

第3期 国民健康保険
保健事業実施計画(データヘルス計画)

令和6年3月
垂水市

目次

第1章 計画の基本的事項

1. 制度の背景 …… p1
2. 他計画との関係性 …… p2
3. 目的 …… p2
4. 計画期間 …… p3
5. 実施体制・関係者連携 …… p3

第2章 現状の整理

1. 垂水市の特性 …… p5
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 …… p7
3. 前期計画の評価と見直し …… p23
4. 健康課題のまとめ …… p30

第3章 データヘルス計画の目的と方策

1. 計画の目的 …… p31
2. 目的を達成させる事業 …… p31

第4章 第4期特定健康診査等実施計画

1. 特定健康診査 …… p32
2. 特定保健指導 …… p34
3. 個人情報保護に関する事項 …… p36
4. 公表及び周知に関する事項 …… p36

第5章 個別保健事業

1. 糖尿病性腎症重症化予防事業 …… p37
2. 医療機関受診勧奨事業 …… p39
3. がん検診 …… p41
4. 歯科検診 …… p43

- 5. 健康インセンティブ・健康づくり …… p45
- 6. 適正受診・適正服薬事業 …… p47
- 7. 後発(ジェネリック)医薬品 …… p49
- 8. 地域包括ケア推進・一体的実施事業 …… p51

第6章 評価・見直し

- 1. 評価の基本的事項 …… p53
- 2. 計画全体の評価と見直し …… p53

第7章 その他 …… p54

- 1. 計画の公表・周知 …… p54
- 2. 個人情報の取扱い …… p54

第8章 資料 …… p55

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の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うよう指導しています。

垂水市では、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「データヘルス計画（第1期計画）」を策定しました。平成30年3月には、第1期計画の評価・見直しを実施し、「データヘルス計画（第2期計画）」を策定し、保健事業の実施及び評価を行っています。この度、第2期データヘルス計画の計画期間終了に伴い、当該計画の評価・見直しを行い、改定した第3期データヘルス計画を策定することで、引き続き、被保険者の健康保持増進を図る保健事業の実施・評価・見直しを行っていきます。

これまでは、特定健康診査・特定保健指導については、特定健康診査等実施計画の中で進められてきましたが、今回、データヘルス計画に含めるものとします。

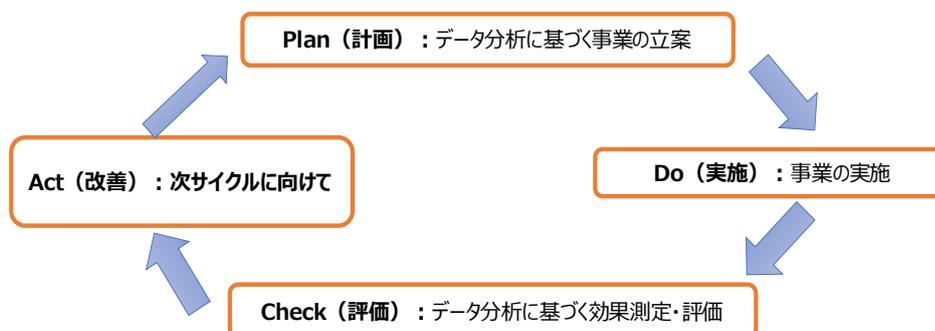
2. 他計画との関係性（保健事業）

関連する計画	関係性
医療費適正化計画	データヘルス計画は、都道府県が策定する医療費適正化計画に基づき、市町村国保において医療費適正化等を共通の目的に各種保健事業を行うものである。
特定健康診査等実施計画	従来は別の計画であったが、今回からはデータヘルス計画と一体的に策定することになる。
健康増進計画	都道府県に策定義務、市町村に策定努力義務がある。健康づくりに関連して、指標や目標値が共通する点もある。関連する事業（保健指導、健康教育、インセンティブなど）が含まれている。
介護保険事業（支援）計画	都道府県は介護保険事業支援計画を、市町村は介護保険事業計画を策定する義務がある。地域包括ケアや高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の事業が共通する場合は、連携の必要がある。
垂水市の総合計画	総合計画は自治体の最も上位計画であるため、適宜整合性を図る必要がある。

3. 目的

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

■PDCAサイクルに沿ったデータヘルス計画策定



4. 計画期間

令和6年度（2024年度）から令和11年度（2029年度）まで

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年度から令和11年度までを次期計画期間としているので、これらとの整合性を図るため同期間を計画期間としています。

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

計画は市民課国保係が実施主体となり、計画立案、進捗管理、評価と見直し等を行います。（実施主体）
計画については国保運営協議会において審議、報告を行います。（国保運営協議会）

計画の実施にあたり、保健課と連携しながら、健康診断、保健指導等を実施します。（垂水市内の連携と役割分担）

地域の医療関係者として、医師会、歯科医師会、薬剤師会、あるいは外部有識者等と連携し、健康診断、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）

鹿児島県や保健所、国民健康保険団体連合会（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、保健所、国保連合会等）

実施体制・関係者との連携と役割

実施体制機関		主な連携と役割
実施主体	垂水市 市民課国保係	<ul style="list-style-type: none"> ● 計画の実施主体として、計画立案、進捗管理、評価、見直し等 ● 健診、保健指導、健康教育等の実施 ● 専門職の確保、部門内の事務職と専門職との連携と役割分担
垂水市 内連携	保健課	<ul style="list-style-type: none"> ● 健康増進計画との調整 ● 健診、保健指導、健康教育等での連携 ● 介護保健事業計画との調整 ● 地域包括ケア・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施等での連携 ● データや分析結果の共有

※「介護保険事業計画との調整」「地域包括ケア・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施等での連携」については、組織再編により令和6年4月から保健課地域包括ケア係→福祉課地域包括ケア係となる。

実施体制機関		主な連携と役割
行政	鹿児島県・保健所	<ul style="list-style-type: none"> ● 関係機関との連絡調整や専門職の派遣・助言等の技術的な支援、情報提供等 ● 都道府県関係課あるいは他の保険者との意見交換の場の設定 ● 現状分析のために都道府県が保有するデータの提供
保健医療関係者	医師会、 歯科医師会、 薬剤師会等	<ul style="list-style-type: none"> ● 計画策定、評価・見直し等への助言 ● 健康診断、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
	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 ● 健診の受診勧奨や保健指導の利用勧奨等への協力

※ただし、令和6年3月時点の課内編成である。

第2章 現状の整理

1. 垂水市の特性

(1) 垂水市の基本情報

本市は、大隅半島の北西部、鹿児島湾に面するほぼ中央に位置し、県都鹿児島市と大隅半島を結ぶ海上陸上の要所です。北に霧島市（旧始良郡福山町）、西に桜島、東は高隈連山を境として鹿屋市に接し、面積は約162.12平方キロメートルで37キロに及ぶ海岸線を有しています。

令和5年3月末時点において、人口13,449人、年少人口（0～14歳）1129人（8.4%）生産年齢人口（15～64歳）6218人（46.2%）、老年人口（65歳以上）6102人（45.4%）という構成になります。

(2) 被保険者の年齢構成・性別

国民健康保険の加入率は、令和4年度で垂水市の人口全体に占める割合は、25.3%となっております。被保険者は、平成29年から減少傾向にあります。被保険者数が減っている要因として、人口の自然減と令和4年度は団塊の世代が後期高齢者へ移行していることが考えられます。年齢階級別でみると、65歳以上の定年退職後以降の加入者が全体の57.7%を占めています。

■垂水市の国民健康保険の加入状況（令和4年度）

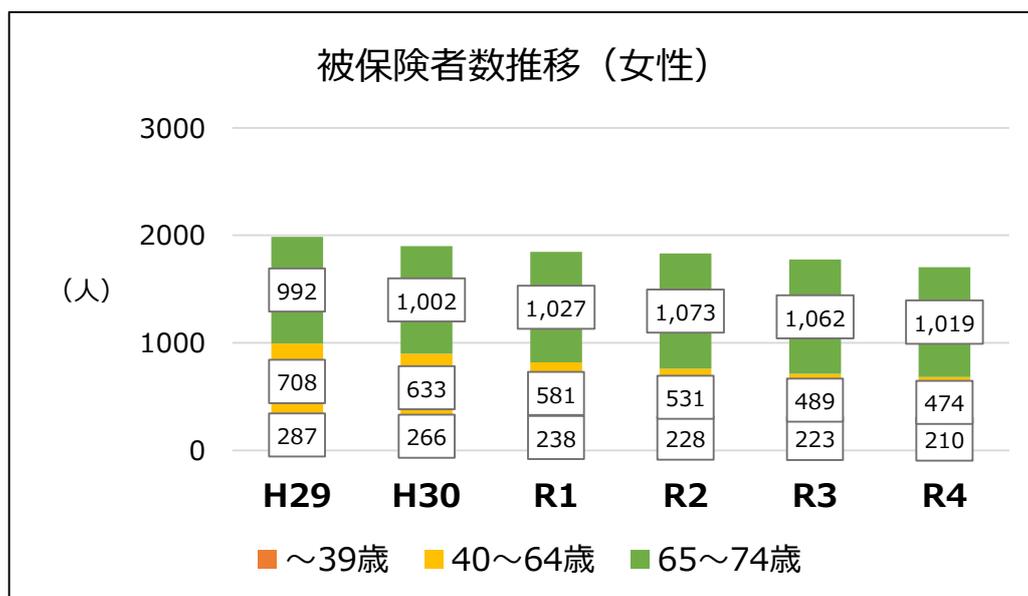
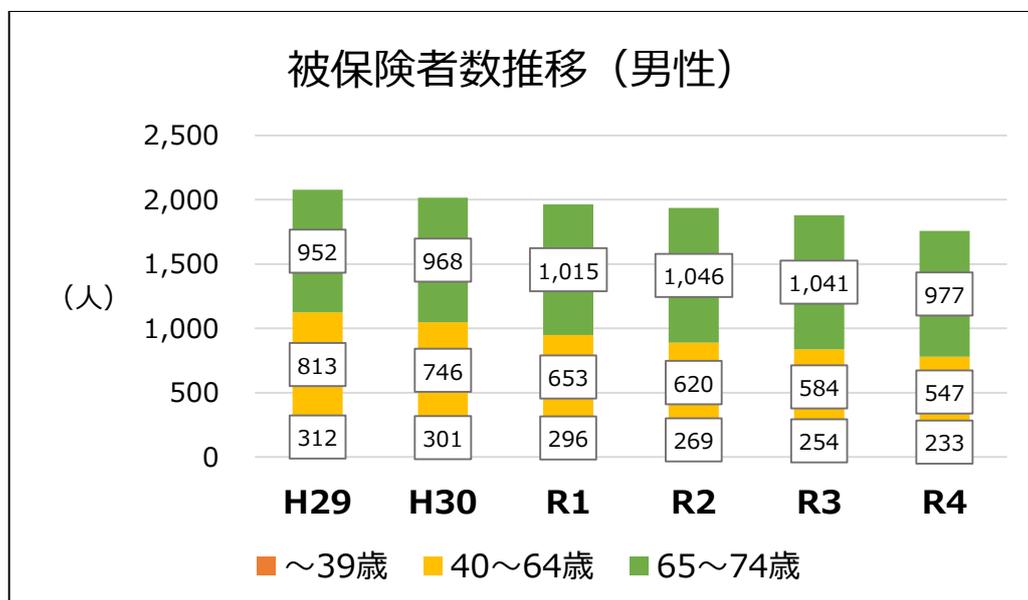
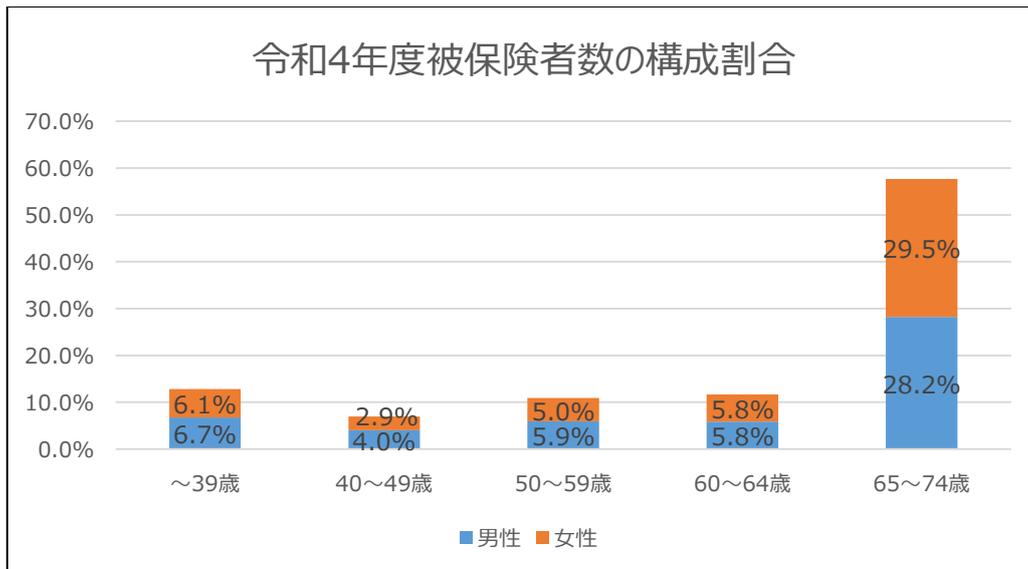
総人口	高齢化率	国民健康保険者数	国民健康保険加入率
13,449人	45.4%	3,460人	25.3%

※KDBシステム（健診・医療・介護からみる地域の健康課題）より

■被保険者数 経年推移（男女別・年齢階級別）

垂水市	男性			女性			総計			
	～39歳	40～64歳	65～74歳	～39歳	40～64歳	65～74歳	～39歳	40～64歳	65～74歳	計
H29	312	813	952	287	708	992	599	1,521	1,944	4,064
H30	301	746	968	266	633	1,002	567	1,379	1,970	3,916
R1	296	653	1,015	238	581	1,027	534	1,234	2,042	3,810
R2	269	620	1,046	228	531	1,073	497	1,151	2,119	3,767
R3	254	584	1,041	223	489	1,062	477	1,073	2,103	3,653
R4	233	547	977	210	474	1,019	443	1,021	1,996	3,460

※KDBシステム（被保険者構成）より



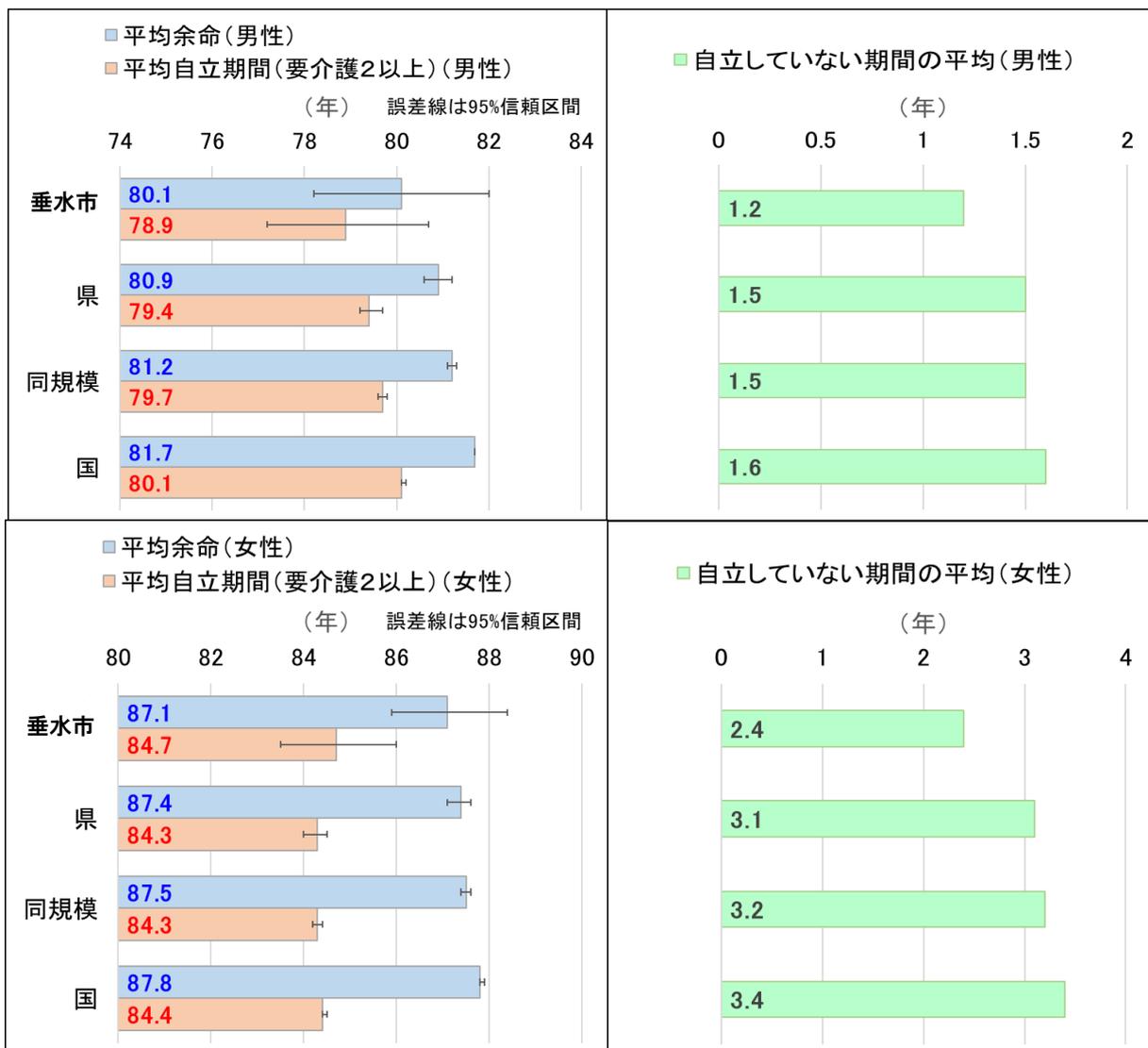
※KDBシステム（被保険者構成）より

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

平均余命をみると、令和4年度で男性80.1歳、女性87.1歳。平均自立期間は、男性78.9歳、女性84.7歳となっており、鹿児島県、全国と比較するとほとんど差はみられません。

経年で見ると、男性は平均余命、平均自立期間ともに伸びており、令和4年度には男性の平均余命は、過去5年間で最長となっています。女性は令和2年度に平均余命・平均自立期間ともに一時的に短くなりましたが、令和4年度には女性の平均余命は87.1歳と伸びてきています。このことから、平均余命は男性女性ともに年々延びており、自立していない期間はほとんど変化がないため、健康寿命が延びているといえます。なお、令和2年度、令和3年度において平均余命、平均自立期間が短くなり、横ばいとなった原因として新型コロナウイルス感染症の影響が考えられます。

■ 平均余命・平均自立期間（令和4年度（累計）） ※KDBシステム（地域の全体像の把握）より

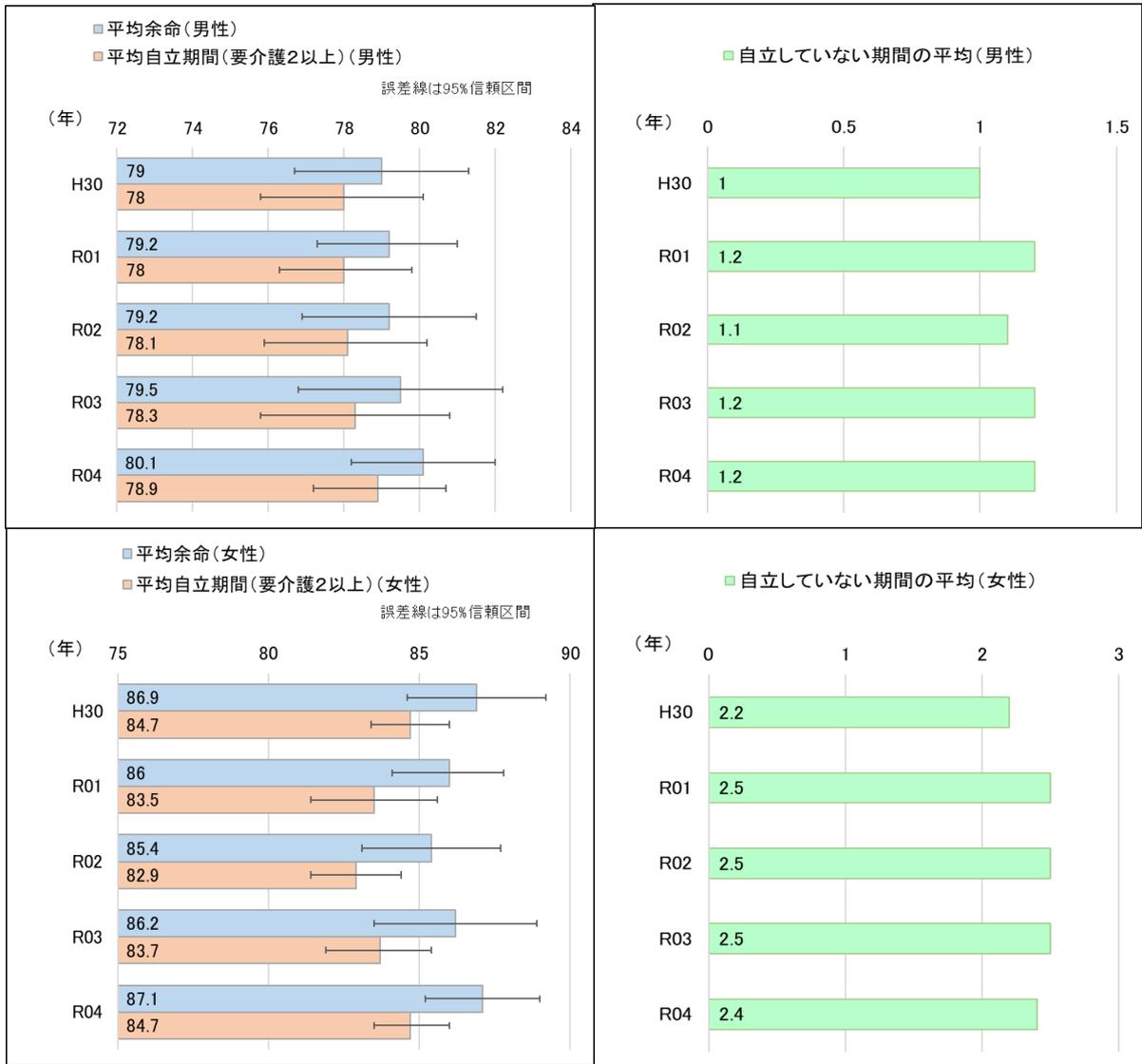


※ 平均余命とは、ある年齢の人々が、その後何年生きられるかという期待値のことで、ここでは0歳時点の平均余命を示しています。

※ 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。

※ KDBシステム（地域の全体像の把握）より

■ 垂水市の平均余命・平均自立期間の経年推移（平成 30 年度～令和 4 年度）



※KDB システム（地域の全体像の把握）より

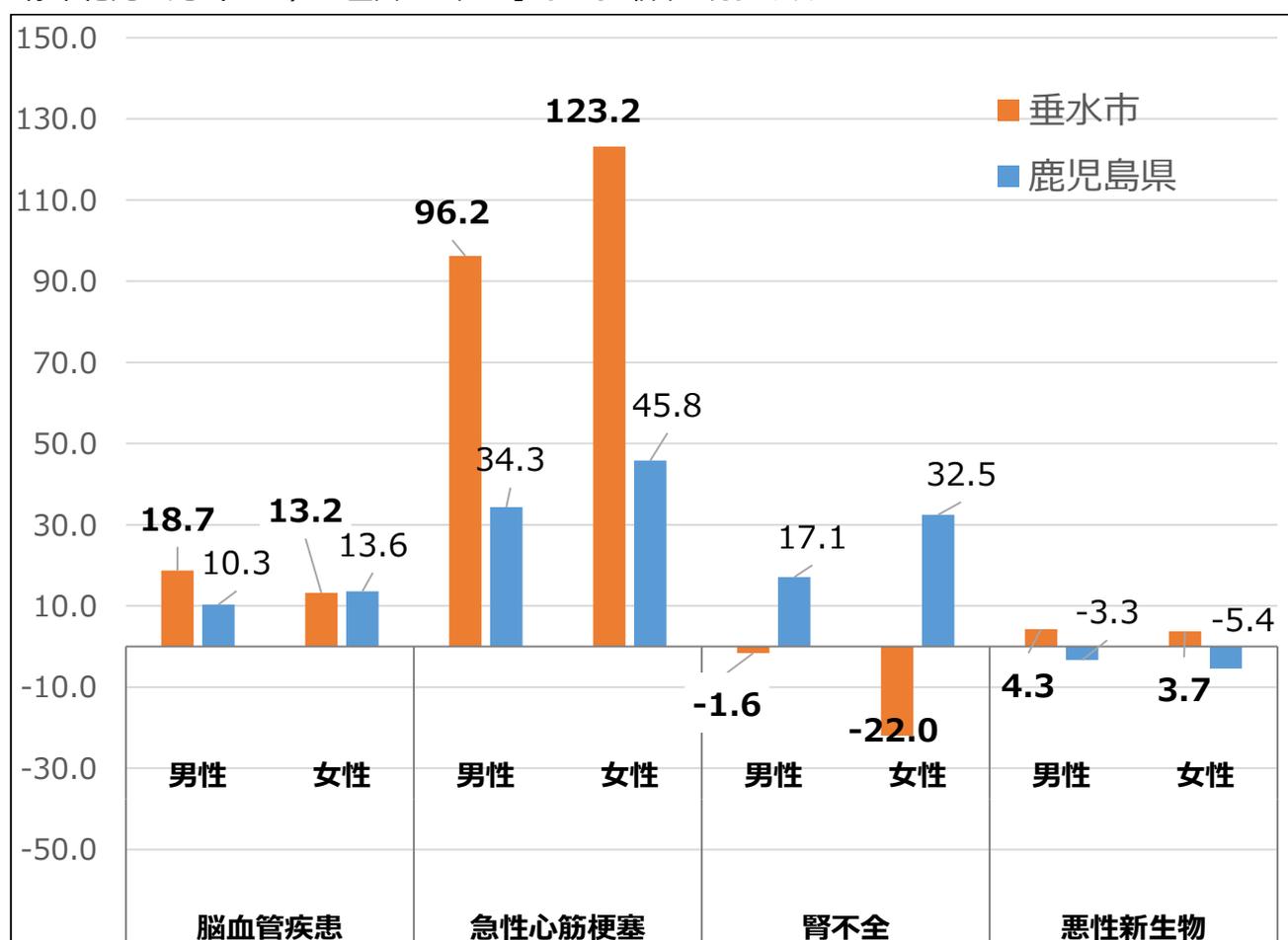
■ 死亡

平成 29 年から令和 3 年の標準化死亡比（SMR）は、鹿児島県と比較して男性女性ともに急性心筋梗塞、悪性新生物が高い状況にあります。なお、腎不全は低い状況です。

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
垂水市	118.7	113.2	196.2	223.2	98.4	78.0	104.3	103.7
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

■ 標準化死亡比（SMR）…全国を基準「0」とした時の倍率を現したグラフ



※ SMR とは、全国の年齢構成ごとの死亡率を垂水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。

■ 疾病別死因割合（令和4年度（累計））

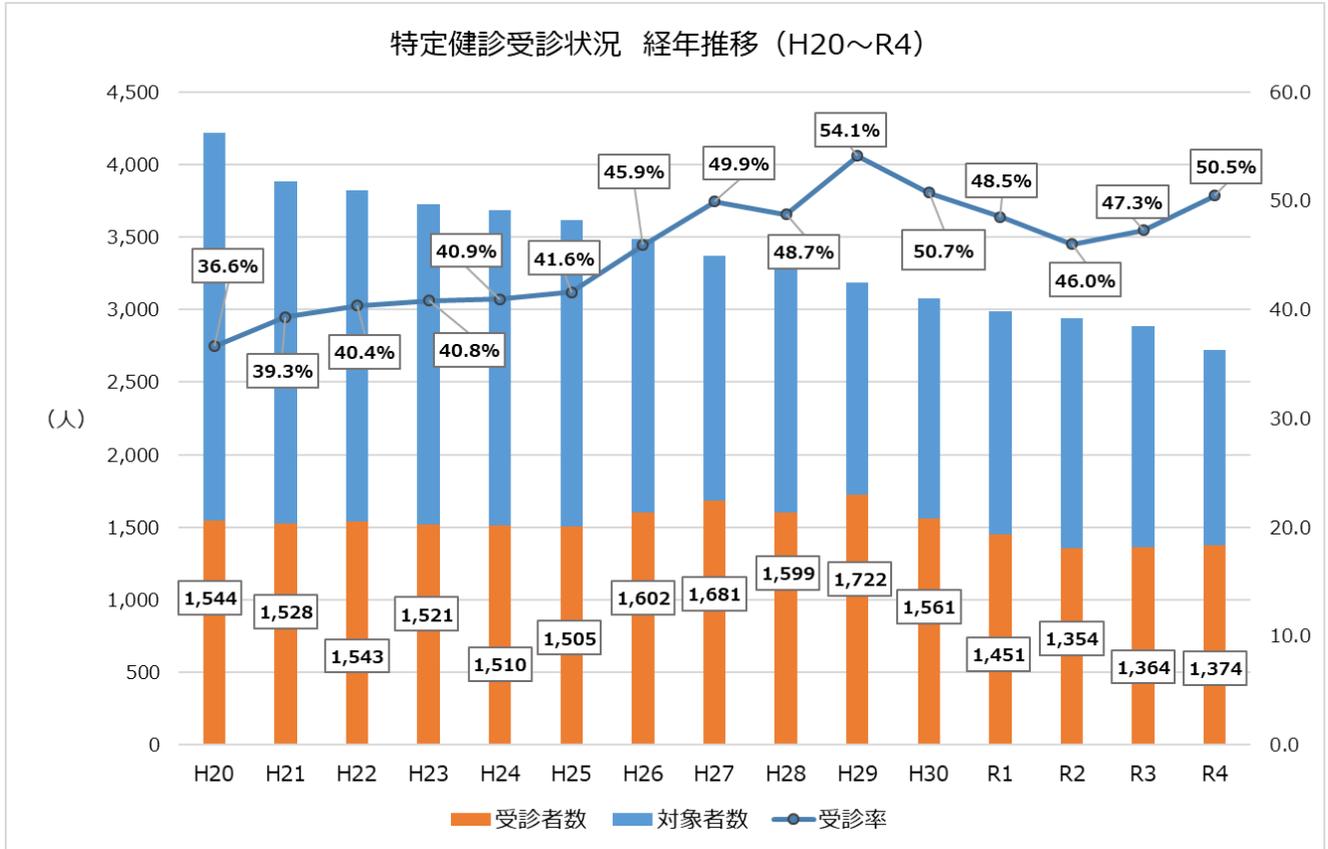
垂水市における主な疾病別死因を鹿児島県及び全国と比較すると、脳疾患の割合が高くなっています。

疾病項目	垂水市		鹿児島県	全国
	人数（人）	割合		
悪性新生物	61人	47.7%	47.1%	50.6%
心臓病	36人	28.1%	29.0%	27.5%
脳疾患	23人	18%	15.2%	13.8%
糖尿病	2人	1.6%	2.1%	1.9%
腎不全	5人	3.9%	4.1%	3.6%
自殺	1人	0.8%	2.4%	2.7%
合計	128人			

※KDBシステム（地域の全体像の把握）より

(1) 健診

特定健康診査の状況を、制度が開始した平成 20 年度から令和 4 年度までの推移をみると、健診対象者数は、年々減少しており令和 4 年度で 2,721 人となっています。令和 2 年度に新型コロナウイルス感染症の影響もあり一時減少しましたが、令和 4 年度には 50.5%の受診率となっています。



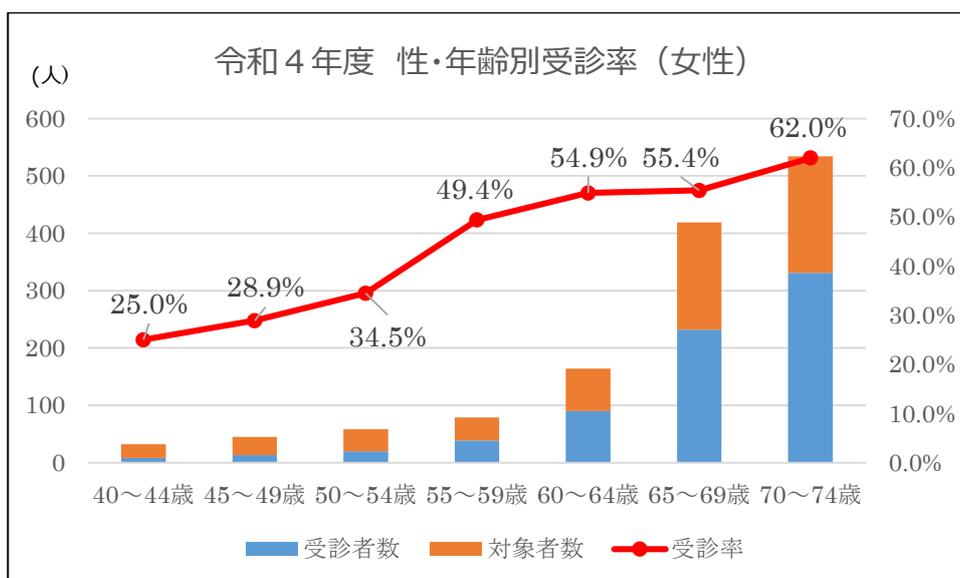
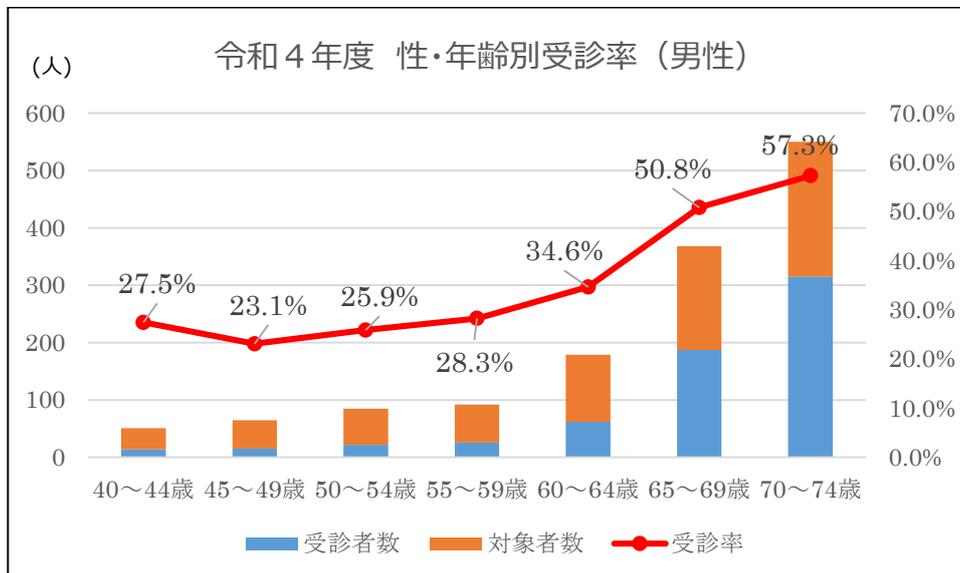
※特定健診等データ管理システム（法定報告）より

■ 令和4年度 性・年齢別健診受診状況

令和4年度の性・年齢別健診受診状況をみると、男女ともに健診受診率が最も高い年代は、70歳代になっています。男性は65歳から女性は55歳から受診率が高い状況となっています。

	男性			女性			総計		
	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率
40～44歳	51	14	27.5%	32	8	25.0%	83	22	26.5%
45～49歳	65	15	23.1%	45	13	28.9%	110	28	25.5%
50～54歳	85	22	25.9%	58	20	34.5%	143	42	29.4%
55～59歳	92	26	28.3%	79	39	49.4%	171	65	38.0%
60～64歳	179	62	34.6%	164	90	54.9%	343	152	44.3%
65～69歳	368	187	50.8%	419	232	55.4%	787	419	53.2%
70～74歳	550	315	57.3%	534	331	62.0%	1084	646	59.6%
計	1390	641	46.1%	1331	733	55.1%	2721	1374	50.5%

※特定健診等データ管理システム（法定報告）より



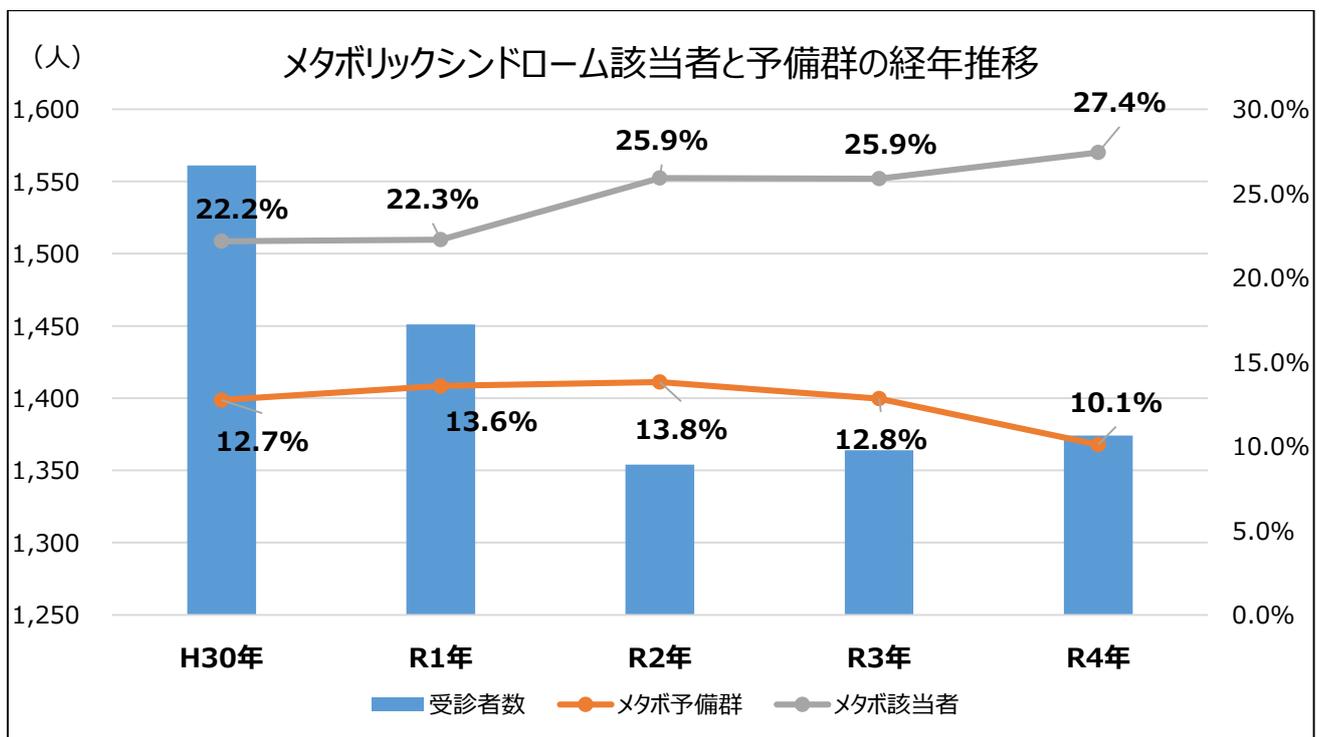
※特定健診等データ管理システム（法定報告）より

■ メタボリックシンドローム予備群・該当者の年次推移

年度	受診者数	メタボ予備群		メタボ該当者	
	(人数)	(人数)	(%)	(人数)	(%)
H30年	1,561	197	12.7	346	22.2
R1年	1,451	197	13.6	324	22.3
R2年	1,354	186	13.8	352	25.9
R3年	1,364	175	12.8	353	25.9
R4年	1,374	139	10.1	377	27.4

※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予備群・該当者の過去5年間の経年推移を見ると、該当者の割合は平成30年度の22.2%から令和4年度は27.4%と増加しています。メタボリックシンドローム予備群率は令和4年度10.1%で、全国11.2%、鹿児島県12.1%と比較して低い状況です。その要因として、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、メタボリックシンドローム予備軍からメタボリックシンドローム該当者へと移行していることが考えられます。

■ 令和4年度 特定健康診査結果有所見者の状況 ※特定健診等データ管理システム（法定報告）より

令和4年度の健診結果からメタボリックシンドロームの状況をみると、健診受診者のうち27.4%の割合で該当者がおり、鹿児島県、全国の割合と比較すると高い状況です。

○メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

	垂水市		鹿児島県	同規模	全国
	人数(人)	割合(%)	割合(%)	割合(%)	割合(%)
該当者(計)	377	27.4	21.8	21.3	20.3
男性	248	38.7	33.2	32.7	32.0
女性	129	17.6	12.8	12	11.0
予備群(計)	139	10.1	12.1	10.8	11.2
男性	93	14.5	18.3	16.8	17.9
女性	46	6.3	7.3	5.9	5.9

○糖尿病の状況

※治療・未治療については、問診票の回答から算出しています。

HbA1c測定者数：1,311人			治療中(176人)		未治療(1135人)	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
6.4以下	1,153	87.9	68	38.6	1085	95.6
6.5以上	158	12.1	108	61.4	50	4.4
再掲) 8.0以上	19	1.4	16	1.2	3	0.2

○糖尿病(HbA1c)の年代別有所見状況

※分母は各年代の測定者数で算出しています。

HbA1c測定者数	40～64歳(294人)		65～74歳(1017人)	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
1,311人				
6.4以下	268	91.2	885	87.0
6.5以上	26	8.8	132	13.0
再掲) 8.0以上	5	1.7	14	1.4

○血圧の状況

※標準的な健診・保健指導プログラムの保健指導判定値を使用。 ※治療・未治療については、問診票の回答から算出しています。

血圧測定者数：1,374人			治療中(701人)		未治療(673人)	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
129/84以下	633	46.1	260	37.1	373	55.4
130/85以上	741	53.9	441	62.9	300	44.6
I度(140/90)	314	22.9	187	26.7	127	18.9
II度(160/100)	67	4.9	39	5.6	28	4.1
III度(180/110)	12	0.9	8	1.1	4	0.6

○血圧の年代別有所見状況

※分母は各年代の測定者数で算出しています。

血圧測定者数	40～64歳(309人)		65～74歳(1065人)	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
1374人				
129/84以下	158	51.1	475	44.6
130/85以上	151	48.9	590	55.4
I度(140/90)	58	18.8	256	24.0
II度(160/100)	9	2.9	58	5.4
III度(180/110)	0	0.0	12	1.1

○脂質異常の状況

※治療・未治療については、問診票の回答から算出しています。

LDL測定者数：1,374人			治療中（482人）		未治療（892人）	
	人数（人）	割合（％）	人数（人）	割合（％）	人数（人）	割合（％）
LDL139以下	1,126	81.9	459	95.2	667	74.8
LDL140～159	152	11.1	16	3.3	136	15.2
LDL160以上	96	7.0	7	1.5	89	10
再掲）180以上	38	2.8	3	0.6	35	3.9

○脂質異常の年代別有所見状況

※分母は各年代の測定者数で算出しています。

LDL測定者数 1374人	40～64歳（309人）		65～74歳（1065人）	
	人数（人）	割合（％）	人数（人）	割合（％）
LDL139以下	238	77.0	888	83.4
LDL140～159	43	13.9	109	10.2
LDL160以上	28	9.1	68	6.4
再掲）180以上	10	3.2	28	2.6

○生活習慣の状況

令和4年度		垂水市		鹿児島県	同規模	全国
		（人）	割合	割合	割合	割合
服薬	高血圧	701	51.0	44.2	39.2	35.6
	糖尿病	184	13.4	11.5	9.9	8.7
	脂質異常症	482	35.1	28.5	29.2	27.9
既往歴	脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	74	5.4	4.7	3.3	3.1
	心臓病（狭心症・心筋梗塞等）	135	9.8	7.1	5.9	5.5
	腎不全	14	1.0	1.8	0.9	0.8
	貧血	109	7.9	7.8	10.0	10.7
	喫煙	156	11.3	11.4	12.9	13.8
	週3回以上朝食を抜く	111	8.1	9.1	7.9	10.4
	週3回以上就寝前夕食	181	13.2	17.6	15.0	15.8
	食べる速度が速い	330	24.0	25.7	26.8	26.8
	20歳時体重から10kg以上増加	516	37.5	36.1	34.7	35.0
	1回30分以上運動習慣なし	793	57.8	56.9	62.7	60.4
	1日1時間以上運動なし	688	50.1	45.8	47.3	48.0
	睡眠不足	285	20.7	22.1	25.0	25.6
	毎日飲酒	333	24.2	25.5	25.4	25.5
	時々飲酒	246	17.9	21.5	20.5	22.5
一日飲酒量	1合未満	868	76.1	62.8	62.8	64.1
	1～2合	204	17.9	28.3	25.1	23.7
	2～3合	59	5.2	7.6	9.5	9.4
	3合以上	9	0.8	1.3	2.5	2.8

※割合は、各質問項目に「あり」と回答した件数÷各質問事項に回答した件数×100で算出

※KDBシステム（地域の全体像の把握）より

○血圧の保健指導判定と受診勧奨判定の状況 ※日本高血圧学会の高血圧治療ガイドラインの数値を使用。

年度	測定者数	正常値				保健指導判定値		受診勧奨判定値				Ⅱ度高血圧以上			
		正常値 (120/80以下)		正常高値 (120~129/80以下)		高値血圧 (130~139/80~89)		Ⅰ度高血圧 (140~159/90~99)		Ⅱ度高血圧以上 (160/100以上)		再掲) 未治療		再掲) 治療	
		人数	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数
H30年	1,561	373	23.9%	261	16.7%	473	30.3%	357	22.9%	97	6.2%	46	47.4%	51	52.6%
R1年	1,451	345	23.8%	259	17.8%	418	28.8%	340	23.4%	89	6.1%	44	49.4%	45	50.6%
R2年	1,354	285	21.0%	271	20.0%	386	28.5%	332	24.5%	80	5.9%	40	50.0%	40	50.0%
R3年	1,364	274	20.1%	241	17.7%	413	30.3%	343	25.1%	93	6.8%	39	41.9%	54	58.1%
R4年	1,374	312	22.7%	277	20.2%	392	28.5%	314	22.9%	79	5.7%	32	40.5%	47	59.5%

○HbA1c（血糖）の保健指導判定と受診勧奨判定の状況

年度	測定者数	正常値		保健指導判定値				受診勧奨判定値				6.5%以上			
		5.5%以下		5.6~5.9%		6.0~6.4%		6.5%以上		再掲) 8.0%以上		再掲) 未治療		再掲) 治療	
		人数	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数
H30年	1,535	713	46.4%	455	29.6%	230	15.0%	137	8.9%	10	0.7%	49	35.8%	88	64.2%
R1年	1,420	674	47.5%	406	28.6%	209	14.7%	131	9.2%	15	1.1%	39	29.8%	92	70.2%
R2年	1,348	543	40.3%	412	30.6%	237	17.6%	156	11.6%	12	0.9%	61	39.1%	95	60.9%
R3年	1,320	550	41.7%	396	30.0%	211	16.0%	163	12.3%	15	1.1%	68	41.7%	95	58.3%
R4年	1,311	538	41.0%	403	30.7%	212	16.2%	158	12.1%	19	1.4%	50	31.6%	108	68.4%

○LDL コレステロールの保健指導判定と受診勧奨判定の状況

年度	測定者数	正常値		保健指導判定値		受診勧奨判定値				160以上					
		120未満		120~139		140~159		160以上		再掲) 180以上		再掲) 未治療		再掲) 治療	
		人数	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数
H30年	1,560	814	52.2%	342	21.9%	247	15.8%	157	10.1%	59	3.8%	143	91.1%	14	8.9%
R1年	1,449	777	53.6%	325	22.4%	214	14.8%	133	9.2%	45	3.1%	121	91.0%	12	9.0%
R2年	1,353	774	57.2%	320	23.7%	155	11.5%	104	7.7%	33	2.4%	100	96.2%	4	3.8%
R3年	1,364	774	56.7%	303	22.2%	178	13.0%	109	8.0%	36	2.6%	99	90.8%	10	9.2%
R4年	1,374	840	61.1%	286	20.8%	152	11.1%	96	7.0%	38	2.8%	89	92.7%	7	7.3%

○中性脂肪

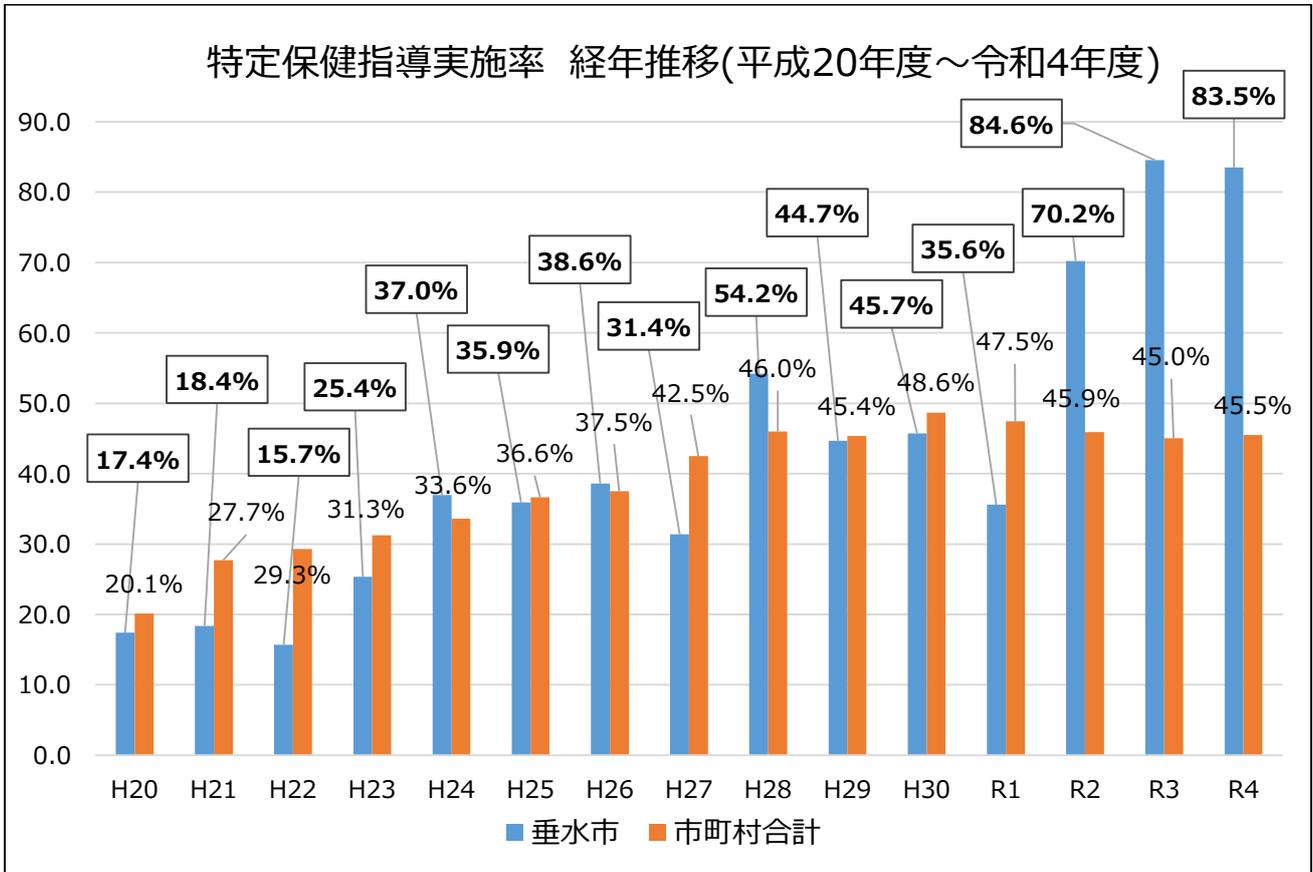
年度	測定者数	正常値		保健指導判定値		受診勧奨判定値		300以上			
		150未満		150~299		300以上		再掲) 未治療		再掲) 治療	
		人数	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数
H30年	1,561	1,254	80.3%	267	17.1%	40	2.6%	29	72.5%	11	27.5%
R1年	1,451	1,183	81.5%	234	16.1%	34	2.3%	21	61.8%	13	38.2%
R2年	1,354	1,127	83.2%	204	15.1%	23	1.7%	17	73.9%	6	26.1%
R3年	1,364	1,132	83.0%	202	14.8%	30	2.2%	18	60.0%	12	40.0%
R4年	1,374	1,133	82.5%	218	15.9%	23	1.7%	14	60.9%	9	39.1%

○HDL コレステロール

年度	測定者数	正常値		保健指導判定値		受診勧奨判定値		35未満			
		40以上		35~39		35未満		再掲) 未治療		再掲) 治療	
		人数	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数
H30年	1,561	1,465	93.9%	72	4.6%	24	1.5%	18	75.0%	6	25.0%
R1年	1,451	1,370	94.4%	52	3.6%	29	2.0%	16	55.2%	13	44.8%
R2年	1,354	1,291	95.3%	46	3.4%	17	1.3%	10	58.8%	7	41.2%
R3年	1,364	1,285	94.2%	57	4.2%	22	1.6%	10	45.5%	12	54.5%
R4年	1,374	1,310	95.3%	47	3.4%	17	1.2%	10	58.8%	7	41.2%

■ 特定保健指導

特定保健指導実施率の状況では、マンパワー不足等の問題もあり低迷していましたが、令和2年度からは実施体制が充実したため、国の目標値60%を達成しています。



※特定健診等データ管理システム（法定報告）より

(2) 医療

平成30年度から令和4年度にかけての総医療費は、2億3,894万円増加しており、特に入院医療費が1億6,000万円以上増加しています。令和4年度の生活習慣病に関する疾患の医療費をみると、腎不全にかかる入院・入院外（外来）医療費の割合が、鹿児島県、全国と比較しても高い状況となっています。

■総医療費（平成30年度—令和4年度の状況）

	総医療費	入院	1人あたり 医療費(円) (月平均)	入院外 (外来)	1人あたり 医療費(円) (月平均)
平成30年度	15億9354万円	8億922万円	16,680	7億8433万円	16,170
令和4年度	18億3248万円	9億6985万円	22,580	8億6264万円	20,090
平成30年度 からの増減	2億3894万円	1億6063万円	5,900	7831万円	3,920

※1人あたり医療費：入院（入院外（外来））レセプト総点数(調剤含)÷被保険者で算出

※KDBシステム（地域の全体像の把握）より

■令和4年度 生活習慣病にかかる疾患の医療費の状況

入院医療費			9億6984万6260円	【入院】一人あたり医療費（円）の比較			
最大医療資源傷病名			医療費	垂水市	同規模	県	国
中 長 期	腎	腎不全	4,563万円	13,190	4,866	8,671	4,099
	脳	脳出血・脳梗塞	3,654万円	10,562	7,212	9,020	6,044
	心	虚血性心疾患	2,530万円	7,315	4,406	5,278	3,961
短 期	糖尿病		964万円	2,787	1,573	2,042	1,182
	高血圧症		161万円	465	382	457	259
	脂質異常症		20万円	57	90	81	53
(中長期・短期) 合計			1億1,894万円	34,376	18,529	25,550	15,598

※一人あたり医療費（円）=各医療費÷被保険者数で算出

※KDBシステム（疾病別医療費分析 中分類）より

外来医療費 (調剤含む)			8億6263万5880円	【外来】一人あたり医療費（円）の比較			
最大医療資源傷病名			医療費	垂水市	同規模	県	国
中 長 期	腎	腎不全	8,427万円	24,357	18,492	25,661	15,781
	脳	脳出血・脳梗塞	453万円	1,308	1,056	1,546	825
	心	虚血性心疾患	1,270万円	3,669	1,975	2,274	1,722
短 期	糖尿病		1億375万円	29,986	22,014	20,864	17,720
	高血圧症		4,203万円	12,146	13,011	12,272	10,143
	脂質異常症		3,179万円	9,187	7,959	6,969	7,092
(中長期・短期) 合計			2億7,906万円	80,653	64,507	69,586	53,283

※一人あたり医療費（円）=各医療費÷被保険者数で算出

※KDBシステム（疾病別医療費分析 中分類）より

■令和4年度 生活習慣病の疾病別医療費分析【男性】

疾病	入院			外来		
	総医療費(円)	1人あたり医療費	1人あたり医療費 (年齢調整後)	総医療費(円)	1人あたり医療費	1人あたり医療費 (年齢調整後)
糖尿病	4,054,870	2,308	2,757	55,656,260	31,677	34,678
高血圧症	1,178,170	671	942	22,838,920	12,999	14,603
脂質異常症	196,800	112	139	15,218,470	8,662	9,290
脳出血	3,860,820	2,197	2,883	373,490	213	323
脳梗塞	20,183,160	11,487	12,927	2,806,830	1,598	1,654
狭心症	14,820,340	8,435	8,878	6,265,870	3,566	3,594
心筋梗塞	2,716,930	1,546	2,125	412,350	235	293
がん	78,833,160	44,868	49,170	65,251,940	37,138	37,555
筋・骨格	33,979,990	19,340	17,167	26,471,700	15,066	16,491
精神	116,891,840	66,529	77,855	13,615,490	7,749	9,711
腎不全（透析あり）	17,913,340	10,195	12,151	38,870,060	22,123	22,633

※KDBシステム（疾病別医療費分析 生活習慣病）より

■令和4年度 生活習慣病の疾病別医療費分析【女性】

疾病	入院			外来		
	総医療費(円)	1人あたり医療費	1人あたり医療費 (年齢調整後)	総医療費(円)	1人あたり医療費	1人あたり医療費 (年齢調整後)
糖尿病	4,728,660	2,777	2,413	46,346,600	27,215	28,301
高血圧症	431,470	253	300	19,186,620	11,266	11,685
脂質異常症	0	0	0	16,568,220	9,729	10,222
脳出血	2,498,320	1,467	3,014	0	0	0
脳梗塞	10,001,020	5,873	6,402	1,345,980	790	841
狭心症	1,386,180	814	766	2,632,340	1,546	1,711
心筋梗塞	0	0	0	0	0	0
がん	62,985,020	36,985	39,460	47,566,110	27,931	28,613
筋・骨格	63,129,140	37,069	38,977	54,532,830	32,022	34,379
精神	40,665,330	23,879	27,871	12,853,740	7,548	7,745
腎不全（透析あり）	23,993,010	14,089	16,163	21,303,530	12,509	11,909

※KDBシステム（疾病別医療費分析 生活習慣病）より

■令和4年度人工透析の医療費の状況

1) 国民健康保険（0～74歳）

国保	被保険者数		人工透析		医療費		
	A		B		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	
	人数(年度末)	人数(年度末)	被保険者10万対	円	円	D/C	
垂水市	3,460	19	549	18億3248万円	1億3948万円	7.61	
同規模	2,020,054	7,840	388	7969億5279万円	488億3113万円	6.13	
県	356,708	1,970	552	1584億0856万円	129億6959万円	8.19	
全国	27,488,882	89,397	325	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）

後期高齢者 医療 (65～74歳)	被保険者数		人工透析		医療費		
	A		B		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	
	人数(年度末)	人数(年度末)	被保険者10万対	円	円	D/C	
垂水市	50	7	14,000	1億4532万円	3847万円	26.48	
同規模	28,454	3,506	12,322	609億6516万円	221億8804万円	36.39	
県	2,896	286	9,876	69億4114万円	19億6402万円	28.30	
全国	254,644	33,204	13,039	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）

後期高齢者 医療 (75歳以上)	被保険者数		人工透析		医療費		
	A		B		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	
	人数(年度末)	人数(年度末)	被保険者10万対	円	円	D/C	
垂水市	3,230	18	557	32億4246万円	1億4840万円	4.58	
同規模	1,773,607	11,149	629	14484億8164万円	699億9340万円	4.83	
県	268,170	1,920	716	2678億9426万円	131億0029万円	4.89	
全国	18,998,051	130,553	687	15兆5577億5162万円	8378億0400万円	5.39	

※1：人数は、年度末（R5年3月時点）の人数を計上しています。

※2：人工透析患者の医療費は、人工透析レセプト点数を計上しています。

※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

(3) 介護

令和4年度の1号認定率は、17.8%であり、鹿児島県、全国と比較すると低い割合となっています。新規認定率については、鹿児島県、全国と比較して変わらない状況となっています。介護認定者の有病状況をみると、平成30年度と比較して、令和4年度では、糖尿病、脂質異常症、悪性新生物、筋・骨格での割合増加がみられます。

■令和4年度（累計）介護認定状況

		垂水市		鹿児島県	国
		実数	認定率	認定率	認定率
1号認定者数・認定率		1,049	17.8	20.1	19.4
新規認定者		16	0.3	0.3	0.3
介護度別 総件数・割合	要支援1.2	3,534	15.7	15.3	12.9
	要介護1.2	10,001	44.5	45.3	46.3
	要介護3以上	8,941	39.8	39.4	40.8
2号認定者数・認定率		16	0.4	0.4	0.4

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

※KDBシステム（地域の全体像の把握）より

■介護認定者の有病状況（各傷病レセプトを持つ介護認定者の状況）

傷病名	H30年度（累計）				R04年度（累計）			
	垂水市	鹿児島県	同規模	国	垂水市	鹿児島県	同規模	国
糖尿病	24.0	22.5	22.9	22.4	31.3	23.7	23.8	24.3
高血圧症	59.9	58.7	55.1	50.8	57.5	59.0	54.8	53.3
脂質異常症	28.2	29.9	29.1	29.2	35.1	32.8	31.2	32.6
心臓病	67.8	67.3	62.7	57.8	65.8	66.9	61.9	60.3
脳疾患	33.6	33.9	26.9	24.3	33.6	31.3	23.9	22.6
悪性新生物	13.6	11.4	10.8	10.7	15.9	12.3	11.4	11.8
筋・骨格	60.2	60.8	54.6	50.6	62.4	61.0	54.5	53.4
精神	38.6	41.7	39.2	35.8	38.4	42.7	38.6	36.8
※認知症（再掲）	28.0	29.0	25.9	22.9	26.6	30.4	25.8	24.0
アルツハイマー病	23.6	23.8	20.6	18.3	20.9	23.5	19.3	18.1

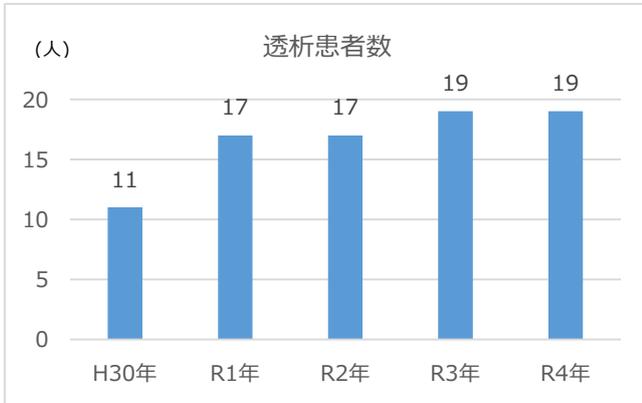
※各傷病名を判定したレセプトを持つ介護認定者の集計÷介護認定者数×100で算出

※KDBシステム（地域の全体像の把握）より

(4) その他の統計データ

■人工透析 ※透析患者数は年度末の透析患者数で比較しています。

令和4年度の患者千人当たりの透析患者数 9.7 人であり、鹿児島県、全国と比べると増加傾向にあります。透析患者数の年齢別をみると 50 代、60 代の壮年層が全体の半数以上を占めています。



※新医療費分析より

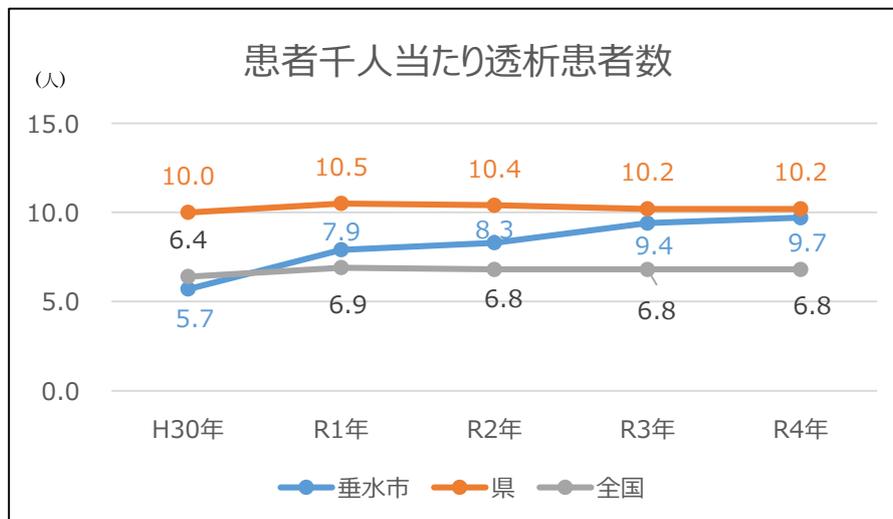
	H30年	R1年	R2年	R3年	R4年
40代	1	1	0	0	0
50代	4	5	6	7	7
60代	5	7	8	8	8
70代	1	4	3	4	4
計	11	17	17	19	19

※新医療費分析より

透析患者の増減推移

		H30年	R1年	R2年	R3年	R4年
透析患者数 (人)		11	17	17	19	19
増加	内訳					
	総数	1	7	2	3	2
	新規	0	5	1	0	0
	社保離脱	1	2	1	2	2
	転入	0	0	0	1	0
減少	内訳					
	総数	3	1	2	1	2
	後期 (障害認定)	1 (1)	0	2 (1)	0	1
	死亡	1	1	0	1	1
	その他	1	0	0	0	0

※新医療費分析より



※KDB システム (疾病別医療費分析 細小分類) より

3. 前期計画の評価と見直し

垂水市では、国保加入者の「健康寿命の延伸・QOL の向上」と「医療費の適正化」に向けて、第 2 期データヘルス計画に則り、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、各保健事業に組みました。

「健康寿命の延伸・QOL の向上」、「医療費の適正化」



	達成すべき目的	課題を解決するための目標
中長期目標	適正受診を促進し、重症化して入院する患者を減らす。	<ul style="list-style-type: none"> 入院医療費（1 人当たり）の伸び率を国並みの 1 %以内に する（H28 比） 必要な医療勧奨を行い、入院外医療費（1 人当たり）の伸び率を 10%とする
	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する。	<ul style="list-style-type: none"> 脳血管疾患の総医療費に占める割合を減少させる（H28 初期値より 1.0%の減少） 虚血性心疾患の総医療費に占める割合を減少させる（H28 初期値より 1.0%の減少） 糖尿病性腎症による透析導入者の割合を減少させる（H28 初期値より 1.0%の減少）
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（160/100 以上）の割合を減少させる（H28 初期値より 3.7%の減少） 健診受診者の脂質異常者（LDL160 以上）の割合を減少させる（H28 初期値より 3.7%の減少） 健診受診者の糖尿病有病者（糖尿病治療中または空腹時血糖 126 mg/dl 以上または HbA1c6.5 以上）の割合を減少させる（H28 初期値より 4.0%の減少） メタボリックシンドローム該当者の減少率（前年度該当で当年度に非該当となった者）を 25%とする 糖尿病（空腹時血糖 126 mg/dl 以上または HbA1c6.5 以上）の未治療者に対する受診勧奨の割合を 100%とする 糖尿病（空腹時血糖 126 mg/dl 以上または HbA1c6.5 以上）の治療中断者を治療に結び付ける割合を 100%とする

	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%以上とする ・ 特定保健指導実施率 60%以上とする ・ 特定保健指導対象者の減少率（前年度該当で当年度に非該当となった者）を 25%とする
	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	胃がん検診の受診率を 20%以上とする 肺がん検診の受診率を 20%以上とする 大腸がん検診の受診率を 20%以上とする 子宮頸がん検診の受診率を 20%以上とする 乳がん検診の受診率を 20%以上とする
	自己の健康に関心を持つ住民が増える。	健康ポイントの取組を行う実施者の割合（ポイント交換者/カード配布者）を 40%以上とする
	後発（ジェネリック）医薬品の使用による医療費の削減。	後発医薬品の使用割合を 85%以上とする

○ 「課題を解決するための目標」を達成するために、第 2 期計画では、次のとおり保健事業を実施しました。

事業名	指標	実績					
		H29	H30	R1	R2	R3	R4
1.特定健康診 査・特定保健 指導	特定健康診査受診率 (60%以上)	54.1%	50.7%	48.5%	46.0%	47.3%	50.5%
	特定保健指導実施率 (60%以上)	44.8%	45.7%	35.6%	70.2%	84.6%	83.5%
	メタボ予備群の割合減少	24.8%	18.6%	22.6%	17.1%	18.6%	12.1%
	メタボ予備群の減少率 (%)※1(25%)	-19.4%	-20.8%	-25.4%	-38.3%	-31.8%	-27.4%
	特定保健指導対象者の 割合減少	29.6%	21.8%	22.0%	14.0%	21.2%	20.5%
	特定保健指導対象者の 減少率(%)※2(25%)	18.9%	17.5%	30.8%	18.5%	24.7%	47.4%
事業名	指標	実績					
		H29	H30	R1	R2	R3	R4
2.糖尿病性腎症 重症化予防	慢性腎不全(透析)の総 医療費に占める割合減 少(0.4%減少)			4.2%	4.6%	4.8%	5.6%
	健診受診者の糖尿病有 病者割合減少 (H28より4.0%の減少)	12.7%	13.6%	14.4%	16.4%	18.2%	19.0%
	健診受診者の HbA1c8.0%以上で未 治療者の割合減少	0.12%	0.20%	0.35%	0.30%	0.45%	0.29%
	糖尿病の保健指導を実 施した割合増加 (100%)				21.5%	26.7%	20.6%
	糖尿病未治療を治療に 結びつけた割合増加 (100%)				72.8%	92.7%	93.2%

	糖尿病性腎症の保健指導対象者をアウトカム評価した割合				100%	100%	100%
3.重症化予防・ 受診勧奨	脳血管疾患の総医療費に占める割合減少 (0.1%減少)	1.8%		1.7%	1.7%	2.9%	2.2%
	虚血性心疾患の総医療費に占める割合減少 (0.3%減少)	2.5%		2.0%	2.0%	1.8%	1.5%
	健診受診者の高血圧 (160/100mmHg以上)の割合減少 (H28より3.7%減少)	6.7%	6.2%	6.1%	5.9%	6.8%	5.7%
	健診受信者の脂質異常者(LDL160mg/dl以上)の割合減少 (H28より4.8%減少)	8.2%	10.1%	9.2%	7.7%	8.0%	7.0%
	未治療者を治療につなげた割合増加					9.7%	11.1%
4.がん検診	胃がん検診受診率増加 (20%以上)	5.0%	4.5%	4.5%	3.9%	4.4%	4.1%
	肺がん検診受診率増加 (20%以上)	8.4%	8.0%	7.4%	8.3%	8.6%	9.0%
	大腸がん検診受診率増加 (20%以上)	6.8%	5.9%	6.1%	6.1%	6.6%	6.1%
	子宮頸がん検診増加 (20%以上)	12.1%	12.4%	13.3%	11.6%	13.0%	13.8%
	乳がん検診増加 (20%以上)	20.3%	21.5%	22.4%	17.7%	18.9%	19.9%
5.歯科検診	歯科検診(歯周病検診)受診率増加	9.2%	9.2%	11.1%	10.7%	9.8%	10.2%
事業名	指標	実績					
		H29	H30	R1	R2	R3	R4
6.健康インセンティブ・健康づくり	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合増加 (35%以上)		13.6%	38.0%	5.0%	7.4%	8.5%

7.適正受診・適 正服薬 (後発(ジェネリ ック)医薬品 促進含む)	後発(ジェネリック)医薬品 の使用割合 (80%以上)	76.2%	78.9%	80.8%	85.1%	85.7%	87.4%
--	-----------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

※ 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 = $\{(平成 20 年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定値 - 当該年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定値) / 平成 20 年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数\} \times 100$

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

- 個別の保健事業については、事業計画策定（Plan）、指導の実施（Do）、効果の測定（Check）、次年度に向けた改善（Action）を1サイクルとして実施し、年度ごとの事業の評価、令和2年度に中間評価（令和元年度のデータにて評価を実施）、令和5年度に最終評価を実施しました。
- 平均余命は年々男性女性ともに延びており、自立していない期間はほとんど変わりがみられないため、健康寿命が延びています。
- 医療費の適正化については、糖尿病性腎症重症化予防事業、重症化予防・受診勧奨事業や適正受診・適正服薬（後発（ジェネリック）医薬品促進含む）事業の取組みを行っているが、年々医療費が増加しています。
- 特定健康診査の受診率は、対象者に受診勧奨を通知したことやみなし健診（情報提供票）の提出が増加したことにより、令和3年、令和4年の受診率が上昇しました。新型コロナウイルス感染症の影響を受けながらも受診率は上昇傾向にあり、年々目標値に近づきつつあります。引き続き、受診率向上の取組みを実施していきます。
- 平成29年度より、鹿児島県が実施している糖尿病性腎症重症化予防プログラムに則り、約6か月間、訪問を中心とした個別指導を実施し、医療機関の未治療者や治療中断者に対して受診勧奨を行い、糖尿病の治療へとつなげました。令和4年度の糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加率は38%、終了率100%でした。糖尿病は軽症のうちには自覚症状がなく、未治療・治療中断が重症化の大きな原因となっています。長期に渡り、医療機関や国保保健事業と連携してフォローすることが必要です。また、糖尿病の未治療者は少ないですが、治療中でコントロール不良者が多いため、引き続き糖尿病性腎症重症化予防事業を実施していきます。
- 令和4年度の患者千人当たりの透析患者数が9.7人であり、鹿児島県、全国と比べると増加傾向にあります。年齢別でみると50代60代の透析患者数が半数を占めており、対策として40～60代への特定健康診査の受診勧奨の徹底、生活習慣病の発症予防、早期から適切な医療を受けること、糖尿病性腎症重症化予防等の対策が必要になります。
- 重症化予防・受診勧奨事業では、令和3年度から健診異常値放置受診勧奨、治療中断者受診勧奨の方に対して、年に2回通知をしました。早期に医療機関を受診し、状態を改善・コントロールすることで、将来の重篤な状態を回避することが重要であるため、医療費抑制にも繋がります。
- がん検診では、受診率の分析を行い、周知方法等の見直しや脱漏検診、個別検診等を実施することで受診率の向上に努めています。がんの疾病別医療費（細小分類）の割合（令和4年度）を見ると、肺がんが最も高く、次いで大腸がん、胃がん、前立腺がん、乳がんとなっています。
- 歯科検診では、保健課が実施主体であり、国民健康保険被保険者だけでなく、市民全体が対象となっていますが、受診率が伸び悩んでいる状況にあります。
- 適正受診・適正服薬では、重複・頻回受診者、重複・多剤服薬者といった対象者に対して、訪問による指導を実施しました。重複服薬者については、薬剤の専門的な知識を必要とすることから今後も地域の協力薬剤師と連携し実施して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%を令和元年度に達成しています。
- 介護認定者の有病率は、心臓病、筋・骨格系、高血圧症の順で高くあります。また、糖尿病、脂質異常症等の生活習慣病や悪性新生物、筋・骨格系の疾病が増加しています。
- 一体的実施事業が未実施であり、後期高齢者医療に移行した事業対象者のフォローが不十分であったが、令和 6 年度より一体的実施事業を開始する予定です。

4. 健康課題のまとめ

データ分析結果や第2期データヘルス計画の取組み状況を整理し、「健康寿命の延伸・QOLの向上」と「医療費の適正化」に向けて、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. 特定保健指導実施率は、目標値に達しているが、メタボリックシンドローム該当者が多くなっている。
2. 特定健康診査の受診率は、徐々に上昇しているが目標値に達していない。
3. 特定健康診査の結果で HbA1c6.5%以上の者と、糖尿病性腎症重症化予防事業対象者（HbA1c7.0%以上）も増加している。
4. 糖尿病の未治療者は少ないが、治療中でコントロール不良者が多い。
5. 糖尿病、脂質異常症等の生活習慣病や筋・骨格系の疾病を有している要介護者が増加している。
6. 悪性新生物における SMR が高く、予防事業のがん検診の受診率が低い。（特に胃がんと大腸がん、肺がん）
7. 急性心筋梗塞における SMR が高い。
8. 一体的実施事業が未実施で、後期高齢者医療に移行した事業対象者のフォローが不十分である。



上記の健康課題の中でも垂水市では、糖尿病性腎症重症化予防事業対象者も増加しており、急性心筋梗塞における SMR が高いことから次の課題を優先課題としました。

1. 特定健康診査の受診率は、徐々に上昇しているが目標値に達していない。
2. 特定健康診査の結果で HbA1c6.5%以上の者と、糖尿病性腎症重症化予防対象者も増加している。
3. 糖尿病の未治療者は少ないが、治療中でコントロール不良者が多い。
4. 急性心筋梗塞における SMR が高いため、高血圧、喫煙、肥満、糖尿病等の動脈硬化に対する対策が必要である。
5. 一体的実施事業が未実施で、後期高齢者医療に移行した事業対象者のフォローが不十分である。

第3章 データヘルス計画の目的と方策

1. 計画の目的

垂水市の国民健康保険加入者においては、年代が幅広いことから、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、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ため、今期のデータヘルス計画においても、「健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上」と「医療費の適正化」を目的とします。

2. 目的を達成させる事業

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

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の促進し、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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査（受診勧奨） ・特定保健指導
<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
<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"> ・重症化予防・受診勧奨
<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
<ul style="list-style-type: none"> ・歯科・歯周病の検診の受診促進と適切なセルフケアの推進を図ることで、歯科・歯周病および関連疾患の予防を目的とします。 	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科検診
<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"> ・健康インセンティブ・健康づくり
<ul style="list-style-type: none"> ・重複受診、重複・多剤処方が改善することで、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"> ・適正受診・適正服薬
<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"> ・後発(ジェネリック)医薬品促進
<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

第4章 第4期特定健康診査等実施計画

1 特定健康診査

■ 事業の概要

年度	令和6年度	担当部門	市民課国保係
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。 ●垂水市でも、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、様々な取組みを行い、受診率は、50.5%（令和4年度）と徐々に上昇していますが、国の指標値（60%）に達するよう、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、広報、受診勧奨、再勧奨の取組みを行うことで、特定健康診査の受診率向上を目的とする。 		
具体的内容	<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 みなし健診対象者（情報提供対象者）への通知 ●実施時期：5月～11月 （4月受診券の発送、5月～11月特定健診実施、7月～翌年3月保健指導対象者抽出、特定保健指導実施、4月～翌年3月事業者健診・医療機関通院者のデータ収集） ●実施体制：（個別）市内医療機関（7か所）、（集団）委託健診機関（鹿児島県民総合保健センター、2日×2回/年） ●健診項目：資料1参照 ●費用：無料 <p>【受診勧奨】4月に市内医療機関への協力依頼。 4～5月に新40歳の対象者に訪問や電話等による受診勧奨。 広報（広報車、市報、国保だより、のぼり旗、ポスター、チラシ、各種団体への受診勧奨等） 保健師、看護師、管理栄養士の訪問等による生活習慣病のリスクの高い人に対する受診勧奨。</p> <p>【受診再勧奨】レセプトデータ等を活用し、対象者をセグメント分けした上で受診勧奨通知を送付する。（1回/年） 通院中の未受診者を抽出し、みなし健診（情報提供票）の提出依頼を行う。（1回/年） 年に2回電話による受診勧奨。</p> <p>【若年者健診】20～39歳の国民健康保険被保険者を対象とし、年に2回の集団健診の前に案内ハガキを郵送する。 広報誌等でも周知を行う。</p>		
予算	21,025千円（財源：国保特別会計）		
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"> ・特定健康診査受診率 ・前年度の受診率との比較 ・受診勧奨、再勧奨者のうち受診者数・率 	<ul style="list-style-type: none"> ・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健診受診率目標値は60%以上（全国70%以上）となっています。
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・年齢階級別受診率（40代、50代など） ・みなし健診受診者数（情報提供数） 	
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査対象者への通知の方法 ・未受診者への通知の方法 	
	ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・実施体制の整備・事務職員、保健師、看護師、管理栄養士を配置する。 ・委託医療機関数、集団健診実施数 ・医療機関、健診機関、医師会等の連携状況 ・のぼり旗の設置 ・ポスター掲示 ・チラシ配布 	

※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	目標値					
		R6	R7	R8（中間）	R9	R10	R11（最終）
特定健康診査受診率	(R4年度) 50.5%	54%	57%	60%	60%	60%	60%
受診勧奨後の受診率	(R4年度) 29.4%	30%	31%	32%	33%	34%	35%

評価の まとめ	
事業 評価	A：目標を達成 B：目標は達成できなかったが、目標に近い成果あり C：目標は達成できなかったが、ある程度効果あり D：効果があるとはいえない E：評価困難
継続等 について	継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討
見直し 改善に ついて	(考えられる見直しと改善案)

2 特定保健指導

■ 事業の概要

年度	令和6年度	担当部門	市民課国保係																					
背景	<p>・平成20年度より、脳血管疾患、心臓病、腎不全等の生活習慣病の原因となるメタボリックシンドロームを対象にした特定健康診査・特定保健指導が保険者に義務付けられた。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>・垂水市でも特定保健指導を進めており、実施率は83.5%（令和4年度）と国の目標（60%）を上回っている。しかし、メタボリックシンドローム該当者は国、県、同規模と比べて高い。</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、重症化を防ぐことを目的とする。</p>																							
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <p>●対象：集団健診・個別健診・人間ドック受診者のうち、「積極的支援、動機付け支援」に該当する者 特定保健指導の対象者（階層化）</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">腹囲</th> <th>追加リスク</th> <th rowspan="2">④喫煙※2</th> <th colspan="2">対象</th> </tr> <tr> <th>①血圧②脂質③血糖※1</th> <th>40-64歳</th> <th>65-74歳</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">≧85cm(男性) ≧90cm(女性)</td> <td>2つ以上該当</td> <td rowspan="2">あり なし</td> <td rowspan="2">積極的支援</td> <td rowspan="2">動機付け支援</td> </tr> <tr> <td>1つ該当</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">上記以外で BMI≧25kg/m²</td> <td>3つ該当</td> <td rowspan="3">あり なし</td> <td rowspan="3">積極的支援</td> <td rowspan="3">動機付け支援</td> </tr> <tr> <td>2つ該当</td> </tr> <tr> <td>1つ該当</td> </tr> </tbody> </table> <p>(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。</p> <p>※1 ①血圧：収縮期血圧130mmHg以上または拡張期血圧85mmHg以上かつ薬剤治療を受けていない場合(質問票より) ②脂質：空腹時中性脂肪150mg/dl以上(やむを得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未満かつ薬剤治療を受けていない場合(質問票より) ③血糖：空腹時血糖(やむを得ない場合は随時血糖)100mg/dl以上またはHbA1c(NGSP)5.6%以上かつ薬剤治療を受けていない場合(質問票より)</p> <p>※2質問票において「以前は吸っていたが最近1ヶ月以上は吸っていない」は場合は、「喫煙なし」として扱う</p> <p>●実施方法：個別面接、電話 動機付け支援は結果返却時に初回面接を行い、3ヶ月経過後に評価を実施する。 積極的支援は結果返却時に初回面接を行い、3か月以上の継続的な支援を実施後に評価を行う。</p> <p>●実施機関：直営（保健師、看護師、管理栄養士）、鹿児島県民総合保健センター・県民健康プラザへの委託</p> <p>●実施時期：通年</p> <p>●費用：無料</p>			腹囲	追加リスク	④喫煙※2	対象		①血圧②脂質③血糖※1	40-64歳	65-74歳	≧85cm(男性) ≧90cm(女性)	2つ以上該当	あり なし	積極的支援	動機付け支援	1つ該当	上記以外で BMI≧25kg/m ²	3つ該当	あり なし	積極的支援	動機付け支援	2つ該当	1つ該当
腹囲	追加リスク	④喫煙※2	対象																					
	①血圧②脂質③血糖※1		40-64歳	65-74歳																				
≧85cm(男性) ≧90cm(女性)	2つ以上該当	あり なし	積極的支援	動機付け支援																				
	1つ該当																							
上記以外で BMI≧25kg/m ²	3つ該当	あり なし	積極的支援	動機付け支援																				
	2つ該当																							
	1つ該当																							
予算	3,182千円（財源：国保特別会計）																							
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"> ・特定保健指導対象者の実施率（積極的支援、動機付け支援） ・特定保健指導対象者の終了率（積極的支援、動機付け支援） ・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） 	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。 																					
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の生活習慣・検査値（特に体重、BMI）の改善割合・平均値の変化 ・有所見割合（腹囲、BMI、血圧、脂質、血糖） ・問診項目該当者割合 																						
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・メタボリックシンドローム該当者、予備群の減少率 ・特定保健指導実施数・率 ・参加数、率及び継続率（中途脱落率） 																						
	ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査の結果を元に保健指導対象者の選定と階層化を行う。 ・特定保健指導の対象となった者については、今年度の健診結果に加えて、前年度等の健診結果やレセプト情報を確認し、情報収集に努め、適切な保健指導が行えるよう準備する。 																						
	<ul style="list-style-type: none"> ・実施体制の整備（事務職員、保健師、看護師、管理栄養士を配置する。） ・連携会議（行政内等）の回数 ・委託医療機関の数や連携の程度 ・教材や指導記録の有無 ・特定保健指導実施者の研修 																							

※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	目標値					
		R6	R7	R8（中間）	R9	R10	R11（最終）
特定保健指導実施率	(R4年度) 83.5%	60%	60%	60%	60%	60%	60%
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	(R4年度) 22.5%	23.8%	25.0%	26.2%	27.4%	28.6%	29.8%

評価の まとめ	
事業 評価	A：目標を達成 B：目標は達成できなかったが、目標に近い成果あり C：目標は達成できなかったが、ある程度効果あり D：効果があるとはいえない E：評価困難
継続等 について	継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討
見直し 改善 について	(考えられる見直しと改善案)

3. 個人情報の保護に関する事項

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

1. 個人情報の取扱いに関しては、「国民健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び「個人情報の保護に関する法律」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します。
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します。

■ 守秘義務規定

○ 国民健康保険法（昭和 33 年 12 月 27 日法律第 192 号）

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

○ 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年 8 月 17 日法律第 80 号）

第 30 条 第 28 条の規定により保険者から特定健康診査等の実施の受けた者（その者が法人である場合にあっては、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 年とします。

4. 公表及び周知に関する事項

第 3 期特定健康診査等実施計画については、広報やホームページ等に掲載し周知を図ります。また、特定健康診査・特定保健指導の重要性について理解が得られるよう、広報だけでなく、集会、イベント、パンフレット、ポスター等により普及啓発を図ります。

第5章 個別保健事業

1 糖尿病性腎症重症化予防事業

■ 事業の概要

年度	令和6年度	担当部門	市民課国保係
背景	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病等から生じる慢性腎臓病（CKD）による人工透析は高額な医療費となり、その予防は医療費適正化の観点から重要である。 ・その観点から、国および鹿児島県は、糖尿病性腎症重症化予防の標準的な手順を作成し、その推進を図っている。 ・垂水市でも平成30年度から、糖尿病性腎症重症化予防の取組を進めている。 		
目的	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の未受診者、治療中断者を治療に結び付けるとともに、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保健指導を行い、重症化を予防する。 		
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●対象： <ol style="list-style-type: none"> 1 未受診者（特定健康診査データ等から空腹時血糖126mg/dl（随時血糖200mg/dl）以上又はHbA1c6.5%以上の者で、レセプトにおける糖尿病受療歴がない者。） 2 治療中断者（レセプトデータ等から糖尿病治療中の者で最終受診日から6か月経過しても受診した記録がない者。） 3 治療中の者（健診データ等から以下の①または②の基準を満たす者で、保健指導実施者がレセプトデータ等を参照し選定した者。①2型糖尿病であること。②腎機能が低下していること。） 4 尿蛋白を認める者又は、eGFR が60ml/分/1.73 ml未満の者 ●実施方法： <ol style="list-style-type: none"> 1 未受診者、治療中断者 <ol style="list-style-type: none"> ①対象者の抽出を行い、名簿を作成する。 ②訪問、面談、電話相談、書面等で受診勧奨を行う。 2 治療中の者 <ol style="list-style-type: none"> ①対象者の抽出を行い、名簿を作成する。 ②個別訪問等で、対象者に糖尿病性腎症重症化予防プログラムの内容を説明した上で参加の同意を得る。 ③かかりつけ医から糖尿病性腎症重症化予防プログラムの指示書もらう。 ④市は、かかりつけ医の指示に基づき糖尿病性腎症重症化予防プログラムを実施する。 ⑤6か月間の糖尿病性腎症重症化予防プログラムを実施し、初回と最終支援後は書面でもかかりつけ医へ報告する。 ●実施機関：直営（保健師、看護師、管理栄養士） ●費用：無料 ●実施スケジュール：特定健康診査、みなし健診（情報提供）、人間ドックを受けた方の中から対象者を抽出する。訪問や報告会で面談を行い、同意を得られたものに関してはかかりつけ医へ指示書の依頼を行い、6か月間の糖尿病性腎症重症化予防プログラムを実施する。 ●医師会との連携：年度初めに垂水市医師会にて事業の説明を行う。主治医からの指示書もらい、初回と最終支援後は書面でもかかりつけ医へ報告を行う。 		
予算	2,729千円（財源：国保特別会計）		
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>【短期評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨した者が受診につながった割合 ・既に治療中で糖尿病性腎症重症化予防プログラムに参加した者について、介入前後の検査値（HbA1c）と行動変容の評価（支援終了時及び1年後） ・特定健診受診者のうち、HbA1cが8.0%（あるいは7.0%、6.5%）以上の割合および未治療者の割合 <p>【中長期評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人工透析（新規含む）患者数 ・透析関連（腎不全）の医療費（全医療費に占める割合など） 	(HbA1c評価) -0.5%以上：改善、-0.49%～+0.49%：維持、+0.5以上悪化
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症重症化予防プログラム利用者数、率 ・受診勧奨数、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 ・勧奨方法の適切さ（方法、時期、内容など）及び見直し ・糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づく実施及び見直し ・利用者あるいは保健指導実施者の満足度 	特定健康診査データ等から糖尿病性腎症重症化予防の対象者を抽出する。未受診者及び中断者に受診勧奨を行った後、受診の有無を確認し、受診がない場合には、再度受診勧奨を行う。治療中の者について、かかりつけ医と連携した糖尿病性腎症重症化予防プログラムに対する同意を得る。糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加される者において、医師の指示のもと支援を行う。
	ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・医師会、医療機関、かかりつけ医との連携 ・保健師、看護師、管理栄養士を配置する。 ・肝属郡医師会との連携体制を構築する。（会議の実施） 	

※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	目標値					
		R6	R7	R8（中間）	R9	R10	R11（最終）
HbA1c6.5%以上の者の割合	(R4年度) 12.1%	11.8%	11.7%	11.6%	11.5%	11.4%	11.3%
HbA1c8.0%以上の者の割合	(R4年度) 1.4%	1.37%	1.29%	1.22%	1.14%	1.07%	1.00%
糖尿病性腎症重症化予防事業対象者のうち未治療者の割合	(R4年度) 3.2%	3.13%	3.06%	2.98%	2.91%	2.83%	2.77%
糖尿病性腎症重症化予防事業対象者のうち治療中断者の割合	(R4年度) 0.22%	0.18%	0.14%	0.10%	0.06%	0.03%	0.00%
被保険者10万人あたりの新規人工透析導入者	(R4年度) 549人	525人	500人	475人	450人	425人	400人
糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加率	(R4年度) 38%	38.7%	39.4%	40.1%	40.8%	41.5%	42.2%
糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加者の検査値の改善率	(R4年度) 40.7%	42%	43%	44%	45%	46%	47%
糖尿病性腎症重症化予防プログラム行動変容の改善率	(R4年度) 59.2%	60%	61%	62%	63%	64%	65%

評価の まとめ	
事業 評価	A：目標を達成 B：目標は達成できなかったが、目標に近い成果あり C：目標は達成できなかったが、ある程度効果あり D：効果があるとはいえない E：評価困難
継続等 について	継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討
見直し 改善 について	(考えられる見直しと改善案)

2 医療機関受診勧奨事業

■ 事業の概要

年度	令和6年度	担当部門	市民課国保係
背景	<ul style="list-style-type: none"> ● 高血圧、脂質異常症、糖尿病等を放置することで、脳血管疾患や心臓病等の循環器疾患を発症する可能性が高まる。これらは特定健康診査等により早期に発見することができ、必要に応じて医療機関の受診や治療および生活習慣の改善により、重症化を予防することが可能である。 ● 垂水市でのレセプトの分析の結果、高血圧、脂質異常症、糖尿病の患者数は他の疾病に比較して有病者が多く、かつ増加している。また、これらの疾病に関連する医療費は全体のうち多くを占める。 		
目的	<ul style="list-style-type: none"> ● 循環器疾患の予防、高血圧や脂質異常症等の生活習慣病の有病率の低下を目指して、特定健康診査等の結果をもとに結果通知、受診勧奨、保健指導により、医療機関の受診が必要な人を受診および治療に結び付け、ひいては医療費の適正化に努める。 		
具体的内容	<p>【医療機関受診勧奨または保健指導】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 対象者：糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患の発症のリスクが存在する場合等で、受診勧奨または保健指導を必要と判断した者 <p>※ () 内は医療機関受診勧奨判定値</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 血圧高値：収縮期血圧130(140)mmHgまたは拡張期血圧85(90)mmHg以上 ② 脂質異常：中性脂肪150(300)mg/dl以上またはHDLコレステロール39(34)mg/dl以下またはLDLコレステロール120(140)mg/dl以上 ③ 血糖高値：空腹時血糖100(126)mg/dl以上またはHbA1c5.6(6.5)%以上 <ul style="list-style-type: none"> ● 実施者：保健師、看護師、管理栄養士 ● 受診勧奨の方法：訪問、面接、電話、書面等 ● 実施方法：健診データを基に、特に保健指導の必要がある対象者については、面接または訪問による保健指導を行う。面接または訪問による保健指導の対象としなかった場合には、結果通知書にそれぞれの検査結果に合わせて健康保持のアドバイス等を記載し、わかりやすいリーフレットを同封の上、郵送とする。 <p>【健診異常値放置受診勧奨】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 対象者：前年度の特定健診（人間ドック含む）の結果が医療機関への受診勧奨基準に該当した方で、医療機関への受診（糖尿病、高血圧症、脂質異常症）がない方 ● 抽出方法：ア特定健診にて収縮期血圧140mmHg以上もしくは拡張期血圧90mmHg以上であり、かつ高血圧性疾患での医療機関への受診がない者。イ特定健診にて空腹時血糖126mg/dl以上もしくはHbA1c（NGSP値）6.5%以上であり、かつ糖尿病での医療機関への受診がない者。ウ特定健診にて中性脂肪300mg/dl以上もしくはHDLコレステロール34mg/dl以下もしくはLDLコレステロール140mg/dl以上であり、かつ脂質異常症での医療機関への受診がない者 ● 実施方法：委託業者が対象者の抽出を行い年に2回通知した後、保健師、看護師等が訪問、電話等で受診勧奨を行う。 <p>【治療中断者受診勧奨】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 対象者：前年度の診療分で、かつて生活習慣病の治療を受けていたにもかかわらず、一定期間、医療機関受診が確認できない生活習慣病治療中断者 ● 抽出方法：ア前年度のレセプトにおいて、高血圧性疾患にて定期的に医療機関を受診していたが通院を中断したと考えられる者。イ前年度のレセプトにおいて、糖尿病にて定期的に医療機関を受診していたが通院を中断したと考えられる者。ウ前年度のレセプトにおいて、脂質異常症にて定期的に医療機関を受診していたが通院を中断したと考えられる者 ● 実施方法：委託業者が対象者の抽出を行い年に2回通知した後、保健師、看護師等が訪問、電話等で受診勧奨を行う。 		
予算	3,723千円（財源：国保特別会計）		
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"> ・受診勧奨後に受診につながった者の割合 <p>【中長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・要医療者のうち未治療者割合 	
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・勧奨者数、率 ・保健指導実施率 	
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨の方法の適切さとその検討 ・対象者の人数把握 ・勧奨後の受診状況の把握 ・受診勧奨基準の妥当性の検討 	
	ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・医療専門職の配置及び民間業者への委託。 ・予算 ・マンパワー 	

※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	目標値					
		R 6	R 7	R 8（中間）	R 9	R 10	R 11（最終）
血圧が受診勧奨値以上の割合（160/100mmHg以上）	(R4年度) 5.7%	現状値以下					
LDLが受診勧奨値以上の割合（LDL180mg/dl以上）	(R4年度) 2.8%	現状値以下					
1人当たり医療費（入院）（月平均）	(R4年度) 22,580円	県平均並みに下げる					
1人当たり医療費（外来）（月平均）	(R4年度) 20,090円	県平均並みに下げる					
脳血管疾患の1人当たり医療費（入院）（月平均）	(R4年度) 10,562円	県平均並みに下げる					
脳血管疾患の1人当たり医療費（外来）（月平均）	(R4年度) 1,308円	県平均並みに下げる					
虚血性心疾患の1人当たり医療費（入院）（月平均）	(R4年度) 7,315円	県平均並みに下げる					
虚血性心疾患の1人当たり医療費（外来）（月平均）	(R4年度) 3,669円	県平均並みに下げる					
腎不全の1人当たり医療費（入院）（月平均）	(R4年度) 13,190円	県平均並みに下げる					
腎不全の1人当たり医療費（外来）（月平均）	(R4年度) 24,357円	県平均並みに下げる					

評価の まとめ	
事業 評価	A：目標を達成 B:目標は達成できなかったが、目標に近い成果あり C：目標は達成できなかったが、ある程度効果あり D:効果があるとはいえない E：評価困難
継続等 について	継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討
見直し 改善に ついて	(考えられる見直しと改善案)

3 がん検診

■ 事業の概要

年度	令和6年度	担当部門	保健課
背景	<p>本事業は、「がん対策基本法」及び「がん対策推進基本計画」に基づく事業である。</p> <p>我が国において、がんは、昭和56（1981）年より死因の第1位であり、令和3（2021）年には、年間約38万人と約3人に1人ががんで亡くなっているほか、生涯のうちに約2人に1人が罹患すると推計されているなど、依然として、国民の生命と健康にとって重大な問題であるため、がん対策の一層の充実を図る。（参考：厚生労働省 健康日本21（第3次）の推進のための資料、がん対策推進基本計画）</p>		
目的	<p>がんの予防及び早期発見の推進を図ることにより、がんの死亡率を減少させることを目的とする。</p> <p>（参考：がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針）</p>		
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <p>1 がん検診（胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮頸がん等）</p> <p>（1）胃がん検診 / ①対象者：40歳以上 ②方法：集団検診 ③自己負担：課税世帯1,000円</p> <p>（2）大腸がん検診 / ①対象者：40歳以上 ②方法：集団検診 ③自己負担：課税世帯500円</p> <p>（3）肺がん検診 / ①対象者：40歳以上 ②方法：集団検診 ③自己負担：無料（喀痰：50歳以上喫煙指数600以上、課税世帯700円）</p> <p>（4）乳がん検診 / ①対象者：40歳以上 ②方法：集団（通常・脱漏）・個別検診 ③自己負担：課税世帯1,500円（2方向）、1,000円（1方向）</p> <p>（5）子宮がん検診 / ①対象者：20歳以上 ②方法：集団（通常・脱漏）・個別検診 ③自己負担：課税世帯700円</p> <p>2 複合検診</p> <p>（1）胃がん検診・肺がん検診は、特定健診との同時実施</p>		
予算	20,253千円（財源：一般会計）		
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・精度管理】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精密検診受診率 ・陽性率（要精密検査率） ・がん発見数・率 	
	アウトプット	<p>【中長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がんに関連した医療費 ・がんによる死亡者数・率 <p>・がん検診受診率</p>	<p>1 指標の定義／国の基準に基づく算出（地域保健事業報告）</p> <p>2 目標値／原則R04県平均受診率</p> <p>（1）胃がん検診／4.15</p> <p>（2）大腸がん検診／7.76</p> <p>（3）肺がん検診／7.57</p> <p>（4）乳がん検診／13.79（肝属管内一番高い率41%）</p> <p>（5）子宮がん検診／20.78（肝属管内一番高い率32%）</p>
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨（コール）および未受診者への再勧奨（リコール）は行われているか ・受診勧奨、再勧奨の方法の適切さ（内容、発送時期、対象者など）とその検討 ・精度管理は行われているか 	
	ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診との同時実施など、がん検診の機会（集団健診、人間ドック含む） ・エビデンス（根拠）に基づいたがん検診のみが実施されているか ・予算やマンパワー ・衛生部門との連携 	

※下線は重要な指標（KPI相当）

※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	目標値					
		R6	R7	R8（中間）	R9	R10	R11（最終）
各種受診率（胃がん）	(R4年度) 4.1%	4.15%					
各種受診率（大腸がん）	(R4年度) 6.1%	7.76%					
各種受診率（肺がん）	(R4年度) 9.0%	7.57%					
各種受診率（乳がん）	(R4年度) 19.9%	41%（肝臓管内一番高い率）					
各種受診率（子宮がん）	(R4年度) 13.8%	32%（肝臓管内一番高い率）					

※令和6年度に第3期健康増進計画作成予定のため、目標値は未定。

評価の まとめ	
事業 評価	A：目標を達成 B：目標は達成できなかったが、目標に近い成果あり C：目標は達成できなかったが、ある程度効果あり D：効果があるとはいえない E：評価困難
継続等 について	継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討
見直し 改善に ついて	(考えられる見直しと改善案)

4 歯科検診

■ 事業の概要

年度	令和6年度	担当部門	保健課
背景	<p>歯周病は、日本人の歯の喪失をもたらす主要な原因疾患である。成人期において、未だに有病者率等が高いこと、基礎疾患や生活習慣との関係が注目されていること等から、より一層の歯周病対策の推進が求められている。そのため、生涯にわたって歯・口腔の健康を保つために、歯周組織の健康状態を検査して、結果に基づいた適切な指導を行い、日常的に自らが予防に努める事が望まれる。（歯周病検診マニュアルより）</p>		
目的	<p>高齢期における健康を維持し、食べる楽しみを享受できるよう、歯の喪失を予防することを目的とする。（健康増進事業実施要領（歯周疾患検診）より）</p>		
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <p>1 対象 40歳、50歳、60歳及び70歳（R6年度から健康増進法に20歳、30歳が追加され、本市も追加する方向で検討中）</p> <p>2 実施機関（業務委託） 市内6歯科医療機関</p> <p>3 費用 無料</p> <p>4 実施スケジュール・勧奨方法 （1）実施期間／7月～10月 （2）勧奨方法／①対象者への6月末にハガキで通知 ②広報誌掲載</p>		
予算	375千円（財源：一般会計）		
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"> ・歯科検診後（要精検者）受診率 ・歯科に関連した医療費や傷病患者数・率 ・過去1年間に歯科検診または予防的歯科ケアを受けた人の割合 	
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科検診受診率 	健康増進法に基づく歯周疾患検診の対象者算出
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨は行われているか（特定健康診査の受診勧奨とともに、など） ・受診推奨方法は適切か（内容、発送時期、対象者など） 	
	ストラクチャ	<ul style="list-style-type: none"> ・予算やマンパワー ・関連部署・組織等との連携（衛生部門、歯科医師会など） ・歯科検診の機会（委託医療機関・集団健診・特定健康診査との同時実施、人間ドックなど） 	

※下線は重要な指標（KPI相当）

※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	目標値					
		R6	R7	R8（中間）	R9	R10	R11（最終）
受診率	(R4年度) 10.2%						

※令和6年度に第3期健康増進計画作成予定のため、目標値は未定。

評価の まとめ	
事業 評価	<p>A：目標を達成 B：目標は達成できなかったが、目標に近い成果あり C：目標は達成できなかったが、ある程度効果あり D：効果があるとはいえない E：評価困難</p>
継続等 について	<p>継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討</p>
見直し 改善に ついて	<p>(考えられる見直しと改善案)</p>

5 健康インセンティブ・健康づくり

■ 事業の概要

年度	令和6年度	担当部門	市民課 国保係
背景	<ul style="list-style-type: none"> ● 市民が健康づくりの意識を高め、生活習慣の改善に努めることを推進し、生活習慣病予防や健康寿命の延伸に繋げ、健康な垂水づくりを実現するために、垂水市では平成30年度から垂水市健康ポイント事業を開始し、垂水市民の健康づくりの支援を行っている。令和5年度(令和4年度獲得分)健康ポイント交換率は8.5%であった。 ● マイナポータルは、過去の健診結果などを閲覧することができ、個人の健康づくりに活用できる。 		
目的	<ul style="list-style-type: none"> ● 健康づくりに関する取組を行う市民に対して、垂水市商工会（垂水スタンプ会）が発行する商品券と交換できるポイントを付与することで、健康づくりに関する取組を成果として実感させ、健康に対する更なる意欲の向上を図るものである。 ● マイナポータルの利用者を増加させることを目的とする。 		
具体的内容	<p>【健康ポイント事業】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 対象：垂水市に住民登録があり、年度中に40歳以上に達する市民が対象となる。 ● 実施方法：毎年5月頃、対象者へ健康ポイントカードを一斉発送する。対象者は、その年度内に健康ポイント対象事業に参加し、健康ポイントを獲得する(下記参照)。年度内に獲得したポイントは、次年度の5～9月の間に、垂水市スタンプ会商品券(5ポイントにつき500円)と交換を行うことができる。対象者の管理は、一斉発送の際に作成した対象者リストによって行う。 ● 健康ポイントおよび健康ポイント対象事業 10ポイント…特定健診、長寿健診、健康チェック、健康チェック報告会 5ポイント…人間ドック、特定健診に係る情報提供(職場健診データ提供も含む)、がん検診(胃・肺・大腸・乳・子宮)、腹部超音波検診、歯周病検診、特定保健指導、糖尿病性腎症重症化予防プログラム、健康チャレンジ達成 ● 健康インセンティブ 垂水市スタンプ会商品券(5ポイントにつき500円) ● マイナポータルの促進方法：市民課窓口や市HP、広報誌等に案内を行う。 		
予算	5,343千円（財源：一般会計・国保特別会計）		
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		
	アウトカム	<p>【中長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健康ポイント交換率 	当年度に健康ポイントを獲得し、次年度に健康ポイントを交換するという流れとなっているため、健康ポイント交換率等の算定は、必然的に次年度の算定となる。
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・健康ポイント登録者、ポイント獲得者・利用者数及びその割合 ・健(検)診等受診(参加)者の健康ポイント獲得率、交換率 ・被保険者の生活習慣(取り組んでいる健康づくり等) 	健康ポイントの登録(対象)者は、年度末までに40歳以上となる市民が自動的に対象となる。
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・効果検証やデータ活用 ・住民への周知 ・窓口業務に係る対応 	
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・健康ポイント事業の予算額 ・健康ポイント事業の協力機関 ・健康ポイント事業に係るマンパワー 	健康ポイントカードの作成から一斉送付まで、健康ポイント事業担当および会計年度任用職員が協力して行う。健康ポイント申請・交換事務は、本庁、支所、および垂水市商工会と連携して行う。本庁では、交換期間の前半に申請者が集中する傾向があるため、その期間において健康ポイント事業の窓口業務に係る会計年度任用職員を雇用し、職員とともに窓口業務を行う。	

※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	目標値					
		R 6	R 7	R 8（中間）	R 9	R 10	R 11（最終）
健康ポイント交換率	(R4年度) 8.5%	9%	9.5%	10%	10.5%	11%	11.5%

評価の まとめ	
事業 評価	A：目標を達成 B:目標は達成できなかったが、目標に近い成果あり C：目標は達成できなかったが、ある程度効果あり D:効果があるとはいえない E：評価困難
継続等 について	継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討
見直し 改善に ついて	(考えられる見直しと改善案)

6 適正受診・適正服薬事業

■ 事業の概要

年度	令和6年度	担当部門	市民課国保係
背景	<ul style="list-style-type: none"> ● 重複受診、頻回受診、重複服薬、多剤投与（ポリファーマシー）、併用禁忌は、医療費適正化の観点だけでなく、薬の副作用を予防する点からも重要である。 ● データヘルス計画の中で、これらを予防する適正受診・適正服薬の取組が進められている。 		
目的	<ul style="list-style-type: none"> ● 重複・頻回受診者に対し、訪問指導を行い、適正な受診や疾病の重症化予防のための生活習慣改善への支援・療養方法等の保健指導を行うことにより、健康の保持増進・疾病の早期回復を図り、ひいては医療費の適正化を図る。 ● 重複・多剤服薬者に対し訪問指導を行い、適正な受診や多剤服薬による薬剤有害事象を防ぐためお薬手帳の活用を促すことにより、健康の保持増進、ひいては医療費の適正化を図る。 		
具体的内容	<ul style="list-style-type: none"> ● 対象：重複受診者：同一月内に同一疾病名の外来受診が4ヶ所以上あり、かつ、3ヶ月連続する者。 頻回受診者：同一月内に同一疾病名で15日以上外来受診があり、かつ、3ヶ月連続する者。 重複服薬者：同一月内に3ヶ所以上の医療機関より、同一薬効の薬剤の投与を受けている者。 多剤服薬者：同一月内に10剤以上処方があり、かつ、3ヶ月以上の長期処方を受けている者。（65歳以上の国保資格者） ● 抽出方法：重複頻回受診者： （一次抽出）国保連合会のシステムより抽出する （二次抽出）国保連合会のシステムによる対象者及び民間事業者の医療費分析により提供されたリストの中から、過去の訪問指導の経過や健康診断結果の情報、保健・福祉・介護担当の情報を基に必要と判断した者を指導対象者として選定する。 重複多剤服薬者： （一次抽出）国保連合会の新医療費分析システムより抽出する。 （二次抽出）重複服薬者：一次抽出による対象者の中から、地域の協力薬剤師に相談し、必要と判断した者 多剤服薬者：一次抽出による対象者の中から、過去の健診結果やレセプト、訪問指導の経過や健康診査結果の情報、保健・福祉・介護担当からの情報を基に必要と判断した者 ● 指導方法：保健師、看護師が訪問にてリーフレットを使用し指導を行う。 ● 評価方法：訪問指導後の3か月間の医療機関数、日数、医療費（入院費、歯科を除く）の平均を比較する。 		
予算	3千円（財源：国保特別会計）		
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】 訪問後の医療費及び医療機関数、受診日数の減少割合 訪問後の服薬状況の変化	
		【中長期】 ・重複受診、頻回受診、重複服薬等の割合	
	アウトプット	・保健指導実施率	
	プロセス	・対象者の把握 ・訪問、面接による支援の実施率	訪問時には、ポリファーマシーに関する啓発を行い、お薬手帳の有効活用及び一本化を促す。
ストラクチャー	・訪問に従事した月数 ・協力薬剤師との連携 ・医療専門職の配置		

※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	目標値					
		R 6	R 7	R 8（中間）	R 9	R 10	R 11（最終）
保健指導実施率	(R4年度) 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
訪問後の医療費の減少割合	(R4年度) 77.3%	50%	50%	50%	50%	50%	50%

評価の まとめ	
事業 評価	A：目標を達成 B：目標は達成できなかったが、目標に近い成果あり C：目標は達成できなかったが、ある程度効果あり D：効果があるとはいえない E：評価困難
継続等 について	継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討
見直し 改善に ついて	(考えられる見直しと改善案)

7 後発（ジェネリック）医薬品

■ 事業の概要

年度	令和6年度	担当部門	市民課 国保係
背景	<ul style="list-style-type: none"> ●医療費適正化に当たり、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。 ●垂水市国保でも後発（ジェネリック）医薬品差額通知を行っており、令和4年度には使用率87.4%(数量ベース)と、国の目標を達成している。 		
目的	<ul style="list-style-type: none"> ●医療費適正化を推進するため、後発（ジェネリック）医薬品差額通知および普及啓発等の取組を通じて、後発（ジェネリック）医薬品の使用を促進し、その使用率を高めることを目的とする。 		
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●対象者：各診療月のレセプトにおいて、後発医薬品に切り替えた場合の薬剤費削減額が100円以上となる先発医薬品の処方を受けている者 ●通知等の方法：「ジェネリック医薬品使用促進のお知らせ」を対象者に郵送する。 ●使用するデータ：医科及び調剤のレセコード情報ファイル、および被保険者異動報告データ。(国保連合会より提供) ●通知、評価等の時期：年度内の6～7ヶ月間の診療月で効果の検証・分析を行い、通知は連続した4ヶ月間で、1か月ごとに1回、計4回行う。 例…診療月4月の効果の検証・分析、およびそれに係る後発（ジェネリック）医薬品差額通知の送付は8月。 ●普及啓発：「ジェネリック医薬品使用促進のお知らせ」や垂水市公式HP、広報誌、国保たるみず、後発（ジェネリック）医薬品希望シール等により、後発（ジェネリック）医薬品使用を推進する。 ●評価：比較対象月(診療月)の薬剤費と、過去に処方を受けた月の後発率を用いて比較対象月(診療月)の薬剤費を換算したものととの比較を行い、切替率・削減額を算出する。 		
予算	1,098千円（財源：国保特別会計）		
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】	
		●通知者の後発（ジェネリック）医薬品切替率 ●後発（ジェネリック）医薬品切替による医療費削減額	
	アウトプット	【中長期】	
		●後発（ジェネリック）医薬品使用率(数量ベース)	
●後発（ジェネリック）医薬品差額通知件数・率	・後発（ジェネリック）医薬品差額通知件数は、年間600通までを想定。後発（ジェネリック）医薬品差額通知率は、通知対象者に送付しない事例がないため、100%となる想定である。		
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ●後発（ジェネリック）医薬品の使用状況（年齢別、薬品別等）のデータ分析 ●差額通知対象者や差額通知での情報提供の内容などの適切さについての検討と見直し ●費用対効果の検討 ●後発（ジェネリック）医薬品差額通知に係る問い合わせ等に対する対応 		
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ●後発（ジェネリック）医薬品の使用状況、事業の評価等のデータ分析を実施できる体制 ●予算の確保 		

※下線は重要な指標（KPI相当）

※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	目標値					
		R 6	R 7	R 8（中間）	R 9	R 10	R 11（最終）
後発（ジェネリック）医薬品使用率(数量ベース)	(R4年度) 87.4%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%

評価の まとめ	
事業 評価	A：目標を達成 B:目標は達成できなかったが、目標に近い成果あり C：目標は達成できなかったが、ある程度効果あり D:効果があるとはいえない E：評価困難
継続等 について	継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討
見直し 改善 について	(考えられる見直しと改善案)

8 地域包括ケア推進・一体的実施事業

■ 事業の概要

※組織再編により令和6年4月から保健課地域包括ケア係→福祉課地域包括ケア係となる。

年度	令和6年度	担当部門	市民課・保健課
背景	<ul style="list-style-type: none"> ●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。 ●垂水市では、保健課との連携のもとに、令和6年より後期高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業を開始する。 		
目的	<ul style="list-style-type: none"> ●関係課、関係機関と連携し、通いの場等を活用した高齢者の社会参加を推進するとともに、要介護やフレイルのリスクを持つ高齢者に対して、訪問等による保健指導や関係機関へのつなぎを行い、生活習慣病等の重症化予防や高齢による心身機能の低下防止のフレイル対策に係る市町村での体制づくりや取組を推進し、高齢者の健康寿命の延伸を図る事を目的とする。 		
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <p><ハイリスクアプローチ></p> <ul style="list-style-type: none"> ●対象者：長寿健診（みなし健診含む）後の指導が必要な者、重複投薬・多剤投与者、お口歯ツピ一健診後の支援が必要な者、健康状態不明の者 ●指導や保健指導等の実施者および実施内容：保健師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士が、2回程度の訪問又は面接・電話による保健指導の実施 <p><ポピュレーションアプローチ></p> <ul style="list-style-type: none"> ●実施場所：はんとけん体操に取り組んでいる通いの場等 ●実施者：保健師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士 ●実施内容（健康教育等）：KDBシステム等で把握した圏域の健康課題を踏まえたうえで、質問票を使った参加者の状況把握、フレイル予防講話、健康相談 <p><介護部門等との連携></p> <ul style="list-style-type: none"> ●保健課地域包括ケア係は、通いの場等で健康教育、健康相談を実施し、フレイル状態の把握、保健指導等の支援を行う。市民課国保係一体的部門から必要時、地域包括ケア係や地域包括支援センターと連携し、医療や介護等のサービスへとつなげる。 <p><実施スケジュール></p> <ul style="list-style-type: none"> ●4月：鹿児島県後期高齢者医療広域連合と委託契約締結。5月：基本的な方針・事業計画書等の提出、事業対象者の把握、事業の具体的調整、準備。9月・3月：保健課・市民課業務連携協議 		
予算	5,765千円（財源：一般会計）		
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】	
		・訪問、指導、支援等によるフレイル、栄養状況等改善割合 ・必要な関係機関・サービス等につなげた割合	
	アウトプット	【中長期】	
		・フレイル、低栄養の割合 ・要介護等の認定者数、率	
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアの議論の場への国保部門としての参画、地域課題の共有、対応策の検討 ・国保、後期高齢者医療、介護保険のデータ等の統合的分析の実施 		
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・専門職の確保、配置 		

※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	目標値					
		R6	R7	R8（中間）	R9	R10	R11（最終）
長寿健診受診率	(R4年度) 19.6%	22.6%	24.0%	25.6%	27.2%	28.9%	30.6%

評価の まとめ	
事業 評価	A：目標を達成 B:目標は達成できなかったが、目標に近い成果あり C：目標は達成できなかったが、ある程度効果あり D:効果があるとはいえない E：評価困難
継続等 について	継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討
見直し 改善に ついて	(考えられる見直しと改善案)

第6章 評価・見直し

1. 評価の基本的事項

- 計画はPDCAサイクルに則り、年度内、年度ごと、中間評価（令和8年）、最終評価（令和11年）で評価と見直しを行います。
- 市民課国保係において評価と見直しを検討・審議し、国保運営協議会へ報告を行います。
- 評価と見直しに当たっては、庁内の関連他課、医療関係者（医師会等）、国保連合会（保健事業支援・評価委員会含む）、鹿児島県・保健所等からの意見や助言をもらいます。

2. 計画全体の評価と見直し

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

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

第7章 その他

1. 計画の公表・周知

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

2. 個人情報の取扱い

- 健診データやレセプトに関する個人情報は、一般的には個人情報の保護に関する法律（個人情報保護法）に定める要配慮個人情報に該当するため、他の個人情報よりも慎重に取扱います。
- 個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じています。
- 個人情報の取扱いについては、「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（行政機関等編）」(http://www.ppc.go.jp/files/pdf/230401_koutekibumon_guidelines.pdf)を参照しています。

第8章 資料

資料 1

垂水市の特定健康診査・長寿健診の項目

	項目名	特定健康診査	長寿健診
診察	既往歴	○	○
	服薬歴	○	○
	喫煙歴	○	○
	業務歴		
	自覚症状	○	○
	他覚症状	○	○
身体計測	身長	○	○
	体重	○	○
	腹囲	○	
	BMI	○	○
血圧	血圧（収縮期/拡張期）	○	○
肝機能検査	AST（GOT）	○	○
	ALT（GPT）	○	○
	γ-GT（γ-GTP）	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●注1)	●注1)
	随時中性脂肪	●注1)注2)	●注1)注2)
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1c	○	●
	随時血糖	●注3)	●注3)
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	○
血液学検査 （貧血検査）	ヘマトクリット値	○	○
	血色素量（ヘモグロビン値）	○	○
	赤血球数	○	○
	白血球数	○	○
その他	心電図	□	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン（eGFR）	○	○
医師の判断	医師の診断（判定）	○	○

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

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

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

注2) やむを得ず空腹時以外に採血を行った場合は、随時中性脂肪により検査を行うことを可とする。

注3) やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1c（NGSP値）を測定しない場合は、食直後（食事開始時から3.5時間未満）を除き随時血糖により血糖検査を行うことを可とする。

第3期 垂水市国民健康保険データヘルス計画（令和6年度～令和11年度）

令和6年3月 発行

編集・発行 垂水市 市民課 国保係

住 所 〒891-2192 鹿児島県垂水市上町 114 番地

電 話 0994-32-1113