

串間市国民健康保険

串間市第 3 期データヘルス計画

【第 4 期特定健康診査等実施計画を含む】

令和 6 年度（2024 年度）～令和 11 年度（2029 年度）

令和 6 年 3 月策定
令和 9 年 3 月 中間評価
令和 12 年 3 月 最終評価
串間市

目 次

第1章 基本的事項	1
1. 計画の趣旨	
2. 計画期間	
3. 実施体制・関係者連携	
第2章 現状の整理	4
1. 基本情報	
2. 前期計画に係る評価及び考察	
第3章 健康・医療情報等の分析	8
1. 分析と課題	
2. 分析結果	
第4章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）	23
1. 第4期特定健康診査等実施計画	
2. 特定健診の実施	
3. 特定保健指導の実施	
4. 個人情報補保護	
5. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第5章 データヘルス計画（保健事業全体）の目的、目標	27
第6章 健康課題を解決するための個別の保健事業	29
第7章 その他	33
1. 計画の評価・見直し	
2. 計画の公表・周知	
3. 個人情報の取扱い	
4. 地域包括ケアに係る取組み	
5. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	
6. 保険者努力支援制度への対応	

第1章 基本的事項

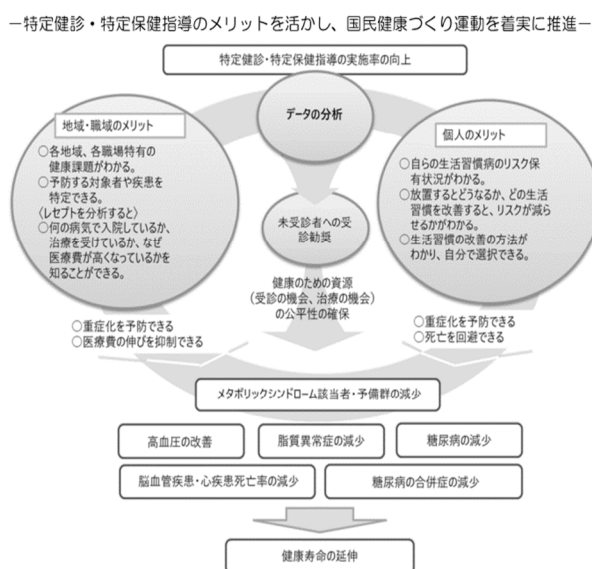
1. 計画の趣旨

近年、特定健康診査（以下「特定健診」という。）の実施や診療報酬明細書等（以下「レセプト等」という。）の電子化の進展、国保データベース（KDB）システム（以下「KDB」という。）等の整備により、保険者が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいる。

こうした中、「日本再興戦略」（平成 25 年 6 月 14 日閣議決定）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、さらに、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、厚生労働大臣が定める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。以下「保健事業実施指針」という。）の一部を改正し、保険者は、健康・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、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、保健事業の実施及び評価を行うものとされている。

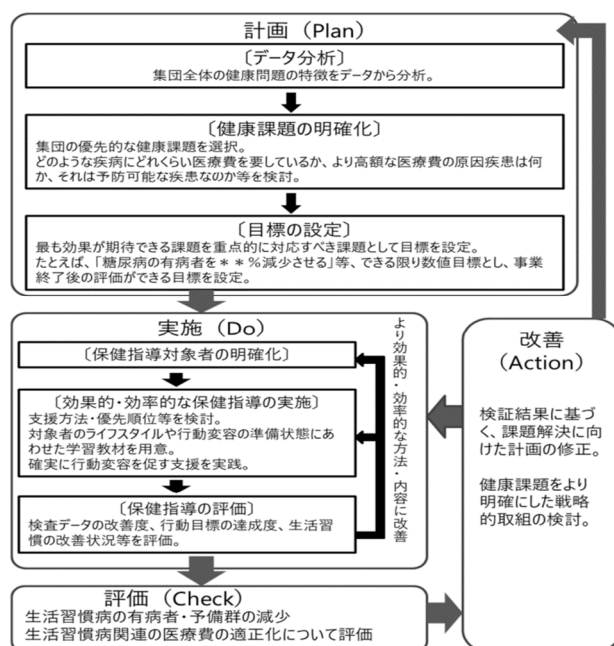
本市においては、国の指針に基づき、「第 3 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、被保険者の年代ごとの身体的な状況に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

【図表 1】特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



標準的な健診・保健指導プログラム【令和 6 年度版】より抜粋

【図表 2】保健事業（健診・保健指導）の PDCA サイクル



2. 計画期間

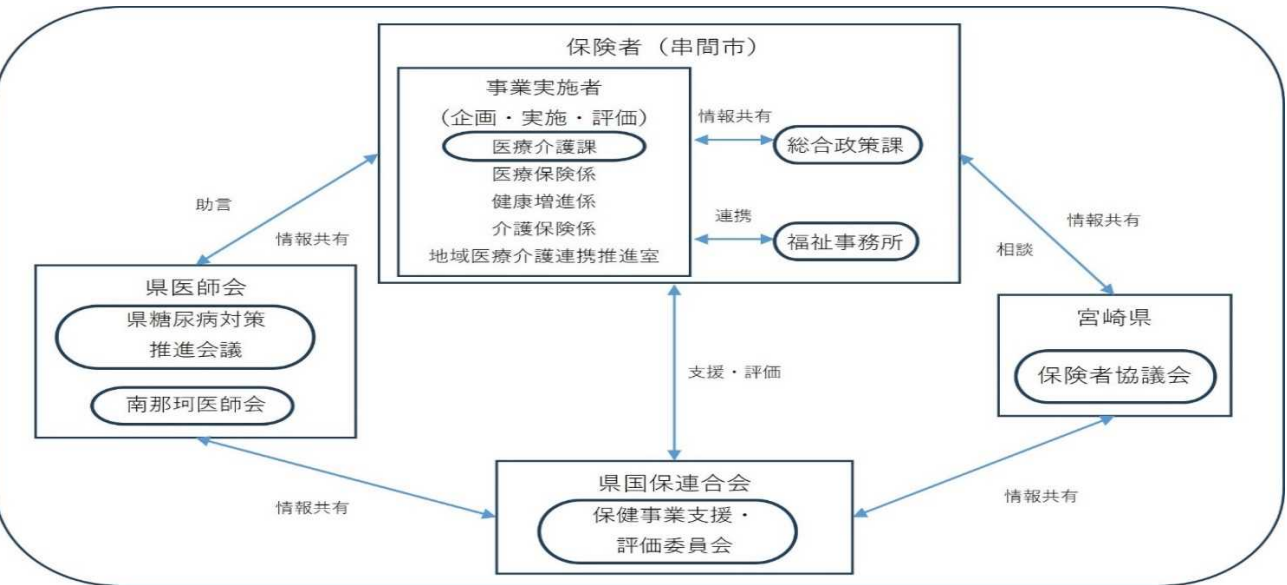
計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。また、計画実施期間にあたる令和8年度に中間評価見直し期間を設け、前期の振り返りと課題の把握、後期に向けた取り組みの修正等を図るよう計画するよう構成しています。

【図表3】関連する計画

	健康日本21 健康増進計画	特定健康診査等実施計画	データヘルス計画	介護保険事業（支援）計画	医療費適正化計画	医療計画
法律	健康増進法 第8条、第9条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118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
基本的な指針	厚生労働省 健康局 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 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 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 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	厚生労働省 老健局 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 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 令和6～17年（第3次）	法定 令和6～11年（第4期）	指針 令和6～11年（第3期）	法定 令和6～8年（第9期）	法定 令和6～11年（第4期）	法定 令和6～11年（第8次）
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	都道府県：義務 市町村：義務	都道府県：義務	都道府県：義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会保障制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を予防することができ、さらには重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら医療の伸びの抑制を実現することが可能となる。 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、保険者がその支援の中心となっており、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指すものである。 被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態となることの予防又は、要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を理念としている。	国民皆保険を堅持し続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保を図っていく。	機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る。

3. 実施体制・関係者連携

【図表4】実施体制



【図表 5】関係者連携

連携先	具体的な連携内容
保険者 (本市国保)	被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために、医療介護課が主体となり、健康課題を分析し、計画を策定する。計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させる。 計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう担当者・チームの業務をマニュアル化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引き継ぎを行う等の体制を整えていく。(P2 実施体制参照)
宮崎県 (国民健康保険課)	宮崎県（以下、「県」という）は、市町村とともに国保の保険者であり、財政運営の責任主体となる。市町村国保の保険者機能の強化や、効果的・効率的な保健事業実施のため、必要な支援を受ける。 （具体的に県から受ける支援） ・計画策定におけるデータの共有や意見交換 ・宮崎県国保ヘルスアップ事業の実施 ・関係機関との連絡調整 ・研修会の実施や助言等の技術的支援
宮崎県 (保健衛生部門)	県の健康づくり施策を担っていることを踏まえ、保健師等の専門職が技術的な支援を受ける。 ・糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防に係る研修会への参加
日南保健所	地域の保健医療関係者等と連携、調整し、地域の社会資源の状況等を踏まえた上で、地域の実情に応じた保険者支援を受ける。 ・南那珂圏域の健康課題等の分析と共有、技術的支援
国保連及び支援・評価委員会、国保中央会	国保連や支援・評価委員会は、計画の策定支援や個別の保健事業の実施支援等を行っており、多くの支援実績が蓄積されている。このため、保険者は可能な限り支援・評価委員会等の支援・評価を受けて計画の策定等を進める。
後期高齢者医療広域連合	市地域の世代間の疾病構造や医療費等の動向を連続して把握することができるよう必要な情報の共有を図る。
保健医療関係者	計画策定から保健事業の実施・評価、業務に従事する者の人材育成等において、保健医療に係る専門的見地から支援を受ける。
その他	市町村国保には、退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、市町村国保と国保組合、健康保険組合をはじめとする被用者保険の保険者との間で、健康・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したり、連携して保健事業を展開したりすることに努めていく。

第2章 現状の整理

1. 基本情報

本市の人口に占める国民健康保険の加入率は 26.6%、年齢別構成は 65 歳から 74 歳までの割合が大きくなっている。【図表 6、7、8】

【図表 6】人口と国保被保険者数

	全体		男性		女性	
	人数	%	人数	%	人数	%
人口	17,394	-	8,259	47.5%	9,135	52.5%
国保被保険者数	4,620	26.6%	2,414	52.3%	2,206	47.7%

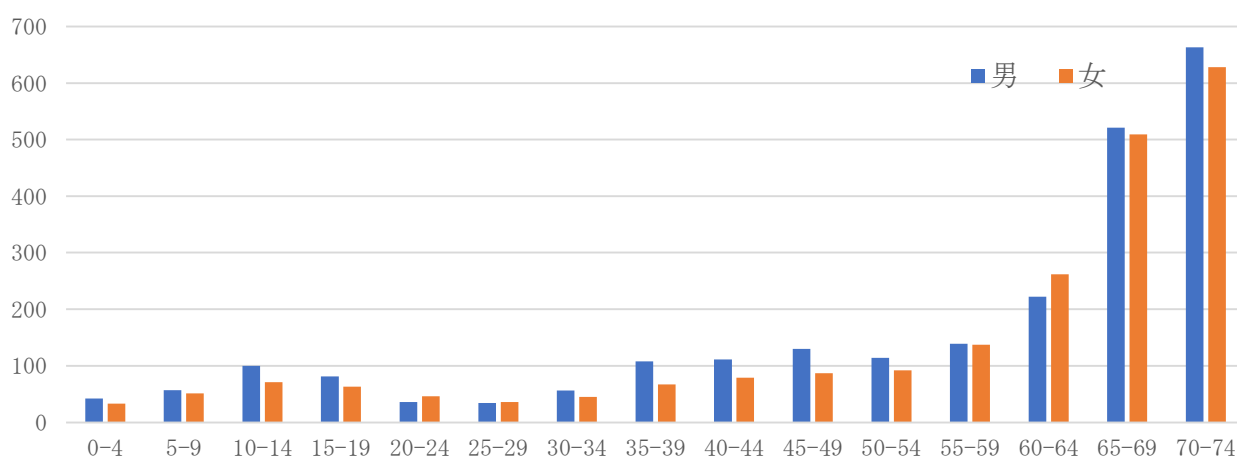
(令和 4 年 1 月 1 日住民基本台帳年齢階級別人口)

(令和 4 年度累計 KDB 被保険者構成)

【図表 7】性別・年齢階層別国保被保険者数の推移

		40-44 歳	45-49 歳	50-54 歳	55-59 歳	60-64 歳	65-69 歳	70-74 歳
男性	令和 2 年	130	116	128	167	322	577	632
	令和 3 年	125	118	122	142	267	550	660
	令和 4 年	111	130	114	139	222	521	663
女性	令和 2 年	81	93	100	152	333	539	651
	令和 3 年	79	94	97	142	286	535	671
	令和 4 年	79	87	92	137	262	509	628

【図表 8】令和 4 年度の年齢階層別被保険者数



出典：KDB システム_被保険者構成

2. 前期計画に係る評価及び考察

(1) 前期計画の概要

①計画期間

前期計画の期間は、平成 30 年度から令和 5 年度までの 6 か年の計画です。

②中長期目標と短期目標

中長期目標
●医療費が高額となる疾患、長期の入院となる疾患、長期化することで高額となる疾患で、要介護認定者の有病状況の多い疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の医療費の伸びを抑制する。
短期目標
●虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析の発症・重症化を予防するために、高血圧症、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドロームを減らしていく。 ●生活習慣病の発症予防・重症化予防のために、特定健診の受診率の向上を図り、個々にあった保健指導を実施する。

(2) 前期計画で実施した保健事業

事業名	事業概要
生活習慣病等重症化予防事業	【糖尿病性腎症の重症化予防】 ●訪問や面談による受診勧奨や、糖尿病連携手帳を活用した医療機関との連携の取組 【循環器疾患予防】 ●循環器疾患の原因となる高血圧、脂質異常、喫煙、糖尿病の重症化予防へ向けて、特定健診・特定保健指導及び個別保健指導（栄養相談）を実施 ●特定健診結果からの生活習慣の見直しや治療中の者に対しては、治療継続へ向けた支援を実施
精密検査が必要な方への受診勧奨	特定健診、がん検診結果返却後、訪問や電話等で精密検査受診に向けた受診勧奨を実施
健康相談・出前講座	公民館などに出向き医師や保健師等による健康知識の普及活動を実施
がんの早期発見 早期治療	休日検診の実施や特定健診、各種がん検診の同時実施によりがん検診の普及啓発を実施
ウォーキングの普及	県のアプリ「SALKO」を活用したウォーキングを普及
後発医薬品の使用促進	個人通知等により、後発医薬品の使用促進を実施

(3) 前期計画に係る成果指標と評価

前期計画に掲げる個別保健事業の目標と実施結果は以下のとおりです。

【図表 9】 前期計画の個別保健事業の指標と評価

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値				中間評価			最終評価	最終評価
				H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	最終評価
特定健診等計画	・65歳未満死亡率が、国・県と比較して割合が高い。 ・特定健診受診率が低い。 ・メタボリックシンドローム該当者の割合が、国・同規模よりも高く、予備群では、国・県・同規模と比較すると割合が高い。	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の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	目標				45.0%			60.0%	B
				実績	30.0%	34.9%	35.6%	33.5%	34.3%	34.6%	36.6%	
			特定保健指導実施率90%以上	目標				78.0%			90.0%	B
				実績	87.8%	44.4%	47.2%	42.9%	37.9%	42.3%	70.8%	
			特定保健指導対象者のうち、次年度非対象者となる割合10%以上	目標				8.5%			10.0%	B
				実績	9.6%	9.2%	8.0%	10.0%	6.3%	8.1%	4.6%	
データヘルス計画	中長期 ・糖尿病性腎症を原因とする透析者が透析者の43.2%を占めている。	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を令和5年度までに2.2%以下にする	目標				2.3%			2.2%	B
				実績	3.3%	3.2%	3.0%	3.7%	2.8%	3.4%	3.2%	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合を令和5年度までに1.6%以下にする	目標				1.7%			1.6%	B
				実績	3.2%	3.1%	4.3%	3.6%	2.5%	2.6%	3.7%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合を令和5年度までに48.1%以下にする(※)	目標				48.2%			48.1%	A
				実績	48.3%	33.3%	25.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%	
		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該当者・予備群の割合35%以下	目標				38.0%			35.0%	A
				実績	31.2%	30.9%	32.4%	32.9%	34.0%	34.5%	33.7%	
			健診受診者の高血圧者の割合を4.2%以下にする。(Ⅱ度高血圧以上)	目標				4.4%			4.2%	B
				実績	4.6%	6.6%	4.7%	3.9%	4.1%	5.3%	5.7%	
			健診受診者の脂質異常者の割合17%以下(LDL140以上)	目標				18.0%			17.0%	B
				実績	21.6%	26.7%	24.6%	22.9%	22.8%	25.2%	21.9%	
			健診受診者の糖尿病患者の割合を6.5%以下(HbA1c6.5以上)	目標				6.7%			6.5%	B
				実績	7.0%	8.8%	9.7%	9.3%	9.2%	8.3%	7.7%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合85%以上	目標				80.0%			85.0%	B
				実績	17.5%	21.3%	20.9%	18.5%	16.7%	12.6%	16.7%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合97%以上	目標				96.0%			97.0%	B
				実績	18.9%	45.0%	33.3%	82.0%	90.8%	79.6%	86.4%	
保険者努力支援制度	短期 ・がんによる死亡率が47.2%で国と比較して高い。	がんの早期発見、早期治療(検査方法・検査名)	がん検診受診率 胃がん検診 25%以上	目標				20.0%			25.0%	B
				実績	9.7%	8.7%	7.4%	7.2%	6.2%	6.9%	6.0%	
			肺がん検診 年間300人	目標							100.0%	A
				実績	91.7%	97.3%	85.3%	83.0%	78.3%	74.0%	64.3%	
			大腸がん検診 28%以上	目標				25.0%			28.0%	B
				実績	13.5%	12.3%	10.6%	10.8%	9.7%	9.7%	9.1%	8.5%
			子宮頸がん検診 25%以上	目標				20.0%			25.0%	B
				実績	2.4%	9.5%	2.8%	9.5%	3.0%	9.6%	2.3%	
			乳がん検診 20%以上	目標				12.0%			20.0%	B
				実績	1.8%	10.5%	3.7%	10.3%	2.0%	10.7%	2.0%	
	数量シェアH29年度77.4%	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合80%以上(修正) 84%	目標				80.0%			80.0%	A
				実績	77.8%	77.3%	78.4%	81.3%	82.4%	82.7%	83.6%	

※レセプトで糖尿病性腎症と診断されたケースのみを集計。糖尿病の既往歴有を対象とすると全年度100%。

判定区分	A	達成できている
	B	達成できていない・改善が必要
	C	事業継続が困難
	D	評価不能

本市の脳血管疾患、虚血性心疾患に占める総医療費に占める割合は増加傾向にある。特定健診の結果からも血圧、脂質、血糖の有所見者の割合が高いのが本市の特徴であり、今後も生活習慣病重症化予防事業の取組みを継続し医療費適正化につなげていく必要がある。

特定健康診査受診率、特定保健指導実施率については、目標値には届いていないが、コロナ禍前に回復しつつある。生活習慣病発症予防、重症化予防のためには、特定健康診査、特定保健指導の実施率向上の取組みが引き続き必要である。

第3章 健康・医療情報等の分析

1. 分析と課題

【図表 10】

健康・医療情報等の大分類	分析結果	課題との対応
平均寿命・ 平均自立期間・ 年齢調整死亡率等	- 平均余命…県と比較すると男性は 0.5 低く、女性は 1.4 低い水準。 - 平均自立期間…県と比較すると男性は 0.6 低い水準。同水準。女性は 1.5 低い水準。 - 標準化死亡比…県と比較すると男性は 2.9 高く、女性は 5.3 高い水準。（標準化死亡比：人口構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標。）	
医療費の分析	- 性年齢階層別受療率…2 型糖尿病の受療率は増加傾向にあり、年齢階層別にみると 60 歳以降で高くなり、男性女性の差も大きくなる。 - 医療費の負担額が大きい疾患…疾病大分類別に医療費を見ると、上位 5 分類で全体の 62.0%を占めており、精神、循環器系、新生物、筋骨格系、内分泌他の順で高い。 - 将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患…疾病大分類別上位 5 分類のうち、年々増加傾向にある疾病は、新生物、筋骨格系である。循環器系については、平成 29 年度から減少傾向であったが、令和 3 年度では増加。 - 重複・頻回受診の状況は…令和 2 年度に減少したが、令和 3 年度でやや増加。 - 重複服薬の状況等の傾向は…重複服薬者は、経年でみると、令和 2 年度で増加したものの令和 3 年度で減少。	A・B
特定健康診査・ 特定保健指導等の 健診データの分析	- 特定健診及び特定保健指導の実施状況は…令和 4 年度の特定健診受診率は 36.6%。保健指導実施率は、40%台であったが、令和 4 年度は 70.8%と向上。 - 性年齢階層別受診率は…健診受診者の年齢階層別は 65-69、70 代が多い。女性の方が男性に比べ受診者が多い傾向にある。 - 各種検査項目の有所見率は…肥満の割合が半数近くあり、その他重症群は血圧の正常群が半数以下で予備群と同程度の割合である。 - 運動習慣は、男女ともに県平均より低い。また、運動②、③では半数以上がはいと回答しているが、運動①では半数を下回っている。	C
レセプト・健診データ等を組み合わせた分析	健診未受診者のうち、生活習慣病での治療がない対象者は年代全体的に存在するが、割合は 40 代・50 代が多い。健診受診者のうち、異常値があるにもかかわらずその後の医療機関受診確認ができない者がどの程度いるのか、治療放置者の保有リスクを、性年齢階層別みると、男女ともに 65-74 歳の治療放置者が多く、男女ともに血圧、脂質の該当者が多い。	D

介護関係の分析	・介護給付費の状況は…県平均と比較して、すべての介護度で介護給付費が高い水準。経年で確認すると要介護４と５については、令和１年以降減少傾向。 ・介護認定の状況は…令和３年の認定率を県平均と比較すると、県平均より 0.2 低く、平成 29 年度から経年で見ると減少傾向。介護度別認定者割合を確認すると、要介護３～５の認定者割合は、県の 39.3%に対し、47.5%と約半数を占める。 ・介護と関係の深い有病割合の高い疾病を確認し、要介護状態と生活習慣病の関連を把握する…介護認定者の有病状況は、県平均より高いものは脳疾患を除いた糖尿病、高血圧症、脂質異常症、心臓病、がん、筋・骨格、精神。また、これら全てが増加傾向。	
その他	・令和５年度末までに後発医薬品の数量シェアを 80%以上にするという目標に対しては達成している状況。	

2. 分析結果

●平均寿命・平均自立期間・年齢調整死亡率

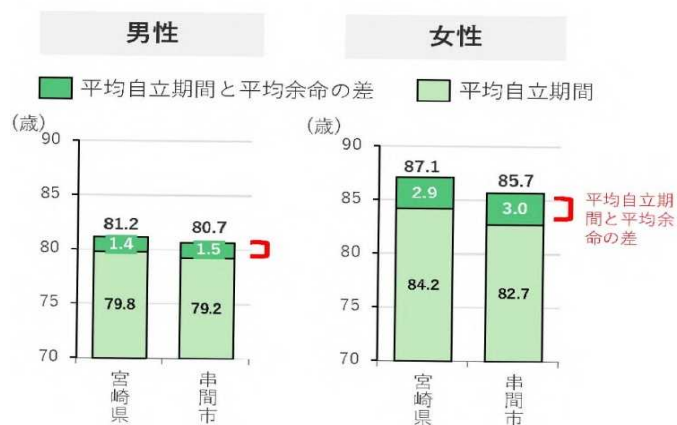
<平均自立期間>

【図表 11】 平均自立期間と平均余命（令和 2 年度）

串間市の平均自立期間は、県と比較すると男性は 0.6、女性は 1.5 低い。

平均自立期間と平均余命の差を確認すると、男女ともに県を上回っている。

※KDB においては、「日常生活動作が自立している機関の平均」を指標とした平均寿命を算出し、「平均自立期間」と呼称している。介護受給者台帳における「要介護 2 以上」を「不健康」と定義して、算出する。

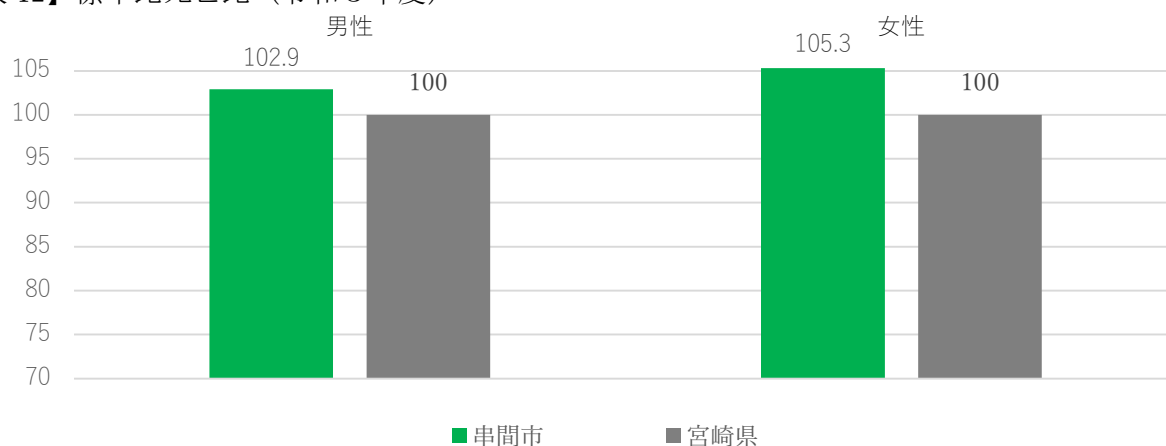


出典：KDB システム_地域の全体像の把握

<標準化死亡比>

串間市の標準化死亡比は、県と比較すると男性は 2.9、女性は 5.3 高い水準である。

【図表 12】 標準化死亡比（令和 3 年度）



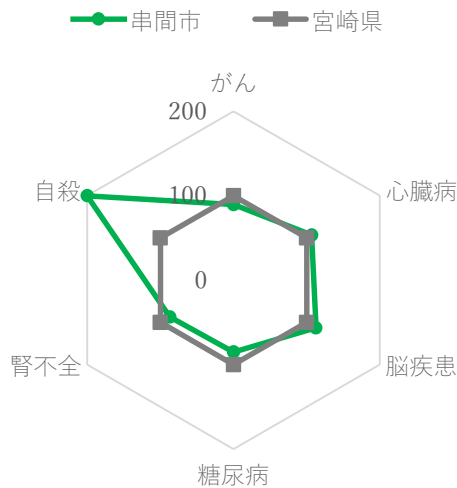
出典：KDB システム_地域の全体像の把握

※標準化死亡比：人口構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標。標準化死亡比が 100 より大きい場合は県平均より死亡率が高いことを意味する。

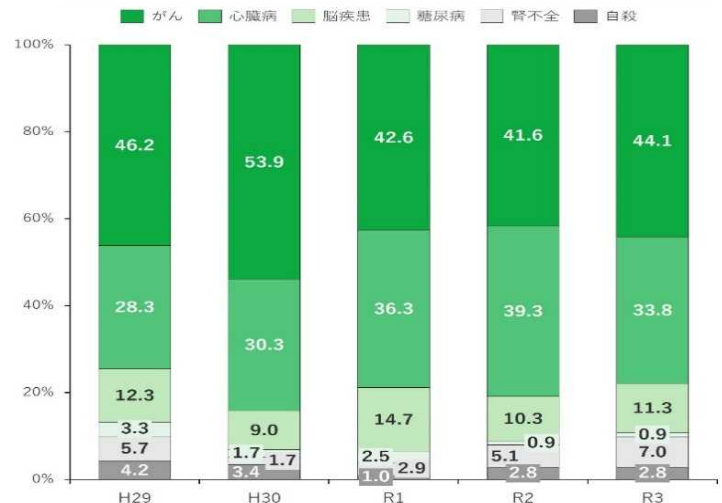
＜死因割合＞

串間市の死因割合は県と比べて心臓病、脳疾患、自殺が高い。また、平成 30 年と比較して、自殺の割合は減少傾向であるが、心臓病、脳疾患はわずかに増加してきており、腎不全は大幅な増加（1.7%→7%）である。

【図表 13】 死因割合（令和 3 年度）



【図表 14】 死因割合の経年推移（令和 3 年度）



出典：KDB システム_地域の全体像の把握

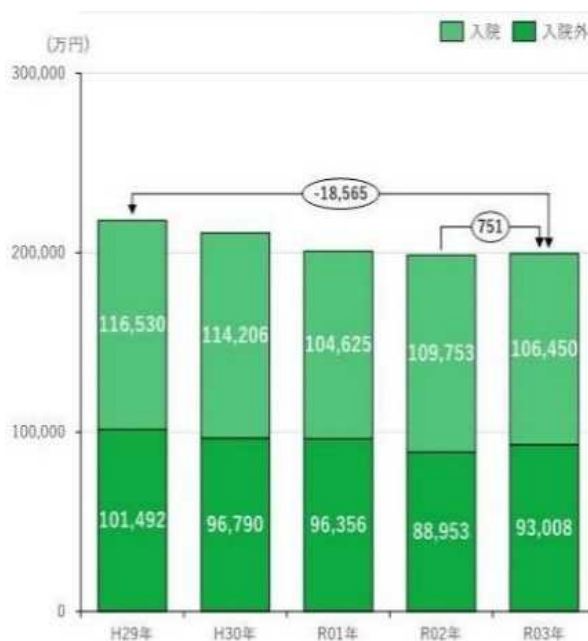
●医療費の分析

＜総医療費・1人あたり医療費＞

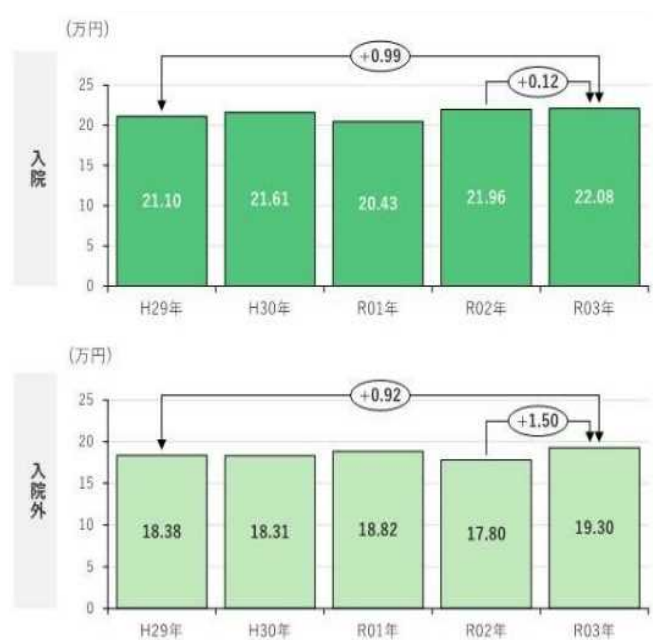
総医療費は減少傾向にあるが、被保険者数の減少によるものと考える。

1人あたりの医療費は、入院、入院外ともに一部増減はあるものの増加傾向にある。

【図表 15】 総医療費の推移（令和 3 年度）



【図表 16】 1人あたり医療費の推移（令和 3 年度）



出典：KDB システム_市区町村別データ

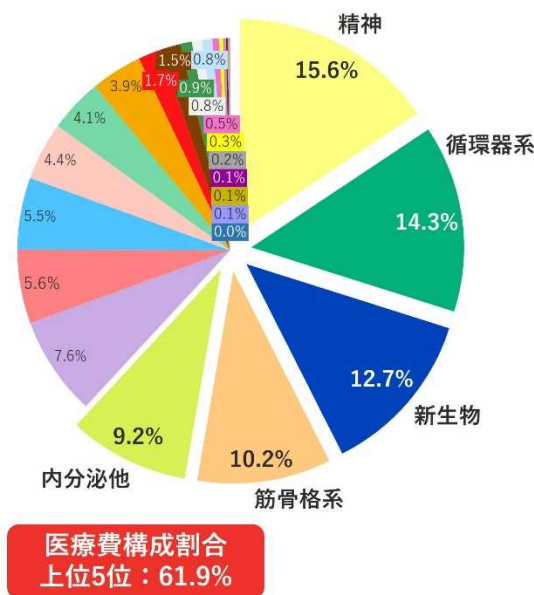
<医療費構成割合>

疾病大分類別に医療費割合構成（医科入院・医科外来）は、上位5分類で全体の62.0%を占めており、精神、循環器系、新生物、筋骨格系、内分泌他、の順で高い。

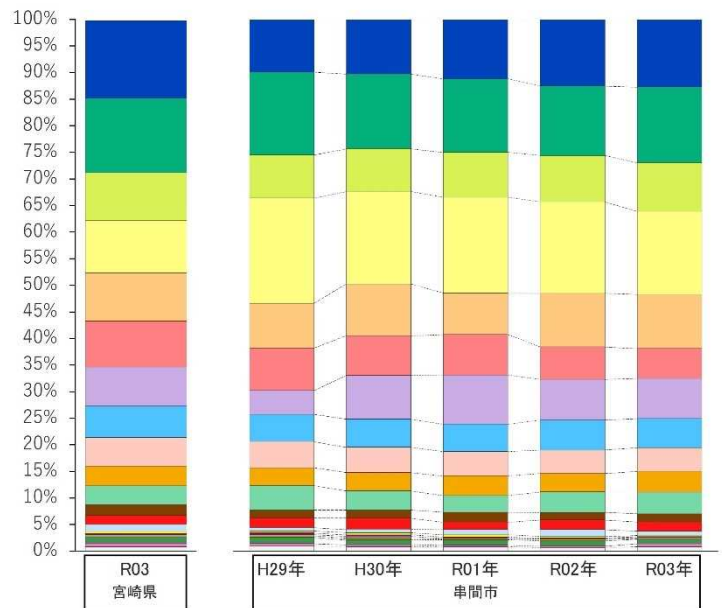
経年比較では、精神が減少傾向であったものの、新生物、筋骨格系が増加傾向にある。

また、県と比較すると、新生物以外の精神、循環器系、筋骨格系、内分泌他のいずれにおいても、医療費の割合は高い。

【図表 17】 疾病分類 大分類 医療費構成割合
（令和3年度）



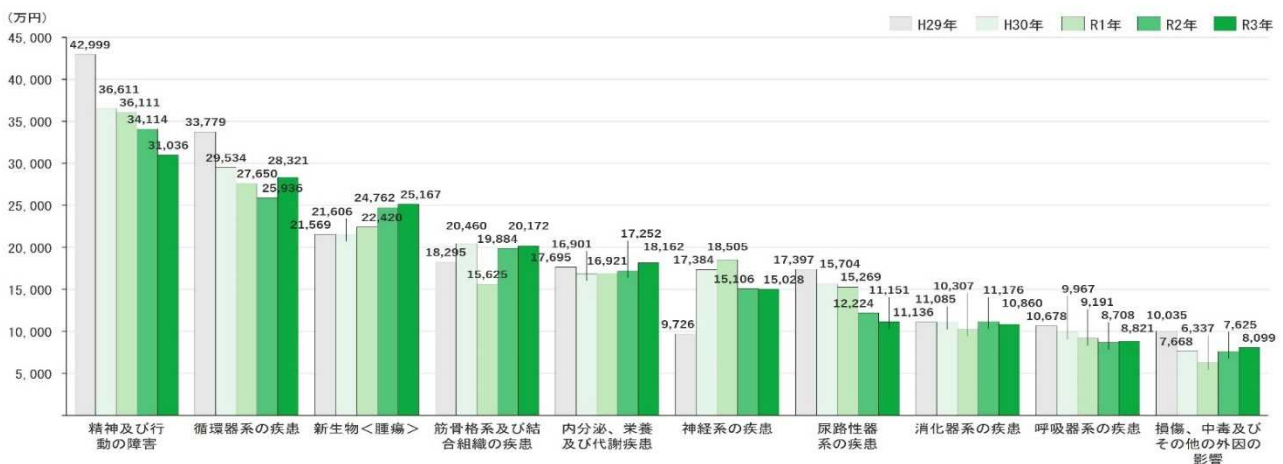
【図表 18】 疾病分類 大分類 医療費構成割合の
経年比較（令和3年度）



<将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患>

疾病大分類別上位5分類のうち、年々増加傾向にある疾病は、新生物、筋骨格系である。循環器系については、平成29年度から減少傾向であったが、令和3年度では増加した。

【図表 19】 疾病分類（大分類）医療費推移上位10位の経年比較



<疾病別医療費(中分類)_循環器系>

医療費構成割合の大分類について、割合が上位である循環器系を中分類での具体的な疾患を確認した。
入院では、その他の心疾患が、入院外では、高血圧性疾患が、県と比較しても非常に高い医療費を占める。

【図表 20】 疾病分類（中分類）別 1 人あたり医療費 循環器系の疾患 入院／入院外（令和 3 年度）

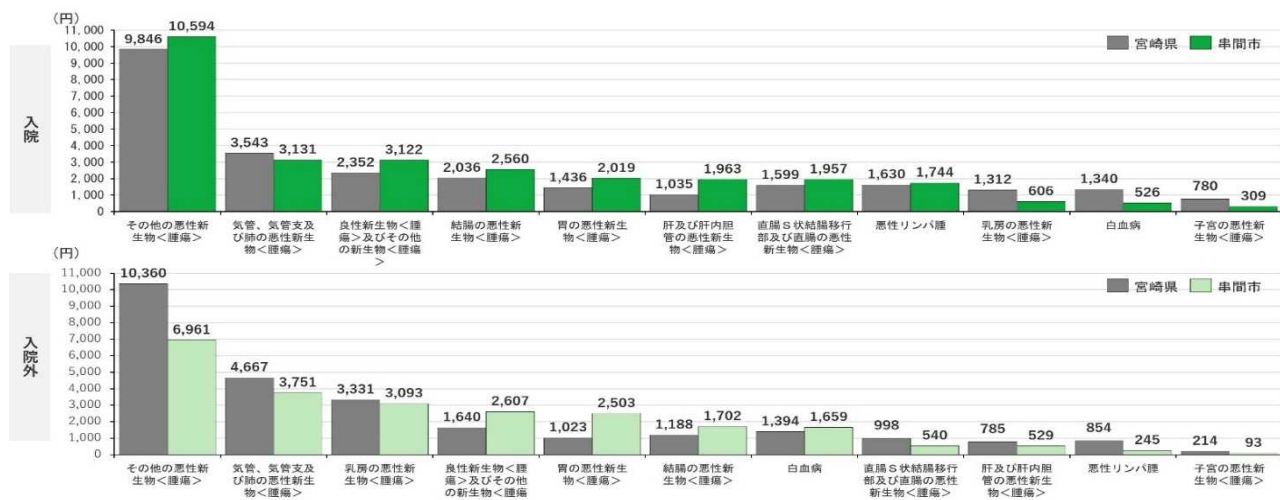


出典：KDB システム_疾病別医療費分析（中分類）

<疾病別医療費(中分類)_新生物>

医療費構成割合の大分類について、割合が上位である新生物を中分類での具体的な疾患を確認した。
入院では、その他の悪性新生物、結腸の悪性新生物、肝及び肝内胆管の悪性新生物が、入院外では、胃の悪性新生物、結腸の悪性新生物が、県と比較しても非常に高い医療費を占める。

【図表 21】 疾病分類（中分類）別 1 人あたり医療費〔新生物（腫瘍）入院／入院外〕（令和 3 年度）

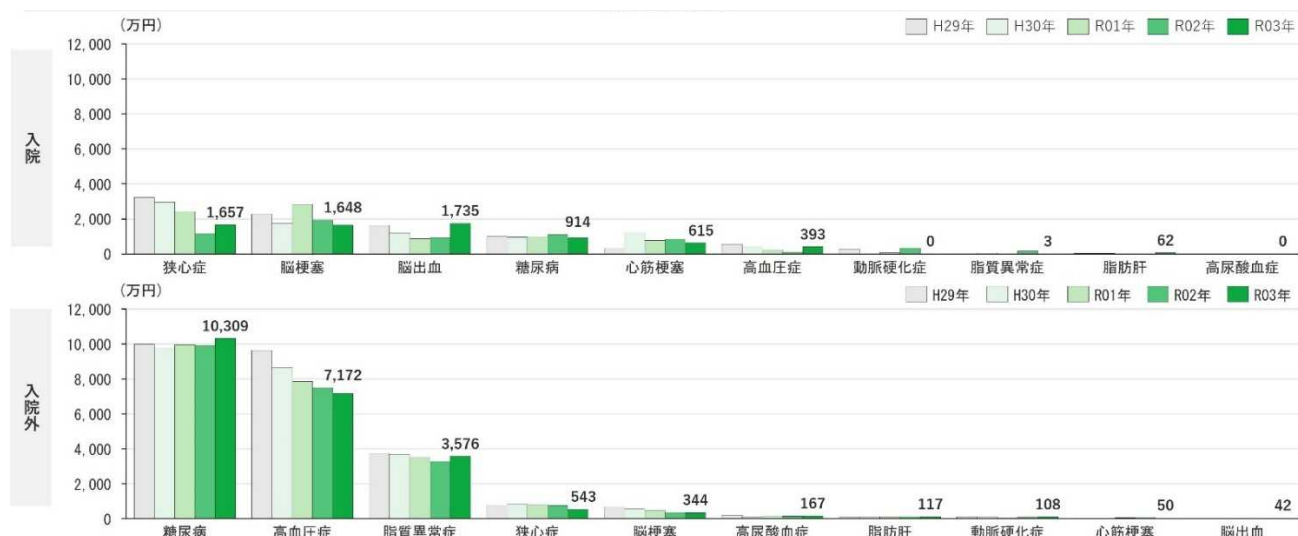


出典：KDB システム_疾病別医療費分析（中分類）

<疾病別医療費(生活習慣病)>

生活習慣病関連の医療費を疾病別に確認すると、入院では年々減少傾向にあった狭心症、脳出血が令和3年に増加している。入院外では、高血圧症は減少傾向にあるが、糖尿病、脂質異常症が令和3年は増加している。

【図表 22】生活習慣関連 疾病別医療費の経年推移

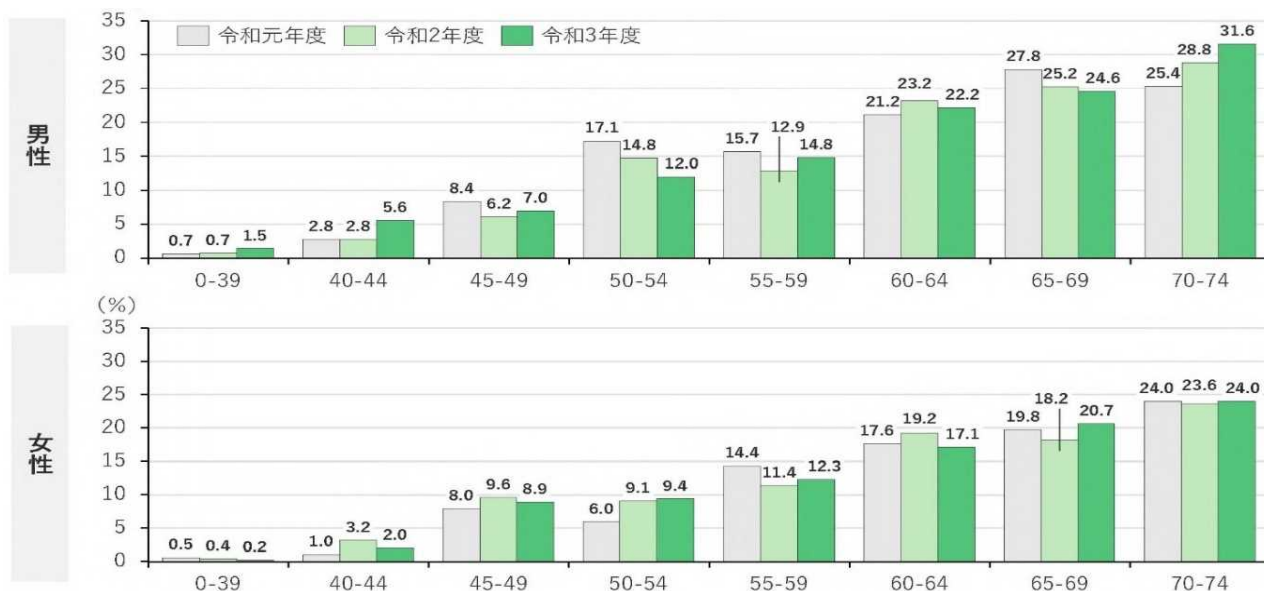


出典：KDB システム_疾病別医療費分析（生活習慣病）

<年齢階層別受療率>

60歳未満では各年度でばらつきがみられるが、60歳以降で高くなり、男女の差も大きくなる。

【図表 23】生活習慣病統計 2型糖尿病 性・年齢別受療率の推移



出典：レセプト（医科）

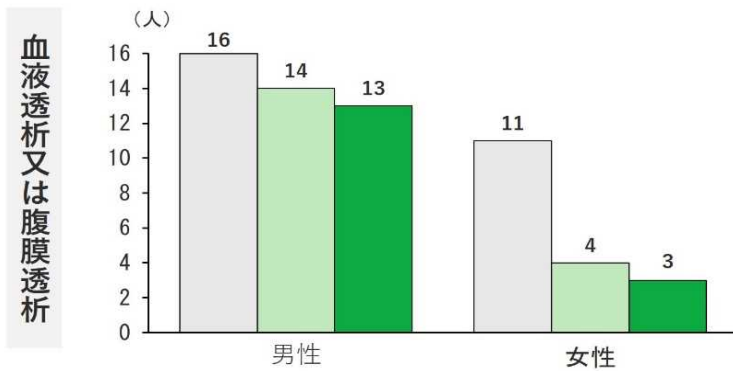
<人工透析者数>

人工透析者数の経年推移を確認すると減少傾向である。

新規の透析患者数は、ほぼ横ばいであるが、全体の透析患者数が減少しているの、割合としては増となった。

【図表 24】 人工透析患者数の推移

□ 令和元年度患者数 □ 令和2年度患者数 ■ 令和3年度患者数



出典：レセプト（医科）

【図表 25】 既存・新規透析患者数の推移



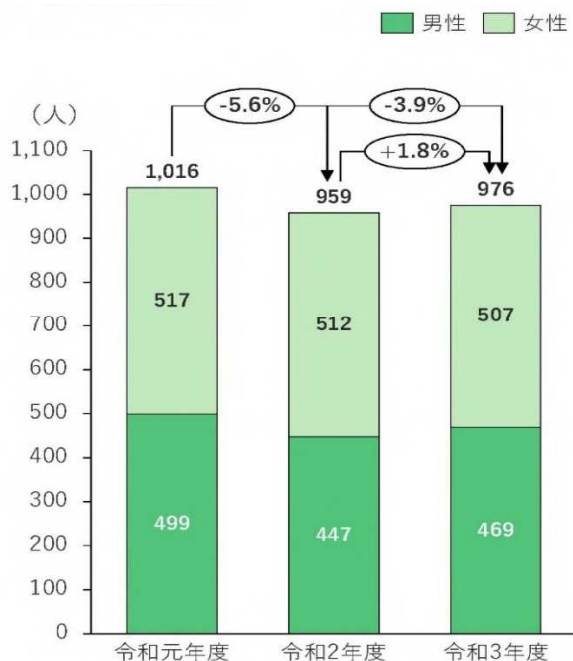
出典：レセプト（医科）

<重複・頻回受診>

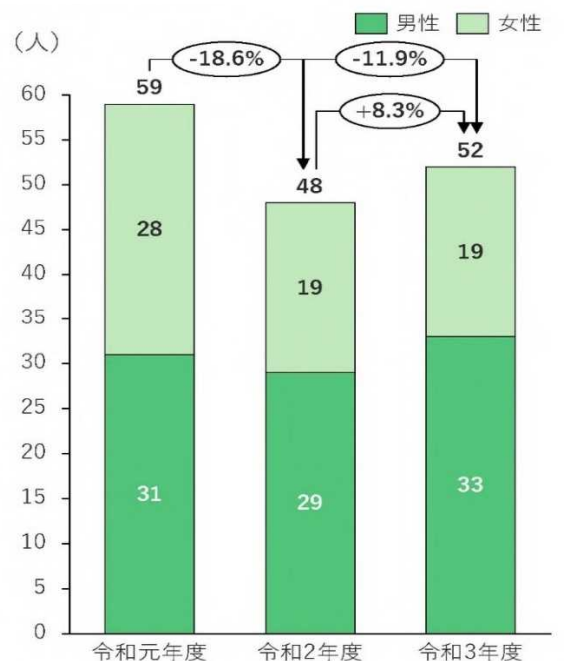
同月内で同じ傷病名（標準病名）で2医療機関以上に受診している重複受診者は、令和2年度に減少したが、令和3年度でやや増加している。

同月内に同一医療機関に15回以上受診している頻回受診者は、令和2年度に減少したが、令和3年度で増加している。

【図表 26】 重複患者数の推移



【図表 27】 頻回患者数の推移

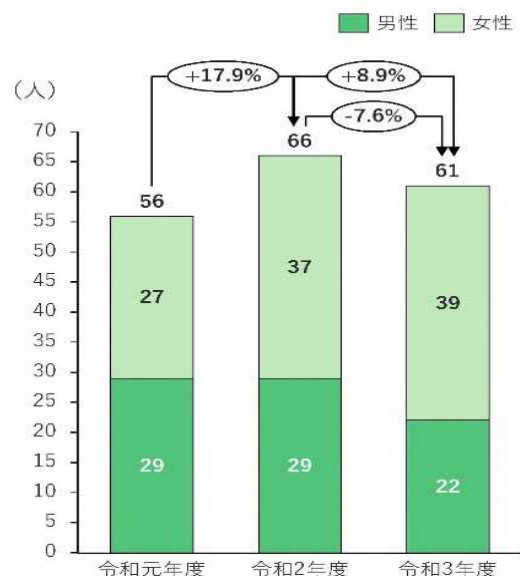


出典：レセプト（医科）

<重複服薬>

同月内に同一成分で2種類以上の投薬がある重複服薬者は、経年でみると、令和1年度から令和2年度で増加したものの令和3年度に減少した。

【図表 28】 重複服薬者数の推移



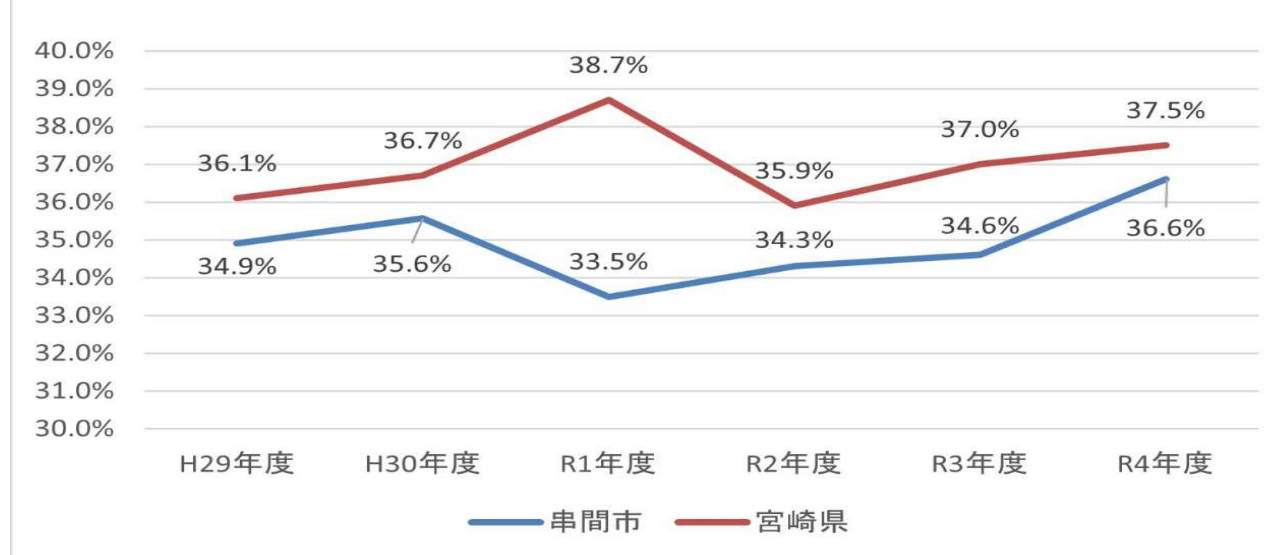
出典：レセプト（医科 調剤）

●特定健康診査・特定保健指導等の健診データの分析

<特定健診受診率>

平成29年度から令和4年度の実施率の推移をみると、常に県平均を下回っている。自己負担額の無償化を開始した令和4年度は36.6%と過去最高となり県平均との差も0.9%と近年最小となった。

【図表 29】 特定健診受診率の推移

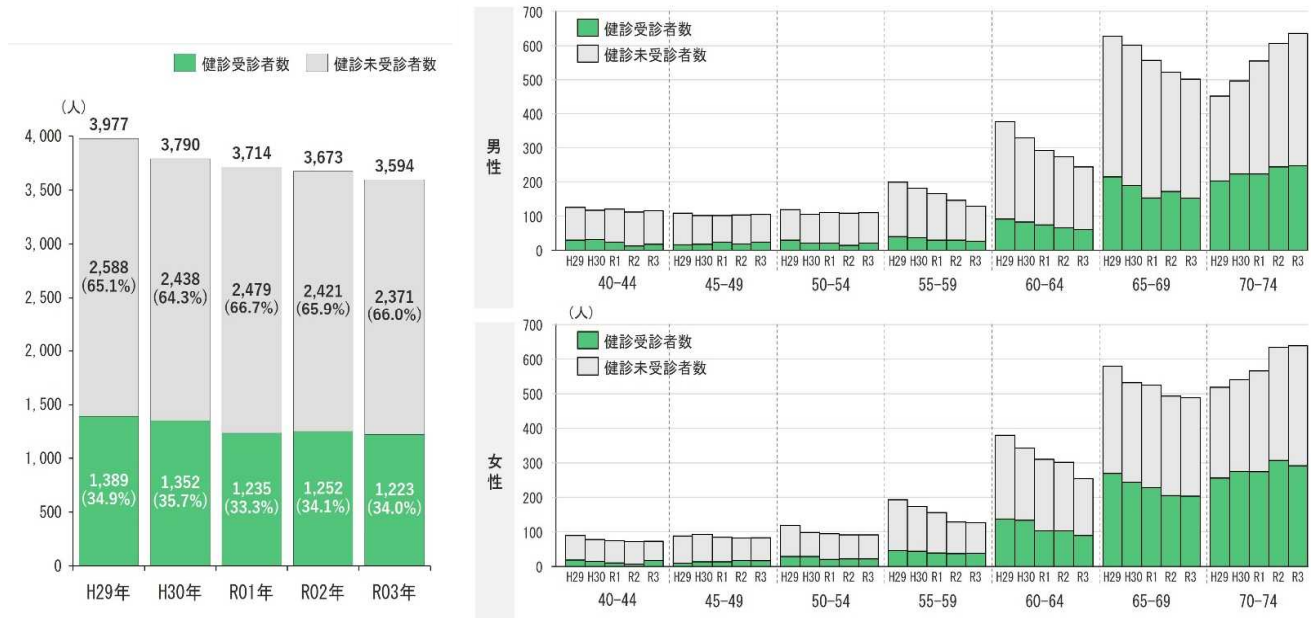


出典：法定報告

＜健診受診者・未受診者割合＞

特定健診受診者数は年々減少しており、受診率でみると平成 30 年度から令和 1 年度の減少は大きく、令和 3 年度では受診率は微増した。健診受診者、未受診者ともに 65-74 歳代が多い。

【図表 30】 健診の状況（健診受診者数と健診未受診者数）



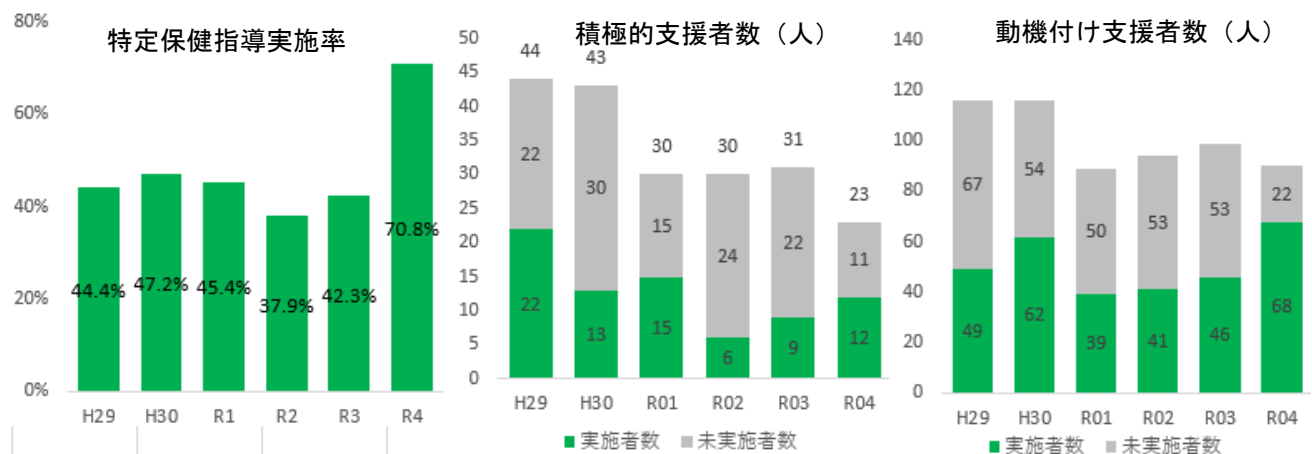
出典：KDB システム_健診の状況

＜特定保健指導実施率、動機づけ支援・積極的支援者数＞

特定保健指導は、例年 40% 台と低い実施率であったが、令和 4 年度は大きく向上した。

積極的支援の対象者は、平成 29 年度から 20 人程度減少した。

【図表 31】 特定保健指導実施率と支援者数の推移

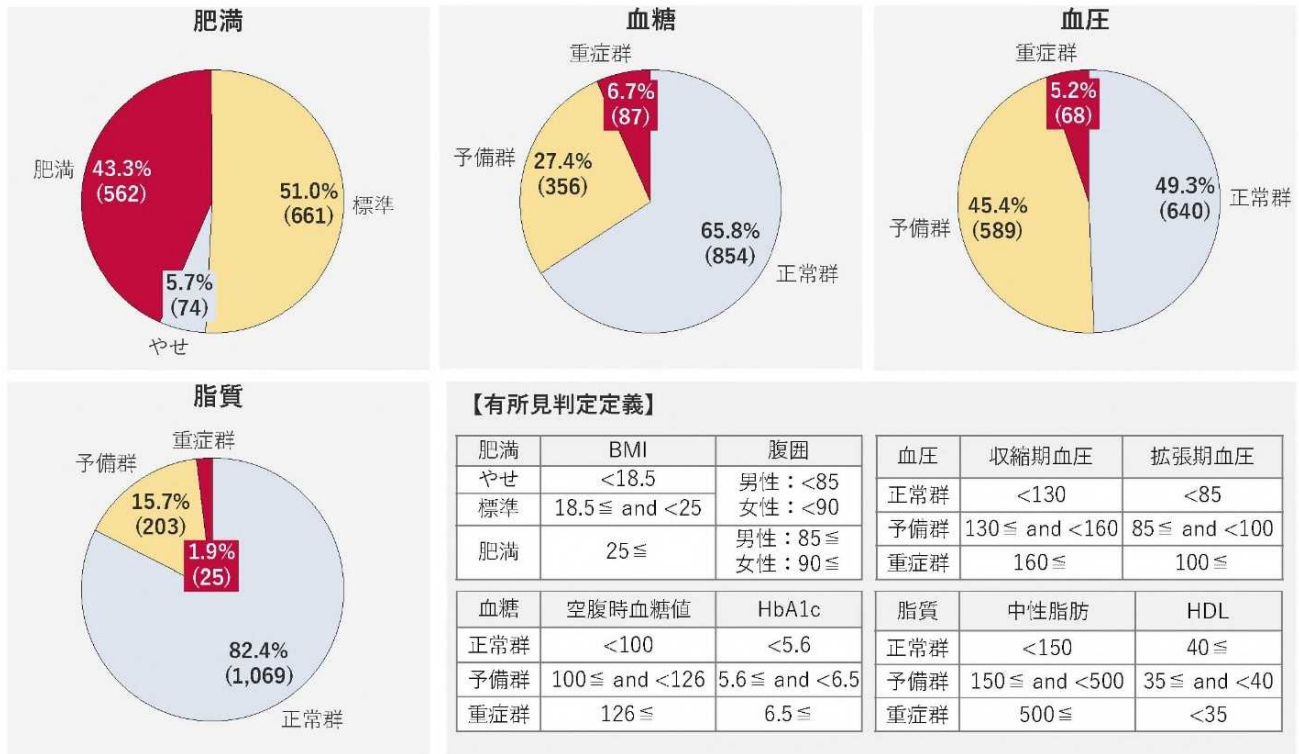


出典：法定報告

< 有所見の状況 >

健診データをもとに有所見状況について確認したところ、肥満の割合が半数近くあり、その他重症群は血圧の正常群が半数以下で予備群と同程度の割合であることがわかる。

【図表 32】 特定健診の有所見の状況（令和3年度）

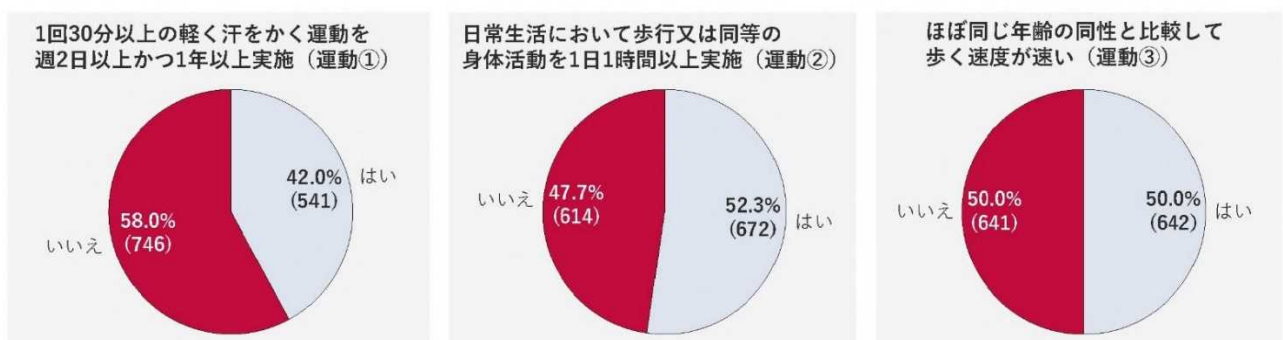


出典：健診データ

< 問診の状況（運動） >

健診データをもとに宮崎県の運動に関する問診について令和3年度で確認したところ、運動②、③では半数以上がはいと回答しているが、運動①では半数を下回っている。

【図表 33】 特定健診受診者の運動に関する問診の状況

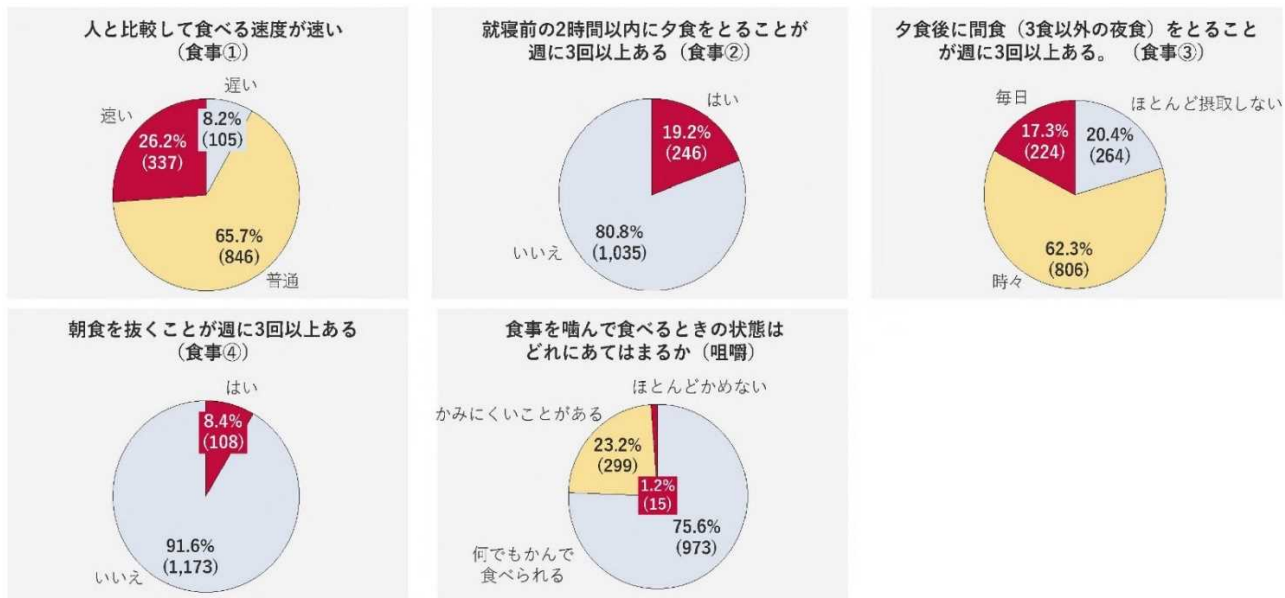


出典：健診データ

<問診の状況（食事）>

健診データをもとに串間市の食事に関する問診について令和3年度で確認したところ、人と比較して食べる速度が速いという回答が26.2%であり、食べるときにかみにくいことがあるという回答が23.2%となっている。

【図表 34】 特定健診受診者の食事に関する問診の状況



出典：健診データ

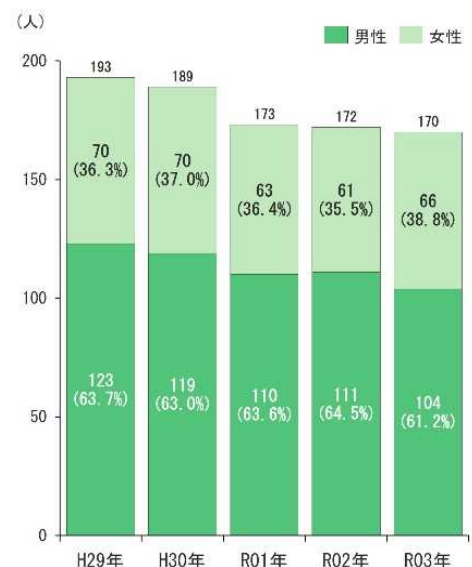
<メタボリックシンドローム該当率・メタボリックシンドローム予備群該当率>

メタボリックシンドローム（以下、メタボという。）該当者数及びメタボ予備群者数ともに男性の割合が圧倒的に多い。また、男性のメタボ該当者は、年々増加傾向にあり、メタボ予備群は減少傾向にある。

【図表 35】 メタボ該当者数の推移



【図表 36】 メタボ予備群該当数の推移



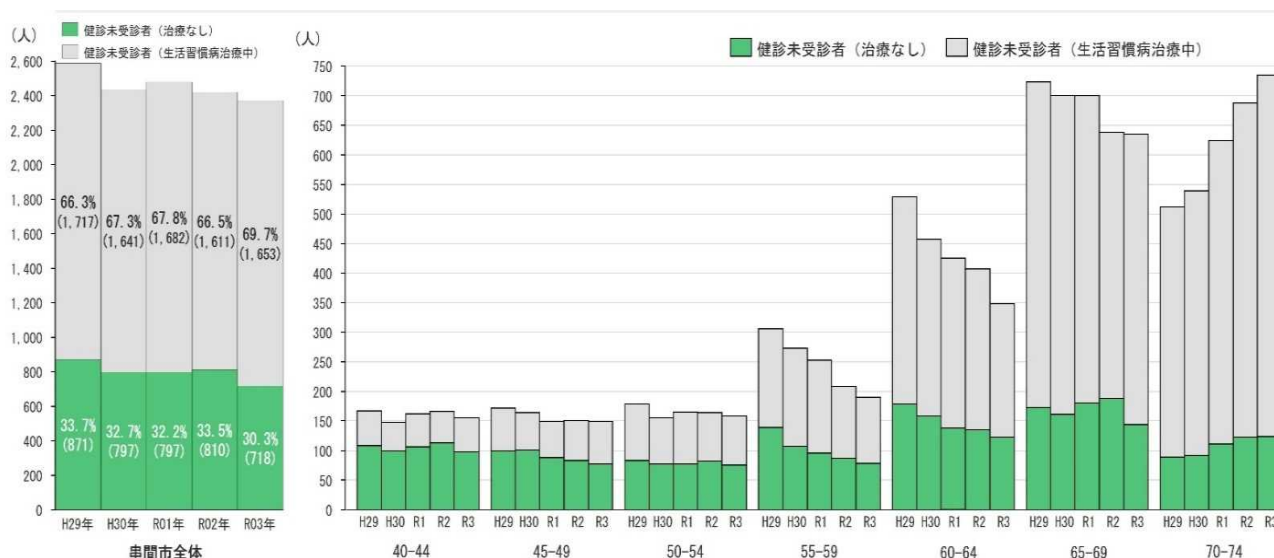
出典：KDB システム_健診の状況

●レセプト・健診データ等を組み合わせた分析

＜健診未受診者の受診状況＞

生活習慣病での治療がない健診未受診者を確認すると、対象者数としては年代全体的に存在するが、割合は40代・50代が多いことがわかる。

【図表 37】 特定健診受診者と未受診者の状況

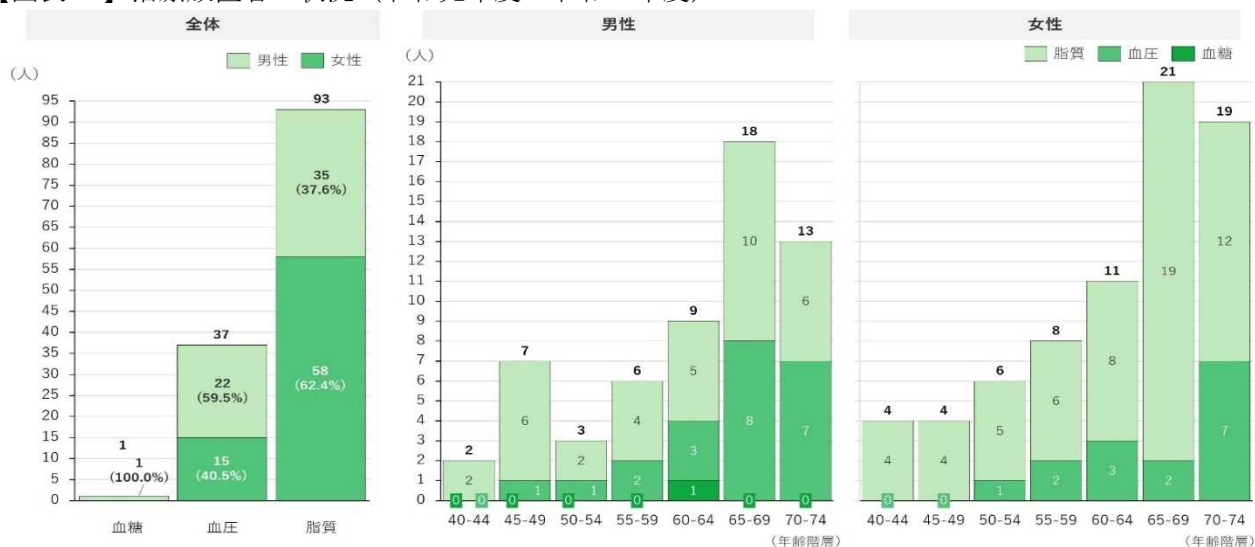


出典：KDB システム_厚生労働省様式（様式5-5）

＜発症予防＞

健診受診者のうち、異常値（受診勧奨域の数値）があるにもかかわらず、その後の医療機関受診確認ができない者がどの程度いるのか、治療放置者の保有リスクを、性年齢階層別に確認した。男女ともに65-74歳の治療放置者が多く、男性では血圧、女性では脂質の該当者が多い。

【図表 38】 治療放置者の状況（令和元年度～令和3年度）



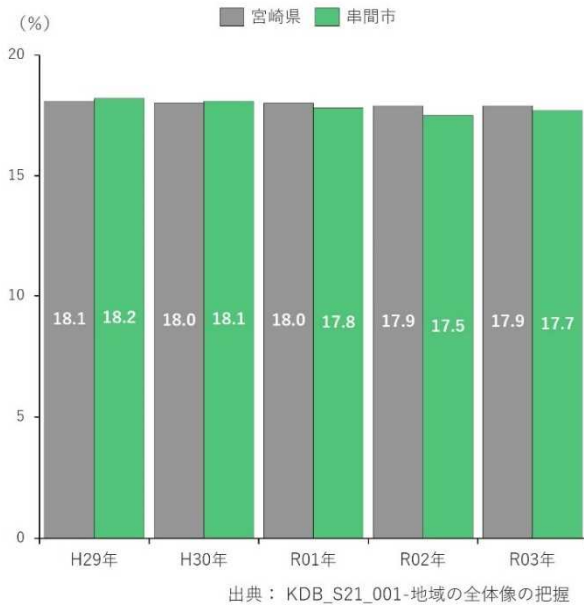
出典：健診+レセプト（医科）

●介護費関係の分析

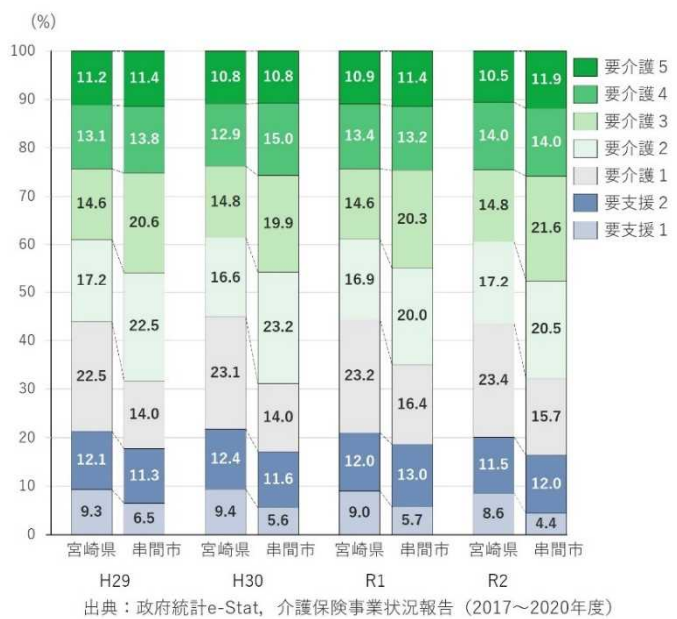
<介護認定率>

認定率を県と比較すると、認定率は同水準だが、令和1年以降はやや低く、平成29年度から経年で見ると県、串間市ともに減少傾向である。介護度別認定者割合を確認すると、要介護3～5の認定者割合は、県の39.3%に対し、47.5%と約半数を占める。

【図表39】 介護認定率の経年推移



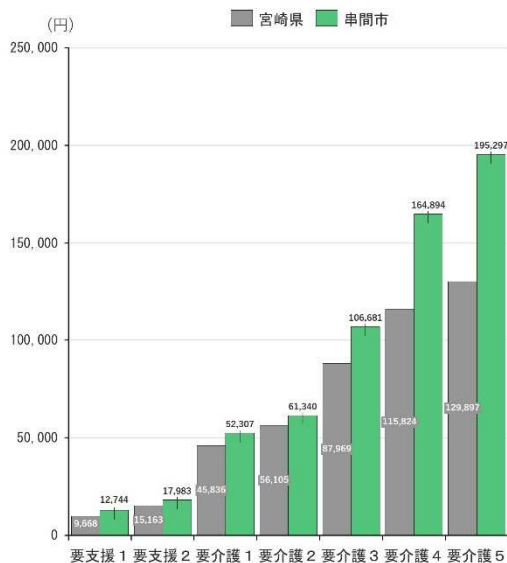
【図表40】 介護度別認定者割合



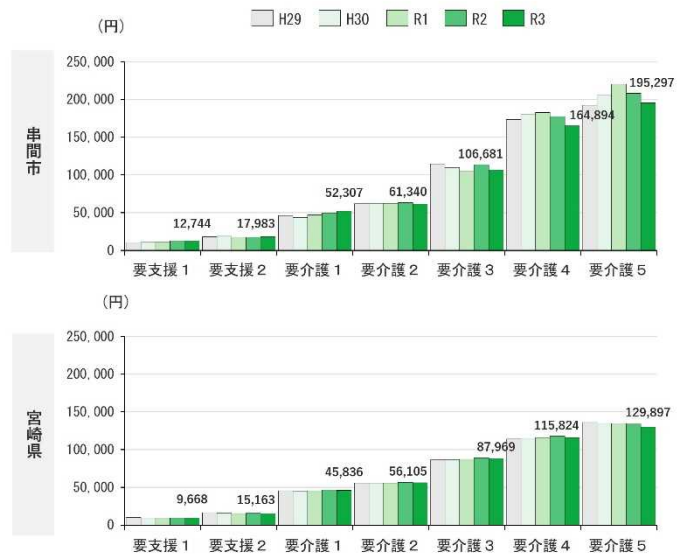
<介護度別1件あたり介護給付費>

県と比較して、すべて介護度で串間市は介護給付費が高い。経年で確認すると要介護4と5については、令和元年以降減少傾向にある。

【図表41】 令和3年度の状況



【図表42】 経年推移

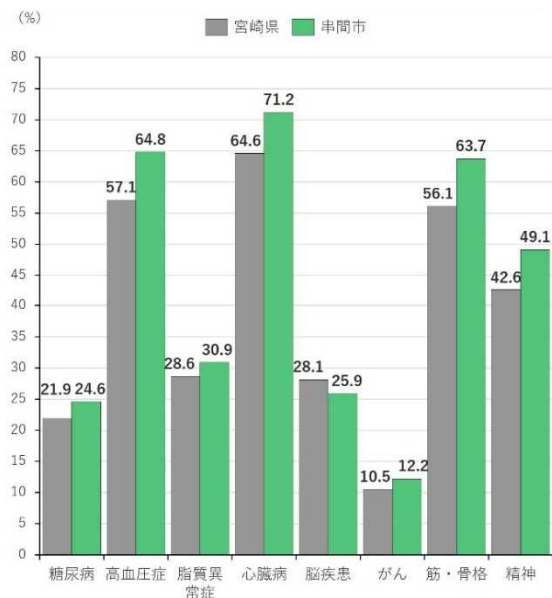


出典：KDB システム_地域の全体像の把握

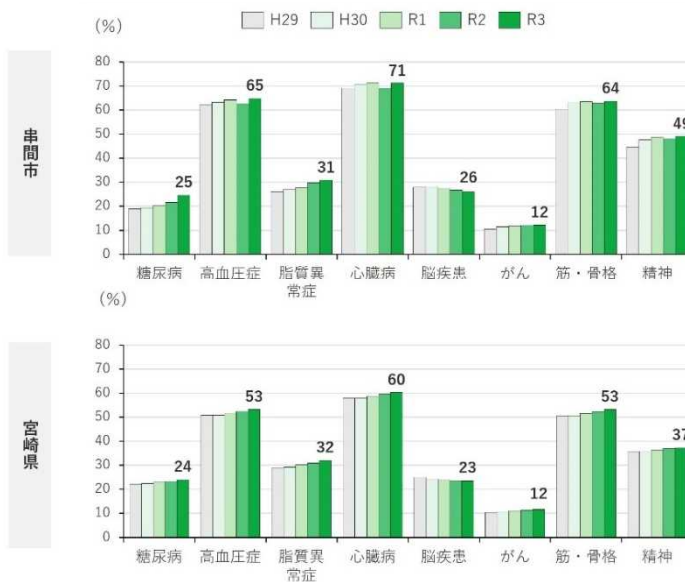
＜介護認定者の有病状況＞

介護認定者の有病状況は、県平均より高いものは脳疾患を除いた糖尿病、高血圧症、脂質異常症、心臓病、がん、筋・骨格、精神。また、これら全てが増加傾向。

【図表 43】 令和 3 年度の状況



【図表 44】 経年推移



出典：KDB システム_地域の全体像の把握

●その他

＜後発医薬品の使用状況＞

「2023 年度末までに後発医薬品の数量シェアをすべての都道府県で 80%以上」という目標に対しては達成している状況である。

【図表 45】 後発医薬品 数量割合の推移（令和 3 年度）

	R3.4	R3.5	R3.6	R3.7	R3.8	R3.9	R3.10	R3.11	R3.12	R4.1	R4.2	R4.3
DPC	90.32%	91.31%	95.42%	84.46%	88.69%	89.85%	90.38%	89.49%	90.63%	87.96%	91.14%	92.14%
医科入院	67.54%	65.65%	68.31%	67.72%	67.99%	68.67%	75.82%	70.86%	72.34%	72.69%	61.65%	70.49%
医科入院外	65.91%	68.04%	67.02%	65.83%	68.09%	66.56%	65.70%	65.06%	66.57%	68.45%	64.25%	67.39%
歯科入院				79.31%		99.23%	100.00%			100.00%	98.80%	79.17%
歯科入院外	57.03%	65.24%	55.24%	66.59%	63.29%	59.04%	54.25%	43.45%	50.36%	52.30%	56.61%	65.67%
調剤	88.15%	88.33%	88.32%	87.93%	87.82%	87.84%	88.27%	88.50%	87.97%	88.26%	88.78%	88.46%
総計	82.92%	83.35%	83.31%	82.70%	83.00%	82.91%	83.33%	82.77%	83.25%	83.61%	83.33%	83.52%

出典：レセプト（医科、歯科、調剤、DPC）

第4章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

1. 第4期特定健康診査等実施計画

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、特定健康診査等基本指針に即して、特定健康診査等実施計画を定める。

第一期及び第二期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画が6年一期に改正されたことを踏まえ、第三期以降は6年を一期として策定している。

（1）目標値の設定

	目標値（％）					
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診実施率	40.0	44.0	48.0	52.0	56.0	60.0
特定保健指導実施率	71.0	71.5	72.0	72.5	73.0	73.5

（2）対象者数の見込み（各年度4月1日時点の推計値）

			推計（人）					
			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診	対象者数	40～64歳	1,337	1,311	1,282	1,254	1,226	1,198
		65～74歳	2,274	2,264	2,168	2,071	1,975	1,878
	受診者数	40～64歳	535	577	616	652	687	719
		65～74歳	909	996	1,041	1,077	1,106	1,127
特定保健指導	対象者数	40～64歳	40	40	40	35	35	35
		65～74歳	80	78	76	74	72	70
	受診者数	40～64歳	15	15	16	16	17	17
		65～74歳	71	70	68	64	62	61

2. 特定健康診査の実施

（1）実施形態

地域集団健診と個別健診を行う。

市保健福祉センターで行う集団健診は健診機関へ、医療機関で行う個別健診は、南那珂医師会等へそれぞれ委託する。

※特定健診に係る費用の請求・支払いは、個別健診の場合は南那珂医師会へ、集団健診の場合は、健診実施機関へとなる。代行機関である宮崎県国保連合会に事務処理を委託する。

(2) 実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、本市においては糖尿病、CKD 対策等の一環として追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血）を実施する。また、血中脂質検査のうちLDLコレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定に変えられる。（実施基準第 1 条 4 項）

○第四期（2024 年度以降）における変更点

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

(3) 実施時期

各年度、6 月から翌年 2 月末まで実施する。

(4) 受診勧奨等

集団健診、個別健診ともに個人ごとに受診券を送付する。

健診受診期間内において随時未受診者を把握し、個別に受診勧奨を実施する。

また、各種チラシの配布、ポスターの掲示や広報誌などにより、健診の受診促進を図る。

(5) 医療機関との連携

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

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

3. 特定保健指導の実施

(1) 実施方法

特定保健指導は、健診実施機関へ委託又は市の管理栄養士、保健師にて実施する。

健診結果に基づき、訪問または来庁による面接にて保健指導を実施する。

特定保健指導として行う動機付け支援及び積極的支援の内容については、「高齢者の医療の確保に関する法律」第 24 条の厚生労働省令で定められた方法で実施する。

(2) 実施項目

「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」に定められた要件に沿って実施する。指導の成果等については見える化をすすめ、アウトカムの達成状況の把握や要因の検討を行い、より質の高い保健指導を対象者に還元する。アウトカムの達成状況等について、経年的な成果の達成状況等を把握する。

○第4期（2024年以降）における変更点

特定保健指導の見直し	(1) 評価体系の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。
	(2) 特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱うよう条件を緩和することとした。
	(3) 糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 特定健康診査実施後又は特定保健指導実施後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導の対象者として、分母に含めないことを可能とした。
	(4) 糖尿病等の生活習慣病に係る服薬中の者に対する服薬状況の確認及び特定保健指導対象者からの除外 服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外にあたって、確認する医薬品の種類、確認手順を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外であっても、対象者本人への事務関係の再確認と同意の取得を行えることとした。
	(5) その他の運用の改善 看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第四期期間においても延長することとした。

(3) 実施時期

年間を通して実施する。

(4) 特定保健指導対象者の重点化の方法

特定保健指導は、階層化によって対象者になった全員に実施することを基本とするが、必要に応じて、効果的・効率的に実施するための優先順位付けを行う。方法については、標準的な健診・保健指導プログラム及び円滑な実施に向けた手引きを参考とする。

4. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び本市個人情報保護法施行条例等を踏まえた対応を行う。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理する。

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健診等データ管理システムで行う。

5. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項に基づき、実施計画を作成・変更時は、市ホームページなどに掲載し、市民や関係者への普及啓発に努める。

特定健康診査等の普及啓発のため、全対象者へのパンフレット等の配布や公共施設へのポスター掲示、広報紙・ホームページへの掲載等を行う。また、県によるテレビや YouTube などの広報活動を推進する。

第5章 データヘルス計画（保健事業全体）の目的、目標

●保険者の健康課題

項目	健 康 課 題	優先度	保健事業との対応
A	循環器系による死亡率の高さと医療費の増大	1	1、2、4
B	糖尿病の増加と重症化による医療費の増大	2	3
C	肥満の割合が高い	3	1、2
D	65歳～74歳の治療放置者が多い	4	3、4、5

●データヘルス計画全体における目的・目標

項目	データヘルス計画 全体における目的	評 価 指 標	策定時	目標値（％）					
			R 4 年	R 6 年	R 7 年	R 8 年	R 9 年	R10 年	R11 年
A	生活習慣病を 早期に発見し、 重症化を予防 する。	特定健診実施率	36.6	40.0	44.0	48.0	52.0	56.0	60.0
		特定保健指導実施率	70.8	71.0	71.5	72.0	72.5	73.0	73.5
		特定保健指導対象者の減少率	19.2	20.0	20.5	21.0	21.5	22.0	22.5
B	糖尿病患者の 減少により、 医療費も減少 する。	HbA1c8.0%以上の者の割合	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
		HbA1c8.0%以上の者の割合 の年齢階層化別指標 (40歳～64歳)	0.4	0.4	0.4	0.4	0.3	0.3	0.3
		HbA1c8.0%以上の者の割合 の年齢階層化別指標 (65歳～74歳)	0	0	0	0	0	0	0
		高血糖者の割合	5.8	5.7	5.6	5.5	5.4	5.3	5.2
C	生活習慣の 改善により、 肥満の割合が 減少する。	特定保健指導対象者の減少率	19.2	20.0	20.5	21.0	21.5	22.0	22.5
		運動習慣のありの者の割合（男性）	42.0	43.0	44.0	45.0	46.0	47.0	48.0
		運動習慣のありの者の割合（女性）	36.7	37.0	38.0	39.0	40.0	41.0	42.0
D	糖 尿 病 や 高 血 圧 の 未治療者を減らす。	HbA1c6.5%以上のうち 糖尿病レセプトがない者の割合	10.4	10.2	10.0	9.8	9.6	9.4	9.2
		血圧が保健指導判定値以上の者の割合	50.6	50.4	50.2	50.0	49.8	49.6	49.4

●個別の保健事業

	事業名称	事業概要	優先度
1	特定健診実施率向上対策	データを活用した特定健診の未受診者に向けた効率的・効果的な対策を立案し、実施することで特定健診実施率の向上を図る。	1
2	特定保健指導実施率向上対策	抽出された特定保健指導対象者に対し、実効性のある保健指導を提供することで、健康状態の改善につなげる。	2
3	糖尿病発症予防 糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病の発症予防及び糖尿病性腎症の重症化予防の推進のために、ハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導に取り組む。	4
4	循環器疾患発症 重症化予防事業	血圧等の管理、心電図検査全数実施と異常所見者への受診勧奨、保健指導に取り組むことで、循環器系の心疾患や脳血管疾患等の発症・重症化を予防する。	3
5	生活習慣病発症予防	各健康教室、健康相談、広報等にて、生活習慣病予防の啓発活動に取り組む。また、ウォーキングを推進し、運動習慣を促す。	5

第6章 健康課題を解決するための個別の保健事業

●事業1：特定健診実施率向上対策

事業の目的	データを活用した特定健診の未受診者に向けた効率的・効果的な対策を立案し、実施することで特定健診実施率の向上を図る。
事業の概要	1) データ分析により受診勧奨すべき対象者を特定し、人工知能を用いた分析を基に対象者を特徴別に分類し、対象者へ通知を発送する。 2) 継続受診を促すための電話勧奨等も実施する。 3) 受診勧奨実施結果を分析し、効果検証を行う。
対象者	特定健診未受診者、過去の健診結果で保健指導等の対象者であった者

目標を達成するための主な戦略	県が実施する民間業者への委託に併せ、市独自で3回目の通知を委託し、未受診者の受診意欲がより向上するよう効果的な通知を行う。
----------------	---

ストラクチャー	事業の実施体制	1) 予算の確保 2) 委託業者との協議を年2回以上開催することができたか。 3) 県の事業の進捗状況を確認しながら事業を進めることができたか。
---------	---------	--

プロセス	事業の実施方法	1) 通知内容は適切であったか。 2) 発送時期は適切であったか。
------	---------	--------------------------------------

指標	項目	評価指標	評価対象・方法	策定時 R 4	目標値					
					R 6	R 7	R 8	R 9	R10	R11
アウトプット (実施量・率) 評価指標	集団健診実施	集団健診実施回(回)	集団健診実施回数を集計	5	5	5	5	5	5	5
	受診勧奨通知率	通知送付(%)	未受診の方への通知送付率を集計	100	100	100	100	100	100	100

指標	項目	評価指標	評価対象・方法	策定時 R 4	目標値					
					R 6	R 7	R 8	R 9	R10	R11
アウトカム (成果) 評価指標	健診受診者の増加	特定健診実施率(%)	法定報告	36.6	40.0	44.0	48.0	52.0	56.0	60
	健診受診者の増加(通知者)	受診勧奨通知送付者の特定健診実施率(受診者数/通知送付者数)(%)	受診勧奨通知後の受診者数を集計	31.3	34.0	37.0	40.0	43.0	46.0	50

●事業２：特定保健指導実施率向上対策

事業の目的	特定保健指導対象者に向けた利用しやすく効果的な保健指導を実施することで、メタボや生活習慣病について理解し、生活習慣の改善やセルフケアが継続して実施できる。
事業の概要	特定健診の結果を階層化し、動機づけ支援、積極的支援対象者に保健指導を実施し、経年結果を把握しながら、対象者に合わせた保健指導を行う。
対象者	特定保健指導対象者

目標を達成するための主な戦略	保健指導実施者間で毎月進捗状況を把握し、指導の質の向上を図るための研修に取り組む。
----------------	---

ストラクチャー	事業の実施体制	1) 専門職人材の確保 2) 委託先（串間市民病院）の確保 3) 毎月の実施者協議（進捗管理や研修等）の開催 4) 保健指導研修の参加
---------	---------	--

プロセス	事業の実施方法	1) 保険者直接実施（衛生部門）と串間市民病院委託実施 2) 毎月の実施者協議（進捗管理や研修等）の開催 3) 訪問または来訪面接、電話等にて実施
------	---------	---

指 標	項 目	評価指標	評価対象・方法	策定時	目 標 値					
					実 績 値					
					R 4	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10
アウトプット (実施量・率)評価指標	特定保健指導 (動機づけ支援)	特定保健指導 実 施 率 (動機づけ支援) (%)	法定報告 TKCA012	75.6	76.0	76.5	77.0	77.5	78.0	78.5
	特定保健指 (積極的支援)	特定保健指導 実 施 率 (積極的支援) (%)	法定報告 TKCA012	52.2	52.5	53.0	53.5	54.0	54.5	55.0

指 標	項 目	評価指標	評価対象・方法	策定時	目 標 値					
					実 績 値					
				R 4	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	R 11
ア ウ ト カ ム (成 果) 評 価 指 標	メタボ該当者	メタボ該当者の減少率 (%)	法定報告 TKCA012	19.2	20.0	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0
	特定保健指導による 特定保健指導 対象者の減少	特定保健指導による 特定保健指導 対象者の減少率 (%)	法定報告 TKCA012	23.8	24.0	25.0	26.0	27.0	28.0	29.0

●事業3：糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防事業

事業の目的	生活習慣の改善や医療機関への受診に繋げ、糖尿病発症や糖尿病性腎症重症化、人工透析への移行を防止する。
事業の概要	特定健康診査で抽出された糖尿病、糖尿病性腎症のハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導に取り組む。
対象者	特定健康診査結果において、糖の保健指導判定値以上（空腹時血糖 100 以上、HbA1c5.6 以上）の者、腎機能低下（腎症第3期以上、尿蛋白2 以上、eGFR45 未満）の者。（生活習慣病罹患患者除く。）

目標を達成するための主な戦略	「宮崎県糖尿病発症予防 糖尿病性腎症重症化予防指針」に沿って受診勧奨、保健指導に取り組む。
----------------	---

ストラクチャー	事業の実施体制	1) 専門職人材の確保 2) 医療機関との連携 3) 毎月の実施者協議（進捗管理や研修等）の開催 4) 保健指導研修の参加
---------	---------	--

プロセス	事業の実施方法	1) 糖尿病台帳作成 2) 対象者の進捗管理 3) 受診勧奨、保健指導の実施 4) 医療機関との連携 5) 評価
------	---------	--

指 標	項 目	評価指標	評価対象・方法	策定時 R 4	目 標 値					
					実 績 値					
					R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	R 11
アウトプット (実施量・率)評価指標	糖尿病 ハイリスク指導	糖尿病ハイリスク 介入率 (%)	血糖高値介入者 / 血糖高値者 (他の生活習慣病罹患 のない者)	100	100	100	100	100	100	100
	腎機能低下 に対する指導	腎機能低下者に対する 介入率 (%)	腎機能低下介入者 / 腎機能低下者	85.6	88	89	90	91	92	93

指 標	項 目	評価指標	評価対象・方法	策定時 R 4	目 標 値					
					実 績 値					
					R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	R 11
アウトカム (成果) 評価指標	HbA1c8.0 以上の者	HbA1c8.0 以上 の者の割合 (%)	DBパイロット自由表	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2
	人工透析のうち糖尿病性腎症者	人工透析のうち 糖尿病性腎症者数 (人)	KDB (様式3-7)	3	2	2	2	1	1	1

●事業４：循環器疾患発症・重症化予防

事業の目的	心疾患や脳血管疾患等の発症・重症化を予防する。
事業の概要	血圧等の管理、心電図異常所見者への受診勧奨、保健指導に取り組むことで、循環器系の心疾患や脳血管疾患等の発症・重症化を予防する。
対象者	特定健康診査結果において、血圧の受診勧奨域以上（140／90 以上）の者、脂質の受診勧奨域以上（LDL140 以上、HDL34 以下）の者、心電図異常の者。（生活習慣病罹患患者除く。）

目標を達成するための主な戦略	心電図検査は全数実施を行う。 高血圧介入者は、血圧手帳を活用し家庭血圧測定のを習慣を促す。
----------------	--

ストラクチャー	事業の実施体制	1) 専門職人材の確保 2) 医療機関との連携 3) 毎月の実施者協議（進捗管理や研修等）の開催 4) 保健指導研修の参加
---------	---------	--

プロセス	事業の実施方法	1) 重症化予防台帳作成 2) 対象者の進捗管理 3) 受診勧奨、保健指導の実施 4) 医療機関との連携 5) 評価
------	---------	--

指 標	項 目	評 価 指 標	評価対象・方法	策定時	目 標 値					
					実 績 値					
				R 4	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	R 11
アウトプット (実施量・率)評価指標	血圧ハイリスク 介 入	血圧ハイリスク介入率 (%)	高血圧介入者/高血圧者 (他生活習慣病罹患 のない者)	86.5	88	89	90	91	92	93
	心電図異常 介入 (ST異常等)	心電図異常介入率 (%)	心電図異常介入者 /心電図異常者	9 5	95	96	97	98	99	100

指 標	項 目	評 価 指 標	評価対象・方法	策定時	目 標 値					
					実 績 値					
				R 4	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	R 11
ア ウ ト カ ム (成 果) 評 価 指 標	心疾患死亡者数 (40～74 歳)	心疾患死亡者数 (40～74 歳) (人)	衛生統計年報	8	7	7	6	6	5	5
	虚血性心疾患の割合	虚血性心疾患の割合 (%) ※各年 4 月時点	KDB (様式 3-5)	3.8	3.7	3.6	3.5	3.4	3.3	3.2

第7章 その他

1. 計画の評価・見直し

各事業については、PDCA サイクルによる評価・点検を実施し、進捗状況について串間市国民健康保険運営協議会において報告する。

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

2. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要である。このため、国指針において、公表するものとされている。具体的な方策としては、ホームページ等にて市民・関係機関へ周知する。

3. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じる。

4. 地域包括ケアに係る取組み

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り、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する。

5. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

(1) 基本的な考え方

我が国の医療保険制度においては、75歳に到達すると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動することになる。保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目の無い支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により、支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題がある。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める74歳までの前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えている。

また、高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組みと、生活機能の低下を防止する取組みの双方

を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要がある。

(2) 事業の実施

本市においても令和5年度より、宮崎県後期高齢者広域連合から、事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施している。令和6年度以降も引き続き推進していく。

6. 保険者努力支援制度への対応

医療費の適正化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項目を踏まえつつ、事業を推進していく。