



第3次熊本県後期高齢者医療

保健事業実施計画

(データヘルス計画)

令和6年度(2024年度)～11年度(2029年度)

熊本県後期高齢者医療広域連合

令和6年3月



目次

第1章 基本的事項	1
計画策定の趣旨（背景と目的）と位置づけ	1
計画期間	2
実施体制・関係者連携	2
第2章 現状の整理	4
後期高齢者医療の現状（健康・医療情報などの分析）	4
第2次計画（前期）の振り返り	21
健康・医療情報などの分析結果から見える特徴	28
第3章 健康課題の整理・目標	30
第4章 保健事業の内容	32
1. 健康診査事業	32
2. 歯科口腔健康診査事業	35
3. 重症化予防事業（糖尿病性腎症・その他の生活習慣病など）	38
4. 重複・頻回受診者健康支援訪問指導事業	40
5. 医薬品の適正使用の推進事業	42
6. 後発医薬品などの普及促進事業	44
7. フレイル予防事業	46
第5章 その他	49
【アンケート調査結果】	50

第1章 基本的事項

■ 計画策定の趣旨（背景と目的）と位置づけ

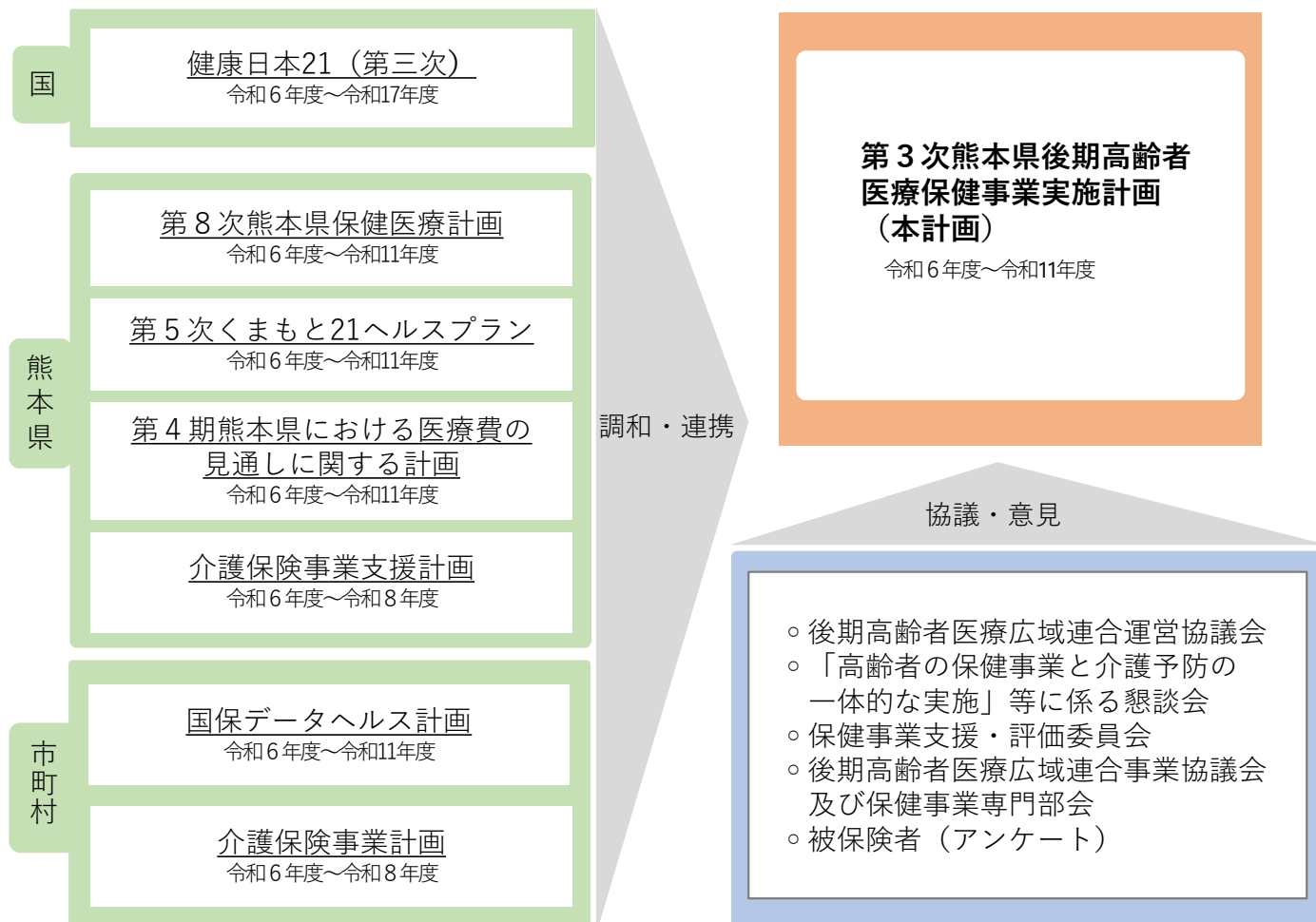
熊本県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）においては、「高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針」に基づき、健康・医療情報を活用してPDCAに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施のため、新たに第1次熊本県後期高齢者医療保健事業実施計画（平成27年度～平成29年度）、第2次熊本県後期高齢者医療保健事業実施計画（平成30年度～令和5年度：以下「第2次計画」という。）を策定し、保健事業の実施・評価・改善などに努めているところです。

令和5年4月1日時点の熊本県の人口に占める被保険者の割合は16.8％であり、今後、被保険者の割合の増加とともに医療費が増加していくと見込まれます。こうした中、生活習慣病などの疾病の発症や重症化予防及び心身機能の低下を防止し、在宅で自立した生活ができる高齢者を増やすことが保健事業の最大の目的となります。

第3次熊本県後期高齢者医療保健事業実施計画（以下「本計画」という。）では、第2次計画の結果や地域の健康課題を踏まえ、保険者共通の目標やアウトカム・アウトプットの適切な評価指標を設定しました。

市町村と広域連合が連携した「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業（以下「一体的実施事業」という。）」などの高齢者の特性に応じたきめ細かい保健事業を効果的かつ効率的に実施することにより、生涯にわたる健康の保持増進や生活の質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ます。

本計画の策定に当たっては、令和6年度から開始される「健康日本21（第三次）」に示された方針を踏まえ、熊本県が策定する「第8次熊本県保健医療計画」、「第5次くまもと21ヘルスプラン」、「第4期熊本県における医療費の見通しに関する計画」、さらに市町村が策定する「国保データヘルス計画」などと整合性を図りながら推進していきます。



■ 計画期間

本計画は、令和6年度（2024年度）から令和11年度（2029年度）までの6年間とします。
また、本計画は効果的かつ効率的な保健事業となるよう、令和8年度（2026年度）には中間評価を実施し、計画の見直しを図ります。
ただし、計画期間中において社会情勢の変化や国の動向によっては、適宜見直しを行います。

保健事業計画	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
第2次計画	計画期間：6年											
				中間評価		最終評価						
第3次計画							計画期間：6年					
									中間評価			最終評価

■ 実施体制・関係者連携

（1）広域連合の役割

本計画の実施主体は広域連合とし、広域連合は、熊本県内の全体的な状況だけでなく、市町村の健康・医療費の傾向などの分析を行い、事業協議会や保健事業専門部会で地域ごとの健康課題などについて情報の共有を図ります。

また、保健事業実施の中心となる市町村の課題などを保健事業に反映し、好事例の紹介や取組に必要な調整を行うことで、効果的かつ効率的な保健事業を実施するよう努めます。

（2）市町村との連携

被保険者の個々の状態に応じた健康状態を維持・向上し、できる限り長く在宅で自立した生活を送れるよう、市町村と連携し保健事業を実施します。

市町村は、地域の健康課題解決のため、国保の保健事業や介護保険の地域支援事業などの各関係部署と連携し、効果的に保健事業及び介護予防事業などを実施します。

また、本計画では、高齢者の健康保持・フレイル（身体的、精神的、社会的に虚弱な状態）対策の重要性が益々高まることを踏まえ、きめ細かな保健事業が展開できるよう、令和2年4月より開始した一体的実施事業を本計画の中心的な事業と位置づけます。また、市町村と広域連合が連携し、後期高齢者の保健事業を市町村に委託することで、国保の保健事業や介護保険の地域支援事業との継続的かつ一体的に実施する体制の整備を図ります。

（3）熊本県との連携

国保から後期高齢者医療制度に移行した被保険者への継続的な取組・支援、及び市町村における一体的実施事業の取組が着実に進むよう、熊本県の医療保険部門・介護保険部門・健康増進部門の関係者と連携・協力するとともに、支援・助言を要請していきます。

（4）国保連合会との連携

国保データベース（KDB）システム「以下「KDB」という。」などのデータ分析や活用について助言・協力を求め、市町村の職員に対する研修及び能力向上のために連携を図ります。

また、保健事業支援・評価委員会から保健事業の評価や助言を受け、効果的な保健事業を実施するために連携を図ります。

（５）外部有識者との連携

広域連合は、後期高齢者医療制度の円滑な実施に資するため、学識経験者や医療関係団体、公益団体、保険者、被保険者の代表から構成する運営協議会を設置しています。外部有識者と被保険者の健康課題を共有し、広く意見・助言を求め、適切かつ円滑な保健事業を実施するための連携を図ります。

また、被保険者の健康の保持増進に関わる当事者としての立場と、専門的知見を有する第三者として両方の立場を有する委員と連携・協力し、効果的な事業実施に取り組みます。

（６）保健医療関係者との連携

本計画の実効性を高めるには、地域の保健・医療・介護・福祉を担う関係者または関係機関・団体などとの連携・協議が重要となります。このため、広域連合は、積極的な協力が得られるよう、保健・医療・介護・福祉関係団体に属する者から構成される一体的実施事業に係る懇談会を通じ、意見交換や情報提供を行い、保健事業の構想段階から相談できる体制が整えられるよう連携します。

（７）医療の効率的な提供のための連携

より質の高い医療や介護を提供するため、被保険者の「くまもとメディカルネットワーク」への参加促進について、関係機関・団体などと連携し普及啓発を行います。



事業主体 公益社団法人 熊本県医師会 (熊本県地域医療等情報ネットワーク連絡協議会)

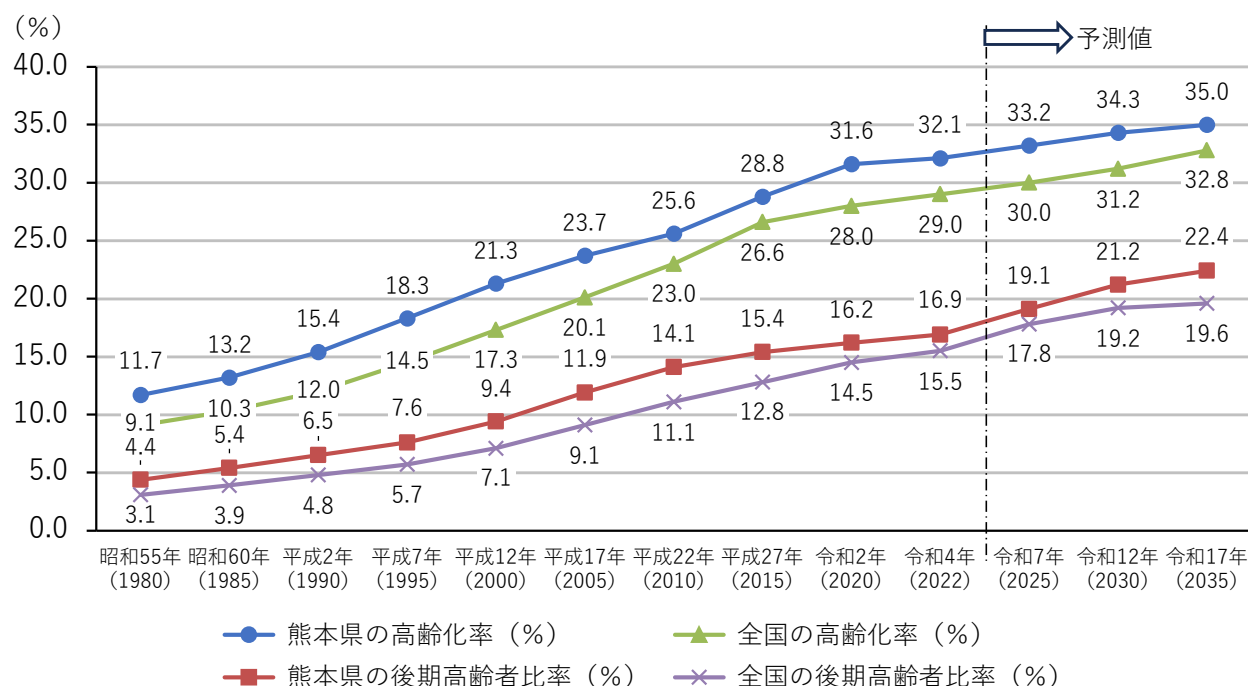
第2章 現状の整理

■ 後期高齢者医療の現状（健康・医療情報などの分析）

（1）熊本県の人口動態

令和4年度時点における熊本県の高齢化率は、平成27年の28.8%に比べ3.3ポイント増の32.1%で、熊本県人口の約3割が65歳以上の高齢者という状況です。今後も高齢者人口の伸びが見込まれ、高齢化率は伸びていく見込みとなっています。

図表1 高齢化率の推移と予測



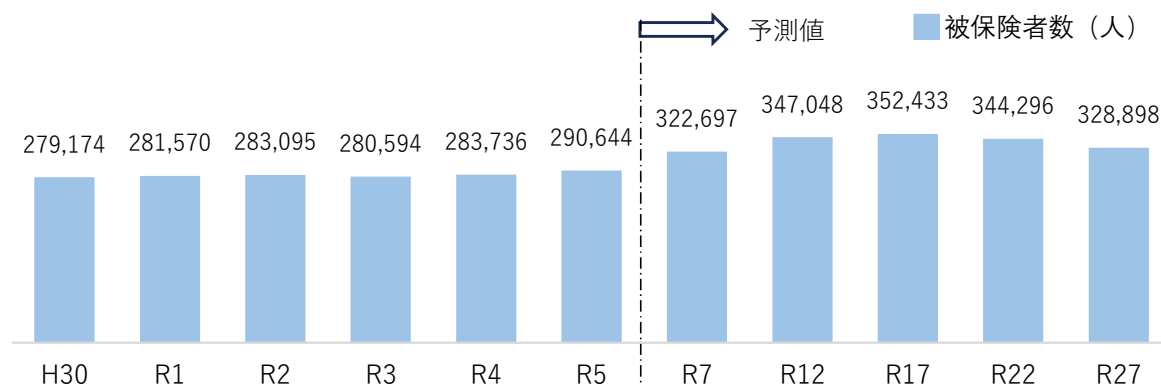
出典：昭和55年から令和2年：総務省統計局「国勢調査」

令和4年：全国は総務省統計局「人口推計」 熊本県は熊本県統計調査課「熊本県推計人口調査（年報）」

令和7～17年：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成29年推計）、「日本の地域別将来推計人口」（平成30年推計）

被保険者数は増加傾向にあり、平成30年度の27.9万人が令和5年度には29.0万人、令和17年度には35.2万人に到達し、17年間で約7.3万人の増加が予測されます。

図表2 被保険者数の推移



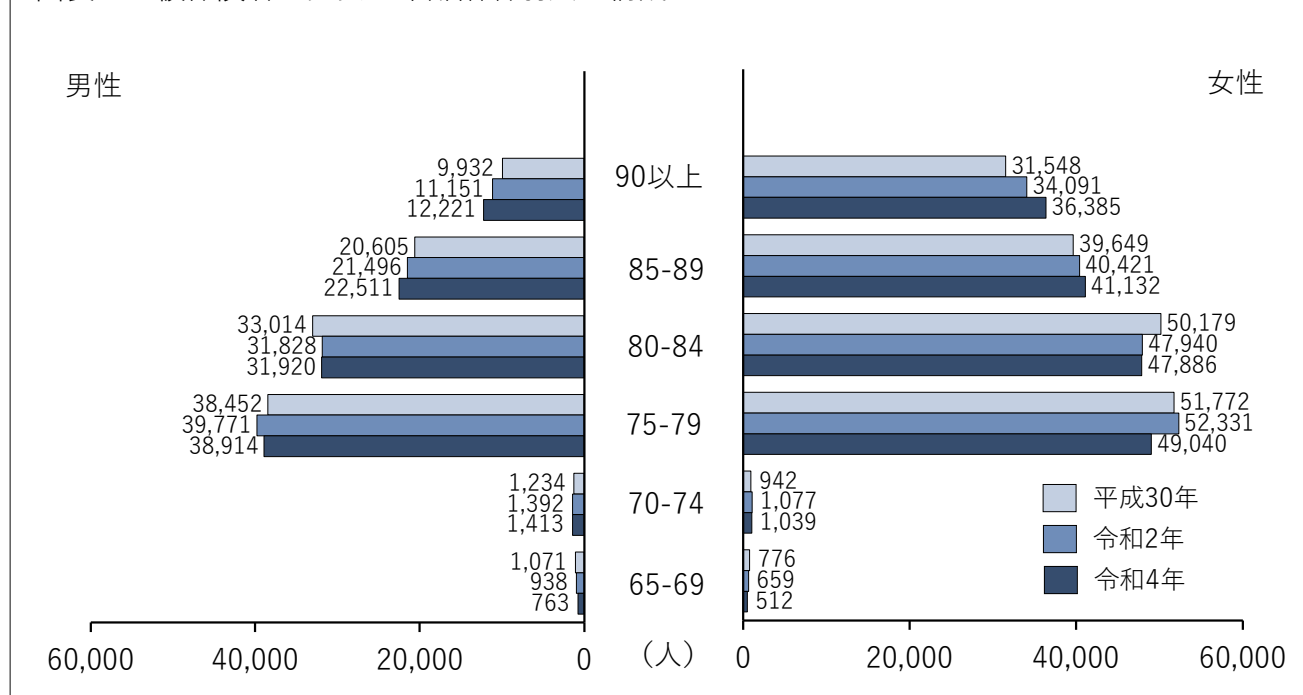
出典：令和5年度まで：広域連合調べ（各年度4月1日時点）

令和7年度以降：都道府県：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（H30年推計）

第2章 現状の整理

人口構成としては、女性が多くを占め、男女共に85歳以上の割合が増加しています。また、平成30年と令和4年の年齢階級別人口で見てもわかるように、75歳以上の人口が増加していますが、75～84歳は5,657人減少しているのに対して85歳以上は10,515人増加しています。

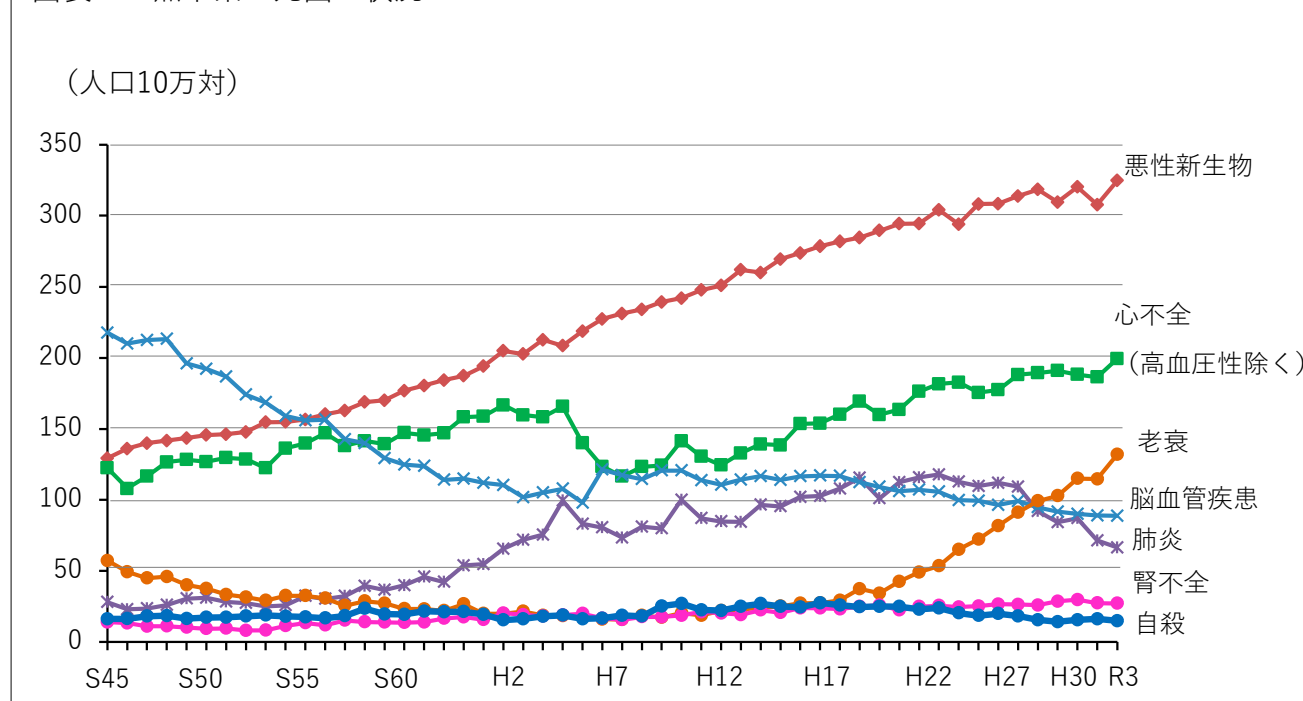
図表3 被保険者の男女・年齢階層別人口構成



出典：広域連合調べ（各年度4月1日時点）

熊本県内の死因の状況は、昭和55年に悪性新生物が死因の第1位となり、以降上昇し続けています。一方、脳血管疾患は減少傾向にあり、近年は心不全や老衰が上位を占めています。

図表4 熊本県の死因の状況

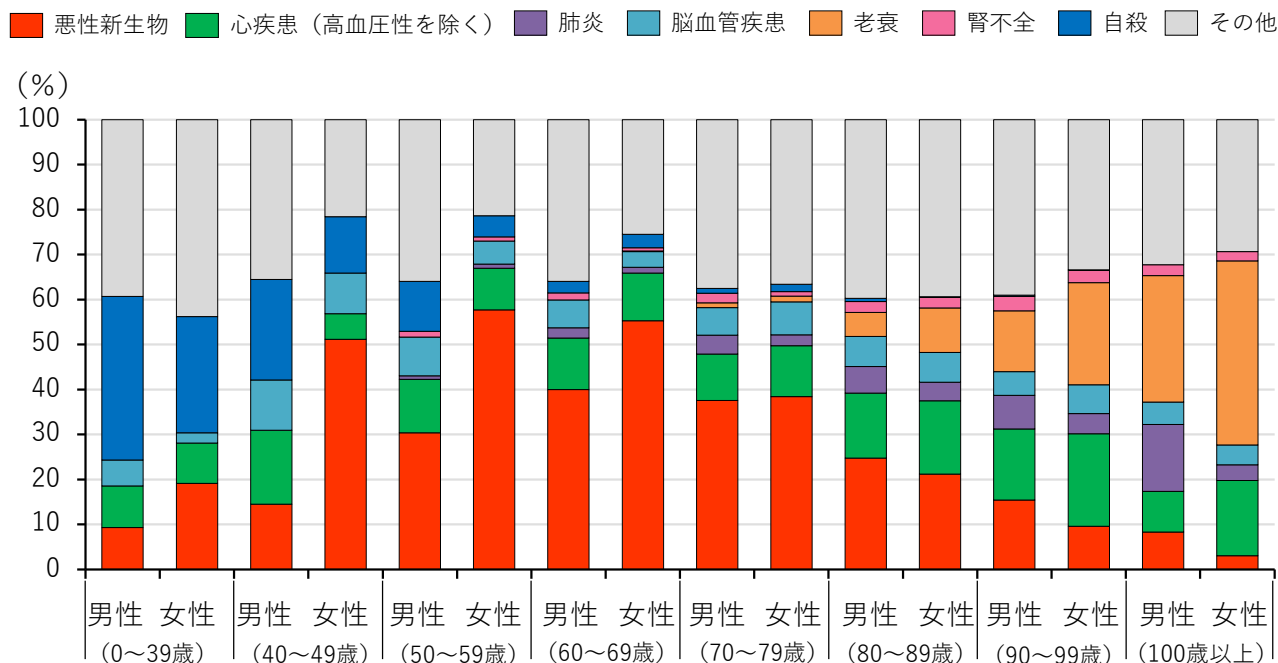


出典：人口動態調査

代表的死因を年代別にみると、悪性新生物による死亡は60代まで女性が男性を上回っています。また、死因として悪性新生物は男女ともに50～70代で多く、その後、80代からは心疾患や老衰が増加しています。

図表5 熊本県の年代別死因内訳

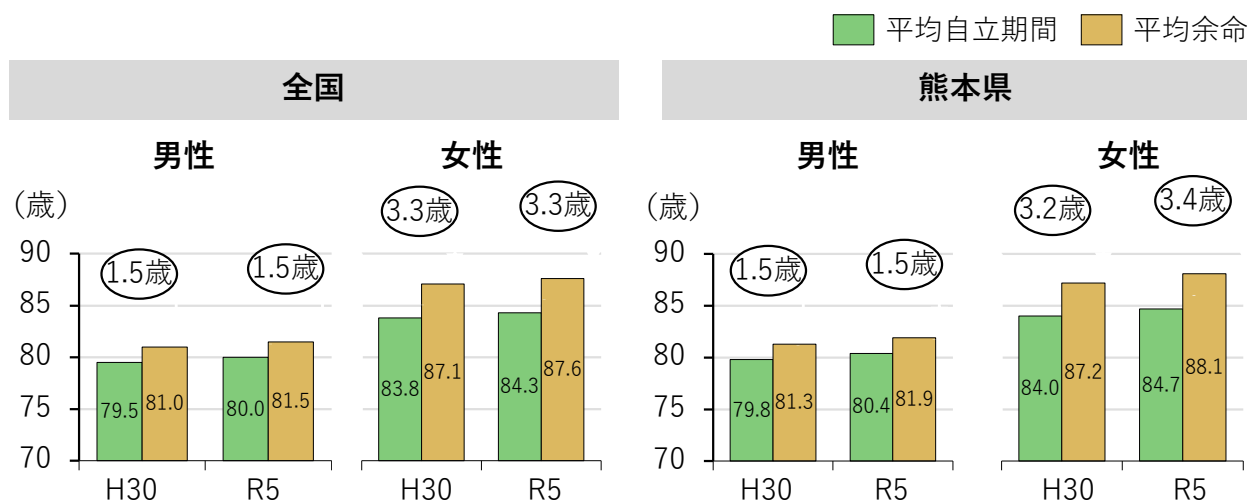
【令和4年度】



出典：人口動態調査を基に百分率で表示

熊本県の平均余命及び平均自立期間は、男女とも全国よりもやや高い状況です。熊本県の女性においては、平成30年度と比較すると平均余命が伸びている一方で平均自立期間との差がやや広がっています。平均余命と平均自立期間の差は、日常生活に何らかの制限があり医療や介護を必要とする期間と考えられます。

図表6 平均自立期間と平均余命



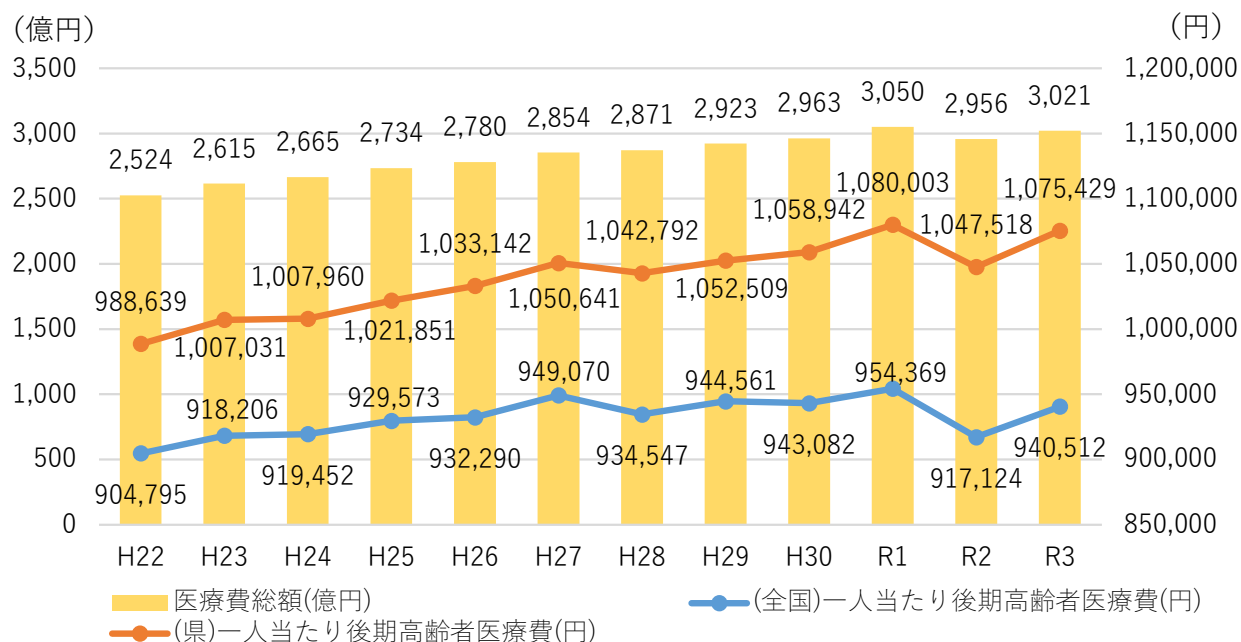
KDBにおいては、介護受給者台帳における「要介護2以上」を「不健康」と定義して、平均余命からこの不健康期間を除いたものが、平均自立期間と定義されています。

出典：KDB_S21_001_地域の全体像の把握

(2) 医療費の動向

被保険者一人当たり医療費は、平成23年度から100万円を超え、増減を繰り返しながらも微増傾向で推移しており、いずれの年度も全国より高くなっています。

図表7 熊本県後期高齢者における医療費総額と一人当たり医療費の推移（全国比較）

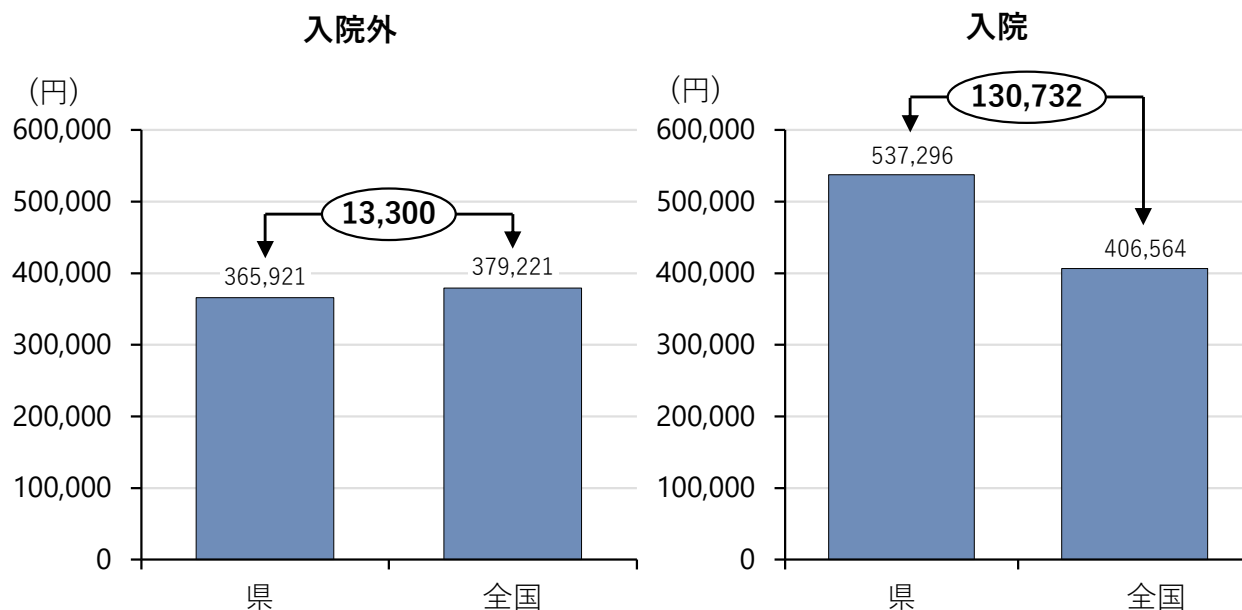


出典：「後期高齢者医療事業状況報告」（年報：確報）第2表 都道府県別医療費の状況

令和4年度の被保険者一人当たり医療費について全国と比較すると、入院外はあまり差がない状況ですが、入院は約13万円もの差があり、全国と比較すると約1.3倍の入院医療費となっています。

図表8 被保険者一人当たり医療費（全国比較）

【令和4年度】



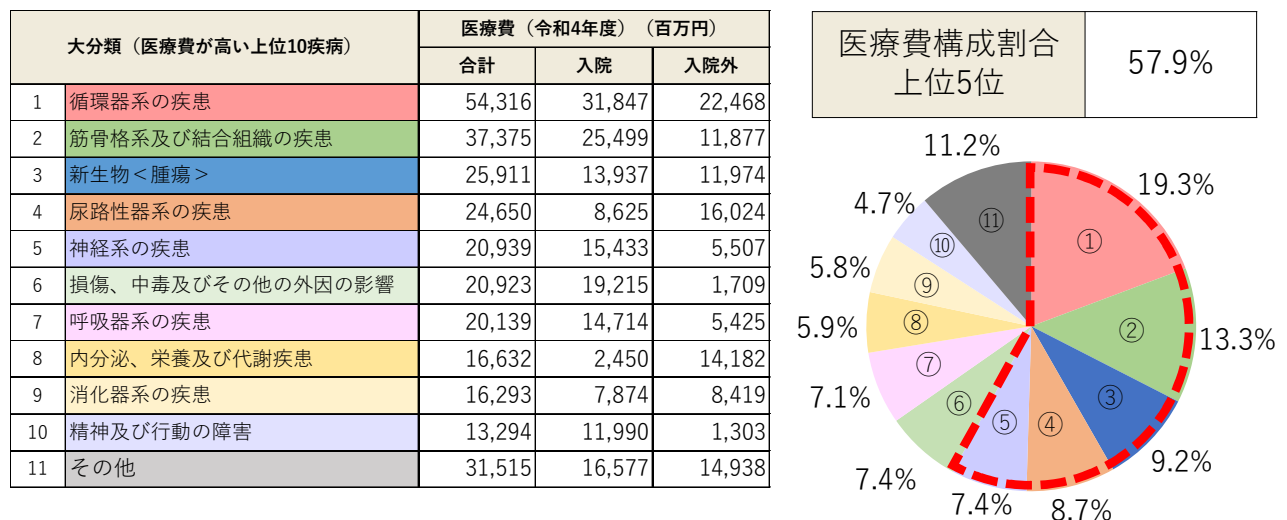
出典：KDB_S29_002_健康スコアリング（医療）

（３）医療費構成割合

令和４年度の医療費を疾病分類別（大分類）に見ると、最も医療費割合が高いのは「循環器系」次いで「筋骨格系」「新生物」の順になっています。医療費構成比上位５疾患の医療費で医療費全体の57.9%を占めています。

図表９ 疾病分類（大分類）による医療費構成割合

【令和４年度】



出典：KDB_S23_002_医療費分析（２）大、中、細小分類

平成30年度から令和４年度にかけて医療費の増加が多い順にみると、最も医療費が伸びたのは「特殊目的用コード」となっており、この分類には新型コロナウイルス感染症の医療費が含まれているため令和２年度から医療費が発生しています。次いで２位は「新生物」、３位は「損傷、中毒及びその他の外因の影響」という順位で医療費が増加傾向にあります。

図表10 大分類による医療費増加傾向疾患（上位5疾病）

大分類	医療費（百万円）					H30→R4 増減
	H30	R1	R2	R3	R4	
特殊目的用コード	0	0	43	423	6,386	6,386
新生物＜腫瘍＞	21,939	23,490	23,993	25,006	25,911	3,972
損傷、中毒及びその他の外因の影響	18,803	19,878	20,590	21,226	20,923	2,120
内分泌、栄養及び代謝疾患	14,629	16,468	16,758	18,045	16,632	2,003
消化器系の疾患	15,039	15,519	15,259	15,884	16,293	1,254

出典：KDB_S23_002_医療費分析（２）大、中、細小分類

第2章 現状の整理

細小分類において、平成30年度から令和4年度で最も医療費が増加しているのは「骨折」となっています。次いで2位は「不整脈」、3位は「糖尿病」という順位となっています。

図表11 細小分類でみる医療費増加傾向疾患

細小分類	医療費(百万円)			H30-R4増減(百万円) (C-A)
	H30 (A)	R2 (B)	R4 (C)	
骨折	15,168	16,701	16,723	1,555
不整脈	9,841	10,363	11,262	1,421
糖尿病	8,839	9,252	10,164	1,325
肺がん	3,013	3,606	3,982	969
慢性腎臓病（透析あり）	12,881	13,339	13,335	454
肝がん	1,012	1,068	1,412	400
間質性肺炎	987	1,061	1,369	382
統合失調症	4,510	4,844	4,814	304
白血病	665	690	943	278
うつ病	2,684	2,702	2,946	262

出典：KDB_S23_002_医療費分析（2）大、中、細小分類

市町村別における疾病別の入院医療費を見ると、42市町村で骨折が1位となっており、全ての市町村で、骨折または脳梗塞が3位以内となっています。

図表12 細小分類でみる医療費上位疾患（入院）

【令和4年度】

No.	市町村名	1位	2位	3位
1	熊本市	骨折	脳梗塞	関節疾患
2	八代市	骨折	関節疾患	脳梗塞
3	人吉市	骨折	関節疾患	脳梗塞
4	荒尾市	骨折	脳梗塞	統合失調症
5	水俣市	骨折	統合失調症	脳梗塞
6	玉名市	骨折	脳梗塞	統合失調症
7	山鹿市	骨折	関節疾患	統合失調症
8	菊池市	骨折	関節疾患	脳梗塞
9	宇土市	骨折	脳梗塞	不整脈
10	上天草市	骨折	脳梗塞	関節疾患
11	宇城市	骨折	脳梗塞	関節疾患
12	阿蘇市	骨折	関節疾患	脳梗塞
13	天草市	骨折	脳梗塞	関節疾患
14	合志市	骨折	脳梗塞	関節疾患
15	美里町	骨折	パーキンソン病	脳梗塞
16	玉東町	骨折	脳梗塞	統合失調症
17	南関町	骨折	脳梗塞	関節疾患
18	長洲町	骨折	脳梗塞	パーキンソン病
19	和水町	骨折	脳梗塞	統合失調症
20	大津町	骨折	関節疾患	脳梗塞
21	菊陽町	骨折	脳梗塞	関節疾患
22	南小国町	骨折	慢性腎臓病（透析あり）	統合失調症
23	小国町	骨折	慢性腎臓病（透析あり）	関節疾患
24	産山村	慢性腎臓病（透析あり）	骨折	不整脈
25	高森町	骨折	慢性腎臓病（透析あり）	統合失調症
26	西原村	骨折	関節疾患	脳梗塞
27	南阿蘇村	骨折	脳梗塞	関節疾患
28	御船町	骨折	脳梗塞	不整脈
29	嘉島町	骨折	関節疾患	脳梗塞
30	益城町	骨折	脳梗塞	関節疾患
31	甲佐町	骨折	関節疾患	脳梗塞
32	山都町	骨折	関節疾患	脳梗塞
33	氷川町	骨折	脳梗塞	関節疾患
34	芦北町	骨折	脳梗塞	関節疾患
35	津奈木町	骨折	統合失調症	不整脈
36	錦町	骨折	肺炎	不整脈
37	多良木町	骨折	関節疾患	脳梗塞
38	湯前町	骨折	関節疾患	慢性腎臓病（透析あり）
39	水上村	骨折	脳梗塞	関節疾患
40	相良村	関節疾患	脳梗塞	骨折
41	五木村	脳梗塞	肺炎	骨折
42	山江村	骨折	肺炎	関節疾患
43	球磨村	骨折	脳梗塞	統合失調症
44	あさぎり町	骨折	脳梗塞	関節疾患
45	苓北町	骨折	関節疾患	脳梗塞

出典：KDB_S23_001_医療費分析(1)細小分類

第2章 現状の整理

市町村別における入院外医療費では、19市町村で慢性腎臓病が1位、13市町村で糖尿病が1位となっており、全ての市町村で慢性腎臓病または糖尿病が3位以内に出現しています。また、高血圧症が3位以内に入っている市町村も多く、生活習慣病関連の疾患が入院外医療費の上位を占めています。

図表13 細小分類でみる医療費上位疾患（入院外）

【令和4年度】

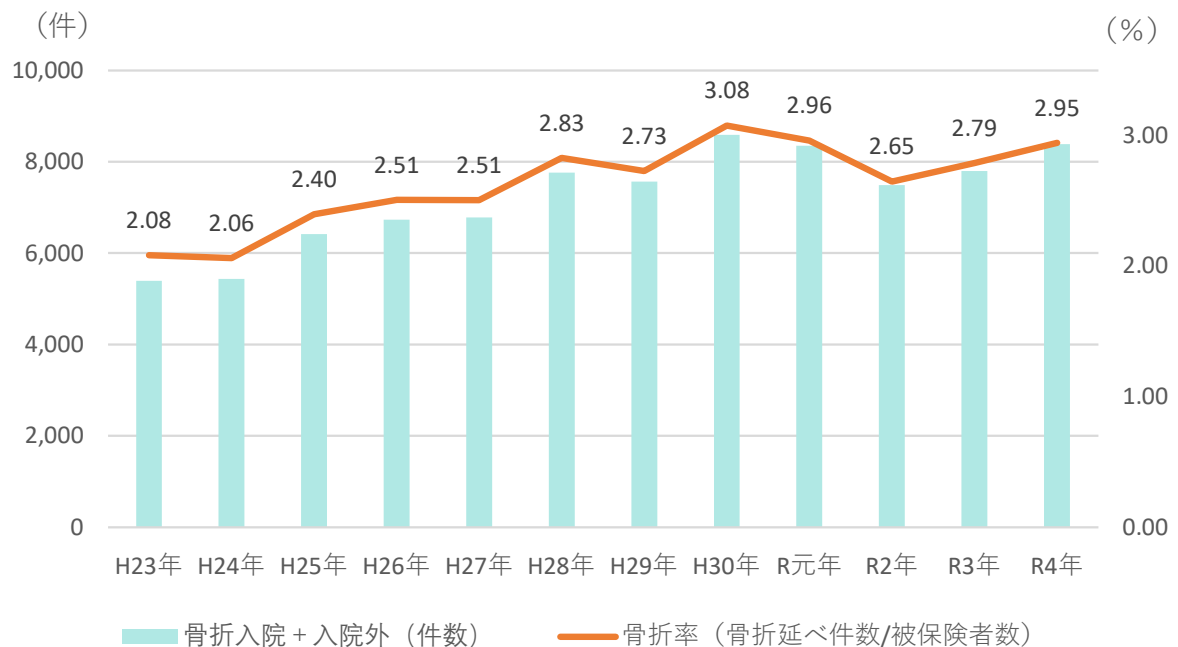
No.	市町村名	1位	2位	3位
1	熊本市	慢性腎臓病（透析あり）	糖尿病	高血圧症
2	八代市	高血圧症	糖尿病	慢性腎臓病（透析あり）
3	人吉市	糖尿病	不整脈	高血圧症
4	荒尾市	慢性腎臓病（透析あり）	糖尿病	高血圧症
5	水俣市	糖尿病	慢性腎臓病（透析あり）	関節疾患
6	玉名市	糖尿病	慢性腎臓病（透析あり）	高血圧症
7	山鹿市	慢性腎臓病（透析あり）	糖尿病	高血圧症
8	菊池市	糖尿病	慢性腎臓病（透析あり）	高血圧症
9	宇土市	慢性腎臓病（透析あり）	糖尿病	不整脈
10	上天草市	慢性腎臓病（透析あり）	糖尿病	高血圧症
11	宇城市	慢性腎臓病（透析あり）	糖尿病	高血圧症
12	阿蘇市	不整脈	糖尿病	慢性腎臓病（透析あり）
13	天草市	慢性腎臓病（透析あり）	糖尿病	高血圧症
14	合志市	糖尿病	慢性腎臓病（透析あり）	高血圧症
15	美里町	慢性腎臓病（透析あり）	糖尿病	高血圧症
16	玉東町	糖尿病	慢性腎臓病（透析あり）	不整脈
17	南関町	高血圧症	慢性腎臓病（透析あり）	不整脈
18	長洲町	糖尿病	高血圧症	不整脈
19	和水町	慢性腎臓病（透析あり）	糖尿病	高血圧症
20	大津町	慢性腎臓病（透析あり）	糖尿病	不整脈
21	菊陽町	慢性腎臓病（透析あり）	糖尿病	不整脈
22	南小国町	慢性腎臓病（透析あり）	糖尿病	不整脈
23	小国町	糖尿病	慢性腎臓病（透析あり）	不整脈
24	産山村	不整脈	高血圧症	糖尿病
25	高森町	高血圧症	糖尿病	不整脈
26	西原村	糖尿病	高血圧症	慢性腎臓病（透析あり）
27	南阿蘇村	糖尿病	高血圧症	不整脈
28	御船町	慢性腎臓病（透析あり）	糖尿病	不整脈
29	嘉島町	慢性腎臓病（透析あり）	糖尿病	高血圧症
30	益城町	慢性腎臓病（透析あり）	糖尿病	高血圧症
31	甲佐町	慢性腎臓病（透析あり）	糖尿病	不整脈
32	山都町	高血圧症	不整脈	糖尿病
33	氷川町	高血圧症	糖尿病	慢性腎臓病（透析あり）
34	芦北町	不整脈	高血圧症	糖尿病
35	津奈木町	糖尿病	不整脈	慢性腎臓病（透析あり）
36	錦町	糖尿病	高血圧症	慢性腎臓病（透析あり）
37	多良木町	高血圧症	慢性腎臓病（透析あり）	不整脈
38	湯前町	慢性腎臓病（透析あり）	不整脈	高血圧症
39	水上村	不整脈	高血圧症	糖尿病
40	相良村	慢性腎臓病（透析あり）	糖尿病	高血圧症
41	五木村	高血圧症	糖尿病	不整脈
42	山江村	糖尿病	高血圧症	不整脈
43	球磨村	高血圧症	糖尿病	不整脈
44	あさぎり町	高血圧症	糖尿病	不整脈
45	苓北町	慢性腎臓病（透析あり）	不整脈	高血圧症

出典：KDB_S23_001_医療費分析(1)細小分類

（４）医療費上位疾患の状況

医療費が高い傾向にある骨折において、各年５月診療分で骨折の件数を集計したところ、発生数と発生率ともに増加傾向となっています。

図表14 骨折発生率の推移



出典：広域連合調べ（疾病分類別統計状況より算出・各年５月診療分）

新規人工透析患者数の推移を見ると、令和４年度で252人で、平均導入年齢は82.7歳となり、平成30年度からほぼ横ばいとなっています。

図表15 新規人工透析患者数と平均導入年齢

	H30	R1	R2	R3	R4
新規人工透析導入患者数	258	263	249	268	252
新規人工透析導入患者数における平均導入年齢	82.3	81.9	81.9	82.6	82.7

出典：保険者データヘルス支援システム（翌年７月算出）

令和4年度フレイル予防のためのデータ分析（広域連合実施）

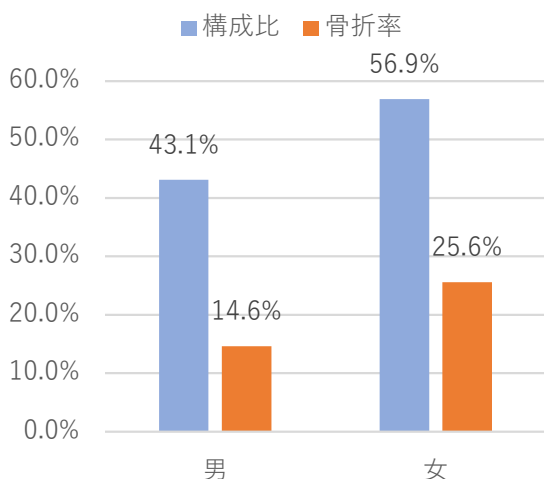
概要：骨折と健康状態や主観的健康感との関連性を分析

対象者：令和3年度の健診受診者39,578人（男性17,064人、女性22,514人）

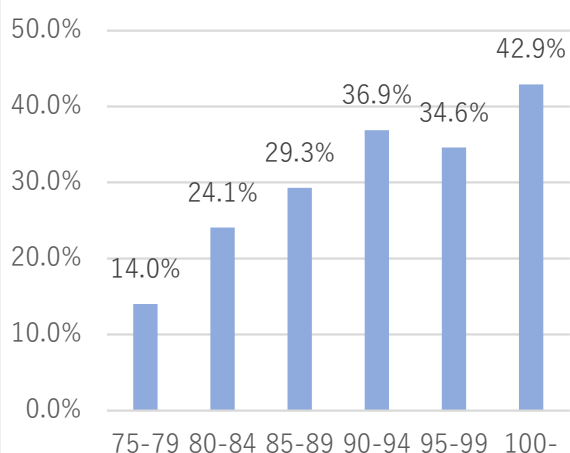
項目：・健診データ①血圧②HbA1c③eGFR45未満④やせリスク⑤肥満リスク⑥貧血
・高齢者の質問票
・過去5年間の骨折履歴の有無

男女別の骨折率は、男性が14.6%、女性が25.6%で男性の1.7倍です。
年齢別の骨折率は、70代の骨折率は14.0%ですが、年齢を重ねるごとに骨折率は増加し、100歳以上では42.9%になります。加齢は顕著に骨折リスクを増加させています。

図表16 男女別の骨折率

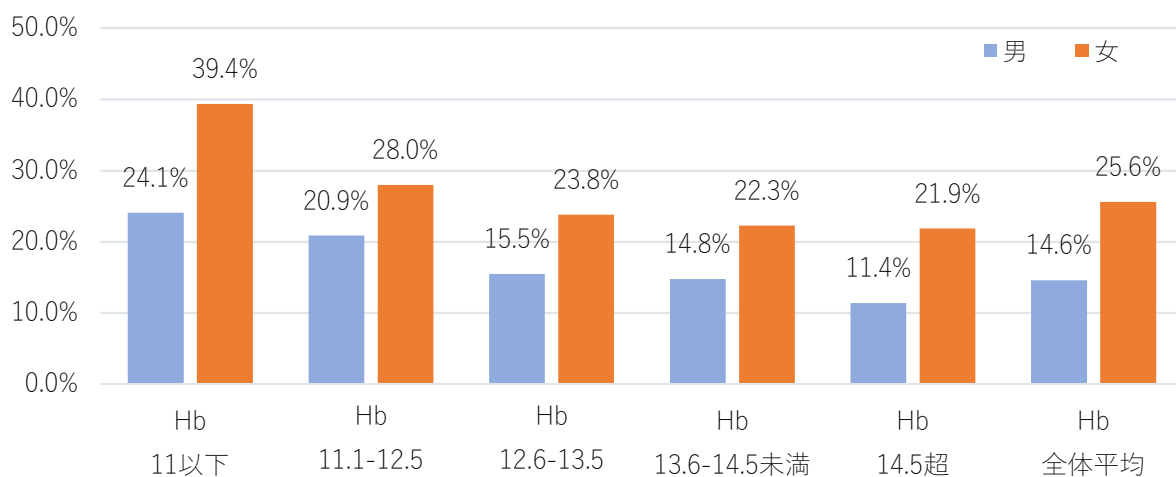


図表17 年齢階級別骨折率



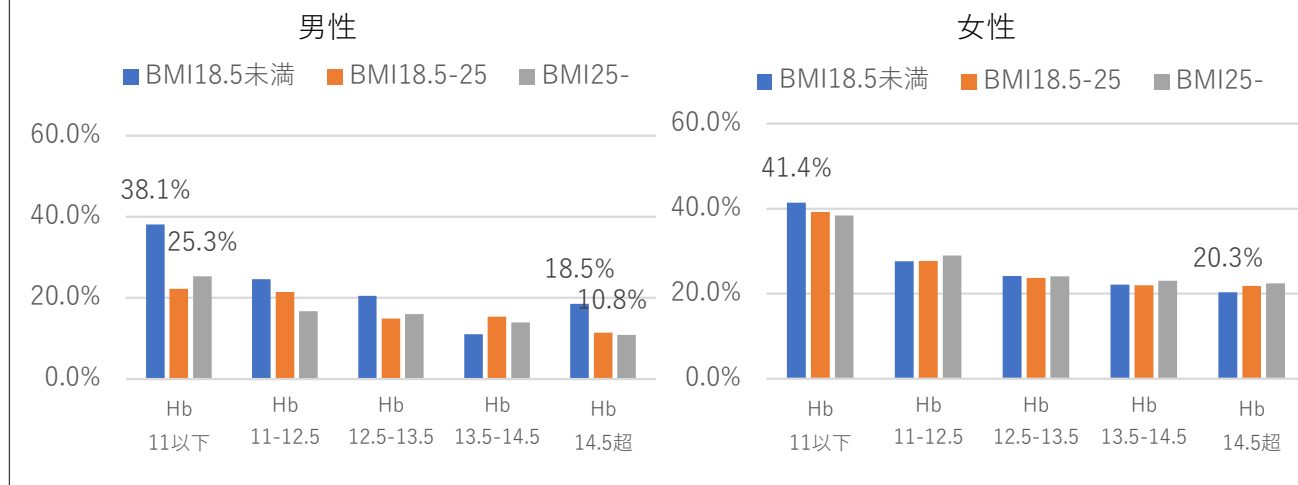
男女別血色素と骨折率の関係においては、全体平均でみると、男性の骨折率は14.6%、女性の骨折率は25.6%で男性の1.7倍です。

図表18 男女別血色素と骨折率



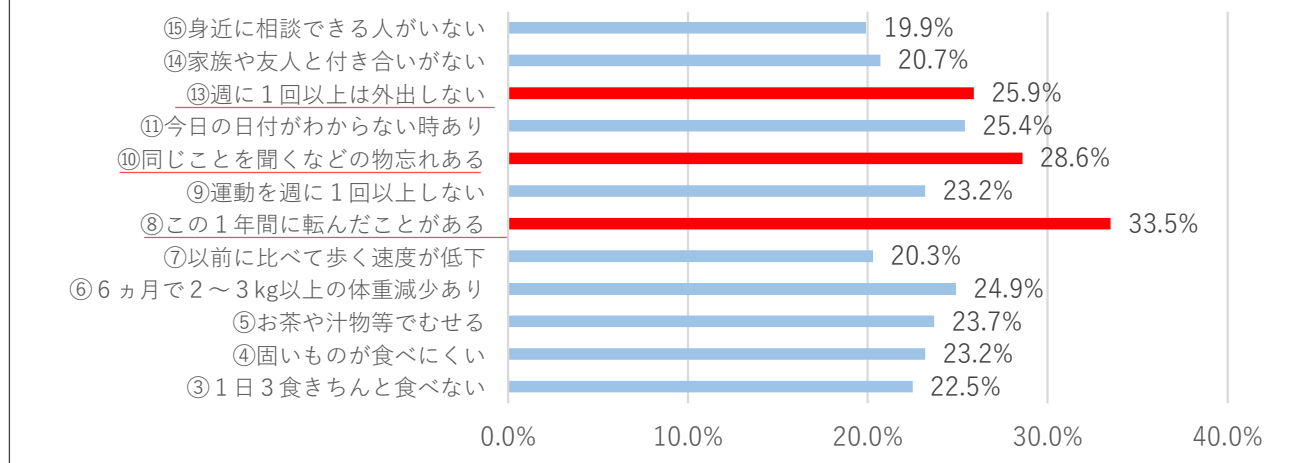
BMIと血色素と骨折率の関係においては、男女共、BMI18.5未満でHb（血色素）11以下の骨折率が高くなっています。

図表19 BMIと血色素と骨折率の関係



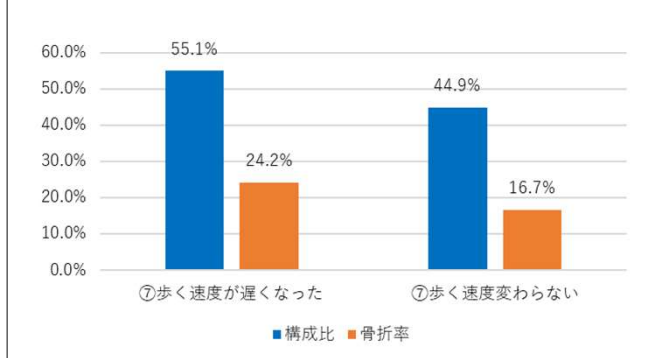
質問票と骨折率の関係においては、質問票⑧この一年間に転んだことがある33.5%、⑩同じことを聞くなど物忘れがある28.6%、⑬週に一回以上は外出しない25.9%の順で骨折率が高くなっています。

図表20 質問項目と骨折率

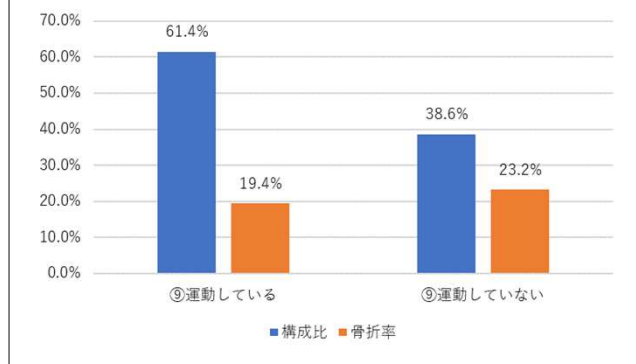


質問票⑦「以前に比べて歩く速度が遅くなった」と歩行速度低下を自覚する人の骨折率は、「変わらない」と答えた人の1.5倍高くなっています。また、⑨運動している人は、運動していない人より骨折率が低い結果になりました。

図表21 歩く速度の変化と骨折率



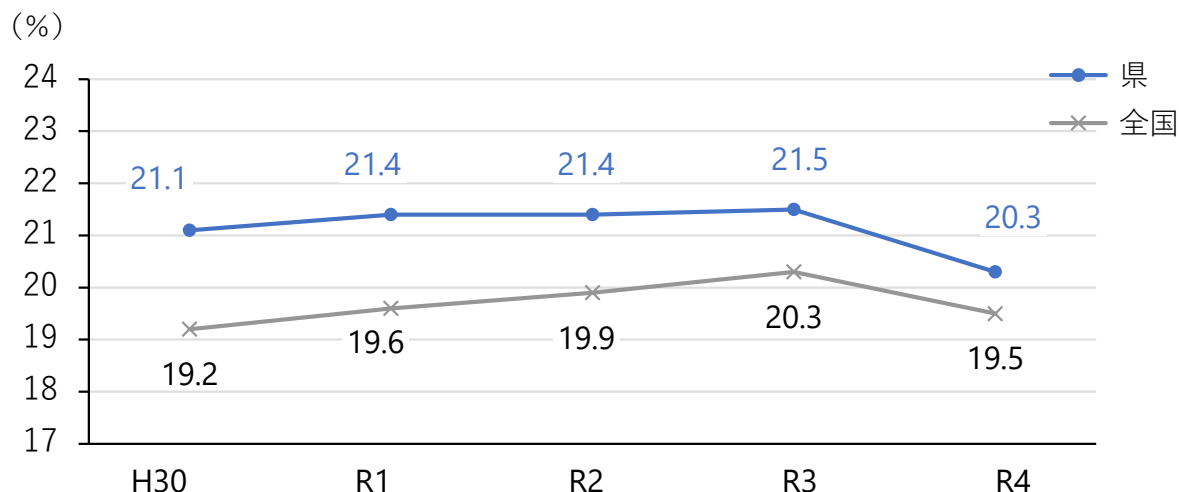
図表22 運動の有無と骨折率



(5) 介護関連

要介護(要支援)認定率は、平成30年度から令和3年度にかけては21%程度で推移していましたが、令和4年度時点では20.3%とやや減少傾向となっています。しかしながら、いずれの年度も全国より高い状況となっています。

図表23 要介護（要支援）認定率

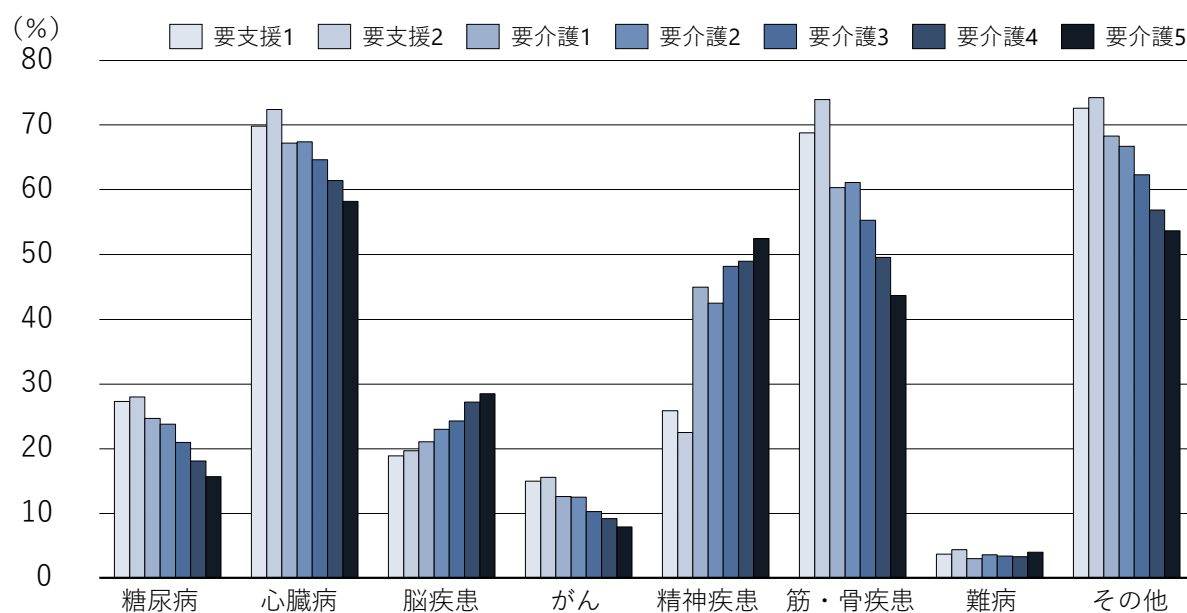


出典：KDB_S29_003_健康スコアリング（介護）

後期高齢者における要介護（要支援）認定者の有病状況は、要介護(要支援)認定者のうち1号被保険者（65歳以上）について、要支援1・2では心臓病や筋・骨格系の疾患を有する人の割合が約7割となっており、介護度が進むとこれらの疾患の有病率が下がっています。一方、脳疾患や精神疾患を有する人の割合は、要介護度が進むと増加する傾向が見られます。

図表24 熊本県の要介護(要支援)者有病状況・1号被保険者

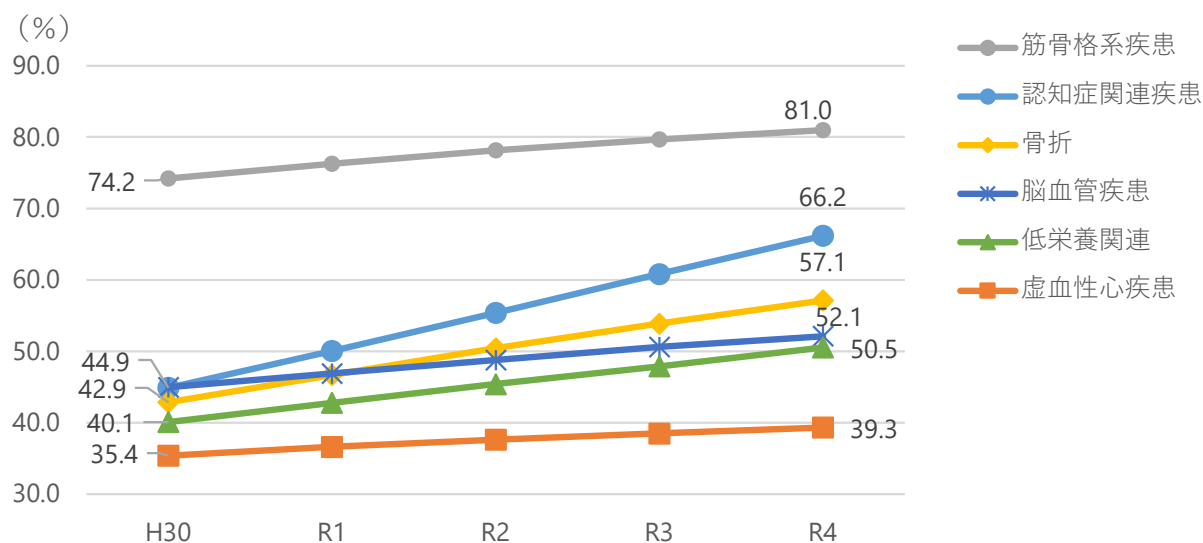
【令和4年度累計】



出典：KDB_S24_002_要介護（支援）者有病状況

要介護(要支援)認定者全体における有病状況を見ると、平成30年から令和4年での増加率が顕著な疾患は認知症関連疾患が21.3%、骨折が14.2%、低栄養関連が10.4%増加しています。

図表25 要介護(支援)認定者における有病状況



出典：KDB_S24_004_後期高齢者の医療（健診）・介護実合状況【令和5年3月】

●筋骨格系疾患：関節症、脊椎障害

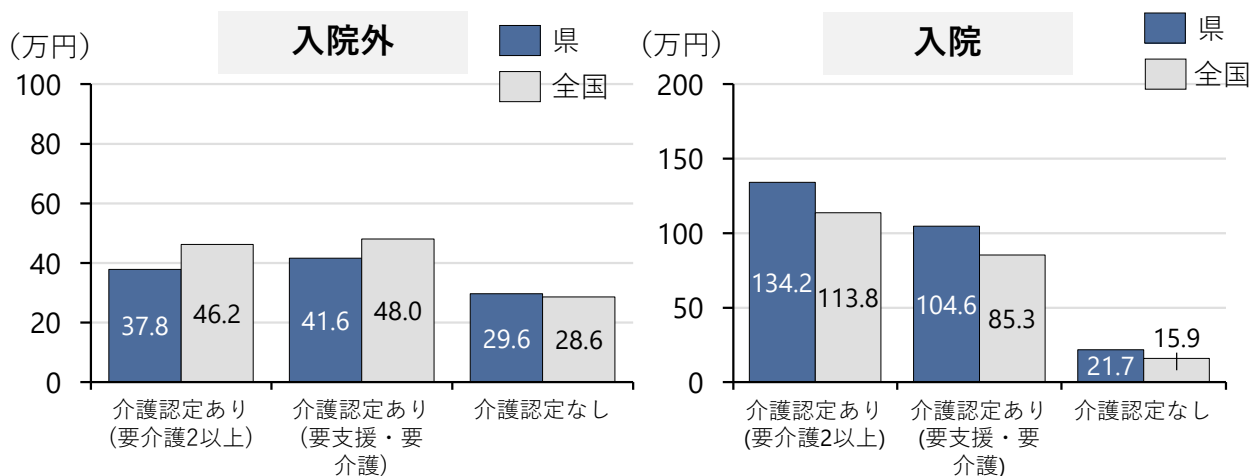
●認知症関連疾患：アルツハイマー、血管性などの認知症、その他の認知症系疾患

●低栄養関連：低栄養、貧血

要介護（要支援）認定有無別に一人当たり医療費を見ると、要介護（要支援）認定者の令和4年度の一人当たりの入院外の医療費については全国より低い傾向にありますが、入院の医療費については全国より高い傾向にあります。

図表26 介護状況別一人当たり医療費

【令和4年度】

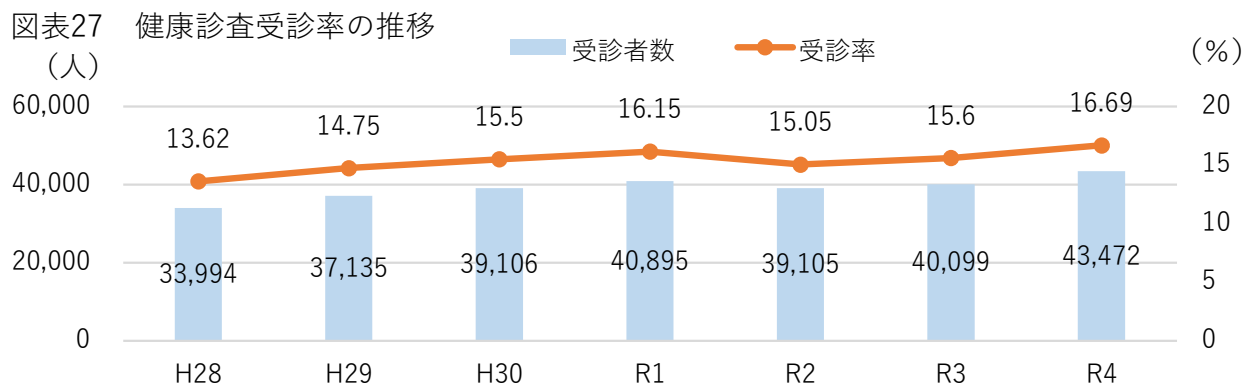


出典：KDB_S29_003_健康スコアリング（介護）

※介護認定あり(要支援・要介護)：要支援1・2及び要介護1～5を含む

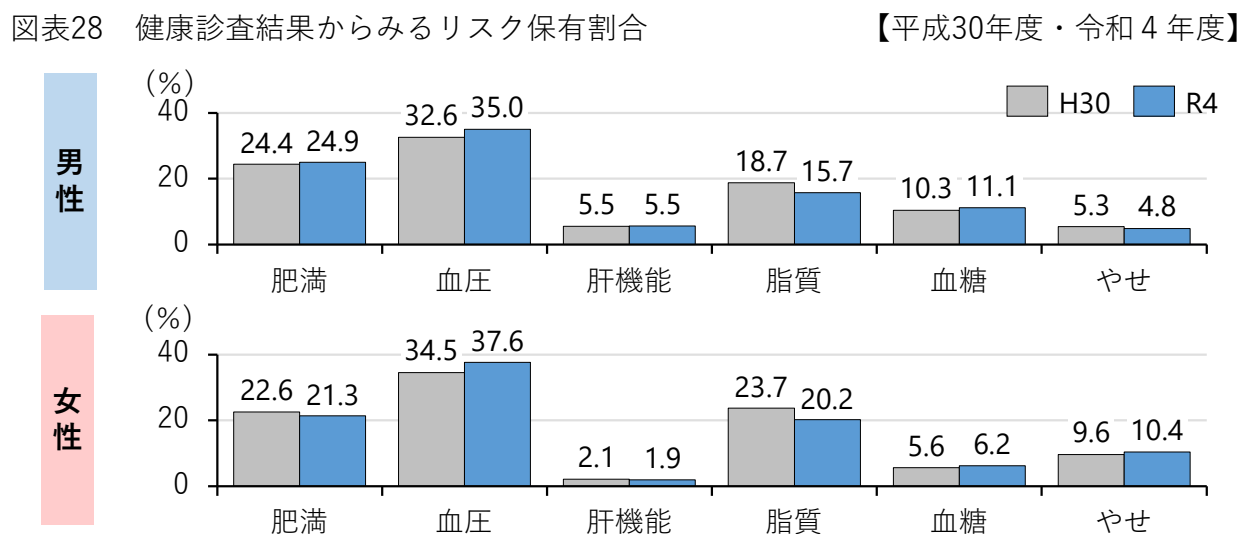
（6）健康診査・歯科口腔健康診査

健康診査受診率は、平成28年度（13.62％）から令和元年度（16.15％）にかけては増加傾向でしたが、令和2年度からは新型コロナウイルス感染症の影響を受け減少となっています。令和4年度の健康診査受診率については、熊本県は16.69％と低いものの、過去の実績と比較して高い受診率を達成しており、新型コロナウイルス感染症以前からは微増傾向となっています。



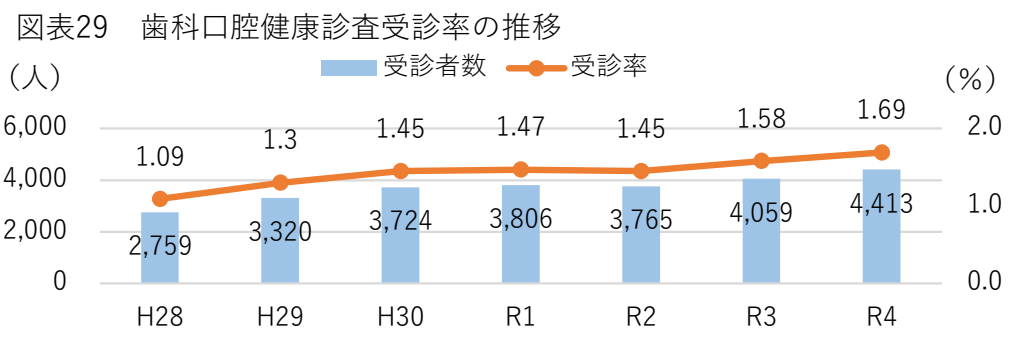
出典：広域連合調べ（翌年5月算出）

健康診査結果からみるリスク保有者の割合は、血圧が最も高く男女とも増加傾向にあります。



出典：KDB_S29_001_健康スコアリング（健診）

歯科口腔健康診査受診率は、経年で微増傾向です。

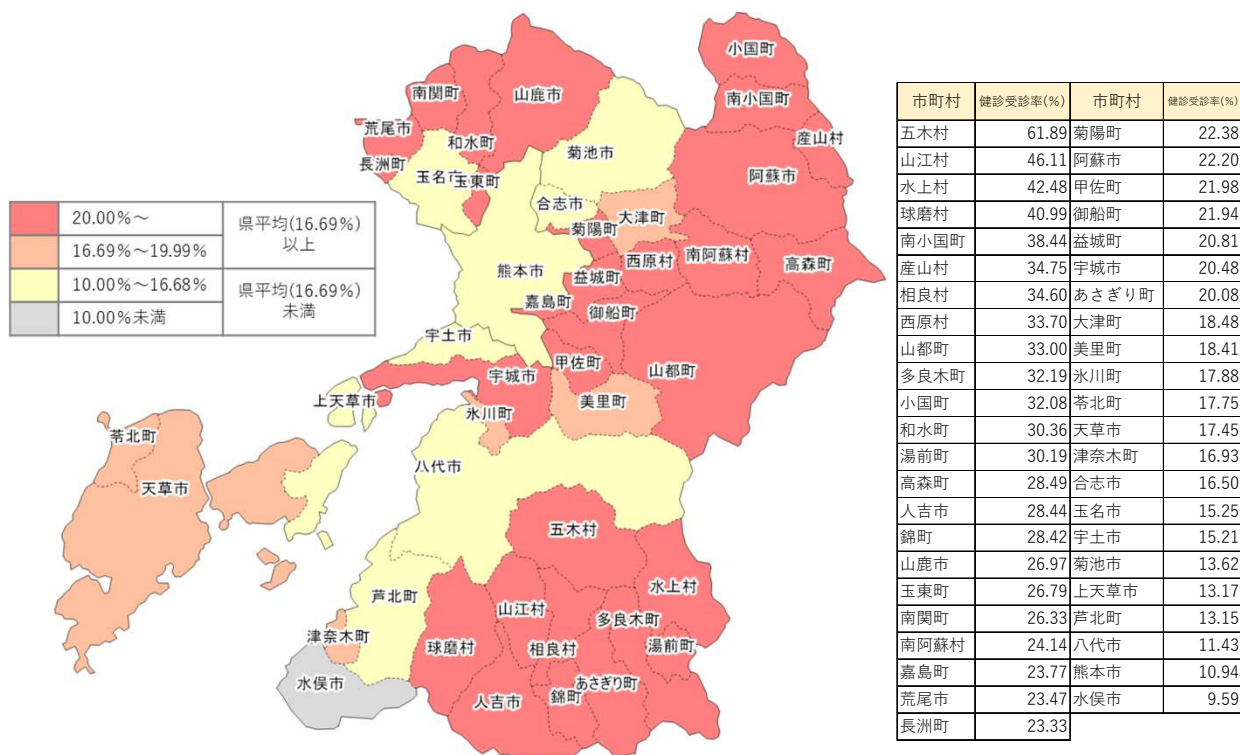


出典：広域連合調べ（翌年5月算出）

健康診査受診率及び歯科口腔健康診査受診率について、ともに市町村格差が大きい状況です。

図表30 市町村の健康診査受診率

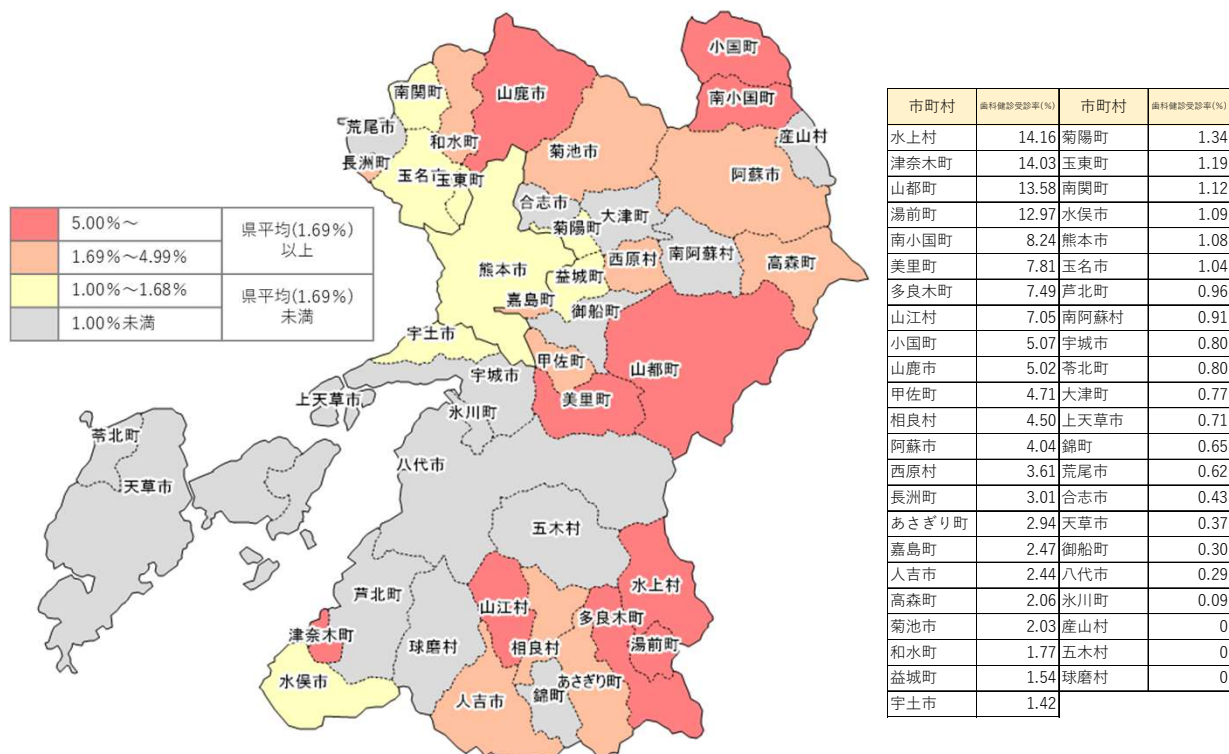
【令和4年度】



出典 広域連合調べ（翌年5月算出）

図表31 市町村の歯科口腔健康診査受診率

【令和4年度】

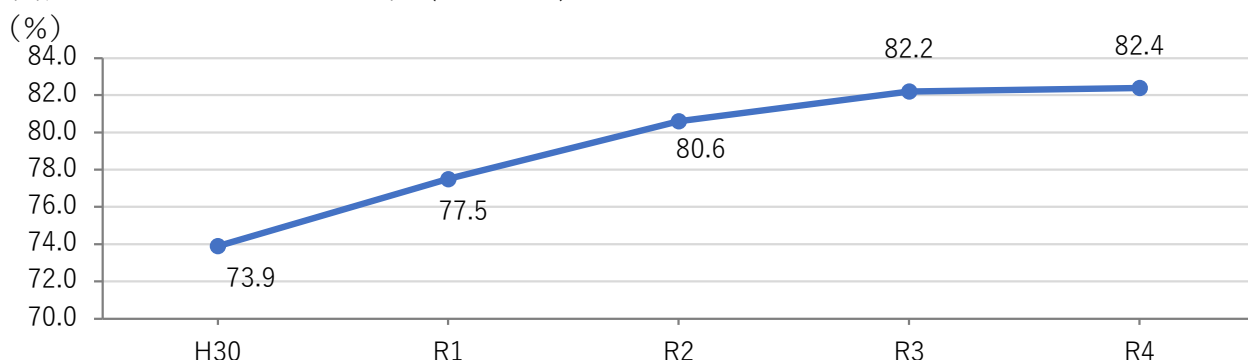


出典 広域連合調べ（翌年5月算出）

(7) 服薬関連

ジェネリック医薬品（後発医薬品）の普及率は、平成30年度から増加傾向で、令和2年度には目標値の80%を達成しており、令和4年度時点では82.4%となっています。

図表32 後発医薬品の普及率（数量割合）



出典：国保連合会から提供される帳票（数量シェア集計表・該年度の5月分の集計値）

薬物有害事象の発生頻度が増加するとの研究報告がある6剤以上の薬剤処方が被保険者の46.6%、10剤以上が21.2%、15剤以上が5.2%を占め、また2つ以上の医療機関での重複処方も被保険者の0.9%を占めています。

図表33 重複多剤の状況

【令和5年3月診療分】

服薬状況		人数 (人)	被保険者数に占める 割合 (%)
多剤投薬 (同月内に15日以上処方)	6剤以上	136,386	46.6
	10剤以上	61,986	21.2
	15剤以上	15,075	5.2
重複投薬（2医療機関以上で重複が発生）		2,547	0.9

出典：KDB_S27_013_重複・多剤処方の状況

アンケート調査の結果、いつも飲んでいる薬は、高血圧の薬が最も多く、その他としては、糖尿病、睡眠薬、骨粗しょう症に関する服薬が多いことがわかりました。また、骨粗しょう症の服薬は女性の割合が顕著に高いことがわかります。

図表34 いつも飲んでいる薬について

複数回答有	全体	性別		年代別		
		男性	女性	70代	80代	90代以上
高血圧	34.3%	36.5%	32.6%	34.5%	35.6%	32.6%
糖尿病	8.7%	10.4%	7.3%	11.3%	10.0%	4.7%
睡眠薬	8.5%	7.3%	9.6%	6.1%	8.6%	10.6%
骨粗しょう症	9.2%	3.2%	14.0%	7.3%	9.1%	10.9%
心疾患	7.7%	8.8%	6.8%	5.3%	6.3%	11.6%
高脂血症	7.8%	6.7%	8.6%	11.7%	7.4%	4.8%
鎮痛剤	5.6%	4.4%	6.5%	4.5%	4.9%	7.5%
その他	13.2%	17.2%	10.1%	12.4%	13.8%	13.2%
飲んでいない	5.0%	5.5%	4.5%	6.8%	4.4%	4.2%

出典：令和5年度実施 広域連合によるアンケート調査

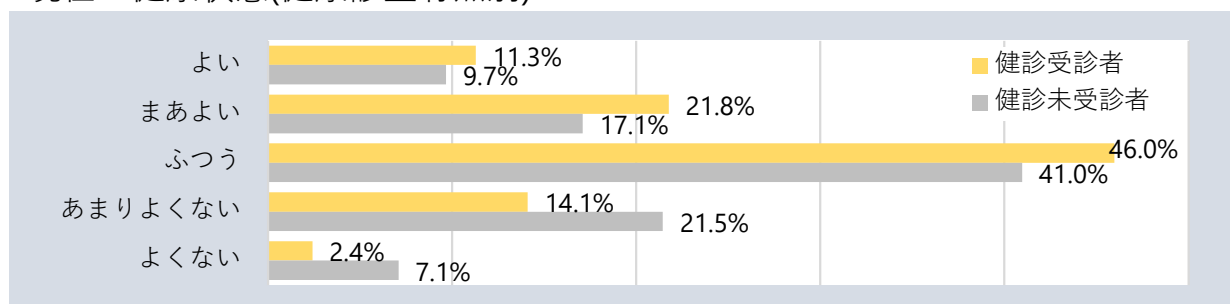
(8) 健康意識に関する状況

アンケート調査の結果、健康診査受診者と未受診者で比較したところ、「ふつう、まあよい、よい」と回答した割合は健康診査受診者の方が高く、「あまりよくない、よくない」と回答した割合は健康診査未受診者の方が高くなりました。

また、健康への意識に関する質問では、日頃の運動は買い物や調理掃除などの家事を運動として意識されている方が多く、主な外出先は「病院、診療所」「買い物」の割合が高い状況です。

図表35 アンケートによる調査の結果

現在の健康状態(健康診査有無別)



日頃の運動

複数回答有	全体
買い物	19.1%
調理、掃除などの家事	16.8%
庭の手入れなど	17.3%
ウォーキング（散歩）	13.3%
家庭菜園などの農作業	11.7%
運動（ジョギング・水泳など）	2.7%
仕事	4.8%
特に身体を動かしていない	7.2%
その他	7.1%

主な外出先

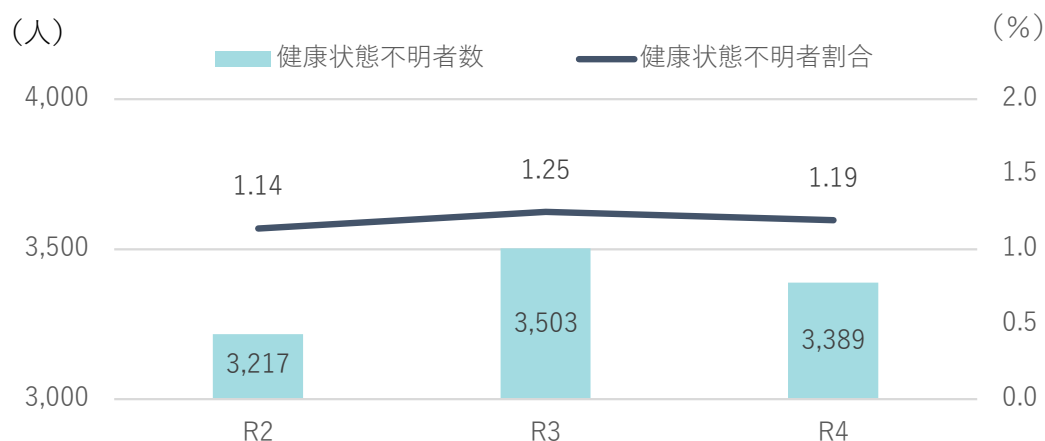
複数回答有	全体
病院・診療所など	27.0%
買い物	26.7%
会合・サークルで利用する施設	7.7%
文化・娯楽施設	2.4%
公園	3.3%
家族・親戚・友人宅	8.0%
畑	10.9%
飲食店	3.1%
スポーツ施設	3.9%
その他	7.0%

出典：令和5年度実施 広域連合によるアンケート調査結果

(9) 健康状態不明者

令和4年度時点で、健康状態不明者は3,389人（1.19%）存在しています。

図表36 健康状態不明者の割合



出典：一体的実施・KDB活用支援ツール 健康状態不明者

健康状態不明者とは、データ抽出年度と抽出前年度の2年度において、健康診査受診なし、医療機関受診なし、要介護認定なしの全てに該当する者

■ 第2次計画（前期）の振り返り

評価	目標までの達成状況
◎	目標達成している状況
○	順調に事業が展開しており、目標達成に近づいている状況
△	事業の実施方法などに課題があり、目標達成が困難な状況
×	事業に未着手な状況または事業中止が決定され目標達成が不可能な状況

健康課題	目指すべき目標	実施事業	成果目標	H30→R4(目標値) H30→R4(実績値)	評価
生活習慣病に起因する疾患への対策は継続して取り組む必要がある。骨折の予防や全身の健康に影響がある口腔ケア対策は、生活習慣の見直しなどにより予防可能な新たな課題。	生活習慣病の早期発見及び重症化予防	(1)健康診査	受診率	14.5%→20.0% 15.5%→16.69%	○
		(2) 歯科口腔健康診査	受診率	1.45%→2.65% 1.45%→1.69%	○
		(3)健康支援訪問指導事業 (健康診査の結果)	I 度高血圧以上	34.0 % →34.0% 33.0 % →35.7%	△
			HbA1c 6.5 %以上	9.1%→7.4% 9.8%→12.2%	
			LDL-コレステロール140以上	17.0 %→17.0% 19.5 %→16.3%	
			腎専門医受診レベル eGFR45未満	8.4% → 8.0% 8.4% →11.2%	○
		(4)糖尿病性腎症患者の重症化予防事業	糖尿病性腎症患者の重症化予防事業実施	1市町村→28市町村 2市町村→25市町村	
健康診査結果、診療報酬明細書、国保データベースなどの健康・医療情報などを活用して、情報分析を継続しながら、PDCAサイクルに沿った事業の実施及び充実を図っていくことが課題。	健康医療情報の分析に基づく医療費適正化の推進	(3)健康支援訪問指導事業 (重複・頻回)	改善率	60.0%→60.0% 69.4%→72.5%	◎
			効果額	18,000円→18,000円 28,651円→50,869円	
		(5)ジェネリック医薬品 (後発医薬品) 普及促進事業	数量シェア	70.0% →80.0% 73.9% →82.4%	◎
後期高齢者の保健事業は生活習慣との関わりや介護予防の取組にもつながり、介護保険も担っている市町村による参画は不可欠であることから、役割分担をし、事業に取り組む。	広域連合及び市町村の役割分担及び相互連携	(6)長寿・健康増進事業	疾病分類別統計発行	年1回	◎
		(7)広域連合が実施する保健事業の啓発	健康に関するパンフレットなどの作成		◎

健康課題	目指すべき目標	実施事業	成果目標	R3→R4(目標値) R3→R4(実績値)	評価
効果的で実効性のある取組が必要。	新たな事業への取組 (令和3年度の中間評価で追加)	(8)一体的実施事業 R3→R4(目標値) R3→R4(実績値)	薬剤に関する事業 (医薬品の適正使用の推進)	4市町村→6市町村 2市町村→2市町村	○
			未受診者対策事業	11市町村→20市町村 27市町村→34市町村	◎
			市町村訪問	22市町村→22市町村 13市町村→13市町村	△
			フレイル予防対策 実施市町村数	30市町村→40市町村 27市町村→34市町村	○
			介護連携事業	30市町村→40市町村 27市町村→34市町村	○

< 前期計画に係る考察 >

(1) 健康診査

○：順調に事業が展開しており、目標達成に近づいている状況

健康診査受診率の推移

年度	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5
目標値	—	—	14.50%	15.00%	15.60%	18.00%	20.00%	22.00%
実績値	13.62%	14.75%	15.50%	16.15%	15.05%	15.60%	16.69%	—

健康診査受診率は、令和元年度までは目標を上回る水準で推移していたため、中間評価で目標値を上方修正しましたが、令和2年度以降目標値を達成できない状況です。令和2年度の実績値の落ち込みの主な要因としては、新型コロナウイルス感染症による市町村での健康診査実施期間の縮小や中止、被保険者の受診控えなどの影響と考えられます。近年は上昇傾向にあり、新型コロナウイルス感染症禍前の水準まで回復してきています。

引き続き、被保険者に健康診査の必要性・重要性を理解してもらうため、市町村と連携を図り、受診率の向上に向けた取組を実施していく必要があります。

(2) 歯科口腔健康診査

○：順調に事業が展開しており、目標達成に近づいている状況

歯科口腔健康診査受診率の推移

年度	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5
目標値	—	—	1.45%	1.50%	1.56%	2.06%	2.65%	3.24%
実績値	1.09%	1.30%	1.45%	1.47%	1.45%	1.58%	1.69%	—

歯科口腔健康診査受診率は、令和元年度までは目標値を上回る水準で推移していたため、中間評価で目標値を上方修正しましたが、令和2年度以降目標値を達成できていない状況です。目標は未達成ですが、受診率は徐々に回復しています。

健康診査と比べ認知度が低いことから、関係機関・団体などと連携し啓発活動を継続するとともに、オーラルフレイルが身体への様々な影響があることから、発症及び重症化の予防を推進していく必要があります。

(3) 健康支援訪問指導事業

ア 重複及び頻回受診者に関する訪問指導

◎：目標達成している状況

改善率と効果額の推移

年度		H20～H28 平均	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5
改善率	目標値	－	－	60.0%					
	実績値	59.8%	72.0%	69.4%	75.4%	80.9%	69.1%	72.5%	－
効果額	目標値	－	－	18,000円					
	実績値	16,212円	23,056円	28,651円	35,568円	37,056円	36,741円	50,869円	－

重複及び頻回受診者に関する訪問指導については、平成30年度から目標値を上回る改善率と効果額を示しています。

今後も市町村と連携し、対象者への継続した支援により、医療費適正化に取り組む必要があります。

イ 健康診査受診者に対する訪問指導

△：事業の実施方法などに課題があり、目標達成が困難な状況

健康診査の検査項目における各指標の推移

年度		H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5
Ⅰ度高血圧以上	目標値	－	－	34.0%	34.0%	34.0%	34.0%	34.0%	34.0%
	実績値	34.3%	34.6%	33.0%	31.6%	37.1%	36.0%	35.7%	－
HbA1c (NGSP値) 6.5以上	目標値	－	－	9.1%	8.7%	8.3%	7.8%	7.4%	7.0%
	実績値	9.5%	10.3%	9.8%	11.0%	11.1%	11.7%	12.2%	－
LDLコレステロール140以上	目標値	－	－	17.0%	17.0%	17.0%	17.0%	17.0%	17.0%
	実績値	17.5%	17.7%	19.5%	19.3%	17.9%	17.7%	16.3%	－

ウ 腎専門医受診レベル該当者率の推移

△：事業の実施方法などに課題があり、目標達成が困難な状況

腎専門医受診レベル該当者率の推移

年度	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5
目標値	—	—	8.4%	8.3%	8.2%	8.1%	8.0%	8.0%
実績値 (eGFR51未満)	8.5%	9.3%	8.4%	—	—	—	—	—
実績値 (eGFR45未満)	—	—	—	11.1%	11.4%	11.0%	11.2%	—

※令和元年度からC K D診療ガイドライン2018に基づき、実績の値をeGFR51未満からeGFR45未満へ変更

健康診査の検査結果「Ⅰ度高血圧以上」の受診者の割合は、平成30年度から令和元年度までは目標値を達成していましたが、令和2年度から令和4年度は目標値以下に抑制できませんでした。「HbA1c6.5%以上」「eGFR45未満」の受診者割合に関しては、平成30年度から令和4年度のいずれにおいても、目標値以下に抑制することができませんでした。「LDLコレステロール140以上」の受診者の割合に関しては、目標の範囲内に抑えることができました。

今後は、市町村において一体的実施事業の重症化予防（糖尿病性腎症・その他の生活習慣病など）として取り組むこととなりますが、より成果が反映できるよう目標値を見直す必要があります。

（４）糖尿病性腎症患者の重症化予防事業

○：順調に事業が展開しており、目標達成に近づいている状況

事業実施市町村数の推移

年度	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5
目標値	—	—	1市町村	1市町村	2市町村	—	—	—
目標値 (一体的実施事業含む)	—	—	—	—	—	24市町村	28市町村	30市町村
実績値			2市町村	4市町村	18市町村	24市町村	25市町村	—

令和4年度は目標に達しませんが、重症化予防に取り組む市町村数は順調に増加しています。

市町村においては、未受診者に対し面談などが実施されるよう働きかける必要があります。

(5) ジェネリック医薬品（後発医薬品）普及促進事業

◎：目標達成している状況

ジェネリック医薬品の数量ベースシェア率の推移

年度	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5
目標値	—	—	70%	72%	74%	80%	80%	80%
実績値	65.6%	69.4%	73.9%	77.5%	80.6%	82.2%	82.4%	—

平成30年度に目標達成し、被保険者への普及啓発や差額通知などを継続することで、その後も安定的に目標を上回る状態を維持しています。

差額通知については、費用対効果を検証し、現行の実施回数や抽出条件などの見直しを図る必要があります。

(6) 長寿・健康増進事業

◎：目標達成している状況

広域連合が実施する長寿・健康増進事業の実施状況の推移

年度		H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5
いきいき健康長寿講演会	目標値	—	—	3市町村	3市町村	4市町村	4市町村	事業廃止	
	実績値	2市町村	2市町村	3市町村	2市町村	1市町村	0市町村		
健康に関するパンフレットの作成	目標値	—	—	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回
	実績値	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	—
疾病分類別統計	目標値	—	—	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回
	実績値	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	—

長寿・健康増進事業については、目標達成している状況ですが、一体的実施事業に随時移行しています。

広域連合が実施する各事業については、市町村において保健事業などへ活用するとともに、データヘルスに資する内容へと随時見直しを図る必要があります。

(7) 広域連合が実施する保健事業の啓発

◎：目標達成している状況

市町村への補助事業の実施市町村数の推移

年度		H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5
ホームページ	目標値	－	－	随時更新	随時更新	随時更新	随時更新	随時更新	随時更新
	実績値	随時更新	随時更新	随時更新	随時更新	随時更新	随時更新	随時更新	－
リーフレット	目標値	－	－	新規被保険者全員への配布					
	実績値	45市町村	44市町村	45市町村	41市町村	41市町村	45市町村	45市町村	－
新聞広告	目標値	－	－	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回
	実績値	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	－
ポスター	目標値	－	－	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回
	実績値	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	－

広域連合が実施する各事業については、市町村と連携・協力しながら被保険者の健康増進の支援となるよう、より効果的かつ効率的で、地域に根差した事業の展開を図る必要があります。

(8) 一体的実施事業

薬剤に関する事業 ○：順調に事業が展開しており、目標達成に近づいている状況

未受診者対策 ◎：目標達成している状況

市町村訪問 △：事業の実施方法などに課題があり、目標達成が困難な状況

フレイル予防対策実施市町村数

○：順調に事業が展開しており、目標達成に近づいている状況

介護連携事業 ○：順調に事業が展開しており、目標達成に近づいている状況

年度		H30	R1	R2	R3	R4	R5
薬剤に関する事業 (医薬品の適正使用の推進)	目標値	1市町村 (モデル地区) 事業検討	検討及び 開始準備	事業開始	4市町村	6市町村	11市町村
	実績値	1市町村 (モデル地区)	未実施	1市町村 (一体的実施)	2市町村	2市町村	—
未受診者対策	目標値	資料提供及び 事業検討	検討及び 開始準備	事業開始	11市町村	20市町村	25市町村
	実績値	実施 (県歯科医師会連 携)	実施 (県歯科医師会連 携・未受診者対 策事業)	実施 (県歯科医師会連携・ 未受診者対策事業) 7市町村 (一体的実施による 未受診者対策)	実施 (県歯科医師会連 携) 27市町村 (一体的実施による 未受診者対策)	実施 (県歯科医師会連 携) 34市町村 (一体的実施による 未受診者対策)	—
市町村訪問	目標値	実施	実施	実施	22市町村	22市町村	22市町村
	実績値	実施 (11市町村)	実施 (24市町村)	実施 (22市町村) ※圏域毎実施分含 む	13市町村	13市町村	—
フレイル予防 対策実施市町 村数	目標値	—	—	20市町村	30市町村	40市町村	45市町村
	実績値	—	—	15市町村	27市町村	34市町村	—
介護連携事業	目標値	情報収集及び 事業検討	検討及び 開始準備	事業開始	30市町村	40市町村	45市町村
	実績値	—	—	17市町村	27市町村	34市町村	—

令和4年度に一体的実施事業に取り組んだのは34市町村で、目標には届きませんでしたが、着実に増加している状況です。本事業において、未受診者対策は目標を達成し、薬剤に関する事業及びフレイル予防対策実施市町村数、介護連携事業は目標達成に近づいている一方で、市町村訪問は目標達成が困難となりました。

市町村訪問については、一体的実施事業の体制整備などの支援のために実施してきました。今後は、全市町村が一体的実施事業に取り組む中において、担当者間の情報交換や好事例紹介などを行うことで、横展開や連携強化を推進していきます。

また、フレイル予防対策実施市町村数については、一体的実施事業の取組市町村数を増やしていくとともに、アプローチする実施者数を増やしていく必要があります。

健康・医療情報などの分析結果から見える特徴	
人口動態	- 人口の約3割が65歳以上の高齢者で、被保険者数は増加傾向 - 被保険者数は、令和5年度には29.0万人、令和17年度には35.2万人と予測 - 年代別死因は50～70代では悪性新生物が多く、80代からは心不全や老衰が増加 - 平均余命及び平均自立期間は、男女とも全国よりやや高い状況
医療費	- 被保険者一人当たり医療費は、平成23年度から年間100万円を超え、微増傾向 - 被保険者一人当たり医療費は、入院医療費は全国の約1.3倍
疾病構造	- 大分類では、循環器系、筋骨格系、新生物の順に医療費が高い - 細小分類では、骨折、不整脈、糖尿病の順に医療費が増加 - 細小分類の入院医療費では、42市町村で骨折が1位 - 細小分類の入院外医療費では、19市町村で慢性腎臓病、13市町村で糖尿病、9市町村で高血圧症が1位と、生活習慣病関連の疾患が上位を占めている - 人工透析の新規患者数と平均導入年齢については、ほぼ横ばい
介護	- 要介護(要支援)認定率は、全国より高い - 要介護(要支援)認定者の有病状況は、認知症関連疾患、骨折、低栄養関連の増加率が顕著
健康診査 歯科口腔 健康診査	- 健康診査受診率は、令和元年度までは増加傾向であったが、令和2年度からは新型コロナウイルス感染症の影響を受け減少し、以降は微増傾向 - 健康診査結果からみるリスク保有者の割合は、血圧が最も高く男女とも増加傾向 - 歯科口腔健康診査受診率は、微増傾向 - 両健康診査受診率は、ともに市町村格差が大きい
服薬	- 薬物有害事象の発生頻度が増加するとの研究報告がある6剤以上の薬剤服薬が被保険者の46.6%と多い - ジェネリック医薬品（後発医薬品）の普及率は増加し、令和2年度からは目標値の80%を達成

総 括

厚生労働省が展開している、健康日本21（21世紀における国民健康づくり運動）では、「全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開」を目指しています。

高齢期においては、加齢に伴い徐々に心身の機能が低下し、日常生活動作が行いにくくなります。しかし、誰もが、単に長生きするだけでなく、できる限り長く、心身ともに健康に過ごしたいと考えています。

健康づくりは、一人ひとりが日頃から「自分の健康は自分で守る」という意識を持ち行動することが重要になります。そのためには、自分の状況・状態に応じた信頼できる健康情報の入手、正確な情報の理解と活用が求められます。

まずは、健康診査を受診するなど自分自身の健康状態を把握し、日々、健康に関するよりよい意思決定ができるよう、保健師などの医療専門職による個別や集団での助言や指導を受ける機会を利用することも有効です。

また、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師を持つなど、適正な医療の受診及び医薬品の使用に努めることが必要です。

さらには、個人の健康は、家庭や地域などの社会環境の影響を少なからず受けていることから、社会全体としても個人の健康を支え、守る環境を整えていくことが必要です。

高齢期になっても、住みなれた地域で安全安心に暮らし続けるためには、適正な医療などの受診や、生活習慣病の発症・重症化の予防、心身機能の低下の防止などを包括的に支援する体制の整備に加え、人や社会とのつながりを維持していくことのできる持続可能な体制の構築が必要です。

第3章 健康課題の整理・目標

課題1

- ・ 生活習慣病などの発症予防や早期発見
- ・ 口腔機能など心身の機能低下の早期発見
- ・ 健康診査及び歯科口腔健康診査の受診率の地域格差の縮小

■ 背景

広域連合における健康診査や歯科口腔健康診査の状況については、新型コロナウイルス感染症の影響を受けて健康診査受診率が低下しましたが、令和3年度からは順調に増加傾向となっています。

一方で、市町村間の健康診査及び歯科口腔健康診査の受診率の格差が見られ、受診率が低い傾向にある市町村に対しては、受診率向上の取組が必要となります。

また、市町村においては、健康診査・医療・介護に繋がっていない健康状態不明者の人数を把握し、健康診査や医療機関受診の勧奨を行うことで発症予防や早期発見につなげる必要があります。

課題に対する取組（短期的な目標）

- ・ 健康診査及び歯科口腔健康診査の受診率向上
- ・ 市町村間の受診率格差の縮小
- ・ 健康状態不明者の実態把握



課題に対する事業

1. 健康診査事業
2. 歯科口腔健康診査事業

課題2

- ・ 重症化予防（糖尿病性腎症・その他の生活習慣病など）

■ 背景

健康診査結果から、血糖や血圧などのリスク保有者割合は年々増加しています。過去5年間の新規人工透析導入患者数は、増減を繰り返し、令和4年度は252人で、平均導入年齢は82.7歳となっています。

新規人工透析導入患者数の減少と平均導入年齢を引き上げることが重要となっています。

課題に対する取組（短期的な目標）

- ・ 糖尿病性腎症やその他生活習慣病などの重症化を予防する取組
- ・ 新規人工透析導入患者の減少及び平均導入年齢の延伸(特に糖尿病性腎症)などの推進



課題に対する事業

3. 重症化予防事業
(糖尿病性腎症・その他の生活習慣病など)

課題3

- ・ 医療費の適正化
- ・ 適正受診につながる健康意識の醸成

■ 背景

被保険者数は年々増加しており、今後、医療費についても増加傾向が見込まれます。高齢になってもできる限り長く在宅で自立した生活を送ることが可能となるよう、生涯にわたる健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上が図られるよう取り組むことが必要であり、医療費の適正化、平均自立期間（健康な状態）の延伸が重要になります。

課題に対する取組（短期的な目標）

- 健康意識向上のための周知啓発
- 重複・頻回受診減少の推進
- 医薬品の適正使用の推進



課題に対する事業

4. 重複・頻回受診者健康支援訪問指導事業
5. 医薬品の適正使用の推進事業
6. 後発医薬品などの医薬品普及促進事業
7. フレイル予防事業

課題4

- ・ 「骨折」「低栄養」の予防や「人とのつながり」の促進

■ 背景

要介護認定率は、全国よりもやや高い状況です。要介護の主原因として生活習慣病はもちろん、老年症候群（筋骨格系・骨折、認知症、低栄養など）も大きく関係していることから、高齢者の社会参加などを踏まえたフレイル予防の推進が急務として捉えています。

課題に対する取組（短期的な目標）

- 骨折予防や低栄養防止などのフレイル予防
- 一体的実施事業の進捗管理、情報共有
- 保健事業を含む必要なサービスへの接続
- 質問票を活用した保健指導の推進



課題に対する事業

7. フレイル予防事業

短 期 的 な 目 標

課題1～4に
対する取組



中 長 期 的 な 目 標

在宅で自立した生活が
できる高齢者の増加

第4章 保健事業の内容

課題の解決に向けた保健事業の目的・目標達成のため、広域連合で設定した評価指標や全国共通の評価指標を活用し、市町村と連携を図りながら取り組みます。

1. 健康診査事業

(1) 事業の目的

健康診査は、生活習慣病などの疾病や心身の機能低下を早期に発見し、早期治療・改善につなげ、疾病の発症及び重症化の予防並びに健康寿命の延伸を図ることを目的として、健康診査の結果により医療機関での受診が必要な者及び保健指導を必要とする者を的確に抽出するために実施します。

(2) 事業の概要

健康診査は、被保険者の特性に応じたきめ細やかな対応を考慮し、市町村に業務を委託して実施しています。市町村は被保険者の受診が容易になるよう利便性や地域の実情に合わせて実施時期や実施方法を設定します。また、市町村は業務効率化のため、医療機関などに業務を「再委託」することができます。健康診査の項目は特定健診の基本的な健診項目に加え、血清クレアチニン、血清尿酸検査、ヘモグロビンA1c検査、尿潜血検査、貧血検査（ヘマトクリット値・血色素測定・赤血球数）の追加健診項目を必須項目とし、心電図及び眼底検査を医師の判断により実施する詳細な項目とするなど生活習慣病や被保険者の特性に着目した検査項目としています。

(3) 事業評価指標と目標値

	評価指標	評価対象・方法	計画策定 時実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム	健康状態不明者の割合★	【評価対象】 一体的実施における「健康状態不明者」の割合 【方法】 一体的実施・KDB活用支援ツール (翌年6月算出)	1.19%	1.19%	1.19%	1.19%	1.19%	1.19%	1.19%
	健康診査受診率★	【評価対象】 健康診査受診者/ 健康診査受診対象者 【方法】 広域連合調べ(翌年5月算出)	16.69%	18.5%	19.0%	19.5%	20.1%	20.6%	21.2%
アウトプット	健康診査の実施市町村数	【評価対象】 実施市町村数 【方法】 広域連合調べ	45市町村	45市町村	45市町村	45市町村	45市町村	45市町村	45市町村
	健康状態不明者実態把握の実施市町村数★	【評価対象】 一体的実施においてハイリスクアプローチで「健康状態不明者」に取り組んだ市町村数 【方法】 一体的実施実績報告(翌年5月頃算出)	34市町村	45市町村	45市町村	45市町村	45市町村	45市町村	45市町村
	受診率向上リーフレットなどの配布市町村数	【評価対象】 配布市町村数 【方法】 広域連合調べ	45市町村	45市町村	45市町村	45市町村	45市町村	45市町村	45市町村

(4) 実施方法など

実施主体は広域連合であり、その実施に当たっては被保険者の利便性や地域の特性に応じた受診ができるよう市町村に業務を委託して健康診査を実施します。広域連合は、市町村が健康診査のデータ管理を委託する国保連合会より健康診査結果情報などを受領することができ、市町村からの業務委託報告により結果を確認し委託料を支払います。

(5) 実施時期及び実施場所

被保険者の受診が容易になるよう、国保事業の枠組みを活用するなど、利便性や地域の実情に合わせ市町村によって設定します。

(6) 健康診査の検査項目

区分		検査項目	項目採用の時期
基本的な 健診項目	身体測定・診察など	質問（問診）・身長・体重・BMI・打聴診など	国が示した特定健診項目（平成20年度～）
	血圧	収縮期血圧・拡張期血圧	
	血液検査	血液採取（1日につき）・中性脂肪*1 HDL-コレステロール・LDL-コレステロール・AST(GOT)・ALT(GPT)・γ-GT(γ-GTP)・空腹時血糖*2	
	尿検査*3	尿糖（半定量）・尿蛋白（半定量）	
追加 健診項目	血糖検査・生化学的検査・貧血検査	ヘモグロビンA1C・血清クレアチニン・血清尿酸・ヘマトクリット値・血色素測定・赤血球数	平成20年度より追加
	尿検査*3	潜血	平成24年度より追加
詳細な 健診項目	医師の判断による追加項目	心電図検査	平成20年度より追加
		眼底検査	平成24年度より追加

*1 検査時に食後10 時間未満の場合は随時中性脂肪
*2 検査時に食後10 時間未満の場合は随時血糖
*3 腎疾患などの基礎疾患があるために排尿障害を有している、その他やむを得ない理由により尿検査が実施不能の場合は未実施でも可とする。

(7) 対象者

対象者は、健康診査の受診日において熊本県後期高齢者医療の被保険者とします。ただし、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第1条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者に規定される者については対象者から除きます。

(8) 自己負担額

被保険者の自己負担は一律800円とします。なお、医師の判断に基づき、詳細な健診項目を追加実施した場合についても、自己負担額は800円とします。

(9) 健康診査の受診率向上に向けた取組

被保険者の健康の保持増進を図るため、より多くの被保険者に健康診査を受診してもらう取組が必要であるため、市町村と広域連合は次の項目について取り組むものとします。

- 周知・啓発

被保険者証切替え時のリーフレット配布、医療機関や公共施設などでのポスター掲示、イベントなどでのリーフレット配布、広域連合のホームページ掲載、市町村の広報誌・ホームページ掲載、新聞掲載、一体的実施事業を活用した受診勧奨を実施する。

- その他の各種健康診査などとの同時実施

被保険者の利便性を考慮し、がん検診などの各種健康診査事業との連携による健康診査を同時実施する。

- 受診機会の確保

集団健康診査と個別健康診査の併用型実施、受診期間の延長、休日健康診査の実施など、地域の実情や被保険者の利便性に配慮した受診機会を確保する。

- 個別通知の送付

全ての市町村において、受診券や受診希望調査などの受診に関する個別通知の他、健康診査未受診者への受診勧奨通知を送付する。

- 市町村との連携

市町村毎に目標受診率を設定し、それぞれの目標達成状況を検証することで熊本県全体の受診率向上を図る。また、市町村の受診率向上に向けた取組内容の把握や好事例の紹介、健康診査結果の分析など市町村と情報を共有する。

- 未受診者対策

受診しやすい体制づくりを推進し、健康診査・医療・介護につなげていない健康状態不明者を把握し、一体的実施事業を活用するなど必要に応じた受診勧奨により被保険者の健康意識の向上を図る。

- 関係団体との連携

医師会・薬剤師会などの関係団体と連携を図り、専門的立場からの指導・助言を得るとともに、健康診査の受診につなげるための周知・協力を依頼する。また、生涯学習の場などを活用した啓発活動を実施する。

(10) 事業実施後の取組

市町村は、健康診査実施後、速やかに広域連合に業務委託報告を行い、健康診査の結果データについては市町村におけるシステムにおいて管理するものとします。

広域連合と市町村は実施状況を把握し、情報を共有するとともに、それぞれが事後評価を行い、事業の充実に努めます。事後評価は、受診率を確認するとともに、広域連合及び市町村において課題などを検討することとします。

また、生活習慣病の早期発見及び重症化予防に資するよう、広域連合においては健康支援訪問指導事業での健康診査の結果データの活用、市町村においては一体的実施事業で健康診査・医療・介護につなげていない健康状態不明者を把握し必要に応じた受診勧奨や健康診査の結果などを重症予防事業に活用した保健指導を行うなど、市町村との連携に努めます。

2. 歯科口腔健康診査事業

(1) 事業の目的

歯科口腔健康診査は、口腔機能の低下による誤嚥性肺炎や生活習慣病などの重症化予防を図るため、歯・歯肉の状態、口腔内の衛生状態や咀嚼を含む口腔機能をチェックすることにより、被保険者の健康の保持増進を図ること、また、受診者がオーラルフレイルの状態にあるか否かをスクリーニングし、早期に予防介入することを目的とします。

(2) 事業の概要

歯科口腔健康診査は、健康診査と同様に市町村に業務を委託して実施し、市町村は歯科医療機関や歯科医師会などに再委託し実施するものとします。実施時期や場所の選定、対象者への案内などは市町村の実情に応じて効果的かつ効率的な方法により実施します。

また、令和3年度より口腔機能評価を新たに追加した健康診査票及びフレイル状況を把握するための質問票に変更しています。医療機関で歯科口腔健康診査を実施した後は、結果を基にその場で広域連合作成の指導票により受診者に口腔内の状況説明と改善指導を実施します。

(3) 事業評価指標と目標値

	評価指標	評価対象・方法	計画策定 時実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム	口腔機能低下者の割合★	【評価対象】 一体的実施における「口腔」機能低下の割合 【方法】 一体的実施・KDB活用支援ツール (翌年6月算出)	1.89%	1.89%	1.89%	1.89%	1.89%	1.89%	1.89%
	歯科口腔健康診査受診率	【評価対象】 健康診査受診者/ 健康診査受診対象者 【方法】 広域連合調べ (翌年5月算出)	1.69%	2.67%	2.94%	3.18%	3.42%	3.67%	3.92%
アウトプット	歯科口腔健康診査の実施市町村数★	【評価対象】 実施市町村数 【方法】 広域連合調べ	43市町村	45市町村	45市町村	45市町村	45市町村	45市町村	45市町村
	口腔機能低下防止の実施市町村数★	【評価対象】 一体的実施において「口腔」に取り組んだ実施市町村数 【方法】 一体的実施実績報告（翌年5月頃算出）	7市町村	9市町村	9市町村	9市町村	10市町村	10市町村	10市町村
	受診率向上リーフレットなどの配布市町村数	【評価対象】 配布市町村数 【方法】 広域連合調べ	45市町村	45市町村	45市町村	45市町村	45市町村	45市町村	45市町村

★ 全国共通の指標

(4) 実施方法など

実施主体は広域連合であり、その実施に当たっては健康診査と同様に、被保険者の利便性や地域の特性に応じた受診ができるよう市町村に業務を委託して実施します。基本的な実施手順、事業の流れは健康診査と同様に行うこととします。

(5) 実施時期及び実施場所

被保険者の受診が容易になるよう、利便性や地域の実情に合わせ市町村によって設定します。

(6) 歯科口腔健康診査の検査項目

区分	検査項目	
問診	質問（問診）	
口腔内検査	歯の状況	現在歯、喪失歯の状態
	義歯の状況	義歯の使用、清掃状況*1、使用状況*1、その他（特記事項がある場合のみ）*1、必要性*2
	臼歯部の咬合状態	現在歯時（義歯取り外し時）、義歯装着時*1
	口腔内衛生状況	プラーク*3、食渣、舌苔、口臭
	口腔乾燥	乾燥状態
	粘膜の異常	粘膜異常
	歯周組織の状況	歯肉出血（BOP）、歯周ポケット（PD）
	口腔機能評価	1秒あたりの発音回数（オーラルディアドコキネシス） 反復唾液嚥下テスト（RSST）
指導	健康診査結果の判定・説明	
	口腔ケア（衛生）指導	
*1 「義歯の使用」が「有り」の場合のみ *2 「義歯の使用」が「無し」の場合のみ *3 現存歯がある場合のみ		

(7) 対象者

対象者は、健康診査の受診日において熊本県後期高齢者医療の被保険者とします。ただし、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第1条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者に規定される者については対象者から除きます。

(8) 自己負担額

被保険者の自己負担は一律400円とします。ただし、市町村の実情に応じて、自己負担金の全部又は一部を市町村で負担することを妨げないものとします。

(9) 歯科口腔健康診査の受診率向上に向けた取組

歯科口腔健康診査は、平成28年度から開始した事業ですが、引き続き周知・啓発を基本としながら、被保険者へ受診機会を提供していく取組が必要であるため、市町村と広域連合は次の項目について取り組むものとします。

- 周知・啓発

被保険者証切替時のリーフレット配布、医療機関や公共施設などでのポスター掲示、イベントなどでのリーフレット配布、広域連合のホームページ掲載、市町村の広報誌・ホームページ掲載、新聞掲載、健康診査の場における個別受診勧奨、一体的実施事業を活用した受診勧奨を実施する。

- 個別通知の送付

全ての市町村において、受診券や受診希望調査などの受診に関する個別通知の他、健康診査未受診者への受診勧奨通知を送付する。

- 市町村との連携

市町村毎に目標受診率を設定し、それぞれの目標達成状況を検証することで熊本県全体の受診率向上を図る。また、市町村の受診率向上に向けた取組内容の把握や好事例の紹介、歯科口腔健康診査結果データの分析結果の提供を行うなど、市町村と情報を共有する。

- 関係団体との連携

歯科医師会などの関係団体と連携を図り、情報交換や共通認識のための意見交換や受診率向上を目指した取組などにより、歯科口腔健康診査の普及を推進する。

(10) 事業実施後の取組

市町村は、歯科口腔健康診査を実施後、速やかに広域連合に結果報告を行います。歯科口腔健康診査の結果データは市町村で管理します。広域連合と市町村は実施状況を把握し、情報を共有するとともに、それぞれが事後評価を行い、事業の充実に努めます。事後評価は、受診率を確認し、広域連合及び市町村において課題などを検討します。また、口腔機能低下による誤嚥性肺炎や生活習慣病などの重症化予防に資するよう、歯科口腔健康診査結果から各市町村ごとの受診結果、現在歯数と口腔機能の状況などを比較・集約した結果を市町村に提供するなど、市町村との連携に努めます。

3. 重症化予防事業（糖尿病性腎症・その他の生活習慣病など）

（1）事業の目的

高血圧、糖尿病性腎症や生活習慣病などへの保健指導の介入により、脳血管疾患や心不全、腎機能低下を遅延させ、新規人工透析導入の予防や導入時期の遅延などの生活習慣病重症化予防を図るとともに医療費適正化に資することを目的とします。

（2）事業の概要

広域連合が市町村に委託する一体的実施事業において、市町村の糖尿病性腎症重症化予防プログラムに引き続き被保険者の特性に基づき実施し、高血圧などが重症化するリスクの高い医療機関の未受診者及び治療中断者などについて、適切な受診勧奨・保健指導を行うことにより重症化を防止します。

特に糖尿病性腎症及び新規人工透析への移行を防止するために、広域連合が市町村に委託する一体的実施事業において、市町村の糖尿病性腎症重症化予防プログラムなどを継続し、被保険者の特性に基づき実施します。

また、広域連合は市町村と情報共有・連携体制を強化し、熊本県・国保連合会及び関係機関・団体などとの協力・連携体制の強化に努め、事業の評価及び改善に向けた支援体制を整えていきます。

※実施市町村の実情に応じて、対象者の条件は変化します。

（3）事業評価指標と目標値

	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム	重症化予防（コントロール不良者）の割合★	【評価対象】 一体的実施における「重症化予防（コントロール不良者）」の割合 【方法】 一体的実施・KDB活用支援ツール（翌年6月算出）	0.38%	0.38%	0.38%	0.38%	0.38%	0.38%	0.38%
	新規人工透析導入患者数	【評価対象】 新規人工透析導入患者数 【方法】 保険者データヘルス支援システム（翌年7月算出）	252人	前年度以下	前年度以下	前年度以下	前年度以下	前年度以下	前年度以下
	新規人工透析導入患者における平均導入年齢	【評価対象】 新規人工透析導入患者の年齢の合計/新規人工透析導入患者数 【方法】 保険者データヘルス支援システム（翌年7月算出）	82.7歳	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上
	新規糖尿病性腎症患者数	【評価対象】 新規糖尿病性腎症患者数 【方法】 保険者データヘルス支援システム（翌年7月算出）	91人	前年度以下	前年度以下	前年度以下	前年度以下	前年度以下	前年度以下

第4章 保健事業の内容 (重症化予防事業)

	評価指標	評価対象・方法	計画策定 時実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット	重症化予防 (糖尿病性 腎症) の実施市町村数 ★	【評価対象】 一体的実施における重症化予防(糖尿病性腎症)に取り組んだ市町村数 【方法】 一体的実施実績報告(翌年5月頃算出)	22 市町村	25 市町村	25 市町村	26 市町村	26 市町村	27 市町村	27 市町村
	重症化予防 (糖尿病性 腎症) を行った対象者数	【評価対象】 一体的実施における重症化予防(糖尿病性腎症)に取り組んだ延人数 【方法】 一体的実施実績報告(翌年5月頃算出)	3,154人	3,575人	3,646人	3,718人	前年度 以上	前年度 以上	前年度 以上
	重症化予防 (その他身体的 フレイルを含む)の実 施市町村数 ★	【評価対象】 一体的実施における重症化予防(その他)に取り組んだ市町村数 【方法】 一体的実施実績報告(翌年5月頃算出)	31 市町村	44 市町村	44 市町村	45 市町村	45 市町村	45 市町村	45 市町村

★ 全国共通の指標

(4) 対象者

対象者は、一体的実施・KDB活用支援ツールや各市町村の糖尿病性腎症重症化予防プログラムの考え方を継続しながら、医療機関未受診者・治療中断者、コントロール不良者などに対する受診勧奨・保健指導、重症化するリスクの高い者を対象とします。

(5) 実施方法・内容

被保険者の心身の多様な課題に対応し、国保などからの継続が必須であることから、住民へのきめ細やかな支援を実施するため市町村へ委託します。市町村が準備・企画・立案、体制整備、事業評価などを円滑に進めることができるように広域連合は、国保連合会などの関係機関・団体などと連携、協力しながら市町村支援体制の構築に努めます。目標値達成に向けた取組事項は次のとおりです。

- KDBなどを活用し、被保険者の疾病構造や健康課題などを分析する。
- 医療機関未受診者、高血圧・糖尿病治療中断者に対する受診勧奨や、コントロール不良者や重症化するリスクの高い者への保健指導を実施する。
- 熊本県医師会及び郡市医師会の協力のもと、かかりつけ医や専門医との連携体制を構築し、対象者への療養指導へつなげる。
- 市町村への委託事業であるため、市町村の実施状況などを確認する。
- 熊本県糖尿病対策推進会議において、被保険者への取組について構成団体へ周知するとともに、医学的・科学的観点から助言を受ける。

(6) 事業実施後の取組

事業実施後は、本事業において構築された地域医療体制を活用し、効果的な保健事業の実施に努めます。事後評価は、広域連合及び市町村において、事業内容及び実績を分析し、今後の方針を検討し、効率的かつ効果的な事業に向けて見直す体制をとります。

なお、必要に応じて被保険者を継続的に支援します。事業の実施内容については、市町村や熊本県、その他関係機関・団体などの意見を踏まえて、随時検討します。

4. 重複・頻回受診者健康支援訪問指導事業

(1) 事業の目的

重複・頻回受診の傾向が見られ、療養上の生活指導などが必要と判断される被保険者を対象（以下「訪問指導対象者」という。）に、日常生活や医療機関受診などに関する指導・助言を行うことで、QOLの向上を図り、医療費の適正化に資することを目的とします。

(2) 事業の概要

保健師などの医療専門職が、訪問指導対象者に訪問（電話の場合も有り）し、健康に関する生活上の注意点や、医療機関受診などについて、指導・助言などの個別支援を実施します。また、各市町村に訪問指導対象者の情報提供を行い、必要時は関係機関・団体などと連携し、継続した支援につなげていきます。

(3) 事業評価指標と目標値

	評価指標	評価対象・方法	計画策定 時実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム	訪問指導対象者の改善率	【評価対象】 指導により何らかの改善が見られた者/訪問指導対象者数 【方法】 広域連合調べ (3月算出)	72.5%	73%	73%	73%	73%	73%	73%
	訪問指導対象の診療費の効果額	【評価対象】 訪問指導対象者1人あたりの1ヶ月当たりの診療費の効果額 【方法】 広域連合調べ (3月算出)	50,869 円	37,000 円	37,000 円	37,000 円	37,000 円	37,000 円	37,000 円
アウトプット	訪問指導による実施割合	【評価対象】 実施人数/訪問指導対象者数 【方法】 広域連合調べ (3月算出)	46.6%	47%	47%	47%	47%	47%	47%

(4) 対象者

対象者は、おおむね以下の条件に該当する者として、抽出条件については、年度ごとに別途定めます。

①重複受診者

前年度中、3カ月以上の期間、1カ月当たりのレセプト件数が5件以上、かつ、同一月に同一の傷病で3医療機関以上のある者

②頻回受診者

前年度中、1カ月当たり15日以上医療機関受診履歴が3カ月以上ある者

(5) 実施方法・内容

業務委託にて、個別訪問指導を実施します。受託者の保健師などの医療専門職が対象者の自宅を原則2回訪問し、生活状況や生活習慣、医療機関受診に関する指導・助言などの療養上の生活指導などを行います。目標値達成に向けた具体的な取組事項は下記のとおりです。

- 訪問指導により顔の見える関係を構築する。
- アンケートを実施し、訪問指導対象者の生活状況などの把握に努める。
- 訪問指導対象者の生活状況などに合わせて、電話指導を行うなど、より多くの指導・助言につなげる。
- 広域連合にて進捗管理及び事業の評価を行う。
- 適切な支援・指導を行うとともに、市町村、地域包括支援センター、関係機関・団体などへの情報提供を行うことで、継続的な支援や、必要なサービスにつなげていくこととする。

(6) 事業実施後の取組

訪問指導前後の診療報酬明細書情報などを確認し、効果額測定を行います。また、訪問指導後に被保険者にアンケート調査を行い、実施方法の見直しなど事業の充実に努めます。事後評価は、広域連合と委託業者において、最終報告会を行うなかで、被保険者の状況や訪問指導者の意見などを踏まえ、今後の方針を検討し、効率的かつ効果的な事業に向けて見直しを進めていきます。なお、訪問指導対象者選定の抽出条件は毎年度見直し、効果的な事業の実施に努めます。指導結果については、市町村と情報共有を図り、継続支援や、必要なサービスに繋げるなど、随時検討します。

5. 医薬品の適正使用の推進事業

(1) 事業の目的

後期高齢者は加齢などによる慢性疾患の有病率が高く、重複受診や頻回受診の傾向がみられ、処方される薬も多くなる場合があることから、薬の飲み忘れや多剤服用による副作用などの健康被害を防止するため、医薬品の適正な使用が重要です。本事業は、療養上の日常生活指導、医療機関受診に関する支援・指導及び服薬指導などを行い、被保険者の健康と生活の質の維持・向上を図るとともに医療費の適正化に資することを目的とします。

(2) 事業の概要

後期高齢者の適正な服薬指導などを推進するため、広域連合において対象者を選定し個別に訪問指導などを実施します。また、一体的実施事業の中で、地域の実情や特性に合わせ、市町村と連携した事業展開と関係機関・団体との連携による体制づくりに努めます。なお、市町村実施に当たっては、実態に応じて内容などは変化します。

(3) 事業評価指標と目標値

	評価指標	評価対象・方法	計画策定 時実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム	服薬(多剤)の割合 ★	【評価対象】 一体的実施における服薬(多剤)の割合 【方法】 一体的実施・KDB活用支援ツール (翌年6月算出)	5.00%	5.00%	5.00%	5.00%	5.00%	5.00%	5.00%
	服薬(睡眠薬)の割合 ★	【評価対象】 一体的実施における服薬(睡眠薬)の割合 【方法】 一体的実施・KDB活用支援ツール (翌年6月算出)	1.02%	1.02%	1.02%	1.02%	1.02%	1.02%	1.02%
アウトプット	服薬(重複・多剤)の実施市町村数 ★	【評価対象】 一体的実施において服薬(重複・多剤)に取り組んだ市町村数 【方法】 一体的実施実績報告(翌年5月頃算出)	1 市町村	5 市町村	5 市町村	5 市町村	6 市町村	6 市町村	6 市町村
	訪問指導による実施割合	【評価対象】 実施人数/訪問指導対象者数 【方法】 広域連合調べ(3月算出)	— (R5より 事業開始)	50%	50%	50%	50%	50%	50%
	医薬品の適正化に関するリーフレットなどの配布市町村数	【評価対象】 配布市町村数 【方法】 広域連合調べ	45 市町村	45 市町村	45 市町村	45 市町村	45 市町村	45 市町村	45 市町村

★ 全国共通の指標

(4) 対象者

重複・多量投薬などが疑われる者のうち、以下の基準に該当する被保険者とします。
市町村の実施に当たっては地域の実情によって異なります。

- ① 1ヶ月あたりの処方薬剤数「15以上」の者
- ② 睡眠薬の処方が有り、質問票8に該当する者、又は睡眠薬の処方が有り、質問票10及び11の両方に該当する者

(5) 実施方法

広域連合は業務委託にて個別訪問指導を実施します。
市町村が実施する一体的実施事業においては、地域の実情や特性に応じて実施します。

(6) 実施内容

【広域連合】

- 委託業者の適正な運営の管理を行う。
- 市町村へ要フォロー者に対する継続支援・必要なサービスへの連携体制を整える。
- 市町村が実施する一体的実施事業計画の確認、評価を行う。
- 市町村や関係機関・団体とデータ分析結果及び課題などの情報共有を行う。
- 関係機関・団体との連携会議などへ参加する。
- 関係機関・団体と課題の共有及び実施体制の強化を行う。
- 啓発リーフレットなどの作成・配布する。

【市町村】

- 地域の実情及び特性にあわせた事業実施と体制づくりを行う。

(7) 事業実施後の取組

事業の評価を行い、今後の実施方法や抽出条件の見直し・検討を行います。
個別訪問指導後の要フォロー者における継続支援や必要なサービスなどへ連携体制の見直しを行います。

6. 後発医薬品などの普及促進事業

(1) 事業の目的

ジェネリック医薬品（後発医薬品）は、先発医薬品と同等の有効成分、効能・効果を持ち、一般的に先発医薬品に比べて薬価が低いジェネリック医薬品を広く普及させることで、被保険者の負担軽減を図るだけでなく、医療費の効率化を通じて、限られた医療費資源の有効活用及び医療費の適正化に資することを目的とします。

また、バイオ後続品（バイオシミラー）については、先発バイオ医薬品とほぼ同じ有効性、安全性を有し、安価であり、後発医薬品と同様に医療費適正化の効果を有するため、その普及を促進する必要があるため、関係機関・団体などと連携しながら普及促進に努めることとします。

(2) 事業の概要

● ジェネリック医薬品

ジェネリック医薬品の周知と利用促進を図るため、被保険者が既に処方されている先発医薬品をジェネリック医薬品に切り替えた場合に削減できる自己負担額の差額通知を年1回以上送付します。また、被保険者に対して送付するリーフレットなどを活用し、ジェネリック医薬品の周知と普及を図ります。

● バイオ後続品

バイオ後続品の普及促進を図るため、関係機関・団体などと連携した取組を行い、リーフレットなどを活用し普及促進に努めます。

(3) 事業評価指標と目標値

	評価指標	評価対象・方法	計画策定 時実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム	ジェネリック 医薬品の普及 率（数量ベー ス）	【評価対象】 ジェネリック医 薬品の普及率 （数量ベース） 【方法】 国保連合会から 提供される帳票 （翌年5月分）	82.4%	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上
	ジェネリック 医薬品利用促 進リーフレット などの配布 市町村数	【評価対象】 配布市町村数 【方法】 広域連合調べ	45 市町村	45 市町村	45 市町村	45 市町村	45 市町村	45 市町村	45 市町村
アウトプット	バイオ後続品 の普及促進	【評価対象】 パンフレットな どによる普及促 進 【方法】 広域連合調べ	—	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回

(4) 対象者

対象者は被保険者とします。ただし、ジェネリック医薬品差額通知については、既に処方されている先発医薬品をジェネリック医薬品に切り替えた場合に一定額削減が見込める者としてします。

(5) 実施方法

- ジェネリック医薬品
広域連合は国保連合会へ委託して実施します。
- バイオ後続品
関係機関・団体と連携して普及促進を実施します。

(6) 実施内容

- ジェネリック医薬品
被保険者が既に処方されている先発医薬品をジェネリック医薬品に切り替えた場合に軽減できる自己負担額の差額通知を行い、併せてリーフレットなどの周知により後発医薬品の促進や意義について促進を図ります。目標値達成に向けた具体的な取組事項は下記のとおりです。
 - ・対象者へ差額通知を年1回以上送付する。
 - ・リーフレットなどにおいて、後発医薬品について更なる理解や利用促進を図るための情報発信を行う。
 - ・ジェネリック医薬品の普及率、差額通知通知対象者への通知送付後のジェネリック医薬品切り替え率、切り替え後の効果額について分析する。
- バイオ後続品
 - ・バイオ後続品の普及促進として、関係機関・団体などと情報共有、連携を行う。
 - ・リーフレットなどによる年1回の定期的な情報発信を行う。

(7) 事業実施後の取組

ジェネリック医薬品については、被保険者の負担軽減額や医療費全体の削減額などを把握し、効果の検証を実施します。また、実施方法の見直し・検討を行い、今後は切り替えによる削減率の観点も視野に入れた目標を検討していきます。

バイオ後続品については、国の動向を注視しつつ、新たな政府目標を踏まえて今後見直しも検討していきます。

7. フレイル予防事業

(1) 事業の目的

後期高齢者は、加齢に伴う虚弱な状態であるフレイルが顕著に進行し、健康上の不安が大きくなります。こうした不安を取り除き、住み慣れた地域で自立した生活ができる期間の延長、QOLの維持向上を図るために、健康診査などの結果を活用し、分析・対策を講じ、低栄養防止、転倒予防などフレイル予防を図ります。特に熊本県においては、高齢者の増加とともに、「骨折の件数・医療費」の増加が課題となっていることから、低栄養、骨折予防（骨折しょう症含む）を重点課題と位置づけ、市町村と協力してフレイル予防を推進します。

(2) 事業の概要

広域連合が市町村に委託する一体的実施事業において、市町村が地域の健康課題、分析結果などから対象者を抽出し、庁内外の関係部局及び関係機関・団体などと連携し、ハイリスクアプローチ（個別的支援）やポピュレーションアプローチ（通いの場）などを活用し、低栄養防止や身体活動、社会参加を推進して行きます。

また、広域連合は市町村と情報共有・連携体制を強化するとともに、医師会・熊本県・国保連合会及び関係機関・団体などと積極的に連携を図り、事業の評価及び改善に向けた支援体制を整えていきます。

(3) 事業評価指標と目標値

	評価指標	評価対象・方法	計画策定 時実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム	★ 低栄養の割合	【評価対象】 一体的実施における「低栄養」の割合 【方法】 一体的実施・KDB活用支援ツール (翌年6月算出)	0.51%	0.51%	0.51%	0.51%	0.51%	0.51%	0.51%
	★ 身体的フレイルの割合	【評価対象】 一体的実施における身体的フレイル（ロコモ含む）の割合 【方法】 一体的実施・KDB活用支援ツール (翌年6月算出)	2.87%	2.87%	2.87%	2.87%	2.87%	2.87%	2.87%
	骨折件数の割合	【評価対象】 骨折延べ件数（5月診療）/被保険者数（5月31日現在） 【方法】 広域連合調べ（疾病別分類統計状況より算出）	2.94%	前年度以下	前年度以下	前年度以下	前年度以下	前年度以下	前年度以下
	貧血の割合	【評価対象】 Hb $\leq$ 11g/dl以下に該当する者/健康診査受診者 【方法】 KDB（翌年6月算出）	9.35%	前年度以下	前年度以下	前年度以下	前年度以下	前年度以下	前年度以下

★ 全国共通の指標

第4章 保健事業の内容
(フレイル予防事業)

	評価指標	評価対象・方法	計画策定 時実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウト プット	低栄養防止の 実施市町村数 ★	【評価対象】 一体的実施における 「低栄養」対策に取り 組んだ市町村 【方法】 一体的実施実績報告 (翌年5月頃算出)	17 市町村	20 市町村	23 市町村	27 市町村	30 市町村	33 市町村	36 市町村
	低栄養防止において保健指導・支援を行った対象者数	【評価対象】 一体的実施における ハイリスクアプローチ やポピュレーション アプローチで低栄養 防止に取り組んだ 延人数 【方法】 一体的実施実績報告 (翌年5月頃算出)	737人	860人	989人	1,161人	1,290人	1,419人	1,548人
	フレイル予防の実 施市町村数	【評価対象】 一体的実施における ハイリスクアプローチ やポピュレーション アプローチでフレ イル予防に取り組ん だ市町村数 【方法】 一体的実施実績報告 (翌年5月頃算出)	34 市町村	44 市町村	44 市町村	45 市町村	45 市町村	45 市町村	45 市町村
	フレイル予防に おいて保健指導・ 支援した対象者数	【評価対象】 一体的実施における ハイリスクアプローチ やポピュレーション アプローチで取り 組んだフレイル予防 支援延べ人数 【方法】 一体的実施実績報告 (翌年5月頃算出)	31,305人	40,480人	40,940人	41,400人	前年度 以上	前年度 以上	前年度 以上
	質問票を活用した フレイル予防の実 施市町村数	【評価対象】 一体的実施における ハイリスクアプローチ やポピュレーション アプローチで質問 票活用に取り組んだ 市町村数 【方法】 一体的実施実績報告 (翌年5月頃算出)	27 市町村	42 市町村	43 市町村	45 市町村	45 市町村	45 市町村	45 市町村
	質問票を活用しフ レイル予防の保健 指導・支援を行っ た対象者数	【評価対象】 一体的実施における ハイリスクアプローチ やポピュレーション アプローチで質問 票を活用した支援延 人数 【方法】 一体的実施実績報告 (翌年5月頃算出)	23,204人	35,826人	36,679人	38,385人	前年度 以上	前年度 以上	前年度 以上

★ 全国共通の指標

(4) 対象者

対象者は、KDBなどを活用し抽出します。また、低栄養やフレイルのおそれのあるハイリスク者については次のとおりとします。ただし、地域の実情によって異なります。

- ① 低栄養該当者
BMI $\leq$ 20かつ質問票6（体重変化）に該当する者
- ② 貧血該当者
Hb $\leq$ 11g/dl以下に該当する者
- ③ 身体的フレイル該当者
質問票1（健康状態）に該当かつ質問票7（歩行速度）に該当する者
または質問票7（歩行速度）に該当かつ質問票8（転倒）に該当する者
- ④ 骨折該当者
過去に骨折を理由に受診（入院を含む）した者

(5) 実施方法・内容

広域連合が市町村に委託する一体的実施事業において、市町村が地域の健康課題・分析結果をもとに事業を進めます。

- KDBなどを活用し、地域の健康課題を把握する。
- 事業を企画（準備、対象者抽出、概数把握、絞り込みなど）し、関係機関・団体などで情報共有を行う。
- 質問票などを活用したフレイル予防・対策を行う。
- 健康課題がある人に対しての支援（受診勧奨や重症化予防など）を行う。
- 健康状態不明者に対して、関係機関と協力して実態把握を行う。
- 医療専門職と連携し、低栄養やフレイル該当者などへアプローチした結果を関係機関・団体などと情報共有を行う。
※高齢者の特性を踏まえたガイドライン第2版Ⅱ実践編「3 各種健康課題別の取組の例」参照。
- 必要に応じて各種サービスなどにつなげる。
- 地域における通いの場などへの積極的な関与、社会参加に向けた支援を行う。
- 元気高齢者に対する情報提供・啓発を行う。
- 広報誌、ホームページなどを活用し、広くフレイル予防の啓発を行う。

(6) 事業実施後の取組

市町村へヒアリングなどにより進捗状況を確認し、事業評価することで、関係者間で次期計画に向けた事業見直しや改善を行います。

さらに、市町村の一体的実施事業の取組項目の拡大に対する支援や、アウトカム・アウトプットについての経年実績を把握するとともに、全国レベルでの達成・進捗状況と比較検討しながら事業を推進します。

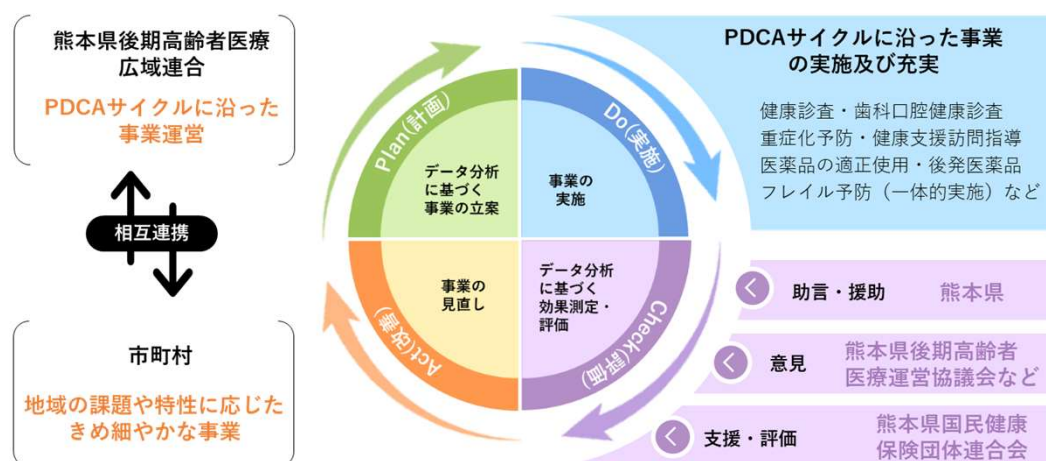
また、好事例の紹介なども含め、市町村や関係機関・団体などへ情報提供していくことで横展開や連携強化を推進します。

第5章 その他

■ 計画の評価・見直し

評価・見直しは、PDCAサイクルに沿って行うこととし、各事業の実施結果から評価・検証を行い、検証の結果を反映するよう事業の見直しを行います。評価に当たっては、KDBなどを活用し、各事業に設定した評価指標と評価方法に基づき、委託している事業を市町村と連携して毎年度行うとともに、運営協議会や一体的実施事業等に係る懇談会などに意見を聴取します。

また、計画期間の途中で、事業における目標達成度を評価し、それらの評価を踏まえ、必要に応じて、後半期間における本計画の見直しを行います。最終年度の令和11年度においては、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行います。



■ 計画の公表・周知

本計画については、保健事業の推進体制に従い、広域連合と市町村など関係機関の相互連携により推進します。また、被保険者や保健医療関係者の理解促進と積極的な協力を得るため、医療保険者としての計画期間中の取組方針などの公表と周知を行います。

公表については、広域連合ホームページに掲載するほか、市町村などと情報を共有して医師会や歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会などの関係団体に周知を図ります。

■ 個人情報の取扱い

事業の実施に当たっては、「個人情報の保護に関する法律」（平成15年法律第57号）及びその他個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインなどの規定を遵守し、個人の権利利益を侵害することのないよう、個人情報の適切な取扱いを確保するとともに、保有する健康診査結果情報及びレセプト情報などを適正に利用します。

■ 地域包括ケアに係る取組

各種保健事業の実施状況などについて、市町村が地域の保健・医療・福祉・介護サービス関係者と情報共有できる体制づくりを行うなど、地域包括ケアシステムを支える関係者が行う取組が円滑に推進されるよう努めます。

なお、保健事業の業務委託などを行う場合は、受託業者に対し、適切な監督・指導などを行い、個人情報の保護に努めます。

アンケート調査結果

－ 調査概要 －

- 調査目的 被保険者の健康に関する意識や行動、広域連合の保健事業に関する認識などを把握し、第3次データヘルス計画策定に資することを目的とします。
- 調査対象 令和5年6月1日現在加入している75歳以上の被保険者4,000名（無作為抽出）
- 調査期間 令和5年7月12日～8月31日
- 調査方法 郵送による送付・回収
- 回答状況

		通知数	回答数	回答率
全体		4,000	1,467	36.6%
	男性	1,649	692	41.5%
	女性	2,351	775	32.3%
年代別	70代	829	413	49.1%
	80代	1,505	626	41.2%
	90代以上	1,666	428	25.1%

1. 熊本県後期高齢者医療広域連合の事業について

(1) 健康診査・歯科口腔健康診査の認知度について

全体でみると健康診査・歯科口腔健康診査ともに「知っている」と回答した方が半数以上であることがわかりました。また、全体、年代別ともに健康診査の認知度が高いことがわかりました。

		健康診査		歯科口腔健康診査	
		知っている	知らない	知っている	知らない
全体		69.3%	30.7%	56.9%	43.1%
	男性	67.4%	32.6%	53.2%	46.8%
	女性	71.1%	28.9%	60.2%	39.8%
年代別	70代	73.2%	26.8%	61.4%	38.6%
	80代	70.1%	29.9%	59.1%	40.9%
	90代以上	64.2%	35.8%	49.3%	50.7%

(2) 健康診査を知ったきっかけについて

「市区町村の広報誌」が全体の半数以上（52.6%）と最も多いことがわかりました。

複数回答有	全体	性別		年代別		
		男性	女性	70代	80代	90代以上
市区町村の広報紙	52.6%	53.1%	52.2%	53.9%	51.2%	53.4%
市区町村の窓口	16.1%	17.8%	14.7%	19.2%	13.1%	17.5%
医師の勧め	9.0%	6.8%	10.9%	5.8%	10.6%	10.1%
新聞	5.6%	6.8%	4.5%	5.6%	7.0%	3.3%
テレビ	5.4%	5.8%	4.9%	6.1%	6.1%	3.3%
友人から	4.0%	3.2%	4.8%	2.5%	5.0%	4.2%
ラジオ	0.8%	1.0%	0.6%	1.5%	0.4%	0.6%
インターネット	0.3%	0.3%	0.3%	0.0%	0.5%	0.3%
その他	6.2%	5.2%	7.1%	5.3%	6.1%	7.4%

2. 健康診査の受診状況について

(1) 1年以内の健康診査・歯科口腔健康診査の受診状況について

健康診査・歯科口腔健康診査を「知っている」と回答した方の受診状況は、年代別でみるといずれも80代の受診が最も多いことがわかりました。

		健康診査		歯科口腔健康診査	
		受診	未受診	受診	未受診
全体		44.4%	55.6%	26.2%	73.8%
	男性	45.0%	55.0%	27.1%	72.9%
	女性	43.9%	56.1%	25.4%	74.6%
年代別	70代	47.6%	52.4%	24.5%	75.5%
	80代	49.9%	50.1%	29.2%	70.8%
	90代以上	32.0%	68.0%	23.1%	76.9%

（２）健康診査を受診したくない理由について

「定期的に通院しているので必要ない」と回答した方が全体の50%と最も多いことがわかりました。

複数回答有	全体	性別		年代別		
		男性	女性	70代	80代	90代以上
定期的に通院しているので必要ない	50.0%	50.3%	49.6%	50.4%	52.4%	46.3%
特になし	17.6%	19.2%	16.2%	18.9%	17.3%	16.8%
面倒である	6.3%	6.9%	5.7%	6.9%	4.7%	7.9%
健診会場に行く手段がない	5.5%	4.2%	6.7%	3.5%	5.7%	7.0%
自分の健康に自信がある	3.6%	3.8%	3.3%	3.3%	4.6%	2.3%
検査が苦痛	2.7%	2.7%	2.6%	2.6%	3.1%	2.1%
病気が発見されることが心配	1.9%	1.5%	2.3%	3.1%	1.8%	1.1%
受診する時間的余裕がない	1.4%	1.4%	1.5%	1.9%	1.7%	0.6%
特典がない	0.7%	1.0%	0.5%	0.5%	1.1%	0.4%
その他	10.3%	9.0%	11.6%	9.0%	7.7%	15.4%

3.健康状態について

（１）毎日の生活に満足しているかについて

全体、年代別ともに「やや満足」と回答した方が50%以上を占めていることがわかりました。

		満足	やや満足	やや不満	不満
全体		25.4%	54.6%	15.0%	5.0%
	男性	24.4%	55.1%	15.7%	4.9%
	女性	26.2%	54.2%	14.5%	5.1%
年代別	70代	25.6%	56.7%	13.1%	4.7%
	80代	27.5%	52.0%	15.9%	4.6%
	90代以上	21.7%	56.5%	15.8%	5.9%

（２）現在の健康状態について

全体、年代別ともに「ふつう」と回答した方の割合が40%以上を占めていることがわかりました。

		よい	まあよい	ふつう	あまりよくない	よくない
全体		9.9%	19.9%	44.5%	19.6%	6.2%
	男性	10.8%	19.9%	45.1%	17.8%	6.4%
	女性	8.9%	19.8%	44.0%	21.2%	6.0%
年代別	70代	11.0%	21.3%	48.5%	14.0%	5.3%
	80代	10.6%	19.6%	43.4%	19.9%	6.5%
	90代以上	7.3%	18.9%	42.3%	24.7%	6.8%

(3) 6ヶ月間の体重減少（2～3kg）について

年代別にみると70代から年代が上がるほど「体重減少がある割合」が増加していることがわかりました。

		ある	ない
全体		18.6%	81.4%
	男性	22.0%	78.0%
	女性	15.5%	84.5%
年代別	70代	15.2%	84.8%
	80代	19.8%	80.2%
	90代以上	20.2%	79.8%

(4) 5年以内の骨折の有無について

全体でみると、骨折が「ある」と回答した方は、男性が10.8%、女性が24.1%と女性の骨折が多いことがわかりました。また、年代別でみると、年代が上がるほど骨折が多いことがわかりました。

		ある	ない
全体		17.8%	82.2%
	男性	10.8%	89.2%
	女性	24.1%	75.9%
年代別	70代	9.7%	90.3%
	80代	15.0%	85.0%
	90代以上	30.0%	70.0%

(5) 5年以内の骨折の回数について

骨折が「ある」と回答した方の5年以内の骨折の回数を全体でみると、「2回」（25.1%）、「3回以上」（6.6%）と約3割（31.7%）の方が複数回骨折していることがわかりました。

		1回	2回	3回以上
全体		68.3%	25.1%	6.6%
	男性	76.0%	20.0%	4.0%
	女性	65.2%	27.2%	7.6%
年代別	70代	80.0%	17.5%	2.5%
	80代	67.7%	23.7%	8.6%
	90代以上	65.1%	28.6%	6.3%

(6) BMI と骨折率の状況（男女別）について

「やせ（18.5未満）」の女性の骨折割合（28.7％）が最も高いことがわかりました。また、BMIに関係なく、男性よりも女性の骨折割合が高いことがわかりました。

	BMI ※身長、体重回答者数			骨折人数		骨折割合	
	全体	男性	女性	男性	女性	男性	女性
やせ（18.5未満）	129	42	87	9	25	21.4%	28.7%
普通（18.5～25）	790	414	376	40	82	9.7%	21.8%
肥満（25以上）	170	96	74	7	13	7.3%	17.6%

(7) 1ヶ月以内の足腰の痛みの有無について

全体でみると「ある」と回答した方が多いことがわかりました。

		ある	ない
全体		63.2%	36.8%
	男性	59.6%	40.4%
	女性	66.5%	33.5%
年代別	70代	61.2%	38.8%
	80代	61.5%	38.5%
	90代以上	67.7%	32.3%

(8) 1ヶ月以内の普段の生活で困難と感じたこと

「階段を上がるのに手すりが必要」が最も多く、次いで「片脚立ちで靴下がはけない」であることがわかりました。

複数回答有	全体	性別		年代別		
		男性	女性	70代	80代	90代以上
階段を上がるのに手すりが必要	20.0%	19.6%	20.3%	20.1%	22.6%	17.6%
片脚立ちで靴下がはけない	19.4%	21.8%	17.6%	19.9%	21.2%	17.5%
家のやや重い仕事が困難 （掃除機の使用や布団の上げ下ろしなど）	12.4%	10.2%	14.1%	9.8%	11.4%	14.6%
特に困難なことはない	11.9%	16.4%	8.6%	25.3%	15.0%	3.0%
15分くらい続けて歩くことができない	10.8%	9.9%	11.4%	8.0%	9.0%	13.7%
2kgくらいの買い物をして持ち帰るのが困難	10.7%	8.5%	12.4%	6.3%	9.4%	13.9%
家の中でつまずいたり滑ったりする	9.0%	9.1%	9.0%	8.5%	7.6%	10.6%
横断歩道を青信号の間に渡り切れない	5.7%	4.6%	6.5%	2.2%	3.7%	9.1%

4.毎日の生活について

(1) 周りの人から物忘れがあるとと言われる

年代別でみると「はい」と回答した方は、80代以下は20%未満にとどまっていますが、90代以上からは48.1%と急激に多くなっていることがわかりました。

		はい	いいえ
全体		26.4%	73.6%
	男性	22.1%	77.9%
	女性	30.4%	69.6%
年代別	70代	15.3%	84.8%
	80代	19.3%	80.7%
	90代以上	48.1%	51.9%

(2) 今日が何月何日かわからないことがある

年代別でみると、年代が上がるほど認知機能が低下していることがわかりました。

		はい	いいえ
全体		36.0%	64.0%
	男性	33.2%	66.8%
	女性	38.6%	61.4%
年代別	70代	19.7%	80.3%
	80代	31.2%	68.8%
	90代以上	59.4%	40.6%

(3) 5分前のことを思い出せるか

年代別でみると、年代が上がるほど認知機能が低下していることがわかりました。

		はい	いいえ
全体		72.3%	27.7%
	男性	73.2%	26.8%
	女性	71.5%	28.5%
年代別	70代	77.6%	22.4%
	80代	74.4%	25.6%
	90代以上	63.8%	36.2%

(4) いつも飲んでいる薬について

高血圧の薬が最も多く、次いで、骨粗しょう症、糖尿病、睡眠薬の服薬が多いことがわかりました。

複数回答有	全体	性別		年代別		
		男性	女性	70代	80代	90代以上
高血圧	34.3%	36.5%	32.6%	34.5%	35.6%	32.6%
骨粗しょう症	9.2%	3.2%	14.0%	7.3%	9.1%	10.9%
糖尿病	8.7%	10.4%	7.3%	11.3%	10.0%	4.7%
睡眠薬	8.5%	7.3%	9.6%	6.1%	8.6%	10.6%
高脂血症	7.8%	6.7%	8.6%	11.7%	7.4%	4.8%
心疾患	7.7%	8.8%	6.8%	5.3%	6.3%	11.6%
鎮痛剤	5.6%	4.4%	6.5%	4.5%	4.9%	7.5%
飲んでいない	5.0%	5.5%	4.5%	6.8%	4.4%	4.2%
その他	13.2%	17.2%	10.1%	12.4%	13.8%	13.2%

5. 食えることについて

(1) 1日3食食べているか

全体、年代別ともに、9割以上の方が3食食べていることがわかりました。

		はい	いいえ
全体		92.3%	7.7%
	男性	91.0%	9.0%
	女性	93.4%	6.6%
年代別	70代	91.8%	8.2%
	80代	93.8%	6.2%
	90代以上	90.5%	9.5%

(2) 6カ月前と比べて固いものが食べにくい

年代別でみると、年代が上がるほど固いものが食べにくくなる方が多くなっていることがわかりました。

		はい	いいえ
全体		31.4%	68.6%
	男性	29.2%	70.8%
	女性	33.4%	66.6%
年代別	70代	20.7%	79.3%
	80代	26.5%	73.5%
	90代以上	49.4%	50.6%

(3) お茶や汁物でむせることがあるか

年代別でみると、年代が上がるほどむせることが多くなっていることがわかりました。

		はい	いいえ
全体		28.2%	71.8%
	男性	27.8%	72.2%
	女性	28.6%	71.4%
年代別	70代	19.0%	81.0%
	80代	25.6%	74.4%
	90代以上	41.2%	58.8%

6.運動習慣について

(1) 以前と比べて歩行速度の低下はあるか

年代別でみると、年代が上がるほど歩行速度が低下する方が多くなっていることがわかりました。

		はい	いいえ
全体		76.7%	23.3%
	男性	75.2%	24.8%
	女性	78.1%	21.9%
年代別	70代	62.2%	37.8%
	80代	78.0%	22.0%
	90代以上	89.7%	10.3%

(2) 過去1年以内に転倒があるか

年代別でみると、年代が上がるほど過去1年以内の転倒が多くなり、特に90代以上は半数以上の方に1年以内の転倒があることがわかりました。

		ある	ない
全体		33.1%	66.9%
	男性	30.7%	69.3%
	女性	35.4%	64.6%
年代別	70代	18.5%	81.5%
	80代	30.9%	69.1%
	90代以上	51.0%	49.0%

（３）日頃からどのように身体を動かしているか

「買い物」が最も多く、次いで「庭の手入れなど」「調理、掃除などの家事」が多いことがわかりました。

複数回答有	全体	性別		年代別		
		男性	女性	70代	80代	90代以上
買い物	19.1%	18.0%	20.1%	21.0%	21.1%	11.2%
庭の手入れなど	17.3%	18.2%	16.4%	18.3%	17.4%	15.3%
調理、掃除などの家事	16.8%	10.9%	22.0%	17.3%	18.1%	12.6%
ウォーキング（散歩）	13.3%	15.1%	11.7%	14.9%	13.6%	9.9%
家庭菜園などの農作業	11.7%	13.9%	9.7%	12.3%	12.1%	9.6%
特に身体を動かしていない	7.2%	6.5%	7.9%	2.7%	4.3%	22.0%
仕事	4.8%	6.6%	3.2%	7.1%	4.1%	2.4%
運動（ジョギング・水泳など）	2.7%	3.5%	2.1%	2.4%	3.5%	1.6%
その他	7.1%	7.4%	6.9%	4.1%	5.8%	15.3%

（４）外出する場所として多いところ

「病院・診療所など」が最も多く、次いで「買い物」が多いことがわかりました。

複数回答有	全体	性別		年代別		
		男性	女性	70代	80代	90代以上
病院・診療所など	27.0%	26.4%	27.5%	21.4%	26.0%	37.7%
買い物	26.7%	27.1%	26.4%	31.4%	28.2%	16.5%
畑	10.9%	13.2%	8.7%	12.4%	10.4%	9.7%
家族・親戚・友人宅	8.0%	6.4%	9.4%	8.6%	8.6%	5.6%
会合・サークルで利用する施設	7.7%	6.1%	9.1%	8.3%	7.5%	7.2%
スポーツ施設	3.9%	5.5%	2.4%	3.7%	5.2%	1.3%
公園	3.3%	3.8%	2.8%	3.8%	3.6%	1.8%
飲食店	3.1%	3.5%	2.8%	3.3%	3.5%	2.1%
文化・娯楽施設	2.4%	2.5%	2.4%	2.8%	2.6%	1.6%
その他	7.0%	5.5%	8.3%	4.3%	4.4%	16.5%

7.社会参加について

(1) 過去1年以内に参加した活動

「健康・スポーツ」が最も多く、次いで「生活環境改善」であることがわかりました。また、全体で約2割の方が「活動または参加していない」ことがわかりました。

複数回答有	全体	性別		年代別		
		男性	女性	70代	80代	90代以上
活動または参加したものはない	21.7%	20.6%	22.9%	13.5%	20.8%	37.3%
健康・スポーツ (体操、散歩、グランドゴルフなど)	21.1%	21.0%	21.1%	21.8%	24.1%	13.7%
生活環境改善 (地域の清掃や緑化推進、まちづくりなど)	14.1%	16.1%	12.1%	18.7%	14.6%	5.6%
地域行事 (祭りなどの地域催しへの参加など)	12.3%	12.0%	12.6%	14.7%	12.5%	8.0%
趣味 (俳句、詩吟、陶芸など)	5.8%	5.6%	5.9%	7.3%	4.5%	6.1%
生産・就職 (生きがいのための園芸・飼育、シルバー人材センターなど)	5.4%	6.4%	4.3%	6.6%	4.8%	4.6%
安全管理 (交通安全、防犯・防災など)	4.7%	5.4%	4.0%	5.8%	5.0%	2.2%
高齢者の支援 (家事援助、移送など)	3.2%	2.7%	3.7%	2.4%	3.2%	4.3%
教育関連・文化啓発活動 (学習会、こども会の育成、郷土芸能の伝承など)	2.6%	2.6%	2.6%	3.5%	2.7%	0.9%
その他	9.1%	7.5%	10.8%	5.8%	7.8%	17.4%

(2) 普段、家族と友人と付き合いはあるか

全体でみると、「はい」と回答した方が8割以上を占めていることがわかりました。

		はい	いいえ
全体		83.5%	16.5%
	男性	80.1%	19.9%
	女性	86.5%	13.5%
年代別	70代	88.6%	11.4%
	80代	84.7%	15.3%
	90代以上	76.6%	23.4%

(3) 体調が悪いときに、身近に相談できる方はいるか

全体でみると、「はい」と回答した方が9割以上を占めていることがわかりました。

		はい	いいえ
全体		94.9%	5.1%
	男性	93.5%	6.5%
	女性	96.1%	3.9%
年代別	70代	94.0%	6.0%
	80代	94.1%	5.9%
	90代以上	97.0%	3.0%

8.健康づくりについて

(1) 健康のため心がけていること

「休養や睡眠を十分にとる」が最も多く、次いで「栄養バランスのとれた食事をとる」であることがわかりました。

複数回答有	全体	性別		年代別		
		男性	女性	70代	80代	90代以上
休養や睡眠を十分にとる	16.7%	16.1%	17.3%	15.5%	16.6%	18.9%
栄養バランスのとれた食事をとる	15.1%	13.5%	16.6%	14.2%	14.2%	18.3%
健康診査などを定期的に受ける	14.6%	15.2%	14.0%	15.5%	14.5%	13.4%
気持ちをなるべく明るく持つ	13.2%	11.3%	15.0%	13.2%	12.9%	14.0%
散歩やスポーツをする	9.1%	9.6%	8.7%	10.2%	9.8%	6.1%
医療・健康に関する知識を持つ	8.9%	8.3%	9.5%	9.1%	9.5%	7.5%
趣味をもつ	8.7%	9.7%	7.8%	9.5%	8.9%	7.2%
地域の活動に参加する	5.0%	5.3%	4.6%	6.1%	5.1%	2.9%
特に心がけていることはない	3.4%	3.7%	3.2%	2.4%	3.3%	5.3%
酒やタバコを控える（やめる）	3.3%	5.6%	1.3%	3.1%	3.5%	3.3%
その他	1.9%	1.7%	2.1%	1.2%	1.7%	3.2%

9.フレイルとオーラルフレイルについて

(1) フレイルとオーラルフレイルについて知っているか

フレイルは全体で「聞いたことがない」が70%を超えており、認知度が低い状況であることがわかりました。また、オーラルフレイルも、全体で「聞いたことがない」が70%を超えており、フレイルと同様に認知度が低い状況であることがわかりました。

		フレイル			オーラルフレイル		
		詳しく知っている	だいたい知っている	聞いたことがない	詳しく知っている	だいたい知っている	聞いたことがない
全体		0.8%	28.6%	70.6%	0.8%	26.0%	73.2%
	男性	0.5%	25.0%	74.6%	0.4%	23.7%	75.9%
	女性	1.1%	32.0%	66.9%	1.1%	28.3%	70.6%
年代別	70代	1.2%	33.7%	65.1%	0.8%	29.9%	69.3%
	80代	0.8%	29.7%	69.5%	1.2%	27.4%	71.4%
	90代以上	0.3%	22.0%	77.7%	0.3%	20.2%	79.5%

第3次熊本県後期高齢者医療 保健事業実施計画

令和6年度（2024年度）～令和11年度（2029年度）

令和6年3月

（発行）

熊本県後期高齢者医療広域連合

〒862-0911

熊本県熊本市東区健軍2丁目4番10号

熊本県市町村自治会館2階

電話：（096）368-6511（代表）

[https:// www.kumamoto-kouikirengo.jp/](https://www.kumamoto-kouikirengo.jp/)
