第３期 さつま町国民健康保険
保健事業実施計画(データヘルス計画)

令和６年３月

さつま町

目 次

第１章　計画の基本的事項 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ p１

１．制度の背景 ・・・ p１

２．他計画との関係性・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ p２

３．目的 ・・・ p２

４．計画期間 ・・ p３

５．実施体制・関係者連携 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ p３

第２章　現状の整理 ・・・ p５

１．さつま町の特性 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ p５

２．健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出 ・・・・・・・・・・・・・・ p７

３．前期計画の評価と見直し ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ p30

４．健康課題のまとめ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ p37

第３章　データヘルス計画の目的と方策 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ p38

１．計画の目的 ・・・ p38

２．目的を達成させる事業 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ p38

第４章　第４期特定健康診査等実施計画 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ p39

１．特定健康診査 ・・ p39

２．特定保健指導 ・・ p40

３．個人情報の保護に関する事項 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ p41

４．公表及び周知に関する事項 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ p41

第５章　個別保健事業 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ p42

１．早期介入保健事業 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ p42

２．糖尿病重症化予防事業 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ p43

３．CKD 重症化予防事業 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ p44

４．循環器病予防事業 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ p45

第６章　評価・見直し ･･･ p46
１．評価の基本的事項 ･･･ p46
２．計画全体の評価と見直し ･････････････････････････････････････ p46
３．目標管理一覧 ･･･ p47

第７章　その他 ･･ p48
１．計画の公表・周知 ･･ p48
２．個人情報の取扱い ･･ p48
３．その他の留意事項 ･･ p48

第８章　資料 ･･ p49

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 PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（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。

さつま町では、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として、平成 28 年６月に第１期計画となる「さつま町保健事業実施計画（データヘルス計画）」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、第２期データヘルス計画を策定し、保健事業の実施・評価を行っています。この度、第２期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、改訂した第３期データヘルス計画を策定することで、引き続き、被保険者の健康保持増進を図る保健事業の実施・評価・見直しを行っていきます。

これまで特定健康診査・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

本計画は、健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）に基づく基本方針を踏まえるとともに、鹿児島県医療費適正化計画、第 2 次さつま町総合振興計画、第 3 次健康さつま 21、さつま町高齢者福祉計画・第 9 期介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要があります。（図表 1）

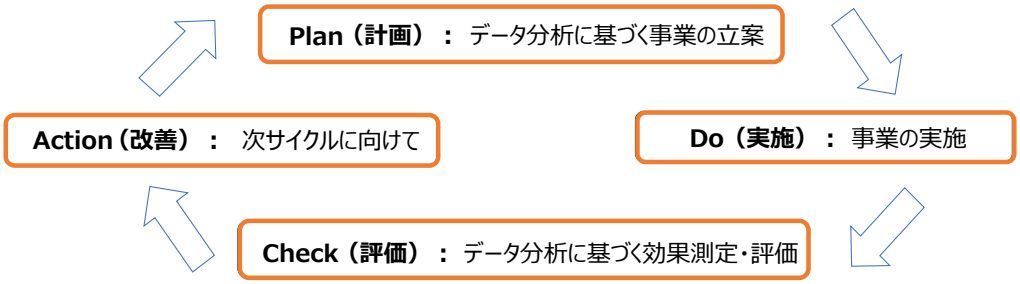
図表 1　他計画との関係性

関連する計画	関係性
鹿児島県医療費適正化計画	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。
第 2 次さつま町総合振興計画	総合計画は自治体の最も上位計画であるため、適宜、整合性を図る必要がある。
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。
第 3 次健康さつま 21 （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。
さつま町高齢者福祉計画・第 9 期介護保険事業計画 （介護保健事業計画）	都道府県は介護保険事業支援計画を、市町村は介護保険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体的実施の事業が共通する場合は、連携の必要がある。

3. 目的

本計画は、健診、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。（図表 2）

図表 2　PDCA サイクルに沿ったデータヘルス計画



4. 計画期間

本計画の計画期間は、令和 6 年度（2024 年度）から令和 11 年度（2029 年度）までとします。

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（図表 3）

- 計画は保健福祉課保険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。
- 計画はさつま町の国民健康保険事業の運営に関する協議会において審議、報告を行います。
- 計画の実施にあたり、保健福祉課健康増進係、高齢者支援課と連携しながら、健診、保健指導等を実施します。
- 地域の保健医療等関係者として、医師会、歯科医師会、薬剤師会、あるいは外部有識者等と連携し、健診、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。
- 計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実用性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に健康増進に取り組むことが重要です。

図表 3　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	さつま町 保健福祉課保険係	● 計画の実施主体として、計画立案、進捗管理、評価と見直し等 ● 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
さつま町 内連携	保健福祉課 健康増進係	● 第 3 次健康さつま 21（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 ● 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
さつま町 内連携	高齢者支援課	● さつま町高齢者福祉計画・第 9 期介護保険事業計画（介護保険事業計画）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 ● 都道府県が保有するデータの提供
保健医療 関係者	医師会、 歯科医師会、 薬剤師会、 看護協会等	● 計画策定、評価・見直し等への助言 ● 健診、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	● 国保データベースシステム（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 ● さつま町の国民健康保険事業の運営に関する協議会等への参画 ● 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

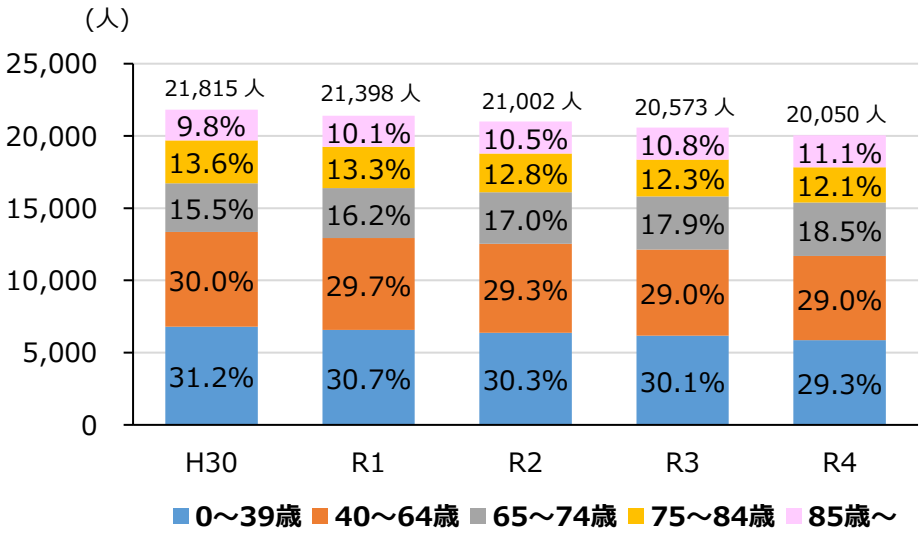
1. さつま町の特性

（１）人口構成･高齢化率

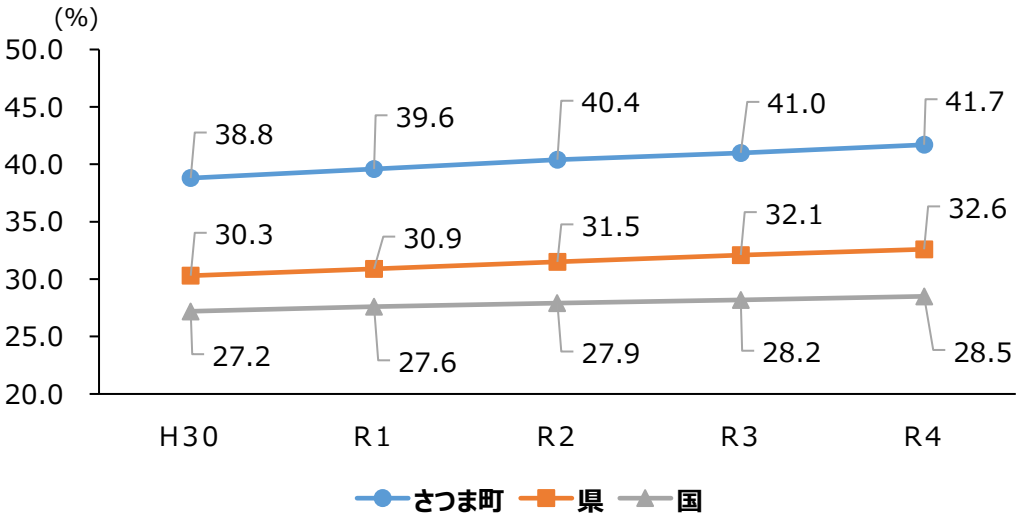
さつま町の令和４年度の人口は 20,050 人で、平成 30 年度から 1,765 人減少しており、今後も減少が見込まれます。人口構成でみると、0～39 歳、40～64 歳、75～84 歳の割合が減少し、65～74 歳、85 歳以上の割合が増加しています。（図表 4）

また高齢化率は年々上昇しており、令和４年度は 41.7%で、県、国と比較し高い状況となっています。（図表 5）

■ 図表４ 人口構成割合（経年推移）



■ 図表５ 高齢化率（経年推移）

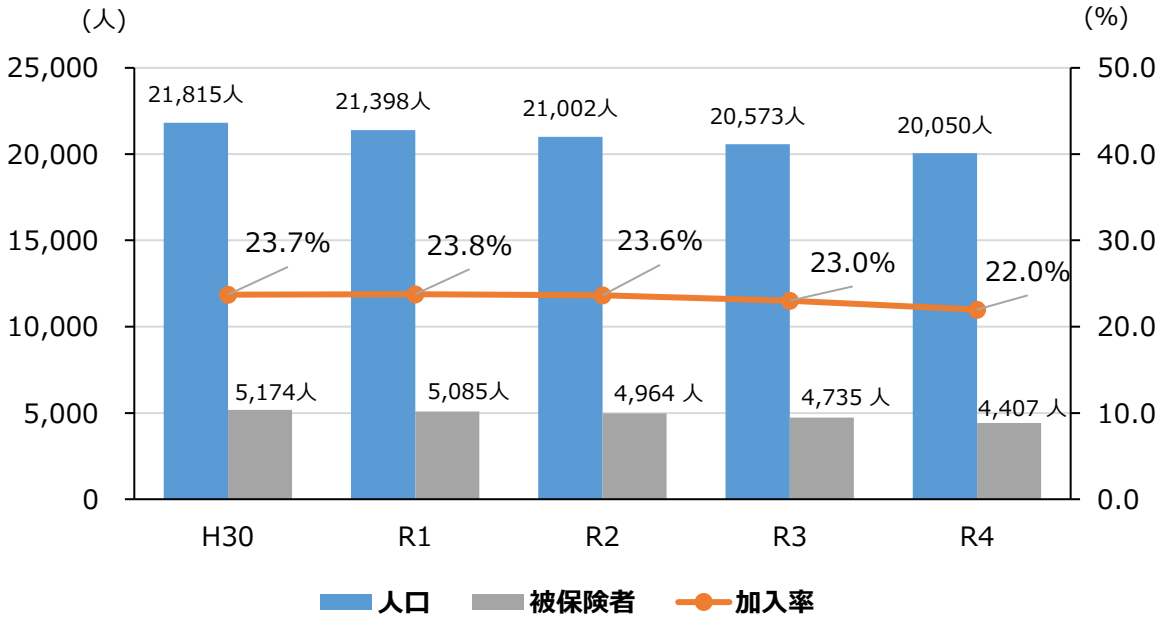


※政府統計 e-stat（区別年齢階級別人口　各年度１月１日住民基本台帳年齢化級別人口）より

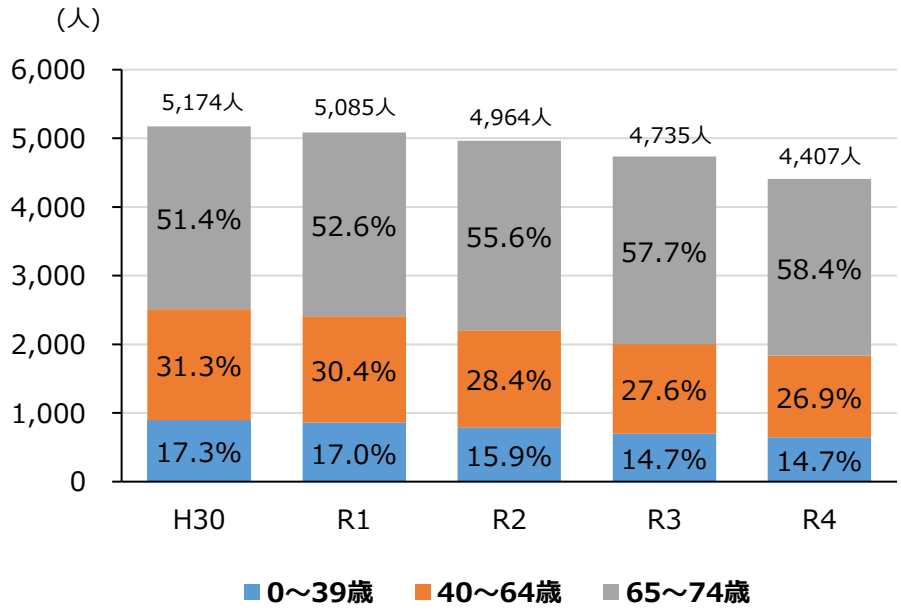
（２）被保険者の年齢構成

国民健康保険の加入率は令和４年度 22.0%で、年々減少傾向にあります。（図表 6）
年齢階級別でみると、65 歳～74 歳の加入者が最も多く、その割合は年々増加傾向です。（図表 7）

■ 図表 6 国民健康保険加入状況（経年推移）



■ 図表 7 被保険者の構成（年齢階級別･経年推移）



※KDB システム（被保険者構成）より

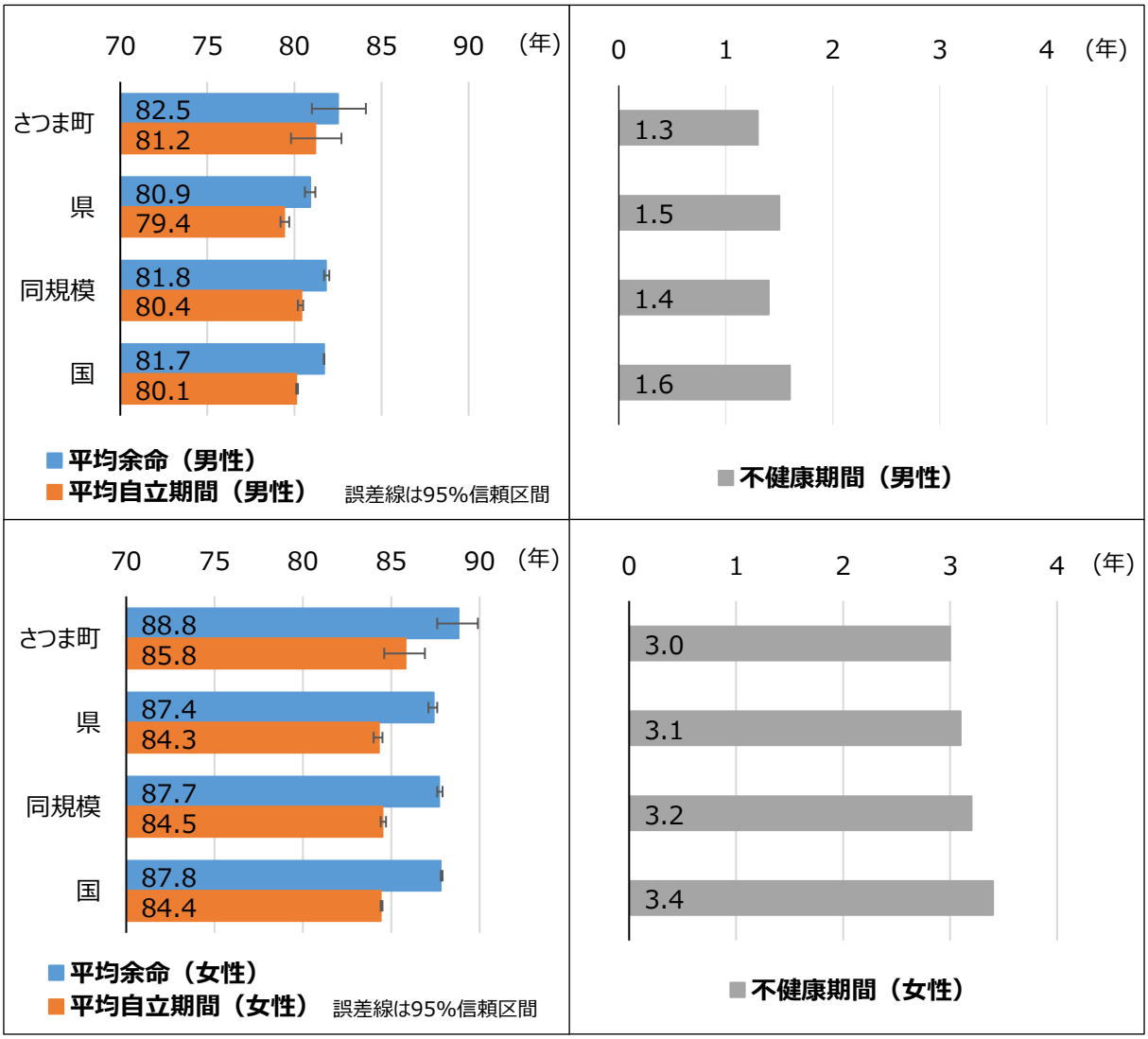
2. 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出

（1）平均余命・平均自立期間

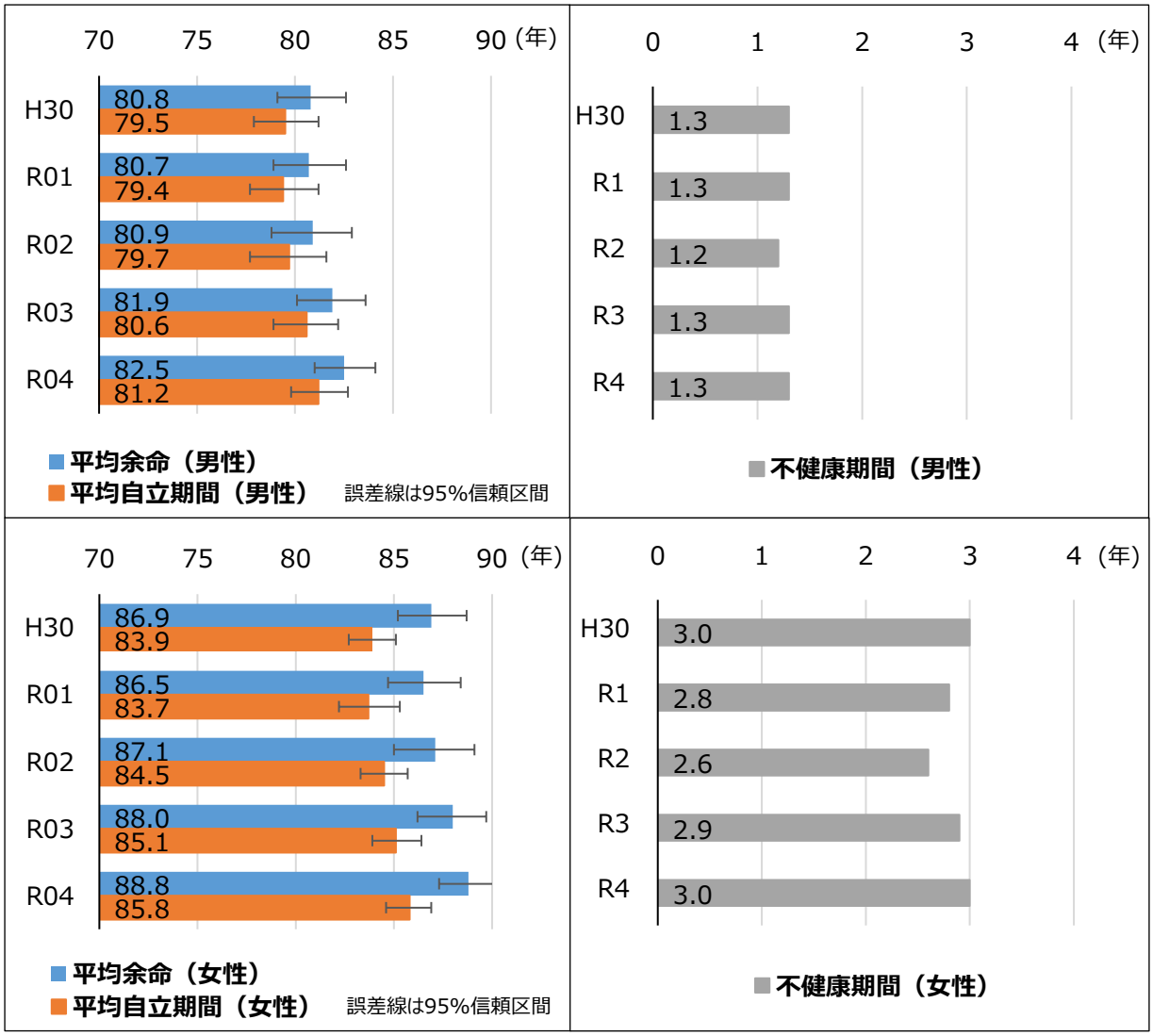
平均余命※1をみると、令和 4 年度は男性 82.5 歳、女性 88.8 歳となっており、男女ともに鹿児島県（以下、県という。）、人口同規模自治体（以下、同規模という。）、全国（以下、国という。）と比較し長い傾向にあります。平均自立期間※2は、男性 81.2 歳、女性 85.8 歳となっており、平均余命と同様、男女ともに県、同規模、国と比較し長い傾向にあります。平均余命と平均自立期間の差である不健康期間（自立していない期間の平均）は、女性が男性の 2 倍以上となっており、女性の不健康期間が長くなっています。（図表 8）

経年でみると、平均余命・平均自立期間のどちらも男女ともに延伸しています。不健康期間の平均は男女ともに横ばいで推移しています。（図表 9）

■ 図表 8 令和 4 年度累計 平均余命・平均自立期間



■ 図表 9 さつま町の平均余命・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

※１ 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。

※２ 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）死亡

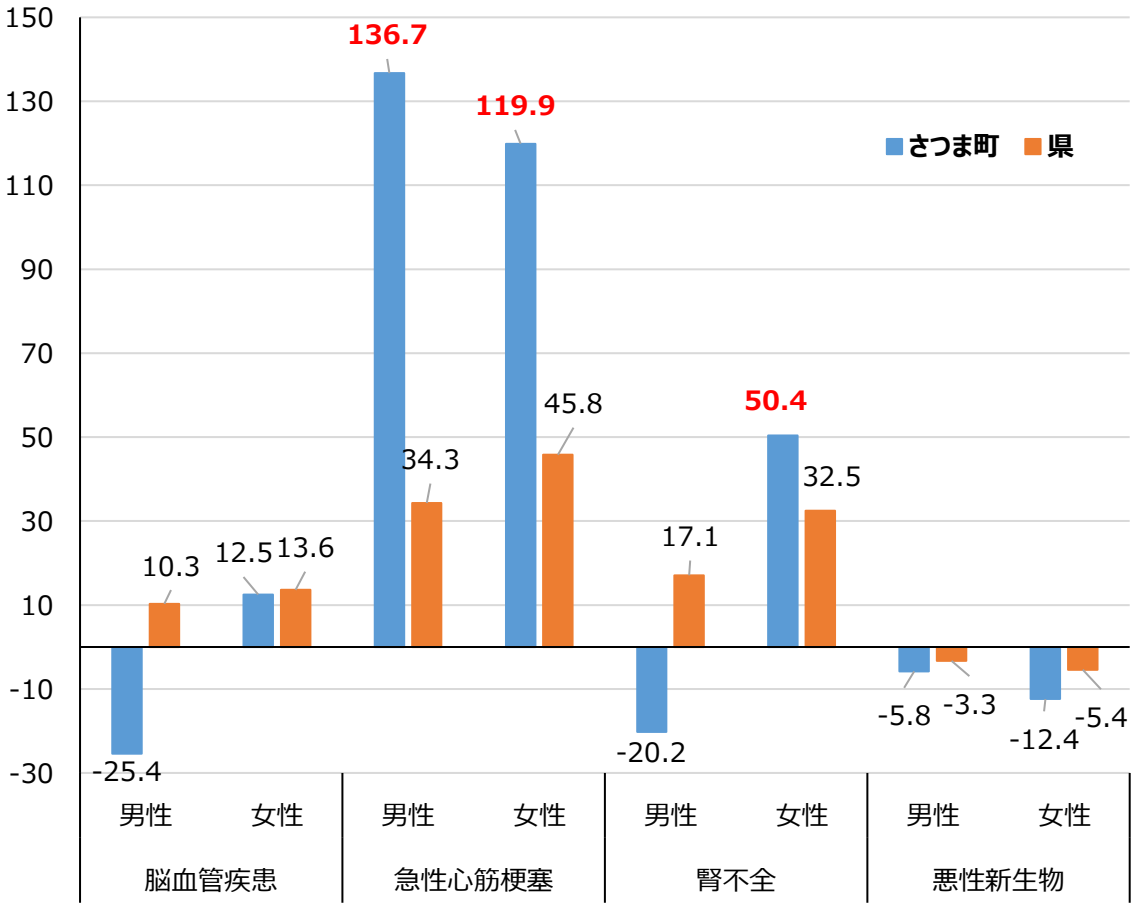
① 標準化死亡比（SMR）

平成 29 年から令和 3 年の標準化死亡比（SMR※3）において、急性心筋梗塞は、男性が 236.7、女性が 219.9 で、国（SMR100）と比較し男性は約 2.4 倍、女性は約 2.2 倍死亡の割合が高くなっています。また女性の腎不全も 150.4 で、死亡の割合が高い状況です。（図表 10・11）

■ 図表 10 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
さつま町	74.6	112.5	**236.7**	**219.9**	79.8	**150.4**	94.2	87.6
県	110.3	113.6	134.3	145.8	117.1	132.5	96.7	94.6

■ 図表 11 国を基準「０」とした時の倍率を現したグラフ



※鹿児島県健康増進課統計より

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

② 疾病別死因割合

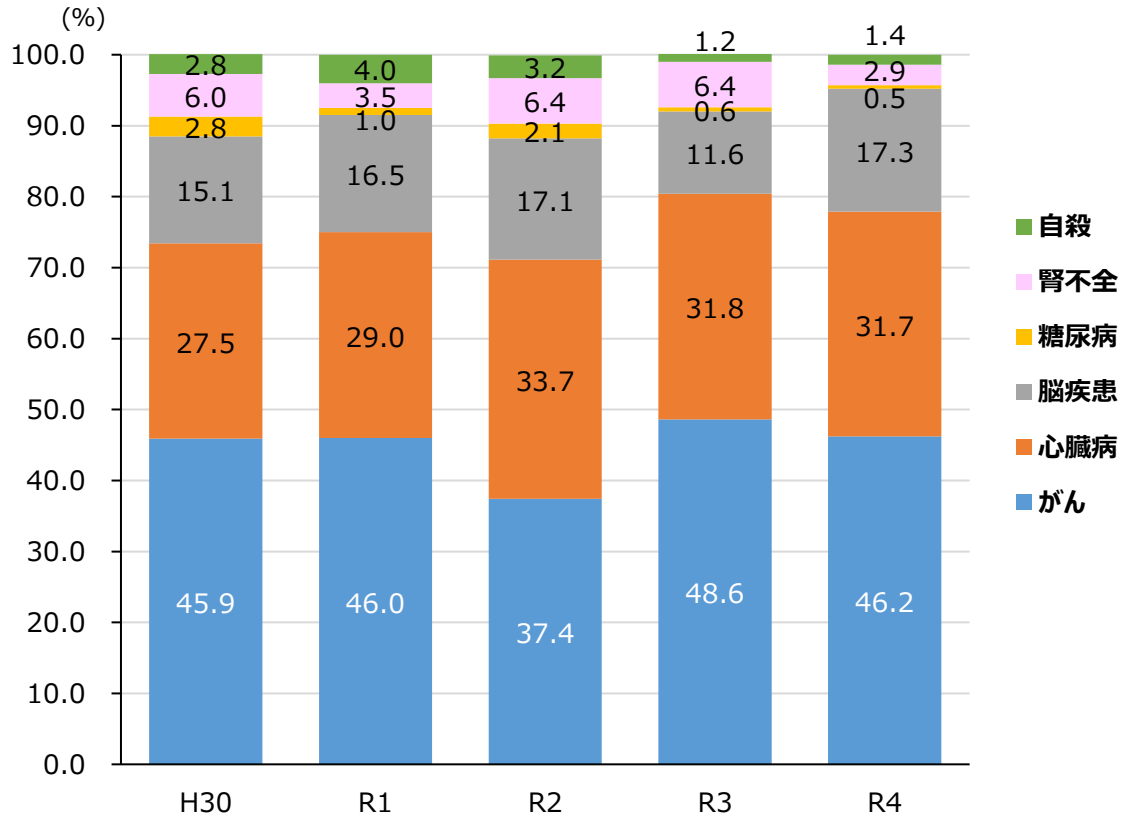
主な疾病別死因割合をみると、「心臓病」、「脳疾患」が、県、同規模、国と比較し高くなっています。（図表 12）

経年でみると、「心臓病」、「脳疾患」が増加し、「腎不全」が減少しています。（図表 13）

■ 図表 12 令和 4 年度累計 疾病別死因割合

疾病項目	さつま町		県	同規模	国
	人数(人)	割合(%)	割合(%)	割合(%)	割合(%)
悪性新生物	96	46.2	47.1	50.6	50.6
心臓病	66	**31.7**	29.0	27.4	27.5
脳疾患	36	**17.3**	15.2	13.6	13.8
糖尿病	1	0.5	2.1	1.9	1.9
腎不全	6	2.9	4.1	3.7	3.6
自殺	3	1.4	2.4	2.7	2.7
合計	208				

■ 図表 13 疾病別死因割合の経年推移（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

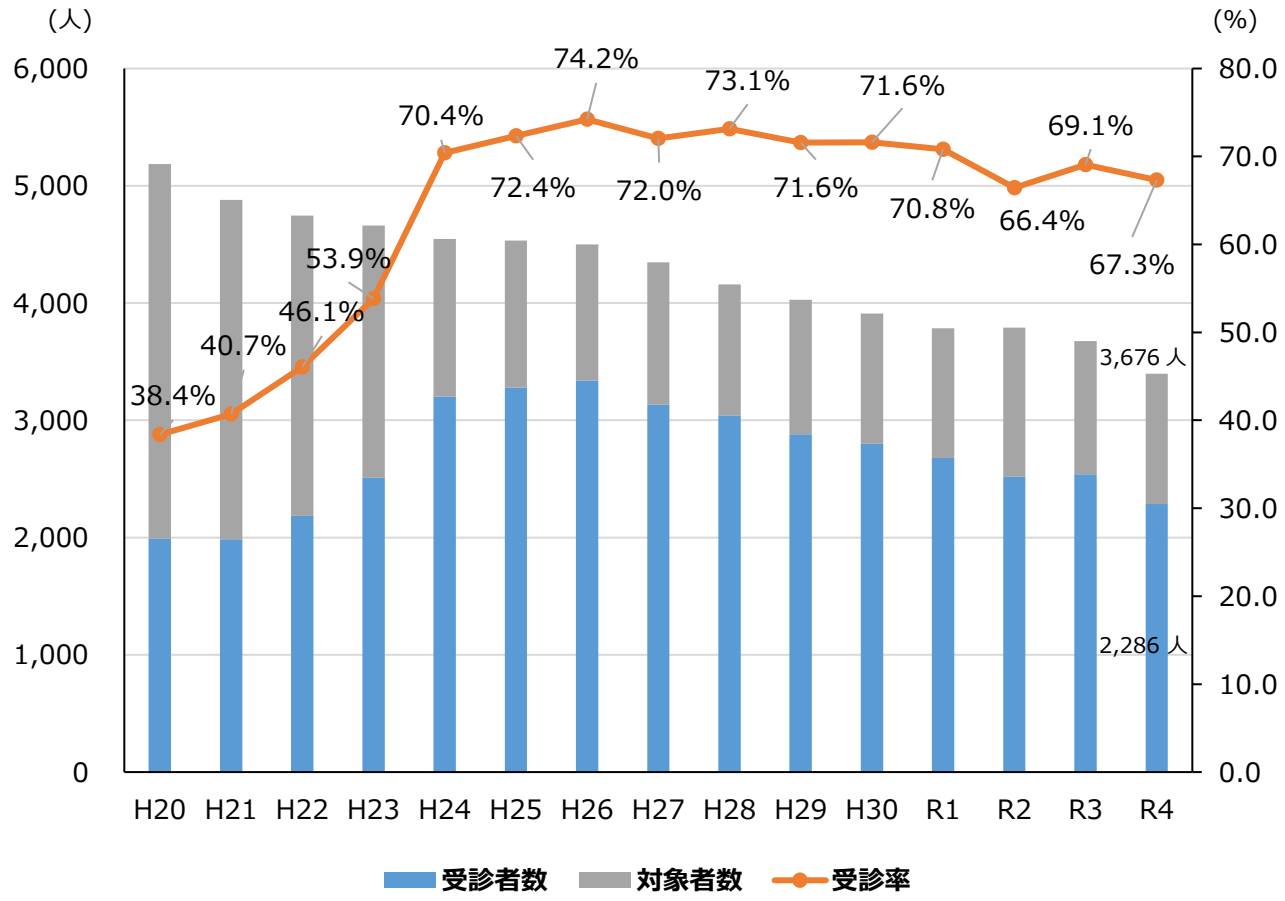
（３）健診

① 特定健康診査の受診状況

特定健康診査の受診状況について、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、年々減少しており令和 4 年度は 3,676 人となっています。受診率は平成 24 年度に 70%台まで上がって以降、令和元年度までは 70%前半で推移しています。令和 2 年度以降は、新型コロナウイルス感染症の影響や若年層の受診率低迷により減少傾向で推移し、令和 4 年度は 67.3%の受診率となっています。（図表 14）

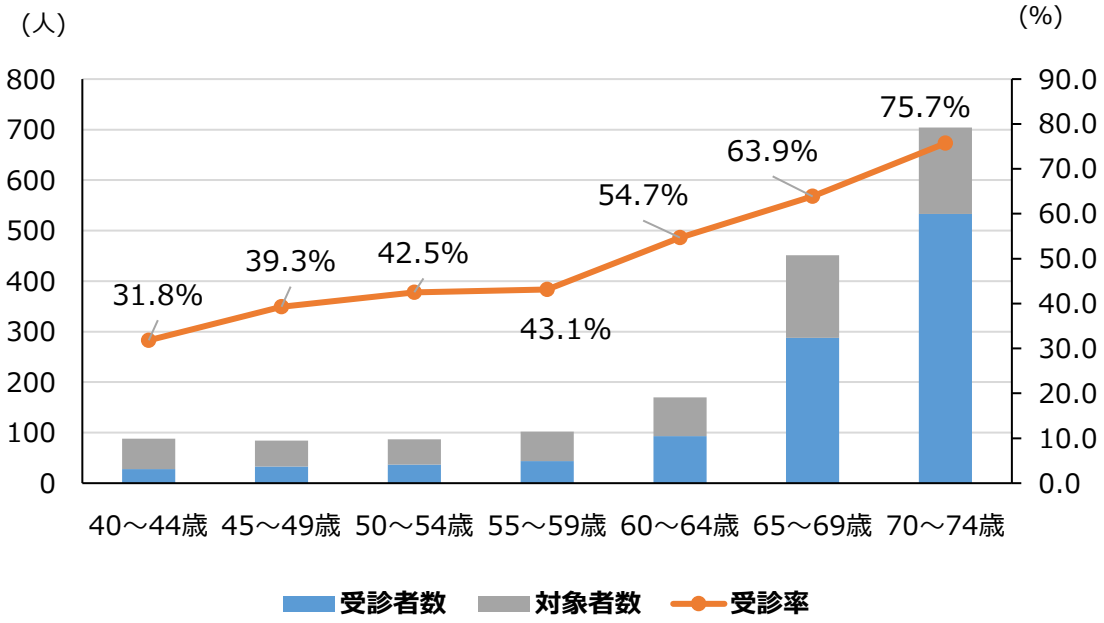
性・年齢別でみると、男女ともに 70 歳代が最も受診率が高く、40 歳代が最も低くなっています。また、どの年代も女性より男性の受診率が低い状況です。（図表 15・16）

■ 図表 14 特定健康診査の受診状況（経年推移）

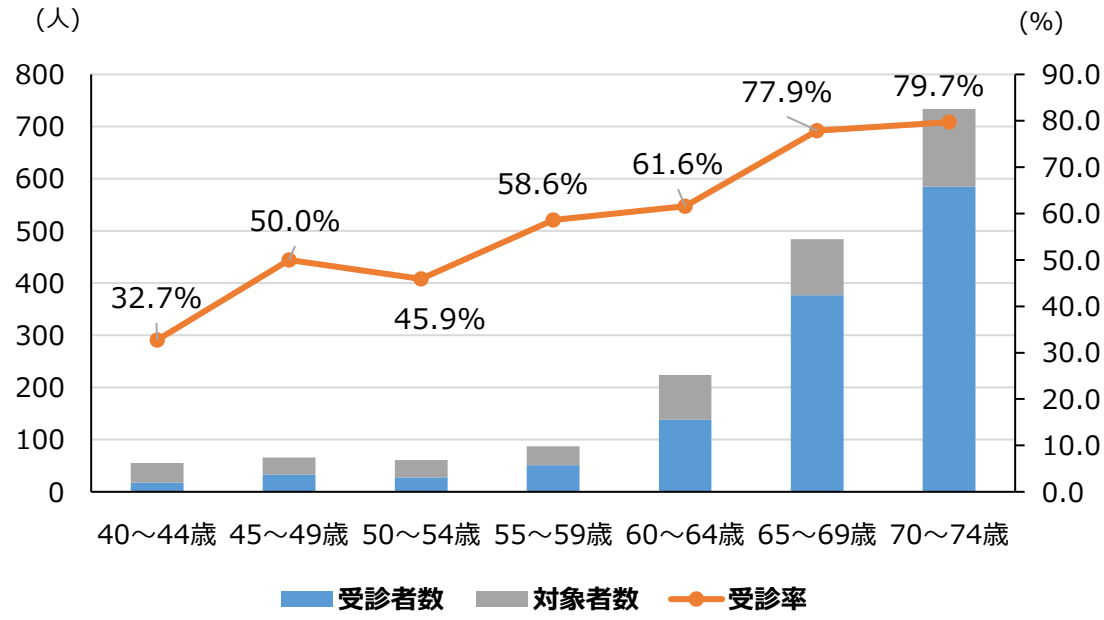


※特定健診データ管理システム（法定報告）より

■ 図表 15　令和 4 年度累計　性･年齢別健診受診状況（男性）



■ 図表 16　令和 4 年度累計　性･年齢別健診受診状況（女性）



※特定健診データ管理システム（法定報告）より

② メタボリックシンドロームの状況

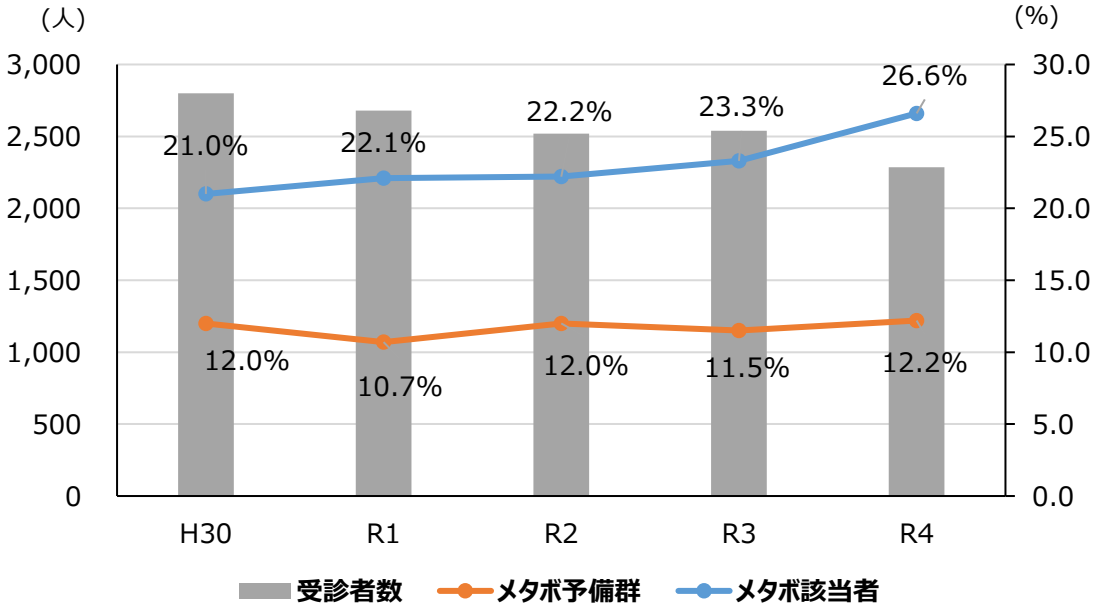
令和 4 年度の特定健康診査の結果からメタボリックシンドロームの状況をみると、メタボリックシンドローム該当者の割合は 26.6%と、県、同規模、国と比較し高い状況です。特に女性のメタボリックシンドローム該当者の割合は県と比較し 1.4 倍以上高くなっています。予備群の割合は県、同規模、国と同水準ですが、女性は、同規模、国と比較し高い状況です。（図表 17）

経年でみると、メタボリックシンドローム該当者は年々増加しています。また全受診者の約 1 割が予備群として、横ばいで推移しています。（図表 18）

■ 図表 17 令和 4 年度 メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

	さつま町		県	同規模	国
	人数(人)	割合(%)	割合(%)	割合(%)	割合(%)
該当者（計）	608	**26.6**	21.8	20.9	20.3
男性	378	35.8	33.2	32.5	32.0
女性	230	**18.7**	12.8	11.8	11.0
予備群（計）	278	12.2	12.1	11.3	11.2
男性	181	17.1	18.3	17.7	17.9
女性	97	**7.9**	7.3	6.2	5.9

■ 図表 18 メタボリックシンドローム該当者・予備群の経年推移（平成 30 年度～令和 4 年度）



割合は、メタボリックシンドローム該当者（又は予備群）÷健診受診者数×100 で算出しています。

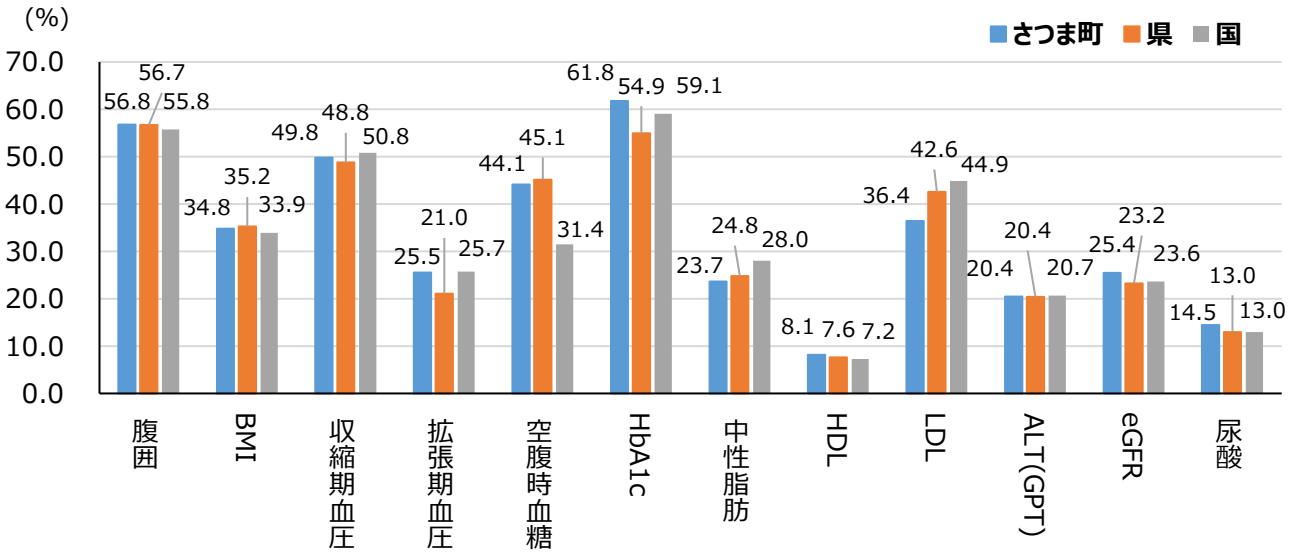
※特定健診データ管理システム（法定報告）より

③　有所見者の状況

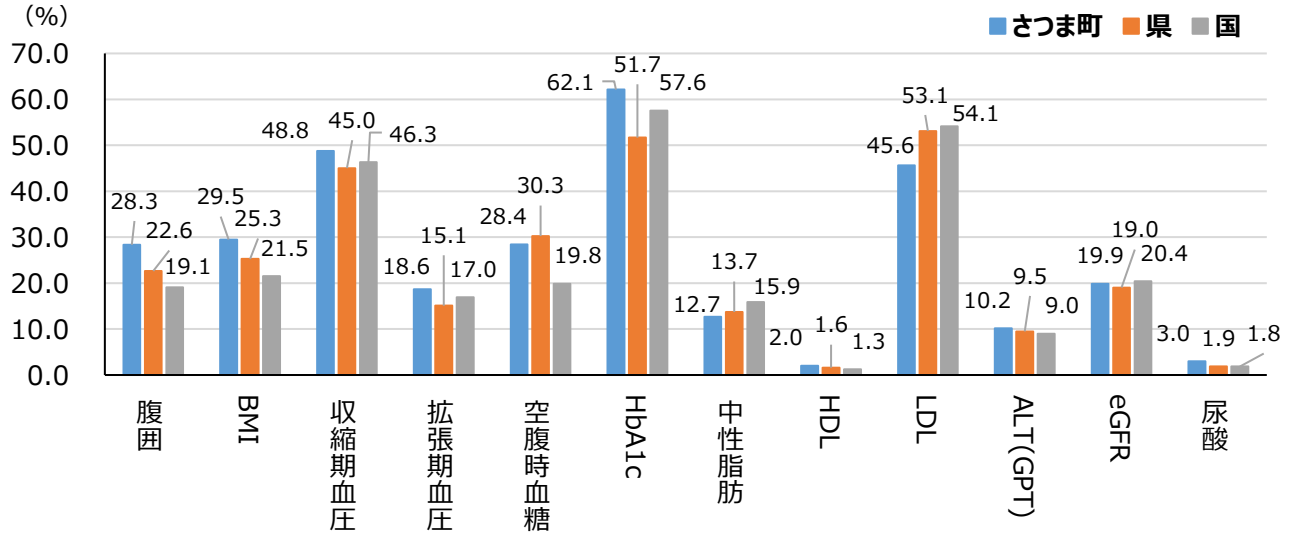
○　有所見者の割合

令和 4 年度の特定健康診査における有所見者※4 の割合をみると、男性では「腹囲」、「HbA1c」、女性では「HbA1c」の有所見率が 50%を超え高い状況です。また県や国と比較すると、男性では「腹囲」、「HbA1c」、「HDL」、「eGFR」、「尿酸」が、女性では「腹囲」、「BMI」、「収縮期血圧」、「拡張期血圧」、「HbA1c」、「HDL」、「ALT」、「尿酸」の割合が高い状況です。（図表 19･20）

■　図表 19　有所見者の割合（男性）



■　図表 20　有所見者の割合（女性）



※KDB システム（厚生労働省様式（様式 5-2：健診有所見者状況））より

※4　有所見者の基準値については第 8 章資料（P49）参照。

○　糖尿病の状況

令和 4 年度の特定健康診査の受診者の 11.9%が、受診勧奨判定値である HbA1c6.5%以上に該当しています。また受診者の 1.1%は HbA1c8.0%以上の血糖コントロール不良者に該当し、未治療者も 0.1%存在します。（図表 21）

年代別では、年齢が高くなるにつれ受診勧奨判定値に該当する者の割合が高くなっています。（図表 22）

経年でみると、受診勧奨判定値に該当する者の割合は減少傾向にあります。また 8.0%以上の血糖コントロール不良者や、受診勧奨判定値 HbA1c6.5%以上の未治療者の割合も減少傾向です。（図表 23）

■ 図表 21　令和 4 年度　糖尿病の受診勧奨判定及び治療の状況

HbA1c 測定者数：2,243 人			治療中		未治療	
HbA1c（%）	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
6.5 以上	266	11.9	204	9.1	62	2.8
【再掲】8.0 以上	25	1.1	22	1.0	3	0.1

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。

■ 図表 22　令和 4 年度　糖尿病の年代別の状況

HbA1c（%）	40～64 歳		65～74 歳	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
6.5 以上	38	7.7	228	13.0
【再掲】8.0 以上	5	1.0	20	1.1

分母は各年代の測定者数で算出しています。

■ 図表 23　糖尿病の経年推移（平成 30 年度～令和 4 年度）

年度	測定者数	受診勧奨判定値				HbA1c6.5%以上			
		6.5%以上		【再掲】8.0%以上		【再掲】未治療		【再掲】治療中	
	人数(人)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
H30 年	2,737	368	13.4	48	1.8	116	31.5%	252	68.5
R1 年	2,617	314	12.0	31	1.2	75	23.9%	239	76.1
R2 年	2,464	281	11.4	34	1.4	72	25.6%	209	74.4
R3 年	2,482	314	12.7	35	1.4	83	26.4%	231	73.6
R4 年	2,243	266	11.9	25	1.1	62	23.3%	204	76.7

※特定健診データ管理システム（法定報告）より

○　高血圧の状況

令和 4 年度の特定健康診査の受診者の 27.7%が、受診勧奨判定値であるⅠ度高血圧以上※5 に該当しています。また、受診者の 4.6%がⅡ度高血圧※6 以上に該当し、未治療者も 2.4%存在します。（図表 24）

年代別では、年齢が高くなるにつれ有所見者や受診勧奨判定値に該当する者の割合は高くなっていますが、Ⅱ度高血圧以上においては、年齢が若い世代のほうが割合は高くなっています。（図表 25）

経年でみると、Ⅰ度高血圧※7 に該当する者の割合は増加傾向、Ⅱ度高血圧以上に該当する者の割合は横ばいです。またⅡ度高血圧以上の未治療者の割合も横ばいで推移しています。（図表 26）

■　図表 24　令和 4 年度　高血圧の受診勧奨対象及び治療の状況

血圧測定者　：2,286 人			治療中		未治療	
血圧	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
130/85mmHg 以上	1,198	52.4	694	30.4	504	22.0
Ⅰ度高血圧以上	633	27.7	392	17.1	241	10.5
【再掲】Ⅰ度高血圧	527	23.1	340	14.9	187	8.2
【再掲】Ⅱ度高血圧以上	106	4.6	52	2.3	54	2.4

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。

■　図表 25　令和 4 年度　高血圧の年代別の状況

血圧	40～64 歳		65～74 歳	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
130/85mmHg 以上	222	44.1	976	54.7
Ⅰ度高血圧以上	111	22.1	522	29.3
【再掲】Ⅰ度高血圧	84	16.7	443	24.8
【再掲】Ⅱ度高血圧以上	27	5.4	79	4.4

分母は各年代の測定者数で算出しています。

■　図表 26　高血圧の経年推移（平成 30 年度～令和 4 年度）

年度	測定者数	受診勧奨判定値				Ⅱ度高血圧以上			
		Ⅰ度高血圧		Ⅱ度高血圧以上		【再掲】未治療		【再掲】治療中	
	人数(人)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
H30 年	2,799	611	21.8	139	5.0	73	52.5	66	47.5
R1 年	2,680	556	20.7	130	4.9	60	46.2	70	53.8
R2 年	2,519	515	20.4	98	3.9	49	50.0	49	50.0
R3 年	2,539	593	23.4	134	5.3	70	52.2	64	47.8
R4 年	2,286	527	23.1	106	4.6	54	50.9	52	49.1

※特定健診データ管理システム（法定報告）より

※5　収縮期血圧 140mmHg 以上又は拡張期血圧 90mmHg 以上

※6　収縮期血圧 160mmHg 以上又は拡張期血圧 100mmHg 以上

※7　収縮期血圧 140～159mmHg/拡張期血圧 90～99mmHg

○　脂質異常の状況

令和 4 年度の特定健康診査の受診者の 17.7%が、受診勧奨判定値である LDL コレステロール 140mmHg 以上に該当しています。また受診者の 1.4%は、LDL コレステロール 180mmHg 以上の未治療者です。（図表 27）

年代別では、糖尿病や高血圧と違い、年齢が若い世代のほうが受診勧奨判定値に該当する者の割合は高くなっています。（図表 28）

経年でみると、受診勧奨判定値に該当する者の割合はどの区分も減少傾向にあります。（図表 29）

■　図表 27　令和 4 年度　脂質異常の受診勧奨対象及び治療の状況

LDL コレステロール測定者　：2,286 人			治療中		未治療	
LDL コレステロール（mg/dl）	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
140 以上	405	17.7	47	2.1	358	15.7
【再掲】140～159	266	11.6	33	1.4	233	10.2
【再掲】160～179	105	4.6	11	0.5	94	4.1
【再掲】180 以上	34	1.5	3	0.1	31	1.4

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。

■　図表 28　令和 4 年度　脂質異常の年代別の状況

LDL コレステロール（mg/dl）	40～64 歳		65～74 歳	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
140 以上	108	21.5	297	16.7
【再掲】140～159	70	13.9	196	11.0
【再掲】160～179 以上	28	5.6	77	4.3
【再掲】180 以上	10	2.0	24	1.3

分母は各年代の測定者数で算出しています。

■　図表 29　脂質異常の経年推移（平成 30 年度～令和 4 年度）

年度	測定者数	受診勧奨判定値						180 以上			
		140～159		160～179		180 以上		【再掲】未治療		【再掲】治療中	
	人数(人)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
H30 年	2,795	425	15.2	159	5.7	91	3.3	80	87.9	11	12.1
R1 年	2,679	375	14.0	168	6.3	75	2.8	67	89.3	8	10.7
R2 年	2,518	353	14.0	134	5.3	63	2.5	55	87.3	8	12.7
R3 年	2,536	345	13.6	133	5.2	60	2.4	49	81.7	11	18.3
R4 年	2,286	266	11.6	105	4.6	34	1.5	31	91.2	3	8.8

※特定健診データ管理システム（法定報告）より

④　質問票の状況

特定健康診査の質問票の回答状況をみると、「20 歳時体重から 10 kg以上増加」、「1 回 30 分以上の運動習慣なし」、「1 日 1 時間以上の運動なし」、「歩行速度が遅い」、「週に 3 回以上就寝前に夕食をとる」、「咀嚼（かみにくい）」、「咀嚼（ほとんどかめない）」、「毎日飲酒」の回答割合が、県、同規模、国より高くなっています。またさつま町においては、全受診者の 28.0%が「毎日飲酒」と回答しており、19.1%が、毎日 1 合以上飲酒をしていると回答しています。（図表 30）

■　図表 30　令和 4 年度　特定健康診査質問票の回答状況

質問票の回答	さつま町		県	同規模	国
	人数(人)	割合(%)	割合(%)	割合(%)	割合(%)
喫煙	292	12.8	11.4	12.8	13.8
20 歳時体重から 10Kg 以上増加	829	**36.5**	36.1	35.5	35.0
1 回 30 分以上運動習慣なし	1,477	**65.1**	56.9	59.6	60.4
1 日 1 時間以上運動なし	1,213	**53.4**	45.8	47.4	48.0
歩行速度遅い	1,316	**58.0**	51.2	52.3	50.8
週に 3 回以上朝食を抜く	157	6.9	9.1	8.7	10.4
週に 3 回以上就寝前に夕食をとる	415	**18.3**	17.6	14.3	15.8
3 食以外で間食をする_毎日	341	15.0	18.9	21.5	21.6
咀嚼_かみにくい	529	**23.4**	22.3	21.1	19.9
咀嚼_ほとんどかめない	26	**1.1**	1.0	0.8	0.8
毎日飲酒	637	**28.0**	25.5	23.6	25.5
【再掲】毎日飲酒かつ 1 合未満の飲酒	202	8.9	-	-	-
【再掲】毎日飲酒かつ 1～2 合未満の飲酒	350	15.4	-	-	-
【再掲】毎日飲酒かつ 2～3 合未満の飲酒	76	3.3	-	-	-
【再掲】毎日飲酒かつ 3 合以上の飲酒	9	0.4	-	-	-
2～3 合未満の飲酒	86	5.8	7.6	8.6	9.4
3 合以上の飲酒	11	0.7	1.3	2.2	2.8
睡眠不足	464	20.5	22.1	25.6	25.6

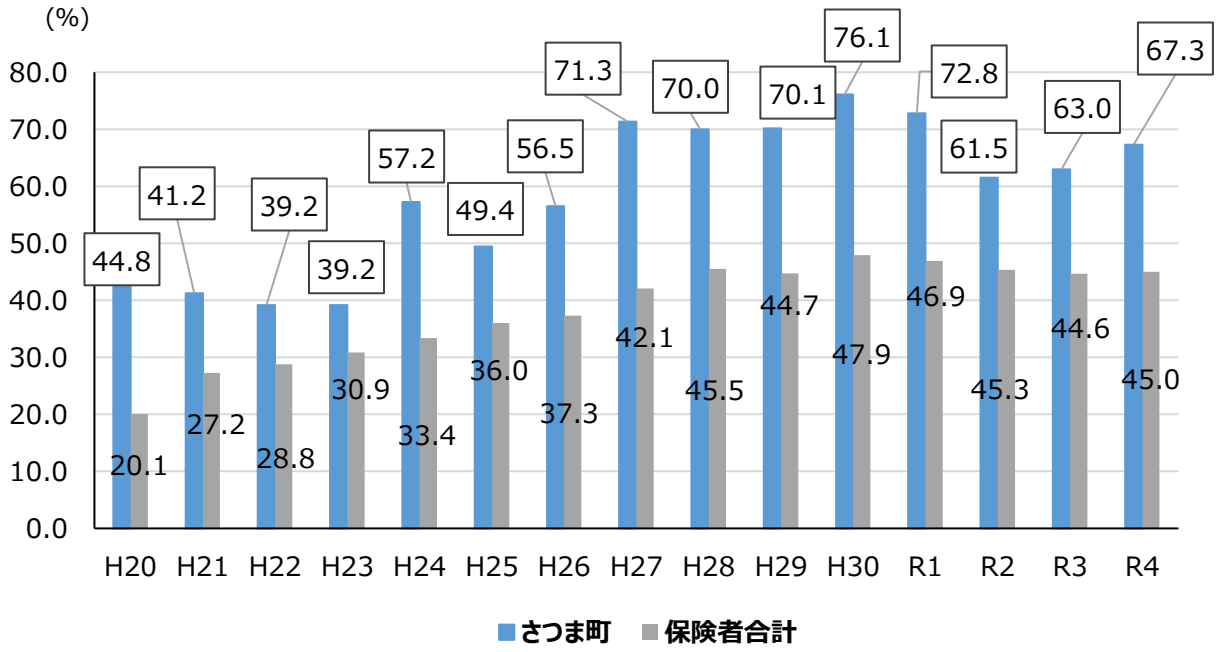
割合は、各質問項目に「あり」と回答した件数÷各質問事項に回答した件数×100 で算出しています。

※KDB システム（地域の全体像の把握）より

⑤　特定保健指導の状況

特定保健指導実施率は、制度開始後の平成 20 年度より多少の増減はありますが、年々増加傾向にありました。新型コロナウイルス感染症の影響を受け対面での保健指導が十分に実施できず一時減少傾向となりましたが、国の目標値は達成している状況が続いています。（図表 31）

■　図表 31　特定保健指導状況の経年推移



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

※特定健診データ管理システム（法定報告）より

（4）医療

① 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、被保険者数の減少も伴い、1 億 6994 万円減少しています。医療費の増減率をみると、医療費全体では県、国と比較し減少率は大きいですが、入院医療費の減少率は小さい状況です。（図表 32）

一人当たり医療費（月額）は令和 4 年度 40,890 円となっており、平成 30 年度から増加しています。入院医療費は 20,000 円、入院外医療費は 20,890 円となっており、どちらも増加しています。一人当たり医療費の増減率をみると、医療費全体では県、同規模、国より増加率は小さいですが、入院医療費の増加率は、同規模、国の約 2 倍となっています。（図表 33）

■ 図表 32 総医療費（平成 30 年度ー令和 4 年度比較）

	さつま町			県	同規模	国
	H30	R4	H30-R4 増減率(%)	H30-R4 増減率(%)	H30-R4 増減率(%)	H30-R4 増減率(%)
全体	24 億 1786 万円	22 億 4792 万円	-7.0	1.0	-9.8	-2.7
入院	11 億 2790 万円	10 億 9933 万円	-2.5	0.1	-11.8	-5.0
入院外（外来）	12 億 8996 万円	11 億 4859 万円	-11.0	1.9	-8.4	-1.1

■ 図表 33 一人当たり医療費（平成 30 年度−令和 4 年度比較）

		さつま町	県	同規模	国
全体	H30	38,270 円 同規模 2 位、県内 3 位	32,510 円	26,860 円	25,440 円
	R4	40,890 円 同規模 2 位、県内 6 位	36,120 円	29,130 円	27,580 円
	H30-R4 増減率(%)	6.8	11.1	8.5	8.4
入院	H30	17,850 円	15,750 円	11,110 円	10,310 円
	R4	20,000 円	17,350 円	11,780 円	10,920 円
	H30-R4 増減率(%)	**12.0**	10.2	6.0	5.9
入院外 (外来)	H30	20,420 円	16,760 円	15,750 円	15,130 円
	R4	20,890 円	18,770 円	17,350 円	16,660 円
	H30-R4 増減率(%)	2.3	12.0	10.2	10.1

一人当たり医療費は、月平均額になります。

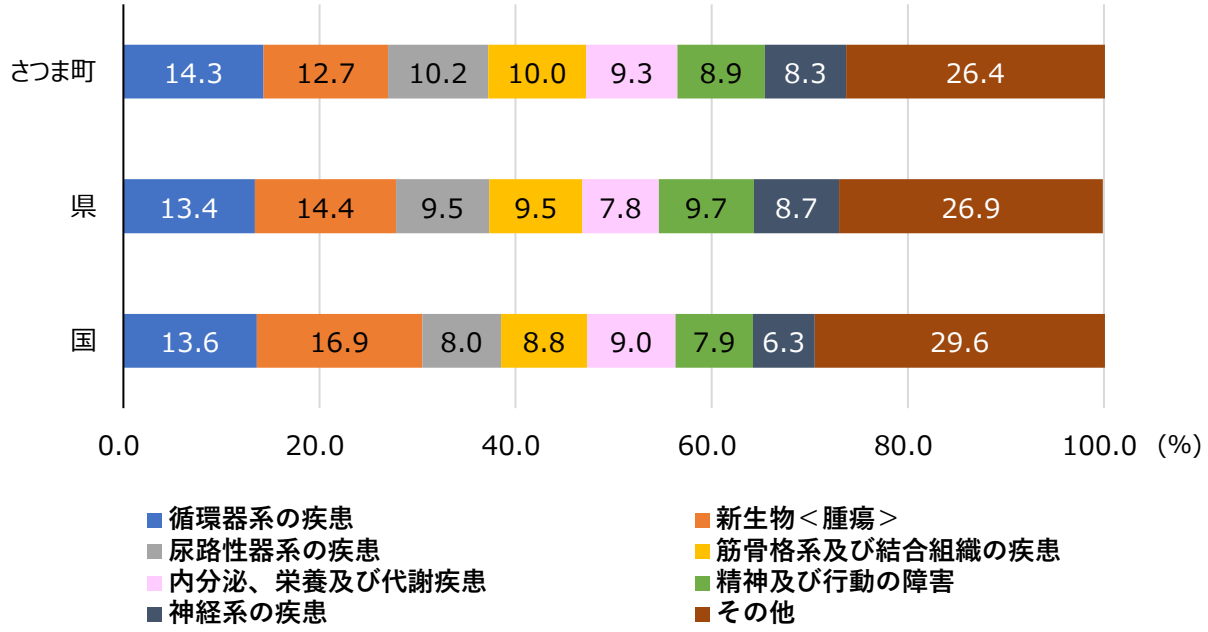
※KDB システム（地域の全体像の把握）より

② 疾病分類（大分類）医療費構成

令和４年度の医療費構成をみると、「循環器系の疾患」、「新生物（腫瘍）」、「尿路性器系の疾患」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「内分泌、栄養及び代謝疾患」が上位を占めています。県や国と比較すると、「循環器系の疾患」、「尿路性器系の疾患」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」の割合が高い傾向です。（図表 34）

上位５疾患の医療費構成を入院・入院外別にみると、入院医療費については、「尿路性器系の疾患」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「内分泌、栄養及び代謝疾患」の割合が、入院外医療費については、「循環器系の疾患」、「尿路性器系の疾患」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「内分泌、栄養及び代謝疾患」の割合が県、国と比較し高くなっています。（図表 35）

■ 図表 34 令和４年度 医療費分類（大分類）医療費構成



■ 図表 35 令和４年度 疾病分類（大分類）医療費構成（上位５疾患_入院・入院外別）

大分類	さつま町 医療費（万円）			割合（%） 入院			入院外（外来）		
	合計	入院	入院外(外来)	さつま町	県	国	さつま町	県	国
循環器系の疾患	32,139	14,875	17,265	13.5	14.8	17.5	**15.1**	12.1	11.0
新生物（腫瘍）	28,419	15,904	12,514	14.5	15.4	18.6	10.9	13.6	15.7
尿路性器系の疾患	22,929	7,242	15,687	**6.6**	5.3	4.6	**13.7**	13.4	10.3
筋骨格系及び結合組織の疾患	22,339	11,819	10,520	**10.8**	10.0	9.1	**9.2**	9.0	8.5
内分泌、栄養及び代謝疾患	20,878	1,897	18,981	**1.7**	1.5	1.4	**16.6**	13.7	14.1

※KDB システム（疾病別医療費分類 大分類）より

③　生活習慣病に関する医療費

○　一人当たり医療費

生活習慣病にかかる一人当たり医療費を平成 30 年度と令和 4 年度で比較すると、「狭心症・心筋梗塞」、「糖尿病」、「高血圧症」が増加しています。また 「慢性腎不全」、「狭心症・心筋梗塞」、「糖尿病」、「高血圧症」、「脂質異常症」の一人当たり医療費は、県、同規模、国と比較し高くなっており、特に「慢性腎不全」の一人当たり医療費は、国、同規模の 2 倍以上となっています。「脳出血・脳梗塞」の一人当たり医療費は減少していますが、内訳をみると「脳梗塞」の一人当たり医療費は増加しており、同規模や国と比較し高くなっています。（図表 36）

■　図表 36　令和 4 年度　生活習慣病にかかる一人当たり医療費

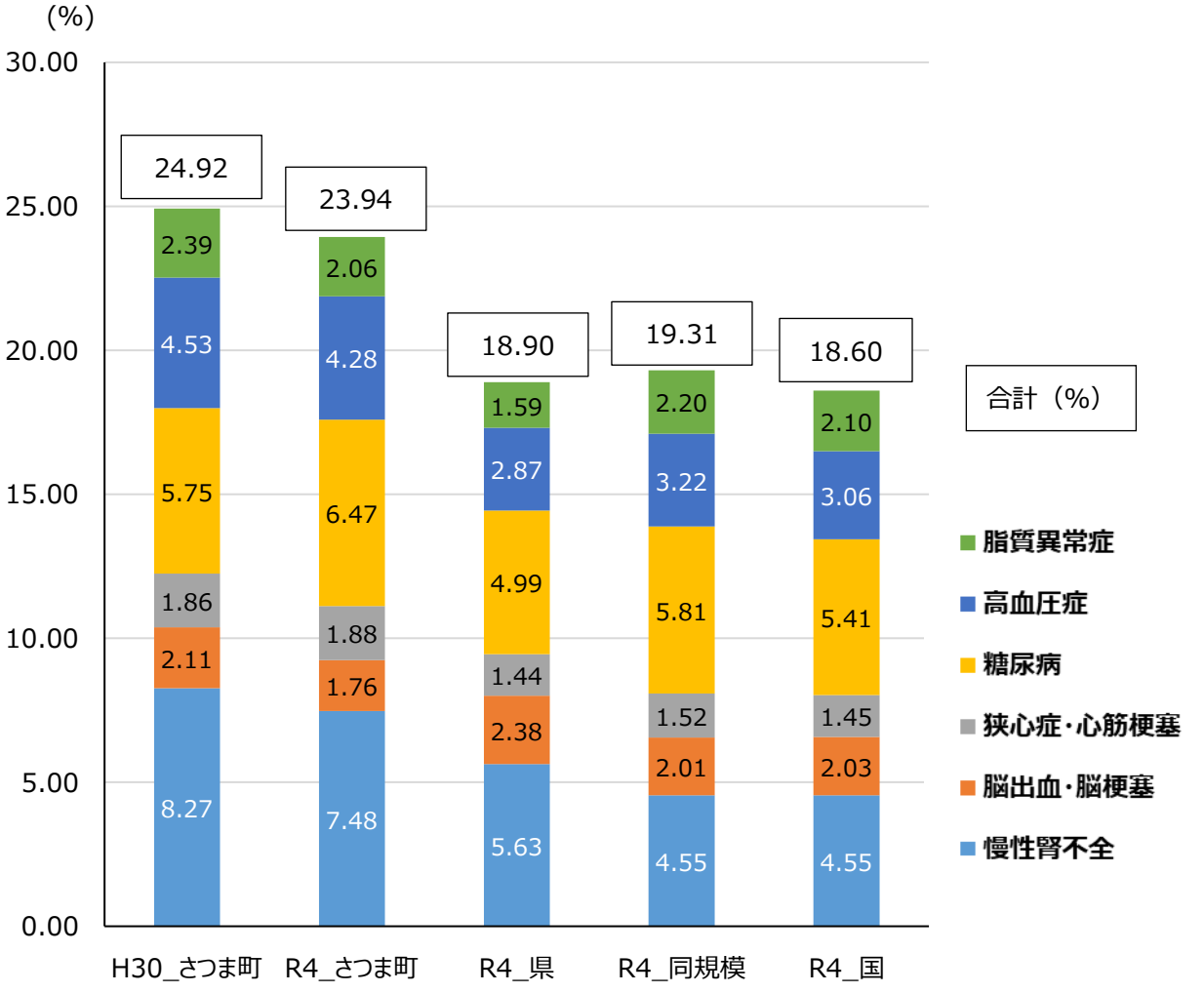
	一人当たり医療費（円）				
	H30	R4			
	さつま町	**さつま町**	県	同規模	国
慢性腎不全	38,651	38,136	24,990	16,438	15,465
【再掲】慢性腎不全(透析有)	37,639	36,937	23,545	15,314	14,478
【再掲】慢性腎不全(透析無)	1,012	1,199	1,445	1,124	988
脳出血・脳梗塞	9,872	8,998	10,571	7,257	6,879
【再掲】脳出血	4,324	2,311	3,197	2,293	2,244
【再掲】脳梗塞	5,548	6,687	7,374	4,963	4,635
狭心症・心筋梗塞	8,697	9,589	6,398	5,488	4,932
【再掲】狭心症	6,812	7,786	5,066	4,142	3,766
【再掲】心筋梗塞	1,885	1,804	1,332	1,346	1,167
糖尿病	26,849	33,005	22,175	20,978	18,366
高血圧症	21,186	21,854	12,730	11,649	10,403
脂質異常症	11,190	10,510	7,050	7,938	7,146
合計	116,445	122,093	83,914	69,747	63,192

※KDB システム（地域の全体像）より

○　総医療費に占める医療費の割合

生活習慣病にかかる医療費の割合を平成 30 年度と令和 4 年度で比較すると、総医療費に占める生活習慣病全体の割合は、平成 30 年度 24.92%、令和 4 年度 23.94%と減少傾向です。割合構成は大きく変化はありませんが、「慢性腎不全(人工透析なしも含む)」の割合が減少し、「糖尿病」の割合が増加傾向です。また生活習慣病全体にかかる医療費の割合は、県、同規模、国と比較し高い状況です。（図表 37）

■　図表 37　生活習慣病にかかる医療費の割合の経年推移（平成 30 年度～令和 4 年度）



※KDB システム（地域の全体像）より

④　生活習慣病の患者数の推移

平成 30 年度から令和 4 年度にかけての糖尿病、高血圧症、脂質異常症の患者数の推移をみると、3 疾患ともに患者数の割合は年々増加しています。糖尿病においては、新規患者数の割合も増加傾向です。（図表 38）

■ 図表 38　生活習慣病の患者数の推移

疾患名	年度	患者数			
		合計		新規	
		人数（人）	割合（%）	人数（人）	割合（%）
糖尿病	H30	854	16.5	55	1.1
	R1	843	16.6	54	1.1
	R2	923	18.6	50	1.0
	R3	921	19.5	39	0.8
	R4	848	19.2	60	1.4
高血圧症	H30	1,794	34.7	71	1.4
	R1	1,806	35.5	51	1.0
	R2	1,896	38.2	76	1.5
	R3	1,817	38.4	50	1.1
	R4	1,725	39.1	52	1.2
脂質異常症	H30	1,420	27.4	53	1.0
	R1	1,423	28.0	39	0.8
	R2	1,540	31.0	70	1.4
	R3	1,512	31.9	41	0.9
	R4	1,412	32.0	43	1.0

※KDB システム（医療費分析(1)細小分類）より

⑤　人工透析の状況

令和 4 年度末の人工透析患者数は、国民健康保険において 27 人、65～74 歳の後期高齢者医療において 6 人、75 歳以上の後期高齢者医療において 32 人となっています。人工透析者数を被保険者 10 万対でみると、国民健康保険においては同規模の約 1.8 倍、国の約 1.9 倍多くなっています。人工透析患者の医療費割合をみると、国民健康保険においては、県、同規模、国と比較し高い状況となっています。65～74 歳の後期高齢者医療においては、県、同規模、国より低く、75 歳以上の後期高齢者医療においては、県、同規模、国と同水準となっています。（図表 39･40･41）

■　図表 39　令和 4 年度累計　人工透析の医療費の状況（国民健康保険_0～74 歳）

	被保険者数	人工透析		医療費		
	人数(人)	人数(人)	被保険者10 万対	総医療費（調剤含む）	人工透析患者の医療費（人工透析レセプト点数を計上）	
さつま町	4,407	27	613	22 億 4792 万円	1 億 9444 万円	8.65%
県	356,708	1,970	552	1584 億 856 万円	129 億 6959 万円	8.19%
同規模	882,802	3,083	349	3189 億 600 万円	194 億 7737 万円	6.11%
国	27,488,882	89,397	325	9 兆 3374 億 1148 万円	5717 億 5114 万円	6.12%

■　図表 40　令和 4 年度累計　人工透析の医療費の状況（後期高齢者医療_65～74 歳）

	被保険者数	人工透析		医療費		
	人数(人)	人数(人)	被保険者100 万対	総医療費（調剤含む）	人工透析患者の医療費（人工透析レセプト点数を計上）	
さつま町	53	6	11,321	1 億 892 万円	2485 万円	22.82%
県	2,896	286	9,876	69 億 4114 万円	19 億 6402 万円	28.30%
同規模	10,366	1,545	14,905	231 億 263 万円	94 億 6035 万円	40.95%
国	254,644	33,204	13,039	5581 億 3507 万円	2104 億 7473 万円	37.71%

■　図表 41　令和 4 年度累計　人工透析の医療費の状況（後期高齢者医療_75 歳以上）

	被保険者数	人工透析		医療費		
	人数(人)	人数(人)	被保険者100 万対	総医療費（調剤含む）	人工透析患者の医療費（人工透析レセプト点数を計上）	
さつま町	4,591	32	697	49 億 402 万円	2 億 1294 万円	4.34%
県	268,170	1,920	716	2678 億 9426 万円	131 億 29 万円	4.89%
同規模	654,574	4,576	699	5215 億 7092 万円	289 億 2846 万円	5.55%
国	18,998,051	130,553	687	15 兆 5577 億 5162 万円	8378 億 400 万円	5.39%

透析人数は、年度末(R5 年 3 月時点)の人数を計上しています。

※KDB システム（地域の全体像の把握、医療費分析(1)細小分類、疾病別医療費分析大分類）より

（５）介護

①　介護認定の状況

令和４年度の１号認定率は、20.1%であり、県と同水準、国と比較し高い割合となっています。新規認定率については 0.3%と、県、国と同水準となっています。経年でみると、１号認定率、新規認定率、２号認定率のいずれも横ばいで推移しています。また要介護３以上の割合は、県、国と比較すると低く、経年でみても H30 年度から横ばいで推移しています。（図表 42･43･44）

■　図表 42　令和４年度累計　介護認定率

	さつま町		県	国
	H30 認定率	R4 認定率	R4 認定率	R4 認定率
１号認定率	21.1	20.1	20.1	19.4
新規認定率	0.3	0.3	0.3	0.3
２号認定率	0.3	0.3	0.4	0.4

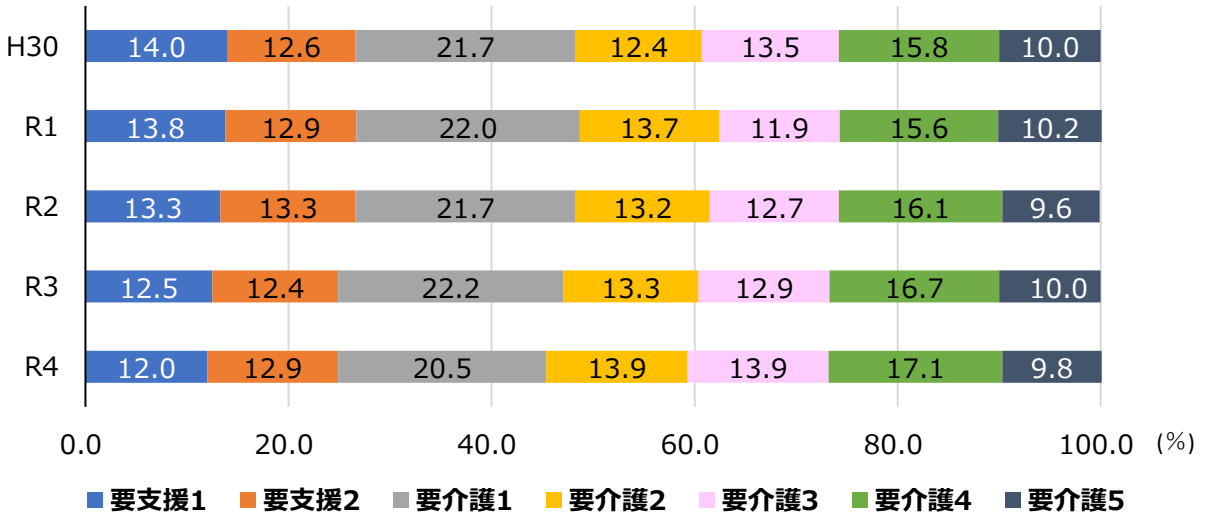
■　図表 43　令和４年度累計　介護度別総件数･割合

	さつま町		県	国
	実数	認定率	認定率	認定率
要支援 1.2	6,312	19.2	15.3	12.9
要介護 1.2	14,397	43.7	45.3	46.3
要介護３以上	12,238	37.1	39.4	40.8

認定率は、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 で算出しています。

※KDB システム（地域の全体像の把握）より

■　図表 44　介護度別認定率（経年推移）

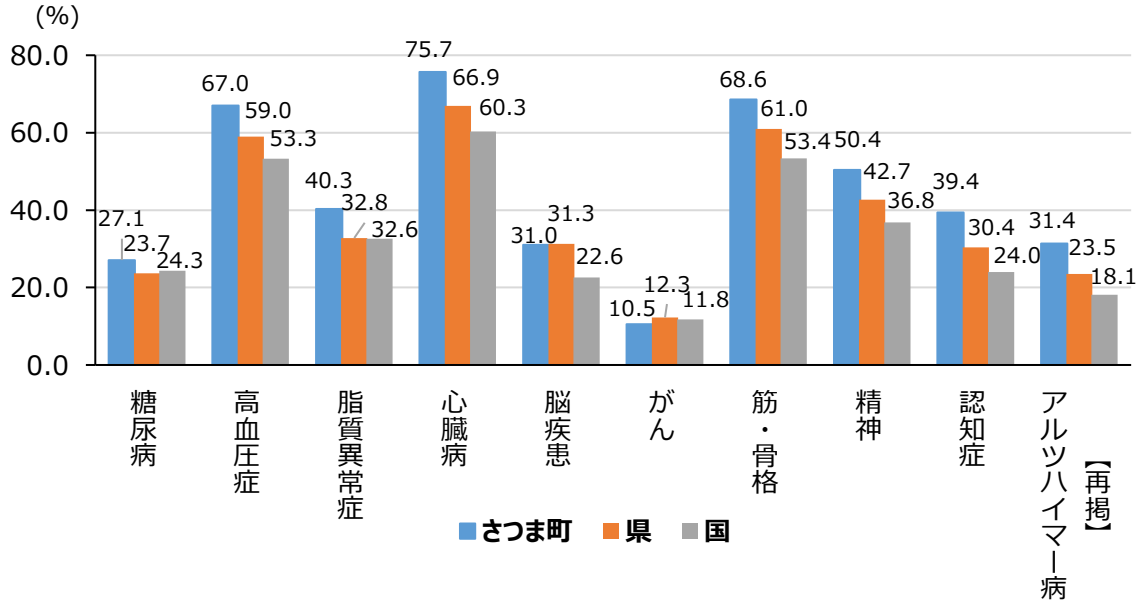


※KDB システム（要介護（支援）者認定状況）より

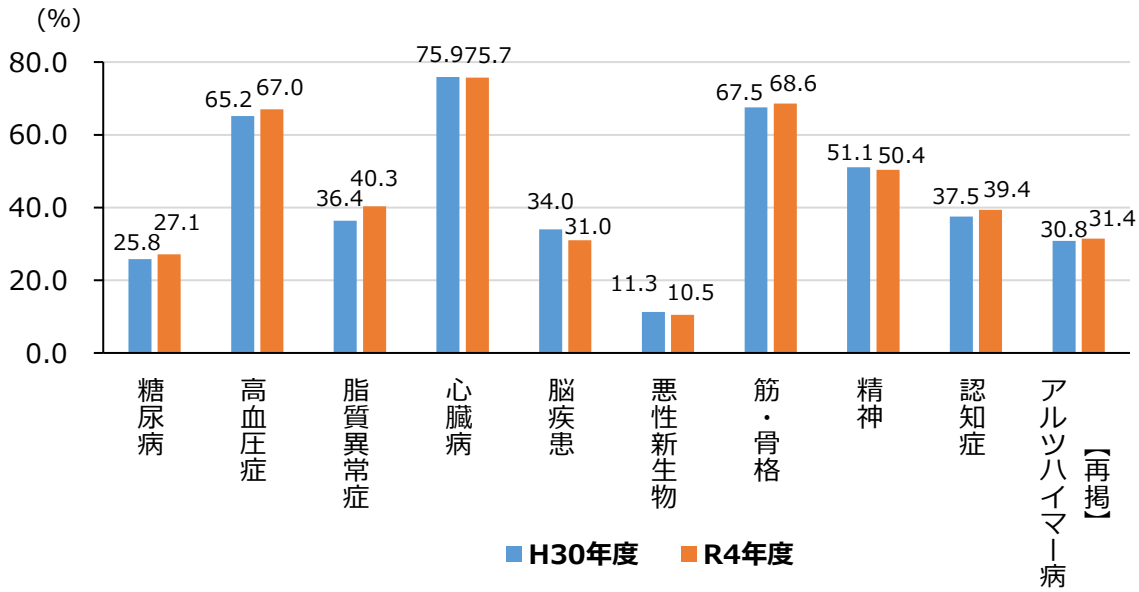
② 介護認定者の有病状況（各傷病レセプトを持つ介護認定者の状況）

介護認定者の有病状況は、「心臓病」、「筋・骨格」、「高血圧症」の順に高くなっています。また県と比較すると、「脂質異常症」、「認知症」、「【再掲】アルツハイマー病」が、国と比較すると「糖尿病」、「高血圧症」、「脂質異常症」、「心臓病」、「筋・骨格」、「精神」、「認知症」、「【再掲】アルツハイマー病」の有病率が 1.2 倍以上高くなっています。また平成 30 年度と比較して、「糖尿病」、「高血圧症」、「脂質異常症」、「筋・骨格」、「認知症」、「【再掲】アルツハイマー病」の有病率が増加しています。（図表 45・46）

■ 図表 45 令和 4 年度累計 介護認定者の有病状況



■ 図表 46 介護認定者の有病状況（平成 30 年度ー令和 4 年度比較）



割合は、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 で算出しています。

※ＫＤＢシステム（地域の全体像の把握）より

（6）その他の統計データ

① 5 大がん検診の受診率

令和 3 年度のがん検診受診率において、すべてのがん検診において国より高いですが、県と比較すると大腸がん検診以外の受診率が低い状況です。 令和 3 年度と令和 4 年度を比較すると、子宮頸がん検診、乳がん検診においては、受診率が大きく増加していますが、胃がん検診、肺がん検診、大腸がん検診においては減少傾向です。（図表 47）

■ 図表 47 令和 3 年度･4 年度のがん検診の受診状況

		胃がん	肺がん	大腸がん	子宮頸がん	乳がん
R4	さつま町	6.5%	7.3%	12.9%	20.1%	23.5%
R3	さつま町	6.7%	7.7%	13.8%	17.3%	18.9%
	県	6.8%	7.8%	7.8%	19.8%	20.7%
	国	6.5%	6.0%	7.0%	15.4%	15.4%

※厚生労働省（地域保健･健康増進事業報告）、健康増進係資料より

② 後発医薬品の使用状況

後発医薬品の使用状況は増加傾向にあり、令和 4 年 9 月時点で 86.7%と、県より高く、国の目標 80%を達成しています。（図表 48）

■ 図表 48 後発医薬品使用割合の経年推移

	H30.9	H31.3	R1.9	R2.3	R2.9	R3.3	R3.9	R4.3	R4.9
さつま町	79.1%	80.4%	80.1%	81.9%	82.4%	84.8%	86.3%	86.0%	86.7%
県	80.2%	81.7%	81.6%	83.8%	84.1%	85.2%	84.8%	84.7%	85.2%

※厚生労働省（保険者別の後発医薬品の使用割合）より

③ 若年健康診査の状況

30～39 歳の国民健康被保険者を対象とした若年健康診査の受診率は、2 割程度で推移しています。（図表 49）

■ 図表 49 若年健康診査の受診率の推移

	R2	R3	R4
受診率	24.3%	21.1%	22.9%

※保険係資料より

3. 前期計画の評価と見直し

さつま町では、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	適正受診を推進し、重症化して入院する患者を減らす。	● 入院医療費の割合 1%減少 ● 必要な受診勧奨を行い、入院外医療費を 2%伸ばす
	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する。	● 脳血管疾患の総医療費に占める割合 1%減少 ● 虚血性心疾患の総医療費に占める割合 1%減少 ● 慢性腎不全（人工透析有）の総医療費に占める割合 2%減少
短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす。	● メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率 5%(対 20 年度比) ● 特定保健指導対象者の減少率 3% ● 健診受診者の高血圧(160/100mmHg 以上)の割合 1 %減少 ● 健診受診者の脂質異常者(LDL180mg/dl 以上)の割合 1%減少 ● 健診受診者の糖尿病有病者の割合 1%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 70%以上 ● 糖尿病の保健指導を実施した割合 70%以上 ● 糖尿病重症化予防対象者をアウトカム評価した割合 70%以上
	医療費削減のために、特定健康診査受診率、特定保健指導の実施率向上により、重症化予防対象者を減らす。	● 特定健康診査受診率 70%以上 ● 特定保健指導実施率 70%以上
	がんの早期発見、早期治療	● 各がん検診受診率を上昇させる。 胃がん検診：8.3%以上 、 肺がん検診：8.7%以上 大腸がん検診：16.7%以上 、 子宮がん検診：20.3%以上 乳がん検診：21.8%以上

	達成すべき目的	課題を解決するための目標
短期目標	歯周病健診の受診率を向上し、関連疾患を予防する。	● 歯周病健診の受診率 20%以上
	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。

区分	評価基準
A	目標に達した
B	目標に達していないが、改善傾向にある
C	変わらない
D	悪化した
E	評価困難

事業名	指標	初期値	実績					評価
		H28	H30	R1	R2	R3	R4	
事業全般	入院医療費の割合 1%減少	46.4%	46.6%	46.2%	49.0%	48.8%	48.9%	D
	入院外医療費の割合 2%増加	53.6%	53.4%	53.8%	51.0%	51.2%	51.1%	D
特定健康診査・特定保健指導	特定健康診査受診率 70%	73.1%	71.6%	70.8%	66.4%	69.1%	67.3%	C
	特定保健指導実施率 70%	70.0%	76.1%	72.8%	61.5%	63.0%	67.3%	C
	メタボ該当者・メタボ予備群の割合減少	30.2%	33.0%	32.8%	34.2%	34.8%	38.8%	D
	メタボ該当者・メタボ予備群の減少率(%)※8 5%	-14.5%	-23.3%	-22.4%	-28.7%	-30.2%	-45.6%	D
	特定保健指導対象者の割合減少	7.6%	8.2%	7.1%	7.4%	7.4%	7.3%	C
	特定保健指導対象者の減少率(%)※9 3％	43.7%	38.7%	45.6%	42.4%	42.2%	39.7%	A

事業名	指標	初期値	実績					評価
		H28	H30	R1	R2	R3	R4	
糖尿病重症化予防事業	糖尿病性腎症による人工透析導入者の減少	2 人	0 人	0 人	3 人	0 人	1 人	C
	慢性腎不全(人工透析有)の総医療費に占める割合 2%減少	9.20%	8.05%	6.88%	7.50%	7.47%	7.24%	B
	健診受診者の糖尿病有病者割合 1%減少	15.9%	18.0%	17.8%	17.6%	18.1%	17.2%	D
	健診受診者の HbA1c8.0%以上で未治療者の割合減少	0.42%	0.55%	0.34%	0.37%	0.24%	0.13%	A
	糖尿病の保健指導(受診勧奨)を実施した割合 70%以上 ※中間評価時(R1 実績)より指標の算出方法を変更	87.1%	93.0%	93.9%	98.4%	98.6%	100%	A
	糖尿病未治療を治療（受診）に結びつける割合 70%以上 ※中間評価時(R1 実績)より指標の算出方法を変更	67.9%	78.0%	83.1%	86.5%	71.0%	89.4%	A
	糖尿病重症化予防対象者をアウトカム評価した割合 70%以上	中間評価時に指標追加	中間評価時に指標追加	79.1%	82.3%	75.2%	–	A
CKD 重症化予防事業	【再掲】 慢性腎不全(人工透析有)の総医療費に占める割合 2%減少	9.20%	8.05%	6.88%	7.50%	7.47%	7.24%	B
重症化予防のための個別保健指導	脳血管疾患の総医療費に占める割合 1%減少	1.47%	2.11%	1.66%	2.36%	2.51%	1.76%	D
	虚血性心疾患の総医療費に占める割合 1%減少	1.27%	1.86%	1.31%	1.00%	1.40%	1.88%	D

事業名	指標	初期値	実績					評価
		H28	H30	R1	R2	R3	R4	
重症化予防のための個別保健指導	健診受診者の高血圧(160/100mmHg 以上)の割合 1%減少	4.7%	5.0%	4.9%	3.9%	5.3%	4.6%	C
	健診受診者の脂質異常者(LDL180mg/dl 以上)の割合 1%減少	2.2%	3.3%	2.8%	2.5%	2.4%	1.5%	B
がん検診	胃がん検診受診率 8.3%以上	9.6%	8.8%	8.1%	7.4%	6.7%	6.5%	D
	肺がん検診受診率 8.7%以上	9.7%	9.0%	8.6%	8.2%	7.7%	7.3%	D
	大腸がん検診受診率 6.7%以上	20.3%	17.2%	16.7%	16.7%	13.8%	12.9%	A
	子宮頸がん検診 20.3%以上	15.8%	17.5%	17.6%	16.8%	17.3%	20.1%	B
	乳がん検診 21.8%以上	20.5%	21.3%	20.8%	19.1%	18.9%	23.5%	A
歯周病健診	歯周病健診受診率 20%以上	16.8%	15.4%	16.7%	17.2%	16.9%	19.5%	B
適正受診・適正服薬（後発（ジェネリック）医薬品促進含む）	後発(ジェネリック)医薬品の使用割合 80%以上	–	79.1%	80.1%	82.4%	86.3%	86.7%	A

※8　メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率＝{(平成 20 年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数－当該年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数)／平成 20 年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数}×100

※9　特定保健指導対象者の減少率＝{(平成 20 年度特定保健指導対象者の推定数－当該年度の特定保健指導対象者の推定数)／平成 20 年度の特定保健指導対象者の推定数}×100

- 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。

- 特定健康診査について、受診率は国の目標値を達成している状況が続いていますが、若年層の受診率低迷を受け、全体の受診率は減少傾向です。若年層への対策として、令和元年度より特定健康診査の対象となる 40 歳到達者を訪問し、健診の目的や受診方法等に関する情報提供を実施しています。また早期からの健診受診の定着化を目指し、令和 2 年度より 30～39 歳の国民健康被保険者を対象とした若年健康診査を開始しました。今後も働き盛り世代の受診率向上を図るための取り組みを強化していく必要があります。

- 特定保健指導について、実施率は国の目標値を達成している状況が続いています。特定保健指導対象者の割合は治療に結び付けたことにより減少していますが、メタボリックシンドローム該当者の割合は増加傾向にあり、指導者のスキルアップが求められます。また生活習慣改善への動機づけとなることを目的に、令和 5 年度より特定保健指導対象者への頸動脈エコー検査を開始しました。

- 糖尿病重症化予防事業では、医療機関への紹介や、医療機関から行政への報告を行う「医療連携シート」を作成し、受診勧奨及び保健指導を実施しています。初回面接後は、医療連携シートに記載された主治医の指示に基づき継続支援を実施していますが、医療機関からの依頼数は少ない状況です。令和 5 年度は事業開始前に町内の医療機関へ説明を行い、保健指導の依頼は約 2 倍に増えました。異常値放置者（過去の特定健康診査において一度でも糖尿病型に該当、かつ特定健康診査未受診者）に対しては、訪問による健診受診、医療機関受診勧奨を実施しています。また令和 5 年度よりレセプトデータを用いて糖尿病の治療中断者への介入を開始しました。
  特定健康診査の結果における HbA1c6.5%以上の未治療者の割合は年々減少傾向ですが、糖尿病の一人当たり医療費は増加しており、また県、国と比較し高い状況です。また特定健康診査の有所見者割合（HbA1c5.6 以上）は男女ともに県、国と比較し高いことから、健診の結果報告会での情報提供や広報活動など、早期から糖尿病対策に取り組む必要があります。また現在、糖尿病治療中の方を対象とする医療機関と連携した保健指導や、糖尿病重症化予防にかかる歯科保健事業が実施できていない状況です。糖尿病の特性上、薬物療法だけでなく食事・運動療法や、歯周病のコントロールが重要となるため、薩摩郡医師会をはじめとする関係機関と連携し協力をいただきながら、事業内容を検討していく必要があります。

- CKD 重症化予防事業については、特定健康診査で腎臓の異常等が発見された者を確実に医療機関に繋ぐこと、またかかりつけ医と腎臓等に関する専門医が連携して診療することを目的に、川薩圏

域で構築した「川薩圏域ＣＫＤ予防ネットワーク」を運用し、受診勧奨及び保健指導を実施しています。慢性腎不全の一人当たり医療費は微減傾向ですが、県、国と比較し、高い状況が続いています。また被保険者 10 万対あたりの人工透析者数も、県、国と比較し多い状況です。主な原疾患である糖尿病性腎症により令和 4 年度新たに人工透析導入となった方は 1 名で、年度によりバラつきはありますが増加は抑制できています。

- 重症化予防のための個別保健指導では、血圧、脂質、心房細動のコントロールにより、脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全の発症及び重症化を予防することを目的に、特定健康診査の結果においてⅡ度高血圧以上、LDL コレステロール 180 ㎎/dl 以上、中性脂肪 300 ㎎/dl 以上、心房細動未治療者に該当した者を重症化予防対象者と設定し、受診勧奨及び保健指導を実施しました。異常値放置者（過去の特定健康診査において一度でもⅡ度高血圧以上に該当、かつ特定健康診査未受診者）に対しては、訪問による健診受診、医療機関受診勧奨を実施しています。また令和 5 年度よりレセプトデータを用いて高血圧症及び脂質異常症の治療中断者への介入を開始しました。
  特定健康診査の結果におけるⅡ度高血圧以上、LDL180 ㎎/dl 以上の割合は減少傾向ですが、高血圧症、脂質異常症の一人当たり医療費は、県、同規模、国と比較し高い状況です。
  脳血管疾患の一人当たり医療費は、同規模、国と比較すると高い状況であり、また女性の脳血管疾患の死亡は国と比較し多い状況です。虚血性心疾患の一人当たり医療費は、県、同規模、国と比較し高い状況です。また急性心筋梗塞の死亡は男女ともに 2 倍以上多く、介護認定者の心臓病、高血圧症の有病割合も県、同規模、国と比較し高い状況から、虚血性心疾患対策は急務です。

- がん検診では、自己負担 500 円の「ワンコインがん検診」を令和 4 年度より開始したところ、子宮頸がん検診は 2.8%（R3-R4 比較）、乳がん検診は 4.6%（R3-R4 比較）の受診率上昇がみられました。

- 歯周病健診は、保健衛生部門である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、節目年齢到達の町民全体が対象となっており、受診率は増加傾向です。
  特定健康診査の質問票において「咀嚼良好」と回答している割合が少ないこと、また歯周病健診をはじめとする歯科保健事業は、糖尿病の重症化対策として重要になることから、実施主体である健康増進係と連携し、広報や健診受診率の向上に取り組んでいく必要があります。

- 適正受診・適正服薬事業では、後発（ジェネリック）医薬品の利用促進を図るため、利用差額通知を年 1 回発送しています。使用割合は令和元年度以降、国の目標を達成している状況です。

- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業は、令和 6 年度より保険係が主体となり関係部署と連携を図りながら事業を開始する予定です。

- データヘルス計画は 74 歳までの方を事業対象とすることで、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にあります。

4. 健康課題のまとめ

データ分析結果や第 2 期データヘルス計画の取り組み状況を整理し、以下の健康課題を抽出しました。

1. 40～50 歳代の特定健康診査受診率が低い。
2. メタボリックシンドローム該当者の割合が県、同規模、国と比較し高く、増加傾向である。
3. 運動習慣がない者の割合が、県、同規模、国と比較し高い。
4. 咀嚼不良の割合が、県、同規模、国と比較し高い。
5. 生活習慣病の一人当たり医療費（特に慢性腎不全、糖尿病、高血圧症）が、県、同規模、国と比較し高く、また総医療費に占める生活習慣病の医療費の割合も高い。
6. 人工透析患者の割合が、県、同規模、国と比較し高い。
7. 急性心筋梗塞の SMR が国と比較し、男性は約 2.4 倍、女性は約 2.2 倍高い。
8. 「高齢者の介護予防と保健事業の一体的実施」が未実施。

上記の健康課題の中でもさつま町では、次の課題を優先課題としました。

1. **慢性腎不全、糖尿病、高血圧症の一人当たり医療費が、県、同規模、国と比較し高い。**
2. **急性心筋梗塞の SMR が国と比較し、男性は約 2.4 倍、女性は約 2.2 倍高い。**

第３章　データヘルス計画の目的と方策

1. 計画の目的

さつま町の国民健康保険加入者においては年代が幅広いことから、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上が図られ、結果として医療費の適正化に資すると考えられるため、第３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、さつま町で実施する主要な保健事業は下記のとおりです。

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 ● 早期介入保健事業
糖尿病のハイリスク者（未治療、治療中断、コントロール不良）の医療機関受診を促進し、重症化予防することで、糖尿病性腎症をはじめとする合併症を発症する患者及び関連医療費の減少を目的とします。	● 糖尿病重症化予防事業
川薩圏域 CKD 予防ネットワークの運用及び医療機関受診を促進し、重症化予防することで、慢性腎不全の患者及び関連医療費の減少を目的とします。	● ＣＫＤ重症化予防事業
高血圧、脂質異常症等のハイリスク者（未治療、治療中断、コントロール不良）の医療機関受診を促進し、重症化予防することで、虚血性心疾患、脳血管疾患の患者及び関連医療費の減少を目的とします。	● 循環器病予防事業
高齢者の社会参加を促進することで、フレイル及び要介護の予防、高齢者の社会参加とＱＯＬの向上を目的とします。	● 高齢者の介護予防と保健事業の一体的実施（令和６年４月に事業計画作成予定）

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

背景	●平成20年度より、脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎臓病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た。 ●さつま町でも制度開始以来、特定健康診査実施計画をもとに様々な取組みを行ってきた。令和4年度の受診率は国の目標である60%を上回っているが、40～50歳代の受診率は40%台であり、若年層の受診率向上を図る必要がある。 ●特定健康診査の結果においてⅠ度高血圧以上の割合が年々増加しており、また高血圧症の1人あたり医療費が県、同規模、国と比較し高い状況であることから、高血圧の発症、重症化予防対策の強化が必要である。
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、再勧奨に取り組むことで、特定健康診査の受診率向上を図ることを目的とする。 ●さつま町独自の検査項目としてナトカリ比検査を追加し、減塩や野菜摂取に関する保健指導に活用することで、高血圧の発症・重症化予防に繋げることを目的とする。
具体的内容	【実施内容】 ●対象：40～74歳の被保険者 ●実施方法・体制： 集団健診（委託機関：鹿児島厚生連健康管理センター）、個別健診（委託機関：さつま町、薩摩川内市内の医療機関）、人間ドック助成（さつま町が指定する医療機関）、情報提供（鹿児島大学病院を除く、鹿児島県内の医療機関） ●健診項目： 第8章資料編のP50～51に記載の項目に加え、集団・個別健診では、HbA1c、血清尿酸、血清クレアチニン、白血球数、血色素量、赤血球数、ヘマトクリット、心電図、尿潜血の検査を実施する。また集団健診では、令和6年度よりナトカリ比検査を実施する。 ●実施時期：集団健診4月～8月、個別健診4月～11月、人間ドック助成5月～翌年2月、情報提供4月～翌年2月 ●費用：集団健診、個別健診、情報提供については自己負担なし ●受診勧奨： 対象者全員へ、4月に集団・個別健診の受診券および案内文書を送付。また40歳到達者を訪問し、特定健診の目的や受診方法等を説明する。 働き盛り世代の受診率向上を図るため、各種団体（農業協同組合、商工会議所など）へ啓発チラシの配付を依頼する。 ●受診再勧奨： 訪問による受診再勧奨（異常値放置者、３か年未受診者：9～10月） 受診再勧奨通知の送付（集団健診の最終日程前：8月、個別健診終了月前：10月） ※新規国保加入者への介入は費用対効果が高いことから、対象者数や指導者のマンパワーを踏まえ、訪問による受診再勧奨を検討する。 ●健診データ収集： 被保険者が労働安全衛生法に基づく健康診断や、人間ドック（町助成なし）を受診した場合は、本人から健診結果データを提供してもらい、特定健診受診率に反映する。

評価		評価指標	備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
評価	アウトカム	・特定健康診査受診率 ・40歳代及び50歳代の特定健康診査受診率	【目標値】 ・特定健康診査受診率：70%以上 ※目標値は町独自 ・40歳代の特定健康診査受診率：45%以上 ※現状値から毎年度1%増加を目標とした ・50歳代の特定健康診査受診率：54%以上 ※現状値から毎年度1%増加を目標とした 【評価時期】 ・法定報告後
	アウトプット	・受診勧奨数（通知、訪問） ・広報の実施回数	【評価時期】 ・予算作成時、事務事業評価時、法定報告前
	プロセス	・対象者への通知（コール）の適切さ ・未受診者への通知（リコール）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 ・広報（広報紙、SNSなど）	【評価時期】 ・予算作成時、事務事業評価時
	ストラクチャー	・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	【評価時期】 ・予算作成時、事務事業評価時

※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）
特定健康診査受診率	（R4年度）67.3%	69.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%以上
40歳代の特定健康診査受診率	（R4年度）38.2%	40.0%	41.0%	42.0%	43.0%	44.0%	45.0%以上
50歳代の特定健康診査受診率	（R4年度）47.5%	49.0%	50.0%	51.0%	52.0%	53.0%	54.0%以上

2. 特定保健指導

● 事業の概要

背景	・平成20年度より、脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎臓病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た。特定保健指導は、特定健康診査の結果、積極的支援および動機付け支援に該当した者に対して、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ある。 ・さつま町でも特定保健指導を進め、令和4年度の実施率は67.3%と国の目標である60%を上回っているが、メタボリックシンドローム該当者および予備群の割合は年々増加している。
目的	・積極的支援および動機付け支援に該当した者に特定保健指導を行うことで、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する。
具体的内容	【実施内容】 ●対象：特定健康診査受診者（情報提供、みなし健診含む）のうち、積極的支援、動機付け支援に該当する者（階層化については第8章資料編のP52参照） ●実施方法： ・健診の結果報告会や訪問等にて初回面接を実施する。 ・食生活改善の支援として、希望者に管理栄養士による栄養教室（個別の健康相談）を実施する。 ・現状の確認、取り組みの評価の場として、希望者に頸動脈エコー検査、採血検査（血糖、脂質、尿酸、肝機能）等を実施する。 ●支援期間・頻度： 動機付け支援：原則1回の支援を行い、3か月経過後に評価を行う。 積極的支援：初回面接による支援、その後3か月以上の継続的な支援を行い、継続的な支援後に評価を行う。 ●実施体制：役場職員、雇い上げ指導員 ●実施時期：6月～翌年9月 ●費用：自己負担なし ●利用勧奨・再勧奨： 特定健康診査の受診後、おおよそ1～3か月後に実施する健診の結果報告会について案内する。※結果報告会の対象者は特定健康診査受診者全員 特定保健指導対象者については、結果説明会にて初回面接を実施する。 結果報告会を利用されなかった対象者については、訪問や電話等で利用勧奨を行う。 ●その他： 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）に基づき実施する。 生活習慣の改善に取り組んだ個人へのインセンティブを検討する。

評価			備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
評価	アウトカム	・特定保健指導実施率（積極的支援、動機付け支援） ・特定保健指導利用者の腹囲２cm減少、体重２kg減量者割合 ・特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 ・メタボリックシンドローム該当者・予備群割合 ・メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	【目標値】 ・特定保健指導実施率：70%以上 ※目標値は町独自 ・特定保健指導利用者の腹囲２cm減少、体重２kg減量者割合：20%以上 ・特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率：31%以上 ※現状値から毎年度1%増加を目標とした ・メタボリックシンドローム該当者・予備群割合：県平均並み ・メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率：-27.6%以上 ※保険者努力支援制度の指標を参考とし、現状値から毎年度3%減少を目標とした 【評価時期】 法定報告後
	アウトプット	・特定保健指導利用率（積極的支援、動機付け支援）	【評価時期】 ・予算作成時、事務事業評価時、法定報告後
	プロセス	・アウトカム評価を考慮した指導方法の検討と導入 ・利用勧奨の方法や利用までの手順の適切さ ・特定保健指導の機会、時期、内容等の適切さ ・データ分析の実施の有無（利用者の検査値の前後比較、メタボ該当者率の経年変化など） ・費用対効果等の分析実施の有無	【評価時期】 ・予算作成時、事務事業評価時
	ストラクチャー	・人員、予算 ・事業体制 ・連携会議（行政内、医師会等）の回数 ・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	【評価時期】 ・予算作成時、事務事業評価時

※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	（R4年度）67.3%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0以上
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	（R4年度）24.4%	26.0%	27.0%	28.0%	29.0%	30.0%	31.0%以上
メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	（R4年度）-45.6%	-42.6%	-39.6%	-36.6%	-33.6%	-30.6%	-27.6%以上

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。
  - 個人情報の取扱いに関しては、「国民健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及びさつま町の「個人情報保護条例」に基づき、特定健康診査・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。
  - 特定健康診査・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。

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

4. 公表及び周知に関する事項

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

第５章　個別保健事業

1. 早期介入保健事業

● 事業の概要

背景	●令和4年度の特定健康診査全体の受診率が67.3%であるのに対し、若年層の受診率は40歳代38.2%、50歳代47.5%と低い状況である。若年者対策として、特定健康診査の初年度となる40歳到達者に対し訪問による受診勧奨を実施しているが、若い世代から健康に対する意識を向上させるための仕組みが必要である。
目的	●若い世代から健診受診を習慣化させ、健康に対する意識を向上させることにより、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、40歳以降の特定健康診査の受診に繋げることを目的とする。
具体的内容	【実施内容】 ●対象：30～39歳の被保険者 ●実施方法・体制： 30代健診（集団健診のみ、委託機関：鹿児島厚生連健康管理センター）、人間ドック助成（さつま町が指定する医療機関）、個別面談による健診の結果報告会（役場職員、雇い上げ指導員） ●健診項目：若年健康診査については特定健康診査（集団健診）と同様 ●実施時期：集団健診4月～8月、人間ドック助成5月～翌年2月、結果報告会6月～翌年2月 ●費用：若年健康診査、結果報告会については自己負担なし ●受診勧奨： 対象者全員へ、4月に集団健診の受診券および案内文書を送付する。 働き盛り世代の受診率向上を図るため、各種団体（農業協同組合、商工会議所など）へ啓発チラシの配付を依頼する。

		評価指標	備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
評価	アウトカム	・若年健康診査受診率(人間ドック含む) ・40歳代の特定健康診査受診率（再掲）	【目標値・評価時期】 ・若年健康診査受診率：30%以上、翌年3月 ・40歳代の特定健康診査受診率（再掲）：45%以上、法定報告後 ※現状値から毎年度1%増加を目標とした
	アウトプット	・面接実施率 ・広報の実施回数	【評価時期】 ・予算作成時、事務事業評価時、法定報告前
	プロセス	・対象者への通知（コール）の適切さ ・費用対効果の実施 ・広報（広報紙、SNSなど）	【評価時期】 ・予算作成時、事務事業評価時
	ストラクチャー	・人員、予算 ・事業体制 ・集団健診実施数 ・健診機関等の連携状況 ・過去記録の活用状況	【評価時期】 ・予算作成時、事務事業評価時

※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）
若年健康診査受診率（人間ドック含む）	（R4年度）22.9%	25.0%	26.0%	27.0%	28.0%	29.0%	30.0%以上
40歳代の特定健康診査受診率（再掲）	（R4年度）38.2%	40.0%	41.0%	42.0%	43.0%	44.0%	45.0%以上

2. 糖尿病重症化予防事業

● 事業の概要

背景	・糖尿病等から生じる慢性腎不全による人工透析は高額な医療費となり、その予防は医療費適正化の観点から重要である。その観点から、国および県は、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。 ・さつま町でも平成29年度より糖尿病重症化予防の取り組みを進めている。
目的	・国および県の標準的な手順を参考に、糖尿病の疑いが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、糖尿病性腎症をはじめとした糖尿病の合併症を予防することを目的とする。
具体的内容	【実施内容】 ●対象： ①特定健康診査受診者でHbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上に該当する糖尿病未治療者 ②特定健康診査受診者でHbA1c8.0%以上に該当する糖尿病治療者 ③糖尿病治療中断者 ●実施体制：役場職員 ●費用：自己負担なし ●実施時期（対象者①）：6月～翌年9月　※ただし翌々年9月に個人の最終評価を行う ●実施方法およびスケジュール（対象者①）： ・特定健康診査の受診後、おおよそ1～3か月後に実施する健診の結果報告会について案内する。※結果報告会の対象者は特定健診受診者全員 ・各結果報告会の前に対象者を抽出し、集団健診受診者以外の事業対象者へ再度結果報告会について案内する。 ・面談（結果報告会、訪問）、電話、文書等による受診勧奨、保健指導を実施する。 ・受診勧奨時に配付する医療連携シートや紹介状の返書にて受診状況を確認する。 ・医療連携シートに記載の主治医からの指示に基づき保健指導を実施する。 ・初回介入３か月後に医療機関未受診者（医療連携シートや紹介状の返書が無い者）のレセプト確認、受診再勧奨、保健指導を実施する。 ・翌々年の9月に事業対象者のHbA1cを翌年度の特定健康診査の結果から確認し、個人の評価を行う。 ●医師会との連携（対象者①）：医療連携シートを活用し、医療機関の受診結果や主治医からの保健指導指示の確認、保健指導の実施報告を行う。 ※対象②に対する実施内容は循環器予防事業の対象①、対象③に対する実施内容は循環器病予防事業の対象②に準ずる。

		評価指標	備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
評価	アウトカム	・糖尿病性腎症重症化予防事業対象者（糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き）のうち医療機関未受診者や治療中断者の割合 ・事業対象者の血液検査等（HbA1c等）のデータ変化 ・特定健康診査受診者のうちHbA1c6.5%以上の者の割合 ・特定健康診査受診者のうちHbA1c8.0%以上の者の割合 ・糖尿病性腎症による新規透析導入者	【目標値・評価時期】 ・糖尿病性腎症重症化予防事業対象者のうち医療機関未受診者や治療中断者の割合：0.92%以下、法定報告後 ・事業対象者のHbA1c改善率：50%以上、翌々年9月 ・特定健康診査受診者のうちHbA1c6.5%以上の者の割合：9.9%以下、法定報告後 ※現状値から2%減少を目標とした ・特定健康診査受診者のうちHbA1c8.0%以上の者の割合：1.0%以下、法定報告後 ※第3次健康さつま21指標に準じた ・糖尿病性腎症による新規透析導入者：1人以下、翌年7月 ※現状値からの減少を目標とした
	アウトプット	・受診勧奨・保健指導実施率 ・事業対象者の医療機関受診率 ・主治医から保健指導実施の指示を受けた割合 ・主治医からの指示に基づく保健指導実施率	【目標値】 ・受診勧奨・保健指導実施率：90%以上 ・事業対象者の医療機関受診率：80%以上 ・主治医からの指示に基づく保健指導実施率：90%以上 【評価時期】 ・予算作成時、事務事業評価時、法定報告前
	プロセス	・対象者選定基準の明確化及び見直し ・勧奨方法の適切さ（方法、時期、内容など）及び見直し ・鹿児島県糖尿病性腎症予防プログラムを参考した事業実施及び見直し	【評価時期】 ・予算作成時、事務事業評価時
	ストラクチャー	・人員、予算 ・事業体制 ・医療機関からのデータ収集と管理体制 ・健診、レセプトデータの活用 ・医師会、医療機関、かかりつけ医、委託機関等との連携・会議の回数 ・費用分析の実施の有無	【評価時期】 ・予算作成時、事務事業評価時

※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）
糖尿病性腎症重症化予防事業対象者のうち医療機関未受診者や治療中断者の割合	(R4年度) 0.89%	0.89%以下	0.89%以下	0.89%以下	0.89%以下	0.89%以下	0.89%以下
特定健康診査受診者のうちHbA1c6.5%以上の者の割合	(R4年度) 11.9%	10.9%以下	10.9%以下	10.9%以下	9.9%以下	9.9%以下	9.9%以下
特定健康診査受診者のうちHbA1c8.0%以上の者の割合	(R4年度) 1.1%	1.0%以下	1.0%以下	1.0%以下	1.0%以下	1.0%以下	1.0%以下

3. CKD 重症化予防事業

● 事業の概要

背景	●糖尿病等から生じる慢性腎不全による人工透析は高額の医療費となり、その予防は医療費適正化の観点から重要である。 ●さつま町では、平成27年度から「川薩圏域CKD予防ネットワーク」を運用し、慢性腎臓病の疑いがある者をかかりつけ医と腎臓等に関する専門医が連携して診療することにより、慢性腎臓病の発症、重症化予防と、医療費の増加抑制を図っているが、慢性腎不全にかかる医療費の割合は7.48%であり、県、同規模、国と比較し高い状況である。
目的	●「川薩圏域CKD予防ネットワーク」に基づき、慢性腎臓病の疑いが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、慢性腎臓病の早期発見、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：特定健康診査の結果、「川薩圏域CKD予防ネットワーク」紹介基準に該当した者 ※紹介基準：下記のいずれかに該当する者 ①eGFR45未満、②蛋白尿１＋以上、③血尿１＋以上を伴う蛋白尿±以上、④eGFR60未満の蛋白尿±以上 ●実施体制：役場職員 ●費用：自己負担なし ●実施時期：6月～翌年9月 ●実施方法およびスケジュール： ・特定健康診査の受診後、おおよそ1～3か月後に実施する健診の結果報告会について案内する。※結果報告会の対象者は特定健診受診者全員 ・各結果報告会の前に対象者を抽出し、集団健診受診者以外の事業対象者へ再度結果報告会について案内する。 ・面談（結果報告会、訪問）、電話、文書等による受診勧奨、保健指導を実施する。 ・受診勧奨時に配付する医療連携シートや紹介状の返書にて受診状況を確認する。 ・初回介入３か月後に医療機関未受診者（医療連携シートや紹介状の返書が無い者）のレセプト確認、受診再勧奨、保健指導を実施する。 ●医師会との連携： 医療連携シートを活用し、医療機関の受診結果の確認を行う。またネットワークの運用方法や医療連携シートの内容については、川薩圏域CKD予防ネットワーク検討会にて年に1回、関係機関（医師会、腎臓等に関する専門医、保健所等）と協議する。

		評価指標	備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
評価	アウトカム	【短期目標】 ・被保険者10万人あたりの新規人工透析者	【目標値・評価時期】 ・被保険者10万人あたりの新規人工透析者：23人以下、翌年7月 ※現状値からの減少を目標とした
	アウトカム	【中長期目標】 ・慢性腎不全の一人当たり医療費 ・総医療費に占める慢性腎不全の医療費の割合	【目標値・評価時期】 ・慢性腎不全一人当たり医療費：県平均並み ※一人当たり医療費＝慢性腎不全の医療費（KDBシステム地域の全体像）÷被保険者数 ・総医療費に占める慢性腎不全の医療費の割合：県平均並み ※KDBシステム地域の全体像の医療費を使用する 【評価時期】 法定報告後
	アウトプット	・受診勧奨・保健指導実施率 ・事業対象者の医療機関受診率	【目標値】 ・受診勧奨・保健指導実施率：90%以上 ・事業対象者の医療機関受診率：80%以上 【評価時期】 ・予算作成時、事務事業評価時、法定報告前
	プロセス	・対象者選定基準の明確化及び見直し ・勧奨方法の適切さ（方法、時期、内容など）及び見直し ・川薩圏域CKD予防ネットワークに基づく実施及び見直し	【評価時期】 ・予算作成時、事務事業評価時
	ストラクチャー	・人員、予算 ・事業体制 ・医療機関からのデータ収集と管理体制 ・健診、レセプトデータの活用 ・医師会、医療機関、かかりつけ医、委託機関等との連携・会議の回数 ・費用分析の実施の有無	【評価時期】 ・予算作成時、事務事業評価時

※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）
被保険者10万人あたりの新規人工透析者	（R4年度） 23人	23人以下	23人以下	23人以下	23人以下	23人以下	23人以下
慢性腎不全の一人当たり医療費	（R4年度） 38,136円	減少	減少	減少	減少	減少	県平均並み
総医療費に占める慢性不全の医療費の割合	7.48% （R4年度）	減少	減少	減少	減少	減少	県平均並み

4. 循環器病予防事業

● 事業の概要

背景	●高血圧症、脂質異常症等を放置することで、脳血管疾患や虚血性心疾患等の循環器病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、また医療機関受診（治療）や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。 ●さつま町の急性心筋梗塞のSMRは男女ともに国より2倍以上高い状況である。また高血圧症、脂質異常症の患者は年々増加しているが、これらの疾病が起因となり発症する脳血管疾患や虚血性心疾患等の医療費は総医療費のうち多くを占めている。 ●さつま町では、特定健康診査および若年健康診査受診者全員を対象に、健診の結果報告会を実施し個別に保健指導を実施するとともに、高血圧や脂質異常症等のハイリスク者には受診勧奨と保健指導を行っている。
目的	●循環器病の予防、高血圧や脂質異常症等の生活習慣病の有病率の低下を目指して、特定健康診査結果やレセプトデータをもとに受診勧奨、保健指導を実施し、医療機関の受診が必要な人を受診及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： ①特定健康診査の結果において、以下の項目に1つ以上該当する者 ・高血圧Ⅱ度以上（治療の有無は問わない） ・LDL180mg/dl以上（治療の有無は問わない） ・中性脂肪300mg/dl以上（治療の有無は問わない） ・心房細動所見（未治療） ②高血圧症、脂質異常症治療中断者 ●実施体制：役場職員、雇い上げ指導員 ●実施方法およびスケジュール： 対象① ・特定健康診査の受診後、おおよそ1～3か月後に実施する健診の結果報告会について対象者へ案内する。※結果報告会の対象者は特定健診受診者全員 ・各結果報告会の前に対象者を抽出し、集団健診受診者以外の事業対象者へ再度結果報告会について案内する。 ・面談（結果報告会、訪問）、電話、文書等による受診勧奨、保健指導を実施する。 ・初回介入３か月後に医療機関未受診者（紹介状の返書が無い者等）のレセプト確認、受診再勧奨、保健指導を実施する。 対象② ・4～5月に保健事業支援システム等から高血圧症、脂質異常症中断者を抽出する。 ・特定健康診査受診者については結果報告会にて受診勧奨、保健指導を実施する。健診未受診者については、９月以降に訪問による受診勧奨、保健指導を実施する。

		評価指標	備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
評価	アウトカム	【短期目標】 ・特定健康診査受診者のうちⅡ度高血圧以上の者の割合 ・特定健康診査受診者のうちLDLコレステロール180mg/dl以上の者の割合	【目標値】 ・特定健康診査受診者のうちⅡ度高血圧以上の者の割合：3.6%以下 ※現状値から1.0%減少を目標とした ・特定健康診査受診者のうちLDLコレステロール180mg/dl以上の者の割合：1.0%以下 ※現状値から0.5%減少を目標とした 【評価時期】 法定報告後
		【中長期目標】 ・脳血管疾患（脳梗塞・脳出血）の一人当たり医療費 ・総医療費に占める脳血管疾患（脳梗塞・脳出血）の医療費の割合 ・虚血性心疾患（狭心症・心筋梗塞）の一人当たり医療費 ・総医療に占める虚血性心疾患（狭心症・心筋梗塞）の医療費の割合	【目標値・評価時期】 ・脳血管疾患の一人当たり医療費：国平均並み ※一人当たり医療費＝脳梗塞・脳出血の医療費（KDBシステム地域の全体像）÷被保険者数 ・総医療費に占める脳血管疾患の医療費の割合：1.76%以下 ※KDBシステム地域の全体像の医療費を使用する ・虚血性心疾患の一人当たり医療費：県平均並み ※一人当たり医療費＝狭心症・心筋梗塞の医療費（KDBシステム地域の全体像）÷被保険者数 ・総医療費に占める虚血性心疾患の医療費の割合：県平均並み ※KDBシステム地域の全体像の医療費を使用する 【評価時期】 法定報告後
	アウトプット	・受診勧奨・保健指導指率 ・事業対象者の医療機関受診率	【目標値】 ・受診勧奨・保健指導実施率：90%以上 ・事業対象者の医療機関受診率：80%以上 【評価時期】 ・予算作成時、事務事業評価時、法定報告前
	プロセス	・対象者選定基準の明確化及び見直し ・勧奨方法の適切さ（方法、時期、内容など）及び見直し ・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	【評価時期】 ・予算作成時、事務事業評価時
	ストラクチャー	・人員、予算 ・事業体制 ・医療機関からのデータ収集と管理体制 ・健診、レセプトデータの活用 ・医師会、医療機関、かかりつけ医、委託機関等との連携・会議の回数 ・費用分析の実施の有無	【評価時期】 ・予算作成時、事務事業評価時

※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）
特定健康診査受診者のうちⅡ度高血圧以上の者の割合	4.6% (R4年度)	4.1%以下	4.1%以下	4.1%以下	3.6%以下	3.6%以下	3.6%以下
特定健康診査受診者のうちLDLコレステロール180以上の者の割合	1.5% (R4年度)	1.3%以下	1.3%以下	1.3%以下	1.0%以下	1.0%以下	1.0%以下
脳血管疾患の一人当たり医療費	8,998円 (R4年度)	減少	減少	減少	減少	減少	国平均並み
虚血性心疾患の一人当たり医療費	9,589円 (R4年度)	減少	減少	減少	減少	減少	県平均並み

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。
- 保健福祉課保険係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及び個別保健事業の見直しを行います。

ストラクチャー	● 保健事業を実施するための十分な人員や予算の確保 ● 事業運営委員会などを設置する等、関係者との連携
プロセス	● 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た現状分析 ● 現状分析を踏まえたうえでの課題抽出、事業選択
アウトプット	● 保健事業の実施量（実施率など）
アウトカム	● 保健事業の成果（一人当たり医療費など）

3. 目標管理一覧

- 第 3 期データヘルス計画の目標管理一覧

目標	課題を解決するための指標		目標値 R11 （最終評価）
中長期目標	一人当たり医療費（入院）	県指標	県平均並み
	一人当たり医療費（外来）	県指標	県平均並み
	被保険者 10 万人あたりの新規人工透析者	県指標	23 人以下
	糖尿病性腎症による新規透析導入者数	町独自指標	1 人以下
	慢性腎不全の一人当たり医療費	県指標	県平均並み
	脳血管疾患患の一人当たり医療費	県指標	国平均並み
	虚血性心疾患の一人当たり医療費	県指標	県平均並み
短期目標	特定健康診査受診率	国指標	70%以上
	特定健康診査受診率（40 歳代）	町独自指標	45%以上
	特定健康診査受診率（50 歳代）	町独自指標	54%以上
	若年健康診査受診率	町独自指標	30%以上
	特定保健指導実施率	国指標	70%以上
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	国指標	31%以上
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率 （対 20 年度比）	町独自指標	-27.6%以上
	糖尿病性腎症重症化予防事業対象者のうち、未受診者や治療中断者の割合	県指標	0.89%以下
	特定健康診査受診者のうち HbA1c6.5%以上の者の割合	県指標	9.9%以下
	特定健康診査受診者のうち HbA1c8.0%以上の者の割合	国指標	1.0%以下
	特定健康診査受診者のうちⅡ度高血圧以上の者の割合	県指標	3.6%以下
	特定健康診査受診者のうち LDL コレステロール 180 ㎎/dl 以上の者の割合	県指標	1.0%以下

第７章　その他

１．計画の公表･周知

本計画は、さつま町ホームページで公表し、国民健康保険加入者･保健医療関係者に対しては、広報媒体により周知いたします。

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。

３．その他の留意事項

（１）地域包括ケアに係る取り組みについて

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り組みと、生活機能の低下を防止する取り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ります。

さつま町においては、令和６年度より、保険係が主体となり関係部署と連携を図りながら事業を開始する予定です。

第８章　資料

- 有所見者基準値一覧

項目名	有所見基準値
腹囲	男性 85.0cm 以上、女性 90.0cm 以上
BMI	25.0 ㎏/㎡以上
収縮期血圧	130mmHg 以上
拡張期血圧	85mmHg 以上
空腹時血糖	100 ㎎/dl 以上
HbA1c	5.6%以上
中性脂肪	150 ㎎/dl 以上
HDL コレステロール	40 ㎎/dl 未満
LDL コレステロール	120 ㎎/dl 以上
ALT（GPT）	31U/L 以上
eGFR	60ml/min/1.73 ㎡未満
尿酸	7.0 ㎎/dl 以上

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版）

● 特定健康診査（高齢者医療確保法）の項目と労働安全衛生法・学校保健安全法との比較

	項目名	高齢者医療確保法	労働安全衛生法	学校保健安全法
	既往歴	○	○	注１０）
	服薬歴	○	※	
	喫煙歴	○	※	
	業務歴		○	
	自覚症状	○	○	注１０）
	他覚症状	○	○	注１０）
身体計測	身長	○	○ 注５）	○ 注５）
	体重	○	○	○
	腹囲	○	○ 注６）	○ 注６）
	BMI	○	○ 注７）	○ 注７）
血圧	血圧（収縮期/拡張期）	○	○	○
肝機能検査	AST（GOT）	○	○	○
	ALT（GPT）	○	○	○
	γ－GT（γ－GTP）	○	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	● 注１）	● 注１）	●
	随時中性脂肪	● 注１)注２）	● 注１)注２）	●
	HDLコレステロール	○	○	○
	LDLコレステロール	○ 注３）	○ 注3)	○
	(Non-HDLコレステロール)			
血糖検査	空腹時血糖	● 注１）	● 注１）	●
	HbA1c	●	●	●
	随時血糖	● 注１)注４）	● 注１)注４）	●
尿検査	尿糖	○	○	○
	尿蛋白	○	○	○
血液学検査（貧血検査）	ヘマトクリット値	□		
	血色素量（ヘモグロビン値）	□	○	○
	赤血球数	□	○	○
その他	心電図	□	○	○
	眼底検査	□		
	血清クレアチニン（eGFR）	□	□ 注８）	
	視力		○	○
	聴力		○	○
	胸部エックス線		○	○
	喀痰検査		□ 注９）	□ 注１１）
	胃の疾病及び異常の有無			○ 注１２）
医師の判断	医師の診断（判定）	○	○	○
	医師の意見		○	○

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

注：労働安全衛生法及び学校保健安全法の定期健康診断は、40歳以上における取扱いについて記載している。また学校保健安全法の定期健康診断は、学校の職員を対象とする。※…必須ではないが、聴取の実施について協力依頼[注13)]

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

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

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

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

注５）医師が必要でないと認めるときは省略可。

注６）以下の者については医師が必要でないと認めるときは省略可。1 妊娠中の女性そのほかの者であって、その腹囲が内臓脂肪の蓄積を反映していないと判断されたもの 2 BMI（次の算式により算出したものをいう。以下同じ。）が20未満である者 BMI=体重（kg）／身長（m）^{2} 3 自ら腹囲を測定し、その値を申告した者（BMIが22未満の者に限る。）

注７）算出可。

注８）医師が必要と認めた場合には実施することが望ましい項目。

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

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

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

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

注１３）「定期健康診断等及び特定健康診査等の実施に関する協力依頼について（令和5年3月31日）（基発0331第10号・保発0331第5号）」（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html）

● 標準的な質問票

	質問項目	回答
1－3	現在、aからcの薬の使用の有無	
1	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	①はい ②いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	①はい ②いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件１と条件２を両方満たす者である。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている）	①はい（条件1と条件2を両方満たす） ②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす） ③いいえ（①②以外）
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	①はい ②いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施。	①はい ②いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施。	①はい ②いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	①はい ②いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	①何でもかんで食べることができる ②歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い。	①速い ②ふつう ③遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	①毎日 ②時々 ③ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。（※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）	①毎日 ②週5～6日 ③週3～4日 ④週1～2日 ⑤月に1～3日 ⑥月に1日未満 ⑦やめた ⑧飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日あたりの飲酒量 日本酒１合（アルコール度数15度・180ml）の目安： ビール（同5度・500ml）、 焼酎（同25度・約110ml）、 ワイン（同14度・約180ml）、 ウイスキー（同43度・60ml）、 缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3～5合未満 ⑤5合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	①はい ②いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである （概ね6か月以内） ③近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる（6か月未満） ⑤既に改善に取り組んでいる（6か月以上）
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ

● 特定保健指導階層化の基準

<table>
<tr><th rowspan="2">腹囲</th><th>追加リスク</th><th rowspan="2">④喫煙</th><th colspan="2">対象</th></tr>
<tr><th>①血糖 ②脂質 ③血圧</th><th>40-64 歳</th><th>65-74 歳</th></tr>
<tr><td rowspan="3">≧85 ㎝(男性)
≧90 ㎝(女性)</td><td>2 つ以上該当</td><td></td><td rowspan="2">積極的
支援</td><td rowspan="3">動機付け
支援</td></tr>
<tr><td rowspan="2">1 つ該当</td><td>あり</td></tr>
<tr><td>なし</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">上記以外で
BMI≧25 kg/㎡</td><td>3 つ該当</td><td></td><td rowspan="2">積極的
支援</td><td rowspan="4">動機付け
支援</td></tr>
<tr><td rowspan="2">2 つ該当</td><td>あり</td></tr>
<tr><td>なし</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>1 つ該当</td><td></td></tr>
</table>

（注）喫煙の斜線欄は、階層化の判定が喫煙の有無に関係ないことを意味する。

※追加リスクの判定基準

血糖	空腹時血糖 100 ㎎/dl 以上又は HbA1c5.6%以上（両方測定している場合は、空腹時血糖の値を優先する） ※やむを得えず空腹時以外において HbA1c を測定しない場合は、随時血糖 100 ㎎/dl 以上
血圧	収縮期血圧 130mmHg 以上又は拡張期血圧 85mmHg 以上
脂質	空腹時中性脂肪 150 ㎎/dl 以上又は HDL コレステロール 40 ㎎/dl 未満 ※やむを得えず空腹時中性脂肪を測定しない場合は随時中性脂肪 175 ㎎/dl 以上

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 4.1 版）

第３期 さつま町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年度～令和 11 年度

令和６年３月 発行

編集・発行 さつま町 保健福祉課 保険係

住　　所 〒895-1803　　鹿児島県薩摩郡さつま町宮之城屋地 1565 番地２

電　　話 0996-53-1111（代表） 0996-24-8932（係直通）