

上北山村国民健康保険事業実施計画
(第2期データヘルス計画)

上北山村
令和6年3月

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。本村においても、平成 30 年に第 1 期計画を策定し推進してきたところである。前期計画の評価を踏まえつつ、より健康課題に対応した効果的な保健事業を実施することができるよう第 2 期計画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	保健福祉課	計画全体の調整、管理
庁内関係課	保健福祉課	保健事業の計画、実施、評価
県、外部機関	奈良県医療保険課	計画の方向性に関する情報提供や支援
	奈良県国保連合会	・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	奈良県医療保険課	令和 6 年～令和 11 年
上北山村特定健診実施計画	保健福祉課	令和 6 年～令和 11 年
上北山村総合計画	総務企画課	令和 2 年～令和 11 年
上北山村健康増進計画	保健福祉課	平成 30 年～令和 11 年
上北山村食育基本計画	保健福祉課	平成 30 年～令和 11 年
上北山村介護保健事業計画	保健福祉課	令和 6 年～令和 11 年

4. 共通指標について

今期計画より奈良県では、県内保険者の比較や域内での健康状況を把握することを目的に、共通評価指標が設定された。本村においても、本計画の評価指標に以下の共通指標を加え、推移を確認しながら取組を推進していくこととする。

第3期市町村国保データヘルス計画 奈良県共通指標(県提供指標一覧より引用)

◆データヘルス計画全体の指標

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

◆個別保健事業における指標

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

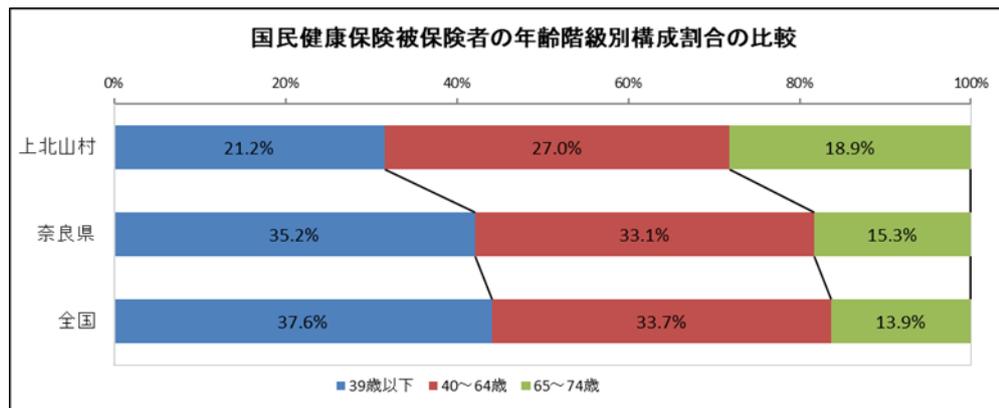
II. 現状の整理

【人口・被保険者数・年齢構成】

	平成 30 年	令和元年	令和 2 年	令和 3 年	令和 4 年
被保険者数	141	129	111	103	94
人口	445	426	426	433	414
人口に占める割合	31.9%	30.3%	26.1%	23.8%	22.7%

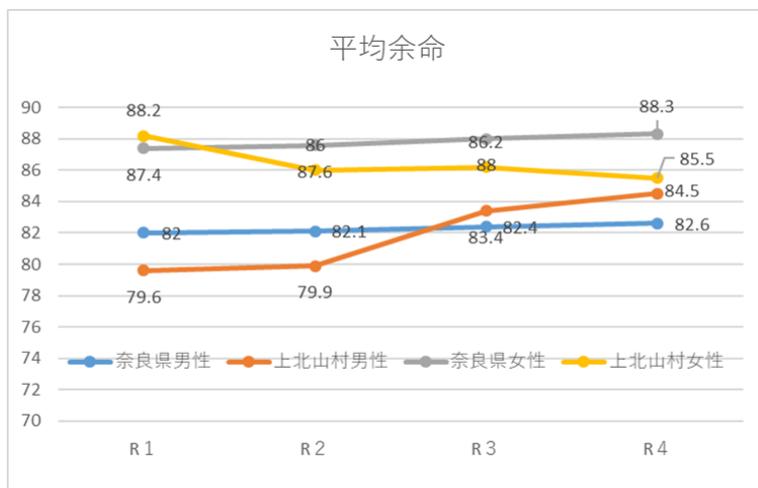
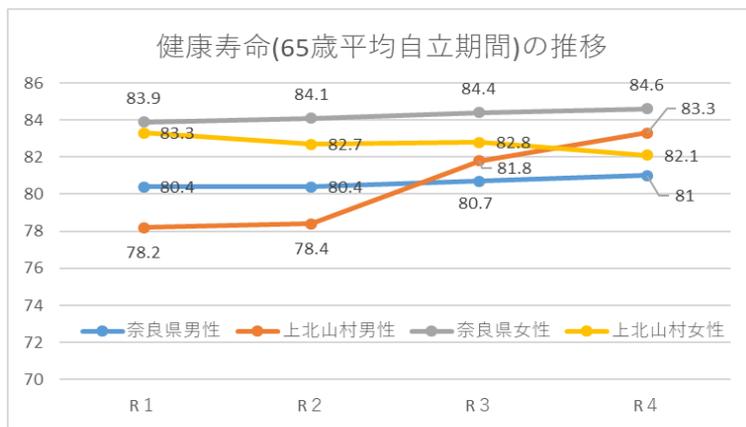
出典：被保険者数…奈良県国民健康保険運営方針（奈良県庁資料）

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



出典：地域の全体像の把握 令和4年度累計（KDB帳票）

【健康寿命・平均余命】



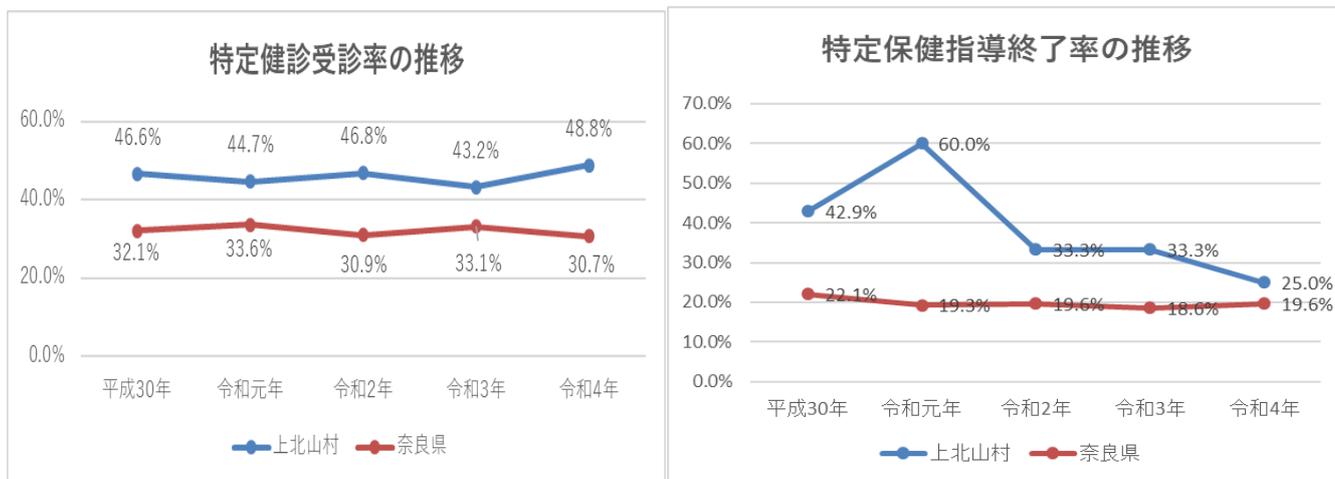
出典：KDB

被保険者数は村内の人口の約 20%を占めているが、年次推移からは被保険者数は減少傾向である。年齢階級別の人口割合では、全国・県と比べ 40 歳以上の者が多い状況であり、75 歳以上の後期高齢者については全体の約 30.2%を占めている。今後は、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も考えられる。

令和 4 年の平均余命では、上北山村の女性が 88.3 歳、男性が 84.5 歳で女性の方が長い。経年的にみると男性が長くなっている傾向である。また女性は奈良県より短く、男性は奈良県より長い状況である。

【特定健康診査・特定保健指導等の健診データ】

○特定健診及び特定保健指導終了率

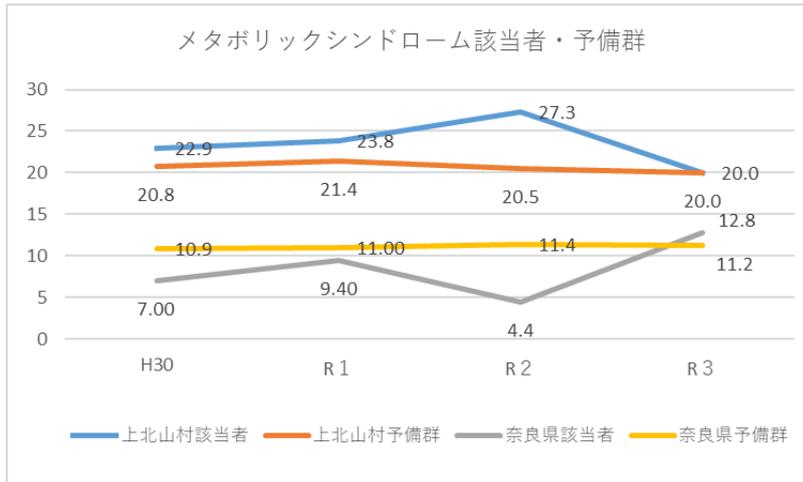


出典：法定報告値

特定健康診査の受診率は横ばいで推移している。新型コロナウイルス感染症の流行状況から実施月を変えたり、受付時間ごとに人数制限するなど感染予防対策を行いながら実施したため、受診率には影響を及ぼさなかったと考えられる。経年的にみても奈良県全体より高い受診率になっている。しかし、目標値には及ばない現状である。

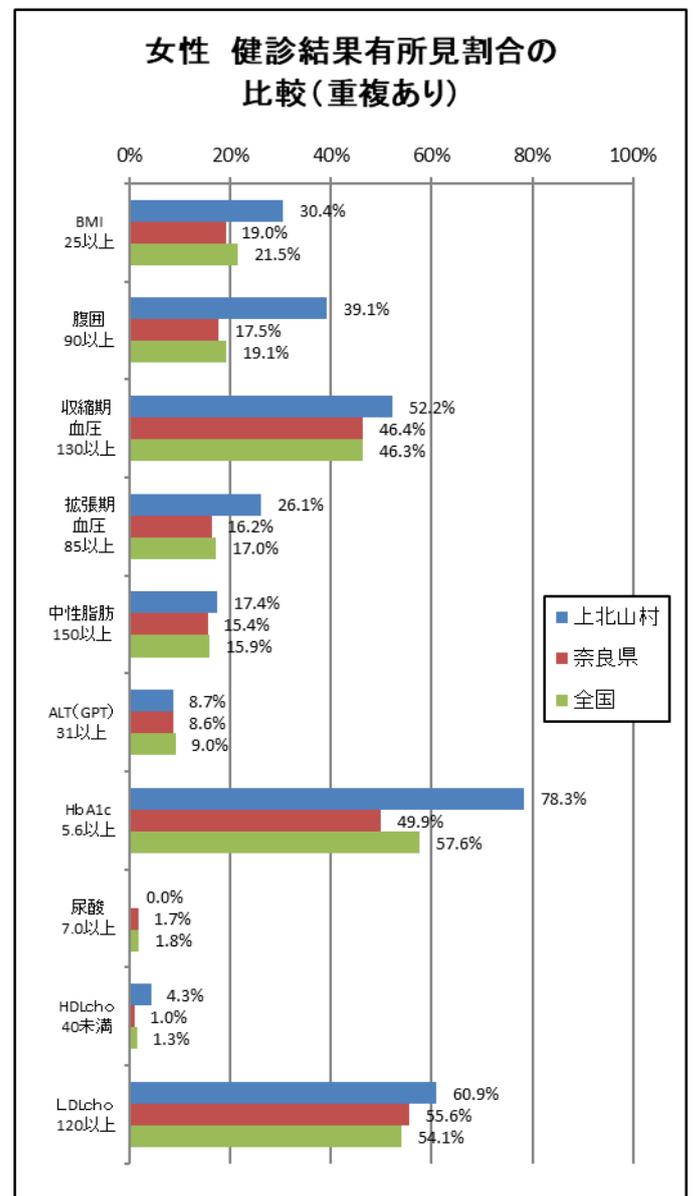
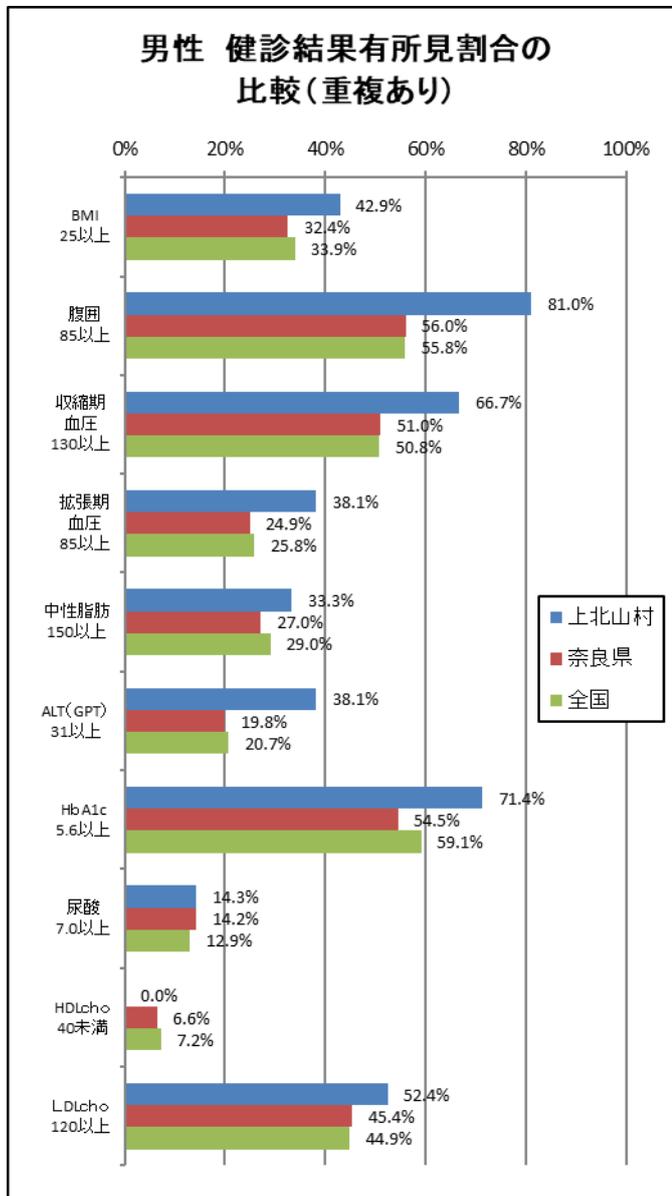
特定保健指導終了率は、令和元年度をピークに減少している。その理由としては、令和 2 年度より新型コロナウイルス感染症の影響によりマンパワーが不足し積極的に指導ができなかったことが要因と考えられる。

○メタボリックシンドローム予備群・該当者の割合



出典：法定報告値

○健診結果有所見状況（基準値を超えている割合）



出典：厚生労働省様式5-2 令和4年度累計（KDB帳票）

メタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合は、県と比較していずれも高い割合で推移している。また、急激な増加みられないものの、ほぼ同じ割合で推移しており、減少傾向はみられない。令和4年度の健診結果では、HbA1c・収縮期血圧が全国・県と比べて高い傾向にあり、特に男女ともにBMI・腹囲が高くなっており、メタボリックシンドロームやその予備群につながる一因となっていると思われる。

OHbA1c5.6%以上の者 (%)

	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
上北山村	57.1	70.5	65.7	75.0
奈良県	51.3	50.8	53.2	51.8

出典：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 各年度累計（KDB帳票）

○中性脂肪 150mg/dl 以上の者 (%)

	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
上北山村	28.6	36.4	14.3	25.0
奈良県	20.2	14.2	19.9	20.1

出典：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 各年度累計（KDB帳票）

○収縮期血圧 130mmHg 以上の者 (%)

	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
上北山村	42.9	45.5	54.3	59.1
奈良県	45.6	50.2	49.3	48.3

出典：国保連合会 各年度累計（医療費等分析システム）

○拡張期血圧 85 mm Hg 以上の者 (%)

	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
上北山村	21.4	47.7	40.0	31.8
奈良県	17.3	19.1	19.2	19.7

OHbA1c8.0%以上の者 (%)

	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
上北山村	4.25	0	5.26	0
奈良県	1.14	1.24	1.25	1.2

出典：国保連合会 各年度累計（医療費等分析システム）

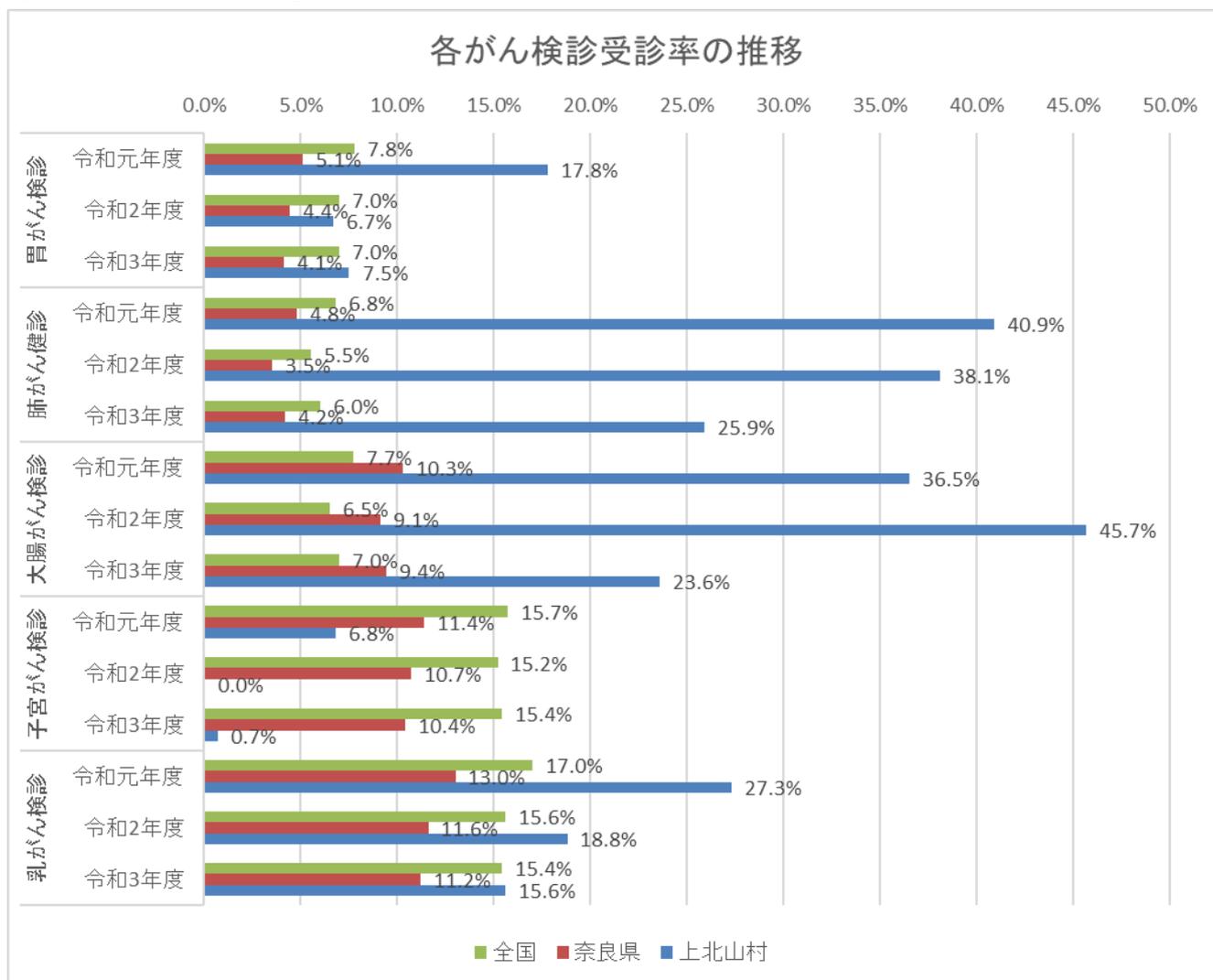
OLDL コレステロール 120mg/dl 以上の者 (%)

	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
上北山村	54.8	40.9	40.0	56.8
奈良県	54.8	54.7	54.2	51.5

出典：国保連合会 各年度累計（医療費等分析システム）

生活習慣病関連の健診結果の経年変化をみると、HbA1c 5.6%以上の者、収縮期血圧 130mmHg 以上の者、拡張期血圧 85 mmHg 以上の者、の割合が県と比べ高く、また年々割合が増加している状況である。

【各種がん検診の受診率】



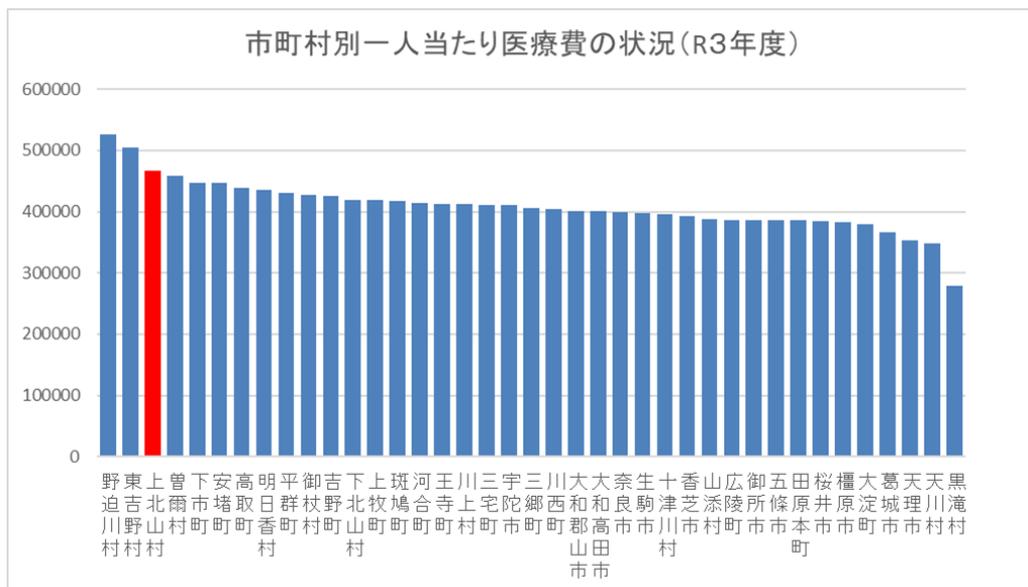
出典：地域保健・健康増進事業報告、市町村がん検診結果報告

胃がん・肺がん・大腸がん・乳がん検診の受診率は全国・県と比べて高くなっている。肺がん・大腸がん検診については、特定健診と同時に受診できるセット検診を行っていることにより高い受診率となっている。

一方、子宮がん検診については、受診率の低迷が続いている。毎年受診する者が固定されていることや受診者の高齢化により年々減少していると考えられる。このことはがん検診全体にも関係しており、毎年受診していた者が高齢になるにつれ、受診を「引退」とするとともに若年層の受診率が低く、新規受診者も非常に少ない状況にある。

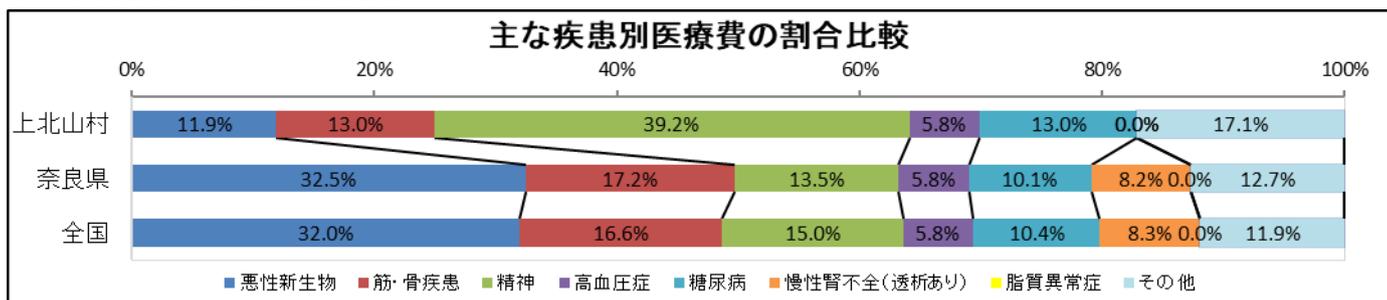
【医療費・医療の状況】

○被保険者1人あたりの医療費の推移



出典：国民健康保険事業年報 各年度累計（厚生労働省）

○主な疾患別医療費の割合比較



出典：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（KDB帳票）

被保険者1人あたりの医療費の推移をみると、奈良県内の市町村と比較すると高い状況です。上北山村の主な疾患別医療費の割合比較をみると、精神疾患が最も多く占めており、全国・県と比較しても高い値である。これは、長期入院者（1名）・定期受診者の方がいることが要因と考えられます。次いで、筋・骨格系疾患・糖尿病で受診するなどにより医療費の割合が高くなっていると考えられる。

○人工透析患者の推移 (人)

	令和2年	令和3年	令和4年
国保	0	0	0
後期	1	1	1
合計	0	0	0

出典：市区町村別データ 各年次累計（KDB帳票）

人口透析患者は過去3年では1名であり、新規で人工透析をした者はいない状況である。

○重複投与者の人数（1医療機関以上） (％)

	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
上北山村	4.5	2.5	5.2	8.5

出典：国保連合会 各年度累計（医療費等分析システム）

○多剤投与者の人数（9種類以上） (人)

	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
上北山村	8.1	6.9	6.3	7.4

出典：国保連合会 各年度累計（医療費等分析システム）

○後発医薬品の使用割合 (％)

	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
上北山村	65.4	74.0	74.2	84.0
奈良県	66.9	71.1	73.7	75.1

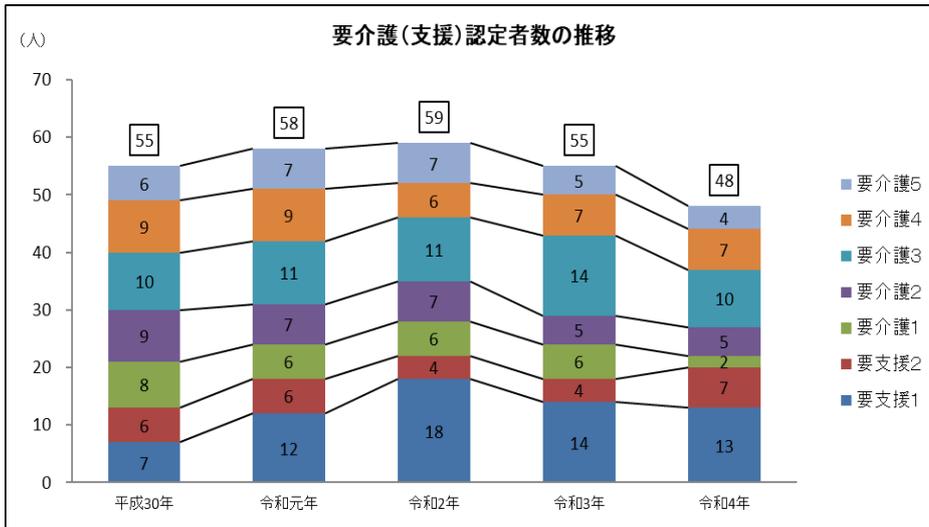
出典：国保連合会 各年度累計（医療費等分析システム）

重複投与者の人数推移をみると令和3年以降に増加している状況である。多剤投与者については、横ばい状況である。

また、後発医薬品の使用割合は、年々高くなっている状況である。令和4年度には県と比較しても高い割合となっており、普及してきているといえる。

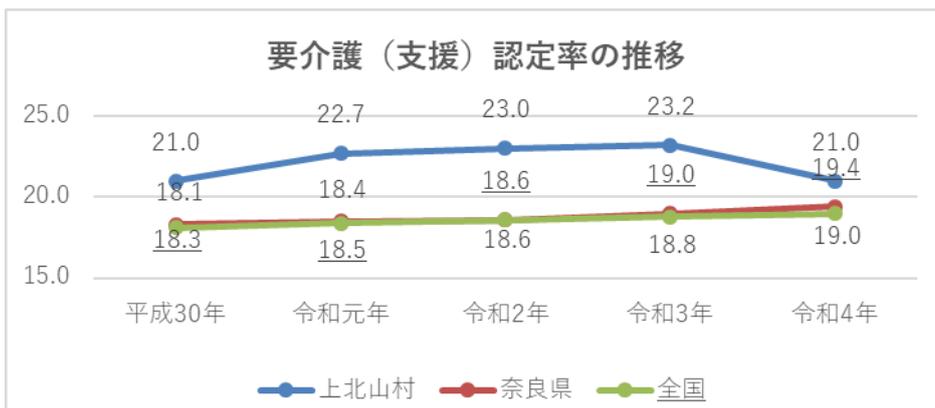
【介護関連】

○要介護認定者の推移



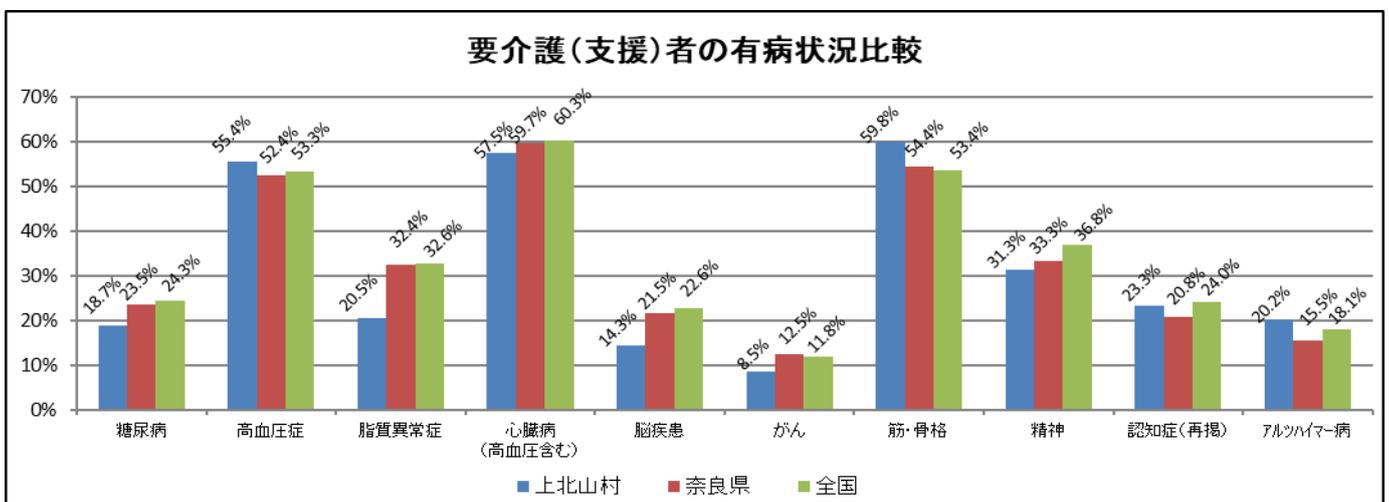
出典:介護保険事業状況報告 各年度推計 (厚生労働省)

○要介護(要支援)認定率の推移



出典:介護保険事業状況報告 各年度推計 (厚生労働省)

○要介護認定者の有病状況



出典:地域の全体像の把握 令和4年度累計 (K D B 帳票)

要介護（要支援）認定者数は増減を繰り返しているが、令和4年は減少している。
要介護（要支援）認定率は20%前半で横ばいとなっているが、県・全国と比較すると多い。
要介護（要支援）者の有病状況では、筋・骨格が最も高く、次いで心臓病・高血圧症と循環器系疾患の割合が高くなっている。

【前期計画からの考察】

前期計画では、高血圧や糖尿病といった生活習慣病に関連する医療費の割合が高い状況であった。また、健康寿命については県内・全国と比べ低い状況であり、生活習慣病の予防や早期発見による健康寿命の延伸および医療費の適正化を目標に実施してきた。経過をみると、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合は急激な増加はみられないものの、県平均よりも高い割合で推移している。また、被保険者1人あたりの医療費は県内においても高い値で推移しており、医療費の減少にはつながっていない状況である。今期計画も前期計画から引き続き、生活習慣病の予防や健康寿命の延伸に向けた事業を実施していく必要がある。

Ⅲ. 計画全体

1. 課題の整理

課題 1：生活習慣病予防行動をとる者の数が少ない	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健康診査実施率が目標値（60％）に達していない。 ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健康診査受診率 ・ 特定保健指導終了率 ・ 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群の割合
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。

課題 2：生活習慣病関連の検査項目で基準値を超えている者の割合が多い。	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病や脂質異常症・高血圧症に関連した健診結果の経年変化をみると、全国・奈良県と比べ高く、また年々割合が増加している状況。 ・ 前期計画では、糖尿病に関する数値は高くなかったが、ここ近年の経過をみると少しずつ増加している状況。 ・ 疾患別医療費では精神疾患に次いで筋・骨格・糖尿病の割合が高い。 ・ 重症化による人工透析の新規導入者を出さないためにも介入が必要。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診結果の有所見状況 ・ 健診結果でのHbA1c 5.6%及び8.0%以上の者の割合 ・ 主な疾患別医療費の割合 ・ 人工透析患者数
取り組みの方向性	生活習慣病の重症化予防に対する取組を実施する。

課題 3：平均余命が奈良県平均と比べ低い	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 65歳以上の人口が多い中、奈良県平均と比べても低い状況。 ・ 要介護2以上の者が半数以上を占めている状況である。要介護認定者の有病状況では筋・骨格に次いで心臓病や高血圧など循環器系疾患が多い状況である。 ・ 健康寿命が短くなると、医療費や介護給付費を消費する期間が長く続くことが考えられ、生活習慣病予防やフレイル対策等、健康寿命延伸のための取組が必要である。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健康寿命（65歳平均自立期間）の推移 ・ 要介護認定者数 ・ 要介護者の有病状況

取り組みの方向性	生活習慣病の重症化予防に対する取組を実施する。 65歳以上の者に対しフレイル予防に関する取組を実施する。
----------	---

2. 目的・目標

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

【計画全体の目的】

目的	指標	目標値
① 健康寿命を延伸する。	健康寿命(平均余命・平均自立期間)	延伸
② 医療費の適正化を図る。	1人あたりの医科医療費	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群該当者を早期発見し、該当人数を減少させる	特定健康診査実施率	60%	特定健康診査事業
	特定保健指導の実施率	60%	特定保健指導事業
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少		
メタボリックシンドローム該当者・予備群該当者割合	メタボリックシンドローム該当者・予備群該当者割合	25%以下	
	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%以上の未治療の割合	0%
適正服薬・後発医薬品利用を促進させる	健診受診者のうち医療機関受療割合割合（※血圧 130/85 mmHg以上、HbA1c 5.6%以上、LDL 120 mg/dℓ以上、中性脂肪 150 mg/dℓ以上、eGFR 45 ml/min/1.73 未満）	減少	生活習慣病重症化予防対策事業
	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
	同一月内に9以上の薬剤の処方を受けた者の割合	減少	
後発医薬品使用割合	後発医薬品使用割合	上昇	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	減少
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	5がん検診受診率	50%	※上北山村健康増進計画にて推進
	要介護認定者数・率		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
	フレイル該当者数・率		

IV. 個別保健事業

1. 特定健康診査事業

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>上北山村においても、特定健康診査等実施計画に基づき実施されているが、実施率は%(令和 4 年度)と国の目標 60%を下回っており、さらに実施率の向上を図る必要がある。</p> <p>そこで、メタボリックシンドロームおよび生活習慣病の予防を目指した特定健康診査・特定保健指導をすすめるため、受診勧奨等の取り組みを行うことで、特定健康診査の実施率の向上を目指す。</p>															
内容	<p>1. 健康づくりインセンティブ事業（国保連合会との共同保健事業として実施）</p> <table border="1" data-bbox="325 712 1407 1323"> <tr> <td data-bbox="325 712 496 994"> 対 象 </td> <td colspan="2" data-bbox="496 712 1407 994"> <p>以下の要件を全て満たす者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・前年度特定健診を受診し、医師の判断でメタボリックシンドロームに該当している者 ・当該年度の 12 月末までに当該年度の特定健診を受診している者 ・当該年度の特定健診結果（医師の判定）で、メタボリックシンドローム非該当となっている者 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="325 994 496 1323"> 実施時期 内容 </td> <td colspan="2" data-bbox="496 994 1407 1323"> <p>前年度の特定健診でメタボリックシンドロームに該当した者が、今年度に特定健診を受診し、メタボリックシンドローム非該当（予備群該当含む）となった者に対象に、抽選で 1,000 人に 3,000 円の QUO カードを進呈する。</p> <p>4 月 国保事務支援センターより対象者リストを送付 5 月 対象者リストより該当者を確認・国保事務支援センターへ報告 6 月 国保事務支援センターより該当者へ QUO カード送付</p> </td> </tr> </table> <p>2. 市町村独自事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診案内は個別通知で実施 ・タブレット周知を活用する ・特定健診の自己負担額を無料化 ・がん検診（肺がん・大腸がん）との同時実施 ・個別健診の集合契約に参加するとともに村民へ周知を行う ・10 月実施予定の集団健診にてがん検診のみ申し込みしている者に対し、特定健診受診を勧奨する。 			対 象	<p>以下の要件を全て満たす者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・前年度特定健診を受診し、医師の判断でメタボリックシンドロームに該当している者 ・当該年度の 12 月末までに当該年度の特定健診を受診している者 ・当該年度の特定健診結果（医師の判定）で、メタボリックシンドローム非該当となっている者 		実施時期 内容	<p>前年度の特定健診でメタボリックシンドロームに該当した者が、今年度に特定健診を受診し、メタボリックシンドローム非該当（予備群該当含む）となった者に対象に、抽選で 1,000 人に 3,000 円の QUO カードを進呈する。</p> <p>4 月 国保事務支援センターより対象者リストを送付 5 月 対象者リストより該当者を確認・国保事務支援センターへ報告 6 月 国保事務支援センターより該当者へ QUO カード送付</p>								
対 象	<p>以下の要件を全て満たす者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・前年度特定健診を受診し、医師の判断でメタボリックシンドロームに該当している者 ・当該年度の 12 月末までに当該年度の特定健診を受診している者 ・当該年度の特定健診結果（医師の判定）で、メタボリックシンドローム非該当となっている者 															
実施時期 内容	<p>前年度の特定健診でメタボリックシンドロームに該当した者が、今年度に特定健診を受診し、メタボリックシンドローム非該当（予備群該当含む）となった者に対象に、抽選で 1,000 人に 3,000 円の QUO カードを進呈する。</p> <p>4 月 国保事務支援センターより対象者リストを送付 5 月 対象者リストより該当者を確認・国保事務支援センターへ報告 6 月 国保事務支援センターより該当者へ QUO カード送付</p>															
評価指標	<table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>指標</th> <th>目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>アウトカム</td> <td>・特定健診実施率</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">アウトプット</td> <td>・集団健診の実施回数</td> <td>2 回</td> </tr> <tr> <td>・集団健診の周知回数</td> <td>2 回（案内通知時・タブレット）</td> </tr> <tr> <td>・個別健診の周知回数</td> <td>2 回（案内通知時・タブレット）</td> </tr> </tbody> </table>	区分	指標	目標値	アウトカム	・特定健診実施率	60%	アウトプット	・集団健診の実施回数	2 回	・集団健診の周知回数	2 回（案内通知時・タブレット）	・個別健診の周知回数	2 回（案内通知時・タブレット）		
区分	指標	目標値														
アウトカム	・特定健診実施率	60%														
アウトプット	・集団健診の実施回数	2 回														
	・集団健診の周知回数	2 回（案内通知時・タブレット）														
	・個別健診の周知回数	2 回（案内通知時・タブレット）														

		・未受診者への受診勧奨	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。 ・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。 ・集団健診実施機関との打合せ会議を年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、個別健診、未受診者への受診勧奨の周知時期・回数や方法が適切であったかを保健福祉課内で検討を行う(毎年度) ・以下についても、毎年状況把握していく 	

2. 特定保健指導事業

目的	<p>平成20年度より、生活習慣病の原因となるメタボリックシンドロームを対象にした特定健康診査・特定保健指導が保険者に義務づけられた。特定保健指導は、指導が必要な者へ保健師等による指導を行い、メタボリックシンドロームの改善を図るものである。</p> <p>上北山村においても、特定健康診査等実施計画に基づき実施されているが、実施率は25.0%(令和4年度)と国の目標60%を下回っており、またメタボリックシンドローム該当者や予備群の割合も県の平均より高いため、実施率の向上およびメタボリックシンドロームの改善を図る必要がある。</p>		
内容	<ul style="list-style-type: none"> ・直営方式での特定保健指導の実施 ・標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準じます。必要に応じて医療機関受診勧奨を促します。 ・結果説明会の機会を利用し、特定保健指導利用率の向上に努めます ・特定保健指導利用者の健診結果を確認し、特定保健指導の効果判定を行います。 		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> ・メタボリックシンドローム該当者・予備群該当者割合 ・特定保健指導による特定保健指導未実施者の減少率 ・BMI25以上の割合 ・HbA1c5.6%以上の割合 	<p>12%</p> <p>30%以上</p> <p>30%以下</p> <p>50%以下</p>
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導実施率 ・利用勧奨実施率 	<p>60%</p> <p>100%</p>
	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。 ・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。 ・保健指導の通知時期・回数や方法が適切であったかを保健福祉課内で検討を行う(毎年) 	

3. 糖尿病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者に対して医療機関への受診勧奨や保健指導等を行うことで、人工透析や関連疾病発症予防につなげ、対象者のQOLの維持・向上をはかる。</p> <p>上北山村においても、令和元年度から取り組みを実施しており、重症化予防や新規透析患者を出さないためにも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="325 544 1410 781"> <tr> <td data-bbox="325 544 496 638">対 象</td> <td data-bbox="496 544 1410 638"> ①過去に糖尿病受診歴があるが、半年間受診中断している対象者 ②特定健康診査でHbA1c値が5.6%以上でかつ糖尿病未治療の対象者 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="325 638 496 781">実施時期 内容</td> <td data-bbox="496 638 1410 781"> 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="325 880 1410 1167"> <tr> <td data-bbox="325 880 496 974">対 象</td> <td data-bbox="496 880 1410 974"> 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="325 974 496 1167">実施時期 内容</td> <td data-bbox="496 974 1410 1167"> ～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) <ul style="list-style-type: none"> ・ 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対象者 ②特定健康診査でHbA1c値が5.6%以上でかつ糖尿病未治療の対象者	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	～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) <ul style="list-style-type: none"> ・ 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対象者 ②特定健康診査でHbA1c値が5.6%以上でかつ糖尿病未治療の対象者														
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	～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) <ul style="list-style-type: none"> ・ 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" data-bbox="309 1211 1473 1807"> <thead> <tr> <th data-bbox="309 1211 632 1272">区分</th> <th data-bbox="632 1211 1070 1272">指標</th> <th data-bbox="1070 1211 1473 1272">目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="309 1272 632 1453">アウトカム</td> <td data-bbox="632 1272 1070 1453"> ・ 保健指導参加者の検査値の変化(HbA1c、BMI、血圧) ・ 受診勧奨者の医療機関受診割合 ・ HbA1c8.0%以上の者の割合 </td> <td data-bbox="1070 1272 1473 1453"> 各検査値の低下 100% 0% </td> </tr> <tr> <td data-bbox="309 1453 632 1588">アウトプット</td> <td data-bbox="632 1453 1070 1588"> 受診勧奨実施率 保健指導実施者数 </td> <td data-bbox="1070 1453 1473 1588"> 100% 全員 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="309 1588 632 1807">プロセス・ストラクチャー</td> <td colspan="2" data-bbox="632 1588 1473 1807"> ・ 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) ・ 国保連合会との連携(1回実施) </td> </tr> </tbody> </table>	区分	指標	目標値	アウトカム	・ 保健指導参加者の検査値の変化(HbA1c、BMI、血圧) ・ 受診勧奨者の医療機関受診割合 ・ HbA1c8.0%以上の者の割合	各検査値の低下 100% 0%	アウトプット	受診勧奨実施率 保健指導実施者数	100% 全員	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) ・ 国保連合会との連携(1回実施)			
区分	指標	目標値													
アウトカム	・ 保健指導参加者の検査値の変化(HbA1c、BMI、血圧) ・ 受診勧奨者の医療機関受診割合 ・ HbA1c8.0%以上の者の割合	各検査値の低下 100% 0%													
アウトプット	受診勧奨実施率 保健指導実施者数	100% 全員													
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) ・ 国保連合会との連携(1回実施)														

4. 生活習慣病重症化予防対策事業

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. レットカード事業（国保連合会との共同保健事業として実施） <table border="1" data-bbox="325 450 1409 875"> <tr> <td data-bbox="325 450 496 685"> 対 象 </td> <td colspan="2" data-bbox="496 450 1409 685"> 特定健康診査の結果から各検査値の勧奨基準に該当しかつ該当の治療歴がないもの（生活習慣病の重症未受診者）を抽出し、受診勧奨カードと受診勧奨通知書を対象者に送付する 【高血圧・高血糖・高コレステロール・高中性脂肪・慢性腎臓病・口腔機能】 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="325 685 496 875"> 実施時期 内容 </td> <td colspan="2" data-bbox="496 685 1409 875"> 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者に再勧奨通知の送付 </td> </tr> </table>			対 象	特定健康診査の結果から各検査値の勧奨基準に該当しかつ該当の治療歴がないもの（生活習慣病の重症未受診者）を抽出し、受診勧奨カードと受診勧奨通知書を対象者に送付する 【高血圧・高血糖・高コレステロール・高中性脂肪・慢性腎臓病・口腔機能】		実施時期 内容	① 受診勧奨 毎月 対象者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もの（生活習慣病の重症未受診者）を抽出し、受診勧奨カードと受診勧奨通知書を対象者に送付する 【高血圧・高血糖・高コレステロール・高中性脂肪・慢性腎臓病・口腔機能】								
実施時期 内容	① 受診勧奨 毎月 対象者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者に再勧奨通知の送付								
評価指標	区分	指標	目標値						
	アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> ・ 勧奨者の医療機関受診者割合 ・ 健診受診者のうち未治療者割合（※血圧 130/85 mm Hg 以上、HbA1c8.0% 以上、LDL200 mg/dℓ以上、中性脂肪 150 mg/dℓ以上、eGFR45mi/min/1.73 m²未満/特定健診受診年度ごとに評価） 	100% 0%						
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受診勧奨実施率 ・ 再勧奨実施率 	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。 ・ 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） ・ 国保連合会との連携（1回実施） 							

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	重複受診、頻回受診、重複服薬、多剤投与（ポリファーマシー）、併用禁忌は、医療費適正化の観点だけでなく、薬の副作用を予防する点からも重要である。また保険者努力支援制度や医療費適正化計画でも重点的な取組とされている。対象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（※次年度の対象者抽出条件が変更になる可能性あり） （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" data-bbox="325 506 1409 651"> <tr> <td data-bbox="325 506 496 555">対 象</td> <td data-bbox="496 506 1409 555">一定の要件の対象者(重複、多剤、併用禁忌投薬者)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="325 555 496 600">実施時期</td> <td data-bbox="496 555 1409 600">6～7月 対象者選定</td> </tr> <tr> <td data-bbox="325 600 496 651">内容</td> <td data-bbox="496 600 1409 651">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="325 748 1409 893"> <tr> <td data-bbox="325 748 496 797">対 象</td> <td data-bbox="496 748 1409 797">一定の要件の対象者(重複、多剤投薬者)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="325 797 496 842">実施時期</td> <td data-bbox="496 797 1409 842">6～7月 対象者選定</td> </tr> <tr> <td data-bbox="325 842 496 893">内容</td> <td data-bbox="496 842 1409 893">9～10月 電話による状況確認</td> </tr> </table>			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	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														
評価指標	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="309 981 628 1048">区分</th> <th data-bbox="628 981 1184 1048">指標</th> <th data-bbox="1184 981 1471 1048">目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="309 1048 628 1361"> アウトカム </td> <td data-bbox="628 1048 1184 1361"> ・送付者の改善割合(年度末に評価) ・同一月内に複数の医療機関を受診し、重複処方が発生した者の割合 ・同一月内に9以上の薬剤の処方を受けた者の割合 </td> <td data-bbox="1184 1048 1471 1361"> 減少 減少 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="309 1361 628 1496"> アウトプット </td> <td data-bbox="628 1361 1184 1496"> ・注意喚起文書送付数・率 ・電話で状況確認できた数・率 </td> <td data-bbox="1184 1361 1471 1496"> 100% 100% </td> </tr> <tr> <td data-bbox="309 1496 628 1662"> プロセス・ストラクチャー </td> <td colspan="2" data-bbox="628 1496 1471 1662"> ・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、保健福祉課と診療所との連携状況（連絡会2回実施） </td> </tr> </tbody> </table>	区分	指標	目標値	アウトカム	・送付者の改善割合(年度末に評価) ・同一月内に複数の医療機関を受診し、重複処方が発生した者の割合 ・同一月内に9以上の薬剤の処方を受けた者の割合	減少 減少	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） ・国保連合会、保健福祉課と診療所との連携状況（連絡会2回実施）			
区分	指標	目標値													
アウトカム	・送付者の改善割合(年度末に評価) ・同一月内に複数の医療機関を受診し、重複処方が発生した者の割合 ・同一月内に9以上の薬剤の処方を受けた者の割合	減少 減少													
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） ・国保連合会、保健福祉課と診療所との連携状況（連絡会2回実施）														

6. 後発医薬品使用促進事業

目的	国は、後発医薬品使用割合の目標を 80%と掲げている。上北山村では 84.0%（令和 4 年度）であり、目標に到達できている状況である。今後も現状維持に向けて、後発医薬品の使用促進にかかる啓発、後発医薬品差額通知書の送付等を実施することで、後発医薬品の利用を促進し、利用率を高めることを目的とする。																													
内容	<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="405 517 1377 757"> <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）</td> </tr> <tr> <td>内容</td> <td colspan="2"> 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：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="405 813 1377 958"> <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="405 1059 1377 1294"> <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：保険証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>			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：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：保険証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：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：保険証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	後発品使用割合	90%																											
	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%																											
	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。 ・ 年代別の使用割合の把握を実施(年 1 回) ・ 評価方法は適切であったか（確認方法、時期） ・ 医師会との連携(11 月に打合せを実施) 																												

7. がん検診事業

目的	<p>がんは早期発見・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。がん検診については、がん対策推進基本計画に基づき衛生部門（健康福祉課）が実施しており、連携を図りながら取り組んでいく。</p> <p>なお、本事業については上北山村健康増進計画にて推進していく。</p>
-----------	---

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>上北山村においても、令和5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したところである。</p> <p>健康福祉課内の各担当者との連携をはかりながら、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの双方の保健事業に取り組み、高齢者の健康状態を改善することを目的とする。</p>		
内容	<p>【概要】※毎年度、健康課題や実施プラン見直しにより事業内容が変わるため概要を記載</p> <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訪問事業 <p>ポピュレーションアプローチ</p> <ul style="list-style-type: none"> 通いの場での健康相談の実施 通いの場での健康体操・健康教育、体力測定の実施など 		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> 新規要介護認定者数・率 フレイル該当者数・率 	<p>減少</p> <p>減少</p>
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> 保健指導実施回数 通いの場の数 	<p>4回</p> <p>5箇所</p>
	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(年1回参加者の意見をアンケートで確認、担当者間で協議) 地域包括ケア会議の実施 広域連合、外部関係機関(医師会・歯科医師会等)との連携(年3回打合せ実施) 	

V. その他

1. 計画の評価・見直し

毎年度：個別保健事業について設定した評価指標をもとに評価を実施。

必要に応じて事業実施内容の見直しを行う。

令和8年度：中間評価として計画全体の評価・見直しを行う。

令和11年度（計画最終年度）…次期計画策定にむけ、最終評価を実施。

2. 計画の公表・周知

本計画の公表については、ホームページにおいて行うこととする。

3. 個人情報の取扱い

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、及び上北山村個人情報保護条例に基づき、適切に実施していく。

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。

上北山村においても、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保健福祉課内の各担当者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。

V.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	算出方法	評価時期	目標値	R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度	
計画全体の目的	健康寿命の延伸	平均余命	○	KDBトップページ「地域の全体像の把握」	年1回(2月)	延伸	男性 84.5歳 女性 85.5歳	延伸	延伸	延伸				
		平均自立期間(要介護2以上)	○	KDBトップページ「地域の全体像の把握」	年1回(2月)	延伸	男性 83.3歳 女性 82.1歳	延伸	延伸	延伸				
	医療費の適正化	一人当たりの医療費(入院+外来) ※性・年齢調整値	○	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→「一人当たり入院医療費_性・年齢調整値」+「一人当たり外来医療費_性・年齢調整値」	年1回(2月)	減少	入院 215,635円 外来 180,951円	減少	減少	減少	減少			
		一人当たりの歯科医療費 ※性・年齢調整値	○	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(2月)	減少	歯科 14,558円	減少	減少	減少	減少			
個別保健事業	1 特定健康診査事業	特定健診実施率	○	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	年1回(3月)	60%	48.8%	54%	55%	56%				
		集団健診の実施回数		アウトプット	年1回(3月)	2回/年	2回	2回	2回	2回	2回			
		集団健診の周知回数		アウトプット	年1回(3月)	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年	2回/年			
		個別健診の周知回数		アウトプット	年1回(3月)	2回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年			
		未受診者への受診勧奨		アウトプット	年1回(3月)	100%	100%	100%	100%	100%	100%			
	2 特定保健指導事業	メタボリックシンドローム該当者割合 予備群該当者割合		アウトカム	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	年1回(3月)	12%	予備群 20.0% 該当者 20.0% (R3年)	20%	30%	30%			
		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(中長期)	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	年1回(3月)	減少	0%	30%	28%	30%			
		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(中長期)	KDBトップページ「厚労省様式出力」→「様式5-2健診有所見者状況(男女別・年代別)」	年1回(3月)	減少	①HDLコレ 2.3% ②中性脂肪 25.0% ③LDLコレ 56.8%	①HDLコレ 2.3% ②中性脂肪 20.0% ③LDLコレ 55.0%	①HDLコレ 2.3% ②中性脂肪 20.0% ③LDLコレ 55.0%	①HDLコレ 2.3% ②中性脂肪 20.0% ③LDLコレ 55.0%			
		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(中長期)	KDBトップページ「厚労省様式出力」→「様式5-2健診有所見者状況(男女別・年代別)」	年1回(3月)	減少	75.0%	70%	70%	65%			
		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(中長期)	KDBトップページ「厚労省様式出力」→「様式5-2健診有所見者状況(男女別・年代別)」	年1回(3月)	減少	①59.1% ②31.8%	①55.0% ②30.0%	①55.0% ②30.0%	①55.0% ②30.0%			
		特定保健指導実施率	○	アウトプット	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	年1回(3月)	60%	25.0%	20%	30%	40%			
	3 糖尿病性腎症重症化予防事業	保健指導参加者の検査値の変化(HbA1c、BMI、血圧)		アウトカム(短期)	KDBトップページ「厚労省様式出力」→「様式5-2健診有所見者状況(男女別・年代別)」	翌年健診受診時	各検査値の低下	-	-	-	低下			
		受診勧奨者の医療機関受診割合		アウトカム(短期)		年1回(3月)	100%	-	100%	100%	100%			
		HbA1c8.0%以上の者の割合	○	アウトカム(中長期)	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集計	年1回(3月)	0%	0%	0%	0%	0%			
		新規人工透析導入患者数	○	アウトカム(中長期)	国保連合会より、医療費分析システムで抽出したデータを提供	年1回(3月)	0名	0名	0名	0名	0名			
		受診勧奨者数(率)		アウトプット		年1回(3月)	100%	0%	50%	50%	50%			
		保健指導実施者数		アウトプット		年1回(3月)	100%	0%	60%	60%	70%			
	4 生活習慣病重症化予防事業	勧奨者の医療機関受診者割合		アウトカム(短期)		年1回(3月)	100%	-	60%	60%	70%			
健診受診者のうち未治療者割合 血圧130/85以上 HbA1c8.0以上 LDL120以上 中性脂肪150以上 eGFR45未満		○	アウトカム(中長期)		年1回(3月)	0%	-	30%	20%	20%				
受診勧奨数・率			アウトプット		年1回(3月)	100%	100%	100%	100%	100%				
再勧奨実施率			アウトプット		年1回(3月)	100%	0%	50%	50%	50%				
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)	送付者の改善割合(年度末に評価)		アウトカム(短期)		年1回(3月)	増加	-	-	-	-				
	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	○	アウトカム(中長期)	KDBトップページ「保健事業介入支援管理」→「重複・多剤処方状況」→診療年月「●年3月」→資格情報「選択した診療年月に資格を有する者を抽出」	年1回(3月)	減少	8.50%	7.0%	7.0%	7.0%				
	同一月に9以上の薬剤の処方を受けた者の割合	○	アウトカム(中長期)	KDBトップページ「保健事業介入支援管理」→「重複・多剤処方状況」→診療年月「●年3月」→資格情報「選択した診療年月に資格を有する者を抽出」	年1回(3月)	減少	7.40%	6.0%	6.0%	6.0%				
	注意喚起文書送付数・率		アウトプット		年1回(3月)	100%	100%	100%	100%	100%				
6 後発医薬品使用促進事業	電話で状況確認できた数・率		アウトプット		年1回(3月)	100%	100%	100%	100%	100%				
	後発医薬品使用割合(数量ベース)	○	アウトカム(中長期)	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000190726.html	年1回(3月)	90%	84.0%	86%	88%	88%				
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	差額通知数・率		アウトプット		年1回(3月)	全世帯・100%	100%	100%	100%	100%				
	要介護認定者数・率		アウトカム(中長期)	介護保険事業状況報告 各年度累計(厚生労働省)	年1回(3月)	減少	48名	45名	45名	45名				
	フレイル該当者数・率		アウトカム(短期)	一体的実施、KDB活用支援ツール	年1回(3月)	減少	-	10名	8名	8名				
	保健指導実施数・率		アウトプット		年1回(3月)	50人/4回	-	50人/4回	50人/4回	50人/4回				
	通いの場の数		アウトプット		年1回(3月)	1カ所	-	1カ所	1カ所	1カ所				