

第3期保健事業実施計画
(データヘルス計画)
令和6年度～令和11年度



令和6年3月
鹿児島県指宿市

-目次-

はじめに	4
第1部 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）	
第1章 計画策定について	
1. 計画の趣旨	6
2. 計画期間	7
3. 実施体制・関係者連携	7
4. データ分析期間	8
第2章 地域の概況	
1. 地域の特性	9
2. 人口構成	10
3. 医療基礎情報	13
4. 特定健康診査受診状況及び特定保健指導実施状況	14
5. 平均余命と平均自立期間	20
6. 介護保険の状況	22
7. 死亡の状況	26
第3章 過去の取り組みの考察	
1. 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）全体の評価	29
2. 各事業の達成状況	33
第4章 健康・医療情報等の分析	
1. 医療費の基礎集計	56
2. 生活習慣病に関する分析	65
3. 健康診査データによる分析	70
4. 被保険者の階層化	73
第5章 特定健康診査に係る詳細分析	
1. 特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況	75
第6章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容	
1. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策	79
2. 健康課題を解決するための個別の保健事業	82
第7章 その他	
1. 計画の評価及び見直し	97
2. 目標管理一覧	98
3. 計画の公表・周知	98
4. 個人情報の取扱い	98
5. 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項	99
第2部 第4期特定健康診査等実施計画	
第1章 特定健康診査等実施計画について	
1. 計画策定の趣旨	101
2. 特定健康診査等実施計画の位置づけ	101
3. 計画期間	101
4. データ分析期間	102
第2章 特定健康診査等実施計画	
1. 目標	104
2. 対象者数推計	104
3. 実施方法	106
4. 目標達成に向けての取り組み	110
5. 実施スケジュール	111

-目次-

第3章 その他	
1. 個人情報の保護	112
2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知	112
3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	112
4. 他の健診との連携	113
5. 実施体制の確保及び実施方法の改善	113
参考資料	
1. 令和4年度 校区別患者一人当たり医療費	115
2. 用語解説集	119

はじめに

厚生労働省が令和元年に策定した「健康寿命延伸プラン」においては、令和22年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し(平成28年比)、75歳以上とすることを目指すとしている。またそのためには、「次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成」、「疾病予防・重症化予防」、「介護予防・フレイル対策、認知症予防」の3分野を中心に取り組みを推進することとある。健康寿命の延伸は社会全体の課題であるが、目標達成に向けては地域の特性や現状を踏まえた健康施策の検討・推進が必要不可欠であり、目標達成に向けて地方自治体が担う役割は大きくなっている。

また、令和2年から世界的に大流行した新型コロナウイルス感染症は、国内でも感染が拡大し、価値観や生活様式等が大きく変化した。健康・医療分野においては、コロナ禍の中で全国的に健(検)診や医療機関の受診控えがみられ、健(検)診受診率、医療費の動向及び疾病構造等に影響が出た。一方、コロナ禍をきっかけとして、オンライン診療やオンライン服薬指導、ICTを活用した保健指導等の支援サービスの普及が加速度的に進むなど、現在は大きな転換期にある。

指宿市国民健康保険においては、「保健事業実施計画(データヘルス計画)」(第1期～第2期)及び「特定健康診査等実施計画」(第1期～第3期)を策定し、計画に定める保健事業を推進してきた。「保健事業実施計画(データヘルス計画)」はデータ分析に基づく保健事業の実施内容やその目的・目標を、「特定健康診査等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健康診査・特定保健指導の実施方法や目標等をそれぞれ定めたもので、いずれも、被保険者の生活の質(QOL)の維持・向上、健康寿命の延伸、その結果としての医療費適正化に資することを目的としている。このたび令和5年度に両計画が最終年度を迎えることから、過去の取り組みの成果・課題を踏まえ、より効果的・効率的に保健事業を実施するために、「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」と「第4期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定する。

計画書の構成

		目的	根拠法令
第1部	第3期保健事業実施計画 (データヘルス計画)	健康・医療情報等を活用したデータ分析に基づき、PDCAサイクルに沿った効率的かつ効果的な保健事業の実施計画を定め、実施及び評価を行う。	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(厚生労働省告示)
第2部	第4期特定健康診査等実施計画	特定健康診査等基本指針(厚生労働省告示)に基づき、特定健康診査及び特定保健指導の実施方法や目標等、基本的な事項を定める。	高齢者の医療の確保に関する法律第19条

第1部
第3期保健事業計画
(データヘルス計画)

第1章 計画策定について

1. 計画の趣旨

(1) 背景

平成25年6月に閣議決定された「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、評価等の取り組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取り組みを行うことを推進する。」と掲げられた。またこれを受け、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」の一部が改正され、「市町村及び組合は(中略)健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと。」と定められた。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、また、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)」において、データヘルス計画の標準化等の取り組みの推進が掲げられ、令和4年12月の経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革工程表2022」においては、データヘルス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切なKPI※の設定を推進するとの方針が示された。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、標準化の取り組みの推進や評価指標の設定の推進が進められている。

市町村国保においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられる。本計画は、第1期及び第2期計画における実施結果等を踏まえ、PDCAサイクルに沿った保健事業の展開、達成すべき目標やその指標等を定めたものである。計画の推進に当たっては、医療介護分野における連携を強化し、地域の実情に根差したきめ細かな支援の実現を目指し、地域で一体となって被保険者を支える地域包括ケアの充実・強化に努めるものとする。

※KPI…Key Performance Indicatorの略称。重要業績評価指標。

(2) 計画の位置づけ

第3期保健事業の実施計画(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、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ある。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえ、健康寿命の延伸と健康格差の縮小等を基本的な方向とするとともに、関連する他計画(県健康増進計画や市健康増進計画、県医療費適正化計画、介護保険事業計画、高齢者保健事業の実施計画(データヘルス計画)、県国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画)と調和のとれたものとする必要がある。本計画における推進・強化する取り組み等については、他計画の関連事項・関連目標を踏まえて検討し、関係者等に共有し、理解を図るものとする。

2. 計画期間

鹿児島県における医療費適正化計画や医療計画等，関係する計画との整合性を図るため，令和6年度から令和11年度までの6年間とし，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する。

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する。

3. 実施体制・関係者連携

(1) 保険者内の連携体制の確保

指宿市国民健康保険における健康課題の分析や計画の策定，保健事業の実施，評価等は，保健衛生部局等の関係部局や県，保健所，国民健康保険団体連合会等の関係機関の協力を得て，国保部局が主体となって行う。国民健康保険には幅広い年代の被保険者が属し，その健康課題もさまざまであることから，後期高齢者医療部局や介護保険部局等と連携してそれぞれの健康課題も踏まえて保健事業を展開する。

国保部局は，研修等による職員の資質向上に努め，計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った計画運用ができるよう，体制を確保する。

(2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには，関係機関との連携・協力が重要となる。共同保険者である鹿児島県のほか，国民健康保険団体連合会や連合会内に設置される支援・評価委員会，地域の医師会，歯科医師会，薬剤師会等の保健医療関係者等，保険者協議会，後期高齢者医療広域連合，健康保険組合等の他の医療保険者，地域の医療機関等の社会資源等と健康課題を共有し，連携強化に努める。

また，計画は，被保険者の健康保持増進が最終的な目標であり，被保険者自身が主体的，積極的に健康づくりに取り組むことが重要であることから，国保運営協議会などの被保険者が議論に参画できる体制を構築し，被保険者の意見反映に努める。

4. データ分析期間

■入院(DPCを含む), 入院外, 調剤の電子レセプト

単年分析

令和4年3月～令和5年2月診療分(12か月分)

年度分析

平成30年度…平成30年3月～令和元年2月診療分(12か月分)

令和元年度…令和元年3月～令和2年2月診療分(12か月分)

令和2年度…令和2年3月～令和3年2月診療分(12か月分)

令和3年度…令和3年3月～令和4年2月診療分(12か月分)

令和4年度…令和4年3月～令和5年2月診療分(12か月分)

■健康診査データ

単年分析

令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)

年度分析

平成30年度…平成30年4月～令和元年3月健診分(12か月分)

令和元年度…令和元年4月～令和2年3月健診分(12か月分)

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月健診分(12か月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月健診分(12か月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)

■国保データベース(KDB)システムデータ

平成30年度～令和4年度(5年分)

■介護データ(KDB「要介護(支援)者突合状況」を使用)

単年分析

令和4年3月～令和5年2月分(12か月分)

年度分析

平成30年度…平成30年4月～令和元年2月分(11か月分)

令和元年度…令和元年3月～令和2年2月分(12か月分)

令和2年度…令和2年3月～令和3年2月分(12か月分)

令和3年度…令和3年3月～令和4年2月分(12か月分)

令和4年度…令和4年3月～令和5年2月分(12か月分)

■鹿児島県健康増進課統計

平成29年度～令和3年度(5年分)

第2章 地域の概況

1. 地域の特徴

(1) 地理的・社会的背景

本市は、薩摩半島の最南端、鹿児島湾口の位置にあり、東は錦江湾を隔てて大隅半島と対峙し、北は県都・鹿児島市、西は南九州市に隣接している。南は東シナ海に臨み、明媚な風光を誇っている。中央部には九州一の大きさを誇る池田湖、南西部には標高924メートルの薩摩富士の別名で呼ばれる秀峰開聞岳、南部には南国ムード漂う長崎鼻、東部には潮の干満で陸続きになる、環境省のかおり風景百選に認定された知林ヶ島を有している。面積は148.82平方キロメートルである。年間平均気温は、暖流の関係で約18℃と高く、温暖で亜熱帯な気候のため、市内にはソテツが自生し、幸せを呼ぶ熱帯蝶のツマベニチョウが乱舞する姿が見られ、花と緑に溢れた食と健幸のまちである。

道路・交通網においては、国道226号とJR指宿枕崎線が市の住居密集区域をU字型に縦断しており、県道岩本開聞線との結節により市域を循環することができる環境にある。

産業は観光、農業及び水産業が主体である。観光は砂むし温泉をはじめとする観光施設を生かした特色ある観光地づくりを進めており、農業はオクラやさつまいも、豆類、花木などの質の高い農産物が生産されている。また、天然の良港である山川漁港などにおいては水産業及び水産加工業が栄えるなど、南の食料供給基地として発展を続けている。

(2) 医療アクセスの状況

以下は、本市の令和4年度における、医療提供体制を示したものである。

医療提供体制(令和4年度)

医療項目	指宿市	県	国
千人当たり			
病院数	0.8	0.7	0.3
診療所数	3.2	3.9	4.2
病床数	106.4	91.9	61.1
医師数	9.8	13.3	13.8
外来患者数	780.1	760.3	709.6
入院患者数	35.3	30.6	18.8

出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

2. 人口構成

以下は、本市の令和4年度における人口構成概要を示したものである。高齢化率(65歳以上)は39.6%であり、県との比較で1.2倍となっている。また、国民健康保険被保険者数は11,236人で、市の人口に占める国民健康保険加入率は28.9%である。国民健康保険被保険者平均年齢は54.4歳である。

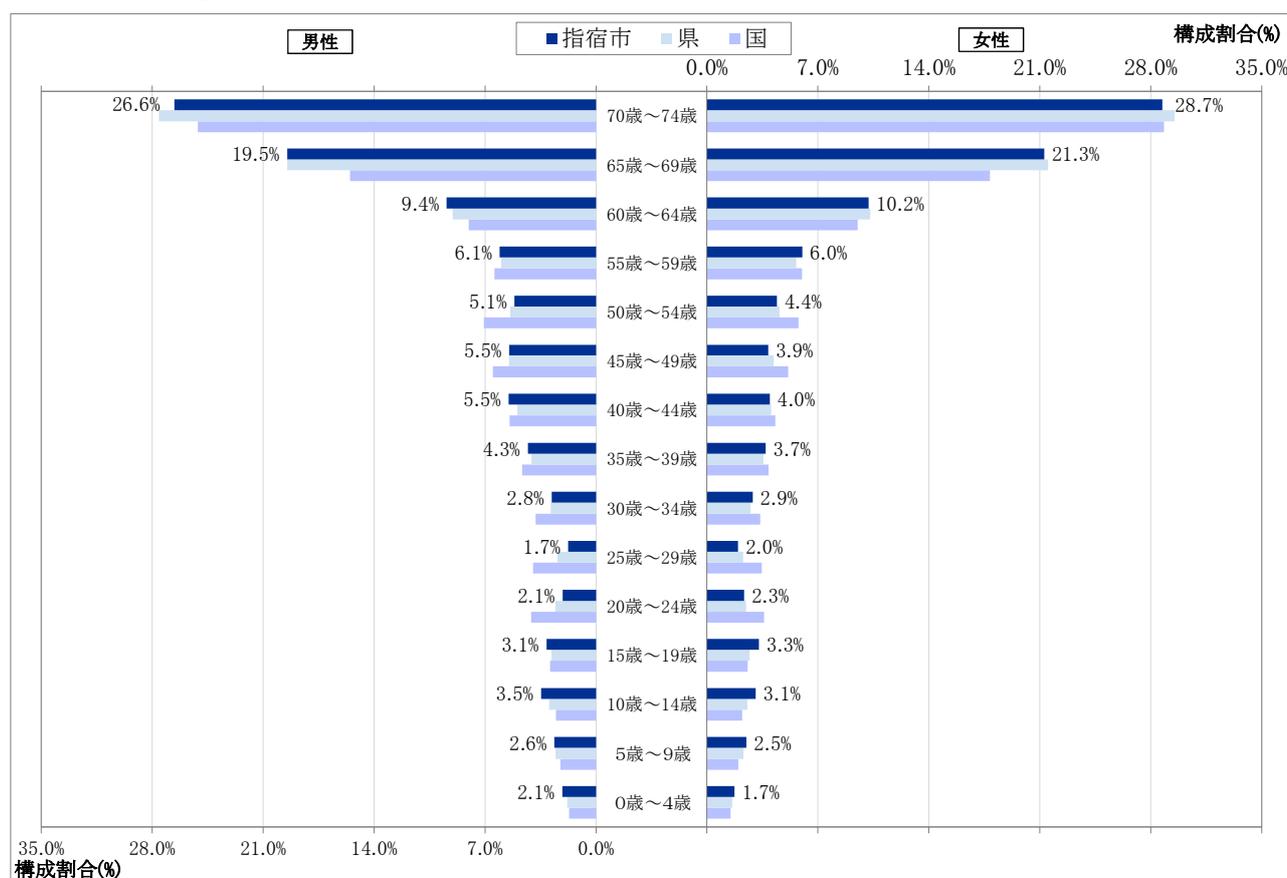
人口構成概要(令和4年度)

区分	人口総数(人)	高齢化率 (65歳以上)	国保被保険者 数(人)	国保加入率	国保被保険者 平均年齢(歳)	出生率	死亡率
指宿市	38,893	39.6%	11,236	28.9%	54.4	5.9	16.2
県	1,543,466	32.8%	350,028	22.7%	55.0	7.5	13.9
国	123,214,261	28.7%	24,660,500	20.0%	53.4	6.8	11.1

※「県」は鹿児島県を指す。以下全ての表において同様である。

出典:国保データベース(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」

男女・年齢階層別 被保険者数構成割合ピラミッド(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」

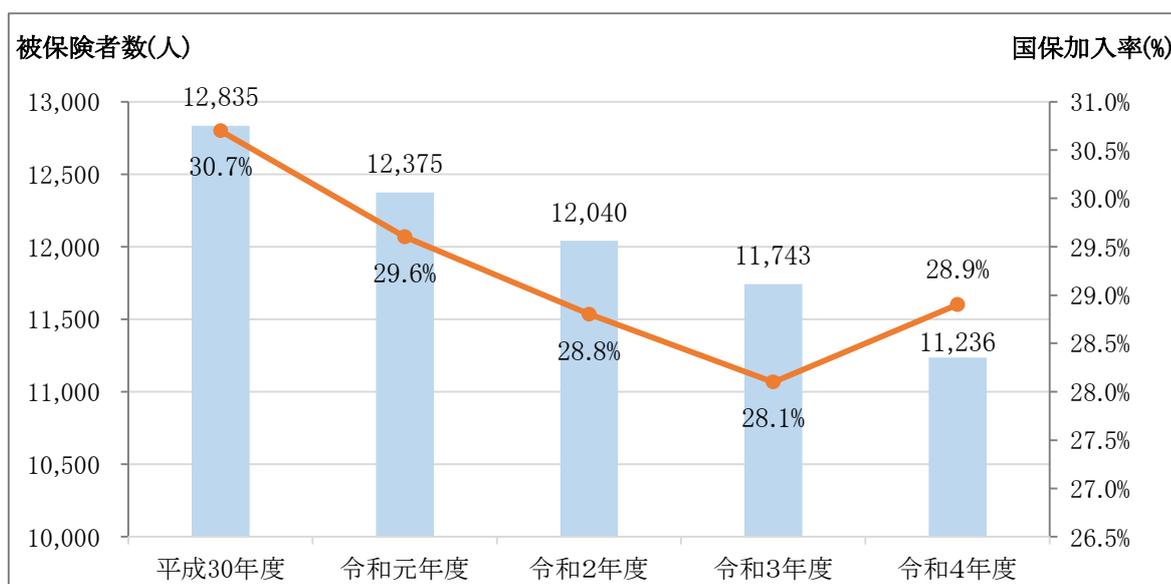
以下は、本市の平成30年度から令和4年度における、人口構成概要を年度別に示したものである。令和4年度を平成30年度と比較すると、国民健康保険被保険者数11,236人は平成30年度12,835人より1,599人減少しており、国民健康保険被保険者平均年齢54.4歳は平成30年度53.2歳より1.2歳上昇している。

年度別 人口構成概要

区分		人口総数 (人)	高齢化率 (65歳以上)	国保被保険者 数(人)	国保加入率	国保被保険者 平均年齢(歳)	出生率	死亡率
指宿市	平成30年度	41,815	35.2%	12,835	30.7%	53.2	7.3	15.7
	令和元年度	41,815	35.2%	12,375	29.6%	53.7	7.3	15.7
	令和2年度	41,815	35.2%	12,040	28.8%	54.4	7.3	15.7
	令和3年度	41,815	35.2%	11,743	28.1%	54.7	7.3	15.7
	令和4年度	38,893	39.6%	11,236	28.9%	54.4	5.9	16.2
県	平成30年度	1,630,243	29.4%	394,659	24.2%	53.4	8.7	13.1
	令和元年度	1,630,243	29.4%	377,783	23.2%	54.0	8.7	13.1
	令和2年度	1,630,243	29.4%	372,896	22.9%	54.7	8.7	13.1
	令和3年度	1,630,243	29.4%	363,630	22.3%	55.1	8.7	13.1
	令和4年度	1,543,466	32.8%	350,028	22.7%	55.0	7.5	13.9
国	平成30年度	125,640,987	26.6%	30,811,133	24.5%	51.3	8.0	10.3
	令和元年度	125,640,987	26.6%	27,083,475	21.6%	52.9	8.0	10.3
	令和2年度	125,640,987	26.6%	26,647,825	21.2%	53.4	8.0	10.3
	令和3年度	125,640,987	26.6%	25,855,400	20.6%	53.7	8.0	10.3
	令和4年度	123,214,261	28.7%	24,660,500	20.0%	53.4	6.8	11.1

出典：国保データベース (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」

年度別 被保険者数と加入率



出典：国保データベース (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」

以下は、男女・年齢階層別被保険者数を年度別に示したものである。

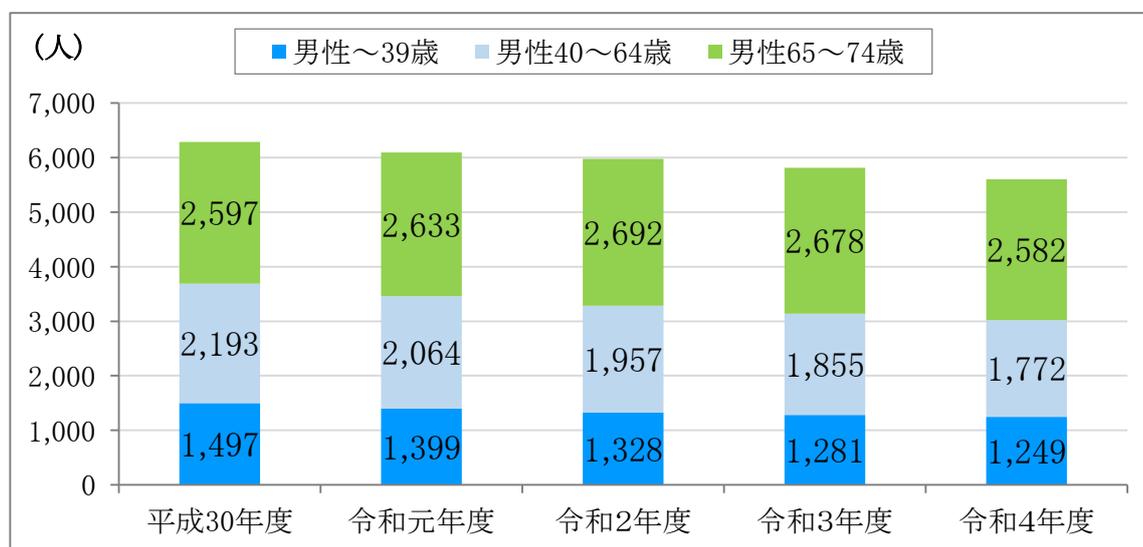
年度別 男女・年齢階層別国民健康保険被保険者数

単位：人

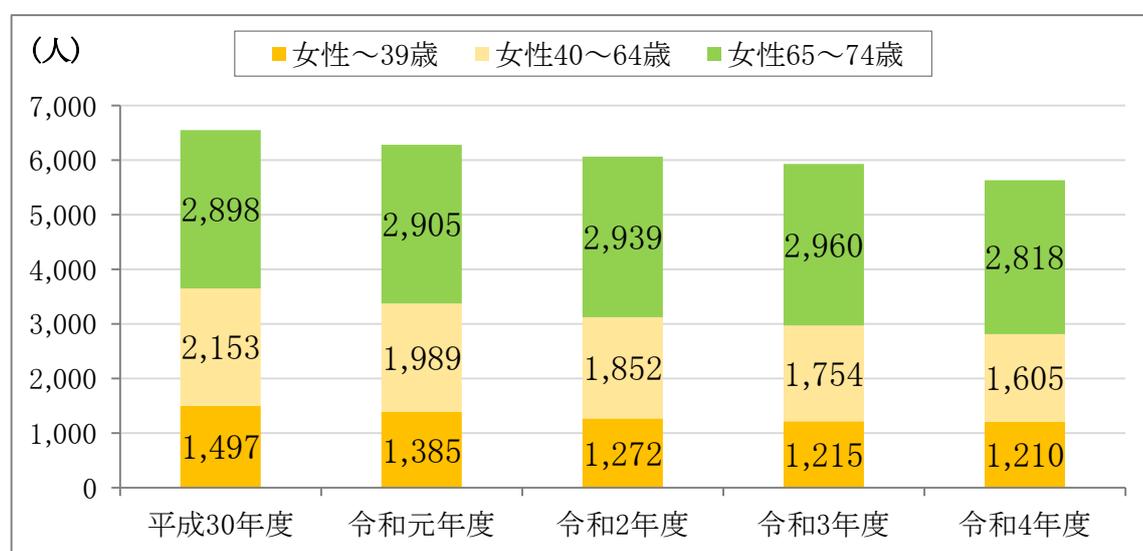
	男性			女性			総計		
	～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳
平成30年度	1,497	2,193	2,597	1,497	2,153	2,898	2,994	4,346	5,495
令和元年度	1,399	2,064	2,633	1,385	1,989	2,905	2,784	4,053	5,538
令和2年度	1,328	1,957	2,692	1,272	1,852	2,939	2,600	3,809	5,631
令和3年度	1,281	1,855	2,678	1,215	1,754	2,960	2,496	3,609	5,638
令和4年度	1,249	1,772	2,582	1,210	1,605	2,818	2,459	3,377	5,400

出典：国保データベース（KDB）システム「人口及び被保険者の状況」

(男性)年度別 被保険者数推移



(女性)年度別 被保険者数推移



出典：国保データベース（KDB）システム「人口及び被保険者の状況」

3. 医療基礎情報

以下は、本市の令和4年度における、医療基礎情報を示したものである。

医療基礎情報(令和4年度)

医療項目	指宿市	県	国
受診率 ※	815.3	791.0	728.4
一件当たり医療費(円)	45,370	46,150	39,870
一般(円)	45,370	46,150	39,870
退職(円)	0	0	67,230
外来			
外来費用の割合	49.7%	51.8%	59.9%
外来受診率	780.1	760.3	709.6
一件当たり医療費(円)	23,550	24,880	24,520
一人当たり医療費(円)※	18,370	18,920	17,400
一日当たり医療費(円)	15,600	16,060	16,500
一件当たり受診回数	1.5	1.5	1.5
入院			
入院費用の割合	50.3%	48.2%	40.1%
入院率	35.3	30.6	18.8
一件当たり医療費(円)	527,760	573,750	619,090
一人当たり医療費(円)※	18,620	17,580	11,650
一日当たり医療費(円)	27,700	31,150	38,730
一件当たり在院日数	19.0	18.4	16.0

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

※受診率…被保険者1人に対して、月に何件レセプトが発生しているかの目安を表し、医療機関受診の指標の1つになります。(外来受診率、入院率も同様)

計算式:受診率=レセプト件数(月平均)÷被保険者数×1000

※一人当たり医療費…1か月分相当。

4. 特定健康診査受診状況及び特定保健指導実施状況

(1) 特定健康診査

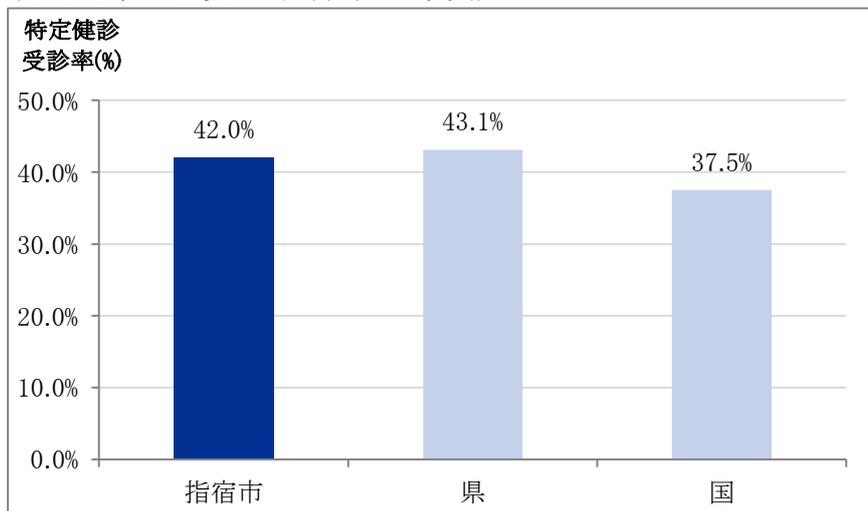
本市の令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率は以下のとおりである。

特定健康診査受診率(令和4年度)

区分	特定健診受診率
指宿市	42.0%
県	43.1%
国	37.5%

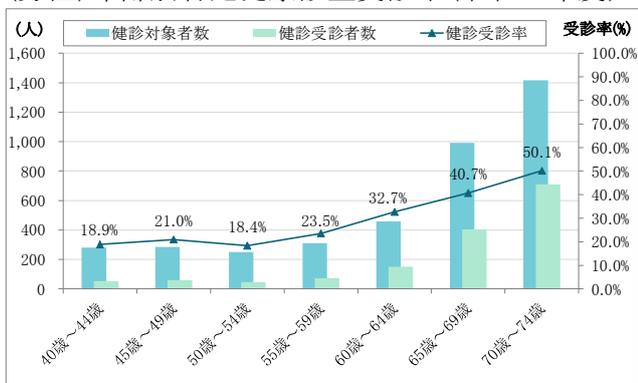
出典:特定健診等データ管理システム「法定報告」

特定健康診査受診率(令和4年度)



出典:特定健診等データ管理システム「法定報告」

(男性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



出典:国保データベース(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」

(女性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



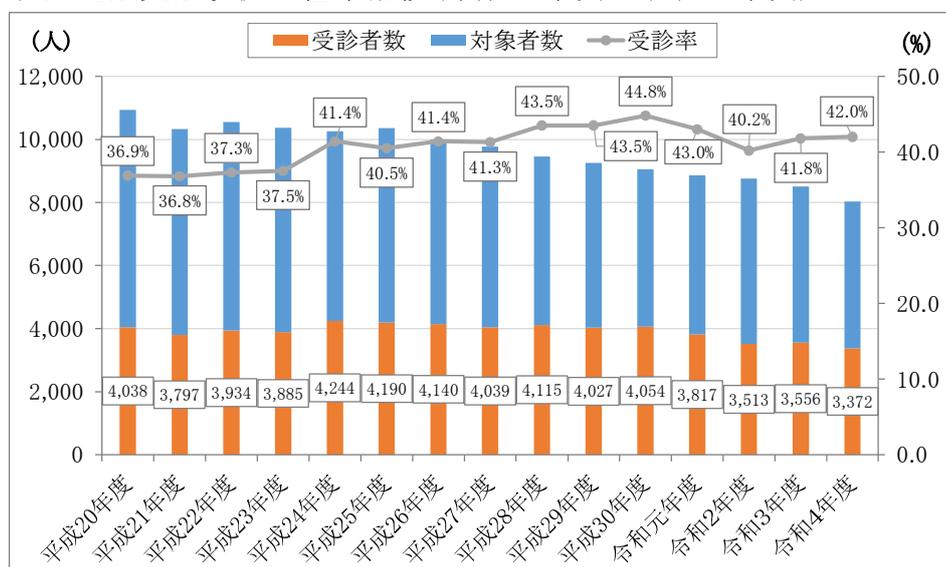
以下は、本市の平成30年度から令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を年度別に示したものである。令和4年度の特定健康診査受診率42.0%は平成30年度44.8%より2.8ポイント減少している。

年度別 特定健康診査受診率

区分	特定健診受診率				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
指宿市	44.8%	43.0%	40.2%	41.8%	42.0%
県	44.3%	44.6%	41.1%	42.9%	43.1%
国	37.4%	37.5%	33.3%	35.9%	37.5%

出典:特定健診等データ管理システム「法定報告」

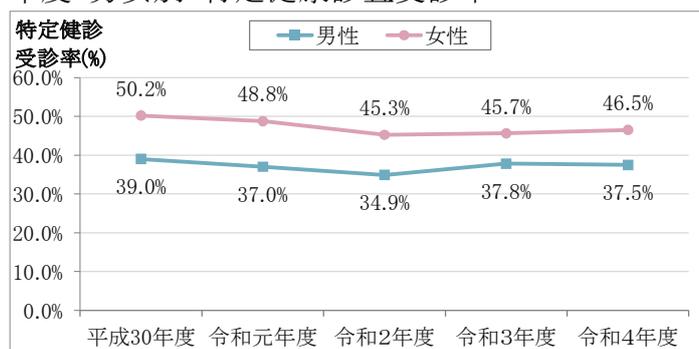
特定健診受診状況 経年推移(平成20年度～令和4年度)



出典:特定健診等データ管理システム「法定報告」

男女別の特定健康診査の受診率をみると、男性の令和4年度受診率37.5%は平成30年度39.0%より1.5ポイント減少しており、女性の令和4年度受診率46.5%は平成30年度50.2%より3.7ポイント減少している。

年度・男女別 特定健康診査受診率



出典:特定健診等データ管理システム「法定報告」

(2) 特定保健指導

本市の令和4年度における、特定保健指導の実施状況は以下のとおりである。

特定保健指導実施状況(令和4年度)

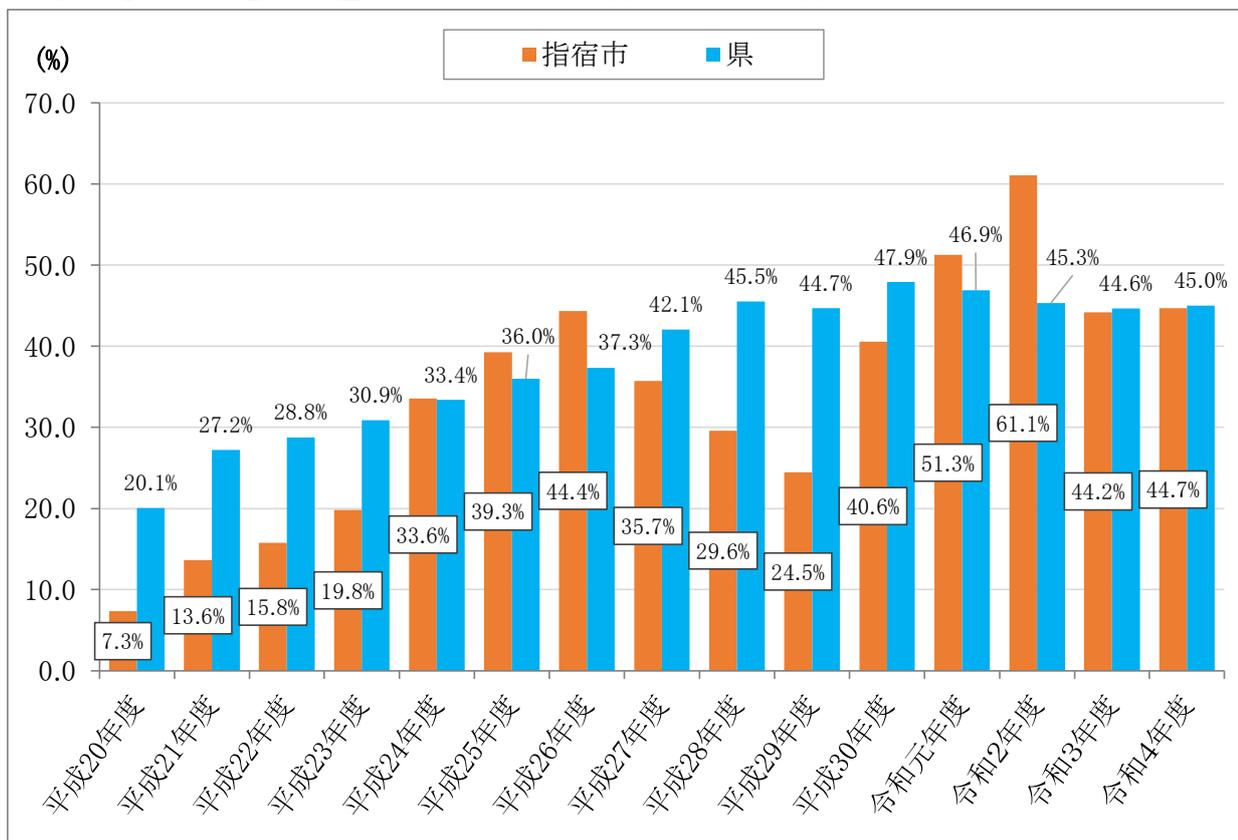
区分	動機付け支援対象者数割合	積極的支援対象者数割合	支援対象者数割合	特定保健指導実施率
指宿市	6.8%	1.8%	8.6%	44.7%
県	7.8%	2.2%	10.0%	45.0%
国	8.5%	2.6%	11.1%	28.8%

動機付け支援対象者数割合・積極的支援対象者数割合・支援対象者数割合…特定健康診査を受診した人に対する割合。

特定保健指導実施率…最新データ反映前のため、最終結果とは異なる。

出典:特定健診等データ管理システム「法定報告」

特定保健指導実施率 経年推移(平成20年度～令和4年度)



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

出典:特定健診等データ管理システム「法定報告」

以下は、本市の平成30年度から令和4年度における、特定保健指導の実施状況を年度別に示したものである。令和4年度の特定保健指導実施率44.7%は平成30年度40.6%より4.1ポイント増加している。

年度別 動機付け支援対象者数割合

区分	動機付け支援対象者数割合				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
指宿市	6.3%	6.6%	6.9%	7.5%	6.8%
県	8.5%	8.2%	8.2%	8.2%	7.8%
国	8.9%	8.8%	8.9%	8.8%	8.5%

年度別 積極的支援対象者数割合

区分	積極的支援対象者数割合				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
指宿市	1.7%	1.7%	1.8%	1.8%	1.8%
県	2.3%	2.1%	2.1%	2.2%	2.2%
国	2.7%	2.7%	2.6%	2.7%	2.6%

年度別 支援対象者数割合

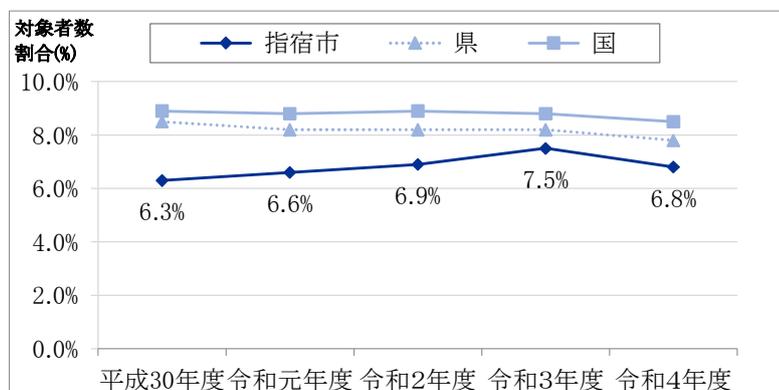
区分	支援対象者数割合				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
指宿市	8.0%	8.3%	8.7%	9.3%	8.6%
県	10.8%	10.3%	10.3%	10.4%	10.0%
国	11.6%	11.5%	11.5%	11.5%	11.1%

年度別 特定保健指導実施率

区分	特定保健指導実施率				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
指宿市	40.6%	51.8%	61.1%	44.2%	44.7%
県	47.9%	46.9%	45.3%	44.6%	45.0%
国	28.9%	29.3%	27.9%	27.9%	28.8%

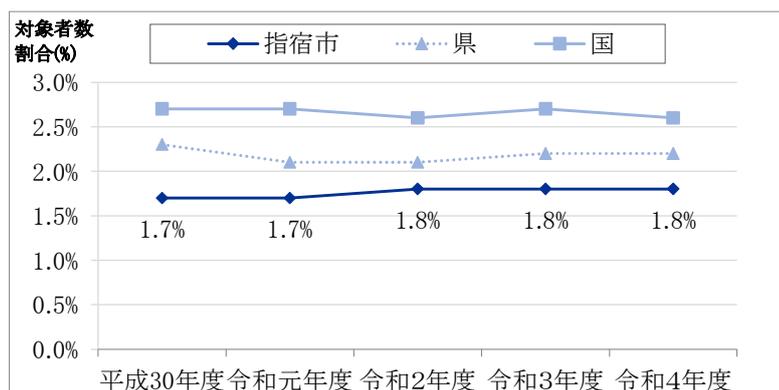
動機付け支援対象者数割合・積極的支援対象者数割合・支援対象者数割合…特定健康診査を受診した人に対する割合。
 特定保健指導実施率(令和4年度)…最新データ反映前のため、最終結果とは異なる。
 出典:特定健診等データ管理システム「法定報告」

年度別 動機付け支援対象者数割合



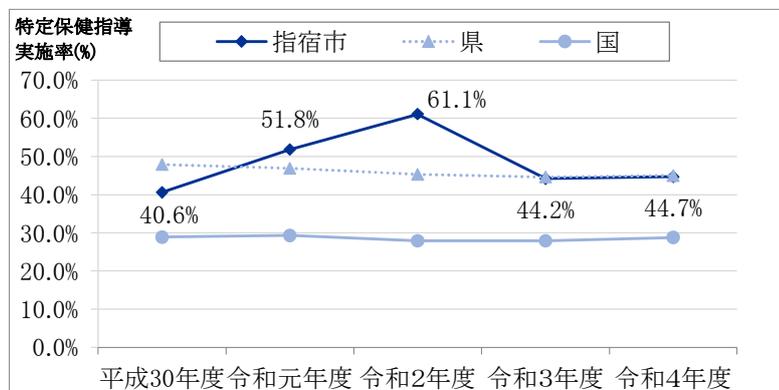
出典: 特定健診等データ管理システム「法定報告」

年度別 積極的支援対象者数割合



出典: 特定健診等データ管理システム「法定報告」

年度別 特定保健指導実施率



出典: 特定健診等データ管理システム「法定報告」

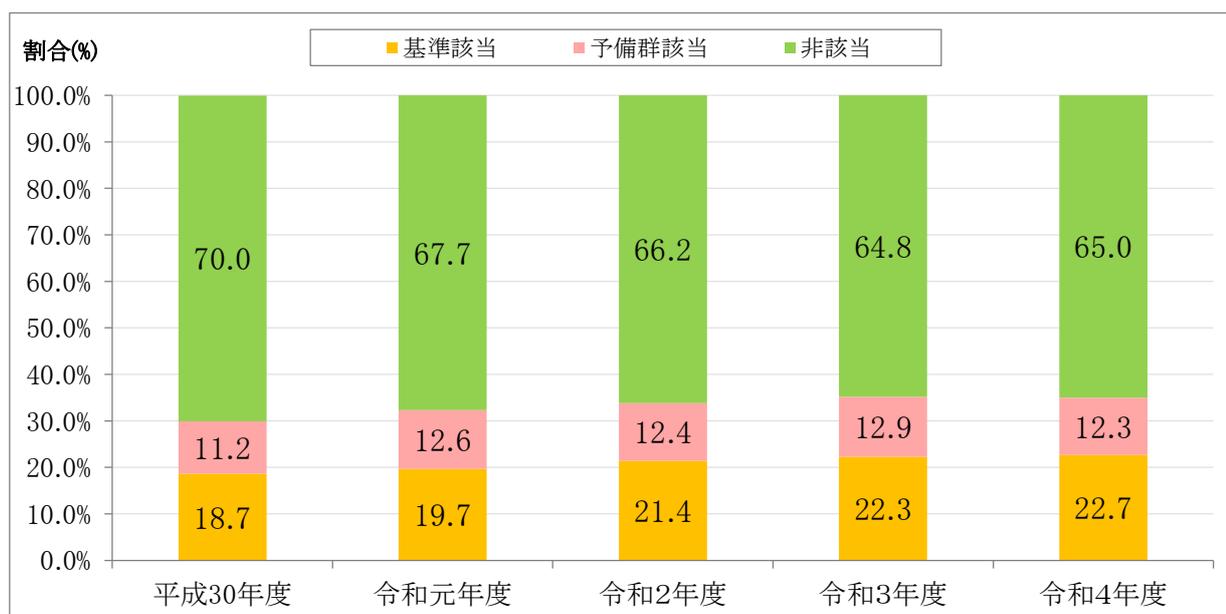
以下は、平成30年度から令和4年度における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を年度別に示したものである。令和4年度を平成30年度と比較すると、基準該当22.7%は平成30年度18.7%より4.0ポイント、予備群該当12.3%は平成30年度11.2%より1.1ポイント増加している。

年度別 メタボリックシンドローム該当状況

年度	健診受診者数(人)	基準該当		予備群該当		非該当	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
平成30年度	4,028	754	18.7	452	11.2	2,822	70.0
令和元年度	3,819	752	19.7	481	12.6	2,586	67.7
令和2年度	3,513	751	21.4	435	12.4	2,327	66.2
令和3年度	3,556	792	22.3	457	12.9	2,307	64.8
令和4年度	3,372	764	22.7	416	12.3	2,192	65.0

出典：特定健診等データ管理システム「法定報告」

年度別 メタボリックシンドローム該当状況



出典：特定健診等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判定基準

腹囲	追加リスク (①血糖 ②脂質 ③血圧)	該当状況
≥85cm (男性)	2つ以上該当	メタボリックシンドローム基準該当者
≥90cm (女性)	1つ該当	メタボリックシンドローム予備群該当者

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

- ①血糖：空腹時血糖が110mg/dl以上
- ②脂質：中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満
- ③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

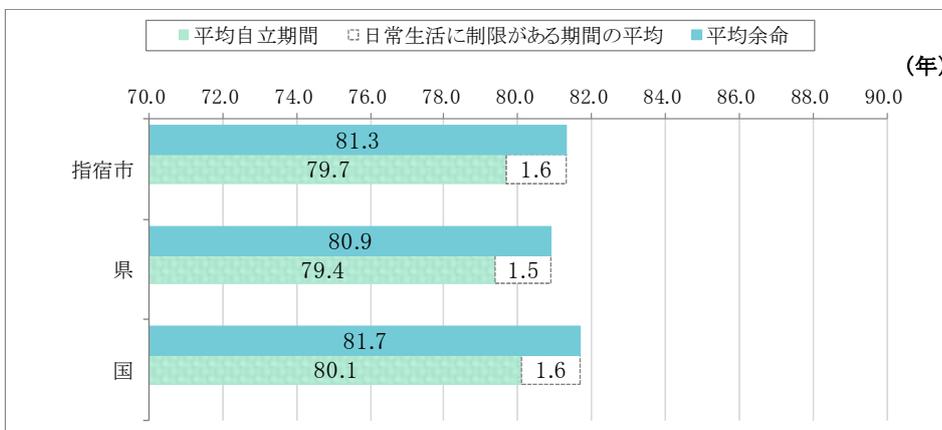
※糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者も対象となる。

5. 平均余命と平均自立期間

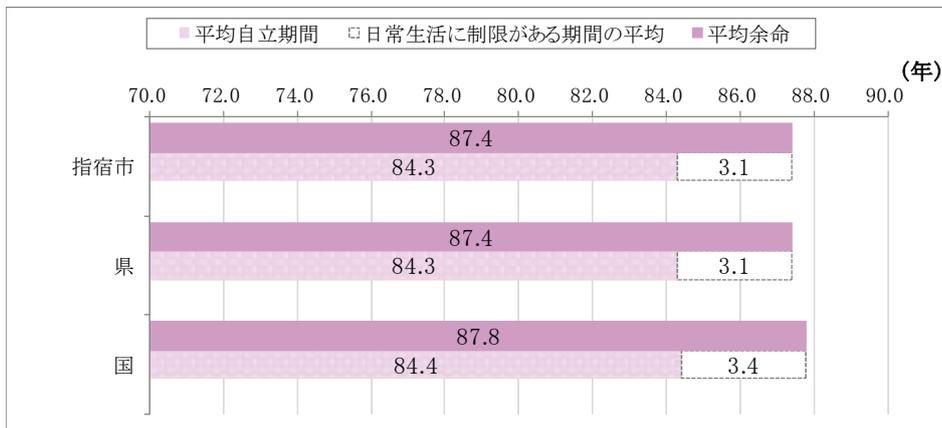
以下は、令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものである。平均余命は、ある年齢の人々がその後何年生きられるかという期待値を指し、ここでは0歳時点の平均余命を示している。また、平均自立期間は、要介護2以上になるまでの期間を「日常生活動作が自立している期間」としてその平均を算出したもので、健康寿命の指標の一つである。平均余命と平均自立期間の差は、日常生活に制限がある期間を意味している。

本市の男性の平均余命は81.3年、平均自立期間は79.7年である。日常生活に制限がある期間の平均は1.6年で、国も1.6年である。本市の女性の平均余命は87.4年、平均自立期間は84.3年である。日常生活に制限がある期間の平均は3.1年で、国の3.4年よりも短い傾向にある。

(男性)平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



(女性)平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

【参考】平均余命と平均自立期間について



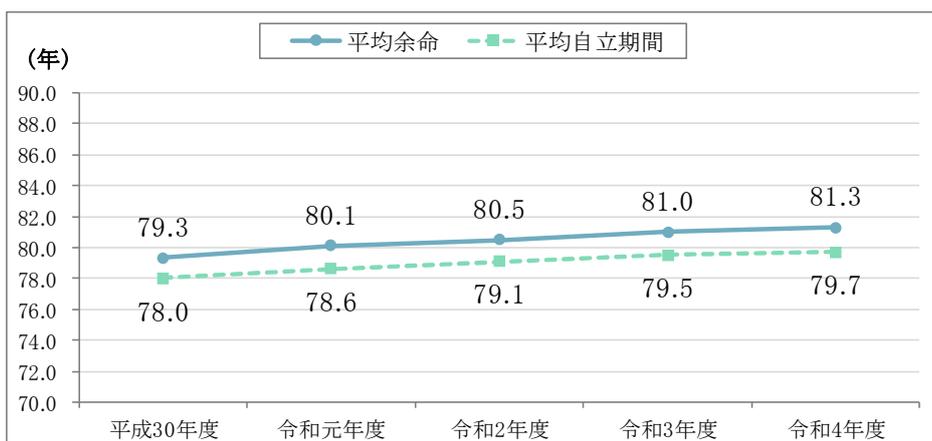
以下は、本市の平成30年度から令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものである。男性における令和4年度の平均自立期間79.7年は平成30年度78.0年から1.7年延伸している。女性における令和4年度の平均自立期間84.3年は平成30年度83.9年から0.4年延伸している。

年度・男女別 平均余命と平均自立期間，日常生活に制限がある期間の平均

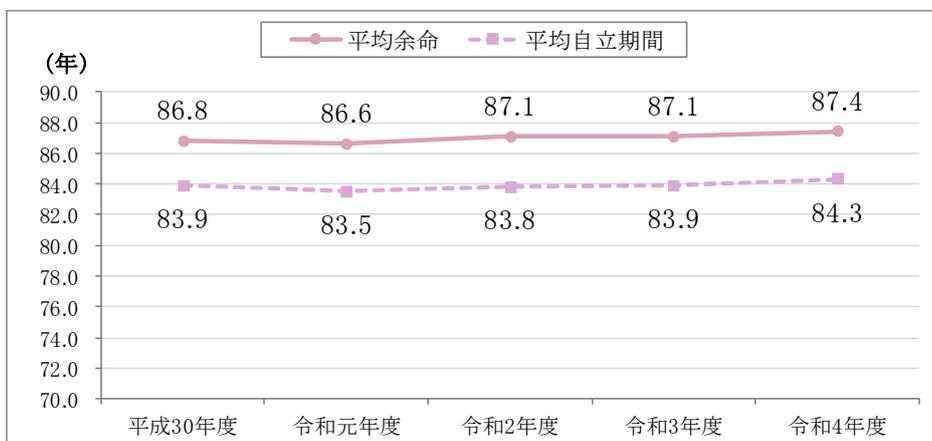
年度	男性			女性		
	平均余命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)	平均余命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)
平成30年度	79.3	78.0	1.3	86.8	83.9	2.9
令和元年度	80.1	78.6	1.5	86.6	83.5	3.1
令和2年度	80.5	79.1	1.4	87.1	83.8	3.3
令和3年度	81.0	79.5	1.5	87.1	83.9	3.2
令和4年度	81.3	79.7	1.6	87.4	84.3	3.1

出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(男性)年度別 平均余命と平均自立期間



(女性)年度別 平均余命と平均自立期間



出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

6. 介護保険の状況

(1) 要介護(支援)認定状況

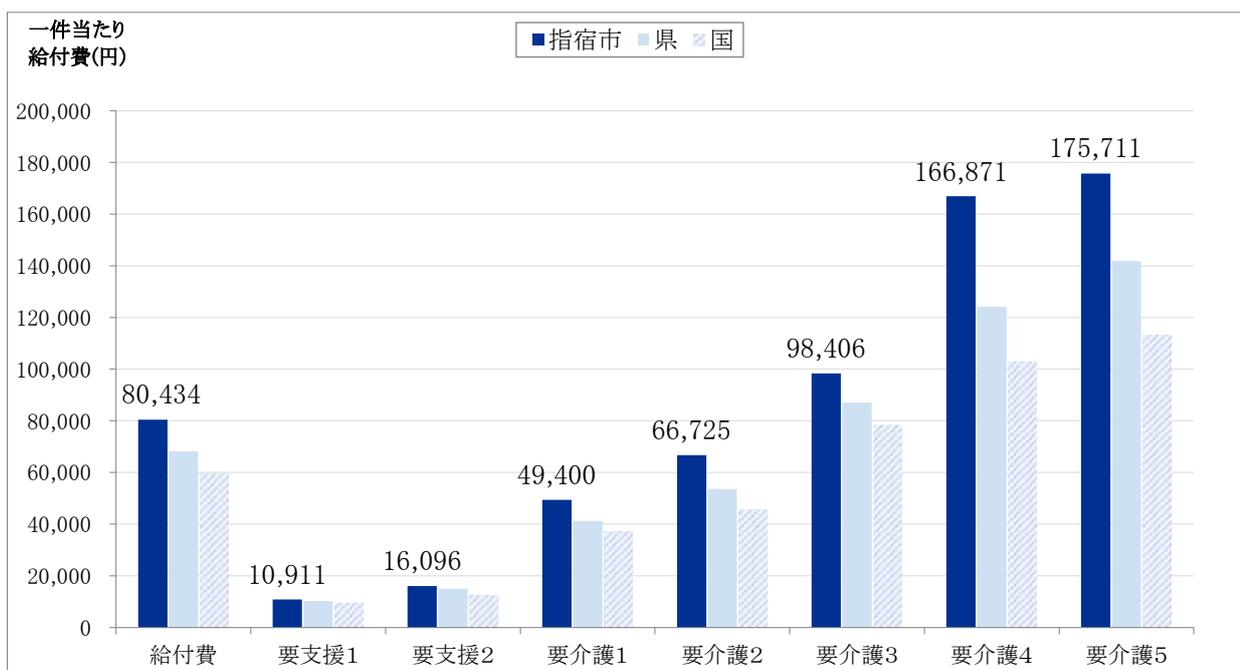
以下は、本市の令和4年度における、要介護(支援)認定率及び介護給付費等の状況を示したものである。

要介護(支援)認定率及び介護給付費等の状況(令和4年度)

区分	指宿市	県	国
認定率	19.3%	20.1%	19.4%
認定者数(人)	2,958	102,870	6,880,137
第1号(65歳以上)	2,924	101,053	6,724,030
第2号(40～64歳)	34	1,817	156,107
一件当たり給付費(円)			
給付費	80,434	68,209	59,662
要支援1	10,911	10,300	9,568
要支援2	16,096	15,137	12,723
要介護1	49,400	41,238	37,331
要介護2	66,725	53,625	45,837
要介護3	98,406	87,050	78,504
要介護4	166,871	124,197	103,025
要介護5	175,711	141,758	113,314

出典: 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

要介護度別 一件当たり介護給付費(令和4年度)



出典: 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

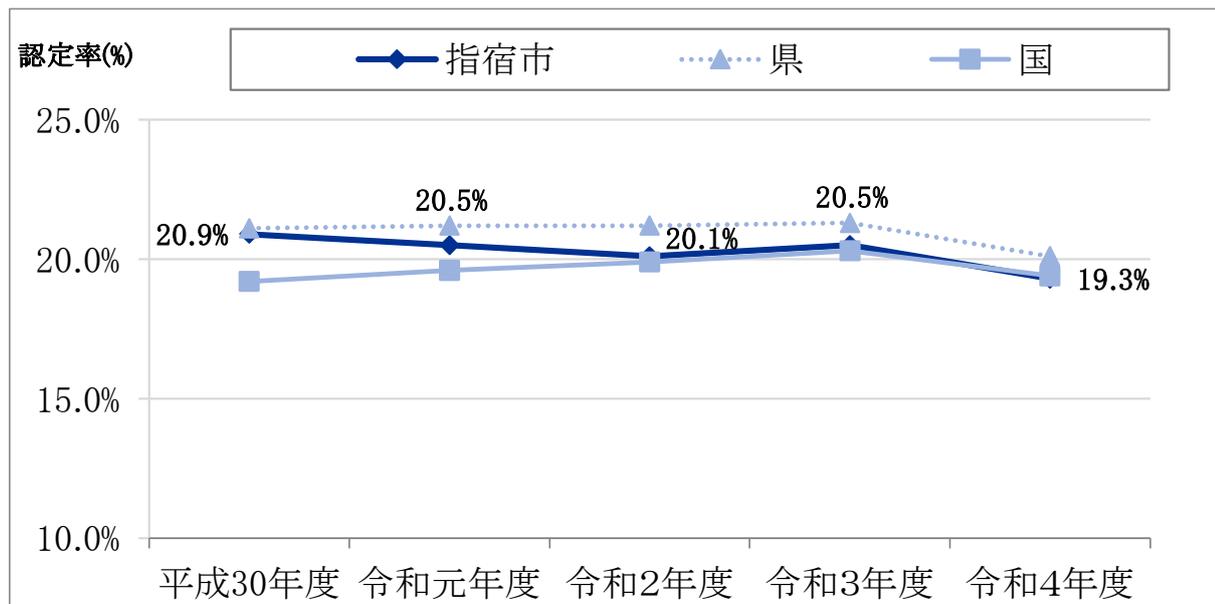
以下は、平成30年度から令和4年度における、要介護(支援)認定率及び認定者数を年度別に示したものである。令和4年度認定率19.3%は平成30年度20.9%より1.6ポイント減少しており、令和4年度の認定者数2,958人は平成30年度3,076人より118人減少している。

年度別 要介護(支援)認定率及び認定者数

区分		認定率	認定者数(人)		
			第1号 (65歳以上)	第2号 (40歳～64歳)	
指宿市	平成30年度	20.9%	3,076	3,020	56
	令和元年度	20.5%	3,055	3,007	48
	令和2年度	20.1%	3,016	2,966	50
	令和3年度	20.5%	3,069	3,028	41
	令和4年度	19.3%	2,958	2,924	34
県	平成30年度	21.1%	103,588	101,478	2,110
	令和元年度	21.2%	103,479	101,506	1,973
	令和2年度	21.2%	103,915	101,975	1,940
	令和3年度	21.3%	104,069	102,163	1,906
	令和4年度	20.1%	102,870	101,053	1,817
国	平成30年度	19.2%	6,482,704	6,329,312	153,392
	令和元年度	19.6%	6,620,276	6,467,463	152,813
	令和2年度	19.9%	6,750,178	6,595,095	155,083
	令和3年度	20.3%	6,837,233	6,681,504	155,729
	令和4年度	19.4%	6,880,137	6,724,030	156,107

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 要介護(支援)認定率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(2) 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

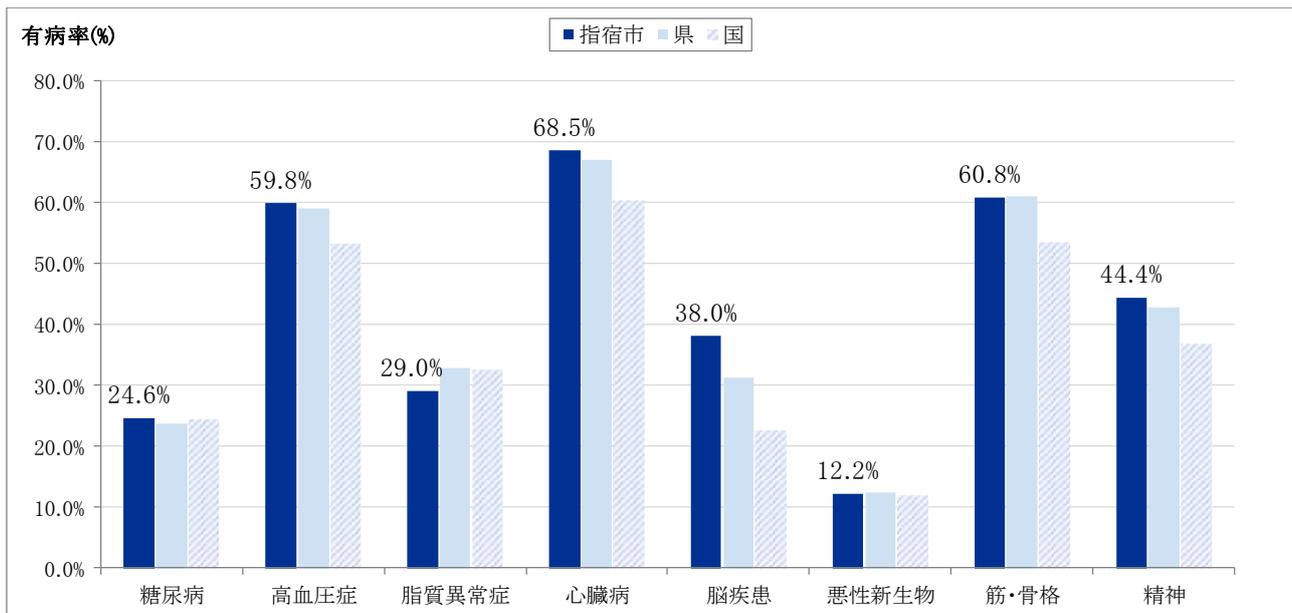
以下は、本市の令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病別有病率を示したものである。疾病別の有病者数を合計すると10,058人となり、これを認定者数の実数で除すと3.4となることから、認定者は平均3.4疾病を有していることがわかる。

要介護(支援)認定者の疾病別有病状況(令和4年度) ※各項目ごとに上位5疾病 網掛け 表示する。

区分		指宿市	順位	県	順位	国	順位
認定者数(人)		2,958		102,870		6,880,137	
糖尿病	実人数(人)	733	7	25,071	7	1,712,613	6
	有病率	24.6%		23.7%		24.3%	
高血圧症	実人数(人)	1,776	3	61,694	3	3,744,672	3
	有病率	59.8%		59.0%		53.3%	
脂質異常症	実人数(人)	877	6	34,712	5	2,308,216	5
	有病率	29.0%		32.8%		32.6%	
心臓病	実人数(人)	2,047	1	69,819	1	4,224,628	1
	有病率	68.5%		66.9%		60.3%	
脳疾患	実人数(人)	1,118	5	32,194	6	1,568,292	7
	有病率	38.0%		31.3%		22.6%	
悪性新生物	実人数(人)	368	8	12,898	8	837,410	8
	有病率	12.2%		12.3%		11.8%	
筋・骨格	実人数(人)	1,807	2	63,601	2	3,748,372	2
	有病率	60.8%		61.0%		53.4%	
精神	実人数(人)	1,332	4	44,293	4	2,569,149	4
	有病率	44.4%		42.7%		36.8%	

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

要介護(支援)認定者の疾病別有病率(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

以下は、本市の平成30年度から令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病別有病率を年度別に示したものである。令和4年度の認定者が有している平均疾病数3.4疾病は平成30年度3.3疾病より増加している。

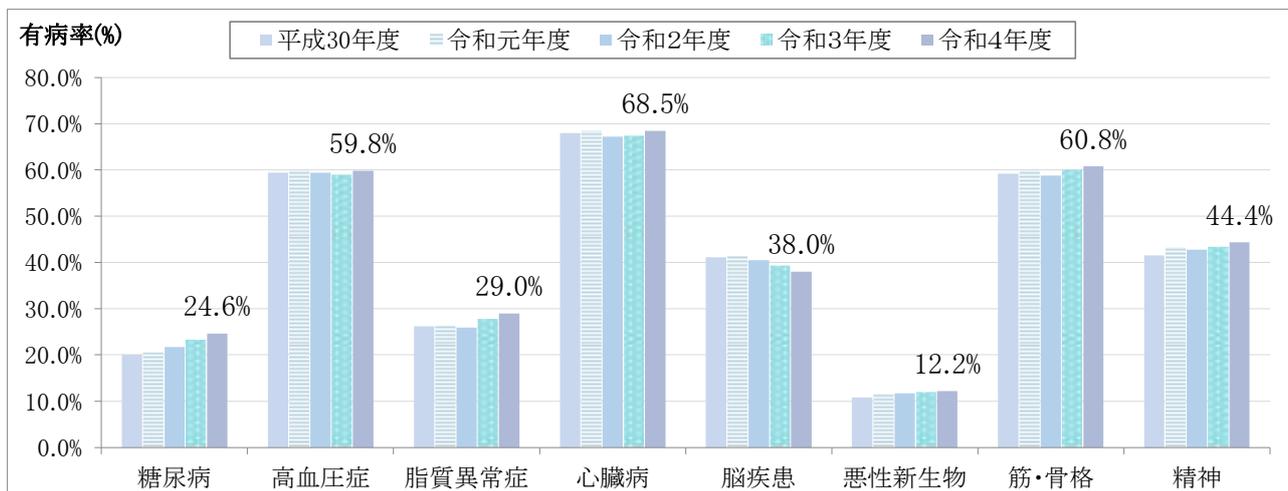
年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

※各項目ごとに上位5疾病 網掛け 表示する。

区分	指宿市										
	平成30年度	順位	令和元年度	順位	令和2年度	順位	令和3年度	順位	令和4年度	順位	
認定者数(人)	3,076		3,055		3,016		3,069		2,958		
糖尿病	実人数(人)	624	7	662	7	688	7	739	7	733	7
	有病率(%)	20.0%		20.5%		21.7%		23.3%		24.6%	
高血圧症	実人数(人)	1,864	2	1,855	3	1,805	2	1,852	3	1,776	3
	有病率(%)	59.4%		60.0%		59.4%		59.0%		59.8%	
脂質異常症	実人数(人)	811	6	819	6	808	6	896	6	877	6
	有病率(%)	26.2%		26.5%		25.9%		27.8%		29.0%	
心臓病	実人数(人)	2,120	1	2,110	1	2,043	1	2,128	1	2,047	1
	有病率(%)	68.0%		68.5%		67.2%		67.4%		68.5%	
脳疾患	実人数(人)	1,257	5	1,267	5	1,220	5	1,198	5	1,118	5
	有病率(%)	41.1%		41.4%		40.5%		39.3%		38.0%	
悪性新生物	実人数(人)	356	8	355	8	367	8	390	8	368	8
	有病率(%)	10.8%		11.6%		11.7%		12.0%		12.2%	
筋・骨格	実人数(人)	1,822	3	1,859	2	1,796	3	1,872	2	1,807	2
	有病率(%)	59.2%		60.1%		58.8%		60.0%		60.8%	
精神	実人数(人)	1,303	4	1,345	4	1,301	4	1,346	4	1,332	4
	有病率(%)	41.5%		43.3%		42.8%		43.4%		44.4%	

出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病率



出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

7. 死亡の状況

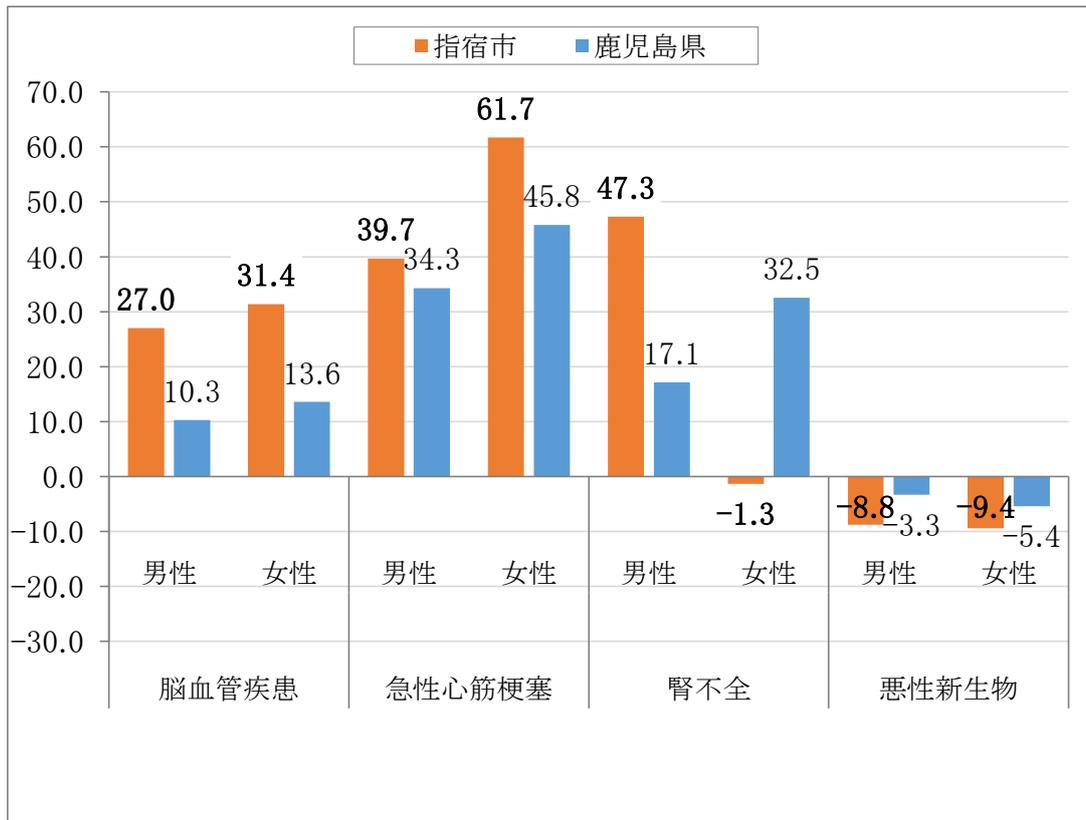
以下は、本市の死亡の状況を示したものである。

男女別 標準化死亡比(SMR) (平成29年度～令和3年度)

SMR (平成29年度-令和3年度)	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
指宿市	127.0	131.4	139.7	161.7	147.3	98.7	91.2	90.6
鹿児島県	110.3	113.6	134.3	145.8	117.1	132.5	96.7	94.6

出典：鹿児島県健康増進課統計

男女別 標準化死亡比(SMR) (平成29年度～令和3年度)



※SMRとは、全国の年齢構成ごとの死亡率を指宿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。

出典：鹿児島県健康増進課統計

主たる死因の状況(令和4年度)

疾病項目	指宿市		県	国
	人数(人)	割合(%)		
悪性新生物	156	45.6%	47.1%	50.6%
心臓病	105	30.7%	29.0%	27.5%
脳疾患	51	14.9%	15.2%	13.8%
自殺	6	1.8%	2.4%	2.7%
腎不全	15	4.4%	4.1%	3.6%
糖尿病	9	2.6%	2.1%	1.9%
合計	342			

出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

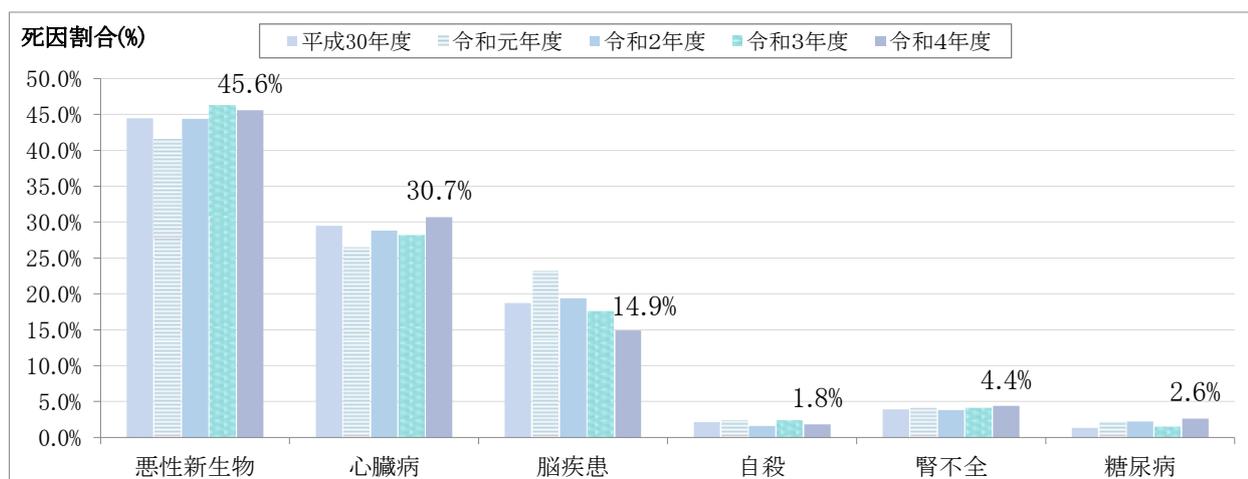
主たる死因の状況について、令和4年度を平成30年度と比較すると、悪性新生物を死因とする人数156人は平成30年度169人より13人減少しており、心臓病を死因とする人数105人は平成30年度112人より7人減少している。また、脳疾患を死因とする人数51人は平成30年度71人より20人減少している。

年度別 主たる死因の状況

疾病項目	指宿市									
	人数(人)					割合(%)				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
悪性新生物	169	154	142	157	156	44.5%	41.6%	44.4%	46.2%	45.6%
心臓病	112	98	92	96	105	29.5%	26.5%	28.8%	28.2%	30.7%
脳疾患	71	86	62	60	51	18.7%	23.2%	19.4%	17.6%	14.9%
自殺	8	9	5	8	6	2.1%	2.4%	1.6%	2.4%	1.8%
腎不全	15	15	12	14	15	3.9%	4.1%	3.8%	4.1%	4.4%
糖尿病	5	8	7	5	9	1.3%	2.2%	2.2%	1.5%	2.6%
合計	380	370	320	340	342					

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 主たる死因の割合



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 主たる死因の割合(県)

疾病項目	県					指宿市 (再掲)				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
悪性新生物	46.5%	44.7%	45.2%	46.1%	47.1%	44.5%	41.6%	44.4%	46.2%	45.6%
心臓病	27.1%	29.2%	29.4%	29.0%	29.0%	29.5%	26.5%	28.8%	28.2%	30.7%
脳疾患	17.8%	17.4%	16.8%	15.5%	15.2%	18.7%	23.2%	19.4%	17.6%	14.9%
自殺	2.2%	2.3%	2.2%	2.5%	2.4%	2.1%	2.4%	1.6%	2.4%	1.8%
腎不全	4.2%	4.5%	4.5%	4.8%	4.1%	3.9%	4.1%	3.8%	4.1%	4.4%
糖尿病	2.0%	1.8%	1.9%	2.0%	2.1%	1.3%	2.2%	2.2%	1.5%	2.6%
合計										

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 主たる死因の割合(国)

疾病項目	国					指宿市 (再掲)				
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
悪性新生物	50.5%	49.9%	49.8%	50.2%	50.6%	44.5%	41.6%	44.4%	46.2%	45.6%
心臓病	26.8%	27.4%	27.8%	27.7%	27.5%	29.5%	26.5%	28.8%	28.2%	30.7%
脳疾患	14.8%	14.7%	14.4%	14.2%	13.8%	18.7%	23.2%	19.4%	17.6%	14.9%
自殺	2.8%	2.7%	2.7%	2.6%	2.7%	2.1%	2.4%	1.6%	2.4%	1.8%
腎不全	3.3%	3.4%	3.5%	3.5%	3.6%	3.9%	4.1%	3.8%	4.1%	4.4%
糖尿病	1.8%	1.9%	1.9%	1.8%	1.9%	1.3%	2.2%	2.2%	1.5%	2.6%
合計										

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

第3章 過去の取り組みの考察

1. 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）全体の評価

以下は、第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）全般に係る評価として、全体目標及びその達成状況について示したものである。

全体目標	「健康寿命の延伸」・「医療費適正化」
------	--------------------

評価指標	計画策定時 実績 2016年度 (H28)	実績		評価・考察 (成功・未達要因)
		中間評価 時点 2019年度 (R1)	現状値 2022年度 (R4)	
特定健診受診率 60%以上	43.5%	43.0%	42.0%	令和2年度よりコロナ禍で受診率が40.1%へ減少。未受診者対策として、看護師等による勧奨訪問や令和3年度より個々の受診行動パターン等に 応じた受診勧奨通知を実施し、受診率を令和4年度42.0%に向上できているため、引き続き受診率向上の取り組みを実施したい。
保健指導実施率 60%以上	29.6%	51.3%	44.7%	個別通知だけでは特定保健指導の利用につながりにくく、個別訪問・電話等の受診勧奨において マンパワーの確保が必要である。頸部エコー検査時や集団健診の結果報告会時に特定保健指導を実施することにより、受診率の向上に繋がった。引き続き、実施率向上の取り組みを実施したい。
特定保健指導対象者の 減少率50%	26.8%	16.8%	26.6%	
脳血管疾患の総医療費に 占める割合減少	3.2%	3.1%	3.2%	特定健康診査受診対象者のうち、ハイリスク者を対象に、結果報告会時の保健指導及び頸動脈エコー検査での保健指導等を実施した。脳血管疾患の総医療費に占める割合は令和4年度は3.2%と少し増加した。また虚血性心疾患の総医療費に占める割合は、令和4年度は1.0%と横ばいである。
虚血性心疾患の総医療費に 占める割合減少	1.3%	1.0%	1.0%	令和4年度からは、慢性腎臓病(CKD)等重症化予防事業を開始。かかりつけ医と連携し、保健指導を実施した。新規透析導入者数の割合では、平成28年度と比較して、令和4年度は減少した。今後も高血圧や生活習慣病ハイリスク者に対して、健診や保健指導を等組み合わせ合わせたアプローチする機会を確保し、生活習慣の振り返りや改善を促すことで、脳血管疾患や虚血性心疾患の医療費の減少、新規透析導入者の減少につなげたい。
新規透析導入者の 割合の減少	7.4%	5.3%	4.7%	
健診受診者の高血圧の 割合減少(160/100以上)	4.1%	4.1%	4.1%	対象者へ対面で指導できた場合はリーフレット等を活用して指導へ繋げることができ、不在の場合は訪問連絡票を投函し対象者から折り返しの連絡があった際は電話にて指導を実施した。受診へ繋がっていても、健診結果説明の際に専門職から生活習慣に関する指導を受けたことで生活改善に取り組んでいる者もいたが、なかなか受診に繋がらず、複数年連続対象者としてあがるケースもあるため対応を考え、今後も異常値放置者の減少に取り組みたい。
健診受診者の脂質異常者の 割合減少(LDL160以上)	9.1%	8.0%	2.7%	

評価指標	計画策定時 実績 2016年度 (H28)	実績		評価・考察 (成功・未達要因)
		中間評価 時点 2019年度 (R1)	現状値 2022年度 (R4)	
健診受診者の糖尿病有病者の割合減少 (HbA1c6.5%以上)	8.4%	9.5%	10.6%	管理栄養士を中心に、保健指導体制を構築しており、訪問等による受診勧奨を実施した。糖尿病有病者の割合は、令和4年度は10.6%と増加した。また未治療者を治療に結びつける割合は、令和4年度は32.3%増加した。
糖尿病の未治療者を治療に結びつける割合の増加	23.8% (H29)	19.8%	32.3%	課題に、対象者不在や訪問拒否等もあり、受診勧奨につながりにくい状況がある。今後も保健指導ができる体制を工夫し、電話及び訪問等による保健指導を効果的に実施したい。
糖尿病の保健指導を実施した割合の増加	40.0% (H29)	41.2%	40.0%	かかりつけ医と連携し、対象者の治療状況に合わせた効果的な支援が実施した。令和4年度の保健指導の実施割合は、40.0%と減少した。6か月間の長期支援であるため、参加継続が難しい状況が考えられる。長期の保健指導により、行動変容が確立し、治療コントロールを良好に保てるため引き続き、継続して保健指導を実施したい。
重複・頻回訪問指導事業における対象者への指導実施率	100%	90.9%	①重複: 33.3% ②頻回: 90.0%	訪問等による対象者への適正受診や服薬指導等だけではなく、家族への精神的負担の軽減も図ることができたが、なかなか解消しない者もいるため引き続き訪問にて支援を行う。 医科レセプト金額減少率については、金額や減少率に幅はあり目標達成していない年度もあるが、指導後に減少し、指導効果を認めた。
後発医薬品の普及促進	76.3%	84.6%	85.7%	患者負担の軽減と医療費の抑制を図るため、後発医薬品(ジェネリック医薬品)の普及促進に努め、使用割合90%を目標としている。 対象者の方に、後発医薬品に切り替えた場合の差額(負担軽減額)をお知らせする「後発医薬品利用差額通知書」に通知を実施している。 また、「ジェネリック医薬品希望シール」を被保険者証の更新時に全被保険者に同封するとともに、市役所窓口において希望者に配布し、毎年8月の被保険者証切替時に、全世帯に配布するチラシへの掲載や、医療費通知の紙面で周知を図っており、年々、目標値へと改善しており、今後も継続して普及促進を実施したい。
水中運動教室実施状況	市内1施設 20人/施設 8回/施設	市内3施設 20人/施設 6回/施設	市内3施設 ①13人 ②13人 ③14人 13回/施設	各年度で変動はあるが、定数内の参加者を確保し事業を実施した。参加者の参加前後の体組成測定等結果をみると、各年度50%以上の方が血圧の低下を認めた。教室後のアンケートでは、ほとんどの参加者が「生活の中に運動をとりいれたい」と回答しており、運動の習慣化へ向けた機会となったと考えられる。 中には参加が低迷する者もいたため、参加を継続できるような声かけを行っていききたい。

評価指標	計画策定時 実績 2016年度 (H28)	実績		評価・考察 (成功・未達要因)
		中間評価 時点 2019年度 (R1)	現状値 2022年度 (R4)	
e-wellness 健幸運動教室	市内1施設 週1回, 6教室 20人/教室 126人/140人 (90%)	市内1施設 週1回, 6教室 20人/教室 112人/120人 (93.3%)	市内1施設 週1回, 5教室 月2回, 2教室 109人/140人 (77.9%)	令和2年度からコロナ禍で参加者数に変動はあったものの、どの年度でも、参加者の月々の平均歩数は、7,000~10,000歩（推奨歩数8,000歩）、連続歩数は平均2,000歩以上（推奨歩数2,000歩）と取り組みの成果がみられた。 健幸運動教室は、平成27年度から開始し、これまで実人員で約480人の参加があった。平均歩数や連続歩数の増加、体力年齢の若返りなど一定の成果が得られたため、本事業は令和4年度で終了することとし、今後は関連事業の健幸ポイントプロジェクト等で運動の継続を支援していきたい。

2. 各事業の達成状況

以下は、第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）に基づき実施した各事業についての達成状況を示したものである。

事業名	実施年度	事業目的	実施内容
特定健診 未受診者対策事業	平成30年度 ～ 令和5年度	メタボリックシンドローム及びそれに伴う生活習慣病のリスクの早期発見による予防を図るため、特定健康診査の受診率向上を目指す。	対象者全員に受診券を送付し、市広報紙やホームページ等で周知する。受診しやすい環境づくりのため、集団健診・個別健診・人間ドックの選択方式、各種がん検診等との同時受診、土・日曜日の開催等を行う。 未受診者には、電話・訪問で受診勧奨を行う。また、年度途中で脱漏健診案内はがきを個別発送。 (重点的勧奨) 特定健診対象者のうち64歳以下で、過去3か年未受診の者を中心に若年層への受診勧奨を行うため、専門知識を持った看護師を雇用。また、健診結果入力及び集計を行う臨時職員を雇用する。
特定保健指導 利用勧奨事業	平成30年度 ～ 令和5年度	メタボリックシンドローム及びそれに伴う生活習慣病のリスクの早期発見による予防を図るため、特定保健指導利用率及び実施率向上を目指す。	市による直接実施と保健指導機関への委託形式で、動機付け・積極的支援を実施。 ①特定健診(個別健診) ・特定保健指導対象者に対し、個別通知 ・申込がない者に対し、個別訪問等実施 ②特定健診(集団健診) ・健診結果説明会時、特定保健指導の実施 ・結果説明会欠席者に対し、個別通知・個別訪問等実施 ③他事業参加時に特定保健指導初回面接または継続支援を行う ・頸動脈エコー検査時等 ・他課事業参加時等
高ハイリスク者 対策事業	平成30年度 ～ 令和5年度	高血圧症や糖尿病等から重症化したと思われる脳血管疾患や心血管疾患・腎不全の予防を図る。	特定健診の二次検査等として、対象者に頸動脈エコー検査や塩分摂取量測定、減塩指導等を行う。
糖尿病性腎症重症化 予防事業	平成30年度 ～ 令和5年度	糖尿病性腎症の重症化による人工透析導入を予防する。	健診結果でHbA1cが6.5%以上で未治療者に対し、通知書を送付することで受診勧奨を行い、レセプトにて受診状況が確認できない場合は、訪問指導を行う。 糖尿病が重症化するリスクの高い治療中断者を特定し、通知書を送付することで受診勧奨を行い、レセプトにて受診状況が確認できない場合は、訪問指導を行う。
	平成28年度 ～ 令和5年度		糖尿病で治療中の患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して、鹿児島県糖尿病重症化予防プログラムに基づき、保健指導を行う。
健診異常値未治療者 受診勧奨事業	平成29年度 ～ 令和5年度	要治療域の者に対して、医療機関への受診を促すことで、生活習慣病の発症と重症化を防ぐ。	健診結果より受診が必要な医療機関未受診者に対し、レセプト等で受診状況を確認後、異常値放置による危険度(高血圧・心脳血管疾患危険倍率)等を記載した医療機関への受診勧奨の通知を訪問にて併せて保健指導を実施する。

5:目標達成
 4:改善している
 3:横ばい
 2:悪化している
 1:評価できない

アウトプット…実施量, 実施率を評価 / アウトカム…事業の成果を評価

評価指標 (上段:アウトプット, 下段:アウトカム)	計画策定時実績 2016年度(H28)	目標値 2023年度(R5)	達成状況 2022年度(R4)	評価
対象者への勧奨率	100%	100%	100%	3
特定健診受診率	43.5%	60.0%	42.0%	
特定保健指導実施率	29.6%	60.0%	44.7%	3
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	26.8%	50.0%	26.6%	
対象者検査実施率 20%	20.7%	45.0%	42.6%	3
①経年特定健診受診状況 ②結果要精検者・要医療者の医療機関受診率	①43.5% ②80.0%	①50.0% ②100%	①50.0% ②60.0%	
指導対象者の指導実施率 20%	未把握 ※H30年度実施	85.0%	90.6%	3
受診勧奨者の医療機関受診の割合	実施なし ※H30年度実施	30.0%	59.4%	
対象者の指導実施率 80%	未把握 ※H30年度実施	55.0%	38.5%	
受診勧奨者の医療機関受診の割合	実施なし ※H30年度実施	30.0%	46.2%	
指導実施者の生活改善率 70%	100% ※初年度1人実施	100%	100%	
①短期目標:指導完了者の検査改善率 70% ②中長期目標:透析移行者数0人,人工透析患者数減少率	①HbA1c100%, BMI100%,eGFR未測定 ②透析移行者数6人, 人工透析患者数減少率 未把握	①HbA1c90.0%, BMI155.0%,eGFR55.0% ②透析移行者数3人, 人工透析患者数減少率 30%	①HbA1c75.0%, BMI187.5%,eGFR25.0% ②透析移行者数4人, 人工透析患者数減少率 19.2%	
対象者への通知率 100%	100%	100%	100%	3
健診異常値放置者割合の減少	6.8%	5.4%	6.5%	

事業名	実施年度	事業目的	実施内容
重複・頻回 訪問指導事業	平成20年度 ～ 令和5年度	医療費の適正化を図るため、 重複受診・多受診(頻回受診) 者に対する適正受診の指導の 充実強化に努める。	医療費の適正化を図るため、同じ疾病について複数 の医療機関へ同一月内に受診する重複受診者や、 月に13回以上同じ医療機関を受診する頻回受診者 に対し、適正な受診及び健康に対する意識啓発を 図るため、訪問指導を行う。
後発医薬品の 普及促進	平成25年度 ～ 令和5年度	患者負担の軽減と医療費の抑 制を図るため後発医薬品(ジェ ネリック医薬品)の普及促進に 努める。	ジェネリック医薬品の利用を促進し、医療費の削 減を図るため、ジェネリック医薬品に切り替えた 場合の自己負担軽減減額を通知する。
水中運動教室	平成23年度 ～ 令和5年度	地域資源を活用し、肥満や高 血圧解消のための運動を行う ことで、メタボをストップし、 毎日笑顔で健康な生活を送れ ることを目指す。	広報紙やポスター等で周知し募集するほか、特定 健診結果に基づいて抽出された対象者へ個別に参 加案内をする。アクアウォーキング、ストレッチ、 筋力トレーニングを組み合わせた水中運動と血圧 測定等、健康チェックを行う教室を、市内3施設 において年間各6回程度(令和3年度からは各13 回)実施する。
e-wellness 健幸運動教室	平成27年度 ～ 令和4年度	生活習慣病や介護予防のため に、運動習慣を定着させるこ とを目的とした健幸運動教室 を実施する。	特定健診結果に基づいて抽出された対象者に参加 案内をする。その他、広報紙・チラシ等で周知し 募集する。

5:目標達成
 4:改善している
 3:横ばい
 2:悪化している
 1:評価できない

アウトプット…実施量, 実施率を評価 / アウトカム…事業の成果を評価

評価指標 (上段:アウトプット, 下段:アウトカム)	計画策定時実績 2016年度(H28)	目標値 2023年度(R5)	達成状況 2022年度(R4)	評価
対象者への指導実施率 100%	①重複:100% ②頻回:100%	100%	①重複:33.3% ②頻回:90.0%	3
指導後の医科レセプト金額減少率 60%	①重複:100% ②頻回:96.3%	60.0%	①重複:22.4% ②頻回:65.8%	
8回/年, 2,000人/年への通知	2,000人	2,000人	889人	4
普及率(数量ベース) 90%	76.3%	90.0%	85.7%	
市内3施設, 20人/施設, 6回/施設 (令和3年度から, 市内3施設, 15人/施設, 13回/施設 へ変更)	市内1施設 20人/施設 8回/施設	市内3施設 15人/施設 13回/施設	市内3施設 ①13人 ②13人 ③14人 13回/施設	3
教室参加者の検査値改善率 50% (血圧が下がった人の割合)	収縮期:66.7% 拡張期:60.0%	50.0%	収縮期:60.5% 拡張期:60.5%	
市内1施設で実施 週1回, 6教室, 20人/教室	90.0% (126人/140人)	-	77.9% (109人/140人)	4
教室参加者の体力年齢の改善率80%	26.5%	-	77.7%	

(1) 特定健診未受診者対策事業

事業目的	特定健康診査の受診率向上
対象者	40歳～74歳の特定健康診査対象者
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<p>対象者全員に受診券を送付し，市広報紙やホームページ等で周知する。受診しやすい環境づくりのため，集団健診・個別健診・人間ドックの選択方式，各種がん検診等との同時受診，土・日曜日の開催等を行う。</p> <p>未受診者には，電話・訪問で受診勧奨を行う。また，年度途中で脱漏健診案内はがきを個別発送。</p> <p>(重点的勧奨)</p> <p>特定健診対象者のうち64歳以下で，過去3か年未受診の者を中心に若年層への受診勧奨を行うため，専門知識を持った看護師を雇用。また，健診結果入力及び集計を行う臨時職員を雇用する。</p>

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：対象者への勧奨率(評価指標)

アウトプット…実施量，実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

アウトカム：特定健診受診率(評価指標)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	60.0%	46.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
達成状況	43.5%	44.8%	43.0%	40.1%	41.8%	42.0%	-

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査の自己負担無料化を実施し、対象者全員に受診券を送付し、市広報紙やホームページ等で周知した。受診しやすい環境づくりのため、集団健診・個別健診・人間ドックの選択方式、各種がん検診等との同時受診、土・日曜日の開催等を実施した。 ・個別健診は医師会へ委託。実施医療機関向け説明会等において、情報提供対象者への対応も含め依頼し情報共有する等、連携を図った。 	
事業全体の評価 5:目標達成 4:改善している 3:横ばい 2:悪化している 1:評価できない	考察 (成功・未達要因) <ul style="list-style-type: none"> ・平成30年度までは受診率は伸長したが、新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、令和2年度に落ち込んでいる。令和3年度からは、個々の受診行動パターンに応じた受診勧奨通知に変更。保健事業支援・評価委員会で助言を受け、64歳以下の者を中心とした看護師による訪問等での受診勧奨を継続し、受診率は緩やかに上昇している。 ・また、医療機関に定期通院中の方へは、情報提供依頼通知と合わせ電話や訪問で受診勧奨したが、提供率の向上策を講じる必要があると考える。
	今後の方向性 <ul style="list-style-type: none"> ・民間事業者委託により、効果的な受診勧奨通知を継続して実施する。 ・過去の受診行動状況を把握した上で、40歳の初回対象者、64歳以下の新規国保加入者、不定期受診者等へ看護師等による訪問・電話等による受診勧奨を効果的に実施する。 ・職場健診受診者やかかりつけ医で健診同等の検査をしている方の情報提供率の向上を図る。

(2) 特定保健指導利用勧奨事業

事業目的	特定保健指導利用率及び実施率向上を目指す。
対象者	特定健康診査結果において、特定保健指導の対象となった者
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<p>市による直接実施と保健指導機関への委託形式で、動機付け・積極的支援を実施。</p> <p>①特定健診(個別健診)受診後2か月をめどに</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導対象者に対し、個別通知 ・申込がない者に対し、個別訪問等実施 <p>②特定健診(集団健診)受診後1か月をめどに</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健診結果説明会時、特定保健指導の実施 ・結果説明会欠席者に対し、個別通知・個別訪問等実施 <p>③他事業参加時に特定保健指導初回面接または継続支援を行う</p> <ul style="list-style-type: none"> ・頸動脈エコー検査時等 ・他課事業参加時等

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：特定保健指導実施率(評価指標)

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	60.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
達成状況	29.6%	40.6%	51.3%	61.1%	44.2%	44.7%	-

アウトカム：特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(評価指標)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	39.0%	42.0%	43.5%	45.0%	46.5%	48.0%	50.0%
達成状況	26.8%	20.7%	16.8%	23.4%	19.2%	26.6%	-

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

- ・特定健診の結果から、特定保健指導対象者に対し2か月後をめどに利用券を発行，利用を促すリーフレットを同封し利用勧奨を実施。利用がない者に対し，訪問及び電話にて特定保健指導及び利用勧奨を実施した。
- ・集団健診受診者に対し，土日にも結果報告会を実施することで平日に特定保健指導を受診できない者へ対しての受診機会とした。
- ・特定健康診査の二次健診として特定保健指導対象者等を頸動脈エコー検査の対象者とする事で特定保健指導実施率の向上を図った。
- ・新型コロナウイルス感染症や専門職のマンパワー不足等の影響により実施率は横ばいで推移している。

事業全体の評価	5:目標達成 4:改善している 3:横ばい 2:悪化している 1:評価できない	考察 (成功・未達要因)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に対しては保健指導を実施することができた。 ・利用がない者には訪問にて保健指導の実施及び利用勧奨を実施し，不在者に対しては，訪問連絡票を投函し，折り返し連絡があった際は電話にて利用勧奨を実施，利用を促すことで保健指導へ繋げることができた。 ・新型コロナウイルス感染症やマンパワー不足により，十分な利用勧奨を実施することができなかった。
		今後の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・限られた人材で効果的な利用勧奨を実施するために，初めて特定保健指導の対象となった者を中心に利用勧奨することで，保健指導を受けることへの意識づけとしていきたい。 ・複数年連続して特定保健指導の対象となるが，利用がない者に対しての利用勧奨を強化し，保健指導へと繋げる必要がある。

(3)高ハイリスク者対策事業

事業目的	高血圧症や糖尿病等から重症化したと思われる脳血管疾患や心血管疾患・腎不全の予防を図る。
対象者	○事業該当者：特定健診対象者 ○事業対象者：①頸部エコー検査受診者 ②特定健診(厚生連健診)受診者に対し，塩分摂取量測定(尿検)を実施。うち塩分摂取量高値等の重症化ハイリスク者を抽出して保健指導を実施
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	①特定健診受診者より抽出した対象者へ頸部エコー検査・ランチョンセミナーの案内 1) 頸部エコー検査の実施 2) 頸部エコー検査結果説明会・ランチョンセミナー等を開催し結果を踏まえた個別指導の実施 ・頸部エコー：厚生連へ委託。結果については説明会実施(集団・個別) ・ランチョンセミナー：試食・交流会・管理栄養士による講話及び個別支援(新型コロナウイルス感染症予防のため令和2年度以降中止) ②特定健診(厚生連健診時)受診者へ塩分摂取量測定(尿検)の実施 厚生連健診結果報告会時，塩分摂取量高値のものに対して，個別で管理栄養士による減塩指導を行う。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：①対象者検査実施率20%(評価指標)

アウトプット…実施量，実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値(%)	45.0%	45.0%	45.0%	45.0%	45.0%	45.0%	45.0%
達成状況 (%)	20.7%	17.5%	40.9%	38.8%	38.2%	42.6%	-

アウトカム：(a)経年特定健診受診状況，(b)①結果要精検者の医療機関受診率

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値(%)	(a) 50.0%	(a) 50.0%	(a) 50.0%	(a) 50.0%	(a) 50.0%	(a) 50.0%	(a) 50.0%
	(b) 100%	(b) 100%	(b) 100%	(b) 100%	(b) 100%	(b) 100%	(b) 100%
達成状況 (%)	(a) 43.5%	(a) 44.8%	(a) 43.0%	(a) 40.1%	(a) 41.8%	(a) 50.0%	-
	(b) 80.0%	(b) 100%	(b) 100%	(b) 100%	(b) 50.0%	(b) 60.0%	-

【ストラクチャー，プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

- ・平成30年度までは医師会へ委託し，令和元年度以降は委託機関との連携を図り事業を実施することができた。
- ・特定健診受診者から事業目的に合った対象者の抽出を行い，受診者を確保することができた。

事業全体の評価	5：目標達成	考察 (成功・未達 要因)	①頸動脈エコー検査は，令和元年度から，検査委託機関を厚生連とし，土曜日または日曜日に集団健診で実施。また対象者範囲を拡大し，高血圧ハイリスク者以外に特定保健指導対象者等の生活習慣病のハイリスク者へも案内しており，検査と保健指導を組み合わせて，対象者の行動変容を促す内容になっている。令和2年度と令和3年度は新型コロナウイルス感染症の影響があったが，令和4年度時点では目標値を超える対象者を確保できた。頸動脈エコー検査や個別指導，集団指導は，受診者自身が普段の生活を振り返り，生活改善行動に結び付ける機会となった。
	4：改善している		②減塩指導に関しては，結果報告会を活用して個別指導が効率よく実施できている。塩分チェックシートを活用し，塩分摂取量を客観的に評価できるため，塩分の改善項目を絞った保健指導が実施できたが，食塩の過剰摂取が多い傾向がある。食習慣から，漬物や魚や肉の加工品，調味料の使い方，総菜利用等の食塩を習慣的にとっていることが要因と考えられる。
3：横ばい	2：悪化している	今後の 方向性	①今後も高血圧や生活習慣病ハイリスク者に対して，健診や保健指導を等組み合わせたアプローチする機会を確保し，生活習慣の振り返りや改善を促すことで，脳血管疾患や虚血性心疾患の医療費の減少を目指したい。
2：悪化している	1：評価できない		②減塩等の食事改善は理解しているが，行動変容が難しい現状がある。今後も継続して，地道に減塩指導を実施し，高血圧発症予防及び脳卒中等の重症化予防にはたらきかけたい。

(4) 糖尿病性腎症重症化予防事業

事業目的	糖尿病性腎症の重症化による人工透析導入を予防する。
対象者	①医療機関未受診者，②医療機関受診中断者，③糖尿病治療中者 ※鹿児島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき，対象者選定・抽出
事業実施年度	①②平成30年度～令和5年度，③平成28年度～令和5年度
実施内容	未治療及び治療中断はレセプト状況等で健康状態を把握し，個別保健指導を実施。治療中の者へは，かかりつけ医等と連携を図りながら，主治医の保健指導指示に基づき，約6か月間の生活改善に向けた取り組み(運動・栄養等)を実施。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：①(医療機関未受診者)指導対象者の指導実施率 20%(評価指標)

アウトプット…実施量，実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	未把握	20.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%
達成状況	未把握 ※H30年度実施	50.0%	80.0%	80.0%	85.7%	90.6%	-

アウトプット：②(医療機関受診中断者)対象者の指導実施率 80%(評価指標)

アウトプット…実施量，実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	未把握	80.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%
達成状況	未把握 ※H30年度実施	50.0%	50.0%	59.3%	36.4%	38.5%	-

アウトプット：③(糖尿病治療中者)指導実施者の生活改善率 70%(評価指標)

アウトプット…実施量，実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	実施なし	70.0%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	100% ※初年度1人 実施	100%	100%	100%	100%	100%	-

アウトカム：【短期目標】①(医療機関未受診者)受診勧奨者の医療機関受診の割合

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	実施なし ※H30年度実施	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%
達成状況	実施なし ※H30年度実施	25.0%	25.0%	46.7%	21.4%	59.4%	-

アウトカム：【短期目標】②(医療機関受診中断者)受診勧奨者の医療機関受診の割合

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	実施なし ※H30年度実施	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%
達成状況	実施なし ※H30年度実施	53.8%	20.0%	37.0%	27.3%	46.2%	-

アウトカム：【短期目標】③(糖尿病治療中者)指導完了者の検査改善率(評価指標)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	HbA1c 90.0% BMI 55.0% eGFR 55.0%						
達成状況	HbA1c 100% BMI 100% eGFR 未測定	HbA1c 87.5% BMI 75.0% eGFR 37.5%	HbA1c 85.7% BMI 42.9% eGFR 42.9%	HbA1c 80.0% BMI 80.0% eGFR 80.0%	HbA1c 85.7% BMI 37.5% eGFR 100%	HbA1c 75.0% BMI 87.5% eGFR 25.0%	-

アウトカム：【中長期指標】③糖尿病治療中者(a)透析移行者数, (b)人工透析患者数減少率

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	(a) 3人 (b) 30%	(a) 3人 (b) 30%	(a) 3人 (b) 30%	(a) 3人 (b) 30%	(a) 3人 (b) 30%	(a) 3人 (b) 30%	(a) 3人 (b) 30%
達成状況	(a) 6人 (b) 未把握	(a) 5人 (b) 19.2%	(a) 3人 (b) 15.4%	(a) 4人 (b) 13.7%	(a) 4人 (b) 13.7%	(a) 4人 (b) 19.2%	-

【ストラクチャー，プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

・かかりつけ医と連携することで，より効果のある支援が実施できた。また事業目的にある対象者抽出により，治療コントロールの良好につながった。

事業全体の評価	5：目標達成 4：改善している 3：横ばい 2：悪化している 1：評価できない	考察 (成功・未達要因)	①②管理栄養士を中心に保健指導体制を構築しており，訪問等による受診勧奨を実施できているが，対象者不在，訪問拒否等もあり受診勧奨につながりにくい状況が課題である。 ③かかりつけ医と連携することで，より対象者の治療状況に合わせた効果的な支援が実施できた。実施割合では，6か月間の長期間支援での参加が難しい状況がある。
	今後の方向性	①②保健指導ができる体制を工夫し，電話及び訪問等による保健指導を効果的に実施したい。 ③6か月間の支援期間中は，各自の取り組み状況を把握できるが，支援終了後は，各自での取り組みになる。事業委託者と連携はかり，支援期間中に行動変容を確立し，治療コントロールを良好に保てるよう習慣化を目指したい。	

(5) 健診異常値未治療者受診勧奨事業

事業目的	メタボリックシンドロームの有無に関わらず、要治療の域の者を中心に医療機関の受診勧奨及び健康相談、並びに受診状況の確認を実施する。
対象者	特定健康診査受診者のうち、未治療で受診勧奨値の者 (健診受診時、血圧・脂質・肝機能・腎臓機能等未治療者) ※ただし、精神疾患や悪性新生物等で治療中の者については対象外
事業実施年度	平成29年度～令和5年度
実施内容	レセプトで医療機関受診の状況を確認、訪問にて健診結果より受診が必要な医療機関未受診者に対し、異常値放置によるリスク等を記載した検査結果を通知し、指導を行う。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：対象者への通知率100%(評価指標)

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	100%	100%	100%	100%	100%	100%	-

アウトカム：健診異常値放置者割合の減少(評価指標)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	6.6%	6.4%	6.2%	6.0%	5.8%	5.6%	5.4%
達成状況	6.8%	5.8%	5.6%	5.5%	6.9%	6.5%	-

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

- ・訪問担当の看護師3名を確保し、レセプトにて医療機関の受診状況を確認しながら情報共有して対象者の選定を実施することができた。
- ・市担当者のマンパワー不足や健診データの入力が遅れている医療機関が複数あり、健診結果の把握がスムーズにできなかった。

事業全体の評価	5:目標達成	考察 (成功・未達要因)	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者へ対面で指導できた場合はリーフレット等を活用して指導へ繋げることができた。不在の場合は訪問連絡票を投函し、対象者から折り返しの連絡があった際は電話にて指導を実施した。 ・なかなか受診へ繋がらず、複数年連続対象者としてあがるケースもある。 ・受診に繋がっていなくても、健診結果説明の際に専門職から生活習慣に関する指導を受けたことで、生活改善に取り組んでいる者もいた。
	4:改善している		
	3:横ばい	今後の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・今後も健診異常値未治療者へ対し、受診勧奨の訪問指導を継続していくことで生活習慣病等の重症化予防に取り組む。 ・健診結果把握の方法等を見直し、訪問での指導開始がスムーズに行うことができるよう体制を整えたい。 ・なかなか受診へ繋がらず、複数年連続対象者としてあがるケースへの対応を今後考えていく必要がある。
	2:悪化している		
	1:評価できない		

(6) 重複・頻回訪問指導事業

事業目的	医療費の適正化を図るため、重複受診・多受診(頻回受診)者に対する適正受診の指導の充実強化に努める。
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・事業該当者：国保被保険者のうち40歳から74歳まで ・事業対象者：重複・頻回受診該当者(精神疾患・透析・悪性新生物・難病等の治療については、対象外)
事業実施年度	平成20年度～令和5年度
実施内容	医療費の適正化を図るため、同じ疾病について複数の医療機関へ同一月内に受診する重複受診者や、月に13回以上同じ医療機関を受診する頻回受診者に対し、適正な受診及び健康に対する意識啓発を図るため、訪問指導を行う。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：対象者への指導実施率 100%(評価指標)

アウトプット…実施量, 実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況							
①重複	①100%	①100%	①100%	①対象者なし	①0%	①33.3%	-
②頻回	②100%	②76.5%	②83.3%	②85.7%	②87.5%	②90.0%	

アウトカム：指導後の医科レセプト金額減少率 60%(評価指標)※訪問指導と電話指導等を含む

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
達成状況							
①重複	①100%	①93.0%	①82.7%	①対象なし	①0%	①22.4%	-
②頻回	②96.3%	②59.5%	②14.8%	②8.8%	②42.1%	②65.8%	

【ストラクチャー，プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

- ・訪問する看護師と，対象者の絞り込みや困難事例等に関する情報共有を必要時行うことができた。
- ・毎月，国保連合会から送られてくる対象者一覧をもとに，直近のレセプトデータ等で詳細情報を精査し，対象者の選定を行えた。

事業全体の評価	5：目標達成	考察 (成功・未達要因)	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問等による対象者への適正受診や服薬指導等だけではなく，家族への精神的負担の軽減も図ることができた。 ・医科レセプト金額減少率については，金額や減少率に幅はあり目標達成していない年度もあるが，指導後に減少し，指導効果を認めた。
	4：改善している		今後の方向性
3：横ばい	2：悪化している		
1：評価できない			

(7)後発医薬品の普及促進

事業目的	患者負担の軽減と医療費の抑制を図るため後発医薬品(ジェネリック医薬品)の普及促進に努める。
対象者	国保被保険者のうち、ジェネリック医薬品に切り替えた場合の薬剤費について、100円以上の削減効果が得られると見込まれる者
事業実施年度	平成25年度～令和5年度
実施内容	ジェネリック医薬品の利用を促進し、医療費の削減を図るため、ジェネリック医薬品に切り替えた場合の自己負担軽減減額を通知する。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：8回/年，2,000人/年への通知

アウトプット…実施量，実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	2,000人	2,000人	2,000人	2,000人	2,000人	2,000人	2,000人
達成状況	2,000人	1,945人	1,160人	1,175人	867人	889人	-

アウトカム：普及率(数量ベース)90%

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
達成状況	76.3%	82.9%	84.6%	85.6%	85.2%	85.7%	-

【ストラクチャー，プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

・本事業は，診療報酬明細書(レセプト)データの分析を委託している業者に同じく，委託し実施している。診療月ごとのデータ分析から大きな削減効果が期待できる者を優先的に抽出したリストを受領し，精査した上で通知している。さらに，委託業者がサポートデスクを開設し，通知者からの問い合わせに対応を講じている。その他に，「ジェネリック医薬品希望シール」を年次更新時に保険証と共に郵送したり，窓口にて配布したりするなど周知を図っている。

事業全体の評価	5:目標達成	考察 (成功・未達 要因)	<ul style="list-style-type: none"> ジェネリック医薬品の認知度・普及率は拡大していると認識される。差額通知の発送数は年度を追うごとに減少しているが，普及率は概ね改善していることが分かる。このことから，市域においてある程度の普及は満たしており，削減効果が見込める対象者数も減少，もしくは頭打ち状態になりつつあると考えられる。
	4:改善している		
	3:横ばい		
	2:悪化している		
	1:評価できない		

(8)水中運動教室

事業目的	地域資源を活用し，肥満や高血圧解消のための運動を行うことで，メタボをストップし，毎日笑顔で健康な生活を送れることを目指す。
対象者	国保加入の20歳～74歳(学生は除く)で，医師から水中運動を勧められている方や，水中運動に関心のある人
事業実施年度	平成23年度～令和5年度
実施内容	広報紙やポスター等で周知し募集するほか，特定健診結果に基づいて抽出された対象者へ個別に参加案内をする。アクアウォーキング，ストレッチ，筋力トレーニングを組み合わせた水中運動と血圧測定等，健康チェックを行う教室を，市内3施設において年間各6回程度(令和3年度からは各13回)実施する。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：市内3施設，20人/施設，6回/施設(評価指標)

アウトプット…実施量，実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	市内1施設 20人/施設 8回/施設	市内3施設 20人/施設 6回/施設	市内3施設 20人/施設 6回/施設	市内3施設 20人/施設 6回/施設	市内3施設 15人/施設 13回/施設	市内3施設 15人/施設 13回/施設	市内3施設 15人/施設 13回/施設
達成状況 ①ケイユウ スポーツ クラブ ②ヘルシー ランド ③レジャー センター かいもん	①20人	①17人 ②16人 ③13人	①17人 ②16人 ③13人	新型コロナウイルス 感染症 のため中止	①10人 ②13人 ③12人	①13人 ②13人 ③14人	①14人 ②11人 ③14人

アウトカム：教室参加者の検査値改善率 50%(血圧が下がった人の割合)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
達成状況	収縮期:66.7% 拡張期:60.0%	収縮期:56.5% 拡張期:56.5%	収縮期:61.7% 拡張期:59.6%	新型コロナウイルス 感染症 のため中止	収縮期:64.7% 拡張期:55.9%	収縮期:60.5% 拡張期:60.5%	-

【ストラクチャー，プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

- ・委託機関を確保し，事業の打ち合わせ及び情報共有に努め，事業を実施できた。
- ・広報紙での参加者募集に加え，事業目的に沿った方を抽出し個別通知を行い，対象者を確保できた。

事業全体の評価	5:目標達成	考察 (成功・未達 要因)	・各年度で変動はあるが，定数内の参加者を確保し事業を実施した。参加者の参加前後の体組成測定等結果をみると，各年度50%以上の方が血圧の低下を認めた。教室後のアンケートでは，ほとんどの参加者が「生活の中に運動をとりいれたい」と回答しており，運動の習慣化へ向けた機会となったと考えられる。
	4:改善している		
	3:横ばい	今後の 方向性	・今後も市内にある各地域の運動施設を活用し，施設ごとに実施期間や時間等を変えて事業を行う。 ・広報紙以外に，健診結果に基づいて抽出された対象者に対してハガキで案内をしているが，より参加を促すために電話等でも参加を促していく。 ・参加途中で，欠席が続く方に対しては参加を促す声かけ等を行っていく。
	2:悪化している		
	1:評価できない		

(9)e-wellness 健幸運動教室

事業目的	生活習慣病や介護予防のために、運動習慣を定着させることを目的とした健幸運動教室を実施する。
対象者	40歳以上の指宿市民
事業実施年度	平成27年度～令和4年度
実施内容	特定健診結果に基づいて抽出された対象者に参加案内をする。その他、広報紙・チラシ等で周知し募集する。 筑波大学の研究成果に基づく個別の運動プログラムで、専用歩数計等を活用し、歩数データ・筋トレ実施量・体組成データ管理を行う。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：市内1施設で実施。週1回、6教室、20人/教室、令和2年度から7教室(評価指標)

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	市内 1施設 週1回、6教室 20人 / 教室	市内 1施設 週1回、6教室 20人 / 教室	市内 1施設 週1回、6教室 20人 / 教室	市内 1施設 週1回、6教室 月2回、1教室 20人 / 教室	市内 1施設 週1回、5教室 月2回、2教室 20人 / 教室	市内 1施設 週1回、5教室 月2回、2教室 20人 / 教室	-
達成状況	90% 126人/140人	86.7% 104人/120人	93.3% 112人/120人	80.7% 113人/140人	92.1% 129人/140人	77.9% 109人/140人	-

アウトカム：教室(新規)参加者の体力年齢の改善率80%

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	80%	80%	80%	80%	80%	80%	-
達成状況	26.5% 18人/68人	67.9% 19人/28人	76.8% 20人/26人	65.4% 17人/26人	58.1% 18人/31人	77.7% 7人/9人	-

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

- ・役割を明確にした運営体制の構築。目標の達成に向けた分析情報の共有等による連携強化。
- ・目標達成に向けた指導者への研修及び検討会の開催(年2回)

事業全体の評価	5:目標達成	考察 (成功・未達要因)	・令和2年度から夜の時間帯を1教室追加したことにより、参加者のニーズにあった教室運営体制を整えることができた。 また、コロナ禍での開催となった年度においても、感染対策を徹底した上で、教室を継続したことで、外出自粛による運動不足により懸念される健康二次被害予防や市民の健康維持・増進に繋がった。新規参加者の体力年齢の改善については、体力測定データの収集が少ない年度もあり、数値にばらつきがみられた。目標の未達成要因として、欠席が多い参加者もいたことから、運動不十分層へのアプローチ不足があったと考えられる。
	4:改善している		
	3:横ばい		
	2:悪化している		
	1:評価できない		

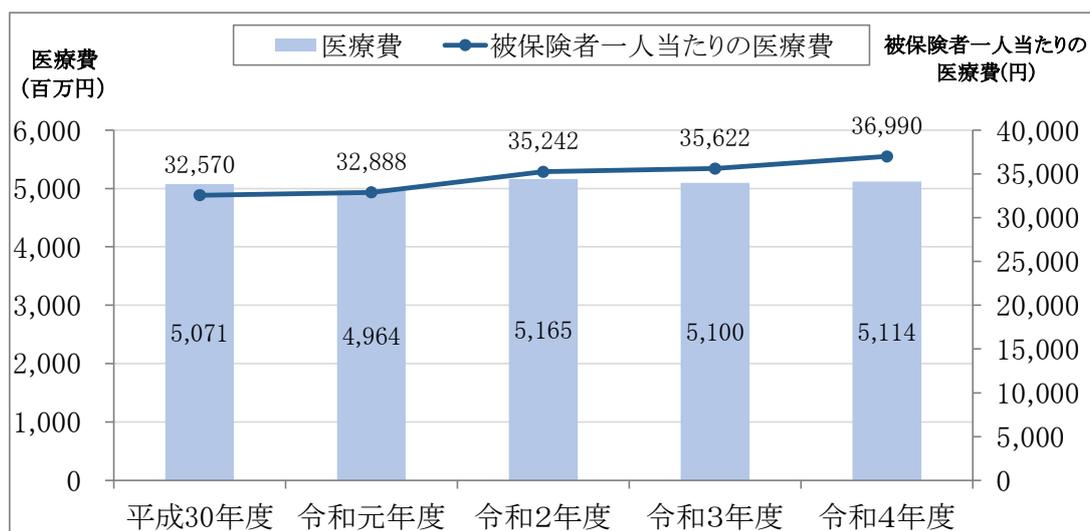
第4章 健康・医療情報等の分析

1. 医療費の基礎集計

(1) 医療費の状況

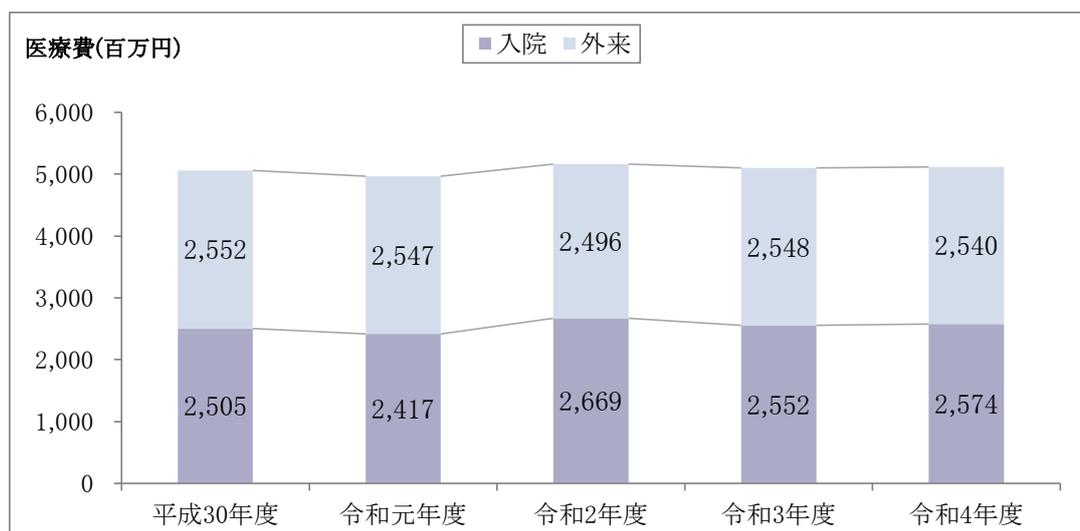
以下は、本市の医療費の状況を示したものである。

年度別 医療費の状況



出典：国保データベース(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」
被保険者一人当たりの医療費…1か月分相当。

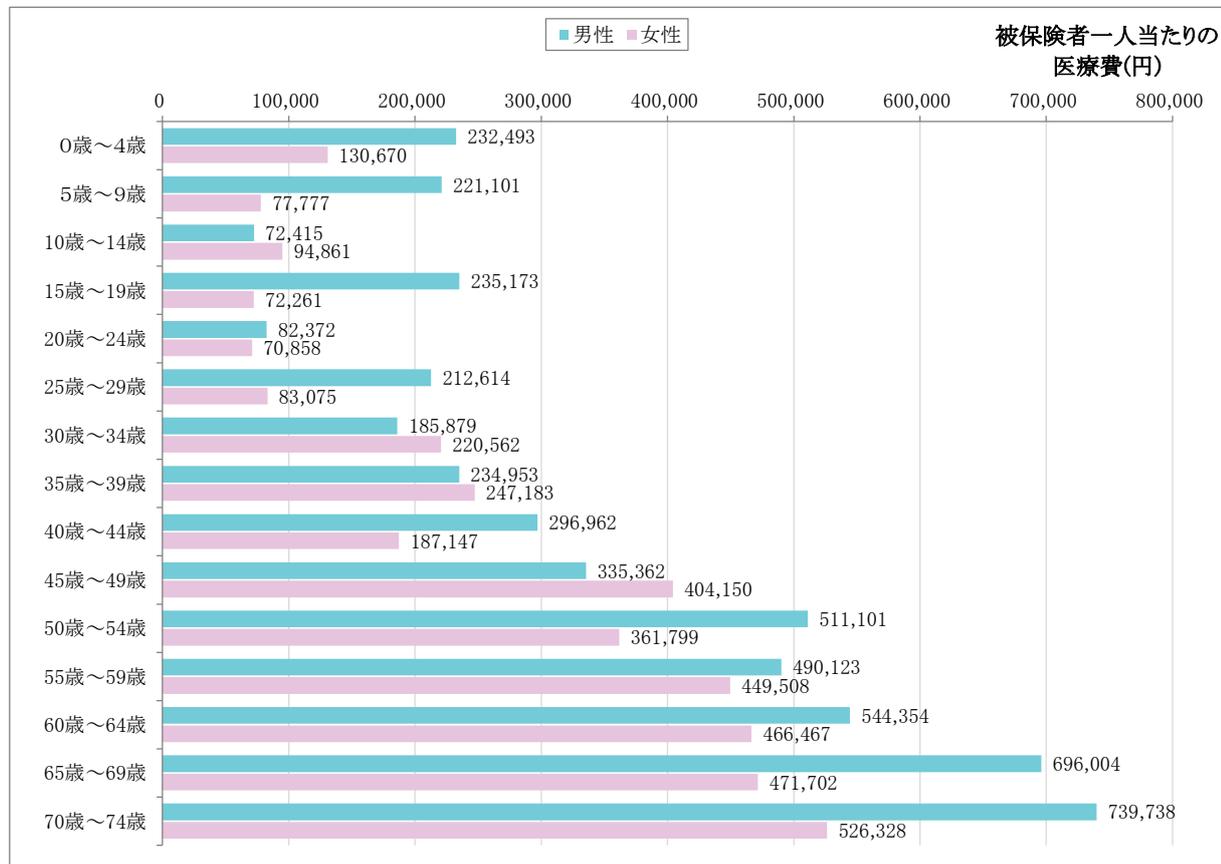
年度別 入院・外来別医療費



出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

以下は、令和4年度における、本市の被保険者一人当たりの医療費を男女年齢階層別に示したものである。

男女年齢階層別 被保険者一人当たりの医療費(令和4年度)



出典：国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(大分類)」

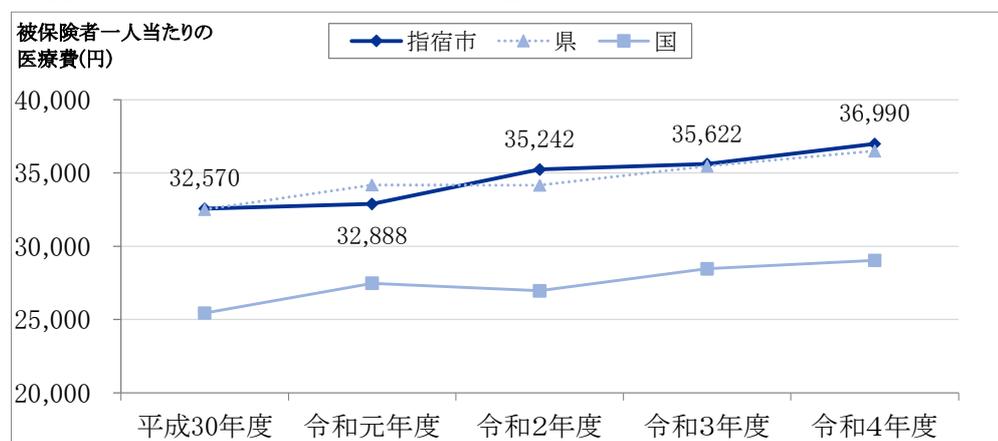
以下は、年度別の被保険者一人当たりの医療費を示したものである。

年度別 被保険者一人当たりの医療費 単位：円

年度	指宿市	県	国
平成30年度	32,570	32,512	25,437
令和元年度	32,888	34,181	27,475
令和2年度	35,242	34,164	26,961
令和3年度	35,622	35,467	28,469
令和4年度	36,990	36,500	29,043

出典：国保データベース (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」
被保険者一人当たりの医療費…1か月分相当。

年度別 被保険者一人当たりの医療費

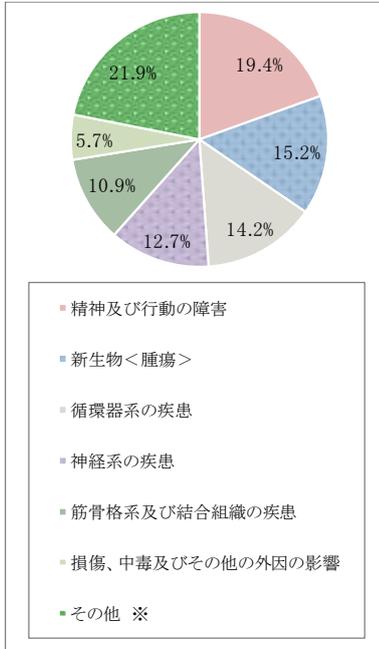


出典：国保データベース (KDB) システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」
被保険者一人当たりの医療費…1か月分相当。

(2) 疾病別医療費

令和4年度の入院医療費では、「精神及び行動の障害」が最も高く、19.4%を占めている。

大分類別医療費構成比
(入院) (令和4年度)



※その他…入院医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

大・中・細小分類別分析
(入院) (令和4年度)

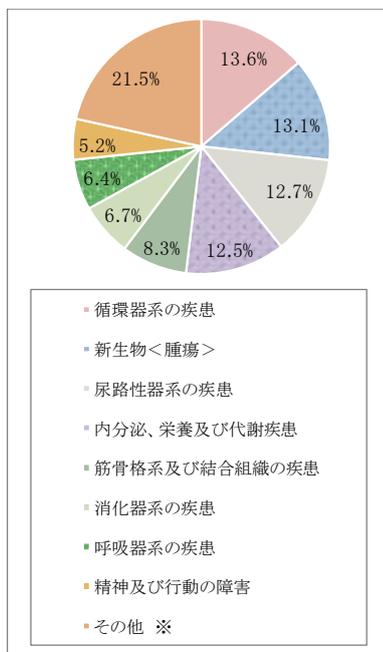
順位	大分類別分析	中分類別分析	細小分類分析
1	精神及び行動の障害 19.4%	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 10.9%	統合失調症 10.9%
		その他の精神及び行動の障害 3.2%	
		気分(感情)障害(躁うつ病を含む) 3.0%	うつ病 3.0%
2	新生物<腫瘍> 15.2%	その他の悪性新生物<腫瘍> 5.9%	膵臓がん 1.2%
		気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍> 2.0%	前立腺がん 0.7%
		膀胱がん 0.6%	
		肺がん 2.0%	
3	循環器系の疾患 14.2%	結腸の悪性新生物<腫瘍> 1.5%	大腸がん 1.5%
		その他の心疾患 4.4%	不整脈 1.6%
		心臓弁膜症 0.9%	
		脳梗塞 3.2%	脳梗塞 3.2%
4	神経系の疾患 12.7%	脳内出血 1.9%	脳出血 1.9%
		その他の神経系の疾患 8.0%	パーキンソン病 0.1%
		てんかん 2.3%	睡眠時無呼吸症候群 0.0%
		アルツハイマー病 1.7%	

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大, 中, 細小分類」

※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合, 空白としている。

令和4年度の外来医療費では、「循環器系の疾患」が最も高く、13.6%を占めている。

大分類別医療費構成比
(外来) (令和4年度)



※その他…外来医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

大・中・細小分類別分析
(外来) (令和4年度)

順位	大分類別分析	中分類別分析		細小分類分析	
1	循環器系の疾患 13.6%	高血圧性疾患	6.8%	高血圧症	6.8%
		その他の心疾患	3.5%	不整脈	2.0%
		脳梗塞	1.0%	脳梗塞	1.0%
2	新生物<腫瘍> 13.1%	その他の悪性新生物<腫瘍>	5.5%	前立腺がん	1.8%
		気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	2.1%	膀胱がん	1.0%
		肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>	1.1%	膵臓がん	0.5%
				肺がん	2.1%
3	泌尿器系の疾患 12.7%	腎不全	10.8%	慢性腎臓病(透析あり)	6.9%
		その他の腎尿路系の疾患	0.7%	慢性腎臓病(透析なし)	0.2%
		乳房及びその他の女性生殖器の疾患	0.4%		
				乳腺症	0.0%
4	内分泌、栄養及び代謝疾患 12.5%	糖尿病	9.4%	糖尿病	8.7%
		脂質異常症	2.0%	糖尿病網膜症	0.7%
		その他の内分泌、栄養及び代謝障害	0.6%	痛風・高尿酸血症	0.1%

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大, 中, 細小分類」
※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合, 空白としている。

令和4年度の医療費を細小分類別にみると、医療費上位第1位は「統合失調症」で、6.7%を占めている。

細小分類による医療費上位10疾病(令和4年度)

順位	細小分類別疾患	医療費(円)	割合(%) ※
1	統合失調症	339,977,000	6.7%
2	慢性腎臓病(透析あり)	235,872,570	4.6%
3	糖尿病	232,996,790	4.6%
4	関節疾患	211,243,670	4.1%
5	高血圧症	183,468,320	3.6%
6	うつ病	122,189,360	2.4%
7	骨折	120,559,310	2.4%
8	脳梗塞	108,248,070	2.1%
9	肺がん	106,466,670	2.1%
10	不整脈	92,085,090	1.8%

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大,中,細小分類」

※割合…総医療費に占める割合。

※細小分類のうち、「その他」及び「小児科」については上位10疾病の対象外としている。

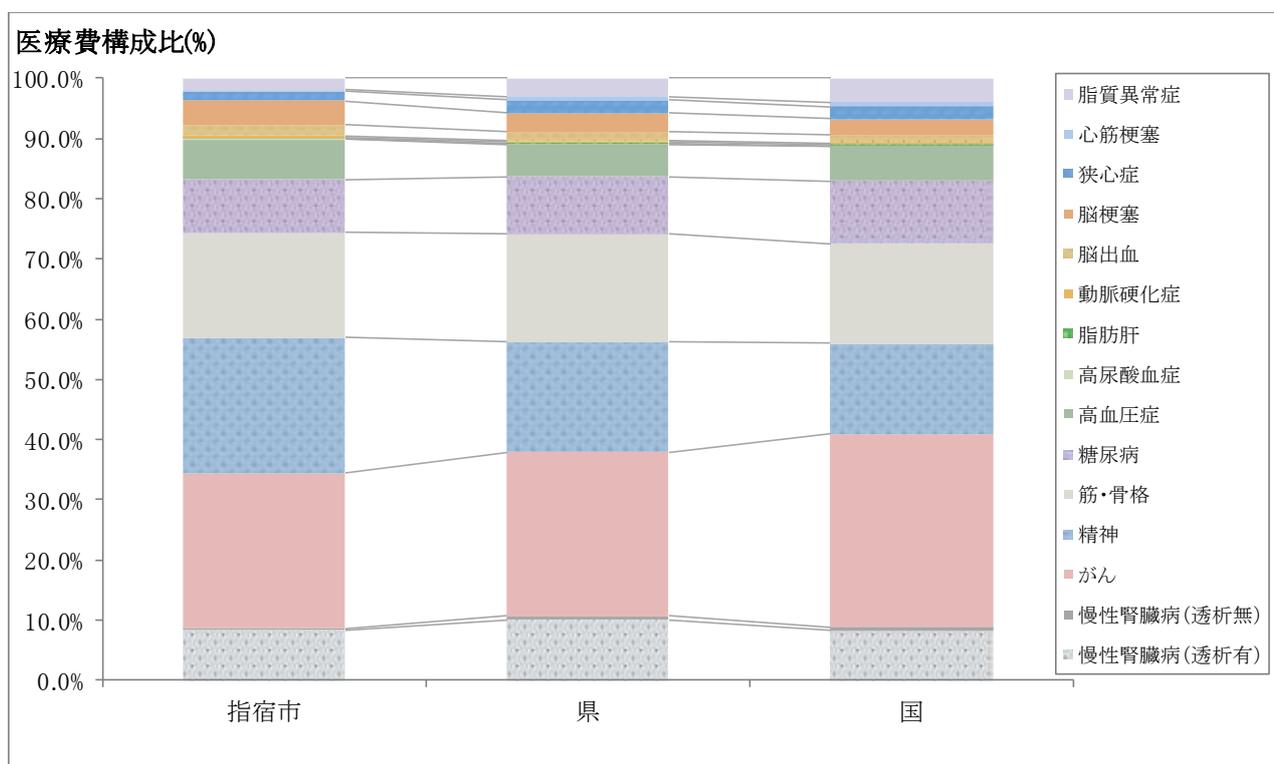
以下は、令和4年度における最大医療資源傷病名別の医療費構成比を示したものである。

最大医療資源傷病名別医療費構成比(令和4年度)

傷病名	指宿市	県	国
慢性腎臓病(透析有)	8.4%	10.1%	8.3%
慢性腎臓病(透析無)	0.2%	0.6%	0.6%
がん	25.8%	27.3%	32.0%
精神	22.5%	18.3%	15.0%
筋・骨格	17.5%	18.0%	16.6%
糖尿病	8.8%	9.5%	10.4%
高血圧症	6.6%	5.4%	5.8%
高尿酸血症	0.1%	0.1%	0.1%
脂肪肝	0.2%	0.2%	0.2%
動脈硬化症	0.3%	0.3%	0.2%
脳出血	1.9%	1.4%	1.3%
脳梗塞	3.9%	3.2%	2.7%
狭心症	1.6%	2.2%	2.1%
心筋梗塞	0.3%	0.6%	0.7%
脂質異常症	1.9%	3.0%	4.0%

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

最大医療資源傷病名別医療費構成比(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

以下は、令和4年度の生活習慣病医療費の状況について、入院、外来、入外合計別に示したものである。

生活習慣病等疾病別医療費統計(入院)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	18,164,160	0.7%	7	47	1.0%	6	386,471	8
高血圧症	11,460,200	0.4%	8	30	0.6%	8	382,007	9
脂質異常症	827,800	0.0%	11	4	0.1%	11	206,950	11
高尿酸血症	0	0.0%	13	0	0.0%	13	0	13
脂肪肝	288,770	0.0%	12	2	0.0%	12	144,385	12
動脈硬化症	3,760,760	0.1%	10	10	0.2%	9	376,076	10
脳出血	50,176,880	2.0%	5	51	1.0%	5	983,860	2
脳梗塞	82,654,680	3.2%	4	126	2.6%	4	655,990	5
狭心症	27,267,260	1.1%	6	46	0.9%	7	592,767	6
心筋梗塞	7,555,370	0.3%	9	7	0.1%	10	1,079,339	1
がん	390,633,300	15.2%	2	522	10.7%	2	748,340	4
筋・骨格	280,898,410	10.9%	3	365	7.5%	3	769,585	3
精神	500,132,000	19.4%	1	1,232	25.3%	1	405,951	7
その他(上記以外のもの)	1,199,161,350	46.6%		2,434	49.9%		492,671	
合計	2,572,980,940			4,876			527,683	

出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

生活習慣病等疾病別医療費統計(外来)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	227,105,840	9.0%	2	9,367	8.7%	3	24,245	5
高血圧症	173,190,700	6.8%	4	15,735	14.6%	1	11,007	11
脂質異常症	51,034,890	2.0%	6	4,712	4.4%	5	10,831	12
高尿酸血症	1,907,350	0.1%	12	229	0.2%	11	8,329	13
脂肪肝	6,318,440	0.2%	9	277	0.3%	9	22,810	7
動脈硬化症	5,992,250	0.2%	10	250	0.2%	10	23,969	6
脳出血	2,655,730	0.1%	11	79	0.1%	12	33,617	2
脳梗塞	25,593,390	1.0%	7	1,595	1.5%	7	16,046	10
狭心症	16,736,810	0.7%	8	747	0.7%	8	22,405	8
心筋梗塞	899,940	0.0%	13	29	0.0%	13	31,032	3
がん	332,905,310	13.1%	1	3,390	3.1%	6	98,202	1
筋・骨格	210,334,910	8.3%	3	9,906	9.2%	2	21,233	9
精神	130,566,190	5.2%	5	4,817	4.5%	4	27,105	4
その他(上記以外のもの)	1,349,766,850	53.2%		56,722	52.6%		23,796	
合計	2,535,008,600			107,855			23,504	

出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

生活習慣病等疾病別医療費統計(入外合計)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	245,270,000	4.8%	4	9,414	8.4%	3	26,054	9
高血圧症	184,650,900	3.6%	5	15,765	14.0%	1	11,713	11
脂質異常症	51,862,690	1.0%	8	4,716	4.2%	5	10,997	12
高尿酸血症	1,907,350	0.0%	13	229	0.2%	11	8,329	13
脂肪肝	6,607,210	0.1%	12	279	0.2%	9	23,682	10
動脈硬化症	9,753,010	0.2%	10	260	0.2%	10	37,512	8
脳出血	52,832,610	1.0%	7	130	0.1%	12	406,405	1
脳梗塞	108,248,070	2.1%	6	1,721	1.5%	7	62,898	5
狭心症	44,004,070	0.9%	9	793	0.7%	8	55,491	6
心筋梗塞	8,455,310	0.2%	11	36	0.0%	13	234,870	2
がん	723,538,610	14.2%	1	3,912	3.5%	6	184,954	3
筋・骨格	491,233,320	9.6%	3	10,271	9.1%	2	47,827	7
精神	630,698,190	12.3%	2	6,049	5.4%	4	104,265	4
その他(上記以外のもの)	2,548,928,200	49.9%		59,156	52.5%		43,088	
合計	5,107,989,540			112,731			45,311	

出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

2. 生活習慣病に関する分析

(1) 生活習慣病患者の状況

以下は、生活習慣病患者のレセプトデータから、併存している疾患の状況を示したものである。

生活習慣病全体のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	生活習慣病対象者				脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		インスリン療法			
			人数(人)		割合(%)		人数(人)		割合(%)		人数(人)		割合(%)		人数(人)		割合(%)	
			A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G	G/C	H	H/C		
20歳代以下	1,693	784	103	6.1%	3	2.9%	0	0.0%	1	1.0%	5	4.9%	0	0.0%				
30歳代	803	324	136	16.9%	5	3.7%	4	2.9%	1	0.7%	13	9.6%	1	0.7%				
40歳代	1,069	536	268	25.1%	12	4.5%	8	3.0%	5	1.9%	49	18.3%	6	2.2%				
50歳代	1,295	892	525	40.5%	65	12.4%	32	6.1%	15	2.9%	153	29.1%	17	3.2%				
60歳～64歳	1,246	1,007	609	48.9%	105	17.2%	41	6.7%	9	1.5%	182	29.9%	9	1.5%				
65歳～69歳	2,443	2,327	1,422	58.2%	286	20.1%	130	9.1%	16	1.1%	462	32.5%	31	2.2%				
70歳～74歳	3,220	3,557	2,139	66.4%	474	22.2%	217	10.1%	17	0.8%	746	34.9%	50	2.3%				
全体	11,769	9,427	5,202	44.2%	950	18.3%	432	8.3%	64	1.2%	1,610	30.9%	114	2.2%				
再掲	40歳～74歳	9,273	8,319	4,963	53.5%	942	19.0%	428	8.6%	62	1.2%	1,592	32.1%	113	2.3%			
再掲	65歳～74歳	5,663	5,884	3,561	62.9%	760	21.3%	347	9.7%	33	0.9%	1,208	33.9%	81	2.3%			

年齢階層	糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		
	人数(人)		割合(%)		人数(人)		割合(%)		人数(人)		割合(%)		
	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	N	N/C	
20歳代以下	1	1.0%	2	1.9%	0	0.0%	4	3.9%	2	1.9%	0	0.0%	
30歳代	3	2.2%	1	0.7%	1	0.7%	24	17.6%	9	6.6%	23	16.9%	
40歳代	9	3.4%	5	1.9%	2	0.7%	81	30.2%	29	10.8%	58	21.6%	
50歳代	24	4.6%	11	2.1%	2	0.4%	281	53.5%	60	11.4%	206	39.2%	
60歳～64歳	36	5.9%	10	1.6%	10	1.6%	401	65.8%	70	11.5%	304	49.9%	
65歳～69歳	83	5.8%	32	2.3%	16	1.1%	959	67.4%	180	12.7%	708	49.8%	
70歳～74歳	130	6.1%	51	2.4%	32	1.5%	1,573	73.5%	301	14.1%	1,092	51.1%	
全体	286	5.5%	112	2.2%	63	1.2%	3,323	63.9%	651	12.5%	2,391	46.0%	
再掲	40歳～74歳	282	5.7%	109	2.2%	62	1.2%	3,295	66.4%	640	12.9%	2,368	47.7%
再掲	65歳～74歳	213	6.0%	83	2.3%	48	1.3%	2,532	71.1%	481	13.5%	1,800	50.5%

出典: 国保データベース (KDB) システム「生活習慣病全体のレセプト分析」(令和4年5月診療分)

糖尿病のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	糖尿病		インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害			
			人数(人)		割合(%)		人数(人)		割合(%)		人数(人)		割合(%)	
			A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G	G/C
20歳代以下	1,693	784	5	0.3%	0	0.0%	1	20.0%	2	40.0%	0	0.0%		
30歳代	803	324	13	1.6%	1	7.7%	3	23.1%	1	7.7%	1	7.7%		
40歳代	1,069	536	49	4.6%	6	12.2%	9	18.4%	5	10.2%	2	4.1%		
50歳代	1,295	892	153	11.8%	17	11.1%	24	15.7%	11	7.2%	2	1.3%		
60歳～64歳	1,246	1,007	182	14.6%	9	4.9%	36	19.8%	10	5.5%	10	5.5%		
65歳～69歳	2,443	2,327	462	18.9%	31	6.7%	83	18.0%	32	6.9%	16	3.5%		
70歳～74歳	3,220	3,557	746	23.2%	50	6.7%	130	17.4%	51	6.8%	32	4.3%		
全体	11,769	9,427	1,610	13.7%	114	7.1%	286	17.8%	112	7.0%	63	3.9%		
再掲	40歳～74歳	9,273	8,319	1,592	17.2%	113	7.1%	282	17.7%	109	6.8%	62	3.9%	
再掲	65歳～74歳	5,663	5,884	1,208	21.3%	81	6.7%	213	17.6%	83	6.9%	48	4.0%	

年齢階層	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		
	人数(人)		割合(%)		人数(人)		割合(%)		人数(人)		割合(%)		
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	20.0%	0	0.0%	
30歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	46.2%	0	0.0%	7	53.8%	
40歳代	4	8.2%	3	6.1%	4	8.2%	25	51.0%	6	12.2%	20	40.8%	
50歳代	24	15.7%	17	11.1%	6	3.9%	88	57.5%	27	17.6%	83	54.2%	
60歳～64歳	40	22.0%	22	12.1%	5	2.7%	128	70.3%	25	13.7%	122	67.0%	
65歳～69歳	112	24.2%	56	12.1%	8	1.7%	331	71.6%	80	17.3%	269	58.2%	
70歳～74歳	197	26.4%	103	13.8%	6	0.8%	578	77.5%	119	16.0%	457	61.3%	
全体	377	23.4%	201	12.5%	29	1.8%	1,156	71.8%	258	16.0%	958	59.5%	
再掲	40歳～74歳	377	23.7%	201	12.6%	29	1.8%	1,150	72.2%	257	16.1%	951	59.7%
再掲	65歳～74歳	309	25.6%	159	13.2%	14	1.2%	909	75.2%	199	16.5%	726	60.1%

出典: 国保データベース (KDB) システム「糖尿病のレセプト分析」(令和4年5月診療分)

脂質異常症のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	脂質異常症		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
			A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G
20歳代以下	1,693	784	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	803	324	23	2.9%	2	8.7%	1	4.3%	0	0.0%	7	30.4%	
40歳代	1,069	536	58	5.4%	8	13.8%	4	6.9%	2	3.4%	20	34.5%	
50歳代	1,295	892	206	15.9%	49	23.8%	21	10.2%	5	2.4%	83	40.3%	
60歳～64歳	1,246	1,007	304	24.4%	74	24.3%	29	9.5%	4	1.3%	122	40.1%	
65歳～69歳	2,443	2,327	708	29.0%	223	31.5%	87	12.3%	4	0.6%	269	38.0%	
70歳～74歳	3,220	3,557	1,092	33.9%	316	28.9%	150	13.7%	3	0.3%	457	41.8%	
全体	11,769	9,427	2,391	20.3%	672	28.1%	292	12.2%	18	0.8%	958	40.1%	
再掲	40歳～74歳	9,273	8,319	2,368	25.5%	670	28.3%	291	12.3%	18	0.8%	951	40.2%
再掲	65歳～74歳	5,663	5,884	1,800	31.8%	539	29.9%	237	13.2%	7	0.4%	726	40.3%

年齢階層	インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	0	0.0%	3	13.0%	0	0.0%	0	0.0%	8	34.8%	5	21.7%	
40歳代	3	5.2%	4	6.9%	2	3.4%	1	1.7%	32	55.2%	11	19.0%	
50歳代	10	4.9%	11	5.3%	4	1.9%	2	1.0%	128	62.1%	38	18.4%	
60歳～64歳	6	2.0%	24	7.9%	7	2.3%	7	2.3%	215	70.7%	43	14.1%	
65歳～69歳	16	2.3%	55	7.8%	18	2.5%	8	1.1%	510	72.0%	103	14.5%	
70歳～74歳	37	3.4%	90	8.2%	26	2.4%	21	1.9%	865	79.2%	170	15.6%	
全体	72	3.0%	187	7.8%	57	2.4%	39	1.6%	1,758	73.5%	370	15.5%	
再掲	40歳～74歳	72	3.0%	184	7.8%	57	2.4%	39	1.6%	1,750	73.9%	365	15.4%
再掲	65歳～74歳	53	2.9%	145	8.1%	44	2.4%	29	1.6%	1,375	76.4%	273	15.2%

出典：国保データベース(KDB)システム「脂質異常症のレセプト分析」(令和4年5月診療分)

高血圧症のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	高血圧症		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
			A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G
20歳代以下	1,693	784	4	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	25.0%	0	0.0%	
30歳代	803	324	24	3.0%	2	8.3%	1	4.2%	1	4.2%	6	25.0%	
40歳代	1,069	536	81	7.6%	9	11.1%	6	7.4%	5	6.2%	25	30.9%	
50歳代	1,295	892	281	21.7%	50	17.8%	21	7.5%	12	4.3%	88	31.3%	
60歳～64歳	1,246	1,007	401	32.2%	83	20.7%	36	9.0%	8	2.0%	128	31.9%	
65歳～69歳	2,443	2,327	959	39.3%	221	23.0%	101	10.5%	13	1.4%	331	34.5%	
70歳～74歳	3,220	3,557	1,573	48.9%	407	25.9%	193	12.3%	17	1.1%	578	36.7%	
全体	11,769	9,427	3,323	28.2%	772	23.2%	358	10.8%	57	1.7%	1,156	34.8%	
再掲	40歳～74歳	9,273	8,319	3,295	35.5%	770	23.4%	357	10.8%	55	1.7%	1,150	34.9%
再掲	65歳～74歳	5,663	5,884	2,532	44.7%	628	24.8%	294	11.6%	30	1.2%	909	35.9%

年齢階層	インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高尿酸血症		脂質異常症		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	0	0.0%	1	4.2%	0	0.0%	0	0.0%	4	16.7%	8	33.3%	
40歳代	3	3.7%	6	7.4%	5	6.2%	1	1.2%	17	21.0%	32	39.5%	
50歳代	10	3.6%	15	5.3%	5	1.8%	0	0.0%	47	16.7%	128	45.6%	
60歳～64歳	8	2.0%	30	7.5%	8	2.0%	5	1.2%	57	14.2%	215	53.6%	
65歳～69歳	21	2.2%	67	7.0%	22	2.3%	9	0.9%	151	15.7%	510	53.2%	
70歳～74歳	34	2.2%	96	6.1%	35	2.2%	24	1.5%	262	16.7%	865	55.0%	
全体	76	2.3%	215	6.5%	75	2.3%	39	1.2%	538	16.2%	1,758	52.9%	
再掲	40歳～74歳	76	2.3%	214	6.5%	75	2.3%	39	1.2%	534	16.2%	1,750	53.1%
再掲	65歳～74歳	55	2.2%	163	6.4%	57	2.3%	33	1.3%	413	16.3%	1,375	54.3%

出典：国保データベース(KDB)システム「高血圧症のレセプト分析」(令和4年5月診療分)

虚血性心疾患のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	虚血性心疾患				脳血管疾患				人工透析				糖尿病				インスリン療法			
			人数(人)		割合(%)		人数(人)		割合(%)		人数(人)		割合(%)		人数(人)		割合(%)		人数(人)		割合(%)	
			A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G	G/C								
20歳代以下	1,693	784	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		
30歳代	803	324	4	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		
40歳代	1,069	536	8	0.7%	0	0.0%	1	12.5%	3	37.5%	1	12.5%	3	37.5%	1	12.5%	3	37.5%	1	12.5%		
50歳代	1,295	892	32	2.5%	8	25.0%	3	9.4%	17	53.1%	3	9.4%	17	53.1%	3	9.4%	17	53.1%	3	9.4%		
60歳～64歳	1,246	1,007	41	3.3%	7	17.1%	4	9.8%	22	53.7%	2	4.9%	22	53.7%	2	4.9%	22	53.7%	2	4.9%		
65歳～69歳	2,443	2,327	130	5.3%	35	26.9%	6	4.6%	56	43.1%	6	4.6%	56	43.1%	6	4.6%	56	43.1%	6	4.6%		
70歳～74歳	3,220	3,557	217	6.7%	62	28.6%	3	1.4%	103	47.5%	13	6.0%	103	47.5%	13	6.0%	103	47.5%	13	6.0%		
全体	11,769	9,427	432	3.7%	112	25.9%	17	3.9%	201	46.5%	25	5.8%	201	46.5%	25	5.8%	201	46.5%	25	5.8%		
再掲	40歳～74歳	9,273	8,319	428	4.6%	112	26.2%	17	4.0%	201	47.0%	25	5.8%	201	47.0%	25	5.8%	201	47.0%	25	5.8%	
再掲	65歳～74歳	5,663	5,884	347	6.1%	97	28.0%	9	2.6%	159	45.8%	19	5.5%	159	45.8%	19	5.5%	159	45.8%	19	5.5%	

年齢階層	糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		
	人数(人) 割合(%)		人数(人) 割合(%)		人数(人) 割合(%)		人数(人) 割合(%)		人数(人) 割合(%)		人数(人) 割合(%)		
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	25.0%	0	0.0%	1	25.0%	
40歳代	1	12.5%	2	25.0%	1	12.5%	6	75.0%	3	37.5%	4	50.0%	
50歳代	1	3.1%	0	0.0%	0	0.0%	21	65.6%	2	6.3%	21	65.6%	
60歳～64歳	4	9.8%	3	7.3%	3	7.3%	36	87.8%	6	14.6%	29	70.7%	
65歳～69歳	14	10.8%	4	3.1%	2	1.5%	101	77.7%	21	16.2%	87	66.9%	
70歳～74歳	16	7.4%	11	5.1%	9	4.1%	193	88.9%	48	22.1%	150	69.1%	
全体	36	8.3%	20	4.6%	15	3.5%	358	82.9%	80	18.5%	292	67.6%	
再掲	40歳～74歳	36	8.4%	20	4.7%	15	3.5%	357	83.4%	80	18.7%	291	68.0%
再掲	65歳～74歳	30	8.6%	15	4.3%	11	3.2%	294	84.7%	69	19.9%	237	68.3%

出典：国保データベース（KDB）システム「虚血性心疾患のレセプト分析」（令和4年5月診療分）

脳血管疾患のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	脳血管疾患				虚血性心疾患				人工透析				糖尿病				インスリン療法			
			人数(人)		割合(%)		人数(人)		割合(%)		人数(人)		割合(%)		人数(人)		割合(%)		人数(人)		割合(%)	
			A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G	G/C								
20歳代以下	1,693	784	3	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		
30歳代	803	324	5	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		
40歳代	1,069	536	12	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	33.3%	0	0.0%	4	33.3%	0	0.0%	0	0.0%		
50歳代	1,295	892	65	5.0%	8	12.3%	1	1.5%	24	36.9%	4	6.2%	24	36.9%	4	6.2%	24	36.9%	4	6.2%		
60歳～64歳	1,246	1,007	105	8.4%	7	6.7%	3	2.9%	40	38.1%	3	2.9%	40	38.1%	3	2.9%	40	38.1%	3	2.9%		
65歳～69歳	2,443	2,327	286	11.7%	35	12.2%	3	1.0%	112	39.2%	10	3.5%	112	39.2%	10	3.5%	112	39.2%	10	3.5%		
70歳～74歳	3,220	3,557	474	14.7%	62	13.1%	5	1.1%	197	41.6%	13	2.7%	197	41.6%	13	2.7%	197	41.6%	13	2.7%		
全体	11,769	9,427	950	8.1%	112	11.8%	12	1.3%	377	39.7%	30	3.2%	377	39.7%	30	3.2%	377	39.7%	30	3.2%		
再掲	40歳～74歳	9,273	8,319	942	10.2%	112	11.9%	12	1.3%	377	40.0%	30	3.2%	377	40.0%	30	3.2%	377	40.0%	30	3.2%	
再掲	65歳～74歳	5,663	5,884	760	13.4%	97	12.8%	8	1.1%	309	40.7%	23	3.0%	309	40.7%	23	3.0%	309	40.7%	23	3.0%	

年齢階層	糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		
	人数(人) 割合(%)		人数(人) 割合(%)		人数(人) 割合(%)		人数(人) 割合(%)		人数(人) 割合(%)		人数(人) 割合(%)		
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	40.0%	0	0.0%	2	40.0%	
40歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	9	75.0%	4	33.3%	8	66.7%	
50歳代	1	1.5%	1	1.5%	1	1.5%	50	76.9%	14	21.5%	49	75.4%	
60歳～64歳	10	9.5%	2	1.9%	4	3.8%	83	79.0%	17	16.2%	74	70.5%	
65歳～69歳	20	7.0%	7	2.4%	4	1.4%	221	77.3%	44	15.4%	223	78.0%	
70歳～74歳	24	5.1%	17	3.6%	11	2.3%	407	85.9%	80	16.9%	316	66.7%	
全体	55	5.8%	27	2.8%	20	2.1%	772	81.3%	159	16.7%	672	70.7%	
再掲	40歳～74歳	55	5.8%	27	2.9%	20	2.1%	770	81.7%	159	16.9%	670	71.1%
再掲	65歳～74歳	44	5.8%	24	3.2%	15	2.0%	628	82.6%	124	16.3%	539	70.9%

出典：国保データベース（KDB）システム「脳血管疾患のレセプト分析」（令和4年5月診療分）

(2) 透析患者の状況

透析患者の状況について分析を行う。以下は、令和4年度における、透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合を示したものである。

透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合(令和4年度)

区分	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者の割合(%)
指宿市	11,236	57	0.51%
県	350,028	1,963	0.56%
国	24,660,500	86,890	0.35%

出典: 国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

以下は、本市の年度別の透析患者数及び医療費の状況等について示したものである。

年度別 透析患者数及び医療費

年度	透析患者数(人)	透析医療費(円)※	患者一人当たりの透析医療費(円)
平成30年度	60	340,048,650	5,667,478
令和元年度	64	366,160,960	5,721,265
令和2年度	63	360,384,930	5,720,396
令和3年度	63	378,207,300	6,003,290
令和4年度	57	386,727,810	6,784,698

出典: 国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

※透析医療費…人工透析を行っているレセプトの総点数を医療費換算したもの。

以下は、透析患者数及び被保険者に占める割合を男女年齢階層別に示したものである。

男女年齢階層別 透析患者数及び被保険者に占める割合

年齢階層	男女合計			男性			女性		
	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者割合(%)	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者割合(%)	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者割合(%)
0歳～4歳	200	0	0.00%	109	0	0.00%	91	0	0.00%
5歳～9歳	333	0	0.00%	172	0	0.00%	161	0	0.00%
10歳～14歳	392	0	0.00%	202	0	0.00%	190	0	0.00%
15歳～19歳	332	0	0.00%	158	0	0.00%	174	0	0.00%
20歳～24歳	214	0	0.00%	111	0	0.00%	103	0	0.00%
25歳～29歳	222	1	0.45%	104	1	0.96%	118	0	0.00%
30歳～34歳	334	0	0.00%	171	0	0.00%	163	0	0.00%
35歳～39歳	469	1	0.21%	255	1	0.39%	214	0	0.00%
40歳～44歳	546	1	0.18%	310	1	0.32%	236	0	0.00%
45歳～49歳	523	4	0.76%	303	4	1.32%	220	0	0.00%
50歳～54歳	580	8	1.38%	309	7	2.27%	271	1	0.37%
55歳～59歳	715	7	0.98%	350	3	0.86%	365	4	1.10%
60歳～64歳	1,246	9	0.72%	588	6	1.02%	658	3	0.46%
65歳～69歳	2,443	16	0.65%	1,186	11	0.93%	1,257	5	0.40%
70歳～74歳	3,220	17	0.53%	1,514	10	0.66%	1,706	7	0.41%
全体	11,769	64	0.54%	5,842	44	0.75%	5,927	20	0.34%

出典：国保データベース (KDB) システム「人工透析のレセプト分析」(令和4年5月診療分)

以下は、透析患者のレセプトデータから、併存している疾患の状況を示したものである。

透析のレセプト分析

年齢階層	被保険者数(人)	レセプト件数(件)	人工透析		糖尿病		インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G	G/C	
20歳代以下	1,693	784	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	803	324	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
40歳代	1,069	536	5	0.5%	4	80.0%	2	40.0%	0	0.0%	3	60.0%	
50歳代	1,295	892	15	1.2%	6	40.0%	2	13.3%	0	0.0%	0	0.0%	
60歳～64歳	1,246	1,007	9	0.7%	5	55.6%	1	11.1%	2	22.2%	2	22.2%	
65歳～69歳	2,443	2,327	16	0.7%	8	50.0%	1	6.3%	3	18.8%	1	6.3%	
70歳～74歳	3,220	3,557	17	0.5%	6	35.3%	0	0.0%	1	5.9%	0	0.0%	
全体	11,769	9,427	64	0.5%	29	45.3%	6	9.4%	6	9.4%	6	9.4%	
再掲	40歳～74歳	9,273	8,319	62	0.7%	29	46.8%	6	9.7%	6	9.7%	6	9.7%
	65歳～74歳	5,663	5,884	33	0.6%	14	42.4%	1	3.0%	4	12.1%	1	3.0%

年齢階層	糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		脳血管疾患		虚血性心疾患		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
40歳代	1	20.0%	5	100.0%	2	40.0%	2	40.0%	0	0.0%	1	20.0%	
50歳代	0	0.0%	12	80.0%	3	20.0%	5	33.3%	1	6.7%	3	20.0%	
60歳～64歳	2	22.2%	8	88.9%	3	33.3%	4	44.4%	3	33.3%	4	44.4%	
65歳～69歳	1	6.3%	13	81.3%	8	50.0%	4	25.0%	3	18.8%	6	37.5%	
70歳～74歳	0	0.0%	17	100.0%	3	17.6%	3	17.6%	5	29.4%	3	17.6%	
全体	4	6.3%	57	89.1%	19	29.7%	18	28.1%	12	18.8%	17	26.6%	
再掲	40歳～74歳	4	6.5%	55	88.7%	19	30.6%	18	29.0%	12	19.4%	17	27.4%
	65歳～74歳	1	3.0%	30	90.9%	11	33.3%	7	21.2%	8	24.2%	9	27.3%

出典：国保データベース (KDB) システム「人工透析のレセプト分析」(令和4年5月診療分)

3. 健康診査データによる分析

以下は、令和4年度健康診査データによる、検査項目別の有所見者の状況を示したものである。健診受診者全体では、HbA1cの有所見者割合が最も高く、健診受診者の50.8%を占めている。年齢階層別にみると、40歳～64歳ではLDLコレステロール、65歳～74歳では収縮期血圧の有所見者割合が最も高くなっている。

検査項目別有所見者の状況(令和4年度)

区分		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸	
		25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	
指宿市	40歳～64歳	人数(人)	278	330	184	174	27	232	342	90
		割合(%)	31.4%	37.2%	20.8%	19.6%	3.0%	26.2%	38.6%	10.2%
	65歳～74歳	人数(人)	722	958	389	338	86	994	1,372	240
		割合(%)	29.0%	38.5%	15.6%	13.6%	3.5%	39.9%	55.1%	9.6%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	1,000	1,288	573	512	113	1,226	1,714	330
		割合(%)	29.6%	38.2%	17.0%	15.2%	3.3%	36.3%	50.8%	9.8%
県		割合(%)	29.6%	37.6%	18.6%	14.4%	4.3%	36.5%	52.7%	6.8%
国		割合(%)	27.1%	35.0%	21.1%	14.5%	3.8%	24.8%	57.1%	6.5%
区分		収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査	non-HDL	eGFR	
		130以上	85以上	120以上	1.3以上	所見あり	検査あり	150以上	60未満	
指宿市	40歳～64歳	人数(人)	320	170	420	5	216	153	211	87
		割合(%)	36.1%	19.2%	47.4%	0.6%	24.4%	17.3%	23.8%	9.8%
	65歳～74歳	人数(人)	1,376	380	1,075	40	872	254	590	508
		割合(%)	55.3%	15.3%	43.2%	1.6%	35.0%	10.2%	23.7%	20.4%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	1,696	550	1,495	45	1,088	407	801	595
		割合(%)	50.2%	16.3%	44.3%	1.3%	32.2%	12.1%	23.7%	17.6%
県		割合(%)	46.4%	17.8%	48.6%	1.8%	20.9%	8.6%	5.6%	20.7%
国		割合(%)	47.5%	21.1%	50.3%	1.2%	21.0%	18.0%	5.6%	20.6%

出典：国保データベース(KDB)システム「健診有所見者状況(男女別・年代別)」

以下は、令和4年度健康診査データによるメタボリックシンドローム該当状況を示したものである。健診受診者全体では、予備群は12.4%、該当者は22.7%である。また、血糖、血圧、脂質の3項目全ての追加リスクを持っている該当者は6.5%である。

メタボリックシンドローム該当状況(令和4年度)

年齢階層	健診受診者		腹囲のみ		予備群		血糖		血圧		脂質	
	人数(人)	割合(%)										
40歳～64歳	886	29.6%	49	5.5%	110	12.4%	7	0.8%	75	8.5%	28	3.2%
65歳～74歳	2,490	49.4%	56	2.2%	308	12.4%	18	0.7%	259	10.4%	31	1.2%
全体(40歳～74歳)	3,376	42.0%	105	3.1%	418	12.4%	25	0.7%	334	9.9%	59	1.7%

年齢階層	該当者									
	人数(人) 割合(%)		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～64歳	171	19.3%	24	2.7%	10	1.1%	88	9.9%	49	5.5%
65歳～74歳	594	23.9%	113	4.5%	26	1.0%	284	11.4%	171	6.9%
全体(40歳～74歳)	765	22.7%	137	4.1%	36	1.1%	372	11.0%	220	6.5%

出典:国保データベース(KDB)システム「メタボリックシンドローム該当者・予備群」

※メタボリックシンドローム判定基準

腹囲	追加リスク (①血糖 ②脂質 ③血圧)	該当状況
≥85cm (男性)	2つ以上該当	メタボリックシンドローム基準該当者
≥90cm (女性)	1つ該当	メタボリックシンドローム予備群該当者

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

- ①血糖:空腹時血糖が110mg/dl以上
- ②血圧:収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上
- ③脂質:中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満

※糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者も対象となる。

以下は、令和4年度健康診査データにおける質問票調査の状況について、年齢階層別に示したものである。

質問票調査の状況(令和4年度)

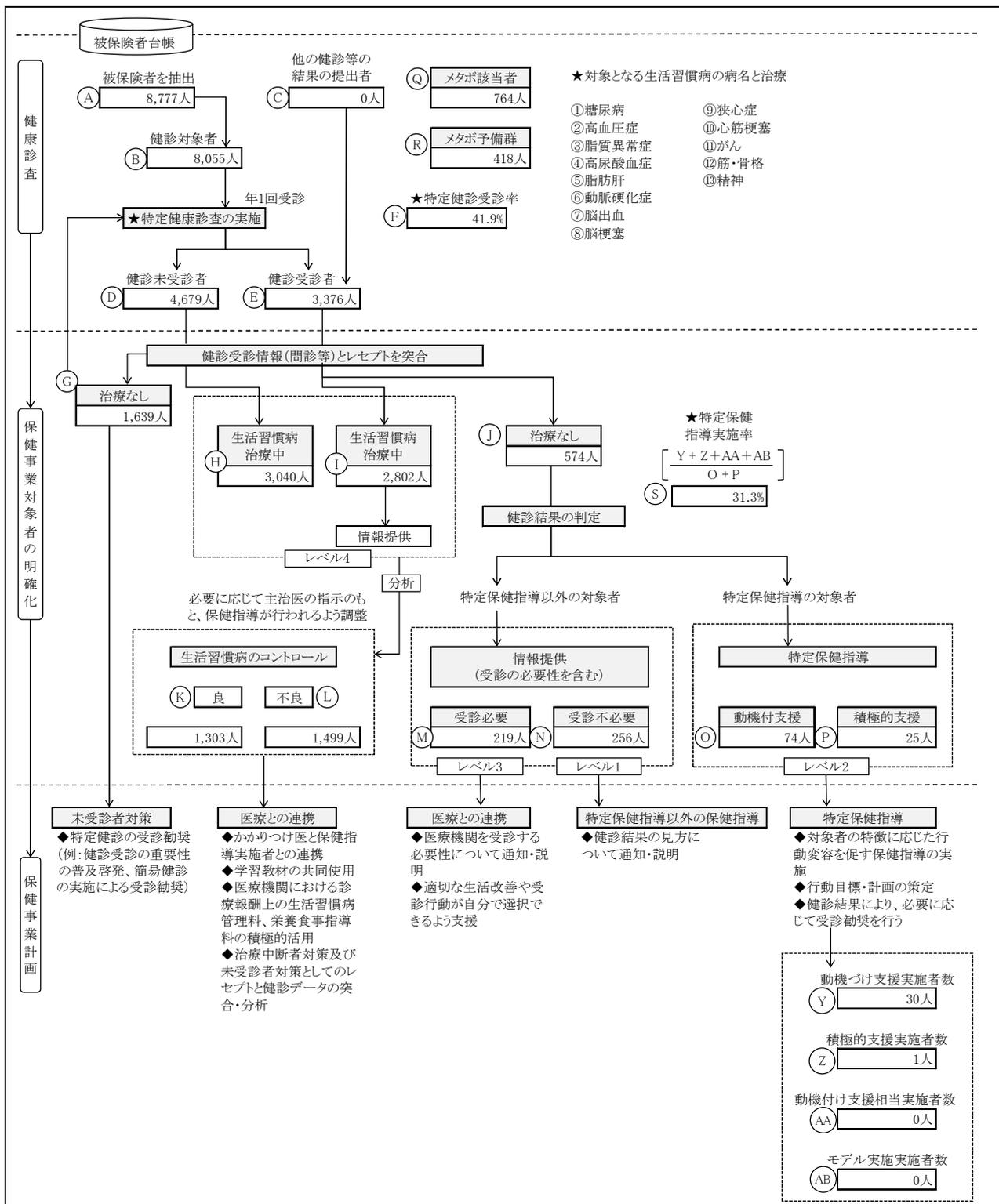
分類	質問項目	40歳～64歳			65歳～74歳			全体(40歳～74歳)		
		指宿市	県	国	指宿市	県	国	指宿市	県	国
服薬	服薬_高血圧症	30.2%	26.4%	20.1%	54.1%	50.8%	43.7%	47.8%	44.7%	36.8%
	服薬_糖尿病	7.2%	7.8%	5.3%	11.7%	12.9%	10.4%	10.5%	11.6%	8.9%
	服薬_脂質異常症	19.7%	17.6%	16.6%	35.4%	32.6%	34.3%	31.3%	28.9%	29.1%
既往歴	既往歴_脳卒中	3.7%	2.9%	2.0%	6.6%	5.4%	3.8%	5.8%	4.8%	3.3%
	既往歴_心臓病	2.9%	3.8%	3.0%	8.0%	8.2%	6.8%	6.7%	7.1%	5.7%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	0.9%	1.3%	0.6%	0.8%	2.0%	0.9%	0.9%	1.8%	0.8%
	既往歴_貧血	11.8%	10.7%	14.2%	7.3%	6.6%	9.3%	8.4%	7.7%	10.7%
喫煙	喫煙	17.2%	18.4%	18.9%	9.6%	9.2%	10.2%	11.6%	11.5%	12.7%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	39.4%	40.4%	37.8%	33.8%	34.8%	33.2%	35.3%	36.2%	34.6%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	71.5%	67.7%	68.8%	55.0%	53.0%	55.4%	59.3%	56.6%	59.3%
	1日1時間以上運動なし	46.2%	47.3%	49.3%	44.1%	44.9%	46.7%	44.6%	45.5%	47.5%
	歩行速度遅い	56.3%	56.1%	53.0%	49.9%	49.6%	49.4%	51.6%	51.3%	50.4%
食事	食べる速度が速い	31.2%	30.7%	30.7%	24.6%	23.9%	24.6%	26.3%	25.6%	26.4%
	食べる速度が普通	62.2%	61.3%	61.1%	67.9%	67.9%	67.6%	66.4%	66.2%	65.7%
	食べる速度が遅い	6.6%	8.0%	8.2%	7.5%	8.2%	7.8%	7.2%	8.2%	7.9%
	週3回以上就寝前夕食	23.5%	22.7%	21.1%	18.9%	15.8%	12.1%	20.1%	17.5%	14.7%
	週3回以上朝食を抜く	15.9%	17.4%	19.0%	5.2%	6.1%	5.9%	8.0%	8.9%	9.7%
飲酒	毎日飲酒	25.5%	24.7%	24.3%	26.6%	25.9%	24.7%	26.3%	25.6%	24.6%
	時々飲酒	22.3%	24.9%	25.3%	17.5%	20.1%	21.1%	18.7%	21.3%	22.3%
	飲まない	52.3%	50.4%	50.4%	55.9%	54.0%	54.2%	55.0%	53.1%	53.1%
	1日飲酒量(1合未満)	58.2%	58.3%	60.9%	59.6%	64.4%	67.6%	59.2%	62.9%	65.6%
	1日飲酒量(1～2合)	29.9%	28.4%	23.1%	31.3%	28.2%	23.1%	30.9%	28.2%	23.1%
	1日飲酒量(2～3合)	10.5%	10.6%	11.2%	8.6%	6.6%	7.8%	9.2%	7.6%	8.8%
	1日飲酒量(3合以上)	1.3%	2.6%	4.8%	0.5%	0.8%	1.5%	0.8%	1.3%	2.5%
睡眠	睡眠不足	23.5%	24.8%	28.4%	20.1%	20.9%	23.4%	21.0%	21.9%	24.9%
生活習慣改善意欲	改善意欲なし	23.6%	20.4%	23.0%	27.4%	24.4%	29.3%	26.4%	23.4%	27.5%
	改善意欲あり	37.8%	38.6%	32.9%	31.3%	30.5%	26.0%	33.0%	32.5%	28.0%
	改善意欲ありかつ始めている	15.0%	14.9%	16.4%	12.4%	12.3%	13.0%	13.1%	12.9%	14.0%
	取り組み済み6ヶ月未満	8.4%	9.9%	10.0%	8.2%	10.1%	8.6%	8.2%	10.0%	9.0%
	取り組み済み6ヶ月以上	15.2%	16.2%	17.8%	20.7%	22.8%	23.1%	19.2%	21.1%	21.6%
	保健指導利用しない	68.0%	65.9%	62.4%	64.7%	65.6%	62.9%	65.5%	65.7%	62.7%
咀嚼	咀嚼_何でも	82.6%	81.8%	83.8%	75.8%	75.0%	77.1%	77.6%	76.7%	79.0%
	咀嚼_かみにくい	17.0%	17.3%	15.4%	23.1%	24.1%	22.1%	21.5%	22.4%	20.2%
	咀嚼_ほとんどかめない	0.5%	0.9%	0.7%	1.0%	1.0%	0.8%	0.9%	1.0%	0.8%
間食	3食以外間食_毎日	25.9%	22.5%	23.8%	18.0%	17.7%	20.8%	20.1%	18.9%	21.7%
	3食以外間食_時々	57.6%	58.6%	55.3%	61.9%	62.1%	58.4%	60.8%	61.2%	57.5%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	16.4%	19.0%	20.9%	20.1%	20.2%	20.8%	19.2%	19.9%	20.8%

出典：国保データベース(KDB)システム「質問票調査の状況」

4. 被保険者の階層化

以下は、令和4年度における健康診査データ及びレセプトデータから被保険者を階層化した結果を示したものである。

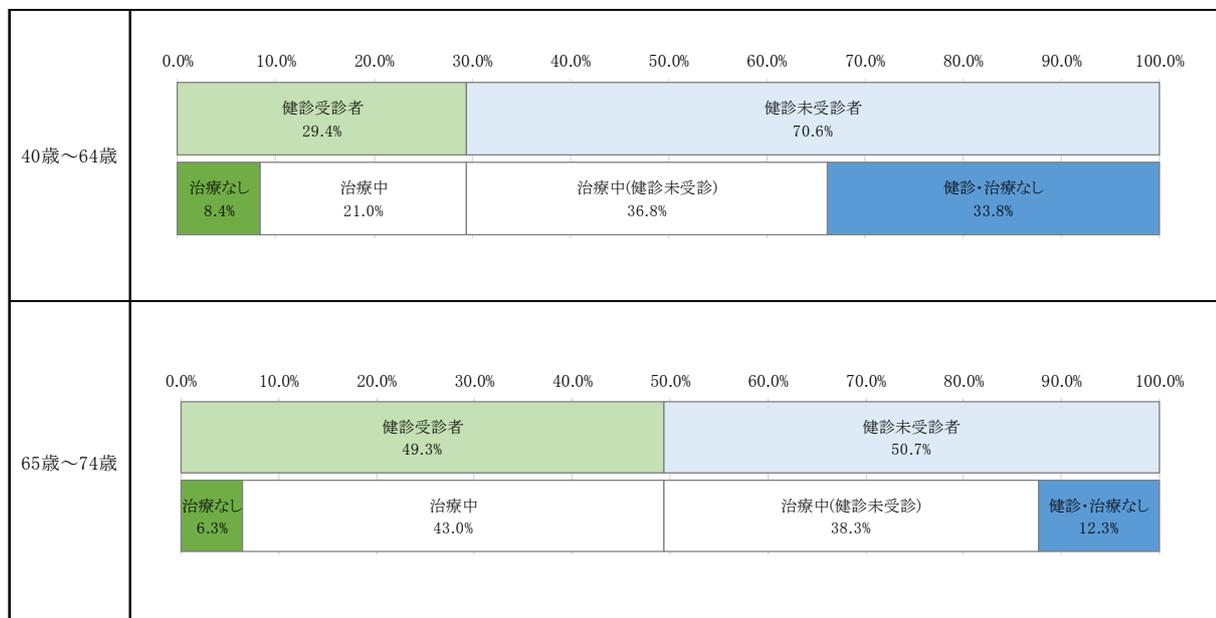
被保険者の階層化(令和4年度)



出典: 国保データベース (KDB) システム「糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導」

以下は、令和4年度における40歳以上の特定健診対象者について、健診受診状況別に生活習慣病の治療状況を示したものである。

特定健診対象者の生活習慣病治療状況(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導」
 ※「治療中」…特定健診対象者のうち、生活習慣病のレセプトを持つ患者を対象として集計。

第5章 特定健康診査に係る詳細分析

1. 特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況

以下は、特定健康診査受診状況別に、生活習慣病の医療機関受診状況を分析した結果を示したものである。特定健康診査受診者のうち生活習慣病のレセプトがあるのは特定健康診査受診者全体の64.5%である。特定健康診査未受診者のうち生活習慣病のレセプトがあるのは特定健康診査未受診者全体の46.7%である。

特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況

	人数(人)	構成比(%)	生活習慣病医療費(円) ※		
			入院	入院外	合計
健診受診者	3,376	38.9%	3,267,903	175,052,698	178,320,601
健診未受診者	5,310	61.1%	28,038,232	207,691,522	235,729,754
合計	8,686		31,306,135	382,744,220	414,050,355

	生活習慣病患者数 ※						生活習慣病患者一人当たり医療費(円) ※		
	入院		入院外		合計 ※		入院	入院外	合計
	患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)			
健診受診者	136	4.0%	2,178	64.5%	2,179	64.5%	24,029	80,373	81,836
健診未受診者	351	6.6%	2,440	46.0%	2,481	46.7%	79,881	85,119	95,014
合計	487	5.6%	4,618	53.2%	4,660	53.6%	64,284	82,881	88,852

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年3月～令和5年2月診療分(12か月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)。

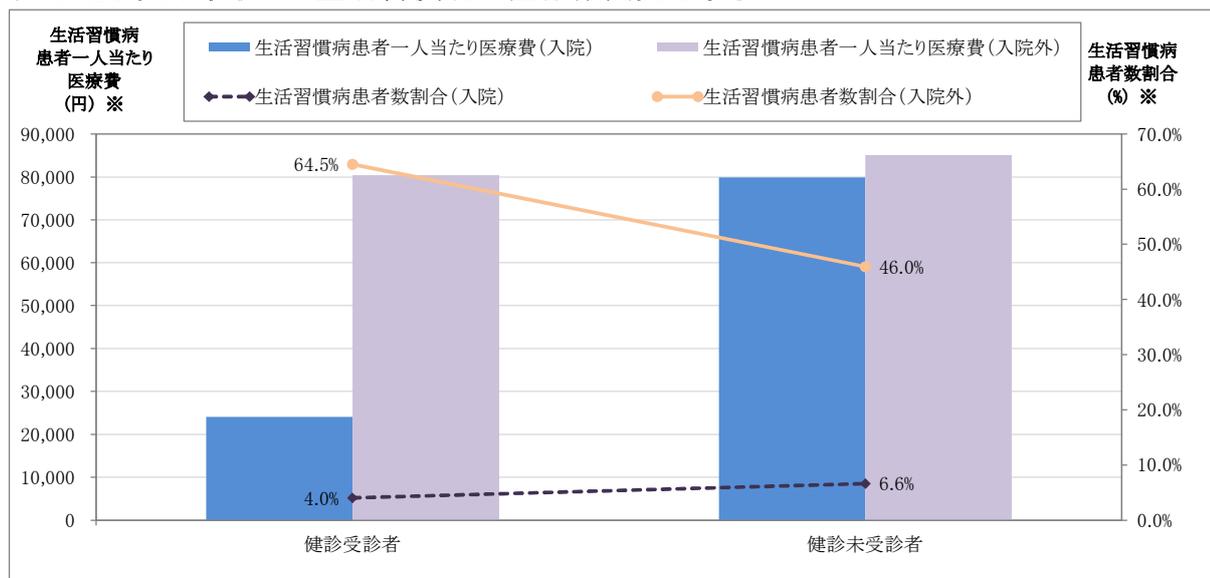
資格確認日…年度末時点。

※生活習慣病医療費…生活習慣病(糖尿病, 高血圧症, 脂質異常症)で投薬のあった患者の生活習慣病医療費。

※生活習慣病患者数…生活習慣病(糖尿病, 高血圧症, 脂質異常症)で投薬のあった患者数。合計人数は、入院、入院外の区分けなく集計した実人数。

※生活習慣病患者一人当たり医療費…生活習慣病(糖尿病, 高血圧症, 脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの生活習慣病医療費。

特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年3月～令和5年2月診療分(12か月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)。

資格確認日…年度末時点。

※生活習慣病患者一人当たり医療費…生活習慣病(糖尿病, 高血圧症, 脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの生活習慣病医療費。

※生活習慣病患者数割合…健診受診者、健診未受診者それぞれに占める、生活習慣病(糖尿病, 高血圧症, 脂質異常症)で投薬のあった患者数の割合。

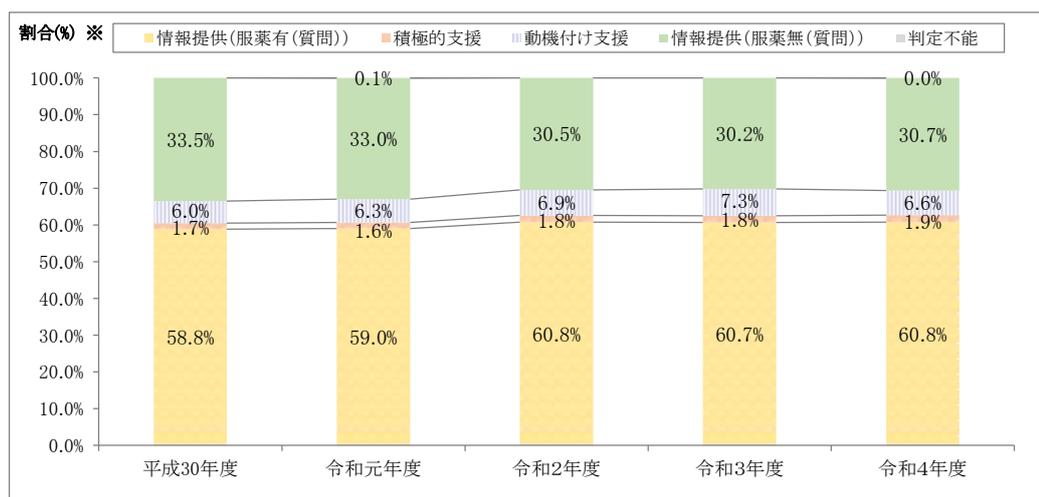
以下は、平成30年度から令和4年度における、保健指導レベル該当状況を年度別に示したものである。令和4年度を平成30年度と比較すると、積極的支援対象者割合1.9%は平成30年度1.7%から0.2ポイント増加しており、動機付け支援対象者割合6.6%は平成30年度6.0%から0.6ポイント増加している。

年度別 保健指導レベル該当状況

年度	健診受診者数(人)	特定保健指導対象者数(人)				
		積極的支援		動機付け支援		
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	
平成30年度	4,052	311	69	1.7%	242	6.0%
令和元年度	3,818	304	62	1.6%	242	6.3%
令和2年度	3,516	306	62	1.8%	244	6.9%
令和3年度	3,565	326	64	1.8%	262	7.3%
令和4年度	3,376	288	64	1.9%	224	6.6%

年度	健診受診者数(人)	情報提供				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)			
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
平成30年度	4,052	2,384	58.8%	1,357	33.5%	0	0.0%
令和元年度	3,818	2,253	59.0%	1,259	33.0%	2	0.1%
令和2年度	3,516	2,138	60.8%	1,072	30.5%	0	0.0%
令和3年度	3,565	2,164	60.7%	1,075	30.2%	0	0.0%
令和4年度	3,376	2,052	60.8%	1,035	30.7%	1	0.0%

年度別 保健指導レベル該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは平成30年4月～令和5年3月健診分(60か月分)。

資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

(1) 特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)における、特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況を示したものである。

特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

特定保健指導対象者	リスク判定 ※ (該当に●)				リスク因子数	リスク因子組み合わせ	対象者	
	① 血糖	② 血圧	③ 脂質	④ 喫煙			288人	
積極的支援	●	●	●	●	因子数4	血糖+血圧+脂質+喫煙	4人	64人 22%
	●	●	●		因子数3	血糖+血圧+脂質	6人	
	●	●		●		血糖+血圧+喫煙	2人	
	●		●	●		血糖+脂質+喫煙	2人	
	●	●	●	●		血圧+脂質+喫煙	4人	
	●	●			因子数2	血糖+血圧	12人	
	●		●			血糖+脂質	7人	
	●	●	●			血圧+脂質	14人	
	●			●		血糖+喫煙	3人	
		●		●		血圧+喫煙	3人	
			●	●	因子数1	脂質+喫煙	7人	
	●					血糖	0人	
		●				血圧	0人	
				●	因子数0	脂質	0人	
				喫煙		0人		
動機付け支援	●	●	●	●	因子数4	血糖+血圧+脂質+喫煙	3人	224人 78%
	●	●	●		因子数3	血糖+血圧+脂質	15人	
	●	●		●		血糖+血圧+喫煙	3人	
	●		●	●		血糖+脂質+喫煙	0人	
	●	●	●	●		血圧+脂質+喫煙	2人	
	●	●			因子数2	血糖+血圧	38人	
	●		●			血糖+脂質	9人	
		●	●			血圧+脂質	13人	
	●			●		血糖+喫煙	6人	
		●		●		血圧+喫煙	8人	
			●	●	因子数1	脂質+喫煙	3人	
	●					血糖	26人	
		●				血圧	83人	
				●	因子数0	脂質	15人	
				喫煙		0人		
				なし	0人			

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)。

資格確認日…年度末時点。

※リスク判定…健診検査値が保健指導判定値を超えている組み合わせ(喫煙については質問回答による)。そのため、厚生労働省が定める保健指導対象者の選定にない組み合わせに該当する場合がある。また、医師の判断等により、リスク因子数が0であっても特定保健指導対象者に分類される場合がある。

リスク判定の詳細は以下のとおりとする。

- ①血糖…特定健康診査の検査値において、空腹時血糖100mg/dl以上 または HbA1c5.6%以上(NGSP)
(空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖を優先し判定に用いる)
- ②血圧…特定健康診査の検査値において、収縮期血圧が130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上
- ③脂質…特定健康診査の検査値において、中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満
- ④喫煙…特定健康診査の生活習慣に関する質問票においてたばこを習慣的に吸っていると回答

第6章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容

1. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策

以下は、分析結果から明らかとなった健康課題と、健康課題に対して本計画で目指す姿(目的)、その目的を達成するための目標を示したものである。

項目	健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号	データヘルス計画全体における目的
A	【特定健康診査・特定保健指導】 ・令和4年度の特定健康診査受診率は平成30年度より2.8ポイント減少している。 ・特定保健指導実施率は、新型コロナウイルス感染症や専門職のマンパワー不足等の影響により、実施率は平成30年度より4.1ポイント増加している。	1	①②	生活習慣病の発症予防 特定健康診査の受診を促進し、特定保健指導の利用促進と利用者のメタボリックシンドロームの改善を図ることで生活習慣病の発症を予防する。
B	【生活習慣病・人工透析】 ・健診受診者全体でHbA1cの有所見者割合が最も高く、健診受診者の50.8%を占めている。 ・被保険者全体のうち、生活習慣病がある者の割合は44.2%を占める。 ・生活習慣病等疾病別医療費では、「がん」「精神」「筋・骨格」の順で多く、レセプト件数では、「高血圧症」「筋・骨格」「糖尿病」、レセプト一件当たりの医療費では、「脳出血」「心筋梗塞」「がん」の順が多い。 ・標準化死亡率(SMR)では、鹿児島県と比べて、男性は腎不全が最も高い値を示し、次いで急性心筋梗塞が高くなっている。 ・被保険者に占める透析患者の割合は、鹿児島県より低いものの、国より大幅に高い。医療費に占める透析患者の医療費割合も増加している。	2	③④ ⑤⑥	生活習慣病の早期発見・早期治療による重症化予防 レセプトデータ、健康診査データ等から生活習慣病の重症化リスクを有する被保険者を特定し、適切な受療や生活習慣の改善等の行動変容を促すことで、重症化を予防する。糖尿病性腎症等の重症化による人工透析導入を予防する。
C	【受診行動】 ・医療費は平成30年度と比較して高くなっており、被保険者一人当たりの医療費も、年々増加傾向である。 ・後発医薬品は市域においてある程度の普及は満たしており、削減効果が見込める対象者数も減少、もしくは頭打ち状態になりつつあると考えられる。	3	⑦⑧⑨	適正受診・適正服薬の推進による医療費適正化 重複・頻回受診者に対し、訪問健康相談を実施し、適正受診・適正服薬を促進するとともに、医療資源の有効活用を図る。医療費通知やジェネリック医薬品の利用促進により医療費の適正化を図る。
D	【生活習慣】 ・健診受診者のうち「1回30分以上の運動習慣なし」と回答した人の割合は59.3%である。国と同等であるが、県56.6%よりやや高い。	4	⑩	被保険者の健康意識の向上(ポピュレーションアプローチ) 地域資源等を活用し、ライフスタイルに合わせた運動へのきっかけづくりを行うことで、運動の習慣化を目指し、健康の保持・増進を図る。

個別の保健事業については「2. 健康課題を解決するための個別の保健事業」に記載

※太枠の2026年度は中間評価年度，2029年度は最終評価年度。

評価指標	計画策定 時実績 2022年度 (R4)	目標値					
		2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
特定健康診査受診率	42.0%	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
特定保健指導実施率	44.7%	47.5%	50.0%	52.5%	55.0%	57.5%	60.0%
健診受診者の高血圧 (160/100以上)の割合の減少	4.1%	4.1%	4.1%	4.1%	4.0%	4.0%	4.0%
(糖尿病未治療)受診勧奨者 の医療機関受診の割合	59.4%	62.0%	62.0%	62.0%	62.0%	62.0%	62.0%
(糖尿病治療中断)受診勧奨者 の医療機関受診の割合	46.2%	48.0%	48.0%	48.0%	48.0%	48.0%	48.0%
新規人工透析患者数(国保)	4人	3人	3人	3人	3人	3人	3人
健診異常値放置者割合の減少	6.5%	6.0%	5.5%	5.0%	4.5%	4.0%	4.0%
指導後の医科レセプト金額 減少率①重複②頻回	①22.4% ②65.8%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
訪問3か月以降のレセプト 改善率	-	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
後発医薬品普及率 (数量ベース)	85.7%	86.4%	87.1%	87.8%	88.5%	89.2%	90.0%
教室終了時に運動習慣がある 割合	69.7%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%

2. 健康課題を解決するための個別の保健事業

(1) 保健事業一覧

以下は、分析結果に基づく健康課題に対する対策の検討結果を踏まえ、第3期データヘルス計画にて実施する事業一覧を示したものである。

事業番号	事業名称	事業概要	区分	重点・優先度
A-①	特定健康診査受診勧奨事業	過年度における特定健康診査の受診情報等を分析し、セグメント分けした対象者群に効果的な受診勧奨を実施する。受診勧奨の方法は毎年度見直しを実施する。	継続	1
A-②	特定保健指導利用勧奨事業	特定健康診査の結果、特定保健指導対象者となった者に対し、利用券の発送と併せて訪問や電話にて利用勧奨を実施する。	継続	1
B-③	生活習慣病重症化予防対策事業 (生活改善・減塩指導等) (旧:高ハイリスク者対策事業)	特定健診受診者から抽出した対象者へ頸部エコー検査及び保健指導等を実施する。特定健診(集団)受診者へ、尿中塩分測定を実施し、重症化ハイリスク者に個別で減塩指導を実施する。	継続	2
B-④	糖尿病性腎症重症化予防事業	レセプトによる医療機関受診状況や特定健康診査の結果から、人工透析への移行リスクが高い者を抽出し、管理栄養士等専門職による保健指導を実施する。	継続	2
B-⑤	慢性腎臓病(CKD)等重症化予防事業	レセプトによる医療機関受診状況や特定健康診査の結果から、人工透析への移行リスクが高い者を抽出し、管理栄養士等専門職による保健指導を実施する。	新規	2
B-⑥	健診異常値未治療者受診勧奨事業	特定健康診査の結果、受診勧奨判定値を超えている対象者に対し、医療機関の受診を促す通知を行うと同時に受診勧奨を実施する。	継続	2
C-⑦	重複・頻回受診対策事業	複数の医療機関を受診している者又は多数回受診している者に対して、健康相談や訪問指導を行う。	継続	3
C-⑧	適正服薬支援事業	多くの種類の薬剤を長期で服用している者や同様の薬剤を複数服薬している者に対し、適切な服薬を促すことを目的とした通知書を発送・訪問指導を行う。	新規	3
C-⑨	後発医薬品普及促進事業	現在使用している先発医薬品から後発医薬品に切り替えることで、一定額以上の自己負担額の軽減が見込まれる被保険者に対し、自己負担額の差額等を通知する。	継続	3
D-⑩	水中運動教室	市内にある各地域の運動施設を活用し、水中運動と血圧測定等、健康チェックを行う教室を実施する。	継続	4

(2) 各事業の実施内容と評価方法

各事業における実施内容及び評価方法の詳細は以下のとおりである。

事業番号：A-① 特定健康診査受診勧奨事業【継続】

事業の目的	特定健康診査の受診率向上
対象者	40歳～74歳の特定健康診査対象者
現在までの事業結果	平成30年度までは受診率は伸長したが、新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、令和2年度に落ち込んでいる。令和3年度からは、個々の受診行動パターンに応じた受診勧奨通知とあわせ、64歳以下の者を中心とした看護師による訪問等での受診勧奨を継続し、受診率は緩やかに上昇している。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
			2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)
アウトカム(成果)指標	特定健康診査受診率	42.0%	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
アウトプット(実施量・率)指標	特定健康診査対象者に対する受診勧奨実施割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、民間事業者への委託により効果的な受診勧奨通知を継続して実施する。 過去の受診行動状況等にあわせ、40歳の初回対象者・64歳以下の新規国保加入者・不定期受診者等、看護師等による訪問・電話等による受診勧奨を効果的に実施する。 職場健診受診者やかかりつけ医で健診同等の検査をしている方の情報提供の向上策に取り組む。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> 令和3年度から、過去の受診状況等に合わせた受診勧奨通知に変更し、年2回実施している。 看護師等による訪問・電話等での受診勧奨は、令和3年度までは過去3か年の未受診者、令和4年度からは、40歳の初回対象者新規国保加入者・不定期受診者等に対し、64歳以下の若年層を中心に実施。 かかりつけ医で健診同等の検査をしている方へ情報提供依頼通知や訪問等で協力を依頼。医師会等へ情報提供の協力を依頼する。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 過去の受診状況に合わせた受診勧奨通知を年2回実施する。 受診勧奨することで受診率の向上が見込まれる40歳の初回対象者・新規国保加入者・不定期受診者等に対し、看護師等による訪問・電話等での受診勧奨を継続する。 職場健診受診者やかかりつけ医で健診同等の検査をしている方へ、情報提供依頼通知や訪問等で協力依頼する。医師会等へ情報提供の協力を依頼する。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> 主管部門は国保介護課と健康増進課が共同で担当しており、訪問等の受診勧奨では、看護師等を雇用している。 国保介護課は、予算編成、関係機関(医師会等)との委託契約・協力依頼、民間との委託契約等を担当している。 国保連の保健事業支援を活用している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 主管部門は国保介護課と健康増進課が共同で担当する。訪問等の受診勧奨は、看護師等を雇用する。 国保介護課は、予算編成、関係機関(医師会等)との委託契約・協力依頼、民間との委託契約等を担当する。 国保連の保健事業支援を活用する。
--

評価計画

<p>評価は、毎年11月末に県国保連合会から送付される法定報告の「特定健康診査受診率(「特定健康診査受診者数」÷「特定健康診査対象者数」)で算出する。経年的な受診率ならびに年代別・男女別の受診状況を把握する。</p>
--

事業番号：A-② 特定保健指導利用勧奨事業【継続】

事業の目的	特定保健指導の実施率向上
対象者	特定健康診査の結果において特定保健指導の対象となった者
現在までの事業結果	健康増進課にて特定保健指導の対象者に対し特定保健指導利用券を発行、利用がない者に対しては訪問及び電話による利用勧奨を実施した。特定保健指導実施率は令和2年度までは緩やかに伸長したが、翌年頃から新型コロナウイルス感染症の影響もあり、実施率が落ち込んでいる。その後、わずかに実施率は回復したが、国が定める目標60%とは大きな差がある。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度，2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	特定保健指導実施率	44.7%	47.5%	50.0%	52.5%	55.0%	57.5%	60.0%
アウトプット(実施量・率)指標	特定保健指導対象者に対する利用勧奨通知率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導の対象者には健診受診後，2か月後をめどに特定保健指導利用券を送付。 ・集団健診受診者に対し，結果報告会にて集団指導を実施。土日に開催することで実施率の向上に努める。 ・特定保健指導の利用がない者に対し，訪問や電話にて利用勧奨を実施。 ・特定健康診査の二次健診として特定保健指導対象者等を頸動脈エコー検査の対象者とするこゝで，特定保健指導実施率の向上を図る。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導の対象者には健診受診後，2か月後をめどに特定保健指導利用券を送付。 ・集団健診受診者に対し，結果報告会にて集団指導を実施。土日に開催することで実施率の向上に努める。 ・特定保健指導の利用がない者に対し，訪問や電話にて利用勧奨を実施，不在時は訪問連絡票を投函することで通知。 ・特定健康診査の二次健診として特定保健指導対象者等を頸動脈エコー検査の対象者とするこゝで，特定保健指導実施率の向上を図った。

今後の実施方法(プロセス)の改善案，目標

<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導の利用がない者に対し，訪問や電話にて利用勧奨を実施。 ・初めて特定保健指導の対象者となった者に対しては，必ず訪問もしくは電話にて利用勧奨を実施する。 ・特定健康診査の二次健診として特定保健指導対象者等を頸動脈エコー検査の対象者とするこゝで，特定保健指導実施率の向上を図った。 ・特定保健指導の委託先でもある医師会にも利用勧奨の協力を要請し，特定健診の受診者のうち特定保健指導対象者には対象となった旨を説明し，利用するように声かけを実施してもらう。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は健康増進課とし，職員が事務関連から事業実務まで担当している。 ・訪問等の利用勧奨は専門職(保健師，看護師，管理栄養士)を雇用している。 ・指宿医師会及び委託事業者(集団健診の動機付けのみ)へ委託。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案，目標

<ul style="list-style-type: none"> ・専門職による利用勧奨の強化として，複数回の訪問や電話にて実施する。 ・保健指導の早期利用へ結びつけるため，医師会に対し市発行の特定保健指導利用券を待たずに，階層化の判定ができた時点で特定保健指導を実施する方法の強化・推進を依頼する。
--

評価計画

<p>アウトカム指標「特定保健指導実施率」は法定報告における「特定保健指導終了者数」÷「特定保健指導対象者数」で算出する。</p>

事業番号：B-③ 生活習慣病重症化予防対策事業(生活改善・減塩指導等)【継続】

事業の目的	食生活や運動を中心とした生活改善の保健指導を行い、生活習慣病を起因とする脳血管疾患や心臓病、腎疾患の予防や重症化を予防する。
対象者	特定健診受診者のうち、 ①頸動脈エコー検査受診者 ②特定健診(集団健診)受診者で、尿中塩分高値者及び重症化ハイリスク者
現在までの事業結果	①平成30年度までは検査等を医師会へ委託し、令和元年度以降は委託機関との連携を図り事業を実施した。 ①②特定健診受診者から事業目的に合った対象者の抽出を行い、受診者に対し保健指導を実施した。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	健診受診者の高血圧(160/100以上)の割合の減少	4.1%	4.1%	4.1%	4.1%	4.0%	4.0%	4.0%
アウトプット(実施量・率)指標	受診者に対して保健指導ができた割合 ①頸動脈エコー検査 ②減塩指導	① 100% ②98.7%	①100% ②100%	①100% ②100%	①100% ②100%	①100% ②100%	①100% ②100%	①100% ②100%

目標を達成するための主な戦略	①生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制のため、特定健診受診者から抽出した対象者へ頸動脈エコー検査及び個別支援を実施する。 ②特定健診(集団健診)受診者の尿中塩分測定値から重症化ハイリスク者を抽出し、減塩指導を行う。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<p>①特定健診受診者より抽出した対象者へ頸動脈エコー検査を案内している。受診希望者に対して頸動脈エコー検査及び保健師や看護師、管理栄養士等による問診・血圧測定・体組成測定・保健指導等を実施している。</p> <p>②特定健診(集団健診)受診者へ尿中塩分測定の実施。結果報告会時、尿中塩分高値者及び重症化ハイリスク者に対して、個別で管理栄養士等による減塩指導(塩分チェックシート、減塩レシピ等)を実施している。</p>

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<p>①特定健診受診者より抽出した対象者へ頸動脈エコー検査を案内する。受診希望者に対して頸動脈エコー検査及び保健師や看護師、管理栄養士等による問診・血圧測定・体組成測定・保健指導等を実施する。</p> <p>②特定健診(集団健診)受診者へ尿中塩分測定の実施。結果報告会時、尿中塩分高値者及び重症化ハイリスク者に対して、個別で管理栄養士等による減塩指導(塩分チェックシート、減塩レシピ等)を実施する。</p>

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・主幹部門は健康増進課、連携部門は国保介護課とし事業に携わっている。 ・健診委託機関を確保し、個別支援内容等に関する打合せ及び情報共有を行っている。 ・保健指導等のため、保健師や看護師、管理栄養士等を確保している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・主幹部門は健康増進課、連携部門は国保介護課とし事業に携わる。 ・健診委託機関を確保し、個別支援内容等に関する打合せ及び情報共有を行う。 ・保健指導等のため、保健師や看護師、管理栄養士等を確保する。

評価計画

<p>アウトカム指標「健診受診者のうち高血圧(160/100以上)の割合の減少」は、KDBシステムを活用。「高血圧重症化予防対象者」÷「特定健診受診者」で算出する。</p>
--

事業番号：B-④ 糖尿病性腎症重症化予防事業(糖尿病未治療)【継続】

事業の目的	糖尿病性腎症の重症化による人工透析導入を予防する。
対象者	医療機関未受診者 ※鹿児島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、対象者選定・抽出
現在までの事業結果	市管理栄養士及び在宅管理栄養士を中心に、保健指導体制を構築しており、訪問等による受診勧奨を実施できているが、対象者不在、訪問拒否等もあり受診勧奨につながりにくい状況が課題である。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	受診勧奨者の医療機関受診の割合	59.4%	62.0%	62.0%	62.0%	62.0%	62.0%	62.0%
アウトプット(実施量・率)指標	指導対象者の指導実施率	90.6%	92.0%	92.0%	92.0%	92.0%	92.0%	92.0%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果で、要治療領域(HbA1c6.5%以上)の糖尿病未治療者を抽出。レセプト等で対象者を精査後に受診勧奨通知。その後、レセプトで受診状況を把握し、受診確認ができない場合は管理栄養士による訪問等で保健指導を実施し、受診を促す。 ・かかりつけ医及び指宿医師会等と連携し、必要に応じて、協議等を実施する。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・レセプト等で対象者を精査後に受診勧奨通知。その後、レセプトで受診状況を把握し、受診確認ができない場合は管理栄養士による訪問等で保健指導を実施し、受診を促す。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・対象者不在、訪問拒否等もあり受診勧奨につながりにくい状況もあるため、支援対策の工夫も必要である。 ・保健指導ができる体制を工夫し、電話及び訪問等による保健指導を効果的に実施する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は健康増進課、連携部門は国保介護課で担当している。 ・かかりつけ医及び指宿医師会等と連携しながら、必要に応じて協議等を実施する。 ・指導完了者は管理栄養士等が必要に応じて保健指導を実施している。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は健康増進課が担当する。連携部門は国保介護課が担当する。 ・かかりつけ医及び指宿医師会等と連携しながら、必要に応じて協議等を実施する。 ・指導完了者は管理栄養士等が必要に応じて保健指導を実施する。

評価計画

<p>アウトカム指標「受診勧奨者の医療機関受診の割合」は、KDBシステム等を活用し、受診者数を確認する。対象者への保健指導の実施状況等も確認する。</p>

事業番号：B-④ 糖尿病性腎症重症化予防事業(糖尿病治療中断)【継続】

事業の目的	糖尿病性腎症の重症化による人工透析導入を予防する。
対象者	医療機関受診中断者 ※鹿児島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、対象者選定・抽出
現在までの事業結果	市管理栄養士及び在宅管理栄養士を中心に保健指導体制を構築しており、訪問等による受診勧奨を実施できているが、対象者不在、訪問拒否等もあり受診勧奨につながりにくい状況が課題である。また健診未受診者も多い状況であるため、支援対策の工夫も必要である。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	受診勧奨者の医療機関受診の割合	46.2%	48.0%	48.0%	48.0%	48.0%	48.0%	48.0%
アウトプット(実施量・率)指標	対象者の指導実施率	38.5%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 過去に糖尿病の内服が有り、内服及びHbA1cの検査が4か月以上ない者を抽出。KDBシステム等で対象者を精査後に受診勧奨通知。その後、レセプトで受診状況を把握し、管理栄養士による訪問等で保健指導を実施し、受診を促す。 かかりつけ医及び指宿医師会等と連携しながら、必要に応じて協議等を実施する。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> KDBシステム等で対象者を精査後に受診勧奨通知。その後、レセプトで受診状況を把握し、受診確認ができない場合は管理栄養士による訪問等で保健指導を実施し、受診を促す。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 対象者不在、訪問拒否等もあり受診勧奨につながりにくい状況もあるため、支援対策の工夫も必要である。 保健指導ができる体制を工夫し、電話及び訪問等による保健指導を効果的に実施する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> 主管部門は健康増進課、連携部門は国保介護課で担当している。 かかりつけ医及び指宿医師会等と連携しながら、必要に応じて協議等を実施する。 指導完了者は管理栄養士等が必要に応じて保健指導を実施している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 主管部門は健康増進課が担当する。連携部門は国保介護課が担当する。 かかりつけ医及び指宿医師会等と連携しながら、協議等を実施する。 指導完了者は管理栄養士等が必要に応じて保健指導を実施する。
--

評価計画

アウトカム指標「受診勧奨者の医療機関受診の割合」は、KDBシステム等を活用し、受診者数を確認する。対象者への保健指導の実施状況等も確認する。
--

事業番号：B-④ 糖尿病性腎症重症化予防事業(糖尿病治療中)【継続】

事業の目的	糖尿病性腎症の重症化による人工透析導入を予防する。
対象者	糖尿病治療中者 ※鹿児島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、対象者選定・抽出
現在までの事業結果	かかりつけ医と連携し、委託業者とともに、対象者の治療状況に合わせた効果的な支援が実施できた。6か月間の長期間支援であるため、参加率が伸び悩んでいる状況である。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	短期目標：指導完了者の検査改善率 中長期目標：新規人工透析患者数(国保)	〈短期〉 HbA1c: 75.0%, BMI: 87.5%, eGFR: 25.0% 〈中長期〉 4人	〈短期〉 HbA1c: 77.0%, BMI: 90.0%, eGFR: 27.0% 〈中長期〉 3人					
アウトプット(実施量・率)指標	指導実施者の生活改善率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	・鹿児島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、対象者を抽出・選定後、6か月間の保健指導を実施。必要な場合は、歯周病予防のための保健指導を行う。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> 対象者へ管理栄養士による訪問等を実施し、参加案内及び保健指導を実施する。その際、事業参加同意書の提出があった者がかかりつけ医に提示し、保健指導指示をもらう。委託業者とともに、約6か月を目安に生活改善に向けた具体的な取り組み目標の設定を行い、運動・栄養等の保健指導を実施している。終了後6か月、継続的に病状の確認及び自己管理維持のための支援を実施している。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 対象者へ管理栄養士による訪問等を実施し、参加案内及び保健指導を実施する。その際、事業参加同意書の提出があった者がかかりつけ医に提示し、保健指導指示をもらう。委託業者とともに、約6か月を目安に生活改善に向けた具体的な取り組み目標の設定を行い、運動・栄養等の保健指導を実施する。終了後6か月、継続的に病状の確認及び自己管理維持のための支援を実施する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> 主管部門は健康増進課、連携部門は国保介護課で担当している。 かかりつけ医及び指宿医師会、県民総合保健センター等と連携しながら、必要に応じて協議等を実施している。 指導完了者は管理栄養士等が、必要に応じた保健指導を実施している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 主管部門は健康増進課が担当する。連携部門は国保介護課が担当する。 かかりつけ医及び指宿医師会、県民総合保健センター等と連携しながら、必要に応じて協議等を実施する。 指導完了者は管理栄養士等が、必要に応じた保健指導を実施する。
--

評価計画

アウトカム指標の「指導完了者の検査改善率」はかかりつけ医での血液検査で評価する。また、「新規人工透析患者」は、KDBシステムを活用し、3月末時点の人工透析患者のうち、当年度内に新規で透析移行した患者数を確認する。
--

事業番号：B-⑤ 慢性腎臓病(CKD)等重症化予防事業【新規】

事業の目的	慢性腎臓病等の腎疾患の重症化リスクがある未治療者及び治療中断者に対して、治療へ結びつけられるよう、訪問等で受診勧奨及び保健指導を行い、重症化による人工透析導入を予防する。
対象者	慢性腎臓病等の腎疾患の重症化リスクがある未治療者及び治療中断者
現在までの事業結果	令和4年度より実施。KDBシステム等を活用。受診勧奨通知後に管理栄養士等による訪問等で受診勧奨及び保健指導を実施し、早期介入につなげることができた。対象者については、前年度の健診結果で抽出しており、介入時、腎機能が悪化している状況もみられたため、早期介入ができる体制を検討する。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	受診勧奨者の医療機関受診の割合 新規人工透析患者数(国保)	36.0% 4人	38.0% 3人	38.0% 3人	38.0% 3人	38.0% 3人	38.0% 3人	38.0% 3人
アウトプット(実施量・率)指標	保健指導が実施できた割合	67.2%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・KDBシステム等を活用し、対象者を抽出後、受診勧奨通知を行う。その後、レセプト等で受診状況を確認し、受診につながらない対象者へは、管理栄養士等による訪問等で保健指導を実施する。その際は、かかりつけ医と連携し、対象者に合った保健指導を実施する。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・KDBシステム等を活用し、対象者を抽出後、全対象者へ受診勧奨通知を実施する。その後、レセプト等で受診状況を確認し、受診につながらない対象者へは、管理栄養士等による訪問等で保健指導を実施。その際は、かかりつけ医と連携し、対象者に合った保健指導を実施している。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・KDBシステム等を活用し、対象者を抽出後、全対象者へ受診勧奨通知を実施する。その後、レセプト等で受診状況を確認し、受診につながらない対象者へは、管理栄養士等による訪問等で保健指導を実施する。その際は、かかりつけ医と連携し、対象者に合った保健指導を実施する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は健康増進課、連携部門は国保介護課している。 ・かかりつけ医及び指宿医師会等と連携し、必要に応じて協議等を実施している。 ・管理栄養士等を確保し、訪問及び電話による保健指導を実施している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は健康増進課、連携部門は国保介護課とする。 ・かかりつけ医及び指宿医師会等と連携し、必要に応じて協議等を実施する。今後、受診後に主治医から栄養指導等が必要な場合は、市管理栄養士で食事改善指示書をもとに主治医と連携した保健指導ができるよう様式等の改善を検討する。 ・管理栄養士等を確保し、訪問及び電話による保健指導を実施し、早期介入につなげる。
--

評価計画

<p>アウトカム指標「受診勧奨者の医療機関受診の割合」は、医療機関からの受診報告書及びKDBシステム等を活用し確認する。「新規人工透析患者数(国保)」は、KDBシステム等を活用し、人工透析に至った起因疾患や、当該患者への保健指導の実施状況等も確認する。</p>
--

事業番号：B-⑥ 健診異常値未治療者受診勧奨事業【継続】

事業の目的	健診異常値放置者の減少
対象者	特定健康診査受診者のうち、受診勧奨判定値に達しているが医療機関を受診していない者 ※ただし、精神疾患や悪性新生物等で治療中の者については対象外とする。
現在までの事業結果	平成29年度より、特定健康診査結果より受診が必要な者のレセプトを確認後、医療機関受診がない者に対し異常値放置による危険度等を記載した医療機関への受診勧奨を訪問にて通知。あわせて保健指導を実施し、放置者割合は横ばいである。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度，2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	健診異常値放置者割合の減少	6.5%	6.0%	5.5%	5.0%	4.5%	4.0%	4.0%
アウトプット(実施量・率)指標	健診異常値放置者の受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問担当の看護師を3名確保し、レセプトにて医療機関受診状況を確認しながら対象の選定を行う。 ・訪問時不在であった者へは、対象者から折り返し連絡をもらえるよう訪問連絡票を投函、折り返し連絡があった場合は電話にて指導を実施する。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・健診データより対象者を抽出し、レセプトで直近の医療機関受診状況を確認し対象者として適切でない者を除外し訪問。 ・対象者に異常値放置によるリスク等を記載した医療機関への受診を訪問にて通知、同時に保健指導を実施した。訪問時不在の場合は訪問連絡票を投函、折り返し連絡があった場合は電話にて指導を実施した。

今後の実施方法(プロセス)の改善案，目標

<ul style="list-style-type: none"> ・健診データより対象者を抽出し、レセプトで直近の医療機関受診状況を確認し対象者として適切でない者を除外し訪問する。 ・対象者に異常値放置によるリスク等を記載した医療機関への受診を訪問にて通知、同時に保健指導を実施する。訪問時不在の場合は訪問連絡票を投函、折り返し連絡があった場合は電話にて指導を実施する。 ・指導翌年も対象者となる者に対し、継続して受診勧奨を実施する。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は健康増進課とし、職員が対象者の抽出を担当、訪問等の受診勧奨及び保健指導は看護師を雇用している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案，目標

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は健康増進課とし、職員が対象者の抽出を担当、訪問等の受診勧奨及び保健指導は看護師を雇用する。 ・2年以上連続で対象者となる者には、健康増進課の保健師より直接受診勧奨及び保健指導をする等、より強力なアプローチを検討する。

評価計画

<p>アウトカム指標「健診異常値放置者の割合」は、KDBシステムを活用。「受診勧奨判定値に達している健診受診者のうち、3月末時点で医療機関受診がない者」÷「受診勧奨判定値に達している健診受診者数」で算出する。</p>
--

事業番号：C-⑦ 重複・頻回受診対策事業【継続】

事業の目的	医療費の適正化を図るため、重複受診・多受診(頻回受診)者に対する適正受診の指導の充実強化に努める。
対象者	国保被保険者のうち40歳から74歳までのうち、重複・頻回受診該当者 (精神疾患・透析・悪性新生物・難病等の治療については、対象外)
現在までの事業結果	平成20年から事業を実施して。訪問等による対象者への適正受診や服薬指導等だけではなく、家族への精神的負担の軽減も図っている。医科レセプト金額減少率については、金額や減少率に幅はあり目標達成していない年度もあるが、指導後に減少し、指導効果を認めている。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	指導後の医科レセプト金額減少率 ※訪問指導と電話指導等を含む ①重複②頻回	①22.4% ②65.8%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
アウトプット(実施量・率)指標	対象者への指導実施率 100% ①重複②頻回	①33.3% ②90.0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	・レセプト情報等をもとに重複・頻回受診している患者を抽出し、看護師による個別訪問により、適正受診に関するチラシ等を活用して受診指導や、お薬手帳の活用等の説明も含めた指導、市が実施する各種健診(検診)や保健事業等の案内を行う。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・レセプトデータ、特定健診データ、被保険者マスタ等をもとに分析を行い、1か月間に同系の疾病を理由に3医療機関以上受診している患者や、1か月間に13回以上同じ医療機関を受診している患者等を抽出している。 ・看護師等により対象者へ個別訪問を行い、適正受診に関するチラシを活用しながら受診指導や、重複服薬を解消する方法として、お薬手帳の活用等の説明も含め指導を行っている。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・レセプトデータ、特定健診データ、被保険者マスタ等をもとに分析を行い、1か月間に同系の疾病を理由に3医療機関以上受診している患者や、1か月間に13回以上同じ医療機関を受診している患者等を抽出する。 ・看護師等により対象者へ個別訪問を行い、適正受診に関するチラシを活用しながら受診指導や、重複服薬を解消する方法として、お薬手帳の活用等の説明も含め指導を行う。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・主幹部門は健康増進課、連携部門は国保介護課とし事業に携わっている。 ・医師会や薬剤師会等との連携を図っている。 ・看護師等により対象者へ個別訪問を行う。対象者選定や個別訪問の内容、訪問指導後の受診状況の確認など毎月情報共有を行っている。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・主幹部門は健康増進課、連携部門は国保介護課とし事業に携わる。 ・医師会や薬剤師会等との連携を図る。 ・看護師等により対象者へ個別訪問を行う。対象者選定や個別訪問の内容、訪問指導後の受診状況の確認など毎月情報共有を行う。
--

評価計画

アウトカム指標「指導後の医科レセプト金額減少率」は、データホライズンのシステムを活用し、指導前後の医科レセプトから指導効果を確認する。

事業番号：C-⑧ 適正服薬支援事業【新規】

事業の目的	医薬品の適正使用の推進を図るために、対象者に対して服薬情報通知や訪問等を行い、服薬に対する正しい知識と行動変容を促し、医療費の適正化を目指す。
対象者	国保被保険者のうち、重複服薬者(同一月に、2以上の医療機関を受診し、同じ薬効分類の物を受診医療機関で処方された者)と、多剤服薬者(同一月内に、10種類以上の薬剤を処方かつ2か月以上処方された者)
現在までの事業結果	令和4年度までは委託業者により対象者を一次抽出し、一定条件で二次抽出した者に対して通知を行った。令和5年度県モデル事業として、対象者への保健指導を含め、薬剤師会等との連携を図り実施した。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値						
			2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	訪問3か月以降のレセプト改善率	実施なし		50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
アウトプット(実施量・率)指標	対象者への訪問等実施率	実施なし		100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	・レセプト情報等をもとに重複・多剤服薬者を抽出し、服薬情報通知書や看護師等による個別訪問により、通知内容に基づいて適正な医薬品の服薬に繋がるよう、お薬手帳の活用等の説明も含め指導を行う。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・委託業者により対象者を一次抽出し、一定条件で二次抽出した者に対して通知を行った。 ・委託業者により服薬情報通知書を送付している。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・委託業者により対象者を一次抽出後、一定条件で二次抽出を行い、さらに薬剤師会の助言を得て選定する。 ・委託業者により服薬情報通知書を送付する。 ・医師会や薬剤師会等と連携を図り、対象者が相談に来た際の対応、情報提供を依頼する。 ・看護師等により対象者を訪問し、保健指導を行う。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・主幹部門は国保介護課とし、事業に携わっている。 ・委託業者により、対象者の一次抽出及び服薬情報通知書を作成している。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・主幹部門は国保介護課と健康増進課が共同で担当する。 ・委託業者により、対象者の一次抽出及び服薬情報通知書を作成する。 ・医師会や薬剤師会等と連携を図り、対象者が相談に来た際の対応、情報提供を依頼する。 ・看護師等を確保し、対象者へ保健指導を行う。

評価計画

アウトカム指標「訪問3か月以降のレセプト改善率」は、各医療機関と薬局からの報告や訪問前後のレセプト等から、レセプト改善状況を確認し、指導効果を検証する。
--

事業番号：C-⑨ 後発医薬品普及促進事業【継続】

事業の目的	患者負担の軽減と医療費の抑制を図るため後発医薬品(ジェネリック医薬品)の普及促進に努める。
対象者	国保被保険者のうち、ジェネリック医薬品に切り替えた場合の薬剤費について、100円以上の削減効果が得られると見込まれる者
現在までの事業結果	平成26年度より民間業者に委託して実施し、令和2年度まで、後発医薬品使用割合は緩やかに上昇したが、後発医薬品メーカーによる品質不正が相次いで発覚し、以降の伸び率は鈍化しており、後発医薬品に対する信頼回復が課題になっている。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	後発医薬品普及率(数量ベース)90%	85.7%	86.4%	87.1%	87.8%	88.5%	89.2%	90.0%
アウトプット(実施量・率)指標	8回/年、800人/年への通知	74.0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 国の特別調整交付金等の財政支援を有効活用し、民間業者への委託により実施する。 委託業務は、後発医薬品利用差額通知の作成、サポートデスク、事業報告とする。 「ジェネリック医薬品希望シール」を年次更新時に保険証と共に郵送したり、窓口にて配布したりするなど周知を図る。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> 委託業者が診療月ごとのレセプトデータより作成する対象者リストを受領後、職員が対象者を精査して、差額通知を発送している。 対象者は、後発医薬品に切り替えることにより100円以上の差額が発生する可能性のある被保険者を選定している。 通知は年8回実施している。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 委託業者が診療月ごとのレセプトデータより作成する対象者リストを受領後、職員が対象者を精査して、差額通知を発送する。 対象者は、後発医薬品に切り替えることにより100円以上の差額が発生する可能性のある被保険者を選定する。 通知は年8回実施する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> 主管部門は国保介護課とし、職員1名が担当している。 国保介護課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成を担当している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 主管部門は国保介護課とし、職員1名が担当する。 国保介護課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成を担当する。

評価計画

<p>アウトカム指標「後発医薬品普及率(数量ベース)90%」は、単年度ごとに、委託業者が12月分のレセプトデータをもとにした使用割合の分析結果を確認する。後発医薬品使用割合が高ければ、様々な臨床試験を通して先発医薬品と同等の安全性が確保されていることや後発医薬品の利用によって本市の財政運営に寄与することが周知できていることを意味する。</p>
--

事業番号：D-⑩ 水中運動教室【継続】

事業の目的	地域資源を活用し、ライフスタイルに合わせた運動へのきっかけづくりを行うことで、運動の習慣化を目指し、健康の保持・増進を図る。
対象者	国保加入の20歳～74歳(学生は除く)で、医師から水中運動を勧められている人や、水中運動に関心のある人
現在までの事業結果	平成23年度から事業を実施している。各年度で変動はあるが、定数内の参加者を確保し事業を実施した。教室後のアンケートでは、ほとんどの参加者が「生活の中に運動をとりいれたい」と回答しており、運動の習慣化へ向けた機会となっている。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度，2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	教室終了時に運動習慣がある割合	69.7%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%
アウトプット(実施量・率)指標	市内3施設，15人/施設，13回/施設 ①ケイユースポーツクラブ ②ヘルシーランド ③レジャーセンターかいもん	①13人 ②13人 ③14人 各13回	市内3施設 15人/施設 13回/施設	市内3施設 15人/施設 13回/施設	市内3施設 15人/施設 13回/施設	市内3施設 15人/施設 13回/施設	市内3施設 15人/施設 13回/施設	市内3施設 15人/施設 13回/施設

目標を達成するための主な戦略	・市内にある温水プールを活用した健康づくり教室を開催し、水中運動プログラムを楽しみながら生活習慣病予防と健康増進を図る。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・市内にある各地域の運動施設を活用し、施設ごとに実施期間や時間帯などを変えて実施している。 ・広報紙やポスター等で周知し募集するほか、特定健診結果に基づいて抽出された対象者へ個別に参加案内している。 ・アクアウォーキング、ストレッチ、筋力トレーニングを組み合わせた水中運動と血圧測定等、健康チェックを行う教室を、市内3施設において年間各13回実施している。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案，目標

<ul style="list-style-type: none"> ・市内にある各地域の運動施設を活用し、施設ごとに実施期間や時間帯などを変えて実施する。 ・広報紙やポスター等で周知し募集するほか、特定健診結果に基づいて抽出された対象者へ個別に参加案内する。 ・アクアウォーキング、ストレッチ、筋力トレーニングを組み合わせた水中運動と血圧測定等、健康チェックを行う教室を、市内3施設において年間各13回実施する。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・主幹部門は健康増進課，連携部門は国保介護課とし事業に携わっている。 ・健康増進課が各委託業者と契約を行い，各委託業者による水中運動教室を実施している。 ・委託業者との事業打合せ及び情報共有を実施している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案，目標

<ul style="list-style-type: none"> ・主幹部門は健康増進課，連携部門は国保介護課とし事業に携わる。 ・健康増進課が各委託業者と契約を行い，各委託業者による水中運動教室を実施する。 ・委託業者との事業打合せ及び情報共有を実施する。
--

評価計画

アウトカム指標「教室終了時に運動習慣がある割合」は、教室終了時にアンケート調査を行い、効果を検証する。

【実施スケジュール】

当年度4月～次年度10月に実施することとする。

事業名	PDCA	実施項目	当年度												次年度										
			4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月				
特定健康診査 受診勧奨事業	P(計画)	実施計画	←→																						
	D(実行)	仕様検討、準備	←→																						
		事業実施			←→																				
	C(効果測定)	効果確認																							
	A(改善)	改善計画																							
特定保健指導 利用勧奨事業	P(計画)	実施計画	←→																						
	D(実行)	事業実施(通知)																							
		事業実施(訪問・電話)																							
	C(効果測定)	効果測定																							
	A(改善)	改善計画																							
生活習慣病重症化 予防事業	P(計画)	実施計画	←→																						
	D(実行)	仕様検討、準備																							
		事業実施																							
	C(効果測定)	効果測定																							
	A(改善)	改善計画																							
糖尿病性腎症 重症化予防事業 (未治療)	P(計画)	実施計画																							
	D(実行)	事業実施(通知)																							
		事業実施(訪問・電話)																							
	C(効果測定)	効果測定																							
	A(改善)	改善計画																							
糖尿病性腎症 重症化予防事業 (中断)	P(計画)	実施計画																							
	D(実行)	事業実施(通知)																							
		事業実施(訪問・電話)																							
	C(効果測定)	効果測定																							
	A(改善)	改善計画																							
糖尿病性腎症 重症化予防事業 (治療中)	P(計画)	実施計画																							
	D(実行)	事業実施(通知・訪問)																							
		事業実施(面談・電話)																							
	C(効果測定)	効果測定																							
	A(改善)	改善計画																							
慢性腎臓病(CKD)等 重症化予防事業	P(計画)	実施計画	←→																						
	D(実行)	事業実施(通知)																							
		事業実施(訪問・電話)																							
	C(効果測定)	効果測定																							
	A(改善)	改善計画																							
健診異常値未治療 者受診勧奨事業	P(計画)	実施計画																							
	D(実行)	事業実施																							
		効果測定																							
	C(効果測定)	効果測定																							
	A(改善)	改善計画																							
重複・頻回受診 対策事業	P(計画)	実施計画	←→																						
	D(実行)	事業実施	←→																						
		効果測定																							
	C(効果測定)	効果測定																							
	A(改善)	改善計画																							

【実施スケジュール】

当年度4月～次年度10月に実施することとする。

事業名	PDCA	実施項目	当年度												次年度								
			4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月		
適正服薬支援事業	P(計画)	実施計画	←→																				
	D(実行)	事業実施(通知)			←→							←→											
		事業実施(訪問・電話)				←→						←→											
	C(効果測定)	効果測定										←→							←→				
A(改善)	改善計画																			←→			
後発医薬品普及促進事業	P(計画)	実施計画	←→																				
	D(実行)	事業実施(通知)			←→																		
	C(効果測定)	効果測定																			←→		
	A(改善)	改善計画																			←→		
水中運動教室	P(計画)	実施計画	←→																				
	D(実行)	事業実施(通知)		←→																			
		事業実施			←→																		
	C(効果測定)	効果測定							←→														
A(改善)	改善計画																			←→			

第7章 その他

1. 計画の評価及び見直し

(1) 個別の保健事業の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度ごとに行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。

目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施や保健事業実施計画（データヘルス計画）の見直しに反映させる。

(2) 保健事業実施計画（データヘルス計画）全体の評価・見直し

① 評価の時期

最終評価のみならず、設定した評価指標に基づき、進捗確認のため令和8年度に中間評価を行い、次期計画の円滑な策定に向けて、計画の最終年度である令和11年度上半期に仮評価を行う。

② 評価方法・体制

計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム(成果)指標を中心とした評価指標による評価を行う。また、評価に当たっては、必要に応じ庁内各課・関係団体と連携して行うなど、連携・協力体制の整備に努める。

<評価における4つの指標>

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none">・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか(予算等も含む)・保健指導実施のための専門職の配置・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none">・保健指導等の手順・教材はそろっているか・必要なデータは入手できているか・スケジュールどおり行われているか
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none">・特定健診受診率、特定保健指導実施率・計画した保健事業を実施したか・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none">・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

2. 目標管理一覽

計画における目標等を踏まえた評価指標を個別に設定し、毎年度評価を行い、必要に応じて翌年度の事業見直しを行う。

	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R10)	データの把握方法
中長期目標	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	一人当たりの医療費(入院)	18,620円	抑制	抑制	KDBシステム
		一人当たりの医療費(外来)	18,370円			
		脳血管疾患の一人当たり医療費	14,336円			
		虚血性心疾患の一人当たり医療費	4,669円			
		腎不全の一人当たり医療費	21,465円			
		被保険者10万人あたりの新規人工透析導入者	35.6人			
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	血圧が受診勧奨判定値(160/100)以上の者の割合	4.1%	4.1%	4.0%	KDBシステム
		LDLが受診勧奨判定値(180mg/dl)以上の者の割合	2.7%	2.6%	2.5%	
		HbA1c6.5以上の者の割合(再掲:HbA1c8.0以上の者)	10.6%(0.7%)	10.4%(0.6%)	10.2%(0.6%)	
		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	1.3%	1.2%	1.2%	
	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	特定健診受診率	42.0%	51.0%	60.0%	特定健診・特定保健指導結果(法定報告)
		特定保健指導実施率	44.7%	52.5%	60.0%	
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	26.6%	26.8%	27.0%	

3. 計画の公表・周知

本計画は、広報、ホームページ等で公表するとともに、あらゆる機会を通じて周知・啓発を図る。また、目標の達成状況等の公表に努め、本計画の円滑な実施等について広く意見を求めるものとする。

4. 個人情報情報の取扱い

個人情報情報の取扱いに当たっては、個人情報情報の保護に関する各種法令、ガイドラインに基づき適切に管理する。また、業務を外部に委託する際も同様に取り扱われるよう委託契約書に定めるとともに、委託先に対して必要かつ適切な管理・監督を行い、個人情報情報の取扱いについて万全の対策を講じるものとする。

5. 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項

令和2年4月から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」が本格施行となり、被保険者一人一人の暮らしを地域全体で支える地域共生社会の体制の構築・実現を目指す、地域包括ケアシステムの充実・強化が推進されている。地域包括ケアとは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、介護が必要な状態になっても可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように支援する仕組み(システム)のことである。地域包括ケアシステムの充実に向けて、下記の取り組みを実施する。

① 地域で被保険者を支える連携の促進

- ・医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援などについての議論の場に国保被保険者として参加し、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

② 課題を抱える被保険者層の分析と、地域で被保険者を支える事業の実施

- ・レセプトデータ、介護データ等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、当該ターゲット層に対する支援や介護予防を目的とした健康教室等のプログラムの実施

庁内各部門及び地域における多様な専門機関、事業者、団体等の関係機関との連携により、関係者間で包括的に地域の実態把握・課題分析を共有し、地域が一体となって取り組みを推進する。

第2部
第4期特定健康診査等実施計画

第1章 特定健康診査等実施計画について

1. 計画策定の趣旨

近年、急速な少子高齢化、経済の低成長への移行、国民生活や意識の変化など、大きな環境変化に直面し、医療制度を今後も持続していくための構造改革が急務となっている。

このような状況に対応するため、健康と長寿を確保しつつ、医療費の伸びの抑制にもつながることから、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下「法」という。)により、医療保険者は被保険者に対し生活習慣病に関する健康診査及び保健指導を実施することとされた。

指宿市国民健康保険においても、法第19条に基づき特定健康診査等実施計画(第1期～第3期)を策定し、特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施に努めてきた。このたび、令和5年度に前期計画が最終年度を迎えることから、令和6年度を初年度とする第4期特定健康診査等実施計画を策定する。

2. 特定健康診査等実施計画の位置づけ

法第19条を踏まえるとともに、「健康増進計画」及び「データヘルス計画」等で用いた評価指標を用いるなど、それぞれの計画との整合性を図るものとする。

3. 計画期間

計画期間は令和6年度から令和11年度までの6年間とする。

4. データ分析期間

■入院(DPCを含む), 入院外, 調剤の電子レセプト

単年分析

令和4年3月～令和5年2月診療分(12か月分)

■健康診査データ

単年分析

令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)

年度分析

平成30年度…平成30年4月～令和元年3月健診分(12か月分)

令和元年度…令和元年4月～令和2年3月健診分(12か月分)

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月健診分(12か月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月健診分(12か月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)

5. 特定保健指導対象者と非対象者の医療費の比較

令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)の積極的支援及び動機付け支援の該当者を「対象者」、情報提供の該当者を「非対象者」とし、更に「非対象者」について、質問票における回答内容から「非対象者(服薬有)」と「非対象者(服薬無)」に分類した。以下は各分類の生活習慣病医療費について比較した結果を示したものである。特定保健指導により「対象者」の生活習慣改善を促し、服薬開始を防ぐことが重要である。

特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病医療費

		人数(人)	生活習慣病医療費(円) ※			生活習慣病患者数(人) ※		
			入院	入院外	合計	入院	入院外	合計 ※
対象者	積極的支援、動機付け支援	288	514,850	1,698,339	2,213,189	6	52	52
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	1,035	127,178	2,358,879	2,486,057	9	84	85
	情報提供 (服薬有(質問))	2,052	2,616,689	170,958,450	173,575,139	120	2,041	2,041

		人数(人)	生活習慣病患者一人当たり医療費(円) ※		
			入院	入院外	合計
対象者	積極的支援、動機付け支援	288	85,808	32,660	42,561
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	1,035	14,131	28,082	29,248
	情報提供 (服薬有(質問))	2,052	21,806	83,762	85,044

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年3月～令和5年2月診療分(12か月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)。

資格確認日…年度末時点。

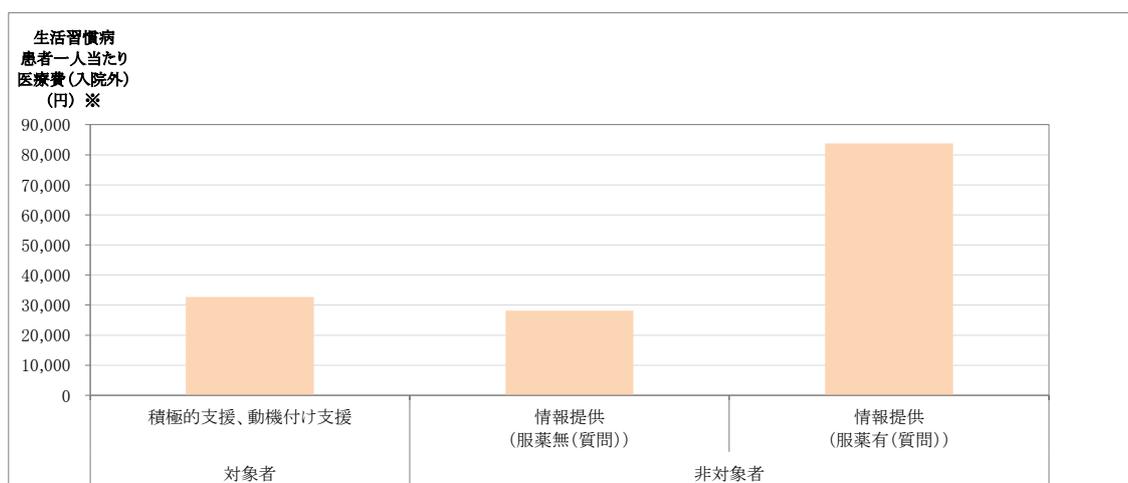
非対象者…健康診査受診における質問表の服薬の項目にて一項目でも「はい」と回答した健康診査受診者は「服薬有」、服薬の全項目「なし」と回答した健康診査受診者は「服薬無」で表記。

※生活習慣病医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者の生活習慣病医療費。

※生活習慣病患者数…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者数。合計人数は、入院、入院外の区別なく集計した実人数。

※生活習慣病患者一人当たり医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの生活習慣病医療費。

特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病患者一人当たり医療費(入院外)



データ化範囲(分析対象)…入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年3月～令和5年2月診療分(12か月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)。

資格確認日…年度末時点。

※生活習慣病患者一人当たり医療費(入院外)…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの入院外生活習慣病医療費。

第2章 特定健康診査等実施計画

1. 目標

国では、市町村国保において、計画期間の最終年度である令和11年度までに特定健康診査受診率60.0%以上、特定保健指導実施率60.0%以上、特定保健指導対象者の減少率25.0%以上(平成20年度比)を達成することとしている。本市においては各年度の目標値を以下のとおり設定する。

目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和11年度 (国基準)
特定健康診査受診率(%)	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導実施率(%)	47.5%	50.0%	52.5%	55.0%	57.5%	60.0%	60.0%
特定保健指導対象者の 減少率(%)※	5.0%	10.0%	15.0%	20.0%	25.0%	25.0%	25.0%

※特定保健指導対象者の減少率…平成20年度比。

2. 対象者数推計

(1) 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

以下は、令和6年度から令和11年度までの特定健康診査対象者数及び受診者数について、各年度の見込みを示したものである。

特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査対象者数 (人)	7,177	6,760	6,278	5,894	5,500	5,129
特定健康診査受診率(%) (目標値)	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
特定健康診査受診者数 (人)	3,230	3,245	3,202	3,183	3,135	3,077

年齢階層別 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査 対象者数(人)	40歳～64歳	2,819	2,717	2,597	2,489	2,385	2,275
	65歳～74歳	4,358	4,043	3,681	3,405	3,115	2,854
特定健康診査 受診者数(人)	40歳～64歳	927	996	1,054	1,104	1,150	1,183
	65歳～74歳	2,303	2,249	2,148	2,079	1,985	1,894

(2) 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

以下は、令和6年度から令和11年度までの特定保健指導対象者数及び実施者数について、各年度の見込みを示したものである。

特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定保健指導対象者数 (人)	274	283	286	291	293	292
特定保健指導実施率(% (目標値))	47.5%	50.0%	52.5%	55.0%	57.5%	60.0%
特定保健指導実施者数 (人)	130	142	150	160	168	175

支援レベル別 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
積極的支援	対象者数(人)	40歳～64歳	69	76	82	88	93	96
	実施者数(人)	40歳～64歳	33	39	43	48	53	56
動機付け支援	対象者数(人)	40歳～64歳	55	61	64	68	71	73
		65歳～74歳	150	146	140	135	129	123
	実施者数(人)	40歳～64歳	28	32	36	40	42	46
		65歳～74歳	69	71	71	72	73	73

3. 実施方法

(1) 特定健康診査

①対象者

実施年度中に40歳～74歳になる被保険者(実施年度中に75歳になる75歳未満の者も含む)で、かつ、年度途中での加入・脱退等異動のない者を対象とする。ただし、妊産婦、刑務所入所中、海外在住、長期入院等、厚生労働省告示で定める除外規定に該当する者は対象者から除くものとする。

②実施方法

ア. 実施形態

集団健診と個別健診を行います。市保健センター等で行う集団健診は健診機関へ、医療機関で行う個別健診は指宿医師会へそれぞれ委託する。

イ. 実施項目

国が定める対象者全員に実施する「基本的な健診項目」と、医師が必要と判断した場合に実施する「詳細な健診項目」に基づき実施する。

■基本的な健診項目(全員に実施)

質問項目	標準的な質問票
身体計測	身長, 体重, BMI, 腹囲(内臓脂肪面積)
理学的所見	身体診察
血圧測定	血圧
脂質検査	空腹時中性脂肪(やむを得ない場合には随時中性脂肪), HDLコレステロール, LDLコレステロールまたはNon-HDLコレステロール
肝機能検査	AST(GOT), ALT(GPT), γ -GT(γ -GTP)
血糖検査	空腹時血糖, HbA1c, やむを得ない場合には随時血糖
尿検査	尿糖, 尿蛋白
その他 (市独自の項目)	総コレステロール
	尿酸
	血清アルブミン
	血清クレアチニン検査(eGFRによる腎機能の評価を含む)※
	貧血検査(赤血球数, 色素量, ヘマトクリット値)※
	心電図検査※

※血清クレアチニン検査・貧血検査・心電図検査は、国の基準では、「詳細項目」としていますが、本市では「基本項目」の一部(必須項目)として実施します。

■詳細な健診項目(医師が必要と判断した場合に実施)

眼底検査

ウ. 実施時期

5月から翌年1月に実施する。

エ. 案内方法

対象者に、特定健康診査受診券と受診案内を個別に発送する。また、広報やホームページ等で周知を図る。

(2) 特定保健指導

① 対象者

国が定める「特定保健指導対象者の選定基準」に基づき、特定健康診査の結果を踏まえ、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因数による階層化を行い、対象者を抽出する。ただし、質問票により服薬中と判断された者は、医療機関における継続的な医学的管理のもとでの指導が適当であるため、対象者から除くこととする。また、65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみ実施する。

特定保健指導対象者の選定基準

腹囲/BMI	追加リスク	喫煙歴(注)	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40歳-64歳	65歳-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	/		

(注)喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味する。

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖：空腹時血糖が100mg/dl以上 または HbA1c(NGSP値)5.6%以上

(空腹時血糖及びHbA1c(NGSP値)の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。)

②脂質：空腹時中性脂肪150mg/dl以上(やむをえない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上) または HDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者については、対象から除いている。

※65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみを行っている。

② 実施方法

ア. 実施形態

保険者による直接実施や委託契約を結んだ医療機関等で実施する。

イ. 実施内容

保有するリスクの数に応じて階層化された保健指導対象者に対し、個々の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施する。第4期計画期間においては、特定保健指導の質の向上、対象者の利便性の向上及び負担軽減を目的として、「評価体系の見直し(アウトカム評価の導入)」、「ICTを活用した特定保健指導の推進」、「特定健診実施後の特定保健指導の早期初回面接実施の促進」等が国の指針として示されている。これらを踏まえ、保健指導の効果的・効率的な実施に努めるものとする。

動機付け支援

支援内容	対象者本人が、自分の生活習慣の改善点・延ばすべき行動等に気付き、自ら目標を設定し行動に移すことができるように、対象者の個別性に応じた指導や情報提供等を行う。
支援形態	初回面接による支援のみの原則1回とする。 ○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援(ICT含む)、 または1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援(ICT含む)。
実績評価	○3か月以上経過後の評価 設定した行動目標が達成されているか並びに身体状況及び生活習慣に変化が見られたかどうかを評価する。面接または通信手段を利用して行う。

積極的支援

支援内容	特定健康診査の結果から、対象者本人が身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を認識し、具体的に実践可能な行動目標を自らが設定できるように行動変容を促す。 支援者は、対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえて目標達成のために必要な支援計画を立て、行動が継続できるように定期的・継続的に支援する。					
支援形態	初回面接による支援を行い、その後、3か月以上の継続的な支援を行う。 ○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援(ICT含む)、 または1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援(ICT含む)。 ○3か月以上の継続的な支援 個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)のほか、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせで行う。					
実績評価	○3か月以上経過後の評価 アウトカム評価(成果が出たことへの評価)を原則とし、プロセス評価(保健指導実施の介入量の評価)も併用して評価する。 アウトカム評価 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">主要達成目標</td> <td>・腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少</td> </tr> <tr> <td>目標未達成の場合の行動変容評価指標</td> <td>・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)</td> </tr> </table> プロセス評価 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・継続的支援の介入方法による評価(個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)、電話、電子メール等) ・健診後早期の保健指導実施を評価 </td> </tr> </table>	主要達成目標	・腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少	目標未達成の場合の行動変容評価指標	・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)	<ul style="list-style-type: none"> ・継続的支援の介入方法による評価(個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)、電話、電子メール等) ・健診後早期の保健指導実施を評価
主要達成目標	・腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少					
目標未達成の場合の行動変容評価指標	・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)					
<ul style="list-style-type: none"> ・継続的支援の介入方法による評価(個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)、電話、電子メール等) ・健診後早期の保健指導実施を評価 						

ウ. 実施時期

8月から翌年9月に実施する。

エ. 案内方法

対象者に対して、特定保健指導利用券を発送する。

4. 目標達成に向けての取り組み

以下は、第4期計画期間における目標達成に向けての取り組みを示したものである。

【特定健康診査】

事業分類	取り組み
特定健康診査	<p>対象者全員に受診券を交付し、市広報紙やホームページ等で周知する。個々の受診行動パターンに応じた受診勧奨通知を送付する。また、受診しやすい環境づくりのため、集団健診・個別健診・人間ドックの選択方式、各種がん検診等との同時受診、土・日曜日の開催等を行う。</p> <p>特定健診対象者のうち64歳以下の者を中心に若年層の受診勧奨を行うため、専門的な知識を持った看護師を雇用する。訪問または電話で、個々の状況に応じた受診勧奨を行う。訪問時、職場健診や病気治療中等の方へは、情報提供の依頼を行う。</p>

【特定保健指導】

事業分類	取り組み
特定保健指導	<ul style="list-style-type: none"> ・市による直接実施と医療機関への委託形式で特定保健指導を実施。 ・特定健康診査受診後2か月をめどに特定保健指導対象者に対し、特定保健指導利用券を発行する。 ・利用がない者に対し、訪問にて特定保健指導及び利用勧奨を実施する。 ・集団健診受診者に対し、土日にも結果報告会を実施し平日に特定保健指導を利用できない方へ対しての受診機会とする。 <p>・特定健康診査の二次健診として特定保健指導対象者を頸動脈エコー検査の対象とすることで特定保健指導実施率の向上を目指す。</p>

第3章 その他

1. 個人情報の保護

(1) 個人情報保護関係規定の遵守

個人情報の保護に関する法律及び同法に基づくガイドライン等に準じて、厳格な運用管理を行う。

また、外部委託を行う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るとともに、委託先の契約遵守状況を管理する。

(2) データの管理

特定健康診査・特定保健指導結果のデータの保存年限は原則5年とし、保存期間経過後適切に破棄する。

2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知

法第19条3において、「保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表しなければならない。」とある。主に加入者(特に特定健診・特定保健指導の対象者)に対し、計画期間中の取り組み方針を示し、事業の趣旨への理解を促し積極的な協力を得るため、広報、ホームページ等で公表し、広く周知を図る。

3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

(1) 評価

特定健康診査の受診率、特定保健指導対象者の割合、特定保健指導の実施率、特定保健指導の成果(目標達成率、行動変容率)、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率等について、客観的に評価を行う。

(2) 計画の見直し

計画の見直しについては、毎年度目標の達成状況を評価し、必要に応じて見直しを行うものとする。

4. 他の健診との連携

特定健康診査の実施に当たっては、庁内連携を図り、がん検診等他の関連する検(健)診と可能な限り連携して実施するものとする。

5. 実施体制の確保及び実施方法の改善

(1) 実施体制の確保

特定保健指導に係る人材育成・確保に努める。

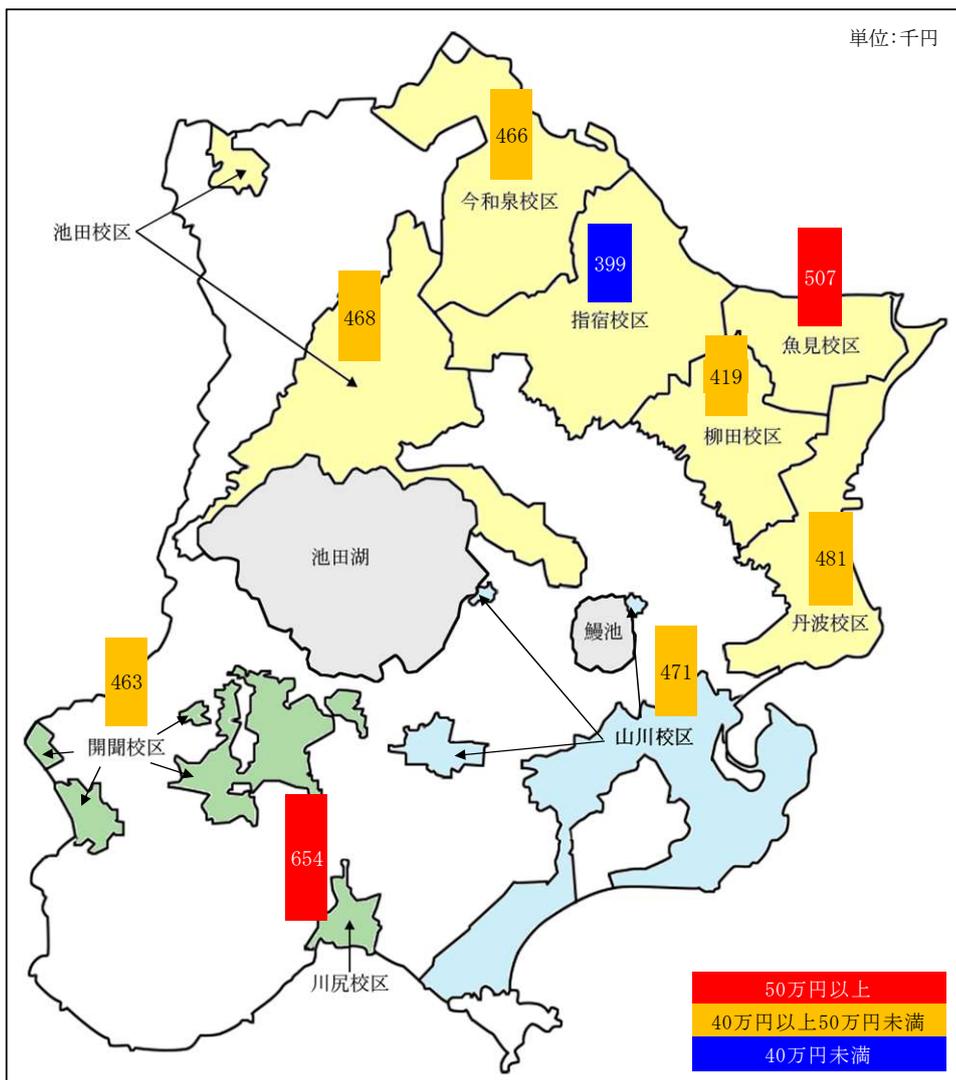
(2) 実施方法の改善

特定保健指導対象者の行動変容に係る情報等を収集し、保険者がアウトカムの達成状況等を把握、要因の検討等を行い、対象者の特性に応じた質の高い保健指導を対象者に還元していく仕組みの構築が重要であるため、特定保健指導の「見える化」を推進する。

參考資料

1. 令和4年度 校區別患者一人当たり医療費

全疾病



校区	医療費(円)	患者数(人)	患者一人当たり医療費(円)
開開校区	504,990,160	1,091	462,869
魚見校区	290,264,810	573	506,570
今和泉校区	296,593,320	636	466,342
山川校区	1,097,967,620	2,330	471,231
指宿校区	497,624,710	1,247	399,058
川尻校区	266,169,370	407	653,979
丹波校区	988,753,450	2,056	480,911
池田校区	140,012,290	299	468,269
柳田校区	670,800,010	1,601	418,988
その他	369,886,620	541	683,709
指宿市全体	5,123,062,360	10,781	475,194

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む), 入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年3月～令和5年2月診療分(12か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

年齢範囲…年齢基準日時点の年齢を0歳～99歳の範囲で分析対象としている。

年齢基準日…令和5年2月28日時点。

株式会社データホライゾン 医療費分解技術を用いて疾病ごとに点数をグルーピングし算出。

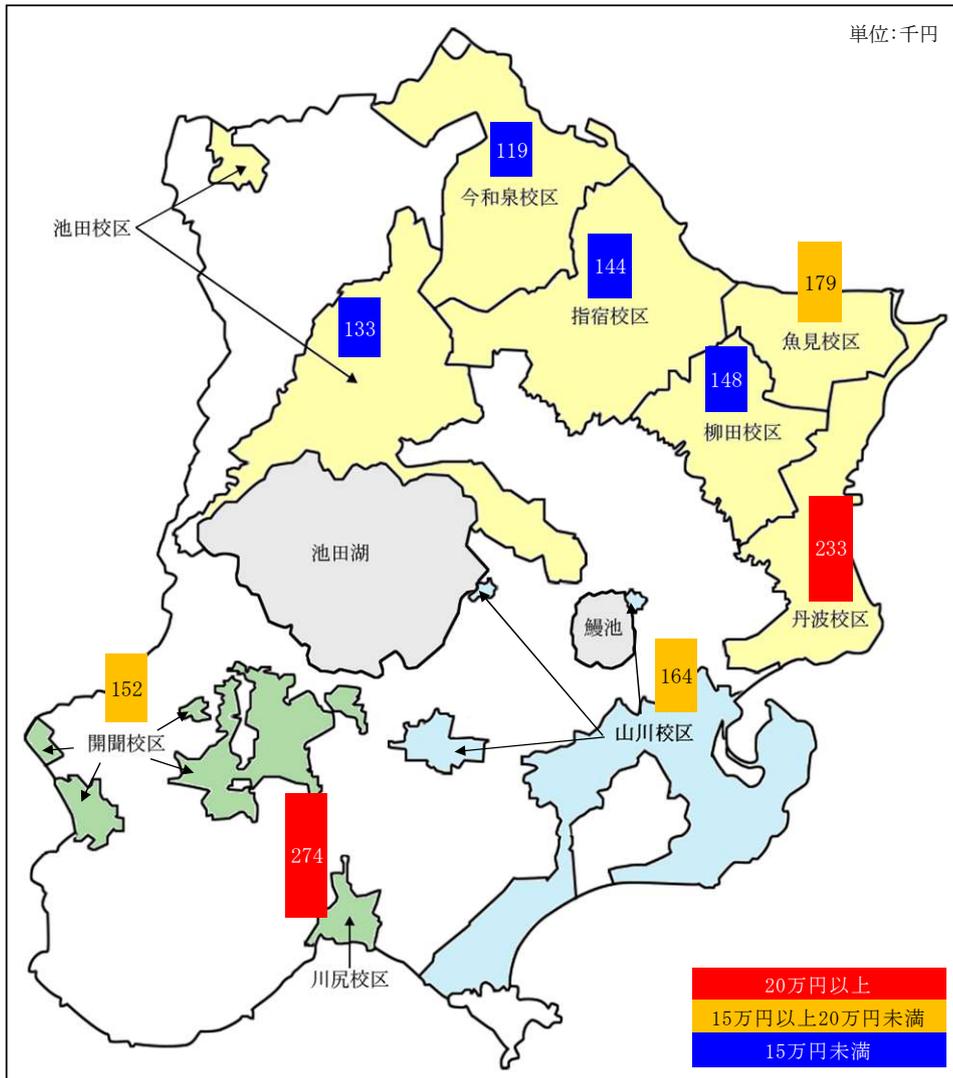
医療費…大分類の疾病項目ごとに集計するため、データ化時点で医科レセプトが存在しない。

(画像レセプト、月遅れ等)場合集計できない。そのため他統計と一致しない。

患者数…大分類の疾病項目ごとに医療費が発生している者を患者とし、実人数で集計。

校区「その他」…住所地特例等により、各校区に分類できない者が該当。

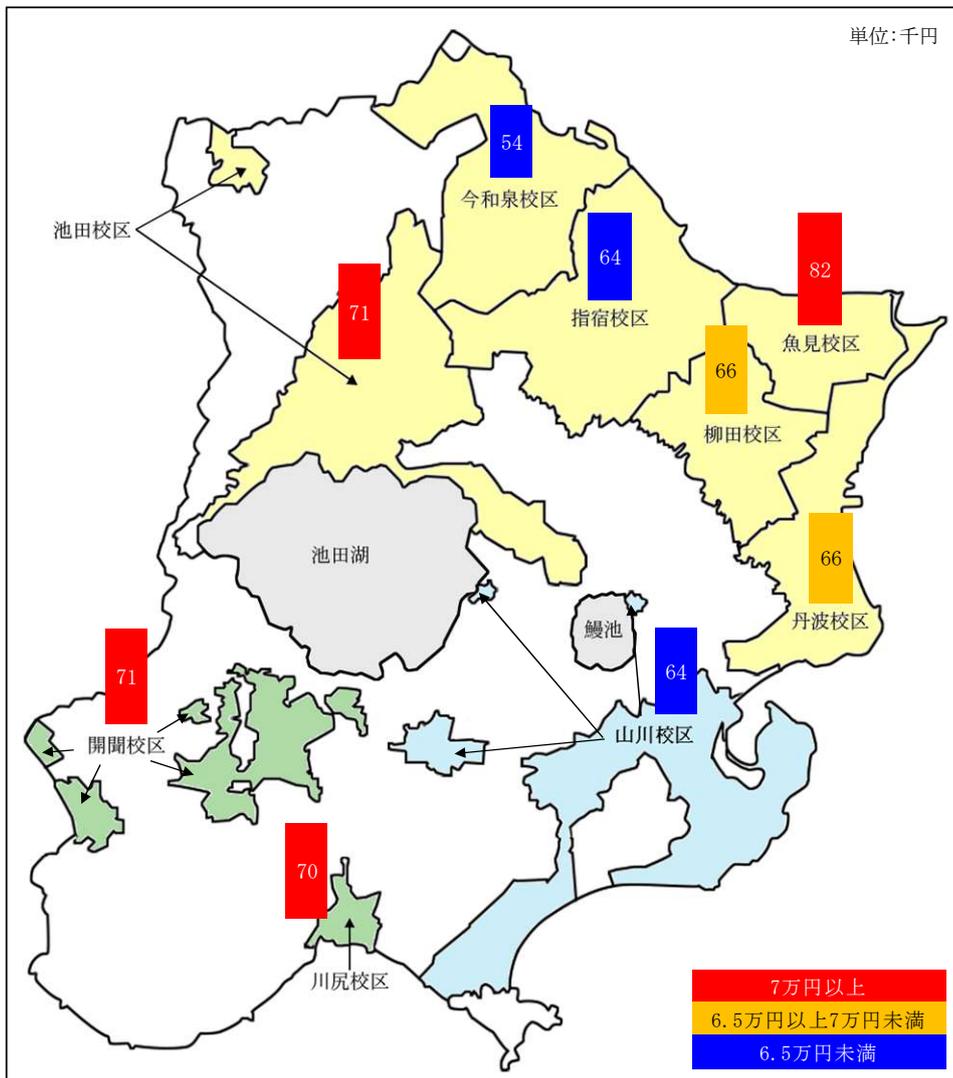
新生物<腫瘍>



校区	医療費(円)	患者数(人)	患者一人当たり医療費(円)
開開校区	58,134,604	382	152,185
魚見校区	41,224,267	230	179,236
今和泉校区	24,730,567	207	119,471
山川校区	144,120,567	878	164,146
指宿校区	61,497,314	427	144,022
川尻校区	43,072,893	157	274,350
丹波校区	177,006,171	759	233,210
池田校区	13,261,233	100	132,612
柳田校区	79,589,213	539	147,661
その他	107,664,577	206	522,644
指宿市全体	750,301,406	3,885	193,128

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む), 入院外、調剤の電子レセプト。
 対象診療年月は令和4年3月～令和5年2月診療分(12か月分)。
 資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。
 年齢範囲…年齢基準日時点の年齢を0歳～99歳の範囲で分析対象としている。
 年齢基準日…令和5年2月28日時点。
 株式会社データホライゾン 医療費分解技術を用いて疾病ごとに点数をグルーピングし算出。
 医療費…大分類の疾病項目ごとに集計するため、データ化時点で医科レセプトが存在しない。
 (画像レセプト、月遅れ等)場合集計できない。そのため他統計と一致しない。
 患者数…大分類の疾病項目ごとに医療費が発生している者を患者とし、実人数で集計。
 校区「その他」…住所地特例等により、各校区に分類できない者が該当。

内分泌、栄養及び代謝疾患



校区	医療費(円)	患者数(人)	患者一人当たり医療費(円)
開開校区	43,164,241	605	71,346
魚見校区	24,524,223	298	82,296
今和泉校区	18,089,226	333	54,322
山川校区	77,537,260	1,213	63,922
指宿校区	39,162,360	610	64,201
川尻校区	17,669,981	252	70,119
丹波校区	66,709,175	1,010	66,049
池田校区	12,294,701	173	71,068
柳田校区	49,923,106	757	65,949
その他	16,687,465	268	62,267
指宿市全体	365,761,738	5,519	66,273

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年3月～令和5年2月診療分(12か月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。

年齢範囲…年齢基準日時点の年齢を0歳～99歳の範囲で分析対象としている。

年齢基準日…令和5年2月28日時点。

株式会社データホライゾン 医療費分解技術を用いて疾病ごとに点数をグルーピングし算出。

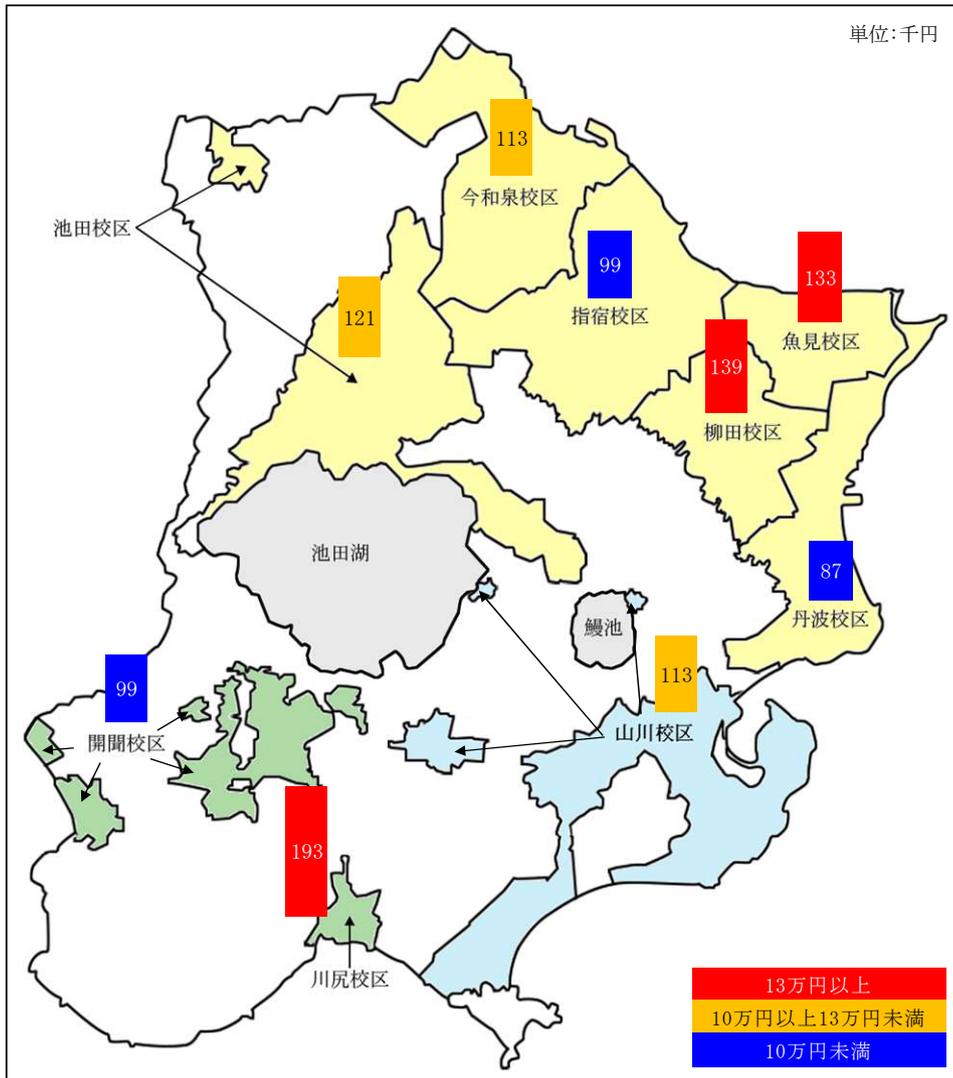
医療費…大分類の疾病項目ごとに集計するため、データ化時点で医科レセプトが存在しない。

(画像レセプト、月遅れ等)場合集計できない。そのため他統計と一致しない。

患者数…大分類の疾病項目ごとに医療費が発生している者を患者とし、実人数で集計。

校区「その他」…住所地特例等により、各校区に分類できない者が該当。

循環器系の疾患



校区	医療費(円)	患者数(人)	患者一人当たり医療費(円)
開聞校区	64,033,442	646	99,123
魚見校区	44,921,294	337	133,298
今和泉校区	41,668,242	369	112,922
山川校区	148,279,812	1,312	113,018
指宿校区	64,332,001	650	98,972
川尻校区	50,032,483	259	193,176
丹波校区	101,553,338	1,163	87,320
池田校区	22,387,804	185	121,015
柳田校区	110,889,878	800	138,612
その他	22,210,504	268	82,875
指宿市全体	670,308,798	5,989	111,923

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む), 入院外、調剤の電子レセプト。
 対象診療年月は令和4年3月～令和5年2月診療分(12か月分)。
 資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。
 年齢範囲…年齢基準日時点の年齢を0歳～99歳の範囲で分析対象としている。
 年齢基準日…令和5年2月28日時点。
 株式会社データホライゾン 医療費分解技術を用いて疾病ごとに点数をグルーピングし算出。
 医療費…大分類の疾病項目ごとに集計するため、データ化時点で医科レセプトが存在しない。
 (画像レセプト、月遅れ等)場合集計できない。そのため他統計と一致しない。
 患者数…大分類の疾病項目ごとに医療費が発生している者を患者とし、実人数で集計。
 校区「その他」…住所地特例等により、各校区に分類できない者が該当。

2. 用語解説集

	用語	説明
か行	眼底検査	目の奥の状態を調べる検査。通常眼底写真にて検査する。 動脈硬化の程度、高血圧、糖尿病による眼の合併症や緑内障・白内障の有無などを調べるもの。
	クレアチニン	アミノ酸の一種であるクレアチンが代謝されたあとの老廃物。腎臓でろ過されて尿中に排泄される。 血清クレアチニンの値が高いと、老廃物の排泄機能としての腎臓の機能が低下していることを意味する。
	血圧(収縮期・拡張期)	血管にかかる圧力のこと。心臓が血液を送り出すときに示す最大血圧を収縮期血圧、全身から戻った血液が心臓にたまっているときに示す最小血圧を拡張期血圧という。
	血糖	血液内のブドウ糖の濃度。 食前・食後で変動する。低すぎると低血糖、高すぎると高血糖を引き起こす。
	健康寿命	健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間。
	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施するもの。
さ行	ジェネリック医薬品	後発医薬品のこと。先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安い医薬品。
	疾病分類	「疾病、傷害及び死因の統計分類」の「ICD-10(2013年版)準拠 疾病分類表」を使用。
	人工透析	機能が著しく低下した腎臓に代わり機械で老廃物を取り除くこと。1回につき4～5時間かかる治療を週3回程度、ずっと受け続ける必要があり、身体的にも時間的にも、大きな負担がかかる。
	心電図	心臓の筋肉に流れる電流を体表面から記録する検査。電流の流れ具合に異常がないかがわかる。 また1分間に電気が発生する回数である心拍数も測定される。
	生活習慣病	食事や運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が深く関与し、それらが発症の要因となる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。
	積極的支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクがより高い者に対して行われる保健指導。「動機付け支援」の内容に加え、対象者が主体的に生活習慣の改善を継続できるよう、面接、電話等を用いて、3か月以上の定期的・継続的な支援を行う。
た行	中性脂肪	肉や魚・食用油など食品中の脂質や、体脂肪の大部分を占める物質。単に脂肪とも呼ばれる。
	動機付け支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高い者に対して行われる保健指導。医師・保健師・管理栄養士等による個別、またはグループ面接により、対象者に合わせた行動計画の策定と保健指導が行われる。初回の保健指導修了後、対象者は行動計画を実践し、3か月経過後に面接、電話等で結果の確認と評価を行う。
	特定健康診査	平成20年4月から開始された、生活習慣病予防のためのメタボリックシンドロームに着目した健康診査のこと。特定健診。40歳～74歳の医療保険加入者を対象とする。
	特定保健指導	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高く、生活改善により生活習慣病の予防効果が期待できる人に対して行う保健指導のこと。特定保健指導対象者の選定方法により「動機付け支援」「積極的支援」に該当した人に対し実施される。
な行	尿酸	食べ物に含まれるプリン体という物質が肝臓で分解されてできる、体には必要のない老廃物。主に腎臓からの尿に交じって体外に排出される。
は行	標準化死亡比	標準化死亡比は、基準死亡率(人口10万対の死亡数)を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものである。我が国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は我が国の平均より死亡率が多いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。

用語		説明
	腹囲	へその高さで計る腰回りの大きさ。内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボリックシンドロームを診断する指標のひとつ。
	フレイル	フレイルとは、健康な状態と要介護状態の中間の段階をさす。年齢を重ねていくと、心身や社会性などの面でダメージを受けたときに回復できる力が低下し、これによって健康に過ごせていた状態から、生活を送るために支援を受けなければならない要介護状態に変化していく。
ま行	メタボリックシンドローム	内臓脂肪型肥満に高血圧、高血糖、脂質代謝異常が組み合わさり、心臓病や脳卒中などの動脈硬化性疾患を招きやすい状態。内臓脂肪型肥満(内臓肥満・腹部肥満)に加えて、血圧・血糖・脂質の基準のうち2つ以上に該当する状態を「メタボリックシンドローム」、1つのみ該当する状態を「メタボリックシンドローム予備群」という。
や行	有所見	検査の結果、何らかの異常(検査基準値を上回っている等)が認められたことをいう。
ら行	レセプト	診療報酬明細書の通称。
A～Z	AST/ALT	AST(GOTともいう)は、心臓、筋肉、肝臓に多く存在する酵素である。ALT(GPTともいう)は、肝臓に多く存在する酵素である。数値が高い場合は急性肝炎、慢性肝炎、脂肪肝、肝臓がん、アルコール性肝炎などが疑われる。
	BMI	[体重(kg)]÷[身長(m)の2乗]で算出される値で、Body Mass Indexの略。肥満や低体重(やせ)の判定に用いる体格指数のこと。
	eGFR	腎臓機能を示す指標で、クレアチニン値を性別、年齢で補正して算出する。腎臓の中にある毛細血管の集合体である「糸球体」が1分間にどれくらいの血液を濾過して尿を作るかを示す値。数値が低いと腎臓の機能が低下していることを意味する。
	HbA1c	ブドウ糖と血液中のヘモグロビンが結びついたもので、過去1～2か月の平均的な血糖の状態を示す検査に使用される。
	HDLコレステロール	余分なコレステロールを回収して肝臓に運び、動脈硬化を抑える。善玉コレステロール。
	ICT	Information and Communications Technology(インフォメーションアンドコミュニケーションテクノロジー/情報通信技術)の略。コンピュータやデータ通信に関する技術をまとめた呼び方。特定保健指導においてもその活用が推進されており、代表的なツールとしては、Web会議システムやスマートフォンアプリ、Webアプリ等が挙げられる。
	KDB	「国保データベース(KDB)システム」とは、国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、健診・保健指導、医療、介護の各種データを併せて分析できるシステムのこと。
	LDLコレステロール	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる。悪玉コレステロール。
	non-HDLコレステロール	総コレステロールからHDLコレステロールを減じたもの。数値が高いと、動脈硬化、脂質代謝異常、甲状腺機能低下症、家族性高脂血症などが疑われる。低い場合は、栄養吸収障害、低βリポたんぱく血症、肝硬変などが疑われる。