

鳥取市国民健康保険

第3期 保健事業実施計画
(データヘルス計画)

第4期 特定健康診査等実施計画

【令和6年度～令和11年度】

鳥取市

目次

ページ数

I 基本的事項

1	計画の背景	1
2	計画の目的	2
3	計画期間	2
4	実施体制・関係者連携等	2
5	計画の位置づけ	2
6	計画の評価・見直し	3

II 現状の整理

1	鳥取市の現状	5
2	第2期データヘルス計画に係る考察	9

III 健康・医療情報等の分析・分析に基づく健康課題の抽出

1	死因の状況	21
2	生活習慣病の患者割合	22
3	医療費等の状況	23
4	がんの状況	35
5	特定健康診査の状況	37
6	特定保健指導の状況	42
7	人工透析の状況	44
8	COPD（慢性閉塞性肺疾患）・喫煙の状況	48
9	ジェネリック医薬品の普及・多剤服薬の状況	50
10	歯科検診・歯科受診の状況	51
11	介護の状況	52
12	データから見る健康課題	54

IV 計画全体

	課題に対する取組方針及び計画全体の目標	55
--	---------------------	----

V 個別保健事業実施計画

1	特定健康診査実施率向上事業	57
2	特定保健指導実施率向上事業	58
3	がん検診受診率向上事業	59
4	生活習慣病重症化予防事業	60
5	生活習慣病治療中断者対策事業	61
6	糖尿病性腎症重症化予防事業	62
7	生活習慣病予防啓発キャンペーン事業	63
8	お気軽けんこう講座	64
9	COPD（慢性閉塞性肺疾患）予防啓発事業	65
10	ジェネリック医薬品利用促進事業	66
11	適正受診対策事業	67

VI 第4期鳥取市国民健康保険特定健康診査等実施計画

1	第3期特定健康診査等実施計画の評価	69
2	第4期特定健康診査・特定保健指導の目標・対象者	77
3	特定健康診査等の実施方法	79
4	特定保健指導の実施方法	82
5	特定健康診査・特定保健指導の実施率向上対策	84
6	年間スケジュール	85
7	特定健康診査等実施計画の評価方法及び見直し	86

VII その他

1	事業運営上の留意事項	87
2	計画の公表・周知	87
3	個人情報の取扱い	87
4	地域包括ケアに係る取り組み	87

<巻末資料>

鳥取県の共通指標	88
特定健康診査及びレセプトによる指導対象者群の状況（令和4年度）	89
生活習慣病（高血圧症）患者の特定健康診査受診状況（令和4年度）	90
生活習慣病（糖尿病）患者の特定健康診査受診状況（令和4年度）	91
用語の解説	92

I 基本的事項

I 基本的事項

1 計画の背景

我が国は、高齢化の急速な進展により、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加するとともに、これらの疾病が国民医療費に占める割合も増加してきました。このような状況から、平成20年4月、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に基づき、各医療保険者に対して、内臓脂肪型肥満に着目した特定健康診査・特定保健指導の実施が義務づけられるとともに、特定健康診査等実施計画を定められることとされました。

平成26年3月には、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）に基づく保健事業の実施等に関する指針において、医療保険者は、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実施計画（以下「データヘルス計画」という。）を策定することとされました。それに伴い、本市も各計画を策定し、国民健康保険（以下「国保」という。）の被保険者の生活習慣病発症及び重症化予防に重点を置いた取り組みを実施してきました。

この度、被保険者の生活習慣病の予防、健康の保持・増進を図るという共通の考え方や目標があることをふまえ、保険者が保健事業を総合的に企画し、より実効性のある有効な取り組みが実施できるよう、第3期データヘルス計画と第4期特定健康診査等実施計画を一体的に策定し、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチ両面を組み合わせ合わせた保健事業を展開します。あわせて、ICTの活用や地域の特性に応じた取組を包括的に行うことで、より効果的な取り組みを目指します。

また、平成30年4月から国保の都道府県単位化により、鳥取県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、県と連携して一体的に保健事業を推進していくこととなりました。さらに、今期計画より県内国保保険者共通の評価指標が設定され、計画の標準化を図るとともに、県全体での取り組みも推進されます。

■各計画の変遷

区分		一体的策定		
鳥取市データヘルス計画		1期:H26～H29年度 (4年間)	2期:H30～R5年度 (6年間)	3期:R6～R11年度 (6年計画)
鳥取市特定健康診査等実施計画	1期:H20～H24年度 (5年間)	2期:H25～H29年度 (5年間)	3期:H30～R5年度 (6年間)	4期:R6～R11年度 (6年計画)

■各計画の法的位置づけ

	データヘルス計画	特定健康診査等実施計画
根拠法	国民健康保険法第82条	高齢者の医療の確保に関する法律第19条
指針	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）	特定健康診査等基本指針（平成20年厚生労働省告示第150号）
計画策定者	医療保険者	医療保険者
対象者	被保険者	被保険者（40～74歳）
主な特徴	健康・医療情報を活用して効果的かつ効率的な保健事業を図るための保健事業の実施計画	医療保険者別に特定健診実施率及び特定保健指導実施率の向上を目指す計画
共通の考え方	健康寿命の延伸及び生活習慣病の発症・重症化予防を図りつつ、医療費適正化を通して社会保障制度の維持を目指す。	

1 基本的事項

2 計画の目的

市民の生涯に渡る健康づくりを推進するため、生活習慣病の抑制に努め、生活習慣病が原因となり併発する疾病の減少に努めます。また、健康意識を高め、自らが健康保持増進のために行動できる市民を増やすことに努めます。

これらにより、被保険者の健康の保持増進、生活の質（QOL）の向上が図られ、健康寿命の延伸と医療費の適正化による国民健康保険制度及び高齢者医療制度の安定的な運営に資することを目的とします。

3 計画期間

本計画の期間は、令和6年度を初年度とし、令和11年度までの6年間の計画とします。

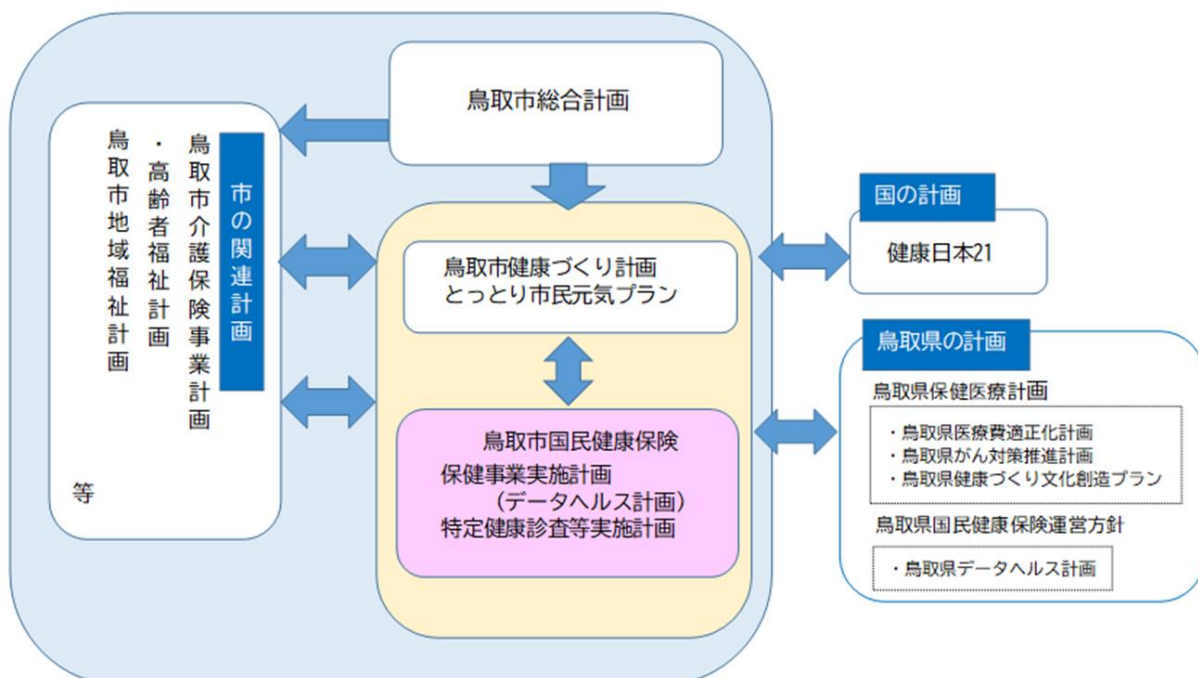
4 実施体制・関係者連携等

本計画における保健事業は、国民健康保険主管課と特定健康診査・特定保健指導実施主管課を中心に、本市全体の健康増進を担う保健衛生部門や介護部門等と連携し、体制を整備することで医療費の適正化、保健事業の推進に向けて取り組みます。

また、鳥取市国民健康保険運営協議会、鳥取県や鳥取県国民健康保険団体連合会、鳥取県東部医師会、鳥取県東部歯科医師会、鳥取県薬剤師会東部支部、鳥取県臨床検査技師会、鳥取市立病院等の各種団体からの支援を受け、効果的な事業実施を目指します。

5 計画の位置づけ

本計画は、鳥取市健康づくり計画「とっとり市民元気プラン」、鳥取市介護保険事業計画・高齢者福祉計画、さらには第11次鳥取市総合計画等、関連計画との連動性を意識し、効果的かつ効率的な保健事業の推進を図ります。



6 計画の評価・見直し

本計画は、特定健康診査・特定保健指導の結果、診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）データ等の健康・医療情報等を活用して、PDCAサイクルに沿って推進します。

個別の保健事業については毎年度評価を実施することとし、令和8年度に本計画の中間評価を、令和11年度に最終評価を行い、鳥取市国民健康保険運営協議会に報告します。

また、鳥取県国民健康保険団体連合会に設置された「保健事業支援・評価委員会」の支援や評価を受け、必要に応じて実施方法や数値目標の見直しを行い、より効果的・効率的な保健事業の実施を行います。

■ PDCAサイクル



■ 保健事業の評価

評価の構造	評価の内容
アウトカム (成果)	設定した目標を達成することができたか (検査値の改善率、病気の発症率、医療費の変化等)
アウトプット (実施量・実施率)	事業の成果を上げるために立案した実施量に到達しているか (参加人数、実施率等)
プロセス (実施方法・実施過程)	事業の目標を達成するための実施方法・実施過程が適切か (スケジュールどおり行われているか、情報収集・分析が適切か等)
ストラクチャー (実施体制)	事業を実施するための仕組みや体制が整っているか (事業の運営状況の管理体制、関係機関との連携等)

II 現状の整理

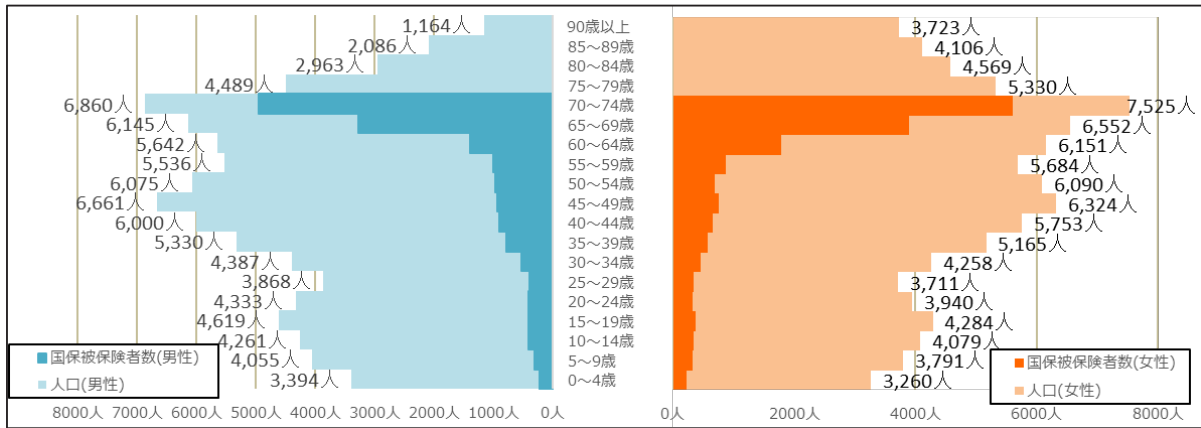
II 現状の整理

1 鳥取市の現状

(1) 人口・被保険者の状況

国保の被保険者は、年齢とともに多くなる傾向にあり、保険制度の構成上、60歳から74歳が多く、市全体の65歳以上の高齢化率に比べて被保険者の高齢化率は51.9%と高くなっています。

■ 人口ピラミッド・被保険者ピラミッド（令和4年度）



		40歳未満	40~64歳	65~74歳	75歳以上	合計	高齢化率 (65歳以上)
鳥取市 (人口)	男性	34,247人	29,914人	13,005人	10,702人	182,163人	30.5%
	女性	32,488人	30,002人	14,077人	17,728人		
鳥取市 (国保)	男性	3,511人	5,224人	8,231人	—	34,158人	51.9%
	女性	2,939人	4,743人	9,510人	—		

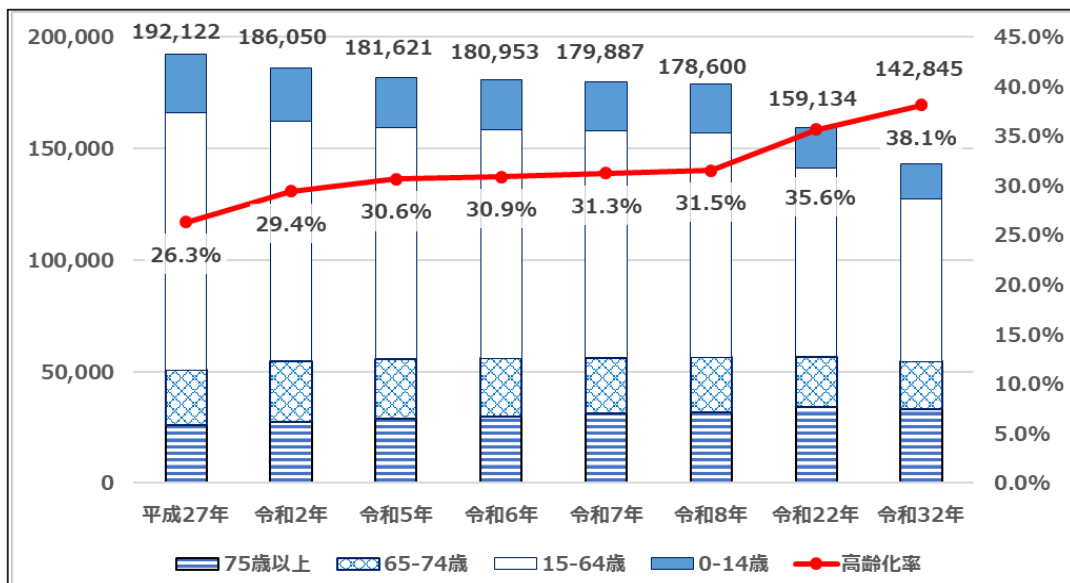
※人口及び国保被保険者数は令和5年3月現在

出典：「令和4年度版 鳥取市の国民健康保険」

(2) 人口と高齢化率の推移

鳥取市の人口は経年的に減少傾向にあり、高齢化率は上昇傾向にあります。また、その傾向は、今後も続くと推計され、0歳から64歳までの人口減少に伴い少子高齢化がさらに加速すると予想されます。

■ 人口と高齢化率（65歳以上）の推移



出典：「第9期鳥取市介護保険事業計画・高齢者福祉計画」

II 現状の整理

(3) 国保の加入状況

鳥取市の人口に占める国保の加入者割合は年々減少しており、令和4年度は18.8%となっています。また、国保加入世帯及び一世帯当被保険者数も同様に減少を続けています。

■ 国保加入状況の推移

		30年度	元年度	2年度	3年度	4年度
全市世帯(世帯)	A	79,755	80,319	80,802	81,064	81,625
全市人口(人)	B	187,288	186,180	185,157	183,645	182,163
世帯(世帯)	C	23,850	23,644	23,747	23,571	22,917
(年間平均)		(24,268)	(23,969)	(23,767)	(23,913)	(23,584)
被保険者(人)	D	37,286	36,579	36,348	35,751	34,158
(年間平均)		(38,224)	(37,243)	(36,594)	(36,507)	(35,491)
一世帯当被保険者数		1.56	1.55	1.53	1.52	1.49
国保世帯割合	C/A	29.9%	29.4%	29.4%	29.1%	28.1%
国保加入者割合	D/B	19.9%	19.6%	19.6%	19.5%	18.8%

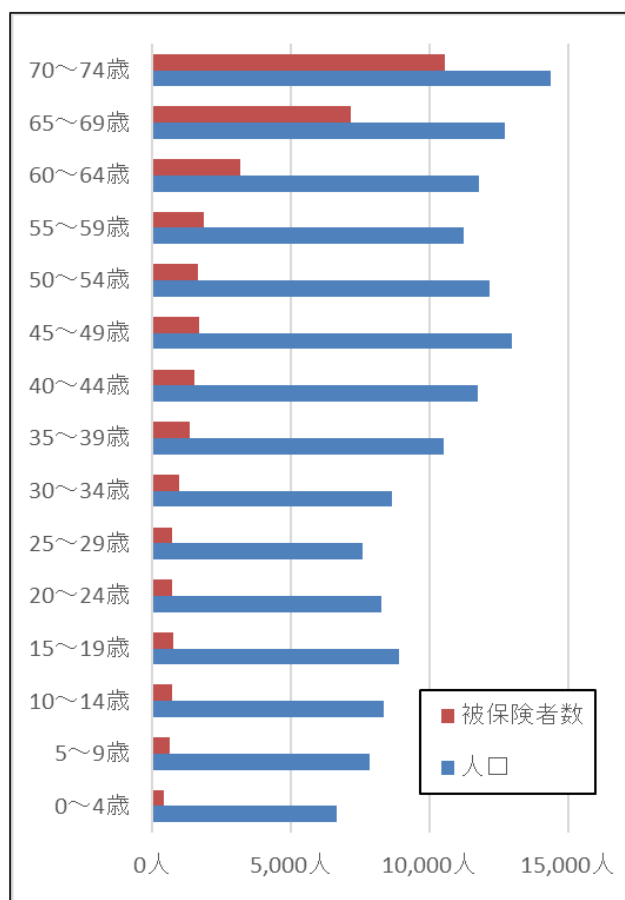
出典：「令和4年度版 鳥取市の国民健康保険」

(4) 被保険者数 (年齢階層別)

国保の加入率は、年齢が上がるにつれて高くなっており、退職などの転機により60歳頃から増加の幅が大きくなり始め、65歳を境に大きく増加しています。

■ 人口・国保被保険者数 (年齢階層別) (令和4年度)

年齢階層	人口	被保険者数	加入率
0～4歳	6,654人	447人	6.7%
5～9歳	7,846人	641人	8.2%
10～14歳	8,340人	752人	9.0%
15～19歳	8,903人	797人	9.0%
20～24歳	8,273人	729人	8.8%
25～29歳	7,579人	743人	9.8%
30～34歳	8,645人	984人	11.4%
35～39歳	10,495人	1,357人	12.9%
40～44歳	11,753人	1,555人	13.2%
45～49歳	12,985人	1,696人	13.1%
50～54歳	12,165人	1,654人	13.6%
55～59歳	11,220人	1,873人	16.7%
60～64歳	11,793人	3,189人	27.0%
65～69歳	12,697人	7,182人	56.6%
70～74歳	14,385人	10,559人	73.4%
75～79歳	9,819人	—	—
80～84歳	7,532人	—	—
85～89歳	6,192人	—	—
90歳以上	4,887人	—	—
(再掲) 0～39歳	66,735人	6,450人	9.7%
(再掲) 40～64歳	59,916人	9,967人	16.6%
(再掲) 65～74歳	27,082人	17,741人	65.5%
(再掲) 75歳以上	28,430人	—	—
合計	182,163人	34,158人	18.8%

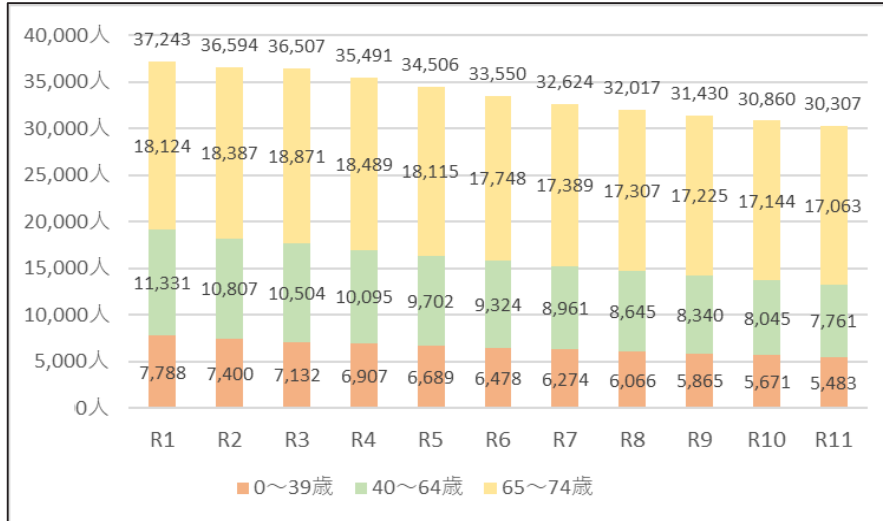


出典：「令和4年度版 鳥取市の国民健康保険」

(5) 被保険者数の推移

被保険者数は、75歳年齢到達による後期高齢者医療制度への加入が進むことで減少が続いています。また、前期高齢者の割合は、被保険者全体の51.9%（令和4年度）と高齢化が進んでおり、今後も64歳以下の割合が減少すると見込まれます。

■ 被保険者数の推移（年齢階層別）

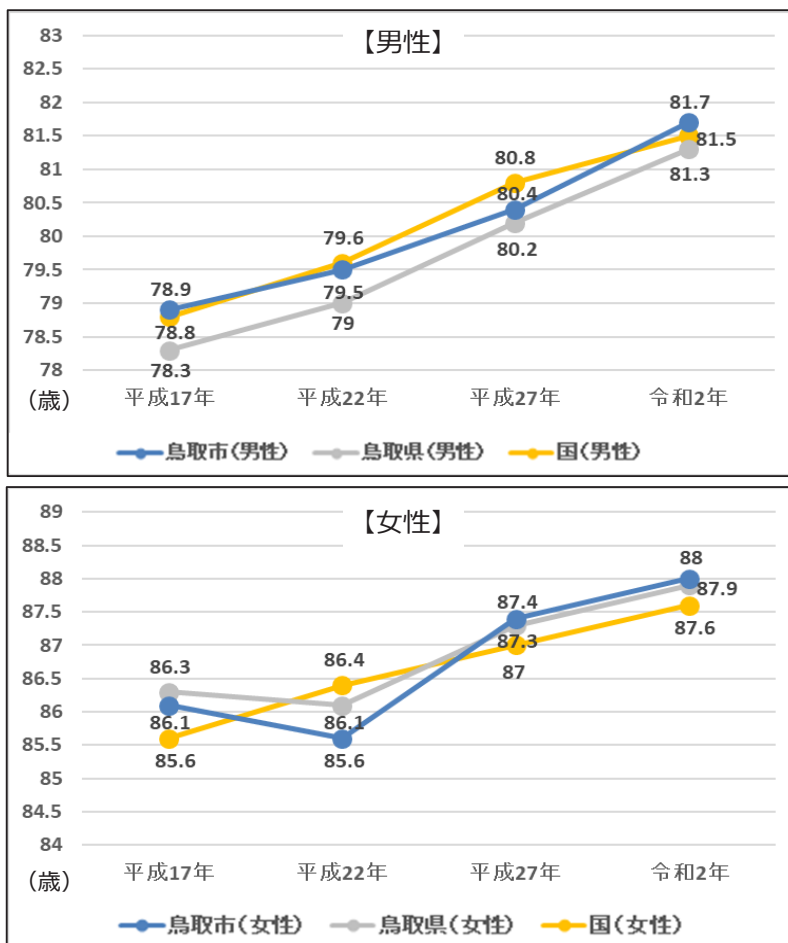


※令和元～4年度の被保険者数は実績値（年度平均）、令和5年度以降は実績値に基づく推計値

(6) 平均寿命の推移

鳥取市民の平均寿命は年々延びており、令和2年には男女ともに国や県を上回っています。

■ 平均寿命の推移（男女別）



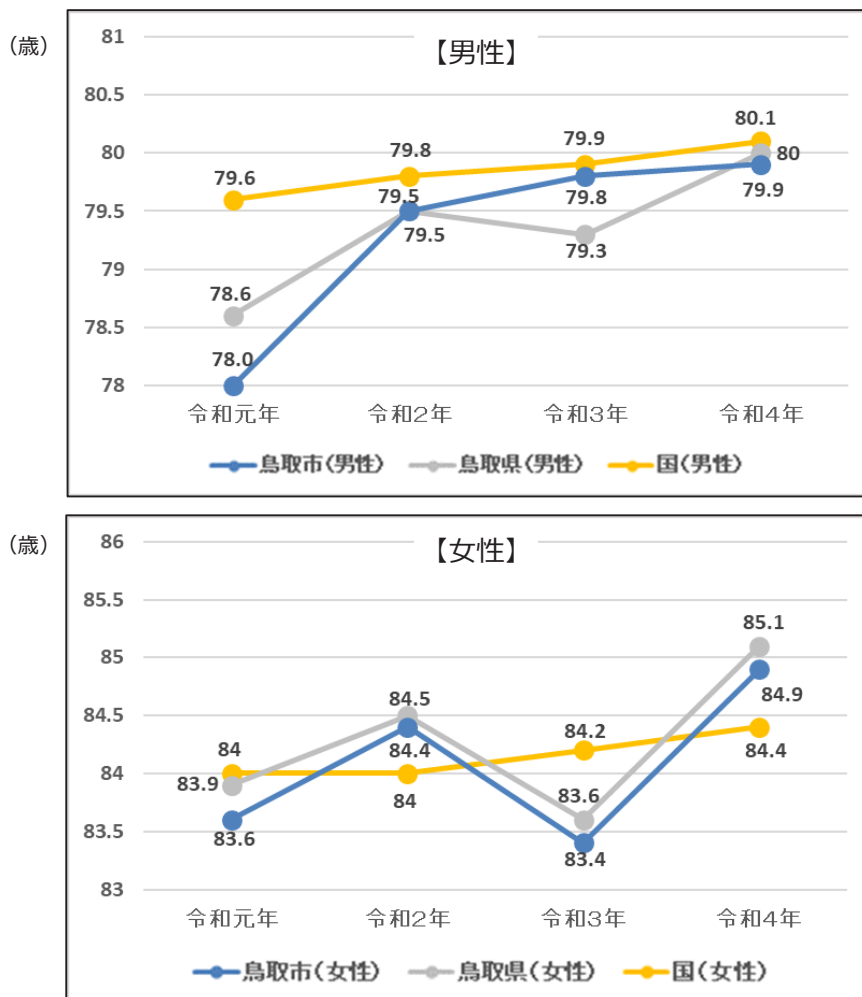
出典：e-Stat 都道府県別生命表、市区町村別生命表

II 現状の整理

(7) 平均自立期間の推移

鳥取市民の平均自立期間は、男性においては年々延びていますが国や県よりも若干低くなっています。また、女性においては、年度によって上下がありますが、国を上回っており県と同程度で推移しています。

■ 平均自立期間の推移（男女別）



出典：KDBシステム 地域の全体像の把握

【用語の解説】

○平均寿命とは？

➔人が生存する平均年数であり、当該年に誕生した0歳児が生存すると考えられる年数の平均を示している。

○平均自立期間とは？

➔人が健康でいられる期間を算定する健康寿命の指標の1つで、「日常生活に介護を要しない期間の平均」を示す。KDB（国保データベース）システムでは「要介護2～5」を介護を要する状態（不健康な状態）と定義し、健康でいられる期間を算出している。

2 第2期データヘルス計画に係る考察

(1) 第2期計画の目標に対する考察

- ①「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」を生活習慣病の重点3疾病と位置づけ、医療費の減少、患者数の減少に努め、更には、これらの疾患が誘発疾患となり、「腎不全」「脳卒中」「心筋梗塞」へと重篤化させないように取り組みを強化します。

項目	評価基準及び評価方法		成果目標	実施状況 (R4年度の状況)	実施評価
アウト プット	データヘルス計画で定める生活習慣病対策事業実施による達成度		各事業の目標値	各事業の達成度	<p>①②③は毎年目標を達成。④⑤はR元年度までは目標値を上回った啓発を実施していたが、R2年度以降は新型コロナウイルス感染症の影響を受け、イベント等での事業実施が困難となり実施率が低下した。</p> <p>[医療費]</p> <ul style="list-style-type: none"> 高血圧症と脂質異常症の医療費は対H30年度比で15%以上減少しており、目標を達成しているが、糖尿病はほぼ横ばいで推移。 <p>[患者数]</p> <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病患者数は対H30年度比で9%減少し、目標近くまで減少しているが、高血圧と脂質異常症は2~3%の減少となり目標の10%減少に届かなかった。 <p>[重篤化疾患の新規患者数の減少]</p> <ul style="list-style-type: none"> 脳卒中、虚血性心疾患の新規患者数は年々減少が続き、対H30年度比で20%以上減少しており、目標を達成した。慢性腎不全は毎年度でH30年度よりも増加しており、R4年度は約10%増加し、目標を達成できなかった。
	① 生活習慣病重症化予防訪問指導事業		①面談実施者受療率 30%	①面談実施者の受療率 30.5%	
	② 生活習慣病治療中断者訪問指導事業		②面談実施率 30%	②面談実施率 38%	
	③ 糖尿病性腎症重症化予防事業		③プログラム実施率 80%	③プログラム実施率 89%	
	④ 糖尿病予防啓発キャンペーン事業		④啓発対象数 100%	④啓発対象数 68%	
	⑤ お気軽健康チェック		⑤啓発対象数 100%	⑤啓発対象数 45%	
アウト カム	医療費の減少	糖尿病 高血圧症 脂質異常症	R5に10%の減少 H30医療費 【糖尿病】 715,230千円 【高血圧症】 468,280千円 【脂質異常症】 270,861千円	医療費 【糖尿病】 713,187千円 (△0.3%) 【高血圧症】 395,408千円 (△15.6%) 【脂質異常症】 224,385千円 (△17.2%)	
	患者数の減少 (毎年度3月診療分)		H30患者数 【糖尿病】 5,001人 【高血圧症】 8,179人 【脂質異常症】 7,386人	患者数 【糖尿病】 4,538人 (△9.3%) 【高血圧症】 7,911人 (△3.3%) 【脂質異常症】 7,213人 (△2.3%)	
	重篤化疾患の新規患者数の減少	腎不全 脳卒中 心筋梗塞	R5に10%の減少 H30新規患者数 【腎不全】 392人 【脳卒中】 595人 【心筋梗塞】 (虚血性心疾患) 509人	【腎不全】 431人 (+9.9%) 【脳卒中】 451人 (△24.2%) 【心筋梗塞】 (虚血性心疾患) 395人 (△22.4%)	

II 現状の整理

② 特定健康診査、特定保健指導の実施率を高めるための取り組みを実施します。

項目	評価基準及び評価方法	成果目標	実施状況 (R4年度の状況)	実施評価
アウト プット	特定健康診査実施率及び特定保健指導実施率の向上	特定健康診査実施率 60% (H30:34.7%) 特定保健指導実施率 60% (H30:39.7%)	特定健康診査実施率 34.5% 特定保健指導実施率 30.6%	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査実施率はR2,3年度に低下し、R4年度回復が見られたが目標には届かなかった。 特定保健指導実施率は、年々低下した。 医療費は高血圧症、脂質異常症は目標を達成した。
アウト カム	医療費の減少	R5に10%の減少 H30 【糖尿病】 715,230千円 【高血圧症】 468,280千円 【脂質異常症】 270,861千円	【糖尿病】 713,187千円 (△0.3%) 【高血圧症】 395,408千円 (△15.6%) 【脂質異常症】 224,385千円 (△17.2%)	

③ がん死亡率減少に向けてがん検診の受診率向上に取り組めます。

項目	評価基準及び評価方法	成果目標	実施状況 (R4年度の状況)	実施評価	
アウト プット	がん検診受診率の向上	胃がん、肺がん、大腸がん検診	受診率50%	胃がん 35.5% 肺がん 34.4% 大腸がん 37.1%	<ul style="list-style-type: none"> 受診率は、胃、肺、大腸がん検診は達成できなかった。子宮がんはH30年度以降、乳がんはR3年度以外は目標を達成。 医療費は年々増加し、R4年度はH30年度比で19%以上増加し目標を達成できなかった。
		子宮頸がん、乳がん検診	受診率50%以上	子宮がん 71.3% 乳がん 61.1%	
アウト カム	がんによる医療費の減少	R5に10%減少 H30 2,250,229千円	2,690,577千円 (+19.6%)		

④ 糖尿病性腎症患者の減少に向けて、医療機関と連携して取り組みます。

項目	評価基準及び評価方法	成果目標	実施状況 (R4年度の状況)	実施評価
アウト プット	糖尿病性腎症患者の減少 (毎年度3月診療分)	R5に10%減少 H30 : 476人	512人 (+7.6%)	<ul style="list-style-type: none"> H30年度と比べて糖尿病性腎症患者が増加している。高齢化が進んだことによりリスクが高い年齢層の割合が増加していることも一因として考えられる。 事業参加者の人工透析移行は低く抑えられており、事業の効果を示している。
アウト カム	重症化予防事業参加者の人工透析移行者	人工透析移行者ゼロ	H26年度開始からの事業修了者(206人)のうち、人工透析移行者の累計 2人	

⑤ COPD（慢性閉塞性肺疾患）の啓発に努め認知度の向上に努めます。

項目	評価基準及び評価方法	成果目標	実施状況 (R4年度の状況)	実施評価
アウト プット	アンケートによる認知度	R5に50%到達 H30：15.6%	30.2%	<ul style="list-style-type: none"> 新型コロナウイルス感染症の影響もあり、肺年齢測定などの啓発事業が十分に実施できなかった。 認知度は目標値には届いていないが、H30年度より約2倍向上している。 患者数は、ほぼ横ばいである。
アウト カム	COPD関連疾病患者数の減少（毎年度3月診療分）	R5に10%減少 H30：1,682人	1,678人（△0.2%）	

⑥ 医療費の削減に効果的なジェネリック医薬品の使用促進に努めます。

項目	評価基準及び評価方法	成果目標	実施状況 (R4年度の状況)	実施評価
アウト プット	ジェネリック医薬品普及率の上昇	R5に80%到達 H30：77.5%	81.8%	<ul style="list-style-type: none"> ジェネリック医薬品の普及率は、経年的に上昇しており、R2年度に目標値を達成して以降、80%以上を維持している。
アウト カム		削減効果額上昇率平均10% (H30～R2平均)	7.7%	

⑦ 地区別データ分析を行い、地域の特性に応じた啓発事業に取り組みます。

項目	評価基準及び評価方法		成果目標	実施状況 (R4年度の状況)	実施評価
アウト プット	医療費に占める生活習慣病の割合の減少	循環器系の疾患、内分泌及び代謝疾患	25%以上の地区を1/2とする H28：9地区	25%以上が3地区	<ul style="list-style-type: none"> 医療費のうち、生活習慣病が占める割合が25%以上の地区は、R4年度に3地区に減少したが、9地区の医療費は2%増で目標を達成できなかった。
アウト カム			25%以上の地区の医療費10%削減	H28に25%以上だった9地区の医療費2%増	

⑧ 地域包括ケアへの対応として、前期高齢者や後期高齢者の地域活動に積極的に参画する取り組みを行います。

項目	評価基準及び評価方法	成果目標	実施状況 (R4年度の状況)	実施評価
アウト プット	地域出前講座、ふれあいサロン等における啓発活動	R5年30%増加 H30：0回	R3：1回 R4：0回	<ul style="list-style-type: none"> 地域出前講座としての実施回数は伸びなかったが、高齢者を対象にした地域での教育は実施しており、今後は庁内連携を図り事業を実施していくことが必要。
アウト カム	啓発活動時のアンケートによる満足度	年度平均80%	R3：実施1回 満足度88%	

(2) 個別保健事業の考察

中・長期的事業

① 特定健康診査

事業目的	糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、生活習慣病予防が必要な人を確実に把握し、保健指導や医療につなげる。			
事業内容 (概要)	個別健診と集団健診を併せて実施するとともに、がん検診を同時に受診できる体制や、休日健診の機会を増やすなど、被保険者のニーズを踏まえ、利便性に配慮した受けやすい体制を整備する。また、魅力ある健診サービスとして、引き続き国保人間ドックを実施する。			
対象	40歳から74歳までの被保険者			
項目	目標	評価基準	評価方法	実施状況 (R4実績)
アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査の実施率を次のとおり年次的に上昇させる。 H30：35.0% R元：40.0% R2：45.0% R3：50.0% R4：55.0% R5：60.0%	特定健康診査実施率	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査受診者数/特定健康診査対象者数 	H30：34.7% R元：34.8% R2：32.9% R3：33.8% R4：34.5%
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病に特化した医療費を減少させる。 	生活習慣病医療費 H30 【糖尿病】 715,230千円 【高血圧症】 468,280千円 【脂質異常症】 270,861千円	<ul style="list-style-type: none"> 保健事業支援システム※で年度ごとの被保険者の生活習慣病医療費を比較する。 	【糖尿病】 713,187千円 (△0.3%) 【高血圧症】 395,408千円 (△15.6%) 【脂質異常症】 224,385千円 (△17.2%)
実施評価	<ul style="list-style-type: none"> 第3期計画では実施率向上につながるよう、インターネット予約の開始、休日健診の実施やがん検診との同時実施などの体制整備、関係機関と連携し健診受診啓発に努めたが、終期の目標値には届かなかった。若年層は少しずつ実施率の上昇がみられたが、60、70代の実施率が伸び悩んだ。 生活習慣病医療費は、H30年度と比べると、高血圧症、脂質異常症は15%以上減少したが、糖尿病医療費に関しては0.3%の減少にとどまった。これからも個別健診や集団健診を合わせて実施し、がん検診と同時に実施できる体制づくりの充実など、被保険者のニーズを踏まえ利便性に配慮した受けやすい体制を整備する。また、若年層から経年的な受診の必要性の周知を図り、各関係機関と連携し健診受診啓発を行っていく。 			

※ 保健事業支援システムは令和2年度で委託を終了したため、平成30年度からの経年のデータをKDB（国保データベース）システムで管理するデータに統一する。（以下、同様とする。）

② 特定保健指導

事業目的	特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高い方に対して、一人ひとりの身体状況に合わせた生活習慣を見直すためのサポートを行うことでメタボリックシンドロームの該当者及びその予備群を減少させ、生活習慣病予防とともに中・長期的な医療費適正化を図る。			
事業内容 (概要)	対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取り組みを継続的に行うことができるように、動機付け支援及び積極的支援を実施する。			
対象	高齢者の医療の確保に関する法律第24条及び「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成19年厚生労働省令第157号）」に基づき、動機づけ支援・積極的支援とされた人			
項目	目標	評価基準	評価方法	実施状況 (R4実績)
アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導の実施率を次のとおり年次的に上昇させる。 H30：45.0% R元：47.5% R2：50.0% R3：52.5% R4：55.0% R5：60.0%	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導実施率 	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導実施者数／特定保健指導対象者 	H30：39.7% R元：38.3% R2：35.4% R3：31.3% R4：30.6%
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導対象者数の発生率を10%以下とする。 特定保健指導利用者の各種検査値（利用者の健診結果平均値）の改善を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導対象者発生率 H30：10.2% 特定保健指導利用者検査値改善率 	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導対象者数／特定健康診査受診者 特定保健指導利用者の特定保健指導対象年度と翌年度の特定健康診査の検査数値比較 	<ul style="list-style-type: none"> 発生率 10.3% R3利用者のR4健診結果(平均)は、積極的支援で体重、腹囲、BMI、拡張期血圧、中性脂肪、LDL-cに、動機付け支援で体重、腹囲、BMI、LDL-cに有意な改善が見られた。またメタボリックシンドローム改善26.7%であった。
実施評価	<ul style="list-style-type: none"> 年々、実施率が減少しているが、特にR2年度からのコロナ禍は、対象者も対面による面接希望が少なく、オンライン面接の環境も整えたが実施者は1人だった。特にR3利用者が少なかった結果、R4実施率減少に影響した。ただし、特定保健指導利用者のR4健診結果は有意に改善した項目が例年より多く、利用者が保健指導後も継続して健康行動に繋がっていた。今後も利用動機を実施する中で、個々のニーズを把握しながら、新規および経年対象者それぞれに合った方法により生活改善に繋げていく。 			

II 現状の整理

③ 特定健康診査未受診者対策事業

事業目的	特定健康診査未受診であり、生活習慣病の治療中断を生じているなど自己の健康管理が難しい方の健康観を呼び戻し、特定健康診査または医療機関の受診勧奨をすることで一次予防の徹底と重症化の予防を図る。			
事業内容 (概要)	特定健康診査未受診者を抽出し、通知による受診勧奨や看護師等の訪問で生活習慣病の怖さなどを具体的に説明し、特定健康診査が必要な理由を加えながら勧奨を行う。また、生活習慣病治療中断者訪問指導事業と並行して、治療中断中でかつ特定健康診査未受診者に対しては、保健師の訪問によって治療再開の勧奨及び生活改善指導にあわせて特定健康診査の受診勧奨を行う。			
対象	特定健康診査未受診者			
項目	目標	評価基準	評価方法	実施状況 (R4実績)
アウトプット	・ 受診勧奨者の30%が特定健康診査を受診する。	・ 受診勧奨者の特定健康診査受診率	・ 受診勧奨による受診者数/特定健康診査受診勧奨者数	31.3%
アウトカム	・ 特定健康診査実施率60%	・ 特定健康診査実施率	・ 特定健康診査受診者数/特定健康診査対象者	34.5%
実施評価	・ 過去の受診状況や質問票などをもとに比較的受診行動につながりやすいと考えられる約5,000人に、ナッジ理論を活用したダイレクトメールを送付。R4年度は、利用勧奨者の特定健康診査受診率は目標値を上回ったが、特定健康診査実施率は目標値まで届かなかった。引き続き、対象者の選定や勧奨資材の工夫等検討していく必要がある。			

④ 特定保健指導未利用者対策事業（特定健康診査受診者へのフォローアップ）

事業目的	特定保健指導の未利用者に対して利用勧奨することで自己の健康観を呼び戻し、健康管理に積極的に取り組んでいただくことで、一次予防の徹底と重症化の予防を図る。			
事業内容 (概要)	特定健康診査受診者で特定保健指導対象となった者へ、訪問、電話等により、特定保健指導の目的を説明し、利用勧奨を実施。利用に繋がらなかった場合も健診結果についての説明や、健康行動へ繋がるためのアドバイス等を行い、生活習慣の改善へつなげる。			
対象	特定健康診査受診者であり、特定保健指導対象者（積極的支援、動機付支援）			
項目	目標	評価基準	評価方法	実施状況 (R4実績)
アウトプット	・ 利用勧奨者の30%が特定保健指導を利用する。	・ 利用勧奨者の特定保健指導利用率	・ 利用勧奨による利用者数/特定保健指導利用勧奨者数	29.0% (231人/796人)
アウトカム	・ 特定保健指導実施率60%に繋げる。	・ 特定保健指導実施率	・ 特定保健指導修了者数/特定保健指導対象者数	30.6% (276人/903人)
実施評価	・ 集団健診当日の初回面接（分割実施）を取り入れた。また、対象者宅へ日中の訪問・電話を行い、不在の場合は夜間電話による利用勧奨を実施した。コロナ禍は主に電話による勧奨に切り替え、通常の勧奨がしづらい状況にあったが、R4年度は訪問を復活させ通常の利用勧奨を実施し、利用率29%まで回復した。今後なるべく早期の利用勧奨に努め、タイムリーな保健指導に繋げていく。			

⑤ 生活習慣病重症化予防訪問指導事業

事業目的	有用な情報及び知識等の習得によりセルフマネジメント力を身につけ、自らの力で生活習慣病の重症化を予防する。また、脳卒中・心筋梗塞の患者においては、基礎疾患として糖尿病や高血圧症といった生活習慣病の有病者が多くいることから、生活習慣病の予防により、脳卒中等の発症及び再発の防止を図る。			
事業内容(概要)	生活習慣病要治療者またはその予備群の被保険者に対して、保健師・看護師・管理栄養士による受診勧奨及び食事・運動等の生活習慣改善のための訪問指導を行う。			
対象	特定健診受診者で、受診勧奨判定値未満であるが生活習慣不良と推測される者。受診勧奨判定値未満であってメタボ判定が非該当の者等			
項目	目標	評価基準	評価方法	実施状況(R4実績)
アウトプット	・ 訪問指導対象者の翌年度受診または生活改善率30%	・ 面談実施者の受診または生活改善実行率	・ 受診または生活改善実施者数/面談実施者数	30.5%
アウトカム	・ 脳卒中、心筋梗塞等の疾患で生活習慣病を基礎疾患とする患者数の減少。	・ 生活習慣病による脳卒中、心筋梗塞等の疾患患者数	・ 保健事業支援システムで年度ごとの患者数を比較する。	上段：H30年度 下段：R4年度 脳卒中 2,486人 2,403人 脳血管疾患 2,306人 2,054人
実施評価	・ 生活習慣病要治療者への医療機関受診勧奨面談で、医療機関受診率はR4年度30.5%と目標を上回り、患者数は減少した。また、生活習慣病予備群の対象者に対して、食事や運動等の生活習慣改善のための指導を実施。効果的な保健指導方法について研修を継続し保健指導のスキル向上に努めたが、長年の生活習慣を変える行動変容に至るまでが難しい現状がある。引き続き、対象者の健診結果等をアセスメントしながら、適切な時期での訪問指導に努める。			

⑥ 生活習慣病治療中断者訪問指導事業

事業目的	生活習慣病に必要な治療を行っていたが、自覚症状がない、症状は進行していないなどの自己判断で治療中断した人は、気づいた時には重症化し、高額な医療費を負担しなければならない状況に陥ると同時に国保会計にも影響が生じることが懸念される。このような状況を未然に防ぐため、訪問による治療再開の働きかけを行うことにより健康観を呼び戻し、積極的な健康管理への取り組みを促すとともに重症化を予防する。			
事業内容(概要)	レセプトデータをもとに、生活習慣病の治療中断者を抽出し、保健師の訪問により保健指導を行なう。現在の症状や中断経過等の聞き取りを行い、各種パンフレット等も活用したりリスク説明を行う。かかりつけ医療機関等への再受診を促すとともに特定健診未受診者には受診勧奨を行い、受診行動の変容による継続した治療に繋げる。			
対象	生活習慣病(糖尿病、高血圧、脂質異常)のある被保険者で、毎月通院又は2~3か月間隔で治療していたが途中で中断したと疑われる者。			
項目	目標	評価基準	評価方法	実施状況(R4実績)
アウトプット	・ 訪問勧奨対象者の受診または生活改善率30%	・ 面談実施者の受診または生活改善実行率	・ 受診または生活改善実施者数/面談実施者数	49.3% (35人/71人)
アウトカム	・ 生活習慣病治療中断者数15%減少。	・ 生活習慣病治療中断者減少率	・ 令和5年度治療中断者数/平成29年度治療中断者数	△5.6% (186人/197人)
実施評価	・ H29年度に比べR4年度の治療中断者数はわずかながら減少した。新型コロナウイルス感染症対策として訪問を控えたこともあり、R2~R4年度の面談実施率は47%~38.2%と減少した。面談実施率の向上は治療再開や健診受診などの行動変容につながることが期待されることから引き続き面談実施率の向上に努める。			

II 現状の整理

⑦ 糖尿病性腎症重症化予防事業

事業目的	糖尿病患者が増加する状況にある中で、合併症の一つである糖尿病性腎症に着目し、腎不全による透析療法ステージに移行する前の糖尿病患者に対し、医師の指示のもと、個別の保健・生活指導を実施することで重症化（進行）を予防し、QOLの維持・向上を図る。			
事業内容（概要）	糖尿病性腎症の患者に対し、事業参加を募る。臨床経験及び保健指導プログラムのノウハウを有する民間企業に委託し、かかりつけ医の指示のもと、6か月間の効果的な保健指導を実施する。また、保健指導を修了した者に対しては、市直営で12か月のフォローアッププログラムにより保健指導を行なう。			
対象	糖尿病性腎症病期ステージ2期～4期の者			
項目	目標	評価基準	評価方法	実施状況（R4実績）
アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> 事業参加者の生活改善率70% 事業参加者の検査値（e-GFR、HbA1c等）改善率50% 	<ul style="list-style-type: none"> 事業参加者生活改善実行率 事業参加者検査値改善率 	<ul style="list-style-type: none"> 生活改善実行者／事業参加者 検査値改善者／事業参加者 	89% （17人/19人） 57.9% （11人/19人）
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> 利用者における人工透析移行等の病期進行を「0人」 	<ul style="list-style-type: none"> 人工透析移行者数 	<ul style="list-style-type: none"> H26からの事業修了者が人工透析に移行しているか確認 	H26開始からの事業修了者（206人）のうち、人工透析移行者の累計2人
実施評価	<ul style="list-style-type: none"> 事業参加者は食事療法または運動療法の行動目標1つ以上に継続して取り組むことができ、生活改善実行率は89%となった。検査値（HbA1c、e-GFR）においては約半数の者が数値改善につながった。病期段階にあわせ、セルフマネジメントが習慣として身につくことが人工透析等の病期ステージ進行を食い止める有効な手段となり、継続した支援が必要と思われる。 			

⑧ がん検診受診率向上事業

事業目的	がんによる医療費は、疾病統計順位（大分類）において1位、全体医療費の17.8%を占めており、死因別においても1位となっている。がん死亡率減少に有効ながん検診は、早期発見・早期治療につなげる大切な手段であることから、受診率向上に向けて啓発に取り組み、がん患者の減少に努める。			
事業内容（概要）	健康づくり地区推進員との共催による健康講演会等の実施で正しい知識の啓発を行うとともに、地域イベントや地区回覧板での受診の呼びかけや医療機関や鳥取県薬剤師会、全国健康保険協会（協会けんぽ）等と連携した啓発、及び大型商業施設等でのがん検診の実施や受診の呼びかけを行う。また、精密検査未受診者へ個別のアプローチを実施する。			
対象	【胃がん・肺がん・大腸がん検診】 40歳以上 【子宮頸がん】 20歳以上女性 【乳がん検診】 40歳以上の女性			
項目	目標	評価基準	評価方法	実施状況（R4実績）
アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> 個別事業の達成度80%以上 	<ul style="list-style-type: none"> 個別事業の達成度を客観的に評価したものである 	<ul style="list-style-type: none"> 進捗管理検討会の評価 	100%
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> 年間平均受診率50% 	<ul style="list-style-type: none"> 胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、子宮がんの受診率 	<ul style="list-style-type: none"> 全がん年間平均受診率の増減の状況 	H30：46.1% R元：45.6% R2：41.3% R3：40.8% R4：47.9%
実施評価	<ul style="list-style-type: none"> 地域組織と協働での健康講演会や地域のイベント等での知識啓発、関係機関と連携したがん検診受診の呼びかけ、精密検査受診への働きかけを毎年実施し、目標達成することができた。各がん検診の平均受診率は、新型コロナウイルス感染症の影響と思われる伸び悩みも見られたが、R4年度は子宮がん検診、乳がん検診受診率の増加により平均受診率も増加した。 			

⑨ 糖尿病予防啓発キャンペーン（血糖値測定、健康相談）

事業目的	国民健康・栄養調査では、国民の6人に1人が糖尿病又はその予備群であると推計されており、高血圧症、脂質異常症などの生活習慣病とともに増加の傾向にある。このことは医療費の増加を招き、診療費の自己負担や保険料の増額の要因となることが懸念されることから、キャンペーンと銘打ち広く啓発を行うことで、糖尿病の一次予防の徹底、さらには国保事業の安定運営を図ることを目的とする。			
事業内容（概要）	鳥取市立病院及び鳥取県臨床検査技師会の協力のもと、商業施設やイベントなど市民が多く訪れる場所において血糖値測定・健康相談や啓発チラシ等を配布し、糖尿病の予防啓発を行う。			
対象	市民（国保被保険者等）			
項目	目標	評価基準	評価方法	実施状況（R4実績）
アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> 年間の実施回数 12回/年 年間の啓発対象者数 12回×50人/回=600人 	<ul style="list-style-type: none"> 実施回数達成率 啓発対象者数達成率 	<ul style="list-style-type: none"> 実施回数/12月 啓発対象者/600人 	91.7% (11/12回) 68.2% (409/600人)
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病（糖尿病、高血圧症、脂質異常症）の患者数減少 	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病患者数 	<ul style="list-style-type: none"> 年度ごとの生活習慣病患者数を比較 	H30：15,512人 R4：14,773人 (KDBシステムより各年度3月受診者数)
実施評価	<ul style="list-style-type: none"> 保健衛生部門と連携し、庁舎や商業施設や地区公民館でのイベントにおいて簡易血糖値測定を実施した。R2年度以降は新型コロナウイルス感染症の影響もあり、計画どおりに実施できなかった面もあるが、今後も地域との連携や各種イベントに参加することで、若い世代や健康への関心が低い者へアプローチすることが必要である。 			

⑩ お気軽健康チェック

事業目的	データヘルス計画で対策が必要であることが明らかとなった、糖尿病やCOPD(慢性閉塞性肺疾患)などの生活習慣病対策への取り組みを一体的に進めるために実施するものとする。また、健康に関心を持っていただくために、気軽に健康チェックを行う機会を提供し、セルフコントロール力を高めることで自身の生活改善への意欲を醸成するとともに、健康寿命を延伸させ、医療費の適正化に繋げる事をねらいとする。			
事業内容（概要）	複数の健康チェック項目を通して、健康管理に取り組む。 ①身体計測（身長、体重、握力、BMI、体脂肪率、基礎代謝、筋肉量、アクティブ度） ②HbA1c ③肺年齢 ④血圧 ⑤フレイルチェック ⑥集団指導として、測定項目の基礎知識、運動指導、栄養指導等を実施			
対象	市民（国保被保険者等）			
項目	目標	評価基準	評価方法	実施状況（R4実績）
アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> 年間の実施回数 12回/年 年間の啓発対象者数 12回×10人/回=120人 	<ul style="list-style-type: none"> 実施回数達成率 啓発対象者数達成率 	<ul style="list-style-type: none"> 実施回数/12月 啓発対象者/120人 	41.6%(5/12回) 45.0%(54/120人)
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病（糖尿病、高血圧症、脂質異常症）の患者数減少 	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病患者数 	<ul style="list-style-type: none"> 年度ごとの生活習慣病患者数を比較 	H30：15,512人 R4：14,773人 (KDBシステムより各年度3月受診者数)
実施評価	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病患者数については、H30年度より4.6%の減。R3年度から血糖値測定をHbA1cから簡易血糖値測定へ見直して募集人員を10人から15人に増やした。 引き続き、地域の健康づくり地区推進員との連携や、広報に努め、働き盛り世代が参加しやすい環境を整備する。生活習慣病に対して様々な角度から関心を高めていただけるような内容とする。 			

II 現状の整理

⑪ COPD（慢性閉塞性肺疾患）の早期発見に向けた啓発事業

事業目的	日本では、平成26年に1万5千人以上の者がCOPDの発症により死亡し、年々増加傾向にある。その中で、日本における40歳以上のCOPD患者は、530万人と推定されているが、実際に治療を行っている患者は約26万1千人に過ぎず、その理由としては、極端に認知度が低いことが考えられ、医療機関への受診につながらず、重症化した段階で判明するケースが大半であることから、認知度向上に向けた被保険者に対する啓発活動に取り組むことで、早期発見早期治療につなげる。			
事業内容 (概要)	市役所、公民館、ショッピングモール等において肺年齢測定・健康相談会等を実施して啓発を行う。 ①街頭啓発（肺の日、世界COPDデー） ②肺年齢測定・健康相談会 ③地域出前講座			
対象	市民（国保被保険者等）			
項目	目標	評価基準	評価方法	実施状況 (R4実績)
アウトプット	・ COPD認知度50%	・ COPD認知度	・ アンケートによる市民の認知度を集計する。	30.2%
アウトカム	・ COPD患者数の減少	・ COPD患者数	・ 年度ごとのCOPD患者数を比較	H30：1,682人 R4：1,678人 (KDBシステムより)
実施評価	・ R2年度から新型コロナウイルス感染症対策のため、肺年齢測定による啓発が実施できず、展示等による啓発事業となった。COPD認知度アンケートでは認知度30.2%と目標には達しなかったが、H30年度と比較すると約2倍の認知度となった。患者数は横ばいで、更なる啓発が必要である。			

⑫ 服薬健康管理促進事業

事業目的	医薬品の適正使用の向上につなげるため、処方が多剤多量の患者への重複投与や相互作用の危険回避、過量投与、不適切な薬剤使用などを防止し健康管理に役立てていただくとともに、服薬に対する不安の解消や日常の薬の管理、飲み合わせなどの相談を受け、コミュニケーションを図りながら適切なアプローチを行うことを目的とする。			
事業内容 (概要)	多剤多量の処方がある国保被保険者を抽出し、訪問または来庁により処方薬の種類、服用状況、使用期間、保管場所や保管方法等の確認を行い、重複投与、相互作用の危険性をチェックして不適切な薬剤使用を防止する。（R3年度～）			
対象	1）国保の被保険者で複数の医療機関に通院し、通院日数が多く処方が多剤多量の者 2）服薬において不安を感じているなど処方薬の取り扱いについて相談を行いたい者			
項目	目標	評価基準	評価方法	実施状況 (R4実績)
アウトプット	・ 指導実施者数	・ 36人 (3人/月)+14人 =50人	・ 実施率	30% (15人/50人)
アウトカム	・ 調剤費の減少	・ 事業参加者の調剤費	・ 事業参加者の調剤費の減少	実施前：84,383円 (9,376円/人) 実施後：75,183円 (8,354円/人)
実施評価	・ R2年度及びR4年度に鳥取県が実施した服薬通知事業対象者を中心に広く市民の方も対象として薬剤師会と連携し服薬相談会を実施した。参加率を上げるため、糖尿病予防啓発キャンペーンと同時開催した。R4年度においては、参加者（被保険者）の事業実施前後の調剤費は約10%減少した。今後も関係機関と連携して効果的に実施する。			

短期的事業

① 重複・頻回受診者訪問指導事業

事業目的	同一の疾病で複数の医療機関を転々と受診する「重複受診」や1か月の通院回数が多い「頻回受診」は、行く先々で同じ治療・検査を受けることでの医療費増大や薬の重複による副作用などの危険もあり、被保険者への経済的・身体的負担等が増すとともに国保会計にも影響が生じることが懸念されることから、重複・頻回受診者に対する訪問による働きかけを行うことにより、被保険者の行動変容を促し、健康保持と医療費の適正化を図る。			
事業内容 (概要)	被保険者のレセプトデータや保健事業支援システムをベースに、指導となる者の抽出及び受診状況の把握を行い、保健師の訪問により、重複・頻回受診が及ぼす弊害の啓発（重複検査・重複服薬等）や食事・運動等生活改善の指導を行う。			
対象	同一の疾病で3医療機関以上かつ3か月以上継続受診している被保険者（重複受診）または1か月の通院日数が15日以上かつ3か月以上継続受診している被保険者（頻回受診）			
項目	目標	評価基準	評価方法	実施状況 (R4実績)
アウトプット	・ 指導対象者の指導後医療費50%減少	・ 指導対象者の医療費減少率	・ 指導対象者の指導前後の医療費を比較。	10.3%
アウトカム	・ 指導対象者数の50%減少	・ 指導対象者減少率	・ 毎年度の指導対象者を確認。	H30：16人 R4：16人
実施評価	・ 年2回、対象者を抽出して訪問指導を実施したが、対象者の減少には至らなかった。対象者の中には生活課題があり、面談に繋がらない場合や複数年に渡り対象となる者もあり関係機関と連携をして事業を実施することが必要である。			

② ジェネリック医薬品利用促進事業

事業目的	近年医療の高度化に伴い、家計に占める医療費の割合や国保財政の負担が年々大きくなっていく中で、ジェネリック医薬品の使用を促すことで、被保険者の治療に係る費用負担を軽減するとともに国保運営の安定化を図る。			
事業内容 (概要)	毎月の個々のレセプトから、先発医薬品を一般的なジェネリック医薬品に切り替えた場合の差額を計算し、100円以上の差額が発生し削減効果が見込まれる者に対して「お薬代負担軽減のご案内」として通知書を作成し軽減額を通知する。（R元年5月より300円以上の差額）			
対象	国保被保険者			
項目	目標	評価基準	評価方法	実施状況 (R4実績)
アウトプット	・ ジェネリック医薬品普及率（後発医薬品のない先発医薬品分は除く。）が前年度と比較し5%向上。	・ ジェネリック医薬品普及率	・ ジェネリック医薬品普及率（数量ベース）で算出し前年度	R3:80.6% R4:81.8% (+1.2%)
アウトカム	・ ジェネリック医薬品普及率80%	・ ジェネリック医薬品普及率	・ ジェネリック医薬品普及率（数量ベース）で算出	81.8%
実施評価	・ ジェネリック医薬品の普及率（数量ベース）はR4年度末で81.8%となり、目標を達成した。引き続き、差額通知書を送付し利用勧奨を行う。また、普及啓発展示、薬剤師会の協力を得て服薬相談事業や出前講座を開催し普及に努める。今後も継続的に取り組み、医療費の適正化につなげる。			

II 現状の整理

③ 生活習慣病食事指導事業

事業目的	生活習慣病は、「食事」「運動」「喫煙」などの生活習慣が主な原因となり発症するため、規則正しい食生活や適度の運動を行い、発症や重症化することを食い止めることが大切となる。また、口腔と生活習慣病の研究などから歯周病が心筋梗塞や糖尿病、高血圧症の発症に関連があるとの指摘がされている。これらのことから、食事と口腔ケアを関連付けて生活習慣病対策に取り組むこととする。			
事業内容 (概要)	調理体験、実食を通して毎日の規則正しい食生活につなげる。歯周病が生活習慣病と関連があることから、口腔保健の立場から保健指導を実施する。			
対象	国保被保険者で特定健診の結果やレセプト情報から、糖尿病、高血圧症、脂質異常症などの疾病が疑われる人			
項目	目標	評価基準	評価方法	実施状況 (R4実績)
アウトプット	・ 指導実施者数50人 (実施率100%)	・ 30人 (5人×6 回) + 20人 =50人	・ 実施率	58% (29人/50人)
アウトカム	・ 事業参加者の指導後 生活習慣病医療費の 減少	・ 実施参加者医 療費	・ 参加者の事業実施 前後の医療費を比較 (生活習慣病以外の 医療費を含む)	【事業実施前】 701,905円 (24,204円/人) 【事業実施後】 655,317円 (22,597円/人)
実施評価	・ R2年度開始事業で、コロナ禍での開始だったため、対象者を糖尿病性腎症重症化予防事業参加者に変更し、生活習慣病と口腔ケアの重要性について講座を開催した。本来の対象範囲では、自覚症状がない方が多く、事業への積極的参加が見込めないと思われる。保健衛生部門で実施する事業とも整理し、生活習慣病と口腔ケアの重要性について啓発を継続したい。			

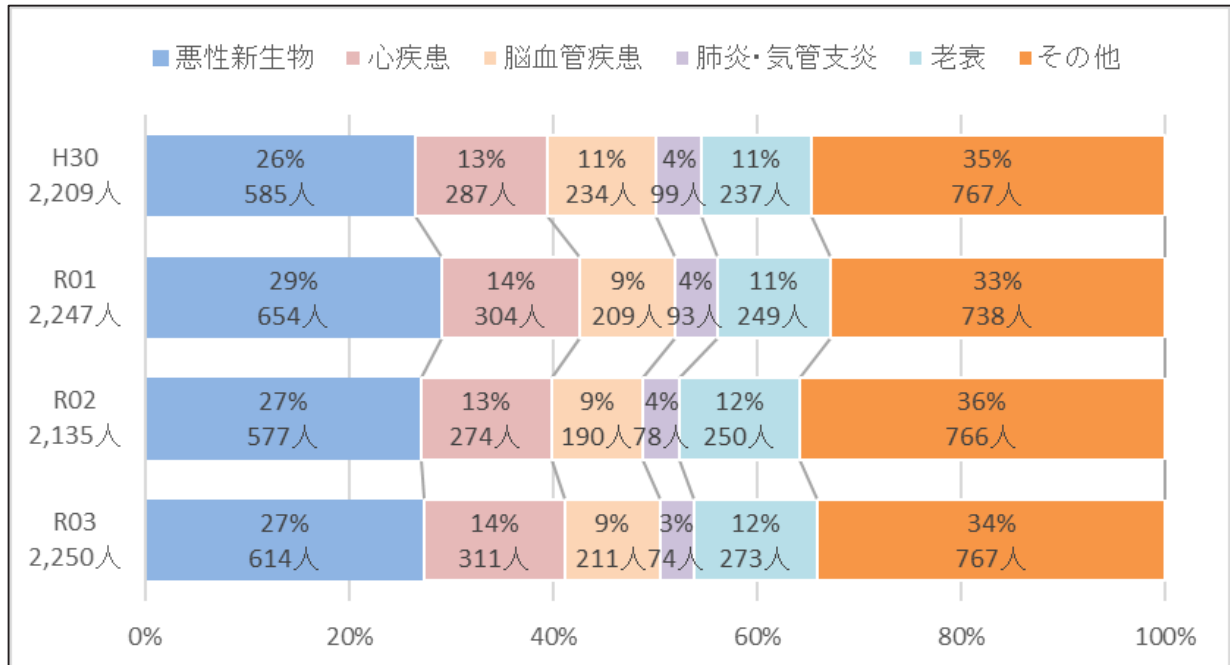
Ⅲ 健康・医療情報等の分析・ 分析に基づく健康課題の抽出

III 健康・医療情報等の分析・分析に基づく健康課題の抽出

1 死因の状況

死亡率が最も高いのが悪性新生物（がん）で、死因の約3割を占めています。また、標準化死亡比は、男女ともに全国よりも心疾患が少ない傾向にありますが、脳血管疾患は全国や県と比較しても高い状況にあります。

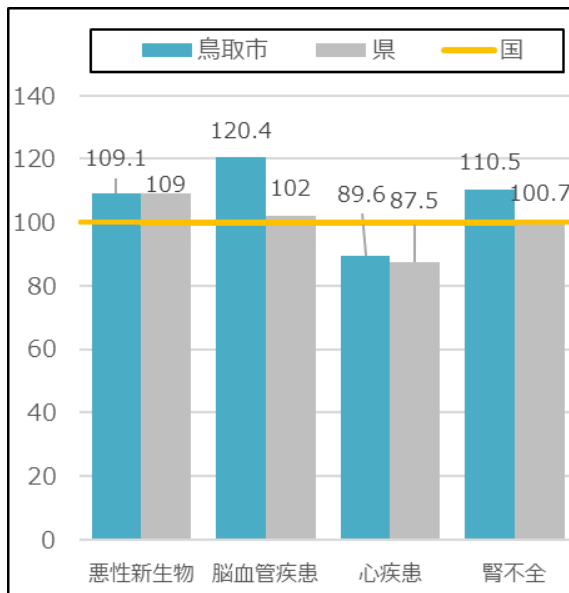
■ 死因の推移（鳥取市全体）



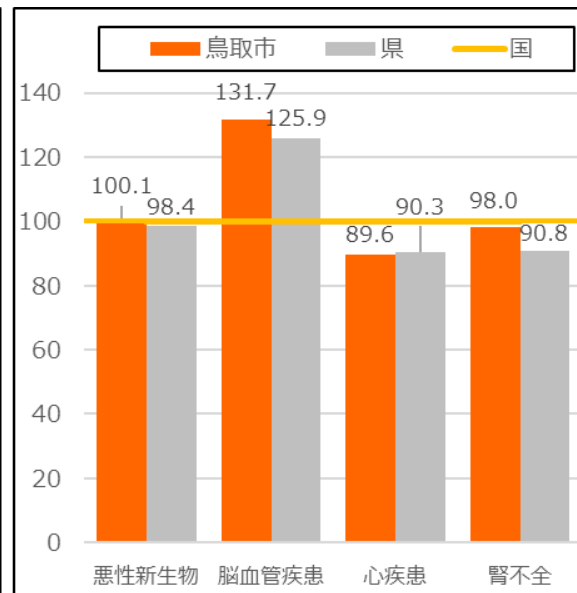
出典：鳥取県福祉保健課 人口動態統計

■ 標準化死亡比（令和3年）

【男性】



【女性】



出典：鳥取県福祉保健課 人口動態統計 標準化死亡比

【用語の解説】

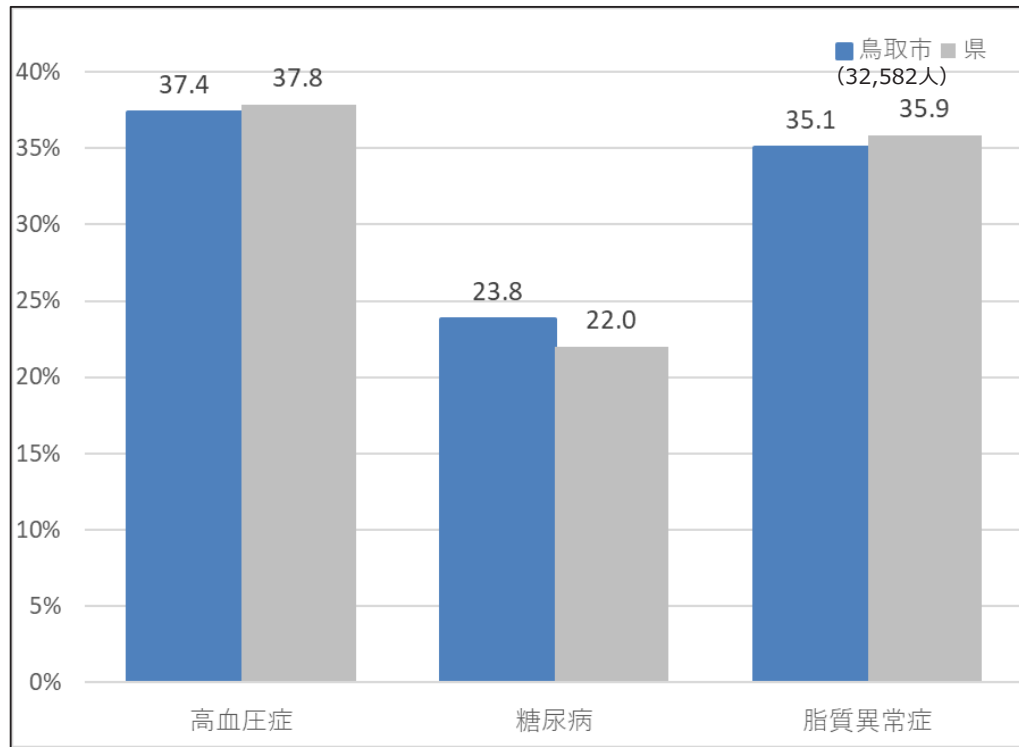
○標準化死亡比とは？

→人口の年齢構成の違いを調整して、ある集団の死亡率が、基準となる集団と比べてどの程度高いかを示す比。ここでは、国を100として鳥取市の死亡率がどの程度かを示している。

2 生活習慣病の患者割合

生活習慣病の患者割合は高血圧症が一番高い状況です。また、年齢が上がると患者割合は増加し、男性は高血圧症、女性は脂質異常症の患者割合が高い傾向にあります。

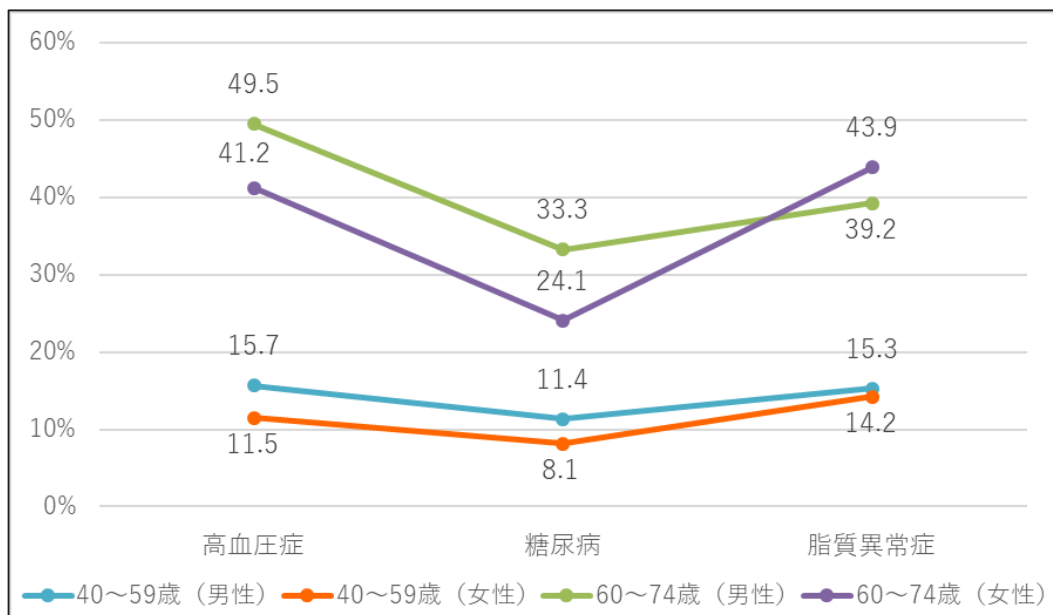
■ 生活習慣病患者割合（40歳以上）（令和2～4年度3年平均）



※令和2～4年度に各疾病のレセプトがあった者を患者としてカウント

出典：KDBシステム 介入支援対象者一覧表

■ 性別・年齢階層別生活習慣病患者割合（令和2～4年度3年平均）



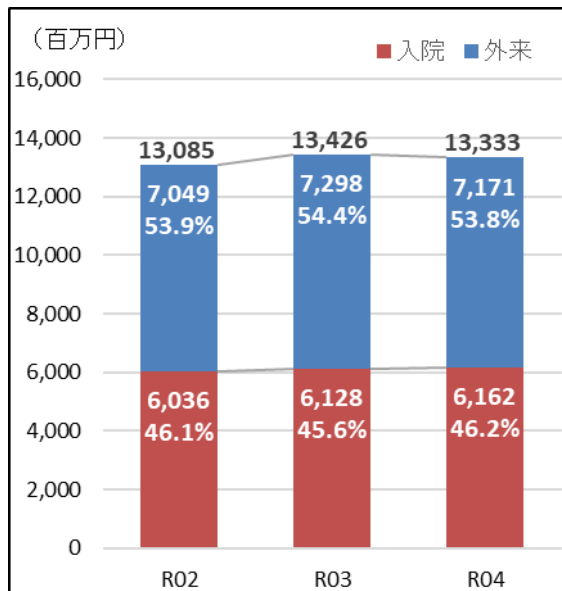
出典：KDBシステム 介入支援対象者一覧表

3 医療費等の状況

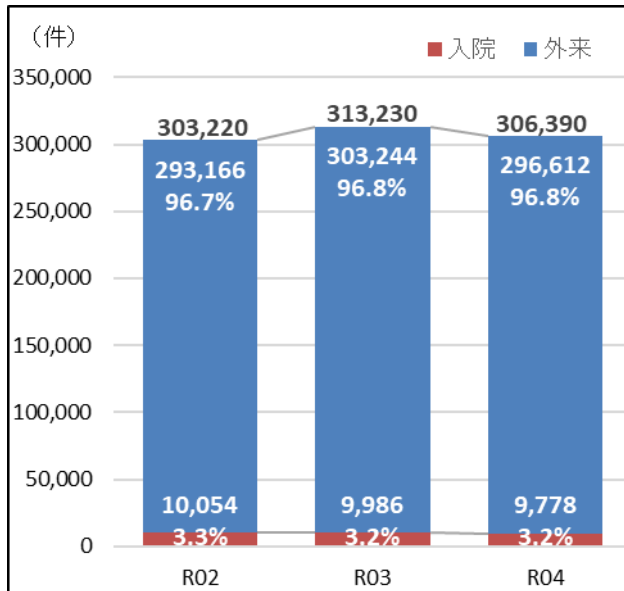
(1) 医療費とレセプト件数（入院、外来）の推移

医療費は令和4年度は133億3千万円余であり、入院、外来ともに年々増加傾向にあります。また、1人当たりの医療費の伸び率は入院で+7.9%、外来で+7.5%であり、県と比較すると入院では同程度、外来では低くなっています。入院のレセプト件数は3.2%ですが、医療費は46.2%となっており、1件あたりの医療費が高額となっている状況です。

■ 医療費

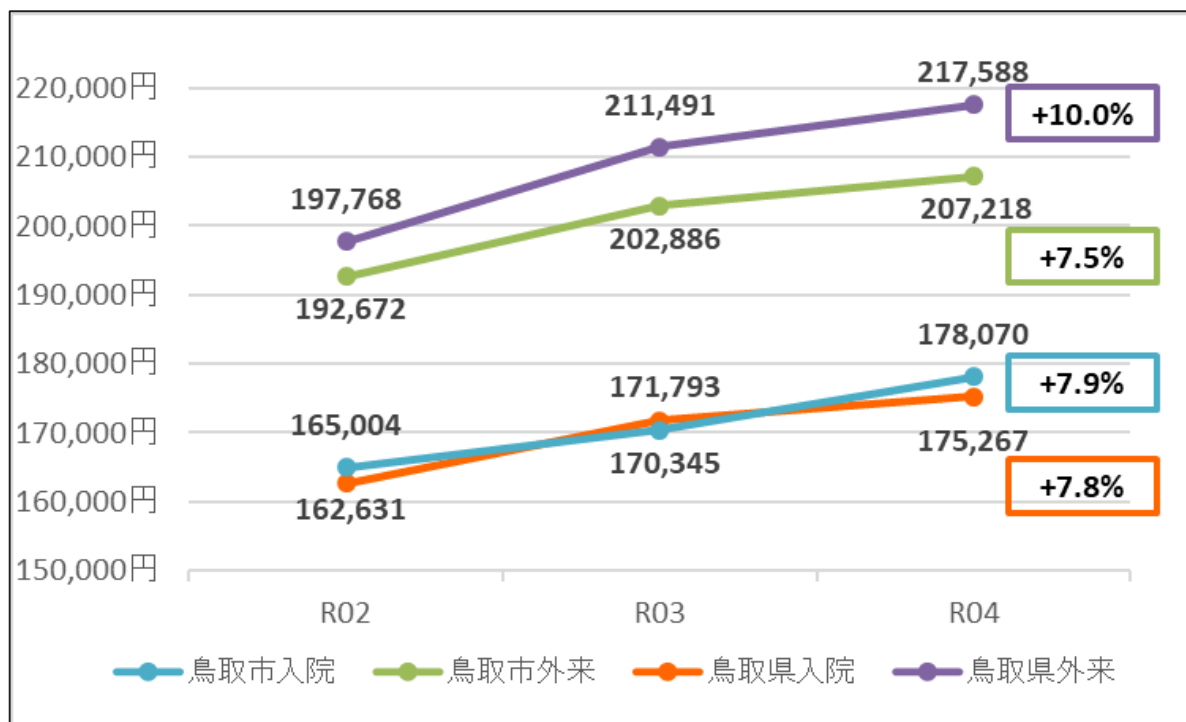


■ レセプト件数



出典：KDBシステム 市町村別データ

■ 被保険者1人当たり医療費



※割合は、令和2年度からの伸び率

出典：KDBシステム 市町村別データ

III 健康・医療情報等の分析・分析に基づく健康課題の抽出

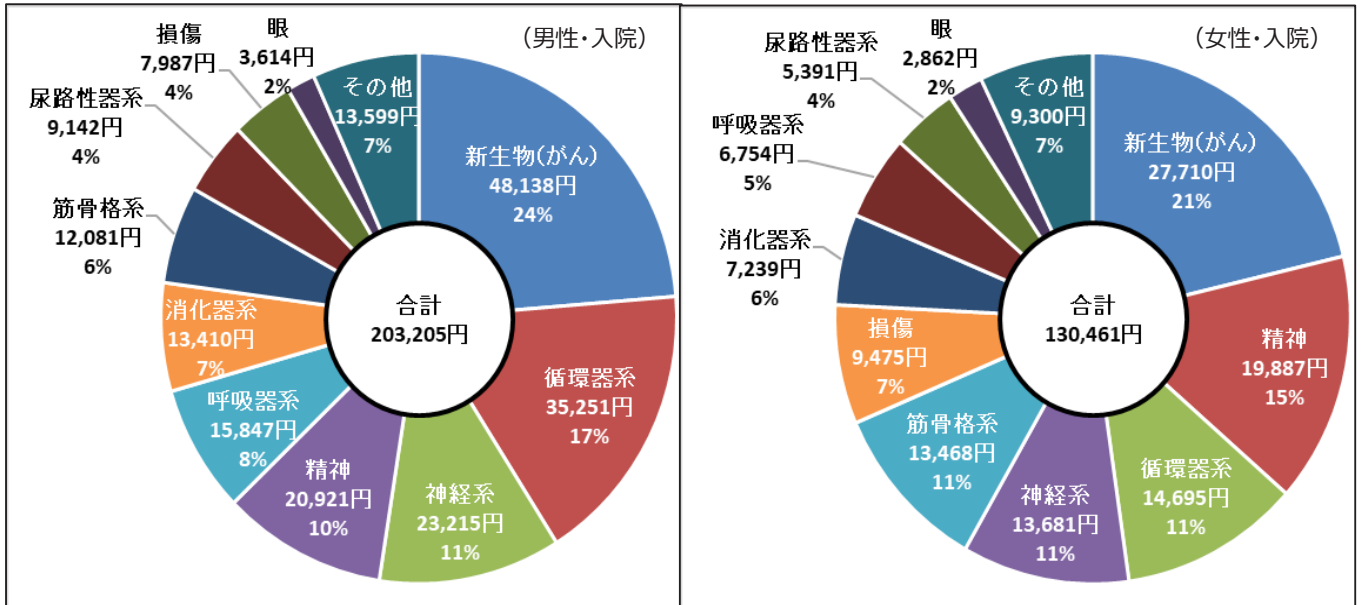
(2) 医療費（疾病大分類別・疾病中分類別、性別・年齢階層別）

■ 疾病大分類別被保険者1人当たり年間入院医療費（上位10位：令和2～4年度3年平均）

被保険者1人当たりの入院医療費は、男女ともに「がん」が一番高く、「循環器系疾患」「精神および行動の障害」「神経系疾患」が上位となっています。

【男性・入院】

【女性・入院】



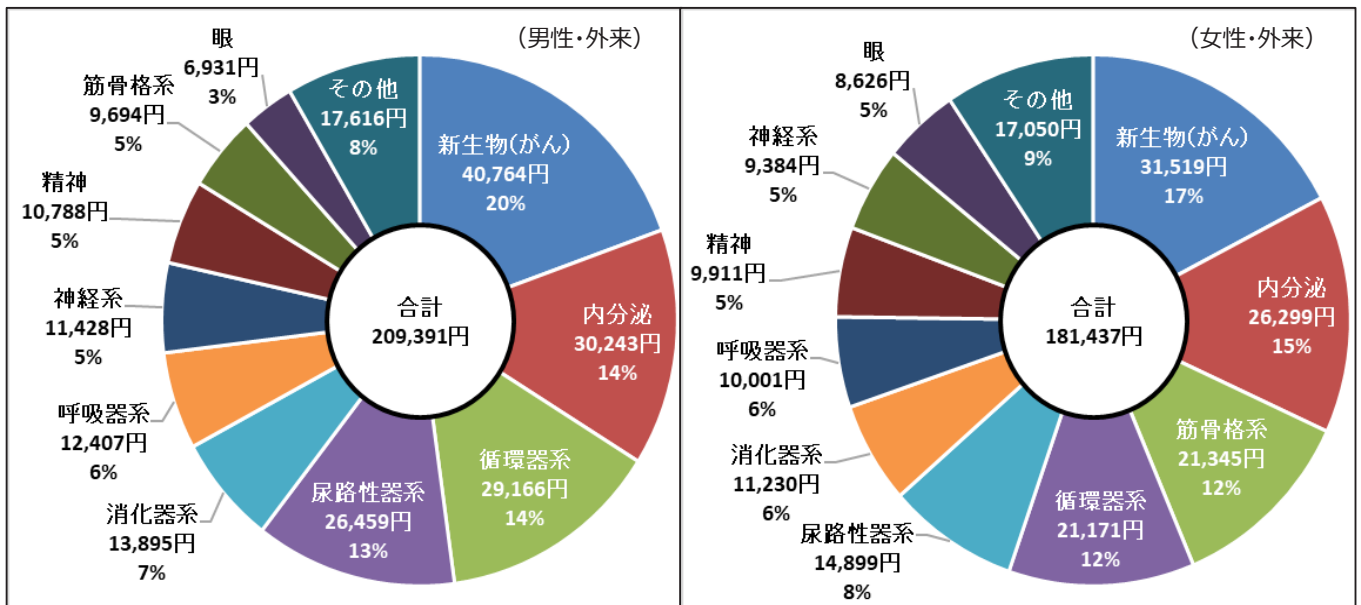
出典：KDBシステム 疾病別医療費(大分類)

■ 疾病大分類別被保険者1人当たり年間外来医療費：上位10位（令和2～4年度3年平均）

被保険者1人当たりの外来医療費は、男女ともに「がん」が一番高く、「内分泌、栄養及び代謝疾患」「循環器系疾患」が上位となっています。

【男性・外来】

【女性・外来】



出典：KDBシステム 疾病別医療費(大分類)

■ 疾病大分類別被保険者1人当たり年間入院医療費（令和2～4年度3年平均）

番号	疾病大分類	医科・入院			
		男性		女性	
		医療費(円)	標準化比	医療費(円)	標準化比
1	感染症及び寄生虫症 (結核、ウイルス性肝炎など)	2,446	133.9	1,122	100.2
2	新生物<腫瘍>(がん)	48,138	137.3	27,710	117.7
3	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害 (貧血など)	1,887	85.7	1,035	73.9
4	内分泌、栄養及び代謝疾患 (糖尿病、脂質異常症など)	2,679	97.1	1,763	107.1
5	精神及び行動の障害 (アルツハイマー病の認知症など)	20,921	107.0	19,887	128.2
6	神経系の疾患 (細菌性髄膜炎、片頭痛など)	23,215	166.2	13,681	133.0
7	眼及び付属器の疾患 (結膜炎、白内障など)	3,614	142.6	2,862	109.6
8	耳及び乳様突起の疾患 (外耳炎、白内障など)	249	85.6	487	138.9
9	循環器系の疾患 (高血圧性疾患、心疾患、脳梗塞など)	35,251	93.4	14,695	85.1
10	呼吸器系の疾患 (喘息など)	15,847	137.7	6,754	131.9
11	消化器系の疾患 (胃潰瘍及び十二指腸潰瘍など)	13,410	121.7	7,239	117.3
12	皮膚及び皮下組織の疾患 (皮膚炎及び湿疹など)	2,724	152.5	1,082	94.9
13	筋骨格系及び結合組織の疾患 (骨粗しょう症、関節リウマチなど)	12,081	104.3	13,468	87.7
14	尿路性器系の疾患 (腎不全、尿路結石症など)	9,142	98.4	5,391	113.1
15	妊娠、分娩及び産じょく (流産、妊娠高血圧症候群など)	0	0.0	988	116.3
16	周産期に発生した病態	613	167.0	181	52.6
17	先天奇形、変形及び染色体異常 (心臓の先天奇形など)	248	58.4	367	101.4
18	症状、徴候及び異常臨床検査所見で他に分類され ないもの	2,752	104.1	2,275	134.9
19	損傷、中毒及びその他の外因の影響 (骨折、熱傷及び腐食など)	7,987	89.2	9,475	105.5
合計		203,205	—	130,461	—

出典：KDBシステム 疾病別医療費(大分類)

■ 疾病大分類別被保険者1人当たり年間外来医療費（令和2～4年度3年平均）

番号	疾病大分類	医科・外来＋調剤			
		男性		女性	
		医療費(円)	標準化比	医療費(円)	標準化比
1	感染症及び寄生虫症 (結核、ウイルス性肝炎など)	5,772	106.5	4,393	106.8
2	新生物＜腫瘍＞(がん)	40,764	104.3	31,519	103.6
3	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害 (貧血など)	1,770	53.8	1,478	85.4
4	内分泌、栄養及び代謝疾患 (糖尿病、脂質異常症など)	30,243	85.5	26,299	86.2
5	精神及び行動の障害 (アルツハイマー病の認知症など)	10,788	110.8	9,911	105.5
6	神経系の疾患 (細菌性髄膜炎、片頭痛など)	11,428	107.9	9,384	95.4
7	眼及び付属器の疾患 (結膜炎、白内障など)	6,931	64.6	8,626	61.0
8	耳及び乳様突起の疾患 (外耳炎、白内障など)	1,255	131.6	2,025	140.6
9	循環器系の疾患 (高血圧性疾患、心疾患、脳梗塞など)	29,166	96.7	21,171	98.1
10	呼吸器系の疾患 (喘息など)	12,407	103.3	10,001	86.8
11	消化器系の疾患 (胃潰瘍及び十二指腸潰瘍など)	13,895	100.1	11,230	82.2
12	皮膚及び皮下組織の疾患 (皮膚炎及び湿疹など)	4,629	80.9	4,454	82.4
13	筋骨格系及び結合組織の疾患 (骨粗しょう症、関節リウマチなど)	9,694	85.5	21,345	79.1
14	尿路性器系の疾患 (腎不全、尿路結石症など)	26,459	87.6	14,899	98.5
15	妊娠、分娩及び産じょく (流産、妊娠高血圧症候群など)	0	0.0	102	76.9
16	周産期に発生した病態	14	85.4	6	35.0
17	先天奇形、変形及び染色体異常 (心臓の先天奇形など)	187	68.2	218	75.2
18	症状、徴候及び異常臨床検査所見で他に分類され ないもの	1,791	78.2	2,264	79.4
19	損傷、中毒及びその他の外因の影響 (骨折、熱傷及び腐食など)	2,198	78.3	2,111	68.2
合計		209,391	—	181,437	—

出典：KDBシステム 疾病別医療費(大分類)

■ 【参考：後期高齢者】 疾病大分類別被保険者1人当たり年間入院医療費（令和2～4年度3年平均）

番号	疾病大分類	医科・入院			
		男性		女性	
		医療費(円)	標準化比	医療費(円)	標準化比
1	感染症及び寄生虫症 (結核、ウイルス性肝炎など)	6,766	151.8	4,337	129.1
2	新生物<腫瘍>(がん)	81,631	129.5	43,916	145.9
3	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害 (貧血など)	5,075	95.3	3,502	96.6
4	内分泌、栄養及び代謝疾患 (糖尿病、脂質異常症など)	6,938	129.4	5,033	98.3
5	精神及び行動の障害 (アルツハイマー病の認知症など)	45,104	174.4	39,320	139.1
6	神経系の疾患 (細菌性髄膜炎、片頭痛など)	43,107	148.7	34,290	115.3
7	眼及び付属器の疾患 (結膜炎、白内障など)	8,065	148.2	5,368	115.4
8	耳及び乳様突起の疾患 (外耳炎、白内障など)	358	89.7	683	152.7
9	循環器系の疾患 (高血圧性疾患、心疾患、脳梗塞など)	121,661	102.4	88,388	95.5
10	呼吸器系の疾患 (喘息など)	63,389	109.0	27,062	83.2
11	消化器系の疾患 (胃潰瘍及び十二指腸潰瘍など)	32,433	122.1	21,214	107.1
12	皮膚及び皮下組織の疾患 (皮膚炎及び湿疹など)	3,261	81.3	2,677	61.7
13	筋骨格系及び結合組織の疾患 (骨粗しょう症、関節リウマチなど)	52,500	110.1	69,055	99.3
14	尿路性器系の疾患 (腎不全、尿路結石症など)	28,405	85.8	17,161	92.9
15	妊娠、分娩及び産じょく (流産、妊娠高血圧症候群など)	0	0.0	0	0.0
16	周産期に発生した病態	0	0.0	0	0.0
17	先天奇形、変形及び染色体異常 (心臓の先天奇形など)	37	33.3	112	117.9
18	症状、徴候及び異常臨床検査所見で他に分類されないもの	9,074	112.1	6,830	85.5
19	損傷、中毒及びその他の外因の影響 (骨折、熱傷及び腐食など)	34,898	103.8	57,786	97.7
合計		542,701	—	426,735	—

出典：KDBシステム 疾病別医療費(大分類)

■ 【参考：後期高齢者】疾病大分類別被保険者1人当たり年間外来医療費（令和2～4年度3年平均）

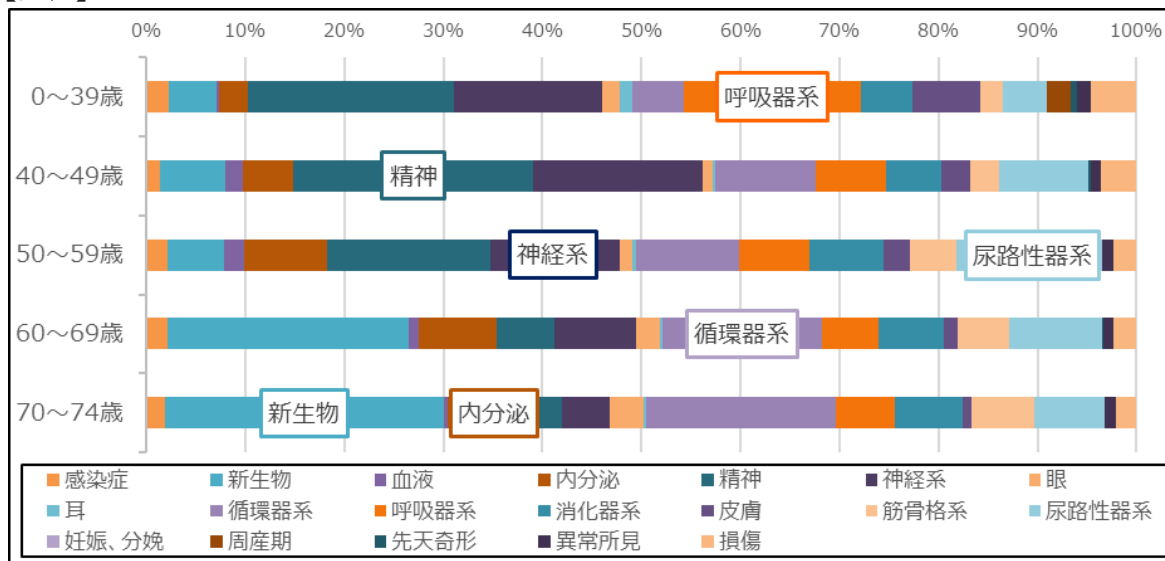
番号	疾病大分類	医科・外来＋調剤			
		男性		女性	
		医療費(円)	標準化比	医療費(円)	標準化比
1	感染症及び寄生虫症 (結核、ウイルス性肝炎など)	7,104	117.0	4,858	97.6
2	新生物＜腫瘍＞(がん)	79,065	108.3	27,897	108.2
3	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害 (貧血など)	1,399	45.0	1,747	86.8
4	内分泌、栄養及び代謝疾患 (糖尿病、脂質異常症など)	52,998	95.4	42,201	95.4
5	精神及び行動の障害 (アルツハイマー病の認知症など)	3,614	96.2	4,410	80.0
6	神経系の疾患 (細菌性髄膜炎、片頭痛など)	20,809	100.6	25,876	99.3
7	眼及び付属器の疾患 (結膜炎、白内障など)	15,679	58.8	13,885	57.1
8	耳及び乳様突起の疾患 (外耳炎、白内障など)	1,491	95.9	1,816	107.6
9	循環器系の疾患 (高血圧性疾患、心疾患、脳梗塞など)	81,249	94.9	69,780	93.8
10	呼吸器系の疾患 (喘息など)	28,753	106.9	12,214	79.1
11	消化器系の疾患 (胃潰瘍及び十二指腸潰瘍など)	25,490	95.5	26,040	91.8
12	皮膚及び皮下組織の疾患 (皮膚炎及び湿疹など)	6,725	88.3	3,759	62.1
13	筋骨格系及び結合組織の疾患 (骨粗しょう症、関節リウマチなど)	24,274	90.3	45,358	77.9
14	尿路性器系の疾患 (腎不全、尿路結石症など)	64,631	74.6	33,316	100.1
15	妊娠、分娩及び産じょく (流産、妊娠高血圧症候群など)	0	0.0	1	139.4
16	周産期に発生した病態	0	0.0	0	0.0
17	先天奇形、変形及び染色体異常 (心臓の先天奇形など)	17	23.9	39	72.2
18	症状、徴候及び異常臨床検査所見で他に分類され ないもの	3,536	66.8	3,202	61.5
19	損傷、中毒及びその他の外因の影響 (骨折、熱傷及び腐食など)	3,603	76.1	3,997	68.9
合計		420,435	—	320,396	—

出典：KDBシステム 疾病別医療費(大分類)

■ 性別・年齢階層別・疾病大分類別医療費割合（令和2～4年度3年平均）

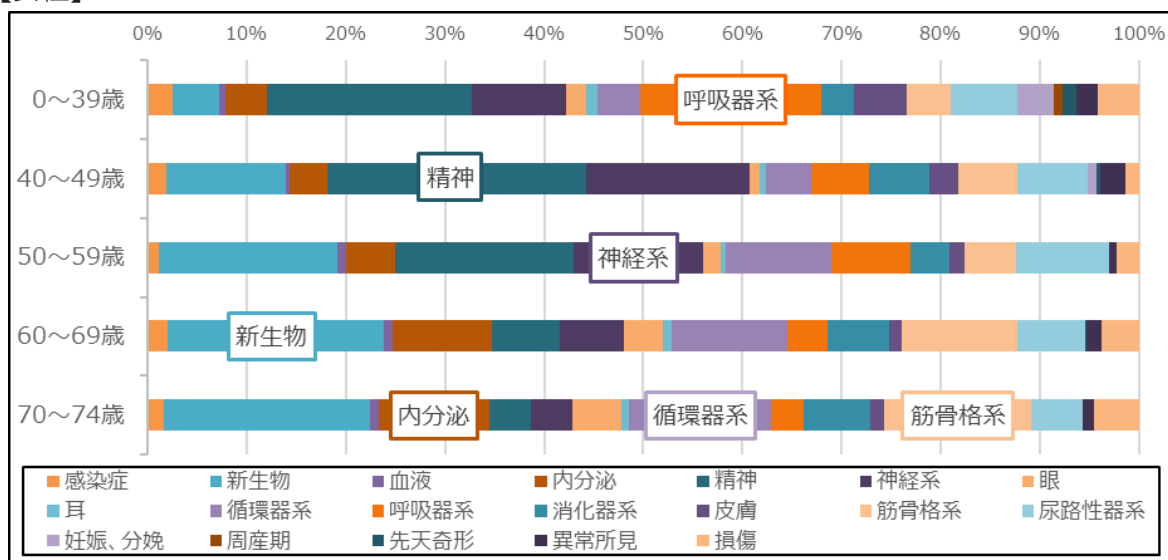
年代別にみると男性で60歳代から女性で50歳代から「がん」及び「循環器疾患」の医療費割合が増加しています。59歳以下では「精神疾患」の割合が高い状況です。

【男性】



年齢階層	1位	2位	3位	4位	5位
0～39歳	精神	呼吸器系	神経系	皮膚	消化器系
40～49歳	精神	神経系	循環器系	尿路性病系	呼吸器系
50～59歳	精神	尿路性病系	神経系	循環器系	内分泌
60～69歳	新生物	循環器系	尿路性病系	神経系	内分泌
70～74歳	新生物	循環器系	内分泌	尿路性病系	消化器系

【女性】



年齢階層	1位	2位	3位	4位	5位
0～39歳	精神	呼吸器系	神経系	尿路性病系	皮膚
40～49歳	精神	神経系	新生物	尿路性病系	消化器系
50～59歳	精神	新生物	神経系	循環器系	尿路性病系
60～69歳	新生物	循環器系	筋骨格系	内分泌	尿路性病系
70～74歳	新生物	筋骨格系	循環器系	内分泌	消化器系

出典：KDBシステム 疾病別医療費(大分類)

III 健康・医療情報等の分析・分析に基づく健康課題の抽出

■ 疾病中分類別被保険者1人当たり医療費（令和2～4年度3年平均）

1人当たり入院医療費は男女ともに「がん」が上位となっており、「心疾患」「統合失調症等」女性の「骨折」が上位となっています。1人当たり外来医療費は男女ともに「糖尿病」が最も高く、「腎不全」は上位3位以内、「高血圧性疾患」は上位5位以内となっています。

・入院（医科）

【男性】

順位	疾病中分類	医療費
1	その他の悪性新生物<腫瘍>	19,387
2	その他の心疾患	13,406
3	その他の神経系の疾患	10,849
4	その他の呼吸器系の疾患	10,026
5	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	8,337
6	その他の消化器系の疾患	8,326
7	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	6,978
8	脳梗塞	6,924
9	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	5,839
10	虚血性心疾患	5,590

【女性】

(単位:円)

順位	疾病中分類	医療費
1	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	10,753
2	その他の悪性新生物<腫瘍>	8,484
3	骨折	7,242
4	その他の神経系の疾患	6,198
5	その他の心疾患	6,179
6	関節症	4,824
7	その他の呼吸器系の疾患	4,522
8	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	4,344
9	その他の消化器系の疾患	4,134
10	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	3,527

・外来（医科）

【男性】

順位	疾病中分類	医療費
1	糖尿病	22,798
2	腎不全	22,183
3	その他の悪性新生物<腫瘍>	17,181
4	その他の心疾患	12,987
5	高血圧性疾患	11,685
6	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	9,214
7	その他の消化器系の疾患	9,110
8	その他の神経系の疾患	6,069
9	脂質異常症	5,297
10	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	5,014

【女性】

順位	疾病中分類	医療費
1	糖尿病	15,656
2	高血圧性疾患	10,934
3	腎不全	10,847
4	乳房の悪性新生物<腫瘍>	9,965
5	その他の悪性新生物<腫瘍>	8,303
6	脂質異常症	8,002
7	その他の心疾患	7,632
8	炎症性多発性関節障害	6,474
9	その他の消化器系の疾患	6,328
10	その他の眼及び付属器の疾患	5,991

出典：KDBシステム 疾病別医療費(中分類)

■ 疾病中分類別1人当たり高額レセプト年間医療費（令和2～4年度3年平均）

・入院（医科）

【男性】

順位	疾病中分類	医療費
1	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	18,628
2	その他の心疾患	12,819
3	その他の神経系の疾患	10,436
4	その他の呼吸器系の疾患	9,711
5	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	8,024
6	その他の消化器系の疾患	7,374
7	気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	6,715
8	脳梗塞	6,608
9	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	5,819
10	腎不全	5,377

【女性】

（単位:円）

順位	疾病中分類	医療費
1	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	10,425
2	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	8,113
3	骨折	6,845
4	その他の心疾患	5,900
5	その他の神経系の疾患	5,893
6	関節症	4,682
7	その他の呼吸器系の疾患	4,357
8	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	4,019
9	その他の消化器系の疾患	3,628
10	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	3,523

・外来（医科）

【男性】

順位	疾病中分類	医療費
1	腎不全	20,312
2	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	11,260
3	気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	7,945
4	その他の心疾患	2,343
5	胃の悪性新生物＜腫瘍＞	2,208
6	その他の呼吸器系の疾患	2,077
7	白血病	2,039
8	その他の消化器系の疾患	1,853
9	肝及び肝内胆管の悪性新生物＜腫瘍＞	1,584
10	結腸の悪性新生物＜腫瘍＞	1,560

【女性】

順位	疾病中分類	医療費
1	腎不全	10,054
2	乳房の悪性新生物＜腫瘍＞	6,179
3	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	5,937
4	気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	4,674
5	その他の心疾患	2,706
6	炎症性多発性関節障害	1,564
7	白血病	1,416
8	結腸の悪性新生物＜腫瘍＞	996
9	喘息	632
10	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	540

出典：KDBシステム 基準金額以上（30万円以上）となったレセプト一覧

III 健康・医療情報等の分析・分析に基づく健康課題の抽出

■ 疾病中分類別200万円以上の高額レセプト件数（令和2～4年度3年平均）

1件の医療費が200万円以上の高額レセプトを疾病中分類別に見ると、心疾患やがん等の生活習慣病に起因する疾患と、脊柱障害、骨折や関節症等の骨に関する疾患が多くなっています。

順位	疾病中分類	件数
1	その他の心疾患	65件
2	その他の悪性新生物〈腫瘍〉	34件
3	虚血性心疾患	18件
4	脊柱障害（脊椎症を含む）	12件
5	骨折	10件
6	白血病	9件
6	関節症	9件
6	気管、気管支及び肺の悪性新生物〈腫瘍〉	9件
6	その他の脊柱障害	9件
10	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物〈腫瘍〉	8件

医療費で比較すると、脊柱障害、骨折や関節症等の骨に関する疾患よりも循環器系の疾患が上位になっています。

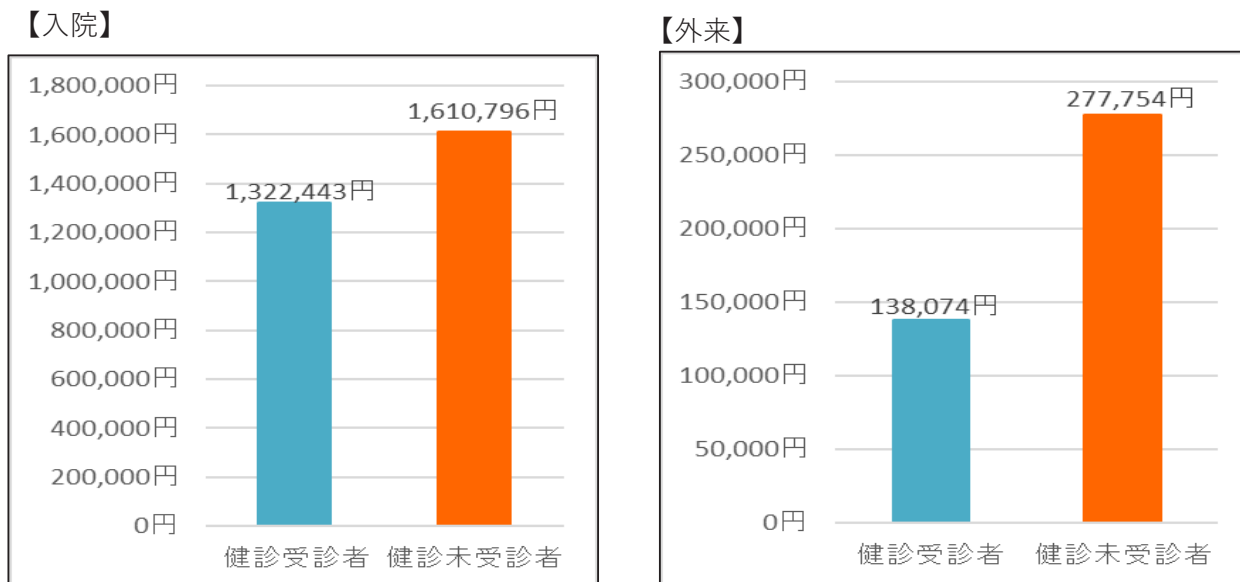
順位	疾病中分類	医療費
1	その他の心疾患	221,061,873円
2	その他の悪性新生物〈腫瘍〉	98,787,087円
3	虚血性心疾患	54,473,927円
4	その他の循環器系疾患	35,801,017円
5	悪性リンパ腫	30,496,500円
6	脊柱障害（脊椎症を含む）	30,490,790円
7	骨折	28,765,207円
8	白血病	25,190,747円
9	その他の脊柱障害	23,414,283円
10	関節症	20,861,820円

出典：KDBシステム 基準金額以上（200万円以上）となったレセプト一覧

(3) 特定健診受診状況ごとの医療費分析

■ 健診受診状況別 患者1人当たりの生活習慣病医療費（令和4年度）

生活習慣病の患者だけに限定した場合、健診受診者と未受診者とは、1人当たりの医療費に差があり、未受診者は重症化している状況が見られます。

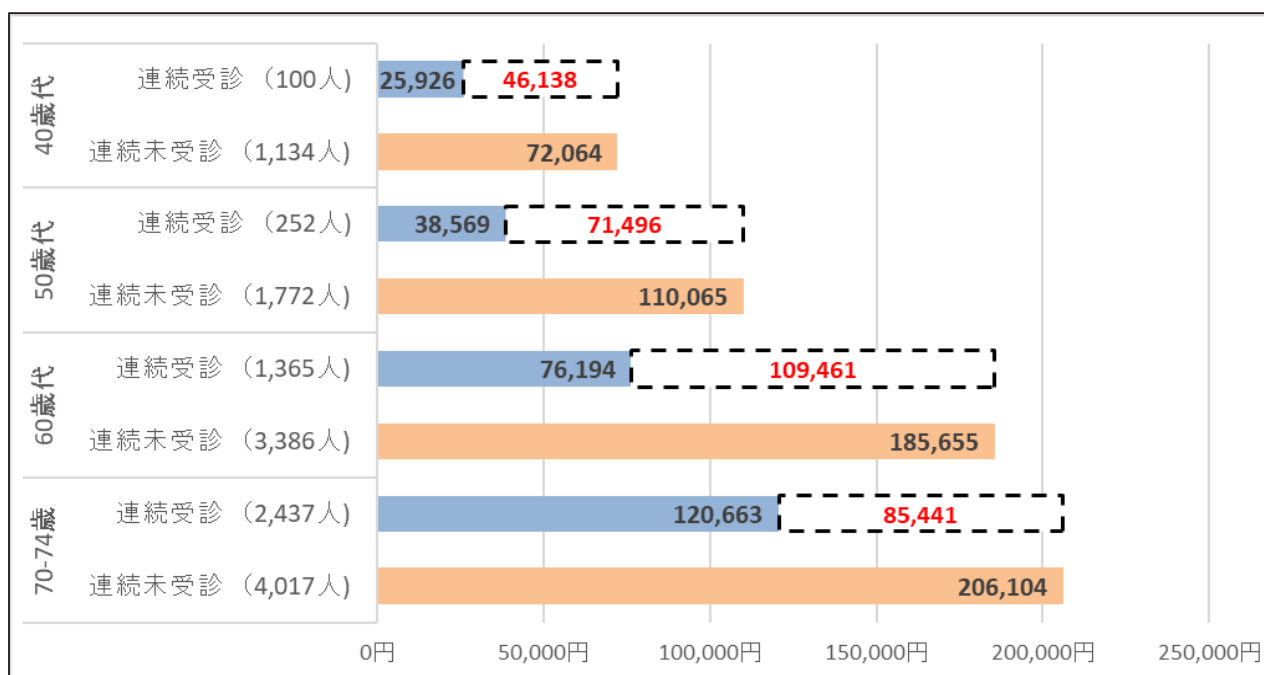


※令和4年度の健診受診状況ごとに令和4年度の生活習慣病医療費を比較

出典：KDBシステム突合CSVデータ

■ 特定健康診査受診状況別 被保険者1人当たりの生活習慣病医療費

特定健康診査を3年連続受診している者と3年連続受診していない者を比較すると、その後の医療費において、大きな差が出ています。男女ともに、生活習慣病に関する医療費が受診者と未受診者とは1.5倍以上の差があり、特定健康診査の受診が生活習慣病の発見や重症化予防に大きな効果があると考えられます。



出典：KDBシステム突合CSVデータ

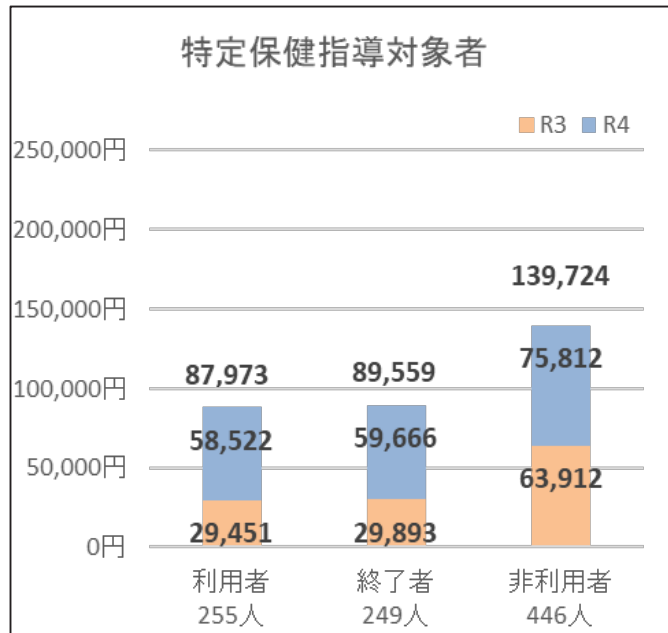
※令和元～3年度までの健診受診状況別の令和4年度の医療費で比較

※医療費は、血圧、血糖、脂質に関する服薬がある医科、調剤のレセプトを集計

(4) 特定保健指導利用状況ごとの医療費

■ 令和元年度特定保健指導対象者における1人当たり生活習慣病医療費の比較

特定保健指導の利用者及び終了者と非利用者のその後の医療費を比較すると、利用者及び終了者の医療費は非利用者に比べて約5万円低く、特定保健指導が生活習慣病の重症化予防への効果を示しています。

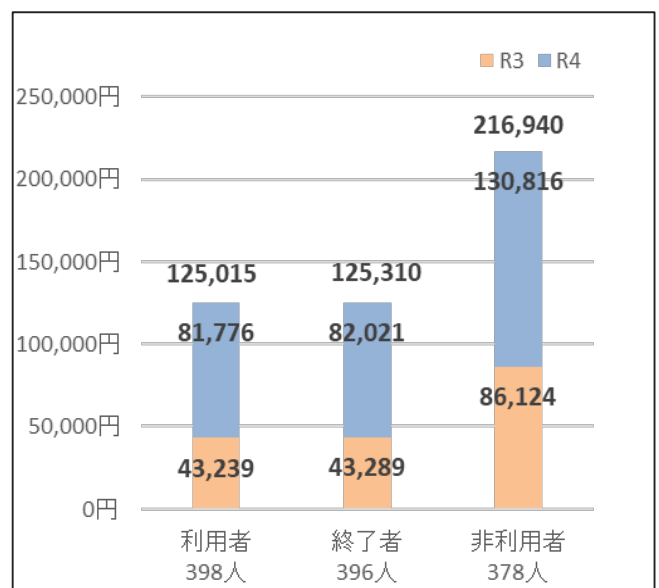
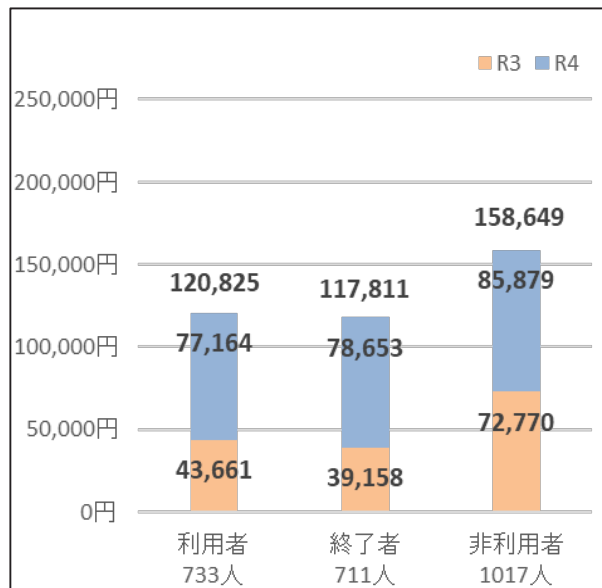


出典：KDBシステム突合CSVデータ

■ 平成30～令和3年度特定保健指導対象者における1人当たり生活習慣病医療費の比較

特に70歳以上に限定した際に、より大きな差が生じており、医療を受診する機会が多くなる高齢者においても効果を示唆しています。

<再掲：70歳以上の被保険者のみで比較>



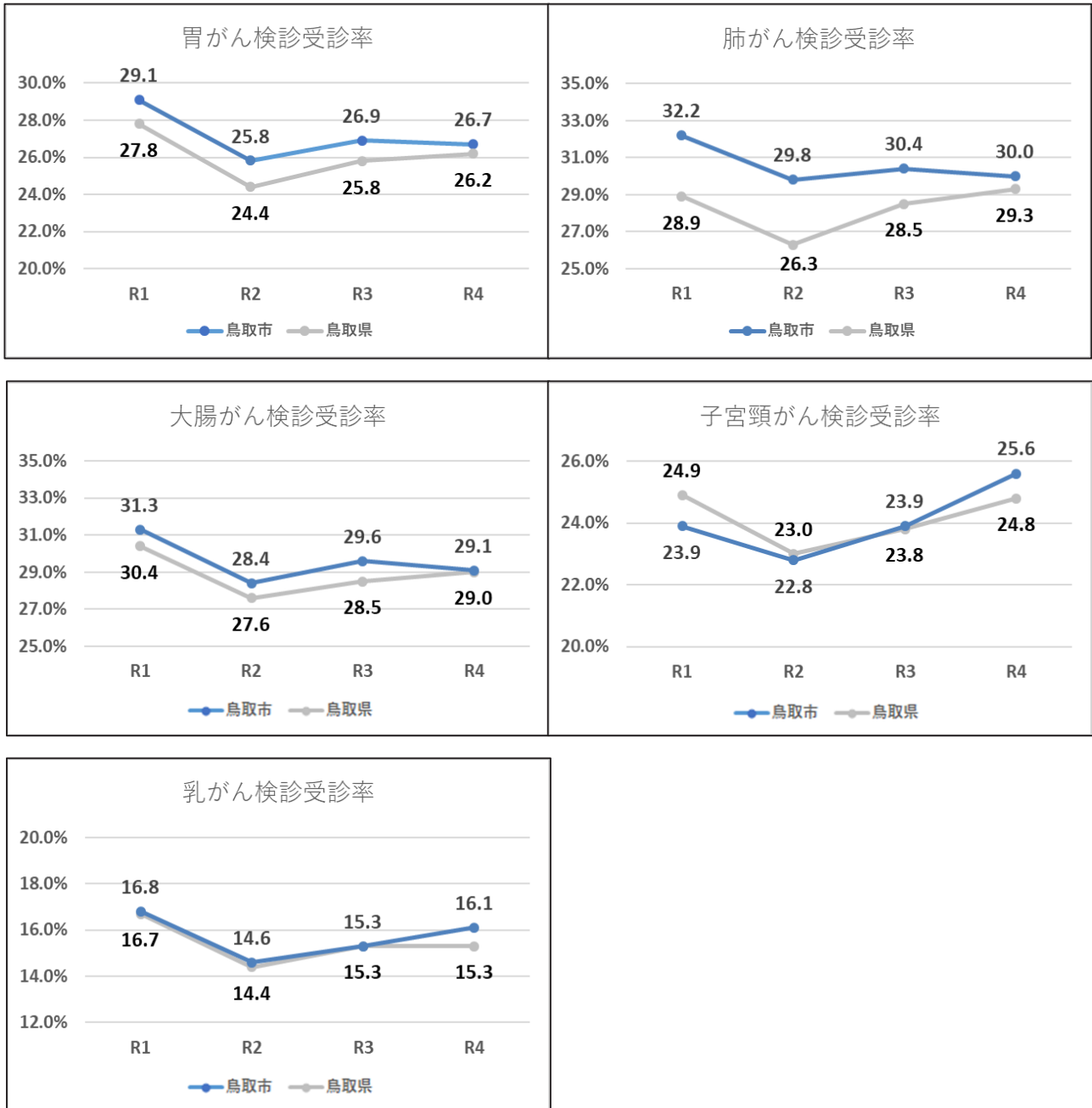
出典：KDBシステム突合CSVデータ

4 がんの状況

(1) がん検診受診率と受診による早期発見状況の分析

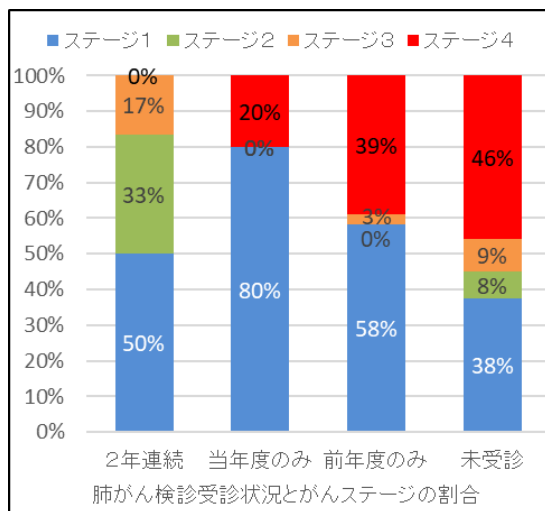
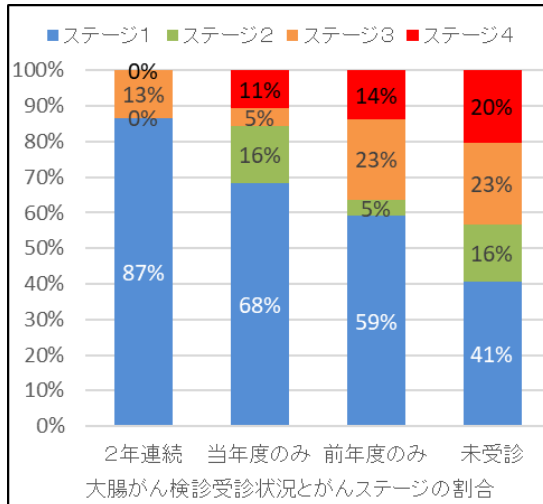
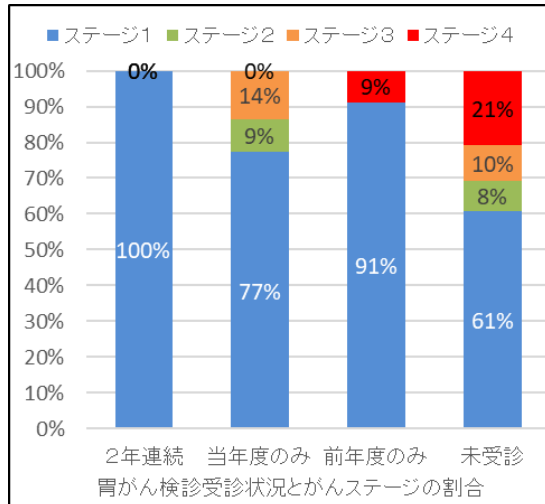
■ 各種がん検診の受診率の推移

各種がん検診においては、概ね県と同水準の受診率で推移していますが、子宮頸がん検診を除き令和元年度の受診率より低くなっています。



■ 検診受診状況別がん発見時のステージ割合

がん検診の受診状況別にごがん発見時のステージを分析すると、ほとんどの健診でステージ3以上（オレンジ及び赤）で発見される者の割合が、2年連続受診<当年度のみ受診<前年度のみ受診<未受診の順に多くなっており、がん検診受診により早期発見に繋げる効果を示しています。



出典：鳥取県健康政策課提供資料

※ がん検診受診状況とがんステージの割合については、鳥取市を含む県内6市町のがん検診データ（H30、R元）とがん登録データ（R元）を突合して分析したものである。なお、国保または後期の被保険者のみを集計対象としている。

5 特定健康診査の状況

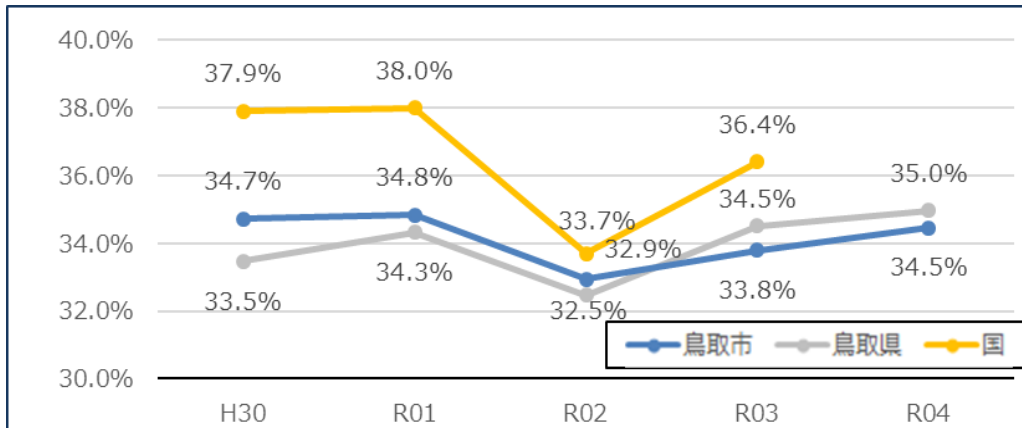
(1) 特定健康診査の実施率の推移

特定健康診査の実施率は横ばいで推移しており、国や県の実施率と比較すると、国よりはやや低く県とほぼ同水準でした。

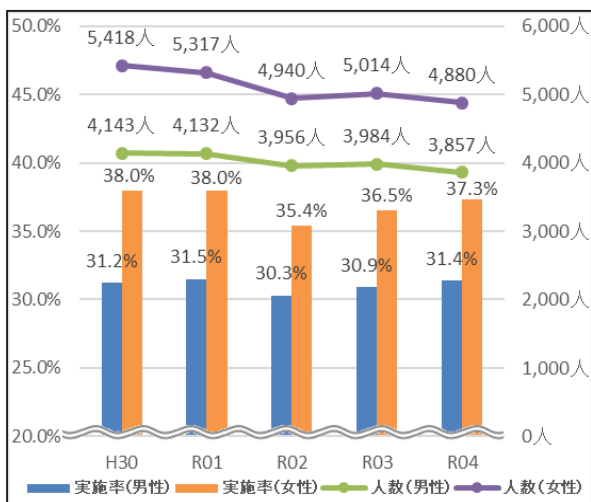
男女別では男女ともに横ばいを推移していますが、女性の方が高く、年齢階層別では40～50歳代の実施率が低い状況にあります。

■ 特定健康診査の受診者数と実施率

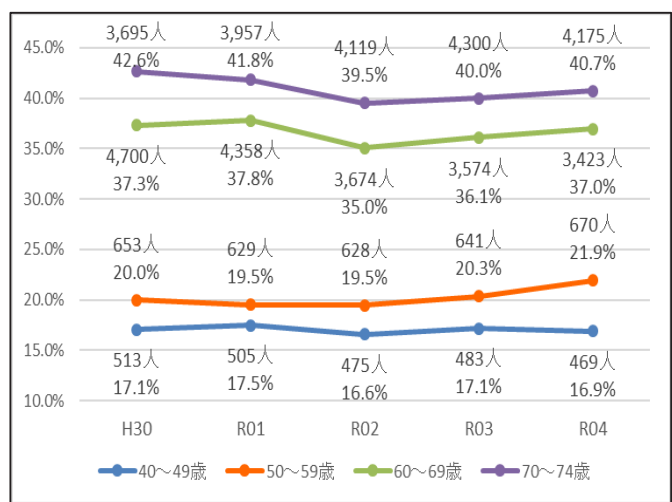
年度	対象者数	受診者数		(参考) 県実施率	(参考) 国実施率
		受診者数	実施率		
H30	27,531人	9,561人	34.7%	33.5%	37.9%
R01	27,124人	9,449人	34.8%	34.3%	38.0%
R02	27,005人	8,896人	32.9%	32.5%	33.7%
R03	26,625人	8,998人	33.8%	33.8%	36.4%
R04	25,352人	8,737人	34.5%	35.0%	—



■ 特定健康診査実施率と実施人数 (男女別)



■ 特定健康診査実施率 (年齢階層別)



出典：特定健診データ管理システム 法定報告資料

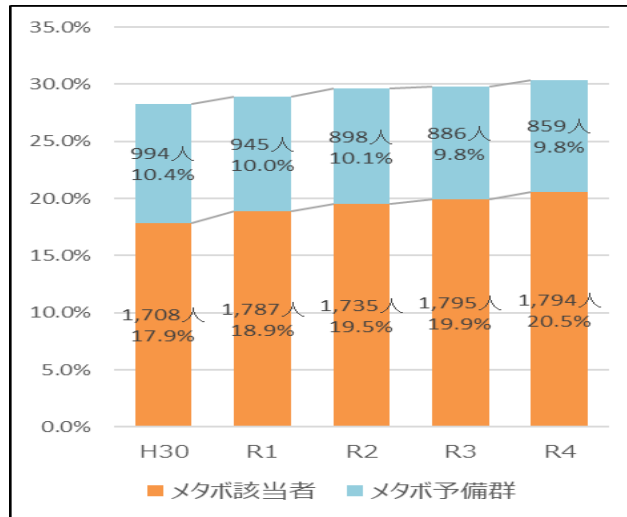
III 健康・医療情報等の分析・分析に基づく健康課題の抽出

(2) 特定健康診査結果の状況

①メタボリックシンドローム及び肥満の状況

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合は増加傾向にあり、男女別で見ると、男性が女性の約2.5倍の人数で推移しています。また、肥満の割合は横ばいで推移しています。

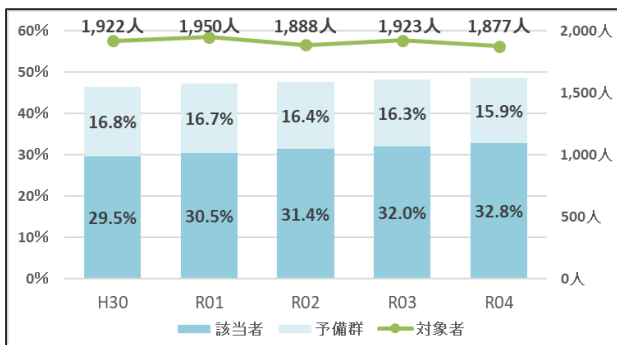
■ メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合



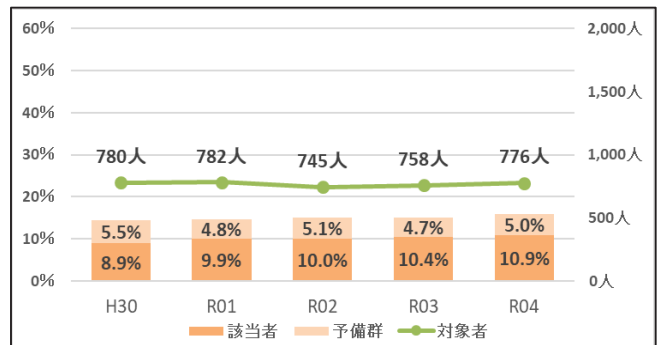
出典：特定健診データ管理システム 法定報告資料

■ 男女別メタボリックシンドローム該当者及び予備群割合の推移

【男性】

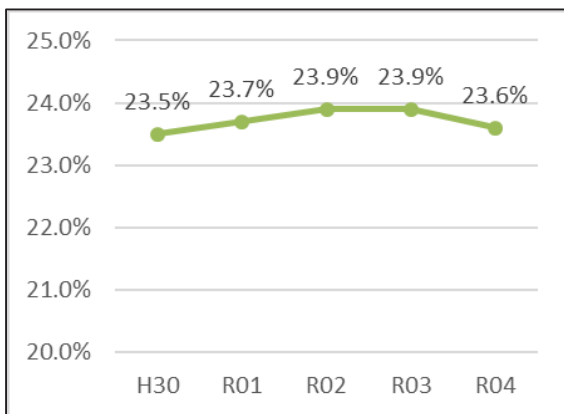


【女性】



出典：特定健診データ管理システム 法定報告資料

■ 肥満割合 (BMI25以上) の推移



【用語の解説】

○メタボリックシンドロームの基準

腹囲が男85cm以上、女90cm以上で、①～③のリスクが2つ以上該当する者を該当者とし、1つ該当する者を予備群とする。

- ①空腹時血糖が110mg/dl以上
(空腹時血糖値が存在しない場合はHbA1c6.0以上)
(両方とも数値が存在しない場合は随時血糖が110mg/dl以上)
または糖尿病の服薬あり
- ②脂質が中性脂肪150mg/dl以上
またはHDLコレステロール40mg/dl未満
または脂質異常症の服薬あり
- ③血圧が収縮期130mmHg以上または拡張期85mmHg以上
または高血圧症の服薬あり

②有所見者の状況

有所見者割合では、男女ともに血糖の有所見者が国と比較して非常に高い。次いで、男性はALT（GTP）、女性は拡張期血圧が高い状況です。

■ 特定健康診査検査項目の有所見者割合（保健指導判定値以上）（令和2～4年度の3年平均）

【男性】

【女性】

検査項目	有所見者割合	標準化比	検査項目	有所見者割合	標準化比
収縮期血圧	54.4%	*102.7	LDLコレステロール	56.2%	99.6
腹囲	52.4%	*93.5	収縮期血圧	52.2%	*107.0
LDLコレステロール	46.3%	100.4	HbA1c	36.9%	*63.3
血糖	43.1%	*133.8	血糖	29.9%	*144.4
HbA1c	41.0%	*68.8	BMI	19.8%	*89.9
BMI	28.7%	*85.5	拡張期血圧	19.8%	*115.0
拡張期血圧	26.2%	102.7	腹囲	16.8%	*85.7
中性脂肪	25.3%	*90.0	中性脂肪	14.9%	*90.4
ALT(GPT)	23.3%	*111.3	ALT(GPT)	10.4%	*109.9
尿酸	13.3%	102.8	尿酸	1.8%	94.8
HDLコレステロール	6.5%	*88.8	HDLコレステロール	1.1%	*84.6
クレアチニン	2.3%	*83.5	クレアチニン	0.2%	69.2

同一の者が複数の項目に該当している場合は、どちらの項目にもカウントされている。 出典：KDBシステム 介入支援対象者一覧表
*が付記された標準化比は、基準（国）に比べて有意な差である（偶然性が低い）ことを示す。

有所見者の基準

- 【血糖】 空腹時血糖100以上またはHbA1c5.6以上
- 【血圧】 収縮期血圧130mmHg以上または拡張期血圧85mmHg以上
- 【脂質】 中性脂肪150以上またはHDLコレステロール40以下またはLDLコレステロール120以上
- 【BMI】 25以上
- 【肝機能】 AST31以上またはALT31以上またはγ-GT51以上
- 【尿酸】 7.0mg/dl以上

■ 血圧・血糖・脂質の有所見者及び予備群の割合（令和4年度）

項目	割合	該当者推計※	条件	
血圧	有所見者	54.9%	15,212人	収縮期血圧140以上又は拡張期血圧90以上の者 又は高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者
	予備群	12.7%	3,519人	収縮期血圧130以上140未満又は拡張期血圧85以上90未満で高血圧症の治療に係る薬剤を服用していない者
血糖	有所見者	14.1%	3,907人	HbA1c6.5以上の者 または糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者
	予備群	14.8%	4,101人	HbA1c6.0以上6.5未満の者で糖尿病の治療に係る薬剤を服用していない者
脂質	有所見者	52.6%	14,574人	LDLコレステロールが140以上の者 または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者

※有所見者の推計は、鳥取市国保の令和4年度末の40～74歳の被保険者数（27,708人）に有所見者割合を乗じた人数

III 健康・医療情報等の分析・分析に基づく健康課題の抽出

③質問票の状況

質問票の結果からは、男女ともに運動習慣がある者が少なく、さらに男性は咀嚼に課題がある者が多く、女性は3食以外の間食を毎日摂る者が多い状況でした。

■ 標準的な質問票による生活習慣の状況（令和2～4年度の3年平均）

特定健診の質問票		男性		女性	
		割合	標準化比	割合	標準化比
喫煙	喫煙	20.5%	96.6	2.9%	*56.0
体重変化	20歳時体重から10kg以上増加	41.6%	*94.1	26.0%	*96.1
運動	1回30分以上の運動習慣なし	58.2%	*104.4	64.8%	*107.0
	1日1時間以上運動なし	58.9%	*122.7	63.3%	*133.5
	歩行速度遅い	55.2%	*112.1	56.4%	*112.5
食習慣	食べる速度が速い	31.6%	*105.6	27.3%	*115.5
	食べる速度が普通	60.2%	*96.9	64.8%	*94.3
	食べる速度が遅い	8.2%	103.6	7.9%	102.9
	週3回以上就寝前夕食	18.8%	96.5	9.8%	97.3
	週3回以上朝食を抜く	8.6%	*80.5	4.9%	*75.1
飲酒	毎日飲酒	46.4%	*107.9	9.8%	*87.9
	時々飲酒	21.0%	*92.8	17.6%	*83.1
	飲まない	32.6%	*94.8	72.6%	*107.3
	1日飲酒量（1合未満）	46.5%	97.9	87.8%	*103.7
	1日飲酒量（1～2合）	35.3%	103.3	9.6%	*78.6
	1日飲酒量（2～3合）	14.9%	102.1	2.1%	*83.3
	1日飲酒量（3合以上）	3.3%	*88.6	0.5%	82.2
睡眠	睡眠不足	23.6%	*109.4	28.2%	*110.5
口腔機能	咀嚼_何でも	74.9%	*97.7	80.5%	100.4
	咀嚼_かみにくい	23.7%	*106.7	19.1%	98.8
	咀嚼_ほとんどかめない	1.5%	*120.9	0.4%	87.3
食習慣	3食以外間食_毎日	14.8%	*107.5	32.1%	*122.1
	3食以外間食_時々	54.5%	*96.7	54.4%	*92.4
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	30.7%	102.9	13.5%	*91.2

(参考) その他の健康課題に係る目標

出典：KDBシステム 質問票の状況

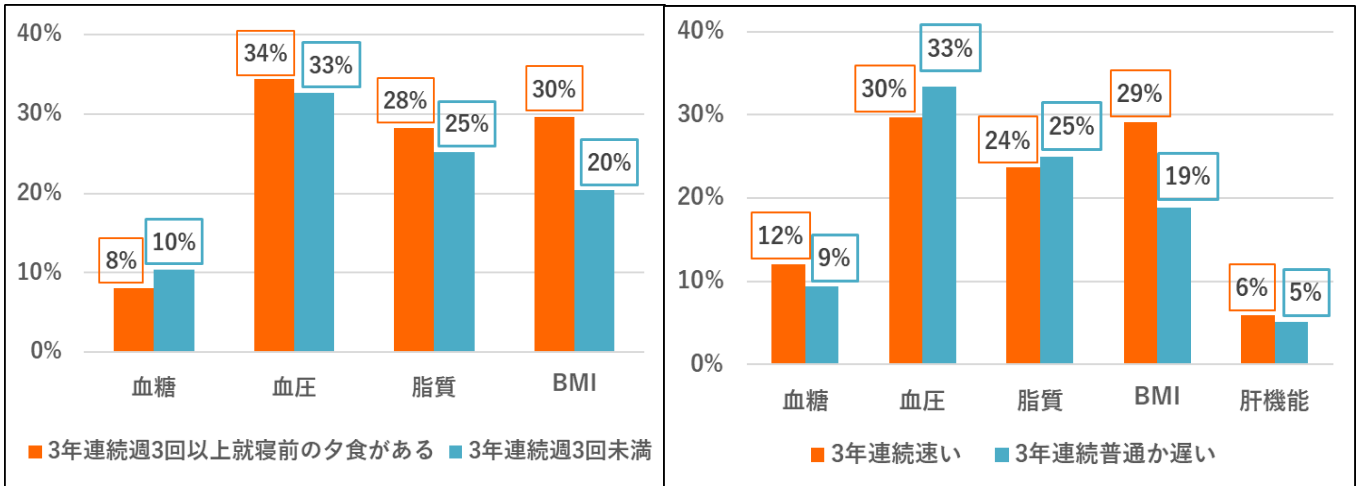
評価指標			R2現状	R7目標値
喫煙	成人の喫煙者の割合	男	24.1%	20%以下
		女	4.0%	3%以下
	家庭内で喫煙場所は屋内の場合		54.1%	40%以下
飲酒	生活習慣病のリスクを高める量を毎日飲酒している者の全体に占める割合	男	11.0%	10%以下
		女	5.8%	3%以下
歯と口の健康	過去1年間に歯の健診を受けている成人の割合		—	45%以上
	かかりつけの歯科医を持つ人の割合		78.0%	80%以上
	80歳代で20本以上、自分の歯がある人の割合		12.5%	25%以上
	60歳代で24本以上、自分の歯がある人の割合		36.5%	50%以上
休養・こころの健康	睡眠による休養が取れている人の割合		77.4%	80%以上
身体活動・運動	運動習慣のある人の割合		17.9%	25%以上
	ウォーキングをしている人の割合		47.6%	50%以上

「第4期鳥取市健康づくり計画 とっとり市民元気プラン2021」より

④生活習慣と特定健康診査有所見者の相関

特定健康診査質問票で回答した生活習慣と健診の有所見者割合を比較すると、3年連続で「週3回以上就寝前に夕食を食べる」と回答した者は、3年連続で「週3回未満」と回答した者と比べて血圧・脂質・BMIの項目で有所見者割合が高い傾向にあります。食べる速さで比較すると、3年連続で「早い」と回答した者は、血糖・BMIにおいて「遅い」と回答した者よりも高い有所見率であることがわかります。また、飲酒習慣における比較では、3年連続2合以上の飲酒習慣があると回答した者は、血糖・血圧・BMI・肝機能・尿酸において3年連続1合未満の者よりも高い有所見率が見られました。同様に有病状況を比較すると、特に痛風・高尿酸血症の有病状況に大きな差が見られました。

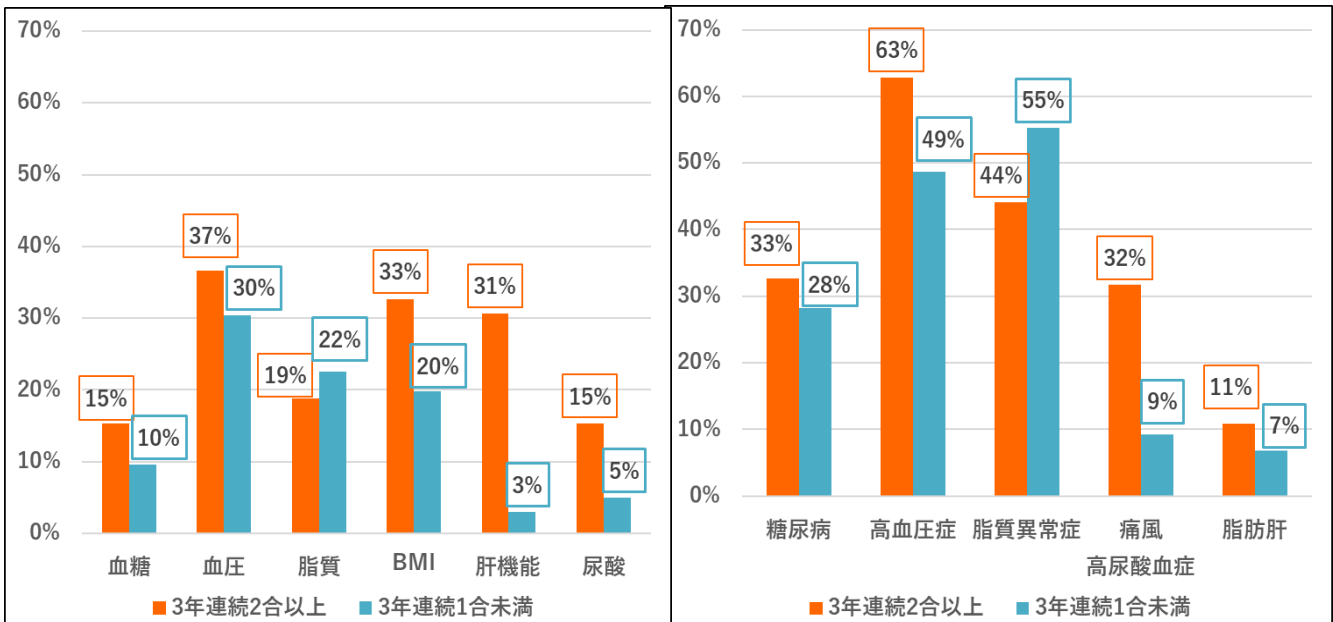
■ 食習慣の回答状況と有所見者の割合



※令和2～4年度まで3年間連続で健診を受診した者の令和4年度の健診結果で比較

出典：KDBシステム 介入支援対象者一覧表

■ 飲酒習慣の回答状況と有所見者及び有病者の割合



※令和2～4年度まで3年間連続で健診を受診した者の令和4年度の健診結果及び有病状況で比較

出典：KDBシステム 突合CSVデータ

III 健康・医療情報等の分析・分析に基づく健康課題の抽出

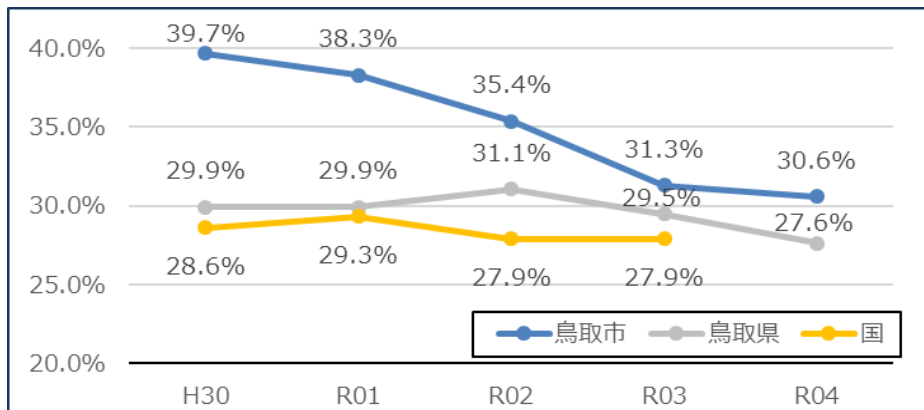
6 特定保健指導の状況

(1) 特定保健指導の実施率の推移

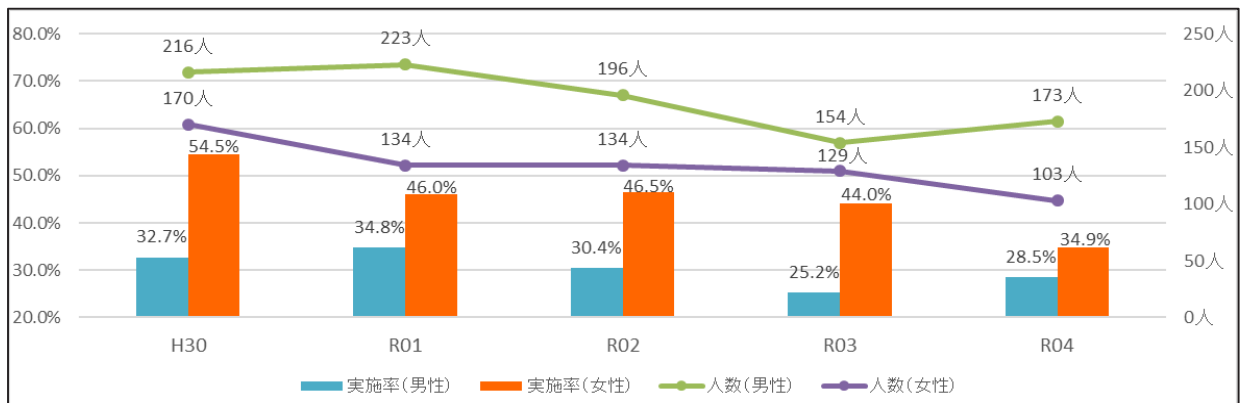
特定保健指導の実施率は、経年的に減少していますが国や県と比べると高く、男女別にみると男性の方が実施者数は多いが実施率は低い状況です。また、支援種別では、動機付け支援が経年的減少し、積極的支援は横ばいを推移しているものの、依然実施率15%前後と低い状況です。

■ 特定保健指導の実施者数と実施率

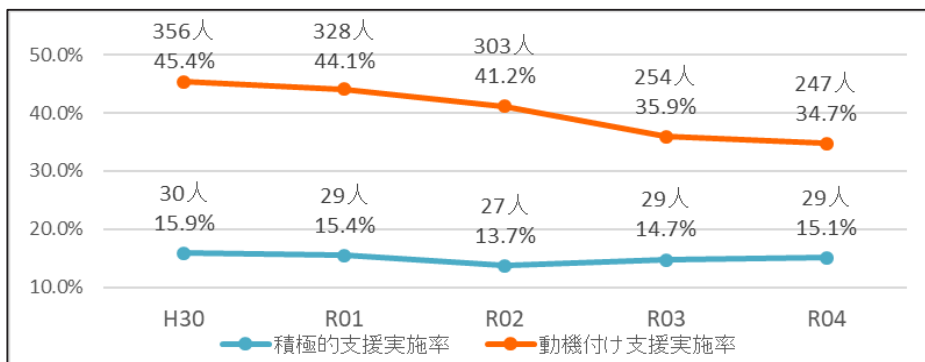
年度	対象者数	実施者数		(参考) 県実施率	(参考) 国実施率
		実施者数	実施率		
H30	973人	386人	39.7%	29.9%	28.6%
R01	932人	357人	38.3%	29.9%	29.3%
R02	933人	330人	35.4%	31.1%	27.9%
R03	904人	283人	31.3%	29.5%	27.9%
R04	903人	276人	30.6%	27.6%	—



■ 特定保健指導実施率（男女別）



■ 特定保健指導実施率（支援種別）

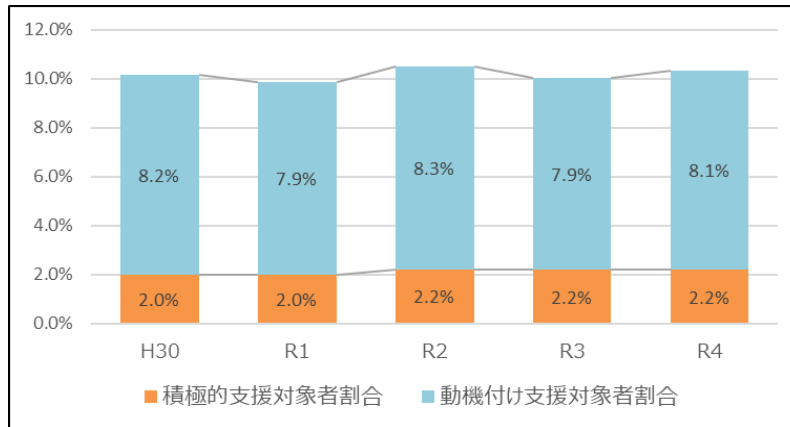


出典：特定健診データ管理システム 法定報告資料

(2) 特定保健指導対象者の割合（発生率）

特定保健指導対象者の発生率は10%以下を目指していましたが、令和元年度しか達成できませんでした。

■ 特定保健指導対象者の割合



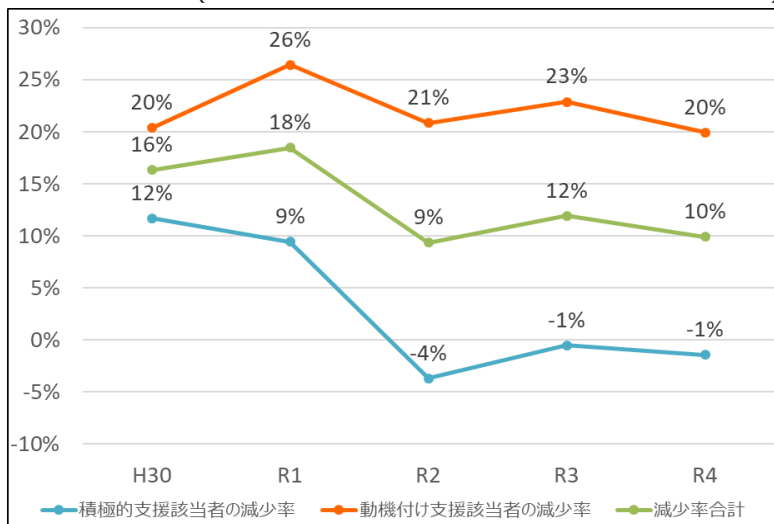
(3) 特定保健指導対象者の減少率

平成20年度の保健指導対象者数を基準として比較すると平成30年度から令和4年度までは毎年基準より低く推移しており、特に動機付け支援該当者は基準より20%以上減少しています。

■ 特定保健指導対象者の減少率

区分	H30	R1	R2	R3	R4
積極的支援該当者の減少率	12%	9%	-4%	-1%	-1%
動機付け支援該当者の減少率	20%	26%	21%	23%	20%
減少率合計	16%	18%	9%	12%	10%
(当該年度) 積極的支援該当者	189人	188人	197人	197人	192人
(当該年度) 動機付け支援該当者	784人	744人	736人	707人	711人
当該年度合計	973人	932人	933人	904人	903人

※基準値：平成20年度(積極的支援該当者:212人動機付け支援該当者:675人)



出典：特定健診データ管理システム 法定報告資料

【解説】

○減少率の算出方法

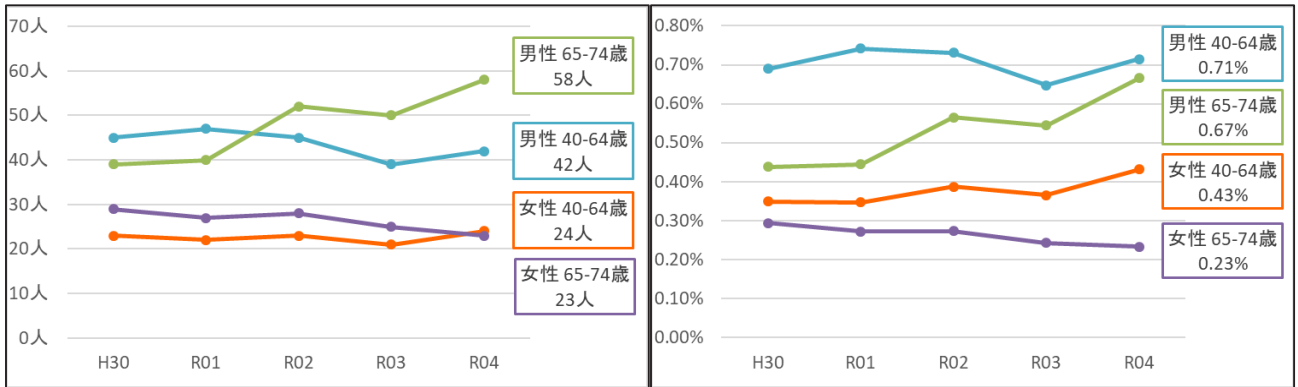
平成20年度の積極的支援および動機付け支援を基準とし、保健指導対象者の減少率を表示している。ただし、男女や年齢構成の違いの影響を少なくするため、男女別・年齢階層別（5歳刻み）の補正を行ったうえで減少率を算出している。

7 人工透析の状況

(1) 人工透析患者数の状況

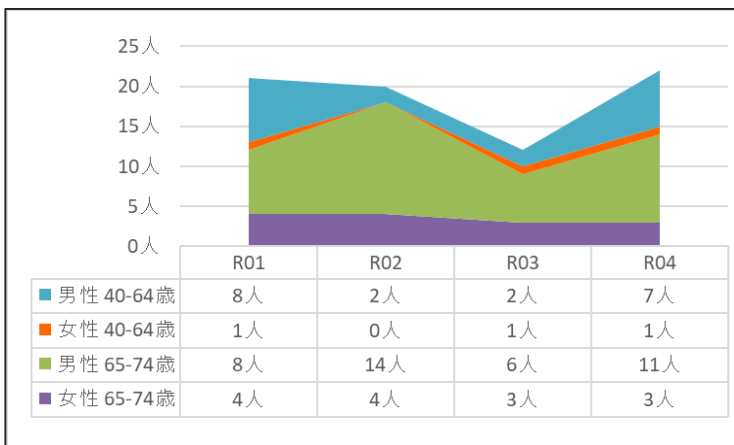
人工透析患者数は男性の方が多く推移しており、65歳～74歳が最も多く、令和3年度から令和4年度にかけての伸び率が上がっている状況です。被保険者に占める患者割合では、40歳～64歳の割合が最も高く、若年層からの対策の重要性を示しています。また、新規人工透析患者は、特に男性で多く発生しており、年齢を問わず、特に男性への対策が重要であることが考えられます。

■ 人工透析患者数と被保険者に占める割合の推移



出典：KDBシステム 介入支援対象者一覧表

■ 新規人工透析患者の推移



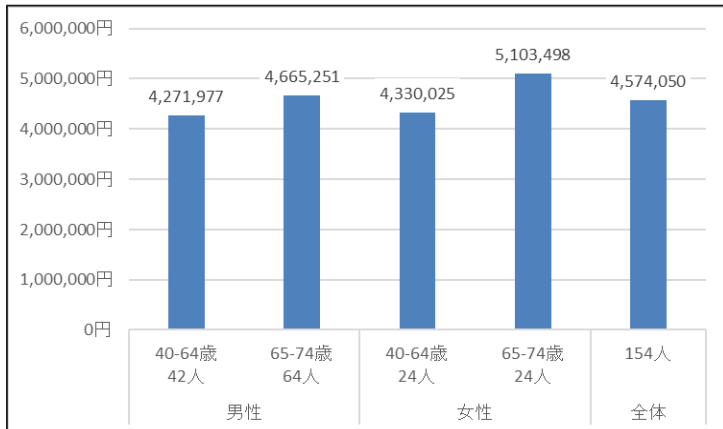
※前年度に国保加入歴があるが、人工透析レセプトがない者のうち、当該年度に人工透析レセプトが発生している者を新規人工透析患者としている。

出典：KDBシステム 介入支援対象者一覧表

(2) 人工透析医療費の状況（令和4年度）

人工透析患者1人当たりの年間医療費は、性別・年齢階層を問わず年間400万円以上の医療費がかかることから、1人でも透析導入を防ぐことで大きな効果となります。

■ 人工透析患者1人当たりの年間医療費（男女・年齢階層別）（令和4年度）



※人工透析にかかる医療費のみを集計

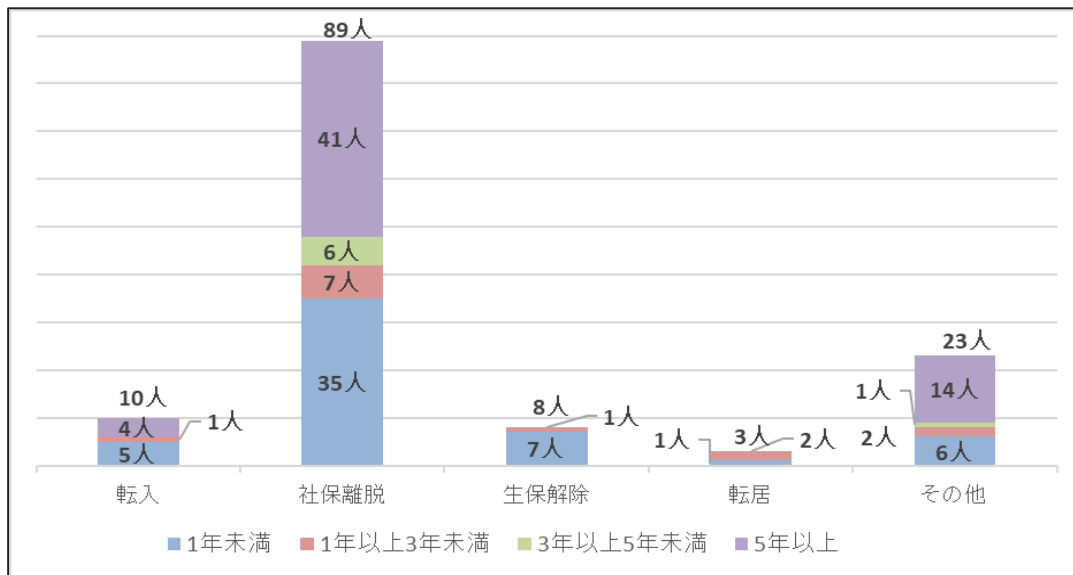
出典：KDBシステム 介入支援対象者一覧表

出典：KDBシステム 疾病別医療費（細小分類）

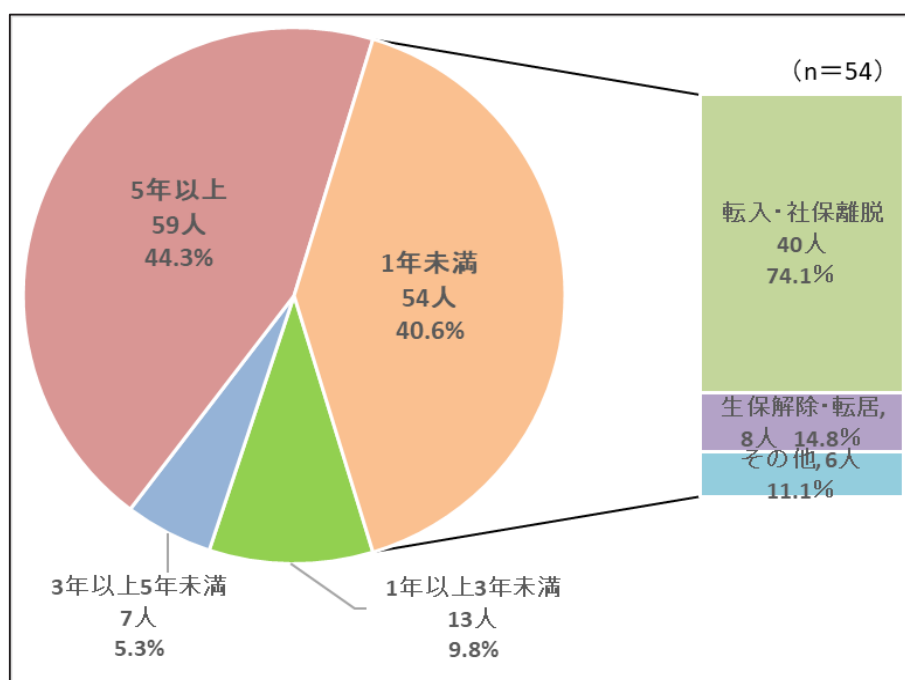
(3) 新規人工透析患者の国保加入期間

令和元年度から令和4年度までの間に新規で人工透析となった患者について、鳥取市国保の加入期間を集計したものです。全患者133人のうち、半分は国保加入から3年以内に人工透析になっています。また、特に1年以内に人工透析となった者も4割おり、その多くが転入や社保離脱で鳥取市国保に加入していることがわかります。

■ 国保取得事由別 人工透析開始年度時点の国保加入期間 (n=133)



■ 人工透析開始年度時点の国保加入期間別 国保取得事由 (n=133)



【新規人工透析患者の考え方】

前年度人工透析のレセプトがなく、当年度人工透析のレセプトがある者を抽出。ただし、社保のレセプトは把握できないため、社保の段階で人工透析になっている者も含まれる可能性がある。

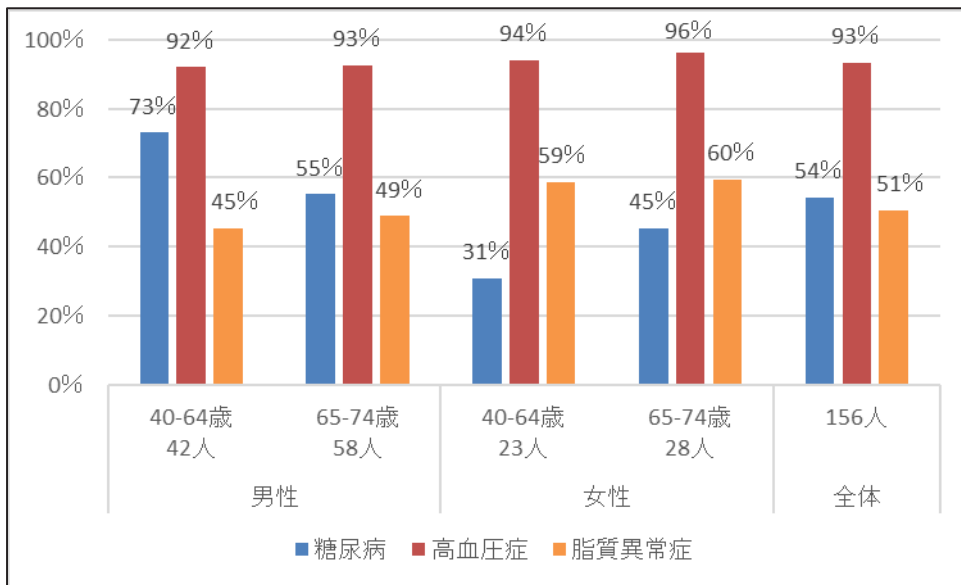
【加入期間の考え方】

新たに人工透析を開始した患者の直近の国保取得年月日から当該年度の末日までの期間を集計
 (例) R3年度中に人工透析になった患者の国保取得日がR2.4.1である場合の加入期間は2年

(4) 人工透析患者の有病状況

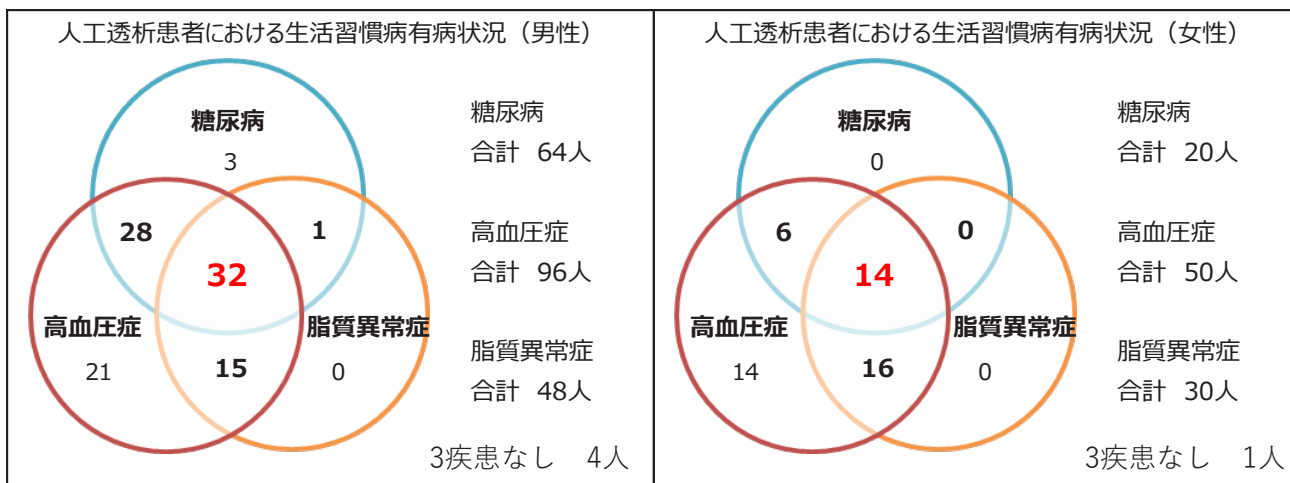
人工透析患者の有病状況を見ると、9割以上の患者が高血圧症を有しています。特に男性では糖尿病患者の割合も高く、併存状況を見ると、糖尿病単独の有病状況で人工透析を導入している患者はほとんど無く高血圧症との併存によりリスクが高まっていると思われます。糖尿病性腎症のみならず、高血圧性腎症から人工透析への移行を予防する対策が必要です。

■ 人工透析患者の有病状況（男女・年齢階層別、令和2～4年度3年平均）



※各人数は令和2～4年度の人数を平均しているため、全体の人数及びP.44の人数とは一致しない。

出典：KDBシステム 介入支援対象者一覧表



※令和2～4年度の平均男性患者数104人の集計

※令和2～4年度の平均女性患者数51人の集計

出典：KDBシステム 介入支援対象者一覧表

(5) CKD（慢性腎臓病）重症度分類による状況

令和2年度から令和4年度の健診結果を平均すると、毎年約9,500人が健診を受診し、そのうち30%弱の者がCKD重症度分類①以上（緑、黄、赤のゾーン）に該当しています。性別に見ると、男性の方が全体的に人数・割合が多い傾向にあり、65歳～74歳では40%近くが1期以上に該当しています。特に高血糖や高血圧を併存する者は、2期以上の割合も高くなり、生活習慣の改善や医療への確実な連携が重要となっています。

■ 特定健診結果によるCKD重症度分類の状況（令和2～4年度の平均人数）

全体		尿たんぱくステージ	A1	A2	A3		全体	男性	女性	
		たんぱく尿の目安	(-)	(±)	(+) 以上					
eGFR 区分 (mL/97/1.73m)	病期 ステージ	1期 ≥90	正常または高値	833	67	28	正常	6,773人	2,759人	4,013人
		2期 60～89	正常または軽度低下	5,939	516	231	重症度分類①	2,003人	982人	1,021人
		3期a 45～59	軽度～中等度低下	1,420	164	109	重症度分類②	540人	336人	204人
		3期b 30～44	中等度～高度低下	117	19	34	重症度分類③	181人	127人	54人
		4期 15～29	高度低下	9	2	8	重症度分類④	5人	2人	2人
		5期 <15	末期腎不全	1	1	3	合計	9,502人	4,207人	5,295人

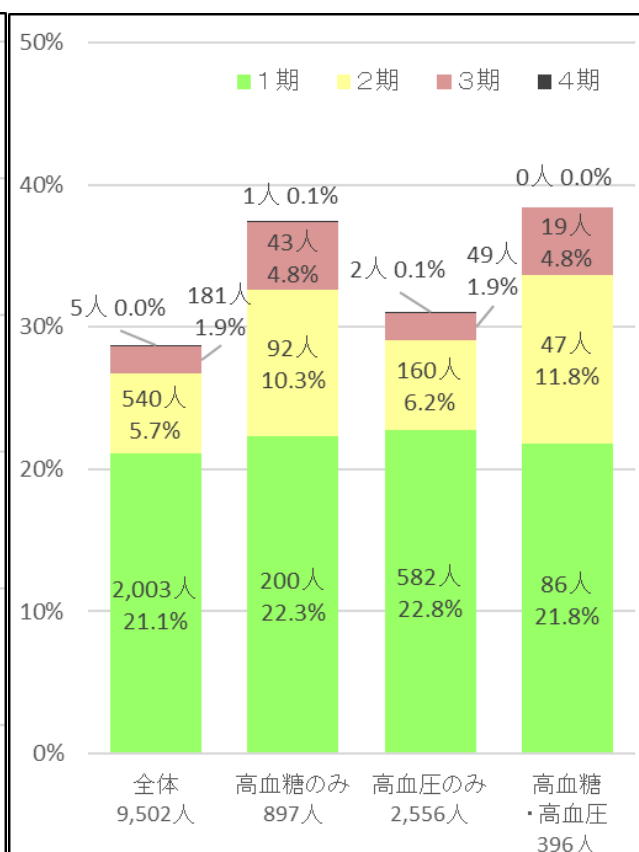
出典：KDBシステム 介入支援対象者一覧表

※各人数は令和2～4年度の人数を平均しているため、端数処理の影響で表内又は下表と人数が一致しない場合がある。

■ CKD重症度分類の状況
（男女・年齢階層別、令和2～4年度の平均人数）



■ 高血圧及び高血糖の状況別
CKD重症度分類（令和2～4年度の平均人数）



出典：KDBシステム 介入支援対象者一覧表

【用語の解説】

○CKD

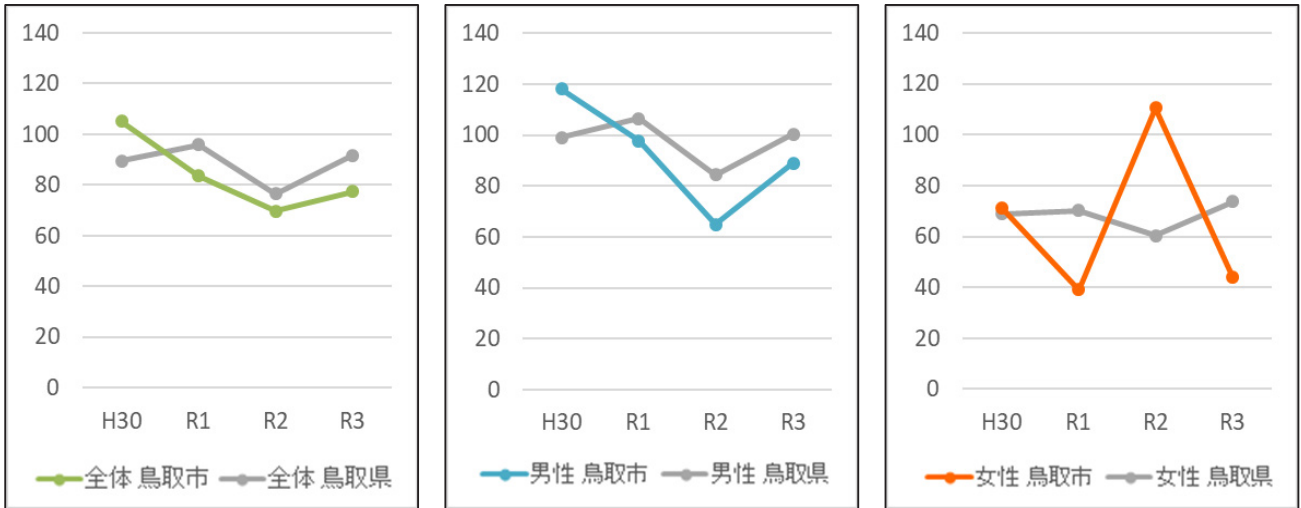
慢性に経過する腎臓病（慢性腎臓病）全般を指し、糖尿病や高血圧、加齢など様々な原因で腎臓の機能が低下してしまった状態。進行すると、人工透析や腎臓移植が必要になる場合がある。

8 COPD（慢性閉塞性肺疾患）・喫煙の状況

(1) COPDの標準化死亡比の推移

国を100とした場合のCOPD標準化死亡比は、平成30年度を最後に国を下回っている状況が続き、令和3年度は男女ともに県も下回っています。男性では平成30年度は120近い数値であったものが減少しており、女性は年度によって上下があるものの概ね低く推移しています。

■ COPD標準化死亡比



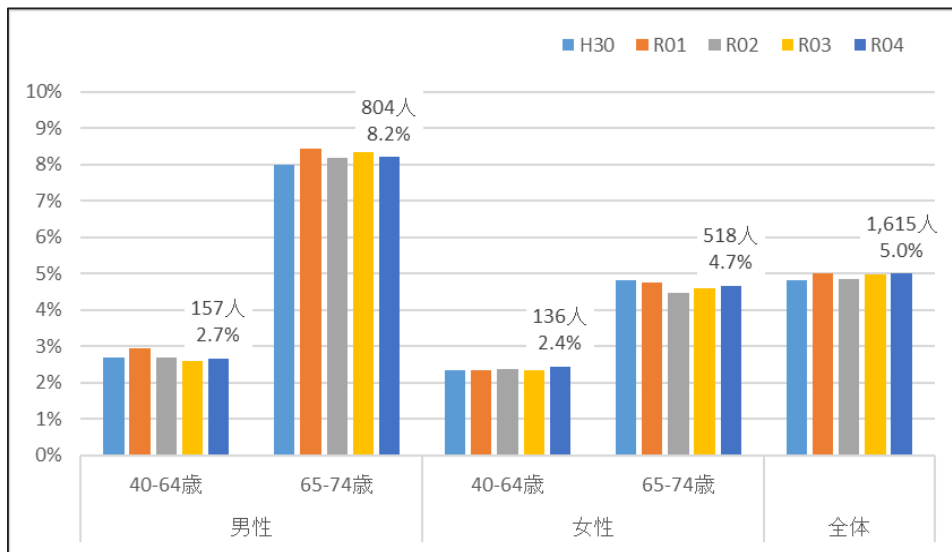
※国を100とした場合の比較（国保・後期に限らず全体で比較）

出典：鳥取県人口動態統計

(2) COPD患者数の推移

性別・年齢階層別の患者数は、男性のほうが多く、65歳を境に大きく増加しています。

■ COPD患者数の推移（男女・年齢階層別）



※国保被保険者で集計

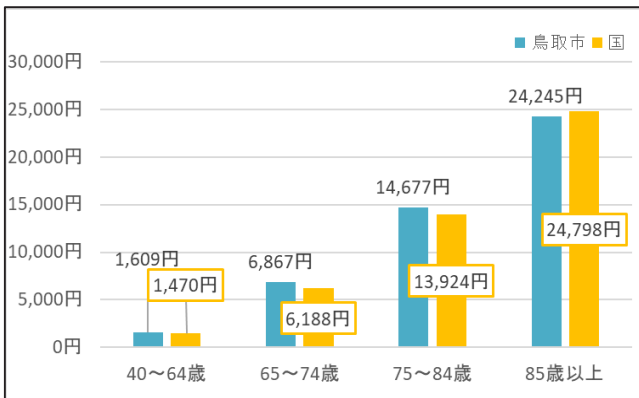
出典：KDBシステム 介入支援対象者一覧表

(3) COPD医療費

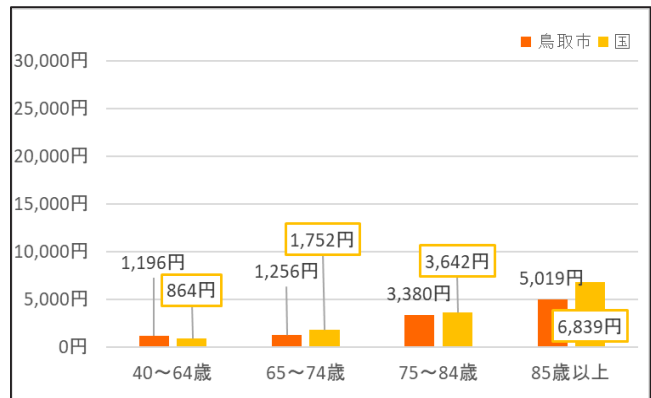
性別・年齢階層別1人当たり医療費では、男性のほうが高く、65歳以上を境に大きく増加しており、年齢が上がるごとに増加しています。また、COPD対策では、息切れなどの自覚症状があっても受診に繋がりにくいため、早期からの啓発を行うことや、禁煙対策など、疾患の予防をめざした取り組みが重要です。

■ 被保険者1人当たりCOPD医療費：男女・年齢階層別、国保・後期（令和2～4年度3年平均）

【男性】



【女性】



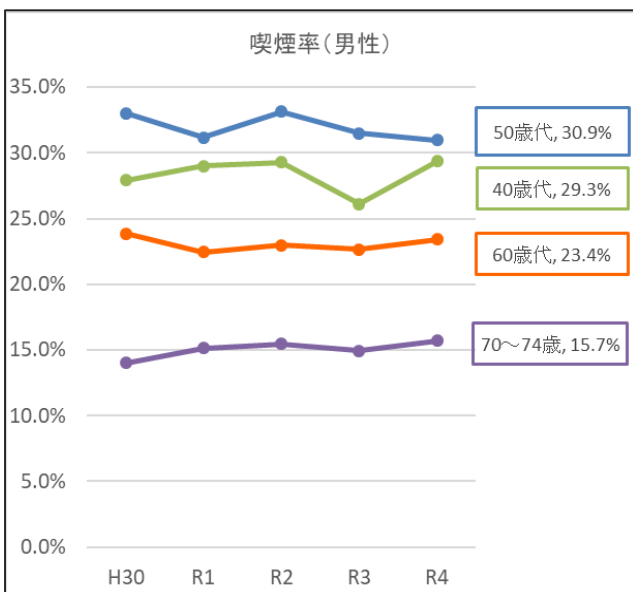
出典：KDBシステム 疾病別医療費（中分類）

(4) 喫煙率の状況

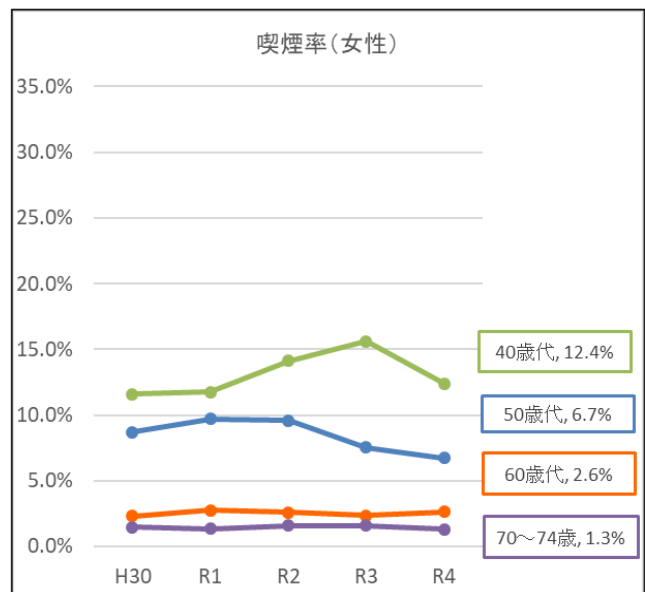
性別・年齢階層別の喫煙率では、男女ともに40歳代と50歳代が上位であるため、重点的なターゲットとなります。

■ 喫煙率の推移（男女・年齢階層別）

【男性】



【女性】



出典：KDBシステム 介入支援対象者一覧表

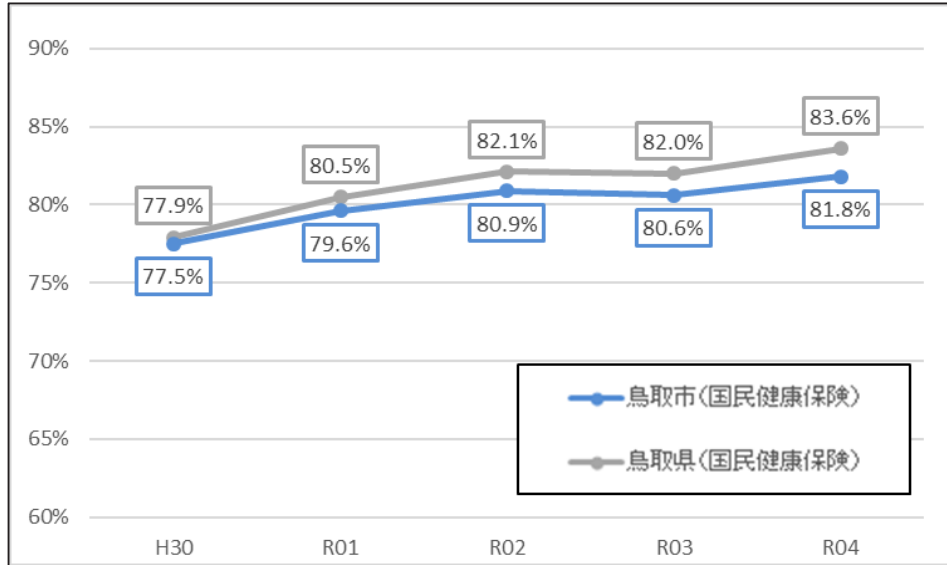
III 健康・医療情報等の分析・分析に基づく健康課題の抽出

9 ジェネリック医薬品の普及・多剤服薬の状況

(1) ジェネリック医薬品の状況

ジェネリック医薬品の普及状況は、少しずつ上昇し80%には到達しましたが、県平均と比較すると若干下回っています。

■ ジェネリック数量シェアの推移



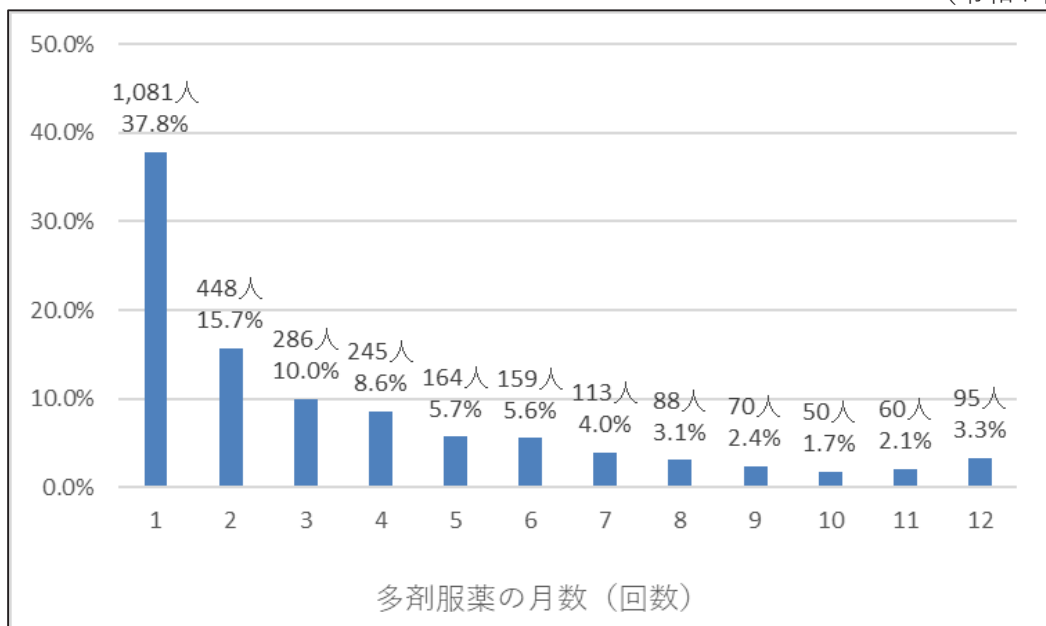
※各年度3月診療分の数値

出典：厚生労働省HP「保険者別の後発医薬品の使用割合」

(2) 多剤服薬の状況

令和4年度の12か月間で多剤服薬が推測される者の多くは、1~2か月間(1~2回)であるが、12か月間通して服薬している者も95人います。高血圧や糖尿病などの生活習慣病に関する薬剤を複数種類服薬するケースが多く、薬の種類が多すぎると薬本来の効果が発揮されない、副作用が起こりやすくなる等の恐れがあるため、お薬手帳などによる自己管理も重要となります。

■ 月14日以上の内服薬を2医療機関以上から、合わせて6種類以上処方されている者の人数・月数 (令和4年度)



※がん、精神疾患を推測する薬剤は除く

出典：KDBシステム 介入支援対象者一覧表

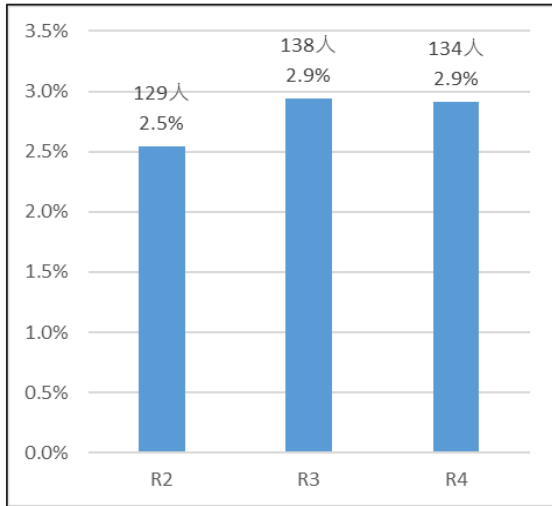
※12か月間で何か月条件に合致したかを集計

10 歯科検診・歯科受診の状況

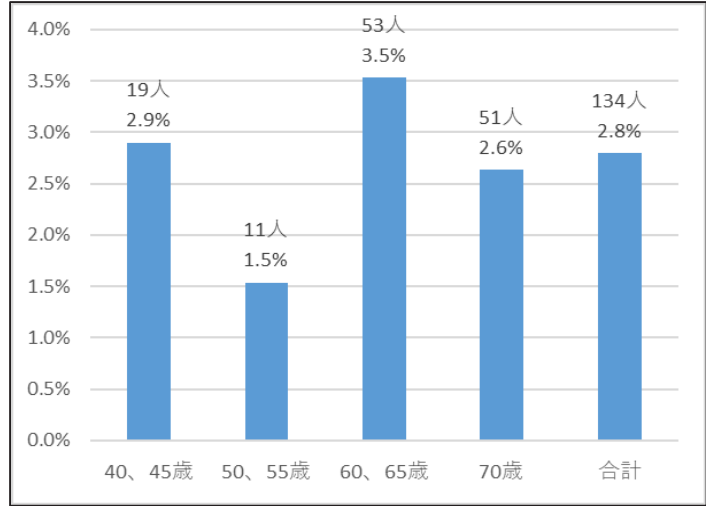
ふしめ歯科検診（※）では、特に50代の受診率が低く、受診率向上対策が必要です。また、男性の歯科受診率が低い状況です。

■ ふしめ歯科検診の状況（被保険者）

【受診率の推移】

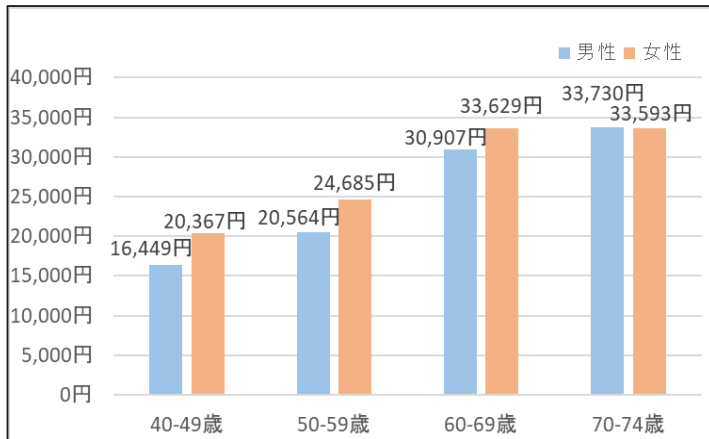


【年齢階層別受診率（令和2～4年度3年平均）】



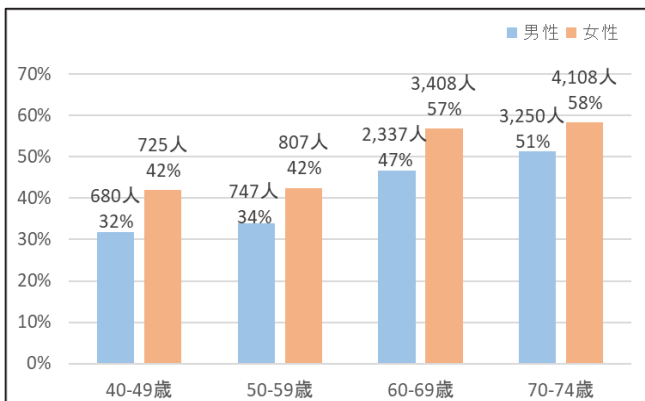
※ふしめ歯科検診…40、50、60、70歳の人を対象にした歯科検診（無料）（鳥取市ふしめ歯科検診実績）

■ 歯科受診にかかる被保険者1人当たりの医療費の状況（令和4年度）



出典：KDBシステム 介入支援対象者一覧表

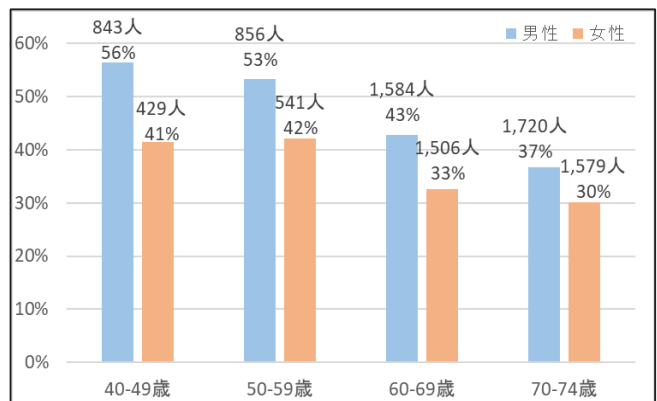
■ 歯科受診率（令和4年度）



※令和4年度に1度以上の歯科受診がある者

出典：KDBシステム 介入支援対象者一覧表

■ 3年連続歯科未受診者割合（令和2～4年度）

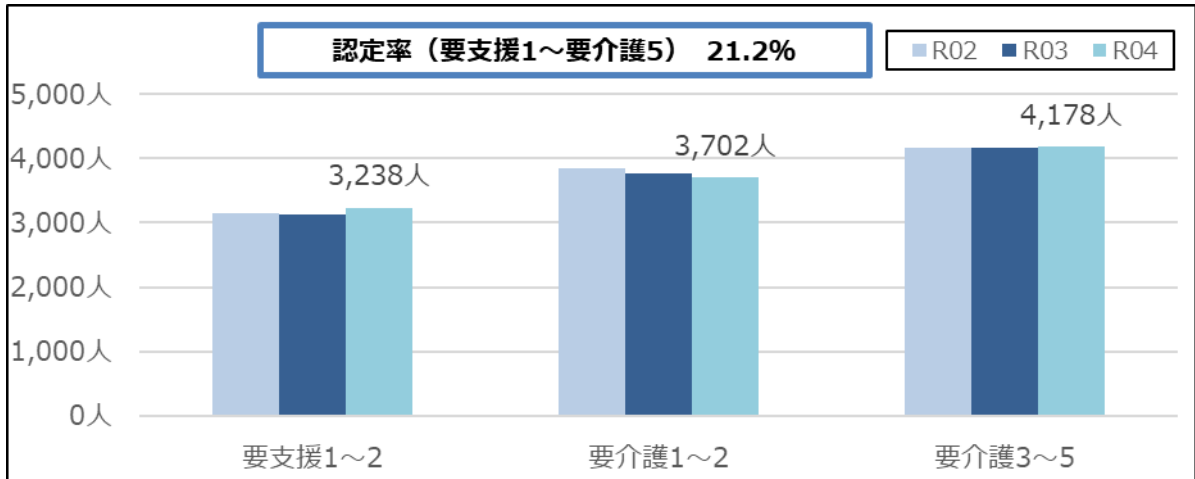


出典：KDBシステム 被保険者管理台帳

1.1 介護の状況

要支援・要介護の認定者数は、要支援でやや増加傾向、要介護1～2でやや減少傾向にあります。要支援・要介護認定者の割合は、県とほぼ同様の構成割合であり、国と比較すると要介護1～2が少なく、要介護3～5で多い割合となっています。また、要介護度別1人当たり介護給付費では、要介護5で県よりもやや高いですが、他の要介護度では県よりも低くなっています。要支援・要介護認定者の有病状況は、心臓病、筋・骨格、高血圧が上位となっていますが、県平均よりも低い状況です。糖尿病の有病率が県よりもやや高いです。

■ 要支援・要介護認定者数

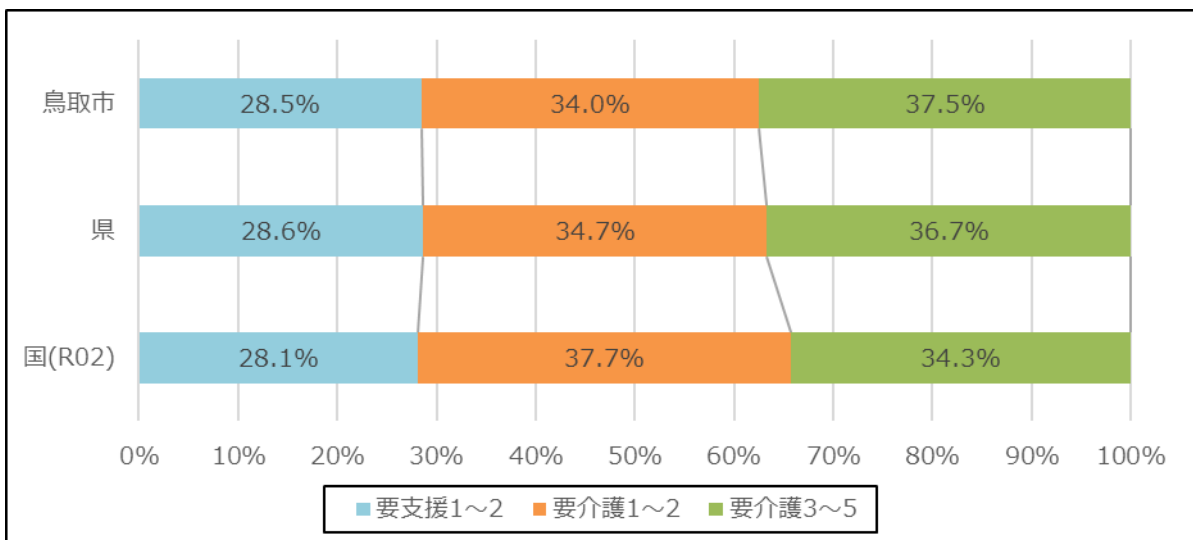


※ 認定者数は、令和4年度のみをグラフに表示する。

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
R02	1,177人	1,971人	1,685人	2,172人	1,518人	1,487人	1,160人
R03	1,189人	1,936人	1,651人	2,126人	1,518人	1,498人	1,157人
R04	1,310人	1,928人	1,603人	2,099人	1,543人	1,477人	1,158人

出典：KDBシステム 要介護(支援)者認定状況

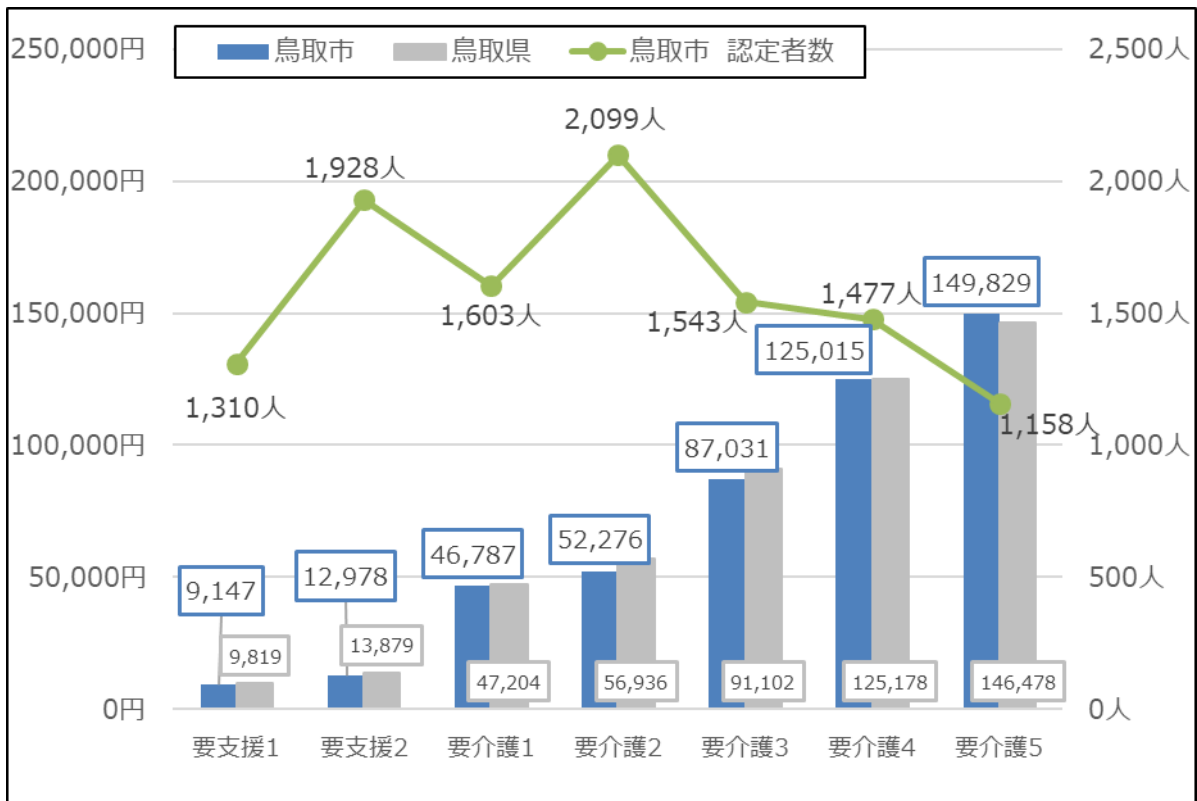
■ 要支援・要介護認定者における認定状況の比較 (令和2～4年度)



出典：KDBシステム 要介護(支援)者認定状況。ただし、国の数値は、厚生労働省「介護保険事業状況報告」

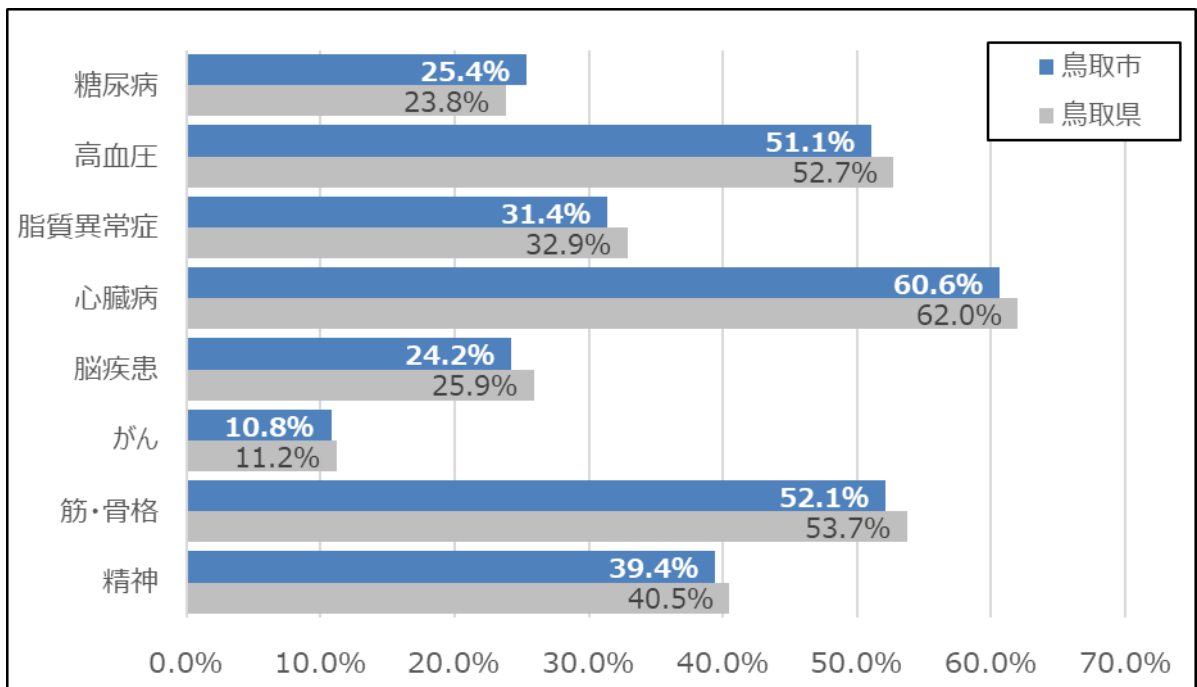
※ 要支援・要介護の認定者数および認定率は、第1号被保険者（65歳以上）を集計対象とする。

■ 要介護度別1件当たり介護給付費および認定者数（令和4年度）



出典：KDBシステム 地域の全体像の把握

■ 要支援・要介護認定者の有病状況（令和4年度）



出典：KDBシステム 地域の全体像の把握

12 データから見る健康課題

①大分類	②分析結果	関連ページ
標準化死亡率 患者割合 等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 経年的にがんが死因の約3割を占めている。 ・ 標準化死亡率では、脳血管疾患は全国や県と比較しても高い状況にある。 ・ 生活習慣病の患者割合は、男性では高血圧症が一番高く、その次に脂質異常症が高い。女性は脂質異常症が一番高く、次に高血圧症となっている。 	P.21 P.22
医療費の分析	<ul style="list-style-type: none"> ・ 疾病大分類別1人当たり入院・外来医療費は、男女ともにごんが高い。 ・ 男性は60歳代から、女性は50歳代からがん及び循環器疾患の医療費割合が増加、59歳以下では精神疾患の割合が高い。 ・ 疾病中分類別1人当たり外来医療費は、男女ともに糖尿病が最も高く、腎不全は上位3位以内、高血圧性疾患は上位5位以内にあがっている。 	P.24 P.29 P.30
特定健康診査 特定保健指導 の分析	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健康診査の実施率は、横ばいで推移、国・県と比較して低い。 ・ 特定保健指導の実施率は、年々低下しているが、国・県と比較して高い。 ・ メタボリックシンドローム該当者及び予備群の人数は、男性が女性の約2.5倍であり、どの年代でも男性の人数が多い。 ・ 特定保健指導対象者も横ばいで推移しており、積極的支援、動機付け支援合わせて発生率10%未満を達成できなかった。 ・ 男女ともに血糖の有所見者が国と比較して非常に高い。 ・ 男女ともに運動習慣がある者が少ない。 ・ 男性は咀嚼に課題がある者が多い。 ・ 女性は3食以外の間食を毎日摂る者が多い。 	P.37 P.38 P.39 P.40 P.42 P.43
介護の分析	<ul style="list-style-type: none"> ・ 要支援・要介護の認定者数は、要支援でやや増加傾向、要介護1～2でやや減少傾向がある。 ・ 要支援・要介護認定者の割合は、県とほぼ同様の構成割合であり、国と比較すると要介護1～2が少なく、要介護3～5で多い割合となっている。 ・ 要介護度別1人当たり介護給付費では、要介護5で県よりもやや高いが、他の要介護度では県よりも低くなっている。 ・ 要支援・要介護認定者の有病状況は、心臓病、筋・骨格、高血圧が上位となっているが、県平均よりも低い。糖尿病の有病率が県よりもやや高い。 	P.52 P.53

IV 計画全体

IV 計画全体

保険者の健康課題 (優先的課題)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 死因及び医療費の1位はがんであるため、検診受診による早期発見・早期治療による対策が求められる。 ・ 標準化死亡率は脳血管疾患が高く、高血圧症の患者割合が高い。特に男女共に60歳代から循環器疾患の医療費割合が増加することから、広く高血圧症対策を行うことが重要。 ・ 外来医療費は男女ともに糖尿病、腎不全が高いため、引き続き糖尿病、CKD対策も必須。 ・ 特定健康診査・保健指導の実施率を向上させ、生活習慣病の早期発見と生活習慣改善、適切な医療受診につなげ、病気の発症・重症化予防につなげる。
---------------------	---

課題に対する取組方針	対応する事業番号※
A：生活習慣病（糖尿病・高血圧症・脂質異常症）及びCOPDの予防 ・ 広く市民を対象とし、年代別の課題にも対応した生活習慣病の予防啓発、健康教育の実施 ・ 生活習慣病と口腔ケアの重要性や高齢者のフレイル対策の視点を取り入れた啓発事業の実施 ・ 地域との連携を強化し、地域の特性や課題に応じた啓発事業の実施	7、8、9
B：疾病の早期発見・早期介入 ・ 特定健康診査、がん検診の受診による健康状態の把握、病気の早期発見、早期治療 ・ 特定保健指導による生活改善への早期介入	1、2、3
C：疾病の重症化予防 ・ 生活習慣病の放置や治療中断による重症化の防止 ・ かかりつけ医との連携による糖尿病性腎症重症化予防事業の実施	4、5、6
D：適切な医療行動の推進による医療費の適正化 ・ ジェネリック医薬品（後発医薬品）の利用促進 ・ 重複・多剤服薬、重複・頻回受診への対応	10、11

※次ページの事業番号

計画全体の目標	健康寿命の延伸（健康増進）と医療費の適正化
---------	-----------------------

全体目標・取組方針			評価指標 (アウトカム)	計画策定時実績 2024年度 (R4)	目標値	
					2026年度 (R8)	2029年度 (R11)
長期的目標	計画全体に対応した目標	健康寿命の延伸と医療費の適正化	健康寿命（平均自立期間）の延伸	(男性)79.9歳 (女性)84.9歳	延伸	延伸
			・ 75歳未満年齢調整死亡率 (人口10万人当たり) ① 悪性新生物 ② 心疾患 ③ 脳血管疾患 ④ 腎疾患（腎不全） ⑤ COPD関連疾患	(R3) ①71.6人 ②17.0人 ③9.2人 ④2.2人 ⑤0.5人	減少	減少
中期的目標	取組方針に対応した目標	A：生活習慣病（高血圧・脂質異常症・糖尿病・COPD）の予防	・ 1人当たり医療費の伸び率（H30年度比） ① 悪性新生物 ② 糖尿病 ③ 高血圧症 ④ 脂質異常症 ⑤ 人工透析	①1.31倍 ②1.09倍 ③0.92倍 ④0.90倍 ⑤0.80倍	抑制	抑制
			・ 有病率 ① 糖尿病 ② 高血圧症 ③ 脂質異常症 ④ COPD関連疾患	①23.1% ②36.3% ③34.3% ④ 4.9%	抑制	抑制

IV 計画全体

全体目標・取組方針		評価指標 (アウトカム)	計画策定時実績 2024年度 (R4)	目標値	
				2026年度 (R8)	2029年度 (R11)
中期的目標	取組方針に対応した目標	特定健康診査実施率★	34.5%	45%	60%
		・特定健康診査受診者のうち有所見者割合	①54.9% ②8.7%(空) ③52.6%	①54% ②8.0%(空) ③51.5%	①53% ②7.5%(空) ③50%
		① 高血圧★	11.0%(Hb)	10.0%(Hb)	9.0%(Hb)
		② 高血糖★			
		③ 脂質異常			
		特定保健指導実施率★	30.6%	45%	60%
	特定保健指導対象者の減少率★ (2008年度比)	19.3%	22%	25%以上 減少	
	B：疾病の早期発見・早期介入	・特定健康診査受診者のうち受診勧奨値以上の未治療者の割合	①46.0% ②17.2% ③67.2%	①43.0% ②16.5% ③63.5%	①40.0% ②16.0% ③60.0%
		・各がん検診受診率	①35.5% ②34.4% ③37.1% ④71.3% ⑤61.1%	①50% ②50% ③50% ④70%以上 ⑤65%	胃・肺・ 大腸がん ：60.0% 子宮・ 乳がん ：70%以上
		① 胃がん検診			
	② 肺がん検診				
	③ 大腸がん検診				
	④ 子宮がん検診				
	⑤ 乳がん検診				
短期的目標	C：疾病の重症化予防	慢性腎臓病有病率	3.20%	抑制	抑制
		脳卒中の有病率	4.80%	抑制	抑制
		虚血性心疾患有病率	6.0%	抑制	抑制
		HbA1c8.0%以上の者の割合★	1.5%	1.2%	1.0%
		県糖尿病性腎症重症化予防事業の対象者のうち、糖尿病治療なしの者の割合★	①9.2% (空) ②8.8% (Hb)	維持	維持
D：適切な医療行動の推進による医療費の適正化	ジェネリック医薬品の普及率	81.8%	85.0%	85.0%	
	重複・多剤服薬者数 (対被保険者1万人)	73人	減少	減少	

(注1) 2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

(注5) (空)は空腹時血糖、(Hb)はHbA1cによる有所見者割合

(注2) 実績年度が異なる場合には、欄外等に注釈を記載。

(注6) 各がん検診受診率は69歳以下の受診率(子宮・乳がんは2年に1回の国が示す計算方式により算出)

(注3) 目標値は、必要な年度に記載。

(注7) ★は鳥取県内の共通評価指標(詳細はP.88参照)

(注4) 「健康寿命」の補完指標としてKDBシステムの「平均自立期間」を使用。

項目	評価方法
アウトプット	個別保健事業で評価
プロセス	個別保健事業の進捗率管理
ストラクチャー	国保運営協議会や支援評価委員会等で計画の進捗を報告し、必要な支援・評価を受ける。

個別の保健事業			
事業番号	事業名称	事業番号	事業名称
1	特定健康診査実施率向上事業	7	生活習慣病予防啓発キャンペーン事業
2	特定保健指導実施率向上事業	8	お気軽けんこう講座
3	がん検診受診率向上事業	9	COPD(慢性閉塞性肺疾患)予防啓発事業
4	生活習慣病重症化予防事業	10	ジェネリック医薬品利用促進事業
5	生活習慣病治療中断者対策事業	11	適正受診対策事業
6	糖尿病性腎症重症化予防事業		

V 個別保健事業実施計画

V 個別保健事業実施計画

事業番号1 特定健康診査実施率向上事業

事業の目的	40歳以上の被保険者に対して特定健康診査を実施し、生活習慣病の発症や重症化を予防する。
-------	---

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値	
		R4年度	中間評価年度 (R8年度)	R11年度
アウトカム (成果) 指標	特定健康診査実施率	34.5%	45.0%	60.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	受診勧奨率	21.8%	50.0%	80.0%
目標を達成するための 主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・ 通知や訪問、電話等で無関心層も含めた受診勧奨の実施及び拡充 ・ 東部医師会や地域の関係機関と連携・協力した健診及び啓発の実施 			
現在までの実施方法 (プロセス)	<p>【環境整備】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 個別健診（医療機関）、集団健診（巡回等）、休日健診、がん検診とのセット健診、みなし健診（治療中の方の情報提供事業）の実施 ・ WEBによる予約（集団健診） <p>【勧奨】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 対象者すべてに受診券発送 ・ データ分析結果に基づく効果的な勧奨資材の送付 ・ 健診未受診者への訪問や電話による受診勧奨 <p>【連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 鳥取県東部医師会、鳥取県薬剤師会、全国健康保険協会（協会けんぽ）、地域の関係機関等と連携した健診及び啓発 			
今後の実施方法 (プロセス) の 改善案、目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診受診行動がわかりやすい効果的な受診券の作成、送付 ・ 40歳の国保対象者、前年度新規国保加入者、健診当日キャンセル者等受診に結びつきやすい対象者への丁寧な受診勧奨 ・ みなし健診の受診勧奨 ・ ICTを活用した受診勧奨 			
現在までの実施体制 (ストラクチャー)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団健診（施設及び地域巡回）は一部業務委託により実施 ・ 医療機関健診（みなし健診含む）、休日健診は委託により実施 ・ 受診勧奨：保健師、看護師等の訪問 			
今後の実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 被保険者のニーズを踏まえた受診しやすい健診体制の整備 ・ 医療機関と連携したみなし健診の利用拡大 ・ 未受診勧奨拡充に係る体制の整備 ・ 年2回以上の進捗管理 			
評価計画	<p>【アウトカム】 法定報告により実施率を確認</p> <p>【アウトプット】 通知、訪問、電話等により勧奨した割合を確認</p>			

V 個別保健事業実施計画

事業番号 2 特定保健指導実施率向上事業

事業の目的	特定健康診査の結果から、メタボリックシンドローム該当者等に対し、保健指導を行い、生活習慣病の発症及び重症化を予防する。
-------	---

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値	
		R4年度	中間評価年度 (R8年度)	R11年度
アウトカム (成果) 指標	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	19.3%	22%	25%以上 (2008年度比)
アウトプット (実施量・率) 指標	特定保健指導実施率 利用勧奨率	30.6% 85.7%	45.0% 80%以上	60.0% 80%以上
目標を達成するための 主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 対象者に合わせた指導実施体制の充実（ICTの活用拡大） 成果の出る保健指導スキルの獲得 医療機関との連携（健診時利用勧奨協力、委託機関での利用拡大） 委託機関の開拓 			
現在までの実施方法 (プロセス)	<p>【勧奨】</p> <ul style="list-style-type: none"> 訪問、電話等による保健師・看護師等の利用勧奨 健診実施医療機関からの保健指導チラシの配布依頼 <p>【指導】</p> <ol style="list-style-type: none"> ①直営（教室・個別・訪問・集団健診時初回分割実施） ②委託（医療機関・薬局・スポーツジム等） 			
今後の実施方法 (プロセス) の 改善案、目標	<ul style="list-style-type: none"> 対象者に合わせた指導実施体制の充実（集団健診、夜間、休日、ICTの活用等） 成果の出る保健指導・コミュニケーションスキルの獲得（スタッフ研修等の実施） 委託医療機関での利用拡大、保健指導専門機関等の委託先拡大 目標：利用勧奨者の保健指導利用率30%以上 			
現在までの実施体制 (ストラクチャー)	直営：保健師、看護師、管理栄養士等による集団及び個別保健指導 委託：医療機関、薬局等による個別保健指導			
今後の実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標	保健指導専門機関等委託機関を開拓し拡大 年2回以上進捗管理			
評価計画	<p>【アウトカム】 特定保健指導対象者の減少率</p> <p>【アウトプット】 実施率：法定報告により確認 利用勧奨実施率：利用勧奨(アプローチ)人数/対象者数</p>			

事業番号 3 がん検診受診率向上事業

事業の目的	がん検診の受診を啓発し、早期発見・早期治療に繋げて、がんによる死亡及びがん医療費の低減を図る。
-------	---

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値	
		R4年度	中間評価年度 (R8年度)	R11年度
アウトカム (成果) 指標	がんによる 医療費の減少	2,690,577千円	抑制	抑制
アウトプット (実施量・率) 指標	胃がん検診受診率 肺がん検診受診率 大腸がん検診受診率 子宮がん検診受診率 乳がん検診受診率	35.5% 34.4% 37.1% 71.3% 61.1%	胃・肺・大腸がん : 50% 子宮がん : 70%以上 乳がん : 65%	胃・肺・大腸がん : 60.0% 子宮・乳がん : 70%以上
目標を達成するための 主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関や職域、学校と連携した啓発を実施 ・優先度の高い対象者を選定し受診勧奨を実施 			
現在までの実施方法 (プロセス)	<p>【環境整備】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別検診（医療機関）、集団検診（巡回等）、休日検診、レディース検診、特定健康診査とのセット健診の実施 ・WEBによる予約（集団健診） <p>【勧奨】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別勧奨と特定年齢への無料クーポン券の発行 ・がん検診パートナー企業、学校と連携した受診啓発 ・乳幼児健診等で保護者を対象とした受診勧奨 ・精密検査未受診者への個別受診勧奨やアンケートの実施 <p>【連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・鳥取県東部医師会、学校、職域、地域の関係機関等と連携した検診及び啓発 			
今後の実施方法 (プロセス) の 改善案、目標	<ul style="list-style-type: none"> ・不定期受診者やクーポン該当者等受診に結びつきやすい対象者へ受診勧奨 ・受診率の低いがん検診パートナー企業へ訪問し受診啓発を実施 ・精密検査受診勧奨を3か月以内を目標にして取り組む 			
現在までの実施体制 (ストラクチャー)	<ul style="list-style-type: none"> ・業務委託：集団検診（施設及び地域巡回）、レディース検診 ・委託：医療機関検診、休日検診 ・検診受診勧奨：通知 ・精密検査受診勧奨：通知、保健師、看護師による電話 			
今後の実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標	<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者のニーズを踏まえた受診しやすい検診体制の整備 ・鳥取県東部医師会、学校、職域等と連携し事業を実施 ・未受診勧奨、精密検査勧奨拡充に係る体制の整備 ・年2回以上進捗管理 			
評価計画	<p>【アウトカム】 KDBシステムにより医療費を確認</p> <p>【アウトプット】 69歳以下の各がん検診受診率を確認 (子宮・乳がんは2年に1回の国が示す計算方式により算出)</p>			

V 個別保健事業実施計画

事業番号 4 生活習慣病重症化予防事業

事業の目的	生活習慣病要治療者またはその予備群の被保険者に対して、医療機関への受療勧奨及び保健指導を行い、生活習慣病重症化を予防する。
-------	---

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値	
		R4年度	中間評価年度 (R8年度)	R11年度
アウトカム (成果) 指標	面談者の受療行動および行動変容	30.5%	35.0%	40.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	対象者のうち保健指導した割合	79.8%	80.0%	85.0%
目標を達成するための 主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 重症化リスクの高い対象者を優先的にアプローチする 疾病以外の生活課題を抱える対象者には関係機関と連携し適切な受診等に繋げる 成果の出る保健指導スキルの獲得 			
現在までの実施方法 (プロセス)	<ul style="list-style-type: none"> 健診結果やレセプト情報から対象者を選定し、保健指導計画を立てた上で訪問等により受療勧奨及び保健指導を実施 保健指導後の受療状況をレセプトデータで確認 ICT (とっとり健康+) を活用し、訪問資材を作成 			
今後の実施方法 (プロセス) の 改善案、目標	<ul style="list-style-type: none"> 疾病が重複するなど重症化リスクの高い対象者を選定し、優先的にアプローチする 成果の出る保健指導スキルの獲得 (スタッフ研修の実施) 保健指導後の受療行動変容状況をレセプトデータや訪問等で確認し、連続性のある支援を実施する 			
現在までの実施体制 (ストラクチャー)	<ul style="list-style-type: none"> 地域を担当する保健師・看護師等を中心に訪問や電話で受療勧奨や保健指導を実施 保健指導状況を把握 			
今後の実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標	<ul style="list-style-type: none"> 事業の進捗管理を行うための体制を整備し、健診後3か月以内の初回アプローチを目標に取り組む 庁内の関連部署や関係機関と連携を図り実施 年2回以上進捗管理 			
評価計画	<p>【アウトカム】 特定健康診査結果とレセプトデータによる受療及び行動変容率を確認</p> <p>【アウトプット】 通知、訪問、電話等により勧奨した割合を確認</p>			

事業番号 5 生活習慣病治療中断者対策事業

事業の目的	生活習慣病（糖尿病、高血圧症、脂質異常症）で治療を中断したと推測される被保険者に対し、訪問等により治療再開の働きかけを行い、治療中断による重症化を防ぐ。
-------	--

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値	
		R4年度	中間評価年度 (R8年度)	R11年度
アウトカム (成果) 指標	受診勧奨者の受療率 又は健診受診率	49.3%	50.0%	50.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	対象者のうち 保健指導率	38.0%	50.0%	60.0%
目標を達成するための 主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 対象者に合わせた保健指導の実施（保健指導スキルの向上、ICTの活用） 疾病以外の生活課題を抱える対象者には、必要に応じて庁内関係部門等と連携し、治療再開・継続につなげる 			
現在までの実施方法 (プロセス)	<ul style="list-style-type: none"> 鳥取県国民健康保険団体連合会から提供される対象者抽出リストにより、対象者を把握（生活習慣病のある被保険者で最終受診月から3か月又は6か月受診がないもの） 訪問等により医療機関等への受診勧奨及び保健指導を実施 特定健診未受診者には健診受診勧奨を実施 保健指導後の受療状況をレセプトデータ等で確認 			
今後の実施方法 (プロセス) の 改善案、目標	<ul style="list-style-type: none"> ICT（とっとり健康+）などを活用し対象者の健康状況を効率的に把握し、より効果的な保健指導を行う。 保健指導スキルの向上（研修会等への参加） 			
現在までの実施体制 (ストラクチャー)	<ul style="list-style-type: none"> 対象者リストは鳥取県国民健康保険団体連合会より提供 専任保健師等による訪問指導 			
今後の実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標	<ul style="list-style-type: none"> 保健衛生部門や地域包括支援センター、関係機関等との連携強化。 年2回以上進捗管理 			
評価計画	<p>【アウトカム】 保健指導実施者数に対する医療機関受診又は健診受診者数の割合 (レセプト等を確認)</p> <p>【アウトプット】 保健指導実施対象者数に対する保健指導実施者数の割合</p>			

V 個別保健事業実施計画

事業番号 6 糖尿病性腎症重症化予防事業

事業の目的	糖尿病治療中で、糖尿病性腎症等ハイリスク（糖尿病性腎症病期ステージ2期～4期）の被保険者に対してかかりつけ医の指示のもと、個別に効果的な保健・生活指導を行い、重症化を予防し腎不全による透析への移行を防ぐ。
-------	--

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値	
		R4年度	中間評価年度 (R8年度)	R11年度
アウトカム (成果) 指標	事業参加者の検査値 (e-GFR、HbA1c等) 改善率	57.9%	70.0%	70.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	事業参加者の生活改善 実行率	89.0%	80%以上	80%以上
目標を達成するための 主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 新規人工透析患者は男性に多い傾向であるため、男性への参加勧奨の工夫 効果的な支援となるよう、支援内容の見直しや職員の支援スキルの向上 			
現在までの実施方法 (プロセス)	<ul style="list-style-type: none"> 候補者リストから年齢等の条件を設定したうえで、該当者を抽出 規定のプログラムに基づき、かかりつけ医の指示のもと、6か月で保健指導（面談2回、電話10回）を実施（委託） フォローアップ事業：修了者への直営による支援 			
今後の実施方法 (プロセス) の 改善案、目標	<ul style="list-style-type: none"> 介護部門と連携したフォローアップ事業を追加。自己の生活管理向上を目的とした講座の開催、個別相談等による支援（年1回程度）【高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業との連携】 			
現在までの実施体制 (ストラクチャー)	<ul style="list-style-type: none"> 保健指導は保健指導実施事業者へ委託 専任看護師、管理栄養士等による支援 			
今後の実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標	<ul style="list-style-type: none"> 介護部門とも連携しフォローアップ事業を実施（検討会議の実施） より効果的な実施方法の検討（対象者の抽出方法、保健指導実施機関の開拓、関係機関との連携方法等） 職員の支援スキルの向上（研修会等への参加） 			
評価計画	<p>【アウトカム】 事業参加者数に対する検査値（e-GFR、HbA1c等）改善者数または維持者数の割合</p> <p>【アウトプット】 事業参加者数に対する生活改善実行者数の割合</p>			

事業番号 7 生活習慣病予防啓発キャンペーン事業

事業の目的	市民を対象に、商業施設やイベントなどで血糖値や血圧などを測定出来る機会を提供するとともに健康相談を行い、糖尿病をはじめとする生活習慣病予防への関心を高める。
-------	--

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値	
		R4年度	中間評価年度 (R8年度)	R11年度
アウトカム (成果) 指標	アンケートによる健康 への意識変化	—	90.0%	90.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	啓発実施者数	409人	600人	650人
目標を達成するための 主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・ 様々な年代の市民が多く訪れる商業施設やイベント等で事業を実施する (より効果的な実施場所の選定) ・ 地域においては、地区診断により有所見者の多い地域や今まで取組のない地域を優先的にアプローチする 			
現在までの実施方法 (プロセス)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病予防啓発キャンペーンによる簡易血糖値測定 ・ 医師・管理栄養士・保健師等による結果説明 			
今後の実施方法 (プロセス) の 改善案、目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病を含む生活習慣病予防に係る健康チェックを行い、参加者の拡大を図る ・ ICT (とっとり健康+)などを活用し被保険者の健康意識を高める ・ 対象者が生活改善や治療の必要性を感じることが出来る保健指導のスキルアップ 			
現在までの実施体制 (ストラクチャー)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 鳥取市立病院 (共催) の医師や鳥取県臨床検査技師会の協力により実施する ・ 健康づくり地区推進員の協力を得て事業を実施 			
今後の実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保健衛生部門等と連携し、事業内容を充実させる ・ 年2回以上の検討会議の実施による年間計画の立案及び進捗管理 ・ 他機関等と連携を図り実施に十分な人員を確保する 			
評価計画	<p>【アウトカム】 アンケートによる健康意識の変化を確認</p> <p>【アウトプット】 啓発実施者数 (事業参加者数)</p>			

V 個別保健事業実施計画

事業番号 8 お気軽けんこう講座

事業の目的	市民を対象にけんこう講座を開催し、糖尿病やCOPD（慢性閉塞性肺疾患）などの生活習慣病予防、口腔ケア、フレイル予防の知識を得ることが出来る。また、気軽に健康チェックを行うことで自身の健康に関心を持つ機会を提供し、専門職による指導や相談により健康管理、生活改善を行う。
-------	---

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値	
		R4年度	中間評価年度 (R8年度)	R11年度
アウトカム (成果) 指標	アンケートによる生活習慣改善への意識	—	80.0%	80.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	講座参加者数	54人	90人	90人
目標を達成するための 主な戦略	・生活習慣病予防に関する様々なテーマを取り入れ、疾病の発症が増え始める40代、医療費が増加し始める50代にも興味を持ってもらえる内容とする			
現在までの実施方法 (プロセス)	糖尿病予防を中心とした測定、講話 ・測定（簡易血糖値測定、血圧） ・糖尿病予防講座（基礎知識・栄養・運動指導）			
今後の実施方法 (プロセス) の 改善案、目標	生活習慣病に関する様々なテーマを取り入れた測定、講話 ・測定（簡易血糖値、血圧、簡易骨密度、血管年齢等） ・講話（生活習慣病の基礎知識、栄養・運動指導、口腔ケア等）			
現在までの実施体制 (ストラクチャー)	・鳥取市立病院（共催）医師の協力により直営による実施 ・講座内容により関連機関と連携して実施。（理学療法士等）			
今後の実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標	・保健衛生部門等とも連携し、事業内容を充実させる ・年2回以上の検討会議の実施による年間計画の立案及び進捗管理 ・講座内容に対応できる専門人材を確保する			
評価計画	【アウトカム】 アンケートによる行動改善意欲の確認 【アウトプット】 講座参加者数			

事業番号 9 COPD（慢性閉塞性肺疾患）予防啓発事業

事業の目的	市民へCOPD（慢性閉塞性肺疾患）に対する知識を普及啓発し、適切な医療受診を促すことで早期発見・早期治療につなげる。
-------	--

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値	
		R4年度	中間評価年度 (R8年度)	R11年度
アウトカム (成果) 指標	COPD認知度	30.2%	40.0%	50.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	啓発実施者数	63人	80人	100人
目標を達成するための 主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・ 市民が多く訪れる市内商業施設、地域イベント、地区公民館まつり等で啓発事業を実施し、様々な年代に啓発する（より効果的な実施場所の選定） ・ 個別保健指導の実施を通して疾病の早期発見、早期治療につなげる 			
現在までの実施方法 (プロセス)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 街頭啓発、公共施設・商業施設等での啓発展示 ・ 肺年齢測定・健康相談会の実施 ・ COPD講座 地域で保健師等がCOPDに関する講話を実施 			
今後の実施方法 (プロセス) の 改善案、目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保健衛生部門が実施する喫煙対策等と連携して実施 ・ COPDの早期発見・治療に繋げるために、啓発のみでなく、肺年齢測定や健康相談を一緒に実施 			
現在までの実施体制 (ストラクチャー)	保健衛生部門と連携しながら実施			
今後の実施体制 (ストラクチャー) の 改善案、目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保健衛生部門等とも連携し、事業内容を充実させる ・ 年2回以上の検討会議の実施による年間計画の立案及び進捗管理 ・ 医師や薬剤師等と連携し事業を実施する 			
評価計画	【アウトカム】 アンケートによる認知度の確認 【アウトプット】 啓発実施者数(事業参加者数)			

V 個別保健事業実施計画

事業番号10 ジェネリック医薬品利用促進事業

事業の目的	先発医薬品に比べて安価で品質、安全性及び有効性が変わらないジェネリック医薬品の利用促進をして、被保険者の医療費負担の軽減及び医療費の削減につなげる。
-------	--

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値	
		R4年度	中間評価年度 (R8年度)	R11年度
アウトカム (成果) 指標	ジェネリック医薬品 普及率 (数量ベース)	81.8%	85%以上	85%以上
アウトプット (実施量・率) 指標	ジェネリック勧奨割合	100%	100%	100%
目標を達成するための 主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 差額通知対象者のみならず、広く市民へ啓発し、ジェネリック医薬品の適切な利用を推進する 鳥取県薬剤師会と連携し効果的な啓発を実施 			
現在までの実施方法 (プロセス)	<ul style="list-style-type: none"> ジェネリック医薬品差額通知事業 先発医薬品を一般的なジェネリック医薬品に切り替えた場合の差額を計算し一定額 (R4: 300円) 以上の差額が発生し、削減効果が見込まれる者に対し軽減額を通知する (がん、精神、風邪薬等の短期処方薬は除外) 通知回数: 年3回 啓発事業 市報、公式ウェブサイト、公共施設等での啓発展示、生活習慣病予防啓発事業でのチラシ配布、切替えカード等の配布、地域出前講座 			
今後の実施方法 (プロセス) の 改善案、目標	<ul style="list-style-type: none"> 各種啓発事業については、毎年度見直しを行い、より効果的な実施方法及び内容とする 			
現在までの実施体制 (ストラクチャー)	<ul style="list-style-type: none"> 差額通知事業は鳥取県国民健康保険団体連合会に委託 鳥取県薬剤師会や地域と連携しながら啓発事業を実施 			
今後の実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標	<ul style="list-style-type: none"> 委託先や鳥取県薬剤師会、地域と連携を図り事業の効果を振り返りながら実施 			
評価計画	<p>【アウトカム】 ジェネリック医薬品普及率 (厚労省公表: 数量ベース)</p> <p>【アウトプット】 差額通知対象者の勧奨割合</p>			

事業番号 1 1 適正受診対策事業

事業の目的	同一疾病で複数の医療機関を転々と受診する「重複受診」、同一月の通院回数が多い「頻回受診」、同一月に薬剤を複数機関から一定数以上を処方されている「重複・多剤服薬」を行う被保険者に適正な受診行動を促し、健康被害の防止と医療費の適正化を図る。
-------	--

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値	
		R4年度	中間評価年度 (R8年度)	R11年度
アウトカム (成果) 指標	重複・多剤服薬者数 (対被保険者1万人)	73人	減少	減少
アウトプット (実施量・率) 指標	多剤服薬、頻回受診 指導率 (人数)	4.0% (12人)	5.0%	6.0%
目標を達成するための 主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 鳥取県薬剤師会と連携し、服薬について気軽に相談できる機会の提供 多剤服薬等による健康被害防止のための啓発事業の実施 			
現在までの実施方法 (プロセス)	<ul style="list-style-type: none"> 重複・多剤服薬通知事業 (県事業) 多剤服薬となる対象者に対し、服薬情報通知書を通知 【抽出基準】 (県事業に準ずる) 基準月に月14日以上の内服薬を、2医療機関以上から合わせて6種類以上処方されていること。(がん、精神疾患を推測する医薬品は除外) 鳥取県薬剤師会と連携し服薬相談会を実施 服薬情報通知の対象者に対し、服薬相談会の開催案内 重複・頻回受診者への保健指導 (訪問や電話等) 【抽出基準】 (重複受診) 同一の疾病で3医療機関以上かつ3か月以上受診している被保険者 (頻回受診) 1か月の通院日数が月15日以上かつ3か月以上受診している被保険者 			
今後の実施方法 (プロセス) の 改善案、目標	<ul style="list-style-type: none"> 疾病以外の生活課題を抱える場合は、必要に応じて地域包括支援センター等、関係機関と連携する 目標：重複・頻回対象者の面談実施率60% 			
現在までの実施体制 (ストラクチャー)	<ul style="list-style-type: none"> KDBシステムにより対象者を抽出し、個別のレセプトを確認し専任保健師等が保健指導 鳥取県薬剤師会の協力による服薬相談会、地域出前講座の開催 			
今後の実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標	<ul style="list-style-type: none"> 保健衛生部門や介護部門、鳥取県薬剤師会とのさらなる連携 年2回以上進捗管理 			
評価計画	<p>【アウトカム】 KDBシステムにより「重複・多剤処方の状況」より算出 (保険者努力支援制度で国に報告する数値)</p> <p>【アウトプット】 指導対象者数に対する指導実施者数の割合</p>			

VI 第4期鳥取市国民健康保険 特定健康診査等実施計画

VI 第4期鳥取市国民健康保険特定健康診査等実施計画

1 第3期特定健康診査等実施計画の評価

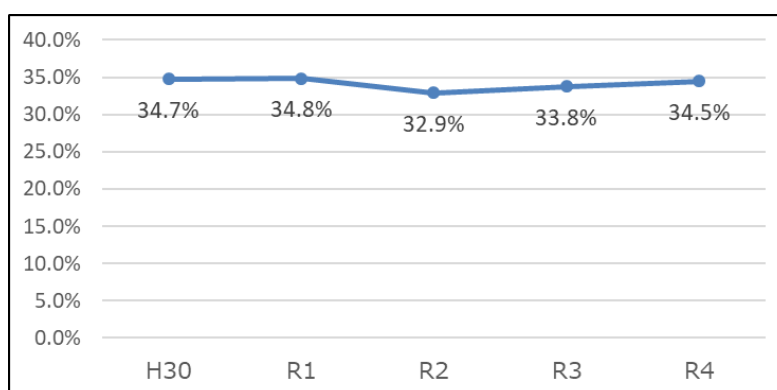
(1) 特定健康診査

① 特定健康診査実施率

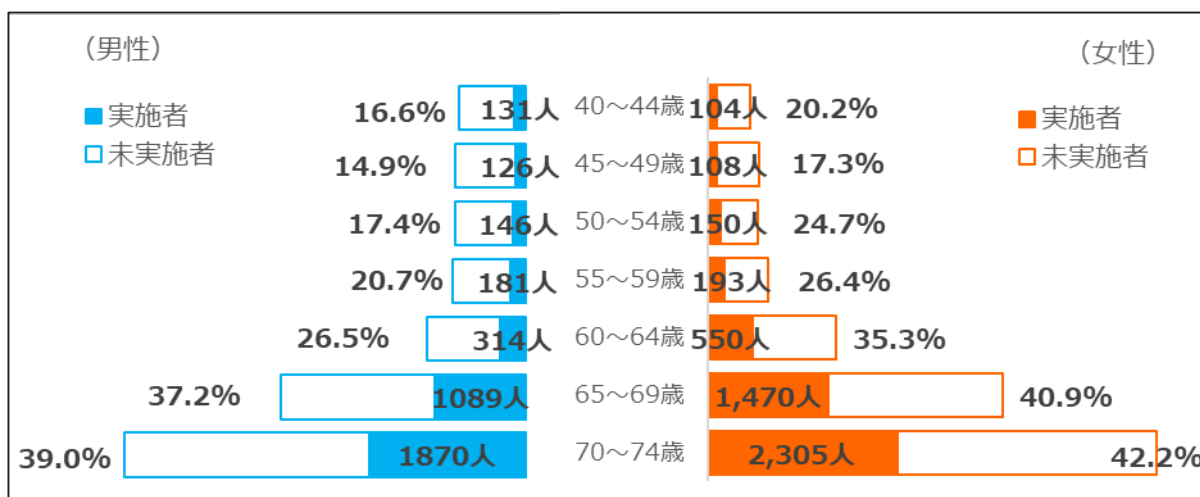
特定健康診査実施率は、横ばいで推移しており目標値に届きませんでした。特定健康診査実施率を性別・年齢階層別に見ると、すべての年齢階層で男性の方が女性よりも低く、年齢が上がるほど上昇していく傾向にあります。

■ 特定健康診査実施率の推移

	H30	R1	R2	R3	R4
計画目標値	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%
実績	34.7%	34.8%	32.9%	33.8%	34.5%



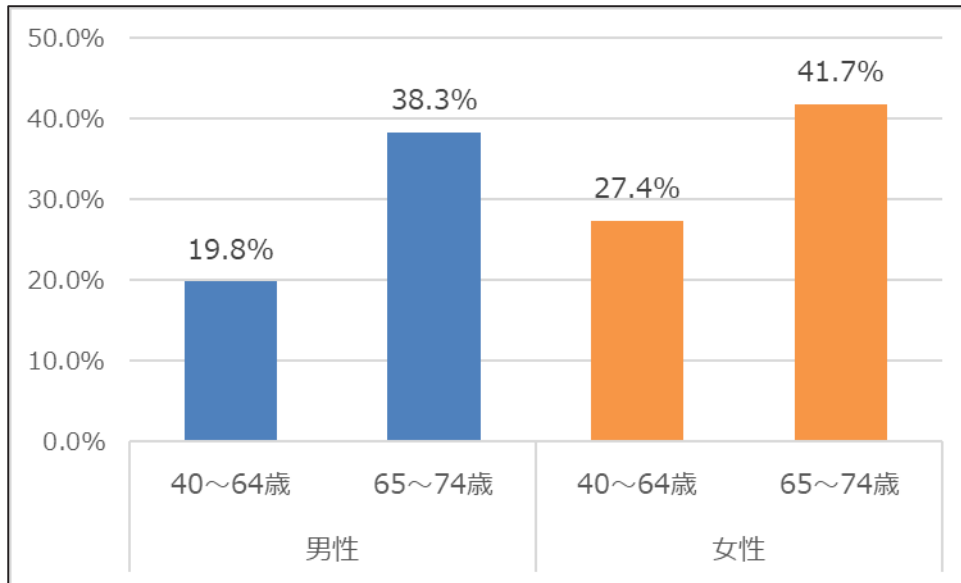
■ 特定健康診査実施率の状況（令和4年度）



出典：特定健診データ管理システム 法定報告資料

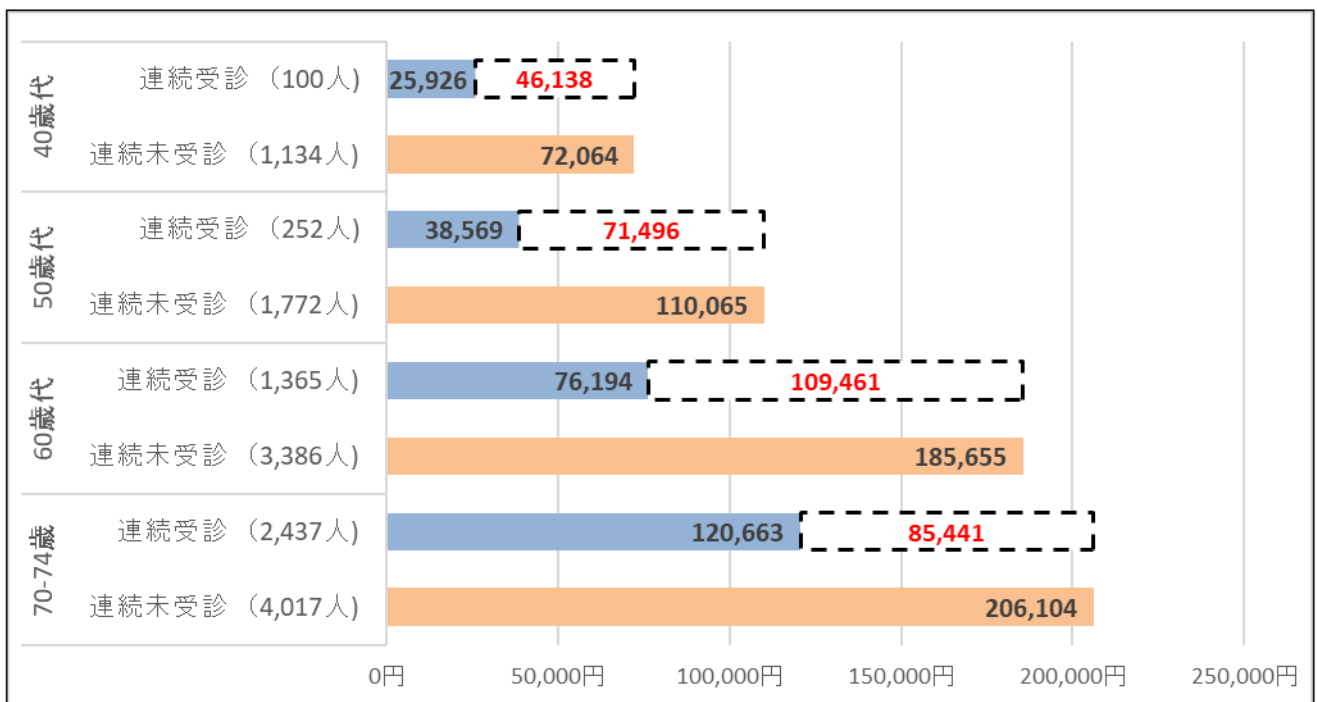
■ 特定健康診査実施状況（令和4年度 男女別 年齢2区分別）

特に、40～64歳以下の特定健康診査実施率が低いため、若年層からの受診率向上対策として、国保加入時の健診受診勧奨や40歳未満の市民へも毎年健診受診を習慣づけられるような啓発が必要です。



■ 特定健康診査受診状況別 被保険者1人当たりの生活習慣病医療費（再掲）

生活習慣病にかかる年間の医療費を見てみると、特定健康診査を連続3年受診した者と一度も特定健康診査を受診していない者では大きな差があり、特に60歳代では10万円以上の差が見られました。



出典：KDBシステム突合CSVデータ

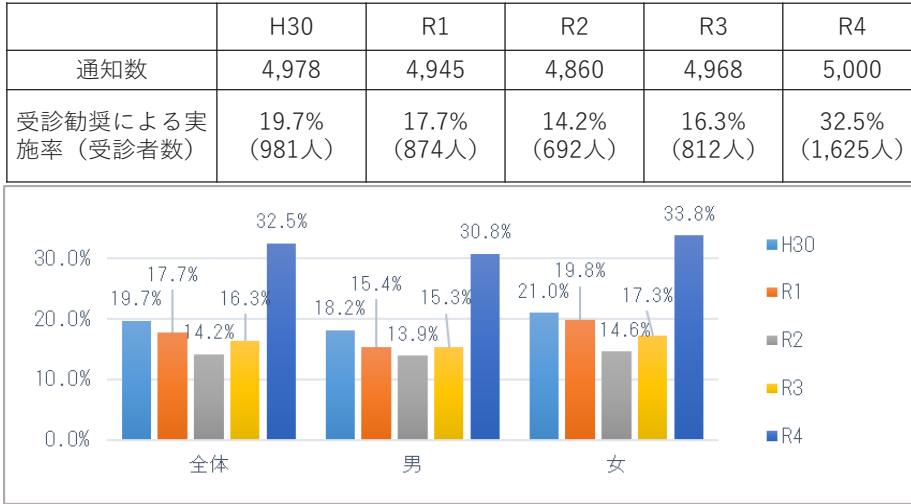
※令和元～3年度までの健診受診状況別の令和4年度の医療費で比較

※医療費は、血圧、血糖、脂質に関する服薬がある医科、調剤のレセプトを集計

② 特定健康診査受診率向上対策の状況

■ 受診勧奨通知

未受診者に効果的な勧奨資材の通知による受診勧奨を実施しており、令和4年度、受診行動に繋がりやすい対象者に効果的な勧奨通知を送付し、32.5%の人が受診に繋がりました。



■ 訪問や電話による未受診者勧奨

○ 訪問実施状況と受診勧奨実施率

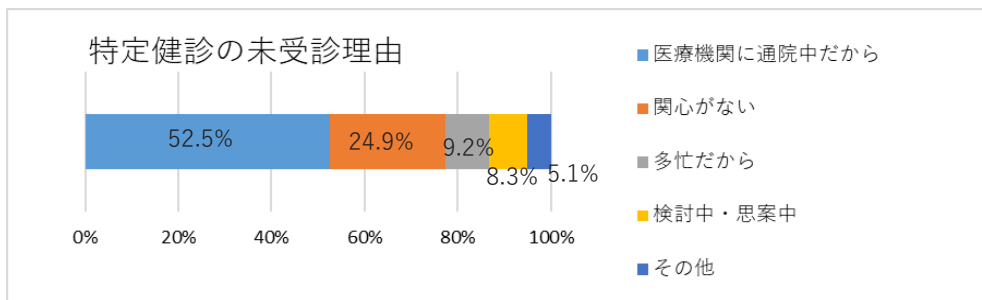
未受診者へ訪問や電話による受診勧奨を実施し、約10%の効果が得られました。

令和4年度、健診受診につながった25人のうち11人は過去5年間未受診だったことから、特に受診未経験者には、直接的なアプローチの効果があったと考えられます。

	H30	R1	R2	R3	R4
訪問・電話	285	296	249	182	271
受診勧奨による実施率(受診者数)		11.8% (35人)	8.0% (20人)	12.1% (22人)	9.2% (25人)

○ 訪問時の未受診理由(令和4年度訪問対象者481人)

未受診理由は「医療機関に通院中だから」が52.5%、次いで「関心がない」が24.9%と上位を占めました。引き続き未受診理由を踏まえ、受診率向上対策を行っていく必要があります。



■ みなし健診(治療中の方の情報提供事業) 受診勧奨

通知数と実施率の相関は見られず、これからも医療機関との連携を図っていくことが必要です。治療中者においても年に1回の健診受診は健康づくりの意識づけにつながり、重症化予防にも効果があるため、みなし健診もあわせて勧めていきたいと思えます。

	H30	R1	R2	R3	R4
通知数	72	30	18	173	244
受診勧奨による実施率(受診者数)	19.4% (14人)	33.3% (10人)	55.6% (10人)	6.9% (12人)	7.4% (18人)

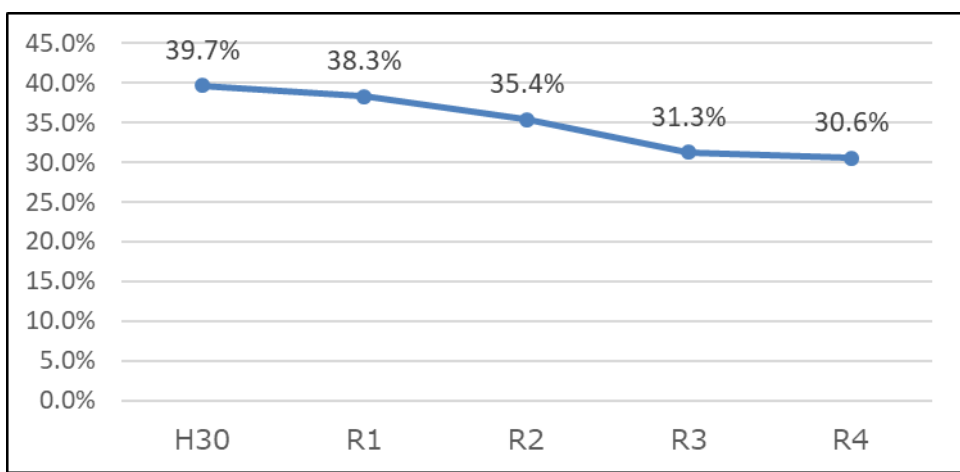
(2) 特定保健指導

① 特定保健指導実施率

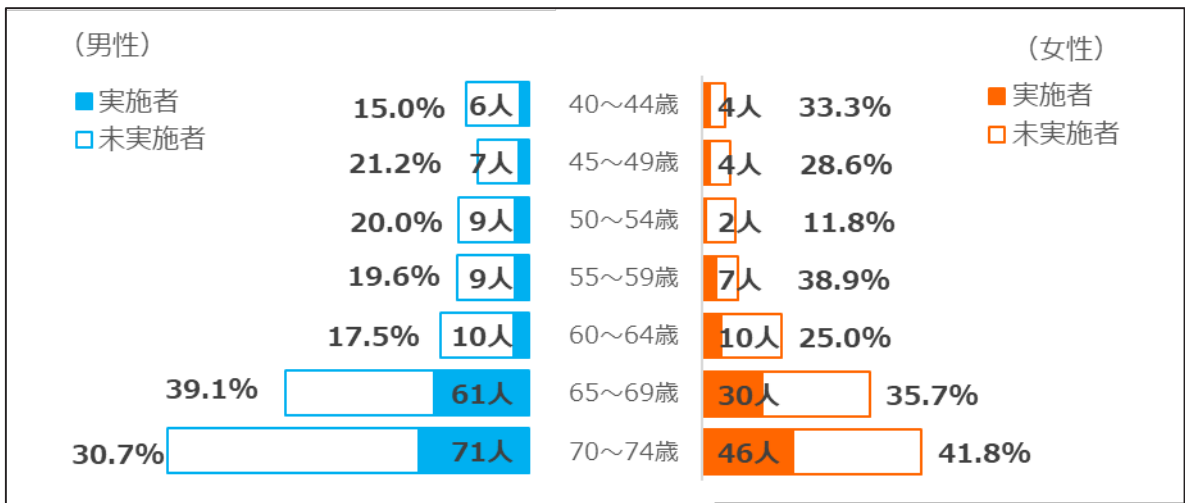
特定保健指導の実施率は、年々減少傾向にあり目標値に届きませんでした。男女別、年齢階層別に見ると、男性は50～54歳、65～69歳以外の年齢階層で女性よりも実施率が低く、今後も効果的な利用勧奨が必要です。

■ 特定保健指導実施率の推移

	H30	R1	R2	R3	R4
計画目標値	45.0%	47.5%	50.0%	52.5%	55.0%
実績	39.7%	38.3%	35.4%	31.3%	30.6%



■ 特定保健指導実施率の状況（令和4年度）



出典：特定健診データ管理システム 法定報告資料

② メタボリックシンドローム該当者・予備群と特定保健指導対象者

メタボリックシンドローム該当者は微増傾向で、予備群はほぼ横ばいで推移しています。特定保健指導対象者も横ばいで推移しており、目標である対象者割合（発生率）10%未満には、令和元年度しか達成できませんでした。

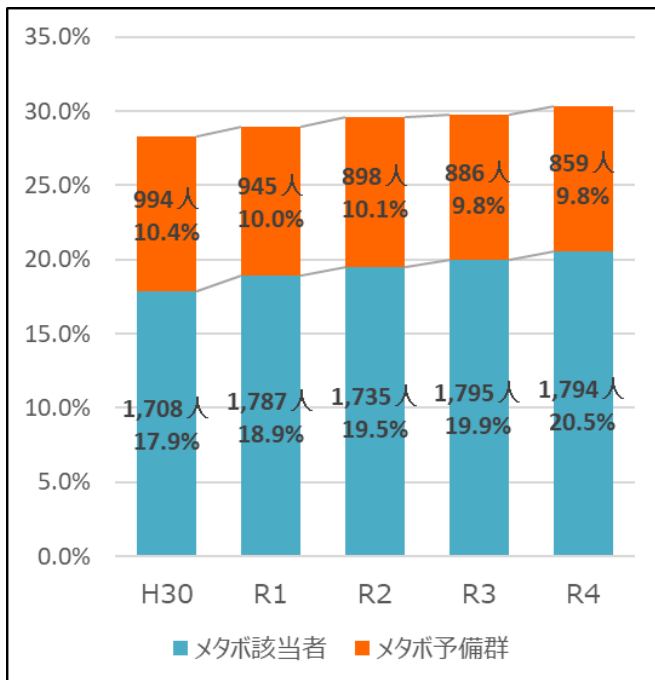
■ メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合と人数

区分	H30	R1	R2	R3	R4
メタボ該当者	17.9%	18.9%	19.5%	19.9%	20.5%
メタボ予備群	10.4%	10.0%	10.1%	9.8%	9.8%
特定健診受診者	9,561人	9,449人	8,896人	8,998人	8,737人
メタボ該当者	1,708人	1,787人	1,735人	1,795人	1,794人
メタボ予備群	994人	945人	898人	886人	859人

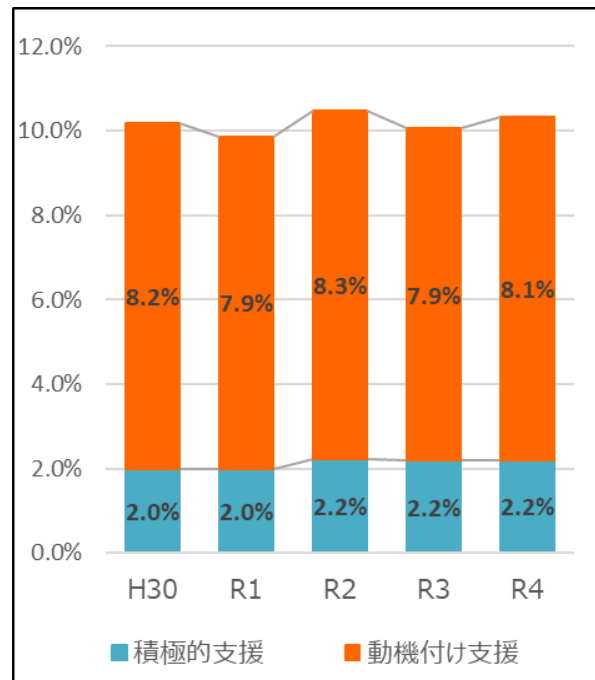
■ 特定保健指導対象者割合と人数

区分	H30	R1	R2	R3	R4
積極的支援対象者割合	2.0%	2.0%	2.2%	2.2%	2.2%
動機付け支援対象者割合	8.2%	7.9%	8.3%	7.9%	8.1%
特定健診受診者	9,561人	9,449人	8,896人	8,998人	8,737人
積極的対象者	189人	188人	197人	197人	192人
動機付け対象者	784人	744人	736人	707人	711人

■ メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合



■ 特定保健指導対象者の割合



出典：特定健診データ管理システム 法定報告資料

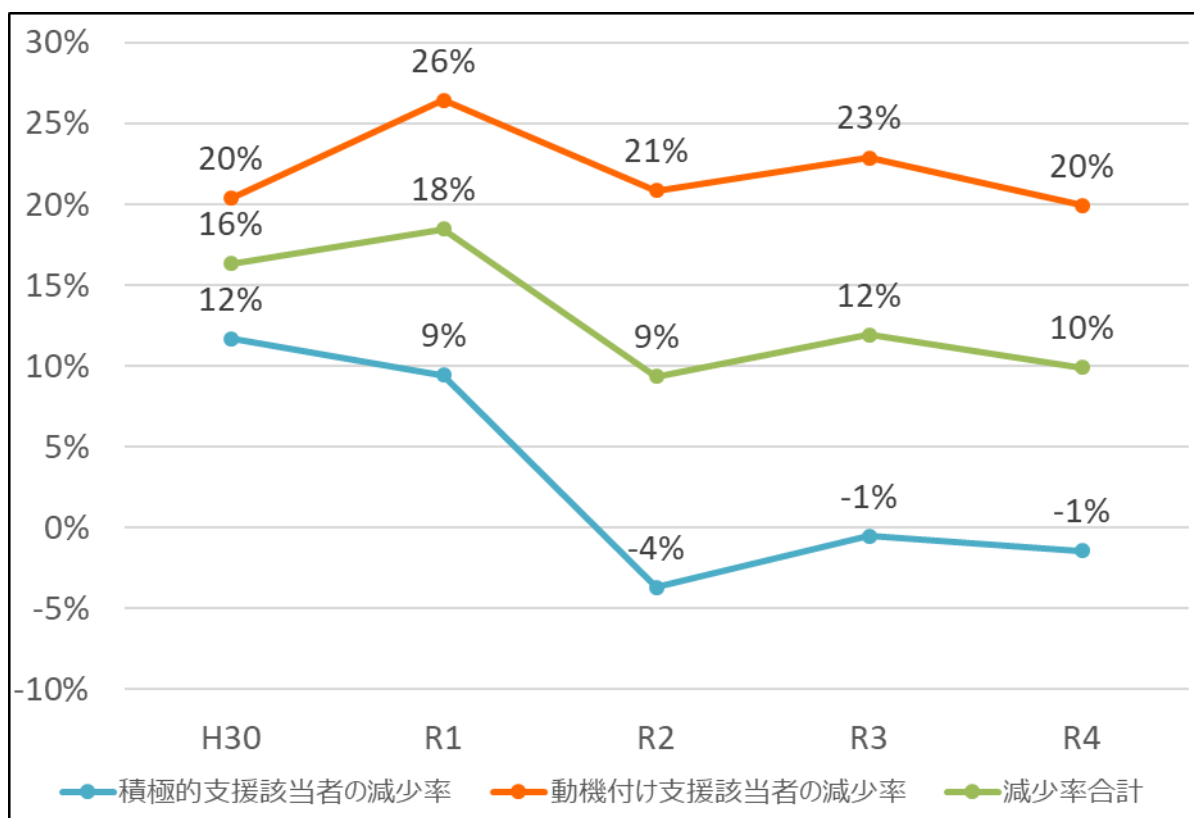
③ 特定保健指導対象者の減少率（再掲）

平成20年度の保健指導該当者数を基準として、直近の保健指導該当者数と比較すると平成30年度から令和4年度までは毎年基準より低く推移しており、特に動機付け支援該当者は基準より20%以上減少しています。

■ 特定保健指導対象者の減少率

区分	H30	R1	R2	R3	R4
積極的支援該当者の減少率	12%	9%	-4%	-1%	-1%
動機付け支援該当者の減少率	20%	26%	21%	23%	20%
減少率合計	16%	18%	9%	12%	10%
（当該年度）積極的支援該当者	189人	188人	197人	197人	192人
（当該年度）動機付け支援該当者	784人	744人	736人	707人	711人
当該年度合計	973人	932人	933人	904人	903人

※基準値：平成20年度(積極的支援該当者:212人動機付け支援該当者:675人)



(特定健診データ管理システム 法定報告資料)

【解説】

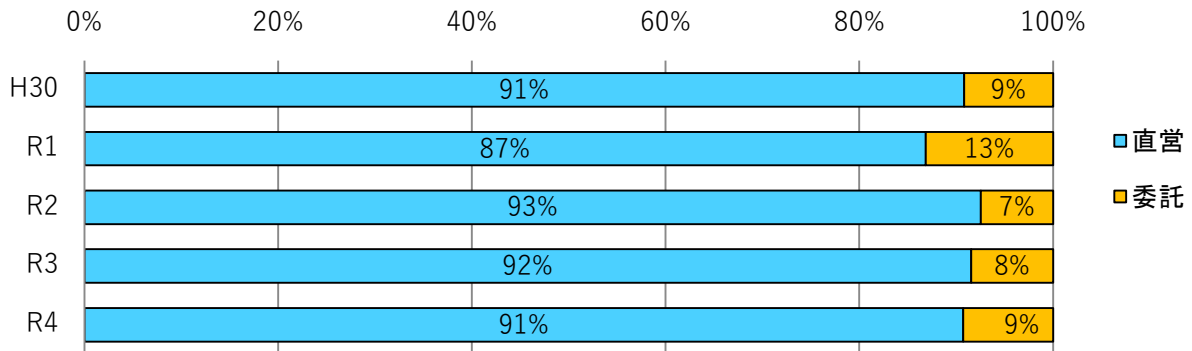
○減少率の算出方法

平成20年度の積極的支援および動機付け支援を基準とし、保健指導対象者の減少率を表示。ただし、男女や年齢構成の違いの影響を少なくするため、男女別・年齢階層別（5歳刻み）の補正を行ったうえで減少率を算出している。

④ 利用機関の状況

直営と外部委託の2体制で実施しており、外部委託での実施は1割程度でした。

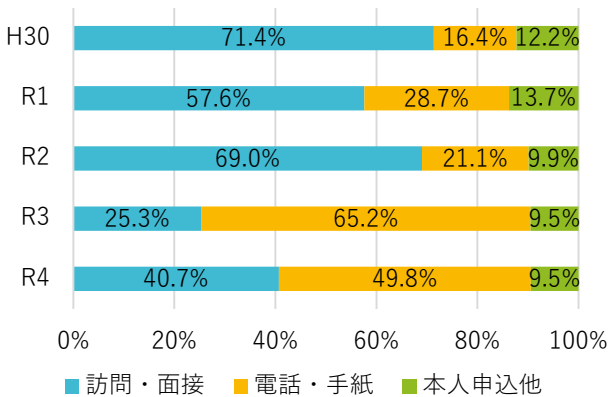
■ 機関別利用割合の推移



⑤ 利用勧奨状況

利用勧奨方法として、訪問、電話、手紙により、約8割の対象者にアプローチしました。利用勧奨者のうち、30%以上利用につながることを目標としており、令和3年度は24.8%でしたが、令和4年度は29.0%まで回復しました。また、利用勧奨の結果、利用しない理由「自分で取り組む」38.2%、次いで「通院中・主治医に相談する」27.4%であり、何かしらの改善意識を持っている者が半数以上を占めていました。

■ 特定保健指導利用勧奨方法



■ 利用しない理由の内訳

(令和4年度利用勧奨結果より) n = 475人

理由の内訳	人数	割合
自分で取り組む	181	38.2%
通院中・主治医に相談する	130	27.4%
関心がない・必要がない	94	19.8%
仕事や家族看護等で多忙等	69	14.6%

⑥ 利用者の健診項目改善状況

特定保健指導利用者の改善効果（令和3年度利用者の令和4年度健診結果）について検証した結果、積極的支援は体重、腹囲、BMI、拡張期血圧、中性脂肪、LDL-c に、動機付け支援も体重、腹囲、BMI、LDL-c に有意な改善がみられました。

■ 令和3年度特定保健指導利用者の令和4年度特定健診健診項目の改善状況（平均値差）

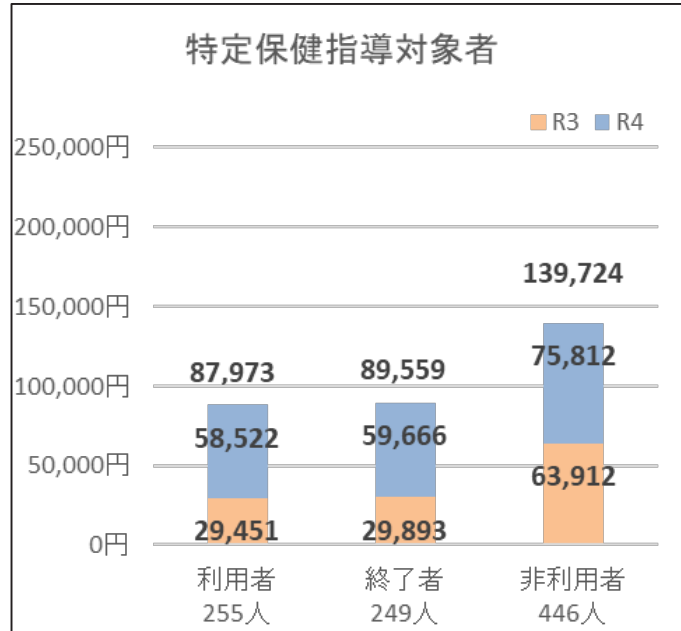
		体重 (kg)	腹囲 (cm)	BMI	収縮期血圧 (mmHg)	拡張期血圧 (mmHg)	中性脂肪 (mg/dl)	HDL-c (mg/dl)	LDL-c (mg/dl)	空腹時血糖 (mg/dl)	HbA1c (%)
積極的	R3	76.3	94.7	27.6	132.9	83.4	166.3	53.9	138.0	105.6	5.9
	R4	73.4	91.8	26.6	127.9	79.6	140.8	54.0	132.2	101.5	5.8
	平均値差	-2.9	-2.9	-1.0	-5.0	-3.8	-25.5	0.1	-5.8	-4.1	-0.1
	有意差	*	*	*	n. s.	*	*	n. s.	*	n. s.	n. s.
動機付け	R3	67.2	91.2	25.5	135.6	81.3	135.6	60.5	140.4	102.5	5.8
	R4	66.3	90.7	25.2	135.6	79.8	134.6	61.0	135.4	102.1	5.8
	平均値差	-0.9	-0.5	-0.3	0.0	-1.5	-1.0	0.5	-5.0	-0.4	0.0
	有意差	**	*	**	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	**	n. s.	n. s.

※検定方法：対応のある t 検定 ** : p<0.01 * : p<0.05 n. s. : 有意差なし

⑦特定保健指導利用状況ごとの生活習慣病医療費の状況（再掲）

■ 令和元年度特定保健指導対象者における1人当たり生活習慣病医療費の比較

特定保健指導の利用者及び終了者と非利用者のその後の医療費を比較すると、利用者及び終了者の医療費は非利用者に比べて約5万円低く、特定保健指導が生活習慣病の重症化予防への効果を示しています。

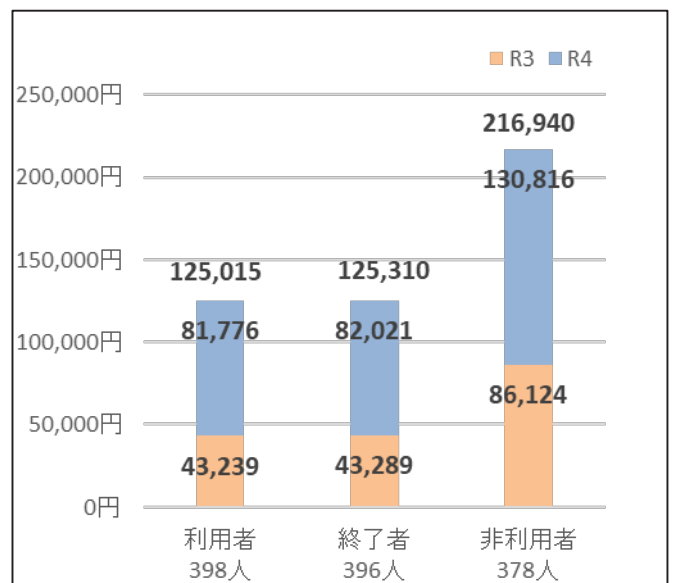
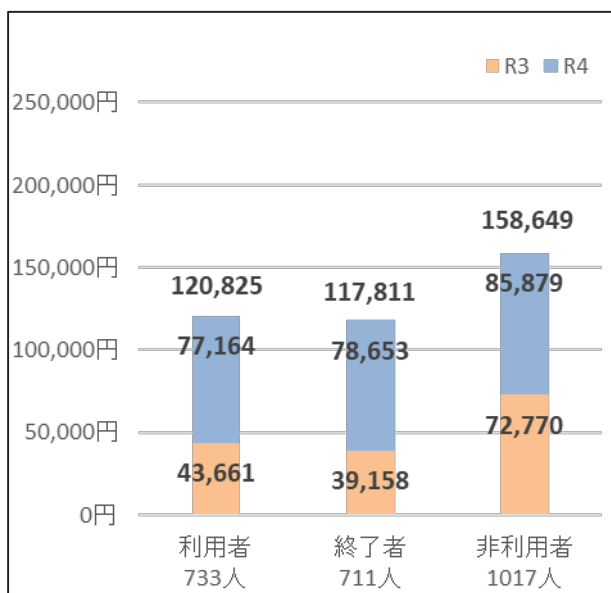


出典：KDBシステム突合CSVデータ

■ 平成30～令和3年度特定保健指導対象者における1人当たり生活習慣病医療費の比較

特に70歳以上に限定した際に、より大きな差が生じており、医療を受診する機会が多くなる高齢者においても効果を示唆しています。

<再掲：70歳以上の被保険者のみで比較>



出典：KDBシステム突合CSVデータ

2 第4期特定健康診査・特定保健指導の目標・対象者

(1) 特定健康診査等の実施における基本的な考え方

生活習慣病予防に着目した、効果的・効率的な特定健康診査及び特定保健指導の実施のための取り組みを強化し、引き続き、国が示した「特定健康診査等基本指針」、「標準的な健診・保健指導プログラム」並びに「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成19年厚生労働省令第157号）」に基づき実施します。

(2) 目標の設定

■ 特定健康診査実施率の目標値

	R6	R7	R8	R9	R10	R11
実施率	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%

■ 特定保健指導実施率の目標値

	R6	R7	R8	R9	R10	R11
実施率	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%

(3) 特定健康診査の対象者数の推計

令和元年度から令和4年度の実績値をもとに令和6年度から令和11年度の国保被保険者を推計し、各年度ごとの対象者数および受診者数を推計しました。受診者数は年度の対象者数に各年度の実施率の目標値を乗じて算出しています。

■ 特定健康診査の対象者数の推計

年齢区分	R6		R7		R8		R9		R10		R11		
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	
対象者数	40～64歳	4,887人	4,437人	4,697人	4,264人	4,531人	4,114人	4,371人	3,969人	4,217人	3,828人	4,068人	3,693人
	65～74歳	8,234人	9,514人	8,068人	9,321人	8,030人	9,277人	7,992人	9,233人	7,954人	9,190人	7,916人	9,147人
	小計	13,121人	13,951人	12,765人	13,585人	12,561人	13,391人	12,363人	13,202人	12,171人	13,018人	11,984人	12,840人
	合計	27,072人		26,350人		25,952人		25,565人		25,189人		24,824人	

■ 特定健康診査の受診者数の推計

年齢区分	R6		R7		R8		R9		R10		R11		
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	
実施率	35%		40%		45%		50%		55%		60%		
受診者見込数	40～64歳	1,710人	1,553人	1,879人	1,706人	2,039人	1,851人	2,186人	1,985人	2,319人	2,105人	2,441人	2,216人
	65～74歳	2,882人	3,330人	3,227人	3,728人	3,614人	4,175人	3,996人	4,617人	4,375人	5,055人	4,750人	5,488人
	小計	4,592人	4,883人	5,106人	5,434人	5,653人	6,026人	6,182人	6,602人	6,694人	7,160人	7,191人	7,704人
	合計	9,475人		10,540人		11,679人		12,784人		13,854人		14,895人	

(4) 特定保健指導実施者数の推計

特定健康診査の受診者見込数に特定保健指導対象者数（令和4年度）の発生率を乗じ、特定保健指導対象者数を推計しました。また、特定保健指導対象者見込数に特定保健指導実施率の目標値を乗じることにより、特定保健指導実施者数を推計しました。

■ 特定保健指導発生率

年齢区分	積極的		動機付け	
	男性	女性	男性	女性
40～64歳	17.0%	3.5%	7.6%	5.6%
65～74歳	0.0%	0.0%	13.1%	5.1%

■ 特定保健指導対象者数の推計

年齢区分	R6		R7		R8		R9		R10		R11		
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	
特定保健指導対象者見込数	40～64歳	421人	141人	462人	156人	502人	169人	538人	180人	570人	192人	601人	202人
	65～74歳	378人	170人	423人	190人	473人	213人	523人	235人	573人	258人	622人	280人
	小計	799人	311人	885人	346人	975人	382人	1,061人	415人	1,143人	450人	1,223人	482人
	合計	1,110人		1,231人		1,357人		1,476人		1,593人		1,705人	

■ 特定保健指導実施者数の推計

年齢区分	R6		R7		R8		R9		R10		R11		
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	
実施率	35%		40%		45%		50%		55%		60%		
特定保健指導実施見込数	40～64歳	147人	49人	185人	62人	226人	76人	269人	90人	314人	106人	361人	121人
	65～74歳	132人	60人	169人	76人	213人	96人	262人	118人	315人	142人	373人	168人
	小計	279人	109人	354人	138人	439人	172人	531人	208人	629人	248人	734人	289人
	合計	388人		492人		611人		739人		877人		1,023人	

3 特定健康診査等の実施方法

糖尿病、高血圧症等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、生活習慣病の改善が必要な人を確実に把握し、保健指導や医療につなげるため、国が示した「標準的な健診・保健指導プログラム」及び「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」に基づき特定健康診査を実施します。

(1) 実施方法（形態）

特定健康診査の実施にあたっては、個別健診と集団健診を併せて実施するとともに、がん検診を同時に実施できる体制や、休日健診の機会を設けるなど、被保険者のニーズを踏まえ、利便性に配慮した受けやすい体制を整備していきます。

また、特定健康診査の実施に代えて、魅力ある健診サービスとして、引き続き国保人間ドックを実施します。

(2) 実施場所

個別健診は市内各医療機関等において、集団健診は健診実施機関、鳥取市保健所、各地区保健センター等において実施します。

(3) 実施項目

特定健康診査の実施項目は、「基本的な健診項目」及び「詳細な健診項目」（医師が必要と判断したのも）とします。

また、この法定項目のほかに、腎不全等の進行状態を把握する血清クレアチニン検査、食生活習慣と深い関わりのある痛風を把握する血清尿酸検査は、第4期も引き続き「詳細な健診項目」あるいは追加実施として全員に実施し、行動変容につながる保健指導に活用します。

■ 検査項目

区分	内容		
基本的な健診項目	問診	標準的な質問票	○
		既往歴	○
		服薬歴	○
		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	○
	肝機能検査	AST (GOT)	○
		ALT (GPT)	○
		γ-GT (γ-GPT)	○
	血中脂質検査	空腹時中性脂肪	○いずれか
		随時中性脂肪	
		HDLコレステロール	○
		LDLコレステロール	○※1
		Non-HDLコレステロール	
	血糖検査	空腹時血糖	○いずれか
HbA1c			
随時血糖			
尿検査	尿糖	○	
	尿蛋白	○	
詳細な健診項目	貧血検査	ヘマトクリット値	●
		血色素量	●
		赤血球数	●
	心電図検査	●	
	眼底検査	●	
	血清クレアチニン及びeGFR	●	
追加項目	尿酸	△	
	血清クレアチニン及びeGFR	△	

○：特定健康診査必須項目

●：医師の判断による詳細な健診項目（国が示した判定基準による）

※詳細な検査項目は、当年または前年の健診結果等において、国の示した判定基準に該当した者のうち、健診機関の医師によって必要と判断された場合に実施する。

△：市町村独自の検査項目

※1 中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合は、LDLコレステロールに代えてNon-HDLコレステロールで評価を行うことができる。

(4) 実施時期及びスケジュール

特定健康診査の実施期間は、毎年度、原則7月から翌年2月までとします。但し、個別健診では、受診機会の拡大を目的に6月から受診を開始します。

(5) 外部委託

特定健康診査を厚生労働省が定めた基準に基づき、適当である者と定められたものに委託するものとします。

また、委託する事業者等を選定する場合には、公平性を確保するとともに、特定健康診査が円滑かつ効率的に実施できると保険者が認める者と個別・集合契約を締結します。

(6) 特定健康診査の周知・案内方法

特定健康診査の対象者全員に対し、受診券を送付します。

また、特定健康診査について、市の広報媒体やホームページ、CATV、ICT等を活用して周知を図るとともに、適時、未受診者に勧奨を行い啓発に努めます。

(7) 自己負担金

特定健康診査の自己負担金は無料とします。

(8) 受診券の様式

受診券の様式は、国の示した様式に準じて別に定めるものとします。

(9) 結果通知及び情報提供

特定健康診査の結果を受診者本人にわかりやすく伝えることは、自分自身の健康課題を認識し、生活習慣の改善につながる貴重な機会です。できるだけ直接本人に結果数値の解説や経年変化、健診結果に基づいた生活習慣の改善についての意識づけや受診の必要性、継続して健診を受けることの重要性など、個人の健康状態に応じた具体的な説明や情報提供に努めていきます。

(10) 治療中者の特定健康診査の推進及び診療情報の提供

医療管理下にあるため、健診受診の必要性を感じていない治療中者において、年1回の健診受診は健康づくりの意識づけにつながります。また、健診受診していただくことで、保険者として被保険者の健康データを分析し、その結果を今後の予防活動に活用し重症化予防を行います。健診受診啓発の際には、みなし健診（治療中の対象者本人が同意の上でかかりつけ医から特定健診項目データを国保連を通じて情報提供していただく方法）も併せて、医療機関等と連携し取り組みを行います。

(11) 事業主健康診査のデータ受領方法

事業主健康診査等を受診した者の結果については、対象者本人又は事業主に対し、本人同意の上でその者の健康診査データを磁気媒体等により提供いただくよう依頼するものとします。

4 特定保健指導の実施方法

特定保健指導は、生活習慣病に移行させないために、対象者自身が健診結果を理解して体の変化に気付き、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定するとともに、自らが実践できるように支援し、そのことにより対象者が自分の健康に関するセルフケア（自己管理）ができるようになることを目的とします。

そのために、課題やどのような生活習慣を身につけることが必要であるかを対象者と共に考え、実行可能な行動目標を対象者が自ら立て、行動変容につながるよう支援します。

(1) 対象者

「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」に基づき、特定保健指導対象者の選定と保健指導レベルの階層化を行い、動機付け支援・積極的支援の対象者に保健指導を行っていきます。

■ 特定保健指導対象者（階層化）基準

腹囲	追加リスク		④喫煙	年齢	
	①血糖	②脂質 ③血圧		40～64歳	65～74歳
男性 85cm以上 女性 90cm以上	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 25以上	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				

(2) 実施方法（形態）

特定保健指導の実施にあたっては、実施率の向上と実効性をめざし、対象者が保健指導を受けやすいよう配慮して、個別や集団、訪問等の方法により、直営もしくは委託により実施します。また健診当日等における初回面接分割実施やICTを活用した方法の普及に努めます。

(3) 実施場所

直営の場合は鳥取市保健所、各総合支所や鳥取東保健センター及び市が提供する施設等において行います。委託の場合は、委託機関が提供する場所において行うこととします。

(4) 実施項目

国が示した「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」及び「標準的な健診・保健指導プログラム」に基づき、対象者個々人の特性に応じて、身体状況及び生活習慣の改善を重視した特定保健指導を実施します。（次頁一覧表の通り）

(5) 実施時期及びスケジュール

特定健康診査結果に基づき、随時実施を行います。また、初回面接から3か月経過後に評価を行うこととします。

(6) 外部委託

対象者の利便性（土日、夜間等）及び個々の生活状況やニーズを踏まえて、行動変容につながる保健指導ができる高い専門性と多様な指導方法を持ち、生活習慣病予防の成果が期待できる実施機関の確保に努めます。選定基準は、高齢者の医療の確保に関する法律第28条及び「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（第16条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者（平成25年厚生労働省告示第92号））」に基づくものとします。

■ 特定保健指導の支援内容および支援形態

目的	支援内容・支援形態	支援期間等					
対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取り組みを継続的に行うことができるようになる	<p>○初回面接 <個別(ICT含む)20分以上又はグループ(ICT含む)おおむね80分以上> 医師、保健師、管理栄養士の面接・指導のもとに行動計画を作成し、生活習慣の改善のための取組に係る支援を行う。</p> <p>○3か月以上経過後の評価 <個別(ICT含む)・グループ(ICT含む)・電話・電子メール等> 設定した行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に変化がみられたかについて評価を行う。今後について確認、助言する。</p>	原則1回の支援（3か月以上経過後に評価）					
	<p>○初回面接 <個別(ICT含む)20分以上又はグループ(ICT含む)おおむね80分以上> 医師・保健師、管理栄養士の面接・指導のもとに行動計画を作成し、生活習慣の改善のための取組に係る支援を行う。</p> <p>○3か月以上の継続的な支援 <個別(ICT含む)・グループ(ICT含む)・電話・電子メール等> 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の実施を条件とする。 行動計画の進捗状況を確認し、食事・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導・支援。</p> <p>○3か月以上経過後の評価 <個別支援(ICT含む)・グループ支援(ICT含む)・電話・電子メール等> アウトカム評価(成果が出たことへの評価)を原則とし、プロセス評価(保健指導実施の介入量の評価)も併用し評価する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム評価 <table border="1" data-bbox="355 1081 1236 1335"> <tr> <td data-bbox="355 1081 571 1193">主要達成目標</td> <td data-bbox="571 1081 1236 1193"> <ul style="list-style-type: none"> ・ 腹囲2cm・体重2kg減 (又は当該年の健診時の体重値に0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同値の腹囲(cm)以上の減少) </td> </tr> <tr> <td data-bbox="355 1193 571 1335">目標未達成の場合の行動変容評価指標</td> <td data-bbox="571 1193 1236 1335"> <ul style="list-style-type: none"> ・ 腹囲1cm・体重1kg減 ・ 生活習慣病予防につながる行動変容 (食習慣・運動習慣・喫煙習慣・休養習慣・その他の生活習慣の改善) </td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> ・ プロセス評価 <table border="1" data-bbox="355 1391 1236 1496"> <tr> <td data-bbox="355 1391 1236 1496"> <ul style="list-style-type: none"> ・ 継続的支援の介入方法別(個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)、電話・電子メール等)による評価 ・ 健診後早期の保健指導実施(分割実施含む)を評価 </td> </tr> </table>	主要達成目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 腹囲2cm・体重2kg減 (又は当該年の健診時の体重値に0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同値の腹囲(cm)以上の減少) 	目標未達成の場合の行動変容評価指標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 腹囲1cm・体重1kg減 ・ 生活習慣病予防につながる行動変容 (食習慣・運動習慣・喫煙習慣・休養習慣・その他の生活習慣の改善) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 継続的支援の介入方法別(個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)、電話・電子メール等)による評価 ・ 健診後早期の保健指導実施(分割実施含む)を評価 	3か月以上経過後に評価
主要達成目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 腹囲2cm・体重2kg減 (又は当該年の健診時の体重値に0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同値の腹囲(cm)以上の減少) 						
目標未達成の場合の行動変容評価指標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 腹囲1cm・体重1kg減 ・ 生活習慣病予防につながる行動変容 (食習慣・運動習慣・喫煙習慣・休養習慣・その他の生活習慣の改善) 						
<ul style="list-style-type: none"> ・ 継続的支援の介入方法別(個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)、電話・電子メール等)による評価 ・ 健診後早期の保健指導実施(分割実施含む)を評価 							

(7) 特定保健指導の周知・案内方法

- ・ 利用案内の方法
実施率の向上につながるよう、対象者には利用券を発行(特定健診実施年度の翌年度6月まで)し、利用勧奨を行います。
また、特定健診実施機関からも健診結果から利用勧奨していただくよう今後周知を図っていきます。
- ・ 利用券の様式
利用券の様式は国の示した様式に準じて別に定めるものとします。

(8) 自己負担金

特定保健指導の自己負担は無料とします。

(9) 特定保健指導実施者の人材確保と資質向上

保健指導実施者には、各保健指導レベルに応じた支援方法が実施できることが求められるため、人材確保と共に技術向上のための研修会参加等研鑽を深め、今後も資質向上に努めます。

5 特定健康診査・特定保健指導の実施率向上対策

(1) 意識の普及・啓発

広報誌やケーブルテレビ、SNS等の活用や、ポスター、チラシ等の配布など、あらゆるタイミングで普及活動を推進するとともに、全国健康保険協会（協会けんぽ）や鳥取市健康づくり地区推進員会等の関係組織とも連携し、幅広く受診啓発に努めます。また、継続受診の意義について意識啓発に努めます。

(2) 未受診者・未利用者への対応

① 受診勧奨の徹底

特定健康診査未受診者には電話や訪問、受診勧奨通知の発送など、対象者に合わせた効果的な勧奨方法を随時検討し、受診勧奨に努めます。

治療中で定期的に医療機関を受診されている人へは医療機関と連携し、みなし健診（治療中の方の情報提供事業）の拡大に努めます。

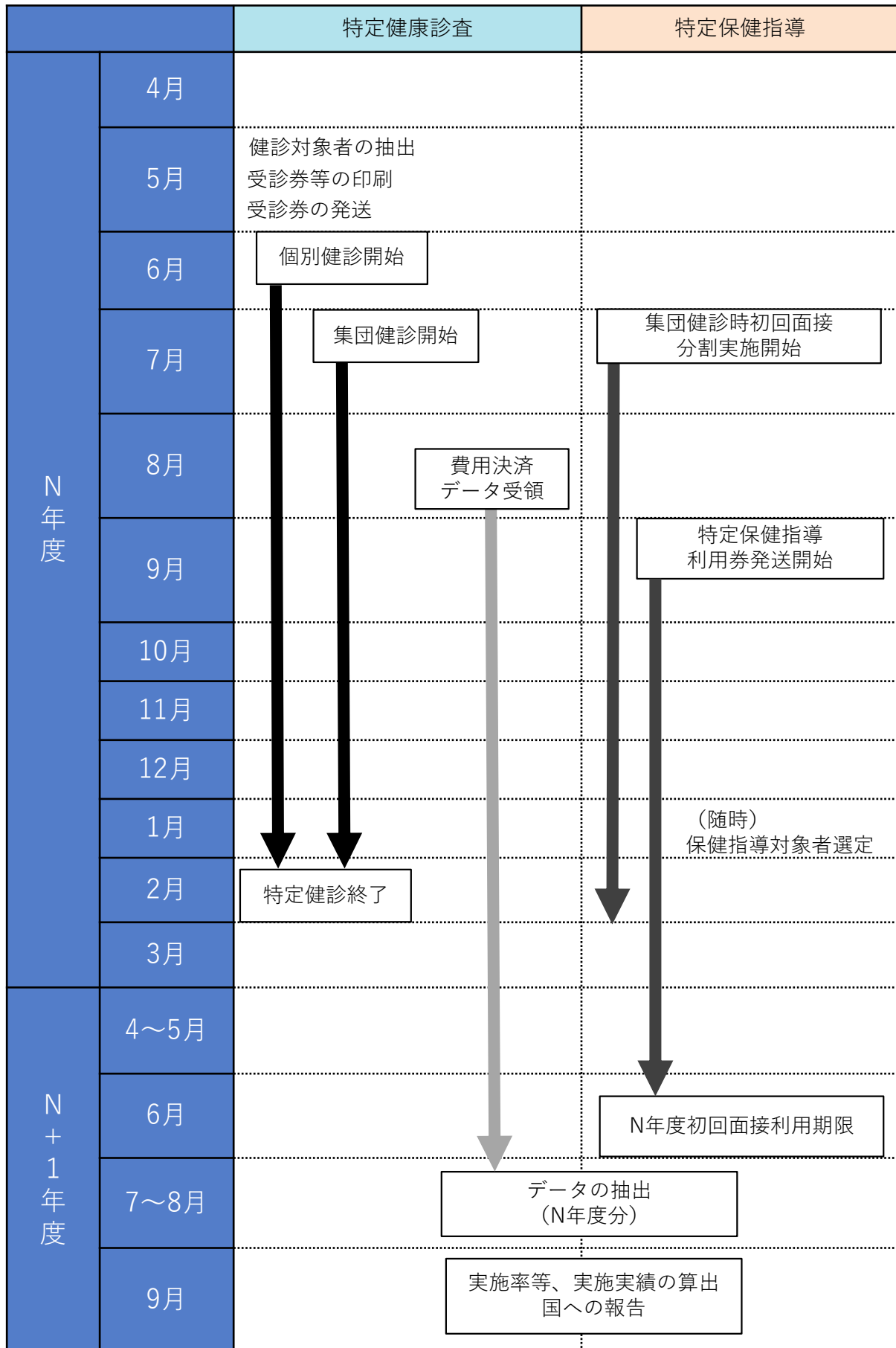
② 受診しやすい環境の整備

休日健診やがん検診と同時実施など、引き続き特定健康診査を受診しやすい体制整備に努めます。

③ 特定保健指導未利用者への対応

訪問や電話等による利用勧奨に引き続き務めるとともに、対象者のニーズに沿った実施体制（例：夜間、休日、ICTの活用等）を整備し、実施率向上に努めます。

6 年間スケジュール



7 特定健康診査等実施計画の評価方法及び見直し

(1) 計画の評価

本計画に掲げた事業の取り組みについては、客観的な数値結果に基づいた目標の達成状況を把握し、評価を行います。

■ 実施率等の算定方法

特定健康診査の実施率については、次の算定式に基づいて計算します。

○ 特定健康診査実施率

$$\frac{\text{特定健康診査受診者数}}{\text{特定健康診査対象者数}} \times 100 (\%)$$

※ 健診実施年度の4月1日時点での加入者から、年度途中に加入脱退等の異動者及び特定健康診査の除外対象となるものを除いた者

○ 特定保健指導実施率

$$\frac{\text{当該年度の動機付け支援終了者数} + \text{当該年度の積極的支援終了者数}}{\text{当該年度の健診受診者のうち、階層化により動機付け支援の対象とされた者の数} + \text{積極的支援の対象とされた者の数}} \times 100 (\%)$$

※ 階層化により積極的支援の対象とされたものが、動機付け支援レベルの特定保健指導を利用した場合は、動機付け支援の終了者数には含めない。途中終了（脱落・資格喪失等）者は、分母には含め、分子からは除外階層化後に、生活習慣病に係る服薬開始により、対象者の同意により特定保健指導を実施しない、或いは途中で終了することになった場合においては分母から除外することも可能。年度末に保健指導を開始し、年度を超えて指導を受け、実績報告時まで完了している者は分子に算入。

○ 特定保健指導対象者の減少率

$$\frac{\text{基準年度（平成20年度）の特定保健指導対象者の推定数} - \text{当該年度の特定保健指導対象者の推定数}}{\text{基準年度（平成20年度）の特定保健指導対象者の推定数}} \times 100 (\%)$$

(2) 計画の見直し

この計画は令和11年度までの6年間の計画ですが、必要な場合は計画期間内においても見直しを行うこととします。

VII その他

卷末資料

1 事業運営上の留意事項

(1) 保健事業の従事者

本計画に掲げる保健事業は、医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士等生活習慣病の予防等に知識及び経験を有する者をもって実施します。

また、各保健指導レベルに応じた支援方法が実施できるよう、人材確保と共に技術向上のため、定期的な研修会の実施又は派遣を行います。

(2) 保健事業の外部委託

よりきめ細かな保健事業を実施するため、委託事業者の活用も可能とします。委託にあたっては、保健や医療に関する専門家を有するなど、事業を効果的に行うノウハウを有し、一定の水準を満たす事業者を選定するとともに、事前協議を十分に行ったうえで事業を実施することとします。

(3) 保険者努力支援制度の活用等

保健事業が円滑に実施されるよう、交付金等を財源とする保健事業費の確保に努めます。

2 計画の公表・周知

本計画の公表及び周知については、本市の公式ウェブサイトで公表するなど、あらゆる機会を通じて広く周知を図ります。

3 個人情報の取扱い

個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）、同法に基づく各種ガイドライン、鳥取市個人情報の保護に関する法律施行条例（令和4年鳥取市条例第36号）及び鳥取市情報セキュリティポリシーに基づく管理や周知徹底を図り、個人情報の漏洩防止に細心の注意を払うこととします。

また、特定健康診査、特定保健指導、糖尿病性腎症重症化予防事業等に関わる業務を外部に委託する際には、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止について契約書に明記するとともに、委託先の契約遵守状況の管理を行うものとします。

(1) 健康情報の保存・管理

特定健康診査等の実施結果は、電子的標準形式により、電子データでの効率的な保存及び送受信を原則とします。

また、効果的・効率的な健康診査・保健指導を実施するため、取得した健診結果等についての記録を管理し、5年間保存します。

(2) 特定健診等のデータ活用

特定健康診査等の結果は、効果的な保健事業の推進を図るために、統計的に分析し活用します。その場合、個人情報を匿名化したうえで、必要な情報のみを使用し、目的外使用は禁止します。

4 地域包括ケアに係る取り組み

本市の国保加入者のうち、65歳以上の割合は令和5年3月末で51.9%であり、平成29年3月末時点と比べ7.8%増加しています。また、本市の75歳以上の後期高齢者における一人当たりの年間入院医療費については、男女とも高血圧性疾患、心疾患、脳梗塞などの循環器の疾患が多く、次いで男性はがん、女性は骨しょう症や骨折等が多くなっています（P.27）。

「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」では、高齢者の食習慣や運動習慣等の傾向や課題を圏域別に把握し、地域の特性に応じた取り組みを行っています。また、フレイル予防の内容を取り入れた健康講座の実施や糖尿病性腎症重症化予防事業においては、個人の状況に応じたフォローアップを行うなど切れ目のないアプローチを実施しています。高齢になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らせる地域社会を構築するために、地域住民や地区組織と連携した活動を行うとともに、保健、医療、介護が連携した取り組みを行っています。

< 巻末資料 >

■ 鳥取県の共通指標

1. すべての都道府県で設定することが望ましい指標				
指標内容	鳥取市 (3年平均)	鳥取市 (R04年度)	鳥取県 共通指標 (R11年度)	(参考) 鳥取県 (R04年度)
① 特定健康診査実施率	33.7%	34.5%	60.0%	35.0%
② 特定保健指導実施率	32.4%	30.6%	45.0%	27.6%
③ 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	20.8%	19.3%	25.0%	—
④ HbA1c8.0%以上の者の割合	1.6%	1.5%	1.0%	1.3%

2. 地域の実情に応じて都道府県が設定する指標				
指標内容	鳥取市 (3年平均)	鳥取市 (R04年度)	鳥取県 共通指標 (R11年度)	(参考) 鳥取県 (R04年度)
① 特定健康診査受診者のうち高血圧が保健指導判定値以上の者の割合※1	55.0%	54.9%	55.0%	56.5%
② 特定健康診査受診者のうち高血糖者の割合(空腹時血糖)※2	8.9%	8.7%	7.5%	8.3%
② 特定健康診査受診者のうち高血糖者の割合(HbA1c)※3	11.8%	11.0%	9.0%	9.8%
③ 特定健康診査受診者のうち、未治療者(血圧)※4	44.4%	46.0%	40.0%	45.2%
特定健康診査受診者のうち、未治療者(血糖)※4	16.6%	17.2%	16.0%	16.4%
特定健康診査受診者のうち、未治療者(脂質)※4	65.6%	67.2%	60.0%	64.5%
④ 糖尿病性腎症重症化予防事業の対象者のうち、糖尿病治療なしの者の割合(空腹時血糖)※5	12.6%	9.2%	12.1%	12.1%
④ 糖尿病性腎症重症化予防事業の対象者のうち、糖尿病治療なしの者の割合(HbA1c)※5	7.5%	8.8%	9.0%	9.3%

(注1) 高血圧者(収縮期血圧130mmHg以上または拡張期血圧85mmHg以上)

(注2) 高血糖者(空腹時血糖126mg/dl以上)

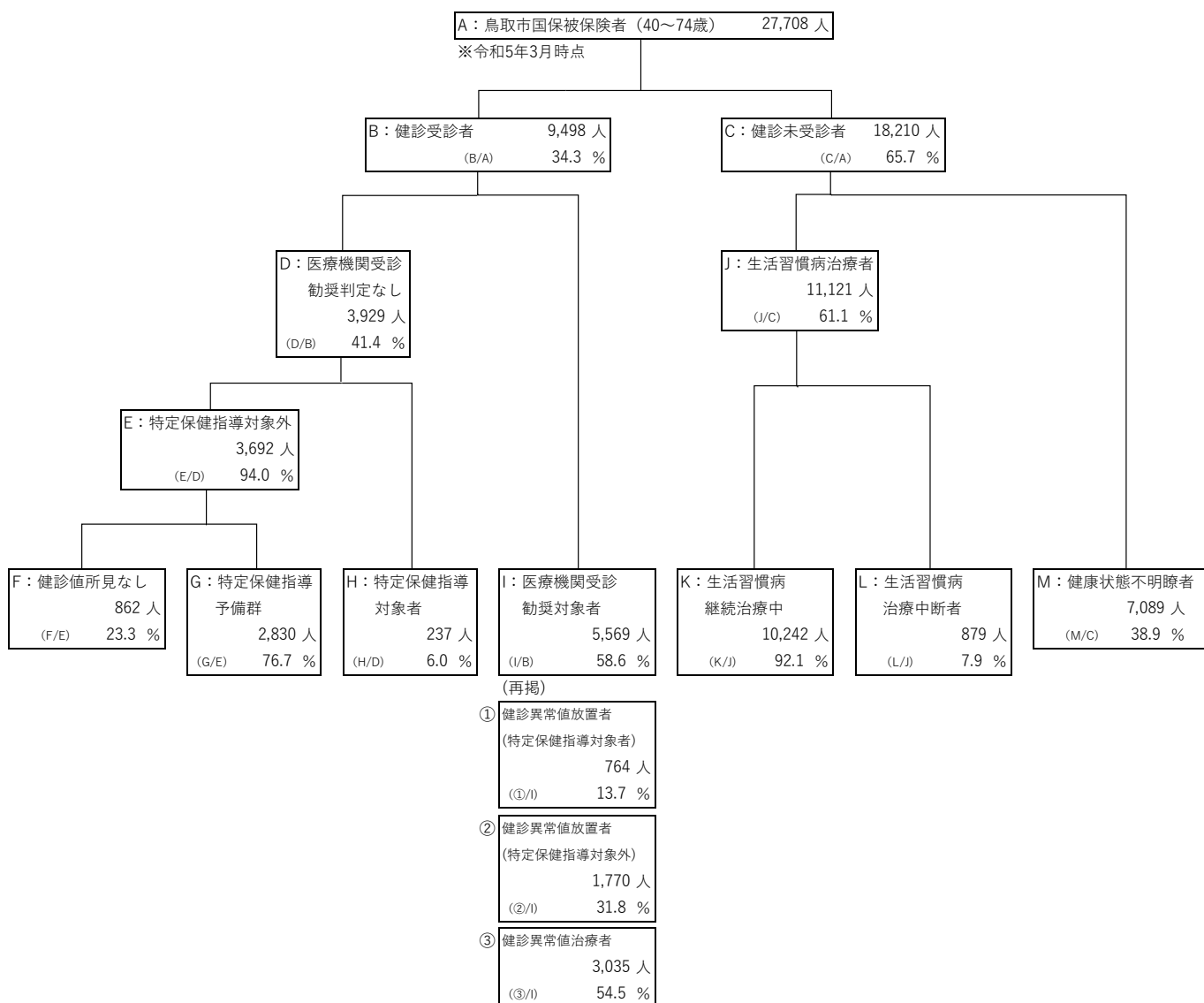
(注3) 高血糖者(HbA1c6.5%以上)

(注4) 未治療者(健診結果が受診勧奨判定値を超えており、健診翌月から3か月以内に医療受診が確認できない者)

(注5) ④の対象者(血糖値が高く(空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上の者)、腎機能の低下(eGFR60未満または尿たんぱく±以上)が見られる者)

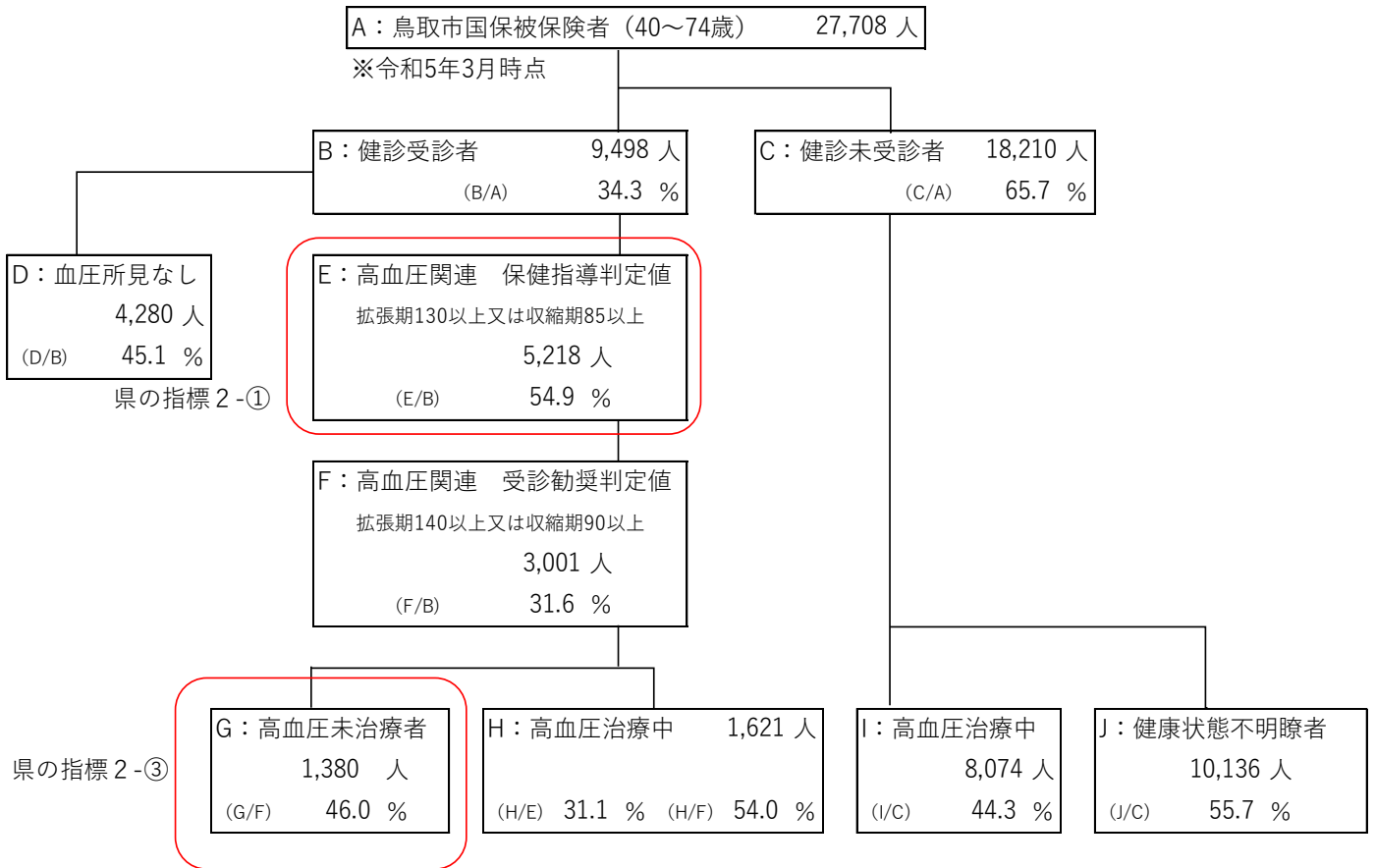
(注6) 鳥取県の共通指標と比較し、達成状況が100%以上の場合青色、50%以下の場合赤色で表示

■ 特定健康診査及びレセプトによる指導対象者群の状況（令和4年度）



- A・・・令和5年3月末時点の鳥取市国民健康保険の被保険者数
- B・・・特定健康診査を受診した者
- C・・・特定健康診査を受診していない者
- D・・・特定健康診査の結果数値で、医療受診勧奨判定値を超えた項目のない者
- E・・・特定保健指導の対象ではない者
- F・・・特定健康診査の結果数値で、保健指導判定値を超える項目のない者（所見のない者）
- G・・・特定保健指導の対象にはなっていないが、特定保健指導判定値を超える項目がある者
- H・・・特定保健指導の対象者
- I・・・特定健康診査の結果数値で、医療受診勧奨判定値を超える項目がある者
 - ①Iのうち、医療を受診していない、かつ特定保健指導の対象にも当てはまる者
 - ②Iのうち、医療を受診していない、かつ特定保健指導の対象ではない者
- J・・・高血圧症、糖尿病、脂質異常症のいずれかの治療を受けた者
- K・・・令和3年度に引き続き高血圧症、糖尿病、脂質異常症のいずれかの治療を受けている者
- L・・・令和3年度は治療を受けているが、令和4年度は受けておらず、治療中断が疑われる者
- M・・・医療も特定健康診査も受診しておらず、健康状態の把握ができない者

■ 生活習慣病（高血圧症）患者の特定健康診査受診状況（令和4年度）

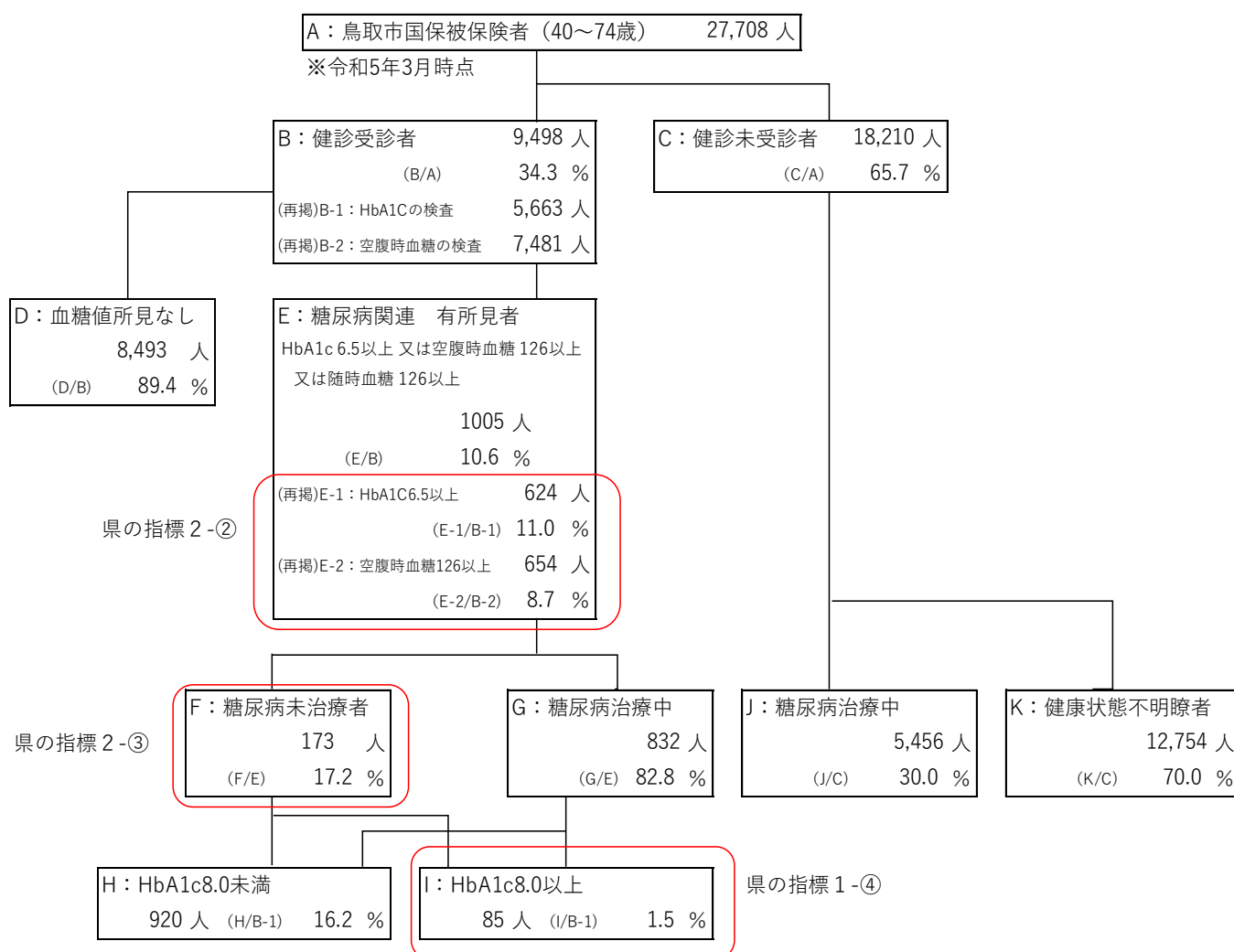


- A・・・令和5年3月末時点の鳥取市国民健康保険の被保険者数
- B・・・特定健康診査を受診した者
- C・・・特定健康診査を受診していない者
- D・・・特定健康診査の結果数値で、血圧関連の所見がない者
- E・・・特定健康診査の結果数値で、血圧が保健指導判定値(※1)を超えている者
- F・・・特定健康診査の結果数値で、血圧が医療受診勧奨判定値(※2)を超えている者
- G・・・Fのうち、医療を受診していない者
- H・・・Fのうち、医療を受診している者
- I・・・特定健康診査を受診していない者のうち、高血圧症の医療を受けている者
- J・・・特定健康診査も高血圧症の治療も受診しておらず、健康状態の把握ができない者

※1・・・収縮期血圧130mmHg以上又は収縮期血圧85mmHg以上

※2・・・収縮期血圧140mmHg以上又は収縮期血圧90mmHg以上

■ 生活習慣病（糖尿病）患者の特定健康診査受診状況（令和4年度）



- A・・・令和5年3月末時点の鳥取市国民健康保険の被保険者数
- B・・・特定健康診査を受診した者（再掲は、各検査の項目を実施した者）
- C・・・特定健康診査を受診していない者
- D・・・特定健康診査の結果数値で、血糖関連の所見がない者
- E・・・特定健康診査の結果数値で、血糖の項目に所見(※1)がある者
- F・・・Eのうち、医療を受診していない者
- G・・・Eのうち、医療を受診している者
- H・・・血糖の項目に所見(※1)があり、HbA1cが8.0未満の者
- I・・・HbA1cが8.0以上の者
- J・・・特定健康診査を受診していない者のうち、糖尿病の医療を受けている者
- K・・・特定健康診査も糖尿病の治療も受診しておらず、健康状態の把握ができない者

※1・・・ HbA1c6.5%以上又は空腹時血糖126mg/dl以上

■ 用語の解説

用語	解説
ポピュレーションアプローチ	集団全体に働きかけ、全体のリスク低下を図ること。
ハイリスクアプローチ	危険度がより高いものに対してその危険度を下げるよう働きかけること。
診療報酬明細書(レセプト)	保険医療機関等が診療を行ったときの医療費を、保険者に対して請求する診療報酬請求書に添付する書類のこと。患者ごとに毎月一枚作成し、各月に実際に行った診療内容と個々の診療行為に要した費用の額を記入するもので、請求書の明細を示すために作成される。
KDB (国保データベース)システム	KDB (国保データベース)システムは、国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種制度の審査支払業務及び保険者事務共同電算業務を通じて管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療(後期高齢者医療含む)」、「介護保険」等に係る情報を利活用し、統計情報等を保険者向けに情報提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実務をサポートすることを目的として構築されたシステム。
平均寿命	人が生存する平均年数であり、当該年に誕生した0歳児が生存すると考えられる年数の平均を示している。
平均自立期間	人が健康でいられる期間を算定する健康寿命の指標の1つで、「日常生活に介護を要しない期間の平均」を示す。「要介護2～5」を介護を要する状態(不健康な状態)と定義し、健康でいられる期間を算出したもの。
特定健康診査	メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目した健康診査。40歳～74歳が対象で、糖尿病や心臓病、脳卒中などの生活習慣病を早期発見し、重症化を防ぐことを目的とする。
特定保健指導	特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高い人に対して、医師や保健師、管理栄養士等が対象者一人ひとりの身体状況に合わせた生活習慣を見直すためのサポートをすること。リスクの程度に応じて、動機付け支援と積極的支援がある。
ナッジ理論	望ましい行動をとれるように人を後押しして行動変容を促す理論
メタボリックシンドローム	メタボリックシンドロームとは、内臓脂肪蓄積に加えて、血糖や脂質(HDLコレステロールと中性脂肪)、血圧が一定以上の値を示している場合をいう。内臓脂肪の蓄積により、動脈硬化が進行しやすく、心筋梗塞や脳卒中を発症しやすくなる。 このうち、メタボリックシンドローム基準該当とは、腹囲(男性85cm以上、女性90cm以上)に加えて、下記①から③の項目のうち2つ以上該当する場合をいう。また、メタボリックシンドローム予備群該当とは、腹囲(男性85cm以上、女性90cm以上)に加えて、下記①から③の項目のうち1つ該当する場合をいう。 ①血糖:空腹時血糖110mg/dl以上(HbA1c6.0%以上に相当) ②脂質:中性脂肪150mg以上又はHDLコレステロール40mg/dl未満 ③血圧:収縮期血圧130mmHg以上又は拡張期血圧85mmHg以上 ※血糖、脂質、血圧で薬の服用がある場合は、それぞれの項目に含める。
みなし健診(治療中の方の特定健康診査情報提供)	生活習慣病で治療中および経過観察中の方が、診療における検査項目に健康診査項目不足分を追加実施し、そのデータを市に提供いただくことで健康診査を実施したとみなす取り組み。受診率の向上を図るとともに、治療中の方の健診受診の負担軽減を目的としている。

用語	解説
糖尿病性腎症	糖尿病性末梢神経障害および糖尿病網膜症とともに、糖尿病の3大合併症のひとつ。本症が進行すると腎機能が悪化し、現在では透析療法を受ける患者さんの原因疾患の第1位を占めている。
CKD（慢性腎臓病）	慢性腎臓病の英訳の頭文字をとって呼ばれる呼称。腎臓の障害や機能低下が持続する疾患で、進行すると透析療法や腎移植が必要となる。この発症には加齢や生活習慣病が関わっており、早期診断と適切な治療により重症化を防ぐことが出来るとされている。
eGFR	推算糸球体濾過量のことで、腎臓がどのくらい老廃物を排泄する能力があるかを示す数値。低いほど腎臓の機能が低下していることを示す。
COPD（慢性閉塞性肺疾患）	慢性気管支炎や肺気腫と呼ばれてきた病気の総称。タバコ煙を主とする有害物質を長期に吸入曝露することで生じた肺の炎症性疾患であり、喫煙習慣を背景に中高年に発症する生活習慣病といえる。
ジェネリック医薬品 (後発医薬品)	新薬の特許期間が満了後、厚生労働省の承認を得て製造・販売される医薬品。新薬に比べて開発費が大幅に削減できるため、新薬と同じ有効成分・同等の効き目でありながら、価格を低く抑えることができる。
フレイル	高齢期の虚弱を意味する言葉。年齢とともに食欲の低下、活動量の低下、筋力の低下といった現象が徐々に起きてくる。フレイルは「健康」と「要介護」の間の期間で介護が必要とまではいかないが、様々な機能が衰えてきた状態とされている。
標準化死亡比	人口の年齢構成の違いを調整して、ある集団の死亡率が、基準となる集団と比べてどの程度高いかを示す比。ここでは、国を100として鳥取市の死亡率がどの程度かを示している。
疾病大分類別、疾病中分類別	厚生労働省が告示する「疾病、傷害及び死因の統計分類」において、傷病名を種類ごとに分類した「疾病分類表」の分類グループ
ICT	通信技術を活用したコミュニケーションを指し、インターネット等の通信技術を用いた産業やサービスなどの総称。 「Information and Communication Technology」の略。
とっとり健康 ^{プラス} +	KDBシステムのデータを活用し、保険者の効果的・効率的な保健事業の推進、被保険者の健康づくりのサポートを目的として鳥取県国民健康保険団体連合会が開発したアプリケーション。

鳥取市国民健康保険
第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）
第4期特定健康診査等実施計画

令和6年3月

【編集・発行】

鳥取市福祉部 保険年金課 医療費適正化推進室

鳥取市健康こども部 鳥取市保健所 健康・子育て推進課 健診推進室

医療費適正化推進室

（住所）〒680-8571 鳥取県鳥取市幸町71番地

（電話）0857-30-8227 （ファクシミリ）0857-20-3906

（E-mail）tekisei@city.tottori.lg.jp

健診推進室

（住所）〒680-0845 鳥取県鳥取市富安二丁目138番地4

（電話）0857-20-0320 （ファクシミリ）0857-20-3965

（E-mail）kenshin@city.tottori.lg.jp



鳥取市国民健康保険

第3期 保健事業実施計画
(データヘルス計画)

第4期 特定健康診査等実施計画

令和6年3月発行