

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)  
【第4期特定健康診査等実施計画含む】

令和7年2月  
伊仙町

## 目次

第1章	計画の基本的事項	.....	p 1
1.	制度の背景	.....	p 1
2.	他計画との関係性	.....	p 2
3.	目的	.....	p 2
4.	計画期間	.....	p 3
5.	実施体制・関係者連携	.....	p 3
第2章	現状の整理	.....	p 5
1.	保険者の特性	.....	p 5
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 7
3.	前期計画の評価と見直し	.....	p 2 6
4.	健康課題のまとめ	.....	p 3 2
第3章	データヘルス計画の目的と方策	.....	p 3 3
1.	計画の目的	.....	p 3 3
2.	目的を達成させる事業	.....	p 3 3
第4章	第4期特定健康診査等実施計画	.....	p 3 4
1.	特定健康診査	.....	p 3 4
2.	特定保健指導	.....	p 3 6
3.	個人情報保護に関する事項	.....	p 3 8
4.	公表及び周知に関する事項	.....	p 3 8
第5章	個別保健事業		
1.	糖尿病性腎症重症化予防事業	.....	p 3 9
2.	医療機関受診勧奨	.....	p 4 1
3.	がん検診	.....	p 4 3

4. 歯科健診 …… p 45
5. 健康インセンティブ・健康づくり …… p 47
6. 適正受診・適正服薬促進 …… P49
7. 後発(ジェネリック)医薬品 …… p 51
8. 地域包括ケア推進・一体的実施事業 …… p 53

第6章 評価・見直し …… p 55

1. 評価の基本的事項 …… p 55
2. 計画全体の評価と見直し …… p 55

第7章 その他 …… p 56

1. 計画の公表・周知 …… p 56
2. 個人情報の取扱い …… p 56

## 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。
- 伊仙町では、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 30 年 3 月に「データヘルス計画（第 2 期計画）」を策定しました。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、見直しを行ってまいります。
- 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。

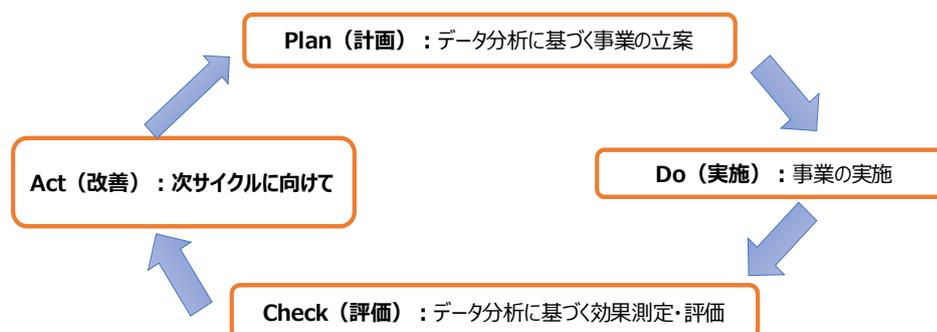
## 2. 他計画との関係性（保健事業）

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、都道府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、市町村に策定努力義務がある。健康づくりに関連して、指標や目標値が共通する点もある。関連する事業（保健指導、健康教育、インセンティブなど）が含まれている。
介護保健事業（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定の実施の事業が共通する場合は、連携の必要がある。
伊仙町長期振興計画(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

- 計画は健康増進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、地域福祉課と連携しながら、健康診断、保健指導等を実施します。（伊仙町内の連携と役割分担）
- 地域の医療等関係者として、島内の医療機関及び歯科医療機関、島内薬局等の薬剤師または、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。
- 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。

### 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	伊仙町 健康増進課	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 計画の実施主体として、計画立案、進捗管理、評価、見直し等</li> <li>● 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</li> </ul>
伊仙町 内連携	健康増進課	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 健康増進計画との調整</li> <li>● 健診、保健指導、健康教育等での連携</li> <li>● データや分析結果の共有</li> </ul>
	地域福祉課	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護保健事業計画との調整</li> <li>● 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</li> <li>● データや分析結果の共有</li> </ul>

実施体制機関		主な連携と役割
行政	鹿児島県・保健所	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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</li> <li>● 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</li> <li>● 現状分析のために都道府県が保有するデータの提供</li> </ul>
保健医療関係者	島内医療機関、 歯科医療機関、 薬局薬剤師等	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 計画策定、評価・見直し等への助言</li> <li>● 健康診断、保健指導への協力</li> <li>● 日常的な意見交換や情報提供</li> </ul>
	学識経験者等	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 計画策定、評価・見直し等への助言</li> </ul>
保険関係機関	後期高齢者医療 広域連合	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 地域包括ケア・一体的実施での協力</li> <li>● 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</li> </ul>
	国民健康保険 団体連合会	<ul style="list-style-type: none"> <li>● KDB 等のデータ分析やデータ提供に関する支援</li> <li>● 研修会等での人材育成、情報提供</li> <li>● 保健事業支援・評価委員会からの支援</li> </ul>
	保険者協議会	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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</li> <li>● 保険者間で連携した保健事業の展開</li> </ul>
被保険者	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 地域組織等を含む被保険者との意見交換や情報提供</li> <li>● 国保運営協議会等への参画</li> <li>● 健診の受診勧奨や保健指導の利用勧奨等への協力</li> </ul>

## 第2章 現状の整理

### 1. 伊仙町の特性

#### (1) 伊仙町の基本情報

○本町は、鹿児島市から南南西約450キロメートルの洋上にある徳之島の南西部に位置し、徳之島は鹿児島市から空路で約60分、海路で約14時間半の距離にあります。徳之島全島の総面積247.8km<sup>2</sup>うち、本町は62.7km<sup>2</sup>で、平均気温は21.1度、気候は亜熱帯海洋性気候です。人口6,139人高齢化率は37.8%と高くなっています。

本町の人口ピラミッドは、子宝の町とも知られるように年少人口は約14.4%と全国平均よりは高く、生産年齢は減少していますが、高齢化人口は増えており、特に前期高齢者が増加している傾向にあります。

#### (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年度で伊仙町の人口全体に占める割合は、33.6%となっております。被保険者は、平成29年から減少傾向にあります。年齢階級別で見ると、65歳以上の定年退職後以降の加入者が全体の41.7%を占めており、微増している状況にあります。

#### ■伊仙町の国民健康保険の加入状況（令和4年度）

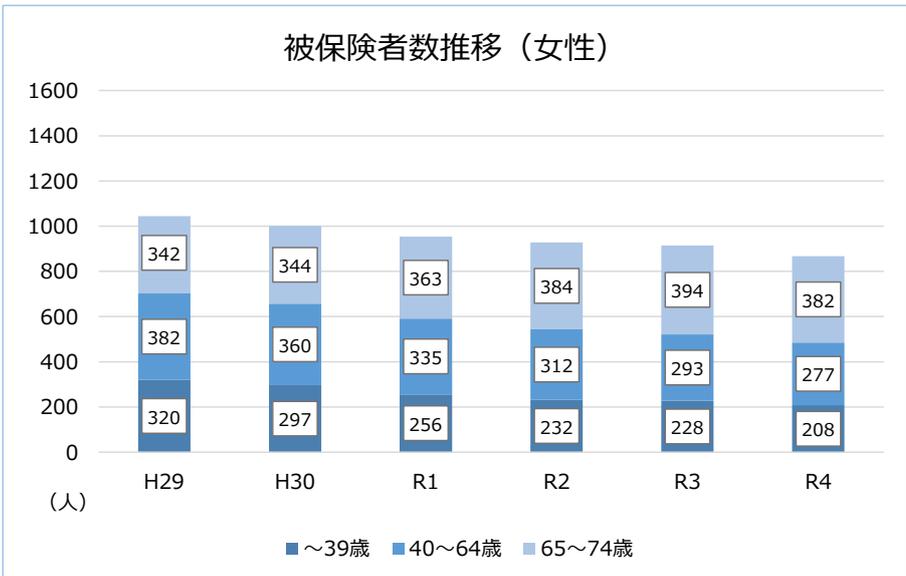
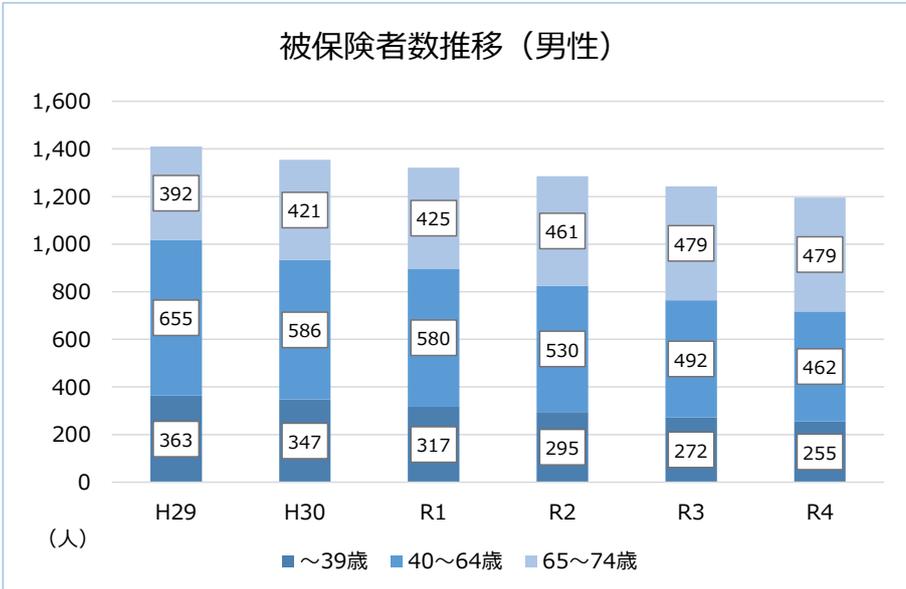
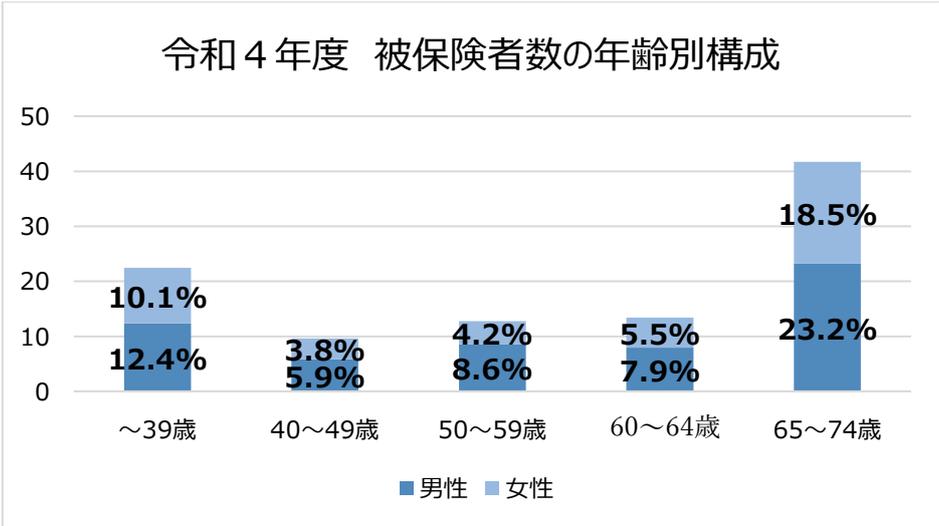
人口総数	高齢化率 (65歳以上)	国民健康保険者数	国民健康保険 加入率
6,139人	37.8%	2,063人	33.6%

※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）

伊仙町	男性			女性			総計			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	
H29	363	655	392	320	382	342	683	1,037	734	2,454
H30	347	586	421	297	360	344	644	946	765	2,355
R1	317	580	425	256	335	363	573	915	788	2,276
R2	295	530	461	232	312	384	527	842	845	2,214
R3	272	492	479	228	293	394	500	785	873	2,158
R4	255	462	479	208	277	382	463	739	861	2,063

※KDBシステム（被保険者構成）より



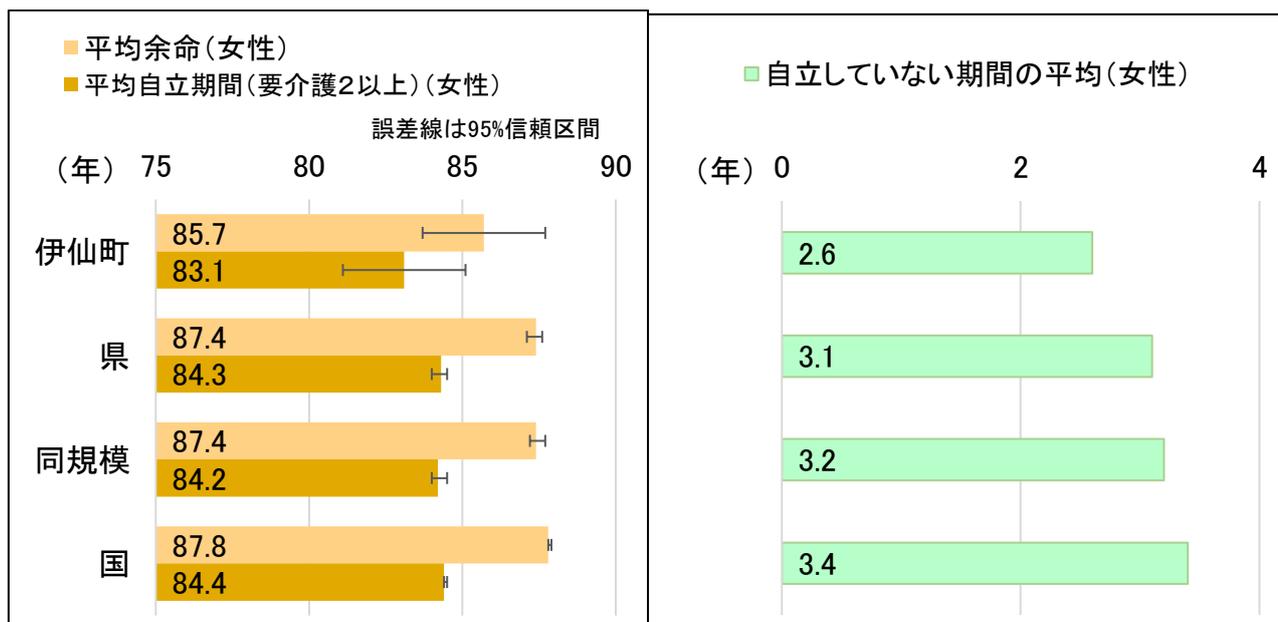
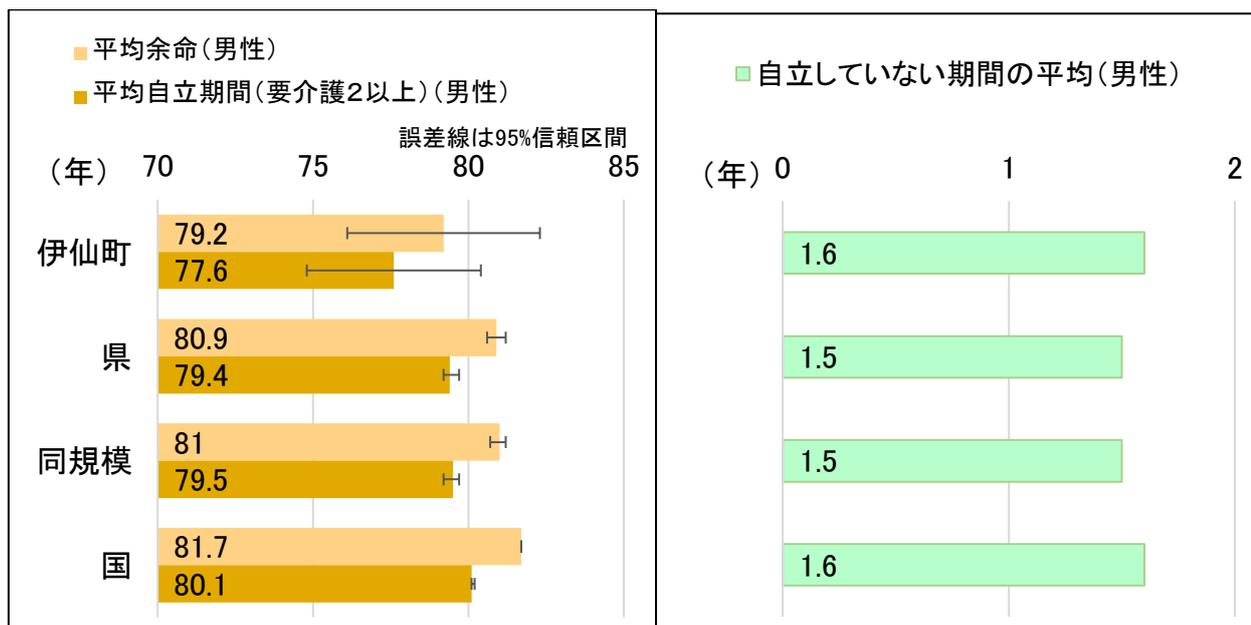
※KDB システム (被保険者構成) より

## 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

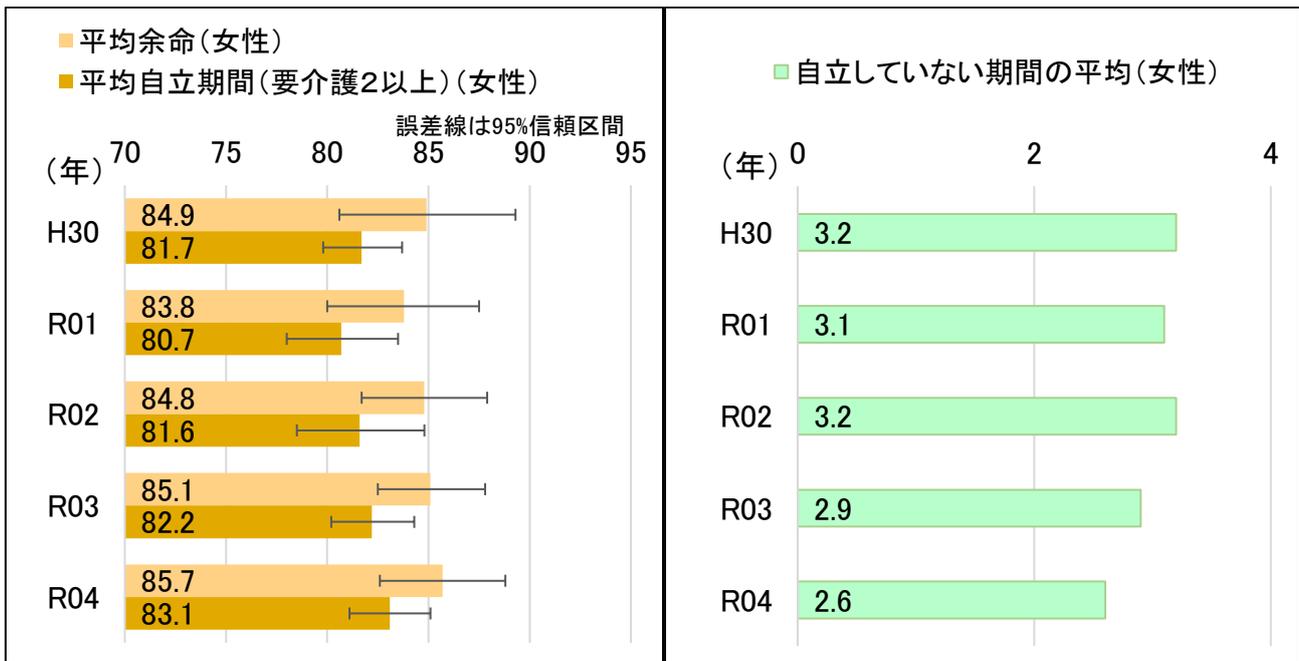
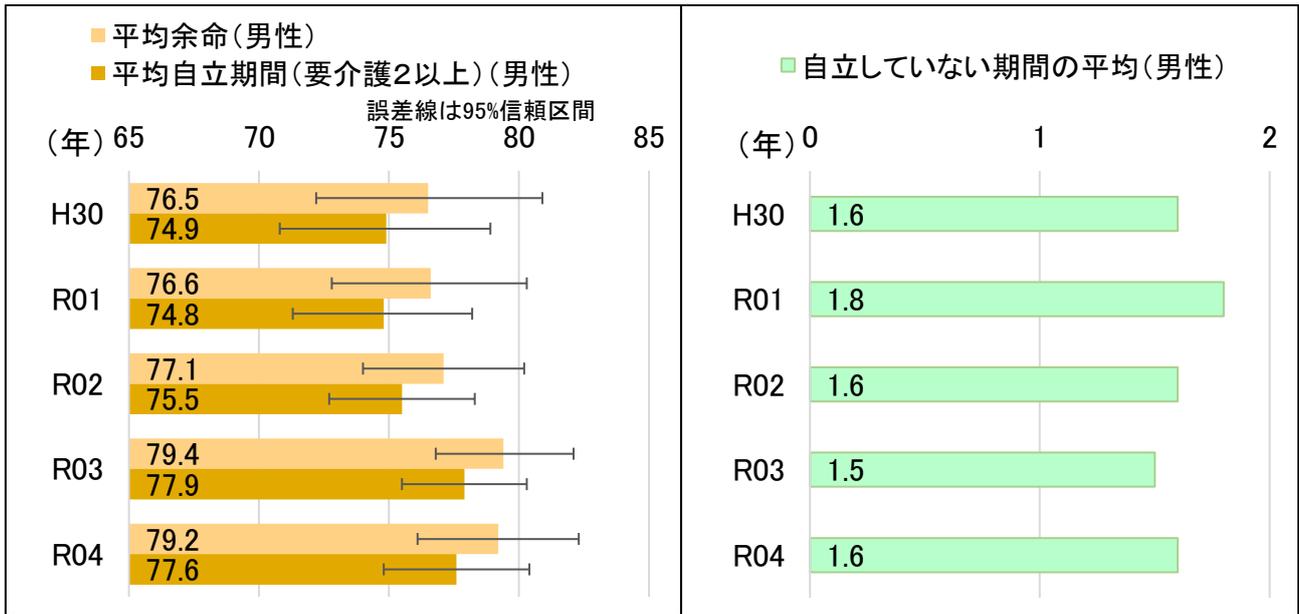
### (1) 平均余命について

- 平均余命をみると、令和4年度で男性79.2歳、女性85.7歳。平均自立期間は、男性77.8歳、女性83.1歳となっており、男性女性ともに鹿児島県、全国と比較すると短くなっています。不健康期間（平均自立期間）については、女性が男性の1.6倍以上となっており、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））



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



※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。

- 経年で見ると、男性の令和 4 年度は前年度より 0.2 ポイント短くなっていますが、大方男女共に平均余命は徐々に伸びています。平均自立期間は、令和 4 年度は男女差が縮まりましたが女性は男性の約 2 倍以上です。しかし、令和 3 年度より女性の不健康期間がやや短くなってきています。

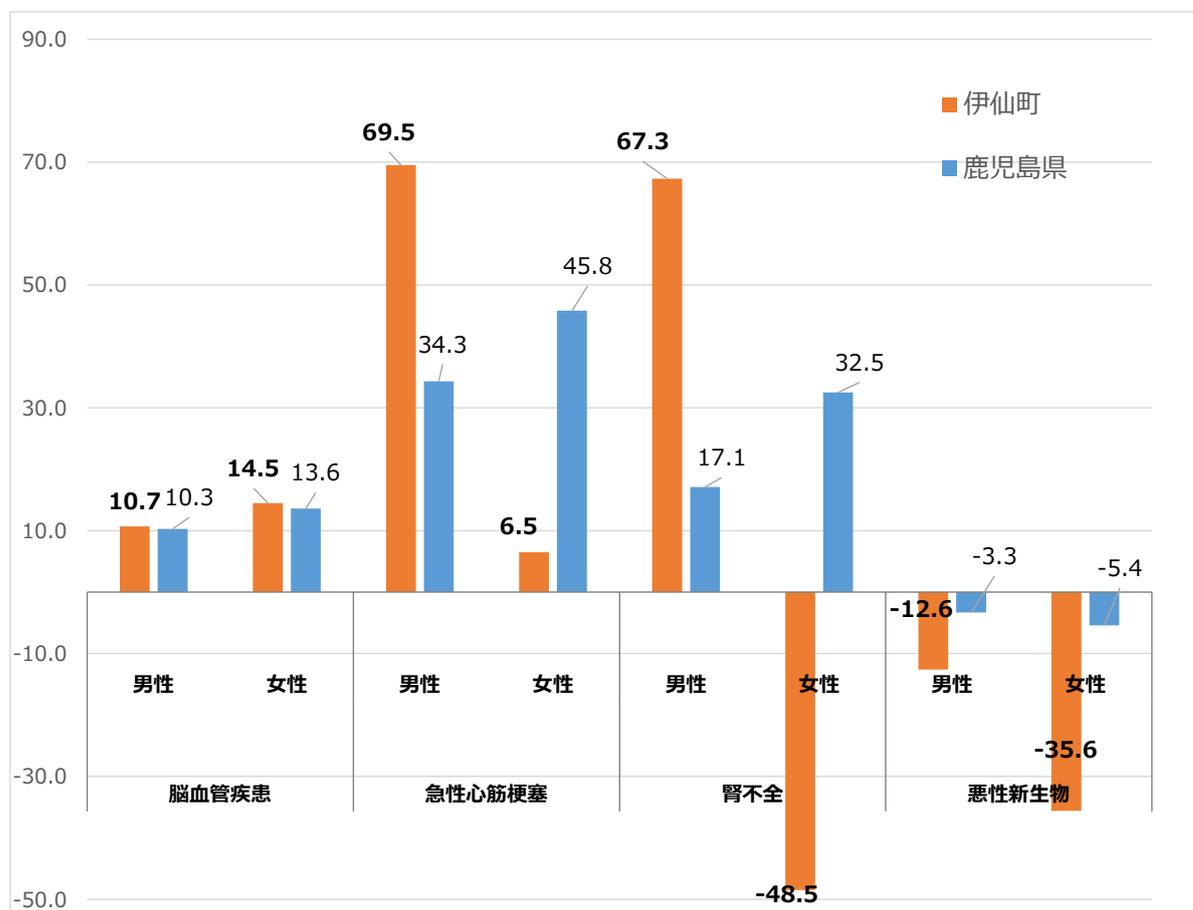
## (2) 死亡について

- 平成 29 年から令和 3 年の標準化死亡比（SMR）において、男性の腎不全が 167.3 と高い倍率となっており、同じく男性の急性心筋梗塞が 169.5 と鹿児島県と比較しても高い状況です。

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
伊仙町	110.7	114.5	169.5	106.5	167.3	51.5	87.4	64.4
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伊仙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。

- 伊仙町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、糖尿病の割合が高くなっています。

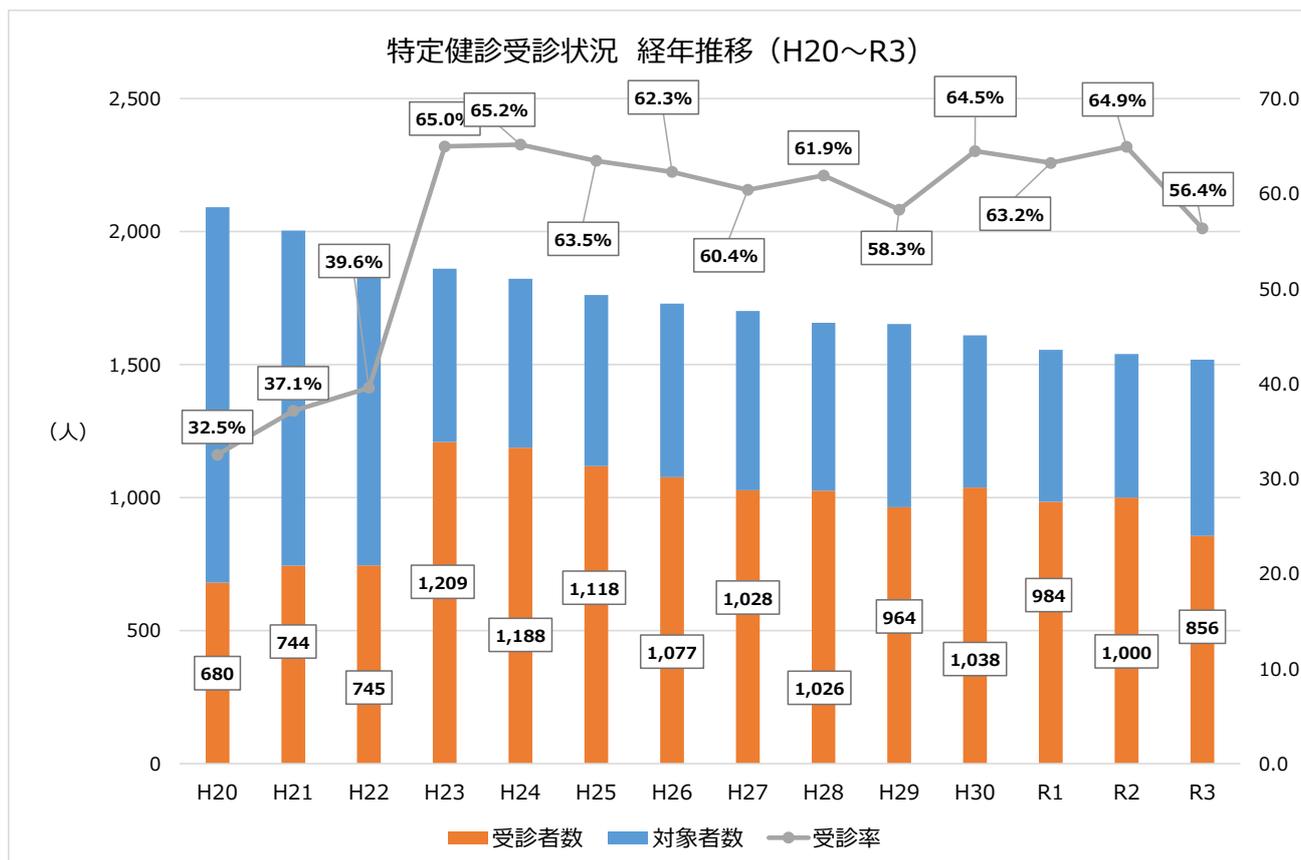
■ 疾病別死因割合（令和4年度（累計））

	伊仙町		鹿児島県(%)	全国(%)
	人数(人)	割合(%)		
悪性新生物	26	56.5	47.1	50.6
心臓病	12	26.1	29	27.5
脳疾患	5	10.9	15.2	13.8
糖尿病	2	4.3	2.1	1.9
腎不全	1	2.2	4.1	3.6
自殺	0	0	2.4	2.7
合計	46			

※KDBシステム（地域の全体像の把握）より

### (3) 健診受診状況及びメタボリックシンドローム予備軍・該当者数の推移について

- 特定健診の状況を、制度が始まった平成 20 年度から令和 3 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 3 年度で 1,519 人となっています。しかし、健診受診者は平成 20 年度からの平均受診者数は 896 人で推移していることもあり、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 3 年度には 56.4%の受診率となっています。

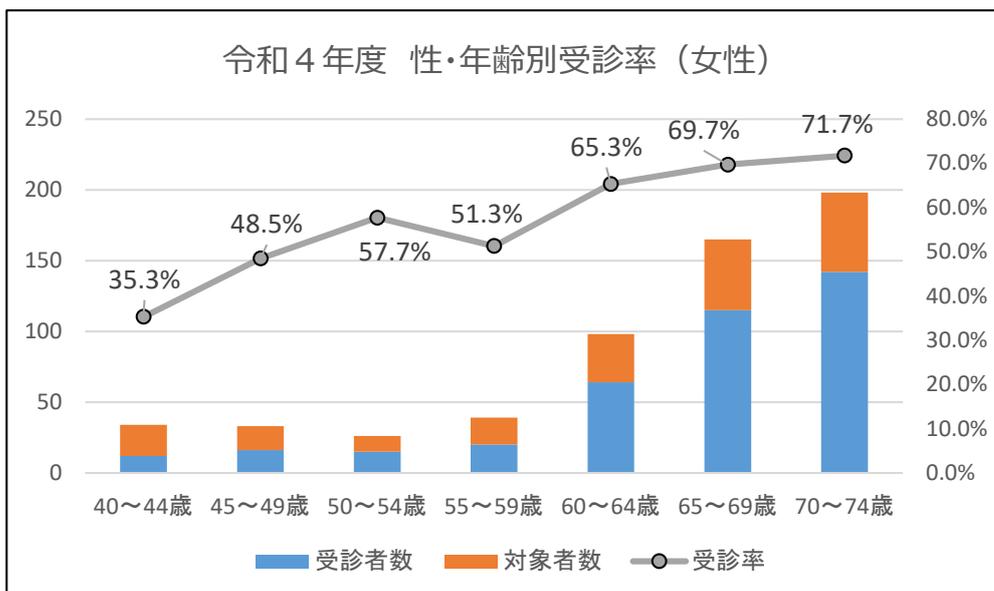
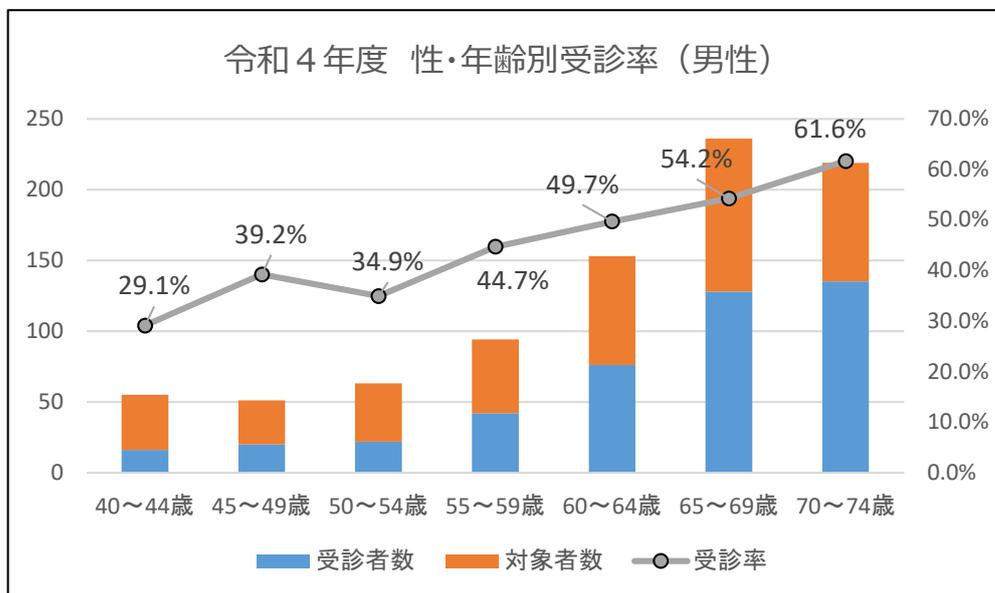


※特定健診データ管理システム（法定報告）より

#### ■ 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）)

	男性			女性			総計		
	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	55	16	29.1%	34	12	35.3%	89	28	31.5%
45~49歳	51	20	39.2%	33	16	48.5%	84	36	42.9%
50~54歳	63	22	34.9%	26	15	57.7%	89	37	41.6%
55~59歳	94	42	44.7%	39	20	51.3%	133	62	46.6%
60~64歳	153	76	49.7%	98	64	65.3%	251	140	55.8%
65~69歳	236	128	54.2%	165	115	69.7%	401	243	60.6%
70~74歳	219	135	61.6%	198	142	71.7%	417	277	66.4%

- 令和4年度の性・年齢別健診受診状況をみると、男女ともに健診受診率が最も高い年代は、70歳代になっています。また、最も低い年代が40歳代となっています。男性では、50歳代前半の受診率も低い状況となっています。



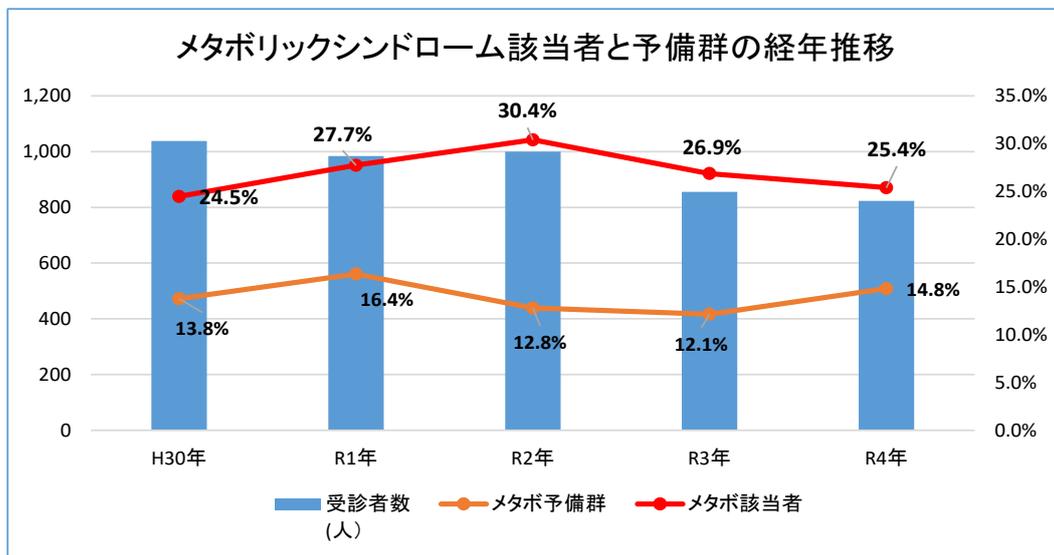
- メタボリックシンドローム予備軍・該当者の経年推移をみると、平成30年度から健診受診者の2割以上がメタボリックシンドロームに該当しており、1割程度が予備群として推移しています。

■ メタボリックシンドローム予備軍・該当者の年次推移

年度	受診者数 (人)	メタボ予備群	メタボ該当者
H30年	1,038	13.8%	24.5%
R1年	984	16.4%	27.7%
R2年	1,000	12.8%	30.4%
R3年	856	12.1%	26.9%
R4年	823	14.8%	25.4%

※メタボ予備軍（または該当者）÷健診受診者数×100で算出

※特定健診データ管理システム（法定報告）より



#### (4) 令和4年度 特定健診結果有所見者の状況

- 令和4年度の健診結果からメタボリックシンドロームの状況をみると、健診受診者のうち25.4%の割合で該当者がおり、鹿児島県、全国の割合と比較すると高い状況です。

##### ○メタボリックシンドローム該当者・予備軍の状況

	伊仙町		鹿児島県	全国
	人数	割合	割合	割合
該当者 (計)	233	25.2	21.8	20.3
男性	160	34.9	33.2	32
女性	73	15.7	12.8	11
予備群 (計)	106	11.5	12.1	11.2
男性	72	15.7	18.3	17.9
女性	34	7.3	7.3	5.9

○糖尿病の状況としては、HbA1c値が6.5以上の方のうち3割が未治療となっています。そのうちHbA1cが8.0以上の方も2割以上います。また、年齢別にみると、HbA1c6.5%以上の有所見者は高齢者の方が17.7%と高くなっており、そのうちHbA1c8.0%以上のコントロール不良者が受診者中2.3%います。

##### ○糖尿病の状況（治療有無別）

HbA1c測定者数 : 749			治療中		未治療	
HbA1c	人数	割合	人数	割合	人数	割合
6.5以上	117	15.6%	81	10.8%	36	4.8%
再掲) 8.0以上	28	3.7%	20	2.7%	8	1.1%

※治療・未治療については、問診票の回答から算出しています。

##### ○糖尿病（HbA1c）の年代別有所見状況

HbA1c	40～64歳		65～74歳	
	人数	割合	人数	割合
6.5以上	33	12.0%	84	17.7%
再掲) 8.0以上	12	4.4%	16	3.4%
※HbA1c測定者数	274		475	

※分母は各年代の測定者数で算出しています。

○血圧の状況は、I度以上高血圧の方が全体の11.2%、測定者の5割以上が高血圧の予備軍となっています。年代別にみると、高齢者の割合が高くなっています。

○血圧の状況

血圧測定者 : 823			治療中		未治療	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
130/85以上	459	55.8%	265	32.2%	194	23.6%
I度 (140/90)	207	25.2%	136	16.5%	71	8.6%
II度 (160/100)	33	4.0%	15	1.8%	18	2.2%
III度 (180/110)	4	0.5%	1	0.1%	3	0.4%

※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

血圧(mmHg)	40~64歳		65~74歳	
	人数	割合	人数	割合
130/85以上	147	48.5%	312	60.0%
I度 (140/90)	65	21.5%	142	27.3%
II度 (160/100)	9	3.0%	24	4.6%
III度 (180/110)	1	0.3%	3	0.6%
※血圧測定者	303		520	

※分母は各年代の測定者数で算出しています。

○脂質異常の状況では、未治療者の方が多く、有所見者中約85.1%が未治療となっています。年代別では、40~64歳の若い年代の有所見者が多くなっています。

○脂質異常の状況

LDL測定者 : 823			治療中		未治療	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
LDL140~159	106	12.9%	14	1.7%	92	11.2%
LDL160以上	88	10.7%	15	1.8%	73	8.9%
再掲) 180以上	29	3.5%	4	0.5%	25	3.0%

※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

LDLコレステロール (mg/dl)	40～64歳		65～74歳	
	人数	割合	人数	割合
140～159	44	14.5%	62	11.9%
160以上	45	14.9%	43	8.3%
再掲) 180以上	16	5.3%	13	2.5%
※LDL測定者	303		520	

※分母は各年代の測定者数で算出しています。

○生活習慣の状況では、喫煙、朝食欠食、毎日飲酒の方の割合が、県や全国と比べて高くなっています。特に、喫煙については、県より 11.5 ポイント高くなっています。

○生活習慣の状況

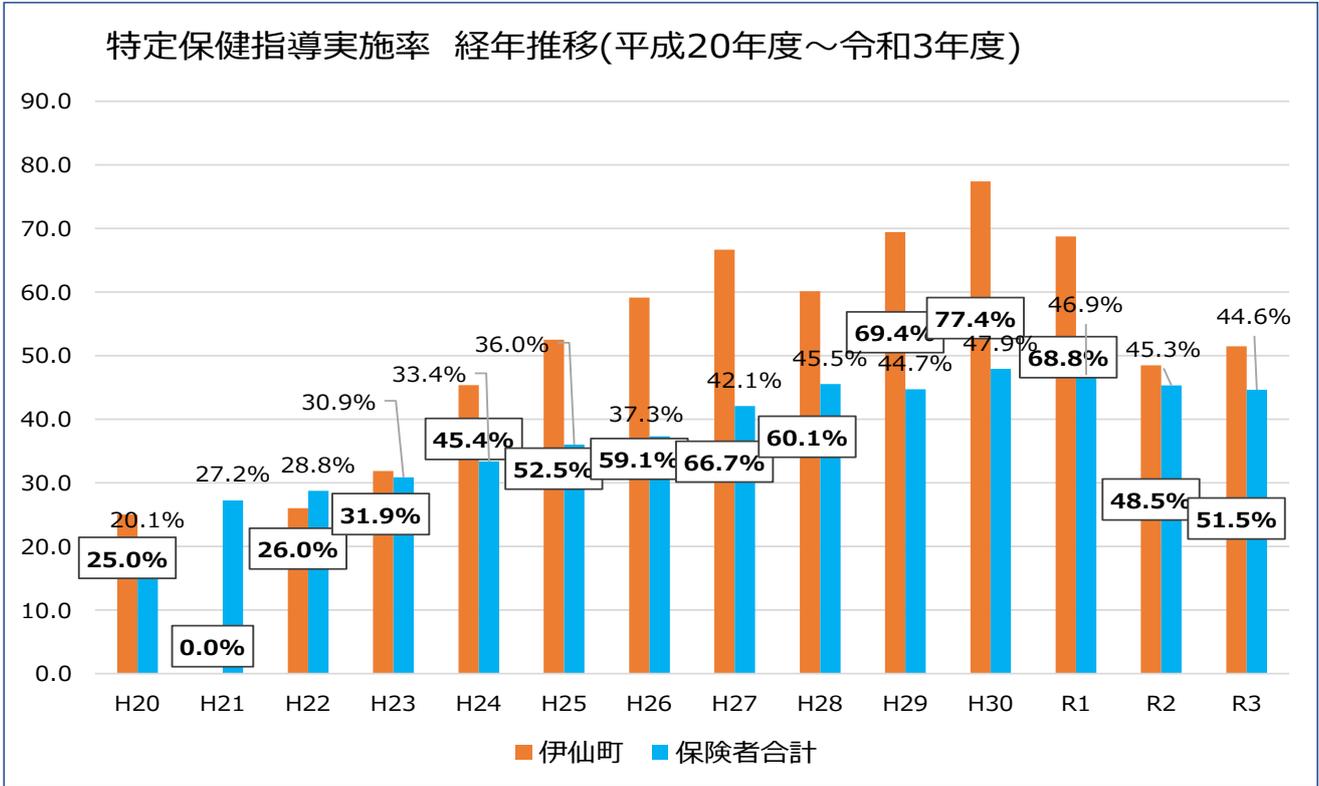
質問票の回答	伊仙町	鹿児島県	全国
	割合	割合	割合
喫煙	22.9	11.4	13.8
週3回以上朝食を抜く	11.6	9.1	10.4
1回30分以上運動習慣なし	54.7	59.9	60.4
1日1時間以上運動なし	34.1	45.8	48
睡眠不足	21.1	22.1	25.6
毎日飲酒	28	25.5	25.5

※KDB システム（地域の全体像の把握）より

※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。

### (5) 特定保健指導実施率の状況について

- 特定保健指導実施率の状況では、平成 28 年度にマンパワー不足等の問題もあり、一時、若干減少しましたが、その後、70%台に上昇しましたが、令和 2 年度に新型コロナウイルス感染症の影響やマンパワー不足の問題等により、以降 40～50%台の実施率となっています。



※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のになります。  
 ※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 人数	保健指導判定値		受診勧奨判定値			
		高値血圧		I 度高血圧		II 度高血圧以上	
		人数	%	人数	%	人数	%
H30年	1,223	357	29.2%	282	23.1%	90	7.4%
R1年	984	303	30.8%	218	22.2%	58	5.9%
R2年	1,000	300	30.0%	248	24.8%	54	5.4%
R3年	856	271	31.7%	192	22.4%	47	5.5%
R4年	823	265	32.2%	207	25.2%	37	4.5%

○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			
		6.0～6.4%		6.5%以上		再掲)8.4%以上	
	人数	人数	%	人数	%	人数	%
H30年	1,026	181	17.6%	111	10.8%	9	0.9%
R1年	913	111	12.2%	131	14.3%	14	1.5%
R2年	895	138	15.4%	171	19.1%	10	1.1%
R3年	780	129	16.5%	140	17.9%	14	1.8%
R4年	749	106	14.2%	117	15.6%	16	2.1%

○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			
		140～159		160以上		再掲)180以上	
	人数	人数	%	人数	%	人数	%
H30年	1,223	184	15.0%	116	9.5%	40	3.3%
R1年	983	135	13.7%	125	12.7%	43	4.4%
R2年	999	143	14.3%	89	8.9%	28	2.8%
R3年	856	132	15.4%	88	10.3%	33	3.9%
R4年	823	106	12.9%	88	10.7%	29	3.5%

## (6) 医療について

- 平成30年度から令和4年度にかけての総医療費は、2,717万円増加しており、入院医療費は995万円減少、入院外（外来）医療費は約3,700万円以上増加している状況です。令和4年度の生活習慣病に関する疾患の医療費をみると、入院医療費では、脳出血・脳梗塞の割合が、鹿児島県、全国と比較しても高い状況となっていますが、外来医療費は鹿児島県、全国と比較し低い状況となっています。また、人工透析にかかる医療費をみると、後期（65～74歳）は鹿児島県、全国と比較しても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	8億1065万円	5億1320万円	17,880	2億9745万円	10,360
令和4年度	8億3783万円	5億325万円	19,790	3億3457万円	13,160
平成30年度 からの増減	2717万円	-995万円	1,910	3712万円	2,800

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

※KDBシステム（地域の全体像の把握）より

### ■令和4年度 生活習慣病にかかる疾患の医療費の状況（累計）

入院医療費 5億0325万4220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	伊仙町	同規模	県	国
中 長 期	腎	腎不全	1089万円	5,277	4,780	8,671	4,099
	脳	脳出血・脳梗塞	2063万円	10,002	6,791	9,020	6,044
	心	虚血性心疾患	1423万円	6,898	4,446	5,278	3,961
短 期	糖尿病		350万円	1,698	1,450	2,042	1,182
	高血圧症		113万円	548	432	457	259
	脂質異常症		73万円	356	69	81	53
(中長期・短期) 合計			5112万円	24,778	17,968	25,550	15,598

※一人あたり医療費（円）＝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 3億3457万4860円 (調剤含む)			【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	伊仙町	同規模	県	国
中長期	腎	腎不全	1531万円	7,422	16,719	25,661	15,781
	脳	脳出血・脳梗塞	173万円	838	943	1,546	825
	心	虚血性心疾患	352万円	1,706	1,933	2,274	1,722
短期	糖尿病		3480万円	16,868	21,925	20,864	17,720
	高血圧症		1945万円	9,427	12,793	12,272	10,143
	脂質異常症		1039万円	5,036	7,608	6,969	7,092
(中長期・短期) 合計			8519万円	41,297	61,921	69,586	53,283

※一人あたり医療費(円) = 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 生活習慣病の疾病別医療費分析【男性】

被保険者数：1,196人

疾病	入院			外来		
	総医療費(円)	1人あたり医療費	1人あたり医療費 (年齢調整後)	総医療費(円)	1人あたり医療費	1人あたり医療費 (年齢調整後)
糖尿病	2,398,870	2,006	182.9	23,031,490	19,257	2,052.6
高血圧症	818,460	684	88.2	11,851,950	9,910	1,046.0
脂質異常症	0	0	0.0	4,458,450	3,728	392.0
脳出血	1,209,660	1,011	132.3	460,440	385	26.5
脳梗塞	11,116,760	9,295	1,081.3	981,030	820	79.8
狭心症	10,012,710	8,372	788.8	1,373,060	1,148	79.6
心筋梗塞	0	0	0.0	553,400	463	63.5
がん	66,939,830	55,970	5,682.6	38,540,650	32,225	2,976.6
筋・骨格	29,565,610	24,720	2,299.8	15,632,170	13,070	1,310.6
精神	18,715,580	15,648	2,095.7	4,328,850	3,619	549.8
腎不全(透析あり)	8,342,350	6,975	586.8	12,386,210	10,356	1,553.0

※KDBシステム(疾病別医療費分析(生活習慣病))より

■令和4年度 生活習慣病の疾病別医療費分析【女性】

被保険者数：867人

疾病	入院			外来		
	総医療費(円)	1人あたり医療費	1人あたり医療費 (年齢調整後)	総医療費(円)	1人あたり医療費	1人あたり医療費 (年齢調整後)
糖尿病	1,104,530	1,274	111.2	11,311,500	13,047	1,372.9
高血圧症	312,830	361	30.1	7,595,000	8,760	870.4
脂質異常症	733,610	846	88.8	5,930,970	6,841	715.8
脳出血	717,760	828	88.7	0	0	0.0
脳梗塞	7,589,840	8,754	582.5	287,580	332	28.4
狭心症	2,368,870	2,732	233.0	704,870	813	71.3
心筋梗塞	1,848,230	2,132	228.4	151,970	175	13.1
がん	17,470,840	20,151	2,332.2	19,146,800	22,084	1,976.9
筋・骨格	29,229,160	33,713	3,356.7	23,757,380	27,402	2,974.7
精神	51,540,080	59,446	7,240.7	6,636,940	7,655	1,193.0
腎不全(透析あり)	0	0	0.0	0	0	0.0

○伊仙町 令和4年度がん疾病別医療費(細小分類)

疾患名	医療費 (円)	割合
大腸がん	18,973,280	24.1%
喉頭がん	14,600,910	18.5%
肺がん	11,472,730	14.5%
膀胱がん	6,661,200	8.4%
前立腺がん	5,596,430	7.1%
胃がん	5,310,640	6.7%
乳がん	4,416,620	5.6%
子宮体がん	4,175,740	5.3%
肝がん	3,802,620	4.8%
膵臓がん	3,698,400	4.7%
腎臓がん	126,010	0.2%
子宮頸がん	42,330	0.1%
甲状腺がん	0	0.0%
骨がん	0	0.0%
食道がん	0	0.0%
総計	78,876,910	100.0%

※「総計」は医療費総計ではなく「がん」医療費の総計

■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	%	
伊仙町	2,063	5	242	8億3783万円	3399万円	4.06	
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	

○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	%	
伊仙町	19	7	36,842	6887万円	4043万円	58.70	
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	

○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	%	
伊仙町	1,227	10	815	11億2519万円	5274万円	4.69	
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)の人数を計上しています。 ※2:人工透析患者の医療費は、人工透析レセプト点数を計上しています。 ※KDBシステム（地域の全体像の把握、医療費分析(1)細小分類、疾病別医療費分析大分類）より

○伊仙町 人工透析患者

国保	人工透析患者	新規透析導入者	糖尿病性腎症	被保険者数	被保険者 100 万人あたり新規透析導入者
H29 年度	10	1	0	2,454	407
H30 年度	9	0	0	2,355	0
R1 年度	5	0	0	2,276	0
R2 年度	5	2	2	2,214	903
R3 年度	5	1	1	2,158	463
R4 年度	6	1	0	2,063	485

(7) 介護について

- 令和 4 年度の 1 号認定率は、18.4%であり、新規認定率は 0.4 と県、国と比較すると若干高い割合となっています。介護認定者の有病状況をみると、平成 30 年度と比較して、令和 4 年度では、糖尿病、高血圧症、脂質異常症の割合の増加がみられます。

■令和 4 年度（累計） 介護認定状況

	伊仙町		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	436	18.4	20.1	19.4	19.4	
新規認定者	6	0.4	0.3	0.3	0.3	
介護度別 総件数・割合	要支援1.2	892	8.7	15.3	13.2	12.9
	要介護1.2	4,190	40.7	45.3	46.8	22.7
	要介護3以上	5,217	50.7	39.4	40.1	40.8
2 号認定者数・認定率	9	0.5	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

※ K D B 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（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）			
	伊仙町	鹿児島県	同規模	国	伊仙町	鹿児島県	同規模	国
糖尿病	15.5	22.5	21.9	22.4	16.8	23.7	22.6	24.3
高血圧症	55.4	58.7	54.8	50.8	58.6	59.0	54.3	53.3
脂質異常症	22.0	29.9	27.3	29.2	25.7	32.8	29.6	32.6
心臓病	62.5	67.3	61.9	57.8	63.9	66.9	60.9	60.3
脳疾患	29.5	33.9	26.9	24.3	29.7	31.3	23.8	22.6
悪性新生物	9.9	11.4	10.1	10.7	11.3	12.3	11.0	11.8
筋・骨格	56.8	60.8	54.2	50.6	56.6	61.0	54.1	53.4
精神	46.2	41.7	38.3	35.8	46.5	42.7	37.8	36.8
※認知症（再掲）	37.3	29.0	25.1	22.9	35.6	30.4	25.1	24.0
アルツハイマー病	24.2	23.8	20.1	18.3	22.1	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

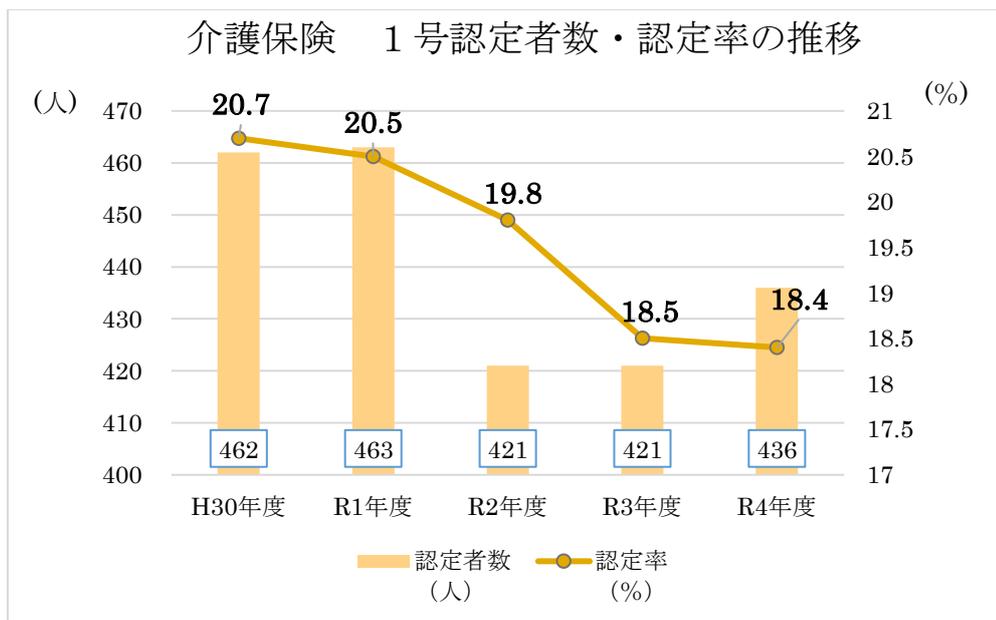
※KDBシステム（地域の全体像の把握）より

伊仙町の1号認定者数・認定率の推移

1号認定者	認定者数 (人)	認定率 (%)
H30年度	462	20.7
R1年度	463	20.5
R2年度	421	19.8
R3年度	421	18.5
R4年度	436	18.4

※認定率=介護1号認定者数/1号介護被保険者数×100で算出

※KDBシステム（地域の全体像の把握）より



## (8) その他の統計データについて

○個人へのインセンティブ提供に係る事業への取組状況の推移  
インセンティブ事業【ウエストサイズ大作戦】

	実施人数		年齢	
	国保	国保以外	20~39 歳	40~64 歳
H30	16 人	84 人	37 人	63 人
R1	8 人	114 人	33 人	89 人
R2	1 人	46 人	15 人	32 人
R3	4 人	52 人	27 人	29 人
R4	2 人	38 人	16 人	24 人

生活習慣病予防・健康教室の実施状況

	実施人数
H30	35 人
R1	65 人
R2	47 人
R3	73 人
R4	82 人

### 3. 前期計画の評価と見直し

○ 伊仙町では、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、各保健事業に取り組みました。

#### 「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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院医療費の伸び率を国並みにする。</li> <li>必要な医療勧奨を行い、入院外医療費を伸ばす。</li> </ul>
	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>脳血管疾患の総医療費に占める割合が減少する。</li> <li>虚血性心疾患の総医療費に占める割合が減少する。</li> <li>糖尿病性腎症による透析導入者の割合が減少し、透析の総医療費に占める割合が減少する。</li> </ul>
短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす。	<ul style="list-style-type: none"> <li>メタボリックシンドローム予備軍の割合減少</li> <li>メタボリックシンドローム予備軍の減少率増加</li> <li>特定保健指導対象者の割合減少</li> <li>特定保健指導対象者の減少率増加</li> <li>健診受診者の高血圧(160/100mmHg以上)の割合減少</li> <li>健診受診者の脂質異常者(LDL160mg/dl以上)の割合減少</li> <li>健診受診者の糖尿病有病者の割合減少</li> <li>健診受診者のHbA1c8.0%以上で未治療者の割合減少</li> <li>糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合増加</li> <li>糖尿病の保健指導を実施した割合増加</li> <li>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</li> </ul>
	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率向上により、重症化予防対象者を減らす。	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診受診率 60%以上</li> <li>特定保健指導実施率 60%以上</li> </ul>

	達成すべき目的	課題を解決するための目標
短期目標	がんの早期発見、早期治療	<ul style="list-style-type: none"> <li>各がん検診受診率を上昇させる。</li> </ul> 胃がん検診：30%以上、肺がん検診：30%以上 大腸がん検診：30%以上、子宮がん検診：30%以上 乳がん検診：30%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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>歯科健診（歯周病健診含む）の受診率が上昇する。</li> </ul>
	自己の健康に関心を持つ住民が増える。	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定健康診査受診率 60%以上</li> <li>特定保健指導実施率 60%以上</li> <li>健康ポイントの取組みを行う実施者の割合が上昇する。</li> </ul>
	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。

○ 「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	58.3%	64.5%	63.2%	64.9%	56.4%	56.2%
	特定保健指導実施率 60%増加	69.4%	77.4%	68.8%	48.5%	51.5%	36.6%
	メタボ予備軍の割合減少	38.7%	41.8%	44.1%	43.2%	39.0%	40.2%
	メタボ予備軍の減少率(%)※1増加	-12.7%	-19.6%	-24.7%	-22.3%	-10.5%	-14.7%
	特定保健指導対象者の割合減少	16.3%	16.2%	14.6%	13.0%	11.8%	13.6%
	特定保健指導対象者の減少率(%)※2増加	1.3%	2.5%	10.7%	19.9%	26.5%	13.4%

事業名	指 標	実 績					
		H29	H30	R1	R 2	R 3	R 4
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	5.2%	3.4%	3.1%	1.6%	1.9%	2.5%
	健診受診者の糖尿病 有病者割合減少	17.6%	18.7%	19.4%	23.6%	24.1%	22.8%
	健診受診者の HbA1c8.0% 以上で未治療者の割 合減少	0.66%	1.12%	0.33%	0.56%	0.26%	0.4%
	糖尿病の保健指導を 実施した割合増加	14.0%	21.4%	17.9%	22.2%	22.2%	16.1%
	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	28.6%	88.9%	100%	62.5%	67.0%	100%
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	2.17%	1.0%	2.15%	1.2%	1.0%	2.67%
	虚血性心疾患の総医 療費に占める割合減少	2.14%	1.8%	1.99%	1.8%	1.4%	2.03%
	健診受診者の高血圧 (160/100mmHg 以 上)の割合減少	5.8%	4.8%	5.9%	5.4%	5.5%	4.5%
	健診受診者の脂質異 常者(LDL160mg/dl 以上)の割合減少	8.9%	13.2%	12.7%	8.9%	10.3%	10.7%
4.がん検診	胃がん検診受診率増 加	10.7%	12.5%	10.0%	7.9%	9.8%	9.5%
	肺がん検診受診率増 加	9.8%	8.0%	5.5%	7.7%	9.6%	8.9%
	大腸がん検診受診率 増加	15.9%	18.1%	14.3%	12.1%	14.7%	14.7%
	子宮頸がん検診増加	22.7%	21.9%	14.7%	14.3%	13.8%	11.6%
	乳がん検診増加	33.5%	36.7%	24.4%	23.6%	24.0%	22.6%
5.歯科検診	歯科健診（歯周病健 診）受診率増加		12.5%	18.0%	16.1%	17.9%	10.6%

事業名	指標	実績					
		H29	H30	R1	R2	R3	R4
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(ウエストサイズ大作戦 国保参加者割合)		100 (19.0%)	122 (7.0%)	47 (2.2%)	56 (7.7%)	40 (5.3%)
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		87.5%	87.0%	86.6%	85.0%	90.0%
8.地域包括ケア・一体的実施	関連分野との連携会議を開催し、KDB等で分析したデータから対応策を協議する。	×	×	○	○	△	×
	地域支援事業に国保部門として参画する。	×	×	×	○	△	×
	KDB やレセプト等を使用して、前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、国保部門としてターゲット層に対する支援を実施する。(個別支援等)	×	×	×	○	△	×
	公的医療機関、公共施設等を活用し、通いの場を作り、疾病予防や介護予防の取組みを行う。	○	○	○	○	○	○
	広域連合からの保健事業の委託を受け、専門職を活用し、国保の保健事業について後期高齢者医療制度の保健事業と介護保険の地域支援事業との一体的な実施を行う。	×	×	×	○	×	×

※ 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 =  $\{(\text{平成 20 年度メタボリックシンドローム該当者及び予備軍推定値} - \text{当該年度メタボリックシンドローム該当者及び予備軍推定値}) / \text{平成 20 年度メタボリックシンドローム該当者及び予備軍推定数}\} \times 100$

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

- 個別の保健事業については、事業計画策定 (Plan)、指導の実施 (Do)、効果の測定 (Check)、次年度に向けた改善 (Action) を 1 サイクルとして実施し、年度ごとの事業の評価、令和 2 年度に中間評価 (令和元年度のデータにて評価を実施)、令和 5 年度に最終評価を実施しました。

- 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り組みが求められています。
  - 医療費の適正化については、疾患別にかかる医療費の増加がみられるため、引き続き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）事業の取り組みを実施していきます。
  - 特定健康診査の受診率向上については、新型コロナウイルス感染症の影響を受け、特定健康診査受診率については、令和 3 年度から国の指標の 60%を下回り令和 4 年度は 56.2%となっています。また、特定保健指導実施率向上についても令和 2 年度より国の指標 60%を下回り、実施体制の課題もあり令和 4 年度特定保健指導実施率は 36.6%と実施体制も課題となっています。
  - 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。外部委託により対象者選定と平成 29 年から令和元年度までプログラム参加意向のある方に関し、外部委託先の保健師による個別支援プログラムを実施しました。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、訪問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。しかし、プログラム参加率は高い年で 22.2%でした。プログラムへの参加拒否が多くあったため、対象者へのアプローチ力の向上とプログラムへの理解と周知が課題となっています。
- また、国保における人工透析患者は平成 29 年度から減少していますが、新規透析導入者で糖尿病性腎症に起因する新規透析導入者が令和 2 年から 3 年度と現れており、令和 4 年度は糖尿病性腎症の新規透析導入者はいませんが、今後糖尿病性腎症からなる新規透析導入者の増加が懸念されます。
- 重症化予防・受診勧奨事業では、伊仙町では、SMR にて脳血管疾患、急性心筋梗塞が鹿児島県よりも高く、健診受診者の高血圧の割合も高いことから、受診勧奨に力を入れて取り組みました。健診結果から、生活習慣病である高血圧Ⅱ度（160/100mmHg）以上の方を対象に、医療機関への受診勧奨を行い、また、治療を中断されている対象者に対して、個別指導と電話フォローを実施しました。令和 2～3 年度は、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、直接面談が出来なかったため、電話による保健指導が中心となりました。農繁期などの影響もあり、電話での連絡の取りづらさがあり、令和 2 年度保健指導実施率は 48.5%でした。
  - がん検診では、本町の健康増進計画の数値目標 30%を達成しているものはなく、女性がん検診受診率がやや高めであるが 10%未満から 10%代と低い状況であり、厚生連健診において特定健康診査や複数のがん検診を休日健診も含め実施していますが、受診率向上が課題となっています。

- がんの疾病別医療費（細小分類）の割合（令和 4 年度）を見ると、大腸がんが 24.1%と最も高く、次いで喉頭がん 18.5%、肺がん 14.5%、膀胱がん 8.4%、前立腺がん 7.1%、胃がん 6.7%、乳がん 8.3%の順となっています。
- 歯科健診では、健康増進課が実施主体であり、国民健康保険被保険者だけでなく、町民全体が対象となっています。集団健診(厚生連健診)で無料健診として実施していますが、受診率が平成 30 年から伸び悩んでいる状況にあります。
- 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、はがきによる通知を実施しました。レセプト情報などより対象選定を確認すると対象者は多くはありませんが、訪問や電話でフォローするとともに、通知したはがきについては、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に実施しました。
- 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%を平成 30 年度に達成しています。
- 地域包括ケア・一体的実施事業は、令和 2 年度に開始を試みましたが、企画調整担当保健師の不在により半年で中止し、その後体制が図られることがなく現在も未実施の状態です。
- 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

1. メタボ該当者が多い。
2. 特定健診の受診率が国の目標値に達していない。特に40～50歳代の男性の未受診者が多い。
3. 特定保健指導の実施率が伸び悩んでいる。
4. 国保加入者の人工透析患者数は減少しているが、65歳から74歳の後期高齢者医療加入者のうち人工透析の占める割合が人数、医療費ともに多くなっている。
5. 高血圧や糖尿病の未治療者が多い。
6. 筋骨格系傷病の他に、心臓病や高血圧症等の生活習慣病を原因とする要介護者が多い。
7. 男性では急性心筋梗塞と腎不全、女性では糖尿病と急性心筋梗塞のSMRが高くなっている。脳血管疾患も男女とも国より高くなっている。
8. 一体的実施事業に専門職がおけず、未実施。



- 上記の健康課題の中でも伊仙町では、特に虚血性心疾患や脳血管疾患、男性では腎疾患におけるSMRが高く、要介護者の有病状況においても、高血圧や心疾患、脳血管疾患が多いことから次の課題を優先課題としました。

1. 高血圧の未治療者、治療中断者が多い。
2. 心疾患や高血圧脳血管疾患の生活習慣病を原因とする要介護者が多い。
3. 虚血性心疾患、脳血管疾患におけるSMR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

- 伊仙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、伊仙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の促進し、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
・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。	・重症化予防・受診勧奨
・がん検診の受診を促進し、がん死亡率の低下およびがんの早期発見・早期治療の推進を目的とします。	・がん検診
・歯科・歯周病の健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・歯周病および関連疾患の予防を目的とします。	・歯科健診
・健康イベント等の参加、健康的な生活習慣の実践を促進し、生活習慣病の予防を目的とします。	・健康インセンティブ・健康づくり
・重複受診、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

年度	令和6年度	担当部門	健康増進課
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>●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。</li> <li>●伊仙町でも、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、様々な取組を行ってきました。平成23年度以来、国の目標値を超える受診率を維持していましたが、平成29年度に一度国の指標60%を下回りました。しかし、翌年から令和2年度まで、国の指標60%以上を維持していましたが、コロナ禍の影響と実施体制に課題が生じ、令和3年度からは国の目標値を下回っています。</li> </ul>		
目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>●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。</li> </ul>		
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●対象：40歳～74歳の被保険者</li> <li>●実施方法：集団(地区巡回含む)及び個別 情報提供者への通知および国保加入者の事業主からの情報提供協力依頼</li> <li>●実施時期：集団健診：5月～7月(8日間)頃、個別健診：9月～3月、地区巡回健診12月頃 (受診券発行、健診問診セット準備、厚生連健診事前説明会実施、7月健診前に健康づくり推進員により受診勧奨実施。8月個別健診受診券発送。10月個別健診受診勧奨ハガキ発送。個別健診、情報提供実施状況確認しながら、巡回健診案内。)</li> <li>●実施体制：集団健診：鹿児島厚生連病院、巡回健診は伊仙クリニックに委託) 個別健診(島内医療機関に委託で実施)</li> <li>●健診項目：個別健診については心電図、貧血検査、血清クレアチニン検査は医師の判断で実施する)</li> <li>●費用：集団健診、個別健診は自己負担額500円</li> <li>●受診勧奨：受診勧奨は2月に意向調査を広報誌配布に合わせて織り込みで実施。5月健診前に、事前説明を地区ごとに実施。</li> <li>●受診再勧奨：7月健診前は健康づくり推進の協力により訪問または電話で受診勧奨実施。個別健診はキャンサースキャンに委託で勧奨ハガキを送付。巡回健診前は、役場の町づくり協働隊による受診勧奨を実施。</li> <li>●健診データ収集：意向調査でも情報提供希望者情報を聞か、5月健診後に健康づくり推進員の受診勧奨声掛け時に、情報提供の希望があった場合は、保健センターで情報を収集し、電話等でここに情報提供の依頼をかける。8月頃、在籍する職場からの健診結果の受診勧奨データ提供依頼を行う。再度まちづくり協働隊の受診勧奨時に情報提供希望者の情報を保健センターに届けて頂く。随時電話や、窓口などで声掛けを行い情報提供(みなし健診)を進める。</li> <li>●40歳未満の健診：国保20歳以上加入者、社保加入者30歳以上を対象に実施。若年者健診の受診券を送付し、5月と7月の集団健診で実施。個人負担は特定健康診査対象者と同額の500円。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診受診率60%</li> <li>・メタボリックシンドローム該当者割合減少</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・年齢階級別受診率(40代、50代)</li> <li>・受診機会別((個別、集団(巡回含む))</li> <li>・みなし健診受診者(情報提供件数)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診勧奨数・率(郵送数、家電率、通知率)</li> </ul>	
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診対象者への通知(コール)の適切さ</li> <li>・未受診者への通知(リコール)の適切さ</li> <li>・他の健診(がん検診等)との効率化状況の把握</li> <li>・費用対効果の実施</li> </ul>	
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人員、予算</li> <li>・実施体制</li> <li>・委託医療機関数、集団健診実施数</li> <li>・医療機関、健診機関等の連携状況</li> </ul>		

※評価指標詳細(数値目標が設定可能なもの)

評価指標	計画策定時	目標値					
		R6	R7	R8(中間)	R9	R10	R11(最終)
特定健診受診率	(R4 年度) 55.7%	58.0%	60%	60%	60%	60%	60%

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

## 2 特定保健指導

### 事業の概要

年度	令和 6 年度	担当部門	健康増進課
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>●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づけ支援)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。</li> <li>●伊仙町でも特定保健指導を進めていますが、実施率は 36.6%(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および予備軍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。</li> </ul>		
目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>●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づけ支援)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にします。</li> </ul>		
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●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 令和 6 年度健診結果から、メタボリックシンドロームおよび予備軍に該当する者</li> <li>●実施方法：個別面接、手紙、電話、通信</li> <li>●実施機関：積極的支援は直営で実施。動機づけ付支援については厚生連結果報告会で出席した対象者は鹿児島厚生連病院に委託で実施。結果報告会で初回面接ができなかった動機づけ支援対象者、また情報提供や個別健診、巡回健診で特定保健指導対象になった者は直営で実施。 <ul style="list-style-type: none"> <li>●実施時期：健診終了後または情報提供結果より対象把握後概ね 1 ヶ月後から開始し、3 か月～6 か月後に最終評価を実施。</li> </ul> </li> <li>●実施体制：集団健診：鹿児島厚生連、巡回健診は伊仙クリニックに委託) 個別健診(島内医療機関に委託で実施)</li> <li>●健診項目：個別健診については心電図、貧血検査、血清クレアチニン検査は医師の判断で実施する)</li> <li>●費 用：無料 動機づけ支援外部委託に関しては、1 名あたり 13,154 円(税込)で実施。本人負担なし。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導実施率(積極的支援・動機づけ支援)</li> <li>・メタボリックシンドローム該当者割合</li> <li>・利用者の改善割合(脱保健指導対象者・脱メタボ)</li> <li>・利用者の腹囲 2 cm減・体重 2 kg減少割合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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目標値は 60%以上となっています。</li> <li>・第 4 期からアウトカム評価(腹囲 2 cm減少・体重 2 kg減少)が導入されています。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の生活習慣・検査値(特に体重・BMI)の改善割合・平均値の変化</li> <li>・メタボ該当者・予備軍(特定保健指導対象者)割合</li> <li>・有所見割合(腹囲・BMI・血圧・脂質・血糖)</li> <li>・問診項目該当者割合</li> </ul>	
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> <li>・メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少率</li> <li>・実施数・率</li> <li>・参加数・率及び継続率(中途脱落率)</li> <li>・利用勧奨、再勧奨の数、率</li> </ul>	
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム評価を考慮した指導方法の検討と導入</li> <li>・利用勧奨の方法や利用までの手順の適切さ</li> <li>・特定保健指導の機会・次期・内容等の適切さ</li> <li>・利用者の実施者の満足度</li> <li>・データ分析の実施の有無(利用者の検査値の前後比較、メタボ該当者率の経年変化など)</li> <li>・費用対効果など分析実施の有無</li> </ul>	
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予算額・人員、体制</li> <li>・委託機関(アウトソーシング機関)の数や連携の程度</li> <li>・教材や市道記録の有無</li> <li>・事業手順書・マニュアルの有無</li> <li>・特定保健指導実施者の研修</li> </ul>		

評価指標	計画策定時	目標値					
		R6	R7	R8(中間)	R9	R10	R11(最終)
特定保健指導実施率	(R4 年度) 36.6%	55%	60%	60%	60%	60%	60%

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

### 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」及び伊仙町の「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

#### 事業の概要

年度	令和6年度	担当部門	健康増進課
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>●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の医療費となり、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。</li> <li>●伊仙町でも平成29年度から、糖尿病性腎症重症化予防の取組を始めている。ただし、令和5年度から、保健師や管理栄養士が不在の期間が多く実施できていない。</li> </ul>		
目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>●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。</li> </ul>		
具体的内容	<p>【実施内容】令和5年度、6年度は、人員不足により本事業を実施することができなかったが、7年度からは島内2町と協力しながら次の内容で実施予定。また、令和7年度から鹿児島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改定があるがこれも踏まえて実施予定。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●対象 20歳～74歳、75歳以上で次に該当する者 &lt;未受診者&gt;</li> <li>・74歳以下：レセプトデータおよび健診データより、空腹時および随時血糖値126mg/dL、以上またはHbA1c6.5%以上でレセプトデータがないもの。</li> <li>・健診結果があり糖尿病受診中で、糖尿病もしくは糖尿病が疑われる者または、腎障害が存在しているか存在が疑われる状態の者</li> <li>・健診未受診者で糖尿病治療中に腎障害の悪化が判明して、保健指導が必要と医師が判断した患者</li> <li>・75歳以上：血糖コントロール不良(HbA1c8.0%以上、糖尿病基礎疾患ありでフレイル状態、腎機能不良(eGFR45未満または蛋白尿(+))以上で未受診の者)*プログラムより除外該当者は対象から外す。</li> <li>●実施方法：&lt;未受診・コントロール不良者&gt;</li> <li>・上記の対象として糖尿病管理台帳から抽出した者に、プログラム参加説明を手紙、電話、訪問等で行う受診勧奨を実施。受診勧奨実施後レセプト等で受診の有無を確認する。</li> <li>・徳之島糖尿病プロジェクト実施に向け準備中、場合によっては、鹿児島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムから徳之島3町独自の対象抽出と実施内容で推進するか現在検討中であり、決定した内容で進める。</li> <li>●実施機関：伊仙町保健センター</li> <li>●実施体制：国保保健事業、後期一体的事業と連携して実施。</li> <li>●費用：本人負担なし。</li> </ul>		
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	<p>【短期評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・指導利用者の血液検査等(HbA1c,他)のデータ変化(1～2年)</li> <li>・指導利用者のうち、医療機関受診者割合</li> <li>・特定健診受診者のうち、HbA1cが8.0%(あるいは7.0%、6.5%以上)の割合および未治療者の割合</li> </ul> <p>【中長期評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人工透析(新規含む)患者数</li> <li>・透析関連(腎不全)の医療費(全医療費に占める割合など)</li> </ul>	・
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指導利用者数、率</li> <li>・勧奨数、率</li> </ul>	
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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)および見直し</li> <li>・勧奨方法の適切さ(方法、時期、内容など)および見直し</li> <li>・保健指導マニュアルに基づく実施見直し</li> <li>・利用者あるいは保健指導実施者の満足度</li> </ul>	
	ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予算、人員配置、事業委託の状況</li> <li>・医療機関や委託業者からのデータ収集と管理体制</li> <li>・健診、レセプトデータの活用</li> <li>・医療機関、かかりつけ医、委託機関などとの連携・会議の回数・</li> </ul>	

※評価指標詳細(数値目標が設定可能なもの)

評価指標	計画策定時	目標値					
		R6	R7	R8(中間)	R9	R10	R11(最終)
健診受診者のHbA1c8.0%以上で未治療者の割合(減少)	(R4年度) 0.4%	0.4%	0.3%	0.3%	0.2%	0.2%	0%
慢性腎不全(透析)の医療費に占める割合(減少)	(R4年度) 7.24%	7%	6%	5.5%	5%	4.5%	4%

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 医療機関受診勧奨

### 事業の概要

年度	令和 6 年度	担当部門	健康増進課
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 高血圧、脂質異常症、糖尿病などを放置することで、脳血管疾患や心臓病など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及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。</li> <li>● 伊仙町のレセプト分析の結果、高血圧、糖尿病、脳血管疾患、虚血性心疾患の一人あたり医療費は高くなっている。また、特定健康診査結果においても、血圧、血糖、LDL コレステロール項目において受診勧奨判定値を超える人が多い。</li> <li>● 伊仙町ではがん検診含め要精検者について電話や訪問等で受診勧奨を行っている。</li> </ul>		
目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 循環器疾患の予防、高血圧や脂質異常症などの生活習慣病の有病率の低下を目指して、特定健康診査の結果を基に結果通知、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繋げることを目的とする。</li> </ul>		
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 対象：集団健診(特定健診および若年健診)鹿児島厚生連病院委託、健診結果報告会時に要精密検査対象者に対し、精密検査受診勧奨を実施。</li> <li>● 実施者：保健センター保健師、看護師にて実施。</li> <li>● 受診勧奨の方法：電話、書面、訪問</li> <li>● 再勧奨：精密検査未受診者について 3 ヶ月後、6 ヶ月後再度受診勧奨を行う。</li> </ul>		
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	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・勧奨者、保健指導対象者のうち、医療機関を受診した者の割合</li> </ul> <p>【中長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・要医療者のうち未治療者割合</li> <li>・健診における有所見者の割合</li> </ul>	・
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> <li>・勧奨者数、率</li> <li>・実施率(指導利用者数/対象者数)</li> </ul>	
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診勧奨の方法の適切さとその検討</li> <li>・勧奨後の受診状況の把握</li> <li>・受診勧奨基準の妥当性の検討</li> </ul>	
	ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予算</li> <li>・マンパワー</li> </ul>	

評価指標	計画策定時	目標値					
		R6	R7	R8(中間)	R9	R10	R11(最終)
精密検査受診率	(R4 年度) 64.3%	70%	72%	75%	78%	82%	85%

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

### 3 がん検診

#### 事業の概要

年度	令和 6 年度	担当部門	健康増進課
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>●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、大きな割合を占める。そのため、国や鹿児島県では、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る。</li> <li>●伊仙町においても、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い。がん検診は、健康増進課が中心となり実施しているが、その受診率は 9%から 24%にとどまっている。</li> </ul>		
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。		
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●各がん検診の実施方法・実施期間</li> <li>①胃がん検診：集団形式にて実施(特定健診と同時実施)。5月～7月頃にかけて、8日間実施。鹿児島県民総合保健センターに委託。</li> <li>②大腸がん検診：集団形式にて実施(特定健診と同時実施)。5月～7月頃にかけて、8日間実施。冬期(1月末～2月初旬)に申込期間 10日間を設け郵送型大腸がん検診を実施。鹿児島厚生連病院に委託。</li> <li>③肺がん検診：集団形式にて実施。9月頃に 2日間実施。鹿児島県民総合保健センターに委託。</li> <li>④乳がん検診：年 2回、集団形式にて実施。夏期(7月頃)に 3日間実施。鹿児島県民総合保健センターに委託。冬期(2月頃)は 2日間実施。相良病院に委託。</li> <li>⑤子宮頸がん検診：集団形式にて実施。夏期(7月頃)乳がん検診と同時に 3日間実施。鹿児島県民総合保健センターに委託。</li> </ul> <p>広報活動：町広報誌、防災無線で各集落での周知。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●対象：胃がん検診、大腸がん検診：30歳以上の町民、肺がん検診：40歳以上の町民。子宮頸がん検診：20歳以上 乳がん検診：40歳以上(鹿児島県民総合保健センター) 30歳～79歳まで(相良病院)</li> <li>●受診勧奨：受診勧奨は健診開始約 2カ月前より意向調査(申し込み調査)を実施。肺がん検診、乳がん検診、子宮頸がん検診は対象者へ受診票を送付。</li> <li>●再受診勧奨：乳がん検診(相良病院検診)は、2カ月前に案内ハガキを送付。大腸がん検診は、2カ月前に町広報誌での周知活動を行い、申込期間中は、防災無線を活用。</li> <li>●精度管理：要精密検査対象者へ精密受診勧奨を行い、要精密受診状況および要精密検査未受診者の追跡調査を行う。(3カ月後～6ヶ月後)</li> </ul>		
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	<p>【短期・精度管理】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・精密健診受診率</li> <li>・陽性率(要精密検査率)</li> <li>・がん発見数・率</li> </ul> <p>【中長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・がんに関連した医療費</li> <li>・がんによる死亡者数・率</li> </ul>	・
	アウトプット	・がん検診受診率	
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診勧奨(コール)および未受診者への再勧奨(リコール)は行われているか。</li> <li>・受診勧奨、再勧奨の方法の適切さ(内容、発送時期、対象者など)とその検討</li> <li>・精度管理は行われているか</li> </ul>	
	ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診との同時実施など、がん検診の機会(集団健診、人間ドック含む)</li> <li>・エビデンス(根拠)に基づいたがん検診のみが実施されているか</li> <li>・予算やマンパワー</li> <li>・他課への協力依頼と連携</li> </ul>	

※評価指標詳細(数値目標が設定可能なもの)

評価指標		計画策定時	目標値					
			R6	R7	R8(中間)	R9	R10	R11(最終)
がん検診受診率	胃がん検診	(R4 年度) 9.5%	10%	13%	18%	23%	28%	30%
	肺がん	8.9%	10%	13%	18%	23%	28%	30%
	大腸がん	14.7%	18%	21%	25%	28%	32%	30%
	子宮がん	11.6%	18%	21%	25%	28%	32%	30%
	乳がん	22.6%	30%	32%	34%	38%	38%	30%
精密検診受診率	胃がん	(R4 年度) 93.1%	93%	95%	97%	98%	99%	100%
	肺がん	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	大腸がん	81.5%	82%	85%	90%	93%	95%	100%
	子宮頸がん	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	乳がん	88.9%	90%	93%	95%	97%	98%	100%

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 歯科健診

##### 事業の概要

年度	令和 6 年度	担当部門	健康増進課
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 歯の健康が全身の健康や食事・会話などへの生活の質への影響を与えるという見方が強まっている。</li> <li>● 歯周病は、狭心症や心筋梗塞、糖尿病、認知症などの全身疾患に深い関係がある。伊仙町はこれらの病気に関する 1 人当たりの医療費も高い現状にある。</li> </ul>		
目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 20 代以降の健診を受診しやすい場を設け、健康増進に寄与することを目的とする。</li> <li>● 歯や口腔内の健康状態を把握し、虫歯や歯周病などのトラブルを早期発見・早期治療につなげることを目的とする。</li> <li>● 定期的な受診につなげ、歯の健康を守り、健康寿命の延伸に役立てる。</li> </ul>		
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 対 象：健康増進法による歯周疾患健診の対象者は、今年度より 20 歳、30 歳が追加となり、20 歳、30 歳、40 歳、50 歳、60 歳及び 70 歳である。それに加え、20 歳以上のすべての住民を対象としている。</li> <li>● 実 施 機 関：集団健診（特定健診と同時実施）</li> <li>● 費 用：無料</li> <li>● 実施スケジュール：5 月と 7 月に計 8 日間</li> <li>● そ の 他：</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科健診後（要精検者）受診率</li> <li>・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</li> </ul>	・
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科健診受診率</li> <li>・節目対象者歯科健診受診率</li> </ul>	・
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診とともに歯科健診の受診勧奨</li> </ul>	・
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科健診の機会（集団健診・特定健診との同時実施）</li> <li>・町内歯科医院との連携</li> </ul>		

評価指標	計画策定時	目標値					
		R6	R7	R8(中間)	R9	R10	R11(最終)
歯科健診受診率	(R4 年度) 10.6%	6.1%	8.0%	10.0%	12.0%	14.0%	15.0%
節目対象者歯科健診受診率	2.80%	3.4%	5.0%	7.0%	10.0%	13.0%	15.0%
歯科健診後精密受診率	26%	30.0%	35.0%	40.0%	50.0%	55.0%	60.0%

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)

## 5 健康インセンティブ・健康づくり

### 事業の概要

年度	令和 6 年度	担当部門	健康増進課
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>●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る。こうした個人の取組を促進するために、健康インセンティブが全国で進められている。</li> <li>●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、健康や医療に関する正しい情報入手し、理解して活用できる力(ヘルスリテラシー)の向上を図ることも重要である。</li> <li>●伊仙町では、健康インセンティブの取組として平成 30 年度以前より健康アプリを活用した「ウエストサイズ大作戦」を実施し、健康的な食習慣や運動など個人やグループで楽しく継続して競い合うプログラムを行っている。令和 5 年度までは、プログラムの実施・運用を町外事業者に業務委託していたが、令和 6 年度からは「へらすあつが大作戦」として、町営の健康増進施設を活用していただき、アプリは使用しないが同様のプログラムで、健康行動に取り組むプログラムを 4 か月間実施し、ポイントを付与して健康づくりを楽しく競い合うプログラムを実施する。参加者の取組を広報活動することで、住民にも健康づくりの楽しさと町営の健康増進施設利用者を増やし、町民の健康意識の醸成を促す。</li> </ul>		
目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>●被保険者および住民の健康づくりを推進するため、個人またはグループで健康づくりを楽しく競い合いポイント付与により商品券を獲得ポイントに準じて付与し、個々人の健康づくり支援と町民の健康意識の醸成を図り、健康増進施設の利用促進を図る。</li> </ul>		
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●対 象：伊仙町民で 20 歳から 74 歳まで</li> <li>●実施方法：参加希望者を募集し開講式前に腹囲・体重・血圧などを測定、4 か月間の取組における食生活や運動習慣について目標を立て、個人やグループで登録して、終了時に再度腹囲・体重・血圧を測定し、腹囲 1 cm 減に対して 10 ポイント、健診受診で 10 ポイント、健康講話受講で 5 ポイント、健康増進施設における運動教室参加で 1 ポイント、体重や腹囲など記録を取ることで 1 か月につき 5 ポイントこれらのポイントを合算して、個人またはグループで順位をつけ、順位に応じた商品券と個人グループ 1 位には副賞を授与する。</li> <li>●実施時期：令和 6 年 8 月下旬に開講式を開催。プログラム実施期間は 9 月～12 月まで 4 か月間。閉講式は 1 月に実施。</li> <li>●実施体制：健康増進施設ほーらい館に運動支援含め委託実施。保健センターと連携して運用。商品券は伊仙町商工会と連携して実施する。</li> <li>●利用勧奨：前回参加者へのハガキ勧奨と新規については広報誌や防災無線・町ホームページ公式 LINE 配信 TV データ放送などで勧奨</li> <li>●費用：無料。ただし、運動施設利用については、都度利用 800 円うち、200 円は個人負担。</li> </ul>		
評価	アウトカム	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】	
		・ポイント交換人数、率 ・利用者の腹囲・体重などの変化と生活習慣の変化	
	アウトカム	【中長期】	
		・健康診査受診者数、率 ・健康教室参加数、率 ・被保険者、住民全体の生活習慣 ・健康増進施設利用者の増加の有無	
アウトプット	・健康インセンティブ登録者数、利用者数、率・		
プロセス	・利用者の推移や特定の分析 ・対象事業参加者のポイント得点率 ・効果検証やデータ活用の有無 ・メディア等での開催の回数 ・住民の周知度		
ストラクチャー	・予算額 委託費 50 万円国保被保険者以外も参加のためヘルスアップ事業では按分で計上 ・協力機関 ・マンパワー ・連絡会議等の実施(回数)		

評価指標	計画策定時	目標値					
		R6	R7	R8(中間)	R9	R10	R11(最終)
インセンティブプログラム参加者増加	(R4 年度) 38 人	100 人	110 人	120 人	130 人	140 人	150 人
インセンティブプログラム参加者腹囲減少者割合	(R4 年度) 92%	85%	86%	87%	88%	89%	90%

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 適正受診・適正服薬促進

### 事業の概要

年度	令和 6 年度	担当部門	健康増進課
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 重複・頻回受診及び、重複・多剤服薬に対する保健指導は、医療費適正化の観点だけでなく、薬剤の副作用や健康被害への予防という点からも重要である。</li> <li>● データヘルス計画の中で、これらを予防する適正受診・適正服薬の取り組みが勧められている。</li> <li>● 伊仙町では適正受診・適正服薬促進に向けて、対象者への通知及び希望者に対する保健指導を行っている。</li> </ul>		
目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 重複・頻回受診及び、重複・多剤服薬の該当者に対して、通知や保健指導等を行うことで、それらを適正化することを目的とし、ひいては不適正と考えられる受診や服薬を減少させる。</li> </ul>		
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 対象： <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 重複受診：同一月内の同一疾患目で 3 か所以上の医療機関で診察を受けている方</li> <li>・ 頻回受診：同一月内に 1 医療機関で 15 日以上診察を受けている方</li> <li>・ 重複服薬：同一月内で同一薬剤または同様の効能、効果を持つ薬剤を複数の医療機関から処方されている方</li> <li>・ 多剤服薬：180 日以上 10 剤以上の処方を受けている方</li> </ul> </li> </ul> <p>上記のうち、がん末期や難病、透析治療、精神疾患等で継続的な受診が必要なものは除外する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 通知等の内容 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 重複受診・頻回受診：KDB システムより、毎月重複頻回受信者を抽出し、レセプトを確認。 3 か月以上継続している対象者に対して通知、保健指導を実施している。</li> <li>・ 重複服薬・多剤服薬：国保連合会と契約し、6 月診療分と 12 月診療分のレセプトから抽出し、対象者にハガキを送付。（必要に応じて保健指導を実施）</li> </ul> </li> </ul>		
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	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 通知後の改善割合</li> </ul>	・
		<p>【中長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 重複受診、頻回受診、重複服薬等の割合</li> </ul>	・
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 通知数、対象者数</li> <li>・ 保健指導数、割合などの実績</li> </ul>	
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 重複、多剤投与などの概算の把握</li> <li>・ 対策実施による効果検証の実施</li> <li>・ 対象者の抽出の適切さ（抽出基準、人数など）の検討</li> <li>・ 通知媒体の内容の適切さとその検討</li> </ul>	
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 予算、マンパワー</li> <li>・ 医師会、薬剤師会等との検討</li> <li>・ 協力薬局数</li> </ul>		

評価指標	計画策定時	目標値					
		R6	R7	R8(中間)	R9	R10	R11(最終)
事業対象者への介入率（保健指導実施/対象者）	(R4 年度) 6.7%	5%	6%	7%	8%	9%	10%

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)

## 7 後発(ジェネリック)医薬品

### 事業の概要

年度	令和6年度	担当部門	健康増進課
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>●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図られている。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。</li> </ul>		
目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>●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。</li> </ul>		
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●対象者の設定：公費負担番号が設定されている場合は、通知対象外とする。 年齢が35歳未満の場合、通知対象外とする。 通知対象とする差額が1保険者当たり200円以上の場合抽出データに含める。 通知対象とする投与期間(調剤数量)が7日以上の場合抽出データに含める。</li> <li>●通知等の方法：上記に基づき作成された、通知はがきを対象者に送付する。 通知時期(対象者がいる場合主に次の時期に実施している。 【年3回 7月 11月 1月 3月】</li> <li>●実施スケジュール：連合会作成月：6月、10月、12月、2月(作成対象診療月：4月、8月、12月、1月)</li> <li>●普及啓発、情報提供：ジェネリック医薬品啓発の記載がある保健小カードケースを被保険者へ配布している。</li> <li>●評価：後発医薬品数量シェア集計表により後発医薬品の数量等を把握する。</li> </ul>		
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	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・通知者の興発(ジェネリック)医薬品切替率</li> <li>・後発(ジェネリック)医薬品切替による医療費削減</li> </ul> <p>【中長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・後発(ジェネリック)医薬品の使用割合(使用割合の伸び、全自治体での順位含む)</li> </ul>	・
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> <li>・差額通知数・率</li> <li>・相談・指導件数・率(相談・指導を実施している場合)</li> <li>・後発(ジェネリック)医薬品希望シール・カード使用数・率</li> </ul>	
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・事業計画における数値目標の設定の有無</li> <li>・差額通知による切替状況の把握等の効果検証の有無</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・後発(ジェネリック)医薬品希望シール・カード等の実施の有無</li> <li>・費用対効果・便益の検討の有無</li> </ul>	
	ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師会、薬剤師会等を含む連絡会議等の設置</li> <li>・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</li> <li>・予算の確保</li> </ul>	

評価指標	計画策定時	目標値					
		R6	R7	R8(中間)	R9	R10	R11(最終)
後発(ジェネリック)医薬品の使用割合	(R4 年度) 90.0%	90%	91%	92%	93%	94%	95%

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)

## 8 地域包括ケア推進・一体的実施

### 事業の概要

年度	令和 6 年度	担当部門	健康増進課
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>●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。令和元年度改正の国民健康保険法や介護保険法のもと、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。</li> <li>●伊仙町においては、令和 2 年度に一度一体的事業の推進を図り取組んだが、マンパワー不足等により半年で中止し、その後も体制を図ることができず、令和 6 年度はさらに体制が厳しいことから全市町村で国・県は実施を予定していたが未だに実施に至っていない。</li> </ul>		
目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>●関係課、関係機関と連携し、通いの場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ことを目的とする。</li> </ul>		
具体的内容	<p>実施体制が整えず、令和 6 年度は開始できなかった。令和 7 年度開始を見据えて、企画調整担当職員の配置など検討中である。開始に向けて令和 7 年度初期に具体的内容を詰めていく。</p> <p>【実施内容】</p> <p>&lt;ハイリスクアプローチ&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●対象者：</li> <li>●利用者募集方法：</li> <li>●指導や保健指導等の実施者および実施内容など</li> </ul> <p>&lt;ポピュレーションアプローチ&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●実施場所：</li> <li>●実施者</li> <li>●実施内容(健康教育等)など</li> </ul> <p>&lt;介護部門等との連携&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●介護部門等との連携として、連携する組織名とそれぞれの役割</li> <li>●会場への参加など</li> </ul> <p>&lt;実施スケジュール&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●スケジュールを記載する</li> </ul>		
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】	・
		・訪問・指導・支援等によるフレイル、栄養状況など改善割合 ・必要な施設等に繋げた割合	
	アウトプット	【中長期】	・
		・フレイル、低栄養の割合 ・要介護等の認定者数、率	
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業(指導、訪問、支援等)の実施数、割合</li> <li>・通いの場の数、参加人数</li> </ul>		
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケアの議論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</li> <li>・地域支援事業への国保部門としての参画</li> <li>・KDB 等を活用した前期高齢者等ハイリスク群、予備軍等の抽出と国保部門としての支援</li> <li>・国保、後期高齢者医療、介護保険のデータ等の統括的分析の実施</li> </ul>		
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専門職の確保、配置</li> <li>・国保部門も参加する地域包括ケアの議論の場の設定</li> <li>・他部門との連携</li> </ul>		

評価指標	計画策定時	目標値					
		R6	R7	R8(中間)	R9	R10	R11(最終)
長寿健診受診率	(R5 年度) 24.3%	30%	33%	35%	38%	40%	43%

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。
- 健康増進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。
- 評価と見直しに当たっては、庁内の関連他課、医療関係者（医師会等）、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。

### 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の確保 ・事業運営委員会などを設置する等、関係者との連携	・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、伊仙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](http://www.ppc.go.jp/files/pdf/230401_koutekibumon_guidelines.pdf))を参照しています。

**第 3 期 伊仙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 7 年 2 月 発行

編集・発行 伊仙町 健康増進課

住 所 〒891-8293 鹿児島県大島郡伊仙町 1842 番地

電 話 0997-86-3130

