

三郷町国民健康保険
第3期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

令和6年度 ~ 令和11年度
(2024年度) (2029年度)

令和6年3月

 三郷町

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.....	4
III. 計画全体.....	8
1. 課題の整理【優先順位の高い順に記載】.....	8
2. 目的・目標.....	9
IV. 個別保健事業.....	10
1. 特定健康診査事業（実施率向上対策事業）.....	10
2. 特定保健指導事業.....	11
3. 糖尿病性腎症重症化予防対策事業.....	12
4. 生活習慣病重症化予防対策事業（レッドカード事業）.....	13
5. 適正受診・適正服薬促進事業（重複多剤・併用禁忌投薬対策事業）.....	14
6. 後発医薬品使用促進事業.....	15
7. がん検診(受診率向上対策事業).....	16
8. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する事業.....	17
V. その他.....	18
1. 計画の評価・見直し.....	18
2. 計画の公表・周知.....	18
3. 個人情報の取扱い.....	18
4. 地域包括ケアに係る取り組み.....	18
VI. 評価指標一覧【アウトカムとアウトプット値の推移】.....	19
(参照データ).....	21
(参考)用語解説.....	24

1. 基本的事項

1. 計画の趣旨

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

本町においても、平成 27 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つつ、より健康課題に対応した効果的な保健事業を実施することができるよう第 3 期計画を策定するものとする。また今期計画より新たに、県内保険者との比較や健康状況を把握することで健康課題の優先度を明確化することを目的に共通指標を設定し、経年的な経過を把握しながら計画を推進していく。

2. 計画期間

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

3. 実施体制・関連計画との連携

【実施体制】

本計画を策定、推進する上で、以下の担当課との連携を図るものとする。

部門	担当課等	役割
主担当	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	すこやか健康課	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	

【関連計画との連携】

本計画の策定においては、下記計画との整合性をはかりながら、策定作業をすすめました。また各計画の推進状況を把握しながら、本計画を推進していきます。

計画名	担当課等	計画期間
奈良県医療費適正化計画	奈良県	令和6年～令和11年
第4期特定健康診査等実施計画	保険課	令和6年～令和11年
健康三郷21（第3次計画）	すこやか健康課	令和6年～令和17年
まちづくり総合戦略	まちづくり推進課	令和2年～令和6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期市町村国保データヘルス計画 奈良県共通指標(県提供指標一覧より引用)

◆データヘルス計画全体の指標

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

◆個別保健事業における指標

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

II. 現状の整理

項目	健康医療情報					分析結果	参照データ	
被保険者の状況	・被保険者数の推移					<p>令和元年度から三郷町の人口はほぼ横ばいであり、人口に占める被保険者の割合も同様であるが、被保険者数の年次推移を見ると減少傾向にある。</p> <p>ただし、被保険者の年齢構成については、過去の推移を見ても、65歳以上が全体の5割を占め、高齢の被保険者の割合が高い。一般的に、高齢になるほど医療費が高い傾向にあることから、1人当たり医療費は増加する可能性がある。</p>		
		R1	R2	R3	R4			
	被保険者数	4,872人	4,767人	4,689人	4,540人			
	人口	23,503人	23,503人	23,503人	23,094人			
	人口に占める割合	20.7%	20.3%	20.0%	19.7%			
	出典：国民健康保険事業年報							
	・年齢構成							
		R1	R2	R3	R4			
	0～39歳	21.1%	20.3%	19.5%	20.5%			
	40～64歳	30.4%	30.4%	30.1%	30.9%			
65～74歳	48.5%	49.3%	50.4%	48.6%				
出典：国民健康保険事業年報								
平均寿命・死亡率	・健康寿命 (歳)					<p>令和4年度における三郷町の平均寿命は、男性が81.0歳、女性が87.8歳で、平均自立期間は、男性が81.4歳、女性が84.3歳となっている。県平均の平均寿命は、男性が81.4歳、女性が87.3歳で、平均自立期間は、男性が81.0歳、女性が84.6歳で、三郷町は県平均値と同程度となっている。</p> <p>三郷町の過去4年間の死因率の上位は、「がん」「心臓病」となっている(年度推移を見ても50%を超えている)。令和4年度の県平均は、「がん」の死亡率が51.7%、「心臓病」の死亡率が28.9%で、三郷町は県平均を上回っている。今後は、現状からの減少を目指し、がん予防と生活習慣病予防に重きを置く必要がある。</p>		
			R1	R2	R3			R4
	平均寿命	男	81.0	81.0	81.0			81.0
		女	87.8	87.8	87.8			87.8
	平均自立期間 (要介護2以上)	男	80.5	80.9	81.1			81.4
		女	83.8	84.5	84.5			84.3
	出典：KDB 地域の全体像の把握							
	<参考> 県平均 (歳)							
			R1	R2	R3			R4
	平均寿命	男	81.4	81.4	81.4			81.4
女		87.3	87.3	87.3	87.3			
平均自立期間 (要介護2以上)	男	80.4	80.4	80.7	81.0			
	女	83.9	84.1	84.4	84.6			
出典：KDB 地域の全体像の把握								
・死因率 (%)								
	R1	R2	R3	R4				
がん	52.3	56.1	52.6	51.8				
心臓病	28.5	27.1	32.3	31.9				
脳疾患	11.3	10.3	5.3	8.5				
腎不全	3.3	1.3	3.8	5.0				
糖尿病	1.3	2.6	1.5	0.7				
出典：KDB 地域の全体像の把握								

項目	健康医療情報					分析結果	参照データ
平均寿命・死亡率	・国保被保険者のがん検診受診率 (%)					<p>なお、三郷町のがん検診（胃がん・肺がん・大腸がん・子宮頸がん・乳がん）の受診率は、新型コロナウイルス感染症の影響で減少傾向となっている。がんの早期発見・早期治療のため、受診率の向上が課題である。</p>	
		R1	R2	R3	R4		
	胃がん (50～69歳)	11.6	10.4	7.3	8.7		
	肺がん (40～69歳)	7.2	4.5	6.9	6.6		
	大腸がん (40～69歳)	12.8	11.5	12.4	14.8		
	子宮頸がん (20～69歳)	15.5	14.5	13.7	19.0		
乳がん (40～69歳)	20.7	16.2	13.7	17.6			
出典：市町村がん検診結果報告							
医療費・医療の状況	・1人当たり医療費 (円)					<p>令和元年度から三郷町の1人当たり医療費は、医科・歯科ともに増加傾向にある。</p> <p>令和4年度において、県平均の1人あたりの医療費と比べると、医療費が2,277円高く、歯科は390円高い。</p> <p>県の共通目標でもある医療費適正化計画に基いて、重複・多剤・併用禁忌投薬対策に加え、後発医薬品の使用割合の向上を目指す必要がある。</p> <p>疾病別（医療費が高い順に上位5疾病）で医療費の年次推移を見ると、「慢性腎臓病（透析あり）」がここ3～4年で倍増しており、代表的な生活習慣病である「糖尿病」も高額な医療費で推移している。</p> <p>生活習慣病の発症・重症化予防のためにも、健診の推奨と適切な保健指導により注力する必要がある。</p>	
		R1	R2	R3	R4		
	医科	28,009	27,843	29,545	31,394		
	歯科	2,328	2,281	2,481	2,602		
	出典：KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題						
	<参考>1人あたり医療費（県平均） (円)						
		R1	R2	R3	R4		
	医科	27,272	26,661	28,292	29,117		
	歯科	2,051	2,020	2,135	2,212		
	・1保険者当たり疾病別医療費 (高い順、主病名による) (円)						
	R1	R2	R3	R4			
慢性腎臓病（透析あり）	47,959,480	56,441,780	72,830,890	83,183,520			
糖尿病	72,405,550	72,643,840	72,342,540	69,086,980			
高血圧症	59,302,940	53,343,940	54,108,570	50,482,190			
脂質異常症	44,146,180	44,128,320	44,915,370	36,508,820			
関節疾患	42,400,750	38,297,840	41,198,090	36,225,550			
出典：KDB 医療費分析（1）細小分類							

項目	健康医療情報					分析結果	参照データ
特定健康診査・特定保健指導等の健診データ	・特定健診受診率（法定報告値）					三郷町の特定健診受診率は、令和3年度から開始したインセンティブ事業（受診者に対して QUO カードを配付）により、受診率がわずかに増加したものの、事業2年目の令和4年度は0.7%減少した。このことから、令和5年度では、駅構内へのポスター掲示やスマホ広告を活用した広報事業の強化や、健康意識の向上や行動変容を促す健康セミナーを開催して受診率向上を図った。	P. 21 P. 22
		R1	R2	R3	R4		
	対象者数	3,514 人	3,490 人	3,387 人	3,137 人		
	受診者数	1,230 人	1,177 人	1,214 人	1,101 人		
	受診率	35.0%	33.7%	35.8%	35.1%		
	県平均受診率	33.6%	30.9%	33.1%	34.4%		
	出典：奈良県国民健康保険団体連合会 法定報告						
	・特定健診受診者に占めるメタボリックシンドローム該当者・予備群の割合（%）						
		R1	R2	R3	R4		
	該当者	17.5	19.0	20.4	20.4		
予備群	12.4	13.6	11.4	10.8			
出典：奈良県国民健康保険団体連合会 法定報告							
・特定保健指導実施率（法定報告値）							
		R1	R2	R3	R4		
動機付け支援	対象者数	125 人	116 人	116 人	104 人		
	終了者数	39 人	16 人	12 人	10 人		
	実施率	31.2%	13.8%	10.3%	9.6%		
積極的支援	対象者数	21 人	20 人	22 人	20 人		
	終了者数	6 人	2 人	4 人	2 人		
	実施率	28.6%	10.0%	18.2%	10.0%		
合計	対象者数	146 人	136 人	138 人	124 人		
	終了者数	45 人	18 人	16 人	12 人		
	実施率	30.8%	13.2%	11.6%	9.7%		
県平均実施率		19.1%	19.6%	18.7%	19.8%		
奈良県国民健康保険団体連合会 法定報告							
					<p>今後、効果的な広報活動やインセンティブ事業の充実を図り、特定健診の受診率向上に力を入れていく必要がある。</p> <p>メタボリックシンドローム該当者の割合も横ばい状態にあり、予備群の健康意識の改善や該当者の生活習慣の指導を行い、該当者・予備群の減少を目標に事業を進めていく必要がある。</p> <p>一方、特定保健指導終了者は、動機付け支援・積極的支援を合わせて対象者数の約10%（令和4年度実施率9.7%）で、県の平均実施率19.8%と大きく差がある。</p> <p>三郷町の今期計画では、県共通指標60%を最終目標としつつ、これまでの推移から現実的に達成可能な目標値として、平均実績値とのほぼ中間に当たる40%を目標実施率として定め、特定保健指導対象者の減少・実施率の向上に向け、今後の事業を組む必要がある。</p>		

項目	健康医療情報					分析結果	参照データ
介護関連	・要介護認定者数の推移 (人)					<p>三郷町の要介護認定者数は増加傾向にある。</p> <p>要介護認定者の有病状況は「心臓病」が60%で最も多く、「筋・骨格」「高血圧症」と続いている。また、「糖尿病」や「脂質異常症」がやや増加傾向にあり、若い世代からの生活習慣病予防が重要である。</p>	
		R1	R2	R3	R4		
	要支援 1	99	84	99	110		
	要支援 2	159	188	229	247		
	要介護 1	221	200	195	191		
	要介護 2	301	323	321	328		
	要介護 3	213	194	213	203		
	要介護 4	154	166	167	169		
	要介護 5	102	110	129	116		
	計	1,249	1,265	1353	1,364		
	出典：K D B 要介護（支援）者認定状況						
	・要介護認定者の有病状況 (%)						
		R1	R2	R3	R4		
	心臓病	60.1	60.7	60.1	60.5		
	筋・骨格	55.8	55.8	53.7	52.8		
	高血圧症	52.8	53.9	52.7	52.6		
	精神	35.6	35.5	34.7	33.9		
	（再掲）認知症	21.8	22.1	21.1	20.5		
	脂質異常症	30.2	29.9	31.4	32.9		
	脳疾患	25.1	24.9	23.2	22.4		
糖尿病	18.9	19.2	19.5	20.8			
アルツハイマー病	16.7	15.9	14.7	14.3			
がん	12.8	12.0	11.6	12.3			
出典：K D B 地域の全体像の把握							

【前期計画からの考察】

前期計画からほぼ横ばい状態で今期データヘルス計画策定を迎えることとなった。前期計画期間は新型コロナウイルス感染症により、受診者数や医療費に影響を与えたと考えるため、今期については分析により注力して、より効果的な事業に繋げていきたい。

III. 計画全体

1. 課題の整理【優先順位の高い順に記載】

課題 1：生活習慣病予防行動をとる方の数が少ない	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none">・ 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。・ 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。・ メタボリックシンドローム該当者や予備群が多く、放置することで生活習慣病につながる恐れが高い。・ 前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。・ 死亡原因として、心臓病の割合ががんに次いで多く、生活習慣病予防が必要である。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none">・ 特定健康診査受診率・ 特定保健指導利用率・ メタボリックシンドローム該当者の割合・ メタボリックシンドローム予備群の割合
取り組みの方向性	特定健康診査の受診率、特定保健指導の実施率を向上させる対策を充実させる。

課題 2：医療費が増加傾向である	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none">・ 被保険者数が減少傾向にあるが、医療費が増加傾向にある。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none">・ 1人当たりの医療費
取り組みの方向性	<ul style="list-style-type: none">・ 医療費適正化をより一層促進し、医療費の減少に取り組む。

課題 3：がんの死因率が高い	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none">・ 死亡理由として、がんの死亡率が一番高い。がんの早期発見が必要である。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none">・ がん検診の受診率
取り組みの方向性	<ul style="list-style-type: none">・ がん健診を受診しやすい環境の整備や啓発活動を行う。

2. 目的・目標

【計画全体の目的】

目的	指標	目指す方向（目標値）
① 健康寿命を延伸する	健康寿命(平均余命・平均自立期間)	延伸
② 医療費の適正化を図る	1人当たりの医療費（医科・歯科）	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	目指す方向（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群を早期発見し、該当人数を減少させる	特定健康診査受診率	60%（県目標） 45%（町目標）	特定健康診査事業 （実施率向上対策事業）
	特定保健指導実施率	60%（県目標） 40%（町目標）	特定保健指導事業
	有所見者の割合（血糖・血圧・脂質）	減少	特定保健指導事業
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合	15%	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 5.6%以上の割合	45%	糖尿病性腎症重症化予防対策事業
	新規人工透析導入患者数	0人	生活習慣病重症化予防対策事業
	健診受診者のうち未治療者割合（※血圧 160/100 mmHg以上、HbA1c 7.0%以上、LDL 180 mg/dℓ以上、中性脂肪 500 mg/dℓ以上、eGFR 45未満）	減少	生活習慣病重症化予防対策事業
適正服薬・後発医薬品利用を促し医療費減少を図る	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	減少	適正受診・適正服薬促進事業
	後発医薬品使用割合	80%	後発医薬品利用促進事業
がん罹患者を早期発見し早期治療につなげる	がんによる死亡率 各がん検診受診率	減少 各部位向上	がん検診(受診率向上対策事業)
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を推進する	新規介護認定者数・率 フレイル該当者数・率	減少	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. 特定健康診査事業（実施率向上対策事業）

目的	<p>平成 20 年度より、生活習慣病の原因となるメタボリックシンドロームを対象にした特定健康診査・特定保健指導が保険者に義務づけられた。</p> <p>三郷町においても、特定健康診査等実施計画に基づき実施されているが、受診率は 35.1%（令和 4 年度）と国の目標 70%を下回っており、さらに受診率の向上を図る必要がある。</p> <p>そこで、メタボリックシンドローム及び生活習慣病の予防を目指した特定健康診査・特定保健指導を進めるため、受診勧奨等の取り組みを行うことで、特定健康診査の受診率の向上を目指す。</p>													
内容	<p>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）</p> <table border="1" data-bbox="343 763 1426 956"> <tr> <td>対 象</td> <td colspan="2">43～74 歳で、過去の受診歴から国保事務支援センターが定める方</td> </tr> <tr> <td>実施時期</td> <td>9 月</td> <td>対象者へ勧奨ハガキを送付</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">内 容</td> <td>11 月</td> <td>上記対象者の受診確認</td> </tr> <tr> <td>12 月</td> <td>再勧奨のハガキを送付</td> </tr> </table> <p>2. 町独自事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人間ドック助成（上限 3 万円） ・インセンティブ事業 <ul style="list-style-type: none"> ①特定健診・人間ドック受診者に対し、QUO カードを配付 ②駅構内ポスター掲示等の広報事業 ③健康意識セミナーの開催 ④メタボリックシンドローム判定改善者に対し、抽選で 100 人に景品を進呈 			対 象	43～74 歳で、過去の受診歴から国保事務支援センターが定める方		実施時期	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	12 月	再勧奨のハガキを送付
対 象	43～74 歳で、過去の受診歴から国保事務支援センターが定める方													
実施時期	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												
	12 月	再勧奨のハガキを送付												
評価指標	<table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>指標</th> <th>目指す方向（目標値）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>アウトカム</td> <td>・ 特定健診受診率</td> <td>60%（県目標） 45%（町目標）</td> </tr> <tr> <td>アウトプット</td> <td>・ 受診勧奨送付率(数)</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	区分	指標	目指す方向（目標値）	アウトカム	・ 特定健診受診率	60%（県目標） 45%（町目標）	アウトプット	・ 受診勧奨送付率(数)	100%				
区分	指標	目指す方向（目標値）												
アウトカム	・ 特定健診受診率	60%（県目標） 45%（町目標）												
アウトプット	・ 受診勧奨送付率(数)	100%												
	プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健康診査の実施方法、回数、場所、内容は適切であったか ・ 国保連合会の説明会に参加、必要時連携ができたか ・ 受診勧奨時期、方法が適切であったかを関係課内で検証を行う ・ 以下について、毎年状況把握していく <ul style="list-style-type: none"> ①受診勧奨者の受診率 ②人間ドック受診者数 ③性別・年代別の受診率 												

2. 特定保健指導事業

目的	<p>特定保健指導は、生活習慣病の発症リスクが高く、その要因となっている生活習慣を改善するための指導が必要な方に対して保健師等による保健指導を行い、メタボリックシンドロームの改善を図るものである。</p> <p>三郷町においても、特定健康診査等実施計画に基づき実施しているが、実施率は9.7%(令和4年度)と奈良県共通目標60%を下回っていることから、実施率の向上を図る。</p>		
内容	<p>1. 町独自事業</p> <p>①集団健診で受診した対象者には電話連絡での受診勧奨を行う。 (不参加の対象者には、個人での取り組みに繋がるよう支援レターと冊子を送付)</p> <p>②個別健診で受診した対象者には、ナッジ理論を用いた利用勧奨リーフレットを送付し勧奨を行う。</p>		
評価指標	区分	指標	目指す方向(目標値)
アウトカム		<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診受診率 ・ 特定保健指導実施率 ・ 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 ・ 有所見者の割合(血糖・血圧・脂質(中性脂肪・HDL コレステロール・LDL コレステロール)) ・ メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合 	<ul style="list-style-type: none"> 60% 40% 減少 減少 減少
アウトプット		<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定保健指導実施率 	40%
プロセス・ストラクチャー		<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定保健指導の勧奨方法、回数、場所、内容は適切であったか ・ 担当部門との連携(連絡会を月1回実施) ・ 次年度計画等に向けた改善点を明確にしているか 	

3. 糖尿病性腎症重症化予防対策事業

目的	<p>国および奈良県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、糖尿病性腎症の重症化リスクの高い方に対して医療機関への受診勧奨や保健指導等を行うことで、人工透析や関連疾病の発症予防につなげ、対象者の QOL の維持・向上を図る。</p> <p>三郷町においても、令和 3 年度から実施しているが、年々重症化リスクの高い対象者が増加傾向であり、継続して取り組んでいく。</p>														
内容	<p>1. 国保連合会との共同保健事業</p> <p>(1) 受診勧奨事業</p> <table border="1" data-bbox="344 602 1426 837"> <tr> <td data-bbox="344 602 517 696">対 象</td> <td colspan="2" data-bbox="517 602 1426 696"> ①過去に糖尿病受診歴があるが、半年間受診中断している方 ②特定健康診査で HbA1c 値が 7 % 以上でかつ糖尿病未治療の方 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="344 696 517 837">実施時期 内 容</td> <td colspan="2" data-bbox="517 696 1426 837"> ①12 月に対象者を選定し、1 月受診勧奨ハガキを送付する ②毎月対象者を選定し、受診勧奨通知を送付（レットカード事業の一部に含んで実施） </td> </tr> </table> <p>(2) 保健指導事業</p> <table border="1" data-bbox="344 891 1426 1176"> <tr> <td data-bbox="344 891 517 985">対 象</td> <td colspan="2" data-bbox="517 891 1426 985"> 国保事務支援センターが定める対象者（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） </td> </tr> <tr> <td data-bbox="344 985 517 1176">実施時期 内 容</td> <td colspan="2" data-bbox="517 985 1426 1176"> 4～7 月 対象者選定作業 9～2 月 保健指導実施(業者委託による) ・保健師等の専門職による約 6 か月間の保健指導 ・面談 3 回、電話支援 4 回、医師への報告書送付 3 回 </td> </tr> </table>			対 象	①過去に糖尿病受診歴があるが、半年間受診中断している方 ②特定健康診査で HbA1c 値が 7 % 以上でかつ糖尿病未治療の方		実施時期 内 容	①12 月に対象者を選定し、1 月受診勧奨ハガキを送付する ②毎月対象者を選定し、受診勧奨通知を送付（レットカード事業の一部に含んで実施）		対 象	国保事務支援センターが定める対象者（糖尿病治療中で、かつ前年度特定健診受診結果から糖尿病性腎症重症化予防のリスクが高い対象）		実施時期 内 容	4～7 月 対象者選定作業 9～2 月 保健指導実施(業者委託による) ・保健師等の専門職による約 6 か月間の保健指導 ・面談 3 回、電話支援 4 回、医師への報告書送付 3 回	
対 象	①過去に糖尿病受診歴があるが、半年間受診中断している方 ②特定健康診査で HbA1c 値が 7 % 以上でかつ糖尿病未治療の方														
実施時期 内 容	①12 月に対象者を選定し、1 月受診勧奨ハガキを送付する ②毎月対象者を選定し、受診勧奨通知を送付（レットカード事業の一部に含んで実施）														
対 象	国保事務支援センターが定める対象者（糖尿病治療中で、かつ前年度特定健診受診結果から糖尿病性腎症重症化予防のリスクが高い対象）														
実施時期 内 容	4～7 月 対象者選定作業 9～2 月 保健指導実施(業者委託による) ・保健師等の専門職による約 6 か月間の保健指導 ・面談 3 回、電話支援 4 回、医師への報告書送付 3 回														
評価指標	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="309 1223 628 1285">区分</th> <th data-bbox="628 1223 1091 1285">指標</th> <th data-bbox="1091 1223 1469 1285">目指す方向（目標値）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="309 1285 628 1503">アウトカム</td> <td data-bbox="628 1285 1091 1503"> ・ HbA1c8.0%以上の方の割合 （HbA1c8.0%以上の者／健診受診者のうち HbA1c の検査結果がある者*100） ・ 人工透析新規導入者数 </td> <td data-bbox="1091 1285 1469 1503"> 減少 0 人 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="309 1503 628 1565">アウトプット</td> <td data-bbox="628 1503 1091 1565"> ・ プログラム参加率 </td> <td data-bbox="1091 1503 1469 1565"> 100% </td> </tr> <tr> <td data-bbox="309 1565 628 2063">プロセス・ストラクチャー</td> <td colspan="2" data-bbox="628 1565 1469 2063"> ・ 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（打合せを 3 回以上実施） ・ 担当部門との連携（連絡会を月 1 回実施） ・ 次年度計画等に向けた改善を明確にしているか </td> </tr> </tbody> </table>	区分	指標	目指す方向（目標値）	アウトカム	・ HbA1c8.0%以上の方の割合 （HbA1c8.0%以上の者／健診受診者のうち HbA1c の検査結果がある者*100） ・ 人工透析新規導入者数	減少 0 人	アウトプット	・ プログラム参加率	100%	プロセス・ストラクチャー	・ 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（打合せを 3 回以上実施） ・ 担当部門との連携（連絡会を月 1 回実施） ・ 次年度計画等に向けた改善を明確にしているか			
区分	指標	目指す方向（目標値）													
アウトカム	・ HbA1c8.0%以上の方の割合 （HbA1c8.0%以上の者／健診受診者のうち HbA1c の検査結果がある者*100） ・ 人工透析新規導入者数	減少 0 人													
アウトプット	・ プログラム参加率	100%													
プロセス・ストラクチャー	・ 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（打合せを 3 回以上実施） ・ 担当部門との連携（連絡会を月 1 回実施） ・ 次年度計画等に向けた改善を明確にしているか														

4. 生活習慣病重症化予防対策事業（レッドカード事業）

目的	高血圧、脂質異常症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） <table border="1" data-bbox="344 456 1426 882"> <tr> <td data-bbox="344 456 517 689"> 対 象 </td> <td colspan="2" data-bbox="517 456 1426 689"> 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方（生活習慣病の重症未受診者）を抽出し、対象者に受診勧奨カードと受診勧奨通知書を送付する。 【高血圧・高血糖・高コレステロール・高中性脂肪・慢性腎臓病・口腔機能】 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="344 689 517 882"> 実施時期 内 容 </td> <td colspan="2" data-bbox="517 689 1426 882"> ① 受診勧奨 毎月（対象者選定し、受診勧奨通知を送付） ② 再勧奨 年度末（勧奨後、なお未受診の対象者に再勧奨通知の送付） </td> </tr> </table> 2. 町独自事業 ・集団健診を受診した対象者には、レッドカード事業対象者であることを説明し、直接受診勧奨を行う。			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方（生活習慣病の重症未受診者）を抽出し、対象者に受診勧奨カードと受診勧奨通知書を送付する。 【高血圧・高血糖・高コレステロール・高中性脂肪・慢性腎臓病・口腔機能】		実施時期 内 容	① 受診勧奨 毎月（対象者選定し、受診勧奨通知を送付） ② 再勧奨 年度末（勧奨後、なお未受診の対象者に再勧奨通知の送付）	
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方（生活習慣病の重症未受診者）を抽出し、対象者に受診勧奨カードと受診勧奨通知書を送付する。 【高血圧・高血糖・高コレステロール・高中性脂肪・慢性腎臓病・口腔機能】								
実施時期 内 容	① 受診勧奨 毎月（対象者選定し、受診勧奨通知を送付） ② 再勧奨 年度末（勧奨後、なお未受診の対象者に再勧奨通知の送付）								
評価指標	区分	指標	目指す方向（目標値）						
	アウトカム	医療機関受診率	100%						
	アウトプット	受診勧奨実施率	100%						
	プロセス・ ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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（打合せを1回実施） ・ 担当部門との連携（連絡会を2回実施） ・ 次年度計画に向けた改善点を明確にしているか 							

5. 適正受診・適正服薬促進事業（重複多剤・併用禁忌投薬対策事業）

目的	重複・頻回受診や重複・多剤（ポリファーマシー）・併用禁忌投薬は、医療費適正化の観点だけでなく、薬の副作用を予防する点からも重要である。また保険者努力支援制度や医療費適正化計画でも重点的な取り組みとされている。対象者に対して通知や電話勧奨等を行うことで、適正受診・適正服薬を促す。																				
内容	1. 国保連合会との共同保健事業 (1) 重複・多剤・併用禁忌投薬対象者への注意喚起文書の送付 <table border="1" data-bbox="341 551 1426 696"> <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者へ送付</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" data-bbox="341 792 1426 938"> <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> (3) 医療費通知の発送 <table border="1" data-bbox="341 1034 1426 1180"> <tr> <td>対 象</td> <td>全世帯</td> </tr> <tr> <td>実施時期</td> <td>医療費のお知らせを年4回発送</td> </tr> <tr> <td>内 容</td> <td>(6月末・8月末・12月末・2月末抽出)</td> </tr> </table> 2. 町独自事業 ・広報（お薬手帳の一本化、セルフメディケーションの推進について町広報誌に掲載）			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者へ送付	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	全世帯	実施時期	医療費のお知らせを年4回発送	内 容	(6月末・8月末・12月末・2月末抽出)
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者へ送付																				
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	全世帯																				
実施時期	医療費のお知らせを年4回発送																				
内 容	(6月末・8月末・12月末・2月末抽出)																				
評価指標	<table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>指標</th> <th>目指す方向（目標値）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">アウトカム</td> <td>・同一月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</td> <td>減少</td> </tr> <tr> <td>・同一月に9剤以上の薬剤の処方を受けた方の割合</td> <td>減少</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">アウトプット</td> <td>・注意喚起文書送付数</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>・電話で状況確認できた数・率</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>・医療費通知の送付（年4回）</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>プロセス・ストラクチャー</td> <td> ・予算、人員、体制は適切であったか ・対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか ・評価方法は適切であったか（確認方法、時期） ・国保連合会、担当課との連携 </td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	区分	指標	目指す方向（目標値）	アウトカム	・同一月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	減少	・同一月に9剤以上の薬剤の処方を受けた方の割合	減少	アウトプット	・注意喚起文書送付数	100%	・電話で状況確認できた数・率	100%	・医療費通知の送付（年4回）	100%	プロセス・ストラクチャー	・予算、人員、体制は適切であったか ・対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか ・評価方法は適切であったか（確認方法、時期） ・国保連合会、担当課との連携			
区分	指標	目指す方向（目標値）																			
アウトカム	・同一月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	減少																			
	・同一月に9剤以上の薬剤の処方を受けた方の割合	減少																			
アウトプット	・注意喚起文書送付数	100%																			
	・電話で状況確認できた数・率	100%																			
	・医療費通知の送付（年4回）	100%																			
プロセス・ストラクチャー	・予算、人員、体制は適切であったか ・対象者の選定基準、実施方法、実施時期は適切であったか ・評価方法は適切であったか（確認方法、時期） ・国保連合会、担当課との連携																				

6. 後発医薬品使用促進事業

目的	国は、後発医薬品使用割合の目標を 80%と掲げている。三郷町では 76.8%であり、目標には到達できていない。目標達成に向けて、後発医薬品の使用促進にかかる啓発、後発医薬品差額通知書の送付等を実施することで、後発医薬品の利用を促進し、利用率を高める。																													
内容	<p>1. 国保連合会との共同保健事業</p> <p>(1) 後発医薬品差額通知の送付 (4 回/年)</p> <table border="1" data-bbox="347 510 1433 748"> <tr> <td>対 象</td> <td colspan="2">国保被保険者世帯</td> </tr> <tr> <td>実施時期</td> <td colspan="2">年 4 回 (送付月：6 月、9 月、11 月、1 月) 差額通知を送付</td> </tr> <tr> <td>内 容</td> <td colspan="2"> 通知対象の差額：1 薬剤当たり 100 円以上 通知対象外年齢：年齢が 18 歳未満 通知対象医薬品：全て (注射薬を除く) </td> </tr> </table> <p>(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)</p> <table border="1" data-bbox="347 853 1433 994"> <tr> <td>対 象</td> <td colspan="2">国保被保険者世帯</td> </tr> <tr> <td>実施時期</td> <td colspan="2">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 colspan="2">差額通知書にフリーダイヤルを掲載</td> </tr> </table> <p>(3) 啓発物品の配布 (啓発品、後発医薬品希望シール等)</p> <table border="1" data-bbox="347 1099 1433 1290"> <tr> <td>対 象</td> <td colspan="2">国保被保険者世帯</td> </tr> <tr> <td>実施時期</td> <td colspan="2">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 colspan="2">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> <p>2. 町独自事業</p> <p>①国民健康保険証の新規発行時・更新時に後発医薬品希望シールを配布</p> <p>②広報 (後発医薬品の活用促進について、町広報誌に掲載)</p>			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) 差額通知を送付		内 容	通知対象の差額：1 薬剤当たり 100 円以上 通知対象外年齢：年齢が 18 歳未満 通知対象医薬品：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) 差額通知を送付																													
内 容	通知対象の差額：1 薬剤当たり 100 円以上 通知対象外年齢：年齢が 18 歳未満 通知対象医薬品：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	目指す方向 (目標値)																											
	アウトカム	後発医薬品使用割合	80%																											
	アウトプット	差額通知数・率 後発医薬品希望シール配布数	全世帯・100% 100%																											
	プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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) 																												

7. がん検診(受診率向上対策事業)

目的	がんは三郷町における死因の第 1 位で、高額な医療費がかかる疾患である。早期発見・早期治療につなげるために、がん検診の実施、受診率の向上は重要である。がん検診は、がん対策推進基本計画に基づき衛生部門（長寿健康課）が実施しており、連携し取り組むとともに、各がんのSMRの低下を図る。																																																																	
内容	<ul style="list-style-type: none"> ・各がん検診（胃がん、大腸がん、肺がん、子宮頸がん、乳がん）の実施方法、実施機関、時期等 ・特定健診との同時実施 ・受診勧奨(特定健診パンフレットに実施日等を記載) ・がん検診対象年齢には、無料クーポンを送付 																																																																	
評価指標	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">区分</th> <th style="text-align: center;">指標</th> <th style="text-align: center;">目指す方向（目標値）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="308 824 628 1666" rowspan="2"> アウトカム </td> <td data-bbox="628 824 1070 1218"> ・国保被保険者のがん検診受診率 </td> <td data-bbox="1070 824 1461 1218"> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>・胃がん</td> <td>男性</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td></td> <td>女性</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>・肺がん</td> <td>男性</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td></td> <td>女性</td> <td>20%</td> </tr> <tr> <td>・大腸がん</td> <td>男性</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td></td> <td>女性</td> <td>15%</td> </tr> <tr> <td>・子宮頸がん</td> <td>女性</td> <td>20%</td> </tr> <tr> <td>・乳がん</td> <td>女性</td> <td>20%</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="628 1218 1070 1666"> ・SMR（標準化死亡比） </td> <td data-bbox="1070 1218 1461 1666"> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>・胃がん</td> <td>男性</td> <td>維持</td> </tr> <tr> <td></td> <td>女性</td> <td>維持</td> </tr> <tr> <td>・肺がん</td> <td>男性</td> <td>1.0 以下</td> </tr> <tr> <td></td> <td>女性</td> <td>1.0 以下</td> </tr> <tr> <td>・大腸がん</td> <td>男性</td> <td>維持</td> </tr> <tr> <td></td> <td>女性</td> <td>1.0 以下</td> </tr> <tr> <td>・子宮頸がん</td> <td>女性</td> <td>維持</td> </tr> <tr> <td>・乳がん</td> <td>女性</td> <td>1.0 以下</td> </tr> <tr> <td>・肝臓がん</td> <td>男性</td> <td>1.0 以下</td> </tr> <tr> <td></td> <td>女性</td> <td>1.0 以下</td> </tr> </table> </td> </tr> </tbody> </table>	区分	指標	目指す方向（目標値）	アウトカム	・国保被保険者のがん検診受診率	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>・胃がん</td> <td>男性</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td></td> <td>女性</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>・肺がん</td> <td>男性</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td></td> <td>女性</td> <td>20%</td> </tr> <tr> <td>・大腸がん</td> <td>男性</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td></td> <td>女性</td> <td>15%</td> </tr> <tr> <td>・子宮頸がん</td> <td>女性</td> <td>20%</td> </tr> <tr> <td>・乳がん</td> <td>女性</td> <td>20%</td> </tr> </table>	・胃がん	男性	10%		女性	10%	・肺がん	男性	10%		女性	20%	・大腸がん	男性	10%		女性	15%	・子宮頸がん	女性	20%	・乳がん	女性	20%	・SMR（標準化死亡比）	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>・胃がん</td> <td>男性</td> <td>維持</td> </tr> <tr> <td></td> <td>女性</td> <td>維持</td> </tr> <tr> <td>・肺がん</td> <td>男性</td> <td>1.0 以下</td> </tr> <tr> <td></td> <td>女性</td> <td>1.0 以下</td> </tr> <tr> <td>・大腸がん</td> <td>男性</td> <td>維持</td> </tr> <tr> <td></td> <td>女性</td> <td>1.0 以下</td> </tr> <tr> <td>・子宮頸がん</td> <td>女性</td> <td>維持</td> </tr> <tr> <td>・乳がん</td> <td>女性</td> <td>1.0 以下</td> </tr> <tr> <td>・肝臓がん</td> <td>男性</td> <td>1.0 以下</td> </tr> <tr> <td></td> <td>女性</td> <td>1.0 以下</td> </tr> </table>	・胃がん	男性	維持		女性	維持	・肺がん	男性	1.0 以下		女性	1.0 以下	・大腸がん	男性	維持		女性	1.0 以下	・子宮頸がん	女性	維持	・乳がん	女性	1.0 以下	・肝臓がん	男性	1.0 以下		女性	1.0 以下	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨実施数 ・特定健診との同時実施回数 	100% 4 回
区分	指標	目指す方向（目標値）																																																																
アウトカム	・国保被保険者のがん検診受診率	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>・胃がん</td> <td>男性</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td></td> <td>女性</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>・肺がん</td> <td>男性</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td></td> <td>女性</td> <td>20%</td> </tr> <tr> <td>・大腸がん</td> <td>男性</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td></td> <td>女性</td> <td>15%</td> </tr> <tr> <td>・子宮頸がん</td> <td>女性</td> <td>20%</td> </tr> <tr> <td>・乳がん</td> <td>女性</td> <td>20%</td> </tr> </table>	・胃がん	男性	10%		女性	10%	・肺がん	男性	10%		女性	20%	・大腸がん	男性	10%		女性	15%	・子宮頸がん	女性	20%	・乳がん	女性	20%																																								
	・胃がん	男性	10%																																																															
	女性	10%																																																																
・肺がん	男性	10%																																																																
	女性	20%																																																																
・大腸がん	男性	10%																																																																
	女性	15%																																																																
・子宮頸がん	女性	20%																																																																
・乳がん	女性	20%																																																																
・SMR（標準化死亡比）	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>・胃がん</td> <td>男性</td> <td>維持</td> </tr> <tr> <td></td> <td>女性</td> <td>維持</td> </tr> <tr> <td>・肺がん</td> <td>男性</td> <td>1.0 以下</td> </tr> <tr> <td></td> <td>女性</td> <td>1.0 以下</td> </tr> <tr> <td>・大腸がん</td> <td>男性</td> <td>維持</td> </tr> <tr> <td></td> <td>女性</td> <td>1.0 以下</td> </tr> <tr> <td>・子宮頸がん</td> <td>女性</td> <td>維持</td> </tr> <tr> <td>・乳がん</td> <td>女性</td> <td>1.0 以下</td> </tr> <tr> <td>・肝臓がん</td> <td>男性</td> <td>1.0 以下</td> </tr> <tr> <td></td> <td>女性</td> <td>1.0 以下</td> </tr> </table>	・胃がん	男性	維持		女性	維持	・肺がん	男性	1.0 以下		女性	1.0 以下	・大腸がん	男性	維持		女性	1.0 以下	・子宮頸がん	女性	維持	・乳がん	女性	1.0 以下	・肝臓がん	男性	1.0 以下		女性	1.0 以下																																			
・胃がん	男性	維持																																																																
	女性	維持																																																																
・肺がん	男性	1.0 以下																																																																
	女性	1.0 以下																																																																
・大腸がん	男性	維持																																																																
	女性	1.0 以下																																																																
・子宮頸がん	女性	維持																																																																
・乳がん	女性	1.0 以下																																																																
・肝臓がん	男性	1.0 以下																																																																
	女性	1.0 以下																																																																
プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・予算、人員、体制は適切であったか ・がん検診の実施方法、回数、場所、受診勧奨の方法は適切であったか ・関係課内の連携はできたか(毎年度末) ・受診勧奨の対象・方法は適切であったか ・次年度に向けた改善点等を明確にしているか 																																																																	

8. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する事業

目的	<p>高齢化が進む中、高齢者の要介護者の増加が問題となっている。高齢者の要介護状態やフレイルの予防を目指し、市町村において、地域包括ケアとともに保健事業と介護予防の一体的実施が推進されている。</p> <p>三郷町においても、令和6年度から保健事業と介護予防の一体的実施に関する取り組みを開始する。</p> <p>関係課と連携をはかりながら、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの双方の保健事業等に取り組み、高齢者の健康状態を改善する。</p>																		
内容	<p><ハイリスクアプローチ></p> <ul style="list-style-type: none"> 健康状態不明者への相談事業 <table border="1" data-bbox="343 712 1425 996"> <tr> <td>対 象</td> <td>過去2年間において、健診情報なし、レセプトデータなし、要介護認定なし、介護予防教室の参加のない方</td> </tr> <tr> <td>実施時期</td> <td>・アンケートを送付し状況把握</td> </tr> <tr> <td>内 容</td> <td>・状況の確認が必要な方へ電話・訪問等を行い、必要な医療・介護等のサービスに繋げる</td> </tr> <tr> <td>実 施 者</td> <td>保健師等</td> </tr> </table> <p><ポピュレーションアプローチ></p> <ul style="list-style-type: none"> 通いの場での健康体操・健康教育、体力測定の実施 <table border="1" data-bbox="343 1144 1425 1384"> <tr> <td>対 象</td> <td>通いの場に参加している方</td> </tr> <tr> <td>実施時期</td> <td>・フレイルや骨折予防、生活習慣病等の健康教育セミナーを実施</td> </tr> <tr> <td>内 容</td> <td>・身体測定や体力測定 ・測定結果説明と必要とされる改善の取り組みを個別指導で行う</td> </tr> <tr> <td>対 象 者</td> <td>通いの場に参加している高齢者</td> </tr> </table>			対 象	過去2年間において、健診情報なし、レセプトデータなし、要介護認定なし、介護予防教室の参加のない方	実施時期	・アンケートを送付し状況把握	内 容	・状況の確認が必要な方へ電話・訪問等を行い、必要な医療・介護等のサービスに繋げる	実 施 者	保健師等	対 象	通いの場に参加している方	実施時期	・フレイルや骨折予防、生活習慣病等の健康教育セミナーを実施	内 容	・身体測定や体力測定 ・測定結果説明と必要とされる改善の取り組みを個別指導で行う	対 象 者	通いの場に参加している高齢者
対 象	過去2年間において、健診情報なし、レセプトデータなし、要介護認定なし、介護予防教室の参加のない方																		
実施時期	・アンケートを送付し状況把握																		
内 容	・状況の確認が必要な方へ電話・訪問等を行い、必要な医療・介護等のサービスに繋げる																		
実 施 者	保健師等																		
対 象	通いの場に参加している方																		
実施時期	・フレイルや骨折予防、生活習慣病等の健康教育セミナーを実施																		
内 容	・身体測定や体力測定 ・測定結果説明と必要とされる改善の取り組みを個別指導で行う																		
対 象 者	通いの場に参加している高齢者																		
評価指標	<table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>指標</th> <th>目指す方向（目標値）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>アウトカム</td> <td>・健康状態不明者数・率</td> <td>減少</td> </tr> <tr> <td>アウトプット</td> <td>・健康状態不明者数の状況把握 ・通いの場の数・参加人数</td> <td>100% 46箇所・400人</td> </tr> <tr> <td>プロセス・ストラクチャー</td> <td colspan="2"> <ul style="list-style-type: none"> ・人員(専門職の確保)、予算、体制 ・事業の内容は適切であったか ・他部門(介護担当課)との連携・役割分担は適切であったか ・広域連合、外部関係機関(医師会・歯科医師会等)との連携 </td> </tr> </tbody> </table>	区分	指標	目指す方向（目標値）	アウトカム	・健康状態不明者数・率	減少	アウトプット	・健康状態不明者数の状況把握 ・通いの場の数・参加人数	100% 46箇所・400人	プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・人員(専門職の確保)、予算、体制 ・事業の内容は適切であったか ・他部門(介護担当課)との連携・役割分担は適切であったか ・広域連合、外部関係機関(医師会・歯科医師会等)との連携 							
区分	指標	目指す方向（目標値）																	
アウトカム	・健康状態不明者数・率	減少																	
アウトプット	・健康状態不明者数の状況把握 ・通いの場の数・参加人数	100% 46箇所・400人																	
プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・人員(専門職の確保)、予算、体制 ・事業の内容は適切であったか ・他部門(介護担当課)との連携・役割分担は適切であったか ・広域連合、外部関係機関(医師会・歯科医師会等)との連携 																		

V. その他

1. 計画の評価・見直し

設定した目標等について、いつ、どのような評価を行うのかを記載する。また、中間評価年についても明記する。

2. 計画の公表・周知

策定した計画は町の広報誌やホームページに掲載し、計画書の周知を図る。

3. 個人情報の取扱い

三郷町個人情報保護条例に基づき、取り扱うものとする。

4. 地域包括ケアに係る取り組み

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歳以上人口の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により、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。

三郷町においても、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及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、一体的に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図りながら、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		評価項目										
計画全体の目的	評価指標	共通指標	算出方法	評価時期	目標値	ベースライン					最終評価	
						5年度	6年度	7年度	8年度	9年度		10年度
計画全体の目的	健康寿命(平均余命)	計画全体のアウトカム	地域の全体像の把握 KDBトップページ「地域の全体像の把握」	年1回	延伸							
	健康寿命(平均自立期間(要介護2以上))	計画全体のアウトカム	地域の全体像の把握 KDBトップページ「地域の全体像の把握」	年1回	延伸							
	一人当たりの医師医療費(入院/外来) ※性・年齢調整値	計画全体のアウトカム	KDBトップページ「地域保健・医療連携」 →「健康スコアリング(医療)」→CSV抽出 →「一人当たり入院医療費_性・年齢調整値」+「一人当たり	年1回	減少							
	一人当たりの歯科医療費 ※性・年齢調整値	計画全体のアウトカム	KDBトップページ「健康スコアリング」→ 「健康スコアリング(医療)」→CSV抽出 →「一人当たり歯科医療費_性・年齢調整値」	年1回	減少							
	特定保健指導実施率	アウトカム(中長期)	特定保健指導実施結果報告(TKCA011) 各年9月上旬～11月上旬の年次バッチ処理にて出力 されるPDF(またはCSVファイル)で取得。	年1回	60%(目標値) 45%(前年度)							
	受診勧奨送付数	アウトプット	共同保健事業により受診勧奨を送付した割合	年1回	100%							
	特定保健指導実施率	アウトカム	特定保健指導実施結果報告(TKCA011) 各年9月上旬～11月上旬の年次バッチ処理にて出力 されるPDF(またはCSVファイル)で取得。	年1回	60%(目標値) 45%(前年度)							
	特定保健指導実施率	アウトカム	特定保健指導実施結果報告(TKCA011) 各年9月上旬～11月上旬の年次バッチ処理にて出力 されるPDF(またはCSVファイル)で取得。	年1回	40%							
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	アウトカム	特定保健指導実施結果報告(TKCA014) 各年9月上旬～11月上旬の年次バッチ処理にて出力 されるPDFまたはCSVファイルで取得。	年1回	減少							
	個別保健事業	利用動向実施率	アウトプット	市町村単位で行う利用動向の実施率	年1回	100%						
糖尿病性腎症重症化予防事業	血糖の有所見者の割合 (保健指導判定値以上: HbA1c5.6%以上) (基準値を超えた者/健診受診者数*100)	アウトカム	厚生労働省様式(様式5-2) (健診者所見者状況(男女別・年代別)) KDBトップページ「厚労省様式出力」→ 「様式5-2健診者所見者状況(男女別・年代別)」	年1回	減少							
	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以上 ②拡張期血圧85mmHg以上) (基準値を超えた者/健診受診者数*100)	アウトカム	厚生労働省様式(様式5-2) (健診者所見者状況(男女別・年代別)) KDBトップページ「厚労省様式出力」→ 「様式5-2健診者所見者状況(男女別・年代別)」	年1回	減少							
	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) (基準値を超えた者/健診受診者数*100)	アウトカム	厚生労働省様式(様式5-2) KDBトップページ「厚労省様式出力」→ 「様式5-2健診者所見者状況(男女別・年代別)」	年1回	減少							
	HbA1c8.0%以上の者の割合 (HbA1c8.0%以上の者/健診受診者のうち HbA1cの検査結果がある者*100)	アウトカム	厚生労働省様式(様式5-2) KDBトップページ「厚労省様式出力」→ 「様式5-2健診者所見者状況(男女別・年代別)」	年1回	減少							
	新病人工透析導入患者数	アウトカム(中長期)	集計対象一覧(S26_001 健診ツリー図より選定) KDBトップページ「健診対象者の絞り込み」→ 「健診ツリー図」[S26_026:集計対象者一覧] CSV帳票 で集計	年1回	減少							
	プログラム参加率(保健指導実施者数)	アウトプット		年1回	0人							
	医療機関受診者割合	アウトカム(短期)		年1回	100%							
	受診勧奨実施率	アウトプット		年1回	100%							
	生活習慣病重症化予防事業	受診勧奨実施率	アウトプット		年1回	100%						
		受診勧奨実施率	アウトプット		年1回	100%						

(参照データ)

特定健康診査受診者の有所見状況

		R1	R2	R3	R4
受診者数		1,233 人	1,175 人	1,214 人	1,097 人
摂取エネルギーの過剰	BMI 25 以上	293 人 (23.8%)	309 人 (26.3%)	318 人 (26.2%)	287 人 (26.2%)
	腹囲 (男性) 85 c m以上 (女性) 90 c m以上	413 人 (33.5%)	415 人 (35.3%)	429 人 (35.3%)	381 人 (34.7%)
	中性脂肪 150 以上	243 人 (19.7%)	242 人 (20.6%)	263 人 (21.7%)	227 人 (20.7%)
	ALT (GPT) 31 以上	155 人 (12.6%)	176 人 (15.0%)	173 人 (14.3%)	131 人 (11.9%)
	HDL コレステロール 40 未満	50 人 (4.1%)	43 人 (3.7%)	48 人 (4.0%)	42 人 (3.8%)
血管を傷つける	空腹時血糖 100 以上	316 人 (25.6%)	316 人 (26.9%)	328 人 (27.0%)	319 人 (29.1%)
	HbA1c 5.6 以上	596 人 (48.3%)	588 人 (50.0%)	676 人 (55.7%)	600 人 (54.7%)
	随時血糖 (食後 3.5 時間以上) 100 以上	27 人 (2.2%)	32 人 (2.7%)	29 人 (2.4%)	28 人 (2.6%)
	尿酸 7.0 超過	97 人 (7.9%)	92 人 (7.8%)	104 人 (8.6%)	85 人 (7.7%)
	収縮期血圧 130 以上	542 人 (44.0%)	613 人 (52.2%)	635 人 (52.3%)	565 人 (51.5%)
	拡張期血圧 85 以上	187 人 (15.2%)	225 人 (19.1%)	251 人 (20.7%)	236 人 (21.5%)
動脈硬化以外のメタボ要因	LDL コレステロール 120 以上	684 人 (55.5%)	649 人 (55.2%)	673 人 (55.4%)	588 人 (53.6%)
	non-HDL コレステロール 150 以上	28 人 (2.3%)	14 人 (1.2%)	34 人 (2.8%)	21 人 (1.9%)
臓器障害	血清クレアチニン 1.3 以上	13 人 (1.1%)	15 人 (1.3%)	12 人 (1.0%)	14 人 (1.3%)
	eGFR 60 未満	212 人 (17.2%)	230 人 (19.6%)	254 人 (20.9%)	225 人 (20.5%)
	心電図	425 人 (34.5%)	480 人 (40.9%)	456 人 (37.6%)	404 人 (36.8%)
	眼底検査	38 人 (3.1%)	50 人 (4.3%)	54 人 (4.4%)	47 人 (4.3%)

出典：K D B 厚生労働省様式 (様式 5 - 2)

未治療者率

	R1	R2	R3	R4
特定健康診査受診者のうち未治療者の割合	4.2%	4.3%	4.6%	3.6%

出典：K D B 地域の全体像の把握

メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合（リスク別）

		R1	R2	R3	R4			
受診者数		1,233 人	1,175 人	1,214 人	1,097 人			
腹囲（男性 85cm 以上・女性 90cm 以上）		413 人 (33.5%)	415 人 (35.3%)	429 人 (35.3%)	381 人 (34.7%)			
(再掲) 腹囲有所見の重複状況	腹囲のみ該当	45 人 (3.6%)	31 人 (2.6%)	42 人 (3.5%)	39 人 (3.6%)			
		追加リスク						
		高血糖	高血圧 症	脂質 異常症				
	該当者	●	●		29 人 (2.4%)	25 人 (2.1%)	33 人 (2.7%)	23 人 (2.1%)
		●		●	12 人 (1.0%)	12 人 (1.0%)	10 人 (0.8%)	9 人 (0.8%)
			●	●	114 人 (9.2%)	110 人 (9.4%)	128 人 (10.5%)	124 人 (11.3%)
		●	●	●	60 人 (4.9%)	77 人 (6.6%)	77 人 (6.3%)	67 人 (6.1%)
		計			215 人 (17.4%)	224 人 (19.1%)	248 人 (20.4%)	223 人 (20.3%)
	予備群	●			9 人 (0.7%)	6 人 (0.5%)	5 人 (0.4%)	5 人 (0.5%)
			●		108 人 (8.8%)	123 人 (10.5%)	108 人 (8.9%)	90 人 (8.2%)
				●	36 人 (2.9%)	31 人 (2.6%)	26 人 (2.1%)	24 人 (2.2%)
		計			153 人 (12.4%)	160 人 (13.6%)	139 人 (11.4%)	119 人 (10.8%)

出典：K D B 厚生労働省様式（様式 5-3）

特定保健指導による対象者減少率

	R1	R2	R3	R4
前年度に特定保健指導を利用した結果、当該年度は指導の対象外となった方の割合	30.3% (10/33 人)	4.8% (2/42 人)	45.0% (9/20 人)	31.6% (6/19 人)

出典：到底健診等データ管理システム 特定健診・特定保健指導実施結果総括表

糖尿病・高血圧症の医療費に占める割合（主病名による）

	R1	R2	R3	R4
糖尿病	9.4%	8.6%	8.4%	8.5%
高血圧症	6.9%	6.1%	6.2%	5.9%

出典：KDB 地域の全体像の把握

新規人工透析導入患者数

	R1	R2	R3	R4
新規導入患者数	1人	1人	4人	3人

出典：特定疾病療養受療証交付一覧

重複・多剤投与者数（対被保険者1万人）

	R1	R2	R3	R4
重複処方該当者	84人	56人	61人	78人
多剤処方該当者	15人	11人	11人	15人

出典：KDB 重複・多剤処方の状況

後発医薬品（ジェネリック）使用割合（数量ベース）

	R1	R2	R3	R4
後発医薬品使用率	73.6%	75.7%	76.5%	76.8%

出典：KDB 地域の全体像の把握

各がんのSMR（標準化死亡比） ※全国基準=100

		H29～R3
胃がん	(男性)	59.2
	(女性)	108.6
肺がん	(男性)	92.4
	(女性)	133.5
大腸がん	(男性)	87.0
	(女性)	88.1
子宮頸がん	(女性)	73.3
乳がん	(女性)	128.4
肝臓がん	(男性)	135.6
	(女性)	152.7

出典：奈良県郡山保健所

(参考) 用語解説

	用語	説明	初出頁
E	e G F R (推算糸球体ろ過量)	腎機能を表す指標として、腎臓の糸球体で 1 分間にどのくらい血液をろ過して尿を作れるか推算した値。数値が低いほど、腎臓の働きが低下していると判断される	9
H	H b A 1 c	赤血球内にあるヘモグロビンと糖が結合したもので、過去 1~2 か月の平均的血糖値を反映するため、糖尿病の管理指標として用いる	3
	H D L コレステロール	善玉コレステロールと呼ばれ、余分なコレステロール（体を構成する細胞を包む細胞膜や各種ホルモン等の原料）を回収して肝臓に戻す	3
K	K D B (国保データベース)	特定健康診査・特定保健指導、医療、介護保険などの情報を利活用して保険者向けに統計情報等を提供し、保険者の効率的・効果的な保健事業の実施をサポートするために開発されたシステム	2
L	L D L コレステロール	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ。悪玉コレステロールと呼ばれ、増え過ぎると動脈硬化の原因となる	3
N	n on- H D L コレステロール	総コレステロールから H D L コレステロールを除いた値。簡便で、かつ食後採血でも値が左右されないことから、中性脂肪を含めたいわゆる悪玉の総和の指標として用いる	21
S	S M R (標準化死亡比)	全国を基準 (=100) とした場合に、その地域での年齢を調整した上での死亡率がどの程度高いかを倍率で表現したもの。ただし、人口や死亡数が少ない市町村では、わずかな死亡数の変動により大きく変化することがある	16
あ	医療費通知	医療機関等での受診履歴や医療費の実態を把握し、健康保持に努めていただくことで医療費全体の削減を図り、また診療報酬の不正請求の抑止に資する目的で発行する医療費のお知らせ	14
	インセンティブ事業	インセンティブとは、対象の行動を促す刺激や動機を意味する言葉で、特定健康診査や人間ドックを受診するきっかけとなるよう、受診者に景品を配付	6
か	拡張期血圧	血液を全身に送り出した後、心臓が拡張して送り出した血液を戻そうとするときに血管にかかる圧力（最低血圧）	3
	共同保健事業	奈良県では平成 30 年度の国保の県単位化を契機に、県・市町村・国保連合会が連携して、市町村国保の予防・健康づくりの取り組みを効率的・効果的に推進するため、管内市町村の保険者業務を共同実施	10
	後発医薬品差額通知	先発医薬品から後発医薬品（ジェネリック医薬品）に切り替えた場合に、調剤の自己負担額の軽減効果が大きいと思われる被保険者を対象に、軽減可能な自己負担額を通知	3
	国保事務支援センター	国保の県単位化に合わせて、市町村国保事務の共同化、県域での医療費適正化等の取り組みを推進するため、国保連合会内に設置された奈良県独自の組織	10

	用語	説明	初出頁
	国保連合会	国民健康保険の保険者である市町村や国保組合が共同で事務を行うため、都道府県単位で設置された公法人。診療報酬審査支払業務と保険者事務共同処理業務が主な業務	1
さ	脂質異常症	血液中のLDLコレステロールや中性脂肪が多い、あるいはHDLコレステロールが少ない状態。放置すると動脈硬化を促進し、心筋梗塞や狭心症などの虚血性心疾患や脳梗塞などの脳血管障害の危険が増加する	5
	収縮期血圧	心臓が収縮して、血液を全身に送り出すときに血管にかかる圧力(最高血圧)	3
	重複・多剤・併用 禁忌投薬	複数の医療機関から処方された同じ効能の薬を重複して服用(重複服薬)、あるいは多くの種類の薬を服用(多剤服薬)することで、薬本来の効果が発揮されないばかりか、飲み合わせが悪い薬(併用禁忌)もあるため、重い副作用や症状の悪化が促進され、重篤な健康状態を招く恐れがある	5
	重複・頻回受診	同じ症状について複数の医療機関等を受診(重複受診)、または1か月の間に同じ症状で同じ医療機関等を受診する機会が多い(頻回受診)と、同じような処置や投薬などが繰り返され、体への負担や副作用が大きくなって、より病状が悪化してしまう恐れがあり、また受診の都度、重複受診では初診料を、頻回受診では再診料を支払うことになるため、医療費の負担も大きくなる	14
	セルフメディケーション	適度な運動、バランスの取れた食事、十分な睡眠・休息を心がけ、体調管理を継続するなど日頃から健康を意識し、市販薬を使用するなど軽度な身体の不調は自分で手当てすること	14
た	地域包括ケア	重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、それぞれの地域の実情に合った住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供するための体制づくり	17
	中性脂肪	食事により摂取した脂質や糖を材料に肝臓で合成され、血液によって全身に運ばれエネルギー源となる。消費されず余った中性脂肪は内臓脂肪などに蓄積され、肥満や動脈硬化の原因となる	3
	糖尿病性腎症	糖尿病の細小血管合併症(腎症・網膜症・末梢神経障害)の1つで、糖尿病の罹患後10~15年後以上経過してから発症することが多い。糖尿病により高血圧状態が持続し、腎臓の内部に張り巡らされている細小血管が障害を受けることで発症し、悪化すると腎不全に移行、透析などが必要となる	9
	特定健康診査	メタボリックシンドロームに着目した健康診査で、40~74歳の被保険者を対象に、内臓脂肪の蓄積を把握することにより、糖尿病・高血圧症・脂質異常症などの生活習慣病の予防を図ることを目的とする	1

	用語	説明	初出頁
	特定保健指導	特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による予防効果が多く期待できる方に対して行われる健康支援。健診結果に応じて、「動機付け支援」「積極的支援」「情報提供」の3つに区分される	1
	動機付け支援	専門家（医師・保健師・管理栄養士など）の指導の下に行動計画を作成し、生活習慣改善に取り組めるよう、専門家が原則1回の動機付けを行う。計画どおり効果が出ているかなどを評価（個別支援、グループ支援など）	6
	積極的支援	専門家の指導の下に行動計画を作成し、生活習慣改善に取り組めるよう、専門家が3ヶ月以上の働きかけを行う。計画どおり効果が出ているかなどを評価（個別支援、グループ支援、電話、Eメールなど）	6
	情報提供	対象者が生活習慣病や健診結果から自らの身体状況を認識するとともに、健康な生活習慣の重要性に対する理解と関心を深め、生活習慣を見直すきっかけとなるよう、健診結果の提供と合わせ、個人の生活習慣やその改善に関する基本的な情報を提供	—
な	ナッジ理論	ナッジ (Nudge) は「そっと後押しすること」を意味し、行動経済学により提唱された、人間の行動を強制的にはなく自然と促すための理論で、特定健康診査等の受診勧奨に用いる	11
は	ハイリスクアプローチ	健康リスクを抱えている人の中から、特に重度な健康リスクを持つ対象者を洗い出し、その人から健康リスクを低下させる取り組み	17
	評価指標	実施する保健事業について自ら評価するにあたり、ストラクチャー（構造）・プロセス（過程）・アウトプット（事業実施量）・アウトカム（結果）の4つの観点で評価を行い、事業効果の立証、または事業の見直しや改善、次年度の企画・立案に繋げる	—
	ストラクチャー評価（構造）	保健事業を実施するための仕組みや体制を評価（職員の体制、予算、施設・設備の状況、他機関との連携体制、社会資源の活用など）	10
	プロセス評価（過程）	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（情報収集、アセスメント、問題の分析、目標の設定、指導手段、保健指導実施者の態度、記録状況、対象者の満足度など）	10
	アウトプット評価（事業実施量）	目的・目標の達成のために行われる事業の結果を評価（健診受診率、保健指導実施率、保健指導の継続率など）	10
	アウトカム評価（結果）	事業の目的や目標の達成度、また成果の数値目標を評価（肥満度や血液検査結果等の健診結果の変化、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群、死亡率、要介護率、医療費の変化など）	10

	用語	説明	初出頁
	フレイル	虚弱や老衰を意味する「Frailty (フレイルティ)」が語源となっており、加齢により心身の能力が低下し、病気ではないけれども介護が必要となりやすい、健康と要介護の間の虚弱な状態。ただし、早めに予防対策(栄養(食・口腔)、運動、社会参加)に取り組めば、元の健康な状態に戻ることも可能である	9
	平均自立期間	健康寿命の1つで、日常生活が要介護でなく、自立して暮らせる生存期間の平均を指す。なお、当該計画では、要介護2の方の平均自立期間を指標として用いる	2
	平均余命	ある年齢の人々が平均して今後何年生きられるかという年数(期待値)を算出したもの。平均寿命(0歳児の平均余命)とは異なる	2
	法定報告	毎年度、当該年度の末日における特定健康診査・特定保健指導の実施結果について、国保連合会を經由して国に報告。なお、法定報告の対象は、実施年度中に40~74歳に達する被保険者で、年度途中の資格取得者や資格喪失者、特定健診等の除外対象者(入院中の方や施設入所者など)は含まない	3
	ポピュレーションアプローチ	健康リスクの大きさに関わらず、集団全体に対して同一の環境整備を実施し、全体としての健康リスクを低下させる取り組み	17
ま	慢性腎臓病(CKD)	何らかの腎機能の異常が3ヶ月以上続く状態で、症状が出現することはほとんどなく、尿蛋白やeGFRの測定により診断される。心筋梗塞など心血管疾患との合併頻度が高く、また無症状のうちに腎機能が低下し、透析や腎移植を必要とすることも少なくない	5
	メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)	内臓脂肪型肥満を共通の要因として、高血糖・脂質異常・高血圧のいずれか2つ以上を合わせ持っている、糖尿病を始めとする生活習慣病の前段階の状態。その予備群とは、高血糖・脂質異常・高血圧のいずれか1つの要因を持っている状態	6
ら	レセプト	患者が受けた保険診療について、医療機関等が保険者に提出する月ごとの診療報酬明細書。診療報酬とは、診察・治療・処方などの医療行為の対価として医療機関等に支払われる費用で、国が定める個々の医療行為を点数化した診療報酬点数表を基に算出	1
	レッドカード事業(生活習慣病受診勧奨推進事業)	特定健康診査で高血圧・高血糖・高コレステロール・高中性脂肪・慢性腎臓病の5項目に関して「直ちに治療が必要」な項目があり、健診時の質問票で「服薬していない」と回答した受診者にレッドカード(受診勧奨カード)とともに該当項目の健診結果を送付し、受診勧奨を行う事業	13

**三郷町国民健康保険第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)
(令和6年度～令和11年度)**

令和6年3月発行

**編集・発行 三郷町住民福祉部保険課
住 所 奈良県生駒郡三郷町勢野西1丁目1番1号
電 話 0745-43-7325**