



適塩マスコット てきえもん

始良市
第3期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

令和6年3月

始良市

※本計画では、図表によってデータの差異が生じている場合があります。

データの集計方法などシステムにより異なるためです。ご了承ください。

※図表中の「同規模」とは全国の人口5万人～10万人未満の市(令和4年度238市)の平均です。

※図表で年度や県・国と比較して本市の最新情報が悪い結果値について赤字、良い結果値について青字で表示しています。

第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)

もくじ

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1. 背景・目的	
2. 計画の位置付けと基本的な考え方	
3. 計画期間	
4. 関係者が果たすべき役割と連携	
5. 保険者努力支援制度	
第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化	1 1
1. 始良市の特性	
2. 第2期計画に係る評価及び考察	
3. 第3期計画における健康課題の明確化	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	3 5
1. 第四期特定健診等実施計画について	
2. 目標値の設定	
3. 対象者の見込み	
4. 特定健診の実施	
5. 特定保健指導の実施	
6. 個人情報の保護	
7. 結果の報告	
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第4章 個別保健事業	4 5
1. 糖尿病性腎症重症化予防	
2. 生活習慣病重症化予防(医療機関受診勧奨及び保健指導)	
3. 健康インセンティブ・健康づくり	
4. 適正受診・適正服薬促進	
5. 後発(ジェネリック)医薬品	
6. 地域包括ケア推進・一体的実施	
第5章 計画の評価・見直し	5 2
1. 評価の時期	
2. 評価方法・体制	
第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	5 3
1. 計画の公表・周知	
2. 個人情報の取扱い	
参考資料	5 4

第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1. 背景・目的

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、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「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。平成26年3月、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（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）において市町村国保は、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（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うよう指導されています。

その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2年7月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」において、保険者に対しデータヘルス計画の標準化等の取組推進が掲げられ、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 改革行程表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正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。

本市では、生活習慣病の発症予防や重症化予防をはじめとする被保険者の健康保持増進を図ることを目的に、平成28年3月に「データヘルス計画（第1期計画）」を策定しました。平成30年3月には、第1期計画の評価・見直しを実施し、「データヘルス計画（第2期計画）」を策定し、保健事業の実施及び評価を行っています。この度、第2期データヘルス計画の計画期間終了に伴い、当該計画の評価・見直しを行い、改定した第3期データヘルス計画を策定することで、引き続き、被保険者の健康保持増進を図る保健事業の実施・評価、見直しを行ってまいります。

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業の実施計画（データヘルス計画）は、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。計画は、市総合計画との整合性を図りつつ、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、鹿児島県健康増進計画や始良市健康増進計画、県医療費適正化計画、介護保険事業（支援）計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとしします。（図表1）

また、「特定健診等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画（データヘルス計画）と一体的に策定することとします。ただし、保健事業実施計画（データヘルス計画）の対象者は、国民健康保険被保険者としします。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」（以下「プログラム」という。）は、高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高確法」という。）に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するに当たり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものです。本計画の基本的な考え方はプログラムに準ずることとします。（図表2・3・4・5）

標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）において中長期的な目標疾患は、脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病合併症の減少です。（図表2参照）

なお、糖尿病合併症である最小血管障害（網膜症、腎症、神経障害）、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病性腎症に着目することとします。

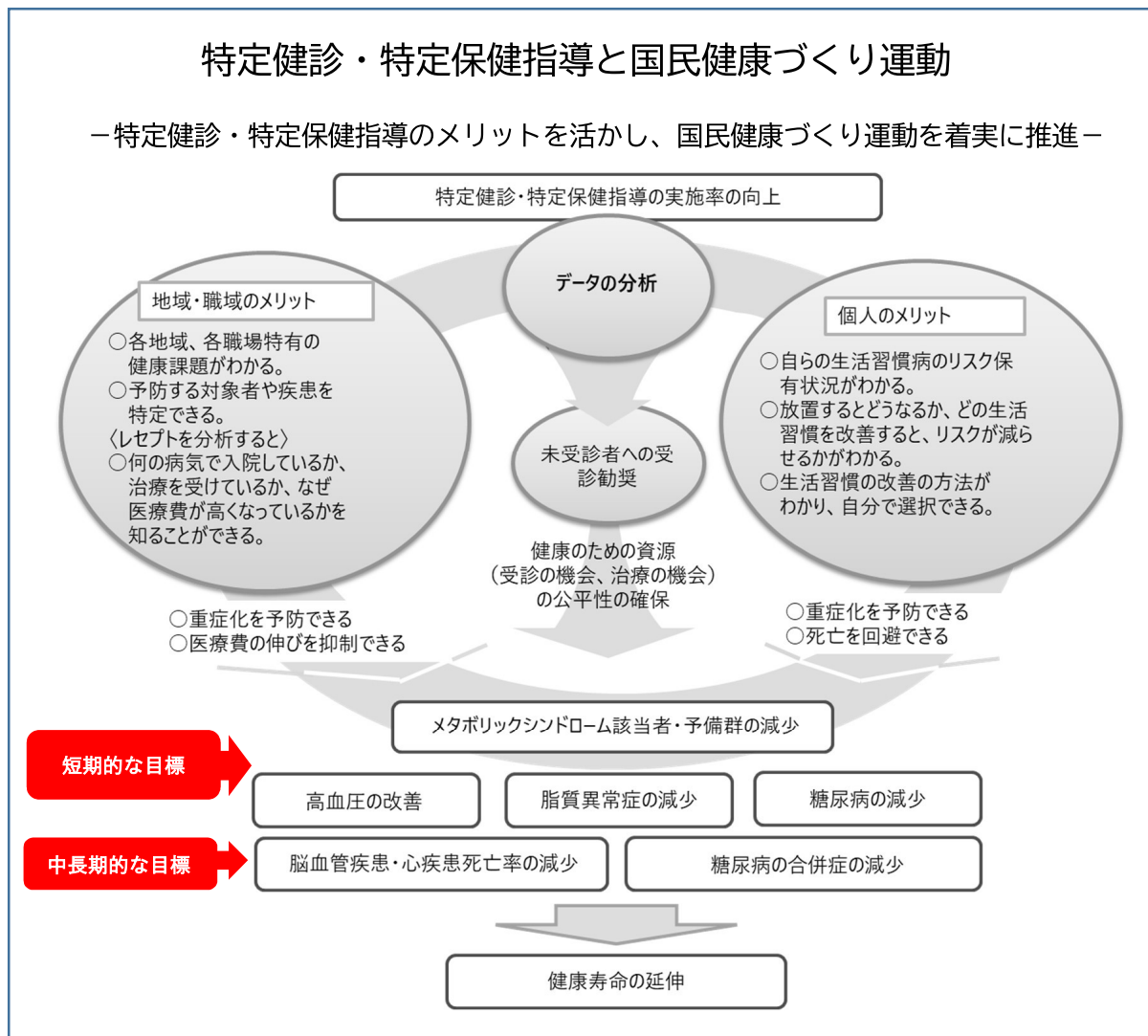
法定計画等の位置づけ

【表1】

<p>※健康増進事業実施費とは、健康増進法、国民健康保険法、国民健康保険法、労働安全衛生法、市町村(母子健康法、介護保険法)、学校保健法</p> <p>健康増進計画 健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施費(※)) 厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針</p>	<p>データヘルス計画(保健事業実施計画) 国民健康保険法・健康保険法・高確法 第82条、第150条、第125条 厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 「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の一部改正」</p>	<p>特定健康診査等実施計画 高齢者の医療の確保に関する法律 第19条 厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針</p>	<p>医療費適正化計画 高齢者の医療の確保に関する法律 第9条 厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 医療費適正化に関する施策について基本指針</p>	<p>医療計画(地域医療構想含む) 医療法 第30条 厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する基本指針</p>	<p>介護保険事業(支援)計画 介護保険法 第116条、第117条、第118条 厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針</p>
<p>法律</p>	<p>法定 令和6~17年(12年) 2024年~2035年</p>	<p>法定 令和6~11年(6年) 2024年~2029年</p>	<p>法定 令和6~11年(6年) 2024年~2029年</p>	<p>法定 令和6~11年(6年) 2024年~2029年</p>	<p>法定 令和6~8年(3年) 2024年~2026年</p>
<p>基本的な指針</p>	<p>都道府県: 義務、市町村: 努力義務</p>	<p>医療保険者</p>	<p>医療保険者: 義務</p>	<p>都道府県: 義務</p>	<p>市町村: 義務、都道府県: 義務</p>
<p>計画策定者</p>	<p>全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開とより実効性を持つ取組の推進を通じて、国民の健康の増進の総合的な推進を図る。</p>	<p>被保険者の健康の保持増進を目的に、健康・医療情報を活用し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実施計画を策定し、保健事業の実施及び評価を行う。</p>	<p>加入者の年齢構成、地域的条件等の実情を考慮し、特定健康診査の効率的かつ効果的に実施するための計画を作成。</p>	<p>持続可能な運営を確保するため、保険者・医療関係者等の協力を得ながら、住民の健康保持・医療の効率的な提供の推進に向けた取組を進める。</p>	<p>地域の実情に応じた介護給付等サービス提供体制の確保及び地域支援事業の計画的な実施を図る。 ・高齢者機能強化 ・高齢者の自立支援・重症化防止</p>
<p>基本的な考え方</p>	<p>ライフステージ(乳幼児期)~(高齢期) ライフコースアプローチ(胎児期から高齢期まで継続的)</p>	<p>被保険者全員 特に高齢者が最も多くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期時代の生活習慣病の改善、小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮</p>	<p>40~74歳</p>	<p>すべて</p>	<p>1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳(※) (※)※初老期の認知症、早老症、骨折・骨粗鬆症、パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患</p>
<p>対象年齢</p>	<p>メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満</p>	<p>メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満</p>	<p>メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満</p>	<p>5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の血管疾患 脳卒中</p>	<p>虚血性心疾患、心不全 脳血管疾患</p>
<p>対象疾病</p>	<p>糖尿病 糖尿病合併症(糖尿病性腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患</p>	<p>糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患</p>	<p>糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患</p>	<p>がん 精神疾患</p>	<p>認知症 フレイル 口腔機能、低栄養</p>
<p>評価</p>	<p>51.目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に関する目標 1 生活習慣の改善 2 予防・重症化予防 3 生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1 社会とのつながり、心の健康の維持・向上 2 自然に健康になれる環境作り 3 誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性</p>	<p>①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム: アウटकーム評価、アウトプット評価(中心参考例) 全都道府県で設定が望ましい指標例 アウटकーム: メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8%以上の割合 アウटकーム: 特定健診実施率</p>	<p>【入院医療費】 ・医療計画(地域医療構想)に基づく病床機能の分化・連携の推進の成果を反映 【外来医療費】 ①特定健診・保健指導の推進 ②糖尿病の重症化予防 ③後発医薬品の使用促進 ④医薬品の適正使用</p>	<p>①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制(地域の事情に応じて設定) ③事業 ④救急医療 ⑤災害時における医療 ⑥へき地医療 ⑦周産期医療 ⑧小児医療 ⑨新興感染症発生・まん延時</p>	<p>①PDCAサイクルの活用に関する保険者機能強化に向けた体制等(地域介護保険事業) ②自立支援・重症化防止等(在宅医療・介護連携、介護予防、日常生活支援関連) ③介護保険運営の安定化</p>
<p>補助金等</p>	<p>保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金</p>	<p>保健者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて 保険者との連携</p>	<p>地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金</p>		

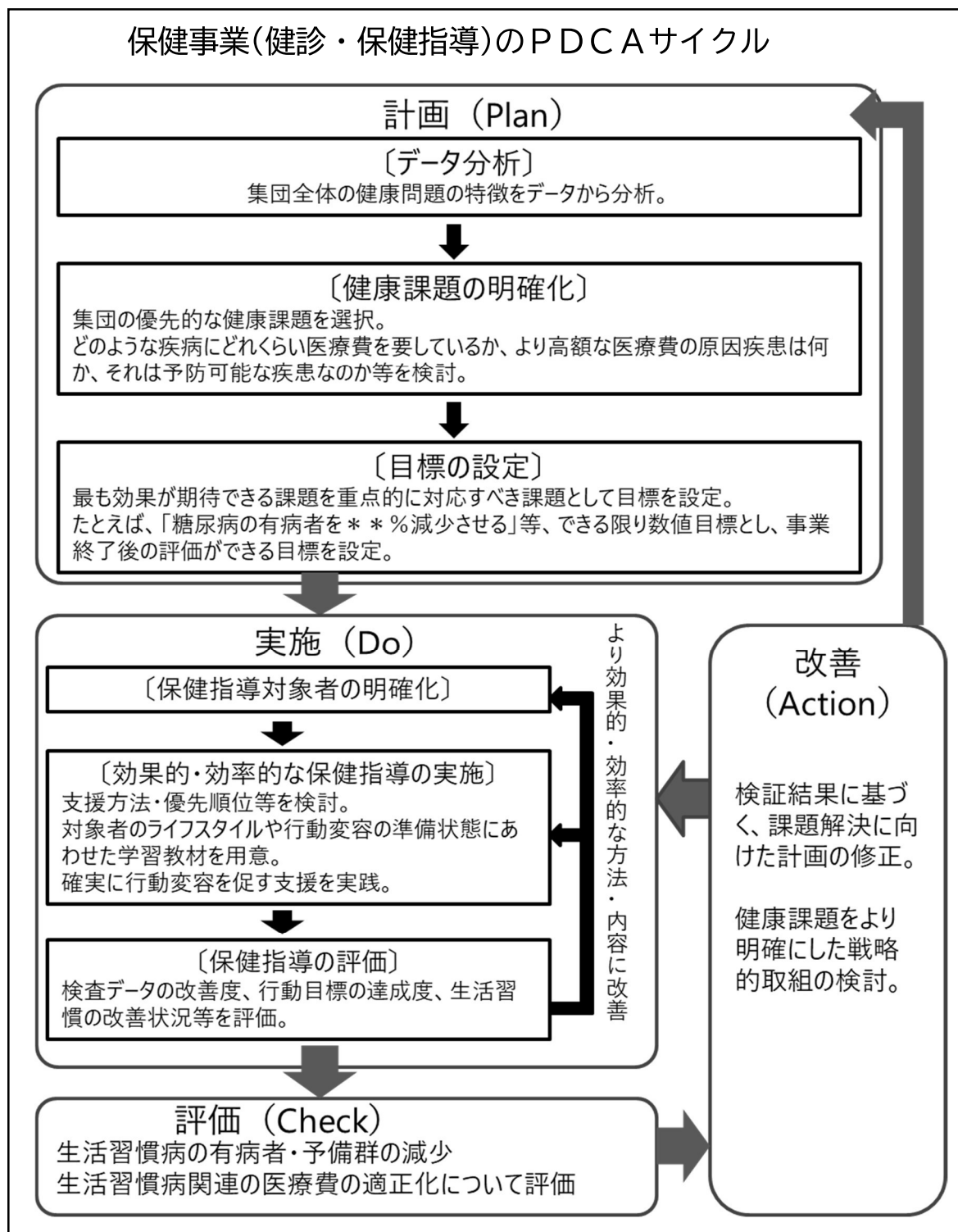
保健師活動を考える自主的研究会研修資料(R5.3.18:19)

【図表 2】



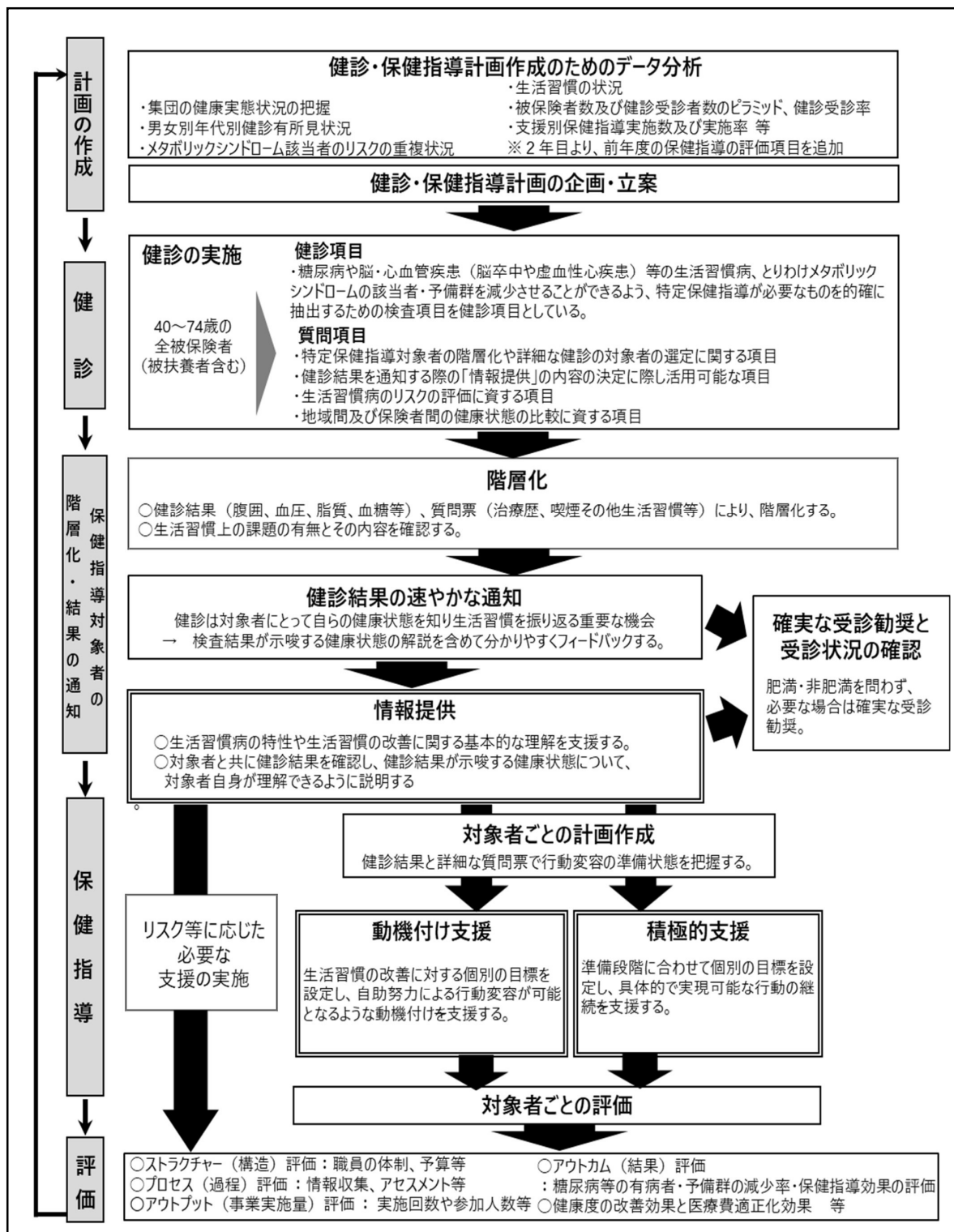
標準的な健診・保健指導プログラム（令和 6 年度版）

注) プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としています。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながります。



標準的な健診・保健指導プログラム（令和 6 年度版）

注）生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的に、優先すべき健康課題を明確化しながら PDCA（計画（Plan）、実施（Do）、評価（Check）、改善（Action））サイクルを意識した保健事業を展開していくことが必要です。



標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

注）生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(イメージ)を具体的な実践の流れでまとめたものです。

○標準的な健診・保健指導プログラムにおける基本的な考え方(一部改変)

【図表5】

標準的な健診・保健指導プログラム(H30年度版)における基本的な考え方 (一部改変)			高齢者の医療を確保する法律
老人保健法			現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	<p>最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)</p> <p>→</p> <p>行動変容を促す手法</p>	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につなげる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、実施する。
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村		医療保険者

保健師活動を考える自主的研究会鹿児島学習会資料(R5.9.2)

注)内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考えを整理。
(R6年度版のプログラムからは削除されたが、基本的な考え方であるため参考までに掲示)

3. 計画期間

○ 令和6年度(2024年度)から令和11年度(2029年度)まで

鹿児島県における医療費適正化計画や医療計画等が、令和6年度から11年度までを次期計画期間としているので、これらとの整合性を図るため同期間を計画期間としています。

また、令和8年度(2026年度)に中間評価、令和11年度(2029年度)に最終評価を実施することとします。

なお、今後の国の法改正や指針の見直し、社会情勢等の変化、計画目標の達成状況を考慮し、必要に合わせて計画の見直し等を行うものとします。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

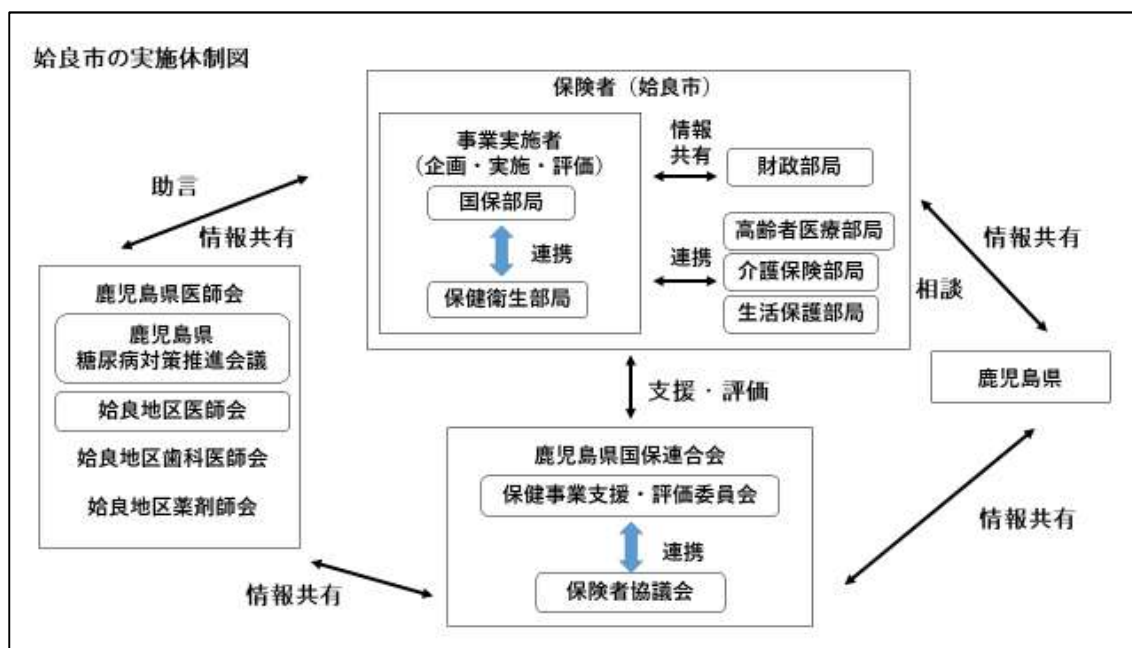
1) 市国保の役割

本市においては、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が保健衛生部局（住民の健康の保持増進に関係する部局）と連携・協力し、保険者の健康課題を分析し、計画の策定等を進めます。計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させていきます。

具体的には、高齢者医療部局、保健衛生部局、介護保険部局、財政部局、生活保護部局とも十分連携していきます。さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務をマニュアル化する等していきます。（図表 6）

■ 始良市の実施体制図

【図表 6】



計画の実施に当たり、保健衛生部局や高齢者医療部局、介護保険部局等と連携しながら保健事業を実施します。また、始良地区の医師会や歯科医師会、薬剤師会等と情報共有し助言とご協力をいただきます。

鹿児島県や保健所、国民健康保険団体連合会（保健事業支援・評価委員会含む）等から支援を得て、効果的な保健指導の実施に努めます。

2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要となります。

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である鹿児島県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源と連携、協力を行います。

本市の特徴として、退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、本市と被用者保険の保険者との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有する等、保険者間で連携して本市の保健事業を展開することに努めます。

3) 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的・積極的に取り組むことが重要です。

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度（取組評価分）として平成30年度から本格的に実施しています。（図表7）

国は令和2年度からは、保険者における予防・健康づくり事業の取組を後押ししている保険者努力支援制度(事業費分)で、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しています。また県は、交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等を積極的かつ効果的に活用していきます。

■ 保険者努力支援制度（評価指標：市町村分）

【図表7】

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点		
		始良市	配点	始良市	配点	始良市	配点	
交付額（万円）		3,386		3,164		3,121		
全国順位（1,741市町村中）		214		337		411		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	30	70	65	70	65	70
		(2)特定保健指導実施率	55	70	0	70	0	70
		(3)メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	50	15	50	15	50
	②	(1)がん検診受診率等	5	40	0	40	0	40
		(2)歯科健診受診率等	30	30	30	30	35	35
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	90	90	35	45	45	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供	20	20	15	15	20	20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組	110	130	110	130	80	130
(2)後発医薬品の使用割合								
固有の指標	①	保険料（税）収納率	15	100	35	100	35	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	30	30	20	40	20	40
	⑤	第三者求償の取組	35	40	45	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	69	95	69	100	80	100
合計点		694	1,000	659	960	635	940	

始良市保険年金課（保険者努力支援制度報告まとめ）

第2章

第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 始良市の特性

【図表8】

	人口 (人)	高齢化率 (%) (65歳以上)	被保険者数 (人) (加入率%)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	産業構成率(%)		
								第1次産業	第2次産業	第3次産業
始良市	76,708	31.6	15,352(20.0)	56.0	7.7	12.5	0.5	3.2	19.8	77.1
同規模	67,878	30.4	13,889(20.5)	54.7	6.5	11.8	0.7	5.6	28.6	65.8
県	154万3,466	32.8	35万6,708(23.1)	54.8	7.5	13.9	0.4	9.5	19.4	71.1
国	1億2,321万4,261	28.7	2,748万8,882(22.3)	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

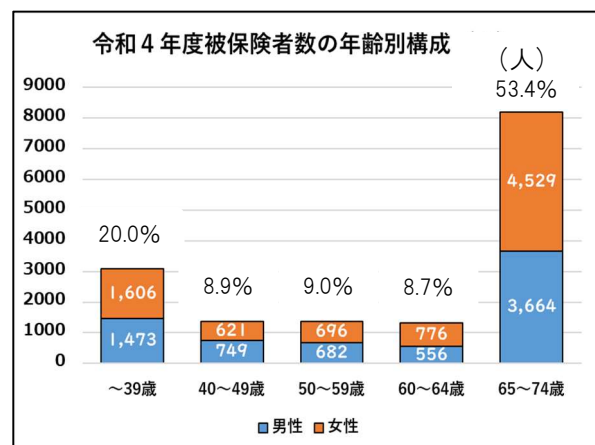
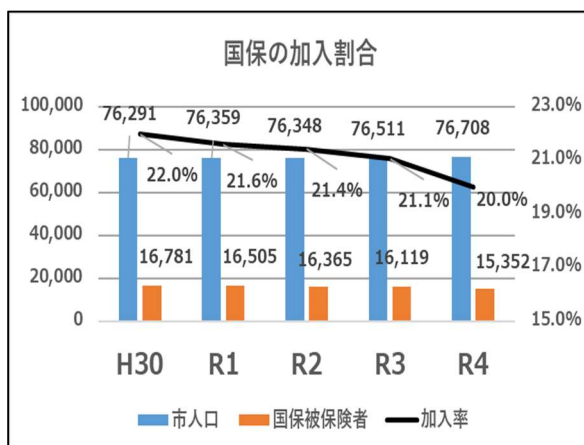
国保データベース（以下 KDB）システム：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（R4）

■ 国保の加入割合

【図表9】

■ 被保険者数の年齢別構成

【図表10】



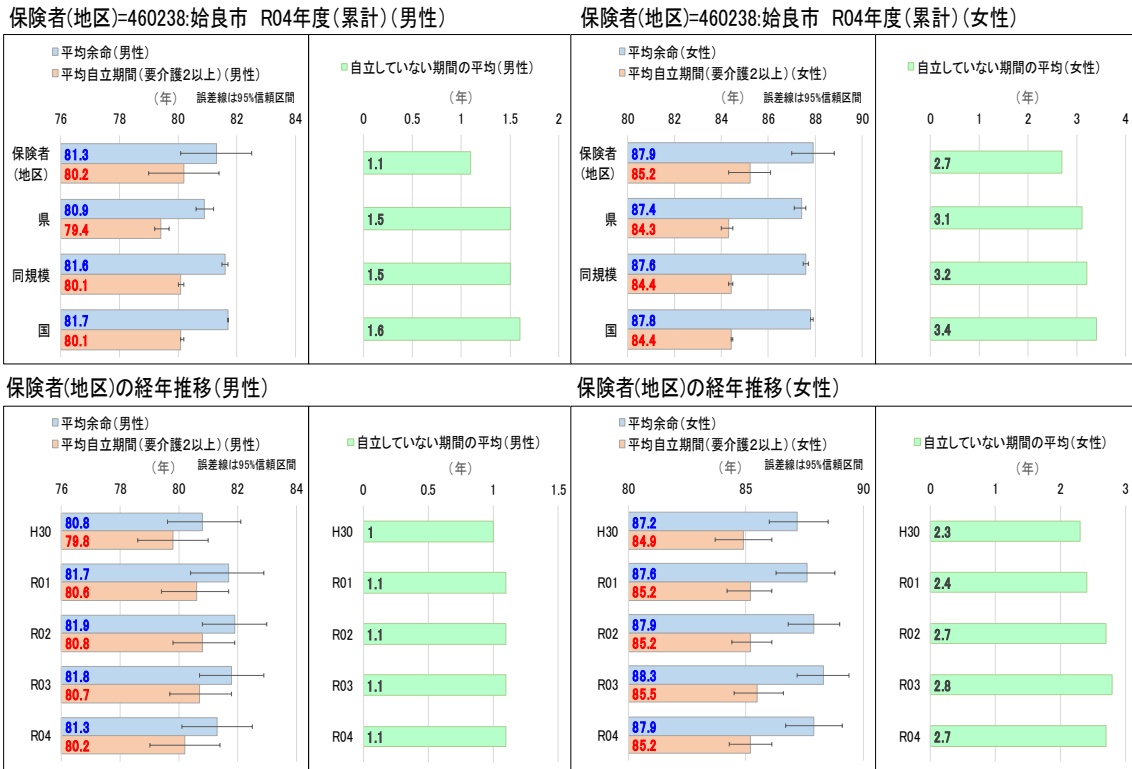
市人口:始良市の統計(各年10月1日現在の推計) 国保被保険者:KDBシステム「地域の全体像の把握」

本市の人口は増加しており、出生率は国・県に比べて高く、第3次産業に従事する人の割合が高くなっています。(図表8・9)

国保の被保険者は減少傾向にあり、令和4年度をみると65~74歳が半数以上(53.4%)を占めています。(図表9・10)

■平均余命と平均自立期間

【図表 11】



KDB システム：地域の全体像の把握

平均余命をみると令和4年度の男性は81.3歳、女性は87.9歳です。

男性は県に比べて長いですが、国・同規模自治体に比べて短く、要介護2以上の平均自立期間は国・県・同規模自治体に比べて長くなっています。

女性は国・県・同規模自治体に比べて平均余命・平均自立期間とも長くなっています。

経年推移は、男女ともに平成30年に比べて令和4年は平均余命・平均自立期間のいずれも長くなっています。

自立していない期間（不健康期間）の平均は、男女ともに国・県・同規模自治体より短いです。（図表 11）

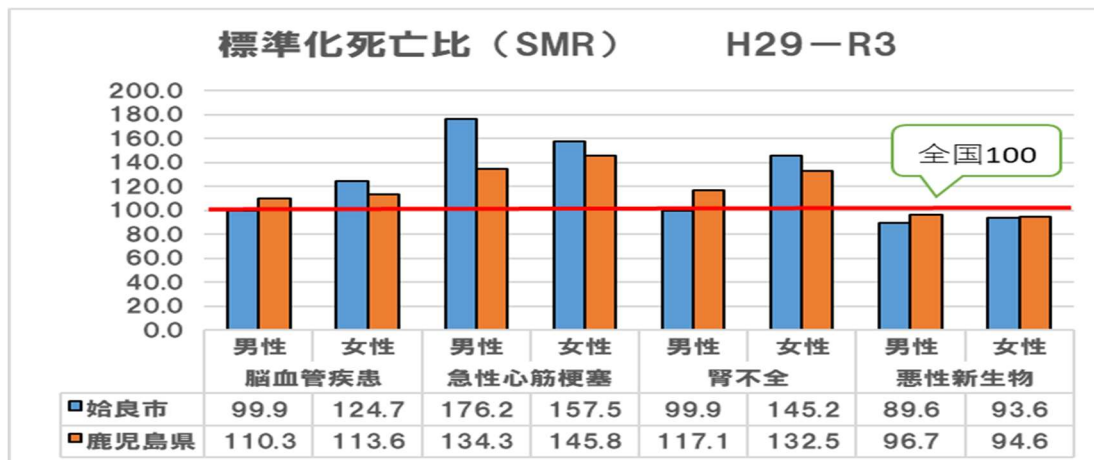
■令和4年疾病別死因割合

【図表 12】

	始良市		鹿児島県		全国	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
悪性新生物	252	47.7	5,358	47.1	378,272	50.6
心臓病	141	26.7	3,295	29	205,485	27.5
脳疾患	83	15.7	1,726	15.2	102,900	13.8
糖尿病	16	3	244	2.1	13,896	1.9
腎不全	23	4.4	471	4.1	26,946	3.6
自殺	13	2.5	270	2.4	20,171	2.7
合計	528		11,364		747,670	

KDB システム：地域の全体像の把握

令和4年の疾病別死因割合では、脳疾患・糖尿病・腎不全が国・県を上回っています。



鹿児島県健康増進課統計

※SMR とは、人口構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標です。全国平均を 100 とし、100 を超えれば死亡率が高く、小さければ低いと判断されます。

平成 29 年から令和 3 年の SMR において、男女ともに急性心筋梗塞が高く、女性では脳血管疾患と腎不全も高い状況です。（図表 13）

2. 第 2 期計画に係る評価及び考察

1) 第 2 期計画に係る評価

第 2 期計画において、目標の設定を 2 つに分類しています。

1 つ目は中長期的な目標として、計画最終年度までに達成を目指す目標を設定し、具体的には、社会保障費（介護給付費・医療費）の変化及び脳血管疾患、心疾患、糖尿病合併症を設定しました。

2 つ目は短期的な目標として、年度ごとに中長期的な目標を達成するために必要な疾患として、メタボリックシンドローム、高血圧、脂質異常症、糖尿病を設定しました。（図表 2 参照）

(1) 中長期的な目標の達成状況

①介護給付費の状況

■介護保険認定者(率)の状況

【図表 14】

	始良市				同規模	県	国
	H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
高齢化率	21,858	29.1%	23,946	31.6%	30.4%	32.8%	28.7%
2号認定者	71	0.29%	53	0.22%	0.4%	0.4%	0.4%
新規認定者	19		10				
1号認定者	3,835	17.5%	3,915	16.3%	18.1%	20.1%	19.4%
新規認定者	484		556				
再掲							
65~74歳	339	3.2%	371	3.2%			
新規認定者	83		93				
75歳以上	3,496	30.9%	3,544	29.1%			
新規認定者	401		463				
再掲							
要支援1、2	1,130	29.5%	1,163	29.7%			
要介護1、2	1,339	34.9%	1,299	33.2%			
要介護3以上	1,366	35.6%	1,453	37.1%			

KDB システム：地域の全体像の把握、健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
ヘルスラボ：データヘルス計画作成・評価支援ツール

本市の令和4年度の高齢化率は31.6%で、平成30年度に比べて上がっています。介護保険の1号認定者数と新規認定者数は、増えています。また、介護度別で見ると、要支援1、2と要介護3以上の数と割合が増えています。

■介護認定者の有病状況（各傷病レセプトを持つ介護認定者の状況）

【図表 15】

傷病名	H30年度（累計）			R04年度（累計）		
	始良市	県	国	始良市	県	国
糖尿病	18.1	22.5	22.4	23.6	23.7	24.3
高血圧症	51.1	58.7	50.8	61.2	59.0	53.3
脂質異常症	25.0	29.9	29.2	32.7	32.8	32.6
心臓病	58.8	67.3	57.8	69.6	66.9	60.3
脳疾患	28.2	33.9	24.3	33.4	31.3	22.6
悪性新生物	9.2	11.4	10.7	12.9	12.3	11.8
筋・骨格	52.4	60.8	50.6	62.9	61.0	53.4
精神	40.3	41.7	35.8	47.2	42.7	36.8
※認知症（再掲）	27.3	29.0	22.9	32.2	30.4	24.0
アルツハイマー病	21.1	23.8	18.3	24.8	23.5	18.1

KDB システム：地域の全体像の把握

介護認定者の有病状況では、高血圧・心臓病・筋骨格系の疾患が多い状況です。また、糖尿病や高血圧症など図表15にあげている疾患全てが平成30年度に比べて令和4年度は増えています。枠で囲った脳疾患と精神疾患については、国に比べて10%以上高い状況です。

②医療費の状況

■医療費の推移

【図表 16】

	始良市		同規模	県	国	
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度	
被保険者数(人)	16,781	15,352	3,472,300	356,708	27,488,882	
65～74歳の割合(%)	50.2	53.4	47.6	48.4	40.5	
総医療費(円)	70億6,070万	73億7,276万				
一人当たり医科医療費(円)	420,756 県内14位 同規模9位	480,248 県内10位 同規模4位	366,294	444,084	339,680	
入院	費用額	199,363	231,304	148,271	213,317	134,478
	費用の割合	47.5	48.2	40.4	48.0	39.6
	件数の割合	3.7	3.7	2.7	3.8	2.5
外来	費用額	221,393	248,944	218,023	230,767	205,202
	費用の割合	52.5	51.8	59.6	52.0	60.4
	件数の割合	96.3	96.3	97.3	96.2	97.5
受療率(人口10万対)	812.529	840.184	735.853	783.358	701.615	

KDB システム：地域の全体像の把握、健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 16 では 65～74 歳の加入割合が増えており、医療費の増大につながっています。総医療費に占める入院の割合が増え、入院・外来ともに一人当たり医科医療費が増えています。

■一人当たり（年齢調整後）地域差指数の推移

【図表 17】

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	始良市(43市町村中)		県(47県中)	始良市(43市町村中)		県(47県中)	
	H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度	
地域差指数・順位	全体	1.187	1.233	1.212	1.222	1.266	1.168
		16位	16位	2位	7位	5位	4位
	入院	1.396	1.484	1.484	1.435	1.479	1.357
		21位	19位	1位	8位	8位	2位
	外来	1.068	1.081	1.048	1.008	1.052	0.991
		14位	13位	7位	9位	7位	19位

地域差分析(厚生労働省)

本市だけで見ると全体の順位は変わりませんが、入院・外来の順位は上がっています。後期高齢者医療は、入院・外来ともに指数が増えており、全体の指数も増えています。国保・後期ともに全国(1.0)に比べて県の指数は高く、本市は県をいずれも上回っている状況です。(図表 17)

※厚生労働省のホームページ上で令和3年度の地域差指数がありますが、市町村別が公表されていないため令和2年度で比較しています。

③中長期目標疾患の医療費の変化

■中長期目標疾患の医療費の変化

【図表 18】

		始良市		同規模	県	国
		H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費(円)		70億6,070万	73億7,276万			
中長期目標疾患 医療費合計(円)		14億5,606万 20.6%	13億8,881万 18.8%	19.2%	18.9%	18.6%
中長期 目標 疾患	脳					
	脳梗塞	2.7%	2.8%	2.1%	2.4%	2.0%
	脳出血					
	心					
	狭心症	1.2%	1.1%	1.4%	1.4%	1.5%
	心筋梗塞					
	慢性腎不全 (透析有)	6.1%	5.0%	4.2%	5.3%	4.3%
	慢性腎不全 (透析無)	0.1%	0.5%	0.3%	0.3%	0.3%
その 他の 疾患	悪性新生物	14.2%	15.1%	17.0%	14.4%	16.7%
	筋・骨疾患	9.4%	10.3%	8.7%	9.5%	8.7%
	精神疾患	9.7%	8.9%	8.0%	9.6%	7.6%

KDB システム：健診・医療・介護データから見る地域の健康課題
ヘルスラボ：データヘルズ帳票「データヘルズ計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合」
注)KDB システムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため慢性腎不全(透析有無)で算出。

総医療費は上がっていますが、中長期目標疾患は下がっています。脳血管疾患の割合が増えています。慢性腎不全（透析有）の割合が減ったのは、後期高齢者医療へ移行されたと思われます。慢性腎不全（透析無）の割合は増えています。（図表 18）

④中長期疾患の治療状況

■中長期目標疾患の治療状況

【図表 19】

年齢区分		全体		40歳以上		再掲				
						40～64歳		65～74歳		
		A	B	B/A	C	C/B	D	D/B		
被保険者数	H30年度	17,398	13,797	79.3%	5,215	37.8%	8,582	62.2%		
	R4年度	16,246	13,049	80.3%	4,313	33.1%	8,736	66.9%		
中長期 目標 の 疾患	脳血管疾患	H30年度	854	4.9%	851	99.6%	163	19.2%	688	80.8%
		R4年度	810	5.0%	807	99.6%	130	16.1%	677	83.9%
	虚血性心疾患	H30年度	894	5.1%	889	99.4%	179	20.1%	710	79.9%
		R4年度	779	4.8%	776	99.6%	124	16.0%	652	84.0%
	人工透析	H30年度	98	0.6%	95	96.9%	43	45.3%	52	54.7%
		R4年度	90	0.6%	88	97.8%	32	36.4%	56	63.6%

KDB システム：厚労省様式 3-1 生活習慣病全体のレセプト分析（各年度 5 月診療分）

40～64 歳の中長期目標の疾患の患者数と割合はともに減っていますが、65～74 歳は割合が増えていることから、早期から予防するために 40 歳からの重症化予防の取組が必要です。（図表 19）

(2) 短期的な目標の達成状況

① 高血圧症治療者の経年変化

■高血圧症治療者の経年変化

【図表 20】

高血圧 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
被保険者数		13,797	13,049	5,215	4,313	8,582	8,736	
高血圧症治療者 (人数)		A	4,415	4,357	977	760	3,438	3,597
		A/被保数	32.0%	33.4%	18.7%	17.6%	40.1%	41.2%
中長期 目標 疾患	脳血管疾患 (人数)	B	685	653	130	97	555	556
		B/A	15.5%	15.0%	13.3%	12.8%	16.1%	15.5%
	虚血性心疾患 (人数)	C	723	634	135	97	588	537
		C/A	16.4%	14.6%	13.8%	12.8%	17.1%	14.9%
	人工透析 (人数)	D	84	81	38	31	46	50
		D/A	1.9%	1.9%	3.9%	4.1%	1.3%	1.4%

KDBシステム：厚生労働省様式 3-3 高血圧症のレセプト分析(各年度5月診療分)

40歳以上の高血圧症治療者が増えており、その中でも65～74歳になると4割以上が治療者となっています。(図表 20)

② 糖尿病治療者の経年変化

■糖尿病治療者の経年変化

【図表 21】

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
被保険者数		13,797	13,049	5,215	4,313	8,582	8,736	
糖尿病治療者 (人数)		A	2,254	2,224	553	436	1,701	1,788
		A/被保数	16.3%	17.0%	10.6%	10.1%	19.8%	20.5%
中長期 目標 疾患	脳血管疾患 (人数)	B	320	323	52	56	268	267
		B/A	14.2%	14.5%	9.4%	12.8%	15.8%	14.9%
	虚血性心疾患 (人数)	C	415	385	78	70	337	315
		C/A	18.4%	17.3%	14.1%	16.1%	19.8%	17.6%
	人工透析 (人数)	D	47	46	20	22	27	24
		D/A	2.1%	2.1%	3.6%	5.0%	1.6%	1.3%
糖尿 病 合 併 症	糖尿病性腎症 (人数)	E	249	326	74	70	175	256
		E/A	11.0%	14.7%	13.4%	16.1%	10.3%	14.3%
	糖尿病性網膜症 (人数)	F	238	286	64	59	174	227
		F/A	10.6%	12.9%	11.6%	13.5%	10.2%	12.7%
糖尿病性神経障害 (人数)	G	87	67	27	18	60	49	
G/A	3.9%	3.0%	4.9%	4.1%	3.5%	2.7%		

KDBシステム：厚生労働省様式 3-2 糖尿病のレセプト分析(各年度5月診療分)

糖尿病治療者の割合は増えています。糖尿病からの脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析を併発している割合が、ともに40～64歳で増えています。糖尿病治療者で糖尿病性腎症や糖尿病性網膜症の合併症を併発している人は、40歳以上で増加しています。(図表 21)

③ 脂質異常症治療者の経年変化

■脂質異常症治療者の経年変化

【図表 22】

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
被保険者数		13,797	13,049	5,215	4,313	8,582	8,736	
脂質異常症治療者 (人数)	A	3,661	3,625	873	642	2,788	2,983	
	A/被保数	26.5%	27.8%	16.7%	14.9%	32.5%	34.1%	
中長期 目標 疾患	脳血管疾患 (人数)	B	488	503	96	71	392	432
		B/A	13.3%	13.9%	11.0%	11.1%	14.1%	14.5%
	虚血性心疾患 (人数)	C	654	603	136	91	518	512
		C/A	17.9%	16.6%	15.6%	14.2%	18.6%	17.2%
	人工透析 (人数)	D	47	48	27	19	20	29
		D/A	1.3%	1.3%	3.1%	3.0%	0.7%	1.0%

KDB システム：厚生労働省様式 3-4 脂質異常症のレセプト分析(各年度 5 月診療分)

脂質異常症治療者は脳血管疾患や人工透析の併発が 65～74 歳で増えています。

(図表 22)

図表 20・21・22 から、高血圧症・糖尿病・脂質異常症ともに治療者数は平成 30 年度に比べて令和 4 年度は減っていますが、被保険者に占める割合は増加しており、その中でも 65～74 歳の割合が増えています。

④ 血圧高値・血糖高値者の結果の改善及び医療のかかり方

■血圧高値・血糖高値者の結果の改善及び医療のかかり方

【図表 23】

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善 II 度高血圧以上の推移								医療のかかり方(R3年度)			
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果 未治療(内服なし)		R3年度		問診結果 未治療(内服なし)		レセプト情報(R3.4～R4.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
始良市	6,066	50.0%	5,968	51.5%	198	3.3%	107	54.0%	233	3.9%	124	53.2%	65	27.9%	15	6.4%
県	119,658	44.1%	111,525	43.1%	5,373	4.5%	2,789	51.9%	5,329	4.8%	2,753	51.7%	1,426	26.8%	282	5.3%

	糖尿病											
	結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移								医療のかかり方(R3年度)			
	H30年度		問診結果 未治療(内服なし)		R3年度		問診結果 未治療(内服なし)		レセプト情報(R3.4～R4.3)			
	J	J/実施者	K	K/J	L	L/実施者	M	M/L	N	N/L	O	O/L
始良市	350	5.8%	91	26.0%	355	5.9%	68	19.2%	11	3.1%	7	2.0%
県	6,679	5.6%	1,852	27.7%	6,334	5.7%	1,547	24.4%	310	4.9%	277	4.4%

ヘルスラボツール：評価「高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方」

令和 3 年度の血圧高値者で、未治療・治療中断の割合は県より高いです。

HbA1c7.0 以上の人数・割合が、平成 30 年度に比べて令和 3 年度は増えています。

⑤ 健診結果の経年変化

■メタボリックシンドロームの経年変化

【図表 24】

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	(再掲)		予備群
			3項目	2項目	
H30	6,073 (49.8%)	1,224 (20.2%)	358 (5.9%)	866 (14.3%)	770 (12.7%)
R4	5,347 (48.9%)	1,153 (21.6%)	375 (7.0%)	778 (14.6%)	673 (12.0%)

KDB システム：厚労省様式 5-3 メタボリックシンドローム該当者・予備群

■HbA1c6.5%以上者の前年度からの変化(継続受診者)

【図表 25】

年度	HbA1c測定者	HbA1c6.5%以上				健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化		
H30-R1	H30 6,332	679 (10.7%)	202 (29.7%)	209 (30.8%)	81 (11.9%)	187 (27.5%)
R3-R4	R3 6,203	715 (11.5%)	176 (24.6%)	262 (36.6%)	72 (10.1%)	205 (28.7%)

ヘルスラボ：保健指導実践ツール

■Ⅱ度高血圧(160/100)以上者の前年度からの変化(継続受診者)

【図表 26】

年度	血圧測定者	Ⅱ度高血圧以上				健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化		
H30-R1	H30 6,372	205 (3.2%)	119 (58.0%)	24 (11.7%)	4 (2.0%)	58 (28.3%)
R3-R4	R3 6,273	251 (4.0%)	126 (50.2%)	29 (11.5%)	5 (2.0%)	91 (36.3%)

ヘルスラボ：保健指導実践ツール

■LDL160以上者の前年度からの変化(継続受診者)

【図表 27】

年度	LDL測定者	LDL160以上				健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化		
H30-R1	H30 6,372	721 (11.3%)	354 (49.1%)	161 (22.3%)	37 (5.1%)	169 (23.4%)
R3-R4	R3 6,277	663 (10.6%)	297 (44.8%)	125 (18.9%)	27 (4.0%)	214 (32.3%)

ヘルスラボ：保健指導実践ツール

図表 24 では、メタボリックシンドロームの該当者数は減っていますが、割合が増えており、血糖・血圧・脂質の3項目や2項目該当の割合が増え、重症化しています。

図表 25～27 では、HbA1c6.5%以上とⅡ度高血圧以上の該当者が増えています。HbA1c6.5%以上と LDL160 以上で悪化した人が減っていますが、健診未受診者がいずれも増えており、その中に悪化している人が含まれている可能性があります。

そのため、継続受診の周知が必要です。

⑥ 特定健診・特定保健指導の実施状況の経年変化

■ 特定健診・特定保健指導の実施状況（H30～R4 年度）

【図表 28】

	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	
40～74歳の被保険者数 (人) a	12,126	11,792	11,771	11,580	10,868	
特定健診受診者数 (人) b	6,066	6,374	6,197	5,968	5,342	
特定健診受診率 (%) b/a	50.0%	54.1%	52.6%	51.5%	49.2%	
特定健診の継続受診率 (%) c	81.2%	77.1%	79.8%	78.5%	80.0%	
特定保健指導該当者数 (人) d	612	639	587	553	463	
特定保健指導該当者率 (%) d/b	10.1%	10.0%	9.5%	9.3%	8.7%	
特定保健指導実施者数 (人) e+f	333	298	210	164	209	
(再掲)	積極的支援 (人) e	23	23	23	16	16
	動機付け支援 (人) f	310	275	187	148	193
特定保健指導実施率 (%) e+f/d	54.4%	46.6%	35.8%	29.7%	45.1%	

法定報告値
継続受診率…新医療費分析システム：様式 5-5 健診から保健指導実施へのフローチャート

図表 28 では、特定健診受診率は、令和元年度をピークに年々減少しています。継続受診者は毎年約 8 割ですが、継続受診していない人がいます。

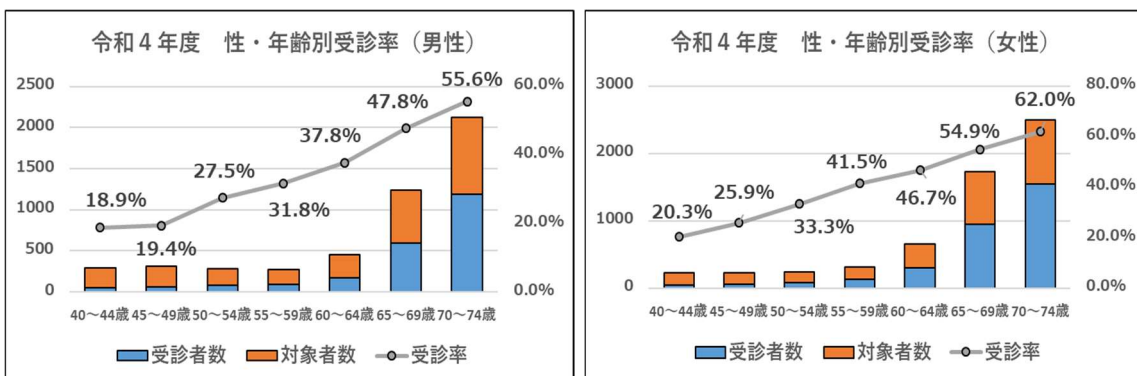
特定健診の受診率を 50%以上にするためには、継続受診者を大切にしつつ、新規の受診者を増やしていくことが必要です。

特定保健指導は、感染症の流行等で減少傾向でしたが、令和 4 年度からは医療機関の協力により利用の選択肢が増え、実施率が上昇しています。しかしながら、目標 60%には達していない状況です。

市民に特定健診を受診する重要性と生活習慣病の重症化予防の必要性を周知していく必要があります。

■ 特定健診受診率（性・年齢別）

【図表 29】



法定報告値

特定健診の受診率が 40 代は約 2 割、50 代は約 3 割であり、年齢が若いほど受診率が低い状況から、若年層への受診勧奨等の対策が必要です。また生活習慣病の重症化予防の観点から、継続受診の重要性を周知していく必要があります。(図表 29)

(2) 第2期計画目標の達成状況一覧

第2期計画では、「課題を解決するための目標」を掲げ、下記のとおり保健事業を実施しました。

【評価項目】

- A：目標に達した
- B：目標に達していないが、改善傾向
- C：変化なし
- D：悪化した
- E：評価困難

■ データヘルス計画の目標管理一覧

【図表 30】

課題を解決するための目標	初期値		中間評価値				最終評価値		評価	現状値の把握方法
	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4			
特定健診受診率60%以上	49.9%	50.1%	50.0%	54.1%	52.6%	51.5%	49.2%	D	法定報告	
特定保健指導実施率60%以上	51.7%	45.2%	54.4%	46.6%	35.8%	29.7%	45.1%	B		
特定保健指導対象者の減少率25%	21.3%	21.3%	23.6%	23.5%	19.6%	23.9%	21.0%	C		
入院医療費の割合を現状値5%減の43.0%とする	45.3%	46.2%	47.4%	46.9%	48.8%	48.5%	48.2%	D	KDBシステム (地域の全体像の把握)	
必要な医療助奨を行い、入院外医療費の割合を現状値5%増の57.0%とする	54.7%	53.8%	52.6%	53.1%	51.2%	51.5%	51.8%	D		
脳血管疾患の総医療費に占める割合10%減少	2.7%	4.9%	5.0%	5.4%	6.2%	6.3%	5.2%	D		
虚血性心疾患の総医療費に占める割合10%減少	1.9%	2.3%	2.3%	2.7%	2.7%	2.2%	2.0%	C	KDBシステム (厚労省様式3-7人工透析のレセプト分析)	
糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少10%	7.0%	18.2%	21.4%	14.9%	12.6%	14.4%	12.2%	D		
健診受診者の高血圧の割合減少10%(160/100以上)	2.9%	2.6%	3.2%	3.3%	3.8%	4.0%	3.3%	D		
健診受診者の脂質異常者の割合減少10%(LDL180以上)	3.2%	3.1%	3.6%	3.3%	3.6%	3.3%	2.6%	B	ヘルスラボ (KDB 2次加工・6年データ突合ツール)	
健診受診者の糖尿病有病者の割合減少10%(HbA1c6.5以上)	9.6%	9.5%	10.7%	10.8%	11.5%	11.5%	11.6%	D		
メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	15.0%	14.5%	15.6%	16.7%	14.9%	12.3%	15.7%	B	法定報告	
糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合80%	70.5%	66.7%	92.0%	87.3%	73.1%	69.7%	82.6%	A	KDBシステム 健康管理システム 訪問指導対象者リスト	
糖尿病の保健指導を実施した割合80%以上(未治療HbA1c7.0以上)	62.3%	81.3%	80.0%	97.2%	27.8%	54.8%	94.2%	A		
がん検診受診率 胃がん検診 30%以上	5.9%	5.6%	5.2%	5.0%	4.7%	4.8%	4.2%	D	健康増進課 がん検診結果集計報告書	
肺がん検診 30%以上	10.1%	9.6%	9.2%	9.0%	8.6%	8.6%	8.0%	D		
大腸がん検診 30%以上	11.8%	11.0%	11.1%	10.8%	10.2%	10.1%	9.4%	D		
子宮頸がん検診 30%以上	14.7%	12.9%	13.7%	13.4%	10.7%	11.8%	11.5%	D		
乳がん検診 30%以上	17.2%	14.9%	15.9%	15.8%	13.1%	14.3%	14.0%	D	健康ポイントの取組みを行う実施者の数を増やす	
健康ポイントの取組みを行う実施者の数を増やす	159人	203人	267人	338人	197人	250人	287人	A		
後発医薬品の使用割合80%以上	74.5%	72.8%	76.9%	78.1%	82.2%	83.5%	83.7%	A	厚生労働省公表結果 (各年度9月診療分)	
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施					検討会 開催	検討会 開催	検討会 開催・ 試行	A		

【達成状況】

評価区分	評価基準	結果	評価区分割合
A	目標に達した	5	22.7%
B	目標に達していないが、改善傾向	3	13.6%
C	変化なし	2	9.1%
D	悪化した	12	54.6%
E	評価困難	0	0%
合計		22	100%

2) 主な個別事業の評価と課題

(1)重症化予防の取組み

①糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者への保健指導としてHbA1cが6.5%以上の人には、「再検査のお知らせ」を健診結果と一緒に郵送しています。H30年度以降、HbA1c 7.0%以上の治療なしの人は訪問による受診勧奨を実施し、また8.0%以上の治療中の人には、服薬確認と栄養指導を実施しています。その結果、HbA1c8.0%以上の未治療者は、減少傾向にあります。

肥満があるとインスリン抵抗性^{*1}を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方については医療と連携して市においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていくことが必要です。

※1 インスリン抵抗性：血中インスリン濃度に見合ったインスリン作用が得られない状態

■糖尿病性腎症重症化予防対象者

【図表 31】

		H30	R1	R2	R3	R4
HbA1c測定者	人 (a)	6,332	6,667	6,458	6,203	5,572
血糖値有所見者 *1	人 (b)	679	722	743	715	645
	(b/a)	10.7%	10.8%	11.5%	11.5%	11.6%
再掲) HbA1c7.0%以上	人 (c)	369	342	366	371	320
	(c/a)	5.8%	5.1%	5.7%	6.0%	5.7%
保健指導実施者 *2	人 (d)	138	122	72	57	95
	(d/c)	37.4%	35.7%	19.7%	15.4%	29.7%
糖尿病性腎症重症化予防 プログラム	参加者(人)	9	8	11	25	11
	HbA1c減少者	5	6	4	13	4
	効果率	55.6%	75.0%	36.4%	52.0%	36.4%

*1 HbA1c 6.5%以上の者

ヘルスラボ：6年データ突合ツール

*2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

始良市健康管理システム・糖尿病性腎症重症化予防プログラム報告書

血糖値の有所見率は年々増えています。健診結果が本市に届き次第、至急訪問を実施していますが、不在もあり、面談実施は3割程にとどまっています。(図表 31)

■治療が必要な者の適切な受診

★暫定値 【図表 32】

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 *1	人 (a)	707	752	752	747	692
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 *3	人 (b)	239	250	222	222	187
	(b/a)	33.8%	33.2%	29.5%	29.7%	27.0%
受診した者	人 (c)	226	225	204	198	★ 159
	(c/b)	94.6%	90.0%	91.9%	89.2%	★ 85.0%
治療開始した者	人 (d)	56	51	43	47	★ 17
	(d/b)	23.4%	20.4%	19.4%	21.2%	★ 9.1%

*3 HbA1c 6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

保険年金課管理台帳

血糖値有所見者にはその後の受診の有無を確認するようしており、その結果で要指導（食事・運動）の指示があった人には保健指導を実施しています。血糖値有所見者の未治療者・治療中断者の数・率ともに減っています。(図表 32)

■HbA1c8.0%以上の状況(アウトカム評価)

【図表 33】

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人 (a)	6,630	6,909	6,597	6,450	5,962
HbA1c8.0%以上	人 (b)	109	101	102	90	84
	(b/a)	1.6%	1.5%	1.5%	1.4%	1.4%
保健指導実施	人 (c)	40	42	30	29	69
	(c/b)	36.7%	41.6%	29.4%	32.2%	82.1%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人 (d)	34	29	18	18	17
	(d/a)	0.5%	0.4%	0.3%	0.3%	0.3%
内服治療開始		15	15	10	9	★ 3
未治療者		6	2	4	5	★ 2
次年度健診未受診		13	12	4	4	★ 12

新医療費分析システム：健診受診者一覧・健診受診者【経年一覧】

★次年度の健診結果で確認しており未確定のため暫定値

健診結果でHbA1c8.0%以上の人は、減りつつあります。令和3年度まで市保健師が訪問をしており、HbA1c8.0%以上の治療中の人(コントロール不良者)には令和4年度から管理栄養士が食事指導を含めた支援を2回ずつ実施しています。(図表 33)

②脳血管疾患及び虚血性心疾患の重症化予防

脳血管疾患、虚血性心疾患において最も重要な危険因子は高血圧です。

重症化予防のための臓器障害を早期に発見する目的としての心電図検査は、国の実施基準と医師の判断に基づき実施しています。心電図実施率は平成30年度に8.6%、その後年々増加し、令和4年度は24.3%となっています。

有所見者のうちST所見をみると、要精査・要医療と判定を受けた者のうち、令和4年度は全数が医療機関を受診し、治療や精密検査につながっています。

有所見者には今後も必要に応じて医療機関の受診勧奨や個別のリスク(高血圧、肥満等)に応じた保健指導を継続して行っていく必要があります。

■高血圧症重症化予防対象者

【図表 34】

		H30	R1	R2	R3	R4
血圧測定者	人 (a)	6,372	6,747	6,533	6,273	5,625
高血圧Ⅱ度以上者 *1	人 (b)	205	223	247	251	187
	(b/a)	3.2%	3.3%	3.8%	4.0%	3.3%
再掲) 高血圧Ⅱ度以上の未治療者	人 (c)	29	29	55	33	27
	(c/a)	0.5%	0.4%	0.8%	0.5%	0.5%
保健指導実施者 *2	人 (d)	28	23	44	28	21
	(d/c)	96.6%	79.3%	80.0%	84.8%	77.8%

*1 収縮期血圧 160 以上かつ/または拡張期血圧 100 以上の者

ヘルスラボ：6年データ突合ツール

*2 保健指導は訪問・電話等による保健指導実施者を計上

始良市健康管理システム・高血圧管理台帳

高血圧Ⅱ度以上者は年度でばらつきがあり、その中で未治療者に対して保健指導を実施しており、令和4年度は77.8%の実施率です。

■特定健診心電図検査の結果 有所見者（要医療・要精査）の状況 【図表 35】

		H30			R1			R2			R3			R4		
		総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
健診受診者(人)	a	6,598	2,849	3,749	6,831	2,933	3,898	6,519	2,782	3,737	6,318	2,684	3,634	5,814	2,456	3,358
心電図受診者(人)	b	568	240	328	729	306	423	1,089	519	570	1,442	646	796	1,415	647	768
心電図実施率	b/a	8.6%	8.4%	8.7%	10.7%	10.4%	10.9%	16.7%	18.7%	15.3%	22.8%	24.1%	21.9%	24.3%	26.3%	22.9%
要医療者(人)	c	123	59	64	233	117	116	374	198	176	469	243	226	470	252	218
要精査者(人)	d	63	41	22	47	22	25	32	17	15	11	6	5	9	4	5
有所見率 (c+d)/b		32.7%	41.7%	26.2%	38.4%	45.4%	33.3%	37.3%	41.4%	33.5%	33.3%	38.5%	29.0%	33.9%	39.6%	29.0%
心房細動(人)	e	10	6	4	21	17	4	27	23	4	25	22	3	16	12	4
心房細動有所見率 e/b		1.8%	2.5%	1.2%	2.9%	5.6%	0.9%	2.5%	4.4%	0.7%	1.7%	3.4%	0.4%	1.1%	1.9%	0.5%
うち、心房細動未治療(人)	f	7	5	2	3	1	2	10	8	2	6	6	0	2	2	0

始良市健康管理システム

心電図検査の実施は年々増えています。有所見率は、女性より男性が多いです。

(図表 35)

■心電図受診者のうちST異常所見者の状況 【図表 36】

		H30		R1		R2		R3		R4	
心電図受診者(人)	b	568		729		1,089		1,442		1,415	
ST異常所見	g・g/b	15	2.6%	38	5.2%	54	5.0%	63	4.4%	47	3.3%
要医療・要精査	h・h/b	2	0.4%	9	1.2%	7	0.6%	1	0.1%	2	0.1%
医療機関受診あり	i・i/h	1	50.0%	7	77.8%	6	85.7%	1	100.0%	2	100.0%
医療機関受診なし	j・j/h	1	50.0%	2	22.2%	1	14.3%	0	0.0%	0	0.0%
それ以外の判定	k・k/g	13	86.7%	29	76.3%	47	87.0%	62	98.4%	45	95.7%

始良市健康管理システム

■心房細動有所見者のうち、未治療者の状況 【図表 37】

		H30		R1		R2		R3		R4	
心房細動有所見者	e	10		21		27		25		16	
心房細動未治療者	f・f/e	7	70.0%	3	14.3%	10	37.0%	6	24.0%	2	12.5%
検査後、異常なしと診断	l・l/f	2	28.6%	1	33.3%	8	80.0%	1	16.7%	0	0.0%
治療開始	m・m/f	4	57.1%	2	66.7%	2	20.0%	4	66.7%	2	100.0%
未受診	n・n/f	1	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	16.7%	0	0.0%
(再掲) 心房細動+ST異常者		0		0		0		0		1	

始良市健康管理システム

ST異常や心房細動の有所見者は、年度によりばらつきがあります。(図表36・37)
有所見者がしっかり医療機関の受診につながるよう支援していくことが必要です。

③慢性腎臓病（CKD）の重症化予防

本市は特定健診の検査項目で血清クレアチニン（eGFR）検査を必須にしており、尿検査の結果と合わせて、腎機能の低下が疑われる人へ『始良・伊佐地区CKD予防ネットワーク』を利用した受診勧奨を平成29年度から実施しています。

■腎機能検査の結果 有所見者（要再検査）の状況

【図表 38】

		H30		R1		R2		R3		R4	
健診受診者(人)	a	6,660		6,972		6,650		6,506		6,000	
尿蛋白+以上	b・b/a	545	8.2%	550	7.9%	436	6.6%	413	6.3%	407	6.8%
eGFR異常所見 (60ml/分/1.73m ² 未満)	c・c/a	1,367	20.5%	1,364	19.6%	1,325	19.9%	1,160	17.8%	1,135	18.9%
再掲 30ml/分/1.73m ² 未満	d・d/a	78	1.2%	45	0.6%	56	0.8%	49	0.8%	51	0.9%
CKD紹介状発行者	e・e/a	265	4.0%	778	11.2%	685	10.3%	717	11.0%	710	11.8%
返信数・再検査受診率	f・f/e	159	60.0%	422	54.2%	389	56.8%	479	66.8%	443	62.4%

始良市健康管理システム・管理台帳

健診受診者の1割程にCKDの紹介状を発行しており、約6割が再検査を受けています。健診受診者が減っているのと同じように、尿蛋白やeGFRの異常所見者数、紹介状発行数も減っています。(図表38)

■令和4年度人工透析新規患者の状況

【図表 39】

番号	性別	年度 末 年齢	レセプト情報（新規発症）									レセプト情報				特定健診 受診年度				
			脳血管 疾患	虚血 性心 疾患	人工 透析	新規発症			基礎疾患・合併症			高血 圧	脂質 異常 症	糖尿 病	腎症	H30	R1	R2	R3	R4
						脳出血・脳梗塞 診断 年月	診断 名	医療 機関 名	狭心症・心筋梗塞 診断 年月	診断 名	医療 機関 名									
1	男	48			●							●	●			○	○		○	
2	男	75			●							●					○			
3	男	69			●							●	●	●	●		○	○	○	○
4	男	59			●							●	●	●	●				○	
5	男	65			●							●	●	●	●					
6	男	70			●							●	●	●						
7	男	69			●							●	●	●	●			○	○	
8	男	69			●							●	●	●						
9	男	66			●							●	●	●	●					
10	女	73			●							●	●					○	○	○
11	女	54			●							●	●					○		
12	男	44			●							●	●	●						
13	男	66			●							●	●	●	●					
14	女	67			●							●	●			○	○		○	○
15	男	72			●							●	●	●	●		○	○	○	
16	男	72			●							●	●	●	●					

新医療費分析システム：新規患者一覧

令和4年度の人工透析新規患者16名全員が高血圧の治療を受けており、半数が糖尿病性腎症を合併していました。(図表39)

(2)ポピュレーションアプローチ

標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)によると、「保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、個人の生活習慣を改善するための支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業等の社会的要因や経済的要因に規定されることも大きい。」とされています。

始良市においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの市民が、自分の住む地域の実態を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援しています。

主な取組内容

- ・ 『国保だより』で医療費の状況や健診の勧めを広報
- ・ 各種がん検診の際に、県発行の『イエローカード（生活習慣病予防のチラシ）』を受診者に配布
- ・ 広報誌やホームページで『適塩（よかあんばい）』等の健康情報の配信
- ・ 特定健診の結果通知の際の情報提供 等

広く市民へ周知を行っています。

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

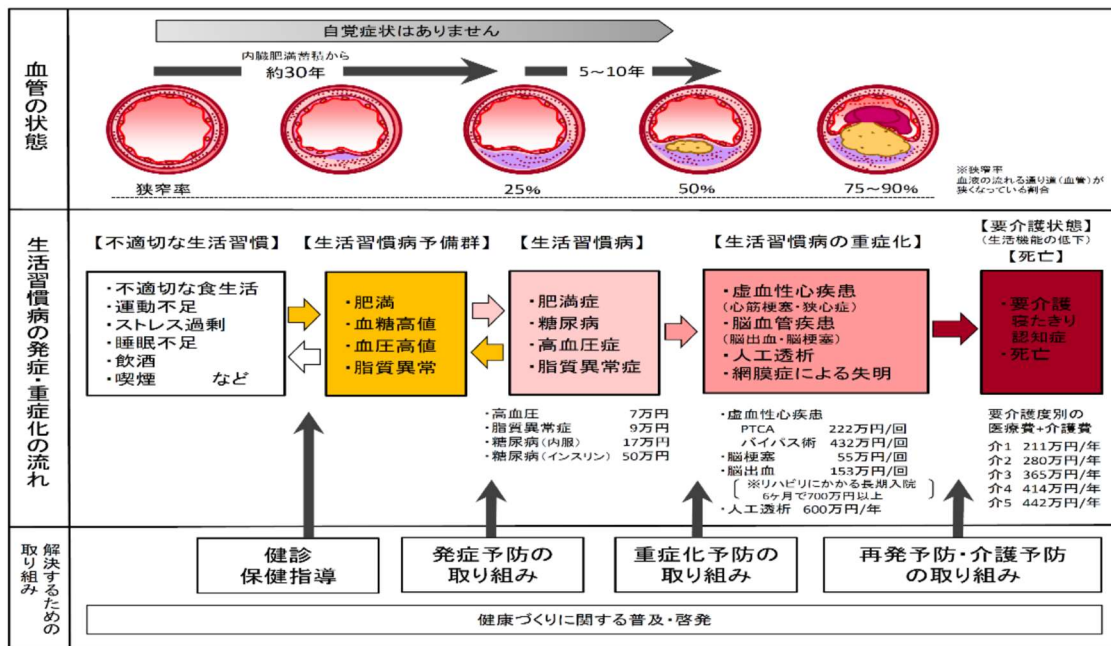
- 各種保健事業については、事業計画策定（Plan）、指導の実施（Do）、効果の測定（Check）、次年度に向けた（Action）を1サイクルとして実施し、年度ごとの事業の評価と令和2年度に中間評価（令和元年度のデータにて評価を実施）、令和5年度に最終評価を実施しました。
- 国保被保険者は減少傾向で、被保険者の半数は65歳以上が占めており、一人当たり医療費の増大につながっています。（図表9・10・16）
- 不健康期間(自立していない期間)が女性は男性の2倍以上あり、引き続きフレイル予防の取組が必要です。（図表11）
- 市全体のSMRは男女ともに急性心筋梗塞が高く、女性は脳血管疾患や腎不全も高い状況です。それらを早期発見や重症化予防するために、特定健診の継続受診の啓発や医療連携の取組が必要です。（図表13）
- 糖尿病性腎症重症化予防事業では、平成30年度以降、HbA1c7.0%以上の未治療者への訪問や電話による受診勧奨が、血糖値有所見者の未治療者や治療中断者の減少、HbA1c8.0%以上の人の減少につながったと思われます。引き続き訪問を実施していきます。また、プログラム参加者を増やすために、内容の検討や周知方法の改良が必要です。（図表31・32・33）
- 生活習慣病重症化予防は、心電図有所見者やCKD該当者への受診勧奨をした結果、有所見者の減少につながっているため、継続実施していく必要があります。（図表35・36・37・38）
- 医療費の変化をみると悪性新生物の割合が増えていることから、早期発見のために引き続きがん検診の受診率向上を図っていく必要があります。（図表18・30）
- 後発（ジェネリック）医薬品推進では、使用割合が令和2年度以降80%を超えており、本人の自己負担軽減のためにも、医師や薬剤師の協力を得ながら使用促進を継続していく必要があります。（図表30）
- 地域包括ケア・一体的実施事業は、令和5年度から保健衛生部局、介護保険部局と連携し、事業を開始しました。（図表30）

3. 第3期計画における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要です。

■生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

我が国の医療保険者制度においては、75歳に到達し後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動することになります。

保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えている状況です。また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、保険者等における健康課題の分析結果等を共有する等、綿密な連携に努めることが重要です。

第2期計画の評価を踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。

(1) 医療費分析

高額医療費の視点でみる

1. 被保険者数及びレセプトの推移

【図表 40-1】

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度
被保険者数		16,781	16,505	16,365	16,119	15,285	12,697
総件数及び 総費用額	件数	A 166,622	163,407	155,990	160,612	160,092	210,745
	費用額	B 70億6,070万	71億3,996万	70億9,639万	73億9,294万	73億7,276万	140億2,537万
一人当たり医療費 (B/被保険者数)		34,333	35,585	35,953	37,718	38,865	93,251

被保険者数は年々減少していますが、一人当たり医療費は年々増加しています。

2. 高額レセプト (80 万円以上/件) の推移

【図表 40-2】

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	C 685	693	354	359	716	1,875	
	件数	D 1,371	1,387	650	643	1,535	3,863	
		D/A 0.8%	0.8%	0.4%	0.4%	1.0%	1.8%	
	費用額	E 17億7,878万	18億5,537万	9億3,138万	8億4,649万	20億7,291万	46億9,145万	
		E/B 25.2%	26.0%	13.1%	11.4%	28.1%	33.4%	
① 脳 血 管 疾 患	人数	F 43	50	33	27	50	185	
		F/C 6.3%	7.2%	9.3%	7.5%	7.0%	9.9%	
	件数	G 93	96	65	54	100	385	
		G/D 6.8%	6.9%	10.0%	8.4%	6.5%	10.0%	
	年 代 別	40歳未満	0 0.0%	3 3.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
		40代	1 1.1%	0 0.0%	1 1.5%	1 1.9%	3 3.0%	0 0.0%
		50代	0 0.0%	9 9.4%	7 10.8%	2 3.7%	2 2.0%	0 0.0%
		60代	49 52.7%	34 35.4%	24 36.9%	14 25.9%	52 52.0%	0 0.0%
		70-74歳	43 46.2%	50 52.1%	33 50.8%	37 68.5%	43 43.0%	7 1.8%
	費用額	H 1億1,410万	1億2,157万	8,727万	7,086万	1億2,581万	4億7,112万	
		H/E 6.4%	6.6%	9.4%	8.4%	6.1%	10.0%	
	② 虚 血 性 心 疾 患	人数	I 24	34	18	8	27	39
			I/C 3.5%	4.9%	5.1%	2.2%	3.8%	2.1%
件数		J 26	35	20	8	30	44	
		J/D 1.9%	2.5%	3.1%	1.2%	2.0%	1.1%	
年 代 別		40歳未満	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
		40代	0 0.0%	1 2.9%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.3%	0 0.0%
		50代	3 11.5%	3 8.6%	0 0.0%	1 12.5%	3 10.0%	0 0.0%
		60代	14 53.8%	19 54.3%	14 70.0%	3 37.5%	16 53.3%	0 0.0%
		70-74歳	9 34.6%	12 34.3%	6 30.0%	4 50.0%	10 33.3%	2 4.5%
費用額		K 3,989万	6,508万	3,818万	1,484万	4,289万	8,731万	
		K/E 2.2%	3.5%	4.1%	1.8%	2.1%	1.9%	
③ が ん		人数	L 213	197	114	103	208	298
	L/C 31.1%		28.4%	32.2%	28.7%	29.1%	15.9%	
	件数	M 386	400	191	169	424	577	
		M/D 28.2%	28.8%	29.4%	26.3%	27.6%	14.9%	
	年 代 別	40歳未満	6 1.6%	4 1.0%	7 3.7%	2 1.2%	5 1.2%	0 0.0%
		40代	19 4.9%	5 1.3%	6 3.1%	2 1.2%	11 2.6%	0 0.0%
		50代	31 8.0%	19 4.8%	20 10.5%	11 6.5%	38 9.0%	0 0.0%
		60代	156 40.4%	157 39.3%	89 46.6%	71 42.0%	151 35.6%	2 0.3%
		70-74歳	174 45.1%	215 53.8%	69 36.1%	83 49.1%	219 51.7%	11 1.9%
	費用額	N 5億1,327万	5億3,092万	2億8,270万	2億1,856万	5億8,761万	7億4,468万	
		N/E 28.9%	28.6%	30.4%	25.8%	28.3%	15.9%	

KDB システム：地域の全体像の把握
ヘルスラボ：データヘルス計画作成・評価ツール

1 件 80 万円以上の高額レセプトは、令和 2・3 年度は感染症の流行による受診控えの影響か人数・件数は減っています。疾患毎の割合は、脳血管疾患が人数・件数・費用額・割合ともに平成 30 年度に比べて令和 4 年度は上回っています。(図表 40-2)

3. データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

【図表 41】

市町村名	総医療費	一人当たり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・ 骨疾患		
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
① 国保	始良市	73億7,276万	38,865	4.98%	0.52%	2.80%	1.08%	4.92%	2.70%	1.84%	13億8,881万	18.84%	15.06%	8.92%	10.32%
	同規模	1兆2,718億8,255万	29,595	4.16%	0.29%	2.08%	1.42%	5.79%	3.28%	2.15%	2,437億6,714万	19.17%	17.03%	8.04%	8.72%
	県	1,584億855万	36,117	5.30%	0.33%	2.38%	1.44%	4.99%	2.87%	1.59%	299億3,284万	18.90%	14.42%	9.59%	9.49%
	国	9兆3,374億1,147万	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	1兆7,370億6,670万	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
② 後期	始良市	140億2,537万	93,251	3.36%	0.72%	5.40%	1.10%	3.07%	2.04%	1.23%	23億7,356万	16.92%	10.52%	4.42%	16.29%
	同規模	2兆2,712億8,426万	68,448	4.63%	0.47%	3.89%	1.57%	4.23%	3.13%	1.40%	4,387億5,240万	19.32%	11.19%	3.74%	12.09%
	県	2,753億4,590万	85,212	3.49%	0.48%	4.79%	1.38%	3.50%	2.59%	0.98%	474億503万	17.22%	9.31%	4.33%	14.86%
	国	16兆1,697億4,707万	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	3兆919億3,948万	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

KDB システム：R4 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題
ヘルスラボ：データヘルス計画作成・評価支援ツール(R4)

最大医療資源疾病(調剤含む)による分類結果

◆「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

令和4年度の一人当たり医療費は、国・県・同規模自治体に比べて高く、慢性腎不全(透析無)や脳梗塞・脳出血、筋・骨疾患が総医療費の中で占める割合が高い状況です。(図表 41)

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

① 全体像

【図表 42】

	人口	高齢化率	医療費 地域差指数 (全国平均を1としたとき)		介護保険認定率 (75歳以上)	介護保険の割合 (要介護3・4・5)
			国保	後期	割合	割合
始良市	75,873	31.6%	1.233	1.266	29.0%	35.8%
県	1,543,466	32.8%	1.212	1.168	34.0%	37.4%
国	1億2,321万4,261	28.7%	1.000	1.000	32.3%	34.4%

厚生労働省：地域差分析(R2)、介護保険事業状況報告(R4.1月)
ヘルスラボ：データヘルス帳票 様式 5-1(R4)

本市の高齢化率は県より低いですが、国より高いです。医療費の地域差指数は国保・後期ともに国・県より高いです。介護保険で75歳以上の認定率は、国・県に比べて低いですが、要介護3以上の認定割合は国より高いです。(図表 42)

② 健診結果

【図表 43】

	メタボリック シンドローム (※)(R4)	糖尿病 (R2)			高血圧 (R2)		尿蛋白 (R2)	
		(再掲)			収縮期血圧 (140以上)	拡張期血圧 (90以上)	(再掲)	
		HbA1c 5.6以上	HbA1c 6.5以上	HbA1c 8.0以上			+以上	2+以上
始良市	21.6%	26.4%	6.1%	0.8%	10.1%	3.9%	6.6%	2.0%
国保 (※※)	21.8%	48.7%	9.0%	1.6%	20.5%	12.9%	4.4%	1.3%
国 (※※)	20.3%	47.2%	7.3%	1.5%	18.9%	14.0%	3.5%	0.9%

※※NDB データとは、国保・後期高齢者含む
全ての健康保険加入者の健診データ

KDB システム：R4 地域の全体像の把握(※)
特定健診等データ管理システム：帳票 FKAC171(R2)
厚生労働省 NDB オフンデータ(県・国)(※※)

本市国保の令和4年度のメタボリックシンドローム該当者の割合は国より高いです。令和2年度の尿蛋白+以上、2+以上の割合は県・国に比べて高い状況です。(図表 43)

③ 肥満・基礎疾患の受診状況 【図表 44】

年代	特定健診受診率			基礎疾患の医療機関受診率											
				健診			肥満(BMI25以上)			高血圧			糖尿病		
	40-64	65-74	75~	40-64	65-74	75~	40-64	65-74	75~	40-64	65-74	75~	40-64	65-74	75~
始良市	26.9%	52.2%	43.0%	31.4%	27.1%	26.1%	74.5%	81.3%	87.3%	44.2%	43.2%	40.5%	29.0%	32.3%	34.3%
県	26.8%	45.8%	24.0%	30.9%	28.4%	25.1%	74.0%	82.5%	86.5%	40.9%	43.3%	40.4%	26.1%	33.2%	34.3%

ヘルスラボツール：E表(R4)

40～64歳の肥満や高血圧、糖尿病、糖尿病+高血圧の人の割合は県より高いです。

④ 中長期疾患の医療機関の受診状況 【図表 45】

年代	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75~	40-64	65-74	75~	40-64	65-74	75~	40-64	65-74	75~
始良市	4.2%	10.9%	26.4%	3.5%	10.5%	20.7%	6.7%	17.7%	8.7%	7.4%	13.9%	21.0%
県	4.7%	13.4%	29.3%	4.0%	11.3%	21.9%	7.0%	18.5%	38.7%	5.9%	12.6%	20.2%

ヘルスラボツール：E表(R4)

医療レセプトの情報から、腎不全で医療機関にかかる割合が県より高いです。

⑤ 中長期疾患のうち介護認定を受けている割合 【図表 46】

年代	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75~	40-64	65-74	75~	40-64	65-74	75~	40-64	65-74	75~
始良市	11.9%	13.3%	46.4%	1.4%	4.4%	33.3%	3.7%	5.4%	60.6%	3.0%	4.1%	35.8%
県	11.1%	13.2%	48.5%	2.6%	5.8%	38.7%	3.5%	6.9%	43.9%	3.0%	7.1%	41.5%

ヘルスラボツール：E表(R4)

介護認定を受けている人の中で、40～74歳(国保)は脳血管疾患が、75歳以上(後期)は心不全の割合が県より高いです。

⑥ フレイルに関する医療・介護の状況 【図表 47】

疾患	医療レセプト								介護レセプト			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による疾患				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知症		骨折		認知症		骨折		認知症	
年代	65-74	75~	65-74	75~	65-74	75~	65-74	75~	65-74	75~	65-74	75~
始良市	62.4%	83.5%	60.7%	82.2%	4.0%	15.6%	1.4%	15.3%	10.6%	56.3%	53.6%	81.9%
県	66.0%	85.0%	71.7%	83.7%	4.7%	16.8%	1.7%	17.2%	11.5%	58.5%	57.7%	83.2%

ヘルスラボツール：E表(R4)

フレイルに関する医療・介護の状況は県より低い割合ですが、参考資料(P55)医療費分析で生活習慣病に関する筋・骨格と精神の割合が国に比べて高い状況なので、フレイル予防の取組みは今後も必要です。

(3) 健康課題のまとめ

データ分析結果や第2期データヘルス計画の取組状況を整理し、「健康寿命の延伸・QOLの向上」と「医療費の適正化」に向けて、以下の健康課題を抽出し、課題の解決に向けて保健事業に取り組みます。

■健康課題

1. 一人当たり医療費が国・県より高く、入院の割合が増えた。(図表 16)
2. 総医療費に占める脳血管疾患や筋・骨疾患の割合が、国・県・同規模自治体より高い。(図表 18)
3. 40歳以上で虚血性心疾患・人工透析の患者割合が増え、前期高齢者で高血圧症・糖尿病・脂質異常症の治療者が増えた。(図表 19・20・21・22)
4. 65～74歳の高血圧治療者は被保険者の4割以上と多い。(図表 20)
5. 特定健診の受診率が低い。特に40・50代。(図表 29)
6. 特定健診の結果でHbA1c6.5%以上や高血圧Ⅱ度以上の有所見者が増えた。
(図表 25・26)
7. メタボリックシンドローム該当者の割合が増え、血糖・血圧・脂質異常など2項目以上重なっている人の割合が増えた。有所見者のうち次年度健診未受診者が多い。(3割以上を占める)(図表 24・25・26・27)
8. 特定保健指導の実施率が低い。(図表 30)
9. 令和4年度の人工透析新規患者は、全員が高血圧の治療を受けている。(図表 39)
10. 要介護者の有病状況は、高血圧・心臓病・筋骨格系の疾患が多い。(図表 15)



■上記の健康課題の中でも本市では、特定健診結果で 血糖・血圧・脂質異常者が増え ており、医療情報で特に 脳血管疾患や人工透析の患者が多い ことから次の課題を優先課題とします。

1. メタボリックシンドローム該当者と血糖・血圧・脂質の異常者が多い。
2. 特定保健指導の実施率が低い。
3. 有所見者のうち次年度健診未受診者が多い。
4. 要介護者の有病状況は、高血圧・心臓病・筋骨格系の疾患が多い。

2) 目標の設定

(1) 成果目標

①データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標を達成するための方策

保険者は、健診・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ことが求められており、計画から見直し、改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できます。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にします。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 48)を設定し、結果を公表します。

②中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合を、最終年度には減少させることを目指します。

しかし、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も老化してくることを考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることで最低限維持することを目標とします。

また、軽症時に通院せず、重症化して入院する傾向があることから、重症化予防、医療費適正化へつなげるには、適切な時期での受診を促し、入院に係る医療費を抑えることを目標とします。

③短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなるメタボリックシンドローム、高血圧、脂質異常症、糖尿病等を減らしていくことを短期的な目標とします。

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減らすことを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。

また糖尿病とメタボリックシンドロームについては薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携し、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に栄養指導等の保健指導を行っていきます。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向

上を目指します。

次に個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要で、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

3) 評価指標の設定

■ データヘルス計画の目標管理一覧

【図表 48】

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	定義 (データの抽出先)	実績			データの 把握方法	
				初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R10)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	◆一人当たり医療費（入院及び外来）の維持	レセプト総点数×10/国保被保険者数	480,248		KDBシステム (健診・医療・介護データから見る地域の健康課題)	
			◆脳血管疾患の一人当たり医療費の維持	脳出血・脳梗塞の医療費/国保被保険者数	13,432			
			◆虚血性心疾患の一人当たり医療費の維持	狭心症・心筋梗塞の医療費/国保被保険者数	5,183			
			◆腎不全の一人当たり医療費の維持	慢性腎不全（透析有・無）の医療費/国保被保険者数	26,400			
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合30%	新規患者一覧表	50.0%			新医療費分析システム
			◆被保険者10万人あたり新規人工透析導入者数の減少	新規患者一覧表	104人			
			短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率25%	法定報告値		27.1%
	◆健診受診者の高血圧の割合(160/100以上)2%	保健指導実践評価ツール			3.3%		ヘルスラボ(KDB2次加工)ツール	
	◆健診受診者の脂質異常者の割合(LDL180以上)1%				2.6%			
	◆健診受診者の血糖異常者の割合(HbA1c6.5以上)10%				11.6%			
	◆健診受診者のHbA1c7.0%(NGSP値)以上の者の割合3%				5.7%			
	★健診受診者のHbA1c8.0%(NGSP値)以上の者の割合1%				1.5%			
	◆糖尿病性腎症重症化予防事業対象者のうち、未受診者や治療中断者の割合(人数)の減少	特定健診受診者のうち、糖尿病治療なしでHbA1c6.5%以上かつ腎症2・3・4期			0.3% (19人)		新医療費分析システム (健診受診者一覧)	
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	法定報告値	49.2%		法定報告 (特定健診等データ管理システム)	
★特定保健指導実施率60%以上			45.1%					

★全国共通の評価指標 ◆鹿児島県が設定する指標

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第四期特定健診等実施計画について

保険者は、高確法第19条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。

なお、第一期及び第二期は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことを踏まえ、第三期以降は本計画も6年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

【図表 49】

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	50%	53%	56%	60%	60%	60%以上
特定保健指導実施率	50%	55%	60%	60%以上	60%以上	60%以上

3. 対象者の見込み

【図表 50】

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	10,800人	10,600人	10,400人	10,200人	10,100人	10,000人
	受診者数	5,400人	5,618人	5,824人	6,120人	6,060人	6,150人
特定保健指導	対象者数	580人	570人	530人	520人	510人	500人
	受診者数	290人	303人	320人	320人	312人	305人

4. 特定健診の実施

(1) 実施方法

健診については、始良地区医師会に委託し、特定健診実施協力医療機関で実施します。また、必要に応じて、脱漏健診を実施します。情報提供については、県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側のとりまとめ機関である国保連合会が行います。

- ①個別健診(協力医療機関)
- ②集団健診(公民館他)

(2) 特定健診委託基準

高確法第28条、並びに特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(以下「実施基準」という。)第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められています。

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、受診券発送時に個人通知でお知らせします。

(4) 特定健診実施項目（図表 51）

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿潜血・貧血検査）を実施します。また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定に変えられます。（実施基準第 1 条 4 項）

■第 4 期(2024 年度以降)における変更点

特定健康診査 の見直し	(1) 基本的な健診の項目 血中脂質検査における中性脂肪において、やむを得ず空腹時以外で中性脂肪を測定する場合は、食直後を除き随時中性脂肪による血中脂質検査を可とした。
	(2) 標準的な質問票 喫煙や飲酒に係る質問項目については、より正確にリスクを把握できるように詳細な選択肢へ修正した。 特定保健指導の受診歴を確認する質問項目に修正した。

■ 始良市特定健診検査項目

【図表 51】

健診項目		始良市	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	腹囲	○	○
	BMI	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST (GOT)	○	○
	ALT (GPT)	○	○
	γ-GT (γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1c	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	○	□
	血色素量(ヘモグロビン値)	○	□
	赤血球数	○	□
その他	心電図	□	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン (eGFR)	○	□
	尿酸		

○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、●…いずれの項目の実施で可

(5) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を実施します。

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行います。

(7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、鹿児島県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動について、スケジュールを策定します。(図表 52)

【図表 52】

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 ↓ 健診対象者の抽出、受診券の印刷 ↓ 受診券の送付(随時対応) 前年度未受診者への受診勧奨	特定保健指導の契約 ↓ 健診データ抽出(前年度分)
5月			
6月		特定健診(個別健診)の開始	
7月		健診データ受取 → 特定保健指導の抽出 健診結果送付 → 対象者へ案内 費用決済 ↓ 特定保健指導の開始 未利用者へ参加勧奨	対象外処理 データの修正
8月			
9月		未受診勧奨(はがき)	受診・実施率実績の算出 健診等データ確認
10月	契約に関わる 予算手続き		支払い基金への報告
11月			法定報告確定
12月			
1月		集団健診実施	
2月			
3月	契約準備	↓ (特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	当該年度のふりかえり 翌年度実施方法の検討

(9) 特定健康診査の事業概要

背景	<ul style="list-style-type: none"> ●平成20年度より、脳血管疾患、心臓病、腎不全等の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付けられました。 ●始良市でも、特定健康診査実施計画をもとに進められており、様々な取組みを行ってきました。しかし、受診率は49.2%（令和4年度）と国の指標（60%）を下回っており、さらに受診率向上を図る必要があります。 	
目的	<ul style="list-style-type: none"> ●メタボリックシンドローム及びそれに伴う各種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、広報、健診受診勧奨の取組みを行うことで、特定健康診査の受診率向上を目的とします。 	
具体的内容	<p>【共通事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●対象：40歳～74歳の被保険者 ●健診項目：資料44参照 追加の検査項目：尿検査（潜血）、貧血検査、血清クレアチニン（eGFR） ●受診券：5月末に対象者へ郵送 <p>【実施手段】</p> <p>①個別健診 ●実施時期：6～10月末 ●実施体制：医療機関 ●費用：自己負担無料</p> <p>②集団健診 ●実施時期：1～2月に5回 ●実施体制：委託（日本健康倶楽部） ●費用：自己負担無料</p> <p>③人間ドックの費用助成 ●実施時期：4/1～翌3/31 ●実施方法：事前に対象者が実施医療機関に予約し、市窓口へ届け出る。受診当日に実施医療機関から受診証明をもらい、健診結果とともに市窓口へ提出（申請）する。 ●助成額：受診費用の半額（上限2万5,000円）</p> <p>④健診データ収集（みなし健診） ●実施時期：通年 ●実施方法：A 窓口に受診結果提出（職場健診・通院分） B 医療機関からの情報提供票提出（国保連合会経由） C 商工会との契約で健診結果データを授受</p> <p>⑤35歳プレ健診（若年者健診） ●対象：35歳の被保険者 ●実施時期：11月に2回 ●実施体制：委託（日本健康倶楽部） ●費用：自己負担無料</p> <p>【受診勧奨手段】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■被保険者全体・・・市報・チラシ・ラジオ・校区コミュニティ等 ■個別受診勧奨・・・新40歳、41～74歳までの前年度未受診者へ電話・訪問・はがき等 	
評価	評価指標	備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
	アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率 ・受診勧奨、再勧奨者のうち受診者数・率 <p>・第4期特定健康診査等実施計画（令和6年度）において、国が定める市町村国保の特定健診受診率目標値は60%以上（全国70%以上）となっています。</p>
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・年齢階級別受診率（40代、50代など） ・みなし健診受診者数（情報提供票提出数）
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨数・率（郵送数、架電率、通知率など）
	ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診対象者への通知の適切さ ・未受診者への通知の適切さ
	<ul style="list-style-type: none"> ・人員、予算 ・事業体制 ・委託医療機関数、集団健診実施数 	

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、医療機関や専門機関等へ委託して行います。

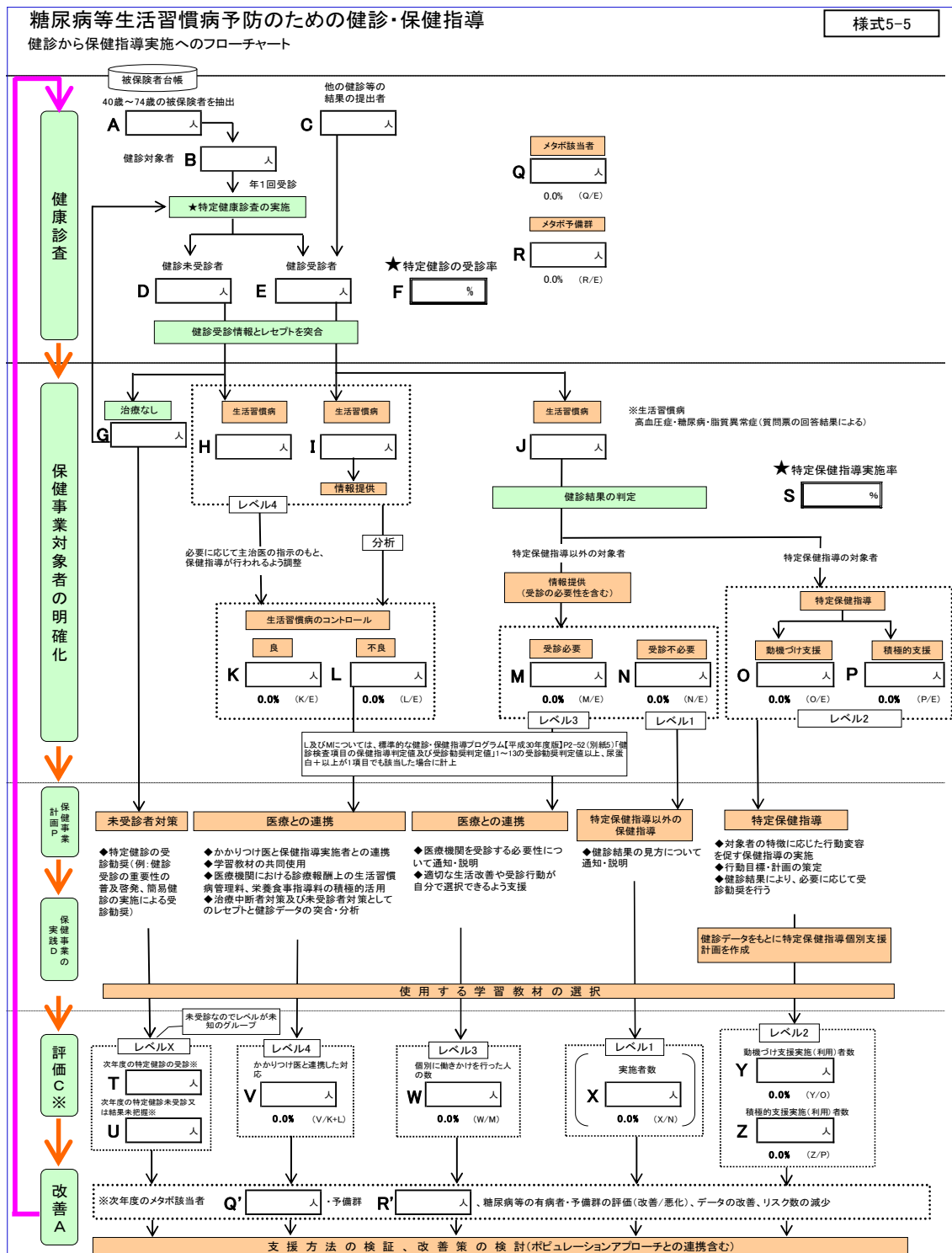
■ 第4期(2024年以降)における変更点

特定保健指導の見直し	(1) 評価体系の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。
	(2) 特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。
	(3) 糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 特定健康診査実施後又は特定保健指導実施後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導対象者として、分母に含めないことを可能とした。
	(4) 糖尿病等の生活習慣病に係る服薬中の者に対する服薬状況の確認及び 特定保健指導対象者からの除外 服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に当たって、確認する医薬品の種類、確認手順を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外であっても対象者本人への事実関係の再確認と同意の取得を行えることとした。
	(5) その他の運用の改善 看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第4期期間においても延長することとした。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(令和6年版)」をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践・評価を行います。(図表 53)

【図表 53】



新医療費分析システム：様式 5-5 健診から保健指導実施へのフローチャート

(2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法 (図表 54)

【図表 54】

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	実施方法	対象者数見込	目標
				(参考：令和4年度実績)	実施率
1	OP	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	561人 (9.2%)	60%以上
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	938人 (15.4%)	HbA1c6.5以上については100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨ターゲットを絞って、訪問や電話による受診勧奨を行う	4,789人 ※受診率目標達成までにあと441人	100%
4	N	情報提供 (生活習慣病治療なしで受診不必要)	◆個人へのわかりやすい情報提供(疾病リスクとの関係で検査値の意味について説明及び生活習慣についてのアドバイス)	1,105人 (18.2%)	100%
5	I	情報提供 (生活習慣病治療中でコントロール良)	◆個人へのわかりやすい情報提供 ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	3,478人 (57.2%)	100%

新医療費分析システム：様式 5-5 健診から保健指導実施へのフローチャート

(3) 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成します。(図表 55)

■ 健診・保健指導年間スケジュール

【図表 55】

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出 ◎診療情報提供の依頼 ◎個別健康診査実施の依頼	◎委託契約	
5月	◎個別健診実施医療機関 へ説明会開催 ◎健診受診券の送付		◎特定健康診査の広報
6月	◎個別健診の開始	◎対象者の抽出 ◎対象者へ保健指導案内	◎代行機関(国保連合会) を通じて費用決済の開始
7月		◎保健指導の開始	
8月		◎利用券番号の取得	◎地区医師会との協議
9月	↓		◎前年度特定健診・ 特定保健指導実績報告終了
10月	◎個別健診の終了		
11月			
12月			
1月	◎集団健診の実施 ↑		
2月	↓		
3月	↓	↓	↓

(4) 特定保健指導の事業概要

背景	<p>・平成 20 年度より、脳血管疾患、心臓病、腎不全等の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付けられました。特定保健指導は、特定健康診査の結果、特定保健指導が必要とされた者（積極的支援および動機付け支援）に対して、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す。</p> <p>・始良市でも特定保健指導を進めていますが、実施率は 45.1%（令和 4 年度）と国の目標（60%）を下回っています。また、メタボリックシンドローム該当者および予備群の割合の明らかな低下も認められていない状況となっています。</p>		
目的	<p>・特定保健指導対象者に対して、特定保健指導（積極的支援および動機付け支援）を行うことで、メタボリックシンドロームの改善を図り、ひいては被保険者全体のメタボリックシンドロームおよび関連する生活習慣病を減少させることを目的とします。</p>		
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 対象：個別健診・集団健診・人間ドック等受診者のうち、「積極的支援、動機付け支援」に該当する者 ● 実施方法：個別面接、電話、遠隔 ● 実施機関：医療機関への委託（動機付け支援のみ）、保健指導実施機関への委託 ● 実施時期：7 月～翌 8 月まで ● 費用：自己負担額 無料 ● 利用勧奨・再勧奨：健診結果で数値が要医療レベルの人には至急訪問し、医療機関受診勧奨と利用勧奨を実施。その他は郵送で利用勧奨するが、返事のない 65～74 歳の人には訪問、40～64 歳の人には電話で再勧奨。 		
評価		評価指標	備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
	アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導対象者の実施率（積極的支援、動機付け支援） ・特定保健指導対象者の終了率（積極的支援、動機付け支援） ・利用者の改善割合（脱保健指導対象者・脱メタボ） ・利用者の腹囲 2 cm 減少、体重 2 kg 減量者割合 	<ul style="list-style-type: none"> ・第 4 期特定健康診査等実施計画（令和 6 年度）において、国が定める市町村国保の特定保健指導実施率の目標値は 60%以上となっています。 ・第 4 期からアウトカム評価（腹囲 2 cm、体重 2 kg 減）が導入されています。
		<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の生活習慣・検査値（特に腹囲、BMI）の改善割合・平均値の変化 ・メタボ該当者・予備群（特定保健指導対象者）割合 	
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・メタボリックシンドローム該当者、予備群の減少率 ・利用勧奨、再勧奨の数、率 	
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・利用勧奨の方法や利用までの手順の適切さ ・特定保健指導の機会、時期、内容等の適切さ ・利用者の実施者の満足度 	
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・予算額、人員、体制 ・特定保健指導実施者の研修 		

※評価指標詳細(数値目標が設定可能なもの)

評価指標	計画策定時	目標値					
		R6	R7	R8(中間)	R9	R10	R11(最終)
メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	(R4) 15.7%	16%	18%	20%	22%	24%	25%

6. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び始良市個人情報保護法施行条例を踏まえた対応を行います。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人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、委託先の契約状況を管理します。

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システム及び健康管理システムで行います。データの保存年限は、原則5年とします。

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度11月1日までに報告します。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高確法第19条第3項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、始良市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 個別保健事業

1. 糖尿病性腎症重症化予防

背景	<p>・糖尿病等から生じる慢性腎臓病（CKD）による人工透析は高額な医療費となり、その予防は医療費適正化の観点から重要です。</p> <p>その観点から、国および鹿児島県は、糖尿病性腎症重症化予防の標準的な手順を作成し、その推進を図っています。</p> <p>・始良市でも平成25年度から、糖尿病性腎症重症化予防の取組を進めています。</p>		
目的	<p>・国および鹿児島県の標準的な手順に従い、糖尿病性腎症の悪化および慢性腎臓病(CKD)に進行する可能性のある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、糖尿病性腎症の重症化を予防することを目的とします。</p>		
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●対象：鹿児島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づく。KDBシステムやレセプトデータから抽出。 ●実施方法：対象者へ郵送で通知。参加希望者は主治医からの指示書を得て、参加を申し込む。 初回面談後、2か月毎に2回電話支援をし、初回から6か月経過後に最終評価面談を実施。 ●実施者：管理栄養士、看護師、歯科衛生士 ●実施機関：保健指導実施機関に委託 ●費用：自己負担額 無料 ●実施スケジュール：4月 対象者抽出 5月 対象者へ郵送で通知し参加募集。参加勧奨（訪問・電話） 6月 初回面談（管理栄養士または看護師、歯科衛生士） 7月 主治医伺い 8月 電話支援（管理栄養士または看護師） 10月 電話支援（管理栄養士または看護師） 12月 最終評価面談（管理栄養士または看護師、歯科衛生士） ●医師会との連携：対象者へ通知する際は医師会と対象者の主治医宛に文書送付（主治医へ指示書作成協力依頼）。支援毎に主治医へ支援内容の報告と指示変更がないか確認。 		
評価		評価指標	備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
	アウトカム	【短期評価】	
		・参加者の血液検査等（HbA1c、他）のデータ変化 ・特定健診受診者のうち、HbA1c7.0%以上の割合 および未治療者の割合 ・HbA1c6.5%以上の未治療者が治療につながった者の割合	
		【中長期評価】	
		・新規人工透析患者数 ・透析関連（腎不全）の医療費（全医療費に占める割合）	
アウトプット	・指導利用者数、率 ・勧奨数、率		
プロセス	・勧奨方法の適切さ（方法、時期、内容など）及び見直し ・保健指導マニュアルに基づく実施及び見直し		
ストラクチャー	・予算、人員配置、事業委託の状況 ・医師会、医療機関、かかりつけ医、委託機関等との連携・会議の回数		

※評価指標詳細(数値目標が設定可能なもの)

評価指標	計画策定時	目標値					
		R6	R7	R8(中間)	R9	R10	R11(最終)
健診受診者のHbA1c7.0%以上の者の割合	(R4) 5.7%	5.0%	4.5%	4.0%	3.6%	3.3%	3.0%
糖尿病性腎症等重症化予防プログラム参加者数とHbA1cの改善率	(R4) 11人 36.4%	25人 50%	25人 50%	25人 50%	25人 50%	25人 50%	25人 50%

2. 生活習慣病重症化予防（医療機関受診勧奨及び保健指導）

背景	<ul style="list-style-type: none"> ● 高血圧、脂質異常症、糖尿病等を放置することで、脳血管疾患や心臓病等の循環器疾患を発症する可能性が高まります。これらは特定健康診査等により早期に発見することができ、必要に応じて医療機関の受診や治療および生活習慣の改善により、重症化を予防することが可能です。 ● 始良市でのレセプト分析の結果、40 歳以上の高血圧・糖尿病・脂質異常症治療者の割合が増加しています。また、脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析にかかる医療費が総医療費に占める割合は、前期高齢者で増加しています。 ● 始良市では、特定健診および若年者健診結果を個人に報告書として返却するとともに、糖尿病性腎症重症化予防事業に加えて、高血圧や脂質異常症の有所見者には受診勧奨と保健指導を行っています。
目的	<ul style="list-style-type: none"> ● 循環器疾患の予防、高血圧や脂質異常症等の生活習慣病の有病率の低下を目指して、特定健康診査等の結果をもとに結果通知、受診勧奨、保健指導により、医療機関の受診が必要な人を受診および治療に結び付けることを目的とします。
具体的内容	<p>【再受診勧奨】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 対象：血圧・血糖・脂質の項目に医師が要受診・要医療と判定し、その項目の服薬治療を受けていない人。 ● 実施者：保健師、看護師、管理栄養士 ● 受診勧奨の方法：書面、電話、訪問 ● 保健指導の内容：かかりつけ医の有無、検査値によっては専門医紹介、生活習慣改善に関する情報提供など ● 再勧奨：書面発出から3か月経過後に返信がない人に対して、電話や訪問で受診を確認。未受診者へ受診勧奨。 ● 実施スケジュール：7月～随時 要再検査の対象者へ『再検査のお勧め』を郵送 10月～随時 『再検査のお勧め』を郵送して3か月経過後に返信がない人を抽出 10～2月 返信が無い人に対して毎月、電話で受診確認・再勧奨・保健指導 <p>【未治療・中断者・コントロール不良者への訪問】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 対象：①特定健診の結果で、HbA1c7.0%以上や高血圧Ⅱ度(160/100)以上の未治療者 ②KDBシステムから抽出した糖尿病や高血圧の治療中断者かつ健診未受診者 ③特定健診の結果で、HbA1c8.0%以上や高血圧Ⅲ度(180/110)以上の治療中の者 ● 実施者：保健師、看護師、管理栄養士 ● 実施方法：訪問 ● 保健指導の内容：治療継続の必要性、専門医紹介、生活習慣改善に関する情報提供など ● 実施スケジュール：5～6月 当該年度の特定健診の受診勧奨を兼ねた訪問（①②） 5～翌1月 特定健診結果でコントロール不良者訪問（③） 9～10月 8月末時点で当該年度の健診未受診者に受診勧奨を兼ねた訪問(①②③) <p>【CKD 受診勧奨】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 対象：特定健診結果で、尿蛋白+以上、eGFR 45ml/分/1.73m²未満の人など（始良・伊佐地区 CKD 予防ネットワーク基準） ● 実施者：保健師、看護師、管理栄養士 ● 受診勧奨の方法：書面、電話、訪問 ● 保健指導の内容：かかりつけ医の有無、検査値によっては腎専門医紹介、生活習慣改善に関する情報提供など ● 再勧奨：書面発出から3か月経過後に返信がない人に対して、電話で受診を確認。未受診者へ受診勧奨。 ● 実施スケジュール：7月～ 特定健診結果から随時、対象者へ書面で通知 10月～ 随時 通知を出して3か月経過後に返信がない人へ電話で受診確認・再勧奨 <p>【再受診結果が食事・運動の指示の人への支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 対象：再受診結果で「食事・運動に気をつける」の指示があった人 ● 実施者：管理栄養士 ● 実施方法：電話 ● 保健指導の内容：検査結果と聞き取りに応じた栄養・運動の情報提供 ● 実施スケジュール：10～翌2月 <p>【フレイル予防支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 対象：前年度健診結果に比べて体重減少が著しいBMI20.0未満の前期高齢者 ● 実施者：管理栄養士 ● 実施方法：訪問 ● 保健指導の内容：個々の状況に応じたフレイル予防対策 ● 実施スケジュール：5～翌2月

		評価指標	備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
評価	アウトカム	【短期】 ・勧奨者、指導者のうち（受診勧奨判定値を参考に市独自の基準）、医療機関を受診した者の割合	
		【中長期】 ・要医療者のうち未治療者割合 ・治療中断者の割合（高血圧・糖尿病） ・健診における有所見者の割合（血圧 160/100 以上・LDL180 以上・HbA1c 6.5%以上） ・次年度健診結果での体重・BMI や生活状況の変化	
	アウトプット	・勧奨者数、率 ・実施率（指導実施者数／対象者数）	
	プロセス	・受診勧奨の方法の適切さとその検討 ・対象者の人数把握 ・勧奨後の受診状況の把握 ・必要に応じて関連機関との連携	
	ストラクチャー	・医師会や医療機関等との連携、会議数 ・予算 ・マンパワー	

※評価指標詳細(数値目標が設定可能なもの)

評価指標	計画策定時	目標値					
		R6	R7	R8(中間)	R9	R10	R11(最終)
高血圧Ⅱ度以上の未治療者の割合	(R4) 1.9%	1.8%	1.7%	1.6%	1.5%	1.4%	1.3%
HbA1c7.0%以上の未治療者の割合	(R4) 0.9%	0.8%	0.8%	0.7%	0.7%	0.6%	0.6%
高血圧Ⅱ度以上の未治療者への保健指導実施の割合	(R4) 77.8%	80%	80%	80%	80%	80%	80%以上
HbA1c7.0%以上の未治療者への保健指導実施の割合	(R4) 70.0%	72.0%	74.0%	75.0%	77.0%	80%	80%以上

3. 健康インセンティブ・健康づくり

背景	<ul style="list-style-type: none"> ●健康的な生活習慣の獲得、健康診査の受診、保健指導の利用など、個々人の取組が健康づくりの基本となります。こうした個人の取組を促進するために、健康インセンティブが全国で進められています。 ●自身の健康診断結果を含む、健康に関する情報を提供することで、健康や医療に関する正しい情報を入手し、理解して活用できる力（ヘルスリテラシー）の向上を図ることも重要です。 ●始良市では、令和 27 年度よりアイラリー（始良市健康づくり応援ポイントラリー事業）を開始し、住民の健康づくりの支援を行っています。参加者は平成 28 年度よりも増えていますが、利用の推進が必要です。 ●令和 6 年度からの特定保健指導の主要達成目標を国は、腹囲 2 cm・体重 2 kg 減としています。 		
目的	●被保険者および住民の健康づくりを推進するため、アイラリーの参加者ならびに特定保健指導の腹囲 2 cm・体重 2 kg 減達成者を増加させることを目的とします。		
具体的内容	<p>【アイラリー（始良市健康ポイント制度）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●対象：20 歳以上で市民税などの滞納のない者 ●実施方法：使用するシステム、登録方法、ポイント獲得、健康インセンティブ交換方法など ●ポイント付与条件：以下の①～③を実践・報告すること <ol style="list-style-type: none"> ①健康づくりに関する目標の設定 ②健診等を受診（特定健診、各種がん検診、献血等） ③健康づくりの実践（塩分チェックシート、血圧測定もしくはイベント参加等） ●インセンティブ：健康増進に寄与する市内産の飲食物を予定 ●参加勧奨：市報への掲載、健康づくりに関するイベント等の連携 <p>【特定保健指導の腹囲 2 cm・体重 2 kg 減達成者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●対象：特定保健指導（積極的・動機付け）対象者で健診結果に比べて 3 か月後の評価時に腹囲 2 cm かつ体重 2 kg 以上の減少者 ●インセンティブ：始良市商品券 ●利用勧奨：対象者への案内や初回面談時に説明 		
評価	評価指標		備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
	アウトカム	【短期】	
		・ポイント交換人数、率 ・利用者の生活習慣の変化	
	アウトプット	【中長期】	
		・健康診査受診者数、率 ・特定保健指導利用者数、率 ・被保険者、住民全体の生活習慣	
プロセス	・アイラリー利用者数、率 ・特定保健指導で腹囲 2 cm かつ体重 2 kg 以上減の達成者数		
ストラクチャー	・利用者の推移や特性の分析 ・効果検証やデータ活用の有無 ・広報誌等での掲載等の回数 ・協力機関での用紙の設置状況と配布枚数		
	・予算額 ・協力機関数 ・メンバー ・連携会議の実施（回数）		

※評価指標詳細(数値目標が設定可能なもの)

評価指標	計画策定時	目標値					
		R6	R7	R8(中間)	R9	R10	R11(最終)
健康ポイントの取組を行う実施者の数	(R4) 287 人	300 人	300 人	300 人	300 人	300 人	300 人
特定保健指導で腹囲 2 cm かつ体重 2 kg 以上減の達成者割合	R5～開始	10%	11%	12%	13%	14%	15%

4. 適正受診・適正服薬促進

背景	<ul style="list-style-type: none"> ● 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す。 ● データヘルス計画の中で、これらを予防する適正受診・適正服薬の取組が進められています。 ● 始良市では、平成 24 年度より、適正受診・適正服薬促進に向けて、重複・頻回受診対象者へ訪問による保健指導を行っています。 		
目的	<ul style="list-style-type: none"> ● 重複受診、頻回受診、重複服薬、多剤投与（ポリファーマシー）、併用禁忌等の人に対して保健指導等を行うことで、それらを適正化することを目的とし、ひいては不適正と考えられる受診・服薬を減少させます。 		
具体的内容	<p>【共通】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 普及啓発等：国保加入手続き時や市内全戸に医療費適正化に関する情報誌「国保だより」を配布 ● 関係機関との連携：市内薬剤師の助言を受けながら実施していく。 <p>【重複受診・頻回受診・重複服薬】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 対象：国保連から毎月届く重複・頻回受診者リストやデータホライゾン・KDB システムから重複服薬者リストを出し、レセプトを確認し、訪問対象者を抽出 ● 実施内容：訪問する旨の通知を出し保健師が訪問 ● 実施スケジュール：4 月～翌 3 月までの期間、毎月初旬にデータを確認。 対象者がいれば訪問する旨の通知を出し訪問。 指導内容などで検討が必要な事例について市内薬剤師に相談。 ● 評価方法：訪問実施後の受診状況や処方薬の変化の確認 訪問指導が必要と判定した診療月の医療費と訪問月の翌 3 か月間の一月当たり医療費合計の平均を比較（KDB システムを活用） <p>【多剤投与・併用禁忌者への支援検討】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 対象条件や実施の方法、通知等の内容などを薬剤師会と連携をとりながら進めていく。 		
評価		評価指標	備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
	アウトカム	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通知後の改善割合 <p>【中長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重複受診、頻回受診、重複服薬等の割合 	
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・通知数、数 ・保健指導数、割合などの実績 	
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・重複、多剤投与者等の概算の把握 ・対策実施による効果検証の実施 ・お薬手帳、ポリファーマシー等に関する普及、啓発の実施 	
	ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・予算、マンパワー ・医師会、薬剤師会等との連携 	

※評価指標詳細(数値目標が設定可能なもの)

評価指標	計画策定時	目標値					
		R6	R7	R8(中間)	R9	R10	R11(最終)
重複処方者の人数(3 医療機関から 1 剤以上・2 医療機関から 2 剤以上重複)	(R5.5 月診療分) 115 人	114 人	112 人	110 人	106 人	103 人	100 人
多剤投与者の人数(処方日数 1 日以上、15 剤以上)	(R5.5 月診療分) 32 人	31 人	30 人	29 人	28 人	27 人	25 人

KDB システム：重複・多剤処方の状況

(絞り込み条件「薬効分類単位で集計」、資格情報「選択した診療年月に資格を有する者を抽出」)

5. 後発（ジェネリック）医薬品

背景	<ul style="list-style-type: none"> ●医療費の適正化に当たり、その多くを占める薬剤費の伸びを抑制するため、後発（ジェネリック）医薬品の使用促進が行われています。国は、後発（ジェネリック）医薬品使用割合の目標を80%（数量シェア）と掲げています。 ●始良市国保でも、差額通知などにより、後発（ジェネリック）医薬品利用促進を進めており、令和4年度には83.7%で、国の目標より高い状況です。 		
目的	<ul style="list-style-type: none"> ●医療費適正化を推進するため、差額通知および普及啓発等の取組を通じて、後発（ジェネリック）医薬品の利用を促進し、その利用率を高めることを目的とします。 		
具体的内容	<p>【利用促進通知】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●対象者の設定：医療費分析専門業者へ委託し、後発医薬品への切替が見込める人を抽出 ●通知等の方法：通知文(使用促進のお知らせ)を郵送 ●使用するデータ期間：3～6月診療分 ●実施スケジュール：7～10月 通知（4回） ●評価：効果検証は通知後の医療レセプトの切り替え状況と医療費で実施 <p>【後発医薬品の普及啓発】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●実施方法：国保だよりに掲載・・・全戸配布 国保のしおり（パンフレット）、後発医薬品利用促進シール・・・国保加入時 		
評価	評価指標		備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
	アウトカム	【短期】	
		●通知者の後発（ジェネリック）医薬品切替率 ●後発（ジェネリック）医薬品切替による医療費削減額	
	アウトプット	【中長期】	
		●後発（ジェネリック）医薬品の使用割合（使用割合の伸び、全自治体での順位含む）	
●差額通知数・率 ●相談・指導件数・率（相談・指導を実施している場合） ●後発（ジェネリック）医薬品希望シール・カード使用数・率			
プロセス	●後発（ジェネリック）医薬品の使用状況（年齢別、薬品別等）のデータ分析の実施 ●差額通知による切替状況の把握等の効果検証の実施		
ストラクチャー	●医師会、薬剤師会等との連携 ●予算、マンパワー		

※下線は重要な指標（KPI相当）

※評価指標詳細(数値目標が設定可能なもの)

評価指標	計画策定時	目標値					
		R6	R7	R8(中間)	R9	R10	R11(最終)
通知者の後発（ジェネリック）医薬品切替率	(R5.6月) 32.1%	32.1%	32.1%	32.2%	32.2%	32.2%	32.2%
後発医薬品の使用割合	(R4) 83.7%	83.8%	83.9%	84.0%	84.1%	84.3%	84.5%

6. 地域包括ケア推進・一体的実施

背景	<ul style="list-style-type: none"> ●人口の高齢化が進む中で、高齢者の要介護状態やフレイルの予防が重要となっています。令和元年改正の国民健康保険法や介護保険法等のもと、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ます。 ●始良市では、健康増進課、長寿・障害福祉課との連携とともに、令和5年度より事業を開始しています。 																	
目的	<ul style="list-style-type: none"> ●関係課、関係機関と連携し、通いの場等を活用した高齢者の社会参加を推進するとともに、要介護やフレイルのリスクを持つ高齢者に対して、訪問等による保健指導や関係機関へのつなぎを行い、ひいては高齢者の健康状態を改善する事を目的としています。 																	
具体的内容	<p><ハイリスクアプローチ></p> <ul style="list-style-type: none"> ●対象者：低栄養防止・生活習慣病の重症化予防支援、重複・頻回受診者への支援、健康状態不明者の把握 ●実施方法：訪問 ●保健指導等の実施者：保健師・看護師・管理栄養士 ●実施内容：状態確認、対象に応じた健康情報の提供、状態によって受診勧奨。 <p><ポピュレーションアプローチ></p> <ul style="list-style-type: none"> ●右のとおり <table border="1" data-bbox="738 728 1329 887"> <thead> <tr> <th>名称</th> <th>対象者</th> <th>内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>通いの場(サロン等)</td> <td>サロンの代表者</td> <td>フレイル予防など</td> </tr> <tr> <td>ウォーキング☆サロン</td> <td>75歳以上</td> <td>ウォーキングの実技など</td> </tr> <tr> <td>75歳誕生日おめでとう教室</td> <td>75歳</td> <td>健康・運動教育</td> </tr> <tr> <td>出前講座</td> <td>サロンなど参加者</td> <td>フレイル予防など</td> </tr> </tbody> </table> <p><介護部門等との連携></p> <ul style="list-style-type: none"> ●事業の検討・情報共有：随時 ●地域ケア会議への参加など 			名称	対象者	内容	通いの場(サロン等)	サロンの代表者	フレイル予防など	ウォーキング☆サロン	75歳以上	ウォーキングの実技など	75歳誕生日おめでとう教室	75歳	健康・運動教育	出前講座	サロンなど参加者	フレイル予防など
名称	対象者	内容																
通いの場(サロン等)	サロンの代表者	フレイル予防など																
ウォーキング☆サロン	75歳以上	ウォーキングの実技など																
75歳誕生日おめでとう教室	75歳	健康・運動教育																
出前講座	サロンなど参加者	フレイル予防など																
評価	評価指標		備考（指標の定義、目標値、評価時期など）															
	アウトカム	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問、指導、支援等によるフレイル、栄養状況等改善割合 ・必要な施設等につなげた割合 																
		<p>【中長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・フレイル、低栄養の割合 ・要介護等の認定者数、率 																
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・事業（指導、訪問、支援等）の実施数、割合 ・通いの場の数、参加人数 																
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアの議論の場への国保部門としての参画、地域課題の共有、対応策の検討 ・K D B等を活用した前期高齢者等ハイリスク群、予備群等の抽出と国保部門としての支援 																
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・専門職の確保、配置 ・他部門との連携 																	

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。
また、計画の最終年度の令和11年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してP D C A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ことが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められています。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・ 事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・ 保健指導実施のための専門職の配置 ・ KDB 活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・ 保健指導等の手順・教材はそろっているか ・ 必要なデータは入手できているか。 ・ スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・ 特定健診受診率、特定保健指導率 ・ 計画した保健事業を実施したか。 ・ 保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・ 設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が定期的に行います。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、個々の健診結果の改善度を評価していきます。

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 評価の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。具体的な方策としては、ホームページや広報紙を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等を行います。

2. 個人情報の取扱い

本市においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等をはじめ、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じ、適正に管理します。

参考資料

■ 国・県・同規模平均と比べてみた始良市の位置

令和4年度

項目	保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 人口構成	総人口	75,873		16,969,503		1,543,466		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況
		65歳以上(高齢化率)	23,946	31.6	5,164,670	30.4	505,891	32.8	35,335,805	28.7	KDB_NO.3
		75歳以上	12,196	16.1	--	--	262,354	17.0	18,248,742	14.8	健康・医療・介護 データからみる地域の健康課題
		65~74歳	11,750	15.5	--	--	243,537	15.8	17,087,063	13.9	
		40~64歳	23,710	31.2	--	--	492,960	31.9	41,545,893	33.7	
	39歳以下	28,217	37.2	--	--	544,615	35.3	46,332,563	37.6		
	② 産業構成	第1次産業	3.2		5.6		9.5		4.0		KDB_NO.3
	第2次産業	19.8		28.6		19.4		25.0		健康・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
	第3次産業	77.1		65.8		71.1		71.0			
	③ 平均寿命	男性	80.7		80.7		80.0		80.8		KDB_NO.1
女性	87.2		87.0		86.8		87.0		地域全体像の把握		
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性	80.2		80.1		79.4		80.1			
女性	85.2		84.4		84.3		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)	95.9		100.3		103.1		100		KDB_NO.1
		男性	95.9		100.3		103.1		100		地域全体像の把握
		女性	92.3		101.2		99.7		100		
		死因	がん	252	47.7	53,892	49.4	5,358	47.1	378,272	50.6
		心臓病	141	26.7	30,362	27.8	3,295	29.0	205,485	27.5	
		脳疾患	83	15.7	16,001	14.7	1,726	15.2	102,900	13.8	
		糖尿病	16	3.0	2,063	1.9	244	2.1	13,896	1.9	
	腎不全	23	4.4	3,958	3.6	471	4.1	26,946	3.6		
	自殺	13	2.5	2,854	2.6	270	2.4	20,171	2.7		
	② 早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計	75	7.9	--	--	1,804	8.3	125,280	9.1%	厚労省HP
男性	53	11.6	--	--	1,234	11.9	82,884	11.7%	人口動態調査 (令和2年度)		
女性	22	4.5	--	--	570	5.1	42,396	6.4%			
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	3,915	16.4	932,725	18.1	101,053	20.1	6,724,030	19.4	KDB_NO.1
		新規認定者	78	0.2	15,476	0.3	1,591	0.3	110,289	0.3	地域全体像の把握
		介護度別 総件数	要支援1.2	17,865	21.0	2,980,586	13.3	358,656	15.3	21,785,044	12.9
			要介護1.2	35,923	42.2	10,399,684	46.4	1,063,368	45.3	78,107,378	46.3
			要介護3以上	31,428	36.9	9,019,896	40.3	923,149	39.4	68,963,503	40.8
	2号認定者	53	0.22	20,148	0.36	1,817	0.37	156,107	0.38		
	② 有病状況	糖尿病	953	23.6	237,003	24.2	25,071	23.7	1,712,613	24.3	KDB_NO.1
		高血圧症	2,435	61.2	523,600	53.8	61,694	59.0	3,744,672	53.3	地域全体像の把握
		脂質異常症	1,312	32.7	312,282	31.8	34,712	32.8	2,308,216	32.6	
		心臓病	2,779	69.6	590,733	60.8	69,819	66.9	4,224,628	60.3	
脳疾患		1,321	33.4	221,742	23.1	32,194	31.3	1,568,292	22.6		
がん		503	12.9	111,991	11.3	12,898	12.3	837,410	11.8		
筋・骨格		2,499	62.9	516,731	53.1	63,601	61.0	3,748,372	53.4		
精神	1,877	47.2	358,088	37.0	44,293	42.7	2,569,149	36.8			
③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	263,548	6,310,926,030	274,536	1,417,886,670,317	316,197	159,961,256,470	290,668	10,074,274,226,869		
	1件当たり給付費(全体)	74,058		63,298		68,209		59,662			
	居宅サービス	46,876		41,822		44,980		41,272			
	施設サービス	301,226		292,502		298,436		296,364			
	④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	11,905	認定あり	8,654	認定なし	10,143	8,610	4,020		
4	① 国保の状況	被保険者数	15,285		3,472,300		357,095		27,519,654		KDB_NO.1
		65~74歳	8,202	53.7	--	--	173,424	48.6	11,204,121	40.7	地域全体像の把握
		40~64歳	4,070	26.6	--	--	107,414	30.1	9,103,171	33.1	KDB_NO.5
		39歳以下	3,013	19.7	--	--	76,257	21.4	7,212,362	26.2	被保険者の状況
	加入率	20.2		20.5		23.1		22.3			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	11	0.7	1146	0.3	234	0.7	8,237	0.3	
		診療所数	63	4.1	12,471	3.6	1,368	3.8	102,599	3.7	
		病床数	1,893	123.3	206,222	59.4	32,164	90.2	1,507,471	54.8	
		医師数	173	11.3	34,837	10.0	4,653	13.0	339,611	12.4	
		外来患者数	812.9		719.9		755.6		687.8		
入院患者数	31.0		19.6		30.3		17.7				
③ 医療費の 状況	一人当たり医療費	482,353	県内10位 同規模4位	366,294	443,603	339,300				KDB_NO.3	
	受診率	843,909		739,503		785,808		705,439		健康・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
	外 来	費用の割合	51.8		59.5		52.0		60.4		KDB_NO.1
		件数の割合	96.3		97.3		96.2		97.5		地域全体像の把握
	入 院	費用の割合	48.2		40.5		48.0		39.6		
		件数の割合	3.7		2.7		3.8		2.5		
1件あたり在院日数	18.7日		16.3日		18.4日		15.7日				

項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合					
4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源獲得病名 (調剤含む)	がん	1,109,983,360	28.2	32.0	27.4	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題					
			慢性腎不全(透析あり)	367,014,020	9.3	7.8	10.1	8.2						
			糖尿病	362,582,430	9.2	10.9	9.5	10.4						
			高血圧症	199,278,410	5.1	6.2	5.4	5.9						
			脂質異常症	135,899,080	3.5	4.0	3.0	4.1						
			脳梗塞・脳出血	206,200,550	5.2	3.9	4.6	3.9						
			狭心症・心筋梗塞	79,568,150	2.0	2.7	2.8	2.8						
			精神	657,334,630	16.7	15.1	18.2	14.7						
	筋・骨格	760,727,120	19.3	16.4	18.0	16.7								
	⑤	医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療 費に占める割合	入院	高血圧症	431	0.2	299	0.2	448	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)			
				糖尿病	2,445	1.1	1,297	0.9	1,978	0.9				
				脂質異常症	100	0.0	61	0.0	81	0.0				
		医療費分析 一人当たり医療 費/外来医療 費に占める割合	外来	脳梗塞・脳出血	11,688	5.0	6,621	4.5	8,925	4.2				
				虚血性心疾患	3,661	1.6	4,143	2.8	5,257	2.5				
				腎不全	8,965	3.9	4,389	3.0	8,616	4.0				
	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	4,600		2,421		3,342		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題			
				健診未受診者	14,767		13,441		14,258					
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	11,505		6,937		9,072					
				健診未受診者	36,932		38,519		38,697					
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	2,771	51.8	564,124	57.0	60,432	56.0	3,835,832	57.0	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		医療機関受診率	2,625	49.1	511,459	51.7	55,852	51.7	3,501,508	52.0				
		医療機関非受診率	146	2.7	52,665	5.3	4,580	4.2	334,324	5.0				
5	特定健診の 状況 県内市町村数 45市町村 同規模市区町村数 250市町村	①	健診受診者	5,346		990,213		107,982		6,735,405	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		②	受診率	48.8	県内20位 同規模28位	40.0	42.8	全国12位	36.7					
		③	特定保健指導終了者(実施率)	149	32.3	20,055	17.6	3,347	30.9	91,478		11.5		
		④	非肥満高血糖	491	9.2	100,690	10.2	10,130	9.4	608,503		9.0		
		⑤	メタボ	該当者	1,151	21.5	206,207	20.8	23,545	21.8		1,366,220	20.3	
				男性	765	34.2	142,239	32.7	15,884	33.2		953,975	32.0	
				女性	386	12.4	63,968	11.5	7,661	12.8		412,245	11.0	
		⑥	予備群	男性	644	12.0	109,386	11.0	13,120	12.2		756,692	11.2	
				女性	433	19.4	76,022	17.5	8,754	18.3		533,553	17.9	
		⑦-⑱	メタボ 該当 予備群 レベル	BMI	総数	1,994	37.3	346,347	35.0	40,601		37.6	2,352,941	34.9
					男性	1,307	58.5	239,284	55.0	27,155		56.7	1,646,925	55.3
				腹囲	総数	687	22.1	107,063	19.3	13,446		22.4	706,016	18.8
					女性	211	6.8	33,364	6.0	4,366		7.3	223,139	5.9
				血糖のみ 血圧のみ 脂質のみ 血糖・血圧 血糖・脂質 血圧・脂質 血糖・血圧・脂質	総数	250	4.7	47,861	4.8	5,323		4.9	316,378	4.7
					男性	24	1.1	6,810	1.6	775		1.6	50,602	1.7
					女性	226	7.3	41,051	7.4	4,548		7.6	265,776	7.1
					800	0.7	6,675	0.7	800	0.7		43,022	0.6	
					470	8.8	77,195	7.8	9,691	9.0		533,361	7.9	
					138	2.6	25,516	2.6	2,629	2.4		180,309	2.7	
187	3.5				30,968	3.1	4,088	3.8	200,700	3.0				
64	1.2	10,598	1.1		1,147	1.1	69,468	1.0						
525	9.8	96,031	9.7		10,578	9.8	651,885	9.7						
375	7.0	68,610	6.9	7,732	7.2	444,167	6.6							
6	①-⑱	①	服薬	高血圧	2,369	44.3	369,548	37.3	47,732	44.2	2,401,322	35.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				糖尿病	671	12.6	91,570	9.3	12,408	11.5	582,344	8.6		
				脂質異常症	1,725	32.3	286,429	28.9	30,799	28.5	1,877,854	27.9		
		②	既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	183	3.4	30,931	3.2	4,998	4.7	205,223	3.1		
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	409	7.7	57,289	6.0	7,512	7.1	361,423	5.5		
				腎不全	81	1.5	7,805	0.8	1,898	1.8	53,281	0.8		
貧血	551	10.3	101,300	10.6	8,281	7.8	694,361	10.7						
③-⑱	③	生活習慣の 状況	喫煙	514	9.6	125,652	12.7	12,325	11.4	927,614	13.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			週3回以上朝食を抜く	394	7.4	77,371	8.5	9,640	9.1	633,871	10.3			
			週3回以上食後両食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
			週3回以上就寝前夕食(H30～)	729	13.7	133,382	14.4	18,649	17.6	964,244	15.7			
			週3回以上就寝前夕食	729	13.7	133,382	14.4	18,649	17.6	964,244	15.7			
			食べる速度が遅い	1,310	24.6	235,836	25.8	27,312	25.7	1,640,770	26.8			
			20歳時体重から10kg以上増加	1,911	35.9	316,289	34.4	38,403	36.1	2,149,988	34.9			
			1回30分以上運動習慣なし	2,819	52.9	548,873	59.7	60,471	56.9	3,707,647	60.4			
			1日1時間以上運動なし	2,666	50.0	429,802	46.5	48,661	45.8	2,949,573	48.0			
			睡眠不足	1,153	21.7	230,586	25.0	23,443	22.1	1,569,769	25.6			
			毎日飲酒	1,337	25.1	232,725	24.4	27,101	25.5	1,639,941	25.5			
			時々飲酒	1,288	24.2	203,714	21.4	22,874	21.5	1,446,573	22.5			
			⑱	一日飲酒量	1合未満	2,435	68.4	413,555	65.2	40,375	62.8		2,944,274	64.2
					1～2合	874	24.6	149,192	23.5	18,204	28.3		1,088,435	23.7
2～3合	218	6.1			56,491	8.9	4,870	7.6	428,995	9.3				
3合以上	31	0.9			14,607	2.3	829	1.3	126,933	2.8				

始良市第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／始良市 保健福祉部 保険年金課 国保医療係



〒899-5492 鹿児島県始良市宮島町25番地

TEL：0995-66-3119

FAX：0995-66-4501

ホームページ <http://www.city.aira.lg.jp/>