

益城町国民健康保険
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

令和 6 年 3 月



益城町国民健康保険

1. 基本的事項	P1
1. 制度の背景	
2. 他の計画との関係性	
3. 目的	
4. 計画期間	
5. 実施体制・関係者連携	
2. 現状の整理	P3
1. 保険者の特性	
2. データ分析	
3. 前期計画の評価と見直し	
4. 健康課題のまとめ	
3. データヘルス計画の目的と関連する保健事業	P4
1. 計画の目的	
2. 中長期・短期目的と関連する個別の保健事業	
4. 個別保健事業	P45
1. 特定健康診査	
2. 特定保健指導	
3. 糖尿病性腎症の重症化予防	
4. 生活習慣病の重症化予防	
5. 健康インセンティブ・健康づくりの取組	
6. 重複、多剤服薬の適正化	
7. がん検診	
8. 歯科保健	
9. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	
5. 計画の評価・見直し	P73
1. 評価の時期	
2. 評価の方法	
3. 評価体制	
6. 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	P74
1. 計画の公表・周知	
2. 個人情報の取扱い	

1. 基本的事項

1. 制度の背景

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

また、平成 26 年 3 月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）の一部改正等により、保険者等は、健康・医療情報を活用してPDC Aサイクル¹に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされました。

同指針においては、データヘルス計画には健康・医療情報（健康診査の結果や診療報酬明細書から得られる情報（以下「健診データ」、「レセプトデータ」という。））を分析し、健康状態や健康課題を客観的な指標を用いて示すこととあります。また、これらの分析結果を踏まえ、直ちに取り組むべき健康課題、中長期的に取り組むべき健康課題を明確にし、目標値の設定を含めた事業内容の企画を行うこととしています。

益城町国民健康保険においては、これらの背景や、平成30年3月に策定した第2期データヘルス計画の評価を踏まえ、第3期データヘルス計画を策定します。

2. 他の計画との関係性

本計画は、健康増進法に基づく「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」を踏まえるとともに、下記の他計画との整合性を図ります。

また、「特定健康診査等実施計画」の中で、特定健康診査・特定保健指導が進められてきましたが、第4期からは、特定健康診査・特定保健指導はデータヘルス計画の保健事業の一つとし、第3期データヘルス計画に含めるものとします。

町	益城町総合計画	第6次第2期 (R4~R8)
	益城町健康づくり推進計画(食育計画・自殺対策計画)	第3期(R6~R11)
	益城町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画	第9期(R6~R8)
国保	益城町国民健康保険保健事業実施計画	第3期(R6~R11)

¹ 計画（P）－実施（D）－評価（C）－改善（A）の4段階を繰り返すことで、計画の進行管理を適切に行い、その成果を高める仕組み

	(データヘルス計画)	
	益城町特定健康診査等実施計画	第4期(R6~R11)
県	熊本県における医療費の見通しに関する計画	第4期(R6~R11)

3. 目的

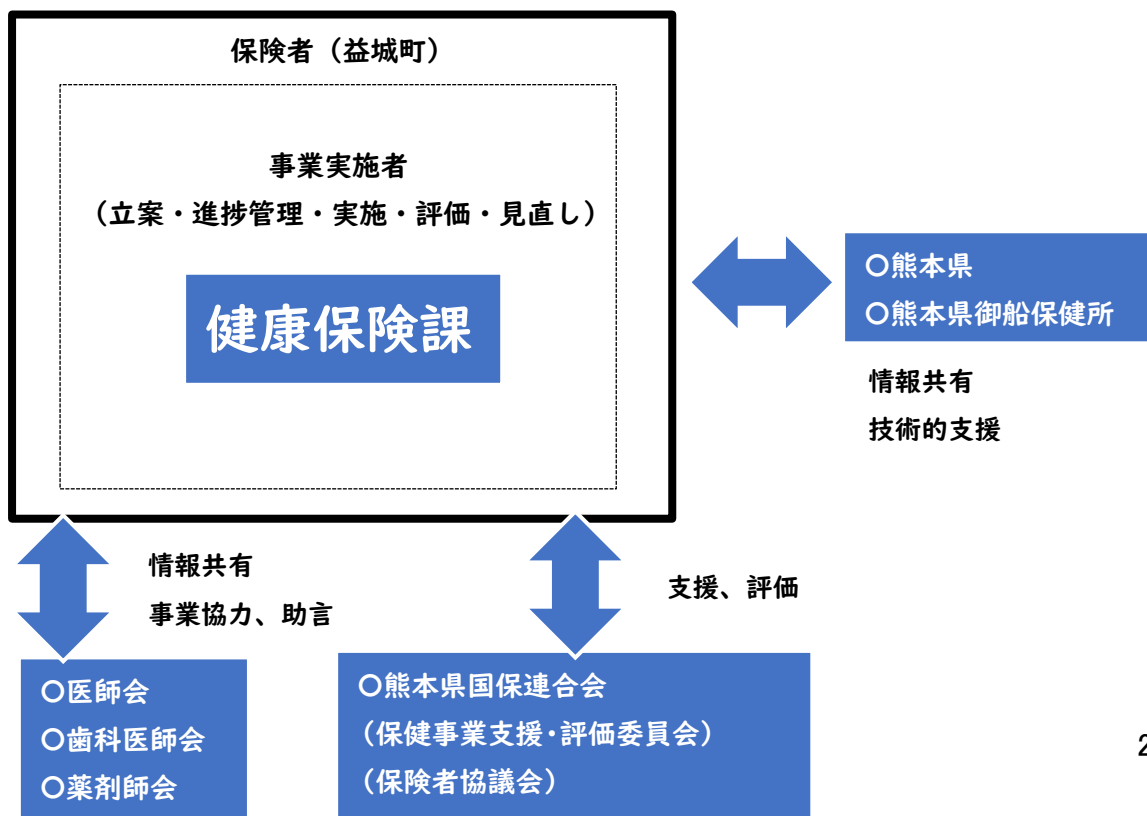
本計画は、特定健康診査、特定保健指導、レセプトデータ、介護保険等のデータを活用し、被保険者の特徴、健康状態、疾病状況等を把握し、PDCA サイクルに沿って保健事業を行うことにより、国民健康被保険者の健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上を図り、結果として「健康増進(健康寿命の延伸)」と「医療費の適正化」に資することを目的としています。

4. 計画期間

この計画の期間は、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮し、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

5. 実施体制・関係者連携

健康保険課が主体となり、関係部署と連携のうえ、計画立案、実施、進捗管理、評価、見直しを行います。また、地域の医療関係者として、医師会、歯科医師会、薬剤師会等と連携し、保健事業への協力、計画の効果的な実施のための助言を得るとともに、熊本県や御船保健所、熊本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」等からの支援を受け効果的な保健事業の実施に努めます。



2. 現状の整理

1. 保険者の特性

(1) 基本情報

益城町は、熊本県のほぼ中央、熊本市の東隣に位置し、阿蘇くまもと空港や九州自動車道のインターチェンジを有するという地理的な特性を活かし、熊本市のベッドタウンとして発展してきました。産業構成は、全国や県と同様に第3次産業が多くを占めていますが、第1産業の割合が全国平均より2.2倍高く農業が盛んな町です。

平成28年4月の熊本地震で家屋全体の98%が被害を受け、人口減少や中心市街地の活力衰退等に直面しました。現在も、復興に向けた取組を進めています。

産業構成率(%)

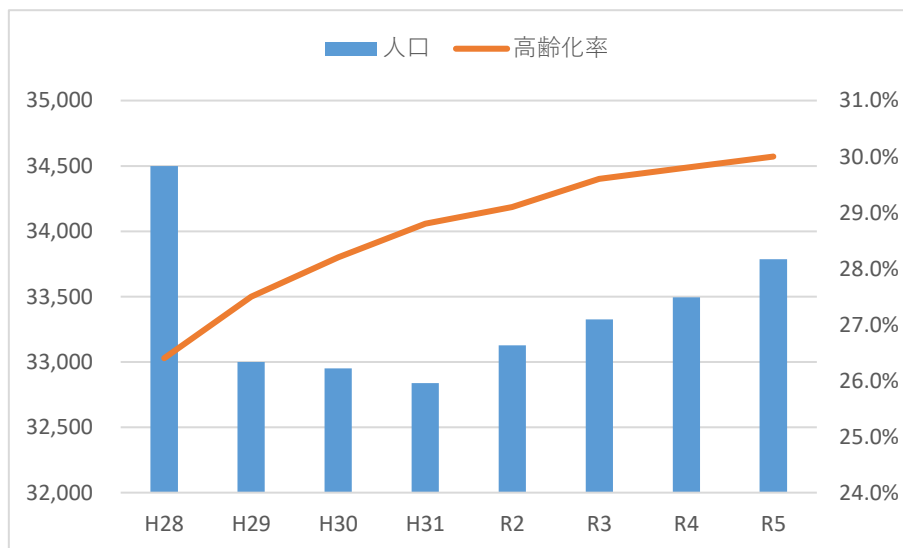
	第1次産業	第2次産業	第3次産業
益城町	8.7	22.3	69.0
熊本県	9.8	21.1	69.1
全国	4.0	25.0	71.0

KDB² 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

(2) 人口の推移

住民基本台帳(毎年3月末)によると、平成28年に34,479人であったものが平成29年に1,478人減少し、その後令和2年に増加に転じていますが、令和5年は、33,736人と、熊本地震発災前と比べると743人減少しています。

一方で、高齢化率は、令和5年に30%に達し高齢化が進んでいます。



²保健事業のサポートを目的に開発された「国保データベースシステム」のこと

(3) 平均寿命

益城町の令和2年の平均寿命は、男性82.5年、女性89年と、平成27年と比べ、男性は、0.5年、女性は、1.1年伸びています。男女とも、国及び県の平均寿命を上回っており、特に女性においては、全国2位と上位にあります。

一方で、日常生活が制限されることなく過ごすことのできる期間である健康寿命³と比べてみると、男性で約10.3年、女性で約13.4年の差があることがわかります。可能な限りこの差を小さくしていくことが望まれます。

平均寿命

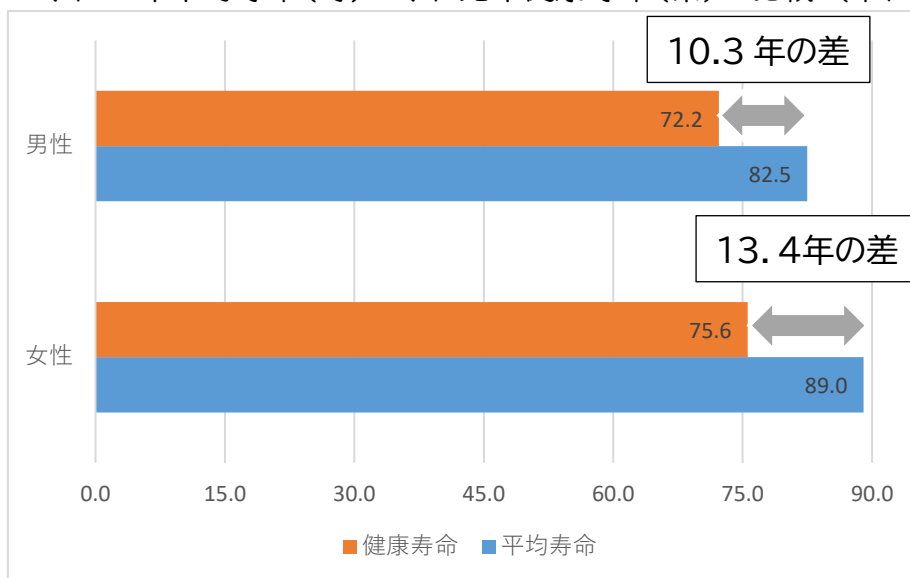
単位：年

	町		県		国	
	平成27年	令和2年	平成27年	令和2年	平成27年	令和2年
男性	82.0	82.5	81.2	81.9	80.8	81.5
女性	87.9	89.0	87.5	88.2	87.0	87.6

厚生労働省「市町村別生命表」

平均寿命と健康寿命の比較

*令和2年平均寿命(町)と令和元年健康寿命(県)を比較 (単位：年)

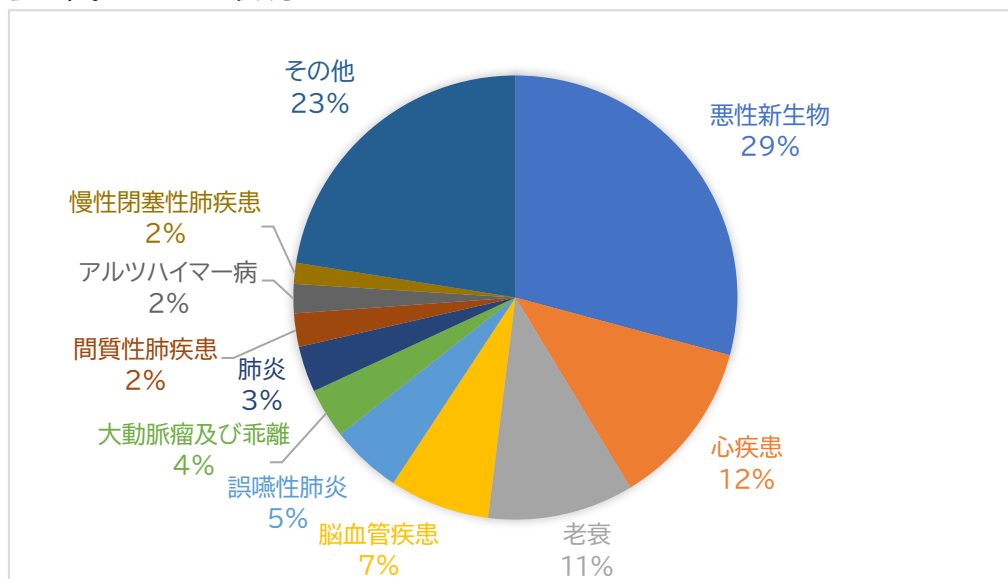


³ 令和3年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）「健康日本21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」分担研究報告書「健康寿命の算定・評価と延伸可能性の予測に関する研究」

(4) 死亡の状況

益城町の死亡の死因順位10位までの内訳は、悪性新生物が29%と最も多く、10人に約3人が悪性新生物で死亡しています。次に心疾患12%、老衰11%、脳血管疾患7%が続き、5位以下に誤嚥性肺炎、肺炎などの呼吸系疾患が4疾患と多く位置しています。また、国や県の死因順位の構成と比べ上位4位までは同じ死因となっています。

益城町の死亡の状況



令和3年人口動態統計「第9表」

国・県の死亡の状況

		死亡数		死亡率	
		県	国	県	国
1	悪性新生物	6,552	385,787	326.8	316.1
2	心疾患	3,754	232,879	221.0	190.8
3	老衰	2,675	179,524	157.4	147.1
4	脳血管疾患	1,533	107,473	90.2	88.1
5	肺炎	1,107	74,002	65.2	60.6
6	誤嚥性肺炎	1,172	56,068	69.0	45.9
7	不慮の事故	679	43,357	40.0	35.5
8	腎不全	561	30,740	33.0	25.2
9	アルツハイマー病	519	24,860	30.5	20.4
10	血管性及び詳細不明の認知症	371	24,360	21.8	20.0

令和4年人口動態統計月報年計(概数)第10表

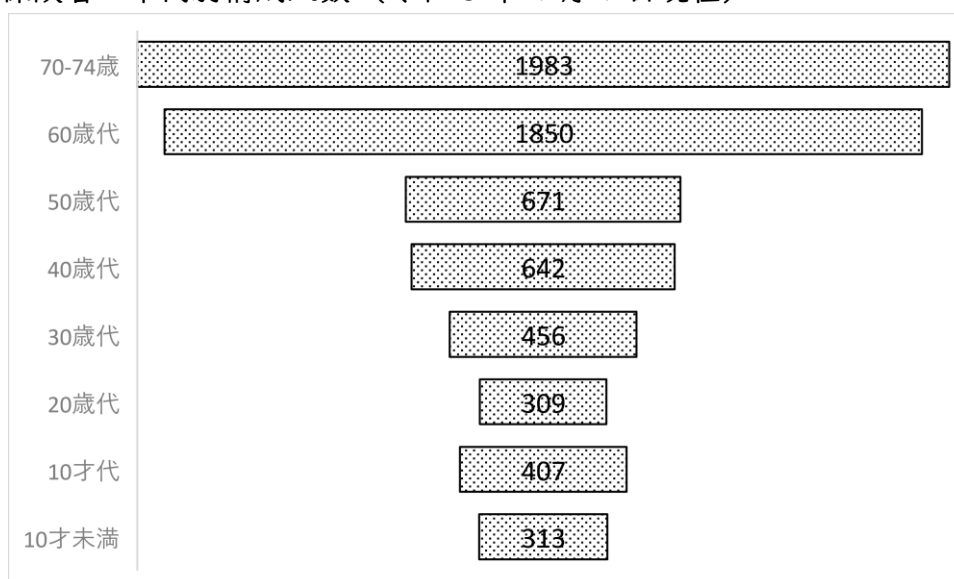
(5) 益城町国民健康保険被保険者数の推移

益城町国民健康保険の被保険者数はここ数年減少しています。被保険者数が減少する中、前期高齢者（65歳～74歳）の被保険者の割合は増加しており、国保被保険者の高年齢化が進んでいます。また、前期高齢者の中でも、いわゆる団塊の世代を含む70～74歳の構成数が一番多くなっています。

	H30	R1	R2	R3	R4
被保険者数	7,606人	7,330人	7,293人	7,023人	6,597人
加入率	22.6%	21.8%	21.7%	20.9%	20.4%
被保険者平均年齢	52.7歳	53.2歳	53.6歳	54.0歳	54.1歳
年齢構成					
～39歳	24.7%	24.1%	23.7%	23.0%	22.9%
40～64歳	31.2%	30.1%	29.0%	28.9%	28.3%
65～74歳	44.0%	45.7%	47.2%	48.1%	48.7%

KDB 地域の全体像の把握／健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

被保険者の年代別構成人数（令和5年4月1日現在）

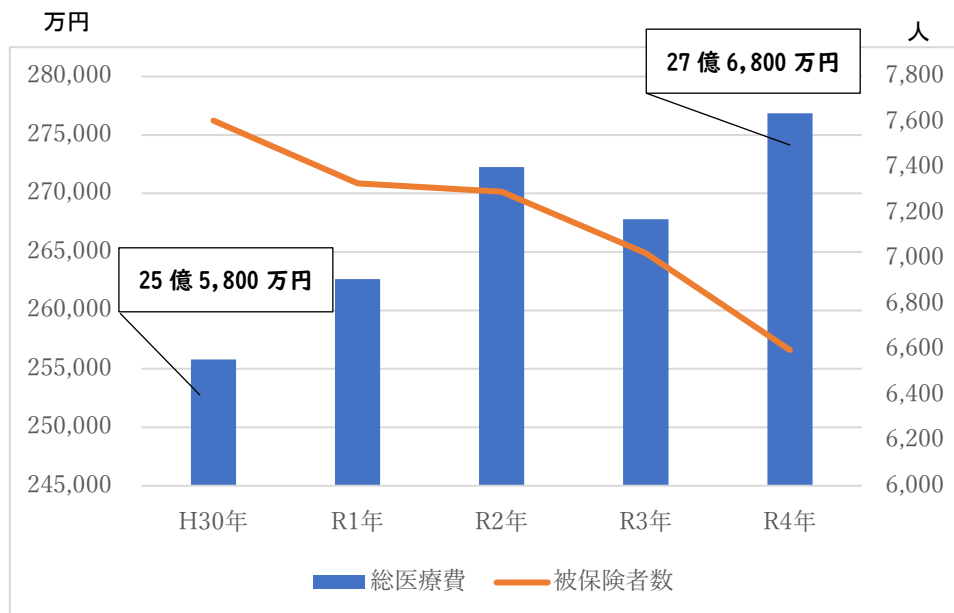


市町村事務処理標準システム

2. 医療・健診・介護情報データ分析

(1) 総医療費と被保険者数の推移

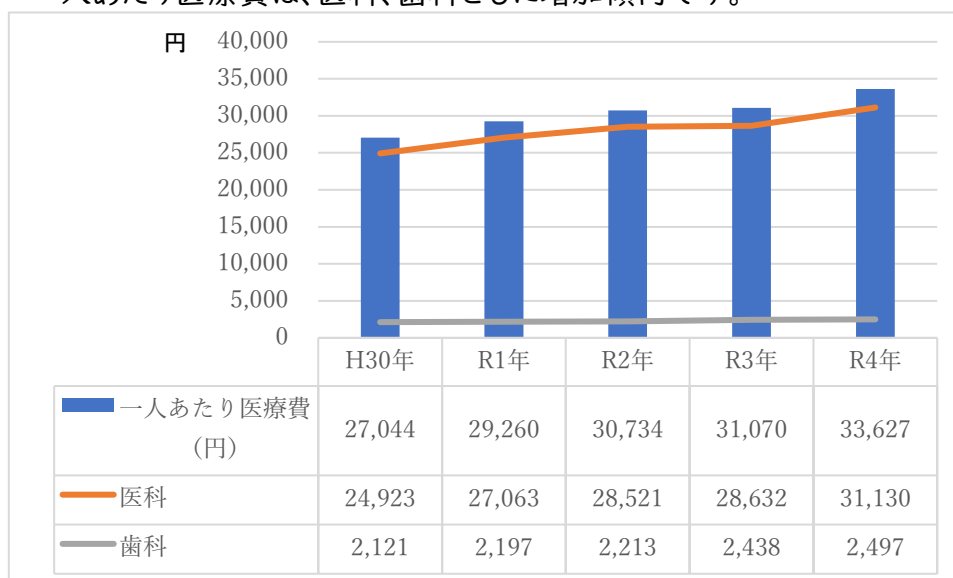
ここ数年、被保険者数は、減少していますが、総医療費は、増加傾向にあります。



KDB 健診・医療・介護データから地域の健康課題

(2) 一人あたり医療費⁴の推移

一人あたり医療費は、医科、歯科ともに増加傾向です。



KDB 健診・医療・介護データから地域の健康課題

⁴ レセプト点数×10÷被保険者数

(3) 一人あたり医療費及び受診率⁵の比較

医科について、一人あたり医療費は、県平均より低いものの、国や同規模自治体と比べて高くなっています。受診率は、県、国、同規模自治体⁶と比べて高く、同規模自治体順位は、147自治体中 10 位と上位です。

歯科については、一人あたり医療費、受診率ともに、国、県、同規模自治体と比べて高く、一人あたり医療費の県内順位は、47 自治体中 3 位と上位です。

医科及び歯科ともに、被保険者一人あたりの医療費と受診率が、同規模自治体と比べて高い状態となっています。

令和 4 年度	医科		歯科	
	一人あたり医療費	受診率	一人あたり医療費	受診率
益城町	31,130	841.858	2,497	190.754
県内順位 (47 中)	39 位		3 位	
同規模自治体内順位 (147 中)	39 位	10 位	33 位	30 位
県平均	33,482	802.498	2,184	162.568
国平均	29,043	728.390	2,211	164.799
同規模自治体平均	29,136	735.303	2,160	164.147

KDB 健診・医療・介護データから地域の健康課題

⁵ レセプト件数 ÷ 被保険者数 × 100 一定期間、医療機関にかかった人の割合を表す

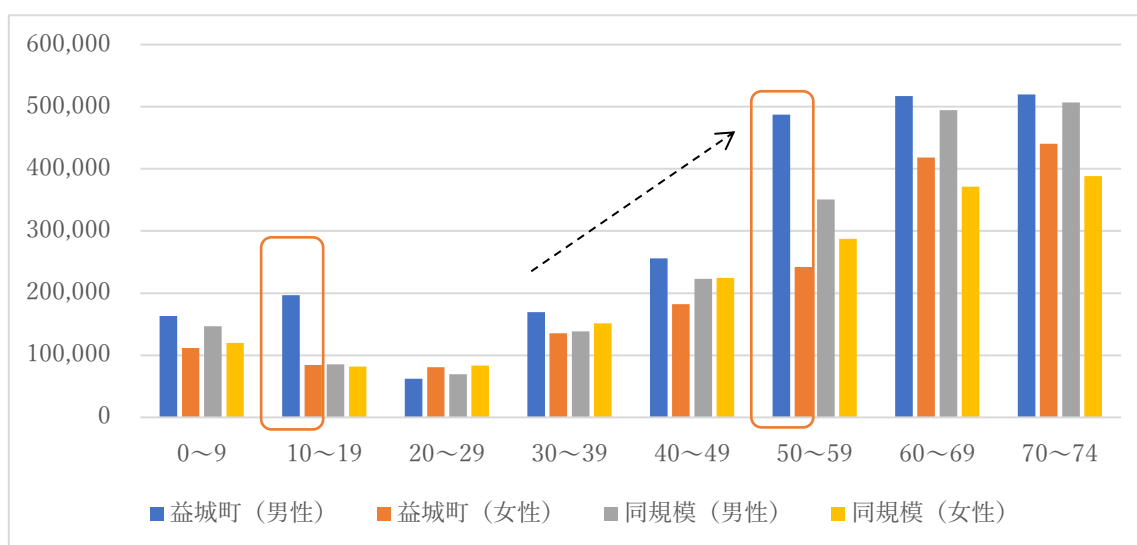
⁶ 全国の人口 2 万人以上の町村のこと (147 自治体)

(4) 性・年齢階級別 年間一人あたり医療費⁷の同規模自治体との比較

20歳代をのぞき、女性に比べ男性の一人あたり医療費が高く、特に10歳代と50歳代でその差が大きくなっています。

男女とも、30歳代から年齢とともに一人あたり医療費は増加していきませんが、男性は50歳代、女性60歳代から一人あたり医療費の増加がみられます。

同規模自治体と比べても、益城町では、全年代を通して、男性の医療費が高く、10歳代と50歳代でその差が大きくなっているのが特徴です。



KDB 健康スコアリング(令和4年度累計)から再集計

(5) 医療費分析 入院及び外来医療費の疾病分類別内訳

疾病大分類では、入院医療費について、①精神、②循環器、③新生物、④神経が、外来医療費については、①内分泌、②循環器、③尿路性器、④新生物の割合が多くなっています。精神のなかでも、統合失調症やうつ病、循環器は、外来で高血圧症、入院は不整脈や脳梗塞、新生物は肺がん、白血病、膀胱がん、前立腺がん、食道がん、乳がんの割合が多くなっていました。

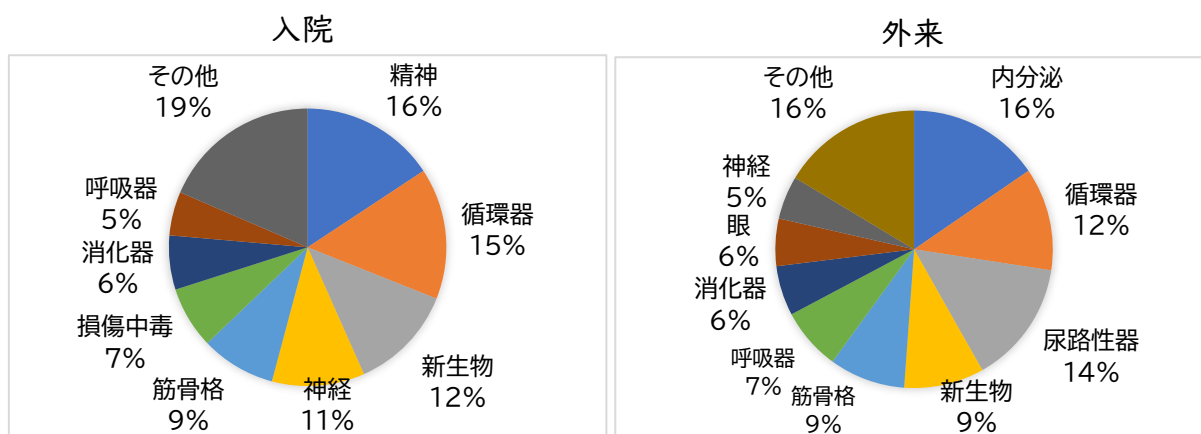
また、外来医療費1位の内分泌は、糖尿病、尿路性器は、腎不全(透析あり)の割合が多くなっています。

疾病細小分類でみると上位10疾患中4疾患が生活習慣病(精神疾患とがんは除く)でした。生活習慣病は、医療費の負担が大きく、とくに糖尿病の治療費に占める割合は、一番高くなっています。

⁷ 年間総医療費(保険適用される診療費用の総額10割) ÷ 被保険者数(※直近月)

生活習慣病以外では、2位に関節症などの関節疾患、7、8位に骨折、不整脈など加齢やフレイル状態から引き起こされやすい疾患や、精神疾患があります。また、がんのなかでも肺がんが上位に位置しています。

益城町は、入院は、精神疾患や骨折や関節疾患、外来は、糖尿病や高血圧、慢性腎臓病（透析あり）が医療費の負担が大きい疾患ということがわかります。



KDB 医療費分析 疾病大分類統計 (R4 年度累計)

順位	細小分類	割合 (%)	入院順位	外来順位
1位	糖尿病	5.1	-	1位
2位	関節疾患	4.1	3位	5位
3位	慢性腎臓病(透析有)	3.9	10位	3位
4位	統合失調症	3.5	1位	10位
5位	高血圧症	3.3	-	2位
6位	肺がん	2.9	8位	6位
7位	骨折	2.8	2位	-
8位	不整脈	2.5	5位	7位
9位	脂質異常症	2.4	-	4位
10位	うつ病	2.3	6位	7位

KDB 医療費分析 疾病細小分類統計 (R4 年度累計)

- …生活習慣病
- …加齢やフレイル状態から引き起こされやすい疾患

(6) 性別・入院外来別 レセプト件数が多い疾患

男性は、入院において、1位、2位を統合失調症とうつ病の精神疾患が占め、脳梗塞や肺がんも3位、4位と上位にありました。外来は圧倒的に、高血圧症の治療が多く、次いで、糖尿病、脂質異常症と動脈硬化を進める要因となる疾患が上位を占めています。がんにおいては、肺がんや大腸がんが上位にあり治療件数が多いことが分かります。

女性の入院1位は、男性と同様に統合失調症ですが、2位に骨折が位置しており、女性のライフステージにおいて、閉経後の骨密度低下等の影響が骨折の頻度を高めていることが考えられます。外来では、脂質異常症での治療が最も多く、ついで、高血圧症、糖尿病と男性と同様、動脈硬化を進める疾患が上位を占めています。また、骨粗しょう症が外来5位と多くなっていました。がんにおいては、乳がんや肺がんの治療が多くなっています。

男性は、精神疾患、高血圧症、糖尿病の治療が女性より多く、女性は、脂質異常症、骨折の治療が、男性より多いことが分かります。

男性

順位	入院		外来	
	細小分類(82分類)	件数	細小分類(82分類)	件数
1位	統合失調症	104	高血圧症	4,688
2位	うつ病	66	糖尿病	2,861
3位	脳梗塞	34	脂質異常症	1,757
4位	肺がん	27	関節疾患	910
5位	骨折	25	不整脈	824
6位	糖尿病	21	前立腺肥大	648
7位	慢性腎臓病(透析有)	16	うつ病	634
8位	脳出血	15	緑内障	521
9位	大腸がん	15	統合失調症	475
10位	関節疾患	15	逆流性食道炎	366

女性

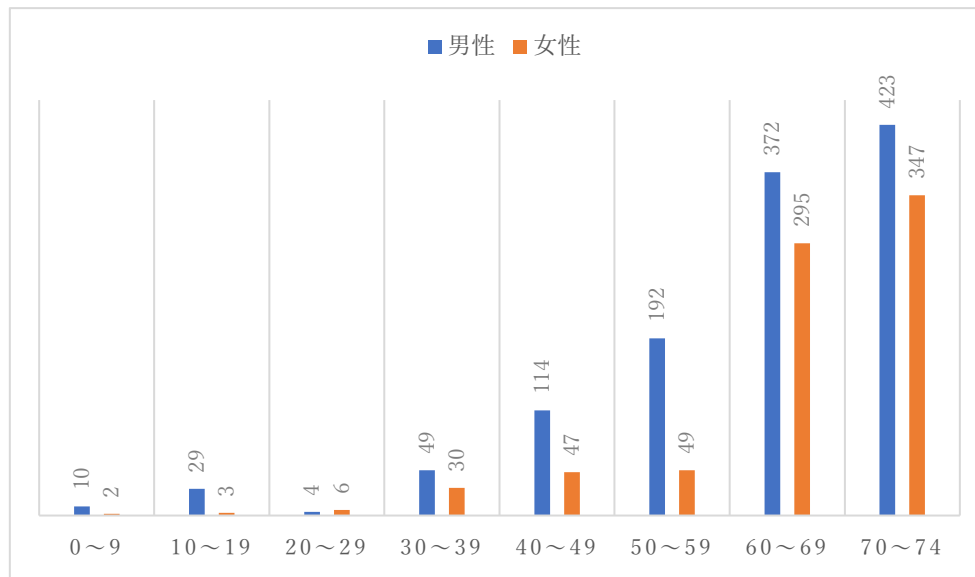
順位	入院		外来	
	細小分類(82分類)	件数	細小分類(82分類)	件数
1位	統合失調症	68	脂質異常症	4,497
2位	骨折	43	高血圧症	3,925

3位	うつ病	32	糖尿病	1,961
4位	関節疾患	30	関節疾患	1,947
5位	白内障	17	骨粗しょう症	1,323
6位	乳がん	17	うつ病	948
7位	肺がん	15	緑内障	680
8位	不整脈	13	気管支喘息	512
9位	糖尿病	11	白内障	478
10位	骨粗しょう症	10	不整脈	450

KDB「疾患別医療費分析(細小(82)分類)」より集計⁸
H30~R3年度4か年の1年あたり平均レセプト件数

(7) 年代別、医科高額(30万円以上)レセプト件数

一般的に高額とされる1件当たり30万円以上のレセプトの件数は、女性より男性の方が多く、男性は40歳代から、女性は60歳代から年齢とともに多くなっていきます。特に50歳代から60歳代になると、男性では約2倍の件数、女性は、約6倍の件数と急激に増加しています、よって、男性は40-50歳代頃から、女性では、60歳代から治療費が高額となる疾患に罹患する傾向があると言えます。



KDB 健康スコアリング(令和4年度累計)から再集計

⁸ 平成30年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業): 都道府県医療費適正化計画推進のための健診・医療等の情報活用を担う地域の保健医療人材の育成に関する研究「医療費の疾病別内訳見える化ツール・KDB国保版 Ver1.7」

(8) 高額なレセプト(30万円以上/件)の状況

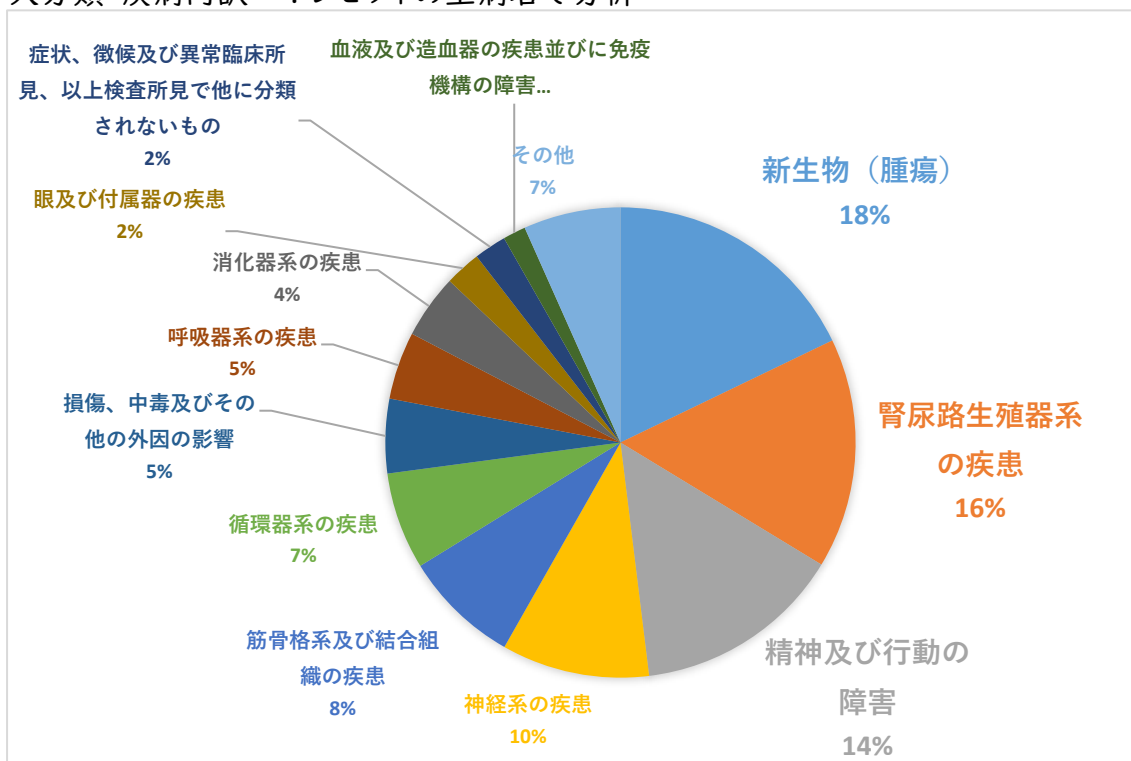
令和4年度度診療分総レセプト件数 69,691 件のうち 30万円以上のレセプトは 1,977 件で総レセプト件数の 2.8%を占めています。また、性別では、男性 1,195 件、女性 782 件で、男性が多くなっています。

疾病大分類において疾病の内訳をみると、新生物(腫瘍)、腎尿路生殖器系の疾患、精神及び行動の障害の3分類で約半数を占めています。

より詳細な疾病中分類においては、「腎不全」が14.6%と一番多くなっています。次いで、「統合失調症、及び統合失調症型障害及び妄想性障害」「循環器系の疾患」7.3%、「その他の悪性新生物」7.2%と続き、腎不全による人工透析治療や、精神疾患の治療、がん治療が多くなっていました。

疾病大分類において、6位にあった循環器疾患の中では、脳梗塞が全体の2.2%と一番多くなっています。

大分類 疾病内訳 *レセプトの主病名で分析



KDB 厚生労働省様式 1-1 から集計

疾病中分類内訳 *疾病大分類上位6位までを記載 *レセプトの主病名で分析

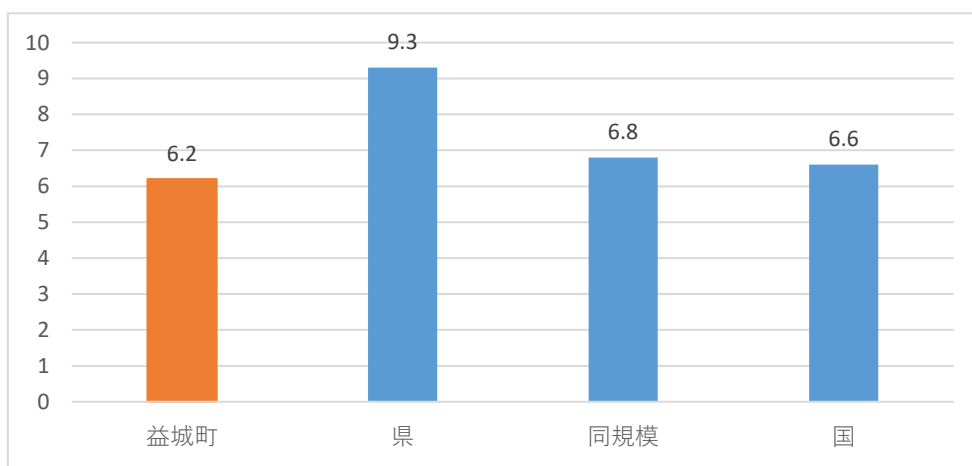
大分類		中分類	
新生物	17.9%	その他の悪性新生物	7.2%
		気管、気管支及び肺の悪性腫瘍	4.2%
		乳房の悪性腫瘍	2.4%
腎尿路生殖器系の疾患	15.8%	腎不全	14.6%
精神及び行動の障害	14.4%	統合失調症、及び統合失調症型障害及び妄想性障害	7.3%
		気分(感情)障害(躁鬱病を含む)	3.4%
		その他の精神及び行動の障害	2.4%
神経系の疾患	10.2%	その他の神経系の疾患	7%
		脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	1.3%
筋骨格系及び結合組織の疾患	8%	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	2.2%
		炎症性多発性関節障害	1.8%
		関節症	1.5%
循環器系の疾患	6.7%	脳梗塞	2.2%
		その他の心疾患	1.6%
		その他の循環器疾患	1.2%
		虚血性心疾患	0.8%
		脳出血	0.5%

KDB 厚生労働省様式1-1から集計

(9) 人工透析の状況

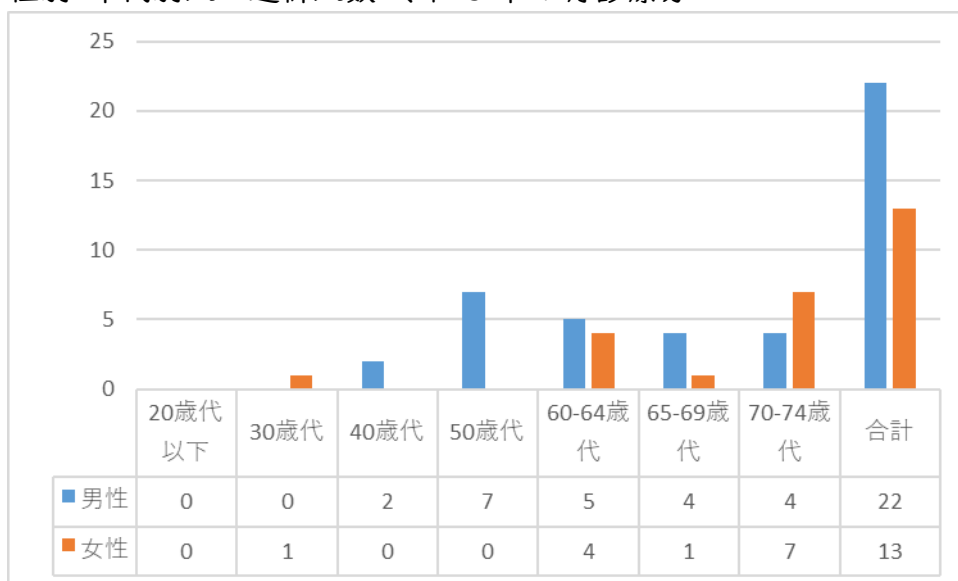
患者千人当たりの人工透析患者数は、県、同規模自治体、国と比べ少ない状況にあります。また、令和5年9月診療分の性別・年代別の人工透析人数をみると、男性は、50歳代に、女性は、70～74歳代にピークがあります。総数は、男性が女性の約1.7倍と男性が多い状況です。併せ持つ疾患は、51.7%に糖尿病、93.1%に高血圧症と、多くの人工透析患者が血管を傷つけるリスクとなりやすい生活習慣病を合併していることが分かります。

患者千人当たりの人工透析患者数（人）



KDB 医療費分析(1)細小分類 令和4年度累計

性別・年代別人工透析人数 令和5年9月診療分



KDB 厚生労働省様式3-7

人工透析患者が併せ持つ疾患 令和5年9月診療分

糖尿病	(再掲)糖尿病合併症			糖尿病以外の血管を痛める因子			大血管障害	
	糖尿病性腎症	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	高血圧症	高尿酸血症	脂質異常症	脳血管疾患	虚血性心疾患
51.7%	3.4%	10.3%	3.4%	93.1%	20.7%	48.3%	13.8%	31.0%

KDB 厚生労働省様式3-7

(10) 重複・多剤服薬の状況

令和5年7月の多剤処方(15剤以上、30日以上)を年齢別にみると、70-74歳が47.9%を占めています。どのような疾病による処方であるかレセプトの詳細から若年層では、精神疾患がほとんどであり、50歳からは、慢性腎不全が増えることがわかりました。

また、令和5年7月の重複処方(複数の医療機関から1剤以上同じ薬効の処方があった件数)の件数は、222件ありました。多かった薬効は、かゆみ止めや湿布薬などの外用薬が59件(26.5%)、解熱鎮痛消炎剤が58件(26.1%)、消化性潰瘍用剤が36件(16.2%)と多く、ほか、アレルギー用薬が27件、漢方薬14件、催眠鎮静剤・抗不安剤9件、精神神経用剤8件などでした。

催眠鎮静剤・抗不安剤が重複している人には、うつ病や不安神経症、めまい、不眠がありました。

特に高齢者は代謝機能が低下することもあり、多剤や薬効が重複することでの有害な事象⁹の発生のリスクが高くなることが懸念されます。

多剤処方(15剤以上、30日以上)の内訳(人) R5.7月

年齢	男性	女性	計
65歳未満	8	9	17
65~74歳	14	17	31
(再掲) 70~74歳	10	13	23

⁹ 薬の数が増えると薬同士が相互に影響しあうことがあり、薬が効きすぎたり効かなかったり、副作用が生じやすい。有害な事象としては、ふらつき、転倒、物忘れ、うつ、せん妄、食欲低下、便秘、排尿障害などがある。

(11) 特定健康診査受診率、特定保健指導終了率の状況

特定健康診査（以下、特定健診という。）受診率は、39.7%（令和4年度）で県平均を上回っているものの、ここ数年 30%代後半を推移し、横ばいの状況です。

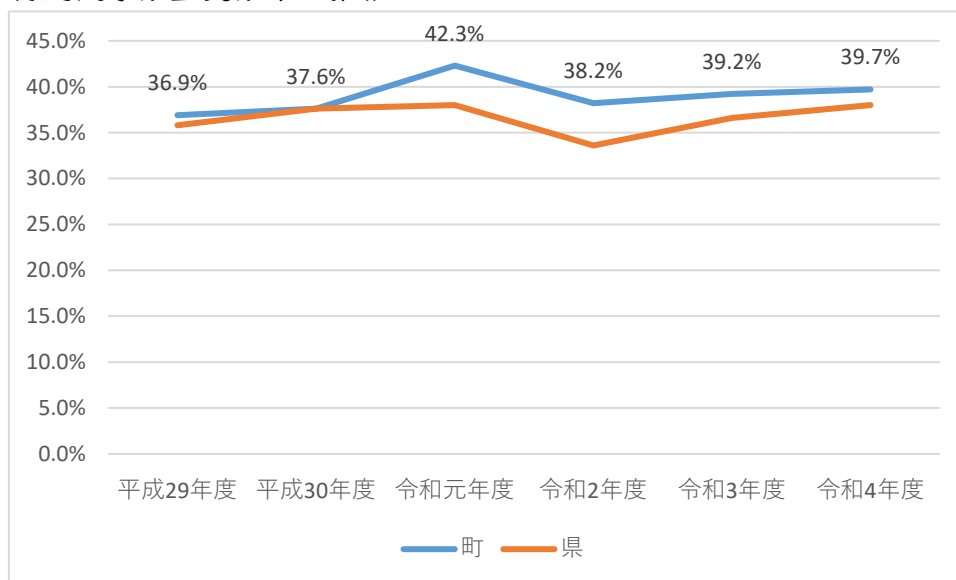
令和元年度に、集団健診等の一斉申込みにおいて、申し込みをしなかった被保険者を対象に特定健診未受診者対策として、再度、特定健診の受診勧奨通知を行いました。また、町内医療機関の協力のもと、医療機関で特定健診を受診できる個別健診の体制を整えたことで受診率が前年比4.7%増加しました。しかし、令和2年度以降、新型コロナウイルス感染症流行による受診控えがあったことで再び受診率が低下し、現在に至っています。

性別・年齢別の受診率は、男女とも40歳代と50歳代及び60-64歳の男性が、全体の受診率を下回り低い状況にあります。

男性は、40-44歳が27.4%、45-49歳が27.5%と特に低く、女性は、45-49歳が23.2%と低くなっています。

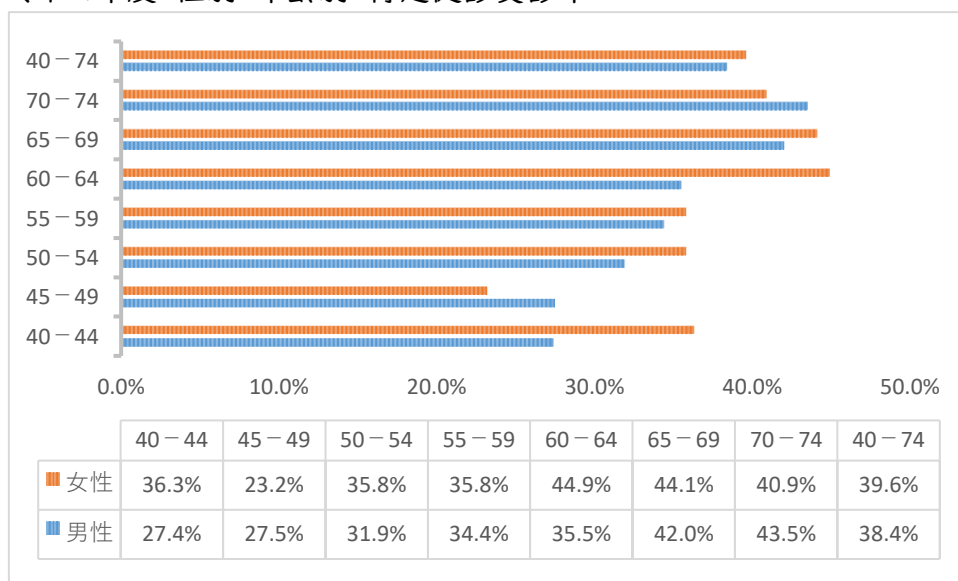
一方で、特定保健指導の終了率は、令和3年度以降大幅に上昇しました。背景として、特定健診の結果表を受診者に保健師等から直接手渡し説明を行う健診結果説明会と同時に、特定保健指導の初回面談を実施したことや、特定保健指導の利用者負担金を無料とするなど利用しやすい環境を整えたことが特定保健指導の終了率の増加につながったと考えられます。

特定健康診査受診率の推移



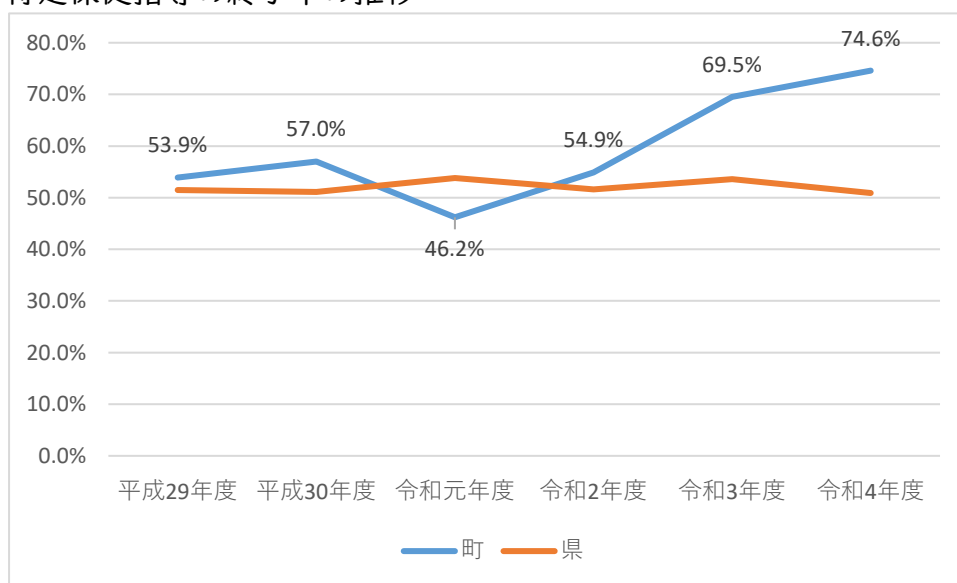
毎年11月法定報告値

令和4年度 性別・年齢別 特定健診受診率



KDB 健康スコアリング

特定保健指導の終了率の推移



毎年11月法定報告値

(12) 特定健診結果分析 被保険者の健康状態

平成30年度から令和3年度までの4か年間の健診結果から、摂取エネルギーの過剰を表す代表的な検査値であるBMI¹⁰25以上の肥満の割合、内臓脂肪の蓄積を疑う腹囲の有所見割合をみると、男女ともに全国や県と比べて低い状態でした。また、血液中の中性脂肪や肝機能の有所見者割合も同様でした。

一方で、血管を傷つけるリスクとなる代表的な検査値であり、高くなると糖尿病を疑う検査値でもある空腹時血糖100mg/dℓや、HbA1c5.6%以上の割合は、国と比べ男女とも1.8~1.9倍ほど高く、有所見者の割合が非常に高い状態でした。

内臓脂肪の蓄積による肥満が高血糖を引き起こすリスクが高いことはよく知られていますが、当町は、国や県と比べ肥満や腹囲の有所見者割合は低くとも、高血糖の割合は高く、非肥満型の高血糖も課題であることがわかります。

さらに、男性は尿酸値と拡張期血圧が、女性は、収縮期血圧と拡張期血圧が国と比べ有所見割合が高いことがわかりました。

特定健診有所見者割合 「摂取エネルギーの過剰」を表す代表的な検査値

男性	BMI 25以上	腹囲85cm 以上	中性脂肪 150以上	肝機能ALT(GPT) 31以上	HDLコレステロー ル40未満
全国	33.5%	54.3%	28.4%	22.1%	7.6%
県	33.9%	54.9%	26.3%	22.2%	7.6%
町	31.4%	51.7%	23.3%	21.2%	7.4%

標準化比 *全国を100とした場合の比較

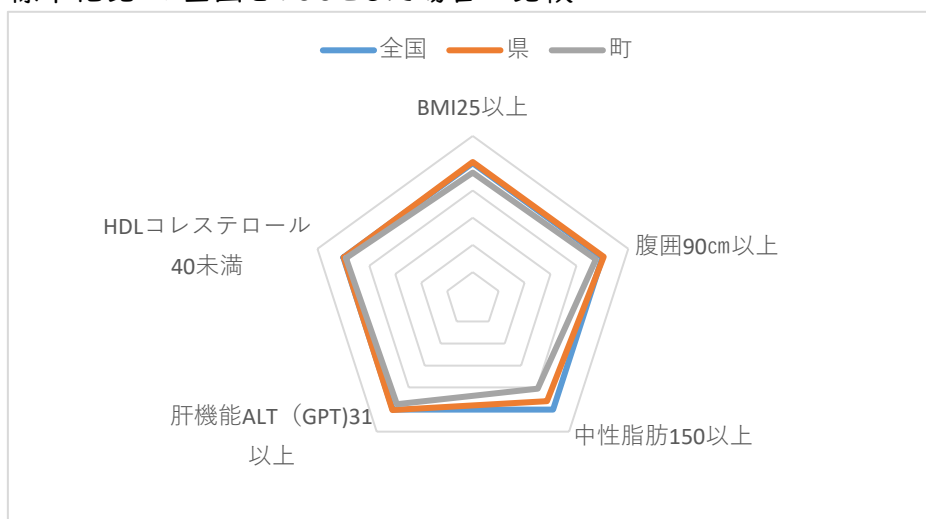


¹⁰ BMI (ボディマスインデックス) = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) × 100
体重と身長から算出される肥満度を表す体格指数

健診有所見者割合「摂取エネルギーの過剰」を表す代表的な検査値

女性	BMI 25 以上	腹囲90cm 以上	中性脂肪 150以上	肝機能 ALT (GPT) 31 以上	HDL コレステロー ル 40 未満
全国	21.8%	18.8%	16.1%	9.3%	1.4%
県	22.7%	20.2%	14.0%	8.9%	1.4%
町	21.1%	17.0%	12.2%	8.9%	1.5%

標準化比 *全国を100とした場合の比較

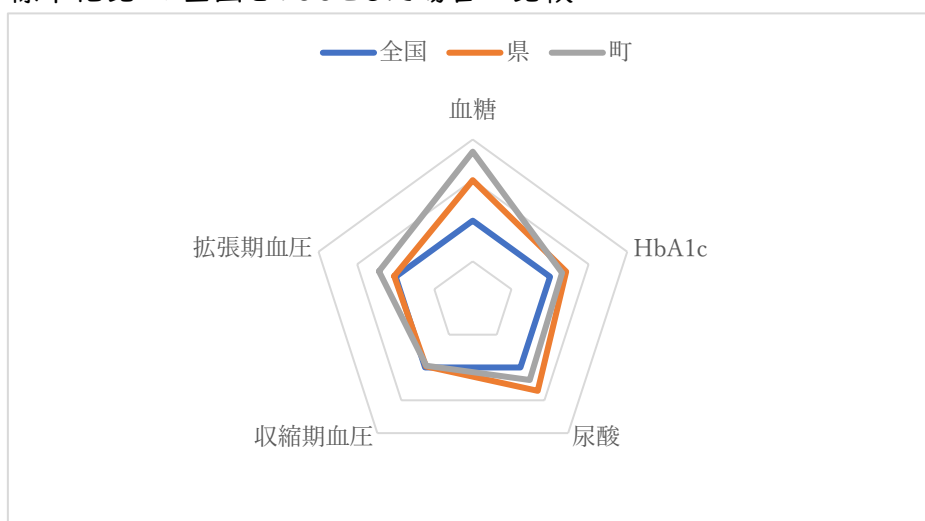


健診有所見者割合「血管を傷つけるリスクとなる代表的な検査値」

男性	空腹時血糖 100 以上	HbA1c 5.6 以上	尿酸 7.0 以上	収縮期血圧 130 以上	拡張期血圧 85 以上
全国	31.0%	57.2%	12.8%	50.4%	25.6%
県	46.5%	69.4%	17.4%	49.5%	26.2%
町	*57.4%	*66.4%	*15.3%	49.4%	*31.5%

*は、全国と比較して有所見者割合が高いもの

標準化比 *全国を100とした場合の比較



健診有所見者割合「血管を傷つけるリスクとなる代表的な検査値」

女性	空腹時血糖 100 以上	HbA1c 5.6 以上	尿酸 7.0 以上	収縮期血圧 130 以上	拡張期血圧 85 以上
全国	19.3%	56.3%	1.8%	44.7%	15.9%
県	29.2%	71.4%	2.0%	44.4%	15.9%
町	*37.3%	*69.7%	1.8%	*46.7%	*18.5%

*は、全国と比較して有所見者割合が高いもの

標準化比 *全国を100とした場合の比較



KDB 厚生労働省様式 5-2健診有所見者状況 (H30-R3 年度健診結果) 集計¹¹

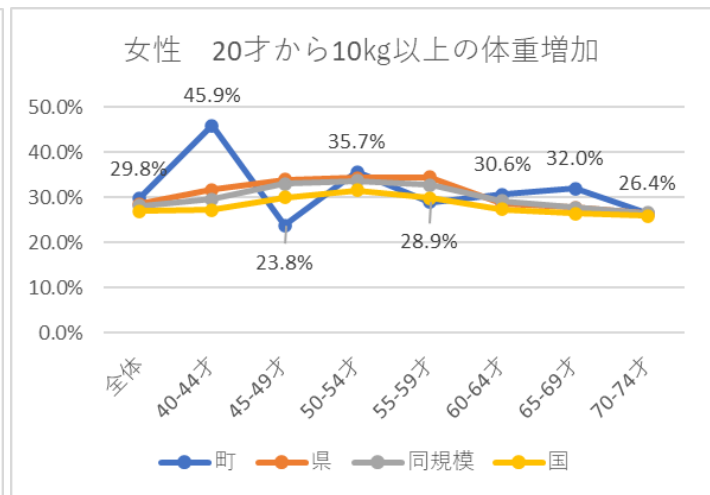
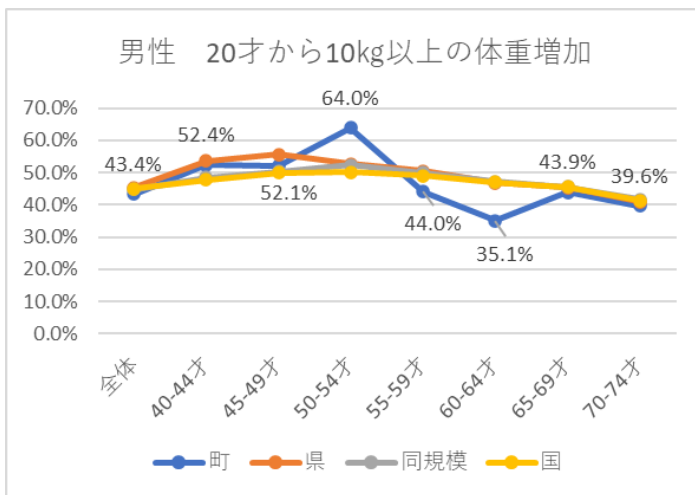
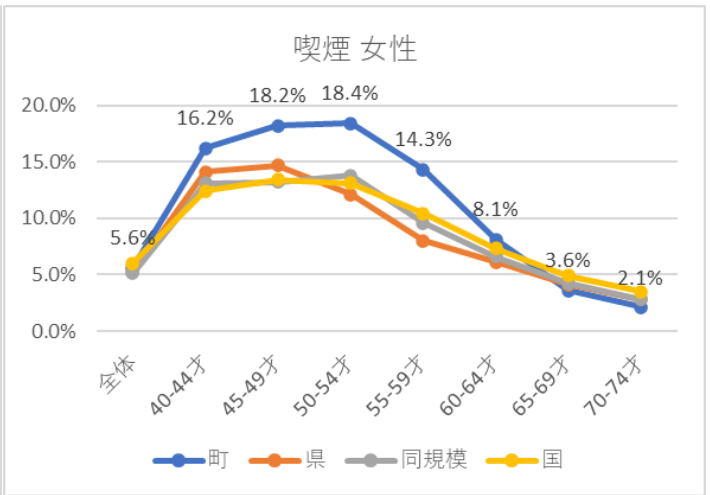
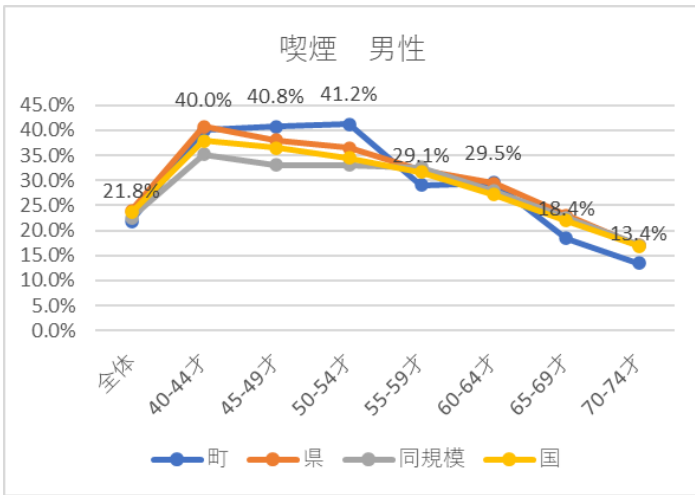
¹¹ 平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金 (政策科学推進研究事業) : 都道府県医療費適正化計画推進のための健診・医療等の情報活用を担う地域の保健医療人材の育成に関する研究「医療費の疾病別内訳見える化ツール・KDB 国保版 Ver1.7」

(13) 特定健診質問票調査(生活習慣)の状況

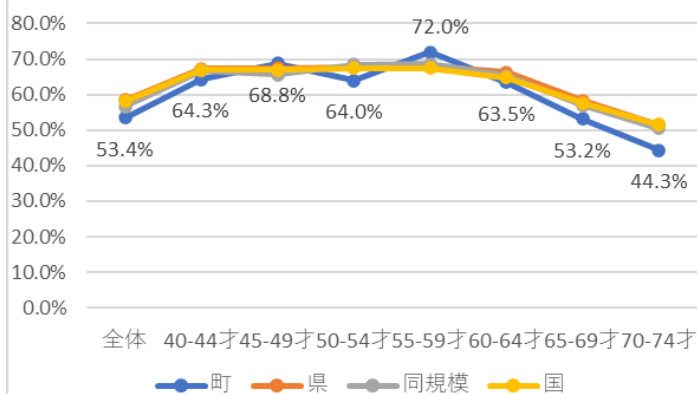
令和4年度の特定健診質問票(生活習慣)を分析すると、全体では、国・県・同規模自治体と比べ差がなくとも、性別・年代別で見ると差があり、益城町は、男女とも40代~50代の壮年層が望ましくない生活習慣に該当する割合が高いことがわかります。

生活習慣	性別・年代別の状況
喫煙率	全体では、国・県・同規模自治体と比べて低いが、男性は、 <u>40代、50代が40%を超え、国・県・同規模自治体と比べ高い。</u> 女性は、 <u>40代、50代が、14~18%台と高く、国・県・同規模自治体と比べ高い。</u>
20才から10kg以上の体重増加	全体では、国・県・同規模自治体と差はないが、男性は、 <u>40代、50代で44~64%が該当し、女性は、40-44歳で45.9%が該当し、ピークがある。</u>
1日1時間以上の歩行または同等の身体活動なし	男女とも約半数が該当し、男性は、国・県・同規模自治体と比べ高い。また、 <u>55-59歳で72.0%が該当しピークがある。</u> 女性は年齢とともに該当割合高くなっていく。
咀嚼(かみにくい・ほとんどかめない)	全体では、国・県・同規模自治体と差はない。男性は、 <u>50代から該当が2割を超える。</u> 女性は、 <u>45-49歳で33%と高いが、おおむね、15%前後で推移し、70-74歳で2割を超える。</u>
食事速度が速い	国・県・同規模自治体と比べ男性は低いが、女性が高い。特に女性は、 <u>40代から60代前半にかけて高く、ピークは、40-44歳にある。</u>
週3回以上の就寝前夕食	全体では、国・県・同規模自治体と比べ差はないが、 <u>男性は、50-54歳に、40%とピークがあり、国・県・同規模自治体と比べて高い。</u> 女性は、 <u>全年齢では、9.1%と該当だが、年代別では40-44歳で29.7%とピークがあり、40代、50代で高くなっている。</u> また、国・県・同規模自治体と比べても高い。
朝昼夕3食以外の間食や甘い飲み物(毎日)	全体では、国・県・同規模自治体と比べ低いが、男性は、 <u>50-54歳に、28.0%とピークがあり、国・県・同規模自治体と比べて高い。</u> また、 <u>40代、50代で高く、年齢とともに低下する。</u> 女性は、 <u>全年齢では、18.8%が該当しているが、40-44歳43.2%、45-49歳47.6%と40代の4割超と高く、ピークがある。</u> 以降、年齢とともに低下する。
週3回以上朝食を抜く	全体では、国・県・同規模自治体と比べ差がない。男性は、全体で13.1%だが、 <u>40-44歳は、40.5%、45-49歳は、35.4%と高く40代にピークがある。</u> また、国・県・同規模自治体と比べ高い。

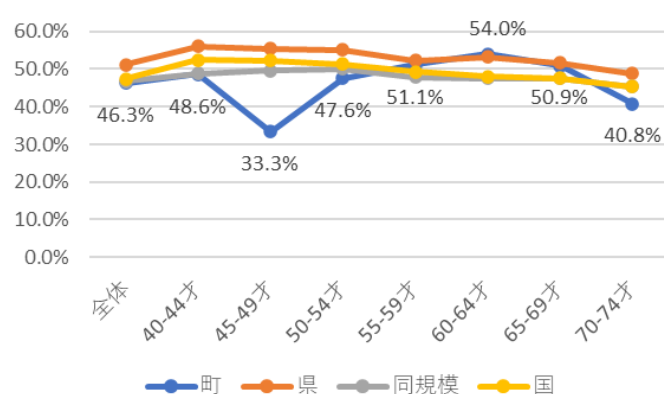
	女性は、全体では、6.9%だが、40-44歳は、29.7%、45-49才は、23.8%と高く、 <u>男性と同様40代にピークがある</u> 。また、 <u>国・県・同規模自治体と比べ高い</u> 。
不適切な飲酒（1日3合以上）	男女とも、全体で、 <u>国・県・同規模自治体と比べ低い</u> が、 <u>女性は、40-44歳、50-54歳で国・県・同規模自治体と比べ高い</u> 。
睡眠不足	全体では、 <u>国・県・同規模自治体と比べ差はない</u> が、 <u>男性は、50代で40%と高く、国・県・同規模自治体と比べ高い</u> 。女性は、 <u>40-44歳で43.2%と高く、国・県・同規模自治体と比べ高い</u> 。



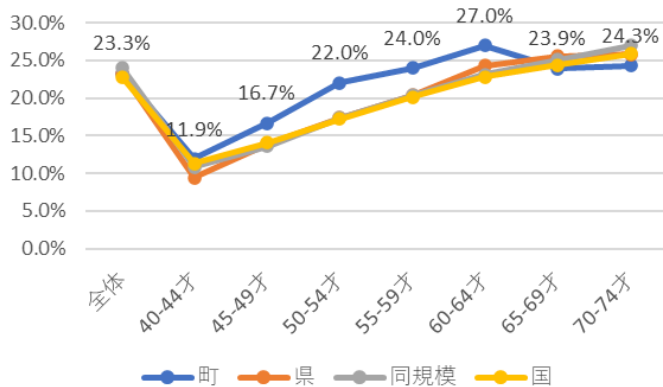
男性 1日1時間以上の運動なし



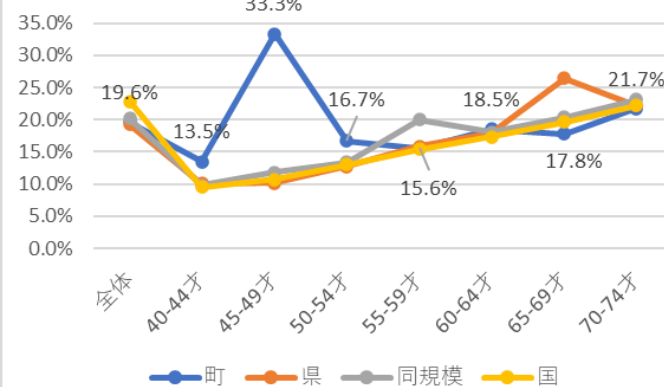
女性 1日1時間以上の運動なし



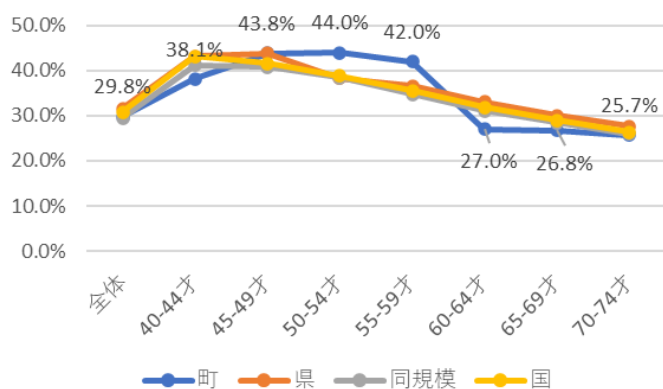
男性 噛みにくい・ほとんど噛めない



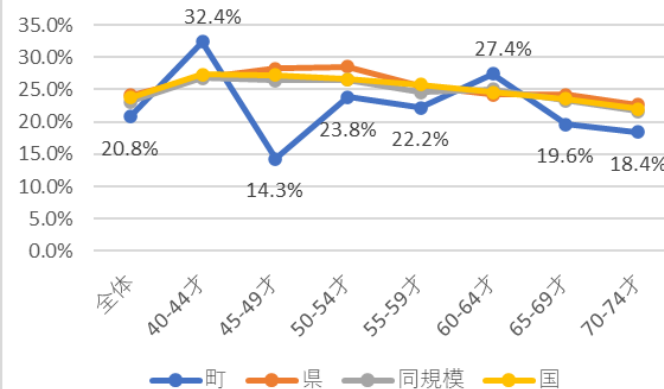
女性 噛みにくい・ほとんど噛めない



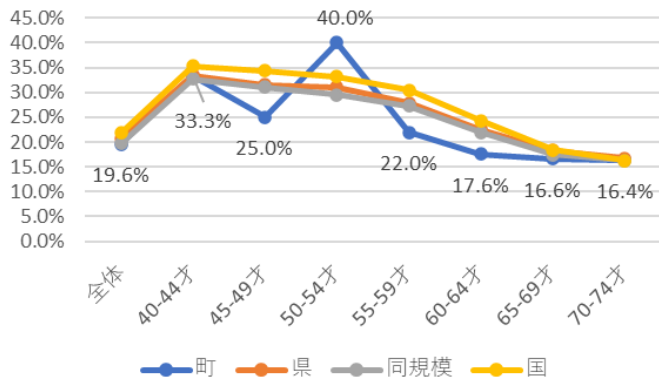
男性 食事速度が速い



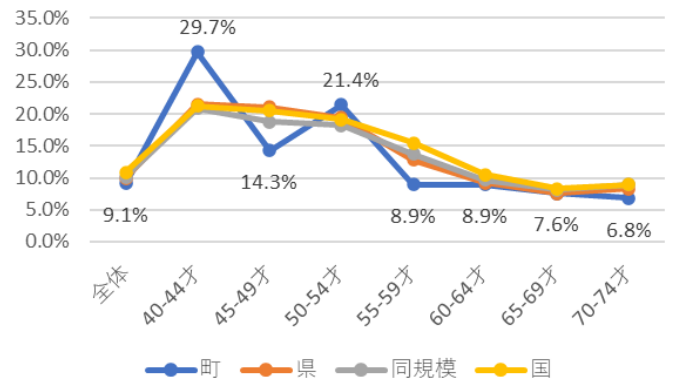
女性 食事速度が速い



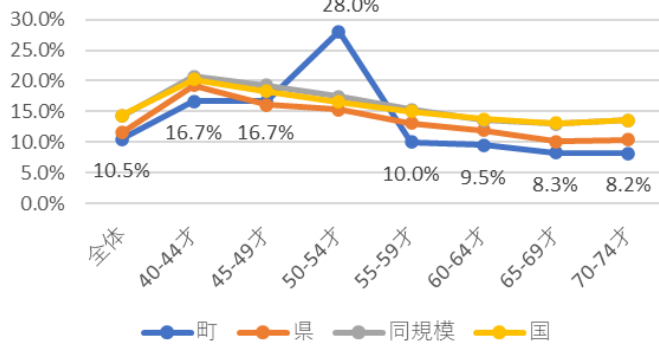
男性 週3回以上就寝前夕食



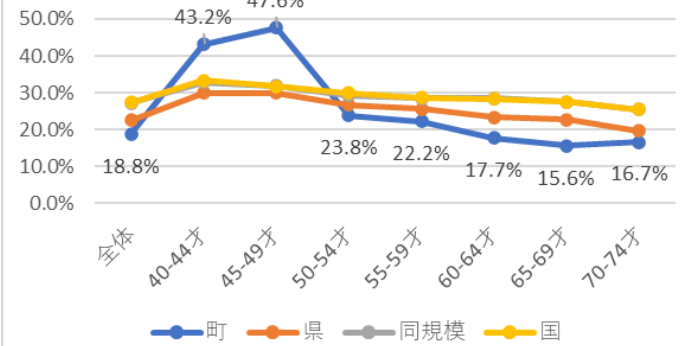
女性 週3回以上就寝前夕食



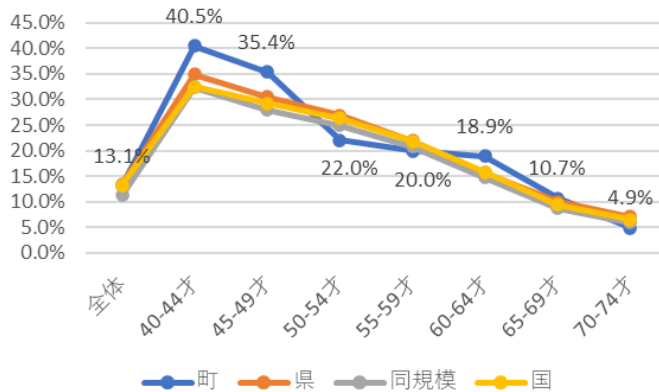
男性 朝昼夕3食以外の間食や甘い飲み物 (毎日)



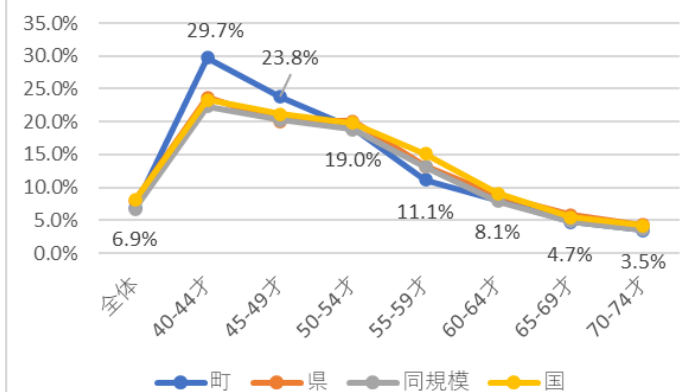
女性 朝昼夕3食以外の間食や甘い飲み物 (毎日)

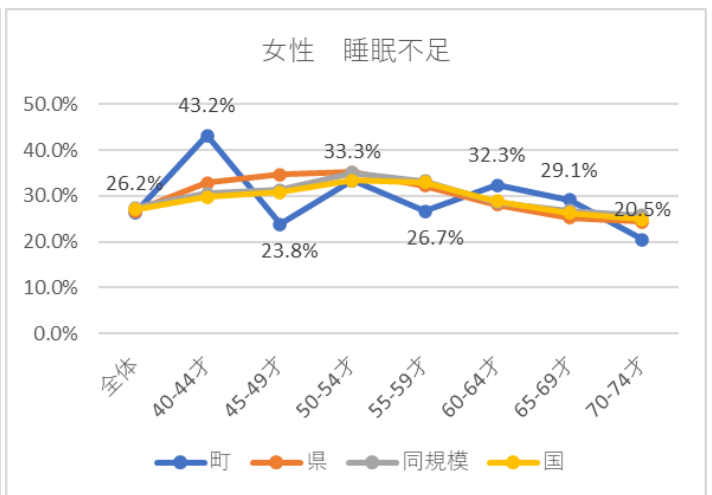
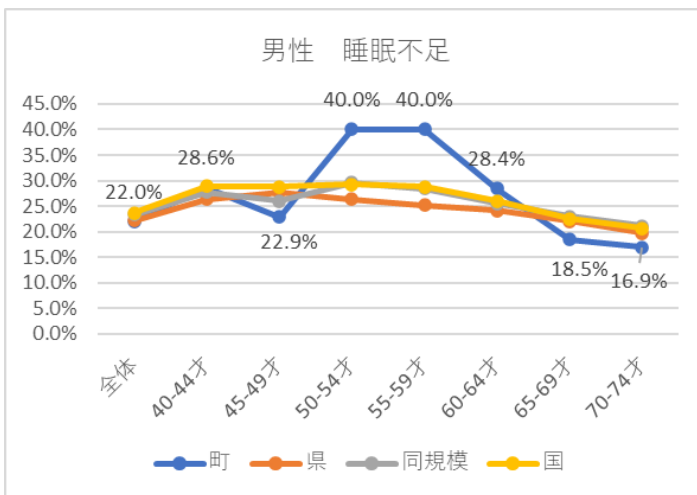
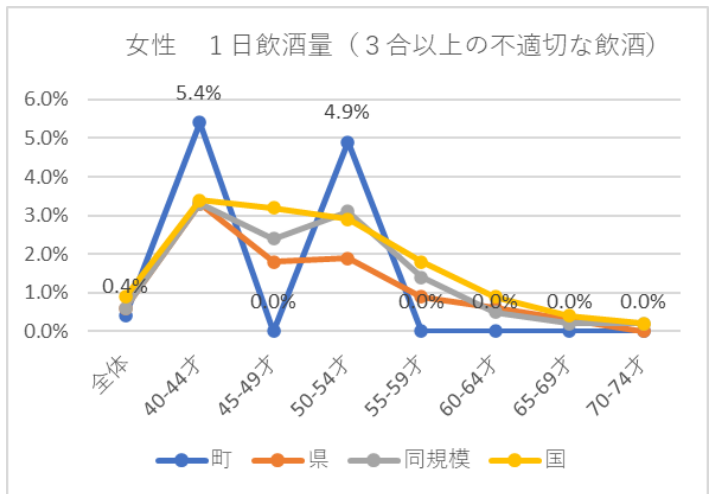
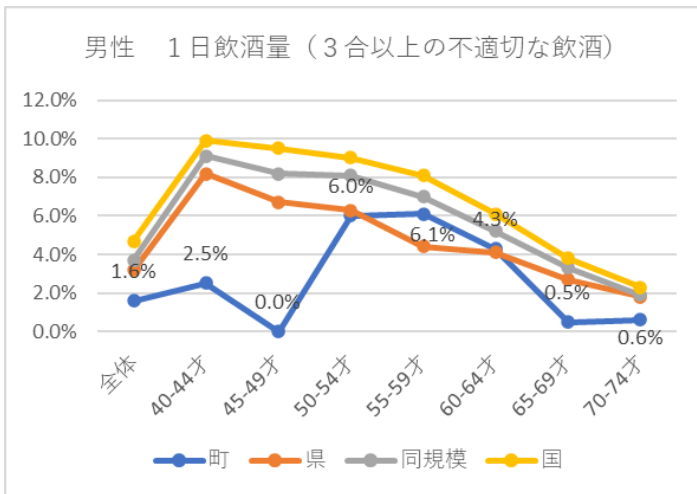


男性 週3回以上朝食を抜く



女性 週3回以上朝食を抜く





(14) 健康診査結果分析 若年層の健康状態

令和4年度の20-30才代の健康診査結果をみると、男性は、BMI25以上の有所見者割合が32.8%と40-74才を対象とする特定健診（BMI25以上：31.4%）と比べほぼ変わらない結果でした。また、肝機能有所見割合は、特定健診（ALT31以上：22.1%）と比べ高い結果でした。また、血管を傷つけるリスクとなる代表的な検査値の中では、尿酸の有所見割合が特定健診と比べ高いことがわかりました。

男性は、すでに20代、30代から生活習慣病の発症や重症化のリスクを高める肥満、内臓脂肪の蓄積や肝機能、尿酸等の代謝異常が生じていることが伺えます。

女性は、BMI25以上の有所見者割合が、14.2%と特定健診（BMI25以上：21.1%）と比べ低いですが、血管を傷つけるリスクとなる代表的な検査値については、HbA1c5.6以上の有所見割合が特定健診よりも低いものの、同年代の男性と比べる

と高い状態でした。女性は肥満がなくとも、高血糖状態が生じている層が一定数あることが伺えます。

一方で、BMI18.0未満のやせについてみると、男性は13.4% 女性は12.9%に見られました。「やせ」についても、将来の骨粗しょう症のリスクを高めるほか、特に女性においては、妊娠出産において、低体重児の出生のリスクを高めるとも言われており、若年層の過度のやせは、肥満と同様に注視していく必要があります。

若年層 健診有所見者割合「摂取エネルギーの過剰」を表す代表的な検査値

	BMI 25 以上	腹囲 男性85以上 女性90以上	中性脂肪 150以上	肝機能 ALT (GPT) 31 以上	HDL コレステ ロール 40 未満
男性	32.8%	43.3%	25.4%	37.3%	10.4%
女性	14.2%	8.3%	7.1%	3.3%	2.9%
男女計	18.2%	16.0%	11.1%	10.7%	4.8%

若年層 健診有所見者割合「血管を傷つけるリスクとなる代表的な検査値」

	空腹時血糖 100 以上	HbA1c 5.6 以上	尿酸 7.0 以上	収縮期血圧 130 以上	拡張期血圧 85 以上
男性	13.4%	23.9%	28.4%	32.8%	13.4%
女性	5.4%	24.6%	1.7%	6.7%	4.6%
男女計	7.2%	24.4%	7.5%	12.4%	6.5%

令和4年度 20-30才代の健康診査結果から集計¹²

若年層 BMI18.0未満の割合(やせ)

BMI	男性		女性	
	人数	割合	人数	割合
18.0未満	9	13.4%	31	12.9%

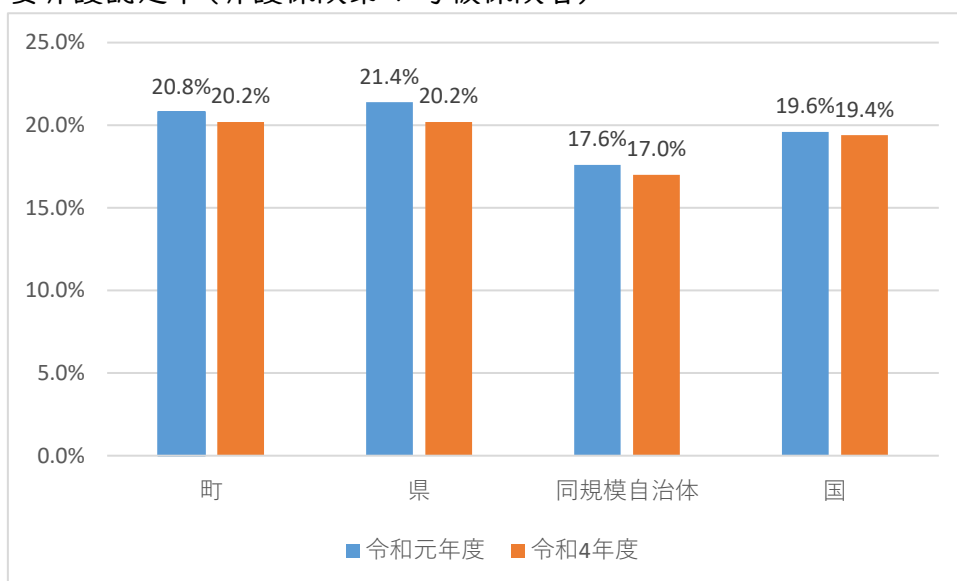
令和4年度 20-30才代の健康診査結果から集計

¹² ヘルスサポートラボ「保健指導実践支援ツール」

(15) 介護保険の状況

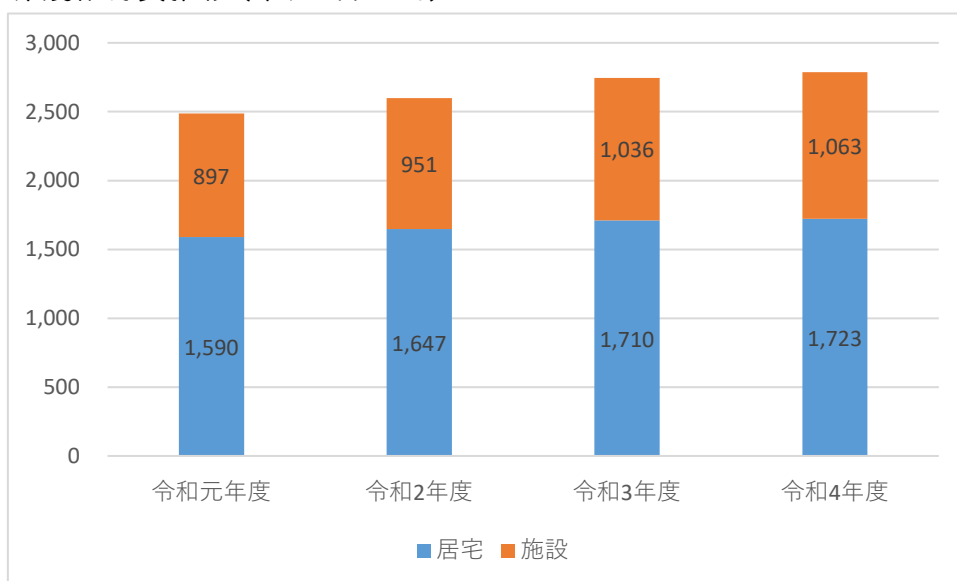
要介護認定率（介護保険第Ⅰ号被保険者）は、国・同規模自治体より高い状況です。また、令和4年度と比較し、認定率は、若干低下している一方で、介護給付費は施設・居宅ともに増加しています。要介護認定者の有病状況をみると、心臓病と高血圧の有病率が60%を超え、また、筋・骨格疾患は、56%と高く、同規模自治体や国と比べても高くなっています。

要介護認定率（介護保険第Ⅰ号被保険者）



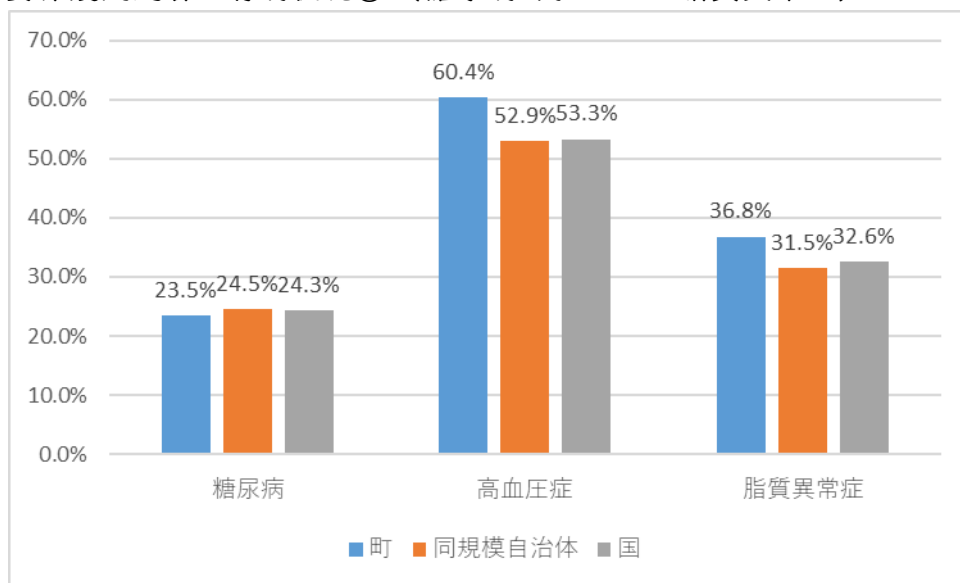
KDB 地域の全体像の把握

介護給付費推移（単位：百万円）



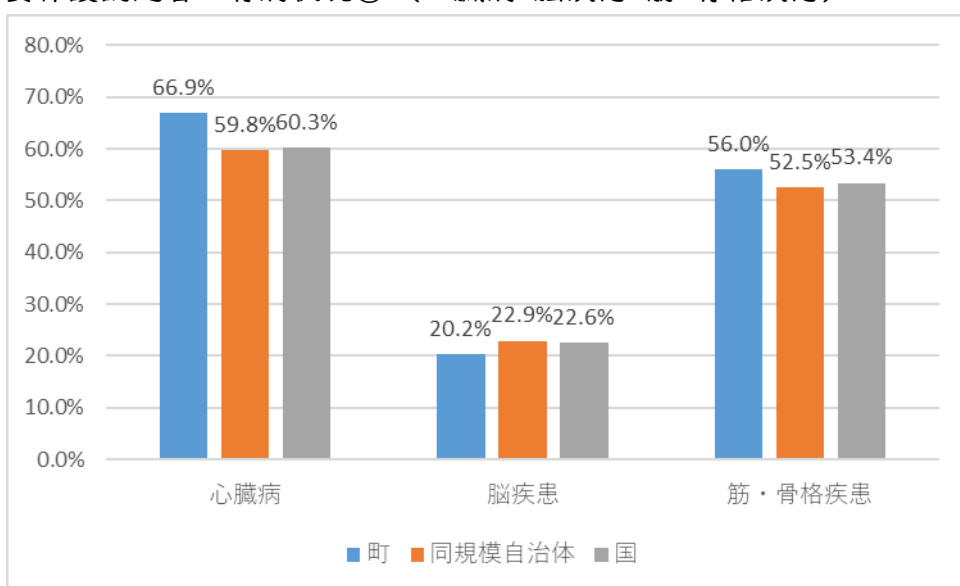
KDB 健康スコアリング

要介護認定者の有病状況①（糖尿病 高血圧症 脂質異常症）



KDB 地域の全体像の把握

要介護認定者の有病状況②（心臓病 脳疾患 筋・骨格疾患）



KDB 地域の全体像の把握

3. 前期計画の評価と見直し

(1) 前期計画「第2期データヘルス計画」の課題・目標・達成度

前期計画では、中長期的な目標として、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標としました。中長期目標は、おおむね達成し、改善傾向にあります。

短期的目標の特定健診受診率、特定保健指導の終了率は改善傾向にあるものの、メタボリックシンドローム・予備群の割合は増加し悪化しています。特定保健指導の終了率が改善しても効果が十分に表れていないことが課題です。

また、糖尿病の未治療者の割合は低下し改善傾向にある一方で、糖尿病治療中でHbA1cが7.0%以上の血糖値コントロールが不良の割合が増加していることも課題です。

さらに、がん検診受診率は子宮頸がん検診以外のすべての検診で低下し悪化しています。新型コロナウイルス感染症の流行による影響が考えられますが、がん検診受診率の低下が課題です。

成果目標・中長期目標

	課題	評価指標	H30 当初	最終 目標	R4 評価	達成度	
成果 目標	医療費の伸びの抑制	地域差指数(一人当たり年齢調整後医療費)	0.94	1	1.05 (*)	×	悪化
中長期 目標	入院の伸び率	レセプトに占める入院(件数)の割合(%)	2.4	2.5	3.0	×	悪化
	重症化した 結果の疾患 の発生状況	新規 脳血管疾患患者数(人)	92	85	72	○	改善
		虚血性心疾患患者数(人)	148	175	103	○	改善
		新規人工透析患者数(人)	4	2	3	△	改善
		長期入院(6ヵ月以上)脳血管疾患患者数(人)	3	3	1	○	改善
		高額(100万円)以上のレセプト_虚血性心疾患患者数(人)	4	8	11	×	悪化
年間延べ人工透析患者数(人)	319	300	285	○	改善		

(*)は、令和2年度の実績値

短期目標

	課題	評価指標	H30 当初	最終 目標	R4 評価	達成度	
短期目標	特定健診・ 特定保健指 導の実施率	特定健診受診率(%)	37.6	60	39.7	△	改善
		特定保健指導実施率(%)	57.0	60	74.6	○	改善
		特定保健指導対象者減少率(%)	17.5	25.0	16.8	×	悪化
	基礎疾患の 重症化予防	メタボリックシンドローム・予備群の 割合(%)	27.6	23	30.0	×	悪化
		健診受診者の高血圧(160/100 以上)の割合(%)	5.5	4.5	5.9	×	悪化
		健診受診者の脂質異常者 (LDL140 以上)の割合(%)	27.4	23	20.4	○	改善
		健診受診者の糖尿病患者(未治療 HbA1c6.5 以上)の割合(%)	4.0	3.0	3.0	○	改善
		健診受診者の糖尿病患者(治療中 HbA1c7.0 以上)の割合(%)	3.1	2.5	4.0	×	悪化
		糖尿病の未治療者の割合 (HbA1c6.5 以上)(%)	42.2	35.0	34.7	○	改善
		糖尿病の保健指導実施率 (HbA1c6.5 以上)(%)	88.8	93.0	91.0	△	改善
		がんの早期 発見、早期 治療	胃がん検診受診率(%)	11.1	50.0	9.5	×
	肺がん検診受診率(%)		14.1	50.0	12.7	×	悪化
	大腸がん検診受診率(%)		16.6	50.0	15.6	×	悪化
	子宮頸がん検診受診率(%)		17.2	50.0	20.0	○	改善
	乳がん検診受診率(%)		23.6	50.0	23.3	×	悪化
	自己の健康 に関心を持 つ住民が増 える	健康ポイントの取組みを行う実施者 数(人)		1,300	1,250	△	改善
	後発医薬品 の使用によ る医療費の 削減	後発医薬品の使用割合(%)	75.4	80.0	80.4	○	改善

(2) 保健事業の評価

I 特定健診受診率の向上

目的	特定健診受診率を向上させ、特定健診結果からメタボリックシンドロームの該当者及び予備軍を抽出し、生活習慣病の発症や重症化予防を図る。					
目標	特定健康診査受診率の向上					
	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
	35%	40%	45%	50%	55%	60%
対象者	国保加入者のうち40歳から74歳の町民					
実施内容	<p>① 集団健診(町保健福祉センター) 総合健診と単独健診を実施。全世帯に3月中旬に申込用紙を送付。広報、ホームページで周知。</p> <p>② 人間ドック(委託健診機関) 5健診機関にて実施。広報、ホームページで周知し、3月下旬～12月下旬までの申し込み。</p> <p>③未受診者対策における個別健診の実施(※令和元年度から実施) 集団健診未申込者に対し、町内の医療機関で受診できる通知兼受診券を送付し受診勧奨を実施。</p> <p>【実施のポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●未受診者対策として、従来から実施している医療専門職による電話や訪問での受診勧奨のほか、令和元年度からは健診未申込者に対し、個別で健診を受診できる体制を整えた。 ●令和3年度からは集団健診の申込期間を適宜、延長するほか、単独健診のインターネットによる申し込みを導入した。 ●令和5年度は、集団健診未申込者に対し、ナッジ理論を取り入れた受診勧奨通知を導入したほか、医療機関で特定健診と同等の検査を受けている方を対象に、情報提供事業を開始した。 					
実施体制等	健康保険課					
評価(実績)	特定健診受診率 H30:37.6% →R4:39.7% 目標未達成だが、増加傾向にある。					

課題等	<ul style="list-style-type: none">・被保険者の約6割が特定健康診査を受けていない現状がある。・医療機関受診中の人の受診率が低いため、情報提供事業の実施など、医療機関との連携が重要。・年齢が下がるにつれて受診率が下がっていることから、40代～50代が受診しやすい健診実施体制の検討が必要
-----	---

II 特定保健指導実施率の向上

目的	被保険者が自己の健康状況を自覚し、生活改善のための自主的な取組を継続できるようにする。												
目標	<p>特定保健指導実施率の向上</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>平成 30 年</th> <th>令和元年</th> <th>令和 2 年</th> <th>令和 3 年</th> <th>令和 4 年</th> <th>令和 5 年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>58%</td> <td>58%</td> <td>60%</td> <td>60%</td> <td>60%</td> <td>60%</td> </tr> </tbody> </table>	平成 30 年	令和元年	令和 2 年	令和 3 年	令和 4 年	令和 5 年	58%	58%	60%	60%	60%	60%
平成 30 年	令和元年	令和 2 年	令和 3 年	令和 4 年	令和 5 年								
58%	58%	60%	60%	60%	60%								
対象者	特定健康診査受診者のうち、メタボリックシンドローム予備群および該当者												
実施内容	<p>(集団健診受診者に対する特定保健指導)</p> <p>健診受診後、結果がわかり次第(約2か月以内)案内を送付し、初回面接を実施。さらに3か月後に電話や手紙、面接等で生活改善の支援や取組の評価を実施。</p> <p>(人間ドック受診者に対する特定保健指導)</p> <p>人間ドックの費用助成要件に、特定保健指導の対象となった場合は、特定保健指導を利用することを設けている。対象者の利便性を考慮し、健診受診当日に、特定保健指導の初回面接を実施。</p> <p>(個別健診受診者に対する特定保健指導)(*R2 年度～)</p> <p>健診受診後、健診結果が本人の手元に届いているのを医療機関へ確認後、案内を送付し初回面接を実施。さらに3か月後に電話や手紙、面接等で生活改善の支援や取組の評価を実施。</p> <p>【実施のポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●毎年度、委託先事業所と実施方法や結果について協議し、効果的な特定保健指導を実施するように努めている。 ●集団健診については、健診の結果説明会と同日に初回面接を実施し、利用者の負担軽減に努めている。 ●令和3年度から、特定保健指導の利用者負担を無料とし、利用者の負担軽減に努めた。 ●標準的な健診・保健指導プログラム(平成 30 年度版)と特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引きに沿って実施。(外部委託) 												
実施体制等	健康保険課												
評価(実績)	特定保健指導実施率 H30:57.0% → R4:74.6% 目標達成												

課題等	<p>利便性の向上は利用者を増やし、継続させるための重要な要素であるため保健指導の実施場所や時間帯などについて関係機関と連携し、柔軟な運用を検討する。</p> <p>実施率は上昇したが、特定健康診査受診者のうち、メタボリックシンドロームおよび予備群該当者の減少率の目標は達成できていない。外部委託のため、実施機関と十分に連携し、効果的な保健指導を実施する。</p>
-----	--

Ⅲ 基礎疾患の重症化予防

目的	高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム及び予備群を減らし、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症予防を図る。また、重症化予防対象者のうち、慢性腎臓病、高血圧、糖尿病での未治療者の割合を減らす。
目標	<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者に占める虚血性心疾患、脳血管疾患治療者数の割合の伸び率 2.5% 以下を目指す。 ・糖尿病性腎症による新規透析導入者数の減少を目指す。
対象者	国民健康保険加入者
実施内容	<p>【実施のポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●健診実施後の結果説明会等において、重症化予防の対象者に個別で保健指導を実施する。その後の治療状況をレセプト情報で確認し、電話や訪問指導でフォローアップを実施。 ●健診の結果、要精密検査や要医療となった受診者に対しては、レセプト情報から受診状況を把握し、通知や電話、訪問受診勧奨を実施。 ●令和 2 年度から、個別健診の結果、医療機関からの連絡にて、栄養指導、医療機関への受診勧奨などの保健指導を実施。 ●令和 3 年度から、健診結果説明会において、治療中の方に対し、保健指導の内容を記したコメントシートを作成し、受診時にかかりつけ医に健診結果と一緒に提示することをすすめ、かかりつけ医と保健指導の内容の共有を図っている。
実施体制等	健康保険課
評価(実績)	<p>脳血管疾患治療者割合 H30:5.9% → R4:6.3% 伸び率:0.4% 達成</p> <p>虚血性心疾患治療者割合 H30:6.1% → R4:6.3% 伸び率:0.2% 達成</p> <p>糖尿病性腎症による新規透析導入者数の減少 H30:3人 → R4:3人 不変</p>
課題等	<p>医療機関受診中でも高血圧や脂質異常症、血糖値のコントロール不良が続いている方に対して医療機関と連携した取り組みが重要</p> <p>糖尿病の重症化予防の取り組みでは、健診の結果からの高血糖の未治療者に加え、レセプト情報から治療を中断していると疑われる人を把握し、特定健診や必要に応じて適切な医療につなげる取り組みが重要</p>

4. 健康課題のまとめ

(1) データ分析の結果からの課題

【死亡の状況】

項目	課題
死亡の原因	○悪性新生物での死亡が最も多く、死亡者の10人に約3人が、悪性新生物で死亡している。

【医療費データ】

項目	課題
医療費の負担が大きい疾患	○医科及び歯科ともに、被保険者一人あたりの医療費と受診率が、同規模自治体と比べ高い。 医科医療費 39位/147自治体 歯科医療費 33位/147自治体 ○一人当たりの医療費について、同規模自治体と比べ男性の一人あたりの医療費が高く、10歳代と50歳代で特に高い。 ○入院医療費の16%が精神疾患と最も高い。他、2番目に、循環器疾患15%、3番目に、新生物12%と高くなっている。 ○外来医療費の16%が内分泌疾患と最も高く、内分泌疾患の内訳は、糖尿病の割合が最も高い。 ○生活習慣病は、医療費の負担が大きく、とくに糖尿病は、総医療費に占める割合は、5.1%と最も高い。 ○加齢やフレイル状態から引き起こされやすい疾患である関節疾患(4.1%)や骨折(2.8%)、不整脈(2.5%)の総医療費に占める割合が高い。
治療件数が多い疾患	○男性の入院は、統合失調症・うつ病の精神疾患、脳梗塞が多い。外来は高血圧、糖尿病、脂質異常症が多い。 ○女性の入院は、統合失調症、骨折、うつ病が多い。外来は、脂質異常症、高血圧、糖尿病の生活習慣病に加え、関節疾患や骨粗しょう症も多い。
治療費が高額となる疾患	○30万円以上の高額レセプト件数は、男性が多い。 ○新生物(がん)、人工透析、精神疾患の治療にかかる費用が高額となっている。 ○人工透析患者数は、男性が女性の1.7倍である。

	○人工透析患者の約半数(51.7%)が糖尿病を合併し、ほとんどの患者が高血圧(93.1%)を合併している。
重複・多剤服薬の状況	○高齢になると多剤処方が増える傾向がある。 ○重複処方では、外用薬、解熱鎮痛剤が多い、催眠鎮静剤や抗不安剤の重複もある。

【特定健診・特定保健指導のデータ】

項目	課題
特定健診受診	○特定健診の受診率は横ばい。H30:37.6% → R4:39.2% ○40歳代、50歳代の受診率が低い。特に男女とも40代が低い。
特定保健指導の実施	○特定保健指導の終了率はR4:74.6%と目標達成しているものの、健診受診者におけるメタボリックシンドローム及び予備群の減少率は低い。
健診結果	○国や県と比べ肥満の有所見率は低いが、高血糖の有所見率は高い。 ○国と比べて、男性は、尿酸値と拡張期血圧が、女性は、収縮期及び拡張期血圧が高い。
生活習慣	○喫煙・20才からの体重増加・運動習慣・咀嚼・食事(速度・間食・朝食欠食)・飲酒・睡眠の項目において、男女とも40歳代～50歳代の壮年層が望ましくない生活習慣に該当する割合が高い。
若年層の健康状態	○男性の肥満割合は、40歳以上と同等となっている。 ○男性の肝機能・尿酸値の有所見割合は、40歳以上よりも高い。 ○女性はHbA1cの有所見割合が同年代の男性より高い。 ○「やせ」の割合が、男性13.4%、女性12.9%

【介護保険のデータ】

項目	課題
介護保険の状況	○要介護認定率は、国、同規模自治体より高い。 ○介護給付費は、施設・居宅ともに増加傾向にある。 ○要介護認定者は、心臓病、高血圧の有病率が高い。 ○要介護認定者は、筋・骨格疾患の有病率が高い。

(2) 前期計画の評価からの課題

事業名	課題
特定健診受診率向上対策	○被保険者の約 6 割が特定健診を受けておらず、被保険者の健康状態が十分に把握できない。 ○医療機関受診中の人の受診率が低い。 ○年齢が下がるにつれて受診率が低い。
特定保健指導実施率の向上対策	○実施率(終了率)は、高いが改善の指標であるメタボリックシンドローム及び予備群の減少率は低い。 ○効果的な保健指導の実施のため更なる委託事業所等、関係機関との連携が重要
基礎疾患(生活習慣病等)の重症化予防	○医療機関受診中でも検査値のコントロールが良くない人への対応など医療機関と連携した取り組みが重要 ○治療につながっていない人を治療につなげる取り組みが重要 ○糖尿病の重症化予防のため、治療を中断していると疑われる人を特定健診や必要に応じて適切な治療につなげる取り組みが重要

3. データヘルス計画の目的と関連する保健事業

1. 全体の目的

国民健康被保険者の健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上「健康増進（健康寿命の延伸）」と「医療費の適正化」に資することを目的とします。

2. 中長期・短期目的と関連する個別の保健事業

前章で明らかになった健康課題に応じて、短期（1から数年）目的と中長期（数年単位）目的を設定し、それに関連する個別の保健事業を以下のとおりとしました。

【中長期目的】

① メタボリックシンドロームの減少を通じた生活習慣病の予防

【短期目的】

- ・特定健診の受診の促進
- ・特定保健指導の利用の促進と利用者のメタボリックシンドロームの改善

【関連する個別の保健事業】

- 特定健診
- 特定保健指導

【中長期目的】

② 糖尿病等に伴う慢性腎不全患者及び関連する医療費の減少

【短期目的】

- ・未治療者の医療機関受診促進と糖尿病の重症化予防

【関連する個別の保健事業】

- 糖尿病性腎症の重症化予防

【中長期目的】

③高血圧・脂質異常症・糖尿病等の生活習慣病の重症化予防

【短期目的】

・高血圧等のハイリスク者の医療機関受診の継続と重症化の予防

【関連する個別の保健事業】

○生活習慣病の重症化予防

【中長期目的】

④生活習慣病の予防

【短期目的】

・健康的な生活習慣（食事・運動・休養（睡眠）・禁煙・適正飲酒など）の実践

【関連する個別の保健事業】

○健康インセンティブ・健康づくり

【中長期目的】

⑤重複・多剤による健康障害予防

【短期目的】

・重複、多剤服薬処方 of 改善

【関連する個別の保健事業】

○重複・多剤服薬の適正化

【中長期目的】

⑤がん死亡率の低下およびがんの早期発見・早期治療の推進

【短期目的】

・がん検診の受診促進

【関連する個別の保健事業】

○がん検診

【中長期目的】

⑥歯科・歯周病および関連疾患の予防

【短期目的】

・適切なセルフケアの推進

【関連する個別の保健事業】

○歯科保健

【中長期目的】

⑦フレイル及び要介護の予防及び高齢者の QOL の向上

【短期目的】

・生活習慣病のハイリスク者やフレイルのリスクがある者の適切な医療の利用促進と健康状態の改善

・フレイルの予防啓発

【関連する個別の保健事業】

○高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

4. 個別の保健事業

1. 特定健康診査

【背景】

・平成20年4月から、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下、「高確法」という。）により、保険者に対して脳血管疾患、心臓病、腎不全等の生活習慣病の原因となるメタボリックシンドロームを対象とした特定健康診査・特定保健指導が義務付けられました。

・町は、制度開始以降、特定健康診査等実施計画に基づき、様々な取り組みを行ってきましたが、受診率は、令和4年度に39.7%と国の目標（60%）を下回っており、さらに受診率の向上を図る必要があります。

【目的】

・メタボリックシンドローム及びそれに伴う各種生活習慣病の予防を目指した特定健康診査・特定保健指導を進めるため広報、受診勧奨・再勧奨などの取組を行うことで、特定健康診査の受診率の向上を目的とする。

【これまでの取組と取組の方向性】

町では、対象者の様々なニーズに合わせた健診体制を考慮し、集団健診と個別健診を実施しています。

集団健診は、特定健診とがん検診を組み合わせ所要時間1-2時間で受診可能な「ましき健診」と特定健診のみの単独健診、個別健診は、複数の健診機関に人間ドックを委託しています。また、若いころからの生活習慣病予防の町独自の取組として、特定健診のみの単独健診は、20歳から、人間ドックは、30歳からを対象としています。

受診率向上の取組として、保健医療専門職による受診勧奨の電話や訪問のほか、令和元年度からは、集団健診や人間ドックの未申込者、いわゆる健診未受診者へ受診勧奨通知を行い、町内医療機関において特定健診が受診できる体制を構築しました。

これらの取り組みにより、令和元年度に受診率は、42.3%と大きく上昇しましたが、令和2年度は大幅に低下しました。これは、新型コロナウイルス感染症の流行により健診の中止や時期の変更をせざるを得なかったことや、対象者の受診控えが影響していると考えられます。以来受診率は、上昇傾向にあるものの横ばい状態です。

令和5年度からは、健診未申込者のレセプト情報のほか、これまでの特定健診の受診頻度などを分析した、ナッジ理論を取り入れ、個人の特性に応じた勧奨通知を通知す

るなどの工夫を行っています。

さらに、特定健診と同等の検査を通院中の医療機関で実施している場合、その検査結果を町へ提供いただくことで特定健診を受診したとみなす、情報提供事業（みなし健診）を開始しました。

ここ数年、受診率は上昇していますが、性別・年代別にみると男女とも40歳代及び50歳代の受診率が低く、男性においては特に低い状態です。受診勧奨に加え、被保険者（特に壮年層）が受診しやすい健診体制を検討していきます。

特定健診受診率の年度推移 (％)

年度	H30	R1	R2	R3	R4	R5
目標値	35.0	40.0	45.0	50.0	55.0	60
実績値	37.6	42.3	38.2	39.2	39.7	-

法定報告値 毎年11月

40代 特定健診受診率の推移 (％)

年度	H30	R1	R2	R3	R4	R5
実績値	22.5	24.2	22.1	27.3	28.5	-

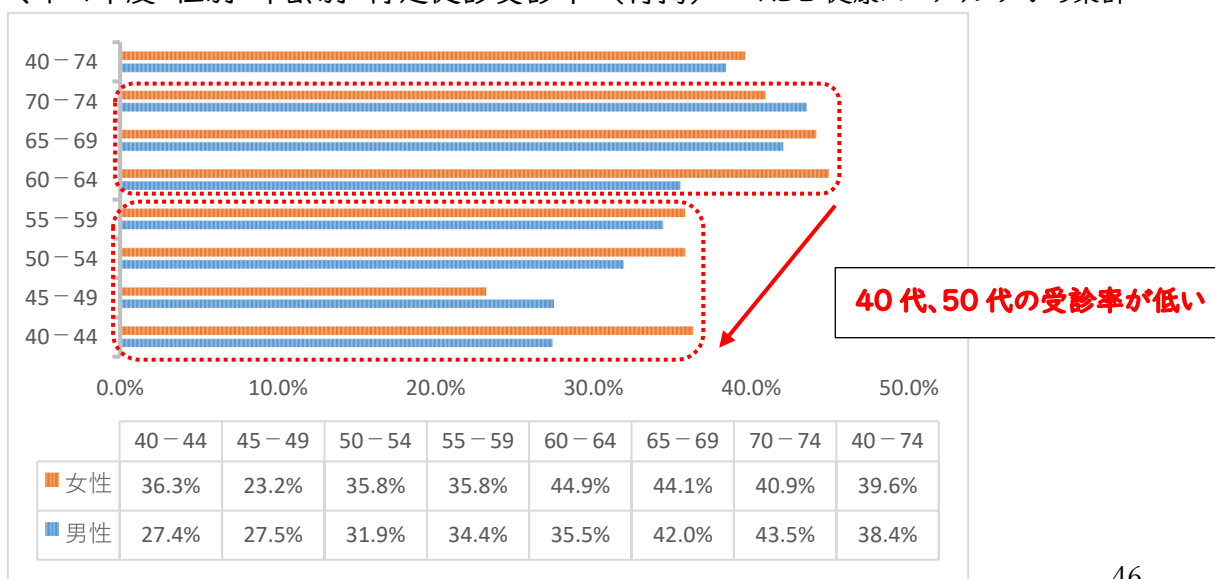
法定報告値 毎年11月

50代 特定健診受診率の推移 (％)

年度	H30	R1	R2	R3	R4	R5
実績値	31.6	33.9	31.3	35.6	34.5	-

法定報告値 毎年11月

令和4年度 性別・年齢別 特定健診受診率（再掲） KDB健康スコアリングから集計



【実施内容】

項目	内容																										
対象	40歳から74歳の益城町国民健康保険加入者																										
実施機関等	業務委託により実施 ・集団健診(ましき健診・単独健診)1健診機関 ・個別健診(人間ドック)6健診機関(令和6年度～) ・個別健診(単独健診)町内7医療機関及び1健診機関																										
健診項目	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="18" style="text-align: center; vertical-align: middle;">基本的な健診の項目</td> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">身体計測</td> <td style="text-align: center;">身長</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">体重</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">腹囲</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">BMI</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">血圧</td> <td style="text-align: center;">収縮期血圧</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">拡張期血圧</td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;">血中脂質検査</td> <td style="text-align: center;">中性脂肪</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">HDL コレステロール</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">LDL コレステロール</td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;">肝機能検査</td> <td style="text-align: center;">AST(GOT)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ALT(GPT)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">γ-GTP</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">血糖検査</td> <td style="text-align: center;">空腹時血糖又は随時血糖</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">尿検査</td> <td style="text-align: center;">糖</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">蛋白</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">独自の追加検査項目</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">HbA1c、血清クレアチニン、e-GFR、血清尿酸、尿潜血、赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値、心電図検査、眼底検査</td> </tr> </table>		基本的な健診の項目	身体計測	身長	体重	腹囲	BMI	血圧	収縮期血圧	拡張期血圧	血中脂質検査	中性脂肪	HDL コレステロール	LDL コレステロール	肝機能検査	AST(GOT)	ALT(GPT)	γ-GTP	血糖検査	空腹時血糖又は随時血糖	尿検査	糖	蛋白	独自の追加検査項目	HbA1c、血清クレアチニン、e-GFR、血清尿酸、尿潜血、赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値、心電図検査、眼底検査	
基本的な健診の項目	身体計測	身長																									
		体重																									
		腹囲																									
		BMI																									
	血圧	収縮期血圧																									
		拡張期血圧																									
	血中脂質検査	中性脂肪																									
		HDL コレステロール																									
		LDL コレステロール																									
	肝機能検査	AST(GOT)																									
		ALT(GPT)																									
		γ-GTP																									
	血糖検査	空腹時血糖又は随時血糖																									
	尿検査	糖																									
		蛋白																									
	独自の追加検査項目	HbA1c、血清クレアチニン、e-GFR、血清尿酸、尿潜血、赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値、心電図検査、眼底検査																									
	自己負担額等	・集団健診 ましき健診 男性 4,400 円 女性 6,500 円 ＊ましき健診は、がん検診等も含む額 単独健診 500 円 ・個別健診 人間ドック総額の 25,000 円を上限に助成 単独健診 800 円																									
	実施スケジュール	・3月:全世帯へ健診のご案内通知、人間ドック申込受付開始																									

	<ul style="list-style-type: none"> ・6月、9月、11月：ましき健診、単独健診の実施 ・6月、9月：再受診勧奨の実施 ・7～10月：個別健診（未受診者対策）の実施 ・通年：人間ドックの実施 ・11月以降：情報提供事業（みなし健診）への通知及び実施
--	---

【事業の取組評価】

評価指標	現状値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定健診受診率 (%)	39.7	43.5	47.0	50.5	54.0	57.5	60.0
40代特定健診受診率 (%)	28.5	30.0	31.0	32.0	33.0	34.0	35.0
50代特定健診受診率 (%)	34.5	35.0	36.0	37.0	38.0	39.0	40.0

※現状値は令和4年度実績値（法定報告値 毎年11月）

2. 特定保健指導

【背景】

・平成20年4月から、高確法により、保険者に対して脳血管疾患、心臓病、腎不全等の生活習慣病の原因となるメタボリックシンドロームを対象とした特定健康診査・特定保健指導が義務付けられました。

・町の特定保健指導の実施率は、令和4年度に74.6%と国の目標(60%)を上回り高いです。しかし、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合は、低下していない課題があります。

【目的】

特定保健指導対象者に対して、特定保健指導を行うことで、メタボリックシンドロームの改善を図り、ひいては被保険者全体のメタボリックシンドローム及び関連する生活習慣病を減少させることを目的とします。

【これまでの取組と取組の方向性】

町では、特定健診受診者の7割以上が、集団健診(ましき健診・単独健診)を利用しています。集団健診の実施後に、対象者の利便性を考慮し、結果説明会と同日に特定保健指導の初回面談を実施しています。

また、特定保健指導の最終面接時には、対象者の希望によって血液検査を実施し、生活習慣の改善の取組の効果を血液検査で確認できるようにしています。

人間ドックは、対象者の利便性を考慮し、健診受診日に初回面接を実施しています。また、特定保健指導の対象以外の受診者にも、健診受診日に委託先健診機関の専門職による結果説明と保健指導を実施しています。

個別健診(町内医療機関実施)は、結果が対象者へ通知されるのに約2か月要することから、受診日から期間をあけずに特定保健指導が実施できるよう健診実施医療機関と細やかに連携し、速やかな特定保健指導の通知に努めています。

令和3年度からは、利用者の負担軽減を目的に特定保健指導の利用者負担を無料とし、特定保健指導の利用推進を進めてきました。

これらの取組で令和3年度には、特定保健指導の終了率は、国の目標(60%)を達成しました。

しかしながら、特定保健指導対象者の減少率は年々増加しているものの、メタボリックシンドローム該当者の減少率は、横ばいです。これは、メタボリックシンドローム該当者であるが、服薬中であることから対象者から除外されたケースが増えていることも考

えられます。メタボリックシンドローム該当者の減少を目指し、特定保健指導の質の維持、向上を図ります。

特定保健指導の終了率の推移 (%)

年度	H30	R1	R2	R3	R4	R5
目標値	58.0	58.0	60.0	60.0	60.0	60.0
実績値	57.0	46.2	54.9	69.5	74.6	-

法定報告値 毎年11月

特定保健指導対象者の減少率 (%)

年度	H30	R1	R2	R3	R4	R5
目標値	14.5	16.5	18.5	20.5	22.5	25.0
実績値	12.6	15.0	13.4	14.8	16.8	-

法定報告値 毎年11月

メタボリックシンドローム該当者の減少率 (%)

年度	H30	R1	R2	R3	R4	R5
目標値	-	-	-	-	-	-
実績値	18.1	18.8	18.1	18.0	17.6	-

法定報告値 毎年11月

【実施内容】

項目	内容																								
対象	<p>特定健診の結果から階層化した結果、積極的支援、動機付け支援に該当する人</p> <table border="1" data-bbox="528 506 1350 1048"> <thead> <tr> <th rowspan="2">腹囲</th> <th>追加リスク</th> <th rowspan="2">喫煙</th> <th colspan="2">対象</th> </tr> <tr> <th>1血糖 2脂質 3血圧</th> <th>40-64 歳</th> <th>65-74 歳</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">≥85 cm ≥90 cm</td> <td>2つ以上該当</td> <td>/</td> <td rowspan="2">積極的 支援</td> <td rowspan="2">動機付け 支援</td> </tr> <tr> <td>1つ該当</td> <td>あり なし</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">上記以外 で BMI ≥ 25 kg/m²</td> <td>3つ該当</td> <td>/</td> <td rowspan="3">積極的 支援</td> <td rowspan="3">動機付け 支援</td> </tr> <tr> <td>2つ該当</td> <td>あり なし</td> </tr> <tr> <td>1つ該当</td> <td>/</td> </tr> </tbody> </table>	腹囲	追加リスク	喫煙	対象		1血糖 2脂質 3血圧	40-64 歳	65-74 歳	≥85 cm ≥90 cm	2つ以上該当	/	積極的 支援	動機付け 支援	1つ該当	あり なし	上記以外 で BMI ≥ 25 kg/m ²	3つ該当	/	積極的 支援	動機付け 支援	2つ該当	あり なし	1つ該当	/
腹囲	追加リスク		喫煙		対象																				
	1血糖 2脂質 3血圧	40-64 歳		65-74 歳																					
≥85 cm ≥90 cm	2つ以上該当	/	積極的 支援	動機付け 支援																					
	1つ該当	あり なし																							
上記以外 で BMI ≥ 25 kg/m ²	3つ該当	/	積極的 支援	動機付け 支援																					
	2つ該当	あり なし																							
	1つ該当	/																							
実施機関等	<p>業務委託により実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・集団健診（ましき健診・単独健診） 健診機関 ・個別健診（人間ドック） 6健診機関（令和 6 年度～） ・個別健診（単独健診） 事業所 																								
保健指導の内容	<p>動機付け支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・面接による支援 ・3 か月後の評価（通信） <p>積極的支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初回面接（*または、遠隔での支援） ・3 か月以上の継続的な支援（通信） ・終了時面接による評価（*または、通信による評価） 																								
自己負担額等	<p>積極的支援、動機付け支援ともに、自己負担なし</p>																								
実施スケジュール	<ul style="list-style-type: none"> ・8月、11月、1月：集団健診健診結果説明会の開催及び特定保健指導。欠席者への訪問指導 ・9月～翌4月：個別健診受診者特定保健指導 ・通年：人間ドック受診者特定保健指導 ・随時、委託先事業所との打合せの実施 																								

【事業の取組評価】

(%)

評価指標	現状値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定保健指導の 終了率	74.6	75.0	76.0	77.0	78.0	79.0	80.0
メタボリックシンド ローム該当者の割 合	18.1	17.9	17.7	17.5	17.3	17.1	17.1
メタボリックシンド ローム予備群の割 合	9.7	9.6	9.5	9.4	9.3	9.2	9.2
特定保健指導対 象者の減少率	16.8	17.4	18.0	18.6	19.2	19.8	20.0
メタボリックシンド ローム該当者の減 少率	17.6	18.2	18.8	19.4	20.0	20.6	21.0

※現状値は令和4年度実績値(法定報告値 毎年11月)

3. 糖尿病性腎症の重症化予防

【背景】

- ・糖尿病から生じる慢性腎臓病（CKD）による人工透析は高額な医療費となり、その予防は医療費適正化から重要です。その観点から、国及び県は、糖尿病性腎症重症化予防の標準的な手順を作成し、その推進を図っています。
- ・町でも糖尿病や糖尿病性腎症からの人工透析は医療費の負担が大きい疾患であり糖尿病性腎症の重症化予防は、重点的に取り組みを進めています。

【目的】

- ・国及び県の標準的な手順を参考に、糖尿病性腎症の悪化及び慢性腎臓病（CKD）に進行する可能性のあるものに対して医療機関への受診勧奨や保健指導を行うことで糖尿病性腎症の予防を図ることを目的とします。

【これまでの取組と取組の方向性】

集団健診（ましき健診・単独健診）の受診結果、高血糖の未治療や、血糖のコントロールが不十分な人及び腎機能の低下が疑われる人を対象に、健診結果説明会において個別で専門医療機関への受診勧奨等、専門職による保健指導を実施しています。人間ドックや個別健診においては、健診機関や医療機関と連携し、高血糖の未治療者に医療機関への受診勧奨を実施しています。

また、レセプトの情報から過去に健診を受診し高血糖であった人で治療をしていないと思われる人や、過去に糖尿病の治療をしており、現在、未治療と思われる人を抽出し、特定健診の受診勧奨と同時に、専門職による電話や訪問で保健指導を実施しています。

今後は、さらなる糖尿病や糖尿病性腎症の早期発見、早期治療のため、特定健診の検査項目に加え、75g糖負荷試験や微量アルブミン尿検査の2次検査導入を検討していきます。

受診勧奨の実施状況

	対象者数	受診勧奨実施者数	うち、受診が確認できた数	受診につながった割合
令和3年度	40	40	28	70.0%
令和4年度	21	19	12	63.2%

保険者努力支援制度（取組評価分）実績報告

【実施方法】

項目	内容																								
対象	<p>・特定健診結果、糖尿病の基準に該当するが糖尿病治療をしていない人</p> <table border="1" data-bbox="528 506 1350 656"> <thead> <tr> <th></th> <th>HbA1c</th> <th>空腹時血糖</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>64歳以下</td> <td>6.5%以上</td> <td rowspan="2">126mg/dℓ以上</td> </tr> <tr> <td>65歳以上</td> <td>7.0%以上</td> </tr> </tbody> </table> <p>・特定健診結果、腎機能の低下が疑われる人</p> <table border="1" data-bbox="528 703 1350 853"> <thead> <tr> <th></th> <th>eGFR</th> <th>たんぱく尿</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>69歳以下</td> <td>50以下</td> <td rowspan="2">+以上</td> </tr> <tr> <td>70歳以上</td> <td>40以下</td> </tr> </tbody> </table> <p>・特定健診受診者で、糖尿病治療中だが、血糖のコントロールが不十分な人</p> <table border="1" data-bbox="528 949 1350 1099"> <thead> <tr> <th></th> <th>HbA1c</th> <th>空腹時血糖</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>64歳以下</td> <td>7.0%以上</td> <td rowspan="2">126mg/dℓ以上</td> </tr> <tr> <td>65歳以上</td> <td>7.5%以上</td> </tr> </tbody> </table> <p>・過去に糖尿病治療歴があり、現在治療中断をしている人</p>		HbA1c	空腹時血糖	64歳以下	6.5%以上	126mg/dℓ以上	65歳以上	7.0%以上		eGFR	たんぱく尿	69歳以下	50以下	+以上	70歳以上	40以下		HbA1c	空腹時血糖	64歳以下	7.0%以上	126mg/dℓ以上	65歳以上	7.5%以上
	HbA1c	空腹時血糖																							
64歳以下	6.5%以上	126mg/dℓ以上																							
65歳以上	7.0%以上																								
	eGFR	たんぱく尿																							
69歳以下	50以下	+以上																							
70歳以上	40以下																								
	HbA1c	空腹時血糖																							
64歳以下	7.0%以上	126mg/dℓ以上																							
65歳以上	7.5%以上																								
実施機関等	<p>直営 ※人間ドックは、特定健診結果、要精密・要医療者への受診勧奨を健診機関が実施</p>																								
保健指導の内容	<p>・治療状況・生活習慣の把握 ・個人の生活状況に応じた生活習慣改善への保健指導 ・特定健診受診勧奨 ・未治療者は、医療機関への受診勧奨。場合により専門医への受診勧奨</p>																								
実施スケジュール	<p>・4-5月：治療中断者への保健指導（電話、訪問指導） ・8月、11月、1月：集団健診健診結果説明会の開催及び保健指導（面談）、欠席者への訪問指導 ・12月以降：個別健診受診者への保健指導（電話） ・通年：レセプト情報から治療状況の把握、未治療者への再勧奨</p>																								

【事業の取組評価】

評価指標	現状値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
(健診受診者) HbA1c8.0以上の割合(%)	1.35	1.35	1.30	1.30	1.25	1.25	1.20
(健診受診者) 40代、50代のHbA1c6.5以上の割合(%)	6.81	6.50	6.25	6.00	5.75	5.50	5.25
(健診受診者) 糖尿病の未治療者(治療中断者を含む)の割合(%)	2.10	2.00	1.90	1.80	1.70	1.60	1.50
年間新規透析患者数(人)	3	-	-	2	-	-	2
糖尿病性腎症による年間新規透析患者数(人)	3	-	-	1	-	-	1

※現状値は、R4年度実績値(熊本県国保連合会提供資料)

4. 生活習慣病の重症化予防

【背景】

・高血圧症、脂質異常症、糖尿病等を放置することで、脳血管疾患や心臓病等の循環器疾患を発症する可能性が高まります。これらは特定健診等により早期に発見することができ、必要に応じて医療機関の受診や治療、生活習慣の改善により重症化を予防することが可能です。

・町では、レセプトの分析の結果、高血圧症、糖尿病、脂質異常症の治療が多く、特に男性は脳梗塞の治療も多くなっています。

・町では、特定健診及び20歳代、30歳代を対象とした健康診査の結果をもとに、糖尿病性腎症重症化予防に加えて、高血圧症や脂質異常症等の有所見者には医療機関への受診勧奨と保健指導を実施しています。

【目的】

・循環器疾患の予防、高血圧症や脂質異常症等の生活習慣病の有病率の低下を目指して特定健診の結果をもとに、結果通知、受診勧奨、保健指導により医療が必要な人を受診及び治療に結び付けることを目的とします。

【これまでの取組と取組の方向性】

集団健診（ましき健診・単独健診）の受診結果、高血圧症や脂質異常症等で要医療・要精密と判定された場合、速やかに健診結果を通知し、通知において医療機関への受診を促しています。また、その中でも重症化の恐れがある人には、治療中であっても健診結果説明会において個別で専門職による保健指導を実施し、未治療者へは医療機関への受診勧奨を実施しています。

また、レセプト情報から要精密や要医療と判定された人の医療機関への受診状況を確認し、未治療と思われる人に、通知や専門職による電話・訪問での再勧奨を行っています。人間ドックや個別健診においては、健診機関や医療機関と連携し、要精密者・要医療者に医療機関への受診勧奨を実施しています。

集団健診で要精密、要医療と判定された人の医療機関への受診状況

	受診率
令和3年度	79.9%
令和4年度	71.8%

国保ヘルスアップ事業実績報告（町健康保険課調べ）

【実施方法】

項目	内容									
対象	<p>・特定健診結果、高血圧、高 LDL 血症等があり、以下の基準に該当する人</p> <table border="1" data-bbox="523 481 1345 1061"> <thead> <tr> <th></th> <th>数値基準</th> <th>備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>高血圧</td> <td>最高血圧 160mmhg 以上 かつ/または 最低血圧 100mmhg 以上</td> <td>『高血圧治療ガイドライン』 2019 日本高血圧学会</td> </tr> <tr> <td>高 LDL 血症</td> <td>LDL- コレステロール 180mg/dl 以上</td> <td>『動脈硬化性疾患予防のための脂質異常症治療のエッセンス』 日本動脈硬化学会 日本医師会</td> </tr> </tbody> </table> <p>※糖尿病と慢性腎臓病の数値基準は、3. 糖尿病性腎症の重症化予防に記載</p> <p>・特定健診の結果、要精密検査や要医療と判定された人</p>		数値基準	備考	高血圧	最高血圧 160mmhg 以上 かつ/または 最低血圧 100mmhg 以上	『高血圧治療ガイドライン』 2019 日本高血圧学会	高 LDL 血症	LDL- コレステロール 180mg/dl 以上	『動脈硬化性疾患予防のための脂質異常症治療のエッセンス』 日本動脈硬化学会 日本医師会
	数値基準	備考								
高血圧	最高血圧 160mmhg 以上 かつ/または 最低血圧 100mmhg 以上	『高血圧治療ガイドライン』 2019 日本高血圧学会								
高 LDL 血症	LDL- コレステロール 180mg/dl 以上	『動脈硬化性疾患予防のための脂質異常症治療のエッセンス』 日本動脈硬化学会 日本医師会								
実施機関等	<p>直営 ※人間ドックは、特定健診結果、要精密・要医療者への受診勧奨を健診機関が実施</p>									
保健指導の内容	<p>・治療状況・生活習慣の把握 ・個人の生活状況に応じた生活習慣改善への保健指導 ・特定健診受診勧奨 ・未治療者は、医療機関への受診勧奨</p>									
実施スケジュール	<p>・8月、11月、1月：集団健診健診結果説明会の開催及び保健指導（面談）、欠席者への訪問指導 ・12月以降：個別健診受診者への保健指導（電話） ・通年：レセプト情報から治療状況の把握、未治療者への医療機関受診への再勧奨</p>									

【事業の取組評価】

評価指標	現状値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
(健診受診者) 血圧Ⅱ度以上(160/100mmhg 以上)の割合(%)	6.0	5.7	5.4	5.1	4.8	4.5	4.5
(健診受診者) LDL180mg/dℓ以上の者の割合 (%)	1.9	1.8	1.7	1.6	1.5	1.5	1.5
新規脳梗塞患者数(人)	50	-	-	47	-	-	47
(参考)割合(%)	0.85	-	-	-	-	-	-
新規脳出血患者数(人)	14	-	-	13	-	-	13
(参考)割合(%)	0.20	-	-	-	-	-	-
新規虚血性心疾患患者数(人)	102	-	-	100	-	-	97
(参考)割合(%)	1.49	-	-	-	-	-	-

※現状値は、R4年度実績値(熊本県国保連合会提供資料)

5. 健康インセンティブ・健康づくりの取組

【背景】

- ・健康的な生活習慣の獲得、健康診査の受診、保健指導の利用など、個々人の取組が健康づくりの基本となります。こうした個人の取組を推進するために、健康インセンティブが全国で進められています。
- ・自身の健康診断結果を含む、健康に関する情報を提供することで、ヘルスリテラシーの向上を図ることが重要です。
- ・医療費分析の結果、医療費の負担及び件数とともに精神疾患（統合失調症やうつ病）が多い状況にあり、心の健康づくりも重要です。
- ・特定健診の結果から、40歳代、50歳代が不適切な生活習慣（喫煙、欠食、運動不足、睡眠不足など）を送っている割合が高いことや、20歳代、30歳代の男性の肥満や女性の高血糖など、若い世代からの健康づくりが課題です。

【目的】

- ・被保険者および住民の健康づくりを推進するため、益城町健康づくり応援ポイント事業や熊本健康アプリ「もっと健康!げんき!アップくまもと」の利用者数を増加させることを目的とする。

【これまでの取組と取組の方向性】

健康に関する情報として、町広報誌やホームページを活用し、時事に応じた記事を発信しているほか、健康教育や健康相談事業を行っています。

健康教育や健康相談事業は、第1期計画の頃から70歳到達者への高齢受給者証交付の機会に被保険者への健康教育を実施してきましたが、第2期計画以降、熊本地震の発生やそれに引き続く新型コロナウイルス感染症の流行により中止せざるを得ない状況となりました。令和4年度からは、町の健康課題に応じた健康教育等を再開しています。

また、若い世代への健康づくりの啓発として、乳幼児健診の機会をとらえ、保護者へ20歳代、30歳代の健康診査やがん検診の受診を進める等、若いころからの健康づくり習慣の意識づけを図っています。

令和2年度からは、「益城町健康づくり応援ポイント事業」を開始し、健康ポイントスタンプカードを使用した住民の健康づくりの支援を行っています。その他、熊本連携中枢都市圏事業として、熊本健康アプリ「もっと健康!げんき!アップくまもと」の普及を図っています。

さらには、住民が自ら行う健康づくりを推進するため「ましきエクササイズ」等の体操

を行う住民自主グループ通称：「ましき元気教室」の専門職による立ち上げや活動の継続の支援を行っています。

今後も、町の現状を各種データにより分析し、町の健康課題の解決に向けた取り組みを推進していきます。

健康づくり応援ポイント事業の取組み実施者数の推移 (人)

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
目標値	900	1,000	1,300
実績値	966	750	1,250

健康保険課調べ

熊本健康アプリ「もっと健康!げんき!アップくまもと」登録者数の推移(人)

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
目標値	-	-	-
実績値	28	426	748

健康保険課調べ

健康教育・健康相談事業の実施状況

開始年度	実施内容
令和4年度	女性のためのヘルスアップセミナー 睡眠講座(※)
令和5年度	睡眠サロン(※) 健康フェスタ・検診会場での骨折予防啓発 睡眠LINE相談(※)

(※)睡眠に関する事業は、熊本県国保ヘルスアップ市町村支援事業

【実施方法】

項目	内容
対象	国保被保険者および住民
実施機関等	直営・委託併用
内容	<ul style="list-style-type: none"> ・KDB等を用いた町の健康課題の分析・現状把握 ・益城町健康づくり応援ポイント事業 ・熊本連携中枢都市圏事業「熊本健康アプリ「もっと健康!げんき!アップくまもと」 ・「ましき元気教室」立ち上げ及び活動継続支援事業

	<ul style="list-style-type: none"> ・健康教育、健康相談事業 ・広報活動
実施スケジュール	<p>4月：年間事業計画の決定</p> <p>6月～：町の健康課題の分析・把握（KDB等を活用した課題分析）</p> <p>11月：次年度事業の検討、予算化</p> <p>2月～3月：取り組みの評価</p> <p>通年：関係部署間の打ち合わせ 各種事業の実施</p>

【評価指標】

評価指標	現状値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
健康づくり応援ポイント事業の取り組み実施者数	1,250	-	-	1,400	-	-	2,000
熊本健康アプリ「もっと健康!げんき!アップくまもと」登録者数	748	-	-	1,600	-	-	2,600
朝食を抜くことが週3回以上ある40代、50代の割合(%)	25.9	-	-	20.8	-	-	20.2

6. 重複、多剤服薬の適正化対策

【背景】

・重複服薬、多剤服薬などは、医療費適正化の観点だけでなく、それに伴う有害な副作用の発生を予防する観点からも重要です。

・町では、重複服薬、多剤服薬による有害な副作用の発生を予防するため、熊本県が策定した「熊本県ポリファーマシー対策標準マニュアル」（令和5年3月24日作成）「以下、県マニュアルという。」に沿って、対象者への通知他、訪問指導を実施しています。

【目的】

・重複服薬や、多剤服薬者に対し、通知や保健指導等を行うことで、有害な副作用の発生を予防し、ひいては不適正と考えられる服薬を減少させる。

【これまでの取組と取組の方向性】

第1期計画以降、レセプト情報から多受診者（同じ疾患で複数の医療機関に同時期に受診）、頻回受診者（月15日以上同一医療機関に受診）を抽出し、その中でも、重複服薬や多剤服薬者がある人を優先に対象として訪問指導を実施していましたが、令和4年度以降は、重複服薬や多剤服薬に伴う有害な副作用の予防を目的に、レセプト情報から対象者を抽出し訪問指導を実施しています。また、令和5年度からは、県マニュアルに沿って実施しています。

さらに、適正服薬の啓発活動として町広報誌やホームページを活用し、町内の調剤薬局の協力を得ながらかかりつけ薬局をもつことの大切さなどの啓発を行っています。

【実施方法】

項目	内容
対象	月6剤以上の処方を受けている65歳以上の人 *月10剤以上処方や重複処方がある人を優先としている
実施機関等	直営
内容	・訪問によるお薬についての健康相談についてのお知らせ及びリーフレットの送付 ・保健師及び看護師による訪問指導の実施 ・レセプト情報等から服薬状況の経過確認
実施スケジュール	10～11月：レセプト情報から対象者の抽出と選定 12月～1月：対象者への通知

	1月～3月：訪問指導 通年：レセプト情報から服薬状況の経過確認 啓発活動（ホームページ掲載等） 随時：関係機関（町内医療機関及び町内調剤薬局）との調整 （事情説明、協力依頼等）
--	--

訪問指導の実施状況 (人)

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
実績値	1	1	2

【評価指標】

評価指標	現状値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
(被保険者1万人) 重複処方該当者数	101	-	-	98	-	-	96
(被保険者1万人) 多剤処方該当者数	19	-	-	18	-	-	18

*現状値は、R4年度実績値

(保険者努力支援制度取組評価分 多剤投与者数入力様式)

7. がん検診

【背景】

・がん（悪性新生物）は、我が国の死因の第1位である。また、医療費の点でも、大きな割合を占めています。そのため、国や熊本県では、がん対策推進基本計画等によって、がん検診が推進されています。

・町においても、がんは死因の第1位で、医療費においても傷病別で最も高くなっています。各種がん検診を実施していますが、その受診率（74歳までの集計）は、9.5%～23.3%に留まっており、特に新型コロナウイルス感染症が流行した令和2年度以降に子宮頸部がん検診以外は受診率が低下しています。

【目的】

・がんの早期発見および早期受診のため、国保被保険者のがん検診受診率を向上させる。

【これまでの取組と取組の方向性】

国の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に定める科学的根拠に基づいた「胃がん検診、肺がん検診、大腸がん検診、子宮頸がん検診・乳がん検診」の5つのがん検診を推進しています。

特定健診と同様に、対象者の様々なニーズに合わせた検診体制を考慮し、集団と個別検診を実施しています。

集団検診は、特定健診と5つのがん検診を組み合わせ所要時間1～2時間で受診可能な「ましき健診」と乳がん単独検診を実施しています。乳がん検診については、国の指針では、40歳以上が対象ですが、町では、対象年齢を引き下げて30歳以上としています。その他、ましき健診・特定健診単独健診では、オプションとして血液検査による前立腺がん検診（PSA検診）を50歳以上の希望者に実施しています。

個別検診は、複数の検診機関に人間ドックとして委託し、胃がん検診、肺がん検診、大腸がん検診が標準コースに含まれています。その他、子宮頸がん単独検診は、2施設（町内産婦人科医院・町外健診機関）で選択し受診可能な体制をとっています。大腸がん単独健診は、検査キットを申込者へ郵送し、検体を返送してもらい検査を実施する郵送法を取り入れています。

がん検診後は、速やかに全員に結果を通知し、要精密と判定された人へは、結果通知と併せて文書による受診勧奨を行っています。その後、レセプト情報から要精密と判定された人に医療機関への受診状況を確認し、未受診と思われる人は、通知や専門職による電話での再勧奨を行っています。人間ドックにおいては、健診機関と連携し、要

精密者に医療機関への受診勧奨を実施しています。

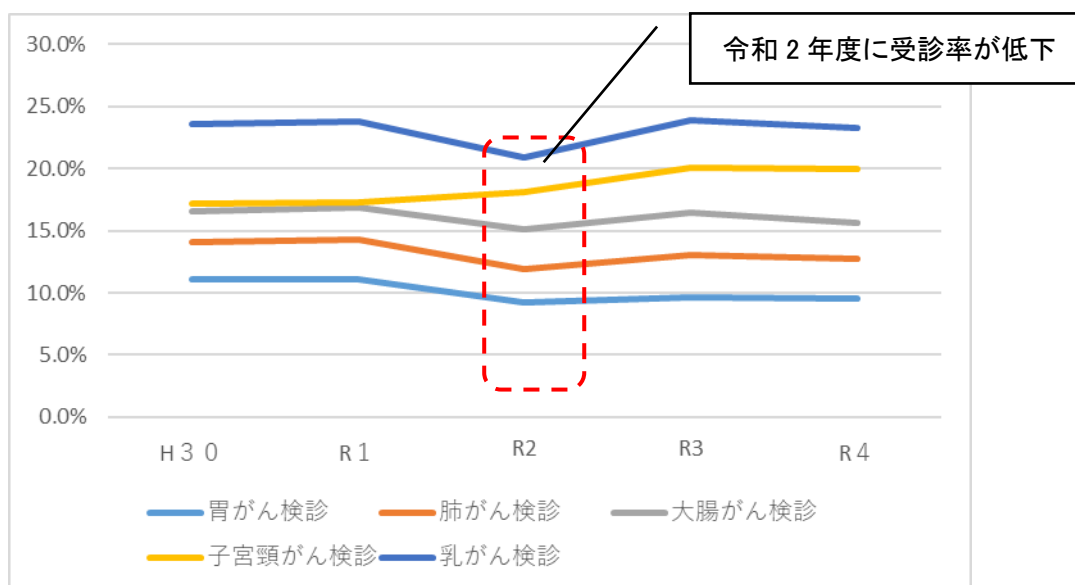
受診率向上を目指し、特定健診の未受診者勧奨通知と同時にかん検診の受診勧奨を行っているほか、申し込みの手間を減らすため、一定期間は、インターネットでの申し込みを可能にするなどしました。また、令和5年度は、過去2年間に子宮頸部がんまたは乳がん検診を受診したことがない人に受診勧奨通知を実施しています。

がん検診受診率の向上を目指し、特定健診とともに受診しやすい検診体制の整備を検討していきます。

がん検診受診率の推移 (※分子の受診者数は、74歳までを集計)

評価指標	H30	R1	R2	R3	R4
胃がん検診	11.1%	11.1%	9.2%	9.6%	9.5%
肺がん検診	14.1%	14.3%	11.9%	13.1%	12.7%
大腸がん検診	16.6%	16.9%	15.1%	16.5%	15.6%
子宮頸部がん検診	17.2%	17.3%	18.1%	20.1%	20.0%
乳がん検診	23.6%	23.7%	20.9%	23.9%	23.3%

地域保健事業報告



【実施内容】

項目	内容																										
対象	40 歳以上 胃がん検診・肺がん検診・大腸がん検診 20 歳以上 子宮がん検診 30 歳以上 乳がん検診																										
実施機関等	委託																										
内容	<table border="1"> <tr> <th colspan="2">胃がん検診</th> </tr> <tr> <td>集団</td> <td>人間ドック</td> </tr> <tr> <td>胃部 X 線検査</td> <td>胃部 X 線検査 または 胃部内視鏡検査</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th colspan="2">肺がん検診</th> </tr> <tr> <td>集団</td> <td>人間ドック</td> </tr> <tr> <td>胸部 X 線検査 喀痰細胞診 (ハイリスク者のみ)</td> <td>胸部 X 線検査</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th colspan="2">大腸がん検診</th> </tr> <tr> <td colspan="2">便潜血検査</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th colspan="2">乳がん検診</th> </tr> <tr> <td>集団</td> <td>人間ドック</td> </tr> <tr> <td>40 歳以上:マンモグラフィー 30 歳代:超音波検査</td> <td>* オプション検査として実施</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th colspan="2">子宮頸がん検診</th> </tr> <tr> <td colspan="2">視診・頸部細胞診・内診</td> </tr> </table>	胃がん検診		集団	人間ドック	胃部 X 線検査	胃部 X 線検査 または 胃部内視鏡検査	肺がん検診		集団	人間ドック	胸部 X 線検査 喀痰細胞診 (ハイリスク者のみ)	胸部 X 線検査	大腸がん検診		便潜血検査		乳がん検診		集団	人間ドック	40 歳以上:マンモグラフィー 30 歳代:超音波検査	* オプション検査として実施	子宮頸がん検診		視診・頸部細胞診・内診	
胃がん検診																											
集団	人間ドック																										
胃部 X 線検査	胃部 X 線検査 または 胃部内視鏡検査																										
肺がん検診																											
集団	人間ドック																										
胸部 X 線検査 喀痰細胞診 (ハイリスク者のみ)	胸部 X 線検査																										
大腸がん検診																											
便潜血検査																											
乳がん検診																											
集団	人間ドック																										
40 歳以上:マンモグラフィー 30 歳代:超音波検査	* オプション検査として実施																										
子宮頸がん検診																											
視診・頸部細胞診・内診																											
実施スケジュール	<ul style="list-style-type: none"> ・3 月:全世帯へ健診のご案内通知、人間ドック申込受付開始 ・6 月、9 月、11 月:ましき健診 ・7 月～12 月:子宮頸部がん検診 ・11 月～12 月:大腸がん検診 ・12 月:乳がん検診 																										

	<ul style="list-style-type: none"> ・通年：人間ドックの実施 ・通年：レセプト情報から精密検査受診状況の把握、未受診者への精密検査受診再勧奨
--	---

【事業の取組評価】

(%)

評価指標	現状値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
胃がん検診 受診率	9.5	-	-	14.8	-	-	20.0
肺がん検診 受診率	12.7	-	-	18.9	-	-	25.0
大腸がん検診 受診率	15.6	-	-	20.3	-	-	25.0
乳がん検診 受診率	23.3	-	-	26.7	-	-	30.0
子宮頸部がん 検診受診率	20.0	-	-	20.8	-	-	25.0

*がん対策推進基本計画では、がん検診の受診率の目標値は60%となっているが、達成可能な目標値として保険者努力支援制度（取組評価）を参考に目標値を設定した。

*保険者努力支援制度（取組評価）においては、5つのがん検診受診率の平均を25%や年に1ポイント上昇等を評価対象としている。

	町内歯科医院との連携：歯科保健連絡会
実施スケジュール	4月：年間事業計画の決定 11月：次年度事業の検討、予算化 2月～3月：取組の評価 通年：各種事業の実施 関係部署間の打ち合わせ 年1回：歯科保健連絡会

【事業の取組評価】

評価指標	現状値	R6	R7	R8	R9	R10	R11
(健診受診者) 「かみにくい」または「ほとんど噛めない」と回答した人の割合	21.3	-	-	20.8	-	-	20.2

特定健診質問票調査

*評価指標は、国保被保険者を対象とした特定健診から把握可能な指標としました。

9. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

【背景】

- ・人口の高齢化が進む中で、高齢者の要介護状態やフレイルの予防が重要となっている、令和元年改正の国民健康保険法や介護保険法等のもと、市町村において、地域包括ケアとともに保健事業と介護予防の一体的実施が推進されています。
- ・町では、令和3年度から後期高齢者広域連合から委託を受け、専門職を配置し、高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施しています。
- ・国民健康保険においても、国保加入者の高齢化に伴い、加齢やフレイル状態から引き起こされやすい疾患である関節疾患や骨折、不整脈の総医療費に占める割合が多い状況です。また、女性は、治療件数において、入院は骨折、外来は、関節疾患や骨粗しょう症が多くなっています。

【目的】

- ・関係機関と連携し、通いの場などを活用した高齢者の社会参加を推進するとともに、要介護やフレイルのリスクを持つ高齢者に対して保健指導や関係機関へのつなぎを行い、ひいては高齢者の健康状態を改善することを目的とします。

【これまでの取組と取組の方向性】

令和3年度から、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な取り組み」を開始しています。循環器疾患や脳血管疾患を引き起こすリスクの高い人の（以下、ハイリスク者という。）の対応として、これまで、70歳以上は介護予防事業の対象として、生活習慣病の重症化予防の優先的な対象とはしていませんでしたが、高齢期であっても、慢性腎不全からの人工透析、循環器疾患や脳血管疾患の防止のため令和3年度からは、高血糖で未治療の人や血圧Ⅱ度以上（160/100mmHg以上）の人を対象に健診結果説明会において治療状況を確認し、未治療者には受診勧奨を実施する等、保健指導を実施しています。

また、従来から集団健診において心電図検査を全員に実施し、心房細動等の脳血管疾患を引き起こすリスクとなる不整脈の早期発見に努めています。

要介護状態となるハイリスク者への対応として、75歳以上で健診結果から体重減少や貧血により低栄養や歯科口腔機能の低下が疑われる人に管理栄養士や歯科衛生士からの個別指導を実施しています。その他、KDBシステムから健診、医療の利用がなく要介護認定を受けていない人「健康状態不明者」を抽出し、健康に関するアンケート及び家庭訪問を行い個人の健康状態の把握に努めています。

一般高齢者への介護予防対策として、令和5年度から健診事業と連携のうえ、骨粗

しょう症の補助金額と対象年齢を拡大し骨折のリスクを高める骨粗しょう症の早期発見に努めています。

さらには、地域サロンや老人クラブ等へ出向き、理学療法士等からフレイル予防の啓発やフレイルが疑われる人へは地域包括支援センターと連携のうえ、必要に応じて介護予防事業を紹介しています。

今後も、関係機関と連携し高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施していきます。

【実施内容】

項目	内容																										
対象	高齢者																										
実施機関等	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業： 熊本県後期高齢者広域連合からの町受託事業																										
内容	<p>【糖尿病性腎症の重症化予防】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健診結果、糖尿病の基準に該当するが糖尿病治療をしていない人 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>HbA1c</th> <th>空腹時血糖</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>65歳以上</td> <td>7.0%以上</td> <td>126mg/dℓ以上</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> ・健診結果、腎機能の低下が疑われる人 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>eGFR</th> <th>たんぱく尿</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>70歳以上</td> <td>40以下</td> <td>+以上</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> ・健診受診者で、糖尿病治療中だが、血糖のコントロールが不十分な人 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>HbA1c</th> <th>空腹時血糖</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>65歳以上</td> <td>7.5%以上</td> <td>126mg/dℓ以上</td> </tr> </tbody> </table> <p>【高血圧症の重症化予防】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>数値基準</th> <th>備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>高血圧</td> <td>最高血圧 160mmhg 以上 かつ/または 最低血圧 100mmhg 以上</td> <td>喫煙・心電図所見も参考とする。</td> </tr> </tbody> </table>				HbA1c	空腹時血糖	65歳以上	7.0%以上	126mg/dℓ以上		eGFR	たんぱく尿	70歳以上	40以下	+以上		HbA1c	空腹時血糖	65歳以上	7.5%以上	126mg/dℓ以上		数値基準	備考	高血圧	最高血圧 160mmhg 以上 かつ/または 最低血圧 100mmhg 以上	喫煙・心電図所見も参考とする。
	HbA1c	空腹時血糖																									
65歳以上	7.0%以上	126mg/dℓ以上																									
	eGFR	たんぱく尿																									
70歳以上	40以下	+以上																									
	HbA1c	空腹時血糖																									
65歳以上	7.5%以上	126mg/dℓ以上																									
	数値基準	備考																									
高血圧	最高血圧 160mmhg 以上 かつ/または 最低血圧 100mmhg 以上	喫煙・心電図所見も参考とする。																									

	<p>【健康状態不明者の実態把握】</p> <p>・KDB システムより「医療の受診なし」かつ「健診受診歴なし」「要介護認定なし」の人</p> <p>【低栄養防止】</p> <p>BMI18.5 以下かつ後期質問票設問6「6 か月間で 2-3 kg以上の体重減少がありましたか。」に該当する人</p> <p>※ヘモグロビン 12g/dl 以下を優先する。</p> <p>【歯科口腔機能低下防止】</p> <p>後期質問票設問4「半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。」に該当かつ設問5「お茶や汁物などでむせることがありますか」に該当する人</p> <p>【フレイル防止・改善】</p> <p>・高齢者の質問票と体力測定からでフレイルや転倒の危険性が高いと判定された人</p>
実施スケジュール	<p>4 月：年間事業計画の決定</p> <p>11 月：次年度事業の検討、予算化</p> <p>3 月：取組の評価</p> <p>通年：各種事業の実施</p> <p>関係部署・関係機関との打ち合わせ</p>

【事業の取組評価】

評価指標については、第 9 期高齢者保健福祉介護保険事業計画（令和 6 年度～8 年度）に準じ、本計画内の評価指標設定はしていません。

5. 計画の評価・見直し

1 評価の時期

本計画は、令和8年度に中間評価、最終年度である令和11年度に最終評価を行います。計画に掲げた目的・目標達成状況の評価を行い、達成状況を踏まえ、計画の見直しを行います。また、個別保健事業においては、毎年度事業評価を行い、必要に応じて翌年度の事業内容の見直しを行います。

2. 評価の方法

PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を実施するため KDB 等から得られる健診・医療・介護のデータや保険給付費のデータを利用し定期的に評価します。評価項目は継続的に評価できる項目とし、可能な限り数値を用いて行います。

評価の4区分

ストラクチャー（構造）	保健事業を達成するための仕組みや体制を評価
プロセス（過程）	事業の目的や目標の達成に向けた過程（手順）や活動状況を評価
アウトプット（実績）	目的・目標の達成のために行われる事業の結果を評価
アウトカム（成果）	事業の目的や目標の達成度、または成果の数値評価を評価

3. 評価体制

関係部署間での協議の場において、事業実施状況と事業目標の達成状況を評価し、必要な見直しを行います。

事業実施状況に関しては、熊本県国保連合会に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けることとします。

6. 計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い

1. 計画の公表・周知

策定した計画は、町ホームページ等に掲載し周知を図ります。

2. 個人情報の取り扱い

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

