

天草市国民健康保険
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）

（案）

令和 年 月
天 草 市

《 目 次 》

第1章 計画策定にあたって	
1. 計画の趣旨	1
2. 計画の位置づけ	2
3. 計画期間	3
4. 実施体制・関係者連携等	3
第2章 現状の整理	
1. 天草市の現状	4
2. 前期計画の保健事業に係る評価・考察	7
第3章 健康・医療情報の現状・分析、分析結果に基づく健康課題の抽出	
1. 健康・医療情報の現状・分析	14
2. 健康課題の抽出・明確化	33
第4章 データヘルス計画（保健事業全体）の目標	35
第5章 健康課題を解決するための個別の保健事業	
1. 特定健診受診率向上事業	36
2. 特定保健指導未利用者対策事業	37
3. 糖尿病性腎症重症化予防事業	38
4. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防事業	39
5. 脳血管疾患・虚血性心疾患重症化予防事業	40
6. 適正受診・適正服薬促進事業	41
7. 健康教育・広報事業	42
第6章 データヘルス計画の評価・見直し	
1. 評価の時期	43
2. 評価方法・体制	43
第7章 その他	
1. 計画の公表・周知	44
2. 個人情報の取扱い	44
3. 地域包括ケアに係る取組み	44
第8章 第4期特定健康診査等実施計画	
1. 特定健康診査等実施計画について	45
2. 目標値の設定	45
3. 対象者数の見込み	45
4. 特定健診の実施	46
5. 特定保健指導の実施	48
6. その他	50

第1章 計画策定にあたって

1. 計画の趣旨

我が国の国民医療費は、高齢化の進展や生活環境の変化に伴い、年々増加傾向となっており、中でもがん・循環器疾患・糖尿病などの生活習慣病は、日本人の死因の約6割を占め、健康上の大きな課題となっています。

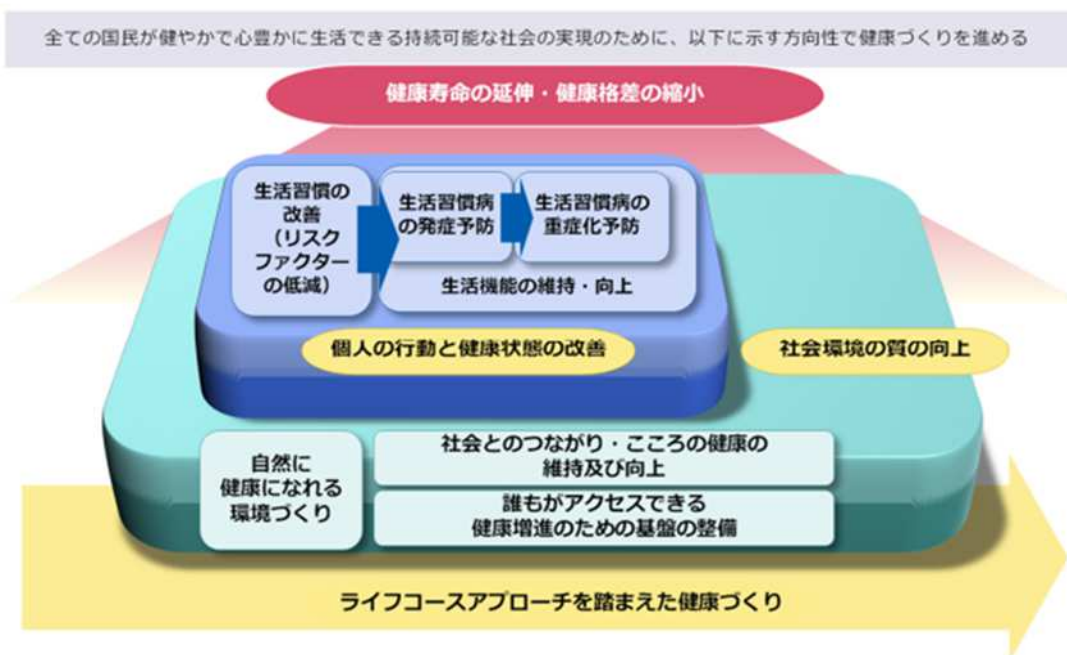
こうした中、平成25年度から健康寿命の延伸と健康格差の縮小や、生活習慣病の発症及び重症化の予防などを基本的方針とする「健康日本21（第二次）」の取組みが開始された後、「日本再興戦略（平成25年6月閣議決定）」及び「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正（平成26年3月）」により、保険者は健康・医療情報を活用して保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定し、PDCAサイクルに沿って効果的かつ効率的な保健事業の実施及び評価等を実施することが定められました。

その後、平成30年4月から市町村とともに都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、「経済財政運営と改革の基本方針2020（令和2年7月閣議決定）」により保険者のデータヘルス計画標準化等の取組みの推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議において保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改定等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPIの設定を推進することが示されました。

このような背景を踏まえ、天草市国民健康保険においても生活習慣病の発症及び重症化を予防することを目的に「データヘルス計画」「第2期データヘルス計画」を定め、これまで保健事業の実施・評価などを行い、脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の新規患者数が減少するなど、一定の効果が確認できたところです。しかし、依然として糖尿病、高血圧症等の生活習慣病の有病率は増加する傾向にあることから、国の「健康日本21（第三次）」と整合性を図り、「第3期データヘルス計画」（以下「本計画」という。）を定め、誰もが生涯にわたって心身ともに健康で暮らすことができるよう、被保険者の健康の保持増進、生活の質の維持及び向上を図り、ひいては医療費の適正化に資することを目的に保健事業の取組みを行います。

なお、「天草市国民健康保険第4期特定健康診査等実施計画」は、保健事業の中核をなす特定健康診査（以下「特定健診」という。）及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、本計画と一体的（第8章）に策定します。

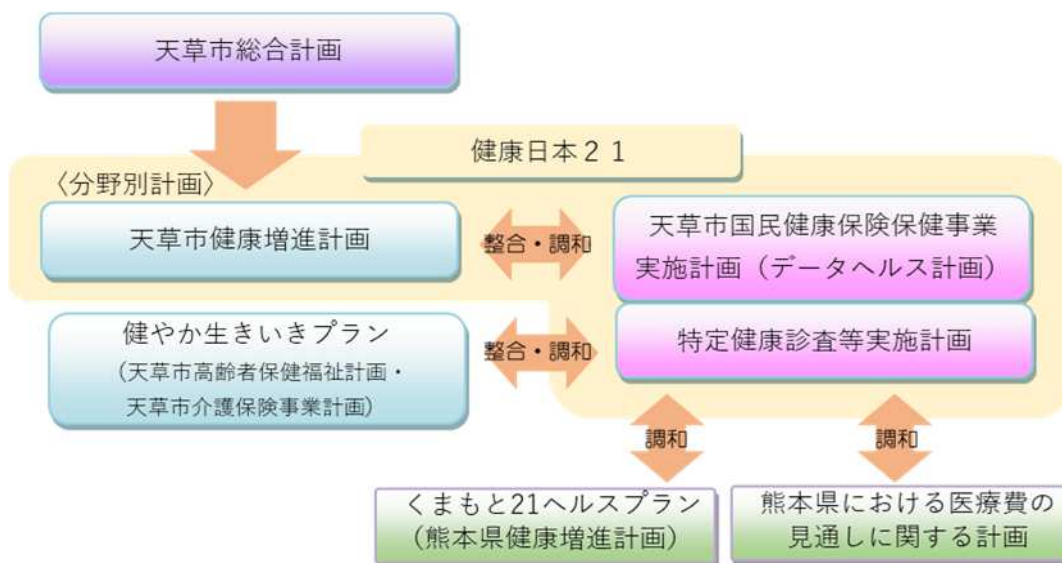
健康日本 21（第三次）の概念図



出典：健康日本 21（第三次）推進のための説明資料（厚生労働省）

2. 計画の位置づけ

本計画の推進にあたっては、健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）に基づく基本方針を踏まえるとともに、「天草市総合計画」の分野別計画である「天草市健康増進計画」及び「健やか生きいきプラン（天草市高齢者保健福祉計画・天草市介護保険事業計画）」と整合・調和を図るものとしします。その他「くまもと 21ヘルスプラン（熊本県健康増進計画）」、「熊本県における医療費の見通しに関する計画」とも調和のとれたものとしします。



3. 計画期間

計画期間は、令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 年間とします。

4. 実施体制・関係者連携等

本市においては、国民健康保険担当課（国保年金課）が主体となり本計画の策定等を行うものですが、計画の推進にあたっては、保健衛生担当課（健康増進課）、高齢者福祉・介護保険担当課（高齢者支援課）、後期高齢者医療担当課（国保年金課）との連携を図るものです。

また、計画の策定、評価、見直しにあたっては、天草市国民健康保険運営協議会において、天草郡市医師会、天草郡市薬剤師会等をはじめとした外部有識者や被保険者の意見を反映していきます。あわせて、熊本県国民健康保険連合会及び連合会に設置される保健事業支援・評価委員会や、平成 30 年度から共同保険者となった熊本県との連携、協力体制のもとに計画の推進を図ります。

第2章 現状の整理

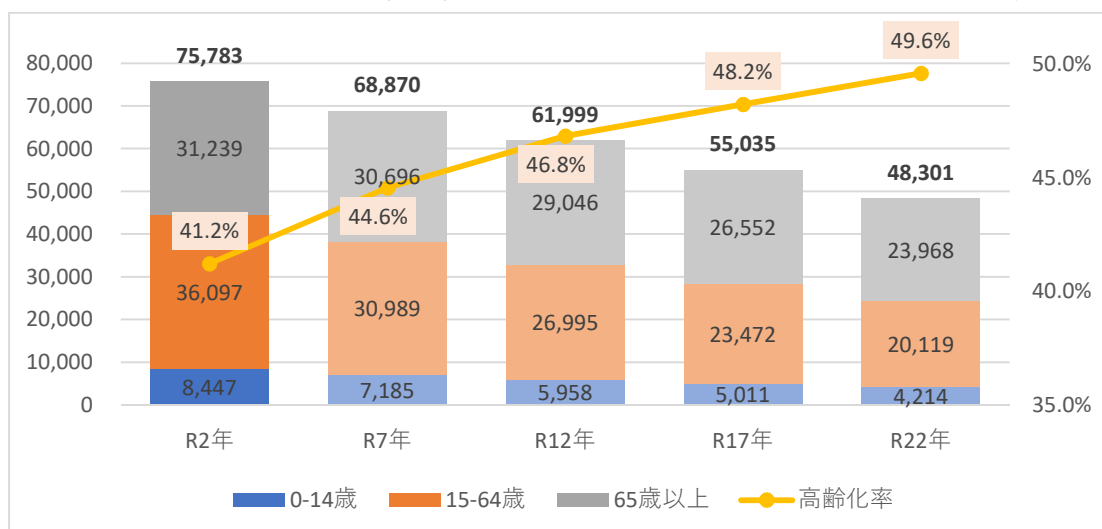
1. 天草市の現状

(1) 天草市の人口と国民健康保険加入状況

年齢区分別人口と高齢化率の推移予測を見ると、本市の人口は、令和2年の国勢調査では75,783人で、今後も減少傾向が続くと予測しています。年齢区分別人口も、各区分とも減少する見込みですが、65歳未満人口の減少幅が大きくなることから、高齢化率は引き続き上昇すると見込んでいます。

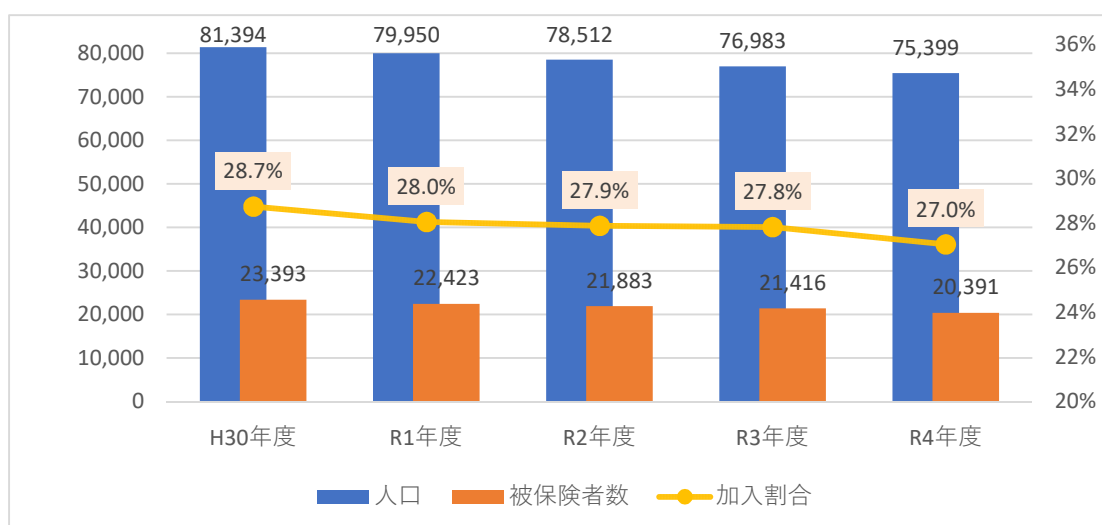
人口・被保険者数・加入割合の推移を見ると、国民健康保険の被保険者数は人口の減少のほか、団塊の世代の後期高齢者医療制度への移行や社会保険の適用拡大などの影響で減少傾向にあり、令和4年度では20,391人となっています。

■年齢区分別人口と高齢化率の推移予測 (単位：人)



出典：令和2年国勢調査

■人口・被保険者数・加入割合の推移 (単位：人)



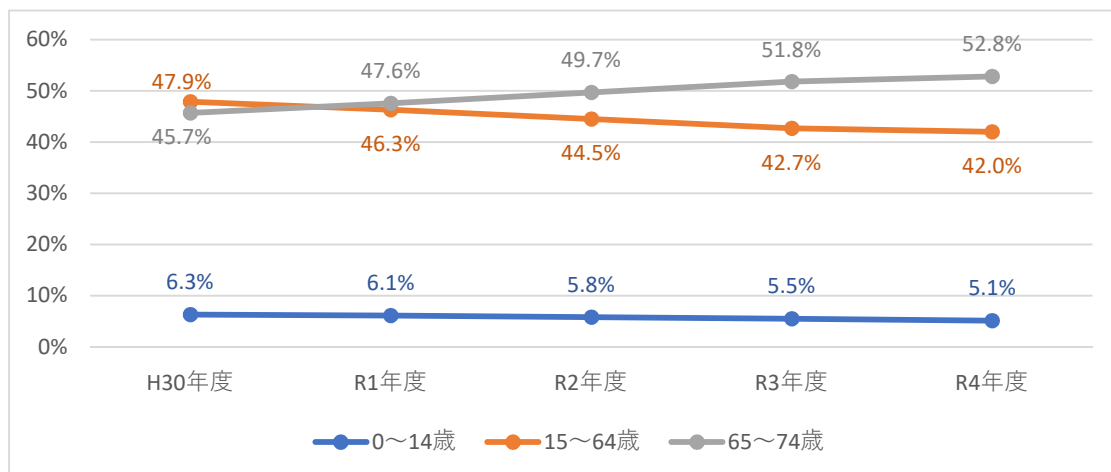
出典：国民健康保険事業状況報告書（年報）、住民基本台帳（年間平均）

(2) 男女別・年齢階級別被保険者数構成割合

年齢区分別被保険者構成割合の推移を見ると、65～74歳の前期高齢者が年々増加し、令和元年度には15～64歳を超え、令和4年度では52.8%に達しています。

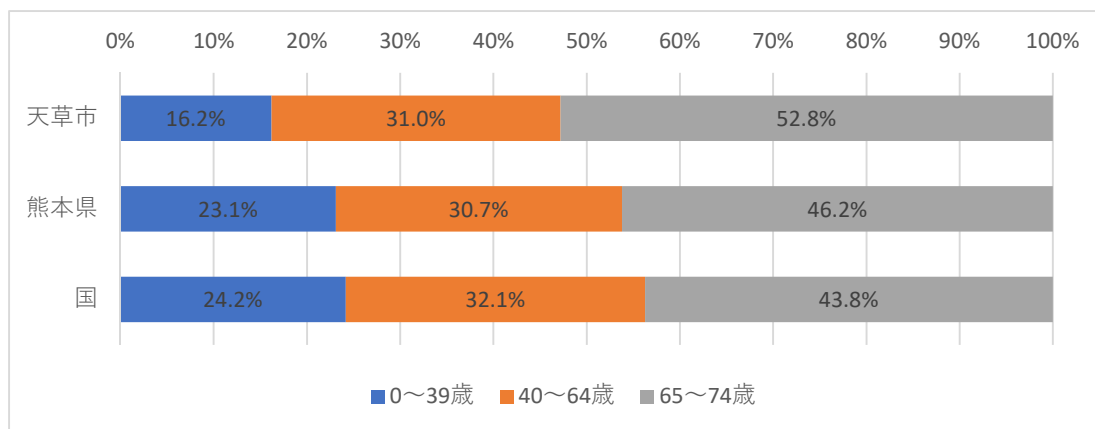
被保険者構成割合の比較を見ると、国・熊本県よりも0～39歳の割合が少なく、65～74歳の割合が多くなっています。

■年齢区分被保険者別構成割合の推移



出典：国民健康保険事業状況報告書（月報）各年度9月末

■被保険者構成割合の比較

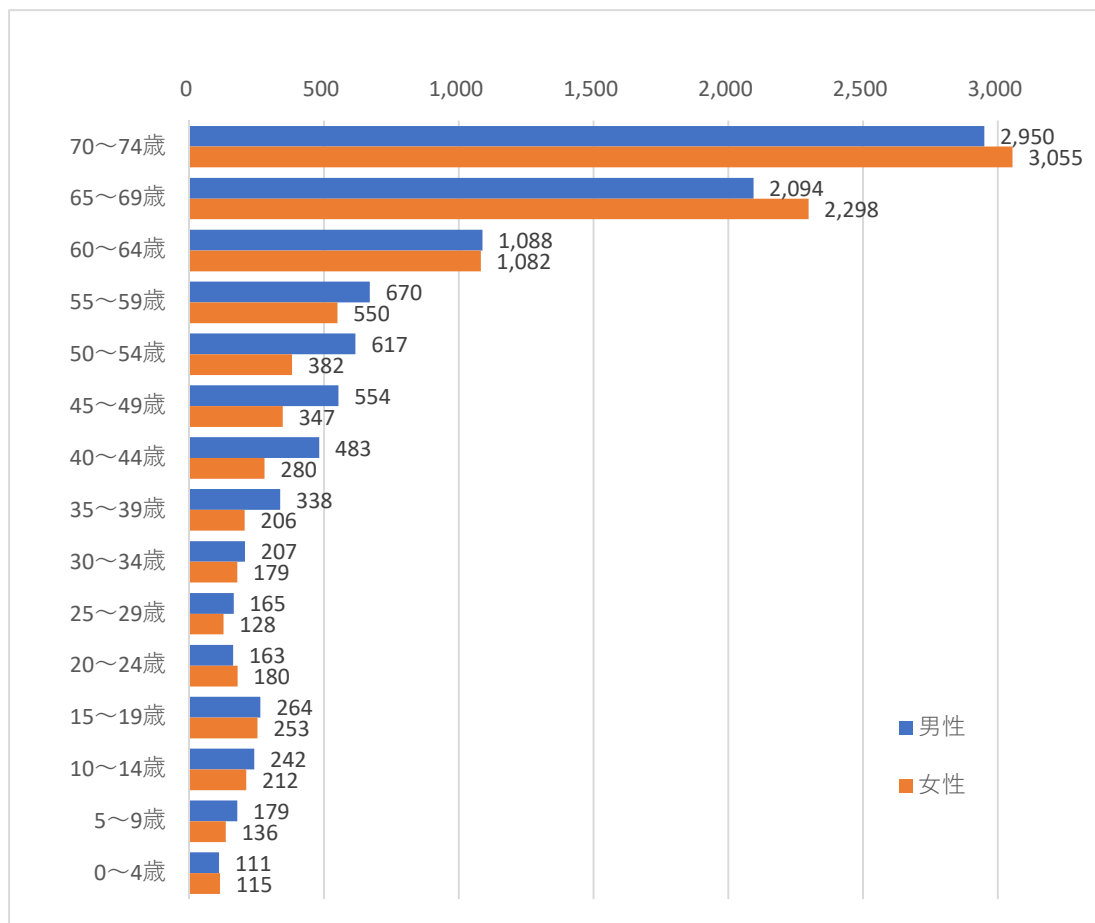


出典：KDB システム「地域の全体像の把握」R4 年度累計

男女別・年齢階級別被保険者数を見ると、男女別では、64歳までは男性が多い傾向ですが、65歳以上では女性が多くなっています。また、年齢階級別では、年齢階級が上がるとともに被保険者数が多くなり、60歳を超えると大幅に多くなっています。

■男女別・年齢階級別被保険者数

(単位：人)



出典：国保被保険者年齢別集計（令和5年3月末）

2. 前期計画の保健事業に係る評価・考察

(1) 評価方法

①評価基準

- ・ 目標達成のための指標を A～E の 5 段階で評価
- ・ 成果目標は、令和 3 年度目標と令和 3 年度実績を比較して評価
- ・ 中長期目標は、令和 5 年度目標と令和 4 年度実績を比較して評価
- ・ 短期目標は、令和 4 年度目標と令和 4 年度実績を比較して評価

A	目標達成
B	目標達成しなかったが、改善傾向
C	変わらない
D	悪化している
E	評価困難

②各評価の集計結果

■成果目標

A	0 個	目標達成
B	0 個	目標達成しなかったが、改善傾向
C	0 個	変わらない
D	1 個	悪化している
E	0 個	評価困難

■中長期目標

A	6 個	目標達成
B	0 個	目標達成しなかったが、改善傾向
C	0 個	変わらない
D	0 個	悪化している
E	0 個	評価困難

■短期目標

A	6 個	目標達成
B	7 個	目標達成しなかったが、改善傾向
C	0 個	変わらない
D	5 個	悪化している
E	0 個	評価困難

(2) 前期計画の各目標に対する評価

■成果目標

前期データヘルス計画では、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、腎臓・脳・心臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、標準化医療費（年齢調整後の一人あたり医療費）の伸びを年間3%以下に抑えることを目標としていましたが、評価はD（悪化している）となりました。

評価指標	H28年度実績	R3年度目標	R3年度実績	評価	R5年度目標
標準化医療費（円）【厚生労働省HP】 ※公表時期の関係で前年度分とする	416,186	— (466,100)	478,891	D	491,100

■中長期目標

健診・医療情報の分析の結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び要介護認定者の有病状況の多い疾患である、糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患の新規患者数を減少させることなどを目標とし、評価はいずれもA（目標達成）となりました。

評価指標	H28年度実績	R4年度目標	R4年度実績	評価	R5年度目標
新規 脳血管疾患患者数（人） 【保険者DH支援システム】	381	—	254	A	305
新規 虚血性心疾患患者数（人） 【保険者DH支援システム】	451	—	335	A	402
新規 人工透析患者数（人） 【保険者DH支援システム】	15	—	8	A	11
高額（80万円以上）レセプト 脳血管疾患件数【KDB二次加工】	73	—	62	A	69
高額（80万円以上）レセプト 虚血性心疾患件数【KDB二次加工】	33	—	28	A	31
長期化する疾患 人工透析患者数 （人）【厚労省様式3-7】	153	—	119	A	138

■短期目標

本市では、特定健診の受診率が低く、自分の健康状態を把握していない人が多いため、短期目標の1つ目に、「特定健診受診率」を設定。また、糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患の血管変化における共通リスクである、糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム※（以下「メタボ」という。）を減らしていくことを2つ目の短期的な目標としていました。評価の結果は、A（目標達成）が6項目、B（目標達成しなかったが、改善傾向）が7項目、D（悪化している）が5項目となりました。

※メタボリックシンドローム…内臓肥満に高血圧、高血糖、脂質代謝異常が組み合わさり、心臓病や脳卒中を発症しやすい病態

評価指標	H28年度 実績	R4年度 目標	R4年度 実績	評価	R5年度 目標
特定健診受診率（％）	36.7	41.0	40.9	B	42.0
特定保健指導実施率（％）	39.6	65.0	64.0	B	65.0
特定保健指導対象者の減少率（％）	17.0	17.2	16.9	D	17.4
メタボ該当者・予備群の割合（％）	29.1	28.0	33.2	D	28.0
健診受診者で糖尿病未治療 HbA1c6.5以上の割合（％）	4.0	4.3	4.3	A	4.2
健診受診者で糖尿病治療中 HbA1c7.0以上の割合（％）	2.5	2.6	3.3	D	2.5
健診受診者で糖尿病治療中 HbA1c8.0以上の割合（％）	0.4	0.3	0.3	A	0.2
健診受診者で血圧160/100以上の割合（％）	4.0	3.2	4.9	D	3.0
健診受診者でLDL140以上の割合（％）	26.7	24.5	23.2	A	24.0
がん検診受診率 胃がん検診（％）	18.6	44.0	17.6	D	50.0
がん検診受診率 大腸がん検診（％）	31.3	46.5	34.8	B	50.0
がん検診受診率 肺がん検診（％）	30.8	46.5	36.1	B	50.0
がん検診受診率 子宮がん検診（％）	26.5	46.5	32.6	B	50.0
がん検診受診率 乳がん検診（％）	31.0	47.5	42.0	B	50.0
歯周疾患検診受診率（％）	0.8 ※	向上	3.8	A	向上
高齢者の保健事業と介護予防の 一体的実施	—	実施	実施	A	実施
後発医薬品普及率（数量ベース）（％）	67.0	83.0	83.8	A	83.0
服薬通知一人当たりの医薬品種類 の減少（種類）	0.9 ※	1.0	0.9	B	1.0

※印は、R1年度の実績値

(3) 前期計画の個別実施事業に係る考察

①特定健診受診率・特定保健指導の推進

目的	<p>リスクの重複がある対象者に対し、専門職が早期介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を実施し、生活習慣病の発症・重症化予防を図る。</p>
内容	<p>【特定健診受診率向上事業】 特定健診対象者のうち不定期受診者及び未経験受診者に対して、レセプトデータ及び過去の健診受診状況をデータ分析し、ナッジ理論(※)等を活用した勧奨通知の送付を実施。併せて、40歳と65歳(令和4年度から開始)の無料対象者に対しては、地域健診の未申込者にも問診票を送付し、受診を促した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診者数(法定報告数) H30: 6,506人、R1: 6,348人、R2: 5,845人、R3: 6,592人、 R4: 6,146人 ・勧奨通知件数 H30: 11,051件、R1: 12,146件、R2: コロナ禍のため中止、 R3: 18,850件、R4: 15,210件 <p>【特定保健指導未利用者対策】 特定保健指導委託機関で指導未実施者に対し、特定保健指導専任職員による訪問や電話、通知を送付し指導勧奨・保健指導を実施(令和元年度から実施)。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導終了件数(法定報告数) R1: 543人、R2: 474人、R3: 520人、R4: 433人 <p>【その他の取組み】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率を伸ばす取り組みとして、訪問や電話等による受診勧奨のほか、①対象世帯に健診のお知らせを送付、②がん検診の同時実施、③週末等における地域健診の実施、④健康ポイント事業における受診者へのポイント付与などを実施。 ・令和3年度から個別健診の実施時期を「5月から翌年1月まで」としていたものを「通年」に拡充。併せて、年明けに最終の健診案内として受診勧奨はがきを送付し、受診を促した。 →4月及び2月、3月の受診者数…R3: 247件、R4: 268件
考察	<ul style="list-style-type: none"> ・令和3年度から健診未受診者への受診勧奨を、個人の行動状況や住所地の集団健診日程を踏まえて実施したことで、受診率向上につながってきている。 ・特定健診受診率は様々な取り組みにより、令和3年度に初めて40%を超えることができた。対象者の多い60代への勧奨(通院中未受診者対策・国保加入時の勧奨)や若年層への勧奨を強化していく。 ・特定保健指導は、委託健診機関及び職員により実施し目標を達成できた。しかし、メタボ該当者は増加傾向にあるため、市民に対する生活習慣病予防活動の拡充が必要である。引き続き、健診機関との連携を図り、実施体制及び指導内容を検討していく。

※ナッジ理論…人々を強制することなく、望ましい行動に誘導する仕組みのこと。

②糖尿病性腎症重症化予防

目的	糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者、治療中断者を減少させ、重症化予防を図る。また、早期腎症を発見し、重症化（人工透析移行）を防ぎ、進行を遅らせる。
内容	<p>【生活習慣病重症化予防事業】</p> <p>①糖尿病未治療者・治療中断者への受診勧奨 レセプトデータと特定健診データ等で抽出した対象者を糖尿病管理台帳で管理し、未治療者や治療中断者に対して受診勧奨、治療中で重症化リスクの高い者に対して合併症リスク低減のため保健指導を実施。 ・対象者…特定健診の結果、HbA1c6.5%以上の未治療や治療中断者（令和元年度から内容変更し実施）、または治療中 HbA1c8.0%以上のコントロール不良者（令和4年度から実施）。 ・勧奨件数…R1：119件、R2：99件、R3：102件、R4：97件</p> <p>②糖尿病性腎症重症化ハイリスク者への受診勧奨 特定健診受診者を糖尿病性腎症病気分類及び生活習慣病のリスク因子と併せて、対象者に応じた保健指導を行うほか、腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、微量アルブミン尿検査を実施し、医療機関と連携した保健指導・栄養指導を実施。 ・対象者…特定健診の結果、HbA1c6.5%以上かつ尿蛋白（-）または（±）で40～64歳までの糖尿病未治療者。 ・勧奨件数…R1：49件、R2：35件、R3：22件、R4：56件</p> <p>【生活習慣病予防事業】 特定健診の結果、糖尿病・糖尿病予備群該当者に対し、保健師・管理栄養士・運動指導士・歯科衛生士による健康教育（糖尿病予防教室）を実施。 ・対象者…特定健診受診者のうち、40～69歳までで空腹時血糖110mg/dl以上、またはHbA1c6.0%以上で内服治療していない者（令和元年度から74歳まで拡大）。 ・健康教室参加者数 H30：31人、R1：77人、R2：10人（コロナ禍のため人数制限して実施）、R3：54人、R4：88人</p> <p>【その他の取組み】 ・「健康のつどい」を開催し、糖尿病に関する周知啓発を実施。</p>
考察	<p>・特定健診の結果から、医療機関受診が必要な人に対して、電話や訪問等により、受診勧奨を個別対応で丁寧に実施したこと、医療機関受診後はかかりつけ医と連携し、保健・栄養指導等を実施したことにより、HbA1c6.5%以上の未治療者の割合を、目標値まで抑えることができた。</p> <p>・糖尿病発症予防として、普段の生活習慣（食事・運動等）を振り返り、見直すきっかけづくりとして糖尿病予防教室を開催したことや、ポピュレーションアプローチとして「健康のつどい」で糖尿病に関する情報提供を実施したことも目標達成につながったと考える。</p> <p>・糖尿病治療中HbA1c7.0%以上の割合については、増加傾向であったため、令和4年度から治療中者に対する生活状況の確認や保健指導を開始した。今後も継続し、経過を見ていく必要がある。</p> <p>・これらの取組みにより、新規人工透析者数は年々減少しており、今後もかかりつけ医と連携を強化し、受診勧奨・保健指導を実施していく。</p>

③脳血管疾患・虚血性心疾患重症化予防

目的	脳血管疾患と虚血性心疾患の発症・重症化予防を図る。
内容	<p>【未治療者等受診勧奨事業】 特定健診の結果、Ⅱ度高血圧(160/100 mm Hg)以上で未治療者に対して電話・訪問による医療の受診勧奨、保健指導を実施(令和3年度から実施)。 また、心房細動有所見者で未治療者に対して電話・訪問による医療の受診勧奨や保健指導、治療中の有所見者には生活状況の確認を実施(令和4年度から実施)。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・Ⅱ度高血圧(160/100 mm Hg)以上者への受診勧奨・保健指導 R3: 221件、R4: 226件 ・心房細動有所見者への受診勧奨・保健指導 R4: 60件 <p>【その他の取組み】 ・70歳到達時の高齢受給者証交付説明会にて、高血圧発症・重症化予防のため、家庭血圧測定・記録や自己検脈の必要性を周知。</p>
考察	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診の結果から、医療機関への受診が必要な人に対して電話や訪問等により、受診勧奨を個別対応で丁寧に実施したこと、心電図検査で心房細動の所見がみられる治療中者へも生活状況の確認を行い、保健指導を実施したことにより、新規の患者数や80万以上の高額レセプト件数は減少傾向であり、重症化予防につながった。 ・Ⅱ度高血圧(160/100 mm Hg)以上の割合は増加傾向にあり、受診勧奨・保健指導の実施方法等を見直す必要がある。 ・LDLコレステロール140以上の割合は減少傾向であるため、引き続き受診勧奨・保健指導を実施していく。 ・脳血管疾患や虚血性心疾患等の循環器疾患発症予防には、血圧管理や食生活・運動習慣等が重要であるため、家庭血圧測定・記録や自己検脈測定、減塩等の取組みについて、今後も周知啓発を強化していく。

④多受診（頻回受診、重複受診、重複服薬）保健指導

目的	被保険者の健康保持・増進とともに医療費の適正化を図る。
内容	<p>【服薬情報通知事業】（令和元年度から実施）</p> <p>レセプトデータから多剤・重複服薬者を抽出し、薬剤の見直しが必要と考えられる被保険者へ「服薬情報通知」を送付し、かかりつけの薬局または病院への相談を勧奨する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者…複数の医療機関から6種類以上の薬を長期処方されている方で、「同種同効」「相互作用」「副作用」「慎重投与」のいずれかが疑われる方 ・勧奨件数…R1:789件、R2:750件、R3:747件、R4:687件
考察	<ul style="list-style-type: none"> ・取組みを行った各年度において、対象者一人当たりの医薬品種類数が減少するとともに、重複服薬や相互作用などの改善が確認できた。また、通知作成月（4月）と効果検証月（12月）を比較した薬剤費における効果額についても、一定の効果が見られ、薬剤費の適正化が確認できた。 ・毎年度の取組みが進むことにより、効果が出にくくなる側面もあるため、費用対効果等を考慮しながら、取組む必要がある。

⑤広く市民に周知・啓発する取組み

目的	市民一人ひとりが自分の住む地域の実態を知り、住み慣れた地域で安心して暮らす。
内容	<p>【健康教育・広報事業】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「健康のつどい」を開催し、歯周病や糖尿病等に関する周知啓発を実施。 ・生活習慣病の重症化による医療費や介護費など社会保障費の増大につながっている実態などの周知。（70歳到達時の高齢受給者証交付説明会で周知 ※コロナ禍で未実施の時期あり） ・食生活改善推進員等の住民組織と学習を深め、課題の共有。 ・健康づくり推進員、食生活改善推進員等の住民組織が作成する減塩レシピやウォーキングマップを作成・配布。
考察	<ul style="list-style-type: none"> ・「健康のつどい」等の場を活用したポピュレーションアプローチや、食生活改善推進員、健康づくり推進員等の住民組織と連携し、周知・啓発が実施できた。引き続き健康教育の場や住民組織と連携し、実施していく。 ・今後も市全体のポピュレーション支援推進の検討等を行い、市民全体の意識の向上を目指す必要があると考える。

第3章 健康・医療情報の現状・分析、 分析結果に基づく健康課題の抽出

1. 健康・医療情報の現状・分析

(1) 平均寿命・標準化死亡比等

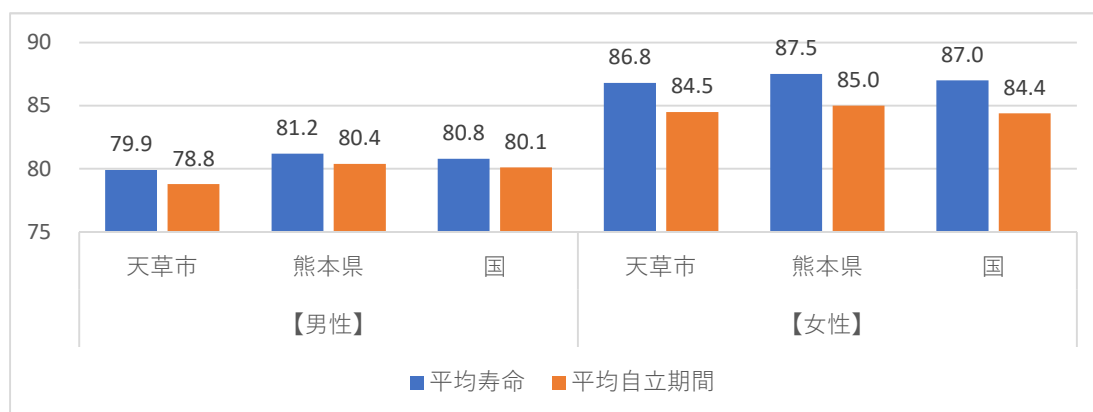
ア 平均寿命^{※1}・平均自立期間^{※2}

本市の平均寿命は男女とも国・熊本県より短く、平均自立期間は男性が国・熊本県より短くなっています。全国的な動向として、平均寿命、平均自立期間ともに女性より男性が低い傾向にあります。平均寿命と平均自立期間との差は「日常生活に制限のある不健康な期間」となりますが、本市では男性が1.1歳、女性が2.3歳の差となっています。

※1 平均寿命…出生直後における平均余命（0歳平均余命）のこと。

※2 平均自立期間…ここでは「要介護2以上」を「不健康」と定義して、健康寿命に代わる指標として使用。

■平均寿命と平均自立期間（要介護2以上）の比較 （単位：歳）



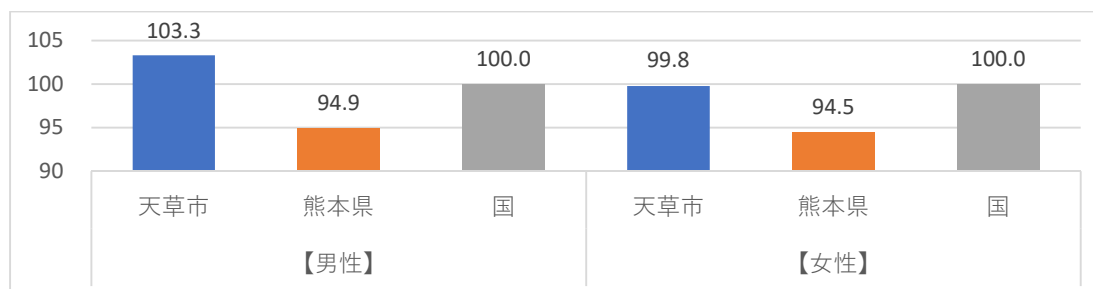
出典：KDB システム「地域の全体像の把握」R4 年度累計

イ 標準化死亡比^{※3}

標準化死亡比が100以上の場合は全国平均より死亡率が高いと判断されます。熊本県の値は男女とも100より低い状況ですが、本市の男性の値は100を超えています。

※3 標準化死亡比…全国を基準（=100）とした場合に、対象地域での年齢調整をした上での死亡率のこと。

■標準化死亡比の比較 （単位：%）



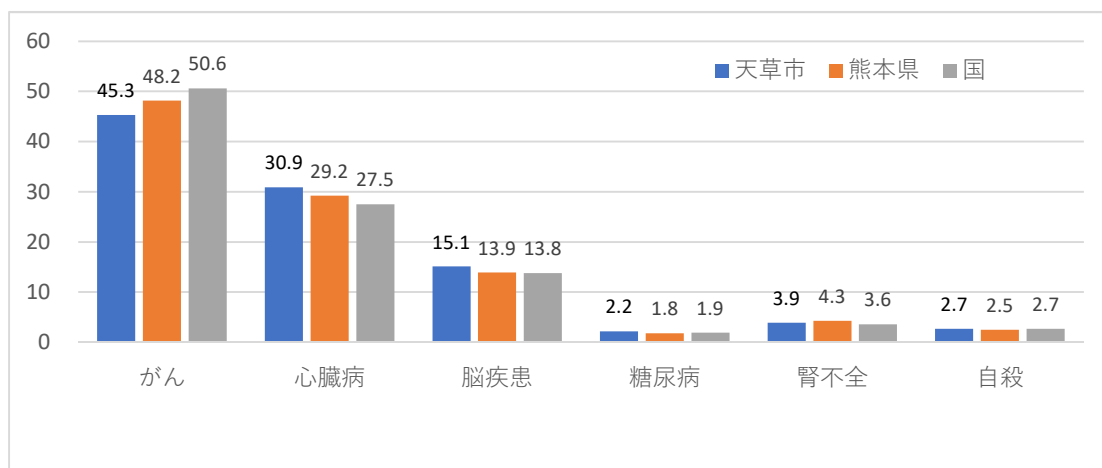
出典：KDB システム「地域の全体像の把握」R4 年度累計

ウ 死因

本市の主たる死因は多い順に、「がん」、「心臓病」、「脳疾患」となっています。国・熊本県と比較すると、「心臓病」、「脳疾患」、「糖尿病」の割合が高くなっています。

■死因割合の比較

(単位：%)



出典：KDB システム「地域の全体像の把握」R4 年度累計

(2) 医療費

ア 医療費の推移

療養諸費費用額の推移を見ると、被保険者の減少が進む中、療養諸費費用額の合計は、わずかな減少にとどまっています。

一方、年齢区分別の一人当たり医療費の推移を見ると、年齢区分が上がるごとに、一人当たり医療費が高くなっています。

また、一人当たり医療費の推移と比較を見ると、全国的に増加傾向にあります。本市は高齢化率が高いことなどから、国・熊本県を大幅に上回っています。

■療養諸費費用額の推移

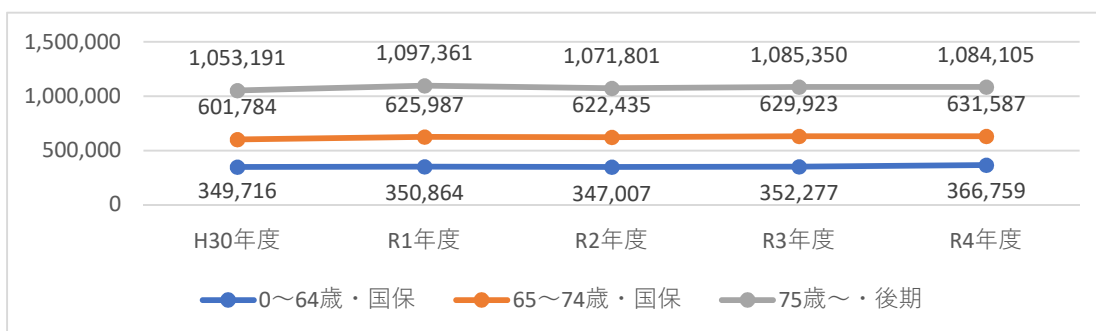
(単位：億円)

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
入院	48.0	47.6	47.5	46.2	46.2
食事療養費	3.8	3.7	3.5	3.4	3.2
入院外	32.7	31.6	28.8	30.5	30.3
訪問看護	0.3	0.3	0.5	0.6	0.6
歯科	5.7	5.5	5.5	5.6	5.5
調剤	17.8	18.8	19.5	19.3	17.0
療養費等	0.3	0.3	0.4	0.3	0.3
合計	108.6	107.8	105.7	105.9	103.1

出典：国民健康保険事業状況報告書（年報）

■年齢区分別の一人当たり医療費の推移

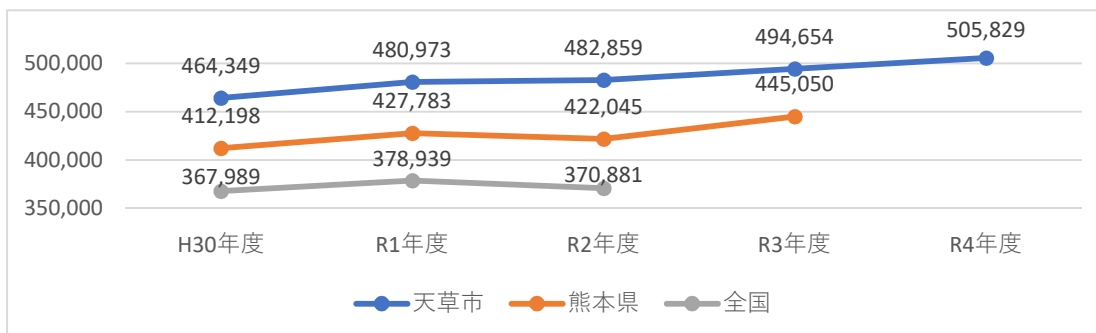
(単位：円)



出典：国民健康保険事業状況報告書（年報）、市町村別後期高齢者医療費の状況（熊本県後期高齢者広域連合）

■一人当たり医療費の推移と比較

(単位：円)

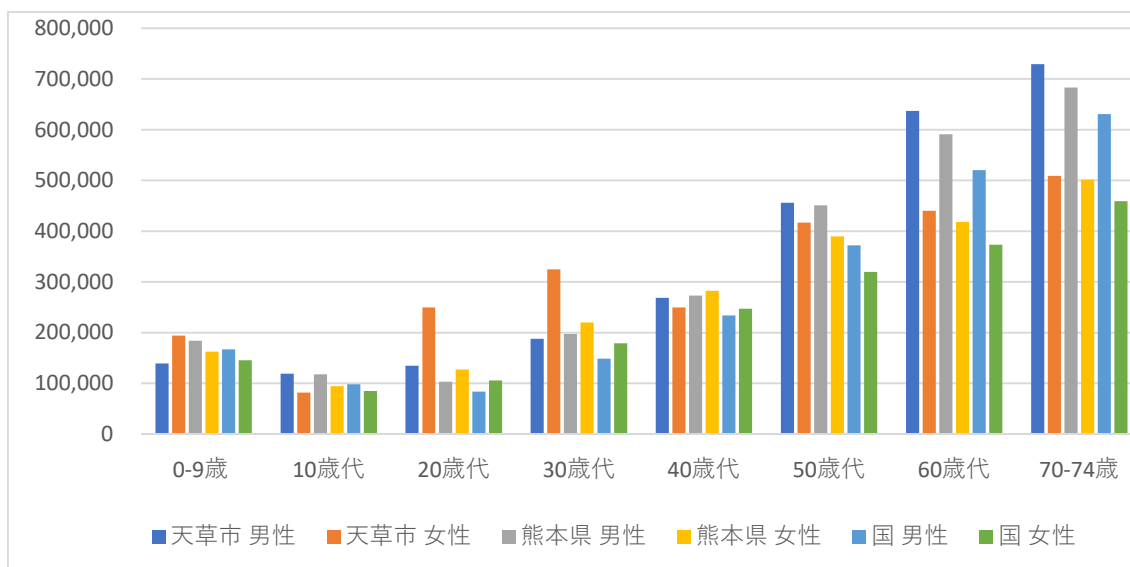


出典：熊本県国民健康保険事業状況報告書、国民健康保険実態調査

男女別・年代別の一人当たり医療費の比較を見ると、年代が上がるにつれて一人当たり医療費が高くなっており、国・熊本県も同様の傾向です。男女別では、20～30歳代は男性より女性が高く、40歳代以降は男性が高くなっています。

■男女別・年代別の一人当たり医療費の比較

(単位：円)



出典：出典：KDB「疾病別医療費分析（大分類）」R4年度累計

イ 高額レセプト件数及び医療費

レセプトのうち診療点数が5万点（50万円）以上のものを高額レセプトとし、各年度の月平均を集計した結果、高額レセプトの件数及び医療費は増加傾向にあります。また、総レセプト件数に占める高額レセプトの割合は1%前後ですが、総医療費に占める高額レセプトの割合は平成30年度より約6ポイント増加し、令和4年度では34.8%となっています。

■高額レセプト件数及び医療費の推移（月平均）

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
総レセプト件数（件）	32,927	32,073	29,572	29,817	29,344
うち高額レセプト（件）	263	267	281	286	285
総レセプト件数に占める高額レセプトの割合（%）	0.8%	0.8%	1.0%	1.0%	1.0%
総医療費（円）	815,528,286	809,138,155	791,477,140	795,536,699	775,357,046
うち高額レセプト（円）	237,682,000	247,309,477	275,815,830	281,255,415	269,564,433
総医療費に占める高額レセプトの割合（%）	29.1%	30.6%	34.8%	35.4%	34.8%

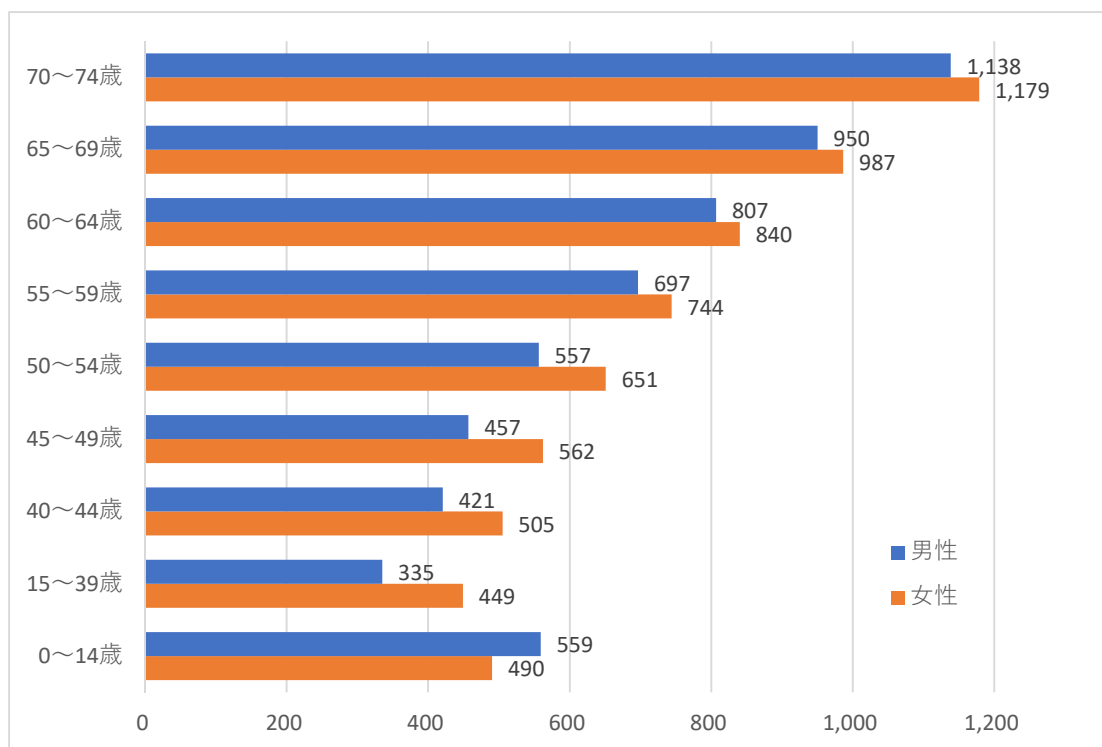
出典：天草市国民健康保険ポテンシャル分析

ウ 男女別・年齢階級別医療の受診率

男性、女性とも年齢階級が上がるごとに、医療機関への受診率が高くなっています。

0～14歳までは男性の受診率が高くなっていますが、それ以降の年齢階級は女性の受診率が高い状況です。

■男女別・年齢階級別受診率（被保険者千人当たりのレセプト件数・月平均）（単位：％）



出典：KDB システム「医療費分析の経年比較」R4 年度

エ 入院・外来別医療費（点数）の高い疾病

医療費点数の高い疾患（細小分類）の推移を見ると、「慢性腎不全（透析あり）」、「糖尿病」、「高血圧症」といった生活習慣病が上位を占めています。経年で見ても、同様の傾向となっています。

入院・外来別医療費点数の高い疾病（細小分類）を見ても生活習慣病が多く、入院では「脳梗塞」、「慢性腎不全（透析あり）」など、また、外来では、「糖尿病」、「高血圧症」、「脂質異常症」などが見られます。

■医療費点数の高い疾病（細小分類）の推移

順位	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
1 位	統合失調症	統合失調症	統合失調症	統合失調症	統合失調症
2 位	慢性腎不全（透析あり）	慢性腎不全（透析あり）	慢性腎不全（透析あり）	慢性腎不全（透析あり）	慢性腎不全（透析あり）
3 位	糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病
4 位	高血圧症	高血圧症	高血圧症	高血圧症	関節疾患
5 位	うつ病	関節疾患	関節疾患	関節疾患	高血圧症

出典：KDB システム「医療費分析（1）細小分類」

■入院・外来別医療費点数の高い疾病（細小分類）

順位	入院		外来	
	疾病名	医療費点数（点）	疾病名	医療費点数（点）
1 位	統合失調症	51,059,328	糖尿病	44,578,212
2 位	関節疾患	22,881,021	慢性腎不全（透析あり）	39,335,941
3 位	うつ病	21,995,351	高血圧症	32,642,690
4 位	骨折	16,768,226	関節疾患	15,972,603
5 位	肺がん	11,416,102	脂質異常症	13,522,103
6 位	脳梗塞	11,025,801	不整脈	12,153,121
7 位	慢性腎不全（透析あり）	10,663,804	肺がん	10,052,282
8 位	不整脈	9,510,445	小児科	9,160,595
9 位	肺炎	6,582,679	統合失調症	8,637,456
10 位	大腸がん	6,268,736	乳がん	7,815,532

出典：KDB システム「医療費分析（1）細小分類」R4 年度累計

オ 重複・頻回受診の状況

ひと月に同系の疾病を理由に複数の医療機関に受診している「重複受診者」及び、ひと月に同一の医療機関に一定回数以上受診している「頻回受診者」について、各年3月～翌年2月診療分(12カ月分)のレセプトデータを集計した結果、該当者が罹患している上位疾病及び該当者の実人数は、次のとおりです。重複受診では、高血圧症や不眠症のほか、筋骨格系の疾患が、また、頻回受診では、高血圧症、変形性膝関節症、統合失調症などが上位を占めています。該当者の実人数は減少傾向にあります。

■重複受診の要因となる上位疾患と該当者の実人数の推移

順位	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
1	不眠症	腰部脊柱管狭窄症	高血圧症	高血圧症	高血圧症
2	高血圧症	高血圧症	変形性膝関節症	不眠症	COVID-19
3	変形性膝関節症	不眠症	腰痛症	アレルギー性鼻炎	頭痛
4	便秘症	不安神経症	腰部脊柱管狭窄症	片頭痛	腰痛症
5	腰部脊柱管狭窄症	前立腺癌	肩関節周囲炎	関節リウマチ	菌状息肉症
実人数	194人	185人	147人	145人	155人

出典：天草市国民健康保険ポテンシャル分析

■頻回受診の要因となる上位疾患と該当者の実人数の推移

順位	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
1	変形性膝関節症	高血圧症	統合失調症	統合失調症	高血圧症
2	高血圧症	変形性膝関節症	変形性膝関節症	高血圧症	統合失調症
3	腰部脊柱管狭窄症	統合失調症	高血圧症	変形性膝関節症	変形性膝関節症
4	統合失調症	腰部脊柱管狭窄症	慢性胃炎	腰部脊柱管狭窄症	高脂血症
5	骨粗鬆症	慢性胃炎	腰椎すべり症	慢性胃炎	骨粗鬆症
実人数	300人	274人	214人	226人	224人

出典：天草市国民健康保険ポテンシャル分析

カ 重複服薬の状況

ひと月に同系の医薬品が複数の医療機関で処方され、処方日数が一定以上の「重複服薬者」について令和4年3月～令和5年2月診療分(12カ月分)のレセプトデータを集計した結果、12カ月間の実人数は342人で、多く服用している医薬品は、消化性潰瘍用剤、神経精神用剤、血管拡張剤などとなっています。

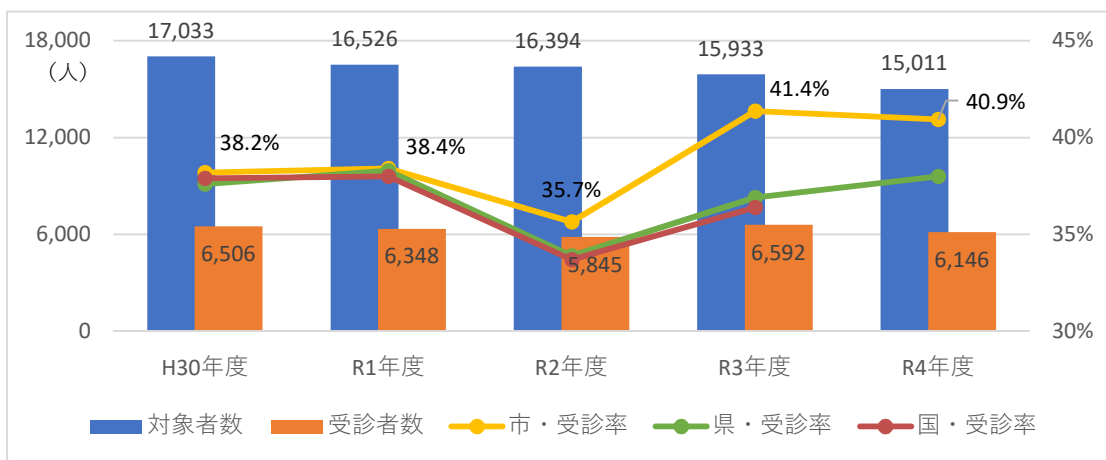
(3) 特定健診・特定保健指導

ア 男女別・年齢階級別特定健診受診率

特定健診受診率の推移と比較を見ると、対象者数は、被保険者数に比例して年々減少しています。しかしながら、受診率は新型コロナウイルス感染症の影響を受けた令和2年度を除き、上昇傾向にあり、特に令和3年度は、前年度から約6ポイント高くなり初めて40%を超えました。令和4年度も引き続き40%を超え国・熊本県の受診率を上回っていますが、前年度から微減となっています。

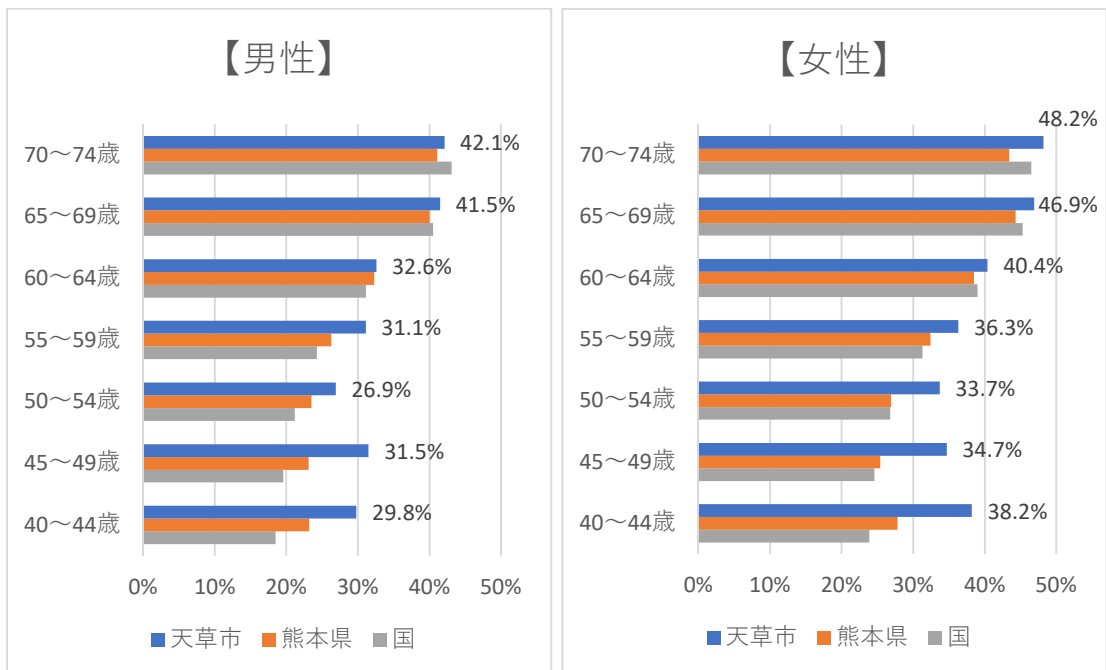
男女別・年齢階級別特定健診受診率の比較を見ると、いずれの年齢階級も男性の受診率が低く、特に40代・50代の受診率が低い状況です。

■ 特定健診受診率の推移と比較



出典：特定健診・特定保健指導実施結果総括表

■ 男女別・年齢階級別特定健診受診率の比較



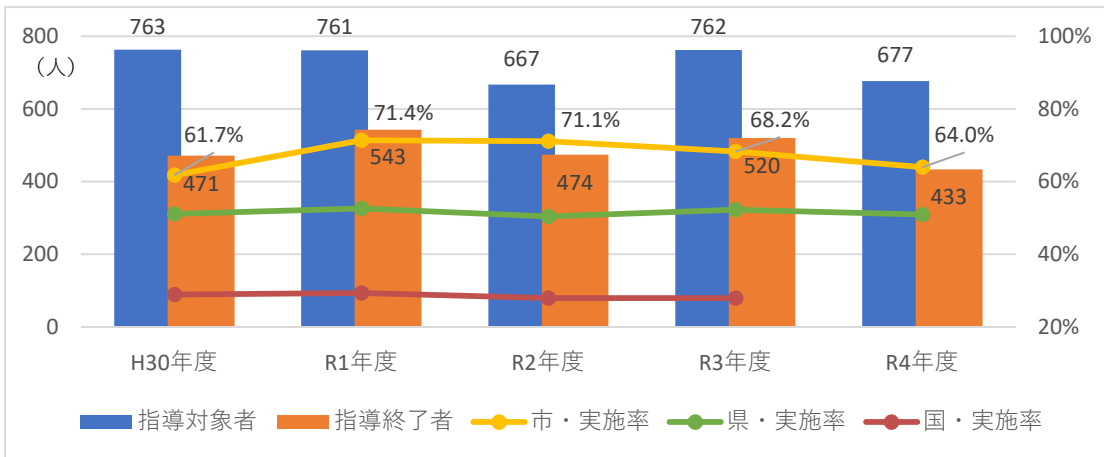
出典：KDBシステム「健康の状況」R4年度累計（R5年11月抽出）

イ 男女別・年齢階級別特定保健指導実施率

特定保健指導実施率の推移と比較を見ると、国が定める市町村国保の実施目標値 60% 以上を達成しており、平成 30 年度は 61.7%であったのが、令和元年度は 71.4%と大幅に上昇しました。しかし、その後の実施率は下降傾向となっています。

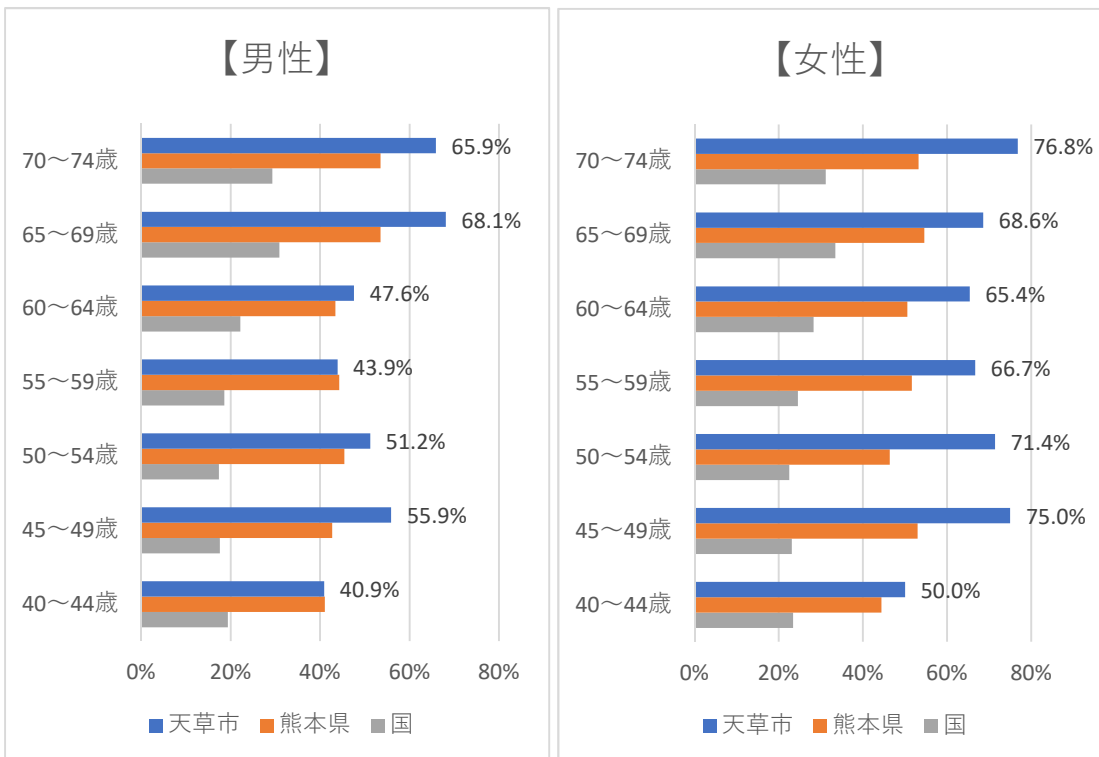
男女別・年齢階級別特定保健指導実施率の比較を見ると、女性より男性が低くなっていますが、国・熊本県を大幅に上回っています。

■特定保健指導実施率の推移と比較



出典：特定健診・特定保健指導実施結果総括表

■男女別・年齢階級別特定保健指導実施率の比較



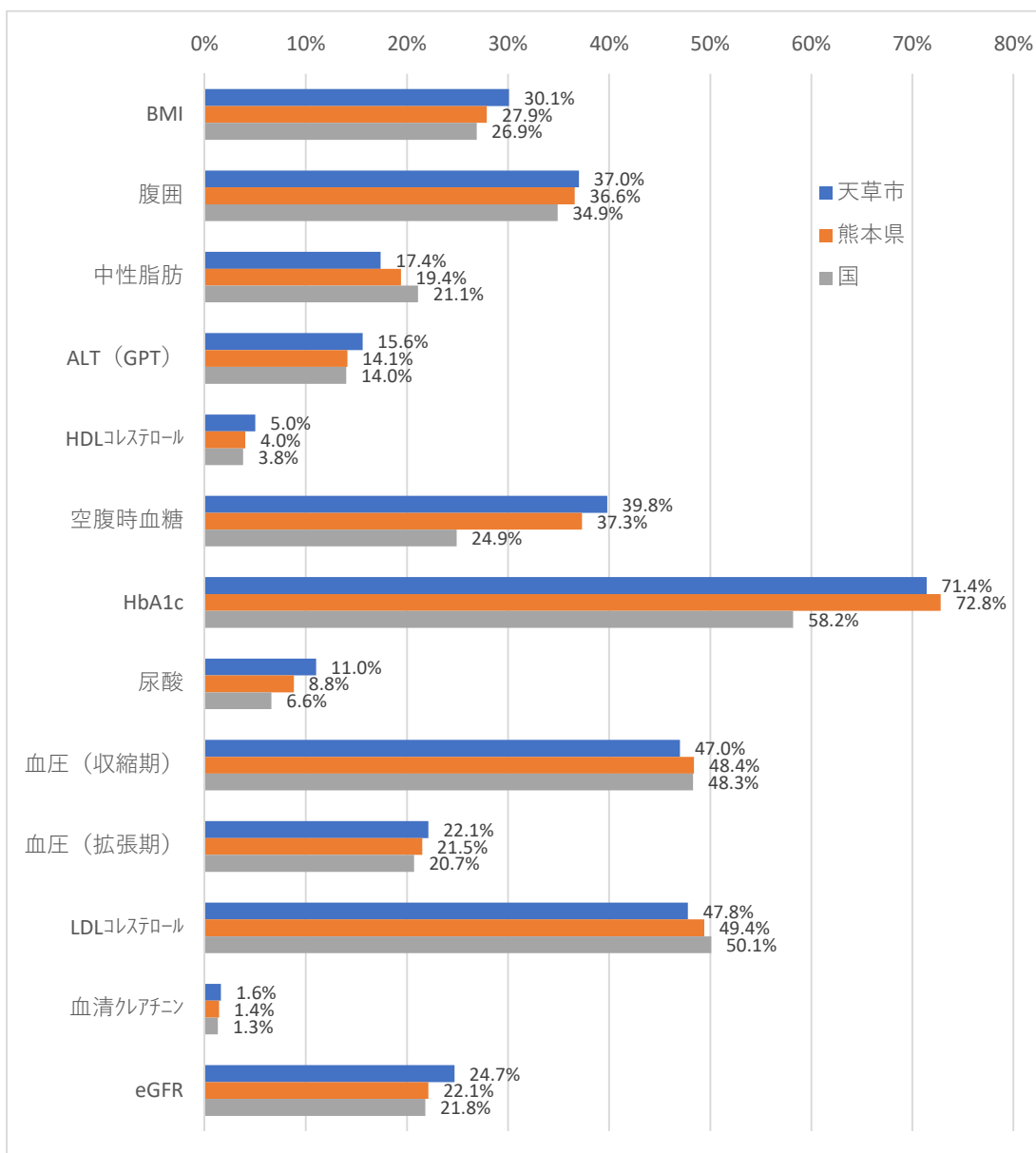
出典：KDB システム「健診の状況」R4 年度累計 (R5 年 11 月抽出)

ウ 各種検査項目の有所見率※

特定健診受診者の有所見率の比較を見ると、「HbA1c」は特定健診受診者の7割以上、「血圧（収縮期）」と「LDL コレステロール」は約5割が保健指導判定値以上となっています。また、「空腹時血糖」と「HbA1c」の本市と熊本県の値は、国より10%以上高くなっています。

※有所見率…健診受診者のうち、保健指導判定値以上の人の割合。

■特定健診受診者の有所見率の比較



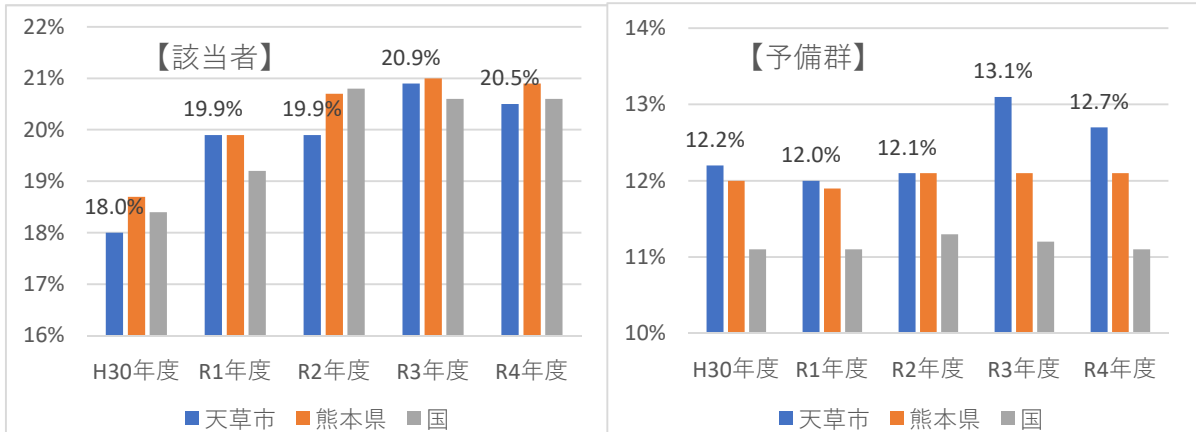
出典：KDB システム「厚生労働省様式 5-2」R4 年度累計

【保健指導判定値】 BMI ≥ 25 、腹囲 男性 ≥ 85 cm、女性 ≥ 90 cm、中性脂肪 ≥ 150 mg/dl、ALT ≥ 31 HDL-c < 40 、空腹時血糖 ≥ 100 mg/dl、HbA1c $\geq 5.6\%$ 、尿酸 > 7.0 mg/dl
 血圧収縮期 ≥ 130 mm Hg、拡張期 ≥ 85 mm Hg、LDL-c ≥ 120 、Cre ≥ 1.3 、eGFR < 60

特定健診受診者のメタボ該当者・予備群割合の推移と比較を見ると、割合は年々増加傾向です。国・熊本県との比較では、メタボ該当者の割合に大きな差はありませんが、メタボ予備群の割合は国より1~2ポイント高くなっています。

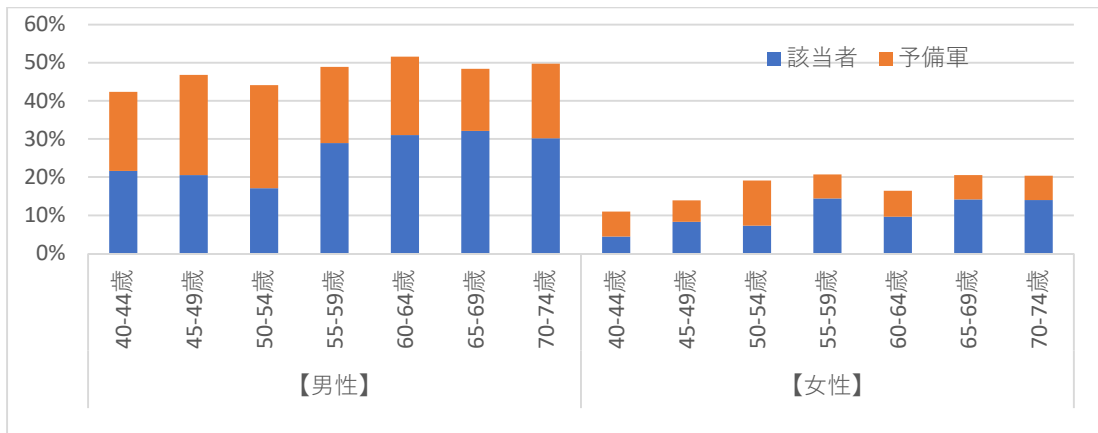
男女別・年齢階級別メタボ該当者・予備群割合を見ると、女性が10~20%台であるのに対し、男性は40~50%台と、その割合は非常に高くなっています。

■メタボ該当者・予備群割合の推移と比較



出典：KDB システム「地域の全体像の把握」

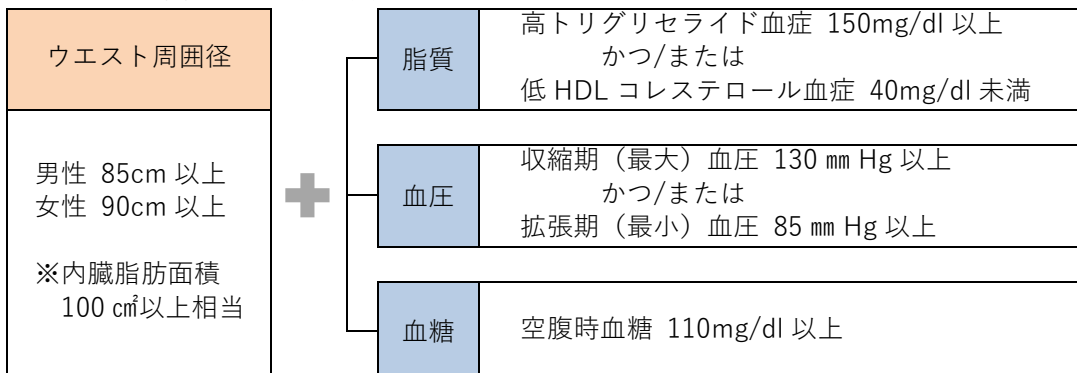
■男女別・年齢階級別メタボ該当者・予備群割合



出典：KDB システム「健診の状況」R4 年度累計

《参考》メタボ診断基準

- ・ウエスト周囲径に加え、脂質・血圧・血糖の3項目のうち1項目に該当 ⇒ 予備群
- ・ウエスト周囲径に加え、脂質・血圧・血糖の3項目のうち2項目以上に該当 ⇒ 該当者

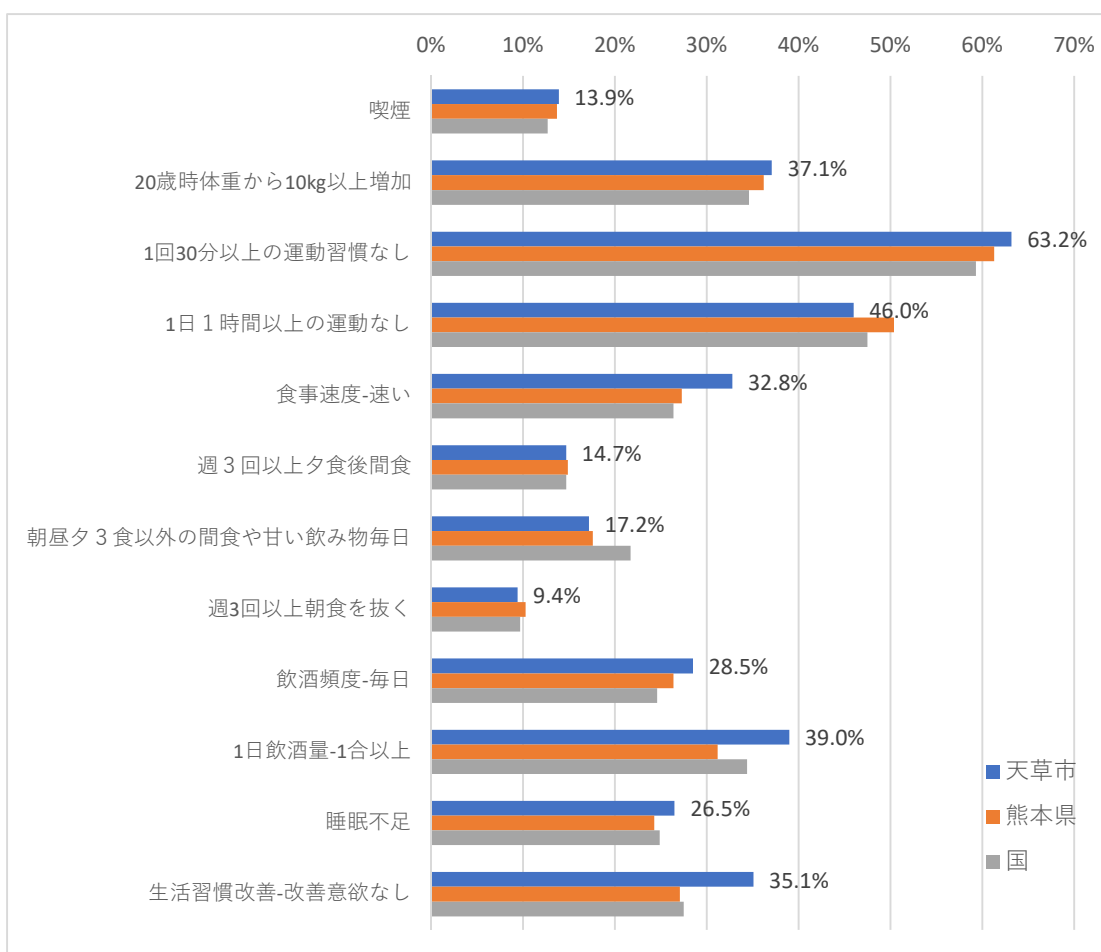


エ 健康状態、生活習慣の状況

特定健診では、生活習慣病と関連の深い食事・運動・睡眠・アルコール・喫煙に関する項目について問診を行っており、食事のスピードと肥満・糖尿病との関係性や、過度の体重増加と高血圧・糖尿病との関係性が確認されています。また、アルコールは、純アルコール量が男性40g、女性20g以上になると生活習慣病のリスクを高めるとされています。

本市の質問票の項目から見た健康状態、生活習慣の状況を見ると、「20歳時体重から10kg以上増加」、「1回30分以上の運動習慣なし」、「睡眠不足」が国・熊本県より高い傾向にあります。また、食生活に関係する項目は、「食事速度が速い」、「飲酒頻度が毎日」、「1日飲酒量が1合以上」の割合が高い状況です。「生活習慣の改善意欲がない」と回答した割合も高くなっています。

■質問票の項目から見た健康状態、生活習慣の状況



出典：KDB システム「地域の全体像の把握」R4年度累計

≪参考≫ 1日の適正な飲酒量（純アルコール20g）

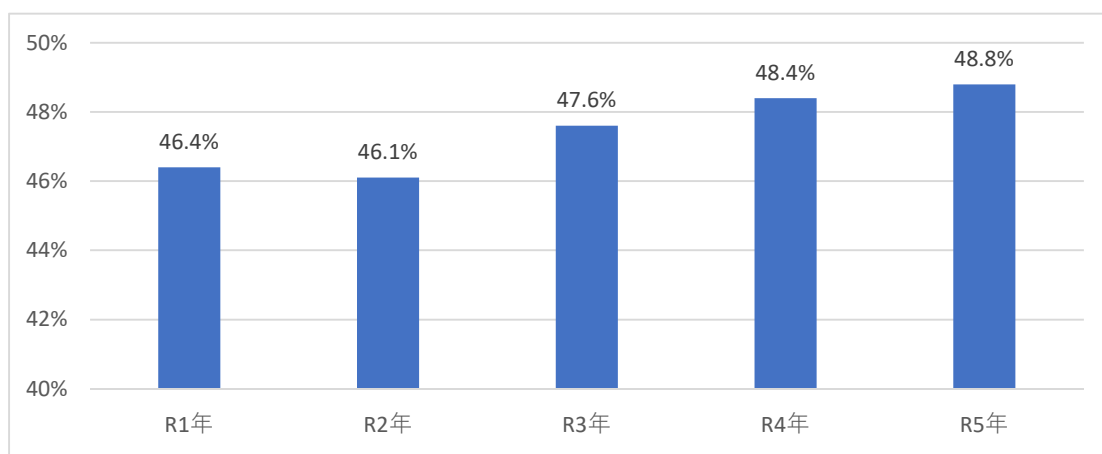
お酒の種類	ビール	日本酒	チューハイ	ワイン	焼酎	ウイスキー
目安量	500ml	1合 (180ml)	アルコール 度数7% (350ml)	グラス2杯 (200ml)	グラス1/2杯 (100ml)	ダブル1杯 (60ml)

(4) レセプト・健診データ等を組み合わせた分析

ア 生活習慣病に係る医療費及び患者の状況

生活習慣病有病率の推移を見ると、増加傾向となっています。また、生活習慣病の疾病別有病率の推移を見ると、血管を傷める因子となる「高血圧症」や「脂質異常症」、「糖尿病」が増加しています。

■生活習慣病有病率の推移



出典：KDB システム「厚生労働省様式 3-1」(各年 5 月)

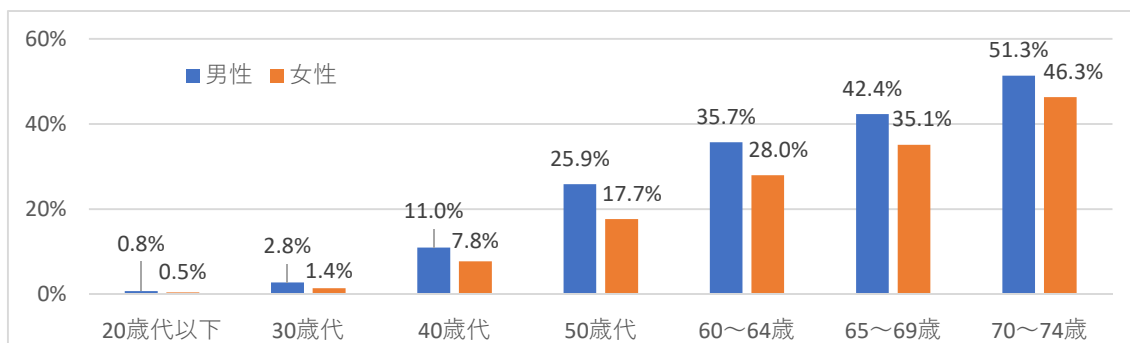
■生活習慣病の疾病別有病率の推移

	R1年	R2年	R3年	R4年	R5年
高血圧症	28.4%	28.6%	29.6%	30.1%	30.5%
脂質異常症	20.8%	21.2%	22.2%	22.7%	23.2%
糖尿病	13.4%	13.7%	14.0%	14.1%	14.2%
虚血性心疾患	4.6%	4.6%	4.4%	4.4%	4.6%
脳血管疾患	4.4%	5.1%	5.3%	4.6%	4.9%
人工透析	0.7%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%

出典：KDB システム「厚生労働省様式 3-2～3-7」(各年 5 月)

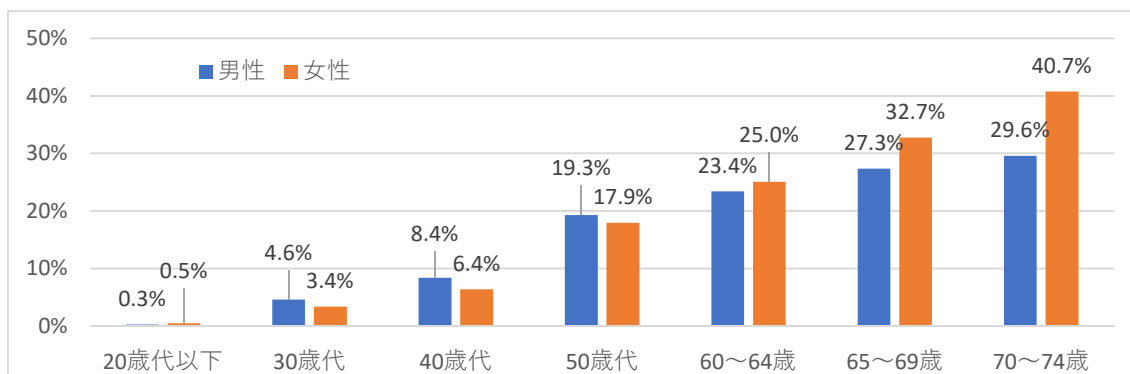
生活習慣病のうち、血管を傷める因子である「高血圧症」「脂質異常症」「糖尿病」について、男女別・年代別有病率を見ると、いずれも50歳代から大幅に増えており、「高血圧症」は70～74歳の有病率が約半数となっています。また、全体的に女性より男性が高くなっていますが、「脂質異常症」は60歳代以降、女性が高くなっています。

■高血圧症の男女別・年代別有病率



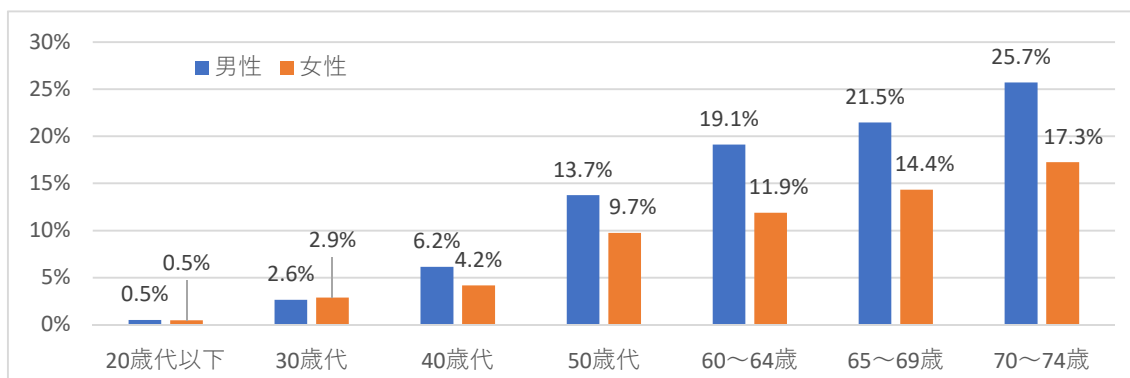
出典：KDBシステム「厚生労働省様式 3-3」R5年5月

■脂質異常症の男女別・年代別有病率



出典：KDBシステム「厚生労働省様式 3-4」R5年5月

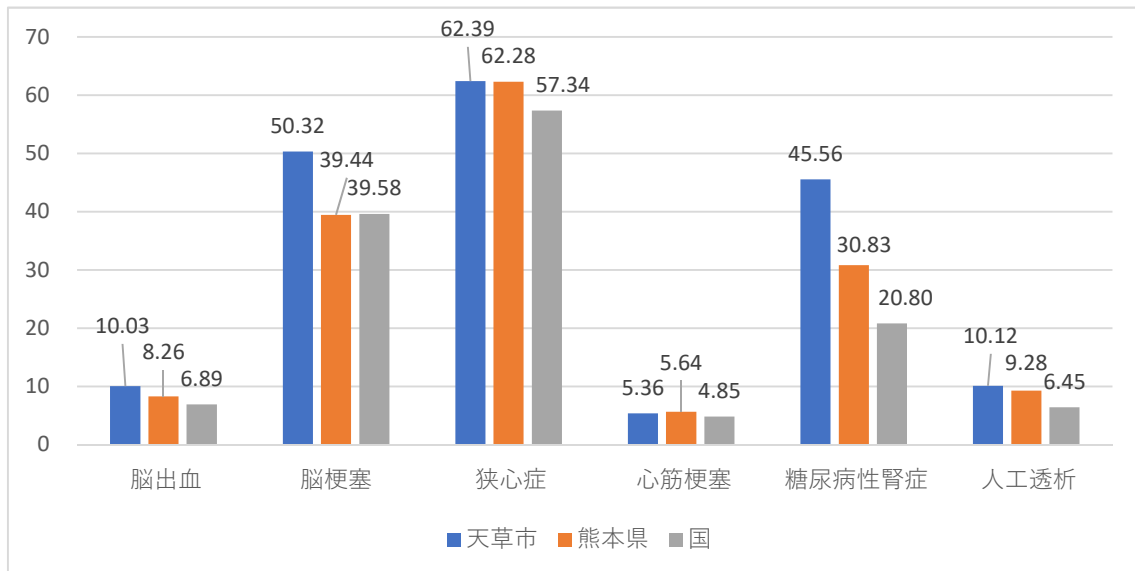
■糖尿病の男女別・年代別有病率



出典：KDBシステム「厚生労働省様式 3-2」R5年5月

生活習慣病患者千人当たりの患者数の比較のとおり、重症化したいずれの疾病も国・熊本県より患者数が多い状況です。特に、脳出血は国の1.46倍、脳梗塞1.27倍、糖尿病性腎症2.19倍、人工透析1.57倍となっています。

■生活習慣病患者千人当たりの患者数の比較 (単位：人)

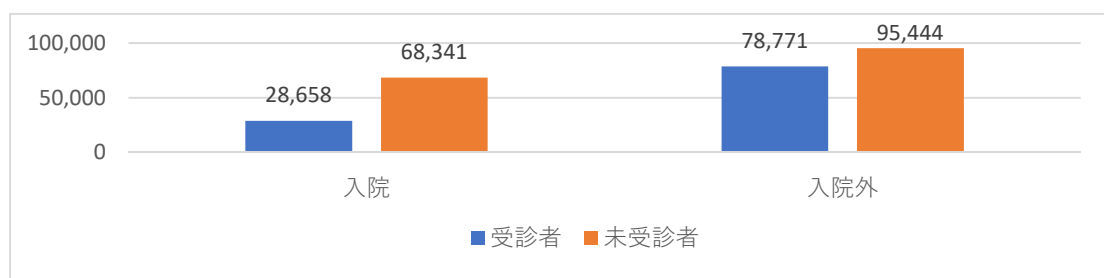


出典：KDB システム「医療費分析（1）細小分類」 R4年度累計

イ 特定健診受診別の一人当たり医療費

特定健診受診の有無と一人当たり医療費の関係を見ると、入院・外来のいずれも、健診未受診者の医療費が高くなっており、特に入院では2.4倍の差となっています。

■特定健診受診別の一人当たり医療費 (単位：円)



出典：天草市国民健康保険ポテンシャル分析

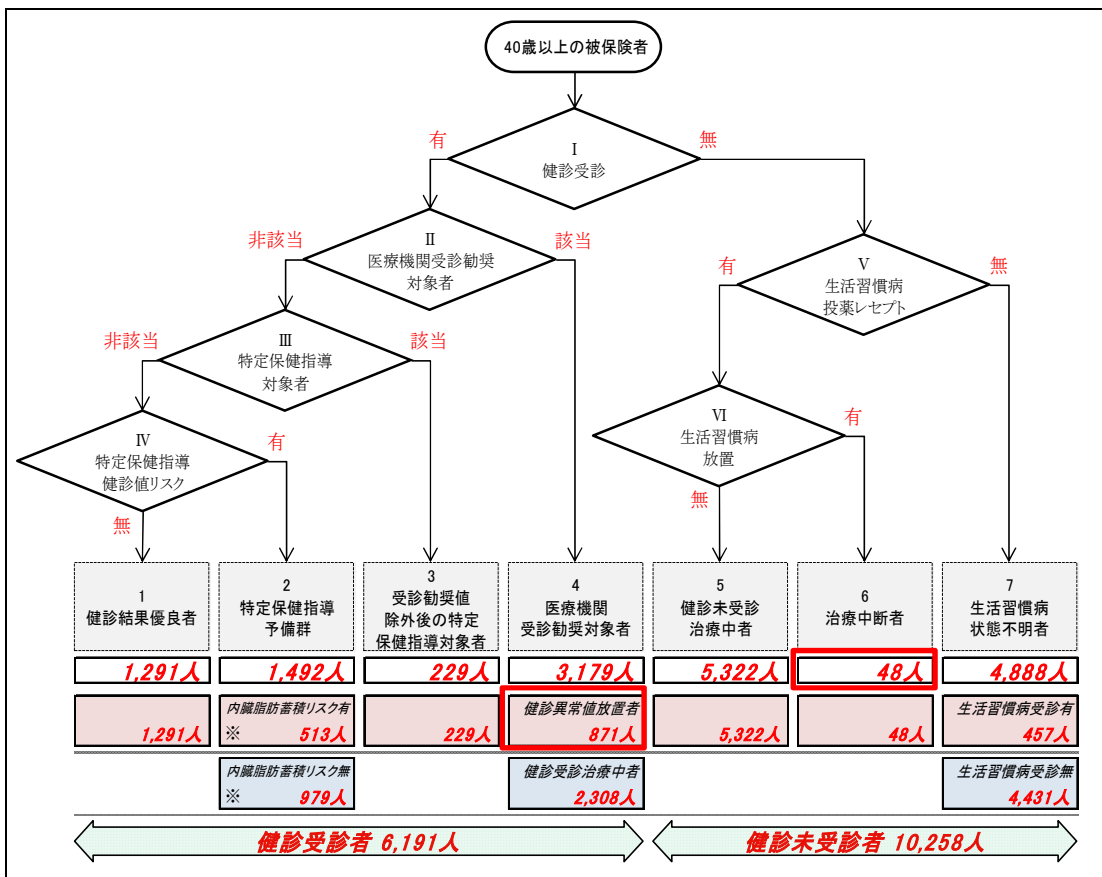
ウ 特定健診及びレセプトによる指導対象者群分析

特定健診データとレセプトデータを組み合わせた健康診査データの有無や異常値の有無、生活習慣病にかかわるレセプトの有無等を判定し、7つのグループに分類しました。左端の「1.健診結果優良者」から「6.治療中断者」まで順に健康状態が悪くなり、「7.生活習慣病状態不明者」は健康診査データ・レセプトデータから生活習慣病状態が確認できないグループとなります。

特定健診受診者で「4.医療機関受診勧奨対象者」のうち、医療機関の受診をしていない「健診異常値放置者」が約3割の871人います。

また、健診未受診者のうち、かつて生活習慣病で治療を行っていたにもかかわらず、現在医療機関の受診をしていない「6.治療中断者」が48人おり、将来、生活習慣病が重篤化する恐れがあります。

■健康診査及びレセプトによる指導対象者群分析



出典：天草市国民健康保険ポテンシャル分析

エ 特定健診による指導対象者の状況

健診受診者のうち HbA1c が 6.5 mg/dl 以上の人割合は増加傾向で、令和 4 年度は 655 人になっています。また、HbA1c 8.0 mg/dl 以上の人割合は横ばいで、令和 4 年度は 60 人です。

■ HbA1c 6.5 mg/dl・HbA1c 8.0 mg/dl 以上の人数と割合の推移

(単位：人)

年度	健診受診者	6.5以上		再掲		
		再)8.0以上	未治療	治療		
H30	6,675	590 8.8%	233 39.5%	357 60.5%		8.8%
		59 0.9%	16 27.1%	43 72.9%	0.9%	
R1	6,506	667 10.3%	297 44.5%	370 55.5%		10.3%
		56 0.9%	19 33.9%	37 66.1%	0.9%	
R2	5,984	615 10.3%	247 40.2%	368 59.8%		10.3%
		57 1.0%	22 38.6%	35 61.4%	1.0%	
R3	6,742	699 10.4%	276 39.5%	423 60.5%		10.4%
		68 1.0%	24 35.3%	44 64.7%	1.0%	
R4	6,289	655 10.4%	269 41.1%	386 58.9%		10.4%
		60 1.0%	21 35.0%	39 65.0%	1.0%	

出典：ヘルスラボツール

健診受診者のうちⅡ度高血圧（160/100 mm Hg）以上の割合を経年でみると、令和 2 年度では増加し、その後減少しましたが、令和 4 年度では増加しており、311 人になっています。

■ Ⅱ度高血圧（160/100 mm Hg）以上の人数と割合の推移

(単位：人)

年度	健診受診者	Ⅱ度高血圧以上	再掲		
			未治療	治療	
H30	6,675	279 4.2%	167 59.9%	112 40.1%	4.2%
R1	6,506	261 4.0%	149 57.1%	112 42.9%	4.0%
R2	5,984	354 5.9%	193 54.5%	161 45.5%	5.9%
R3	6,742	312 4.6%	191 61.2%	121 38.8%	4.6%
R4	6,289	311 4.9%	186 59.8%	125 40.2%	4.9%

出典：ヘルスラボツール

健診受診者で LDL コレステロール 180 mg/dl 以上の人は減少傾向です。令和 4 年度は 159 人になっています。

■ LDL コレステロール 180 mg/dl 以上の人数と割合の推移 (単位：人)

年度	健診受診者	180以上	再掲		割合
			未治療	治療	
H30	6,675	275 4.1%	253 92.0%	22 8.0%	4.1%
R1	6,506	218 3.4%	204 93.6%	14 6.4%	3.4%
R2	5,984	215 3.6%	201 93.5%	14 6.5%	3.6%
R3	6,742	260 3.9%	246 94.6%	14 5.4%	3.9%
R4	6,289	159 2.5%	147 92.5%	12 7.5%	2.5%

出典：ヘルスラボツール

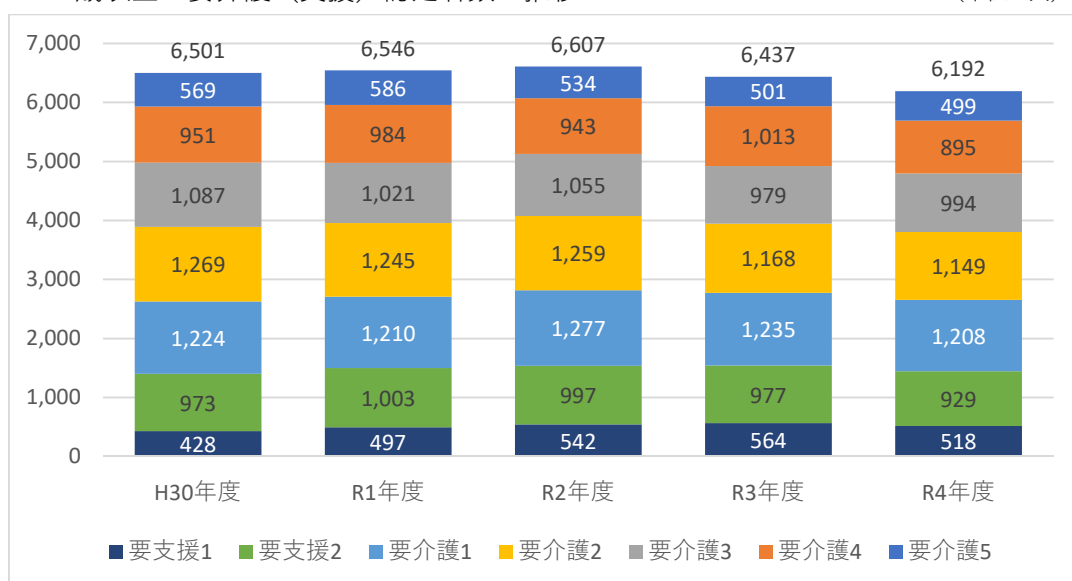
(5) 介護保険

ア. 介護認定の状況

高齢者人口の減少等により、65 歳以上の要介護（支援）認定者数も令和 2 年度をピークに減少傾向に転じています。令和 4 年度の認定者数は 6,192 人となっており、認定率[※]も 19.8%と 20%を切っています。また、要介護度別で見ると、全体的に減少傾向にありますが、要支援～要介護 1 は減少が緩やかになっています。

※認定率…介護保険の被保険者のうち、要支援や要介護の認定を受けた人の割合。

■ 65 歳以上の要介護（支援）認定者数の推移 (単位：人)



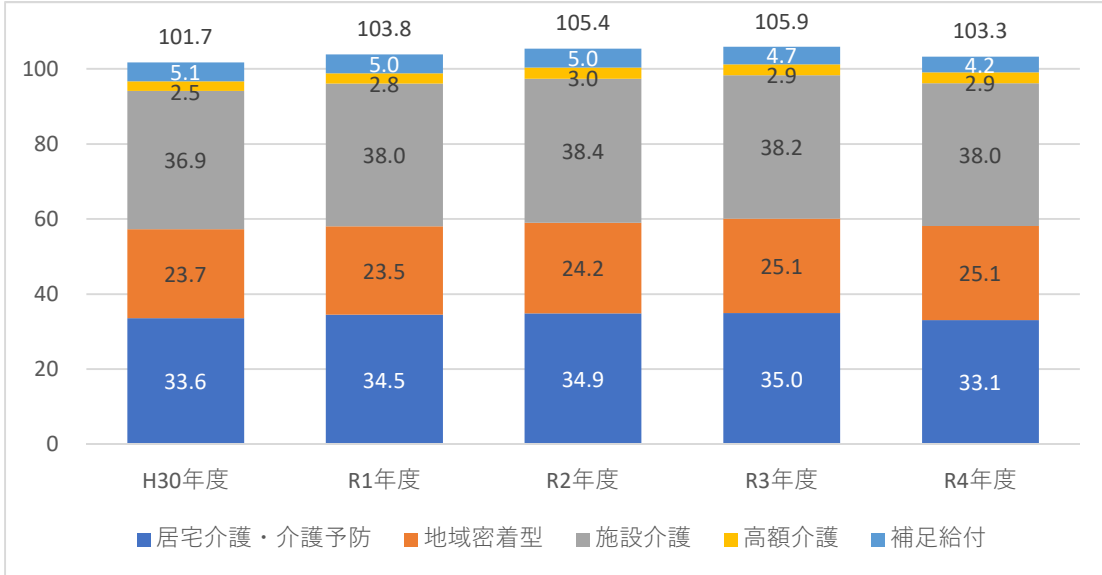
出典：介護保険事業報告（各年度 3 月末）

イ. 介護給付費の状況

介護保険サービスの利用に対する給付費は、これまで増加の一途をたどっていましたが、高齢者人口の減少に伴い、令和4年度は減少に転じ、2.6億円減の103.3億円となっています。

■介護給付費の推移

(単位：億円)



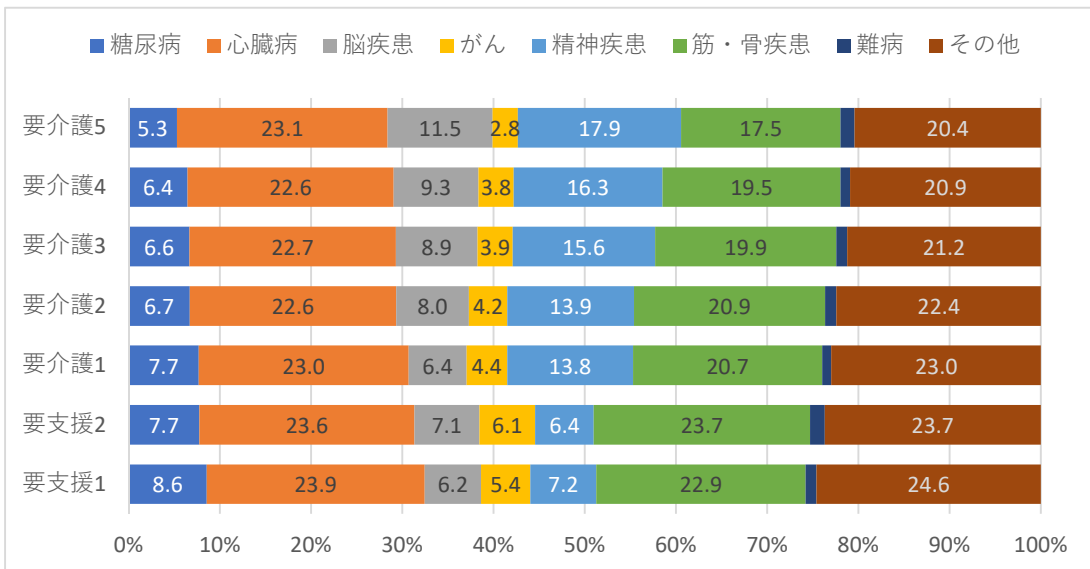
出典：介護保険特別会計歳入歳出決算書

ウ. 要介護度と疾病有病状況

65歳以上の被保険者の要介護（支援）者有病状況では、要介護度に関わらず、心臓病の割合が高くなっています。また、要介護度が上がるにつれて糖尿病や筋・骨疾患などの割合が減っていますが、一方で脳疾患や精神疾患などの割合が増加しています。

■65歳以上の被保険者の要介護（支援）者有病状況

(単位：%)



出典：KDBシステム「要介護（支援）者有病状況」R4年度累計

2. 健康課題の抽出・明確化

(1) 現状・分析のまとめ

医療状況	一人当たり医療費が増えている。総医療費に占める高額レセプトの割合も増えている。
	慢性腎不全（透析あり）、糖尿病、高血圧症などの生活習慣病が医療費の上位を占めている。
	重複受診者、頻回受診者、重複服薬者が一定数存在している。
	生活習慣病有病率は年々増えており、高血圧症、脂質異常症、糖尿病は、50歳代から大幅に増えている。
	健診受診者より未受診者の医療費が高い状況にある。
健診状況	特定健診受診率は増加傾向であるが、国の目標（60％）には届いていない。特に男性の受診率が低い。
	特定保健指導率は減少傾向である。特に男性の実施率が低い。
	メタボ該当者・予備群が増加している。特に男性はいずれの世代も割合が高い。
	特定健診受診者の有所見率は、HbA1c、血圧（収縮期）、LDL コレステロールの割合が高い。
	特定健診質問票の結果、運動や食生活に課題がある人や体重増加している人が多い。また、生活習慣改善意欲のない人も多い傾向である。
	健診受診者で医療機関受診勧奨対象者のうち、医療機関を受診していない人が一定数いる。
	健診受診者の糖尿病患者（HbA1c6.5%以上）や高血圧者（160/100 mm Hg 以上）の割合が増加傾向となっている。
介護状況	要介護者の有病状況では、心臓病の割合が高い。また、介護度が上がるにつれて脳疾患の割合が増加している。
その他	被保険者のうち前期高齢者の割合が増えている。
	死因では、心臓病、脳疾患、糖尿病の割合が国・熊本県より高い。

(2) 健康課題の抽出

健康課題	対応する 保健事業
1 生活習慣病発症予防	
(1) 生活習慣の普及啓発・実践の場の普及	
<p>前期計画期間においては、メタボ該当者及び予備群が増加している。特に男性が多く、いずれの世代も多い状況であるため、若い世代からのメタボ予防の普及啓発が必要である。</p>	2、6、7
(2) 健診受診率の向上	
<p>健診の受診率は県より高い傾向にあるが、定期的な受診を必要としない者(医療・健診未受診者)が若い年齢に多く見られる。自分の健康を確認する機会として健診の活用を図る。また、健康確認の機会として継続的な受診を推進する。</p>	1
(3) 高齢化の進行によるロコモティブシンドローム及びフレイル予防との連動	
<p>65歳以上の被保険者の割合が高く、今後も増加傾向が予測されている。「加齢」は健康を阻害する因子の一つであるため、ロコモティブシンドローム予防及びフレイル予防との連動性の充実を図る必要がある。</p> <p>関係課との連携を強化し、事業の効果的な推進を図る必要がある。</p>	7
2 重症化予防	
<p>糖尿病や高血圧症有病率は増えている。また糖尿病性腎症や人工透析、脳梗塞等の有病状況は国と比較し高い。これらの生活習慣病が医療費の増加につながっている。</p> <p>健康寿命延伸及び重篤な合併症発症予防のため、特に糖尿病や高血圧等に対する重症化予防の充実・継続が必要である。</p>	3、4、5

第4章 データヘルス計画（保健事業全体）の目標

■中長期目標

保健事業		評価指標	実績値	目標値					
			R4年度 (2022)	R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
3	アウトカム指標	年間新規透析導入患者数(人)	13	12	12	11	11	10	10
3		糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数(人)	9	8	8	7	7	6	6
5		新規 脳血管疾患患者数(人)	254	252	250	248	246	244	242
5		新規 虚血性心疾患患者数(人)	335	333	331	329	327	325	323

■短期目標

保健事業		評価指標	実績値	目標値					
			R4年度 (2022)	R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
2	アウトプット	特定保健指導実施率(%)	64.0	70.0	70.0	65.0	65.0	65.0	65.0
4		健診受診者の内臓脂肪症候群該当者・予備群の割合(%)	33.2	33.0	33.0	33.0	32.0	32.0	32.0
1	アウトカム指標	特定健診受診率(%)	40.9	44.0	46.0	47.0	48.0	49.0	50.0
1		40代、50代の健診受診率(%)	32.2	33.0	35.0	37.0	38.0	39.0	40.0
2		特定保健指導対象者の減少率(%)	16.9	17.0	17.1	17.2	17.3	17.4	17.5
3		健診受診者の糖尿病患者(未治療HbA1c6.5以上)の割合(%)	4.3	3.6	3.4	4.0	3.9	3.8	3.7
3		健診受診者の糖尿病患者(治療中HbA1c8.0以上)の割合(%)	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2
4		内臓脂肪症候群該当者の減少率(%)	15.2	15.3	15.4	15.5	15.6	15.7	15.8
4		健診受診者の(問診)朝食を抜くことが週3回以上ある40代、50代の割合(%)	22.4	22.0	21.8	21.6	21.4	21.2	21.0
5		健診受診者の高血圧者(160/100以上)の割合(%)	4.9	2.9	2.8	4.5	4.4	4.3	4.2
5		健診受診者の脂質異常者(LDL180以上)の割合(%)	2.5	2.5	2.5	2.4	2.4	2.3	2.3
6		服薬通知者一人当たりの医薬品種類の減少(種類)	0.9	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5

第5章 健康課題を解決するための個別の保健事業

健康・医療情報等の分析により抽出した健康課題や設定した目標を踏まえ、次の7つの保健事業を実施します。

1. 特定健診受診率向上事業

事業の目的	生活習慣病の予防及び早期発見につなげるため、特定健診を受診する							
対象者	特定健診受診対象者（40歳～74歳の被保険者）							
現在までの事業結果	年々受診率は上昇しており、令和3年度に初めて40%を超えた							
指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		R4年度(2022)	R6年度(2024)	R7年度(2025)	R8年度(2026)	R9年度(2027)	R10年度(2028)	R11年度(2029)
アウトカム(成果)指標	特定健診受診率(%)	40.9	44.0	46.0	47.0	48.0	49.0	50.0
	40代、50代の健診受診率(%)	32.2	33.0	35.0	37.0	38.0	39.0	40.0
アウトプット(実施量・率)指標	受診勧奨通知発送数(件)	15,210	16,000	15,000	14,500	13,500	13,000	12,000
目標達成のための主な戦略	①未申込者への受診勧奨（電話・通知、無料対象者への送り付け勧奨） ②情報提供事業（みなし健診）の取組							
現在までの実施方法	①-1 前年度地域健診で受診している人かつ当該年度に申し込みをしていない対象者への電話による勧奨 ①-2 受診履歴や問診票の回答結果等を人工知能を用いて解析し、対象者をセグメント化。対象者の特性に合った内容での受診勧奨ハガキの発送 ①-3 無料対象者（40歳及び65歳）へは、申し込みがなくても問診票を送付し受診を案内 ②通院中で特定健診と同等の検査項目を実施している人に情報提供票を送付。通院医療機関へ提出してもらい、医療機関から検査データ等を提供してもらう							
今後の実施方法の改善案、目標	国保加入窓口における受診案内・予約受付の実施。また、健診予約をオンラインでできるようにし、住民自身が手軽に予約できる環境を整える。							
現在までの実施体制	健康増進課（保健センター）または各医療機関での予約受付。							
今後の実施体制の改善案、目標	天草郡市医師会や健診実施機関との連携を強化し、個別健診やみなし健診での受診を増やす。							
評価計画	法定報告にて評価する。							

2. 特定保健指導未利用者対策事業

事業の目的	特定保健指導を受講し、リスク要因となっている生活習慣を改善し、生活習慣病予防につなげる。							
対象者	特定健診受診者のうち、動機づけ支援・積極的支援の該当者							
現在までの事業結果	特定保健指導率は国が定めた目標の60%を超えている。							
指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		R4年度(2022)	R6年度(2024)	R7年度(2025)	R8年度(2026)	R9年度(2027)	R10年度(2028)	R11年度(2029)
アウトカム(成果)指標	特定保健指導対象者の減少率(%)	16.9	17.0	17.1	17.2	17.3	17.4	17.5
アウトプット(実施量・率)指標	特定保健指導実施率(%)	64.0	70.0	70.0	65.0	65.0	65.0	65.0
目標達成のための主な戦略	特定保健指導専任職員を雇用し、委託保健指導機関の指導状況を確認したうえで、初回指導を行っていない対象者へ指導勧奨・保健指導を実施する。							
現在までの実施方法	特定保健指導専任職員を雇用し、委託保健指導機関による指導未実施者へ訪問、電話、通知による指導勧奨・保健指導を実施。							
今後の実施方法の改善案、目標	委託保健指導機関による指導率向上の取組みを強化しつつ、特定保健指導専任職員を雇用し、初回指導を行っていない対象者への指導勧奨。保健指導を実施。							
現在までの実施体制	委託保健指導機関・市専門職(特定保健指導専任職員含む)が実施。							
今後の実施体制の改善案、目標	引き続き、委託保健指導機関と連携し、市専門職(特定保健指導専任職員含む)による指導も並行して実施する。							
評価計画	法定報告にて評価する。							

3. 糖尿病性腎症重症化予防事業

事業の目的	糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者、治療中断者を減少させ、重症化予防を図る。また、早期に腎症を発見し、重症化（人工透析移行）を防ぎ、進行を遅らせる。							
対象者	①特定健診受診者のうち、HbA1c6.5%以上の未治療者、治療中断者、治療中HbA1c8.0以上のコントロール不良者 ②特定健診受診者のうち、尿蛋白定性検査の結果（±）以上の検尿異常者							
現在までの事業結果	新規人工透析患者数は減少傾向にある。HbA1c6.5%以上の未治療者の割合は目標値まで抑えることができた。糖尿病治療中HbA1c7.0%以上の割合は増加傾向にある。							
指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R4年度 (2022)	R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
アウトカム (成果) 指標	年間新規透析導入患者数 (人)	13	12	12	11	11	10	10
	糖尿病性腎症による年間 新規透析導入患者数(人)	9	8	8	7	7	6	6
	健診受診者の糖尿病患者(未治療 HbA1c6.5%以上)の割合(%)	4.3	3.6	3.4	4.0	3.9	3.8	3.7
	健診受診者の糖尿病患者(治療中 HbA1c8.0%以上)の割合(%)	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2
アウトプット (実施量・率) 指標	医療受診勧奨実施率(%)	100	100	100	100	100	100	100
目標達成のための 主な戦略	健診の結果、受診勧奨判定値に該当した人へ電話や訪問による受診勧奨、主治医と連携した保健指導を行う。また治療中コントロール不良者へは生活状況の確認をし、保健指導を行う。発症予防として、糖尿病予防教室を開催する。 検尿異常者へ尿蛋白定性検査を実施し、早期に介入し、受診勧奨・保健指導を実施することで新規人工透析導入者の減少につなげる。							
現在までの 実施方法	過去5年分の結果より対象者を抽出し、健診受診最終年度の結果がHbA1c6.5%以上で医療未受診者へ受診勧奨、HbA1c8.0%以上で糖尿病治療中の者へ生活状況の確認をし、連絡票を活用し、主治医と連携した保健指導を実施。							
今後の実施方法の 改善案、目標	受診勧奨・保健指導を継続する。未受診者は一定数存在するため、確実な受診勧奨を実施する。							
現在までの 実施体制	天草郡市医師会と連携して実施。							
今後の実施体制の 改善案、目標	引き続き、天草郡市医師会と連携した取組を実施する。							
評価計画	新規患者数や次年度健診結果で評価する。							

4. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防事業

事業の目的	メタボは内臓脂肪の蓄積を共通の要因として、高血糖、高血圧、脂質異常を呈する病態であり、それぞれが重複すると虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症リスクが高くなるため、早期に介入し生活習慣病の発症・重症化を予防する。							
対象者	特定健診受診者のうち、内臓脂肪症候群該当・予備群の該当者							
現在までの事業結果	内臓脂肪症候群該当者は減少傾向にあるが、予備群の割合は増加傾向にある。							
指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		R4年度(2022)	R6年度(2024)	R7年度(2025)	R8年度(2026)	R9年度(2027)	R10年度(2028)	R11年度(2029)
アウトカム(成果)指標	内臓脂肪症候群該当者の減少率(%)	15.2	15.3	15.4	15.5	15.6	15.7	15.8
	健診受診者の(問診)朝食を抜くことが週3回以上ある40代、50代の割合(%)	22.4	22.0	21.8	21.6	21.4	21.2	21.0
アウトプット(実施量・率)指標	健診受診者の内臓脂肪症候群該当者・予備群の割合(%)	33.2	33.0	33.0	33.0	32.0	32.0	32.0
目標達成のための主な戦略	朝食の欠食は肥満につながりやすい等、肥満につながる生活習慣について、若い世代から早期に介入し保健指導を実施する。							
現在までの実施方法	特定保健指導対象者への保健指導。 メタボの個々の因子である血圧、血糖、脂質の値が受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者への保健指導。							
今後の実施方法の改善案、目標	これまでの取組を継続するとともに、肥満と生活習慣病の関連について、周知・啓発をより強化していく。							
現在までの実施体制	対象者への指導は、委託健診機関と連携して実施。							
今後の実施体制の改善案、目標	引き続き、委託健診機関と連携し取組を継続する。							
評価計画	法定報告にて評価する。							

5. 脳血管疾患・虚血性心疾患重症化予防事業

事業の目的	脳血管疾患と虚血性心疾患の発症・重症化予防を図る。							
対象者	特定健診受診者のうち、Ⅱ度高血圧（160/100 mm Hg）以上で未治療者、心房細動有所見者、脂質異常者							
現在までの事業結果	脳血管疾患、虚血性心疾患の新規患者数や高額レセプト（80万以上）は減少傾向。Ⅱ度高血圧（160/100 mm Hg）以上の割合は増加傾向にある。							
指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		R4年度(2022)	R6年度(2024)	R7年度(2025)	R8年度(2026)	R9年度(2027)	R10年度(2028)	R11年度(2029)
アウトカム(成果)指標	新規 脳血管疾患患者数(人)	254	252	250	248	246	244	242
	新規 虚血性心疾患患者数(人)	335	333	331	329	327	325	323
	健診受診者の高血圧者(160/100以上)の割合(%)	4.9	2.9	2.8	4.5	4.4	4.3	4.2
	健診受診者の脂質異常者(LDL180以上)の割合(%)	2.5	2.5	2.5	2.4	2.4	2.3	2.3
アウトプット(実施量・率)指標	医療受診勧奨実施率(%)	100	100	100	100	100	100	100
目標達成のための主な戦略	特定健診受診者のうち、受診勧奨判定値に該当した人へ電話や訪問による受診勧奨、保健指導を行う。							
現在までの実施方法	特定健診の結果、高血圧者や心房細動有所見者へ受診勧奨・保健指導を実施。							
今後の実施方法の改善案、目標	これまでの取組を継続する。また脂質異常は脳血管・虚血性心疾患の原因ともなるため、脂質異常者に対しても受診勧奨・保健指導を実施する。							
現在までの実施体制	対象者への指導は、市専門職にて実施。							
今後の実施体制の改善案、目標	引き続き、市専門職による受診勧奨・保健指導を実施する。							
評価計画	新規患者数や次年度健診結果にて評価する。							

6. 適正受診・適正服薬促進事業

事業の目的	被保険者の健康被害を防止するとともに、医療費の適正化を図る。							
対象者	複数の医療機関から一定種類以上の薬を長期処方されていて、「同種同効」「相互作用」「副作用」「慎重投与」のいずれかが疑われる人							
現在までの事業結果	対象者一人当たりの医薬品種類数が減少するとともに、重複服薬や相互作用などの改善が確認できた。また、効果検証月において薬剤費削減の効果が確認でき、薬剤費の適正化が図られた。							
	評価指標	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度			
	服薬通知者一人当たりの医薬品種類の減少(種類)	0.9	0.8	0.4	0.9			
	多剤・重複服薬の通知者数(人)	789	750	747	687			
指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		R4年度(2022)	R6年度(2024)	R7年度(2025)	R8年度(2026)	R9年度(2027)	R10年度(2028)	R11年度(2029)
アウトカム(成果)指標	服薬通知者一人当たりの医薬品種類の減少(種類)	0.9	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
アウトプット(実施量・率)指標	多剤・重複服薬の通知者数(人)	687	1,050	1,050	1,050	1,050	1,050	1,050
目標達成のための主な戦略	対象者は高齢者が多いことから、通知内容は、わかりやすさと動機づけを考慮したものとする。医療機関等と連携して保健指導を行う。							
現在までの実施方法	レセプトデータから多剤・重複服薬者を抽出し、薬剤の見直しが必要と考えられる被保険者へ「服薬情報通知」を送付し、かかりつけの薬局または病院への相談を勧奨。このほか、被保険者にかかりつけ医・薬局をもつこと、お薬手帳を1冊にまとめることなどをパンフレットやホームページ等で周知・啓発。							
今後の実施方法の改善案、目標	これまでの成果を踏まえ、取組みを継続するとともに、多剤・重複服薬の改善が見られない対象者に対して保健指導を行う。また、他の保健事業と対象者が重なる場合は、併せて保健指導を行うなど効率的な事業実施に努める。							
現在までの実施体制	対象者への指導等は天草郡市医師会及び天草郡市薬剤師会と連携して実施。							
今後の実施体制の改善案、目標	引き続き、天草郡市医師会及び天草郡市薬剤師会と連携するほか、他の保健事業と重複する対象者の指導等は健康増進課と連携して実施する。							
評価計画	通知作成月と効果検証月の一人当たり医薬品種類数(長期服薬の医薬品)の変化を比較・確認する。							

7. 健康教育・広報事業

事業の目的	被保険者の健康意識向上のため、必要な情報提供を行う。							
対象者	被保険者							
現在までの事業結果	生活習慣改善のための周知として「健康のつどい」等の場を活用したポピュレーションアプローチや、食生活改善推進員、健康づくり推進員等の住民組織と連携した周知啓発を実施。テーマとして食事や運動など要望に応じて実施。							
指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		R4年度(2022)	R6年度(2024)	R7年度(2025)	R8年度(2026)	R9年度(2027)	R10年度(2028)	R11年度(2029)
アウトカム(成果)指標	運動習慣がある人の割合(%)	36.4	36.5	36.5	37.5	37.5	37.5	38.5
アウトプット(実施量・率)指標	ケーブルテレビでの周知回数(回)	-	1	1	2	2	2	3
	ラジオでの周知回数(回)	-	1	1	2	2	2	3
	紙面(広報紙)での周知回数(回)	-	1	1	1	1	1	1
目標達成のための主な戦略	運動習慣の推進のため、国がすすめる「プラス10運動」の周知を図る。また、適正な栄養・食生活の推進のため、正しい食習慣についての周知・啓発を図る。							
現在までの実施方法	健康のつどい等のイベントの場や各地区振興会や農協、漁協等の各組織に向いての健康教育や健診受診勧奨を実施。地域住民組織である食生活改善推進員、健康づくり推進員等と連携した周知啓発を実施。 高齢者受給者証交付時に医療や健診の状況を説明、高血圧症予防や自己検脈についての講話を実施。被保険者証更新時にパンフレット(健診や疾病予防等)の送付。国保窓口での健診等のチラシを配布。							
今後の実施方法の改善案、目標	より多くの被保険者に周知を図るため、ケーブルテレビやみつばちラジオ、広報紙の活用を強化する。また、関連事業(健康ポイント事業・スマートライフプロジェクト)との連動を強化する。「プラス10運動」等、具体的な情報提供をすることで、実際に行動に移し、運動習慣の定着を図る周知内容とする。また、食生活改善推進員と連携を図り、食に関する周知啓発を実施する。							
現在までの実施体制	庁内他部署や民間企業、住民組織と連携して周知・啓発を実施。							
今後の実施体制の改善案、目標	運動啓発について関連するフレイルやロコモティブシンドローム、メタボの予防・改善に向けて担当部署と連携し、内容や実施について一体的に進める。引き続き、食生活推進員等の住民組織と連携を図る。							
評価計画	市政アンケートの運動実践者により評価する。							

第 6 章 データヘルス計画の評価・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、個別の事業においては、毎年度評価を行い、必要に応じて翌年度の事業内容の見直しを行います。

2. 評価方法・体制

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。

- ストラクチャー（計画立案体制・実施構成・評価体制）
- プロセス（保健事業の実施過程）
- アウトプット（保健事業の実施状況・実施量）
- アウトカム（成果）

関係部署などで構成する協議の場において、事業実施状況と事業目標の達成状況の評価し、必要な見直しを行います。また、事業実施状況に関しては、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・助言を受けます。

第7章 その他

1. 計画の公表・周知

策定した計画は、市のホームページ等に掲載し周知を図ります。

2. 個人情報の取扱い

「個人情報の保護に関する法律」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。

3. 地域包括ケアに係る取組み

本市国保の被保険者は50%以上が65歳以上の高齢者であり、その生活の安心のためには、医療のみならず、介護・予防・生活支援・住まい等の暮らし全般を一体的に支えていくための地域包括ケア体制の構築が重要です。また、地域包括ケアの概念は、高齢者のみならずすべての住民を対象とするものに広がりつつあります。

天草市国民健康保険においても、後期高齢者医療保険においてこれまで取り組んできた「保健事業」、「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施」や、介護保険における「地域支援事業」との連携や協働をさらに発展させるとともに、介護・保健・福祉等各関係機関が参画する地域ケア会議、在宅医療連携会議等に医療保険者として参画し、医療を含めた地域の課題の共有や、その解決に向けた取組を推進していくものです。その参画にあたっては、必要に応じて国保が保有するKDBデータ等を抽出し、関係者と共有するとともに、それらを活用した効果的な各種事業の計画・実施に努めます。

第8章 第4期特定健康診査等実施計画

1. 特定健康診査等実施計画について

「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、保険者は40歳以上75歳未満の被保険者及び被扶養者に対し、糖尿病等の生活習慣病に関する健康診査（特定健康診査）及びその結果により健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導（特定保健指導）を実施することが義務付けられました。また、同法第19条において、保険者は特定健康診査等実施計画を定めるものとされています。

第1期及び第2期計画は、法律に基づき、計画期間5年を一期としていましたが、国の「特定健康診査等実施計画作成の手引き（第3版）」において、「医療費適正化計画が6年一期に改正されたことを踏まえ、第3期（2018年度以降）からは実施計画も6年を一期として策定する」とされたことから、第4期においても計画期間を令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

2. 目標値の設定

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診実施率	44%	46%	47%	48%	49%	50%
特定保健指導実施率	70%	70%	65%	65%	65%	65%

3. 対象者数の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者(人)	15,630	14,806	14,024	13,239	12,461	11,676
	受診者(人)	6,721	6,663	6,591	6,355	6,106	5,538
特定保健指導	対象者(人)	807	800	791	763	733	665
	実施者(人)	525	520	514	496	477	432

4. 特定健診の実施

(1) 実施方法

特定健診については、被保険者の受診しやすい健診体制を構築し、次の4種類の健診を健診実施機関に委託して実施します。

①地域健診

検診車が各保健福祉センターや地区コミュニティセンター等を巡回して実施する健診で、特定健診、各種がん検診を選択して複合で受診できる健診

②施設健診

病院において受診できる健診で、特定健診、各種がん検診を選択して複合で受診できる健診

③人間ドック

30歳から74歳までの奇数年齢に該当する人を対象とした健診で、特定健診と各種がん検診をセットで総合的に受診できる健診

④個別健診（委託医療機関）

特定健診だけをかかりつけの医院や病院で受診できる健診

(2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条及び特定健診・保健指導の実施に関する実施基準（以下「実施基準」という。）第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

(3) 健診実施機関リスト

特定健診の実施機関は、熊本県国保連合会及び本市のホームページに掲載するほか、対象世帯にはリストを含む受診案内を送付します。

(4) 特定健診実施項目

国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血）を継続して実施します。なお、血中脂質検査のうちLDLコレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合はnon-HDLコレステロールの測定に代えることも可能とします（実施基準第1条第4項）。

基本的な健診項目	国が定めた項目	問診 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲） 理学的所見（身体診察） 血圧測定 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、ALT、 γ -GT） 血糖検査（空腹時血糖、HbA1c、随時血糖） 尿検査（尿糖、尿蛋白）
	天草市独自の追加項目	腎機能検査（血清尿酸） 尿検査（尿潜血）
詳細な健診項目	国が定めた項目	心電図 眼底検査 貧血検査（赤血球、血色素量、ヘマトクリット） 腎機能検査（血清クレアチニン）

(5) 実施時期

4月から翌年3月末までを実施可能な期間とします。特定健診を実施する会場や日時は、健診のお知らせ、広報紙等を通じて広く市民へ周知します。

(6) 医療機関との連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を実施します。

また、情報提供事業（みなし健診）として、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして活用できるよう、天草郡市医師会と連携し、かかりつけ医に協力を求めています。

(7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、熊本県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

(8) 特定健診後のフォロー体制

特定健診受診者に対しては、自らの生活習慣における課題に気づき、自らの意志による行動変容によって健康課題を改善し、健康的な生活を維持できるよう、必要な情報の提示と助言等の支援を行います。

また、健診結果により生活習慣病の発症・重症化予防が必要な人を選定し、訪問、電話、病態別教室等で経年的なフォローを実施します。

(9) 未受診者対策

本市において、特定健診受診率の向上は重要な課題です。目標値達成のため、様々な取組みを行います。

- ①未受診者への訪問や電話による受診勧奨
- ②対象世帯に健診のお知らせを送付
- ③がん検診の同時実施
- ④土曜日、日曜日、祝日に地域健診を実施
- ⑤健康ポイント事業の活用
- ⑥情報提供事業（みなし健診）の実施

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導については、保険者直接実施及び健診機関への委託の形態により行います。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年版）」をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

■特定保健指導対象者（階層化）基準

健診結果の判定			特定保健指導レベル	
腹囲	追加リスク	④喫煙歴	年齢区分	
	①血糖②脂質③血圧		40～64歳	65～74歳
≧85cm（男性） ≧90cm（女性）	2つ以上該当	/	積極的支援	動機づけ支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で BMI≧25	3つ該当	/	積極的支援	動機づけ支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	/		

①血糖：空腹時血糖 100mg/dl 以上または HbA1c5.6%以上

②脂質：中性脂肪 150mg/dl 以上または HDL コレステロール 40mg/dl 未満

③血圧：収縮期（最高）130 mm Hg 以上または拡張期（最低）85 mm Hg 以上

④喫煙歴：過去に合計 100 本以上、または 6 か月以上吸っている人で最近 1 か月も吸っている人。

BMI（体格指数）：体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）

（注）喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

(2) 要保健指導対象者数の選定と支援方法

	保健指導レベル	支援方法
1	特定保健指導 ・ 動機付け支援 ・ 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う ※特定保健指導につながらない人への対策を講じること。
2	情報提供 (受診必要)	◆医療機関受診の必要性について説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援
3	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（健診受診の重要性の普及啓発）
4	情報提供 (受診不必要)	◆健診結果の見方、継続した健診受診の必要性について説明
5	情報提供 (治療中)	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析

(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理と PDCA サイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成します。

	特定健診	特定保健指導	その他
4月	◎特定健診の開始	前年度継続指導 ◎保健指導の開始	◎各種健診の広報
5月			◎重症化予防事業対象者へのフォロー開始（通年）
6月			
7月			
8月			
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月			
11月			
12月			
1月			
2月			
3月	◎健診の終了		

地域健診：
7月～11月

施設健診・ドック：
5月～1月

個別健診：通年

6. その他

(1) 個人情報の保護

①基本的な考え方

特定健診・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律を踏まえた対応を行います。

また、特定健診を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理します。

②特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、特定健診等データ管理システム等で行います。

(2) 結果の報告

実績報告については、特定健診等データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 11 月 1 日までに報告します。

(3) 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項において、「保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない。」と定められており、策定した計画は、市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

(4) 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

受診率を上げ、メタボを減少させるためには、計画的かつ着実に特定健診及び特定保健指導を実施し、その成果を検証する必要があります。具体的には、特定健康診査等実施計画で設定した目標の達成状況や、特定健診、特定保健指導の結果を毎年度評価します。

また、実施計画をより実効性の高いものとするためには、計画内容を実態に即したより効果的なものに見直す必要があることから、天草市国民健康保険運営協議会に評価結果を毎年度報告し、必要に応じて実施方法や目標設定値の見直しを行います。

天草市役所 市民生活部 国保年金課
〒863-8631 熊本県天草市東浜町 8-1
TEL : (0969) 24-8802 FAX : (0969) 22-7200
令和 年 月