

いちき串木野市国民健康保険
第3期保健事業実施計画(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年度～令和11年度



令和6年3月
いちき串木野市

目次

第1章 基本的事項	1
1. 計画の背景	1
2. 計画の目的	2
3. 計画の位置付け	3
4. 計画期間	3
5. 実施体制・関係者連携	4
第2章 現状の整理	5
1. いちき串木野市の特性	5
(1) 基本情報	5
(2) 被保険者の年齢構成・性別	6
2. 前期計画の見直し	7
3. 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出	12
(1) 平均余命と健康寿命	12
(2) 死亡の状況	14
(3) 特定健診	17
(4) 医療	28
(5) 介護	31
(6) その他	32
4. 健康課題の整理	33
第3章 データヘルス計画の取組	35
1. 計画の目指す姿	35
2. 取組を行う保健事業	35
第4章 第4期特定健康診査等実施計画	37
1. 特定健康診査	37
2. 特定保健指導	39
第5章 個別保健事業	41
1. 糖尿病性腎症重症化予防事業	41
2. 重症化予防・受診勧奨事業	43
3. 適正受診・適正服薬事業(ジェネリック医薬品促進含む)	45
4. がん検診事業	47

5. 歯周病検診事業	49
6. 健康インセンティブ・健康づくり事業	51
第6章 評価と見直し	53
1. 評価と見直しの方法	53
2. 計画全体の評価と見直し	53
3. 保健事業の評価と見直し	54
4. 計画の公表・周知	55
5. 個人情報の取り扱い	55
第7章 その他の留意事項	56
1. 地域包括ケアの推進	56
2. 保険者努力支援制度への対応	56
第8章 資料	57
1. 特定健診(高齢者医療確保法)の項目と労働安全衛生法・ 学校保健安全法との比較	57

第1章 基本的事項

1. 計画の背景

平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略^{※1}」において、「全ての健康保険組合に対し、診療報酬明細書(以下「レセプト」という。)等のデータの分析、それに基づく被保険者加入者の健康の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月に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308号)において、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル^{※2}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。

その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)^{※3}」において、データヘルス計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革行程表2022^{※4}」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組や評価指標の設定の推進が進められています。

いちき串木野市においては、このような国の動きや本市の課題等を踏まえ、保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づいて、「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。

※1 日本再興戦略:我が国の経済再生に向けて、産業基盤の強化、医療・エネルギー等の市場創出、国際経済連携の推進や海外市場の獲得等を掲げた成長戦略のこと

※2 PDCA サイクル:P(計画)→D(実施)→C(評価)→A(改善)を繰り返し行うこと

※3 経済財政運営と改革の基本方針:政府の経済財政政策に関する基本的な方針を示すとともに、経済、財政、行政、社会などの分野における改革の重要性とその方向性を示すもの

※4 新経済・財政再生計画改革行程表:新経済・財政再生計画に掲げられた主要分野ごとの重要課題への対応とKPI(重要業績評価指標)、それぞれの政策目標とのつながりを明示することにより、目指す成果への道筋を示すもの

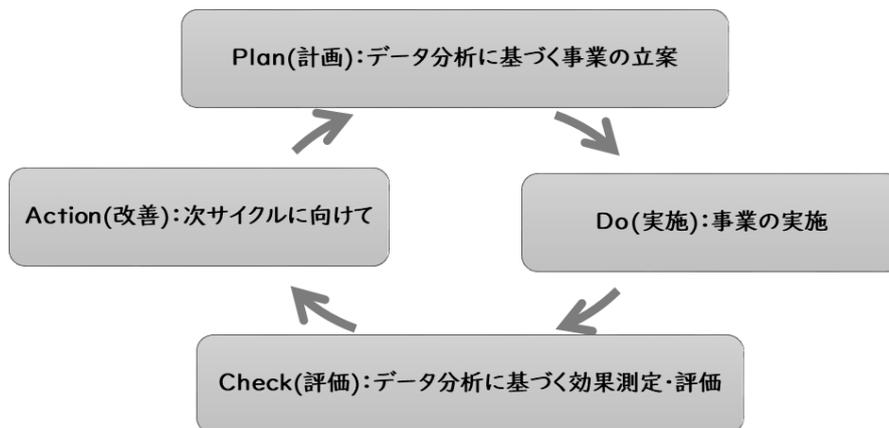
2. 計画の目的

本計画は、特定健康診査・特定保健指導の結果、レセプト及び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、健康寿命の延伸及び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。

いちき串木野市では、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の保持増進を図ることを目的に平成27年度に「データヘルス計画(第1期計画)」を策定しました。平成30年3月には、第1期計画の評価・見直しを実施し、「データヘルス計画(第2期計画)」を策定し、保健事業の実施・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。

第4期特定健診等実施計画は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づいて実施する保健事業の中核をなす特定健康診査・特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであり、データヘルス計画の内容と重複する部分が多いことから、「第3期データヘルス計画」の一部として位置付け、一体的に策定し、運用します。

■PDCAサイクルに沿ったデータヘルス計画策定



3. 計画の位置付け

本計画の策定にあたっては、健康増進法に基づく「21世紀における第3次国民健康づくり運動」に示された基本方針を踏まえるとともに、「鹿児島県医療費適正化計画」や「いちき串木野市第2次総合計画」、「第2次いちき串木野市健康増進計画」などの関連計画との整合性を図るものとします。

関連する計画	関係性
鹿児島県医療費適正化計画	データヘルス計画は、都道府県が策定する医療費適正化計画に基づき、市町村国保において医療費適正化等を共通の目的に策定するものである。
いちき串木野市第2次総合計画	総合計画は自治体の最も上位計画であるため、適宜、整合性を図る必要がある。
第2次いちき串木野市健康増進計画	健康増進計画は、都道府県に策定義務が、市町村に策定努力義務がある。健康づくりに関連して、指標や目標値が共通する点もあり、関連する事業（がん検診、歯周病検診、保健指導、健康教育、健康相談など）が含まれている。
いちき串木野市第4期特定健康診査等実施計画	特定健診等実施計画は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づいて実施する保健事業の中核をなす特定健康診査・特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであり、データヘルス計画の内容と重複する部分が多いことから、一体的に策定する。
いちき串木野市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画	都道府県は介護保険事業支援計画を、市町村は介護保険事業計画を策定する義務がある。地域包括ケアや高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の事業が共通する場合は、連携の必要がある。

4. 計画期間

計画期間については、保健事業の実施等に関する指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の健康医療関係者の法定計画との整合性を考慮するとしており、鹿児島県における医療費適正化計画等が、令和6年度(2024年度)から令和11年度(2029年度)までを次期計画期間としているので、これらとの整合性を図る観点から、令和6年度から令和11年度の6年間とします。

また、令和8年度(2026年度)に中間評価、令和11年度(2029年度)に最終評価を実施することとします。なお、今後の国の法改正や指針の見直し、社会情勢等の変化、計画目標の達成状況を考慮し、必要に合わせて計画の見直し等を行うものとします。

■ 計画期間

年度	令和6	令和7	令和8	令和9	令和10	令和11
	2024	2025	2026	2027	2028	2029
計画	第3期データヘルス計画					
	第4期特定健康診査等実施計画					
			中間評価			最終評価

5. 実施体制・関係者連携

計画は、健康増進課保険給付係が実施主体となり、下表のとおり長寿介護課、市医師会、鹿児島県や保健所、鹿児島県国民健康保険団体連合会(保健事業支援・評価委員会)など関係機関と連携強化を図り、効果的かつ効率的な事業を推進します。

■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	健康増進課 保険給付係	<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 ・ 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
庁内連携		<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施等での連携
	健康増進課 健康増進係	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健康増進計画との調整 ・ 特定健診、特定保健指導、健康教育等での連携と役割分担 ・ データや分析結果の共有
	長寿介護課	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険事業計画との調整 ・ 地域包括ケア等での連携と役割分担 ・ データや分析結果の共有
行政	鹿児島県 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・助言等の技術的な支援、情報提供等 ・ 都道府県関係課あるいは他の保険者との意見交換の場の設定 ・ 現状分析のために都道府県が保有するデータの提供
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"> ・ 計画策定、評価・見直し等への助言 ・ 特定健診、特定保健指導への協力 ・ 日常的な意見交換や情報提供
保険関係機関	後期高齢者 医療広域連合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括ケア・一体的実施での協力 ・ データや分析結果の共有、国保から後期高齢者医療のデータ突合の推進
	国民健康保険 団体連合会	<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
	保険者協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 他の市町村国保、国保組合、被用者保険と特定健診・医療情報やその分析結果、健康課題、保健事業の実施状況等を共有 ・ 保険者間で連携した保健事業の展開
被保険者	—	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域組織等を含む被保険者との意見交換や情報提供 ・ 国保運営協議会等への参画 ・ 特定健診の受診勧奨や特定保健指導の利用勧奨等への協力

第2章 現状の整理

1. いちき串木野市の特性

(1) 基本情報

鹿児島県薩摩半島の北西部、日本三大砂丘の一つである吹上浜の北端に位置し、北西の季節風を遮る地形と東シナ海の暖流の影響を受けて、温暖な気候に恵まれています。

令和2年度の国勢調査において、人口は27,444人、高齢化率は37.1%です。

被保険者の平均年齢は、58.5歳です。

高齢者の割合及び被保険者の平均年齢は、国・県・同規模と比較して高い状況です。

出生率(人口千対)は、同規模より高い状況です。

死亡率(人口千対)は、国・県・同規模と比較して高い状況です。

6つの医療機関、27の診療所があり、これはいずれも県・同規模と比較しても多く、同規模よりも病床数も多いことから、医療資源に恵まれている一方で、外来患者数及び入院患者数も県・同規模と比較して高い状況にあります。

■国・県・同規模と比較した本市の特性(令和2年度国勢調査)

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)
いちき串木野市	27,444	37.1	5,458 (19.9)	58.5	5.9	15.4
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1
県	--	32.8	23.1	54.8	7.5	13.9
同規模	--	36.2	22.4	56.1	5.5	15.1

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

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、いちき串木野市と同規模保険者(280市町村)の平均値を表す

■医療の状況

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		参考(R4)	
	実数	割合	県	同規模								
病院数	6	1.0	6	1.0	6	1.0	6	1.1	6	1.1	0.7	0.4
診療所数	28	4.5	28	4.6	29	4.9	26	4.6	27	4.9	3.8	3.5
病床数	421	67.3	421	69.8	421	71.0	421	73.8	421	77.1	90.2	67.7
医師数	58	9.3	58	9.6	58	9.8	58	10.2	56	10.3	13.0	9.7
外来患者数	813.3		827.5		786.5		817.0		839.5		755.6	728.3
入院患者数	40.9		42.6		42.9		44.4		44.6		30.3	23.6

出典:KDBシステム_地域の全体像の把握

※割合は人口千対

(2) 被保険者の年齢構成・性別

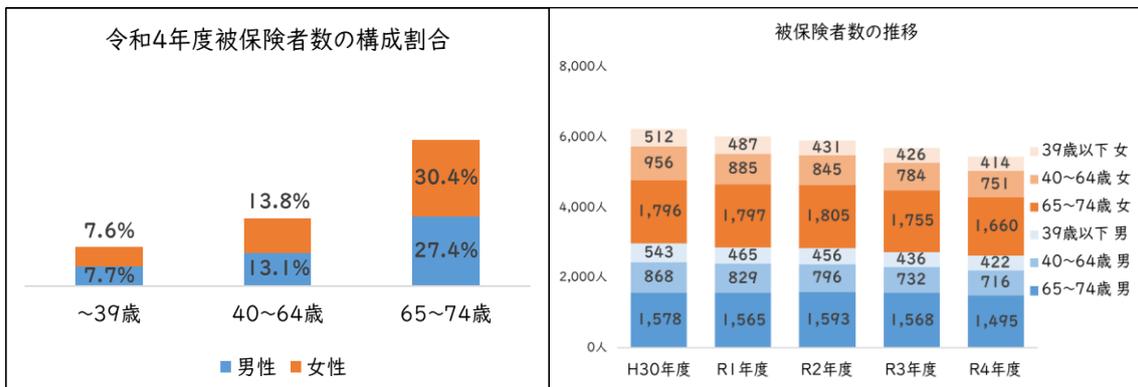
国民健康保険の加入率は、令和4年度で本市の人口全体の19.9%となっており、平成30年度と比較すると減少傾向にあります。

年齢階級別で見ると、65歳以上が全体の57.8%を占めており、平成30年度と加入率を比較すると増加傾向にあります。

■被保険者数の推移(年齢階級別・性別)

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		
	実数	割合									
被保険者数	6,253		6,028		5,926		5,701		5,458		
65~74歳	男	1,578	25.2%	1,565	26.0%	1,593	26.9%	1,568	27.5%	1,495	27.4%
	女	1,796	28.7%	1,797	29.8%	1,805	30.5%	1,755	30.8%	1,660	30.4%
	計	3,374	53.9%	3,362	55.8%	3,398	57.3%	3,323	58.3%	3,155	57.8%
40~64歳	男	868	13.9%	829	13.8%	796	13.4%	732	12.8%	716	13.1%
	女	956	15.3%	885	14.7%	845	14.3%	784	13.8%	751	13.8%
	計	1,824	29.2%	1,714	28.4%	1,641	27.7%	1,516	26.6%	1,467	26.9%
39歳以下	男	543	8.7%	465	7.7%	456	7.7%	436	7.6%	422	7.7%
	女	512	8.2%	487	8.1%	431	7.3%	426	7.5%	414	7.6%
	計	1,055	16.9%	952	15.8%	887	15.0%	862	15.1%	836	15.3%
加入率	21.4%		20.6%		20.2%		19.5%		19.9%		

出典：KDBシステム_人口及び被保険者の状況[
健診・医療・介護データからみる地域の健康課題



2. 前期計画の見直し

本市では、国保加入者の「健康寿命の延伸・QOLの向上」と「医療費の適正化」に向けて、第2期データヘルス計画に則して、下記のとおり「達成すべき目的」ごとに「課題を解決するための目標」を立て、各保健事業に取り組みました。

「健康寿命の延伸・QOLの向上」、「医療費の適正化」



	達成すべき目的	課題を解決するための目標
中長期目標	適正受診を促進し、重症化して入院する患者を減らす。	<ul style="list-style-type: none"> 入院医療費の伸び率を県並みにする。 必要な医療勧奨を行い、入院外医療費を県並みに伸ばす。
	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する。	<ul style="list-style-type: none"> 脳血管疾患の総医療費に占める割合：R1年(2.38%)並み 虚血性心疾患の総医療費に占める割合：R1年(1.74%)並み 糖尿病性腎症による新規透析導入者数：1人/年以下
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"> メタボリックシンドローム予備群の割合 メタボリックシンドローム予備群の減少率：25%(対20年度比) 特定保健指導対象者の割合 特定保健指導対象者の減少率：25%(対20年度比) 健診受診者の高血圧(160/100mmHg以上)の割合：1.3% 健診受診者の脂質異常者(LDL160mg/dl以上)の割合：11.4% 健診受診者の糖尿病有病者の割合：17.2% 健診受診者のHbA1c8.0%以上で未治療者の割合：0.44% 糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合：10% 糖尿病の保健指導を実施した割合増加：40% 糖尿病性腎症の保健指導対象者をアウトカム評価した割合：75% 特定保健指導対象者の喫煙者への普及啓発：100%
	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向上により、重症化予防対象者を減らす。	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診受診率 H30～R2:61% R3～R5:62% 特定保健指導実施率:60%以上

	達成すべき目的	課題を解決するための目標
短期目標	がんの早期発見、早期治療	・ 各がん検診受診率を上昇させる。 胃がん検診:50%以上、肺がん検診:50%以上 大腸がん検診:50%以上、子宮がん検診:50%以上 乳がん検診:50%以上
	歯科検診(歯周病検診)受診率を向上し、関連疾患を予防する。	・ 歯科検診(歯周病検診含む)の受診率:11.9%
	自己の健康に関心を持つ住民が増える。	・ 健康ポイントの取組を行う実施者の割合:11.1%
	後発(ジェネリック)医薬品の使用による医療費の削減	・ 後発(ジェネリック)医薬品の使用割合:85%以上

「課題を解決するための目標」を達成するために、第2期計画では、下記のとおり保健事業を実施し、下記の表の「評価判定区分」により、課題を解決するための目標を評価しました。

■評価判定区分と目標値の達成状況

評価区分	評価基準	結果	評価区分割合
A	目標に達成した	9	33.3%
B	目標に達成していないが、改善傾向にある	3	11.1%
C	変わらない	0	0%
D	悪化した	15	55.6%
計		27	100.0%

■中長期目標

健康寿命		実績		目標値	最終評価
		H30	R4		
平均自立期間 (要介護2以上)	男性	78.6歳	80.1歳	延伸	A
	女性	83.9歳	84.5歳	延伸	A

出典:KDBシステム_地域の全体像の把握

課題を解決するための目標	実績		目標値	最終評価
	中間評価 R1	最終評価 R4		
入院医療費の伸び率(月平均)	17.4%	29.1%	18.8%	D
必要な医療勧奨を行い入院外医療費を伸ばす	6.9%	14.8%	17.0%	B

出典:KDBシステム_地域の全体像の把握

■中長期・短期目標

事業名	指標	実績					目標値	評価
		H30	R1	R2	R3	R4		
1. 特定健診・ 特定保健指導	特定健診受診率	62.3%	60.9%	58.5%	58.1%	56.1%	62%	D
	特定保健指導実施率	52.8%	71.5%	66.8%	68.5%	63.7%	60%	A
	メタボリックシンドローム・予備群の割合	30.4%	32.9%	33.0%	32.1%	33.3%		D
	メタボリックシンドローム・予備群の減少率(対20年度比)※1	3.1%	-6.6%	-5.6%	-2.0%	-5.3%	25%	
	特定保健指導対象者の割合	9.8%	9.6%	10.2%	8.7%	9.5%		A
	特定保健指導対象者の減少率(対20年度比)※2	31.2%	29.7%	27.1%	35.6%	31.9%	25%	
2. 糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病性腎症による新規透析導入者数の減少		1			1.4	1人/年	D
	健診受診者の糖尿病有病者の割合	15.7%	17.2%	17.2%	16.8%	17.4%	17.2%	D
	健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合	0.39%	0.44%	0.40%	0.40%	0.32%	0.44%	A
	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	34.1%	23.7%	53.4%	21.4%	30.2%	10.0%	A
	糖尿病の保健指導を実施した割合	40.4%	58.9%	35.8%	17.5%	22.5%	40.0%	D
	糖尿病性腎症の保健指導対象者をアウトカム評価した割合	—	—	75.0%	80.0%	50.0%	75.0%	D
3. 重症化予防・ 受診勧奨事業	脳血管疾患の総医療費に占める割合		2.38%			2.56%	2.38%	D
	虚血性心疾患の総医療費に占める割合		1.74%			1.83%	1.74%	D
	健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100mm以上)	4.2%	3.4%	3.8%	3.8%	3.4%	2.5%	B
	健診受診者の脂質異常者の割合の割合(LDL160mg/dl以上)	10.2%	11.4%	9.6%	10.0%	10.1%	11.4%	A
	特定保健指導対象者の喫煙者への普及啓発	50.0%	62.1%	57.1%	50.0%	66.7%	100%	B
4. がん検診事業	胃がん検診受診率(40歳～69歳)	8.2%	8.1%	6.6%	6.0%	5.8%	50.0%	D
	肺がん検診受診率(40歳～69歳)	12.4%	12.2%	10.9%	9.6%	9.4%	50.0%	D
	大腸がん検診受診率(40歳～69歳)	14.4%	15.6%	13.9%	12.1%	11.8%	50.0%	D
	子宮がん検診受診率(20歳～69歳)	18.5%	17.9%	16.4%	14.9%	14.9%	50.0%	D
	乳がん検診受診率(40歳～69歳)	26.2%	27.0%	24.9%	22.6%	22.3%	50.0%	D
5. 歯周病検診事業	歯周病検診の受診率	10.7%	11.9%	12.4%	5.0%	4.7%	11.9%	D
6. インセンティブ・ 健康づくり事業	健康ポイントの取組を行う実施者の割合	10.6%	11.1%	9.7%	13.7%	11.1%	11.1%	A
7. 適正受診・ 適正服薬事業	後発(ジェネリック)医薬品の使用割合	81.3%	81.4%	85.1%	86.0%	86.1%	85.0%	A

出典：健康増進課 KDBシステム 地域保健報告 厚生労働省

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

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

個別の保健事業については、事業計画策定(Plan)、指導の実施(Do)、効果の測定(Check)、次年度に向けた改善(Action)を1サイクルとして実施し、年度ごとの事業の評価、令和2年度に中間評価(令和元年度のデータにて評価を実施)、令和5年度に最終評価を実施しました。

男性・女性ともに平均余命・平均自立期間は伸びていますが、女性は平均自立期間より平均余命が伸びていることから、平均自立期間の延伸(不健康期間の短縮)に向けて、今後も取組を継続していきます。

医療費の適正化については、総医療費は増加していますが、生活習慣病にかかる疾患の医療費をみまると、外来医療費が伸びていることから、糖尿病性腎症重症化予防事業、重症化予防・受診勧奨事業等の取組により、適正受診につながっております。

特定健康診査の受診率については、第2期特定健康診査等実施計画より継続して受診率向上に取り組んだ結果、平成30年度・令和元年度は第3期特定健康診査等実施計画の目標値を達成しておりますが、令和2年度以降、新型コロナウイルス感染症の影響により、目標値をわずかに下回っています。また、特定保健指導実施率については、令和元年度以降、第3期特定健康診査等実施計画の目標値を達成しています。特定健康診査については、がん検診との一体的実施や休日健診等受診しやすい環境づくりに加え、令和4年度より実施している30歳代の被保険者を対象としたプレ特定健康診査(若年健診)を引き続き実施するなど、継続して受診率及び実施率向上の取組を実施していきます。

糖尿病性腎症重症化予防事業では、訪問等にて保健指導を実施し、医療機関への受診勧奨を行いました。鹿児島県が実施している糖尿病重症化予防プログラムに則り、6か月間、面談と電話を組み合わせた個別指導を実施するとともに、医療機関の未受診者に対して受診勧奨を行い、糖尿病の治療へとつなげました。しかし、保健指導プログラムの参加率は40%程度で、目標値に達成しておりません。最も多い不参加の理由が「かかりつけ医に指導を受けている」であったことから、かかりつけ医との連携を今後も更に図ることや対象者へ参加勧奨方法やプログラムへの理解と周知が課題となっています。また、糖尿病性腎症による新規透析導入者数の減少にはつながっていないことから、今後も継続した事業の取組が重要となっています。

重症化予防・受診勧奨事業では、本市の標準化死亡比(以下、「SMR」と言う。)は男性・女性ともに、糖尿病、腎不全、急性心筋梗塞、脳血管疾患で高い状況にあり、また、健診受診者のうち脂質異常症(LDLコレステロール140mg/dl以上)・高血圧(140/90mmHg以上)・糖尿病(HbA1c6.5%以上)の受診勧奨判定値に該当した者における未治療者の割合が高いことから、受診勧奨に力を入れて取り組みました。健診結果から、生活習慣病である脂質異常症(LDLコレステロール180mg/dl以上)・高血圧症(160/100mmHg以上)・糖尿病(HbA1c6.5%以上)・腎機能障害(eGFR50未満、尿蛋白(+))以上の方を対象に、医療機関への受診勧奨を実施しました。保健指導実施率は約100%でしたが、保健指導実施後の医療機関受診率が約40~50%程度であることから、今後も継続した事業の取組と更なる再勧奨の強化が重要となっています。

がん検診では、健康増進課(健康増進係)が実施主体であり、国民健康保険被保険者を含む市民全体が対象となっております。平成30年度から全てのがん検診において、日時指定方式といった取組を実施し、各がん検診において受診率の微増がみられましたが、新型コロナウイルス感染症の影響により、令和2年度以降減少しております。悪性新生物のSMRを見ると、男性では全てにおいて国より死亡率は低いが、県と比較すると胃がんで死亡率が高く、女性では、子宮が

ん、肺がんが国及び県より死亡率が高い状況にあります。今後も実施主体である健康増進課(健康増進係)と連携し、早期発見及び早期受診のため、広報や費用助成をおこない、受診率の向上に引き続き取り組んでいきます。

歯周病検診では、健康増進課(健康増進係)が実施主体であり、国民健康保険被保険者を含む市民全体が対象となっています。令和3年度に受診券の発行を対象者全員から希望者に変更したことにより、受診率が大幅に減少したため、令和5年度から対象者全員にはがきによる受診券発行へ変更し、検診費用も自己負担なしとしたことや、受診券はがきによる再勧奨に変更したこともあり、令和5年度は受診率18.4%と前年度と比較し13.7%増加しています。今後も実施主体である健康増進課(健康増進係)と連携し、広報に力を入れ、受診率の向上に引き続き取り組んでいきます。

適正受診・適正服薬では、令和3年度より同じ効果の薬を複数処方(重複服用)や多数の薬の投与(多剤投与・多重服薬)といった対象者に対して、はがきによる通知を実施しました。本事業は、薬を処方する医師の裁量によるところも大きいため、医師会と連携し実施しました。通知したはがきを、本人がかかりつけ医や薬剤師へと相談しやすい媒体として活用できるように実施しました。

後発医薬品推進では、国が掲げている後発医薬品使用割合80%を平成30年度に達成し、それ以降増加傾向にあります。今後も適正受診・適正服薬に継続して取り組んでいきます。

地域包括ケア推進については、長寿介護課が中心となって地域包括ケアの構築に取り組んでおり、部局横断的な議論の場に国保部局も参画しています。KDB等を活用したデータ提供等により地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局として参画しています。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施については、専門職の確保が困難であったことから、取り組めていない状況にありました。生活習慣病の疾病別医療費分析では、糖尿病や高血圧症等よりも筋・骨格が一人あたり医療費の上位となっており、男性では入院3位、女性では入院2位・外来1位となっています。また、介護認定者の有病状況でも筋・骨格が64.4%と上位で、平成30年度と比較しても伸びていることから、一体的実施の取組が必要となっております。更に、現在取り組んでいる糖尿病性腎症重症化予防事業や重症化予防・受診勧奨事業においても、切れ目ない一体的な実施が重要であることから、令和6年度より長寿介護課及び健康増進課(健康増進係)と連携を図りながら、一体的実施事業を開始することとなっております。

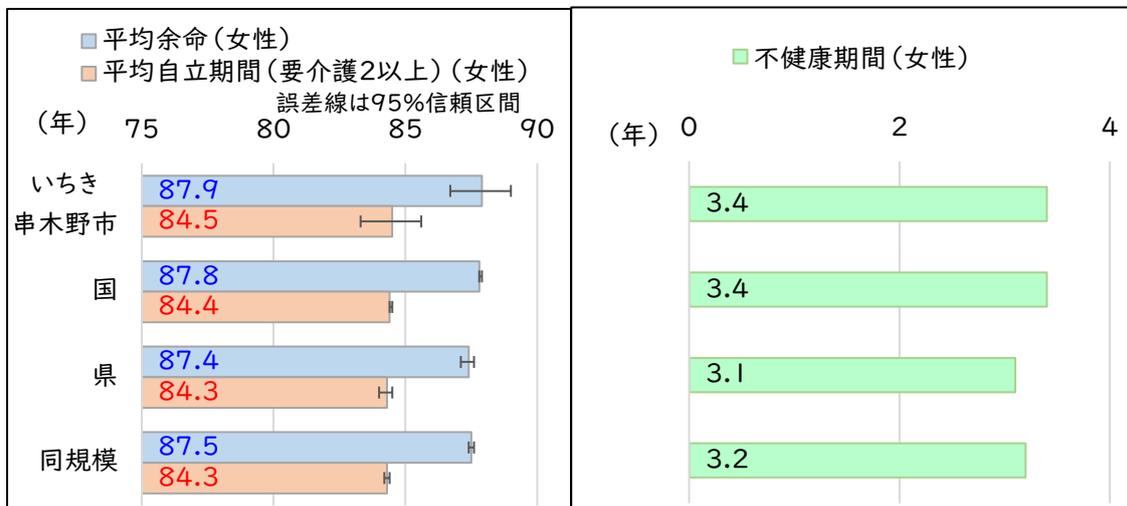
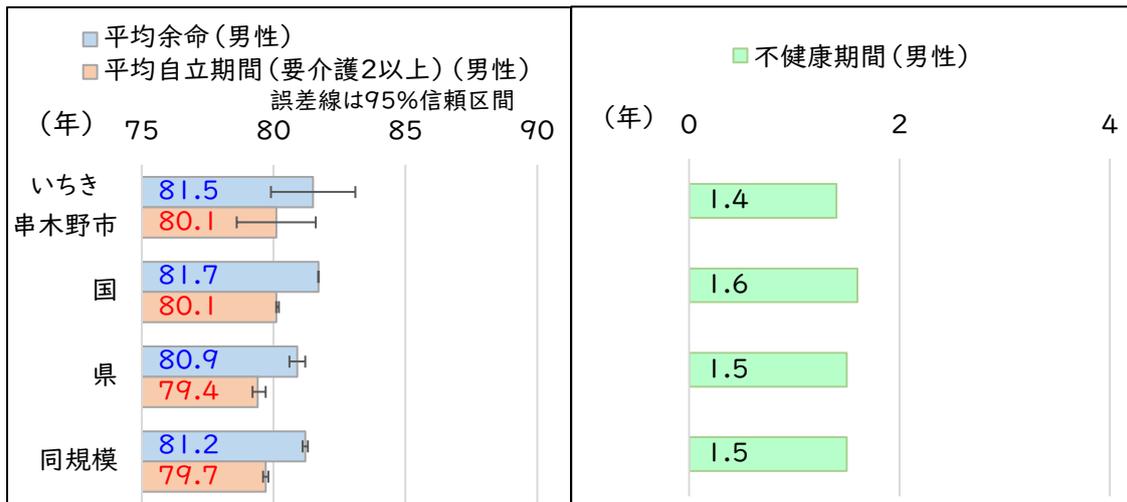
3. 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出

(1) 平均余命と健康寿命

平均余命^{※1}をみると、令和4年度で男性81.5歳、女性87.9歳、平均自立期間^{※2}は、男性80.1歳、女性84.5歳となっており、男性は県・同規模より高く、女性は国・県・同規模より高い状況です。

不健康期間(自立していない期間の平均)については、女性が男性の2.4倍となっており、女性の不健康期間が長くなっています。

■平均余命・平均自立期間(令和4年度(累計))



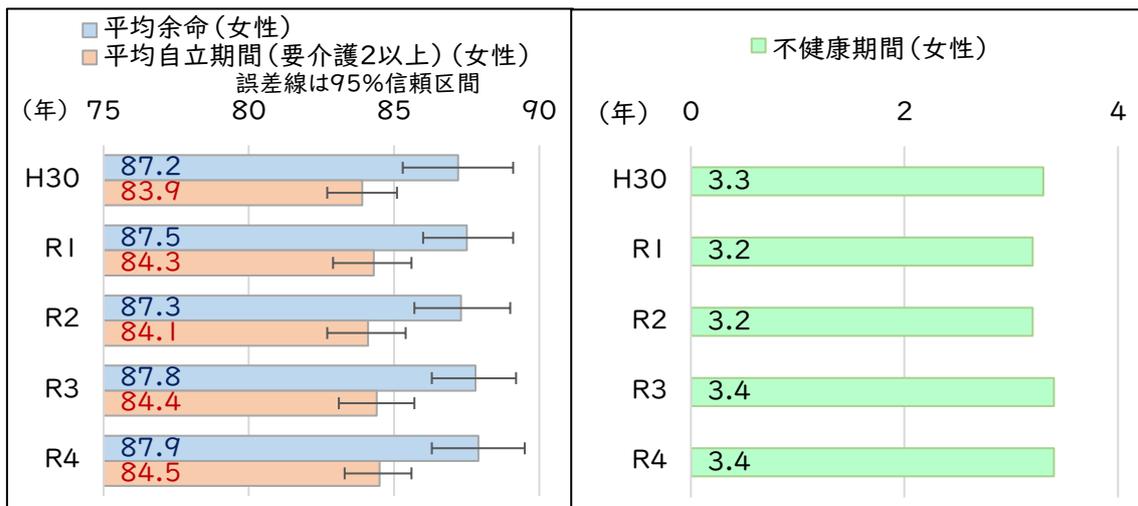
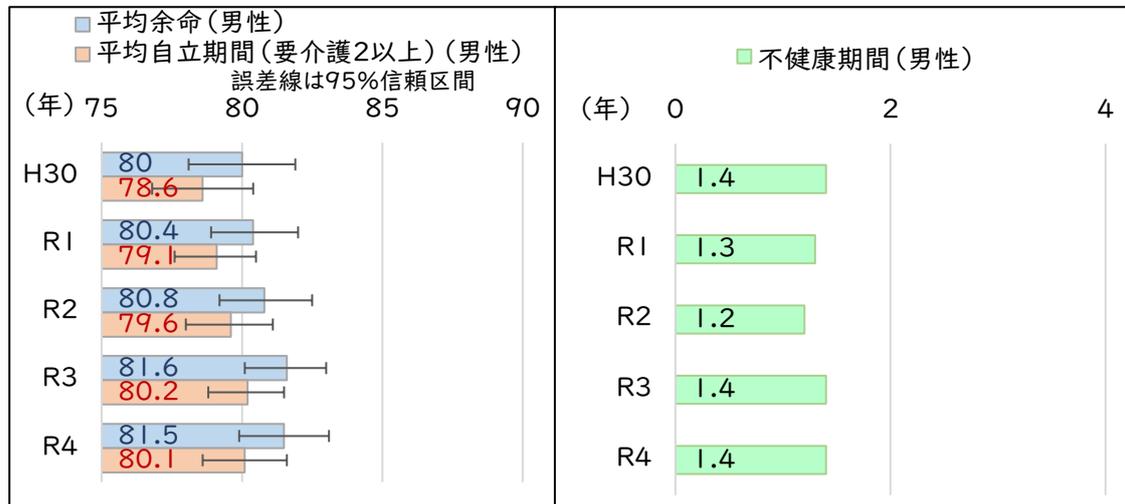
出典:KDBシステム_地域の全体像の把握

※1 平均余命とは、ある年齢の人々が、その後何年生きられるかという期待値のことで、ここでは0歳時点の平均余命を示しています。

※2 KDB システムにおける健康寿命を「平均自立期間」と呼称し、「日常生活動作が自立している期間の平均」を指標としています。介護データを用いて「要介護2以上」を「不健康」として、毎年度算出しています。

新型コロナウイルス感染症の影響もありましたが、平成30年度と令和4年度を比較すると、男性は平均余命及び平均自立期間ともに1.5歳伸び、女性は平均余命0.7歳、平均自立期間0.6歳伸びています。

■いちき串木野市の平均余命・平均自立期間の推移(平成30年度～令和4年度)



(2) 死亡の状況

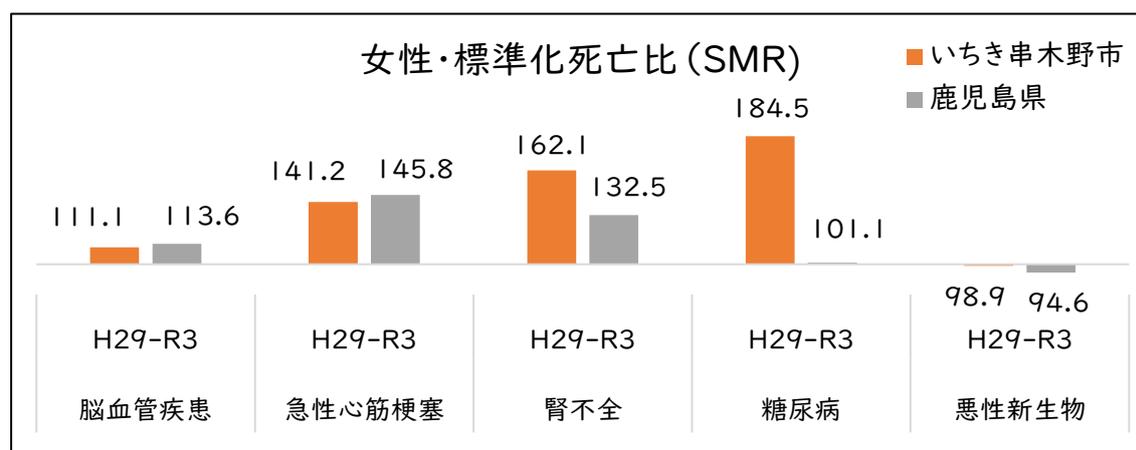
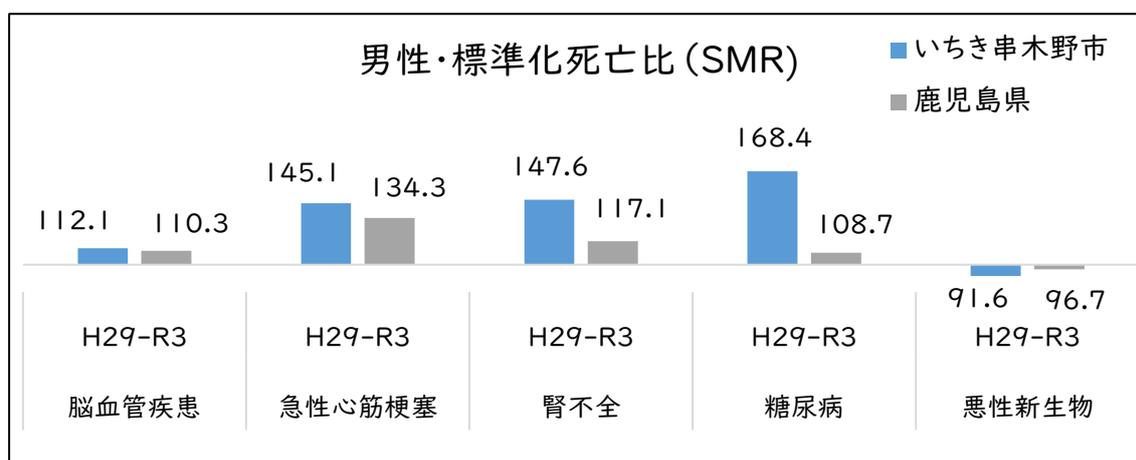
平成29年から令和3年のSMRをみると、男性・女性ともに、糖尿病、腎不全、急性心筋梗塞、脳血管疾患の順に国より高い状況です。

平成29年から令和3年のSMRを県と比較すると、男性は糖尿病、腎不全、急性心筋梗塞、脳血管疾患の順に県より高く、女性は糖尿病、腎不全、悪性新生物で県より高い状況です。

■標準化死亡比 (SMR) 全国を基準「100」とした時の倍率を現したもの

		脳血管疾患	急性心筋梗塞	腎不全	糖尿病	悪性新生物
		H29-R3	H29-R3	H29-R3	H29-R3	H29-R3
男性	市	112.1	145.1	147.6	168.4	91.6
	県	110.3	134.3	117.1	108.7	96.7
女性	市	111.1	141.2	162.1	184.5	98.9
	県	113.6	145.8	132.5	101.1	94.6

出典:鹿児島県健康増進課統計



※ SMRとは、全国の年齢構成ごとの死亡率を本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。

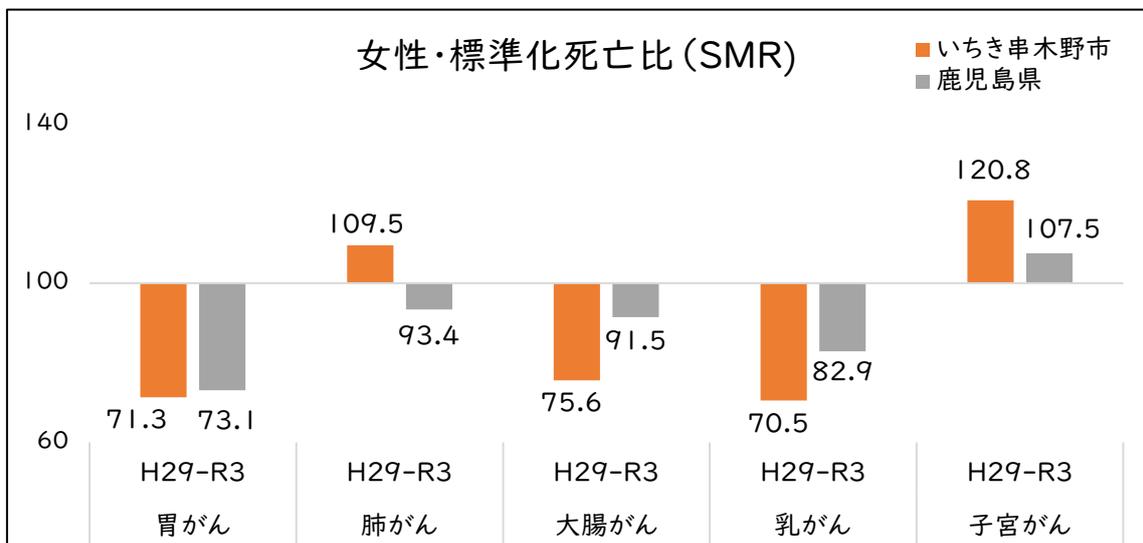
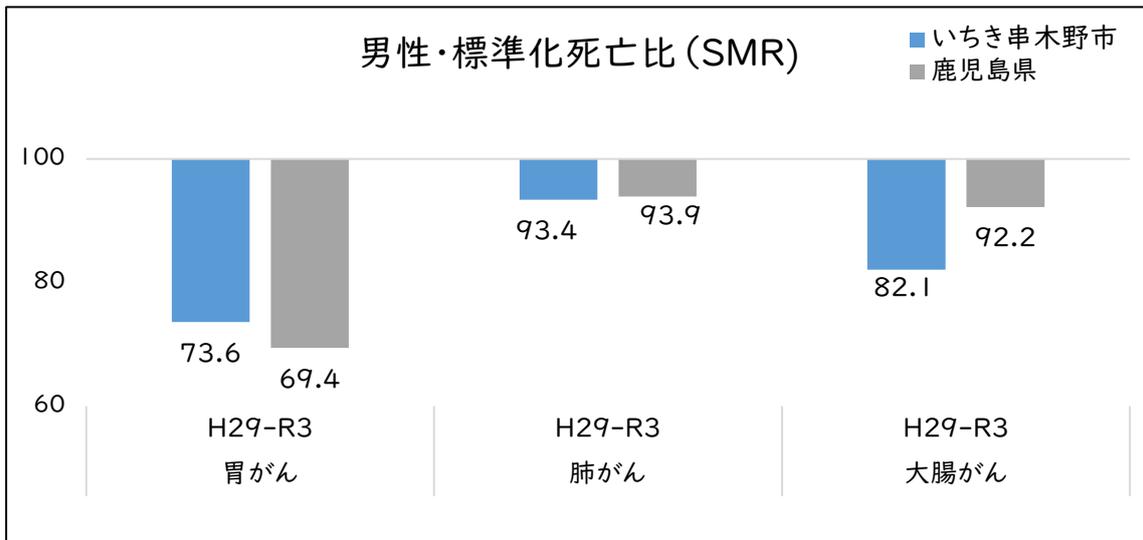
平成29年から令和3年の男性の悪性新生物のSMRをみると、全てにおいて国以下であり、県と比較すると、胃がんで高い状況です。

平成29年から令和3年の女性の悪性新生物のSMRをみると、子宮がん、肺がんにおいて国及び県より高い状況です

■標準化死亡比 (SMR)・悪性新生物内訳

		胃がん	肺がん	大腸がん	乳がん	子宮がん
		H29-R3	H29-R3	H29-R3	H29-R3	H29-R3
男性	市	73.6	93.4	82.1		
	県	69.4	93.9	92.2		
女性	市	71.3	109.5	75.6	70.5	120.8
	県	73.1	93.4	91.5	82.9	107.5

出典:鹿児島県健康増進課統計



主な疾病別死因をみると、悪性新生物、心臓病、脳疾患の順に死亡数が多い状況です。

主な疾病別死因を平成30年度と令和4年度で比較すると、脳疾患、糖尿病、自殺、心臓病の順に割合が増加しています。

主な疾病別死因を国及び県と比較すると、心臓病、腎不全、糖尿病の割合が高くなっています。

■疾病別死因割合

	いちき串木野市				県	国
	H30年度		R4年度		R4年度	
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	割合	割合
悪性新生物	104	43.3%	96	40.7%	47.1%	50.6%
心臓病	82	34.2%	82	34.7%	29.0%	27.5%
脳疾患	29	12.1%	32	13.6%	15.2%	13.8%
糖尿病	5	2.1%	8	3.4%	2.1%	1.9%
腎不全	18	7.5%	14	5.9%	4.1%	3.6%
自殺	2	0.8%	4	1.7%	2.4%	2.7%
合計	240		236			

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

(3) 特定健診

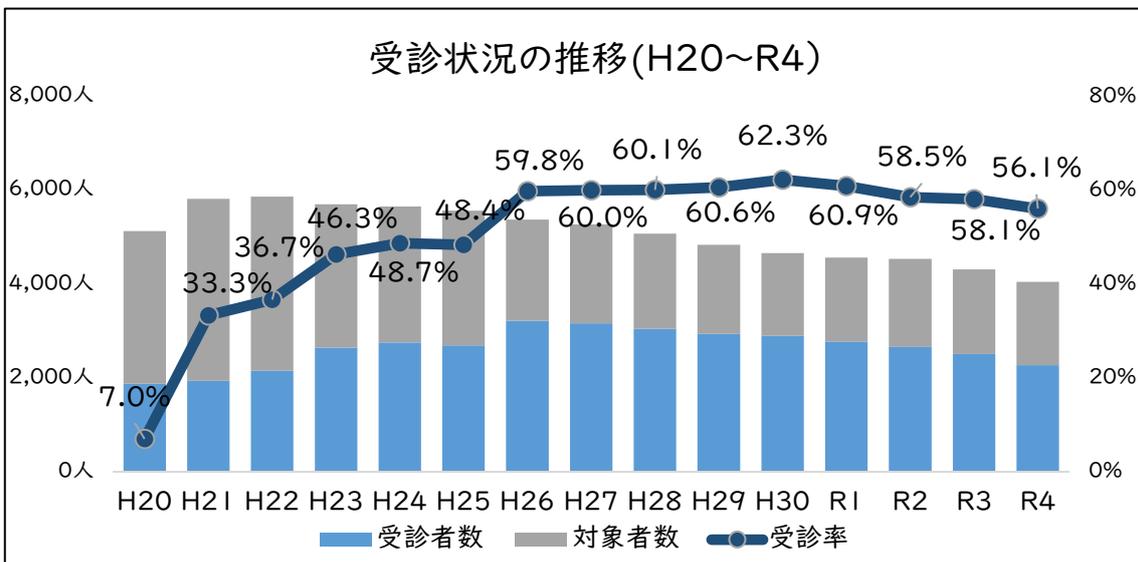
① 受診状況

特定健診の状況を、制度が開始した平成20年度から令和4年度までの推移をみると、健診対象者数は、年々減少しています。

健診受診者数は、平成26年度をピークに減少しているが、平成27年度から令和元年度までの受診率は60%を超えています。しかし、令和2年度以降は新型コロナウイルス感染症の影響もあり、受診率は60%を切り減少傾向で、令和4年度は56.1%の受診率となっています。

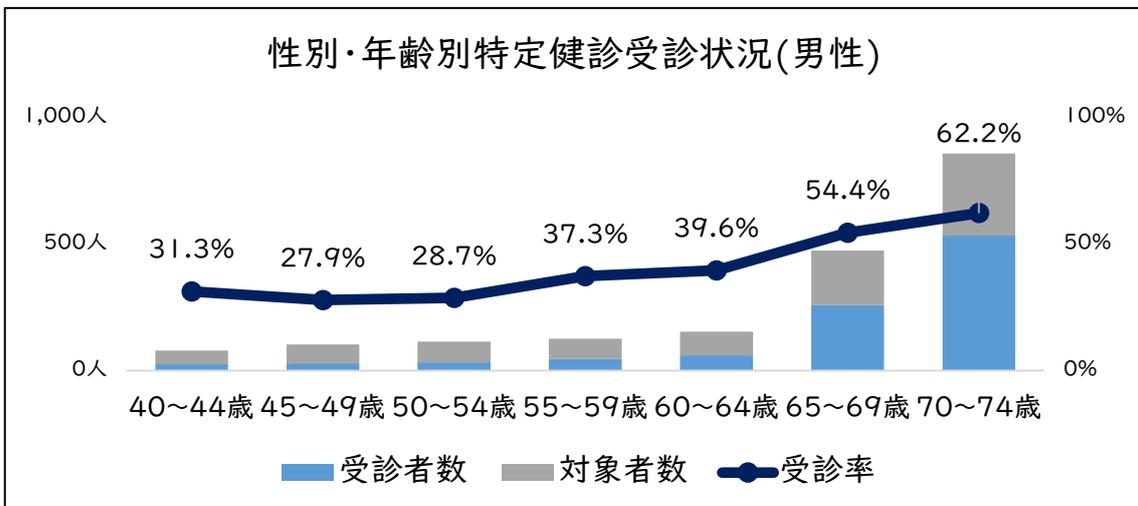
令和4年度の性別・年齢別健診受診状況をみると、男女ともに受診率が最も高い年代は、70～74歳になっています。また、最も低い年代は、男性で45～49歳、女性で40～44歳となっています。

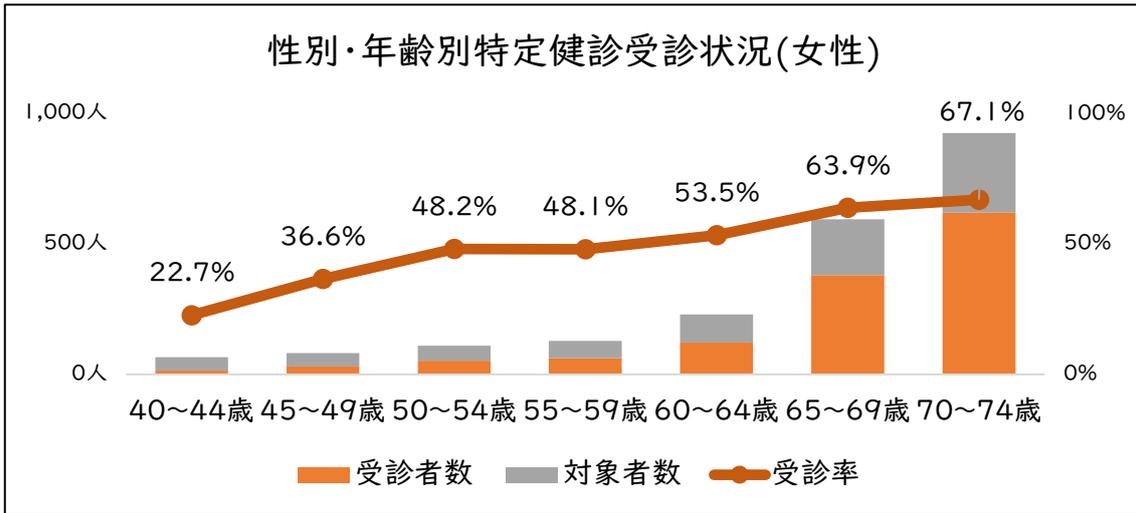
■ 受診状況



出典: 特定健診データ管理システム(法定報告)

■ 令和4年度 性別・年齢別特定健診受診状況





②未受診者受診勧奨の状況

対象者数は減少傾向にあるが、訪問実人員は不在も含めると令和4年度は1,216人で、そのうち訪問後の受診者は176人、受診率14.5%で、平成30年度と訪問後受診率を比較すると約4%減少しています。

訪問対象者区分ごとに見てみると、隔年未受診レセ有の訪問後受診率は増加傾向にあるが、それ以外の3つの区分については、減少傾向にあります。

■未受診者勧奨の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
隔年未受診 レセ有	対象者数	324	265	282	281	241
	訪問実人員 ※	280	236	261	251	226
	訪問後受診者	107	100	110	97	99
	受診率	38.2%	42.4%	42.1%	38.6%	43.8%
隔年未受診 レセ無	対象者数	22	20	46	47	31
	訪問実人員 ※	21	17	40	44	29
	訪問後受診者	12	6	15	12	8
	受診率	57.1%	35.3%	37.5%	27.3%	27.6%
経年未受診 レセ有	対象者数	834	740	995	781	738
	訪問実人員 ※	607	480	750	718	700
	訪問後受診者	63	34	54	61	57
	受診率	10.4%	7.1%	7.2%	8.5%	8.1%
経年未受診 レセ無	対象者数	238	293	324	297	268
	訪問実人員 ※	160	202	228	281	261
	訪問後受診者	15	24	9	23	12
	受診率	9.4%	11.9%	3.9%	8.2%	4.6%
計	対象者数	1,418	1,318	1,647	1,406	1,278
	訪問実人員 ※	1,068	935	1,279	1,294	1,216
	訪問後受診者	197	164	188	193	176
	受診率	18.4%	17.5%	14.7%	14.9%	14.5%

※訪問実人員は不在含む

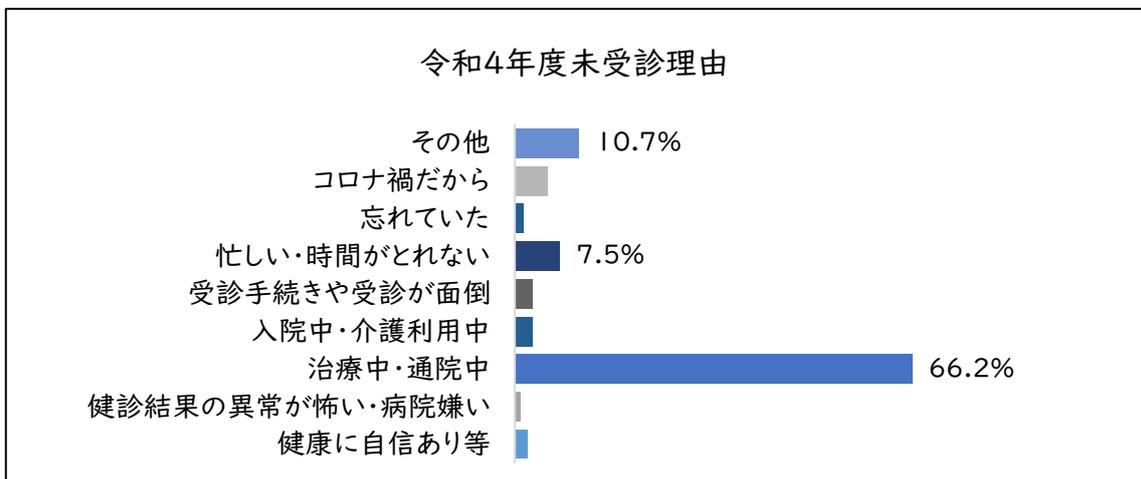
出典：健康増進課

- ※ 隔年未受診:事業実施年度の前年度未受診のうち前々年度受診の者
- 経年未受診:事業実施年度の前年度及び前々年度未受診の者
- レセプト有:診療報酬明細書有
- レセプト無:診療報酬明細書無

対象者に対し未受診理由の聞き取り調査をした令和4年度の結果をみると、「治療中・通院中」が66.2%で最も多く、また対象者区分別でも、レセ有の方は「治療中・通院中」が最も多い状況です。

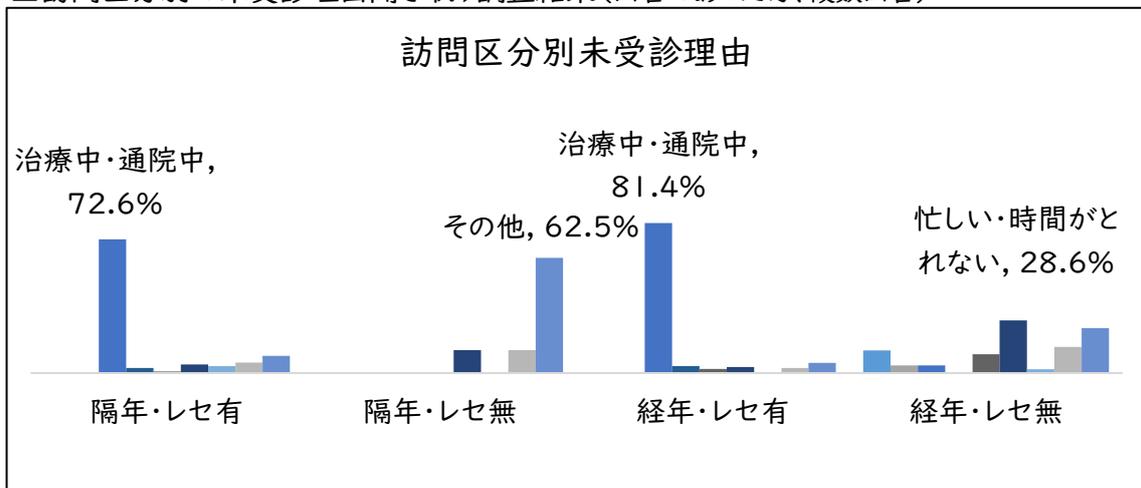
未受診理由を対象者区分別でみると、経年未受診者レセ無の方については、「忙しい・時間がとれない」が28.6%と最も多く、隔年未受診者レセ無については、「その他(分類不可)」が62.5%と最も多い状況です。

■未受診理由聞き取り調査結果(回答のあった方、複数回答)



出典:健康増進課

■訪問区分別の未受診理由聞き取り調査結果(回答のあった方、複数回答)



出典:健康増進課

③メタボリックシンドロームの状況

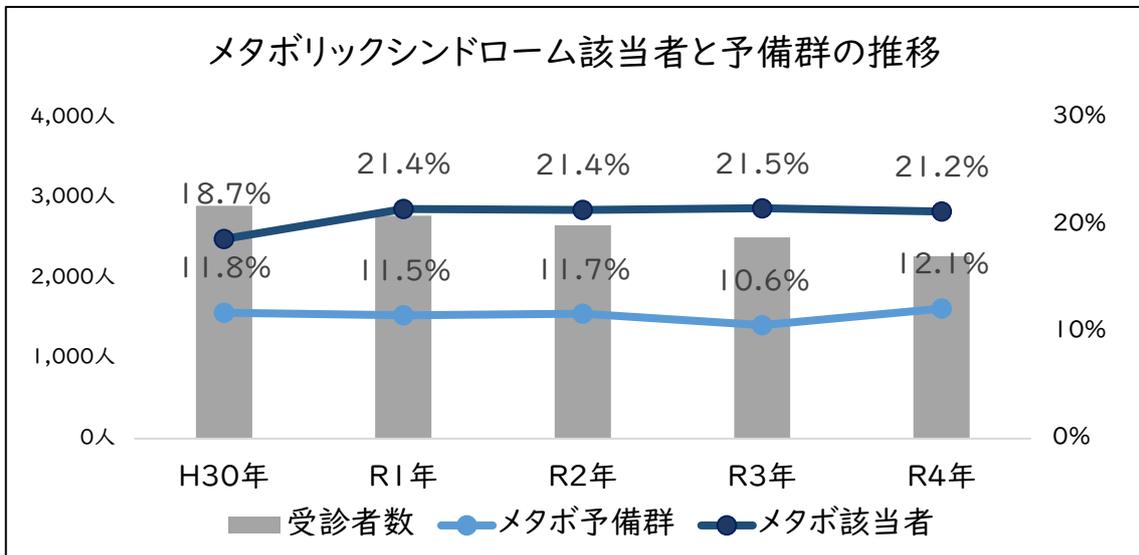
メタボリックシンドローム予備群・該当者の経年推移をみると、平成30年度から健診受診者の約20%程度がメタボリックシンドロームに該当し、約10%程度が予備群として推移しております。

■メタボリックシンドローム予備群・該当者の推移

	受診者数	メタボ予備群	メタボ該当者
H30年	2,900	11.8%	18.7%
R1年	2,779	11.5%	21.4%
R2年	2,659	11.7%	21.4%
R3年	2,508	10.6%	21.5%
R4年	2,272	12.1%	21.2%

※メタボ予備群(または該当者)÷健診受診者数×100で算出

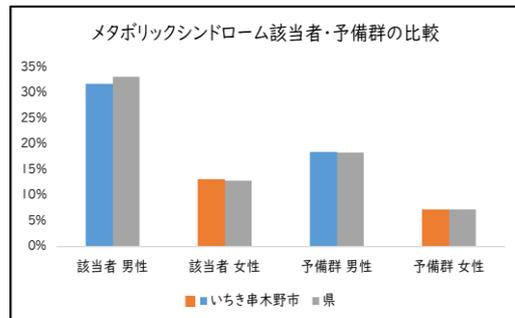
出典:特定健診データ管理システム(法定報告)



令和4年度の健診結果からメタボリックシンドローム(計)の状況を県と比較すると、わずかに低い状況です。

■メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

	いちき串木野市		県
	人数	割合	割合
該当者(計)	482	21.2%	21.8%
男性	314	31.8%	33.2%
女性	168	13.1%	12.8%
予備群(計)	274	12.1%	12.2%
男性	182	18.5%	18.3%
女性	92	7.2%	7.3%



出典:特定健診データ管理システム(法定報告)

④健診結果有所見者の状況

糖尿病所見の HbA1c6.5%以上の状況は、治療中の割合が9.2%と未治療より高い状況です。

血圧有所見者の状況は、治療中及び未治療の割合はそれぞれ約30%で治療中の割合がわずかに高いが、そのうちⅡ度以上で見てみると未治療者の割合がわずかに高い状況です。

脂質異常の有所見者の状況は、未治療者が23.4%と治療中より高い状況です。

腎機能(尿蛋白)の有所見者の状況は、尿蛋白(±)以上で17.4%です。

測定者数は異なるが、有所見者の割合は、血圧が64.8%、脂質異常が26.3%、腎機能が17.4%、糖尿病が12.8%の順に高い状況です。

■糖尿病の状況(令和4年度)

HbA1c測定者		2,213人		治療中		未治療	
HbA1c	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
6.5%以上	284	12.8%	204	9.2%	80	3.6%	
再掲)8.0%以上	37	1.7%	30	1.4%	7	0.3%	

※治療・未治療については、問診票の回答から算出しています。

出典:新医療費分析_法定報告データ

■糖尿病(HbA1c)の年代別有所見状況(令和4年度)

HbA1c	40~64歳		65~74歳	
	人数	割合	人数	割合
6.5%以上	48	10.3%	236	13.5%
再掲)8.0%以上	10	2.1%	27	1.5%
測定者数	466人		1,747人	

※分母は各年代の測定者数で算出しています。

出典:新医療費分析_法定報告データ

■血圧の状況(令和4年度)

血圧測定者		2,272人		治療中		未治療	
血圧(mmHg)	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
130/85以上	980	43.1%	519	22.8%	461	20.3%	
I度(140/90)	414	18.2%	208	9.2%	206	9.1%	
Ⅱ度(160/100)	68	3.0%	31	1.4%	37	1.6%	
Ⅲ度(180/110)	10	0.4%	1	0.0%	9	0.4%	
計	1,472	64.8%	759	33.4%	713	31.4%	
再掲)Ⅱ度以上	78	3.4%	32	1.4%	46	2.0%	

※治療・未治療については、問診票の回答から算出しています。

出典:新医療費分析_法定報告データ

■血圧の年代別有所見状況(令和4年度)

血圧(mmHg)	40~64歳		65~74歳	
	人数	割合	人数	割合
I 30/85以上	163	34.1%	817	45.5%
II 度(140/90)	72	15.1%	342	19.1%
III 度(160/100)	12	2.5%	56	3.1%
IV 度(180/110)	1	0.2%	9	0.5%
再掲) II 度以上	13	2.7%	65	3.6%
測定者数	478人		1,794人	

※分母は各年代の測定者数で算出しています。

出典:新医療費分析_法定報告データ

■脂質異常の状況(令和4年度)

LDL測定者		2,272人		治療中		未治療	
LDL(mg/dl)	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
LDL(140~159)	368	16.2%	46	2.0%	322	14.2%	
LDL(160以上)	230	10.1%	20	0.9%	210	9.2%	
再掲) 180以上	77	3.4%	5	0.2%	72	3.2%	
計	598	26.3%	66	2.9%	532	23.4%	

※治療・未治療については、問診票の回答から算出しています。

出典:新医療費分析_法定報告データ

■脂質異常の年代別有所見状況(令和4年度)

LDL(mg/dl)	40~64歳		65~74歳	
	人数	割合	人数	割合
LDL(140~159)	77	16.1%	291	16.2%
LDL(160以上)	68	14.2%	162	9.0%
再掲) 180以上	27	5.6%	50	2.8%
測定者数	478人		1,794人	

※分母は各年代の測定者数で算出しています。

出典:新医療費分析_法定報告データ

■腎機能(尿蛋白)の年代別有所見者状況(令和4年度)

尿蛋白測定者		2,335人		40~64歳		65~74歳	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
(±)	263	11.3%	55	11.1%	208	11.4%	
(+)以上	142	6.1%	21	4.2%	121	6.6%	
再掲)(2+)以上	47	2.0%	7	1.4%	40	2.2%	
計	405	17.4%	76		329		

※各年代の割合については、分母は各年代の測定者数で算出しています。

出典:新医療費分析_法定報告データ

⑤問診票による生活習慣の状況

生活習慣の状況について、質問票項目の有所見者状況を平成30年度と令和4年度で比較すると、「喫煙あり」「体重増加あり」「運動習慣なし」「歩行速度遅い」「咀嚼不良あり」「朝食抜きあり」「毎日間食等あり」「生活習慣改善意欲なし」で高い状況です。

■問診票による生活習慣の状況

質問票の回答	H30年度		R4年度	
	人数(人)	割合	人数(人)	割合
喫煙あり	288	9.9%	250	11.0%
体重増加あり	964	33.7%	802	35.6%
運動習慣なし	1,627	56.8%	1,316	58.5%
生活活動なし	1,735	60.5%	1,205	53.5%
歩行速度遅い	1,480	51.9%	1,209	53.8%
咀嚼不良あり	575	20.1%	542	24.1%
食べる速度速い	669	23.3%	511	22.7%
就寝前夕食あり	375	13.1%	273	12.2%
朝食抜きあり	186	6.5%	166	7.4%
毎日間食等あり	433	15.2%	372	16.5%
飲酒頻度毎日	623	21.8%	483	21.4%
飲酒量2合以上	135	6.0%	95	5.2%
睡眠不足あり	610	21.5%	483	21.5%
生活習慣改善意欲なし	724	25.1%	568	25.2%

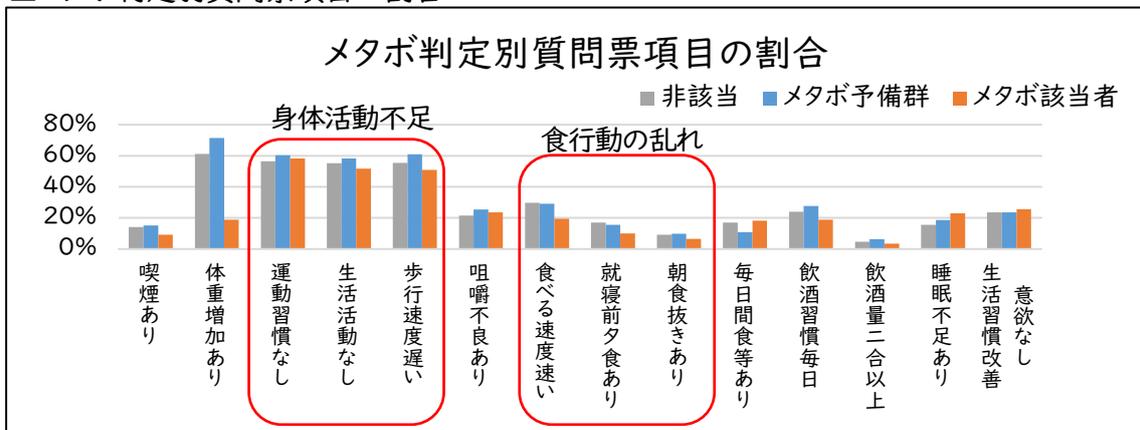
出典：KDBシステム_地域の全体像の把握
 ※割合は、各質問項目に「あり」と回答した件数÷各質問事項に回答した件数×100で算出

問診票による生活習慣の状況について、メタボ判定別にみると、メタボ該当者は非該当・メタボ予備群に比べ、「体重増加あり」が低い状況です。

どのメタボ区分であっても、「食行動の乱れ」より「身体活動(運動・生活活動)不足」の割合が高い状況です。

メタボ該当者は、他の区分に比べ「睡眠不足あり」「生活習慣改善意欲なし」の割合が高い状況です。

■メタボ判定別質問票項目の割合

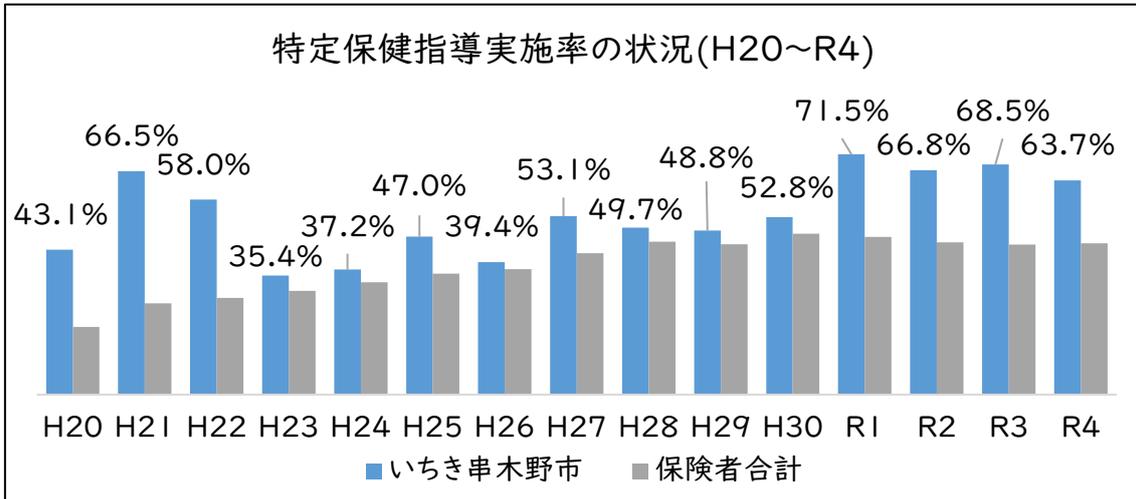


出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

⑥特定保健指導の状況

特定保健指導実施率の状況では、平成21年度をピークに減少し、その後実施率は50%前後を推移していましたが、令和元年以降新型コロナウイルス感染症の影響がある中60%以上の実施率となり、国の目標値を達成しています。

■実施状況



保険者合計：市町村国保・歯科医師国保・医師国保の合計を集計したもの
出典：特定健診データ管理システム（法定報告）

⑦健診結果有所見者における治療の状況

血圧の状況を平成30年度と令和4年度で比較すると、Ⅱ度高血圧以上の割合は減少傾向にあるが、Ⅱ度高血圧以上の未治療の割合は増加傾向です。

血糖(HbA1c)の状況を平成30年度と令和4年度で比較すると、HbA1c6.5%以上の割合は増加傾向にあるが、HbA1c6.5%以上の未治療の割合は減少傾向です。

LDLコレステロールの状況を平成30年度と令和4年度で比較すると、LDLコレステロール160mg/dl以上で減少傾向にあるが、LDLコレステロール160mg/dl以上の未治療の割合は増加傾向です。

尿蛋白の状況を平成30年度と令和4年度で比較すると、尿蛋白(+)以上で増加傾向です。

令和4年度の未治療と治療中で比較すると、未治療の割合がLDLコレステロール91.3%と最も高く、次にⅡ度高血圧以上59.0%が高い状況です。

■血圧の保健指導判定と受診勧奨判定の状況

年度	測定者数 人数	保健指導判定値		受診勧奨判定値				Ⅱ度高血圧以上			
		高値血圧		Ⅰ度高血圧		Ⅱ度高血圧以上		再掲)未治療		再掲)治療	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H30年	2,900	791	27.3%	496	17.1%	123	4.2%	72	58.5%	51	41.5%
R1年	2,779	792	28.5%	445	16.0%	95	3.4%	44	46.3%	51	53.7%
R2年	2,659	755	28.4%	497	18.7%	101	3.8%	58	57.4%	43	42.6%
R3年	2,508	753	30.0%	449	17.9%	95	3.8%	64	67.4%	31	32.6%
R4年	2,272	629	27.7%	414	18.2%	78	3.4%	46	59.0%	32	41.0%

出典：新医療費分析_法定報告データ

■HbA1c(血糖)の保健指導判定と受診勧奨判定の状況

年度	測定者数 人数	保健指導判定値		受診勧奨判定値				6.5%以上			
		6.0~6.4%		6.5%以上		再掲)8.0%以上		再掲)未治療		再掲)治療	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H30年	2,823	375	13.3%	341	12.1%	34	1.2%	99	29.0%	242	71.0%
R1年	2,701	339	12.6%	362	13.4%	35	1.3%	104	28.7%	258	71.3%
R2年	2,586	322	12.5%	348	13.5%	37	1.4%	92	26.4%	256	73.6%
R3年	2,437	344	14.1%	318	13.0%	52	2.1%	86	27.0%	232	73.0%
R4年	2,213	275	12.4%	284	12.8%	37	1.7%	80	28.2%	204	71.8%

出典:新医療費分析_法定報告データ

■LDL コレステロールの保健指導判定と受診勧奨判定の状況

年度	測定者数 人数	保健指導判定値		受診勧奨判定値				160mg/dl以上			
		120~139mg/dl		160mg/dl以上		再掲)180mg/dl以上		再掲)未治療		再掲)治療	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H30年	2,899	729	25.1%	295	10.2%	96	3.3%	267	90.5%	28	9.5%
R1年	2,778	684	24.6%	317	11.4%	110	4.0%	284	89.6%	33	10.4%
R2年	2,659	632	23.8%	255	9.6%	82	3.1%	233	91.4%	22	8.6%
R3年	2,508	616	24.6%	252	10.0%	87	3.5%	234	92.9%	18	7.1%
R4年	2,272	518	22.8%	230	10.1%	77	3.4%	210	91.3%	20	8.7%

出典:新医療費分析_法定報告データ

■尿蛋白の保健指導判定と受診勧奨判定の状況

年度	測定者数 人数	保健指導判定値		受診勧奨判定値			
		尿蛋白(±)		(+)以上		再掲)(2+)以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
H30年	3,031	274	9.0%	162	5.3%	50	1.6%
R1年	2,884	241	8.4%	161	5.6%	56	1.9%
R2年	2,765	267	9.7%	193	7.0%	58	2.1%
R3年	2,606	257	9.9%	168	6.4%	54	2.1%
R4年	2,335	263	11.3%	142	6.1%	47	2.0%

出典:新医療費分析_法定報告データ

⑧プレ特定健診・保健指導の状況

30歳代の被保険者に実施しているプレ特定健診の実施率は、令和5年度11.1%であるが、令和4年度のプレ特定保健指導対象者と特定保健指導対象者の割合を比較すると、プレ特定保健指導が高い状況です。

メタボリックシンドローム予備群・該当者の経年推移をみると、どちらも増加しています。

■プレ特定健診・特定保健指導の状況及び特定健康診査等との比較

	プレ特定健診・保健指導		特定健診 保健指導
	R4年度	R5年度	R4年度
特定健診対象者数	240	217	4,050
特定健診受診者数	24	24	2,272
特定健診受診率	10.0%	11.1%	56.1%
特定保健指導対象者数	3	4	215
特定保健指導対象者割合	12.5%	16.7%	5.3%
特定保健指導実施数	2	3	137
特定保健指導実施率	66.7%	75.0%	63.7%

出典:健康増進課

特定健診データ管理システム(法定報告)

■プレ特定健診におけるメタボリックシンドローム予備群・該当者の推移

	受診者数	メタボ予備群	メタボ該当者
R4年	24	4.2%	0%
R5年	24	12.5%	4.2%

※メタボ予備群(または該当者)÷健診受診者数×100で算出

出典:健康増進課

⑨プレ特定健診結果有所見者における治療の状況

プレ健診結果の有所見者状況を見ると、LDL コレステロール、血圧、尿蛋白にて、保健指導判定値及び受診勧奨判定値の方がいます。

治療状況を見ると、LDL コレステロールは全て未治療です。

質問票項目の状況を見ると、「食行動の乱れ」より「身体活動(運動・生活活動)不足」の割合が高く、また、「体重増加あり」「毎日間食等あり」の方がいます。

■血圧の保健指導判定と受診勧奨判定の状況

年度	測定者数 人数	保健指導判定値		受診勧奨判定値				Ⅱ度高血圧以上			
		高値血圧		Ⅰ度高血圧		Ⅱ度高血圧以上		再掲)未治療		再掲)治療	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
R4年	24	4	16.7%	1	4.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
R5年	24	1	4.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

出典:健康増進課

■HbA1c(血糖)の保健指導判定と受診勧奨判定の状況

年度	測定者数 人数	保健指導判定値		受診勧奨判定値				6.5%以上			
		6.0~6.4%		6.5%以上		再掲)8.4%以上		再掲)未治療		再掲)治療	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
R4年	24	1	4.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
R5年	24	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

出典:健康増進課

■LDL コレステロールの保健指導判定と受診勧奨判定の状況

年度	測定者数 人数	保健指導判定値		受診勧奨判定値				160mg/dl以上			
		120~139mg/dl		160mg/dl以上		再掲)180mg/dl以上		再掲)未治療		再掲)治療	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
R4年	24	4	16.7%	2	8.3%	1	4.2%	2	8.3%	0	0.0%
R5年	24	3	12.5%	1	4.2%	0	0.0%	1	4.2%	0	0.0%

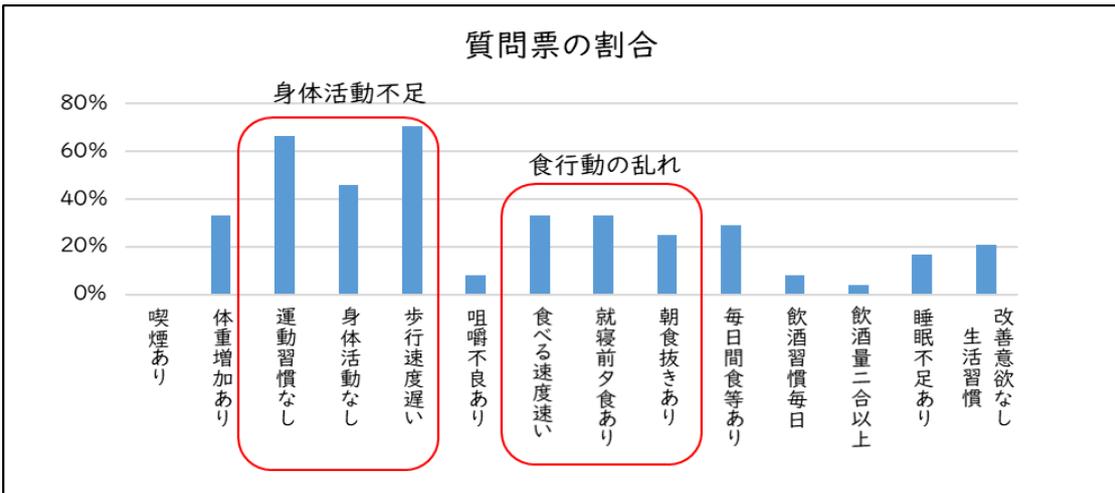
出典:健康増進課

■尿蛋白の保健指導判定と受診勧奨判定の状況

年度	測定者数 人数	保健指導判定値		受診勧奨判定値			
		尿蛋白(±)		(+)以上		再掲)(2+)以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
R4年	24	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
R5年	24	0	0.0%	1	4.2%	0	0.0%

出典:健康増進課

■ 質問票項目の割合



出典:健康増進課

(4) 医療

平成30年度から令和4年度にかけての総医療費は、約1億6,103万円増加しており、そのうち入院医療費が約1億4,495万円増加しています。

平成30年度と令和4年度の生活習慣病に係る疾患の1人あたり医療費を比較すると、入院で11,151円増加し、外来で9,303円増加しています。

令和4年度の生活習慣病に係る疾患の1人あたり医療費を国・県・同規模で比較すると、入院では、脳出血・脳梗塞、腎不全、虚血性心疾患、高血圧症、脂質異常症で高く、外来では、腎不全、糖尿病、高血圧、脂質異常症、虚血性心疾患、脳出血・脳梗塞の順で高くなっています。

人工透析に至った起因をみると、原因が明らかとなった患者のうち、64.2%が生活習慣病を起因とするものであり、62.3%がⅡ型糖尿病を起因として透析となる糖尿病性腎症です。

令和4年度の生活習慣病の疾病別医療費を年齢調整後の1人あたり医療費を入院で見ると、男性では、精神、がん、筋・骨格の順に高く、女性では、がん、筋・骨格、精神の順に高い状況です。

令和4年度の生活習慣病の疾病別医療費を年齢調整後の1人あたり医療費を外来で見ると、男性では、がん、腎不全、糖尿病の順に高く、女性では、筋・骨格、がん、糖尿病の順に高い状況です。

令和4年度の人工透析の医療費をみると、国保(0~74歳)は被保険者100万対と医療費割合を国・県・同規模と比較しても高い状況にあるが、後期高齢者医療の被保険者100万対は国・県・同規模と比較すると高く、医療費割合は国・県・同規模と比較すると低い状況となっています。

■総医療費の状況

	総医療費	入院	一人あたり 医療費	入院外 (外来)	一人あたり 医療費
H30年	3,025,347,090円	1,480,415,070円	19,300円	1,544,932,020円	20,150円
R4年	3,186,381,710円	1,625,364,120円	24,010円	1,561,017,590円	23,060円
H30年度からの増減	161,034,620円	144,949,050円	4,710円	16,085,570円	2,910円

※1人あたり医療費：入院(入院外(外来))レセプト総点数(調剤含)÷被保険者数で算出
出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

■生活習慣病にかかる疾患の医療費の状況(入院)

入院(一人あたり医療費)	最大医療資源傷病名	H30年度(累計)					R4年度(累計)				
		医療費	いちき串木野市	同規模	県	国	医療費	いちき串木野市	同規模	県	国
中長期	腎 腎不全	46,074,810	7,368	4,653	7,773	4,275	70,203,040	12,862	4,866	8,671	4,099
	脳 脳出血・脳梗塞	54,094,110	8,651	6,858	8,201	6,054	72,557,520	13,294	7,212	9,020	6,044
	心 虚血性心疾患	39,646,400	6,340	4,843	5,670	4,768	47,945,250	8,784	4,406	5,278	3,961
短期	糖尿病	20,606,800	3,296	1,759	2,404	1,457	9,035,040	1,655	1,573	2,042	1,182
	高血圧症	3,681,010	589	423	497	316	3,652,890	669	382	457	259
	脂質異常症	665,200	106	115	156	89	1,285,100	235	90	81	53
(中長期・短期)合計		164,768,330	26,350	18,651	24,701	16,960	204,678,840	37,501	18,529	25,550	15,598

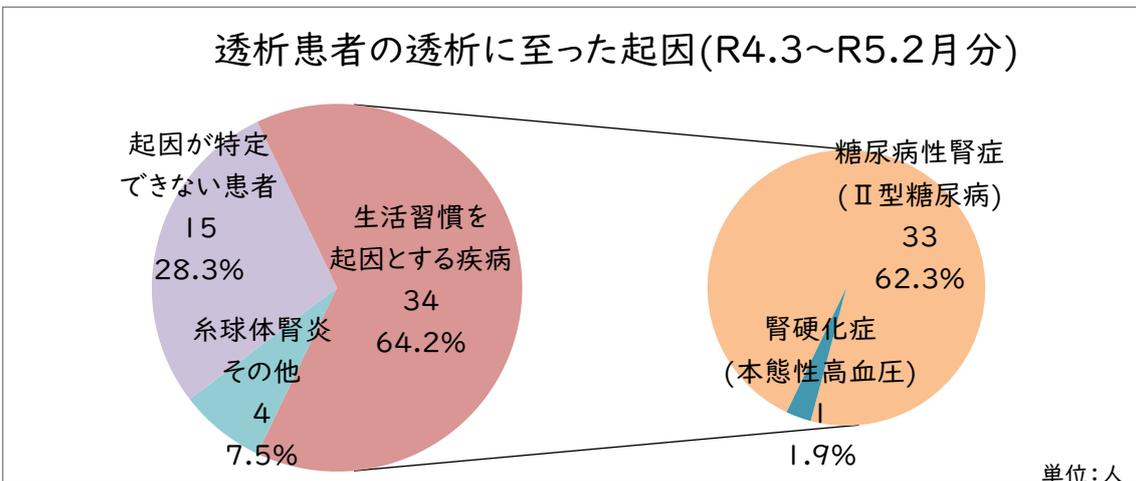
※一人あたり医療費(円)=各医療費÷被保険者数で算出
出典：KDBシステム_疾病別医療費分析(中分類)

■生活習慣病にかかる疾患の医療費の状況(外来)

外来(一人あたり医療費)		H30年度(累計)					R4年度(累計)				
最大医療資源傷病名		医療費	いちき串木野市	同規模	県	国	医療費	いちき串木野市	同規模	県	国
中長期	腎 腎不全	219,008,380	35,025	17,261	24,799	16,213	224,830,060	41,193	18,492	25,661	15,781
	脳 脳出血・脳梗塞	8,747,160	1,399	1,278	1,816	1,066	9,170,370	1,680	1,056	1,546	825
	心 虚血性心疾患	23,643,010	3,781	2,187	2,545	2,109	17,214,490	3,154	1,975	2,274	1,722
短期	糖尿病	144,331,000	23,082	19,372	17,889	16,698	144,844,110	26,538	22,014	20,864	17,720
	高血圧症	95,745,180	15,312	14,256	13,272	11,997	88,105,760	16,142	13,011	12,272	10,143
	脂質異常症	51,770,580	8,279	9,060	7,525	8,529	40,792,830	7,474	7,959	6,969	7,092
(中長期・短期)合計		543,245,310	86,878	63,414	67,847	56,612	524,957,620	96,181	64,507	69,586	53,283

※一人あたり医療費(円)=各医療費÷被保険者数で算出
出典:KDBシステム_疾病別医療費分析(中分類)

■透析患者の透析に至った起因



出典:健康増進課_国民健康保険ポテンシャル分析(DH)

■令和4年度 生活習慣病の疾病別医療費分析(男性)

疾病	入院 (円)			外来 (円)		
	総医療費	一人あたり医療費	一人あたり医療費(年齢調整後)	総医療費	一人あたり医療費	一人あたり医療費(年齢調整後)
糖尿病	6,394,780	2,429	1,769	81,939,050	31,120	34,176
高血圧症	3,033,450	1,152	1,511	44,163,670	16,773	18,372
脂質異常症	878,240	334	200	15,351,490	5,830	6,393
脳出血	9,448,630	3,589	4,330	163,370	62	65
脳梗塞	23,169,900	8,800	8,934	4,095,890	1,556	1,680
狭心症	22,523,450	8,554	9,824	7,268,140	2,760	2,768
心筋梗塞	13,990,450	5,314	7,192	495,890	188	186
がん	161,819,610	61,458	62,955	162,097,300	61,564	62,510
筋・骨格	89,636,620	34,044	36,151	47,110,830	17,892	19,347
精神	171,672,210	65,200	72,212	20,893,280	7,935	9,001
腎不全(透析あり)	44,685,480	16,971	17,732	94,336,550	35,829	42,675

出典:KDBシステム_疾病別医療費分析(生活習慣病)

■令和4年度 生活習慣病の疾病別医療費分析 (女性)

疾 病	入院 (円)			外来 (円)		
	総医療費	一人あたり 医療費	一人あたり 医療費 (年齢調整後)	総医療費	一人あたり 医療費	一人あたり 医療費 (年齢調整後)
糖尿病	2,640,260	935	1,091	58,743,220	20,794	23,666
高血圧症	619,440	219	244	43,942,090	15,555	16,772
脂質異常症	406,860	144	186	25,441,340	9,006	9,956
脳出血	4,363,850	1,545	1,906	54,510	19	22
脳梗塞	35,575,140	12,593	13,902	4,856,600	1,719	1,976
狭心症	3,353,010	1,187	1,391	6,406,520	2,268	2,556
心筋梗塞	3,798,660	1,345	1,467	469,710	166	188
がん	145,532,250	51,516	60,820	61,926,160	21,921	25,039
筋・骨格	97,267,770	34,431	35,340	85,323,310	30,203	32,116
精神	90,644,860	32,087	32,769	32,600,830	11,540	13,684
腎不全(透析あり)	9,579,660	3,391	4,266	30,278,580	10,718	11,218

出典:KDBシステム_疾病別医療費分析(生活習慣病)

■令和4年度人工透析の医療費の状況

○国民健康保険(0~74歳)

国保	被保険者数	人工透析		医療費		
				医療費 (調剤含む)	人工透析患者の医療費 *人工透析レセプト点数を計上	
	A	B		C	D	D/C
	人数(年度末)	人数(年度末)	被保険者100万対	円	円	%
いちき串木野市	5,458	45	8,245	3,186,381,710	319,090,420	10.0%
同規模	2,020,054	7,840	3,881	796,952,791,080	48,831,126,000	6.1%
県	356,708	1,970	5,523	158,408,559,650	12,969,594,770	8.2%
全国	27,488,882	89,397	3,252	9,337,411,479,190	571,751,135,790	6.1%

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

○後期高齢者医療(75歳以上)

後期高齢者 医療 (75歳以上)	被保険者数	人工透析		医療費		
				医療費 (調剤含む)	人工透析患者の医療費 *人工透析レセプト点数を計上	
	A	B		C	D	D/C
	人数(年度末)	人数(年度末)	被保険者100万対	円	円	%
いちき串木野市	5,613	48	8,552	5,470,754,810	277,690,230	5.1%
同規模	1,802,061	14,655	8,132	1,509,446,802,540	92,181,442,000	6.1%
県	271,066	2,206	8,138	274,835,400,550	15,064,314,740	5.5%
全国	19,252,695	163,757	8,506	16,115,886,682,100	1,048,278,728,840	6.5%

※後期高齢者医療については、移行した65歳~74歳含む

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

(5) 介護

令和4年度の1号認定率は18.9%、新規認定率は0.2%で、国、県と比較すると低い割合となっています。

介護認定者の有病状況をみると、心臓病、筋・骨格、高血圧の順に高い状況です。

介護認定者の有病状況を平成30年度と比較してみると、令和4年度では、脂質異常症、糖尿病、精神、筋・骨格、高血圧、悪性新生物で増加しています。

■令和4年度(累計)介護認定状況

		いちき串木野市		鹿児島県	国
		実数(人)	認定率	認定率	認定率
1号認定者数・認定率		1,913	18.9%	20.1%	19.4%
新規認定者		25	0.2%	0.3%	0.3%
介護度別 総件数・割合	要支援1及び2	6,883	16.6%	15.3%	12.9%
	要介護1及び2	20,915	50.4%	45.3%	22.7%
	要介護3以上	13,692	33.0%	39.4%	40.8%
2号認定者数・認定率		29	0.4%	0.4%	0.4%

※65歳以上の介護認定者を推計÷((再掲)65歳~69歳~(再掲)100歳以上の合計)×100

出典:KDBシステム_地域の全体像の把握

■介護認定者の有病状況(各傷病レセプトを持つ介護認定者の状況)

傷病名	H30年度(累計)			R4年度(累計)		
	いちき串木野市	鹿児島県	国	いちき串木野市	鹿児島県	国
糖尿病	23.9%	22.5%	22.4%	27.1%	23.7%	24.3%
高血圧症	61.4%	58.7%	50.8%	62.1%	59.0%	53.3%
脂質異常症	34.0%	29.9%	29.2%	37.9%	32.8%	32.6%
心臓病	70.8%	67.3%	57.8%	70.3%	66.9%	60.3%
脳疾患	38.4%	33.9%	24.3%	33.3%	31.3%	22.6%
悪性新生物	12.6%	11.4%	10.7%	12.9%	12.3%	11.8%
筋・骨格	63.3%	60.8%	50.6%	64.4%	61.0%	53.4%
精神	46.1%	41.7%	35.8%	47.5%	42.7%	36.8%
※認知症(再掲)	32.1%	29.0%	22.9%	30.7%	30.4%	24.0%
アルツハイマー病	26.5%	23.8%	18.3%	24.4%	23.5%	18.1%

※各傷病名を判定したレセプトを持つ介護認定者の集計÷介護認定者数×100で算出

出典:KDBシステム_地域の全体像の把握

(6) その他

①ジェネリック医薬品

ジェネリック医薬品の利用促進のため実施している差額通知の状況を、平成30年度と令和4年度で比較すると、差額通知延べ発送件数は年々減少しています。

■ジェネリック医薬品使用促進

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
被保険者数(3月分)	6,253人	6,028人	5,926人	5,701人	5,458人
延べ発送件数	1,213件	1,087件	1,162件	892件	753件
発送回数	7回	7回	7回	7回	7回

出典：健康増進課(DH)

KDBシステム_地域の全体像の把握

②重複・頻回等受診者対策

重複・頻回等受診者対象者数は、平成30年度は7人であったが、令和4年度は5人と微減しています。

令和3年度より重複・多剤服薬者に対し、ハガキ等による通知を開始し、令和4年度の延べ実施数は252人です。

■重複・頻回等受診者対象者数及び延べ訪問等実施者数の状況

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	対象者数	延べ実施数	対象者数	延べ実施数	対象者数	延べ実施数	対象者数	延べ実施数	対象者数	延べ実施数
重複受診	3人	4人	0人	0人	0人	0人	1人	1人	2人	2人
頻回受診	4人	5人	8人	7人	7人	7人	3人	3人	3人	3人
重複・多剤服薬	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人

出典：健康増進課

■重複・多剤服薬等の通知状況

	R3年度		R4年度	
	対象者数	延べ実施数	対象者数	延べ実施数
重複・多剤服薬	426人	252人	437人	252人

出典：健康増進課

4. 健康課題の整理

データ分析結果や第2期データヘルス計画の取組み状況を整理し、「健康寿命の延伸・QOLの向上」と「医療費の適正化」に向けて、健康課題を抽出し、優先課題を決め、課題解決に向けて保健事業に取り組みます。

■健康課題

分析結果	健康課題
<ul style="list-style-type: none"> 平均余命・平均自立期間ともに男性・女性伸びているが、女性は平均自立期間より平均余命が伸びている。 SMRは男性・女性ともに、糖尿病、腎不全、急性心筋梗塞、脳血管疾患の順に高い。 	<p>新規人工透析導入の予防のため、糖尿病性腎症重症化予防及び重症化予防の継続が必要である。</p>
<ul style="list-style-type: none"> 介護認定者の有病状況では、心臓病、筋・骨格、高血圧症の順に高い。 一人当たり入院医療費の伸びが29.1%と県の伸び率18.8%より高く、入院医療費を生活習慣病の疾病別で見ると、男性は精神、がん、筋・骨格、女性はがん、筋・骨格、精神の順に高い。 	<p>予防可能な生活習慣病の発症・重症化予防の継続が重要である。</p>
<ul style="list-style-type: none"> 一人当たり外来医療費を生活習慣病の疾病別で見ると、男性ではがん、腎不全、糖尿病、女性では筋・骨格、がん、糖尿病の順に高い。 人工透析の医療費(0～74歳)は、総医療費の10.0%占めている。人工透析の起因に至っている疾病の64.2%が生活習慣病であり、62.3%は糖尿病性腎症である。 	<p>生活習慣病の発症・重症化予防を実施するためには健康リスクの把握が必要であることから、特定健診等の受診率向上のための継続した取組が重要である。</p>
<ul style="list-style-type: none"> 特定健診受診率は56.1%であるが、男性の45～49歳で受診率27.9%、女性の40～44歳で受診率22.7%と最も低い。 特定健診受診者の有所見者割合は、血圧、脂質異常、腎機能(尿蛋白)、糖尿病の順に高く、受診勧奨判定値の未治療者割合は、脂質異常、血圧の順に高く、若年者でも脂質異常、血圧の有所見者が出現している。 	<p>若い世代からの健康意識の向上と生活習慣の改善、健診等の受診率向上のための取組の継続が必要である。</p>
<ul style="list-style-type: none"> メタボリックシンドローム予備群約10%、該当者約20%で微増傾向にあり、若年者でもメタボ予備群・該当者が出現している。 生活習慣状況について、特定健診の質問票項目の状況を見ると、「食行動の乱れ」より「身体活動不足」の割合が高い。メタボ該当者は、メタボ非該当・予備群に比べ、「体重増加あり」が少ない。 	<p>介護部門と連携し、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組が必要である。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ジェネリック医薬品の使用割合86.1%で増加傾向にある。 	<p>適正受診・適正服薬の取組の継続が必要。</p>

■優先課題

項目	優先課題	優先課題
A	糖尿病性腎症及び生活習慣病重症化予防	1
B	生活習慣病の発症予防	2
C	特定健康診査未受診者勧奨	3

第3章 データヘルス計画の取組

1. 計画の目指す姿

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

2. 取組を行う保健事業

健康課題の解決に向けて、本市では下記のとおり保健事業ごとに目的をもって取り組みます。

項目	目 的	関連する保健事業	重点優先度
A	糖尿病性腎症重症化予防のプログラムの利用及び医療機関受診を促進し、重症化予防することで、糖尿病等に伴う慢性腎不全患者および関連医療費の減少を目的とします。	糖尿病性腎症重症化予防事業	1
A	高血圧等のハイリスク者の医療機関受診・継続について働きかけることで、高血圧、糖尿病、脂質異常症等の生活習慣病の重症化予防に資することを目的とします。	重症化予防・受診勧奨事業	1
A	重複受診、重複・多剤処方等の改善や、ジェネリック医薬品の利用と切り替えを促進し、ハイリスク者への適切な医療等の資源の利用促進と健康状態の改善を図ることで、受診・服薬の適正化及びジェネリック医薬品の促進を通じた医療費適正化と健康障害予防を目的とします。	適正受診・適正服薬事業(ジェネリック医薬品促進含む)	1
A・B	高齢者の社会参加を促進することで、フレイル及び要介護の予防、高齢者の社会参加と QOL の向上を目的とします。	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	1
B・C	特定健康診査の受診を促進し、特定保健指導の利用の促進と利用者のメタボリックシンドロームの改善を図ることでメタボリックシンドロームの減少を通じた生活習慣病の予防を目的とします。	・特定健康診査(受診勧奨) ・特定保健指導	2

項目	目 的	関連する 保健事業	重点 優先度
B	がん検診の受診を促進し、がん死亡率の低下及びがんの早期発見・早期治療の推進を目的とします。	がん検診事業	2
B	歯周病検診の受診促進と適切なセルフケアの推進を図ることで、歯科・歯周病及び関連疾患の予防を目的とします。	歯周病検診事業	2
B	健康イベント等の参加、健康的な生活習慣の実践を促進し、生活習慣病の予防を目的とします。	健康インセンティブ・ 健康づくり事業	2

4章 第4期特定健康診査等実施計画

1. 特定健康診査

年度	令和6年度～令和11年度		担当部門	健康増進課(保険給付係)						
背景	<p>○平成20年度より、脳血管疾患、心臓病、腎不全等の生活習慣病の原因となるメタボリックシンドロームを対象にした特定健康診査・特定保健指導が保険者に義務付けられました。</p> <p>○本市でも、制度開始以来、特定健康診査等実施計画をもとに進められており、様々な取組みを行ってきました。平成27年度から令和元年度までの受診率は、国の指標(60%)を達成していましたが、令和2年度以降減少傾向にあり、受診率向上を図る必要があります。また、特に受診率は、男性45～49歳27.9%、女性40～44歳22.7%で最も低い状況にあります。</p>									
目的	<p>○メタボリックシンドローム及びそれに伴う各種生活習慣病の予防を目指した特定健康診査・特定保健指導を進めるため、広報、受診勧奨、再勧奨、若年者に対する特定健診等の取組みを行うことで、特定健康診査の受診率向上を目的とします。</p>									
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <p>○対象：40歳～74歳の被保険者</p> <p>○実施方法：健診…個別及び集団、情報提供対象者への通知 未受診者勧奨…訪問等</p> <p>○実施時期： <健診></p> <ul style="list-style-type: none"> ・4月 受診券発送・前年度未受診者及び40～50代の対象者に対し集団健診希望調査通知発送 プレ特定健診(30代)希望調査発送、情報提供票発送(随時) ・4月～翌年2月 みなし健診(情報提供票) ・5月～10月 個別特定健診実施 ・5月～10月・12月 広報紙への掲載 防災無線での広報 ・8月～9月頃 集団健診(複合がん検診とのセット健診)・プレ特定健診 ・12月 11月抽出日までの健診未受診者に対し脱漏健診通知(再勧奨) ・1月 脱漏健診(集団、がん検診とのセット健診) <p><未受診者勧奨></p> <ul style="list-style-type: none"> ・4月～10月 前年度未受診者に対する訪問等による受診勧奨 ・5月 まちづくり協議会へ全対象者に対する受診勧奨依頼 ・12月～翌年2月 脱漏健診の勧奨訪問・情報提供票勧奨訪問 <p>○実施体制：委託(個別健診：市医師会、集団健診：健診実施機関)</p> <p>○健診項目：資料1参照 独自追加検査項目…HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・推定塩分摂取量</p> <p>○費用：自己負担なし</p> <p>○受診勧奨：前年度未受診者への受診勧奨、まちづくり協議会による今年度対象者への受診勧奨、防災無線・広報紙等での受診勧奨</p> <p>○受診再勧奨：当該年度個別健診未受診者、12月頃脱漏健診の案内通知</p> <p>○健診データ収集：みなし健診…特定健康診査情報提供票を該当者の申し出により本人へ発行・通知(随時) 医療機関へ4月～翌年2月提出</p> <p>○プレ特定健診：対象者…30代 実施方法…集団健診 受診勧奨方法…案内通知 健診項目…特定健診に準ずる</p>									
評価項目	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値/実績						
				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(結果)	特定健診受診率	法定報告参照	56.1%	56.8%	57.4%	58.1%	58.8%	59.5%	60.0%	
	メタボリックシンドローム・予備群の減少率(対20年度比)	{(H20推定値-当該年度推定値)/H20推定値}*100	-5.3%	0.0%	5.0%	10.0%	15.0%	20.0%	25.0%	
	年齢階級別受診率	男性 40～44歳	法定報告参照	31.3%	32.0%	32.6%	33.2%	33.8%	34.4%	35.0%
				27.9%	28.8%	29.7%	30.1%	31.0%	31.9%	33.0%
				28.7%	29.7%	30.5%	31.3%	32.1%	32.9%	33.7%
				37.3%	38.3%	39.1%	39.9%	40.7%	41.5%	42.3%
				22.7%	23.7%	24.5%	25.3%	26.1%	26.9%	27.7%
				36.6%	37.6%	38.4%	39.2%	40.0%	40.8%	41.6%
				48.2%	49.2%	50.0%	50.8%	51.6%	52.4%	53.2%
				48.1%	49.1%	49.9%	50.7%	51.5%	52.3%	53.1%
特定健診未受診者受診勧奨後の特定健診受診率	訪問後受診者数/訪問実施者数	14.5%	15.5%	16.3%	17.1%	17.9%	18.7%	19.5%		
アウトプット(事業量)	特定健診未受診者勧奨実施率(訪問)	未受診者勧奨実施数/未受診者勧奨対象者数	33.6%	33.6%	33.6%	33.6%	33.6%	33.6%	33.6%	
	集団健診受診率	受診者数/対象者数	3.7%	3.8%	3.8%	3.9%	4.0%	4.0%	4.0%	
	脱漏健診受診率	受診者数/対象者数	1.2%	1.3%	1.3%	1.4%	1.4%	1.5%	1.5%	
	プレ特定健診受診率	受診者数/対象者数	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	

プロセス (過程)	<p>○特定健診未受診者勸奨対象者 4月対象者抽出 4月～10月実施 ・隔年未受診者・レセ有 ・隔年未受診者・レセ無 ・経年未受診者・レセ有 ・経年未受診者・レセ無</p> <p>○脱漏健診対象者 11月対象者抽出 12月通知</p> <p>○情報提供票勸奨対象者 11月対象者抽出 12月～2月実施</p> <p>○集団健診・プレ特定健診対象者 4月対象者抽出 5月希望調査実施</p>	<p>○まちづくり協議会へ受診勸奨依頼 5月</p> <p>○健診実施機関と委託契約 4月</p> <p>○がん検診との一体的実施(集団健診、脱漏健診)、休日実施</p>
ストラクチャー チャーター (体制)	<p>○体制 ・事務職1名、保健師1名、会計年度(事務2名)</p> <p>○予算の確保</p> <p>○勸奨方法 ・通知、訪問、広報紙、防災無線</p> <p>○委託機関、委託・協力医療機関との連携 ・いちき串木野市医師会 集団健診委託機関</p>	<p>○まちづくり協議会との連携</p> <p>○がん検診との一体的実施について保健部門(健康増進係)との連携</p>

評価の まとめ		
事業 評価	<p>A:目標に達成した B:目標に達成していないが、改善傾向にある C:変わらない D:悪化した E:評価困難</p>	
継続等について	<p>継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討</p>	
見直し 改善について	<p>(考えられる見直しと改善案)</p>	

2. 特定保健指導

年度	令和6年度～令和11年度		担当部門	健康増進課(保険給付係)							
背景	<p>○平成20年度より、脳血管疾患、心臓病、腎不全等の生活習慣病の原因となるメタボリックシンドロームを対象にした特定健康診査・特定保健指導が保険者に義務付けられました。特定保健指導は、特定健康診査の結果、特定保健指導が必要とされた者(積極的支援および動機付け支援)に対して、保健師等による指導を行い、メタボリックシンドロームの改善を図るものです。</p> <p>○本市でも特定保健指導を進めており、令和元年度以降国の目標(60%)を達成しています。しかし、メタボリックシンドローム該当者および予備群の割合の低下が認められていない状況となっています。</p>										
目的	<p>○特定保健指導対象者に対して、特定保健指導(積極的支援および動機付け支援)を行うことで、メタボリックシンドロームの改善を図り、ひいては被保険者全体のメタボリックシンドロームおよび関連する生活習慣病を減少させることを目的とします。</p>										
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <p>○対象:個別健診・集団健診・情報提供票提出者・人間ドック・職場健診等受診者のうち、「積極的支援、動機付け支援」に該当する者</p> <p>○実施方法:訪問、個別面接、電話、通信、集団健診による該当者については初回面談の分割実施</p> <p>○実施機関:直営(保健師、管理栄養士)、委託(保健指導実施機関)</p> <p>○実施時期:健診結果受領後案内通知の発送、利用動機架電又は訪問、3か月間実施</p> <p>○費用:自己負担なし</p> <p>○利用動機・再動機:全対象者に案内通知後架電又は訪問による利用動機</p> <p>○プレ特定保健指導:対象者…30代 実施方法…委託又は直営、特定保健指導に準ずる</p>										
評価項目	評価指標		評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値/実績						
					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(結果)	特定保健指導実施率		法定報告参照	63.7%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	
	特定保健指導対象者の減少率(対20年度比)		{(H20推定数-当該年度推定数)/H20推定数}*100	31.9%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率		今年度は特定保健指導でなくなった者の数/昨年度の特定保健指導利用者数(TKCA012 総計 29)	22.1%	22.7%	22.7%	22.7%	23.3%	23.3%	23.3%	
	特定健診有所見者割合	腹囲(男:85cm以上、女:90cm以上)		男:85cm以上+女:90cm以上/健診結果有	36.6%	36.5%	36.5%	36.5%	36.4%	36.4%	36.4%
		BMI(25以上)		BMI25以上/健診結果有	29.9%	29.8%	29.8%	29.8%	29.7%	29.7%	29.7%
		血圧(160/100以上)		血圧160/100以上/健診結果有	3.4%	3.3%	3.3%	3.3%	3.2%	3.2%	3.2%
		脂質(LDL160以上)		LDL160以上/健診結果有	10.1%	10.0%	10.0%	10.0%	9.9%	9.9%	9.9%
		血糖(HbA1c6.5%以上)		HbA1c6.5%以上/健診結果有	12.8%	12.6%	12.5%	12.4%	12.3%	12.2%	12.1%
腎機能(尿蛋白(+)以上)		尿蛋白(+)以上/健診結果有	6.1%	6.0%	6.0%	6.0%	5.9%	5.9%	5.9%		
アウトプット(事業量)	特定保健指導利用終了率		利用者数/当初対象者数	61.3%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	
	初回面接分割実施率	集団健診・脱漏健診	実施者数/対象者数	88.9%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	
		プレ特定保健指導実施率		利用者数/対象者数	66.7%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	
プロセス(過程)	<p>○庁内従事者打合せ 6月</p> <p>○保健指導対象者抽出 ・健診データ受領後(随時)</p> <p>○利用動機方法・手順 ・案内通知、カルテ作成、アセスメント実施、通知後架電・日程調整 面談・架電等による支援、1か月後通知、3か月後評価</p> <p>○実施方法 ・直営:個別支援 委託:個別支援・初回面接分割実施</p> <p>○保健指導実施機関との委託契約 4月</p>										
ストラクチャー(構造)	<p>○予算の確保</p> <p>○庁内従事者打合せ 1回</p> <p>○体制 (直営):通常時:健康増進課保険給付係 保健師1名、会計年度(保健師)2名 ・必要時:健康増進課健康増進係 保健師2名、管理栄養士3名 (委託):委託機関 1か所 ・連携会議 2回 その他必要時 ・体制 保健師・管理栄養士</p> <p style="text-align: right;">○特定保健指導実施者等の研修参加 2回</p>										

評価の まとめ	
事業 評価	A:目標に達成した B:目標に達成していないが、改善傾向にある C:変わらない D:悪化した E:評価困難
継続等 について	継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討
見直し 改善に ついて	(考えられる見直しと改善案)

第5章 個別保健事業

1. 糖尿病性腎症重症化予防事業

年度	令和6年度～令和11年度		担当部門	健康増進課(保険給付係)							
背景	<p>○糖尿病等から生じる慢性腎臓病(CKD)による人工透析は高額の医療費となり、その予防は医療費適正化の観点から重要である。その観点から、国および鹿児島県は、糖尿病性腎症重症化予防の標準的な手順を作成し、その推進を図っている。</p> <p>○本市でも平成27年度から、糖尿病性腎症重症化予防の取組を進めている。</p>										
目的	<p>○国および鹿児島県の標準的な手順に従い、糖尿病性腎症の悪化および慢性腎臓病(CKD)に進行する可能性のある者に対して医療機関への受診勧奨や保健指導等を行うことで、糖尿病性腎症の重症化を予防することを目的とする。</p>										
具体的内容	<p>【実施内容】 <受診勧奨> ○対象:特定健診を受診し、HbA1c6.5%以上で服薬なし(治療中除く) ○実施方法:訪問等にて健診結果を基に保健指導(受診勧奨)を実施、詳細受診券の発行 ○実施機関:保健指導…直営(保健師、管理栄養士、看護師)、詳細健診…いちき串木野市医師会 ○費用:自己負担なし ○実施スケジュール:健診結果受領後対象者抽出、健診結果を持参し訪問・詳細受診券の発行、詳細健診結果にて保健指導を実施 ○医師会との連携:医師会と連携、詳細健診の委託 <糖尿病性腎症重症化予防事業対象者の概数> ○対象:糖尿病性腎症重症化予防事業対象者のうち、未受診者・治療中断者 ○実施方法・スケジュール:6月対象者抽出 7月通知による受診勧奨 8月以降訪問による受診勧奨 ○実施機関:直営(保健師、管理栄養士、看護師) <保健指導> ○対象:国・県のマニュアル及び委託先の抽出基準にて該当者を抽出、市にて対象者の確定 ○実施方法:委託機関にて案内通知発送、発送後市訪問による参加勧奨及び訪問以外の方は委託先の架電にて参加勧奨 ○実施機関:保健指導については保健指導実施機関へ委託 ○費用:自己負担なし ○実施スケジュール:4月委託業者選定・事業事前打合せ、5月対象者確定・案内通知、訪問・架電による参加勧奨 6月参加者確定・保健指導実施(6か月間)、終了1か月後報告書の提出 ○医師会との連携:参加時主治医からの指示書市へ提出、実施報告書毎月1回委託業者から主治医へ提出</p>										
評価項目	評価指標		評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値/実績						
					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(結果)	被保険者10万人あたりの新規人工透析導入者の割合		(新規人工透析患者数*10万)/被保険者数	930			909			887	
	一人あたり医療費	腎不全	入院	疾患別入院医療/被保険者数	12,862円		12,733円			12,605円	
			外来	疾患別外来医療/被保険者数	41,193円		40,781円			40,369円	
	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		(対象者概数A+C)/特定健康診査受診者数(概数)	1.7%	1.6%	1.6%	1.6%	1.5%	1.5%	1.5%	
	特定健診有所見者割合	血糖(HbA1c6.5%以上)		HbA1c6.5%以上/健診結果有	12.8%	12.7%	12.6%	12.5%	12.4%	12.3%	12.2%
		血糖(HbA1c8.0%以上)		HbA1c8.0%以上/健診結果有	1.7%	1.7%	1.7%	1.6%	1.6%	1.5%	1.5%
		腎機能(尿蛋白(+)以上)		尿蛋白(+)以上/健診結果有	6.1%	6.0%	5.9%	5.8%	5.7%	5.6%	5.5%
	保健指導評価者の目標範囲内維持・改善率	HbA1c		目標範囲内維持・改善者数/分析対象者(欠損値なし)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		血圧			66.7%	83.3%	83.3%	83.3%	100%	100%	100%
		尿蛋白			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
受診勧奨後の医療機関受診の割合			医療機関受診者数/受診勧奨者数(A+C+E)	26.8%	29.3%	29.3%	29.3%	31.8%	31.8%	31.8%	
詳細健診受診者等による医療機関受診の割合			医療機関受診者数/(詳細要医療者+詳細自費受診者)	82.1%	85.7%	85.7%	85.7%	89.3%	89.3%	89.3%	

アウトプット (事業量)	詳細健診受診率	受診者/(受診券発行者-自費受診者)	88.9%	90.8%	92.6%	94.5%	96.3%	98.2%	100%
	概数把握対象者の受診勧奨割合	A: 特定健診結果から糖尿病性腎症3期又は4期で、糖尿病治療なしの者	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		C: 特定健診結果から糖尿病性腎症2期以下又は病期不明で、糖尿病治療なしの者	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		E: レセプト等から把握した過去に糖尿病治療歴あり、現在治療中断をしている者	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	保健指導終了率	保健指導終了者数/参加者数	85.7%	86.7%	86.7%	86.7%	93.3%	93.3%	93.3%
	保健指導参加率	参加者数/目標値(15人)	40.0%	47.0%	47.0%	54.0%	54.0%	61.0%	61.0%
プロセス (過程)	○詳細健診 ・4月:市医師会と委託契約 ・随時:健診結果受領後対象者抽出、対象者面談・受診券発行 健診結果受領、健診結果に対する保健指導実施 ○概数把握 ・6月:対象者抽出 ・7月:受診勧奨通知 ・8月以降:レセプト確認後未受診者へ再勧奨		○保健指導 ・4月:委託業者の選定・契約、打合せ 市医師会へ協力依頼 市:②対象者の決定 業者:①対象者の抽出、③案内通知準備 ・5月:案内通知発送…業者 参加勧奨 市…訪問 業者…架電 ・6月:参加者決定、保健指導開始(~12月) ・報告書(業者より):かかりつけ医…毎月 市…毎月、中間・最終評価						
ストラクチャー (体制)	○予算の確保 ○連携 ・市医師会 1回、かかりつけ医 毎月報告書、委託業者 随時 ○体制 ・市:保健師 1名 会計年度(保健師 2名、看護師 1名) ・委託業者:保健師・看護師 ○研修会への参加 3回								

評価の まとめ									
事業 評価	A: 目標に達成した			B: 目標に達成していないが、改善傾向にある					
継続等 について	C: 変わらない			D: 悪化した			E: 評価困難		
見直し 改善に ついて	(考えられる見直しと改善案) 継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討								

2. 重症化予防・受診勧奨事業

年度	令和6年度～令和11年度		担当部門	健康増進課(保険給付係・健康増進係)						
背景	<p>○高血圧、脂質異常症、糖尿病等を放置することで、脳血管疾患や心臓病等の循環器疾患を発生する可能性が高まる。これらは特定健康診査等により早期に発見することができ、必要に応じて医療機関の受診や治療および生活習慣の改善により、重症化を予防することが可能である。</p> <p>○本市の特定健診受診者の結果では、脂質異常症・高血圧等の受診勧奨判定値にて未治療者の割合が高く、また、レセプトの分析の結果では、生活習慣病にかかる疾患の一人あたり医療費が国・県・同規模より高い。</p> <p>○本市では、特定健診および若年者健診結果を個人に報告書として返却するとともに、糖尿病性腎症重症化予防事業に加えて、高血圧や脂質異常症等の有所見者には受診勧奨と保健指導を行っている。</p>									
目的	<p>○循環器疾患の予防、高血圧や脂質異常症等の生活習慣病の有病率の低下を目指して、特定健康診査等の結果をもとに結果通知、受診勧奨、保健指導により、医療機関の受診が必要な人を受診および治療に結び付けることを目的とする。</p>									
具体的内容	<p>【実施内容】 <ハイリスクアプローチ事業> ○対象：健診結果にて問診票服薬なし、血圧高値：Ⅱ度以上、脂質異常：LDL-C180以上・中性脂肪500以上(空腹時・随時を問わない) CKDネットワーク対象者(健康増進係) ○実施者：直営(保健師・管理栄養士・看護師) ○受診勧奨の方法：訪問、面談、電話、書面 ○保健指導の内容：特定健診結果を基に身体メカニズムについて理解してもらえらる保健指導及び受診勧奨 ○再勧奨：訪問指導実施3か月後にレセプトにて受診状況を確認、未受診者に対して再勧奨を実施 ○実施スケジュール：特定健診結果受領後対象者を抽出、健診結果を持参し訪問等にて勧奨・保健指導を実施 訪問等実施3か月後レセプトにて受診状況確認、未受診者に再勧奨を実施、年度末及び次年度評価を実施 CKD対象者については、かかりつけ医からの返書により訪問による保健指導を実施、かかりつけ医へ報告</p>									
評価項目	評価指標		評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値/実績					
					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(結果)	一人あたり医療費	脳血管疾患	入院	疾患別入院医療/被保険者数	13,294円		13,161円			13,028円
			外来	疾患別外来医療/被保険者数	1,680円		1,663円			1,646円
		虚血性心疾患	入院	疾患別入院医療/被保険者数	8,784円		8,696円			8,608円
			外来	疾患別外来医療/被保険者数	3,154円		3,122円			3,091円
	特定健診有所見者割合	血圧(160/100mmHg)以上	血圧160/100以上/健診結果有	3.4%	3.3%	3.3%	3.3%	3.2%	3.2%	3.2%
		脂質(LDL160mg/dl以上)	LDL160以上/健診結果有	10.1%	10.0%	10.0%	10.0%	9.9%	9.9%	9.9%
腎機能(尿蛋白(+)以上)		尿蛋白(+)以上/健診結果有	6.1%	6.0%	6.0%	6.0%	5.9%	5.9%	5.9%	
受診勧奨後の医療機関受診割合	血圧(160/100mmHg)以上	医療機関受診者数/受診勧奨数	37.8%	37.9%	38.0%	38.1%	38.2%	38.3%	38.4%	
	脂質(LDL180mg/dl以上)		36.7%	36.8%	36.9%	37.0%	37.1%	37.2%	37.3%	
アウトプット(事業量)	受診勧奨割合	血圧(160/100mmHg)以上	受診勧奨数/対象者数	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		脂質(LDL180mg/dl以上)		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス(過程)	<p>○庁内従事者打合せ 6月 ○受診勧奨方法・手順 ・6月～11月 対象者抽出、訪問実施 ・訪問3か月後 レセプトにて受診状況確認 ・未受診者に対する再勧奨実施</p>									
ストラクチャー(体制)	<p>○予算の確保 ○体制 ・保険給付係：保健師 1名、会計年度(保健師 2名、看護師 1名) ・健康増進係：保健師 1名、管理栄養士 1名 ○医師会や医療機関等との連携 ○研修会の参加</p>									

評価の まとめ	
事業 評価	A:目標に達成した B:目標に達成していないが、改善傾向にある C:変わらない D:悪化した E:評価困難
継続等 について	継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討
見直し 改善に ついて	(考えられる見直しと改善案)

3. 適正受診・適正服薬事業(ジェネリック医薬品促進含む)

年度	令和6年度～令和11年度		担当部門	健康増進課(保険給付係)						
背景	<p>○重複受診、頻回受診、重複服薬、多剤投与(ポリファーマシー)、併用禁忌は、医療費適正化の観点だけでなく、薬の副作用を予防する点からも重要である。</p> <p>○データヘルズ計画の中で、これらを予防する適正受診・適正服薬の取組が進められている。</p> <p>○本市では、適正受診・適正服薬促進に向けて、対象者への通知および希望者に対する保健指導(平成19年度以前は健康増進係、平成20年度以降は保険給付係)を行っている。</p> <p>○医療費の適正化に当たり、その多くを占める薬剤費の伸びを抑制するため、ジェネリック医薬品の使用促進が行われている。国は、ジェネリック医薬品使用割合の目標を80%(数量シェア)、県は目標85%を掲げている。</p> <p>○本市でも、差額通知などにより、ジェネリック医薬品利用促進を進めており、令和4年度には後発医薬品の使用割合86.1%で、国及び県の目標を達成している。</p>									
目的	<p>○重複受診、頻回受診、重複服薬、多剤投与(ポリファーマシー)、併用禁忌等の人に対して、通知や保健指導等を行うことで、それらを適正化することを目的とし、ひいては不適正と考えられる受診・服薬を減少させる。</p> <p>○医療費適正化を推進するため、差額通知および普及啓発等の取組を通じて、ジェネリック医薬品の利用を促進し、その利用率を高めることを目的とする。</p>									
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <p><重複・頻回受診></p> <p>○対象:同一月内に同一疾病名の外来受診が4か所以上あり、かつ3か月連続する者 同一月内に同一疾病名で15日以上外来受診があり、かつ3か月連続する者</p> <p>○実施内容:対象者へ訪問指導の実施日を通知し、訪問にて指導を実施、実施者(看護師)</p> <p>○実施スケジュール:7月・11月訪問実施前に対象者を抽出、訪問実施2週間前の6月・10月頃通知、7月・11月頃訪問指導を実施 訪問実施3か月後(10月・2月頃)にレセプトにて評価</p> <p>○評価方法:10月・2月頃(訪問実施3か月後)、通院日数やレセプト点数にて効果検証を実施</p> <p><重複・多剤></p> <p>○対象:同一月内に2以上の医療機関から同一薬効の薬剤の投与を受けている者、同一月内に10種類以上の投与が2月以上継続している者</p> <p>○通知等の内容:国保連合会へ委託し、適正服薬に関する通知</p> <p>○実施スケジュール:年度当初国保連合会へ委託、7～8月頃国保連合会の様式にて通知、1～2月頃1回目の対象者のレセプトを確認し、未受診者に対し市より再度通知を実施、通知3か月後評価を実施</p> <p>○普及啓発等:ポリファーマシーについて、6月頃全市民に対し広報紙掲載</p> <p>○評価方法:通知3か月後レセプトにて改善状況を確認</p> <p><ジェネリック利用促進></p> <p>○対象者の設定:直近4か月で通知をしていない方で削減効果額100円以上ある方</p> <p>○通知等の方法:勸奨内容を封書にて通知、5月から11月の7か月間</p> <p>○実施スケジュール:4月以降毎月データを委託先へ提供 5月～11月通知発送 比較月(通知月の翌月)に評価を実施</p> <p>○普及啓発、情報提供:広報紙への事業実施掲載</p> <p>○評価:基準月と比較月のレセプトデータを比較して差額効果を確認</p>									
評価項目	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値/実績						
アウトカム(結果)	ジェネリック医薬品の使用割合	厚生労働省(9月診療分)	86.1%	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
	通知後の後発品普及率	年平均後発品普及率	87.2%	86.2%	86.2%	86.2%	86.3%	86.3%	86.3%	
	重複・頻回受診者保健指導後の改善率	改善数/保健指導実施数	60.0%	87.5%	87.5%	87.5%	87.8%	87.8%	87.8%	
	重複処方該当者数	(対被保険者1万人)	(該当者年平均×1万)/被保険者数	88	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
	多剤処方該当者数			27	26	26	26	25	25	25
アウトプット(事業量)	重複・頻回受診者の保健指導割合	保健指導実施数/対象者数	100%	87	87	87	86	86	86	
	重複・多剤服薬者実施率	通知者数/対象者数	57.7%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	差額通知率	通知者数/対象者数	100%	58.0%	58.0%	58.0%	58.0%	58.0%	58.0%	
プロセス(過程)	<p>○委託業者の選定・委託契約 4月</p> <p>○委託業者との連携</p> <p>○実施方法</p> <p><重複・頻回受診></p> <p>・対象者の抽出</p> <p>・通知書の発送(6月、10月)</p> <p>・訪問による保健指導(7月、11月)</p> <p>・訪問実施後3か月後にレセプトにて評価(10月、2月)</p> <p><ジェネリック利用促進></p> <p>○実施方法 契約後委託業者へレセプトデータの提供・該当者の抽出 委託業者より抽出翌月後通知 基準月(該当者抽出後全て)と比較月に効果検証(毎月)、市へ報告書(後発品普及率等)の提出</p> <p>○事業計画における数値目標の設定の有無</p> <p>○周知方法 広報紙への掲載</p> <p><重複・多剤服薬></p> <p>・委託業者にて該当者の抽出</p> <p>・市にて対象者を決定</p> <p>・委託業者にて対象者へ通知</p> <p>・市で通知後状況について、新医療費分析で確認及び評価</p> <p>○お薬手帳、ポリファーマシー等に関する普及、啓発</p> <p>・広報紙へ掲載</p>									
ストラクチャー(体制)	<p>○予算の確保</p> <p>○体制</p> <p>・事務職 1名 保健師 1名 会計年度(看護師 1名)</p> <p>○医師会、薬剤師会等との連携</p> <p>○委託業者との連携</p>									

評価の まとめ	
事業 評価	A:目標に達成した B:目標に達成していないが、改善傾向にある C:変わらない D:悪化した E:評価困難
継続等 について	継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討
見直し 改善に ついて	(考えられる見直しと改善案)

4. がん検診事業

年度	令和6年度～令和11年度		担当部門	健康増進課(健康増進係)							
背景	<p>○がん(悪性新生物)は、我が国の死因の第1位である。また、医療費の点でも、大きな割合を占める。そのため、国や鹿児島県では、がん対策推進基本計画等によって、がん検診が推進されている。</p> <p>○本市においても、がんは死因の第1位で、医療費においても傷病別で最も高い。がん検診は、健康増進課(健康増進係)が中心となり実施しているが、その受診率は令和4年度5.8%から22.3%にとどまっている。</p>										
目的	○健康増進課(保険給付係)と連携しながら、がんの早期発見および早期受診のため、国保被保険者のがん検診受診率を向上させる。										
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <p>○各がん検診の実施方法</p> <p>①複合がん検診:集団、胃がん・大腸がん・肺がん、8月～9月頃、②大腸がん検診:郵送検診、1月頃</p> <p>③女性がん検診:集団、乳がん・子宮頸がん、6月～7月頃 ④乳がん・子宮がん検診:個別、6月～12月頃</p> <p>⑤脱ろう検診:集団、胃がん・肺がん・乳がん・子宮頸がん、1月頃</p> <p>⑥人間ドック:個別、胃がん・大腸がん・肺がん・乳がん・子宮がん(実施医療機関にて項目設定)</p> <p>○特定健診との同時実施など:特定健診との同時実施有、①複合がん検診のうち1日、⑤脱ろう検診2日 ⑥市内委託契約医療機関</p> <p>○受診勧奨の方法</p> <p>①②③前年度2月～3月頃一括申込みを実施、</p> <p>①③検診日前に広報紙・防災無線・SNSによる再勧奨、大腸がん集団検診未受診者に対し郵送検診を案内・再勧奨、</p> <p>②1月末頃未受診者に対し再勧奨</p> <p>④対象者全員にクーポン券を発行5月末、クーポン未受診者に対し脱ろう検診の案内通知による再勧奨</p> <p>⑤12月頃一括申込みにて申込みするも未受診の方へハガキにて勧奨、広報紙・防災無線・SNS等による勧奨</p> <p>⑥4月頃広報紙による勧奨</p> <p>○費用:①②③⑤市国保被保険者については自己負担分無料(助成あり)</p> <p>④クーポン利用による自己負担分無料</p> <p>⑥市国保被保険者については検診料金7割相当額助成(限度額5万円)、1回/年</p>										
評価項目	評価指標		評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値/実績						
アウトカム(結果)	がんによる死亡者割合		KDB:地域の全体像の把握	40.7%	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
	SMR	男性	胃がん	県健康増進課統計	(H29-R3) 73.6			全国以下			全国以下
			肺がん		(H29-R3) 93.4			全国以下			全国以下
			大腸がん		(H29-R3) 82.1			全国以下			全国以下
		女性	胃がん		(H29-R3) 71.3			全国以下			全国以下
			肺がん		(H29-R3) 109.5			全国以下			全国以下
			大腸がん		(H29-R3) 75.6			全国以下			全国以下
			子宮がん		(H29-R3) 120.8			全国以下			全国以下
			乳がん		(H29-R3) 70.5			全国以下			全国以下
	精密検査受診率(6か月後)	胃がん	胃がん	精密受診者数/精密対象者数	92.9%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%
			肺がん		72.2%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%
			大腸がん		79.2%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%
			子宮がん		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
			乳がん		92.3%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%
	アウトプット(事業量)	がん検診受診率50%以上	胃がん(40-69歳)	県健康増進課統計	5.8%	6.0%	6.0%	6.1%	6.1%	6.2%	6.2%
肺がん(40-69歳)			9.4%		9.6%	9.6%	9.7%	9.7%	9.8%	9.8%	
大腸がん(40-69歳)			11.8%		12.0%	12.0%	12.1%	12.1%	12.2%	12.2%	
子宮がん(20-69歳)			14.9%		15.1%	15.1%	15.2%	15.2%	15.3%	15.3%	
乳がん(40-69歳)			22.3%		22.5%	22.5%	22.6%	22.6%	22.7%	22.7%	
精密検査受診勧奨実施率			100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	

プロセス (過程)	<ul style="list-style-type: none"> ○前年度末一括申込み(検診受診動奨(コール))実施 ○委託業者の選定・契約 4月 ○委託業者と打合せ・連携 ○受診・再動奨:通知、防災無線、広報紙、ホームページ、SNS等 ○国の制度に基づき精度管理は行われているか 	<ul style="list-style-type: none"> ○実施方法・手順 ①日程調整、場所の確保(脱漏検診含む) ②委託機関より受診券発送、結果発送 ③検診結果受領、要精密者への再動奨 ④脱漏検診の通知(未受診者への再動奨(リコール)) ⑤脱漏検診の②~③
ストラクチャー (体制)	<ul style="list-style-type: none"> ○予算の確保 集団健診・人間ドック ○特定健診との同時実施 複合がん検診 1回、脱漏健診 2回 ○体制 保健部門:保健師 1名 国保部門:事務職 1名 ○保健部門(健康増進係)と国保部門(保険給付係)との連携 ○研修会等参加 	

評価の まとめ		
事業 評価	A:目標に達成した B:目標に達成していないが、改善傾向にある C:変わらない D:悪化した E:評価困難	
継続等 について	継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討	
見直し 改善 について	(考えられる見直しと改善案)	

5. 歯周病検診事業

年度	令和6年度～令和11年度		担当部門	健康増進課(健康増進係)					
背景	<p>〇う蝕および歯周病に代表される歯科疾患は、食生活や社会生活等に支障をきたし、全身の健康、さらに食事や会話等への生活の質への影響がある。</p> <p>〇本市では、健康増進課(健康増進係)による歯周病検診を実施しているが、受診率が減少傾向にある。また、本市は糖尿病性腎症による人工透析が多いことから、糖尿病重症化予防の点からも対策が必要となってくる。</p>								
目的	<p>〇歯科(歯周含む)に関連する疾患および歯科疾患が影響する全身疾患の予防、生活の質の向上を目指して、健康増進課(保険給付係)と連携し、歯周病検診の受診率を向上することを目的とする。</p>								
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <p><歯周病健診></p> <p>〇対象:20歳、30歳、40歳、50歳、60歳、70歳</p> <p>〇実施機関:市歯科医師会と委託契約</p> <p>〇費用:自己負担額なし</p> <p>〇実施スケジュール:対象者に対し全員に受診券(ハガキ)を5月末発行、10月頃ハガキ(受診券)再勧奨、実施期間6月～12月</p> <p>〇その他:出前講座にて口腔に関する健康教育(対象:全市民)</p>								
評価項目	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績(R5)	目標値/実績					
				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 (結果)	4mm以上の歯周ポケットを有する歯周炎に罹患している人の割合	該当者数/検診受診者	66.9%	66.5%	66.5%	66.1%	66.1%	65.7%	65.7%
アウトプット (事業量)	歯周病検診受診率	受診者数/対象者数	18.4%	18.5%	18.5%	18.6%	18.6%	18.7%	18.7%
プロセス (過程)	<p>〇市歯科医師会と委託契約 4月</p> <p>〇実施方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ・5月 対象者抽出、受診券発行(ハガキ) ・6月～12月 個別健診実施 ・10月 未受診者に対しハガキによる再勧奨 <p>〇勧奨方法 受診券通知、防災無線、広報紙、ホームページ、SNS</p> <p style="text-align: right;">〇市歯科医師会・協力医療機関との連携</p>								
ストラクチャー (体制)	<p>〇予算の確保</p> <p>〇体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健部門 会計年度(歯科衛生士1名 事務1名) <p>〇市歯科医師会・協力医療機関との連携 随時</p> <p>〇研修会の参加</p>								

評価の まとめ	
事業 評価	A:目標に達成した B:目標に達成していないが、改善傾向にある C:変わらない D:悪化した E:評価困難
継続等 について	継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討
見直し 改善に ついて	(考えられる見直しと改善案)

6. 健康インセンティブ・健康づくり事業

年度	令和6年度～令和11年度		担当部門	健康増進課(健康増進係)						
背景	<p>○健康的な生活習慣の獲得、健康診査の受診、保健指導の利用など、個人々の取組が健康づくりの基本となる。こうした個人の取組を促進するために、健康インセンティブが全国で進められている。</p> <p>○自身の健康診断結果を含む、健康に関する情報を提供することで、健康や医療に関する正しい情報入手し、理解して活用できる力(ヘルスリテラシー)の向上を図ることも重要である。</p> <p>○本市では、令和4年度より、携帯アプリを使った健康づくり「ウエストサイズ大作戦」を開始し、住民の健康づくりの支援を行っているが、参加者は当初の目標よりも少なく、更なる取組の推進が求められている。</p> <p>○マイナポータルでは、過去の健診結果などを閲覧でき、個人の健康づくりに活用できる。</p>									
目的	○インセンティブを活用し、健康に対して関心のある層のみならず、健康無関心層についても健康意識の向上を図り、行動変容を促すことを目的とする。									
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <p>○対象：20歳～64歳の市民でスマートフォンを持ち 個人または3人チームでの参加が可能な方</p> <p>○実施方法：保健事業委託業者に委託、委託業者のスマートフォン健康アプリを活用、取組に対し健康ポイントを付与(詳細は下記参照)</p> <p>上位者にインセンティブ贈呈</p> <p>①オンラインにて参加申込の受付・開講式の案内</p> <p>②開講式にて健康講話・アプリ導入・腹囲測定(個別来所対応可)・健康講話の動画視聴日時・アプリ導入方法等の書面案内実施)</p> <p>③実施期間の3か月間健康づくりに対するポイント付与実施</p> <p>④閉講式にて腹囲測定(個別来所対応可)・健康講話・授賞式にて上位者にインセンティブを贈呈</p> <p>⑤事業終了後の3か月後評価(市より参加者にメールでアンケート送付・委託先に結果を市より送付し分析)</p> <p>⑥参加者のデータを用いて、委託先による本市の課題分析の実施</p> <p>○ポイント及びインセンティブ：開講式・閉講式にて健康講話聴講(各5P) 体重測定(1日1P) 歩数(5000歩/日×1P・10000歩/日×2P) 野菜摂取(1日1P) 腹囲減少(-1cm×5P) 継続(前年度から継続参加の方に2P) 健康インセンティブの内容：体組成計、スマートウォッチ、減塩皿等</p> <p>○勸奨：チラシに申込用二次元コード掲載したものを全世帯に配布、市HP掲載、商工会議所・母子健診・がん検診等にてチラシ配布、市内各幼稚園・保育園・子ども園にチラシを配布し掲載</p>									
評価項目	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値/実績						
				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(結果)	特定健診受診率	法定報告参照	56.1%	56.8%	57.4%	58.1%	58.8%	59.5%	60.0%	
	20～60歳代男性の肥満者の割合	健康増進係(健康増進計画)	(R3)		30.0%					
	40～60歳代女性の肥満者の割合		(R3)		21.0%					
	運動する習慣のある人の割合(1日30分以上を週2回以上継続)		男性	(R3)		57.0%				
			女性	(R3)		51.0%				
	主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日ある人の割合		男性	(R3)		30.5%				
			女性	(R4)		30.5%				
	参加者の生活習慣の変化	身体活動(維持・改善)	委託業者報告書(参加前後のアンケート結果)	66.7%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%
		野菜摂取(維持・改善)		84.3%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%
		体重測定(維持・改善)		88.2%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
参加者の腹囲減少割合	減少者数/測定者数	84.6%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%		
アウトプット(事業量)	参加率(アプリ登録率)	アプリ登録数/目標値	68.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	
	評価実施率	評価時測定者数/アプリ登録数	76.5%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	
プロセス(過程)	<p>○事業委託業者の選定・委託契約</p> <p>○委託業者・連携協定事業者との打合せ、連携</p> <p>○実施方法 参加募集 事業実施(3か月間) 事業評価</p> <p>○周知方法 広報紙へのチラシの折込、防災無線、ホームページ、SNS 協力機関へのチラシの配布、連携協定事業者による広報</p>									
ストラクチャー(体制)	<p>○予算の確保</p> <p>○体制・市担当者1名・委託業者</p> <p>○商工会議所等との連携</p> <p>○連携協定事業者との連携・インセンティブの提供依頼</p>									

評価の まとめ	
事業 評価	A:目標に達成した B:目標に達成していないが、改善傾向にある C:変わらない D:悪化した E:評価困難
継続等 について	継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討
見直し 改善に ついて	(考えられる見直しと改善案)

第6章 評価と見直し

1. 評価と見直しの方法

各保健事業については、PDCAサイクルに則り、毎年度、検証及び評価を実施し、令和8年度には、計画全体及び保健事業の中間評価を行い、必要に応じて見直しを実施します。

本計画の最終年度である令和11年度には、次期計画の策定も考慮しながら、最終評価を実施します。

中間評価及び最終評価については、国保運営協議会へ報告を行います。

なお、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、令和8年度の中間評価において必要に応じて計画全体および個別保健事業の見直しを行います。

■ 計画全体の評価指標

ストラクチャー (体制)	プロセス (過程)	アウトプット (事業量)	アウトカム (結果)
<ul style="list-style-type: none"> 計画を策定するために十分な人員や予算の確保 庁内・外関係者との連携 	<ul style="list-style-type: none"> 健診・医療・介護データ、その他の統計資料、日頃の活動の中で収集した質的情報等のデータに基づいた現状分析を実施 現状分析を踏まえたうえで、課題抽出、事業選択 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 健康寿命が何年延長したか 医療費（総、傷病別）、一人あたり医療費（特に生活習慣病に焦点を当てる） データヘルス計画の目的・目標に達することができたか

アウトカム評価		評価対象・方法		計画策定時実績(R4)
平均自立期間 (要介護2以上)	男性	KDB_地域の全体像の把握		80.1歳
	女性			84.5歳
一人あたり 医療費	入院		入院医療費総額/被保険者数	24,010円
	外来		外来医療費総額/被保険者数	23,060円
	腎不全	入院	疾患別入院医療/被保険者数	12,862円
		外来	疾患別外来医療/被保険者数	41,193円
	脳出血・脳梗塞	入院	疾患別入院医療/被保険者数	13,294円
		外来	疾患別外来医療/被保険者数	1,680円
	虚血性心疾患	入院	疾患別入院医療/被保険者数	8,784円
		外来	疾患別外来医療/被保険者数	3,154円

3. 保健事業の評価と見直し

保健事業の評価と見直しについては、第4章及び第5章に掲載している各保健事業の様式を活用し、下記項目に沿って実施していきます。

■保健事業の評価と見直し

評価のまとめ	事業評価	継続等について	見直し・改善について
毎年度、各保健事業についてアウトプット・アウトカム・プロセス・ストラクチャー評価の視点から、事業の成功要因・失敗要因、評価指標の変化や背景などを検討しまとめます。	A. 目標を達成した B. 目標に達成していないが、改善傾向にある C. 変わらない D. 悪化した E. 評価困難	・継続 ・見直しが必要 ・大幅な見直しが必要 ・継続要検討 といった形で、事業継続の判断を実施します。	考えられる事業見直しと改善案を検討しまとめることで、次期計画の事業内容につなげます。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施については、「いちき串木野市高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施における基本的な方針(令和6年度)」に基づいて実施することから、下記の指標にて評価と見直しを実施していきます。

■保健事業の評価指標

事業名	主要アウトプット アウトカム指標	短期アウトカム指標	中長期アウトカム指標
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	訪問指導等の実施数、実施率	・生活習慣病重症化予防(糖尿病・高血圧・慢性腎臓病)の治療中断者の改善率の増加 ・健康状態不明者が健診受診に繋がった者の人数・割合	75歳以上の新規透析導入者数・割合

評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績(R4)
糖尿病・高血圧・慢性腎臓病治療中断者の改善率	最終支援時や医療レセで受診状況を把握できた者の数/治療中断者のうち受診勧奨した人数	
健康状態不明者が健診受診に繋がった者の人数・割合	最終支援時やKDBで状況把握できた者の人数/支援介入できた人数	9.8%
75歳以上の新規透析導入者数割合	75歳以上で新規の透析導入患者数/75歳以上被保険者数	0.07%

4. 計画の公表・周知

本計画は、本市ホームページや広報紙等に掲載し、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、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。

5. 個人情報の取扱い

本計画における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及びこれに基づくガイドライン等に基づき、適切に管理します。

また、特定健診・特定保健指導を受託した事業者に対しても、同様の取り扱いをするとともに、業務で知り得た個人情報の守秘義務を徹底し、業務終了後も同様とします。

第7章 その他の留意事項

1. 地域包括ケアの推進

被保険者が住み慣れた地域で安心安全に暮らすことが出来るよう地域包括ケアの充実を図るとともに、地域の実態把握や課題分析を関係機関と共有し、連携を図りながら事業を推進します。

2. 保険者努力支援制度への対応

医療費の適正化や健康づくりに取り組む自治体などへのインセンティブ制度として創設された保険者努力支援制度について、設定された保健事業に関する事項を踏まえつつ、事業を推進します。

第8章 資料

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

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

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

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

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

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

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

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

注5) 医師が必要でないと認めるときは省略可。

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

注7) 算出可。

注8) 医師が必要と認められた場合には実施することが望ましい項目。

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

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

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

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

注13) 「定期健康診断等及び特定健康診断等の実施に関する協力依頼について（令和5年3月31日）（基発0331第10号・保発0331第5号）」

(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html>)

第3期 いちき串木野市国民健康保険データヘルス計画(令和6年度~令和11年度)

第4期 いちき串木野市特定健康診査等実施計画(令和6年度~令和11年度)

発 行 令和6年3月

編集・発行 いちき串木野市 健康増進課 保険給付係

住 所 〒896-8601 鹿児島県いちき串木野市昭和通133番地1

電 話 0996-33-5613