

高千穂町

第3期 保健事業実施計画（データヘルス計画）

【令和6年度(2024年度)～令和11年度(2029年度)】

令和6年3月策定

令和9年(2027年)3月 中間評価

令和12年(2030年)3月 最終評価

第3期 保健事業実施計画（データヘルス計画）	
第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項	・・・ P2
1. 背景・目的	
2. 計画の位置づけ	
3. 計画期間	
4. 関係者が果たすべき役割と連携	
5. 保険者努力支援制度	
第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化	・・・ P10
1. 保険者の特性	
2. 第2期計画に係る評価及び考察	
3. 第3期における健康課題の明確化	
4. 目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）	・・・ P29
1. 第4期特定健診等実施計画について	
2. 目標値の設定	
3. 対象者の見込み	
4. 特定健診の実施	
5. 特定保健指導の実施	
6. 個人情報保護の確保	
7. 結果の報告	
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第4章 課題解決するための個別保健事業	・・・ P37
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取組	
1. 糖尿病性腎症重症化予防	
2. 虚血性心疾患重症化予防	
3. 脳血管疾患重症化予防	
4. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	
III 発症予防	
IV ポピュレーションアプローチ	
第5章 計画の評価・見直し	・・・ P54
第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い	・・・ P55
1. 計画の公表・周知	
2. 個人情報の取り扱い	
参考資料	・・・ P56

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1. 背景・目的

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

平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、健康・医療情報を活用しPDCA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）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本指針2020（骨太方針2020）」において、保険者のデータヘルス計画の標準化等の取組み推進が掲げられ、令和3年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革行程表2021」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を検討するとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する」と示された。

このように、すべての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められている。

高千穂町においては、国の指針に基づき、「第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、被保険者の年代ごとの身体的な状況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、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

2. 計画の位置付け

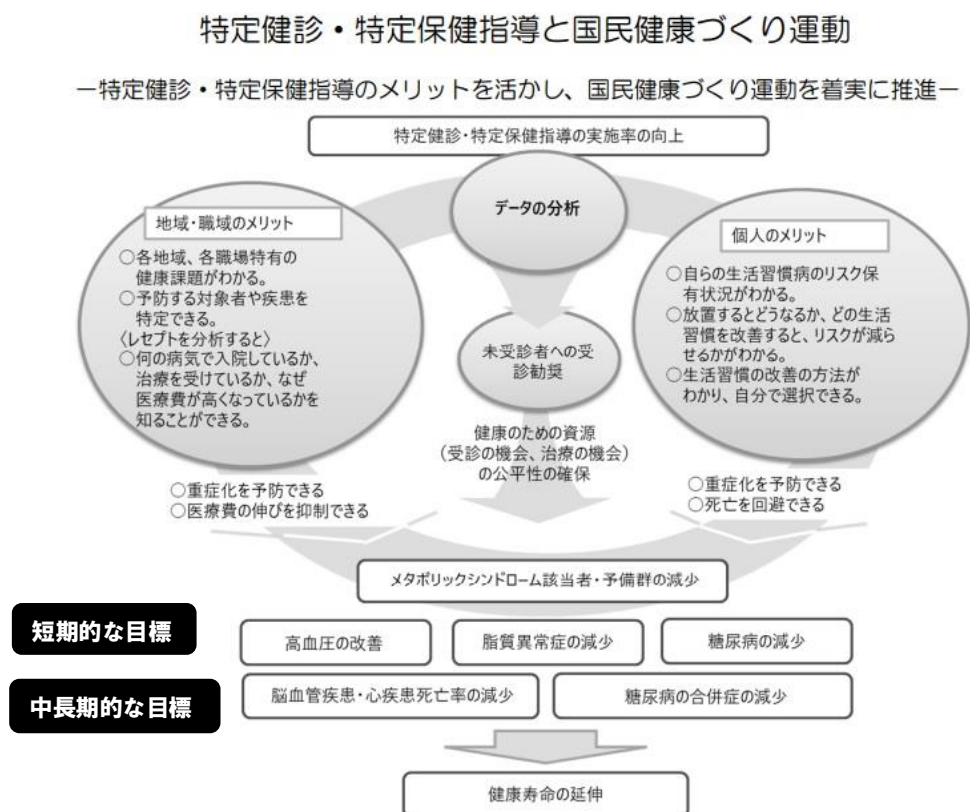
第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、特定健康診査等実施計画と一体的に策定し、宮崎県健康増進計画や、宮崎県医療費適正化計画、高千穂町介護保険事業計画と調和の取れたものとする必要がある。（図表1・2・3・4・5）

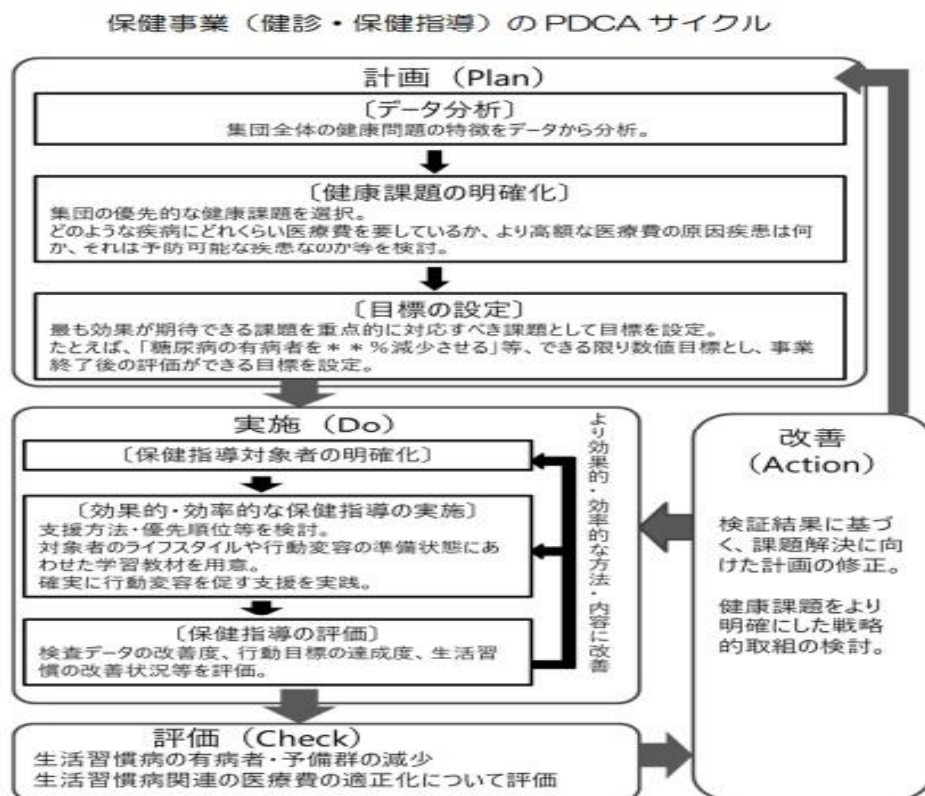
【図表1】

○法定計画等の位置づけ					
※健康増進事業実施者おは、健康保険法、国民健康保険法、国民健康保険法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法					
健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)		特定健康診査等実施計画		介護保険事業(支援)計画
	健康増進法 第9条、第10条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 健康保険法 第125条	厚生労働省 健康局 令和2年4月改正 「国民健康保険法の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針 実施等に関する指針の一部改正」	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	介護保険法 第116条、第117条、第118条 厚生労働省 老健局 令和5年3月改正 介護保険法に定める保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針
法律	健康増進法 第9条、第10条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 健康保険法 第125条	厚生労働省 健康局 令和2年4月改正 「国民健康保険法の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針 実施等に関する指針の一部改正」	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	介護保険法 第116条、第117条、第118条 厚生労働省 老健局 令和5年3月改正 介護保険法に定める保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針
基本的な方針	国民健康保険法の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	国民健康保険法の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	国民健康保険法の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	国民健康保険法の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	国民健康保険法の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針
組織・期間	法定・令和6年(12年) 2024年～2035年	法定・令和6年(12年) 2024年～2035年	法定・令和6年(12年) 2024年～2035年	法定・令和6年(12年) 2024年～2035年	法定・令和6年(12年) 2024年～2035年
計画策定者	都道府県: 義務、市町村: 努力義務	都道府県: 義務、市町村: 努力義務	都道府県: 義務、市町村: 努力義務	都道府県: 義務、市町村: 努力義務	都道府県: 義務、市町村: 努力義務
基本的な考え方	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、 一人一人の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針 国民健康保険法の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	国民健康保険法の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	国民健康保険法の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	国民健康保険法の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	国民健康保険法の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	国民健康保険法の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	国民健康保険法の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	国民健康保険法の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	国民健康保険法の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満
評価	糖尿病 糖尿病合併症(糖尿病性腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病 糖尿病合併症(糖尿病性腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病 糖尿病合併症(糖尿病性腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病 糖尿病合併症(糖尿病性腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病 糖尿病合併症(糖尿病性腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)
評価	51目標項目 ○個人の行動・健康状態の改善に関する目標 1 生活習慣病(NDs)の発症予防、重症化予防 2 生活習慣病(NDs)の重症化予防 3 社会生活の質の向上 ○社会生活の質の向上 1 社会生活の質の向上 2 自然に健康になれる健康づくり 3 誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	51目標項目 ○個人の行動・健康状態の改善に関する目標 1 生活習慣病(NDs)の発症予防、重症化予防 2 生活習慣病(NDs)の重症化予防 3 社会生活の質の向上 ○社会生活の質の向上 1 社会生活の質の向上 2 自然に健康になれる健康づくり 3 誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	51目標項目 ○個人の行動・健康状態の改善に関する目標 1 生活習慣病(NDs)の発症予防、重症化予防 2 生活習慣病(NDs)の重症化予防 3 社会生活の質の向上 ○社会生活の質の向上 1 社会生活の質の向上 2 自然に健康になれる健康づくり 3 誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	51目標項目 ○個人の行動・健康状態の改善に関する目標 1 生活習慣病(NDs)の発症予防、重症化予防 2 生活習慣病(NDs)の重症化予防 3 社会生活の質の向上 ○社会生活の質の向上 1 社会生活の質の向上 2 自然に健康になれる健康づくり 3 誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	51目標項目 ○個人の行動・健康状態の改善に関する目標 1 生活習慣病(NDs)の発症予防、重症化予防 2 生活習慣病(NDs)の重症化予防 3 社会生活の質の向上 ○社会生活の質の向上 1 社会生活の質の向上 2 自然に健康になれる健康づくり 3 誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性
補助金等	健康増進事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 介護保険保険者努力支援交付金 介護保険保険者努力支援交付金	健康増進事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 介護保険保険者努力支援交付金 介護保険保険者努力支援交付金	健康増進事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 介護保険保険者努力支援交付金 介護保険保険者努力支援交付金	健康増進事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 介護保険保険者努力支援交付金 介護保険保険者努力支援交付金	健康増進事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 介護保険保険者努力支援交付金 介護保険保険者努力支援交付金

○標準的な健診・保健指導プログラム「令和6年度版」 図1一部改変 【図表2】



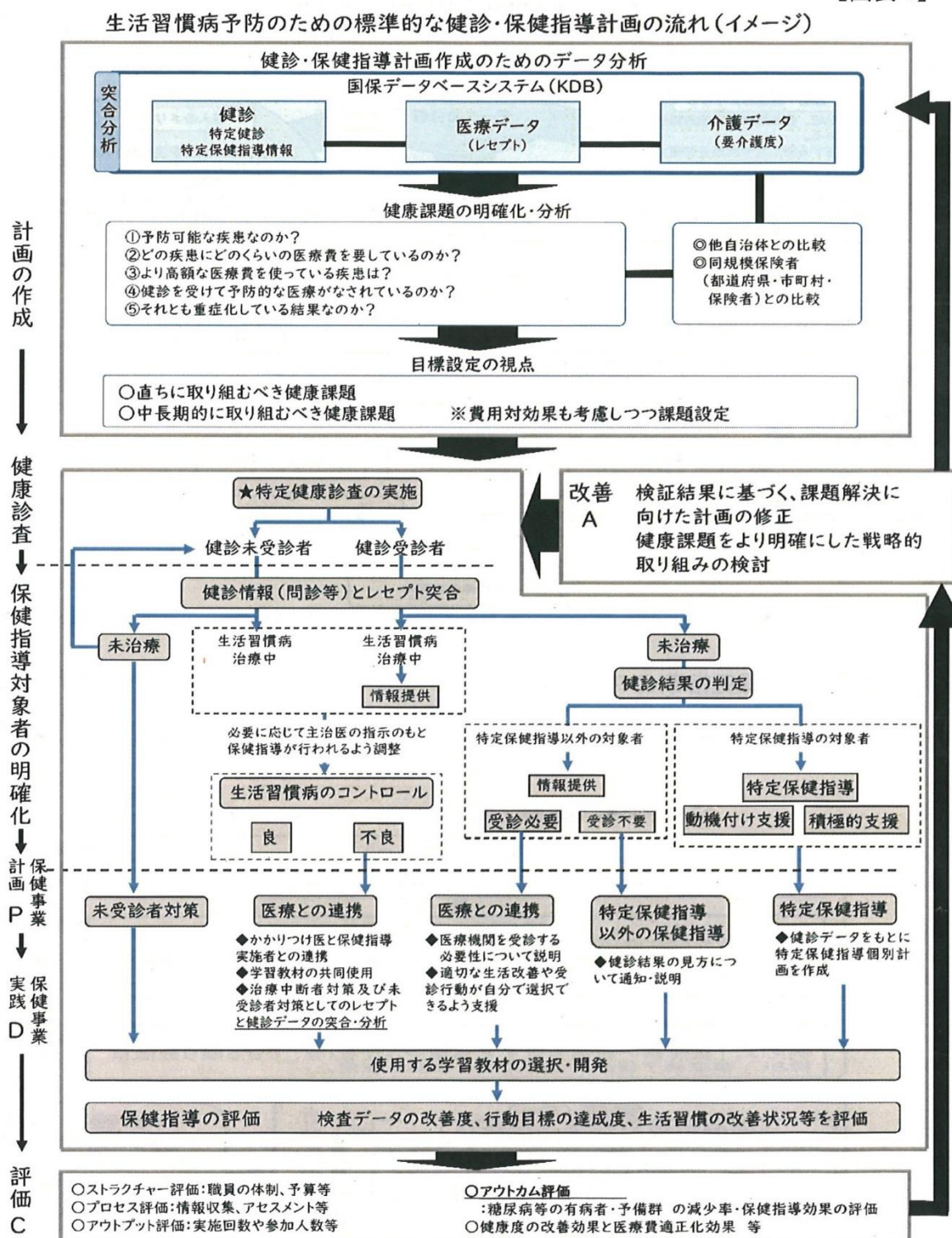
○保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル 【図表3】



標準的な健診・保健指導プログラム「令和6年度版」より抜粋

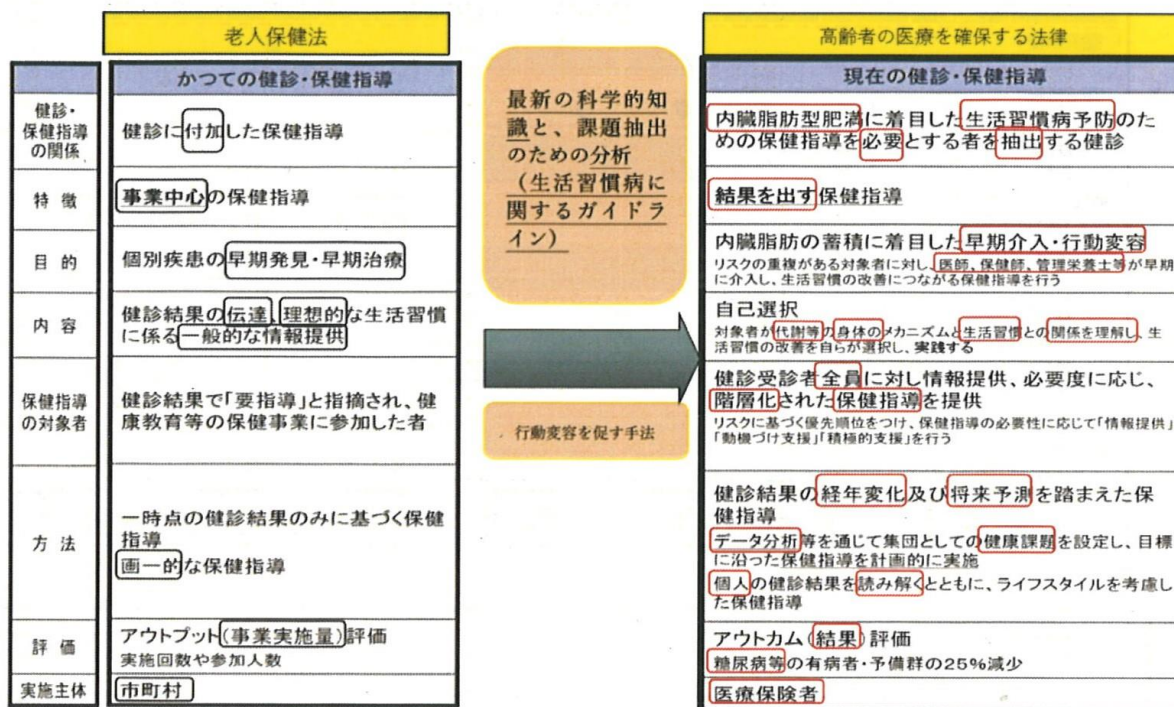
○生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(一部改変)

【図表 4】



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】P1-1～1-24、3-1～3-17、3-69～3-73、4-6～4-13、厚生労働省様式5-5参考

○標準的な健診・保健指導プログラムにおける基本的な考え方（一部改変） 【図表5】
標準的な健診・保健指導プログラム(H30年度版)における基本的な考え方
(一部改変)



3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第5の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とする」としていること、また、国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画が令和6年度から令和11年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図り、計画期間を令和6年度から令和11年度の6年間とする。

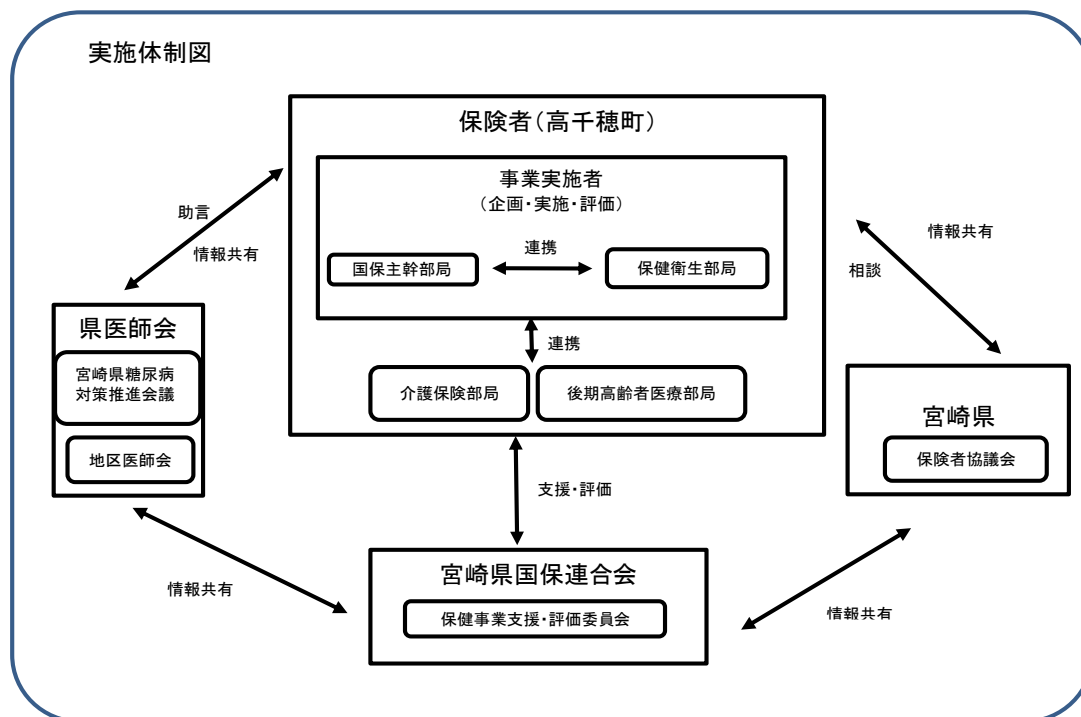
4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 保険者（高千穂町国保）

被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために、福祉保険課国保係が主体となり、健康課題を分析し、計画を策定する。保健福祉総合センター（以下「保健センター」という。）等住民の健康の保持増進に関する部局に協力を求め、市町村一体となって、計画の策定等を進める。計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施し、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映していく。

具体的には、福祉保険課(後期高齢者医療担当・一体的実施事業担当)、保健センター（健康づくり係・健やか親子推進係・介護保険係・高齢者支援係・地域包括ケア推進係・生活ケアマネジメント係）とも十分に連携する。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・係の業務をマニュアル化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整える。(図表6)



2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が必要となる。

外部有識者等とは、宮崎県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会や西臼杵郡医師会等のことをいう。

（1）支援・評価委員会

国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、計画の策定支援や個別の保健事業の実施支援等を行っており、多くの支援実績が蓄積されている。このため、保険者は、可能な限り支援・評価委員会の支援・評価を受けて計画の策定等を進める。

（2）国保連

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDBの活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修も実施していることから、保険者は積極的に支援を受け保健事業の実施及び評価を行う。

（3）宮崎県 国民健康保険課

宮崎県（以下「県」という。）市町村とともに国保の保険者であり、財政運営の責任主体として、市町村国保の保険者機能の強化や、効果的・効率的な保健事業実施のため、必要な支援を受ける。

（４）後期高齢者医療広域連合

地域の世代間の疾病構造や医療費等の動向を連続して把握することができるよう、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」という。）を始めとした事業を実施し、市町村国保と必要な情報の共有を図るよう努める。

（５）保健医療関係者

計画策定から保健事業の実施・評価、業務に従事する者の人材育成等において、保健医療に係る専門的見地から支援を行う。

（宮崎県医師会）

宮崎県国保ヘルスアップ事業等における連携

（宮崎県薬剤師会）

適正服薬等支援事業における連携

（西臼杵郡医師会）

特定健康診査実施

高千穂町重症化予防事業等の保健事業における連携

（６）その他

市町村国保には、退職や転職等に伴う被保険者保険からの加入者が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、市町村国保と被用者保険の保険者との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有したり、保険者間で連携して保健事業を展開したりすることに努める。

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として、平成 30 年度より本格的に実施している。（図表 7）

令和 2 年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」として交付する部分を創設し、保険者における予防・健康づくり事業の取組を後押ししている。

保険者努力支援制度（事業費分）では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、保険者は同制度を有効に活用し、より質の高い計画とすることを目指し、策定を進める。

【図表 7】

保険者努力支援制度(評価指標:市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			高千穂町		高千穂町		高千穂町	
交付額(万円)			794	配点	626	配点	823	配点
全国順位(1,741市町村中)			345		1,037		121	
県内順位(26市町村中)			12		24		4	
共通の指標	①	(1)特定健診受診率	55	70	25	70	20	70
		(2)特定保健指導実施率	50	70		70	70	70
		(3)メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	40	50		50	20	50
	②	(4)がん検診受診率	10	40	55	40	30	40
		(5)歯科健診受診率	15	30		30	30	35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	30	90	0	90	45	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供	15	20	5	20	20	20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組	10	130	10	130	40	130
		(2)後発医薬品の使用割合						
固有指標	①	保険料(税)収納率	60	100	80	100	80	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	25	30	27	30	40	40
	⑤	第三者求償の取組	31	40	50	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	83	95	66	100	70	100
合計点			659	1,000	538	960	705	940

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本町は年々高齢化率が上昇し、令和4年度は43.1%と4割を超えており、同規模と比較しても高い。被保険者の平均年齢も高く、死亡率も同規模・県・国と比較しても高い。(図表8・9)

また、死因では、がんに次いで心臓病が多く、心臓病、糖尿病、腎不全の死亡割合が同規模・県・国と比較すると高い。これらは生活習慣病が原因であることが多く、予防できる死因である。

(図表10) 65歳未満の死因を見てみると、若い人でも毎年1~3人が心臓、脳の疾患で亡くなっている。(図表11)

○高千穂町の特徴

高千穂町の特徴

【図表8】

令和4年度	人口 (人)	高齢化 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次産業 (%)	第2次産業 (%)	第3次産業 (%)
高千穂町	11,629	43.1	2,988 (25.7)	59.3	5.7	18.2	0.3	25.0	16.3	58.7
同規模	11,448	36.9	2,897 (24.3)	55.8	5.3	15.7	0.4	13.4	27.1	59.5
県	1,052,571	32.7	243,434 (23.1)	54.0	7.3	13.4	0.4	11.0	21.1	67.9
国	123,214,261	28.7	27,488,882 (22.3)	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

参照：KDB システム【健診・医療・介護データからみる地域の健康課題】

○平均寿命と平均自立期間

【図表9】

令和3年度		(歳)				
項 目		高千穂町	同規模平均	県	国	データ元 (CSV)
平均寿命	男性	80.9	80.4	80.3	80.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握
	女性	87.1	86.9	87.1	87.0	
平均自立期間 (要介護2以上)	男性 ※保険者欄は二次医療圏データ	79.8	79.0	79.9	79.9	
	女性 ※保険者欄は二次医療圏データ	85.4	84.1	84.7	84.2	

参照：KDB システム【地域全体像の把握】

○死亡の状況

【図表10】

令和3年度

【図表 10】

項 目			高千穂町		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)
			実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	
死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	94.3		103.7		100.4		100		KDB NO.1 地域全体像の把握
		女性	98.2		101.3		97.6		100		
	死 因	がん	48	48.5	6,848	46.6	3,593	47.0	376,305	50.2	
		心臓病	32	32.3	4,334	29.5	2,263	29.6	207,607	27.7	
		脳疾患	10	10.1	2,344	16.0	1,181	15.4	106,509	14.2	
		糖尿病	2	2.0	260	1.8	140	1.8	13,841	1.8	
		腎不全	6	6.1	551	3.8	279	3.6	26,633	3.5	
		自殺	1	1.0	354	2.4	190	2.5	19,357	2.6	

参照：死亡状況 KDB システム【地域全体像の把握】

○早生予防からみた 65 歳未満の死亡

【図表 11】
(人)

	H28	H29	H30	R1	R2	R3
死亡総数	214	223	180	207	212	191
心臓	76	72	31	62	63	62
内)65歳未満	1	2	0	2	3	3
脳	28	26	29	20	8	26
内)65歳未満	1	1	1	1	1	1

参照：厚生労働省 HP

2. 第2期計画に係る評価及び考察

1) 第2期計画に係る評価

第2期計画において、目標の設定を2つに分類した。

1つめは中長期的な目標として、計画最終年度までに達成を目指した。具体的には、社会保障費（医療費・介護給付費）の変化及び脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を設定した。

2つめは短期的な目標として、年度ごとに中長期的な目標を達成するために必要な目標疾患として、メタボリックシンドローム（以下「メタボ」という。）、高血圧、糖尿病、脂質異常症を設定した。（図表2参照）

（1）中長期的な目標の達成状況

①介護給付費の状況（図表 12、13、14、15）

○介護給付費の変化

【図表 12】

		高千穂町		同規模平均	県	国
		平成30年度	令和3年度	令和3年度	令和3年度	令和3年度
介護給付費	介護給付費(円)	11億6901万	12億9113万	↑		
	1件当たり給付費(全体)	75,072	80,974	↑	73,404	71,826
	居宅サービス	41,099	42,717	↑	45,092	51,951
	施設サービス	278,146	301,524	↑	291,670	295,933

参照：KDB 【地域の全体像の把握】

○介護保険認定者（率）の状況

【図表 13】

		高千穂町		同規模平均	県	国
		平成30年度	令和3年度	令和3年度	令和3年度	令和3年度
2号認定者数(認定率)		15人 0.4%	12人 0.29%	0.35%	0.33%	0.38%
新規認定者		1人	2人			
1号認定者数(認定率)		759人 15.4%	786人 15.9%	19.4%	17.9%	20.3%
新規認定者		10人 0.2%	6人 0.2%	0.3%	0.3%	0.3%
介護 度別 総件 数	要支援1.2	159人 20.9%	153人 19.5%	12.4%	10.6%	12.9%
	要介護1.2	255人 33.6%	234人 29.8%	46.7%	45.7%	46.6%
	要介護3以上	345人 45.5%	399人 50.8%	40.9%	43.7%	40.5%

参照：KDB システム 様式5 参照

○何の疾患で介護保険を受けているのか

【図表 14】
令和3年度

受給者区分		2号		1号		合計							
		年齢	40～64歳	65～74歳	75歳以上			計					
介護件数(全体)		12		53		733		786		798			
再)国保・後期		7		42		684		726		733			
要介護 突合状況 ★NO.49	有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
		循環器疾患	1	脳卒中	4 57.1%	脳卒中	20 47.6%	脳卒中	292 42.7%	脳卒中	312 43.0%	脳卒中	316 43.1%
			2	虚血性心疾患	3 42.9%	腎不全	9 21.4%	虚血性心疾患	261 38.2%	虚血性心疾患	267 36.8%	虚血性心疾患	270 36.8%
			3	腎不全	0 0.0%	虚血性心疾患	6 14.3%	腎不全	127 18.6%	腎不全	136 18.7%	腎不全	136 18.6%
		合併症	4	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	7 16.7%	糖尿病合併症	47 6.9%	糖尿病合併症	54 7.4%	糖尿病合併症	54 7.4%
			基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		7 100.0%	基礎疾患	37 88.1%	基礎疾患	637 93.1%	基礎疾患	674 92.8%	基礎疾患	681 92.9%
			血管疾患合計		7 100.0%	合計	38 90.5%	合計	648 94.7%	合計	686 94.5%	合計	693 94.5%
		認知症		1 14.3%	認知症	15 35.7%	認知症	410 59.9%	認知症	425 58.5%	認知症	426 58.1%	
		筋・骨格疾患		7 100.0%	筋骨格系	39 92.9%	筋骨格系	654 95.6%	筋骨格系	693 95.5%	筋骨格系	700 95.5%	

* 1) 新規認定者についてはNO.49 要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

参照：KDB システム

ヘルスサポートラボツール様式 5-1

図表 12 を見ると介護給付費は年々増加傾向にあるが、平成 30 年度と令和 3 年度を比較すると約 1 億 2,000 万円増加している。図表 13 より介護認定率をみると、要支援 1・2、要介護 1・2 の割合が減少しているが、要介護 3 以上の割合が増加しており、同規模・県・国と比較して高い。

図表 14 を見ると介護の要因となる疾患では、脳卒中が 43.1%であり、全年代において 1 位となっている。特に若い 2 号被保険者では 57%を占めている。次いで虚血性心疾患が 36.8%で 2 位となった。

②医療費の状況 (図表 15)

○医療費の変化

【図表 15】

			高千穂町		同規模	県	全国
			平成30年度	令和3年度			
被保険者数(人)			3,522	3,198			
前期高齢者(65歳～74歳)割合(%)			49.1	56.6		47.1	41.5
総医療費(円)			7億3405万	7億3582万円			
一人当たり医療費(円・月)			31,885	35,108	29,917	29,974	27,039
医療費の 状況	外来	費用の割合(%)	50.9	47.1	57.0	55.9	60.1
		件数の割合(%)	96.0	94.1	96.9	96.6	97.4
	入院	費用の割合(%)	49.1	52.9	43.0	44.1	39.9
		件数の割合(%)	5.0	5.9	3.1	3.4	2.6
	1件あたり在院日数		19.1日	18.4日	16.9日	17.8日	15.8日

参照：KDB システム【地域の全体像】ヘルスサポートラボツール様式 5-1

図表 15 をみると、平成 30 年度より被保険者数は減少しているが、総医療費の減額はなく、1 人当たり医療費が増加している。また、外来費用・件数の割合ともに減少しているが、入院の費用・件数の割合の増加がみられ、同規模・県・全国と比較しても高い。

③中長期目標疾患の医療費の変化（図表 16・17・18・19）

○中長期目標疾患の医療費の変化

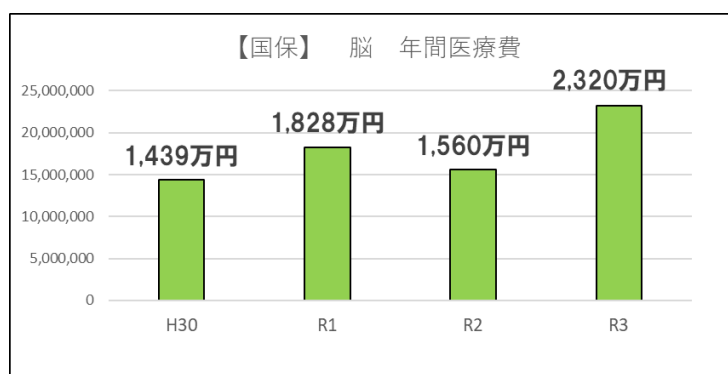
【図表 16】

			高千穂町		同規模	県	全国
			平成30年度	令和3年度	令和3年度	令和3年度	令和3年度
総医療費			7億3,405万	7億3,582万	869億7,830万	495億9,261万	5兆111億8,785万
生活習慣病医療費(円)			4億6,594万	4億8,413万	627億9,059万	355億4,256万	3兆7,198億5,809万
総医療費に占める割合			63.5%	65.8%	72.2%	71.7%	74.2%
中長期・短期目標疾患			1億951万	1億2,312万	130億3,300万	81億7,926万	7,868億2,792万
医療費合計(円)			15.0%	16.7% 	15.2%	16.5%	15.7%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞	1.9%	3.2% 	3.8%	3.9%	4.0%
		脳出血					
	心	狭心症	1.3%	2.8% 	2.6%	3.1%	3.0%
		心筋梗塞					
	腎	慢性腎不全(透析有)	11.2%	10.4% 	8.0%	9.0%	8.2%
慢性腎不全(透析無)		0.3%	0.4%	0.6%	0.5%	0.5%	
その他の疾患	悪性新生物		27.2%	27.2%	30.8%	27.3%	31.5%
	筋・骨疾患		14.0%	15.4%	15.9%	16.9%	16.6%
	精神疾患		24.1%	21.6%	15.6%	18.6%	14.7%

参照：K D B 【健診・医療・介護データからみる地域の健康課題】

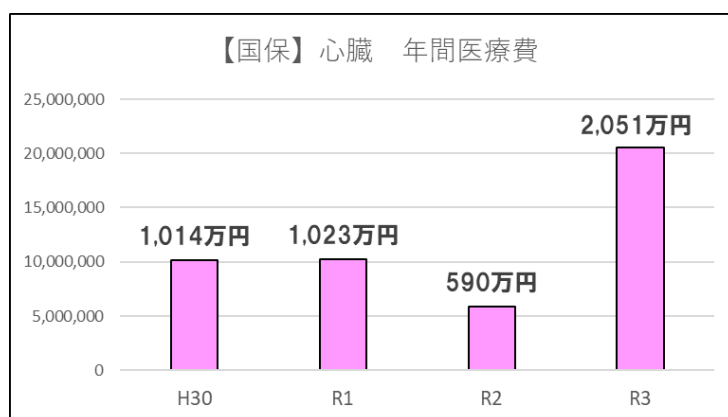
○脳梗塞・脳出血の医療費の推移

【図表 17】



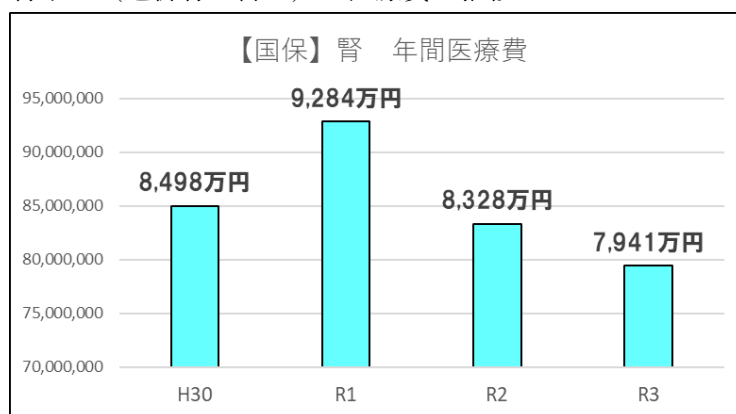
○心筋梗塞・狭心症の医療費の推移

【図表 18】



○慢性腎不全（透析有も含む）の医療費の推移

【図表 19】



図表 17・18・19 参照：KDB【健診・医療・介護データからみる地域の健康課題】

本町は1人当たり医療費が同規模・県・国と比較して高い状況が続いている。図表16～19を見ると第2期データヘルス計画で掲げていた中長期目標の数値は、脳梗塞・脳出血、狭心症・心筋梗塞において割合が増加した。特に脳梗塞・脳出血の年間医療費は年々増加傾向にある。慢性腎不全（透析有）では割合の減少が見られたものの同規模・県・国と比較しても未だに高い割合となっている。その他の部分で、精神疾患が同規模・県・国より高くなっている。

④中長期疾患の治療状況（図表 20）

【図表 20】

○中長期目標疾患の治療状況

		被保険者数		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
		様式3-6		様式3-5		様式3-7			
		平成30年度	令和3年度	平成30年度	令和3年度	平成30年度	令和3年度	平成30年度	令和3年度
全体	人数(人)	3,619	3,331	126	100	135	100	24	21
	割合(%)	100	100	3.5	3.0 ↓	3.7	3.0 ↓	0.7	0.6 ↓
再掲	65～74歳	人数(人)	1,702	1,836	93	86	107	87	14
		割合(%)	47.0	55.1	5.5	4.7 ↓	6	4.7 ↓	0.8
	40～64歳	人数(人)	1,308	1,013	31	14	26	13	9
		割合(%)	36.1	30.4	2.4	1.4 ↓	2	1.3 ↓	0.7
	40歳未満	人数(人)	609	482	2	0	2	0	1
		割合(%)	16.8	14.5	0.3	0.0 ↓	0.3	0.0 ↓	0.0 ↓

参照：KDBシステム 厚生労働省様式

図表 20 より中長期目標の治療状況を平成 30 年度と令和 3 年度で比較すると、第 2 期データヘルス計画で取り組んできた脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析全てにおいて治療割合が減少している。しかし、図表 16～19 の考察でも述べた通り脳血管疾患の医療費割合が増加しており、特に脳血管疾患の年間医療費は年々増加している。

(2) 短期的な目標の達成状況

①高血圧治療者の経年変化（図表 21）

【図表 21】

○高血圧治療者の経年変化

高血圧 様式3-3		合計		再掲					
				65～74歳		40～64歳		40歳未満	
		平成30年度	令和3年度	平成30年度	令和3年度	平成30年度	令和3年度	平成30年度	令和3年度
被保険者数 (人)		3,619	3,331	1,702	1,836	1,308	1,014	609	482
高血圧治療者	人数(人)	842	761	603	604	235	154	4	3
	割合(%)	23.3	22.8 ↓	35.4	32.9 ↓	18.0	15.2 ↓	0.7	0.6 ↓
中長期目標疾患	脳血管疾患	人数(人)	105	85	81	76	23	9	1
		割合(%)	12.5	11.2 ↓	13.4	12.6 ↓	9.8	5.8 ↓	25.0
	虚血性心疾患	人数(人)	100	78	79	69	20	9	1
		割合(%)	11.9	10.2 ↓	13.1	11.4 ↓	8.5	5.8 ↓	25.0
	人工透析	人数(人)	24	20	14	13	9	7	1
		割合(%)	2.9	2.6 ↓	2.3	2.2 ↓	3.8	4.5 ↑	25.0

参照：KDBシステム 厚生労働省 様式

②糖尿病治療者の経年変化（図表 22）

○糖尿病治療者の経年変化

【図表 22】

糖尿病 様式3-2		合計		再掲					
				65～74歳		40～64歳		40歳未満	
		平成30年度	令和3年度	平成30年度	令和3年度	平成30年度	令和3年度	平成30年度	令和3年度
被保険者数（人）		3,619	3,331	1,702	1,836	1,308	1,013	609	482
糖尿病治療者	人数(人)	376	354	270	274	102	80	4	0
	割合(%)	10.4	10.6 	15.9	14.9 	7.8	7.9	0.7	0.0
中長期目標疾患	脳血管疾患	人数(人)	50	42	41	39	8	3	1
		割合(%)	13.3	11.9 	15.2	14.2 	7.8	3.8 	25.0
	虚血性心疾患	人数(人)	60	40	48	37	10	3	2
		割合(%)	16.0	11.3 	17.8	13.5 	9.8	3.8 	50.0
	人工透析	人数(人)	13	12	9	7	3	5	1
		割合(%)	3.5	3.4	3.3	2.6 	2.9	6.3 	25.0
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	人数(人)	30	39	23	30	5	9	2
		割合(%)	8.0	11.0 	8.5	10.9 	4.9	11.3 	50.0
	糖尿病性網膜症	人数(人)	47	42	33	31	12	11	1
		割合(%)	12.5	11.9 	12.2	11.3 	11.8	13.8 	25.0
	糖尿病性神経障害	人数(人)	12	10	9	7	3	3	0
		割合(%)	3.2	2.8 	3.3	2.6 	2.9	3.8 	0.0

参照：KDBシステム 厚生労働省 様式

③脂質異常症治療者の経年変化（図表 23）

○脂質異常症治療者の経年変化

【図表 23】

脂質異常症 様式3-4		合計		再掲					
				65～74歳		40～64歳		40歳未満	
		平成30年度	令和3年度	平成30年度	令和3年度	平成30年度	令和3年度	平成30年度	令和3年度
被保険者数（人）		3,619	3,331	1,702	1,836	1,308	1,013	609	482
脂質異常症治療者	人数(人)	713	649	502	513	206	132	5	4
	割合(%)	19.7	19.5 	29.5	27.9 	15.7	13.0 	0.8	0.8
中長期目標疾患	脳血管疾患	人数(人)	74	73	59	66	15	7	0
		割合(%)	10.4	11.2 	11.8	12.9 	7.3	5.3 	0.0
	虚血性心疾患	人数(人)	98	72	79	66	18	6	1
		割合(%)	13.7	11.1 	15.7	12.9 	8.7	4.5 	20.0
	人工透析	人数(人)	15	10	8	6	6	4	1
		割合(%)	2.1	1.5 	1.6	1.2 	2.9	3.0	20.0

参照：KDBシステム 厚労省様式

④高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方（図表 24）

○特定健診の血圧の年次比較

【図表 24】

	血圧測定者 (人)	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
	A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
平成30年度	1,516	350	23.1%	344	22.7%	433	28.6%	306	20.2%	70	4.6%	13	0.9%
令和元年度	1,485	299	20.1%	326	22.0%	457	30.8%	310	20.9%	84	5.7%	9	0.6%
令和2年度	1,309	276	21.1%	293	22.4%	378	28.9%	279	21.3%	75	5.7%	8	0.6%
令和3年度	1,430	217	15.2%	246	17.2%	427	29.9%	423	29.6%	97	6.8%	20	1.4%

参照：KDBシステム ヘルスサポートラボツール

○Ⅱ度高血圧以上の結果の改善及び医療のかかり方（図表 25）

【図表 25】

年度	健診 受診者	正常 正常高 値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上		
					再)Ⅲ度高血圧	再掲	
						未治療	治療
平成30年度	1,516 人	694人 45.8%	433人 28.6%	306人 20.2%	83人 5.5%	41人 49.4%	42人 50.6%
					13人 0.9%	8人 61.5%	5人 38.5%
令和元年度	1,485 人	625人 42.1%	457人 30.8%	310人 20.9%	93人 6.3%	42人 45.2%	51人 54.8%
					9人 0.6%	5人 55.6%	4人 44.4%
令和2年度	1,309 人	569人 43.5%	378人 28.9%	279人 21.3%	83 6.3%	41 49.4%	42 50.6%
					8人 0.6%	5人 62.5%	3人 37.5%
令和3年度	1,430 人	463人 32.4%	427人 29.9%	423人 29.6%	117人 8.2%	58人 49.6%	59人 50.4%
					20人 1.4%	14人 70.0%	6人 30.0%

参照：KDBシステム ヘルスサポートラボツール

○特定健診の血糖値の年次比較（図表 26）

【図表 26】

	HbA1c 測定 (人)	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病									
								合併症予防の ための目標		最低限達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる					
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
平成30年度	1,513	418	27.6%	705	46.6%	280	18.5%	57	3.8%	37	2.4%	16	1.1%	31	2.0%	11	0.7%
令和元年度	1,478	382	25.8%	701	47.4%	269	18.2%	68	4.6%	43	2.9%	15	1.0%	40	2.7%	12	0.8%
令和2年度	1,300	283	21.8%	578	44.5%	290	22.3%	84	6.5%	48	3.7%	17	1.3%	35	2.7%	12	0.9%
令和3年度	1,428	278	19.5%	664	46.5%	318	22.3%	89	6.2%	58	4.1%	21	1.5%	40	2.8%	15	1.1%

参照：KDBシステム ヘルスサポートラボツール

○高血糖の結果の改善及び医療のかかり方（図表 27）

【図表 27】

年度	HbA1c 測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上		再掲	
					再) 7.0以上		未治療	治療
平成30年度	1,513 人	418人 27.6%	705人 46.6%	280人 18.5%	110人 7.3%		33人 30.0%	77人 70.0%
					53人 3.5%		9人 17.0%	44人 83.0%
令和元年度	1,478 人	382人 25.8%	701人 47.4%	269人 18.2%	126人 8.5%		50人 39.7%	76人 60.3%
					58人 3.9%		13人 22.4%	45人 77.6%
令和2年度	1,300 人	283人 21.8%	578人 44.5%	290人 22.3%	149人 11.5%		58人 38.9%	91人 61.1%
					65人 5.0%		19人 29.2%	46人 70.8%
令和3年度	1,428 人	278人 19.5%	664人 46.5%	318人 22.3%	168人 11.8%		53人 31.5%	115人 68.5%
					79人 5.5%		14人 17.7%	65人 82.3%

参照：KDB ヘルスサポートラボツール

図表 21・22・23 より高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療割合を見ると、治療している人の割合は全体的に減少している。高血圧では、高血圧治療中の者で脳心血管疾患を起こしている者の割合も減少していた。しかし、図表 24・25 より特定健診のⅡ度高血圧以上の医療のかかり方の経年変化をみると、年々高血圧以上の割合が増加しており、特にⅢ度高血圧以上の者の割合が高く、14 人が未治療となっているため確実に医療につなげなければならない。

図表 22 の糖尿病治療中の者を見ると、糖尿病治療中で脳心血管疾患を起こしている者の割合は減少しているが、今後悪化すると予想される糖尿病合併症の者の割合が全ての年代において増加している。図表 26 の特定健診における高血糖該当者割合も HbA1c6.5%以上、7.0%以上ともに年々増加している。治療者の割合が減少しているにも関わらず、健診結果の悪化や未治療者の増加、医療費の増加があることから、早期受診につなげる必要がある。

⑤健診結果の経年変化（図表 28～31）

○メタボの経年変化

【図表 28】

性別	年度	健診受診者(人) 受診率(%)	該当者 (人)	(再掲)		予備群 (人)
				3項目(人)	2項目(人)	
男性	平成30年	716人	188人	63人	125人	105人
		50.0%	26.3%	8.8%	17.5%	14.7%
	令和3年	685人	205人	65人	140人	88人
		51.9%	29.9% ↑	9.5% ↑	20.4% ↑	12.8%
女性	平成30年	763人	79人	24人	55人	54人
		58.8%	10.4%	3.1%	7.2%	7.1%
	令和3年	715人	95人	34人	61人	66人
		58.6%	13.3% ↑	4.8% ↑	8.5% ↑	9.2% ↑

参照：KDB ヘルスサポートラボツール

○HbA1c6.5%以上者の前年度からの変化（継続受診者）

【図表 29】

年度	HbA1c6.5%以上				
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
平成30年	118人	30人	43人	12人	33人
	(9.1%)	(25.4%)	(36.4%)	(10.2%)	(28.0%)
令和3年	124人 ↑	23人	57人 ↑	21人 ↑	23人
	(12.0%)	(18.5%)	(46.0%)	(17.0%)	(18.5%)

参照：KDB ヘルスサポートラボツール

○LDL160mg/dl 以上者の前年度からの変化（継続受診者）

【図表 30】

年度	LDL140以上				
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
平成30年	219人	96人	59人	24人	40人
	(16.9%)	(43.8%)	(26.9%)	(11.0%)	(18.3%)
令和3年	155人 ↓	61人	46人 ↑	19人	29人
	(14.8%)	(39.4%)	(29.7%)	(12.3%)	(18.7%)

参照：KDB ヘルスサポートラボツール

○Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化（継続受診者）

【図表 31】

年度	Ⅰ度高血圧以上				
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
平成30年	460人	226人	114人	28人	92人
	(35.5%)	(49.1%)	(24.8%)	(6.1%)	(20.0%)
令和3年	282人 ↓	94人	115人 ↑	30人	43人
	(27.0%)	(33.3%)	(40.8%)	(10.6%)	(15.2%)

参照：KDB ヘルスサポートラボツール

図表 28 を見ると男性、女性ともにメタボ該当者が増加している。人数、割合ともに男性の方がメタボ該当者、予備群が多い。

図表 29 より平成 30 年度と令和 3 年度を比較すると、HbA1c6.5%以上の割合が増加しており、次年度の健診で悪化している割合が高い。図表 30・31 を見ると LDL と高血圧の該当者は減少しているが、次年度の健診で変化なし、または悪化している割合が増加傾向であった。

⑥特定健診・特定保健指導の実施状況の経年変化（図表 32）

【図表 32】

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
40-74歳の被保険者数 (人)		2,715	2,664	2,596	2,518
特定健診受診者数 (人)		1,476	1,422	1,260	1,398
特定健診受診率 (%)		54.4	53.4	48.5	55.5
特定健診の継続受診率 (%)		81.0	64.7	87.8	76.0
(再掲)	40代 受診率 (%)	32.6	34.5	35.4	38.0
	40代 リピーター率 (%)	70.5	70.1	79.5	90.3
(再掲)	50代 受診率 (%)	43.8	43.2	35.6	40.5
	50代 リピーター率 (%)	83.6	60.7	83.3	80.6
特定保健指導該当者数 (人)		157	142	125	147
特定保健指導該当者率 (%)		10.6	10.0	9.9	10.5
特定保健指導実施者数 (人)		111	76	97	127
(再掲)	積極的支援 (人)	20	14	24	25
	動機付け支援 (人)	91	62	73	102
特定保健指導実施率 (%)		70.7	53.5	77.6	86.4

図表 32 を見ると、特定健診受診率は 60% に達していないものの、継続受診率は 76% となっている。年代別でみると、40 代が受診率 30% 台、50 代が 40% 台と低くなっているが、リピーター率は例年 70% を超えている。リピーター率が高いため、新規受診者を取り込むことが出来れば受診率の向上が見込める。新規受診者の増加を目指した取り組みを行っていく。

特定保健指導該当者率は 10% 台で推移している。保健指導実施率は R3 年度で 80% を超えており、今後も実施率向上を目指す。

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

【図表 33】

データヘルス計画の目標管理一覧							
関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法
				初年度	中間評価	最終評価	
				H30 (H28)	R3 (R1)	R5 (R3)	(活用データ年度)
データヘルス計画	中長期目標	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	①脳血管疾患の総医療費に占める割合0.8%以下	0.9	1.4	1.7	KDBシステム
			②虚血性心疾患の総医療費に占める割合0.5%減少	1.0	0.8	1.5	
			③糖尿病性腎症による透析導入者の割合を増やさない	20.0	11.1	16.7	
	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	④メタボリックシンドローム・予備群の割合25%減少	25.6	28.3	31.3	高千穂町福祉保険課
			⑤健診受診者の高血圧者の割合5%以下(160/100以上)	7.6	6.0	8.8	
			⑥健診受診者の脂質異常者の割合15%以下(LDL140以上)	19.8	18.3	15.9	
			⑦健診受診者の血糖異常者の割合5%以下(HbA1c6.5%以上)	6.5	8.3	11.1	
			⑧健診受診者のHbA1c8.0%以上の未治療者の割合を増やさない	0.3	0.3	0.1	
			⑨糖尿病未治療者を治療に結びつける割合90%以上	71.7	81.6	92.0	
			⑩特定保健指導対象者の減少率25%	20.7	22.9	21.7	
		特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	⑪特定健診受診率60%以上	50.6	53.4	55.5	法定報告
			⑫特定保健指導実施率60%以上	77.2	53.5	85.8	
			⑬糖尿病の保健指導の実施割合100%	100	100	91.9	
努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	⑭がん検診受診率 胃がん検診 40%以上	3.7	9.3	9.3	地域保健事業報告
			⑮がん検診受診率 肺がん検診 40%以上 ※記載の割合はヘリカルCT	6.8	7.7	6.9	
			⑯がん検診受診率 大腸がん検診 40%以上	19.5	19.3	19.3	
			⑰がん検診受診率 子宮頸がん検診 50%以上	27.6	29.9	29.9	
			⑱がん検診受診率 乳がん検診 40%以上	27.4	27.3	27.3	
		後発医薬品の使用により、医療費の削減 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について	⑲後発医薬品の使用割合 80%以上		76.3	80.5	厚生労働省
			⑳高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施			実施	KDBシステム

中長期目標では、①の脳心血管疾患において医療費の増加がみられたが、③糖尿病性腎症による人工透析の新規導入者の割合は減少している。しかし、健診結果より短期目標を見てみると、④メタボ該当者割合、⑤高血圧者の割合、⑦血糖異常者の割合の増加がみられ、今後、脳心血管疾患や糖尿病性腎症を発症する恐れのある者が増加してくることが予想される。

これらを解消すべく保健事業を実施してきたが、保健センターの業務内容の変化や新型コロナウイルス感染症の影響もあり、保健指導実施率は維持したものの、健診受診後の結果説明会の縮小や地区担当制の解消等があり糖尿病の保健指導実施率 100%を達成出来ていない。予防できる疾患による医療費や介護給付費の増大は明らかであり、健康課題もメタボ、高血圧、高血糖の割合の増加があるため、訪問体制をとれる人員の確保と、確実な保健指導の実施を目指す。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 健康課題の明確化

第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し関係者と共有する。

若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、75歳到達より後期高齢者医療に新たに加えることを踏まえ、市町村国保及び広域連合は、保険者等における健康課題の分析結果等を共有する等、綿密な連携に努める。

また、20歳以降の体重増加と生活習慣病の発症とに関連が明らかであることから、特定保健指導対象者を減らすためには、若年期から適正な体重の維持に向けた保健指導、啓発を行う等、40歳未満の肥満対策も重要であるとする。

(1) 医療費分析

①高額医療費の視点でみる

○被保険者数及び1人あたり医療費の推移 【図表 34】

対象年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
被保険者数(人)	3,522	3,372	3,331	3,198
1人あたり医療費(円)	31,885	32,041	32,045	35,108
県内順位	8位	8位	10位	5位
同規模順位	21位	35位	33位	16位

参照：KDB システム 【健診・医療・介護データからみる地域の健康課題】

②高額レセプトの推移

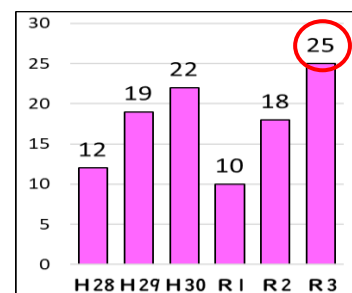
○心血管疾患の月 100 万円以上/件数の推移 【図表 35】

	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年
総件数	110	117	149	128	130	164
心臓の件数	12	19	22	10	18	25
割合	10.9%	16.2%	14.8%	7.8%	13.8%	15.2%

※心臓：狭心症、心筋梗塞、大動脈解離、大動脈弁 等

参照：KDB システム 厚労省様式 1-1

【図表 36】 (件)



○脳血管疾患の月 100 万円以上/件数の推移

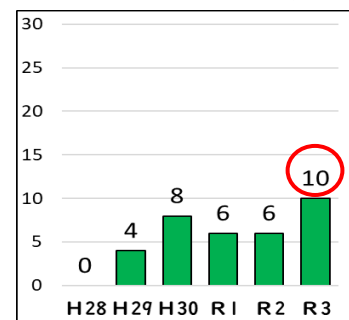
【図表 37】

	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年
総件数	110	117	149	128	130	164
脳血管疾患の件数	0	4	8	6	6	10
割合	0.0%	3.4%	5.4%	4.7%	4.6%	6.1%

※脳血管疾患：脳梗塞、脳出血（事故・外傷性を除く）

参照：KDB システム 厚労省様式 1-1

【図表 38】 (件)



〇月 80 万円以上/件数の推移

【図表 39】

対象年度			平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数(人)		123		102		101		122	
	件数(件)		215		172		189		221	
	費用額(円)		3億3,471万円		2億7,357万円		2億6,201万円		3億1,701万円	
① 脳血管疾患	人数(人)		6		4		3		7	
			4.9%		3.9%		3.0%		5.7%	
	件数(件)		12		8		7		12	
			5.6%		4.7%		3.7%		5.4%	
	年代別 (件数)	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	2.0%
		40代	1	8.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	2.0%
		50代	1	8.3%	1	12.5%	0	0.0%	1	8.3%
		60代	7	58.3%	1	12.5%	1	14.3%	9	75.0%
		70-74歳	3	25.0%	6	75.0%	6	85.7%	2	16.7%
	費用額(円)		1,702万円		1,035万円		838万円		1,463万円	
5.1%			3.8%		3.2%		4.6%			
② 虚血性心疾患	人数(人)		4		3		3		8	
			3.3%		2.9%		3.0%		6.6%	
	件数(件)		4		3		3		10	
			1.9%		1.7%		1.6%		4.5%	
	年代別 (件数)	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
		60代	3	75.0%	3	100.0%	2	66.7%	7	70.0%
		70-74歳	1	25.0%	0	0.0%	1	33.3%	3	30.0%
	費用額(円)		560万円		755万円		430万円		2,169万円	
1.7%			2.8%		1.6%		6.8%			
③ がん	人数(人)		32		35		29		29	
			26.0%		34.3%		28.7%		23.8%	
	件数(件)		85		69		82		70	
			39.5%		40.1%		43.4%		31.7%	
	年代別 (件数)	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
		40代	4	4.7%	0	0.0%	1	1.2%	0	0.0%
		50代	8	9.4%	1	1.4%	0	0.0%	1	1.4%
		60代	56	65.9%	57	82.6%	57	69.5%	41	58.6%
		70-74歳	17	20.0%	11	15.9%	24	29.3%	28	40.0%
	費用額(円)		1億1,482万円		1億517万円		1億451万円		9,984万円	
34.3%			38.4%		39.9%		31.5%			

参照：KDB ヘルスサポートラボツール

③データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

【図表 40】

市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患	
		金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
			同規模	県内	慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
高千穂町	1,379,644,560	35,108	16位	5位	5.54%	0.22%	1.68%	1.49%	4.80%	3.06%	2.12%	260,854,560	18.91%	14.49%	11.52%	8.23%
同規模平均	159,459,303,510	29,917	--	--	4.34%	0.31%	2.08%	1.45%	6.11%	3.71%	2.30%	32,357,533,920	20.29%	16.79%	8.52%	8.67%
県	93,624,991,540	29,974	--	--	4.74%	0.25%	2.10%	1.64%	5.41%	3.53%	1.74%	18,181,785,770	19.42%	14.47%	9.84%	8.94%
国	9,471,057,721,990	27,039	--	--	4.36%	0.29%	2.11%	1.54%	5.53%	3.25%	2.36%	1,842,897,754,240	19.46%	16.66%	7.75%	8.78%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

参照：KDB 令和3年度ヘルスサポートラボツール

◆「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

2) 健診・医療・介護の一体的分析

①全体像

【図表 41-1】

男性	平均寿命(歳)		平均自立期間(歳) (要介護2以上)		65歳未満 死亡(%)	
	H30年度	R4年度	H30年度	R3年度	H30年度	R3年度
高千穂町	80.9	81.5	80.8	79.7	7人(9.9%)	4人(5.9%)
県内同規模	79.5	81.1	76.4	78.5	14人(18.2%)	4人(5.4%)
県	80.3	81.2	79	79.9	763人(11.2%)	745人(10.4%)
国	80.8	81.5	79.5	79.9	85,223人(12.2%)	82,832人(11.2%)

【図表 41-2】

女性	平均寿命(歳)		平均自立期間(歳) (要介護2以上)		65歳未満 死亡(%)	
	H30年度	R4年度	H30年度	R3年度	H30年度	R3年度
高千穂町	87.1	87.9	85.2	84.9	3人(4.3%)	0人(0%)
県内同規模	86.9	87.4	84.2	85.9	5人(6.6%)	7人(8.6%)
県	87.1	87.6	84	84.7	417人(5.8%)	384人(5.2%)
国	87.0	87.6	83.8	84.2	43,554人(6.6%)	42,355人(6.0%)

参照：KDB システム

【地域の全体像の把握】

②高齢化率・介護の状況

【図表 42】

	人口(人)	高齢化率(%)		介護保険認定率(%) (1号認定者)		介護保険認定率(%) (2号認定者)	
	令和3年度	平成28年度	令和3年度	平成30年度	令和3年度	平成30年度	令和3年度
高千穂町	12,752	34.7	38.8	15.4	15.9	0.4	0.3
県内同規模			33.3	14.8	14.1	0.3	0.5
県	1,095,127	25.8	29.5	18	17.9	0.4	0.3
国	125,640,987	23.2	26.6	19.2	20.3	0.4	0.4

参照：KDB システム 【地域の全体像の把握】

③肥満・基礎疾患の受診状況

【図表 43】
(%)

	特定健診受診率			健診			基礎疾患の医療機関受診率								
				肥満(BMI25以上)			高血圧			糖尿病			糖尿病+高血圧		
年度	40-64歳	65-74歳	75歳以上	40-64歳	65-74歳	75歳以上	40-64歳	65-74歳	75歳以上	40-64歳	65-74歳	75歳以上	40-64歳	65-74歳	75歳以上
平成30年	42.0	55.3	14.6	31.6	26.8	26.0	77.6	85.6	90.7	33.4	40.3	33.7	20.9	32.0	30.6
令和3年	42.0	54.5	24.8	33.2	28.1	32.3	77.7	84.9	91.6	34.1	38.0	31.0	21.2	29.4	28.1

参照：KDB E表

④重症化疾患の医療機関の受診状況

【図表 44】
(%)

	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
年代	40-64歳	65-74歳	75歳以上	40-64歳	65-74歳	75歳以上	40-64歳	65-74歳	75歳以上	40-64歳	65-74歳	75歳以上
平成30年	3.8	7.8	23.4	3.3	9	22.9	8.1	19.9	41.8	5.2	7.8	14.5
令和3年	3.6	8.1	19.8	3.4	9.6	18.9	7.6	19.1	40.0	5.9	9.1	15.7

参照：KDB E表

⑤重症化疾患のうち介護認定を受けている割合

【図表 45】
(%)

	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
年代	40-64歳	65-74歳	75歳以上	40-64歳	65-74歳	75歳以上	40-64歳	65-74歳	75歳以上	40-64歳	65-74歳	75歳以上
H30	15.6	13	37.7	2.6	3.2	28.7	0	3.4	27.6	1.6	5.1	35.9
R3	11.8	14.9	43.5	0	4	29	2.8	4.6	32.1	0	8.4	33.9

参照：KDB E表

⑥フレイルに関する医療・介護の状況

【図表 46】
(%)

	医療レセプト												介護レセプト					
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)						加齢による疾患						加齢による疾患のうち 要介護認定者					
疾患	骨折			認知症			骨折			認知症			骨折			認知症		
年代	40-64歳	65-74歳	75歳以上	40-64歳	65-74歳	75歳以上	40-64歳	65-74歳	75歳以上	40-64歳	65-74歳	75歳以上	40-64歳	65-74歳	75歳以上	40-64歳	65-74歳	75歳以上
H30	46.7	62.4	84	50	56.5	82.3	2.5	5.7	18.8	0.2	1.3	13.8	0	10.9	40.6	50	30.4	69.5
R3	27.6	69.1	86.5	100	61.3	84.5	3.1	6.7	19.2	0.3	1.7	17.7	3.4	8.9	43.9	33.3	48.4	75.9

参照：KDB E表

⑦介護認定者率と介護区分

【図表 47】

(%)

年代	介護認定者率			要支援1・2			要介護1・2			要介護3・4・5		
	40-64歳	65-74歳	75歳以上	40-64歳	65-74歳	75歳以上	40-64歳	65-74歳	75歳以上	40-64歳	65-74歳	75歳以上
H30	0.8	2.4	24.9	0.3	0.6	5.8	0.3	0.9	8.7	0.2	1	10.3
R3	0.8	2.5	26.6	0.3	1	5.4	0.2	0.7	8.6	0.2	0.8	12.6

参照：KDB E表

3) 健康課題の明確化

図表 34 を見ると、本町では依然として 1 人当たりの医療費が高い。図表 39 の高額医療費を見てみると、データヘルス計画で取り組むべき脳血管疾患と心血管疾患では、80 万円以上のレセプト件数・割合、費用額全てで増加していた。年代別で見ると 60 歳代が 70%以上を占めている。さらに図表 35～38 の月 100 万円以上のレセプト件数を見てみると、脳心血管ともに過去最高となっている。予防できる脳心血管疾患を重症化させない対策が必要である。また、図表 40 を見ると、人工透析の医療費を占める割合が、同規模・県・国と比較しても高いため、引き続き人工透析を増やさない対策にも取り組む必要がある。

高千穂町では、図表 42 を見ると、高齢化率が 38.8%と同規模・県・国と比較しても高いが介護認定率は低い傾向にある。しかしその中身を見てみると、図表 47 のように要介護 3 以上の重度要介護者の割合が高い傾向にある。また、40 歳～64 歳で要介護認定を受けている者もいる。その多くは図表 14 でも分かる通り脳血管疾患が原因によるものが多く介護認定も重い傾向にある。

図表 43 を見ると、健診で若い人の肥満が増加しており、特に医療機関受診者では糖尿病と高血圧を重ねて発症している割合が増加していることが分かる。若い世代に対する肥満対策、高血糖・高血圧対策が必要である。

図表 46 のフレイルに関する介護の状況を見てみると、生活習慣病との重なりを伴う骨折と認知症が増加している。とくに高血圧と糖尿病の重なりはどの年代においても増加している。若い世代からの継続した関わりが必要である。

4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

- (1) 糖尿病性腎症の重症化予防
- (2) 脳血管疾患及び心疾患による医療費と介護給付費の抑制
- (3) 肥満・メタボの減少

4. 目標の設定

1) 成果目標

(1) データヘルス計画（保健事業全体）の目的、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用して PDCA 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ことが求められており、計画から見直し、改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できる。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておく。

評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標（図表 48）を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておく。

(2) 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となり要介護認定者の有病状況も多い脳血管疾患及び虚血性心疾患の総医療費に占める割合を減少させることを目指す。具体的には、最終年度に総医療費に占める割合を脳血管疾患は 2% 以下、虚血性心疾患は 1% 以下、慢性腎不全（透析あり）は 5% 以下を目指す。

しかし、高千穂町では、重症化して医療機関へ繋がる実態がある。重症化予防、医療費の適正化へ繋げるためには、医療費において入院外を伸ばし、入院を抑えることが目標となる。まずは入院の伸び率を 6 年後に国並みとすることを目指す。

(3) 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボ等を減らしていくことを短期的な目標とする。特にメタボ該当者及び予備群を 5% 減少することを目指す。

そのためには、医療機関との十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけを行うとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。

また、根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボがあげられる。これらは、薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行っていく。具体的には、日本人の食事摂取基準(2020 年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

さらに、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指す。さらに個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要で、その目標値は、第 3 章の「特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）」に記載する。

(4) 目標値の設定

○高千穂町の健康課題

【図表 48】

項目	健康課題	優先度	保健事業との対応
A	糖尿病性腎症による透析導入者が多い	1	糖尿病性腎症重症化予防
B	脳血管疾患及び心疾患による医療費と介護給付費の増大	2	虚血性心疾患重症化予防 脳血管疾患重症化予防
C	肥満・メタボ該当者の増大	3	特定健診 特定保健指導

※保健事業の詳細については第3章・第4章参照

○データヘルス計画の目標管理一覧

【図表 49】

データヘルス計画の目標管理一覧											
関連計画		達成すべき目的	項目	課題を解決するための目標	目標値						
					初期値			中間評価			最終評価
					R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
データヘルス計画	中長期目標	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	B	①総医療費のうち脳血管疾患が占める割合2.0%以下	4.2%	4.0%	3.5%	3.0%	2.5%	2.0%	2.0%
			B	②総医療費のうち虚血性心疾患が占める割合1.0%以下	0.1%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%
			A・B	③総医療費のうち慢性腎不全(透析あり)が占める割合5%以下	8.8%	8.5%	8.0%	7.0%	6.5%	6.0%	5.0%
			A・B	④糖尿病性腎症による透析導入者の割合を増やさない	45%	45%	44%	43%	42%	41%	40%以下
			A・B	⑤糖尿病性腎症による新規透析導入者を増やさない	1人	1人	1人	1人	0人	0人	0人
	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	B	⑥健診受診者のうち脂質異常者の割合1%以下(LDL180mg/dl以上)	1.4%	1.4%	1.3%	1.2%	1.1%	1.0%	1%以下
			B	⑦★健診受診者のうち血圧が保健指導判定値以上の割合の減少	55.4%	53.0%	52.0%	51.0%	50.0%	49.0%	48%以下
			A	⑧★健診受診者のうちHbA1c6.5%以上の者の割合の減少	13.7%	12.0%	11.0%	10.0%	9.0%	8.0%	8%以下
			A	⑨★健診受診者のうちHbA1c8.0%以上の者の割合の減少	1.9%	1.8%	1.7%	1.5%	1.4%	1.2%	1%以下
			A	⑩★HbA1c6.5%以上のうち糖尿病レセプトがない者の割合の減少	14.7%	14.0%	13.0%	12.0%	11.0%	10.0%	10%以下
			C	⑪★特定保健指導対象者の減少率25%	23.3%	23.5%	24.0%	24.0%	24.5%	25.0%	25.0%
		特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	A・B・C	⑫★特定健診受診率60%以上	56.3%	56.5%	57.0%	58.0%	58.5%	59.0%	60.0%
			C	⑬★特定保健指導実施率60%以上	84.0%	60.0%	65.0%	70.0%	75.0%	80.0%	80%以上

※★は宮崎県の統一指標

※データの抽出詳細等については参考資料5 参照

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4期特定健診等実施計画について

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、特定健康診査等実施計画を定める。

なお、第一期及び第二期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことを踏まえ、第三期（平成30年度以降）からは実施計画も6年を一期として策定する。

2. 目標値の設定

【図表 50】

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診実施率	56%	57%	58%	59%	60%	60%
特定保健指導実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%

3. 対象者の見込み

【図表 51】

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	2,395人	2,186人	2,013人	1,834人	1,664人	1,514人
	受診者数	1,341人	1,246人	1,168人	1,082人	998人	908人
特定保健指導	対象者数	131人	125人	117人	108人	100人	91人
	実施者数	79人	75人	70人	65人	60人	55人

4. 特定健診の実施

1) 実施方法

集団健診については、特定健診実施機関に委託する。また、郡医師会等と委託契約を締結し、個別健診を実施する。

(1) 集団健診(日本赤十字社熊本健康管理センター)

(2) 個別健診(委託医療機関)

2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められている。

3) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血）及び詳細検査（心電図・貧血検査）を全員に実施する。また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上または食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定に変えられる。（実施基準第1条4項）

○第4期（R6年度以降）における変更点

特定健康 診査の見 直し	（１）基本的な健診の項目 血中脂質検査における中性脂肪において、やむを得ず空腹時以外で中性脂肪を測定する場合は、食直後を除き随時中性脂肪による血中脂質検査を可とした。
	（２）標準的な質問票 喫煙や飲酒に係る質問項目については、より正確にリスクを把握できるように詳細な選択肢へ修正した。 特定保健指導の受診歴を確認する質問項目に修正した。

○高千穂町 特定健診検査項目

【図表 52】

健診項目		国	高千穂町
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール (NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	○
	HbA1c	●	○
	随時血糖	○	○
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血		○
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□	○
	血色素量	□	○
	赤血球数	□	○
その他	心電図	□	○
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	□	○
	尿酸		○

○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、●…いずれかの項目の実施で可

4) 実施時期

集団健診（4月・9月）、個別健診（11月～翌年1月）

5) 医療機関との適切な連携

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

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医へ連携及び協力をお願いする。

6) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、宮崎県国保連に事務処理を委託する。

7) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動について、どのように行う予定なのか記載する。（図表 53）

【図表 53】

健診の案内方法	
●受診希望者及び希望調査票未提出者に特定健診受診券を発行し郵送する。ホームページ及び広報誌、無線放送、テレビ高千穂、町公式 LINE 等での広報 ●保健師による受診勧奨（未受診者訪問） ●公民館長等からの受診勧奨 ●医療機関による受診勧奨	
健診実施スケジュール	
4月	：受診券発送
4月～翌年1月	：特定健診実施（集団、個別）
5月～翌年3月	：保健指導対象者抽出、特定保健指導実施
4月～翌年3月	：未受診者対策（事業者健診・医療機関通院者のデータ収集合む）
10月	：前年度の実績報告
	：予算案作成
翌年2月～3月	：受診結果の把握と次年度受診券準備（健診対象者の抽出）

【図表 54】

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
集団	特定健診					特定健診						
個別	受診券【集団】 発送				受診券【集団】 発送		受診券【個別】 発送	個別健診 (町立病院)				
		個別健診(町内4医療機関)										
情報提供								情報提供 (町立病院)				
		人間ドック・事業者健診等のデータ収集										

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態で行う。

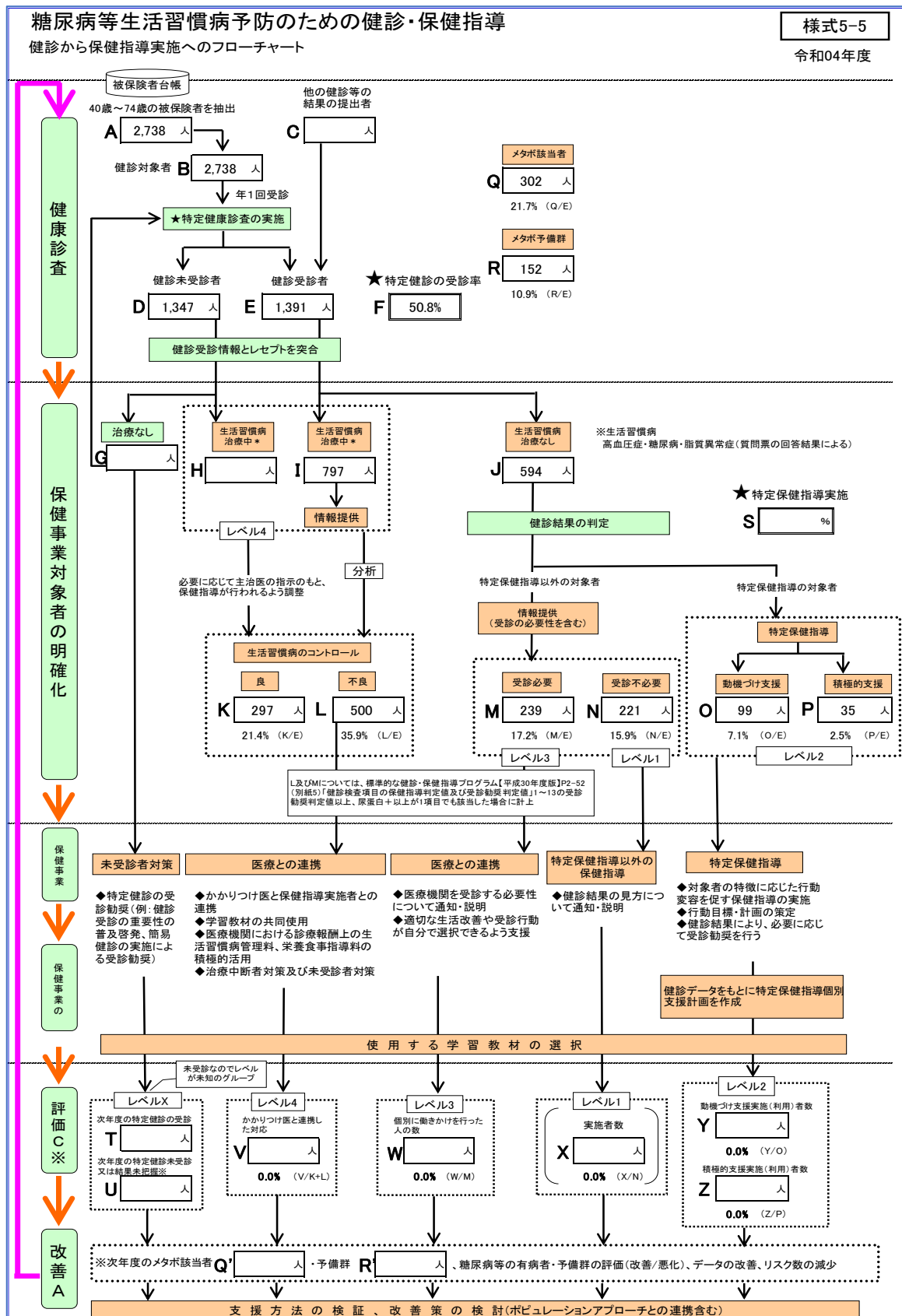
○第4期（令和6年度以降）における変更点

特定保健指導の見直し	(1) 評価体系の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲 2cm・体重 2kg 減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲 1cm・体重 1kg 減をその他目標として設定した。
	(2) 特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。
	(3) 糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 特定健康診査実施後又は特定保健指導開始後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導の対象者として、分母に含めないことを可能とした。
	(4) 糖尿病等の生活習慣病に係る服薬中の者に対する服薬状況の確認及び特定保健指導対象者から除外 服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に当たって、確認する医薬品の種類、確認手順を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外であっても、対象者本人の事実関係の再確認と同意の取得を行えることとした。
	(5) その他の運用の改善 看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第四期期間においても延長することとした。

1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム（令和6年版）」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。（図表55）

【図表55】



2) 要保健指導対象者の見込み、選定と優先順位・支援方法

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	目標実施率
1	O,P	特定保健指導 O:動機付け支援 P:積極的支援	■対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ■行動目標・計画の策定 ■健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	動機 99人 (7.1%) 積極 35人 (2.5%)	80%
2	M	情報提供 (受診必要)	■医療機関を受診する必要性について通知・説明 ■適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援 ■確実に受診につながるよう支援	239人 (17.2%)	100%
3	D	健診未受診者	■特定健診の受診勧奨 (例:健診受診の重要性の普及啓発、未受診者訪問実施)	1,347人 ※受診率目標達成まであと252人	
4	I	情報提供	■かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ■学習教材の共同使用 ■医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ■治療中断者対策及び未受診者対策としてレセプトと健診データの突合・分析	797人 (57.3%)	
5	N	情報提供	■健診結果の見方について通知・説明	221人 (15.9%)	

3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

	特定健診	特定保健指導	二次検査	重症化 予防事業	その他
4月	●健診対象者の抽出 及び受診券の送付 ●診療情報提供の依頼 ●個別健康診査実施の 依頼 ●集団健診実施			●医療地域連携会議 (年3回実施)	●がん検診開始 ●歯周病 個別歯科健診開始 (翌年1月まで)
5月		●対象者の抽出	●微量アルブミン尿 対象者抽出・案内	●重症化予防事業 対象者抽出	●代行機関(国保連合会) を通じて費用決済の開始
6月		●結果説明会の実施 ●保健指導の開始	●微量アルブミン尿 検査実施	●重症化予防事業 開始	●後期高齢者健診 開始
7月	●健診未受診者へ 未受診者訪問実施		●微量アルブミン尿 結果説明会実施		●前年度の実績集計 及び分析
8月	●もれ健診対象者の抽出及び 受診勧奨通知送付				
9月	●集団健診(もれ)実施				●前年度特定健診 ・特定保健指導 実績報告終了
10月	●健診未受診者へ 未受診者訪問実施 ●特定健診(個別)対象者の 抽出及び受診勧奨通知送付	●対象者の抽出 ●利用券の登録	●微量アルブミン尿 対象者抽出・案内 ●頸部エコー検査 対象者抽出・案内	●重症化予防事業 対象者抽出	
11月	●特定健診(個別)開始 (翌年1月まで)	●結果説明会の実施 ●保健指導の開始	●微量アルブミン尿 検査実施	●重症化予防事業 開始	
12月	●未受診者へ 受診勧奨通知発送		●微量アルブミン尿 結果説明会実施		
1月			●頸部エコー検査 実施		
2月					
3月	●未受診者訪問実施		●頸部エコー検査 結果説明会実施		●特定健診を はじめとした 各種健診の広報

6. 個人情報の保護

1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および高千穂町個人情報保護法施行条例を踏まえた対応を行う。

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

2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行う。

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、高千穂町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 課題解決するための個別保健事業

I 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては、糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボ等の減少を目指すため、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには、重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせる必要がある。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。具体的には、医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者には医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化による医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知する。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってくる。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要がある。その実施にあたっては、第3章の特定健診等実施計画に準ずるものとする。

II 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成29年7月10日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び宮崎県糖尿病発症予防糖尿病性腎症重症化予防指針（以下「宮崎県指針」という。）に基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。

- （1）健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- （2）治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- （3）糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

2) 対象者の明確化

（1）対象者選定基準の考え方

対象者選定基準にあたっては、宮崎県指針に準じ、さらに医療地域連携会議等にて協議し抽出すべき対象者を以下の者とする。

- ①医療機関未受診者
- ②医療機関受診中断者
- ③医療機関受診中で血糖コントロール不良者
- ④その他健診等の結果で糖代謝異常を認めた者

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

①対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」（糖尿病性腎症合同委員会）を基盤とする。（図表 56）

【図表 56】

糖尿病性腎症病期分類 (改訂) 注1		
病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上注2
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30～299) 注3	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300 以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上注4
第4期 (腎不全期)	問わない注5	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類は尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。

高千穂町は、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査を必須項目として実施しているため腎機能（eGFR）の把握は可能である。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量（mg/dl）に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白（－）、微量アルブミン尿と尿蛋白（±）、顕性アルブミン尿（＋）としていることから尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となる。

また、高千穂町では、特定健診の結果から高血糖が認められ、尿蛋白が（－）または（±）の者に対して二次検査として微量アルブミン尿検査を実施しているため微量アルブミンによる把握も可能であり、対象者への早期介入が可能である。（参考資料 2）

②基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数の把握を行った。（図表 57）高千穂町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 65 人（30.8%・F）であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 622 人中のうち、特定健診受診者が 146 人（69.2%・G）であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 476 人（76.5%・I）については、継続受診中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③介入方法と優先順位

図表 57 より高千穂町においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）・・・65 人
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導（地域連携パス、糖尿病連携手帳の活用）

優先順位 2

【保健指導】

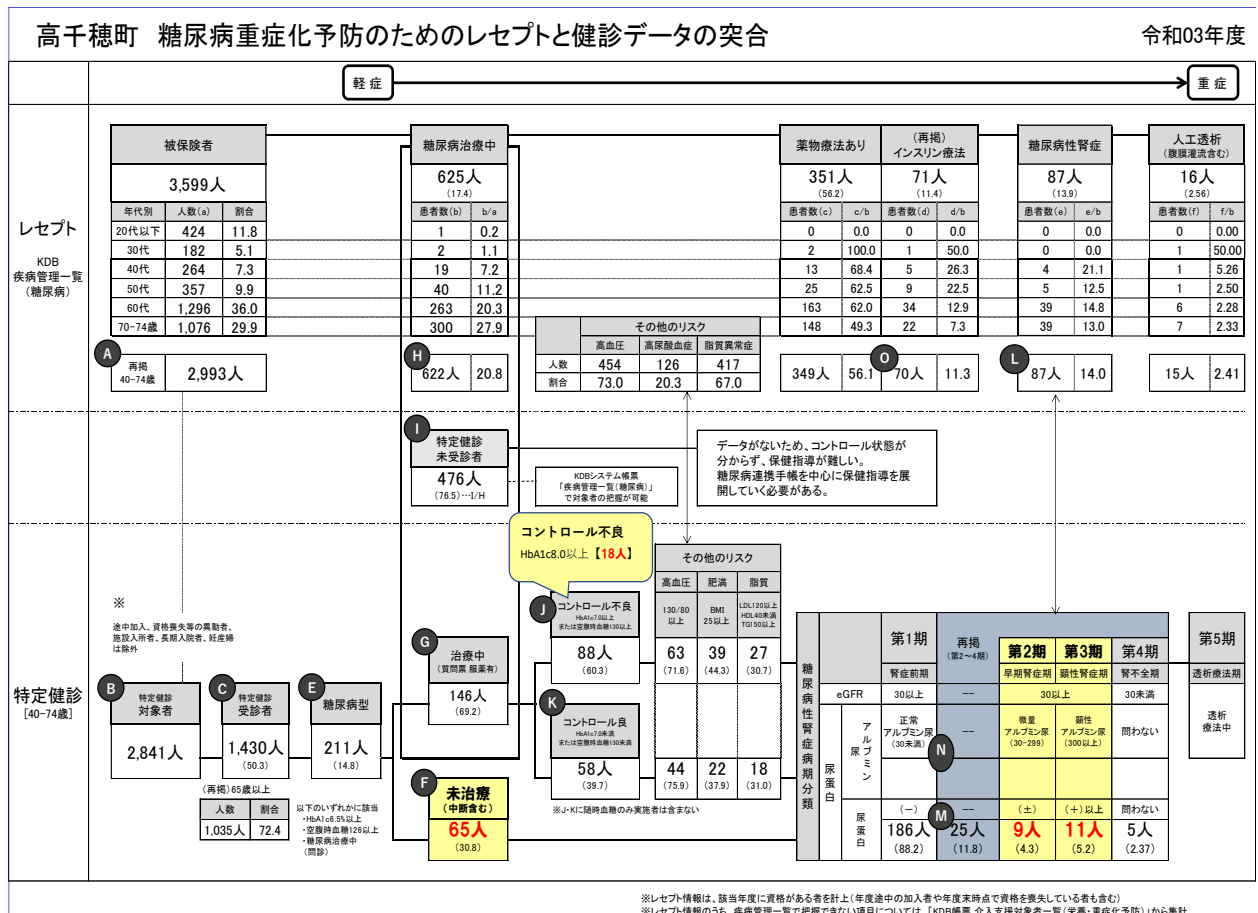
- ・糖尿病で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者（HbA1c8.0%以上）・・・18人
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導（地域連携パス、糖尿病連携手帳の活用）

優先順位 3

【保健指導】

- ・糖尿病性腎症病期分類のうち第2期・第3期の者・・・20人
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導（地域連携パス、糖尿病連携手帳の活用）

【図表 57】



参照：KDB ヘルスサポートラボツール

3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳で行い、地区ごとに作成し管理していく。

【糖尿病管理台帳作成手順】

(1) 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c 6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する

＊当該年度の健診データのみだけでなく過去5年間のうち特定健診受診時に
HbA1c 6.5%以上になった場合は記載する

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

- ・ 特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認
- ・ 糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認
- ・ データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入
- ・ がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する

(5) 地区毎の対象者数の把握

- ① 未治療者・中断者（受診勧奨者）
- ② 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。高千穂町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子により優先順位対象者を選定し、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 58)

【図表 58】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資 料
インスリン非依存状態:2型糖尿病 ① 病態の把握は検査値を中心に行われる 経年表 → ② 自覚症状が乏しいので中断しがち ③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する	未受診者の保健指導 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ… ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
食事療法・運動療法の必要性 ① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という)「代謝改善」という言い方 ② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する ○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 } 6.0%未満	9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料
薬物療法 ①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量 ②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る ③血糖コントロール状況を見て糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある ④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度肝・腎機能を評価 ⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬	23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ } 薬が必要になった人の保健指導 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

（２）二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため、可逆的な糖尿病性腎症第２期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち①HbA1c6.5%以上で尿蛋白定性（+）または（±）の者、②特定保健指導対象かつ尿蛋白定性（-）で HbA1c6.0%以上の者に対し二次健診として微量アルブミン尿検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

５）医療との連携

（１）医療機関未受診者・治療中断者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、地域連携パスを使用する。

（２）治療中の者への対応

治療中の場合は地域連携パス及び糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては宮崎県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ行っていく。

（３）糖尿病連携手帳の活用について

糖尿病連携手帳は、原則として糖尿病治療中の場合に活用することとし、かかりつけ医と相談しながら使用していくこととする。

６）高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で、生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していく。また、一度糖尿病性腎症重症化予防の対象者となった者が 75 歳以上になった場合、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業へと引き継ぎ、継続して保健指導等実施していく。

７）評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年 1 回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用していく。

（１）短期的評価・中長期的評価

アウトプット ①健診受診者のうち HbA1c6.5 以上かつ糖尿病未治療の者へのパス発行数

②健診受診者のうち HbA1c8.0 以上かつ糖尿病治療中の者へのパス発行数

③微量アルブミン尿検査実施率

④糖尿病性腎症重症化予防対象者の介入率

アウトカム ①糖尿病性腎症による透析導入者の割合

②糖尿病性腎症による新規透析導入者数

③健診受診者のうち HbA1c6.5%以上の者の割合

④健診受診者のうち HbA1c8.0%以上の者の割合

⑤健診受診者で HbA1c6.5%以上のうち糖尿病レセプトがない者の割合の減少

8) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届き次第、糖尿病管理台帳に記載

台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

9) その他の取組

重症化予防訪問等の際に、重複服薬や後発医薬品に関する指導も合わせて行っていく。

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。

(2) 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会) ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。高千穂町において健診受診者 1,410 人のうち心電図検査実施者は 1,410 人 (100%) (※集団健診のみ) であり、そのうち ST 所見があったのは 53 人であった (図表 59)。ST 所見あり 53 人中のうち 1 人は要精査であり、その後の受診状況を見ると未受診であった (図表 60)。医療機関未受診者の中にはメタボ該当者や高血圧、高血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないが ST 所見ありの 52 人には、心電図における ST 所見ありとはどのような状態であるのかを伝え健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

高千穂町は同規模市町村と比較してメタボ該当者及び予備群が多い。メタボは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施を継続していく。

○心電図検査結果

【図表 59】

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	(b/a)%	人	(c/b)%	人	(d/b)%	人	(e/b)%
R3年度	1,410	100	1,410	100.0	53	3.8	453	32.1	904	64.1

○ST 所見ありの医療機関受診状況

【図表 60】

ST所見あり(a)		要精密(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
人	%	人	(b/a)%	人	(c/b)%	人	(d/b)%
53	100	1	1.9	0	0	1	100

図表 59・図表 60 参照：高千穂町国保特定健診 集団健診結果

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 61 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療機関を受診する早期対応により重症化の予防につながる。

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

虚血性心疾患に関する症状

【図表 61】

・少なくとも15秒以上症状が持続 ・同じような状況で症状がある ・「痛い」ではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある ・首や肩、歯へ放散する痛み ・冷汗や吐気を伴う

症状の現れ方	労作性狭心症	不安定狭心症	急性心筋梗塞
どんな時に症状があるか	労作時	安静時・労作時間関係なく	
症状の期間	3週間同じような症状	3週間以内に症状出現 徐々に悪化	急な激しい胸部痛
時間	3～5分程度 (休むとよくなる)	数分～20分程度	20分以上 (安静でも寛解せず)

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料4に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度 (PWV)、心臓足首血管指数 (CAVI)、足関節上腕血圧比 (ABI) などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT (内膜中膜複合体厚) の測定がある。」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーの中にも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる。」とあることから、対象者には二次健診において、これらの検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフローチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017) によると糖尿病、慢性腎臓病 (CKD) が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととする。なお糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載できるようになっている。また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については、LDL 管理台帳を作成し、未治療者の把握やコントロール不良者を把握等して活用していく。

4) 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。医療の情報についてはかかりつけ医との連携や対象者からの情報収集、KDB 等を活用しデータを収集していく。

5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は、地域包括支援センター等と連携していく。また、糖尿病管理台帳、LDL 管理台帳は対象者が 75 歳以上になった場合、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業へと引き継ぎ、継続して保健指導等実施していく。

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報、LDL 管理台帳及び KDB 等の情報を活用していく。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていく。

(1) 短期的評価

- | | |
|--------|---|
| アウトプット | ①心電図検査実施率（国保特定健診対象者は全員実施）
②健診受診者のうちⅡ度高血圧以上で高血圧未治療の者へのパス発行数
③健診受診者のうちⅢ度高血圧以上で高血圧治療中の者へのパス発行数
④高血圧重症化予防対象者の介入率
⑤頸部エコー検査実施者数
⑥頸部エコー検査再検査以上対象の者への保健指導実施率
⑦微量アルブミン尿検査実施率 |
| アウトカム | ①心疾患による月 100 万円以上レセプト件数
②総医療費のうち虚血性心疾患が占める割合
③健診受診者のうち血圧が保健指導判定値以上の割合
④健診受診者のうち LDL180mg/dl 以上の者の割合
⑤心電図検査で要精密判定となった者の医療機関受診率 |

7) 実施期間及びスケジュール

- 4 月 対象者の選定基準の決定
- 5 月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定
- 5 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳、LDL 管理台帳に記載。
台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

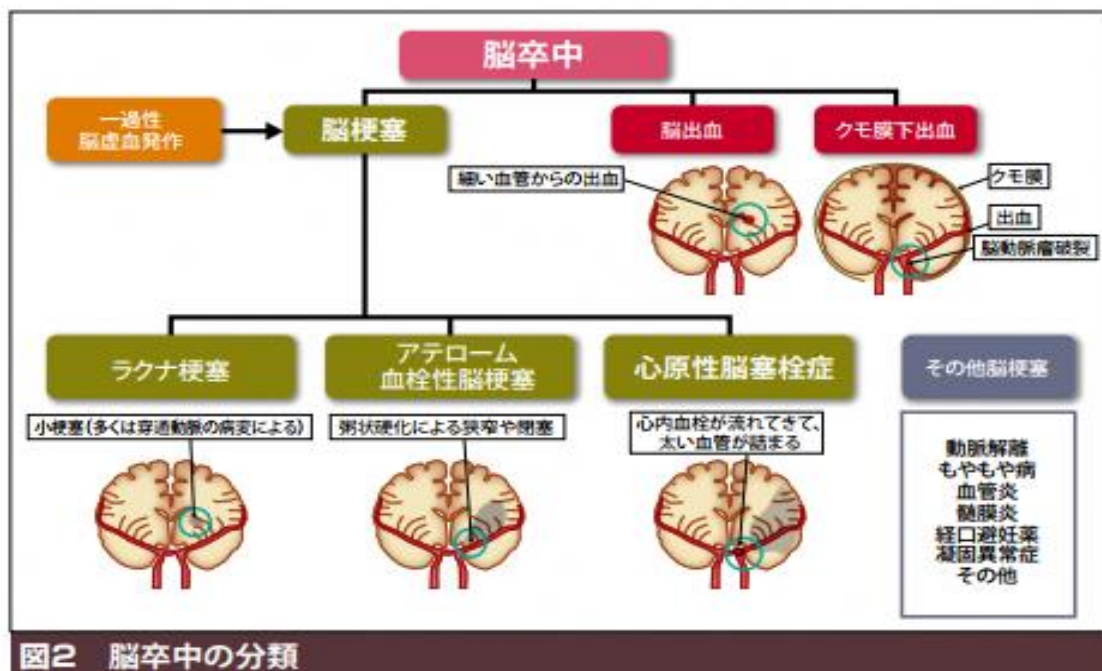
3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。(図表 62、63)

【脳卒中の分類】

【図表 62】



【図表 63】

脳血管疾患とリスク因子

リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 64 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

【図表 64】

脳梗塞	ラクナ梗塞	●					○	○							
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●		●		○	○							
	心原性脳梗塞	●				●	○	○							
脳出血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子 (○はハイリスク因子)		高血圧		糖尿病		脂質異常		心房細動		メタボリック シンドローム		慢性腎臓病 (CKD)			
特定健診受診者における 重症化予防対象者 受診者数 1,430人		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5%以上 (治療中7.0%以上)		LDL 180mg/dl以上		中性脂肪 300mg/dl以上		心房細動		メタボ該当者		腎専門医紹介 基準該当者	
		117人	8.2%	118人	8.3%	23人	1.6%	23人	1.6%	15人	1.0%	306人	21.4%	68人	4.8%
臓器障害 ありのうち	治療なし	58人	7.1%	53人	4.1%	22人	2.2%	17人	1.7%	0人	0%	32人	5.0%	8人	1.20%
	治療あり	59人	9.6%	65人	44.5%	1人	0.2%	6人	1.4%	15人	1.9%	274人	34.9%	60人	7.60%
	臓器障害あり	29人	50.0%	26人	49.1%	7人	31.8%	9人	52.9%	1人	100%	14人	43.8%	8人	100%
	CKD(専門医対象)	5人		4人		0人		0人		0人		0人		8人	
	心電図所見あり	27人		24人		7人		9人		0人		14人		3人	

参照:KDB ヘルスサポートラボ

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者を見るとⅡ度高血圧以上が117人(8.2%)であり、59人は未治療者であった。また未治療者のうち29人(50.0%)は臓器障害の所見が見られたため、早急な受診勧奨が必要である。

また治療中であってもⅡ度高血圧である者も59人(9.6%)いることが分かった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し、対象者を明確にしていく必要がある。(図表 65)

【図表 65】

令和03年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会

p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子

p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化

p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高値血圧 130～139 /80～89	I 度高血圧 140～159 /90～99	II 度高血圧 160～179 /100～109	III 度高血圧 180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	491	229 46.6%	204 41.5%	44 9.0%	14 2.9%
リスク第1層 予後影響因子がない	32 6.5%	C 19 8.3%	B 11 5.4%	B 1 2.3%	A 1 7.1%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	323 65.8%	C 159 69.4%	B 133 65.2%	A 26 59.1%	A 5 35.7%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁脈症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	136 27.7%	B 51 22.3%	A 60 29.4%	A 17 38.6%	A 8 57.1%

	…高リスク
	…中等リスク
	…低リスク

区分		該当者数
A	ただちに 薬物療法を開始	117
		23.8%
B	概ね1ヵ月後に 再評価	196
		39.9%
C	概ね3ヵ月後に 再評価	178
		36.3%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≧140、中性脂肪≧150(随時の場合は≧175)、non-HDL≧170のいずれかに該当した者で判断。

※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≧126、HbA1c≧6.5、随時血糖≧200のいずれかに該当した者で判断。

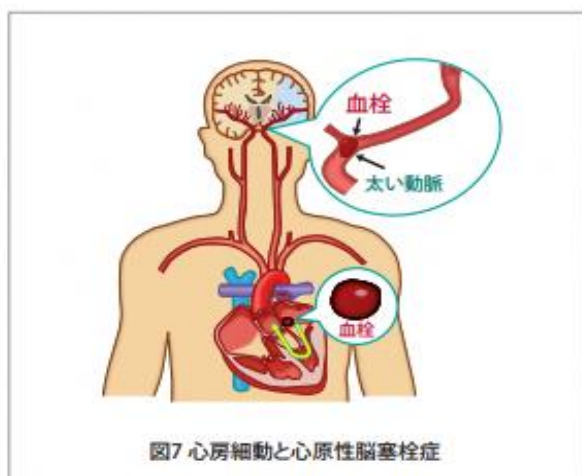
※3 脳心血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

※4 非弁脈症性心房細動については、健診結果の「具体的心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。

※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

図表 65 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし、心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 66 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

（脳卒中予防の提言より引用）

○特定健診における心房細動有所見状況

【図表 66】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環学調査 *	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	681	729	15	2.2	3	0.4	-	-
40歳代	43	32	0	0.0	0	0.0	0.2	0.04
50歳代	56	57	0	0.0	0	0.0	0.8	0.1
60歳代	273	344	4	1.5	1	0.3	1.9	0.4
70～74歳	309	296	11	3.6	2	0.7	3.4	1.1

参照：高千穂町国保特定健診 集団健診結果

* 日本循環器学会疫学調査(2006 年)による心房細動有所見率

* 日本循環器学会疫学調査 70～74 歳の値は 70～79 歳

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
18	100	0	0.0	18	100.0

参照：高千穂町国保特定健診 集団健診結果

図表 67 より、心電図検査において 18 人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加しており、60 歳代以降の所見率が高い。また 18 人全員が既に治療が開始されていた。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施は必要である。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も、同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 4 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度 (PWV)、心臓足首血管指数 (CAVI)、足関節上腕血圧比 (ABI) などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT (内膜中膜複合体厚) の測定がある。」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーの中にも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる。」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

① 高血圧管理台帳

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行う。

② 心房細動管理台帳

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は、医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握していく。

4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合、受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施する。医療の情報については、かかりつけ医との連携や対象者からの情報収集、KDB 等を活用しデータを収集していく。

5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で、生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していく。また、高血圧管理台帳、心房細動管理台帳等は対象者が 75 歳以上になった場合、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業へと引き継ぎ、継続して保健指導等実施していく。

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行うものとする。その際は高血圧管理台帳、心房細動管理台帳等の情報及び KDB 等の情報を活用していく。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていく。

(1) 短期的評価

- | | |
|--------|---|
| アウトプット | <ul style="list-style-type: none">①心電図検査実施率（国保特定健診対象者は全員実施）②健診受診者のうちⅡ度高血圧以上で高血圧未治療の者へのパス発行数③健診受診者のうちⅢ度高血圧以上で高血圧治療中の者へのパス発行数④高血圧重症化予防対象者の介入率⑤頸部エコー検査実施者数⑥頸部エコー検査再検査以上対象の者への保健指導実施率⑦微量アルブミン尿検査実施率 |
|--------|---|

- | | |
|-------|--|
| アウトカム | <ul style="list-style-type: none">①心原性脳梗塞発症者数②脳血管疾患による月 100 万円以上レセプト件数③総医療費のうち脳血管疾患が占める割合④健診受診者のうち血圧が保健指導判定値以上の割合⑤健診受診者のうち LDL180mg/dl 以上の者の割合⑥心房細動有所見者の医療機関受診率 |
|-------|--|

7) 実施期間及びスケジュール

- 4 月 対象者の選定基準の決定
- 5 月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定
- 5 月～特定健診結果が届き次第、高血圧管理台帳、心房細動管理台帳に記載。
台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

4. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

我が国の医療保険制度においては、75歳に到達し後期高齢者になると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動することになる。保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目の無い支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により、支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題がある。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期者に係る医療費の割合も過半数を超えている。高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスを出来るだけ必要としないようにするための対策は、国保にとっても非常に重要である。

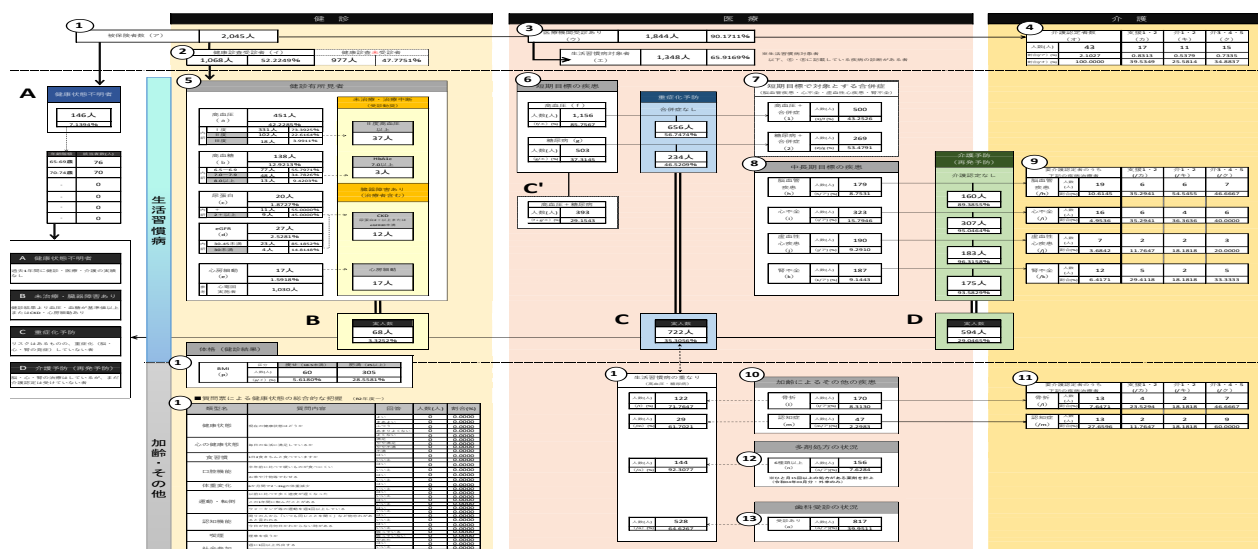
また、高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取り組みと、生活機能の低下を防止する取り組みの双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要がある。

2) 事業の実施

高千穂町においても令和2年度より、宮崎県後期高齢者広域連合から、町が事業を受託し「後期高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」を実施している。令和6年度以降も引き続き推進していく。具体的には、

- (1) 企画・調整等を担当する医療専門職（保健師）を配置し、KDBシステム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護等の関係機関との連携調整を行う。
- (2) 地域を担当する医療専門職（保健師・看護師・管理栄養士等）を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別支援（ハイリスクアプローチ）を行う。75歳を過ぎても支援が途切れないよう、糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳等を基に、糖尿病や高血圧等の重症化予防を行う。また、生活習慣病からのフレイル予防の健康教育や健康相談を実施していく。（ポピュレーションアプローチ）

【図表 68】



Ⅲ 発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現代における健康上の大きな問題である。生活習慣の確立が小児期に形成されることを考えれば、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防の重要性は容易に想起される。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されている。

市町村においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見ていくことが必要である。

Ⅳ ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組む。生活習慣病の重症化により医療費や介護給付費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために、個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していく。

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価及び計画の見直しを行う。

また、計画の最終年度の令和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う必要がある。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCA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ことが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められている。

※評価における4つの指標

【ストラクチャー】 (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
【プロセス】 (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか ・スケジュールどおり行われているか
【アウトプット】 (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
【アウトカム】 (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・管理栄養士等が自身の地区担当の被保険者分について定期的に行う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちにに取り組むべき課題の解決である重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する。

2. 個人情報の取り扱い

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

参考資料

- 参考資料 1 様式 5-1 国・県・同規模平均と比べてみた高千穂町の位置
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 4 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 5 データヘルス計画 評価指標 詳細
- 参考資料 6 E 表

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた高千穂町の位置

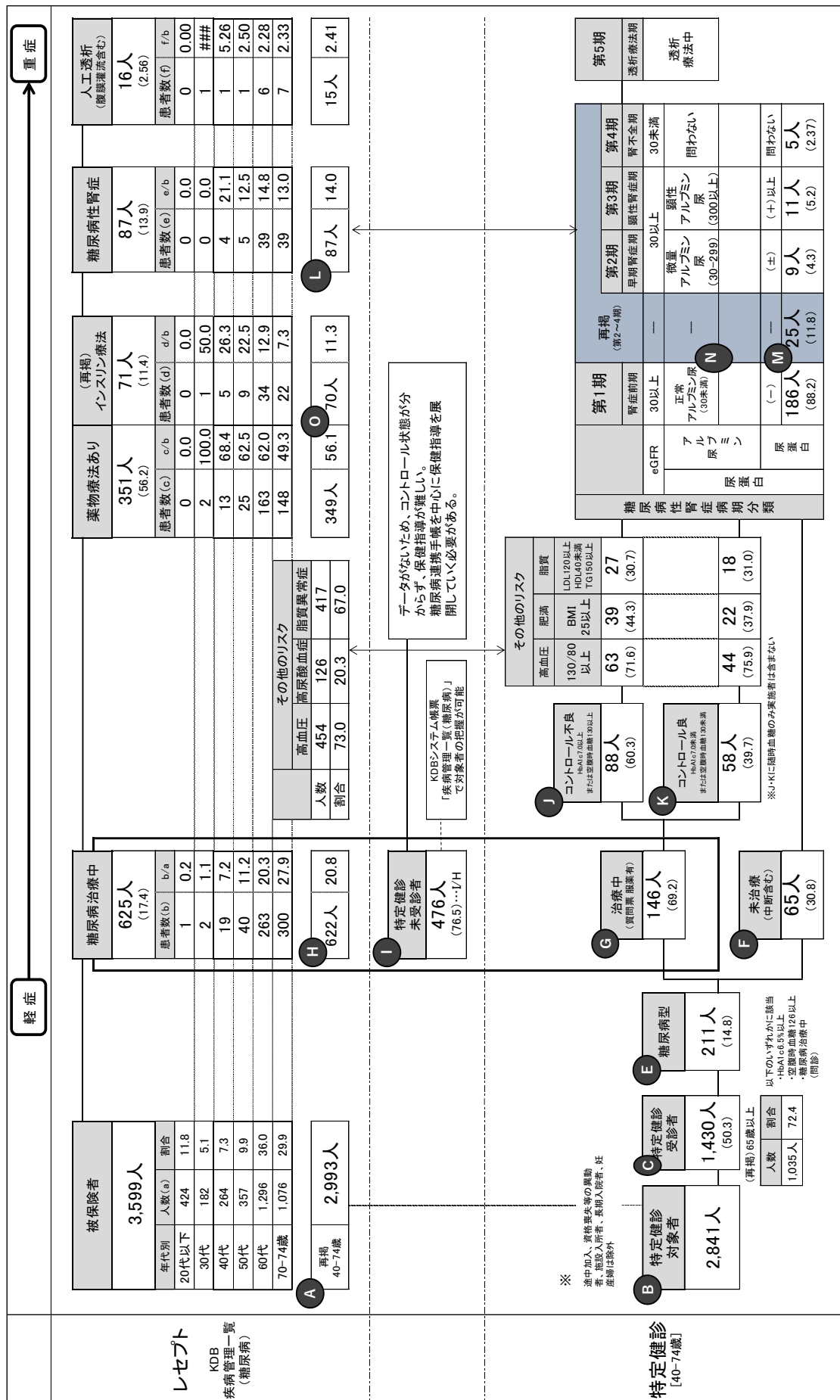
R03年度

項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	①	人口構成	総人口		12,752		1,826,368		1,095,127		125,640,987		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題		
			65歳以上(高齢化率)		4,947	38.8	608,469	33.3	322,975	29.5	33,465,441	26.6			
			75歳以上		2,981	23.4	--	--	169,298	15.5	16,125,763	12.8			
			65～74歳		1,966	15.4	--	--	153,677	14.0	17,339,678	13.8			
			40～64歳		4,099	32.1	--	--	359,247	32.8	42,295,574	33.7			
	39歳以下		3,706	29.1	--	--	412,905	37.7	49,879,972	39.7					
	②	産業構成	第1次産業		25.0		13.1		11.0		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題		
			第2次産業		16.3		27.2		21.1		25.0				
			第3次産業		58.7		59.6		67.9		71.0				
	③	平均寿命	男性		80.9		80.4		80.3		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			女性		87.1		86.9		87.1		87.0				
	④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性 ※保険者欄は二次医療圏データ		79.8		79.0		79.9		79.9		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			女性 ※保険者欄は二次医療圏データ		85.4		84.1		84.7		84.2				
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	94.3		103.7		100.4		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
				女性	98.2		101.3		97.6		100				
			死因	がん	48	48.5	6,848	46.6	3,593	47.0	376,305	50.2			
				心臓病	32	32.3	4,334	29.5	2,263	29.6	207,607	27.7			
				脳疾患	10	10.1	2,344	16.0	1,181	15.4	106,509	14.2			
				糖尿病	2	2.0	260	1.8	140	1.8	13,841	1.8			
				腎不全	6	6.1	551	3.8	279	3.6	26,633	3.5			
				自殺	1	1.0	354	2.4	190	2.5	19,357	2.6			
			②	早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計									厚労省HP 人口動態調査	
					男性										
				女性											
	3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		786	15.9	117,785	19.4	58,047	17.9	6,681,504	20.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				新規認定者		6	0.2	1,812	0.3	996	0.3	104,278	0.3		
介護度別 総件数				要支援1.2	2,000	12.5	325,858	12.4	151,531	10.6	21,145,164	12.9			
				要介護1.2	6,233	39.1	1,230,747	46.7	649,829	45.7	76,552,466	46.6			
				要介護3以上	7,712	48.4	1,076,944	40.9	621,495	43.7	66,514,484	40.5			
2号認定者		12	0.29	2,135	0.35	1,201	0.33	155,729	0.38						
②		有病状況	糖尿病	136	16.6	27,576	22.5	13,244	21.9	1,671,812	24.0				
			高血圧症	432	51.0	66,035	54.0	34,164	57.1	3,690,454	53.2				
			脂質異常症	239	29.1	36,628	29.6	17,203	28.6	2,236,475	32.0				
			心臓病	465	55.9	74,244	60.8	38,545	64.6	4,172,696	60.3				
			脳疾患	177	22.3	29,195	24.2	16,511	28.1	1,599,457	23.4				
			がん	99	12.0	13,404	10.9	6,365	10.5	817,260	11.6				
			筋・骨格	415	50.5	64,590	52.9	33,526	56.1	3,682,549	53.2				
			精神	358	43.6	46,522	38.2	25,458	42.6	2,562,308	37.2				
③		介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		260,993	1,291,133,459	317,705	193,313,793,533	316,428	102,198,376,908	303,939	9,968,212,232,861			
			1件当たり給付費(全体)		80,974		73,404		71,826		60,703				
			居宅サービス		42,717		45,092		51,951		41,736				
			施設サービス		301,524		291,670		295,933		296,733				
④		医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	12,689		8,901		7,848		8,517				
			認定なし	6,156		4,183		4,209		4,000					
4	①	国保の状況	被保険者数		3,198		436,197		254,681		28,705,575		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況		
			65～74歳		1,810	56.6			120,053	47.1	11,915,484	41.5			
			40～64歳		929	29.0			78,219	30.7	9,364,369	32.6			
			39歳以下		459	14.4			56,409	22.1	7,425,722	25.9			
			加入率		25.1		23.9		23.3		22.9				
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	2	0.6	127	0.3	137	0.5	8,299	0.3				
			診療所数	5	1.6	1,140	2.6	899	3.5	102,602	3.6				
			病床数	376	117.6	17,445	40.0	18,771	73.7	1,529,160	53.3				
			医師数	19	5.9	2,012	4.6	2,810	11.0	327,196	11.4				
			外来患者数	581.7		695.1		701.1		671.5					
			入院患者数	36.7		22.4		24.8		17.9					
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費		35,108	県内5位 同規模16位	29,917		29,974		27,039		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			受診率		618.47		717.575		725.875		689.34				
			外 来	費用の割合	47.1		57.0		55.9		60.1				
				件数の割合	94.1		96.9		96.6		97.4				
			入 院	費用の割合	52.9		43.0		44.1		39.9				
				件数の割合	5.9		3.1		3.4		2.6				
1件あたり在院日数			18.4日		16.9日		17.8日		15.8日						

4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合	最大医療資源傷病 名(調剤含む)	がん	199,943,790	27.2	30.8	27.3	31.5	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域						
				慢性腎不全(透析あり)	76,433,260	10.4	8.0	9.0	8.2							
				糖尿病	66,289,030	9.0	11.2	10.2	10.5							
				高血圧症	42,242,360	5.7	6.8	6.7	6.1							
				脂質異常症	29,204,070	4.0	4.2	3.3	4.5							
				脳梗塞・脳出血	23,197,060	3.2	3.8	3.9	4.0							
				狭心症・心筋梗塞	20,514,800	2.8	2.6	3.1	3.0							
				精神	158,872,910	21.6	15.6	18.6	14.7							
				筋・骨格	113,484,720	15.4	15.9	16.9	16.6							
	5	⑤	医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療 費に占める割 合	入院	高血圧症	12,804	5.6	13,194	8.4	12,537	7.7	10,463	7.9	KDB_NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)		
糖尿病					17,313	7.6	21,239	13.5	18,808	11.6	17,531	13.3				
脂質異常症					9,039	4.0	8,295	5.3	6,335	3.9	7,732	5.9				
脳梗塞・脳出血					306	0.1	963	0.6	1,133	0.7	849	0.6				
虚血性心疾患					817	0.4	1,874	1.2	1,827	1.1	1,783	1.4				
腎不全					28,761	12.6	17,958	11.4	20,342	12.5	15,735	12.0				
医療費分析 一人当たり医療 費/外来医療 費に占める割 合		外来	高血圧症	405	0.2	358	0.2	450	0.3	265	0.2					
			糖尿病	3,538	1.5	1,572	1.0	1,656	1.0	1,204	0.9					
			脂質異常症	90	0.0	114	0.1	63	0.0	67	0.1					
			脳梗塞・脳出血	6,948	3.0	6,605	4.2	6,537	4.0	6,051	4.6					
				虚血性心疾患	6,930	3.0	4,202	2.7	5,143	3.2	4,094	3.1				
				腎不全	6,787	3.0	4,874	3.1	4,594	2.8	4,012	3.0				
6	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者 4,810	2,723	1,952	1,920	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域								
			健診未受診者 10,712	12,970	13,837	13,463										
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者 16,016	7,607	5,410	5,720									
健診未受診者 35,668			36,231	38,351	40,118											
7	⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	827	59.1	83,925	59.4	38,357	57.4	4,046,552	58.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握				
			医療機関受診率	718	51.3	75,147	53.2	35,445	53.1	3,680,308	53.5					
			医療機関非受診率	109	7.8	8,778	6.2	2,912	4.4	366,244	5.3					
5	①	健診受診者	1,400	141,230	66,789	6,880,888	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握									
	②	受診率	55.1	県内6位 同規模18位	43.4	36.5		全国24位	35.1							
	③	特定保健指導終了者(実施率)	127	85.8	3241	18.9		1,779	23.7	90,478	10.8					
	④	非肥満高血糖	135	9.6	15,330	10.9		5,471	8.2	626,008	9.1					
	⑤	特定健診の 状況	メタボ	該当者	300	21.4		30,046	21.3	13,981	20.9	1,396,375	20.3			
				男性	205	29.9		20,917	31.9	9,269	31.9	970,439	32.1			
				女性	95	13.3		9,129	12.1	4,712	12.5	425,936	11.0			
				予備群	154	11.0		15,984	11.3	8,696	13.0	783,835	11.4			
	⑥	県内市町村数 28市町村	メタボ	男性	88	12.8		11,235	17.1	5,641	19.4	548,492	18.1			
				女性	66	9.2		4,749	6.3	3,055	8.1	235,343	6.1			
				⑦	メタボ 該当・予 備群レ ベル	腹囲		総数	500	35.7	50,235	35.6	25,184	37.7	2,417,722	35.1
								男性	319	46.6	34,982	53.4	16,471	56.6	1,681,649	55.6
	女性	181	25.3					15,253	20.2	8,713	23.1	736,073	19.1			
	⑧	同規模市区町 村数 146市町村	BMI					総数	67	4.8	8,028	5.7	3,206	4.8	337,728	4.9
				男性	17	2.5		1,299	2.0	489	1.7	52,998	1.8			
				女性	50	7.0		6,729	8.9	2,717	7.2	284,730	7.4			
				血糖のみ	4	0.3		955	0.7	456	0.7	44,744	0.7			
	⑨	血圧のみ	122	8.7	11,760	8.3		6,608	9.9	554,902	8.1					
	⑩	脂質のみ	28	2.0	3,269	2.3		1,632	2.4	184,189	2.7					
⑪	血糖・血圧	67	4.8	5,093	3.6	2,529	3.8	208,227	3.0							
⑫	血糖・脂質	10	0.7	1,444	1.0	564	0.8	70,243	1.0							
⑬	血圧・脂質	124	8.9	13,527	9.6	6,669	10.0	664,950	9.7							
⑭	血糖・血圧・脂質	99	7.1	9,982	7.1	4,219	6.3	452,955	6.6							
6	①	問診の状況	服薬	高血圧	605	43.2	54,900	38.9	27,851	41.7	2,447,690	35.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
				糖尿病	144	10.3	13,917	9.9	6,759	10.1	586,950	8.5				
				脂質異常症	431	30.8	38,668	27.4	16,631	24.9	1,884,041	27.4				
				②	既往 歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	38	2.7	4,183	3.1	2,679	4.0		213,280	3.2	
						心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	103	7.4	7,921	5.9	4,480	6.7		373,459	5.6	
						腎不全	1	0.1	1,064	0.8	678	1.0		51,971	0.8	
貧血	37	2.6	11,722			8.7	6,553	10.0	698,608	10.5						
6	③	生活習慣の 状況	喫煙	163	11.6	19,134	13.6	8,118	12.2	934,663	13.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握				
				週3回以上朝食を抜く	75	5.4	10,029	7.5	5,938	9.1	622,450		10.0			
				週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0		0.0			
				週3回以上就寝前夕食(H30～)	167	11.9	20,535	15.4	10,250	15.8	978,192		15.6			
				週3回以上就寝前夕食	167	11.9	20,535	15.4	10,250	15.8	978,192		15.6			
				食べる速度が遅い	341	24.4	35,271	26.5	17,618	27.0	1,688,753		27.0			
				20歳時体重から10kg以上増加	482	34.4	45,203	35.0	23,615	36.2	2,196,881		35.2			
				1回30分以上運動習慣なし	981	70.1	85,830	64.4	36,197	55.6	3,800,049		60.6			
				1日1時間以上運動なし	656	46.9	64,130	48.1	28,970	44.5	3,038,103		48.4			
				睡眠不足	210	15.0	31,603	23.8	13,854	21.3	1,533,146		24.5			
				毎日飲酒	384	27.4	35,247	26.0	17,964	27.4	1,674,636		25.5			
				時々飲酒	316	22.6	27,649	20.4	14,544	22.2	1,448,555		22.0			
				⑭	一日飲 酒量	1合未満	445	59.2	55,504	62.1	21,033		56.6	3,066,186	65.1	
						1～2合	251	33.4	22,920	25.6	11,888		32.0	1,098,396	23.3	
2～3合	52	6.9	8,582			9.6	3,537	9.5	423,348	9.0						
3合以上	4	0.5	2,432			2.7	679	1.8	120,649	2.6						

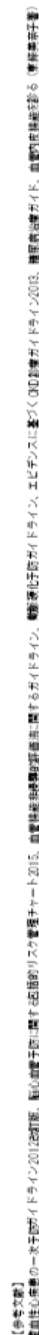
高千穂町 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和03年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB糖尿病介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計

重症予防
重症化予防（早期発見）



虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診		リスク状況		対象者				
		他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク					
① 心電図	心電図所見なし	☐ ST変化	⑤ 重症化予防対象者					
		☐ その他所見						
② 問診	自覚症状なし	症状 ☐ 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） ☐ 安静時にも胸に違和感、締め付け ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 頸、肩、腕の痛み ☐ 冷汗、吐き気がある	⑤ 重症化予防対象者					
	☐ 家族歴 ☐ 既往歴・合併症 ☐ 喫煙 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 睡眠習慣 ☐ 家庭血圧	⑤ 重症化予防対象者						
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういった経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。		メタボタイプかLDLタイプかを 経年表より確認する。	⑤ 重症化予防対象者				
判定	正常	軽度	重度		追加評価項目			
□メタボリックシンドローム	□腹囲		男 85～ 女 90～					
	□BMI	～24.9	25～					
	□中性脂肪	空腹	～149		150～299		300～	
		食後	～199		200～			
	□HDL-C	40～	35～39		～34			
	□nonHDL-C	～149	150～169		170～			
	□ALT	～30	31～50		51～			
	□γ-GT	～50	51～100		101～			
	□血糖	空腹	～99		100～125		126～	【軽度】 □75g 糖負荷試験 【重度】 □眼底検査 □尿アルブミン/クレアチニン比
		食後	～139		140～199		200～	
	□HbA1c	～5.5	5.6～6.4		6.5～			
	□血圧	収縮期	～129		130～139		140～	□24時間血圧 （夜間血圧・職場高血圧の鑑別）
		拡張期	～84		85～89		90～	
	□尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～				
④ □LDL-C	～119	120～139	140～	☐ 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無				
eGFR		60未満						
尿蛋白	(-)	(+)～						
□CKD重症度分類		G3aA1						

参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

解決すべき健康課題項目 ※下記参照	評価指標区分		課題を解決するための目標(目標値)	データ抽出元	分母	分子
A	■		特定健診受診率(60%以上)	法定報告		
B	■		特定保健指導実施率(80%以上)	法定報告		
C						
A	○		HbA1c6.5以上かつ糖尿病未治療の者へのバス発行数	DM/バス発行台帳		
A	○		HbA1c8.0以上かつ糖尿病治療中の者へのバス発行数			
A	○		糖尿病性腎症重症化予防対象者の介入率(80%以上)	重症化予防対象者名簿	糖尿病性腎症重症化予防対象者数	介入者数
A	○	△	微量アルブミン尿検査実施率(100%)	微量アルブミン検査対象者名簿	微量アルブミン検査対象者数	微量アルブミン検査実施者数
A		△	心電図検査実施率(100%)	特定健診結果	特定健診受診者数	特定健診受診者のうち心電図検査実施した者の数
アウトプット						
A		△	Ⅱ度高血圧以上で高血圧未治療の者へのバス発行数	HT/バス発行台帳		
A		△	Ⅲ度高血圧以上で高血圧治療中の者へのバス発行数			
A		△	高血圧重症化予防対象者の介入率(80%以上)	重症化予防対象者名簿	高血圧重症化予防対象者数	介入者数
A		△	頸部エコー検査実施者数			
B		△	頸部エコー検査再検査以上対象の者への保健指導実施率(100%)	頸部エコー対象者名簿	頸部エコー検査再検査以上の者の数	頸部エコー検査結果を用いて保健指導実施した者の数
A	■	○	総医療費のうち慢性腎不全(透析あり)が占める割合(5%以下)	KDB[地域の健康課題]CSV参照	総医療費	慢性腎不全(透析有)医療費
A	■	○	糖尿病性腎症による透析導入者の割合(増やさない)	透析台帳参照	全透析患者数	糖尿病性腎症透析患者数
A	■	○	糖尿病性腎症による新規透析導入者の人数(増やさない)	透析台帳参照	当該年度の新規透析患者数	原疾患「糖尿病性腎症」の者の数
A	■	○	健診受診者のうちHbA1c6.5%以上の者の割合(8%以下)		特定健診受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数	HbA1c6.5%以上の者の数
A	■	○	健診受診者のうちHbA1c8.0%以上の者の割合(1%以下)	DH/バイロット		HbA1c8.0%以上の者の数
A	■	○	HbA1c6.5%以上のうち糖尿病リスクが低い者の割合(10%以下)		HbA1c6.5%以上の者の数	HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病リスクが低い者の数
B		△	心疾患による月100万円以上レセプト件数(減少)	KDB 厚生労働省様式1-1 月100万円以上レセプトより心疾患の件数を抽出		
A	■	△	健診受診者のうち血圧が保健指導判定値以上の割合(48%以下)	DH/バイロット	特定健診受診者のうち、血圧の検査結果がある者の数	①、②のいずれかを満たす者の数 ①収縮期血圧≥130mmHg ②拡張期血圧≥85mmHg
B	■	△	総医療費のうち虚血性心疾患が占める割合(1.0%以下)	KDB[地域の健康課題]CSV参照	総医療費	心筋梗塞・狭心症の医療費の合計
B		△	心電図検査で要精密判定となった者の医療機関受診率(100%)	特定健診結果	心電図検査で要精密となった者のうち医療機関を受診した者の数	心電図検査で要精密となった者のうち医療機関を受診した者の数
B	■	△	総医療費のうち脳血管疾患が占める割合(2.0%以下)	KDB[地域の健康課題]CSV参照	総医療費	脳梗塞・脳出血の医療費の合計
B	■	△	健診受診者のうち脂質異常者(LDL180mg/dl以上)の割合(1.0%以下)	特定健診結果	特定健診受診者数	特定健診受診者のうちLDLが180mg/dl以上の者の数
B		△	心原性脳梗塞発症者数(0人)	DH/バイロット ※レセプト検索		
B		△	脳血管疾患による月100万円以上レセプト件数(減少)	KDB 厚生労働省様式1-1 月100万円以上レセプトより脳血管疾患の件数を抽出		
B		△	心房細動有所見者の医療機関受診率(100%)	心房細動管理台帳	特定健診にて心房細動が指摘された者、またはレセプトにて心房細動治療歴がある者(アブレーション実施者は除く)	左記の者のうち、医療機関受診歴がある者または内服確認がとれた者の数
C	■		特定保健指導対象者の減少率(25%)	法定報告		

○高千穂町の健康課題

項目	健康課題
A	糖尿病性腎症による透析導入者が多い
B	脳血管疾患及び心疾患による医療費と介護給付費の増大
C	肥満・メタボ該当者の増大

評価指標区分内訳

■:データヘルス計画目標値

○:糖尿病性腎症重症化予防事業 評価指標

△:虚血性心疾患重症化予防事業 評価指標

□:脳血管疾患重症化予防事業 評価指標

※黄色部分:宮崎県統一評価委指標

【参考資料 5】

