

第3期新見市国民健康保険保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(計画期間：令和6年度～令和11年度)



令和6年3月

新見市国民健康保険

I	基本情報	
(1)	人口・被保険者	1
(2)	基本的事項	1
	① 計画の趣旨	
	② 計画期間	
	③ 実施体制・関係者連携	
(3)	保険者及び関係者の役割・連携内容	2
(4)	現状の整理	2
	① 保険者の特性	
	② 地域資源の状況	
	③ 前期計画等に係る考察	3
	第2期計画の個別保健事業のまとめ	4
II	健康医療情報等の分析と課題	
(1)	平均寿命・標準化死亡比等	7
(2)	医療費の分析	7
(3)	特定健康診査・特定保健指導等の健診データ（質問票を含む）の分析	8
(4)	レセプト・健診データ等を組み合わせた分析	9
(5)	介護費関係の分析	9
(6)	グラフ・表	9
III	計画全体のイメージ	16
IV	個別の保健事業	
	事業番号1 特定健康診査	17
	事業番号2 特定保健指導	18
	事業番号3 糖尿病性腎症重症化予防	19
	事業番号4 生活習慣病重症化予防	20
	事業番号5 適正受診・適正服薬	21
	各指標値の実績と岡山県平均値との比較	22
V	第4期特定健康診査等実施計画	23
VI	計画の推進	28
	(1) データヘルス計画の評価・見直し	
	(2) データヘルス計画の公表・周知	
	(3) 個人情報の取扱い	
	(4) 地域包括ケアに係る取組	
	(5) その他留意事項	

第3期データヘルス計画

I 基本情報

(1) 人口・被保険者

被保険者等の基本情報（令和5年11月時点）						
	全体	%	男性	%	女性	%
人口（人）	26,714	100	12,751	47.7	13,963	52.3
国保被保険者数（人）	5,165	100	2,636	51.0	2,529	49.0

(2) 基本的事項

①計画の趣旨	<p>日本再興戦略（平成25年6月）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。」とし、レセプト・健診情報等のデータ分析に基づく保健事業を実施することが推進されました。</p> <p>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（国指針）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、新見市国民健康保険は平成28年3月に「第1期データヘルス計画」を定めました。</p> <p>また、平成20年度から高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、特定健康診査・特定保健指導（以下、特定健診・特定保健指導）が義務化され、「特定健康診査実施計画」の中で進められていましたが、データヘルス計画と相互に連携して策定することが望ましいことから、平成30年度に「第2期データヘルス計画」へ「第3期特定健康診査実施計画」を含めて策定し、被保険者の健康の保持増進に資する取組を地域や関係団体と共に実施しています。</p> <p>令和6年度からの「第3期データヘルス計画」についても「第4期特定健康診査等実施計画」を含めて策定し、また現行計画の評価および検証を行う中で健康増進計画との重複項目についても整理し、本市のレセプト・健診情報等のデータ分析によって国民健康保険として取り組むべき健康課題解決を目指した健康保持増進のための事業計画として策定します。</p> <p>当計画は、被保険者の健康の保持増進に資する取組を、地域や関係団体と共に実施していくことで、健康寿命の延伸と医療費の適正化を図ることを目的としています。</p> <p>また、第3次新見市総合計画の目指す施策の展開を推進するものとして位置づけられるとともに、新見市健康増進計画や新見市地域福祉計画、国や県の関連計画との整合性を図るものとします。</p>
②計画期間	<p>令和6年度から令和11年度の6年間とし、令和8年度には中間評価を行い、必要に応じて計画の見直しを行います。</p>
③実施体制・関係者連携	<p>計画は市民課が実施主体となり、健康医療課及び介護保険課と連携を図りながら計画立案、進捗管理、評価及び見直し等を行い、岡山県国民健康保険団体連合会、岡山県備北保健所新見支所の指導を受けて計画策定及び評価や見直しを行います。</p> <p>また、新見市国民健康保険運営協議会に諮って意見を聴取し、その後パブリックコメントにて広く周知し、意見を受けて策定しています。</p> <p>事業の実施については、市民課と健康医療課、介護保険課、新見医師会、新見歯科医師会、岡山県薬剤師会新見支部等の関係機関と連携し、助言を得ながら推進します。</p>

(3) 保険者及び関係者の役割・連携内容

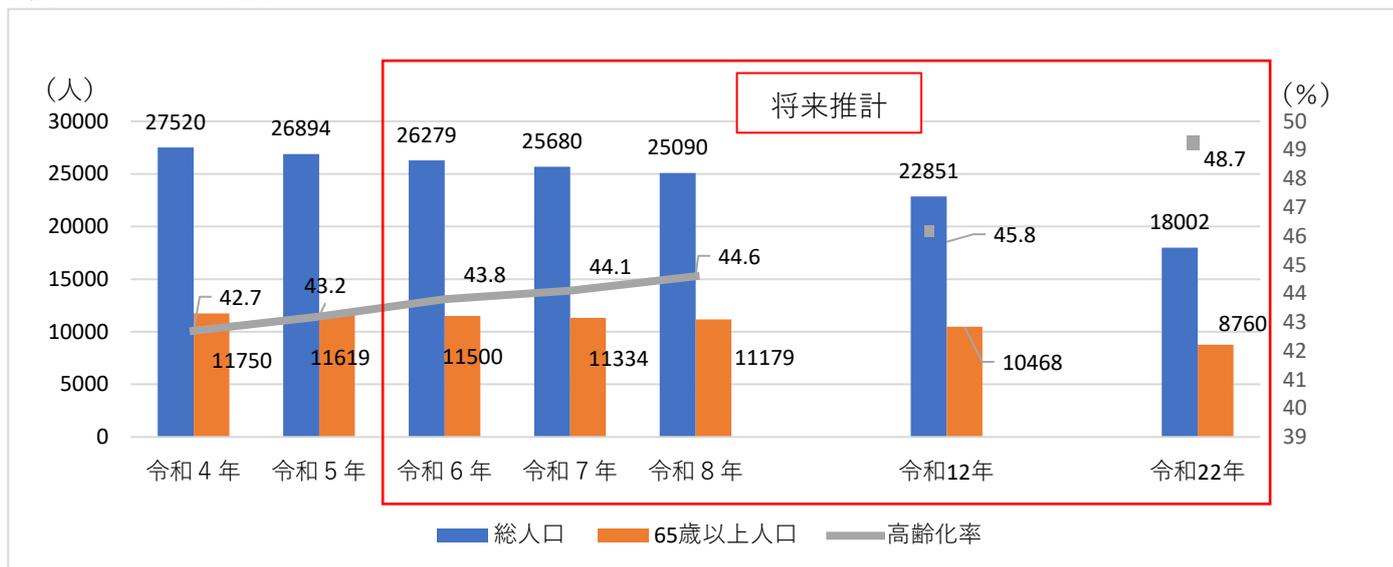
保険者及び関係者	具体的な役割、連携内容
①市町村国保	<ul style="list-style-type: none"> ・計画の実施主体として、計画立案、進捗管理、評価、見直し等
②市町村（保健衛生部局）	<ul style="list-style-type: none"> ・健康増進計画との調整 ・健診、保健指導、健康教育等での連携 ・データや分析結果の共有
③都道府県（保健衛生部局）・保健所	<ul style="list-style-type: none"> ・関係機関との連絡調整や専門職の派遣、計画策定、評価・見直し等への助言、情報提供等 ・現状分析のために県が保有するデータの提供
④国民健康保険団体連合会及び保健事業支援・評価委員会、国民健康保険中央会	<ul style="list-style-type: none"> ・KDB等のデータ分析やデータ提供に関する支援 ・研修会等での人材育成、情報提供 ・保健事業支援評価委員会からの支援
⑤保健医療関係者（医師会、歯科医師会、薬剤師会等）	<ul style="list-style-type: none"> ・健康診査、保健指導等への協力 ・計画策定、評価・見直し等への助言 ・日常的な意見交換や情報提供
⑥その他 （愛育委員会、栄養改善協議会、新見市健康づくり連絡会、地域運営組織）	<ul style="list-style-type: none"> ・健康診査受診勧奨への協力 ・健康意識向上のための啓発・取り組みへの協力等

(4) 現状の整理

<p>①保険者の特性 （「KDBシステム地域の全体像の把握」令和4年度）</p> <p>（図表2、図表3）</p>	<p>(1) 被保険者数：5,286人</p> <p>(2) 人口における被保険者割合：18.9%</p> <p>(3) 被保険者の年齢構成 0～39歳：12.6%（県：24.1%、国：26.5%） 40～64歳：23.9%（県：30.5%、国：33.1%） 65～74歳：63.6%（県：45.4%、国：40.5%）</p> <p>被保険者の割合は市民全体の18.9%と、年々減少しています。また、65歳以上の高齢者割合は63.6%であり、県・国と比較して大幅に高くなっています。</p> <p>(4) 被保険者の居住地域 新見北部：20.1%（千屋、坂本、馬塚、上市、足立、西方、高尾） 新見中部：20.6%（新見、金谷、熊谷、菅生） 新見南部：22.0%（正田、唐松、石蟹、長屋、井倉、法曾、草間、足見土橋、豊永）</p> <p>大佐：10.2% 神郷：6.9% 哲多：11.7% 哲西：8.3%</p>
②地域資源の状況 （令和5年11月時点）	<ul style="list-style-type: none"> ・愛育委員会：19支部（523人） ・栄養改善協議会：14支部（318人） ・健康づくり連絡会：47団体 ・地域運営組織：21組織

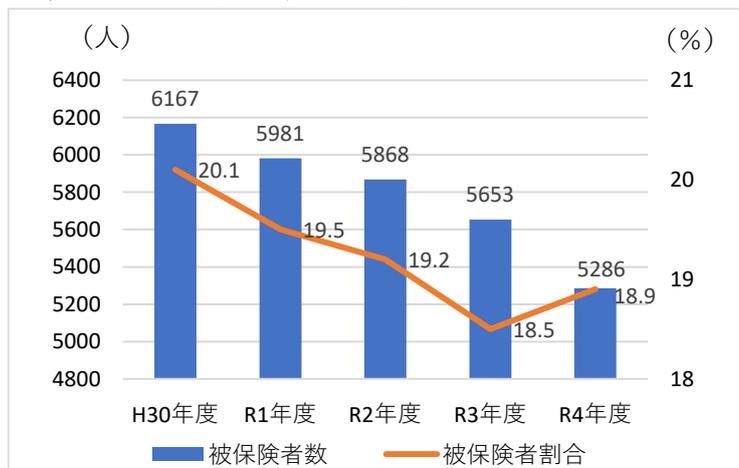
保険者及び関係者	具体的な役割、連携内容
③前期計画等に係る考察	<p>特定健診全体の受診率は向上したものの、40～50歳代の受診率は依然低く、また有所見者の割合が高い状況が続いているため、受診勧奨や特定保健指導等の対策を継続して推進していく必要があります。</p> <p>また、前期計画の取り組みにおいて、医療機関と連携した重症化予防のための実施体制を整備し保健指導等を実施したことによって、血液検査値や生活習慣の維持・改善を図ることができました。</p> <p>しかし、一人当たり医療費は依然県下でも高い状況が続いていることから、健康寿命の延伸・医療費適正化を目指し、より効果的な保健事業に取り組むことが重要となっています。</p>

図表1 人口の推移



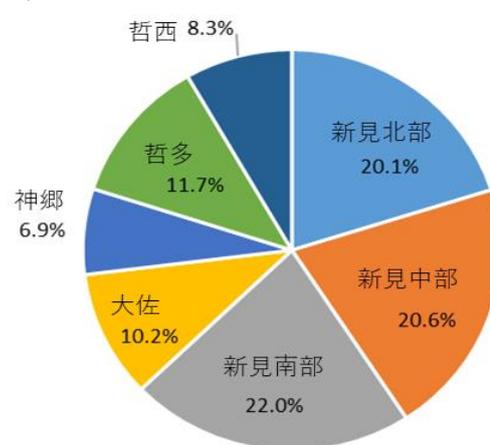
出典：令和3年～令和5年は住民基本台帳（各年3月末日現在）
令和6年以降はコーホート要因法による推計（令和5年7月推計）

図表2 被保険者数と被保険者割合



出典：KDBシステム「地域の全体像の把握」

図表3 地域別被保険者割合



新見北部：千屋、坂本、馬塚、上市、足立、西方、高尾
 新見中部：新見、金谷、熊谷、菅生
 新見南部：正田、唐松、石蟹、長屋、井倉、法曾、草間、足見、土橋、豊永

出典：被保険者名簿（令和5年11月）

第 2 期計画の個別保健事業のまとめ

事業名	実施状況	成果と課題
健康情報の発信	市報やホームページ等に加えて、ケーブルテレビや新聞、SNS 等を活用して健康情報を発信した。	ケーブルテレビやローカル紙は、市民が目にする機会が多く、掲載後には問い合わせ等があり、反響があったが、若い世代に向けた情報発信の方法を工夫する必要がある。
特定健診受診勧奨	健康づくりガイドブックや市報、ホームページ、ケーブルテレビ等を活用して受診勧奨を実施した。 愛育委員による受診勧奨訪問を実施していたが、令和 2 年度から感染症が流行したことにより見合わせた。	健診開始時期に合わせて、愛育委員による受診勧奨訪問やケーブルテレビでの啓発は効果的であった。また、対象者に合わせた未受診者勧奨通知を送付することにより、受診行動につながることができ、受診率を大幅に向上させることができた。しかし、40～50 歳代の受診率が低いため、受診勧奨の方法を改善し継続した受診勧奨を実施する必要がある。
人間ドック実施	市内 1 医療機関、市外 1 医療機関において短期ドックを実施した。 健診費用の自己負担額を健診費用の 3 割にし、受診しやすい金額に設定している。	受診率は年々向上してはいるが、助成を受けることができる医療機関に限られていることから、市民から医療機関の拡充を求める声が多い。実施体制の見直しが必要である。
特定健診未受診者の受診勧奨	受診勧奨ハガキや通知を対象者の年齢や性別等によって通知内容を変えて、年 1 回送付した。令和 4 年度からは、AI を用いて対象者の属性に合った勧奨ハガキ等を 2 回、特定健診情報提供依頼通知を 1 回送付した。	受診率は年々向上していたが、令和 2 年度は新型コロナウイルス感染症の影響を受けて大幅に低下した。令和 3 年度から徐々に受診率が回復した。特に令和 4 年度には、勧奨資材を大きく変更したこと、情報提供を依頼したことにより、受診率が大幅に向上した。今後も対象者に合わせた勧奨資材を活用して、継続して実施する必要がある。
地域で市民の健康を応援する連携の促進	新見地域医療ネットワークや多職種連携会議へ参画し、多職種と連携して健康課題等について検討した。 新見市糖尿病対策連絡会を開催した。	新見地域医療ネットワークや多職種連携会議に参加し、他機関と意見交換や情報共有を行っている。今後も連携のとれる関係や体制を整える必要がある。

糖尿病重症化予防	医療機関等の関係機関の協力を得て新見市糖尿病対策連絡会を開催し、糖尿病対策についての検討や、糖尿病予防講座等を実施した。また、管理栄養士を中心に受診勧奨や保健指導を実施した。	糖尿病重症化予防のための受診勧奨や保健指導の実施体制が整備できた。また、継続した保健指導の実施により生活習慣や血液検査値の維持・改善を図ることができたが、保健指導の利用率や受診勧奨後の医療機関受診率が低い。ため、継続した勧奨と対策について検討する必要がある。
高血圧予防	特定健診の結果から、血圧値が160/100mmHg以上の者を対象に保健師が受診勧奨訪問を実施したり、家庭血圧の測定の重要性や正しい血圧測定方法を健康教室等で伝えた。また、減塩に関して啓発を実施した。	受診勧奨訪問をするが、医療機関の受診にはつながりづらかった。家庭血圧測定の普及啓発や減塩の普及啓発については、様々な健康教室等で実施できたが、近年は感染症の流行のため、愛育委員会や栄養改善協議会の会議等で実施していたため、今後は啓発活動を広げ実施する必要がある。
運動習慣づくり	企業や各種団体等へのラジオ体操の普及啓発活動、正しいラジオ体操を学ぶための講習会の開催、クアオルト健康ウォーキングを実施した。	感染症の流行の拡大により、各種団体等への普及啓発や健康教室の開催が減少した。健康づくり連絡会や医師会の協力を得て、公民館等の集会所でラジオ体操を取り組みやすい環境を整えることができた。今後も運動習慣が定着するように継続した取り組みが必要である。
禁煙・分煙の推進	世界禁煙デーや禁煙週間に合わせて、禁煙・分煙の啓発活動を実施した。	庁舎に媒体を掲示するなどの啓発を実施したが、より多くの市民の目にとまるように、啓発活動を実施する必要がある。
特定健診	集団検診を市内11会場、28日間実施。 個別検診を12医療機関で実施 岡山県特定健診情報提供事業へ参加。	集団検診の受診者数は減少し、個別検診の受診者が増加傾向にある。 岡山県特定健診情報提供事業については、令和3年度の提供者はわずかであったが、令和4年度の情報提供者は大幅に増加し、受診率は大幅に向上した。
特定保健指導	グループ支援を1実施機関、個別支援を7実施機関で実施。 利用券送付後、申し込みのなかった対象者へ地区担当保健師が訪問し利用勧奨を実施。	直営のグループ支援は毎年、市内4教室程度実施しているが参加率は低く、また個別支援の利用者も低い状況であるため、利用しやすい環境など体制の整備等が必要である。

特定保健指導		令和 3 年度は感染症の流行により、利用者が大幅に減少した。 毎年該当する者も多く、生活習慣等の改善が図れていない者も多い。
後発医薬品の利用促進	令和 4 年度から削減基準額を 200 円から 100 円に変更し、差額通知を年 3 回（770 通程度）送付した。	後発医薬品普及率（削減不可分を除く）が目標値の 80%を達成している。利用者の増加により、送付対象者が減少していることから、基準額を見直してより多くの対象者へ利用勧奨を実施している。今後も継続した利用勧奨を実施する。
医療費通知	医療費通知を年 4 回（14,000 通程度）送付した。	自身の医療費に関心を持ち、疾病予防と健康づくりに役立ててもらおうよう今後も継続して実施する。
重複頻回受診者訪問事業	保健指導対象者を抽出し訪問指導や、お薬手帳の普及啓発を実施。薬剤師会との連携方法について情報交換を実施した。	経皮消炎鎮痛剤の重複使用が複数名見受けられた。お薬手帳の活用及び適正受診の呼びかけを継続して実施する必要がある。 薬剤師との情報交換において、市が実施している事業を薬剤師会で共有すると共に、薬剤師の職務を確認する等の意見をもらうことができた。

II 健康医療情報等の分析と課題

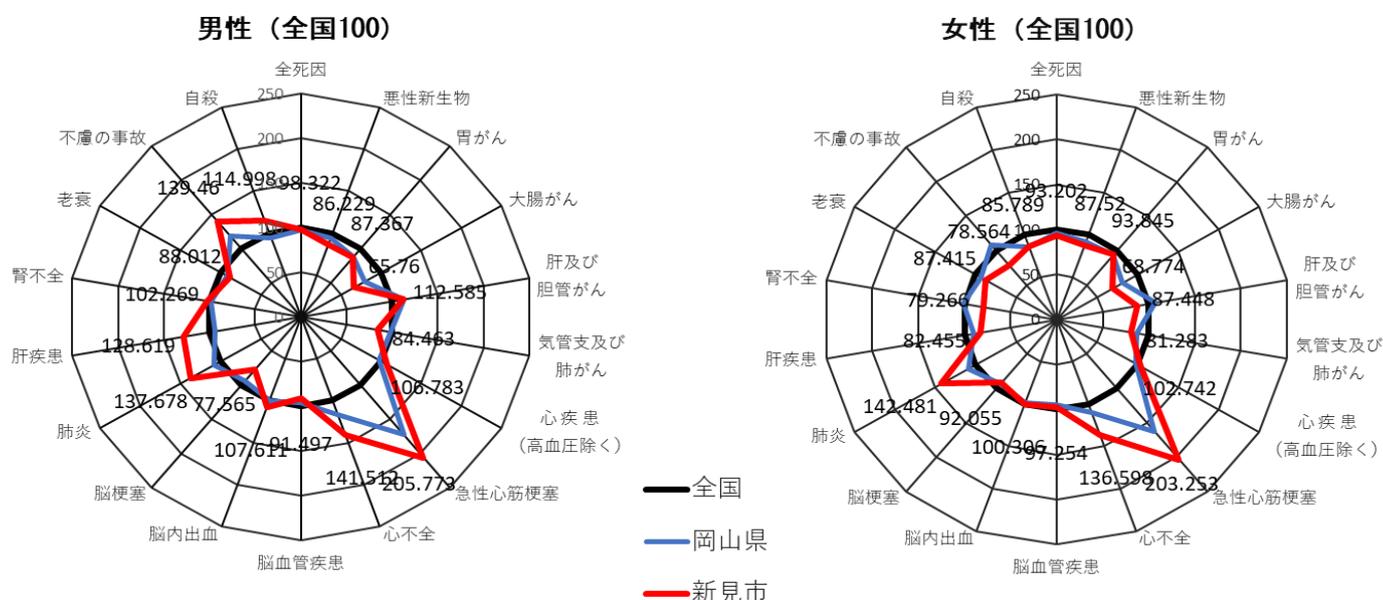
健康・医療情報等の大分類	左記の大分類のうち、健康・医療情報等の分析に必要な各種データ等の分析結果（必要に応じて適宜追加・削除）	参照データ																																				
(1) 平均寿命・標準化死亡比等	<p>(1) 平均寿命：男性 80.5（県：81.0） 女性 87.9（県：87.7）</p> <p>(2) 標準化死亡比：男性 98.3（県：97.8） 女性 93.2（県：95.9）</p> <p>(3) 平均余命：男性：81.1（県：82.0） 女性：88.3（県：88.4）</p> <p>(4) 健康寿命（平均自立期間）：男性：78.3（県：78.8） 女性：81.8（県：81.5）</p> <p>・健康寿命と平均寿命の差（介護を要する期間）は、男性は2.2年、女性は6.1年となっています。</p>	<p>(図表4)</p> <p>(図表5)</p> <p>地域の全体像の把握 (令和4年度)</p>																																				
(2) 医療費の分析	<p>(1) 総医療費 総医療費は、令和2年度には26億円まで上昇しましたが、令和4年度には24億4千万となっています。</p> <p>(2) 1人当たり年間医療費 令和4年度の1人当たり年間医療費は487,742円となっており、県下15市の中で3番目に高くなっています。令和2年度からを県と比較すると3～6万円程度高い状況が続いています。</p> <p>被保険者の減少に伴い、総医療費は減少していますが、被保険者の高齢者割合が高くなっていることなどから、1人当たり医療費は増加しています。</p> <p>(3) 入院・外来別で医療費（点数）の高い疾病（令和4年度）</p> <p>①入院医療費</p> <table border="1" data-bbox="288 1272 957 1473"> <thead> <tr> <th>〈疾患名〉</th> <th>〈金額〉</th> <th>〈件数〉</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1位：統合失調症</td> <td>7,751万円</td> <td>185件</td> </tr> <tr> <td>2位：骨折</td> <td>5,111万円</td> <td>52件</td> </tr> <tr> <td>3位：関節疾患</td> <td>4,542万円</td> <td>62件</td> </tr> <tr> <td>4位：大腸がん</td> <td>2,800万円</td> <td>31件</td> </tr> <tr> <td>5位：脳梗塞</td> <td>2,454万円</td> <td>32件</td> </tr> </tbody> </table> <p>②外来医療費</p> <table border="1" data-bbox="288 1541 1085 1742"> <thead> <tr> <th>〈疾患名〉</th> <th>〈金額〉</th> <th>〈件数〉</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1位：糖尿病</td> <td>1億2,987万円</td> <td>4,653件</td> </tr> <tr> <td>2位：高血圧症</td> <td>8,242万円</td> <td>6,373件</td> </tr> <tr> <td>3位：関節疾患</td> <td>7,757万円</td> <td>2,477件</td> </tr> <tr> <td>4位：慢性腎臓病（透析あり）</td> <td>5,029万円</td> <td>129件</td> </tr> <tr> <td>5位：脂質異常症</td> <td>4,809万円</td> <td>3,484件</td> </tr> </tbody> </table> <p>入院・外来を合わせた総医療費では糖尿病が最も高くなっています。</p> <p>③がんにかかる医療費 がんにかかる医療費の総額は年々減少しており、令和4年度では307,676千円、総医療費の12.6%となっていますが、肝臓がんと前立腺がんについては、レセプト件数、医療費ともに2倍程度増加しています。特に肝臓がんの医療費は大幅に増加しています。（*がんについては、健康増進計画において推進します。</p>	〈疾患名〉	〈金額〉	〈件数〉	1位：統合失調症	7,751万円	185件	2位：骨折	5,111万円	52件	3位：関節疾患	4,542万円	62件	4位：大腸がん	2,800万円	31件	5位：脳梗塞	2,454万円	32件	〈疾患名〉	〈金額〉	〈件数〉	1位：糖尿病	1億2,987万円	4,653件	2位：高血圧症	8,242万円	6,373件	3位：関節疾患	7,757万円	2,477件	4位：慢性腎臓病（透析あり）	5,029万円	129件	5位：脂質異常症	4,809万円	3,484件	<p>(図表6)</p> <p>(図表7)</p> <p>(図表8)</p> <p>(図表9)</p> <p>KDBシステム 「疾病別医療費分析 (細小(82)分類)」</p>
〈疾患名〉	〈金額〉	〈件数〉																																				
1位：統合失調症	7,751万円	185件																																				
2位：骨折	5,111万円	52件																																				
3位：関節疾患	4,542万円	62件																																				
4位：大腸がん	2,800万円	31件																																				
5位：脳梗塞	2,454万円	32件																																				
〈疾患名〉	〈金額〉	〈件数〉																																				
1位：糖尿病	1億2,987万円	4,653件																																				
2位：高血圧症	8,242万円	6,373件																																				
3位：関節疾患	7,757万円	2,477件																																				
4位：慢性腎臓病（透析あり）	5,029万円	129件																																				
5位：脂質異常症	4,809万円	3,484件																																				

<p>(2) 医療費の分析</p>	<p>(4) 重複・服薬、重複・頻回の受診状況 重複処方については、2医療機関以上で1剤以上重複している者の割合は0.5%程度で推移しています。</p> <p>(5) 後発医薬品の使用状況 後発医薬品普及率（数量）は年々増加しており、令和4年度の普及率は80.31%と、目標の80%を超えています。</p>	<p>(図表10)</p>
<p>(3) 特定健康診査・特定保健指導等の健診データ（質問票を含む）の分析</p>	<p>(1) 特定健康診査受診率 令和4年度の受診率46.6%（法定報告 速報値）は令和3年度（37.5%）に比べて約10%程度向上しました。県（33.3%）や国（36.7%）を大きく上回る状況です。</p> <p>①性別受診率（令和4年度） 経年的に男性よりも女性の受診率が高い傾向にあり、令和4年度の男性の受診率は43.7%、女性は50.2%と女性の受診率が大きく上回っています。また、令和2年度以降は、男女ともに県・国の受診率を上回っており、特に女性の受診率は県や国の約1.3～1.4倍と、とても高い状況です。</p> <p>②年齢階層別受診率（令和4年度） 年齢が上がるにつれて受診率が高くなっており、令和4年度の70～74歳の男性は49.9%、女性は55.2%と対象者の約半数が受診していますが、それに対して40～49歳では23%と受診率は伸び悩んでいます。</p> <p>全体の受診率は増加していますが、男性や若年層において受診率は低くなっています。</p> <p>(2) 特定保健指導実施率 令和4年度の実施率25.7%（法定報告 速報値）は令和3年度（16.6%）に比べて増加していますが、国（令和3年度 26.9%）よりも低い状況です。</p> <p>(3) 各種検査項目の有所見率（令和4年度）</p> <p>①メタボ該当率 男性：33.0%（県：32.8%、国：32.0%） 女性：11.3%（県：11.6%、国：11.0%）</p> <p>②メタボ予備軍 男性：13.3%（県：16.8%、国：17.9%） 女性：3.2%（県：5.6%、国：5.9%）</p> <p>③血糖有所見者 男性：68.4%（県：61.9%、国：57.8%） (HbA1c5.6以上) 女性：69.7%（県：63.2%、国：56.5%） 非肥満の高血糖者 18.6%（県：10.9%、国9.0%）</p> <p>④血圧有所見者 男性：51.7%（県：52.6%、国：50.2%） (収縮期血圧130mmHg以上) 女性：50.2%（県：49.3%、国：45.4%）</p> <p>⑤生活習慣の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・運動習慣のない者の割合 男性：59.8%（県：56.8%、国：58.2%） 女性：66.5%（県：62.7%、国：62.2%） ・毎日飲酒している者の割合 男性：49.7%（県：44.2%、国：42.5%） 女性：7.0%（県：10.0%、国：12.0%） 	<p>(図表11)</p> <p>(図表12)</p> <p>(図表13)</p> <p>(図表14)</p> <p>(図表15)</p> <p>(図表16)</p> <p>(図表17)</p> <p>(図表18)</p> <p>(図表19)</p> <p>(図表20)</p> <p>特定健診受診率、特定保健指導実施率は法定報告値</p> <p>地域の全体像の把握（令和4年度）</p>

<p>(3) 特定健康診査・特定保健指導等の健診データ(質問票を含む)の分析</p>	<p>特定健康診査を受診した男性の約半数がメタボ該当者及び予備軍です。また、受診者の約半数が血圧有所見者であり、さらに血糖高値者や非肥満の高血糖者割合については県・国と比較して高くなっています。</p> <p>生活習慣の状況については、運動習慣のない者の割合が男女ともに県・国よりも高い状況です。また、男性の約半数が毎日飲酒しています。</p>	<p>(図表15) (図表17) (図表18)</p>
<p>(4) レセプト・健診データ等を組み合わせた分析</p>	<p>医療費分析では糖尿病に要する医療費が高く、60歳以降に大幅に増加します。また、特定健康診査結果では血圧・血糖の有所見者は多くなっていますが、健診受診後に医療機関を受診する者は少なく、未治療者率は4.9%(令和4年度)と、県(3.9%)、国(4.1%)と比較して高くなっています。</p> <p>人工透析については、令和4年度の外来医療費では4番目に高くなっている。平成30年度以降、維持透析患者数は20人台、新規透析患者数は毎年3~4人で推移している。</p> <p>新規導入者の原疾患としては、県は糖尿病性腎症が最も多くなっているが、本市については腎硬化症が最も多く、糖尿病性腎症と慢性糸球体腎炎とがほぼ同数となっている。</p>	<p>(図表17) (図表20) (図表21) (図表22) (図表23) (図表24) (図表25) (図表26) (図表27)</p>
<p>(5) 介護費関係の分析</p>	<p>(1) 介護認定率 24.2%(県:21.6%、国:19.4%) 要介護認定率は年々高くなっており、県及び国と比較して高い割合となっています。</p> <p>(2) 介護給付費の状況 76,450円(県:63,626円、国:59,662円) 要支援の介護給付費は県や国と同等ですが、要介護1以上になると、県・国と比較して高額となっています。特に、要介護3以上では県の1.3~1.4倍、国の1.3~1.7倍と高額となっています。</p>	<p>(図表28) ・地域の全体像の把握 ・健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 (令和4年度)</p>

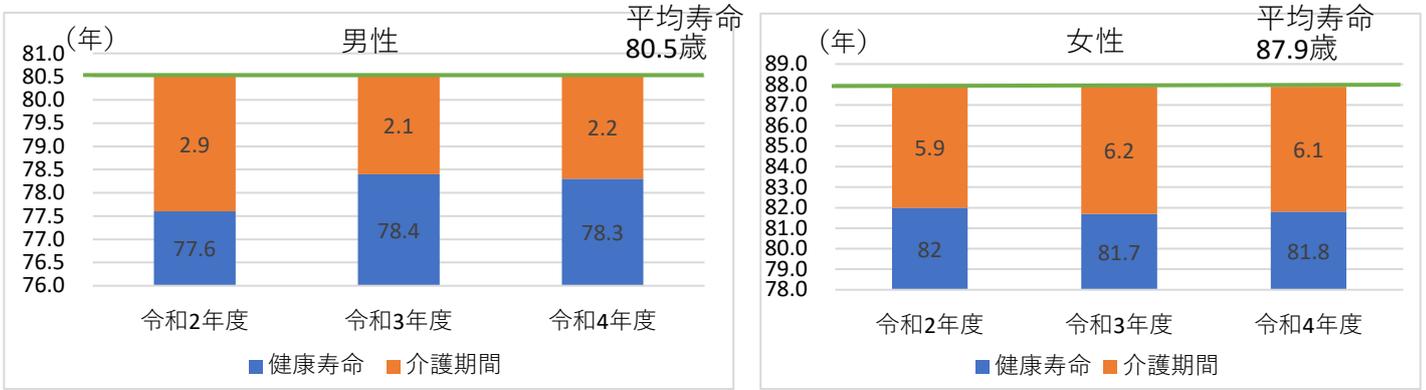
(7) 関係資料(グラフ、表)

図表4 標準化死亡比(主要死因の標準化死亡比 H25~H29年)



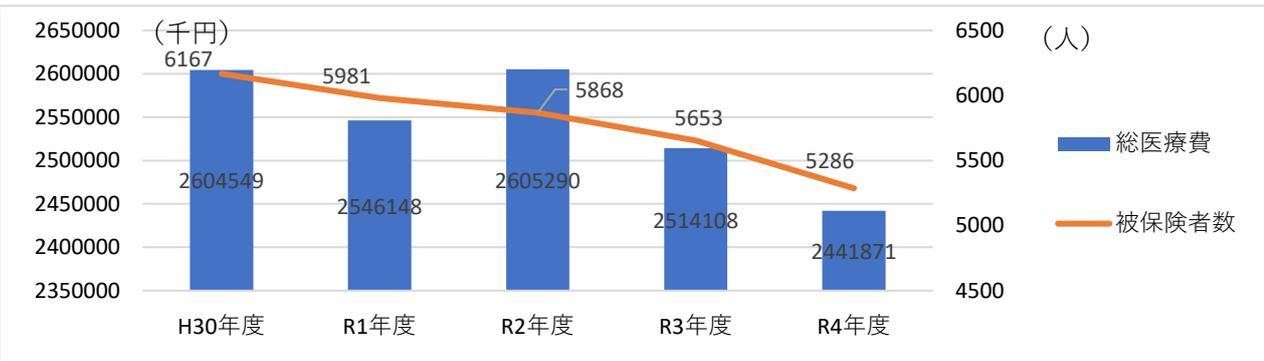
出典: 厚生労働省「平成25~29年人口動態統計特殊報告」

図表5 新見市の平均寿命と健康寿命



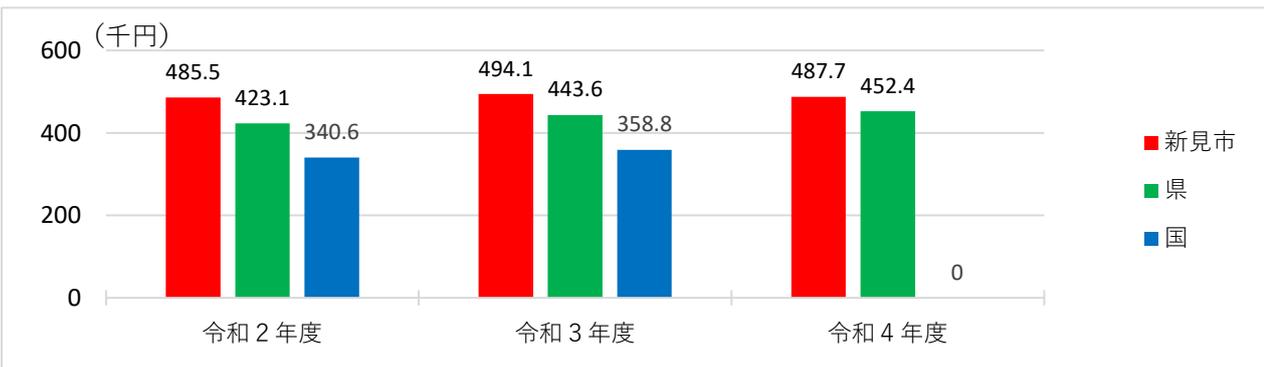
出典：KDBシステム地域の全体像の把握

図表6 新見市国保総医療費と被保険者数の推移



出典：KDBシステム 疾病別医療費分析細小（82）分類）
地域の全体像の把握

図表7 国保1人当たり年間医療費



出典：KDBシステム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

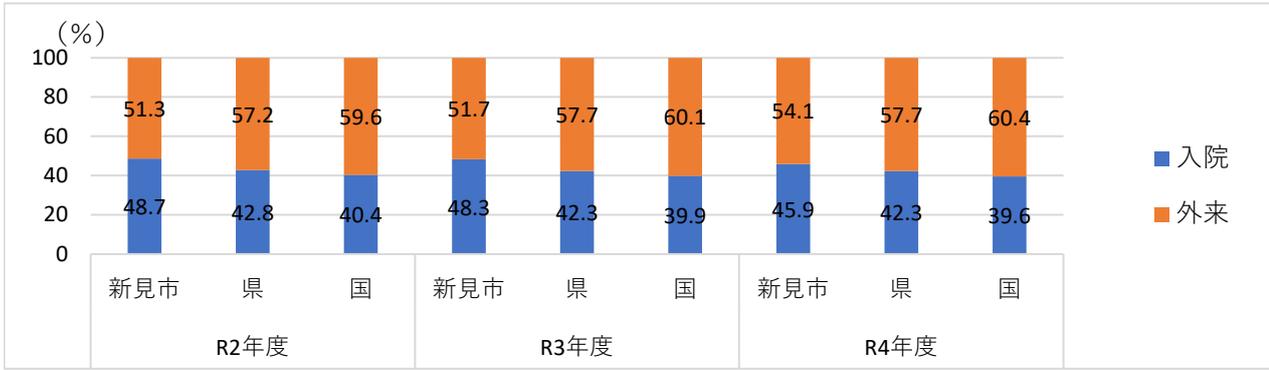
* 令和4年度の国のデータについては未発表

図表8 入院外来別医療費(金額の高い疾患)

入院	疾患名	金額	件数	外来	疾患名	金額	件数
1	統合失調症	7,751万円	185件	1	糖尿病	1億2,987万円	4,653件
2	骨折	5,111万円	52件	2	高血圧症	8,242万円	6,373件
3	関節疾患	4,542万円	62件	3	関節疾患	7,757万円	2,477件
4	大腸がん	2,800万円	31件	4	慢性腎臓病(透析あり)	5,029万円	129件
5	脳梗塞	2,454万円	32件	5	脂質異常症	4,809万円	3,484件

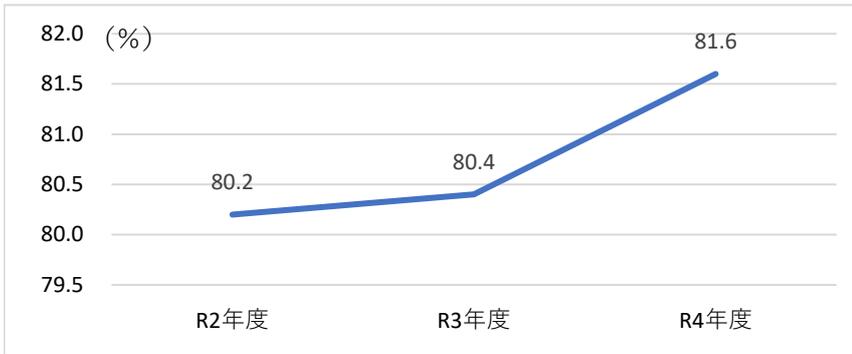
出典：KDBシステム疾病別医療費分析（細小（82）分類）

図表9 入院・外来医療費割合



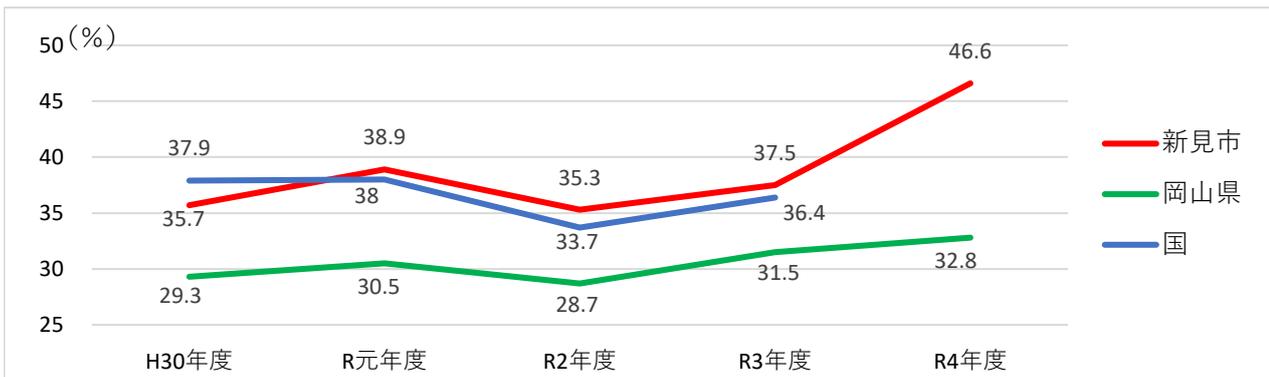
出典：KDBシステム 地域の全体像の把握

図表10 後発医薬品普及率(削減不可分を除く)(数量)



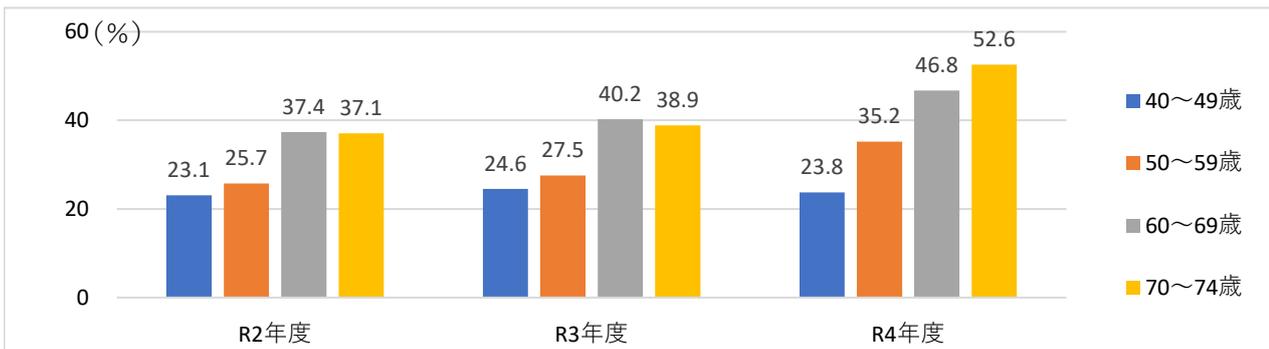
出典：国保連合会提供資料（当該年度の8月調剤分）

図表11 特定健康診査受診率の推移



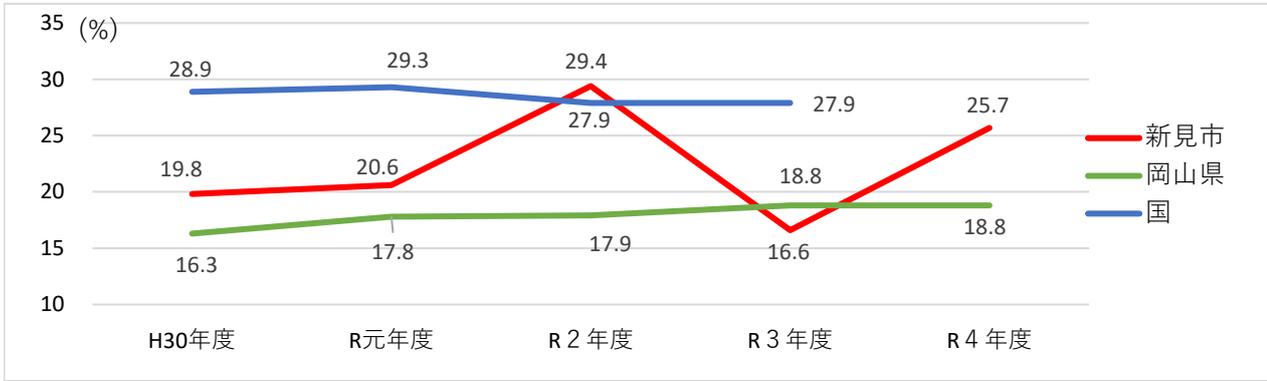
出典：特定健康診査法定報告

図表12 特定健康診査年齢階層別受診率



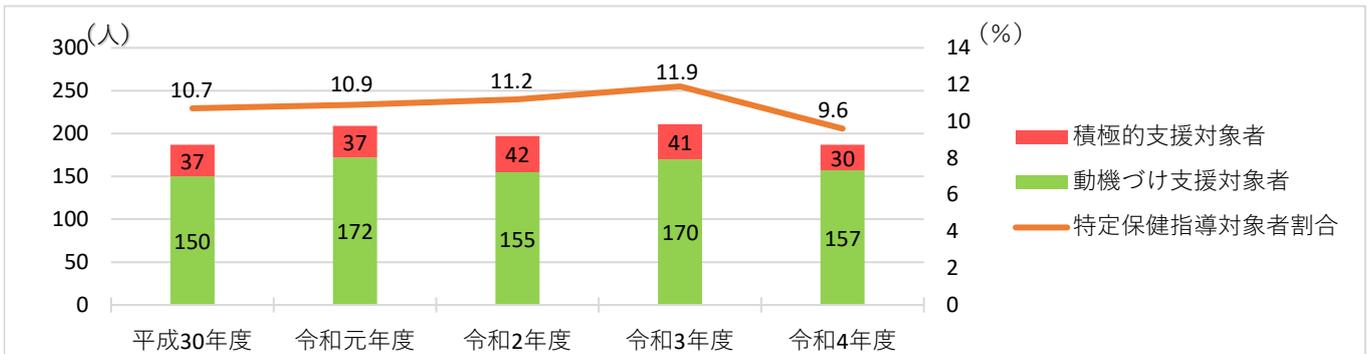
出典：KDBシステム 厚生労働省様式6-9

図表13 特定保健指導実施率



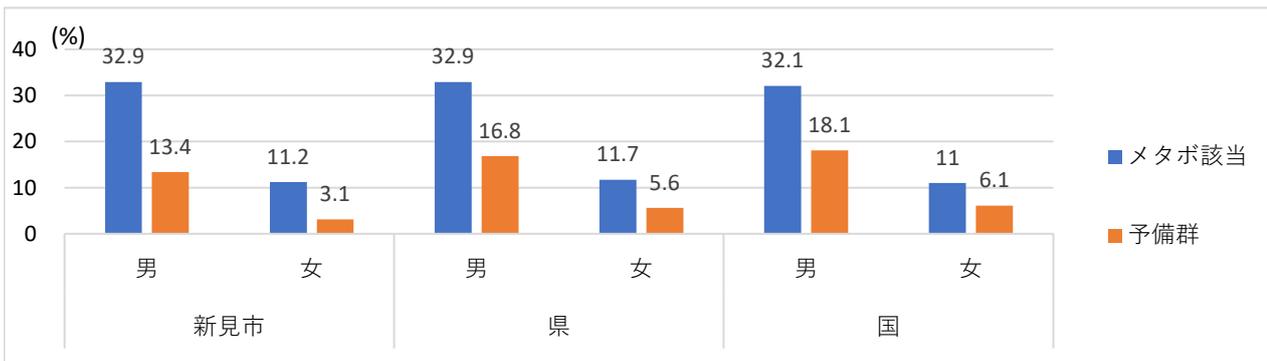
出典：特定保健指導法定報告

図表14 特定保健指導対象者数と特定保健指導対象者割合



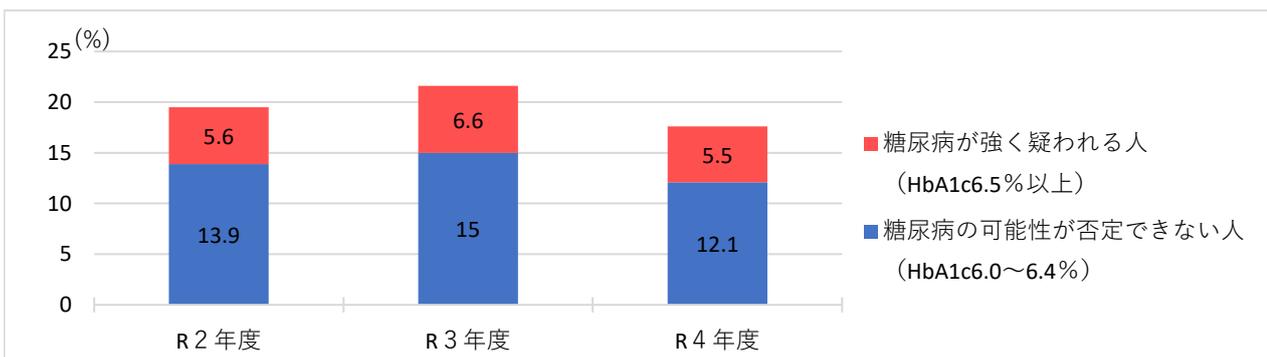
出典：特定健康診査・特定保健指導法定報告

図表15 メタボ該当者・メタボ予備軍割合



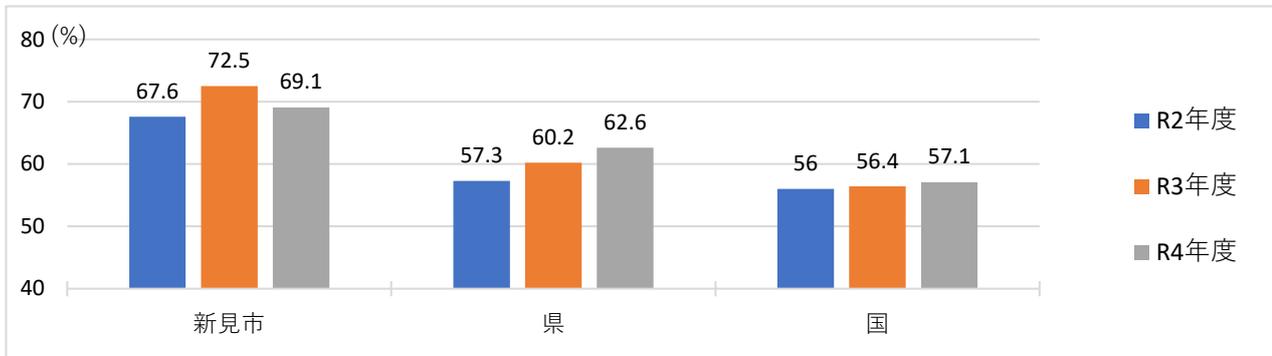
出典：KDBシステム 地域の全体像の把握

図表16 特定健診受診者のHbA1c高値者の割合



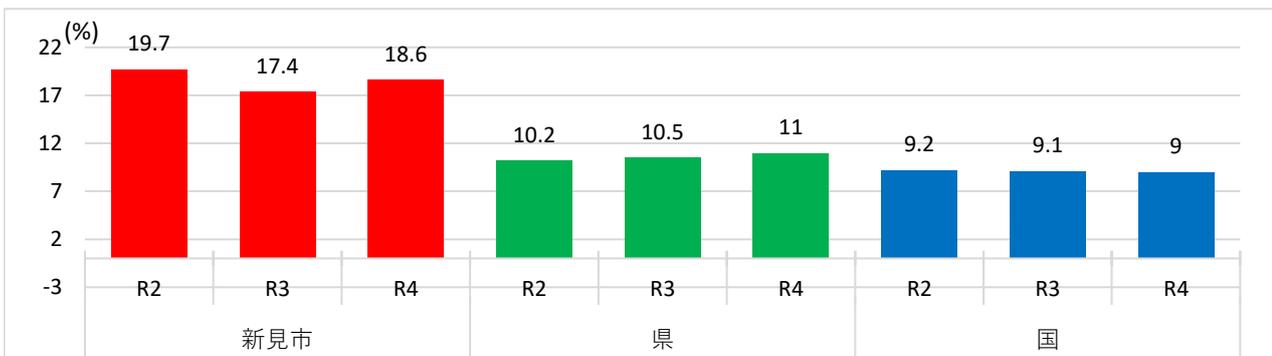
出典：特定健診等データ管理システム

図表17 特定健診血糖有所見者(HbA1c5.6%以上)の割合



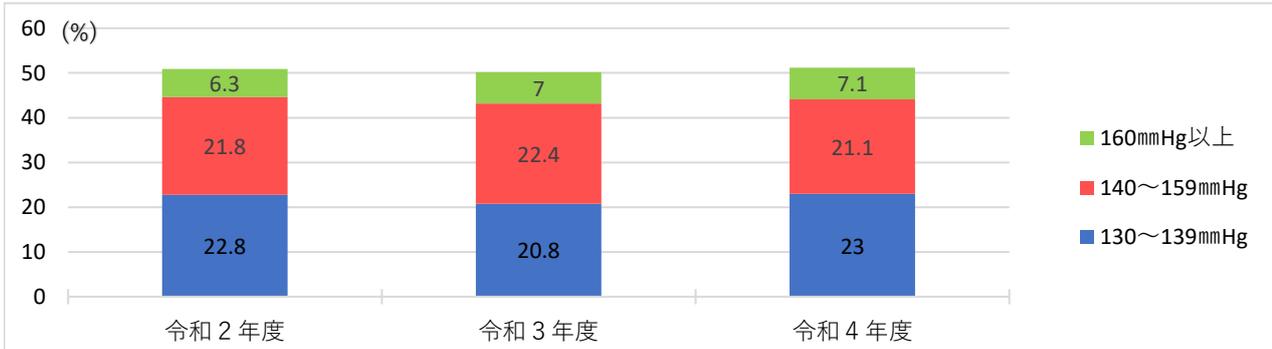
出典：KDBシステム 厚生労働省様式6-2～7

図表18 特定健診受診者の非肥満高血糖者の割合



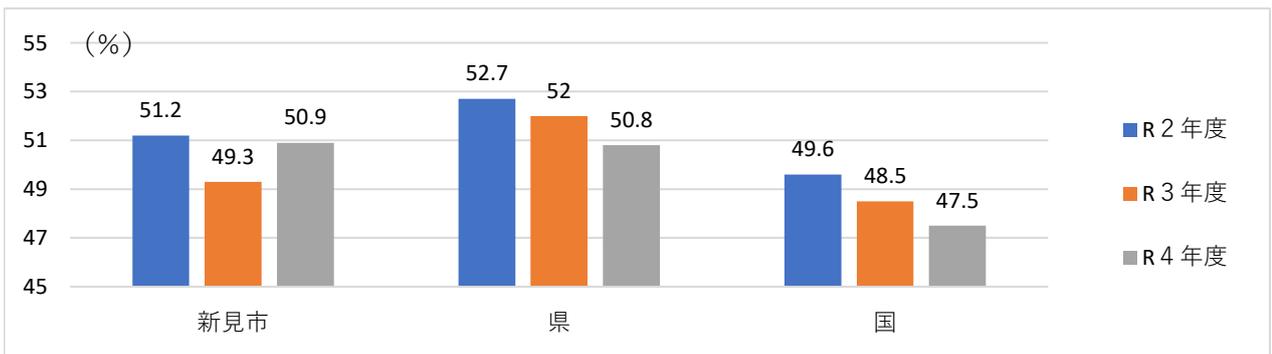
出典：KDBシステム 地域の全体像の把握

図表19 特定健診受診者の収縮期血圧高値者の割合



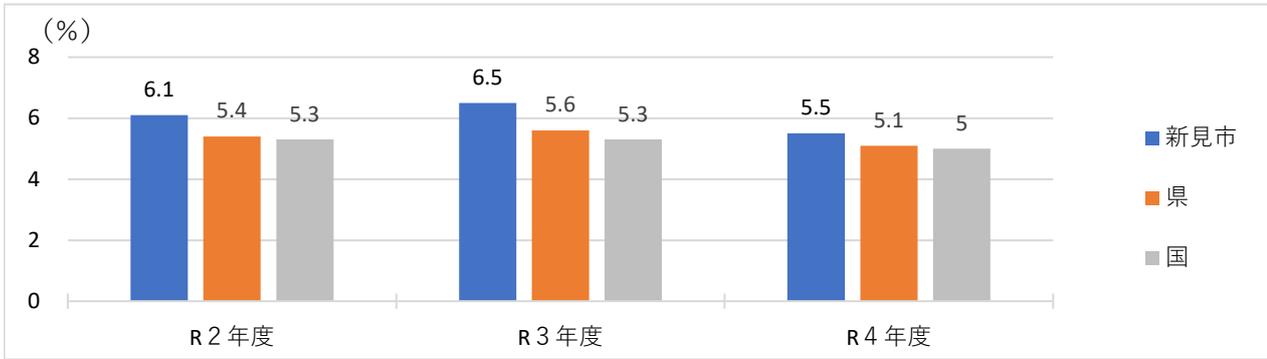
出典：特定健診等データ管理システム

図表20 特定健診血圧有所見者割合(収縮期血圧130mmhg以上)の割合



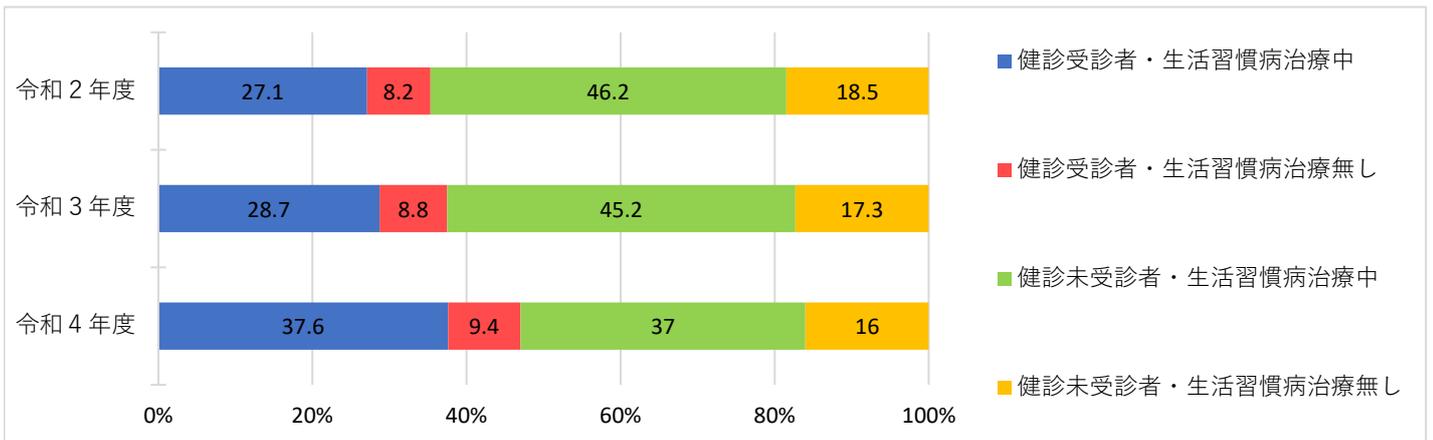
出典：特定健診等データ管理システム

図表21 特定健診有所見者の医療機関非受診率



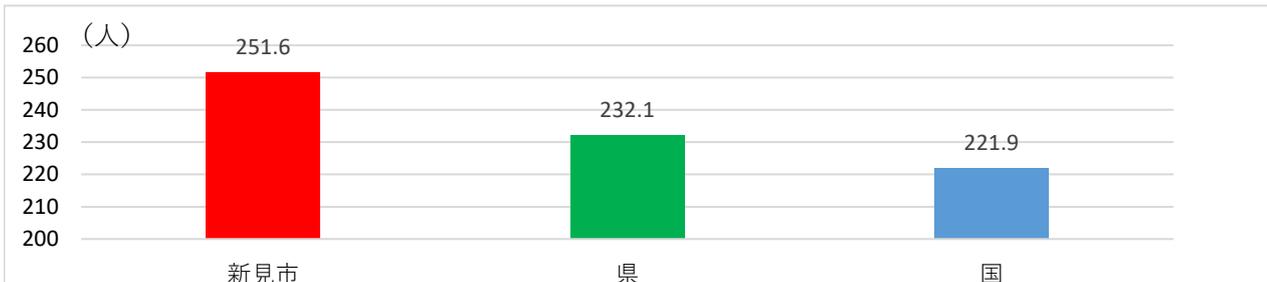
出典：KDBシステム 地域の全体像の把握

図表22 健診受診の有無と生活習慣病治療の有無



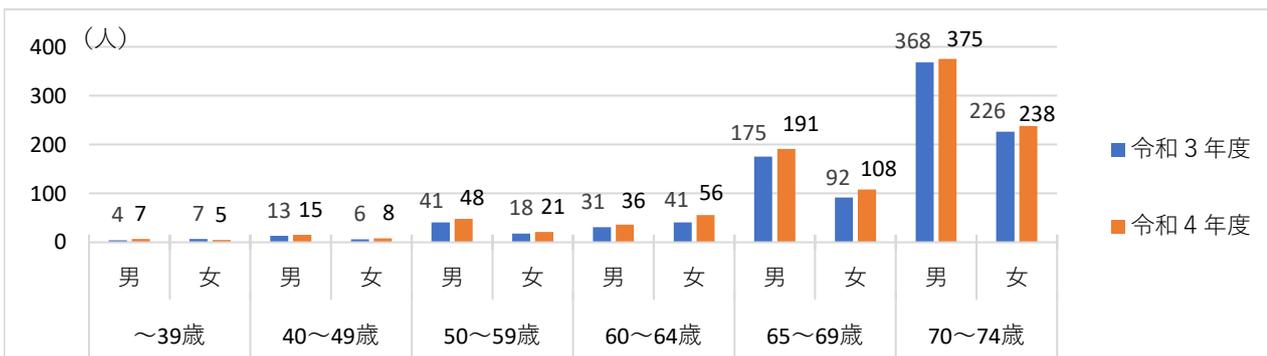
出典：KDBシステム厚生労働省様式6-10 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

図表23 患者千人当たり糖尿病患者数



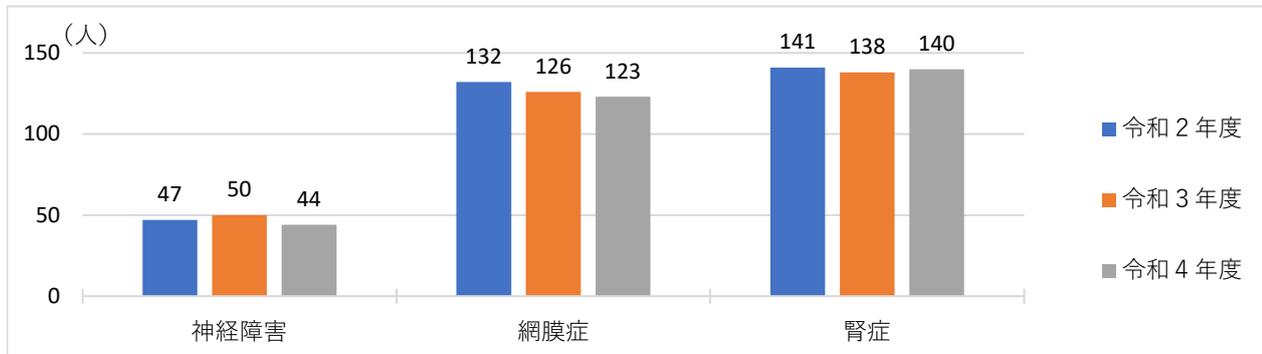
出典：KDBシステム 医療費分析（1）最小分類

図表24 年齢性別糖尿病治療者数



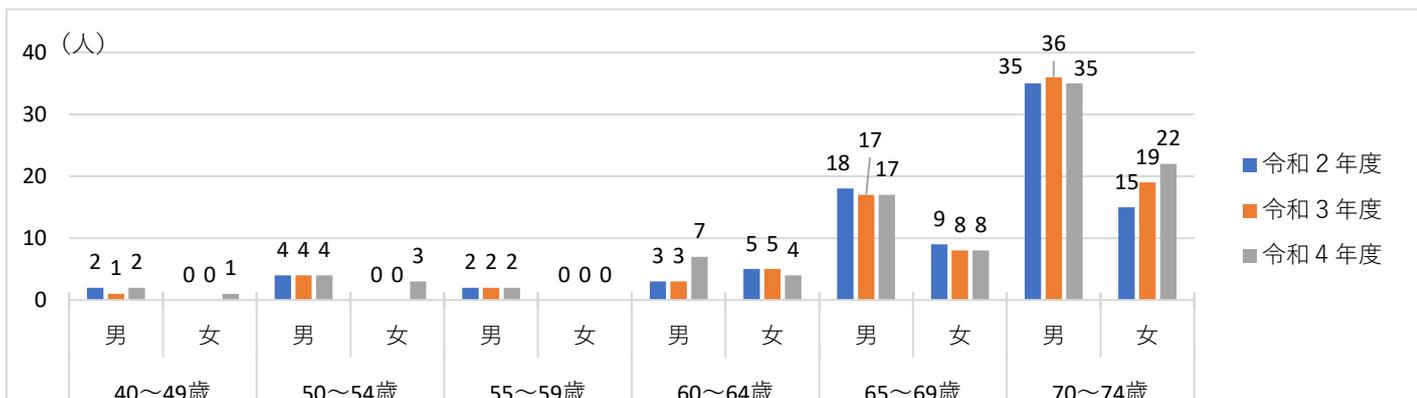
出典：KDBシステム 疾病管理一覧

図表25 糖尿病合併症治療者数



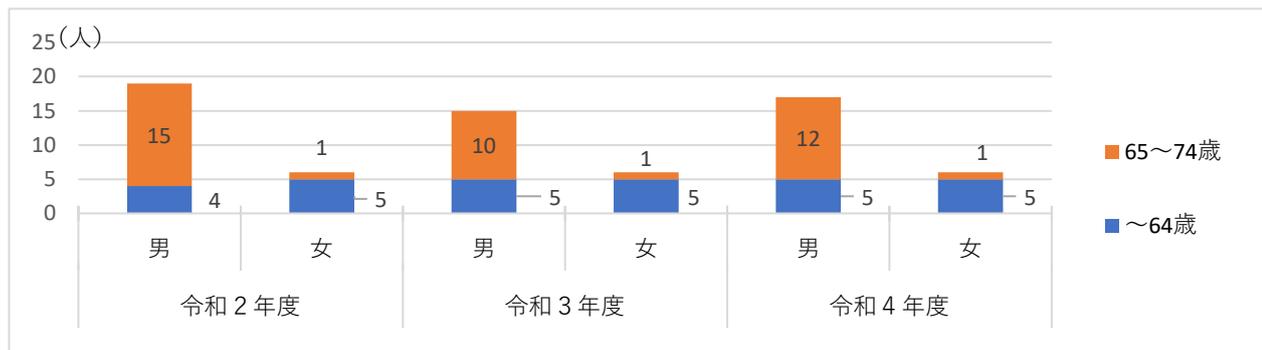
出典：KDBシステム 疾病管理一覧

図表26 年齢性別糖尿病性腎症患者



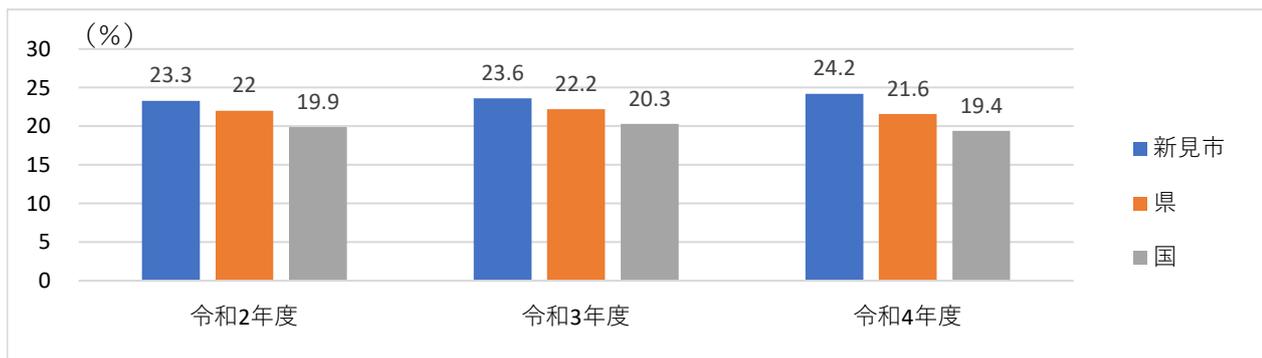
出典：KDBシステム 疾病管理一覧

図表27 年齢性別人工透析人数



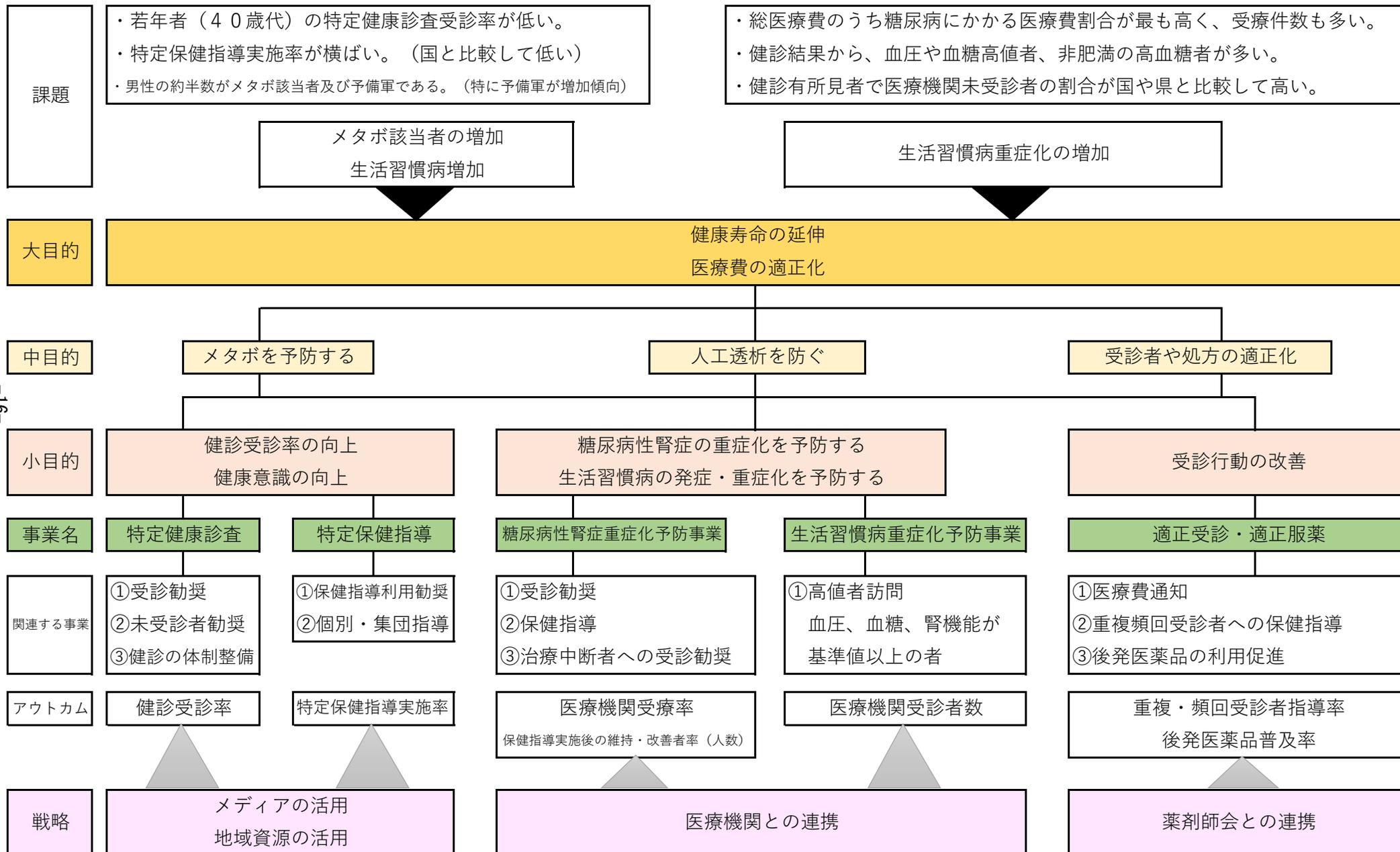
出典：KDBシステム 厚生労働省様式2-2

図表28 要支援・要介護認定者の推移



出典：KDBシステム地域の全体像の把握

III 計画全体のイメージ



IV 個別の保健事業

事業番号 1 ①事業名称 特定健康診査

②事業の目的	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を進めるため、広報、受診勧奨、再勧奨等の取り組みを行うことで、特定健康診査の受診率の向上を図ることを目的とする。
③対象者	40～74歳の被保険者
④現在までの事業結果	対象者に合わせた未受診者勧奨通知を送付することにより、受診率を大幅に向上させることができた。しかし、40～50歳代の受診率が低いため、受診勧奨の方法を改善し継続した受診勧奨を実施する必要がある。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	特定健診受診率 (法定報告値) (%)	46.6%	48%	48%	48%	50%	50%	50%
	40～49歳の受診率 (%)	20.1%	25%	25%	25%	30%	30%	30%
	新規受診者数 (人)	585人	600人	600人	600人	200人	200人	200人
	情報提供者数 (人)	213人	250人	250人	250人	250人	250人	250人
アウトプット (実施量・率) 指標	新規国保加入者に対する勧奨率 (%)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	新規国保加入者のうち未受診者への電話受診勧奨数・率	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	情報提供依頼通知送付数 (通)	1,314通	—	—	—	—	—	—

⑨目標を達成するための主な戦略	・愛育委員や地域運営組織との連携及びSNS等のメディアを活用して受診勧奨を実施する。
-----------------	--

⑩実施方法 (プロセス)

<p>(1) 受診勧奨 (健診受診の意識啓発)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・商工会やJA等と連携した勧奨【新規】 ・市ホームページやSNS等のメディアを活用した勧奨【改善】 ・愛育委員や地域運営組織と連携した勧奨【改善】 ・新規国保加入者への勧奨【改善】 ・ケーブルテレビや地元新聞等メディアの活用 ・健康づくりガイドブックを作成し各戸へ配布 <p>(2) 未受診者への受診勧奨</p> <ul style="list-style-type: none"> ・未受診者への再勧奨通知の送付 ・情報提供依頼通知の送付 <p>(3) 受診しやすい健診体制の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・集団健診の休日及び夜間健診の実施【改善】 ・国保人間ドック実施医療機関の拡大 (助成の拡大)【改善】 ・予約方法の見直し (ICTの活用等)【改善】 ・40～49歳無料クーポン券の送付

⑪実施方法 (プロセス) の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・若い世代に向けた受診勧奨方法を改善する。 ・予約方法や健診実施日、実施時間帯等を改善する。 ・国保新規加入者のうち未受診者に対して電話での受診勧奨を行う。
--

⑫実施体制 (ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・地域運営組織や商工会、JAとの連携体制の検討。【新規】 ・医療機関との連絡会や研修会を開催。(年2回程度、特定保健指導と併せて実施)【改善】 ・国保人間ドック実施医療機関の拡大。(助成の拡大)【改善】

⑬実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・地域運営組織や商工会、JAとの協議の場を設け、連携方法を検討する。 ・医療機関との情報交換や研修会の回数を増やす。

⑭評価計画

<ul style="list-style-type: none"> ・40歳代の受診率については毎年評価を行うが長期的に経過を確認する。 ・計画の評価は毎年実施し、新見市国民健康保険運営協議会において事業や実績について評価を受け、保健事業の改善を行う。 ・令和8年度には中間評価を実施し、令和11年度には計画に掲げた目標の6年間の達成状況の評価を行い、計画の見直しを実施する。 ・必要に応じて、岡山県国民健康保険団体連合会の保健事業支援・評価委員会における第三者評価を受ける。

IV 個別の保健事業

事業番号 2	①事業名称	特定保健指導
---------------	--------------	---------------

②事業の目的	特定保健指導対象者に対して、特定保健指導を行い終了率を向上させることでメタボリックシンドローム該当者を減少させることを目的とする。
③対象者	40～74歳の特定健診受診者のうち、特定保健指導対象者となった者（積極的支援、動機付け支援相当、動機付け支援）
④現在までの事業結果	特定保健指導を集団指導や個別指導で実施しているが、いずれも利用者数が少ないため、利用しやすい環境など体制の整備が必要である。また、毎年該当する者も多く生活習慣等の改善が図れていない者も多い。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	特定保健指導実施率（法定報告値）（％）	25.7%	28%	28%	28%	30%	30%	30%
	メタボ該当者率（％）	25.8%	23%	23%	23%	20%	20%	20%
	特定保健指導対象者の減少率（％）	21.6%	23%	23%	23%	23%	23%	23%
アウトプット (実施量・率) 指標	保健指導利用者数（人）	48人	—	—	—	—	—	—
	保健指導利用率（％）	70.5%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

（注1）評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。

（注2）太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	実施体制の見直し。（直営の集団指導に加えて外部委託による集団指導を実施する。）
------------------------	---

⑩実施方法（プロセス）

<p>(1) 保健指導利用勧奨</p> <ul style="list-style-type: none"> 対象者に対し利用券及び利用案内を郵送。 訪問や電話による利用勧奨の実施。 <p>(2) 個別指導・集団指導</p> <ul style="list-style-type: none"> 集団指導の外部委託の実施。【新規】 初回面接の分割実施【新規】 ICTを活用した個別指導の実施。【新規】 既存事業（健康増進施設で実施している事業）を活用した保健指導の実施。

⑪実施方法（プロセス）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 保健指導の利用機会を増やし、対象者にとって利用しやすい環境を整えるために外部委託による集団指導を実施する。 初回面接の分割実施やICTを活用した指導方法について検討する。 利用者や未利用者の意見を確認する。

⑫実施体制（ストラクチャー）

<ul style="list-style-type: none"> ICTを活用した指導体制の整備。【新規】 医療機関及び健康増進施設との連絡会や研修会の開催。（年2回程度、特定健診と併せて実施）【改善】

⑬実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 医療機関や健康増進施設との情報交換や特定保健指導実施者の研修受講機会を増やす。

⑭評価計画

<ul style="list-style-type: none"> 保健指導の実施方法を改善したことにより、利用者数が増加したかを確認する。 計画の評価は毎年実施し、新見市国民健康保険運営協議会において事業や実績について評価を受け、保健事業の改善を行う。 令和8年度には中間評価を実施し、令和11年度には計画に掲げた目標の6年間の達成状況の評価を行い、計画の見直しを実施する。 必要に応じて、岡山県国民健康保険団体連合会の保健事業支援・評価委員会における第三者評価を受ける。
--

IV 個別の保健事業

事業番号 3

①事業名称

糖尿病性腎症重症化予防

②事業の目的	糖尿病性腎症の悪化及び進行の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を行い糖尿病性腎症の重症化を予防することを目的とする。
③対象者	40～74歳の被保険者のうち、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの対象となった者。
④現在までの事業結果	糖尿病重症化予防のための受診勧奨や保健指導の実施体制を整備することができた。保健指導の利用率や受診勧奨後の医療機関受診率が低いため、受診勧奨と保健指導の事業を継続する。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	要医療者受診勧奨後の受診率 (%)・数 (人)	42.9% 3/7人	60%	60%	60%	80%	80%	80%
	治療中断者受診勧奨後の受診率 (%)・数 (人)	25.0% 1/4人	50%	50%	50%	70%	70%	70%
	保健指導利用者の維持・改善率 (%)・数 (人)	100% 4/4人	100%	100%	100%	100%	100%	100%
アウトプット (実施量・率) 指標	受診勧奨率 (%)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	保健指導利用率 (%)・数 (人)	22.2% 4/18人	50%	50%	50%	60%	60%	60%

(注1) 評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。

(注2) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	医療機関との連携。
-----------------	-----------

⑩実施方法 (プロセス)

<p>(1) 受診勧奨 当該年度の特定健診結果から以下の①または②に該当する者のうち、糖尿病のレセプトがない者に通知及び訪問を行い受診勧奨を実施。 ①HbA1c8.0%以上、②HbA1c6.5%以上もしくは空腹時血糖126mg/dl以上で、尿蛋白 (+) 以上</p> <p>(2) 保健指導 当該年度の特定健診結果から以下の①または②に該当する者のうち、主治医が保健指導を必要と判断した者 (1型糖尿病、がん、精神疾患、重度合併症を有する者を除く) で、かつ保健指導の同意が得られた者に対して利用勧奨を行い6か月間指導を実施。 ①HbA1c8.0%以上、②HbA1c6.5%以上もしくは空腹時血糖126mg/dl以上で、尿蛋白 (+) 以上</p> <p>(3) 治療中断者受診勧奨 一昨年度に糖尿病治療歴があり、昨年度特定健診未受診で、糖尿病治療が中断していると思われる者 (国保連合会から情報提供のあった対象者から、がん、精神疾患、重度合併症等を有する者を除く) に通知及び訪問を行い受診勧奨を実施する。</p>

⑪実施方法 (プロセス) の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・地区担当保健師と連携した受診勧奨方法について検討を行う。 ・受診勧奨方法等の見直しを行う。

⑫実施体制 (ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関や薬剤師会との連絡会の開催。【改善】 医療機関：年2回程度、特定健診と併せて実施。 薬剤師会：定例会に参加して実施。 ・地区担当保健師や管理栄養士と連携した保健指導の実施。【改善】
--

⑬実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関や薬剤師会へ事業内容を伝え協力を得る。 ・地区担当保健師や管理栄養士等と連携した保健指導の実施体制を整える。
--

⑭評価計画

<ul style="list-style-type: none"> ・アウトプット評価の受診勧奨率は、要医療者及び治療中断者を併せて評価する。 ・計画の評価は毎年実施し、新見市国民健康保険運営協議会において事業や実績について評価を受け、保健事業の改善を行う。 ・令和8年度には中間評価を実施し、令和11年度には計画に掲げた目標の6年間の達成状況の評価を行い、計画の見直しを実施する。 ・必要に応じて、岡山県国民健康保険団体連合会の保健事業支援・評価委員会における第三者評価を受ける。
--

IV 個別の保健事業

事業番号 4

①事業名称

生活習慣病重症化予防

②事業の目的	特定健康診査の結果が受診判定値以上となった者に対して、受診勧奨を行い医療機関への受診につなぎ、高血圧や糖尿病等の生活習慣病の重症化を予防することを目的とする。
③対象者	40～74歳の被保険者のうち、特定健康診査の結果が受診判定値以上（血圧、血糖、腎機能）となった者。
④現在までの事業結果	受診勧奨訪問を実施しても、受診につながった者は少ないため、優先度の高い者から電話や訪問による勧奨を行い、受療率の向上を図る。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	受診勧奨後の医療機関受診率 (%) ・ 数 (人) (評価対象A、B)	9.2% 10人	20%	20%	20%	30%	30%	30%
アウトプット (実施量・率) 指標	訪問や電話による受診勧奨率 (%) ・ 数 (人) (評価対象A、B)	78.3% 108人 (訪問)	100%	100%	100%	100%	100%	100%

(注1) 評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。

(注2) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	医療機関との連携
-----------------	----------

⑩実施方法（プロセス）

- ・ 郵送による通知【新規】
 - ・ 勧奨後の受診状況の確認【新規】
 - ・ 電話及び訪問による勧奨【改善】
 - ・ 対象者抽出基準の見直し【改善】
- 血圧、血糖、腎機能について、基準値を設定し抽出

⑪実施方法（プロセス）の改善案、目標

- ・ 受診勧奨後おおむね6か月以降にレセプトを確認して受診状況を把握する。
- ・ 対象者の抽出基準について、特定健康診査担当者（健康医療課）と相談し見直しを行う。

⑫実施体制（ストラクチャー）

- ・ 医療機関や薬剤師会との連絡会の開催。【改善】
- ・ 薬剤師会：定例会に参加して実施。
- ・ 受診勧奨の進捗状況を確認。

⑬実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

- ・ 医療機関へ事業内容を伝え協力を得る。
- ・ 地区担当保健師や管理栄養士等と連携した保健指導の実施体制を整える。
- ・ 受診勧奨後、レセプトを確認して受診状況を把握する。

⑭評価計画

- ・ 医療機関受診率については、受診勧奨を行った6か月後に確認する。
- ・ 計画の評価は毎年実施し、新見市国民健康保険運営協議会において事業や実績について評価を受け、保健事業の改善を行う。
- ・ 令和8年度には中間評価を実施し、令和11年度には計画に掲げた目標の6年間の達成状況の評価を行い、計画の見直しを実施する。
- ・ 必要に応じて、岡山県国民健康保険団体連合会の保健事業支援・評価委員会における第三者評価を受ける。

IV 個別の保健事業

事業番号 5

①事業名称

適正受診・適正服薬

②事業の目的	重複受診、頻回受診、重複服薬、多剤投与についての通知や保健指導を行うことで、不適正と考えられる受診・服薬を減少させるとともに、後発医薬品の利用率を高めることで、被保険者の負担軽減、医療費の適正化を推進することを目的とする。
③対象者	40～74歳の被保険者 （＊後発医薬品の利用勧奨通知については20～74歳）
④現在までの事業結果	後発医薬品普及率（数量）は、目標値の80.0%を達成している。重複受診等の受診者に対しては、お薬手帳の活用や適正受診の呼びかけを薬剤師会と連携して実施する必要がある。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	後発医薬品普及率（数量）（％）	80.3%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
	重複・頻回受診者 指導率（％）・数（人）	70.9% 22人	100%	100%	100%	100%	100%	100%
アウトプット (実施量・率) 指標	医療費通知数（通）	13,865通 年4回	—	—	—	—	—	—
	差額通知数（通）	545通 年3回	—	—	—	—	—	—

（注1）評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。

（注2）太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	薬剤師会との連携
-----------------	----------

⑩実施方法（プロセス）

<p>（1）後発医薬品の利用促進</p> <ul style="list-style-type: none"> 対象者：削減基準額が100円以上に対して個別に通知する。 被保険者証の更新時や国保加入時に、ジェネリック医薬品希望シールを配布。 <p>（2）重複・頻回受診者への保健指導</p> <p>対象者に対して通知や訪問を行うとともに、お薬手帳、ポリファーマシー、リフィル処方箋の普及啓発を行い適正な医療受診を勧める。</p> <p>（除外対象者：がん、難病、精神疾患、認知症、重篤疾患の治療中の者）</p> <ul style="list-style-type: none"> 重複受診者：3か月以上、同一月に同一の疾病で、3か所以上の医療機関において外来受診している者。 頻回受診者：3か月以上、同一月に同一診療科目を15日以上外来受診している者。 （リハビリテーション、放射線治療、人工透析等を除く） 重複投与者：3か月以上、同一月に同一薬剤又は同様の効能・効果をもつ薬剤を複数の医療機関から処方されている者。 多剤投与者：15日分以上の処方箋が6種類以上あり、かつ2か月連続で処方されている者。 <p>（3）医療費通知</p> <ul style="list-style-type: none"> 対象者に個別に通知する。

⑪実施方法（プロセス）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 後発医薬品の利用勧奨通知については、より多くの対象者へ利用勧奨が実施できるように、対象年齢及び削減基準額の見直しを行う。 お薬手帳の普及啓発と合わせて適正受診の啓発を行う。

⑫実施体制（ストラクチャー）

<ul style="list-style-type: none"> 薬剤師会との連絡会の開催。（年1回、薬剤師会の定例会に参加する。）【新規】 新見市国民健康保険運営協議会において、事業結果等について報告し助言を得る。
--

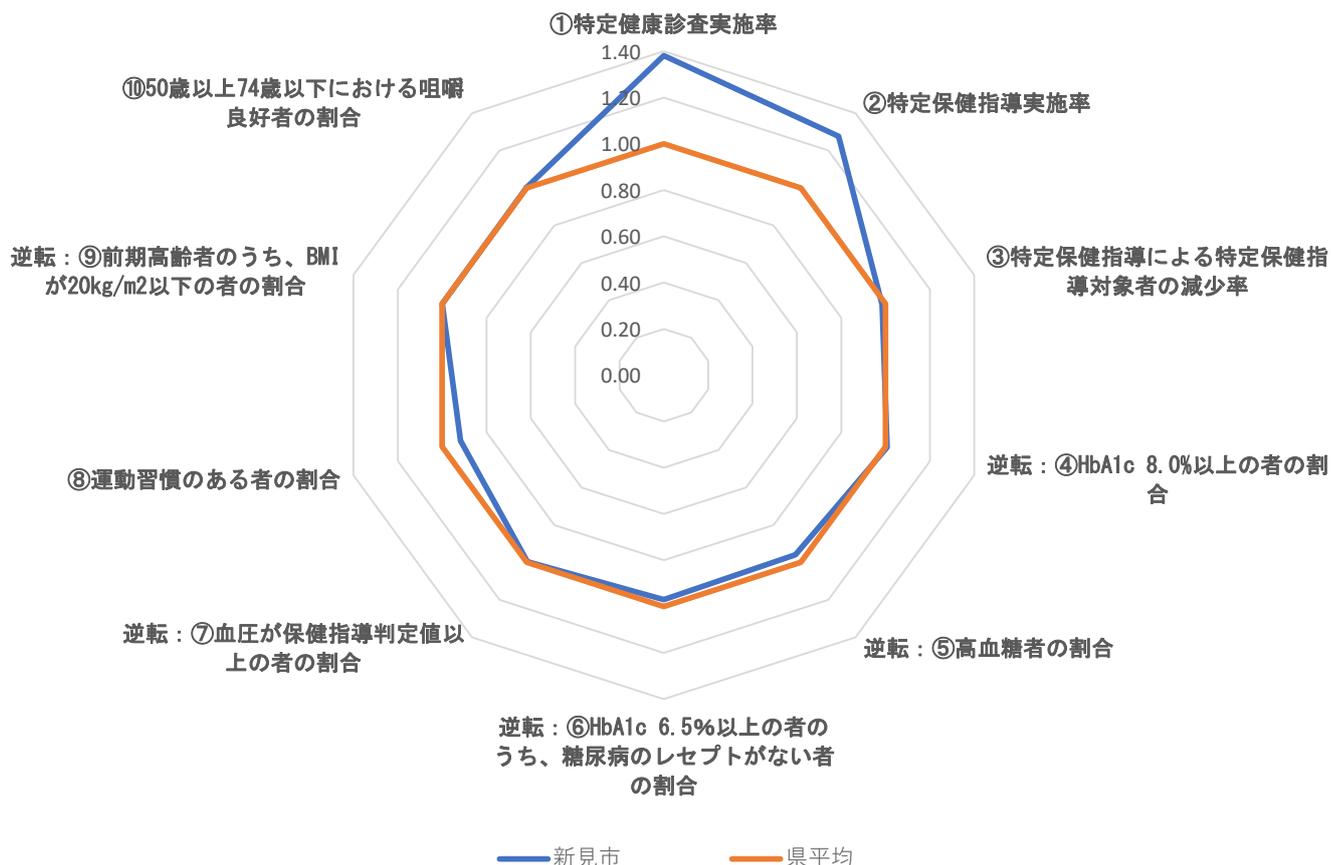
⑬実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 薬剤師会との情報交換等の機会を増やす。

⑭評価計画

<ul style="list-style-type: none"> 保健指導実施後から6か月後に確認する。 計画の評価は毎年実施し、新見市国民健康保険運営協議会において事業や実績について評価を受け、保健事業の改善を行う。 令和8年度には中間評価を実施し、令和11年度には計画に掲げた目標の6年間の達成状況の評価を行い、計画の見直しを実施する。 必要に応じて、岡山県国民健康保険団体連合会の保健事業支援・評価委員会における第三者評価を受ける。

新見市の各指標値の実績と岡山県平均値との比較



(単位：%)

	レーダーチャートの数値		実績値	
	新見市 (a/b or (100-a)/(100-b))	県平均	新見市 (a)	県平均 (b)
①特定健康診査実施率	1.38	1.00	46.57	33.72
②特定保健指導実施率	1.28	1.00	25.67	20.12
③特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	0.99	1.00	21.62	21.95
逆転：④HbA1c 8.0%以上の者の割合	1.01	1.00	0.53	1.23
逆転：⑤高血糖者の割合	0.96	1.00	13.68	10.05
逆転：⑥HbA1c 6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	0.97	1.00	16.88	14.32
逆転：⑦血圧が保健指導判定値以上の者の割合	1.00	1.00	53.39	53.21
⑧運動習慣のある者の割合	0.92	1.00	36.62	39.90
逆転：⑨前期高齢者のうち、BMIが20kg/m ² 以下の者の割合	1.00	1.00	18.62	18.56
⑩50歳以上74歳以下における咀嚼良好者の割合	1.00	1.00	78.90	78.78

V 第4期特定健康診査等実施計画

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（以下「基本指針」）に即して、第4期特定健康診査等実施計画（以下「実施計画」）を定め、計画期間は第3期新見市国民健康保険保健事業実施計画と合わせて、令和6年度から令和11年度までの6年間の計画とします。

（1）目標設定

国が定める特定健康診査等基本指針（以下「基本指針」という）に示された目標値を参考に、第3期実施計画期間の実績を踏まえ、特定健康診査及び特定保健指導の各年度における目標値を下表のとおりとします。

	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
特定健康診査受診率	48%	48%	48%	50%	50%	50%
特定保健指導実施率	28%	28%	28%	30%	30%	30%

（2）対象者数

①特定健康診査

特定健康診査の対象者は実施年度中に40～74歳となる新見市国保被保険者で、かつ当該実施年度の一年間を通じて加入している者のうち、施設入所者等の除外対象者（国の定める実施基準（以下「実施基準」という。）に基づき告示で定める者）に該当しない者となります。

特定健康診査の対象者数（推計）

	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
対象者数	4,171	4,046	3,925	3,717	3,606	3,498
目標受診率	48%	48%	48%	50%	50%	50%
目標受診者数	2,002人	1,942人	1,884人	1,858人	1,803人	1,749人

②特定保健指導

特定健康診査の結果、腹囲もしくはBMIの値、及び血糖、脂質、血圧の値が次の基準値を上回っているものを特定保健指導の対象者とします。ただし糖尿病、高血圧症、高脂血症の治療に係る薬を服用しているものはすでに医学的管理下におかれているものと判断し、特定保健指導の対象者からは除きます。

特定保健指導該当基準

腹囲又はBMI	腹囲	男性 85cm 以上、女性 90cm 以上
	BMI	25 以上のもの (BMI=体重 (kg) ÷身長 (m) ÷身長 (m))
①血糖	空腹時血糖 100mg/dl 以上、HbA1c5.6%以上または随時血糖 100mg/dl 以上	

②脂質	空腹時中性脂肪 150mg/dl 以上、又は随時中性脂肪 175mg/dl 以上、又は HDL コレステロール 40mg/dl 未満
③血圧	収縮期 130mmHg 以上、又は拡張期 85mmHg 以上

特定保健指導の対象者（階層化）

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

（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。

特定保健指導の対象者数（推計）

	2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
推計対象者数	200 人	194 人	188 人	167 人	162 人	157 人
目標実施率	28%	28%	28%	30%	30%	30%
目標実施者数	56 人	54 人	52 人	50 人	48 人	47 人

（3）実施方法

1）特定健康診査

①実施場所

- ・ 集団検診と個別検診を併用して実施します。
- ・ 集団検診は市内各会場を巡回して実施します。各会場の名称や所在地については毎年一覧表を作成して公表します。
- ・ 個別検診は委託契約を締結している各実施機関において実施します。実施機関の名称や所在地等については毎年一覧表を作成して公表します。

②実施項目

【基本的な健診の項目（必須項目）】

- ア) 既往歴の調査
- イ) 理学的検査
- ウ) 身長、体重及び腹囲の検査
- エ) BMI の測定
- オ) 血圧の測定
- カ) 肝機能検査 (AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT (γ -GTP))

- キ) 血中脂質検査（空腹時中性脂肪の測定、やむをえない場合は随時中性脂肪の測定
HDL コレステロール、LDL コレステロールの測定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、LDL コレステロール に代えて、Non-HDL
コレステロールの測定でも可）
- ク) 血糖検査（空腹時血糖又は HbA1c の測定、やむを得ない場合は食直後
（食事開始時から 3.5 時間未満）を除き随時血糖の測定でも可）
- ケ) 尿検査（尿糖、尿たんぱく）

【詳細な健診項目】 基準のもと、医師が必要と判断した場合に実施

- ア) 貧血検査
- イ) 心電図検査
- ウ) 眼底検査

【追加項目】

- ア) 血清クレアチニン検査

③実施時期

- ・ 集団検診は 8 月から 10 月の間で新見市が指定した日に実施し、具体的な日時については毎年
一覧表を作成して公表します。
- ・ 個別検診は 6 月から翌年 1 月までの間で、各医療機関にて定める日に実施します。

④外部委託の方法

- ・ 集団検診、個別検診ともに外部委託により実施します。外部委託機関については社会保険診療
報酬支払基金に登録されている実施機関で、実施基準に基づき告示で定める基準（以下「外部
委託基準」という。）を満たす機関を選定し、契約を締結します。なお、費用決済や各種データ
の管理等事務処理代行機関については外部委託基準を満たす機関として岡山県国民健康保険
団体連合会（以下連合会という。）を指定し、契約を締結します。

⑤周知方法

- ・ 特定健康診査の周知広報を市報やホームページへの掲載により行うと共に、受診方法等につい
ての一覧表を作成し配布します。対象者には特定健康診査受診券を送付します。なお、集団検
診終了後、未受診者に対しては再度受診勧奨通知を送付し、個別検診の受診を促します。

⑥他の健診受診者等のデータ収集方法

ア) 新見市国保人間ドック（以下「国保ドック」という。）受診者

国保ドック実施機関は外部委託基準を満たす機関とし、国保ドックの検査項目は特定健康
診査の検査項目を包含するものとします。国保ドック実施機関とは、特定健康診査実施に係
る委託契約を締結します。そのため、国保ドック受診者はあわせて特定健康診査も受診した
ものとみなすこととし、国保ドック受診者募集の広報時及び国保ドック受診決定通知時にそ

の旨を明記します。

特定健康診査の検査項目に係る費用は特定健康診査等事業費から支出します。費用決済や各種データの管理等事務処理は通常の特定健康診査と同様に、連合会を經由して処理します。

イ) J A 健康診断受診者

J A 健康診断の受診者には特定健康診査の対象者が多く含まれており、その検査項目は特定健康診査の検査項目を包含するものであるため、J A 健康診断の実施主体である晴れの国岡山農業協同組合及びJ A 健康診断実施機関である岡山厚生農業協同組合連合会と契約を締結し、受診者の同意を得た上で健診結果のデータを受領します。岡山厚生農業協同組合連合会は外部委託基準を満たしており、健診結果データは国が定める特定健康診査標準仕様の電子データで受領するものとし、当該データ作成委託料は岡山厚生農業協同組合連合会に直接支払いとなります。

⑦その他

ア) 岡山県特定健診情報提供事業への参加

医療機関で治療中の方も特定健診の対象者であるため、かかりつけ医から受診勧奨を行い、その上で、受診を勧めてもなお未受診の患者については、医療機関が保有する検査データが特定健診の基本項目に相当する場合に、医療機関からそのデータを提供していただくことで特定健診の受診者とみなすことができ、これにより受診率の向上を図ることができます。本事業に参加する際に、新見市は県へ委任状を提出し、岡山県と岡山県市医師会が委託契約を締結した上で実施します。

特定健診未受診者について、医療機関が保有する検査結果データを、本人の同意を得た上で、情報提供票等（「情報提供票」・「同意書兼質問票」）に記入して、「情報提供に係る手数料請求書」とともに新見市へ提出します。情報提供に係る手数料は、医療機関へ直接支払いとなります。

2) 特定保健指導

①実施場所

- ・特定保健指導は新見市の保健師等による直営方式と、外部委託機関による委託方式により実施します。
- ・直営方式は新見市南庁舎及び各支局等の公共施設で実施し、委託方式は委託契約を締結している各実施機関において実施します。各機関の名称及び所在地等については毎年一覧表を作成して公表します。

②実施内容

- ・実施内容は、「標準的な健診・保健指導プログラム」に記載されている内容とします。詳細については「新見市特定保健指導実施要領」に定めます。

③実施時期

- ・特定保健指導は通年実施します。特定健康診査の受診データが連合会に提出された月の翌月末に特定保健指導対象者が抽出されるため、おおむね受診月の 2 ヶ月後に特定保健指導利用券（以下「利用券」という。）が交付されます。利用券の有効期限は 3 ヶ月で、対象者は有効期限内に初回面接を受けなければなりません。

④外部委託の方法

- ・外部委託機関については外部委託基準を満たす機関を選定し、契約を締結します。特定健診と同様に費用決済や各種データの管理等事務処理代行機関として連合会を指定し、契約を締結します。

⑤周知方法

- ・対象者には利用券及び利用案内を送付します。利用券発行後に利用申込みのなかった者には通知や電話、訪問等による勧奨を実施します。

VI その他

<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p>	<p>計画の評価は毎年実施し、新見市国保運営協議会にて事業や実績について評価を受け、保健事業の改善を行います。 最終年度の令和11年度には、計画に掲げた目標の6年間の達成状況の評価を行い、それを踏まえて計画の見直しを実施します。 また必要に応じて、岡山県国民健康保険団体連合会の保健事業支援・評価委員会における第三者評価を受けます。</p>
<p>データヘルス計画の 公表・周知</p>	<p>計画書及び概要版を新見市のホームページに掲載して公表します。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>新見市における個人情報の取り扱いは、新見市個人情報保護条例（平成17年3月31日条例第24号）によるものとします。</p>
<p>地域包括ケアに 係る取組</p>	<p>医療・介護などの暮らし全般を支えるための議論の場に国保保険者として参加したり、KDBシステム等を活用して課題や事業対象者を抽出し、関係者で情報共有を行いながら地域で被保険者を支える連携の促進を図ります。</p>
<p>その他留意事項</p>	<p>新見市では、健康医療課（保健衛生担当）と市民課 国保年金係（国民健康保険担当）が連携して平成20年度からの特定健診・特定保健指導事業を実施しています。 今後も庁内連携を深め、健康医療課、介護保険課等とともに共通認識をもって取り組むものとします。</p>

