

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4月
南種子町

目次

第1章 計画の基本的事項	.....	P 1
1. 制度の背景	.....	P 1
2. 他計画との関係性	.....	P 2
3. 目的	.....	P 2
4. 計画期間	.....	P 3
5. 実施体制・関係者連携	.....	P 3
第2章 現状の整理	.....	P 5
1. 南種子町の特性	.....	P 5
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	.....	P 7
3. 前期計画の評価と見直し	.....	P 2 3
4. 健康課題のまとめ	.....	P 2 7
第3章 データヘルス計画の目的と方策	.....	P 2 9
1. 計画の目的	.....	P 2 9
2. 目的を達成させる事業	.....	P 2 9
第4章 第4期特定健康診査等実施計画	.....	P 3 0
1. 特定健康診査	.....	P 3 0
2. 特定保健指導	.....	P 3 1
3. 個人情報保護に関する事項	.....	P 3 2
4. 公表及び周知に関する事項	.....	P 3 2
第5章 個別保健事業		
1. 糖尿病性腎症重症化予防事業	.....	P 3 3
2. 重症化予防・受診勧奨事業	.....	P 3 4
3. がん検診	.....	P 3 5
4. 健康インセンティブ・健康づくり	.....	P 3 6
5. 適正受診・適正服薬事業	.....	P 3 7

6. 後発(ジェネリック)医薬品促進 …… P38

第6章 評価・見直し …… P39

1. 評価の基本的事項 …… P39
2. 計画全体の評価と見直し …… P39
3. 目標管理一覧 …… P40

第7章 その他 …… P41

1. 計画の公表・周知 …… P41
2. 個人情報の取扱い …… P41

第8章 資料 …… P42～45

厚生労働省様式 5-1 国・県・同規模平均と比べてみた南種子町の位置

何の疾患で介護保険を受けているのか

厚生労働省様式 5-5 未受診対策を考える

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り組み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、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。

南種子町では、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 27 年 2 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 4 月には、第 1 期計画の評価・見直しを実施し、「データヘルス計画（第 2 期計画）」を策定し、保健事業の実施及び評価を行っています。この度、第 2 期データヘルス計画の計画期間終了に伴い、当該計画の評価・見直しを行い、改定した第 3 期データヘルス計画を策定することで、引き続き、被保険者の健康保持増進を図る保健事業の実施・評価、見直しを行ってまいります。

なお、特定健康診査等実施計画はデータヘルス計画と一体的に策定しているため、特定健診・特定保健指導はデータヘルス計画に含めるものとします。

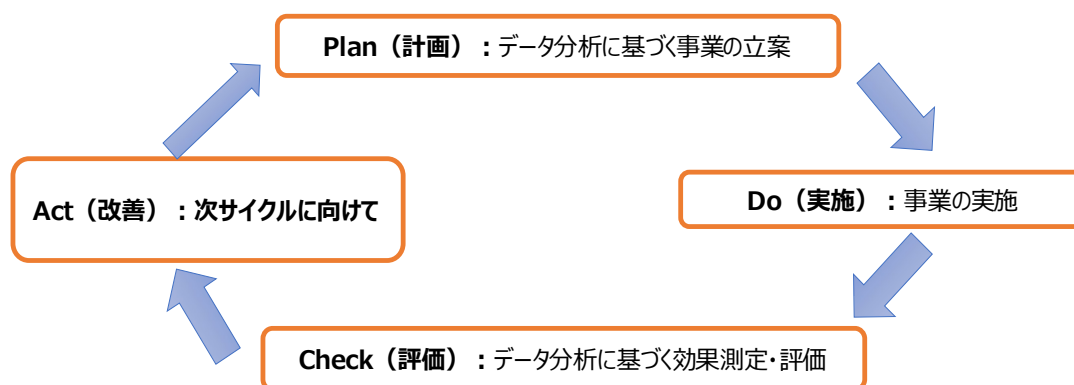
2. 他計画との関係性（保健事業）

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す。
特定健康診査等実施計画	従来は別の計画でしたが、第2期データヘルス計画から一体的に策定しています。
南種子町健康づくり計画 健康みなみたね2 1	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する点もあります。関連する事業（保健指導、健康教育、インセンティブなど）が含まれています。
高齢者福祉計画及び介護保険事業計画	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する場合は、連携の必要があります。
南種子町長期振興計画	総合計画は自治体の最も上位計画であるため、適宜、整合性を図る必要があります。

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

- 計画はくらし保健課保険給付係が実施主体となり、計画立案、進捗管理、評価と見直し等を行います。（実施主体）
- 計画については国保運営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、健康増進係及び介護保険係と連携しながら、健康診査、保健指導等を実施します。（南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、あるいは国民健康保険団体連合会に設置されている保健事業支援・評価委員会等と連携し、健康診査、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。

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	南種子町 くらし保健課 保険給付係	<ul style="list-style-type: none"> ● 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
南種子町 内連携	健康増進係	<ul style="list-style-type: none"> ● 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
	介護保険係 包括支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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
	保健事業支援・評価委員会等	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	—	<ul style="list-style-type: none"> ● 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. 南種子町の特性

(1) 南種子町の基本情報

平成 24 年以降の人口動態をみると、令和 4 年度総人口は 5,439 人で減少傾向にあり、高齢化率も増加傾向にあります。

令和 4 年度の主要死因は、1 位が悪性新生物、2 位が脳疾患、3 位が心臓病となっています。令和元年度と比較すると、心臓病による死亡割合は減少していますが、脳疾患の割合が増加しています。

また、令和 4 年度の一人当たり医療費を令和元年度と比較すると、医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用割合が増加していることがわかります。医療機関受療率に大きな増減がないこと、特定健診受診者において受診勧奨値者のうち未治療者の割合が減少していることを合わせて考えると、健診受診後の医療受診行動の結果により重症化予防につながっていると推測できます。

しかし、特定健診受診率が令和元年、2 年に減少し、新型コロナウイルス拡大以前の平成 30 年の受診率に達していないため、医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取り組みは重要です。それとともに、受診勧奨知者への受診勧奨、疾病の重症化予防なども重要な取り組みとなります。

(2) 被保険者の年齢構成・性別

○ 国民健康保険の加入状況

国民健康保険の加入率は、令和 4 年度南種子町の人口全体に占める割合は、27.1%です。

■ 南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
5,439	36.1%	1,475	27.1%

※KDB システム（健診・医療・介護からみる地域の健康課題）より

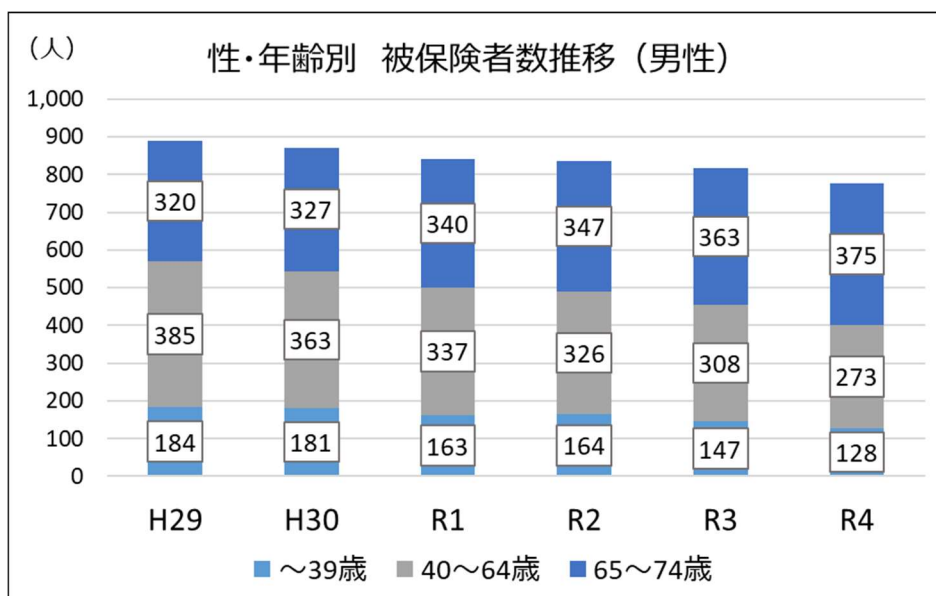
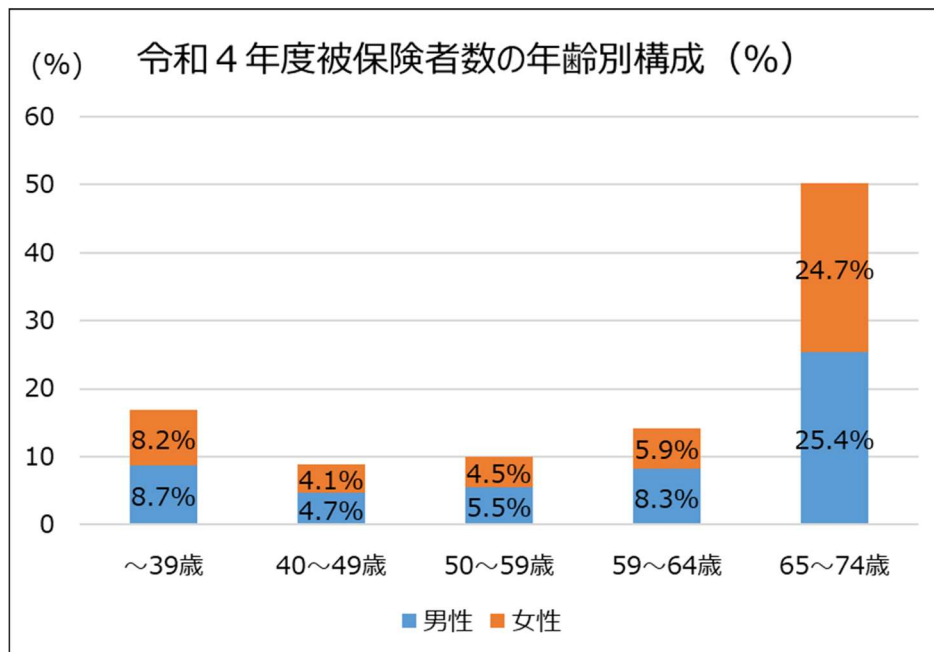
○ 国民健康保険被保険者の推移

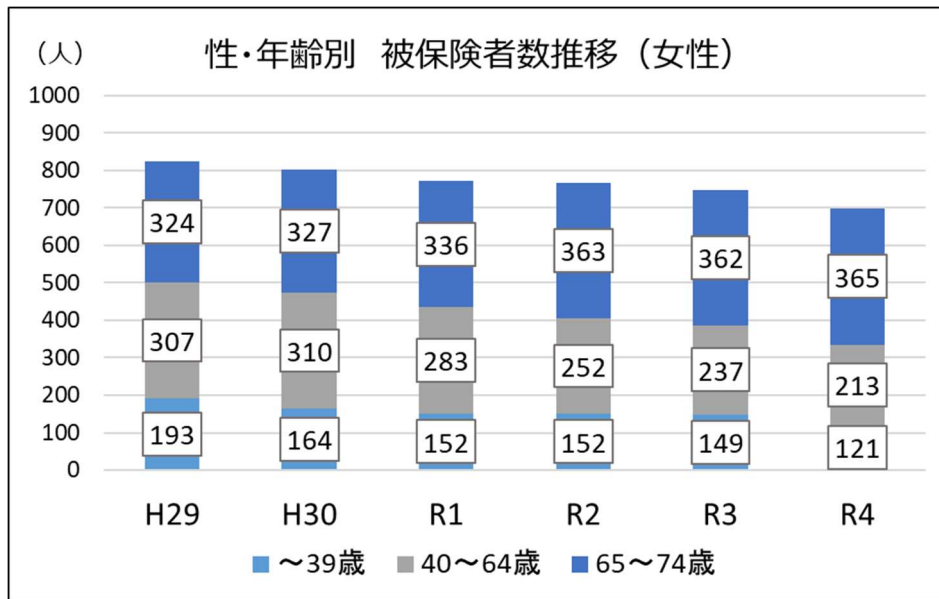
被保険者は、平成 29 年から減少傾向にあります。年齢階級別で見ると、65 歳以上の加入者が全体の 50.2%を占めており、その割合は増加傾向です。

■被保険者数 経年推移（男女別・年齢階級別）

南種子町	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
H29	184	385	320	193	307	324	377	692	644	1,713
H30	181	363	327	164	310	327	345	673	654	1,672
R1	163	337	340	152	283	336	315	620	676	1,611
R2	164	326	347	152	252	363	316	578	710	1,604
R3	147	308	363	149	237	362	296	545	725	1,566
R4	128	273	375	121	213	365	249	486	740	1,475

※KDB システム（被保険者構成）より





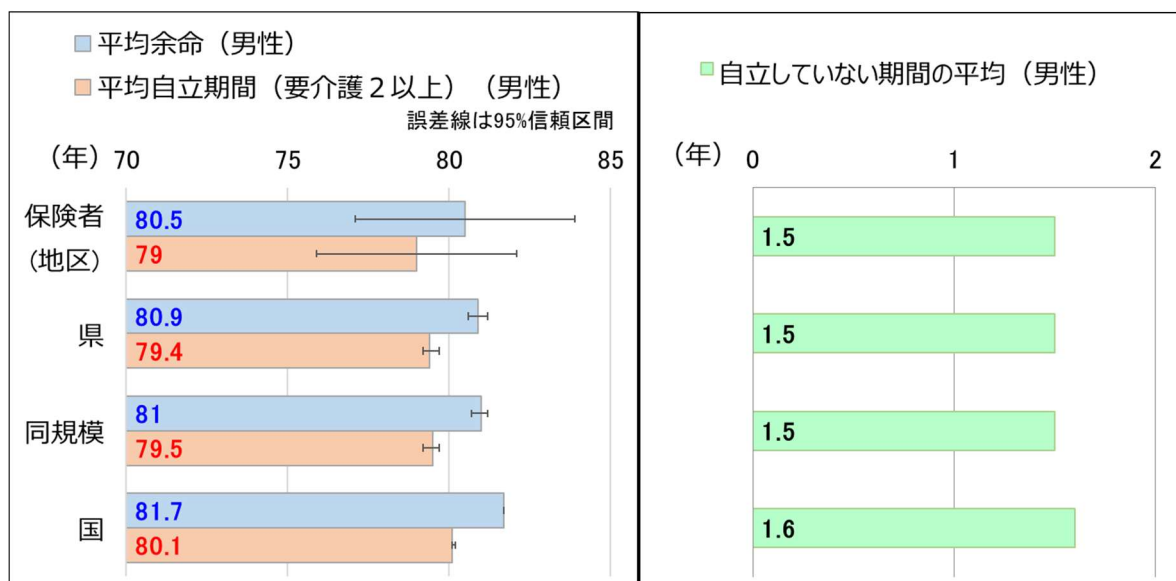
※KDB システム (被保険者構成) より

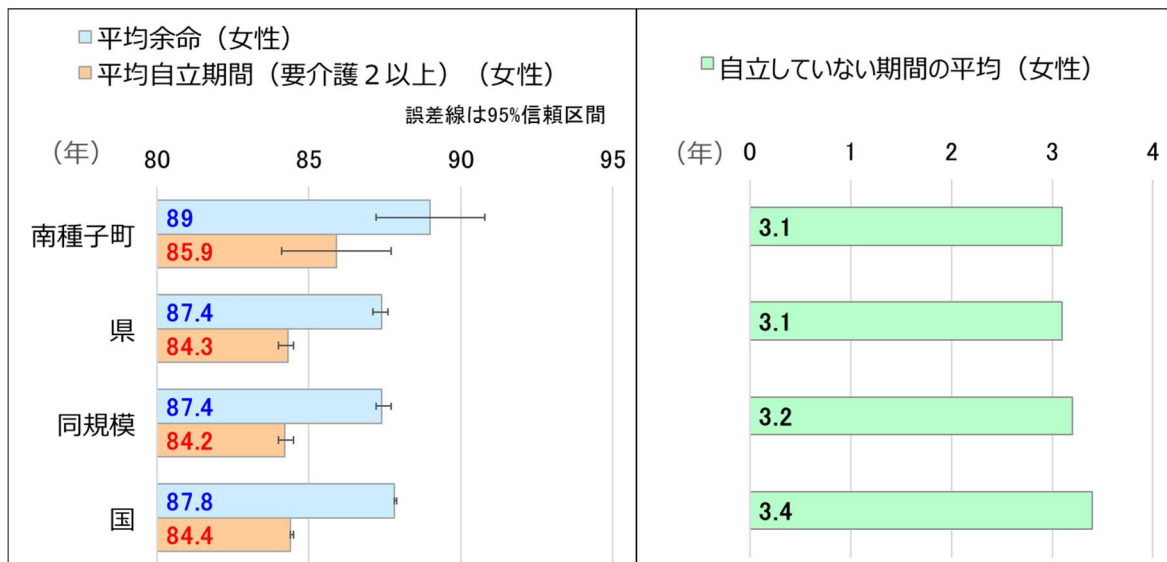
2. 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出

○ 平均余命・平均自立期間

平均余命をみると、令和 4 年度で男性 80.5 歳、女性 89 歳、平均自立期間は男性 79.0 歳、女性 85.9 となっています。鹿児島県と比較すると、男性ではほとんど差はみられませんが、女性では平均余命、平均自立期間とも長くなっています。不健康期間 (自立していない期間) 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))





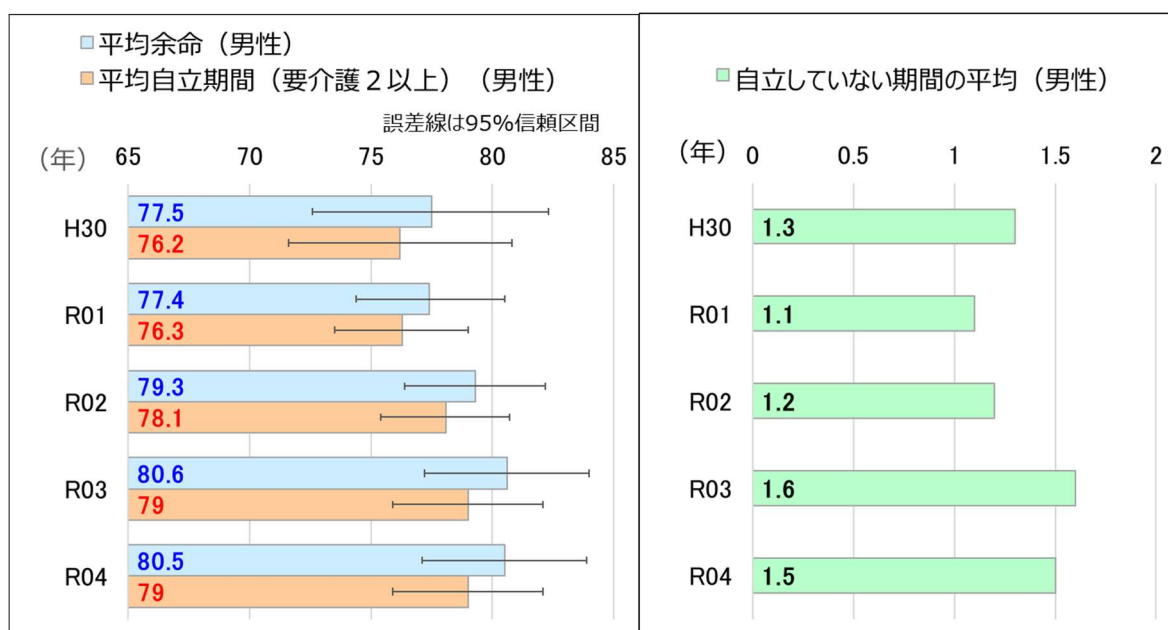
※KDBシステム（地域の全体像の把握）より

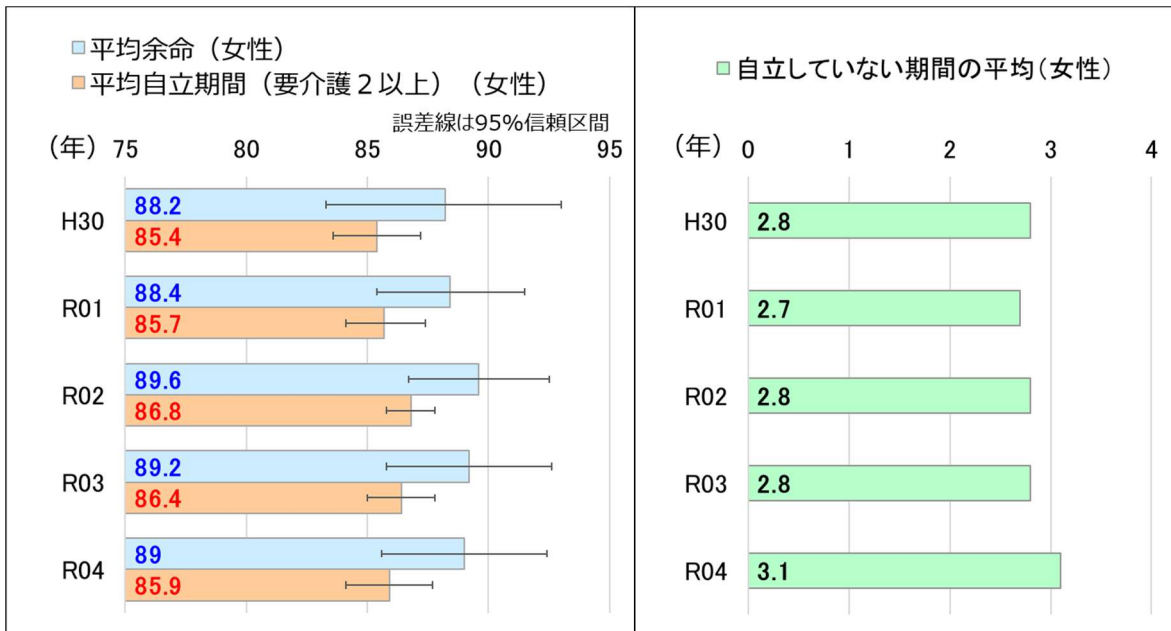
- ※ 平均余命とは、ある年齢の人々が、その後何年生きられるかという期待値のことで、ここでは0歳時点の平均余命を示しています。
- ※ KDBシステムにおける健康寿命を「平均自立期間」と呼称し、「日常生活動作が自立している期間の平均」を指標としています。介護データを用いて「要介護2以上」を「不健康」として、毎年度算出しています。

○ 平均余命・平均自立期間の経年推移

経年で見ると、男性は令和元年度に平均余命が短くなりましたが、令和2年度以降は平均余命・平均自立期間は長くなり、令和3年度で最長となっています。女性は、令和2年度に平均余命・平均自立期間とも最長になり、84.5歳となりましたが、令和3年度以降には、やや短くなっています。

■ 南種子町の平均余命・平均自立期間の経年推移（平成30年度～令和4年度）





※KDB システム（地域の全体像の把握）より

○ 標準化死亡比

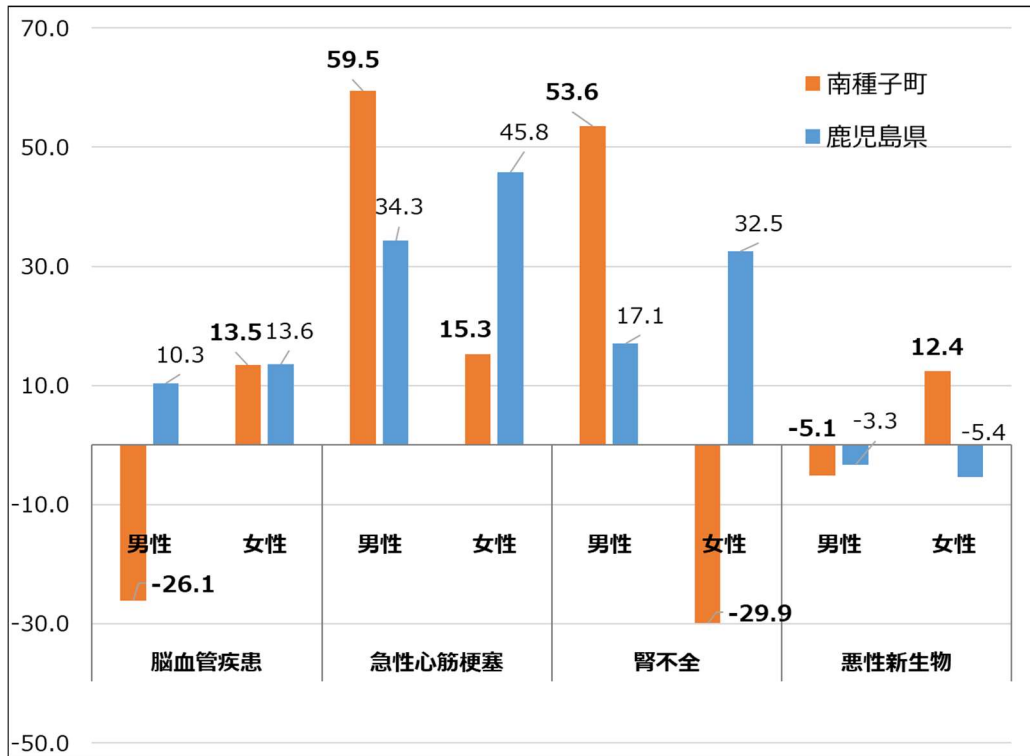
平成 29 年から令和 3 年の標準化死亡比（SMR）において、全国と比較すると、男性の急性心筋梗塞が 159.5、腎不全が 153.6 と高い状況です。女性は、脳疾患、急性心筋梗塞、悪性新生物が若干高い状況です。

■ 標準化死亡比（SMR）（平成 29 年度～令和 3 年度）

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
南種子町	73.9	113.5	159.5	115.3	153.6	70.1	94.9	112.4
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南種子の人口構成に当てはめて算出した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。

○ 疾病別死因の状況

南種子町における主な疾病別死因は、悪性新生物、脳疾患、心臓病の割合が高くなっています。鹿児島県及び全国と比較すると、脳疾患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））

	南種子町		鹿児島県	全国
	人数（人）	割合		
悪性新生物	26	48.1	47.1	50.6
心臓病	9	16.7	29	27.5
脳疾患	12	22.2	15.2	13.8
糖尿病	0	0	2.1	1.9
腎不全	2	3.7	4.1	3.6
自殺	5	9.3	2.4	2.7
合計	54			

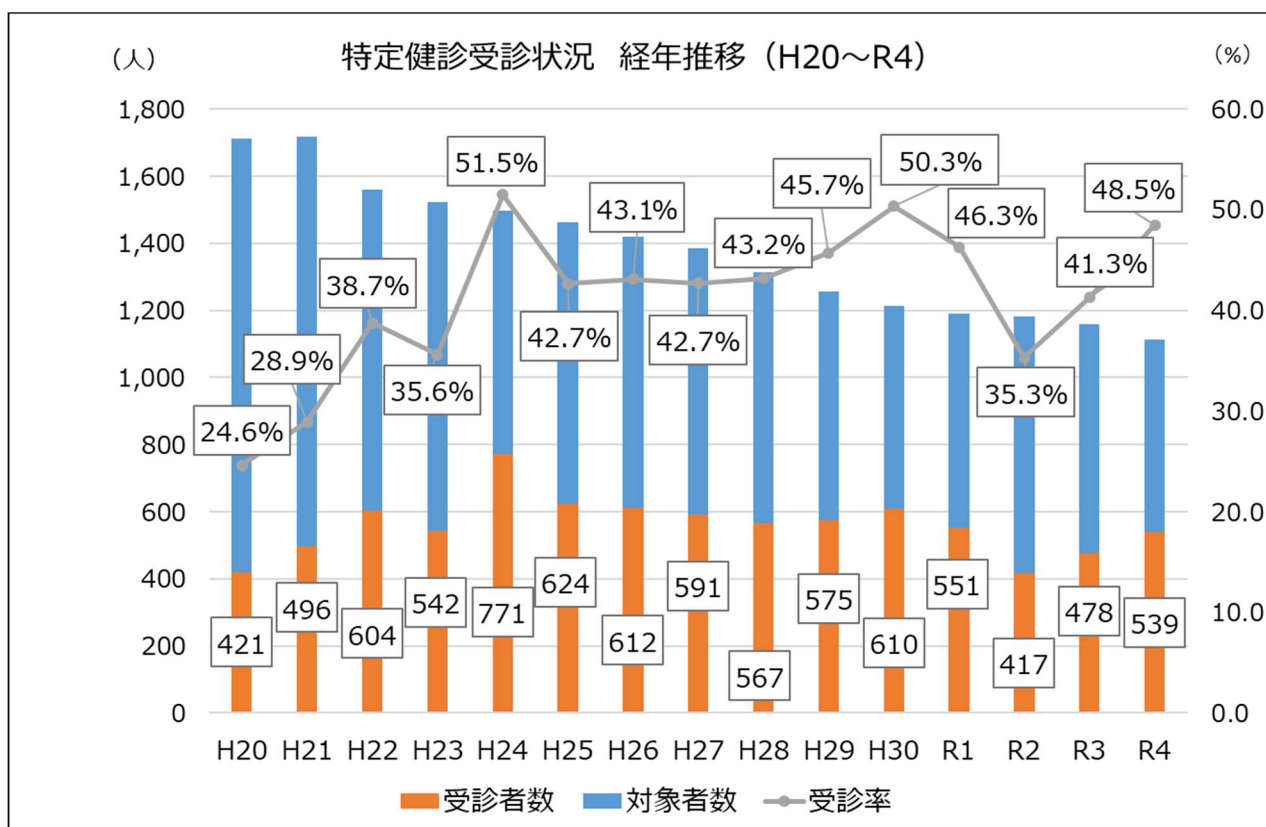
※KDBシステム（地域の全体像の把握）より

(1) 健診

○ 特定健診受診状況

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 1,113 人となっています。健診受診率は、平成 24 年度に 51.5%と高い受診率となり、その後 42.7~50.3%で推移しています。令和 2 年度に新型コロナウイルス感染症拡大の影響もあり 35.3%まで減少しましたが、令和 3 年度には 41.3%、令和 4 年度には 48.4%と改善の傾向がみられています。

■ 特定健診受診状況 経年推移（平成 20 年～令和 4 年）



※特定健診データ管理システム（法定報告）より

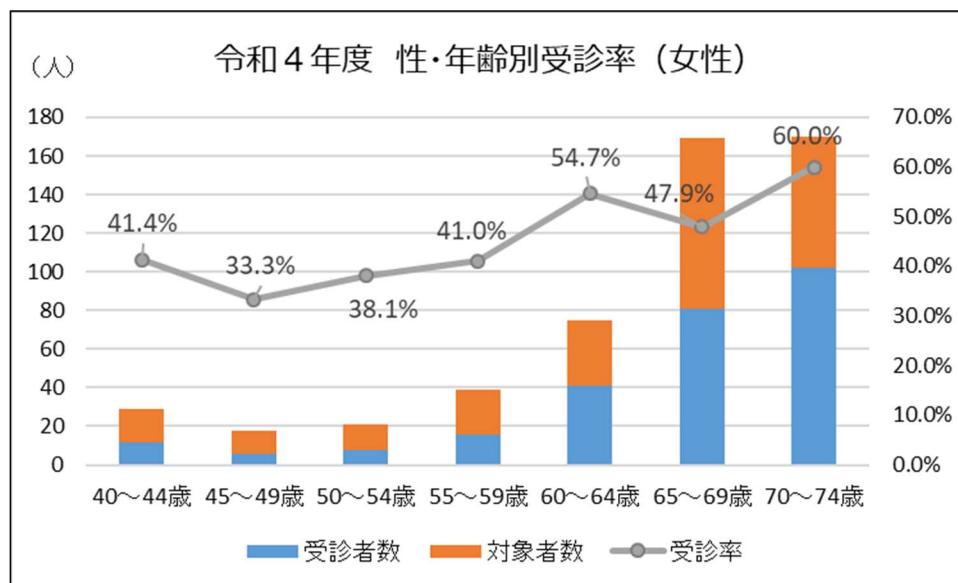
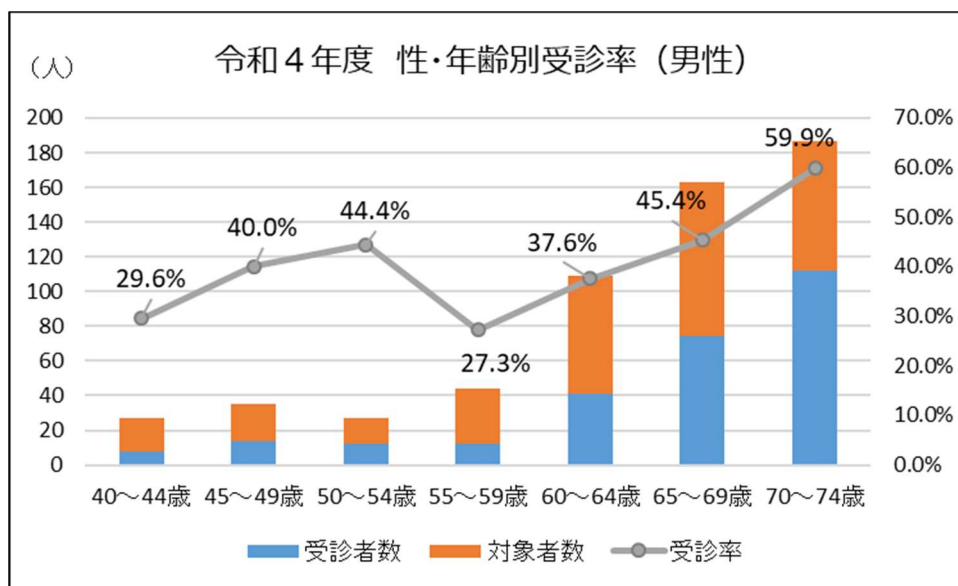
○ 性・年齢別健診受診状況

令和 4 年度の性・年齢別健診受診状況をみると、男女ともに健診受診率が最も高い年代は 70 歳代、低い年代は 40 歳代、50 歳代となっています。男性の 50 歳代後半の受診率が最も低い状況となっています。

■ 令和4年度 性・年齢別健診受診状況

	男性			女性			総計		
	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率
40～44歳	27	8	29.6%	29	12	41.4%	56	20	35.7%
45～49歳	35	14	40.0%	18	6	33.3%	53	20	37.7%
50～54歳	27	12	44.4%	21	8	38.1%	48	20	41.7%
55～59歳	44	12	27.3%	39	16	41.0%	83	28	33.7%
60～64歳	109	41	37.6%	75	41	54.7%	184	82	44.6%
65～69歳	163	74	45.4%	169	81	47.9%	332	155	46.7%
70～74歳	187	112	59.9%	170	102	60.0%	357	214	59.9%

※特定健診データ管理システム（法定報告）



○ メタボリックシンドローム予備群・該当者の推移

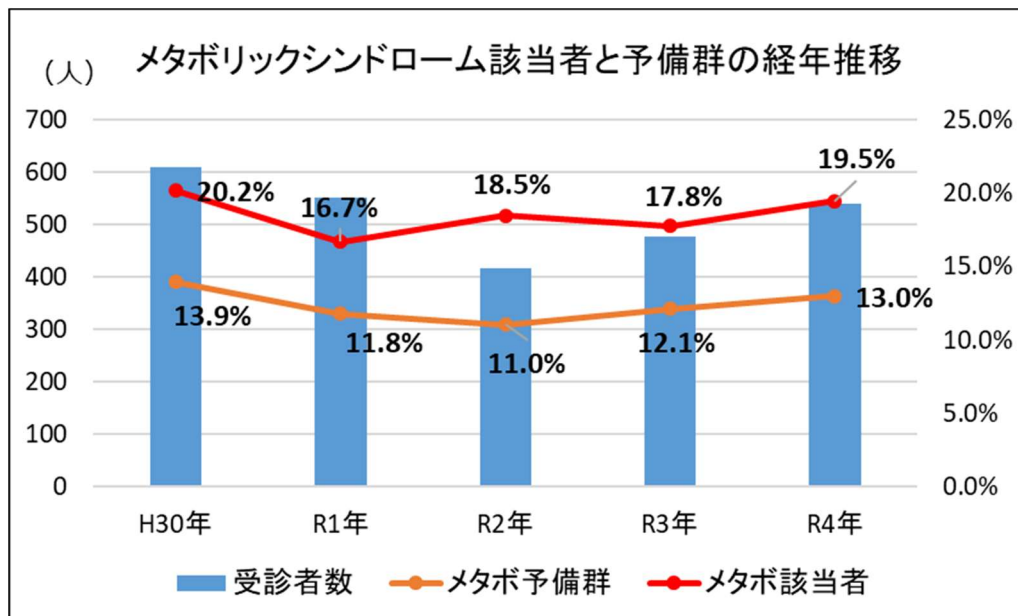
メタボリックシンドローム予備群・該当者の経年推移をみると、平成 30 年度から健診受診者の約 2 割程度がメタボリックシンドロームに該当しており、1 割強が予備群として推移しています。

■ メタボリックシンドローム予備群・該当者の年次推移

年度	受診者数	メタボ予備群	メタボ該当者	合計
H30年	610	13.9%	20.2%	34.1%
R1年	551	11.8%	16.7%	28.5%
R2年	417	11.0%	18.5%	29.5%
R3年	478	12.1%	17.8%	29.9%
R4年	539	13.0%	19.5%	32.5%

※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



○ メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

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 19.5%が該当しており、鹿児島県、全国の割合と比較すると低い状況です。しかし、予備群の割合は、鹿児島県、全国の割合と比較すると高い状況です。

■ 令和4年度 特定健診結果有所見者の状況

	南種子町		鹿児島県	全国
	人数	割合	割合	割合
該当者（計）	105	19.5	21.8	20.3
男性	70	25.6	33.2	32.0
女性	35	13.2	12.8	11.0
予備群（計）	70	13.0	12.2	11.2
男性	48	17.6	18.3	17.9
女性	22	8.3	7.3	5.9

特定健診データ管理システム（法定報告）より

○ 糖尿病の有所見状況

健診受診者のうち糖尿病において有所見者が、12.5%みられました。また、そのうち 22 人が治療を受けていない状況です。

HbA1c 測定者数：535 人			治療中		未治療	
HbA1c	人数	割合	人数	割合	人数	割合
6.5%以上	67	12.5%	45	8.4%	22	4.1%
再掲) 8.4%以上	2	0.4%	2	0.4%	0	0.0%

※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 6.5%以上の有所見者の割合をみると、65～74 歳では健診受診者の 14.8%が該当し、40～64 歳の倍の割合になっています。

HbA1c	40～64 歳		65～74 歳	
	人数	割合	人数	割合
6.5%以上	13	7.6%	54	14.8%
再掲) 8.0%以上	1	0.6%	1	0.3%
※測定者数	170 人		365 人	

※分母は各年代の測定者数で算出しています。

○ 血圧の有所見状況

正常高値以上の割合が、50%を超えています。また、高血圧と判断される I 度以上の該当者が 27.1%おり、そのうち 14.1%が未治療者です。

血圧測定者：539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	283	52.5%	123	22.8%	160	29.7%
I度(140/90)	106	19.7%	52	9.6%	54	10.0%
II度(160/100)	31	5.8%	14	2.6%	17	3.2%
III度(180/110)	9	1.7%	4	0.7%	5	0.9%

※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

高血圧のI度以上有所見者が、40～64歳では21.2%、65～74歳では29.8%の割合になっています。40～64歳では、65～74歳に比べ低いですが、20%を超えています。

血圧(mmHg)	40～64歳		65～74歳	
	人数	割合	人数	割合
130/85以上	63	37.1%	220	59.6%
I度(140/90)	23	13.5%	83	22.5%
II度(160/100)	10	5.9%	21	5.7%
III度(180/110)	3	1.8%	6	1.6%
※血圧測定者	170人		369人	

※分母は各年代の測定者数で算出しています。

○ 脂質異常の有所見状況

LDLコレステロールの有所見者が22.5%おり、そのほとんどが未治療の状況です。

LDL測定者：539人			治療中		未治療	
LDL(mg/dL)	人数	割合	人数	割合	人数	割合
140～159	63	11.7%	7	1.3%	56	10.4%
160以上	58	10.8%	2	0.4%	56	10.4%
再掲) 180以上	15	2.8%	0	0.0%	15	2.8%

※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

年代別に受診勧奨値の該当者を見ると、40～64歳で27.7%、65～74歳で20.2%となり、40～64歳で高くなっています。

LDL(mg/dL)	40～64 歳		65～74 歳	
	人数	割合	人数	割合
140～159	21	12.4%	42	11.4%
160 以上	26	15.3%	32	8.7%
再掲) 180 以上	4	2.4%	11	3.0%
※LDL 測定者	170 人		369 人	

※分母は各年代の測定者数で算出しています。

○ 生活習慣の状況

健診時の質問票から生活習慣をみると、「喫煙」「週3回以上朝食を抜く」「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」の項目において、鹿児島県、全国の割合より高くなっています。

質問票の回答	南種子町		鹿児島県	全国
	人数	割合	割合	割合
喫煙	95	17.6%	11.4%	13.8%
週3回以上朝食を抜く	68	12.6%	9.1%	10.4%
1回30分以上運動習慣なし	370	68.6%	56.9%	60.4%
1日1時間以上運動なし	280	51.9%	45.8%	48.0%
睡眠不足	126	23.4%	22.1%	25.6%
毎日飲酒	153	28.4%	25.5%	25.5%

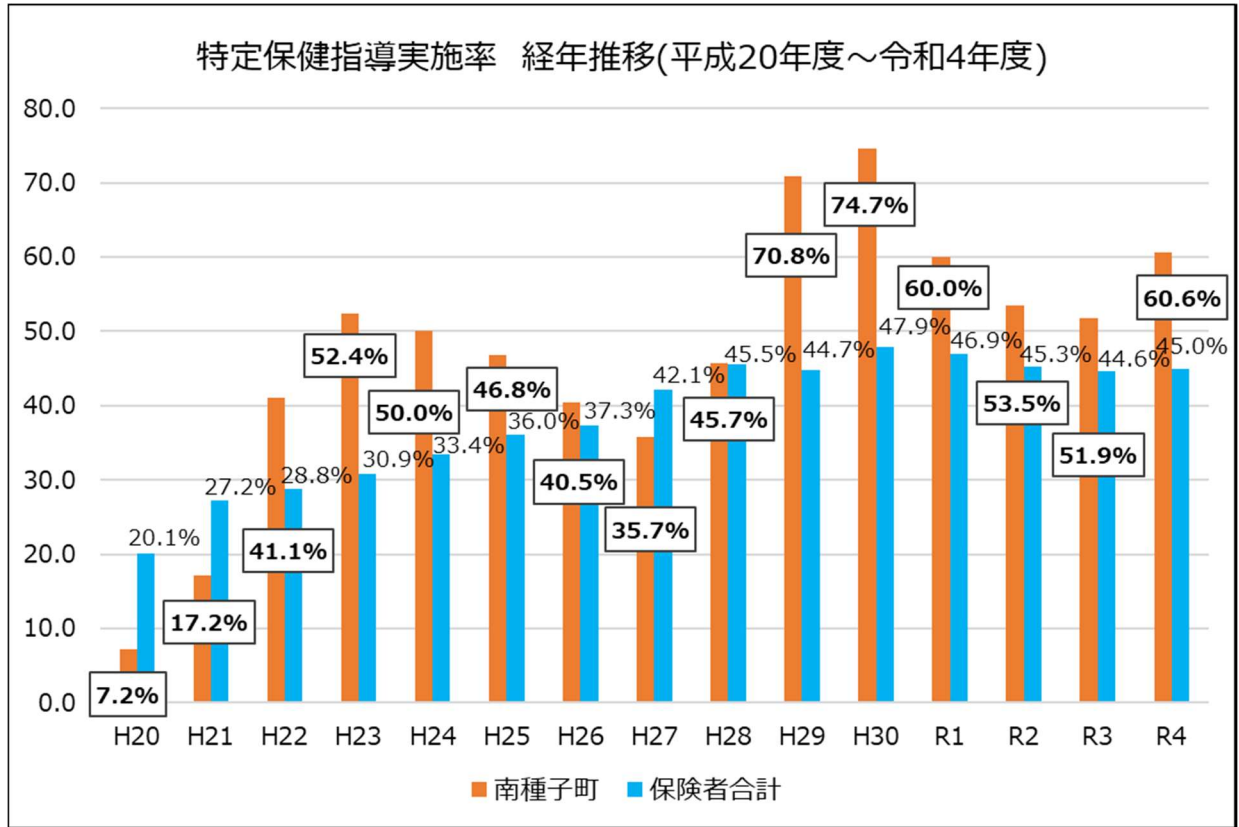
※割合は、各質問項目に「あり」と回答した件数÷各質問事項に回答した件数×100で算出

※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

特定保健指導実施率の状況では、平成26～27年度に一時減少しましたが、平成30年度74.7%の実施率となりました。その後は、新型コロナウイルス感染症の影響等を受けて低下したものの、令和4年度60.6%に戻っています。

■ 特定保健指導実施率 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たのになります。

※特定健診データ管理システム（法定報告）より

○ 血圧の保健指導判定と受診勧奨判定の状況

I 度高血圧以上の該当者は、令和 2 年度に増加しましたが、令和 3 年度以降は以前同様 20%台後半になっています。II 度高血圧以上も未治療者の割合は、減少傾向にあります。

年度	測定者数 人数	保健指導判定値		受診勧奨判定値				II 度高血圧以上			
		高値血圧		I 度高血圧		II 度高血圧以上		再掲) 未治療		再掲) 治療	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H30年	610	153	25.1%	153	25.1%	27	4.4%	18	66.7%	9	33.3%
R1年	551	147	26.7%	124	22.5%	28	5.1%	18	64.3%	10	35.7%
R2年	417	115	27.6%	107	25.7%	42	10.1%	22	52.4%	20	47.6%
R3年	478	145	30.3%	100	20.9%	24	5.0%	14	58.3%	10	41.7%
R4年	539	177	32.8%	106	19.7%	40	7.4%	22	55.0%	18	45.0%

○ HbA1c（血糖）の保健指導判定と受診勧奨判定の状況

健診受診者のうち保健指導判定と受診勧奨判定を加えた該当者は、平成 30 年度は 70.7%、令和元年 60.9%に減少しましたが、それ以降は毎年微増し、令和 4 年度 65.0%となっています。

受診勧奨判定該当者のうち未治療者の割合は、減少傾向です。

年度	測定者数	保健指導判定値				受診勧奨判定値				6.5%以上			
		5.6～5.9%		6.0～6.4%		6.5%以上		再掲) 8.4%以上		再掲) 未治療		再掲) 治療	
	人数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H30年	569	203	35.7%	123	21.6%	76	13.4%	3	0.5%	40	52.6%	36	47.4%
R1年	527	192	36.4%	88	16.7%	41	7.8%	2	0.4%	15	36.6%	26	63.4%
R2年	404	141	34.9%	69	17.1%	42	10.4%	2	0.5%	14	33.3%	28	66.7%
R3年	474	165	34.8%	78	16.5%	59	12.4%	4	0.8%	20	33.9%	39	66.1%
R4年	535	197	36.8%	84	15.7%	67	12.5%	2	0.4%	22	32.8%	45	67.2%

○ 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

受診勧奨判定値の該当者は、平成 30 年度 27.2%でしたが、その後約 27.1～22.2%で推移しています。

年度	測定者数	保健指導判定値		受診勧奨判定値						160mg/dL以上			
		120～139mg/dL		140～159mg/dL		160mg/dL以上		再掲) 180mg/dL以上		再掲) 未治療		再掲) 治療	
	人数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H30年	610	161	26.4%	99	16.2%	67	11.0%	20	3.3%	59	88.1%	8	11.9%
R1年	551	128	23.2%	87	15.8%	56	10.2%	19	3.4%	50	89.3%	6	10.7%
R2年	417	122	29.3%	63	15.1%	50	12.0%	17	4.1%	45	90.0%	5	10.0%
R3年	478	125	26.2%	62	13.0%	44	9.2%	18	3.8%	42	95.5%	2	4.5%
R4年	539	122	22.6%	63	11.7%	58	10.8%	15	2.8%	56	96.6%	2	3.4%

(2) 医療

○ 総医療費の推移

平成 30 年度から令和 4 年度にかけての総医療費は、5,507 万円減少しており、入院医療費は 4,896 万円、入院外（外来）医療費は 611 万円減少しています。

■ 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	6億1655万円	3億3055万円	16,170	2億8600万円	13,990
令和4年度	5億6147万円	2億8159万円	15,470	2億7989万円	15,380
平成30年度 からの増減	-5507万円	-4896万円	-700	-611万円	1,390

※ 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

○ 生活習慣病にかかる医療費の状況

令和4年度の生活習慣病にかかる疾患の医療費をみると、腎不全の入院医療費、入院外（外来）医療費とも、鹿児島県、全国と比較して高い割合となっています。また、入院外（外来）医療費では、糖尿病の割合が鹿児島県、全国と比較して高くなっています。

■ 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		2億8159万円 … (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 B	南種子町 B/A	同規模 C	県 D	国 E
中長期	腎不全	1,583万円	5.62	2.91	4.07	3.05
	脳血管疾患	851万円	3.02	5.69	5.64	5.99
	虚血性心疾患	661万円	2.35	2.70	2.48	2.95
短期	糖尿病	131万円	0.46	0.88	0.96	0.88
	高血圧症	3万円	0.01	0.26	0.21	0.19
	脂質異常症	0	0.00	0.04	0.04	0.04
図-1（中長期・短期）合計		3,229万円	11.47	12.48	13.39	13.10

※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）		2億7423万円 … (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 B	南種子町 B/A	同規模 C	県 D	国 E
中長期	腎不全	5,012万円	18.28	7.94	11.18	7.76
	脳血管疾患	143万円	0.52	0.68	0.95	0.62
	虚血性心疾患	1,557万円	5.68	5.14	5.59	4.74
短期	糖尿病	2,964万円	10.81	10.41	9.09	8.71
	高血圧症	1,453万円	5.30	6.08	5.35	4.99
	脂質異常症	748万円	2.73	3.61	3.04	3.49
図-1（中長期・短期）合計		1億1,877万円	43.31	33.86	35.20	30.31

※KDBシステム（疾病別医療費分析 中分類）より

○ 生活習慣病の疾病別医療費

令和4年度の生活習慣病の疾病別医療費をみると、男性において、入院医療費では、がん、精神、筋・骨格が高く、入院外（外来）医療費では、腎不全（透析あり）、糖尿病が高くなっています。女性においては、入院医療費では、筋・骨格、がんが高く、入院外（外来）医療費では、筋・骨格、腎不全（透析あり）が高くなっています。

■ 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			入院外（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	323,810	417	491	19,810,960	25,530	28,146
高血圧症	27,040	35	32	7,867,540	10,139	9,993
脂質異常症	0	0	0	3,200,010	4,124	4,283
脳出血	743,800	959	1,143	101,590	131	155
脳梗塞	5,656,560	7,289	7,478	876,680	1,130	943
狭心症	2,386,550	3,075	3,134	1,704,090	2,196	2,511
心筋梗塞	0	0	0	0	0	0
がん	36,973,200	47,646	37,354	11,120,670	14,331	14,874
筋・骨格	17,555,880	22,624	24,055	8,950,370	11,534	11,572
精神	20,617,330	26,569	26,418	4,138,480	5,333	6,810
腎不全（透析あり）	11,971,600	15,427	14,271	24,565,970	31,657	42,959

※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			入院外（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	982,100	1,405	1,502	9,400,680	13,449	13,943
高血圧症	0	0	0	6,664,230	9,534	9,531
脂質異常症	0	0	0	4,283,280	6,128	6,145
脳出血	0	0	0	0	0	0
脳梗塞	730,560	1,045	273	84,410	121	81
狭心症	0	0	0	204,660	293	448
心筋梗塞	0	0	0	0	0	0
がん	12,038,920	17,223	19,813	7,596,830	10,868	9,882
筋・骨格	21,783,960	31,164	27,899	22,894,250	32,753	34,334
精神	1,818,730	2,602	2,707	4,675,210	6,688	7,995
腎不全（透析あり）	2,988,080	4,275	3,767	19,386,410	27,734	32,417

※KDBシステム（疾病別医療費分析（生活習慣病））より

○ 人工透析の医療費の状況

令和4年度の人工透析者数をみると、国民健康保険、後期高齢者医療の両方において鹿児島県、全国と比較して多い状況です。人工透析患者の医療費が全体に対して占める割合も、国民健康保険、後期高齢者医療(75歳以上)において、鹿児島県、全国と比較して高い状況となっています。

また、平成30年度と令和4年度を比較すると、国民健康保険において、人工透析者数、人工透析患者の医療費、人工透析患者の医療費の占める割合が増加しています。

■ 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	南種子町	1,672	10	5,981	6億1978万円	5655万円	9.12
		1,475	12	8,136	5億6147万円	6796万円	12.10
R4	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	南種子町	18	3	166,667	4231万円	2793万円	66.02
		9	1	111,111	1557万円	493万円	31.68
R4	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	南種子町	1,157	14	12,100	10億8842万円	7148万円	6.57
		1,062	13	12,241	9億2253万円	9743万円	10.56
R4	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

○ 介護認定者の状況

令和4年度の1号認定率は、15.5%であり、鹿児島県、全国と比較すると低い割合となっています。新規認定率については、鹿児島県、全国と比較しても大きく変わらない状況です。介護度別の総件数をみると、要介護3以上の割合が高くなっており、鹿児島県、全国と比較して高い状況です。

令和4年度の介護認定者の有病状況は、平成30年度と比較して、脂質異常症の割合の増加、糖尿病の割合の微増がみられます。これは、鹿児島県、全国と同様の傾向です。心臓病、筋・骨格の有病割合は高く、認知症やアルツハイマー病の有病割合は鹿児島県、全国と比較して高くなっています。

■ 令和4年度（累計） 介護認定状況

		南種子町		鹿児島県	国
		実数	割合	割合	割合
1号認定者数・認定率※		294	15.5	20.1	19.4
新規認定者		4	0.2	0.3	0.3
介護度別 総件数・割合	要支援1.2	506	6.5	15.3	12.9
	要介護1.2	3,108	39.7	45.3	46.3
	要介護3以上	4,210	53.8	39.4	40.8
2号認定者数・認定率		7	0.4	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

※KDB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	H30年度（累計）			R04年度（累計）		
	南種子町	鹿児島県	国	南種子町	鹿児島県	国
糖尿病	22.3 %	22.5 %	22.4 %	24.1 %	23.7 %	24.3 %
高血圧症	59.6 %	58.7 %	50.8 %	55.7 %	59.0 %	53.3 %
脂質異常症	16.2 %	29.9 %	29.2 %	22.5 %	32.8 %	32.6 %
心臓病	67.4 %	67.3 %	57.8 %	62.8 %	66.9 %	60.3 %
脳疾患	34.8 %	33.9 %	24.3 %	27.9 %	31.3 %	22.6 %
悪性新生物	12.6 %	11.4 %	10.7 %	9.5 %	12.3 %	11.8 %
筋・骨格	62.9 %	60.8 %	50.6 %	54.6 %	61.0 %	53.4 %
精神	49.5 %	41.7 %	35.8 %	45.7 %	42.7 %	36.8 %
※認知症（再掲）	35.9 %	29.0 %	22.9 %	38.3 %	30.4 %	24.0 %
アルツハイマー病	35.5 %	23.8 %	18.3 %	36.7 %	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

※KDB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

- 南種子町では、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。	<ul style="list-style-type: none"> 入院医療費の伸び率を国並みにする。 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。	<ul style="list-style-type: none"> 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。

	達成すべき目的	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減少 ・メタボリックシンドローム予備群の減少率増加 ・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 ・健診受診者の高血圧(160/100mmHg 以上)の割合減少 ・健診受診者の脂質異常者(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 ・健診受診者の 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
短期目標	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 60%以上 ・特定保健指導実施率 60%以上
	がんの早期発見、早期治療	<ul style="list-style-type: none"> ・各がん検診受診率を上昇させる。 胃がん検診：20%以上 、 肺がん検診：30%以上 大腸がん検診：20%以上 、 子宮がん検診：20%以上 乳がん検診：30%以上
	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。	<ul style="list-style-type: none"> ・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。

関連計画	目標	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値			中間評価値				最終評価目標値
				H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5
データヘルス計画	中長期目標	適正受診を推進し、重症化して入院する患者を減らす。	入院医療費の伸び率を国並みの10%とする	-8.7%			36.3%				-7.9%
			必要な医療勧奨を行い、入院外医療費を伸ばす10%	21.3%			11.1%				1.1%
		脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病成人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10%減少	2.2%			0.81%				1.46%
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合10%減少	1.7%			1.75%				0.77%
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少10%	8.9%			7.90%				2.56%	
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病成人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・予備群の割合(参考値)	27.5%	30.0%	34.1%	28.4%	29.5%	29.9%	32.5%	
			メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%(対20年度比)	2.90%	-9.10%	-22.40%	-3.4%	-8.8%	-10.4%	-19.8%	2.3%
			特定保健指導対象者の割合(参考値)	12.3%	12.5%	12.3%	10.0%	10.3%	11.3%	12.2%	10.0%
			特定保健指導対象者の減少率25%	24.0%	22.6%	24.3%	36.7%	20.4%	12.8%	27.7%	6.0%
			健診受診者の高血圧の割合減少25%(160/100以上)	6.0%	7.1%	4.4%	5.1%	10.1%	5.0%	7.4%	4.5%
健診受診者の脂質異常者の割合減少25%(LDL160以上)			8.1%	9.2%	11.0%	10.2%	12.0%	9.2%	10.8%	6.1%	
健診受診者の糖尿病有病者の割合減少25%			12.7%	15.3%	17.6%	15.2%	16.0%	15.5%	16.8%	9.5%	
健診受診者のHbA1c8.0以上で未治療者の割合減少			0.37%	0.74%	0.88%	0.38%	0.25%	0.63%	0.00%	0.0%	
糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合50%			実施なし	実施なし	74.0%	44.5%	33.3%	33.3%	66.7%	50.0%	
糖尿病の保健指導を実施した割合25%			実施なし	実施なし	25.0%	5.6%	7.5%	37.5%	33.3%	25.0%	
	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	実施なし	実施なし	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		
保険者努力支援制度	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	43.2%	45.7%	50.3%	46.3%	35.3%	41.3%	48.4%	60.0%	
		特定保健指導実施率60%以上	45.7%	70.8%	74.7%	60.0%	53.5%	51.9%	60.6%	60.0%	
	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診20%以上	8.0%	6.3%	5.7%	5.9%	5.3%	6.1%	7.0%	20.0%	
		肺がん検診30%以上	21.0%	18.4%	13.6%	10.5%	9.1%	11.0%	11.9%	30.0%	
		大腸がん検診20%以上	12.9%	11.5%	10.7%	10.5%	9.3%	10.9%	12.2%	20.0%	
		子宮頸がん検診20%以上	14.3%	13.4%	12.3%	14.0%	11.4%	14.5%	17.5%	20.0%	
		乳がん検診30%以上	24.2%	24.9%	22.7%	21.7%	21.2%	22.6%	26.0%	30.0%	
	歯科健診(歯周病検診)	歯科健診(歯周病検診含む)の受診率増加	2.67%	3.49%	6.14%	7.50%	4.23%	5.66%	5.61%		
	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の増加				7.23%	7.90%	9.08%	7.59%		
	後発医薬品の利用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合80%以上			81.9%	83.0%	85.5%	87.5%	88.2%		

- ・ 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。
- ・ 不健康期間については、女性が男性の約2倍となっており、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。
- ・ 平成30年度から令和4年度にかけて総医療費は減少しているものの、一人当たり医療費は減少していません。医療費の適正化については、疾患別にかかる医療費の削減効果が得られるよう糖尿病性腎症重症化予防事業、重症化予防・受診勧奨事業や適正受診・適正服薬、後発（ジェネリック）医薬品促進事業などの取り組みの継続が必要と言えます。
- ・ 特定健康診査の受診率向上については、第2期特定健康診査等実施計画の目標値にはおおよばない状況となっています。令和4年度からナッジ理論に基づく受診勧奨はがきを対象者に送付したところ、7.1%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一時低下しましたが、健診受診率は上昇傾向にあります。特定保健指導実施率向上については、令和4年度目標値を達成していますが、令和5年度低下の見込みです。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。令和2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か月間訪問や来庁による個別指導の実施、医療機関の未受診者に対して受診勧奨を行っています。しかし、プログラムへの参加拒否や受診に繋がらない対象者も少なくないため、対象者へのアプローチ力の向上、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、南種子町では、SMRにて急性心筋梗塞が高く、健診受診者の高血圧の割合も高いことから、健診結果説明会にて保健指導を実施し受診勧奨に取り組みました。健診結果説明会に来られない対象者には、別日に窓口にて、または訪問などにて保健指導を実施しました。また、ポピュレーション事業として、確定申告会場他にて健康相談の場を設け、生活習慣改善の支援を行いました。経年推移をみると、I度高血圧以上の割合は微減し、高血圧II度以上の未治療者割合も徐々に減少しています。
- ・ 健診時の質問票から生活習慣をみると、「喫煙」「週3回以上朝食を抜く」「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」の項目において、鹿児島県、全国の割合よりも高くなっています。メタボリックシンドローム予備群・該当者には、特定保健指導にて生活習慣の改善を促すとともに、ポピュレーション事業においては、町民が自らの健康に関心を持ち健康づくりへの行動変容を行えるよう、それぞれの機会を活用しアプローチを行っています。
- ・ 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。

- ・ 適正受診・適正服薬では、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）を受けている対象者に対して、はがきにより通知をしました。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%を平成 30 年度には達成しています。
- ・ 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り組みが、医療と介護の費用の適正化に効果があると考えられています。地域包括ケア推進・一体的実施事業は、国の施策で令和 6 年から全市町村での実施が求められています。現在、マンパワーの問題で実施ができていませんが、介護保険係、包括支援センターと連携し、事業の開始を検討します。

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組みます。

■ 健康課題

1. メタボリックシンドローム予備群・該当者が多い。
2. 特定健診の受診率が低い。40 歳代、50 歳代、特に 50 歳代後半の男性。
3. 特定保健指導の実施率が伸び悩んでいる。
4. 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多い。
5. 入院外医療費において、男性は糖尿病、女性は筋・骨格の医療費が高い。
6. 高血圧の有所見者が多く、そのうち未治療者が多い。
7. 脳血管疾患の生活習慣病を原因とする要介護者が多い。
8. 疾病別死因割合では悪性新生物がいちばん高いが、がん検診の受診率が低い（特に胃がん）。
9. 一体的実施事業にマンパワー不足にて未実施。



- 上記の健康課題の中でも南種子町では、高血圧の有所見者が多く、循環器疾患のリスクが高いですが、糖尿病の有所見者、人工透析患者の増加傾向もみられていることから次の課題を優先課題としました。

1. 特定健診の受診率及びがん検診の受診率が低い。
2. メタボリックシンドローム予備群・該当者が多い。
3. 高血圧の有所見者が多い。
4. 生活習慣病にかかる疾患のうち糖尿病の医療費が高い。
5. 人工透析患者が年々増加している。

第3章 データヘルス計画の目的と方策

1. 計画の目的

- 南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」を目的とします。

2. 目的を達成させる事業

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

目 的	関連する保健事業
・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。	・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及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
・がん検診の受診を促進し、がん死亡率の低下及びがんの早期発見・早期治療の推進を目的とします。	・がん検診
・健康イベントなどの参加、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、頻回受診、重複服薬、多剤投与(ポリファーマシー)、併用禁忌等の対象者に通知や保健指導を行うことで、それらを適正化し、健康障害の予防と医療費適正化を目的とします。	・適正受診・適正服薬
・後発(ジェネリック)医薬品の利用と切り替えを促進し、医療費適正化を目的とします。	・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 (予定)

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	担当部門	くらし保健課
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。 ●南種子町でも、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、48.4%（令和4年度）と国の指標（60%）を下回っており、さらに受診率向上を図る必要があります。 		
目的	<ul style="list-style-type: none"> ●メタボリックシンドローム及びそれに伴う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	<p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●対象：40歳～74歳の被保険者 ●実施方法：集団、個別、情報提供、人間ドック ●実施時期：4月から翌年2月末まで （4月受診券の配布、6月集団健診、11月脱漏健診） ●実施体制：委託健診機関（鹿児島県厚生農業協同組合連合会）、医療機関 ●費用：自己負担額なし ●受診勧奨：集団健診申込者での未受診者、がん検診によるナッジ理論を用いた圧着ハガキの郵送 健康相談会場などで受診勧奨を実施 ●受診再勧奨：10月に6月の集団健診及び個別健診を未受診の者にがん検診による圧着ハガキの郵送、電話による受診勧奨 ●案内方法：ホームページ、広報誌、国保だより、南日本データ放送での広報、集団健診前の防災行政無線による広報 ●健診データ収集：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ます。 職場健診受診者の情報提供を受けます。 ●40歳未満の健診：19歳～39歳の南種子町国保被保険者 年度年齢22歳，33歳は無料 		
評価	評価指標		備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
	アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率 ・受診勧奨、再勧奨者のうち受診者数・率 	<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。
		<ul style="list-style-type: none"> ・年齢階級別受診率（40代、50代など） ・受診機会別（個別、集団） ・みなし健診受診者数 など 	<ul style="list-style-type: none"> ・保険者努力支援制度に受診率の配点が高いため、受診率向上の取り組みが必要となっています。
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨数・率（郵送数、架電率、通知率など） 	
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診対象者への通知の適切さ ・未受診者への通知・勧奨の適切さ ・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 	
ストラクチャー	<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 		

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時	目標値					
		R6	R7	R8（中間）	R9	R10	R11（最終）
特定健診受診率 60%	(R4年度) 48.4%	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%

2. 特定保健指導

■ 事業の概要

年度	令和6年度	担当部門	くらし保健課
背景	<p>・平成20年度より、脳血管疾患、心臓病、腎不全等の生活習慣病の原因となるメタボリックシンドロームを対象にした特定健康診査・特定保健指導が保険者に義務付けられました。特定保健指導は、特定健康診査の結果、特定保健指導が必要とされた者（積極的支援および動機付け支援）に対して、保健師等による指導を行い、メタボリックシンドロームの改善を図るものです。</p> <p>・南種子町でも特定保健指導を進めており、実施率は60.6%（令和4年度）と国の目標（60%）を達成しましたが、経年推移では下回る年度もあります。また、メタボリックシンドローム該当者および予備群の割合の明らかな低下も認められていない状況となっています。</p>		
目的	<p>・特定保健指導対象者に対して、特定保健指導（積極的支援および動機付け支援）を行うことで、メタボリックシンドロームの改善を図り、ひいては被保険者全体のメタボリックシンドロームおよび関連する生活習慣病を減少させることを目的とします。</p>		
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●対象：当該年度の集団健診・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 ●実施方法：個別面接、電話、手紙 ●実施機関：直営（保健師、栄養士など）、動機づけ支援の一部を保健指導機関へ委託 ●実施時期：集団健診受診者には結果報告会時、または都合が悪い対象者には別日で日程調整。個別健診受診者には健診機関より健診結果が届き次第、日程調整の連絡を行い、支援を開始。支援期間は3か月以上、または2か月以上経過後2cm、2kgの減少を認めた時点 ●費用：自己負担額なし ●利用勧奨・再勧奨：利用勧奨は通知や電話にて健診結果が届き次第実施します。多忙等の理由による辞退者には、都合のよい時期を聞き取り、再度勧奨の連絡をします。 		
評価	評価指標		備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
	アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導対象者の実施率（積極的支援、動機付け支援） ・特定保健指導対象者の終了率（積極的支援、動機付け支援） ・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 	<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。
		<ul style="list-style-type: none"> ・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・予備群（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） ・問診項目該当者割合 	
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・メタボリックシンドローム該当者、予備群の減少率 ・実施数・率 ・参加数、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	<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 ・利用勧奨の方や利用までの手順の適切さ ・特定保健指導の機会、時期、内容等の適切さ ・利用者の実施者の満足度 ・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） ・費用対効果等の分析実施の有無 	
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（アウトソーシング機関）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 ・事業手順書、マニュアルの有無 ・特定保健指導実施者の研修 		

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時	目標値					
		R6	R7	R8（中間）	R9	R10	R11（最終）
特定保健指導実施率 70%	(R4年度) : 60.6%	62.0%	64.0%	66.0%	68.0%	70.0%	70.0%
特定保健指導対象者の減少 25%	(R4年度) : 12.2%	11.8%	11.4%	11.1%	10.7%	10.3%	10.0%
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少 25%	(R4年度) : 42.9% (H30-R4平均) : 27.0%	28.5%	30.0%	31.0%	32.5%	34.0%	35.0%

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ドンス」及び南種子町の「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っては、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、ホームページ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、イベント、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

■ 事業の概要

年度	令和6年度	担当部門	くらし保健課
背景	<p>・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す。その観点から、国および鹿児島県は、糖尿病性腎症重症化予防の標準的な手順を作成し、その推進を図っています。</p> <p>・南種子町でも平成30年度から糖尿病性腎症重症化予防の取り組みを進めています。</p>		
目的	<p>・国および鹿児島県の標準的な手順に従い、糖尿病性腎症の悪化および慢性腎臓病(CKD)に進行する可能性のある者に対して医療機関への受診勧奨や保健指導等を行うことで、糖尿病性腎症の重症化を予防することを目的とします。</p>		
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <p>●対象：対象者の選定基準にあたっては鹿児島県プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。</p> <p>① 医療機関未受診者 ② 医療機関受診中断者 ③ 糖尿病治療中者</p> <p>ア. 糖尿病性腎症で通院している者 イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者</p> <p>前年の健診結果から2型糖尿病の者、eGFR60ml/min/1.73m²未満、HbA1c6.5%以上、空腹時血糖126mg/dL以上、その他町長またはかかりつけ医が特に必要と認める者。</p> <p>●実施方法：個別面談、個別訪問、電話、手紙など ●実施機関：直営（保健師・栄養士など） ●費用：自己負担なし ●実施スケジュール：個別訪問・面接による保健指導を6か月間のプログラムにより実施します（個別の保健指導6回）。 ●医師会との連携：主治医からの指示書依頼、種子島医療センター専門医との連携など</p>		
評価	評価指標		備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
	アウトカム	【短期評価】	
		【中長期評価】	
	アウトプット		
	プロセス		
ストラクチャー			

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時	目標値					
		R6	R7	R8（中間）	R9	R10	R11（最終）
糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	(R4年度) : 66.7%	67.0%	68.0%	69.0%	70.0%	70.0%	70.0%
健診受診者のHbA1c8.0以上で未治療者の割合	(R4年度) : 0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
糖尿病の保健指導を実施した割合	(R4年度) : 33.3%	35.0%	36.0%	37.0%	38.0%	39.0%	40.0%
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	(R4年度) : 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

2. 重症化予防・受診勧奨

■ 事業の概要

年度	令和6年度	担当部門	くらし保健課
背景	<ul style="list-style-type: none"> ● 高血圧、脂質異常症、糖尿病等を放置することで、脳血管疾患や心臓病等の循環器疾患を発症する可能性が高まります。これらは特定健康診査等により早期に発見することができ、必要に応じて医療機関の受診や治療および生活習慣の改善により、重症化を予防することが可能です。 ● 南種子町でのしセプトの分析の結果、生活習慣病の疾病別医療費をみると、高血圧、糖尿病の医療費が高い状況です。 ● 南種子町では、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、高血圧、糖尿病などの有所見者には受診勧奨と保健指導を行っています。 		
目的	<ul style="list-style-type: none"> ● 循環器疾患の予防、高血圧や糖尿病等の生活習慣病の有病率、有所見率の低下を目指して、特定健康診査等の結果をもとに結果通知、受診勧奨、保健指導により、医療機関の受診が必要な人を受診および治療に結び付けることを目的とします。 		
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 対象：19歳～74歳の被保険者 特定健診の結果から血圧・脂質・血糖等におけるハイリスク者（受診勧奨判定値） ● 実施者：保健師・栄養士等、検査は健診機関に委託 ● 受診勧奨の方法：当該年度健診受診者には、健診会場にて案内 その他の対象者には書面、電話、訪問にて実施 ● 保健指導の内容：結果報告会では集団講話及び個別指導を行い、受診勧奨や生活習慣改善の支援を行います。 特定健診の結果において以下に該当するハイリスク者に二次検査（頸動脈超音波検査）を実施 特定保健指導対象者、HDL40mg/dL以下、中性脂肪150mg/dL以上、血圧130/85mmHg以上、空腹時血糖100～125mg/dL、HbA1c5.6～6.4%以下 ● 保健指導の内容：動脈硬化・生活習慣病予防に関する健康教育及び保健指導を来所または訪問にて実施。 ● 実施スケジュール：二次検診については、前年の脱漏健診及び6月の集団健診受診者より対象者の抽出し、実施約1か月前には対象者へ案内を行います。 全ての集団健診受診者を対象に7月、11月の結果報告会にて結果返却時健康教育及び保健指導を実施。 		
評価	評価指標		備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
	アウトカム	【短期】 ・勧奨者、指導者のうち（受診勧奨判定値もしくは独自の基準）、医療機関を受診した者の割合	
		【中長期】 ・要医療者のうち未治療者割合 ・健診における有所見者の割合	
	アウトプット	・勧奨者数、率 ・実施率（指導利用者数／対象者数）	
	プロセス	・受診勧奨の方法の適切さとその検討 ・対象者の人数把握 ・勧奨後の受診状況の把握 ・受診勧奨基準の妥当性の検討 ・区分（セグメンテーション）階層化等による受診勧奨の優先順位	
ストラクチャー	・医師会や医療機関等との連携、会議数 ・予算 ・マンパワー ・アウトソーシング		

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時	目標値					
		R6	R7	R8（中間）	R9	R10	R11（最終）
健診受診者の高血圧（160/100以上）の割合の減少 25%	(R4年度) : 7.4%	7.0%	6.7%	6.5%	6.1%	5.8%	5.5%
健診受診者の脂質異常者(LDL160以上)の割合の減少 25%	(R4年度) : 10.8%	10.3%	9.8%	9.4%	8.9%	8.4%	8.0%
健診受診者の高血糖（HbA1c6.5以上）の割合の減少 25%	(R4年度) : 12.5%	12.0%	11.5%	11.0%	10.5%	10.0%	9.5%

3. がん検診

■ 事業の概要

年度	令和6年度	担当部門	くらし保健課
背景	<ul style="list-style-type: none"> ●がん（悪性新生物）は、我が国において死因の第1位となっています。また、医療費の中で、大きな割合を占めています。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現状です。 ●南種子町においても、がんは死因の第1位となっており、生活習慣病疾病別医療費をみると大きな割合を占めています。がん検診は、健康増進係が中心となり実施していますが、その受診率は令和4年度7.0%から26.0%にとどまっています。 		
目的	<ul style="list-style-type: none"> ●健康増進係と連携しながら、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ます。 		
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●各がん検診の実施方法： <ul style="list-style-type: none"> 胃がん・肺がん・大腸がん・前立腺がん検診 6月集団健診において、特定健診・長寿健診と胃がん・肺がん・大腸がん・前立腺がん検診を総合健（検）診として実施。 11月脱漏健診においても、特定健診・長寿健診と大腸がん・前立腺がん検診を総合健（検）診として実施。 女性がん 子宮頸がん・乳がん検診 4月集団健診にて子宮頸がん・乳がん検診を実施。 9月集団健診にて乳がん検診を実施。 個別検診においても子宮頸がん・乳がん検診受診は可能。 ●受診勧奨の方法：希望調査時に検診等の案内文書を同封し受診を勧奨します。 検診前にホームページ、広報誌などで広報。集団健診前の防災行政無線による広報。 ●要精密検査者への受診勧奨：総合健（検）診受診者には、結果報告会にて実施。 女性がん検診受診者には、通知にて結果返却。 要精密検査者の受診の有無をレセプト、手紙、電話などにて確認し、受診を促します。 		
評価	評価指標		備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
	アウトカム	【短期・精度管理】	
		●精密健診受診率 ●陽性率（要精密検査率） ●がん発見数・率	
	アウトプット	【中長期】	
		●がんに関連した医療費 ●がんによる死亡者数・率	
●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） ●エビデンス（根拠）に基づいたがん検診のみが実施されているか ●予算やマンパワー ●衛生部門との連携 		

※下線は重要な指標（KPI相当）

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時	目標値					
		R6	R7	R8（中間）	R9	R10	R11（最終）
胃がん検診受診率	(R4年度) : 7.0%	15.0%	23.0%	31.0%	40.0%	42.0%	44.0%
肺がん検診30%以上	(R4年度) : 11.9%	19.0%	26.0%	33.0%	40.0%	42.0%	44.0%
大腸がん検診20%以上	(R4年度) : 12.2%	19.0%	25.0%	31.0%	40.0%	42.0%	44.0%
子宮頸がん検診20%以上	(R4年度) : 17.5%	23.0%	28.5%	34.0%	40.0%	42.0%	44.0%
乳がん検診30%以上	(R4年度) : 26.0%	30.0%	34.0%	37.0%	40.0%	42.0%	44.0%

4. 健康インセンティブ・健康づくり

■ 事業の概要

年度	令和6年度	担当部門	くらし保健課
背景	<ul style="list-style-type: none"> ● 健康的な生活習慣の獲得、健康診査の受診、保健指導の利用など、個々人の取り組みが健康づくりの基本となります。こうした個人の取り組みを促進するために、健康インセンティブが全国で進められています。 ● 自身の健康診断結果を含む健康に関する情報を提供することで、健康や医療に関する正しい情報を入手し、理解して活用できる力（ヘルスリテラシー）の向上を図ることも重要です。 ● 南種子町では、令和元年度より国保ヘルスアップよかよかポイント事業を開始し、住民の健康づくりの支援を行っています。しかし、取り組みを行う実施者の割合は増えず、利用の推進が求められています。 ● マイナポータルでは、過去の健診結果や受診歴などを閲覧でき、個人の健康づくりに活用できますが、まだ周知が十分でなく、これから広報などにて周知を図る必要があります。 		
目的	<ul style="list-style-type: none"> ● 国保ヘルスアップよかよかポイント事業ならびにマイナポータルの利用者を増加させ、被保険者および住民が健康に関心を持ち、健康づくりを推進することを目的とします。 		
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 対象：住民全体 国保ヘルスアップよかよかポイント事業においては、19～64歳の国保被保険者 65歳以上は元気度アップポイントを付与 ● 実施方法：ポイント付与保健事業に参加した実績に基づき、ポイントカード等に確認スタンプの押印をします。 蓄積したポイントを交換しようとする者は、ヘルスアップ事業ポイント交換申請書を記入し町長に交換の申出をします。 ポイント交換時アンケートを実施し、今後の事業に活用します。 ● ポイント及びインセンティブ： ポイントを付与する保健事業 町が実施する特定健診等（人間ドック含む）、特定健診結果報告会及び特定保健指導、がん検診（胃・肺・大腸・子宮・乳） 町が実施する健康教室、健康相談、重症化予防事業、二次検診 インセンティブ ポイントを蓄積した被保険者の申出に基づき、蓄積されたポイントに応じて南種子町スタンプ会が発行する商品券に交換。 令和6年度より商品券を電子地域通貨「あば！Pay」に交換することに変更。 ● マイナポータルの促進方法：促進のため広報などにおいて周知を進めます。 		
評価		備考（指標の定義、目標値、評価時期など）	
	アウトカム	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ポイント交換人数、率 ・利用者の生活習慣の変化 <p>【中長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健康診査受診者数、率 ・健康教室参加者数、率 ・被保険者、住民全体の生活習慣 	
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・健康インセンティブ登録者、利用者数、率 	
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の推移や特性の分析 ・対象事業参加者のうちポイント利用率 ・効果検証やデータ活用の有無 ・メディア等での掲載等の回数 ・協力機関での用紙の設置状況と配布枚数 ・住民の周知度 	
	ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・予算額 ・協力機関数 ・メンバー ・連携会議の実施（回数） 	

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時	目標値					
		R6	R7	R8（中間）	R9	R10	R11（最終）
健康ポイントの取り組みを行う実施者の割合の増加	(R4年度) ：7.59%	8.8%	10.0%	11.3%	12.5%	13.7%	15.0%

5. 適正受診・適正服薬

■ 事業の概要

年度	令和6年度	担当部門	くらし保健課
背景	<ul style="list-style-type: none"> ● 重複受診、頻回受診、重複服薬、多剤投与（ポリファーマシー）、併用禁忌は、医療費適正化の観点だけでなく、薬の副作用を予防する点からも重要です。 ● データヘルス計画の中で、これらを予防する適正受診・適正服薬の取り組みが進められています。 ● 南種子町では、平成30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ます。 		
目的	<ul style="list-style-type: none"> ● 重複受診、頻回受診、重複服薬、多剤投与（ポリファーマシー）、併用禁忌等の人に対して、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・服薬を減少させます。 		
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 対象：重複受診者は、同一月内に同一疾病の外来受診が4ヶ所以上あり、かつ、3ヶ月連続する者 頻回受診者は、同一月内に同一同一疾病で15日以上外来受診があり、かつ、3ヶ月連続する者 ● 事業実施の内容： <ol style="list-style-type: none"> ① 国保総合システムより重複多受診一覧表を毎月出力し、対象者を確認します。その際対象となるレセプトも合わせて点検します。 ② 対象者へ「お問い合わせ票」を送付し、内容の確認をします。 ③ ケースに応じて、電話や訪問による保健指導を実施します。 ④ 以下の場合は除外します。 慢性疼痛等、不眠やうつ状態有（レセプトの内容） 訪問による指導困難。 電話連絡後訪問予定とするが、不在や体調不良、拒否がある者 ⑤ ④で除外した対象者については、包括支援センター担当職員や、福祉事務所担当職員等と情報共有し、必要に応じて担当職員が個別訪問するなど状況把握を行います。 個人情報の観点より対象者本人からの「同意書」によりそれぞれの病院医師や薬剤師等との連携を図ることとします。 ● 普及啓発等：お薬手帳を一冊に集約する等町民への周知や広報を行います。 		
評価	評価指標		備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
	アウトカム	【短期】 ・通知後の改善割合	
		【中長期】 ・重複受診、頻回受診、重複服薬等の割合	
	アウトプット	・通知数、数 ・保健指導数、割合などの実績	
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・重複、多剤投与者等の概算の把握 ・対策実施による効果検証の実施 ・お薬手帳、ポリファーマシー等に関する普及、啓発の実施 ・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 		

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時	目標値					
		R6	R7	R8（中間）	R9	R10	R11（最終）
通知後の改善割合	(R4年度) : 30.0%	31.0%	32.0%	33.0%	34.0%	35.0%	36.0%

6. 後発(ジェネリック)医薬品促進

■ 事業の概要

年度	令和6年度	担当部門	くらし保健課
背景	<ul style="list-style-type: none"> ●医療費の適正化に当たり、その多くを占める薬剤費の伸びを抑制するため、後発（ジェネリック）医薬品の使用促進が行われています。国は、後発（ジェネリック）医薬品使用割合の目標を80%（数量シェア）と掲げています。 ●南種子町国保でも、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、平成30年度は81.9%で国の目標を達し、それ以降も微増を維持し、令和4年度88.2%に至っています。 		
目的	<ul style="list-style-type: none"> ●医療費適正化を推進するため、差額通知および普及啓発等の取組を通じて、後発（ジェネリック）医薬品の利用を促進し、その利用率を高めることを目的とします。 		
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●対象者の設定：後発医薬品切替による差額が200円以上の被保険者 ●通知等の方法：圧着ハガキ及びアンケートを同封し通知 ●実施スケジュール：3月、9月発送 国保総合システムより先発医薬品使用者名簿から差額通知発送後切替が行われているか翌月以降のレセプト等で確認します。 必要時個別アプローチも実施 ●普及啓発、情報提供：各種健康教室や「国保だより」での広報周知 ジェネリック医薬品推進カードの交付（保険証更新時配布） 町内薬局薬剤師との連携 ●評価：後発医薬品切替率や効果額による効果検証 		
評価	評価指標		備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
	アウトカム	【短期】	
		<ul style="list-style-type: none"> ●通知者の後発（ジェネリック）医薬品切替率 ●後発（ジェネリック）医薬品切替による医療費削減額 	
	アウトプット	【中長期】	
		<ul style="list-style-type: none"> ●後発（ジェネリック）医薬品の使用割合（使用割合の伸び、全自治体での順位含む） 	
<ul style="list-style-type: none"> ●差額通知数・率 ●相談・指導件数・率（相談・指導を実施している場合） ●後発（ジェネリック）医薬品希望シール・カード使用数・率 			
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ●後発（ジェネリック）医薬品の使用状況（年齢別、薬品別等）のデータ分析の有無 ●事業計画における数値目標の設定の有無 ●差額通知による切替状況の把握等の効果検証の有無 ●差額通知等における後発（ジェネリック）医薬品の品質などについての情報提供の有無 ●差額通知対象者や差額通知での情報提供の内容などの適切さについての検討と見直しの有無 ●後発（ジェネリック）医薬品希望シール・カード等の実施の有無 ●費用対効果・便益の検討の有無 		
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ●医師会、薬剤師会等を含む連携会議などの設置 ●後発（ジェネリック）医薬品の使用状況、事業の評価等のデータ分析を実施できる体制 ●予算の確保 		

※下線は重要な指標（KPI相当）

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時	目標値					
		R6	R7	R8（中間）	R9	R10	R11（最終）
後発医薬品の使用割合 80%以上	(R4年度) : 88.2%	88.4%	88.6%	88.7%	88.8%	88.9%	90.0%

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。
- 暮らし保健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. 目標管理一覽

課題を解決するための目標	初期値			中間 評価値			最終評価 目標値
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
入院医療費の伸び率を国並みの10%とする	-7.9%						
必要な医療勧奨を行い，入院外医療費を伸ばす10%	1.1%						
脳血管疾患の総医療費に占める割合10%減少	1.46%						
虚血性心疾患の総医療費に占める割合10%減少	0.77%						
糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少10%	2.56%						
特定保健指導対象者の割合	12.2%	11.8%	11.4%	11.1%	10.7%	10.3%	10.0%
メタボリックシンドローム・予備群の割合	32.5%	31.0%	29.5%	28.0%	27.0%	26.0%	25.0%
健診受診者の高血圧の割合減少25% (160/100mmHg以上)	7.4%	7.0%	6.7%	6.5%	6.1%	5.8%	5.5%
健診受診者の脂質異常者の割合減少25% (LDL160mg/dL以上)	10.8%	10.3%	9.8%	9.4%	8.9%	8.4%	8.0%
健診受診者の高血糖の割合減少25% (HbA1c6.5%以上)	12.5%	12.0%	11.5%	11.0%	10.5%	10.0%	9.5%
健診受診者のHbA1c8.0%以上で未治療者の割合減少	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合50%	66.7%	67.0%	68.0%	69.0%	70.0%	70.0%	70.0%
糖尿病の保健指導を実施した割合	33.3%	35.0%	36.0%	37.0%	38.0%	39.0%	40.0%
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	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
特定健診受診率60%以上	48.4%	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%
特定保健指導実施率60%以上	60.6%	62.0%	64.0%	66.0%	68.0%	70.0%	70.0%
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率25%	42.9% H30-R4 27.0%	28.5%	30.0%	31.0%	32.5%	34.0%	35.0%
がん検診受診率 胃がん検診20%以上	7.0%	15.0%	23.0%	31.0%	40.0%	42.0%	44.0%
肺がん検診30%以上	11.9%	19.0%	26.0%	33.0%	40.0%	42.0%	44.0%
大腸がん検診20%以上	12.2%	19.0%	25.0%	31.0%	40.0%	42.0%	44.0%
子宮頸がん検診20%以上	17.5%	23.0%	28.5%	34.0%	40.0%	42.0%	44.0%
乳がん検診30%以上	26.0%	30.0%	34.0%	37.0%	40.0%	42.0%	44.0%
健康ポイントの取組みを行う実施者の割合の増加	7.59%	8.8%	10.00%	11.30%	12.50%	13.70%	15.0%
後発医薬品の使用割合80%以上	88.2%	88.4%	88.6%	88.7%	88.8%	88.9%	90.0%

第7章 その他

1. 計画の公表・周知

- 本計画は、南種子町ホームページで公表し、周知いたします。

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。
- 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に渡す場合には、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。

第8章 資料

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた南種子町の位置

R04年度

項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	① 人口構成	総人口		5,439		1,680,058		1,543,466	123,214,261	KDB_NO.5			
		65歳以上（高齢化率）		1,963	36.1	662,426	39.4	505,891	32.8	35,335,805	28.7	人口の状況	
		75歳以上		1,091	20.1	--	--	262,354	17.0	18,248,742	14.8	KDB_NO.3	
		65～74歳		872	16.0	--	--	243,537	15.8	17,087,063	13.9	健診・医療・介護データからみる	
		40～64歳		1,892	34.8	--	--	492,960	31.9	41,545,893	33.7	地域からの健康課題	
	39歳以下		1,584	29.1	--	--	544,615	35.3	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業		30.1		17.0		9.5		4.0	KDB_NO.3		
		第2次産業		11.6		25.3		19.4		25.0	健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
		第3次産業		58.2		57.7		71.1		71.0			
	③ 平均寿命	男性		79.6		80.4		80.0		80.8			
女性		87.0		86.9		86.8		87.0	KDB_NO.1				
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		79.0		79.5		79.4		80.1	地域全体像の把握			
	女性		85.9		84.2		84.3		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)		男性		108.4		103.1		103.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				女性		103.9		101.3		99.7			
		死因	がん		26	48.1	7,089	46.3	5,358	47.1	378,272		50.6
			心臓病		9	16.7	4,562	29.8	3,295	29.0	205,485		27.5
			脳疾患		12	22.2	2,404	15.7	1,726	15.2	102,900		13.8
			糖尿病		0	0.0	283	1.8	244	2.1	13,896		1.9
			腎不全		2	3.7	622	4.1	471	4.1	26,946		3.6
	自殺		5	9.3	346	2.3	270	2.4	20,171	2.7			
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計										厚労省HP	
		男性										人口動態調査	
女性													
3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）		294	15.5	127,161	19.4	101,053	20.1	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者		4	0.2	2,078	0.3	1,591	0.3	110,289	0.3		
		介護度別 総件数	要支援1.2		506	6.5	365,856	13.2	358,656	15.3	21,785,044		12.9
			要介護1.2		3,108	39.7	1,297,770	46.8	1,063,368	45.3	78,107,378		46.3
			要介護3以上		4,210	53.8	1,111,908	40.1	923,149	39.4	68,963,503		40.8
		2号認定者		7	0.37	2,073	0.39	1,817	0.37	156,107	0.38		
	② 有病状況	糖尿病		79	24.1	30,162	22.6	25,071	23.7	1,712,613	24.3		
		高血圧症		174	55.7	71,773	54.3	61,694	59.0	3,744,672	53.3		
		脂質異常症		75	22.5	39,654	29.6	34,712	32.8	2,308,216	32.6		
		心臓病		194	62.8	80,304	60.9	69,819	66.9	4,224,628	60.3		
		脳疾患		83	27.9	30,910	23.8	32,194	31.3	1,568,292	22.6		
		がん		33	9.5	14,782	11.0	12,898	12.3	837,410	11.8		
		筋・骨格		171	54.6	71,540	54.1	63,601	61.0	3,748,372	53.4		
	精神		153	45.7	49,589	37.8	44,293	42.7	2,569,149	36.8			
	③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		282,782	555,101,684	314,188	208,126,001,519	316,197	159,961,256,470	290,668	10,074,274,226,869		
		1件当たり給付費（全体）		70,949		74,986		68,209		59,662			
		居宅サービス	施設サービス		52,645		43,722		44,980		41,272		
施設サービス			272,961		289,312		298,436		296,364				
④ 医療費等		要介護認定別		認定あり		12,388		9,224		10,143		8,610	
		医療費（40歳以上）		認定なし		6,050		4,375		4,611		4,020	
4	① 国保の状況	被保険者数		65～74歳		740	50.2			172,817	48.4	11,129,271	40.5
				40～64歳		486	32.9			107,061	30.0	9,088,015	33.1
				39歳以下		249	16.9			76,830	21.5	7,271,596	26.5
				加入率		27.1		25.6		23.1		22.3	
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		1	0.7	150	0.4	234	0.7	8,237	0.3		
		診療所数		3	2.0	1,147	2.7	1,368	3.8	102,599	3.7		
		病床数		62	42.0	15,964	37.4	32,164	90.2	1,507,471	54.8		
		医師数		4	2.7	1,780	4.2	4,653	13.0	339,611	12.4		
		外来患者数		506.0		692.2		755.6		687.8			
		入院患者数		27.9		22.7		30.3		17.7			
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費		380,660	県内51位 同規模117位	376,732		444,085		339,680		KDB_NO.3	
		受診率		533.901		714.851		785.808		705.439		健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		外来	費用の割合		49.8		56.3		52.0		60.4		
件数の割合			94.8		96.8		96.2		97.5				
入院		費用の割合		50.2		43.7		48.0		39.6			
		件数の割合		5.2		3.2		3.8		2.5			
1件あたり在院日数		15.5日		16.4日		18.4日		15.7日			地域全体像の把握		

4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源 傷病名(調剤 含む)	がん	67,729,620	22.8	31.3	27.4	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介 護データからみ る地域の健康 課題				
			慢性腎不全(透析あり)	58,912,060	19.8	7.2	10.1	8.2					
			糖尿病	30,517,550	10.3	11.3	9.5	10.4					
			高血圧症	14,558,810	4.9	6.6	5.4	5.9					
			脂質異常症	7,483,290	2.5	3.8	3.0	4.1					
			脳梗塞・脳出血	8,193,600	2.8	3.9	4.6	3.9					
			狭心症・心筋梗塞	4,295,300	1.4	2.8	2.8	2.8					
			精神	31,256,780	10.5	14.9	18.2	14.7					
	筋・骨格	71,184,460	23.9	17.3	18.0	16.7							
	⑤	医療費分析 一人当たり医 療費/入院医 療費に占める 割合	入院	高血圧症	18	0.0	430	0.3	449	0.2	256	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費 分析(中分 類)
				糖尿病	885	0.5	1,426	0.9	1,980	0.9	1,144	0.9	
				脂質異常症	--	--	69	0.0	81	0.0	53	0.0	
				脳梗塞・脳出血	4,835	2.5	6,762	4.1	8,934	4.2	5,993	4.5	
				虚血性心疾患	4,484	2.3	4,422	2.7	5,262	2.5	3,942	2.9	
		腎不全	10,735	5.6	4,755	2.9	8,626	4.0	4,051	3.0			
		医療費分析 一人当たり医 療費/外来医 療費に占める 割合	外来	高血圧症	9,852	5.2	12,793	6.0	12,272	5.3	10,143	4.9	
				糖尿病	20,096	10.6	21,925	10.3	20,864	9.0	17,720	8.6	
				脂質異常症	5,073	2.7	7,608	3.6	6,969	3.0	7,092	3.5	
				脳梗塞・脳出血	720	0.4	943	0.4	1,546	0.7	825	0.4	
虚血性心疾患				1,589	0.8	1,933	0.9	2,274	1.0	1,722	0.8		
腎不全	33,976			17.9	16,719	7.9	25,661	11.1	15,781	7.7			
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者	健診受診者	4,205		3,122		3,342		2,031	KDB_NO.3 健診・医療・介 護データからみ る地域の健康 課題		
			健診未受診者	10,156		12,911		14,258		13,295			
		生活習慣病対象 者	健診受診者	17,216		9,063		9,072		6,142			
			健診未受診者	41,575		37,482		38,697		40,210			
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	313	58.1	81,311	58.1	59,555	55.9	3,698,441	56.9	KDB_NO.1 地域全体像の 把握		
		医療機関受診率	262	48.6	73,037	52.2	55,033	51.6	3,375,719	51.9			
		医療機関非受診率	51	9.5	8,274	5.9	4,522	4.2	322,722	5.0			
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮	特定健診の 状況 県内市町村数 45市町村 同規模 市区町村数 240市町村 メタボ該当・ 予備群レ ベル	健診受診者	539		139,850		106,558		6,503,152	KDB_NO.3 健診・医療・介 護データからみ る地域の健康 課題 KDB_NO.1 地域全体像の 把握		
			受診率	48.3	県内21位 同規模92位	44.7	42.2	全国12位	35.3				
			特定保健指導終了者(実施率)	29	42.6	2678	16.0	3,003	28.1	69,327		9.0	
			非肥満高血糖	70	13.0	14,190	10.1	10,004	9.4	588,083		9.0	
			メタボ	該当者	104	19.3	30,227	21.6	32,256	21.8		1,321,197	20.3
				男性	69	25.3	21,300	32.1	15,707	33.2		923,222	32.0
				女性	35	13.2	8,927	12.1	7,549	12.8		397,975	11.0
			予備群	男性	71	13.2	16,236	11.6	12,927	12.1		730,607	11.2
				女性	49	17.9	11,464	17.3	8,642	18.2		515,813	17.9
			メタボ	男性	22	8.3	4,772	6.5	4,285	7.2		214,794	5.9
				女性	22	8.3	4,772	6.5	4,285	7.2		214,794	5.9
			BMI	総数	189	35.1	51,122	36.6	40,073	37.6		2,273,296	35.0
				男性	125	45.8	35,935	54.2	26,835	56.7		1,592,747	55.3
			BMI	女性	64	24.1	15,187	20.6	13,238	22.4		680,549	18.8
				男性	35	6.5	8,128	5.8	5,250	4.9		304,276	4.7
			BMI	男性	10	3.7	1,372	2.1	764	1.6		48,780	1.7
				女性	25	9.4	6,756	9.2	4,486	7.6		255,496	7.1
			血糖のみ	予備群レ ベル	5	0.9	963	0.7	788	0.7		41,541	0.6
				血糖のみ	49	9.1	11,851	8.5	9,545	9.0		514,593	7.9
脂質のみ	17	3.2		3,422	2.4	2,594	2.4	174,473	2.7				
血糖・血圧	16	3.0		5,115	3.7	4,031	3.8	193,722	3.0				
血糖・脂質	6	1.1		1,475	1.1	1,133	1.1	67,212	1.0				
血圧・脂質	42	7.8		13,535	9.7	10,450	9.8	630,648	9.7				
血糖・血圧・脂質	40	7.4		10,102	7.2	7,642	7.2	429,615	6.6				
高血圧	199	36.9		55,201	39.5	47,132	44.2	2,324,538	35.8				
服薬	糖尿病	70	13.0	14,674	10.5	12,307	11.6	564,473	8.7				
	脂質異常症	141	26.2	38,748	27.7	30,413	28.5	1,817,350	28.0				
	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	14	2.6	4,389	3.3	4,949	4.7	199,003	3.1				
既往 歴	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	26	4.8	8,295	6.2	7,419	7.1	349,845	5.5				
	腎不全	8	1.5	1,283	0.9	1,880	1.8	51,680	0.8				
	貧血	47	8.7	12,237	9.0	8,234	7.8	669,737	10.6				
③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	喫煙 週3回以上朝食を抜く 週3回以上食後間食(～H29) 週3回以上就寝前夕食(H30～) 週3回以上就寝前夕食 食べる速度が速い 20歳時体重から10kg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 睡眠不足 毎日飲酒 時々飲酒 日 飲 酒	1合未満	137	48.9	53,892	59.9	40,060	62.9	2,851,798	64.2	KDB_NO.1 地域全体像の 把握		
		1～2合	107	38.2	23,850	26.5	18,006	28.3	1,053,317	23.7			
		2～3合	30	10.7	9,375	10.4	4,817	7.6	414,658	9.3			
		3合以上	6	2.1	2,835	3.2	813	1.3	122,039	2.7			
		週3回以上朝食を抜く	67	12.4	11,378	8.6	9,484	9.0	609,166	10.3			
		週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
		週3回以上就寝前夕食(H30～)	134	24.9	21,660	16.4	18,414	17.6	932,218	15.7			
		週3回以上就寝前夕食	134	24.9	21,660	16.4	18,414	17.6	932,218	15.7			
		食べる速度が速い	173	32.1	35,108	26.4	26,948	25.7	1,590,713	26.8			
		20歳時体重から10kg以上増加	196	36.4	47,632	35.8	37,872	36.1	2,083,152	34.9			
		1回30分以上運動習慣なし	370	68.6	86,948	65.2	59,633	56.9	3,589,415	60.3			
		1日1時間以上運動なし	281	52.1	62,532	46.9	47,988	45.8	2,858,913	48.0			
		睡眠不足	126	23.4	32,230	24.3	23,137	22.1	1,521,685	25.6			
		毎日飲酒	153	28.4	35,947	26.5	26,824	25.6	1,585,206	25.5			
時々飲酒	125	23.2	28,605	21.1	22,580	21.5	1,393,154	22.4					

何の疾患で介護保険を受けているのか

★KDBで出力可能な帳票NO

R04年度

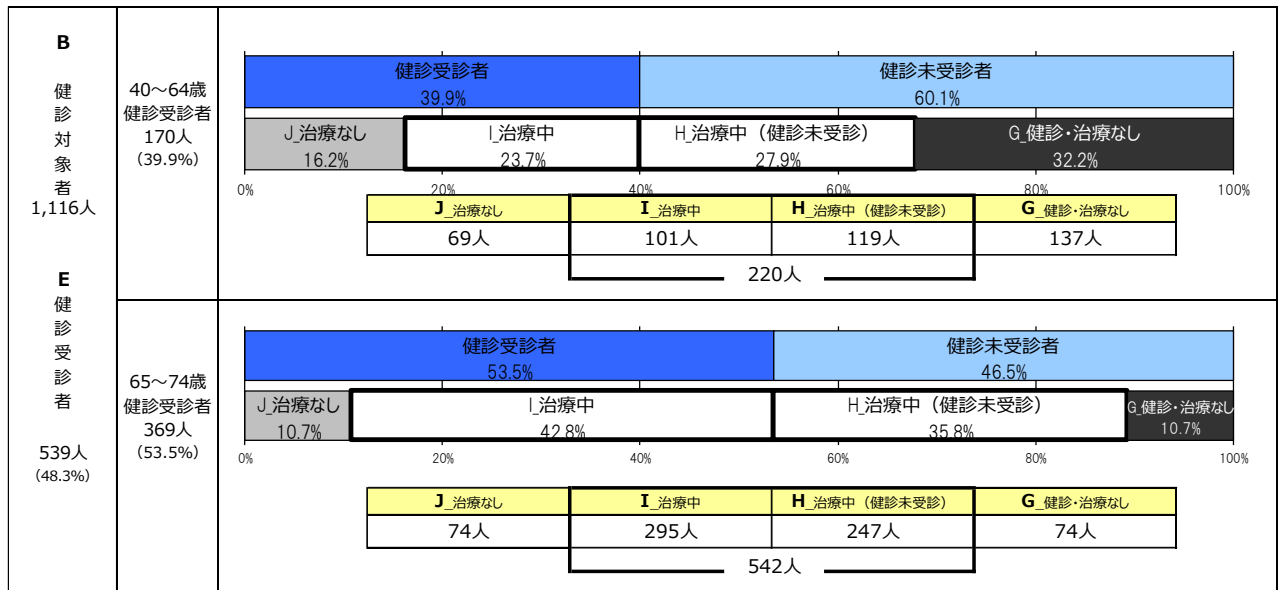
要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計			
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
	被保険者数		1,892人		872人		1,091人		1,963人		3,855人	
	認定者数		7人		23人		271人		294人		301人	
	認定率		0.37%		2.6%		24.8%		15.0%		7.8%	
	新規認定者数 (*1)		0人		5人		34人		39人		39人	
介護度別人数	要支援1・2		3	42.9%	2	8.7%	35	12.9%	37	12.6%	40	13.3%
	要介護1・2		4	57.1%	4	17.4%	99	36.5%	103	35.0%	107	35.5%
	要介護3～5		0	0.0%	17	73.9%	137	50.6%	154	52.4%	154	51.2%
要介護突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号				合計			
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
	介護件数 (全体)		7		23		271		294		301	
	再) 国保・後期		6		20		256		276		282	
有病状況 ※レセプトの診断名より重複して計上	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		割合	割合
	循環器疾患	1	脳卒中	2	脳卒中	13	脳卒中	129	脳卒中	142	脳卒中	144
				33.3%		65.0%		50.4%		51.4%		51.1%
		2	虚血性心疾患	2	虚血性心疾患	7	虚血性心疾患	108	虚血性心疾患	115	虚血性心疾患	117
				33.3%		35.0%		42.2%		41.7%		41.5%
	3	腎不全	1	腎不全	5	腎不全	62	腎不全	67	腎不全	68	
			16.7%		25.0%		24.2%		24.3%		24.1%	
	4	糖尿病合併症	1	糖尿病合併症	2	糖尿病合併症	31	糖尿病合併症	33	糖尿病合併症	34	
			16.7%		10.0%		12.1%		12.0%		12.1%	
基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			4	基礎疾患	17	基礎疾患	238	基礎疾患	255	基礎疾患	259	
血管疾患合計			4	合計	18	合計	245	合計	263	合計	267	
			66.7%	90.0%	95.7%	95.3%	94.7%					
認知症		認知症	2	認知症	10	認知症	172	認知症	182	認知症	184	
			33.3%		50.0%		67.2%		65.9%		65.2%	
筋・骨格疾患		筋骨格系	5	筋骨格系	19	筋骨格系	248	筋骨格系	267	筋骨格系	272	
			83.3%		95.0%		96.9%		96.7%		96.5%	

*1) 新規認定者についてはNO.49_要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000	12,000	14,000	
要介護認定者医療費 (40歳以上)								12,388	
要介護認定なし医療費 (40歳以上)				6,050					



○G_健診・治療のない人は重症化しているかどうか、実態がわからない。まずは健診の受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行い、健診のリピーターを増やす

費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

