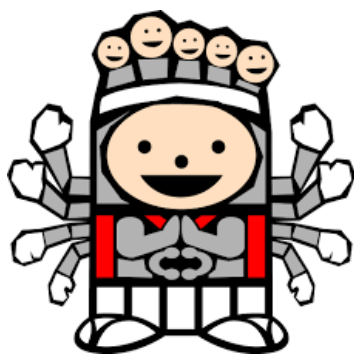


第3期高鍋町国民健康保険 保健事業実施計画(データヘルス計画)

第4期高鍋町国民健康保険 特定健康診査等実施計画

令和6年度(2024年度)～令和11年度(2029年度)



令和6年3月策定
令和9年3月 中間評価
令和12年3月 最終評価
高鍋町

目次

第1章 計画の概要	1
1 計画の基本的事項	1
(1) 計画策定の趣旨	1
(2) 計画の法的根拠と位置付け	1
(3) 計画の期間	1
2 実施体制・関係者との関係	2
(1) 本町関係部署との連携	2
(2) 関係団体との連携	2
(3) 町民への呼びかけ	2
3 高鍋町及び高鍋町国民健康保険の現状	3
(1) 高鍋町の基礎情報	3
(2) 高鍋町の人口	4
(3) 高鍋町の平均寿命と平均自立期間	5
(4) 高鍋町国民健康保険被保険者の状況	6
第2章 第2期データヘルス計画及び第3期特定健診等実施計画の振り返り	7
1 実施状況及び評価	7
(1) 第2期データヘルス計画全体の目標及び達成状況	8
(2) 特定健診受診率向上事業	9
(3) 特定保健指導実施率向上事業	10
(4) 生活習慣病重症化予防事業	11
(5) 医療費適正化事業	12
2 実施結果	13
第3章 データ分析の結果に基づく健康課題	16
1 医療費の分析	16
(1) 医療費の状況	16
(2) 疾病別医療費の状況	17
(3) 透析患者の状況	19
2 特定健康診査・特定保健指導の分析	20
(1) 特定健康診査の状況	20

(2) 心血管病リスクの状況	21
(3) 腎臓病リスクの状況	22
(4) 質問項目の状況	23
(5) 健診未受診者の状況	24
3 その他の保健事業に関する分析	25
(1) ジェネリック医薬品（後発医薬品）の状況	25
(2) 重複・頻回受診者の状況	25
(3) 若年健康診査・保健指導の状況	26
4 介護給付費に関する分析	27
第4章 計画の取組	28
1 データヘルス計画全体における目的・目標	28
2 個別の保健事業	29
(1) 健診受診率向上事業	30
(2) 脱メタボ保健指導実施事業	31
(3) 循環器系疾患対策事業	32
3 特定健康診査等の実施方法	34
(1) 対象者の見込み及び目標値の設定	34
(2) 特定健康診査の実施方法	34
(3) 特定保健指導の実施方法	37
(4) サービスの質の確保・向上のための仕組みづくり	39
4 地域包括ケアの取組	40
5 計画の評価・見直し	41
(1) 評価方法	41
(2) 評価の時期及び計画の見直し	41
6 計画の公表・周知	41
7 個人情報の保護	41
8 用語の説明	42
9 関係法令	43

第1章 計画の概要

1 計画の基本的事項

(1) 計画策定の趣旨

平成25年6月に閣議決定された「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分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」と掲げられました。またこれを受け、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」の一部が改正され、「市町村及び組合は（中略）健康・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ための保健事業の実施計画を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと。」と定められました。

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方針2020（骨太方針2020）」において、データヘルス計画の標準化等の取り組みの推進が掲げられ、令和4年12月の経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革工程表2020」においては、データヘルス計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切な評価指標の設定を推進するとの方針が示されました。このように、全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、標準化の取り組みの推進や評価指標の設定の推進が進められています。

市町村国保においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられます。

本計画は、第1期及び第2期計画における実施結果等を踏まえ、PDCAサイクルに沿った保健事業の展開、達成すべき目標やその指標等を定め、被保険者の「健康増進（健康寿命の延伸）」と「医療費適正化」を目的とします。

(2) 計画の法的根拠と位置づけ

データヘルス計画は、国民健康保険法第82条第5項の規定に基づき厚生労働大臣が定める「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」により、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サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための計画として策定します。

特定健診等実施計画は、高齢者の医療の確保に関する法律第18条に基づいて実施する保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものです。

両計画の内容は重複する部分が多いことから、一体的に策定し、運用します。

(3) 計画の期間

計画の期間は、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。

2 実施体制・関係者との関係

(1) 本町関係部署との連携

高鍋町国民健康保険における健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施・評価等は、共同保険者である宮崎県のほか、県医師会、宮崎県国民健康保険団体連合会等の関係機関の協力を得て、国保・高齢者医療係が主体となって行います。国民健康保険には幅広い年代の被保険者が属し、その健康課題もさまざまであることから、必要に応じて健康保険課内や関係課等と連携してそれぞれの健康課題を共有し、保健事業を展開します。

国保・高齢者医療係は、研修等による職員の資質向上に努め、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った計画運用ができるよう、体制を確保します。

(2) 関係機関との連携

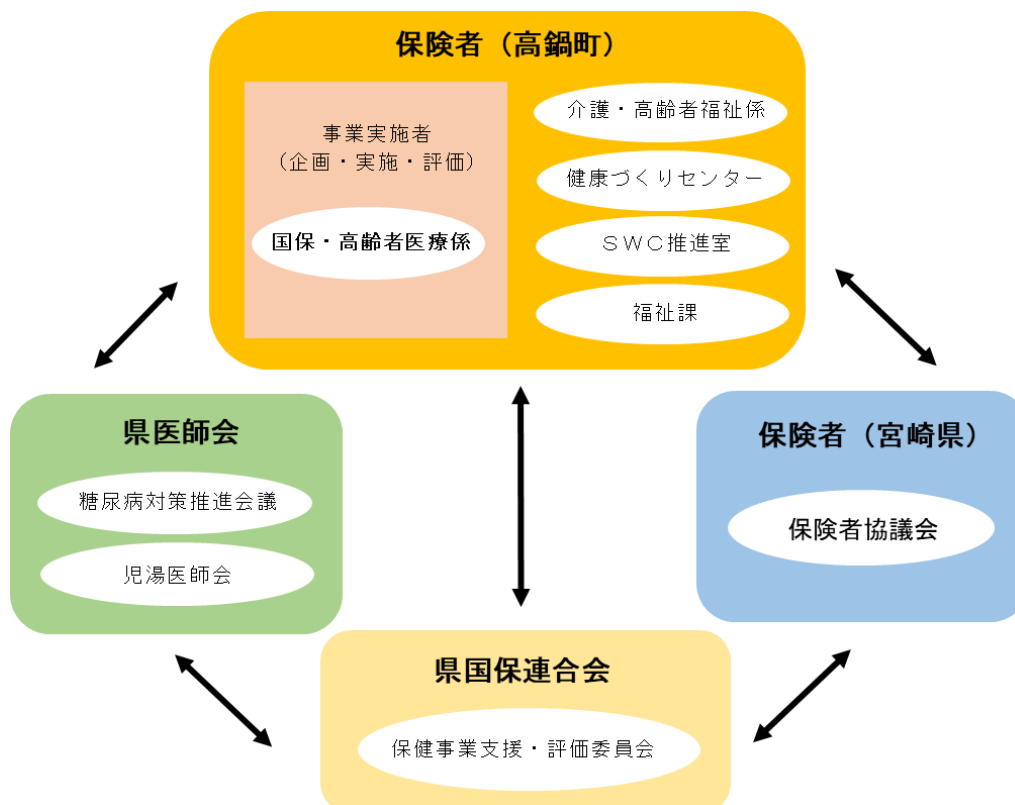
宮崎県、県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会等の関係団体が行き届く保健事業との連携を図り、特定健診の受診率や特定保健指導の実施率の向上、医療費適正化等の普及啓発を図ります。

計画の実効性を高めるためには、関係機関との連携・協力が重要となります。共同保険者である宮崎県のほか、宮崎県国民健康保険団体連合会や連合会内に設置される保健事業支援・評価委員会、県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会等の医療関係機関、国民健康保険運営協議会、宮崎県後期高齢者広域連合等と健康課題を共有し、連携強化に努めます。

(3) 町民への呼びかけ

計画の実施にあたっては、国保被保険者を対象とします。

また、被保険者自身が主体的、積極的に健康づくりに取り組むことが重要であることから、国民健康保険運営協議会等にて被保険者が議論に参加できる体制をとり、被保険者の意見反映に努めます。



3 高鍋町及び高鍋町国民健康保険の現状

(1) 高鍋町の基礎情報

高鍋町の概況

◆高鍋町は、宮崎県のほぼ中央に位置しており、人口・世帯数等は以下のとおりです。(令和5年1月1日現在)

人口：19,223人 世帯数：8,657 (1世帯あたり人員：2.22人)

人口構成：年少人口 12.5%、生産年齢人口 53.4%、高齢者人口 34.1%

平均年齢：49.3歳

◆総面積は43.80km²です。

◆就業者数は以下のとおりです。

総数9,706人 第1次産業 1,106人 (11.4%)

第2次産業 2,025人 (20.9%)

第3次産業 6,575人 (67.7%)



空からみた高鍋町

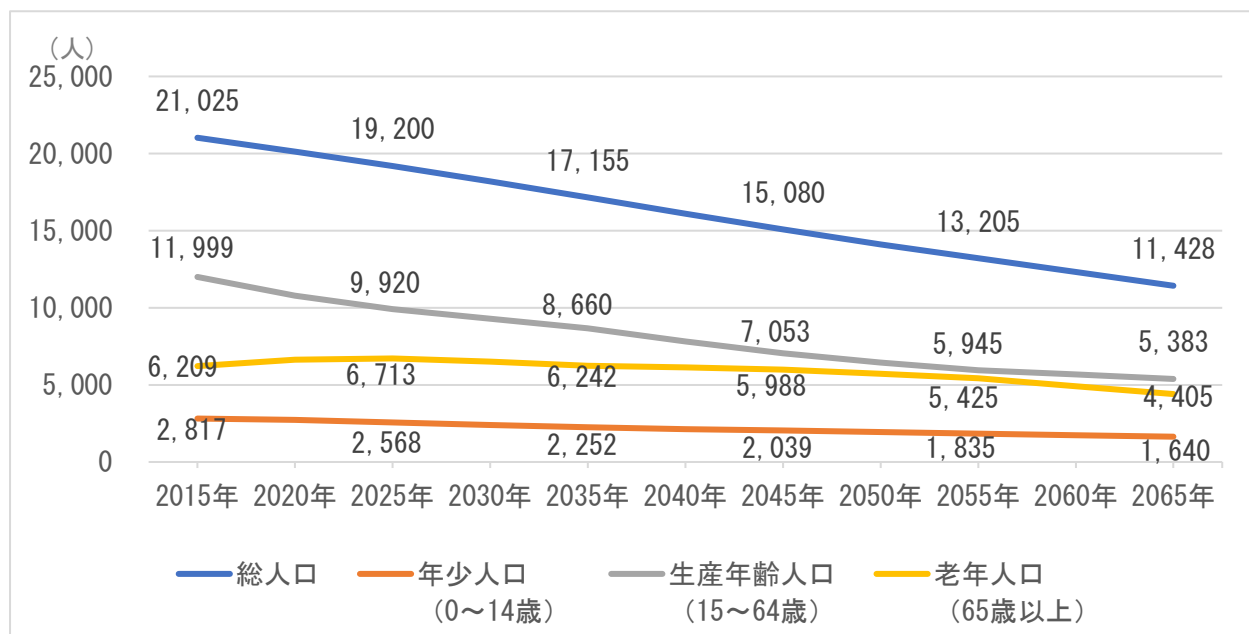
(2) 高鍋町の人口

人口推計

高鍋町の人口は、年少人口と生産年齢人口は減少傾向にあります。老年人口は2025年までは増加するものの、その後は減少に転じると推計されています。

年齢区分別の人口割合推計を以下に示します。

【図表 1-1】 年齢3区分別人口の推移と将来推計 グラフ (2020年～2065年)



【図表 1-2】 年齢3区分別人口の推移と将来推計 表 (2020年～2065年)

	実績値	推計値										
		2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年	2055年	2060年	2065年
総人口 (人)	21,025	20,130	19,200	18,195	17,155	16,100	15,080	14,115	13,205	12,312	11,428	
人口 (人)	年少人口 (0~14歳)	2,817	2,721	2,568	2,400	2,252	2,138	2,039	1,935	1,835	1,732	1,640
	生産年齢人口 (15~64歳)	11,999	10,785	9,920	9,289	8,660	7,823	7,053	6,453	5,945	5,674	5,383
	老年人口 (65歳以上)	6,209	6,624	6,713	6,507	6,242	6,139	5,988	5,727	5,425	4,906	4,405
割合 (%)	年少人口割合 (0~14歳)	13.4	13.5	13.4	13.2	13.1	13.3	13.5	13.7	13.9	14.1	14.4
	生産年齢人口割合 (15~64歳)	57.1	53.6	51.7	51.1	50.5	48.6	46.8	45.7	45.0	46.1	47.1
	老年人口割合 (65歳以上)	29.5	32.9	35.0	35.8	36.4	38.1	39.7	40.6	41.1	39.8	38.5

出典：第6次高鍋町総合計画（後期基本計画） 高鍋みらい戦略

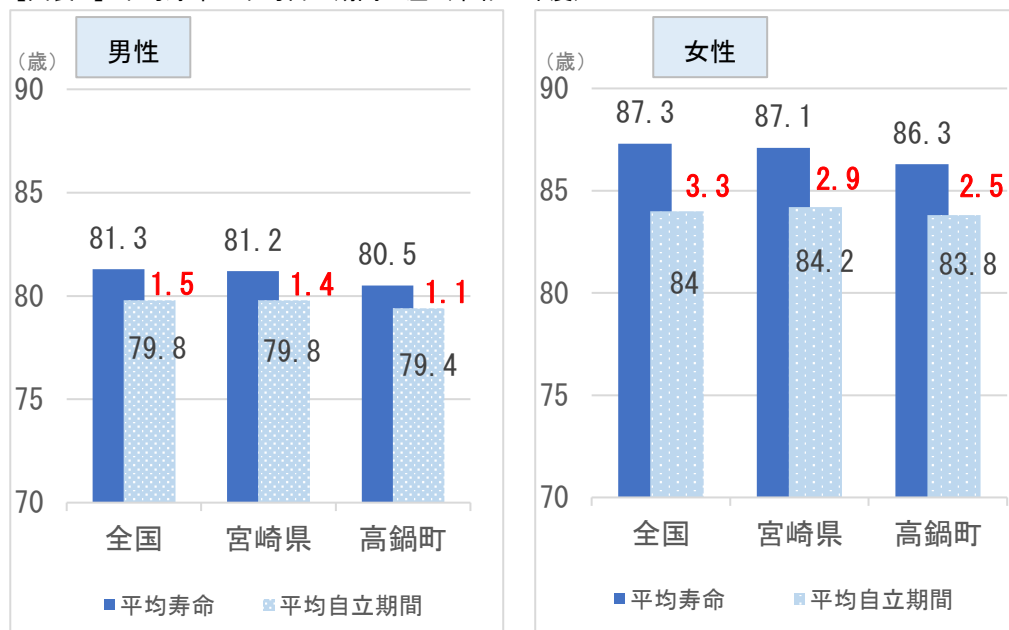
* 2015年（平成27年）は国勢調査実測値、2020年（令和2年）以降は社人研推計値

(3) 高鍋町の平均寿命と平均自立期間

平均寿命と平均自立期間

高鍋町の平均寿命・平均自立期間は、男性よりも女性の方が高くなっており、男女ともに全国・宮崎県と比較して低い傾向です。また、平均自立期間と平均寿命の差は、男女ともに全国よりも小さくなっています。

【図表 2】 平均寿命と平均自立期間の差（令和 2 年度）



出典：KDB_S21_001 地域全体像の把握

* 図表中の赤字は平均寿命と平均自立期間の差

* KDB においては、「日常生活が自立している期間の平均」を指標とした健康寿命を算出し、「平均自立期間」と呼称している。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、毎年度算出する。（平均余命からこの不健康の期間を除いたものが、平均自立期間である。）※算出上の誤差が存在するため、誤差を考慮する必要がある。

(4) 高鍋町国民健康保険被保険者の状況

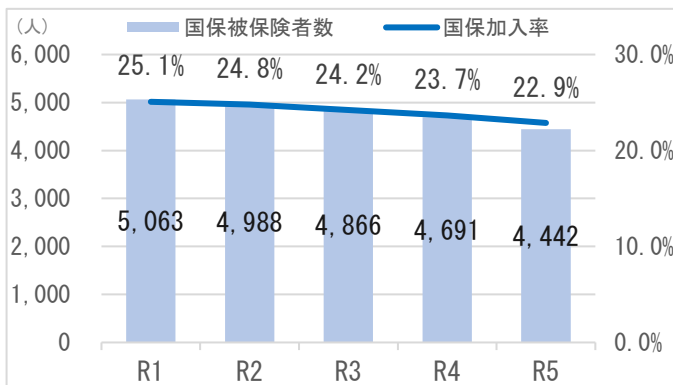
被保険者の状況

高鍋町国民健康保険の被保険者数及び加入率は減少傾向にあり、令和5年度の被保険者数は4,442人、加入率は22.9%となっています。今後、被保険者が後期高齢者医療保険に移行することにより、被保険者数は更に減少する見込みです。(図表3)

70歳以上の被保険者割合は令和3年度をピークにその後は減少しているが、令和5年度の割合は28.3%と高い割合となっています。(図表4)

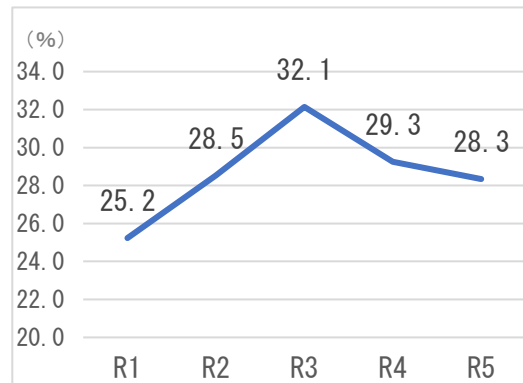
令和5年度における男女年齢階層別の加入状況をみると、70歳～74歳の加入率が最も高く、男性で71.8%、女性で75.4%となっています。(図表5)

【図表3】 被保険者数と国保加入率の推移



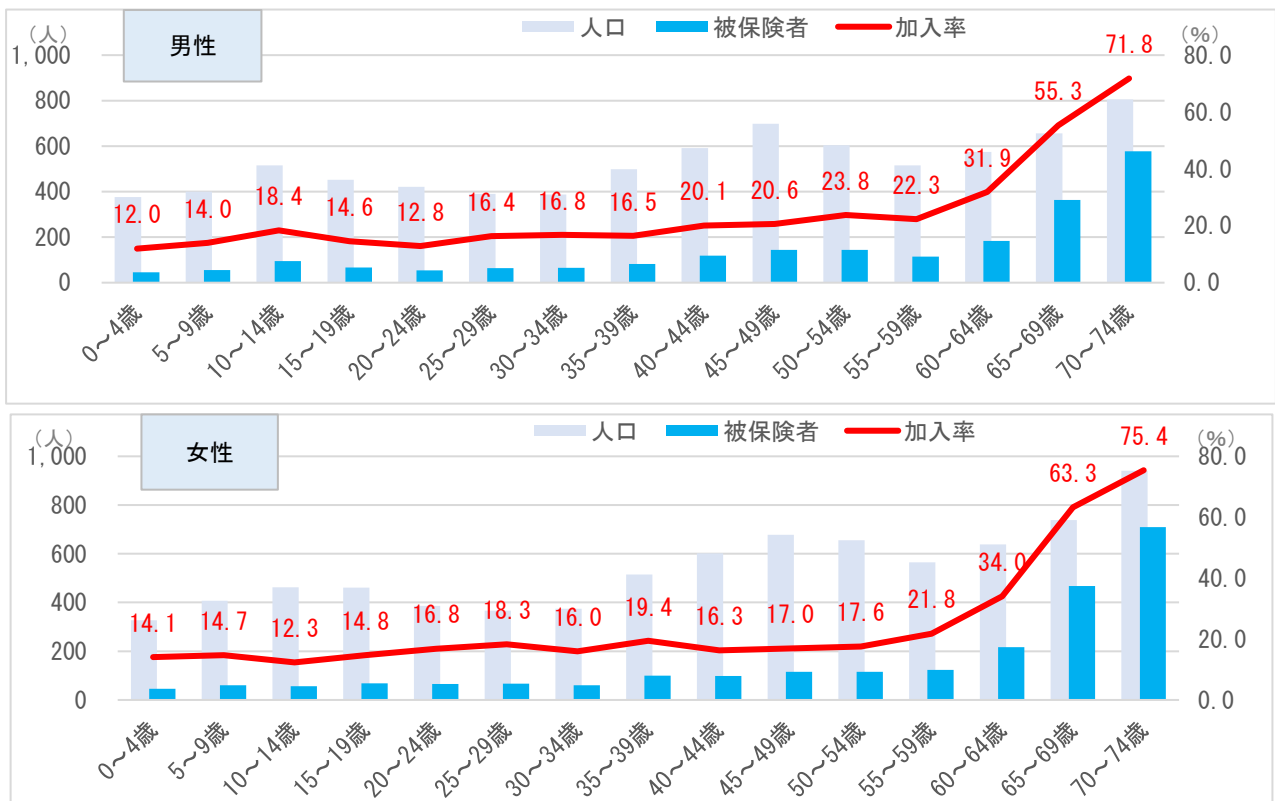
出典：高鍋町国民健康保険事業報告書（事業年報）

【図表4】 70歳以上の国保加入率の推移



出典：高鍋町国民健康保険事業報告書（事業年報）

【図表5】 年代別国保加入状況



出典：高鍋町国民健康保険事業報告書（事業年報）

第2章 第2期データヘルス計画及び 第3期特定健診等実施計画の振り返り

1 実施状況及び評価

第2期データヘルス計画において、中長期的な目標として脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標に掲げ、それぞれ平成30年度と比較して令和5年度には3%減少させる数値目標を設定しました。平成30年度と令和4年度を比較すると、慢性腎不全（透析有）は目標を達成しましたが、虚血性心疾患はわずかながら減少したものの、脳血管疾患については増加しており、改善はみられませんでした。

また、短期的な目標は、健診結果からメタボリックシンドローム、高血圧、脂質異常症、糖尿病のリスク者を減らしていくこととし、特定健診・特定保健指導や生活習慣病重症化予防事業に取り組んできました。メタボリックシンドローム基準該当者及び予備群該当者の割合はやや増加傾向にあり、その他の項目は減少していました。

第2期データヘルス計画及び第3期特定健診等実施計画の振り返りにおけるアウトカム評価及びアウトプット評価については、実績値が目標に達しているものを「達成：A」、達していないものはベースラインと比較し「ベースラインより改善：B」、「ベースライン維持：C」、「ベースラインより悪化：D」の4段階の判定区分で達成状況を評価しました。

アウトプット評価については、令和2年度に中間評価を実施したため、令和2年度以降について振り返りを行いました。なお、ベースラインについては、アウトカム評価は平成30年度、アウトプット評価は令和2年度としました。

全体評価及び各事業の評価は次のとおりです。

(1) 第2期データヘルス計画全体の目標及び達成状況

(計画期間：平成30年度～令和5年度)

	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値		ベースライン H30	中間評価値			最終評価値 R4	達成状況	
			H28	H29		R1	R2	R3			
特定健診等 計画	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす。	特定健診受診率 60%以上	41.2%	48.7%	47.0%	46.0%	39.7%	40.2%	41.3%	D	
		特定保健指導実施率 60%以上	40.4%	37.1%	36.6%	40.4%	70.8%	73.4%	83.0%	A	
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する。	脳血管疾患の総医療費に占める割合 3%減少	4.9%	3.5%	4.2%	3.8%	5.2%	5.1%	4.7%	D	
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合 3%減少	3.5%	5.4%	5.4%	4.3%	3.9%	3.9%	5.3%	B	
		慢性腎不全(透析有)の総医療費に占める割合 3%減少	15.2%	14.1%	12.8%	12.0%	10.7%	8.8%	9.5%	A	
	短期目標 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす。	メタボリックシンドローム該当・予備群の割合減少	25.8%	28.5%	29.5%	32.0%	32.7%	30.7%	30.9%	D	
		健診受診者の高血圧者の割合減少 (160/100以上)	5.9%	6.9%	7.3%	6.7%	9.4%	6.1%	5.5%	A	
		健診受診者の脂質異常者の割合減少 (中性脂肪 150以上)	17.9%	19.4%	20.0%	19.1%	19.6%	18.1%	19.9%	A	
		健診受診者の糖尿病患者の割合減少 (HbA1c 6.5以上)	7.0%	7.6%	8.9%	9.2%	10.6%	10.4%	8.8%	A	
	後発医薬品の使用により、医療費を削減する。	後発医薬品の使用割合 80%以上	71.2%	75.5%	82.5%	83.9%	85.2%	85.6%	85.8%	A	
	保険者努力支援制度	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 10%以上	5.5%	5.0%	3.2%	1.3%	0.7%	1.5%	1.2%	D
			肺がん検診 5%以上	0.8%	1.0%	0.8%	2.3%	0.5%	1.3%	2.0%	B
大腸がん検診 10%以上			6.1%	6.0%	6.8%	8.1%	5.6%	6.2%	6.5%	D	
子宮頸がん検診 15%以上			12.9%	13.0%	12.9%	7.6%	6.9%	6.9%	9.2%	D	
乳がん検診 10%以上			4.4%	13.0%	12.1%	7.5%	7.0%	7.9%	9.5%	D	

達成状況 A：目標値を達成 B：ベースラインより改善 C：ベースライン維持 D：ベースラインより悪化

(2) 特定健診受診率向上事業

目標・方向性	<ul style="list-style-type: none"> 健康寿命の延伸・医療費の適正化に向けて特定健診を実施します。 個別の受診勧奨やインセンティブ事業等を行い、受診率の向上を目指します。 							
評価	<p>特定健診は、その後の特定保健指導など保健事業の起点となることから、AIを活用した未受診者への個別通知、受診しやすい体制整備として夕方健診や未受診者の多い地区に健診会場を設ける等の取組を行いました。また、健康増進事業のがん検診等と同日開催を行ったり、商工会議所等の関係団体と連携したインセンティブ事業（スマート定期や抽選会）など、受診率向上の取組をすすめてきました。</p> <p>受診率は、AIを活用した受診勧奨通知事業を導入した平成29年度の48.7%をピークに微減し、令和2年度は新型コロナウイルス感染拡大による受診控えの影響により大幅に減少しました。その後、令和3年度以降は徐々に回復してきていますが、目標値との乖離は大きい状況です。</p>							
指標	事業内容	指標	目標値	R2	R3	R4	R5	達成状況
アウトプット	対象者に「受診勧奨通知」を個別通知する。	受診案内の通知数	全対象者	3,885通 (全対象者)	3,739通 (全対象者)	3,713通 (全対象者)	3,417通 (全対象者)	A
	未受診者に対して「受診勧奨通知」の再勧奨を行う。	再勧奨通知数/対象者数	80%以上	100%	100%	100%	100%	A
	集団健診においてがん検診等と同時受診できる日数を増やす。	同時実施できる日数	全日程	全日程	全日程	全日程 (胃がん検診の日程増)	全日程 (子宮・乳がん検診を追加。)	A
	受診者に対して効果的なインセンティブ事業を実施する。	新たなインセンティブ事業の追加	インセンティブ事業の実施	新たなインセンティブ事業の検討・視察研修	商工会議所との連携による抽選会の実施	継続	継続	A
指標	評価指標	目標値						達成状況
		実績値						
		H30	R1	R2	R3	R4	R5	
アウトカム	特定健診受診率 (%)	45.0	50.0	50.0	55.0	55.0	60.0	D
		47.0	46.0	39.7	40.2	41.3	—	
今後の取組の方向性								
<p>未受診者への個別勧奨、町ホームページなどの広報を継続すると共に若年層に向けたSNSを活用した受診勧奨等を実施し、受診率向上の取組を推進します。</p> <p>休日・夕方健診の実施、がん検診等との同時開催など受診しやすい体制を整えます。</p> <p>インセンティブ事業を実施し、新規受診者の掘り起こしやリピート率向上の取組を継続します。</p> <p>医療機関や保険薬局等関係機関との連携を強化し、医師や薬剤師からの受診勧奨を積極的に推進します。また、通院治療中の方の特定健診結果情報提供事業を更に推進します。</p>								

(3) 特定保健指導実施率向上事業

目標・方向性	<ul style="list-style-type: none"> 健康寿命の延伸・医療費の適正化に向けて、特定健診の結果、生活習慣病リスクがある方に対して特定保健指導を実施します。 特定保健指導の実施方法について検討し、終了率向上を図ります。 							
評価	<p>特定保健指導終了率（以下、「終了率」という。）は、目標を達成することができました。平成30年度までは呼び出し方式による特定保健指導を実施していましたが、利用率は伸び悩んでいました。そのため令和元年度後期から試験的に特定健診会場での初回面接の分割実施を導入し、一定の成果を得ました。その後、令和2年度からは初回面接の分割実施を本格導入し、呼び出し方式を改め、保健師等による訪問型特定保健指導を実施することで利用率・終了率ともに向上しました。</p>							
指標	事業内容	指標	目標値	R2	R3	R4	R5	達成状況
アウトプット	利用率の向上のため、直接訪問による利用勧奨を行う。	訪問実施者数／訪問対象者数	80%以上	100%	100%	100%	100%	A
	健診結果通知のリーフレットを作成し、精密受診や特定保健指導に結びつくように働きかける。	配布数／対象者数	100%	100%	100%	100%	100%	A
	利用者に対して、継続期間中にインセンティブを提供し、終了率向上を図る。	インセンティブ実施者数／対象者数	80%以上	100%	100%	100%	100%	A
指標	評価指標	目標値						達成状況
		実績値						
		H30)	R1	R2	R3	R4	R5	
アウトカム	特定保健指導実施率（％）	45.0	50.0	50.0	55.0	55.0	60.0	A
		36.6	40.4	70.8	73.4	83.0	—	
	メタボリックシンドローム該当率（％）	30.0	29.5	29.0	28.5	28.0	27.0	D
		29.5	32.0	32.7	30.7	30.9	—	
今後の取組の方向性								
<p>専門職の確保を継続し、訪問型特定保健指導、初回面接の分割実施を継続することで、更なる終了率向上の取組を進めます。</p> <p>また、国の「標準的な健診・保健指導プログラム」及び「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」等の見直しに併せ、質の担保に関する取組を検討します。</p>								

(4) 生活習慣病重症化予防事業

目標 ・ 方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診の結果、受診判定値にある方について、受診勧奨や保健指導を行います。 ・生活習慣病未治療者及び治療中断者に対して通知・電話・訪問等を行い、医療機関受診を促します。 ・医療機関と「情報連携シート」を活用して連携を図り、受診勧奨や保健指導を実施します。 							
評価	<p>受診勧奨判定値以上の受診勧奨について、令和2年度からAIを活用した受診勧奨通知を行いました。事業対象者が少なく費用対効果の面でコストも大きかったため、令和5年度からは訪問・電話による受診勧奨に変更して取り組みました。また、令和5年度からは医療機関との情報連携シートの活用に取り組むことができ、医療機関受診率の向上が見込まれます。</p>							
指標	事業内容	指標	目標値	R2	R3	R4	R5	達成状況
アウト プット	受診勧奨通知事業を実施する。	通知数/ 対象者数	80%以上	100%	100%	100%	—	A
	情報連携シートを作成し、医療機関等と連携した取組を行う。	情報連携 シートの 活用	情報連携 シートを 作成し、 活用す る。	他自治体 等の事例 検証を実 施した。	町内の医 療機関へ 事業説明 や意向を 確認し た。	情報連携 シートを 作成し、 医師会の 了承を得 た。	情報連携 シートを 活用し た。	A
指標	評価指標	目標値						達成 状況
		実績値						
		H30	R1	R2	R3	R4	R5	
アウト カム	HbA1c6.5%以上の者の割合(%)	減少	減少	減少	減少	減少	減少	A
		8.9	9.2	10.6	10.4	8.8	—	
	血圧が保健指導判定値以上の者の割合(%)	減少	減少	減少	減少	減少	減少	A
		51.7	50.7	60.2	49.8	50.7	—	
	脂質が保健指導判定値以上の者の割合(%)	減少	減少	減少	減少	減少	減少	A
		20.0	19.1	19.6	18.1	19.9	—	
今後の取組の方向性								
<p>受診勧奨値該当者等への医療機関受診勧奨を継続します。また、保健指導値該当者への保健指導も継続して実施します。</p> <p>医療機関等との連携を強化し、効果的な保健指導や受診勧奨が実施できるよう専門職の確保とより質の高いアプローチを行える体制を整えます。</p> <p>また、医療費に占める割合の高いがんへの対応として、がん検診の担当部署と連携したがん検診の普及啓発を検討します。</p>								

(5) 医療費適正化事業

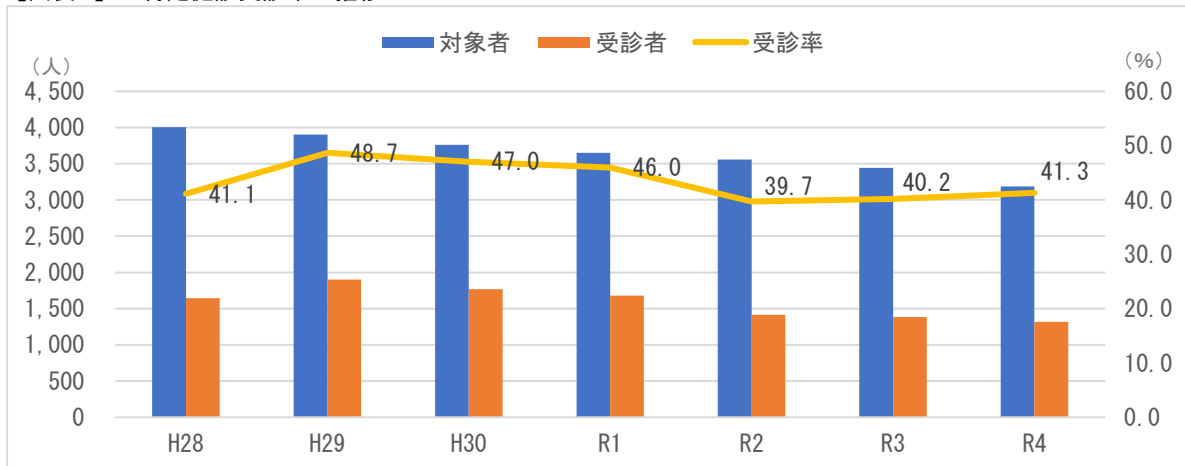
目標・方向性	<p>・ジェネリック差額通知、医療費通知、重複・頻回受診者への適正受診勧奨等を通じて、医療費を削減します。</p>																									
評価	<p>重複・頻回受診者は毎月宮崎県国保連合会から送付されるデータをもとに対象者を抽出し、訪問指導の必要性などをレセプト等から確認することができました。また、宮崎県が実施する重複服薬者等訪問指導事業を活用し、薬剤師による確認も併せて行うことができました。また、ジェネリック差額通知・医療費通知書を毎年遅延なく発送することができました。</p>																									
指標	事業内容	指標	目標値	R2	R3	R4	R5	達成状況																		
アウトプット	ジェネリック医薬品差額通知を継続して送付する。	通知数	全対象者	595人 (全対象者)	554人 (全対象者)	501人 (全対象者)	249人 (全対象者)	A																		
	医療費通知を継続して送付する。	通知数	全対象者	10,393人 (全対象者)	10,276人 (全対象者)	10,205人 (全対象者)	9,817人 (全対象者)	A																		
	【重複・頻回受診者訪問指導事業】毎月対象者のレセプト等を確認し、訪問対象者を確認し、訪問等による保健指導を実施する。	レセプト確認/対象者	80%	100%	100%	100%	100%	A																		
		訪問指導実施者/訪問指導対象者	60%	100%	100%	—	—	A																		
	【重複服薬者等訪問指導事業】毎月対象者のレセプト等を確認し、訪問対象者を確認し、訪問等による保健指導を実施する。	レセプト確認/対象者	80%	100%	100%	100%	100%	A																		
		訪問指導実施者/訪問指導対象者	60%	100%	—	—	—	A																		
指標	評価指標	<table border="1"> <tr> <td colspan="6">目標値</td> </tr> <tr> <td colspan="6">実績値</td> </tr> <tr> <td>H30</td> <td>R1</td> <td>R2</td> <td>R3</td> <td>R4</td> <td>R5</td> </tr> </table>						目標値						実績値						H30	R1	R2	R3	R4	R5	達成状況
目標値																										
実績値																										
H30	R1	R2	R3	R4	R5																					
アウトカム	ジェネリック数量シェア (%)	80	80	80	80	80	80	A																		
		82.5	83.9	85.2	85.6	85.8	—																			
今後の取組の方向性																										
<p>医療費の削減効果が大きいジェネリック医薬品への切り替えの勧奨を継続します。 また、健康被害の防止や医療費削減効果がある重複・頻回受診、重複服薬対策の適正受診勧奨についても継続して取り組みます。</p>																										

2 実施結果

特定健診受診率

平成 29 年度には、民間事業者による AI 技術を活用した通知勧奨事業導入により増加しましたが、その後は徐々に減少し、令和 2 年度には新型コロナウイルス感染症蔓延の影響を受け大幅に減少しています。令和 3 年度以降は徐々に回復傾向にあります。

【図表 6】 特定健診受診率の推移



出典：法定報告データ

メタボリックシンドロームの該当状況

メタボリックシンドローム基準該当者の割合は、平成 30 年度から令和 2 年度にかけて上昇しましたが、その後は徐々に低下しています。また、基準該当者及び予備群該当者ともに女性に比べて男性の割合が高くなっています。

【図表 7】 メタボリックシンドローム該当者の状況

		男性		女性		合計	
		人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)
メタボリックシンドローム基準該当者	平成 30 年度	238	30.9	99	10.0	337	19.1
	令和元年度	231	30.6	89	9.6	320	19.1
	令和 2 年度	203	33.4	85	10.5	288	20.4
	令和 3 年度	191	32.3	86	10.8	277	20.0
	令和 4 年度	178	30.7	76	10.3	254	19.3
メタボリックシンドローム予備群該当者	平成 30 年度	118	15.3	65	6.5	183	10.4
	令和元年度	145	19.2	72	7.8	217	12.9
	令和 2 年度	117	19.2	57	7.1	174	12.3
	令和 3 年度	98	16.6	51	6.4	149	10.8
	令和 4 年度	104	17.9	50	6.8	154	11.7

出典：法定報告データ

メタボリックシンドローム因子状況

メタボリックシンドローム該当者のリスク別該当状況をみると、メタボリックシンドローム予備群該当者では高血圧症の該当者割合が8割を超えており、年齢が上がるにつれて上昇傾向で60歳代が最も高い割合となっています。メタボリックシンドローム基準該当者では、「高血圧+脂質異常」の割合が高く、高血糖・高血圧・脂質異常の3リスク全てに該当する方の割合は3割を超えています。

【図表 7-1】 年齢階層別メタボリックシンドローム該当者のリスク状況（令和4年度）

予備群該当者	高血糖		高血圧症		脂質異常症	
	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)
合計	6	3.9	124	80.5	24	15.6
40～49歳	0	0.0	6	66.7	3	33.3
50～59歳	0	0.0	14	77.8	4	22.2
60～69歳	2	4.0	44	88.0	4	8.0
70～74歳	4	5.2	60	77.9	13	16.9

出典：KDB 厚生労働省様式（様式 5-3）

高血糖：メタボリックシンドローム予備群該当者のうち、血糖リスクに該当する方。

高血圧症：メタボリックシンドローム予備群該当者のうち、血圧リスクに該当する方。

脂質異常症：メタボリックシンドローム予備群該当者のうち、脂質リスクに該当する方。

割合：年齢階層別予備群該当者に占めるリスク別人数の割合。

【図表 7-2】 年齢階層別メタボリックシンドローム該当者のリスク状況（令和4年度）

基準該当者	高血糖+高血圧		高血糖+脂質異常症		高血圧+脂質異常症		3リスク全て	
	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)
合計	32	12.6	13	5.1	124	48.8	85	33.5
40～49歳	1	9.1	2	18.2	3	27.3	5	45.5
50～59歳	2	13.3	2	13.3	8	53.3	3	20.0
60～69歳	11	11.8	6	6.5	48	51.6	28	30.1
70～74歳	18	13.3	3	2.2	65	48.1	49	36.3

出典：KDB 厚生労働省様式（様式 5-3）

高血糖+高血圧症：メタボリックシンドローム基準該当者のうち、血糖リスク及び血圧リスクに該当する方。

高血糖+脂質異常症：メタボリックシンドローム基準該当者のうち、血糖リスク及び脂質リスクに該当する方。

高血圧症+脂質異常症：メタボリックシンドローム基準該当者のうち、血圧リスク及び脂質リスクに該当する方。

3リスク全て：メタボリックシンドローム基準該当者のうち、血糖・血圧・脂質の3リスク全てに該当する方。

割合：年齢階層別基準該当者に占めるリスク別人数の割合。

特定保健指導の該当率と終了率

特定保健指導に該当した方の割合をみると、令和3年度に低下したものの令和4年度はやや上昇しています。平成30年度と比較すると低下傾向にあります。

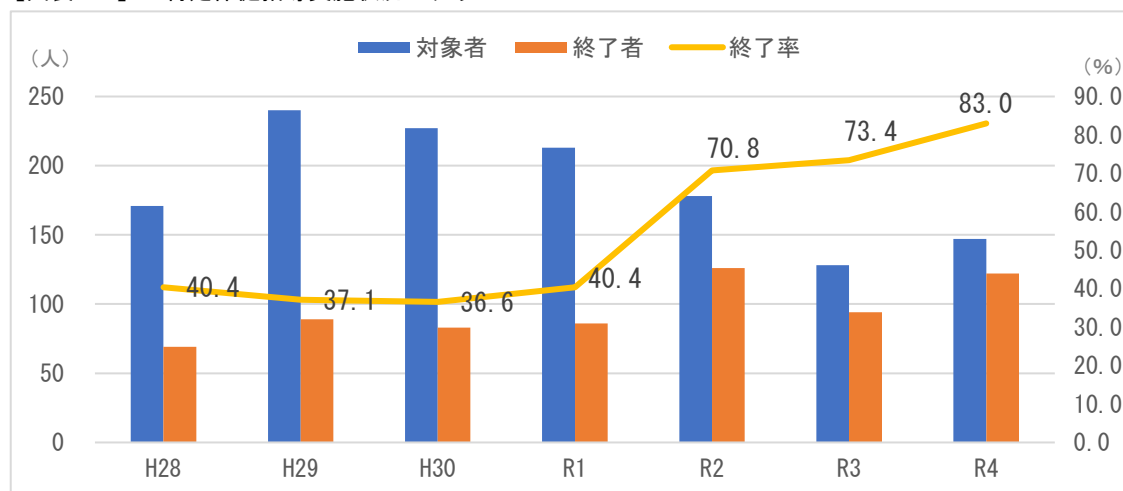
特定保健指導の実施状況をみると、令和元年度から徐々に上昇しており、令和2年度以降は目標値の60%を超えています。

【図表 8-1】 特定保健指導実施状況 表

	人数 (人)	該当割合 (%)	修了者 (人)	終了率 (%)
平成30年度	227	12.8	83	36.6
令和元年度	213	12.7	86	40.4
令和2年度	178	12.6	126	70.8
令和3年度	128	9.2	94	73.4
令和4年度	147	11.2	122	83.0

出典：法定報告データ

【図表 8-2】 特定保健指導実施状況 グラフ



出典：法定報告データ

第3章 データ分析の結果に基づく健康課題

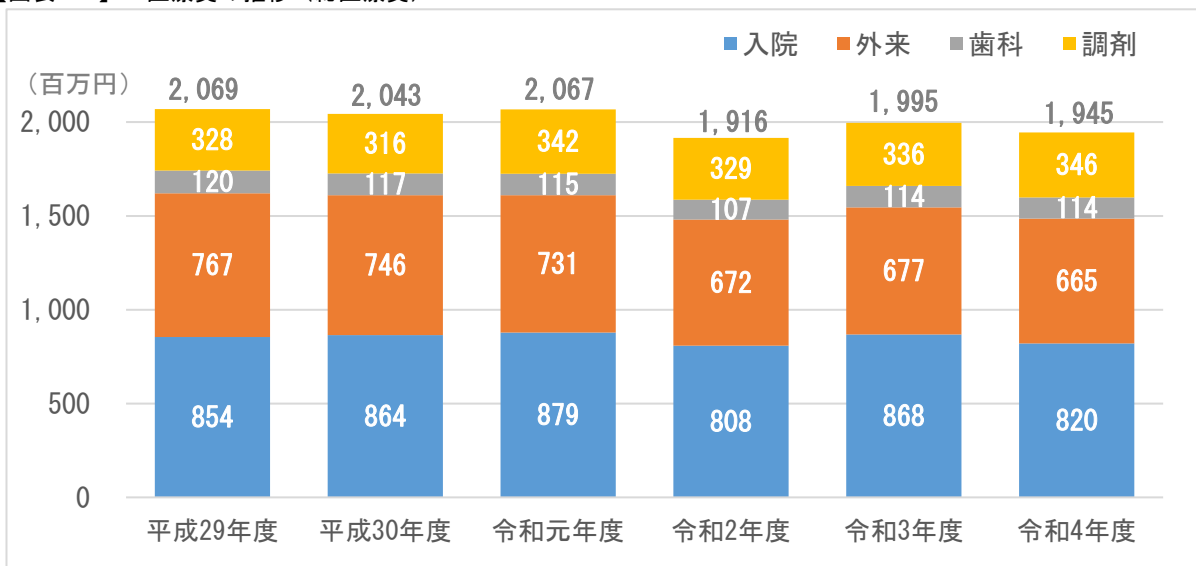
1 医療費の分析

(1) 医療費の状況

医療費の推移

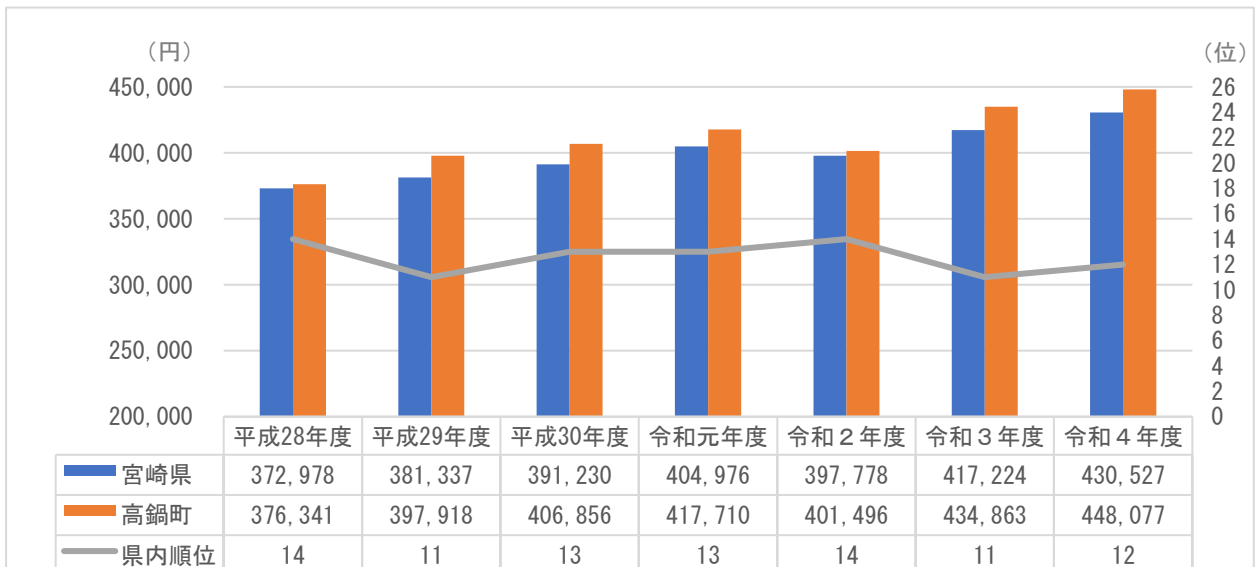
令和4年度の総医療費は1,944,891,530円となっており、一人当たり医療費は448,077円です。総医療費は減少傾向ですが、一人当たり医療費は増加傾向で平成29年度と比較すると19.1%増加しています。

【図表 9-1】 医療費の推移（総医療費）



出典：KDB 健康スコアリング（医療）

【図表 9-2】 医療費の推移（1人当たり医療費）



出典：高鍋町国民健康保険事業報告書（事業月報）

(2) 疾病別医療費の状況

疾病大分類別の医療費

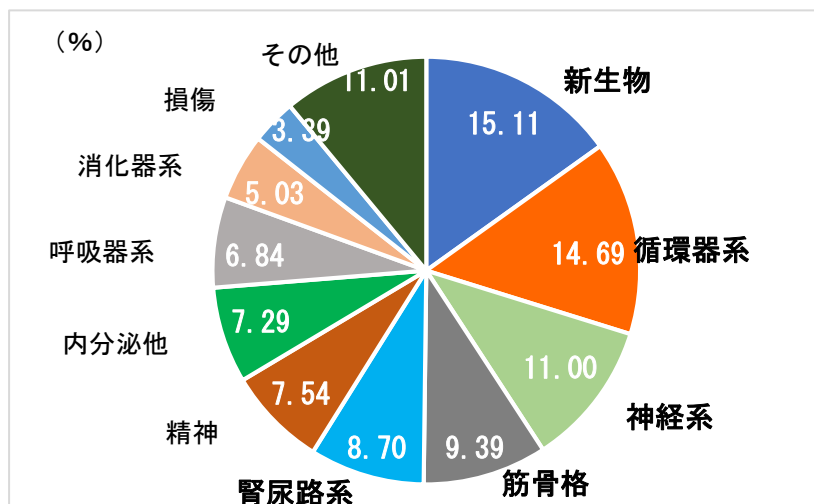
令和4年度の疾病大分類別に医療費を見ると、上位5分類で58.9%を占めており、新生物、循環器系が上位となっています。(図表10)

大分類別の医療費割合構造を経年で見ると、腎尿路系は減少傾向です。また、令和3年度を宮崎県と比較すると、新生物・循環器系の割合が高く、内分泌・腎尿路系の割合が低くなっています。(図表11)

大分類別医療費の上位10位について、令和3年度の医療費が高い順番で平成29年度から経年推移を確認すると、令和2年度にかけてはコロナ禍の影響もあり減少している項目もありますが、令和3年度で循環器系・筋骨格系・神経系等は上昇しています。腎尿路系は平成30年度をピークに年々減少しています。(図表12)

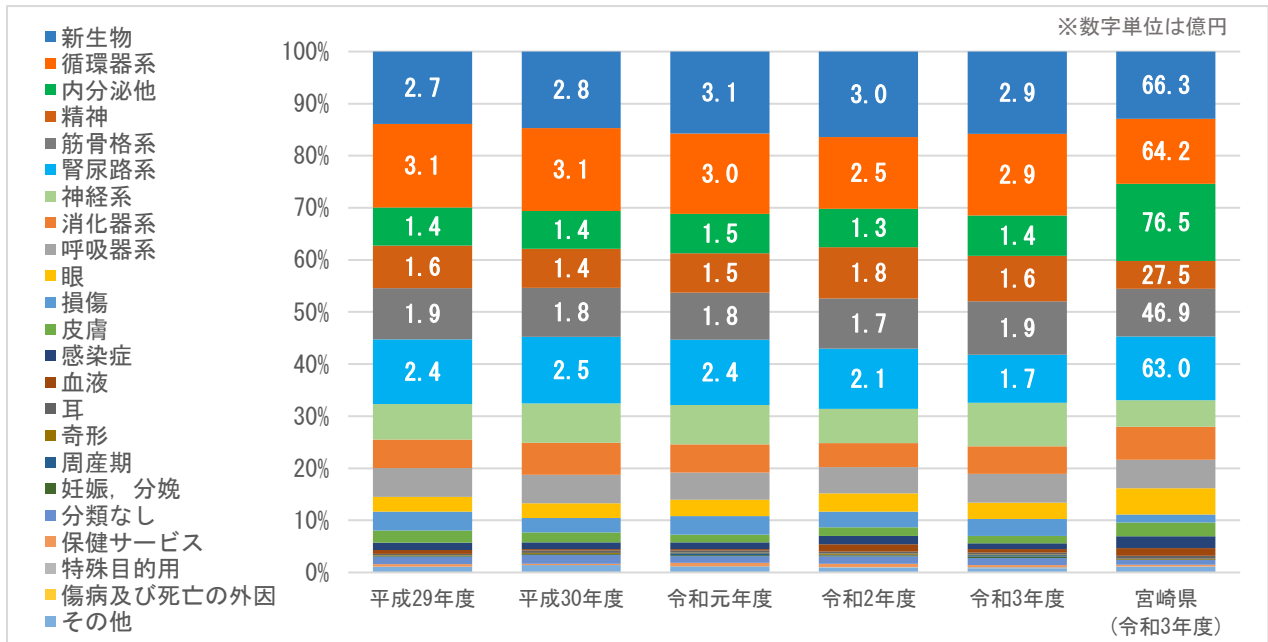
生活習慣病に関連する各疾患における受療率を経年で確認すると、どの疾患も増加傾向にあり、中でも本態性高血圧と脂質異常症の増加度合いが大きくなっています。(図表13)

【図表10】 令和4年度大分類別医療費構成割合（医科入院+医科外来）



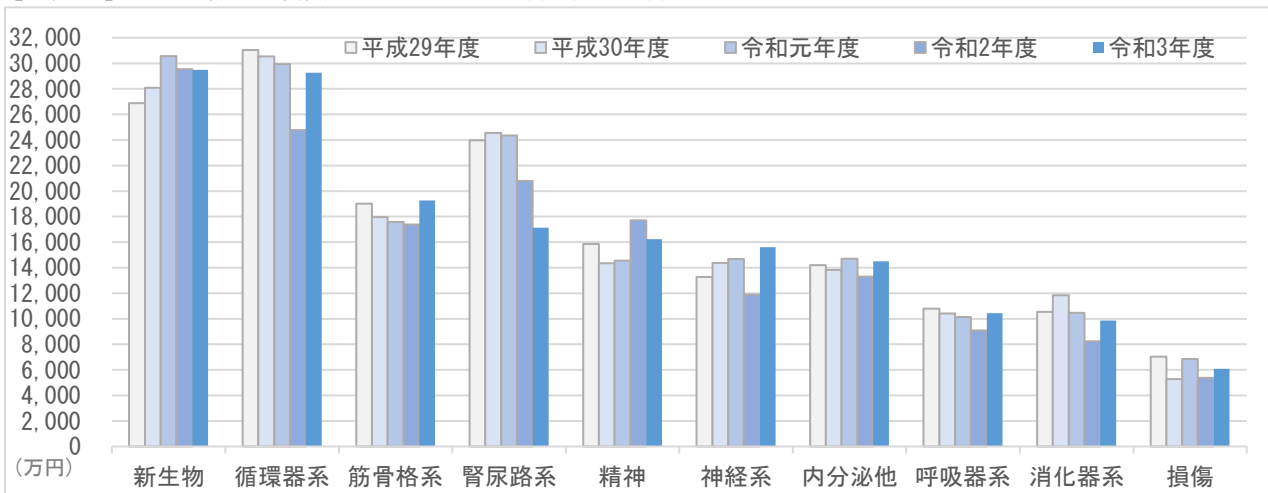
出典：KDB 疾病別医療費分析（大分類）

【図表 11】 大分類別医療費構成割合推移（医科入院+医科外来）



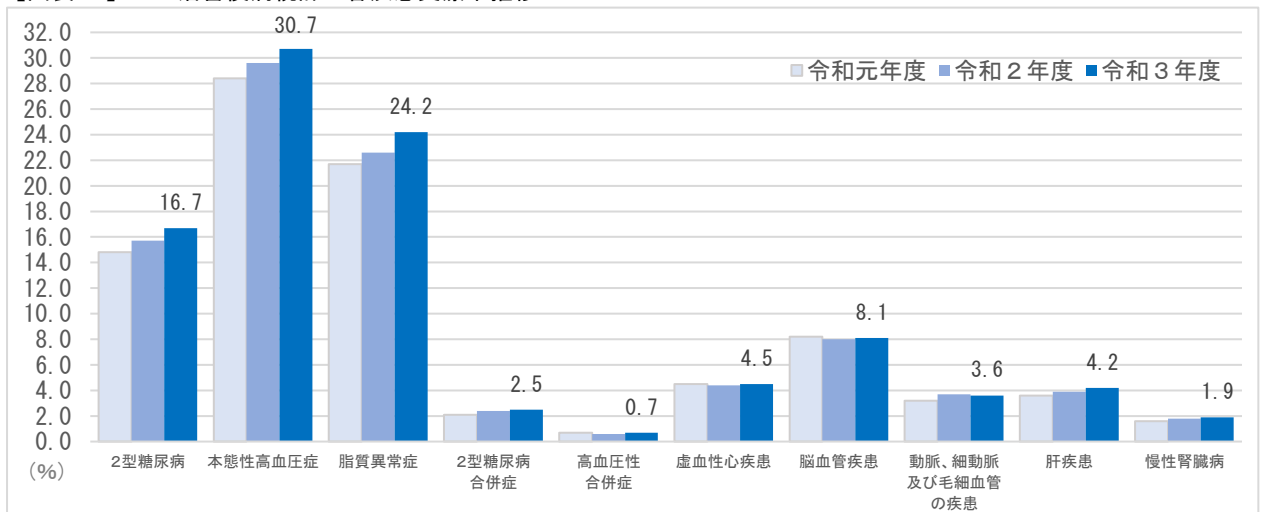
出典：KDB 疾病別医療費分析（大分類）

【図表 12】 大分類別医療推移 上位 10 位（医科入院+医科外来）



出典：KDB 疾病別医療費分析（大分類）

【図表 13】 生活習慣病統計 各疾患受療率推移



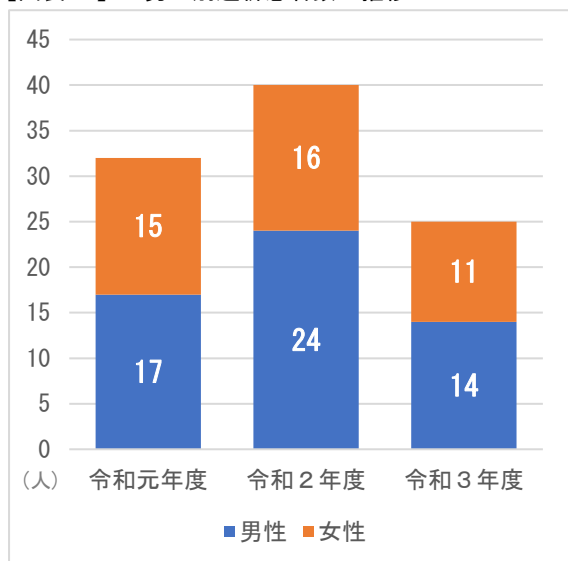
出典：KDB 疾病別医療費分析（生活習慣病）

(3) 透析患者の状況

透析患者の状況

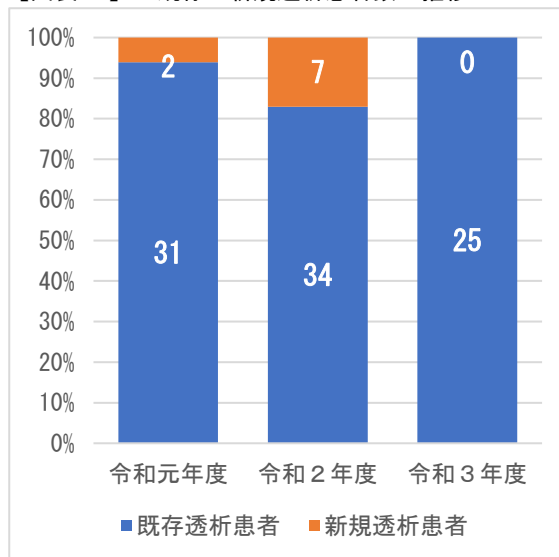
透析患者数を男女別に経年で比較すると、男女とも令和2年度から令和3年度は減少しており、全体の数も15人(△37.5%)減少しています。また、令和3年度は新規透析患者数は0人でした。

【図表 14】 男女別透析患者数の推移



出典：レセプトデータ

【図表 15】 既存・新規透析患者数の推移



出典：レセプトデータ

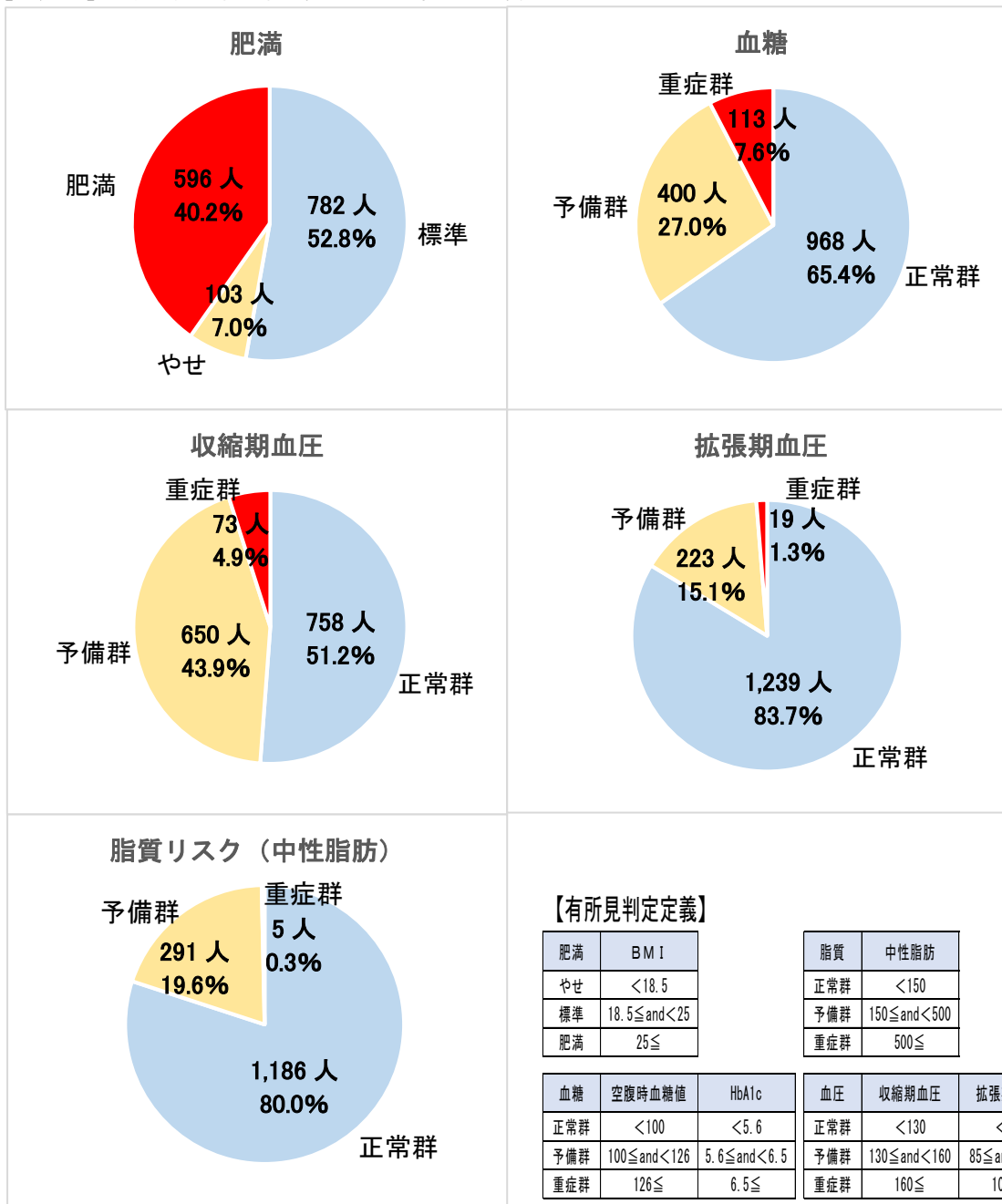
2 特定健康診査・特定保健指導の分析

(1) 特定健康診査の状況

健診有所見者の状況

令和4年度の健診データをもとに有所見者状況について確認すると、肥満の割合が4割近くおり、その他の項目では収縮期血圧のリスクのある方は半数近くに上っています。

【図表 16】 健診受診者の有所見の状況（令和4年度）



出典：マルチマーカーシステム 健診データ

(2) 心血管病リスクの状況

心血管病リスク層別化

令和4年度の健診データから高血圧ガイドライン2019をもとに心血管病リスクを層別に確認すると、高リスクに該当する方が394人(26.6%)、中リスクに該当する方が371人(25.1%)おり、全受診者のうち51.7%と半数以上の方がリスクが高いことが分かります。

循環器系疾患の医療費が伸びていることや高リスク者も多いことから、高血圧症に対する対策が必要です。

【図表 17】 心血管病リスク層別化

(人)

リスク層	正常血圧	正常高値血圧	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
リスク第1層	47	29	21	12	1	0
リスク第2層	192	188	213	157	37	3
リスク第3層	95	132	174	140	34	6

出典：マルチマーカーシステム 健診データ

(3) CKD重症度分類

腎機能重症度分類

令和4年度の健診データからエビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023に基づき、重症度分類を確認すると、41人(2.8%)が赤色で示した高リスクとなっています。

また、eGFRについて令和3年度と令和4年度を比較すると、20以上低下していた方が24人でした。糖尿病性腎症重症化予防プログラムをもとに第1～4期に分けて確認すると第4期に該当する方は3人(0.2%)で、前年度と比較して2人減少しています。

腎機能の低下から透析導入に移行すると多額の医療費が必要になるだけでなく、QOLを著しく低下させることにつながるため、重症化予防の取組が重要です。経年的に腎機能の変化等を確認し、今後の腎機能を予測した保健指導に取り組む必要があります。

【図表 18-1】 CKDの重症度分類 (人)

令和4年度		蛋白尿区分		
		A 1	A 2	A 3
GFR 区分	G 1	226	15	6
	G 2	875	77	29
	G 3 a	168	22	18
	G 3 b	15	6	9
	G 4	1	1	5
	G 5	0	1	0

出典：マルチマーカーシステム 健診データ

【図表 18-2】 eGFR 前年度比較 (R3→R4)

20以上低下	24人
10以上低下	120人

出典：マルチマーカーシステム 健診データ

【図表 18-3】 糖尿病性腎症重症化予防プログラム (病期分類)

	第1～2期 糖尿病かつ 尿蛋白±以下	第3期 糖尿病かつ 尿蛋白+以上	第4期 糖尿病かつ eGFRが30未満
令和4年度	160人(10.9%)	26人(1.8%)	3人(0.2%)
令和3年度	189人(11.2%)	23人(1.4%)	5人(0.3%)
前年度比(増減率)	△29人(△15.3%)	3人(13.0%)	△2(△40.0%)

出典：マルチマーカーシステム 健診データ

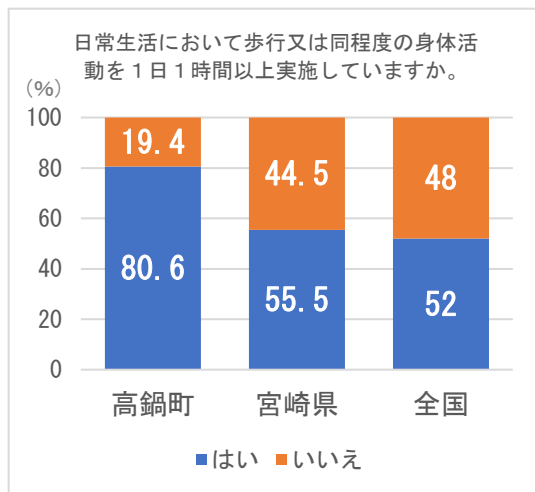
(4) 質問項目の状況

質問項目の状況

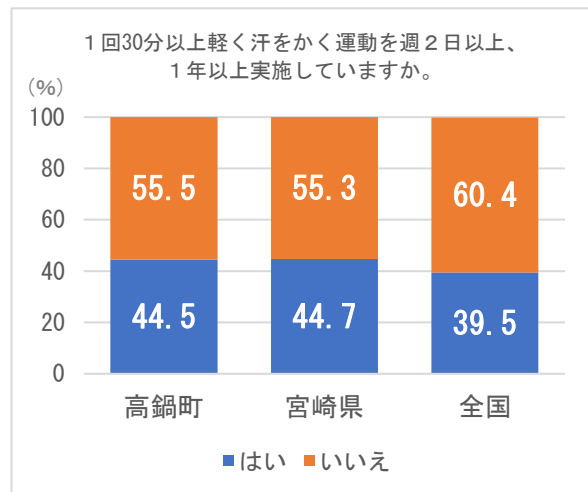
令和4年度の健診データから質問項目の結果を確認すると、1日1時間以上の身体活動を行っている割合は、全国・宮崎県と比較して高くなっています。また、軽い運動を1年以上続けている割合は、宮崎県と比較するとほぼ同じ割合ですが、全国と比較すると高い割合となっています。

また、生活習慣の改善について確認すると、宮崎県・全国と比較して改善意欲のない方の割合は低くなっており、特に6か月以上継続して生活習慣の改善に取り組んでいる方の割合は30.8%と全国・宮崎県と比較しても高い割合となっています。

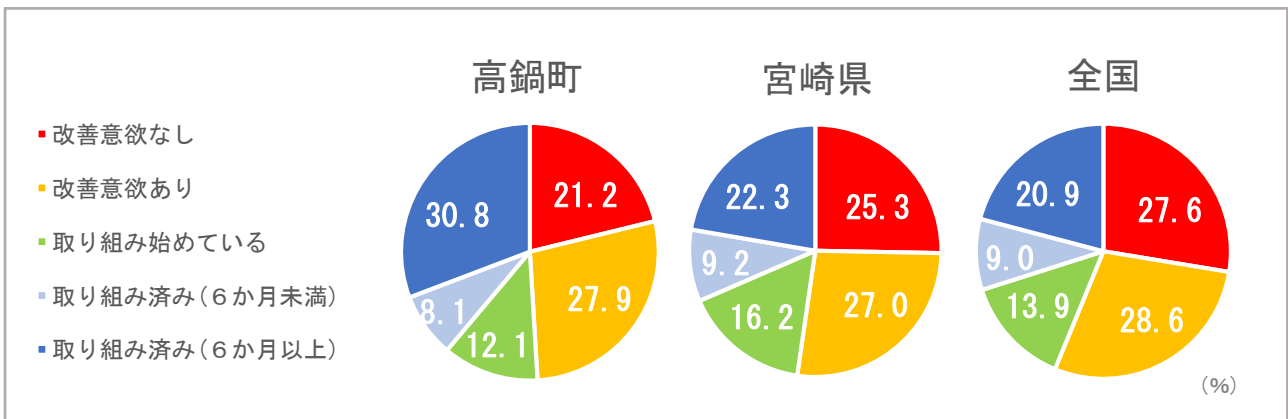
【図表 19-1】質問票の状況 運動①



【図表 19-2】質問票の状況 運動②



【図表 19-3】質問票の状況 生活習慣の改善意欲



出典：健診データ

(5) 健診未受診者の状況

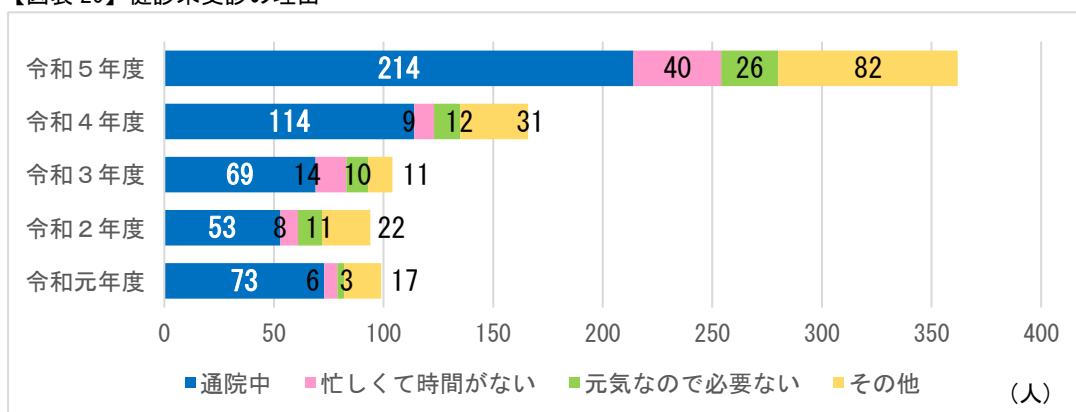
健診未受診者の状況

特定健康診査未受診者へ受診勧奨する中で「受診しない」と回答があった方に未受診の理由を確認しました。令和5年度は12月末時点の状況ですが、214人（59.1%）の方が医療機関に通院していることを理由に健診未受診となっていました。次いで「忙しくて時間が取れない」40人（11.0%）、「元気なので必要と思わない」26人（7.2%）となっていました。

令和4年度の特定健診の受診状況と医療機関の受診状況を確認すると、478人（12.3%）が健診・医療機関とも未受診であり、健康状態が把握できていない状況でした。

令和4年度の健診受診者と未受診者の医療費を比較すると、健診受診者の方が未受診者に比べ医科入院では90,650円低くなっています。

【図表 20】 健診未受診の理由



出典：健診案内回答書集計及び受診勧奨回答集計

【図表 21】 健診受診状況と医療機関受診状況（令和4年度）

人数(人)		医療機関受診状況	
		受診	未受診
健診受診状況	受診	1,309	65
	未受診	2,049	478

出典：KDB 補助システム KDB 突合データ分析

【図表 22】 健診受診者と未受診者の医療費（令和4年度）

	健診受診者(a)	健診未受診者(b)	差額(a-b)
医科入院	655,690円	746,340円	△90,650円
医科外来	29,010円	39,430円	△10,420円
医科入院+医科外来	39,840円	67,940円	△28,100円
歯科	13,770円	15,900円	△2,130円

出典：KDB 補助システム KDB 突合データ分析

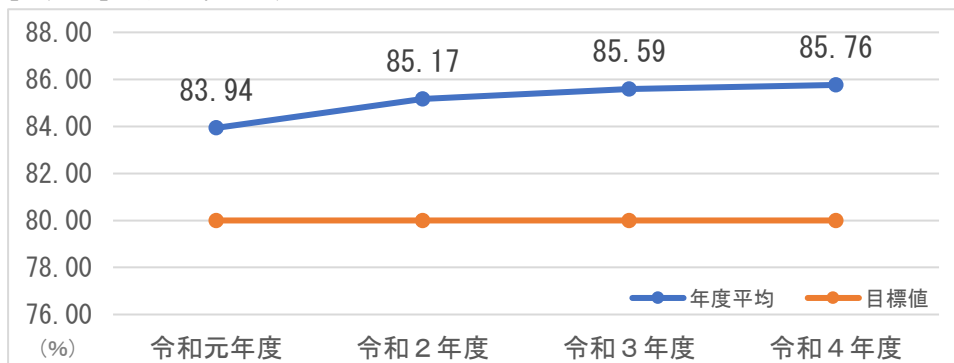
3 その他の保健事業に関する分析

(1) ジェネリック医薬品（後発医薬品）の状況

ジェネリック医薬品の状況

ジェネリック医薬品の数量シェアを令和元年度から経年で比較すると、目標としている 80% を超えており、その割合も徐々に増加しています。今後もジェネリック差額通知を発送し、医療費の適正化につなげる取組が必要です。

【図表 23】 後発医薬品の数量シェア



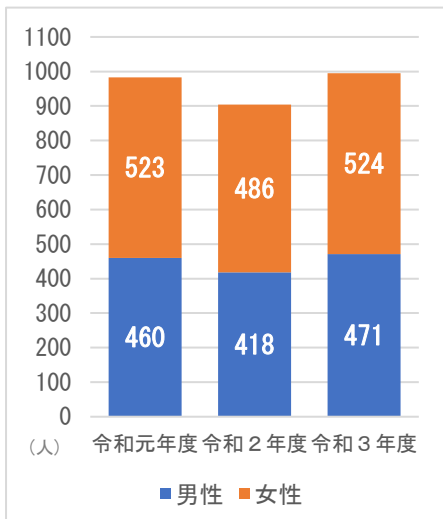
出典：レセプトデータ

(2) 重複・頻回受診者の状況

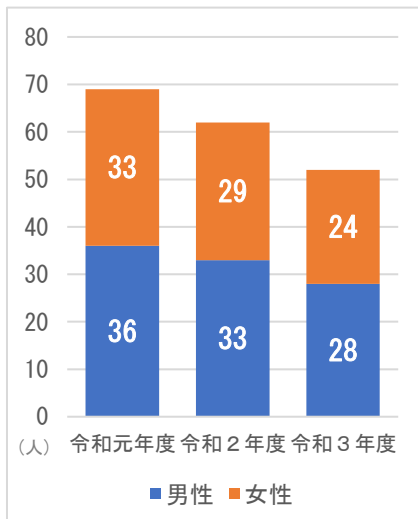
重複・頻回受診者の状況

重複受診者は、令和2年度には減少しましたが、令和3年度にはやや増加しています。頻回受診者と重複服薬者は減少傾向にあります。

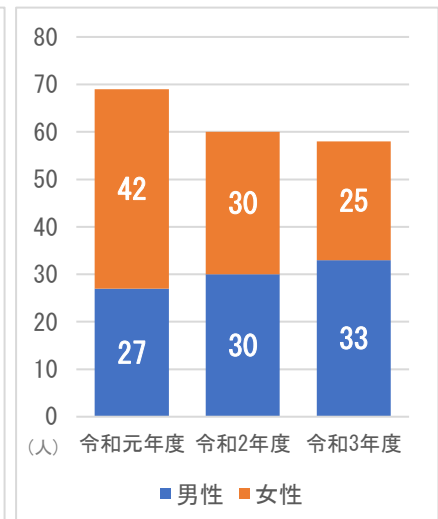
【図表 24-1】 重複受診者推移



【図表 24-2】 頻回受診者推移



【図表 24-3】 重複服薬者推移



出典：レセプトデータ（医科）

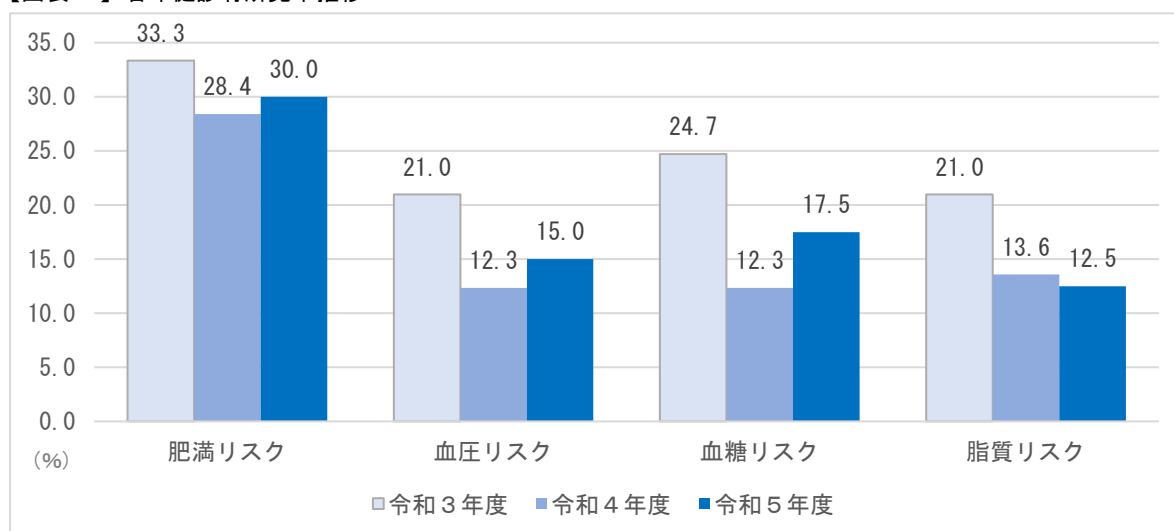
(3) 若年健康診査・保健指導の状況

若年健診の状況

若年健康診査は、若年層の健康意識の向上と疾病の早期発見・予防を目的に30歳・35歳の節目年齢を対象に実施してきました。その後、令和3年度からは健診機会のない19歳から39歳に対象年齢を拡大して実施しています。

健診データから有所見者の状況を経年で確認すると、脂質リスクは年々減少傾向です。その他のリスクは令和3年度と令和5年度を比較すると、減少傾向にはあるものの、令和4年度には減少したものが令和5年度は増加しています。今後も受診勧奨と保健指導を継続し、疾病の早期発見や早期からの重症化予防に取り組んでいく必要があります。

【図表 25】若年健診有所見率推移



出典：若年健診データ

【図表 26】若年健診受診状況

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
対象者数(人)	77	53	53	532	406
受診者数(人)	20	19	15	114	81
受診率(%)	26.0	35.9	28.3	21.4	20.0

出典：若年健診データ

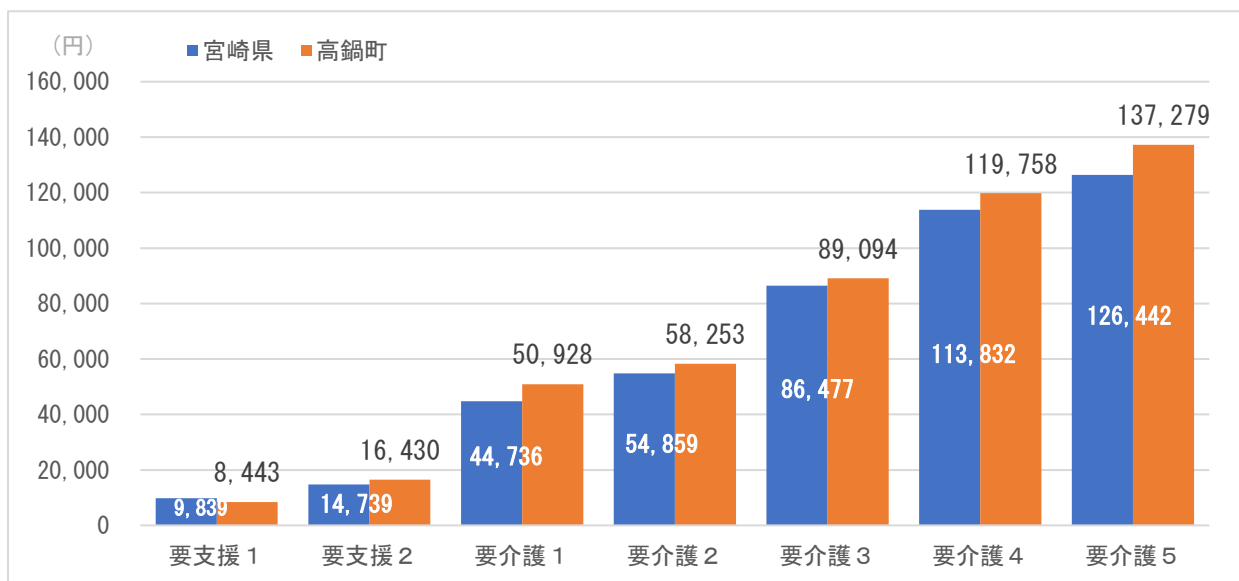
4 介護給付費に関する分析

介護給付費の状況

介護度別にレセプト1件あたりの介護給付費をみると、宮崎県と比較して要支援1以外の介護度で高くなっています。

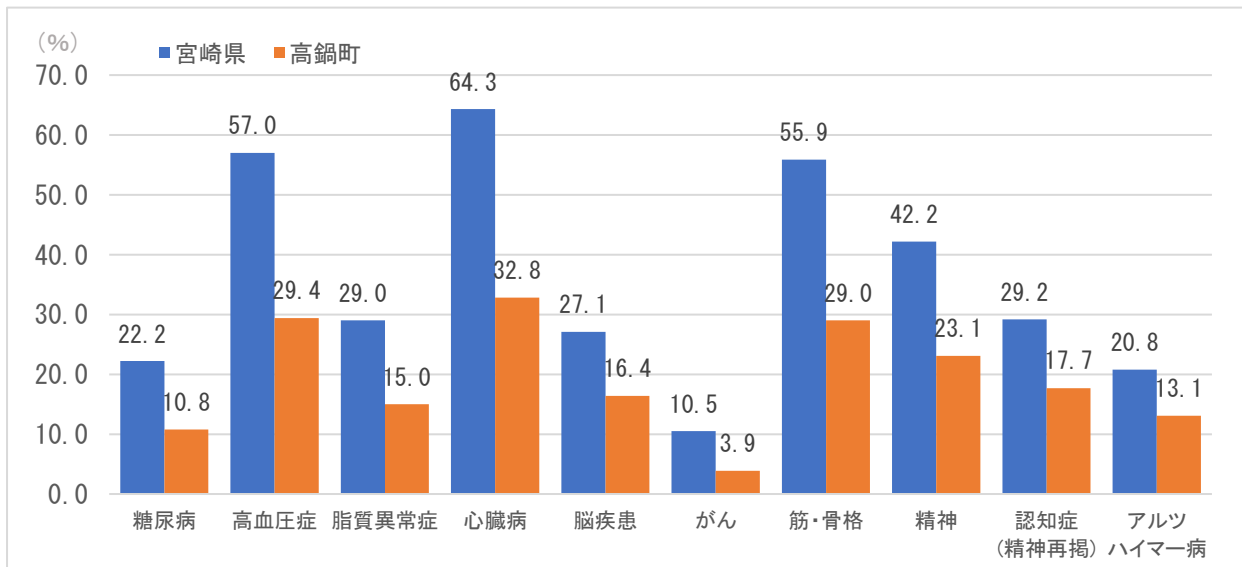
また、介護認定者の有病率を確認すると、割合の高い順に心臓病、高血圧症、筋骨格となっています。宮崎県と比較すると、すべての疾患で低い割合となっています。

【図表 27】令和4年度介護度別1件あたり介護給付費



出典：KDB 地域の全体像の把握

【図表 28】令和4年度介護認定者の有病率



出典：KDB 地域の全体像の把握

第4章 計画の取組

1 データヘルス計画全体における目的・目標

項目	抽出した健康課題	優先度	保健事業との対応
A	特定健診受診率が低く、未受診者の医療費が高い	2	事業1
B	メタボリックシンドローム基準該当者及び予備群の増加	3	事業2
C	循環器系疾患の医療費増大	1	事業3

項目	データヘルス計画全体における目的	評価指標	策定時	目標値 (%)						
			R 4	R 6	R 7	R 8	R 9	R10	R11	
A	生活習慣病を早期に発見し、重症化を予防する。	特定健診受診率	41.3%	42.5	43.5	44.5	45.5	46.5	47.5	
		特定保健指導実施率	83.0%	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	
		特定保健指導対象者の減少率	24.4%	24.5	24.6	24.7	24.8	24.9	25.0	
		若年健康診査受診率	20.0%	20.5	21.0	21.5	22.0	22.5	23.0	
B	生活習慣の改善により、メタボリックシンドローム基準該当者及び予備群の割合が減少する。	脱メタボ保健指導実施率	—	5.0	10.0	20.0	30.0	40.0	50.0	
		メタボリックシンドローム基準該当者の割合	19.2%	19.1	19.0	18.9	18.8	18.7	18.6	
		メタボリックシンドローム予備群の割合	11.7%	11.6	11.5	11.4	11.3	11.2	11.1	
C	循環器系疾患患者の減少により、医療費も減少する。	血圧が保健指導判定値以上の者の割合	50.7%	50.5	50.0	49.5	49.0	48.5	48.0	
		高血糖 (HbA1c6.5 以上)の者の割合	8.8%	8.5	8.2	7.9	7.6	7.3	7.0	
		脂質異常 (中性脂肪150mg/dl 以上)の者の割合	19.9%	19.8	19.7	19.6	19.5	19.4	19.3	
		高血圧保健指導値への保健指導実施率	67.7%	70.0	71.0	72.0	73.0	74.0	75.0	
		高血圧未治療者の医療機関受診率	12.1%	13.0	14.0	15.0	16.0	17.0	18.0	
		推定塩分量検査の基準値異常者の割合	—	検査導入を検討	検査導入	*検査導入後に数値目標を設定予定				

2 個別の保健事業

番号	事業名称	事業概要	優先度
1	健診受診率向上事業	データを活用した健診の未受診者に向けた効率的・効果的な対策を立案し、実施することで特定健診及び若年健診受診率の向上を図る。	2
2	脱メタボ保健指導事業	メタボリックシンドローム該当者（予備群含む）に対して、保健指導を行い、セルフ腹囲測定を推進する（特定保健指導対象者を除く）。また、スマートウェルネスシティ推進室との連携により、運動の習慣化への取組を行う。	3
3	循環器系疾患対策事業	ハイリスクアプローチとして高血圧リスク者への受診勧奨及び保健指導を実施し、情報連携シートを活用した医療機関との連携を図る。また、減塩食品や減塩レシピの紹介等のポピュレーションアプローチを行い、まちぐるみで減塩に取り組む。	1

(1) 健診受診率向上事業

事業の目的		特定健康診査及び若年健康診査の受診率を向上させ、特定保健指導等や医療機関への受診につなげることで、生活習慣病の早期対策を促進する。								
対象者		特定健康診査：国民健康保険加入の40～74歳 若年健康診査：国民健康保険加入の19～39歳								
実施計画		<ul style="list-style-type: none"> ・健診費用の無償化を継続 ・健診案内の個別通知 ・未受診者への受診勧奨の実施（通知・電話・訪問） ・インセンティブ事業の実施 ・民間企業との連携による受診勧奨事業の実施 ・医療機関（かかりつけ医・薬局・歯科医院）からの受診勧奨を実施 ・役場及び町施設での広報、ホームページやSNSを活用した広報 ・宮崎県や他保険者との協力による啓発活動 								
目標を達成するための主な戦略		<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関からの受診勧奨の強化 ・新規国保加入者への受診勧奨の強化 								
ストラクチャー	事業の実施体制	<ol style="list-style-type: none"> 1) 予算の確保 2) 受診勧奨を行う人材の確保 3) 受診状況を確認しながら事業を勧めることができたか。 								
プロセス	事業の実施方法	<ol style="list-style-type: none"> 1) 受診勧奨の内容は適切であったか。 2) 受診勧奨時期は適切であったか。 								
指標	項目	評価指標	評価対象・方法	策定時	目標値					
					実績値					
				R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット (実施量・率)	a	特定健診未受診者への受診勧奨実施率 (%)	受診勧奨実施人数 (40～74歳)/対象者	100	100	100	100	100	100	100
	b	新規国保加入者への受診勧奨実施率 (%)	受診勧奨実施者/新規国保加入者 (40～74歳)	70.0	70.0	72.0	74.0	76.0	78.0	80.0
	c	若年健診未受診者への受診勧奨実施率 (%)	受診勧奨実施人数 (19～39歳)/対象者	100	100	100	100	100	100	100
アウトカム (成果)	a	特定健診受診率 (%)	法定報告	41.3	42.5	43.5	44.5	45.5	46.5	47.5
	b	特定健診受診率 (40～64歳) (%)	法定報告	29.0	30.0	31.0	32.0	33.0	34.0	35.0
	c	若年健診受診率 (%)	受診者/対象者	20.0	20.5	21.0	21.5	22.0	22.5	23.0

*事業の詳細は、各年度毎に作成する高鍋町国民健康保険保健事業実施計画に定める。

(2) 脱メタボ保健指導事業

事業の目的		メタボリックシンドローム基準該当者及び予備群該当者を減少させることで、被保険者の生活習慣病を予防し、健康寿命延伸を図る。								
対象者		特定健診の結果、メタボリックシンドローム基準該当及び予備群に該当した方								
実施計画		<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団健診会場での脱メタボ保健指導の実施 ・ セルフ腹囲測定 of 推進 ・ 訪問による保健指導の実施 ・ 情報通信技術 (ICT) を活用した保健指導の推進 ・ インセンティブ事業 (成果に応じた特典付与等) の実施 ・ SWC 推進室との連携による健康ポイント事業の実施 								
目標を達成するための主な戦略		<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団健診会場での脱メタボ保健指導の導入 ・ セルフ腹囲測定普及キャンペーン ・ 成果に応じたインセンティブ事業の展開 								
ストラクチャー	事業の実施体制	<ol style="list-style-type: none"> 1) 予算の確保 2) 保健指導を行う人材の確保 								
プロセス	事業の実施方法	<ol style="list-style-type: none"> 1) 保健指導の内容は適切であったか。 2) アプローチの方法は適切であったか。 								
指標	項目	評価指標	評価対象・方法	策定時	目標値					
					実績値					
				R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット (実施量・率)	a	脱メタボ保健指導実施率 (%)	保健指導実施者/メタボ該当者及び予備群	—	5	10	20	30	40	50
	b	セルフ腹囲測定 of 指導割合 (%)	セルフ腹囲測定指導者/対象者	—	5	10	20	30	40	50
アウトカム (成果)	a	メタボ基準該当者の割合 (%)	法定報告	19.2	19.1	19.0	18.9	18.8	18.7	18.6
	b	メタボ予備群の割合 (%)	法定報告	11.7	11.6	11.5	11.4	11.3	11.2	11.1

* 事業の詳細は、各年度毎に作成する高鍋町国民健康保険保健事業実施計画に定める。

(3) 循環器系疾患対策事業

事業の目的		高血圧症重症化リスク者が適切に医療機関を受診すること及び治療中断者が再治療につながることで、全ての人が生活習慣の改善に取り組むことで、生活習慣病や慢性腎臓病等の重症化予防と健康寿命の延伸及び医療費の適正化を図る。								
対象者		特定健診の結果、高血圧受診勧奨値の判定を受けた方など								
実施計画		<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関との連携（情報連携シート）による受診勧奨や保健指導の実施 ・高血圧リスク該当者への保健指導や追加検査（尿蛋白定量検査や推定塩分量検査）の実施 ・減塩食品の利用促進や食生活改善の取組を推進 								
目標を達成するための主な戦略		<ul style="list-style-type: none"> ・減塩食品の利用促進事業の展開 ・高血圧該当者への保健指導や追加検査の実施 								
ストラクチャー	事業の実施体制	<ol style="list-style-type: none"> 1) 予算の確保 2) 保健指導を行う人材の確保 3) 追加検査の導入 								
プロセス	事業の実施方法	<ol style="list-style-type: none"> 1) 保健指導の内容は適切であったか。 2) アプローチの方法は適切であったか。 3) 追加検査の選定は適正であったか。 								
指標	項目	評価指標	評価対象・方法	策定時	目標値					
					実績値					
				R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット (実施量・率)	a	医療機関との情報連携シートの活用割合(%)	返信あり/対象者	—	5.0	10.0	15.0	20.0	25.0	30.0
	b	高血圧リスク該当者保健指導実施率(%)	保健指導実施者/対象者	67.7	70.0	71.0	72.0	73.0	74.0	75.0
アウトカム (成果)	a	高血圧の者の割合(%)	130/85 mmHg以上の方/健診受診者	50.7	50.0	49.0	48.0	47.0	46.0	45.0
	b	高血圧未治療者の医療機関受診率(%)	受診した方/対象者	12.1	13.0	14.0	15.0	16.0	17.0	18.0
	c	心血管病リスクが高リスク者の割合(%)	高リスク者/健診受診者	26.6	26.5	26.2	25.9	25.6	25.3	25.0

*事業の詳細は、各年度毎に作成する高鍋町国民健康保険保健事業実施計画に定める。

参考：データヘルス計画全体の進捗管理表

(%)

関連事業	共通指標	評価指標	策定時 R4	目標値						宮崎県 目標値	データ元
				R6	R7	R8	R9	R10	R11		
1	必須	特定健診受診率	41.3	42.5	43.5	44.5	45.5	46.5	47.5	60.0	特定健診等データ管理システム
	任意	特定健診受診率（40～64歳）	29.0	30.0	31.0	32.0	33.0	34.0	35.0	60.0	
	任意	特定健診受診率（65～74歳）	48.7	49.0	50.0	51.0	52.0	53.0	54.0	60.0	
	—	若年健診受診率	20.0	20.5	21.0	21.5	22.0	22.5	23.0	—	健診データ
2	必須	特定保健指導実施率	83.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	特定健診等データ管理システム
	任意	特定保健指導実施率（40～64歳）	80.3	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	
	任意	特定保健指導実施率（65～74歳）	84.9	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	
	必須	特定保健指導の対象者の減少率	24.4	24.5	24.6	24.7	24.8	24.9	25.0	25.0	
	任意	特定保健指導の対象者の減少率（40～64歳）	27.0	27.1	27.2	27.3	27.4	27.5	27.6	25.0	
	任意	特定保健指導の対象者の減少率（65～74歳）	22.0	22.1	22.2	22.3	22.4	22.5	22.6	25.0	
	—	メタボリックシンドローム基準該当者の割合	19.2	19.1	19.0	18.9	18.8	18.7	18.6	—	
	—	メタボリックシンドローム予備群該当者の割合	11.7	11.6	11.5	11.4	11.3	11.2	11.1	—	
3	必須	HbA1c8.0%以上の者の割合	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	1.0	DHパイロット
	任意	HbA1c8.0%以上の者の割合（40～64歳）	1.1	1.0	0.9	0.8	0.7	0.6	0.6	1.0	
	任意	HbA1c8.0%以上の者の割合（65～74歳）	2.0	1.9	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.0	
	必須	HbA1c6.5%以上の者の割合	8.8	8.5	8.2	7.9	7.6	7.3	7.0	6.0	
	必須	HbA1c6.5%以上のうち、糖尿病レセプトがない者の割合	8.6	8.5	8.4	8.3	8.2	8.1	8.0	9.1	
	必須	血圧130/85mm/Hg以上の者の割合	50.7	50.5	50.0	49.5	49.0	48.5	48.0	48.0	
	任意	運動習慣のある者の割合（男性）	46.5	47.5	48.5	49.5	50.5	51.5	52.5	66.0	
	任意	運動習慣のある者の割合（女性）	42.2	43.2	44.2	45.2	46.2	47.2	48.2	61.0	
	—	心血管病リスクが高リスク者の割合	26.6	26.5	26.2	25.9	25.6	25.3	25.0	—	
	—	推定塩分量検査の基準値異常者の割合	—	*検査導入後に設定予定						—	健診データ
	—	脂質異常（中性脂肪150mg/dl以上）の者の割合	19.9	19.8	19.7	19.6	19.5	19.4	19.3	—	
—	高血圧未治療者の医療機関受診率	12.1	13.0	14.0	15.0	16.0	17.0	18.0	—		
その他	任意	前期高齢者のうちBMIが20以下の者の割合	16.5	16.0	15.5	15.0	14.5	14.0	13.5	13.0	DHパイロット
	任意	咀嚼良好者の割合（50～74歳）	77.8	78.0	78.4	78.8	79.2	79.6	80.0	80.0	
	—	健康状態不明者への指導割合	63.2	65.0	66.0	67.0	68.0	69.0	70.0	—	KDBシステム 国保総合システム
	—	重複頻回受診者への指導割合	対象者なし	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	—	
	—	重複服薬者への指導割合	対象者なし	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	—	
	—	後発医薬品の使用割合	85.8	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0	—	

3 特定健康診査等の実施方法

本町では、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」（平成 19 年厚生労働省令 157 号。以下「実施基準」という。）に基づき、一定の条件のもと、効率的かつ質の高いサービスを提供できる特定健診実施機関を活用して実施してきました。第 4 期特定健診等実施計画についても引き続き、外部委託を活用して実施します。

(1) 対象者の見込み及び目標値の設定

		R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定健診	対象者数	3,000 人	2,950 人	2,900 人	2,850 人	2,800 人	2,750 人
	受診者数	1,275 人	1,284 人	1,291 人	1,297 人	1,302 人	1,307 人
	目標値	42.5%	43.5%	44.5%	45.5%	46.5%	47.5%
特定保健指導	対象者数	166 人	167 人	168 人	169 人	170 人	170 人
	実施者数	100 人	101 人	101 人	102 人	102 人	102 人
	目標値	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上

(2) 特定健康診査の実施方法

ア 健診項目

健診項目は、実施基準第 1 条に定められた「基本的な健診項目」と、「実施基準に関する大臣告示」（厚生労働省告示第 4 号平成 20 年 1 月 17 日）に基づき実施することができる「詳細な健診項目」を実施します。

なお、本町国保では、第 1 期計画から腎不全及び糖尿病にかかる医療費の伸びを踏まえて、基本的な健診項目において選択項目とされている空腹時血糖と HbA1c の両方を受診者全員に実施してきました。

また、法定項目の他に、腎不全の進行状態を把握する血清クレアチニン検査、腎機能低下の因子のひとつと言われている血清尿酸検査、がんや栄養障害の因子のひとつと言われている貧血検査、循環器系疾患など生活習慣病の重症化進展の指標となる心電図検査も全員に追加しています。

血清クレアチニン検査・心電図検査については、第 3 期計画から「実施基準に関する大臣告示」の中で、詳細な健診の項目に追加されることになりましたが、本町では、生活習慣病重症化予防の取組を推進していることから、引き続き追加項目として受診者全員に実施します。

〈基本的な健診の項目：健診対象者全員が受ける項目〉

健診項目		内容
質問（問診）		食事・運動習慣、服薬歴、喫煙習慣、飲酒、歯科口腔保健、特定保健指導の受診歴（※1）など
身体計測		身長、体重、BMI、腹囲
理学的所見		身体診察
血圧測定		収縮期血圧、拡張期血圧
血液検査	脂質検査	空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪（※1）、HDL コレステロール、LDL コレステロール
	血糖検査	空腹時血糖又は随時血糖、HbA1c
	肝機能検査	AST(GOT)、ALT (GPT)、 γ -GT(γ -GTP)
	腎機能検査	血清クレアチニン（※2）、eGFR（※2）
	尿酸検査	血清尿酸（※2）
尿検査		尿糖、尿蛋白

（※1）第4期に変更となった項目、（※2）本町国保独自の追加項目

〈詳細な健診の項目：一定の基準の下、医師の判断により選択的に受ける項目〉

健診項目	内容
心電図検査※	—
眼底検査	—
貧血検査※	赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値

※全員に実施するが、医師が必要と認めた場合は詳細な健診として実施する。

イ 実施方法

集団健診と個別健診の2方式で行います。

集団健診については、健診実施機関に委託し、実施します。

個別健診については、町内外の医療機関に委託して実施し、契約形態は児湯医師会と集合契約を結ぶほか、必要に応じて個々の医療機関と個別契約を結びます。

※委託については、高確法第28条及び実施基準第16条第1項に基づき、委託できる基準について厚生労働大臣の告示において定められています。

ウ 実施期間

特定健診の実施期間は、当該年度の5月1日～翌年3月31日とします。

エ 医療機関との連携（健診受診勧奨・みなし健診・健診後のフォロー体制の構築）

治療中であっても特定健診対象者であるため、かかりつけ医から対象者へ健診受診をすすめていただくよう、医療機関へ十分な説明を行い、協力医療機関を増やしていきます。

また、対象者の同意のもと、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして活用する「みなし健診」の利用をすすめ、特定健診検査項目情報提供事業の契約医療機関を増やしていきます。

その他、健診結果から受診判定値となった者や治療中のコントロール不良者等の情報連携を行い、かかりつけ医と連携した受診勧奨及び保健指導を推進していきます。

オ 代行機関

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

カ 周知や案内の方法

（ア）受診案内の方法

特定健診受診率の向上につながるよう受診案内を対象者に個別に通知し、一定期間経過後に申し込みや受診確認の取れなかった方については、再勧奨を行います。

また、一斉交付後に国保加入した方については、窓口での手続き時等に健診案内を行い、受診勧奨を行います。

（イ）周知の方法

町の広報誌である「広報たかなべ」や「お知らせたかなべ」、本町のホームページ等において制度案内をします。また、ポスター掲示により、医療機関・保険薬局・歯科医院や役場をはじめとする公共機関等において、広く町民に周知をします。

（ウ）健診結果の通知

健診結果については、郵送または対面により健診実施機関から受診者本人に直接通知します。

(3) 特定保健指導の実施方法

ア 対象者の選定

実施基準第4条に基づき、特定保健指導対象者の選定と保健指導レベルの階層化を行い、積極的支援、動機付け支援とされた方に対して、特定保健指導を実施します。

〈特定保健指導対象者（階層化）基準〉

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

BMI (体格指数) = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)

追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖: 空腹時血糖 100 mg/dl 以上または HbA1c 5.6% 以上 (空腹時血糖の判定値を優先)

②脂質: 空腹時中性脂肪 150 mg/dl 以上 (やむを得ない場合は随時中性脂肪 175 mg/dl 以上) または HDL コレステロール 40 mg/dl 未満

③血圧: 収縮期血圧 130mmHg 以上または拡張期血圧 85mmHg 以上

④喫煙の斜線欄は、階層化の判定が喫煙の有無に関係ないことを意味する。

※質問票において、「以前は吸っていたが最近1か月は吸っていない」場合は、「喫煙なし」として扱う。

イ 実施方法

(ア) 支援内容及び支援形態

目的		
特定健診の結果から、対象者が自らの生活習慣における課題に気づき、自らの意思による行動変容によって内臓脂肪の蓄積に起因する健康課題を改善し、健康的な生活を維持することで、生活習慣病への移行を予防します。		
指導レベル	支援内容	支援期間等
動機付け支援	初回面接による支援のみの原則1回とする。 ○初回面接 一人当たり 20 分以上の個別支援(ICT 含む)、または1グループ(1グループはおおむね8人以下)当たりおおむね 80 分以上のグループ支援(ICT 含む)。 ○3か月以上経過後の評価 設定した行動目標が達成されているか並びに身体状況及び生活習慣に変化が見られたかどうかを評価する。面接または通信手段を利用して行う。	原則1回の支援

積極的支援	<p>初回面接による支援を行い、その後、3か月以上の継続的な支援を行う。</p> <p>○初回面接 一人当たり 20 分以上の個別支援(ICT 含む)、または1グループ(1グループはおおむね8人以下)当たりおおむね 80 分以上のグループ支援(ICT 含む)。</p> <p>○3か月以上の継続的な支援 アウトカム評価とプロセス評価を合計し、180 ポイント以上の支援を実施することを条件とする。個別支援(ICT 含む)、グループ支援(ICT 含む)のほか、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせる。</p> <p>○3か月以上経過後の評価 アウトカム評価(成果が出たことへの評価)を原則とし、プロセス評価(保健指導実施の介入量の評価)も併用する。</p>	3か月以上				
	<p>アウトカム評価</p> <table border="1"> <tr> <td>主要達成目標</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・腹囲 2 cm・体重 2 kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024 を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少 </td> </tr> <tr> <td>目標未達成の場合の行動変容評価指標</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・腹囲 1 cm・体重 1 kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善) </td> </tr> </table>		主要達成目標	<ul style="list-style-type: none"> ・腹囲 2 cm・体重 2 kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024 を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少 	目標未達成の場合の行動変容評価指標	<ul style="list-style-type: none"> ・腹囲 1 cm・体重 1 kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)
	主要達成目標		<ul style="list-style-type: none"> ・腹囲 2 cm・体重 2 kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024 を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少 			
	目標未達成の場合の行動変容評価指標		<ul style="list-style-type: none"> ・腹囲 1 cm・体重 1 kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善) 			
<p>プロセス評価</p> <table border="1"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・支援種別による評価(個別支援(ICT 含む)、グループ支援(ICT 含む)、電話、電子メール・チャット等) ・健診後早期の保健指導実施を評価 </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> ・支援種別による評価(個別支援(ICT 含む)、グループ支援(ICT 含む)、電話、電子メール・チャット等) ・健診後早期の保健指導実施を評価 					
<ul style="list-style-type: none"> ・支援種別による評価(個別支援(ICT 含む)、グループ支援(ICT 含む)、電話、電子メール・チャット等) ・健診後早期の保健指導実施を評価 						

動機付け支援は、初回面接から3か月经過後に実績評価を行います。

積極的支援は、初回面接から実績評価を行うまでの期間を3か月以上経過後とします。特定健診結果並びに食習慣、運動習慣、喫煙習慣、休養習慣その他の生活習慣の状況に関する結果を踏まえ、面接による支援及び行動計画の進捗状況に関する評価(中間評価)及び実績評価を行います。

(イ) 健診当日等特定保健指導の初回面接実施

健診の同日または1週間以内に、保健指導の初回面接を実施できることとします。健診の同日または1週間以内に初回面接を実施した場合は、健診結果通知後すみやかに2回目の初回面接を行うこととします。

(ウ) ICT(情報通信技術)を活用した特定保健指導

対象者の利便性を確保するため、初回面接からプライバシーに配慮しつつ、ICTを用いた特定保健指導の導入について検討します。

ウ 利用勧奨の方法

対象者全員に、特定保健指導の利用勧奨を訪問・電話・通知により実施します。基本的には訪問によるアプローチを行い、時間帯等を変更しても会うことができない方については、電話や通知等の方法により利用勧奨を行います。

(4) サービスの質の確保・向上のための仕組みづくり

本町国保が実施する特定健診等は、医療機関や民間事業者に外部委託して実施することから、事業の実施主体として、委託先の業務の実施状況や特定健診等に対する苦情を受診者等から把握し、質の高い特定健診等のサービスが提供されるよう事業者に対する指導・監督を行います。

また、特定健診等の事業を実施する職員及び専門職は、知識・技術の向上やサービスの質の向上に努めていきます。

ア 事業者に対する指導・監督体制の整備

質の高い特定健診等のサービスが提供されるよう事業者に対する情報提供や指導を実施します。

イ 事業者及び従事者の質の向上の支援

特定健診等のサービスの質の確保を図るため、人材育成に取り組みます。

ウ 研修機会の提供

最新の科学的知見に基づいた効果的な健診・保健指導が実施されるよう、宮崎県や関係団体が実施する研修を事業者へ紹介し、職員においては積極的に受講します。

4 地域包括ケアの取組

令和2年4月から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」が本格施行となり、被保険者一人一人の暮らしを地域全体で支える地域共生社会の体制の構築・実現を目指す、地域包括ケアシステムの充実・強化が推進されています。

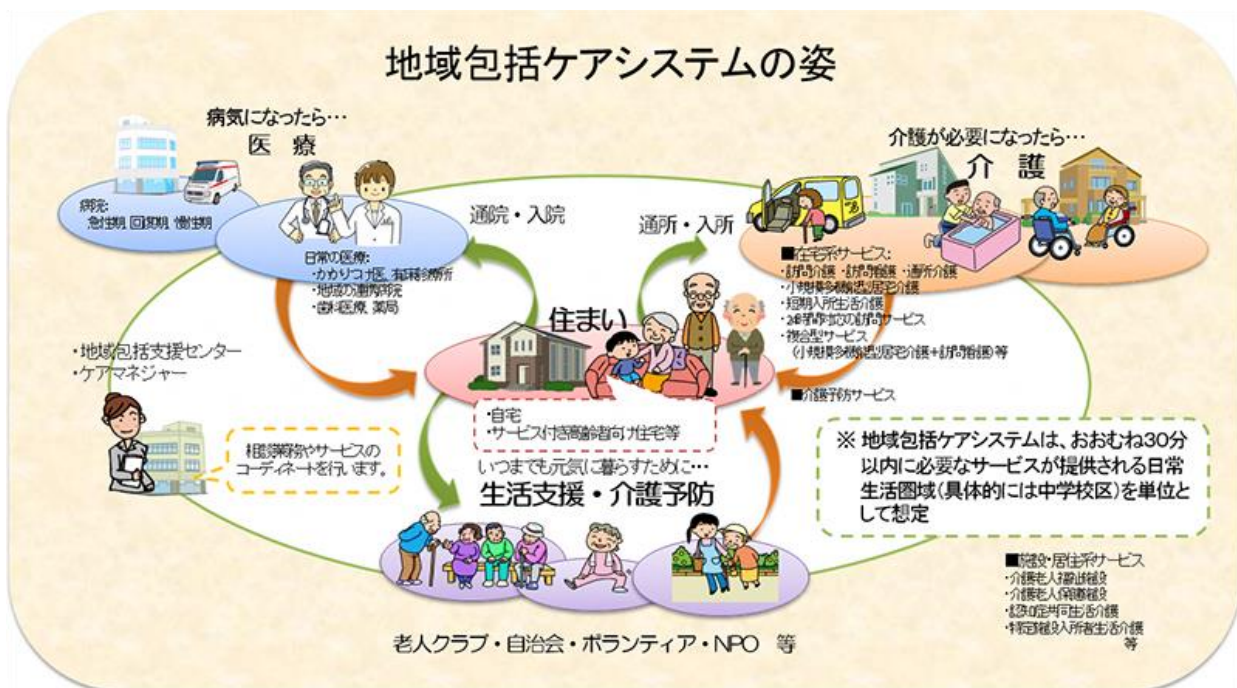
地域包括ケアとは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、介護が必要な状態になっても可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように支援する仕組み(システム)のことです。国民健康保険では地域包括ケアシステムの充実に向けて、下記の取り組みを実施していきます。

●地域で被保険者を支える連携の促進

医療・介護・保健・福祉などについての議論の場に国保保険者として参加し、地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局として参画します。

●高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施における連携の推進

「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」に向けて、事業の円滑な実施のために当該事業を行う介護・高齢者福祉係と協力して取り組みます。



出典：厚生労働省ホームページ

5 計画の評価・見直し

(1) 評価方法

本計画に沿って、各保健事業の実施状況や実施後の成果の検証・評価を行います。

特定健診結果データを有効に活用し、メタボリックシンドローム基準該当者・予備群該当者の減少状況により、健診・保健指導プログラムが有効であったか評価を行います。また、「疾病・障害及び死因の統計分類基本分類表」(ICD-10)に基づいて分類される疾病の受療状況について、レセプトを活用して、医療費の適正化の観点から評価を行います。

(2) 評価の時期及び計画の見直し

個別の保健事業の評価を年度毎に行うことを基本として、評価指標に基づき事業効果や目標の達成状況を確認します。また、宮崎県国保連合会の「保健事業支援・評価委員会」において各分野の専門職や有識者からの評価と助言をもとに、データヘルス計画全体の間接評価を令和8年度に行い、計画取組の進捗状況を確認し、必要に応じて実施方法や数値目標の見直しを行います。

6 計画の公表・周知

本計画は、本町国保被保険者及び保健医療関係者等に対し、全文を本町ホームページ等に掲載し、公表・周知します。

なお、「特定健診等実施計画」は、高確法第19条第3項により作成・変更時は遅滞なく公表することが義務付けられています。

7 個人情報の保護

特定健診等の記録は、必要に応じて高鍋町の保健事業、保健指導及び統計分析等に活用しますが、特定健診等の記録の取扱いに当たっては、個人情報保護の観点から適切な対応を行います。

特定健診・特定保健指導の結果についてデータの取扱いについては、個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン等を踏まえて適切に対応します。

また、特定健診・特定保健指導を受託した事業者に対しても、同様の取扱いをするとともに、業務で知り得た個人情報の守秘義務を徹底し、業務終了後も同様とします。

8 用語の説明

用語	説明
診療報酬明細書 (レセプト)	保健医療機関等が診療を行ったときの医療費を、保険者に対して請求する診療報酬請求書に添付する書類です。患者ごとに毎月一枚作成し、各月に実際に行った診療内容と個々の診療行為に要した費用の額を記入するもので、請求書の明細を示すために作成されています。
国保データベース (KDB)システム	国保データベース(KDB)システムは国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種制度の審査支払業務及び保険者事務共同電算業務を通じて管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療(後期高齢者医療含む)」、「介護保険」等に係る情報を活用し、統計情報等を保険者向けに情報提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実務をサポートすることを目的として構築されたシステムです。
健康寿命	健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間のことです。
平均自立期間	日常生活に介護を要しない期間の平均を指します。ここでは、介護保険法の要介護認定における1号被保険者(65歳以上)の「要介護2～要介護5」を介護を要する状態としました。
特定健康診査	メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目した健康診査です。40歳～74歳が対象で、糖尿病や心臓病、脳卒中などの生活習慣病を早期発見し、重症化を防ぐことを目的としています。
特定保健指導	<p>特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高い人に対して医師や保健師、管理栄養士等が対象者一人ひとりの身体状況に合わせた生活習慣病を見直すためのサポートをすることです。</p> <p>腹囲やBMI、リスク(下記の①～④)に応じて階層化を行い、「積極的支援」「動機づけ支援」「情報提供」の3つに分類されます。</p> <p>①血糖:空腹時血糖 100 mg/dl 以上又はHbA1c5.6%以上 ②脂質:中性脂肪 150 mg以上又はHDL コレステロール 40 mg/dl 未満 ③血圧:収縮期血圧 130mmHg 以上又は拡張期血圧 85mmHg 以上 ④質問票:喫煙あり</p> <p>※血糖、脂質、血圧で薬の服用がある場合は、特定保健指導に含まない。 ※65歳以上の方は、積極的支援となった場合でも動機づけ支援とします。</p>
メタボリックシンドロームの基準該当及び予備群該当	<p>メタボリックシンドロームとは、内臓脂肪蓄積に加えて、血糖や脂質(HDL コレステロールと中性脂肪)、血圧が一定以上の値を示している場合をいいます。内臓脂肪の蓄積により、動脈硬化が進行しやすく、心筋梗塞や脳卒中を発症しやすくなります。</p> <p>このうち、「メタボリックシンドローム基準該当」とは、腹囲(男性 85 cm以上、女性 90 cm以上)に加えて、下記①から③の項目のうち2つ以上該当する場合をいいます。また、「メタボリックシンドローム予備群該当」とは、腹囲(男性 85 cm以上、女性 90 cm以上)に加えて、下記①から③の項目のうち1つ該当する場合をいいます。</p> <p>①血糖:空腹時血糖 110 mg/dl 以上(HbA1c6.0%以上に相当) ②脂質:中性脂肪 150 mg以上又はHDL コレステロール 40 mg/dl 未満 ③血圧:収縮期血圧 130mmHg 以上又は拡張期血圧 85mmHg 以上</p> <p>※血糖、脂質、血圧で薬の服用がある場合は、それぞれの項目に含めます。</p>
ジェネリック医薬品 (後発医薬品)	医薬品の有効成分そのものに対する特許である物質特許が切れた医薬品を、他の製薬会社が製造・供給する医薬品のことです。開発費が大幅に削減できるため、新薬と同じ有効成分・同等の効き目でありながら、薬の価格を安く抑えることができます。

9 関係法令

法令	説明
高齢者の医療の確保に関する法律	高齢者の適切な医療の確保を図るため、医療費適正化推進計画、保険者による健康診査、前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整、後期高齢者医療制度の創設などについて定めた法律です。
高齢者の医療の確保に関する法律 第 18 条	「特定健康診査等基本指針」について定めています。(以下、1 項抜粋) 国は、特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針を定めます。
特定健康診査等基本指針	特定健康診査及び特定保健指導の実施方法に関する基本的な事項、特定健康診査及び特定保健指導の実施及びその成果に係る目標に関する基本的な事項並びに特定健康診査等実施計画の作成に関する重要事項を定めるものです。
高齢者の医療の確保に関する法律 第 19 条	特定健康診査等実施計画について定めています。 保険者は「特定健康診査等基本指針」に即して、「特定健康診査等実施計画」を定めるものとしています。
医療費適正化計画	「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、国が策定する「医療費適正化基本方針」で示す取組目標・医療費の推計方法に即して、都道府県が「医療費適正化計画」を作成します。
特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準	「高齢者の医療の確保に関する法律」の規定に基づき、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準を定めたものです。 《第1条》 特定健康診査の項目を定めています。 《第 16 条》 特定健康診査及び特定保健指導の実施の委託に関して定めています。
高齢者の医療の確保に関する法律 第 28 条	特定健康診査及び特定保健指導の実施の委託に関して定めています。 保険者は、特定健康診査等について、健康保険法第六十三条第三項各号に掲げる病院又は診療所その他適当と認められるものに対し、その実施を委託することができます。また保険者は、自らが保存する特定健康診査又は特定保健指導に関する記録の写しその他必要な情報の提供についても定めています。
国民健康保険法 第 82 条	市町村及び組合は、特定健康診査等を行うものとするほか、これらの事業以外の事業であって、健康教育、健康相談及び健康診査並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。(第 1 項抜粋)
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	保険者は、健康・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、保健事業の実施及び評価を行うこととしています。

高鍋町健康保険課国保・高齢者医療係

〒884-8655 宮崎県児湯郡高鍋町大字上江 8437 番地

TEL 0983-26-2007 FAX 0983-23-6303

令和6年3月発行