

第3期 国民健康保険
保健事業実施計画(データヘルス計画)

令和6年3月
与論町

目 次

第1章 計画の基本的事項

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

第2章 現状の整理

- 1. 保険者の特性 p 7
- 2. 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出 p 9
- 3. 前期計画の評価と見直し p 26
- 4. 健康課題のまとめ p 32

第3章 データヘルス計画の目的と方策

- 1. 計画の目的 p 33
- 2. 目的を達成させる事業 p 33

第4章 第4期特定健康診査等実施計画

- 1. 特定健康診査 p 34
- 2. 特定保健指導 p 36
- 3. 個人情報の保護に関する事項 p 38
- 4. 公表及び周知に関する事項 p 38

第5章 個別保健事業

- 1. 糖尿病性腎症重症化予防事業 p 39
- 2. 生活習慣病重症化予防事業 p 41
- 3. 歯科検診及び歯科にかかる保健事業 p 43
- 4. 適正受診・適正服薬事業 p 45
- 5. 後発(ジェネリック)医薬品促進 p 47
- 6. 地域包括ケア・一体的実施事業 p 49

第6章 評価・見直し

- 1. 評価の基本的事項 p 51
- 2. 計画全体の評価と見直し p 51

第7章 その他

- 1. 計画の公表・周知 p 52
- 2. 個人情報の取扱い p 52

第8章 資料

第1章 計画の基本的事項

1. 制度の背景

- 平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされました。
- これまでも、保険者においては健康情報や統計資料等を活用することにより、「特定健康診査等実施計画」の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたところですが、今後はさらなる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを蓄積・活用しながら、被保険者をリスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅する保健事業を進めていくことが求められています。
- こうした背景を踏まえ、国は、国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）第 82 条第 4 項の規定に基づき、平成 26 年 3 月、国民健康保険法に基づく「保健事業の実施等に関する指針（平成 16 年厚生労働省告示第 307 号）」の一部を改正する等により、健康・医療情報を活用して P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うよう指導しています。
- 与論町では、生活習慣病の発症予防や重症化予防をはじめとする被保険者の健康保持増進を図ることを目的に平成 27 年 5 月に「データヘルス計画（第 1 期計画）」を策定しました。平成 30 年 1 月には、第 1 期計画の評価・見直しを実施し、「データヘルス計画（第 2 期計画）」を策定し、保健事業の実施及び評価を行っています。この度、第 2 期データヘルス計画の計画期間終了に伴い、当該計画の評価・見直しを行い、改定した第 3 期データヘルス計画を策定することで、引き続き、被保険者の健康保持増進を図る保健事業の実施・評価、見直しを行っていきます。
- これまでは、特定健診・特定保健指導については、特定健康診査等実施計画の中で進められてきましたが、今回、データヘルス計画に含めるものとします。

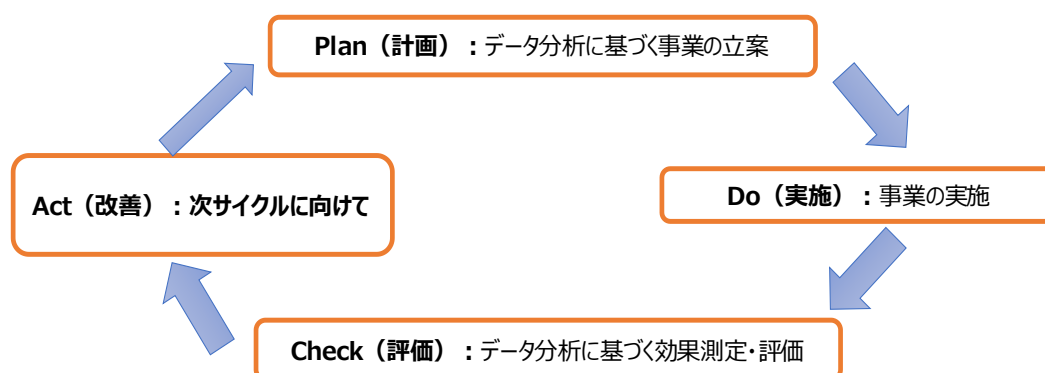
2. 他計画との関係性（保健事業）

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

3. 目的

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

■ PDCAサイクルに沿ったデータヘルス計画策定



4. 計画期間

- 令和6年度（2024年度）から令和11年度（2029年度）まで

鹿児島県における医療費適正化計画や医療計画等が、令和6年度から11年度までを次期計画期間としているので、これらとの整合性を図るため同期間を計画期間としています。

また、令和8年度（2026年度）に中間評価、令和11年度（2029年度）に最終評価を実施することとします。

なお、今後の国の法改正や指針の見直し、社会情勢等の変化、計画目標の達成状況を考慮し、必要に合わせて計画の見直し等を行うものとします。

5. 実施体制・関係者連携

- 計画は健康長寿課が実施主体となり、計画立案、進捗管理、評価と見直し等を行います。
（実施主体）
- 計画については国保運営協議会において審議、報告を行います。（国保運営協議会）
- 計画の実施にあたり、保健センター、地域包括支援センターと連携しながら、健康診断、保健指導等を実施します。（与論町内の連携と役割分担）
- 地域の医療等関係者として、医師会、歯科医師会、薬剤師会、あるいは外部有識者等との連携し、健康診断、保健指導等への協力、計画の効果的な実施のための意見を伺います。（三師会や外部有識者との連携等）
- 鹿児島県や保健所、国民健康保険団体連合会（保健事業支援・評価委員会含む）等から支援を得て、効果的な保健指導の実施に努めます。（都道府県、保健所、国保連合会等）

実施体制・関係者との連携と役割

実施体制機関		主な連携と役割
実施主体	健康長寿課	● 計画の実施主体として、計画立案、進捗管理、評価、見直し等 ● 専門職の確保、部門内の事務職と専門職との連携と役割分担
課内連携	保健センター	● 健康増進計画との調整 ● 健診、保健指導、健康教育等での連携 ● データや分析結果の共有
	地域包括支援センター	● 介護保健事業計画との調整 ● 地域包括ケア・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施等での連携 ● データや分析結果の共有

実施体制機関		主な連携と役割
行 政	鹿児島県・ 徳之島保健所	● 関係機関との連絡調整や専門職の派遣・助言等の技術的な支援、情報提供等 ● 都道府県関係課あるいは他の保険者との意見交換の場の設定 ● 現状分析のために都道府県が保有するデータの提供
保健医療 関係者	与論徳州会病院 パナウル診療所 龍美クリニック 児玉歯科医院 さだむら歯科医院 与論調剤薬局	● 計画策定、評価・見直し等への助言 ● 健康診断、保健指導への協力 ● 日常的な意見交換や情報提供
	学識経験者等	● 計画策定、評価・見直し等への助言
保険関係 機関	後期高齢者医療 広域連合	● 地域包括ケア・一体的実施での協力 ● データや分析結果の共有、国保から後期高齢者医療のデータ突合の推進
	国民健康保険 団体連合会	● KDB 等のデータ分析やデータ提供に関する支援 ● 研修会等での人材育成、情報提供 ● 保健事業支援・評価委員会からの支援
	保険者協議会	● 他の市町村国保、国保組合、被用者保険と健診・医療情報やその分析結果、健康課題、保健事業の実施状況等を共有 ● 保険者間で連携した保健事業の展開
被保険者	—	● 地域組織等を含む被保険者との意見交換や情報提供 ● 国保運営協議会等への参画 ● 健診の受診勧奨や保健指導の利用勧奨等への協力

第2章 現状の整理

1. 与論町の特性

(1) 与論町の基本情報

令和2年の国勢調査によると、本町の総人口は5,119名で、前回平成27年の調査時の総人口5,186名より67名減少しています。本町は昭和10年の8,630名をピークに、以降人口減少が長期的に進行していますが、世帯数の増減をみると平成22年以降世帯数は毎年増加している一方、一世帯あたりの世帯人員は減少する傾向にあることから、世帯構成の少数化が進行しています。

平成27年における年齢別人口は、60～69歳の人口が820名で最多であり、次いで50～59歳の人口が815名となっています。一方、20～24歳の人口は59名で最少となっているほか、次いで25～29歳の人口が151名の順となっています。人口構成としては40代以降の人口が多く、依然として少子高齢化が進行している状況といえます。

令和2年の人口動態における自然動態を見てみると、出生者33名に対し死亡者が43多い76名となっています。社会動態については転入者242名に対し転出が230名と12名に社会増となっていますが、近年では転出超過の傾向にあり、人口減少が進行している状況です。

(2) 被保険者の年齢構成・性別

国民健康保険の加入率は、令和4年度で与論町の人口全体に占める割合は、35.9%となっており、被保険者は、平成29年から減少傾向にあります。年齢階級別でみると、65歳以上の加入者が全体の40.2%を占めており、微増している状況にあります。

■ 与論町の国民健康保険の加入状況（令和4年度）

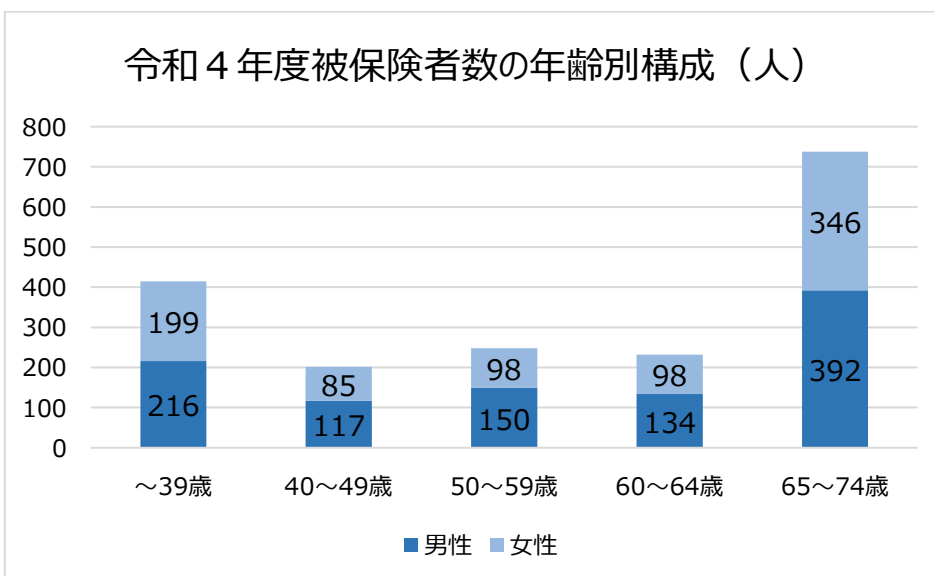
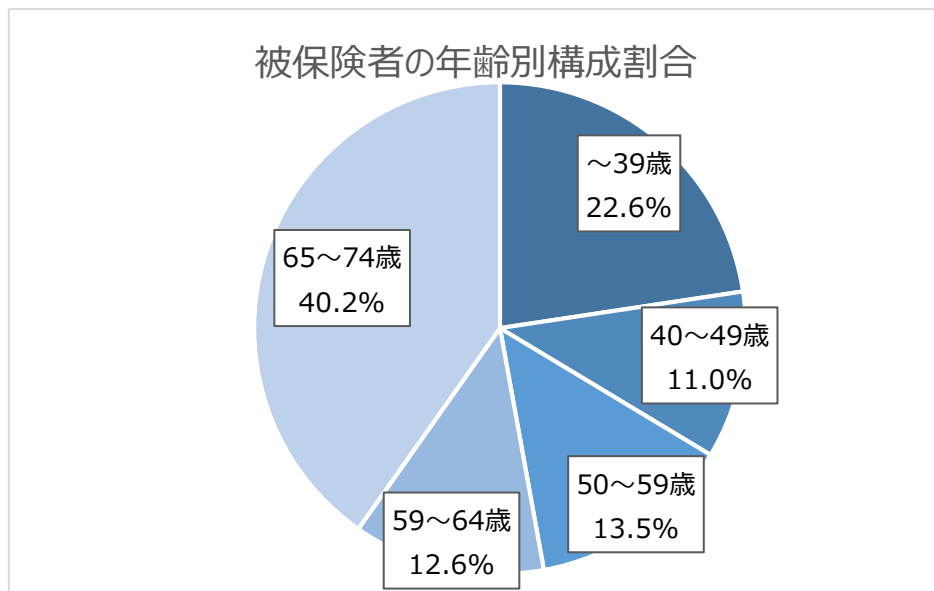
人口総数	高齢化率 (65歳以上)	国民健康保険者数	国民健康保険 加入率
5,115人	35%	1,835人	35.9%

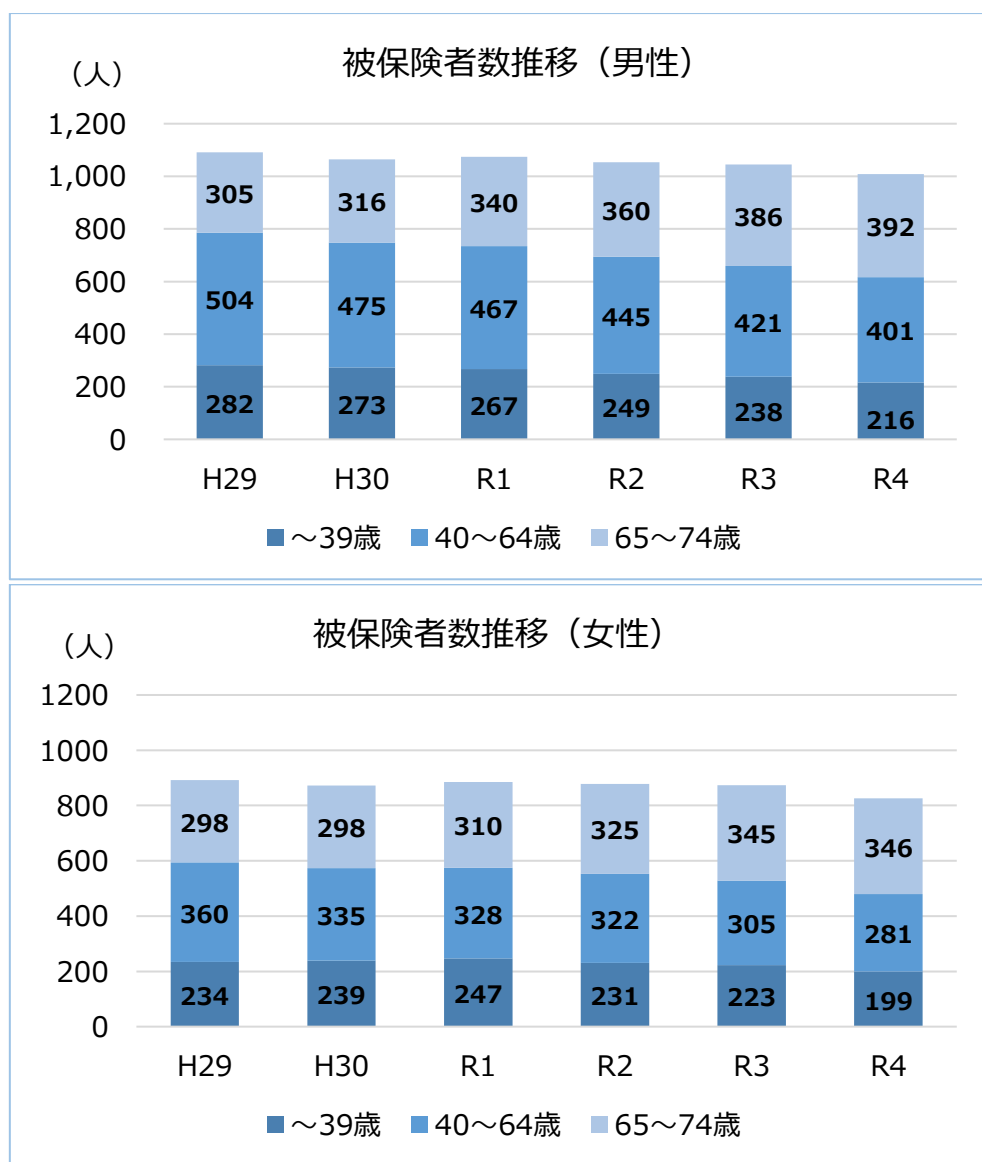
※KDBシステム（健診・医療・介護からみる地域の健康課題）より

■被保険者数 経年推移（男女別・年齢階級別）

与論町	男性			女性			総計			
	～39 歳	40～ 64 歳	65～ 74 歳	～39 歳	40～ 64 歳	65～ 74 歳	～39 歳	40～ 64 歳	65～ 74 歳	計
H29	282	504	305	234	360	298	516	864	603	1,983
H30	273	475	316	239	335	298	512	810	614	1,936
R1	267	467	340	247	328	310	514	795	650	1,959
R2	249	445	360	231	322	325	480	767	685	1,932
R3	238	421	386	223	305	345	461	726	731	1,918
R4	216	401	392	199	281	346	415	682	738	1,835

※KDB システム（被保険者構成）より



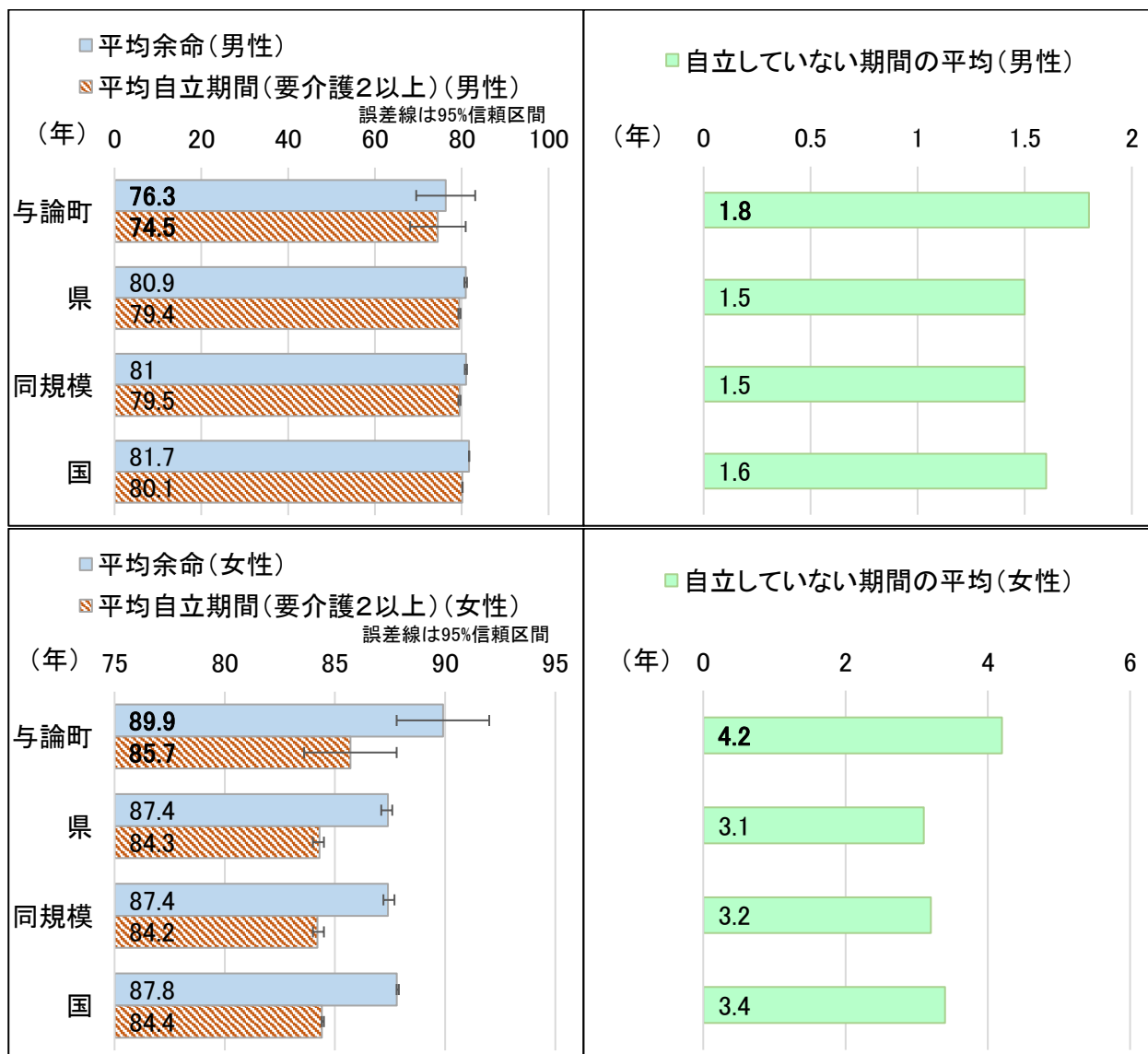


※KDB システム（被保険者構成）より

2. 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出

平均余命をみると、令和4年度で男性76.3歳、女性89.9歳。平均自立期間は、男性74.5歳、女性85.7歳となっており、鹿児島県、全国と比較すると、男性が約4年短く、女性は約1年長い状況にあります。不健康期間（自立していない期間の平均）については、女性が男性の約2倍となっており、女性の不健康期間が長くなっています。

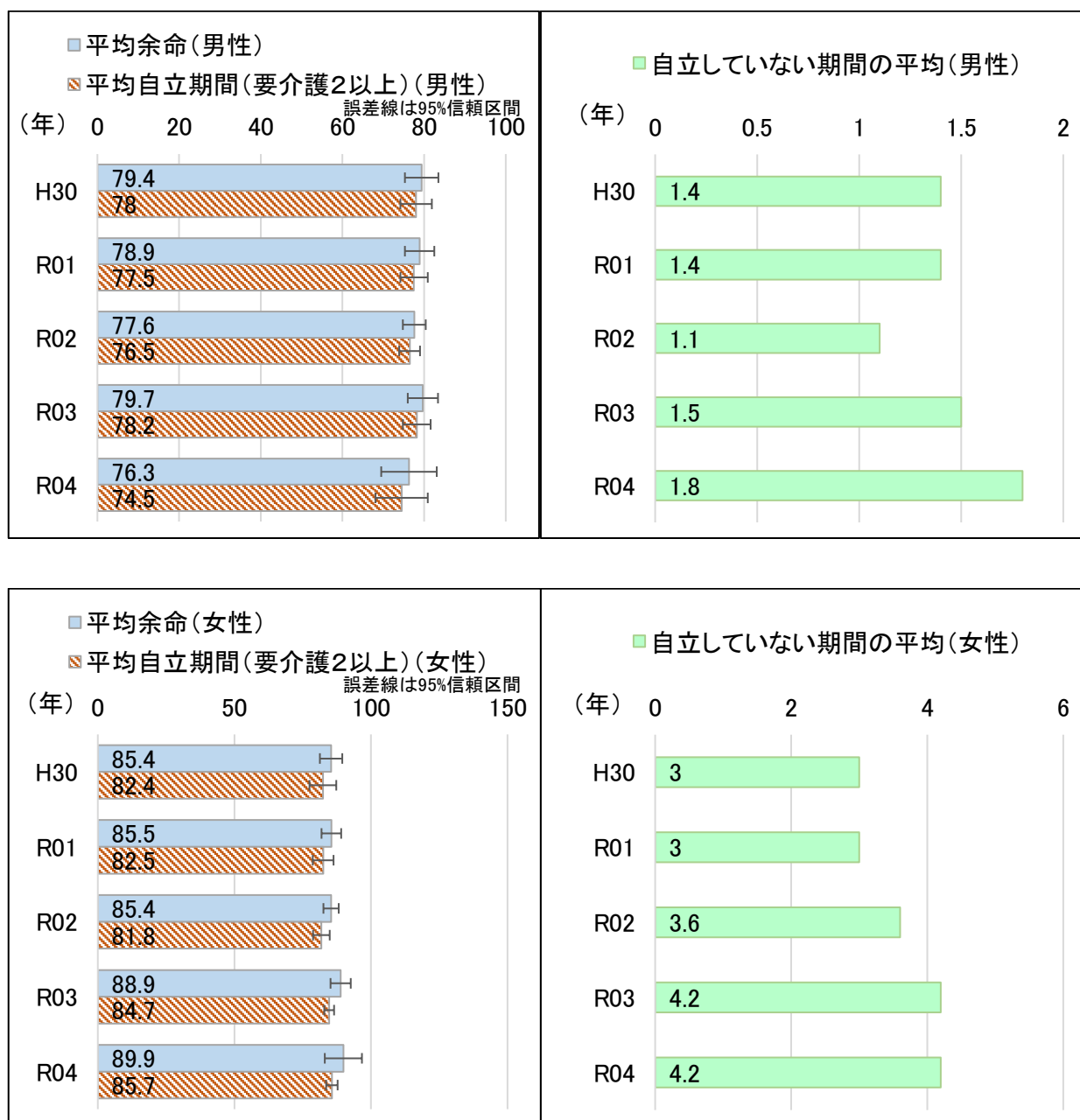
■ 平均余命・平均自立期間（令和4年度（累計）） ※KDB システム（地域の全体像の把握）より



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

※ KDB システムにおける健康寿命を「平均自立期間」と呼称し、「日常生活動作が自立している期間の平均」を指標としています。介護データを用いて「要介護2以上」を「不健康」として、毎年度算出しています。

■ 与論町の平均余命・平均自立期間の経年推移（平成 30 年度～令和 4 年度）



経年で見ると、男性の平均余命は平成 30 年の 79.4 歳を除き年々短くなっており、女性の平均余命は年々長くなっております。平成 30 年の女性の平均余命と男性の平均余命の差は、6 歳差でしたが、令和 4 年度には 13.6 歳の差となっています。自立していない期間の平均は、令和 4 年度で男性が過去 5 年間で最長となっており、1.8 年となっています。女性は、男性の 2 倍以上の年数が自立していない期間となっており、令和 4 年度で、4.2 年となっています。

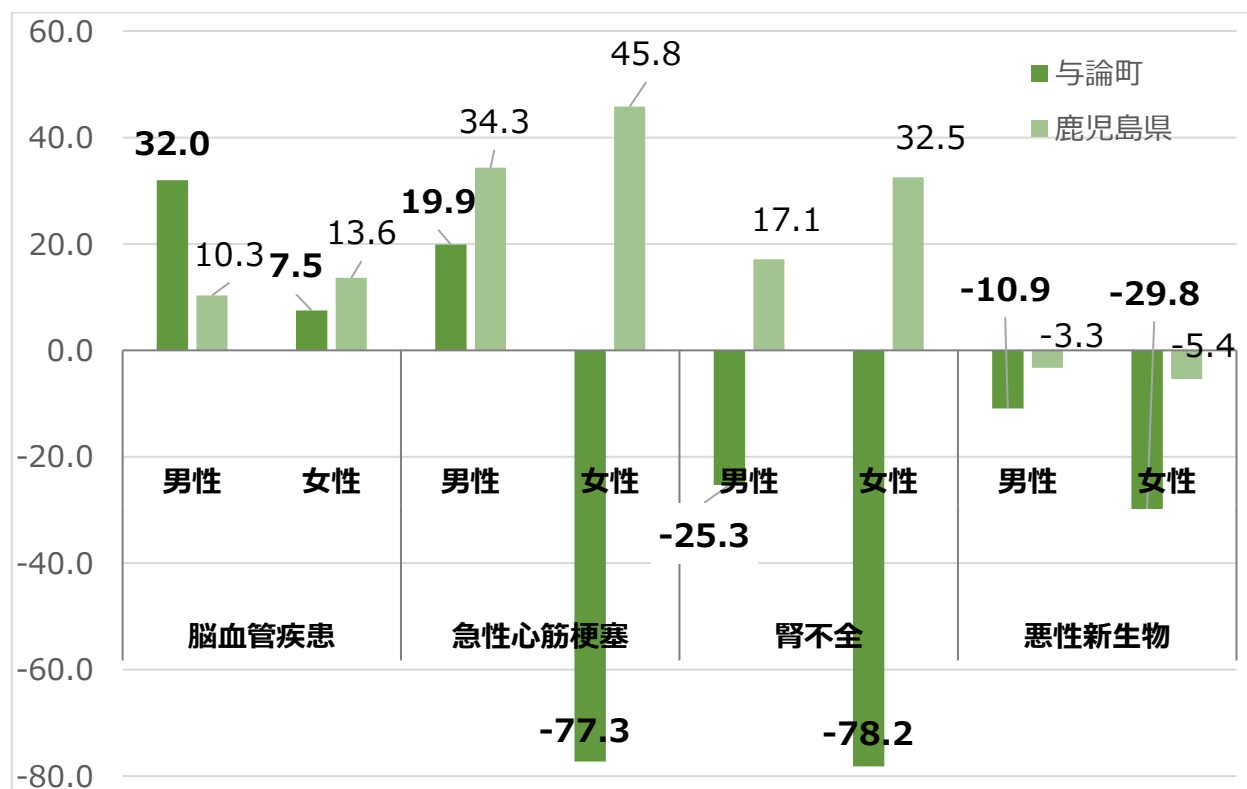
■ 死 亡

平成 29 年から令和 3 年の標準化死亡比（SMR）において、脳血管疾患及び男性の急性心筋梗塞が高い倍率となっています。急性心筋梗塞、腎不全においては、鹿児島県より低い倍率ですが、男女比に大きな差がみられます。

SMR (H29-R3)	脳血管疾患		急性心筋梗塞		腎不全		悪性新生物	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
与論町	132.0	107.5	119.9	22.7	74.7	21.8	89.1	70.2
鹿児島県	110.3	113.6	134.3	145.8	117.1	132.5	96.7	94.6

※鹿児島県健康増進課統計より

■ 標準化死亡比（SMR）…全国を基準「0」とした時の倍率を現したグラフ



※ SMR とは、全国の年齢構成ごとの死亡率を与論町の人口構成に当てはめて算出した期待死亡数を比較するものであり、全国を 100 とし、100 を超えれば死亡率が高い、小さければ低いと判断されます。

令和 4 年度における主な疾病別死因を鹿児島県及び全国と比較すると、悪性新生物、心臓病、脳疾患の割合が低くなっています。

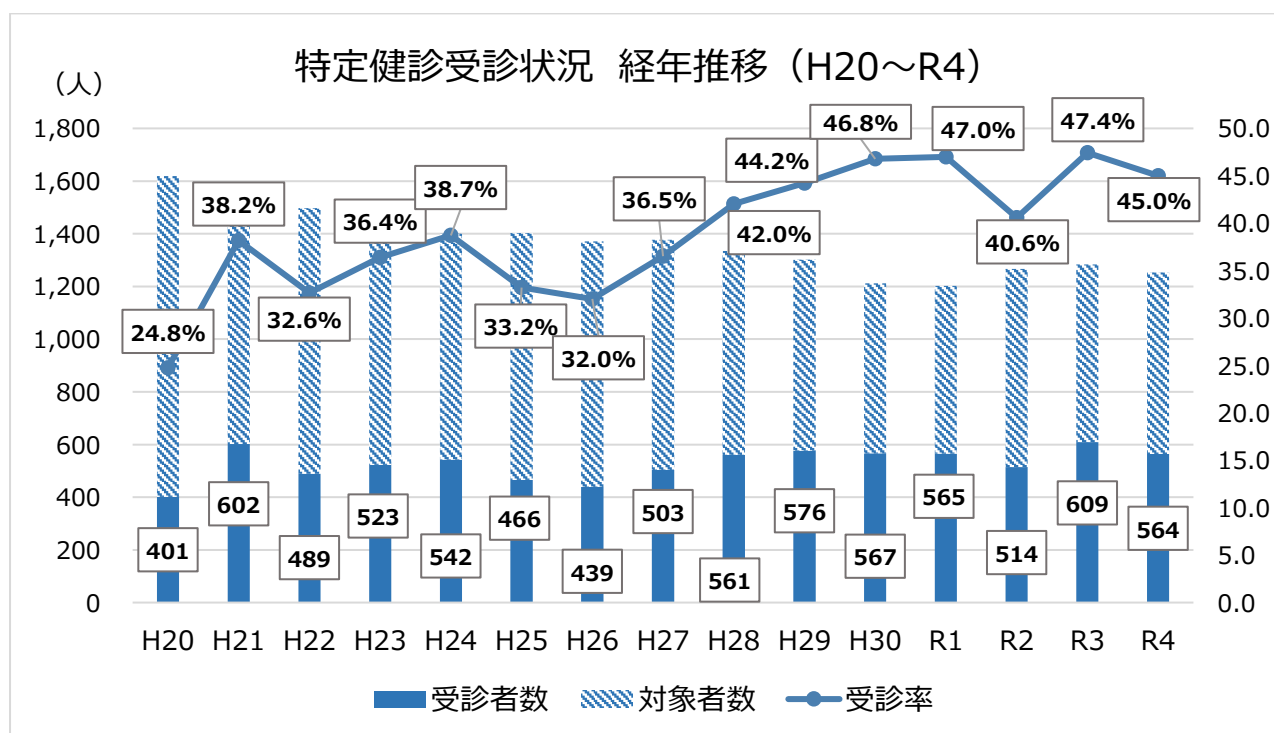
■ 疾病別死因割合（令和 4 年度（累計））

	与論町		鹿児島県	同規模	全国
	人数（人）	割合			
悪性新生物	16	45.7	47.1	46.3	50.6
心臓病	9	25.7	29	29.8	27.5
脳疾患	4	11.4	15.2	15.7	13.8
糖尿病	0	0	2.1	1.8	1.9
腎不全	0	0	4.1	4.1	3.6
自殺	6	17.1	2.4	2.3	2.7
合計	35				

※KDB システム（地域の全体像の把握）より

（１）健診

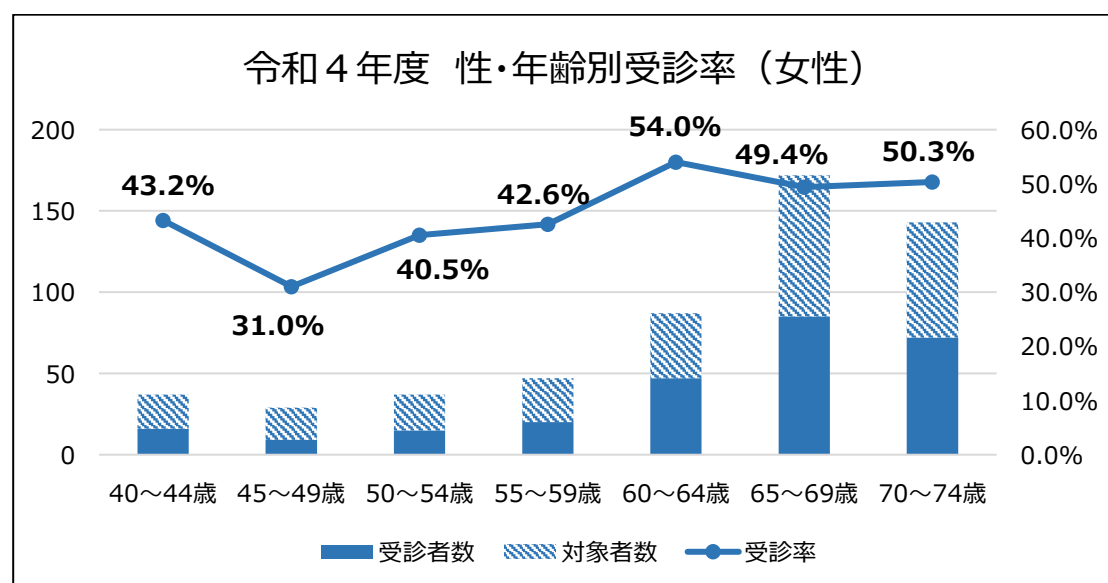
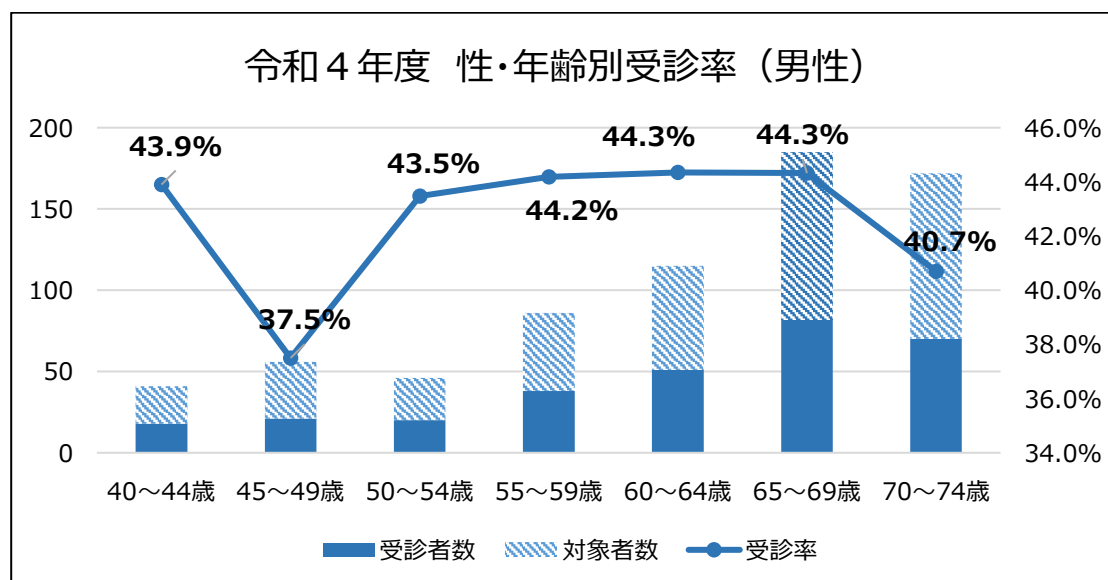
特定健診の状況を、制度が開始した平成 20 年度から令和 4 年度までの推移をみると、健診対象者数は、年々微減しており令和 4 年度で 1,253 人となっています。健診受診者は平成 26 年度に一時落ち込みましたが、平成 27 年度から徐々に増加しています。令和 2 年度に新型コロナウイルス感染症の影響もあり一時減少しましたが、令和 4 年度には 45.0%の受診率となっています。



※特定健診データ管理システム（法定報告）より

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

	全 体			男 性			女 性		
年代	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率
40～44歳	78	34	43.9%	41	18	43.9%	37	16	43.2%
45～49歳	85	30	37.5%	56	21	37.5%	29	9	31.0%
50～54歳	83	35	43.5%	46	20	43.5%	37	15	40.5%
55～59歳	133	58	44.2%	86	38	44.2%	47	20	42.6%
60～64歳	202	98	44.3%	115	51	44.3%	87	47	54.0%
65～69歳	357	167	44.3%	185	82	44.3%	172	85	49.4%
70～74歳	315	142	40.7%	172	70	40.7%	143	72	50.3%
計	1253	564	45.0%	701	300	42.8%	552	264	47.8%



令和４年度の性・年齢別健診受診状況をみると、男女ともに４５歳～４９歳の健診受診率が３０％台となっており、他の年代と比べて低い状況となっています。

■ 特定健診結果有所見者の状況

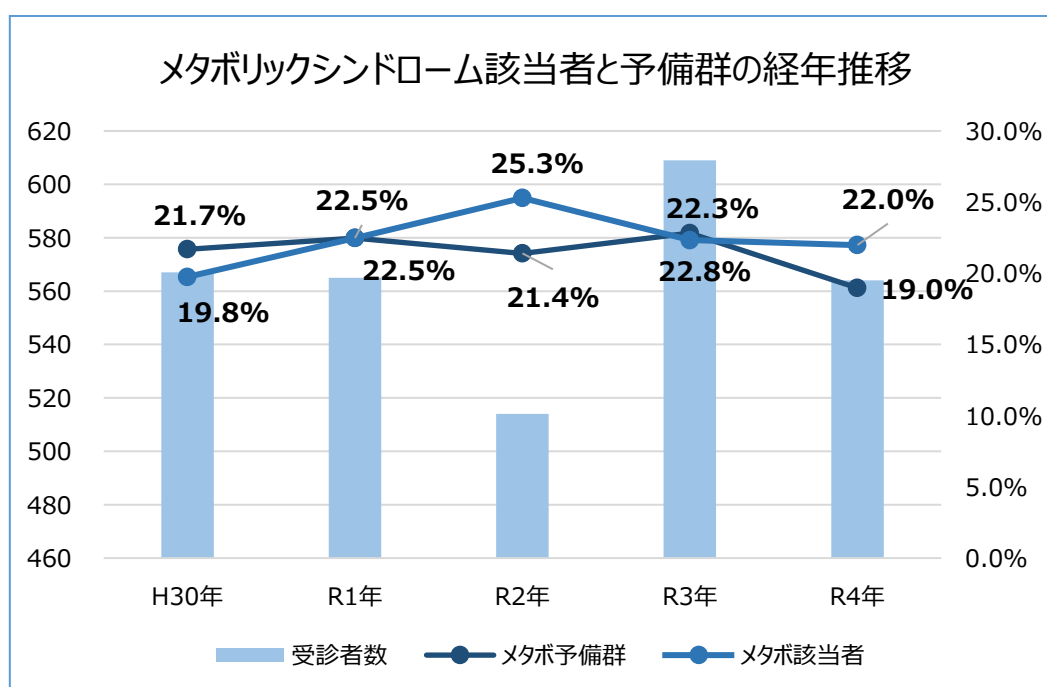
令和４年度の健診結果からメタボリックシンドロームの状況をみると、該当者の割合は、２１．９％となっており鹿児島県、同規模市町村の割合と差はみられません。予備群は、１８．９％と、鹿児島県や全国と比較しても高い割合となっています。

○メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況（Ｒ４年度（累計））

	与論町		鹿児島県	同規模	全国
	人数	割合	割合	割合	割合
該当者（計）	124	21.9	21.8	21.7	20.3
男性	94	31.2	33.2	32.2	32
女性	30	11.4	12.8	12.2	11
予備群（計）	107	18.9	12.1	11.6	11.2
男性	70	23.3	18.3	17.3	17.9
女性	37	14	7.3	6.5	5.9

※KDBシステム（健診・医療・介護データからみる健康課題の把握）より

※メタボリックシンドローム該当者（予備群）＝各人数÷健診受診者数（男女別）にて算出



※特定健診データ管理システム（法定報告）より

※年度途中の資格喪失者、妊産婦等の特定健診の対象者から除外者を除いた形で算出

○糖尿病（HbA1c）の年代別有所見状況及び治療状況

HbA1c (%) 測定者数:564人	全体		40～64歳		65～74歳		治療中		未治療	
	人	割合	人	割合	人	割合	人	割合	人	割合
6.5以上	30	5.3%	11	4.3%	19	6.1%	22	3.9%	8	1.4%
再掲) 8.0以上	6	1.1%	5	2.0%	1	0.3%	3	0.5%	3	0.5%
計	30	5.3%	11	4.3%	19	6.1%	22	3.9%	8	1.4%

※分母は各年代の測定者数で算出しています。

※治療・未治療については、問診票の回答から算出しています。

○血圧の年代別有所見状況及び治療状況

血圧 (mmHg) 測定者数 : 564人	全体		40～64歳		65～74歳		治療中		未治療	
	人	割合	人	割合	人	割合	人	割合	人	割合
130/85以上	285	50.5%	109	42.7%	176	57.0%	129	22.9%	156	27.7%
I 度 (140/90)	117	20.7%	41	16.1%	76	24.6%	54	9.6%	63	11.2%
Ⅱ度 (160/100)	33	5.9%	14	5.5%	19	6.1%	13	2.3%	20	3.5%
Ⅲ度 (180/110)	8	1.4%	4	1.6%	4	1.3%	3	0.5%	5	0.9%
計	443	78.5%	168	65.9%	275	89.0%	199	35.3%	244	43.3%

※分母は各年代の測定者数で算出しています。

※治療・未治療については、問診票の回答から算出しています。

○脂質異常の年代別有所見状況及び治療状況

LDLコレステロール (mg/dl) 測定者数 : 564人	全体		40～64歳		65～74歳		治療中		未治療	
	人	割合	人	割合	人	割合	人	割合	人	割合
140～159	83	14.7%	36	14.1%	47	15.2%	10	1.8%	73	12.9%
160以上	61	10.8%	30	11.8%	31	10.0%	2	0.4%	59	10.5%
再掲) 180以上	23	4.1%	11	4.3%	12	3.9%	1	0.2%	22	3.9%
計	144	25.5%	66	25.9%	78	25.2%	12	2.1%	132	23.4%

※分母は各年代の測定者数で算出しています。

※治療・未治療については、問診票の回答から算出しています。

○生活習慣の状況

質問票の回答	与論町		鹿児島県	同規模	全国
	人数	割合	割合	割合	割合
喫煙	83	14.7	11.4	15.1	13.8
20 歳時体重から 10Kg 以上増加	247	44.9	36.1	35.9	35.0
1 回 30 分以上運動習慣なし	365	66.4	56.9	65.2	60.4
1 日 1 時間以上運動なし	286	52.0	45.8	47	48.0
週 3 回以上就寝前の夕食	167	30.2	17.6	16.4	15.8
朝昼夕 3 食以外の間食や甘い飲み物（毎日）	130	23.7	18.9	21.6	21.6
週 3 回以上朝食を抜く	75	13.7	9.1	8.6	10.4
毎日飲酒	135	24.6	25.5	26.4	25.5
一日飲酒量					
1 号未満	112	36.2	62.8	59.9	64.1
1 ～ 2 合	120	38.8	28.3	26.6	23.7
2 ～ 3 合	62	20.1	7.6	10.4	9.4
3 合以上	15	4.9	1.3	3.2	2.8
睡眠不足	116	21.1	22.1	24.2	25.6
咀嚼_かみにくい	164	29.8	22.3	22.4	19.9
咀嚼_ほとんどかめない	8	1.5	1.0	1.0	0.8

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

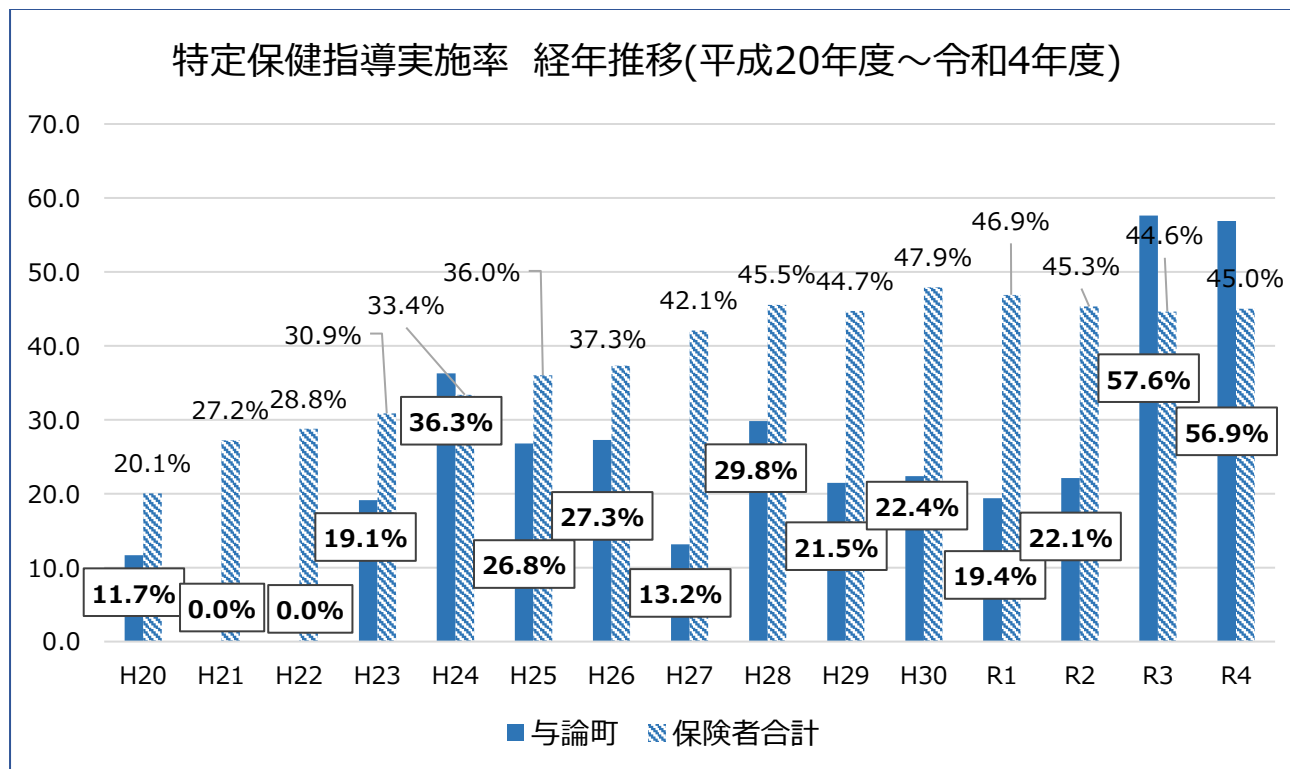
※KDB システム（地域の全体像の把握）より

令和 4 年度の健診結果から、血圧の年代別有所見状況及び治療状況をみると、血圧 130/85 以上の方が 40～64 歳では 65.9%、65～74 歳では 89.0%と高い割合を占めています。また、糖尿病、血圧、脂質異常別にみると、それぞれ測定値が高い状況にあっても未治療の方がいる状況です。糖尿病については HbA1c が 8.0 以上で未治療となっている該当者は 3 人、血圧については血圧がⅢ度（180/110mmHg）以上で未治療となっている該当者は 5 人、脂質異常については LDL コレステロールが 180mg/dl 以上で未治療となっている該当者は 22 人となっています。

生活習慣の状況においては、「20 歳時体重から 10 kg 以上増加」「1 回 30 分以上運動習慣なし」「1 日 1 時間以上運動なし」「週 3 回以上就寝前の夕食」「朝昼夕 3 食以外の間食や甘い飲み物（毎日）」「週 3 回以上朝食を抜く」「咀嚼_かみにくい」の項目について、全国や鹿児島県、同規模市町村より高い割合になっています。飲酒項目については、毎日飲酒する方の割合は県や同規模市町村と比較して大きな差が見られませんが、一日飲酒量の割合をみると 1 ～ 2 合が 38.8%、2 ～ 3 合が 20.1%、3 合以上が 4.9%と適正飲酒量となる 1 合以上の割合が 63.8%と高くなっています。

■ 特定保健指導の状況

特定保健指導実施率の状況では、平成 24 年度に 36.3%に上昇しました。その後、10～20%台で推移していましたが、令和 3 年度で 57.6%の実施率、令和 4 年度で、56.9%となり、国の目標値である 60%に近い状況となっています。



※保険者合計とは、市町村国保・歯科医師国保・医師国保の合計を集計したことになります。

※特定健診データ管理システム（法定報告）より

○血圧の保健指導判定と受診勧奨判定の状況

年度	測定者数	保健指導判定値		受診勧奨判定値				治療状況（Ⅱ度高血圧以上）			
		高値血圧		Ⅰ度高血圧		Ⅱ度高血圧以上		再掲）未治療		再掲）治療	
	人数	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
H30年	567	157	27.7%	114	20.1%	33	5.8%	21	63.6%	12	36.4%
R1年	565	188	33.3%	114	20.2%	27	4.8%	19	70.4%	8	29.6%
R2年	514	144	28.0%	146	28.4%	40	7.8%	21	52.5%	19	47.5%
R3年	609	192	31.5%	168	27.6%	61	10.0%	41	67.2%	20	32.8%
R4年	564	171	30.3%	117	20.7%	41	7.3%	25	61.0%	16	39.0%

※特定健診データ管理システム（法定報告）より

※割合＝各年度人数÷各年度測定者数で算出

○HbA1c（血糖）の保健指導判定と受診勧奨判定の状況

年度	測定者数	保健指導判定値				受診勧奨判定値				治療状況（6.5%以上）			
		5.6～5.9%		6.0～6.4%		6.5%以上		再掲） 8.0%以上		再掲）未治療		再掲）治療	
	人数	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
H30年	535	190	35.5%	79	14.8%	37	6.9%	9	1.7%	12	32.4%	25	67.6%
R1年	561	159	28.3%	51	9.1%	43	7.7%	7	1.2%	19	44.2%	24	55.8%
R2年	514	151	29.4%	64	12.5%	33	6.4%	7	1.4%	16	48.5%	17	51.5%
R3年	609	204	33.5%	67	11.0%	38	6.2%	6	1.0%	16	42.1%	22	57.9%
R4年	564	163	28.9%	54	9.6%	30	5.3%	6	1.1%	8	26.7%	22	73.3%

※特定健診データ管理システム（法定報告）より

※割合＝各年度人数÷各年度測定者数で算出

○LDL コレステロールの保健指導判定と受診勧奨判定の状況

年度	測定者数	保健指導判定値		受診勧奨判定値						160 以上			
		120～139		140～159		160 以上		再掲） 180 以上		再掲）未治療		再掲）治療	
	人数	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
H30年	567	133	23.5%	72	12.7%	70	12.3%	27	4.8%	65	92.9%	5	7.1%
R1年	565	125	22.1%	100	17.7%	72	12.7%	28	5.0%	66	91.7%	6	8.3%
R2年	514	130	25.3%	62	12.1%	69	13.4%	28	5.4%	65	94.2%	4	5.8%
R3年	609	132	21.7%	97	15.9%	86	14.1%	31	5.1%	82	95.3%	4	4.7%
R4年	564	128	22.7%	83	14.7%	61	10.8%	23	4.1%	59	96.7%	2	3.3%

※特定健診データ管理システム（法定報告）より

※割合＝各年度人数÷各年度測定者数で算出

保健指導判定と受診勧奨判定の状況をみると、血圧では、治療が必要なⅡ度高血圧（160/100）以上の方で未治療者が 61.0%と高い割合となっています。HbA1c(血糖)では、6.5%以上での未治療者は令和2年度は 48.5%と高い割合を占めていましたが、糖尿病重症化予防事業導入により徐々に減少がみられ、令和4年度には 26.7%となっています。LDL コレステロールでは治療が必要な 160 以上の方について、令和元年度に 91.7%だった未治療者の割合が令和4年度 96.7%と年々増加している状況です。

(2) 医療

平成 30 年度から令和 4 年度にかけての総医療費は、4,059 万円増加しており、一人あたりの入院医療費で 1,350 円、一人あたり入院外（外来）医療費で、1,580 円と増加している状況です。令和 4 年度の生活習慣病に関係する疾患の医療費をみると、腎不全にかかる 1 人あたり入院医療費が、同規模市町村、全国と比較しても高い状況となっています。また、虚血性心疾患にかかる 1 人あたり外来医療費が、鹿児島県、同規模市町村、全国と比較して高い状況となっています。

■総医療費（平成 30 年度—令和 4 年度の状況）

	総医療費	入院	1 人あたり 医療費(円)	入院外 (外来)	1 人あたり 医療費(円)
平成 30 年度	5 億 177 万円	2 億 8237 万円	11,960	2 億 1940 万円	9,290
令和 4 年度	5 億 4236 万円	2 億 9849 万円	13,310	2 億 4387 万円	10,870
平成 30 年度 からの増減	4059 万円	1612 万円	1,350	2447 万円	1,580

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

※KDB システム（地域の全体像の把握）より

■令和 4 年度（累計）生活習慣病にかかる疾患の医療費の状況

入院医療費		2 億 9848 万円	【入院】一人あたり医療費（円）の比較			
最大医療資源傷病名		医療費	与論町	同規模	県	国
中長期	腎不全	1337 万円	7,289	4,780	8,671	4,099
	脳出血・脳梗塞	475 万円	2,591	6,791	9,020	6,044
	虚血性心疾患	313 万円	1,704	4,446	5,278	3,961
短期	糖尿病	390 万円	2,127	1,450	2,042	1,182
	高血圧症	67 万円	364	432	457	259
	脂質異常症	14 万円	77	69	81	53
中長期・短期 合計		2597 万円	14,151	17,968	25,550	15,598

※一人あたり医療費（円・年額）＝各医療費÷被保険者数で算出

※KDB システム（疾病別医療費分析（中分類））より

外来医療費		2 億 4386 万円	【外来】一人あたり医療費（円）の比較			
最大医療資源傷病名		医療費	与論町	同規模	県	国
中長期	腎不全	1163 万円	6,341	16,719	25,661	15,781
	脳出血・脳梗塞	60 万円	329	943	1,546	825
	虚血性心疾患	444 万円	2,418	1,933	2,274	1,722
短期	糖尿病	1739 万円	9,475	21,925	20,864	17,720
	高血圧症	1132 万円	6,171	12,793	12,272	10,143
	脂質異常症	667 万円	3,635	7,608	6,969	7,092
中長期・短期 合計		5206 万円	28,369	61,921	69,586	53,283

※一人あたり医療費（円・年額）＝各医療費÷被保険者数で算出

※KDB システム（疾病別医療費分析（中分類））より

■ 令和 4 年度（累計）医療費分析 細小分類の状況

○疾病分析 1 件当たり医療費点数が比較対象より高い疾病

	与論町	同規模	県	国
卵巣腫瘍（良性）	10,258	4,833	3,057	4,168
心臓弁膜症	32,966	15,990	10,186	16,787
胃がん	57,748	18,313	21,774	19,764
十二指腸潰瘍	8,769	3,226	3,776	3,240
肺気腫	10,374	4,175	4,563	4,157
骨がん	58,358	34,685	30,376	30,664
糖尿病網膜症	6,031	3,502	3,183	3,612
骨粗しょう症	4,411	2,411	2,746	2,200
卵巣腫瘍（悪性）	47,957	27,702	30,297	27,861
大腸がん	32,486	21,134	22,742	20,349

※82 疾病から、最大医療資源傷病名による算出

※KDB システム（疾病別医療費分析（細小分類））より

○その他分析 患者千人当たり生活習慣病新規患者数

	与論町	同規模	県	国
筋・骨格	66,953	63,089	67,021	61,526
高血圧症	25,329	15,193	17,425	13,222
脂質異常症	17,839	12,167	13,984	11,813
精神	16,738	10,046	11,911	11,650
がん	15,197	15,596	19,580	16,698
糖尿病	9,039	15,326	16,086	13,518
脂肪肝	5,286	2,286	3,414	2,179
狭心症	4,515	2,835	3,843	2,713
脳梗塞	3,744	2,557	3,237	2,342
動脈硬化症	3,304	1,996	2,813	2,140

※多い順、当月発症、有病

※KDBシステム（疾病別医療費分析（細小分類））より

■令和4年度人工透析の医療費の状況

○令和4年度（累計）国民健康保険(0～74歳)

国保	被保険者数	人工透析		医療費		
				医療費 (調剤含む)	人工透析患者の医療費 *人工透析レセプト点数を計上	
	A	B		C	D	D/C
	人数(年度末)	人数 (年度末)	被保険者 10万対	円	円	%
与論町	1,835	3	163	5億4236万円	2097万円	3.87
同規模	427,153	1,486	348	1609億2236万円	95億0095万円	5.90
県	356,708	1,970	552	1584億0856万円	129億6959万円	8.19
全国	27,488,882	89,397	325	9兆3374億1148万円	5717億5114万円	6.12

※1：人数は、年度末(R5年3月時点)の人数を計上

※2：人工透析患者の医療費は、人工透析レセプト点数を計上

※KDBシステム（地域の全体像の把握、医療費分析(1)細小分類、疾病別医療費分析大分類）より

○令和4年度（累計）後期高齢者医療(65～74歳)

後期高齢者 医療 (65～74歳)	被保険者数	人工透析		医療費		
				医療費 (調剤含む)	人工透析患者の医療費 *人工透析レセプト点数を計上	
	A	B		C	D	D/C
	人数(年度末)	人数(年度末)	被保険者 10万対	円	円	%
与論町	9	0	0	1732万円		0.00
同規模	5,688	727	12,781	117億2839万円	45億5166万円	38.81
県	2,896	286	9,876	69億4114万円	19億6402万円	28.30
全国	254,644	33,204	13,039	5581億3507万円	2104億7473万円	37.71

※1：人数は、年度末(R5年3月時点)の人数を計上

※2：人工透析患者の医療費は、人工透析レセプト点数を計上

※KDBシステム（地域の全体像の把握、医療費分析(1)細小分類、疾病別医療費分析大分類）より

○後期高齢者医療(75歳以上)

後期高齢者 医療 (75歳以上)	被保険者数	人工透析		医療費		
				医療費 (調剤含む)	人工透析患者の医療費 *人工透析レセプト点数を計上	
	A	B		C	D	D/C
	人数(年度末)	人数(年度末)	被保険者 10万対	円	円	%
与論町	949	1	105	9億2241万円	470万円	0.51
同規模	362,416	2,141	591	2860億3519万円	136億9230万円	4.79
県	268,170	1,920	716	2678億9426万円	131億0029万円	4.89
全国	18,998,051	130,553	687	15兆5577億5162万円	8378億0400万円	5.39

※1：人数は、年度末(R5年3月時点)の人数を計上

※2：人工透析患者の医療費は、人工透析レセプト点数を計上

※KDBシステム（地域の全体像の把握、医療費分析(1)細小分類、疾病別医療費分析大分類）より

■令和4年度人工透析の医療費の状況新規透析導入

与論町 (0歳～74歳)	人工透析 患者 実人員				被保険者数	被保険者10万 人あたり新規 透析導入者
		新規透析 導入者	糖尿病性 腎症	糖尿病有		
R1	5	1	1	1	1,959	51
R2	2	0	0	0	1,932	0
R3	3	0	0	0	1,918	0
R4	4	1	1	1	1,835	54

※新医療費分析システム（新規患者一覧）より

※被保険者10万人あたりの新規人工透析導入者=新規人工透析導入者÷被保険者数×100,000にて算出

※各年度にて人工透析導入期加算レセプト等のある者を集計

(3) 介護

令和４年度の１号認定率は、18.1％であり、鹿児島県、同規模市町村、全国と比較すると若干低い割合となっています。介護度別での割合で鹿児島県、同規模市町村、全国と比較すると、要支援１．２の割合が10％以上低く、要介護３以上の割合が10％以上高くなっています。

介護認定者の有病状況をみると、全体に占める割合は心臓病が最も高く、次いで筋・骨格、高血圧症となっています。また、脳疾患の割合が、令和４年度で33.4％と平成30年度と比較して増加しています。

■ 令和４年度（累計） 介護認定状況

		与論町		鹿児島県	同規模	国
		実数	認定率	認定率	認定率	認定率
１号認定者		327	18.1	20.1	19.4	19.4
新規認定者		9	0.3	0.3	0.3	0.3
介護度別 総件数・割合	要支援 1.2	185	3.5	15.3	13.2	12.9
	要介護 1.2	2,298	43.4	45.3	46.8	22.7
	要介護 3 以上	2,812	53.1	39.4	40.1	40.8
２号認定者		11	0.6	0.4	0.4	0.4

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

※ＫＤＢシステム（地域の全体像の把握）より

■ 介護認定者の有病状況の割合（％）（各傷病レセプトを持つ介護認定者の状況）

傷病名	H30 年度（累計）				R04 年度（累計）			
	与論町	鹿児島県	同規模	国	与論町	鹿児島県	同規模	国
糖尿病	13.1	22.5	21.9	22.4	13.0	23.7	22.6	24.3
高血圧症	46.5	58.7	54.8	50.8	48.0	59.0	54.3	53.3
脂質異常症	29.3	29.9	27.3	29.2	28.5	32.8	29.6	32.6
心臓病	54.6	67.3	61.9	57.8	56.6	66.9	60.9	60.3
脳疾患	29.7	33.9	26.9	24.3	33.4	31.3	23.8	22.6
悪性新生物	9.0	11.4	10.1	10.7	13.7	12.3	11.0	11.8
筋・骨格	50.9	60.8	54.2	50.6	51.6	61.0	54.1	53.4
精神	29.6	41.7	38.3	35.8	39.5	42.7	37.8	36.8
※認知症（再掲）	18.7	29.0	25.1	22.9	20.5	30.4	25.1	24.0
アルツハイマー病	16.0	23.8	20.1	18.3	15.1	23.5	19.0	18.1

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

※ＫＤＢシステム（地域の全体像の把握）より

(4) その他の統計データ

○保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度であり、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成がなされます。与論町においても、同制度を有効に活用しながら、より質の高い保健事業に取組めるように計画の策定を勧めます。

令和5年度の得点状況をみると、合計点数は513点で、達成割合は54.6%となっており、全国順位は第1,146位となっています。

項目別にみると、いずれの項目もプラスとなっている一方、国平均・県平均と比較して特に「特定健診受診率・特定保健指導実施率・メタボ該当者及び予備軍の減少率」「個人インセンティブ・分かりやすい情報提供」「重複服薬者に対する取組の実施状況」の得点が低い状況です。

■ 保険者努力支援制度の得点状況

		令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和5年度		
						与論町	国平均	県平均
点数	総点数（満点）	880点	995点	1000点	960点	940点		
	合計点数	581	674	688	592	513	556	605.6
	達成割合	66.0%	67.5%	68.8%	61.7%	54.6%	59.2%	64.4%
	全国順位	375	252	230	716	1146	—	—
保険者 共通	①特定健診受診率・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者及び予備軍の減少率	65	30	10	10	10	54	70
	②がん検診受診率・歯周疾患（病）検診受診率	55	33	60	70	67	40	43
	③糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	50	120	120	120	95	84	88
	④個人インセンティブ・分かりやすい情報提供	75	50	95	25	20	50	48
	⑤重複服薬者に対する取組の実施状況	50	50	50	50	30	42	41
	⑥後発医薬品の促進の取組・使用割合	75	130	110	130	70	62	92
国保 固有	①収納率向上に関する取組の実施状況	60	60	40	50	65	52	50
	②データヘルス計画策定状況	50	40	40	30	25	23	22
	③医療費通知の取組の実施状況	25	25	25	20	15	15	14
	④地域包括ケア推進の取組の実施状況	5	25	20	20	20	26	25
	⑤第三者求償の取組の実施状況	35	40	38	31	36	40	44
	⑥適正化かつ健全な事業運営の実施状況	36	69	80	36	60	69	67

3. 前期計画の評価と見直し

与論町では、国保加入者の「健康寿命の延伸・QOL の向上」と「医療費の適正化」に向けて、第 2 期データヘルス計画に則して、下記のとおり「達成すべき目的」ごとに「課題を解決するための目標」を立て、各保健事業に取組みました。

「健康寿命の延伸・QOL の向上」、「医療費の適正化」



	達成すべき目的	課題を解決するための目標
中長期目標	適正受診を促進し、重症化して入院する患者を減らす。	- 入院医療費の伸び率を国並みの 10%とする。 - 必要な医療勧奨を行い、入院外医療費を 5 %伸ばす。
	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する。	- 脳血管疾患の総医療費に占める割合が 0.5%減少する。 - 虚血性心疾患の総医療費に占める割合が 1%減少する。 - 糖尿病性腎症による透析導入者 0 を維持する。
短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす。	- メタボリックシンドローム予備軍の割合（参考値） - メタボリックシンドローム予備軍の減少 14.5%（対 20 年度比） - 特定保健指導対象者の割合（参考値） - 特定保健指導対象者の減少率 25%（対 20 年度比） - 健診受信者の高血圧(160/100mmHg 以上)の割合 0.4%減少 - 健診受信者の脂質異常者(LDL160mg/dl 以上)の割合 0.5%減少 - 健診受診者の糖尿病有病者の割合 0.4%減少（HbA1c6.5 以上） - 健診受信者の HbA1c8.0%以上で未治療者の割合 0.3%減少 - 糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合 2.5%増加 - 糖尿病の保健指導を実施した割合 45%以上 - 糖尿病性腎症の保健指導対象者をアウトカム評価した割合
	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率向上により、重症化予防対象者を減らす。	- 特定健診受診率 60%以上 - 特定保健指導実施率 45%以上

	達成すべき目的	課題を解決するための目標
短期目標	がんの早期発見、早期治療	各がん検診受診率を上昇させる。 ○胃がん検診：20%以上 ○肺がん検診：30%以上 ○大腸がん検診：30%以上 ○子宮頸がん検診：30%以上 ○乳がん検診：50%以上
	歯科健診（歯周病健診）受診率を向上し、関連疾患を予防する。	歯科健診（歯周病健診含む）の受診率増加。
	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の割合が8%以上。
	後発（ジェネリック）医薬品の使用による医療費の削減。	後発（ジェネリック）医薬品の使用割合80%以上。

- 適正受診を促進し、重症化して入院する患者を減らすことを評価するための実績値は、次のとおりとなります。

指 標	実 績				
	H30	R1	R2	R3	R4
入院医療費の伸び率を国並みにする。		-14.3%			1.3%
必要な医療勧奨を行い、入院外医療費を伸ばす。		7.6%			29.7%

※各伸び率=(R1(R4)年度1人当たり医療費(月額)－H29年度1人当たり医療費(月額))/H29年度1人当たり医療費(月額)×100にて算出

※第2期データヘルス計画の中間評価（R1年度）と最終評価（R4年度）の値を算出

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

事業名	指 標	実 績					
		H29	H30	R1	R2	R3	R4
1.特定健診・ 特定保健指 導	特定健診受診率 60%増加	44.2%	46.8%	47.0%	40.6%	47.4%	45.0%
	特定保健指導実施率 60% 増加	21.5%	22.4%	19.4%	22.1%	57.6%	56.9%
	メタボ予備軍の割合減少	35.1%	41.5%	45.0%	46.5%	45.2%	41.0%
	メタボ予備軍の減少率(%) ※1 増加	-2.9%	-20.8%	-30.5%	-31.7%	-27.3%	-17.0%
	特定保健指導対象者の割合 減少	23.4%	23.6%	23.7%	23.7%	23.6%	19.3%
	特定保健指導対象者の 減少率(%)※2 増加	-21.5%	-25.3%	-25.0%	-27.7%	-25.4%	-2.9%
2.糖尿病性腎 症重症化予防	慢性腎不全(透析)の総医療 費に占める割合減少	1.51%		1.57%			1.78%
	健診受診者の糖尿病有病者 割合減少	9.6%	8.6%	9.1%	9.3%	7.9%	8.3%
	健診受診者の HbA1c8.0% 以上で未治療者の割合減少	0.72%	0.00%	0.53%	0.78%	0.49%	0.53%
	糖尿病の保健指導を実施した 割合増加			78.1%			-
	糖尿病未治療を治療に結びつ けた割合増加			3.4%			-
	糖尿病性腎症の保健指導対 象者をアウトカム評価した割合			10.7%			-

事業名	指 標	実 績					
		H29	H30	R1	R2	R3	R4
3.重症化予 防・ 受診勧奨	脳血管疾患の総医療費に 占める割合減少	2.25%		0.42%			0.99%
	虚血性心疾患の総医療費に 占める割合減少	1.30%		2.57%			1.11%
	健診受診者の高血圧 (160/100mmHg 以上)の 割合減少	5.0%	5.8%	4.8%	7.8%	10.0%	7.3%
	健診受信者の脂質異常者 (LDL160mg/dl 以上)の 割合減少	9.4%	12.3%	12.7%	13.4%	14.1%	10.8%
4.がん検診	胃がん検診受診率増加	8.7%	6.3%	6.4%	5.8%	5.4%	5.1%
	肺がん検診受診率増加	22.7%	22.0%	21.1%	25.8%	23.6%	23.9%
	大腸がん検診受診率増加	4.4%	11.0%	11.7%	10.7%	6.1%	12.5%
	子宮頸がん検診増加	8.1%	13.8%	11.8%	10.7%	15.5%	10.6%
	乳がん検診増加	26.0%	25.8%	26.1%	28.4%	31.6%	31.4%
5.歯科健診	歯科健診（歯周病健診） 受診率増加			11.9%			4.75%
6.健康インセン ティブ・健康づくり	健康ポイントの取組みを行う 実施者の割合増加			7.8%			12.38%
7.適正受診・適 正服薬（後発 （ジェネリック） 医薬品促進含 む）	後発（ジェネリック）医薬品の 使用割合 80%以上		81.7%	80.0%	83.6%	86.6%	84.5%

※ 1：メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の減少率＝{(平成 20 年度メタボリックシンドローム該当者及び予備軍推定値－当該
年度メタボリックシンドローム該当者及び予備軍推定値)／平成 20 年度メタボリックシンドローム該当者及び予備軍推定数}×100

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

※特定健診データ管理システム（法定報告）より

- 個別の保健事業については、事業計画策定（Plan）、指導の実施（Do）、効果の測定（Check）、次年度に向けた改善（Action）を 1 サイクルとして実施し、年度ごとの事業の評価、令和 2 年度に中間評価（令和元年度のデータにて評価を実施）、令和 5 年度に最終評価を実施しました。
- 不健康期間では、女性が男性の 2 倍の長さの期間があるため、女性の期間短縮に向けての取組みが求められています。
- 特定健康診査の受診率向上及び特定保健指導実施率向上については、第 3 期特定健康診査等実施計画の目標値にはおよばない状況となっています。平成 30 年度から、集団健診を年 2 回実施し、また、受診者へのインセンティブとしてゴミ袋配布を実施しています。新型コロナウイルス感染症の影響を受けながらも受診率・実施率は上昇傾向にあるため、引き続き、受診率及び実施率向上の取組みを実施していきます。
- 特定健診の結果から男性については 54.5%、女性については 25.4%がメタボリックシンドローム該当者及び予備群に該当しています。生活習慣の状況から、「20 歳時体重から 10 kg 以上増加」「1 回 30 分以上運動習慣なし」「1 日 1 時間以上運動なし」「週 3 回以上就寝前の夕食」「朝昼夕 3 食以外の間食や甘い飲み物（毎日）」「週 3 回以上朝食を抜く」「適正飲酒量以上の飲酒」の項目について割合が高いことから、メタボリックシンドロームを誘発する生活習慣となっていることがわかります。また、「咀嚼_かみにくい」の項目についても割合が高いことから、歯科検診受診勧奨及び歯科保健指導にも取り組んでいきます。
- 生活習慣病重症化予防事業では、SMR にて男女の脳血管疾患、男性の虚血性心疾患が高く、健診受診者の高血圧の割合も高いことから今後も受診勧奨への取組みが必要です。特に 40~64 歳で血圧 130/85 以上が 6 割を超えていることから、早い時期からの取組みが必要です。
- 糖尿病性腎症重症化予防事業では、健診結果説明会にて保健指導を実施し、医療機関への受診勧奨を行いました。令和 2 年度より鹿児島県が実施している糖尿病重症化予防プログラムに則り、約 6 か月間、面談を中心とした個別指導を実施し、医療機関の未受診者に対して受診勧奨を行い、糖尿病の治療へとつなげました。令和 2 年度から 2 年間は糖尿病認定看護師が専任として個別支援を実施していたこともあり、令和 2 年度には 48.5%だった未治療者の割合が令和 4 年度には 26.7%と約 20%下がっており、個別支援による効果がみられました。

また、透析については令和 4 年度の人工透析患者は 4 名で、新規での透析導入者は、令和元年度 1 名、4 年度 1 名とともに糖尿病性腎症からの透析導入となっています。腎不全に係る一人あたり入院医療費が高額になっているため、今後も糖尿病性腎症重症化予防事業の実施により、医療費の削減に取り組む必要があります。

- 介護認定者の有病状況をみると、全体に占める割合は心臓病が最も高く、次いで筋・骨格、高血圧症となっています。また、脳疾患の割合が、令和 4 年度で 33.4%と平成 30 年度と比較して増加していることから、生活習慣病への取り組みが必要です。
- 医療費の適正化については、糖尿病性腎症重症化予防事業、重症化予防・受診勧奨事業や適正受診・適正服薬（後発（ジェネリック）医薬品促進含む）事業の取り組みにより、疾患別にかかる医療費は削減効果がみられます。
- 適正受診・適正服薬では、同じ効果の薬を複数処方（重複服用）、多数の薬の投与（多剤投与・多重服薬）といった対象者に対して、本人がかかりつけ医や薬剤師へと相談しやすい媒体として活用できるようはがきによる通知を実施しました。
- 後発（ジェネリック）医薬品推進では、国が掲げている後発（ジェネリック）医薬品使用割合 80%を目標値として設定しております。
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施については、令和 6 年度より保健センターに企画調整を担う保健師等を配置し、地域包括支援センターと連携しながら事業を開始予定としています。ハイリスクアプローチでは、健康状態不明者と重症化予防（糖尿病及び高血圧）に訪問による個別指導を中心に取組み、ポピュレーションアプローチでは、通いの場を通じて、フレイル予防教室を開催予定としています。
- データヘルス計画の事業対象者は 74 歳までの方を対象とすることで、それ以降の医療費を適正化することを目的としていましたが、75 歳以上の人そのものを対象とした取組みが、医療と介護の費用の適正化に効果があるのではという考えが、地域包括ケア・一体的実施事業の背景にあるとみられています。しかし、ガイドラインで提示されている事業の効果も十分に確立されていないことから、試行錯誤しながら進めている状況にあります。

4. 健康課題のまとめ

- データ分析結果や第2期データヘルス計画の取組み状況を整理し、「健康寿命の延伸・QOLの向上」と「医療費の適正化」に向けて、以下の健康課題を抽出し、課題解決に向けて保健事業に取り組めます。

■ 健康課題

- ・ 不健康期間では、女性が男性の2倍長い。
- ・ 脳血管疾患におけるSMRが高い。また、男性の虚血性心疾患のSMRが高い。
- ・ 特定健診の受診率が低い。特に45～49歳の男女。
- ・ メタボリックシンドローム該当者及び予備軍該当者が多い。
- ・ 高血圧や脂質異常（LDLコレステロール）の未治療者が多い。
- ・ 生活習慣の状況より肥満、運動不足、適正飲酒量以上の飲酒割合が高い。
- ・ 腎不全にかかる入院医療費が高い。
- ・ 虚血性心疾患の一人当たり外来医療費が高い。
- ・ 心臓病による要介護認定者が多く、脳血管疾患の割合も増えている。



- 上記の健康課題の中でも与論町では、特に脳血管疾患におけるSMRが高く、要介護者の有病状況においても、脳血管疾患が増えていることから、次の課題を優先順位としました。

1. 脳血管疾患及び男性の虚血性心疾患のSMRが高い。
2. 高血圧、脂質異常の未治療者が多い。
3. 生活習慣の状況より肥満、運動不足、適正飲酒量以上の飲酒割合が高い。

第3章 データヘルス計画の目的と方策

1. 計画の目的

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

2. 目的を達成させる事業

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

目 的	関連する保健事業
・特定健康診査の受診を促進し、特定保健指導の利用の促進と利用者のメタボリックシンドロームの改善を図ることでメタボリックシンドロームの減少を通じた生活習慣病の予防を目的とします。	・特定健康診査（受診勧奨） ・特定保健指導
・糖尿病性腎症重症化予防のプログラムの利用及び医療機関受診を促進し、重症化予防することで、糖尿病等に伴う慢性腎不全患者および関連医療費の減少を目的とします。	・糖尿病性腎症重症化予防事業
・高血圧等のハイリスク者の医療機関受診・継続について働きかけることで、高血圧、糖尿病、脂質異常症等の生活習慣病の重症化予防に資することを目的とします。	・生活習慣病重症化予防事業
・歯科・歯周病の検診の受診促進と適切なセルフケアの推進を図ることで、歯科・歯周病及び関連疾患の予防を目的とします。	・歯科検診及び歯科にかかる保健事業
・重複受診、重複・多剤処方が改善することで、受診・服薬の適正化および後発（ジェネリック）医薬品の促進を通じた医療費適正化と健康障害予防を目的とします。	・適正受診・適正服薬
・後発（ジェネリック）医薬品の利用と切替を促進し、ハイリスク者への適切な医療等の資源の利用促進と健康状態の改善を図ることで、受診・服薬の適正化および後発（ジェネリック）医薬品の促進を通じた医療費適正化と健康障害予防を目的とします。	・後発（ジェネリック）医薬品促進
・高齢者の社会参加を促進することで、フレイルおよび要介護の予防、高齢者の社会参加と QOL の向上を目的とします。	・地域包括ケア・一体的実施

第4章 第4期特定健康診査等実施計画

1. 特定健康診査

■ 事業の概要

背景	●平成20年度より、脳血管疾患、心臓病、腎不全等の生活習慣病の原因となるメタボリックシンドロームを対象にした特定健康診査・特定保健指導が保険者に義務付けられました。 ●与論町でも、制度開始以来、特定健康診査実施計画をもとに進められており、様々な取組みを行ってきました。しかし、受診率は、45%（令和4年度）と国の指標（60%）を下回っており、さらに受診率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、再勧奨の取組みを行うことで、特定健康診査の受診率向上を目的とします。		
具体的内容	【実施内容】 ●対象：40歳～74歳の被保険者 ●実施方法：集団及び個別 情報提供対象者への通知 ●実施時期：①集団健診（年2回開催 7月～8月頃と10月～12月頃 休日を挟んだ3日～5日間の健診） 6月中旬以降に受診券の配布、町内広報誌や町内放送、SNS、データ放送への掲載にて広報活動を実施 ②個別健診（10月～3月まで 町内各医療機関の診療時間内にて実施） 10月上旬と1月中旬に未受診者向けに再勧奨ハガキの送付 ●実施体制：委託健診機関（集団健診は鹿児島厚生連病院健康管理センター） 医療機関（個別健診は与論徳洲会病院、バナウル診療所、龍美クリニック） ●健診項目：資料（別紙1、2）参照 ●費用：自己負担0円（7,156円 全額公費負担） ●受診勧奨：集団健診前にがん検診（肺がん検診や女性検診）等での受診勧奨 40歳以上の特定健診対象者全員へ受診券の発送 ●受診再勧奨：集団健診未受診者へ年2回（10月と1月）受診勧奨ハガキの送付（集団健診脱漏健診や個別健診） 健康状態不明者に対して電話勧奨 ●健診データ収集：通院中の方などへ「みなし健診」の周知 ●40歳未満の若年健診：20～30歳代の若年国保の方へ個別通知（案内文の送付）		
評価	評価指標		備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
	アウトカム	・特定健診受診率 ・受診勧奨、再勧奨者のうち受診者数や受診率（過去3年未受診者が健診を受診した人数）	・第4期特定健康診査等実施計画（令和6年度）において、国が定める市町村国保の特定健診受診率目標値は60%以上（全国70%以上）となっています。 ・保険者努力支援制度に受診率の配点が高いため、受診率向上の取組が必要となっています。 ・特定健診受診率を毎年1.5%ずつ増加させ、最終評価年度の令和11年度までに受診率54%を目指します。また、毎年未受診者受診人数の30人増加を目指します。
	アウトプット	・40歳代の健診受診率	・40歳代の健診受診率40%以上
	プロセス	・特定健診対象者への通知の適切さ ・未受診者への通知の適切さ ・医療機関、委託健診機関とスケジュールを調整する	・連携会議の実施（各機関1回以上）
	ストラクチャー	・人員、予算 ・事業体制 ・委託医療機関数、集団健診実施数 ・庁内各部署及び各医療機関、委託健診機関等との連携状況	・庁内連絡会議2回実施

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時	目標値					
		R 6	R 7	R 8（中間）	R 9	R10	R11（最終）
特定健診受診率	(R4年度) 45.0%	46.5%	48.0%	49.5%	51.0%	52.5%	54.0%
40歳代の検診受診率	(R4年度) 39.3%	40.0%	41.0%	42.0%	43.0%	44.0%	45.0%

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

2. 特定保健指導

■ 事業の概要

背景	・平成20年度より、脳血管疾患、心臓病、腎不全等の生活習慣病の原因となるメタボリックシンドロームを対象にした特定健康診査・特定保健指導が保険者に義務付けられました。特定保健指導は、特定健康診査の結果、特定保健指導が必要とされた者（積極的支援および動機付け支援）に対して、保健師等による指導を行い、メタボリックシンドロームの改善を図るものです。 ・与論町でも特定保健指導を進めていますが、実施率は56.9%（令和4年度）と国の目標（60%）を下回っています。また、メタボリックシンドローム該当者および予備群の割合の明らかな低下も認められていない状況となっています。		
目的	・特定保健指導対象者に対して、特定保健指導（積極的支援および動機付け支援）を行うことで、メタボリックシンドロームの改善を図り、ひいては被保険者全体のメタボリックシンドロームおよび関連する生活習慣病を減少させることを目的とします。		
具体的内容	【実施内容】 ●対象：集団健診・個別健診受診者のうち、「積極的支援、動機づけ支援」に該当する者（階層化や保健指導レベルについて記載） ●実施方法：個別面接、電話 ●実施機関：直営（医師、保健師、管理栄養士、歯科衛生士など）、保健指導機関への委託 ●実施時期：健診当日の初回面接、健診受診後結果報告会での初回面接の分割実施を含む保健指導の実施、初回面接後電話にて経過の確認、体重測定などの評価実施 ●費用：自己負担0円 ●利用勧奨・再勧奨：ハガキにて結果報告会の案内を個別通知、夕方の保健指導も実施		
評価	評価指標		備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
	アウトカム	・特定保健指導対象者の実施率（積極的支援、動機付け支援） ・特定保健指導対象者の終了率（積極的支援、動機付け支援） ・特定保健指導実施率目標に対する達成率（積極的支援、動機付け支援） ・利用者の腹囲2cm減少、体重2kg減量者割合	・第4期特定健康診査等実施計画（令和6年度）において、国が定める市町村国保の特定保健指導実施率の目標値は60%以上となっています。 ・第4期からアウトカム評価（腹囲2cm、体重2kg減）が導入されています。 ・特定保健指導実施率を毎年1.0%ずつ増加させ、最終評価年度の令和6年度までに実施率62.9%を目指します。
	アウトプット	・メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合の減少	・与論町はメタボリックシンドローム予備群の割合が男女ともに県平均よりも高い現状にあるためメタボリックシンドローム予備群の減少率を毎年1.0%ずつ減少させ、最終評価年度の令和6年度までに減少率14.9%を目指します。
	プロセス	・アウトカム評価を考慮した指導方法の検討と導入 ・特定保健指導の機会、時期、内容等の適切さ ・データ分析の実施の有無（メタボ予備群率の経年変化など）	・特定保健指導内容の評価 ・メタボ予備群率の経年変化
	ストラクチャー	・人員、予算 ・事業体制 ・担当者間連携会議（庁内会議）の回数 ・保健指導委託業者との連携の程度	・庁内会議2回実施

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時	目標値					
		R 6	R 7	R 8（中間）	R 9	R10	R11（最終）
特定保健指導実施率	（R4年度） ： 56.9%	57.9%	58.9%	59.9%	60.9%	61.9%	62.9%
メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合減少率	（R4年度） ： -17.0%	-15.0%	-13.0%	-11.0%	-9.0%	-7.0%	-0.5%

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

3. 個人情報の保護に関する事項

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

1. 個人情報の取扱いに関しては、「国民健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び与論町の「個人情報保護条例」に基づき、特定健診・特定保健指導のデータ保存・管理体制等について適切に対応します。
2. 特定健診・特定保健指導の実施やデータの管理、分析等を外部機関に委託する場合は、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定め、委託先の契約遵守状況を管理します。

○ 守秘義務規定

■ 国民健康保険法（昭和 33 年 12 月 27 日法律第 192 号）

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

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

第 30 条 第 28 条の規定により保険者から特定健康診査等の実施の受けた者（その者が法人である場合にあっては、その役員）若しくはその職員又はこれらの者であった者は、その実施に関して知り得た個人の秘密を正当な理由なく漏らしてはならない。

第 167 条 第 30 条の規定に違反して秘密を漏らした者は、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

○ 特定健診・特定保健指導結果のデータの保存年限は、原則 5 年とします。ただし、被保険者が資格を継続している場合は、この限りではありません。

4. 公表及び周知に関する事項

○ 第 4 期特定健康診査等実施計画については、広報やホームページ等に掲載し周知を図ります。また、特定健康診査・特定保健指導の重要性について理解が得られるよう、広報だけでなく、集会、イベント、パンフレット、ポスター等により普及啓発を図ります。

第5章 個別保健事業

1. 糖尿病性腎症重症化予防事業

■ 事業の概要

背景	・糖尿病等から生じる慢性腎臓病（CKD）による人工透析は高額な医療費となり、その予防は医療費適正化の観点から重要である。 ・その観点から、国および鹿児島県は、糖尿病性腎症重症化予防の標準的な手順を作成し、その推進を図っている。 ・与論町でも平成30年度から、糖尿病性腎症重症化予防の取組を進めている。																		
目的	・国および鹿児島県の標準的な手順に従い、糖尿病性腎症の悪化および慢性腎臓病(CKD)に進行する可能性のある者に対して医療機関への受診勧奨や保健指導等を行うことで、糖尿病性腎症の重症化を予防することを目的とする。																		
具体的内容	【実施内容】 ●対象：健診結果にて腎症2期以下で未治療者、健診未受診者のうち過去のレセプトに糖尿病名あるいは糖尿病性腎症病名がある治療中断者 ●実施方法：対象者へ電話または個別通知にて保健指導への参加を呼びかけ、順次面接を実施 保健指導参加同意の得られた対象者に関しかかりつけ医へ保健指導を報告 HbA1c6.5%以上の者に対し糖尿病重症化予防の早期介入を意識した保健指導を実施 ●実施機関：直営（医師、保健師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士など） ●費用：自己負担0円 ●実施スケジュール： （4月～）・対象者の選定：KDBを活用した糖尿病性腎症概数把握手順を元に対象者を選定 ・保健指導の計画立案 記録用紙（同意書、指示書、保健指導報告書、参加案内に関する通知文）の作成 （5月～）・町内医療機関との連携について確認 ・対象者へ保健指導参加の通知を行い順次面接を開始（保健指導参加同意書、指示書の確認） （6月～）・保健指導参加同意の得られた対象者に関しかかりつけ医へ保健指導報告 （7月～）・HbA1c6.5%以上の者に対し糖尿病重症化予防の早期介入を意識した保健指導を実施 ・対象者へ保健指導参加への案内を再度実施 ・保健指導参加同意の得られた対象者へ面談や電話でのフォロー：かかりつけ医へ保健指導報告 （12月）・最終面接：かかりつけ医へ保健指導報告 ●医療機関との連携：かかりつけ医との指示書の確認など																		
評価	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>評価指標</th><th>備考（指標の定義、目標値、評価時期など）</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">アウトカム</td><td> 【短期評価】 ・受診につながった人数（糖尿病未治療者及び中断者） </td><td>・1名以上受診につながる</td></tr> <tr> <td> 【中長期評価】 ・人工透析（新規含む）患者数 ・透析関連（腎不全）の医療費（全医療費に占める割合など） </td><td> ・人工透析（新規含む）患者数の維持または減少 ・透析関連（腎不全）の医療費の削減 </td></tr> <tr> <td>アウトプット</td><td> ・指導利用者数、率 ・勧奨数、率（保健指導に参加できなかった対象者へ再度保健指導案内を行う） </td><td>・再通知100%</td></tr> <tr> <td>プロセス</td><td> ・保健指導の支援計画立案 ・対象者選定基準の明確化（例：腎症病期、治療の有無、HbA1c、eGFRの値など） ・勧奨方法の適切さ（方法、時期、内容など） ・保健指導マニュアルに基づく実施及び見直し </td><td>・参加同意の得られた対象者の支援計画立案100%を目指す</td></tr> <tr> <td>ストラクチャ</td><td> ・人員、予算 ・医療機関からのデータ収集と管理体制 ・健診、レセプトデータの活用 ・医療機関、かかりつけ医等との連携 </td><td>・保健指導参加者全員かかりつけ医への報告100%を目指す</td></tr> </tbody> </table>			評価指標	備考（指標の定義、目標値、評価時期など）	アウトカム	【短期評価】 ・受診につながった人数（糖尿病未治療者及び中断者）	・1名以上受診につながる	【中長期評価】 ・人工透析（新規含む）患者数 ・透析関連（腎不全）の医療費（全医療費に占める割合など）	・人工透析（新規含む）患者数の維持または減少 ・透析関連（腎不全）の医療費の削減	アウトプット	・指導利用者数、率 ・勧奨数、率（保健指導に参加できなかった対象者へ再度保健指導案内を行う）	・再通知100%	プロセス	・保健指導の支援計画立案 ・対象者選定基準の明確化（例：腎症病期、治療の有無、HbA1c、eGFRの値など） ・勧奨方法の適切さ（方法、時期、内容など） ・保健指導マニュアルに基づく実施及び見直し	・参加同意の得られた対象者の支援計画立案100%を目指す	ストラクチャ	・人員、予算 ・医療機関からのデータ収集と管理体制 ・健診、レセプトデータの活用 ・医療機関、かかりつけ医等との連携	・保健指導参加者全員かかりつけ医への報告100%を目指す
	評価指標	備考（指標の定義、目標値、評価時期など）																	
アウトカム	【短期評価】 ・受診につながった人数（糖尿病未治療者及び中断者）	・1名以上受診につながる																	
	【中長期評価】 ・人工透析（新規含む）患者数 ・透析関連（腎不全）の医療費（全医療費に占める割合など）	・人工透析（新規含む）患者数の維持または減少 ・透析関連（腎不全）の医療費の削減																	
アウトプット	・指導利用者数、率 ・勧奨数、率（保健指導に参加できなかった対象者へ再度保健指導案内を行う）	・再通知100%																	
プロセス	・保健指導の支援計画立案 ・対象者選定基準の明確化（例：腎症病期、治療の有無、HbA1c、eGFRの値など） ・勧奨方法の適切さ（方法、時期、内容など） ・保健指導マニュアルに基づく実施及び見直し	・参加同意の得られた対象者の支援計画立案100%を目指す																	
ストラクチャ	・人員、予算 ・医療機関からのデータ収集と管理体制 ・健診、レセプトデータの活用 ・医療機関、かかりつけ医等との連携	・保健指導参加者全員かかりつけ医への報告100%を目指す																	

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時	目標値					
		R 6	R 7	R 8（中間）	R 9	R10	R11（最終）
受診につながった人数	-	1名	1名	1名	1名	1名	1名

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

2. 生活習慣病重症化予防事業

■ 事業の概要

背景		●高血圧、脂質異常症、糖尿病等を放置することで、脳血管疾患や心臓病等の循環器疾患を発症する可能性が高まる。これらは特定健康診査等により早期に発見することができ、必要に応じて医療機関の受診や治療および生活習慣の改善により、重症化を予防することが可能である。 ●与論町でのレセプトの分析の結果、高血圧、脂質異常の患者数は他の疾病に比較して有病者が多く、かつ増加している。また、これらの疾病の生活習慣病に関連する医療費は全体のうち多くを占める。 ●与論町では、特定健診および若年者健診結果を個人に報告書として返却するとともに、糖尿病性腎症重症化予防事業に加えて、高血圧や脂質異常症の有所見者には受診勧奨と保健指導を行っている。	
目的		●循環器疾患の予防、高血圧や脂質異常症等の生活習慣病の有病率の低下を目指して、特定健康診査等の結果をもとに結果通知、受診勧奨、保健指導により、医療機関の受診が必要な人を受診および治療に結び付けることを目的とする。	
具体的内容		【実施内容】 ●対象：過去のレセプトに高血圧・脂質異常等で治療歴のある治療中断者及び未治療者 ①高血圧：Ⅱ度高血圧以上の未治療者，②脂質異常：LDLコレステロール160以上の未治療者 ●実施者：直営（保健師、看護師、栄養士など） ●受診勧奨の方法：対象者へ個別通知または電話や訪問など現状の確認及び保健指導実施 受診勧奨リーフレットの送付 ●保健指導の内容：特定健診の結果及びレセプト情報を活用して、対象者の生活環境、就労状況、生活習慣等を把握し、心身の特性の変化、ライフステージ等に応じた保健指導や医療機関への受診勧奨を行う ●再勧奨：再度、治療中断者及び未受診者宛てに個別通知または電話、訪問による再勧奨を実施 ●実施スケジュール： （4月～）・保健指導の計画立案 受診勧奨リーフレットの作成 （5月～）・町内医療機関との連携について確認 （9月～）・特定健診の結果及びレセプト情報を活用し対象者の選定 （過去のレセプトに高血圧等で治療歴のある治療中断及び未治療者） ・対象者へ受診勧奨リーフレットを通知 （10月）・対象者へ電話または訪問による現状の確認及び保健指導を実施 保健指導実施後その都度かかりつけ医へ保健指導報告 （12月）・再勧奨個別通知または電話や訪問を実施	
評価		評価指標	備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
	アウトカム	【短期】 ・受診勧奨者、指導者のうち医療機関を受診した者の人数	・5名以上受診につながる
		【中長期】 ・要医療者のうち未治療者割合 ・健診における有所見者の割合	【中長期】 ・要医療者のうち未治療者の減少 ・健診における有所見者の割合の減少
	アウトプット	・勧奨者数、率（保健指導でできなかった対象者へ再度保健指導案内を行う） ・実施率（指導利用者数）	・再通知100%
	プロセス	・受診勧奨の方法の適切さとその検討 ・対象者の人数把握 ・勧奨後の受診状況の把握	・対象者の支援計画立案100%を目指す
	ストラクチャー	・医療機関等との連携 ・予算	・連携会議年1回実施

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時	目標値					
		R 6	R 7	R 8（中間）	R 9	R10	R11（最終）
受診勧奨者、指導者のうち医療機関を受診した者の人数	-	5名	5名	5名	5名	5名	5名

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

3. 歯科検診及び歯科にかかる保健事業

■ 事業の概要

背景	●う蝕および歯周病に代表される歯科疾患は、食生活や社会生活等に支障をきたし、全身の健康、さらに食事や会話等への生活の質への影響がある。 ●与論町では、健康長寿課による歯周病検診を実施しているが、受診率が伸び悩んでいるのが現状である。また、歯科医療費は年々増加傾向にあり、医療費の点からも対策が必要となってくる。		
目的	●歯科（歯周含む）に関連する疾患および歯科疾患が影響する全身疾患の予防、生活の質の向上を目指して、健康長寿課と連携し、歯科健診の受診率を向上することを目的とする。		
具体的内容	【実施内容】 ●対象：健康増進法による歯周疾患検診の対象者（40歳、50歳、60歳及び70歳） ●実施機関：児玉歯科医院、さだむら歯科医院へ委託 ●費用：自己負担0円 ●実施スケジュール：住民健診の機会にあわせて歯周病検診を実施 （年2回開催 7月～8月頃と10月～12月頃 休日を挟んだ3日～5日間の健診） 6月中旬以降に受診券の配布（個別通知）、町内広報誌や町内放送、SNS、データ放送への掲載にて広報活動を実施 検診後、検診結果に基づき歯科衛生士による個別歯科保健指導及び歯科相談を実施 ●その他： ・妊婦歯科健診の受診勧奨（母子手帳発行時より全員へ個別に受診勧奨） 無料の受診券を発行 ・幼児歯科健診を実施 むし歯のない者へ表彰状を送付 ・幼児歯科健診にあわせて希望者へ成人歯科健診を実施 （飲み物やおやつに含まれる糖分量、幼児に与える影響等について歯科保健指導実施） ・学校保健会と連携してこども園・学校での歯や口の健康づくりに取り組む ・歯や口腔に関する専門家を配置する ・8020運動達成のために歯科医師会や「8020運動」推進連絡協議会と連携をとり達成者の表彰を行う		
評価	評価指標		備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
	アウトカム	●歯科健診後（要精検者）受診率 ●歯科に関連した医療費や傷病患者数・率 ●過去1年間に歯科健診または予防的歯科ケアを受けた人の割合	・歯科に関連した医療費や傷病患者数の減少
	アウトプット	●<u>歯科健診受診率</u>	・前年度より受診率1%以上の増加を目指す
	プロセス	●受診勧奨は行われているか（特定健診の受診勧奨とともに実施） ●受診推奨方法は適切か（内容、発送時期、対象者など）	・関係者と課題を共有し支援計画をたてる（2回実施）
	ストラクチャー	●予算 ●関連部署・組織等との連携（衛生部門、歯科医院など） ●歯科健診の機会（集団健診・特定健診との同時実施）	・関係機関との連携会議年2回実施

※下線は重要な指標（KPI相当）

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時	目標値					
		R 6	R 7	R 8（中間）	R 9	R10	R11（最終）
歯科検診（歯周病健診含む）受診率	（R4年度） ：4.75%	8.0%	10.0%	12.0%	14.0%	16.0%	18.0%

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

4. 適正受診・適正服薬

■ 事業の概要

年度	令和6年度	担当部門	健康長寿課
背景	● 重複受診、頻回受診、重複服薬、多剤投与（ポリファーマシー）、併用禁忌は、医療費適正化の観点だけでなく、薬の副作用を予防する点からも重要である。 ● データヘルス計画の中で、これらを予防する適正受診・適正服薬の取組が進められている。 ● 与論町では、適正受診・適正服薬促進に向けて、重複服薬、多剤投与者への通知を行っている。		
目的	● 重複服薬、多剤投与（ポリファーマシー）等の人に対して、通知を行うことで、それらを適正化することを目的とし、ひいては不適正と考えられる受診・服薬を減少させる。		
具体的内容	【実施内容】 ● 対象：重複服薬者・・・同一月に薬効が同じ薬剤が2機関以上の医療機関から処方されている被保険者。 多剤投与者・・・同一月に1日以上、15剤以上の薬剤を処方されている被保険者。 ● 通知等の内容：服薬情報の通知 ● 実施スケジュール：2月分は7月に、8月分は1月に通知し、前年度より対象者が減少しているか評価を行う。 ● 普及啓発等：庁舎内に社会法人日本薬剤師会・社会法人日本病院薬剤師会が作成しているチラシを設置し、お薬手帳を一冊にまとめることやポリファーマシーに関する周知・啓発を行う。また、庁舎内に日本OTC医薬品協会が作成している冊子を設置し、セルフメディケーションの促進のための周知・啓発を行う。 ● 評価方法：前年度より対象者が減少しているかで評価する。		
評価	評価指標		備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
	アウトカム	【短期】 ・通知後の対象者の減少	
		【中長期】 ・前年度からの対象者の減少	
	アウトプット	・対象者に対して100%通知する	
	プロセス	・重複、多剤投与者等の概算の把握 ・対策実施による効果検証の実施 ・お薬手帳、ポリファーマシー等に関する普及、啓発の実施 ・対象者の抽出の適切さ（抽出基準、人数など）のその検討 ・通知媒体の内容の適切さとその検討 ・お薬手帳の利用率（薬局では把握可能） ・かかりつけ薬局、かかりつけ医を持つ人数、割合（地域薬剤師会で把握）	
	ストラクチャー	・医師会、薬剤師会等との連携 ・委託業者との連携 ・協力薬局数	

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時	目標値					
		R 6	R 7	R 8（中間）	R 9	R10	R11（最終）

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

5. 後発（ジェネリック）医薬品促進

■ 事業の概要

年度	令和6年度	担当部門	健康長寿課
背景	●医療費の適正化に当たり、その多くを占める薬剤費の伸びを抑制するため、後発（ジェネリック）医薬品の使用促進が行われている。国は、後発（ジェネリック）医薬品使用割合の目標を80%（数量シェア）と掲げている。 ●与論町国保でも、差額通知などにより、後発（ジェネリック）医薬品利用促進を進めている。		
目的	●医療費適正化を推進するため、差額通知および普及啓発等の取組を通じて、後発（ジェネリック）医薬品の利用を促進し、その利用率を高めることを目的とする。		
具体的内容	【実施内容】 ●対象者の設定：後発医薬品の未使用者のみを対象 ●通知等の方法：ハガキにて年3回の通知 ●実施スケジュール：3月に通知を行い7月に通知前後の削減効果について評価を実施する ●普及啓発、情報提供：被保険者に対し、後発医薬品についての更なる理解の促進を図るため差額通知書内に後発医薬品の品質や使用促進の意義等に関する情報を記載 ●評価：通知前後で後発医薬品への切り替え率及び切り替えによる削減額		
評価	評価指標		備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
	アウトカム	【短期】 ●通知前後による通知者の後発（ジェネリック）医薬品切替率が増加したか ●後発（ジェネリック）医薬品切替により医療費が削減されたか	
	アウトカム	【中長期】 ●後発（ジェネリック）医薬品の使用割合が80%以上	
	アウトプット	●対象者へ差額通知を必ず行う ●後発（ジェネリック）医薬品希望カードケースを必ず交付する。	
	プロセス	●後発（ジェネリック）医薬品の使用状況（年齢別、薬品別等）のデータ分析の有無 ●事業計画における数値目標の設定の有無 ●差額通知による切替状況の把握等の効果検証の有無 ●差額通知等における後発（ジェネリック）医薬品の品質などについての情報提供の有無 ●差額通知対象者や差額通知での情報提供の内容などの適切さについての検討と見直しの有無 ●後発（ジェネリック）医薬品希望カードケースの配布の実施の有無 ●費用対効果・便益の検討の有無	
	ストラクチャー	●医師会、薬剤師会等を含む連携会議などの設置 ●後発（ジェネリック）医薬品の使用状況、事業の評価等のデータ分析を実施できる体制 ●予算の確保	

※下線は重要な指標（KPI相当）

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時	目標値					
		R 6	R 7	R 8（中間）	R 9	R10	R11（最終）
後発医薬品の使用割合	（R4年度） :84.5%	85%	85%	86%	86%	86%	86%

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

6. 地域包括ケア・一体的実施

■ 事業の概要

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る。 ● 与論町では、健康長寿課内の連携を中心に、令和6年度より事業を開始予定としています。		
目的	● 課内、関係機関と連携し、通いの場等を活用した高齢者の社会参加を推進するとともに、要介護やフレイルのリスクを持つ高齢者に対して、訪問等による保健指導や関係機関へのつなぎを行い、ひいては高齢者の健康状態を改善する事を目的とする。		
具体的内容	<ハイレスクアプローチ> ● 対象者：①健康状態不明者（新医療費分析にて抽出された健診未受診者かつ医療機関未受診者） ②糖尿病、高血圧症で薬剤を中止している治療中断者 ● 実施方法：電話及び個別訪問 ● 実施者：保健師，看護師，管理栄養士 ● 実施内容：本人の健康状態や生活状況に応じて医療や介護サービス、地域資源（サロン等）につなぐ。 <ポピュレーションアプローチ> ● 対象者：サロン参加者(11サロン) ● 実施方法：集団に対する健康教育・健康相談 ● 実施者：保健師，看護師，管理栄養士，歯科衛生士，食生活改善推進員 ● 実施内容：後期高齢者の質問票等の活用により抽出されたフレイル状態にある高齢者等を中心に、健康教育、健康相談を実施。 <課内の連携> ・健康長寿課（後期高齢者医療担当，介護保険担当、国保担当） ・健康長寿課 地域包括支援センター（介護予防事業担当） ・健康長寿課 保健センター（国保保健事業担当） <実施スケジュール> 4月～5月 町内検討、支援従事者との支援方針の確認・学習会 5月～翌年2月 個別訪問、健康教育・健康相談、保健指導 翌年3月 事業評価及び実績とりまとめ、次年度への見直し		
評価	評価指標		
	アウトカム	【短期】 ・訪問、指導、支援等によるフレイル、栄養状況等改善割合 ・必要な施設等につなげた割合	備考（指標の定義、目標値、評価時期など）
	アウトカム	【中長期】 ・フレイル、低栄養の割合 ・要介護等の認定者数、率	
	アウトプット	・事業（指導、訪問、支援等）の実施数、割合 ・通いの場の数、参加人数	
	プロセス	・地域包括ケアの議論の場への国保部門としての参画、地域課題の共有、対応策の検討 ・地域支援事業への国保部門としての参画 ・K D B等を活用した前期高齢者等ハイレスク群、予備群等の抽出と国保部門としての支援	
	ストラクチャー	・専門職の確保、配置 ・国保部門も参加する地域包括ケアの議論の場の設定 ・他部門との連携	

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画策定時	目標値					
		R 6	R 7	R 8（中間）	R 9	R10	R11（最終）
（広域連合から提示された評価指標を活用予定）							

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

第6章 評価・見直し

1. 評価の基本的事項

- 計画はPDCAサイクルに則り、年度内、年度ごと、中間評価（令和8年）、最終評価（令和11年）で評価と見直しを行います。（時期について記載）
- 健康長寿課において評価と見直しを検討・審議し、国保運営協議会へ報告を行います。（評価と見直しの主体を記載）
- 評価と見直しに当たっては、庁内の関連他課、医療関係者、国保連合会（保健事業支援・評価委員会含む）、鹿児島県・保健所等からの意見や助言をもらいます。（関係者からの助言など）

2. 計画全体の評価と見直し

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

ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム
・計画を策定するために十分な人員や予算が確保 ・事業運営委員会などを設置する等、関係者との連携	・健診・医療・介護データ、その他の統計資料、日頃の活動の中で収集した質的情報等のデータに基づいて現状分析を実施 ・現状分析を踏まえたうえで、課題抽出、事業選択	・重症化予防事業の実施の有無を含め、データヘルス計画に記載した保健事業をどの程度実施したか	・健康寿命が何年延長したか ・医療費（総、傷病別）一人あたり（特に生活習慣病に焦点を当てる） ・データヘルス計画の目的・目標に達することができたか

第7章 その他

1. 計画の公表・周知

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

2. 個人情報の取扱い

- 健診データやレセプトに関する個人情報は、一般的には個人情報の保護に関する法律（個人情報保護法）に定める要配慮個人情報に該当するため、他の個人情報よりも慎重に取扱います。
- 個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じています。
- 個人情報の取扱いについては、「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（行政機関等編）」(http://www.ppc.go.jp/files/pdf/230401_koutekibumon_guidelines.pdf)を参照しています。
- 計画の策定支援業務を外部事業者に委託し、健診結果やレセプトデータ等を当該事業者に渡す場合には、個人データの盗難・紛失を防ぐための安全管理措置等に留意して委託仕様等を作成するとともに、委託先において安全管理措置等が適切に講じられるよう、必要かつ適切な管理、監督するなど万全の対策を講じています。

第 3 期 与論町国民健康保険データヘルス計画

(令和 6 年度～令和 11 年度)

令和 6 年 3 月 発行

編集・発行 与論町役場 健康長寿課 国民健康保険係
与論町役場 健康長寿課 保健センター

住 所 〒891-9301
鹿児島県大島郡与論町茶花 1418 番地 1

電 話 0997-97-4992 (国民健康保険係)
0997-97-5105 (保健センター)