げるための対策が必要である。〈図 16〉

▶性別・年齢階層別特定健診受診率〈図 16〉

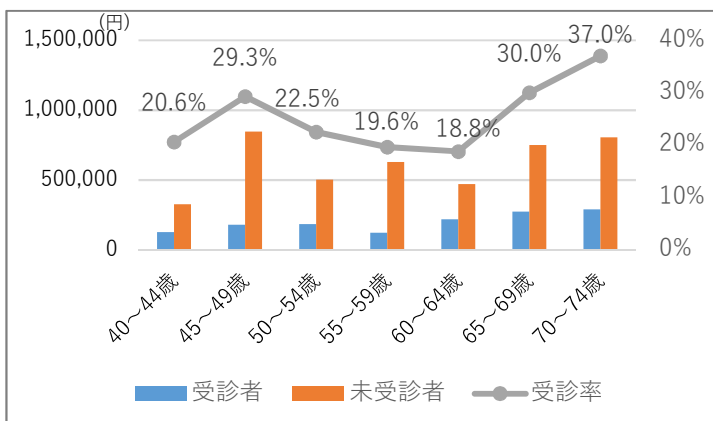


【出典：厚生労働省様式（様式 5-4）健診受診状況 令和 4 年度累計】

5-3 特定健診受診有無別の 1 人当たり医療費について

健診受診者全体の 1 人当たりの医療費は、未受診者に比べると 2.7 倍低い。年齢階層別でみると、55～59 歳代は 5.2 倍と差が大きい。このことから健診を受診することで疾病の早期発見・治療につながり、健診受診者は未受診者に比べ、医療費を抑えられていると考えられる。今後、川西町の医療費を削減するためには、特定健診の受診率を向上させ、生活習慣病等の早期発見・早期治療につなげる必要がある。

年齢階層	一人当たり医療費(円)		比	受診率
	受診者	未受診者		
40～44 歳	127,211	327,531	2.6 倍	20.6%
45～49 歳	180,971	846,761	4.7 倍	29.3%
50～54 歳	184,973	501,840	2.7 倍	22.5%
55～59 歳	122,038	628,544	5.2 倍	19.6%
60～64 歳	217,764	470,939	2.2 倍	18.8%
65～69 歳	274,183	750,850	2.7 倍	30.0%
70～74 歳	290,526	804,012	2.7 倍	37.0%
40～74 歳	252,339	680,447	2.7 倍	29.6%

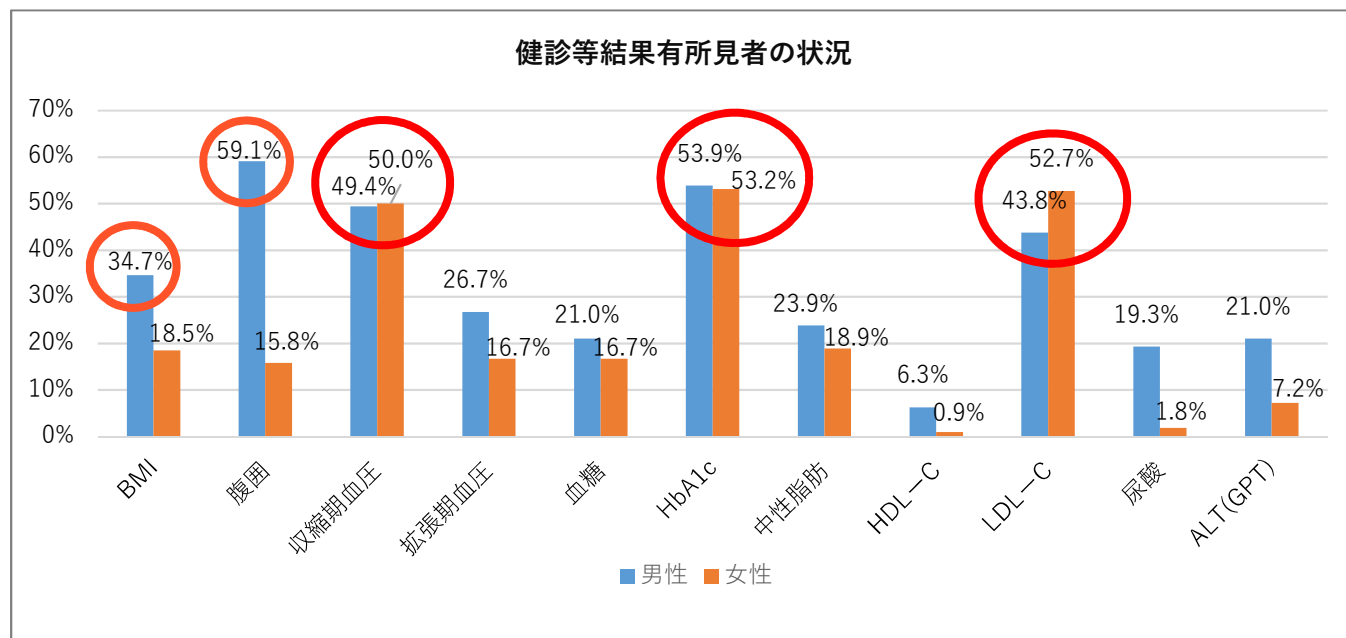


【出典：R3 健診・医療・歯科・調剤レセプトの KDB 実合データ】

5-4 健診結果の状況

有所見者の状況は、全体的にみると女性に比べ男性の有所見者の割合が高く、顕著に男女差が見られる。男性は女性に比べ、肥満のリスク（腹囲、BMI）、尿酸、ALT(GTP)の割合が非常に高く、女性はLDL-Cの割合が男性に比べて高い。〈図 17〉。健診結果における生活習慣病検査項目の基準該当者割合の年次推移をみると、血圧、HbA1c、eGFR、LDL コレステロールの割合は年々上昇しており、血圧、HbA1c、eGFR は県より高い割合である。中性脂肪の割合は横ばいである 〈表 11〉。健診結果が受診勧奨値を超えていながら医療機関に未受診の者は、脂質リスクでは 15.7%もいる 〈表 12〉。健診時の質問票から口腔機能についての結果を見ると、川西町は県に比べ「噛みにくい」「ほとんど噛めない」と回答した割合が高い 〈表 13〉。これらの結果から、川西町の健診結果有所見者の割合は項目によっては、年々増加しており、健診結果が生活習慣病の重症化リスクが高い状態であるといえるが、それにも関わらず医療に繋がっていない者が約 16%いる。そのため今後、結果有所見者に対し、受診勧奨や保健指導など行い、生活習慣病が悪化しないように重症化予防対策を積極的に実施する必要がある。

▶健診等結果有所見者の状況 〈図 17〉



【出典：KDB システム 厚生労働省様式(様式 5-5)糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導 令和 4 年度累計】

▶生活習慣病検査項目の要治療者基準該当者割合の推移(レッドカード事業の基準) (単位：%) 〈表 11〉

生活習慣病検査項目	H30	R1	R2	R3
町（県）（単位：％）	川西町（県）	川西町（県）	川西町（県）	川西町（県）
血圧 160/100mmHg 以上の割合	8.31 (5.11)	4.53 (4.96)	7.03 (6.03)	7.2 (6.02)
HbA1c 7.0%以上の割合	5.19 (4.00)	4.31 (4.16)	4.16 (4.50)	6.08 (4.46)
eGFR 45ml/min/1.73 m ² 未満の割合	2.28 (1.73)	2.59 (1.94)	1.82 (2.09)	2.7 (2.2)
LDL-C 180 mg/dl 以上の割合	2.7 (4.57)	4.31 (4.37)	3.12 (4.43)	4.05 (4.41)
中性脂肪 500 mg/dl 以上の割合	0.2 (0.46)	0.21 (0.45)	0 (0.45)	0 (0.37)

【出典：国保連合会 医療費等分析システム】

※LDL-C：LDL コレステロール（悪玉コレステロール）

▶医療機関受療勧奨対象者の状況（単位：人）〈表 12〉

令和４年度の特健診結果における有所見者のうち、令和４年４月～令和５年３月診療において医療機関への受療がない者を医療機関受療勧奨対象者とする。

項目	検査項目	受診勧奨判定値	男性	女性	合計
血圧リスク	収縮期血圧	140mmHg 以上	15	19	34 (12.1%)
	拡張期血圧	90mmHg 以上			
血糖リスク	空腹時血圧	126 mg/dl 以上	2	3	5 (1.8%)
	HbA1c	6.5% 以上			
脂質リスク	中性脂肪	300 mg/dl 以上	17	27	44 (15.7%)
	HDL-C	35 mg/dl 未満			
	LDL-C	140 mg/dl 以上			

【出典：KDB システム 厚生労働省様式(様式 5-3)メタボリックシンドローム該当者・予備群 令和４年累計】

▶健診時の問診結果状況（口腔機能について）（単位：%）〈表 13〉

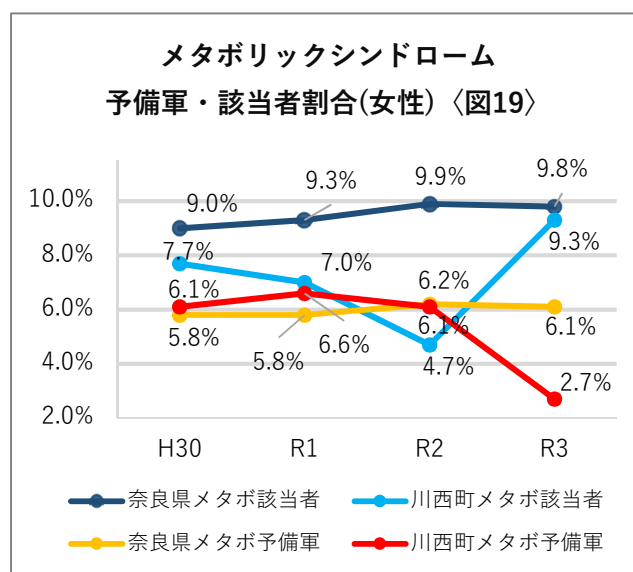
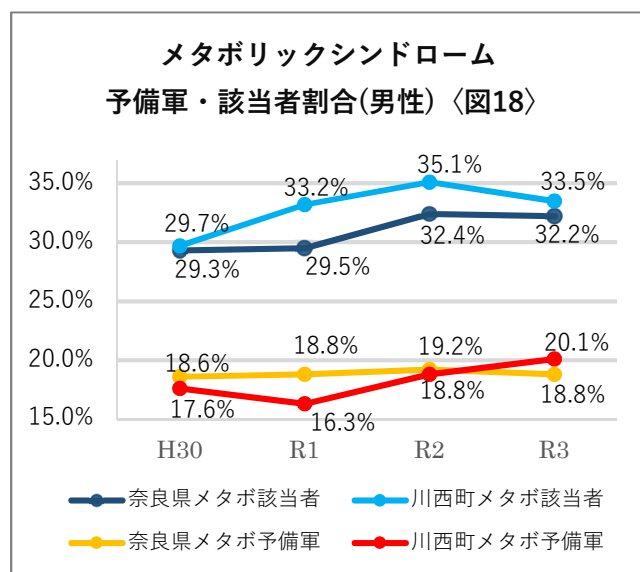
問診結果	町（県）	R1	R 2	R 3	R 4
咀嚼	なんでも噛んで食べる	74.3 (79.9)	70.7 (78.9)	75.7 (79.1)	75.6 (79.5)
	かみにくい	24.9 (19.5)	27.9 (20.5)	23.6 (20.3)	23.1 (19.9)
	ほとんど噛めない	0.7 (0.6)	1.4 (0.6)	0.8 (0.6)	1.3 (0.6)

【出典：KDB システム 地域全体像の把握】

５－５ メタボリックシンドローム予備群・該当者の割合

メタボリックシンドロームの予備群・該当者の割合は、男性は県平均とほぼ同じ割合で推移しており、年々増加傾向で、令和３年度では受診者の 33.5%が該当者で 20.1%が予備軍である。〈図 18〉女性の該当者については令和２年をピークに増加傾向にあり、予備軍については減少傾向である。令和３年度ではどちらも県平均より低く受診者の 9.3%が該当者で 2.7%が予備軍である。この推移は令和２年度に予備軍に該当していたものが、令和３年度にメタボ該当者になったことが考えられる。〈図 19〉

▶メタボリックシンドローム予備軍・該当者の割合 男性〈図 18〉・女性〈図 19〉



【出典：KDB システム 地域の全体像の把握 健診状況】

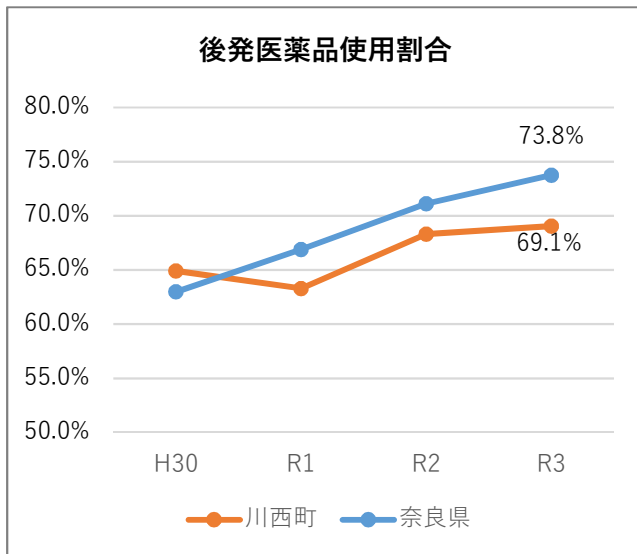
6. 医薬品使用に関する状況

後発医薬品利用割合の推移をみると、年々向上しているが県平均と比べると、低い現状であり、国の目標値である 80%には達していない。〈図 20〉

重複服薬患者割合・多剤服薬者割合の推移はともに、県平均よりも低く推移している。〈図 21〉

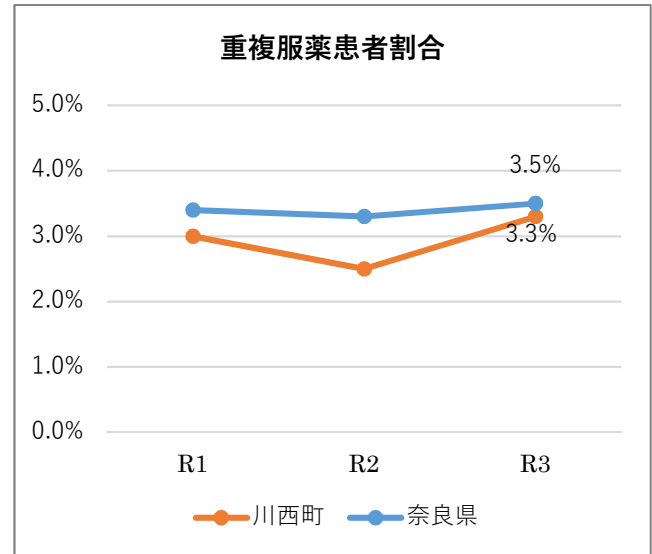
複数の医療機関から同一成分の医薬品を 14 日以上処方されているのは、催眠鎮静剤・抗不安薬、解熱鎮痛消炎剤、消化性潰瘍用剤の服薬者の順に多い。また重複割合としては、催眠鎮静剤・抗不安薬、解熱鎮痛消炎剤の順で高い。多剤服薬患者割合の推移は県平均と、ほぼ同様の推移である。〈表 14・図 22〉

▶後発医薬品使用割合（単位：％）〈図 20〉



【出典：レセプトデータ（医科、調剤）】

▶重複服薬者割合（単位：％）〈図 21〉



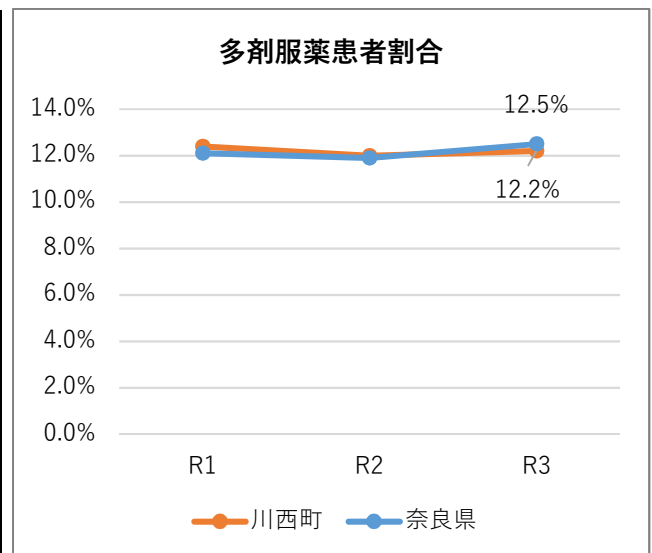
【出典：レセプトデータ（医科、調剤）】

▶重複投薬者数上位 10 薬剤〈表 14〉

順位	薬効成分 名称	服薬者数（人）	
		重複投薬者数（人）	重複割合（％）
1	催眠鎮静剤、抗不安薬	1,731	36 2.1%
2	解熱鎮痛消炎剤	949	17 1.8%
3	消化性潰瘍用剤	3,150	17 0.5%
4	精神神経用剤	1,725	12 0.7%
5	高脂血症用剤	4,720	12 0.3%
6	血管拡張剤	3,566	10 0.3%
7	その他のアレルギー用薬	1,534	10 0.7%
8	血圧降下剤	4,089	9 0.2%
9	ビタミン B 剤 (ビタミン B1 剤を除く)	443	8 1.8%
10	その他の中枢神経系用薬	579	4 0.7%
11 位以降		15,144	46 0.3%
合計（延べ人数）		37,630	181 0.5%

【出典：レセプト（医科・調剤）令和 3 年度】

▶多剤服薬者割合（単位：％）〈図 22〉



【出典：レセプトデータ（医科、調剤）】

7. 後期高齢者・介護関連の状況

7-1 後期高齢者の状況

後期高齢者の人口は年々増加し、1人当たりの医療費においても、平成30年から令和3年にかけて上昇傾向にあったが、令和4年は下がっている。その原因は不明である。〈表15〉

▶後期高齢者の人口・一人当たりの医療費（単位：人、円）〈表15〉

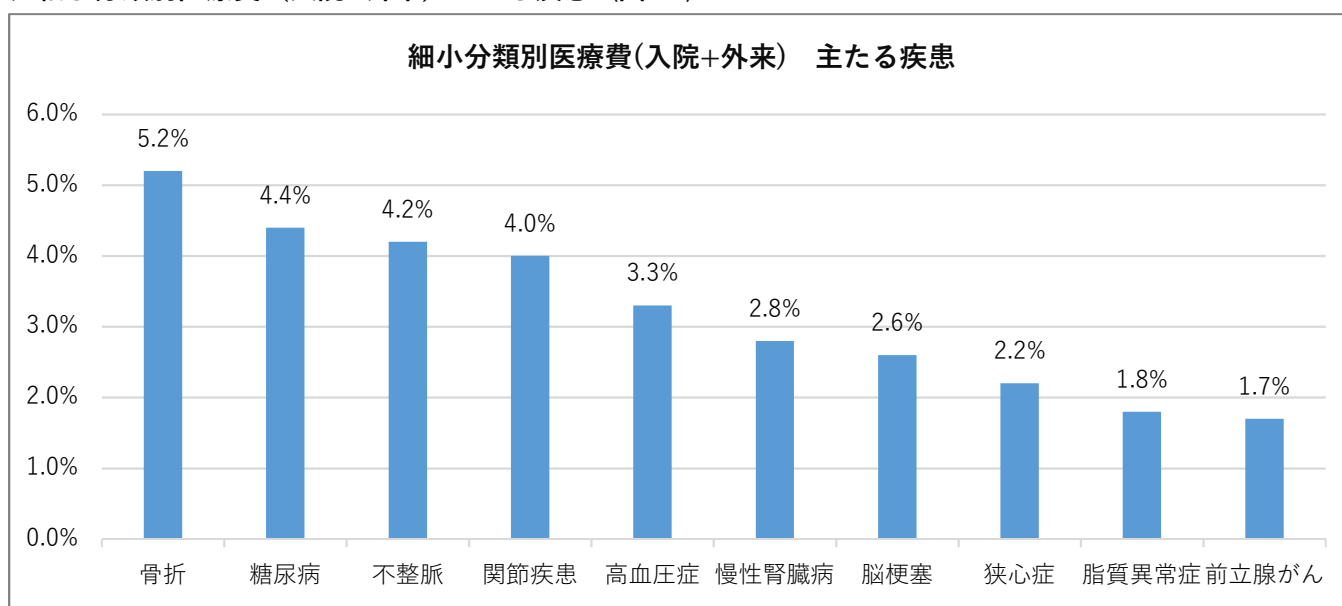
	H30	R1	R2	R3	R4
後期高齢者の人口（人）	1,404	1,481	1,493	1,492	1,557
1人当たり医療費（円）	889,592	821,586	901,284	908,887	824,154

【出典：奈良県後期高齢者医療の概況】

7-2 後期高齢者の細小分類別医療費

細小分類(入院+外来)で医療費の総額(入院+外来)を100%として算出したとき、上位10疾患は「骨折」「糖尿病」「不整脈」「関節疾患」「高血圧」「慢性腎不全(透析あり)」「脳梗塞」「狭心症」「脂質異常症」「前立腺がん」の順となっている。「骨折」「不整脈」「関節疾患」「前立腺がん」を除く6疾患は生活習慣病であり、生活習慣病が上位を占めている。〈図23〉このことから、国保被保険者も同様の傾向にあるため、国保被保険者からの健康状態が、後期高齢者への健康状態へと続いており、影響していることが考えられる。そのため、国保被保険者から後期高齢者の切れ目のない生活習慣病重症化予防対策が必要である。また加齢に伴い、骨折・関節疾患等の、筋骨格系の疾患の割合も高いため、フレイル対策も重要である。

▶細小分類別医療費（入院+外来）主たる疾患〈図23〉



【出典：KDB システム 医療費分析(2)大、中、細小 令和4年度累計】

7-3 後期高齢者の健康診査の受診状況・健診結果

後期高齢者の健康診査受診率は特定健診と同様に、コロナ禍の影響から令和2年度に受診率が低下したが、それ以降上昇傾向にある。〈表16〉健診結果有所見者の割合を〈図23〉をもとに生活習慣病の医療費の高い糖尿病、高血圧の検査所見に絞って見ていくと、血圧の有所見者割合は微増傾向、HbA1cは微減の推移である。〈表17〉

▶健康診査の受診率推移（単位：％）〈表 16〉

	H30	R1	R2	R3	R4
受診率	21.68	40.52	30.77	33.14	35.89
県	24.71	25.38	23.52	24.08	25.50

【出典：奈良県後期高齢者医療の概況】

▶健診結果有所見者の割合 抜粋（単位：％）〈表 17〉

血压 160/100mmHg 以上の割合	H30	R1	R2	R3	R4
川西町	5.81	2.49	3.67	4.91	5.68
県	5.71	5.64	6.82	7.13	6.94

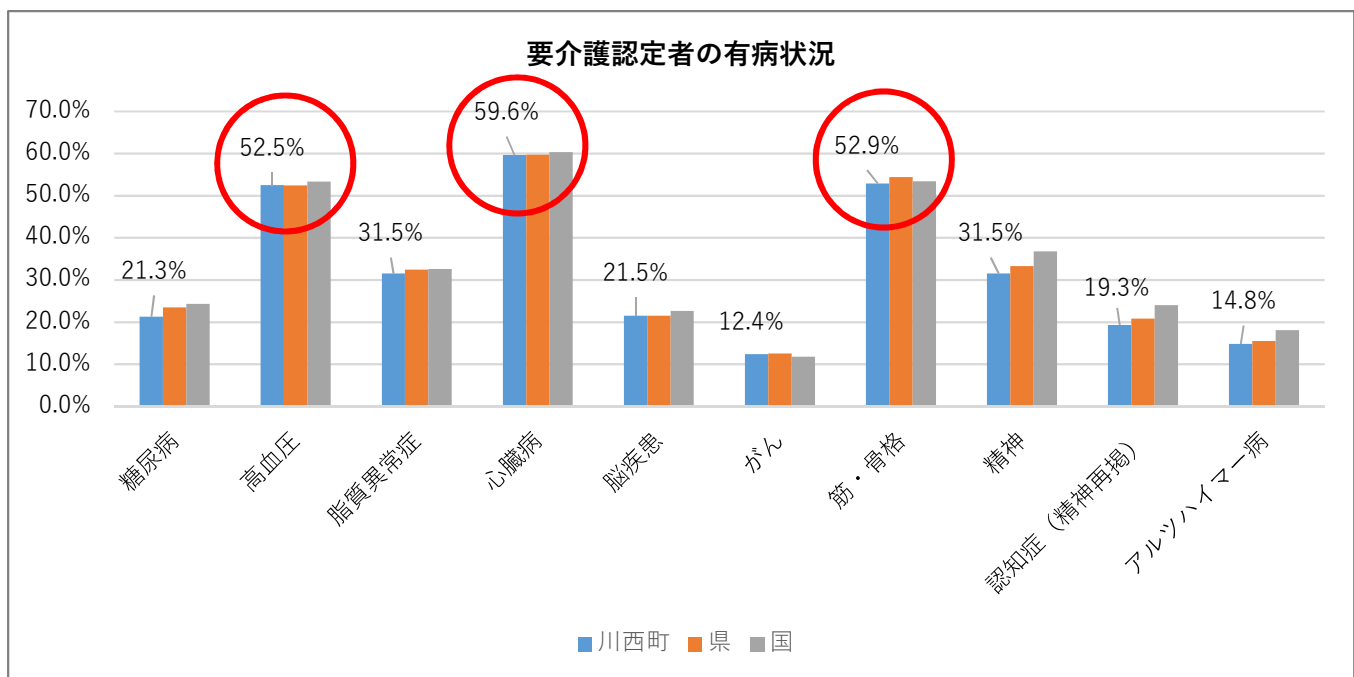
HbA1c 8.0%以上の割合	H30	R1	R2	R3	R4
川西町	2.32	2.13	1.63	1.4	1.13
県	1.14	1.24	1.26	1.24	1.2

【出典：国保連合会 KDB 二次加工ツール集計結果 令和 4 年度累計】

7-4 要介護認定者の状況

要介護認定者の有病状況をみると、心臓病の有病割合が高く、続いて筋・骨格系疾患、高血圧症となっており、県と国も同様の状況である。〈図 24〉1 人当たりの介護給付費については、微減の推移であり、県と比較すると高い。〈表 18〉要介護認定ありの人となしの人の医療費は、県と国と同様の状況であり、要介護認定ありの人の医療費は、認定なしの人の 2 倍以上となっている。〈図 25〉要介護認定率は、県より低く国と同率であり、平成 30 年と令和 4 年度を比較すると、全国的に増加している。〈図 26〉要介護認定者の認定区分の内訳については、令和 3 年度の要介護認定者の割合は要介護 1 の割合が高く、要支援 2、要介護 3 と続いている。〈図 27〉今後、高齢化が進み、それに伴い加齢に伴う身体機能の低下・持病を持っている者が増えるため、要支援・要介護が必要になる者が増えていくことが予想される。

▶要介護認定者の有病状況 〈図 24〉



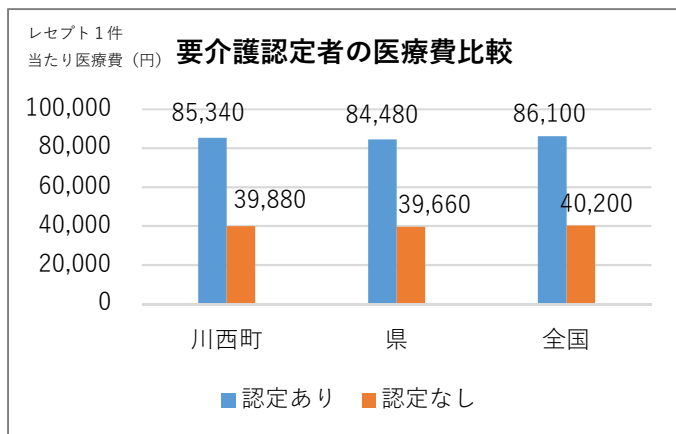
【出典：KDB システム 地域全体像の把握 令和 4 年度累計】

▶1人当たり介護給付費（単位：円）〈表 18〉

	R1	R2	R3	R4
川西町	64,417	64,780	62,897	60,068
県	58,476	59,269	58,069	56,854

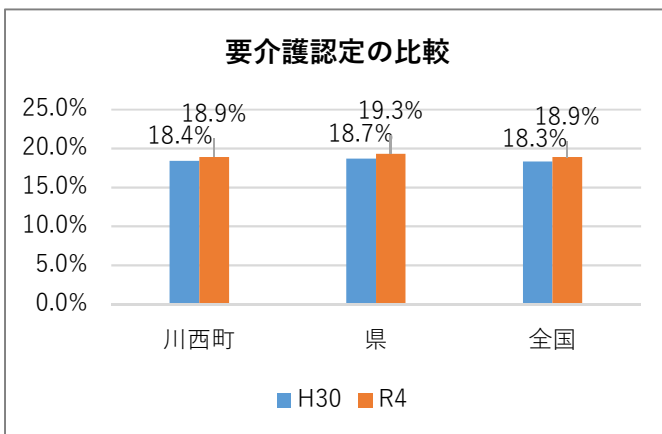
【出典：KDB システム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題】

▶要介護認定者の医療費状況 〈図 25〉



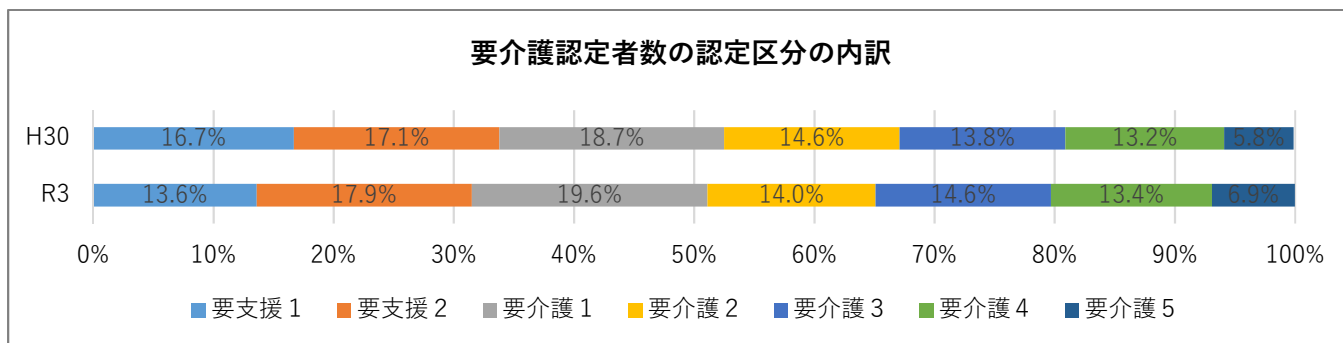
【出典：KDB システム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 令和4年度累計】

▶要介護認定率の比較 〈図 26〉



【出典：介護保険事業状況報告（年報）】

▶要介護認定者の認定区分の内訳 〈図 27〉



【出典：介護保険事業状況報告（年報）】

※がん、歯科口腔、たばこ、食生活、運動、こころの健康については、福祉こども課 保健センターで推進している健康増進計画『健康かわにし 21』で現状分析を行い、目標・指標を定めて事業を計画・実行しているため、データヘルス計画には明記しないこととするが、国保被保険者の健康に関連する事項においては、連携を図りながら取り組んでいくこととする。

【前期計画の結果と川西町の現状のまとめ・考察】

●第2期計画の結果

第2期計画の結果は、計画後半に新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、外出・受診控え等の影響を受け、計画通り保健事業を実施できない年もあり、計画全体目標である「健康寿命」は男女ともに目標である延伸を達成できなかったが、「平均要介護期間」については男女ともに短縮し目標を達成できた。その要因は不明である。個別保健事業では、特定健康診査の受診率・特定保健指導の実施率が向上せず（県と比較しても低い）、それに伴い生活習慣病の早期発見の機会や早期治療、保健指導につなげる対象が少ないため、生活習慣病に罹患・悪化しやすく、生活習慣病の医療費の増加に影響したと考えられる。糖尿病性腎症重症化予防事業の保健指導では、事業参加希望者が少なかったため、事業の実施が困難な状況であり、結果として糖尿病や腎不全の医療費の減少につながらなかった。医療費適正化事業については、後発医薬品使用割合は増加したものの、県平均と比べて低い水準であった。

●川西町の現状のまとめ・考察

川西町の現状は、高齢化により人口に占める高齢者の割合が増加し、それを支える生産年齢人口の減少により年々総医療費・1人当たり医療費が増加しており、高齢化が進むことで今後ますます医療費の増加が予想される。医療費の中でも特に生活習慣病の占める医療費が高く、全被保険者のうち糖尿病有病患者の割合は約40%、高血圧性疾患は約36%、脂質異常症は約34%という順で高い。

特定健診受診率・特定保健指導実施率はともに低く、特定健診受診者と未受診者の1人当たりの医療費を比べると、約2.7倍の差がある。また受診者のうち有所見者の割合は増加しており、健診結果が受診勧奨域であるのに受療がない者が約16%いて、重症治療域者の割合はHbA1c・eGFR・LDL コレステロールにおいて年々増加している。

このことより、今後高齢化が進み総医療費の増加が見込まれる中、医療費を下げるためには、生活習慣病の発症・重症化を予防することが重要である。

また、この国保被保険者の医療費・生活習慣病の傾向は、後期高齢者も同様の傾向にある。それは、国保被保険者時の健康状態が後期高齢者に移行しても続き、それまでの健康状態の積み重ねが後期高齢者の医療費に影響していると考えられる。そのため、国保被保険者から後期高齢者へ移行後にも切れ目のない生活習慣病予防対策が必要である。

第3期データヘルス計画では、上記の現状や第2期計画の結果を踏まえ、第2期計画からの事業を引き続き行うことに加えて、国保被保険者から後期高齢者への切れ目のない生活習慣病重症化対策等の保健事業を行う必要がある。そのため、具体的な計画・現実に沿った目標値を設定し、健康の維持、疾病の予防に関する保健事業を重点的に実施し、健康寿命の延伸につながるよう取り組んでいく。

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：特定健康診査・特定保健指導の実施率が低く、生活習慣病の予防につながっていない。	
課題とする理由	・ 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。 ・ 60～70 歳代の受診者と比較すると、40～50 歳代の特定健康診査の受診率が低いことから、年齢層による健康への意識の高さの違いがある。 ・ 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。 ・ 特定健康診査の結果、医療機関受療勧奨対象者になったにも関わらず、医療機関への受療がない者がいる。 ・ メタボ該当者や予備軍が多く、放置することで生活習慣病の発症につながる恐れが高い。 ・ 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。
根拠となるデータ	・ 特定健康診査受診率〈図 14〉 ・ 特定保健指導実施率〈図 15〉 ・ 性別・年齢階層別特定健診受診率〈図 16〉 ・ 医療機関受療勧奨対象者の状況〈表 12〉 ・ メタボリックシンドローム予備軍・該当者割合〈図 18・19〉
取り組みの方向性	・ 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。 ・ 人間ドック(特定健診の内容を含む)の受診の助成を行い、結果の提供をいただくことで、特定健診の受診率の向上対策を実施するとともに、疾病の早期発見・治療につなげる対策を実施する。 ・ 若年者からの健康が壮年期へ続く健康状態の向上につながるため、若年者の健康意識向上・健康のため 30 歳代の健康診査を実施する。

課題 2：生活習慣病に関連した医療費の割合が高く、医療費も増加している。	
課題とする理由	・ 被保険者の高齢化等により、医療費が増加する一方で支える側となる被保険者が減少している。 ・ 総医療費と一人当たりの医療費は年々増加しており、県と比較しても高い。また、年齢別の 1 人当たり医療費は 40 代から急上昇している。 ・ 総医療費に占める上位 6 疾患のうち、5 疾患が生活習慣病疾患であり、生活習慣病の占める医療費の割合が高い。 ・ 生活習慣病の中でも高血圧・脂質異常症・糖尿病の有病患者割合が高い。 ・ 医療費全体に占める透析医療費(糖尿病治療中)の割合が増加している。 ・ 健診結果で生活習慣病の有所見者の割合が高い。 ・ 生活習慣病検査項目の基準該当者割合が血圧・HbA1c・eGFR において増加している。 ・ 生活習慣病に関連した受療勧奨対象者で未受療者の割合は血圧項目で 12.1%、脂質

	リスクで 15.7%である。 ・生活習慣病に影響が大きい口腔機能の低下者の割合が高く、年々増加している。また一人当たり歯科医療費も年々増加している。 ・後期高齢者の総医療費に占める上位 10 疾患のうち、7 疾患が生活習慣病疾患であり、生活習慣病の占める医療費の割合が高く、国保からの健康状態が後期に移行しても続いている。
根拠となるデータ	・被保険者数の推移(年齢別)〈図 1〉 ・人口・被保険者数・年齢構成・平均年齢〈表 1〉 ・総医療費〈図 4〉 ・一人当たりの内科医療費の推移〈図 5〉 ・一人当たりの歯科医療費の増加〈図 6〉 ・一人当たりの医療費(性別・年齢別)〈図 7〉 ・最小分類別医療費(入院+外来)主たる疾患〈図 10〉 ・透析に関する医療費〈表 10〉 ・生活習慣病患者疾病別有病患者割合〈図 13〉 ・健診結果有所見者の状況〈図 17〉 ・生活習慣病検査項目の要治療者基準該当者割合の推移〈表 11〉 ・医療機関受療勧奨対象者の状況〈表 12〉 ・健診時の問診結果状況〈表 13〉 ・後期高齢者の細小分類別医療費(入院+外来)主たる疾患〈図 23〉
取り組みの方向性	・生活習慣病の発症・重症化を予防する対策を実施する。 ・受診勧奨域者に対する医療機関受診勧奨に関する対策を実施する。

課題 3：糖尿病重症者の割合が増加している。	
課題とする理由	・全医療費に占める慢性腎不全や糖尿病の医療費の割合が高く、透析にかかる医療費も増加している。 ・人工透析に合併する疾病の中で糖尿病関連の割合が高い。 ・糖尿病において血糖マネジメント不良とされる HbA1c7.0%以上の割合が増加している。また eGFR45 未満の割合が年々増加している。
根拠となるデータ	・細小分類別医療費の割合(入院+外来)〈図 10〉 ・人工透析者数の推移〈図 11〉 ・人工透析と合併する疾患の割合〈図 12〉 ・人工透析に係る医療費〈表 10〉 ・生活習慣病検査項目の基準該当者割合の推移 HbA1c7.0%以上の割合〈表 11〉 ・生活習慣病検査項目の基準該当者割合の推移 eGFR45 未満の割合〈表 11〉
取り組みの方向性	・糖尿病の重症化予防の対策を実施する。 ・糖尿病の重症化を防ぎ、合併症である糖尿病性腎症による人工透析者を防ぐ対策を実施する。

課題4：後発医薬品の利用率が低く、重複服薬患者の割合が増加している。	
課題とする理由	・ 重複服薬患者の割合が微増している。 ・ 多剤服用者割合が横ばいである。 ・ 後発医薬品利用割合が低い。
根拠となるデータ	・ 後発医薬品利用割合〈図 20〉 ・ 重複服薬患者の割合〈図 21〉 ・ 多剤服薬者割合〈図 22〉
取り組みの方向性	・ 後発医薬品の啓発を行う。 ・ 重複・多剤投薬者に対して、適正な医薬品の使用が行えるよう対策を実施する。

課題5：要介護認定者率は年々上昇し、一人当たりの介護給付費や後期高齢者の医療費に占める生活習慣病の割合が高い。	
課題とする理由	・ 高齢化に伴い要介護認定率が年々上昇し、要介護1以上の割合が増加している。 ・ 一人当たりの介護給付費が県に比べると高い。 ・ 後期高齢者の総医療費に占める上位10疾患のうち、7疾患が生活習慣病疾患であり、生活習慣病の占める医療費の割合が高い。この傾向は国保被保険者と同様であり、国保被保険者の健康状態が後期高齢者の健康状態にも続いており影響している。 ・ 要介護認定ありの者はなしの者に比べ2倍ほど医療費が高い。 ・ 要介護認定者の有病率は、「心臓病」「筋・骨格」「高血圧」の順に割合が高い。
根拠となるデータ	・ 後期高齢者の細小分類別医療費(入院+外来)主たる疾患〈図 23〉 ・ 要介護認定者の有病率〈図 24〉 ・ 要介護認定者の医療費状況〈図 25〉 ・ 要介護認定率の比較〈図 26〉 ・ 要介護認定者数の認定区分内訳〈図 27〉 ・ 1人当たり介護給付費(単位：円)〈表 18〉
取り組みの方向性	・ 後期高齢者に移行しても切れ目のない生活習慣病重症化予防対策・フレイル対策を実施する。

2. 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。	平均余命・平均自立期間（要介護2以上）	延伸
② 医療費の適正化を図る。	1人あたりの医科医療費・1人あたりの歯科医療費	維持～減少

【目標（上記の目的を達成するために取り組むこと）】

目標	指標	目標値	主な個別保健事業
メタボリック シンドローム 該当者および 予備軍該当者 を早期発見し、 該当人数を減 少させること で、生活習慣病 の発症を予防 する	・特定健康診査実施率 ・特定保健指導による指導対象者の減少割合 ・メタボリックシンドローム該当者割合 ・メタボリックシンドローム予備軍割合 ・有所見の割合 - 血糖 - 血圧(収縮期/拡張期) - 中性脂肪 - HDL コレステロール - LDL コレステロール	45% 43% 17% 8% 35% 32/15% 15% 2.9% 30%	特定健康診査実施率向上 対策事業 特定保健指導事業
生活習慣病該 当者が重症化 へ移行するこ とを予防する	・HbA1c 8.0%以上の割合 ・新規人工透析者数 ・有所見の割合 - 血糖 - 血圧(収縮期/拡張期) - 中性脂肪 - HDL コレステロール - LDL コレステロール	1% 0人 35% 32/15% 15% 2.9% 30%	糖尿病性腎症重症化予防 事業 生活習慣病受診勧奨推進 事業
適正服薬・後発 医薬品利用を 促進させる	・同一月内に複数の医療機関を受診し、重複 処方が発生した者の割合 ・同一月内に9以上の薬剤の処方を受けた者 の割合 ・後発薬品利用率	3.0% 3.6% 72.5%	適正服薬促進事業 後発薬品利用促進事業
高齢者の保健 事業と介護予 防の一体的実 施を推進させ る	・要介護認定者率 ・後期高齢者の健診受診率 ・HbA1c 8.0%以上の割合(後期) ・Ⅱ度高血圧以上の割合(後期) ・人工透析患者率(後期) ・BMI 20 kg/m²以下の割合（後期） ・運動・栄養・口腔項目該当者の割合	20.4% 未定 1.3% 5.1% 0.6% 17% 15%/7.2%/25%	後期高齢者の保健事業と 介護予防の一体的実施の 推進に関する事業

IV. 個別保健事業

1. 特定健康診査実施率向上対策事業

目的	川西町国民健康保険加入者の特定健康診査実施率は 30.4%、（令和 4 年度法定報告値）であり、第 3 期奈良県医療費適正化計画における目標値「特定健康診査の実施率 70%以上」との乖離は大きい。そこで、目標達成のため、対象者に向けた効果的・効率的な勧奨方法を立案し、実施率向上に取り組むとともに、加入者の QOL の維持・向上、さらには医療費適正化を図ることを目的とする。		
内容	1. 受診勧奨事業（国保連合会との共同保健事業として実施）		
	対 象	43～74 歳で過去の受診歴から国保事務支援センターが定める対象	
	実施時期	9 月 対象者へ勧奨ハガキを送付	
	内 容	11 月 上記対象者の受診確認を実施	
		12 月 再勧奨のハガキを送付	
	2. 市町村独自事業		
	①個別受診勧奨 年度当初 4 月末に特定健診対象者全員に受診券と一緒に受診勧奨通知を送付する。		
	②重点的勧奨 対象年度の健診未受診者に対し、9 月に通知・電話での受診勧奨、12 月に再勧奨通知を実施。また 40 歳の節目対象者に対し、健診費用助成制度の活用を勧奨。		
	③人間ドック費用の助成 特定健診項目を含む人間ドックを受診している者に対し、受診費用の一部を助成する。		
	④節目年齢の自己負担額の助成 41 歳になる方に対し、特定健診の費用が無料で受診できるよう助成する。		
	⑤30 歳からの若年者健診の実施 対象者に個別に受診勧奨のはがきを 5 月、9 月の 2 回送付し、30 歳代の健診を実施。		
	⑥休日健診の実施（がん検診と同時実施）		
	⑦広報誌、ホームページ等などによる周知		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	・ 特定健診実施率	・ 45%以上
	アウトプット	・ 受診勧奨送付率 ・ 休日集団健診の実施回数	・ 100% ・ 年 2 回以上
	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。 ・ 特定健康診査の実施方法、回数、場所、内容は適切であったか。 ・ 健診実施に関し、医師会・集団健診実施機関との打合せを 1 回実施。 ・ 国保連合会の説明会に参加、必要時連携ができたか。 ・ 受診勧奨時期、方法が適切であったかを課内で検討を行う(毎年度末) ・ 以下について、毎年状況把握していく。 受診勧奨者の受診率/人間ドック受診者数/節目年齢者の受診率 休日集団健診の受診者数/若年者健診の受診率	

2. 特定保健指導事業			
目的	川西町国民健康保険加入者の特定保健指導実施率は 12.5%（令和 4 年度法定報告値）であり、第 3 期奈良県医療費適正化計画における目標値「特定保健指導の実施率 45%以上」との乖離は大きい。そこで目標達成のため、対象者に向けた効果的・効率的な勧奨方法を立案し、実施率向上に取り組むとともに、加入者の QOL の維持・向上、さらには医療費適正化を図ることを目的とする。		
内容	市町村独自事業 ①集団健診当日の特定保健指導(初回面談)実施 ②個別健診結果受領 2 週間以内の利用案内送付・電話による利用勧奨		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	・ 特定保健指導による特定保健指導者の減少割合 ・ メタボ該当者(特定保健指導対象者)の割合 ・ メタボ予備軍(特定保健指導対象者)の割合	・ 43% ・ 17% ・ 8%
	アウトプット	・ 特定保健指導実施率 ・ 利用勧奨実施率 ・ 有所見者の割合(血糖) (HbA1c5.6%以上) ・ 有所見者の割合 (収縮期血圧 130mmHg 以上/拡張期血圧 85mmHg 以上) ・ 有所見者の割合(中性脂肪 150 mg/dl 以上/ HDL-C40 mg/dl 未満/ LDL-C120 mg/dl 以上)	・ 45% ・ 100% ・ 35% ・ 32%/15% ・ 15%/2.9% /30%
	プロセス・ストラクチャー	・ 保健指導担当者との打ち合わせ実施回数（連携状況） ・ 予算、人員、体制は適切であったか。 ・ 特定保健指導の実施方法、回数、場所、内容は適切であったか。 ・ 以下について、毎年状況把握していく。 健診当日の保健指導実施者数/保健指導中断者数/保健指導対象者数 保健指導未利用者の状況	

3. 糖尿病性腎症重症化予防対策事業		
目的	川西町では人工透析者の約 60％が糖尿病に罹患しており、また生活習慣病である糖尿病や慢性腎不全の医療費が国・県より高く、人工透析 1 人当たり医療費や医療費全体に占める透析医療費(糖尿病治療中)は年々上昇していることから糖尿病性腎症の重症化予防は喫緊の課題である。そのため特定健診結果から重症化リスクが高い者を抽出し保健指導・未受診者に対し受診勧奨を実施し、被保険者の QOL の向上を図る。	
内容	1. 国保連合会との共同保健事業	
	(1) 受診勧奨事業	
	対象	①過去に糖尿病服薬歴があるが、半年間受診中断している対象 ②特定健康診査で HbA1c 値が 7 % 以上でかつ糖尿病未治療の対象
	実施時期	①12 月対象選定し、1 月受診勧奨ハガキを送付する
	内容	②毎月対象者を選定し、受診勧奨通知を送付(レットカード事業の一部に含んで実施)

	(2) 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	～7月 対象者選定作業	
	内容	9～2月 保健指導実施(業者委託による) ・保健師等の専門職による約6か月間の保健指導 ・面談3回、電話支援4回、医師への報告書送付3回	
	2. 市町村独自事業 ・保健指導対象者への電話勧奨		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	【短期】 ・指導利用者の HbA1c の変化（指導終了時の検査結果、もしくは次年度健康診査検査数値 0.1 以上の改善 ・受診勧奨者の医療機関受診割合 【中長期】 ・HbA1c8.0%以上の割合 ・新規人工透析者数	・100% ・100% ・1.0% ・0人
	アウトプット	・受診勧奨率 ・保健指導利用率（利用者数/基準に該当する対象者数）	・100% ・50%
	プロセス・ストラクチャー	・予算、人員、体制は適切であったか。 ・対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。 ・評価方法は適切であったか（保健指導参加者の翌年度に検査値の把握方法、時期） ・医療機関や委託業者、県等の連携（打合せ3回実施） ・以下について、毎年状況把握していく。 受診勧奨者の医療機関受診率/受診勧奨対象者数/保健指導未利用者の状況	

4. 生活習慣病受診勧奨推進事業

目的	高血圧、脂質異常等の生活習慣病の放置は、脳血管疾患や循環器疾患など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。		
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。【高血圧・高血糖・高コレステロール・高中性脂肪・慢性腎臓病】※医師による経過観察患者は除外	
	実施時期 内容	① 受診勧奨 毎月 対象者を選定し受診勧奨通知を送付 ② 再勧奨 年度末 勧奨者でなお未受診の対象に再勧奨通知の送付	

	2. 市町村独自事業 特定健康診査の結果に基づき、「保健指導判定値以上の者（かつ未治療者）」を抽出し、受診勧奨と同時に健康相談の参加勧奨・実施する。		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	【短期】 - 受診勧奨者の医療機関受診者割合 【中長期】 - 有所見者の割合(血糖) (HbA1c5.6%以上) - 有所見者の割合 (収縮期血圧 130mmHg 以上/拡張期血圧 85mmHg 以上) - 有所見者の割合(中性脂肪 150 mg/dl 以上/ HDL-C40 mg/dl 未満/ LDL-C120 mg/dl 以上)	・ 80% ・ 35% ・ 32%/15% ・ 15%/2.9% /30%
	アウトプット	・ 受診勧奨実施率 ・ 健康相談勧奨実施率	・ 100% ・ 100%
	プロセス・ストラクチャー	・ 予算、人員、体制は適切であったか。 ・ 対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。 ・ 評価方法は適切であったか（受診確認方法、時期） ・ 医療機関との連携（医師会との打合せ 1 回実施） ・ 保健センターとの連携状況（打合せ 1 回実施） ・ 以下について、毎年状況把握していく。 レッドカード対象者の次年度の健診状況（受診の有無・結果） / 健康相談利用者の状況（利用の動機、相談内容等）	

5. 適正服薬促進事業（重複多剤・併用禁忌投薬対策事業）													
目的	多剤・重複服薬者は薬剤投与等により健康被害や高額医療費高額化の要因となりやすく、多数の重複受診・頻回受診・重複服薬が確認されている。医療費の適正化のために、注意喚起文書の送付や電話での状況確認を行うことで、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 <table border="1"> <tr> <td>対 象</td><td>一定の要件の対象者(重複、多剤、併用禁忌投薬者)</td></tr> <tr> <td>実施時期</td><td>6～7 月 対象者選定</td></tr> <tr> <td>内容</td><td>8～9 月 注意喚起文書および投薬実績を対象へ送付</td></tr> </table> （2）重複・多剤投薬対象者への電話による状況確認 <table border="1"> <tr> <td>対 象</td><td>一定の要件の対象者(重複、多剤投薬者)</td></tr> <tr> <td>実施時期</td><td>6～7 月 対象者選定</td></tr> <tr> <td>内容</td><td>9～10 月 電話による状況確認</td></tr> </table> 2. 市町村独自事業 ・ 町ホームページや広報「広報 かわにし」に、お薬手帳の一本化、かかりつけ薬局等の推進について掲載。	対 象	一定の要件の対象者(重複、多剤、併用禁忌投薬者)	実施時期	6～7 月 対象者選定	内容	8～9 月 注意喚起文書および投薬実績を対象へ送付	対 象	一定の要件の対象者(重複、多剤投薬者)	実施時期	6～7 月 対象者選定	内容	9～10 月 電話による状況確認
対 象	一定の要件の対象者(重複、多剤、併用禁忌投薬者)												
実施時期	6～7 月 対象者選定												
内容	8～9 月 注意喚起文書および投薬実績を対象へ送付												
対 象	一定の要件の対象者(重複、多剤投薬者)												
実施時期	6～7 月 対象者選定												
内容	9～10 月 電話による状況確認												

評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	【短期】 ・ 通知後の改善割合 【中長期】 ・ 重複服薬者割合（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） ・ 多剤服薬者割合（同一月内に 9 以上の薬剤の処方を受けた者の割合）	・ 100% ・ 3.0% ・ 2.2%
	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	・ 100% ・ 100%
	プロセス・ストラクチャー	・ 予算、人員、体制は適切であったか。 ・ 対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか。 ・ 評価方法は適切であったか（確認方法、時期） ・ 医師会・薬剤師会との連携(5 月に打合せを実施) ・ 国保連合会、担当課との連携状況（連絡会 2 回実施）	

6. 後発医薬品使用促進事業

目的	川西町の後発医薬品の使用割合は 68.86%（令和 4 年度）であり、県の使用割合 75.1%と比べても低い状況である。また 2023 年度末までに後発医薬品の使用割合 80%の目標が達成できず、国の目標と現状と乖離している。そのため目標達成に向けて、後発医薬品の使用促進にかかる啓発、後発医薬品差額通知書の送付等を行い、広く被保険者に正しい情報の周知を図る。																		
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） <table border="1"> <tr> <td>対象</td><td>国保被保険者世帯</td></tr> <tr> <td>実施時期</td><td>年 4 回（送付月：6 月、9 月、11 月、1 月）</td></tr> <tr> <td>内容</td><td> 差額通知を送付 通知対象の差額：1 薬剤当たり 100 円以上 通知対象外年齢：年齢が 18 歳未満通知書対象外 通知対象医薬品：全て（注射薬を除く） </td></tr> </table> (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） <table border="1"> <tr> <td>対象</td><td>国保被保険者世帯</td></tr> <tr> <td>実施時期</td><td>コールセンターを設置（国保中央会に委託）</td></tr> <tr> <td>内容</td><td>差額通知書にフリーダイヤルを掲載</td></tr> </table> (3) 啓発物品の配布（啓発品、後発医薬品希望シール等） <table border="1"> <tr> <td>対象</td><td>国保被保険者世帯</td></tr> <tr> <td>実施時期</td><td>啓発品：後発医薬品促進に関するもの。12 月頃に各市町村に納品</td></tr> <tr> <td>内容</td><td>希望シール：お薬手帳等に後発医薬品を希望するシールを貼付するもの。12 月頃に各市町村に納品</td></tr> </table> 2. 市町村独自事業 ①集団健診時に後発医薬品についての啓発チラシを配布 ②広報・ホームページでの周知(2 回/年)	対象	国保被保険者世帯	実施時期	年 4 回（送付月：6 月、9 月、11 月、1 月）	内容	差額通知を送付 通知対象の差額：1 薬剤当たり 100 円以上 通知対象外年齢：年齢が 18 歳未満通知書対象外 通知対象医薬品：全て（注射薬を除く）	対象	国保被保険者世帯	実施時期	コールセンターを設置（国保中央会に委託）	内容	差額通知書にフリーダイヤルを掲載	対象	国保被保険者世帯	実施時期	啓発品：後発医薬品促進に関するもの。12 月頃に各市町村に納品	内容	希望シール：お薬手帳等に後発医薬品を希望するシールを貼付するもの。12 月頃に各市町村に納品
対象	国保被保険者世帯																		
実施時期	年 4 回（送付月：6 月、9 月、11 月、1 月）																		
内容	差額通知を送付 通知対象の差額：1 薬剤当たり 100 円以上 通知対象外年齢：年齢が 18 歳未満通知書対象外 通知対象医薬品：全て（注射薬を除く）																		
対象	国保被保険者世帯																		
実施時期	コールセンターを設置（国保中央会に委託）																		
内容	差額通知書にフリーダイヤルを掲載																		
対象	国保被保険者世帯																		
実施時期	啓発品：後発医薬品促進に関するもの。12 月頃に各市町村に納品																		
内容	希望シール：お薬手帳等に後発医薬品を希望するシールを貼付するもの。12 月頃に各市町村に納品																		

評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	【中長期】 ・通知者の後発医薬品切替率(5月送付者の翌年6月時点) ・後発医薬品使用割合	・26% ・72.5%
	アウトプット	・差額通知率 ・啓発・周知事業の実施回数	・100% ・年4回
	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。 ・実施方法、実施時期は適切であったか。 ・評価方法は適切であったか（確認方法、時期） ・以下について、毎年状況把握していく。 ジェネリック医薬品希望シール配布数/啓発品の配布状況/コールセンター利用状況	

7. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する事業

目的	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。川西町においても、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ところである。関係課と連携をはかりながら、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの双方の保健事業に取り組み、高齢者の健康状態の維持、悪化の予防を目的とする。																
内容	1. ハイリスクアプローチ (1) 健康状態不明者の把握 <table border="1"> <tr> <td>対象</td><td>前年度に健診・医療介護の利用の無い者</td></tr> <tr> <td>実施内容</td><td>生活アンケート(基本チェックリスト+高齢者の質問票)を実施し。状況把握ができない人や何らかの事業利用が必要な人に訪問などを行い、健康増進を目指す</td></tr> </table> (2) 生活習慣病重症化予防 <table border="1"> <tr> <td>対象</td><td>要医療・医療中断者</td></tr> <tr> <td>実施内容</td><td>前年度健診結果から HbA1c8.0%以上高血圧Ⅱ度以上で、未受診・受診中断者等に訪問・保健指導を実施</td></tr> <tr> <td>対象</td><td>糖尿病性腎症の予防</td></tr> <tr> <td>実施内容</td><td>糖尿病性腎症(抽出条件検討中)の方に主治医と連携を取りながら、半年間程度、保健師・管理栄養士が訪問・保健指導を実施</td></tr> </table> (3) 低栄養 <table border="1"> <tr> <td>対象</td><td>前年度の健診受診者のうち、低栄養が疑われる者</td></tr> <tr> <td>実施内容</td><td>BMI18.5以下の者と、BMI20.0以下の者のうち、6か月以内に2～3kgの体重減少があったと回答している者に訪問・保健指導を実施</td></tr> </table> 2. ポピュレーションアプローチ フレイルの把握、フレイル予防の健康教育・健康相談	対象	前年度に健診・医療介護の利用の無い者	実施内容	生活アンケート(基本チェックリスト+高齢者の質問票)を実施し。状況把握ができない人や何らかの事業利用が必要な人に訪問などを行い、健康増進を目指す	対象	要医療・医療中断者	実施内容	前年度健診結果から HbA1c8.0%以上高血圧Ⅱ度以上で、未受診・受診中断者等に訪問・保健指導を実施	対象	糖尿病性腎症の予防	実施内容	糖尿病性腎症(抽出条件検討中)の方に主治医と連携を取りながら、半年間程度、保健師・管理栄養士が訪問・保健指導を実施	対象	前年度の健診受診者のうち、低栄養が疑われる者	実施内容	BMI18.5以下の者と、BMI20.0以下の者のうち、6か月以内に2～3kgの体重減少があったと回答している者に訪問・保健指導を実施
対象	前年度に健診・医療介護の利用の無い者																
実施内容	生活アンケート(基本チェックリスト+高齢者の質問票)を実施し。状況把握ができない人や何らかの事業利用が必要な人に訪問などを行い、健康増進を目指す																
対象	要医療・医療中断者																
実施内容	前年度健診結果から HbA1c8.0%以上高血圧Ⅱ度以上で、未受診・受診中断者等に訪問・保健指導を実施																
対象	糖尿病性腎症の予防																
実施内容	糖尿病性腎症(抽出条件検討中)の方に主治医と連携を取りながら、半年間程度、保健師・管理栄養士が訪問・保健指導を実施																
対象	前年度の健診受診者のうち、低栄養が疑われる者																
実施内容	BMI18.5以下の者と、BMI20.0以下の者のうち、6か月以内に2～3kgの体重減少があったと回答している者に訪問・保健指導を実施																

	対象	高齢者の通いの場等の参加者	
	実施内容	通いの場に参加している者に、生活アンケート(基本チェックリスト+高齢者質問票)を実施し、フレイルの状況把握を行い、事業案内を実施。運動・栄養・口腔の健康教室・健康相談を実施。	
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	・ 要介護認定率 ・ 後期高齢者の健診受診率 ・ HbA1c8.0%以上の割合(後期高齢者) ・ II 度高血圧以上の割合(後期高齢者) ・ 人工透析患者率(後期) ・ BMI20 kg/m²以下の割合 (後期高齢者) ・ 体重改善(±1 kg以上)できた人数 ・ 運動項目、栄養項目、口腔項目の該当者割合	20.4% 未定 1.3% 5.1% 0.6% 17.0% 未定 15%/7.2%/25.0%
	アウトプット	・ 健康状態不明者のうち、状況把握できた割合 ・ 健康教育参加者数 ・ 健康教育実施団体数	100% 180 人 17 団体
	プロセス・ストラクチャー	・ 一体的実施のための地域課題の共有、対策等の検討 ・ 国保、後期高齢者医療、介護保険のデータ等の統合的分析の実施 ・ 後期高齢者医療広域連合、関連部署どうしの連携 ・ 各事業介入率を毎年把握	

V. その他

1. 計画の評価・見直し

第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）は令和6年度～令和11年度の6ヵ年計画であり、令和8年度に中間評価を実施、最終年度である令和11年度に最終評価を行う。

個別事業計画はデータヘルス計画を達成するための単年度の保健事業計画として毎年見直し、データヘルス計画の進捗状況等を評価する。

評価・見直しの方法としては、計画推進に関する評価の場として川西町国民健康保険の運営に関する協議会、奈良県国民健康保険団体連合会などの関係団体からの意見等を踏まえ、評価・見直しを行う。

2. 計画の公表・周知

策定したデータヘルス計画は、本町ホームページ等に掲載し、より多くの被保険者の皆様に対し効果的に周知するよう努める。

本計画は、川西町国民健康保険においてどのような健康課題があり、課題解決のための手法（保健事業）をどのように計画し、実施しているのかを、国民健康保険加入者や関係機関、関係団体のみならず、広く町民に知ってもらう必要があることから、川西町ホームページにおいて策定を知らせ、全文を公表する。

また、幅広い年齢層の方が本計画を閲覧できるよう、川西町立図書館等で閲覧できる体制を整える。

3. 個人情報の取扱い

本計画に基づく保健事業実施における個人情報の取扱いについては、「個人情報の保護に関する法律」及び「川西町個人情報保護法施行条例」等を遵守し、これを適正に管理する。

4. 地域包括ケアに係る取組

日本全体において、団塊の世代が75歳以上となる2025年（令和7年）には高齢者人口がピークを迎え、その後も75歳以上の人口割合は増加し続けることが予想されている。そのため、今後、医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれている。

これに対し、厚生労働省において、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築の推進が掲げられているところである。川西町においても、地域包括ケアシステム構築に向け、体制整備や関連する事業を推進してきているところである。

今後、国保被保険者の年齢層の高齢化および、後期高齢者への移行する被保険者が多くなることが見込まれていることから、国保被保険者へのより一層の保健事業の強化および後期高齢者医療へ移行後も継続した保健事業を提供できるよう、一体的実施の保健事業の実施に力を入れるとともに、地域包括ケアシステム推進に関わる関連課とも連携をはかりながら、高齢者の健康維持、フレイル予防に取り組んでいく。

VI. 評価指標一覧【アウトカムとアウトプット値の推移】

評価項目					ベース ライン			中間 評価			最終 評価
		評価指標	共通 指標	目標値 設定理由	R4 (R5)	R6	R7	R8	R9	R10	R11
計画全体の目的	健康寿命の 延伸	健康寿命(平均余命) 男性/女性	○	延伸	82.2/ 88.0						
		健康寿命(平均自立期間) 男性/女性 ※要介護 2 以上	○	延伸	82.3/ 84.9						
	医療費の 適正化	1 人当たり医科医療（入院/ 外来）※性・年齢調整費	○	減少	125,935/ 187,017						
		1 人当たり歯科医療費 ※性・年齢調整費	○	減少	23,373						
個別保健事業	特定健康診査実施 向上対策事業	特定健診実施率(%)	○	45(%) 年 2.5 ↑	30.4	32.5	35	37.5	40	42.5	45
		受診勧奨送付率		100(%) 維持	100	100	100	100	100	100	100
		休日集団健診の実施回数		2 回以上 (回/年)	2	2	2	2	2	2	2
	特定保健指導事業	特定保健指導による特定保 健指導者の減少割合	○	43(%) 年 3 ↑	25	28	31	34	37	40	43
		メタボ該当者割合		17(%) 年 0.5 ↓	20.2	19.5	19.0	18.5	18.0	17.5	17
		メタボ予備軍該当者割合		8(%) 年 0.5 ↓	11.1	10.5	10	9.5	9	8.5	8
		有所見者の割合 血糖	○	35(%) 年 3 ↓	53.4	50	47	44	41	38	35
		収縮期血圧	○	32 (%) 年 3 ↓	49.6	47	44	41	38	35	32
		拡張期血圧	○	15(%) 年 1 ↓	21.2	20	19	18	17	16	15
		中性脂肪	○	15(%) 年 1 ↓	21.2	20	19	18	17	16	15
		HDL コレステロール	○	2.9(%) 年 0.1 ↓	3.5	3.4	3.3	3.2	3.1	3.0	2.9
		LDL コレステロール	○	30(%) 年 3 ↓	48.4	45	42	39	36	33	30
		特定保健指導実施率	○	45(%) 県目標値	12.5	20	25.5	30	35	40	45
	利用勧奨実施率		100(%)	100	100	100	100	100	100	100	
	糖尿病性腎症重症化予防事業	指導参加者の HbA1c の 変化 (0.1 以上の改善)		100(%) 維持	100	100	100	100	100	100	100
		受診勧奨者の医療機関 受診割合		100(%) 維持	100	100	100	100	100	100	100
		HbA1c8.0%以上の割合	○	1.0(%) 年 0.2 ↓	1.99	1.9	1.8	1.6	1.4	1.2	1
		新規透析者数	○	0 人 現状維持	0	0	0	0	0	0	0
		受診勧奨率		100(%) 維持	100	100	100	100	100	100	100
		保健指導利用率		50(%) 年 3 ↑	33	36	39	42	45	48	50

個別保健事業	生活習慣病受診勧奨推進事業	受診勧奨者のうち医療機関に受診した者の割合(%)		80(%) 年 6.6 ↑	40	46.6	53.3	60	66.6	73.3	80
		有所見者の割合 血糖	○	35(%) 年 3 ↓	53.4	50	47	44	41	38	35
		収縮期血圧	○	32 (%) 年 3 ↓	49.6	47	44	41	38	35	32
		拡張期血圧	○	15(%) 年 1 ↓	21.2	20	19	18	17	16	15
		中性脂肪	○	15(%) 年 1 ↓	21.2	20	19	18	17	16	15
		HDL コレステロール	○	2.9(%) 年 0.1 ↓	3.5	3.4	3.3	3.2	3.1	3.0	2.9
		LDL コレステロール	○	30(%) 年 3 ↓	48.4	45	42	39	36	33	30
		受診勧奨実施率		100(%) 維持	100	100	100	100	100	100	100
		健康相談勧奨実施率		100(%) 維持	100	100	100	100	100	100	100
	適正服薬促進事業	通知後改善率 (%)		100(%) 維持	100	100	100	100	100	100	100
		同一月内に複数の医療機関を受診し、重複処方を受けた者の割合	○	3.0(%) 年 0.1 ↓	3.6	3.5	3.4	3.3	3.2	3.1	3.0
		同一月内に 9 以上の薬剤の処方を受けた者の割合	○	2.2(%) 年 0.1 ↓	2.79	2.7	2.6	2.5	2.4	2.3	2.2
		注意喚起文書送付率		100(%) 維持	100	100	100	100	100	100	100
		電話での状況確認率		100(%) 維持	100	100	100	100	100	100	100
	後発医薬品使用促進事業	後発医薬品利用割合	○	72.5(%) 年 0.5 ↑	69.5	70	70.5	71	71.5	72	72.5
		通知による後発品切替率		26(%) 年 2 ↑	14.6	16	18	20	22	24	26
		差額通知実施率		100(%) 維持	100	100	100	100	100	100	100
		啓発・周知の実施回数		4(回/年)	3	4	4	4	4	4	4
	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	要介護認定率		20.4(%)	18.9	19.1	19.4	19.6	19.9	20.2	20.4
		後期高齢者の健診受診率			除外対象者見直し、令和 6 年受診率を基準に、目標値を設定する						
		HbA1c8.0%以上の割合		1.3(%)	1.6	1.6	1.5	1.5	1.4	1.4	1.3
		Ⅱ度高血圧以上の割合		5.1(%)	5.9	5.8	5.7	5.5	5.4	5.2	5.1
		人工透析患者率(後期)		0.6(%)	0.8	0.8	0.8	0.7	0.7	0.6	0.6
		BMI20 kg/m ² 以下の割合		17.0(%)	18.3	18.1	17.9	17.7	17.5	17.2	17.0
		体重増減(±1 kg以上)人数			—	3	3	2	2	2	2
		健康状態不明者の把握割合		100(%)	—	100	100	100	100	100	100
		運動項目該当者の割合		15.0(%)	16.4	—	15.5	—	—	15.0	—
		栄養項目該当者の割合		7.2(%)	7.8	—	7.4	—	—	7.2	—
		口腔項目該当者の割合		25.0(%)	27.4	—	26.0	—	—	25.0	—
		健康教育参加者数		180(人)	—	155	160	165	170	175	180
		健康教育実施団体数		17	—	13	13	14	15	16	17
その他	モニタリング 生活習慣病 発症	糖尿病の受療割合	○	減少(%)	18.6						
		高血圧症の受療割合	○	減少(%)	38.8						

VII. 第4期特定健康診査等実施計画

第1章 計画策定にあたって

1. 計画策定の趣旨・背景等

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

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

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

2. 計画期間

第4期計画の期間は、基本指針に即して6年を1期とし、令和6年度から11年度とする。

3. 特定健康診査及び特定保健指導の基本的考え方

① 生活習慣病対策の必要性

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

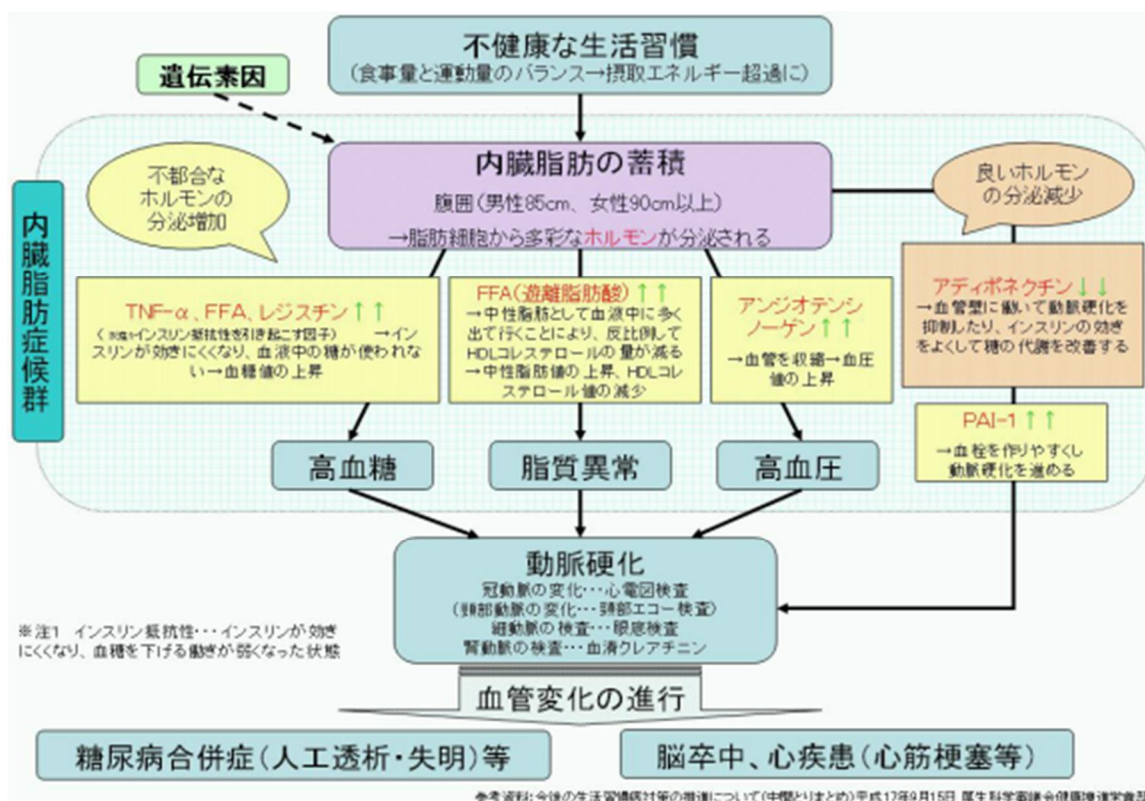
このため、生活習慣の改善による生活習慣病の発症、重症化予防の対策を進めることで患者を減らすことができれば、結果として、国民の生活の質の維持及び向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となる。

② メタボリックシンドロームという概念への着目

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

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

<図表1：メタボリックシンドロームのメカニズム>



「特定健康診査等実施計画作成の手引き」より引用

③ 特定健康診査・特定保健指導

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

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

<図表2：特定健康診査・特定保健指導の基本的な考え方>

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

第2章 第3期計画期間の現状と課題について

1. 保険者数と医療費の現状

① 国民健康保険被保険者数の推移

令和3年度の世帯数は1,257世帯で、被保険者数は2,063人となっており、5年前に比べると世帯数・被保険者数ともに減少している状態である。

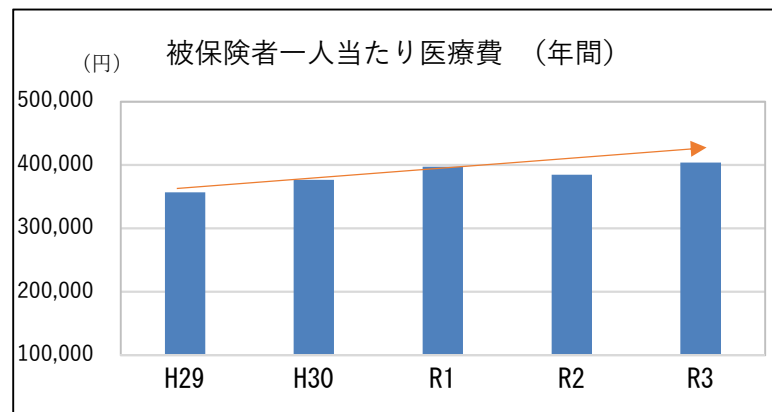
年 度	H29	H30	R1	R2	R3
世帯数（世帯）	1,326	1,307	1,257	1,249	1,257
被保険者数（人）	2,309	2,227	2,121	2,081	2,063

② 国民健康保険加入者の一人当たり医療費の状況（年間医療費）

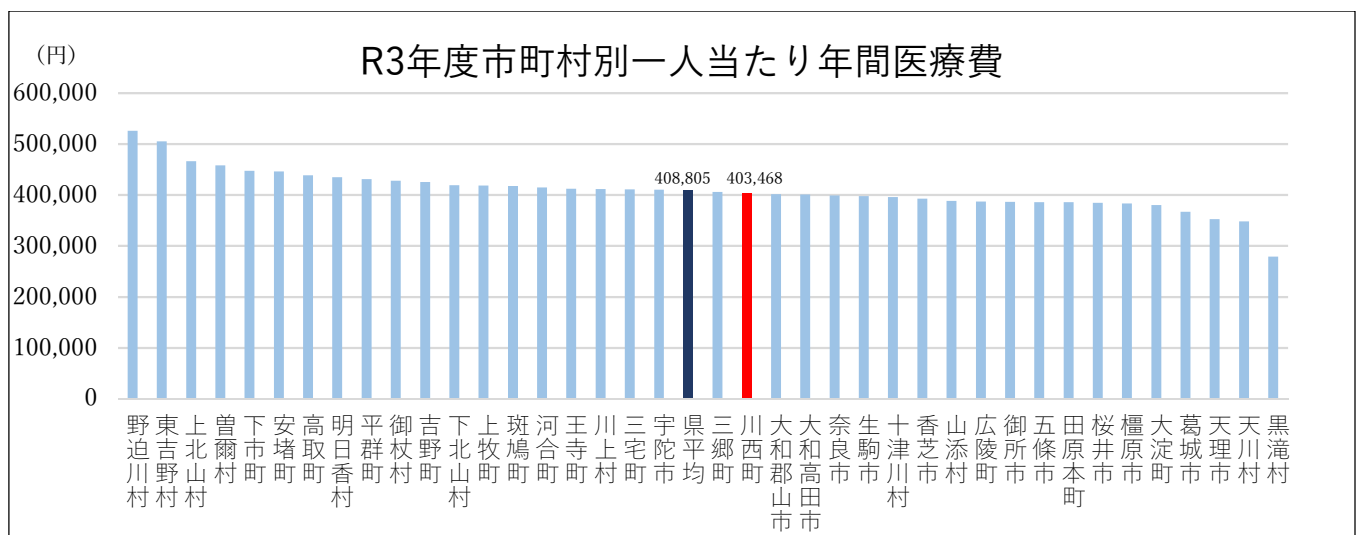
医療費は、年々増加しており、令和3年度は1人当たり年間403,468円となっている。

被保険者数は減っているものの、少子高齢化に伴い被保険者の平均年齢の上昇が予想され、今後ますます1人当たり年間医療費も上昇すると考えられる。

年 度	H29	H30	R1	R2	R3
一人当たりの医療費（円）	356,472	376,256	397,015	384,685	403,468



③ 市町村別国保加入者の一人当たり医療費の状況（年間医療費）令和3年度

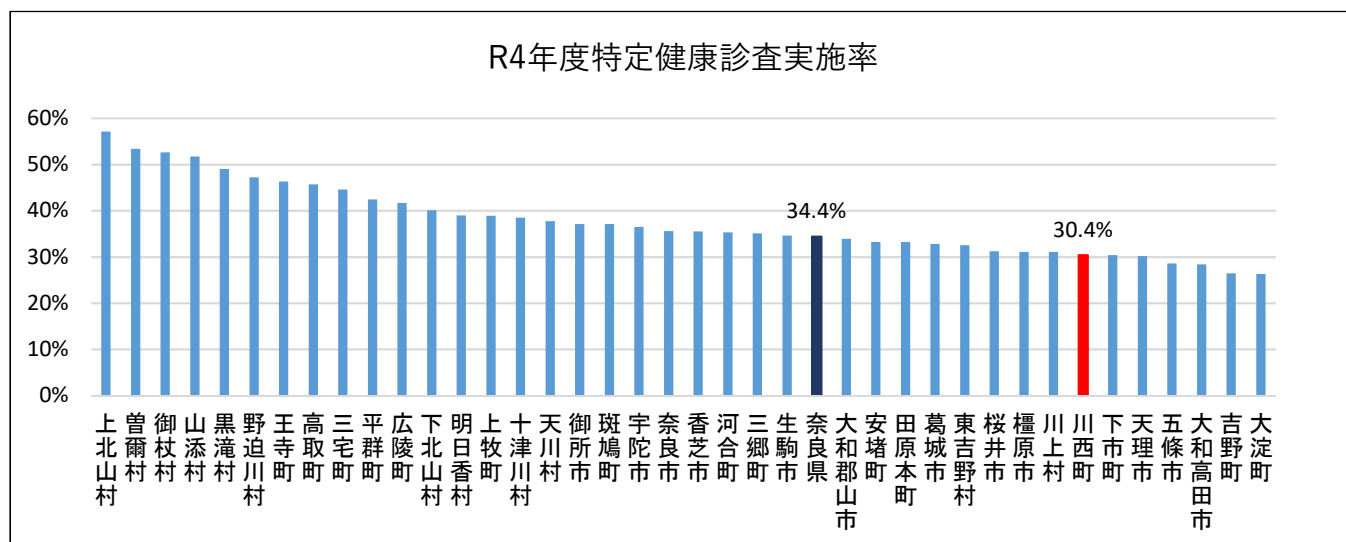


2. 特定健康診査、特定保健指導の実施状況

① 特定健康診査の実施状況

特定健康診査実施率は、制度が開始された平成20年度以降上昇傾向で、令和元年度からはコロナウイルスの感染拡大を期に低下し、感染拡大終息後より微増傾向にあるが、コロナ前ほどの受診率に戻り切れず、県内ワースト10位以内が続いている状況です。

年 度	H30	R1	R2	R3	R4
特定健診実施率 (%)	35.5	33.6	26.9	29.8	30.4
対象者数 (人)	1,320	1,314	1,369	1,368	1,334
受診者数 (人)	429	441	368	407	405
市町村順位 (位)	12	27	28	31	33



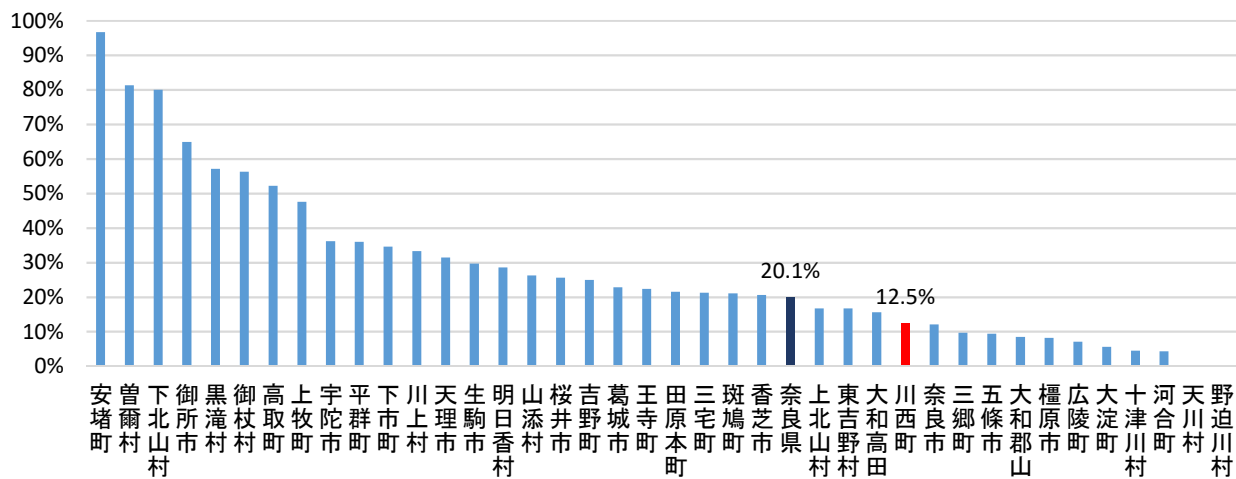
出典：奈良県国民健康保険団体連合会 法定報告

② 特定保健指導の実施状況

特定保健指導実施率は、制度が開始された平成20年度以降上昇傾向であったが、令和3年を除く平成30年度以降は減少傾向の状況です。

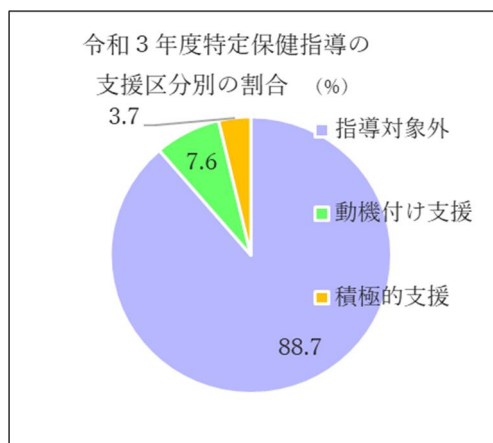
年 度	H30	R1	R2	R3	R4
特定保健指導実施率 (%)	36.0	28.9	18.2	23.9	12.5
対象者数 (人)	50	45	44	46	32
終了者数 (人)	18	13	8	11	4
市町村順位 (位)	10	16	23	16	28

R4年度特定保健指導実施率

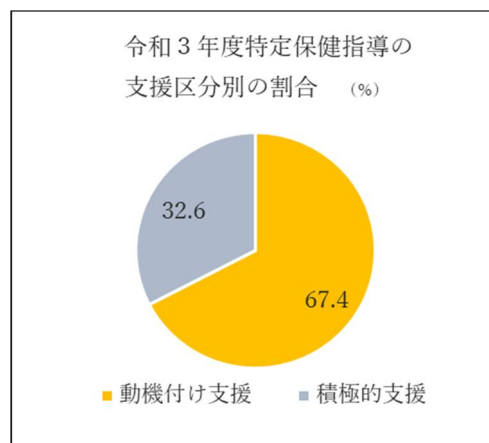


出典：奈良県国民健康保険団体連合会 法定報告

その他参考データ



	指導対象外	動機付け支援	積極的支援	
県計	88.7	7.6	3.7	%
	361	31	15	人



	動機付け支援	積極的支援	
県計	67.4	32.6	%
	31	15	人

特定保健指導の支援区分の割合をみると、約 70%が動機づけ支援で残りの約 30%が積極的支援であり、動機づけ支援のほうが多いことが分かります。特定保健指導の対象者の基準は当てはまりますが、服薬等の理由で指導対象外となった者は基準該当者の約 88%です。

③ これまで（第 1 期～第 3 期）の主な取組

(1)検査項目の充実

特定健康診査について、さらなる疾病の早期発見のため及び検査項目が少ないとの指摘を受け受診率向上の一環として、下記の検査項目を追加し、充実を図った。

県独自	22 年度～ 血清クレアチニン
	23 年度～ e G F R 尿酸 随時血糖
	25 年度～ 心電図 貧血検査

(2)普及啓発の強化

共同保健事業等検討会(市町村国保の共同体)や川西町独自で下記の特健康診査・特定保健指導の普及啓発、広報や町ホームページ等を活用した啓発等を行った。

(3)受診勧奨、再勧奨の実施

電話、郵送等による受診勧奨、再勧奨を実施し受診率向上への取り組みに力を入れた。

(4)受診しやすい体制づくり

休日健診の実施やがん検診等他検診との同時実施を行うことで受診率の向上に取り組んだ。

(5)その他特徴のある取組

健診の結果からレッドカードを利用した医療機関への受診勧奨などを積極的に実施した。

④ 評価（第4期計画期間に向けた課題）

特定健康診査については、健診項目の充実を図り、第1期～第3期計画期間における課題を経て、受診勧奨・再勧奨等の工夫をしながら受診率の向上に取り組んでいるものの、新型コロナウイルス感染症拡大による受診控えにより一時受診率が低下。その後も受診率の低迷が続いており、微増傾向であるとはいえ、目標には遠く及ばない状況である。

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

また、未受診理由として「忙しく時間がない」「健康なので必要ない」「病院受診中」が上位を占めるため、特定健康診査受診の必要性についてのさらなる普及啓発の工夫や医療機関との連携による受診勧奨の推進が必要である。

特定保健指導については、実施率が低い状況で推移しており、町保健師・管理栄養士で意欲的に行っているものの、まだまだ実施体制が弱く、マンパワー不足の面もある。医療機関と連携した受診と主治医からの保健指導の勧奨を行う等の、主治医との連携した受診体制を目指すことが必要である。これに加え、指導者研修会に積極的に参加するなど職員の資質向上に取り組むことも継続的に進めていく必要がある。

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

今後は、これらの取組を他の保険者と連携し、また国保部門、衛生部門が一丸となって推進していくことが重要である。

第3章 特定健康診査等の実施目標について

1. 特定健康診査等の目標値

国においては、令和11年度における市町村国保の特定健康診査等実施率目標は、「特定健康診査実施率60%以上」「特定保健指導実施率60%以上」としている。しかし、現時点での当町の現状の実施率との乖離は大きい。そのため令和6年度からの各年度の実施率は、令和5年度の実績見込等を勘案し、6年間で国が示す目標実施率に少しでも近づくことができるよう、段階的に実施率を引き上げていくこととする。

実施に関する目標（目標実施率は第4期データヘルス計画で掲げる目標値とする）

年度	R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定健康診査の実施率(%)	32.5	35	37.5	40	42.5	45
特定保健指導の実施率(%)	20	25.5	30	35	40	45

なお、成果に関する目標は、令和11年度において、平成20年度と比較してメタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の減少率（特定保健指導対象者の減少率）を25%以上減少とする。

第4章 特定健康診査等実施対象者について

1. 特定健康診査における対象者の定義

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

2. 特定保健指導における対象者の定義

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

<図表3：特定保健指導の対象者（階層化）>

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

※喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

第5章 特定健康診査等の実施方法について

第4期の特定健康診査、特定保健指導については、奈良県国民健康保険団体連合会 国保事務支援センターと連携して実施する。実施についての基本事項は次に記述のとおりで、詳細は奈良県特定健康診査・特定保健指導マニュアルに則して実施する。

1. 特定健康診査

① 基本事項

(1)実施方法(外部委託有無等)、実施時期、実施場所

○集団健診

6月から11月にかけて、けやきホールにおいて5日間実施することを基本とする。土曜・日曜日にも実施する。

○個別健診

5月から翌年1月にかけて、市町村と県医師会が締結する特定健康診査等委託契約（集合契約）において委託する医療機関において実施する。

(2)周知方法

広報誌・ホームページへの掲載等の広報など周知効果が高いものを中心に実施する。

(3)受診券の様式

特定健診等データ管理システムの受診券の様式のとおり

(4)受診案内の方法、受診券の発券と配布方法

受診券等は、奈良県国民健康保険団体連合会 国保事務支援センターへの委託で発券し、4月頃に受診案内を同封したうえ、対象者全員に郵送にて送付する。また、町保健師もしくは業者への委託により電話による健診の受診勧奨、再勧奨を実施する。

(5)自己負担の有無

500円（見直す場合がある）

(6)健診結果の返却方法

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

(7)外部委託選定の考え方

厚生労働省告示「特定健康診査の外部委託に関する基準」を満たしている機関を選定する。

(8)事業主健診等のデータ収集方法

商工会の協力のもと、事業主から事業主健診の結果データを受領する。また、受診者本人に対して、データ提供依頼の通知を行うことでデータを受領する。

(9)その他

- ・人間ドックは特定健康診査の健診項目が含有されているため、人間ドックの実施を特定健康診査の実施に代えることとする。
- ・特定健康診査対象外の被保険者に対する健診として、生活習慣病予防について早期からの意識付けを行うため、30～39歳の者に対して健康診査を実施する。実施内容は特定健康診査と同内容とする。

② 実施項目等

区分	内容	
基本的な健診項目	既往歴の調査 (服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む)(問診)	
	自覚症状及び他覚症状の検査 (理学的検査(視診、聴打診、腹部触診等))	
	身体計測	身長
		体重
		腹囲
		B M I
	血圧	収縮期血圧
		拡張期血圧
	血中脂質検査	中性脂肪
		H D L - コレステロール
		L D L - コレステロール *
	肝機能検査	AST (G O T)
		ALT (G P T)
		γ - GT (γ - G T P)
	血糖検査	空腹時血糖もしくは随時血糖 *
		ヘモグロビン A1c
尿検査	糖	
	蛋白	
詳細な健診の項目 (医師の判断による追加健診項目)	貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値) 心電図検査 眼底検査 血清クレアチニン	
保険者独自の追加健診項目	血清クレアチニン検査及び推算糸球体ろ過量(eGFR) ※ 医師の判断によるものを除く 血清尿酸検査 随時血糖検査 * 貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値) ※ 医師の判断によるものを除く 心電図検査 ※ 医師の判断によるものを除く	

* : 奈良県特定健康診査・特定保健指導マニュアルを参照

2. 特定保健指導

① 基本事項

(1)実施方法(外部委託有無等)、実施時期、実施場所

特定健康診査の結果に基づき階層化したうえ、国保担当保健師・管理栄養士で電話もしくは役場・保健センターにおいて実施する。初回面接(分割実施をする場合もある)は 7 月から随時実施し、一部の対象者を除いて 3 ヶ月後に評価を行う。なお、初回面接は、健診受診年度の翌 6 月を期限とする。

(2)利用券の様式

特定健診等データ管理システムの利用券の様式のとおり

(3)利用の案内、利用券の発券と配布方法

利用券は、川西町で発券し、7 月頃から随時、保健指導の利用案内を同封したうえ、対象者全員に郵送にて送付する。また、保健師が電話による保健指導の利用勧奨を実施する。

(4)自己負担の有無

無

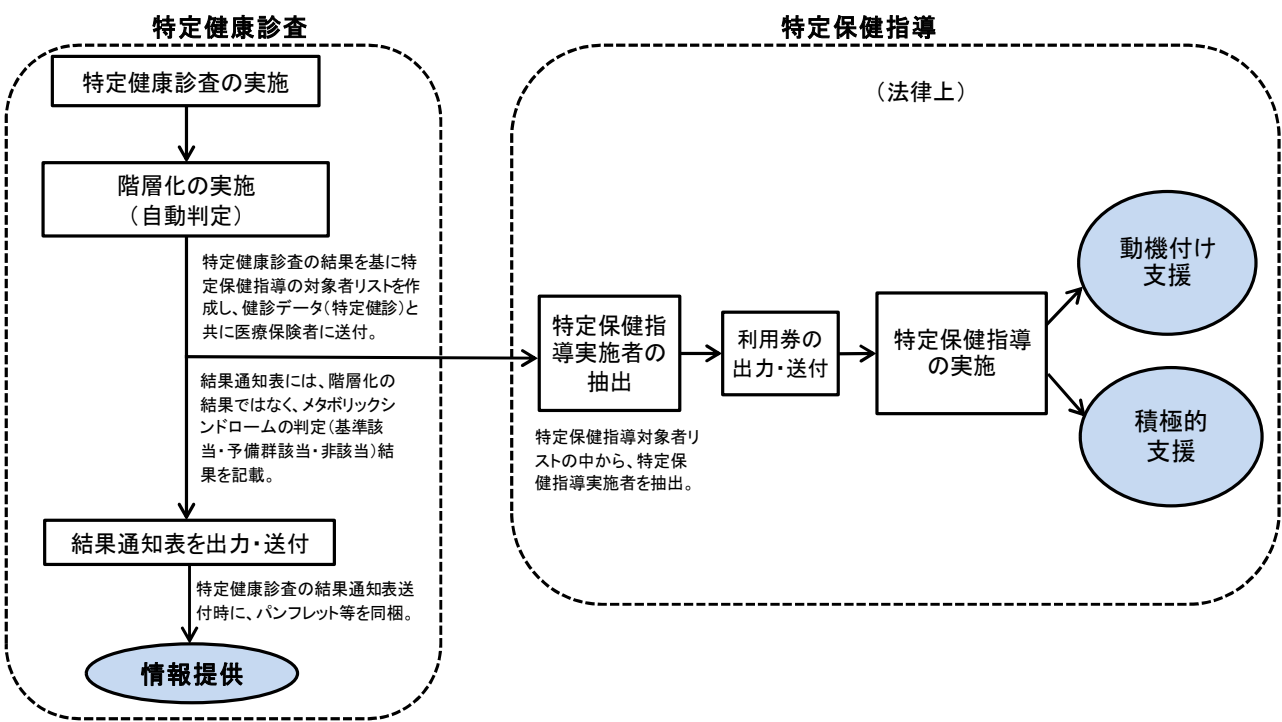
(5)外部委託選定の考え方

厚生労働省告示「特定保健指導の外部委託に関する基準」を満たしている機関を選定する。

② 実施項目等

特定健康診査の健診結果に基づき、対象者の階層化を行い、特定保健指導の区分毎に以下の方法により保健指導を実施する。	
動機付け支援	保健師による初回の個別面談（20 分以上）又は集団指導（概ね 80 分以上）を実施して特定健診指導支援計画を作成し、3 ヶ月以上経過後に評価（電話等）を行う。なお、初回面接については、分割実施を積極的に行う。
積極的支援	動機付け支援と同様の方法で初回面談等を行うとともに、保健師等による電話又はメールにより継続的支援を実施し、3 ヶ月以上経過後に評価（電話等）を行う。なお、積極的支援の継続的支援形態は、アウトカム評価とプロセス評価を合計し 180 ポイント以上の支援の実施を基本とする。ただし、2 年連続して積極的支援に該当した対象者のうち、1 年目に比べ 2 年目の状態が改善している者については、動機付け支援相当の支援として 180 ポイント未満でも特定保健指導を実施したこととなる。
指導対象外 （情報提供）	自らの身体状況を認識するとともに、生活習慣を見直すきっかけとなるよう、結果の提供に併せて、生活習慣の改善等に関する基本的な情報を提供する。
その他の支援	・特定健康診査の階層化による特定保健指導には該当しないが、肝機能等の数値が、奈良県特定健康診査・特定保健指導マニュアル「特定健康診査判定基準」の要指導に該当する者に対して保健指導を実施する。 ・奈良県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの対象者に対して、糖尿病性腎症重症化予防に関する保健指導プログラム例の内容を参考に保健指導を実施する。

<図表 4：特定健診から特定保健指導への流れ>



3. 特定保健指導対象者の重点化について

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

- 年齢が比較的若い対象者
- 健診結果が前年度と比較して悪化し、より緻密な保健指導が必要になった対象者
- 質問項目の回答により、生活習慣改善の必要性が高いと認められる対象者
- これまでに積極的支援及び動機づけ支援の対象者であったにもかかわらず保健指導を受けなかった対象者

4. 代行機関について

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

5. 実施に関する年間スケジュール

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

	特定健診		保健指導	
	個別	集団	動機づけ支援	積極的支援
前年度 業務	・ 健診対象者の抽出 ・ 健診機関との契約			
4 月	・ 広報による周知 ・ 受診券送付			・ 保健指導の実施（前年度分） ・ 保健指導機関との契約

5 月	・ 特定健診開始			
6 月	・ 健診結果の送付	・ 集団健診の実施（3 回）	・ 利用券の送付、保健指導の実施(現年度分)	
7 月				
8 月				
9 月		・ 未受診者勧奨の実施		
10 月				
11 月		・ 集団健診の実施（2 回）		
12 月	〈前年度の健診受診・保健指導の状況についての評価、翌年度の予算要求〉			
			・ 結果説明会の開催（1 回）	
1 月				
2 月				
3 月				

第 6 章 個人情報の保護について

個人情報保護に関しては、個人情報保護関係法令及び医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン等、及び川西町個人情報保護法施行条例に基づき、適切に実施していく。

1. 特定健康診査、特定保健指導の記録の保存方法、保存体制

① 記録の保存方法

特定健康診査の結果や特定保健指導に関する記録については、標準的な電子データファイル仕様に基づく電子ファイルの形態で、健診・保健指導実施機関等外部委託者を通して、川西町国民健康保険に報告される。報告されたデータは、特定健診等データ管理システムを利用し、厳重に運用・管理・保存を行う。保存年限は、最低 5 年間とし、できる限り長期的に保存する。

② 記録の保存体制

健診結果、保健指導記録の保管は、奈良県国民健康保険団体連合会に委託する。保管にあたっては、医療情報システムの安全管理に関するガイドラインや国民健康保険団体連合会における個人情報保護の規定に基づき、適切に実施していく。

③ 外部委託

外部委託者には個人情報の管理について、関連法令等を十分理解させ、義務付けるとともに、契約書に明記して個人情報の管理について随時確認を行う。

2. 特定健康診査、特定保健指導の記録の管理に関するルール

特定健康診査、特定保健指導の記録の管理については、個人情報保護関連法令、関係ガイドラインに基づき、適切に実施していく。健診等の情報の利用については、個人情報保護関係法令やガイドライン等の内容に沿って利用目的を周知するとともに、健診等の情報を保健指導に用いることや匿名化した情報を地域の健康状況の把握に用いられることを受診券等の注意書きに記載し、あらかじめ受診者に周知したうえ、必要な範囲に限定し、データの集計・分析を行う。レセプト情報の利用についても同様の取扱いを行う。

第7章 特定健康診査等実施計画の公表・周知について

1. 公表方法

本計画を策定または変更したときは、すみやかに川西町ホームページに掲載し公表する。

2. 特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発方法について

特定健康診査、特定保健指導の実施率を向上し、生活習慣病を予防することを目的に、市町村広報誌、パンフレット、ポスター等を活用した普及啓発や集会、イベントにおける啓発などを適宜実施し、住民に対して広く周知を図る。これに加えて、医療機関やボランティアと連携し、住民の身近なところで特定健康診査等の趣旨等を啓発し、理解を深める。

また、他市町村や県等と共同・連携し、ポピュレーションアプローチを実施する。

第8章 特定健康診査等実施計画の評価・見直しについて

1. 目標達成状況の評価方法

特定健康診査、特定保健指導については、実施における検証のみならず、実施後の成果の検証が重要となる。以下の評価を実施し、被保険者等に情報提供を行う。

(1) 特定健康診査・特定保健指導の実施率

国への実績報告を活用し、特定健康診査実施率、特定保健指導支援形態別実施率の目標値の達成状況等を把握する。

(2) メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率

減少率については、目標として設定することはしないが、特定保健指導の効果の検証のための指標とする。前年度と比較して特定保健指導対象者の減少率を算出する。

(3) その他

本計画に定めた実施方法・内容・スケジュール等が計画どおり実施できたかを評価する。

2. 評価と見直し

第4期特定健康診査等実施計画の中間評価として令和9年度において、最終評価として令和11年度において、目標の達成状況等について評価を行うことを基本とする（データヘルス計画の評価に含める）。

計画の見直しについては、国や県の動向等に応じて柔軟に対応し、川西町国民健康保険運営協議会等で検討したうえ、必要に応じて見直しを行う。

第9章 特定健康診査等の円滑な実施について

特定健康診査等の円滑な実施を確保するため、以下の取組を行う。

① 奈良県国民健康保険団体連合会 国保事務支援センターとの連携

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

② 受診しやすい体制づくり

○特定健康診査とがん検診等他検診との同時実施について、衛生部門と連携して実施する。

○受診者の多様な生活スタイルに合わせて、休日の集団検診を引き続き実施するとともに、休日に受診できる医療機関を広く広報する。

③ 実施体制の確保

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

○特定保健指導に関わる専門職の技術向上の一環として、県や奈良県国民健康保険団体連合会が実施するスキルアップ研修などの機会を利用して人材育成を図る。

④ 受診率等の向上となる取組

○事業主やその被雇用者に対し、様々な情報提供や啓発活動を行うことで、特定健康診査・保健指導に対する認知度を高め、積極的な受診及び円滑な健診データの提供を促していく。

○通院未受診の方に医療機関からの受診勧奨を促すなど医療機関との連携を強化していく。

○住民自らが、特定健康診査等の重要性について理解し、受診を呼びかけることができるよう、連携していく。

○担当者会議等への参加による情報収集や特定健康診査の好事例集等を参考に、受診率向上に向けた有効な手法を検討し、実施していく。

⑤ 重症化予防の取組

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

〒636-0202
奈良県磯城郡川西町大字結崎28番地の1

カワニシ ハナコ 様

〒
律
正
記
入
欄

特定健康診査受診上の注意事項

1. 上記の住所欄に変更がある場合、ご自宅の住所を自署してください。
(特定健康診査受診結果等の送付に用います。)

2. 特定健康診査を受診するときには、受診券と被保険者証を窓口へ提出してください。
どちらか一方だけでは受診できません。

3. 特定健康診査は受診券に記載してある有効期限内に受診してください。

4. 特定健康診査受診結果は、受診者本人に対して通知するとともに、保険者等において保
存し、必要に応じ、保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。また、
この券で受診する追加項目、その他(人間ドック)健診についても同様です。

5. 健診結果のデータファイルは、決済代行機関で点検されることがある他、国への実施結
果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご了承の上、受診願います。

6. 被保険者の資格が無くなったときは、この券を使用しての受診はできません。すみやか
にこの券を保険者等にお返しく下さい。

7. 不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることもあり
ます。

8. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者等に差し出して訂正を受けて
ください。

今年度も健康診査を受けて、自分の健康状態をチェックしましょう。
定期的に通院、検査している方も受診できます！

特定健康診査受診券

202●年(令和●年)5月1日交付

受診券整理番号	23000000000						
氏名	カワニシ ハナコ						
性別	女	生年月日	19●●年(昭和●年)●月●日				
有効期限	202●年(令和●年)1月31日						
健診内容	実施項目	窓口の自己負担		保険者負担上乗額			
		負担額	同時実施負担額	負担率			
特定健康診査	基本項目	個別	○	500円	—		
	詳細項目	集団	○	500円	—	—	
		貧血	個別	△	0円	—	—
			集団	△	0円	—	—
		心電図	個別	△	0円	—	—
	集団		△	0円	—	—	
	眼底	個別	—	—	—	—	
		集団	—	—	—	—	
	血糖(ブドウ糖)	個別	△	0円	—	—	
		集団	△	0円	—	—	
特定健康診査以外の項目	生活機能チェック	個別	—	—	—		
	集団	—	—	—	—		
	生活機能評価	個別	—	—	—	—	
	集団	—	—	—	—		
追加健診	個別	△	0円	—	—		
	集団	△	0円	—	—		
人間ドック	個別	—	—	—	—		
	集団	—	—	—	—		

注) △は、基本項目、生活機能チェックの結果及び、保険者の契約内容を確認し実施します

注) 生活機能評価を同時実施した場合は、同時実施負担額の自己負担額をお支払いください

所在地
奈良県磯城郡川西町大字結崎28-1

電話番号
0745-44-2211

番 号
0 0 2 9 0 5 8 5

公印省略
名 称
川西町

契約とりまとめ機関名
医師会

支払代行機関番号 ※
92999028

支払代行機関名 ※
奈良県国民健康保険団体連合会

※ 実施機関が所在する国保連合会の番号、名称に読み替えてください

〒636-0202
奈良県磯城郡川西町大字結崎28番地の1

カワニシ ハナコ 様

特定保健指導利用上の注意事項

1. 特定保健指導を利用するときには、利用券と被保険者証を窓口へ提出してください。
どちらか一方だけでは利用できません。

2. 医療機関に受診中の場合、主治医に特定保健指導を受けてもよいかどうかを確認してくだ
さい。

3. 特定保健指導は利用券に記載してある有効期限内に利用してください。

4. 窓口での自己負担は、原則、特定保健指導開始時に全額をお支払い頂きます。なお、全額
徴収できない場合は、次回利用時以降にもお支払い頂きます。

5. 特定保健指導の実施結果は保険者等において保存し、必要に応じ、次年度以降の保健指導
等に活用しますので、ご了承の上、利用願います。

6. 保健指導結果のデータファイルは、決済代行機関で点検されることがある他、国への実
施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご了承の上、利用願いま
す。

7. 被保険者の資格が無くなったときは、この券を使用しての利用はできません。すみやかに
この券を保険者等にお返しく下さい。

8. 不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることもあり
ます。

9. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者等に差し出して訂正を受けてく
ださい。

特定保健指導利用券

202●年(令和●年)●月●日交付

利用券整理番号	23000000000				
受診券整理番号	23000000000				
氏名	カワニシ ハナコ				
性別	女				
生年月日	19●●年(昭和●年)●月●日				
有効期限	202●年(令和●年)●月●日				
特定保健指導区分	窓口の自己負担		保険者負担上乗額		
	負担額	負担率			
療養的支援	0円				

※ 自己負担額は初回利用時の負担として、特定保健指導開始時に全額徴収

保
険
者
等

所在地
奈良県磯城郡川西町大字結崎28-1

電話番号
0745-44-2211

番 号
0 0 2 9 0 5 8 5

公印省略
名 称
川西町

契約とりまとめ機関名
医師会

支払代行機関番号 ※
92999028

支払代行機関名 ※
奈良県国民健康保険団体連合会

※ 実施機関が所在する国保連合会の番号、名称に読み替えてください

45