

千早赤阪村第 2 期国民健康保険保健事業実施計画
（データヘルス計画）及び
千早赤阪村第 4 期特定健康診査等実施計画

令和 6 年 3 月
千 早 赤 阪 村

目 次

第 1 章	計画策定にあたって	1
1	計画の趣旨	1
2	計画の位置づけ	2
3	計画期間	4
4	実施体制と関係者との連携等	4
第 2 章	千早赤阪村の現状	5
1	周辺環境・医療アクセスの特徴	5
2	医療費分析	10
3	特定健診実施状況	20
4	特定保健指導実施状況	26
第 3 章	前期計画の評価	27
1	特定健康診査	27
2	特定保健指導	28
3	特定健康診査未受診者対策	29
4	特定保健指導未利用者対策	30
5	非肥満高血圧・高血糖重症化予防対策事業（医療機関への受診勧奨）	31
6	健康教育と健康相談	32
7	糖尿病性腎症重症化予防事業	33
第 4 章	健康課題	34
1	重点課題及び健康課題の現状分析	34
第 5 章	各種事業の実績および目標設定	36
1	健康づくり	36
2	生活習慣病の予防	40
3	生活習慣病の重症化予防	46
4	がん検診・その他の検診	48
5	医療費適正化	50

第 6 章	特定健康診査等実施計画（第 4 期）	51
1	目標	51
2	特定健康診査・特定保健指導の実施計画・実施方法	54
資料編		59
	用語集	59

第 1 章 計画策定にあたって

1 計画の趣旨

(1) 背景と目的

我が国の寿命は世界で最高水準となっていますが、生活習慣の変化や高齢化の進展に伴って、疾病に占める生活習慣病の割合が増えています。この生活習慣病を未然に防ぐために、本人が自らの生活習慣の問題点を発見し、生活習慣の改善に継続的に取り組み、それを保険者が支援していくことが必要となっています。

そのような中で、特定健康診査の実施や診療報酬明細書（以下、「レセプト」という。）の電子化の進展等により、保険者等が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析など保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいます。

「日本再興戦略」（平成 25 年 6 月 14 日閣議決定）においては、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされていることから、千早赤阪村においても、これらの背景を踏まえ、平成 30 年 3 月に「千早赤阪村国民健康保険第 1 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」及び千早赤阪村特定健康診査等実施計画（第 3 期）」を策定しました（以下、「現行計画」という）。

その後、令和 2 年 7 月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2020（骨太方針 2020）」において、保険者のデータヘルス計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和 4 年 12 月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表 2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切な KPI の設定を推進する。」ことが示されたことにより、全ての保険者がデータヘルス計画を策定し、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組や評価指標の設定の推進がなされました。

本業務は、現行計画の計画期間が令和 5 年度末に満了することから、令和 6 年度から令和 11 年度までを計画期間とする「千早赤阪村国民健康保険第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）及び千早赤阪村特定健康診査等実施計画（第 3 期）」を策定することを目的とします。

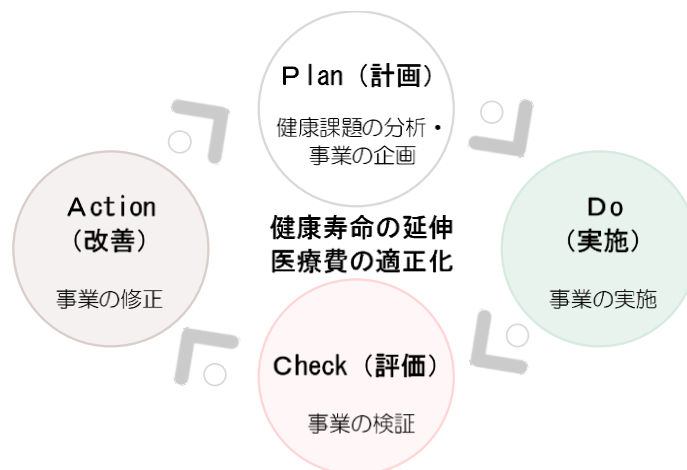
計画策定に当たっては、これまでに蓄積されたデータを活用して現行計画の取組を評価し、被保険者の健康状態や医療費の現状を把握することで、新たな課題又は継続的な課題を抽出し、その課題に対して必要に応じた見直しを行います。

(2) 基本方針

被保険者の健康増進・疾病予防をこの計画の大きな柱と捉え、医療費適正化を目指すものとします。

そのために、客観的な指標として、特定健康診査の結果から基準値を超える有所見者割合の高い項目や生活習慣病のリスクを高める生活習慣、医療費が高額となっている疾患について把握・分析し、健康課題を明確にします。その上で、予防可能な疾患を見極め、効果的かつ効率的な保健事業を実施し、PDCA サイクルに沿って運用することを基本方針とします。

図表 1 PDCA サイクルの概念図



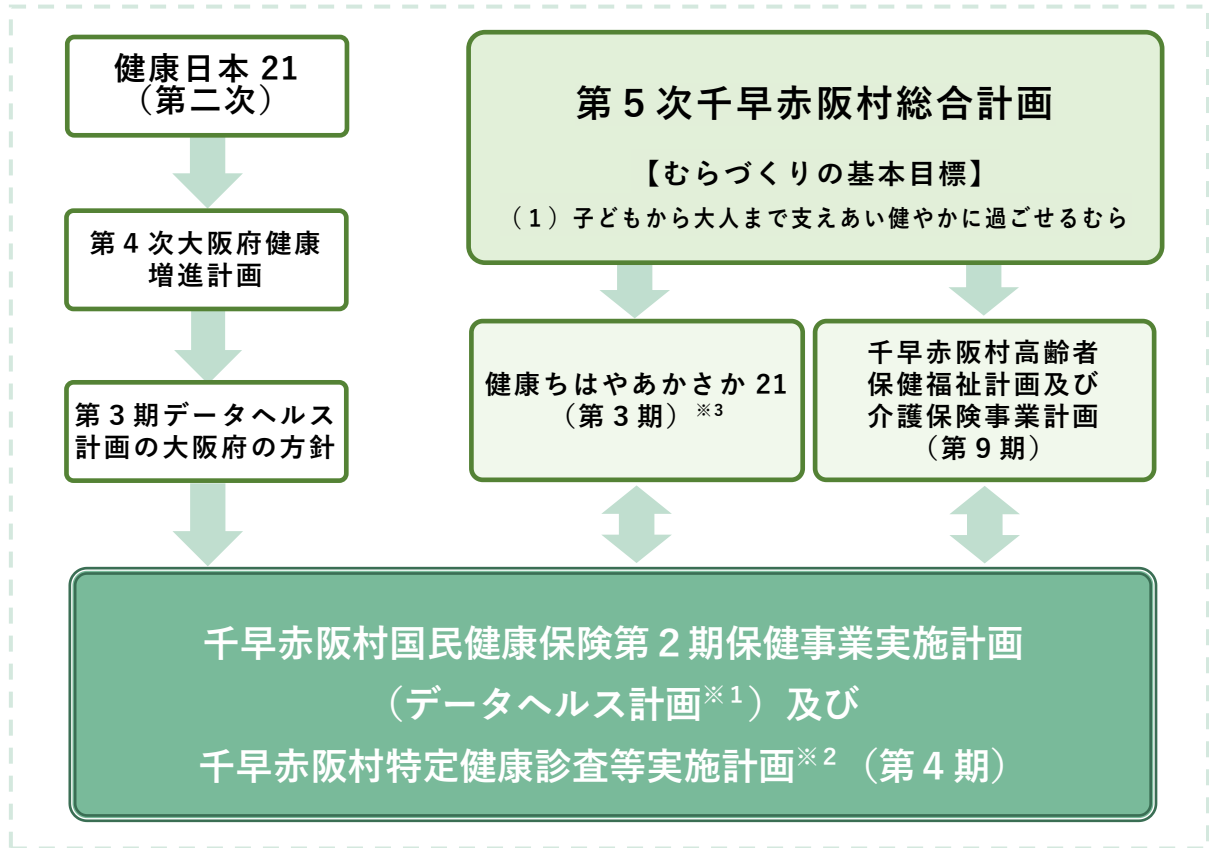
資料：厚生労働省健康局「標準的な健診・保健指導プログラム」（平成 25 年 4 月）

2 計画の位置づけ

国の健康づくり計画である「健康日本 21（第二次）」、「第 5 次千早赤阪村総合計画」、の理念を踏まえるとともに、「健康ちはやあかさか 21（第 3 期）」、「千早赤阪村高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画（第 9 期）」との整合性を図ります。

また、第 6 章で後述する「第 4 期特定健康診査等実施計画（第 4 期）」は保健事業の中核をなす特定健康診査及び特定保健指導の具体的な実施方法等を定めるものであることから、保健事業を総合的に企画し、より効果的かつ効率的に実施することができるよう、本計画と一体的に策定します。

図表2 計画の位置づけ



	データヘルス計画※1	特定健康診査等実施計画※2	健康 21 計画※3
法律等	国民健康保険法第 82 条指針第 5	高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条	健康増進法第 8 条第 2 項 食育基本法第 18 条第 1 項
実施主体	医療保険者（努力義務）	医療保険者（義務）	都道府県（義務） 市町村（努力義務）
対象期間	2024 年度～2029 年度 （第 3 期）	2024 年度～2029 年度 （第 4 期）	2016 年度～2025 年度 （第 3 期）
対象者	被保険者 0 歳～74 歳	被保険者 40 歳～74 歳	村民
共通の考え方	健康寿命延伸及び健康格差縮小に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図りつつ、医療費適正化を通して社会保障制度の維持を目指す。		
主な特徴	特定健診や電子レセプト等の医療情報の積極的な活用を求めている。	医療保険者別に特定健診の受診率及び特定保健指導の実施率の目標を設定している。	一次予防と重症化予防、両方に重点を置き健康づくりに取り組む。27 の目標から成る。

3 計画期間

「千早赤阪村国民健康保険第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）及び千早赤阪村特定健康診査等実施計画（第4期）」は、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針第5の規定に基づき、高齢者の医療の確保に関する法律第19条、令和6年度から令和11年度までの6か年計画とします。

図表3 計画期間

平成30年度～令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
千早赤阪村国民健康保険第1期保健事業実施計画（データヘルス計画）」及び千早赤阪村特定健康診査等実施計画（第3期）	千早赤阪村国民健康保険第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」及び千早赤阪村特定健康診査等実施計画（第4期）					

4 実施体制と関係者との連携等

（1）実施体制

本計画は、健康福祉部住民課が主体となり策定しますが、被保険者の健康の保持増進について中心的な役割を果たしている健康課の保健師・管理栄養士等の専門職と連携し計画策定を進めていきます。

また、国民健康保険の加入者は65歳以上の高齢者が多いという特徴があることから、被保険者の健康の保持増進には、地域包括ケアを推進するための基盤構築に向けた取組を推進するために、福祉課とも連携して検討していきます。

さらに、計画の推進に当たっては、富田林医師会・富田林歯科医師会・富田林薬剤師会をはじめとする富田林市内外の関係機関等や地域住民と連携を図りながら事業を実施します。

第2章 千早赤阪村の現状

1 周辺環境・医療アクセスの特徴

(1) 地理的・社会的環境

千早赤阪村は大阪府の南東部、金剛・葛城山脈の主峰金剛山（標高 1,125m）を隔てて奈良県御所市、五條市と隣接しています。面積は 37.30 k m²で、大阪市中心部まで 20～25 k mに位置しています。

村の歴史を代表するのは、鎌倉時代から南北朝時代にかけて活躍した名将・楠木正成で建武新政を目指して活躍した正成の誕生地やゆかりのある施設などが多く残っています。

昭和 31 年 9 月に千早村と赤阪村が合併して、現在の千早赤阪村は生まれました。

大阪唯一の村、千早赤阪村は都市近郊で自然が多く、四季折々の表情を見せてくれます。特に冬の金剛山には、多くの登山客が訪れ、1 年で最も寒くなる 1 月から 2 月にかけて山頂付近は、しばしば「樹氷」で白く染まり、自然が生み出す芸術を楽しむことができます。

大阪の財産ともいえる千早赤阪村は、心のやすらぎ里として多くの人に親しまれています。

(2) 医療アクセス

千早赤阪村には、一般診療所が 3 か所、歯科診療所が 1 か所あります。千早赤阪村の人口 10 万対における一般診療所数は大阪府や全国と比べて高く、歯科診療所数は大阪府、全国と比較して低くなっています。

図表 4 医療提供体制等の比較（令和 4 年 10 月 1 日現在）

	千早赤阪村		大阪府	全国
	実数	人口 10 万対	人口 10 万対	人口 10 万対
病院数	0	0.00	5.8	6.5
病床数	0	0.00	1184.0	1194.9
一般診療所数	3	61.11	100.4	84.2
歯科診療所数	1	20.37	62.2	54.2

※病院：病床数が 20 床以上の医療機関

診療所：入院できる施設がないか、病床数 19 床以下の医療機関

資料：日本医師会（地域医療情報システム）

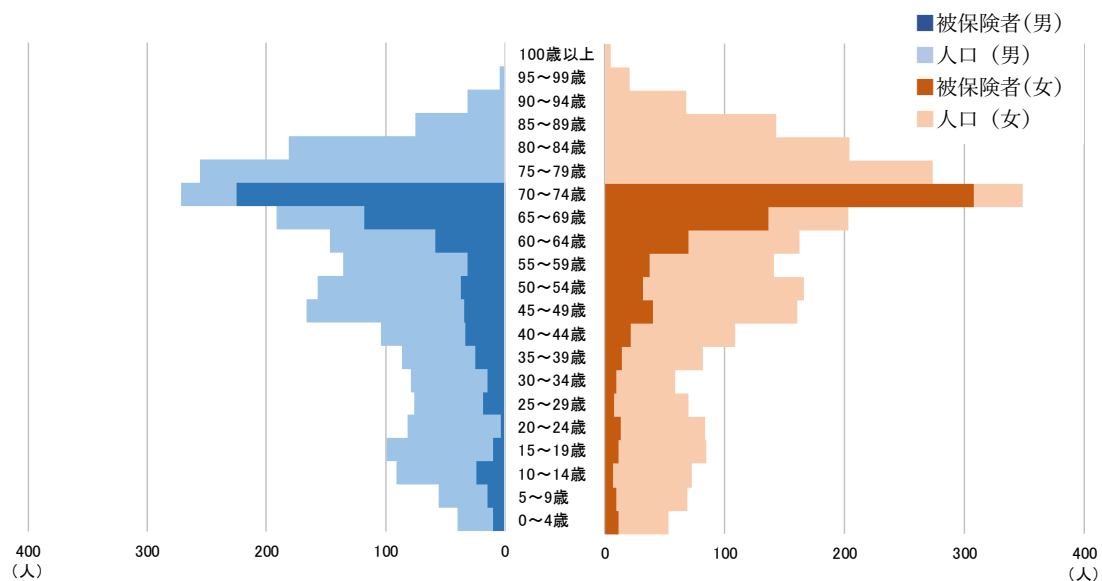
(3) 人口・被保険者の状況

千早赤阪村の国民健康保険加入者は、1386人（令和4年9月末現在）で、国民健康保険加入率は、28.2%となっており、65歳以上の被保険者数は増加傾向となっています。

人口の推移をみると、総人口の減少と65歳以上の高齢者の増加に伴い、高齢化率は増加しており、令和4年の高齢化率は46.4%になっています。

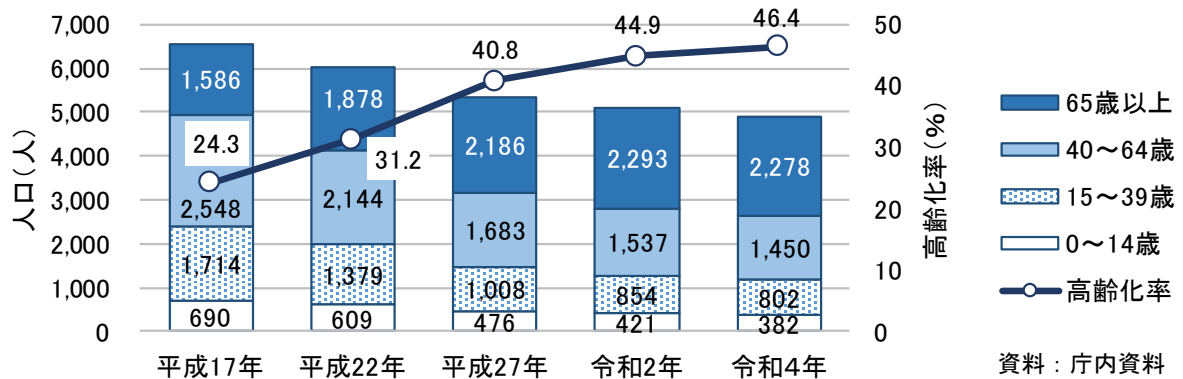
被保険者の年齢構成をみると、千早赤阪村では40歳未満は5.6%、40～64歳は37.6%、65歳以上は56.9%となっています。

図表5 性・年齢階級別の人口分布および国保被保険者分布（令和4年9月末現在）



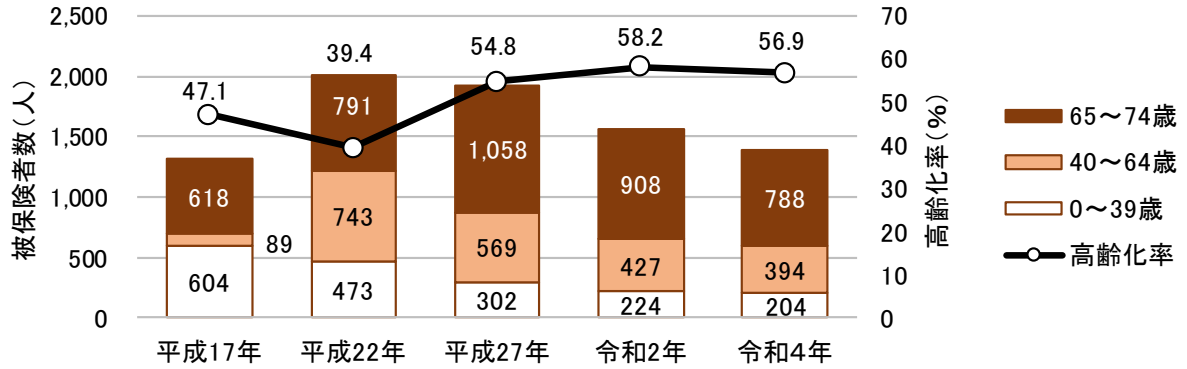
資料：庁内資料

図表6 年齢階級別の人口分布および高齢化率の推移



資料：庁内資料

図表 7 年齢階級別の国保被保険者分布および高齢者割合の推移



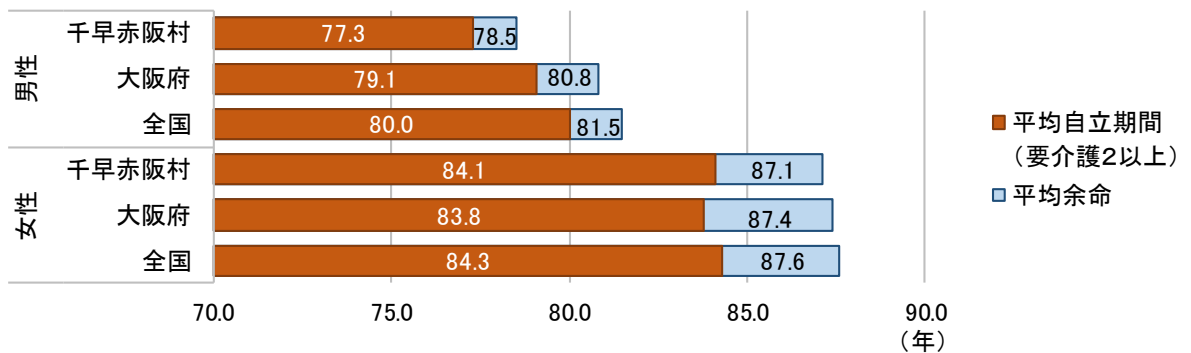
資料：大阪府国民健康保険事業状況

(4) 平均余命・平均自立期間（要介護2以上）

令和2年の平均余命・平均自立期間についてみると、千早赤阪村の平均寿命は、男性78.5年、女性87.1年、健康寿命は男性77.3年、女性84.1年となっており、平均寿命と健康寿命の差は男性1.2歳、女性3.0歳であり、男女ともに大阪府、全国と比べて短く、平均寿命も大阪府、全国と比べて短くなっています。

また、男性よりも女性の方が不健康な状態の期間が長くなっています。

図表 8 男女別の平均寿命および健康寿命の比較（令和3年）

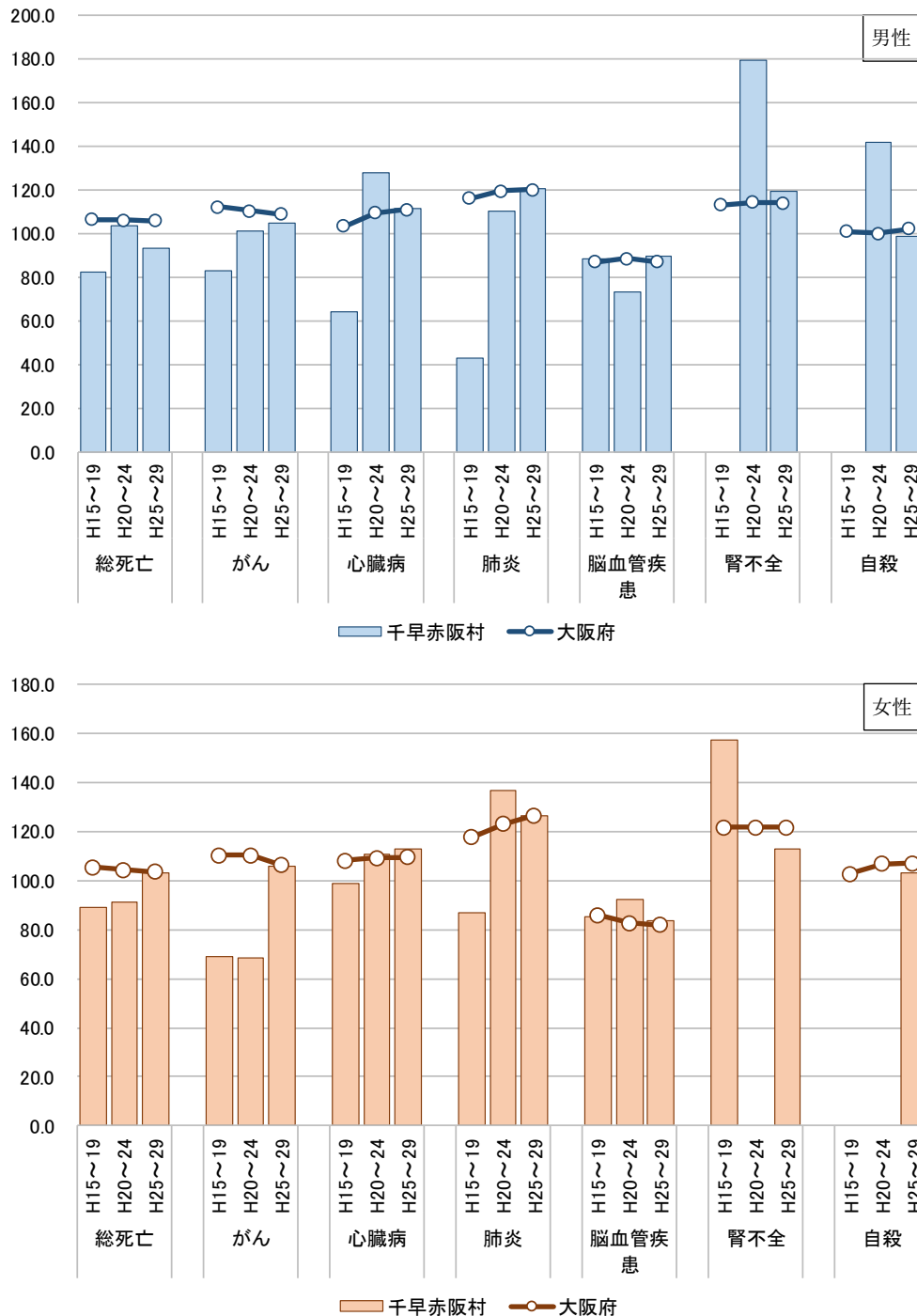


資料：健康寿命算出方法の指針（大阪府保健医療室健康づくり課提供）

(5) 標準化死亡比

平成 25～29 年の標準化死亡比（全国 100 に対する年齢を考慮した死亡率の比）を見ると、男性では「心臓病」「肺炎」「腎不全」、女性では「心臓病」の割合が高くなっています。

図表 9 男女別の主要疾病標準化死亡比（全国 100 に対する年齢を考慮した死亡率の比）の推移



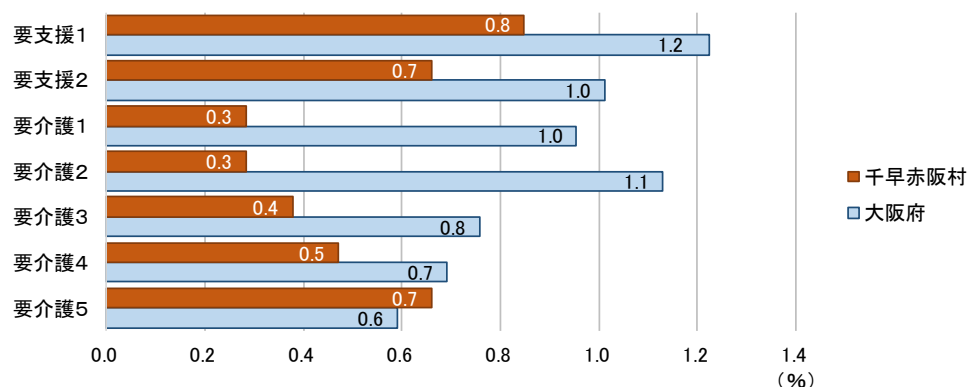
資料：人口動態統計特殊報告

(6) 要介護認定状況

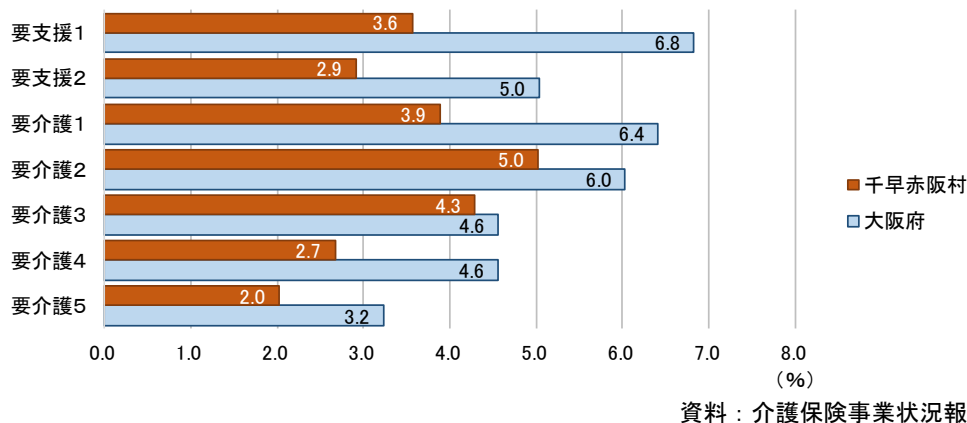
令和3年度の第1号被保険者のうち前期高齢の各要介護度は、大阪府に比べて要介護5を除き、認定割合が低くなっており、後期高齢でも全ての認定割合で低くなっています。

要支援・要介護認定率は平成27年度以降約14%台で横ばいとなっています。

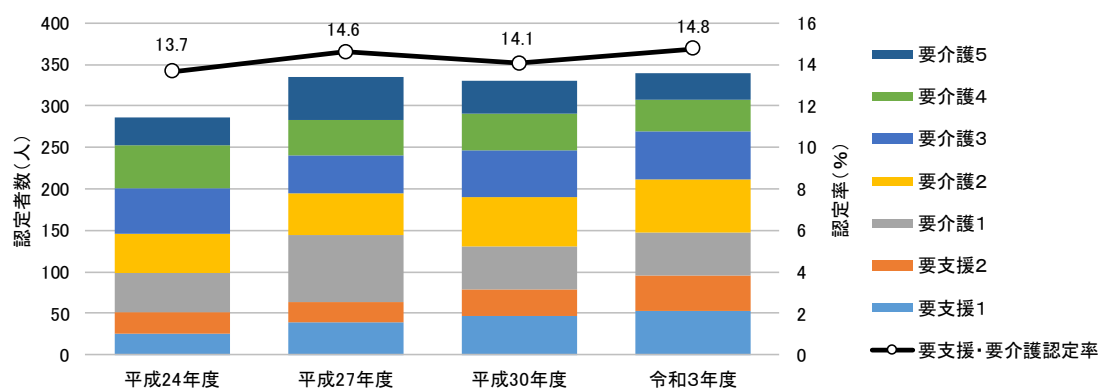
図表 10a 第1号被保険者全体に占める各要介護度の認定割合（前期高齢）（令和3年度）



図表 10b 第1号被保険者全体に占める各要介護度の認定割合（後期高齢）（令和3年度）



図表 11 要介護認定状況の推移



2 医療費分析

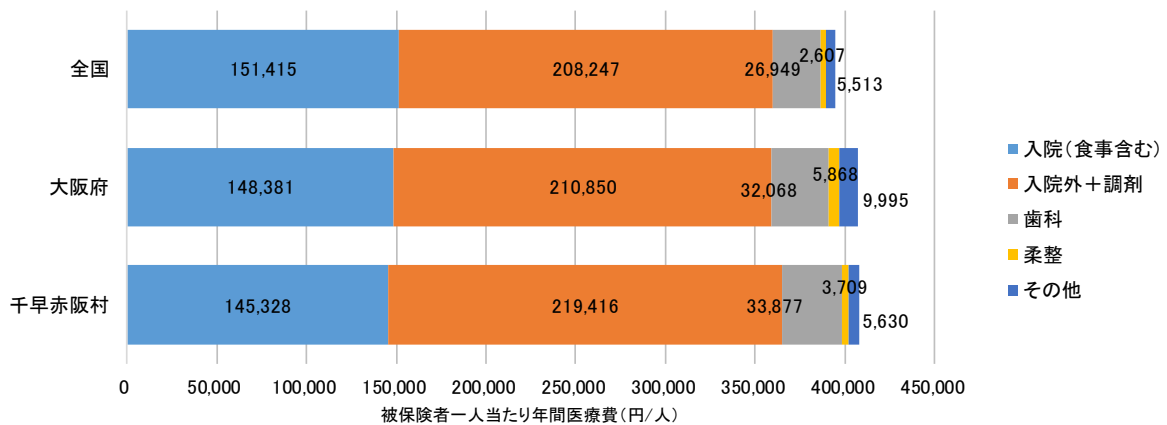
(1) 費用区分別医療費（入院、入院外＋調剤、歯科、柔整など）

被保険者の令和3年度の1人当たりの年間医療費は、大阪府の平均が40万7,162円であるのに対し、40万7,958円と高い値となっています。

年齢階級別の1人当たりの総医療費は、50歳代以上から医療費が急激に増加しています。

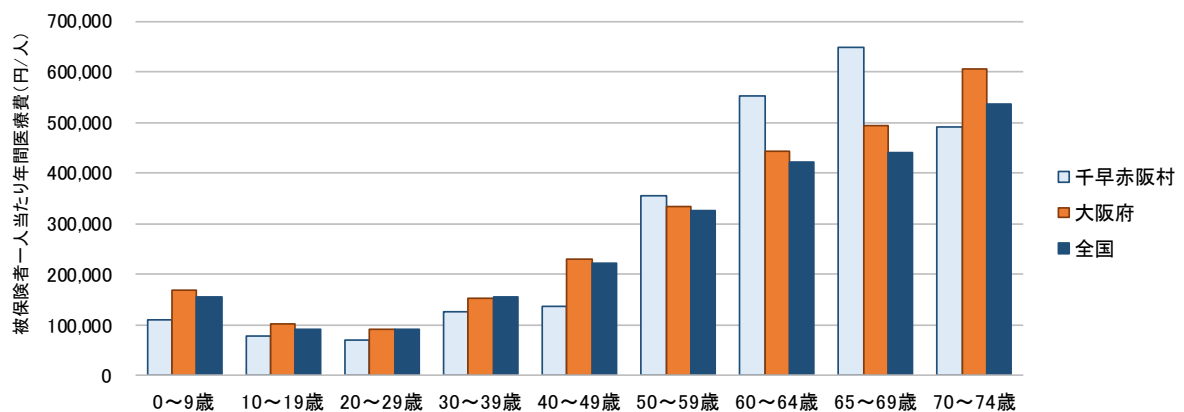
また、全国や大阪府と比較すると、50～69歳の医療費が大阪府、全国より高くなっています。

図表 12 被保険者一人当たり年間医療費の比較（令和3年度）



資料：大阪府国民健康保険事業状況・国民健康保険事業年報

図表 13 年齢階級別の被保険者一人当たり総医療費(医科)の比較（令和4年度）

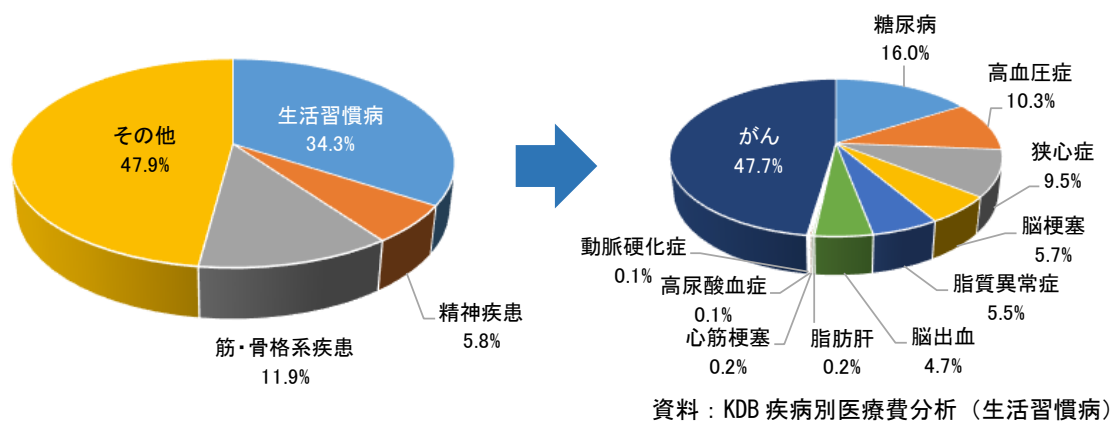


資料：KDB システム 疾病別医療費分析から算出

(2) 医療費順位の主要疾患別医療費

令和4年度の総医療費に占める生活習慣病の割合は 34.3%であり、生活習慣病のうち「がん」を除くと、「糖尿病」が 16.0%が最も多く、次いで、「高血圧」が 10.3%、「狭心症」が 9.5%となっています。

図表 14 総医療費に占める生活習慣病の割合（令和4年度）



図表 15 生活習慣病の割合と医療費（令和4年度）

順位	疾患名	全医療費に占める割合 (%)	総医療費 (円)	入院医療費 (円)	入院外医療費 (円)
1	がん	47.7	90,447,540	32,494,960	57,952,580
2	糖尿病	16.0	30,387,360	2,181,030	28,206,330
3	高血圧症	10.3	19,493,990	0	19,493,990
4	狭心症	9.5	17,990,140	15,344,980	2,645,160
5	脳梗塞	5.7	10,853,380	9,877,780	975,600
6	脂質異常症	5.5	10,452,390	735,390	9,717,000
7	脳出血	4.7	8,950,910	8,950,910	0
8	脂肪肝	0.2	423,050	0	423,050
9	心筋梗塞	0.2	299,000	0	299,000
10	高尿酸血症	0.1	254,310	0	254,310
11	動脈硬化症	0.1	156,440	0	156,440
合計		100.0	189,708,510	69,585,050	120,123,460

資料：KDB 疾病別医療費分析（生活習慣病）

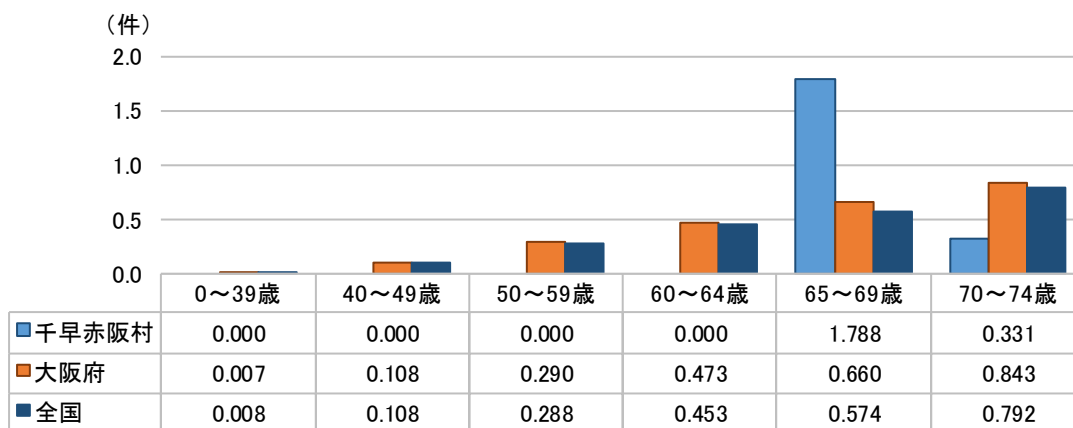
(3) 性別・年齢階級別の主要疾患患者数

① 虚血性心疾患・脳血管疾患・s

令和4年度の被保険者千人当たりレセプト件数をみると、「虚血性心疾患の入院」では、65～69歳で全国や大阪府の平均を上回っています。「脳血管疾患の入院」では、50～64歳、70～74歳で、「人工透析の入院+外来」では、50～64歳で全国や大阪府の平均を上回っています。

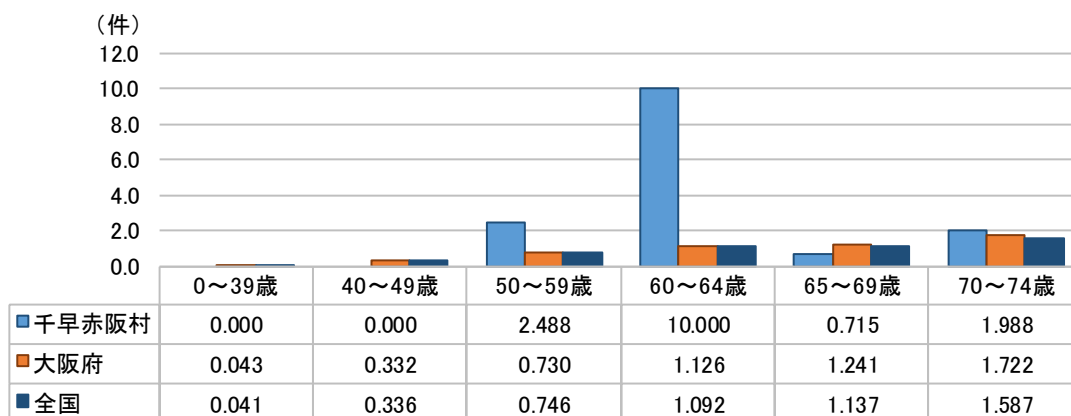
これらの疾患は、後述する「高血圧・糖尿病・脂質異常症」の生活習慣病基礎疾患が重症化することにより発症するため、特定健康診査等の受診率を向上させ、早期の段階で生活習慣病の発症予防対策を行うことが必要となっています。

図表 16 年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数（虚血性心疾患・入院）（令和4年度）



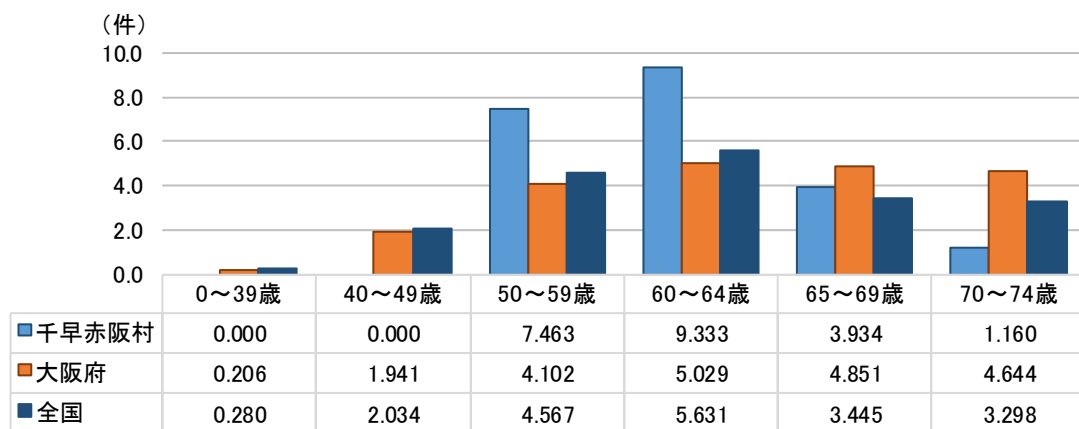
資料：KDB システム 疾病別医療費分析（中分類）

図表 17 年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数（脳血管疾患・入院）（令和4年度）



資料：KDB システム 疾病別医療費分析（中分類）

図表 18 年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数（人工透析・入院＋外来）（令和４年度）



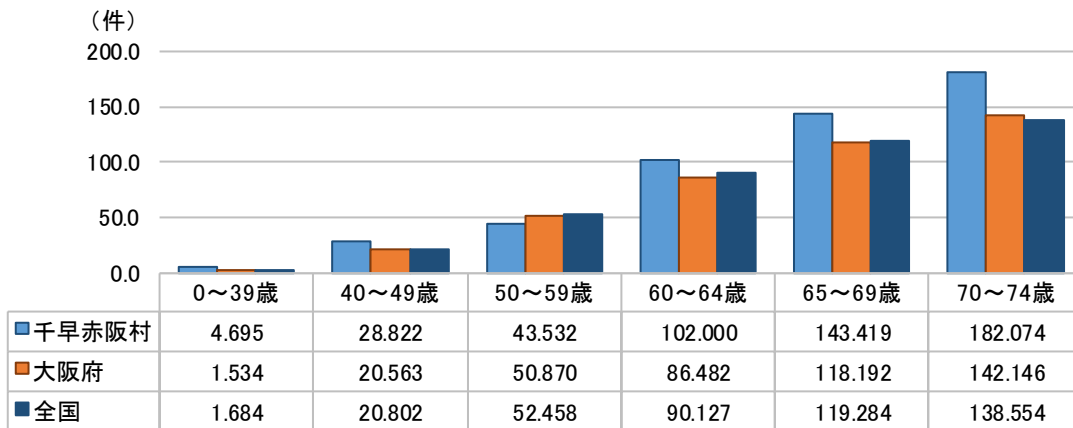
資料：KDB システム 疾病別医療費分析（細小 82 分類）

② 高血圧・糖尿病・脂質異常症

高血圧性疾患は、50～59 歳を除くすべての年代で大阪府や全国の平均を上回っています。また、糖尿病では、0～39 歳、65～69 歳を除くすべての年代で大阪府や全国の平均を下回っています。また、脂質異常症では、0～39 歳で全国や大阪府の平均を上回っています。

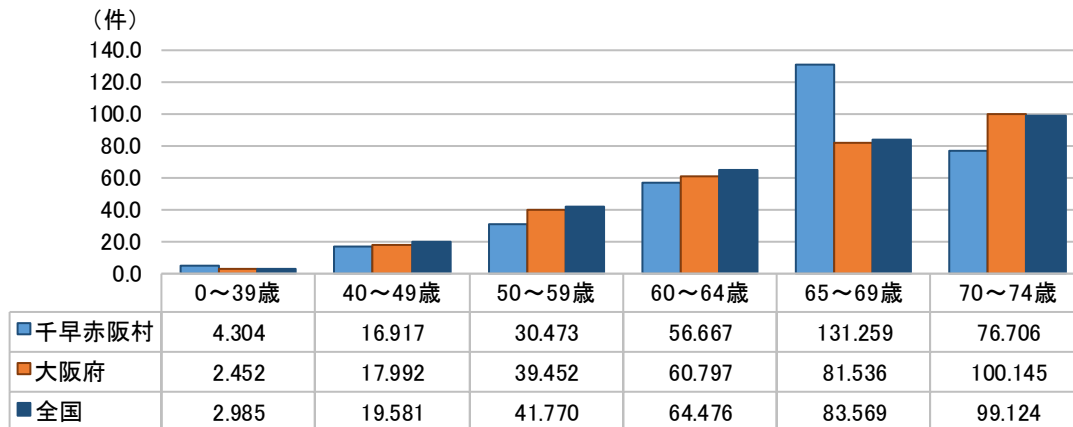
これらの疾患は、食生活や運動習慣、睡眠、飲酒、ストレス等の影響により悪化し、「虚血性心疾患」、「脳血管疾患」、「腎不全」等の発症に影響するため、若い世代から、正しい生活習慣を身に付けることが重要となっています。

図表 19 年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数（高血圧性疾患・外来）（令和 4 年度）



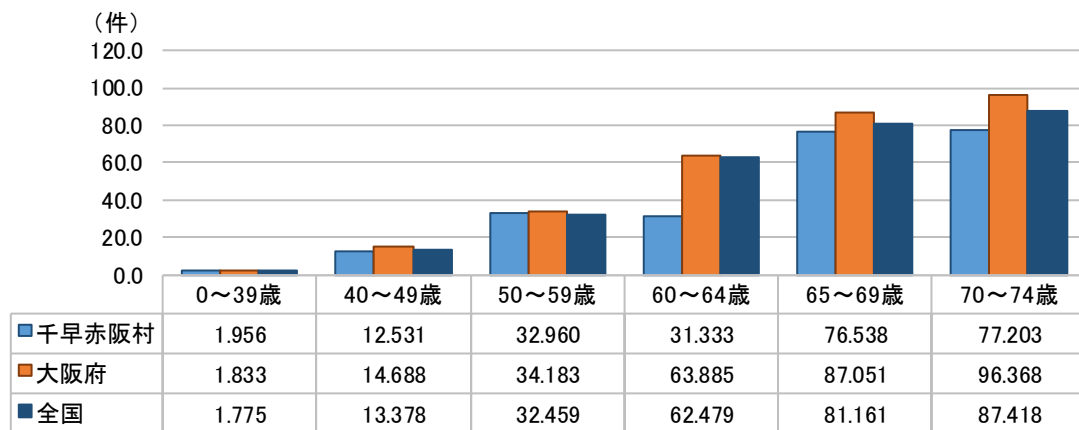
資料：KDB システム 疾病別医療費分析（生活習慣病）

図表 20 年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数（糖尿病・外来）（令和 4 年度）



資料：KDB システム 疾病別医療費分析（生活習慣病）

図表 21 年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数（脂質異常症・外来）（令和4年度）

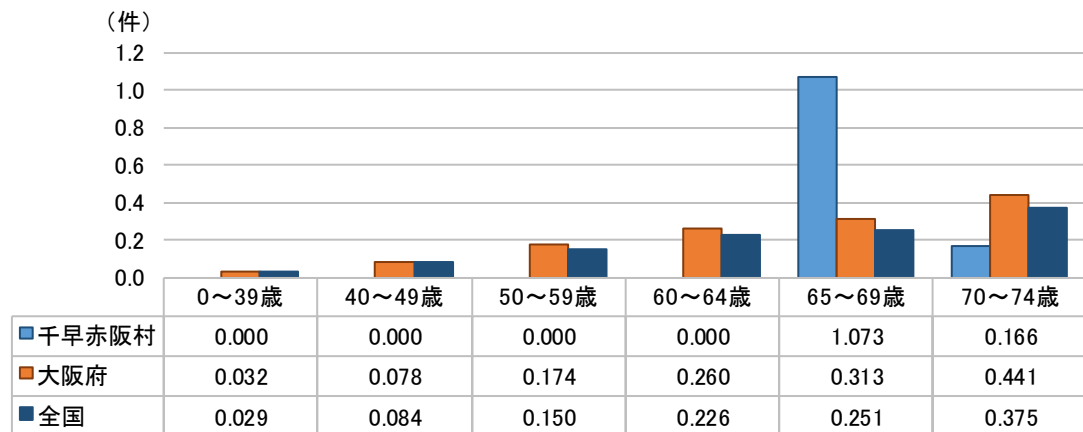


資料：KDB システム 疾病別医療費分析（生活習慣病）

③ 肺炎・骨折

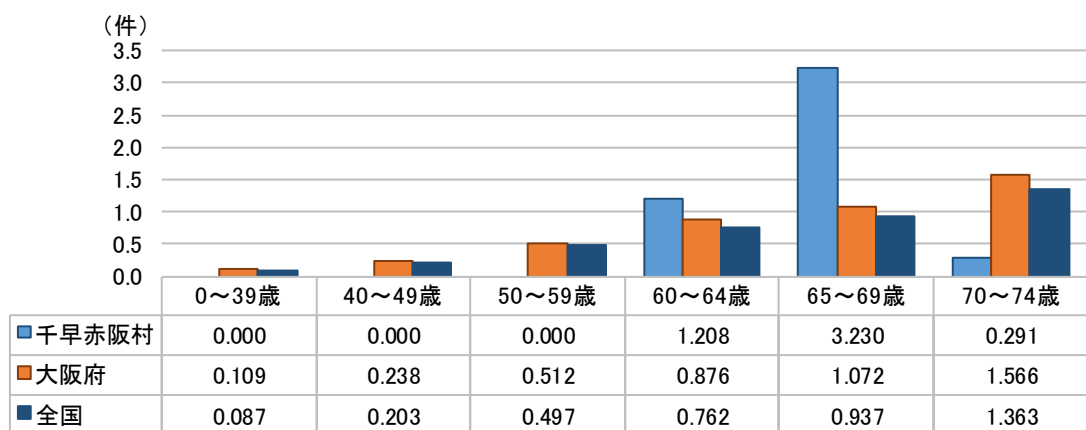
「肺炎・入院」では、65～69 歳が全国より多くなっているほか、「骨折・入院・女性」では、60～69 歳で、「骨粗しょう症・外来・女性」では 70～74 歳で大阪府や全国の平均を上回っています。

図表 22 年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数（肺炎・入院）（令和 4 年度）



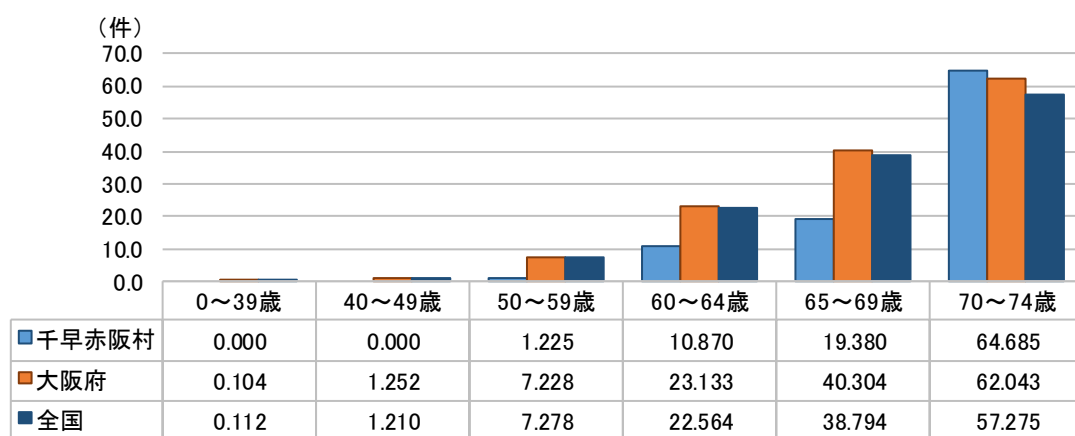
資料：KDB システム 疾病別医療費分析（細小 82 分類）

図表 23 年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数（骨折・入院・女性）（令和 4 年度）



資料：KDB システム 疾病別医療費分析（細小 82 分類）

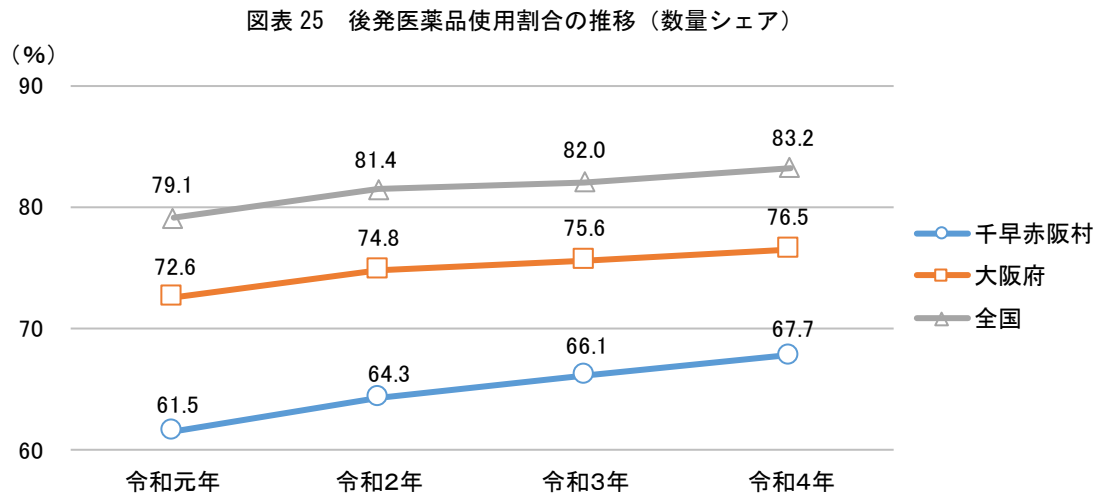
図表 24 年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数（骨粗しょう症・外来・女性）（令和４年度）



資料：KDB システム 疾病別医療費分析（細小 82 分類）

(4) 後発医薬品の利用状況

後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用割合は、令和元年から令和4年にかけて61.5%から67.7%となり上昇はしているものの、全国、大阪府と比べて低く厚生労働省が目標とする80%以上に達成していない状況です。



資料：厚生労働省ホームページ（全国）・大阪府国保連合会独自集計（大阪府・保険者）・国保総合システム（後期）

(5) 新生物の医療費の状況

新生物の医療費の状況をみると、大阪府と比べ「乳房の悪性新生物＜腫瘍＞」、「白血病」の割合が低くなっています。また、千早赤阪村では、「気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞」の割合が高く全体の 12.9%を占めており、次いで「悪性リンパ腫」が 8.0%、「直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物＜腫瘍＞」が 6.6%となっています。

図表 26 新生物の医療費（令和4年度）

疾病分類	千早赤阪村			大阪府		
	総医療費	1人当たり医療費	医療費割合	総医療費	1人当たり医療費	医療費割合
気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	11,689,760	871,720	12.9	16,174,342,550	9,258	15.6
悪性リンパ腫	7,225,890	538,843	8.0	5,133,970,430	2,939	5.0
直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物＜腫瘍＞	5,997,110	447,212	6.6	4,518,266,360	2,586	4.4
良性新生物＜腫瘍＞及びその他の新生物＜腫瘍＞	5,782,800	431,230	6.4	8,054,263,970	4,610	7.8
結腸の悪性新生物＜腫瘍＞	5,019,330	374,298	5.5	6,449,912,970	3,692	6.2
胃の悪性新生物＜腫瘍＞	2,664,760	198,714	2.9	5,871,979,830	3,361	5.7
乳房の悪性新生物＜腫瘍＞	2,342,130	174,655	2.6	10,406,665,110	5,957	10.1
白血病	277,920	20,725	0.3	4,093,143,240	2,343	4.0
肝及び肝内胆管の悪性新生物＜腫瘍＞	167,230	12,471	0.2	2,915,046,820	1,669	2.8
子宮の悪性新生物＜腫瘍＞	164,810	12,290	0.2	2,096,687,420	1,200	2.0
その他の悪性新生物＜腫瘍＞	49,115,800	3,662,625	54.3	37,755,064,820	21,611	36.5
計	90,447,540	6,744,783	100.0	103,469,343,520	59,225	100.0

資料：KDB システム 疾病別医療費分析（中分類）

3 特定健診実施状況

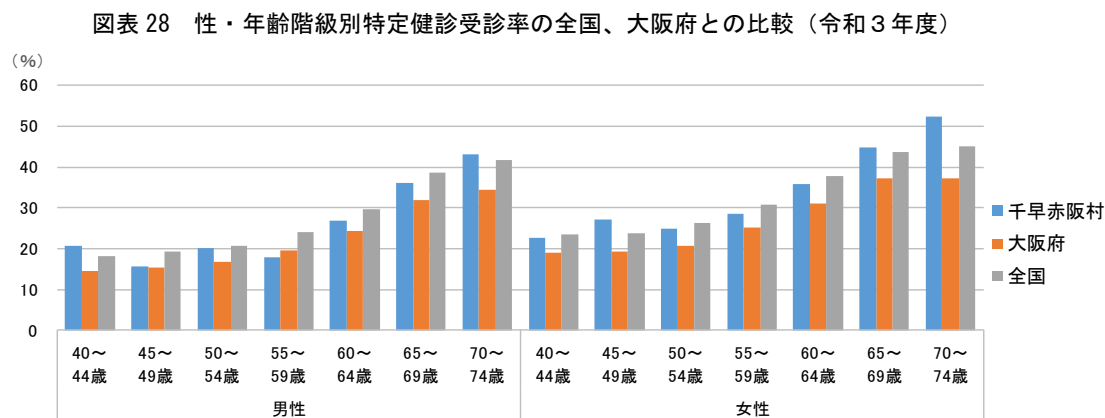
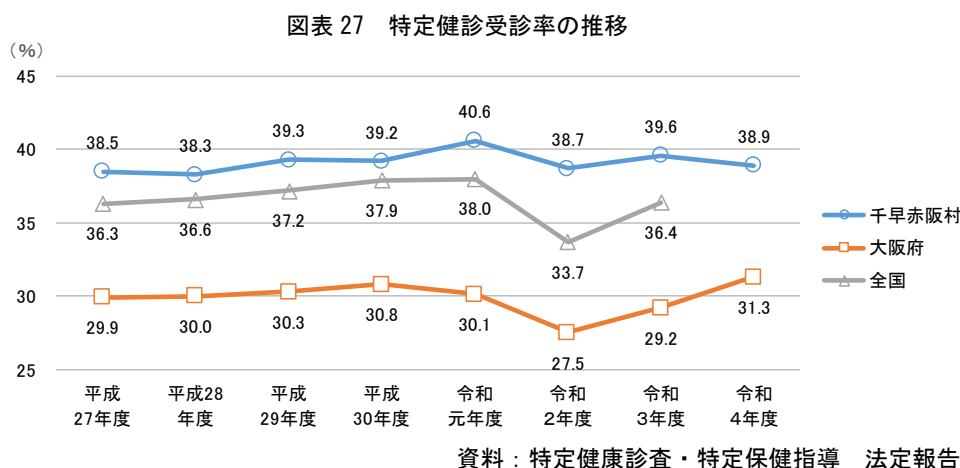
(1) 特定健診受診の状況

特定健診受診率は、全国・大阪府に比べ高く推移していますが、令和4年度の目標値57%には達していない状況です。

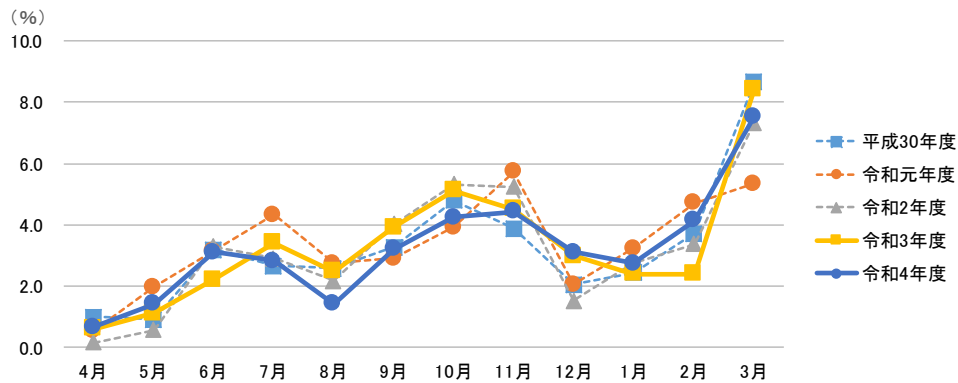
令和3年度の受診率について性・年齢階級別にみると、全国・大阪府に比べ男性の55～59歳でのみ受診率が低くなっています。月別受診率では毎年ほぼ同じ曲線となり受診券発送直後と3月のかけこみ受診が高くなっています。

また、3年累積受診率は大阪府に比べ高く、3回受診の継続受診率が高くなっています。

しかし、50%は3年とも未受診者となっているため未受診者への受診勧奨、継続受診対策が必要です。特定健診受診状況と医療利用状況では、特定健診受診者において医療機関受診者が大阪府と比べて高くなっています。また、特定健診未受診者のうち医療機関受診者は50.7%になっているため、医療機関と連携し健診受診勧奨を依頼することが大切になります。

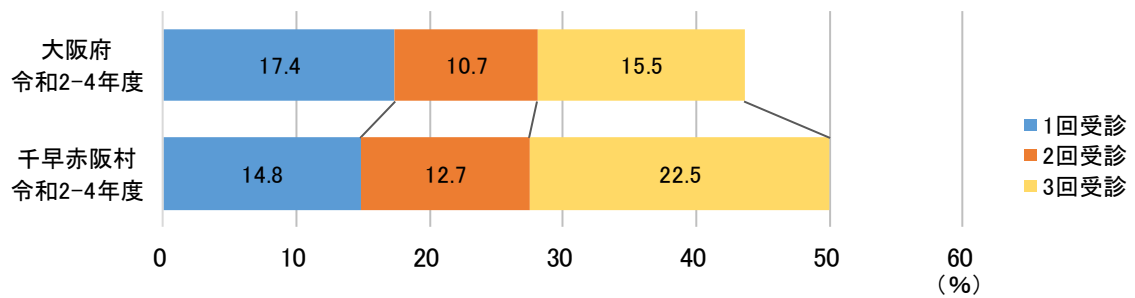


図表 29 月別特定健診受診率の推移（令和4年度）



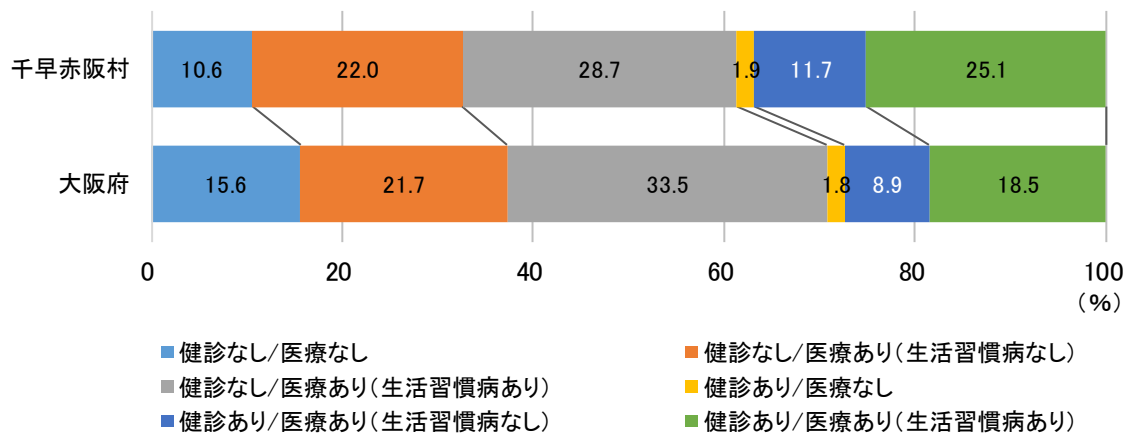
資料：特定健診等データ管理システム TKAC020 特定健診・特定保健指導進捗実績管理表

図表 30 3年累積特定健診受診率（令和2～令和4年度）



資料：KDB システム 被保険者管理台帳

図表 31 特定健診受診状況と医療利用状況（令和4年度）



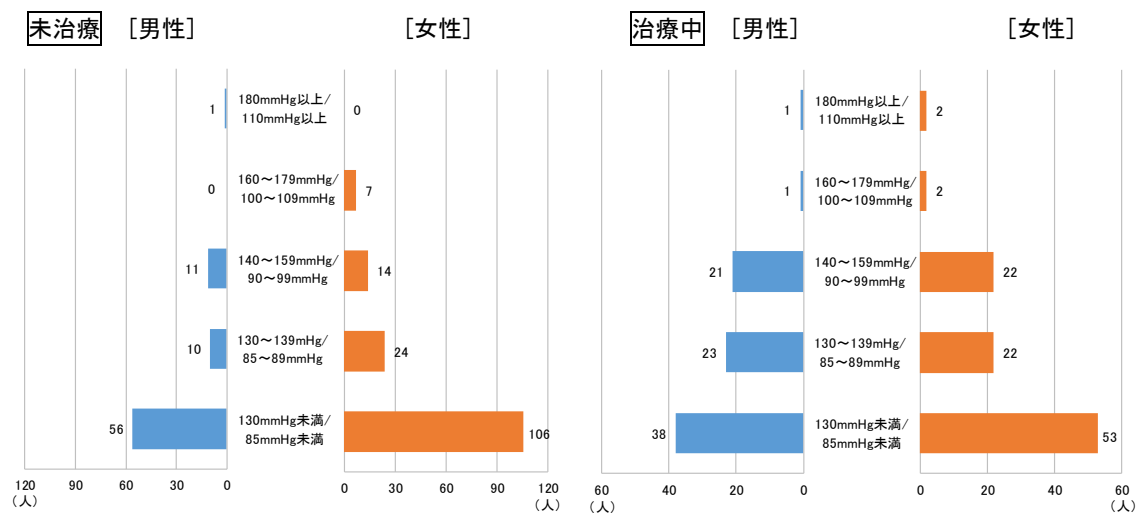
資料：KDB システム 医療機関受診と健診受診の関係表

(2) 特定健診受診者における健康・生活習慣の状況

① 高血圧

高血圧は、高血圧Ⅱ・Ⅲ度の未治療者は8人(3.5%)となっています。また、治療中で高血圧Ⅱ・Ⅲ度の人は6人(3.2%)となっています。治療中においても高血圧Ⅱ・Ⅲ度の人はコントロール不良であり適切な服薬や生活習慣改善が行われていない可能性があるため、服薬状況確認、保健指導を行うことも重要です。

図表 32 治療状況別の高血圧重症度別該当者数(令和4年度)



資料：[国保]KDB システム 保健指導対象者一覧 独自集計

注1 I度高血圧とは収縮期血圧値 140~159mmHg/拡張期血圧値 90~99mmHg

注2 II度高血圧とは収縮期血圧値 160~179mmHg/拡張期血圧値 100~109mmHg

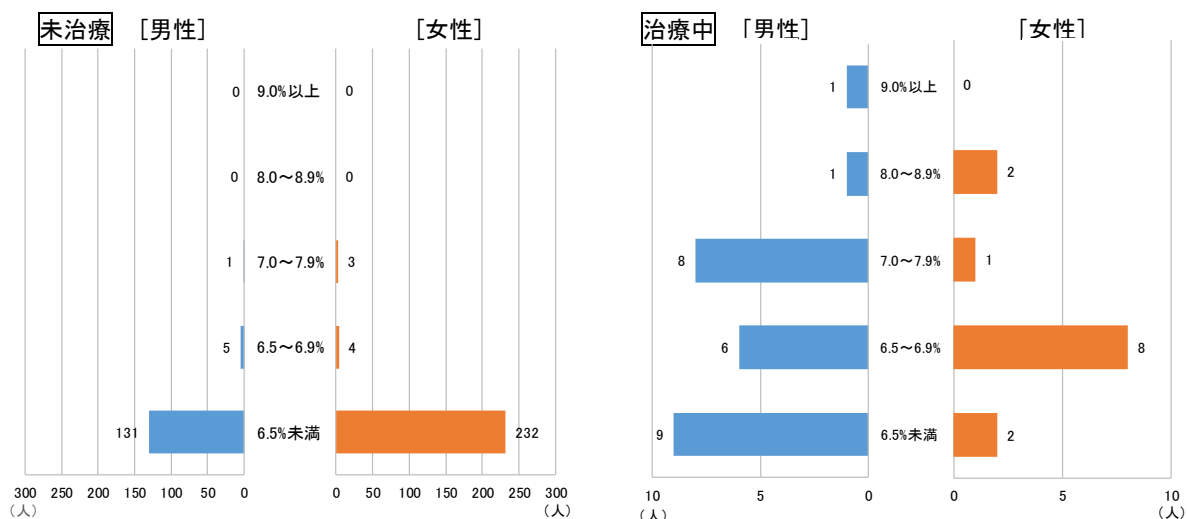
注3 III度高血圧とは収縮期血圧値 180mmHg 以上/拡張期血圧値 110mmHg 以上

(高血圧治療ガイドライン 2019 より)

② 糖尿病

HbA1c6.5%以上の未治療者は13人（3.5%）となっています。糖尿病の治療目標はHbA1c7.0%未満であり、HbA1c8.0%以上のコントロール不良者は4人（10.5%）となっており、糖尿病は自発的な生活習慣の改善のみによる治療は難しいため、早期治療及び早期生活改善を促すとともに、糖尿病性腎症への移行を予防するために、コントロール不良者への保健事業を促進することが重要です。

図表 33 治療状況別の糖尿病重症度別該当者数（令和4年度）

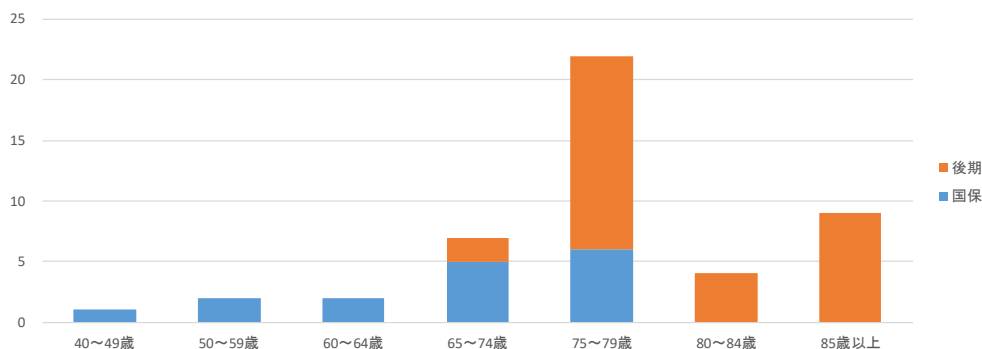


資料：[国保]KDB システム 保健指導対象者一覧 独自集計

【糖尿病治療ガイド 2019】

- ・空腹時血糖値 126mg/dl 以上、OGTT 2 時間値 200mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上、HbA1c6.5%以上のいずれかを満たす場合には糖尿病型と診断

図表 34 糖尿病性腎症重症化予防対象者数（令和4年度）



資料：KDB システム 介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）

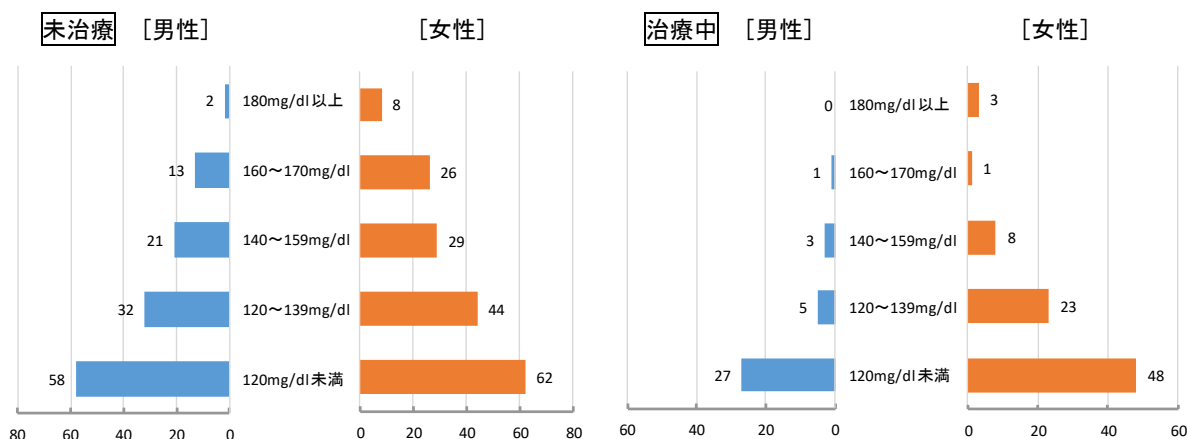
③ 脂質異常症

脂質異常症、特に高 LDL コレステロール血症は虚血性心疾患になりやすい状態であり、適切な生活習慣改善や治療を行うことが重要となります。

脂質異常症の診断基準は 140mg/dl 以上であり、未治療者では 99 人 (33.6%) となっています。180mg/dl 以上の人をハイリスクとして保健指導や受診勧奨の対象者となりますが、未治療者で 180mg/dl 以上の方は 10 人 (3.4%) となっています。

また、治療中においても LDL コレステロール 180mg/dl 以上のコントロール不良者が 3 人 (2.5%) となっています。

図表 35 治療状況別の高 LDL コレステロール血症重症度別該当者数 (令和 4 年度)

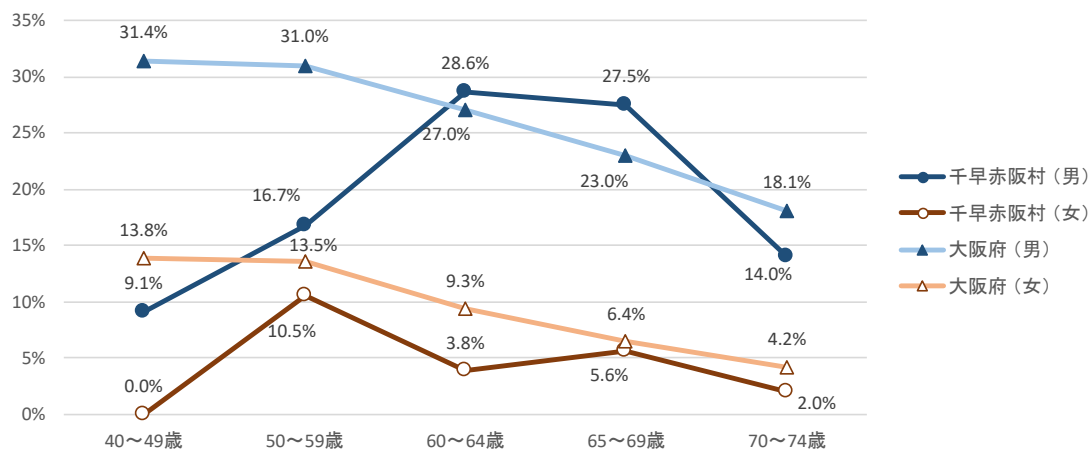


資料：KDB 保健指導対象者一覧 独自集計

④ 喫煙

喫煙率はいずれの年齢においても男性が高く、男性の 60~69 歳を除いて大阪府より低くなっています。

図表 36 性・年齢階級別喫煙率 (令和 4 年度)

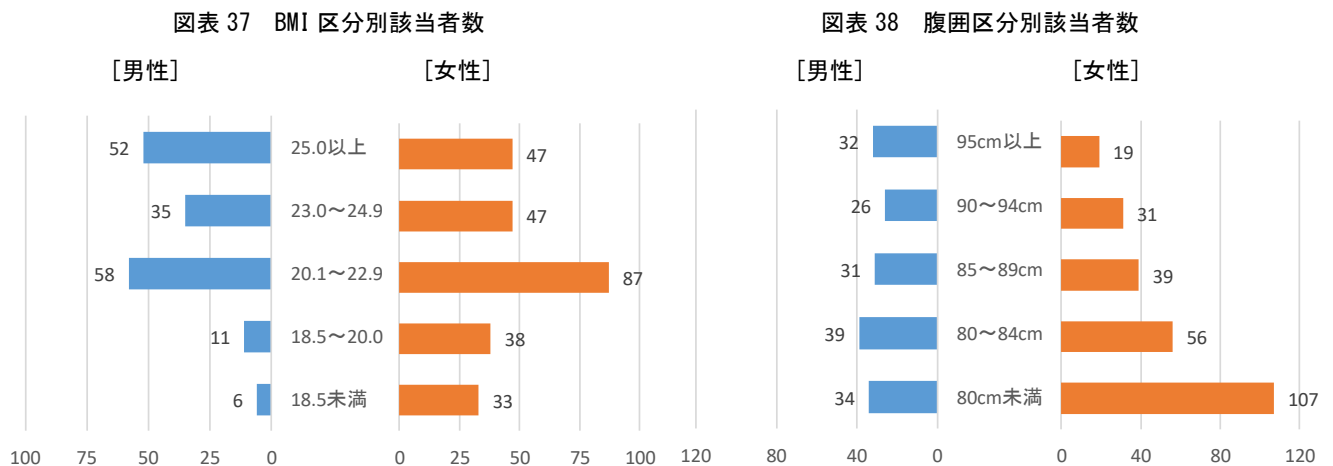


資料：特定健康診査・特定保健指導 法定報告

⑤ 肥満・メタボリックシンドローム

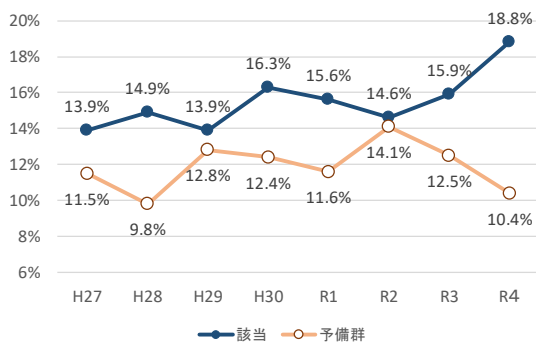
メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積を基礎とする危険因子の重複した状態であり、その対策は肥満対策になります。ポピュレーションアプローチとしての肥満対策を推進することによりメタボリックシンドローム予備群・該当者の発生抑制、改善を促すことが可能です。

腹囲は内臓脂肪量を強く反映した指標であり男性で 85 cm 以上 89 人（54.9%）、女性で 90 cm 以上 50 人（19.8%）となっています。メタボリックシンドローム該当者は令和 4 年で 18.8%、予備群は 10.4%で、合わせると 29.2%となります。メタボリックシンドローム該当者、予備群を合わせた割合を性・年齢階級別にみると、女性に比べて、男性の該当者及び予備群の割合が高く、特に男性の 65～69 歳で該当者割合が 43.2%、50～59 歳で予備群が 36.4%と高くなっています。

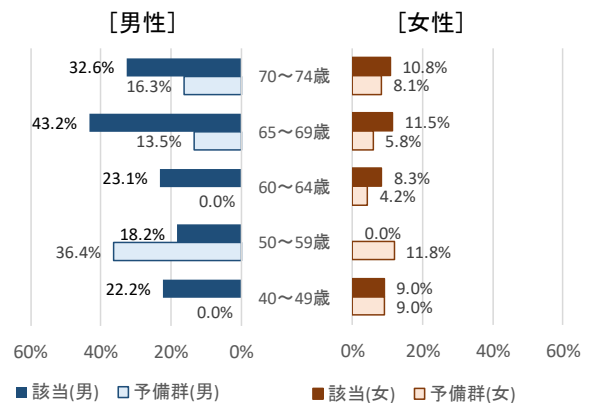


資料：KDB 保健指導対象者一覧 独自集計（令和 4 年度）

図表 39 メタボ該当者・予備群の出現率の推移



図表 40 性・年齢階級別メタボ該当者・予備群の割合



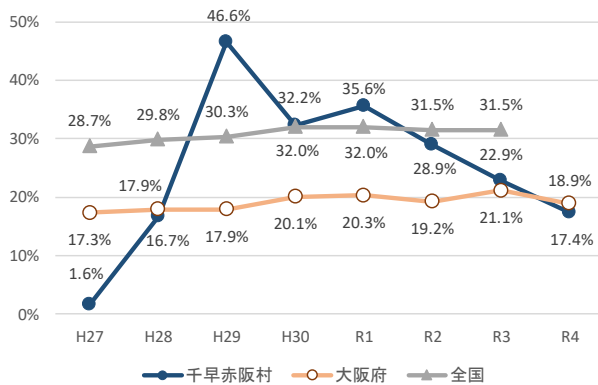
資料：特定健康診査・特定保健指導法定報告（令和 4 年度）

4 特定保健指導実施状況

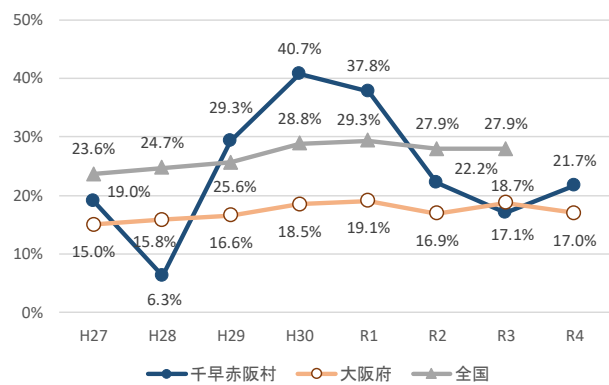
(1) 特定保健指導利用率および実施率

特定保健指導利用率及び実施率は平成 29 年から令和元年にかけて全国、大阪府と比べ高くなっていますが、令和 4 年度には、利用率 17.4% で最も低く、実施率は 21.7% となっています。

図表 41 特定保健指導利用率の推移



図表 42 特定保健指導実施率の推移



資料：特定健康診査・特定保健指導 法定報告（令和 4 年度）

第3章 前期計画の評価

1 特定健康診査

事業の目的	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に努める。また、対象者の健康意識の向上を図るとともに、健康状態を把握し、有所見者を特定保健指導や生活習慣病重症化予防等の各事業へ繋げる。				
対象者	40 歳以上 74 歳以下の国民健康保険被保険者				
ストラクチャー (実施体制)	大阪府医師会との委託契約により、指定医療機関において個別健診で実施。				
プロセス (実施方法)	【受診券発送】 4 月 1 日時点で国民健康保険に加入している対象者へ 5 月下旬に受診券を発送。 がん検診のチラシを同封し、同時受診の啓発を実施。 【実施期間】 5 月 1 日～翌年 3 月 31 日 【自己負担】 無料 【検査項目】 ●基本項目 問診、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）、診察、血圧測定、血液検査（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール、空腹時血糖又はHbA1c、AST (GOT)、ALT (GPT)、γ-GT (γ-GTP)、尿酸、クレアチニン、eGFR)、尿検査（尿糖、尿蛋白） ●詳細項目 貧血検査（赤血球数、血色素、ヘマトクリット値）、心電図検査、眼底検査 ※国が定める一定基準のもと、医師が必要と認めた場合に実施 ●独自項目 血液検査（総コレステロール、ALP、アミラーゼ、尿素窒素、アルブミン）、尿検査（尿潜血）、心電図検査、眼底検査 ※富田林医師管内の指定医療機関で受診する場合に実施				
アウトプット (実施量・実施率)	平成 30 年度 (2018 年度)	令和元年度 (2019 年度)	令和 2 年度 (2020 年度)	令和 3 年度 (2021 年度)	令和 4 年度 (2022 年度)
特定健康診査 受診率 (目標：60%)	39.2%	40.6%	38.7%	39.6%	38.9%
アウトカム (成果指標)	平成 30 年度 (2018 年度)	令和元年度 (2019 年度)	令和 2 年度 (2020 年度)	令和 3 年度 (2021 年度)	令和 4 年度 (2022 年度)
受診率の推移	▲0.1%	+1.4%	▲1.9%	+0.9%	▲0.7%
総合評価	特定健診受診率は目標未達成でした。一時期は新型コロナウイルス感染症流行の影響もありましたが、受診率は横ばいとなっています。未受診者勧奨や継続受診勧奨を強化し、目標達成に繋げる必要があります。				

2 特定保健指導

事業の目的	メタボリックシンドロームに関する基礎知識、予防のための食事・運動指導を行う機会を設け、対象者が生活習慣病予備群の状態を改善するためのセルフケア（自己管理）が出来るように支援する。				
対象者	村国民健康保険の被保険者で特定健診の結果、メタボリックシンドローム基準（腹囲が一定基準以上又はBMIが25以上で、血圧・脂質・血糖が一定基準以上）に該当した人（服薬中を除く）				
ストラクチャー（実施体制）	健康課				
プロセス（実施方法）	【階層化及び案内発送】 特定健診受診後、健診結果から対象者を選定・階層化し案内送付。案内送付者に支援者（保健師・管理栄養士）より電話にて勧奨実施。 【支援内容】 ●動機付け支援 メタボリックシンドロームによる生活習慣病のリスクが出現し始めている人が対象。 保健師・管理栄養士が生活習慣改善に必要な実践的支援を提供。 ●積極的支援 メタボリックシンドロームによる生活習慣病のリスクが重なっている人が対象。 保健師・管理栄養士が3か月以上にわたって生活習慣改善に必要な継続的支援を提供。 【支援方法】 ●保健師・管理栄養士による個別支援実施。 支援形態は、対象者に希望に合わせて、面接、訪問等実施。				
アウトプット（実施量・実施率）	平成30年度 (2018年度)	令和元年度 (2019年度)	令和2年度 (2020年度)	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)
特定保健指導実施率 (目標：45%)	40.7%	37.8%	22.2%	17.1%	21.7%
アウトカム（成果指標）	平成30年度 (2018年度)	令和元年度 (2019年度)	令和2年度 (2020年度)	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)
特定保健指導対象者数の減少	59人	45人	45人	35人	23人
総合評価	特定保健指導実施率は目標未達成でしたが、特定保健指導対象者数の減少は見られている。 特定保健指導対象者にはリピーターも多いため、新規対象者でも、リピーターでも保健指導を受けたいと思える勧奨の工夫が必要である。				

3 特定健康診査未受診者対策

事業の目的	対象者の健康意識の向上を図るとともに、健康状態を把握し、有所見者を特定保健指導や生活習慣病重症化予防等の各事業へ繋げるため、特定健診の受診率向上を目指す。				
対象者	特定健診不定期未受診者（過去３年度１度以上受診していない）				
ストラクチャー （実施体制）	住民課及び業務委託				
プロセス （実施方法）	【ハガキによる個別勧奨】 受診勧奨のターゲットの明確化を行い、ソーシャルマーケティングの手法を活用し対象者の特性に合わせたハガキの送付による個別勧奨を実施。 【電話による個別勧奨】 受診勧奨及び受診していない理由等の聞き取り調査を実施し、次年度に向けての受診率向上に寄与するよう個別勧奨を実施。 【次年度に向けての振り返り】 受診者数の増減及び電話勧奨時の聞き取りにより、委託事業者と次年度に向けてのデータ分析、改善点等を協議。				
アウトプット （実施量・実施率）	平成 30 年度 （2018 年度）	令和元年度 （2019 年度）	令和 2 年度 （2020 年度）	令和 3 年度 （2021 年度）	令和 4 年度 （2022 年度）
勧奨実施者数 （ハガキ）	401 人	364 人	233 人	800 人	770 人
勧奨実施者数 （電話）	393 人	287 人	43 人	800 人	730 人
アウトカム （成果指標）	平成 30 年度 （2018 年度）	令和元年度 （2019 年度）	令和 2 年度 （2020 年度）	令和 3 年度 （2021 年度）	令和 4 年度 （2022 年度）
特定健康診査 受診率 （目標：60%）	39.2%	40.6%	38.7%	39.6%	38.9%
総合評価	各年度において個別勧奨を実施し、特定健診受診率は目標未達成でした。一時期は新型コロナウイルス感染症流行の影響もありましたが、受診率は横ばいとなっています。引き続き未受診者対策を行い受診率のさらなる引き上げを図るとともに、受診した人に対しても継続受診の重要性を啓発していく必要があります。				

4 特定保健指導未利用者対策

事業の目的	特定保健指導の案内送付後、電話による個別勧奨の実施に加え、来所できない対象者には、訪問での指導を実施することで利用率の向上を図る。				
対象者	特定保健指導対象者				
ストラクチャー (実施体制)	健康課				
プロセス (実施方法)	【電話勧奨】 特定保健指導の案内送付後に保健師・管理栄養士による個別電話勧奨を実施。 【指導手段】 保健師・管理栄養士による来所または訪問指導				
アウトプット (実施量・実施率)	平成 30 年度 (2018 年度)	令和元年度 (2019 年度)	令和 2 年度 (2020 年度)	令和 3 年度 (2021 年度)	令和 4 年度 (2022 年度)
特定保健指導 対象者数	59 人	45 人	45 人	35 人	23 人
勧奨実施者数	59 人	44 人	38 人	34 人	23 人
アウトカム (成果指標)	平成 30 年度 (2018 年度)	令和元年度 (2019 年度)	令和 2 年度 (2020 年度)	令和 3 年度 (2021 年度)	令和 4 年度 (2022 年度)
特定保健指導 実施率 (目標：45%)	40.7%	37.8%	22.2%	17.1%	21.7%
総合評価	特定保健指導実施率は目標未達成でしたが、特定保健指導対象者への個別電話勧奨はほぼ全員に実施出来ている（入院中や精神疾患等を除く）。利用率の向上及び保健指導中断者の減少による実施率向上に繋げるため、利用勧奨の工夫や特定保健指導の内容の充実を図る必要がある。				

5 非肥満高血圧・高血糖重症化予防対策事業（医療機関への受診勧奨）

事業の目的	血圧値又は血糖値が高値にもかかわらず医療機関を受診していない人に対し、受診勧奨を実施し、生活習慣病の重症化予防を図る。				
対象者	村国民健康保険の被保険者で、特定健診の結果において、特定保健指導の対象外となった非肥満被保険者のうち、以下の①又は②に該当する人（服薬中を除く） ①収縮期血圧 160mmHg 以上又は拡張期血圧 100mmHg 以上 ②HbA1c 6.5%以上（直近6カ月以上医療機関未受診者）				
ストラクチャー（実施体制）	健康課				
プロセス（実施方法）	【対象者への受診勧奨】 特定健診受診後、健診結果から対象者を選定・階層化し、医療機関への受診勧奨のリーフレットを送付。 リーフレット送付後、訪問、面接又は電話による対象被保険者に対して受診勧奨。 受診勧奨等において医療機関未受診の場合は、当該受診勧奨等実施後、1か月以上3か月未満の間に、再度、訪問、面接又は電話による受診勧奨。 【保健・栄養健康相談の案内】 保健センターで実施する保健・栄養健康相談を案内。				
アウトプット（実施量・実施率）	平成30年度 （2018年度）	令和元年度 （2019年度）	令和2年度 （2020年度）	令和3年度 （2021年度）	令和4年度 （2022年度）
リーフレット 送付者数	—	7人	7人	7人	9人
電話勧奨完了者数 （完了割合）	—	6人 （85.7%）	6人 （85.7%）	6人 （85.7%）	8人 （88.9%）
アウトカム （成果指標）	平成30年度 （2018年度）	令和元年度 （2019年度）	令和2年度 （2020年度）	令和3年度 （2021年度）	令和4年度 （2022年度）
収縮期血圧 160mmHg 以上又は 拡張期血圧 100mmHg 以上の人 に占める未受診者 の割合	—	20.0%	0.0%	0.0%	20.0%
HbA1c 6.5%以上 の人に占める 未受診者の割合	—	0.0%	20.0%	50.0%	0.0%
総合評価	リーフレットを送付した対象者のうち平均で約87%の人に受診勧奨できていますが、本事業の対象となる健診有所見者に占める未治療者の割合は年度によりばらつきが見られ、減少しているとはいえない状況です。本事業の対象者は将来的に循環器疾患等の疾病に罹患するリスクが高いと考えられるため、受診に導ける方法を検討し、継続して実施していく必要がある。				

6 健康教育と健康相談

事業の目的	健康教育においては、「運動」及び「栄養」の両面から教育することで、正しい運動方法及び日々の食生活の改善のための知識を得ることで、生活習慣病の予防及び改善を図る。 健康相談においては、メタボリックシンドロームをはじめとする生活習慣病全般にわたる健康相談を実施し、住民の個々のニーズに対応することにより、生活習慣病の予防及び改善を図る。				
対象者	特定保健指導対象者及び 40 歳以上 64 歳までの住民				
ストラクチャー (実施体制)	健康課				
プロセス (実施方法)	【特定保健指導対象者への教室受講勧奨】 個別案内及び電話、面接による受講勧奨 【教室への参加勧奨】 40 から 64 歳までの住民に対する参加勧奨（節目年齢個別勧奨）と広報掲載 【健康教室の実施（運動・栄養）】 運動と栄養の単位を設定した健康教室の実施 【住民に身近な健康相談窓口の提供】 定例・臨時保健師相談、個別栄養相談、個別歯科相談、がん検診や教室実施時の併設相談の実施				
アウトプット (実施量・実施率)	平成 30 年度 (2018 年度)	令和元年度 (2019 年度)	令和 2 年度 (2020 年度)	令和 3 年度 (2021 年度)	令和 4 年度 (2022 年度)
実施回数	教育 36 回 相談 82 回	教育 33 回 相談 78 回	教育 19 回 相談 68 回	教育 14 回 相談 235 回	教育 22 回 相談 232 回
教育参加者数 健康相談者数	教育 388 人 相談 300 人	教育 509 人 相談 294 人	教育 170 人 相談 238 人	教育 108 人 相談 450 人	教育 162 人 相談 439 人
アウトカム (成果指標)	平成 30 年度 (2018 年度)	令和元年度 (2019 年度)	令和 2 年度 (2020 年度)	令和 3 年度 (2021 年度)	令和 4 年度 (2022 年度)
特定保健指導 実施率 (目標：45%)	40.7%	37.8%	22.2%	17.1%	21.7%
総合評価	新型コロナウイルス感染症の流行の影響により、健康教育の方法や回数を変更せざるを得ず、コロナ禍の間は健康教育の回数・人数も減少傾向である。反対に健康相談は新型コロナウイルス感染症に関する健康相談も加わり、回数・人数ともに大幅に増加している。 住民の状況やニーズにあった対応が出来ているといえる。 一方で、特定保健指導実施率は目標未達成であることから、参加勧奨の工夫や広報周知により新規及び継続参加者を増やし、特定保健指導実施率向上に繋げる必要がある。				

7 糖尿病性腎症重症化予防事業

事業の目的	糖尿病が重症化するリスクの高い受診中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い人に対して保健指導を実施し、腎不全、人工透析への移行を阻止し、対象者の健康増進と健康寿命の延伸を図る。				
対象者	村国民健康保険の被保険者で特定健診の結果において特定保健指導の対象外で、 以下の①かつ②に該当する人 ①Ⅱ型糖尿病であり、a から c までにいずれかに該当し a 空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖 200mg/dl）以上の人、 またはHbA1c 6.5%以上 b 糖尿病治療中 c 過去に糖尿病薬使用歴または糖尿病治療歴あり ②尿蛋白（±）以上、またはeGFR 60ml/分/1.73m ² 未満				
ストラクチャー （実施体制）	健康課				
プロセス （実施方法）	特定健診受診後、健診結果から対象者を選定・階層化し案内送付。 ①糖尿病治療中断者に対する受診勧奨 受診勧奨の案内送付後に電話による受診確認実施。未受診の場合、再受診勧奨実施。 未受診者には、受診行動につながるよう保健師・管理栄養士による個別の保健指導実施。 指導内容や対象者の取組状況等はかかりつけ医と連携しながら進める。 ②ハイリスク者に対する保健指導 対象者に対して、保健指導プログラム勧奨の案内送付。その後、プログラムの確認の電話実施。かかりつけ医と連携しながら、概ね6か月間の保健指導実施。				
アウトプット （実施量・実施率）	平成 30 年度 （2018 年度）	令和元年度 （2019 年度）	令和 2 年度 （2020 年度）	令和 3 年度 （2021 年度）	令和 4 年度 （2022 年度）
保健指導実施率	—	40.0%	15.4%	11.1%	23.5%
受診勧奨実施率	—	90.0%	76.9%	100%	82.4%
アウトカム （成果指標）	平成 30 年度 （2018 年度）	令和元年度 （2019 年度）	令和 2 年度 （2020 年度）	令和 3 年度 （2021 年度）	令和 4 年度 （2022 年度）
新規人工透析 患者数 （村国民健康保険 の被保険者）	0 人	0 人	0 人	1 人	0 人
総合評価	案内通知、電話による受診勧奨により、受診行動につながっているが、対象者の減少はみられない。ハイリスク者に対する保健指導は、一定数実施出来ている。保健指導実施の際には、かかりつけ医と連携し、行動変容に繋げている。 新規人工透析患者数は年 0～1 人で推移しており、本事業の取組みによる一定の効果があったといえる。				

第4章 健康課題

1 重点課題及び健康課題の現状分析

現状分析から健康課題を明らかにし（P35 に記載）、特に下記の1～3の課題については重点的に行っていくことが必要となっています。

【重点課題1】

千早赤阪村では、総医療費に占める生活習慣病の割合は約34.3%で、糖尿病ががんについて多くなっています。

また、腎不全による標準化死亡比は男性119.7、女性113.1と全国に比べて高く、被保険者千人当たりの人工透析患者のレセプト件数は50歳代、60歳代は全国、大阪府に比べて多くなっています。

透析患者1人当たり年間医療費は一般的に500～600万円と言われており、全国の新規透析患者のうち糖尿病性腎症である者が4割と最も多いことから、村では特に糖尿病対策に力を入れていくことが必要となっています。

また、被保険者千人当たりの脳血管疾患のレセプト件数が65～69歳では全国、大阪府に比べて高いため、若い世代からの高血圧対策が必要となっています。

【重点課題2】

糖尿病・高血圧対策を進める上で、被保険者の健康状況を早期に把握していることが必要となっています。

千早赤阪村の特定健診受診率は4割前後で推移しており、半数以上の人の健康状況を把握できていない現状となっています。健診未受診者には糖尿病などのリスクを持つ人や、医療機関の受診が必要な人もいるため、まずは特定健診の受診率を上げることが必要となっており、特に受診率の低い40～50歳代の受診率向上に努めることが必要となっています。

【重点課題3】

運動・食事・喫煙などに関する不適切な生活習慣が引き金となり、肥満、脂質異常、血糖高値、血圧高値から起こる虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病を発症します。

特定健診の結果、特定保健指導の対象者になった人は保健指導を受け、行動変容し、生活習慣病を予防できるよう保健指導実施率の向上が必要となっています。

健康課題の現状分析

項目	健康課題
特定健診	- 令和4年度の特定健診受診率は38.9%と、全国・大阪府に比べて高く増加傾向であるが、市町村国保の目標である60%には届いていません。 - 令和4年度の特定健診受診者の状況をみると、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合は29.2%で、該当者の割合が高くなっています。該当者、予備群を合わせた割合を年代別でみると男性の65～69歳の人が56.7%と高くなっています。 - 未受診者においては医療機関受診者が約半数を占めています。
特定保健指導	- 令和4年度の特定保健指導の実施率は21.7%と、大阪府や全国と比べて低く、その年度の専門職の雇用状況や力量、その年の他の保健事業量などに左右されるなど、バラツキも大きくなっています。 - 参加者のデータは改善できているが、実施率を上げて改善者を増やすことが必要です。
脳血管疾患・心疾患	- 心疾患の被保険者千人当たりのレセプト件数は、65～69歳では全国・大阪府に比べて多くなっています。 - 喫煙率は60歳代の男性で大阪府に比べて高くなっています。
人工透析	- 標準化死亡比（H25～29年）で高いものは、男性は肺炎（120.7）腎不全（119.7）心疾患（111.6）で、女性では肺炎（126.4）腎不全（113.1）です。 - 人工透析患者の被保険者千人当たりのレセプト件数は、50歳代では全国・大阪府に比べて多くなっています。
高血圧	- 総医療費に占める生活習慣病の割合は34.3%で、高血圧は生活習慣病の中の10.3%を占めています。 - 特定健診受診者の状況をみると、未治療の高血圧Ⅱ度・Ⅲ度の人が8人（3.5%）、治療中においても高血圧Ⅱ度・Ⅲ度のコントロール不良者が6人（3.2%）となっています。
糖尿病	- 総医療費に占める生活習慣病の割合は34.3%で、糖尿病は生活習慣病の中で16.0%を占め、がんに次いで多くなっています。 - 特定健診受診者の状況をみると、HbA1c6.5%以上の未治療の要受診勧奨域の人が13人（3.5%）、治療中においてもHbA1c8.0%以上のコントロール不良者が4人（10.5%）となっています。
脂質異常症	特定健診受診者の状況で、LDL コレステロール 180mg/dl 以上の未治療の要受診勧奨域の人が10人（3.4%）、治療中においてもLDL コレステロール 180mg/dl 以上のコントロール不良者が3人（2.5%）となっています。
がん	- 総医療費に占める生活習慣病の割合は34.3%で、がんは生活習慣病の47.7%を占めています。 - 新生物の医療費では「気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞」の割合が高く新生物全体の12.9%を占めています。
要介護	- 各要介護度の認定割合をみると、大阪府に比べて前期高齢者の要介護5の割合が大阪府に比べて高くなっています。 - 認定状況の推移では、要支援1・2が多くなってきました。
後発医薬品使用促進	千早赤阪村の利用率は67.7%で増加傾向ですが、全国（83.2%）大阪府（76.5%）に比べると低くなっています。

第5章 各種事業の実績および目標設定

1 健康づくり

(1) 健康教育と健康相談

事業の目的	健康教育においては、「運動」及び「栄養」の両面から教育することで、正しい運動方法及び日々の食生活の改善のための知識を得ることで、生活習慣病の予防及び改善を図る。 健康相談においては、心身の健康に関する個別の相談に応じ、必要な指導及び助言を行い、生活習慣病をはじめとする様々な疾患の予防および健康の保持増進を図る。		
対象者	特定保健指導対象者及び40歳以上64歳までの住民（母子保健を除く）		
指標	評価指標	計画策定時実績 (令和4年度)	目標値
			令和11年度
アウトプット (実施量・実施率)	【健康教育】 健康教室実施回数及び参加者延人数 ①一般健康教育 ②病態別健康教育	①20回 159人 ②2回 3人	①23回 235人 ②2回 20人
	【健康相談】 健康相談の回数及び相談延件数 ①重点健康相談 ②総合健康相談	①14回 15人 ②218回 424人	①14回 22人 ②41回 272人
プロセス (実施方法)	【健康教育】 集団および各種団体を対象に、保健師、管理栄養士、歯科衛生士等の専門職による健康（疾病を含む）、栄養、口腔に関する健康教育を保健センターまたは地域巡回により実施する。 【健康相談】 保健師、管理栄養士、歯科衛生士等の専門職による健康（疾病を含む）、栄養、口腔に関する個別相談を各種がん検診や健康教室時に併設して健康相談実施するとともに、住民の身近な場所や利用しやすい手段（電話、メール、面談等）を用いて相談しやすい環境整備を行い、実施する。		
ストラクチャー (実施体制)	健康課		

(2) 保健師による訪問指導

事業の目的	訪問指導を必要とする住民に対し、保健師が訪問し、心身の健康に関する必要な指導及び助言を行い、心身機能低下の防止と健康の保持増進を図る。		
対象者	40 歳以上 64 歳までの住民（母子保健を除く）		
指標	評価指標	計画策定時実績 （令和 4 年度）	目標値
			令和 11 年度
アウトプット （実施量・実施率）	訪問指導回数	33 回	50 回
	訪問指導利用延人数	65 人	100 人
プロセス （実施方法）	保健センターまで来られない人、家庭状況の把握・指導が必要な人に対して家庭訪問を行う。 （特定保健指導対象者で来庁が困難な人に対しての訪問含む）		
ストラクチャー （実施体制）	健康課		

(3) イベント等の健康づくり事業

事業の目的	健康に関する体験イベントを実施することにより、自分自身の健康状態を知る体験や健康に興味を持つ機会の提供と共に特定健診・特定保健指導・がん検診などの利用勧奨を実施し、参加者が健康意識を高め、いきいきと健康に生活できるようにする。		
対象者	全住民		
指標	評価指標	計画策定時実績 (令和4年度)	目標値
			令和11年度
アウトプット (実施量・実施率)	健康体験イベントの開催回数	年1回	年1回
	健康体験イベントの参加者数	約100人	100人
アウトカム (成果指標)	健康チェックコーナー 利用者数 ①血管年齢測定 ②体組成測定 ③脳年齢測定	①51人 ②70人 ③54人	各測定70人
プロセス (実施方法)	健康体験イベントとして、特定健診・特定保健指導・がん検診のPRコーナー・健康チェックコーナー（血管年齢測定、体組成測定、脳年齢測定、血圧測定等）、医師による健康相談コーナー、こころの健康、禁煙啓発等を年1回実施。		
ストラクチャー (実施体制)	住民課、福祉課、健康課		

(4) 介護予防事業

事業の目的	介護予防事業の普及・啓発を行い要介護状態の予防を図る		
対象者	65 歳以上の介護保険サービスを利用していない高齢者		
指標	評価指標	計画策定時実績	目標値
			令和 11 年度
アウトプット (実施量・実施率)	介護予防事業の開催回数及び参加者人数 ①ワクワク元気教室 ②修了者のフォローアップ教室 ③介護予防教室以外での体力測定 ④自主グループへの支援	①、② 未実施 ③、④11 グループ中 10 グループの体力測定及び支援を実施	・介護予防教室参加者 15 人/年 ・自主グループ数 16 グループ
アウトカム (成果指標)	①自主グループ数 ②要介護認定者数	①11 グループ ②396 人(令和 5 年 12 月時点)	①16 グループ ②292 人
プロセス (実施方法)	介護予防教室、修了者のフォローアップ教室及び自主グループの体力測定を委託。また、教室での効果を維持できるよう、自主グループの立ち上げの支援を行い、要介護状態の先送りを図る。また、高齢者人口の 8% にあたる 180 人が自主グループに参加できるよう介護予防教室の周知、参加促進を推進する。		
ストラクチャー (実施体制)	福祉課		

2 生活習慣病の予防

(1) 特定健診の受診率向上対策

事業の目的	特定健康診査の更なる周知を図り、未受診者には受診の啓発を、既受診者には毎年受診を呼びかけ、生活習慣病を早期に発見し、被保険者の健康維持を目指す。		
対象者	村国保被保険者のうち、40 歳から 74 歳までの人		
指標	評価指標	計画策定時実績 (令和 4 年度)	目標値 令和 11 年度
アウトプット (実施量・実施率)	新規対象者（40 歳）への受診 勧奨カバー率	100%	100%
	未受診者へのはがき勧奨	100%	100%
	未受診者への電話勧奨	100%	100%
	地区別受診率の把握と 情報提供	100%	100%
アウトカム (成果指標)	特定健診受診率	38.9%	60%
プロセス (実施方法)	・ 費用負担なし。 ・ 周知方法：村広報誌へ 6・12 月の年 2 回掲載。5 月に対象者全員に受診券と健診内容や意義を記載したリーフレットを配布。保険加入時にも案内している。 ・ 未受診者においては医療機関受診者が多くを占めており、医療機関と連携し健診受診勧奨を依頼することも大切である。		
ストラクチャー (実施体制)	住民課		

(2) 特定健診の追加項目健診

事業の目的	加入している保険（村国保・後期高齢者医療・社保）にかかわらず、生活習慣病予防に必要な健診項目（特定健診に上乘せ）を実施することにより、疾病の予防や悪化防止を図る。		
対象者	富田林医師会会員の医療機関で特定健診健康診査を受診した人のうち、本人が希望し、医師が必要と認めた人		
指標	評価指標	計画策定時実績 (令和4年度)	目標値
			令和11年度
アウトプット (実施量・実施率)	特定健診受診者（村国民健康保険の被保険者）における追加項目健診受診割合（血液検査）	64.7%	80.0%
アウトカム (成果指標)	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	29.2%	25.0%
プロセス (実施方法)	富田林医師会管内の医療機関において、加入している保険（村国保・後期高齢者医療・社保）にかかわらず、生活習慣病予防に必要な血液検査項目を特定健診と同時実施。心電図、貧血、眼底検査においては、医師の判断により実施する。		
ストラクチャー (実施体制)	健康課		

(3) 特定健診未受診者対策

事業の目的	対象者の健康意識の向上を図るとともに、健康状態を把握し、有所見者を特定保健指導や生活習慣病重症化予防等の各事業へ繋げるため、未受診者受診勧奨と継続受診勧奨の両方を実施し、特定健診の受診率向上を目指す。		
対象者	村国保被保険者のうち、40 歳から 74 歳までの人で、当該年度に特定健診未受診の人		
指標	評価指標	計画策定時実績 (令和 4 年度)	目標値 令和 11 年度
アウトプット (実施量・実施率)	未受診者への勧奨通知の 発送率	100%	100%
	未受診者への電話勧奨実施率	100%	100%
アウトカム (成果指標)	特定健診受診率	38.9%	60%
プロセス (実施方法)	・当該年度未受診である 40～74 歳の人に対して、特定健診受診勧奨のハガキを 12 月頃に送付。 ・ハガキにて受診勧奨をした人のうち電話番号を把握している人に電話にて受診勧奨し、受診率向上に努める。 ・費用負担なし		
ストラクチャー (実施体制)	住民課		

(4) 特定保健指導の実施率向上対策

事業の目的	生活習慣病の危険度が高いと判定された人を動機付け支援・積極的支援に分け、本人と一緒に保健師・管理栄養士が生活習慣を見直し、無理なく生活習慣を改善できる目標・行動計画を作成し、実践のための支援をする。		
対象者	村国保被保険者で特定健診受診者のうち特定保健指導該当者		
指標	評価指標	計画策定時実績 (令和4年度)	目標値 令和11年度
アウトプット (実施量・実施率)	特定健診実施日から2か月以内対象者への利用案内送付率	100%	100%
	未利用者に対する電話勧奨カバー率	100%	100%
アウトカム (成果指標)	特定保健指導実施率	21.7%	45.0%
プロセス (実施方法)	・生活習慣病の危険度が高いと判定された人を動機付け支援・積極的支援に分け、本人と一緒に保健師・管理栄養士が生活習慣を見直し、無理なくできる目標・行動計画を作成し、実践のための支援をおおむね3か月以上行い評価する。 ・健診結果を早期に受診者に伝達するために、国保システムでの抽出前に追加項目健診実績報告書による手作業での対象者抽出を実施し、利用案内を送付している。 ・案内には、過去5年間の受診結果の数値の表とどの項目で対象となったかが一目でわかる工夫や異常数値のグラフ化等、視覚的な自覚を促す工夫を行っている。 ・対象者には、利用案内が届いても申し込みがないタイミングで速やかに保健師が電話勧奨している。 ・来庁での面接指導ができない場合は、保健師及び管理栄養士による訪問またはオンラインによる指導も選択できるよう工夫するとともに、対象者だけでなく、夫婦や家族での指導も実施している。		
ストラクチャー (実施体制)	健康課		

(5) 基本健康診査

事業の目的	特定健康診査及び後期高齢者の健康診査の対象とならない人について、特定健診に準ずる健診を実施し、生活習慣病等の予防及び改善を図る。		
対象者	村内在住の 40 歳以上の人で生活保護受給者のうち無保険の人		
指標	評価指標	計画策定時実績 (令和 4 年度)	目標値 令和 11 年度
アウトプット (実施量・実施率)	生活保護受給者における基本健康診査受診率	25.0%	35.0%
アウトカム (成果指標)	基本健康診査受診者中、メタボリックシンドローム該当者・予備群該当者率	25.0%	20.0%
プロセス (実施方法)	【対象者への周知】 富田林子ども家庭センターと連携し、生活保護受給者に対し、基本健康診査の案内配布。 【健診実施医療機関】 受診希望者は村内医療機関にて受診。 【健診受診後の対象者への保健指導】 受診結果により、特定保健指導に準ずる対象者について、生活習慣病の予防・改善のための保健指導を実施。		
ストラクチャー (実施体制)	健康課		

(6) 人間ドック・脳ドック

事業の目的	国民健康保険被保険者を対象として人間ドック、脳ドック受診にかかる費用の一部助成を行うことで、健康の保持増進、疾病の予防、早期発見及び早期治療を推進する。		
対象者	国保被保険者で 30～74 歳の人（脳ドックは 40 歳以上）		
指標	評価指標	計画策定時実績	目標値
			令和 11 年度
アウトプット (実施量・実施率)	受診率（人間ドック受診者数/30 歳以上被保険者数－特定健診受診者数）	9.8%	15.0%
アウトカム (成果指標)	新規受診者数の向上（新規受診者数/30 歳以上被保険者数－特定健診受診者数－前年度受診者かつ本年度受診者数）	3.3%	7.0%
プロセス (実施方法)	【人間ドック】 公益社団法人日本人間ドック学会が定める一日ドック基本検査項目（40 歳以上の方は特定健診項目を同時実施） 自己負担費用の 3 割程度 【脳ドック】 頭部MRI、頭・頸部MRA 自己負担費用の 3 割程度		
ストラクチャー (実施体制)	住民課		

3 生活習慣病の重症化予防

(1) 糖尿病性腎症重症化予防対策

事業の目的	特定健診結果において特定保健指導の対象外で糖尿病治療中断者、もしくは糖尿病性腎症のハイリスク者に対して、保健師等が医療に結びつけるとともに、保健指導を実施し、腎不全、人工透析への移行を阻止し、住民の健康増進と健康寿命の延伸を目的とする。		
対象者	村国民健康保険の被保険者で特定健診の結果において特定保健指導の対象外で、 以下の①かつ②に該当する人 ①Ⅱ型糖尿病であり、a から c までにいずれかに該当し a 空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖 200mg/dl）以上の人、 またはHbA1c 6.5%以上 b 糖尿病治療中 c 過去に糖尿病薬使用歴または糖尿病治療歴あり ②尿蛋白（±）以上、またはeGFR60ml/分/1.73m ² 未満		
指標	評価指標	計画策定時実績 （令和4年度）	目標値
			令和11年度
アウトプット （実施量・実施率）	糖尿病教室の実施	1回	1回
	受診勧奨実施率	82.4%	100%
アウトカム （成果指標）	新規人工透析患者数（村国民健康保険の被保険者）	0人	0人
プロセス （実施方法）	特定健診受診後、健診結果から対象者を選定・階層化し案内送付。 ①糖尿病治療中断者に対する受診勧奨 受診勧奨の案内送付後に電話による受診確認実施。未受診の場合、再受診勧奨実施。 未受診者には、受診行動につながるよう保健師・管理栄養士による個別の保健指導実施。 指導内容や対象者の取組状況等はかかりつけ医と連携しながら進める。 ②ハイリスク者に対する保健指導 対象者に対して、保健指導プログラム勧奨の案内送付。その後、プログラムの確認の電話実施。かかりつけ医と連携しながら、概ね6か月間の保健指導実施。		
ストラクチャー （実施体制）	健康課		

(2) 高血圧の重症化予防対策

事業の目的	特定健診結果において特定保健指導の対象外で、血圧が高値であるにもかかわらず医療機関を受診していない人に対し、保健師等が医療に結びつけるとともに、保健指導を実施し、生活習慣病有病者・予備群の減少、重症化予防を図る。		
対象者	村国保被保険者のうち、特定保健指導の対象ではなく 高血圧ハイリスクの人。 (収縮期血圧 160mmHg 以上又は拡張期血圧 100mmHg 以上)		
指標	評価指標	計画策定時実績 (令和4年度)	目標値
			令和11年度
アウトプット (実施量・実施率)	受診勧奨実施率	100%	100%
アウトカム (成果指標)	収縮期血圧 160mmHg 以上又は 拡張期血圧 100mmHg 以上の人 に占める未受診者の割合	20.0%	10.0%
プロセス (実施方法)	【対象者への受診勧奨】 特定健診受診後、健診結果から対象者を選定・階層化し、医療機関への受診勧奨のリーフレットを送付。 リーフレット送付後、訪問、面接又は電話による対象被保険者に対して受診勧奨。 受診勧奨等において医療機関未受診の場合は、当該受診勧奨等実施後、1か月以上3か月未満の間に、再度、訪問、面接又は電話による受診勧奨。 【保健・栄養健康相談の案内】 保健センターで実施する保健・栄養健康相談を案内。		
ストラクチャー (実施体制)	健康課		

4 がん検診・その他の検診

(1) がん検診

事業の目的	がんを早期発見し、早期治療につなげる。		
対象者	①胃がん検診：40歳以上、年に1回 ※胃内視鏡検査：50歳以上、2年に1回、エックス線検査との併用不可 ②大腸がん検診：40歳以上、年に1回 ③肺がん検診：40歳以上、年に1回 ④子宮頸がん検診：20歳以上、2年に1回 ⑤乳がん検診：40歳以上、2年に1回		
指標	評価指標	計画策定時実績 (令和4年度)	目標値
			令和11年度
アウトプット (実施量・実施率)	受診率 ①胃がん検診 ②大腸がん検診 ③肺がん検診 ④子宮頸がん検診 ⑤乳がん検診	①7.4% ②8.2% ③6.8% ④15.7% ⑤16.5%	①8.0% ②8.0% ③7.0% ④16.0% ⑤16.0%
アウトカム (成果指標)	がん検診要精密検査者受診率 ①胃がん検診 ②大腸がん検診 ③肺がん検診 ④子宮頸がん検診 ⑤乳がん検診	令和3年度 ①100.0% ②91.7% ③100.0% ④50.0% ⑤100.0%	(令和10年度) 各がん検診とも 100%
プロセス (実施方法)	【対象者への周知】 各検診対象者の5歳刻みの節目年齢の人には、年度初めに個別案内送付 広報・ホームページ掲載 【実施医療機関及び検査内容】 ①問診、X線間接撮影(集団・指定医療機関における個別) ※胃内視鏡検査は個別のみ ②問診、免疫便潜血検査(集団・村内医療機関における個別) ③問診、胸部X線直接撮影、喀痰細胞診(集団・指定医療機関における個別) ④問診、内診、子宮頸部細胞診(集団・指定医療機関における個別) ⑤問診、マンモグラフィ(集団・指定医療機関における個別) 【各検査結果の把握】 各検査結果、精密検査が必要な人及びその結果について、健康課が把握 【精密検査未受診者の受診勧奨】 精密検査が必要な人に対する未受診者の受診勧奨を実施		
ストラクチャー (実施体制)	健康課		

(2) その他の検診

事業の目的	骨粗しょう症検診、肝炎ウイルス検診、成人歯科健康診査を実施し、各疾患の早期発見・早期治療へつなぐことにより健康増進を図る。		
対象者	①骨粗しょう症検診：40・45・50・55・60・65・70歳の女性 ②肝炎ウイルス検診：40歳以上で過去に肝炎ウイルス検査を受診していない人、特定健康診査等において肝機能検査の数値に異常がみられた人 ③成人歯科健康診査：40・50・60・70歳の人		
指標	評価指標	計画策定時実績 (令和4年度)	目標値 令和11年度
アウトプット (実施量・実施率)	受診率 ①骨粗しょう症検診 ②肝炎ウイルス検診(40歳の み) ③成人歯科健康診査	①21.1% ②24.0% ③5.4%	①25.0% ②28.0% ③9.0%
アウトカム (成果指標)	精密検査受診率	(令和3年度) ①50.0% ②該当者なし ③85.7%	①100% ②100% ③100%
プロセス (実施方法)	【対象者への周知】 各対象者には、年度初めに個別案内送付 広報・ホームページ掲載 【実施医療機関及び検査内容】 ①村内医療機関における骨密度測定、結果説明、栄養指導、保健指導（個別） ②村内医療機関におけるC型・B型肝炎ウイルス検査（個別） ③問診、口腔内診査、結果説明（個別） 【各検査結果の把握】 各検査結果、精密検査が必要な人及びその結果について、健康課が把握 【精密検査未受診者の受診勧奨】 精密検査が必要な人に対する未受診者の受診勧奨を実施		
ストラクチャー (実施体制)	健康課		

5 医療費適正化

(1) 医療費削減事業

事業の目的	後発医薬品の普及・啓発を行い、国民健康保険被保険者の負担の軽減と医療費の適正化を図る。		
対象者	①村が指定する生活習慣病関連の医薬品の処方期間が1か月間で28日以上あり、後発医薬品に切り替えた場合の財政効果が見込まれる人 ②国民健康保険被保険者全員		
指標	評価指標	計画策定時実績 (令和4年度)	目標値
			令和11年度
アウトプット (実施量・実施率)	差額通知発送件数	38件	30件
アウトカム (成果指標)	数量ベース	67.7%	74.0%
プロセス (実施方法)	①現在使用中の医薬品を後発医薬品に変えた場合の自己負担額（最低負担額）を情報提供するために差額通知を発送。（年4回） ②後発医薬品の品質や使用促進の意義に関する情報を記載したパンフレットの配布、市の広報誌及びホームページへの記事掲載、国民健康保険料納付通知書にチラシを同封して啓発を行う。		
ストラクチャー (実施体制)	住民課		

第6章 特定健康診査等実施計画（第4期）

1 目標

特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の第3期の目標が未達であり、特定健康診査等実施計画（第4期）においても、令和11（2029）年度の目標値をそれぞれ60%及び45%とします。

また、令和11（2029）年度に到達するまでの目標及び、年度別目標を下記の通り定めることとします。

（1）目標値の考え方

達成しようとする目標は、「高齢者の医療の確保に関する法律」第19条第2項第2号により、国は特定健康診査等基本指針に基づき、特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率は60%以上、特定保健指導対象者の減少率は平成20年度と比較し、減少率を25%以上とすることを計画最終年度令和11年度の目標値に設定することを掲げています。

第4期計画における国の目標値

目標値の項目	令和11年度の目標値
①特定健康診査受診率	市町村国保の被保険者に係る受診率60%以上
②特定保健指導実施率	特定保健指導対象者に係る実施率45%以上
③特定保健指導対象者の減少率	平成20年度と比較し、減少率を25%以上とする

（2）目標値（令和6年度から令和11年度の各目標値）

特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の目標値については、令和11年度において、それぞれ国の目標値である60%と設定します。

また、特定保健指導対象者の減少率の国の目標値は、平成20年度と比較して、令和11年度では25%以上減少となっています。千早赤阪村の目標値も国の目標値である25%以上減少と設定します。

第四期計画における千早赤阪村の目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査の受診率	40%	44%	48%	52%	56%	60%
特定保健指導の実施率	25%	29%	33%	37%	41%	45%
特定保健指導対象者の減少率	平成20年度比25%以上減少					

目標値より算出した特定健康診査対象者・受診者数及び受診率の推計

項目			令和6 年度	令和7 年度	令和8 年度	令和9 年度	令和10 年度	令和11 年度
40～64 歳	男	対象者	171 人	164 人	162 人	162 人	160 人	160 人
		受診者	36 人	41 人	48 人	55 人	62 人	69 人
		受診率	21.1%	25.0%	29.6%	33.9%	38.7%	43.1%
	女	対象者	205 人	198 人	188 人	189 人	184 人	182 人
		受診者	64 人	70 人	74 人	84 人	90 人	97 人
		受診率	31.2%	35.4%	39.4%	44.4%	49.0%	53.4%
65～74 歳	男	対象者	275 人	258 人	244 人	215 人	185 人	165 人
		受診者	122 人	126 人	129 人	123 人	114 人	110 人
		受診率	44.4%	48.8%	52.9%	57.1%	61.7%	66.6%
	女	対象者	342 人	310 人	289 人	262 人	228 人	214 人
		受診者	176 人	173 人	173 人	169 人	158 人	157 人
		受診率	51.5%	55.8%	59.9%	64.5%	69.2%	73.3%
合計	男	対象者	446 人	422 人	406 人	377 人	345 人	325 人
		受診者	158 人	167 人	177 人	178 人	176 人	179 人
		受診率	35.4%	39.6%	43.6%	47.2%	51.1%	55.0%
	女	対象者	547 人	508 人	477 人	451 人	412 人	396 人
		受診者	240 人	243 人	247 人	253 人	248 人	254 人
		受診率	43.9%	47.8%	51.8%	56.1%	60.2%	64.2%
	対象者		993 人	930 人	883 人	829 人	757 人	721 人
	受診者		398 人	410 人	424 人	431 人	424 人	433 人
	受診率		40.1%	44.1%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%

目標値より算出した特定保健指導対象者・実施者数及び実施率の推計

項目			令和6 年度	令和7 年度	令和8 年度	令和9 年度	令和10 年度	令和11 年度
40～64 歳	動機付 け支援	対象者	7 人	7 人	8 人	9 人	10 人	12 人
		実施者	2 人	1 人	2 人	3 人	2 人	2 人
		実施率	28.6%	14.3%	25.0%	33.3%	20.0%	16.7%
	積極的 支援	対象者	2 人	2 人	3 人	3 人	5 人	5 人
		実施者	1 人	1 人	1 人	1 人	2 人	3 人
		実施率	50.0%	50.0%	33.3%	33.3%	40.0%	60.0%
65～74 歳	動機付 け支援	対象者	15 人	15 人	16 人	15 人	14 人	14 人
		実施者	3 人	5 人	6 人	6 人	8 人	9 人
		実施率	20.0%	33.3%	37.5%	40.0%	57.1%	64.3%
合計	動機付 け支援	対象者	22 人	22 人	24 人	24 人	24 人	26 人
		実施者	5 人	6 人	8 人	9 人	10 人	11 人
		実施率	22.7%	27.3%	33.3%	37.5%	41.7%	42.3%
	積極的 支援	対象者	2 人	2 人	3 人	3 人	5 人	5 人
		実施者	1 人	1 人	1 人	1 人	2 人	3 人
		実施率	50.0%	50.0%	33.3%	33.3%	40.0%	60.0%
	対象者		24 人	24 人	27 人	27 人	29 人	31 人
	受診者		6 人	7 人	9 人	10 人	12 人	14 人
	実施率		25.0%	29.2%	33.3%	37.0%	41.4%	45.2%

2 特定健康診査・特定保健指導の実施計画・実施方法

(1) 特定健康診査の実施計画・実施方法

① 実施対象者

千早赤阪村国民健康保険被保険者のうち、実施年度中に 40 歳になる人から 75 歳未満の人。

② 実施場所

大阪府医師会会員のうち、特定健診受託医療機関として登録している機関で行います。なお、実施場所については、毎年度対象者に通知します。

③ 実施次期

当該年度 5 月から翌年 3 月末まで実施します。

④ 周知・案内方法

特定健康診査及び特定保健指導の必要性について、情報提供や啓発を図るため村のホームページや広報紙で周知します。受診券の送付の際、特定健診の必要性に関する情報、対象医療機関名が記載された受診案内を同封します。未受診者については、はがき等による勧奨を行います。

⑤ 受診方法

特定健康診査の対象者に受診券を送付し、受診にあたっては被保険者証と受診券を提示することにより行うこととします（年度途中で被保険者の資格を喪失した場合はその時点で受診券は無効となります）。

⑥ 外部委託契約

（社）大阪府医師会と府下市町村による集合契約により単価契約の締結を行います。

【事業者健診によるデータの収集方法】

被保険者を雇用している事業者等又は雇用していた雇用者等に対して、健康診断に関する記録を求める場合は、電子データで受領します。

⑥ 健診実施項目

次の項目とします（追加健診項目については村独自の内容）。

特定健診の内容				
診察	質問（問診）			○
	身体計測	体重・身長・腹囲・BMI		○
	理学的検査	視診・触診・聴打診		○
	血圧測定			○
血液検査	血中脂質検査	中性脂肪		○
		HDL コレステロール		○
		LDL コレステロール		○
	肝機能検査	AST（GOT）		○
		ALT（GPT）		○
		γ-GTP（γ-GT）		○
	血糖検査	HbA1c（NGSP 値）		○
	腎機能検査	血清クレアチニン（eGFR）		○
尿検査	尿検査	尿蛋白	半定量	○
		尿糖	半定量	○
血液一般検査	血液一般検査	赤血球		○
		血色素量		○
		ヘマトクリット値		○
詳細な検査項目	心電図検査	12 誘導心電図		□
	眼底検査			□
追加健診項目	血液検査	総コレステロール		△

○：必須項目

□：医師の判断に基づき選択的に実施する項目（詳細項目）

(2) 特定保健指導の 実施計画・実施方法

① 特定保健指導の実施方法

【実施機関】

千早赤阪村住民課及び健康課が行います。

【実施期間】

概ね3か月間以上にわたって実施します。

【実施方法】

住民課の実施する特定健康診査の結果から、特定保健指導対象者の抽出及び利用券の発行を行い、対象者に案内を送付します。

保健指導希望者には、保健師及び管理栄養士が保健指導を実施します。

実施した内容については、住民課特定健診特定保健指導システムに入力し、データ管理します。

② 特定保健指導の選定基準

特定健康診査を実施したすべての人に、特定保健指導についての情報提供をします。

特定健康診査の結果及び質問項目をもとに、特定保健指導対象者の選定基準に基づき、動機づけ支援、積極的支援に区分します。

特定保健指導の対象者の選定基準は以下のとおりです。

図表 特定保健指導 対象者選定基準

腹囲	追加リスク		対象	
	① 血糖 ② 脂質 ③ 血圧	④ 喫煙歴※ ¹	40 歳～64 歳	65 歳～74 歳
85cm以上(男性) 90cm以上(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		
上記以外かつ BMI ≥ 25kg/m ²	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			

①血糖：空腹時血糖 100 mg/dl 以上、又は HbA1c 5.6% (NGSP 値) 以上

②脂質：中性脂肪 150 mg/dl 以上、又は HDL コレステロール 40 mg/dl 未満

③血圧：収縮期 130mmHg 以上、又は拡張期 85mmHg 以上

④喫煙歴：6か月以上吸っている人で最近1か月間も吸っている人

*糖尿病、高血圧または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している人は除きます。

*2年連続して積極的支援に該当した場合、1年目に比べて2年目の状態が改善していれば2年目の特定保健指導は、動機付け支援とします(3年連続は積極的支援)。

資料：厚生労働省(標準的な健診・保健指導プログラム)

③ 特定健康診査の費用の支払い及びデータの送信事務

特定健康診査及び特定保健指導の実施における費用（自己負担額を除く）の決済や、健診機関等から送付された健診・保健指導結果データの管理に関する事務処理を行うための業務を、大阪府国民健康保険団体連合会に委託します。

④ 計画の評価方法

計画の評価については、国保データベースシステムの情報を活用し、行うこととします。

また、データについては経年変化、国、大阪府との比較を行い評価していきます。国保データベースシステムに、健診・医療・介護のデータが収載されるため、受診率や医療の動向等は保健指導に係る保健師・管理栄養士等に定期的に情報提供を行います。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、特に重症化予防対策の事業実施状況は、毎年取りまとめ、国保部門と健康部門で協議を行います。

⑤ 計画の見直し

計画の最終年度は令和11年度となっていますが、各年度において評価を行います。また、各年度の計画を推進していく中で、課題の変更等が生じたときは、計画の見直しや内容等についての修正を行います。

さらに、これらの評価を踏まえながらPDCAサイクルで翌年度の保健事業を展開することで効率的・効果的な事業展開を図ります。

⑥ 計画の公表・周知に関する事項

計画した本計画は千早赤阪村ホームページ上で公表します。

⑦ 事業運営上の留意事項

計画の推進にあたっては、国保部門と保健部門の連携を図り、事業推進にあたります。

村外では、近隣市町や富田林保健所との協力連携のもと、富田林医師会及び管内の医療機関との協働を今後も進めていきます。

⑧ 個人情報保護に関する事項

個人情報の取扱いに関しては個人情報保護法及び同法に基づく「国民健康保険組合等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」や千早赤阪村個人情報保護条例等に基づき、情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに契約遵守状況についても厳格に管理していきます。

⑨ その他計画策定にあたっての留意事項

データ分析に基づく保険者の特性を踏まえた計画を策定するために、大阪府や大阪府国民健康保険団体連合会等が行うデータヘルス計画に関する研修会等に、その事業運営にかかわる担当者が積極的に参加するとともに、事業推進に向けて協議する場を設けるものとします。

資料編

用語集

用語	解説	該当ページ
【ABC】		
ALT	アミノ酸の合成に必要な酵素で、肝臓に多く含まれます。脂肪肝など、肝臓の細胞に障害があると、数値が高くなります。AST とともに肝機能の評価に用います。特定健診では、31 U / l 以上でリスクありと判定されます。 (AST…アミノ酸の合成に必要な酵素で、肝細胞、心臓、筋肉、腎臓に含まれます。これらの臓器の細胞が破壊されると値が高くなります。特定健診では、31 U / l 以上でリスクありと判定されます。)	27
BMI	ボディ・マス・インデックスの略語で、体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) で算出されます。日本肥満学会では 22 を標準とし、18.5 未満を痩せ、25 以上を肥満としています。	25
eGFR	(推算糸球体濾過量) は、血液中のクレアチニン値と年齢・性別から計算式を用いて算出されます。直接腎臓の機能 (GFR) を測定するのは、検査がとても複雑で時間を要するため、日常検査では、計算式によって算出されるこの数値を腎機能のスクリーニング検査として用います。	27
HDLコレステロール	善玉コレステロールとも呼ばれ、血液中にあって動脈硬化の原因となるコレステロールを取り除き、肝臓へ運ぶ働きをしています。特定健診では、40mg/dl 未満でリスクありと判定されます。	27
HbA1c (ヘモグロビンエーワンシー)	健康診査の血液検査項目の1つです。過去1～2か月の血糖値の平均を反映する指標で、糖尿病の診断に使われます。赤血球中のヘモグロビンとブドウ糖が結合したもので、血液中のブドウ糖が多いほど値が高くなります。健診直前などの食事の影響を受けないので値にばらつきが少なく、血糖値コントロールするための重要な情報としています。 【参考・特定健康診査における基準】 保健指導判定値：5.6～6.4%、受診勧奨判定値：6.5%以上。	23
KPI	業績管理評価のための重要な指標。KPI を正しく設定することは、組織の目標を達成する上で必要不可欠となります。	1
LDLコレステロール	肝臓でつくられたコレステロールを各臓器に運ぶ働きをする低比重リポたんぱくのことです。細胞内に取り込まれなかった余剰なコレステロールを血管内に放置し、動脈硬化を引き起こす原因となります。	24
PDCAサイクル	業務プロセスの管理手法の一つで、計画 (plan) → 実行 (do) → 評価 (check) → 改善 (action) という4段階の活動を繰り返し行うことで、継続的にプロセスを改善してゆく手法です。	2
【あ行】		
アウトカム	事業を実施し、「その結果どうなったか」といった成果のことで、例えば、健診結果の変化、合併症発生率の低下、医療費の変化などが用いられます。	1
アウトプット	事業を「どれだけやった」といった直接的に発生した結果、事業実施量のこと。例えば、健診の受診率や保健指導実施率、健康教室等の参加者数などが用いられます。	27

用語	解説	該当 ページ
【か行】		
拡張期血圧	心臓が拡張したときの血圧のことです。全身を循環する血液が肺静脈から心臓へ戻った状態で血圧が最も低くなるため、最低血圧とも呼ばれています。	22
基礎疾患	ある病気や症状の原因となる病気とされています。例えば、高血圧、脂質異常症、糖尿病等は虚血性心疾患の基礎疾患とされます。	12
虚血性心疾患	心筋梗塞や狭心症など、心臓の筋肉（心筋）に栄養や酸素を運んでいる血管に動脈硬化が起こり、血流が悪くなって起こる障害で、狭心症は酸素不足の状態が一時的のため回復するのに対し、心筋梗塞は冠状動脈が完全に塞がって、その先の血流が途絶えて心筋が壊死してしまう病気です。	12
健康寿命	健康上の問題で、日常生活が制限されることなく生活できる期間とされています。	3
後発医薬品（ジェネリック医薬品）	先発医薬品（新薬）の有効成分そのものに対する特許である物質特許が切れた医薬品を他の製薬会社が製造・供給する医薬品で、先発医薬品と治療学的に同等であるものとして承認されたものです。先発医薬品が研究や実験などの開発に膨大な費用を要するのに対し、後発医薬品は開発費が抑えられるため、一般的に低価格になります。	18
KDB（国保データベース）システム	国民健康保険の保険者等から委託を受けて、都道府県国民健康保険団体連合会および国民健康保険中央会において、被保険者の特定健診やレセプト等のデータを共同処理するものをいいます。	10
【さ行】		
脂質異常症	従来、総コレステロール、LDLコレステロール、中性脂肪のいずれかが基準より高いか、「善玉」とされるHDLコレステロール値が基準より低い場合を総称して「高脂血症」と呼んでいましたが、善玉コレステロール値が低い場合も「高脂血症」と呼ぶのは適当でないとして、平成19年4月に日本動脈硬化学会が病名を「高脂血症」から「脂質異常症」に変更されました。	11
疾病分類	異なる国や地域から、異なる時点で集計された死亡や疾病のデータの体系的な記録、分析、解釈および比較を行うため、世界保健機関（WHO）が作成した分類です。我が国では、これに準拠した「疾病、傷害および死因の統計分類」を作成しています。総務省告示により、部位、原因等で大きくまとめた大分類、共通項目を有する疾患でまとめた中分類、病態等の共通の性質を持った疾患でまとめた小分類に分類されています。	19
収縮期血圧	心臓が収縮したときの血圧のことです。血液が心臓から全身に送り出された状態で、血圧が最も高くなるため、最高血圧とも呼ばれています。	22
レセプト（診療報酬明細書）	医療費の請求明細のことで、保険医療機関・保険薬局が保険者に医療費などを請求する際に使用するもの。病名、薬剤名、検査名などの医療費の明細が記載されています。	1
人工透析	医療行為のひとつで、腎臓の機能を人工的に代替すること。正式には血液透析療法を指します。	12
ストラクチャー	保健事業を実施するための仕組みや体制を評価するものです。具体的な評価指標としては、保健指導に従事する職員の体制（職種・職員数・職員の資質等）、保健指導の実施に係る予算、施設・設備の状況、他機関との連携体制、社会資源の活用状況などがあります。	27

用語	解説	該当ページ
【さ行】		
生活習慣病	日常生活習慣によって引き起こされる病気の総称で、その定義は「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が、その発症や進行に關与する症候群」とされています。脂質異常症、高血圧、糖尿病、肥満、骨粗しょう症、がんなどが代表的です。最近では、成人だけの問題ではなく、子どもの時期からの発症が増えています。	1
【た行】		
中性脂肪	体内の中で最も多い脂肪で、糖質がエネルギーとして脂肪に変化したものをいいます。	27
特定健康診査（特定健診）	医療保険者が、40～74歳の加入者（被保険者・被扶養者）を対象として、毎年度、計画的に実施するメタボリックシンドロームに着目した検査項目での健康診査をいいます。	1
特定健康診査等実施計画	生活習慣病（糖尿病等）の発症・重症化予防を目的として、メタボリックシンドロームに着目して実施する特定健診・特定保健指導について、具体的な実施方法や成果に関する明確な目標等を定める計画のことをいいます。	1
特定保健指導	医療保険者が、特定健診の結果により健康の保持に努める必要がある人に対し、毎年度、計画的に実施する保健指導をいいます。	2
【は行】		
1人当たり医療費	一定期間内に要した被保険者1人当たりの国民健康保険医療費のことで「費用額合計÷被保険者数」で算出します。KDBシステムにおいては、年度内の平均額を1人当たり医療費として算出しており、算出方法は「年度内の総費用額÷年度内の総被保険者数（延べ人数）」となります。	10
プロセス	事業の目的や目標の達成に向けた過程（手順）や活動状況を評価するもの。具体的な評価指標としては、保健指導の実施過程、すなわち情報収集、アセスメント、問題の分析、目標の設定、指導手段（コミュニケーション、教材を含む）、保健指導実施者の態度、記録状況、対象者の満足度などがあります。	27
平均寿命	0歳児が平均して何年生きられるかという指標。若年者の死亡が多いと、平均寿命は引き下げられます。寿命には、生活習慣や医療環境など様々な要素が影響するといわれています。	7
腹囲	へそのある位置から水平に巻き尺をまいて計測する。内臓脂肪の蓄積状態を知るための目安となります。メタボリックシンドロームの基準となる。男性85cm以上、女性90cm以上は内臓脂肪100cm ² に相当します。	25
法定報告	特定健診等の実績を国に報告するもので、対象者は、特定健診等の実施年度中に40～74歳になる人で当該年度の1年間を通じて国民健康保険に加入していることが条件となります。	20
保健事業実施計画（データヘルス計画）	健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画をいいます。	1
ポピュレーションアプローチ	集団全体に働きかけ全体のリスクの低下を図ることを指します。	25

用語	解説	該当 ページ
【ま行】		
メタボリック シンドローム 該当者	腹囲に脂肪がつく内臓脂肪型肥満に加えて、「高血糖」「高血圧」「脂質異常症」の危険因子のうちいずれか2つ以上を併せ持った状態のこと。これらの危険因子は1つだけでも動脈硬化を招くが、複数の因子が重なることによって互いに影響しあい、動脈硬化が急速に進行します。「メタボリック」は「代謝」の意味を指します。	25
メタボリック シンドローム (内臓脂肪症 候群)	内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質異常が重なり、虚血性心疾患や脳卒中などの動脈硬化性疾患をまねきやすい病態をさします。診断基準は「ウエスト周囲径（おへその高さの腹囲）が男性 85cm 以上、女性 90cm 以上で、高血圧・高血糖・脂質異常のうち2つが基準値を超えている」ことが条件となります。診断基準値は世界各国で異なり、日本では日本人のデータに基づき平成 17 年に決められました。	25
メタボリック シンドローム 予備群	腹囲が基準値以上であり、高血圧・高血糖・脂質代謝異常の3つのうち1つに当てはまるとメタボリックシンドローム予備群と診断されます。	25
【や行】		
有所見	特定健康診査の検査項目で保健指導判定値、受診勧奨判定値に該当する結果を指します。	2
要介護	要介護認定において被保険者の介護を必要とする人で、要支援 1・2、要介護 1～5 の 7 段階に分類されます。 要介護認定とは、介護保険制度で、寝たきりや認知症等で常時介護を必要とする状態（要介護状態）にあるかどうか、またその程度を判定することをいいます。	7

**千早赤阪村第 2 期国民健康保険保健事業実施計画
(データヘルス計画) 及び
千早赤阪村第 4 期特定健康診査等実施計画**

発 行 千早赤阪村

発行年月 令和 6 年 3 月発行

編 集 千早赤阪村 健康福祉部 住民課

〒585-8501

大阪府南河内郡千早赤阪村大字水分 180 番地