

錦江町国民健康保険
第3期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

第4期特定健康診査等実施計画



令和6年3月

錦江町

— 目 次 —

第1章 計画の基本的事項		
1-1	計画の趣旨（背景・目的）	1
1-2	保健事業に係る他計画との関係性	5
1-3	計画期間	
1-4	実施体制・関係者連携	6
第2章 現状の整理		
2-1	第2期計画等の評価・見直し 第2期計画の概要 第2期計画の実績・評価等	7
2-2	保険者の特性 人口・高齢化率等 被保険者の性別・年齢別構成	14
2-3	健康・医療・介護情報等の分析 平均余命・平均自立期間 死亡（標準化死亡比(SMR)、死因状況） 介護の状況 医療の状況 特定健康診査・特定保健指導の状況	16
2-4	健康課題のまとめ 健康課題 優先課題	32
第3章 データヘルス計画の目的と方策		
3-1	第3期計画の目的	33
3-2	目的を達成するための保健事業・戦略	
第4章 保健事業の内容		
4-1	第4期特定健康診査等実施計画 特定健康診査 特定保健指導	35
4-2	医療機関受診勧奨	39
4-3	糖尿病性腎症重症化予防	41

4-4	がん検診	43
4-5	歯科検診	45
4-6	適正受診・適正服薬	47
4-7	地域包括ケア推進・一体的実施	49
第5章 計画の評価・見直し		
5-1	第3期計画評価の基本的事項	51
5-2	計画全体の評価と見直し	
第6章 計画の公表・周知、個人情報の取扱い		
6-1	公表・周知について	52
6-2	個人情報の取扱い	
6-3	その他の留意事項等	
第7章 資料		
参考資料1	データヘルス計画とその他の法定計画等との位置づけ	53
参考資料2	特定健康診査の検査項目一覧	54

第1章 計画の基本的事項

1-1 計画の趣旨

(1) 背景

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略^{※1}」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PDC 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・改善等を行うことが求められています。

またその後、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、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)^{※2}」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表^{※3}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。なお、第4期特定健康診査等実施計画については、第3期データヘルス計画に含め一体的に作成し、実施内容等を策定します。

- ※1 日本再興戦略：我が国の経済再生に向けて、産業基盤の強化、医療・エネルギー等の市場創出、国際経済連携の推進や海外市場の獲得等、第二次安倍内閣が掲げた成長戦略のこと（H25.6 閣議決定）
- ※2 経済財政運営と改革の基本方針：政府の経済財政政策に関する基本的な方針を示すとともに、経済、財政、行政、社会などの分野における改革の重要性とその方向性を示すもの
- ※3 新経済・財政再生計画 改革行程表：新経済・財政再生計画に掲げられた主要分野ごとの重要課題への対応とKPI（重要業績評価指標）、それぞれの政策目標とのつながりを明示することにより、目指す成果への道筋を示すもの

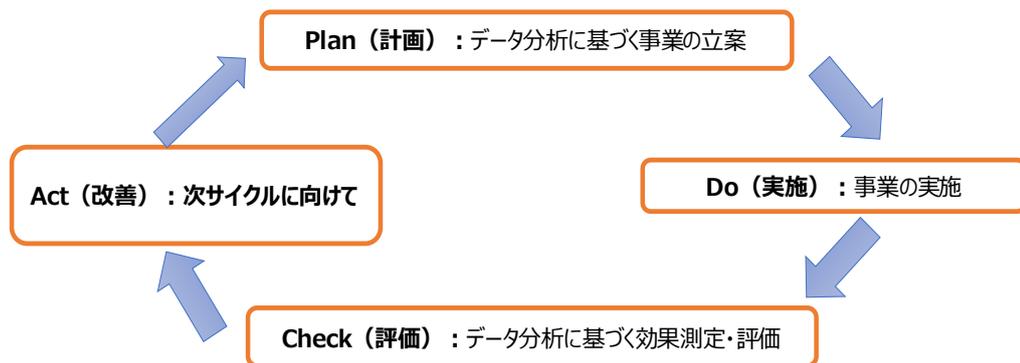
(2) 目的

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^{※1}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。

本町では、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27年3月に「データヘルス計画（第1期計画）」を策定し「錦江町健康増進計画」等に基づいた、総合的な保健事業の展開を図ってきました。平成30年3月には、「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ために保健事業の実施・評価、見直しを実施し、被保険者の健康保持増進と医療費の適正化を推進します。

■PDCAサイクルに沿ったデータヘルス計画策定



※1 PDCA サイクル：P（計画）→D（実施）→C（評価）→A（改善）を繰り返し行うこと

1-2 保健事業に係る他計画との関係性

関連する計画	関係性
医療費適正化計画	鹿児島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す。
特定健康診査等実施計画	従来は別の計画でしたが、第4期からは第3期データヘルス計画と一体的に策定します。
錦江町健康増進計画	都道府県に策定義務が、市町村に策定努力義務があります。健康づくりに関連して、指標や目標値が共通しています。関連する事業（保健指導、健康教育、インセンティブ、歯科検診、がん検診など）が含まれており、連携して運用しています。
錦江町地域福祉活動計画 錦江町高齢者福祉計画 介護保険事業計画	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ります。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しており、連携して運用しています。
錦江町総合振興計画	総合計画は自治体の最も上位計画であるため、適宜、整合性を図っています。

1-3 計画期間

令和6年度（2024年度）から令和11年度（2029年度）までの6年間

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。

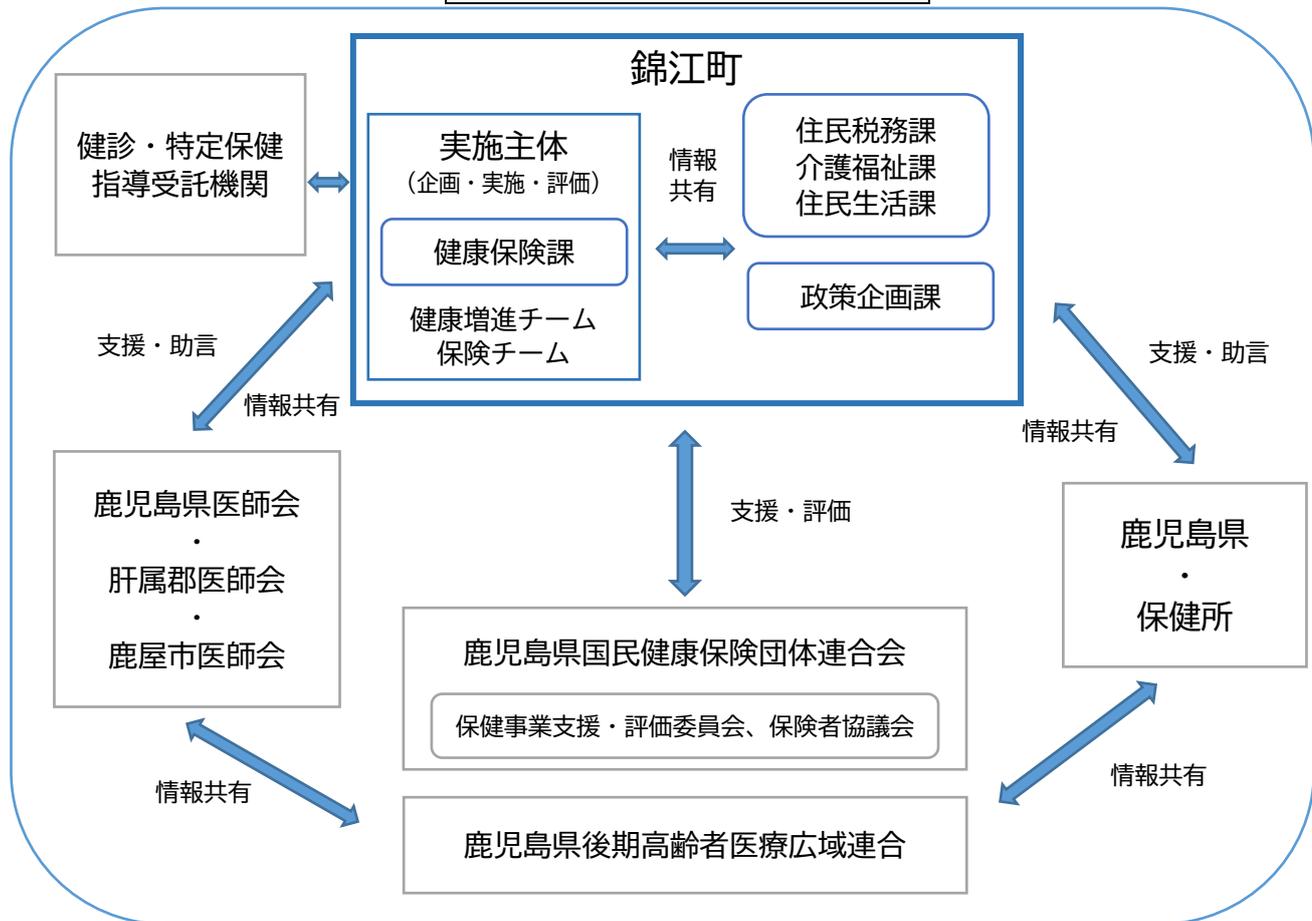
また、令和8年度（2026年度）に中間評価、令和11年度（2029年度）に最終評価を実施することとします。

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。

1-4 実施体制・関係者連携

- 計画は健康保険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。
- 計画については国保運営協議会において審議、報告を行います。
- 計画の実施にあたり、健康保険課内の健康増進チーム、保険チーム、住民税務課、住民生活課、介護福祉課、政策企画課と連携しながら、健康診断、保健指導等を実施します。
- 地域の医療等関係者として、県・都市医師会、歯科医師会、薬剤師会等と連携し、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。
- 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。
- 被保険者の健康保持増進が計画の最終目標であるため、被保険者が主体的に健康づくりに取り組むことを推進していくためにも、意見交換や情報提供の場を設置し、被保険者の意見反映に努めます。

実施体制・関係者との連携と役割



第2章 現状の整理

2-1 第2期計画等の評価・見直し

(1) 第2期計画の概要

第2期データヘルス計画は、平成30年度から令和5年度までの6年間の計画です。

第2期における健康課題
<ul style="list-style-type: none">● 平均寿命と健康寿命の差が大きい。● 死亡原因は、1位 がん、2位 心臓病、3位 脳血管疾患であり、生活習慣上の問題がある。● 特定健診の受診率は県平均より高いが、目標の60%（国提示）には達していない。● 要介護認定者のうち、重度が占める割合が高い（要介護者の有病状況では脳血管疾患が多い）。● 医療費分析結果のほとんどが高血圧に基礎疾患を持っている。● 男女とも、加齢とともにメタボ該当者が増加。

【 第2期 中長期目標 】

達成すべき目的	健康課題を解決するための目標
適正受診を推進し、重症化して入院する患者を減らす。	<ul style="list-style-type: none">● 入院医療費の伸び率が減少する。● 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。	<ul style="list-style-type: none">● 脳血管疾患の総医療費に占める割合が3%減少する。● 虚血性心疾患の総医療費に占める割合が3%減少する。● 人工透析の総医療費に占める割合が5%減少する。

【 第2期 短期目標 】

達成すべき目的	健康課題を解決するための目標
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。	<ul style="list-style-type: none"> ● メタボリックシンドローム・予備群の割合が25%となる。 ● 健診受診者の高血圧(160/100mmHg 以上)の割合が5%減少する。 ● 健診受診者の脂質異常者(LDL160mg/dl 以上)の割合が5%減少する。 ● 健診受診者の糖尿病有病者^{※1}の割合が5%減少する。 ● 糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合が60%以上となる。 ● 糖尿病の保健指導を実施した割合が60%以上となる。
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。	<ul style="list-style-type: none"> ● 特定健診受診率が60%以上となる。 ● 特定保健指導実施率が60%以上となる。 ● 特定保健指導対象者の減少率が25%となる。
がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率の向上 (胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がん)
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）医薬品の使用割合が50%以上となる。

※1 糖尿病有病者：HbA1c 6.5%以上の該当者と糖尿病治療中（質問票回答結果）の合計

【 第2期での健康課題解決に向けて取組んだ保健事業】

事業名	事業内容
特定健診受診促進・未受診者対策	<ul style="list-style-type: none"> ● 健診（集団・個別・ドック）への未申込者や通院中で健診未受診者等を対象に、広報誌や自治会長からの周知を実施し、受診勧奨を行う。 ● AI（人工知能）を活用した対象者に合わせたハガキを郵送し受診勧奨を実施。
若年者健診 (早期介入保健事業)	<ul style="list-style-type: none"> ● 20～39歳の被保険者を対象に受診勧奨を実施し、健康の保持増進に若い世代から意識づけてもらい、生活習慣病予防・重症化予防に早期に介入する。
特定保健指導	<ul style="list-style-type: none"> ● 積極的支援、動機的支援の対象者に訪問、電話、手紙、面談等を実施。

事業名	事業内容
糖尿病重症化予防	<ul style="list-style-type: none"> ● 健診結果から、空腹時血糖 126 mg/dl 以上、HbA1c 6.5%以上の該当者に健診結果説明会にて保健指導を実施。また、個別訪問、電話等にて病院への受診勧奨を実施し、重症化を予防する。 ● 糖尿病重症化予防プログラムに関しては、約6カ月間の保健指導を個別に実施。
高血圧重症化予防 (生活習慣病重症化予防)	<ul style="list-style-type: none"> ● 健診結果から、血圧値 160mmHg/100mmHg 以上の該当者または、尿中塩分濃度が推定値 10mEq/L 以上かつナトリウム・カリウム比 6以上の該当者に、結果報告会にて保健指導を実施し、病院への受診勧奨を行う。
がん検診	<ul style="list-style-type: none"> ● 健康増進チームと連携し、国保被保険者のがん検診を実施。 ● 集団検診（複合（胃がん・大腸がん・前立腺がん（国保のみ）・腹部エコー健診）、肺がん、乳がん、子宮頸がん） ● 個別健診を委託医療機関にて実施。
歯科検診	<ul style="list-style-type: none"> ● 健康増進チームと連携し実施。 ● 歯周疾患検診を鹿屋市歯科医師会、肝属郡歯科医師会と委託契約し実施。 ● 対象者は、30・35・40・45・50・55・60・65・70歳 (健康増進法による歯周疾患検診の対象者は、40歳、50歳、60歳及び70歳)
適正受診・適正服薬 (ジェネリック医薬品促進含む)	<ul style="list-style-type: none"> ● 同じ効果の薬を重複服用（複数処方）、多数の薬を服薬（多剤投与・多重服薬）に該当する対象者にハガキによる通知を実施。
地域包括ケア・ 一体的実施	<ul style="list-style-type: none"> ● ハイリスクアプローチ：低栄養・口腔機能低下・重症化予防（CKD）・健康状態不明者等の把握、訪問による個別指導を実施。 ● ポピュレーションアプローチ：フレイル予防パンフレット（錦江町作成）を活用し、保健指導を実施。

(2) 第2期計画の実績

第2期データヘルス計画における目標に沿って保健事業で実施した実績は、以下のとおりとなります。

健康課題を解決するための目標	実績					
	初期値	H30	R1	R2	R3	R4
入院医療費の伸び率が減少する。	2.9%	16.1%	20.9%	14.1%	24.4%	29.4%
1人あたり医療費(月額:円)	14,070	16,330	17,010	16,050	17,500	18,200
必要な医療勧奨を行い、入院外(外来)医療費を伸ばす。	9.5%	4.0%	6.3%	2.3%	6.8%	17.5%
1人あたり医療費(月額:円)	16,700	17,370	17,760	17,090	17,840	19,630

※医療費伸び率=(該当年度1人あたり医療費(月額) - H29年度1人あたり医療費(月額)) / H29年度1人あたり医療費(月額) × 100にて算出

※伸び率の初期値(第2期計画策定時点)は、平成25年度から平成28年度の伸び率を算出し設定

※初期値の1人あたり医療費(月額:円)は、平成29年度の医療費を算出

【参考】

医療費(伸び率)の推移【国】	初期値	H30	R1	R2	R3	R4
入院医療費(1人あたり(月額))	7.8%	2.7%	5.6%	3.0%	7.5%	8.8%
1人あたり医療費(月額:円)	10,040	10,310	10,600	10,340	10,790	10,920
入院外(外来)医療費(1人あたり(月額))	9.5%	-0.7%	3.4%	1.2%	7.5%	10.3%
1人あたり医療費(月額:円)	15,110	15,010	15,620	15,290	16,250	16,660

【評価指標における目標値の達成状況】※最終評価年度(令和4年度)の数値で目標値の達成状況を評価

評価指標	目標値	実績						達成状況
		H29	H30	R1	R2	R3	R4	
特定健診受診率の増加	60%	54.8%	50.5%	53.5%	53.6%	55.2%	64.8%	達成
特定保健指導実施率の増加	60%	54.3%	46.4%	77.2%	70.2%	61.6%	62.9%	達成
メタリックントローム該当・予備群の割合減少	減少	32.9%	30.9%	29.9%	33.3%	36.0%	39.2%	
メタリックントローム該当・予備群の減少率(%) ^{※1} 増加	25%	-11.9%	-4.3%	-0.4%	-11.1%	-17.1%	-26.8%	
特定保健指導対象者の割合減少	減少	11.3%	12.4%	10.1%	10.3%	8.1%	11.4%	
特定保健指導対象者の減少率(%) ^{※2} 増加	25%	12.5%	3.3%	21.9%	20.2%	36.2%	14.3%	

評価指標	目標値	実績						達成状況
		H29	H30	R1	R2	R3	R4	
脳血管疾患の総医療費に占める割合減少	3%以下	2.16%	1.02%	2.98%	2.11%	3.05%	1.66%	達成
虚血性心疾患の総医療費に占める割合減少	3%以下	3.32%	3.93%	2.48%	2.92%	1.95%	1.29%	達成
慢性腎不全(透析)の総医療費に占める割合減少	5%以下	6.87%	5.89%	5.31%	4.10%	4.73%	4.00%	達成
健診受診者の高血圧(160/100mmHg以上)の減少	5%以下	4.3%	3.9%	3.3%	7.1%	5.4%	6.2%	
健診受診者の脂質異常(LDL160mg/dl以上)の減少	5%以下	6.2%	8.3%	9.5%	7.4%	6.2%	7.8%	
健診受診者の糖尿病有病者割合減少	10%	15.3%	15.1%	15.7%	16.2%	18.9%	17.6%	
健診受診者のHbA1c8.0%以上で未治療者割合減少	減少	0.52%	0.82%	0.45%	0.23%	0.50%	0.4%	達成
糖尿病未治療を治療に結びつけた割合 ^{※3}	60%以上		20%	38%	61%	76%	79%	達成
糖尿病の保健指導を実施した割合 ^{※3}	60%以上		72%	83%	81%	75%	83%	達成
胃がん検診受診率	10%以上	8.0%	8.2%	7.7%	6.0%	5.7%	6.8%	
肺がん検診受診率	45%以上	37.7%	37.3%	35.7%	31.3%	33.0%	33.2%	
大腸がん検診受診率	30%以上	21.9%	22.0%	21.8%	20.9%	17.4%	20.4%	
子宮頸がん検診	25%以上	19.2%	20.5%	21.8%	22.4%	19.9%	25.6%	達成
乳がん検診	30%以上	25.9%	27.7%	28.3%	28.5%	29.3%	27.1%	
歯科健診(歯周病健診)受診率増加	増加	16.0%	17.9%	10.2%	17.7%	19.2%	20.5%	達成
後発(ジェネリック)医薬品の使用割合増加	50%以上		82.1%	81.8%	83.1%	85.6%	84.0%	達成

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

※3：平成30年度からの事業開始のため、平成29年度の実績値はなし。

(3) 第2期計画の評価

- 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。

【 第2期 中長期目標の評価 】

達成すべき目的	評価
適正受診を推進し、重症化して入院する患者を減らす。	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 (DM、CKD など) による受診勧奨の取組や適性受診・適正服薬 (後発(ジェネリック)医薬品促進含む)事業の取組みにより、入院外 (外来) 医療費の1人当たり医療費も増えています。 ● 被保険者数の減少に伴い、総医療費は減少^{※1}していますが、入院・入院外 (外来) の1人当たり医療費は増加している状況です。 ● 第3期に向けて、引き続き、各保健事業をとおして生活習慣病の重症化を予防し、入院医療費の1人あたり医療費の減少を目指します。また、入院外 (外来) にて、必要な医療を受けてもらい重症化予防に取り組んでいきます。
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。	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 (DM、CKD など)、受診勧奨事業や適性受診・適正服薬(後発(ジェネリック)医薬品促進含む)事業の取組みにより、疾患別にかかる医療費は削減効果がみられます。

※1：P19「【表9】総医療費」を参照

【 第2期 短期目標の評価 (1) 】

達成すべき目的	評価
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。	<ul style="list-style-type: none"> ● 特定健診の受診率が上昇すると、併せてメタボリックシンドローム該当者・予備群の上昇につながる傾向にあります。 ● 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。平成30年度より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か月間の訪問を中心とした個別指導を実施し、コントロール不良者へは食事運動内容の改善と適切な受診勧奨を、医療機関の未受診者に対しては受診勧奨を行い、糖尿病の治療へとつなげました。しかし、プログラム参加率は29.3%でありプログラム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。 ● 重症化予防・受診勧奨事業において錦江町では、標準化死亡比 (SMR) にて脳血管疾患・腎不全 (女性) が鹿児島県よりも高く^{※2}、健診受診者の高血圧の割合も高いことから、受診勧奨に力をいれ、保健指導の実施を行いました。 ● 健診結果から、生活習慣病である高血圧Ⅱ度 (160/100mmHg) 以上の方を対象に結果報告会で個別に保健指導の実施。未受診者および治療中断者へは医療機関への受診勧奨を行いました。

※2：P15「【表3】標準化死亡比 (SMR)」を参照

【 第2期 短期目標の評価（2）】

達成すべき目的	評価
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。	<ul style="list-style-type: none"> ● 特定健康診査の受診率向上および特定保健指導実施率向上については、第2期データヘルス計画及び第3期特定健康診査等実施計画の目標値を達成することができ、同時に国の示す目標値も達成しました。 ● 受診申込書の工夫、待ち時間短縮のため時間予約制やオンライン予約制の導入、令和3年度からはA Iを使った受診勧奨を取り入れました。ハガキを対象者に送付し、看護師による受診勧奨訪問を実施したところ9%受診率が上昇しました。 ● 新型コロナウイルス感染症の影響を受けながらも受診率、実施率は向上傾向にあるため、引き続き受診率及び実施率向上の取組みを実施していきます。
がんの早期発見・早期治療	<ul style="list-style-type: none"> ● がん検診では、胃がん検診(胃カメラ検診)の病院受診を令和4年度より導入したところ、受診率上昇が認められました。また、学校区ごとの健診会場で集団健診を実施したところ、健診受診率の上昇につながりました。 ● 特定健診の受診率が上昇すると、併せてがん検診の受診率向上につながる傾向にあります。
後発（ジェネリック）医薬品の使用による医療費の削減。	<ul style="list-style-type: none"> ● 適性受診・適性服薬では、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)に該当する対象者に対して、ハガキによる通知を実施しました。 ● 後発(ジェネリック)医薬品推進では、国が掲げているジェネリック医薬品使用割合80%を平成30年度以降継続して達成しています。

【 第2期 その他の保健事業の評価 】

- 歯科検診は、健康増進チームが実施主体であり、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。受診率は上昇傾向にあり、令和4年度は20.5%となっています。
受診勧奨通知、力を入れている広報が受診率向上につながったと考えられます。
- 地域包括ケア・一体的実施事業では錦江町は令和3年度より介護福祉課と連携し事業を開始しました。
ハイリスクアプローチでは低栄養、口腔機能低下、重症化予防（CKD）、健康状態不明者等の把握等、訪問による個別指導を中心に取組みました。
ポピュレーションアプローチでは錦江町独自のフレイル予防パンフレットを作成し、保健指導で活用しました。サロン等の特色を把握したうえで多職種の意見を参考にしながら、フレイル予防を中心に保健指導を実施しました。引き続き、通いの場の自立支援、フレイル予防の「気づき」を大切にしている運営を心がけたいと思います。

2-2 保険者の特性

(1) 人口・高齢化率等

令和2年度国勢調査において錦江町の人口は6,943人、高齢化率は46.6%となっており鹿児島県内で2番目に高い割合となっています。同規模、県、国と比較しても高齢化率は高く、被保険者の平均年齢も56.2歳と高い状況です。平成27年度の人口総数^{※1}は7,923人であったのに対し、令和2年度と比較すると980人の減少、-14.1%の減少となっています。同じく、65歳以上人口も平成30年度から令和4年度にかけて169人の減少がみられ、-5.2%の減少となっています。人口総数の減少が65歳以上人口の減少を上回っていることも、高齢化率が上がっている一因となっており、また、出生率が低い状況も、高齢化率が高くなっている一つの要因となっています。

【表1】錦江町の人口等の状況

令和4年度	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (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)
錦江町	6,943	46.6	2,150 (31.0)	56.2	4.5	23.6
同規模	--	39.4	25.6	55.7	4.9	17.2
鹿児島県	--	32.8	23.1	54.8	7.5	13.9
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1

※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）より

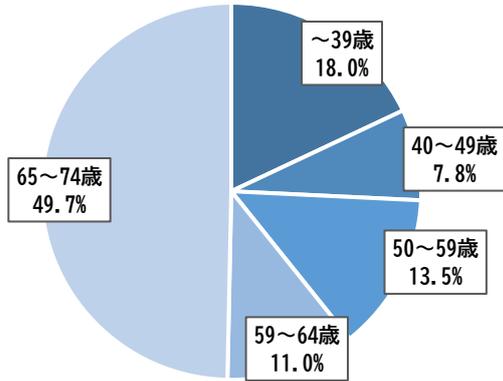
※同規模とは、人口規模でKDBシステム上では区分され、錦江町と同規模市町村は全国で約242該当します。

※1：KDBシステムによる平成30年度の人口総数は、平成27年度の国勢調査の人口を反映。また令和4年度の人口総数は、令和2年度の国勢調査の人口を反映している。

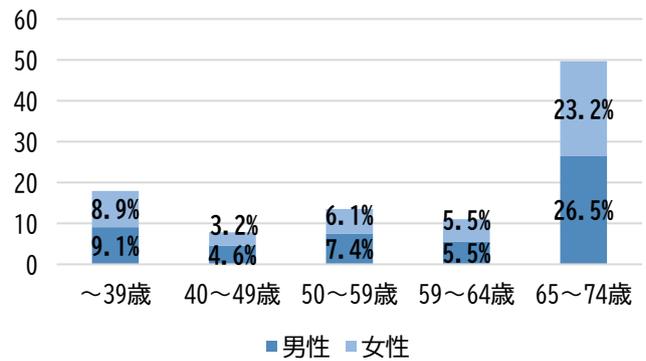
(2) 被保険者の年齢構成・性別

国民健康保険の加入状況は年々減少しており、年齢別構成割合で見ると65歳以上が全体の49.7%を占めており、男女別では、男性がわずかに多い状況となっています。

【図1】 令和4年度 被保険者の年齢別構成割合



【図2】 令和4年度被保険者数の年齢別構成

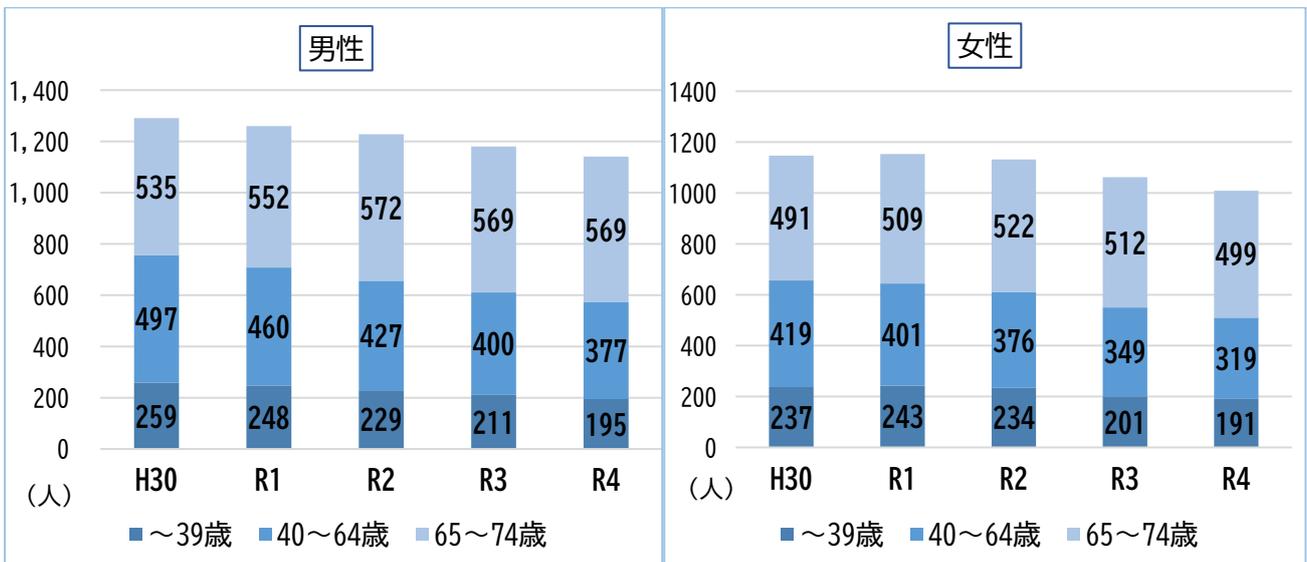


【表2】 被保険者数 経年推移 (男女別・年齢階級別)

錦江町	男性			女性			総計			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	
H30	259	497	535	237	419	491	496	916	1,026	2,438
R1	248	460	552	243	401	509	491	861	1,061	2,413
R2	229	427	572	234	376	522	463	803	1,094	2,360
R3	211	400	569	201	349	512	412	749	1,081	2,242
R4	195	377	569	191	319	499	386	696	1,068	2,150

※KDBシステム(被保険者構成)より

【図3】 令和4年度 性別・年齢別被保険者数の推移



2-3 介護・医療・健診情報等の分析

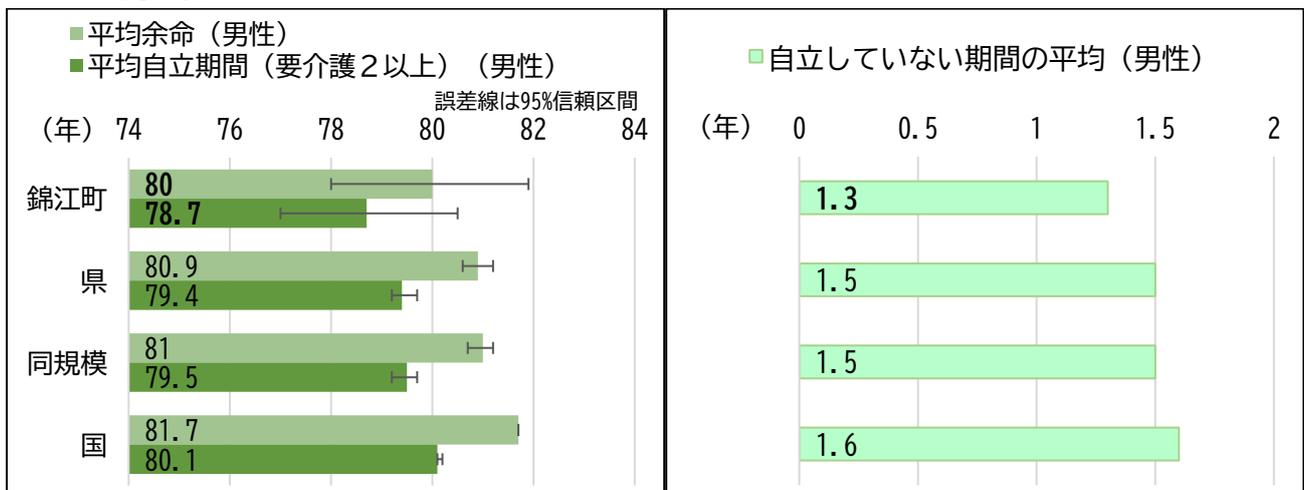
(1) 平均余命・平均自立期間

平均余命をみると、令和4年度で男性80歳、女性86.3歳。平均自立期間は、男性78.7歳、女性83.7歳となっており、鹿児島県、同規模、全国と比較するとわずかに錦江町は短くなっています。

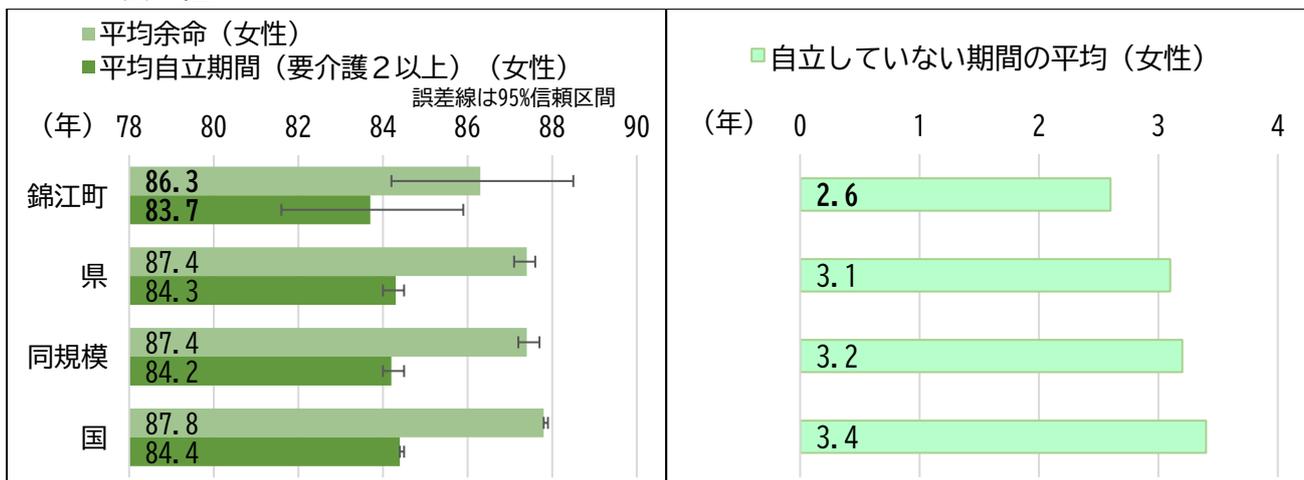
不健康期間（自立していない期間）では、女性が男性の2倍の長さとなっているため、女性の期間短縮に向けての取り組みが求められています。

【図4】平均余命・平均自立期間（令和4年度（累計））※KDBシステム（地域の全体像の把握）より

● 男性



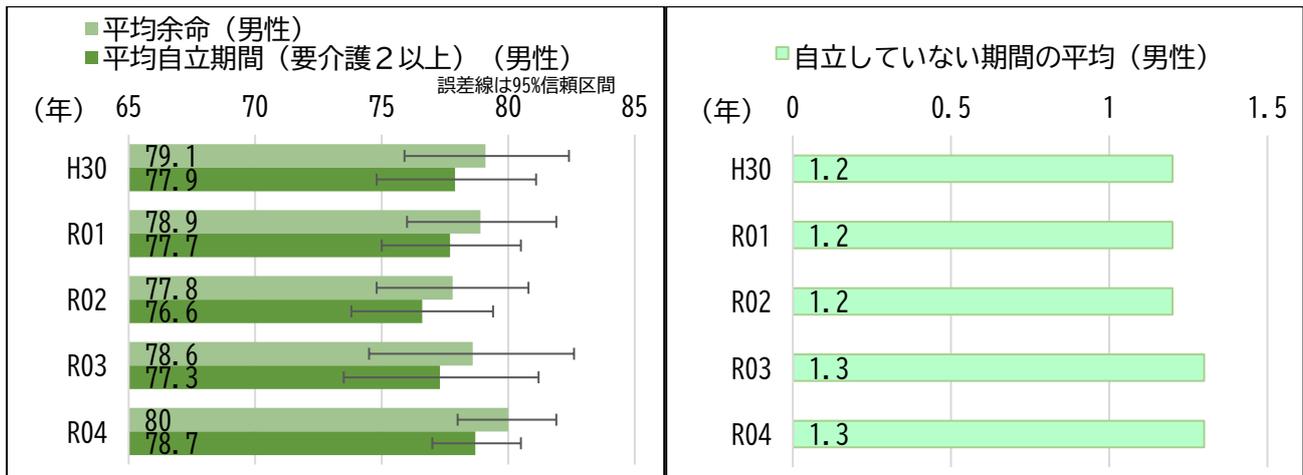
● 女性



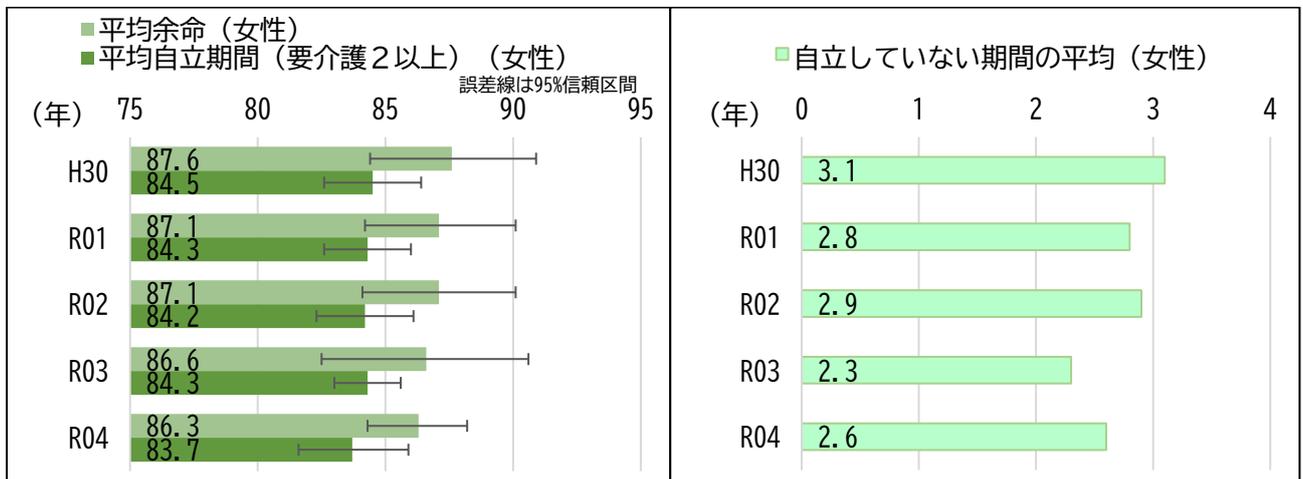
- ※ 平均余命とは、ある年齢の人々が、その後何年生きられるかという期待値のことで、ここでは0歳時点の平均余命を示す。
- ※ KDBシステムにおける健康寿命を「平均自立期間」と呼称し、「日常生活動作が自立している期間の平均」を指標としている。介護データを用いて「要介護2以上」を「不健康」として算出
- ※ KDBシステムでは、「国保別」ではなく、「市町村別」に出力される。また、平均余命及び平均自立期間における算出及び使用データは国の基準と異なるため、推計値となる。

【図 5】 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）

● 男性



● 女性



(2) 死亡（標準化死亡比(SMR)、死因状況）

標準化死亡比(SMR)において、男性は、糖尿病が 262.0 と高い状況となっています。また、女性の脳血管疾患が 184.6 と高い倍率となっています。疾病別死因の割合で最も多い疾患は平成 30 年度から令和 4 年度で悪性新生物と心臓病となっています。

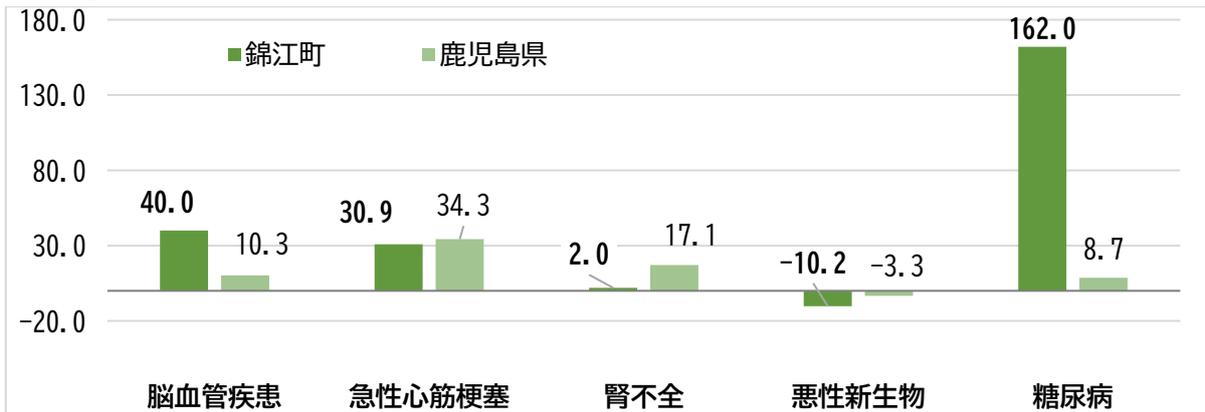
【表 3】 標準化死亡比 (SMR)

SMR (H29-R3)	脳血管疾患		急性心筋梗塞		腎不全		悪性新生物		糖尿病	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
錦江町	140.0	184.6	130.9	144.0	102.0	151.5	89.8	81.8	262.0	105.3
鹿児島県	110.3	113.6	134.3	145.8	117.1	132.5	96.7	94.6	108.7	101.1

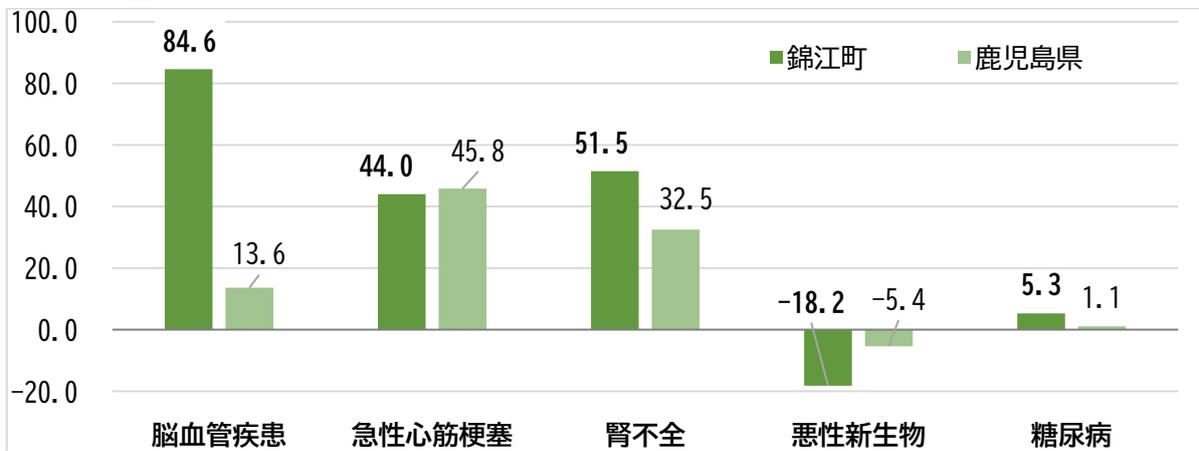
※ 標準化死亡比 (SMR) とは、全国の年齢構成ごとの死亡率を本町の人口構成に当てはめて算出した期待死亡数を比較するものであり全国を 100 とし、100 を超えれば死亡率が高い、小さければ低いと判断されます。
 ※ 平成 29 年から令和 3 年 (5 年間) の人口動態統計の死亡数及び平成 27 年、令和 2 年の国勢調査人口による算出となっている。(県健康増進課公開データより)

【図6】標準化死亡比（SMR）…全国を基準「0」とした時の倍率で比較

● 男性



● 女性



【表4】疾病別死因割合の推移

(人)／%	H30	R1	R2	R3	R4			
					錦江町	鹿児島県	同規模	全国
悪性新生物	(32) 33.7	(39) 32.5	(35) 39.8	(27) 27.3	(28) 39.4	47.1	46.3	50.6
心臓病	(34) 35.8	(45) 37.5	(24) 27.3	(39) 39.4	(22) 31.0	29.0	29.8	27.5
脳疾患	(21) 22.1	(24) 20.0	(20) 22.7	(22) 22.2	(15) 21.1	15.2	15.7	13.8
糖尿病	(3) 3.2	(3) 2.5	(3) 3.4	(4) 4.0	(3) 4.2	2.1	1.8	1.9
腎不全	(5) 5.3	(8) 6.7	(3) 3.4	(4) 4.0	(3) 4.2	4.1	4.1	3.6
自殺	(0) 0.0	(1) 0.8	(3) 3.4	(3) 3.0	(0) 0.0	2.4	2.3	2.7
計(人)	95	120	88	99	71			

※KDB システム（地域の全体像の把握）より

(3) 介護の状況

要介護認定状況では、1号認定者の人数・割合ともに平成30年度から減少していますが、新規認定者数が増えている状況となっています。

介護給付費は、総給付費は減少していますが、1人あたり給付費、1件あたり給付費は増えており、人口総数減少の影響がみられており1人あたりの費用が増加している状況です。

要介護者の有病状況では、筋骨格系の疾患に次いで、認知症が最も多い状況となっています。血管疾患を中心にみると脳卒中が最も多く、虚血性心疾患、腎不全と続いています(表7)。

基礎疾患では、高血圧症の有病状況が最も高くなっています(表8)。

【表5】要介護認定者(率)の状況(※国保のみ計上)

平成30年度と令和4年度との比較		錦江町				同規模	鹿児島県	国
		H30年度		R4年度		R4年度		
65歳以上人口・高齢化率		3,402人	42.9%	3,233人	46.6%	39.4%	32.8%	28.7%
2号認定者 (新規認定者)		9人	0.35%	10人	0.49%	0.39%	0.37%	0.38%
		(2人)		(5人)		--	--	--
1号認定者 (新規認定者)		674人	19.8%	594人	18.4%	19.4%	20.1%	19.4%
		89人		101人		--	--	--
再掲	65~74歳	41人	3.5%	46人	3.5%	--	--	--
	新規認定者	9人		9人		--	--	--
	75歳以上	633人	28.3%	548人	28.6%	--	--	--
	新規認定者	80人		92人		--	--	--

※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)より

【表6】介護給付費の変化

平成30年度と令和4年度との比較	錦江町		同規模	鹿児島県	国
	H30年度	R04年度	R04年度		
総給付費	11億0936万円	10億9487万円	--	--	--
1人あたり給付費(円)	326,091	338,656	314,188	316,197	290,668
1件あたり給付費(円) (居宅・施設)	76,783	85,384	74,986	68,209	59,662
(居宅サービス)	39,756	41,927	43,722	44,980	41,272
(施設サービス)	285,716	294,301	289,312	298,436	296,364

※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)より

【表7】血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況

受給者区分		2号				1号				合計			
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計		合計			
介護件数(全体)		10		46		548		594		604			
再)国保・後期		4		40		511		551		555			
有病状況 ※1	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	
				割合		割合		割合		割合			
		循環器疾患	1	脳卒中	1 25.0%	脳卒中	24 60.0%	脳卒中	270 52.8%	脳卒中	294 53.4%	脳卒中	295 53.2%
			2	虚血性心疾患	1 25.0%	虚血性心疾患	13 32.5%	虚血性心疾患	200 39.1%	虚血性心疾患	213 38.7%	虚血性心疾患	214 38.6%
			3	腎不全	0 0.0%	腎不全	9 22.5%	腎不全	109 21.3%	腎不全	118 21.4%	腎不全	118 21.3%
			4	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	8 20.0%	糖尿病合併症	55 10.8%	糖尿病合併症	63 11.4%	糖尿病合併症	63 11.4%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			4 100.0%	基礎疾患	39 97.5%	基礎疾患	493 96.5%	基礎疾患	532 96.6%	基礎疾患	536 96.6%
		血管疾患合計			4 100.0%	合計	40 100.0%	合計	498 97.5%	合計	538 97.6%	合計	542 97.7%
		認知症		認知症	1 25.0%	認知症	12 30.0%	認知症	296 57.9%	認知症	308 55.9%	認知症	309 55.7%
		筋・骨格疾患		筋・骨格系	3 75.0%	筋・骨格系	38 95.0%	筋・骨格系	498 97.5%	筋・骨格系	536 97.3%	筋・骨格系	539 97.1%

※1：レセプトの診断名より重複して計上（出典：ヘルスサポートラボツール）

※2：血管疾患に該当するレセプトを持つ介護認定者を集計し割合を算出

【表8】介護認定者の有病状況（H30年度（累計）・R4年度（累計）の比較）

傷病名	H30年度				R4年度			
	錦江町	鹿児島県	同規模	国	錦江町	鹿児島県	同規模	国
糖尿病	18.9	22.5	21.9	22.4	20.5	23.7	22.6	24.3
高血圧症	62.1	58.7	54.8	50.8	58.4	59.0	54.3	53.3
脂質異常症	27.8	29.9	27.3	29.2	27.4	32.8	29.6	32.6
心臓病	72.7	67.3	61.9	57.8	66.9	66.9	60.9	60.3
脳疾患	36.5	33.9	26.9	24.3	28.6	31.3	23.8	22.6
悪性新生物	10.2	11.4	10.1	10.7	9.0	12.3	11.0	11.8
筋・骨格	60.7	60.8	54.2	50.6	59.1	61.0	54.1	53.4
精神	45.0	41.7	38.3	35.8	43.1	42.7	37.8	36.8
※認知症（再掲）	34.7	29.0	25.1	22.9	33.6	30.4	25.1	24.0
アルツハイマー病	30.1	23.8	20.1	18.3	30.5	23.5	19.0	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×100で算出

※ 心臓病は虚血性心疾患だけでなく心不全、心臓弁疾患等のレセプトを持つ介護認定者も集計

※ KDBシステム（地域の全体像の把握）より

(4) 医療の状況

平成 30 年度から令和 4 年度にかけての総医療費は 497 万円減少していますが、1 人あたり医療費では、平成 30 年度から入院で 1,870 円、入院外（外来）で 2,260 円増加しています。総医療費が減少していても、被保険者数が減少していることで 1 人あたりが負担する医療費は増加している状況となっています。

生活習慣病に伴う医療費（がん、精神、筋・骨格を含む）の割合は、総医療費の約半数を占めており、「がん」、「精神」、「筋・骨格」について「糖尿病」が約 6% を占めています。

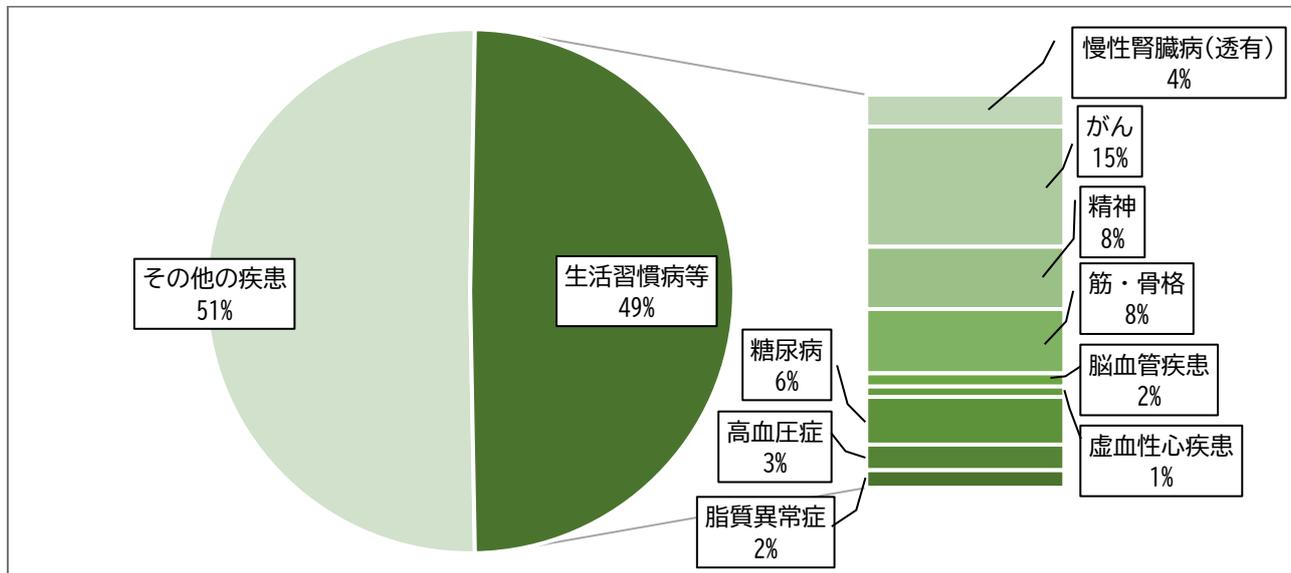
【表 9】 総医療費（平成 30 年度—令和 4 年度の状況）

錦江町	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	10 億 69 万円	4 億 8501 万円	16,330	5 億 1568 万円	17,370
令和 4 年度	9 億 9572 万円	4 億 7901 万円	18,200	5 億 1671 万円	19,630
平成 30 年度からの増減	-497 万円	-599 万円	1,870	103 万円	2,260

※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

【図 7】 総医療費に占める生活習慣病等疾患の医療費の割合（令和 4 年度）



※KDB システム（地域の全体像）より

※医療費の割合は、令和 4 年度（累計）にて算出

令和4年度の生活習慣病に係る各疾患の医療費を入院・外来別にみると、腎不全にかかる入院・入院外（外来）の1人あたり医療費が、鹿児島県、同規模、全国と比較しても高い状況となっています。入院外（外来）の1人あたり医療費については、糖尿病、高血圧症、脂質異常症と高い状況となっています。

【表10】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		4億7901万2480円	【入院】一人あたり医療費（円）の比較			
最大医療資源傷病名		医療費	錦江町	同規模	県	国
中長期	腎不全	1197万円	5,568	4,780	8,671	4,099
	脳出血・脳梗塞	1309万円	6,090	6,791	9,020	6,044
	虚血性心疾患	1070万円	4,976	4,446	5,278	3,961
短期	糖尿病	293万円	1,360	1,450	2,042	1,182
	高血圧症	140万円	653	432	457	259
	脂質異常症	0	0	69	81	53
(中長期・短期)合計		4009万円	18,647	17,968	25,550	15,598

外来医療費 (調剤含む)		5億1670万9980円	【外来】一人あたり医療費（円）の比較			
最大医療資源傷病名		医療費	錦江町	同規模	県	国
中長期	腎不全	5705万円	26,537	16,719	25,661	15,781
	脳出血・脳梗塞	279万円	1,299	943	1,546	825
	虚血性心疾患	726万円	3,378	1,933	2,274	1,722
短期	糖尿病	5812万円	27,032	21,925	20,864	17,720
	高血圧症	3054万円	14,204	12,793	12,272	10,143
	脂質異常症	2187万円	10,172	7,608	6,969	7,092
(中長期・短期)合計		1億7764万円	82,622	61,921	69,586	53,283

※KDBシステム（疾病別医療費分析 中分類）より

生活習慣病に関する疾病別医療費を男女別で入院・外来医療費でみると、「がん」、「筋・骨格」、「精神」を除くと、入院では男性が「脳梗塞」、女性は「腎不全（透析あり）」となっています。外来では、男性・女性ともに「糖尿病」となっています。

【表 11】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	レセプト 件数	総医療費 (円)	1人あたり 医療費	レセプト 件数
糖尿病	1,781,970	1,562	5	31,868,420	27,930	1,060
高血圧症	662,730	581	2	19,413,740	17,015	1,644
脂質異常症	0	0	0	7,252,290	6,356	477
脳出血	427,840	375	1	43,000	38	2
脳梗塞	9,747,270	8,543	16	1,940,530	1,701	105
狭心症	4,796,120	4,203	9	4,668,830	4,092	165
心筋梗塞	1,163,350	1,020	1	0	0	0
がん	56,848,830	49,824	62	42,555,410	37,297	362
筋・骨格	19,809,410	17,361	27	17,469,300	15,311	924
精神	26,956,890	23,626	75	7,864,460	6,893	404
腎不全 (透析あり)	1,078,710	945	4	20,504,210	17,970	55

● 女性

疾病	入院			外来		
	総医療費 (円)	1人あたり 医療費	レセプト 件数	総医療費 (円)	1人あたり 医療費	レセプト 件数
糖尿病	1,143,030	1,133	2	24,775,600	24,555	2,739
高血圧症	741,280	735	2	11,124,400	11,025	1,198
脂質異常症	0	0	0	14,618,530	14,488	1,518
脳出血	571,540	566	1	21,920	22	1
脳梗塞	2,345,880	2,325	4	787,270	780	73
狭心症	827,020	820	1	1,393,890	1,381	155
心筋梗塞	0	0	0	0	0	0
がん	23,631,280	23,420	25	26,927,020	26,687	2,619
筋・骨格	17,866,310	17,707	23	25,044,340	24,821	2,736
精神	34,624,980	34,316	101	8,334,370	8,260	1,073
腎不全 (透析あり)	6,018,740	5,965	8	12,197,030	12,088	1,299

※KDB システム（疾病別医療費分析（生活習慣病））より

【表 12】令和4年度人工透析の医療費の状況

● 国民健康保険(0～74歳)

国保		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	%
H30		2,438	13	5,332	10億0171万円	8383万円	8.37
R2	錦江町	2,360	10	4,237	9億4735万円	7183万円	7.58
		2,150	15	6,977	9億9572万円	1億1235万円	11.28
R4	同規模	1,765	6	3,479	6億6497万円	3926万円	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

● 後期高齢者医療(65～74歳)

後期 高齢者 医療 (65歳～ 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	%
H30		10	1	100,000	1440万円	623万円	43.29
R2	錦江町	9	1	111,111	1130万円	496万円	43.88
		5	1	200,000	927万円	573万円	61.82
R4	同規模	24	3	127,813	4896万円	1881万円	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)

後期 高齢者 医療 (75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	%
H30		2,047	11	5,374	19億3555万円	9597万円	4.96
R2	錦江町	1,882	9	4,782	18億4442万円	6668万円	3.62
		1,725	9	5,217	17億5647万円	5993万円	3.41
R4	同規模	1,498	9	5,908	11億8196万円	5658万円	4.79
	県	268,170	1,920	7,160	2678億9426万円	131億29万円	4.89
	全国	18,998,051	130,553	6,872	15兆5577億5162万円	8378億400万円	5.39

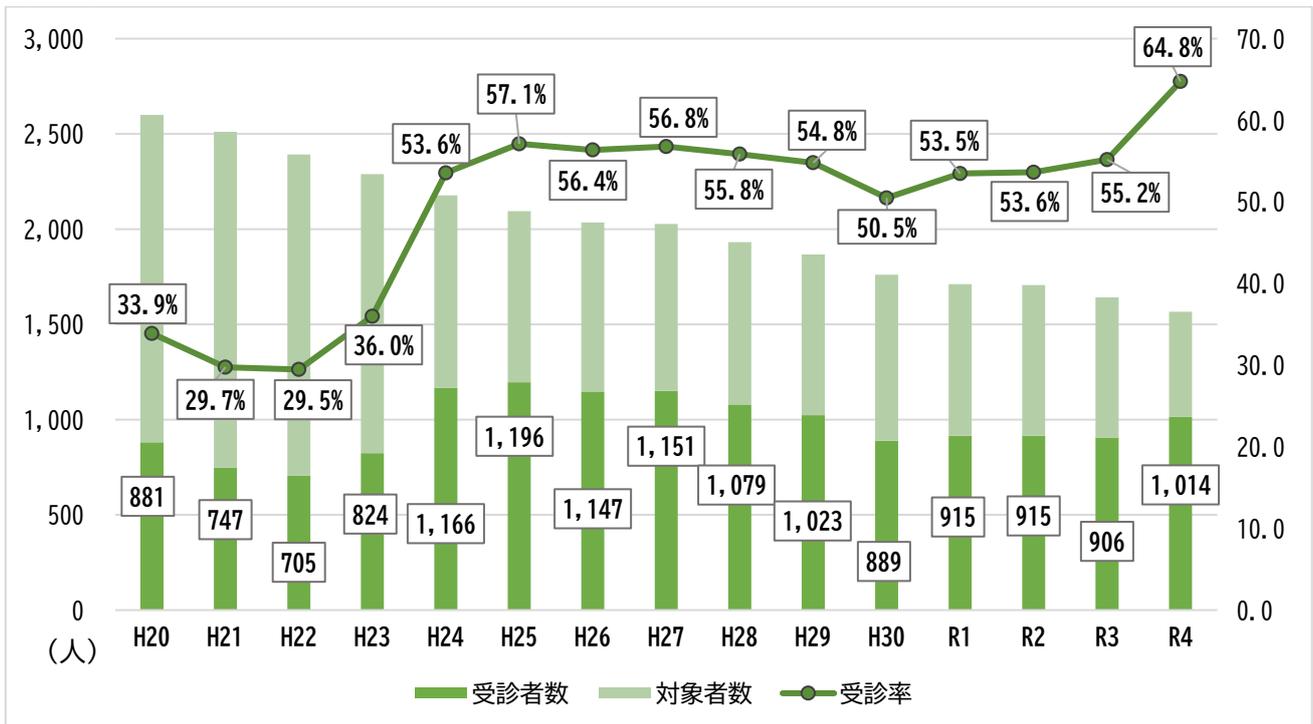
※1：人数は、年度末(R5年3月時点)の人数を計上しています。同規模は、全国242市町村(人口5千～1万人未満(R4年時点))の平均値を算出しています。 ※2：人工透析患者の医療費は、人工透析レセプト点数を計上しています。 ※KDBシステム(地域の全体像の把握、医療費分析(1)細小分類、疾病別医療費分析大分類)より

(5) 特定健康診査（健診）・特定保健指導の状況

健診の状況を、制度が開始した平成20年度から令和4年度までみると、健診対象者数は、被保険者数の減少に伴い年々減少しています。しかし、健診受診者は平均で971人で推移しており、新型コロナウイルス感染症の影響があった令和2年度で53.6%でした。令和4年度には国の目標値である60%以上を達成し、県内3位の受診率となっています。

令和4年度の男女別・年齢別健診受診状況をみると、男性の40代・50代前半の受診率が少し低いですが、どの年代でも50%近くまたは以上の受診率となっています。最も高いのは、男女とも70歳代であり70%以上の健診受診率となっています。

【図8】 特定健康診査受診状況 経年推移（平成20年度～令和4年度）



※特定健診データ管理システム（法定報告）より

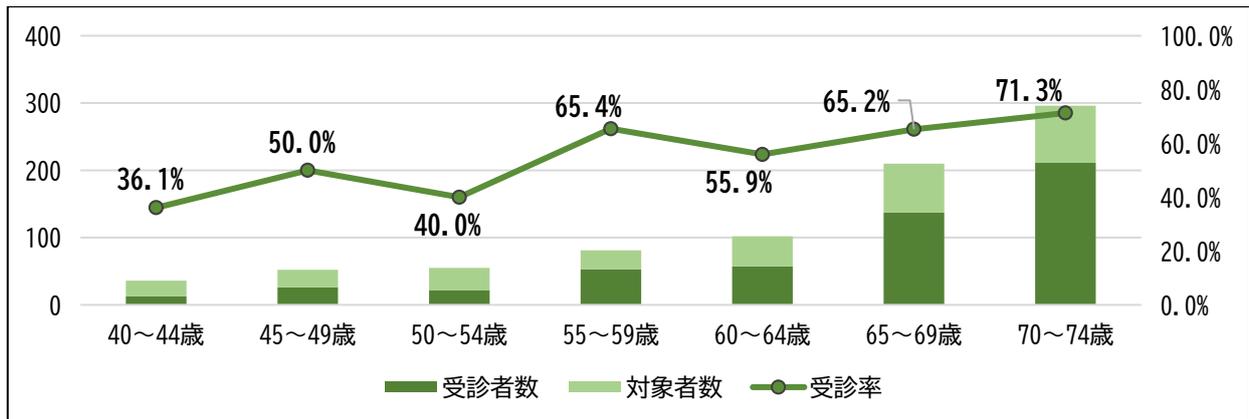
【表13】 令和4年度 性別・年齢別健診受診状況

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	36	13	36.1%	40～44歳	25	13	52.0%
45～49歳	52	26	50.0%	45～49歳	32	15	46.9%
50～54歳	55	22	40.0%	50～54歳	44	21	47.7%
55～59歳	81	53	65.4%	55～59歳	66	35	53.0%
60～64歳	102	57	55.9%	60～64歳	108	72	66.7%
65～69歳	210	137	65.2%	65～69歳	193	136	70.5%
70～74歳	296	211	71.3%	70～74歳	266	203	76.3%

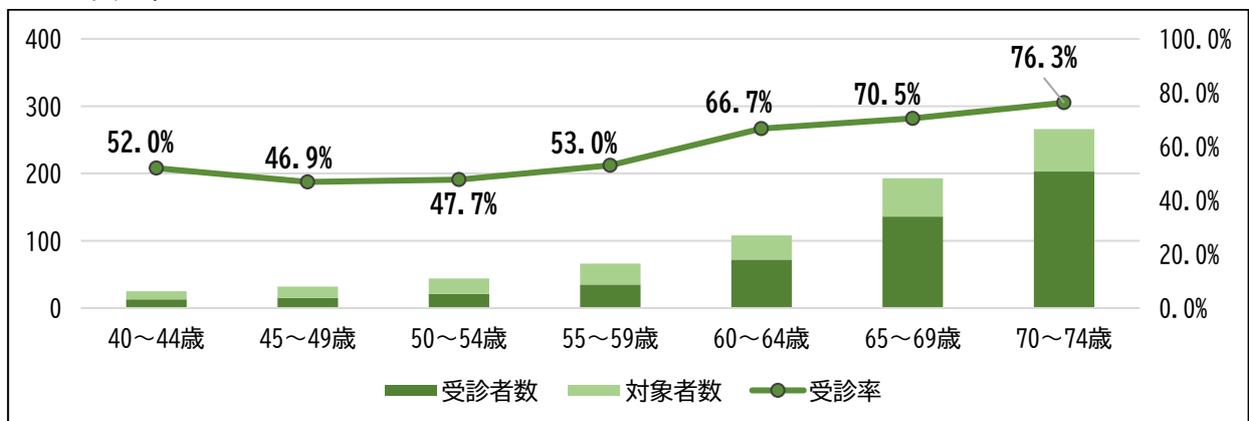
※特定健診データ管理システム（法定報告）より

【図9】令和4年度男女別・年齢別受診率

● 男性



● 女性



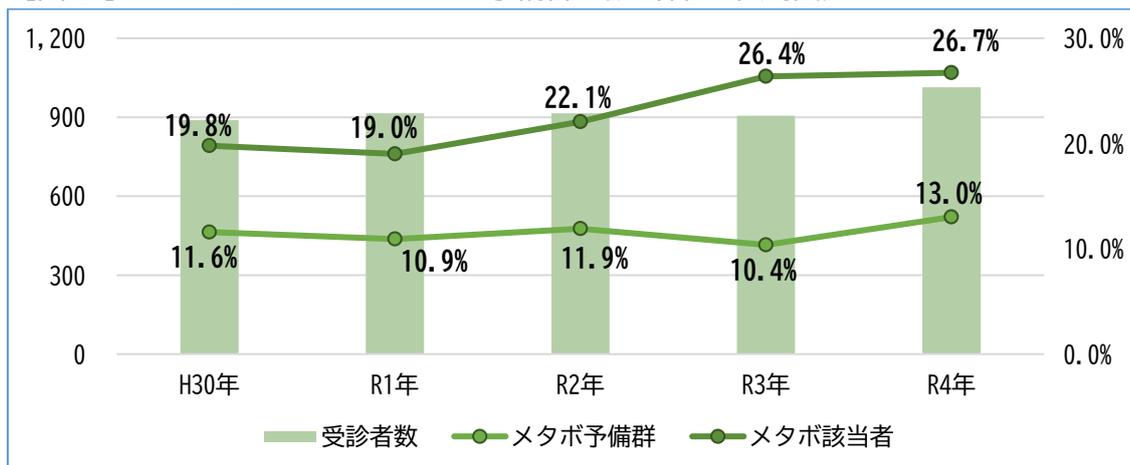
メタボリックシンドローム予備群・該当者の経年推移をみると、平成30年度から健診受診者の約2割程度がメタボリックシンドロームに該当しており、令和4年度には26.7%となっております。男女別でみると、男性の該当者・予備群が多く、また本町の該当者は、鹿児島県・同規模・国と比較しても高い状況にあります（表15 図11）。

【表14】メタボリックシンドローム予備群・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	889	11.6%	19.8%
R1年	915	10.9%	19.0%
R2年	915	11.9%	22.1%
R3年	906	10.4%	26.4%
R4年	1,014	13.0%	26.7%

※メタボ予備群（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

【図10】メタボリックシンドローム予備群・該当者の年次推移



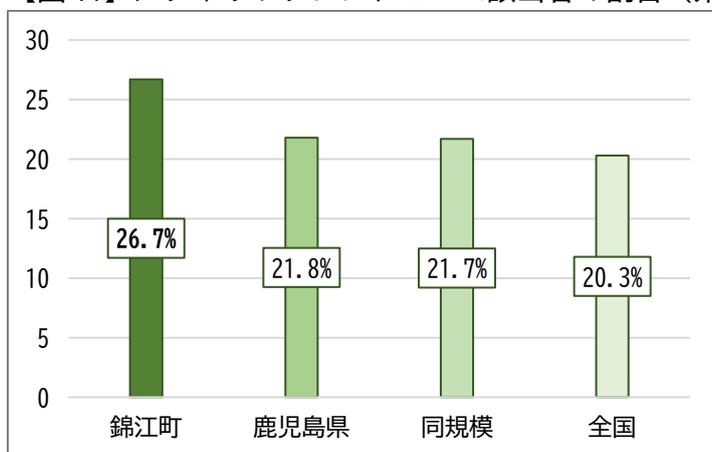
【表15】メタボリックシンドローム該当者・予備群の男女別・県・同規模・国との比較

令和4年度	錦江町		鹿児島県	同規模	全国
	人数	割合	割合	割合	割合
該当者 (計)	272	26.7	21.8	21.7	20.3
男性	190	36.5	33.2	32.2	32
女性	82	16.4	12.8	12.2	11
予備群 (計)	125	12.3	12.1	11.6	11.2
男性	84	16.1	18.3	17.3	17.9
女性	41	8.2	7.3	6.5	5.9

※メタボリックシンドローム該当者（予備群）=各人数÷健診受診者数（男女別）にて算出

※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）より

【図11】メタボリックシンドローム該当者の割合（県・同規模・全国との比較）



【表 16】 健診結果からみる有所見（高血圧・糖尿病・脂質異常症）の状況

● 年代別（40～64 歳、65～74 歳）有所見の状況
（高血圧）

正常高値 130/85mmHg	40～64 歳			65～74 歳		
	測定者	有所見者	割合	測定者	有所見者	割合
H30	310	120	38.7%	579	307	53.0%
R2	294	104	35.4%	621	357	57.5%
R4	327	122	37.3%	687	368	53.6%

I 度 140/90mmHg	40～64 歳			65～74 歳		
	測定者	有所見者	割合	測定者	有所見者	割合
H30	310	47	15.2%	579	140	24.2%
R2	294	51	17.3%	621	169	27.2%
R4	327	52	15.9%	687	166	24.2%

II 度 160/100mmHg	40～64 歳			65～74 歳		
	測定者	有所見者	割合	測定者	有所見者	割合
H30	310	7	2.3%	579	23	4.0%
R2	294	10	3.4%	621	46	7.4%
R4	327	18	5.5%	687	36	5.2%

III 度 180/110mmHg	40～64 歳			65～74 歳		
	測定者	有所見者	割合	測定者	有所見者	割合
H30	310	0	0.0%	579	5	0.9%
R2	294	0	0.0%	621	9	1.4%
R4	327	2	0.6%	687	7	1.0%

※分母は各年代の測定者数で算出しています。
※特定健診データ管理システム（法定報告）より

（HbA1c） ※HbA1c：過去1～2か月前の血糖値を反映したもの。

6.5%以上	40～64 歳			65～74 歳		
	測定者	有所見者	割合	測定者	有所見者	割合
H30	304	29	9.5%	548	72	13.1%
R2	285	20	7.0%	584	70	12.0%
R4	312	24	7.7%	621	81	13.0%

(再掲) 8.0%以上	40～64 歳			65～74 歳		
	測定者	有所見者	割合	測定者	有所見者	割合
H30	304	10	3.3%	548	6	1.1%
R2	285	4	1.4%	584	10	1.7%
R4	312	2	0.6%	621	9	1.4%

※分母は各年代の測定者数で算出しています。
※特定健診データ管理システム（法定報告）より

(LDLコレステロール)

140~159mg/dl	40~64歳			65~74歳		
	測定者	有所見者	割合	測定者	有所見者	割合
H30	310	48	15.5%	579	69	11.9%
R2	294	43	14.6%	621	59	9.5%
R4	327	63	19.3%	687	77	11.2%

160mg/dl 以上	40~64歳			65~74歳		
	測定者	有所見者	割合	測定者	有所見者	割合
H30	310	37	11.9%	579	37	6.4%
R2	294	29	9.9%	621	39	6.3%
R4	327	42	12.8%	687	37	5.4%

(再掲) 180mg/dl 以上	40~64歳			65~74歳		
	測定者	有所見者	割合	測定者	有所見者	割合
H30	310	14	4.5%	579	14	2.4%
R2	294	6	2.0%	621	9	1.4%
R4	327	16	4.9%	687	7	1.0%

※分母は各年代の測定者数で算出しています。

※特定健診データ管理システム（法定報告）より

● 治療の有無別有所見の状況

(高血圧)

正常高値 130/85mmHg	該当者		治療中		未治療		測定者 (人)
	(人)	割合	(人)	割合	(人)	割合	
H30	427	48.0%	232	26.1%	195	21.9%	889
R2	461	50.4%	262	28.6%	199	21.7%	915
R4	490	48.3%	302	29.8%	188	18.5%	1014

I度 140/90mmHg	該当者		治療中		未治療		測定者 (人)
	(人)	割合	(人)	割合	(人)	割合	
H30	187	21.0%	119	13.4%	68	7.6%	889
R2	220	24.0%	131	14.3%	89	9.7%	915
R4	218	21.5%	141	13.9%	77	7.6%	1014

II度 160/100mmHg	該当者		治療中		未治療		測定者 (人)
	(人)	割合	(人)	割合	(人)	割合	
H30	30	3.4%	14	1.6%	16	1.8%	889
R2	56	6.1%	37	4.0%	19	2.1%	915
R4	54	5.3%	34	3.4%	20	2.0%	1014

Ⅲ度 180/110mmHg	該当者		治療中		未治療		測定者 (人)
	(人)	割合	(人)	割合	(人)	割合	
H30	5	0.6%	4	0.4%	1	0.1%	889
R2	9	1.0%	5	0.5%	4	0.4%	915
R4	9	0.9%	4	0.4%	5	0.5%	1014

※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。

※特定健診データ管理システム（法定報告）より

(HbA1c) ※HbA1c：過去1～2か月前の血糖値を反映したもの。

6.5%以上	該当者		治療中		未治療		測定者 (人)
	(人)	割合	(人)	割合	(人)	割合	
H30	101	11.9%	64	7.5%	37	4.3%	852
R2	90	10.4%	74	8.5%	16	1.8%	869
R4	105	11.3%	81	8.7%	24	2.6%	933

(再掲) 8.0%以上	該当者		治療中		未治療		測定者 (人)
	(人)	割合	(人)	割合	(人)	割合	
H30	16	1.9%	9	1.1%	7	0.8%	852
R2	14	1.6%	12	1.4%	2	0.2%	869
R4	11	1.2%	7	0.8%	4	0.4%	933

※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。

※特定健診データ管理システム（法定報告）より

(LDLコレステロール)

140～ 159mg/dl	該当者		治療中		未治療		測定者 (人)
	(人)	割合	(人)	割合	(人)	割合	
H30	117	13.2%	11	1.2%	106	11.9%	889
R2	102	11.1%	15	1.6%	87	9.5%	915
R4	140	13.8%	25	2.5%	115	11.3%	1014

160mg/dl 以上	該当者		治療中		未治療		測定者 (人)
	(人)	割合	(人)	割合	(人)	割合	
H30	74	8.3%	7	0.8%	67	7.5%	889
R2	68	7.4%	5	0.5%	63	6.9%	915
R4	79	7.8%	7	0.7%	72	7.1%	1014

(再掲) 180mg/dl 以上	該当者		治療中		未治療		測定者 (人)
	(人)	割合	(人)	割合	(人)	割合	
H30	28	3.1%	2	0.2%	26	2.9%	889
R2	15	1.6%	0	0.0%	15	1.6%	915
R4	23	2.3%	0	0.0%	23	2.3%	1014

※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。

※特定健診データ管理システム（法定報告）より

【表 17】 質問票の回答からみえる生活習慣の状況

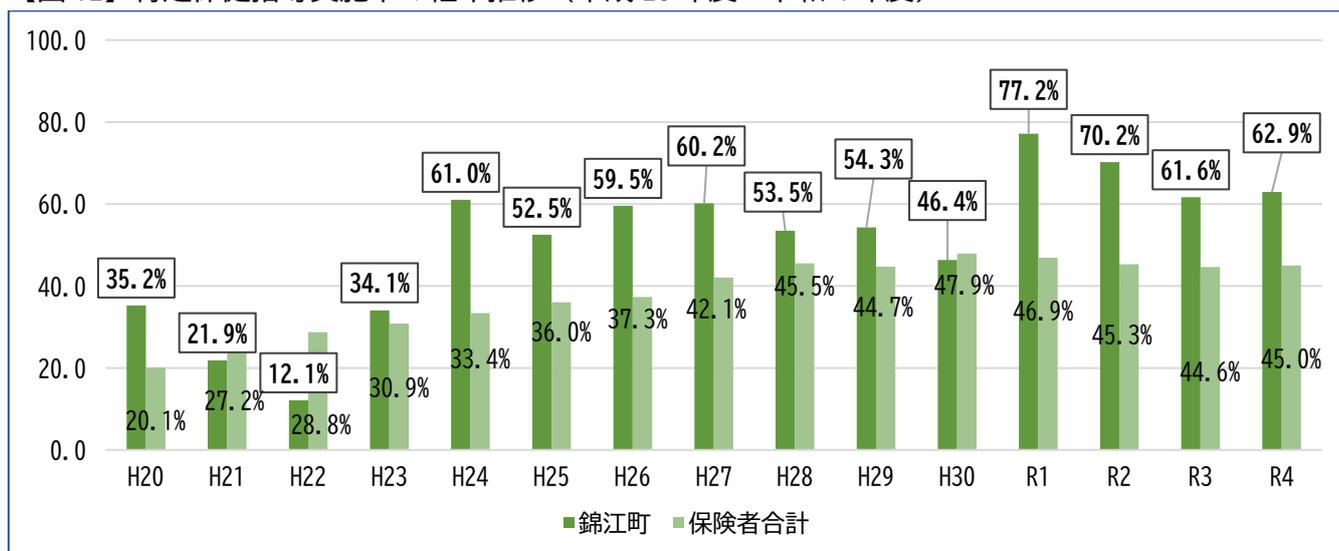
質問票の回答	錦江町		鹿児島県	同規模	全国
	人数	割合	割合	割合	割合
喫煙	171	16.8	11.4	15.1	13.8
20歳時体重から10Kg以上増加	357	35.1	36.1	35.9	35.0
1回30分以上運動習慣なし	643	63.1	56.9	65.2	60.4
1日1時間以上運動なし	384	37.7	45.8	47	48.0
週3回以上就寝前に夕食	205	20.1	17.6	16.4	15.8
毎日飲酒	290	28.4	25.5	26.4	25.5
睡眠不足	225	22.2	22.1	24.2	25.6
咀嚼_かみにくい	226	22.3	22.3	22.4	19.9
咀嚼_ほとんどかめない	16	1.6	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24年度に61%となり、国の目標値である60%以上を達成しています。平成30年度には、50%を切りましたが、令和元年度には77.2%の実施率となっています。令和3年度には、新型コロナウイルス感染症の影響等もあり減少しましたが、令和4年度には上昇に転じています。

【図 12】 特定保健指導実施率の経年推移（平成20年度～令和4年度）



※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、実施率を算出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

血圧の受診勧奨判定値となっているⅡ度以上（160mmHg/100mmHg以上）にあたる有所見者が年々増加しており、平成30年度から令和4年度には、約2倍の63人となっています。また、Ⅱ度高血圧以上に該当する未治療者の割合は、健診受診率が増える中、約4割程度で推移しています。

過去1～2か月前の血糖値を反映するHbA1cのうち、受診勧奨判定値に該当する6.5%以上の未治療者は、令和4年度で22.9%。動脈硬化を引き起こすLDL（悪玉）コレステロール160mg/dl以上の未治療者は、過去5年で約9割の状況で推移しています。

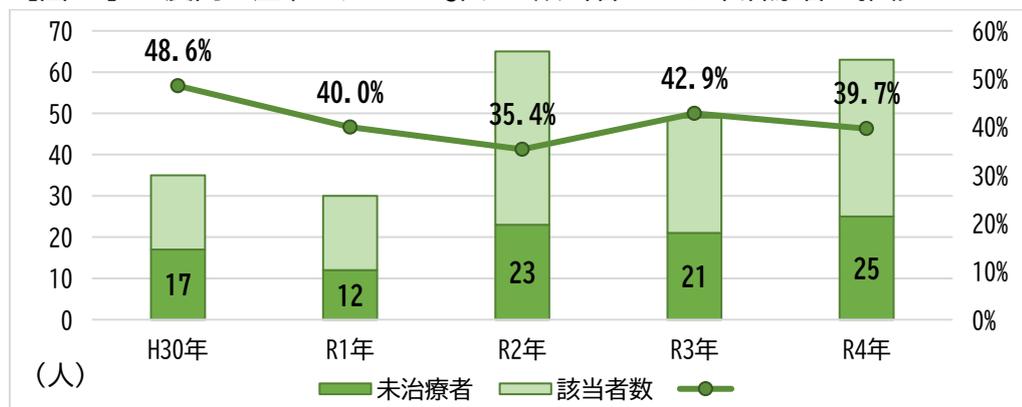
【表18】 血圧の保健指導判定と受診勧奨判定の状況

年度	測定者数 (人)	正常値		保健指導判定値		受診勧奨判定値				Ⅱ度高血圧以上 再掲)未治療	
		正常高値		高値血圧		Ⅰ度高血圧		Ⅱ度高血圧以上		(人)	割合
		(人)	割合	(人)	割合	(人)	割合	(人)	割合		
H30	889	157	17.7%	299	33.6%	187	21.0%	35	3.9%	17	48.6%
R1	915	168	18.4%	279	30.5%	188	20.5%	30	3.3%	12	40.0%
R2	915	160	17.5%	243	26.6%	220	24.0%	65	7.1%	23	35.4%
R3	906	154	17.0%	282	31.1%	214	23.6%	49	5.4%	21	42.9%
R4	1,014	170	16.8%	281	27.7%	218	21.5%	63	6.2%	25	39.7%

※特定健診データ管理システム（法定報告）より

※Ⅱ度高血圧以上の未治療者(再掲)の割合=Ⅱ度高血圧以上の未治療者(再掲)÷受診勧奨判定値のⅡ度以上にて算出

【図13】 Ⅱ度高血圧(160/100mmHg)以上該当者のうち未治療者の推移



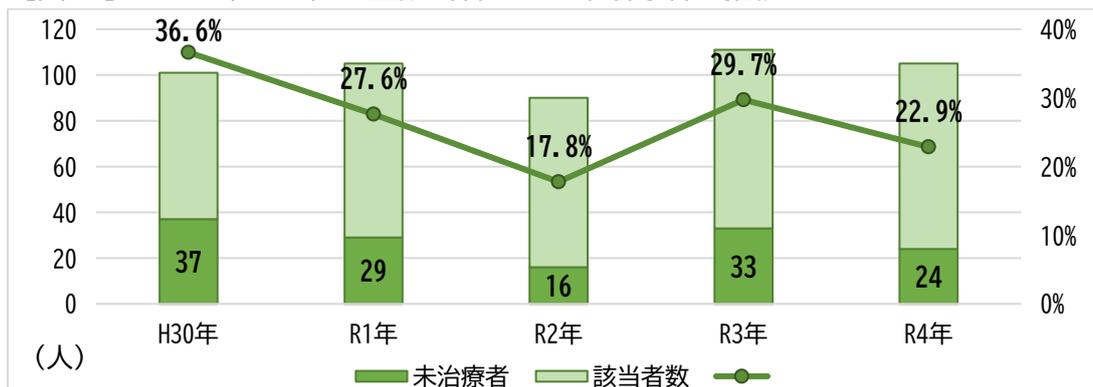
【表19】 HbA1c（血糖）の保健指導判定と受診勧奨判定の状況

年度	測定者数 (人)	保健指導判定値				受診勧奨判定値				6.5%以上 再掲)未治療	
		5.6～5.9%		6.0～6.4%		6.5%以上		再掲)8.0%以上		(人)	割合
		(人)	割合	(人)	割合	(人)	割合	(人)	割合		
H30	852	286	33.6%	87	10.2%	101	11.9%	16	1.9%	37	36.6%
R1	886	263	29.7%	99	11.2%	105	11.9%	13	1.5%	29	27.6%
R2	869	255	29.3%	103	11.9%	90	10.4%	14	1.6%	16	17.8%
R3	803	264	32.9%	141	17.6%	111	13.8%	21	2.6%	33	29.7%
R4	933	266	28.5%	126	13.5%	105	11.3%	11	1.2%	24	22.9%

※特定健診データ管理システム（法定報告）より

※6.5%以上の未治療者(再掲)の割合=6.5%以上の未治療者(再掲)÷受診勧奨判定値の6.5%以上にて算出

【図 14】 HbA1c（6.5%）以上該当者のうち未治療者の推移



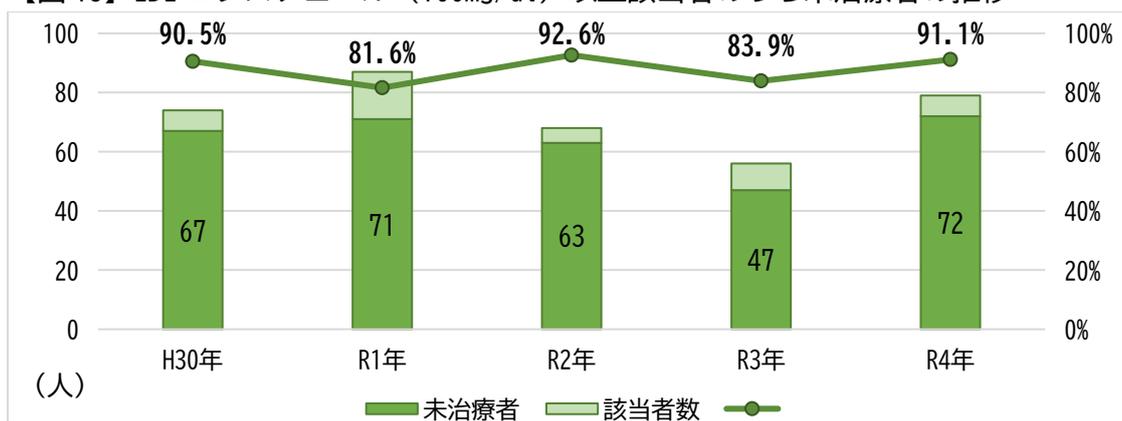
【表 20】 LDL コレステロールの保健指導判定と受診勧奨判定の状況

年度	測定者数 (人)	保健指導判定値		受診勧奨判定値				160 以上			
		120～139		140～159		160 以上		再掲)180 以上		再掲)未治療	
		(人)	割合	(人)	割合	(人)	割合	(人)	割合	(人)	割合
H30	889	231	26.0%	117	13.2%	74	8.3%	28	3.1%	67	90.5%
R1	914	229	25.1%	126	13.8%	87	9.5%	35	3.8%	71	81.6%
R2	915	224	24.5%	102	11.1%	68	7.4%	15	1.6%	63	92.6%
R3	906	200	22.1%	94	10.4%	56	6.2%	17	1.9%	47	83.9%
R4	1,014	214	21.1%	140	13.8%	79	7.8%	23	2.3%	72	91.1%

※特定健診データ管理システム（法定報告）より

※160mg/dl 以上の未治療者(再掲)の割合 = 160mg/dl 以上の未治療者(再掲) ÷ 160mg/dl 以上受診勧奨判定値にて算出

【図 15】 LDL コレステロール（160mg/dl）以上該当者のうち未治療者の推移



2-4 健康課題のまとめ

(1) 健康課題

第2期計画の取組み状況の見直し・評価結果とデータ分析結果からデータヘルス計画の目的である「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、課題解決に向けて第3期の保健事業に取り組めます。

1. 脳血管疾患のSMRが男女とも高い。
2. 脳血管疾患の生活習慣病を原因とする要介護者が多い。
3. 高血圧、脂質異常（LDL コレステロール）の未治療者が多い。
4. メタボ該当者が多い（特に男性）。
5. 人工透析患者が年々増加しており、透析にかかる医療費が増えている。

(2) 優先課題

(1)の健康課題の中でも錦江町では、特に脳血管疾患におけるSMRが高く、要介護者の有病状況においても、脳血管疾患が多いことから脳血管疾患の主な基礎疾患となる高血圧症の対策が重要となってくるため、以下の課題を優先課題とし、特定保健指導、医療機関受診勧奨等の保健事業を中心に、第3期では課題解決に向けて取り組めます。

1. 脳血管疾患におけるSMRが男女とも高い。
2. 高血圧、脂質異常（LDL コレステロール）の未治療者が多い。

第3章 データヘルス計画の目的と方策

3-1 第3期計画の目的

錦江町の国民健康保険加入者においては、高齢化率も高いことから、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ます。そのため、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、各保健事業に取り組んでいきます。

3-2 目的を達成するための保健事業・戦略

健康課題の解決に向けて、錦江町では下記のとおり保健事業を実施し、戦略をもって取り組めます。（目標については、「第4章 保健事業の内容」にて設定しています。）

目 的	保健事業	目標を達成するための戦略
<p>・ 特定健康診査の受診を促進し、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。</p>	<p>特定健康診査 特定保健指導</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診（集団、個別、ドック）への未申込者や通院中で健診未受診者等を対象に、広報誌や自治会長からの周知を実施し、受診勧奨を行う（特に40歳代～50歳代の働き盛り世代への呼びかけ）。 ・ 20～39歳の被保険者を対象に受診勧奨を実施し、健康の保持増進に若い世代から意識づけてもらい、生活習慣病予防・重症化予防に早期に介入する。 ・ 階層化により保健指導対象者になった全員をレベル別（積極的・動機付け支援）に保健指導を実施する。 ・ 通知、訪問、電話による利用勧奨を実施する。
<p>・ 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。</p>	<p>医療機関受診勧奨</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高血圧、高脂血症該当者は、結果説明会場にて対面による保健指導を実施。血圧の自宅測定を呼びかける。 ・ 健診結果から、血圧値160mmHg/100mmHg以上の該当者または、尿中塩分濃度が推定値10mEq/L以上かつナトリウム・カリウム比6以上の該当者に、結果報告会にて保健指導を実施し、病院への受診勧奨を行う。 ・ 脳血管疾患への意識づけとして、頸動脈エコー検査を取り入れ、血管疾患への理解を深められるよう保健指導、受診勧奨を行う。

目 的	保健事業	目標を達成するための戦略
<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果から糖尿病重症化予防プログラム同意者の保健指導を実施し、糖尿病性腎症の悪化、CKDの予防につなげる。
<ul style="list-style-type: none"> ・がん検診の受診を促進し、がん死亡率の低下およびがんの早期発見・早期治療の推進を目的とします。 	がん検診	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診と同時に実施することで健診受診率の向上を図る。
<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・若年(20歳代)から勧奨、実施することで歯科検診の習慣化を図り、受診率の向上につなげる。
<ul style="list-style-type: none"> ・重複受診、重複・多剤処方改善することで、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。 	適正受診・適正服薬(後発(ジェネリック)医薬品促進含む)	<ul style="list-style-type: none"> ・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)に該当する対象者に対して、ハガキによる通知を実施することで、健康障害予防から医療費適正化までをつなげます。
<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・65歳以上からポピュレーションアプローチとして早期から取組むことで、フレイル予防への意識づけを行い、後期からのフレイル予防へとよりつながるものとして取組む。 ・65歳以上の健診受診者及び通いの場参加者を対象に、関係課、関係機関と連携して取組む。

第4章 保健事業の内容

4-1 第4期特定健康診査等実施計画

(1) 特定健康診査

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。 ● 錦江町でも、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。令和4年度には国の目標値である60%以上を達成し、64.8%の受診率となっています。
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発症や重症化の予防、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指す。
具体的内容	<ul style="list-style-type: none"> ● 対象：40歳～74歳の被保険者 ● 実施方法：集団及び個別(ドックを含む) 情報提供対象者への通知(訪問による受診勧奨) ● 実施時期：通年 <ul style="list-style-type: none"> 2～3月：検査機関・医師会など日程調整、委託料見積、実施内容などについて協議 広報担当と協議 3～4月：対象者へ申込表配布・健診希望調査回収 広報誌に掲載 5月：健診申込者へ受診票・問診票など配布 特定健診受診率向上事業(第1回目発送) 6月：特定健診(集団)実施 個別健診・人間ドックは5月～2月まで実施 10月：特定健診受診率向上事業(第2回目発送) 情報提供および個別健診受診勧奨訪問事業 ● 実施体制：委託健診機関 集団(2機関)、個別(医師会) ● 健診項目：参考資料2を参照 ● 費用：自己負担額なし ● 受診勧奨：申込書作成。広報誌と同時配布(広報誌に健診について掲載)。自治会使送にて自治会長に配布回収協力をいただく。 特定健診受診率向上事業(はがき郵送・訪問) 若年層の受診勧奨、健康状態不明者への受診勧奨 ● 受診再勧奨：対象者(国保、特定健診未申込者)、方法(はがき郵送、訪問)、 時期(1回目；申込が終わってから 2回目；10月情報提供訪問事業前に実施) ● 健診データ収集：「みなし健診」の実施。健診申込時期に周知。 健診未受診者および生活習慣病で病院にかかっている方には看護師による訪問にて受診勧奨。 ● 40歳未満の健診：対象者(20～39歳国保加入者)、実施方法(集団、個別、ドック)、受診勧奨方法(個別通知、広報)

	評価指標	備考（指標の定義、目標値等）
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 ・ メタボリックシンドローム該当者割合 ・ 有所見者割合(血圧 LDL HbA1c の人数 割合) ・ 年齢階級別受診率(40代、50代など) ・ 受診機会別受診者数(個別、集団、ドック、みなし健診) 	<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健診受診率目標値は60%以上(全国70%以上)となっています。 ・ 保険者努力支援制度に受診率の配点が高いため、受診率向上の取組が必要となっています。 ・ 年齢階級別受診率: <ul style="list-style-type: none"> 男性 40～44歳：40% 45～49歳：55% 50～54歳：45% 55～59歳：70% 女性 40～44歳：55% 45～49歳：50% 50～54歳：50% 55～59歳：60% ・ 受診者数：集団、個別、ドック、みなし ※有所見のうち、HbA1c：6.5%以上の者の割合は、県共通評価指標 ※評価は毎年実施(昨年との比較)
アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受診勧奨数・率(郵送、架電、通知) 	<ul style="list-style-type: none"> 1回目 全戸申込による受診勧奨 目標：50% 2回目 申し込みができていない方へのハガキによる受診勧奨 目標：10% 3回目 未受診者へのハガキによる受診勧奨及び訪問による受診勧奨 目標：10%
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診対象者への実施方法(直営委託 集団個別)実施期間 ・ 受診率向上への取り組み(未受診者への通知) ・ 他の健診(がん検診等)との効率化状況の把握 ・ 費用対効果の実施 	
ストラクチャ	<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 ・ 医療機関、健診機関、医師会等の連携状況 ・ 過去記録の活用状況 	

評価指標	計画策定時 (R4年度)	目標値					
		R5	R6	R7	R8	R9	R10
特定健診受診率	64.8%	64.5%	64.5%	64.5%	65.0%	65.0%	65.0%

(2) 特定保健指導

<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">背景</p>	<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。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。 ● 錦江町でも特定保健指導を進めており、実施率は 62.9%（令和 4 年度）と国の目標（60%）を上回っています。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も増加しており、県、同規模、全国と比較しても高い状況となっています。
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">目的</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">具体的内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 対象：集団健診・個別健診受診者のうち、「積極的支援、動機づけ支援」に該当する者 R4 年度健診結果から、メタボリックシンドローム該当者；26.7% （男性 36.5%、女性 16.4%） 予備群に該当する者；12.3% （男性 16.1%、女性 8.2%） 階層化により対象者になった全員をレベル別（積極的支援・動機付け支援）に保健指導する。 ● 実施方法：個別面接、電話、手紙、メール ● 実施機関：直営（保健師、管理栄養士） 委託（契約機関） ● 実施時期：利用券の発送・利用勧奨（結果報告会） 指導開始（集団健診；結果報告会 個別健診；健診結果が役場に返却後）や終了時期（開始日から 3 か月以上） ● 費用：自己負担額なし ● 利用勧奨・再勧奨：利用勧奨や再勧奨の対象者； （集団 結果報告会欠席者、 個別 電話連絡の取れなかった方） 方法；（通知、訪問・電話） 時期；（集団 9 月、 個別 その都度）

	評価指標	備考（指標の定義、目標値等）
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） ・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） ・利用者の改善割合（脱保健指導対象者・脱メタボ） ・利用者の腹囲2cm減少、体重2kg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 ・メタボ該当者・予備軍（特定保健指導対象者）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2cm、体重2kg減）が導入されています。
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 ・特定保健指導実施数、実施率 ・特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 	<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メタボリックシンドローム該当者及び予備群減少率の目標値は25%となっています。 利用勧奨；2回以上実施
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム評価を考慮した指導方法の検討と導入 ・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 ・データ分析の実施の有無（利用者の検査値の前後比較、メタボ該当者率の経年変化など） 	
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・予算額、人員、体制 ・連携会議（行政内、医師会等）の回数 ・委託医療機関、委託業者の数や連携の程度 ・集団健診の回数・予約可能数 ・教材や指導記録の有無 ・特定保健指導実施者の研修 	

評価指標	計画策定時 (R4年度)	目標値					
		R5	R6	R7	R8	R9	R10
保健指導実施率	62.9%	63.0%	64.0%	65.0%	67.0%	69.0%	70.0%
メタボ該当者の割合	26.7%	26.0%	25.0%	24.0%	23.0%	22.0%	21.0%
メタボ予備群の割合	12.3%	12.0%	11.5%	11.0%	10.5%	10.0%	9.5%
メタボ該当者・予備群減少率	-26.8%	-24.0%	-22.0%	-20.0%	-18.0%	-16.0%	-14.0%

4-2 医療機関受診勧奨

<p>背景</p>	<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。 ● 錦江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多くを占めている。 ● 錦江町では、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、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る。
<p>目的</p>	<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する。
<p>具体的内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 対象：高血圧(Ⅰ度高血圧以上) 高脂血症 (LDL140 以上) ● 実施者：直営および健診委託(契約機関)による結果準備 ● 受診勧奨の方法： <ul style="list-style-type: none"> ● 集団・個別健診ともに未受診者に関しては精密検査(紹介状)発行し、郵送。重症化予防対策として高血圧(Ⅲ度高血圧以上) 高脂血症 (LDL180 以上)の方には対面による保健指導及び受診勧奨の実施。 ● 保健指導の内容：高血圧(Ⅲ度高血圧以上)、高脂血症 (LDL180 以上)は結果説明会場にて対面による保健指導の実施。 ※来場されなかった場合、訪問による保健指導。 ● 再 勧 奨：レセプト確認し未受診者には再通知(重症化予防対象者には電話連絡) ● 実施スケジュール：7月 対象者の抽出 7月～8月 勧奨・保健指導 11月～12月 評価

	評価指標	備考（指標の定義、目標値等）
アウトカム	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 勧奨者、指導者のうち（受診勧奨判定値）、医療機関を受診した者の割合 <p>【中長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 要医療者のうち未治療者割合 ・ 健診における有所見者の割合 	<p>※ 血圧（Ⅱ度以上）・LDL（180mg/dl以上）の受診勧奨値以上の者の割合は、県共通評価指標</p>
アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・ 勧奨者数、率 ・ 実施率（指導利用者数／対象者数） 	
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 受診勧奨基準の妥当性の検討 	
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	計画策定時 (R4 年度)	目標値					
		R5	R6	R7	R8	R9	R10
高血圧未治療者 ^{※1} の割合	39.7%	35.0%	30.5%	30.0%	25.0%	25.5%	20.0%
高脂血症未治療者 ^{※2} の割合	91.1%	85.5%	80.0%	75.5%	75.0%	70.5%	70.0%

※1：健診結果より、Ⅱ度高血圧（160/100mmHg）以上の者のうち問診票で高血圧治療中のものを除外した人数÷Ⅱ度高血圧（160/100mmHg）以上の者×100にて算出

※2：健診結果より、LDL コレステロール（160mg/dl）以上の者のうち問診票で LDL 治療中のものを除外した人数÷LDL コレステロール（160mg/dl）以上の者×100にて算出

4-3 糖尿病性腎症重症化予防

背景	<ul style="list-style-type: none"> ● 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。 ● 錦江町でも平成 30 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 対象：対象の基準（A 集団健診実施者のうち空腹時血糖 126 以上、HbA1c6.5 以上、B 糖尿病性腎症対象者）、抽出方法（KDB システム「介入支援対象者一覧」） （B 糖尿病性腎症対象者内訳） <ol style="list-style-type: none"> ① 健診受診者で糖尿病治療をしていないもののうち糖尿病性腎症に該当する者 （健診受診者で糖尿病のレセプトがない者のうち健診データから糖尿病成人症に該当するものを抽出） ② 健診受診者で糖尿病治療をしているもののうち糖尿病性腎症に該当する者（健診受診者で糖尿病のレセプトがある者のうち健診データから糖尿病性腎症に該当する者を抽出） ③ 健診受診者で糖尿病治療をしていないもののうち糖尿病基準に該当する者（健診受診者で糖尿病のレセプトがない者のうち、健診データから糖尿病基準に該当する者を抽出） ④ 健診未受診者で糖尿病治療中の者（健診未受診者のうち、レセプトデータから糖尿病治療中の者を抽出） ⑤ 健診未受診者で過去に糖尿病治療歴があり現在治療中断している者（健診未受診者のうち、レセプトデータから過去に糖尿病治療歴がある者を抽出） ● 実施方法： <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; vertical-align: top;">A</td> <td>通知方法；結果報告会の案内、プログラム同意者については 4 回分電話及び通知にて案内） 受診勧奨方法・保健指導の内容；対象者すべて結果報告会で個別保健指導の実施。プログラム同意者は 4 回コースの管理栄養士、歯科衛生士、保健師、運動指導士による個別指導の実施。結果報告会に参加できなかった方には電話及び訪問、手紙による保健指導を行う。レセプトにて 10 月と 2 月受診確認。</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; vertical-align: top;">B</td> <td>①～③は特にプログラムを勧める ④～⑤対象者に通知を送付。④については個別健診の受診勧奨またはみなし健診の案内通知。⑤に関しては現在の状況確認の通知、必要に応じて訪問、電話。個別健診受診勧奨を行う（みなし健診も可）健診の結果によっては病院受診勧奨を行う。</td> </tr> </table> ● 実施機関：直営 ● 費用：自己負担なし ● 実施スケジュール：対象者抽出、通知、指導の実施などの大まかなスケジュール <table border="0" style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5～7月</td> <td>特定健診受診者のうち糖尿病重症化予防プログラム対象者を抽出（報告会、勧奨訪問、電話、通知にて保健指導の勧奨）</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8～2月</td> <td>A、B①～③；DM 保健指導対象者への保健指導実施（レセプト確認 2 回） 糖尿病重症化予防プログラム同意者の保健指導実施 4 回 B④～⑤；通知、個別健診やみなし健診の受診勧奨、健診結果によるデータ確認及び保健指導。プログラム実施時は各専門職でカンファレンスの実施（主治医への報告書作成）</td> </tr> </table> ● 医師会との連携：医師会との連携（主治医からの指示書、連携手帳、報告書送付） 	A	通知方法；結果報告会の案内、プログラム同意者については 4 回分電話及び通知にて案内） 受診勧奨方法・保健指導の内容；対象者すべて結果報告会で個別保健指導の実施。プログラム同意者は 4 回コースの管理栄養士、歯科衛生士、保健師、運動指導士による個別指導の実施。結果報告会に参加できなかった方には電話及び訪問、手紙による保健指導を行う。レセプトにて 10 月と 2 月受診確認。	B	①～③は特にプログラムを勧める ④～⑤対象者に通知を送付。④については個別健診の受診勧奨またはみなし健診の案内通知。⑤に関しては現在の状況確認の通知、必要に応じて訪問、電話。個別健診受診勧奨を行う（みなし健診も可）健診の結果によっては病院受診勧奨を行う。	5～7月	特定健診受診者のうち糖尿病重症化予防プログラム対象者を抽出（報告会、勧奨訪問、電話、通知にて保健指導の勧奨）	8～2月	A、B①～③；DM 保健指導対象者への保健指導実施（レセプト確認 2 回） 糖尿病重症化予防プログラム同意者の保健指導実施 4 回 B④～⑤；通知、個別健診やみなし健診の受診勧奨、健診結果によるデータ確認及び保健指導。プログラム実施時は各専門職でカンファレンスの実施（主治医への報告書作成）
A	通知方法；結果報告会の案内、プログラム同意者については 4 回分電話及び通知にて案内） 受診勧奨方法・保健指導の内容；対象者すべて結果報告会で個別保健指導の実施。プログラム同意者は 4 回コースの管理栄養士、歯科衛生士、保健師、運動指導士による個別指導の実施。結果報告会に参加できなかった方には電話及び訪問、手紙による保健指導を行う。レセプトにて 10 月と 2 月受診確認。								
B	①～③は特にプログラムを勧める ④～⑤対象者に通知を送付。④については個別健診の受診勧奨またはみなし健診の案内通知。⑤に関しては現在の状況確認の通知、必要に応じて訪問、電話。個別健診受診勧奨を行う（みなし健診も可）健診の結果によっては病院受診勧奨を行う。								
5～7月	特定健診受診者のうち糖尿病重症化予防プログラム対象者を抽出（報告会、勧奨訪問、電話、通知にて保健指導の勧奨）								
8～2月	A、B①～③；DM 保健指導対象者への保健指導実施（レセプト確認 2 回） 糖尿病重症化予防プログラム同意者の保健指導実施 4 回 B④～⑤；通知、個別健診やみなし健診の受診勧奨、健診結果によるデータ確認及び保健指導。プログラム実施時は各専門職でカンファレンスの実施（主治医への報告書作成）								

	評価指標	備考（指標の定義、目標値等）
アウトカム	<p>【短期評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・指導利用者の血液検査等（HbA1c、他）のデータ変化（1～2年） ・指導利用者のうち、医療機関受診者割合（未受診者・治療中断者の割合） ・特定健診受診者のうち、HbA1cが8.0%（あるいは7.0%、6.5%）以上の割合および未治療者の割合 ・被保険者10万人あたりの新規人工透析導入者 <p>【中長期評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人工透析（新規含む）患者数 ・透析関連（腎不全）の医療費（全医療費に占める割合など） 	<p>※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は、県共通評価指標</p> <p>※被保険者10万人あたりの新規人工透析導入者は、県共通評価指標</p>
アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・指導利用者数、率 ・勧奨数、率 	
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者選定基準の明確化及び見直し ・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 ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・予算、人員配置、事業委託の状況 ・医療機関や委託業者からのデータ収集と管理体制 ・健診、レセプトデータの活用 ・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 ・費用分析の実施の有無 	

評価指標	計画策定時 (R4年度)	目標値					
		R5	R6	R7	R8	R9	R10
糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	78.9%	80%	82%	85%	87%	89%	90%
糖尿病の保健指導を実施した割合	83%	85%	87%	90%	92%	94%	95%

4-4 がん検診

背景	<ul style="list-style-type: none"> ● がん（悪性新生物）は、我が国の死因の第1位である。また、医療費の点でも、大きな割合を占める。そのため、国や鹿児島県では、がん対策推進基本計画等によって、がん検診が推進されている。 ● 錦江町においても、がんは死因の第1位で、医療費においても傷病別で最も高い。がん検診は、健康保険課が中心となり実施しているが、その受診率は3割程度にとどまっている。
目的	<ul style="list-style-type: none"> ● 健康増進チームと連携しながら、がんの早期発見および早期受診のため、国保被保険者のがん検診受診率を向上させる。
具体的内容	<p>【各がん検診の実施方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 集団健診 <ul style="list-style-type: none"> ① 6月 複合健診（胃がん、大腸がん、腹部エコー検診、前立腺がん(国保のみ)） ※特定健診と同時実施 ② 9月、1月 肺がん ③ 10月 乳がん、子宮頸がん ● 個別検診 6月～翌年1月 <ul style="list-style-type: none"> ① 胃がん；契約機関 ② 子宮がん・乳がん；契約機関 ● 受診勧奨の方法：チラシの作成。 3月上旬の自治会使送にて全戸配布。 広報誌にも掲載 <ul style="list-style-type: none"> ① 複合健診の第1回目申込を3月末締切。 ② 8月と12月に案内を自治会使送で実施。 ③ 集団案内を7月、個別健診を6月に案内。 11月に再度受診勧奨

	評価指標	備考（指標の定義、目標値等）
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> ・がんに関連した医療費 ・がんによる死亡者数・率 	
アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・がん検診受診率 	
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨および未受診者への再勧奨は行われているか ・受診勧奨、再勧奨の方法の適切さ（内容、発送時期、対象者など）とその検討 ・精度管理は行われているか 	
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診との同時実施など、がん検診の機会（集団健診、人間ドック含む） ・予算やマンパワー ・健康増進チームとの連携 	

評価指標	計画策定時 (R4 年度)	目標値					
		R5	R6	R7	R8	R9	R10
胃がん検診受診率	6.75%	7.00%	7.50%	8.00%	8.50%	9.00%	9.50%
大腸がん検診受診率	20.40%	20.50%	21.00%	21.50%	22.00%	22.50%	23.00%
肺がん検診受診率	33.15%	33.50%	34.00%	34.50%	35.00%	35.50%	36.00%
子宮頸がん検診受診率	25.60%	26.00%	26.50%	27.00%	27.50%	28.00%	28.50%
乳がん検診受診率	27.10%	27.50%	28.00%	28.50%	29.00%	29.50%	30.00%

4-5 歯科検診

背景	<ul style="list-style-type: none"> ● う蝕および歯周病に代表される歯科疾患は、食生活や社会生活等に支障をきたし、全身の健康、さらに食事や会話等への生活の質への影響がある。 ● 錦江町では、健康保険課健康増進チームによる歯・歯周病検診を実施しており、受診率は上昇傾向である。歯科医療費は年々増加傾向にあり、医療費の点からも対策が必要となってくる。
目的	<ul style="list-style-type: none"> ● 歯科（歯周含む）に関連する疾患および歯科疾患が影響する全身疾患の予防、生活の質の向上を目指して、健康増進チームと連携し、歯科健診の受診率を向上することを目的とする。
具体的内容	<p>【歯周疾患検診】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 対象：歯周疾患対象者 30. 31. 35. 36. 40. 45. 50. 55. . 60. 65. 70 歳 (健康増進法による歯周疾患検診の対象者は、40 歳、50 歳、60 歳及び 70 歳) ● 実施機関：鹿屋市歯科医師会、肝属郡歯科医師会と委託契約し実施 ● 費用：自己負担なし ● 実施スケジュール：通知 <ul style="list-style-type: none"> 1 回目 4 月 2 回目 10 月；再勧奨通知 広報誌 5 月、11 月 実施期間 6 月～7 月、10 月～12 月 ● その他：広報紙

	評価指標	備考（指標の定義、目標値等）
アウトカム・アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科健診受診率 	
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受診勧奨は行われているか（特定健診の受診勧奨とともに、など） ・ 受診推奨方法は適切か（内容、発送時期、対象者など） 	
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・ 予算やマンパワー ・ 関連部署・組織等との連携（衛生部門、歯科医師会など） ・ 歯科健診の機会（委託医療機関・集団健診・特定健診との同時実施、人間ドックなど） 	

評価指標	計画策定時 (R4 年度)	目標値					
		R5	R6	R7	R8	R9	R10
歯科疾患検診受診率	20.50%	21.00%	21.50%	22.00%	22.50%	23.00%	23.50%

4-6 適正受診・適正服薬

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ある。 ● また、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。 ● 錦江町では、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。
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、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。
具体的内容	<p>重複服薬</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 対象：同一月に複数の医療機関から同一薬効の薬剤が処方された方 同一月に10剤以上の薬剤が2か月以上処方された方 ● 通知内容；連合会作成の通知文より重複している薬剤、医療機関名、薬効分類名称 ● 実施スケジュール：1～2月 7～8月の2回 ● 普及啓発等：服薬状況のお知らせの送付 ● 評価方法：レセプト点検員による送付後の点検 <p>後発医薬品</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 対象；後発医薬品に替えることで差額が発生する方(国保連合会に委託) ● 通知方法；連合会作成の通知文より処方された薬剤と、後発医薬品に替えた場合の予想差額 ● 実施スケジュール；7～8月 11～12月 3～4月の3回 ● 普及啓発；通知による情報提供 ● 評価；国保総合システムのデータにより切り替え割合算出

	評価指標	備考（指標の定義、目標値等）
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> 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	<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 お薬手帳、ポリファーマシー等に関する普及、啓発の実施 対象者の抽出の適切さ（抽出基準、人数など）のその検討 通知媒体の内容の適切さとその検討 お薬手帳の利用率（薬局では把握可能） かかりつけ薬局、かかりつけ医を持つ人数、割合（地域薬剤師会で把握） 	
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 委託業者との連携 協力薬局数 	

評価指標	計画策定時 (R4 年度)	目標値					
		R5	R6	R7	R8	R9	R10
後発医薬品使用割合	84.0%	80%以上					

4-7 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。 ● 錦江町では、健康保険課が一体的実施を令和4年より開始したが、前期高齢者へのフレイル予防実施ができていないのが現状である。
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早期介入を行い、訪問等による保健指導や関係機関へのつなぎをし、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	<p><ハイリスクアプローチ></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 対象者；65歳以上の特定健診受診者および通いの場などで高齢者の質問票を確認できた方のうち一体的実施 KDB 活用支援ツールより抽出 ● 指導や保健指導等の実施者および実施内容など 低栄養、口腔機能低下者、身体的フレイルについて結果報告会や訪問等で保健指導を実施。 <p><ポピュレーションアプローチ></p> <ul style="list-style-type: none"> ●実施場所 高齢者の通いの場(結果報告会 教室 サロン等) ●実施者 保健師 看護師 管理栄養士 歯科衛生士 運動指導士 ●実施内容 各専門職による健康教育 健康相談 <p><介護部門等との連携></p> <ul style="list-style-type: none"> ●庁内調整会 定例実施(2～3か月ごと) 錦江町ポピュレーションアプローチ担当者会 健康保険課 介護福祉課(包括支援センター) 社会福祉協議会 教育委員会 政策企画課 ●会議への参加など <p><実施スケジュール></p> <p>5月～ 庁内調整会 通いの場において県工教育健康相談の実施</p> <p>6月 特定健診フレイルに関する質問票の聞き取り 嚥下機能テスト</p> <p>7～8月 結果報告会(ハイリスク者への個別保健指導)</p> <p>*一体的実施と並行してフレイル予防体操の検討・協議</p>

	評価指標	備考（指標の定義、目標値等）
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> 【短期】 ・訪問、指導、支援等によるフレイル、栄養状況等改善割合 【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	<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 ・地域支援事業への国保部門としての参画 ・KDB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 ・国保、後期高齢者医療、介護保険のデータ等の統合的分析の実施 	
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・専門職の確保、配置 ・国保部門も参加する地域包括ケアの議論の場の設定 ・他部門との連携 	

評価指標	計画策定時 (R4 年度)	目標値					
		R5	R6	R7	R8	R9	R10
【ハイリスクアプローチ】 口腔機能低下保健指導実施率	60%	70%	75%	80%	85%	90%	95%
【ハイリスクアプローチ】 運動機能低下保健指導実施率	60%	70%	75%	80%	85%	90%	95%

第5章 計画の評価・見直し

5-1 第3期計画評価の基本的事項

計画はP D C Aサイクルに則り、年度毎、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。

健康保険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。

5-2 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
<ul style="list-style-type: none">● 人員や予算の確保● 国保運営協議会等、関係者との連携	<ul style="list-style-type: none">● 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	<ul style="list-style-type: none">● 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	<ul style="list-style-type: none">● 健康寿命が何年延長したか● 医療費（総、疾病別）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

第6章 計画の公表・周知、個人情報の取扱い

6-1 公表・周知について

本計画は、錦江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、町広報により周知いたします。

6-2 個人情報の取扱いについて

特定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。

個人情報の取扱いについては、「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（行政機関等編）」

(http://www.ppc.go.jp/files/pdf/230401_koutekibumon_guidelines.pdf)を参照しています。

計画の策定支援業務を外部事業者に委託し、健診結果やレセプトデータ等を当該事業者へ渡す場合には、個人データの盗難・紛失を防ぐための安全管理措置等に留意して委託仕様等を作成するとともに、委託先において安全管理措置等が適切に講じられるよう、必要かつ適切な管理、監督するなど万全の対策を講じています。

6-3 その他の留意事項

(1) 保険者努力支援制度への対応

医療費適正化や健康づくりに取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項目を踏まえつつ事業を推進します。

第7章 資料

参考資料1 データヘルス計画とその他の法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法		医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
健康増進計画		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	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	厚生労働省 保険局 令和5年9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」	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	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	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	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
根拠・期間	法定 令和6~17年(12年) 2024年~2035年	指針 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~8年(3年) 2024~2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	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。	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、保健事 業の実施及び評価を行う。	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。	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。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	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。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世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		すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳 特定疾病(※) ※初期の認知症、早老症、 骨折+骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 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	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 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	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 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生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 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づくり 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 1子ども、2 高齢者、3 女性	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 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健康診査実施率	①特定健康診査受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持増進) ・特定健康診査実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用し 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・重度化防止等 (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 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		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・事業費連動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		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

参考資料2 特定健康診査の検査項目一覧

特定健診（高齢者医療確保法）の項目と労働安全衛生法・学校保健安全法との比較

	項目名	高齢者医療確保法	労働安全衛生法	学校保健安全法
	既往歴	○	○	注10)
	服薬歴	○	※	
	喫煙歴	○	※	
	業務歴		○	
	自覚症状	○	○	注10)
	他覚症状	○	○	注10)
身体計測	身長	○	○ 注5)	○ 注5)
	体重	○	○	○
	腹囲	○	○ 注6)	○ 注6)
	BMI	○	○ 注7)	○ 注7)
血圧	血圧（収縮期/拡張期）	○	○	○
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	● 注1)	● 注1)	●
	随時中性脂肪	● 注1)注2)	● 注1)注2)	●
	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）	○ 注3)	○ 注3)	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●	●
	HbA1c	●	●	●
	随時血糖	● 注4)	● 注4)	●
尿検査	尿糖	○	○	○
	尿蛋白	○	○	○
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）	□	□ 注8)	
	視力		○	○
	聴力		○	○
	胸部エックス線		○	○
	喀痰検査		□ 注9)	□ 注11)
胃の疾病及び異常の有無			○ 注12)	
医師の判断	医師の診断（判定）	○	○	○
	医師の意見		○	○

【錦江町における追加検査】

錦江町では、高齢者医療確保法における上記検査項目以外に、独自に下記項目を追加し、健康予防に役立っています。

- 尿中塩分濃度
- 頸部動脈エコー検査

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

注：労働安全衛生法及び学校保健安全法の定期健康診断は、40歳以上における取扱いについて記載している。また学校保健安全法の定期健康診断は、学校の職員を対象とする。

※…必須ではないが、聴取の実施について協力依頼（注13）

注1）空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪の判定のため、採血時間（食後）の情報は必須入力項目とする。

注2）やむを得ず空腹時以外に採血を行った場合は、食直後（食事開始時から3.5時間未満）を除き随時中性脂肪により検査を行うことを可とする。

注3）空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合は、LDLコレステロールに代えてNon-HDLコレステロール（総コレステロールからHDLコレステロールを除いたもの）で評価を行うことができる。

注4）やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1c（NGSP値）を測定しない場合は、食直後（食事開始時から3.5時間未満）を除き随時血糖により血糖検査を行うことを可とする。

注5）医師が必要でないと認めるときは省略可。

注6）以下の者については医師が必要でないと認めるときは省略可。

1 妊娠中の女性そのほかの者であって、その腹囲が内臓脂肪の蓄積を反映していないと判断されたもの

2 BMI（次の算式により算出したものをいう。以下同じ。）が20未満である者 $BMI = \text{体重 (kg)} / \text{身長 (m)}^2$

3 自ら腹囲を測定し、その値を申告した者（BMIが22未満の者に限る。）

注7）算出可。

注8）医師が必要と認めた場合には実施することが望ましい項目。

注9）胸部エックス線検査により病変及び結核発病のおそれがないと判断された者について医師が必要でないと認めるときは省略可。

注10）必須項目ではないが、その他の疾病及び異常の有無の発見や診断項目の省略に際して、問診等を行うことが想定される。

注11）胸部エックス線検査により、病変の発見されたもの、及びその疑いのある者、結核患者並びに結核発病の恐れがあると診断されている者に対しては、胸部エックス線検査及び喀痰検査を行い、さらに必要に応じ聴診、打診、その他必要な検査を行う。

注12）妊娠中の女性職員については検査項目から除くものとし、妊娠可能年齢にある女性職員については、問診等を行った上で、医師が検査対象とするか否かを決定する。

注13）「定期健康診断等及び特定健康診査等の実施に関する協力依頼について（令和5年3月31日）

（基発0331第10号・保発0331第5号）」（<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html>）

錦江町国民健康保険 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）

令和6年3月 発行

編集・発行 錦江町 健康保険課

住 所 〒893-2392 鹿児島県肝属郡錦江町城元 963 番地

電 話 0994-22-3041