

第三期 鹿児島市国民健康保険
保健事業実施計画(データヘルス計画)
(案)

令和6年3月
鹿児島市 国民健康保険課

目次

第1章 計画の基本的事項	p 1
1. 制度の背景	p 1
2. 他計画との位置づけ	p 2
3. 目的	p 2
4. 計画期間	p 4
5. 実施体制・関係者連携	p 4
6. 保険者努力支援制度	p 7
第2章 現状の整理	p 8
1. 鹿児島市の特性	p 8
2. 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出	p 12
第3章 第二期データヘルス計画の評価と健康課題のまとめ	p 33
1. 評価	p 33
2. 健康課題の整理・考察	p 37
3. 健康課題のまとめ	p 39
第4章 第四期特定健康診査等実施計画	p 40
1. 第四期特定健診等実施計画策定の趣旨・計画期間	p 40
2. 第一・二・三期実施計画の結果及び取組	p 40
3. 第四期（2024年度以降）における変更点	p 40
4. 特定健康診査	p 42
5. 特定保健指導	p 45
6. 年間スケジュール	p 48
7. 個人情報の保護に関する事項	p 49
8. 公表及び周知に関する事項	p 49
9. 評価と見直し	p 49

第5章 個別保健事業等	p 5 0
1. 個別保健事業	p 5 1
(1) 糖尿病性腎症重症化予防	p 5 1
(2) 高血圧対策	p 5 2
(3) その他の重症化予防	p 5 3
(4) 健康インセンティブ	p 5 4
(5) 適正受診・適正服薬促進	p 5 5
(6) ジェネリック医薬品利用促進事業	p 5 6
2. 地域包括ケア推進・一体的実施（高齢期に向けた健康づくり）	p 5 7
3. ライフサイクルで考える若い世代からの健康づくり	p 5 8
4. 研修計画	p 5 9
第6章 本計画の評価・見直し	p 6 0
1. 評価の基本的事項	p 6 0
2. 計画全体の評価と見直し	p 6 0
3. 目標管理一覧	p 6 1
第7章 その他	p 6 2
1. 計画の公表・周知	p 6 2
2. 個人情報の取扱い	p 6 2
参考資料	p 6 3

第1章 計画の基本的事項

1. 制度の背景

○平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされました。

○これまでも、保険者においては健康情報や統計資料等を活用することにより、「特定健康診査等実施計画」の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたところですが、今後はさらなる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを蓄積・活用しながら、被保険者をリスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅する保健事業を進めていくことが求められています。

○こうした背景を踏まえ、国は、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第82条第4項の規定に基づき、平成26年3月、国民健康保険法に基づく「保健事業の実施等に関する指針（平成16年厚生労働省告示第307号）」の一部を改正する等により、健康・医療情報を活用して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実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うよう指導しています。

○鹿児島市では、生活習慣病の発症予防や重症化予防をはじめとする被保険者の健康保持増進を図ることを目的に平成28年3月に「第一期データヘルス計画」を策定しました。平成30年3月には、第一期計画の評価・見直しを実施し、「第二期データヘルス計画」を策定し、保健事業の実施及び評価を行っています。この度、第二期データヘルス計画の計画期間終了に伴い、当該計画の評価・見直しを行い、改定した第三期データヘルス計画を策定することで、引き続き、被保険者の健康保持増進を図る保健事業の実施・評価、見直しを行っていきます。

○また、「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及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、データヘルス計画とともに具体的に策定することとします。ただし、データヘルス計画の対象者は被保険者全員とします。

2. 他計画との位置づけ

本計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、第六次鹿児島市総合計画、鹿児島市国民健康保険財政健全化計画、かごしま市民すこやかプラン（第三次鹿児島市健康増進計画）、第9期鹿児島市高齢者保健福祉・介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要があります。（図表1）

【図表1】

法定計画等の位置づけ

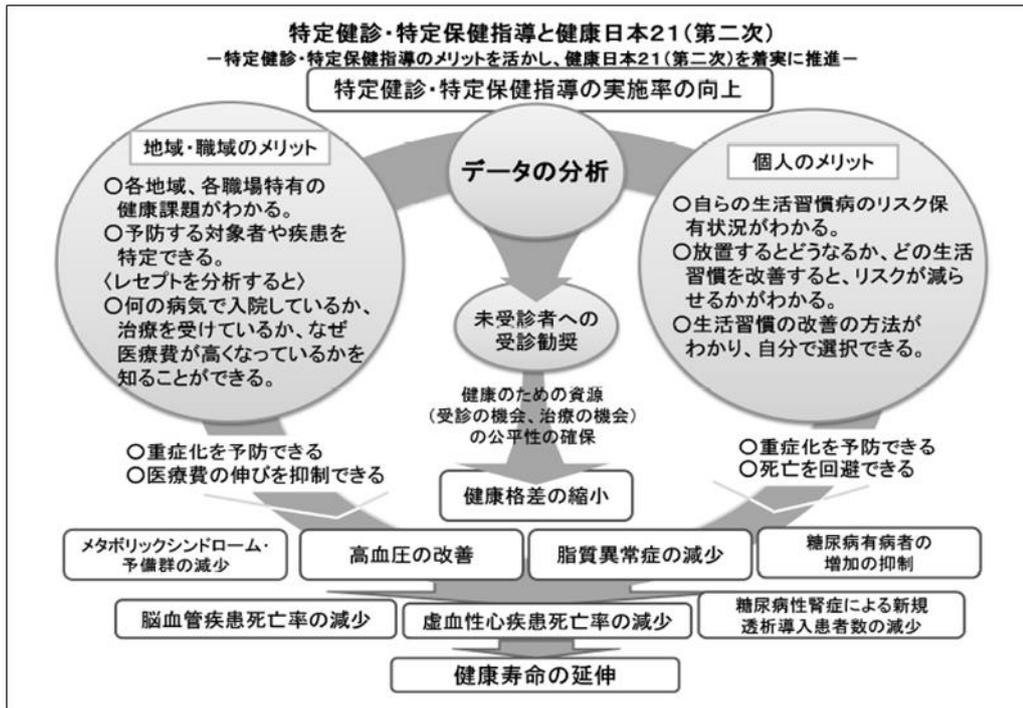
計画に付している番号は、構造図に準ずる

	B 健康増進計画	9 データヘルス計画 (保健事業実施計画)	5 特定健康診査等実施計画	20 介護保険事業(支援)計画	16 医療費適正化計画	17 医療計画 (地域医療構想含む)
法律	健康増進法 第8条、第9条、 第6条 健康増進事業実施法(注)	国民健康保険法 健康保険法 高確法 第82条 第150条 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 令和5年2月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 令和2年3月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 健康局 令和2年3月改正 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 健康局 令和3年改正 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成29年3月全額改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 健康局 平成29年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開により実効性を持つ取組の推進を通じて、国民の健康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的に、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、保健事業の実施及び評価を行う。	保険者は、加入者数、加入者の年齢構成、地域的実情等の実情を考慮して、特定健康診査の効率的かつ効果的に実施するための計画を作成する。	地域の実情に応じた介護給付等対象サービスを提供する体制の確保及び地域支援事業の実施が計画的に図られるようとする。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・重度化防止	持続可能な運営を確保するため、保険者・医療関係者等の協力を得ながら、住民の健康保持・医療の効率的な提供の推進に向けた取組を進める。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、育壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ(幼児期から高齢期)	被保険者全員 特に高齢者の寿命が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の高年齢・壮年世代への生活習慣病の改善、小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	1号被保険者:65歳以上 2号被保険者:<40～64歳・特定疾病(※) ※前記の認知症、障害症、身体・骨格障害、パーキンソン病関連疾患、神経系疾患	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	疾病予防・介護予防(要介護の原因疾患) 糖尿病 腎不全 生活習慣病 脳血管疾患 虚血性心疾患・心不全	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に関する目標 1.生活習慣の改善 2.生活習慣病の発症予防・重症化予防 ○社会環境の向上 1.社会とのつながり・心の健康の維持・向上 2.自然に健康になれる環境づくり ○ライフコース 1.こども、2.高齢者、3.女性	○中長期的目標 ・医療費の変化 ・費用対効果 ・薬剤投与量の変化 ・冠動脈疾患・脳梗塞の発症 ○短期的目標 ・血圧、血糖値、脂質等の検査値の変化 ・生活習慣の変化(食習慣、運動習慣) ・受診行動の開始	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・予備群の減少	①PDCAサイクルの活用による保険者機能強化に向けた体制等(地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等(在宅医療・介護連携、介護予防、日常生活支援関連) ③介護保険運営の安定化(介護給付の適正化、人材の確保)	【入院医療費】 ・医療計画(地域医療構想)に基づく病床機能の分化・連携の推進の成果を反映 【外来医療費】 ①特定健診・保健指導の推進 ②糖尿病の重症化予防 ③後発医薬品の使用促進 ④医薬品の適正使用	①5疾病・5事業に関する目標 ②在宅医療連携体制(地域の実状に応じて設定) 5事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局、国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金	保険者協議会(事務局、県、国保連合会)を通じて、保険者との連携	

3. 目的

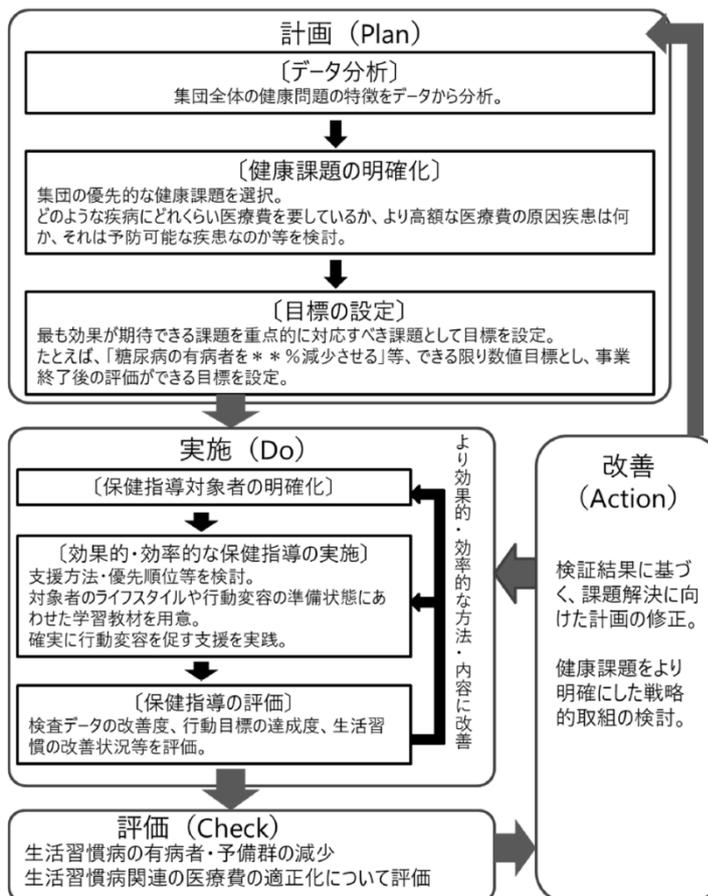
本計画は、健康診査、保健指導、診療報酬明細書(レセプト)、介護保険等のデータを分析し、幅広い年代の被保険者の健康課題を的確に捉え、その課題に応じた保健事業をPDCAサイクルに沿って行うことにより、健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られ、結果として医療費の適正化に資することを目的として策定しています。(図表2・3)

【図表 2】



保健事業（健診・保健指導）のPDCA サイクル

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）より

4. 計画期間

本計画の計画期間は、令和6年度（2024年度）から令和11年度（2029年度）までとします。

特定健康診査等実施計画、鹿児島県における医療費適正化計画や医療計画等が、令和6年度から11年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図るため計画期間を同期間としています。

また、令和8年度（2026年度）に中間評価、令和11年度（2029年度）に最終評価を実施することとします。

なお、今後の国の法改正や指針の見直し、社会情勢等の変化、計画目標の達成状況を考慮し、必要に合わせて計画の見直し等を行うものとします。

5. 実施体制・関係者連携（図表4）

○計画は国民健康保険課が実施主体となり、計画立案、進捗管理、評価と見直し等を行います。（実施主体）

○計画については、鹿児島市国民健康保険運営協議会（以下、「国保運営協議会」という。）において審議、報告を行います。（国保運営協議会）

○計画の実施にあたり、保健衛生部局（保健予防課・保健政策課）、高齢者医療部局（長寿支援課）、介護保険部局（長寿あんしん課・介護保険課）、母子保健部局（母子保健課）と連携しながら取り組みます。（庁内の連携と役割分担）

○地域の医療等関係者として、医師会、歯科医師会、薬剤師会、及び、外部有識者等と連携し、健康診査、保健指導等への協力、計画の効果的な実施のための意見を伺います。（三師会や外部有識者との連携等）

○鹿児島県、国民健康保険団体連合会（以下、「国保連合会」という。）（保健事業支援・評価委員会含む）等から支援を得て、効果的な保健指導の実施に努めます。（都道府県、国保連合会等）

○計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高めるうえでは、被保険者自身が健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、主体的・積極的に健康増進に取り組むことが重要です。（被保険者）

実施体制・関係者との連携と役割

【図表4】

実施体制機関		主な連携と役割
実施主体	鹿児島市 国民健康保険課	<ul style="list-style-type: none"> ● 国保連合会と連携して、レセプト・健診データ等を分析し、関係課と必要なデータの共有を図りながら保健事業の企画・運営・評価を行う。 ● 市医師会等の保健医療関係者や庁内関係部署との連携を図る。 ● 重複・多剤服薬対象者への保健指導、医師や薬剤師との連携を図る。 ● 保健指導従事者の資質向上に努め、保健指導レベルの平準化を図る。
庁内連携	保健センター・ 保健福祉課	<ul style="list-style-type: none"> ● 母子～高齢者までの全世代に対しあらゆる機会を捉え、健康の保持増進、重症化予防に対する知識の普及等を図る。また、健診の受診勧奨を行う。 ● ハイリスク者に対し、訪問や面接等による保健指導を行う。特に重症化予防として糖尿病性腎症・高血圧を優先課題として取り組む。
	保健政策課	<ul style="list-style-type: none"> ● 鹿児島市健康増進計画や食育推進計画に基づき、庁内のみならず、各種団体とともに、生涯にわたり切れ目のない健康づくり・食育の推進を図る。また、C K Dの重症化予防の体制等の医療ネットワークを推進する。
	保健予防課	<ul style="list-style-type: none"> ● 保健センター等と連携し、生活習慣病重症化予防や介護予防及び歯科・栄養に関する健康づくり等を推進する。
	長寿支援課	<ul style="list-style-type: none"> ● 国民健康保険課と連携した健診の受診勧奨を行う。
	長寿あんしん課	<ul style="list-style-type: none"> ● 「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」において、医療・介護・健診データ分析により、地域の健康課題の把握及び支援対象者の抽出を行うとともに、高齢者の保健事業と介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業を一体的に実施するため、事業全体の企画・調整を行う。
	介護保険課	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護支援専門員への情報提供、介護保険の認定・給付情報を地域包括見える化システム等で分析し、公表を行う。
	母子保健課	<ul style="list-style-type: none"> ● 母子保健事業で得られた健診データ等を共有・分析する。 ● 保健センター等と連携し、妊娠期から子育て期の母子支援の中で生活習慣病予防を意識した取組みを行う。 ● 大学、新入社員を対象に結婚、妊娠、出産、子育ての情報提供を行うとともに、プレコンセプションケア（女性やカップルを対象として、将来の妊娠のための健康管理を促す取組）について伝える。

実施体制機関		主な連携と役割
行政	鹿児島県	<ul style="list-style-type: none"> ● 関係機関との連絡調整や専門職の派遣・助言等の技術的な支援、情報提供等 ● 県関係課あるいは他の保険者との意見交換の場の設定 現状分析のために都道府県が保有するデータの提供
保健医療関係者	医師会、 歯科医師会、 薬剤師会、 看護協会等	<ul style="list-style-type: none"> ● 計画策定、評価・見直し等への助言 ● 健康診査、保健指導への協力 ● 日常的な意見交換や情報提供
	学識経験者等	<ul style="list-style-type: none"> ● 計画策定、評価・見直し等への助言
保険関係機関	後期高齢者医療 広域連合	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域包括ケア・一体的実施での協力 ● データや分析結果の共有、国保から後期高齢者医療のデータ突合の推進 ● 研修会等での人材育成、情報提供
	国民健康保険 団体連合会	<ul style="list-style-type: none"> ● KDB 等のデータ分析やデータ提供に関する支援 ● 研修会等での人材育成、情報提供 ● 保健事業支援・評価委員会からの支援
	保険者協議会	<ul style="list-style-type: none"> ● 他の市町村国保、国保組合、被用者保険と健診・医療情報やその分析結果、健康課題、保健事業の実施状況等を共有 ● 保険者間で連携した保健事業の展開
被保険者	—	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域組織等を含む被保険者との意見交換や情報提供 ● 国保運営協議会等への参画 ● 健康診査の受診勧奨や保健指導の利用勧奨等への協力 ● 健康診査の受診等による健康の維持・増進

6. 保険者努力支援制度

国民健康保険課の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取り組み等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度より本格的に実施しています。令和 2 年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押ししています（事業費・事業費連動分）。保険者努力支援制度（事業費分）では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、また都道府県は、交付金（事業費連動分）を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的な活用が期待されています。（参考資料 2）

第2章 現状の整理

1. 鹿児島市の特性

(1) 鹿児島市の基本情報

鹿児島市は、鹿児島県の中心部にある、人口約 60 万人の中核市です。高齢化率は 28.6%と県と比較すると低くなっており、産業構成は国、県・同規模と比較すると第三次産業が 83.2%と非常に高くなっています。(図表 5) ※同規模とは、中核市・特別区のことを指します。

鹿児島市の特性

【図表 5】

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次産業	第2次産業	第3次産業
鹿児島市	555,522	28.6	114,056 (20.5)	53.7	8.6	11.0	0.7	1.4	15.4	83.2
同規模平均	370,027	26.4	71,813 (19.4)	52.0	7.3	10.2	0.7	1.8	21.5	76.8
県	1,543,466	32.8	356,708 (23.1)	55.0	7.5	13.9	0.4	9.5	19.4	71.1
国	123,214,261	28.7	2,748,882 (22.3)	53.4	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

ヘルスサポートラボツール様式5-1 (R4年度)

KDBデータ：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題より

※KDBシステムでは、人口等の国保連合会で所有していない情報の項目については、国等が公表している統計情報等を用いている。

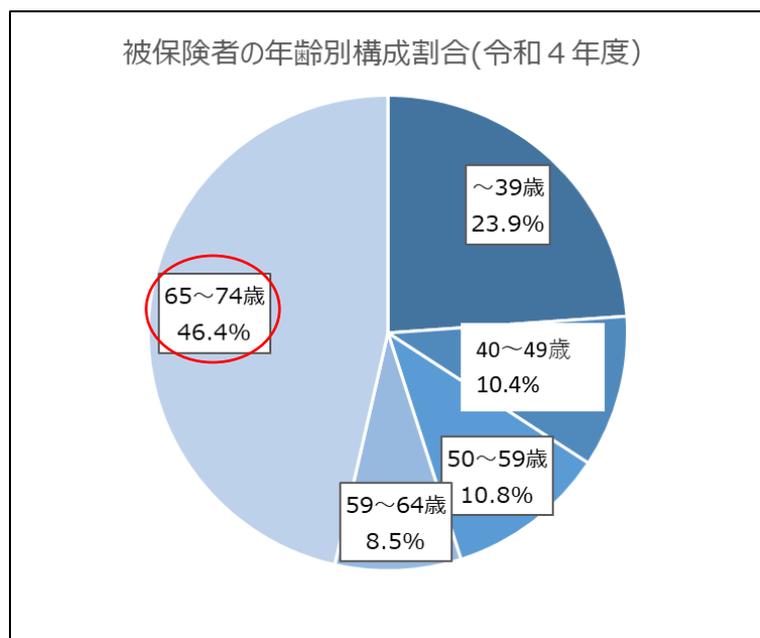
令和2年度国勢調査人口等基本集計-人口等基本集計 (主な内容：男女・年齢・配偶関係、世帯の構成、住居の状態、母子・父子世帯、国籍など)

(2) 被保険者の年齢構成・性別

本市国保の加入率は 19.4%となっており、被保険者数は年々減少傾向です。被保険者の年齢構成割合は 65 歳以上が 46.4%と高くなっており、経年推移をみても加入者の高齢化が進んでいます。

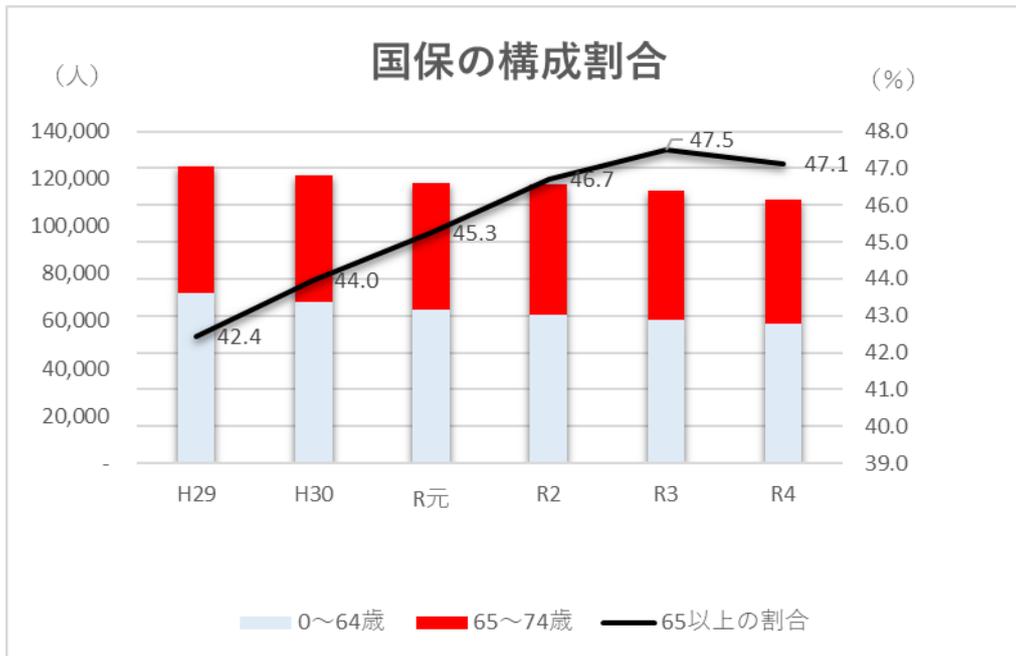
(図表 6・7・8)

【図表 6】



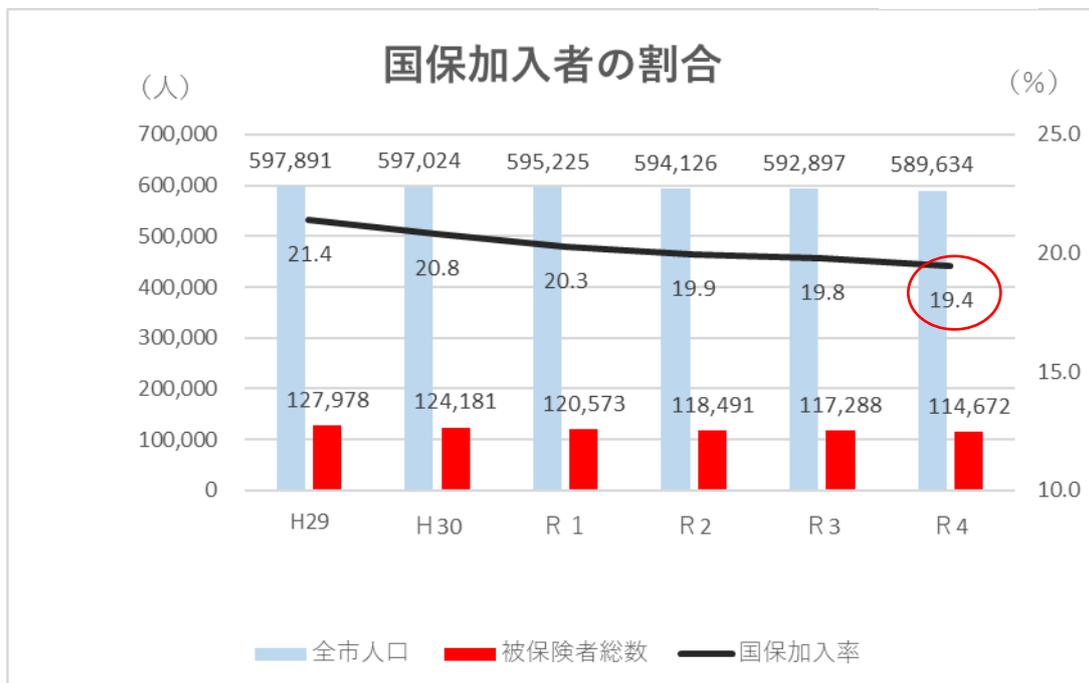
※KDB システム (地域の全体像の把握：被保険者構成) より

【図表 7】



※こほ 2023 より (各年度 3～2月の平均)

【図表 8】



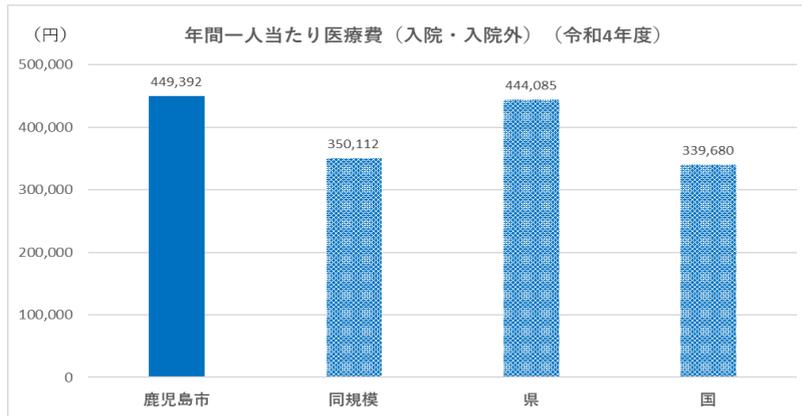
※こほ 2023 より (各年度 3～2月の平均)

(3) 医療費

令和4年度の年間一人当たり医療費は国・県・同規模より高くなっています。順位で見ると、入院は同規模で3位、外来は同規模で5位となっており、金額で見ると、年間一人当たり医療費は同規模平均よりおよそ10万円高くなっています。医療費を入院と外来にわけてみると、入院の割合が同規模と比較して高い状況となっています。(図表9・10・11・12・13) また、疾病別に医療費が高い疾患をみると、腎不全が約42億円となっています。(図表14) 医療費に関する詳細は、25ページで分析します。

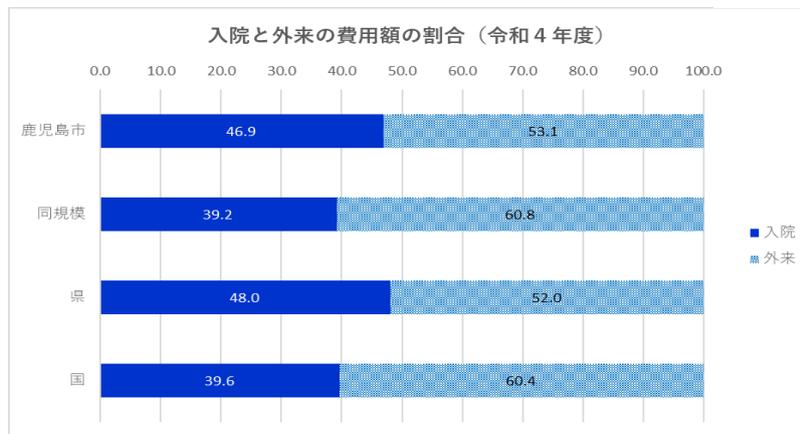
※同規模とは、中核市・特別区のことを指します。

【図表9】



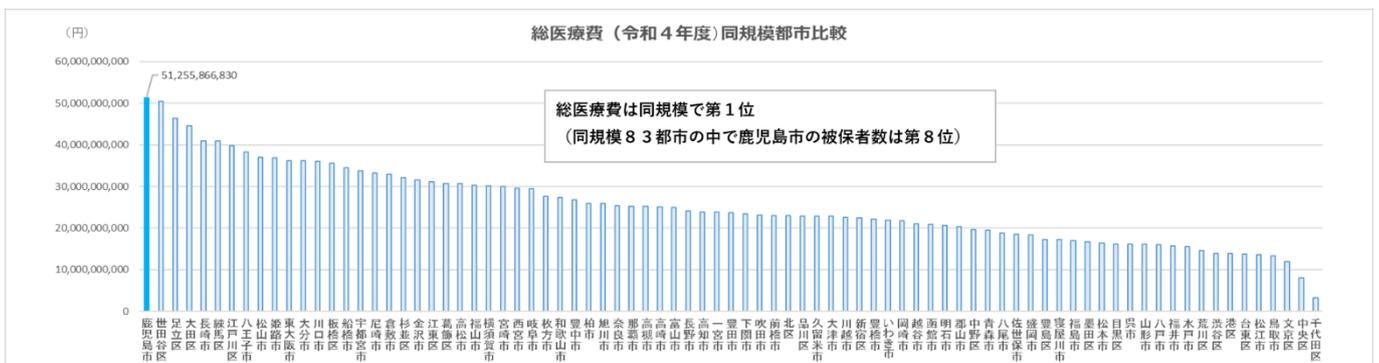
ヘルスサポートラボツール（KDB_csv2次加工ツール）様式5-1より

【図表10】



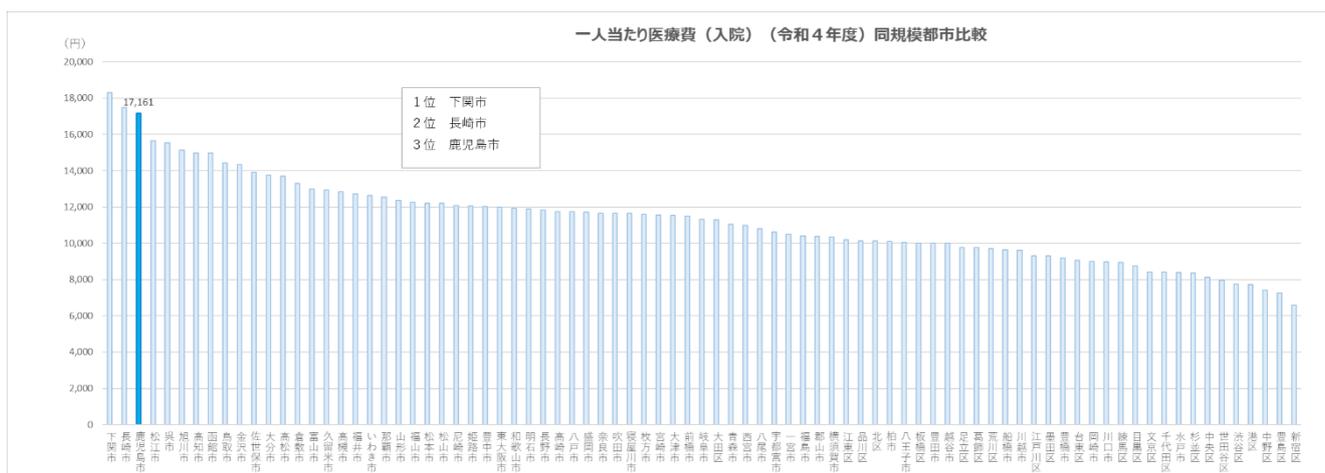
ヘルスサポートラボツール（KDB_csv2次加工ツール）様式5-1より

【図表11】

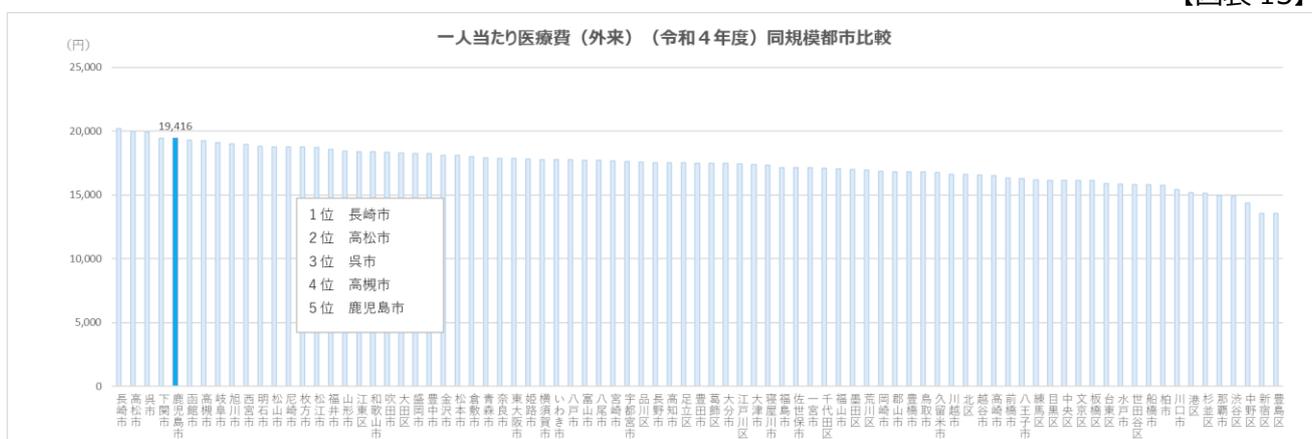


※KDB システム：同規模保険者比較

【図表 12】



【図表 13】



※KDBシステム：同規模保険者比較

疾病別一人当たり医療費（降順に 10 疾病）（R4 年度）

【図表 14】

	令和4年度	一人当たり医療費		医療費
	疾患名	鹿児島市	同規模	鹿児島市
1	腎不全	36,908	21,791	4,209,533,780
2	その他の悪性新生物<腫瘍>	24,825	21,567	2,831,460,470
3	その他の神経系の疾患	24,024	12,316	2,740,115,640
4	糖尿病	21,013	18,643	2,396,618,560
5	その他の心疾患	20,558	17,259	2,344,746,690
6	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	19,500	12,991	2,224,072,920
7	その他の消化器系の疾患	13,586	12,694	1,549,509,560
8	高血圧性疾患	11,192	10,047	1,276,510,340
9	その他の眼及び付属器の疾患	10,719	9,161	1,222,509,810
10	その他の呼吸器系の疾患	10,646	6,938	1,214,228,260

※KDBシステム：疾病別医療費分析（中分類）

2. 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出

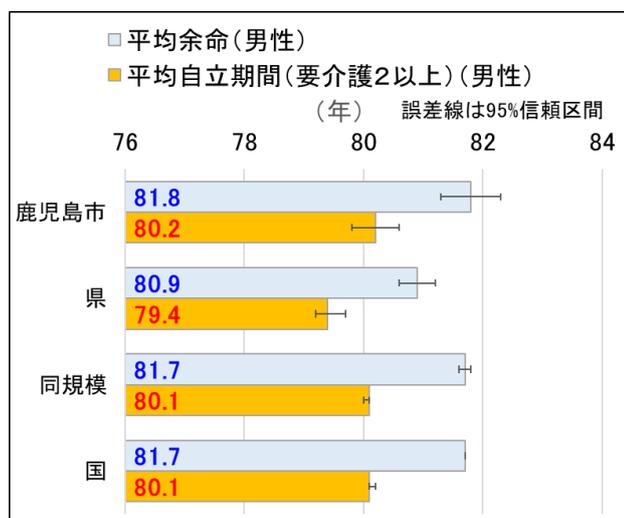
(1) 平均余命・自立期間・標準化死亡比・死因

平均余命をみると、令和4年度で男性81.8歳、女性88.1歳であり、男性・女性ともに過去5年間で最長となっています。平均自立期間は、男性80.2歳、女性84.7歳となっており、県、同規模、全国と比較するとほとんど差はみられません。（図表・15・16・17・18）※同規模とは、中核市・特別区のことを指します

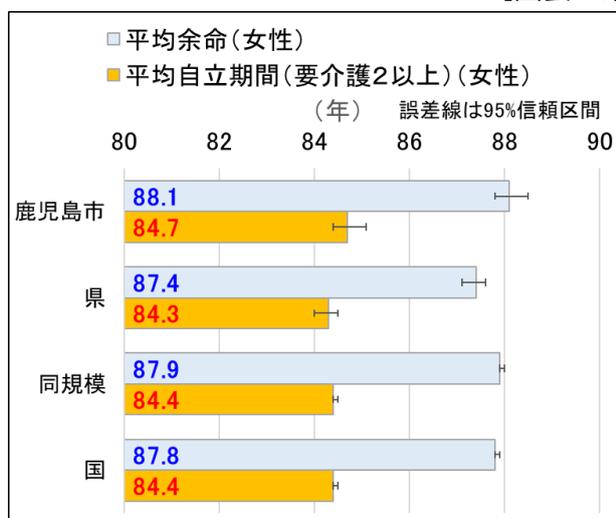
自立していない期間の平均をみると、女性が男性の約2倍と高くなっています。経年で見ると、平均余命、平均自立期間のどちらも大きな変化はありません。（図表19・20）

① 平均余命・平均自立期間（令和4年度累計・平成30年度～令和4年度推移）

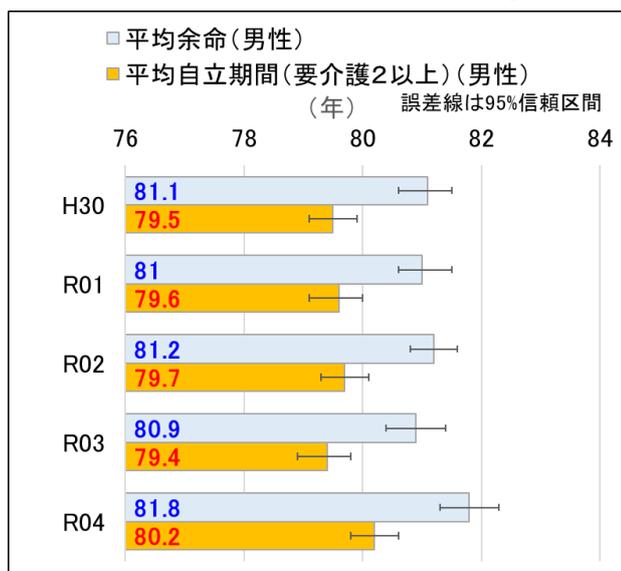
【図表 15】



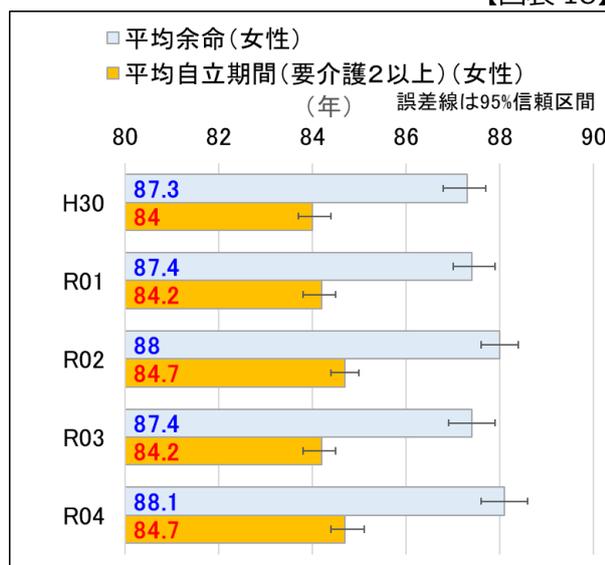
【図表 16】



【図表 17】



【図表 18】



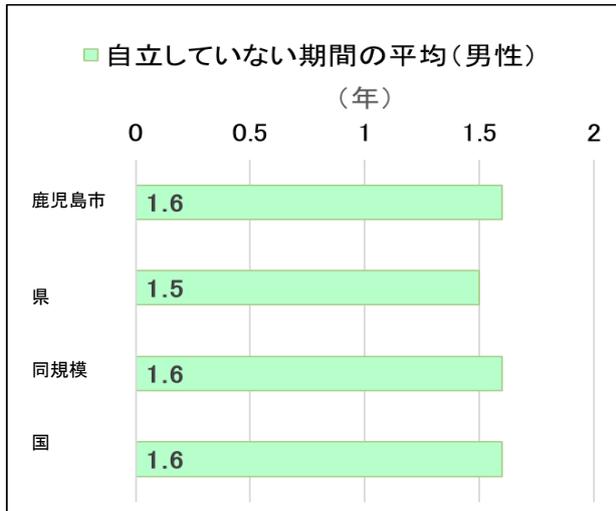
※KDB システム：地域の全体像の把握

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

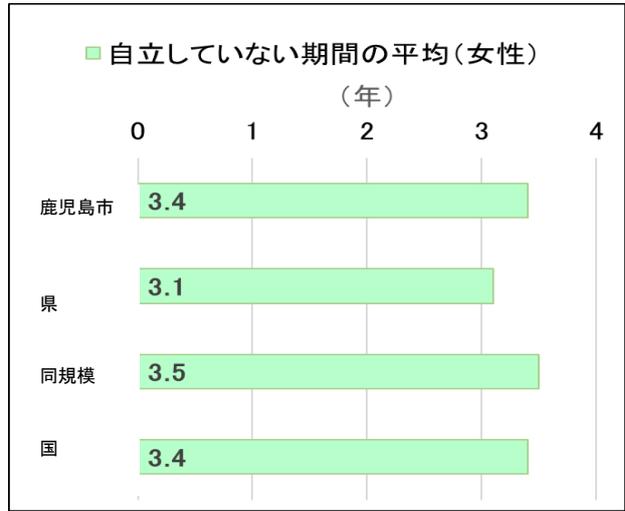
※KDB システムにおける健康寿命を「平均自立期間」と呼称し、「日常生活動作が自立している期間の平均」を指標としています。介護データをを用いて「要介護2以上」を「不健康」として、毎年度算出しています。

② 自立していない期間の平均（令和4年度累計・平成30年度～令和4年度推移）

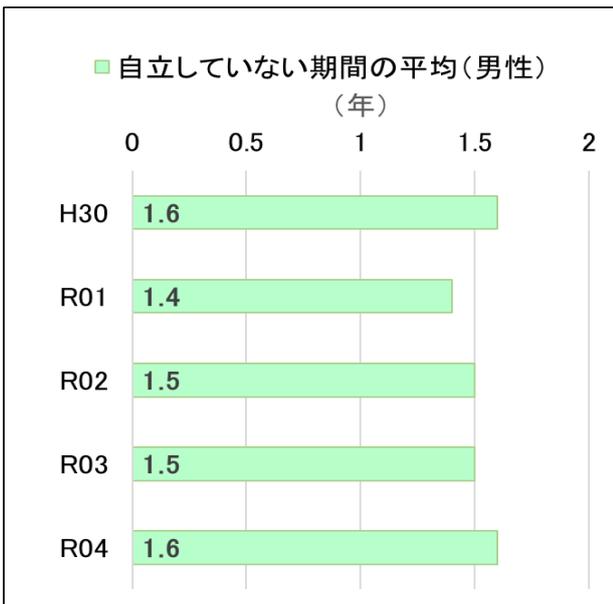
【図表 19】



【図表 20】



【図表 21】



【図表 22】



※KDB システム：地域の全体像の把握

③ 標準化死亡比（SMR） …全国を基準「100」とした時の倍率を現したグラフ

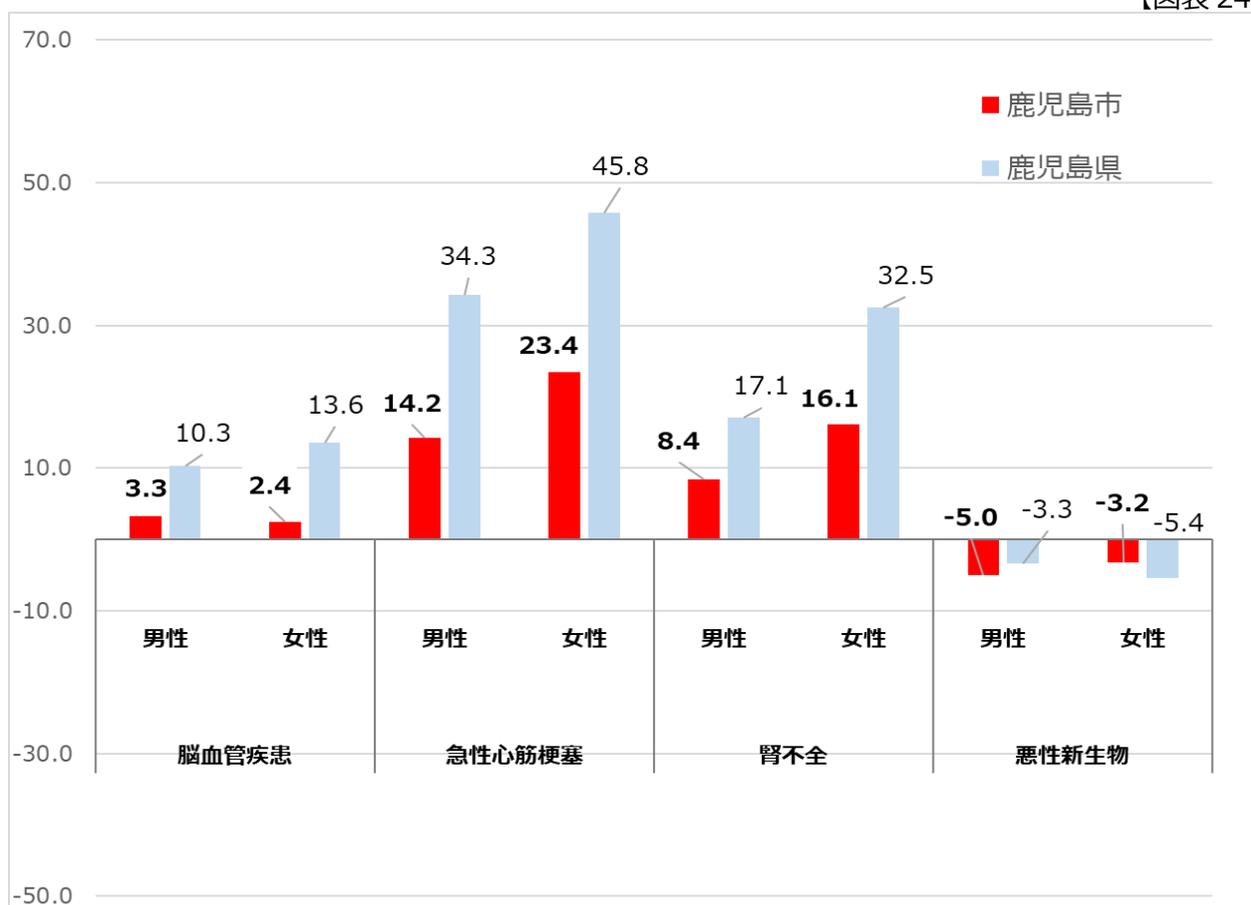
平成 29 年から令和 3 年の標準化死亡比（SMR）において、脳血管疾患・急性心筋梗塞・腎不全は全国より高くなっています。一方で、悪性新生物は全国より低くなっています。（図表 23・24）

【図表 23】

SMR (H29-R3)	脳血管疾患		急性心筋梗塞		腎不全		悪性新生物	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
鹿児島市	103.3	102.4	114.2	123.4	108.4	116.1	95.0	96.8
鹿児島県	110.3	113.6	134.3	145.8	117.1	132.5	96.7	94.6

※鹿児島県健康増進課統計より

【図表 24】



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

鹿児島県健康増進課統計より

④ 疾病別死因割合

主な疾病別死因を同規模・国と比較すると、脳疾患、糖尿病、腎不全の割合が高くなっています。

(図表 25) ※同規模とは、中核市・特別区のことを指します。

疾病別死因割合

【図表 25】

	鹿児島市		同規模 (割合)	全国 (割合)
	人数(人)	割合		
悪性新生物	1,615	50	51.2	50.6
心臓病	858	26.6	27.3	27.5
脳疾患	486	15.1	13.3	13.8
糖尿病	65	2	1.9	1.9
腎不全	133	4.1	3.5	3.6
自殺	70	2.2	2.8	2.7
合計	3,227			

※KDB システム：令和4年度地域の全体像の把握

(地域の全体像の把握・・・厚生労働省 HP 人口動態統計令和2年の実績をもとに作成)

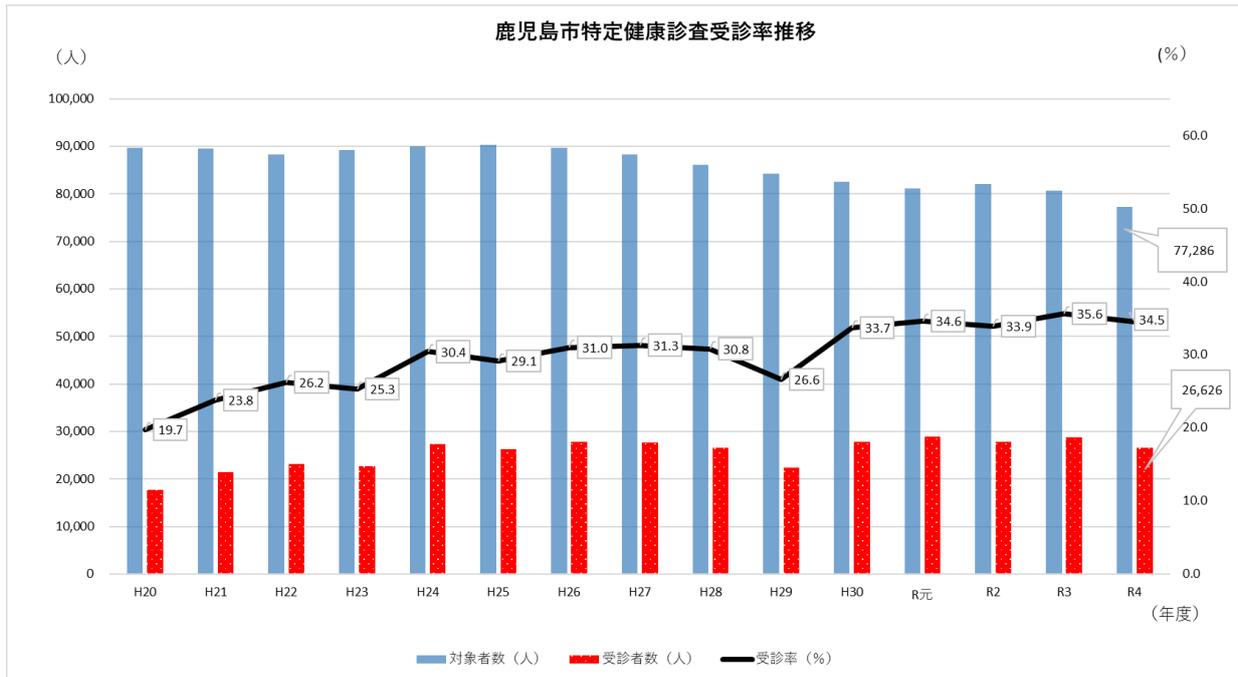
(2) 健康診査

① 健康診査実施状況

特定健康診査の状況について、制度が開始した平成 20 年度から令和 4 年度までの推移をみると、健診対象者数は、年々減少しており令和 4 年度で 77,286 人となっています。

健診受診率は、平成 29 年度より未受診者勧奨通知業務委託を開始してから少しずつ増加しており、令和 4 年度には 34.5%となっています。また、健診受診者内訳をみると、継続受診者の割合は横ばいですが、新規受診者の割合が減少しています。(図表 26・27)

【図表 26】



特定健診等データ管理システム (法定報告) より

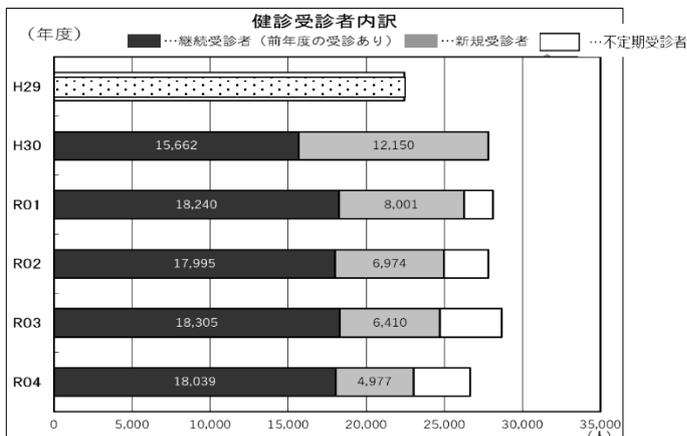
特定健診受診率の推移

(単位:人)

【図表 27】

年度	対象者数	受診者数	受診率	継続受診者数		新規受診者数		不定期受診者数	
	A	B	B/A	人数 D	割合 D/B(前年)	人数 C	割合 C/B	人数 D	割合 D/B
H29	84,217	22,414	26.6%	---	---	---	---	---	---
H30	82,464	27,812	33.7%	15,662	69.9%	12,150	43.7%	---	---
R01	81,179	28,115	34.6%	18,240	65.6%	8,001	28.5%	1,874	6.7%
R02	82,068	27,805	33.9%	17,995	64.0%	6,974	25.1%	2,836	10.2%
R03	80,688	28,690	35.6%	18,305	65.8%	6,410	22.3%	3,975	13.9%
R04	77,286	26,626	34.5%	18,039	62.9%	4,977	18.7%	3,610	13.6%

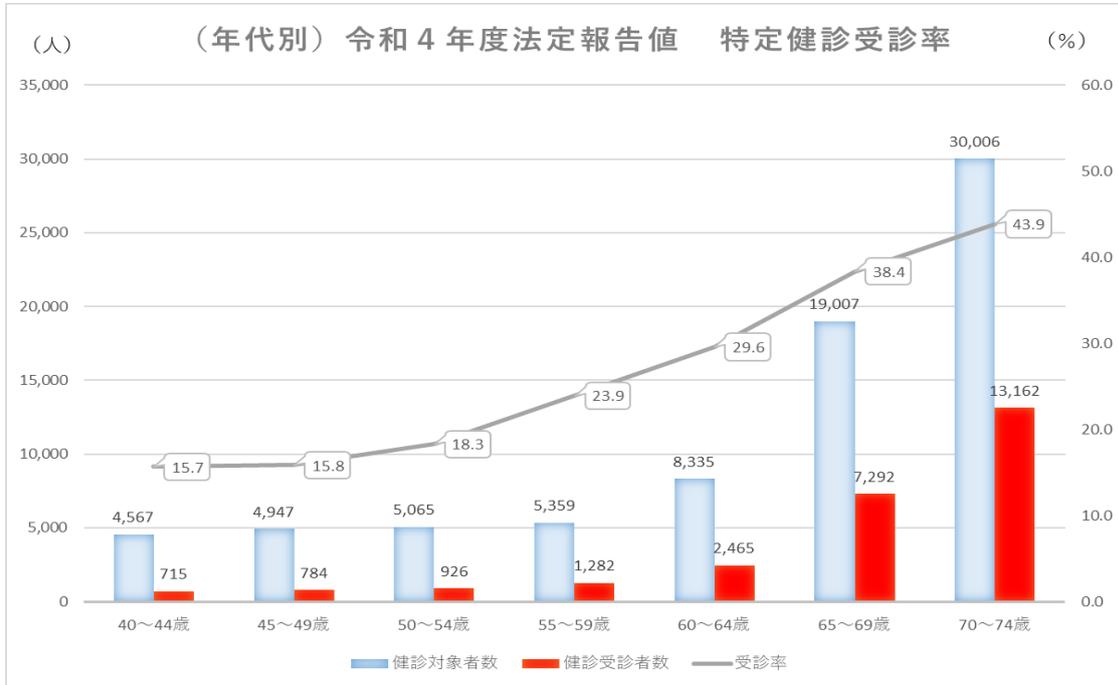
※継続受診者は前年度と比較して算出
 ※新規受診者は過去に1回も受診したことがない者
 ※不定期受診者とは前年度には受診していないものの、過去に健診を受診したことがある者



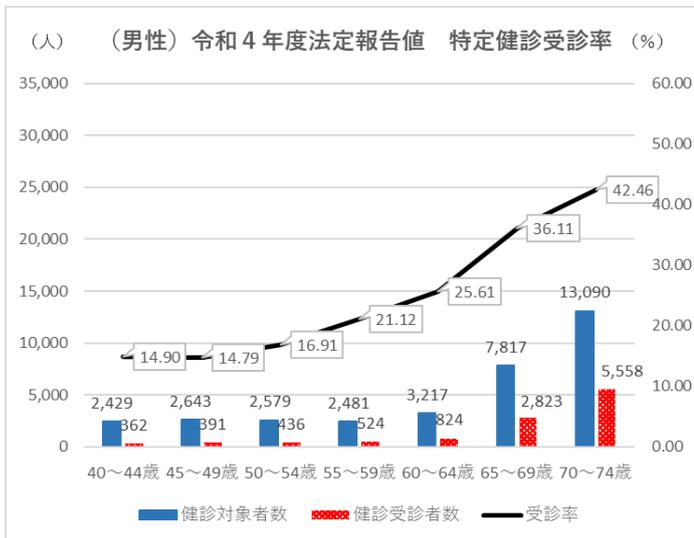
※ヘルスサポートラボツールより

○令和4年度の性・年齢別健診受診状況をみると、健診受診率が最も高い年代は、男女ともに70歳代、最も低い年代は男女ともに40歳代です。(図表28・29・30)

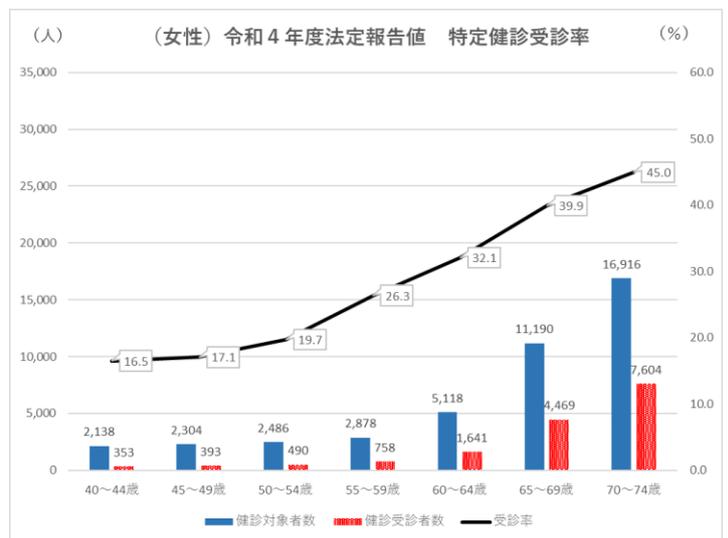
【図表28】



【図表29】



【図表30】

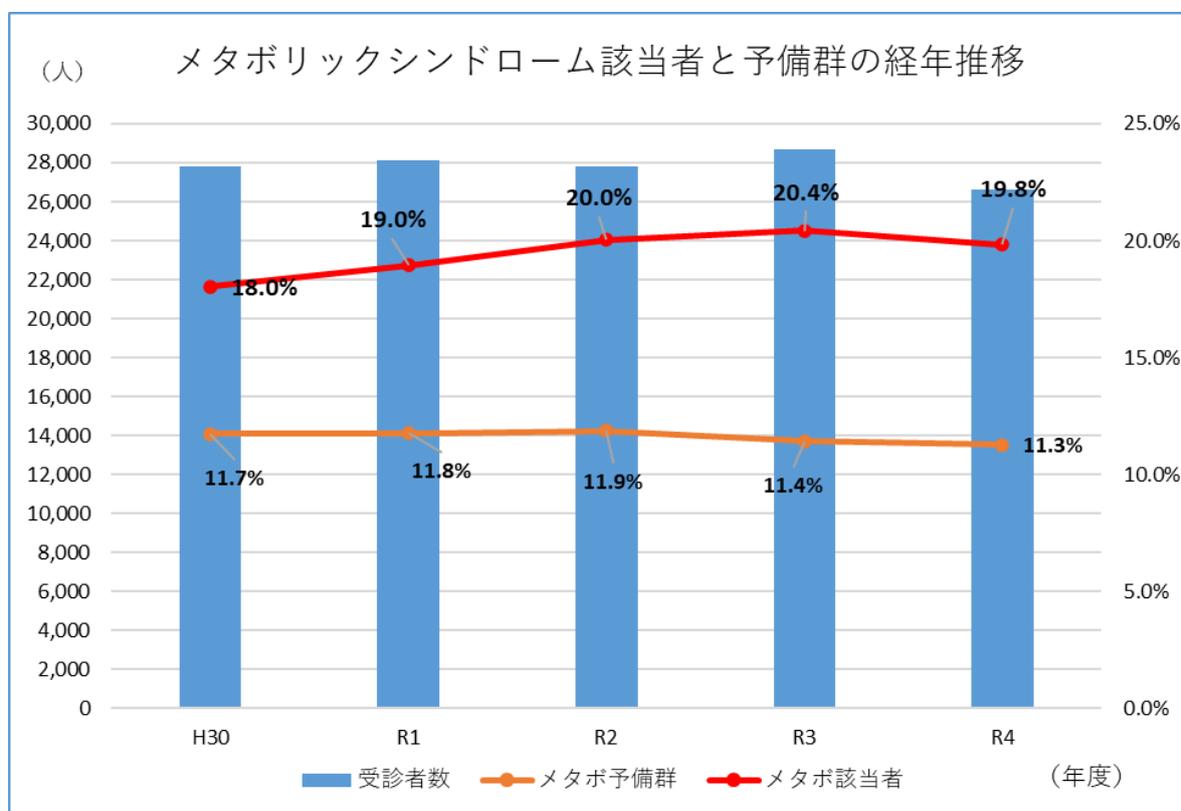


(※特定健診等データ管理システム(法定報告))

② メタボリックシンドローム予備群・該当者の年次推移

○メタボリックシンドローム予備群・該当者の経年推移をみると、平成 30 年度から健診受診者の約 2 割がメタボリックシンドロームに該当しており、約 1 割が予備群として推移しています。（図表 31・32）

【図表 31】



※メタボ予備群（または該当者）÷健診受診者数×100 で算出
 ※特定健診等データ管理システム（法定報告）より

○メタボリックシンドロームの経年変化

【図表 32】

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	(再掲)		予備群
			3項目	2項目	
H30	27,812人 (33.7%)	5,015人 (18%)	1,543人 (5.5%)	3,472人 (12.5%)	3,264人 (11.7%)
R4	26,626人 (34.5%)	5,283人 (19.8%)	1,786人 (6.7%)	3,497人 (13.1%)	3,004人 (11.3%)

ヘルスサポートラボツール（健診結果集計ツール）より

③ 特定健康診査結果有所見者の状況（ヘルスサポートラボツールより）

○平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、メタボリックシンドローム該当者の割合が約 1.8%増加し、予備群の割合が 0.4%減少しています。（図表 31・32）

○平成 30 年度と令和 4 年度の健診受診者を比較すると、脂質異常症はやや減少していますが、メタボリックシンドローム、糖尿病、高血圧の有所見者の割合は増加しています。（図表 31・33・36・39）

○2 年連続受診している継続受診者をみると、高血圧、脂質異常症については、翌年度健診で改善している方の割合が多く、特に高血圧については、前年度有所見者のうち約 4 割は翌年度健診で改善がみられています。また、高血圧、糖尿病、脂質異常症の有所見者のうち 3 割～4 割は翌年度健診を受診していない現状があります。（図表 34・37・40）

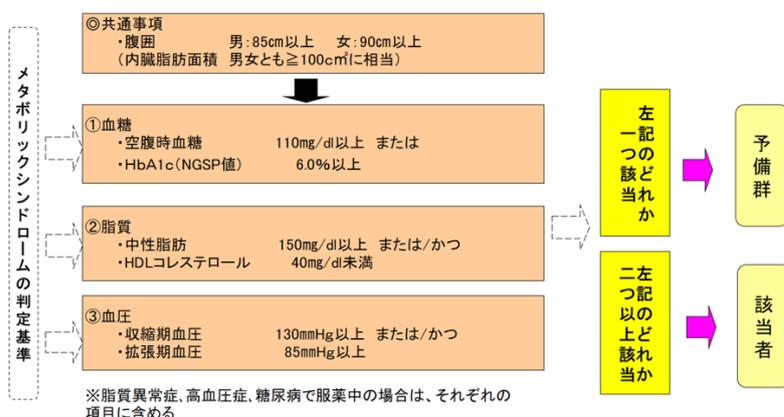
○糖尿病の有所見者のうち、HbA1c 8.0%以上の方の割合の変化をみると、平成 30 年度と比較して令和 4 年度は 1.6%に減少しています。治療中の方のうち HbA1c 8.0%以上の方の割合はほぼ変化なく、治療なしについては減少しています。（図表 35）

○血圧の状況について、令和 4 年度健診受診者の血圧の治療状況をみると、Ⅲ度高血圧の方の約 7 割が未治療となっています。（図表 36）また、令和 3 年度健診でⅡ度高血圧以上の方のその後の医療のかかり方をみると、約 3 割が未治療、2 割が不定期受診となっています。（図表 38）

★メタボリックシンドロームの判定基準

※特定保健指導の階層化の基準とは異なる。

【参考】



★HbA1cの基準値

	正常値	保健指導判定値	受診勧奨判定値
HbA1c (NDSP)(%)	～5.5	5.6～6.4	6.5～

★血圧の基準値

I 度高血圧	収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上
II 度高血圧	収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上
III 度高血圧	収縮期血圧180mmHg以上または拡張期血圧110mmHg以上

★LDLコレステロールの基準値

	正常値	保健指導判定値	受診勧奨判定値
LDLコレステロール(mg/dl)	～119	120～139	140～

※LDLコレステロールについては、180mg/dL以上になると心筋梗塞や狭心症になる確率が上がることがわかっているため、保健指導のアウトカム評価としては160mg/dLが用いられている。

ア 糖尿病の状況

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすいHbA1c6.5%以上の方の減少は

【図表 33】

(単位：人)

年度	HbA1c 測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上			再掲		
					再)7.0以上	再掲				
						未治療	治療			
H29	22,333	10,547 47.2%	7,084 31.7%	2,542 11.4%	2,160 9.7%	933 43.2%	1,227 56.8%	9.7%		
					1,135 5.1%	384 33.8%	751 66.2%	5.1%		
H30	27,562	11,780 42.7%	9,132 33.1%	3,646 13.2%	3,004 10.9%	1,236 41.1%	1,768 58.9%	10.9%		
					1,642 6.0%	547 33.3%	1,095 66.7%	6.0%		
R01	27,779	13,391 48.2%	8,153 29.3%	3,088 11.1%	3,147 11.3%	1,112 35.3%	2,035 64.7%	11.3%		
					1,690 6.1%	460 27.2%	1,230 72.8%	6.1%		
R02	27,400	12,917 47.1%	8,014 29.2%	3,240 11.8%	3,229 11.8%	1,229 38.1%	2,000 61.9%	11.8%		
					1,810 6.6%	527 29.1%	1,283 70.9%	6.6%		
R03	28,314	12,926 45.7%	8,674 30.6%	3,469 12.3%	3,245 11.5%	1,284 39.6%	1,961 60.4%	11.5%		
					1,738 6.1%	515 29.6%	1,223 70.4%	6.1%		
R04	26,352	12,143 46.1%	8,044 30.5%	3,218 12.2%	2,947 11.2%	1,092 37.1%	1,855 62.9%	11.2%		
					1,537 5.8%	439 28.6%	1,098 71.4%	5.8%		

○HbA1c6.5%以上者の前年度からの変化（継続受診者）

【図表 34】

年度	HbA1c6.5% 以上	変化			
		改善率	変化なし	悪化	継続未受診者
H30-R1	3,004人 10.9%	735人 24.5%	868人 28.9%	272人 9.1%	1,129人 37.6%
R3-R4	3,245人 11.5%	747人 23.0%	949人 29.2%	336人 10.4%	1,213人 37.4%

ヘルスサポートラボツール（評価ツール）より

【図表 35】

○HbA1c8.0%以上の割合の変化（H30年度とR4年度）

(単位：人)

HbA1c (NGSP) (%)	糖尿病 治療の有無		治療中				治療なし			
			H30		R4		H30		R4	
	H30受診者	R4受診者	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	27,562	26,352	2,566	9.3%	2,706	10.3%	24,996	90.7%	23,646	89.7%
8.0以上	489	422	288	11.2%	307	11.3%	201	0.8%	115	0.5%
(再掲) 8.4以上	345	277	184	7.2%	184	6.8%	161	0.6%	93	0.4%

ヘルスサポートラボツール（健診結果集計ツール）より

※国は、健康日本 21（第三次）の目標指標に「HbA1c8.0%以上の者の割合」を掲げている。

イ 血圧の状況

【図表 36】

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲		再掲率
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療	再掲率	再掲率	
H29	22,414	10,896 48.6%	6,546 29.2%	4,071 18.2%	901 4.0%	466 51.7%	435 48.3%	0.6%	4.0%	
H30	27,812	13,169 47.4%	8,251 29.7%	5,225 18.8%	1,167 4.2%	663 56.8%	504 43.2%	0.7%	4.2%	
R01	28,115	13,249 47.1%	8,437 30.0%	5,230 18.6%	1,199 4.3%	633 52.8%	566 47.2%	0.6%	4.3%	
R02	27,805	12,183 43.8%	8,609 31.0%	5,620 20.2%	1,393 5.0%	723 51.9%	670 48.1%	0.8%	5.0%	
R03	28,690	12,847 44.8%	8,720 30.4%	5,783 20.2%	1,340 4.7%	721 53.8%	619 46.2%	0.6%	4.7%	
R04	26,626	12,281 46.1%	7,947 29.8%	5,222 19.6%	1,176 4.4%	642 54.6%	534 45.4%	0.6%	4.4%	

○Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

【図表 37】

年度	Ⅱ度高血圧 以上	変化			
		改善率	変化なし	悪化	継続未受診者
H30-R1	1,167人 4.2%	527人 45.2%	132人 11.3%	24人 2.1%	484人 41.5%
R3-R4	1,340人 4.7%	597人 44.6%	182人 13.6%	27人 2.0%	534人 39.9%

ヘルスサポートラボツール(評価ツール)より

ウ 脂質異常の状況

【図表 38】

高血圧者の医療のかかり方

(単位:人・%)

R03年度

特定健診			血圧									
対象者	受診者	HbA1c 実施者	受診率	Ⅱ度以上		未治療			治療中断		不定期受診	
				D	D/B	E	E/D	F	F/D	G	G/D	
A	B	C	B/A	D	D/B	E	E/D	F	F/D	G	G/D	
80,688	28,690	28,314	36	1,340	4.7	416	31.0	62	4.6	272	20.3	

- ①未治療…12ヶ月間、全く高血圧のレセプトがない
- ②治療中断…高血圧のレセプトがある者のうち、直近(年度末の3月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない。
- ③不定期受診…②以外で直近半年の受診が3回以下(ただし、治療開始と考えられる者を除く)

ヘルスサポートラボツール(評価ツール)より

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
 重症化しやすいLDL160mg/dl以上の方の減少は

【図表 39】

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲	割合
					再)180以上	未治療	治療		
H29	22,414	9,752 43.5%	5,701 25.4%	3,907 17.4%	3,054	2,839	215	4.8%	13.6%
					1,074 4.8%	999 93.0%	75 7.0%		
H30	27,780	12,464 44.9%	6,829 24.6%	4,727 17.0%	3,760	3,465	295	5.0%	13.5%
					1,395 5.0%	1,300 93.2%	95 6.8%		
R01	28,066	13,045 46.5%	6,885 24.5%	4,595 16.4%	3,541	3,220	321	4.7%	12.6%
					1,308 4.7%	1,196 91.4%	112 8.6%		
R02	27,753	12,676 45.7%	6,744 24.3%	4,704 16.9%	3,629	3,336	293	4.8%	13.1%
					1,339 4.8%	1,235 92.2%	104 7.8%		
R03	28,643	13,362 46.7%	6,825 23.8%	4,842 16.9%	3,614	3,313	301	4.7%	12.6%
					1,350 4.7%	1,251 92.7%	99 7.3%		
R04	26,592	12,847 48.3%	6,431 24.2%	4,158 15.6%	3,156	2,893	263	4.2%	11.9%
					1,128 4.2%	1,048 92.9%	80 7.1%		

○LDL160mg/dl以上者の前年度からの変化（継続受診者）

【図表 40】

年度	LDL160以上	変化			
		改善率	変化なし	悪化	継続未受診者
H30-R1	3,760人 13.5%	1,384人 36.8%	844人 22.4%	209人 5.6%	1,323人 35.2%
R3-R4	3,614人 12.6%	1,378人 38.1%	792人 21.9%	196人 5.4%	1,248人 34.5%

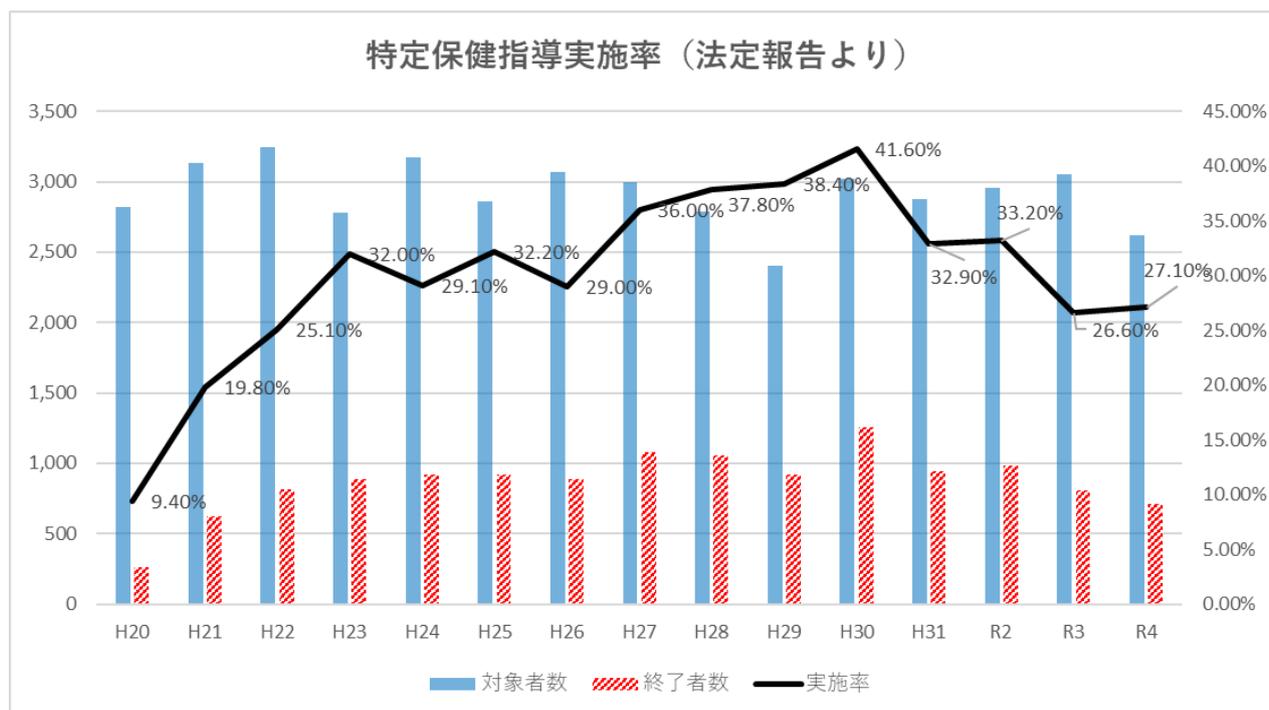
ヘルスサポートラボツール（評価ツール）より

(3) 特定保健指導実施状況 (※特定健診等データ管理システム(法定報告))

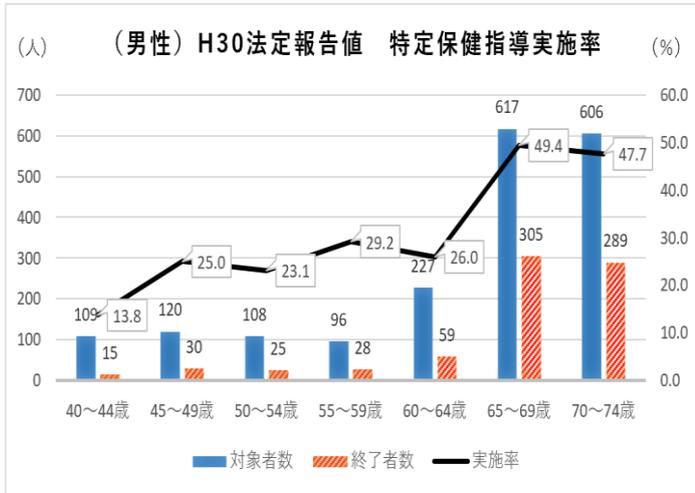
○特定保健指導の実施率は平成30年度を境に減少しています。(図表41)

令和4年度の性・年齢別実施率をみると、最も実施率が高いのは65～69歳の女性、最も低いのは40歳代の男性となっています。また、平成30年度と比較すると、全世代で実施率が低下していますが、70～74歳男性の実施率の低下率が特に大きくなっています。(図表42・43・44・45)

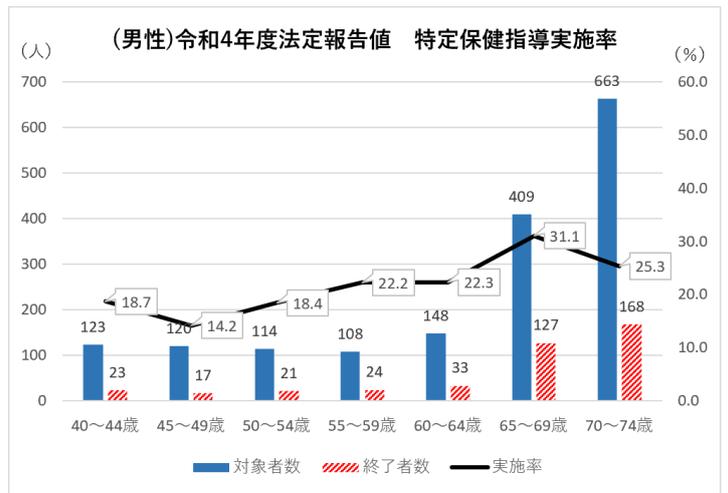
【図表41】



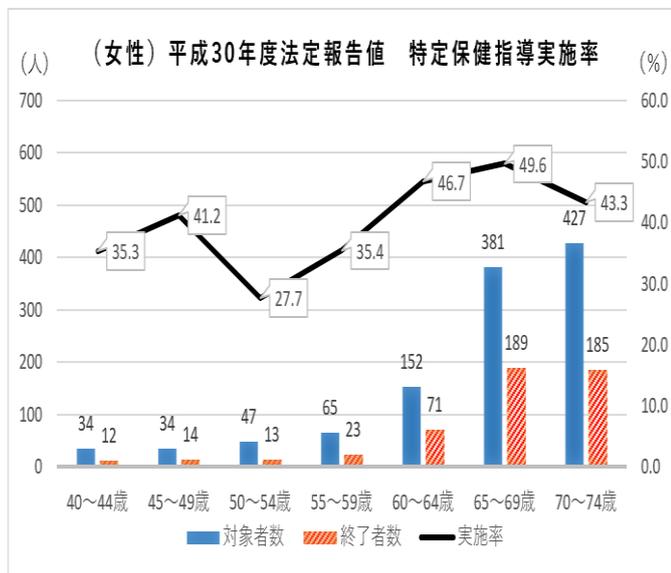
【図表 42】



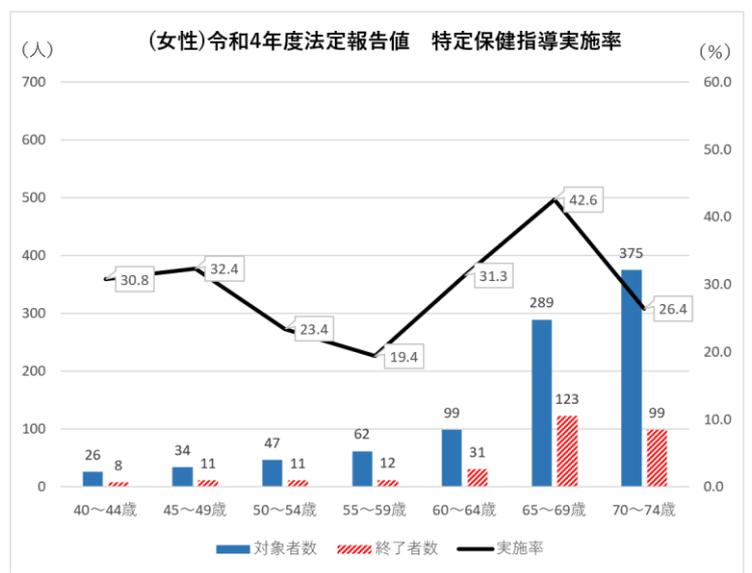
【図表 43】



【図表 44】



【図表 45】



(4) 医療

① 医療費

○平成30年度から令和4年度にかけての総医療費は、およそ1億4800万円増加しています。一人当たり医療費は、同規模・県・国と比較して高く、第2章1-(3)でも述べたように、医療費を入院と外来分けてみると、入院の割合が同規模と比較して高くなっています。

※同規模とは、中核市・特別区のことを指します。

医療費の推移

【図表46】

	鹿児島市		同規模	県	全国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
被保険者数(人)	123,701	114,056	-	-	-
総医療費(円)	49,768,602,710	51,255,866,830	-	-	-
年間一人当たり医療費(円)	402,330	449,392	350,112	44,085	339,680
		県内20位 同規模3位			
受療率(%)	764.584	792.157	721.674	785.808	705.439

ヘルスサポートラボツール (KDB_csv2 次加工ツール様式5-1) より

○一人当たりの入院医療費の伸び率は、令和元年度からは、同規模平均の伸び率と同様の傾向でありましたが、令和4年度は同規模平均を上回っています。

※同規模とは、中核市・特別区のことを指します。

一人当たり入院医療費

【図表47】

(年度)	鹿児島市		同規模	
	(円)	伸び率 (前年度比)	(円)	伸び率 (前年度比)
H30	189,240	-	124,200	-
R元	195,600	3.4%	128,400	3.4%
R2	193,800	-0.9%	126,360	-1.6%
R3	200,040	3.2%	132,600	4.9%
R4	205,920	2.9%	133,560	0.7%

KDBシステム：地域の全体像の把握より

② 中長期目標疾患が医療費に占める割合

○中長期目標疾患である、脳・心・腎が総医療費に占める割合を、平成30年度と比較してみると、脳血管疾患、虚血性心疾患については減少しているものの、慢性腎不全（透析有）については、増加しています。脳血管疾患、虚血性心疾患については国と同規模も同様の傾向ですが、慢性腎不全（透析有）については、本市のみ増加となっています。（図表48）※同規模とは、中核市・特別区のことを指します。

○慢性腎不全（透析有）が増加した要因を把握するために、令和4年度新規透析患者57名を分析したところ、高血圧合併が98.2%、糖尿病合併が78.9%という状況でした。また、同患者の特定健康診査の直近5年間の受診歴をみると、5年間未受診者が68.4%あることが分かりました。（図表49）

※KDBシステムでは糖尿病性腎症での医療費が算出できないため、慢性腎臓病（透析有無）で算出

【図表48】

○中長期目標疾患の医療費の変化

	鹿児島市		同規模		県		国			
	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度		
総医療費（円）	49,768,602,710 (497億6860万)	51,255,866,830 (512億5586万)								
中長期目標疾患 医療費合計（円）	9,791,564,700 19.67%	9,378,074,350 18.3%	20.42%	18.49%	20.15%	18.9%	20.7%	18.6%		
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞 脳出血	2.83%	2.33%	2.19%	2.05%	2.5%	2.38%	2.19%	2.03%
	心	狭心症 心筋梗塞	1.65%	1.33%	1.82%	1.45%	1.71%	1.44%	1.83%	1.45%
	腎	慢性腎不全 (透析有)	5.64%	5.85%	4.83%	4.59%	5.38%	5.3%	4.52%	4.26%
		慢性腎不全 (透析無)	0.35%	0.32%	0.32%	0.3%	0.31%	0.33%	0.31%	0.29%
その 他の 疾患	悪性新生物		13.29%	14.32%	15.09%	16.43%	13.11%	14.42%	15.31%	16.69%
	筋・骨疾患		8.96%	9.16%	8.68%	8.56%	9.49%	9.49%	8.79%	8.68%
	精神疾患		10.11%	8.75%	8.23%	7.85%	10.93%	9.59%	8.33%	7.63%

最大医療資源病（調剤含む）による分析結果

KDBシステム：健診・医療介護データから見る地域の健康課題より

◆「最大医療資源病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

※KDBシステムでは糖尿病性腎症重症での医療費額が算出できないため、慢性腎臓病（透析有無）で算出

令和4年度新規透析患者57名の状況

【図表49】

<基礎疾患>

高血圧	56人	98.2%
糖尿病	45人	78.9%
高血圧+糖尿病	44人	77.2%

H30-R4健診受診状況

毎年受診	0人	0%
未受診	39人	68.4%
不定期受診	18人	31.6%

③ 新規患者数

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の新規患者数（千人あたり）は平成30年度と比較していずれも減少しています。（図表50・51・52）

【図表50】

疾患 (年度)	脳血管疾患					
	毎年5月診療分（KDB7月作成）		年度累計			
	新規患者数（千人あたり）		入院医療費（円）			
	脳血管疾患		脳出血	伸び率	脳梗塞	伸び率
保険者	同規模					
H30	5.332	3.405	368,743,210	-	787,711,200	-
R元	5.318	3.248	337,131,670	-0.09	884,960,450	0.12
R2	4.477	3.030	297,843,770	-0.12	74,688,581	-0.92
R3	4.027	3.051	296,606,900	0.00	789,917,650	9.58
R4	4.062	3.102	306,674,630	0.03	699,374,260	-0.11

【図表51】

疾患 (年度)	虚血性心疾患					
	毎年5月診療分（KDB7月作成）		年度累計			
	新規患者数（千人あたり）		入院医療費（円）			
	虚血性心疾患		狭心症	伸び率	心筋梗塞	伸び率
保険者	同規模					
H30	5.487	3.889	390,507,810	-	168,922,130	-
R元	5.143	3.532	373,285,230	-0.04	138,093,940	-0.18
R2	4.760	3.174	396,698,400	0.06	148,194,880	0.07
R3	4.638	3.404	328,225,860	-0.17	132,562,450	-0.11
R4	4.455	3.366	332,112,290	0.01	146,888,970	0.11

【図表52】

疾患 (年度)	糖尿病性腎症		慢性腎不全	
	毎年5月診療分（KDB7月作成）		年度累計	
	新規患者数（千人あたり）		入院・外来医療費（円）	
	保険者	同規模	人工透析	伸び率
H30	1.461	0.948	2,807,399,080	-0.17
R元	2.325	0.918	2,914,316,110	0.04
R2	1.840	0.951	2,890,947,620	-0.01
R3	1.485	0.999	2,976,513,650	0.03
R4	1.114	0.769	2,999,360,520	0.01

④ どのような疾患で医療にかかっているか

どのような疾患で入院しているのか、治療を受けているのかについて、医療費の負担額が大きい疾患でみると、がんの割合が最も高くなっています。また、すべての疾患で70歳代の占める割合が多くなっていますが、一方で50歳未満の脳血管疾患の高額レセプトがある方が6.1%、虚血性心疾患の高額レセプトがある方が6.2%となっています。年齢にかかわらず血管イベントの予防を行うことで、脳血管疾患、虚血性心疾患による長期入院を減少させることにつながります。(図表53)

【図表53】

医療費の負担額が大きい疾患、将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患について、予防可能な疾患かどうかを見極める。

厚労省様式	対象レセプト (R04年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他		
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (100万円以上レセ)	人数	3,561人	235人 6.6%	163人 4.6%	991人 27.8%	2,395人 67.3%		
		件数	年 代 別	6,355件	400件 6.3%	177件 2.8%	1,672件 26.3%	4,106件 64.6%	
				40歳未満	15人 3.8%	2人 1.1%	19人 1.1%	471人 11.5%	
				40代	9人 2.3%	2人 5.1%	60人 3.6%	307人 7.5%	
				50代	52人 13.0%	18人 10.2%	126人 7.5%	406人 9.9%	
				60代	103人 25.8%	59人 33.3%	621人 37.1%	1328人 32.3%	
				70-74歳	221人 55.3%	89人 50.3%	846人 50.6%	1589人 38.7%	
費用額	107億1272万円	5億9697万円 5.6%	3億6901万円 3.4%	26億8716万円 25.1%	70億5957万円 65.9%				

*最大医療資源傷病名(主病)で計上

*疾患別(脳・心・がん・その他)の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しない。

厚労省様式	対象レセプト (R04年度)		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	1,395人	693人 49.7%	233人 16.7%	120人 8.6%
		件数	12,734件	5,871件 46.1%	1,789件 14.0%	925件 7.3%
		費用額	63億0268万円	23億9894万円 38.1%	9億8084万円 15.6%	5億0964万円 8.1%

*精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上

*脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)

ヘルスサポートラボツール (KDB_csv2 次加工ツール) より

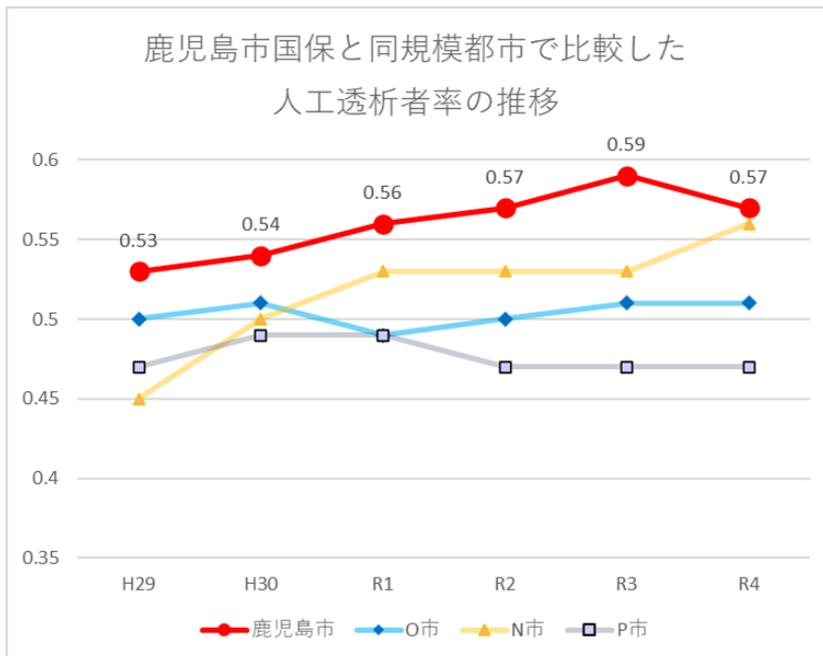
⑤ 人工透析の状況

疾病別一人当たり医療費（図表 14）で最も高額である腎不全について、人工透析患者割合は、中核市の中でワースト 1 位を継続しています。（図表 54）

新規透析患者数は減少傾向です。（図表 55）

平成 30 年度と令和 4 年度の推移を国・県・同規模と比較すると、100 万対の患者数は増加しており、増加数が国・県・同規模よりも多くなっています。75 歳以上についても同様の傾向となっています。（図表 56・58）※同規模とは、中核市・特別区のことを指します。

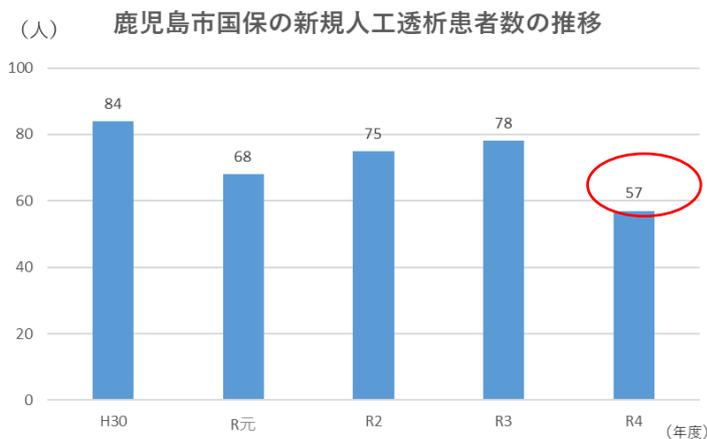
【図表 54】



※KDBシステム（同規模保険者比較）

※平成29年度の上位4都市で比較

【図表 55】



新医療費システム 新規患者一覧より
（資格移動に伴う増加分は含まれない）

人工透析の医療費（H30－R4比較）

1) 国民健康保険（0～74歳）

【図表 56】

	被保険者数	人工透析				R4医療費		
		H30		R4		医療費 (調剤含む)	人工透析患者の医療費 *人工透析レセプト点数を計上	
	A	B		B		C	D	D/C
	人数(年度末)	人数(年度末)	被保険者100万対	人数(年度末)	被保険者100万対	円	円	%
鹿児島市国保	114,056人	672人	5,432	659人	5,778	512億5587万円	44億4141万円	8.67
同規模	6,104,064人	20,408人	3,347	21,628人	3,543	21371億0555万円	1399億2770万円	6.55
県	356,708人	2,056人	5,306	1,970人	5,523	1584億0856万円	129億6959万円	8.19
全国	27,488,882人	91,542人	3,265	89,397人	3,252	9兆3374億1148万円	5717億5114万円	6.12

2-1) 後期高齢者医療（65～74歳までの一定の障害のある方（障害認定））

【図表 57】

	被保険者数	人工透析				R4医療費		
		H30		R4		医療費 (調剤含む)	人工透析患者の医療費 *人工透析レセプト点数を計上	
	A	B		B		C	D	D/C
	人数(年度末)	人数(年度末)	被保険者100万対	人数(年度末)	被保険者100万対	円	円	%
鹿児島市後期	501人	41人	79,767	31人	61,876	12億9311万円	2億6904万円	20.81
同規模	52,507人	6,548人	121,505	6,367人	121,260	1129億5082万円	408億0435万円	36.13
県	2,896人	366人	105,719	286人	98,757	69億4114万円	19億6402万円	28.30
全国	254,644人	39,696人	127,527	33,204人	130,394	5581億3507万円	2104億7473万円	37.71

2-2) 後期高齢者医療（75歳以上）

【図表 58】

	被保険者数	人工透析				R4医療費		
		H30		R4		医療費 (調剤含む)	人工透析患者の医療費 *人工透析レセプト点数を計上	
	A	B		B		C	D	D/C
	人数(年度末)	人数(年度末)	被保険者100万対	人数(年度末)	被保険者100万対	円	円	%
鹿児島市後期	83,608人	560人	7,197	647人	7,738	885億1612万円	45億3383万円	5.12
同規模	4,478,603人	25,143人	7,057	32,106人	7,169	37921億8981万円	2085億1282万円	5.50
県	268,170人	1,796人	6,744	1,920人	7,160	2678億9426万円	131億0029万円	4.89
全国	18,998,051人	116,175人	6,627	130,553人	6,872	15兆5577億5162万円	8378億0400万円	5.39

※人数は年度末の人数を計上。

※人工透析患者の医療費は、人工透析レセプト点数を計上。

腎各論_表 2, 3 作成ツール：KDB システム（地域の全体像の把握、医療費分析（1）細小分類、疾病別医療費分析大分類）より

(4) 介護

令和4年度の1号認定率は、21.8%であり、同規模、国と比較すると若干高い割合となっています。

(図表 59) ※同規模とは、中核市・特別区のことを指します。

調整済み認定率については、全国平均よりも高く、同規模4市平均と比較すると低いです。(図表 60)

要介護認定者のレセプトより、要介護認定者の有病率は血管疾患（脳血管疾患や虚血性心疾患、腎不全等）が97.4%であり、筋・骨格疾患の96.7%を上回っています。要介護認定者は脳卒中の罹患割合が半数以上を占め、また高血圧や糖尿病等の基礎疾患の罹患割合も高いです。(図表 62)

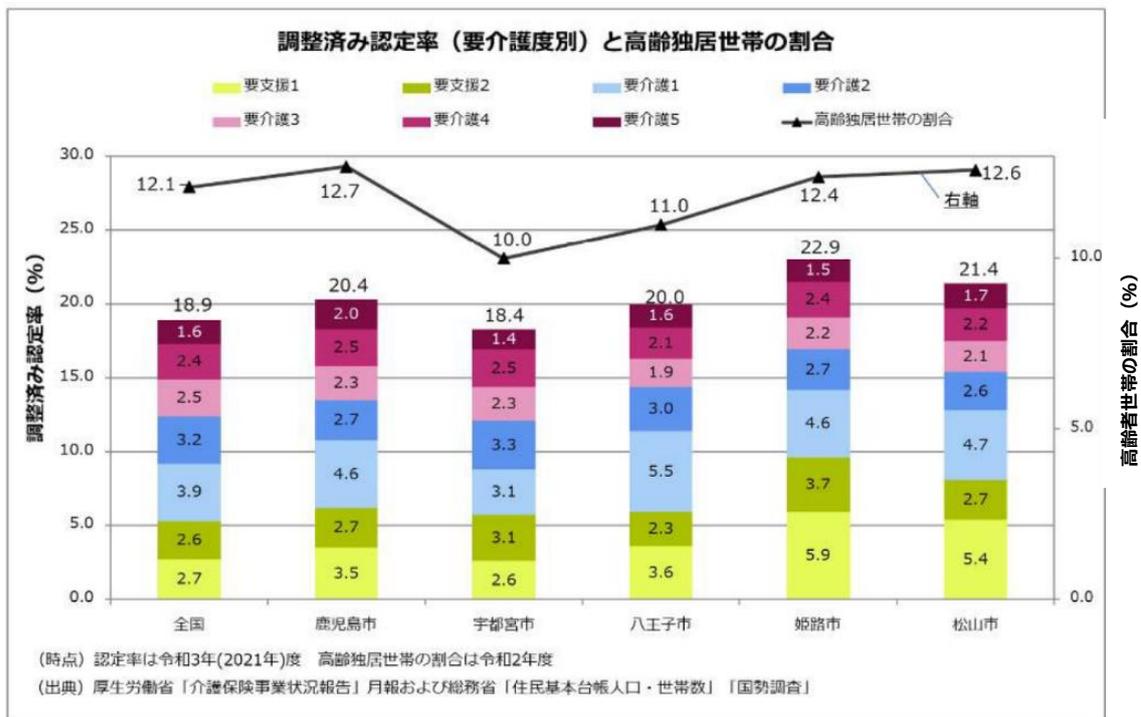
○介護保険認定者（率）の状況

【図表 59】

	鹿児島市				同規模	県	全国
	H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
高齢化率	145,300人	24.8%	158,804人	28.6%	26.4%	32.8%	28.7%
2号認定者	768人	0.39%	710人	0.39%	0.39%	0.37%	0.38%
1号認定者	33,365人	22.8%	34,821人	21.8%	20.5%	20.1%	19.4%
新規認定者	447人	0.3%	562人	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%

ヘルスサポートラボツール（KDB_csv 2次加工ツール）様式5-1より

【図表 60】



※ 比較に当たっては、全国平均に加え、同規模の都市として、中核市のうち50万人以上で高齢化率25%以上の「宇都宮市」「八王子市」「姫路市」「松山市」の4市を比較対象とした。

※ 「調整済み認定率」とは、認定率の多寡に大きな影響を及ぼす、「第1号被保険者の性・年齢構成」の影響を除外した認定率

鹿児島市ホームページ掲載の「見える化」システムを活用した地域分析（令和5年度）より

【図表 61】

○介護給付費の変化

	鹿児島市		同規模	県	全国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
介護給付費（円）	444億7214万	494億5911万	-	-	-
一人当たり給付費（円）	306,071	311,448	301,091	316,197	290,668
1件当たり給付費（円） （全体）	59,704	57,228	55,521	68,209	59,662
居宅サービス	44,320	42,782	41,018	44,980	41,272
施設サービス	290,367	300,334	300,596	298,436	296,364

ヘルスサポートラボツール（KDB_csv 2次加工ツール）様式5-1より

○何の疾患で介護保険を受けているのか（令和4年度）

（単位：人）【図表 62】

要介護 実合状況 ★NO.49	有 病 状 況 (レセプトの 診断名より 重複して計上)	受給者区分		2号		1号				合計			
		年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計		合計	
		介護件数（全体）		710		3,951		30,870		34,821		35,531	
		再) 国保・後期		313		2,673		28,625		31,298		31,611	
		疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	血管 疾 患	循環器 疾患	1	脳卒中	211 67.4%	脳卒中	1,379 51.6%	脳卒中	15,373 53.7%	脳卒中	16,752 53.5%	脳卒中	16,963 53.7%
2			虚血性 心疾患	76 24.3%	虚血性 心疾患	837 31.3%	虚血性 心疾患	13,430 46.9%	虚血性 心疾患	14,267 45.6%	虚血性 心疾患	14,343 45.4%	
3			腎不全	69 22.0%	腎不全	544 20.4%	腎不全	7,707 26.9%	腎不全	8,251 26.4%	腎不全	8,320 26.3%	
4		糖尿病 合併症	58 18.5%	糖尿病 合併症	498 18.6%	糖尿病 合併症	4,125 14.4%	糖尿病 合併症	4,623 14.8%	糖尿病 合併症	4,681 14.8%		
基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常 症)		281 89.8%	基礎疾患	2,438 91.2%	基礎疾患	27,569 96.3%	基礎疾患	30,007 95.9%	基礎疾患	30,288 95.8%			
血管疾患合計		289 92.3%	合計	2,512 94.0%	合計	27,982 97.8%	合計	30,494 97.4%	合計	30,783 97.4%			
認知症		49 15.7%	認知症	768 28.7%	認知症	14,672 51.3%	認知症	15,440 49.3%	認知症	15,489 49.0%			
筋・骨格疾患		267 85.3%	筋骨格系	2,491 93.2%	筋骨格系	27,817 97.2%	筋骨格系	30,308 96.8%	筋骨格系	30,575 96.7%			

ヘルスサポートラボツール（KDB_csv2 次加工ツール）より

第3章 第二期データヘルス計画の評価と健康課題のまとめ

1. 評価

鹿児島市では、国保加入者の「健康寿命の延伸・QOLの向上」と「医療費の適正化」に向けて、第二期データヘルス計画に則して、下記のとおり「達成すべき目的」ごとに「課題を解決するための目標」を立て、各保健事業に取り組みました。

第二期では、糖尿病性腎症重症化予防プログラムに関する医療機関との連携体系を構築することができました。また、高血圧等の生活習慣病に対する重症化予防の取組の成果として脳血管疾患・虚血性心疾患が総医療費に占める割合や健診受診者の有所見者割合は減少傾向にあります。一人あたり医療費の抑制や若年層からの発症予防の取り組みについては課題が残りました。

「健康寿命の延伸・QOLの向上」、「医療費の適正化」

	達成すべき目的	課題を解決するための目標
中長期目標	適正受診を推進し、重症化する患者を減らし、医療費の伸びを抑制する。	<ul style="list-style-type: none"> 一人当たりの医療費の伸びの抑制（対前年伸率） 一人当たり入院医療費の伸び率の抑制（前年度比） 脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少 虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少 慢性腎不全（人工透析）の総医療費に占める割合の減少
	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症、人工透析の新規患者数を減らす。	<ul style="list-style-type: none"> 脳血管疾患新規患者数の減少 虚血性心疾患新規患者数の減少 糖尿病性腎症新規患者数の減少 人工透析患者割合を0.6%以下に抑制
短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす。	<ul style="list-style-type: none"> 健診受診者の高血圧有病率(160/100mmHg以上)の割合減少 健診受診者の脂質異常者(LDL180mg/dl以上)の割合減少 健診受診者のHbA1c8.0%以上で未治療者の割合減少 糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合増加 メタボリックシンドローム・予備群の割合減少
	医療費削減のために、特定健康診査受診率、特定保健指導の実施率向上により、重症化予防対象者を減らす。	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査受診率 60%以上 特定保健指導実施率 60%以上 特定保健指導対象者の減少率 25%

	達成すべき目的	課題を解決するための目標
短期目標	がんの早期発見、早期治療	・各がん検診受診率を上昇させる 胃がん検診：50%以上、肺がん検診：50%以上 大腸がん検診：50%以上、子宮がん検診：50%以上 乳がん検診：50%以上
	歯科健診（歯周病健診）受診率を向上し、関連疾患を予防する。	・歯科健診（歯周病健診含む）の受診率の増加
	後発（ジェネリック）医薬品の使用による医療費の削減。	・後発（ジェネリック）医薬品の使用割合90%以上

○「課題を解決するための目標」を達成するために、第二期計画では、下記表のとおり保健事業を実施しました。

※第二期データヘルス計画の目標指標（中間評価にて変更）については、評価を実施

【評価】A：目標に達している

B：目標に達していないが改善している

C：目標に達していないが横ばいである

D：悪化している。

事業名	指標	実績（年度）						R5 目標値	評価
		H29	H30	R1	R2	R3	R4		
全般	一人当たり医療費の伸びの抑制	2.4% (2.4%)	3.3% (4.1%)	3.2% (2.9%)	2.3% (△0.2%)	2.8% (4.8%)	2.9% (3.2%)	2.1%	D
	一人当たり入院医療費の伸び率の抑制	2.6%	5.7%	3.4%	△0.9%	3.2%	2.9%	同規模平均 R4:0.7%	D
特定健康診査事業 特定健康診査受診者 保健指導事業	特定健診受診率 60%増加	26.6%	33.7%	34.6%	33.9%	35.6%	34.5%	60.0%	B
	特定保健指導実施率 60%増加	38.4%	41.6%	32.9%	33.2%	26.6%	27.1%	60.0%	C
	特定保健指導対象者の減少率	15.2%	19.7%	16.6%	15.1%	17.1%	18.3%	25.0%	C
	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少	27.9%	29.7%	30.7%	31.8%	31.8%	31.1%	県平均 R4:34%	A

事業名	指 標	実 績						R5 目標値	評 価
		H29	H30	R1	R 2	R 3	R 4		
糖尿病性腎症重症化予防プログラム推進事業 健診受診者保健指導事業	脳血管疾患の総医療費に占める割合減少	3.11%	2.84%	2.90%	2.56%	2.53%	2.33%	県平均 R4:2.38%	A
	虚血性心疾患の総医療費に占める割合減少	1.75%	1.65%	1.55%	1.60%	1.34%	1.33%	県平均 R4:1.44%	A
	慢性腎不全(透析有)の総医療費に占める割合減少	6.86%	5.64%	5.84%	5.91%	5.86%	5.85%	中間評価値以下 R1 : 5.84%	B
	脳血管疾患新規患者数の減少	4.88%	5.33%	5.32%	4.48%	4.03%	4.06%	同規模平均 R4:3.1%	B
	虚血性心疾患新規患者数の減少	5.73%	5.49%	5.14%	4.76%	4.64%	4.46%	同規模平均 R4:3.37%	B
	糖尿病性腎症新規患者数の減少	1.49%	1.46%	2.33%	1.84%	1.49%	1.11%	同規模平均 R4:0.77%	B
	人工透析患者割合	0.52%	0.54%	0.57%	0.58%	0.59%	0.58%	0.6%以下に抑制	A
	健診受診者の高血圧(160/100mmHg以上)の割合減少	4.0%	4.2%	4.3%	5.0%	4.7%	4.4%	県平均 R4:4.6%	A
	健診受診者の脂質異常者(LDL180mg/dl以上)の割合減少	4.8%	5.0%	4.7%	4.8%	4.7%	4.2%	県平均 R4:3.3%	B
	受診者の血糖コントロール不良者(HbA1c8.0%以上)の割合の減少	1.6%	1.8%	1.8%	2.0%	1.8%	1.6%	県平均 R4:1.5%	B

事業名	指標	実績						R5 目標値	評価
		H29	H30	R1	R2	R3	R4		
がん検診	胃がん検診受診率 50%以上	2.5%	2.4%	2.2%	2.1%	2.2%	2.1% 男性：60.8 女性：52.5	50.0%	-
	肺がん検診受診率 50%以上	4.5%	4.5%	4.2%	4.0%	4.2%	4.2% 男性：76.9 女性：64.9	50.0%	-
	大腸がん検診受診率 50%以上	4.2%	4.3%	4.1%	4.0%	4.1%	4.1% 男性：53.1 女性：50.0	50.0%	-
	乳がん検診受診率 50%以上	15.9%	15.5%	15.6%	15.1%	14.8%	14.9% 女性：58.4	50.0%	-
	子宮頸がん検診受診率 50%以上	11.4%	11.5%	11.3%	11.1%	11.3%	11.5% 女性：52.9	50.0%	-
歯科検診	歯科健診（歯周病健診）受診率増加	3.2%	3.0%	3.1%	3.5%	4.8%	4.7% 20～59歳：50.2 60歳：52.7	-	-
医薬品利用 促進事業	後発医薬品使用割合90%以上	78.9%	82.2%	84.5%	86.1%	85.8%	87.7%	90.0%	B

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

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

※3：がん検診受診率については、被保険者以外も対象としたデータ。上段は、鹿児島県が集計する「がん検診受診率69歳以下」から引用。下段はR4年度に実施したかごしま市民すこやかプラン最終評価のためのアンケート調査から引用。

※4：歯科健診（歯周病健診）受診率は被保険者以外も対象としたデータ。下段は、R4年度に実施したかごしま市民すこやかプラン最終評価のためのアンケート調査から引用

※5：同規模とは、中核市・特別区のことを指します。

2. 健康課題の整理・考察

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

○**医療費分析**より、人工透析患者割合を減らしていくことが医療費抑制につながると考えられます。令和4年度新規人工透析患者57名を分析したところ、その背景に高血圧と糖尿病を抱えている状況が分かりました。今後、特定健康診査の受診率向上を目指すとともに、糖尿病と高血圧に着目した介入について優先的に取り組む必要があります。

○**糖尿病性腎症重症化予防プログラム推進事業**では、令和4年度に病診連携、令和5年度にかかりつけ医等との連携した保健指導について、医療機関との連携体系が構築され、鹿児島市糖尿病性腎症重症化予防プログラムノートも作成しました。新規人工透析導入患者の減少に向けて、今後もこの取り組みの推進を図っていく必要があります。

○**特定健康診査の受診率向上**に対しては、インセンティブの強化や未受診勧奨業務委託を行い、40、50代の受診勧奨について取り組みを強化しましたが、さらに受診率向上の取り組みを行う必要があります。

○**重症化予防**については、糖尿病、糖尿病性腎症、高血圧、脂質異常、CKDをターゲットとした取り組みに加え、令和2年度からは、心電図有所見者にも焦点をあて事業を展開してきました。健診結果有所見者の割合をみると、糖尿病、高血圧、脂質異常症ともに令和2年度以降は減少傾向にあります。

また、健診結果有所見者割合とともに、健診受診者における脳血管疾患・心疾患の総医療費に占める割合は減少しており、一定の効果はみられますが、人工透析患者の総医療費に占める割合は増加していること、また疾病別死因割合をみると、脳疾患・糖尿病・腎不全の割合が高いことからさらにターゲットを絞った介入が必要です。

○**特定保健指導**は、実施率が近年低下しており、メタボリックシンドローム該当者の割合が増加していることや、医療費から見える重症化予防の課題からも、特定保健指導の実施率向上への取り組みが必要です。

○**がん検診**では、健診や健康教室等で、がん検診の重要性を啓発したほか、受診しやすい環境づくりに努めました。受診状況については、新型コロナウイルス感染症の影響による検診控えがあったものの、健康増進計画の最終評価に伴うアンケート調査をみると受診率の目標値を達成しています。がんは医療費の負担額が大きい疾患の中でも最も割合が高い疾患であるため、今後も実施率向上への取組が必要です。

○**歯周病検診の受診率**は増加傾向ではありますがまだ低い状況です。令和3年度から半日がん検診の対象年齢を40、50歳から60、70歳まで年齢を拡大し令和5年度から自己負担金を1,500円から500円に減額し受診率の向上に努めています。国の令和6年度予算概算要求において、生涯を通じた切れ目のない歯科健診・検診の実現に向けて現在の歯周疾患検診の対象者40・50・60・70歳に加え、20歳と30歳を加える案が示されました。実施主体である保健予防課と連携し、広報に力を入れ、受診率の向上に引き続き取り組んでいく必要があります。

○**適正受診・適正服薬**では、同じ効果の薬を複数処方（重複服薬）、多数の薬の投与（多剤投与・多重服薬）といった対象者に対して、文書による通知とその後の訪問等による支援を実施しました。通知にあた

り、市医師会・市薬剤師会へ本事業への協力依頼を行い、通知物については、本人がかかりつけ医や薬剤師へと相談しやすい媒体として活用できるように実施しました。今後も引き続き、関係機関と連携しながら取り組んでいく必要があります。

○**後発（ジェネリック）医薬品推進**では、国が掲げている後発（ジェネリック）医薬品使用割合 80%を令和 3 年度に達成しておりますが、本市国民健康保険財政健全化計画の目標値（令和 7 年度末 90%以上）にはまだ達していないため、今後も取り組みを推進していく必要があります。

○**地域包括ケアに係る取り組み**として、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を、令和 3 年度より長寿あんしん課、保健予防課等と連携し、開始しました。その取り組みの一つとして、特定健康診査受診者で当該年度 75 歳になる方について、保健指導対象者の抽出や後期高齢者医療制度における支援への切れ目ないつなぎの体制を構築しました。また、全世代を通じた生活習慣病対策について、あらゆる世代の生活習慣病予防に取り組むことが必要であることから、関係各課と連携し、健康増進に係る保健事業等の取り組みを充実させる必要があります。

○**若い世代からの健康づくりについて**、平成 26 年度から若年者健診及び、生活習慣病発症のリスクがある対象者への保健指導を実施していますが、脳血管疾患、虚血性心疾患が若年層でも発生していることから、これまで以上に若年期から、早期発見早期予防の取り組みができるような仕組みづくりを行う必要があります。

○**保健指導従事者のスキルアップ**について、年に一度の従事者説明会や糖尿病重症化予防にかかる研修会を開催したほか、各保健センター・保健福祉課での事例検討会を実施しました。保健指導の質の向上を目指し、今後も継続して研修会などを実施する必要があります。

3. 健康課題のまとめ

○データ分析結果や第二期データヘルス計画の取組み状況を整理し、「健康寿命の延伸・QOLの向上」と「医療費の適正化」に向けて、以下の健康課題を抽出し、課題解決に向けて保健事業に取り組めます。

■ 健康課題

1. 特定健康診査の受診率が低い。特に40～50歳代。
2. 特定保健指導の実施率が伸び悩んでおり、メタボリックシンドローム該当者が増加傾向。
3. 人工透析患者割合が中核市でワースト1位を継続している。
4. 高血圧の問題（Ⅲ度高血圧の7割が未治療者、新規人工透析患者の9割が高血圧合併）が大きい。
5. 糖尿病の治療中コントロール不良者、未治療者が多い。
6. 高血圧等の生活習慣病を原因とする要介護者が多い。



○上記の健康課題の中でも鹿児島市では、次の課題を優先的に取り組みます。

- 1. 特定健康診査の受診率向上。特に40～50歳代。**
(SMSでの受診勧奨、インセンティブの付与)
- 2. 人工透析につながる、糖尿病・高血圧対策の強化。**
(糖尿病性腎症重症化予防プログラムの推進、
Ⅲ度高血圧の方への健診受診勧奨・治療継続勧奨)
- 3. 関係課と連携した発症予防の取り組み。**
(母子保健部門との連携、ポピュレーションアプローチ)

第4章 第四期特定健康診査等実施計画

1. 第四期特定健康診査等実施計画策定の趣旨・計画期間

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。

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

第四期特定健康診査等実施計画の計画期間は、令和6年度（2024年度）から令和11年度（2029年度）までとします。

2. 第一・二・三期実施計画の結果及び取組

（1）特定健康診査受診率向上への取組

平成20年度～毎年未受診勧奨通知を送付

平成22年度、対象者への全戸訪問による受診勧奨を実施

平成23年度～治療中データの情報提供体系の構築

平成26年度～保険証と特定健康診査受診券の一体化

平成29年度～トク得キャンペーン事業を開始

平成29年度～受診勧奨業務委託

令和4年度～インセンティブとして入浴券を配付（特定年齢対象）

（2）特定保健指導の実施率向上の取組

保健指導未予約者へ再案内通知及び電話勧奨の実施、

平成24年度～28年度特定保健指導利用者へフィットネスクラブ無料体験券の配付

平成28年度～個別訪問による特定保健指導の充実

平成30年度～初回面接の分割実施

令和3年度～ICTを活用した保健指導の実施

3. 第四期（2024年度以降）における変更点

（1）特定健康診査の見直し

①基本的な健診の項目

血中脂質検査における中性脂肪において、やむを得ず空腹時以外で中性脂肪を測定する場合は、食直後を除き随時中性脂肪による血中脂質検査を可とした。

②標準的な質問票

喫煙や飲酒に係る質問項目については、より正確にリスクを把握できるように詳細な選択肢へ修正した。
特定保健指導の受診歴を確認する質問項目に修正した。

(2) 特定保健指導の見直し

① 評価体系の見直し

特定保健指導の実施評価にアウトカム評価を導入し、主要達成目標を腹囲 2 c m・体重 2 k g 減とし、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）や腹囲 1 c m・体重 1k g 減をその他目標として設定した。

② 特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和

特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から 1 週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。

③ 糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方

特定健康診査実施後又は特定保健指導実施後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導対象者として、分母に含めないことを可能とした。

④ 糖尿病等の生活習慣病に係る服薬中の者に対する服薬状況の確認及び特定保健指導対象者からの除外

服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に当たって、確認する医薬品の種類、確認の手順等を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外であっても対象者本人への事実関係の再確認と同意の取得を行えることとした。

⑤ その他の運用の改善

看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第四期期間においても延長することとした。

4 特定健康診査

■ 事業の概要

背景	<ul style="list-style-type: none"> ●平成20年度より、脳血管疾患、心臓病、腎不全等の生活習慣病の原因となるメタボリックシンドロームを対象にした特定健康診査・特定保健指導が保険者に義務付けられた。 ●鹿児島市でも、制度開始以来、特定健康診査実施計画をもとに進められており、様々な取組みを行ってきた。しかし、令和4年度の実施率は34.5%と国の指標60%を下回っており、さらに受診率向上を図る必要がある。 	
目的	<ul style="list-style-type: none"> ●メタボリックシンドローム及びそれに伴う各種生活習慣病の予防を目指した特定健康診査・特定保健指導を進めるため、受診勧奨、再勧奨、広報の取組みを行うことで、特定健康診査の実施率向上を目的とする。 	
具体的内容	<p>標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）に基づき実施。</p> <p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●対象：40歳～74歳の被保険者 ●実施方法：集団及び個別 情報提供対象者への通知 ●実施時期：通年（4月1日～翌年3月31日） 受診券は保険証と一体化したものを前年度末に対象者へ送付。 令和6年12月よりマイナンバーカードと保険証の一体化に伴い、単独で受診券を発行する。 ●実施体制：委託健診機関、委託医療機関 ●健診項目等：【健康診査項目】【標準的な質問票】P43・44参照 ●費用：特定健康診査に係る自己負担額は無料 ●受診勧奨：SMSを活用した受診勧奨、薬局と連携した受診勧奨、受診勧奨チラシの作成 ●未受診者勧奨：業者委託（プロポーザル方式） （1）年度当初の受診勧奨。前年度新規加入者や若年層など。 （2）10月、11月、1月に健診未受診者の健診情報・レセプト状況等の分析により、送付。 ●医療機関との連携：治療中であっても受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行っていただくよう、医療機関へ十分な説明を行う。 また、本人同意のもと、保険者が診察における検査データの提供を受け、特定健康診査結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医への協力依頼及び連携を行う。 ●その他のデータ収集：事業主及び本人の同意のもと、事業主健診の実施機関に健診データの提供を依頼する。 人間ドッグ・脳ドッグの実施機関においても本人の同意のもと、自費健診データの提供を依頼する。 	
評価	評価指標	
	アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率 ・特定健診継続受診率
	アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> ・年齢階級別受診率（40代、50代など）
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・年度当初発送数 ・特定健診受診勧奨通知数 ・情報提供を同封した勧奨通知発送数（治療中データ）の提供数 ・情報提供票の提出病院数 ・健診に関するイベント等での広報場所数 ・事業主健診情報提供数 ・自費人間ドッグ結果の情報提供数 ・SMSでの勧奨通知数 ・薬局と連携した受診勧奨の協力薬局数
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・若い世代（40～50代）へ向けた受診勧奨方法の考案・実施（通知物の内容・SMSなど） ・スケジュール通り遂行したか ・本市国保の課題から、効果的な対象者抽出、通知物作成、効果分析を実施する委託先を選定する。 ・市民、医療機関へ情報提供利用の周知強化を行う
チャート	<ul style="list-style-type: none"> ・市医師会・健診機関・医師会未加入医療機関や関係課への周知、協力依頼 ・受診勧奨通知物の内容 ・情報提供については、県医師会、県国保連合会、市の三者契約にて実施。 ・受診勧奨の通知物に治療中データ情報提供について明示し、情報提供数の増加を図る。 	

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時 (R4年度)	目標値					
		R6	R7	R8（中間）	R9	R10	R11（最終）
特定健診実施率（期待値）	34.5%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
特定健診実施率（充足値）	KDB同規模比較で同規模83都市で上位1/3の値（R4:同規模27位は39.5%。本市は53位）						
特定健診実施率（限界値）	前年度より0.1%以上増加						

【健康診査項目】

健 診 項 目		健康診査(特定・長寿・一般)	
診 察	既往歴	◎	
	うち服薬歴	◎	
	うち喫煙歴	◎	
	自覚症状	◎	
	他覚症状	◎	
身 体 計 測	身長	◎	
	体重	◎	
	腹囲	◎	
	BMI	◎	
血 圧	収縮期血圧	◎	
	拡張期血圧		
肝 機 能	AST(GOT)	◎	
	ALT(GPT)	◎	
	γ-GT(γ-GTP)	◎	
血 中 脂 質	空腹時中性脂肪	●	
	随時中性脂肪	●	
	HDL-コレステロール	◎	
	LDL-コレステロール	◎	
	(Non-HDLコレステロール)	情報提供時のみ可	
血 糖	空腹時血糖	■	
	HbA1c	◎	
	尿糖	半定量	◎
尿 検 査	尿蛋白	半定量	◎
	尿潜血	試験紙法	◎
	血清クレアチニン		◎
	血清尿酸		◎
検 貧 血	ヘマトクリット値	□	
	血色素量	□	
	赤血球数	□	
心電図(12誘導心電図)		□	
眼底検査		□	
医師所見	医師の判断欄の記載	◎	

◎ 必須項目

● いずれかの項目の実施で可

■ 空腹時血糖は、食後10時間以上の受診者に実施

□ 医師の判定に基づき選択的に実施する項目

参考：標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

【標準的な質問票】

	質問項目	回答
1-3	現在、a から c の薬の使用の有無*	
1	a. 血圧を下げる薬	① はい ② いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	① はい ② いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	① はい ② いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	① はい ② いいえ
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	① はい ② いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	① はい ② いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	① はい ② いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている）	① はい（条件1と条件2を両方満たす） ② 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす） ③ いいえ（①②以外）
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	① はい ② いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施。	① はい ② いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施。	① はい ② いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	① はい ② いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	① 何でもかんで食べることができる ② 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い。	① 速い ② ふつう ③ 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	① はい ② いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	① 毎日 ② 時々 ③ ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	① はい ② いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。（※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）	① 毎日 ② 週5～6日 ③ 週3～4日 ④ 週1～2日 ⑤ 月に1～3日 ⑥ 月に1日未満 ⑦ やめた ⑧ 飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安： ビール（同5度・500ml）、 焼酎（同25度・約110ml）、 ワイン（同14度・約180ml）、 ウイスキー（同43度・60ml）、 缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	① 1合未満 ② 1～2合未満 ③ 2～3合未満 ④ 3～5合未満 ⑤ 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	① はい ② いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思えますか。	① 改善するつもりはない ② 改善するつもりである（概ね6か月以内） ③ 近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている ④ 既に改善に取り組んでいる（6か月未満） ⑤ 既に改善に取り組んでいる（6か月以上）
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	① はい ② いいえ

5 特定保健指導（健診受診者保健指導事業）

■ 事業の概要

背景	<p>平成20年度より、脳血管疾患、心臓病、腎不全等の生活習慣病の原因となるメタボリックシンドロームを対象にした特定健康診査・特定保健指導が保険者に義務付けられた。特定保健指導は、特定健康診査の結果、特定保健指導が必要とされた者（積極的支援および動機付け支援）に対して、保健師等による指導を行い、メタボリックシンドロームの改善を図るものである。</p> <p>・鹿児島市でも特定保健指導を進めているが、実施率は27.1%（令和4年度）と国の目標（60%）を下回っている。また、メタボリックシンドローム該当者および予備群の割合の明らかな低下も認められていない状況である。</p>		
目的	<p>・特定保健指導対象者に対して、特定保健指導（積極的支援および動機付け支援）を行うことで、メタボリックシンドロームの改善を図り、ひいては被保険者全体のメタボリックシンドロームおよび関連する生活習慣病を減少させることを目的とする。</p>		
具体的内容	<p>標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）に基づき実施。</p> <p>【実施内容】</p> <p>●対象：集団健診・個別健診受診者のうち、「積極的支援、動機付け支援」に該当する者（階層化についてはP46参照）</p> <p>●実施方法</p> <p>（1）体制：委託機関での実施及び、保険者直接実施（保健センター・保健福祉課への執行委任の形態）で行う。</p> <p>（2）流れ</p> <p>特定健康診査受診後、特定保健指導対象者には、保険者より特定保健指導の案内文書等を郵送する。（集団健診委託機関については、各健診機関より案内）</p> <p>実施の流れ及びスケジュールは6、年間スケジュールのとおりである。</p> <p>また、腹囲・体重・血圧・喫煙歴等の状況から特定保健指導の対象と見込まれる対象者には、健診当日に初回面接を行うことができる。その場合は、全ての結果がそろった後に、電話等を用いて対象者と目標や行動計画を完成させる。</p> <p>（3）内容</p> <p>ア 動機付け支援</p> <p>・対象者：生活習慣の改善が必要で、そのための支援を要する方とする。</p> <p>・支援期間：初回面接による支援のみの原則1回。3か月以上経過後に評価を行う。</p> <p>・支援内容：対象者自らが身体に起こっている変化を理解し、生活習慣の改善点や継続すべき行動等に気づき、自ら目標を設定し、行動に移すことができるよう支援する。</p> <p>イ 積極的支援</p> <p>・対象者：生活習慣の改善が必要で、継続的にきめこまかな支援を要する方とする。</p> <p>・支援期間：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い、継続的な支援後に評価を行う。</p> <p>・支援内容：アウトカム評価とプロセス評価を合計し、180ポイント以上の支援を実施する。（継続的な支援のポイント構成については、P47を参照）</p> <p>なお、特定保健指導含む要保健指導対象者の優先順位等は、P46の考え方のとおりである。</p> <p>●費用：特定保健指導に係る自己負担額は、無料とする。</p> <p>●未利用者動員：保険者からの案内文書郵送の2か月後に、（集団健診委託機関での案内対象者も含む）未利用者に対して再案内文書を送付。</p> <p>また、保健センター・保健福祉課にて未予約者リストを活用し訪問による利用動員および保健指導を実施する。</p>		
評価	評価指標	備考（指標の定義、目標値、評価時期など）	
	アウトカム	<p>・特定保健指導対象者の実施率（積極的支援、動機付け支援）</p> <p>・特定保健指導実施率目標に対する達成率（積極的支援、動機付け支援）</p> <p>・利用者の改善割合（脱保健指導対象者・脱メタボ）</p> <p>・利用者の腹囲2cm減少、体重2kg減量者割合</p>	<p>・第4期特定健康診査等実施計画（令和6年度）において、国が定める市町村国保の特定保健指導実施率の目標値は60%以上となっています。</p> <p>・第4期からアウトカム評価（腹囲2cm、体重2kg減）が導入されています。</p>
	アウトプット	<p>・メタボリックシンドローム該当者、予備群の減少率</p> <p>・特定保健指導再案内通知発送数</p> <p>・初回面接実施者数</p> <p>・家庭訪問による初回面接実施者数</p> <p>・ICTによる保健指導実施者数</p>	<p>・法定報告値（特定健診・特定保健指導実施結果総括表20）</p> <p>・未予約者発送数</p> <p>・165</p> <p>・165</p> <p>・ICT集計表</p>
	プロセス	<p>・アウトカム評価を考慮した指導方法の検討と導入</p> <p>・利用動員の方法や利用までの手順の適切さ</p> <p>・特定保健指導の機会、時期、内容等の適切さ</p> <p>・利用者の実施者の満足度</p> <p>・データ分析の実施の有無（利用者の検査値の前後比較、メタボ該当者率の経年変化など）</p> <p>・費用対効果等の分析実施の有無</p> <p>・動機付け支援について、訪問による保健指導の強化</p> <p>・ICTを活用した特定保健指導の環境整備</p>	
	チャート	<p>・委託集団健診機関・医療機関との連携</p> <p>・市医師会・健診機関・集団健診機関への周知、協力依頼</p> <p>・事業手順書、マニュアルの作成</p> <p>・特定保健指導従事者研修会の実施</p>	

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時 (R4年度)	目標値					
		R6	R7	R8（中間）	R9	R10	R11（最終）
特定保健指導実施率(期待値)	(R4年度) : 27.1%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
メタボリックシンドローム該当者・予備群減少率	(R4年度) : 20.2%	20.3%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率		21.9%	22.2%	22.5%	22.8%	23.1%	23.4%
<p>★特定保健指導実施率の目標値は期待値で記載</p> <p>【充足値】前年度より2.0%以上増加</p> <p>【限界値】前年度より0.1%以上増加</p>							

【特定保健指導の対象者（階層化）】

腹囲	追加リスク	④喫煙	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40-64 歳	65-74 歳
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2 つ以上該当	/	積極的 支援	動機付け 支援
	1 つ該当	あり なし		
上記以外で BMI ≥ 25	3 つ該当	/	積極的 支援	動機付け 支援
	2 つ該当	あり なし		
	1 つ該当	/		

(注)喫煙の斜線欄は、階層化の判定が喫煙の有無に関係ないことを意味する。

特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）

【特定保健指導の対象者の優先順位に係る基本的な考え方】

<p>特定保健指導は、基本的には階層化によって対象者になった全員を対象に実施する。一方で生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、効果的・効率的な保健指導の実施が必要である。そのため、健診データやレセプトデータを分析し、介入できる対象を選定して優先順位をつけることも必要である。例えば、特定保健指導の対象者の優先順位のつけ方としては、以下の方法が考えられる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 年齢が比較的若い対象者 ○ 健診結果に基づく保健指導レベルが動機付け支援レベルから積極的支援レベルに移行する等、健診結果が前年度と比較して悪化し、より綿密な保健指導が必要になった対象者 ○ 第2編第2章別紙3の標準的な質問票（8～20番）の回答により、生活習慣改善の必要性が高いと認められる対象者 ○ これまでに、積極的支援及び動機付け支援の対象者であったにもかかわらず保健指導を受けなかった対象者

標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

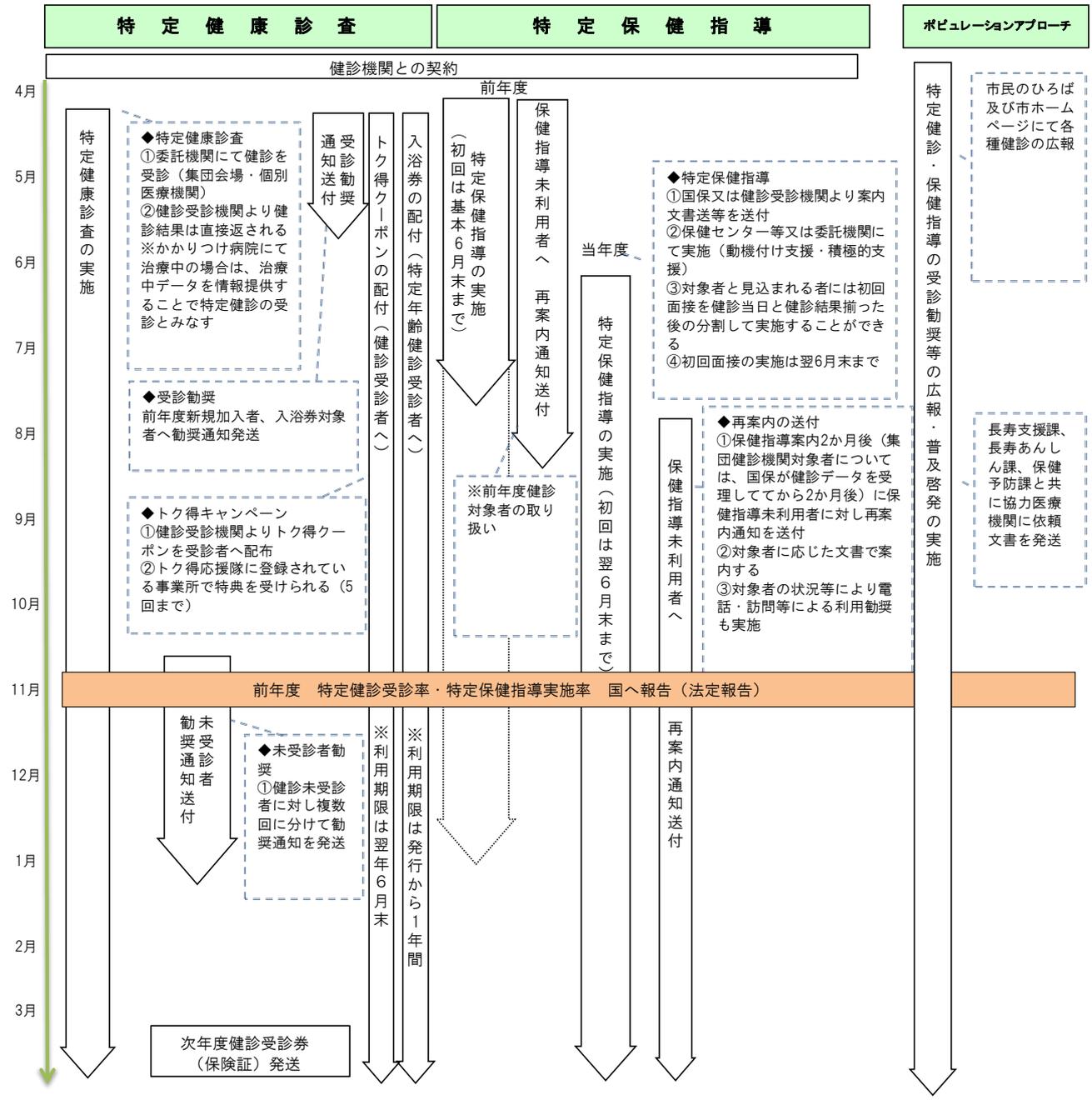
【継続的な支援のポイント構成】

アウトカム評価	腹囲 2.0cm 以上かつ 体重 2.0kg 以上減少※		180p
	腹囲1.0cm 以上かつ 体重1.0kg 以上減少		20p
	食習慣の改善		20p
	運動習慣の改善		20p
	喫煙習慣の改善(禁煙)		30p
	休養習慣の改善		20p
	その他の生活習慣の改善		20p
プロセス評価	支援種別	個別支援※ ¹	支援1回当たり 70p 支援1回当たり最低 10 分間以上
		グループ支援※ ¹	支援1回当たり 70p 支援1回当たり最低 40 分間以上
		電話	支援1回当たり 30p 支援1回当たり最低 5 分間以上
		電子メール等	支援1往復当たり 30p 1往復＝特定保健指導実施者と積極的支援対象者の間で支援に必要な情報の共有を図ることにより支援を完了したと当該特定保健指導実施者が判断するまで、電子メール等を通じて支援に必要な情報のやりとりを行うことをいう。
	早期実施	健診当日の 初回面接	20p
		健診後1週間以内の 初回面接	10p

※当該年度の特定健康診査の結果に比べて腹囲 2.0cm 以上かつ体重 2.0kg 以上減少している場合（又は当該年度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 (kg) と同じ値の腹囲 (cm) 以上減少している場合)

特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）

6. 年間スケジュール



7. 個人情報の保護に関する事項

○特定健康診査及び特定保健指導の記録の取扱いにあたり、個人情報保護に関して次の事項を遵守し、適切に対応する。

(1) 個人情報の取扱いに関しては、「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイドダンス」及び「鹿児島市個人情報の保護に関する法律施行条例」に基づき、特定健康診査・特定保健指導のデータ保存・管理体制等について適切に対応する。

(2) 特定健康診査・特定保健指導の実施やデータの管理、分析等を外部機関に委託する場合は、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定め、委託先の契約遵守状況を管理する。

○守秘義務規定

■国民健康保険法（昭和33年12月27日法律第192号）

第120条の2 保険者の役員若しくは職員又はこれらの職にあった者が、正当な理由なしに、国民健康保険事業に関して職務上知得した秘密を漏らしたときは、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

■高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年8月17日法律第80号）

第30条 第28条の規定により保険者から特定健康診査等の実施の受けた者（その者が法人である場合にあっては、その役員）若しくはその職員又はこれらの者であった者は、その実施に関して知り得た個人の秘密を正当な理由なく漏らしてはならない。

第167条 第30条の規定に違反して秘密を漏らした者は、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

○特定健康診査・特定保健指導結果のデータの保存年限は、原則5年とする。ただし、被保険者が資格を継続している場合は、この限りではない。

8. 公表及び周知に関する事項

○第四期特定健康診査等実施計画については、広報誌やホームページ等に掲載し周知を図る。また、特定健康診査・特定保健指導の重要性について理解が得られるよう、広報だけでなく、集会、イベント、パンフレット、ポスター等により普及啓発を図る。

9. 評価と見直し

○特定健康診査の受診率及び特定保健指導の実施率について、目標値の達成状況を毎年度評価する。

○令和8年度に、特定健康診査等の実施方法、内容、実施率等について中間評価を行い、必要に応じ、実施方法、目標設定等の見直しを行う。

第5章 個別保健事業等

目的を達成させる事業として主要なものを次ページよりに掲げる。

目 的	関連する保健事業
<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査の受診を促進し、特定保健指導の利用の促進と利用者のメタボリックシンドロームの改善を図ることでメタボリックシンドロームの減少を通じた生活習慣病の予防を目的とします。 ・健康インセンティブを付与することで、住民の自主的な予防・健康づくりを推進することを目的とします。 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査事業 ・健診受診者保健指導事業 ※第4章第四期特定健康診査等実施計画に記載
<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症重症化予防のプログラムの利用及び医療機関受診を促進し、重症化予防することで、糖尿病や高血圧等に伴う慢性腎不全患者および関連医療費の減少を目的とします。 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症重症化予防プログラム推進事業 ・健診受診者保健指導事業(再掲)
<ul style="list-style-type: none"> ・高血圧等のハイリスク者の医療機関受診・継続について働きかけることで、高血圧、糖尿病、脂質異常症等の生活習慣病の重症化予防に資することを目的とします。 	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診者保健指導事業(再掲)
<ul style="list-style-type: none"> ・がん検診の受診を促進し、がん死亡率の低下およびがんの早期発見・早期治療の推進を目的とします。 	<ul style="list-style-type: none"> ・がん検診※詳細は鹿児島市健康増進計画に記載
<ul style="list-style-type: none"> ・歯科・歯周病の健診の受診促進と適切なセルフケアの推進を図ることで、歯科・歯周病および関連疾患の予防を目的とします。 	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科健診※詳細は鹿児島市健康増進計画に記載
<ul style="list-style-type: none"> ・健康イベント等の参加、健康的な生活習慣の実践を促進し、生活習慣病の予防を目的とします。 	<ul style="list-style-type: none"> ・健康づくり推進事業
<ul style="list-style-type: none"> ・重複・多剤処方が改善することで、医療費適正化と健康障害予防を目的とします。 	<ul style="list-style-type: none"> ・健康づくり推進事業(適正受診・適正服薬)(再掲)
<ul style="list-style-type: none"> ・後発(ジェネリック)医薬品の利用と切替を促進し、ハイリスク者への適切な医療等の資源の利用促進と健康状態の改善を図ることで、受診・服薬の適正化および後発(ジェネリック)医薬品の促進を通じた医療費適正化と健康障害予防を目的とします。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ジェネリック医薬品利用促進事業
<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の社会参加を促進することで、フレイルおよび要介護の予防、高齢者の社会参加とQOLの向上を目的とします。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア・一体的実施
<ul style="list-style-type: none"> ・ライフサイクルを意識した若年期からの発症予防の取り組みを行うことで被保険者の健康増進と医療費適正化を目的とします。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ライフサイクルで考える若い世代からの健康づくり ・参考資料3

1 個別保健事業

(1) 糖尿病性腎症重症化予防（糖尿病性腎症重症化予防プログラム事業・健診受診者保健指導事業（再掲））

■ 事業の概要

背景	・人工透析患者割合が中核市でワースト1位である ・総医療費に占める慢性腎臓病（透析有）の割合が増加している。							
目的	人工透析導入の主な原因疾患である糖尿病性腎症の重症化予防に関する取り組みを充実させ、被保険者の健康増進および人工透析新規患者の減少、さらに医療費の増加の抑制を図る。							
具体的内容	(1) 未治療者・治療中断者への保健指導 ●対象：健診結果よりHbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上の者、HbA1c6.0%以上または空腹時血糖110mg/dl以上で一定条件を満たす者 糖尿病管理台帳（過去6年間で一度でもHbA1c6.5%以上であった者を抽出）から優先順位の高い者 ●実施方法：家庭訪問等 糖尿病が重症化するリスクがある未治療者・治療中コントロール不良者に対し、適切な受診行動・生活習慣改善が図れるよう、医療機関へ受診勧奨・保健指導を行う。 ●実施機関：各保健センター・保健福祉課の保健師・管理栄養士・看護師、国民健康保険課の保健師 ●実施スケジュール：通年（健診結果を用いて国保課にて毎月対象者を抽出する） ●医療機関との連携：糖尿病性腎症重症化予防対策推進協議会（（2）を参照）で定められたかかりつけ医等との連携した保健指導については、受診勧奨後主治医及び本人の同意のもと、保健師や管理栄養士が保健指導を行い、その結果を医師へ報告する。その際本協議会で作成したプログラムノートを活用し、病診連携や保健指導に役立てる。 ※かかりつけ医等との連携した保健指導対象者 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>HbA1c ≥ 6.5 または 空腹時血糖 ≥ 126</td> <td>+右記のいずれかが該当</td> <td>尿蛋白(+)以上 eGFR < 45 eGFR < 60 かつ ΔeGFR ≥ 5/年</td> </tr> <tr> <td>HbA1c ≥ 7.0</td> <td>+右記のいずれかが該当</td> <td>アルブミン尿300以上 または 尿蛋白(+)以上 eGFR < 45 eGFR < 60 かつ ΔeGFR ≥ 5/年</td> </tr> </table> (2) 糖尿病性腎症重症化予防対策推進協議会 ●実施体制：糖尿病専門医、腎臓専門医、市医師会、市歯科医師会、市薬剤師会、県栄養士会、県看護協会、県歯科衛生士会、鹿児島糖尿病療養指導士会、市保健所長、 オペレーター（鹿児島県国民健康保険課、鹿児島県国民健康保険団体連合会、全国健康保険協会鹿児島支部）、市内関係各課 ※事務局：鹿児島市国民健康保険課 ※必要に応じて、ワーキンググループ会議を実施 ●実施スケジュール：6月 ワーキンググループ会議（各団体の取組） 7月 協議会 8月 保健指導従事者研修会 10～11月 かかりつけ医向け情報交流会（病診連携や保健指導をテーマにパネルディスカッション形式で実施） 1月 協議会 (3) 高血糖の対象者への支援 ●対象：HbA1c6.0～6.4%で血圧・血糖・脂質の内服なしの者 上記の者で、かつ健診質問票にて歯・口腔に関する質問に該当した者 ●実施方法：国民健康保険課にて対象者を抽出し、各保健センター・各保健福祉課にて優先順位を考慮し健康相談を文書にて案内。 歯・口腔に該当した者は、歯科に関するチラシを同封し、歯科相談を促す。		HbA1c ≥ 6.5 または 空腹時血糖 ≥ 126	+右記のいずれかが該当	尿蛋白(+)以上 eGFR < 45 eGFR < 60 かつ ΔeGFR ≥ 5/年	HbA1c ≥ 7.0	+右記のいずれかが該当	アルブミン尿300以上 または 尿蛋白(+)以上 eGFR < 45 eGFR < 60 かつ ΔeGFR ≥ 5/年
HbA1c ≥ 6.5 または 空腹時血糖 ≥ 126	+右記のいずれかが該当	尿蛋白(+)以上 eGFR < 45 eGFR < 60 かつ ΔeGFR ≥ 5/年						
HbA1c ≥ 7.0	+右記のいずれかが該当	アルブミン尿300以上 または 尿蛋白(+)以上 eGFR < 45 eGFR < 60 かつ ΔeGFR ≥ 5/年						
評価	アウトカム	評価指標 【短期】 ①前年度健診から結果が改善した者の割合 ②血糖コントロール不良群の割合（健診有見HbA1c8.0以上の者の割合） ③治療につながった者の割合 ④糖尿病性腎症重症化予防対象者のうち、医療機関未受診者や治療中断者の割合 ⑤HbA1c6.0～6.4%治療なしの割合 【中長期】 ①糖尿病性腎症病期分類第2～4期の割合 ②人工透析（新規含む）患者数 ③腎不全の一人当たり医療費 備考（指標の定義、目標値、評価時期など） ①ヘルスサポートラボツール（評価ツール） ②ヘルスサポートラボツール（健診結果集計ツール） ③支援報告シート・支援記録 ④ヘルスサポートラボツール（健診結果集計ツール：糖尿病重症化予防のためのレセプト健診データの突合F/C） ⑤ヘルスサポートラボツール（健診結果集計ツール：特定健診受診状況）						
	アウトプット	・保健指導開始者数 ・保健指導または受診勧奨の実施件数（延） ・保健指導支援開始率						
	プロセス	・対象者選定基準の明確化及び見直し ・保健指導の実施状況 ・市内関係課との情報共有 ・関係機関への協力依頼						
	ストラテジー	・予算、人員配置、事業委託の状況 ・従事者研修会の開催 ・事業手順書、マニュアルの作成 ・支援結果の情報共有 ・健診、レセプトデータの活用 ・医師会、医療機関、かかりつけ医、委託機関等との連携・会議の回数						
	アウトカム	①ヘルスサポートラボツール（評価ツール） ②ヘルスサポートラボツール（健診結果集計ツール） ③支援報告シート・支援記録 ④ヘルスサポートラボツール（健診結果集計ツール：糖尿病重症化予防のためのレセプト健診データの突合F/C） ⑤ヘルスサポートラボツール（健診結果集計ツール：特定健診受診状況）						

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時 (R4年度)	目標値					
		R6	R7	R8（中間）	R9	R10	R11（最終）
腎不全の一人当たり医療費	36,908円	同規模平均並み	同規模平均並み	同規模平均並み	同規模平均並み	同規模平均並み	同規模平均並み
糖尿病性腎症病期分類第2～4期の割合	25.4%	25%	24.5%	24%	23.5%	23%	22.5%
健診有見HbA1c6.5以上の者の割合	11.2%	23.0%	24.0%	25.0%	26.0%	27.0%	28.0%
健診有見HbA1c8.0以上の者の割合	1.6%	1.5%	1.4%	1.3%	1.2%	1.1%	1.0%
新規人工透析患者数	57人	56人	55人	54人	53人	52人	51人
人工透析患者割合	0.58%	0.6%以下	0.6%以下	0.6%以下	0.6%以下	0.6%以下	0.6%以下
糖尿病性腎症重症化予防対象者のうち、医療機関未受診者や治療中断者の割合	5.7%						
HbA1c6.0～6.4%の者の割合（未治療者）	11.1%	11.0%	10.9%	10.8%	10.7%	10.6%	10.5%

1 個別保健事業

(2) 高血圧対策（健診受診者保健指導事業（再掲））

■ 事業の概要

背景	<ul style="list-style-type: none"> 人工透析患者割合が中核市でワースト1位である 新規透析導入者を分析すると、高血圧を基礎疾患にもつ者が多い。 これまで健診受診者のうちⅡ度高血圧以上で未治療のものに介入してきたが、健診受診後に適切な治療につながらない者や翌年度健診未受診の者の割合が多い。 	
目的	高血圧有所見者に対し、適切な受診勧奨及び保健指導を行う事により、被保険者の健康増進および人工透析新規患者の減少、さらに医療費の増加の抑制を図る。	
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●対象 <ul style="list-style-type: none"> ①当年度健診受診者のうち、収縮期血圧160mmHgまたは拡張期血圧100mmHg以上であり、かつ血圧未治療者または中断者 ②前年度健診にてⅢ度高血圧のものについて、今年度の健診受診勧奨や治療継続について保健指導を行う ●実施方法：家庭訪問等により実施 ●実施機関：各保健センター・保健福祉課の保健師・管理栄養士・看護師、国民健康保険課の保健師 ●実施スケジュール：通年 <ul style="list-style-type: none"> ①については、毎月健診結果により対象者を抽出 ②については、毎年6月に評価ツールにより対象者を抽出。 	
評価	評価指標	
	アウトカム	備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
	【短期】	
	①健診有所見Ⅱ度高血圧以上の者の割合	①ヘルスサポートラボツール（健診結果集計ツール）
	②Ⅱ度高血圧以上の者の改善率	②ヘルスサポートラボツール（評価ツール）
	【中長期】	
①脳血管疾患の一人当たり医療費	①KDBシステム疾病別医療費分析（中分類）÷被保険者 ※脳血管疾患（脳梗塞・脳出血）	
アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導開始者数 ・保健指導または受診勧奨の実施件数（延） ・保健指導支援開始率 	
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者選定基準の明確化及び見直し ・保健指導の実施状況 ・庁内関係課との情報共有 ・関係機関への協力依頼 	
ストラクチャ	<ul style="list-style-type: none"> ・予算、人員配置 ・従事者研修会の開催 ・事業手順書、マニュアルの作成 ・支援結果の情報共有 ・健診、レセプトデータの活用 ・医師会、医療機関、庁内等との連携 	

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時 (R4年度)	目標値					
		R6	R7	R8（中間）	R9	R10	R11（最終）
脳血管疾患の一人当たり医療費	10,463円	同規模平均並み	同規模平均並み	同規模平均並み	同規模平均並み	同規模平均並み	同規模平均並み
健診有所見Ⅱ度高血圧以上の者の割合	4.4%	4.3%	4.2%	4.1%	4.0%	3.9%	3.8%
Ⅱ度高血圧以上の者の改善率	44.6%	46.0%	47.0%	48.0%	49.0%	50.0%	51.0%

1 個別保健事業

(3) その他の重症化予防（健診受診者保健指導事業（再掲））

■ 事業の概要

背景	<ul style="list-style-type: none"> ・脳血管疾患・急性心筋梗塞・腎不全の標準化死亡比が高い。 ・一人当たり医療費は国・県・同規模と比較して高い。 ・一人当たり医療費（入院）の割合が同規模と比較して高く、重症化してから医療につながる方多い。 ※同規模とは、中核市・特別区のことを指す。 		
目的	未治療者または治療中断者に対し、適切な受診勧奨及び保健指導を行う事により、治療に結び付け、生活習慣病の発症および重症化を防ぐ。		
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●対象：当年度健診受診者のうち、 <ul style="list-style-type: none"> ①LDL180mg/dlであり、かつ脂質異常未治療者または中断者 ②鹿児島市CKD予防ネットワーク紹介基準に該当する 尿蛋白+以上、尿蛋白±かつ尿潜血+以上、eGFR45未満、eGFR60未満かつ尿蛋白± ③心電図有所見者 ●実施方法：家庭訪問等により実施 <ul style="list-style-type: none"> ①について、女性の対象者には、文書による受診勧奨を行い、その3か月後受療行動を確認できない場合家庭訪問等を実施。 ②について、CKD予防ネットワークで定められた様式を用い、受診勧奨を行う。 ③について、抽出時から3か月後にしセプトを確認し、受療行動を確認できない場合家庭訪問等を実施。 ●実施体制：各保健センター・保健福祉課の保健師・管理栄養士・看護師、国民健康保険課の保健師 ●実施時期：通年（健診結果を用いて国保課にて毎月対象者を抽出する） 		
評価	評価指標		
	アウトカム	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①健診有所見LDL160mg/dl以上の者の割合 ②健診有所見LDL180以上の者の割合 	①②ヘルスサポートラボツール（健診結果集計ツール）
		<p>【中長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①虚血性心疾患の一人当たり医療費 	①KDBシステム疾病別医療費分析（中分類）÷被保数 ※虚血性心疾患（狭心症・心筋梗塞）
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導開始者数 ・保健指導または受診勧奨の実施件数（延） ・保健指導支援開始率 	
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者選定基準の明確化及び見直し ・保健指導の実施状況 ・庁内関係課との情報共有 ・関係機関への協力依頼 	
	ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・予算、人員配置 ・従事者研修会の開催 ・事業手順書、マニュアルの作成 ・支援結果の情報共有 ・健診、しセプトデータの活用 ・医師会、医療機関、庁内等との連携 	

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時 (R4年度)	目標値					
		R6	R7	R8（中間）	R9	R10	R11（最終）
虚血性心疾患の一人当たり医療費	5,963円	同規模平均並み	同規模平均並み	同規模平均並み	同規模平均並み	同規模平均並み	同規模平均並み
健診有所見LDL160mg/dl以上の者の割合	11.9%	11.8%	11.6%	11.3%	11.0%	10.7%	10.4%
健診有所見LDL180mg/dl以上の者の割合	4.2%	4.1%	4.0%	3.8%	3.6%	3.4%	3.2%

1 個別保健事業

(4) 健康インセンティブ(特定健康診査事業(再掲)、健診受診者保健指導事業(再掲))

■ 事業の概要

背景	<ul style="list-style-type: none"> ・住民の自主的な予防・健康づくりを推進するため、保険者努力支援制度においてもインセンティブ提供の取り組みが求められている。 ・個人へのインセンティブに加え、企業等との連携により、「健康なまちづくり」の視点も求められている。 ・地域の健康課題をもとに生活習慣病予防教室を実施しているが、健診データから案内する者を抽出することで、より必要な者に正しい知識を学ぶ機会を提供する必要がある。 	
目的	<ul style="list-style-type: none"> ・インセンティブを用いることにより健診受診のきっかけとなり、特定健診受診率向上に寄与することを目的とする。 	
具体的内容	<p>(1) 特定健診等トク得クーポン</p> <ul style="list-style-type: none"> ●対象：当年度健診受診者 ●実施方法：健診受診後、受診者へ配付もしくは郵送。健診受診者はトク得応援隊事業所にてクーポンにてサービスを受ける。 事業所は年度末にクーポン利用の実績枚数を国保へ報告する。 ●インセンティブ：各事業所独自のサービス（ドリンク無料や施設無料体験等） ●実施期間：4月から翌年6月末まで使用可能 ●実施体制：共同実施（国民健康保険課 長寿支援課 全国健康保険協会鹿児島支部） ●協力機関：トク得応援隊（保健政策課で実施している鹿児島市健康づくりパートナーとして登録した事業所の中で、健診受診者への特典を提供できる事業所）、鹿児島市医師会、特定健診受託医療機関 <p>(2) 入浴券の配布</p> <ul style="list-style-type: none"> ●対象：当該年度特定年齢に到達する、特定健診を受診した者 ●実施方法：対象者に該当する方へ、市内公衆浴場で使える共通入浴券を1人につき2枚交付し、国民健康保険課より送付 ●実施期間：通年 ●協力機関：鹿児島県公衆浴場業生活衛生共同業組合鹿児島市支部及び支部加入の公衆浴場 <p>(3) 特定保健指導を利用したものに、健康グッズ（歯ブラシ等）を付与（保険者直接実施のみ）</p>	
評価	評価指標	備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
	アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> ①特定健診受診率 ②特定健診継続受診率 ③若年者健診受診率 ④新規受診者数
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ①法定報告 ②ヘルスサポートラボツール ③課集計 ④ヘルスサポートラボツール
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・トク得クーポン配布数（実） ・入浴券交付対象者の受診状況 ・トク得応援隊登録者数
	チャート	<ul style="list-style-type: none"> ・トク得応援隊の登録店舗数増加、特典内容の拡充のための働きかけ ・受診率向上につながっているかの分析
チャート	<ul style="list-style-type: none"> ・予算の確保 ・トク得応援隊 	

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時 (R4年度)	目標値					
		R6	R7	R8（中間）	R9	R10	R11（最終）
特定健診受診率（再掲）	34.5%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%

1 個別保健事業

(5) 適正受診・適正服薬促進（健康づくり推進事業）

■ 事業の概要

背景	<ul style="list-style-type: none"> 重複・多剤服薬のうち、鎮痛・鎮痔・収斂・消炎剤、消化性潰瘍剤の処方割合が高い。 これまでの取り組みから、重複・多剤服薬者に対し、適正な受診行動を文書により促すことで、服薬状況、医療費の削減効果が見られた。 		
目的	<ul style="list-style-type: none"> 適正受診・適正服薬を推進し、医療費の抑制を図る。 		
具体的内容	<p>【実施内容】※業務委託</p> <ul style="list-style-type: none"> ●対象：以下条件に該当する者 <ul style="list-style-type: none"> ① 3か月間のうち2か月以上、複数の医療機関で同一の薬効・成分の処方がある方 ② ひと月以内において、複数の医療機関で同一の薬効・同一成分の処方があり、かつ医薬品の処方件数が多い種類ある方 ③ ひと月以内において、複数の医療機関で医薬品の処方件数が多い種類ある方 がん、指定難病の方、また20歳未満の方は対象外 ●通知等の内容：処方された医薬品明細、対象者の服薬状況により3種類の資料、薬に関するアンケートなど ●実施スケジュール：7月 委託先決定 <ul style="list-style-type: none"> 1 1月 鹿児島市医師会 鹿児島市薬剤師会へ事業説明 1 1月 対象者へ発送（2,000通） ～3月 必要な対象者に個別訪問指導を実施 3月 委託先にて分析と報告 ●関係機関：鹿児島市医師会 鹿児島市薬剤師会 		
評価		評価指標	備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
	アウトカム	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 重複服薬者の減少 多剤投与者の減少 医療費の削減状況 <p>【中長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療費の削減状況 	
	アウト	<ul style="list-style-type: none"> 通知文書発送数 お尋ね票返信数 保健指導（個別相談）実施数（実・延べ） 	
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> 業務委託先で進捗管理 関係機関との連携状況 保健指導実施数（不在・拒否含む） 	
	チャック	<ul style="list-style-type: none"> 関係機関との連携（市医師会、薬剤師会への説明） 調剤薬局への周知 業務委託で実施 訪問指導員の研修機会の確保 	

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時 (R4年度)	目標値					
		R6	R7	R8（中間）	R9	R10	R11（最終）
通知文書発送数（人）	1,920	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000
保健指導実施数（件）	44	90	90	90	90	90	90
重複服薬者の減少（%）	60	60	60	60	60	60	60

1 個別保健事業

(6) ジェネリック医薬品利用促進事業

■ 事業の概要

背景	<p>・医療費の適正化に当たり、その多くを占める薬剤費の伸びを抑制するため、後発（ジェネリック）医薬品の使用促進が行われている。国は、後発（ジェネリック）医薬品使用割合の目標を80%（数量シェア）と掲げている。</p> <p>・鹿児島市国保でも、差額通知などにより、後発（ジェネリック）医薬品利用促進を進めており、令和4年度には87.7%で、国の目標をすでに達成している（本市国民健康保険財政健全化計画の目標値（令和7年度末90%以上）にはまだ達していない）。</p>		
目的	<p>・先発医薬品からジェネリック医薬品（後発医薬品）に切り替えた場合の自己負担額の削減（差額）を通知することで、ジェネリック医薬品の使用を促進し、医療費の抑制による被保険者の医療費負担の軽減並びに国保財政の健全化を図る。</p>		
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●対象：次の5つの要件を満たす者 <ul style="list-style-type: none"> ①35歳以上の者 ②1被保険者当たり、200円以上の削減効果が見込める者 ③腫瘍用薬を除く医薬品 ④投与期間7日以上のある者 ⑤公費負担レセプトを除く ●通知等の方法：先発医薬品からジェネリック医薬品に切り替えた場合の、自己負担額の削減例を通知 ●実施スケジュール：国保連合会にて抽出された対象者一覧を確認し、7月、11月、3月に送付 ●関係機関：国民健康保険団体連合会、鹿児島市医師会、鹿児島市薬剤師会 		
評価		評価指標	備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
	アウトカム	【短期】 使用割合	
	アウトカム	【中長期】 削減効果額	
	アウトカム	差額通知発送数	
	プロセス	対象者の抽出状況 効果分析進捗状況	
チャート	<p>・鹿児島市医師会、鹿児島市薬剤師会との連携、協力体制</p> <p>・国保連合会との連携</p>		

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時 (R4年度)	目標値					
		R6	R7	R8 (中間)	R9	R10	R11 (最終)
ジェネリック医薬品の利用状況（数量シェア）	87.7%	88.1%	88.5%	88.9%	89.3%	89.7%	90.0%

2 地域包括ケア推進・一体的実施（高齢期に向けた健康づくり）

■ 事業の概要

背景	<p>・人口の高齢化が進む中で、高齢者の要介護状態やフレイルの予防が重要となっている。令和元年改正の国民健康保険法や介護保険法等のもと、市町村において、地域包括ケアとともに保健事業と介護予防の一体的実施が推進されている。</p> <p>・鹿児島市では、長寿あんしん課、保健予防課と連携し、令和3年度より事業を開始した。</p> <p>・鹿児島市国保へ加入時にすでに重症化している方が多いため、関係課と連携した発症予防の取り組みが重要である。</p>		
目的	<p>当該年度75歳到達者への健診後のフォローを充実させるため、関係課と連携を図り、保健指導等を実施する。</p>		
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <p>(1) ハイリスクアプローチ</p> <p>●対象：</p> <p>①特定保健指導の対象となった者のうち翌年度の6月30日までに75歳に到達するもの。</p> <p>②特定健診を受診した者のうち、当該年度75歳に到達し、かつ以下の基準に該当する者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・（抽出時点で75歳到達の場合はHbA1c7.0%以上、抽出時点で74歳の場合はHbA1c6.5%以上）かつ未治療者 ・（抽出時点で75歳到達の場合は収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上、抽出時点で75歳の場合は収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上）かつ未治療者 ・抽出時点で74歳の場合はLDL180mmHg以上かつ未治療者（75歳到達以降は除外） ・抽出時点で75歳到達の場合は鹿児島市CKD予防ネットワーク紹介基準のうち尿蛋白2+またはeGFR45未満で未治療者 抽出時点で74歳の場合は鹿児島市CKD予防ネットワーク紹介基準に準じる） <p>●実施体制：各保健センター・各保健福祉課、国民健康保険課、長寿あんしん課（一体的実施主管課）、長寿支援課、保健予防課</p> <p>●実施方法：家庭訪問等により、年数回受診勧奨と保健指導を一体的に実施する。</p> <p>●実施時期：通年（毎月健診結果より対象者を抽出）</p> <p>(2) 連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ●鹿児島市在宅医療・介護の推進協議会への参画 ●長寿支援課、長寿あんしん課、保健予防課と連携した健診受診勧奨文書及び保健指導連携依頼文書の作成 ●鹿児島市高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進協議会への参画 		
予算	<p>健診受診者保健指導事業に含む</p>		
評価		評価指標	備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
	アウトカム	後期高齢者の有所見者割合	
	プロセス	<p>特定健診受診者で当該年度中に75歳到達するハイリスク者のうち、75歳到達前に実施した支援者数</p> <p>当該年度75歳になる者のうち、特定健診受診者でハイリスク対象者となった者</p>	
	チャート	<p>・対象者の選定・抽出</p> <p>・対象者への保健指導の実施</p> <p>・庁内関係課との連携</p>	
		<p>・庁内関係課との協力体制</p> <p>・関係機関への周知</p> <p>・鹿児島市高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進協議会への参画</p>	

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時 (R4年度)	目標値					
		R6	R7	R8（中間）	R9	R10	R11（最終）

3 ライフサイクルで考える若い世代からの健康づくり

■ 事業の概要

背景	●鹿児島市国保へ加入時にすでに重症化している方が多いため、関係課と連携した発症予防の取り組みが重要である。		
目的	●関係課、関係機関と連携し、若い世代からの生活習慣病予防について啓発を行う。ひいては将来の国保加入者の健康状態を改善する事を目的とする。 ・地域で実施している健康教室に、地域の健康課題に即した対象者を抽出することで、医療費適正化や介護予防につなげる。		
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <p><若年者健診・特定保健指導の実施></p> <ul style="list-style-type: none"> ●対象：鹿児島市国保加入の30～39歳 ●実施方法：集団健診機関に委託。特定保健指導対象者はすべて動機付け支援相当とし、委託機関が実施。特定保健指導対象外でハイリスク基準に該当するものには保健師等による訪問等支援を行う。 ●実施時期：10月～3月（9月末に受診券発送） <p><ポピュレーションアプローチ></p> <p>（1）各種健康教室への案内</p> <ul style="list-style-type: none"> ●対象：特定健診・若年者健診を受診した者で、生活習慣病に関連する基準に該当する者 ●実施方法：各保健センター・各保健福祉課で実施する健康教室に、その地域に住む健診受診者の中から有所見者を抽出し個別通知にて教室を案内。 ●実施体制：各保健センター・各保健福祉課 <p>（2）糖尿病性腎症重症化予防プログラムの啓発</p> <p>保健センター・保健福祉課における地区組織活動や健康教室などにおいて、市民向けの糖尿病性腎症重症化予防プログラムのちらしを活用し、周知を図る。</p> <p><母子保健部門等との連携></p> <ul style="list-style-type: none"> ●実施方法：母子保健事業で得られた健診データを共有・分析 保健センター等と連携し、妊娠期から子育て期の母子支援の中で生活習慣病予防を意識した取り組みを行う。 <p><実施スケジュール></p> <ul style="list-style-type: none"> ●5月母子保健分野よりデータをもらう ●9月 若年者健診案内発送 ●10月～3月 若年者健診 ●3月 策定推進委員会にて母子保健分野と共有したデータを提示する。 		
評価	評価指標	備考（指標の定義、目標値、評価時期など）	
	アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> ・若年者健診受診率 ・若年者保健指導実施率（特保階層化対象者） ・若年者健診受診者のうちメタボリックシンドロームおよび予備群の割合 ・特定健診40～50歳代の受診率 	
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・若年者健診受診券発送数 ・若年者特保対象者数 ・若年者健診ハイリスク（特保外）対象者 	
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・若年者健診について庁内関係課への周知 ・若い世代への生活習慣病予防について関係課と協議する ・委託先による若年者健診・特定保健指導の実施 ・各保健センター等が実施する健康教育のテーマに沿った対象者の抽出 	
	チャック	<ul style="list-style-type: none"> ・若年者健診・特定保健指導は業務委託での実施 ・若年者健診ハイリスク対象者への保健指導は国保指導員が実施 ・保健センター保健福祉課との連携 	

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時 (R4年度)	目標値					
		R6	R7	R8（中間）	R9	R10	R11（最終）
若年者健診受診率	8.40%	10%	11%	12%	13%	14%	15%
特定健診40～50代受診率	18.5%	19	20	21	22	23	24

4 研修計画

■ 事業の概要

背景	<ul style="list-style-type: none"> ●鹿児島市はこれまで成人保健分野の個別支援について、会計年度任用職員を中心とした研修を行ってきた。 ●令和5年度から糖尿病性腎症重症化予防についてのかかりつけ医等との連携した保健指導の体系が構築された ●透析患者率中核市ワースト1位を継続している ●保健指導の質の平準化が必要 	
目的	●保健指導従事者が、スキルアップの機会をもつことで、保健指導の質の平準化を図り、市民の健康づくりに寄与できるようスキルアップを図る	
具体的内容	<p>【従事者研修会（総論）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●対象：国保事業に従事する常勤・会計年度任用職員（保健師・管理栄養士・看護師等） ●実施時期：毎年5～6月（当年度健診保健指導開始前に実施） ●実施者：国民健康保険課職員 ●内容：本市国民健康保険の状況・健康課題、データヘルズ計画に基づいた保健指導の位置づけ、各事業についての説明 <p>【従事者研修会（各論）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●対象：国保事業に従事する常勤・会計年度任用職員（保健師・管理栄養士・看護師等） ●実施時期：毎年夏～秋ごろ ●実施者：外部講師 ●実施内容：事例検討 <p>【各保健センター・保健福祉課における学習会（随時）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●対象：所属の常勤・会計年度任用職員（保健師・管理栄養士・看護師等） ●実施時期：通年 ●実施内容：データから見えるメカニズム・機序の学習、事例検討・共有等 	
評価	評価指標	備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> ・受講率 ・研修受講者の満足度 ・研修受講者の意欲向上の状況 ・保健センター等で実施された学習会の開催数 	受講率は、年度当初把握の地区担当保健師+国保事業に従事する会計年度任用職員数を分母とし、分子はアンケート回答人数とする。
アウト	<ul style="list-style-type: none"> ・研修開催数 ・研修受講者数 	
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・毎年5～6月に従事者研修会（総論）の実施 ・毎年夏～秋ごろに従事者研修会（各論）の実施 ・研修内容について、関係課と協議 ・各課に事例提供を依頼 	
チャック	<ul style="list-style-type: none"> ・会計年度任用職員の研修予算の確保 ・外部講師の報償費の確保 	

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時 (R4年度)	目標値					
		R6	R7	R8（中間）	R9	R10	R11（最終）

第6章 本計画の評価・見直し

1. 評価の基本的事項

○第三期データヘルス計画は PDCA サイクルに則り、年度内、年度ごと、中間評価（令和 8 年）、最終評価（令和 11 年）で評価と見直しを行います。

○国民健康保険課において評価と見直しを検討・審議し、国保運営協議会へ報告を行います。

○評価と見直しに当たっては、庁内の関係課、医療関係者（医師会等）、国保連合会（保健事業支援・評価委員会含む）、鹿児島県等からの意見や助言をいただきます。（関係者からの助言など）

2. 計画全体の評価と見直し

○計画全体の評価として、以下の指標を経年的に把握し、必要に応じて計画全体および個別保健事業の見直しを行います。それぞれの事業については第 4 章、第 5 章に記載しています。

ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム
保健事業実施のための体制・システムを整えているか	保健事業の実施過程	保健事業の実施量	成果

3. 目標管理一覧

第三期データヘルス計画の目標管理一覧

目標	指標区分 (※)	事業名	課題を解決するための指標	最終評価
				R11年度 目標値
中 長 期 目 標	県	全般	一人当たり医療費（入院）	同規模平均並み
			一人当たり医療費（外来）	同規模平均並み
	財政健全化計画		一人当たり医療費伸率（対前年伸率）	R7年度 2.1%以下に抑制
	県		脳血管疾患の一人当たり医療費	同規模平均並み
			虚血性心疾患の一人当たり医療費	同規模平均並み
			腎不全の一人当たり医療費	同規模平均並み
	市		糖尿病性重症化予防プログラム推進事業	糖尿病性腎症病期分類第2～4期の割合
目 期	国 保険者努力支援制度 財政健全化計画	特定健康診査事業	特定健康診査実施率（期待値）	60%
	市		若年者健康診査実施率	15%
			特定健康診査40～50代実施率	24%
	国 保険者努力支援制度	健診受診者保健指導事業	特定保健指導実施率（期待値）	60%
			メタボリックシンドローム該当者・予備群減少率	23.8%
	国		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	22.5%
	県		健診有所見HbA1c6.5%以上の者の割合	28%
	国		健診有所見HbA1c8.0%以上の者の割合	1%
	市		HbA1c6.0～6.4%の者の割合（未治療者）	10.5%
	県		健診有所見Ⅱ度高血圧以上の者の割合	3.8%
	市		Ⅱ度高血圧以上の者の改善率	51%
	県		健診有所見LDL180mg/dl以上の者の割合	3.2%
	市		健診有所見LDL160mg/dl以上の者の割合	10.4%
	県	糖尿病性重症化予防プログラム推進事業	新規人工透析患者数 人口10万人あたりの新規人工透析導入者の割合	51人
	財政健全化計画		人工透析患者割合	0.6%以下
	県		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	検討中
	保険者努力支援制度	ジェネリック医薬品利用促進事業	ジェネリック医薬品の利用状況（数量シェア）	90%以上

※指標区分 国：すべての都道府県で設定することが望ましい共通評価指標
 県：鹿児島県の実情に応じて本県が設定する共通評価指標
 市：鹿児島市の実情に応じて本市独自で設定する指標
 財政健全化計画：鹿児島市国民健康保険財政健全化計画の目標指標
 保険者努力支援制度：保険者努力支援制度の評価指標

第7章 その他

1. 計画の公表・周知

○本計画は、鹿児島市ホームページで公表し、国民健康保険加入者・保健医療関係者に対して周知する。

2. 個人情報の取扱い

○健診データやレセプトに関する個人情報は、一般的には個人情報の保護に関する法律（個人情報保護法）に定める要配慮個人情報に該当するため、他の個人情報よりも慎重に取扱う。

○個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。

○個人情報の取扱いについては、「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（行政機関等編）」(http://www.ppc.go.jp/files/pdf/230401_koutekibumon_guidelines.pdf)を参照。

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

参考資料

参考資料 1 国・県・同規模平均と比べてみた鹿児島市の位置

国・県・同規模平均と比べてみた鹿児島市の位置

H30-R04年度

項目	H30		R04		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	① 人口構成	総人口	585,021		555,522		31,452,289		1,543,466		123,214,261			
		65歳以上(高齢化率)	145,300	24.8	158,804	28.6	8,314,675	26.4	505,891	32.8	35,335,805	28.7	KDB NO.5 人口の状況	
		75歳以上	71,655	12.2	78,289	14.1	—	—	262,354	17.0	18,248,742	14.8	KDB NO.3	
		65~74歳	73,645	12.6	80,515	14.5	—	—	243,537	15.8	17,087,063	13.9	健康・医療・介護 データからみる地域の 健康課題	
		40~64歳	196,955	33.7	183,895	33.1	—	—	492,960	31.9	41,545,893	33.7		
	39歳以下	242,766	41.5	212,823	38.3	—	—	544,615	35.3	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業	1.4		1.4		1.8		9.5		4.0		KDB NO.3	
	第2次産業	15.4		15.4		21.5		19.4		25.0			健康・医療・介護 データからみる地域の 健康課題	
	第3次産業	83.2		83.2		76.8		71.1		71.0				
	③ 平均寿命	男性	80.9		80.9		80.9		80.0		80.8			
女性	87.2		87.2		87.1		86.8		87.0			KDB NO.1		
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性	79.5		80.2		80.1		79.4		80.1		地域全体像の把握		
女性	84.0		84.7		84.4		84.3		84.4					
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	96.0		97.9		99.3		103.1		100		
		女性	96.1		97.6		99.4		99.7		100			
		がん	1,622	49.6	1,615	50.0	90,510	51.2	5,358	47.1	378,272	50.6	KDB NO.1	
		心臓病	806	24.7	858	26.6	48,318	27.3	3,295	29.0	205,485	27.5	地域全体像の把握	
		脳疾患	549	16.8	486	15.1	23,515	13.3	1,726	15.2	102,900	13.8		
		糖尿病	64	2.0	65	2.0	3,382	1.9	244	2.1	13,896	1.9		
		腎不全	146	4.5	133	4.1	6,268	3.5	471	4.1	26,946	3.6		
	自殺	81	2.5	70	2.2	4,928	2.8	270	2.4	20,171	2.7			
	② 早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計											厚労省HP 人口動態調査	
	男性													
女性														
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	33,365	22.8	34,821	21.8	1,702,783	20.5	101,053	20.1	6,724,030	19.4		
		新規認定者	447	0.3	562	0.3	27,537	0.3	1,591	0.3	110,289	0.3		
		介護度別 総件数	要支援1.2	92,955	12.5	112,901	13.1	5,515,296	12.2	358,656	15.3	21,785,044	12.9	
			要介護1.2	343,311	46.1	389,673	45.1	20,534,112	45.5	1,063,368	45.3	78,107,378	46.3	
		要介護3以上	308,616	41.4	361,672	41.8	19,041,017	42.2	923,149	39.4	68,963,503	40.8		
	2号認定者	768	0.39	710	0.39	41,864	0.39	1,817	0.37	156,107	0.38			
	② 有病状況	糖尿病	9,037	26.0	9,623	26.4	443,953	24.8	25,071	23.7	1,712,613	24.3		
		高血圧症	19,759	57.8	20,861	57.8	952,945	53.6	61,694	59.0	3,744,672	53.3		
		脂質異常症	10,962	31.8	12,313	33.7	602,481	33.6	34,712	32.8	2,308,216	32.6		
		心臓病	22,720	66.3	23,655	65.6	1,076,085	60.6	69,819	66.9	4,224,628	60.3	KDB NO.1	
脳疾患		11,409	33.6	10,982	30.8	396,610	22.6	32,194	31.3	1,568,292	22.6	地域全体像の把握		
がん		4,191	12.0	4,562	12.5	219,003	12.2	12,898	12.3	837,410	11.8			
筋・骨格		20,957	61.3	22,041	61.1	961,876	54.1	63,601	61.0	3,748,372	53.4			
精神		14,167	40.8	15,031	41.9	653,718	37.0	44,293	42.7	2,569,149	36.8			
③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	306,071	44,472,142,218	311,448	49,459,112,515	301,091	2,503,469,980,688	316,197	159,961,256,470	290,668	10,074,274,228,888			
	1件当たり給付費(全体)	59,704		57,228		55,521		68,209		59,682				
	居宅サービス	44,320		42,782		41,018		44,980		41,272				
	施設サービス	290,367		300,334		300,596		298,436		296,364				
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	9,020		10,266		8,543		10,143		8,610				
	認定あり	4,158		4,452		3,918		4,611		4,020				
認定なし														
4	① 国保の状況	被保険者数	123,701		114,056		6,104,064		356,708		27,488,882			
		65~74歳	53,504	43.3	52,963	46.4			172,817	48.4	11,129,271	40.5		
		40~64歳	38,689	31.3	33,858	29.7			107,061	30.0	9,088,015	33.1		
		39歳以下	31,508	25.5	27,235	23.9			76,830	21.5	7,271,596	26.5		
	加入率	21.1		20.5		19.4		23.1		22.3		KDB NO.1		
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	96	0.8	87	0.8	2076	0.3	234	0.7	8,237	0.3	地域全体像の把握	
		診療所数	531	4.3	528	4.6	29,803	4.9	1,368	3.8	102,599	3.7	KDB NO.5	
		病床数	12,921	104.5	12,505	109.6	393,610	64.5	32,164	90.2	1,507,471	54.8	被保険者の状況	
		医師数	2,510	20.3	2,692	23.6	109,226	17.9	4,653	13.0	339,611	12.4		
		外来患者数	735.4		763.9		704.0		755.6		687.8			
入院患者数	29.2		28.3		17.7		30.3		17.7					
③ 医療費の 状況	一人当たり医療費	402,330		449,392		350,112		444,085		339,680				
	受診率	764,584		792,157		721,674		785,808		705,439		KDB NO.3		
	外 来	費用の割合	52.1		53.1		60.8		52.0		60.4		健康・医療・介護 データからみる地域の 健康課題	
		件数の割合	96.2		96.4		97.5		96.2		97.5		KDB NO.1	
	入 院	費用の割合	47.9		46.9		39.2		48.0		39.6		地域全体像の把握	
		件数の割合	3.8		3.6		2.5		3.8		2.5			
1件あたり在院日数	18.6日		18.2日		15.7日		18.4日		15.7日					

項目	H30		R04		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療費源病名(割合含む)	がん	6,614,946,120	25.4	7,339,498,120	28.2	31.9	27.4	32.2			KDB NO.3 疾病別医療費 データからみる地域の 健康課題		
	慢性腎不全(透析あり)	2,808,391,560	10.8	3,000,400,110	11.5	8.9	10.1	8.2					
	糖尿病	2,244,685,830	8.6	2,312,109,770	8.9	10.0	9.5	10.4					
	高血圧症	1,488,935,490	5.7	1,276,536,000	4.9	5.6	5.4	5.9					
	脂質異常症	849,251,680	3.3	751,788,410	2.9	4.0	3.0	4.1					
	脳梗塞・脳出血	1,408,228,370	5.4	1,193,982,320	4.6	4.0	4.6	3.9					
	狭心症・心筋梗塞	820,331,920	3.2	680,495,740	2.6	2.9	2.8	2.8					
	精神	5,030,041,630	19.3	4,486,576,530	17.2	15.2	18.2	14.7					
筋・骨格	4,461,548,810	17.1	4,695,655,200	18.0	16.6	18.0	16.7						
⑤ 医療費分析 一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	385	0.2	20	0.0	22	0.0	38	0.0	22	0.0	KDB NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)
		糖尿病	2,335	1.2	149	0.1	110	0.1	200	0.1	126	0.1	
		脂質異常症	159	0.1	6	0.0	4	0.0	8	0.0	5	0.0	
		脳梗塞・脳出血	9,281	4.8	774	0.4	566	0.4	734	0.3	538	0.4	
		虚血性心疾患	5,368	2.8	424	0.2	354	0.3	412	0.2	341	0.3	
	腎不全	8,504	4.4	821	0.4	400	0.3	743	0.3	359	0.3		
	外来	高血圧症	11,648	5.6	889	0.4	815	0.4	1,005	0.4	839	0.4	
		糖尿病	16,478	7.9	1,556	0.7	1,437	0.7	1,702	0.7	1,455	0.7	
		脂質異常症	6,697	3.2	559	0.2	601	0.3	589	0.3	595	0.3	
		脳梗塞・脳出血	1,983	0.9	133	0.1	69	0.0	127	0.1	68	0.0	
虚血性心疾患		2,586	1.2	171	0.1	149	0.1	184	0.1	143	0.1		
腎不全	25,472	12.2	2,374	1.0	1,482	0.7	2,164	0.9	1,344	0.7			
⑥ 健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	14,211		15,293		13,838		14,258		13,295		KDB NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題	
	生活習慣病対象者 一人当たり	5,970		5,982		5,971		9,072		6,142			
⑦ 健診・レセ 突合	受診勧奨者	16,194	57.9	15,118	56.8	827,631	56.5	60,432	56.0	3,835,832	57.0	KDB NO.1 地域全体像の把握	
	医療機関受診率	15,324	54.8	14,110	53.0	774,040	52.9	55,852	51.7	3,501,508	52.0		
	医療機関非受診率	870	3.1	1,008	3.8	53,591	3.7	4,580	4.2	334,324	5.0		
①-⑯ 特定健診の 状況 県内市町村数 45市町村 同規模市区町村 数 85市町村	健診受診者	27,974		26,610		1,463,761		107,982		6,735,405		KDB NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握	
	受診率	33.9		34.3		36.1		42.8		36.7			
	特定保健指導終了者(実施率)	1,128	37.3	303	11.6	9814	6.1	3,347	30.9	91,478	11.5		
	非肥満高血糖	2,792	10.0	2,889	10.9	123,845	8.5	10,130	9.4	608,503	9.0		
	メタボ	該当者	5,020	17.9	5,278	19.8	298,496	20.4	23,545	21.8	1,366,220		20.3
		男性	3,407	30.0	3,559	32.6	203,809	33.6	15,884	33.2	953,975		32.0
		女性	1,613	9.7	1,719	10.9	94,687	11.1	7,661	12.8	412,245		11.0
		予備群	3,264	11.7	2,998	11.3	161,496	11.0	13,120	12.2	756,892		11.2
	メタボ該当・予備群 レベル	男性	2,062	18.2	1,983	18.2	110,241	18.2	8,754	18.3	533,553		17.9
		女性	1,202	7.2	1,015	6.5	51,255	6.0	4,366	7.3	223,139		5.9
		総数	9,316	33.3	9,177	34.5	507,977	34.7	40,601	37.6	2,352,941		34.9
		男性	6,087	53.7	6,132	56.2	345,880	57.0	27,155	56.7	1,646,925		55.3
	BMI	女性	3,229	19.4	3,045	19.4	162,097	18.9	13,446	22.4	706,016		18.8
		総数	1,320	4.7	1,175	4.4	66,610	4.6	5,323	4.9	316,378		4.7
		男性	189	1.7	150	1.4	9,219	1.5	775	1.6	50,602		1.7
		女性	1,131	6.8	1,025	6.5	57,391	6.7	4,548	7.6	265,776		7.1
		血糖のみ	238	0.9	210	0.8	8,641	0.6	800	0.7	43,022		0.6
		血圧のみ	2,394	8.6	2,175	8.2	113,361	7.7	9,691	9.0	533,361		7.9
		脂質のみ	632	2.3	613	2.3	39,494	2.7	2,629	2.4	180,309		2.7
血糖・血圧		999	3.6	1,097	4.1	41,269	2.8	4,088	3.8	200,700	3.0		
血糖・脂質		297	1.1	318	1.2	14,912	1.0	1,147	1.1	69,468	1.0		
血圧・脂質		2,181	7.8	2,078	7.8	145,058	9.9	10,578	9.8	651,885	9.7		
血糖・血圧・脂質	1,543	5.5	1,785	6.7	97,257	6.6	7,732	7.2	444,167	6.6			
①-⑤ 服薬	高血圧	10,779	38.6	11,025	41.4	531,833	36.3	47,732	44.2	2,401,322	35.7	KDB NO.1 地域全体像の把握	
	糖尿病	2,598	9.3	2,726	10.2	129,021	8.8	12,408	11.5	582,344	8.6		
	脂質異常症	6,205	22.2	7,055	26.5	427,189	29.2	30,799	28.5	1,877,854	27.9		
	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	1,263	4.6	1,164	4.4	48,023	3.4	4,998	4.7	205,223	3.1		
	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	1,869	6.8	1,664	6.3	81,631	5.7	7,512	7.1	361,423	5.5		
⑥-⑩ 既往歴	腎不全	1,083	3.9	932	3.5	12,344	0.9	1,898	1.8	53,281	0.8		
	貧血	1,709	6.2	1,686	6.4	160,755	11.3	8,281	7.8	694,361	10.7		
	喫煙	2,547	9.1	2,470	9.3	187,517	12.8	12,325	11.4	927,614	13.8		
	週3回以上朝食を抜く	2,205	8.0	2,409	9.2	147,905	11.6	9,640	9.1	633,871	10.3		
	週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
⑪-⑯ 生活習慣の 状況	週3回以上就寝前夕食(H30～)	4,659	17.0	4,130	15.7	194,387	15.5	18,649	17.6	964,244	15.7	KDB NO.1 地域全体像の把握	
	週3回以上就寝前夕食	4,659	17.0	4,130	15.7	194,387	15.5	18,649	17.6	964,244	15.7		
	食べる速度が遅い	7,877	28.0	6,951	26.4	338,801	27.0	27,312	25.7	1,640,770	26.8		
	20歳時体重から10kg以上増加	9,630	35.1	9,152	34.9	440,509	34.7	38,403	36.1	2,149,988	34.9		
	1回30分以上運動習慣なし	14,494	52.9	14,252	54.3	741,923	58.3	60,471	56.9	3,707,647	60.4		
	1日1時間以上運動なし	12,438	45.4	12,398	47.2	604,373	48.1	48,661	45.8	2,949,573	48.0		
	睡眠不足	6,752	24.7	5,461	20.8	316,103	25.0	23,443	22.1	1,569,769	25.6		
	毎日飲酒	5,698	20.8	5,761	21.9	338,640	24.7	27,101	25.5	1,639,941	25.5		
	時々飲酒	5,921	21.6	5,968	22.6	322,384	23.5	22,874	21.5	1,446,573	22.5		
	一日飲酒量	1合未満	7,952	60.9	7,809	61.2	680,588	65.9	40,375	62.8	2,944,274		64.2
		1～2合	3,848	29.5	3,879	30.4	232,588	22.5	18,204	28.3	1,088,435		23.7
		2～3合	1,088	8.3	909	7.1	90,704	8.8	4,870	7.6	428,995		9.3
		3合以上	163	1.2	154	1.2	28,703	2.8	829	1.3	126,933		2.8

参考資料2

保険者努力支援制度

評価指標		平成28 年度配点	平成29 年度配点	平成30 年度配点	令和元 年度配点	令和2 年度配点	令和3 年度配点	令和4 年度配点	令和5 年度配
総得点(満点)		345	580	850	920	995	1000	960	940
共通 ①	特定健康診査受診率	20	35	50	50	70	70	70	70
	特定保健指導実施率	20	35	50	50	70	70	70	70
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	20	35	50	50	50	50	50	50
共通 ②	がん検診受診率	10	20	30	30	40	40	40	40
	歯周疾患(病)検診の実施	10	15	25	25	30	30	30	35
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40	70	100	100	120	120	120	100
共通 ④	個人へのインセンティブへの提供	20	45	70	70	90	90	45	45
	個人への分かりやすい情報提供	20	15	25	20	20	20	15	20
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	10	25	35	50	50	50	50	50
共通 ⑥	後発医薬品の促進	15	25	35	35	130	130	130	130
	後発医薬品の使用割合	15	30	40	100				
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	40	70	100	100	100	100	100	100
固有 ②	データヘルス計画の取組	10	30	40	50	40	40	30	25
固有 ③	医療費通知の取組	10	15	25	25	25	25	20	15
固有 ④	地域包括ケアの推進	5	15	25	25	25	30	40	40
固有 ⑤	第三者求償の取組	10	30	40	40	40	40	50	50
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			50	60	95	95	100	100
体制構築加算		70	70	60	40	-	40	-	-

第三期 鹿児島市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）

（令和6年度～令和11年度）

令和6年3月 発行

編集・発行 鹿児島市国民健康保険課 保健事業係

住 所 〒892-8677 鹿児島県鹿児島市山下町 11 番 1 号

電 話 099-808-7505