

第3期 国民健康保険
保健事業実施計画（データヘルス計画）

令和6年3月
伊佐市

目 次

第1章 計画の基本的事項

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

1. 伊佐市の特性 …… 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 24
4. 健康課題のまとめ …… p 27

第3章 データヘルス計画の目的と方策

1. 計画の目的 …… p 28
2. 目的を達成させる事業 …… p 28

第4章 第4期特定健康診査等実施計画

1. 特定健康診査 …… p 29
2. 特定保健指導 …… p 30

第5章 個別保健事業

1. 糖尿病性腎症重症化予防事業 …… p 31
2. 重症化予防・受診勧奨事業 …… p 32
3. がん検診 …… p 33
4. 歯周病検診 …… p 34
5. 健康インセンティブ・健康づくり …… p 35
6. 適正服薬事業 …… p 36
7. 後発（ジェネリック）医薬品 …… p 37
8. 地域包括ケア・一体的実施事業 …… p 38

第6章 評価・見直し

1. 評価の基本的事項 …… p 39

2. 計画全体の評価と見直し …… p 39

第7章 その他

1. 計画の公表・周知 …… p 40

2. 個人情報の保護 …… p 40

3. 個人情報の取扱い …… p 40

第8章 資料 …… p 41

第 1 章 計画の基本的事項

1. 制度の背景

平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされました。

これまでも、保険者においては健康情報や統計資料等を活用することにより、「特定健康診査等実施計画」の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたところですが、今後はさらなる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを蓄積・活用しながら、被保険者をリスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅する保健事業を進めていくことが求められています。

こうした背景を踏まえ、国は、国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）第 82 条第 4 項の規定に基づき、平成 26 年 3 月、国民健康保険法に基づく「保健事業の実施等に関する指針（平成 16 年厚生労働省告示第 307 号）」の一部を改正する等により、健康・医療情報を活用して P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うよう指導しています。

伊佐市では、生活習慣病の発症予防や重症化予防をはじめとする被保険者の健康保持増進を図ることを目的に平成 27 年 3 月に「データヘルス計画（第 1 期計画）」を策定しました。平成 30 年 3 月には、第 1 期計画の評価・見直しを実施し、「データヘルス計画（第 2 期計画）」を策定し、保健事業の実施及び評価を行っています。この度、第 2 期データヘルス計画の計画期間終了に伴い、当該計画の評価・見直しを行い、改定した第 3 期データヘルス計画を策定することで、引き続き、被保険者の健康保持増進を図る保健事業の実施・評価、見直しを行います。

なお、これまでは、特定健診・特定保健指導については、特定健康診査等実施計画の中で進められてきましたが、今回、データヘルス計画に含めるものとします。

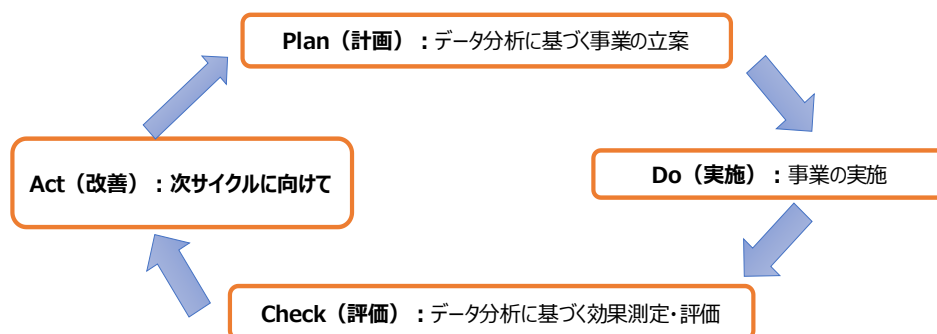
2. 他計画との関係性（保健事業）

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

3. 目的

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

■ PDCAサイクルに沿ったデータヘルス計画策定



4. 計画期間

鹿児島県における医療費適正化計画や医療計画等の次期計画期間との整合性を図るため、計画期間を令和6年度（2024年度）から令和11年度（2029年度）までの6年間とします。

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

- 計画は保健課が実施主体となり、計画立案、進捗管理、評価と見直し等を行います。（実施主体）
- 計画については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、長寿介護課と連携しながら、健康診断、保健指導等を実施します。（伊佐市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。（三師会と連携等）
- 鹿児島県や保健所、国民健康保険団体連合会（保健事業支援・評価委員会含む）等から支援を得て、効果的な保健指導の実施に努めます。（都道府県、保健所、国保連合会等）

■実施体制・関係者との連携と役割

実施体制機関		主な連携と役割
実施主体	伊佐市 保健課	● 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 ● 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
伊佐市 内連携	長寿介護課	● 介護保健事業計画との調整 ● 地域包括ケア・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施等での連携 ● データや分析結果の共有
行 政	鹿児島県・ 保健所	● 関係機関との連絡調整や専門職の派遣・助言等の技術的な支援、情報提供等 ● 都道府県関係課あるいは他の保険者との意見交換の場の設定 ● 現状分析のために都道府県が保有するデータの提供

実施体制機関		主な連携と役割
保健医療関係者	医師会、 歯科医師会、 薬剤師会、 看護協会等	● 計画策定、評価・見直し等への助言 ● 健康診断、保健指導への協力 ● 日常的な意見交換や情報提供
	学識経験者等	● 計画策定、評価・見直し等への助言
保険関係機関	後期高齢者医療 広域連合	● 地域包括ケア・一体的実施での協力 ● データや分析結果の共有、国保から後期高齢者医療のデータ突合の推進
	国民健康保険 団体連合会	● KDB 等のデータ分析やデータ提供に関する支援 ● 研修会等での人材育成、情報提供 ● 保健事業支援・評価委員会からの支援
	保険者協議会	● 他の市町村国保、国保組合、被用者保険と健診・医療情報やその分析結果、健康課題、保健事業の実施状況等を共有 ● 保険者間で連携した保健事業の展開
被保険者	—	● 地域組織等を含む被保険者との意見交換や情報提供 ● 国保運営協議会等への参画 ● 健診の受診勧奨や保健指導の利用勧奨等への協力

第2章 現状の整理

1. 伊佐市の特性

(1) 地理的特性や人口構成について

鹿児島県伊佐市は、鹿児島県・宮崎県・熊本県の県境に位置する、県本土最北の市です。また、周囲を九州山地に囲まれた盆地を形成しており、平地の中央部を川内川とその支流が流れ、これらの水系を中心として広大な水田がひらけています。

令和2年国勢調査による人口は24,453人で、平成27年（26,810人）からの5年間で2,357人減少し、減少率は8.8%となっています。

令和4年の人口は、年少人口（15歳未満）と生産年齢人口（15歳以上65歳未満人口）の合計は約6割ですが、令和27年の人口では、5割以下となり、若年層の減少が予想されます。

(2) 被保険者の年齢構成・性別

国民健康保険の加入率は、令和4年度で伊佐市の人口全体に占める割合は、24.1%となっています。被保険者数は、平成29年から減少傾向にあります。年齢階級別でみると、65歳以上の定年退職後以降の加入者が全体の56.4%を占めています。

■伊佐市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
24,410人	41.6%	5,875人	24.1%

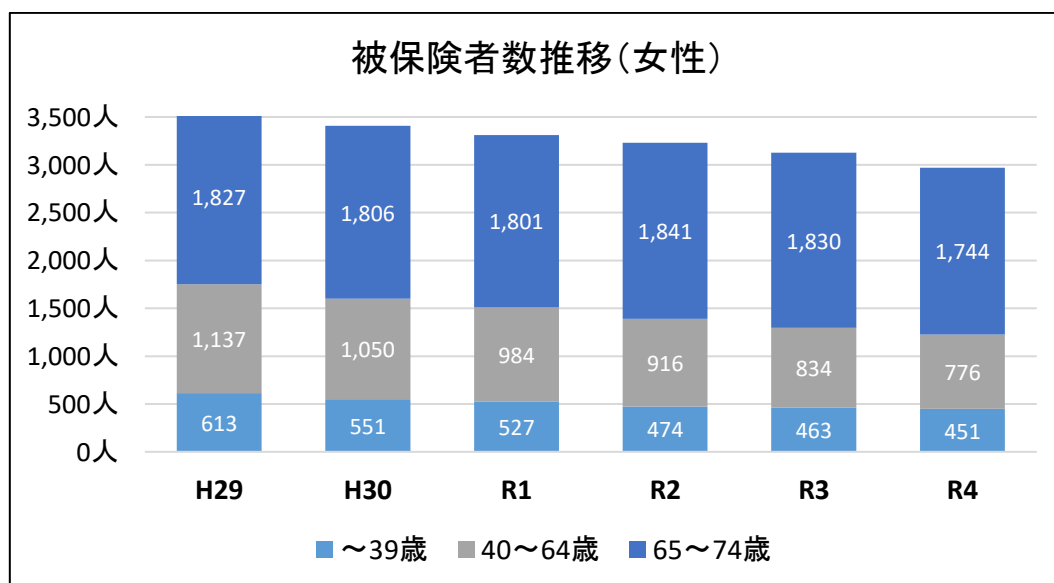
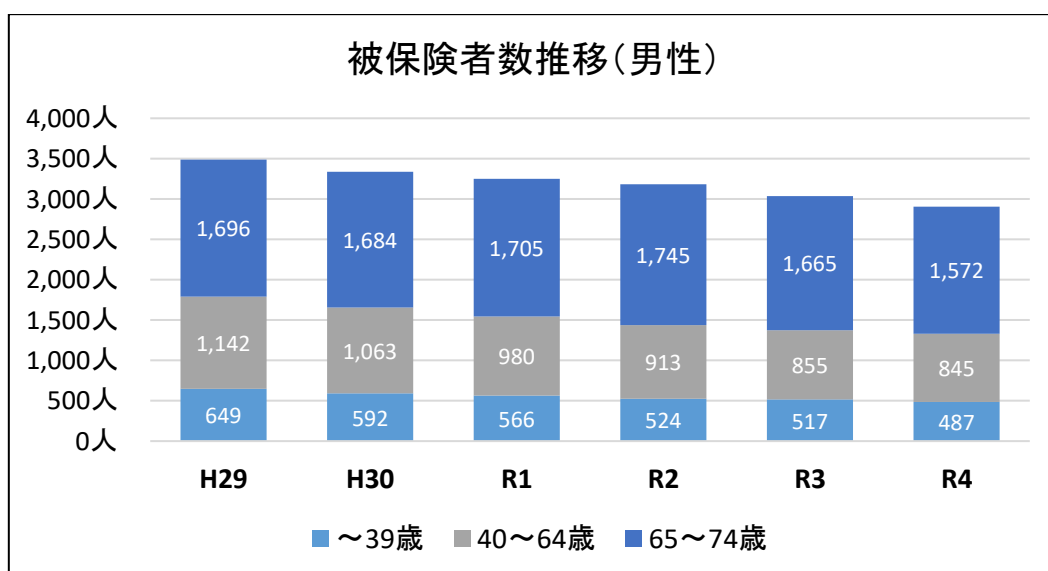
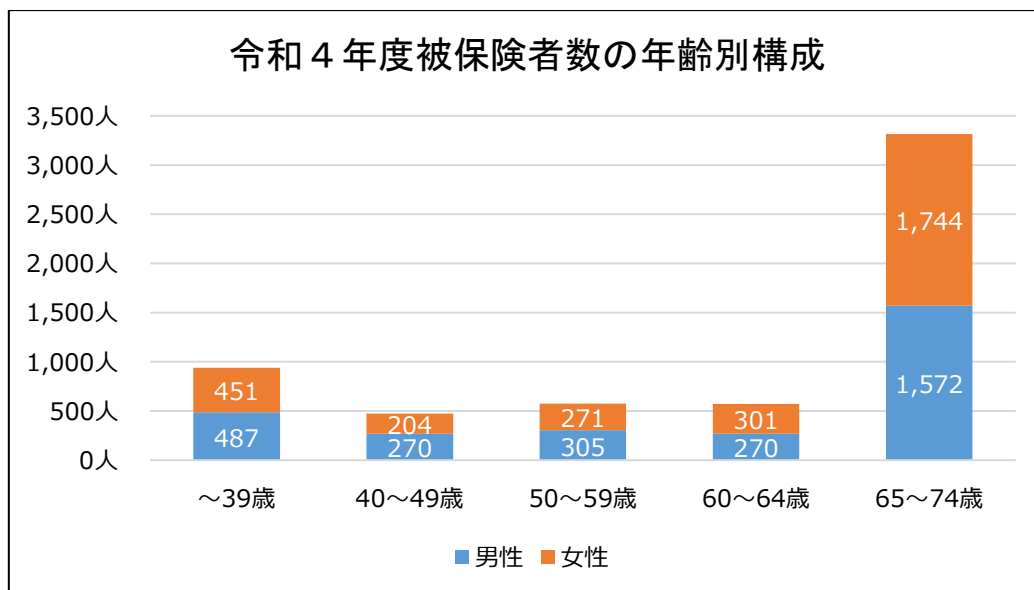
※KDBシステム（健診・医療・介護からみる地域の健康課題）より

■被保険者数 経年推移（男女別・年齢階級別）

（単位：人）

伊佐市	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	649	1,142	1,696	613	1,137	1,827	1,262	2,279	3,523	7,064
H30	592	1,063	1,684	551	1,050	1,806	1,143	2,113	3,490	6,746
R1	566	980	1,705	527	984	1,801	1,093	1,964	3,506	6,563
R2	524	913	1,745	474	916	1,841	998	1,829	3,586	6,413
R3	517	855	1,665	463	834	1,830	980	1,689	3,495	6,164
R4	487	845	1,572	451	776	1,744	938	1,621	3,316	5,875

※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

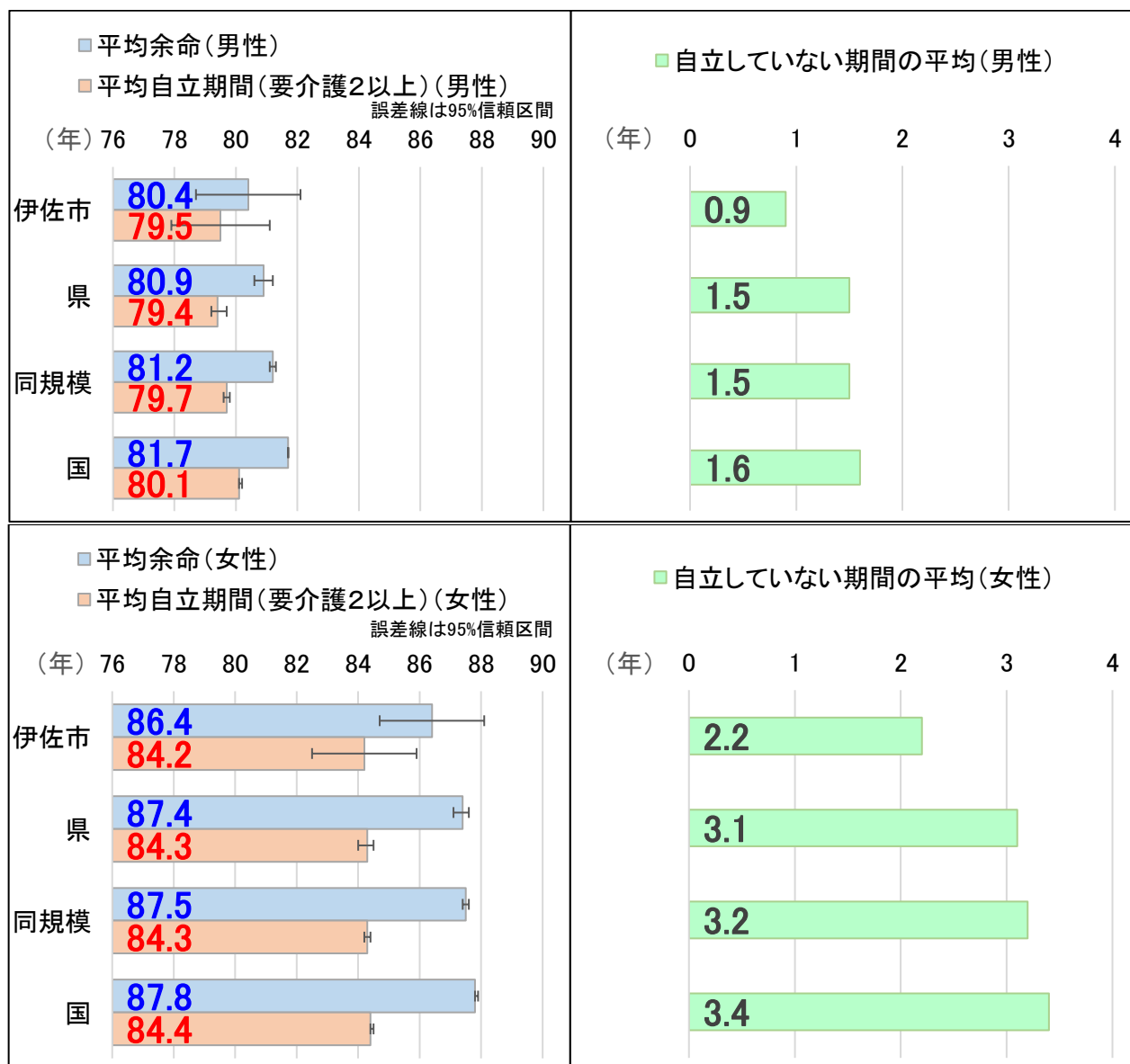
2. 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出

(1) 健康・医療情報等の分析

①平均余命・平均自立期間の国・県等との比較

伊佐市の平均余命をみると、令和4年度で男性80.4歳、女性86.4歳。平均自立期間は、男性79.5歳、女性84.2歳となっており、鹿児島県、全国と比較してもほとんど差はみられません。不健康期間（自立していない期間の平均）については、全体的に女性が男性の約2倍となっています。

■ 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。

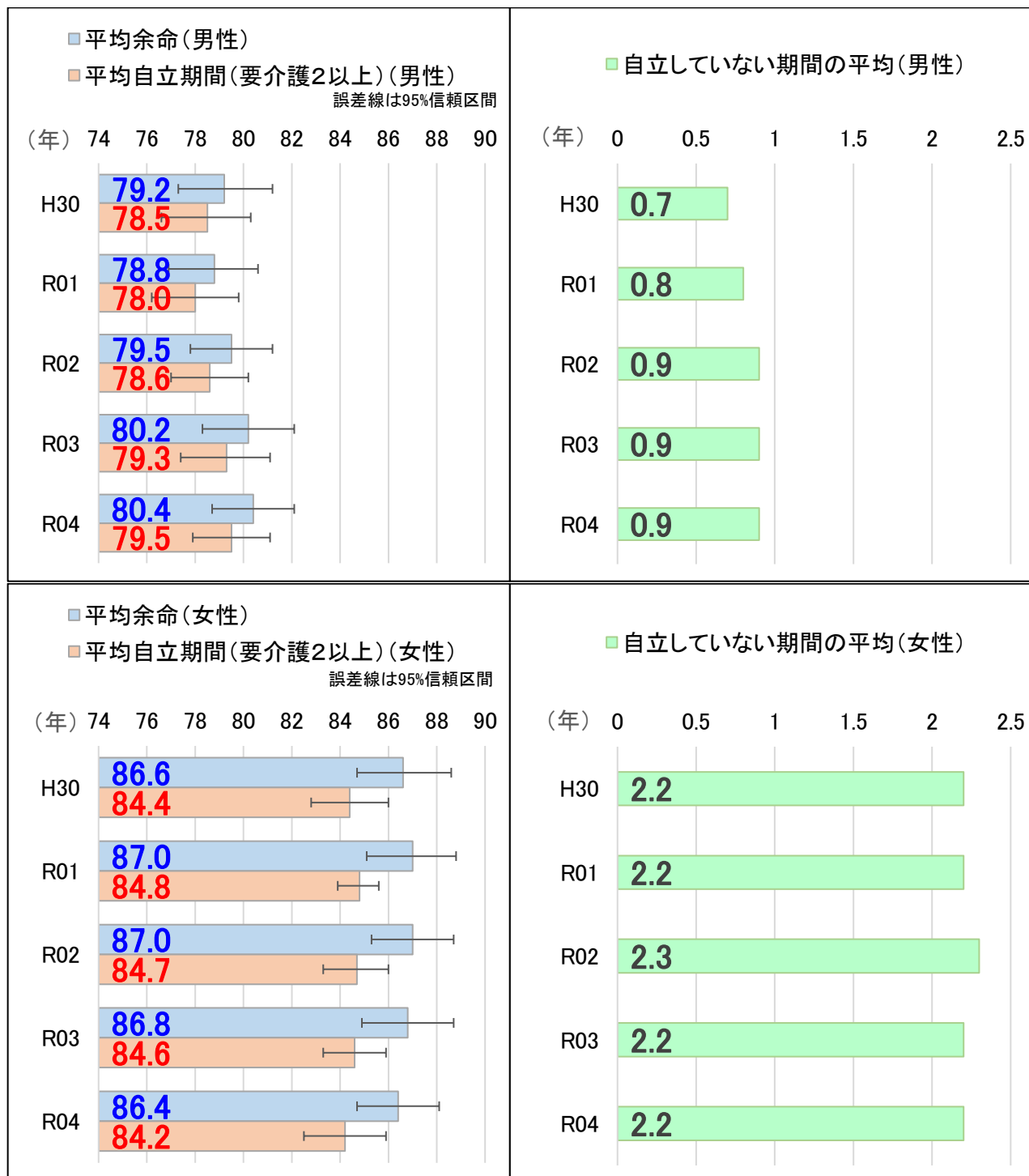
※ 平均自立期間とは、要介護2以上になる平均年齢です。

※ 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。

②伊佐市の平均余命・平均自立期間の経年推移

男性の平均余命は、年々長くなっており、令和4年度は過去5年間で最長となっています。

■ 伊佐市の平均余命・平均自立期間の経年推移（平成30年度～令和4年度）



③標準化死亡比

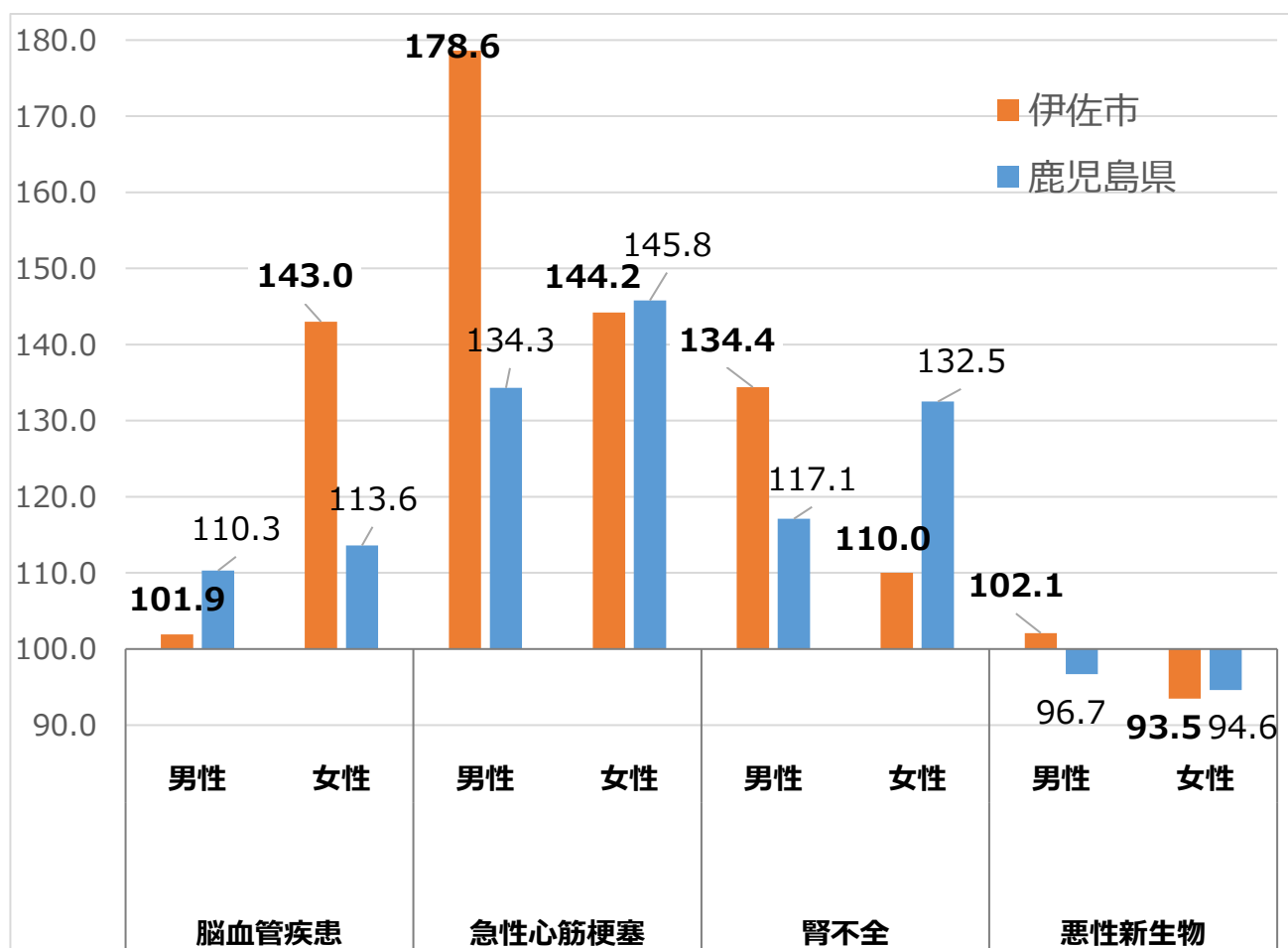
平成 29 年から令和 3 年の標準化死亡比（SMR）において、県と比較して男性は急性心筋梗塞、腎不全、女性は脳血管疾患が高い状況です。

■ 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	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
伊佐市	101.9	143.0	178.6	144.2	134.4	110.0	102.1	93.5
鹿児島県	110.3	113.6	134.3	145.8	117.1	132.5	96.7	94.6

※鹿児島県健康増進課統計より

※SMRとは、全国の年齢構成ごとの死亡率を伊佐市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。



④疾病別死因割合

伊佐市における主な疾病別死因を鹿児島県及び全国と比較すると、心臓病、脳疾患の割合が高くなっています。

■ 疾病別死因割合（令和 4 年度（累計））

疾病項目	伊佐市		鹿児島県	全国
	人数	割合		
悪性新生物	109 人	39.4%	47.1%	50.6%
心臓病	103 人	37.2%	29.0%	27.5%
脳疾患	54 人	19.5%	15.2%	13.8%
糖尿病	2 人	0.7%	2.1%	1.9%
腎不全	6 人	2.2%	4.1%	3.6%
自殺	3 人	1.1%	2.4%	2.7%
合 計	277 人			

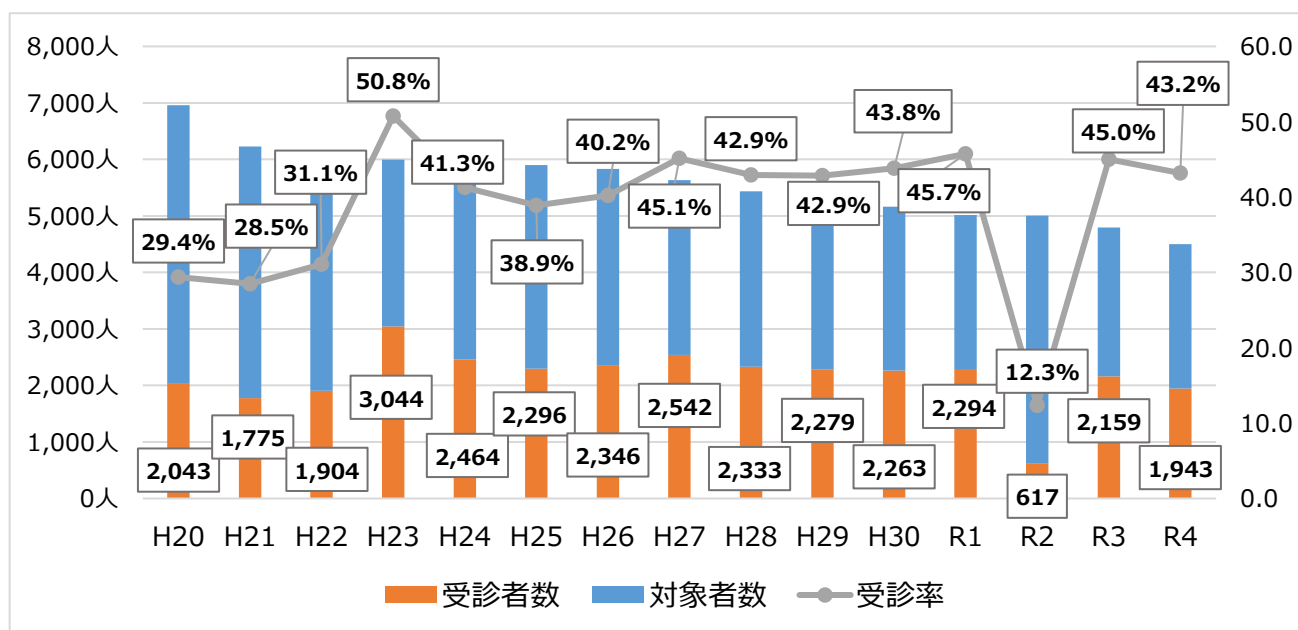
※KDB システム（地域の全体像の把握）より

（ 2 ） 健診状況

①特定健診受診状況の経年推移

特定健診の状況を、制度が開始した平成 20 年度から令和 4 年度までの推移をみると、健診対象者数は、年々微減しています。健診受診率は、令和 2 年度は新型コロナウイルス感染症の影響があり一時減少しましたが、令和 4 年度は 43.2%の受診率となっています。

■ 特定健診受診状況の経年推移（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

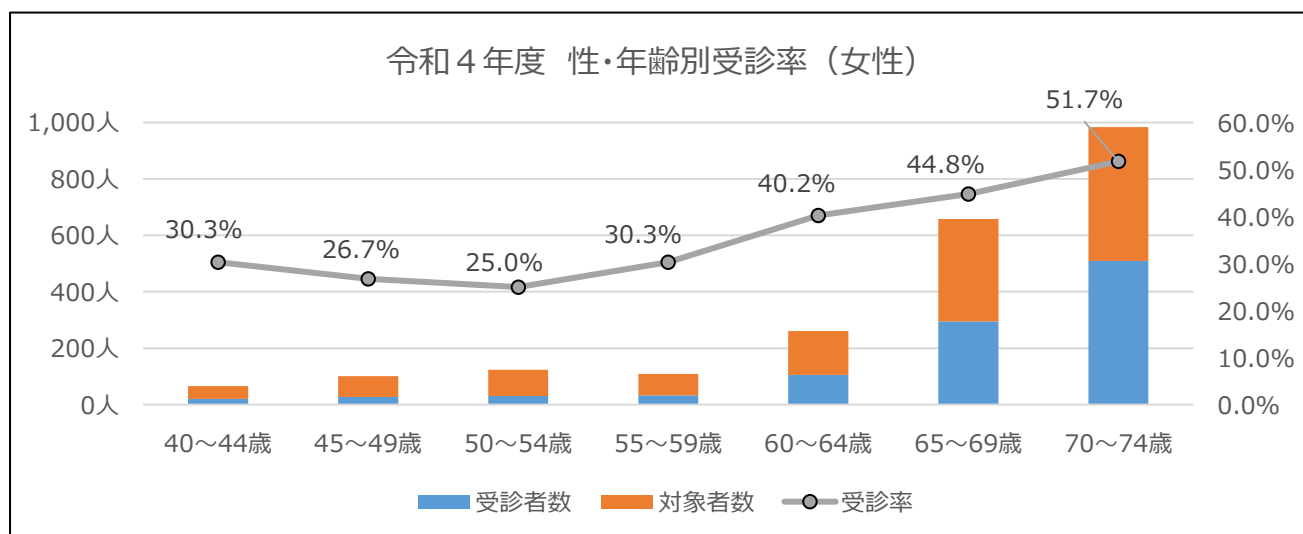
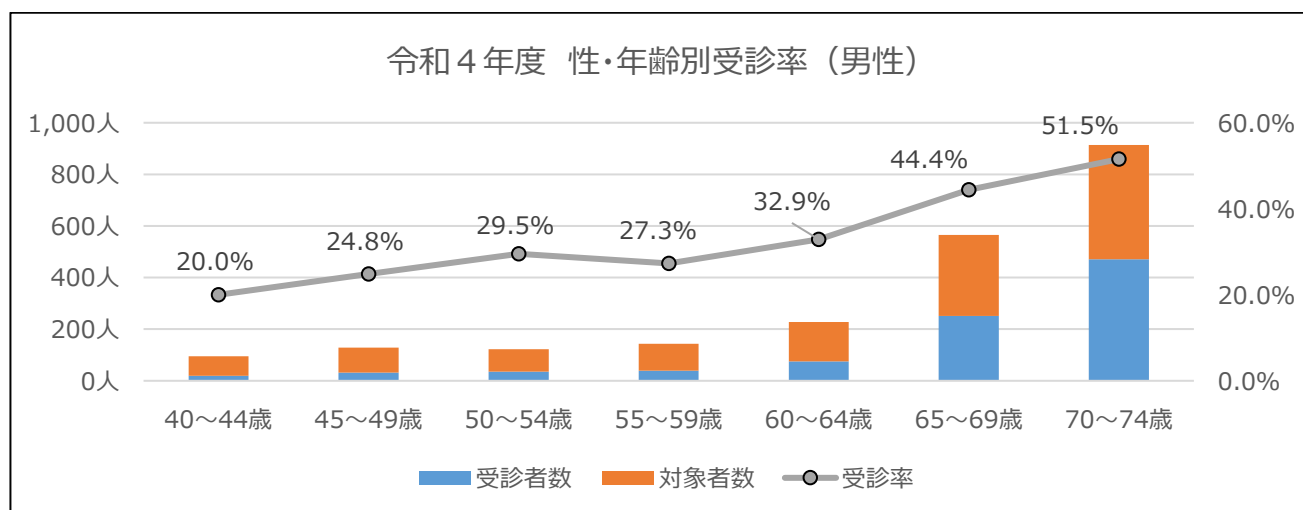
②性・年齢別健診受診状況

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歳代となっています。また、健診受診率が最も低い年代は、男性では40歳代、女性では、50歳代前半となっています。

■令和４年度 性・年齢別健診受診状況

区分 年齢	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	95人	19人	20.0%	66人	20人	30.3%	161人	39人	24.2%
45～49歳	129人	32人	24.8%	101人	27人	26.7%	230人	59人	25.7%
50～54歳	122人	36人	29.5%	124人	31人	25.0%	246人	67人	27.2%
55～59歳	143人	39人	27.3%	109人	33人	30.3%	252人	72人	28.6%
60～64歳	228人	75人	32.9%	261人	105人	40.2%	489人	180人	36.8%
65～69歳	565人	251人	44.4%	658人	295人	44.8%	1,223人	546人	44.6%
70～74歳	914人	471人	51.5%	984人	509人	51.7%	1,898人	980人	51.6%

※特定健診データ管理システム（法定報告）より



③メタボリックシンドローム予備群・該当者の年次推移

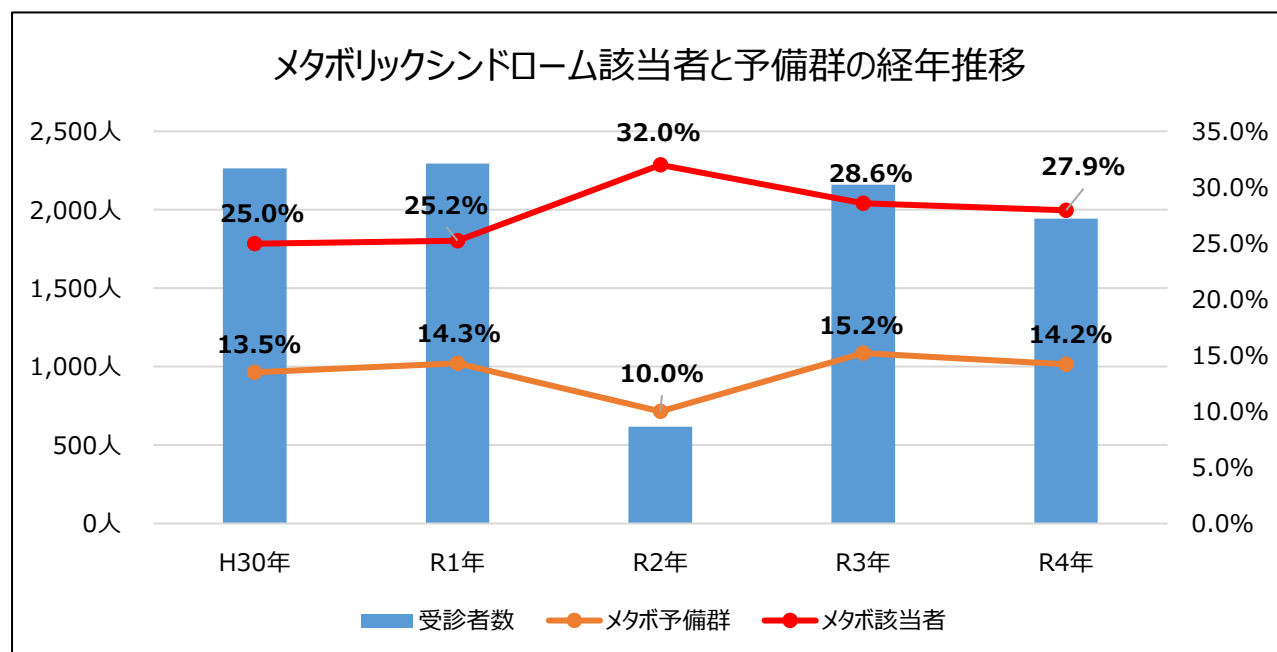
伊佐市のメタボリックシンドローム該当者・予備群の経年推移をみると、受診者に対する割合は、令和2年度を除き平成30年度から令和3年度まではメタボリックシンドローム該当者・予備群ともに年々増加していましたが、令和4年度は減少しています。

■ 伊佐市の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	メタボリックシンドローム	
		予備軍	該当者
H30	2,263 人	13.5%	25.0%
R1	2,294 人	14.3%	25.2%
R2	617 人	10.0%	32.0%
R3	2,159 人	15.2%	28.6%
R4	1,943 人	14.2%	27.9%

※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予備群（または該当者）÷健診受診者数×100 で算出



(3) 特定健診結果有所見者の状況（令和4年度）

①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27.9%の割合で該当者があり、鹿児島県、全国の割合と比較すると高い状況です。男性はメタボリックシンドローム該当者とメタボリックシンドローム予備群を合わせると約6割になります。

■メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

	伊佐市		鹿児島県	全国
	人数	割合	割合	割合
該当者計	543 人	27.9%	21.8%	20.3%
(男性)	(373 人)	(40.4%)	(33.2%)	(32.0%)
(女性)	(170 人)	(16.7%)	(12.8%)	(11.0%)
予備群計	275 人	14.2%	12.2%	11.2%
(男性)	(178 人)	(19.3%)	(18.3%)	(17.9%)
(女性)	(97 人)	(9.5%)	(7.3%)	(5.9%)

※特定健診データ管理システム（法定報告）より

②血圧の有所見状況

血圧の有所見者状況では、Ⅰ度高血圧以上の割合は 35.4%となっています。そのうち、未治療の割合は 15.3%であり、Ⅰ度高血圧以上の人の約 4 割になります。

■血圧の有所見状況

血圧測定者：1,943 人			治療中		未治療	
血圧（mmHg）	人数	割合	人数	割合	人数	割合
Ⅰ度（140/90）以上	687 人	35.4%	390 人	20.1%	297 人	15.3%
再掲）Ⅱ度（160/100）	153 人	7.9%	83 人	4.3%	70 人	3.6%
再掲）Ⅲ度（180/110）	24 人	1.2%	11 人	0.6%	13 人	0.7%

※特定健診データ管理システム（法定報告）より

※治療・未治療については、問診票の回答から算出

③血圧の年代別有所見状況

年代別では、65～74 歳でⅠ度高血圧以上が 28.4%となっており、40～64 歳と比べ割合が高くなっています。

■血圧の年代別有所見状況

血圧（mmHg）	40～64 歳		65～74 歳	
	人数	割合	人数	割合
Ⅰ度（140/90）以上	76 人	18.2%	434 人	28.4%
再掲）Ⅱ度（160/100）	17 人	4.1%	136 人	8.9%
再掲）Ⅲ度（180/110）	4 人	1.0%	20 人	1.3%
※血圧測定者（人）	417 人		1,526 人	

※特定健診データ管理システム（法定報告）より

※分母は各年代の測定者数で算出

④血糖（HbA1c）の有所見者状況

血糖の有所見者状況では、HbA1c6.5%以上の割合は 13.7%となっています。

■血糖（HbA1c）の有所見者状況

HbA1c 測定者数：1,731 人			治療中		未治療	
HbA1c	人数	割合	人数	割合	人数	割合
6.5%以上	237 人	13.7%	161 人	9.3%	76 人	4.4%
再掲) 8.0%以上	32 人	1.8%	20 人	1.2%	12 人	0.7%

※特定健診データ管理システム（法定報告）より

※治療・未治療については、問診票の回答から算出

⑤血糖（HbA1c）の年代別有所見状況

年代別では、65～74 歳で 15.1%となっており、血圧と同様、40～64 歳よりも割合が高くなっています。

■血糖（HbA1c）の年代別有所見状況

HbA1c	40～64 歳		65～74 歳	
	人数	割合	人数	割合
6.5%以上	33 人	8.6%	204 人	15.1%
再掲) 8.0%以上	11 人	2.9%	21 人	1.6%
※測定者数	384 人		1,347 人	

※特定健診データ管理システム（法定報告）より

※分母は各年代の測定者数で算出

⑥脂質（LDL コレステロール）の有所見者状況

脂質の有所見者状況では、LDL コレステロール 160 mg/dl 以上の割合は 8.1%となっています。

■脂質（LDL コレステロール）の状況

LDL 測定者：1,935 人			治療中		未治療	
LDL (mg/dl)	人数	割合	人数	割合	人数	割合
160 以上	157 人	8.1%	16 人	0.8%	141 人	7.3%
再掲) 180 以上	55 人	2.8%	6 人	0.3%	49 人	2.5%

※特定健診データ管理システム（法定報告）より

※治療・未治療については、問診票の回答から算出

⑦脂質の年代別有所見状況

年代別では、血圧、血糖と違い、65～74 歳よりも 40～64 歳の割合が 9.4%と高くなっています。

■脂質（LDL コレステロール）の年代別有所見状況

LDL (mg/dl)	40～64 歳		65～74 歳	
	人数	割合	人数	割合
160 以上	39 人	9.4%	118 人	7.8%
再掲) 180 以上	13 人	3.1%	42 人	2.8%
※LDL 測定者	417 人		1,518	

※特定健診データ管理システム（法定報告）より

※分母は各年代の測定者数で算出

⑧生活習慣の状況

生活習慣の状況では、毎日飲酒の割合が鹿児島県、全国と比較して高くなっています。

■生活習慣の状況

質問票の回答	伊佐市	鹿児島県	全国
喫煙	12.1%	11.4%	13.8%
週 3 回以上朝食を抜く	6.7%	9.1%	10.4%
1 回 30 分以上運動習慣なし	54.5%	56.9%	60.4%
1 日 1 時間以上身体活動なし	16.1%	45.8%	48.0%
睡眠不足	20.0%	22.1%	25.6%
毎日飲酒	30.6%	25.5%	25.5%

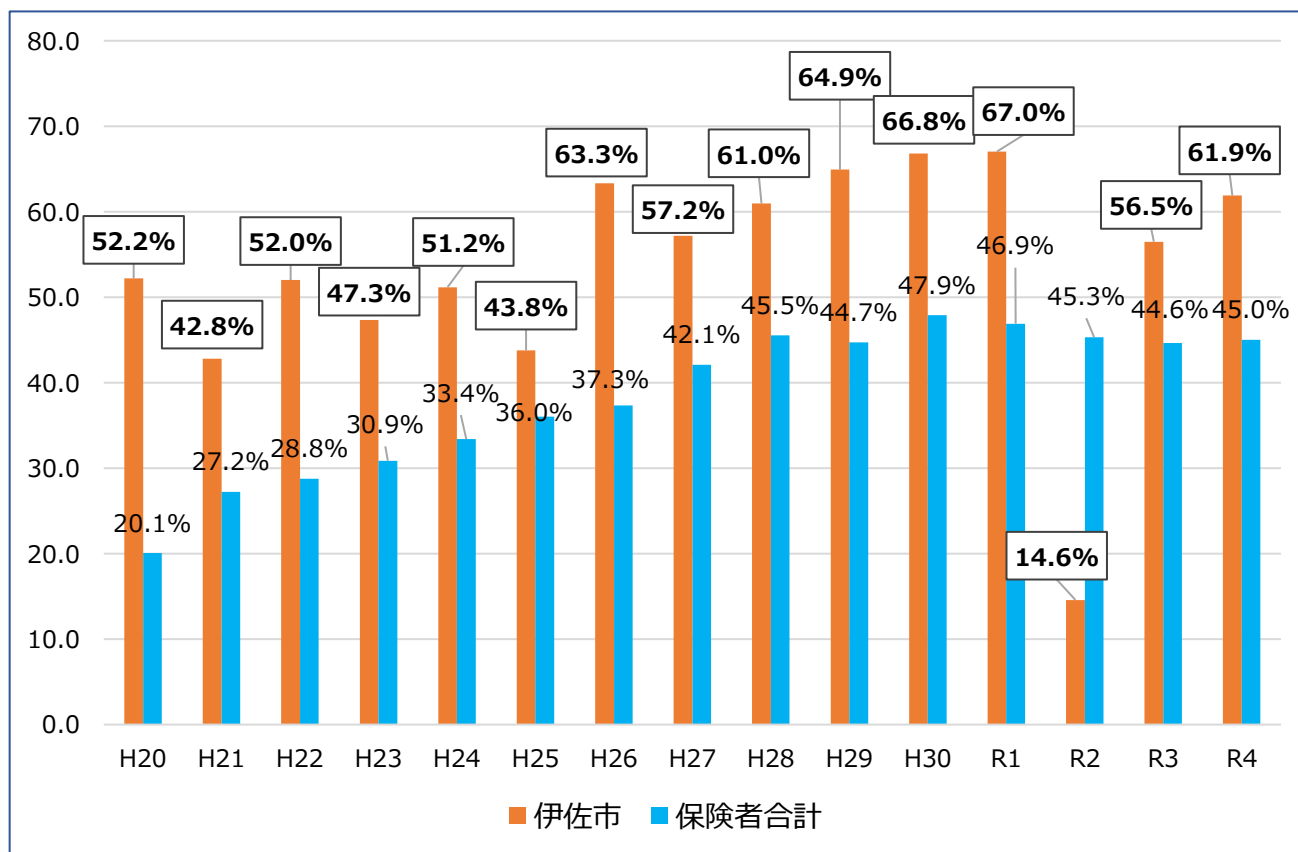
※KDB システム（地域の全体像の把握）より

※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

⑨特定保健指導実施率の経年推移

特定保健指導実施率の状況では、新型コロナウイルス感染症の影響等もあり、令和 2 年度は一時減少しましたが、令和 4 年度は 61.9%と増加しています。

■特定保健指導実施率の経年推移（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

※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。

⑩血圧の保健指導判定と受診勧奨関判定の状況

血圧の保健指導判定値割合は、あまり変動はありません。しかしⅡ度高血圧以上の割合が令和 2 年度から 9%以上となっています。

■血圧の保健指導判定と受診勧奨関判定の状況

年度	測定者数	保健指導判定値		受診勧奨判定値			
		高値血圧		Ⅰ度高血圧		Ⅱ度高血圧以上	
	人数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H30	2,263 人	750 人	33.1%	612 人	27.0%	176 人	7.8%
R1	2,294 人	803 人	35.0%	622 人	27.1%	170 人	7.4%
R2	617 人	208 人	33.7%	167 人	27.1%	59 人	9.6%
R3	2,159 人	716 人	33.2%	659 人	30.5%	205 人	9.5%
R4	1,943 人	664 人	34.2%	510 人	26.2%	177 人	9.1%

⑪血糖の保健指導判定と受診勧奨判定の状況

血糖の保健指導判定値割合は、令和2年度を除き増加しています。

■血糖（HbA1c）の保健指導判定と受診勧奨判定の状況

年度	測定者数	保健指導判定値		受診勧奨判定値			
		6.0～6.4%		6.5%以上		再掲）8.4%以上	
	人数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H30	2,036 人	327 人	16.1%	249 人	12.2%	20 人	1.0%
R1	2,029 人	284 人	14.0%	254 人	12.5%	30 人	1.5%
R2	310 人	64 人	20.6%	68 人	21.9%	2 人	0.6%
R3	1,922 人	289 人	15.0%	266 人	13.8%	29 人	1.5%
R4	1,731 人	310 人	17.9%	237 人	13.7%	24 人	1.4%

⑫脂質の保健指導判定と受診勧奨判定の状況

脂質の保健指導判定値割合は、年々減少しています。

■脂質（LDL コレステロール）の保健指導判定と受診勧奨判定の状況

年度	測定者数	保健指導判定値		受診勧奨判定値			
		140～159		160 以上		再掲）180 以上	
	人数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H30	2,263 人	381 人	16.8%	252 人	11.1%	92 人	4.1%
R1	2,287 人	380 人	16.6%	242 人	10.6%	80 人	3.5%
R2	611 人	85 人	13.9%	52 人	8.5%	22 人	3.6%
R3	2,148 人	346 人	16.1%	229 人	10.7%	78 人	3.6%
R4	1,935 人	271 人	14.0%	157 人	8.1%	55 人	2.8%

(4) 医療の状況

①総医療費

平成 30 年度から令和 4 年度にかけての総医療費は、2 億 9,363 万円減少しており、入院医療費、入院外（外来）医療費ともに減少しています。

■総医療費（平成 30 年度と令和 4 年度の状況）

年度	総医療費	入院	1 人あたり 医療費	入院外	1 人あたり 医療費
H30	30 億 7,086 万円	14 億 5,752 万円	17,540 円	16 億 1,334 万円	19,410 円
R4	27 億 7,723 万円	13 億 2,661 万円	18,300 円	14 億 5,062 万円	20,010 円
H30 からの 増減	2 億 9,363 万円減	1 億 3,091 万円減	760 円増	1 億 6,272 万円減	600 円増

※KDB システム（地域の全体像の把握）より

※ 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

②生活習慣病にかかる疾患の医療費の状況

令和 4 年度の生活習慣病に関係する疾患の医療費をみると、糖尿病にかかる入院・入院外（外来）医療費の割合が、鹿児島県、全国と比較しても高くなっています。

■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）

入院医療費			13 億 2,661 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	伊佐市	同規模	県	国	
			B	B/A	C	D	E	
中長期	腎	腎不全	5,374 万円	4.05%	2.85%	4.06%	3.05%	
	脳	脳出血・脳梗塞	5,690 万円	4.29%	4.22%	4.23%	4.49%	
	心	虚血性心疾患	1,303 万円	0.98%	2.58%	2.47%	2.95%	
短期	糖尿病		2,055 万円	1.55%	0.92%	0.96%	0.88%	
	高血圧症		375 万円	0.28%	0.22%	0.21%	0.19%	
	脂質異常症		－	0.00%	0.05%	0.04%	0.04%	
図-1（中長期・短期）合計			1 億 4,797 万円	11.15%	10.85%	11.98%	11.60%	

※KDB システム（疾病別医療費分析 中分類）より

■令和４年度 生活習慣病にかかる疾患の医療費の状況（外来）

外来医療費 (調剤含む)			14 億 5,062 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	伊佐市	同規模	県	国
			B	B/A	C	D	E
中長期	腎	腎不全	1 億 1,574 万円	7.98%	8.27%	11.12%	7.69%
	脳	脳出血・脳梗塞	676 万円	0.47%	0.47%	0.67%	0.40%
	心	虚血性心疾患	1,362 万円	0.94%	0.88%	0.99%	0.84%
短期	糖尿病		1 億 6,151 万円	11.13%	9.84%	9.04%	8.64%
	高血圧症		8,967 万円	6.18%	5.82%	5.32%	4.94%
	脂質異常症		4,071 万円	2.81%	3.56%	3.02%	3.46%
図-1（中長期・短期）合計			4 億 2,801 万円	29.51%	28.83%	30.15%	25.97%

※KDB システム（疾病別医療費分析 中分類）より

■令和４年度 生活習慣病の疾病別医療費分析（男性）

（単位：円）

疾病	入院			外来		
	総医療費	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	1 人あたり 医療費	1 人あたり 医療費 (年齢調整後)
糖尿病	9,662,260	3,327	3,497.0	97,959,030	33,732	38,053.6
高血圧症	1,236,130	426	653.6	45,602,810	15,703	17,232.2
脂質異常症	0	0	0.0	17,585,110	6,055	6,944.1
脳出血	3,379,560	1,164	1,219.2	877,390	302	377.3
脳梗塞	34,043,840	11,723	12,733.3	2,971,870	1,023	1,125.1
狭心症	6,306,900	2,172	2,311.5	6,300,780	2,170	2,299.5
心筋梗塞	821,640	283	421.3	750,300	258	281.2
がん	101,187,040	34,844	36,605.2	112,470,130	38,729	37,944.1
筋・骨格	86,066,640	29,637	30,629.7	41,161,690	14,174	16,572.1
精神	122,619,320	42,224	48,237.2	52,727,480	18,157	19,839.4
腎不全（透析あり）	34,615,560	11,920	9,985.4	73,758,200	25,399	26,959.7

※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）

（単位：円）

疾病	入院			外来		
	総医療費	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	1人あたり医療費	1人あたり医療費 (年齢調整後)
糖尿病	10,727,950	3,611	4,141.5	59,763,300	20,116	22,248.1
高血圧症	2,518,660	848	1,083.2	44,071,700	14,834	16,355.9
脂質異常症	0	0	0.0	23,125,070	7,784	8,404.0
脳出血	0	0	0.0	284,200	96	112.1
脳梗塞	19,476,240	6,555	5,302.6	2,642,440	889	935.1
狭心症	378,830	128	149.4	2,843,360	957	969.0
心筋梗塞	0	0	0.0	0	0	0.0
がん	93,601,380	31,505	33,567.3	96,365,940	32,436	36,899.6
筋・骨格	63,995,100	21,540	20,992.6	56,643,000	19,065	20,807.1
精神	80,947,610	27,246	29,081.9	56,788,930	19,114	22,381.9
腎不全（透析あり）	11,060,700	3,723	4,556.3	2,124,840	715	736.6

※KDBシステム（疾病別医療費分析（生活習慣病））より

③人工透析にかかる医療費の状況

令和４年度の人工透析にかかる医療費の割合をみると、後期高齢者医療（65～74歳で一定の障がいのある方）は鹿児島県、全国と比較しても高くなっています。

■令和４年度 人工透析にかかる医療費（国民健康保険（0～74歳））

	被保険者数	人工透析		医療費		
				総医療費（調剤含む）	人工透析患者の医療費	
	A	B		C	D	D/C
	人数(年度末)	人数(年度末)	被保険者100万対		*人工透析レセプト点数を計上	
伊佐市	5,875人	25人	4,255人	27億7,723万円	1億9,056万円	6.86%
県	356,708人	1,970人	5,523人	1,584億856万円	129億6,959万円	8.19%
全国	27,488,882人	89,397人	3,252人	9兆3,374億1,148万円	5,717億5,114万円	6.12%

■令和４年度 人工透析にかかる医療費（後期高齢者医療（65～74歳で一定の障がいのある方））

	被保険者数	人工透析		医療費		
				総医療費（調剤含む）	人工透析患者の医療費	
	A	B		C	D	D/C
	人数(年度末)	人数(年度末)	被保険者100万対		*人工透析レセプト点数を計上	
伊佐市	91人	23人	252,747人	2億4,891万円	1億2,577万円	50.53%
県	2,896人	286人	98,757人	69億4,114万円	19億6,402万円	28.30%
全国	254,644人	33,204人	130,394人	5,581億3,507万円	2,104億7,473万円	37.71%

■令和４年度 人工透析にかかる医療費（後期高齢者医療（75歳以上））

	被保険者数	人工透析		医療費		
				総医療費（調剤含む）	人工透析患者の医療費	
				C	D	D/C
	A 人数(年度末)	B 人数(年度末)	被保険者 100 万対		* 人工透析レセプト点数を計上	
伊佐市	5,635 人	45 人	7,986 人	58 億 8,736 万円	3 億 2,238 万円	5.48%
県	268,170 人	1,920 人	7,160 人	2,678 億 9,426 万円	131 億 29 万円	4.89%
全国	18,998,051 人	130,553 人	6,872 人	15 兆 5,577 億 5,162 万円	8,378 億 400 万円	5.39%

※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

④重複服薬状況

令和４年度における重複処方該当者（同一月に２以上の医療機関を受診し、同じ薬効分類の物を受診医療機関で処方）は延べ 253 人です。

■令和４年度 重複服薬状況 医療機関数×薬剤数

他医療機関との重複処方が発生した医療機関数（同一月内）		複数の医療機関から重複処方が発生した薬効分類数（同一月内）							
		1 以上	2 以上	3 以上	4 以上	5 以上	6 以上	7 以上	8 以上
重複処方を受けた人	2 医療機関以上	253 人	38 人	14 人	7 人	4 人	1 人	1 人	0 人
	3 医療機関以上	2 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
	4 医療機関以上	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人

※KDB システム（保健事業介入支援管理（服薬管理））より

⑤多剤服薬状況

多剤処方該当者（同一月に 10 種類以上の薬剤を処方かつ、2 ヶ月以上処方）は延べ 681 人です。

■令和４年度 多剤服薬状況 処方日数×薬剤数

同一薬剤に関する処方日数（同一月内）		処方薬剤数（同一月内）		
		10 以上	15 以上	20 以上
多剤処方を受けた人	60 日以上	681 人	158 人	34 人
	90 日以上	127 人	18 人	5 人
	120 日以上	2 人	0 人	0 人

※KDB システム（保健事業介入支援管理（服薬管理））より

(5) 介護の状況

①介護認定状況

令和4年度の1号認定率は、16.1%であり、県、国と比較すると低くなっています。新規認定率については、県、国と同じような状況となっています。

■令和4年度 介護認定状況

		伊佐市		鹿児島県	国
		実数	認定率	認定率	認定率
1号認定者数・認定率		1,606人	16.1%	20.1%	19.4%
新規認定者数・認定率		24人	0.2%	0.3%	0.3%
介護度別 総件数・割合	要支援 1.2	8,079人	25.6%	15.3%	12.9%
	要介護 1.2	12,873人	40.7%	45.3%	46.3%
	要介護 3以上	10,643人	33.7%	39.4%	40.8%
2号認定者数・認定率		18人	0.2%	0.4%	0.4%

※KDBシステム（地域の全体像の把握）より

※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

②介護認定者の有病状況

介護認定者の有病状況をみると、平成30年度と比較して、令和4年度では、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の全てにおいて有病率が増加しています。特に令和4年度では、心臓病、脳疾患の生活習慣病を原因とする有病者の割合が県、国と比較しても高くなっています。

■介護認定者の有病状況（各傷病レセプトを持つ介護認定者の状況）

傷病名	H30年度（累計）			R4年度（累計）		
	伊佐市	鹿児島県	国	伊佐市	鹿児島県	国
糖尿病	15.9%	22.5%	22.4%	21.7%	23.7%	24.3%
高血圧症	48.7%	58.7%	50.8%	58.5%	59.0%	53.3%
脂質異常症	21.8%	29.9%	29.2%	27.9%	32.8%	32.6%
心臓病	57.6%	67.3%	57.8%	68.8%	66.9%	60.3%
脳疾患	36.2%	33.9%	24.3%	37.9%	31.3%	22.6%
悪性新生物	9.4%	11.4%	10.7%	13.3%	12.3%	11.8%
筋・骨格	49.9%	60.8%	50.6%	57.7%	61.0%	53.4%
精神	44.4%	41.7%	35.8%	50.3%	42.7%	36.8%
※認知症（再掲）	31.4%	29.0%	22.9%	37.1%	30.4%	24.0%
アルツハイマー病	25.7%	23.8%	18.3%	29.1%	23.5%	18.1%

※KDBシステム（地域の全体像の把握）より

※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

(6) 健康インセンティブ・健康づくり

自己の健康に関心を持ち、健康的な生活習慣を続ける住民が増えることを目的として「伊佐市勤労世代健康づくりチェックポイント事業」を実施しています。健康づくりポイントの取組を行う実施者の割合は年々増加しています。

■ 健康づくりポイントの実施者割合

	H29 年度	H30 年度	R 元年度	R 2 年度	R 3 年度	R 4 年度
実施者割合	1.42%	1.82%	2.80%	2.69%	2.70%	2.83%

3. 前期計画の評価と見直し

伊佐市では、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」と「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	適正受診を推進し、重症化してからの入院患者を減らす	・受診（入院）率を県平均 29.8%
	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 0.12%減少 ・虚血性心疾患の総医療費に占める割合 0.11%減少 ・糖尿病性腎症による透析導入者の減少 3 人
短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	・健診受診者の高血圧の割合減少 0.7%（160/100 以上） ・健診受診者の脂質異常の割合減少 1.0%（LDL160 以上） ・健診受診者の高血糖の割合減少 1.0%（HbA1c6.5 以上） ・メタボリックシンドローム・予備群の割合減少 25% ・糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合 70% ・糖尿病の保健指導を実施した割合 80%以上
	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 ・特定保健指導実施率 60%以上 ・特定保健指導対象者の減少率 25%
短期目標	がんの早期発見、早期治療	・がん検診受診率 胃がん検診：8%以上 、 肺がん検診：12%以上 大腸がん検診：13%以上 、 子宮頸がん検診：13%以上 乳がん検診：24%以上
	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を行う実施者の割合 2 %以上
	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

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

事業名	指 標	実績					
		H29	H30	R1	R 2	R 3	R 4
1.特定健診・ 特定保健指導	特定健診受診率 60%以上	42.9%	43.8%	45.7%	12.3%	45.0%	43.2%
	特定保健指導実施率 60%以上	64.9%	66.8%	67.0%	14.6%	56.5%	61.9%
	特定保健指導対象者の減少率 25%	23.9%	15.3%	17.9%	2.0%	16.7%	20.2%
2.糖尿病性腎症 重症化予防	健診受診者の高血糖の割合減少 1.0% (HbA1c 6.5 以上)	7.7%	7.3%	8.0%	6.2%	8.8%	8.1%
	糖尿病の未治療者を治療に結びつける 割合 70%	76.5%	81.5%	62.5%	67.0%	69.5%	71.7%
	糖尿病の保健指導を実施した割合 80%以上	23.1%	80.0%	92.9%	40.4%	71.4%	83.0%
	糖尿病性腎症による新規透析導入者の 減少 3 人	10 人	2 人	1 人	1 人	2 人	2 人
3.重症化予防・ 受診勧奨	脳血管疾患の総医療費に占める割合 0.12%減少	1.83%	1.95%	2.20%	2.49%	1.91%	2.29%
	虚血性心疾患の総医療費に占める割 合 0.11%減少	1.80%	1.42%	1.14%	1.04%	0.82%	0.63%
	健診受診者の高血圧 (160/100mmHg 以上)の割合 0.7%減少	6.1%	7.8%	7.4%	9.6%	9.5%	8.1%
	健診受診者の脂質異常 (LDL160mg/dl 以上)の割合 1.0% 減少	9.5%	11.1%	10.6%	8.5%	10.7%	8.1%
	メタボリックシンドローム・予備群の割合 減少 25%	32.6%	38.4%	39.6%	42.1%	44.0%	42.1%
4.がん検診	胃がん検診受診率 8%以上	5.8%	5.5%	5.4%	3.8%	4.6%	4.4%
	肺がん検診受診率 12%以上	10.4%	10.1%	10.3%	8.6%	9.6%	8.8%
	大腸がん検診受診率 13%以上	11.4%	11.8%	11.3%	11.2%	11.0%	10.3%
	子宮頸がん検診受診率 13%以上	11.7%	9.4%	10.6%	10.1%	10.4%	10.0%
	乳がん検診受診率 24%以上	17.1%	14.3%	12.5%	12.0%	12.5%	12.2%
5.健康インセンティ ブ・健康づくり	健康ポイントの取組を行う実施者の割 合 2 %以上	1.42%	1.82%	2.80%	2.69%	2.70%	2.83%
6.適正受診・適正 服薬（後発（ジ エネリック）医薬 品促進含む）	後発(ジェネリック)医薬品の使用割合 80%以上	83.4%	85.0%	85.5%	87.3%	86.4%	87.1%

- 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。
- 特定健康診査の受診率向上については、第 3 期特定健康診査等実施計画の目標値にはおよばない状況となっています。令和 5 年度から AI を使った受診勧奨はがきを対象者へ送付し、受診率向上の取組みを実施しました。
- 糖尿病性腎症重症化予防事業では、伊佐市糖尿病性腎症重症化予防プログラムを作成し、健診結果説明会にて保健指導を実施し、医療機関未受診者へは受診勧奨、コントロール不良者へは訪問指導を実施しました。令和 4 年度では糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合は 71.7%、糖尿病の保健指導を実施した割合は 83.0%でした。引き続き、糖尿病性腎症重症化予防事業を実施します。
- 重症化予防・受診勧奨事業では、標準化死亡比（SMR）にて男性は急性心筋梗塞、女性は脳血管疾患が鹿児島県よりも高く、また健診受診者の高血圧の割合も高いことから、健診結果からⅡ度高血圧（160/100mmHg）以上の方を対象に、医療機関未受診者へは受診勧奨、コントロール不良者へは訪問指導を実施しました。
- がん検診では、すべてのがん検診の受診率は低く、受診率向上が課題です。
- 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）といった対象者に対して、はがきによる通知を実施しました。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 29 年度に達成しています。
- 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 歳以上の方も対象とした取組が、医療と介護の費用の適正化に効果があるのではという考えが、地域包括ケア・一体的実施事業の背景にあるとみられています。しかし、ガイドラインで提示されている事業の効果も十分に確立されていないことから、試行錯誤しながら進めている状況です。

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状況を整理し、「健康寿命の延伸・QOLの向上」と「医療費の適正化」に向けて、以下の健康課題を抽出し、課題解決に向けて保健事業に取り組みます。

■ 健康課題

1. 標準化死亡比（SMR）において、急性心筋梗塞が高い。
2. 特定健診の受診率が目標に達していない。（特に40歳代の男性が低い。）
3. メタボリックシンドローム該当者が多い。
4. 血圧が140/90以上の人が多い。
5. 透析にかかる医療費が高い。
6. 心臓病、脳血管疾患の生活習慣病を原因とする要介護者が多い。
7. がん検診の受診率が低い。



■ 優先する健康課題

上記の健康課題の中でも伊佐市では、標準死亡比（SMR）において、急性心筋梗塞が高く、要介護者の有病状況においても、心臓病、脳血管疾患が多いことから次の課題を優先課題としました。

1. 高血圧の人が多い。
2. 心臓病、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. 標準化死亡比（SMR）において、急性心筋梗塞が高い。

第3章 データヘルス計画の目的と方策

1. 計画の目的

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

2. 目的を達成させる事業

健康課題の解決に向けて、伊佐市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 ・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、重症化を予防することで、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事業
・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、高血圧症、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・受診勧奨事業
・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
・歯周病検診の受診促進と適切なセルフケアの推進を図ることで、歯周病に関連する疾患の予防を目的とします。	・歯周病検診
・伊佐市勤労世代健康づくりチェックポイント事業の参加、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・多剤処方が改善することで、服薬の適正化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。	・適正服薬事業
・後発(ジェネリック)医薬品の利用と切替を促進し、服薬の適正化および後発(ジェネリック)医薬品の促進を通じた医療費適正化と健康障害予防を目的とします。	・後発(ジェネリック)医薬品
・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・一体的実施事業

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	保健課
背景	●平成20年度より、脳血管疾患、心臓病、腎不全等の生活習慣病の原因となるメタボリックシンドロームを対象にした特定健康診査・特定保健指導が保険者に義務付けられました。 ●伊佐市でも、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、様々な取組を行ってきました。しかし、受診率は、43.2%（令和4年度）と国の指標（60%）を下回っており、さらに受診率向上を図る必要があります。		
目的	●メタボリックシンドローム及びそれに伴う各種生活習慣病の予防を目指した特定健康診査・特定保健指導を進めるため、広報、受診勧奨、再勧奨の取組を行うことで、特定健康診査の受診率向上を目的とします。		
具体的内容	【実施内容】 ●対象：40歳～74歳の被保険者 ●実施方法：集団健診、個別健診、情報提供 ●実施体制：委託健診機関、医療機関 ●実施時期：集団健診（4月頃）、個別健診（7月～2月頃）、情報提供（10月～1月頃） ●健診項目：資料1参照 ●費用：無料 ●受診勧奨：集団健診受診券を全対象者へ送付（4月頃）。集団健診未受診者へは個別健診案内送付（7月頃）。生活習慣病で医療機関を受診している人へは情報提供票を送付（10月頃）。広報紙へ掲載。 ●40歳未満の健診：40歳未満の人を対象に集団健診を実施。対象者へ集団健診受診券を送付。広報紙等で受診勧奨実施。		
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	・特定健診受診率	・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。
		・受診機会別受診者数、率（個別、集団） ・みなし健診受診者数、率	・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。
	アウトプット	・個別健診受診勧奨数、率 ・みなし健診受診勧奨数、率	
	プロセス	・受診勧奨の適切さ（方法、時期、内容など）及び見直し	
	ストラクチャー	・実施体制	

※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 (R4実績)	目標値					
		R6	R7	R8（中間）	R9	R10	R11（最終）
特定健診受診率（%）	43.2	46.0	49.0	52.0	55.0	58.0	60.0

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

2. 特定保健指導

■ 事業の概要

年度	令和6年度	担当部門	保健課
背景	・平成20年度より、脳血管疾患、心臓病、腎不全等の生活習慣病の原因となるメタボリックシンドロームを対象にした特定健康診査・特定保健指導が保険者に義務付けられました。特定保健指導は、特定健康診査の結果、特定保健指導が必要とされた者（積極的支援および動機付け支援）に対して、保健師等による指導を行い、メタボリックシンドロームの改善を図るものです。 ・伊佐市でも特定保健指導を進めていますが、実施率は61.9%（令和4年度）と国の目標（60%）を上回っています。しかし、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は認められていない状況となっています。		
目的	・特定保健指導対象者に対して、特定保健指導（積極的支援および動機付け支援）を行うことで、メタボリックシンドロームの改善を図り、ひいては被保険者全体のメタボリックシンドロームおよび関連する生活習慣病を減少させることを目的とします。		
具体的内容	【実施内容】 ●対象：集団健診・個別健診受診者・人間ドック受診者のうち、「積極的支援、動機付け支援」に該当する者（資料2参照） ●実施方法：個別面接・グループ面接、電話、訪問 ●実施体制：直営（保健師、栄養士など）、委託（医療機関、保健指導機関など） ●実施時期：直営の場合：利用券の作成・初回面接（結果報告会時や来所時等面接を行う）（5月下旬～6月初旬）、運動教室（6～3月）、最終評価（9～12月） ●委託の場合：利用券の作成・初回面接・最終評価（通年） ●費用：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	・メタボリックシンドローム該当者、予備群の割合 ・利用者の腹囲2cm減少、体重2kg減量者割合	・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。
		・有所見割合（腹囲、BMI、血圧、脂質、血糖）	
	アウトプット	・特定保健指導実施率（積極的支援、動機付け支援）	
	プロセス	・受診勧奨の適切さ（方法、時期、内容など）及び見直し	
	ストラクチャ	・実施体制	

※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 (R4実績)	目標値					
		R6	R7	R8（中間）	R9	R10	R11（最終）
メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合(%)	42.1	42.0	41.9	41.6	41.4	41.2	41.1
特定保健指導実施率(%)	61.9	65.0	67.0	68.5	70.0	70.0	70.0

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

第5章 個別保健事業

1. 糖尿病性腎症重症化予防事業

■ 事業の概要

年度	令和6年度	担当部門	保健課
背景	・糖尿病（DM）等から生じる慢性腎臓病（CKD）による人工透析は高額の治療費となり、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。 ・伊佐市でも平成29年度から、糖尿病性腎症重症化予防の取組を進めている。		
目的	・国および鹿児島県の標準的な手順に従い、糖尿病性腎症の悪化および慢性腎臓病(CKD)に進行する可能性のある者に対して医療機関への受診勧奨や保健指導等を行うことで、糖尿病性腎症の重症化を予防することを目的とする。		
具体的内容	【実施内容】 ●対象：CKD:集団健診受診者のうち、尿蛋白＋以上・尿蛋白±かつ尿潜血＋以上・尿蛋白±かつeGFR60ml/1.73mi未満・eGFR45ml/1.73mi未満の人 DM:健診受診者のうち過去3年間の健診結果で一度でもHbA1c6.5以上だった医療機関未受診者、過去3年間の健診結果で一度でもHbA1c8.0以上だったコントロール不良者 ●実施方法：CKD:結果報告会時にCKDについてのリーフレット等を使用し個別面接を行い、医療機関への受診勧奨を行う。結果報告会欠席者にはCKDについてのリーフレット等を同封し、結果を送付する。医療機関未受診者へ訪問・電話・手紙等で受診勧奨を実施する。 DM:特定健診結果報告会にて個別面接を行い、医療機関への受診勧奨を行う。対象者へ訪問・電話・手紙等で受診勧奨、保健指導を実施する。医療機関未受診者へ手紙等による再勧奨を行う。コントロール不良者へ保健指導を実施する。 ●実施体制：保健師、会計年度任用職員保健師、管理栄養士、会計年度任用職員管理栄養士、在宅看護師等 ●実施時期：CKD:対象者抽出（5月上旬～中旬）個別面接（5月下旬～6月初旬）、訪問・電話（6月～2月）受診勧奨通知（10月～11月）、医療機関との連携（随時） DM:個別面接（5月下旬～6月初旬）、訪問・電話（6月～2月）、受診勧奨通知（10月～11月）、医療機関との連携（随時） ●医師会との連携：CKD:北薩病院勤務医に対する始良・伊佐CKD予防ネットワーク登録医（かかりつけ医）の登録及び登録証の発行を行う（4月～5月頃）、医療機関受診者の結果を様式0、様式3を使用し市へ報告（5月下旬～3月頃）、始良・伊佐CKD予防ネットワーク登録医（かかりつけ医）の登録及び登録証の発行を行う（随時） DM:糖尿病連携手帳を活用し、医療機関と連携を行う（随時）		
評価	評価指標		備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
	アウトカム	【短期評価】 ・特定健診受診者のうち、HbA1cが8.0%（あるいは6.5%）以上の割合	
		【中長期評価】 ・人工透析（新規含む）患者数 ・糖尿病の総医療費に占める割合	
	アウトプット	・医療機関未受診者を治療に結び付ける割合（CKD・DM）	
	プロセス	・受診勧奨の適切さ（方法、時期、内容など）及び見直し	
	ストラテジー	・実施体制	

※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 (R4実績)	目標値					
		R6	R7	R8（中間）	R9	R10	R11（最終）
糖尿病性腎症による新規透析導入者(人)	2	1	1	1	0	0	0
糖尿病の総医療費に占める割合（%）	6.41	6.35	6.30	6.25	6.20	6.15	6.10
医療機関未受診者を治療に結び付ける割合（CKD）（%）	70.9	72.0	73.0	74.0	75.0	76.0	77.0
医療機関未受診者を治療に結び付ける割合（DM）（%）	71.7	73.0	74.0	75.0	76.0	77.0	78.0

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

2. 重症化予防・受診勧奨事業

■ 事業の概要

年度	令和6年度	担当部門	保健課
背景	● 高血圧、脂質異常、高血糖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。 ● 伊佐市では、特定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、Ⅱ度高血圧以上の者には受診勧奨と保健指導を行っている。		
目的	● 循環器疾患の予防、高血圧症や脂質異常症等の生活習慣病の有病率の低下を目指して、特定健康診査等の結果をもとに結果通知、受診勧奨、保健指導により、医療機関の受診が必要な人を受診および治療に結び付けることを目的とする。		
具体的内容	【実施内容】 ● 対象：特定健診受診者のうち、Ⅱ度高血圧以上の医療機関未受診者とコントロール不良者 ● 実施者方法：特定健診結果報告会にて個別面接を行い、医療機関への受診勧奨や保健指導を行う。対象者へ訪問・電話・手紙等で受診勧奨、保健指導を実施する。医療機関未受診者へ手紙等による再勧奨を行う。 ● 実施体制：保健師、会計年度任用職員保健師、管理栄養士、会計年度任用職員管理栄養士、在宅看護師等 ● 実施時期：個別面接（5月下旬～6月初旬）、訪問、電話（6月～2月）、受診勧奨通知（10月～11月）、医療機関との連携（随時）		
評価	評価指標		備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
	アウトカム	【短期】 ・医療機関未受診者を治療に結び付ける割合（高血圧）	
	アウトプット	【中長期】 ・脳血管疾患の総医療費に占める割合	
	プロセス	・Ⅱ度高血圧以上の者への保健指導実施率	
	ストラクチャ	・受診勧奨の適切さ（方法、時期、内容など）及び見直し	
		・実施体制	

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時	目標値					
		R 6	R 7	R 8（中間）	R 9	R 10	R 11（最終）
医療機関未受診者を治療に結び付ける割合（高血圧）（％）	76.7	77.0	78.0	79.0	80.0	81.0	82.0
脳血管疾患の総医療費に占める割合（％）	2.29	2.20	2.10	2.00	1.95	1.90	1.82

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

3. がん検診

■ 事業の概要

年度	令和6年度	担当部門	保健課
背景	●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。 ●伊佐市においても、がんは死因の第1位である。しかし、受診率は4.4%から12.2%にとどまっている。		
目的	●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ことを目的とする。		
具体的内容	【実施内容】 ●各がん検診の実施方法：集団検診、個別検診（女性がん検診のクーポン対象者） ●特定健診との同時実施：胃がん検診 ●受診勧奨の方法：過去5年間に市が行うがん検診を一度でも受けたことがある人、年度内に40・45・50・55・60歳（子宮頸がん検診は20～60歳までの5歳刻みの人）になる人へ受診券を送付。広報紙へがん検診実施期間、場所等を掲載。個別検診対象者へはクーポン券発送と再勧奨を行う。		
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	・がん検診受診率	
	アウトプット	・受診勧奨数、率	
	プロセス	・受診勧奨の適切さ（方法、時期、内容など）及び見直し	
	ストラクチャー	・実施体制	

※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 (R4実績)	目標値					
		R6	R7	R8（中間）	R9	R10	R11（最終）
胃がん検診受診率（%）	4.4	5.0	5.6	6.2	6.8	7.4	8.0
肺がん検診受診率（%）	8.8	9.4	10.0	10.5	11.0	11.5	12.0
大腸がん検診受診率（%）	10.3	10.7	11.1	11.5	12.0	12.5	13.0
子宮がん検診受診率（%）	10.0	10.5	11.0	11.5	12.0	12.5	13.0
乳がん検診受診率（%）	12.2	14.0	16.0	18.0	20.0	22.0	24.0

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

4. 歯周病検診

■ 事業の概要

年度	令和6年度	担当部門	保健課
背景	●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の生活の質への影響がある。 ●伊佐市では、歯周病検診を実施しているが、受診率が伸び悩んでいるのが現状である。		
目的	●歯周病に関連する疾患の予防、生活の質の向上を目指して、歯周病検診の受診率を向上することを目的とする。		
具体的 内 容	【実施内容】 ●対 象：40歳、50歳、60歳、70歳 ●実施方法：歯周組織検査（歯及び歯周組織等口腔内の状況について）、アンケート票（歯周疾患に関する自覚症状の有無について）、歯科保健指導（歯ブラシやパンフレットを配付） ●実施体制：伊佐市内の歯科医療機関に委託 ●実施時期：受診勧奨通知（9月）、広報（10月）、検診（10月～2月）、再勧奨通知（1月） ●費 用：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	・歯周病検診受診率	
	アウトプット	・歯周病検診受診勧奨数、率	
	プロセス	・受診推奨の適切さ（方法、時期、内容など）及び見直し	
	ストラクチャ	・実施体制	

※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 (R4実績)	目標値					
		R6	R7	R8（中間）	R9	R10	R11（最終）
歯周病検診受診率（%）	14.0	14.5	15.0	15.5	16.0	16.5	17.0

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

5. 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	保健課
背景	- 健康的な生活習慣の獲得、健康診査の受診、保健指導の利用など、個々人の取組が健康づくりの基本となる。こうした個人の取組を促進するために、健康インセンティブが全国で進められている。 - 伊佐市では、平成28年度より、伊佐市勤労世代健康づくりチェック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る。実施者割合は年々増加している。		
目的	被保険者および住民の健康づくりを推進するため、伊佐市勤労世代健康づくりチェックポイント事業の実施者・利用者を増加させることを目的とする。		
具体的内容	【実施内容】 - 対象：伊佐市に住民登録のある年度末年齢40歳～65歳までの人（65歳の人は65歳になる前日まで） - 実施方法：参加登録申請をした者に、ポイント手帳を交付する。ポイント付与対象活動への参加1回につき1ポイント付与。ポイント交換申出者に対し、5ポイントにつき500円の商品券を交付。 - 登録・利用勧奨：広報紙でポイント付与対象活動実施日を掲載。		
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】 - 健康づくりチェックポイント事業実施者割合 - 健康づくりチェックポイント事業利用者数	
	アウトプット	実施回数	
	プロセス	周知の適切さ（方法、時期、内容）及び見直し	
	ストラクチャ	実施体制	

※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 (R4実績)	目標値					
		R6	R7	R8（中間）	R9	R10	R11（最終）
健康づくりチェックポイント事業実施者割合（%）	2.83	2.90	3.00	3.10	3.20	3.40	3.50
健康づくりチェックポイント事業利用者数（1回平均）（人）	93.7	100	105	110	115	120	125

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

6. 適正服薬事業

■ 事業の概要

年度	令和6年度	担当部門	保健課
背景	●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。 ●伊佐市では、令和4年度より、適正服薬促進に向けて、対象者への通知および保健指導を行っている。		
目的	●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し、ひいては不適正と考えられる服薬を減少させることを目的とする。		
具体的 内 容	【実施内容】 ●対 象：重複処方（同一月に2以上の医療機関を受診し同じ薬効分類の物を受診医療機関で処方）、多剤処方（同一月に、10種類以上の薬剤を処方かつ2か月以上処方）の者 ●実施方法：対象者へ処方状況やかかりつけ薬剤師への相談を促す内容を記載した通知書を発送し、訪問等による保健指導を実施する。 ●実施体制：保健師、会計年度任用職員保健師等 ●実施時期：1回目 対象者抽出（5月）、通知書作成（6月）、通知書発送（7月）、保健指導（8月～）、通知書効果分析（10月～3月） 2回目 対象者抽出（11月）、通知書作成（12月）、通知書発送（1月）、保健指導（2月～）、通知書効果分析（4月～9月） ●普及啓発等：国保だよりに掲載 ●評価方法：通知した者のうち、5か月後レセプトデータ		
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	【中長期】 ・重複服薬、多剤服薬該当者の割合	
	アウトプット	・通知率	
	プロセス	・対象者抽出の適切さ（抽出基準、人数など）及び見直し	
	ストラクチャ	・実施体制	

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時	目標値					
		R 6	R 7	R 8（中間）	R 9	R10	R11（最終）
重複服薬該当者割合（％）	5.23	5.22	5.21	5.20	5.19	5.18	5.17
多剤服薬該当者割合（％）	10.30	10.29	10.28	10.27	10.26	10.25	10.24

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

7. 後発（ジェネリック）医薬品

■ 事業の概要

年度	令和6年度	担当部門	保健課
背景	●医療費の適正化にあたり、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。 ●伊佐市国保でも、差額通知などにより、後発（ジェネリック）医薬品利用促進を進めており、令和4年度末における数量シェア実績は87.7%で、国の目標を上回っている。		
目的	●医療費適正化を推進するため、差額通知および普及啓発等の取組を通じて、後発（ジェネリック）医薬品の利用を促進し、その利用率を高めることを目的とする。		
具体的内容	【実施内容】 ●対象：「年齢35歳以上、後発医薬品に切り替えた場合の差額が200円以上、投与日数7日以上」の要件を全て満たす被保険者 ●通知：対象者に後発医薬品に関するお知らせ（圧着はがき）を年2回送付（8月・3月） ●普及啓発：上記お知らせに、「後発医薬品に切り替えた場合の効果等」を記載し啓発 ●評価：後発医薬品の使用割合について目標値を設定し評価を行う		
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】 ・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	・保険者努力支援制度に合わせ、毎年6月時点の率等により検証する。
		【中長期】 ・後発（ジェネリック）医薬品の使用割合（使用割合の伸び、全自治体での順位含む）	・政府目標である80%と令和4年度数量シェア実績を考慮し、85%を目標値として設定する。
	アウトプット	・差額通知数・率	
	プロセス	・情報提供の適切さ（方法、時期、内容など）及び見直し	
	ストラクチャ	・実施体制	

※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 （R4実績）	目標値					
		R6	R7	R8（中間）	R9	R10	R11（最終）
後発（ジェネリック）医薬品の使用割合（%）	87.7	85.0	85.0	85.0	85.0	85.0	85.0

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

8. 地域包括ケア・一体的実施事業

■ 事業の概要

年度	令和6年度	担当部門	保健課
背景	●人口の高齢化が進む中で、高齢者の要介護状態やフレイルの予防が重要となっている。令和元年改正の国民健康保険法や介護保険法等のもと、市町村において、地域包括ケアとともに保健事業と介護予防の一体的実施が推進されている。 ●伊佐市では、長寿介護課との連携とともに、令和5年より事業を開始したが、まだ十分な実施ができていないのが現状である。		
目的	●関係課、関係機関と連携し、通いの場等を活用した高齢者の社会参加を推進するとともに、要介護やフレイルのリスクを持つ高齢者に対して、訪問等による保健指導や関係機関へのつなぎを行い、ひいては高齢者の健康状態を改善する事を目的とする。		
具体的内容	【実施内容】 <ハイレスクアプローチ> ●対象：長寿健診結果より高血糖・高血圧・低栄養の人、重複多剤投薬者、健康状態不明者等 ●実施方法：健診結果や後期高齢者質問票を活用し、訪問を中心とした個別指導を実施 ●実施体制：保健師、会計年度任用職員保健師、管理栄養士、会計年度任用職員管理栄養士、在宅看護師等 ●実施時期：8月～3月 <ポピュレーションアプローチ> ●実施場所：通いの場や校区コミュニティ（健康相談）等 ●実施方法：後期高齢者質問票を活用し、フレイル予防についての健康教育や健康相談を実施 ●実施体制：保健師、会計年度任用職員保健師、管理栄養士、会計年度任用職員管理栄養士、在宅看護師等 ●実施時期：通年 <介護部門等との連携> ●介護部門等と地域の健康課題や事業内容、評価について検討する ●介護部門等と連携し、事業対象者の支援方法等情報共有、検討をする		
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】 ・訪問、指導等による健診結果（HbA1c、血圧）維持改善割合	
		【中長期】 ・長寿健診受診者のうちHbA1c8.0以上、Ⅱ度高血圧以上の割合	
	アウトプット	・事業（指導、訪問等）の実施人数、実施率 ・通いの場の実施回数、参加人数	
	プロセス	・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	・実施体制	

※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 (R4)	目標値					
		R6	R7	R8（中間）	R9	R10	R11（最終）
長寿健診受診者のHbA1c8.0以上の割合（％）	0.77	0.76	0.75	0.74	0.73	0.72	0.71
長寿健診受診者のⅡ度高血圧以上の割合（％）	4.48	4.47	4.46	4.45	4.44	4.43	4.42

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

第6章 評価・見直し

1. 評価の基本的事項

- 計画はPDCAサイクルに則り、年度内、年度ごと、中間評価（令和8年）、最終評価（令和11年）で評価と見直しを行います。
- 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できたか ・関係者との連携（国保運営協議会等）	・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	・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	・平均自立期間が何年延長したか ・医療費（総、傷病別、一人あたり）の減少（特に生活習慣病に焦点を当てて） ・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7章 その他

1. 計画の公表・周知

本計画は、伊佐市ホームページで公表し、国民健康保険加入者・保健医療関係者に対しては、広報媒体により周知いたします。また、特定健康診査・特定保健指導の重要性について理解が得られるよう、広報だけでなく、集会、イベント、パンフレット、ポスター等により普及啓発を図ります。

2. 個人情報の保護

- 特定健診及び特定保健指導の記録の保存年限は、原則5年とし、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」を参考に、個人の健康情報を漏えいしないよう、厳格に管理した上で適切に活用します。
- 特定健診及び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。

3. 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。

第8章 資料

資料1 健診項目

国が定める対象者全員に実施する「基本的な健診項目」と、医師が必要と判断した場合に実施する「詳細な健診項目」に基づき実施します。

◆基本的な健診項目（全員に実施）

質問項目	標準的な質問票
身体計測	身長、体重、BMI、腹囲（内臓脂肪面積）
理学的所見	身体診察
血圧測定	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（やむを得ない場合には随時中性脂肪）、HDLコレステロール、LDLコレステロールまたはNon-HDLコレステロール
血糖検査	空腹時血糖またはHbA1c、やむを得ない場合には随時血糖
尿検査	尿糖、尿蛋白

◆詳細な健診項目（医師が必要と判断した場合に実施）

心電図検査

眼底検査

貧血検査（赤血球数・ヘマトクリット値・血色素量等）

血清クレアチニン検査

資料2 特定保健指導

国が定める「特定保健指導対象者の選定基準」に基づき、特定健康診査の結果を踏まえ、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因数による階層化を行い抽出した者。

ただし、質問票により服薬中と判断された者は、医療機関における継続的な医学的管理のもとでの指導が適当であるため除きます。

なお、65歳以上の者については動機付け支援のみ実施します。

◆特定保健指導対象者の選定基準

腹囲/BMI	追加リスク	喫煙歴（注）	対象	
	①血圧 ②脂質 ③血糖		40-64歳	65歳-74歳
≧85cm（男性） ≧90cm（女性）	2つ以上該当		積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外でBMI ≧25	3つ該当		積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当			

（注）喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味する。

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血圧：収縮期血圧130mmHg以上または拡張期血圧85mmHg以上

②脂質：空腹時中性脂肪150mg/dl以上（やむをえない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上）またはHDLコレステロール40mg/dl未満

③血糖：空腹時血糖が100mg/dl以上またはHbA1c（NGSP値）5.6%以上

（空腹時血糖及びHbA1c（NGSP値）の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。）

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者については、対象から除いている。

※65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみを行っている。

第 3 期 伊佐市国民健康保険データヘルス計画（令和 6 年度～令和 11 年度）

令和 6 年 3 月 発行

編集・発行 伊佐市 保健課

住 所 〒895-2511 鹿児島県伊佐市大口里 1888 番地

電 話 0995-23-1311