

綾町国民健康保険

綾町データヘルス計画

綾町 第3期データヘルス計画

令和6年度（2024年度）～令和11年度（2029年度）

令和6年3月策定（6月修正）



令和9年3月 中間評価
令和12年3月 最終評価
綾町

目次

第1章 基本的事項

(1) 計画の趣旨	1
(2) 計画期間	2
(3) 実施体制・関係者連携	2
(4) 基本情報	3

第2章 現状の整理

(1) 保険者等の特性	4
(2) 前期計画等に係る考察	4

第3章 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 6

第4章 特定健康診査等実施計画

(1) 第4期特定健康診査等実施計画	1 7
(2) 目標値の設定	1 7
(3) 対象者数の見込み	1 7
(4) 特定健康診査の実施	1 7
(5) 特定保健指導の実施	1 8
(6) 個人情報の保護	1 9
(7) 特定健康診査等実施計画の公表・周知	1 9
(8) 特定健康診査等実施計画の評価・見直し	1 9

第5章 データヘルス計画（保健事業全体）の目的、目標、目標達成のための戦略 2 0

第6章 健康課題を解決するための個別の保健事業 2 2

第7章 その他

(1) 個別の保健事業及び個別保健事業の評価に基づく データヘルス計画（保健事業全体）の評価・見直し	2 6
(2) 計画の公表・周知	2 6
(3) 個人情報の取扱い	2 6
(4) 地域包括ケアに係る取組	2 6
(5) その他の留意事項	2 6

第1章 基本的事項

(1) 計画の趣旨

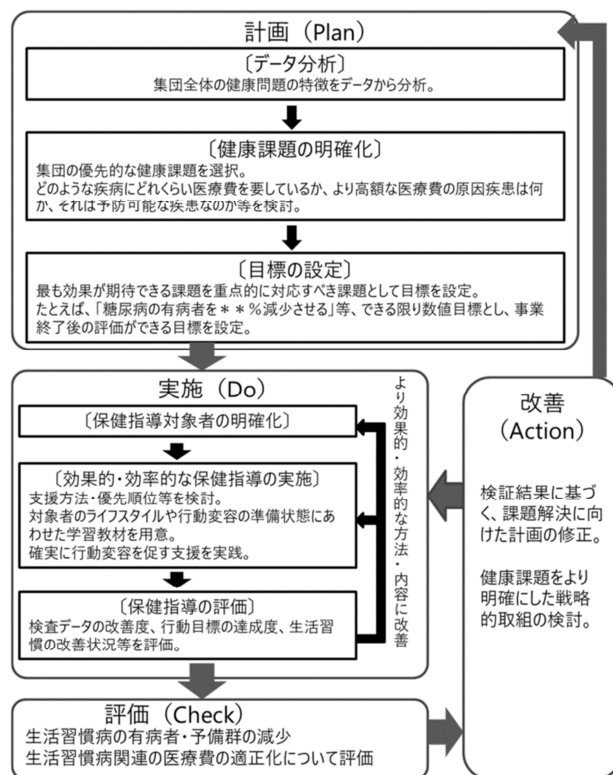
近年、特定健康診査（以下「特定健診」という。）の実施や診療報酬明細書等（以下「レセプト等」という。）の電子化の進展、国保データベース（KDB）システム（以下「KDB」という。）等の整備により、保険者が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいます。

こうした中、「日本再興戦略」（平成 25 年 6 月 14 日閣議決定）において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、さらに、国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）第 82 条第 4 項の規定に基づき、厚生労働大臣が定める国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成 16 年厚生労働省告示第 307 号。以下「保健事業実施指針」という。）の一部を改正し、保険者は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施及び評価を行うものとされています。

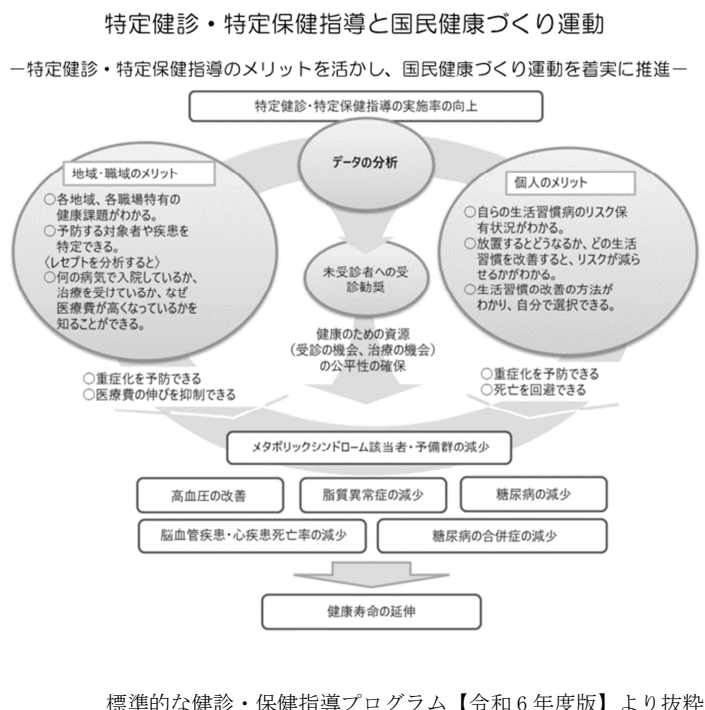
綾町においては、レセプト等や統計資料等を活用することにより、「第3期特定健康診査等実施計画」及び「第2期データヘルス計画」を策定し、保健事業を実施しているが、今後は、更なる被保険者の健康保持増進に努めるため、県が保有しているデータを活用しながら、比較可能な標準的指標を設けることで他市町村との比較や、他市町村の保健事業の好事例を参考に保健事業の発展を図り、医療費の適正化及び被保険者のQOLの維持向上を目指すことを目的とします。

【図表 2】

保健事業（健診・保健指導）のPDCA サイクル



【図表 1】



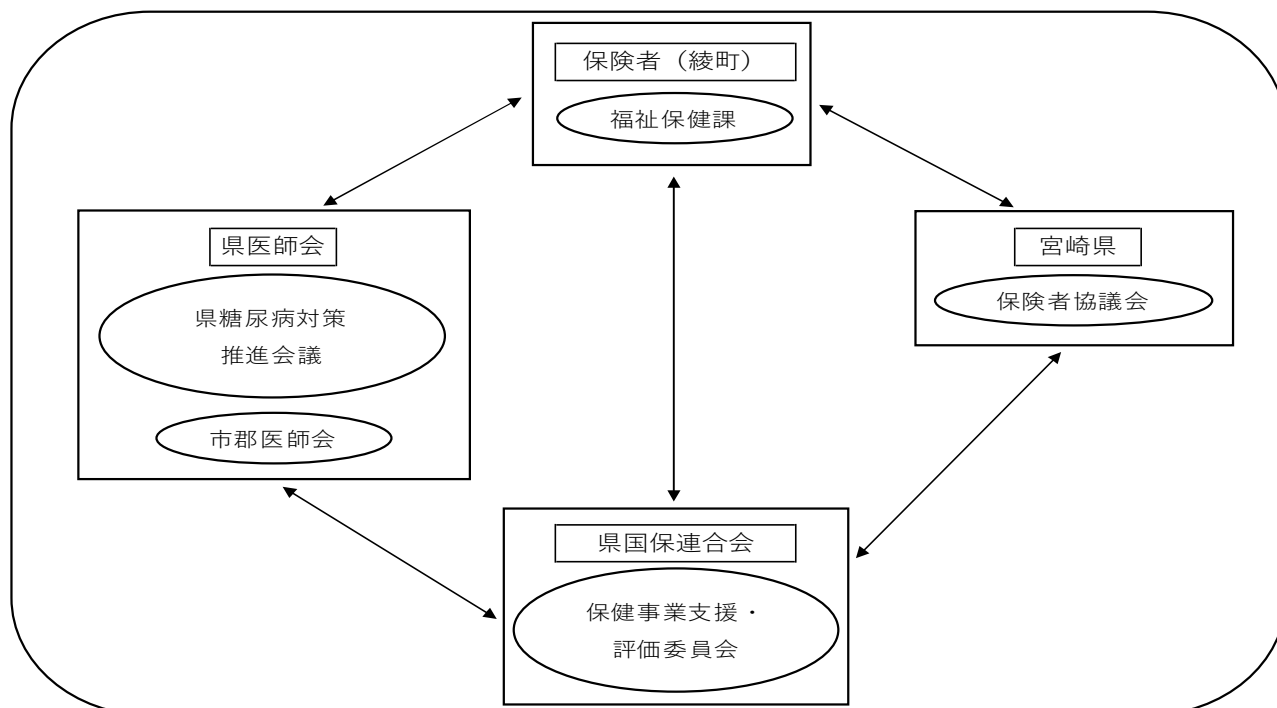
(2) 計画期間

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

令和6年度に向けての法定計画等 【図表3】						
	健康日本21 健康増進計画	特定健康診査等実施計画	データヘルス計画	介護保険事業（支援）計画	医療費適正化計画	医療計画
法律	健康増進法 第8条、第9条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正	厚生労働省 保険局 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 老健局 医療費適正化に関する施策について基本指針	厚生労働省 医政局 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 令和6～17年（第3次）	法定 令和6～11年（第4期）	指針 令和6～11年（第3期）	法定 令和6～8年（第9期）	法定 令和6～11年（第4期）	法定 令和6～11年（第8次）
計画策定者	都道府県：義務 市町村：努力義務	医療保険者	医療保険者	都道府県：義務 市町村：義務	都道府県：義務	都道府県：義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会保障制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら医療の伸びの抑制を実現することが可能となる。特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、保険者がその支援の中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指すものである。被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態となることの予防又は、要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を理念としている。	国民皆保険を堅持し続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る。

(3) 実施体制・関係者連携

<実施体制> 【図表4】



<関係者連携>

連携先	具体的な連携内容
保険者 (市町村国保)	被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために、国民健康保険の担当者が主体となり、健康課題を分析し、計画を策定する。計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させる。 実施体制のとおり、国民健康保険と健康増進の係が同課にあり、各担当者が密に連携を図る。 計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう担当者・チームの業務をマニュアル化する等により、担当者が変わる場合には経過等を含めて確実に引き継ぎを行う等の体制を整える。(P2 実施体制参照)
都道府県 (国民健康保険課、健康増進課、長寿介護課)	宮崎県（以下、「県」という）は、綾町とともに国保の保険者であり、財政運営の責任主体となる。綾町国保の保険者機能の強化や、効果的・効率的な保健事業実施のため、必要な支援を受ける。 (具体的に県から受ける支援) ・計画策定におけるデータの共有や意見交換 ・宮崎県国保ヘルスアップ事業の実施 ・関係機関との連絡調整 ・研修会の実施や助言等の技術的支援
保健所	県健康増進課、県国民健康保険課や郡市医師会、地域の保健医療関係者等と連携、調整し、地域の社会資源の状況等を把握している保健所から、地域の実情に応じた健康課題等の分析や技術的支援を受ける。
宮崎県国民健康保険団体連合会及び支援・評価委員会、国保中央会	宮崎県国民健康保険団体連合会（以下、「国保連」という）や支援・評価委員会は、計画の策定支援や個別の保健事業の実施支援等を行っており、多くの支援実績が蓄積されている。このため、保険者は、可能な限り支援・評価委員会等の支援・評価を受けて計画の策定等を進める。
後期高齢者医療広域連合	市地域の世代間の疾病構造や医療費等の動向を連続して把握することができるよう、市町村国保と必要な情報の共有を図るよう努める。
保健医療関係者	計画策定から保健事業の実施・評価、業務に従事する者の人材育成等において、保健医療に係る専門的見地から支援を受ける。 (宮崎県医師会) 宮崎県国保ヘルスアップ事業等における連携 (宮崎県薬剤師会) 適正服薬等支援事業における連携
その他	市町村国保には、退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、市町村国保と国保組合、健康保険組合をはじめとする被用者保険の保険者との間で、健康・医療情報やその分析結果、健康課題、保健事業の実施状況等を共有したり、連携して保健事業を展開したりすることに努めていく。

(4) 基本情報

人口・被保険者【図表 5】

	全体		男性		女性	
	人数	%	人数	%	人数	%
人口	7,112	－	3,390	47.7%	3,722	52.3%
国保被保険者数	2,468	－	1,215	49.0%	1,253	51.0%

(令和 4 年 1 月 1 日住民基本台帳年齢階級別人口 (都道府県別) (総計))

(令和 4 年度累計 KDB 被保険者構成)

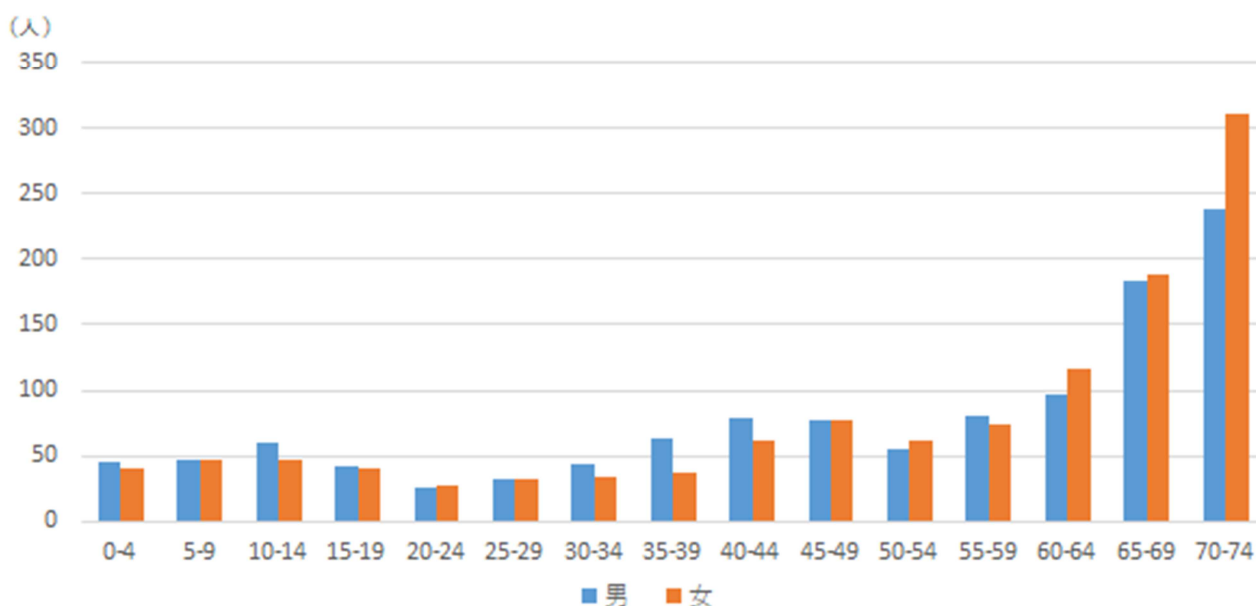
第2章 現状の整理

(1) 保険者の特性

年齢層、性別 被保険者数【図表6】

		40-44 歳	45-49 歳	50-54 歳	55-59 歳	60-64 歳	65-69 歳	70-74 歳
男性	令和2年	71	74	73	75	117	203	253
	令和3年	77	82	71	70	111	190	257
	令和4年	79	77	54	80	96	183	238
女性	令和2年	72	72	66	77	127	240	306
	令和3年	64	81	65	76	115	215	314
	令和4年	60	76	61	74	116	188	309

年齢層、性別 被保険者数（令和4年度）【図表7】



出典：KDB システム_被保険者構成

(2) 前期計画等に係る考察

第2期データヘルス計画における保健事業の実施状況・考察

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧症、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム（以下「メタボ」という）等を減らしていく事を目標とし、事業を行った。

重症化予防として医療機関受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施した。

具体的に糖尿病性腎症重症化予防については特定健診で HbA1c 6.5%以上の者の管理台帳を作成し、医療機関未受診者、中断者、治療中のハイリスク者に対して保健指導を行った。また健診で HbA1c 6.5%以上の者には二次健診として微量アルブミン尿検査を実施した。しかし健診受診者中の HbA1c 6.5%以上の者の割合が増加しており、医療費は横ばいで、糖尿病性腎症による透析導入者が目標よりも多い。またメタボ該当者が増加していることから、メタボ該当者の減少、糖尿病性腎症重症化予防は今後の課題である。

虚血性心疾患重症化予防については特定健診時に心電図検査を全数実施した。虚血性心疾患の総医療費に占める割合は目標値を下回ったが、健診受診者中の脂質異常者の割合は横ばいで経過し、心電図管

理台帳については近年、見直しができておらず、台帳を元にした重症化リスクの高い者の経過把握は今後の課題である。

脳血管疾患重症化予防については心電図検査における心房細動の有所見者への医療機関への受診勧奨と継続受診の必要性を伝えた。脳血管疾患の総医療費に占める割合は横ばいであるが、健診受診者中の高血圧者の割合は減少している。虚血性心疾患重症化予防と同様に心電図管理台帳での心房細動管理は近年、見直しができていないので台帳を元にした重症化リスクの高い者の経過把握は今後の課題である。

ポピュレーションアプローチの取り組みとして、生活習慣病の重症化予防により医療費や介護費用等の実態周知を町民に行っていたが、新型コロナウイルス感染症の影響が出てきてからポピュレーションアプローチができない時期が続いた。生活習慣病に関する健康教育や医療費、介護費用等の実態を広く町民に周知する場を設けていくことも今後の課題である。(図表8)

データヘルス計画の目標管理一覧表 【図表8】

%		達成すべき目的	課題を解決するための目標	H28	R1	R4	判定区分
データヘルス計画	中期	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10%減少 H28:3.1%→H35:2.8% KDBより	3.1%	3.5%	3.1%	D
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合10%減少 H28:2.4%→H35:2.1% KDBより	2.4%	1.5%	1.7%	B
			糖尿病性腎症による透析導入者を1名以下にする KDBより	1名	2名	2名	D
	短期	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合減少25%以下 H28:28.7%→H35:21.5% KDBより	28.7%	33.7%	35.0%	D
			健診受診者の高血圧者の割合減少15%以下(160/100以上) H28:4.8%→H35:4.2% DH ⁺ イロット高齢者コックピットより	4.8%	4.4%	3.0%	B
			健診受診者の脂質異常者の割合減少15%以下(LDL140以上) H28:23.9%→H35:20.3% DH ⁺ イロット高齢者コックピットより	23.9%	21.4%	22.4%	C
			健診受診者の糖尿病者の割合減少15%以下(HbA1c 6.5以上) H28:6.4%→H35:5.4% DH ⁺ イロット高齢者コックピットより	6.4%	7.4%	7.8%	D

判定区分	A	十分以上の成果である
	B	十分な成果である
	C	十分な成果とはいえない
	D	成果はあるが極めて不十分
	E	成果がない

第3章 健康医療情報等の分析と課題

健康・医療情報等の大分類	分析結果	課題との対応
平均寿命・平均自立期間・年齢調整死亡率等	- 平均余命…全国と比較すると男性は0.1高い水準。女性は同水準。 - 平均自立期間…全国と比較すると男性は0.3高い水準。女性は0.6高い水準。 - 標準化死亡比…全国と比較すると男性は2.0低く、女性は2.6低い水準。	
医療費の分析	- 医療費の負担額が大きい疾患…医療費全体に占める割合で見ると糖尿病、慢性腎不全（透析あり）、高血圧の順で高く、生活習慣病に限ってみると、入院では脳梗塞や脳出血の脳血管疾患、また狭心症や心筋梗塞の心疾患が上位を占める。入院外では糖尿病、高血圧症、脂質異常症が上位を占めている。 - 人工透析者数…県内市町村と比較すると割合は県と同じであるが、年度で比較するとR4年度増加した。 - 重複受診の状況は…令和2年度に減少したが、令和3年度でやや増加。 - 重複服薬の状況等の傾向は…重複服薬者は、経年でみると、令和2年度で減少したものの令和3年度で増加。	A・B
特定健康診査・特定保健指導等の健診データの分析	- 特定健診及び特定保健指導の実施状況は…令和4年度の特定健診受診率は45.7%。保健指導実施率は、68.9%。どちらも県平均よりも高い水準。 - 性年齢階層別受診率は…健診受診者の年齢階層別は65-69、70代が多く、男女別では女性がやや多い。保健指導実施者は、50歳代以上の年齢階層で実施者数が減少傾向。 - メタボ該当率は…予備群は減少傾向であるが、該当者は増加傾向で男女別では男性が多い。 - 生活習慣の状況は…国や県と比べて20歳時体重から10K g以上増加した者の割合が高く、運動習慣のある者の割合が低い。食事に関しては就寝と夕食の時間が近く、朝食を抜く者の割合が高い。また間食については毎日又は時々取っている者の割合が高い。飲酒については毎日又は時々取っている者の割合が高く、飲酒量も多い傾向である。睡眠に関しては綾町は不足していると感じている者の割合が高い。	A・C
レセプト・健診データ等を組み合わせた分析	健診未受診者のうち、生活習慣病での治療がない対象者は年代全体的に存在するが、割合は40代・50代が多い。健診受診者のうち、異常値があるにもかかわらずその後の医療機関受診確認ができない者がどの程度いるのか、治療放置者の保有リスクを、性年齢階層別にみると、男女ともに65-74歳の治療放置者が多く、男性では血圧、男女共に脂質の該当者が多い。	D
介護関係の分析	- 介護給付費の状況は…県と比較して、すべての介護度で介護給付費が高い水準。経年で確認すると要介護3、5は減少し、要介護4は増加している。 - 介護認定の状況は…県と比較すると、認定率は低く、平成29年から経年で見ると県は減少しているが、綾町は増加傾向である。介護度別認定者数を確認すると、要介護1、5の認定者数の割合が県より多い。 - 介護と関係の深い有病割合の高い疾病を確認し、要介護状態と生活習慣病の関連を把握する…介護認定者の有病状況は、県より高いものは高血圧症、心臓病、糖尿病、脂質異常症、脳疾患、筋・骨格、精神。その中でも増加傾向にあるのは高血圧症、心臓病、脂質異常症、糖尿病、精神。	A・D
その他	令和5年度末までに後発医薬品の数量シェアをすべての都道府県で80%以上という目標に対しては達成している状況。	

<分析結果>

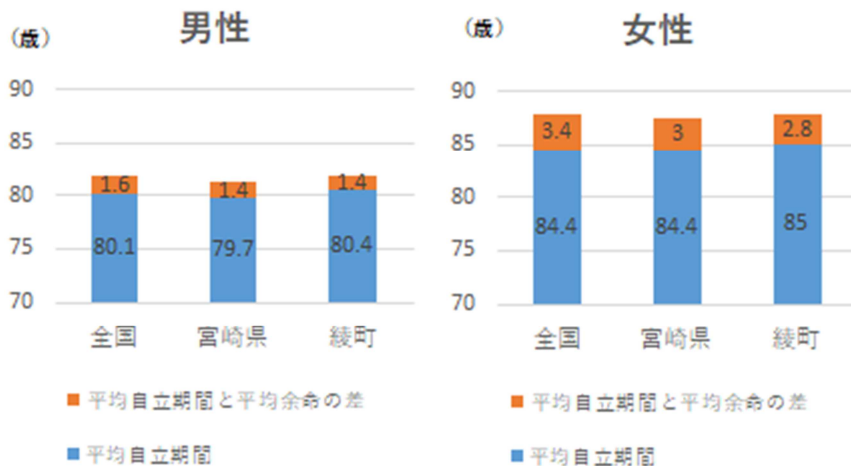
●平均寿命・平均自立期間・年齢調整死亡率

<平均自立期間（令和4年度）>

平均余命を全国と比べると男女ともにほぼ同じであるが、平均自立期間は男女ともに全国より高い水準。また県と比べても男女ともに高い水準である。

（図表・グラフ） KDB システム_地域の全体像の把握

【図表 9】

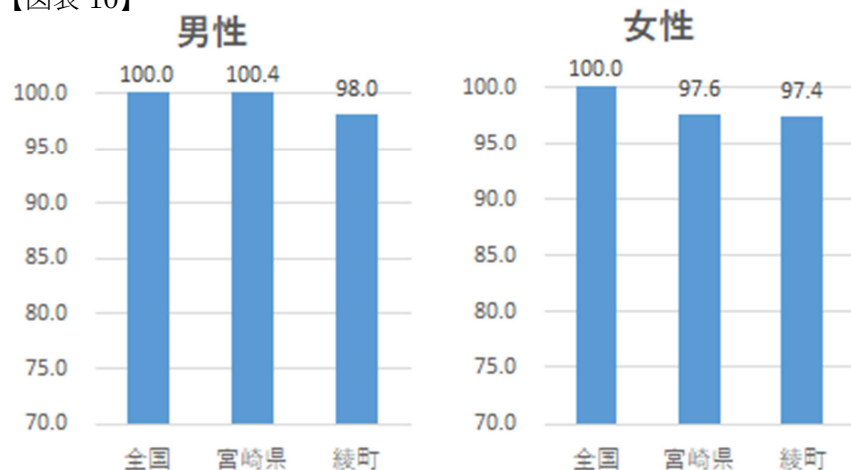


<標準化死亡率（令和4年度）>

標準化死亡率は、全国、県と比べて男女共に低い水準である。

（図表・グラフ） KDB システム_地域の全体像の把握

【図表 10】

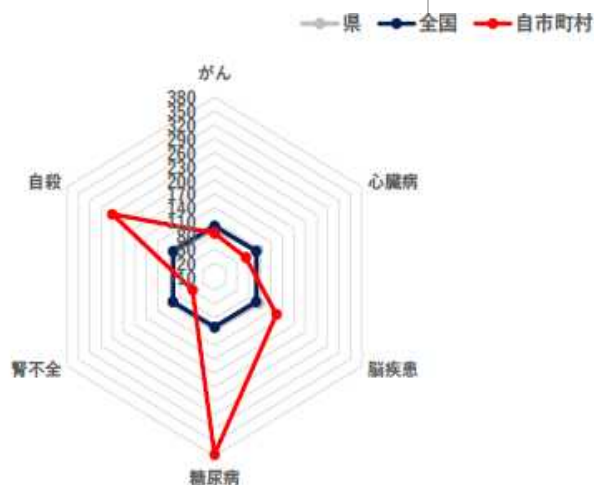


<死因割合（令和3年度）>

綾町の死因割合は県と比べて脳疾患、糖尿病、自殺が高い。また過去と比較して自殺はやや増加傾向にある。

【図表 11】

綾町（令和3年度）

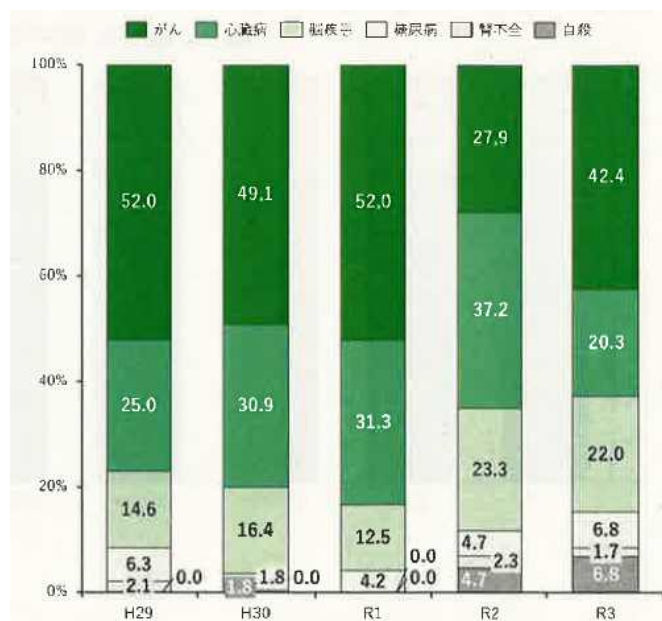


（図表・グラフ）

KDB システム_地域の全体像の把握

【図表 12】

綾町（経年推移）



●医療費の分析

<総医療費・1人当たり医療費>

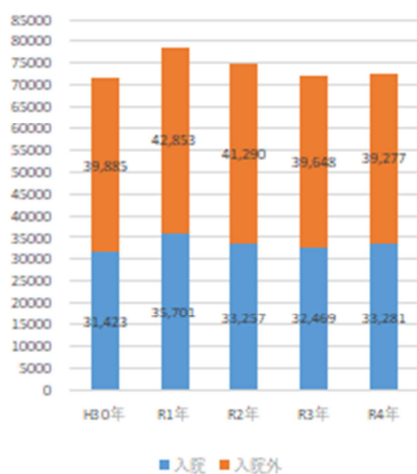
総医療費は令和2、3減少傾向であったが、令和4年は上昇した。1人当たり医療費の入院・入院外も総医療費と同様、令和4年は増加傾向にある。

（図表・グラフ）

KDB システム_市区町村別データ

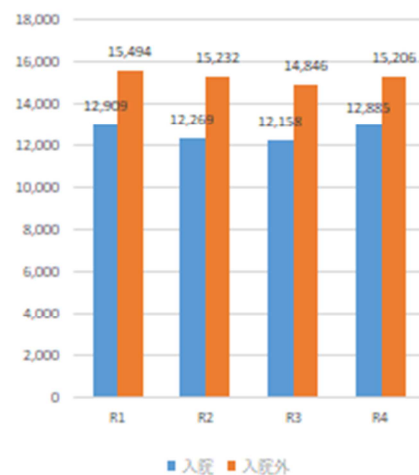
【図表 13】

（万円） 総医療費推移



【図表 14】

（円） 一人当たり医療費

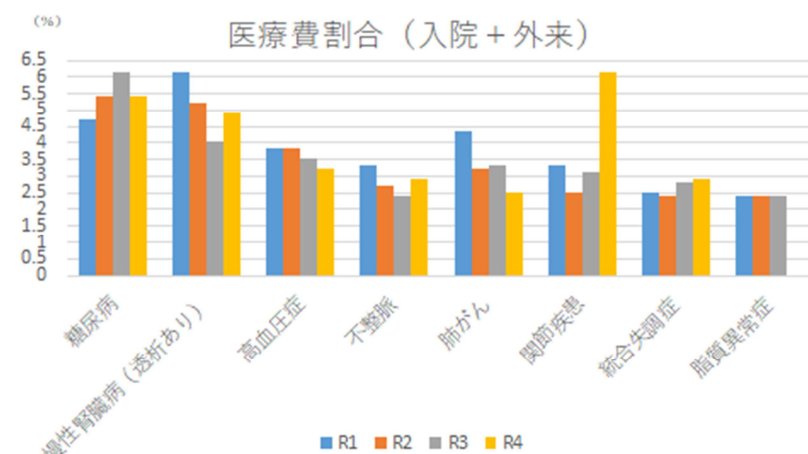


<医療費構成割合>

各疾病の医療費全体に占める割合は毎年糖尿病、慢性腎臓病（透析あり）、高血圧症が上位である。令和4年に限ってみると関節疾患、慢性腎臓病（透析あり）、不整脈が増加している。

(図表・グラフ) KDB システム_医療費分析（2）大、中、細小分類

【図表 15】

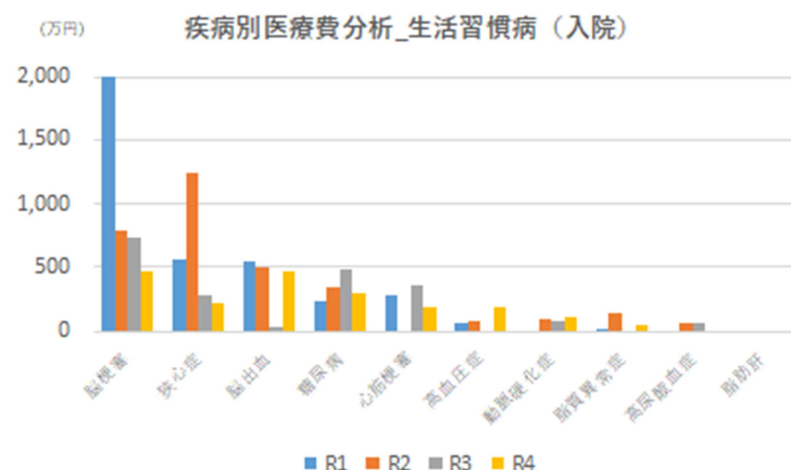


<疾病別医療費（生活習慣病_入院）>

生活習慣病関連の医療費を疾病別に確認すると、入院では脳梗塞、狭心症、脳出血、糖尿病が上位を占める。令和4年に限ってみると脳出血、高血圧症、動脈硬化症が増加している。

(図表・グラフ) KDB システム_疾病別医療費分析（生活習慣病）

【図表 16】

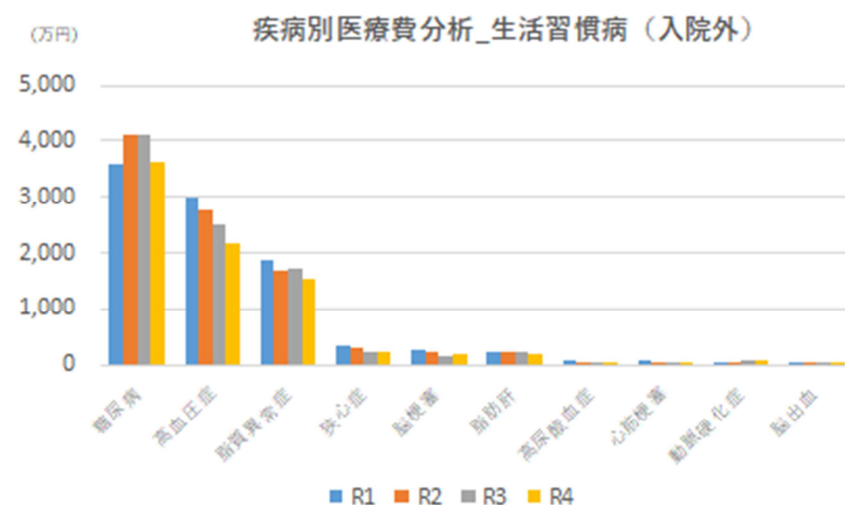


<疾病別医療費（生活習慣病_入院外）>

入院外では糖尿病、高血圧症、脂質異常症が上位を占める。令和4年度に限り見ると脳梗塞、脳出血の増加が見られる。

(図表・グラフ) KDB システム_疾病別医療費分析（生活習慣病）

【図表 17】

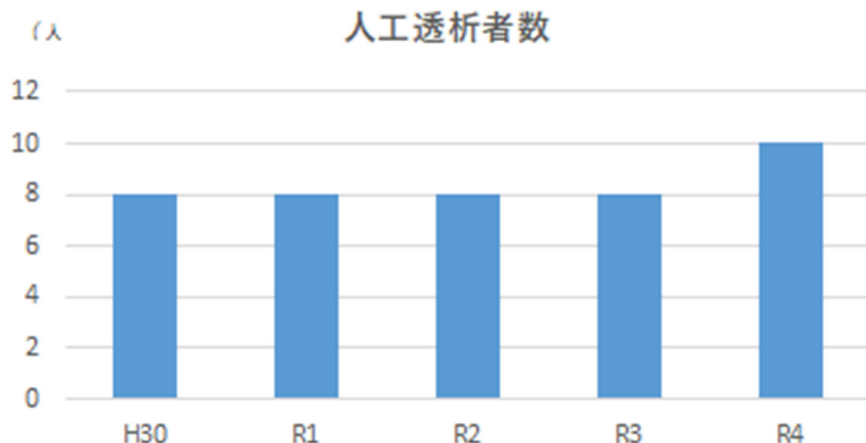


<人工透析者数>

綾町の人工透析者数の経年推移を確認すると平成30年度から令和3年度まで8人であったが令和4年は10人で増加している。

(図表・グラフ) KDB システム_市区町村別データ

【図表 18】



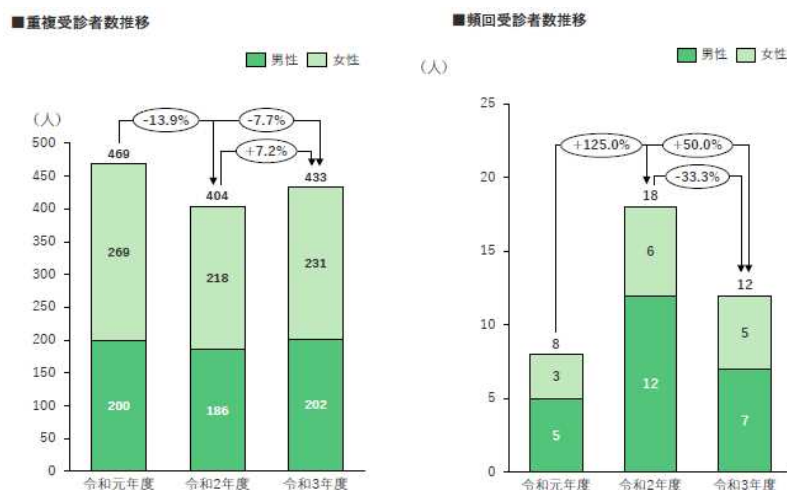
<重複・頻回受診>

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

同月内に同一医療機関に15回以上受診している頻回受診者は、経年でみると大きな傾向はみられない。

(図表・グラフ) レセプト (医科)

【図表 19】

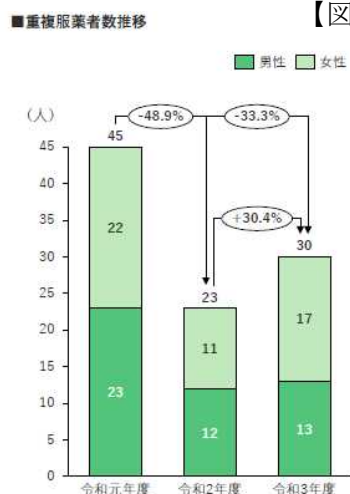


<重複服薬>

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

(図表・グラフ) レセプト (医科)

【図表 20】

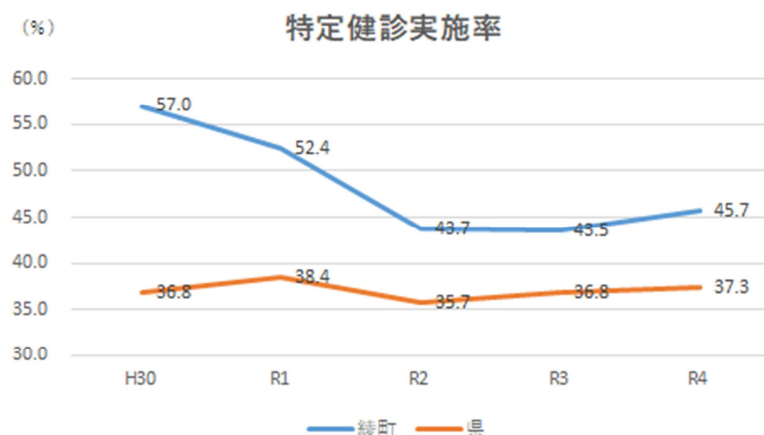


●特定健康診査・特定保健指導等の健診データの分析

＜特定健診実施率＞

令和３年度と令和４年度の特定健診受診率を比較すると、県と同様に綾町も増加している。令和２、３年は新型コロナウイルス感染症の影響を受け受診率が大幅に低下したが、令和４年は回復している。

(図表・グラフ) 厚労省、2019～2020 年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況 (保険者別) 【図表 21】

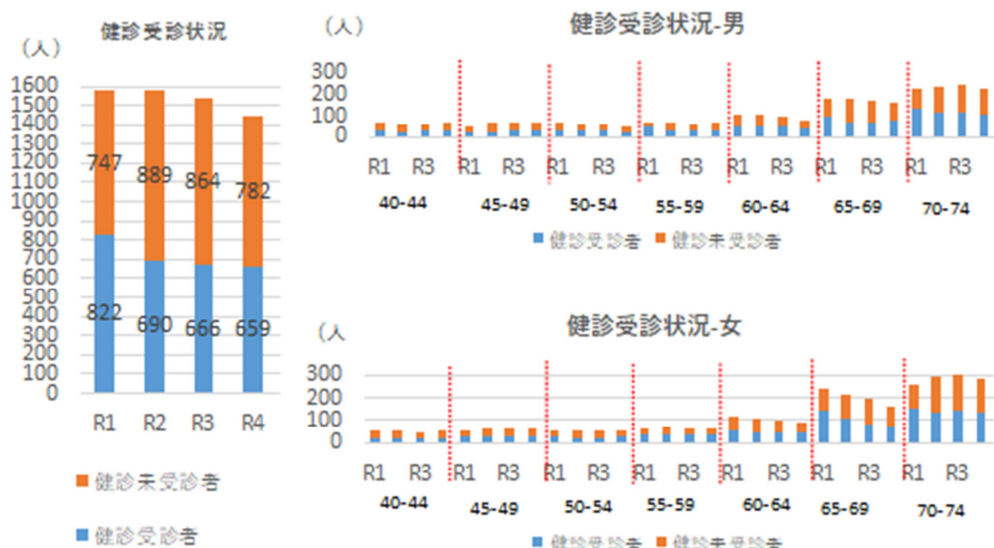


＜健診受診者・未受診者割合＞

特定健診受診者数は年々減少しており、受診率でみると平成30年度をピークに減少している。健診受診者、未受診者ともに65～69、70代が多い。

(図表・グラフ) KDB システム_健診の状況

【図表 22】

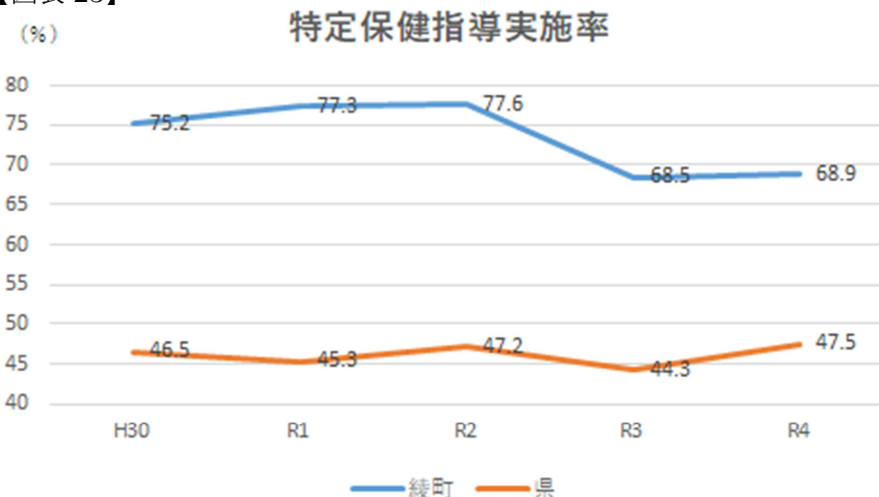


＜健診受診者・未受診者割合＞

令和４年度の特定保健指導実施率は新型コロナウイルス感染症の影響を受けたと考えられる令和３年度と比較してやや増加しているが、令和１、２年度の実施率までは回復していない。

(図表・グラフ) KDB システム_健診の状況

【図表 23】

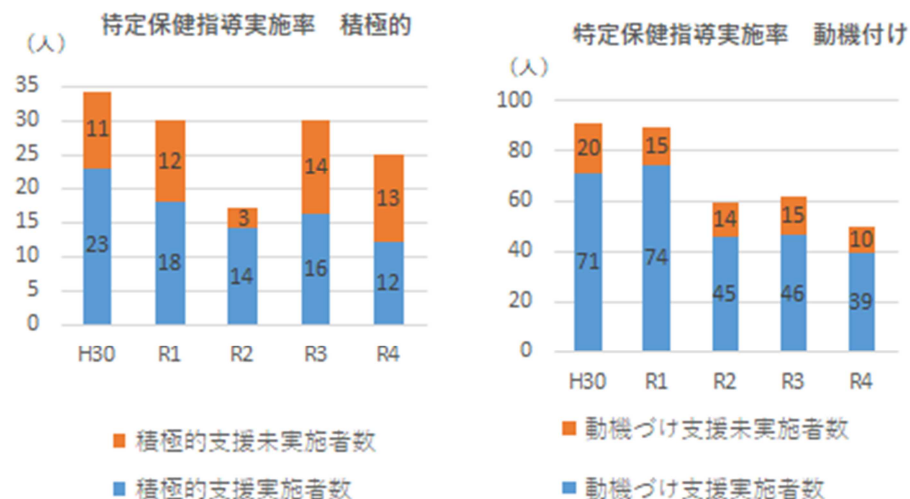


<特定保健指導実施率、動機づけ支援・積極的支援者数>

特定保健指導対象者（積極的支援）は年々減少している。実施者をみると平成30年から減少していたが、令和3年にはやや増加し令和4年に再度減少した。特定保健指導対象者（動機づけ支援）も積極的支援と同様に年々減少している。実施者数をみると令和2年に大きく減少している。

（図表・グラフ） ・厚労省，2019～2020 年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況（保険者別）

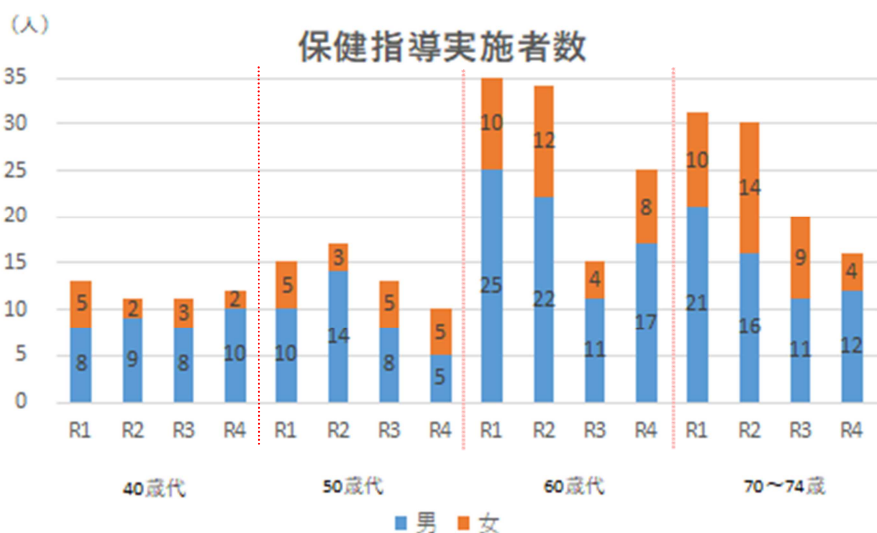
・KDB システム_健診の状況 【図表 24】



<特定保健指導実施率、動機づけ支援・積極的支援者数>

特定健診保健指導実施者数（積極的支援・動機付け支援）は50歳代以上で減少している。

（図表・グラフ） 性・年齢階級別保健指導率 【図表 25】

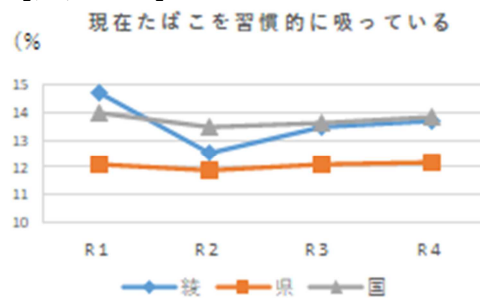


＜問診の状況＞

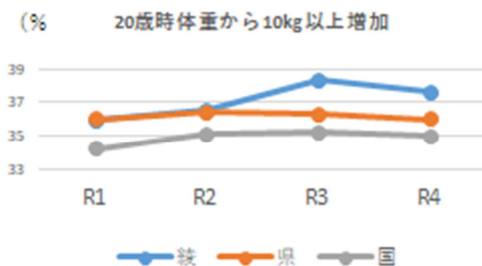
健診データをもとに問診について経年で確認したところ、国や県と比べて20歳時体重から10kg以上増加した者の割合が高く、運動習慣のある者の割合が低い。食事に関しては就寝と夕食の時間が近く、朝食を抜く者の割合が高い。また間食については毎日又は時々取っている者の割合が高い。飲酒については毎日又は時々取っている者の割合が高く、飲酒量も多い傾向である。睡眠に関しては綾町は不足していると感じている者の割合が高い。

(図表・グラフ) 健診データ

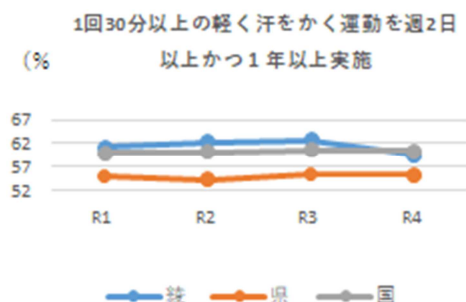
【図表 25-1】



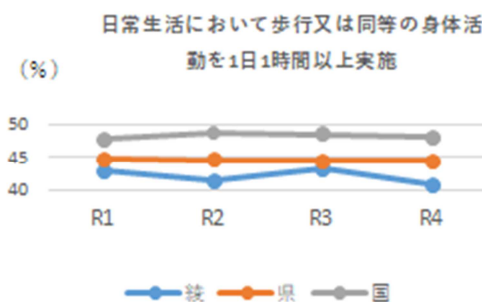
【図表 25-2】



【図表 25-3】



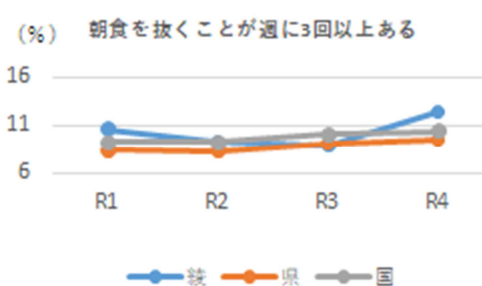
【図表 25-4】



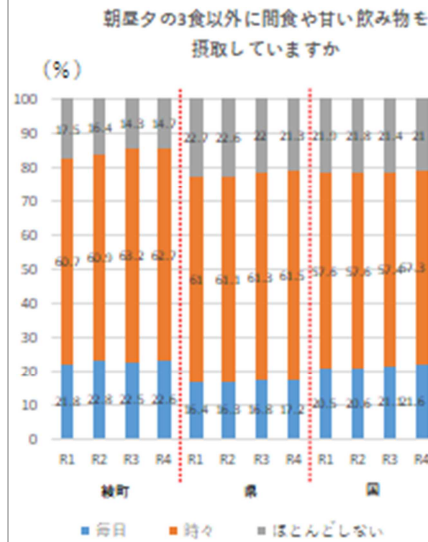
【図表 25-5】



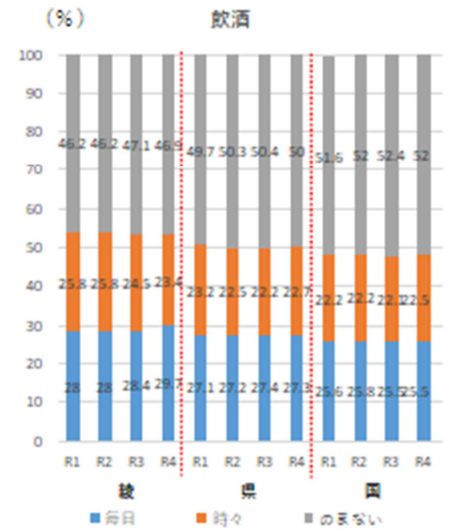
【図表 25-6】



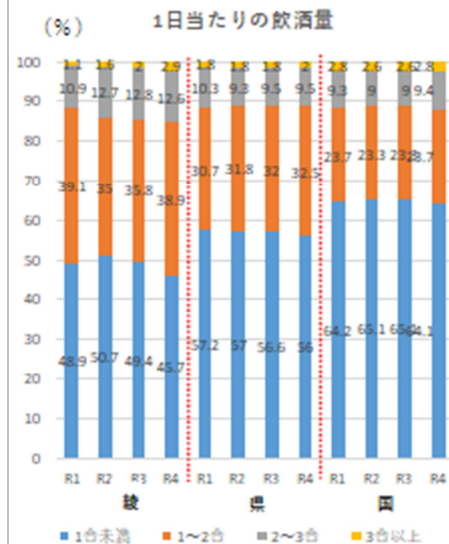
【図表 25-7】



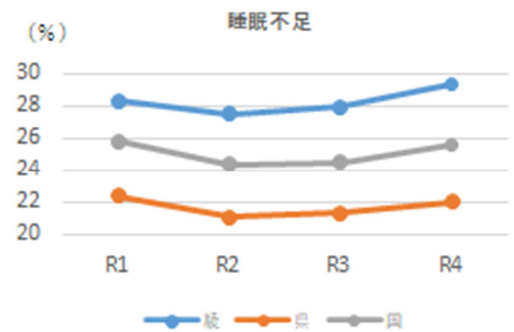
【図表 25-8】



【図表 25-9】



【図表 25-10】

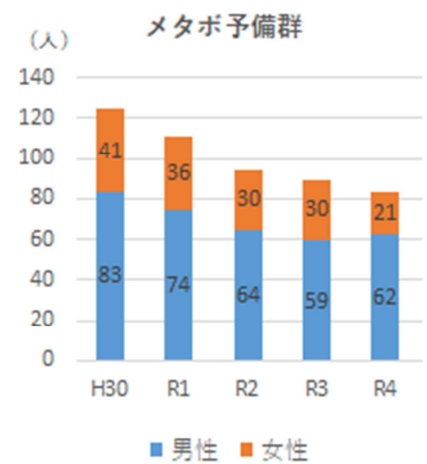
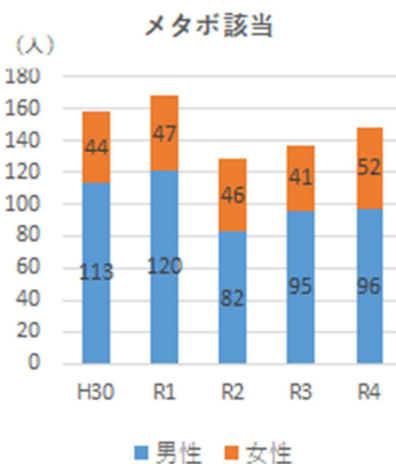


<メタボ該当率・メタボ予備群該当率>

メタボ該当者数を令和元年度から令和2年度で比較すると減少しているが令和2年以降は増加傾向。メタボ予備群者数は減少傾向である。性別で見ると、男性の割合が多い。

(図表・グラフ) KDB システム_健診の状況

【図表 26】



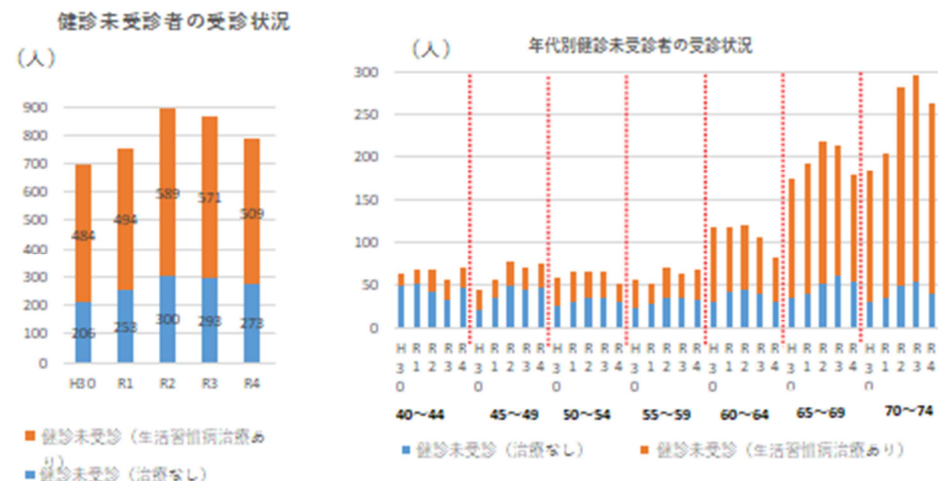
●レセプト・健診データ等を組み合わせた分析

<健診未受診者の受診状況>

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

(図表・グラフ) KDB システム_厚生労働省様式(様式5-5)

【図表 27】

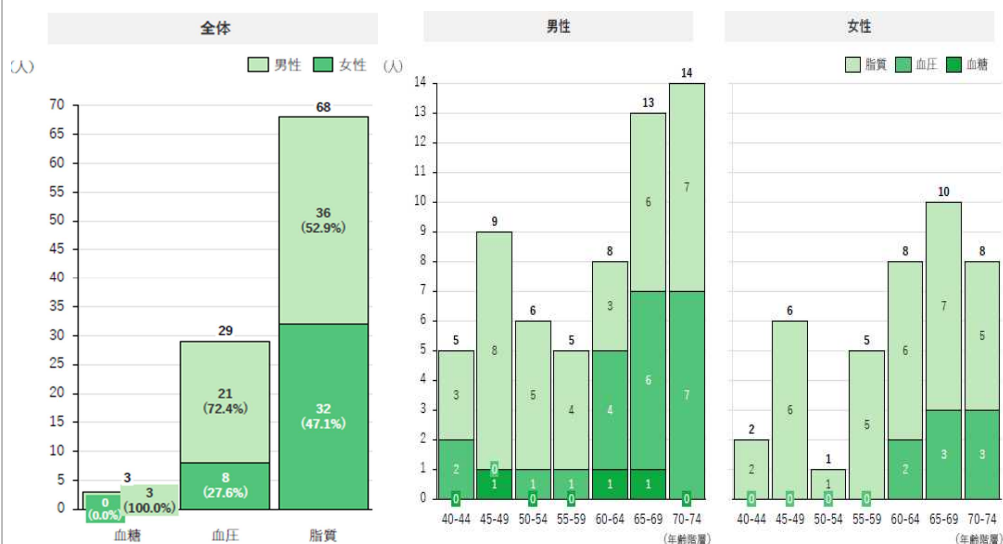


<発症予防>

・受診勧奨域の数値保有者における受診状況

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

(図表・グラフ) 【図表 28】



●介護費関係の分析

<介護認定率>

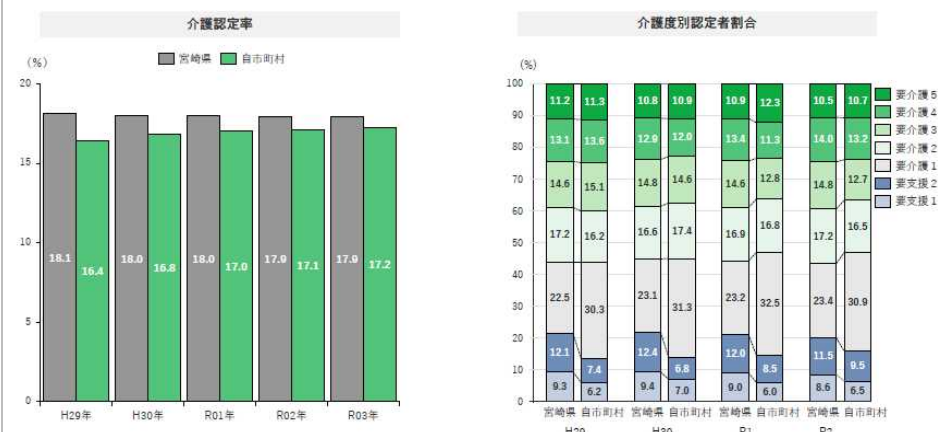
認定率を県と比較すると、認定率は低く、平成29年度から経年で見ると県は減少しているが綾町は増加傾向である。

介護度別認定者数を確認すると、要介護1、要介護5の認定者数の割合が県より多いことがわかる。

(図表・グラフ) ・KDB システム_地域の全体像の把握

・政府統計 e-Stat, 介護保険事業状況報告(2017~2020年度)

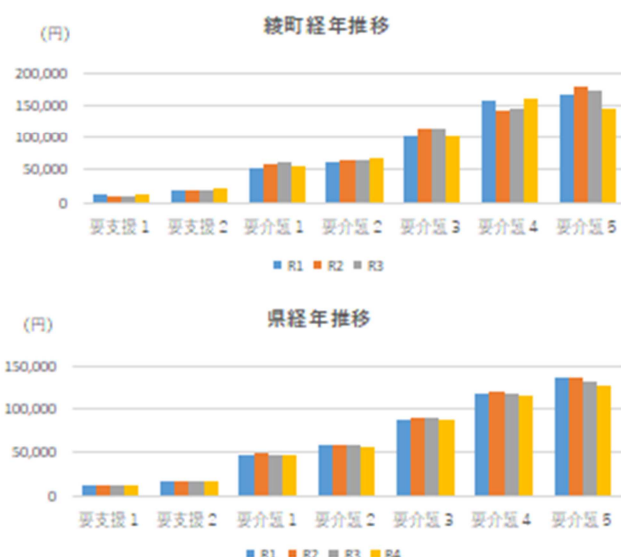
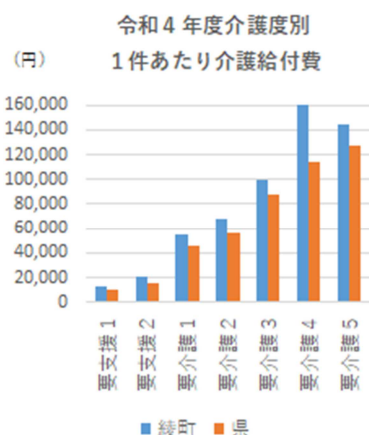
【図表 29】



＜介護度別 1 件あたり介護給付費＞
 県と比較して、すべての介護度で介護給付費が高い。経年で確認すると要介護 3，5 は減少し、要介護 4 は増加している。

(図表・グラフ) KDB システム_地域の全体像の把握

【図表 30】

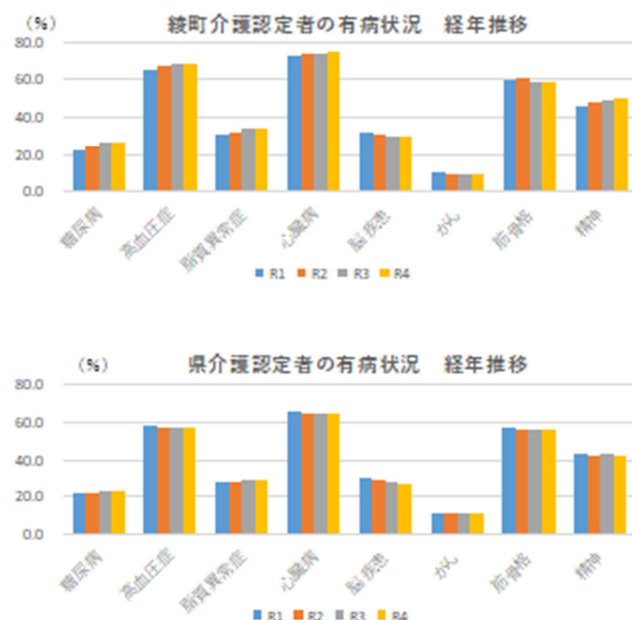
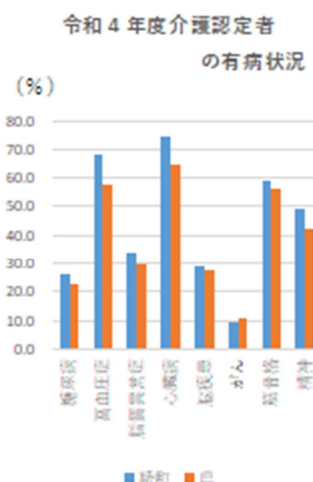


＜介護認定者の有病状況＞

介護認定者の有病状況を確認すると、がんを除く全ての疾患が県よりも高い。また経年推移を見ると高血圧症、心臓病、脂質異常症、糖尿病、精神は増加傾向。

(図表・グラフ) KDB システム_地域の全体像の把握

【図表 31】



●その他

＜後発医薬品の使用状況＞

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

(図表・グラフ) ジェネリック利用状況 (国保担当より提供)

【図表 32】

年齢刻み	R4.4月審査分	R4.5月審査分	R4.6月審査分	R4.7月審査分	R4.8月審査分	R4.9月審査分	R4.10月審査分	R4.11月審査分	R4.12月審査分	R5.1月審査分	R5.2月審査分	R5.3月審査分
0歳～4歳	97.01%	94.40%	93.31%	88.20%	90.14%	95.15%	93.92%	95.49%	94.09%	94.70%	92.57%	93.64%
5歳～9歳	93.25%	89.21%	99.06%	73.34%	86.58%	83.62%	80.57%	91.83%	93.62%	86.49%	89.42%	95.67%
10歳～14歳	100.00%	76.48%	90.15%	99.04%	83.96%	93.70%	88.67%	79.09%	98.35%	85.70%	96.88%	93.67%
15歳～19歳	63.47%	86.66%	86.94%	85.54%	91.46%	48.00%	80.90%	70.97%	81.13%	79.93%	98.91%	97.22%
20歳～24歳	27.70%	100.00%	10.50%	69.46%	80.63%	52.56%	17.87%	6.67%	100.00%	46.71%	89.59%	84.19%
25歳～29歳	93.03%	91.03%	94.96%	97.42%	93.71%	86.05%	94.18%	85.56%	95.53%	97.42%	94.06%	96.56%
30歳～34歳	74.03%	94.83%	86.44%	100.00%	100.00%	97.58%	97.13%	97.72%	93.46%	97.02%	96.71%	95.15%
35歳～39歳	80.63%	77.16%	79.33%	62.93%	81.93%	66.57%	81.51%	75.41%	83.03%	83.43%	75.85%	98.72%
40歳～44歳	89.51%	57.02%	93.12%	61.38%	84.92%	82.79%	88.68%	80.48%	87.47%	86.92%	89.12%	88.73%
45歳～49歳	83.88%	87.09%	85.51%	87.90%	88.34%	81.66%	74.98%	80.09%	86.42%	81.28%	85.29%	86.80%
50歳～54歳	75.86%	79.37%	76.98%	78.92%	78.41%	83.74%	73.58%	81.32%	70.87%	80.89%	72.96%	71.66%
55歳～59歳	81.65%	90.78%	91.32%	76.27%	86.58%	82.84%	88.74%	89.29%	86.29%	88.24%	91.44%	94.87%
60歳～64歳	83.56%	92.47%	90.27%	89.15%	91.44%	90.27%	93.37%	93.53%	90.70%	91.45%	88.72%	92.56%
65歳～69歳	83.93%	88.45%	81.24%	87.12%	87.22%	88.90%	85.84%	86.68%	86.00%	88.35%	82.06%	89.66%
70歳～74歳	87.12%	86.67%	88.63%	88.42%	88.65%	88.14%	90.39%	88.39%	90.93%	91.21%	92.20%	91.27%
平均	84.28%	86.79%	85.83%	86.26%	87.78%	87.36%	87.15%	87.68%	88.46%	88.94%	88.36%	90.53%

第4章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

（1）第4期特定健康診査等実施計画

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

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

（2）目標値の設定 【図表 33】

	目標値（％）					
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診実施率	48.0	50.0	53.0	55.0	58.0	60.0
特定保健指導実施率	69.0	69.0	69.5	69.5	70.0	70.0

（3）対象者数の見込み（各年度4月1日時点の推計値）【図表 34】

			推計（人）					
			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診	対象者数	40～64歳	632	612	592	572	552	532
		65～74歳	819	789	759	729	699	669
	受診者数	40～64歳	303	306	313	314	320	319
		65～74歳	393	394	402	400	405	401
特定保健指導	対象者数	40～64歳	50	50	50	50	50	50
		65～74歳	45	45	45	45	45	45
	受診者数	40～64歳	30	30	35	35	40	40
		65～74歳	27	27	31	31	36	36

（4）特定健康診査の実施

①実施場所

集団健診：綾町健康センター、健康づくり協会

②実施項目

法定の実施項目（基本的な健診項目と、医師の判断によって追加的に実施する詳細な健診項目）を実施し、階層化を行う（「円滑な実施に向けた手引き（第4版）」参照）。また、保険者独自の項目として、尿蛋白量、尿クレアチニン、尿中ナトリウム、血清クレアチニン、尿酸、随時血糖、心電図検査を全員に実施する。

③実施時期

集団健診：5月～11月

④外部委託の方法

集団健診：健康づくり協会へ個別契約により委託。

※特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、宮崎県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

⑤周知や案内の方法

- ・広報紙、ホームページへの記載
- ・対象者へのパンフレット配布 等

⑥医療機関との連携

治療中であっても特定健康診査の対象となるため、かかりつけ医から対象者への受診勧奨について、医療機関と連携を図る。

(5) 特定保健指導の実施

①実施場所

集団健診：綾町健康センター、健康づくり協会

②実施項目

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

③実施時期

集団健診：6月～12月

④外部委託の方法

積極的支援：健康づくり協会に委託

⑤周知や案内の方法

対象者への個別通知

⑥特定保健指導対象者の重点化の方法

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

<年間スケジュール> 【図表 35】

特定健診・ 特定保健指導	年度当初	前年度3月初旬：特定健診案内の発送 (保健指導については委託先と調整し年間を通じ随時案内)
	年度の前半	前年度1～3月：前年度の実施結果の検証や評価、翌年度の事業計画（重症化予防対象者など）
	年度の後半	11～2月：次年度の委託契約の設定準備（実施機関との調整）、予算組み
月間スケジュール		毎月10日請求、24～25日支払

(6) 個人情報の保護

①基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び同法に基づくガイドライン等を遵守するとともに、綾町個人情報の保護に関する法律施行条例を踏まえた対応を行う。

また、外部委託する際には、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理する。

②記録の管理・保存方法

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行う。
保存にあたっては、「円滑な実施に向けた手引き」に準じて、個人の健康情報を漏洩しないよう、厳格に管理した上で適切に活用する。

(7) 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項に基づき、実施計画を作成・変更時は、遅延無くホームページ等への掲載により公表する。

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

(8) 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者・予備群（特定保健指導の対象者）の減少率については、毎年度達成状況を評価する。

実施計画の見直しについては、目標達成状況の評価結果を活用し、必要に応じてあるいは令和 8 年度に中間評価を行う。

第5章 第3期データヘルス計画の目的、目標、目標達成のための戦略

●保険者の健康課題 【図表 36】

項目	健康課題	優先度	保健事業との対応
A	生活習慣病による介護給付費増大	1	1、2、3、4
B	糖尿病の増加と重症化による医療費増大	2	2
C	肥満の割合が高い	4	1、2、4
D	65歳～74歳の治療放置者が多い	3	2、3、4

●データヘルス計画全体における目的・目標 【図表 37】

項目	データヘルス計画全体における	評価指標	策定時 (%)	目標値 (%)					
	目的		令和4年	令和6年	令和7年	令和8年	令和9年	令和10年	令和11年
A	生活習慣病を早期に発見し、重症化を予防する。	特定健診実施率 KDB地域の全体像の把握より	45.7	48.0	50.0	53.0	55.0	58.0	60.0
		特定保健指導実施率 KDB地域の全体像の把握より	68.9	69.0	69.0	69.5	69.5	70.0	70.0
		特定保健指導対象者の減少率 TKCA012より	19.8	20.0	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0
B	糖尿病患者の減少により、医療費も減少する。	HbA1c8.0%以上の者の割合 DHパレットより	0.7	0.6	0.6	0.5	0.5	0.4	0.4
		HbA1c8.0%以上の者の割合の 年齢階層化別指標（40歳～ 64歳） DHパレットより	1.0	1.0	0.9	0.8	0.7	0.6	0.6
		HbA1c8.0%以上の者の割合の 年齢階層化別指標（65歳～ 74歳） DHパレットより	0.5	0.4	0.4	0.4	0.3	0.3	0.3
		高血糖者の割合 DHパレットより	7.9	7.9	7.5	7.5	7.0	7.0	6.5
C	生活習慣の改善により、肥満の割合が減少する。	特定保健指導対象者の減少率 TKCA012より	19.8	20.0	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0
		運動習慣のありの者の割合 （男性） DHパレットより	21.5	21.5	22.0	22.0	22.5	22.5	23.0
		運動習慣のありの者の割合 （女性） DHパレットより	19.1	19.0	19.5	19.5	20.0	20.0	20.5
A	糖尿病や高血圧の未治療者を減らす。	HbA1c6.5%以上のうち、糖尿病 レセプトがない者の割合 DHパレットより	15.1	15.0	15.0	14.5	14.5	14.0	14.0
		血圧が保健指導判定値以上の 者の割合 DHパレットより	34.4	34.0	33.5	33.5	33.0	33.0	32.5

●個別の保健事業 【図表 38】

番号	事業分類	事業名称	事業概要	優先度
1	特定健康診査・特定保健指導対策	特定健診実施率向上対策	データを活用した特定健診の未受診者に向けた効率的・効果的な対策を立案し、実施することで特定健診実施率の向上を図る。	1
2	生活習慣病発症・重症化予防	糖尿病性腎症重症化予防対策	特定健診の結果から糖尿病が重症化するリスクの高い者を抽出し、糖尿病管理台帳を作成。ガイドライン等に基づき、医療機関とも連携を図りながら以下の3点を実施。 ①健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導 ②糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応 ③治療中の患者に対する医療と連携した保健指導	2
3	生活習慣病発症・重症化予防	脳血管疾患重症化予防対策	Ⅱ度高血圧以上で未受診の者には早急に受診勧奨を行い、治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携し保健指導を行っていく。また心原性脳梗塞の原因となる心房細動は、心電図検査によって早期発見することが可能であることから、心電図検査を今後も全数実施し、有所見者は医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し、経過を把握していく。	3
4	生活習慣病発症・重症化予防	虚血性心疾患重症化予防対策	心電図検査でST変化のある者、虚血性心疾患に関するメタボやLDLコレステロールの項目の該当有無から心電図管理台帳を作成。ガイドライン等に基づき、医療機関とも連携を図りながら以下の3点を実施。 ①健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導 ②虚血性心疾患治療中断者や健診未受診者に対する対応 ③治療中の患者に対する医療と連携した保健指導	4

第6章 第3期データヘルス計画 個別の保健事業

事業1：特定健診実施率向上対策

事業の目的	データを活用した特定健診の未受診者に向けた効率的・効果的な対策を立案、実施し特定健診実施率の向上を図ることで、自ら健診データを確認し、生活習慣を見直す人を増加させる。
事業の概要	データ分析により受診勧奨すべき対象者を特定し、対象者へ通知を発送する。
対象者	特定健診未受診者

目標を達成するための主な戦略	通知事業の実績のある民間業者へ委託し、未受診者の受診意欲の向上するような効果的な通知を行う。特に65歳以上の未受診者が多いため、この年代には受診勧奨の回数を増やす。
----------------	--

ストラクチャー	事業の実施体制	1) 予算の確保 2) 委託業者との協議を年2回以上開催することができたか。 3) 対象者に受診勧奨通知するための職員体制がとれたか。
---------	---------	---

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

指標	項目	評価指標	評価対象・方法	策定時	目標値					
					実績値					
				R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット (実施量・率) 評価指標	受診勧奨通知率	通知送付率	未受診の方への通知送付率を集計	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	受診勧奨実施回数	受診勧奨年間実施回数	受診勧奨を年間実施回数を集計	—	2回	2回	2回	2回	2回	2回

指標	項目	評価指標	評価対象・方法	策定時	目標値 (%)					
					実績値 (%)					
				R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム (成果) 評価指標 TKCA01 1より	健診受診者の増加	特定健診実施率	法定報告	45.7%	48.0	50.0	53.0	55.0	58.0	60.0
	健診受診者の増加 (通知者)	受診勧奨通知送付者の特定健診実施率	受診勧奨通知送付者の受診者数／通知送付者数	185人 / 790人	24.0	24.5	25.0	25.5	26.0	26.5
				23.0% (R5)						

事業２：糖尿病性腎症重症化予防対策

事業の目的	糖尿病が重症化するリスクの高い者に対して適切な受診勧奨、保健指導を行う事により、腎不全、人工透析への移行防止を図る。
事業の概要	宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防指針（以下「県指針」という）や糖尿病治療ガイド等に基づき、医療機関とも連携を図りながら以下の３点を実施。 ①健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導 ②糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応 ③治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
対象者	①特定健診未受診者 ②医療機関未受診者 ③医療機関受診中断者 ④糖尿病治療中者

目標を達成するための主な戦略	特定健診の結果から糖尿病が重症化するリスクの高い者を抽出し、糖尿病管理台帳を作成し以下の優先順位で支援していく。 ①健診データで空腹時血糖 126mg/dl 以上又は随時血糖 200mg/dl 以上又は HbA1c 6.5%以上で過去１年間の糖尿病による医療機関未受診者（県指針の区分エ） ②健診データで空腹時血糖 126mg/dl 以上又は随時血糖 200mg/dl 以上又は HbA1c 6.5%以上で糖尿病受療者（県指針の区分オ）
----------------	--

ストラクチャー	事業の実施体制	１）事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備できているか ２）保健指導実施のための専門職の配置 ３）KDB 活用環境の確保
---------	---------	---

プロセス	事業の実施方法	１）糖尿病管理台帳は作成できたか ２）保健指導の手順の整備はできたか ３）教材はそろっているか ４）対象者に合わせたスケジュール通りできたか
------	---------	---

指標	項目	評価指標	評価対象・方法	策定時	目標値（％）					
					実績値（％）					
				R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット（実施量・率） 評価指標	未治療者への保健指導実施率	優先順位①への保健指導実施率	優先順位①への保健指導実施/優先順位①対象者数	4人/4人 100%	100	100	100	100	100	100
	医療機関受診中断者への保健指導実施率	優先順位②への保健指導実施率	優先順位②への保健指導実施率/優先順位②対象者数	46人/52人 88.5%	90	90	95	95	100	100

指標	項目	評価指標	評価対象・方法	策定時	目標値					
					実績値					
				R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム（成果） 評価指標 KDB より	未治療者の減少	優先順位①のうち医療機関受診受診に繋がった者の割合	優先順位①のうち医療機関受診受診に繋がった人数/優先順位①の対象者数	4人/4人 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	人工透析者数	糖尿病性腎症による新規人工透析者数	糖尿病性腎症による新規人工透析の人数集計	2人	1人	1人	1人	1人	1人	1人

事業3 :脳血管疾患重症化予防対策

事業の目的	脳血管疾患を発症しやすい者、重症化しやすい者に対して適切な受診勧奨・保健指導を行う事により、医療費の伸びを抑制する。
事業の概要	脳血管疾患において最も重要な危険因子は高血圧である。Ⅱ度高血圧以上で未受診の者には早急に受診勧奨を行う。また治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携し保健指導を行っていく。さらに心臓にできた血栓が血流にのって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を詰まらせる心原性脳梗塞は、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。心原性脳梗塞の原因となる心房細動は、心電図検査によって早期発見することが可能である事から、心電図検査を今後も全数実施し、有所見者は医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し、経過を把握していく。
対象者	①特定健診未受診者 ②医療機関未受診者 ③医療機関受診中断者 ④高血圧・心房細動治療中者

目標を達成するための主な戦略	①特定健診受診者で BMI25kg/㎡以上の者へ保健推進係が行っている体幹トレーニングまたはミラクルジム A 又は B を案内し、運動教室へとつなげる。 ②特定健診で収縮期血圧 140mmHg 以上又は拡張期血圧 90mmHg 以上又は HbA1c 6.5% 以上又は LDL-C140mg/dl 以上で結果説明後 3 ヶ月以内に医療機関受診確認できない場合は受診勧奨のための案内文を郵送又は訪問し受診へとつなげる。
----------------	---

ストラクチャー	事業の実施体制	1) 事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備できているか。 2) 保健指導実施のための専門職の配置 3) KDB 活用環境の確保
---------	---------	---

プロセス	事業の実施方法	1) 心電図管理台帳は作成できたか。 2) 保健指導の手順の整備はできたか。 3) 教材はそろっているか。 4) 対象者に合わせたスケジュール通りできたか。
------	---------	---

指標	項目	評価指標	評価対象・方法	策定時 R4	目標値 (%)					
					実績値 (%)					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット (実施量・率) 評価指標	運動教室参加率	運動教室参加率	事業参加人数/ 事業参加勧奨者数	—	1	2	3	4	5	5
	医療機関受診勧奨実施率	対象者への案内文郵送率	案内文郵送数/ 対象者数	—	100	100	100	100	100	100

指標	項目	評価指標	評価対象・方法	策定時 R4	目標値 (%)					
					実績値 (%)					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム (成果) 評価指標 KDB より	脳血管疾患の総医療費に占める割合	脳血管疾患の総医療費に占める割合の 5 % 減少	脳血管疾患の総医療費に占める割合を集計	3.1%	3.0	2.9	2.8	2.7	2.6	2.5
	心房細動有所見者の医療機関受診状況	心房細動有所見者の医療機関受診者割合	心房細動有所見者のうち心房細動関連レセプトありの人数を集計	8 人 / 9 人 89%	90	95	100	100	100	100

事業4：虚血性心疾患重症化予防対策

事業の目的	虚血性心疾患を発症しやすい者、重症化しやすい者に対して適切な受診勧奨・保健指導を行う事により、医療費の伸びを抑制する。
事業の概要	虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の一つである心電図検査でST変化のある者、虚血性心疾患に関連するメタボやLDLコレステロールの項目の該当有無から心電図管理台帳を作成。脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023改定版等に基づき、医療機関とも連携を図りながら以下の3点を実施。 ①健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導 ②虚血性心疾患治療中断者や健診未受診者に対する対応 ③治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
対象者	①特定健診未受診者 ②医療機関未受診者 ③医療機関受診中断者 ④虚血性心疾患治療中者

目標を達成するための主な戦略	①特定健診受診者でBMI25kg/㎡以上の者へ保健推進係が行っている体幹トレーニングまたはミラクルジムA又はBを案内し、運動教室へとつなげる。 ②特定健診で収縮期血圧140mmHg以上又は拡張期血圧90mmHg以上又はHbA1c6.5%以上又はLDL-C140mg/dl以上で結果説明後3ヵ月以内に医療機関受診確認できない場合は受診勧奨のための案内文を郵送又は訪問し受診へとつなげる。
----------------	---

ストラクチャー	事業の実施体制	1) 事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備できているか。 2) 保健指導実施のための専門職の配置 3) KDB活用環境の確保
---------	---------	--

プロセス	事業の実施方法	1) 心電図管理台帳は作成できたか。 2) 保健指導の手順の整備はできたか。 3) 教材はそろっているか。 4) 対象者に合わせたスケジュール通りできたか。
------	---------	---

指標	項目	評価指標	評価対象・方法	策定時 R4	目標値 (%)					
					実績値 (%)					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット (実施量・率) 評価指標	運動教室参加率	運動教室参加率	事業参加人数/ 事業参加勧奨者数	—	1	2	3	4	5	5
	医療機関受診勧奨実施率	対象者への案内文郵送率	案内文郵送数/ 対象者数	—	100	100	100	100	100	100

指標	項目	評価指標	評価対象・方法	策定時 R4	目標値 (%)					
					実績値 (%)					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム (成果) 評価指標 KDBより	虚血性心疾患の総医療費に占める割合	虚血性心疾患の総医療費に占める割合の5%減少	虚血性心疾患の総医療費に占める割合を集計	1.7%	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1
	ST所見ありの医療機関受診状況	ST所見ありの医療機関受診者割合	ST所見ありのうち虚血性心疾患レセプトありの人数を集計	4人/ 10人 40%	45	50	55	60	65	70

第7章 その他

(1) データヘルス 計画の評価・見直し	・個別の保健事業の評価は年度毎に行うことを基本として、評価指標に基づき、事業効果や目標の達成状況を確認する。 ・データヘルス計画全体の中間評価を令和8年度に行い、最終年度（令和11年度）の目標に向けての取組を検討する。 ・短期では評価が難しいアウトカム（成果）指標を中心とした評価指標による評価を行う。
(2) データヘルス計画の 公表・周知	・計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。 ・具体的には、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、宮崎県、国保連、地域の医師会等などの関係者経由で医療機関等に周知する。
(3) 個人情報の取扱い	・保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令、ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託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る。
(4) 地域包括ケアに 係る取組	●高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業 ・脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎臓病（CKD）、骨折などのQOL（生活の質）の大幅な低下につながる疾患を地域ぐるみで予防し、高齢になっても安心して暮らせる地域づくりと健康寿命の延伸のため、生活習慣病の重症化予防やフレイル予防など、高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する。
(5) その他留意事項	●国保・後期高齢者ヘルスサポート事業 ・国保連・国保中央会の保健事業として、平成26年度より、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業が開始され、国保連に支援・評価委員会を、国保中央会に国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会を設置し、国保保険者を支援している。 ⇒綾町は、国保連の支援・評価委員会において、計画の策定や評価等の支援を受けている。 ●保険者努力支援制度等 【取組評価分】 ・国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として、平成30年度より本格実施している。 【事業費分・事業費連動分】 ・令和2年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」として交付する部分を創設（従来の国保ヘルスアップ事業を統合）し、「事業費」に連動して配分する部分と併せて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組を後押ししている。 ・保険者努力支援制度（事業費分）では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、保険者は同制度を有効に活用し、より質の高い計画策定・実施・評価を目指し、策定を進めることが考えられる。 ⇒綾町は、医療費適正化に向けた取組や保健事業等について、保険者努力支援制度を活用している。