

**第3期鹿屋市国民健康保険  
保健事業実施計画  
(データヘルス計画)**



**令和6年3月  
鹿屋市保健福祉部健康保険課**

# 目次

第1章 計画の基本的事項	3
1. 制度の背景	3
2. 計画の位置付け	4
3. 目的	5
4. 計画期間	5
5. 実施体制・関係者連携	6
第2章 現状の整理	8
1. 被保険者の特性等	8
(1) 鹿屋市の基本状況	8
(2) 被保険者の状況	9
(3) 平均寿命と健康寿命の状況	10
(4) 要支援・要介護の状況	11
(5) 死亡の状況	13
2. 医療費の特性等	14
(1) 医療費総額、被保険者一人当たり医療費の状況	14
(2) 疾患分類別医療費の状況	15
(3) 医療費が高額になる疾患及び長期化する疾患	17
(4) 人工透析患者数と医療費の状況	17
(5) 後発（ジェネリック）医薬品普及の状況	20
(6) 重複・多剤処方にかかる状況	20
3. 特定健康診査の実施状況	21
(1) 特定健康診査の受診率	21
① 特定健康診査の実施状況	21
② 性年代別受診者数と受診率	21
③ 受診履歴別の受診者数と受診率	22
(2) 特定健康診査の受診結果	23
① メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況	23
② 生活習慣病リスクの保有状況	24
(I) 血圧（高血圧）	25
(II) LDLコレステロール（脂質異常症）	26
(III) HbA1c（糖尿病）	27
③ 腎機能の状況	28
④ 質問票調査の状況	29
4. 特定保健指導の実施状況	31
(1) 特定保健指導の実施率等	31
(2) 特定保健指導の実施結果	33
5. 成人歯科保健の実施状況	35
(1) 歯周疾患検診	35
(2) 歯科口腔健診	36
6. 保健事業の実施状況	37
(1) 第2期データヘルス計画の概要	37

(2) 保健事業の実施状況（評価）及び考察 .....	38
7. 健康・医療情報等の分析結果及び前期評価等を踏まえた健康課題の抽出 .....	41
第3章 データヘルス計画全体の目的と戦略 .....	43
1. 計画の目的 .....	43
2. 目的を達成するための事業 .....	43
第4章 第4期特定健康診査等実施計画 .....	45
1. 特定健康診査・特定保健指導の位置づけ .....	45
2. 目標値の設定、対象者数及び受診者数（推計） .....	45
3. 特定健診の実施方法 .....	45
(1) 対象者 .....	45
(2) 実施期間 .....	45
(3) 実施体制 .....	45
(4) 実施項目 .....	46
4. 特定保健指導の実施方法 .....	47
(1) 対象者 .....	47
(2) 実施時期 .....	48
(3) 実施期間 .....	48
(4) 実施体制 .....	48
(5) 実施内容 .....	48
5. 案内方法・年間スケジュール .....	49
6. 個人情報保護に関する事項 .....	49
7. 公表及び周知に関する事項 .....	50
第5章 個別保健事業 .....	51
1. 特定健康診受診率向上事業 .....	51
2. 特定保健指導 .....	53
3. 生活習慣病発症・重症化予防 .....	55
4. 糖尿病性腎症・慢性腎臓病（CKD）重症化予防 .....	57
5. 地域包括ケア推進・一体的実施 .....	59
6. 歯科保健事業 .....	61
7. がん検診等受診勧奨 .....	63
8. 適正受診・適正服薬の推進 .....	65
9. 後発（ジェネリック）医薬品の普及啓発 .....	66
10. 健康教育・健康相談 .....	67
第6章 評価・見直し .....	69
1. 評価の基本的事項 .....	69
2. 計画全体の評価と見直し .....	69
第7章 その他 .....	70
1. 計画の公表・周知 .....	70
2. 個人情報の取扱い .....	70

# 第1章 計画の基本的事項

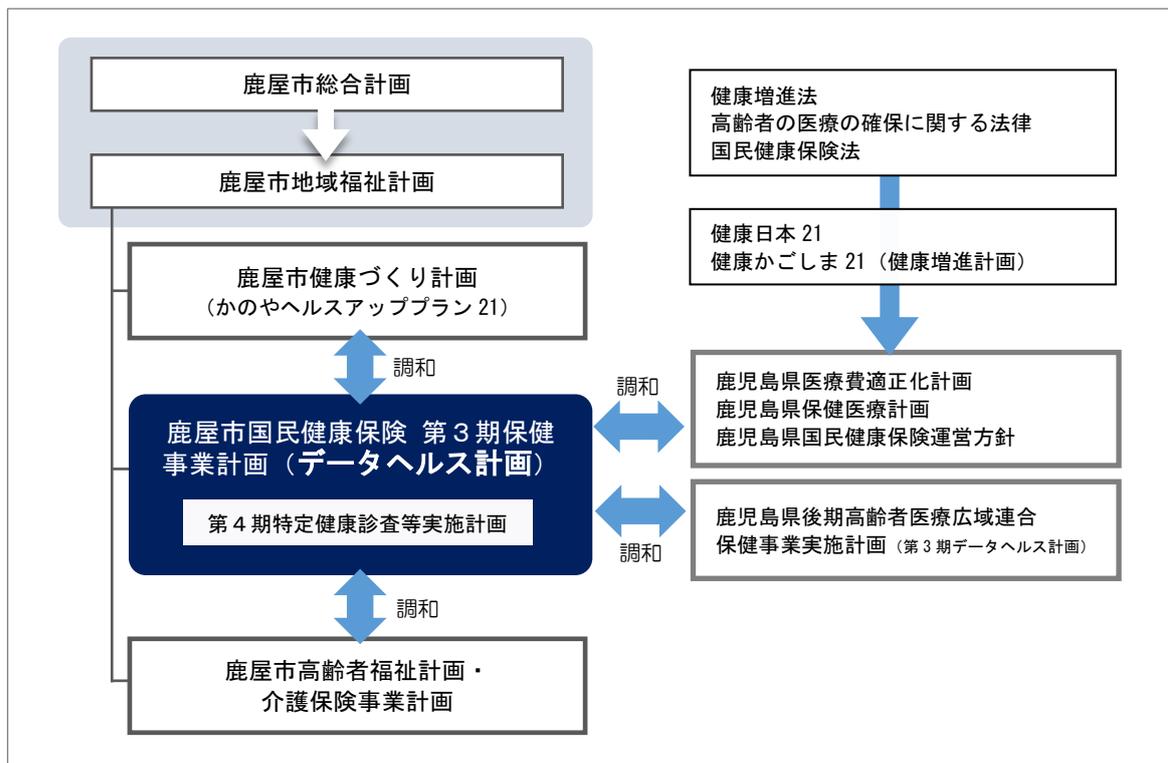
## 1. 制度の背景

- 平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされました。
- これまでも、保険者においては健康情報や統計資料等を活用することにより、「特定健康診査等実施計画」の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたところですが、今後はさらなる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを蓄積・活用しながら、被保険者をリスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅する保健事業を進めていくことが求められています。
- こうした背景を踏まえ、国は、国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）第 82 条第 4 項の規定に基づき、平成 26 年 3 月、国民健康保険法に基づく「保健事業の実施等に関する指針（平成 16 年厚生労働省告示第 307 号）」の一部を改正する等により、健康・医療情報を活用して P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うよう指導しています。
- 鹿屋市では、生活習慣病の発症予防や重症化予防をはじめとする被保険者の健康保持増進を図ることを目的に、平成 28 年 4 月に「データヘルス計画（第 1 期計画）」を策定しました。平成 30 年 4 月には、第 1 期計画の評価・見直しを実施し、「データヘルス計画（第 2 期計画）」を策定し、保健事業の実施及び評価を行っています。この度、第 2 期データヘルス計画の計画期間終了に伴い、当該計画の評価・見直しを行い、改定した第 3 期データヘルス計画を策定することで、引き続き、被保険者の健康保持増進を図る保健事業の実施・評価、見直しを行っていきます。
- なお、特定健診・特定保健指導については、第 2 期計画と同様にデータヘルス計画に含めるものとします。

## 2. 計画の位置付け

- データヘルス計画とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果やレセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCA サイクルに沿って運用するものです。
- 本計画は、「健康増進法」に基づく基本方針を踏まえるとともに、鹿児島県の「健康かごしま 21（健康増進計画）」「医療費適正化計画」「国民健康保険運営方針」や「鹿児島県後期高齢者医療広域連合保健事業計画（データヘルス計画）」をはじめ、「鹿屋市総合計画」「鹿屋市健康づくり計画」「鹿屋市高齢者福祉計画・介護保険事業計画」と調和のとれたものとします。
- また、40～74 歳までの本市国保被保険者を対象とした特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定める「第 4 期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定します。

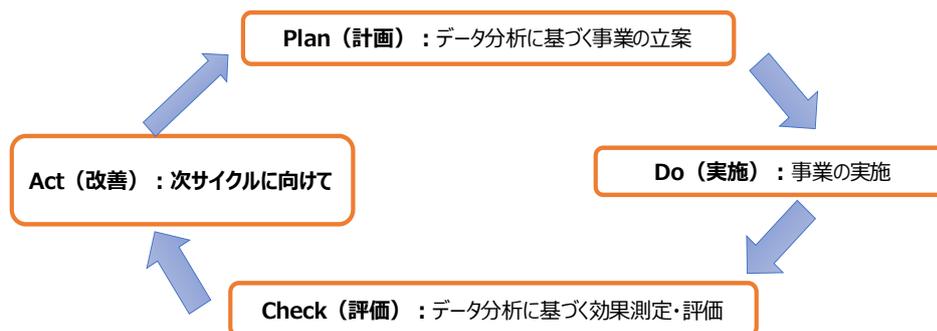
【図表 1-2-1】 他計画との関係性イメージ図（保健事業）



### 3. 目的

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

#### ■PDCAサイクルに沿ったデータヘルス計画策定



### 4. 計画期間

- 令和6年度（2024年度）から令和11年度（2029年度）までの6年間を計画期間とします。
  - ・ 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。

【図表 1-4-1】第3期データヘルス計画と関係計画の計画期間

年度	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	R14	R15	R16	R17
国	健康日本 21（第3次）											
県	健康かごしま 21（第3次）											
	医療費適正化計画（第4期）											
	保健医療計画（第8次）											
鹿屋市	健康づくり計画（かのやヘルスアッププラン 21）（第3次）											
	国民健康保険 データヘルス計画（第3期）											
	国民健康保険 特定健康診査等実施計画											



【図表 1-5-2】 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	健康保険課	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 計画の実施主体として、計画立案、進捗管理、評価、見直し等</li> <li>● 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</li> </ul>
関係課連携	健康増進課	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 健康づくり計画との調整</li> <li>● データや分析結果の共有</li> <li>● 健診、保健指導、健康教育等での連携</li> <li>● 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</li> </ul>
	高齢福祉課	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護保険事業計画との調整</li> <li>● データや分析結果の共有</li> <li>● 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</li> </ul>
行政	鹿児島県・保健所	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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</li> <li>● 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</li> <li>● 現状分析のために都道府県が保有するデータの提供</li> </ul>
保健医療関係者	医師会 歯科医師会 薬剤師会	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 計画策定、評価・見直し等への助言</li> <li>● 健康診査、保健指導への協力</li> <li>● 日常的な意見交換や情報提供</li> </ul>
保険関係機関	後期高齢者医療広域連合	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 地域包括ケア・一体的実施での協力</li> <li>● 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</li> </ul>
	国民健康保険団体連合会	<ul style="list-style-type: none"> <li>● KDB等のデータ分析やデータ提供に関する支援</li> <li>● 研修会等での人材育成、情報提供</li> <li>● 保健事業支援・評価委員会からの支援</li> </ul>
	保険者協議会	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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</li> <li>● 保険者間で連携した保健事業の展開</li> </ul>
被保険者	健康づくり推進員 母子保健推進員 など	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 地域組織等を含む被保険者との意見交換や情報提供</li> <li>● 国保運営協議会等への参画</li> <li>● 健診の受診勧奨や保健指導の利用勧奨等への協力</li> </ul>

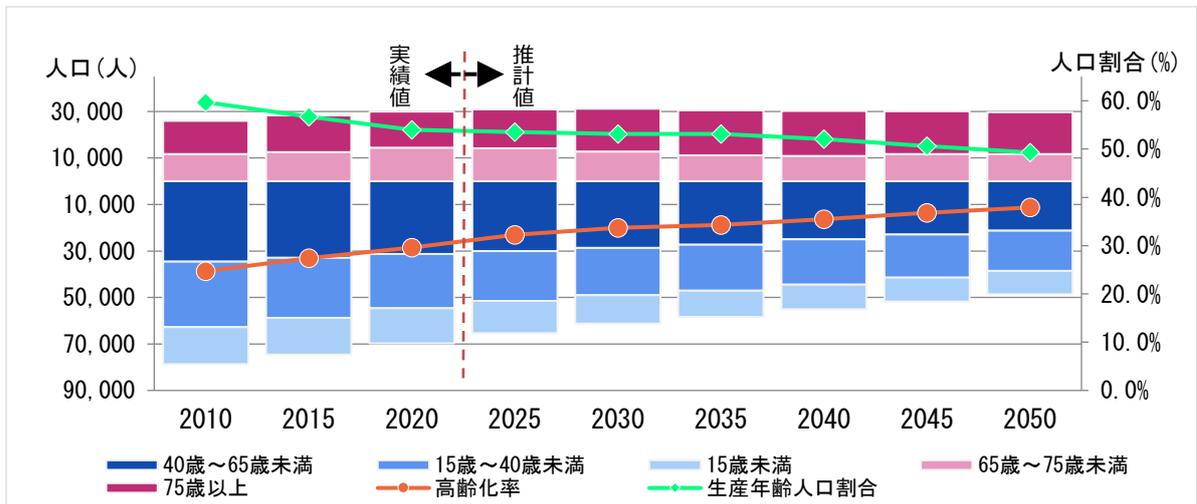
## 第2章 現状の整理

### 1. 被保険者の特性等

#### (1) 鹿屋市の基本状況

- 本市の人口は、令和4年度末時点で99,514人であり、平成29年度と比較すると3,574人減少しています。人口の減少に比例し15～64歳の生産年齢人口も減少していますが、65歳以上人口は令和7年（2025年）まで増加する見込みです。なお、65～74歳人口は、今後減少していく見込みです。【図表2-1-(1)-1・2】
- 令和4年度の65歳以上の占める割合（高齢化率）は30.7%で、平成29年度の28.4%と比較して2.3ポイント上昇しています。高齢化率は国（29.0%）より高く、県（33.5%）より低い状況です。【図表2-1-(1)-2】

【図表2-1-(1)-1】鹿屋市の人口推計



※地域包括ケア「見える化」システム

【図表2-1-(1)-2】鹿屋市の人口推移

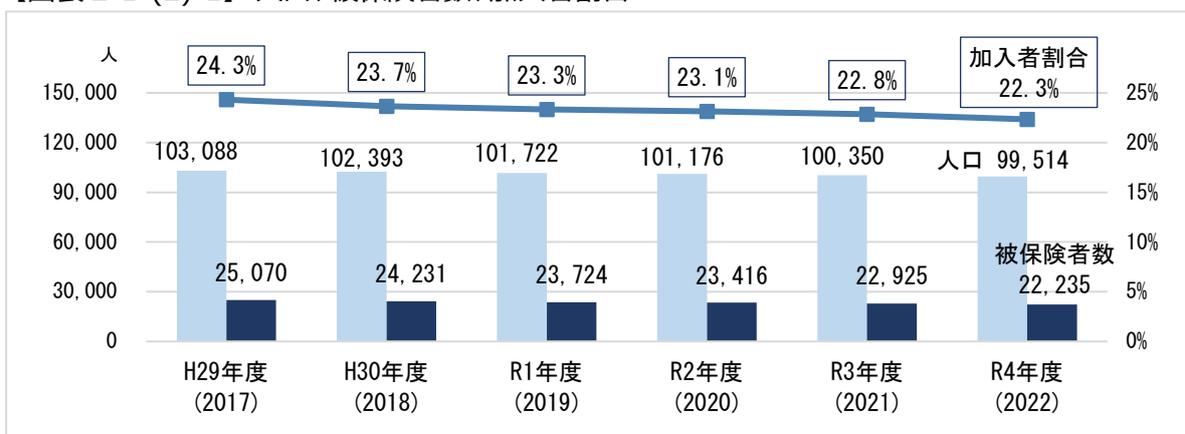
	H29年度 (2017)	H30年度 (2018)	R1年度 (2019)	R2年度 (2020)	R3年度 (2021)	R4年度 (2022)
市人口計 (人)	103,088	102,393	101,722	101,176	100,350	99,514
0-39歳	41,443	40,711	40,085	39,428	38,753	37,971
40-64歳	32,339	32,048	31,662	31,461	31,164	31,015
65-74歳	13,375	13,715	14,252	14,798	14,938	14,774
75歳以上	15,931	15,919	15,723	15,489	15,495	15,754
市 高齢化率	28.4%	28.9%	29.5%	29.9%	30.3%	30.7%
県 高齢化率	30.8%	31.4%	32.0%	32.5%	33.1%	33.5%
国 高齢化率	27.7%	28.1%	28.4%	28.6%	28.9%	29.0%

※住民基本台帳（各年度3月31日現在）、国・県高齢化率総務省統計局推計（各年10月1日現在）

## (2) 被保険者の状況

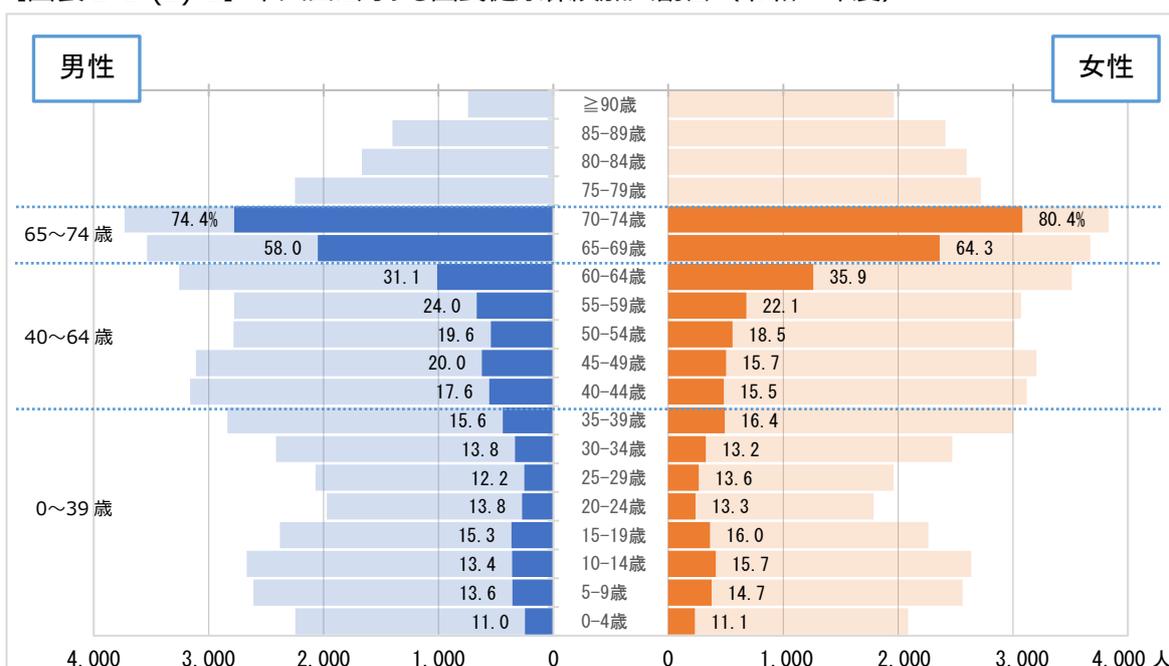
- 本市の国民健康保険被保険者数は、人口減少や団塊世代の後期高齢者医療への移行等に伴い年々減少しています。令和4年度末で22,235人となり、平成29年度末と比較すると2,835人減少しています。また、人口に占める加入割合は22.3%で、平成29年度の24.3%と比較すると2.0ポイント減少しています。【図表2-1-(2)-1】
- 令和4年度の被保険者構成を性年代別にみると、65歳以上の加入者が全体の46.0%を占め、その割合は増加傾向にあります。定年退職年齢の引上げや被用者保険の適用拡大等により、今後も高齢者の割合は増えていく見込みです。【図表2-1-(2)-3】

【図表2-1-(2)-1】 人口、被保険者数、加入者割合



※住民基本台帳（各年度3月31日現在）、国保月報（各年度3月）

【図表2-1-(2)-2】 市人口に対する国民健康保険加入割合（令和4年度）



※住民基本台帳（各年度3月31日現在）、国保月報（各年度3月）

【図表 2-1-(2)-3】 被保険者構成

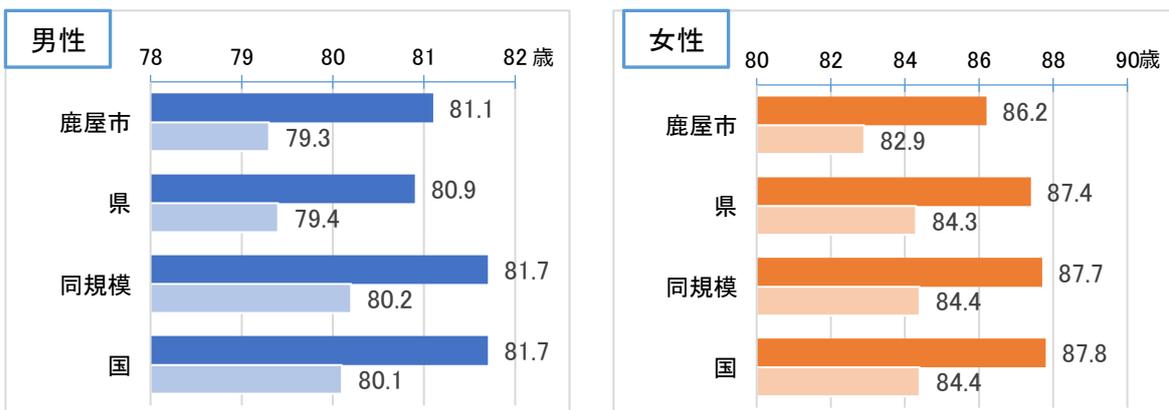
	H29 年度 (2017)	H30 年度 (2018)	R 1 年度 (2019)	R2 年度 (2020)	R3 年度 (2021)	R4 年度 (2022)
被保険者数 (人)	25,070	24,231	23,724	23,416	22,925	22,235
0-39 歳	6,287	6,061	5,658	5,570	5,497	5,266
40-64 歳	8,317	8,144	7,388	7,357	6,986	6,734
65-74 歳	10,466	10,026	10,678	10,489	10,442	10,235
構成割合 (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
0-39 歳	25.1	25.0	23.9	23.8	24.0	23.7
40-64 歳	33.2	33.6	31.1	31.4	30.5	30.3
65-74 歳	41.7	41.4	45.0	44.8	45.5	46.0

※国保月報 (各年度 3 月)

### (3) 平均寿命と健康寿命の状況

- 鹿屋市の平均寿命は、令和 4 年度では男性は国・県と同程度ですが、女性は国・県より 1 年以上短くなっています。【図表 2-1-(3)-1】
- 健康寿命 (平均自立期間) は、男性・女性ともに国・県よりも短く、特に女性は 1.5 年ほど短くなっています。【図表 2-1-(3)-1】
- 不健康期間 (日常生活が制限される期間) については、女性が男性の約 2 倍となっており、国・県と同様、女性の不健康期間が長くなっています。令和 4 年度では男女ともに県平均よりその期間は長くなっています。【図表 2-1-(3)-2】

【図表 2-1-(3)-1】 平均寿命・平均自立期間 (令和 4 年度) (上段：平均寿命、下段：平均自立期間)



※KDB システム (地域の全体像の把握)

(注) 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。

【図表 2-1-(3)-2】 平均寿命・平均自立期間の推移

(単位：歳)

	男性			女性		
	平均寿命	平均自立期間	差 (日常生活が制限される期間)	平均寿命	平均自立期間	差 (日常生活が制限される期間)
H30	80.0	78.2	1.8	86.4	82.8	3.6
R1	80.1	78.3	1.8	86.5	83.0	3.5
R2	80.3	78.6	1.7	86.4	83.1	3.3
R3	80.7	79.0	1.7	86.5	83.2	3.3
R4	81.1	79.3	1.8	86.2	82.9	3.3
R4 県	80.9	79.4	1.5	87.4	84.3	3.1
R4 国	81.7	80.1	1.6	87.8	84.4	3.4

※KDB システム（地域の全体像の把握）

#### (4) 要支援・要介護の状況

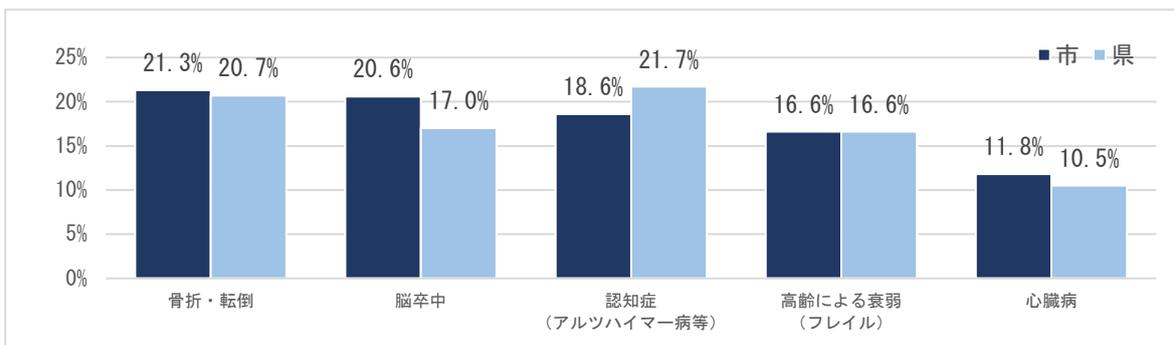
- 令和 4 年度の 1 号認定率は、18.7%で国・県と比較すると同程度となっていますが、要介護 3 以上の重度認定率が国・県と比較すると高くなっています。【図表 2-1-(4)-1】
- 新規認定者数は増加傾向にあり、また、新規認定時の平均要介護度は国・県に比べ高い傾向にあります。【図表 2-1-(4)-1】
- 要介護状態になった主な要因をみると、「骨折・転倒」の割合が最も高くなっています。「脳卒中」の割合は県と比較して 3.6%も高くなっています。【図表 2-1-(4)-2】
- 介護認定者の有病状況をみると、「心臓病」「筋・骨格」「高血圧症」の順となっています。国と比較すると、「心臓病」「脳疾患」「筋・骨格」「認知症（アルツハイマー病含む）」の有病割合が高い傾向にあります。【図表 2-1-(4)-3】
- 令和 4 年度のレセプト 1 件当たりの医療費は、要支援・要介護の「認定あり」が「認定なし」の約 2 倍となっています。また、「認定あり」「認定なし」のどちらも国と比較して高い状況です。【図表 2-1-(4)-4】

【図表 2-1-(4)-1】 介護認定状況

	鹿屋市				県	国	
	H30 年度		R4 年度		R4 年度	R4 年度	
	実数	割合	実数	割合	割合	割合	
1 号被保険者数 (人)	29,440	-	30,364	-	-	-	
1 号認定者数・認定率 (人・%)	5,964	20.3	5,668	18.7	19.0	19.0	
介護度別 人数・割合	要支援 1.2	1,451	24.3	1,277	22.5	26.2	28.1
	要介護 1.2	2,126	35.6	2,067	36.5	36.8	37.5
	要介護 3 以上	2,387	40.0	2,324	41.0	37.0	34.4
2 号認定者数・認定率 (人・%)	105	0.3	93	0.4	0.4	0.4	
新規認定者数 (人) ※年度累計	1,014	-	1,067	-	-	-	
平均要介護度	1.6		1.7		1.4	1.4	

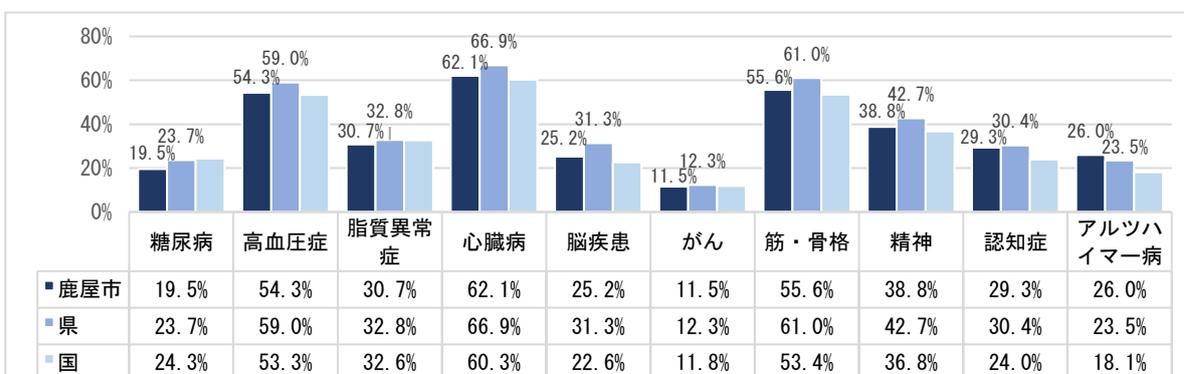
※厚生労働省介護保険事業状況報告（令和 5 年 3 月分）、地域包括ケア「見える化」システム

【図表 2-1-(4)-2】 要介護状態になった主な要因（令和 4 年度）



※令和 4 年度高齢者実態調査（鹿屋市高齢福祉課、鹿児島県高齢者生き生き推進課調べ）

【図表 2-1-(4)-3】 令和 4 年度介護認定者の有病状況（各傷病レzeptを持つ介護認定者の状況）



※KDB\_S21\_001\_地域全体像の把握【令和 4 年度】

(注) 有病状況「心臓病」は、「傷病関連コード一覧」の「5. レzept表記区分の設定条件一覧」の「レzept表記\_心臓病」を満たすレzept（I01：心臓併発症を伴うリウマチ熱～I020：心臓併発症を伴うリウマチ性舞蹈病、I05～I09：慢性リウマチ性心疾患、I10～I15：高血圧性疾患、I20～I25：虚血性心疾患、I27：その他の肺性心疾患、I30～I52：その他の型の心疾患）を集計していることから、高血圧性疾患が含まれている。

【図表 2-1-(4)-4】 令和 4 年度レzept 1 件当たり医療費（要支援・要介護の認定あり・なし）

	鹿屋市	県	国
認定あり	89,970 円	101,430 円	86,100 円
認定なし	43,760 円	46,110 円	40,200 円

※KDB\_S21\_001\_地域全体像の把握【令和 4 年度】

## (5) 死亡の状況

- 平成 29 年から令和 3 年の標準化死亡比（SMR）において、女性の「腎不全」が 159.7 と高い比率となっており、また、男性の「脳血管疾患」が 119.5 と県と比較しても高い状況です。
- 鹿屋市における主な疾病別死因割合を国・県と比較すると、「心臓病」「糖尿病」「腎不全」の割合が高くなっています。【図表 2-1-(5)-1,2】
- 過去 5 年間で「脳疾患」は減少傾向にあります。【図表 2-1-(5)-3】

【図表 2-1-(5)-1】 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
鹿屋市	119.5	102.5	111.5	143.9	107.9	159.7	89.0	94.4
県	110.3	113.6	134.3	145.8	117.1	132.5	96.7	94.6

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

※鹿児島県健康増進課統計

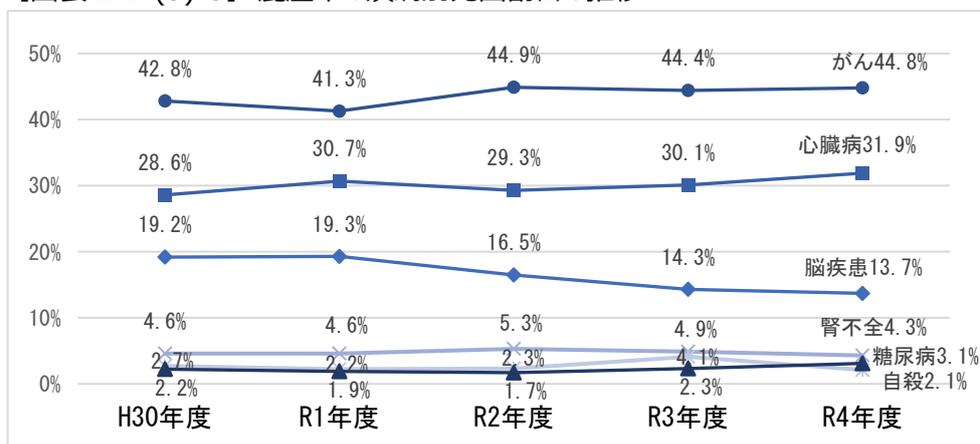
【図表 2-1-(5)-2】 疾病別死因割合（令和 4 年度（累計））

疾病項目	鹿屋市			県	国
	スコア	死亡者数	死因割合	死因割合	死因割合
悪性新生物	95	300 人	44.8	47.1	50.6
心臓病	110	214 人	31.9	29.0	27.5
脳疾患	90	92 人	13.7	15.2	13.8
糖尿病	148	21 人	3.1	2.1	1.9
腎不全	105	29 人	4.3	4.1	3.6
自殺	88	14 人	2.1	2.4	2.7
合計		670 人			

(注) スコアは、県の死因割合の数値を 100 とした時の鹿屋市の死因割合を示してい

※KDB\_S21\_001\_地域全体像の把握【令和 4 年度】

【図表 2-1-(5)-3】 鹿屋市の疾病別死因割合の推移



※KDB\_S21\_001\_地域全体像の把握【平成 30 年度～令和 4 年度】

## 2. 医療費の特性等

### (1) 医療費総額、被保険者一人当たり医療費の状況

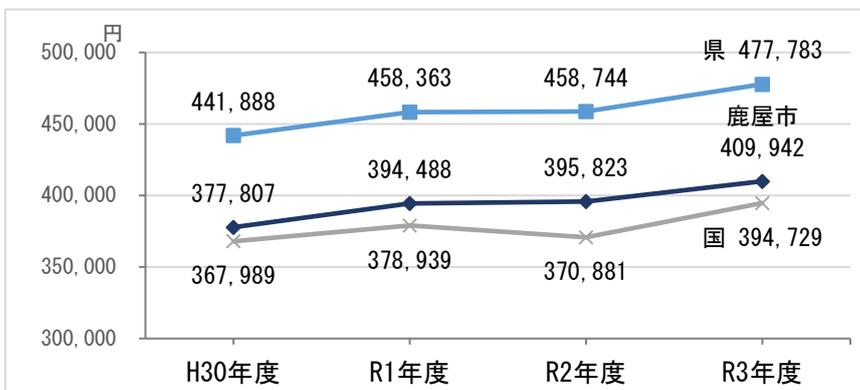
- 令和4年度の総医療費は、平成30年度と比較すると約4億5千万円増加しており、コロナ禍の影響による受診控えが一時的にあったと思われるものの増加傾向にあります。【図表2-2-(1)-1】
- 被保険者一人当たりの医療費も、年々増加傾向にあり、入院医療費、入院外（外来）医療費ともに増加しています。【図表2-2-(1)-1】
- 一人当たりの医療費を国・県と比較すると、県よりは低い水準で推移していますが、国よりは高い状況が続いています。【図表2-2-(1)-2】

【図表2-2-(1)-1】 総医療費と被保険者一人当たり医療費の推移



※鹿屋市国民健康保険事業状況報告（事業年報）、R4 一人当たり医療費は年度平均被保険者数にて算出

【図表2-2-(1)-2】 一人当たり年間医療費の比較

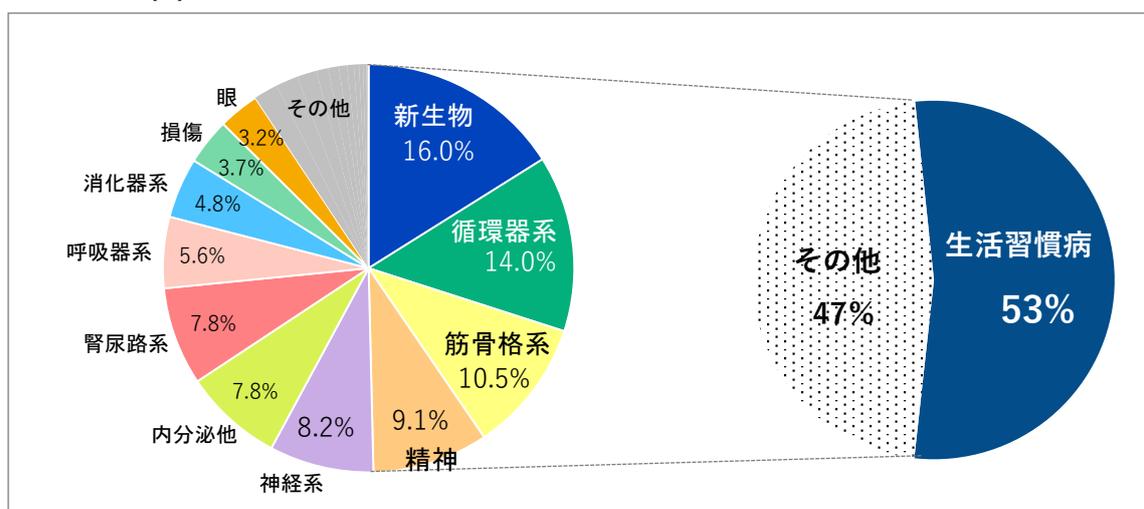


※国民健康保険事業年報、鹿児島県国民健康保険状況

## (2) 疾患分類別医療費の状況

- 生活習慣病に関連する「新生物」「循環器」「内分泌」などの医療費が、全体の約 53%を占めています。また、疾病分類細小分類では、「糖尿病」や「慢性腎臓病」の生活習慣病医療費が上位にあります。【図表 2-2-(2)-1,2】
- データヘルス計画のターゲットとなる疾患の医療費割合を平成 30 年度と令和 4 年度とを比較すると、狭心症・心筋梗塞の割合は減少しているものの、国・県と比較して高い状況となっています。また、慢性腎不全（透析有り）の割合は上昇しています。【図表 2-2-(2)-3】
- 令和 4 年度の生活習慣病にかかる疾患の医療費の状況を見てみると、「虚血性心疾患」は入院・入院外（外来）医療費のどちらも国、県よりも高い割合となっています。入院外（外来）医療費に占める割合では、「糖尿病」と「腎不全」が占める割合が高く、国よりも高い割合となっています。【図表 2-2-(2)-4】
- 生活習慣病の治療者の内訳を見てみると、全体のうち半数以上が「高血圧症」で治療しています。【図表 2-2-(2)-5】
- 「虚血性心疾患」「脳血管疾患」の治療者の割合は、それぞれ 10%以上を占めており、その基礎疾患として約 8 割に高血圧、約 5 割に糖尿病、約 6～7 割の人に脂質異常症があります。【図表 2-2-(2)-5,6】

【図表 2-2-(2)-1】 疾病分類（大分類）別医療費構成割合と生活習慣病割合（令和 4 年度）



※KDB\_S23\_003\_疾病別医療費分析（大分類）、KDB\_S21\_005\_市町村別データ

【図表 2-2-(2)-2】 疾病分類別（細小分類）医療費上位 5 位（令和 4 年度）

	1 位	2 位	3 位	4 位	5 位
入院	統合失調症	骨折	肺がん	関節疾患	狭心症
入院外	糖尿病	高血圧症	慢性腎臓病 (透析あり)	関節疾患	肺がん
計	統合失調症	<b>糖尿病</b>	関節疾患	<b>慢性腎臓病 (透析あり)</b>	肺がん

※KDB\_S23\_001\_医療費分析(1)細小分類

【図表 2-2-(2)-3】 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合 (単位%)

		中期目標				短期目標		
		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症
		慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞			
H30 年度	市	3.4	0.3	2.5	2.8	5.4	3.7	1.8
R4 年度	市	<b>3.7</b>	<b>0.2</b>	<b>2.0</b>	<b>2.2</b>	<b>5.3</b>	<b>2.8</b>	<b>1.4</b>
	県	5.3	0.3	2.4	1.4	5.0	2.9	1.6
	国	4.3	0.3	2.0	1.5	5.4	3.1	2.1

※ヘルスサポートラボツール(KDB 二次加工)

【図表 2-2-(2)-4】 生活習慣病にかかる疾患の医療費の状況 (令和4年度)

最大医療資源傷病名		入院				入院外 (外来)			
		医療費	医療費(入院)に占める割合			医療費	医療費(入院外)に占める割合		
			鹿屋市	県	国		鹿屋市	県	国
中長期	腎不全	1億 2347 万円	2.96	4.06	3.05	4億 2120 万円	<b>8.96</b>	11.12	7.69
	脳出血・脳梗塞	1億 5447 万円	3.70	4.23	4.49	2630 万円	0.56	0.67	0.40
	虚血性心疾患	1億 4714 万円	<b>3.52</b>	2.47	2.95	6693 万円	<b>1.42</b>	0.99	0.84
短期	糖尿病	3161 万円	0.76	0.96	0.88	4億 4680 万円	<b>9.50</b>	9.04	8.64
	高血圧症	942 万円	0.23	0.21	0.19	2億 4276 万円	5.16	5.32	4.94
	脂質異常症	68 万円	0.02	0.04	0.04	1億 2270 万円	2.60	3.02	3.46
(中長期・短期) 合計		4億 6679 万円	11.19	11.98	11.60	13億 2669 万円	28.2	30.15	25.97

※ヘルスサポートラボツール(KDB 二次加工)

【図表 2-2-(2)-5】 生活習慣病の治療者数及び構成割合 (各年5月診療分)

	H30		R4	
	人数	割合	人数	割合
全体	9,166	-	8,648	-
糖尿病性腎症	238	2.6%	328	3.8%
脳血管疾患	1,150	12.5%	965	<b>11.2%</b>
虚血性心疾患	1,196	13.0%	1,134	<b>13.1%</b>
糖尿病	2,582	28.2%	2,582	29.9%
高血圧症	5,218	56.9%	4,895	56.6%
脂質異常症	4,040	44.1%	3,888	45.0%

※KDB「集団の疾患特徴の把握」

【図表 2-2-(2)-6】 生活習慣病と基礎疾患の重なり（各年 5 月診療分）

	脳血管疾患		虚血性心疾患		糖尿病性腎症	
	H30	R4	H30	R4	H30	R4
高血圧	938	799	914	893	177	250
	<b>81.6%</b>	<b>82.8%</b>	<b>76.4%</b>	<b>78.7%</b>	<b>74.4%</b>	<b>76.2%</b>
糖尿病	552	473	563	592	238	328
	<b>48.0%</b>	<b>49.0%</b>	<b>47.1%</b>	<b>52.2%</b>	100.0%	100.0%
脂質異常症	673	574	850	830	178	240
	<b>58.5%</b>	<b>59.5%</b>	<b>71.1%</b>	<b>73.2%</b>	<b>74.8%</b>	<b>73.2%</b>

※KDB 帳票「集団の疾患特徴の把握」厚生労働省様式 3（二次加工）

### （3）医療費が高額になる疾患及び長期化する疾患

- 医療費が 80 万円以上と高額になる疾患のうち、人数・件数・費用額のいずれも「がん」が約 3 割を占めており、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると増加しています。【図表 2-2-(3)-1】
- 6 か月以上の長期入院となる疾患のうち、「精神疾患」患者数が約 7 割（費用額約 6 割）を占めています。「脳血管疾患」患者数は約 8 %、「虚血性心疾患」患者数は約 6%を占めています。【図表 2-2-(3)-2】

【図表 2-2-(3)-1】 高額になる疾患（80 万円以上レセプト）

	全体		脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他	
	H30	R4	H30	R4	H30	R4	H30	R4	H30	R4
人数	773	886	49	52	70	58	209	252	499	584
			6.3%	5.9%	9.1%	6.5%	27.0	28.4%	64.6%	65.9%
件数	1,358	1,664	106	103	78	63	346	569	828	929
			7.8%	6.2%	5.7%	3.8%	25.5%	34.2%	61.0%	55.8%
年代別	40 歳未満		0	3	1	0	14	9	58	99
	40~49 歳		2	0	1	5	16	18	76	56
	50~59 歳		16	10	5	10	20	44	98	108
	60~69 歳		32	40	35	24	184	250	349	313
	70-74 歳		56	50	36	24	112	248	247	352
費用額	18.4 億円	23.6 億円	1.2 億円	1.4 億円	1.2 億円	1.0 億円	4.5 億円	7.6 億円	11.5 億円	13.5 億円
	-	-	6.8%	6.0%	6.6%	4.4%	24.5%	32.4%	62.1%	57.1%

※KDB 帳票「集団の疾患特徴の把握」厚生労働省様式 1-1（二次加工）

【図表 2-2-(3)-2】 長期入院（6 か月以上の入院）

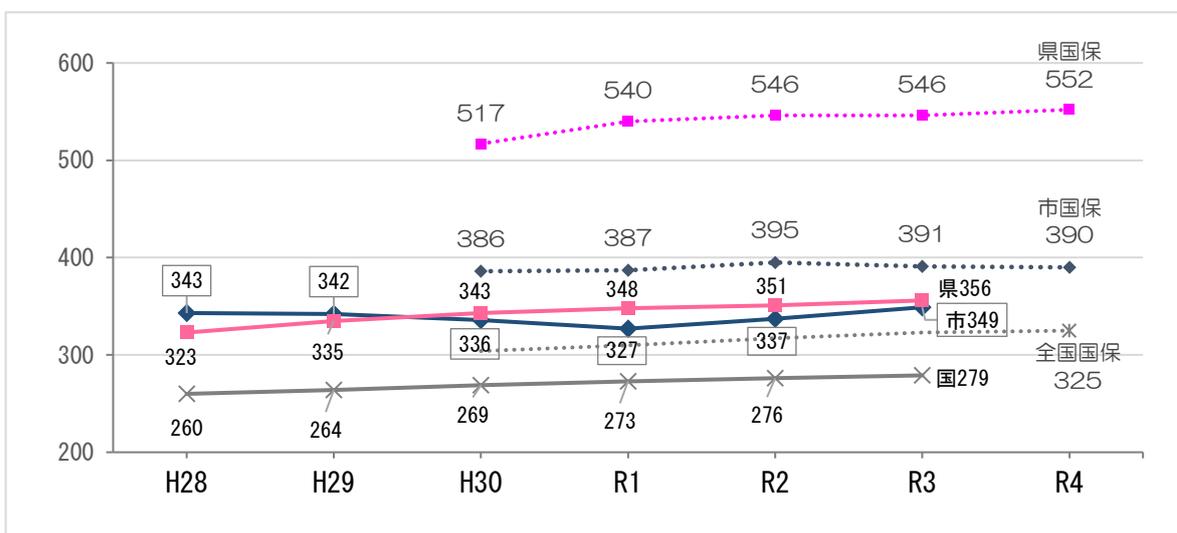
	全体		精神疾患		脳血管疾患		虚血性心疾患	
	H30	R4	H30	R4	H30	R4	H30	R4
人数	271	245	185	179	25	19	10	14
			68.3%	<b>73.1%</b>	9.2%	<b>7.8%</b>	3.7%	<b>5.7%</b>
件数	2,634	2442	1,811	1,633	163	148	65	106
			68.8%	66.9%	6.2%	6.1%	2.5%	4.3%
費用額	10.0 億円	10.1 億円	6.2 億円	6.2 億円	0.78 億円	0.69 億円	0.36 億円	0.55 億円
			61.9%	<b>61.2%</b>	7.8%	<b>6.9%</b>	3.6%	<b>5.5%</b>

※KDB 帳票「集団の疾患特徴の把握」厚生労働省様式 2-1（二次加工）

#### (4) 人工透析患者数と医療費の状況

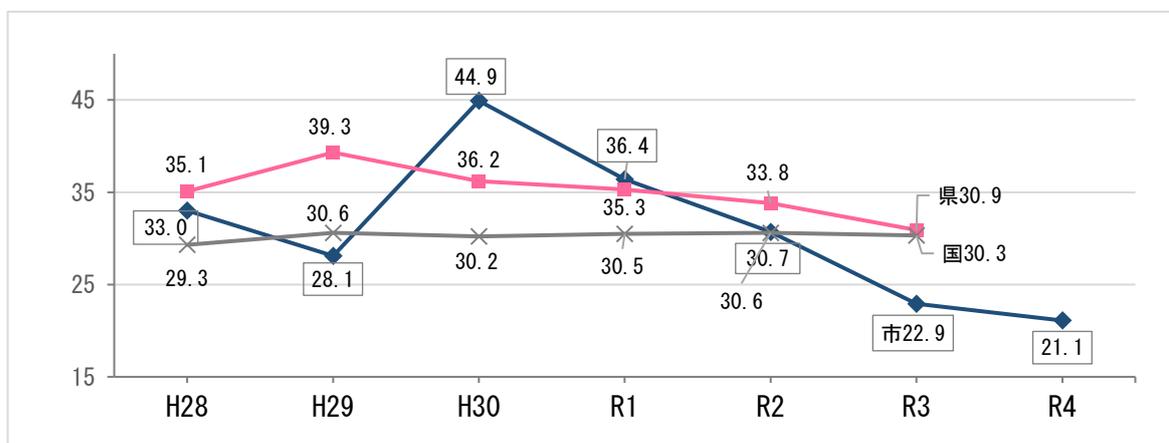
- 市全体の人工透析患者数は県と同様、国と比較して約1.3倍の水準で推移しています。また、人工透析患者数は年齢が上がるとともに増加するため、高齢者加入割合が高い国民健康保険では、透析患者数の割合が高くなる傾向にあります。【図表2-2-(4)-1】
- 新規人工透析導入患者数は減少傾向にあり、令和3年度には人口10万人当たり22.9人となり国・県と比較しても低くなっています。【図表2-2-(4)-2】
- 市人工透析の有病状況としては、「糖尿病性腎症」と「虚血性心疾患」の割合が、それぞれ約半数を占めています。【図表2-2-(4)-5】
- 新規人工透析の有病状況では、全員が基礎疾患として「高血圧」があります。また、「脂質異常症」「糖尿病性腎症」「脳血管疾患」の割合が増加しています。【図表2-2-(4)-6】

【図表2-2-(4)-1】人工透析患者数の推移（全体、国保）（人口10万対）



※全国、鹿児島県：一般社団法人 日本透析医学会。わが国の慢性透析療法の現状 <https://docs.jsdt.or.jp/overview/index.html> , (参照 2023-10-02)  
 市：鹿屋市福祉政策課・鹿屋市じん臓機能障害1級手帳所持者数より(「じん臓機能障害1級手帳新規所持者数」を透析患者とみなして算出)  
 国保：KDB2次加工データ(国保連合会資料)

【図表2-2-(4)-2】新規人工透析患者数の推移（全体）（人口10万対）



※上記図同様

【図表 2-2-(4)- 3】 新規人工透析患者数の推移（鹿屋市、市国保）

	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
新規透析患者数（人）	34	29	46	37	31	23	21
うち国保被保険者（人） ※（）内は市全体に占める割合	17 (50.0%)	12 (41.4%)	19 (41.3%)	16 (43.2%)	11 (35.5%)	8 (34.8%)	5 (23.8%)
被保険者 10 万人あたりの 新規人工透析患者数	65.8	47.9	78.4	67.4	47.0	34.9	22.5

【図表 2-2-(4)- 4】 人工透析患者数と医療費（市国保）

年度	H30	R1	R2	R3	R4
透析患者数（5月診療分）	96人	99人	91人	99人	89人
有病率※1	0.39%	0.41%	0.38%	0.42%	0.39%
透析患者の年間医療費	5億5,469万円	5億6,145万円	5億5,832万円	5億6,305万円	5億8,569万円
医療費に占める割合	6.6%	6.5%	6.5%	6.5%	6.6%

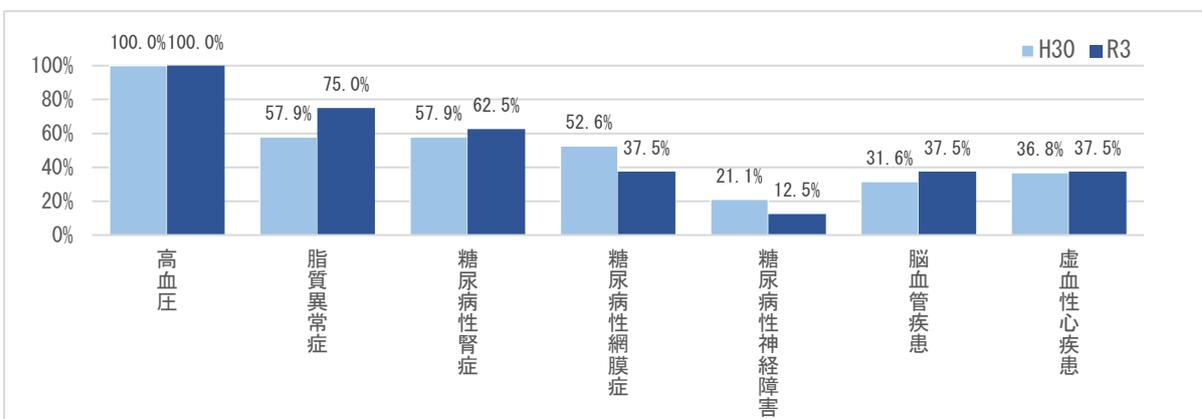
※1：透析患者数/5月被保険者数、※2：新規患者数/被保険者数

【図表 2-2-(4)- 5】 人工透析患者の状況（令和4年度）（市国保）

対象レセプト		糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
5月診療分	人数	41人 <b>46.1%</b>	25人 28.1%	42人 <b>47.2%</b>
	件数	569件 48.1%	335件 28.3%	563件 47.6%
年度累計	費用額	2億7554万円 <b>47.0%</b>	1億5507万円 26.5%	2億7388万円 <b>46.8%</b>

※ヘルスサポートラボツール(KDB 二次加工)

【図表 2-2-(4)- 6】 新規人工透析患者の有病状況（平成30年度－令和3年度）（市国保）

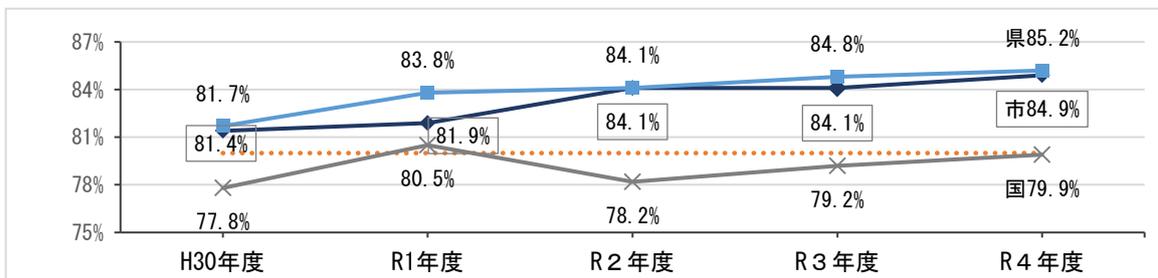


※ヘルスサポートラボツール(KDB 二次加工)

## (5) 後発（ジェネリック）医薬品普及の状況

- ジェネリック医薬品の数量シェアは、目標基準(80.0%)を超えており、市国保においてジェネリック薬品の普及は順調に進んでいます。【図表 2-2-(5)-1】

【図表 2-2-(5)-1】 後発医薬品（ジェネリック医薬品）使用率（数量割合）の推移



※厚生労働省「保険者別の後発医薬品の使用割合（各年9月診療分）、調剤医療費（電算処理分）の動向

## (6) 重複・多剤処方にかかる状況

- 同一月に2箇所以上の医療機関から重複処方を受けた人数の経年変化をみると、横ばいで推移し、令和4年度からは増加傾向にあります。【図表 2-2-(6)-1】
- 同一月に6剤以上の薬剤を2カ月以上の処方を受けた人数は、年々増加しています。薬剤が6種類以上になると副作用等の有害事象（転倒や認知機能低下等）が高まるとされているため、医療費の増加だけでなく健康維持やフレイル予防の観点から、かかりつけ薬局の普及や支援対策が必要です。【図表 2-2-(6)-2,3】

【図表 2-2-(6)-1】 重複処方の状況（同一月に2箇所以上の医療機関から重複処方を受けた者）

診療年月	R1.8月	R2.8月	R3.8月	R4.8月	R5.8月
人数	51	51	49	83	81

※KDB 保健事業介入支援管理 重複・多剤処方の状況

【図表 2-2-(6)-2】 多剤処方の状況（同一月に6剤以上の薬剤を2カ月以上の処方を受けた者）

診療年月	R1.8月	R2.8月	R3.8月	R4.8月	R5.8月
人数	364	409	517	655	794

※KDB 保健事業介入支援管理 重複・多剤処方の状況

【図表 2-2-(6)-3】 令和4年度の多剤処方の状況（令和4年8月診療分）

		処方薬剤数（同一月内）－処方を受けた者（人）						
		6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上	20以上
同一薬剤に関する処方日数（同一月内）	1日以上	2,519	1,893	1,420	1,035	773	171	33
	15日以上	2,366	1,816	1,377	1,012	757	171	33
	30日以上	1,983	1,523	1,151	848	628	141	28
	60日以上	655	507	379	286	211	40	11
	90日以上	191	157	114	82	64	13	3
	120日以上	11	8	8	6	5	3	2
	150日以上	2	2	2	2	1	1	1
	180日以上	2	2	2	2	1	1	1

※KDB 保健事業介入支援管理 重複・多剤処方の状況

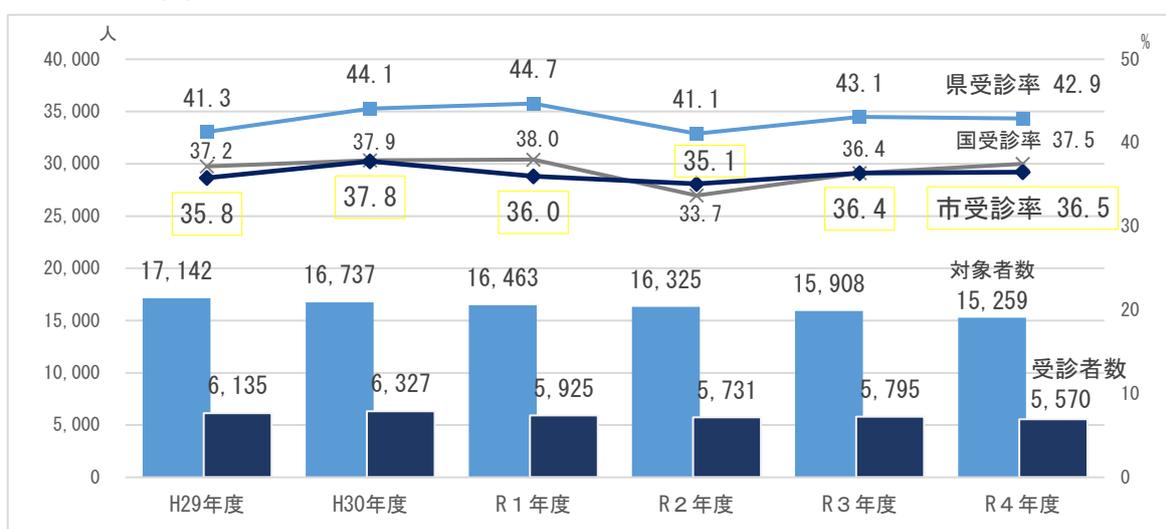
### 3. 特定健康診査の実施状況

#### (1) 特定健康診査の受診率

##### ① 特定健康診査の実施状況

- 特定健診の受診状況の推移をみると、被保険者数の減少に伴い健診対象者数は年々減少しています。令和4年度の受診率は36.5%となっており、受診率は国の目標値である60.0%を達成できていない状況が続いています。【図表2-3-(1)-①-1】
- コロナ禍の影響により国・県と同様に令和2年度の受診率が低下しましたが、翌年度の受診率の伸び率（回復率）は1.3ポイントと、県の0.9ポイントと比較高い状況にあります。

【図表2-3-(1)-①-1】 特定健診受診状況 経年推移（H29～R4）

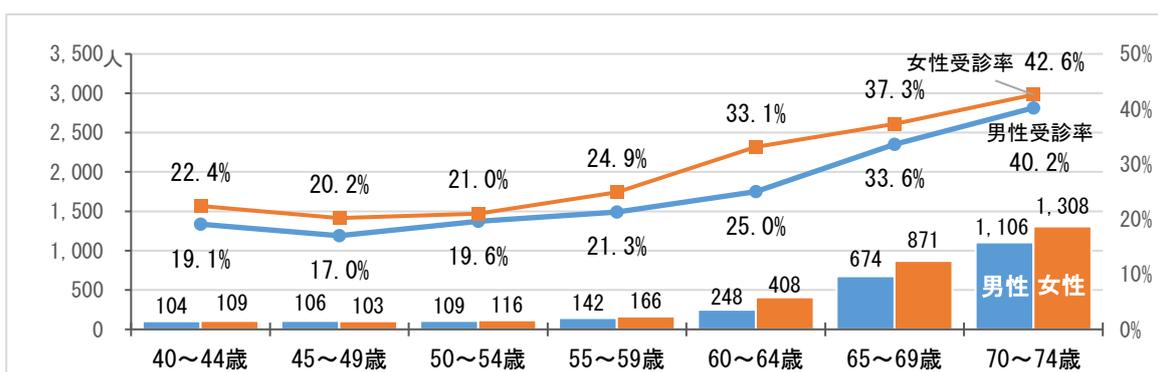


※特定健診データ管理システム（法定報告）、国民健康保険中央会資料、令和4年度速報値

##### ② 性年代別受診者数と受診率

- 令和4年度の性年代別健診受診状況をみると、男女ともに年齢が上がるにつれて受診率は上昇しています。【図表2-3-(1)-②-1】
- 女性に比べ男性の受診率はどの年代でも低く、特に40～54歳の男性受診率は20%以下と低い状況となっています。【図表2-3-(1)-②-1】

【図表2-3-(1)-②-1】 性年齢別健診受診状況（令和4年度）



※特定健診データ管理システム（法定報告）

### ③ 受診履歴別の受診者数と受診率

- 受診履歴別の受診率をみると、過去3年間連続で受診している人（連続受診者）の受診率は約9割、不定期受診者では約5割、初めて健診を受診した人（未経験者）では約1割となっています。令和4年度では連続受診者と不定期受診者の受診率が伸びた一方、未経験者の受診率は1.8ポイント低下しました。受診率向上のためには「未経験者」の受診率をいかに伸ばせるかがポイントとなるため、健診情報の提供や健康意識の醸成などの工夫や見直しが必要です。【図表2-3-(1)-③-1】
- 前年度受診者のレポート率をみると、いずれの区分でも受診率は伸びていますが、未経験者の翌年度受診率は約5割となっています。また、年代別では40代のレポート率が約6割と最も低くなっており、継続受診につなげるための未経験者や若年層向けの対策が必要です。【図表2-3-(1)-③-2,3】
- 生活習慣病での通院歴別で健診の受診・未受診の状況をみると、通院歴がある人で健診未受診者の割合が健診対象者の約4割を占めています。また、通院歴なしの健診未受診者は約2割を占め、健康状態が把握できない状況にあります。【図表2-3-(1)-③-4】

【図表2-3-(1)-③-1】 受診履歴別受診者数及び受診率の推移

	連続受診者	不定期受診者	未経験者	合計
R3 受診者数（人）	2,430	2,337	1,057	5,824
R4 受診者数（人）	2,364	2,418	878	5,660
R3 受診率	83.5%	49.0%	<b>11.2%</b>	34.1%
R4 受診率	<b>88.6%</b>	<b>51.2%</b>	<b>9.4%</b>	33.9%

（注）受診率は法定報告前の数値

※委託事業者報告書

【図表2-3-(1)-③-2】 前年度受診者の受診履歴別レポート率（単位：％）

年度	連続受診者	不定期受診者	未経験者	合計
R3	85.7	66.8	<b>49.1</b>	72.1
R4	90.5	73.4	<b>57.8</b>	77.1

※委託事業者報告書

【図表2-3-(1)-③-3】 前年度受診者の年代別レポート率（単位：％）

年度	40代	50代	60代	70代	合計
R3	56.3	67.7	73.9	74.7	72.1
R4	61.9	70.9	78.5	80.6	77.1

※委託事業者報告書

【図表2-3-(1)-③-4】 生活習慣病通院歴の有無による健診受診の状況（令和4年度）

	通院歴あり	通院歴なし	合計
健診受診	24.9%	8.9%	33.8%
健診未受診	<b>41.1%</b>	25.1%	66.2%

（注）受診率は法定報告前の数値

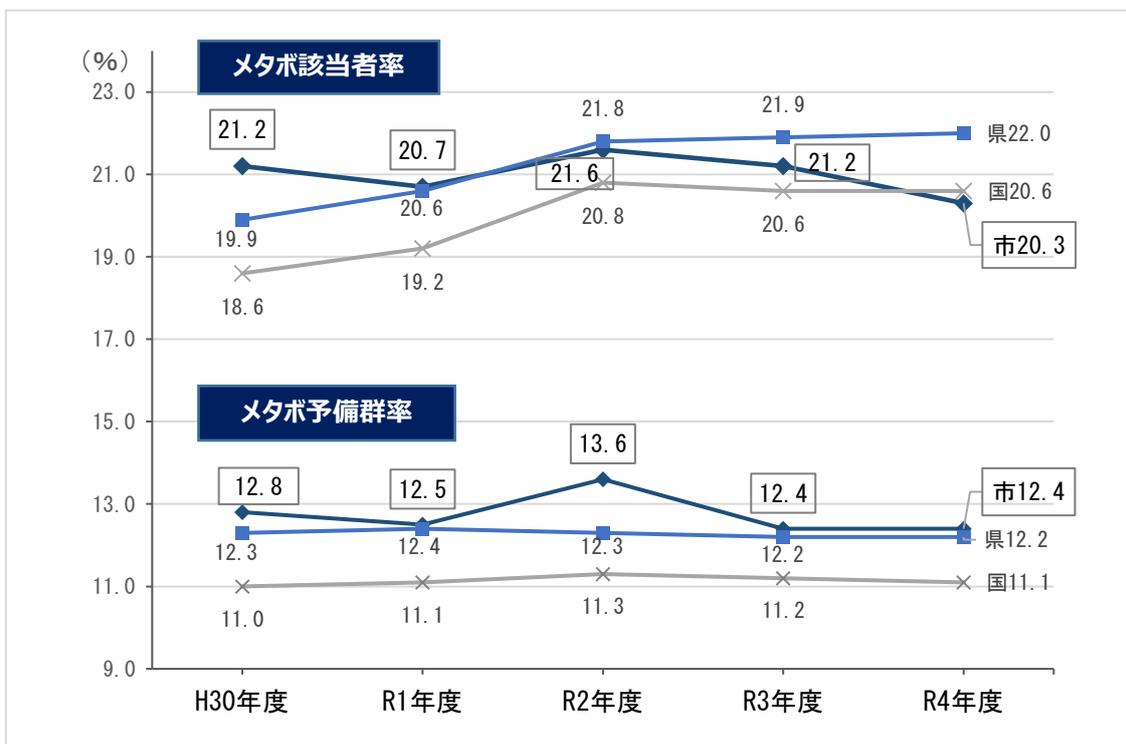
※健康保険課調べ

## (2) 特定健康診査の受診結果

### ① メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

- メタボリックシンドローム該当者率は、令和4年度では国・県よりも本市は低い割合になっていますが、メタボリックシンドローム予備群率は、国・県よりも割合が高い水準で推移しています。【図表2-3-(2)-①-1】

【図表2-3-(2)-①-1】メタボリックシンドローム該当率とメタボリックシンドローム予備群率の推移



※特定健診データ管理システム（法定報告）

#### 【メタボリックシンドロームの診断基準】

腹囲が基準値以上で「高血圧」「高血糖」「脂質異常」の項目に、

- ・1つ該当した場合は『メタボリックシンドローム予備群該当者』
- ・2つ以上該当した場合は『メタボリックシンドローム（基準）該当者』

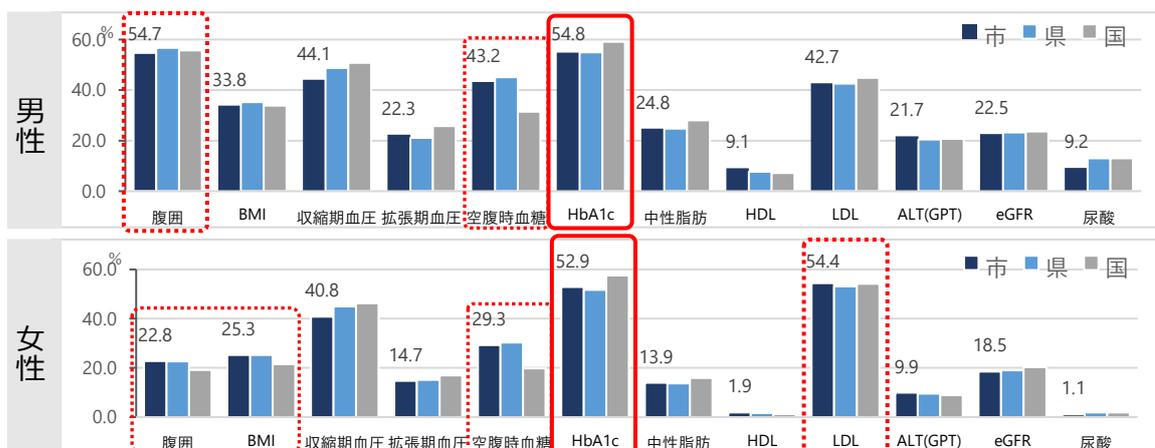
- 腹囲 男性：85cm以上、女性：90cm以上
- 高血圧 収縮期血圧：130mmHg以上、拡張期血圧：85mmHgのいずれか、または両方
- 高血糖 空腹時血糖値110mg/dL以上
- 脂質異常 中性脂肪150mg/dL以上、HDLコレステロール40mg/dL未満のいずれか、または両方

※高トリグリセリド血症・低HDLコレステロール血症・高血圧・糖尿病に対する薬剤治療を受けている場合は、「高血圧」「高血糖」「脂質異常」の項目に含める。

## ② 生活習慣病リスクの保有状況

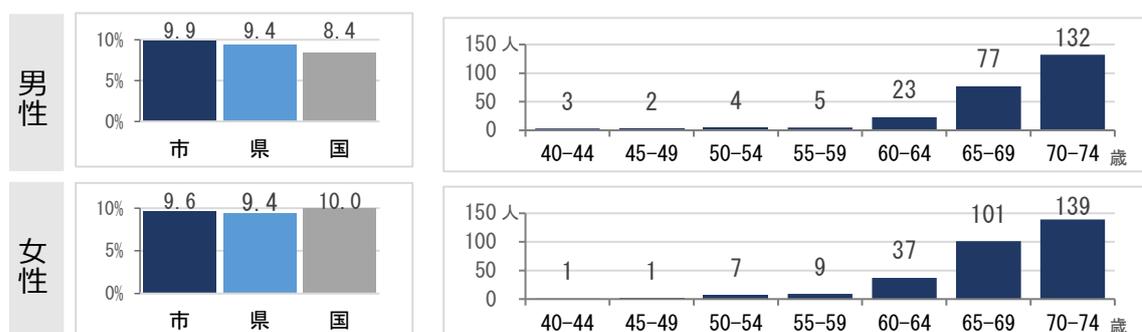
- 有所見の状況をみても、男女ともに「HbA1c」有所見者の割合が5割以上を占めています。また、「空腹時血糖」の有所見者割合は、男女ともに国より高い割合です。【図表 2-3-(2)-②-1】
- 男性の「腹囲」の有所見率は、女性と比較して著しく高い傾向にあります。女性では「LDL」「腹囲」「BMI」の値が国・県よりも高く、メタボ予備群該当者割合が高い要因の一つとなっています。【図表 2-3-(2)-②-1】
- 非肥満型高血糖該当者割合と該当者数をみても、男女ともに県よりも高い状況です。非肥満型であっても生活習慣病リスクが高い人への積極的な介入が必要となっています。【図表 2-3-(2)-②-2】
- 「血圧（高血圧）」「LDL コレステロール（脂質異常症）」「HbA1c（糖尿病）」の受診勧奨判定値の割合をみても、横ばいまたは増加傾向にあります。【図表 2-3-(2)-(ア)-1,2、図表 2-3-(2)-(イ)-1,2、図表 2-3-(2)-(ウ)-1,2】
- 医療のかかり方をみると、「血圧」と「糖尿病」の未治療割合が県と比較して高くなっています。【図表 2-3-(2)-(ア)-3、図表 2-3-(2)-(ウ)-3】
- 翌年度の健診結果で検査値が悪化している人が脂質異常症や糖尿病では2割以上となっています。【図表 2-3-(2)-(イ)-3、図表 2-3-(2)-(ウ)-4】

【図表 2-3-(2)-②-1】 特定健診結果（有所見の状況）（令和4年度）



※KDB 厚生労働省様式（様式5-2）健診有所見者状況

【図表 2-3-(2)-②-2】 非肥満型高血糖該当者割合と該当者数（性年齢階層別）（令和4年度）



※KDB\_S21\_008\_健診の状況

## (I) 血圧 (高血圧)

【図表 2-3-(2)-(I)-1】 特定健康診査受診結果の推移 (血圧)

	血圧 測定者	保健指導		受診勧奨判定値						受診勧奨判定値 合計 (割合)
		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
H30	6,351	1,814	28.6%	1,139	17.9%	199	3.1%	30	0.5%	21.5%
R1	6,540	1,837	28.1%	1,220	18.7%	243	3.7%	35	0.5%	22.9%
R2	6,173	1,668	27.0%	1,067	17.3%	180	2.9%	26	0.4%	20.6%
R3	5,983	1,858	31.1%	1,159	19.4%	205	3.4%	38	0.6%	23.4%
R4	6,049	1,819	30.1%	1,117	18.5%	242	4.0%	39	0.6%	23.1%

※ヘルスサポートラボツール

【図表 2-3-(2)-(I)-2】 特定健康診査受診者における『未治療者』の推移

	保健指導		受診勧奨判定値						受診勧奨判定値 合計 (割合)
	高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H30	991	25.6%	505	13.0%	108	2.8%	16	0.4%	16.2%
R1	966	24.8%	580	14.9%	113	2.9%	13	0.3%	18.1%
R2	874	23.7%	486	13.2%	95	2.6%	17	0.5%	16.3%
R3	1,012	28.1%	565	15.7%	115	3.2%	22	0.6%	19.5%
R4	994	27.0%	568	15.4%	127	3.5%	32	0.9%	19.8%

※ヘルスサポートラボツール

【図表 2-3-(2)-(I)-3】 特定健診受診結果Ⅱ度以上の者の医療のかかり方 (令和3年度)

	健診受診者のうち Ⅱ度以上の割合	内訳		
		①未治療割合	②治療中断割合	③不定期受診割合
鹿屋市	4.7%	31.4%	3.2%	26.1%
県	4.8%	26.8%	5.3%	-

※「未治療」とは12か月間全くレセプトがない状態、「治療中断」とは直近(年度末3月を基点として)3か月以上レセプトがない ※KDBシステム状態、「不定期受診」とは治療中断以外で直近半年の受診が3回以下(ただし、治療開始と考えられる者を除く)状態をいう。

【図表 2-3-(2)-(I)-4】 特定健診受診結果の翌年度比較 (R3—R4)

R03 年度		R04 年度の結果をみる					
		継続受診者 959人 68.4%				未受診 (中断)	75歳到達者
Ⅰ度高血圧以上 1,402人 23.4%		正常高値以下	Ⅰ度	Ⅱ度	Ⅲ度		
		493	368	85	13	443	39
		35.2%	26.2%	6.1%	0.9%	31.6%	2.8%
Ⅰ度	1,159	453	292	61	3	350	32
		39.1%	25.2%	5.3%	0.3%	30.2%	2.8%
Ⅱ度	205	37	69	20	5	74	7
		18.0%	33.7%	9.8%	2.4%	36.1%	3.4%
Ⅲ度	38	3	7	4	5	19	0
		7.9%	18.4%	10.5%	13.2%	50.0%	0.0%

※ヘルスサポートラボツール

## (Ⅱ) LDLコレステロール (脂質異常症)

【図表 2-3-(2)- (Ⅱ)-1】 特定健診受診結果の推移

	LDL 測定者	保健指導判定値		受診勧奨判定値						受診勧奨 判定値 合計 (割合)	
		120~139		140~159		160~179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
	A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
総数	H30	6,351	1,606	25.3%	982	15.5%	385	6.1%	206	3.2%	24.8%
	R01	6,536	1,619	24.8%	1,016	15.5%	424	6.5%	231	3.5%	25.5%
	R02	6,173	1,544	25.0%	959	15.5%	366	5.9%	215	3.5%	24.9%
	R03	5,980	1,476	24.7%	908	15.2%	395	6.6%	188	3.1%	24.9%
	R04	6,048	1,488	24.6%	909	15.0%	438	7.2%	210	3.5%	25.7%
男性	H30	2,739	644	23.5%	352	12.9%	126	4.6%	61	2.2%	19.7%
	R01	2,852	663	23.2%	397	13.9%	134	4.7%	69	2.4%	21.0%
	R02	2,695	658	24.4%	339	12.6%	121	4.5%	66	2.4%	19.5%
	R03	2,639	624	23.6%	328	12.4%	147	5.6%	52	2.0%	20.0%
	R04	2,660	659	24.8%	324	12.2%	152	5.7%	57	2.1%	20.0%
女性	H30	3,612	962	26.6%	630	17.4%	259	7.2%	145	4.0%	28.6%
	R01	3,684	956	26.0%	619	16.8%	290	7.9%	162	4.4%	29.1%
	R02	3,478	886	25.5%	620	17.8%	245	7.0%	149	4.3%	29.1%
	R03	3,341	852	25.5%	580	17.4%	248	7.4%	136	4.1%	28.9%
	R04	3,388	829	24.5%	585	17.3%	286	8.4%	153	4.5%	30.2%

※ヘルスサポートラボツール

【図表 2-3-(2)- (Ⅱ)-2】 特定健康診査受診者における『未治療者』の推移

	保健指導判定値		受診勧奨判定値						受診勧奨 判定値 合計 (割合)
	120~139		140~159		160~179		180以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H30	1,296	26.7%	868	17.9%	350	7.2%	192	4.0%	29.1%
R01	1,298	26.2%	895	18.1%	382	7.7%	212	4.3%	30.1%
R02	1,226	26.8%	834	18.2%	320	7.0%	202	4.4%	29.6%
R03	1,184	26.5%	793	17.7%	354	7.9%	175	3.9%	29.5%
R04	1,204	26.4%	811	17.8%	406	8.9%	199	4.4%	31.1%

※ヘルスサポートラボツール

【図表 2-3-(2)- (Ⅱ)-3】 特定健診受診結果の翌年度比較 (R3—R4)

R03年度		R04年度の結果をみる					
		継続受診者 1057人 70.9%				未受診 (中断)	
		140未満	140~159	160~179	180以上	75歳到達者	
140以上 1,491人 24.9%		378 25.4%	333 22.3%	233 15.6%	113 7.6%	434 29.1%	29 1.9%
140~159	908	283 31.2%	242 26.7%	116 12.8%	16 1.8%	251 27.6%	16 1.8%
160~179	395	66 16.7%	76 19.2%	95 24.1%	43 10.9%	115 29.1%	8 2.0%
180以上	188	29 15.4%	15 8.0%	22 11.7%	54 28.7%	68 36.2%	5 2.7%

※ヘルスサポートラボツール

### (Ⅲ) HbA1c (糖尿病)

【図表 2-3-(2)- (Ⅲ)-1】 特定健診受診結果の推移

	HbA1c 測定者	保健指導判定値		受診勧奨判定値						受診勧奨 判定値 合計 (割合)
		糖尿病の可能性 が否定できない		糖尿病						
				合併症予防の ための目標		最低限達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる		
		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上		
A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A		
H30	6,282	793	12.6%	298	4.7%	244	3.9%	96	1.5%	10.1%
R1	6,439	910	14.1%	353	5.5%	297	4.6%	127	2.0%	12.1%
R2	6,070	762	12.6%	346	5.7%	284	4.7%	119	2.0%	12.4%
R3	5,840	748	12.8%	390	6.7%	232	4.0%	115	2.0%	12.7%
R4	5,928	849	14.3%	360	6.1%	277	4.7%	90	1.5%	12.3%

※ヘルスサポートラボツール

【図表 2-3-(2)- (Ⅲ)-2】 特定健康診査受診者における『未治療者』の推移

	保健指導判定値		受診勧奨判定値						受診勧奨 判定値 合計 (割合)
	糖尿病の可能性 が否定できない		糖尿病						
			合併症予防の ための目標		最低限達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる		
	6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上		
人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H30	655	11.6%	137	2.4%	64	1.1%	26	0.5%	4.0%
R1	763	13.4%	167	2.9%	71	1.2%	28	0.5%	4.6%
R2	618	11.5%	160	3.0%	79	1.5%	28	0.5%	5.0%
R3	599	11.6%	169	3.3%	66	1.3%	36	0.7%	5.3%
R4	720	13.7%	147	2.8%	59	1.1%	23	0.4%	4.3%

※ヘルスサポートラボツール

【図表 2-3-(2)- (Ⅲ)-3】 特定健診受診結果 7.0 以上の者の医療のかかり方 (令和 3 年度)

	健診受診者のうち 7.0 以上の割合	内 訳		
		①未治療割合	②治療中断割合	③不定期受診割合
鹿屋市	6.2%	7.7%	2.2%	21.4%
県	5.7%	4.9%	4.4%	-

※「未治療」とは 12 か月間全くレセプトがない状態、「治療中断」とは直近 (年度末 3 月を基点として) 3 か月以上レセプトがない状態、「不定期受診」とは治療中断以外で直近半年の受診が 3 回以下 (ただし、治療開始と考えられる者を除く) ※KDB システム

【図表 2-3-(2)- (Ⅲ)-4】 特定健診受診結果の翌年度比較 (R3—R4)

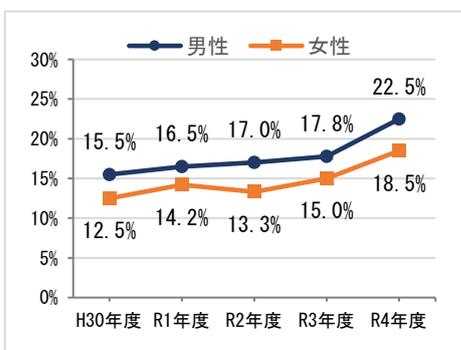
R03 年度		R04 年度の結果をみる				
		継続受診者 455 人 61.7%				未受診 (中断) 75 歳到達者
		6.4 以下	6.5~6.9	7.0~7.9	8.0 以上	
HbA1c6.5 以上 737 人 12.6%		92 12.5%	153 20.8%	168 22.8%	42 5.7%	282 38.3%
6.5~6.9	390	68 17.4%	111 28.5%	64 16.4%	2 0.5%	145 37.2%
7.0~7.9	232	17 7.3%	33 14.2%	81 34.9%	12 5.2%	89 38.4%
8.0 以上	115	7 6.1%	9 7.8%	23 20.0%	28 24.3%	48 41.7%

※ヘルスサポートラボツール

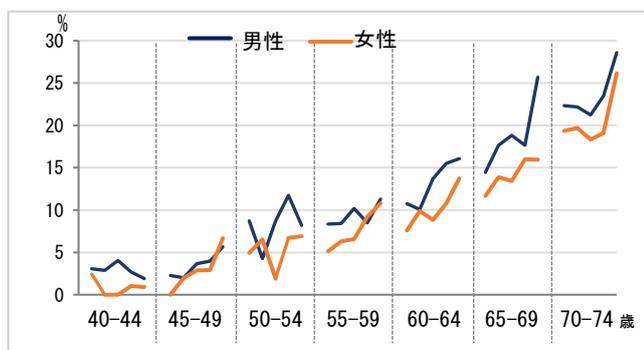
### ③ 腎機能の状況

- 腎機能の状態を表す「eGFR（推計糸球体ろ過量）」の有所見者の割合は、男女ともに増加傾向にあり、平成30年度と令和4年度を比較すると男性は7ポイント、女性では6ポイント上昇しています。【図表2-3-(2)-③-1,2】
- eGFR区分ごとに令和4年度の健診結果の状況を見ると、腎機能が低下しているeGFR60未満（G3a～G5）の人は1,159人で受診者全体の22.1%を占めています。【図表2-3-(2)-③-3】
- 同様に腎機能の検査である蛋白尿については、+以上（A3）の人は210人で受診者全体の4%を占めています。【図表2-3-(2)-③-3】
- どちらの基準も満たす人（eGFR60未満かつ蛋白尿+以上）は96人いますが、うち11人は未治療となっています。【図表2-3-(2)-③-3】

【図表2-3-(2)-③-1】  
eGFR 有所見該当率の推移



【図表2-3-(2)-③-2】  
性年齢別 eGFR 有所見該当率の推移（H30-R4）



※KDB\_S21\_024\_厚生労働省様式（様式5-2：健診有所見者状況）

【図表2-3-(2)-③-3】 腎機能検査の結果（CKD重症度分類）（令和4年度）（単位：人）

尿蛋白区分 eGFR 区分			健診結果				未治療者		
			A1 -	A2 ±	A3 +以上	計	A1 -	A2 ±	A3 +以上
G1	正常または高値	90 以上	566 10.8%	46 0.9%	25 0.5%	637 12.1%	341	27	9
G2	正常または軽度低下	60-90 未満	3,093 59.0%	245 4.7%	109 2.1%	3,447 65.7%	1,741	108	33
G3a	軽度～中等度低下	45-60 未満	892 17.0%	65 1.2%	43 0.8%	1,000 19.1%	425	25	8
G3b	中等度～高度低下	30-45 未満	99 1.9%	16 0.3%	43 0.4%	138 2.6%	24	0	1
G4	高度低下	15-30 未満	9 0.2%	1 0.0%	7 0.1%	17 0.3%	3	0	1
G5	末期腎不全	15 未満	1 0.0%	0 0.0%	3 0.1%	4 0.1%	0	0	1
計			4,660 88.9%	373 7.1%	210 4.0%	5,243 100.0%			

※ヘルスサポートラボツール、保健指導実践ツール

#### ④ 質問票調査の状況

- 質問票調査の状況を見てみると、既往歴として心臓病が7.6%と国・県と比較して高い状況です。食習慣では「毎日飲酒する」が27.2%で国・県と比べて高く、「週3回以上就寝前に夕食を食べる」が国・同規模・県と比べて高い状況です。「食事速度」をみると国・県と比較して速い方が多く、また、咀嚼の「かみにくい」が国よりも高く、口腔機能に問題がある方が2割程いることがわかります。【図表 2-3-(2)-④-1】

【図表 2-3-(2)-④-1】 特定健診受診者の質問票（生活習慣）回答結果割合

	鹿屋市		県	同規模	国
	H30	R4	R4	R4	R4
服薬					
高血圧症	40.8	40.1	44.2	37.0	35.6
糖尿病	11.4	11.3	11.5	8.9	8.7
脂質異常症	24.6	25.7	28.5	29.3	27.9
既往歴					
脳卒中	4.9	4.3	4.7	3.3	3.1
心臓病	7.8	<b>7.6</b>	7.1	5.8	5.5
慢性腎臓病・腎不全	1.3	1.1	1.8	0.8	0.8
貧血	8.8	7.8	7.8	10.7	10.7
喫煙	11.2	12.1	11.4	12.2	13.8
20歳時体重から10kg以上増加	36.4	36.0	36.1	34.9	35.0
1回30分以上の運動習慣なし	55.4	56.3	56.9	58.6	60.4
1日1時間以上運動なし	40.5	44.2	45.8	48.5	48.0
歩行速度遅い		49.4	51.2	50.0	50.8
咀嚼					
何でも		78.3	76.7	78.8	79.3
かみにくい		21.0	22.3	20.5	19.9
ほとんどかめない		0.7	1.0	0.7	0.8
食事速度					
速い	27.1	<b>27.0</b>	25.7	26.0	26.8
普通		65.0	66.2	66.3	65.4
遅い		8.0	8.1	7.7	7.8
週3回以上就寝前夕食	21.0	<b>19.2</b>	17.6	14.2	15.8
朝昼夕3食以外の間食や甘い飲み物					
毎日		18.1	18.9	21.4	21.6
時々		61.3	61.1	58.0	57.3
ほとんど摂取しない		20.6	20.0	20.6	21.0
週3回以上朝食を抜く	8.1	9.4	9.1	9.2	10.4
飲酒頻度					
毎日	26.1	<b>27.2</b>	25.5	24.0	25.5
時々	22.0	21.0	21.5	21.7	22.5
飲まない		51.8	53.0	54.3	52.0
1日飲酒量					
1合未満	65.6	62.7	62.8	67.0	64.1
1～2合	26.4	28.4	28.3	22.4	23.7
2～3合	6.9	7.6	7.6	8.4	9.4
3合以上	1.0	1.3	1.3	2.2	2.8
睡眠不足	22.2	22.7	22.1	24.4	25.6

※特定健診データ管理システム（法定報告）

余白

## 4. 特定保健指導の実施状況

### (1) 特定保健指導の実施率等

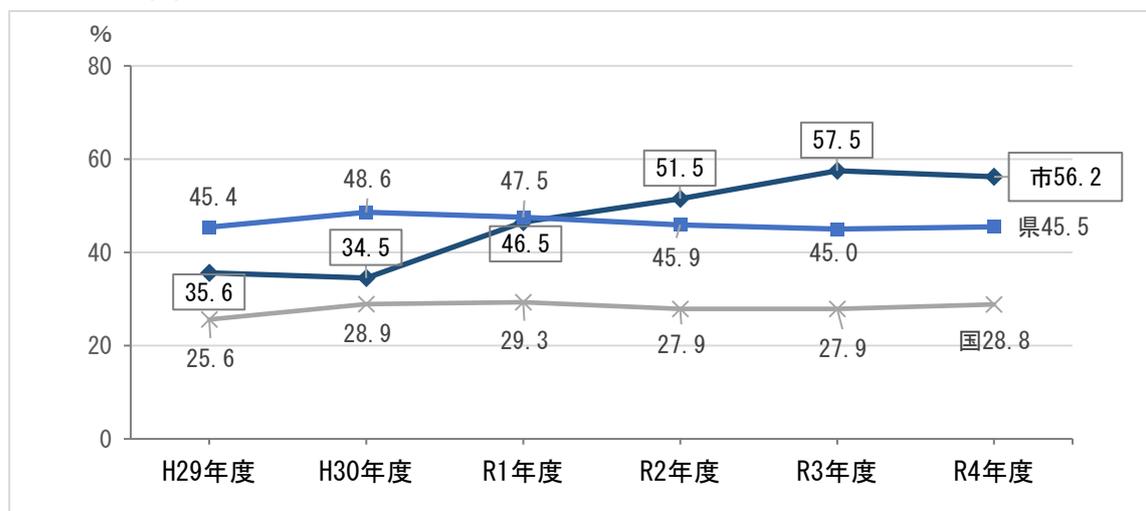
- 特定保健指導の対象者数及び対象者割合をみると、令和4年度に減少に転じてはいるものの、国・県と比較してもその割合は高い状況となっています。【図表 2-4-(1)-1】
- 特定保健指導の実施率は、令和元年度以降年々伸びてきており、国・県と比較して高い状況です。【図表 2-4-(1)-2】
- 特定保健指導の積極的支援・動機付け支援の終了率の推移をみると、ともに年々上昇しています。特に動機付け支援は、令和元年度から健診会場での初回面談を行う分割実施を導入したことにより、利用者数及び終了率の増加につながっています。【図表 2-4-(1)-3】
- 性年齢階層別で特定保健指導の終了率をみると、積極的支援・動機付け支援のどちらも男性の終了率が女性に比べ低い傾向にあり、特に、男性の積極的支援の終了率が低いことから、支援体制や受けやすい環境などの工夫が必要となっています。【図表 2-4-(1)-4,5】

【図表 2-4-(1)-1】 特定保健指導の対象者数及び対象者割合の推移

年度	鹿屋市			県	国
	受診者数	保健指導対象者数	対象者割合	対象者割合	対象者割合
H29	6,135 人	587 人	9.6%	10.6%	11.8%
H30	6,327 人	682 人	10.8%	10.8%	11.6%
R 1	5,925 人	634 人	10.7%	10.4%	11.5%
R 2	5,731 人	679 人	<b>11.8%</b>	10.3%	11.5%
R 3	5,795 人	706 人	<b>12.2%</b>	10.4%	11.5%
R 4	5,570 人	619 人	<b>11.1%</b>	10.0%	—

※特定健診データ管理システム（法定報告）、厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」

【図表 2-4-(1)-2】 特定保健指導 実施率の推移



※特定健診データ管理システム（法定報告）、令和4年度は速報値

【図表 2-4-(1)-3】 支援区分別 終了率及び終了者数の推移

年度	積極的支援				動機付け支援				実施率 (%)
	対象者数 (人)	利用者数 (人)	終了者数 (人)	終了率 (%)	対象者数 (人)	利用者数 (人)	終了者数 (人)	終了率 (%)	
H29	115	37	35	30.4%	472	183	174	36.9%	35.6%
H30	151	47	38	25.2%	531	215	197	37.1%	34.5%
R 1	124	60	47	37.9%	510	296	248	48.6%	46.5%
R 2	153	74	54	35.3%	526	310	251	47.7%	44.9%
R 3	165	87	65	39.4%	541	346	341	63.0%	57.5%
R4	140	70	59	42.1%	479	299	289	60.3%	56.2%

※特定健診データ管理システム（法定報告）

【図表 2-4-(1)-4】 性年齢階層別の終了率等（積極的支援）（令和4年度）

年齢区分	男性			女性			計		
	対象者数 (人)	終了者数 (人)	終了率 (%)	対象者数 (人)	終了者数 (人)	終了率 (%)	対象者数 (人)	終了者数 (人)	終了率 (%)
40～44 歳	21	7	33.3%	6	4	66.7%	27	11	40.7%
45～49 歳	23	10	43.5%	4	1	25.0%	27	11	40.7%
50～54 歳	25	10	40.0%	5	3	60.0%	30	13	43.3%
55～59 歳	24	12	50.0%	6	1	16.7%	30	13	43.3%
60～64 歳	24	8	33.3%	19	10	52.6%	43	18	41.9%
計	117	47	40.2%	40	19	47.5%	157	66	42.0%

※特定健診データ管理システム（法定報告）年度中保健指導実施者

【図表 2-4-(1)-5】 性年齢階層別終了率等（動機付け支援）（令和4年度）

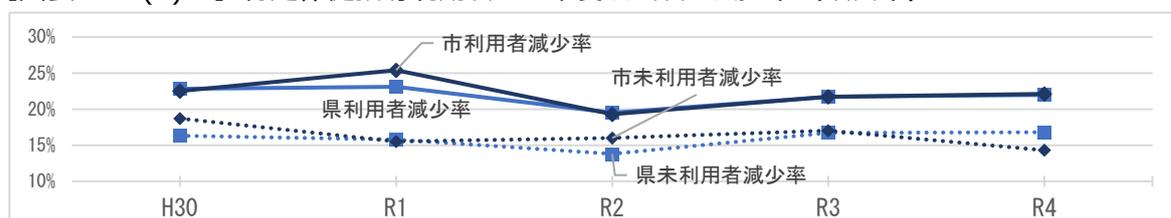
年齢区分	男性			女性			計		
	対象者数 (人)	終了者数 (人)	終了率 (%)	対象者数 (人)	終了者数 (人)	終了率 (%)	対象者数 (人)	終了者数 (人)	終了率 (%)
40～44 歳	9	6	66.7%	8	5	62.5%	17	11	64.7%
45～49 歳	14	7	50.0%	13	8	61.5%	27	15	55.6%
50～54 歳	21	11	52.4%	8	4	50.0%	29	15	51.7%
55～59 歳	9	5	55.6%	14	7	50.0%	23	12	52.2%
60～64 歳	19	13	68.4%	20	10	50.0%	39	23	59.0%
65～69 歳	109	70	64.2%	64	47	73.4%	173	117	67.6%
70～74 歳	111	50	45.0%	83	58	69.9%	194	108	55.7%
計	292	162	55.5%	210	139	66.2%	502	301	60.0%

※特定健診データ管理システム（法定報告）年度中保健指導実施者

## (2) 特定保健指導の実施結果

- 特定保健指導の効果をみるため、特定保健指導対象者の減少率（改善率）を保健指導利用の有無で比較してみると、保健指導を利用した人の方が翌年度の改善率が2割以上と高く、令和4年度では7.8ポイントの差がみられます。特に、その効果は男性の方が高い傾向がみられます。【図表2-4-(2)-1,2】
- 特定保健指導利用者の効果を県と比較すると、男性では市の減少率が高く、女性は市の減少率は低い傾向にあります。【図表2-4-(2)-2】
- 前年度の健診結果でメタボリックシンドローム該当者の翌年度の改善率（予備群または非該当となった者の割合）をみると、県よりも低い割合で推移しています。効果的な保健指導の工夫が必要となっています。【図表2-4-(2)-3】

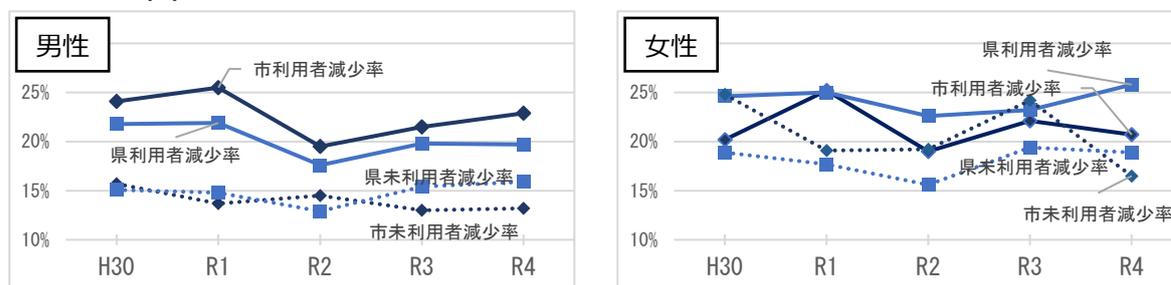
【図表2-4-(2)-1】特定保健指導利用者の翌年度該当者の減少率（改善率）



年度	保健指導 利用者				保健指導 未利用者			
	鹿屋市		県	鹿屋市		県		
	前年度	今年度、特定保健指導対象でなくなった人数	減少率	減少率	前年度	今年度、特定保健指導対象でなくなった人数	減少率	減少率
H30	200人	45人	22.5%	22.8%	332人	62人	18.7%	16.3%
R1	244人	62人	25.4%	23.1%	386人	60人	15.5%	15.8%
R2	337人	65人	19.3%	19.5%	250人	40人	16.0%	13.8%
R3	350人	76人	21.7%	21.7%	264人	45人	17.0%	16.7%
R4	394人	87人	22.1%	22.0%	244人	35人	14.3%	16.8%

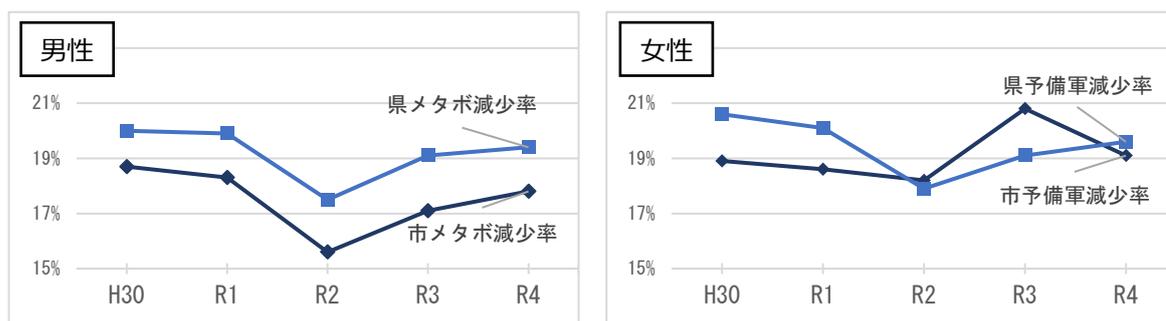
※特定健診データ管理システム（法定報告）二次加工

【図表2-4-(2)-2】性別 特定保健指導利用者の翌年度該当者の減少率（改善率）（単位%）



年度	保健指導 利用者				保健指導 未利用者			
	男性		女性		男性		女性	
	市	県	市	県	市	県	市	県
H30	24.1	21.8	20.2	24.6	15.7	15.1	24.8	18.9
R1	25.5	21.9	25.2	25.0	13.7	14.8	19.1	17.7
R2	19.5	17.6	19.0	22.6	14.5	12.9	19.2	15.6
R3	21.5	19.8	22.1	23.2	13.0	15.4	24.2	19.4
R4	22.9	19.7	20.7	25.8	13.2	15.9	16.5	18.9

【図表 2-4-(2)-3】メタボリックシンドローム該当・予備群の翌年度該当者の減少率（改善率）



年度	メタボリックシンドローム該当者						メタボ予備群			
	鹿屋市					県	鹿屋市			県
	前年度	今年度					前年度	今年度		
		予備群となった人数・割合	メタボ非該当となった人数・割合	メタボ該当者減少率	メタボ該当者減少率	メタボ非該当となった人数 (メタボ予備群減少率)		メタボ予備群減少率		
H30	1,068 人	96 人 9.0%	104 人 9.7%	18.7%	20.0%	644 人	122 人 18.9%	20.6%		
R1	1,227 人	103 人 8.4%	122 人 9.9%	18.3%	19.9%	740 人	138 人 18.6%	20.1%		
R2	1,128 人	75 人 6.6%	101 人 9.0%	15.6%	17.5%	682 人	124 人 18.2%	17.9%		
R3	1,140 人	82 人 7.2%	113 人 9.9%	17.1%	19.1%	692 人	144 人 20.8%	19.1%		
R4	1,056 人	77 人 7.3%	111 人 10.5%	17.8%	19.4%	643 人	123 人 19.1%	19.6%		

※特定健診データ管理システム（法定報告）二次加工

**【メタボリックシンドローム判定基準と特定保健指導階層化基準の違いについて】**

- 特定保健指導では、腹囲が基準値未満の場合であっても、BMI25 以上で血糖、脂質・血圧等の追加リスクがある場合、動機付け支援又は積極的支援の対象となる場合があります。
- 特定保健指導階層化の基準では、血糖の項目は空腹時血糖 100mg/dl 以上又は HbA1c 5.6 以上ですが、メタボリックシンドローム判定基準では、空腹時血糖 110mg/dl 以上又は HbA1c6.0 以上となっています。

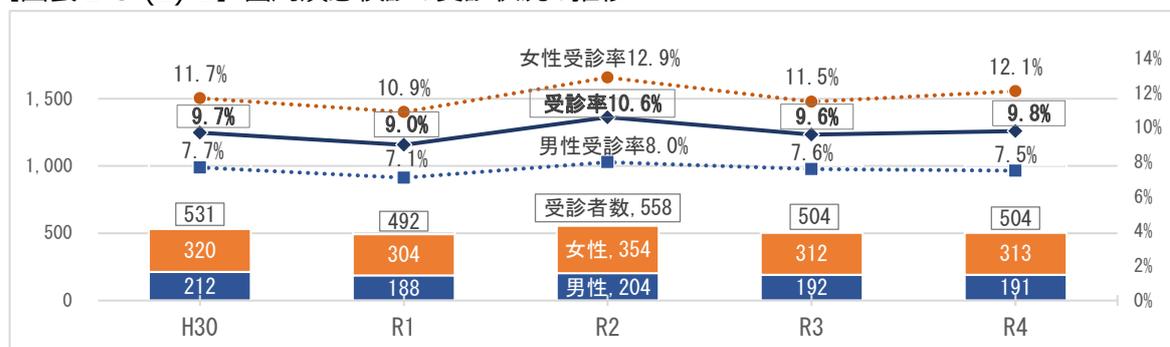
- ・メタボリックシンドローム判定基準・・・P23 を参照
- ・特定保健指導階層化基準・・・P47～48 を参照

## 5. 成人歯科保健の実施状況

### (1) 歯周疾患検診

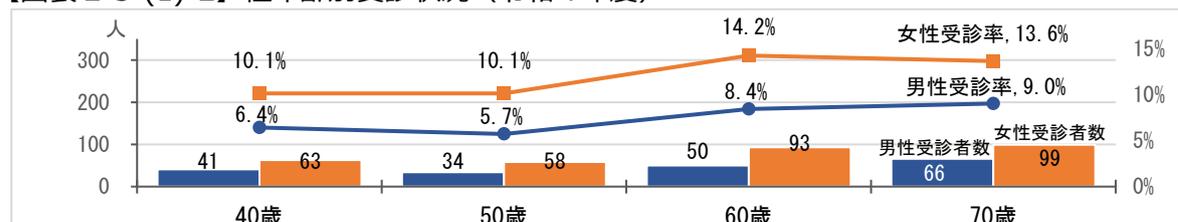
- 健康増進法に基づき 40 歳・50 歳・60 歳・70 歳の方に対して実施している歯周疾患検診では、本市の受診率は 10%前後で推移しており、目標値の 15%（第 2 次鹿屋市健康づくり計画）を達成できていない状況です。【図表 2-5-(1)-1】
- 性年齢別の受診状況とその結果をみると、特定健康診査と同様に女性に比べ男性の受診率が低くなっています。また、要精密検査の割合は男性が高くなっており、年齢とともにその割合は高くなっています。【図表 2-5-(1)-2,3】
- 歯周病は、糖尿病や心疾患などの生活習慣病との関連があるため、歯周病の重症化予防や口腔機能の維持のための健康教育や、保健指導時や健康受診の勧奨とあわせて積極的な受診勧奨に取り組んでいく必要があります。

【図表 2-5-(1)-1】 歯周疾患検診の受診状況の推移



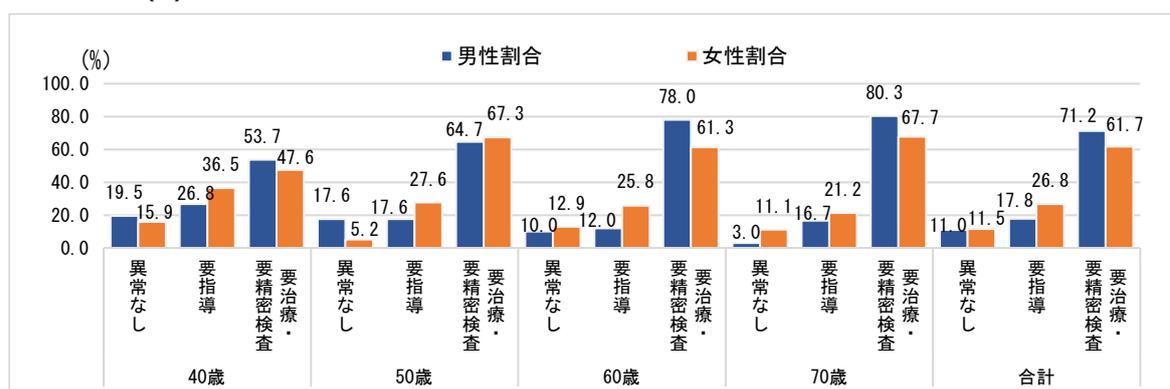
※対象者数は各年 3 月 31 日時点の住民基本台帳年齢別人口、受診者数は市健康増進課調べ

【図表 2-5-(1)-2】 性年齢別受診状況（令和 4 年度）



※市健康増進課調べ

【図表 2-5-(1)-3】 性年齢別有所見者の状況（令和 4 年度）



※市健康増進課調べ

## (2) 歯科口腔健診

- 鹿児島県後期高齢者医療広域連合が76歳と80歳を対象に実施している歯科口腔健診（お口元気歯ッピー健診）の受診率は、令和4年度は8.57%であり、県平均を下回っています。【図表2-5-(2)-1】
- 健診の結果をみると、「異常なし」の割合は市1.8%で県平均4.6%を下回っています。また、口腔機能低下リスク者の割合は市24.1%で県平均を上回っています。【図表2-5-(2)-2,3】
- 口腔機能の低下は将来的にフレイル状態へもつながりやすく、また、口腔機能低下がある者は無い人に比べて、医療費・介護給付費ともに有意に高いことが示されていることから（鹿児島県口腔支援センターによる分析 R5.10 時点）、前期高齢期や若年層時からの健康教育や定期的な歯科健診の受診勧奨に取り組んでいく必要があります。

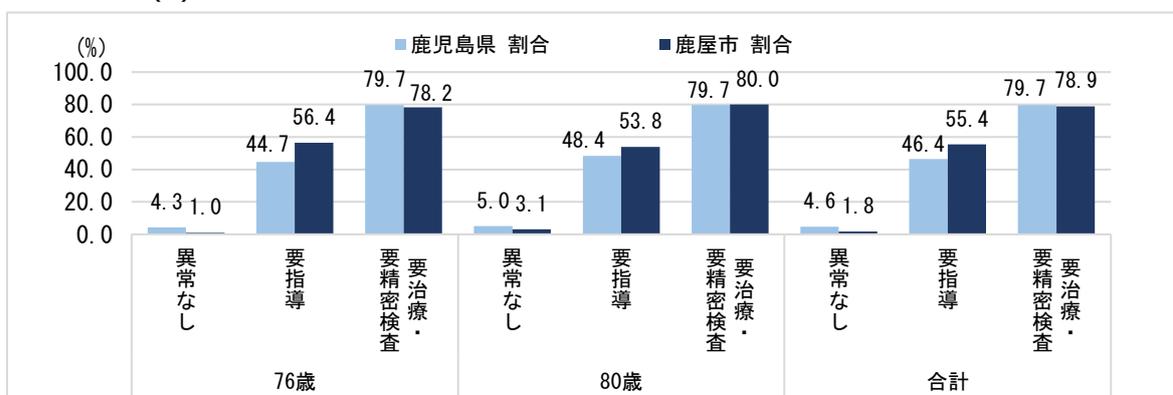
【図表2-5-(2)-1】 歯科口腔健診受診率

(単位:%)

	H30	R1	R2	R3	R4
鹿屋市	8.57	10.92	6.04	6.54	8.57
鹿児島県	11.92	12.90	7.77	9.56	11.02

※鹿児島県後期高齢者医療事業報告書

【図表2-5-(2)-2】 歯科口腔健診有所見の状況（令和4年度）



※鹿児島県後期高齢者医療広域連合調べ（口腔健診事業「お口元気歯ッピー健診」健診結果集計）

【図表2-5-(2)-3】 口腔機能低下リスク者割合（令和4年度）

	76歳	80歳	合計
鹿屋市	18.81	32.31	24.10
鹿児島県	18.38	25.13	21.56

※鹿児島県後期高齢者医療広域連合調べ（口腔健診事業「お口元気歯ッピー健診」健診結果集計）

(注) 「口腔機能低下リスクがある者」について、お口元気歯ッピー健診項目のうち、現在歯数20本未満、口腔乾燥、舌苔の有無、頬の膨らみ検査、反復唾液嚥下テスト(RSST)、オーラルディアドコネシス、お食事マップ(きゅうり未満)のいずれか3つ以上に該当する受診者を口腔機能低下のリスクがある者とする。

## 6. 保健事業の実施状況

### (1) 第2期データヘルス計画の概要

- 第2期データヘルス計画では、「健康寿命の延伸、被保険者のQOLの向上」「医療費の適正化」に向けて、中長期目標と短期目標を設定し、それぞれの目標に則した疾患を達成すべき目的に含めました。

「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	事業名
特定健康診査等実施計画	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定健診受診率の増加</li> <li>・ 特定保健指導実施率の増加</li> <li>・ 特定保健指導対象者の減少率の増加</li> </ul>	特定健康診査事業 特定保健指導事業
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1人あたり入院医療費の伸び率の減少</li> </ul>	生活習慣病重症化予防事業
	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少</li> <li>・ 虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少</li> <li>・ 糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少</li> </ul>	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 健診受診者の高血圧の割合の減少 (160/100以上)</li> <li>・ 健診受診者の脂質異常者の割合の減少 (LDL160以上)</li> <li>・ 健診受診者の糖尿病有病者の割合の減少 (HbA1c6.5以上)</li> <li>・ メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少</li> <li>・ 健診受診者のHbA1c8.0%以上で未治療者の割合</li> </ul>	
	がんの早期発見、早期治療	各がん検診受診率の向上 (胃がん検診、肺がん検診、大腸がん検診、子宮がん検診、乳がん検診)	
	歯科健診(歯周病健診)受診率が向上する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歯科健診(歯周病健診含む)の受診率の向上</li> </ul>	
	自己の健康に関心を持つ住民が増える	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 健康ポイントの取組みを行う実施者の割合の増加</li> </ul>	
後発(ジェネリック)医薬品の使用による医療費の削減	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 後発(ジェネリック)医薬品の使用割合の増加</li> </ul>		

## (2) 保健事業の実施状況（評価）及び考察

- 「課題を解決するための目標」を達成するため、次のとおり各保健事業を実施しました。第2期計画を振り返り、各保健事業を考察します。

【評価 A：目標に達した B：目標に達していないが改善傾向 C：変わらない D：悪化した】

事業名	特定健康診査事業・特定保健指導事業							
目的	生活習慣病の発症や重症化予防のため、メタボリックシンドロームに着目した健康診査を行い、生活習慣の改善や健康意識の向上につなげる。 また、特定保健指導対象者に対して、生活習慣改善のための保健指導を行うことで、健康のセルフケアを継続的に実施できるよう支援し、生活習慣病を予防する。							
事業内容	1. 個別健診の実施 2. 集団健診の実施（休日、夜間健診の実施） 3. 予約制の実施 4. 人間ドックの費用助成の実施 5. 情報提供の実施 6. 外部委託による特定保健指導の実施 7. 小集団、個別による特定保健指導の実施 8. 特定保健指導分割方式の実施							
対象者	<b>【特定健康診査】</b> 40歳から75歳未満（年度末年齢）の国民健康保険被保険者 <b>【特定保健指導】</b> 特定健康診査の結果において特定保健指導対象者の基準に該当した者							
評価指標	H29	H30	R1	R2	R3	R4	目標値	評価※
特定健診受診率の向上	35.8%	37.8%	36.0%	35.1%	36.4%	36.5%	60.0%	C
特定保健指導実施率の増加	35.6%	34.5%	46.5%	51.5%	57.5%	56.2%	60.0%	B
特定保健指導対象者の減少率の増加（H20を起点）	43.2%	38.0%	38.4%	32.3%	30.5%	36.4%	25.0%以上	A
<b>【結果概要】</b> 令和2年度はコロナ禍により受診率が低下しましたが、令和3年度から人工知能分析を活用した受診勧奨対策の実施等により、連続受診者や不定期受診者の受診率が上昇しました。 特定保健指導実施率向上の取組として、令和元年度から委託実施機関の一部で、健診会場で初回面談を行う分割での実施や令和2年度から保健指導の予約制の導入を行い、実施率向上につながっています。 また、関係部署の保健師等で連携を図り特定保健指導を実施しましたが、対象者の減少率は、国の示す目標値である25.0%を上回っているものの平成29年度と比較すると減少しています。								
<b>【課題】</b> 看護師等の電話や訪問による健康相談を含めた健診受診勧奨に取り組んでいますが、受診率上昇につながっていない状況です。自分の身体の状態や変化に気づくことができる健診受診の重要性の周知啓発を強化するとともに、対象者に合わせた効果的な受診勧奨や、会場及び予約方法等健診を受診しやすい環境づくりが必要です。 特定保健指導の対象者数の減少につながるよう関係部署の医療専門職の連携を強化し、効果的な保健指導の体制や工夫が必要です。								

事業名	生活習慣病重症化予防事業							
目的	保健指導を行うことで、生活習慣改善や医療機関受診により、高血圧、脂質異常症、糖尿病が重症化し、脳、心臓、腎臓への影響を防ぐ。							
事業内容	1. 糖尿病重症化予防事業の実施 2. CKD 予防ネットワーク事業の実施							
対象者	特定健診受診者のうち、糖尿病重症化予防事業やCKD 予防ネットワーク事業基準該当者							
評価指標	H29	H30	R1	R2	R3	R4	目標値	評価※
1人あたり入院医療費伸び率の減少※1		6.1%	11.7%	15.6%	12.2%	20.0%	8.0%	D
1人あたりの入院医療費（月）	12,620	13,390	14,110	14,590	14,160	15,140		D
脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	2.4%	2.5%	2.5%	3.0%	2.6%	2.0%	2.0%以下	B
虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	2.7%	2.8%	3.3%	3.0%	2.1%	2.2%	1.5%以下	B
糖尿病性腎症による透析の総医療費に占める割合の減少	4.9%	3.3%	3.4%	3.6%	3.6%	3.7%	3.0%以下	B
健診受診者の高血圧の割合の減少(160/100以上)	4.2%	3.6%	4.2%	3.3%	4.0%	4.6%	4.0%以下	D
健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	8.8%	9.3%	10.0%	9.4%	9.7%	10.7%	10.0%以下	D
健診受診者の糖尿病有病者の割合の減少(HbA1c6.5以上)	9.3%	10.1%	12.1%	12.4%	12.7%	12.3%	11.5%以下	D
メタボリックシンドローム該当・予備軍割合の減少	31.2%	34.0%	33.2%	35.2%	33.6%	32.7%	25.0%以下	C
健診受診者のHbA1c8.0以上で未治療者の割合の減少	0.4%	0.5%	0.5%	0.5%	0.7%	0.4%	0.3%以下	C
CKD 受診報告書返書率	48.6%	54.7%	48.0%	25.9%	25.8%	36.3%		D
<p><b>【結果概要】</b></p> <p>「糖尿病性腎症重症化予防」として、対象者を明確化し個別指導や集団指導を実施しました。また、CKD 予防ネットワーク紹介基準該当者に対して紹介状を作成し、医療機関受診勧奨を行いました。しかし、「糖尿病性腎症重症化予防」以外の「虚血性心疾患重症化予防」と「脳血管疾患重症化予防」の取組や腎機能低下の対象者への支援、未治療者や治療中断者への支援が十分に実施できず、健診受診者の高血圧、脂質異常、糖尿病の割合が増加しており、HbA1c8.0%以上で未治療者の割合は減少していません。</p> <p>保健指導の実施にあたっての医療との連携は、必要時の連携にとどまっていたため、未治療者や治療中断者を医療へつなげ重症化しないための支援体制の構築を図ることが必要です。</p> <p><b>【課題】</b></p> <p>市民が健診結果を大切に、重症化しないために、セルフケア能力を高めるためのハイリスクアプローチやポピュレーションアプローチを組み合わせる取組が必要です。そのため、優先してアプローチする対象者を明確にし、重症化させないための支援体制構築に向けた医療との連携を強化する必要があります。</p>								

※1 特定保健指導対象者の減少率 = 基準年度（H20年度）の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 / 基準年度（H20年度）の特定保健指導対象者の推定数 × 100 で算出

事業名	がん検診事業、歯科保健事業、その他保健事業							
目的	がんの早期発見、歯周疾患早期治療及び医療費の適性化に効果が見込まれる事業をその他保健事業として取り組む。							
事業内容	1. 各種がん検診 2. 歯周疾患検診 3. 健康ポイントの普及啓発 4. ジェネリック医薬品の普及啓発							
対象者	1. 40歳以上の市民（子宮がん検診は20歳以上の市民） 2. 年度末年齢40歳、50歳、60歳、70歳の市民 3. 20歳以上の市民 4. 国民健康被保険者							
評価指標	H29	H30	R1	R2	R3	R4	目標値	評価※
胃がん検診受診率の向上	4.5%	4.2%	5.1%	4.6%	5.5%	5.1%	30.0%	D
肺がん検診受診率の向上	7.5%	6.9%	10.3%	8.2%	10.1%	9.8%	30.0%	D
大腸がん検診受診率の向上	7.8%	7.0%	8.9%	7.3%	9.0%	8.6%	30.0%	D
子宮頸がん検診受診率の向上	14.0%	13.5%	12.5%	12.4%	12.9%	13.2%	30.0%	D
乳がん検診受診率の向上	22.9%	23.2%	19.4%	20.2%	19.9%	20.1%	30.0%	D
歯周疾患検診受診率の向上	8.8%	9.7%	9.0%	10.6%	9.6%	9.8%	15.0%	B
健康ポイントの取組みを行う実施者割合の増加（20～64歳）	-	-	-	-	2.2%	2.9%	5.0%以上	C
健康ポイントの取組みを行う実施者割合の増加（65歳以上）	2.8%	3.8%	8.6%	9.3%	10.0%	10.7%	5.0%以上	A
後発（ジェネリック）医薬品の使用割合の増加	79.3%	81.4%	81.9%	84.1%	84.1%	84.9%	83.0%以上	A
<b>【結果概要】</b> がん検診は、40歳到達者に対して受診料無料化を図り受診しやすい環境づくりを行いました。市LINEやホームページでの周知啓発を行いました。受診率は目標に到達していません。また、歯周疾患検診の受診率が上昇しない要因として、周知啓発が個別案内のみであり、特定健康診査など他の健診（検診）とあわせた案内やホームページ等を活用した周知啓発を行っていないことが影響していると考えられます。 65歳以上の健康ポイント（元気度アップポイント事業）は、周知啓発が図られ実施者が年々増加しています。後発（ジェネリック）医薬品使用割合は普及啓発のための差額通知ハガキの発送等により普及啓発が図られ、年々増加し目標に到達しています。								
<b>【課題】</b> 医療費が高額となる「がん」の早期発見のために、がん検診受診率向上のための取組の強化が必要です。また、若い世代の健康意識向上につながるような環境づくりの工夫が必要です。								

## 7. 健康・医療情報等の分析結果及び前期評価等を踏まえた健康課題の抽出

- データ分析結果や第2期データヘルス計画の取組状況を整理し、健康課題を抽出・明確化します。

	健康課題の整理	関連
特定健康診査 特定保健指導	<p>■ <b>特定健診の受診率が低く（特に40～50歳代）、健康状態が把握できない状況にあり、健診受診の習慣化がないことで生活習慣病の予防や早期発見に繋がらないことが考えられる。</b>また、通院歴がある人の健診未受診者の割合が高い。治療中の疾患以外の健康状態を確認し、必要な支援につなげるため継続的な健診受診が必要である。</p>	P21,22 P38,39
	<p>■ 健診受診者のうち高血圧、脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病のリスクが高い方が多く、脳血管疾患や心疾患等の重症化した疾患につながる可能性が高い。また、血圧・LDLコレステロール・HbA1cの受診勧奨判定値の割合をみると未治療者の割合が年々増加傾向にあり、治療に繋がらないことで重症化するリスクがより高まる。特にLDLコレステロールが血圧・HbA1cよりも未治療者の割合が高く、動脈硬化が促進するリスクを放置している現状がある。</p> <p><b>また、本市の特徴として、治療中断者割合より未治療者割合が県平均より高いため、受診勧奨判定値の未治療者を優先した重症化予防対策が必要である。</b></p> <p>■ 健診受診者の腎機能の状況をみると、男女ともにeGFRの有所見者の割合が年々増加傾向で、今後も悪化した状態が続くことで腎不全や人工透析につながるリスクが高いと考えられる。</p>	P23-28
	<p>■ 特定健診受診者の質問票では、週3回以上就寝前に食事を摂取する割合、食事速度が速い割合、毎日飲酒の割合が国や同規模よりも高くメタボリックシンドロームの要因となる生活習慣の状況がみられる。個々の意識改革、行動変容で改善可能な項目である。</p>	P29
	<p>■ 特定保健指導実施率は全国・県平均と比較し非常に高い水準で推移しているが、メタボリックシンドローム該当となった者の翌年度の改善率は県よりも低い割合で推移しており、効果的な保健指導が実施できていない。</p> <p>■ 特定保健指導を利用した男性の改善率が女性より高いことから、男性は保健指導がきっかけとなり、生活習慣改善が図られていることが予測される。</p>	P31-34 P38
医療	<p>■ 一人当たり医療費が上昇しており、生活習慣病に関連する疾患としては「がん」「糖尿病」「腎不全」が医療費に占める割合が高い。また「虚血性心疾患」は国・県と比較しても高い状況であることから、糖尿病・高血圧・脂質異常症が重症化し医療受診していることが予測される。</p>	P14-17 P39
	<p>■ 市全体の人工透析患者数は、県と同様に国に比べて約1.3倍の水準で推移しており、慢性腎不全（透析あり）の医療費の割合も上昇していることから、慢性腎臓病の重症化、さらに基礎疾患の重症化が進んでいることが考えられる。</p>	P18,19

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■「がん」「心臓病」「糖尿病」の死因割合が増加傾向にあり、標準化死亡比（SMR）において女性は「腎不全」が159.7、男性は「脳血管疾患」が119.5と県と比較して高い状況である。早期発見対策を必要とする「がん」と予防可能な生活習慣病が関連した死因割合が高い。</li> <li>■多剤処方を受けている者が増加しており、多剤からの有害事象や腎機能等への影響が懸念される。</li> </ul>	P13,15 P20
介護	<ul style="list-style-type: none"> <li>■新規認定者の平均要介護度や要介護3以上の重度認定率が全国・県と比較して高い。また介護認定者の有病状況を見ると、「心臓病」「脳疾患」「認知症」の有病割合が国と比較すると高い傾向にある。「脳疾患」は要介護状態になった主な要因の一つとなっており、介護認定者の半数以上が基礎疾患として高血圧があることから重症化により介護状態に至っていると考えられる。</li> </ul>	P11,12
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>■特定健診の質問票で「噛みにくい」の割合が国や同規模より高いため、食事内容の偏り等の影響が考えられる。</li> <li>■歯周疾患検診は、男性が女性よりも受診率が低く要精密者割合が高い。</li> <li>■歯周疾患検診受診率とともに後期高齢者を対象とした歯科口腔健診受診率も低く、口腔機能低下リスク者割合が県よりも高い。</li> </ul>	P29 P35,36 P40



<b>課題1</b>	健診の受診率が低いため、国保加入者の健康状態の把握ができず適切な健康支援や生活習慣病の予防につなげられていない。健康意識を醸成するとともに、特に若年層（40・50代）や治療中患者への健診受診の勧奨が必要
<b>課題2</b>	特定保健指導、糖尿病性腎症や慢性腎臓病（CKD）の予防対策において、リスクが高い「糖尿病」「高血圧」「脂質異常症」の重症化予防をより一層意識した保健指導の内容の工夫が必要
<b>課題3</b>	特定健診受診の結果、医療受診勧奨判定者のうち医療につなげられていない人が一定数いることから、「未治療者」を早期段階で医療へつなげることが必要
<b>課題4</b>	効果的な支援を行うため保健師、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種連携を図った保健指導とともに、医療との連携の体制が必要
<b>課題5</b>	歯周病や口腔機能の低下は全身の健康と関連があるが、歯科検診の受診率が低いことから、口腔の健康管理の意識向上を図るための環境づくりが必要。特に男性に対し、歯周疾患検診受診につながるような意識づけが必要
<b>課題6</b>	医療費の多くを占める「がん」の早期発見のため、がん検診の受診率向上対策を特定健診とあわせて取り組むことが必要
<b>課題7</b>	薬剤師会と連携を図り、多剤処方による副作用等の有害事象に至らないような対策と多剤処方者への支援体制を構築することが必要

### 第3章 データヘルス計画全体の目的と戦略

#### 1. 計画の目的

- 生活習慣病（特に高血圧、脂質異常症、糖尿病）の発症予防と重症化予防を図ることで「健康寿命の延伸」と「医療費の適正化」を目指します。

#### 2. 目的を達成するための事業

- 健康課題の解決に向けて本計画の目的を達成するために、下記のとおり目標・戦略を定め保健事業を実施します。

目標・戦略	関連する保健事業
<p><b>【目標1】 特定健康診査の受診率を高める</b></p> <p>【戦略】 ○40～50歳代の受診率向上対策を中心におきながら、市民全体が自身の健康意識を高めることができるための啓発や環境づくりに取り組みます。また、未受診者への受診勧奨通知を充実させ受診率の向上を図ります。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 特定健康診査</li> <li>● 特定健康診査受診率向上</li> </ul>
<p><b>【目標2】 特定保健指導の実施率を高め、効果を見出す</b></p> <p>【戦略】 ○特にメタボリックシンドローム該当者・予備群割合の高い男性に対して、特定保健指導の参加促進と終了後も生活習慣改善に向けた取組継続ができるよう保健指導の工夫に取り組みます。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 特定保健指導</li> </ul>
<p><b>【目標3】 「高血圧」「脂質異常症」「糖尿病」の発症予防と重症化を予防</b></p> <p>【戦略】 ○発症予防のためのポピュレーションアプローチの取組を強化します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 健診結果有所見者に対して、医療機関への受診勧奨とともに個々の状況に応じた生活習慣改善のための個別支援の充実を図ります。</li> <li>○ 特に糖尿病は糖尿病性腎症に至らないよう、医療機関との連携を図りながら丁寧な個別支援を行います。</li> <li>○ 切れ目のない生活習慣病重症化予防対策のために、後期高齢者への健康支援と一体的に実施します。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 生活習慣病発症・重症化予防</li> <li>● 糖尿病性腎症・慢性腎臓病（CKD）重症化予防</li> <li>● 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業</li> </ul>
<p><b>【目標4】 口腔の健康管理の意識を高め、歯周疾患検診の受診率を高める</b></p> <p>【戦略】 ○歯科疾患の予防及び重症化予防により、咀嚼良好な状態を維持できるよう、歯周疾患検診の受診率を向上させる取組を実施します。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 歯科保健事業</li> </ul>
<p><b>【目標5】 医療費適正化を推進するため「がん」の早期発見・早期治療につなげる</b></p> <p>【戦略】 ○がん健診受診の啓発を行いながら、受診率を向上させる取組を実施します。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● がん検診等受診勧奨</li> </ul>
<p><b>【目標6】 重複・多剤投薬者を適正受診につなげる</b></p> <p>【戦略】 ○重複・多剤投薬者に対して、市薬剤師会と連携を図りながら取組を促進します。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 適正受診・適正服薬の推進</li> <li>● 後発（ジェネリック）医薬品の普及啓発</li> </ul>

■ 評価指標及び目標値（鹿児島県が設定する共通評価指標）

評価指標		現状値	目標値					
		R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定健康診査実施率		36.4%	40%	44%	48%	52%	56%	60%
特定保健指導実施率		56.2%	57.0%	59.0%	61.0%	63.0%	64.0%	65.0%
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率		22.1%	22.5%	23.0%	23.5%	24.0%	24.5%	25.0%
一人当たり医療費(入院及び外来)		393,751 円	-	-	-	-	-	維持
脳血管疾患の一人当たり医療費		8,020 円	-	-	-	-	-	維持
虚血性心疾患の一人当たり医療費		9,488 円	-	-	-	-	-	維持
腎不全の一人当たり医療費		23,968 円	-	-	-	-	-	維持
特定健康診査受診者のうち	HbA1c8.0%以上の者の割合	1.5%	1.5%	1.4%	1.3%	1.2%	1.1%	1.0%
	HbA1c6.5%以上の者の割合	12.3%	12.0%	11.5%	11.0%	10.5%	10.0%	9.0%
	血圧が受診勧奨値以上の者の割合(160/100以上)	4.6%	4.5%	4.4%	4.3%	4.2%	4.1%	4.0%
	LDLが受診勧奨値以上の者の割合(LDL180以上)	3.5%	3.4%	3.3%	3.2%	3.1%	3.0%	2.9%
糖尿病性腎症重症化予防対象者のうち未受診者や治療中断者の割合		4.3%	4.0%	3.7%	3.4%	3.3%	3.2%	3.0%
被保険者 10 万人あたりの新規透析導入者数		22.5 人	-	-	-	-	-	維持

	指標	分母	分子	根拠データ(市)
1	特定健康診査実施率	特定健康診査、対象者数	特定健康診査、受診者数	法定報告
2	特定保健指導実施率	特定保健指導、対象者数	特定保健指導、受診者数	
3	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少	昨年度の特定保健指導利用者数	今年度は特定保健指導対象でなくなった者の数	特定健康診査データ管理システム
4	HbA1c8.0 以上の者の割合	HbA1cの結果がある者	HbA1c8.0 以上の者	ヘルスサポートラボツール（保健指導実践ツール）
1	一人当たり医療費(入院及び外来)	国保被保険者数	医療費総額	KDB 帳票／健康・医療・介護データからみる地域の健康課題
2	脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全の一人当たり医療費	国保被保険者数	疾病別医療費	KDB 帳票／健康・医療・介護データからみる地域の健康課題／疾病別医療費分析（中分類）
3	HbA1c6.5%以上の者の割合	特定健康診査受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数	HbA1c6.5%以上の者	ヘルスサポートラボツール（保健指導実践ツール）
4	血圧が受診勧奨値以上の者の割合	特定健康診査受診者のうち、血圧の検査結果がある者の数	①、②のいずれかを満たす者 ①収縮期血圧≧160 ②拡張期血圧≧100	
5	LDLが受診勧奨値以上の者の割合	特定健康診査受診者のうち、LDLの検査結果がある者の数	LDL180mg/dl 以上の者	
6	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	特定健康診査受診者数（概算）	糖尿病性腎症重症化予防事業対象者のうち、特定健康診査の結果から糖尿病治療なしの者	
7	被保険者 10 万人あたりの新規人工透析導入者	国保被保険者数	新規人工透析患者数	国保連合会からの提供データを元に算出

## 第4章 第4期特定健康診査等実施計画

### 1. 特定健康診査・特定保健指導の位置づけ

- 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（以下、「特定健診」という。）等実施計画を定めます。
- なお、第1期及び第2期は5年を第1期としていましたが、医療費適正化計画等が6年1期に改正されたことを踏まえ、第3期以降は実施計画も6年1期として策定します。

### 2. 目標値の設定、対象者数及び受診者数（推計）

特定健診及び特定保健指導における目標値、対象者数等の設定は以下のとおりとします。

【図表 4-2】 目標とする特定健診受診率・特定保健指導実施率、対象者数等の推計

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	14,459人	14,059人	13,659人	13,259人	12,859人	12,459人
	受診者数	5,784人	6,186人	6,556人	6,895人	7,201人	7,475人
	受診率	40.0%	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%
特定保健指導	対象者数	642人	687人	728人	765人	799人	830人
	受診者数	366人	405人	444人	482人	511人	540人
	実施率	57.0%	59.0%	61.0%	63.0%	64.0%	65.0%

※特定健診、特定保健指導の対象者数については、国保加入者数の現状から推計値を予測し特定健診対象者率（R4年度：76.3%）、特定保健指導対象者率（R4年度：11.1%）を用いて算出。

### 3. 特定健診の実施方法

#### （1）対象者

鹿屋市国民健康保険に加入する40～74歳（年度末年齢）の被保険者

※ 対象者除外要件

妊産婦（妊娠中または健診実施日に産後1年以内）、入院中の方、介護保険施設及び障がい者福祉施設等に入所している方、寝たきり・歩行困難の方

#### （2）実施期間

毎年6月から翌年度3月まで（実施体制に応じ期間内で個別に設定）

#### （3）実施体制

##### ① 個別健診

- ・ 地域の医師会や個別医療機関に委託し、実施医療機関にて個別に実施します。
- ・ 実施機関の体制に応じて、各種がん検診や肝炎ウイルス検診、骨粗しょう症検診などを同時実施します。

## ② 集団健診

- ・ 市が設置した会場において、健診実施機関への委託により実施します。
- ・ 各種がん検診、肝炎ウイルス検診、骨粗しょう症検診、腹部超音波検診などを同時実施します。
- ・ 特定健診実施機関については、鹿屋市のホームページに掲載します。

## ③ 人間ドックの費用助成によるデータ収集

- ・ 登録医療機関における人間ドック受検に対し費用助成を行い、健診結果のデータ提供を登録医療機関から受けます。

## ④ 医療機関からの情報提供によるデータ収集

- ・ 現に生活習慣病等で治療中の方については、本人の同意のもと、医療機関から血液検査等の結果データ提供を受けることで、特定健診を受診したものとみなすことができます。
- ・ 特定健診の検査項目に該当する結果データは、情報提供票にてその情報を受けとります。
- ・ 鹿児島県医師会または個別医療機関と市町村国保の取りまとめ機関である国民健康保険団体連合会の3者契約により、実施医療機関から個別にデータ提供を受けます。

## ⑤ 職場健診等の受診者データの収集

- ・ 職場健診等、他の法令に基づく健康診査等の受診者については、健康診査結果のデータ提供を求めます。

## (4) 実施項目

「標準的な健診・保健指導プログラム」や「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施にむけた手引き」に沿って以下の通り実施します。

### ① 基本項目

項目	検査内容
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査（質問票）を含む
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	身体診察
身長、体重及び腹囲の検査	
BMIの測定	体重(kg)÷身長(m)の2乗
血圧の測定	
肝機能検査	AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GT
血中脂質検査	空腹時中性脂肪(やむを得ない場合は随時中性脂肪)、HDLコレステロール、LDLコレステロール
血糖検査	空腹時血糖またはHbA1c(ヘモグロビン A1c) やむを得ない場合は随時血糖
尿検査	尿中の糖及び蛋白の有無

② 詳細な健診の項目

項目	実施できる条件
貧血検査(ヘマトクリット値、色素量、赤血球)	I) 貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者 II) その他、医師が必要と判断した者
心電図検査 (12誘導心電図)	I) 該当年度の特定健診の結果等において、収縮期血圧 140 mm Hg 以上もしくは拡張期血圧 90 mm Hg 以上の者又は問診等で不整脈等が疑われる者 II) その他、医師が必要と判断した者
眼底検査	I) 該当年度の特定健診の結果等において、血圧又は血糖が次の基準に該当した者 血圧:収縮期血圧 140 mm Hg 以上又は拡張期血圧 90 mm Hg 以上 血糖:空腹時血糖 126 mg/dl 以上、HbA1c6.5 以上又は随時血糖 126 mg/dl 以上 II) その他、医師が必要と判断した者
血清クレアチニン検査 (eGFRによる腎機能の評価を含む)	I) 該当年度の特定健診の結果等において、血圧又は血糖が次の基準に該当した者 血圧:収縮期血圧 130 mm Hg 以上又は拡張期血圧 85 mm Hg 以上 血糖:空腹時血糖 100 mg/dl 以上、HbA1c5.6 以上又は随時血糖 100 mg/dl 以上 II) その他、医師が必要と判断した者

③ 鹿屋市が①・②に追加して実施する項目

項目	検査内容
尿検査	潜血

## 4. 特定保健指導の実施方法

### (1) 対象者

特定健診を受診し、以下に該当した者

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

(追加リスク)

①血糖	空腹時血糖 100mg/dl 以上または HbA1c5.6 以上かつ血糖を下げる薬やインスリン注射なし
②脂質	空腹時中性脂肪 150mg/dl 以上または随時中性脂肪 175mg/dl 以上または HDL コレステロール 40mg/dl 未満かつコレステロールや中性脂肪を下げる薬なし
③血圧	収縮期血圧 130mmHg 以上または拡張期血圧 85mmHg 以上かつ血圧を下げる薬なし

## (2) 実施時期

毎年4月から翌年度3月まで(通年)

## (3) 実施期間

原則として3～6か月間

※継続支援・評価において、年度を超える場合があります。

## (4) 実施体制

保険者における直接実施または外部委託により実施します。

また、集団健診会場での初回面接や ICT を利用した特定保健指導を一部実施します。

## (5) 実施内容

「標準的な健診・保健指導プログラム」をもとに実施します。

### ① 動機づけ支援

- 初回面接による支援のみの原則 1 回とします。
- 初回面接において生活習慣の改善の行動目標と計画作成を実施し、3 か月経過後に実施評価を行います。

### ② 積極的支援

- 初回面接において生活習慣の改善の行動目標と計画作成を実施し、3 か月以上の継続的な支援を行います。
- 初回面接から実施評価を行うまでの期間は 3 か月以上経過後となります。

## 5. 案内方法・年間スケジュール

案内方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 対象者全員に受診券と情報提供票等を一齐送付します。また、年度途中で鹿屋市国民健康保険に新規加入した方には、別途受診券を送付します。</li> <li>・ 人間ドックの費用助成は申込制とし、年 1 回、希望者の募集を行います。</li> <li>・ ホームページや広報誌、看護師等による訪問や電話による受診勧奨を行います。</li> </ul>	
年間スケジュール	5月	受診券・情報提供票等の一齐送付
	6月～翌年3月	特定健診実施（個別、集団、人間ドック費用助成、情報提供）
	7月～随時	保健指導対象者の抽出、特定保健指導実施
	4月～翌年3月	未受診者対策（事業者健診・医療機関通院者のデータ収集含む）
	2月～3月	次年度健診準備

## 6. 個人情報の保護に関する事項

- 特定健康診査及び特定保健指導の記録の取扱いにあたり、個人情報保護に関して次の事項を遵守し、適切に対応します。
  - (1) 個人情報の取扱いに関しては、「国民健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び鹿屋市の「個人情報保護条例」に基づき、特定健診・特定保健指導のデータ保存・管理体制等について適切に対応します。
  - (2) 特定健診・特定保健指導の実施やデータの管理、分析等を外部機関に委託する場合は、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定め、委託先の契約遵守状況を管理します。
- 守秘義務規定
  - 国民健康保険法（昭和 33 年 12 月 27 日法律第 192 号）
    - 第 120 条の 2 保険者の役員若しくは職員又はこれらの職にあった者が、正当な理由なしに、国民健康保険事業に関して職務上知得した秘密を漏らしたときは、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。
  - 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年 8 月 17 日法律第 80 号）
    - 第 30 条 第 28 条の規定により保険者から特定健康診査等の実施の受けた者（その者が法人である場合にあつては、その役員）若しくはその職員又はこれらの者であった者は、その実施に関して知り得た個人の秘密を正当な理由なく漏らしてはならない。
    - 第 167 条 第 30 条の規定に違反して秘密を漏らした者は、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。
- 特定健診・特定保健指導結果のデータの保存年限は、原則 5 年とします。ただし、被保険者が資格を継続している場合は、この限りではありません。

## 7. 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. 特定健康診受診率向上事業

目標	【目標 1】 特定健康診査の受診率を高め、疾病の早期発見・早期治療を目指す。
目標達成のための戦略	40・50 代の受診率向上対策を中心におきながら、市民全体が自身の健康意識を高めることができるための啓発や環境づくりに取り組みます。また、未受診者への受診勧奨通知を充実させ受診率の向上を図ります。
具体的内容	<p>【対象者】</p> <p>40 歳～74 歳の被保険者（特に 40・50 代）</p> <p>【実施内容】</p> <p>① 自身の健康意識を高めるための健康教育</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 若年層からの生活習慣の結果が高齢期での重症化につながることや、前期高齢者の被保険者の割合が高いことを踏まえ、働く世代を対象に、地域や職域保健と連携し、出前講座等による生活習慣病予防の正しい知識と継続的な健診受診の重要性について普及啓発を図る。</li> </ul> <p>② 地域における普及啓発活動等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 健康づくり推進員、食生活改善推進員、母子保健推進員と連携を図り、地域活動において生活習慣病に関する正しい知識の普及啓発や健診受診の勧奨を実施</li> <li>・ 地域の集まり（サロン等）での健康教育とあわせ、受診勧奨</li> <li>・ 地域活動団体との連携による健診の周知と受診しやすい環境づくり</li> </ul> <p>③ 健診未受診者に対する受診勧奨</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 対象者の特性に合わせた受診勧奨を実施（ナッジ理論を用いた SMS 等）</li> <li>・ 受診勧奨効果が高い 40 歳到達者や新規加入者への個別勧奨を重点的に実施</li> <li>・ 通院中の人も特定健診の受診対象であることを周知するとともに、医療機関との連携を図る。</li> </ul> <p>④ 受診しやすい環境づくり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 休日及び夜間の健診を継続実施する。</li> <li>・ 24 時間健診予約が可能なオンライン予約を継続または拡充する。</li> <li>・ 市の特定健診以外で受けた健診結果を取得することによる「みなし健診」の周知</li> <li>・ 現に生活習慣病等で治療中の人は、本人の同意のもと医療機関から血液検査等の結果データ提供を受けることによる「みなし健診」を推進するため、情報提供票の活用について医療機関への協力勧奨を行う。</li> </ul> <p>⑤ 継続的な健診受診を定着させるためのインセンティブ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自身の健康状態を分かりやすく理解できる「健康年齢通知」を健診受診者に送付</li> <li>・ 健診受診者に対し「高齢者元気度アップ・ポイント」等を付与する。</li> </ul> <p>⑥ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 30 歳以上が利用可能な人間ドック費用助成を継続実施する。</li> <li>・ 特定健診の対象とならない 20・30 代への健診機会を拡充するため郵送型の簡易血液検査を導入し、自身の健康に関心を持つことで将来の健診受診につなげる。</li> </ul>

	評価指標	評価指標の考え方 根拠データ等
アウトカム 指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診受診率（全体）</li> <li>・特定健診受診率（40～64歳）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法定報告、KDB システム、健康保険課集計により受診状況の確認を行う。</li> </ul>
アウトプット 指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新40歳の受診率</li> <li>・新規加入者の受診率</li> <li>・受診機会別（個別、集団、みなし健診）受診者数</li> <li>・前年度受診者のリピート率</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域健康支援システム（健康かるて）、委託事業者報告書により確認を行う。</li> <li>・各受診率 = 年度内受診者数 ÷ 9 月末時点の被保険者数</li> </ul>
プロセス (方法)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康教育の体制、メニューづくり</li> <li>・受診勧奨効果が高い未受診者への受診勧奨実施</li> <li>・医師会または医療機関との受診状況の情報共有</li> <li>・健診受診者へのインセンティブ付与</li> <li>・若年層の健診機会の拡充</li> <li>・薬剤師会との連携による受診勧奨の検討</li> </ul>	
ストラクチャー (実施体制)	<p>(庁内) 健康増進課、高齢福祉課との連携</p> <p>(庁外) 医療機関、医師会、健診委託機関との連携強化</p> <p>国民健康保険団体連合会の継続支援</p> <p>地域活動団体、民間事業者との連携</p>	

■ 評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの、※は共通評価指標）

評価指標	計画策定時 (R4 実績)	目標値					
		R6	R7	R8 (中間)	R9	R10	R11
特定健診受診率 ※	36.5%	40.0%	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%
特定健診受診率 (40～64歳)	27.7%	30.0%	32.0%	34.0%	36.0%	38.0%	40.0%
新40歳受診率	35.2%	40%	43%	45%	47%	49%	50% 以上
前年度受診者のリピー ト率	77.1%	79%	81%	83%	85%	85%	85.0% 以上

## 2. 特定保健指導

目標	【目標2】 特定保健指導の実施率を高め、効果を見出す。
目標達成のための戦略	特にメタボリックシンドローム該当者・予備群割合の高い男性に対して、特定保健指導の参加促進と終了後も生活習慣改善に向けた取組継続ができるよう保健指導の工夫に取り組みます。
具体的内容	<p>【対象者】 特定健診の結果で特定保健指導基準に該当する人（積極的支援、動機付け支援）</p> <p>【実施内容】</p> <p>① 集団健診会場での分割実施（初回面接）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 集団健診受診者のうち、問診項目で血圧・脂質・血糖に関係する服薬がなく、腹囲・BMIの両方またはどちらか、及び血圧が特定保健指導基準に該当する人は、健診当日に初回面接を実施し、生活習慣の改善の早期支援につなげる。</li> </ul> <p>② ICTを活用した特定保健指導</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ IoT対応の健康測定機器（血圧計、体組成計、歩数計など）やウェアラブル端末等を用い、支援対象者の身体の状態を健康管理アプリ等で見える化し、測定結果を踏まえた特定保健指導を行うことで自身の生活習慣変容や健康意識の向上を促すとともに、効率的・効果的な遠隔保健指導の導入について検証を行う。</li> </ul> <p>③ 支援対象者にあわせた保健指導の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 時間や場所を考慮するとともに、集団指導（メタボリックシンドローム改善目的の運動教室）と個別指導が選択できるよう利用しやすい環境づくりを行う。</li> <li>・ 健診結果経年表や高血圧、脂質異常症、糖尿病の重症化予防のための保健指導教材を用いて自分の身体の変化をイメージできる支援を行う。</li> </ul> <p>④ 医療機関との連携による支援</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 受診勧奨判定値の者に対しては、身体のマカニズムを説明し医療機関受診を選択できるように支援を行う。治療開始後の特定保健指導利用希望者は、医療機関と連携を図りながら保健指導を継続する。</li> </ul> <p>⑤ 特定保健指導終了後の支援継続</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 改善された生活習慣が継続するよう訪問や電話等でフォロー支援を行うとともに、継続的な健診受診につながるために健康診査の重要性の周知啓発を行う。</li> </ul>

	評価指標	評価指標の考え方 根拠データ等
アウトカム 指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の腹囲 2 cm 減少、体重 2 kg 減量者割合の増加</li> <li>・特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率</li> <li>・質問票「週 3 回以上就寝前夕食摂取」該当者割合の減少</li> <li>・質問票「食事速度が速い」該当者割合の減少</li> <li>・質問票「飲酒頻度が毎日」該当者割合の減少</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国保連合会提供データ</li> <li>・ヘルスサポートラボツール（保健指導実践ツール）</li> <li>・KDB（質問票の比較）</li> </ul>
アウトプット 指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導実施率</li> <li>・特定保健指導終了率（積極的支援）</li> <li>・特定保健指導終了率（動機付け支援）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法定報告</li> <li>・法定健診データ管理システム 進捗管理帳票</li> </ul>
プロセス (方法)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導の分割実施の体制の拡充</li> <li>・ICT 活用を含め、対象者が利用しやすい環境づくり</li> <li>・保健指導終了者へ取組継続と健診受診継続のための支援</li> </ul>	
ストラクチャー (実施体制)	<ul style="list-style-type: none"> <li>（庁内）健康増進課との連携</li> <li>（庁外）健診委託機関、保健指導委託機関との連携</li> <li>・効果的な教材や関係者で共有しやすい指導記録の整備</li> <li>・特定保健指導実施者の研修</li> </ul>	

■ 評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの、※は共通評価指標）

評価指標	計画策定時 (R4 実績)	目標値					
		R6	R7	R8 (中間)	R9	R10	R11
利用者の腹囲 2cm 減少、 体重 2kg 減量者割合	-	初期値	-	-	-	-	増加
特定保健指導による特定 保健指導対象者の減少率※	22.1%	22.5%	23.0%	23.5%	24.0%	24.5%	25.0%
質問票「週 3 回以上就寝 前夕食摂取」該当者割合	19.2%	18.5%	18.0%	17.5%	17.0%	16.5%	16.0%
質問票「食事速度が速い」 該当者割合	27.0%	26.5%	26.0%	25.5%	25.0%	24.5%	24.0%
質問票「飲酒頻度が毎日」 該当者割合	27.2%	26.5%	26.0%	25.5%	25.0%	24.5%	24.0%
特定保健指導実施率 ※	56.2%	57.0%	59.0%	61.0%	63.0%	64.0%	65.0%
特定保健指導終了率 (積極的支援)	42.1%	43.0%	45.0%	47.0%	48.0%	49.0%	50.0%
特定保健指導終了率 (動機付け支援)	60.3%	65.0%	70.0%	75.0%	80.0%	85.0%	90.0%

### 3. 生活習慣病発症・重症化予防

<p>目標</p>	<p>【目標3】「高血圧」「脂質異常症」「糖尿病」の発症予防と重症化を予防</p>
<p>目標達成のための戦略</p>	<p>○発症予防のためのポピュレーションアプローチの取組を強化します。          ○健診結果有所見者に対して、医療機関への受診勧奨とともに個々の状況に応じた生活習慣改善のための個別支援の充実を図ります。          ○特に糖尿病は糖尿病性腎症に至らないよう、医療機関との連携を図りながら丁寧な個別支援を行います。          ○切れ目のない生活習慣病重症化予防対策のために、後期高齢者への健康支援と一体的に実施します。</p>
<p>具体的内容</p>	<p>【対象者】</p> <p>① ポピュレーションアプローチ          市民（働く世代や職域を中心）</p> <p>② ハイリスクアプローチ          特定健診受診者のうち非肥満型で医療受診勧奨判定値の人</p> <p>【実施内容】</p> <p>生活習慣病の悪化および進行する可能性のある者に対して医療機関への受診勧奨や保健指導等を行うことで、生活習慣病の発症・重症化を予防する。</p> <p>① ポピュレーションアプローチ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保健師、管理栄養士、歯科衛生士、看護師等による健康教育や健康づくりに関する情報提供</li> <li>・ 働く世代や職域（働く世代がんゼロ推進事業健康づくり推進事業者など）に対して、各職域で抱えている健康課題のテーマに応じながら、市の健康課題や若い世代からの健康づくり等を意識した健康教育を行う。</li> <li>・ ホームページ、イベント等で発症予防や健康づくりに関連する情報発信を行う。</li> </ul> <p>② ハイリスクアプローチ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保健師、管理栄養士、健康運動指導士等による保健指導(個別・集団)による支援</li> <li>・ 健診結果から血圧・脂質異常で病院受診勧奨判定値の方に対して、受診勧奨や生活習慣予防のための個別指導・集団指導等の支援を行う。</li> <li>・ 特定健診事後教室(運動教室、血糖コントロール教室)の参加者に対して、受診の状況確認や個別指導を行う。</li> <li>・ 5年以上特定健診を受診していない40・50代または特定健診の対象とならない20・30代のうち、希望する人に郵送型の簡易血液検査を実施し、生活習慣病の予防・重症化予防につなげるとともに、自分の健康状態を知るきっかけとする。</li> </ul>

	評価指標	評価指標の考え方 根拠データ等
アウトカム 指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>一人当たり医療費(入院及び外来)</li> <li>脳血管疾患の一人当たり医療費</li> <li>虚血性心疾患の一人当たり医療費</li> <li>血圧が受診勧奨値以上の者(160/100以上)の割合</li> <li>LDLが受診勧奨値以上(LDL180dl以上)の割合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>KDB 帳票/健康・医療・介護データからみる地域の健康課題/疾病別医療費分析(中分類)</li> <li>ヘルスサポートラボツール(保健指導実践ツール)</li> </ul>
アウトプット 指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>働く世代を対象とした健康教育の実施回数、参加者数</li> <li>医療機関受診勧奨対象者のうち医療機関受診割合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>市が作成する対象者名簿</li> </ul>
プロセス (方法)	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者選定基準の明確化</li> <li>効果的な支援が行えるよう医療機関受診勧奨方法、時期、内容などの見直し</li> <li>医療機関との連携体制づくり</li> <li>実施体制や健康教育などの見直し</li> </ul>	
ストラクチャー (実施体制)	<ul style="list-style-type: none"> <li>(市内)健康増進課との連携</li> <li>(市外)医師会、医療機関、かかりつけ医、委託機関等との連携</li> <li>健診、レセプトデータを活用し情報共有</li> </ul>	

■ 評価指標詳細 (数値目標が設定可能なもの、※は共通評価指標)

評価指標	計画策定時 (R4実績)	目標値					
		R6	R7	R8 (中間)	R9	R10	R11
一人当たり医療費(入院及び外来)の維持※	393,751円	-	-	-	-	-	維持
脳血管疾患の一人当たり医療費の維持※	8,020円	-	-	-	-	-	維持
虚血性心疾患の一人当たり医療費の維持※	9,488円	-	-	-	-	-	維持
血圧が受診勧奨値以上の者(160/100以上)の割合の減少※	4.6%	4.5%	4.4%	4.3%	4.2%	4.1%	4.0%
LDLが受診勧奨値以上の者(LDL180以上)の割合の減少※	3.5%	3.4%	3.3%	3.2%	3.1%	3.0%	2.9%
働く世代を対象とした健康教育の参加者数	9回	20回	30回	50回	50回	50回	50回
働く世代を対象とした健康教育の実施回数	195人	400人	600人	1,000人	1,000人	1,000人	1,000人

#### 4. 糖尿病性腎症・慢性腎臓病（CKD）重症化予防

<p>目標</p>	<p>【目標3】「高血圧」「脂質異常症」「糖尿病」の発症予防と重症化を予防</p>
<p>目標達成のための戦略</p>	<p>糖尿病性腎症の悪化および慢性腎臓病(CKD)に進行する可能性のある者に対して医療機関への受診勧奨や保健指導等を行うことで、糖尿病性腎症の重症化を予防します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○発症予防のためのポピュレーションアプローチの取組を強化します。</li> <li>○健診結果有所見者に対して、医療機関への受診勧奨とともに個々の状況に応じた生活習慣改善のための個別支援の充実を図ります。</li> <li>○特に糖尿病は糖尿病性腎症に至らないよう、医療機関との連携を図りながら丁寧な個別支援を行います。</li> <li>○切れ目のない生活習慣病重症化予防対策のために、後期高齢者への健康支援と一体的に実施します。</li> </ul>
<p>具体的内容</p>	<p>【対象者】</p> <p>①ハイリスクアプローチ対象者</p> <p>〈個別〉 I 特定健診結果が空腹時血糖 126 mg/dl 以上または HbA1c 6.5%以上で未治療者または治療中断者</p> <p>II HbA1c 8.0%以上の治療中の者</p> <p>※HbA1c8.0%の根拠：合併症リスクが上がる数値であり、データヘルス計画の評価項目の数値</p> <p>III HbA1c 10.0%以上の者</p> <p>〈集団〉 特定健診結果が空腹時血糖 126 mg/dl 以上または HbA1c 6.5%以上の者</p> <p>※治療の有無は問わない</p> <p>〈CKD 予防ネットワーク〉 特定健診結果が CKD 診療ガイドライン紹介基準該当者</p> <p>②ポピュレーションアプローチ対象者：特定健診受診者</p> <p>【実施内容】</p> <p>①ハイリスクアプローチ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 個別相談会等を活用した初回面接をハガキ等で案内し、個別支援プログラム（個別）や血糖コントロール教室（集団）の参加促進を行う。</li> <li>・ 個別相談会欠席者に対しては、対象者の状況に合わせた時間や場所を設定し支援を行う。</li> <li>・ 特定健診結果から個人の健診結果経年表や高血圧、脂質異常症、糖尿病の重症化予防のための保健指導教材（ヘルスサポートラボツール教材）を用いて自分の身体の変化をイメージできる支援を行う。</li> <li>・ CKD 予防ネットワーク対象者や受診勧奨判定値で「未治療者」に対しては、早期に医療受診につなげるため、自分の健康状態の将来予測ができるような支援を行う。</li> <li>・ 個別支援プログラム利用者に対しては、主治医の指示書に基づき、訪問や面接による保健指導を行い、個別支援プログラム終了後は、主治医へ保健指導内容を報告する。</li> <li>・ 保健指導に継続して取り組めるよう、糖尿病連携手帳等を活用しながら、医療機関との連携を図る。</li> <li>・ 腎機能の重症化予防対策強化のために、CKD 予防ネットワーク様式を活用した病診連携がより円滑に行われるよう医師会、歯科医師会、薬剤師会等との連携を図る。</li> </ul> <p>②ポピュレーションアプローチ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 発症予防、重症化予防を目的に、受診者全員を対象とした健康教育や地域や職域での健康教育を行う。</li> <li>・ イベントや講演会等で CKD 予防に関連する普及啓発を行う。</li> </ul>

	評価指標	評価指標の考え方 根拠データ等
アウトカム 指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・被保険者 10 万人あたりの新規透析導入者数</li> <li>・特定健診受診者のうち、HbA1c6.5%以上の割合</li> <li>・特定健診受診者のうち、HbA1c が 8.0%以上の割合の減少</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・KDB</li> <li>・ヘルスサポートラボツール</li> </ul>
アウトプット 指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別保健指導実施率</li> <li>・個別支援プログラム実施者のうち、HbA1c 改善者割合</li> <li>・個別支援プログラム利用希望者のうち、医療機関受診者割合</li> <li>・医療受診勧奨者のうち医療機関受診者割合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市が作成する資料</li> <li>・KDB（介入前後比較）を活用し翌年度データを用いる</li> </ul>
プロセス (方法)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者選定基準の明確化</li> <li>・医療機関との連携による支援</li> <li>・効果的な個別支援、集団支援の検討</li> <li>・糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づく支援実施</li> <li>・CKD 予防ネットワークの活用</li> </ul>	
ストラクチャー (実施体制)	<ul style="list-style-type: none"> <li>（庁内）健康増進課との連携</li> <li>（庁外）医師会、医療機関、かかりつけ医、委託機関等との連携</li> <li>・健診、レセプトデータを活用し情報共有</li> </ul>	

■ 評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの、※は共通評価指標）

評価指標	計画策定時 (R4 実績)	目標値					
		R6	R7	R8 (中間)	R9	R10	R11
被保険者 10 万人あたりの新規人工透析患者数の減少 ※	22.5 人	22.1 人	21.7 人	21.3 人	20.9 人	20.5 人	20.0 人
特定健診受診者のうち、HbA1c6.5%以上の者の割合 ※	12.3%	12.0%	11.5%	11.0%	10.5%	10.0%	9.0%
特定健診受診者のうち、HbA1c が 8.0%以上の割合の減少 ※	1.5%	1.5%	1.4%	1.3%	1.2%	1.1%	1.0%
個別保健指導実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
個別支援プログラム実施者のうち、HbA1c の改善者割合	65.7%	66.0%	66.3%	66.5%	67.0%	67.5%	68.0%

## 5. 地域包括ケア推進・一体的実施

目標	【目標3】「高血圧」「脂質異常症」「糖尿病」の発症予防と重症化を予防
目標達成のための戦略	健康増進事業担当課や地域支援事業担当課、関係機関と連携し、後期高齢期への切れ目のない健康支援のために、生活習慣病重症化予防対策をフレイル予防・介護予防を含め一体的に実施します。
具体的内容	<p>【対象者】 概ね65歳以上の被保険者</p> <p>【実施内容】</p> <p>① ポピュレーションアプローチ 発症予防のためのポピュレーションアプローチの取組を強化する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 通いの場における管理栄養士と歯科衛生士によるフレイル予防のための講話</li> <li>・ 高血圧を上手にコントロールするために、内服管理の重要性や家庭血圧測定、記録の必要性を啓発する。</li> <li>・ 健診受診者や健康教育に参加した人へポイントを付与し、高齢期の健康づくりや介護予防につなげる。</li> </ul> <p>② ハイリスクアプローチ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 要介護やフレイルのリスクを持つ高齢者に対して、訪問等による保健指導や関係機関へのつなぎを行う。</li> <li>・ 後期高齢期に移行する健診結果有所見者に対して、関係課との情報連携により切れ目のない健康支援を行う。</li> </ul>

	評価指標	評価指標の考え方 根拠データ等
アウトカム指標	・高齢者の質問票「健康状態リスクなし」の割合	KDB スコアリング(健診)
アウトプット指標	・65歳以上の者への健康教育の実施回数	健康増進課・高齢福祉課・健康保険課実績
プロセス (方法)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診、医療、介護のデータ等の統合的分析により、前期高齢期及び後期高齢期の健康課題の明確化</li> <li>・関係課との健康課題を共有し、啓発のための教材内容検討</li> </ul>	
ストラクチャー (実施体制)	(庁内) 高齢福祉課、健康増進課との連携(定例会実施) (庁外) 地域包括支援センターなどとの連携	

### ■ 評価指標詳細 (数値目標が設定可能なもの)

評価指標	計画策定時 (R4 実績)	目標値					
		R6	R7	R8 (中間)	R9	R10	R11
高齢者の質問票「健康状態リスクなし」の割合	91.9%	92.0%	92.5%	93.0%	93.5%	94.0%	94.5%
65歳以上の者への健康教育の実施回数	55回	60回	65回	70回	75回	80回	85回

余白ページ

## 6. 歯科保健事業

目標	【目標4】 口腔の健康管理の意識を高め、歯周疾患検診の受診率を高める
目標達成のための戦略	歯科疾患の予防及び歯周病の合併により重症化しやすい全身疾患の予防を図り生活の質の向上を図るため、咀嚼良好な状態を維持できるよう、歯周疾患検診の受診率を向上させる取組を実施します。
具体的内容	<p>① 歯周疾患検診</p> <p>【対象者】 20歳、30歳、40歳、50歳、60歳、70歳（年度末年齢）</p> <p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歯科医師会へ委託し個別健診を実施する。</li> <li>・ 要精密検査判定の人（男性の割合が高い）には、健診結果を用いて、歯科衛生士による保健指導を行う。</li> <li>・ 特定健診会場等で歯周疾患検診の普及啓発を行い、受診率向上を図る。</li> <li>・ 特定健診未受診者への受診勧奨とあわせ、歯周疾患検診の受診勧奨を行う。</li> <li>・ 生涯学習講座や高齢者学級など、特に男性が集まる場をとらえて歯周疾患検診の普及啓発を図る。</li> </ul> <p>② 歯の健康に関する普及啓発</p> <p>【対象者】 市民（国保被保険者含む）</p> <p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ライフステージに応じ、口腔の健康管理に関する正しい知識の普及と定期歯科健診（検診）の受診を勧奨する。</li> <li>・ 働く世代をターゲットにした健康教育の場や高齢者の通いの場などを活用し、普及啓発を行う。</li> <li>・ 高齢者に対しては、オーラルフレイル予防を含めた健康教育や後期高齢期の「お口元気 歯ッピー健診」の普及啓発をあわせて行う。</li> </ul>

	評価指標	評価指標の考え方 根拠データ等
アウトカム 指標	・歯科に関連した質問票「かみにくい」該当者割合	・KDB
アウトプット 指標	・歯周疾患健診受診率	・地域保健報告
	・口腔に関する健康教育の実施回数 ・口腔に関する健康教育の参加者数	・健康教育実績
プロセス (方法)	・健診の周知啓発の工夫	
ストラクチャー (実施体制)	(庁内) 健康増進課との連携 (庁外) 歯科医師会への検診委託 民間事業者、学校との連携	

■ 評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時 (R4 実績)	目標値					
		R6	R7	R8 (中間)	R9	R10	R11
歯科に関連した質問票 「かみにくい」該当者割合	21.0%	20.5%	20.0%	19.5%	19.0%	18.5%	18.0%
歯周疾患検診受診率	9.8%	10.5%	11.0%	11.5%	12.0%	12.5%	13.0%
口腔に関する健康教育の 実施回数（成人）	5回	10回	15回	20回	25回	30回	35回
口腔に関する健康教育参 加者数（成人）	67人	150人	230人	300人	380人	450人	530人

## 7. がん検診等受診勧奨

目標	【目標5】「がん」の早期発見・早期治療につなげる																					
目標達成のための戦略	医療費の適正化につなげるため、健康増進課と連携し、がん健診受診の啓発を行いながら、国民健康被保険者のがん検診受診率を向上させる取組を実施します。																					
具体的内容	<p>【対象者】 40歳以上の市民（子宮頸がん検診は20歳以上）</p> <p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定健診受診券の送付の際に、がん検診に関する案内を同封する。</li> <li>・ 特定健診と各種がん検診などを同時に受診できる体制を継続する。（集団・個別）</li> <li>・ 特定健診未受診者への受診勧奨とあわせ、がん検診の受診勧奨を行う。 特に、市国保における医療費割合が高い「肺がん」、死因割合が高い「大腸がん」の検診受診の勧奨を強化する。</li> <li>・ がん検診未受診者にはハガキにより受診勧奨を行う。</li> <li>・ 健康カレンダーを全戸に配布し、がん検診をはじめとする各種健診の周知を図る。</li> <li>・ 精密検査対象になった人へは、保健師等による医療受診の勧奨を実施する。</li> <li>・ 骨折の基礎疾患である「骨粗しょう症検診」についても、特定健診受診勧奨とあわせて行う。</li> </ul> <p>※ 「骨折」は後期高齢期の入院医療費に占める割合が最も高く、また、介護が必要になった主な要因となっているため、早期発見によりそのリスクを低減する。</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th>検診名</th> <th>実施方法</th> <th>実施期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>胃がん検診</td> <td>集団</td> <td>5月～11月</td> </tr> <tr> <td>大腸がん検診</td> <td>集団</td> <td>5月～11月</td> </tr> <tr> <td>肺がん検診</td> <td>集団</td> <td>5月～11月</td> </tr> <tr> <td>乳がん検診</td> <td>集団・個別</td> <td>6月～2月（集団12月まで）</td> </tr> <tr> <td>子宮頸がん検診</td> <td>集団・個別</td> <td>6月～2月（個別1月まで）</td> </tr> <tr> <td>骨粗しょう症検診</td> <td>集団・個別</td> <td>6月～12月</td> </tr> </tbody> </table>	検診名	実施方法	実施期間	胃がん検診	集団	5月～11月	大腸がん検診	集団	5月～11月	肺がん検診	集団	5月～11月	乳がん検診	集団・個別	6月～2月（集団12月まで）	子宮頸がん検診	集団・個別	6月～2月（個別1月まで）	骨粗しょう症検診	集団・個別	6月～12月
検診名	実施方法	実施期間																				
胃がん検診	集団	5月～11月																				
大腸がん検診	集団	5月～11月																				
肺がん検診	集団	5月～11月																				
乳がん検診	集団・個別	6月～2月（集団12月まで）																				
子宮頸がん検診	集団・個別	6月～2月（個別1月まで）																				
骨粗しょう症検診	集団・個別	6月～12月																				

	評価指標	評価指標の考え方 根拠データ等
アウトカム 指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 精密検診受診率</li> <li>・ がんの一人当たり医療費</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域保健報告(翌年度分)</li> <li>・ KDB 帳票「集団の疾患特徴の把握」厚生労働省様式 1-1 より高額になる疾患(80万円以上レセプト)</li> <li>・ KDB 帳票「地域の全体像の把握」</li> </ul>
アウトプット 指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 国保被保険者の「肺がん」「大腸がん」の検診受診率</li> <li>・ 乳がん・子宮頸がんの検診受診率（市全体）</li> <li>・ 5がん検診受診率(胃がん・大腸がん・肺がん・乳がん・子宮頸がんの平均受診率)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 市健康保険課にて確認（健康かるてより抽出）</li> </ul>
プロセス (方法)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 未受診者への受診勧奨方法、勧奨時期などの検討</li> <li>・ 薬剤師会との連携による受診勧奨の検討</li> </ul>	
ストラクチャー (実施体制)	(庁内) 健康増進課との連携 (庁外) 健(検)診委託機関、薬剤師会との連携	

■評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標		計画策定時 (R4 実績)	目標値					
			R6	R7	R8 (中間)	R9	R10	R11
精密検査受診率	肺がん	90.5%	－	－	－	－	－	90.0% 以上の維持
	大腸がん	70.1%	74.0%	77.0%	80.0%	83.0%	86.0%	90.0%
	胃がん	88.9%	89.0%	89.2%	89.4%	89.6%	89.8%	90.0%
	乳がん	97.2%	－	－	－	－	－	90.0% 以上の維持
	子宮頸がん	85.4%	86.0%	86.8%	87.6%	88.4%	89.2%	90.0%
がんの一人当たり医療費		62,966 円	－	－	－	－	－	維持
市国保の肺がん検診受診率		19.0%	20.0%	22.0%	24.0%	26.0%	28.0%	30.0%
市国保の大腸がん検診受診率		15.9%	18.5%	21.0%	23.5%	25.0%	27.5%	30.0%
市国保の胃がん検診受診率		9.4%	11.0%	13.0%	15.0%	17.0%	19.0%	20.0%
5 がん検診受診率		11.3%	12.5%	13.0%	13.5%	14.0%	14.5%	15.0%

## 8. 適正受診・適正服薬の推進

目標	【目標6】 重複・多剤投薬者を適正受診につなげる
目標達成のための戦略	市薬剤師会と連携を図りながら、重複・多剤投薬者等に対し支援を推進する。
具体的内容	<p>【対象者】</p> <p>国保被保険者で「重複投薬」「多剤投与」「重複受診」「頻回受診」の基準該当者          ※基準は保険者で設定したもの</p> <p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「重複投薬」「多剤投与」については、支援対象者の基準や支援方法の仕組み等を薬剤師会と連携し構築する。</li> <li>・適正服薬（ポリファーマシー、セルフメディケーション等）に関する情報を広報やホームページ等にて掲載し、普及啓発を図る。</li> <li>・「重複受診」「頻回受診」の基準該当者は、受診状況を確認し看護師等による適正受診に向けた支援を行う。</li> </ul>

	評価指標	評価指標の考え方 根拠データ等
アウトカム 指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重複・多受診者に対する指導後の改善割合</li> <li>・重複・多剤投薬者に対する指導後の改善割合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援介入前後の改善状況を確認する。</li> <li>・「重複・多剤投薬者に対する指導後の改善割合」は、R8 中間評価で設定する。</li> </ul>
アウトプット 指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通知・訪問・電話などの実施数</li> <li>・対象者数、保健指導数、割合などの実績</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康保険課で該当基準を設定する。</li> </ul>
プロセス (方法)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・お薬手帳、ポリファーマシー等に関する普及啓発の実施</li> <li>・支援対象者選定基準の明確化及び見直し</li> <li>・勧奨方法、時期、内容などの見直し</li> <li>・通知媒体や普及啓発内容の工夫</li> <li>・効果検証の実施</li> </ul>	
ストラクチャー (実施体制)	(庁外) 医師会、薬剤師会等との連携	

### ■ 評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時 (R4 実績)	目標値					
		R6	R7	R8 (中間)	R9	R10	R11
重複・多受診者に対する指導後の改善割合	30.4%	34.0%	37.0%	40.0%	43.0%	46.0%	50.0%
重複・多剤投薬者に対する指導後の改善割合	-	-	-	初期値	-	-	-

## 9. 後発（ジェネリック）医薬品の普及啓発

目的	医療費適正化の推進のため、差額通知及び普及啓発により、後発（ジェネリック）医薬品の利用を促進する。
具体的内容	<p>【対象者】 先発医薬品からジェネリック医薬品に変更した場合、切り替えの効果額が高く見込まれる者</p> <p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 国保連合会作成の差額通知(はがき)を送付し、必要に応じて個別支援を行う。</li> <li>・ 新規国保加入者への配布パンフレットや市ホームページにジェネリック医薬品に関する情報を掲載し、普及啓発を行う。</li> </ul>

	評価指標	評価指標の考え方 根拠データ等
アウトカム 指標	・後発（ジェネリック）医薬品の使用割合	支援介入前後の改善状況を確認する。
アウトプット 指標	・差額通知数	・発送件数
プロセス (方法)	・差額通知対象者の基準見直し ・差額通知による切替状況の把握等の効果検証	
ストラクチャー (実施体制)	・後発（ジェネリック）医薬品の使用状況、事業の評価等のデータ分析を実施できる体制	

### ■ 評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時 (R4 実績)	目標値					
		R6	R7	R8 (中間)	R9	R10	R11
後発（ジェネリック）医薬品の使用割合	84.9%	85% 以上					85% 以上

## 10. 健康教育・健康相談

<p>目標</p>	<p>【目標 1～目標 5 全てに関連】</p> <p>がんや生活習慣病予防の基礎知識、口腔の健康管理やその他の健康管理に関する栄養、運動、休養についての正しい知識の普及を図ることにより、健康意識の向上及び健康の保持増進に資することを目的とする。</p>
<p>目標達成のための戦略</p>	<p>目標 1～目標 5 全てに関連</p>
<p>具体的内容</p>	<p>【対象者】</p> <p>市民（国保被保険者を含む）</p> <p>【実施内容】</p> <p>① 健康教育</p> <p>I 次世代・働く世代をターゲットとした健康教育を以下の場などを活用し実施</p> <p>○ 市の健康課題を踏まえ、「高血圧」「脂質異常症」「糖尿病」の発症予防のための生活習慣に関する知識、全身の健康状態に関連の深い口腔の健康管理に関する知識の健康教育を行う。また、定期的ながん検診受診や特定健診の受診が生活習慣病重症化予防や医療費適正化につながることから、継続的な健診（検診）受診の重要性について普及を図る。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 「妊婦から乳幼児」を対象とした教室や健診</li> <li>● 「次世代」を対象とした歯科保健教室やエイズ予防教室</li> <li>● 「働く世代」を対象とした             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 30 歳代健診の会場や事後教室</li> <li>・ 学校保健委員会やがんゼロ事業所等での出前講座</li> <li>・ 健康増進課が実施している運動教室</li> <li>・ 健診受診後の個別相談会とあわせた健康教育</li> </ul> </li> <li>● 地域活動による普及啓発につなげるため、健康づくり推進員、食生活改善推進員、母子保健推進員を対象とした研修会</li> </ul> <p>II 切れ目のない健康支援のために、高齢者に対してフレイル予防を含めた健康教育を以下の場などを活用し実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 運動サロン、お茶のみサロンの通いの場</li> <li>・ 高齢者大学</li> </ul> <p>② 健康相談</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 妊婦健診結果要フォロー者は、将来的な生活習慣病につながらないよう生活習慣改善のための支援を行う。</li> <li>・ 健康診査受診後の個別相談会では、個人の健診結果経年表や高血圧、脂質異常症、糖尿病の重症化予防のための保健指導教材を用いて、自分の身体の変化をイメージできる支援を行う。</li> </ul>

	評価指標	評価指標の考え方 根拠データ等
アウトカム 指標	30 歳代健診受診者のうち ・「肥満」の保健指導判定値者の割合 ・「血圧」の保健指導判定値者の割合 ・「脂質」の保健指導判定値者の割合 ・「血糖または HbA1c」の保健指導判定値者の割合	・30 歳代健診結果データ ・人間ドック費用助成対象者の結果データ
アウトプット 指標	・働く世代を対象とした健康教育の実施回数 ・働く世代を対象とした健康教育の参加者数	・健康増進課実績
プロセス (方法)	・働く世代に対する健康教育の周知 ・医療専門多職種が連携し実施する体制づくり	
ストラクチャー (実施体制)	(庁内) 健康増進課、教育委員会、各事業・産業部門との連携 (庁外) 民間事業者、学校等との連携	

■ 評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標		計画策定時 (R4 実績)	目標値					
			R6	R7	R8 (中間)	R9	R10	R11
30 歳代 健診 受診 者の うち	「肥満」の保健指導判定値者の割合	21.7%	21.0%	20.0%	19.0%	18.0%	17.0%	16.0%
	「血圧」の保健指導判定値者の割合	7.5%	7.0%	6.5%	6.0%	5.5%	5.0%	4.5%
	「脂質」の保健指導判定値者の割合	9.3%	9.0%	8.5%	8.0%	7.5%	7.0%	6.5%
	「血糖または HbA1c」の保健指導判定値者の割合	18.0%	17.5%	17.0%	16.5%	16.0%	15.5%	15.0%
働く世代を対象とした健康教育の実施回数		9 回	20 回	30 回	50 回	50 回	50 回	50 回
働く世代を対象とした健康教育の参加者数		195 人	400 人	600 人	1,000 人	1,000 人	1,000 人	1,000 人

## 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。
- 健康保険課において評価と見直しを検討・審議し、国保運営協議会へ報告を行います。
- 評価と見直しに当たっては、庁内の関連他課、医療関係者（医師会等）、国保連合会（保健事業支援・評価委員会含む）、鹿児島県・保健所等からの意見や助言をもらいます。

### 2. 計画全体の評価と見直し

- 計画全体の評価として、以下の指標を経年的に把握し、必要に応じて計画全体及び個別保健事業の見直しを行います。

ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム
<ul style="list-style-type: none"><li>・計画を策定するために十分な人員や予算が確保</li><li>・事業運営委員会などを設置する等、関係者との連携</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・健診・医療・介護データ、その他の統計資料、日頃の活動の中で収集した質的情報等のデータに基づいて現状分析を実施</li><li>・現状分析を踏まえたうえで、課題抽出、事業選択</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・重症化予防事業の実施の有無を含め、データヘルス計画に記載した保健事業をどの程度実施したか</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・健康寿命が何年延長したか</li><li>・医療費（総、傷病別）一人あたり（特に生活習慣病に焦点を当てる）</li><li>・データヘルス計画の目的・目標に達することができたか</li></ul>

## 第7章 その他

### 1. 計画の公表・周知

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

### 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、庁内等での利用及び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）」を参照しています。
- 計画の策定支援業務を外部事業者へ委託し、健診結果やレセプトデータ等を当該事業者へ渡す場合には、個人データの盗難・紛失を防ぐための安全管理措置等に留意して委託仕様等を作成するとともに、委託先において安全管理措置等が適切に講じられるよう、必要かつ適切な管理、監督するなど万全の対策を講じています。

**第 3 期 鹿屋市国民健康保険データヘルス計画  
第 4 期 特定健康診査等実施計画**

令和 6 年 3 月 発行

編集・発行 鹿屋市 健康保険課  
住 所 〒893-8501 鹿児島県鹿屋市共栄町 20 番 1 号  
電 話 0994-43-2111 (代表)