

第3期 国民健康保険
保健事業実施計画(データヘルス計画)



令和6年3月
中種子町

目 次

第1章 計画の基本的事項

1. 制度の背景 …… P1
2. 他計画との関係性 …… P2
3. 目的 …… P2
4. 計画期間 …… P3
5. 実施体制・関係者連携 …… P3

第2章 現状の整理

1. 中種子の特性 …… P5
2. 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出 …… P7
3. 前期計画の評価と見直し …… P24
4. 健康課題のまとめ …… P30

第3章 データヘルス計画の目的と方策

1. 計画の目的 …… P31
2. 目的を達成させる事業 …… P31

第4章 第4期特定健康診査等実施計画

1. 特定健康診査 …… P32
2. 特定保健指導 …… P34
3. 個人情報の保護に関する事項 …… P36
4. 公表及び周知に関する事項 …… P36

第5章 個別保健事業

1. 糖尿病性腎症重症化予防事業 …… P37
2. 健診受診後の事後フォロー …… P39
3. 二次検診（頸部血管超音波検査） …… P41
4. 健康インセンティブ・健康づくり（運動教室 よろーて会） …… P43
5. 重複・頻回受診者訪問指導事業（後発医薬品促進含む） …… P45

6. 地域包括ケア・一体的実施事業	P47
-------------------------	-----

第6章 評価・見直し

1. 評価の基本的事項	P49
2. 計画全体の評価と見直し	P49

第7章 その他

1. 計画の公表・周知	P50
2. 個人情報の取扱い	P50
3. その他の留意事項	P50

第8章 資料

P51

第1章 計画の基本的事項

1. 制度の背景

- 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「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされました。
- これまでも、保険者においては健康情報や統計資料等を活用することにより、「特定健康診査等実施計画」の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたところですが、今後はさらなる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを蓄積・活用しながら、被保険者をリスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅する保健事業を進めていくことが求められています。
- こうした背景を踏まえ、国は、国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）第 82 条第 4 項の規定に基づき、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（平成 16 年厚生労働省告示第 307 号）」の一部を改正する等により、健康・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しています。
- 中種子町では、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 2 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、見直しを行っていきます。
- これまでは、特定健診・特定保健指導については、特定健康診査等実施計画の中で進められてきましたが、今回、データヘルス計画に含めるものとします。

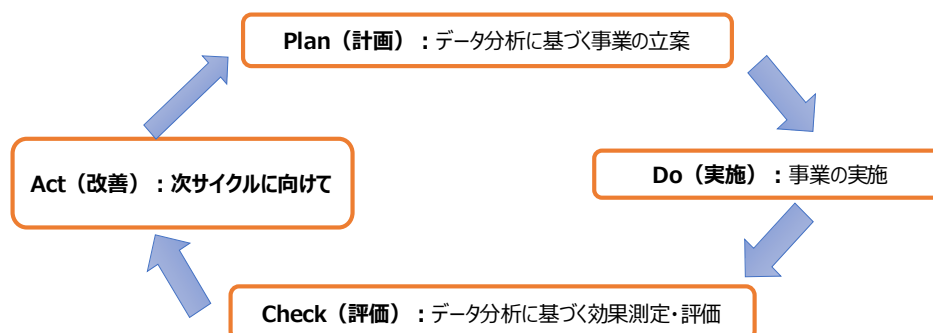
2. 他計画との関係性（保健事業）

関連する計画	関係性
医療費適正化計画	データヘルス計画は、都道府県が策定する医療費適正化計画に基づき、市町村国保において医療費適正化等を共通の目的に各種保健事業を行うものである。
特定健康診査等実施計画	従来は別の計画であったが、今回からはデータヘルス計画と一体的に策定することになる。
健康増進計画	都道府県に策定義務が、市町村に策定努力義務がある。健康づくりに関連して、指標や目標値が共通する点もある。関連する事業（保健指導、健康教育、インセンティブなど）が含まれている。
介護保健事業（支援）計画	都道府県は介護保健事業支援計画を、市町村は介護保健事業計画を策定する義務がある。地域包括ケアや高齢者の保健事業と介護予防の一定の実施の事業が共通する場合は、連携の必要がある。
中種子町の総合計画	総合計画は自治体の最も上位計画であるため、適宜、整合性を図る必要がある。

3. 目的

- 本計画は、健康診査、保健指導、診療報酬明細書（レセプト）、介護保険等のデータを分析し、幅広い年代の被保険者の健康課題を的確に捉え、その課題に応じた保健事業を PDCA サイクルに沿って行うことにより、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上が図られ、結果として医療費の適正化に資することを目的として策定しています。

■PDCAサイクルに沿ったデータヘルス計画策定



4. 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。

5. 実施体制・関係者連携

- 計画は町民課が実施主体となり、計画立案、進捗管理、評価と見直し等を行います。（実施主体）
- 計画については「中種子町の国民健康保険事業の運営に関する協議会」において審議、報告を行います。（国保運営協議会）
- 計画の実施にあたり、高齢者医療係・健康増進係（町民課）、地域福祉課と連携しながら、健康診断、保健指導等を実施します。（中種子町内の連携と役割分担）
- 地域の医療等関係者として、医師会、歯科医師会、薬剤師会、あるいは外部有識者等との連携し、健康診断、保健指導等への協力、計画の効果的な実施のための意見を伺います。（三師会や外部有識者との連携等）
- 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。（都道府県、保健所、国保連合会等）

実施体制・関係者との連携と役割

実施体制機関		主な連携と役割
実施主体	中種子町 町民課国保年金係	● 計画の実施主体として、計画立案、進捗管理、評価、見直し等 ● 専門職の確保、部門内の事務職と専門職との連携と役割分担
中種子町 内連携	健康増進係	● 健康増進計画との調整 ● 健診、保健指導、健康教育等での連携 ● データや分析結果の共有
	高齢者医療係	● 地域包括ケア・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施等での連携 ● データや分析結果の共有

	地域福祉課	● 介護保健事業計画との調整 ● 地域包括ケア・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施等での連携 ● データや分析結果の共有
実施体制機関		主な連携と役割
行政	鹿児島県・保健所	● 関係機関との連絡調整や専門職の派遣・助言等の技術的な支援、情報提供等 ● 都道府県関係課あるいは他の保険者との意見交換の場の設定 ● 現状分析のために都道府県が保有するデータの提供
保健医療関係者	医師会、 歯科医師会、 薬剤師会、 看護協会等	● 計画策定、評価・見直し等への助言 ● 健康診断、保健指導への協力 ● 日常的な意見交換や情報提供
	学識経験者等	● 計画策定、評価・見直し等への助言
保険関係機関	後期高齢者医療 広域連合	● 地域包括ケア・一体的実施での協力 ● データや分析結果の共有、国保から後期高齢者医療のデータ突合の推進
	国民健康保険 団体連合会	● KDB 等のデータ分析やデータ提供に関する支援 ● 研修会等での人材育成、情報提供 ● 保健事業支援・評価委員会からの支援
	保険者協議会	● 他の市町村国保、国保組合、被用者保険と健診・医療情報やその分析結果、健康課題、保健事業の実施状況等を共有 ● 保険者間で連携した保健事業の展開
被保険者	—	● 地域組織等を含む被保険者との意見交換や情報提供 ● 国保運営協議会等への参画 ● 健診の受診勧奨や保健指導の利用勧奨等への協力

第2章 現状の整理

1. 中種子町の特性

(1) 中種子町の基本情報

地理的特性や人口構成について

中種子町は本土最南端にある佐多岬から直線で40Km、東は太平洋、西は東シナ海の間には浮かぶ種子島の真ん中にあり人口約7,600人で、役場がある野間を中心に7つの校区（星原、納官、増田、野間、油久、南界、岩岡）があります。

本町において、人口が毎年減り続ける一方で、65歳以上の高齢者が増加しています。本町の総人口は令和4年度で7,536人となっており、国民健康保険加入者のうち65歳以上の割合は、39.4%となっております。

国保加入者は自営業のうち農業者が多くを占めており、被保険者数は約2,100人、加入世帯数は約1,300世帯で、全体の約3割になります。平成30年度と比較すると男女とも64歳未満は減少していますが、65歳から74歳までの前期高齢者は増加しています。

(2) 被保険者の年齢構成・性別

○ 国民健康保険の加入率は、令和4年度で中種子町の人口全体に占める割合は、28.3%となっております。被保険者は、平成30年から減少傾向にあります。年齢階級別でみると、65歳以上の定年退職後以降の加入者が全体の47.0%を占めており、微増している状況にあります。

■ 中種子町の国民健康保険の加入状況（令和4年度）

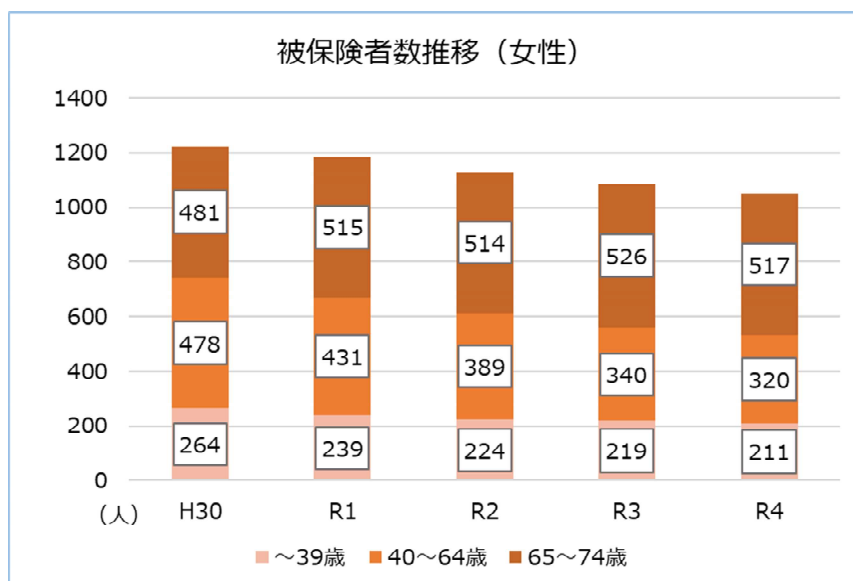
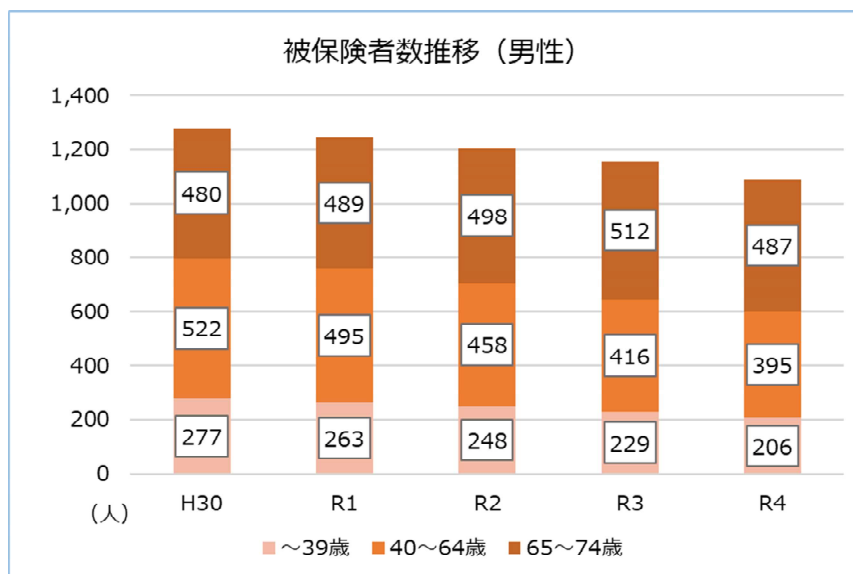
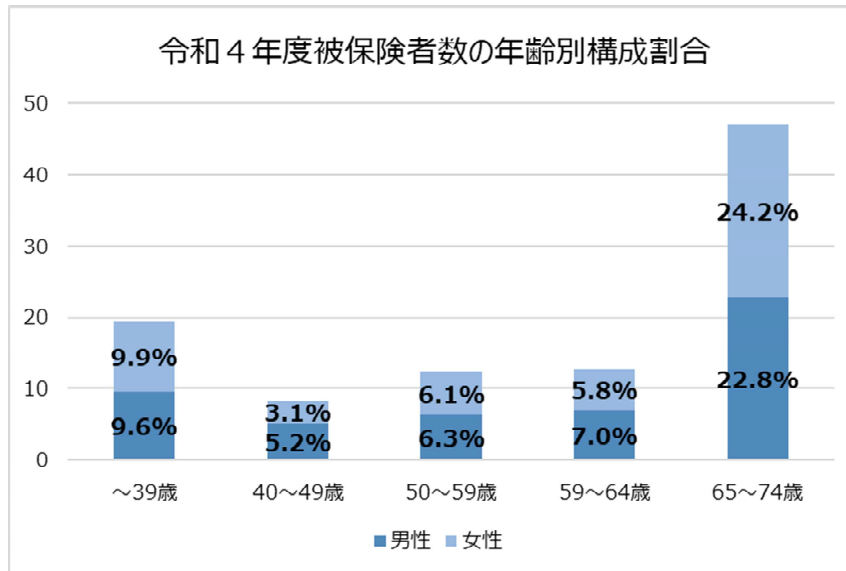
人口総数	高齢化率 (65歳以上)	国民健康保険者数	国民健康保険 加入率
7,536人	39.4%	2,136人	28.3%

※KDBシステム（健診・医療・介護からみる地域の健康課題）より

■ 被保険者数 経年推移（男女別・年齢階級別）

中種子町	男性			女性			総計			
	～39歳	40～ 64歳	65～ 74歳	～39歳	40～ 64歳	65～ 74歳	～39歳	40～ 64歳	65～ 74歳	計
H30	277	522	480	264	478	481	541	1,000	961	2,502
R1	263	495	489	239	431	515	502	926	1,004	2,432
R2	248	458	498	224	389	514	472	847	1,012	2,331
R3	229	416	512	219	340	526	448	756	1,038	2,242
R4	206	395	487	211	320	517	417	715	1,004	2,136

※KDBシステム（被保険者構成）より

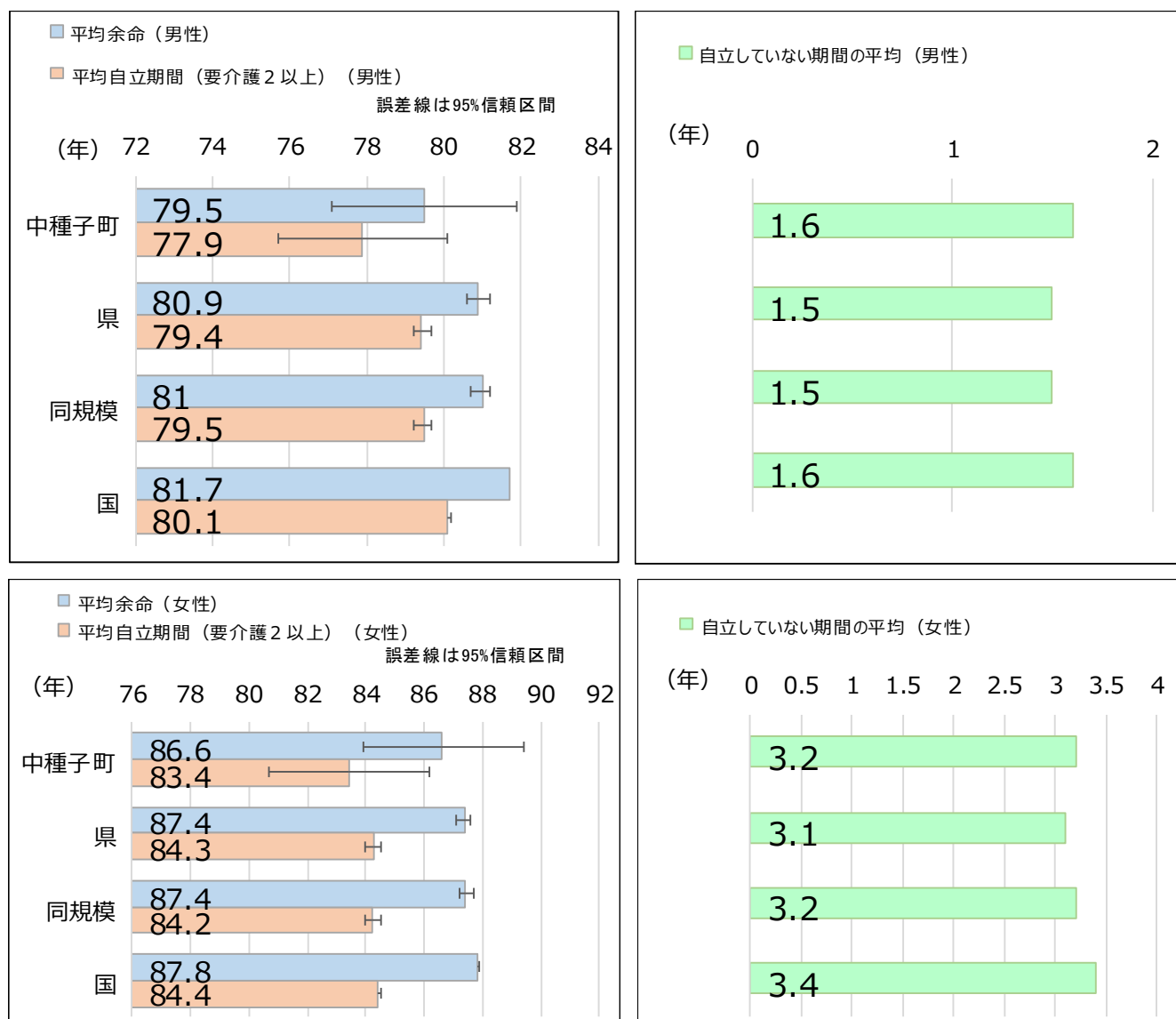


※KDB システム（被保険者構成）より

2. 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出

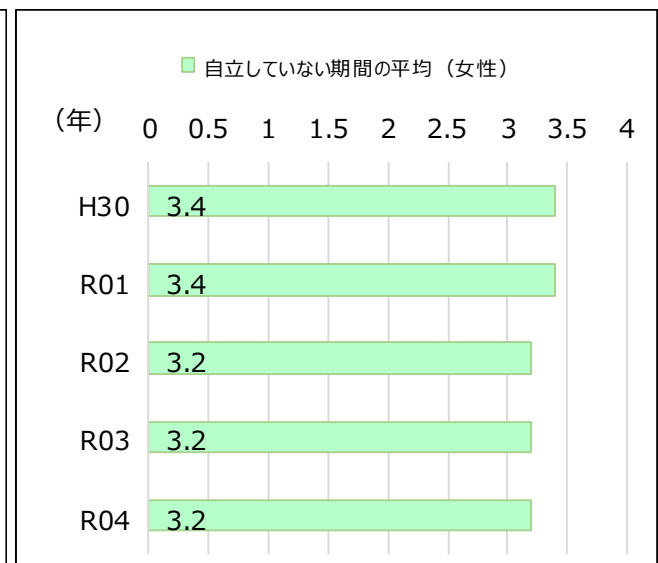
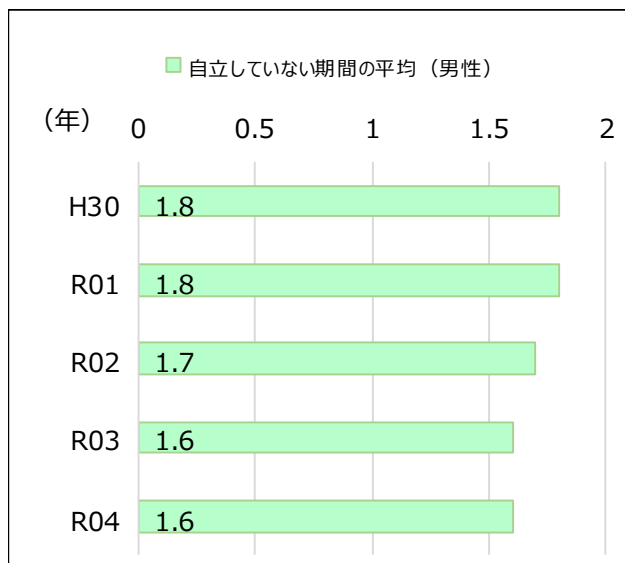
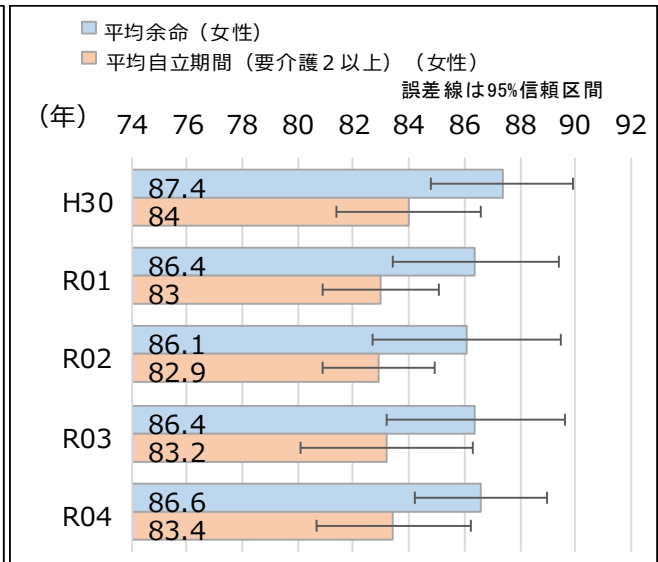
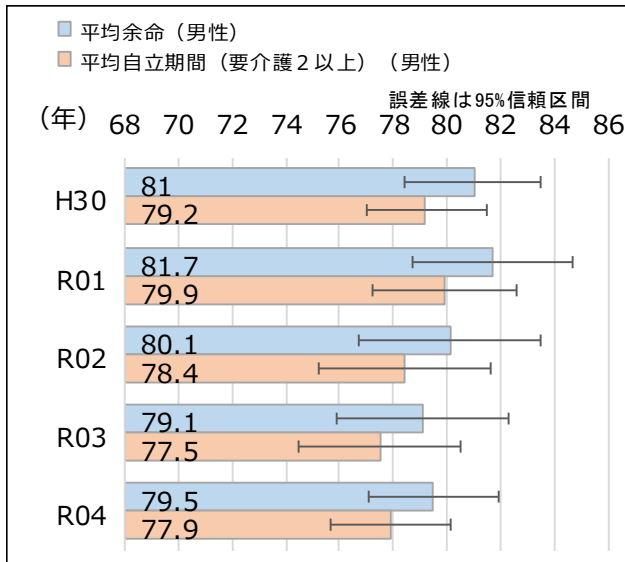
○ 平均余命をみると、令和4年度で男性79.5歳、女性86.6歳。平均自立期間は、男性77.9歳、女性83.4歳となっており、鹿児島県、全国と比較するとほとんど差はみられません。不健康期間（平均自立期間）については、女性が男性の約2倍となっており、女性の不健康期間が長くなっています。

■ 平均余命・平均自立期間（令和4年度（累計））



■ 中種子町の平均余命・平均自立期間の経年推移（平成 30 年度～令和 4 年度）

○ 経年で見ると、男性は新型コロナウイルス感染症の影響があった令和 2 年度、令和 3 年度に平均余命・平均自立期間が減少傾向にありましたが、令和 4 年度には男性の平均余命は、増加傾向となっています。女性についても同様に、令和 2 年度に 86.1 歳となりましたが、令和 4 年度には、86.6 歳に伸びています。



※ 平均余命とは、ある年齢の人々が、その後何年生きられるかという期待値のことで、ここでは 0 歳時点の平均余命を示しています。

※ KDB システムにおける健康寿命を「平均自立期間」と呼称し、「日常生活動作が自立している期間の平均」を指標としています。介護データを用いて「要介護 2 以上」を「不健康」として、毎年度算出しています。

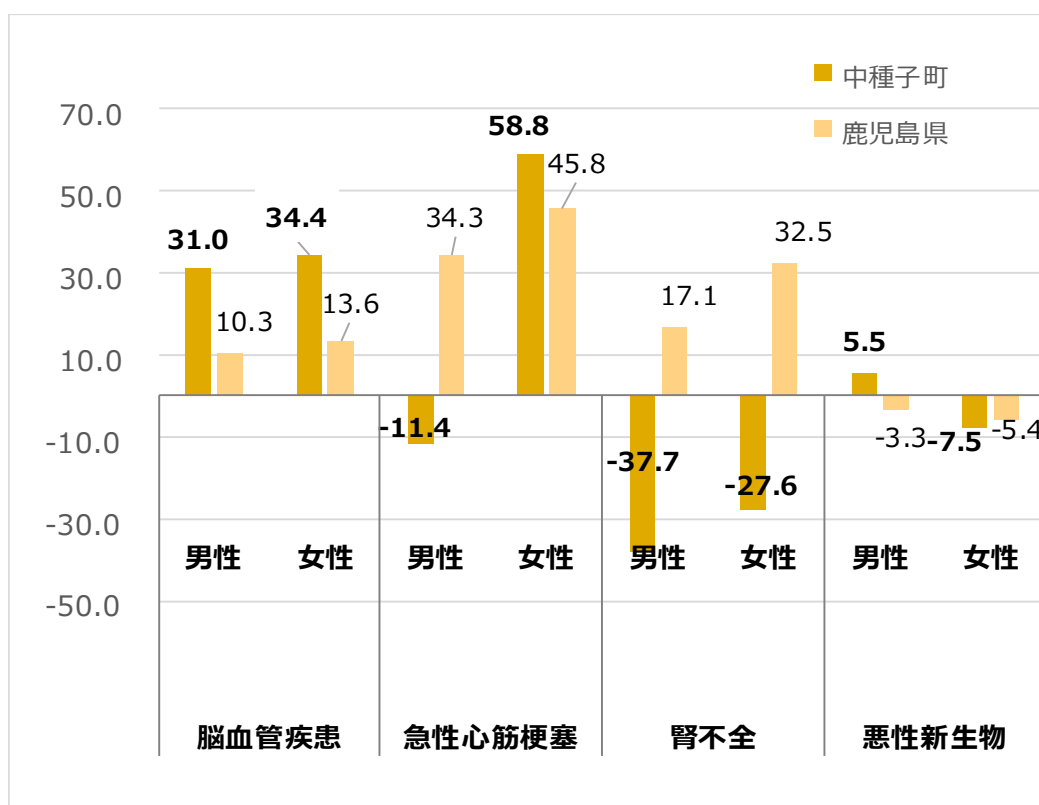
■ 死亡の状況

○ 平成 29 年から令和 3 年の標準化死亡比（SMR）において、女性の急性心筋梗塞が 158.8 と高い倍率となっており、脳血管疾患が男性は 131.0、女性は 134.4 と鹿児島県と比較しても高い状況です。

SMR (H29-R3)	脳血管疾患		急性心筋梗塞		腎不全		悪性新生物	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
中種子町	131.0	134.4	88.6	158.8	62.3	72.4	105.5	92.5
鹿児島県	110.3	113.6	134.3	145.8	117.1	132.5	96.7	94.6

※鹿児島県健康増進課統計より

■ 標準化死亡比（SMR） …全国を基準「0」とした時の倍率を現したグラフ



※ SMR とは、全国の年齢構成ごとの死亡率を中種子町の人口構成に当てはめて算出した期待死亡数を比較するものであり、全国を 100 とし、100 を超えれば死亡率が高い、小さければ低いと判断されます。

- 中種子町における主な疾病別死因を鹿児島県及び全国と比較すると、心臓病、脳疾患、糖尿病の割合が高くなっています。

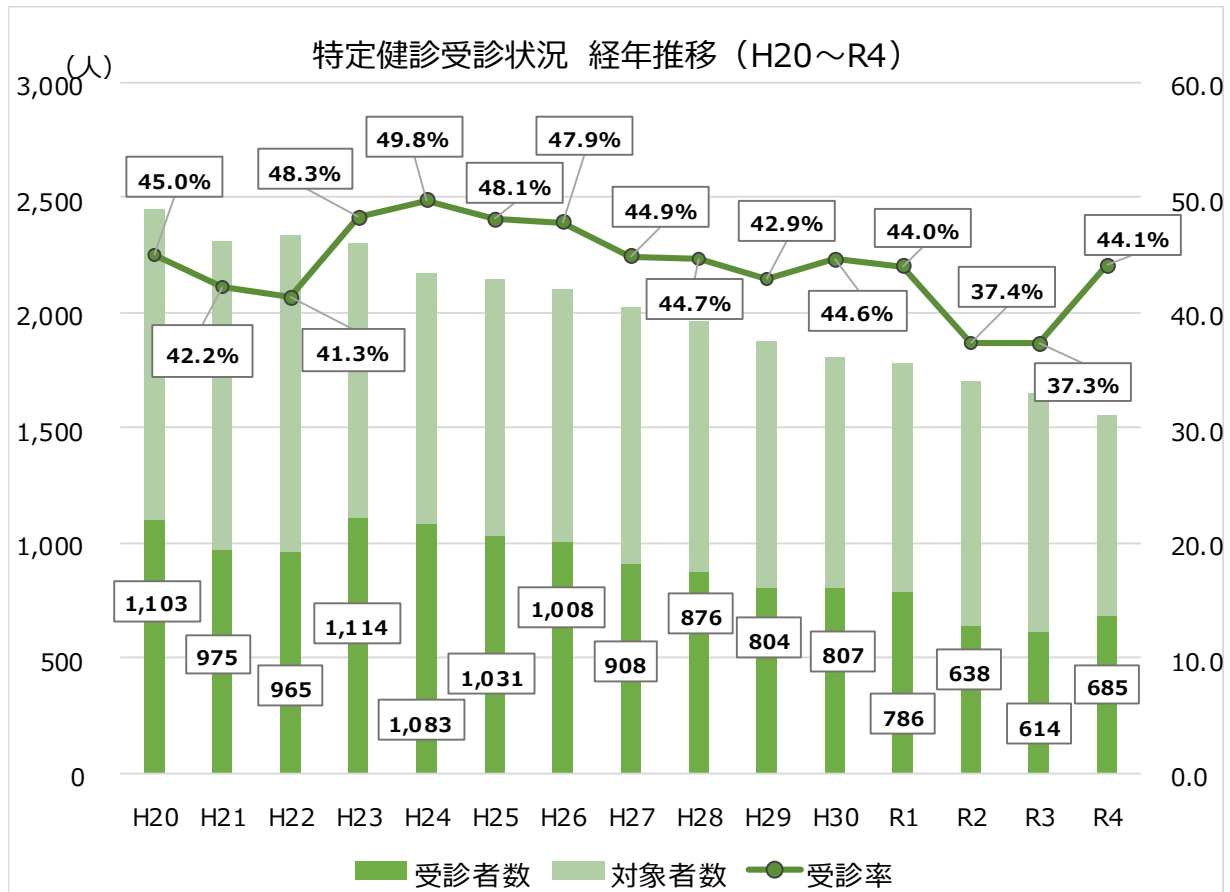
■ 疾病別死因割合（令和４年度（累計））

疾病項目	中種子町		鹿児島県	全国
	人数（人）	割合		
悪性新生物	30 人	46.9%	47.1%	50.6%
心臓病	19 人	29.7%	29%	27.5%
脳疾患	11 人	17.2%	15.2%	13.8%
糖尿病	3 人	4.7%	2.1%	1.9%
腎不全	1 人	1.6%	4.1%	3.6%
自殺	0 人	0%	2.4%	2.7%
合計	64 人			

※KDB システム（地域の全体像の把握）より

(1) 健診

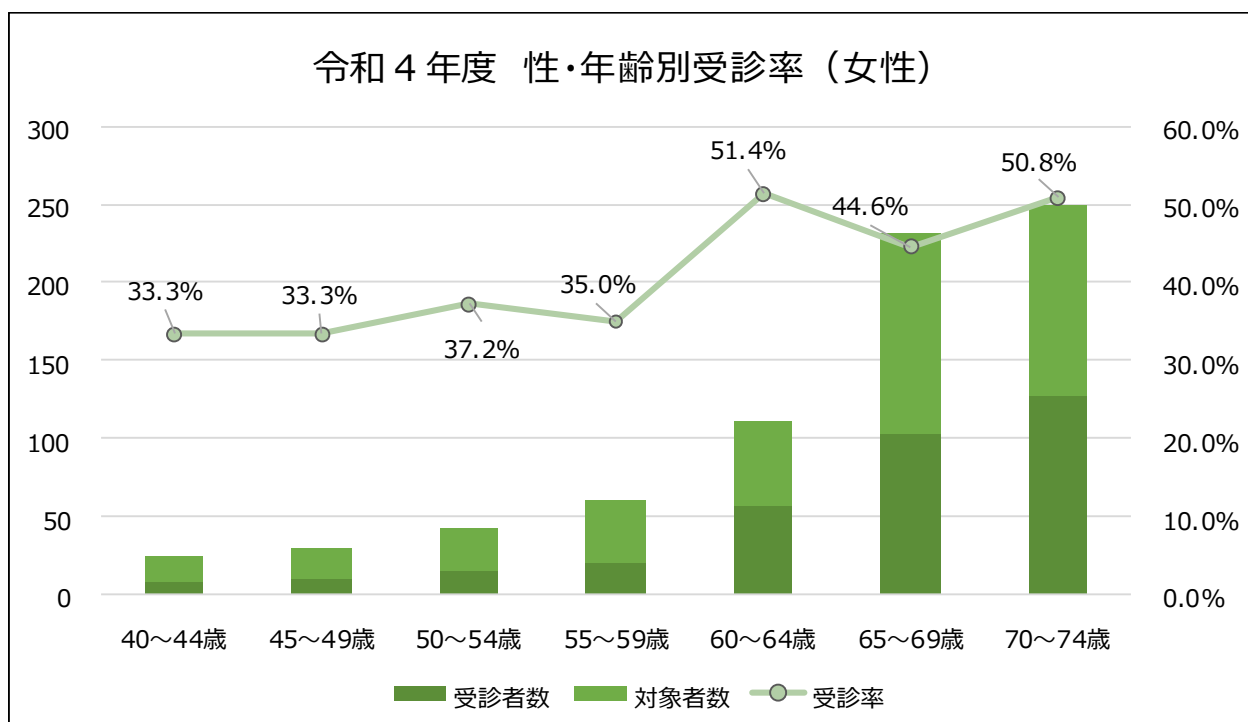
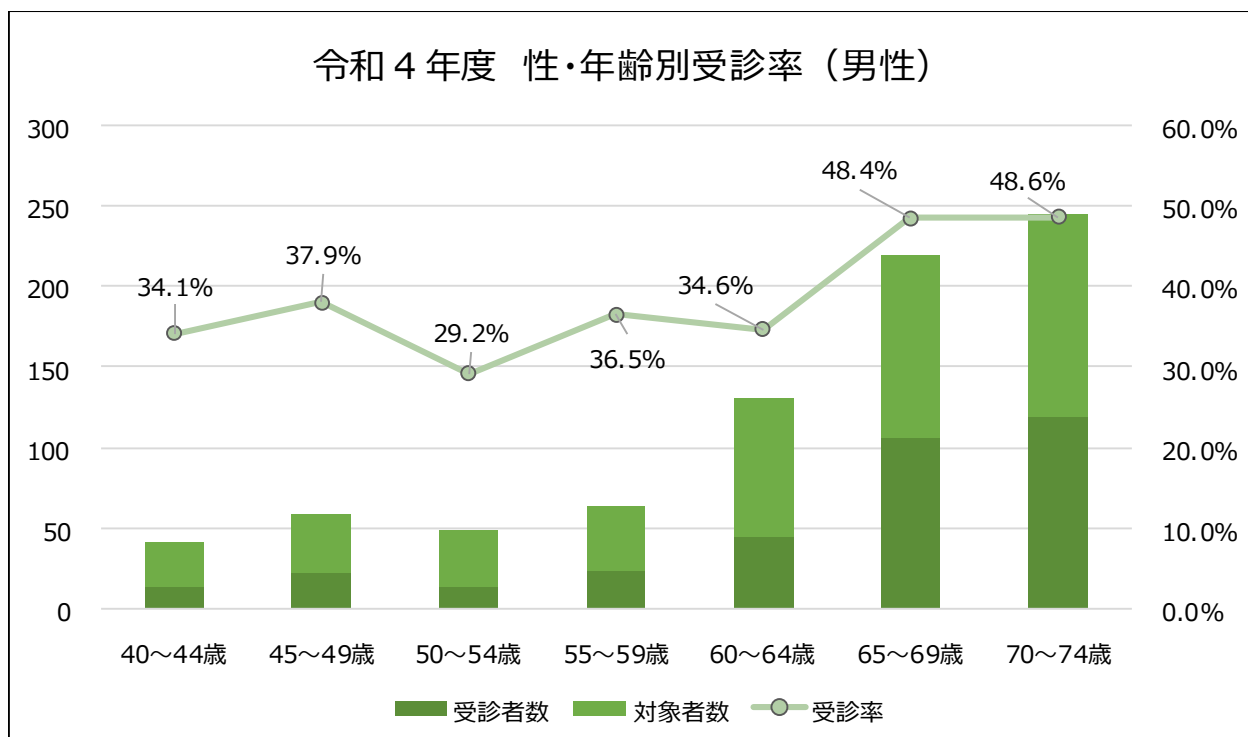
○ 特定健診の状況を、制度が開始した平成 20 年度から令和 4 年度までの推移をみると、健診対象者数は、年々微減しており令和 4 年度で 685 人となっています。受診率は 40% 台を推移していました。令和 2 年度と令和 3 年度は新型コロナウイルス感染症の影響もあり 30% 台に減少しましたが、令和 4 年度には 44.1% の受診率となっています。



※特定健診データ管理システム（法定報告）より

■令和 4 年度 性・年齢別健診受診状況 (※特定健診データ管理システム（法定報告）)

男 性				女 性			
年代	対象者数	受診者数	受診率	年代	対象者数	受診者数	受診率
40～44 歳	41	14	34.1%	40～44 歳	24	8	33.3%
45～49 歳	58	22	37.9%	45～49 歳	30	10	33.3%
50～54 歳	48	14	29.2%	50～54 歳	43	16	37.2%
55～59 歳	63	23	36.5%	55～59 歳	60	21	35.0%
60～64 歳	130	45	34.6%	60～64 歳	111	57	51.4%
65～69 歳	219	106	48.4%	65～69 歳	231	103	44.6%
70～74 歳	245	119	48.6%	70～74 歳	250	127	50.8%



- 令和 4 年度の性・年齢別健診受診状況をみると、健診受診率が最も高い年代は、男性は 70 歳代、女性は 60 歳代前半になっています。また、最も低い年代が男性は 50 歳代前半、女性では 40 歳代となっています。

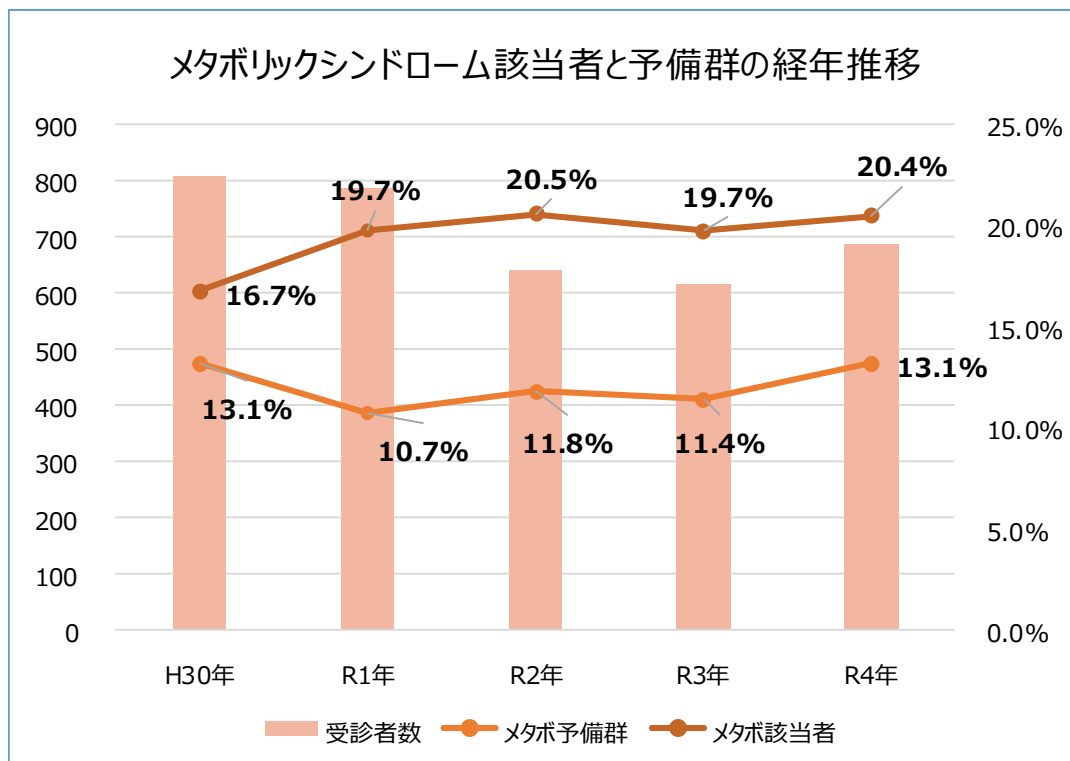
○ メタボリックシンドローム予備軍・該当者の経年推移をみると、平成 30 年度から健診受診者の約 2 割程度がメタボリックシンドロームに該当しており、1 割程度が予備群として推移しています。

■ メタボリックシンドローム予備軍・該当者の年次推移

年度	受診者数 (人数)	メタボ予備群	メタボ該当者
H30 年	807	13.1%	16.7%
R1 年	786	10.7%	19.7%
R2 年	638	11.8%	20.5%
R3 年	614	11.4%	19.7%
R4 年	685	13.1%	20.4%

※メタボ予備軍（または該当者）÷健診受診者数×100 で算出

※特定健診データ管理システム（法定報告）より



■ 令和４年度 特定健診結果有所見者の状況（特定健診データ管理システム（法定報告）より）

○ 令和４年度の健診結果からメタボリックシンドロームの状況をみると、健診受診者のうち 20.4%の割合で該当者がおり、鹿児島県、全国の割合と比較すると低い状況です。

○メタボリックシンドローム該当者・予備軍の状況

	中種子町		鹿児島県	全国
	人数	割合	割合	割合
該当者（計）	140	20.4	21.8	21.7
男性	95	27.5	33.2	32.2
女性	45	13.2	12.8	12.2
予備群（計）	91	13.2	12.1	11.6
男性	58	16.8	18.3	17.3
女性	33	9.6	7.3	6.5

○糖尿病所見の HbA1c 6.5%以上の状況は、治療中の割合が 5.0%と未治療より高い状況です。
年代別にみると、HbA1c 6.5%以上の割合は 65 歳～74 歳の割合が高い状況です。

○糖尿病の状況

HbA1c 測定者数：680 人			治療中		未治療	
HbA1c	人数	割合	人数	割合	人数	割合
6.5%以上	56	8.2%	34	5.0%	22	3.2%
再掲) 8.0%以上	9	1.3%	5	0.7%	4	0.6%

※治療・未治療については、問診票の回答から算出しています。

○糖尿病（HbA1c）の年代別有所見状況

HbA1c	40～64 歳		65～74 歳	
	人数	割合	人数	割合
6.5%以上	13	5.7%	43	9.6%
再掲) 8.0%以上	3	1.3%	6	1.3%
※測定者数	230 人		450 人	

※分母は各年代の測定者数で算出しています。

○血圧所見者の状況は、治療中及び未治療の割合はそれぞれ約 40%で未治療の割合が高い状況です。
年代別で比較してみると、40～64 歳に比べて 65～74 歳の割合が高くなっております。

○血圧の状況

血圧測定者：685 人			治療中		未治療	
血圧(mmHg)	人数	割合	人数	割合	人数	割合
130/85 以上	371	54.2%	169	24.7%	202	29.5%
I 度(140/90)	163	23.8%	83	12.1%	80	11.7%
II 度(160/100)	34	5.0%	16	2.3%	18	2.6%
III 度(180/110)	4	0.6%	3	0.4%	1	0.1%
計	572	83.5%	271	39.5%	301	43.9%

※治療・未治療については、問診票の回答から算出しています。

○血圧の年代別有所見状況

※分母は各年代の測定者数で算出しています。

血圧(mmHg)	40～64 歳		65～74 歳	
	人数	割合	人数	割合
130/85 以上	106	46.1%	265	58.2%
I 度(140/90)	43	18.7%	120	26.4%
II 度(160/100)	10	4.3%	24	5.3%
III 度(180/110)	0	0.0%	4	0.9%
※血圧測定者	230 人		455 人	

○脂質異常の有所見者の状況は、未治療者が 23.6%と治療より高い状況です。

年代別で比較してみると、65 歳～74 歳に比べて 40～64 歳の割合が高くなっております。

○脂質異常の状況

LDL 測定者：685 人			治療中		未治療	
LDL(mg/dl)	人数	割合	人数	割合	人数	割合
LDL(140～159)	118	17.2%	17	2.5%	101	14.7%
LDL(160 以上)	64	9.3%	3	0.4%	61	8.9%
再掲) 180 以上	18	2.6%	1	0.1%	17	2.5%
計	182	26.5%	20	2.9%	162	23.6%

※治療・未治療については、問診票の回答から算出しています。

○脂質異常の年代別有所見状況

※分母は各年代の測定者数で算出しています。

LDL(mg/dl)	40～64 歳		65～74 歳	
	人数	割合	人数	割合
LDL(140～159)	50	21.7%	68	14.9%
LDL(160 以上)	27	11.7%	37	8.1%
再掲) 180 以上	6	2.6%	12	2.6%
※LDL 測定者	230 人		455 人	

○問診票による生活習慣の状況

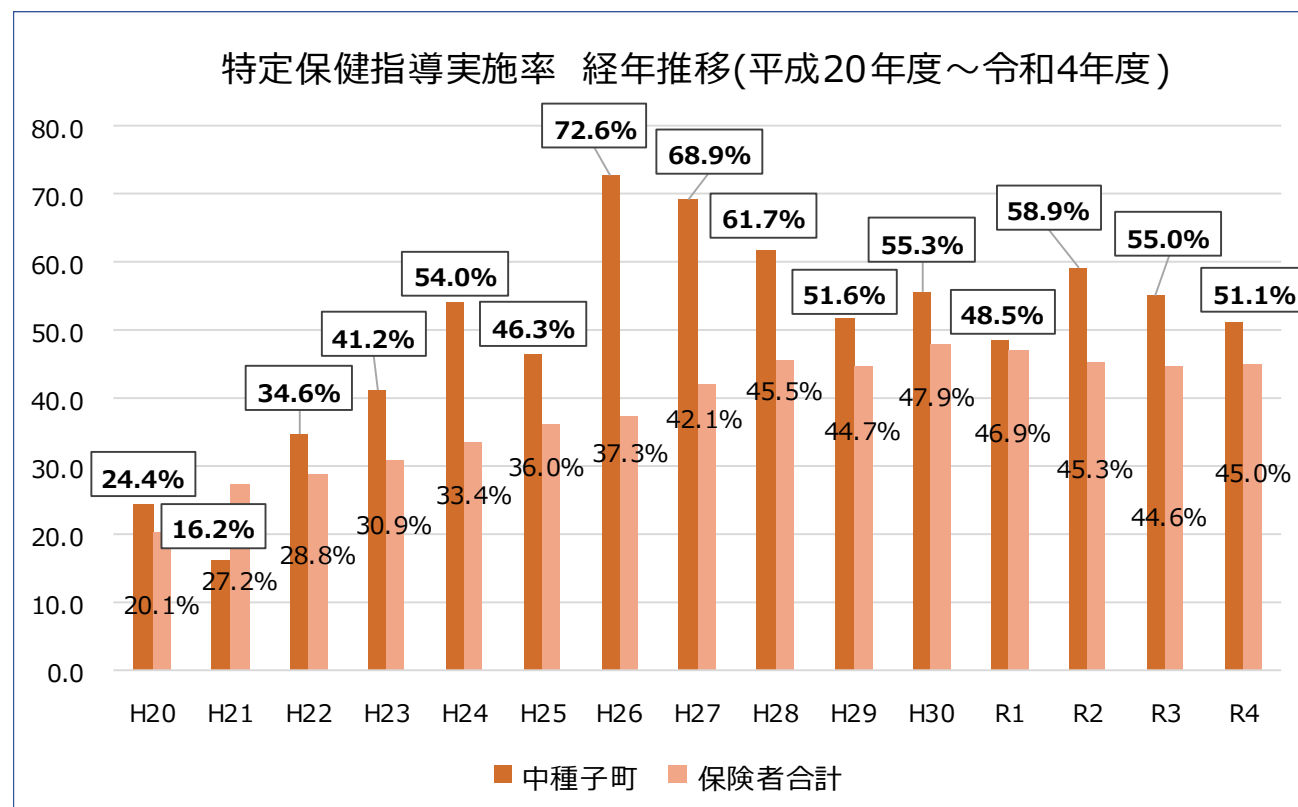
生活習慣の状況について、質問票項目の有所見者状況を県・同規模と比較すると、「喫煙あり」、「20 歳時体重から 10 k g 以上増加」、「1 回 30 分以上運動習慣なし」、「1 日 1 時間以上運動なし」、「毎日飲酒」、「睡眠不足」、「咀嚼_かみにくい」で高い状況です。

質問票の回答	中種子町		鹿児島県	同規模	全国
	人数	割合	割合	割合	割合
喫煙あり	106	15.4	11.4	15.1	13.8
20 歳時体重から 10Kg 以上増加	259	37.7	36.1	35.9	35.0
1 回 30 分以上運動習慣なし	448	65.2	56.9	65.2	60.4
1 日 1 時間以上運動なし	318	46.3	45.8	47	48.0
毎日飲酒	199	29.0	25.5	26.4	25.5
睡眠不足	178	25.9	22.1	24.2	25.6
咀嚼_かみにくい	174	25.3	22.3	22.4	19.9
咀嚼_ほとんどかめない	7	1.0	1.0	1.0	0.8

※割合は、各質問項目に「あり」と回答した件数÷各質問事項に回答した件数×100 で算出

※KDB システム（地域の全体像の把握）より

○ 特定保健指導実施率の状況では、平成 26 年度から平成 28 年度は 60%以上の実施率となっており、国の目標値を達成していましたが、平成 29 年度以降はマンパワー不足等もあり、減少傾向にありますが、令和 2 年度以降は新型コロナウイルス感染症の影響等もあるなか、50%台を維持している状況です。



※保険者合計とは、市町村国保・歯科医師国保・医師国保の合計を集計したものになります。

※特定健診データ管理システム（法定報告）より

○健診結果による保健指導判定値と受診勧奨判定値について

血圧の状況では、保健指導判定値は年々増加傾向にあり、I 度高血圧に関しても増加傾向である。

血糖（HbA1c）の状況では、平成 30 年度から令和 2 年度は減少しているが、令和 3 年度以降は緩やかに増加傾向である。

脂質（LDL コレステロール）の状況では、平成 30 年度と比較すると減少傾向である。

○血圧の保健指導判定と受診勧奨判定の状況

年度	測定者数	保健指導判定値		受診勧奨判定値			
		高値血圧		Ⅰ度高血圧		Ⅱ度高血圧以上	
	人数	人数	%	人数	%	人数	%
H30 年	807	218	27.0%	168	20.8%	50	6.2%
R1 年	786	216	27.5%	145	18.4%	35	4.5%
R2 年	638	199	31.2%	138	21.6%	42	6.6%
R3 年	614	185	30.1%	136	22.1%	26	4.2%
R4 年	685	205	29.9%	163	23.8%	38	5.5%

○HbA1c（血糖）の保健指導判定と受診勧奨判定の状況

年度	測定者数	保健指導判定値		受診勧奨判定値			
		6.0～6.4%		6.5%以上		再掲) 8.4%以上	
	人数	人数	%	人数	%	人数	%
H30 年	795	190	23.9%	100	12.6%	14	1.8%
R1 年	776	128	16.5%	65	8.4%	3	0.4%
R2 年	635	89	14.0%	42	6.6%	6	0.9%
R3 年	612	126	20.6%	50	8.2%	5	0.8%
R4 年	680	130	19.1%	56	8.2%	7	1.0%

○LDL コレステロールの保健指導判定と受診勧奨判定の状況

年度	測定者数	保健指導判定値		受診勧奨判定値			
		140～159		160 以上		再掲) 180 以上	
	人数	人数	%	人数	%	人数	%
H30 年	807	142	17.6%	81	10.0%	28	3.5%
R1 年	786	117	14.9%	91	11.6%	31	3.9%
R2 年	638	103	16.1%	70	11.0%	21	3.3%
R3 年	614	102	16.6%	66	10.7%	23	3.7%
R4 年	685	118	17.2%	64	9.3%	18	2.6%

(2) 医療

○ 平成 30 年度から令和 4 年度にかけての総医療費は、3,677 万円減少しており、入院医療費が 1,136 万円減少、入院外（外来）医療費が 2,541 万円減少している状況です。令和 4 年度の生活習慣病に關係する疾患の医療費をみると、腎不全や虚血性心疾患にかかる入院医療費の割合が、鹿児島県、全国と比較しても高い状況となっています。また、人工透析にかかる医療費をみると、国保（0～74 歳）、後期（75 歳以上）と鹿児島県、全国と比較しても高い状況となっています。

■総医療費（平成 30 年度—令和 4 年度の状況）

	総医療費	入院	1 人あたり 医療費(円)	入院外 (外来)	1 人あたり 医療費(円)
平成 30 年度	8 億 4685 万円	4 億 4388 万円	14,350	4 億 297 万円	13,020
令和 4 年度	8 億 1008 万円	4 億 3252 万円	16,190	3 億 7757 万円	14,130
平成 30 年度 からの増減	-3677 万円	-1136 万円	1,840	-2541 万円	1,110

※ 1 人あたり医療費：入院（入院外（外来））レセプト総点数(調剤含)÷被保険者で算出

※KDB システム（地域の全体像の把握）より

■令和 4 年度 生活習慣病にかかる疾患の医療費の状況

入院医療費		4 億 3251 万 7120 円 …(A)	医療費(入院)に占める割合の比較			
最大医療資源傷病名		医療費	中種子町	同規模	県	国
		B	B/A	C	D	E
中長期	腎不全	2340 万円	10,955	4,780	8,671	4,099
	脳出血・脳梗塞	1333 万円	6,239	6,791	9,020	6,044
	虚血性心疾患	1278 万円	5,982	4,446	5,278	3,961
短期	糖尿病	401 万円	1,875	1,450	2,042	1,182
	高血圧症	3 万円	14	432	457	259
	脂質異常症	15 万円	70	69	81	53
図-1(中長期・短期)合計		5369 万円	25,135	17,968	25,550	15,598

※KDB システム（疾病別医療費分析 中分類）より

外来医療費 (調剤含む)		3 億 7756 万 5820 円 …(A)	医療費(外来)に占める割合の比較			
最大医療資源傷病名		医療費	中種子町	同規模	県	国
		B	B/A	C	D	E
中長期	腎不全	3023 万円	14,152	16,719	25,661	15,781
	脳出血・脳梗塞	131 万円	612	943	1,546	825
	虚血性心疾患	313 万円	1,465	1,933	2,274	1,722
短期	糖尿病	3301 万円	15,455	21,925	20,864	17,720
	高血圧症	2147 万円	10,049	12,793	12,272	10,143
	脂質異常症	1103 万円	5,163	7,608	6,969	7,092
図-1(中長期・短期)合計		1 億 0017 万円	46,896	61,921	69,586	53,283

※KDB システム（疾病別医療費分析 中分類）より

■令和4年度 生活習慣病の疾病別医療費分析【男性】

疾病	入院			外来		
	総医療費 (円)	1人あたり 医療費	1人あたり 医療費 (年齢調整後)	総医療費(円)	1人あたり 医療費	1人あたり 医療費 (年齢調整後)
糖尿病	1,919,300	1,764	1,881	16,298,260	14,980	16,610
高血圧症	0	0	0	11,899,340	10,937	11,729
脂質異常症	0	0	0	5,111,870	4,698	5,334
脳出血	1,207,880	1,110	951	3,330	3	2
脳梗塞	5,216,540	4,795	3,952	902,070	829	822
狭心症	5,188,910	4,769	4,516	1,270,210	1,167	1,268
心筋梗塞	1,940,300	1,783	2,335	98,930	91	134
がん	38,322,020	35,222	39,815	49,755,560	45,731	50,121
筋・骨格	21,184,980	19,471	17,876	11,477,990	10,550	11,712
精神	31,588,340	29,033	36,645	9,072,450	8,339	10,352
腎不全 (透析あり)	8,236,500	7,570	7,098	11,249,680	10,340	12,074

※KDB システム（疾病別医療費分析（生活習慣病））より

■令和４年度 生活習慣病の疾病別医療費分析【女性】

疾病	入院			外来		
	総医療費 (円)	1人あたり 医療費	1人あたり 医療費 (年齢調整後)	総医療費(円)	1人あたり 医療費	1人あたり 医療費 (年齢調整後)
糖尿病	334,160	319	292	15,362,390	14,659	15,492
高血圧症	30,530	29	29	9,565,780	9,128	10,135
脂質異常症	149,390	143	142	5,917,120	5,646	6,054
脳出血	690,020	658	604	21,880	21	18
脳梗塞	6,211,540	5,927	6,978	379,350	362	364
狭心症	5,468,830	5,218	5,918	497,360	475	594
心筋梗塞	0	0	0	0	0	0
がん	17,539,610	16,736	18,043	24,418,250	23,300	24,339
筋・骨格	51,632,960	49,268	49,485	21,773,690	20,776	21,898
精神	26,148,640	24,951	31,457	6,820,960	6,509	7,917
腎不全 (透析あり)	3,134,520	2,991	3,385	4,617,600	4,406	5,621

■令和４年度人工透析の医療費の状況

○令和４年度（累計）国民健康保険(0～74歳)

	被保険者数	人工透析		医療費		
				医療費 (調剤含む)	人工透析患者の医療費※2	
				C	D	D/C
	A 人数※1	B 人数※	被保険者 100万対	円	円	%
中種子町 国保	2,136	7	3,277	8億1008万円	6432万円	7.94
同規模	427,153	1,486	3,479	1609億2236万円	95億0095万円	5.90
県	356,708	1,970	5,523	1584億0856万円	129億6959万円	8.19
全国	27,488,882	89,397	3,252	9兆3374億1148万円	5717億5114万円	6.12

○令和 4 年度（累計）後期高齢者医療(65～74 歳)

	被保険者数	人工透析		医療費		
				医療費 (調剤含む)	人工透析患者の医療費※2	
	A	B		C	D	D/C
	人数※1	人数※	被保険者 100 万対	円	円	%
中種子町 後期	21	4	190,476	5965 万円	3488 万円	58.47
同規模	5,688	727	127,813	117 億 2839 万円	45 億 5166 万円	38.81
県	2,896	286	98,757	69 億 4114 万円	19 億 6402 万円	28.30
全国	254,644	33,204	130,394	5581 億 3507 万円	2104 億 7473 万円	37.71

○後期高齢者医療(75 歳以上)

	被保険者数	人工透析		医療費		
				医療費 (調剤含む)	人工透析患者の医療費※2	
	A	B		C	D	D/C
	人数※1	人数※	被保険者 100 万対	円	円	%
中種子町 後期	1,680	15	8,929	13 億 1519 万円	7833 万円	5.96
同規模	362,416	2,141	5,908	2860 億 3519 万円	136 億 9230 万円	4.79
県	268,170	1,920	7,160	2678 億 9426 万円	131 億 0029 万円	4.89
全国	18,998,051	130,553	6,872	15 兆 5577 億 5162 万円	8378 億 0400 万円	5.39

※ 1 : 人数は、年度末(R5 年 3 月時点)の人数を計上しています。 ※ 2 : 人工透析患者の医療費は、人工透析レセプト点数を計上しています。※KDB システム（地域の全体像の把握、医療費分析(1)細小分類、疾病別医療費分析大分類）より

(3) 介護

○ 令和 4 年度の 1 号認定率は、19.9%であり、県、国と比較すると国より若干高い割合となっています。
新規認定率については、県、国と比較しても 0.3 と変わらない状況となっています。介護認定者の有病状況をみると、平成 30 年度と比較して、令和 4 年度では、脂質異常症、悪性新生物の割合の増加がみられます。

■ 令和 4 年度（累計） 介護認定状況

		中種子町		鹿児島県	国
		実数	割合	割合	割合
1 号認定者数・認定率※		590	19.9	20.1	19.4
新規認定者		7	0.3	0.3	0.3
介護度別 総件数・割合	要支援 1.2	1,298	9.7	15.3	12.9
	要介護 1.2	5,922	44.4	45.3	22.7
	要介護 3 以上	6,119	45.9	39.4	40.8
2 号認定者		5	0.2	0.4	0.4

※65 歳以上の介護認定者を推計÷((再掲)65 歳～69 歳～(再掲)100 歳以上の合計)×100

※ K D B システム（地域の全体像の把握）より

■ 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）

傷病名	平成 30 年度			令和 4 年度		
	中種子町	鹿児島県	国	中種子町	鹿児島県	国
糖尿病	13.4%	22.5%	22.4%	12.7%	23.7%	24.3%
高血圧症	49.3%	58.7%	50.8%	48.7%	59.0%	53.3%
脂質異常症	18.3%	29.9%	29.2%	20.2%	32.8%	32.6%
心臓病	57.3%	67.3%	57.8%	56.6%	66.9%	60.3%
脳疾患	25.5%	33.9%	24.3%	22.2%	31.3%	22.6%
悪性新生物	7.7%	11.4%	10.7%	9.2%	12.3%	11.8%
筋・骨格	52.6%	60.8%	50.6%	46.7%	61.0%	53.4%
精神	36.6%	41.7%	35.8%	35.4%	42.7%	36.8%
※認知症（再掲）	26.5%	29.0%	22.9%	22.8%	30.4%	24.0%
アルツハイマー病	21.5%	23.8%	18.3%	20.4%	23.5%	18.1%

※各傷病名を判定したレセプトを持つ介護認定者の集計÷介護認定者数×100 で算出

※ K D B システム（地域の全体像の把握）より

3. 前期計画の評価と見直し

- 中種子町では、国保加入者の「健康寿命の延伸・QOL の向上」と「医療費の適正化」に向けて、第 2 期データヘルス計画に則して、下記のとおり「達成すべき目的」ごとに「課題を解決するための目標」を立て、各保健事業に取り組みました。

「健康寿命の延伸・QOL の向上」、「医療費の適正化」



	達成すべき目的	課題を解決するための目標
中 長 期 目 標	適正受診を促進し、重症化して入院する患者を減らす。	・ 入院医療費の伸び率を同規模並みにする。 ・ 必要な医療勧奨を行い、入院外医療費を伸ばす。
	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する。	・ 脳血管疾患の総医療費に占める割合が減少する。 ・ 虚血性心疾患の総医療費に占める割合が減少する。 ・ 糖尿病性腎症による透析導入者の割合が減少し、透析の総医療費に占める割合が減少する。
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。	・ メタボリックシンドローム予備軍の割合減少 ・ メタボリックシンドローム予備軍の減少率増加 ・ 特定保健指導対象者の割合減少 ・ 特定保健指導対象者の減少率増加 ・ 健診受信者の高血圧(160/100mmHg 以上)の割合減少 ・ 健診受信者の脂質異常者(LDL160mg/dl 以上)の割合減少 ・ 健診受診者の糖尿病有病者の割合減少 ・ 健診受信者の HbA1c8.0%以上で未治療者の割合減少 ・ 糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合増加 ・ 糖尿病の保健指導を実施した割合増加 ・ 糖尿病性腎症の保健指導対象者をアウトカム評価した割合
	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率向上により、重症化予防対象者を減らす。	・ 特定健診受診率 60%以上 ・ 特定保健指導実施率 60%以上

	達成すべき目的	課題を解決するための目標
短期目標	歯科健診（歯周病健診）受診率を向上し、関連疾患を予防する。	・ 歯科健診（歯周病健診含む）の受診率が上昇する。
	自己の健康に関心を持つ住民が増える。	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合が上昇する。
	後発（ジェネリック）医薬品の使用による医療費の削減。	後発（ジェネリック）医薬品の使用割合 80%以上。

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

事業名	指 標	実 績					
		H29	H30	R1	R 2	R 3	R 4
1.特定健診・ 特定保健指導	特定健診受診率 60%増加	42.9%	44.6%	44.0%	37.4%	37.3%	44.1%
	特定保健指導実施率 60%増加	51.6%	55.3%	48.5%	58.9%	55.0%	51.1%
	メタボ予備軍の割合	28.2%	29.9%	30.4%	32.3%	31.1%	33.6%
	メタボ予備軍の減少率(%) (対 20 年度比) ※1 増加	12.2%	8.4%	6.8%	2.4%	5.6%	0.5%
	特定保健指導対象者の割合	11.6%	12.8%	12.3%	14.1%	13.0%	5.9%
	特定保健指導対象者の 減少率(%)※2 増加	42.0%	36.7%	37.5%	28.6%	34.9%	35.5%

事業名	指 標	実 績					
		H29	H30	R1	R 2	R 3	R 4
2.糖尿病性腎症 重症化予防	糖尿病性腎症による新規透 析導入者の割合減少	7.1%		4.9%			3.36%
	健診受診者の糖尿病有病者 割合減少	9.5%	13.8%	11.5%	9.8%	11.1%	8.2%
	健診受診者の HbA1c8.0% 以上で未治療者の割合減少	0.25%	1.01%	0.13%	0.79%	0.16%	0.6%
	糖尿病の保健指導を実施した 割合増加						
	糖尿病未治療を治療に結びつ けた割合増加						
	糖尿病性腎症の保健指導対 象者をアウトカム評価した割合						
3.重症化予防・ 受診勧奨	脳血管疾患の総医療費に 占める割合減少	1.45%		3.10%			1.81%
	虚血性心疾患の総医療費に 占める割合減少	1.48%		1.73%			1.79%
	健診受診者の高血圧 (160/100mmHg 以上)の 割合減少	3.7%	6.2%	4.5%	6.6%	4.2%	5.0%
	健診受信者の脂質異常者 (LDL160mg/dl 以上)の 割合減少	9.1%	10.0%	11.6%	11.0%	10.7%	9.3%
	未治療者を治療につなげた 割合増加						
	保健指導対象者をアウトカム 評価した割合						
4.がん検診	胃がん検診受診率増加	7.5%	7.1%	6.8%	5.8%	4.6%	6.4%
	肺がん検診受診率増加	18.7%	18.2%	17.1%	15.0%	14.4%	17.4%
	大腸がん検診受診率増加	12.5%	13.1%	12.6%	10.5%	9.4%	11.8%
	子宮頸がん検診増加	15.0%	16.2%	15.6%	12.9%	15.6%	17.4%
	乳がん検診増加	24.5%	22.9%	23.8%	21.9%	22.9%	25.2%

事業名	指 標	実 績					
		H29	H30	R1	R 2	R 3	R 4
6.健康インセンティブ・健康づくり	運動教室（よろーて会）の健康ポイント交換人数				7 人	15 人	16 人
	インセンティブ配布人数				434 人	406 人	490 人
7.適正受診・適正服薬（後発（ジェネリック）医薬品促進含む）	後発(ジェネリック)医薬品の使用割合 80%以上		75.6%	79.3%	80.6%	81.8%	83.3%
8.地域包括ケア・一体的実施	関連分野との連携会議を開催し、KDB 等で分析したデータから対応策を協議する。						
	地域支援事業に国保部門として参画する。						
	KDB やレセプト等を使用して、前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、国保部門としてターゲット層に対する支援を実施する。（個別支援等）						
	公的医療機関、公共施設等を活用し、通いの場を作り、疾病予防や介護予防の取組みを行う。						
	広域連合からの保健事業の委託を受け、専門職を活用し、国保の保健事業について後期高齢者医療制度の保健事業と介護保険の地域支援事業との一体的な実施を行う。						

※ 1：メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の減少率＝{(平成 20 年度メタボリックシンドローム該当者及び予備軍推定値－当該年度メタボリックシンドローム該当者及び予備軍推定値)／平成 20 年度メタボリックシンドローム該当者及び予備軍推定数}×100

※ 2：特定保健指導対象者の減少率＝{(平成 20 年度特定保健指導対象者の推定数－当該年度の特定保健指導対象者の推定数)／平成 20 年度の特定保健指導対象者の推定数}

- 個別の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）、次年度に向けた改善（Action）を 1 サイクルとして実施し、年度ごとの事業の評価、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。
- 不健康期間では、女性が男性の 2 倍の長さの期間があるため、女性の期間短縮に向けての取り組みが求められています。
- 医療費の適正化については、糖尿病性腎症重症化予防事業、重症化予防・受診勧奨事業や重複・頻回受診者訪問指導事業（後発医薬品促進含む）事業の取り組みにより、疾患別にかかる医療費は削減効果がみられます。
- 特定健康診査の受診率向上及び特定保健指導実施率向上については、第 3 期特定健康診査等実施計画の目標値にはおよばない状況となっています。新型コロナウイルス感染症の影響を受け受診率・実施率は減少傾向にあるため、引き続き、受診率及び実施率向上の取り組みを実施していきます。
- 糖尿病性腎症重症化予防事業では、健診結果説明会にて保健指導を実施し、医療機関への受診勧奨を行いました。鹿児島県が実施している糖尿病重症化予防プログラムに則り、約 6 か月間、訪問を中心とした個別指導を実施し、医療機関の未受診者に対して受診勧奨を行い、糖尿病の治療へつなげています。しかし、新型コロナウイルス感染症の影響もあり参加拒否が多くあったため、対象者へのアプローチ力の向上とプログラムへの理解と周知が課題となっています。
- 中種子町では、SMR にて男女ともに脳血管疾患が、男性は悪性新生物、女性は急性心筋梗塞が鹿児島県よりも高く、健診受診者の高血圧の割合も高いことから、受診勧奨に力を入れて取り組みました。健診結果から、生活習慣病である方に対して医療機関への受診勧奨を行い、また、未受診者に対して、個別指導と電話フォローを実施しました。令和 2～3 年度は、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、直接面談が出来なかったため、電話による保健指導が中心となりました。農繁期などの影響もあり、電話での連絡の取りづらさがあり、未受診・未治療者への取組が課題となっております。
- 歯科健診では、健康増進係が実施主体であり、国民健康保険被保険者だけでなく、町民全体が対象となっていますが、受診率が平成 30 年から伸び悩んでいる状況にあります。
実施主体である健康増進係と連携し、広報に力を入れ、受診率の向上に引き続き取り組んでいきます。
- 重複・頻回受診者訪問指導事業では、同じ効果の薬を複数処方（重複服用）、多数の薬の投与（多剤投与・多重服薬）といった対象者に対して、はがきによる通知を実施しました。本事業は、薬を処方する医師の裁量によるところも大きいとため、医師会と連携し実施しました。通知し

たはがきを、本人がかかりつけ医や薬剤師へと相談しやすい媒体として活用できるように実施しました。

- 後発（ジェネリック）医薬品推進では、国が掲げている後発（ジェネリック）医薬品使用割合 80%を令和元年度に達成しています。
- 地域包括ケア・一体的実施事業は、令和 6 年度より地域福祉課と連携し、事業を開始する予定です。ハイリスクアプローチでは、重症化予防（高血圧）と低栄養に取組み、訪問による個別指導を中心に実施する予定です。ポピュレーションアプローチでは、通いの場を通じて、健康教育や個別相談を実施する予定です。
- データヘルス計画の事業対象者は 74 歳までの方を対象とすることで、それ以降の医療費を適正化することを目的としていましたが、75 歳以上の人そのものを対象とした取組みが、医療と介護の費用の適正化に効果があるのではという考えが、地域包括ケア・一体的実施事業の背景にあるとみられています。しかし、ガイドラインで提示されている事業の効果も十分に確立されていないことから、試行錯誤しながら進めていくこととなります。

4. 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み状況を整理し、「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、課題解決に向けて保健事業に取り組めます。

■ 健康課題

1. メタボ該当者が増加傾向にある。
2. 特定健診の受診率が低い。特に男性は50歳前半、女性は40歳代が低い。
3. 特定保健指導の実施率が伸び悩んでいる。
4. 高血圧や糖尿病の未治療者が多い。
5. 心臓病や高血圧を原因とする要介護者が多い。
6. 脳血管疾患・急性心筋梗塞におけるSMRが高い。
7. 一体的実施事業に専門職がおけず、未実施。



- 上記の健康課題の中でも中種子町では、特に急性心筋梗塞におけるSMRが高く、要介護者の有病状況においても、高血圧が多いことから次の課題を優先課題としました。

1. 高血圧の未治療者が多い。
2. 高血圧の生活習慣病を原因とする要介護者が多い。
3. 脳血管疾患・急性心筋梗塞におけるSMRが高い。

第3章 データヘルス計画の目的と方策

1. 計画の目的

- 中種子町の国民健康保険加入者においては、年代が幅広いことから、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上が図られ、結果として医療費の適正化に資すると考えられるため、今期のデータヘルス計画においても、「健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上」と「医療費の適正化」を目的とします。

2. 目的を達成させる事業

- 健康課題の解決に向けて、本町では下記のとおり保健事業ごとに目的をもって取組みます。

目 的	関連する保健事業
・特定健康診査の受診の促進し、特定保健指導の利用の促進と利用者のメタボリックシンドロームの改善を図ることでメタボリックシンドロームの減少を通じた生活習慣病の予防を目的とします。	・特定健康診査（受診勧奨） ・特定保健指導
・糖尿病性腎症重症化予防のプログラムの利用及び医療機関受診を促進し、重症化予防することで、糖尿病等に伴う慢性腎不全患者および関連医療費の減少を目的とします。	・糖尿病性腎症重症化予防
・高血圧等のハイリスク者の医療機関受診・継続について働きかけることで、高血圧、糖尿病、脂質異常症等の生活習慣病の重症化予防に資することを目的とします。	・重症化予防・受診勧奨
・歯科・歯周病の健診の受診促進と適切なセルフケアの推進を図ることで、歯科・歯周病および関連疾患の予防を目的とします。	・歯科健診
・健康イベント等の参加、健康的な生活習慣の実践を促進し、生活習慣病の予防を目的とします。	・健康インセンティブ・健康づくり
・重複受診、重複・多剤処方が改善することで、受診・服薬の適正化および後発（ジェネリック）医薬品の促進を通じた医療費適正化と健康障害予防を目的とします。	・重複・頻回受診者訪問事業
・後発（ジェネリック）医薬品の利用と切替を促進し、ハイリスク者への適切な医療等の資源の利用促進と健康状態の改善を図ることで、受診・服薬の適正化および後発（ジェネリック）医薬品の促進を通じた医療費適正化と健康障害予防を目的とします。	・後発（ジェネリック）医薬品促進
・高齢者の社会参加を促進することで、フレイルおよび要介護の予防、高齢者の社会参加と QOL の向上を目的とします。	・地域包括ケア・一体的実施

第4章 第4期特定健康診査等実施計画

1 特定健康診査

■ 事業の概要

年度	令和6年度～令和11年度	担当部門	町民課（国保年金係）
背景	●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。 ●中種子町でも、制度開始以来、特定健康診査実施計画をもとに進められており、様々な取り組みを行ってきました。しかし、受診率は、44.1%（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	●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、受診勧奨、再勧奨の取り組みを行うことで、特定健康診査の受診率向上を目的とします。		
具体的内容	【実施内容】 ●対象：40歳～74歳の被保険者 ●実施方法：集団及び個別 情報提供対象者への通知 ●実施時期 2月 集団健診意向調査発送 3月～5月 意向調査をもとに、がん検診希望者に対して特定健診を受診しないか電話等で受診勧奨を実施。適宜受診勧奨を実施 5月 集団健診希望者に対して受診券の送付 6月・11月 広報誌掲載、防災無線での広報、広報車にて受診勧奨 6月 集団健診（がん検診とセット、若年健診・長寿健診） 7月 結果報告会（特定健診・長寿健診・若年基本健診受診者に対しては、減塩食品をインセンティブとして配布） 7月～翌年2月 個別健診実施（7月～2月にかけて個別健診の受診勧奨通知を送付 3～4回実施予定） 11月 脱漏健診（特定健診・長寿健診） 12月 脱漏者結果報告会 2月 広報誌に個別健診の案内を掲載 ●実施体制：委託健診機関（集団健診：2委託機関、個別健診：熊毛地区医師会） ●健診項目：資料1参照 追加項目・・・塩分摂取量 ●費用：特定健康診査に係る自己負担なし ●受診勧奨：集団健診申込者での未受診者、40～50歳代への受診勧奨、個別健診を希望者、過去に健診を受診されている方で今年度未受診者 ●受診再勧奨：2月に実施する意向調査をもとに ●健診データ収集：「みなし健診」の方法 人間ドック受診者や情報提供対象者からのデータを活用 ●40歳未満の健診：20歳～39歳の町民を対象に、集団健診を実施。町の広報誌及び防災無線で受診勧奨		
評価	評価指標		指標の定義
	アウトカム	・特定健診受診率 ・メタボリックシンドローム・予備群の減少率（対20年度比） ・受診勧奨、再勧奨者のうち受診者数・受診率 ・集団健診受診者数 ・個別健診受診者数 ・情報提供での受診者数	・特定健診受診率は、法廷報告を参照とする。 ・メタボリックシンドローム・予備群の減少率（対20年度比）は、{（平成20年度推定値-当該年度推定値）/平成20年度推定値} × 100
	アウトプット	・受診勧奨数・受診率（通知文・電話・訪問等） ・集団健診受診者数・受診率 ・脱漏健診受診者数・受診率（脱漏健診は令和6年度から実施）	
	プロセス	・特定健診未受診者勧奨対象者 6月以降対象者抽出し、個別健診の通知文と受診券を送付。 - 対象者：意向調査にて個別健診を希望された方。 - 意向調査にて集団健診を希望したが集団健診未受診者。 - 意向調査にて通院中と回答された方。 - 連続受診者で意向調査に未回答の方で今年度未受診者。 ・脱漏健診対象者 9月対象者抽出 10月通知 ・広報誌や防災無線での広報 ・個別健診実施機関との委託契約 6月 ・がん検診との一体的実施（集団健診のみ）、休日は託児所を設置	
	ストラクチャー	・実施体制・人員の確保 ・予算の確保 ・勧奨方法（通知・訪問・広報誌・広報車・防災無線） ・委託機関、委託・協力医療機関との連携 - 熊毛地区医師会 集団健診委託機関	

※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					
		R 6	R 7	R 8（中間）	R 9	R10	R11（最終）
特定健診受診率	(R4年度) 44.1%	46.8%	49.5%	52.1%	54.8%	57.4%	60.0%
メタボリックシンドローム・予備群の減少率（対20年度比）	(R4年度) 0.49%	4.6%	8.7%	12.7%	16.8%	20.9%	25.0%

評価の まとめ	
事業 評価	A：目標を達成 B:目標は達成できなかったが、目標に近い成果あり C：目標は達成できなかったが、ある程度効果あり D:効果があるとはいえない E：評価困難
継続等 について	継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討
見直し 改善に ついて	(考えられる見直しと改善案)

2 特定保健指導

■ 事業の概要

年度	令和6年度～令和 1 1 年度	担当部門	町民課（国保年金係）
背景	・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。 ・中種子町でも特定保健指導を進めていますが、実施率は46.6%（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。		
目的	・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。		
具体的内容	【実施内容】 ●対象：集団健診・個別健診・情報提供票提出者・人間ドック受診者のうち、「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、訪問、郵送（手紙） ●実施機関：直営（保健師、管理栄養士）、委託 保健指導実施機関（集団健診の動機付け支援対象者） ●実施時期 健診結果受領後、レポートを確認し服薬状況や精神疾患等の確認の有無を確認。通知文を発送、利用勧奨架電又は訪問、動機付け支援対象者は3ヶ月実施。積極的支援は6ヶ月支援とする。 ●費用：自己負担額なし ●利用勧奨・再勧奨：全対象者に案内通知後架電又は訪問等による利用勧奨		
評価	評価指標		
	アウトカム	・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） ・特定保健指導実施率目標に対する達成率（積極的支援、動機付け支援） ・利用者の腹囲 2 cm減少、体重 2 kg減量者割合 ・利用者の生活習慣・検査値（特に体重、BMI）の改善割合・平均値の変化 ・メタボ該当者・予備軍（特定保健指導対象者）割合 ・有所見割合（腹囲、BMI、血圧、脂質、血糖）＊特定保健指導判定値を超えている割合とする。 ・問診項目該当者割合	
	アウトプット	・メタボリックシンドローム該当者、予備群の減少率 ・保健指導利用終了率 ・特定保健指導参加数、特定保健指導実施率及び継続率（中途脱落率） ・利用勧奨、再勧奨の数、率	
	プロセス	・保健指導対象者の抽出 健診データ受領後（随時） ・利用勧奨方法・手順：案内通知、通知後架電・日程調整 面談・架電等による支援 動機付け支援：3ヶ月後評価 積極的支援：2ヶ月後・5ヶ月後に通知し3ヶ月後・6ヶ月後に評価 ・実施方法：直営：個別支援 委託：結果報告時に個別支援又は集団支援を実施。その後、3ヶ月後に郵送にて評価を実施。 ・保健指導実施機関との委託契約 4月	
	ストラクチャー	・予算の確保 ・委託機関との連携会議数 ・保健指導体制状況 ・特定保健指導従事者の研修の参加数	

※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					
		R 6	R 7	R 8（中間）	R 9	R10	R11（最終）
特定保健指導実施率	(R4年度) 46.6%	48.8%	51.1%	53.3%	55.5%	57.8%	60.0%
メタボリックシンドローム・予備群の減少率（対20年度比）	(R4年度) 0.49%	4.6%	8.7%	12.7%	16.8%	20.9%	25.0%

評価の まとめ	
事業 評価	A：目標を達成 B:目標は達成できなかったが、目標に近い成果あり C：目標は達成できなかったが、ある程度効果あり D:効果があるとはいえない E：評価困難
継続等 について	継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討
見直し 改善に ついて	(考えられる見直しと改善案)

3. 個人情報の保護に関する事項

○ 特定健康診査及び特定保健指導の記録の取扱いにあたり、個人情報保護に関して次の事項を遵守し、適切に対応します。

1. 個人情報の取扱いに関しては、「国民健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び中種子町の「個人情報保護条例」に基づき、特定健診・特定保健指導のデータ保存・管理体制等について適切に対応します。
2. 特定健診・特定保健指導の実施やデータの管理、分析等を外部機関に委託する場合は、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、委託先の契約遵守状況を管理します。

○ 守秘義務規定

■ 国民健康保険法（昭和 33 年 12 月 27 日法律第 192 号）

第 120 条の 2 保険者の役員若しくは職員又はこれらの職にあった者が、正当な理由なしに、国民健康保険事業に関して職務上知得した秘密を漏らしたときは、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

■ 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年 8 月 17 日法律第 80 号）

第 30 条 第 28 条の規定により保険者から特定健康診査等の実施の受けた者（その者が法人である場合にあつては、その役員）若しくはその職員又はこれらの者であった者は、その実施に関して知り得た個人の秘密を正当な理由なく漏らしてはならない。

第 167 条 第 30 条の規定に違反して秘密を漏らした者は、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

○ 特定健診・特定保健指導結果のデータの保存年限は、原則 5 年とします。ただし、被保険者が資格を継続している場合は、この限りではありません。

4. 公表及び周知に関する事項

○ 第 4 期特定健康診査等実施計画については、広報やホームページ等に掲載し周知を図ります。また、特定健康診査・特定保健指導の重要性について理解が得られるよう、広報だけでなく、集会、イベント、パンフレット、ポスター等により普及啓発を図ります。

第5章 個別保健事業

1 糖尿病性腎症重症化予防事業

■ 事業の概要

年度	令和6年度～令和11年度	担当部門	町民課（国保年金係）
背景	・糖尿病から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ある。 - 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る。 ・中種子町でも平成29年度から、糖尿病性腎症重症化予防の取組を進めている。		
目的	・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する。		
具体的内容	【実施内容】 ＜受診勧奨＞ ●対象 未受診者：特定健診を受診し、空腹時血糖126mg/dl（随時血糖200mg/dl）以上またはHbA1c 6.5%以上で病院未受診の方 治療中断者：特定健診を受診し、空腹時血糖126mg/dl（随時血糖200mg/dl）以上またはHbA1c 6.5%以上でレセプトデータ等から糖尿病治療中で最終の受診日から6ヶ月経過しても受診した記録がない方 ●実施方法：訪問等にて健診結果を基に保健指導（受診勧奨）を実施。 ●実施機関：保健指導・・・直営（保健師、管理栄養士） ●費用：自己負担なし ●実施スケジュール：健診結果を基に対象者を抽出。健診結果を持参し訪問等にて保健指導（受診勧奨）を実施。 ●医師会との連携：本町の病院や熊毛地区医師会との連携、主治医からの指示書作成依頼。 ＜保健指導＞ ●対象：国・県のマニュアル及び本町の抽出基準にて該当者を抽出し対象者を確定 ●実施方法：通知文発送、発送後訪問による参加勧奨及び訪問以外の方は架電にて参加勧奨 ●実施機関：保健指導・・・直営（保健師、管理栄養士） ●費用：自己負担なし ●実施スケジュール 国・県のマニュアル及び本町の抽出基準にて該当者を抽出し対象者を確定。 案内文を発送、発送後訪問による参加勧奨及び訪問以外の方は架電にて参加勧奨を実施する。 参加希望者は、かかりつけ医にて指示書を作成。 指示書はを本町へ提出。提出後保健指導を（6ヶ月間）終了後は、電話や訪問にて生活状況の確認を実施する。 ●医師会との連携：参加時主治医からの指示書を本町へ提出。		

評価指標	
評価	アウトカム
	【短期評価】 - 生活習慣改善意欲、QOL - 行動変容（食生活改善、軽い運動習慣、減酒、口腔衛生等） - 医療機関との連携による検査把握 血糖・HbA1c・血圧・LDLコレステロール・腎機能（尿蛋白・クレアチニン・eGFR,尿アルブミン等） - 受診につながった割合 - 新規透析導入患者 - 糖尿病性腎症病期、未治療率
	【中長期評価】 - 糖尿病性腎症による新規透析導入者 - 心血管イベントの発症、その他糖尿病に関連した合併症の発症状況 - レセプト状況：継続した受療率、服薬状況、医療費
	アウトプット
	- 受診勧奨による病院受診の割合 - 保健指導参加率 - 地区、性・年代別に偏りはないか。
	プロセス
	- 医療機関との連携に関する説明 - 糖尿病連携手帳の活用 - 対象者の抽出は適切であったか - 勧奨方法は適切であったか（勧奨方法、時期、内容など）及び見直し等が必要ではないか - 保健指導：対象者、案内通知文、参加勧奨方法、保健指導の内容 - 利用者あるいは保健指導実施者の満足度
	ストラクチャー
	- 予算の確保 - 医療機関との連携 - 実施体制が確保できたか - 課題分析結果に基づき、対象・目的・方法が決定できたか - 関係者間での理解が得られ、連携体制が構築できたか - 従事者の確保 - 保健指導者の研修の参加回数 - 健診・医療の集約方法

評価の まとめ	
事業 評価	A：目標を達成 B:目標は達成できなかったが、目標に近い成果あり C：目標は達成できなかったが、ある程度効果あり D:効果があるとはいえない E：評価困難
継続等 について	継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討
見直し 改善に ついて	（考えられる見直しと改善案）

2 健診受診後の事後フォロー

■ 事業の概要

年度	令和6年度～令和11年度	担当部門	町民課（国保年金係・健康増進係）
背景	●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る。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ある。 ●中種子町でのレセプトの分析の結果、高血圧、脂質異常症、糖尿病の患者数は他の疾病に比較して有病者が多く、かつ増加している。また、これらの疾病の生活習慣病に関連する医療費は全体のうち多くを占める。 ●中種子町では、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、生活習慣病の有所見者には受診勧奨と保健指導を行っている。		
目的	●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する。		
具体的内容	【実施内容】 ●対象：集団健診で要精密検査と判断された方のうち、要精密検査の受診の有無が把握できていない方 ●実施者：直営（保健師・管理栄養士） ●実施内容：健診結果を基に病院受診の必要性について理解してもらうように受診勧奨・保健指導（個別相談） ●実施方法 集団健診・脱漏健診の結果報告会時に、結果の見方と生活習慣病について説明を実施。集団健診受診者のうち要精密者に対しては個別相談を実施。 個別相談の内容：健診結果を基に、保健師・管理栄養士による生活習慣の聞き取りと保健指導・受診勧奨を実施。 健診機関より健診受診後2ヶ月後・5ヶ月後に要精密者の情報が送付される。未受診者に対して、情報提供依頼書の送付や架電・訪問等にて受診状況の確認を実施。その後、健診医療機関に対して要精密者の受診状況について送付する。 ●受診勧奨の方法：訪問、面談、電話、書面、架電 ●再勧奨 集団健診受診者において健診機関より要精密者の情報が結果報告会2ヶ月後・5ヶ月後に送付される。未受診者に対して3ヶ月後・6ヶ月後に再勧奨を実施		
評価		評価指標	
	アウトカム	【短期】 ・要精密者のうち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の割合 ・健診における有所見者の割合	
	アウトプット	・受診勧奨者数・率 ・個別相談の実施者数	
	プロセス	・受診勧奨方法と手順は適切であったか。 ・未受診者に対する再勧奨実施方法	
ストラクチャー	・予算の確保 ・実施体制（保健師・管理栄養士の確保） ・熊毛地区医師会や医療機関との連携 ・研修会の参加		

評価の まとめ	
事業 評価	A : 目標を達成 B:目標は達成できなかったが、目標に近い成果あり C : 目標は達成できなかったが、ある程度効果あり D:効果があるとはいえない E : 評価困難
継続等 について	継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討
見直し 改善に ついて	(考えられる見直しと改善案)

3 二次健診（頸部血管超音波検査）

■ 事業の概要

年度	令和6年度～令和11年度	担当部門	町民課（国保年金係）
背景	・糖尿病性腎症や動脈硬化病変を早期に発見し心筋梗塞，脳梗塞，腎臓病等の発症及び重症化の予防する必要がある。 中種子町において集団健診受診者の中で特定保健指導対象者・メタボリックシンドローム・予備軍等を対象に二次健診（頸部血管超音波検査）を実施し自分の体の変化を認識し、生活習慣の改善に取り組んでいる。		
目的	・二次健診（頸部血管超音波検査）を行うことにより，糖尿病性腎症や動脈硬化病変を早期に発見し心筋梗塞，脳梗塞，腎臓病等の発症及び重症化の予防を図ることを目的とする。		
具体的 内 容	【実施内容】 ●対 象 1. 特定保健指導の対象者（積極的支援及び動機付け支援） 2. 健康診査等の結果，次のいずれかに該当する者。ただし2項目以上該当している者を優先とする。 (1) 高中性脂肪150mg/dl以上又はHDLコレステロール40mg/dl以下 (2) LDLコレステロール120mmHg/拡張期血圧85mmHg以上 (3) 血圧 収縮期血圧130mmHg/拡張期血圧85mmHg以上 (4) 空腹時血糖100～125mg/dl又は，HbA1c5.6～6.4以下 ※(1)～(4)は「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】」の保健指導判定値とする。 3. 糖尿病，高血圧症，脂質異常症等の遺伝的素因の疑われる者（二親等以内の親族） 4. 禁忌とする者 (1) HbA1c6.5以上，空腹時血糖126mg/dl以上，随時血糖200mg/dl以上の者。 (2) 過去に糖尿病と診断された者 (3) 保健指導を受ける意思がない場合 (4) 健康診査等の結果，空腹時血糖又は随時血糖又はHbA1cの値が受診勧奨域である場合 (5) 高血圧，脂質異常，糖尿病，精神疾患，C型肝炎等の症状で治療中の場合 ●実施方法 抽出した20名の検査を行い、保健師が個別に訪問し、結果の説明を行う。 ●実施時期 11月頃 ●実施体制 二次健診委託機関・国保事務担当・保健師		

評価指標	
評価	アウトカム ・二次検診受診者数
	アウトプット ・二次検診受診勧奨数・受診率（通知文・電話・訪問等）
	プロセス ・二次検診の対象者抽出 ・二次検診受診勧奨方法：案内通知・架電・訪問・日程調整 ・二次検診実施機関との委託契約 9月～10月頃
	ストラクチャー ・二次検診の実施体制 ・予算の確保 ・勧奨方法：通知、訪問 ・委託機関との連携

評価の まとめ	
事業 評価	A：目標を達成 B：目標は達成できなかったが、目標に近い成果あり C：目標は達成できなかったが、ある程度効果あり D：効果があるとはいえない E：評価困難
継続等 について	継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討
見直し 改善に ついて	（考えられる見直しと改善案）

4 健康インセンティブ・健康づくり（運動教室 よろて会）

■ 事業の概要

年度	令和6年度～令和11年度	担当部門	町民課(国保年金係・健康増進係)
背景	●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る。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る。 ●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ある。 ●中種子町では、平成31年度より、運動教室「よろて会」を開始し、住民の健康づくりの支援を行っている。月に3回、夏季には町営の流水プールを利用し、アクアピクスを行っている。		
目的	●特定保健指導対象者を中心に、日頃、運動習慣の少ない町民に、運動機会（軽運動、アクアピクス、特定保健指導対象者軽運動）を提供するとともに、運動に関する正しい知識取得と運動のメリットや注意事項を学び、自主的な運動習慣の持続性を促進することによる健康保持増進を目的とする。		
具体的内容	【実施内容】 ●対象 (1)中種子町国民健康保険被保険者を原則とする。 (2)国保事業の特定保健指導、若年の特定保健指導の対象になった者。 (3)集団健診の結果、高血圧症、糖尿病、脂質異常症において、治療域にある者 (4)定員に満たない場合は定員の範囲内で対象に該当しない者も参加を認める。 ●実施期間：・1クール（軽運動） 4月～6月 月2回 計 8回 ・2クール（アクアピクス） 7月～8月 週2回 計 10回 ・3クール（軽運動） 9月～3月 月2回 計 14回 （特定保健指導対象者軽運動） 9月～3月 計 12回 ●ポイント及びインセンティブ：1回の参加につき商工会スタンプ会のポイントを50ポイント付与する。 ●実施機関：中種子よりいーきスポーツクラブへの委託、直営（保健師など）		
評価	評価指標		
	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	
	アウトカム	【中長期】 ・健康診査受診者数、率 ・運動教室（運動教室 よろて会）の参加者・参加率 ・被保険者、住民全体の生活習慣	
	アウトプット	・健康インセンティブ登録者、利用者数、率	
	プロセス	・委託業者・連携協定事業所との打ち合わせ、連携 ・実施方法：参加募集 事業実施状況 事業評価 ・周知方法：広報誌への掲載、集団健診結果報告会等での周知、特定保健指導対象者への周知、委託事業所での広報	
評価	ストラクチャー	・予算の確保 ・実施体制 ・商工会との連携 ・連携協定業者との連携 インセンティブの提供依頼	
	ストラクチャー		

評価の まとめ	
事業 評価	A：目標を達成 B：目標は達成できなかったが、目標に近い成果あり C：目標は達成できなかったが、ある程度効果あり D：効果があるとはいえない E：評価困難
継続等 について	継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討
見直し 改善に ついて	(考えられる見直しと改善案)

5 重複・頻回受診者訪問指導事業（後発医薬品医薬品促進含む）

■ 事業の概要

年度	令和6年度～令和 1 1 年度	担当部門	町民課（国保年金係）
背景	●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。 ●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る。 ●中種子町では、平成27年度より、適正受診・適正服薬促進に向けて、対象者への通知および希望者に対する保健指導を行っている。 ●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る。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）と掲げている。 ●中種子町国保でも、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2年度には80.6%で、国の目標を上回っている。		
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）、併用禁忌等の人に対して、通知や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・服薬を減少させる。 ●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する。		
具体的 内 容	【実施内容】 <重複・頻回受診者訪問指導事業> ●対 象 ・重複受診者 同一月内に同一疾病名の外来受診が4 か所以上あり、かつ、3 か月連続する者 ・頻回受診者 同一月内に同一疾病名で15日以上外来受診があり、かつ、3 か月連続する者 ●通知等の内容：対象者へ案内文を通知し、同意を得られた方に対して訪問を実施。実施者（保健師） ●実施スケジュール 委託業者より重複・頻回者の名簿が送付される。レセプト状況等を確認し、案内文を送付する。 同意を得られた方に関して、訪問を実施（6ヶ月間実施） ●評価方法：訪問実施後、レセプト状況等を確認し評価する。必要な場合には、架電等にて状況を確認する。 <後発医薬品医薬品促進> ●対 象：後発医薬品に切り替えが可能な方 ●通知の方法：案内文を封書にて通知。年に3～4 回実施 ●実施スケジュール：後発医薬品に切り替えが可能な方の対象者名簿・封書を委託業者へ依頼。年に3～4 回対象者へ送付する。医療費通知がある方に関しては、一緒に送付する。 ●普及啓発・情報提供 新規資格取得者に対し、ジェネリック医薬品に関するちらし配布。窓口来庁者に対し、ジェネリック医薬品希望シールの配布。ポスター掲示 ●評価：レセプトデータ等を比較して差額効果を確認		
評 価	評価指標		
	ア ウ ト カ ム	【短期】 ・通知後の改善割合 ・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	
		【中長期】 ・重複受診、頻回受診、重複服薬等の割合 ・後発（ジェネリック）医薬品の使用割合	
	ア ウ ト プ ット	・通知数、通知割合 ・訪問指導数、訪問指導割合 ・差額通知数・率 ・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	<重複・頻回受診者訪問指導事業> ・対象者の抽出 ・通知の発送 ・訪問指導による保健指導 ・お薬手帳の利用率 ・訪問指導実施後のレセプト状況 ・お薬手帳、ポリファーマシーに関する普及・啓発：広報誌へ掲載	<後発医薬品医薬品促進> ・実施方法 委託業者での対象者抽出 ・通知の発送 ・事業計画における数値目標の設定の有無 ・周知方法：広報誌へ掲載
	ス ト ラ ク チ ャ ー	・予算の確保 ・事業実施体制 ・医師会。薬剤師会との連携 ・委託業者との連携	

評価の まとめ	
事業 評価	A：目標を達成 B:目標は達成できなかったが、目標に近い成果あり C：目標は達成できなかったが、ある程度効果あり D:効果があるとはいえない E：評価困難
継続等 について	継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討
見直し 改善に ついて	(考えられる見直しと改善案)

6 地域包括ケア推進・一体的実施

■ 事業の概要

年度	令和6年度～令和11年度	担当部門	町民課（国保年金係・高齢者医療係・健康増進係） 地域福祉課（介護保険係・高齢者支援係）
背景	●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る。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る。 ●中種子町では、地域福祉課との連携とともに、令和6年より事業を開始することとなっている。		
目的	●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する。		
具体的内容	【実施内容】 <ハイリスクアプローチ> ●対象者 町内の高齢者。 ●利用者募集方法 長寿健診後の指導（健診結果・高齢者質問票）、生活習慣病予防事業や糖尿病性腎症重症化予防事業で継続支援が必要な方 ●指導や保健指導等の実施者および実施内容など 生活習慣病の重症化予防支援、フレイル対策、低栄養防止、健康状態が不明な高齢者の状態把握 <ポピュレーションアプローチ> ●実施場所：通いの場等 ●実施者：保健師・看護師・管理栄養士 ●実施内容（健康教育等） 通いの場におけるフレイル予防の普及啓発や運動・栄養・口腔等の生活習慣に関する健康教室・健康相談 通いの場における高齢者の質問票の活用や血圧測定 体力測定の実施によりフレイル状態高齢者等を把握し、保健指導を実施 <介護部門等との連携> ●介護部門等との連携として、連携する組織名とそれぞれの役割：地域福祉課と健康課題の共有・実施状況の共有。通いの場における実施協力 ●会議への参加など		
評価	評価指標		
	アウトカム	【短期】 ・健康教室や個別相談・訪問によるフレイル、生活状況等改善割合 ・必要な施設等につなげた数・割合	
		【中長期】 ・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	・事業（健康教室・個別相談・訪問）の実施数、割合 ・通いの場の数、参加人数	
	プロセス	・実施方法：対象者の抽出、参加勧奨、事業実施状況 ・国の制度に基づき行われているか	
	ストラクチャー	・予算の確保 ・実施体制 ・関係部門との連携会議	

評価の まとめ	
事業 評価	A：目標を達成 B：目標は達成できなかったが、目標に近い成果あり C：目標は達成できなかったが、ある程度効果あり D：効果があるとはいえない E：評価困難
継続等 について	継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討
見直し 改善に ついて	(考えられる見直しと改善案)

第6章 評価・見直し

1. 評価の基本的事項

- 計画はPDCAサイクルに則り、年度内、年度ごと、中間評価（令和8年）、最終評価（令和11年）で評価と見直しを行います。
- 町民課において評価と見直しを検討・審議し、国保運営協議会へ報告を行います。
- 評価と見直しに当たっては、庁内の関連他課、医療関係者（医師会等）、国保連合会（保健事業支援・評価委員会含む）、鹿児島県・保健所等からの意見や助言をもらいます。

2. 計画全体の評価と見直し

- 計画全体の評価として、以下の指標を経年的に把握し、必要に応じて計画全体および個別保健事業の見直しを行います。

ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム
・計画を策定するために十分な人員や予算が確保 ・事業運営委員会などを設置する等、関係者との連携	・健診・医療・介護データ、その他の統計資料、日頃の活動の中で収集した質的情報等のデータに基づいて現状分析を実施 ・現状分析を踏まえたうえで、課題抽出、事業選択	・重症化予防事業の実施の有無を含め、データヘルス計画に記載した保健事業をどの程度実施したか	・健康寿命が何年延長したか ・医療費（総、傷病別）一人あたり（特に生活習慣病に焦点を当てる） ・データヘルス計画の目的・目標に達することができたか

3. 保健事業の評価と見直し

保健事業の評価と見直しについては、第4章及び第5章に掲載している各保健事業の様式を活用し実施していきます。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施については、令和6年度から実施します。第5章に掲載されている各保健事業の様式（地域包括ケア推進・一体的実施）に沿って評価・見直しを実施していきます。

第7章 その他

1. 計画の公表・周知

- 本計画は、中種子町ホームページで公表し、国民健康保険加入者・保健医療関係者に対しては、広報誌等により周知いたします。
また、特定健診・特定保健指導の重要性について理解が得られるように、イベント、パンフレット、ポスターにより普及啓発を図ります

2. 個人情報の取扱い

- 健診データやレセプトに関する個人情報は、一般的には個人情報の保護に関する法律（個人情報保護法）に定める要配慮個人情報に該当するため、他の個人情報よりも慎重に取扱います。
- 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の各場面で、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ています。
- また、特定健診・特定保健指導を受託した事業者に対しても、同様の取り扱いをするとともに、業務で知り得た個人情報の守秘義務を徹底し、業務終了後も同様とします。

3. その他の留意事項

○地域包括ケアの推進

被保険者が住み慣れた地域で安心安全に暮らすことが出来るよう地域包括ケアの充実を図るとともに、地域の実態把握や課題分析を関係機関と共有し、連携を図りながら事業を推進します。

○保険者努力支援制度への対応

医療費の適正や健康づくりに取り組む自治体などへのインセンティブ制度として創設された保険者努力支援制度について、設定された保健事業に関する事項を踏まえつつ、事業を推進します。

第8章 資料

資料 1

健診等内容表

区 分		内 容	
特 定 健 康 診 査	基本的な健診の項目	問診	
		身体計測	身長
			体重
			腹囲
			BMI
		理学的所見（身体診察）	
		血圧	収縮期血圧
			拡張期血圧
		血中脂質検査	中性脂肪
			HDL-コレステロール
			LDL-コレステロール
		肝機能検査	GOT
			GPT
			γ-GTP
		血糖検査（いずれかの項目 の実施で可）	空腹時血糖
	ヘモグロビン A1 c		
	尿検査	糖	
		蛋白	
	詳細な健診の項目（医 師の 判断による追加項目）※	貧血検査	赤血球数
			血色素数
			ヘマトクリット値
		心電図検査	
		眼底検査	
その他の追加健診	腎機能検査	クレアチニン	
		尿酸	

第 3 期 中種子町国民健康保険データヘルス計画（令和 6 年度～令和 11 年度）

令和 6 年 3 月 発行

編集・発行 中種子町 町民課 国民年金係

住 所 〒891-3692 鹿児島県熊毛郡中種子町野間 5 1 8 6 番地

電 話 0997-27-1111