

第3期 保健事業実施計画(データヘルス計画)

【令和6年度～令和11年度】

令和6年4月

鹿児島県歯科医師国民健康保険組合

目次

第1章 計画の基本的事項	1
1. 制度の背景	1
2. 他計画との関係性（保健事業）	2
3. 目的	2
4. 計画期間	3
5. 実施体制・関係者連携	3
第2章 現状の整理	5
1. 鹿児島県歯科医師国民健康保険組合の特性	5
2. 健康・医療情報等の分析と分析結果に基づく健康課題の抽出	6
3. 前期計画の評価と見直し	17
4. 健康課題のまとめ	22
第3章 データヘルス計画の目的と方策	23
1. 計画の目的	23
2. 目的を達成させる事業	23
第4章 第四期特定健康診査等実施計画	24
1. 特定健康診査	24
2. 特定保健指導	26
3. 個人情報保護に関する事項	28
4. 公表及び周知に関する事項	28
第5章 個別保健事業	29
1. 糖尿病重症化予防	29
2. 重症化予防・医療機関受診勧奨	31
3. がん検診	33
4. 健康インセンティブ・健康づくり	35
5. 適正受診・適正服薬促進	37
6. 後発（ジェネリック）医薬品利用促進	39

第6章 評価・見直し	41
1. 評価の基本的事項	41
2. 計画全体の評価と見直し	41
第7章 その他	42
1. 計画の公表・周知	42
2. 個人情報の取扱い	42
第8章 資料	43
1. 用語集	43

第1章 計画の基本的事項

1. 制度の背景

- 平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされました。
- これまでも、保険者においては健康情報や統計資料等を活用することにより、「特定健康診査等実施計画」の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたところですが、今後はさらなる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを蓄積・活用しながら、被保険者をリスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅する保健事業を進めていくことが求められています。
- こうした背景を踏まえ、国は、国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）第 82 条第 4 項の規定に基づき、平成 26 年 3 月、国民健康保険法に基づく「保健事業の実施等に関する指針（平成 16 年厚生労働省告示第 307 号）」の一部を改正する等により、健康・医療情報を活用して P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うよう指導しています。
- 鹿児島県歯科医師国民健康保険組合（以下「本組合」という。）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 8 月に「保健事業実施計画」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、「第 2 期保健事業実施計画(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 2 期保健事業実施計画(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 期保健事業実施計画(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。

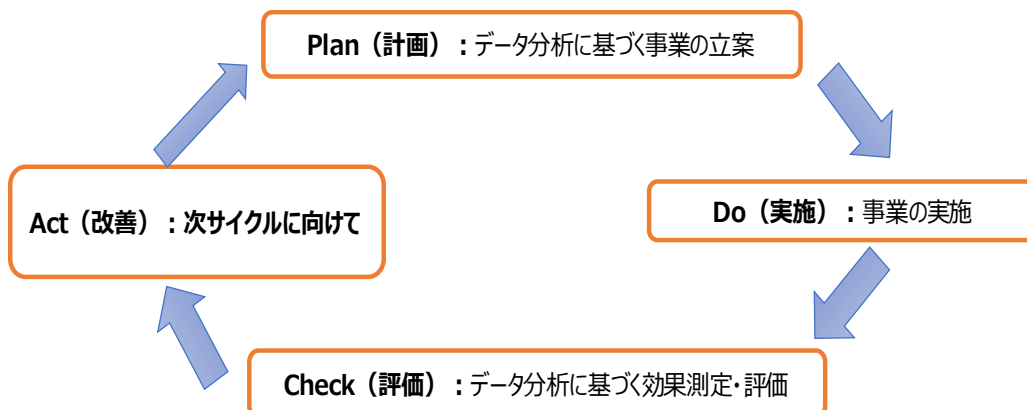
2. 他計画との関係性（保健事業）

関連する計画	作成者	関係性等
医療費適正化計画	県	医療に要する費用の見込みや医療の効率的な提供の推進に関し達成すべき目標等を記載 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、市町村等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	保険者	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。（本組合では、第2期データヘルス計画から一体化している）
健康増進計画	県 市町村	健康増進の推進に関する基本的な方向を記載 都道府県に策定義務が、市町村に策定努力義務がある。健康づくりに関連して、指標や目標値が共通する点もある。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	県 市町村	都道府県は介護保険事業支援計画を、市町村は介護保健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定の実施の事業が共通する場合は、連携の必要がある。

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）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

- 計画は本組合が実施主体となり、計画立案、進捗管理、評価と見直し等については、本組合役員及び組合会議員の意見を反映させながら行います。（実施主体）
- 計画については鹿児島県歯科医師国保組合において審議、報告を行います。
- 計画の実施にあたっては、健診委託事業者と連携しながら、健康診断（特定健診を含む）、特定保健指導等を実施します。
- 地域の医療等関係団体及び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仰ぎます。
- 鹿児島県や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	鹿児島県歯科医師国保組合	<ul style="list-style-type: none">● 計画の実施主体として、計画立案、進捗管理、評価、見直し等● 専門職の確保、組合内の事務職と専門職との連携と役割分担
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● 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

実施体制機関		主な連携と役割
保険医療 関係者	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	組合員事業所 支部組織	<ul style="list-style-type: none"> ● 事業所内での意見交換や情報提供 ● 国保組合会への参画 ● 健診の受診勧奨や保健指導の利用勧奨等への協力

第2章 現状の整理

1. 鹿児島県歯科医師国保組合の特性

(1) 県歯科医師国保組合の基本情報

事業主としての歯科医師を中心として、従業員及びその家族から構成されている組合です。

被保険者数は、平成 27 年度をピークに減少傾向にありますが、令和 2 年度以降は減少傾向が落ち着き、令和 4 年度には微増に転じています。

従業員は有資格者が多く、男女比は 1 : 1.7 と女性が多くなっています。

本組合の被保険者の居住域は県下全域となります。

(2) 被保険者の年齢構成

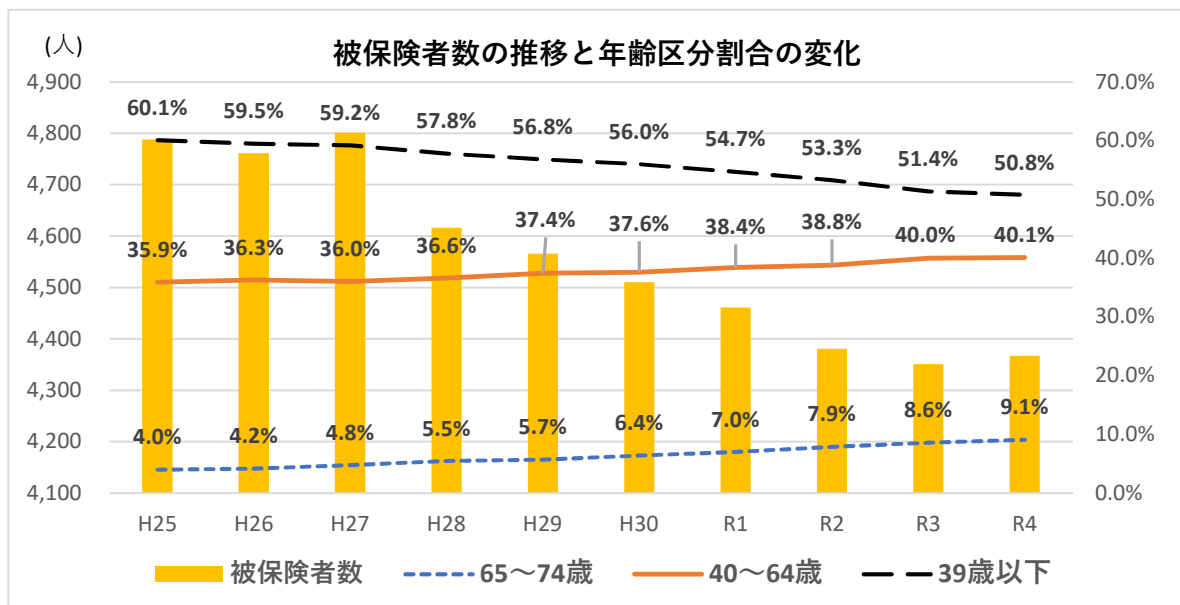
本組合の特徴としては、39 歳以下の占める割合が半数以上となっています。しかしながら平成 25 年度には 60.1%であったものの年々減少し、令和 4 年度には 50.8%でした。一方、65～74 歳は平成 25 年度の 4.0%から令和 4 年度には 9.1%と 2 倍以上の増加となっています。

令和 4 年度の被保険者の平均年齢は 39.3 歳で、県の 54.8 歳より約 15 歳若くなっています。

■被保険者数の経年推移（年齢階級別）

	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
65～74 歳	4.0%	4.2%	4.8%	5.5%	5.7%	6.4%	7.0%	7.9%	8.6%	9.1%
40～64 歳	35.9%	36.3%	36.0%	36.6%	37.4%	37.6%	38.4%	38.8%	40.0%	40.1%
39 歳以下	60.1%	59.5%	59.2%	57.8%	56.8%	56.0%	54.7%	53.3%	51.4%	50.8%
被保険者数	4,788	4,761	4,801	4,616	4,566	4,510	4,461	4,381	4,351	4,367
平均年齢						37.2	37.8	38.4	39.0	39.3

※KDB システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」より



2. 健康・医療情報等の分析と分析結果に基づく健康課題の抽出

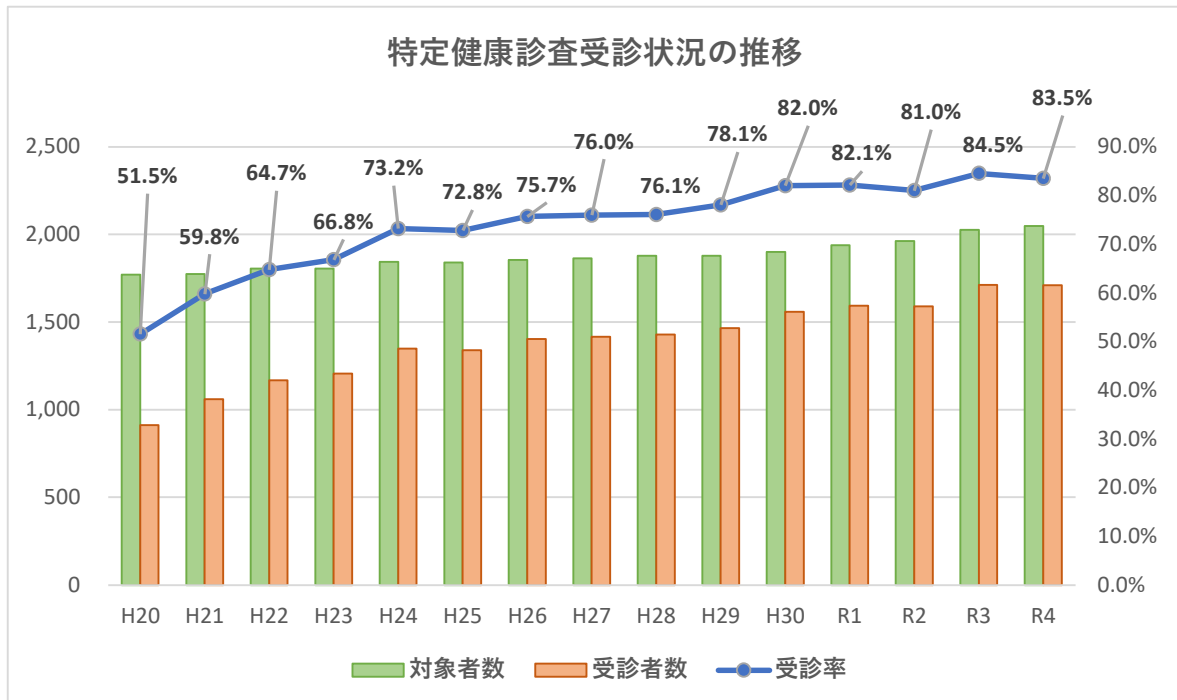
(1) 健診

- 特定健診の受診状況を、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、健診受診者数ともに微増傾向にあります。令和 2 年度は新型コロナウイルス感染症の影響も危惧されましたが高い受診率は維持でき、平成 30 年度以降は受診率 80%台を推移しています。

■ 特定健康診査受診状況の推移

	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27
対象者数	1,770	1,774	1,804	1,804	1,842	1,839	1,853	1,863
受診者数	912	1,060	1,168	1,205	1,348	1,339	1,402	1,415
受診率	51.5%	59.8%	64.7%	66.8%	73.2%	72.8%	75.7%	76.0%
	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	
対象者数	1,878	1,877	1,900	1,938	1,962	2,025	2,047	
受診者数	1,429	1,465	1,558	1,592	1,589	1,712	1,709	
受診率	76.1%	78.1%	82.0%	82.1%	81.0%	84.5%	83.5%	

※特定健診データ管理システム（法定報告）より

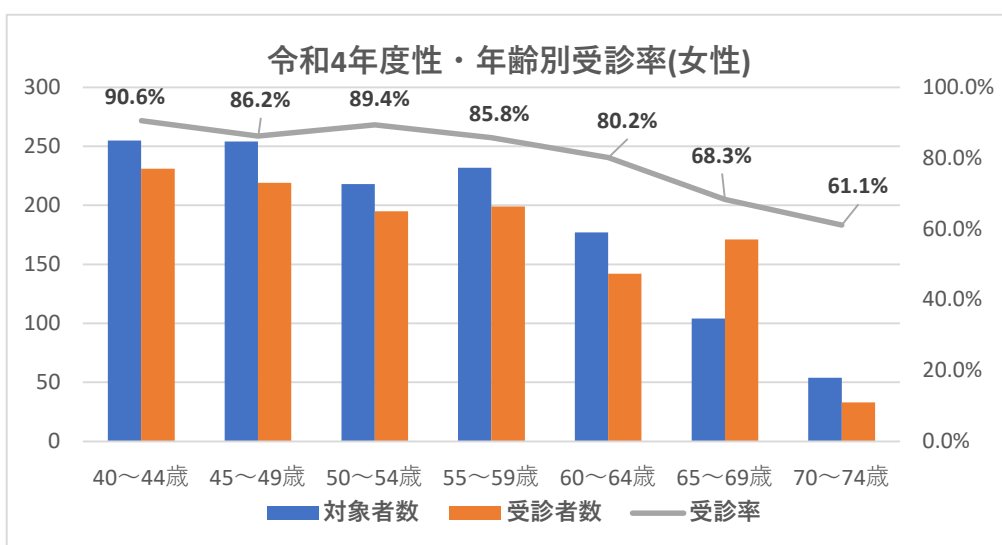
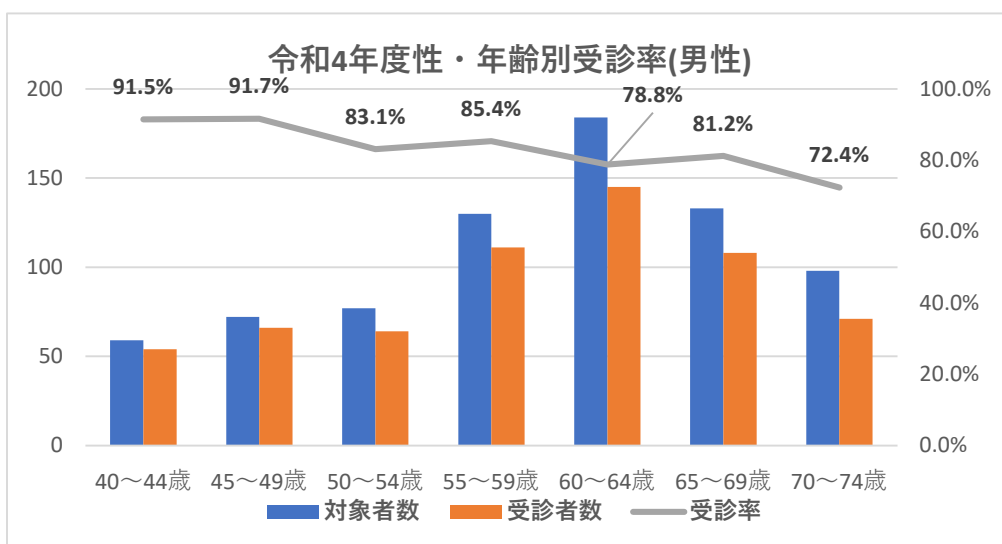


- 令和 4 年度の性・年齢別健診受診状況をみると、男女ともに健診受診率が最も高い年代は、40 歳代になっています。また、最も低い年代が 70 歳代となっています。

特に男性の 40～49 歳と女性の 40～44 歳は受診率が 90%を超えています。

■令和 4 年度 性・年齢別健診受診状況 (※特定健診データ管理システム(法定報告))

男 性				女 性			
年代	対象者数	受診者数	受診率	年代	対象者数	受診者数	受診率
40～44 歳	59	54	91.5%	40～44 歳	255	231	90.6%
45～49 歳	72	66	91.7%	45～49 歳	254	219	86.2%
50～54 歳	77	64	83.1%	50～54 歳	218	195	89.4%
55～59 歳	130	111	85.4%	55～59 歳	232	199	85.8%
60～64 歳	184	145	78.8%	60～64 歳	177	142	80.2%
65～69 歳	133	108	81.2%	65～69 歳	104	171	68.3%
70～74 歳	98	71	72.4%	70～74 歳	54	33	61.1%

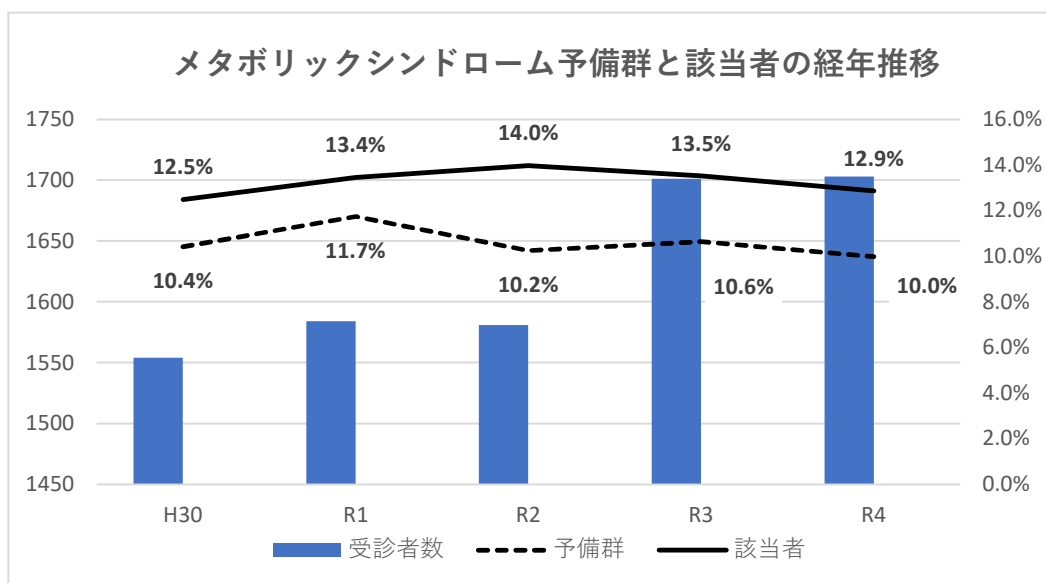


- メタボリックシンドローム予備群・該当者の経年推移をみると、平成 30 年度から健診受診者の 12.5%から 14.0%がメタボリックシンドロームに該当しており、11.0%前後が予備群として推移しています。

■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 (人数)	メタボ予備群	メタボ該当者
H30 年	1554	10.4%	12.5%
R1 年	1584	11.7%	13.4%
R2 年	1581	10.2%	14.0%
R3 年	1701	10.6%	13.5%
R4 年	1703	10.0%	12.9%

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



○ 令和4年度 特定健診結果有所見者の状況

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見ると、健診受診者のうち12.9%が該当者となっています。

■メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況（健診実施機関から提供されたデータ）

	歯科医師国保組合		鹿児島県	全国
	人数	割合	割合	割合
該当者（計）	219	12.9	21.8	20.3
男性	176	28.4	33.2	32.0
女性	43	3.9	12.8	11.0
予備群（計）	170	10.0	12.1	11.2
男性	122	19.7	18.3	17.9
女性	48	4.4	7.3	5.9

糖尿病に関する検査では、全受診者の4.6%が基準値のHbA1c6.5%を超えています。HbA1c8.0%を超えている者が12人、うち未治療者が6人となっています。年代別では40～64歳でHbA1c8.0%以上が9人でした。

■糖尿病の状況（健診実施機関から提供されたデータ）

HbA1c 測定者数：1792人			治療中		未治療	
HbA1c	人数	割合	人数	割合	人数	割合
6.5%以上	83	4.6%	51	2.9%	32	1.8%
再掲) 8.0%以上	(12)	(0.7%)	(6)	(0.3%)	(6)	(0.3%)

※治療・未治療については、問診票の回答から算出しています。

■糖尿病（HbA1c）の年代別有所見状況（健診実施機関から提供されたデータ）

HbA1c	40～64歳		65～74歳	
	人数	割合	人数	割合
6.5%以上	60	4.0%	23	7.7%
再掲) 8.0%以上	(9)	(0.6%)	(3)	(1.0%)
※測定者数	1494人		298人	

※分母は各年代の測定者数で算出しています。

血圧では受診者のうち約 46%が高値血圧以上でした。そのうち治療中は約 15%で残りの約 31%は未治療でした。

なかでもⅢ度高血圧が 38 人で、未治療は 26 人となっています。年代別では、40～64 歳で 29 人でした。

■ 血圧の状況（健診実施機関から提供されたデータ）

血圧測定者：1792 人			治療中		未治療	
血圧(mmHg)	人数	割合	人数	割合	人数	割合
130/80 以上	408	22.8%	116	6.5%	292	16.3%
I 度(140/90)	291	16.2%	101	5.6%	190	10.6%
Ⅱ度(160/100)	80	4.5%	30	1.7%	50	2.8%
Ⅲ度(180/110)	38	2.1%	12	0.7%	26	1.5%

※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。

■ 血圧の年代別有所見状況（健診実施機関から提供されたデータ）

血圧(mmHg)	40～64 歳		65～74 歳	
	人数	割合	人数	割合
130/80 以上	348	23.3%	60	20.1%
I 度(140/90)	211	14.1%	80	26.9%
Ⅱ度(160/100)	64	4.3%	16	5.4%
Ⅲ度(180/110)	29	1.9%	9	3.0%
※血圧測定者	1494 人		298 人	

※分母は各年代の測定者数で算出しています。

脂質異常では、受診者の約 33%が基準値の 140mg/dl を超えています。治療中は基準値を超えた 586 人中 32 人でした。

■ 脂質異常の状況（健診実施機関から提供されたデータ）

LDL 測定者：1792 人			治療中		未治療	
LDL(mg/dl)	人数	割合	人数	割合	人数	割合
LDL(140～159)	335	18.7%	22	1.2%	313	17.5%
LDL(160 以上)	251	14.0%	10	0.6%	241	13.5%
再掲 180 以上	(91)	(5.1%)	(6)	(0.3%)	(85)	(4.7%)

※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。

■脂質異常の年代別有所見状況（健診実施機関から提供されたデータ）

LDL(mg/dl)	40～64 歳		65～74 歳	
	人数	割合	人数	割合
LDL(140～159)	284	19.0%	51	17.1%
LDL(160 以上)	203	13.6%	48	16.1%
再掲) 180 以上	(73)	(4.9%)	(18)	(6.0%)
※LDL 測定者	1494 人		298 人	

※分母は各年代の測定者数で算出しています。

生活習慣では、「週 3 回以上朝食を抜く」「1 回 30 分以上運動習慣なし」「1 日 1 時間以上運動なし」「睡眠不足」の 4 項目について高い値を示しています。また、毎日飲酒の割合は県・全国より低いものの、一日の飲酒量 3 合以上の割合は県より高くなっています。

■生活習慣の状況

質問票の回答	歯科医師国保組合		鹿児島県	全国
	人数	割合	割合	割合
喫煙	159	8.9	11.4	13.8
週 3 回以上朝食を抜く	303	16.9	9.1	10.4
1 回 30 分以上運動習慣なし	1,251	69.8	59.9	60.4
1 日 1 時間以上運動なし	1,161	64.8	45.8	48.0
睡眠不足	633	35.3	22.1	25.6
毎日飲酒	369	20.6	25.5	25.5
一日飲酒量 3 合以上	18	1.9	1.3	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

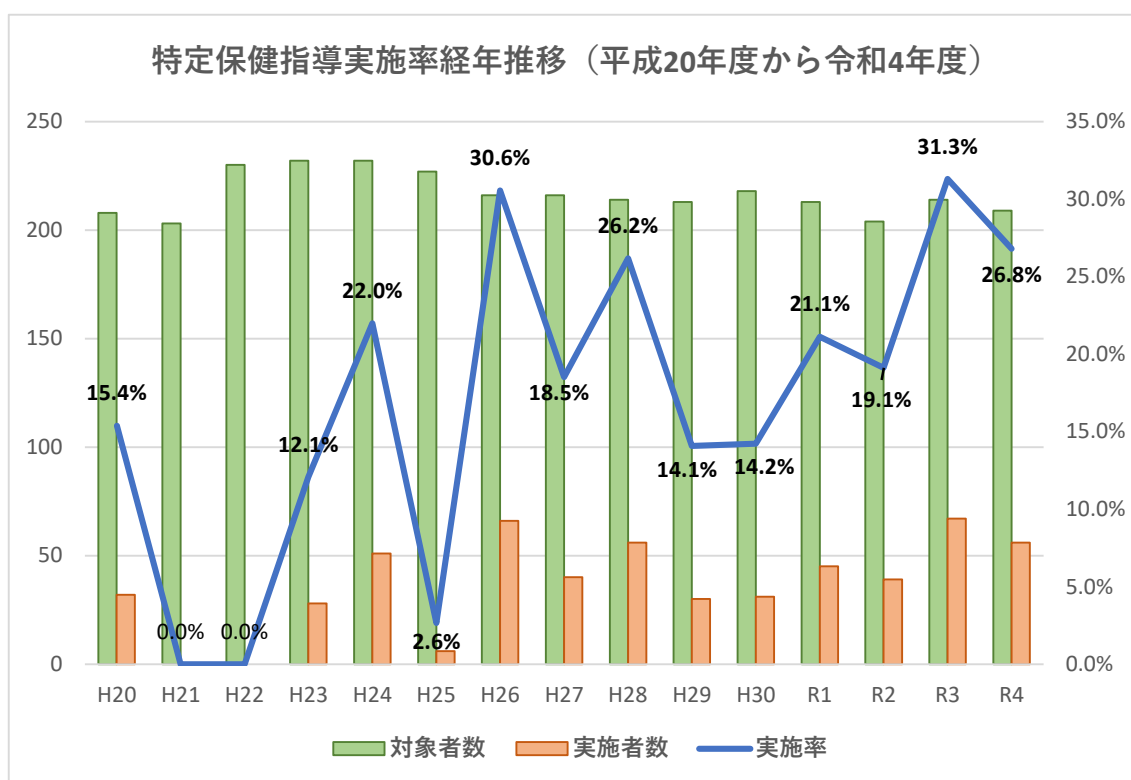
※KDB システム（地域の全体像の把握）より

- 特定保健指導は外部事業者に実施を委託しています。実施率向上と利用者の利便性を考慮し、平成 30 年度から健診当日に判明する結果をもとに希望者に対して初回面談を開始しました。今後も円滑な保健指導の実施にむけて委託事業者とも協議を重ねていきます。

■ 特定保健指導実施率経年推移

	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27
対象者数	208	203	230	232	232	227	216	216
実施者数	32	0	0	28	51	6	66	40
実施率	15.4%	0.0%	0.0%	12.1%	22.0%	2.6%	30.6%	18.5%
	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	
対象者数	214	213	218	213	204	214	209	
実施者数	56	30	31	45	39	67	56	
実施率	26.2%	14.1%	14.2%	21.1%	19.1%	31.3%	26.8%	

※特定健診データ管理システム（法定報告）より



血圧は「高値血圧」「I度高血圧」「II度高血圧以上」ともに、わずかに増減を繰り返しながらも平成30年度から改善しています。

■ 血圧の保健指導判定と受診勧奨判定の状況（健診実施機関から提供されたデータ）

年度	測定者数	保健指導判定値		受診勧奨判定値			
		高値血圧		I度高血圧		II度高血圧以上	
	人数	人数	%	人数	%	人数	%
H30	1,620	408	25.2%	291	18.0%	127	7.8%
R1	1,636	384	23.5%	275	16.8%	117	7.2%
R2	1,653	395	23.9%	277	16.8%	115	7.0%
R3	1,733	401	23.1%	235	13.6%	127	7.3%
R4	1,792	408	22.8%	291	16.2%	118	6.6%

HbA1c 値については、わずかに改善しています。特に HbA1c8.0%以上については平成30年度の約半数に減少しています。

■ HbA1c（血糖）の保健指導判定と受診勧奨判定の状況（健診実施機関から提供されたデータ）

年度	測定者数	保健指導判定値		受診勧奨判定値			
		6.0～6.4%		6.5%以上		再掲)8.0%以上	
	人数	人数	%	人数	%	人数	%
H30	1,620	77	4.8%	79	4.9%	(23)	(1.4%)
R1	1,636	68	4.2%	69	4.2%	(16)	(1.0%)
R2	1,653	77	4.7%	71	4.3%	(14)	(0.9%)
R3	1,733	111	6.4%	82	4.7%	(16)	(0.9%)
R4	1,792	72	4.0%	83	4.6%	(12)	(0.7%)

LDL コレステロール値については、平成30年度と比較してやや悪化しています。

■ 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（健診実施機関から提供されたデータ）

年度	測定者数	保健指導判定値		受診勧奨判定値			
		140～159		160以上		再掲)180以上	
	人数	人数	%	人数	%	人数	%
H30	1,620	267	16.5%	220	13.6%	(86)	(5.3%)
R1	1,636	267	16.3%	284	17.4%	(110)	(6.7%)
R2	1,653	267	16.2%	240	14.5%	(79)	(4.8%)
R3	1,733	296	17.1%	270	15.6%	(93)	(5.4%)
R4	1,792	335	18.7%	251	14.0%	(91)	(5.1%)

(2) 医療

○ 平成 30 年度から令和 4 年度にかけて総医療費は、1 億 7432 万円増加しており、入院医療費の 1453 万円増加に比べて、入院外（外来）医療費が 1 億 5979 万円増加している状況です。令和 4 年度の生活習慣病に係る疾患の総医療費に占める割合を見ると、いずれの疾患でも県を下回っていますが、被保険者の平均年齢の差も影響していると思われます。

腎不全にかかる医療費の総医療費に占める割合は、県に比べて低い状況ですが、第 2 期データヘルス計画期間中に新規透析導入者が 2 人増え、計 3 人となりました。いずれも基礎疾患は高血圧です。

生活習慣病にかかる医療費の状況を見ると、入院では脳出血・脳梗塞が最も多く次いで虚血性心疾患となっています。外来では糖尿病、高血圧症、脂質異常症の順になっています。

■ 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)	入院外 (外来)	1 人あたり 医療費(円)
平成 30 年度	6 億 1130 万円	2 億 2947 万円	4,220	3 億 8183 万円	7,020
令和 4 年度	7 億 8562 万円	2 億 4400 万円	4,660	5 億 4162 万円	10,350
平成 30 年度 からの増減	1 億 7432 万円	1453 万円	440	1 億 5979 万円	3,330

※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 2 億 4400 万円(A)		外来医療費(調剤含む) 5 億 4162 万円(C)		総医療費 7 億 8562 万円(E)		県
最大医療資源傷病名		医療費	割合	医療費	割合	医療費	割合	割合
		B	B/A	D	D/C	F	F/E	
中長期	腎不全	124 万円	0.51	1127 万円	2.08	1251 万円	1.59	5.63
	脳出血・脳梗塞	876 万円	3.55	191 万円	0.35	1067 万円	1.36	2.38
	虚血性心疾患	648 万円	2.66	268 万円	0.50	915 万円	1.16	1.44
短期	糖尿病	186 万円	0.76	2604 万円	4.81	2790 万円	3.55	4.99
	高血圧症	21 万円	0.09	1844 万円	3.41	1865 万円	2.37	2.87
	脂質異常症	0 万円	0	1220 万円	2.25	1220 万円	1.55	1.59
(中長期・短期)合計		1855 万円	7.60	7254 万円	13.39	9109 万円	11.59	18.90

※KDB システム（健診・医療・介護データからみる地域の健康課題、疾病管理一覧）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	総医療費(円)	1人あたり医療費
糖尿病	1,188,780	897	19,742,170	14,900
高血圧症	208,990	158	10,396,220	7,846
脂質異常症	0	0	7,658,000	5,780
脳出血	4,405,050	3,325	357,680	270
脳梗塞	3,829,700	2,890	948,530	716
狭心症	3,725,070	2,811	1,685,580	1,272
心筋梗塞	1,095,890	827	10,200	8
がん	20,015,580	15,106	22,639,280	17,086
筋・骨格	5,098,010	3,848	10,227,860	7,719
精神	12,417,580	9,372	6,404,600	4,834
腎不全（透析あり）	473,240	357	6,170,540	4,657

※KDBシステム（疾病別医療費分析（生活習慣病））より

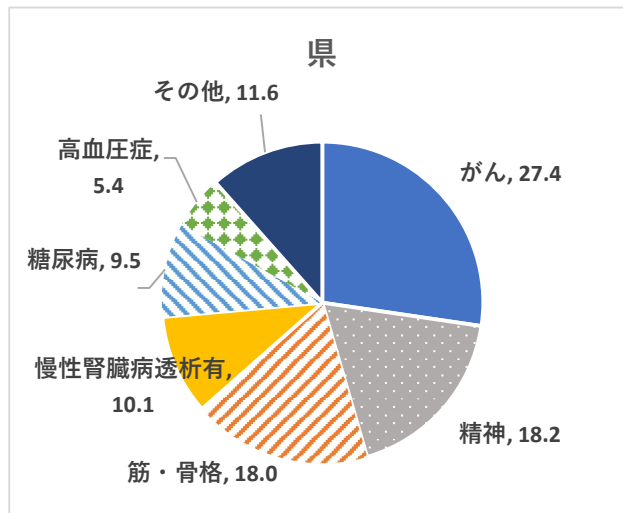
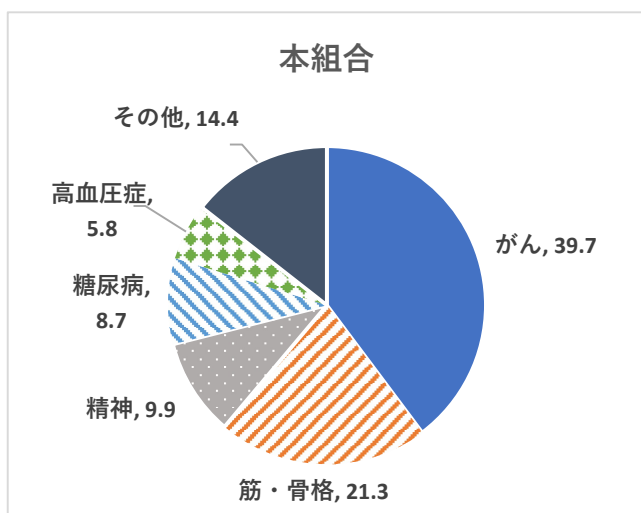
■令和4年度 生活習慣病の疾病別医療費分析【女性】

疾病	入院		外来	
	総医療費(円)	1人あたり医療費	総医療費(円)	1人あたり医療費
糖尿病	670,270	220	6,300,260	2,071
高血圧症	0	0	8,045,390	2,645
脂質異常症	0	0	4,538,710	1,492
脳出血	0	0	67,510	22
脳梗塞	527,990	174	535,930	176
狭心症	1,653,690	544	952,220	313
心筋梗塞	0	0	26,790	9
がん	31,253,870	10,274	53,109,920	17,459
筋・骨格	20,991,950	6,901	31,845,110	10,468
精神	5,640,120	1,854	7,257,560	2,386
腎不全（透析あり）	0	0	4,199,190	1,380

※KDBシステム（疾病別医療費分析（生活習慣病））より

- 本組合では、「がん」による割合が高くなっています。ついで「筋・骨格」と続いています。「その他」には、特定疾患（難病）や妊娠・出産に掛かる事例等が含まれています。

■ 令和4年度 医療費分析（最大医療資源傷病名による）



※KDBシステム「地域全体の把握」より

■ 令和4年度 月80万を超えたレセプトの内訳

	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他
人数	3	3	26	38
件数	4	3	33	71

※KDBシステム 厚生労働省様式 1-1「基準金額以上となったレセプト一覧」より

■ 令和4年度 人工透析の医療費の状況（0～74歳）

	被保険者数	人工透析		医療費			
				総医療費 (調剤含む)		人工透析患者の医療費※2	
				A	B	C	D
人数※1	人数※1	被保険者 100万対	円	円	%		
本組合	4,367	3	687	7億8562万円	1084万円	1.38	
県	356,708	2,023	5,462	1584億0856万円	83億9857万円	5.30	
全国	27,488,882	92,578	3,225	9兆3374億1148万円	3979億7371万円	4.26	

※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. 前期計画の評価と見直し

- 本組合では、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図るために、第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定し、下記のとおり「達成すべき目的」ごとに「課題を解決するための目標」を立て、各保健事業に取り組みました。

「健康の増進」、「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、重症化して入院する患者を減らす。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院医療費の伸び率を同規模並みにする。(平成 28 年度同規模：2.3%) ・ 必要な医療勧奨を行い、入院件数割合を 1.7%に維持する。
	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平成 25 年度並みとする。(平成 25 年度：2.5%) ・ 虚血性心疾患の総医療費に占める割合を 1.11%に維持する。 ・ 慢性腎不全の総医療費に占める割合を 1.92%に維持する。
短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす。	<ul style="list-style-type: none"> ・ メタボリックシンドローム・予備群の割合を 23.0%へ減少させる。 ・ 特定保健指導対象者の減少率を 25%以上にする。(平成 20 年度比) ・ 健診受診者の高血圧(160/100mmHg 以上)の割合を 6.9%へ減少させる。 ・ 健診受診者の脂質異常者(LDL160mg/dl 以上)の割合を 13.5%に維持する。 ・ 健診受診者の糖尿病有病者 (HbA1c6.5%以上) の割合を 4.5%へ減少させる
	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率向上により、重症化予防対象者を減らす。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診受診率 80%以上 ・ 特定保健指導実施率 30%以上

	達成すべき目的	課題を解決するための目標
短期目標	がんの早期発見、早期治療	<ul style="list-style-type: none"> ・ 新生物の総医療費に占める割合を平成 25 年度並みとする。(平成 25 年度：14.29%) ・ 各がん検診受診率を上昇させる。 肺がん検診：75%以上、大腸がん検診：25%以上、 腫瘍マーカー（男性；前立腺がん・膵臓がん）：70%以上、 腫瘍マーカー（女性；卵巣がん・乳がん・膵臓がん）：60%以上
	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 50%以上

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

事業名	指標	実績					
		H29	H30	R1	R2	R3	R4
1.特定健診・ 特定保健指導	特定健診受診率 80%に増加	78.1%	82.0%	82.1%	81.0%	84.5%	83.5%
	特定保健指導実施率 30%に増加	14.1%	14.2%	21.1%	19.1%	31.3%	26.8%
	メタボ・予備群の割合 23.0%へ減少	22.7%	22.8%	25.0%	24.2%	24.2%	22.8%
	特定保健指導対象者の減少率※ ¹ 25%以上に増加	23.0%	25.4%	27.3%	28.8%	29.3%	29.1%
	スクリーニングテスト受診率	68.5%	73.3%	73.2%	77.1%	76.3%	76.9%
2.糖尿病性腎症 重症化予防	慢性腎不全の総医療費に占める割合を 1.92%に維持			0.85%			1.59%
	健診受診者の糖尿病有病者割合を 4.5%へ減少	4.7%	4.7%	4.5%	4.3%	4.7%	4.6%
	糖尿病の保健指導を実施した件数				6件	2件	2件
	糖尿病未治療を治療に結びつけた件数				1件	3件	6件

事業名	指 標	実 績					
		H29	H30	R1	R2	R3	R4
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を2.5%へ減少			0.94%			1.36%
	虚血性心疾患の総医療費に占める割合を1.11%に維持			1.55%			1.16%
	健診受診者の高血圧(160/100mmHg以上)の割合を6.9%へ減少	6.8%	7.8%	6.8%	6.8%	7.2%	6.6%
	健診受診者の脂質異常者(LDL160mg/dl以上)の割合を13.5%に維持	13.6%	13.7%	17.4%	14.5%	15.6%	14.0%
	受診勧奨を行った回数			82回	56回	52回	59回
4.がん検診	新生物の総医療費に占める割合を14.29%へ減少	14.5%	12.5%	19.1%	15.6%	19.2%	16.2%
	肺がん検診受診率75%以上に増加	66.5%	70.0%	68.0%	71.0%	72.6%	73.5%
	大腸がん検診受診率25%以上に増加	13.4%	15.0%	14.0%	16.0%	18.3%	18.3%
	腫瘍マーカー(男性)実施率70%以上に増加	44.5%	55.0%	50.0%	50.0%	55.0%	52.0%
	腫瘍マーカー(女性)実施率60%以上に増加	30.7%	47.0%	42.0%	44.0%	54.0%	46.2%
5.健康インセンティブ・健康づくり	健診結果管理アプリ登録率			12.1%	13.4%	14.6%	17.2%
6.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50%以上		77.7%	79.5%	79.4%	82.5%	83.7%

※1：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。
- 医療費の適正化については、糖尿病重症化予防事業、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）事業に取り組んでいるものの、医療費全体が上昇傾向にあります。中でも、がんにかかる医療費、筋・骨格系の疾患にかかる医療費が大幅に伸びてきています。
- 特定健康診査の受診率向上及び特定保健指導実施率向上については、前者は第三期特定健康診査等実施計画の目標値を達成しましたが、後者は改善傾向にあるものの、目標値達成には至りませんでした。これまで特定保健指導実施率向上に向けて、保健指導利用特典の配付（平成 29 年度開始）、集団健診会場での初回面談実施（平成 30 年度開始）、健診当日初回面談利用者への特典配付（令和元年度開始）、診察医による健診当日初回面談ブースへの誘導（令和 3 年度開始）など、様々な取組を実施してきましたが、内容の強化や見直しを行いながら、取組を継続していきます。
 特定健康診査と同時に実施している 19 歳～39 歳の被保険者を対象とした集団健診（スクリーニングテスト）の受診率は上昇傾向にあります。受診率上昇の要因として、平成 30 年度から未受診者を対象とした脱漏健診を設けたことによる受診機会の増加などが想定されます。
- 糖尿病重症化予防事業では、令和 2 年度から、鹿児島県が実施している糖尿病重症化予防プログラムに則り、約 6 か月間、電子メールでの個別指導を実施し、医療機関の未受診者に対して受診勧奨を行い、糖尿病の治療へとつなげました。しかし、事業参加率が低いことへの対策や、かかりつけ医との連携方法の在り方についての再検討を行っていく必要があります。
 なお、糖尿病を原因疾患とする人工透析は現時点で発生していません。
- 重症化予防・受診勧奨事業として、健診結果から要精密検査や要医療と判定された場合に、レセプト等で受診状況を把握し、未受診の場合には電話で受診勧奨をしています。
 また、高血圧症重症化予防を令和 4 年度から開始しました。治療中・未治療に関わらず 40 歳以上では高血圧Ⅲ度以上（180/110mmHg）、40 歳未満では高血圧Ⅱ度以上（160/100mmHg）を対象とし、高血圧症の基本知識と生活習慣改善、薬物療法等について記載したパンフレットを送付しました。
 なお、本組合の人工透析者は 3 名ですが、いずれも原因疾患は高血圧症となっています。うち 2 名は令和 2 年度以降に新規透析開始となっています。今後医療費の動向にも注視していきます。
- がん検診では、集団健診でのがん検診を含むオプション検査項目の充実化と、検査費用の半額補助を行うことで、受診率向上を図りました。いずれの項目の受診率も向上傾向が認められますが、目標値には及んでいません。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、乳がんが 2.42%と最も高く、次いで膵臓がん 2.31%、大腸がん 1.72%、肺がん 1.52%となっています。

- インセンティブ・健康づくりでは、支部ごとの特定健康診査・特定保健指導等の取組状況を評価し、補助金額へ反映させる支部単位でのインセンティブ制度と、健診データ提供に同意しない被保険者に対して健診費用の全額助成を廃止する個人単位でのディスインセンティブ制度を実施しています。健康づくりにおいては、健康意識向上のための啓発用リーフレット類の配付に加え、自身の健康状態に関心を持ってもらうための取組として、健診結果管理アプリの提供を平成 30 年度から開始しました。アプリ登録率は目標値の 20%には及ばないものの、年々上昇傾向にあります。
- 適正受診・適正服薬では、平成 30 年度から同一月に 3 以上の医療機関から同じ効果の薬を処方されている者に対して重複服薬に関するリーフレット配付と保健師による電話相談を開始しました（令和 2 年度から多剤服薬者にも対象を拡大）。令和 3 年度からは国保連合会の重複服薬対策事業に参画し、「お薬相談通知書」の発送を開始しました。
- 後発（ジェネリック）医薬品推進では、後発医薬品利用差額通知の発送、啓発リーフレットの配付、被保険者証への後発医薬品利用シール貼り付け等を実施し、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 年度に達成しました。

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状況を整理し、「健康の保持増進」と「生活の質（QOL）の維持及び向上」、「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みます。

■ 健康課題

1. 高血圧や糖尿病の未治療者が固定化されている。
2. 脂質異常の割合が高く、約 30%が未治療である。
3. 特定保健指導の新規利用者が少ない。
4. がんにかかる医療費が占める割合が高い。
5. 糖尿病重症化予防事業の参加が少ない。
6. 不健康な生活習慣傾向（運動習慣なし、朝食抜き、飲酒量多い、睡眠不足）



- 上記の健康課題の中でも本組合では、人工透析の基礎疾患が高血圧症であることと、高額医療受給状況から次の課題を優先課題としました。

1. **高血圧・脂質異常の未治療者が多い。**
2. **生活習慣病を原因とする脳血管疾患・虚血性心疾患が発生している。**
3. **若年層においても生活習慣病有所見者が散見される。**

第3章 データヘルス計画の目的と方策

1. 計画の目的

- 本組合の加入者においては、年代が幅広いことと被保険者本人として仕事に従事している場合が多いことから、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は、「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、本組合では下記のとおり保健事業ごとに目的をもって取り組みます。

目 的	関連する保健事業
特定健康診査受診を促進し、特定保健指導対象者に対して特定保健指導を行うことで、メタボリックシンドロームの改善を図り、被保険者全体のメタボリックシンドローム及び関連する生活習慣病を減少させることを目的とします。	特定健康診査 特定保健指導
糖尿病及び糖尿病性腎症を発症している者に対して医療機関への受診勧奨や保健指導を行うことで、重症化及び慢性腎臓病への進行を予防することを目的とします。	糖尿病重症化予防
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に基づいた結果通知、受診勧奨、保健指導により、医療機関の受診が必要な者を受診及び治療に結び付けることを目的とします。	重症化予防・医療機関受診勧奨
がんの早期発見及び早期受診のため、がん検診受診率を向上させることを目的とします。	がん検診
被保険者の主体的な生活習慣病予防及び健康づくりを推進するため、その支援となる支部（市郡歯科医師会）単位での健康増進に係るグループ活動を促進するとともに、被保険者の健康意識を高められる情報発信を行うことを目的とします。	健康インセンティブ・健康づくり
重複受診、頻回受診、重複服薬、多剤投与（ポリファーマシー）等の者に対して、通知や健康相談等を行うことで、それらを適正化すること、ひいては不適正と考えられる受診・服薬を減少させることを目的とします。	適正受診・適正服薬促進
医療費適正化を推進するため、差額通知及び普及啓発等の取組を通じて、後発（ジェネリック）医薬品の利用を促進し、その利用率を高めることを目的とします。	後発（ジェネリック）医薬品利用促進

第4章 第四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		
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旨とした特定健康診査・特定保健指導を進めるため、広報、受診勧奨の取組を行うことで、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 ●実施方法及び実施時期・場所： <ul style="list-style-type: none"> ・集団健診（6月～8月） 15支部の希望施設にて実施 ・個別健診（6月～7月） 被保険者のかかりつけ医等にて実施 ・脱漏健診（10月～12月初旬） 健診委託業者主催の健診会場にて実施 ・情報提供事業委託（4月～翌年2月） 被保険者のかかりつけ医等にて実施 ・人間ドック健診結果の活用（通年（締め切りは当該年度末まで）） 被保険者のかかりつけ医等にて実施 ●検査項目：組合員本人の場合、特定健診必須項目に「視力」「聴力」「心電図」「胸部レントゲン」を加えたものを基本検査項目とする。 ●費用：基本検査項目にかかる費用は組合負担とする。 ●受診勧奨： <ul style="list-style-type: none"> ・事業所へ特定健診対象者名簿とともに健診案内を送付する。 ・特定健診対象世帯へ健診案内を送付する。 ・健診結果管理アプリにて健診案内を配信する。 ●40歳未満の健診（スクリーニングテスト）： <ul style="list-style-type: none"> ・若年期から健診を受診する習慣をつけることで、特定健診受診の基盤を作り、併せて、早期の生活習慣改善、生活習慣病予防を図る。 ・19歳～39歳の被保険者を対象とし、特定健診と同じ集団健診会場・脱漏健診会場にて実施する。 ・組合員本人の場合、基本検査項目は40歳以上と同内容とし、その費用は組合負担とする。組合員家族の場合、基本検査項目は身体測定、血圧測定、尿検査、血液検査の4項目とし、その費用は組合負担とする。 		
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 （成果）	・特定健診受診率	<ul style="list-style-type: none"> ・第四期特定健康診査等実施計画（令和6年度）において、国が定める国保組合の特定健診受診率目標値は70%以上（全国70%以上）となっている。 ・法定報告の結果に基づき評価する。
		・年齢階級別受診率 ・情報提供事業参加率 ・人間ドックの健診結果活用件数 ・スクリーニングテスト受診率	<ul style="list-style-type: none"> ・年齢階級別受診率は、KDB帳票「健康スコアリング（健診）」に基づき評価する。 ・情報提供事業参加率は、事業参加者数を事業対象者数で除した値で評価する。 ・スクリーニングテスト受診率は、受診者数を5月1日時点での健診対象者数で除した値で評価する。
		・受診勧奨数	
		・特定健診対象者への通知（コール）の適切さ ・未受診者対策	
ストラクチャー （実施体制）	<ul style="list-style-type: none"> ・事業体制 ・集団健診実施数 ・医療機関、健診機関、医師会等の連携状況 		

※下線は設定することが望ましいとされている指標

※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）
特定健診受診率	(R4年度) 83.5%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
スクリーニングテスト受診率	(R4年度) 76.9%	78.0%	78.0%	78.0%	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)

2. 特定保健指導

■ 事業の概要

年度	令和6年度													
目的	<ul style="list-style-type: none"> ・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及び関連する生活習慣病を減少させ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：特定健診受診者のうち、「積極的支援、動機付け支援」に該当する者 ●実施方法：個別面接（対象者の希望場所、健診会場）、電話、通信（メール、アプリのメッセージ機能等） ●実施機関：保健指導機関への委託 ●実施時期：10月から翌年2月末までの間に初回面談を実施し、翌年5月末までに最終評価を終了する。ただし、情報提供事業及び人間ドック健診結果利用者に関しては、実施時期及び評価を適宜調整する。また、特定健診当日の初回面談を実施する。 ●費用：全額組合負担 ●利用勧奨： <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診当日の初回面談の利用者全員に特典を配付する。 ・特定保健指導の初回に限り、健診結果管理アプリと連携した体重計を特典として配付し、保健指導に活用する。 ・2回目以降の利用者には、健康に関わる特典を配付し、保健指導へのインセンティブとする。 ・集団健診において、診察担当医の協力により保健指導への誘導を図る。 													
評価		<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価指標</th> <th>備考（指標の定義、目標値、評価時期など）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の改善割合（脱保健指導対象者） ・利用者の腹囲2cm減少、体重2kg減量者割合 ・メタボリックシンドローム該当者、予備群（特定保健指導対象者）の減少率 </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の改善割合は保健増進事業補助金の評価指標5④aの結果を参照する。 ・第四期からアウトカム評価（腹囲2cm、体重2kg減）が導入される。 </td> </tr> <tr> <td> <p>【中長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・メタボリックシンドローム該当者・予備群（特定保健指導対象者）割合 ・有所見割合（腹囲、BMI、血圧、脂質、血糖） ・問診項目該当者割合（運動習慣のある者の割合、朝食を抜く者の割合等） </td> <td></td> </tr> <tr> <td> <p>（実施量・率）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導対象者の実施率 ・健診当日初回面談利用率 </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・第四期特定健康診査等実施計画（令和6年度）において、国が定める国保組合の特定保健指導実施率の目標値は30%以上（全国45%以上）となっている。 ・特定保健指導実施率は法定報告の結果に基づき評価する。 ・集団健診、個別健診を受診し、かつ特定保健指導対象となった者のうち、当日初回面談を利用した者の割合 </td> </tr> <tr> <td> <p>（実施方法）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム評価を考慮した指導方法の検討と導入 ・利用勧奨の方法や利用までの手順の適切さ ・特定保健指導の機会、時期、内容等の適切さ ・利用者と実施者の満足度 ・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） </td> <td></td> </tr> <tr> <td> <p>（実施体制）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・予算額、人員、体制 ・委託業者との連携の程度 ・指導媒体や指導記録の有無 ・委託先へ研修やマニュアルの有無の確認 </td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	備考（指標の定義、目標値、評価時期など）	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の改善割合（脱保健指導対象者） ・利用者の腹囲2cm減少、体重2kg減量者割合 ・メタボリックシンドローム該当者、予備群（特定保健指導対象者）の減少率 	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の改善割合は保健増進事業補助金の評価指標5④aの結果を参照する。 ・第四期からアウトカム評価（腹囲2cm、体重2kg減）が導入される。 	<p>【中長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・メタボリックシンドローム該当者・予備群（特定保健指導対象者）割合 ・有所見割合（腹囲、BMI、血圧、脂質、血糖） ・問診項目該当者割合（運動習慣のある者の割合、朝食を抜く者の割合等） 		<p>（実施量・率）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導対象者の実施率 ・健診当日初回面談利用率 	<ul style="list-style-type: none"> ・第四期特定健康診査等実施計画（令和6年度）において、国が定める国保組合の特定保健指導実施率の目標値は30%以上（全国45%以上）となっている。 ・特定保健指導実施率は法定報告の結果に基づき評価する。 ・集団健診、個別健診を受診し、かつ特定保健指導対象となった者のうち、当日初回面談を利用した者の割合 	<p>（実施方法）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム評価を考慮した指導方法の検討と導入 ・利用勧奨の方法や利用までの手順の適切さ ・特定保健指導の機会、時期、内容等の適切さ ・利用者と実施者の満足度 ・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>（実施体制）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・予算額、人員、体制 ・委託業者との連携の程度 ・指導媒体や指導記録の有無 ・委託先へ研修やマニュアルの有無の確認 	
	評価指標	備考（指標の定義、目標値、評価時期など）												
	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の改善割合（脱保健指導対象者） ・利用者の腹囲2cm減少、体重2kg減量者割合 ・メタボリックシンドローム該当者、予備群（特定保健指導対象者）の減少率 	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の改善割合は保健増進事業補助金の評価指標5④aの結果を参照する。 ・第四期からアウトカム評価（腹囲2cm、体重2kg減）が導入される。 												
	<p>【中長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・メタボリックシンドローム該当者・予備群（特定保健指導対象者）割合 ・有所見割合（腹囲、BMI、血圧、脂質、血糖） ・問診項目該当者割合（運動習慣のある者の割合、朝食を抜く者の割合等） 													
	<p>（実施量・率）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導対象者の実施率 ・健診当日初回面談利用率 	<ul style="list-style-type: none"> ・第四期特定健康診査等実施計画（令和6年度）において、国が定める国保組合の特定保健指導実施率の目標値は30%以上（全国45%以上）となっている。 ・特定保健指導実施率は法定報告の結果に基づき評価する。 ・集団健診、個別健診を受診し、かつ特定保健指導対象となった者のうち、当日初回面談を利用した者の割合 												
<p>（実施方法）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム評価を考慮した指導方法の検討と導入 ・利用勧奨の方法や利用までの手順の適切さ ・特定保健指導の機会、時期、内容等の適切さ ・利用者と実施者の満足度 ・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>（実施体制）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・予算額、人員、体制 ・委託業者との連携の程度 ・指導媒体や指導記録の有無 ・委託先へ研修やマニュアルの有無の確認 														

※下線は設定することが望ましいとされている指標

※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）
メタボリックシンドローム該当者、予備群（特定保健指導対象者）の減少率	(R4年度) 29.1%	25%以上	25%以上	25%以上	25%以上	25%以上	25%以上
メタボリックシンドローム該当者・予備群（特定保健指導対象者）割合	(R4年度) 22.8%	23%以下	23%以下	23%以下	23%以下	23%以下	23%以下
特定保健指導実施率	(R4年度) 26.8%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%
健診当日初回面談利用率	(R4年度) 26.9%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%

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)

3. 個人情報の保護に関する事項

- 個人情報の保護に関する事項については、保健事業実施計画（データヘルス計画）と同様とします。

4. 公表及び周知に関する事項

- 公表及び周知に関する事項については、保健事業実施計画（データヘルス計画）と同様とします。

第5章 個別保健事業

1. 糖尿病重症化予防

■ 事業の概要

年度	令和6年度		
目的	・国及び鹿児島県の標準的な手順に従い、糖尿病及び糖尿病性腎症を発症している者に対して医療機関への受診勧奨や保健指導を行うことで、重症化及び慢性腎臓病(CKD)への進行を予防す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：健診等の結果及び国保データベース（KDB）システムからの情報を基に、以下の基準で対象者を抽出 <ul style="list-style-type: none"> （1）未受診者 ①空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上 （2）治療中断者 ①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 ①2型糖尿病であること：a から d までのいずれかであること <ul style="list-style-type: none"> （a）空腹時血糖130mg/dl以上またはHbA1c7.0%以上、b 糖尿病治療中、c 過去に糖尿病薬使用歴または糖尿病治療歴あり、d その他、保険者が特に必要と認める者） ②腎機能が低下していること ●実施方法： <p>対象者（1）（2）については、電話による受診勧奨及び啓発資料、糖尿病専門医等名簿を送付する。</p> <p>対象者（3）については、保健指導参加同意書と主治医用の保健指導指示書を送付する。事業実施に同意した者から同意書と指示書を返送してもらい、保健師が指示書に基づき、保健指導を行う。指導手段は主に電子メール及び電話とし、場合によっては訪問指導を行う。</p> ●実施スケジュール： <p>4月に対象者抽出及び通知を行い、6月～11月の6か月に渡り指導を実施する。</p> ●実施者：保健師及び事務担当者 		
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 （成果）	【短期】	
		【中長期】	
	アウトプット （実施量・率）		
	プロセス （実施方法）		
ストラクチャー （実施体制）			

※下線は設定することが望ましいとされている指標

※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）
特定健診受診者のうち、HbA1cが8.0%以上の割合	(R4年度) 0.7%	0.7%以下	0.7%以下	0.7%以下	0.7%以下	0.7%以下	0.7%以下
特定健診受診者のうち、HbA1cが6.5%以上の割合	(R4年度) 4.6%	4.5%以下	4.5%以下	4.5%以下	4.5%以下	4.5%以下	4.5%以下
糖尿病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	(R4年度) 47.2%	50%以下	50%以下	50%以下	50%以下	50%以下	50%以下
新規人工透析患者数	(R4年度) 1人	0	0	0	0	0	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)

2. 重症化予防・医療機関受診勧奨

■ 事業の概要

年度	令和6年度		
目的	●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者を受診及び治療に結び付けることを目的とする。		
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <p>●対象：</p> <p>①高血圧重症化予防対象者（健診結果で40歳以上は高血圧Ⅲ度以上、40歳未満については高血圧Ⅱ度以上） ②その他健診項目で要精密検査と指示された者（40歳未満の若年層も対象とする）</p> <p>●実施者：保健師及び事務担当者</p> <p>●保健指導の内容・方法：</p> <p>①については、パンフレットの送付及び電話による受診勧奨 ②については、レセプト確認後未受診の場合は電話での受診勧奨</p> <p>●再勧奨：当該年度の健診結果をもとに、再度電話による受診勧奨</p> <p>●実施スケジュール：</p> <p>①については、4～5月にかけて前年度の健診結果をもとに対象者の抽出及び文書の発出。6月以降受診勧奨を実施する。 ②については、随時レセプト確認し未受診の場合電話連絡</p>		
評価		評価指標	備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
	（成果） アウトカム	【短期】	
		【中長期】	
		（実施量・率） アウトプット	
		（実施方法） プロセス	
（実施体制） ストラクチャー			

※下線は設定することが望ましいとされている指標

※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者の割合（収縮期血圧 \geq 160、拡張期血圧 \geq 100のいずれかを満たす者）	(R4年度) 6.6%	6.6%以下	6.6%以下	6.6%以下	6.6%以下	6.6%以下	6.6%以下
LDLが受診勧奨値以上の者の割合（LDL180mg/dl以上の者）	(R4年度) 5.1%	5.0%以下	5.0%以下	5.0%以下	5.0%以下	5.0%以下	5.0%以下

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		
目的	●がんの早期発見及び早期受診のため、がん検診受診率を向上させる。		
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●各がん検診の実施方法： 集団健診・脱漏健診受診時に、オプションとしてがん検診を実施 ・腫瘍マーカー(男：前立腺、すい臓がん 女：卵巣がん、乳がん、すい臓がん) ・ABC検査(胃がんリスク) ・便潜血検査 ・胸部レントゲン検査 ●受診勧奨の方法：集団健診・脱漏健診時に、がん検診に該当する検査項目の費用一部補助を定期的に行い、受診を促す ●その他： 集団健診で未実施のがん検診の費用補助（人間ドック補助金制度の利用） 検査結果が「要精密検査」となった者が自費診療で検査を受けた場合の費用補助（人間ドック補助金制度の利用） 		
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 (成果)	<p>【短期・精度管理】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がん検診受診率 	・検診受診率は、集団健診・脱漏健診での受診者数（40歳以上）を特定健診対象者数（5月1日時点）で除した値で評価する。
		<p>【中長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新生物の総医療費に占める割合 	
	アウトプット (実施量・率)	・がん検診受診勧奨数	
	プロセス (実施方法)	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨の方法の適切さとその検討 ・健診委託先への精度管理の確認 	
ストラクチャー (実施体制)	<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） ・予算額、人員 		

※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）
肺がん検診受診率	(R4年度) 73.5%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
大腸がん検診受診率	(R4年度) 18.3%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
腫瘍マーカー（男性）実施率	(R4年度) 52.0%	70%	70%	70%	70%	70%	70%
腫瘍マーカー（女性）実施率	(R4年度) 46.2%	60%	60%	60%	60%	60%	60%

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. 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			
目的	●被保険者の主体的な生活習慣病予防及び健康づくりを推進するため、その支援となる支部（市郡歯科医師会）単位での健康増進に係るグループ活動を促進するとともに、被保険者の健康意識を高められる情報発信を行う。			
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <p>1.支部へのインセンティブ</p> <ul style="list-style-type: none"> ●対象：15支部 ●実施方法：15支部における特定健康診査や特定保健指導等への取組状況等を評価し、評価結果に応じて保健増進事業補助金額への加算または減算を行う。（「保健事業インセンティブ実施要領」に基づく） ●インセンティブを付与する主な指標：支部ごとの特定健診受診率、特定保健指導実施率 等 <p>2.健診結果管理アプリの提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ●対象：健診を受診した被保険者 ●実施方法： <ul style="list-style-type: none"> ・健診受診者へ健診結果管理アプリを提供し、経年での健診結果の閲覧機能など通してを自身の健診結果に関心を持ってもらう。 ・アプリ内で健診のお知らせや、健康情報を発信し、健康づくりに興味を持ってもらう。 ・アプリ内のメッセージ機能を特定保健指導の連絡手段として活用し、従来の特定保健指導辞退者の特定保健指導参加へのきっかけ作りに役立てる。 			
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 （成果）	【短期】	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査及び特定保健指導について積極的な働きかけを行った支部の数 ・健診結果管理アプリの全体登録率 	<ul style="list-style-type: none"> ・保健増進事業補助金支給時に実施するアンケートの回答を基に評価する。 ・アプリの提供元である健診委託業者が作成する登録率集計結果に基づき評価する。（4月末時点の被保険者のうち8月末までにアプリ登録をした者の割合）
		【中長期】	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査受診率が組合全体の目標値80%を達成している支部数 ・特定保健指導実施率が組合全体の目標値30%を達成している支部数 	<ul style="list-style-type: none"> ・支部に対するインセンティブ評価結果を基に評価する。
	アウトプット （実施量・率）	<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果管理アプリからの配信回数 		
	プロセス （実施方法）			
ストラクチャー （実施体制）				

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時	目標値					
		R 6	R 7	R 8（中間）	R 9	R 10	R 11（最終）
健診結果管理アプリ登録率	(R4年度) 17.2%	18%	19%	20%	20%	20%	20%

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)

5. 適正受診・適正服薬促進

■ 事業の概要

年度	令和6年度		
目的	●重複受診、頻回受診、重複服薬、多剤投与（ポリファーマシー）等の者に対して、通知や健康相談等を行うことで、それらを適正化することを目的とし、ひいては不適正と考えられる受診・服薬を減少させる。		
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <p>●対象者の設定： 〈お薬相談通知書対象条件〉 ①同一月に、2以上の医療機関を受診し、同じ薬効分類の物を受診医療機関で処方 ②同一月に、10種類以上の薬剤を処方、かつ2か月以上処方 上記条件に1つでも該当した者を通知対象とするが、レセプトを確認し、送付が不要と判断したものは通知対象外とする。 〈リーフレット配付対象条件〉 お薬相談通知書送付後に、重複受診・頻回受診や服薬状況に改善が見られなかった者</p> <p>●通知等の方法： 〈お薬相談通知書〉 圧着式はがきにて発送（年2回） 2月診療分→7月発送 8月診療分→1月発送 〈リーフレット〉 通知文書とパンフレットを発送（年2回） 10（または11）月、3月発送</p> <p>●普及啓発： ・パンフレットの配付（年2回（本組合の定期発送に同封、関係団体の会議で配付）） ・保健師による健康相談窓口の開設</p>		
評価		評価指標	備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
	（成果） アウトカム	【短期】 ・通知対象者の受診・服薬状況の改善	対象者のレセプト（8月診療分）と、国保連合会帳票「通知効果分析表（重複・多剤対象者薬剤内訳）（11月作成分）」等を個別に確認し、通知発送後の受診や服薬状況をもとに評価を行う。
		【中長期】 ・重複受診、頻回受診、重複服薬等の割合	国保連合会帳票「通知効果分析表（薬剤料・被保険者数比較）（3月診療分）」に基づき、対象者数や薬剤料等から組合全体の評価を行う。
	（実施量・率） アウトプット	・通知数	当該年度に発送した通知数をもとに評価を行う。
	（実施方法） プロセス	・重複、多剤投与者等の概算の把握 ・対策実施による効果検証の実施 ・お薬手帳、ポリファーマシー等に関する普及、啓発の実施 ・対象者の抽出の適切さ（抽出基準、人数など）とその検討 ・通知媒体の内容の適切さとその検討	
（実施体制） ストラクチャー	・予算額、人員 ・医師会、薬剤師会、歯科医師会、保険者協議会等との連携 ・国保連合会等の委託業者との連携		

6. 後発（ジェネリック）医薬品利用促進

■ 事業の概要

年度	令和6年度		
目的	●医療費適正化を推進するため、差額通知及び普及啓発等の取組を通じて、後発（ジェネリック）医薬品の利用を促進し、その使用割合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"> ●対象者の設定： 〈利用差額通知対象条件〉 被保険者1人あたり利用差額2,000円以上、投与期間が7日以上 ただし、腫瘍薬である場合や、公費負担者番号が設定されている場合等は通知対象外とする。 ●通知等の方法：後発医薬品利用差額通知を圧着式はがきにて発送（年3回） ●実施スケジュール：4月診療分→7月発送、8月診療分→11月発送、12月診療分→3月発送 ●普及啓発：年1回後発医薬品利用促進パンフレットの配付（4月）、被保険者証への後発医薬品希望シール貼り付け（随時） 		
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 （成果）	【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	国保連合会帳票「差額通知書通算集計表〈国保一般〉」の5月作成分に基づき評価する。
		【中長期】 ・後発（ジェネリック）医薬品の使用割合	厚生労働省が公表する「保険者別の後発医薬品の使用割合（3月診療分）」に基づき評価する。
	アウトプット （実施量・率）	・差額通知数	当該年度に発送した差額通知数に基づき評価する。
	プロセス （実施方法）	<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）の把握 ・事業計画における数値目標の設定の有無 ・差額通知による切替状況の把握 ・差額通知等における後発（ジェネリック）医薬品の品質などについての情報提供の有無 ・後発（ジェネリック）医薬品希望シール・カード等の実施の有無 	
ストラクチャー （実施体制）	・国保連合会等の委託業者との連携		

※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	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）医薬品の使用割合	(R4年度) 83.7%	80%	80%	80%	80%	80%	80%

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、年度ごと、中間評価（令和8年度）、最終評価（令和11年度）で評価と見直しを行います。
- 評価と見直しを検討・審議し、諸会議で組合会議員へ報告を行います。
- 評価と見直しに当たっては、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仰ぎます。

2. 計画全体の評価と見直し

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

ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム
<ul style="list-style-type: none">・計画を策定するために十分な人員や予算の確保・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">・医療費（総、傷病別）1人あたり（特に生活習慣病に焦点を当てて）・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、本組合ホームページで公表し、国民健康保険加入者・保健医療関係者へ周知します。

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り扱います。
- 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、本組合内での利用、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、「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ランス」(https://www.ppc.go.jp/files/pdf/03_kokuhokumiai_guidance6.pdf)を参照しています。

第8章 資料

1. 用語集

生活習慣病	「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に關与する疾患群」と定義。 具体的には、高血圧、糖尿病、脂質異常症、がん、虚血性心疾患、脳血管疾患、高尿酸血症、COPD(慢性閉塞性肺疾患)、CKD(慢性腎臓病)、アルコール性肝疾患、歯周病など。
メタボリックシンドローム	「メタボリックシンドローム」は、「内臓脂肪症候群」ともいう。内臓脂肪型肥満に加えて、高血糖、高血圧、脂質異常のうちいずれか2つ以上を併せ持った状態のことをいう。生活習慣病と大きな関係があるといわれている。
メタボリックシンドローム該当者	判定基準は、内臓脂肪面積が100平方cm以上、または、腹囲が男性85cm、女性が90cm以上で、 【血圧】収縮期血圧が130mmHg以上、または拡張期血圧が85mmHg以上、または血圧を下げる薬を服薬。 【脂質】空腹時中性脂肪150mg/dl以上または随時中性脂肪175mg/dl以上、またはHDLコレステロール40mg/dl未満、またはコレステロールや中性脂肪を下げる薬を服薬。
メタボリックシンドローム予備群	【血糖】空腹時血糖値が110mg/dl以上、またはHbA1cが6.0%以上、または血糖を下げる薬を服用・インスリン注射を使用。 このうち、 2つ以上が該当する場合：メタボリックシンドローム該当 1つでも該当する場合：メタボリックシンドローム予備群 なお、メタボリックシンドロームと特定保健指導の判定基準は異なる。
中長期目標疾患	データヘルス計画においては、医療費が高額になる疾患、6か月以上の入院における疾患、長期化することで医療費が高額になる疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全をいう。
短期目標疾患	データヘルス計画においては、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病をいう。
慢性腎不全	慢性（数か月～数年かけて）に進行する腎臓の病気によって、徐々に腎機能の低下が進行する病態（状態）で、糖尿病性腎症、慢性糸球体腎炎、腎硬化症（高血圧による腎障害）などが原因。末期になると透析や腎移植などが必要。
糖尿病性腎症	糖尿病性腎症は、糖尿病性末梢神経障害及び糖尿病網膜症とともに、糖尿病の3大合併症のひとつ。進行すると腎機能が悪化し（腎不全）、透析療法が必要となる。糖尿病になって10年以上経過してから徐々に蛋白尿が現れ、やがてネフローゼ症候群となって浮腫を来し、腎機能が悪化してくるのが典型的な経過。
同規模	全国にある国保組合のこと。（平成28年度時点では163組合）
がん	生体にできる悪性腫瘍。癌腫と肉腫の総称。なんらかの原因で臓器などの細胞が無制限に増殖するようになり、周囲の組織を侵し、他へも転移して障害をもたらす、放置すれば生命をも奪うまでに増殖する病気。
新生物	腫瘍のこと。異常な組織の塊のうち、細胞分裂が過剰に起こったり、本来死滅すべき細胞が死滅しなかったりするもの。良性（非がん性）の場合もあれば、悪性（がん性）の場合もある。

第3期 保健事業実施計画(データヘルス計画)【令和6年度～令和11年度】

令和6年4月 発行

編集・発行 鹿児島県歯科医師国民健康保険組合

住 所 〒892-0841 鹿児島県鹿児島市照国町 13 番 15 号

電 話 099-223-5923