

今帰仁村国民健康保険 第 3 期保健事業実施計画 (データヘルス計画)

(第 4 期特定健康診査等実施計画)
令和 6 年度～令和 11 年度

今帰仁村国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方1

1. 背景・目的
2. 計画の位置付けと基本的な考え方
3. 計画期間
4. 関係者が果たすべき役割と連携
 - 1) 市町村国保の役割
 - 2) 関係機関との連携
 - 3) 被保険者の役割
5. 保険者努力支援制度

第2章 第2期計画に係る考察及び第3期における健康課題の明確化10

1. 保険者の特性
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
 - 2) 主な個別事業の評価と課題
 - 3) 第2期データヘルス計画に係る考察
3. 第3期における健康課題の明確化
 - 1) 基本的考え方
 - 2) 健康課題の明確化
 - 3) 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)33

1. 第四期特定健康診査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. 個人情報の保護
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39

- 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. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
3. 虚血性心疾患重症化予防
4. 脳血管疾患重症化予防

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

Ⅳ. 発症予防

Ⅴ. ポピュレーションアプローチ

第 5 章 計画の評価・見直し67

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

第 6 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い68

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料69

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

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^{※1}」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。」とされました。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。))において市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル^{※2}に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

またその後、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、令和 2 年 7 月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2020(骨太方針 2020)^{※3}」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組みの推進が掲げられ、令和 4 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^{※4}2022」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行うとともに、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、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。

このような国の動きや本村の課題等を踏まえ、本村では、保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づいて、「第 3 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。

※1 日本再興戦略:我が国の経済再生に向けて、産業基盤の強化、医療・エネルギー等の市場創出、国際経済連携の推進や海外市場の獲得等、第二次安倍内閣が掲げた成長戦略のこと(H25.6 閣議決定)

※2 PDCA サイクル:P(計画)→D(実施)→C(評価)→A(改善)を繰り返し行うこと

※3 経済財政運営と改革の基本方針:政府の経済財政政策に関する基本的な方針を示すとともに、経済、財政、行政、社会などの分野における改革の重要性和その方向性を示すもの

※4 新経済・財政再生計画 改革行程表:新経済・財政再生計画に掲げられた主要分野ごとの重要課題への対応と KPI(重要業績評価指標)、それぞれの政策目標とのつながりを明示することにより、目指す成果への道筋を示すもの

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業の実施計画(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す。

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、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業(支援)計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。(図表1)

また、「特定健診等実施計画」は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あることから、保健事業実施計画(データヘルス計画)と一体的に策定することとします。ただし、保健事業実施計画(データヘルス計画)の対象者は、被保険者全員とします。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)^{※5}」(以下「プログラム」という。)は、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。(図表2・3・4・5)

本村では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB^{※6})を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

※5 標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)において中長期的な目標疾患は、脳血管疾患・心疾患、糖尿病合併症の減少を用いている。(図表2参照)

なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

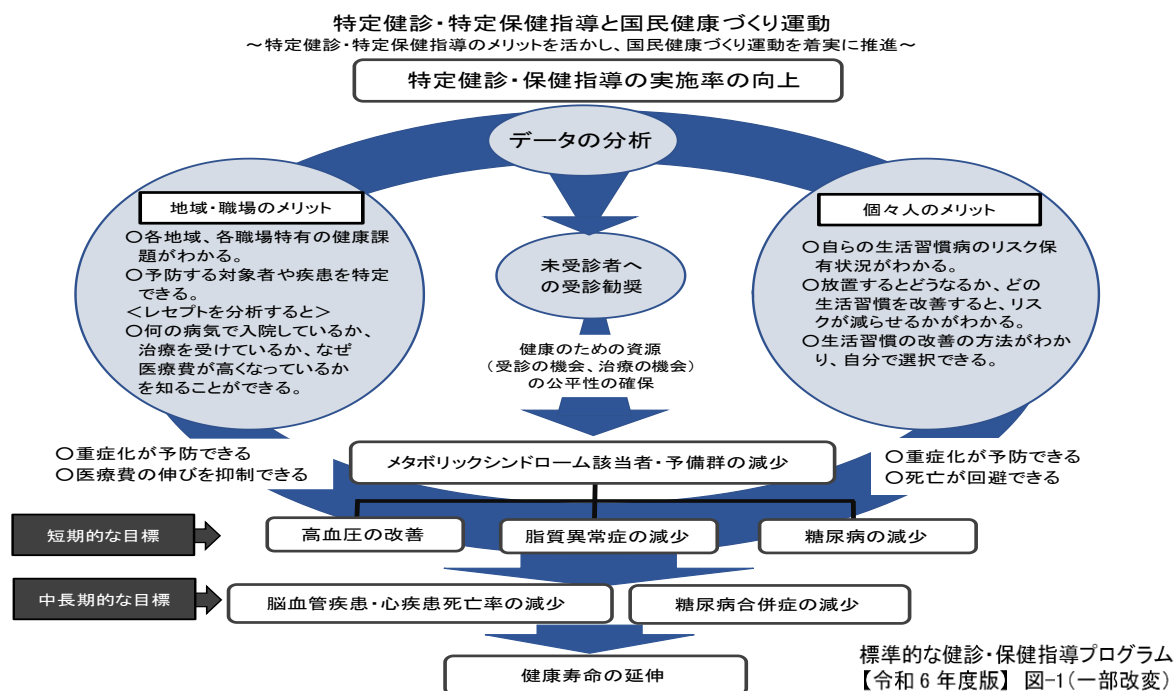
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

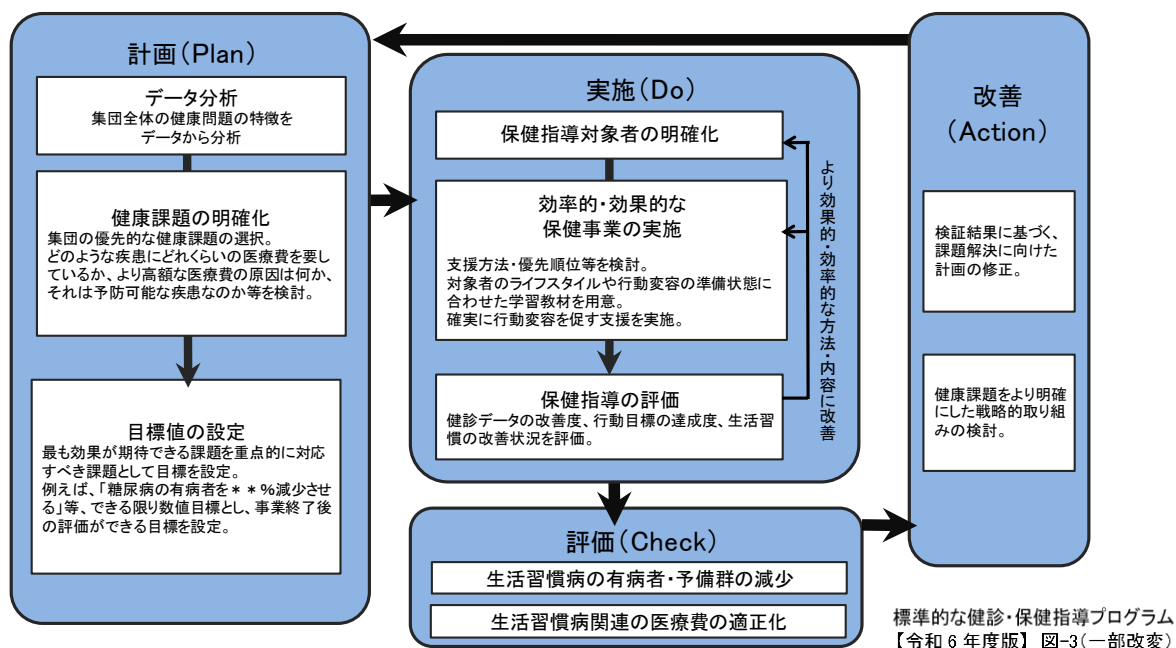
	健康増進計画	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法		医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「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改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 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	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県・義務 市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者・義務	都道府県・義務	都道府県・義務	市町村・義務 都道府県・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、誰一人取り残さない健 康づくりの展開により実効性を持 つ取組の推進を通して、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、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 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、育壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりに配慮		すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初期老期の認知症、早老症、 骨折・骨折疑症、 パーキンソン病関連疾患、 精神神経疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖 尿 病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳 卒 中 がん 精神疾患	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患 認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養
評 価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 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	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 ＜アウトカム＞ メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 ＜アウトプット＞ 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 ・ 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



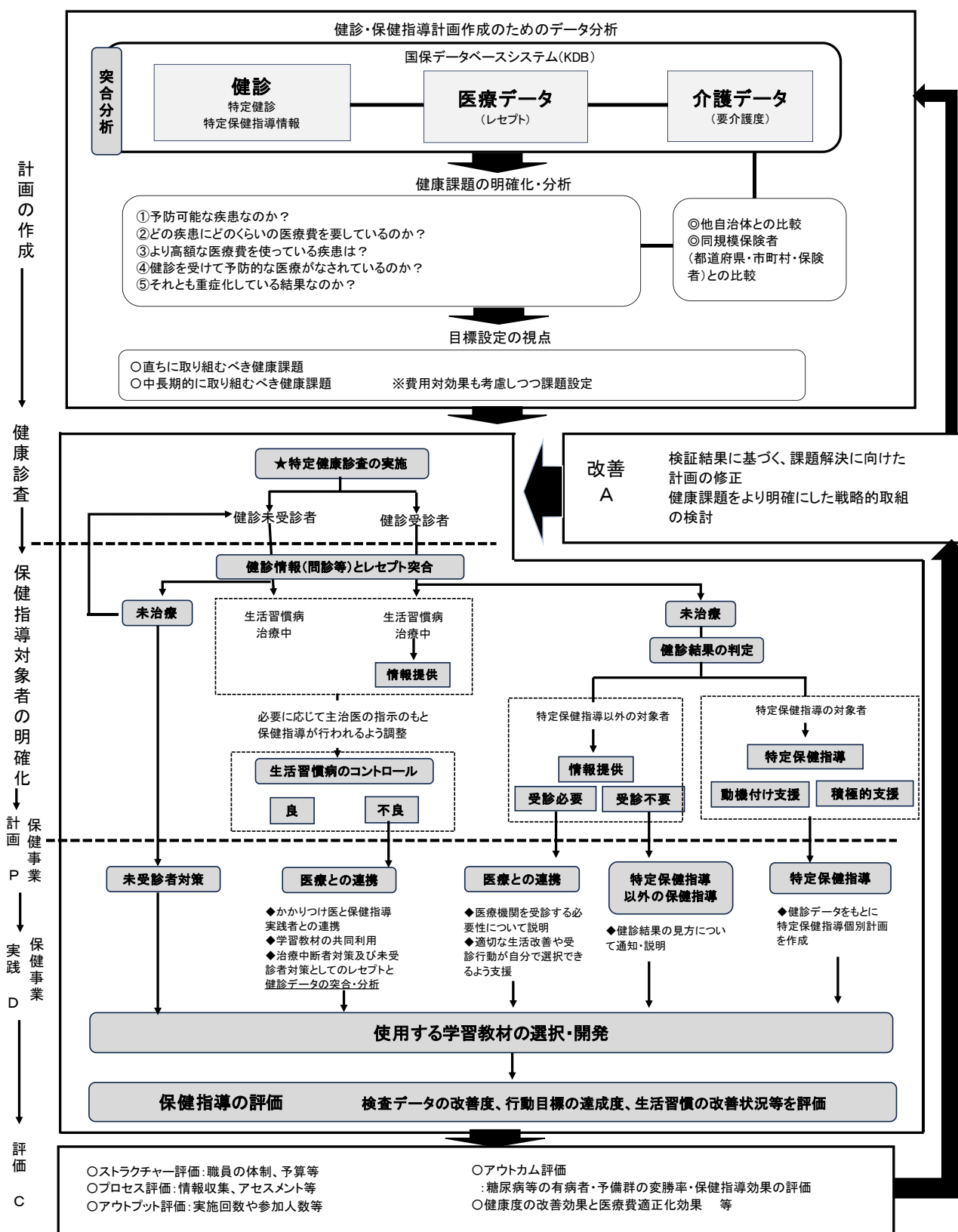
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



注)生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的に、優先すべき健康課題を明確化しながらPDCA(計画(Plan)、実施(Do)、評価(Check)、改善(Action))サイクルを意識した保健事業を展開していくことが必要である。

図表 4 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）



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

注)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(イメージ)を具体的な実践の流れでまとめたもの。

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)

	老人保健法		高齢者の医療を確保する法律
	かつての健診・保健指導		現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導		内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につなげる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、実施する。
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を講み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村		医療保険者

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析
(生活習慣病に関するガイドライン)



行動変容を促す手法

注)内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考えを整理。
(令和6年度版のプログラムからは削除されたが、基本的な考え方であるため参考までに掲示)

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

データヘルス計画の期間については、国指針第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、複数年とすること」とされています。また、国民健康保険事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引きにおいて、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、特定健康診査等実施計画、医療費適正化計画や医療計画とが6年を一期としていることから、これらとの整合性を踏まえて設定しています。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

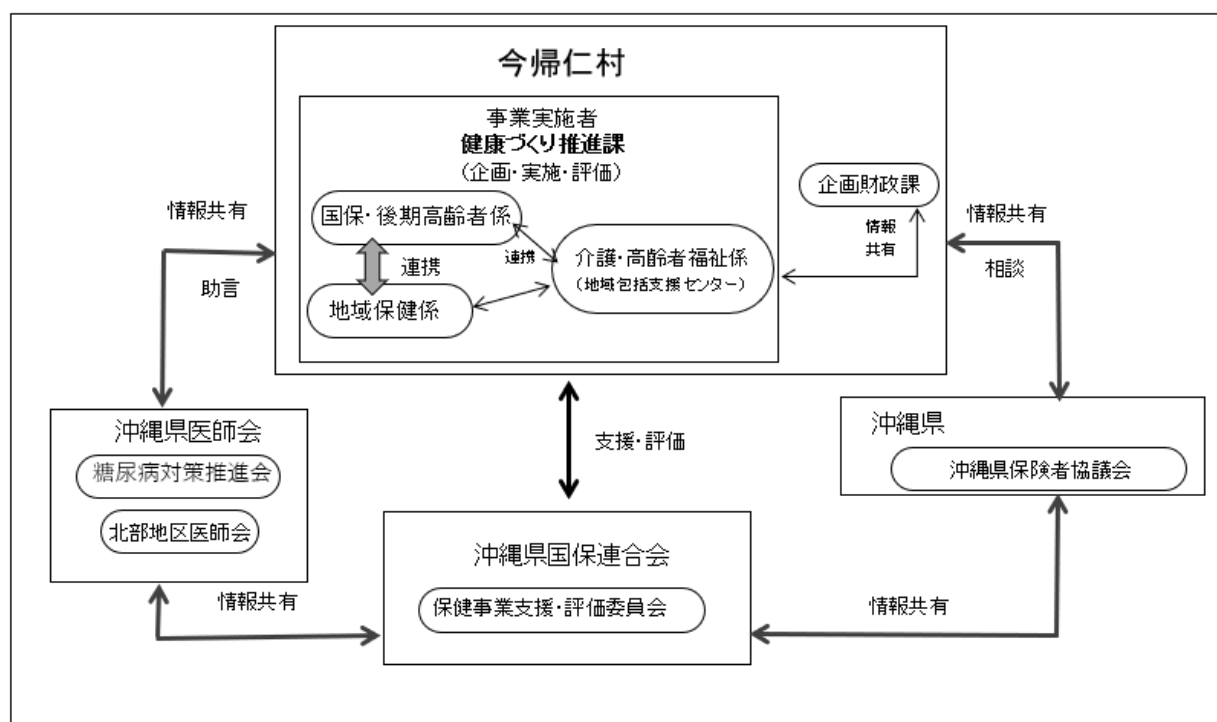
1) 市町村国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、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させます。

具体的には、健康づくり推進課内の介護・高齢者福祉係（地域包括支援センター）、地域保健係とも十分連携を図ることとします。

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・チーム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ます。（図表 6・7）

図表 6 今帰仁村の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担＜令和 5 年度＞

	国保・後期高齢者係(計11人)	地域保健係(計8人)	
国保事務	保健師1人 看護師1人 管理栄養士1人 事務職8人	※重複する業務が多々あり 互いに協働し合っている。	
長寿健診			
保健指導			
特定健診			
若者健診			
がん検診			
予防接種			保健師3人 助産師1人 事務職4人
母子保健			
精神保健			
歯科保健			

2) 関係機関との連携

各種健診業務では、村内各行政区、北部地区医師会等の医療機関との連携は欠かせません。集団健診、個別健診ともに、各医療機関と連携して実施しています。今帰仁村国民健康保険運営協議会にて村内の有識者が集い、村の健康課題等の共有等を行っています。各行政区長とも健診に関する情報提供、地域住民への広報・周知、受診勧奨等について協働しています。

また、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(国民健康保険団体連合会(以下、国保連)及び国保連に設置される支援・評価委員会等)との連携・協力が重要となります。国保連に設置された支援・評価委員会は、幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行なうことが期待されます。

平成 30 年度から沖縄県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となったため、市町村国保の保険者機能について、沖縄県の関与、支援が重要です。このため市町村国保は、計画素案について沖縄県関係課と意見交換を行い、連携に努めます。

以上のことから、国保連と沖縄県、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から3者間にて連携を図っています。

<参考>手引きより抜粋

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要となる。

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である都道府県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力する。

また、都道府県は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。

さらに、保険者等と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

市町村国保は、退職や転職等に伴う被用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。

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、計画策定にあたっては、国保運営協議会の委員として、被保険者から参画を得て、意見交換等を行ってきました。

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されています。(図表8)

令和2年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押しする(事業費分・事業費連動分)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、また都道府県は、交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

図表8 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	
			今帰仁村	配点	今帰仁村	配点	今帰仁村	配点
交付額(万円)			5,551,000		5,151,000		5,943,000	
全国順位(1,741市町村中)			875位		1031位		634位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	35	70	70	70	70	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	25	40	25	37	40	40
		(2)歯科健診受診率等		30				35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	105	120	70	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	20	90	15	55	45	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20				20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	125	130	95	130	90	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	10	100	25	100	70	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	15	30	12	40	12	40
	⑤	第三者求償の取組	29	40	45	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	65	95	47	100	50	100
合計点			554	1,000	539	960	594	940

第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

令和2年度国勢調査では、人口8,894人と9千人を下回り、高齢化率は34.0%でした。県、国と比較すると高齢者の割合は高く、同規模と比較すると低い値となっています。被保険者の平均年齢も50.3歳と同規模と比べて若く、出生率は同規模、国と比べて高い村となっています。産業においては、第1次産業が24.6%と高く、農業や畜産業の割合が多くなっています。被保険者の生活習慣及び飲酒習慣、生活のリズムが不規則である可能性が高いため、各年代それぞれの健康課題を明確にすることが重要です。(図表9)

国保加入率は35～36%で推移し、加入率及び被保険者数は横ばいです。年齢構成については40歳以上の年齢層で30%以上の加入率となっており、令和3年からは65歳以上の加入率が37%超えとなり増加しています。(図表10)

また外来患者数及び入院患者数も同規模と比較して低い傾向にあります。村内の病院、診療所も同規模と比較しても少なく、病床数も少ないことから、医療資源が乏しい地域です。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した今帰仁村の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	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
今帰仁村	8,894	34.0	3,267 (36.7)	50.3	8.1	14.6	0.3	24.6	13.6	61.8
同規模	--	39.4	25.6	55.7	4.9	17.2	0.4	17.0	25.3	57.7
県	--	22.6	27	46.9	10.4	8.6	0.4	4.9	15.1	80.0
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、今帰仁村と同規模被保険者の平均値を表す

出典・参照：KDBシステム改変・健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
令和2年度国勢調査

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	3,443		3,403		3,467		3,378		3,267	
65～74歳	1,072	31.1	1,133	33.3	1,204	34.7	1,253	37.1	1,232	37.7
40～64歳	1,351	39.2	1,263	37.1	1,261	36.4	1,168	34.6	1,130	34.6
39歳以下	1,020	29.6	1,007	29.6	1,002	28.9	957	28.3	905	27.7
加入率	36.1		35.7		36.4		35.4		36.7	

出典・参照：KDBシステム改変 地域の全体像の把握

図表11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		参考(R4)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
											割合	割合
病院数	1	0.3	1	0.3	1	0.3	1	0.3	1	0.3	0.4	0.2
診療所数	2	0.6	2	0.6	2	0.6	2	0.6	2	0.6	2.7	2.3
病床数	120	34.9	120	35.3	120	34.6	120	35.5	60	18.4	37.4	47.9
医師数	6	1.7	6	1.8	6	1.7	6	1.8	6	1.8	4.2	10.0
外来患者数	546.3		545.9		490.4		526.7		560.9		692.2	541.1
入院患者数	27.1		27.7		24.9		25.5		24.7		22.7	19.0

出典・参照：KDBシステム改変 地域の全体像の把握

2. 第2期計画に係る評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

1 つ目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す目標を設定し、具体的には、社会保障費(医療費・介護費)の変化及び脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)を設定しました。

2 つ目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、高血圧、糖尿病、脂質異常症を設定しました。(図表2参照)

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本村の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で21人(認定率0.76%)、1号(65歳以上)被保険者で652人(認定率21.6%)と同規模・県・国と比較すると高く、平成30年度と比べて2号認定者は増加、1号認定者は横ばいで推移しています。(図表12)

介護給付費の変化では、平成30年と令和4年度を比較し一人あたりの給付費が若干減少していますが、同規模、県、国、いずれと比較しても高くなっています。1件あたりの給付費(全体)も同規模、県、国と比較して高い値となっています。(図表13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳梗塞、脳出血など)が上位を占めており、2号認定者と75歳以上では70%以上の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧、糖尿病などの有病状況が90%以上と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

図表12 要介護認定者(率)の状況

		今帰仁村				同規模	県	国
		H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
高齢化率		2,677人	28.1%	3,019人	34.0%	39.4%	22.6%	28.7%
2号認定者		12人	0.38%	21人	0.76%	0.39%	0.45%	0.38%
	新規認定者	4人		3人		--	--	--
1号認定者		622人	23.2%	652人	21.6%	19.4%	19.0%	19.4%
	新規認定者	74人		73人		--	--	--
再掲	65～74歳	54人	4.8%	88人	5.9%	--	--	--
	新規認定者	16人		24人		--	--	--
	75歳以上	568人	36.4%	564人	36.8%	--	--	--
	新規認定者	58人		49人		--	--	--

出典・参照: KDBシステム改変_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

	今帰仁村		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	12億3732万円	12億1947万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	462,204	403,932	314,188	324,737	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	92,062	85,535	74,986	69,211	59,662
居宅サービス	56,298	52,904	43,722	51,518	41,272
施設サービス	303,685	316,481	289,312	301,929	296,364

出典・参照:KDB システム改変_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R4 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)			21		88		564		652		673	
再)国保・後期			17		76		507		583		600	
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	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	13 76.5%	脳卒中	38 50.0%	脳卒中	359 70.8%	脳卒中	397 68.1%	脳卒中	410 68.3%
		2	虚血性 心疾患	5 29.4%	虚血性 心疾患	21 27.6%	虚血性 心疾患	249 49.1%	虚血性 心疾患	270 46.3%	虚血性 心疾患	275 45.8%
		3	腎不全	4 23.5%	腎不全	13 17.1%	腎不全	131 25.8%	腎不全	144 24.7%	腎不全	148 24.7%
	合併症	4	糖尿病 合併症	3 17.6%	糖尿病 合併症	12 15.8%	糖尿病 合併症	60 11.8%	糖尿病 合併症	72 12.3%	糖尿病 合併症	75 12.5%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			15 88.2%	基礎疾患	67 88.2%	基礎疾患	475 93.7%	基礎疾患	542 93.0%	基礎疾患	557 92.8%
	血管疾患合計			15 88.2%	合計	70 92.1%	合計	494 97.4%	合計	564 96.7%	合計	579 96.5%
	認知症		認知症	4 23.5%	認知症	21 27.6%	認知症	273 53.8%	認知症	294 50.4%	認知症	298 49.7%
	筋・骨格疾患		筋骨格系	13 76.5%	筋骨格系	67 88.2%	筋骨格系	495 97.6%	筋骨格系	562 96.4%	筋骨格系	575 95.8%

出典・参照:KDB システム改変

② 医療費の状況

本村の医療費は、平成 30 年と令和 4 年の間で、国保加入者が減少しているにもかかわらず総医療費は増加しています。加入者の内訳も、前期高齢者割合が増加し、要医療者の増加、更に医療費が増加すると推測できます。一人あたり医療費は、県や国と比較すると高く、同規模よりは低くなっていますが、平成 30 年度と比較しても約 3 万円高くなっています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか約 5%に関わらず、医療費全体の約 50%を占めており、1 件あたりの入院医療費も平成 30 年度と比較しても約 6 万円高くなっています。(図表 15)

住民一人当たりの年齢調整後医療費の地域差は、国民健康保険、後期高齢者医療のいずれも全国平均を超えており、全国 14 位の県平均より高い状態にあります。入院が主要因であり、外来は全国平均を下回っています。重症化してから医療にかかる傾向があります。入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。(図表 16)

図表 15 医療費の推移

		今帰仁村		同規模	県	国
		H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
被保険者数(人)		3,443人	3,267人	--	--	--
前期高齢者割合		1,072人 (31.1%)	1,232人 (37.7%)	--	--	--
総医療費		11億6767万円	12億1935万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		339,143 県内6位 同規模114位	373,233 県内8位 同規模131位	376,732	318,310	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	526,290	588,740	588,690	634,340	617,950
	費用の割合	50.8	48.2	43.7	46.4	39.6
	件数の割合	4.7	4.2	3.2	3.4	2.5
外来	1件あたり費用額	25,270	27,880	24,870	25,820	24,220
	費用の割合	49.2	51.8	56.3	53.6	60.4
	件数の割合	95.3	95.8	96.8	96.6	97.5
受診率		573.406	585.577	714.851	560.174	705.439

出典・参照: KDB システム改変・健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 16 一人当たり年齢調整後医療費及び地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		今帰仁村 (県内市町村中)		県 (47県中)	今帰仁村 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	1.125	1.172	1.070	1.096	1.059	1.092
		(9位)	(5位)	(14位)	(17位)	(20位)	(14位)
	入院	1.416	1.519	1.259	1.297	1.250	1.286
		(13位)	(6位)	(10位)	(23位)	(22位)	(5位)
	外来	0.952	0.951	0.965	0.885	0.852	0.910
		(9位)	(12位)	(40位)	(14位)	(20位)	(43位)

出典・参照: 厚労省「地域差分析」

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成 30 年度と比較すると減少していますが、令和 4 年度と同規模、県、国と比べるとすべての疾患において高い値となっています。慢性腎不全(透析有)については、平成 30 年度より 1.5%下がっていますが、同規模よりも約 3%高くなっています。悪性新生物や筋・骨疾患は同規模、県、国より低い値となっています(図表 17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成 30 年度と比較してみると脳血管疾患・人工透析について横ばいでしたが、虚血性心疾患が 65～74 歳において 2%減少しています。(図表 18)

脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、

その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			今帰仁村		同規模	県	国
			H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費(円)			11億6767万円	12億1935万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1億7159万円	1億4800万円	--	--	--
			14.69%	12.14%	7.67%	10.08%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	3.75%	3.00%	2.06%	2.40%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.39%	2.07%	1.47%	1.61%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	8.02%	6.51%	3.83%	5.80%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.54%	0.55%	0.32%	0.27%	0.29%
そ 疾 の 患 他 の	悪性新生物		8.84%	8.26%	16.76%	12.57%	16.69%
	筋・骨疾患		6.67%	5.54%	9.27%	7.73%	8.68%
	精神疾患		13.66%	12.00%	7.98%	10.14%	7.63%

出典・参照：KDB システム改変_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注) 最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

(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、最も医療費を要した傷病名)

注) KDB システムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上。

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R4年度		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
治療者(人) 0～74歳		A	3,443	3,267	a	560	540	252	235	19	18
					a/A	16.3%	16.5%	7.3%	7.2%	0.6%	0.6%
40歳以上		B	2,423	2,362	b	552	534	249	230	19	18
		B/A	70.4%	72.3%	b/B	22.8%	22.6%	10.3%	9.7%	0.8%	0.8%
再掲	40～64歳	D	1,351	1,130	d	198	129	75	56	10	8
		D/A	39.2%	34.6%	d/D	14.7%	11.4%	5.6%	5.0%	0.7%	0.7%
	65～74歳	C	1,072	1,232	c	354	405	174	174	9	10
		C/A	31.1%	37.7%	c/C	33.0%	32.9%	16.2%	14.1%	0.8%	0.8%

出典・参照：KDB システム改変_疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧症・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、高血圧症・脂質異常症に関して若干治療者が増えていますが、糖尿病に関しては横ばいです。

本村は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられます。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
高血圧症治療者(人)		A	1,038	1,084	408	323	630	761
		A/被保数	42.8%	45.9%	30.2%	28.6%	58.8%	61.8%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	196	226	65	56	131	170
		B/A	18.9%	20.8%	15.9%	17.3%	20.8%	22.3%
	虚血性心疾患	C	160	142	40	32	120	110
		C/A	15.4%	13.1%	9.8%	9.9%	19.0%	14.5%
	人工透析	D	19	18	10	8	9	10
		D/A	1.8%	1.7%	2.5%	2.5%	1.4%	1.3%

出典・参照: KDB システム改変 疾病管理一覧(高血圧症)
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
糖尿病治療者(人)		A	450	432	173	129	277	303
		A/被保数	18.6%	18.3%	12.8%	11.4%	25.8%	24.6%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	78	79	24	12	54	67
		B/A	17.3%	18.3%	13.9%	9.3%	19.5%	22.1%
	虚血性心疾患	C	93	69	21	9	72	60
		C/A	20.7%	16.0%	12.1%	7.0%	26.0%	19.8%
	人工透析	D	11	9	5	3	6	6
		D/A	2.4%	2.1%	2.9%	2.3%	2.2%	2.0%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	69	71	27	15	42	56
		E/A	15.3%	16.4%	15.6%	11.6%	15.2%	18.5%
	糖尿病性網膜症	F	70	70	22	19	48	51
		F/A	15.6%	16.2%	12.7%	14.7%	17.3%	16.8%
	糖尿病性神経障害	G	26	18	11	5	15	13
		G/A	5.8%	4.2%	6.4%	3.9%	5.4%	4.3%

出典・参照: KDB システム改変 疾病管理一覧(糖尿病)
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
脂質異常症治療者(人)		A	858	882	342	283	516	599
		A/被保数	35.4%	37.3%	25.3%	25.0%	48.1%	48.6%
（中長期目標疾患） 合併症	脳血管疾患	B	164	181	46	43	118	138
		B/A	19.1%	20.5%	13.5%	15.2%	22.9%	23.0%
	虚血性心疾患	C	153	125	40	29	113	96
		C/A	17.8%	14.2%	11.7%	10.2%	21.9%	16.0%
	人工透析	D	10	10	4	3	6	7
		D/A	1.2%	1.1%	1.2%	1.1%	1.2%	1.2%

出典・参照:KDB システム改変・疾病管理一覧(脂質異常症)
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上を沖縄県と本村間で平成30年度と令和3年度で比較してみたところ、令和3年度は受診率が沖縄県より低い、有所見者の割合が沖縄県よりも高値となっています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で22%、糖尿病で3.5%ほどおり、その割合は沖縄県と比較すると低い値となっていますが、未治療や治療中断は重症化の大きな要因と考えられるため、注視していく必要があります。(図表22)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減ってきていますが、covid-19の影響で受診率が低迷している中、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要治療の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善Ⅱ度高血圧の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報 (R3.4～R4.3)			
							未治療 (内服なし)				未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
	今帰仁村	1,045	46.8	676	30.7	85	8.1	48	56.5	59	8.7	26	44.1	13	22.0	3
沖縄県	96,845	41.3	80,454	34.6	5,660	5.8	3,211	56.7	5,264	6.5	2,871	54.5	1,746	33.2	304	5.8

	HbA1c実施率				糖尿病											
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報 (R3.4～R4.3)			
													未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)	
	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K				
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率												
今帰仁村	1,045	100.0	675	99.9	57	5.5	10	17.5	57	8.4	10	17.5	2	3.5	3	5.3
沖縄県	95,731	98.8	80,349	99.9	5,422	5.7	1,356	25.0	4,847	6.0	1,120	23.1	357	7.4	190	3.9

出典・参照:KDB システム改変、特定健診等データ管理システム

③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本村の特定健診結果において、H30年度とR4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は横ばいで、その中でも3項目すべての危険因子が重なっている割合が増加しています。(図表 23)

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	1,045 (46.8%)	287 (27.5%)	103 (9.9%)	184 (17.6%)	187 (17.9%)
R4年度	758 (35.8%)	213 (28.1%)	84 (11.1%)	129 (17.0%)	108 (14.2%)

出典・参照:特定健診等
データ管理システム

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合を見ると、いずれも covid-19 の影響もあり、H30→R1 年度に比べ、R3→R4 年度は健診未受診者が増加しています。受診者の総数が減少しているため、各項目に該当する人数は減少していますが、割合として HbA1c6.5 以上者は増加、Ⅱ度高血圧以上者は横ばい、LDL160 以上者は減少しています。

一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも3割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。(図表 24・25・26)

図表 24 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R1	110 (10.5%)	29 (26.4%)	47 (42.7%)	18 (16.4%)	16 (14.5%)
R3→R4	88 (13.0%)	17 (19.3%)	23 (26.1%)	14 (15.9%)	34 (38.6%)

出典・参照:特定健診等
データ管理システム

図表 25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R1	85 (8.1%)	44 (51.8%)	15 (17.6%)	4 (4.7%)	22 (25.9%)
R3→R4	59 (8.7%)	32 (54.2%)	7 (11.9%)	1 (1.7%)	19 (32.2%)

出典・参照:特定健診等
データ管理システム

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R1	205 (19.6%)	109 (53.2%)	40 (19.5%)	16 (7.8%)	40 (19.5%)
R3→R4	90 (13.3%)	33 (36.7%)	19 (21.1%)	11 (12.2%)	27 (30.0%)

出典・参照:特定健診等
データ管理システム

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本村の特定健診受診率は、令和 1 年度は 46.0%でしたが、covid-19 の影響で令和 3 年度以降は受診率が 29.2%まで下降し、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。特定保健指導実施率は、令和元年度に 88.8%でしたが、covid-19 まん延以降低迷し、令和 4 年度は 70.5%と低い値を示していますが、目標値である 60%以上は保っています。(図表 27)

またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。(図表 28)

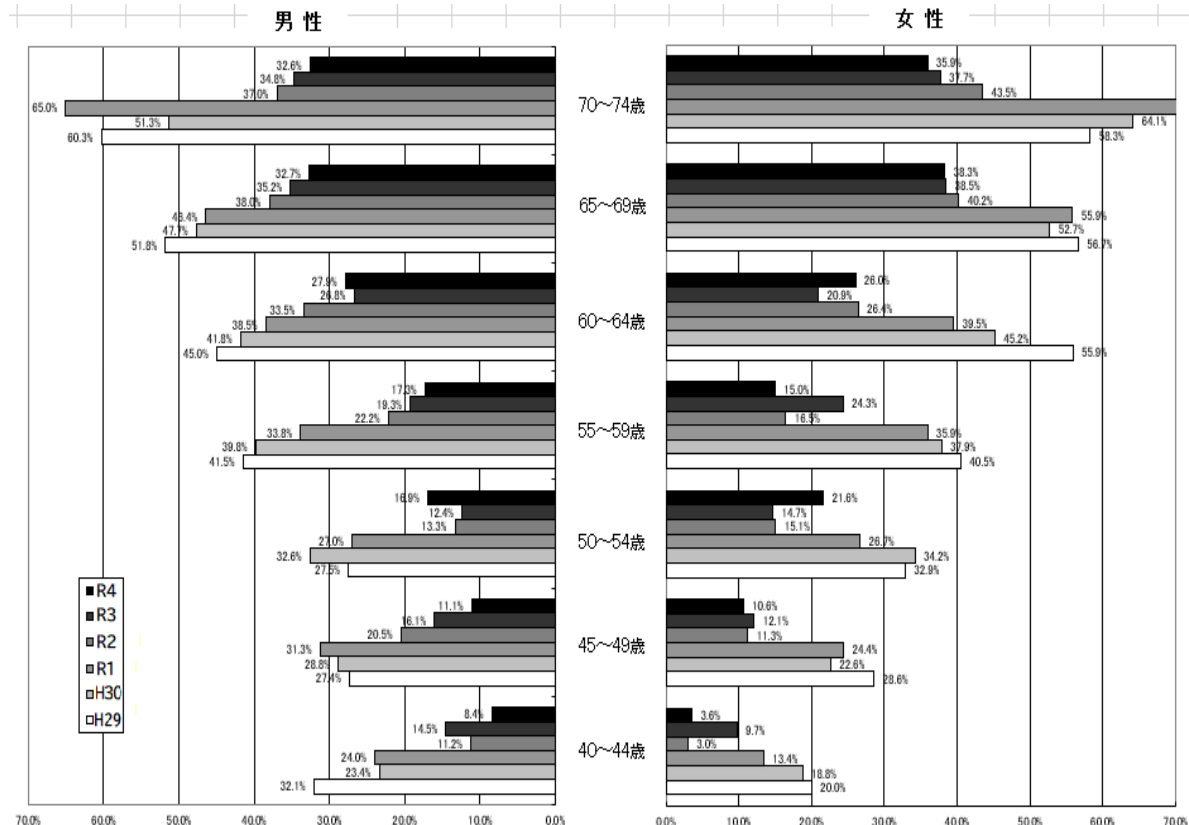
特定保健指導についても、令和 2 年度以降、実施率が下がっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度 目標値
特定健診	受診者数	994	1,033	706	643	720	健診受診率 60%
	受診率	44.5%	46.0%	31.5%	29.2%	34.0%	
特定保健指導	該当者数	166	161	108	72	95	特定保健指導 実施率 60%
	割合	16.7%	15.6%	15.3%	11.2%	13.20%	
	実施者数	135	143	85	58	67	
	実施率	81.3%	88.8%	78.7%	80.6%	70.5%	

出典・参照：特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診対象人数(国保人数)の推移



出典・参照：あなみツール(令和 4 年度データ)

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

健診受診者のうち、血糖値有所見者は毎年 15%前後みられます。有所見者に対しては、特定保健指導に加え、糖尿病ハイリスク者としての情報提供等の保健指導を実施しています。特定保健指導の対象者と該当する基準は、特定健診対象者(40～75 歳未満の国保加入者)であり、かつ、メタボリックシンドロームに該当するなどの条件があります。

有所見者で未治療・治療中断者がH30年に31.4%と多く、その内訳としてHbA1c6.5～6.9の者が約71.9%を占め、値が上昇するにつれ、治療中の割合も増加傾向でした。しかしその後、HbA1c7.0以上の高値の者の未治療の割合が増加傾向であり、R4年には約半数にも及ぶHbA1c7.0以上の者が未治療であることがわかりました。

今後、糖尿病の重症化予防、糖尿病性腎症の発症予防のために、それらの者への保健指導と医療受診勧奨を行っていく必要があります。

例示表 1 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	947	1,071	736	677	759
血糖値有所見者 *1	人(b)	102	155	115	88	107
	(b/a)	10.8%	14.5%	15.6%	13.0%	14.1%
特定保健指導実施者 *2	人(c)	6	16	10	4	11
	(c/b)	5.9%	10.3%	8.7%	4.5%	10.3%

*1 HbA1c6.5%以上のもの

*2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

参考・引用：ヘルスサポートラボ(あなみ)ツール 特定健診受診状況より

例示表 2 治療が必要な者の内訳

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 *1	人(a)	102	1071	736	676	759
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 *3	人(b)	32	58	32	27	45
	(b/a)	31.4%	5.4%	4.3%	4.0%	5.9%
(再掲)HbA1c6.5～6.9の者	人(c)	23	41	19	17	23
	(c/b)	71.9%	70.7%	59.4%	63.0%	51.1%
(再掲)HbA1c7.0以上の者	人(c)	9	17	13	10	22
	(c/b)	28.1%	29.3%	40.6%	37.0%	48.9%

*3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

参考・引用：ヘルスサポートラボ(あなみ)ツール特定健診受診状況より

例示表 3 HbA1c8.0以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	947	1,071	736	676	759
HbA1c8.0%以上	人(b)	16	21	19	21	15
	(b/a)	1.7%	2.0%	2.6%	3.1%	2.0%
保健指導実施	人(c)	0	3	3	1	3
	(c/b)	0.0%	14.3%	15.8%	4.8%	20.0%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	3	4	5	2	4
	(b/a)	18.8%	19.0%	26.3%	9.5%	26.7%

医療につながった	1人	↓	1人
元々治療中→中断	1人	↓	1人
未治療のまま	1人		
転出	2人	4人	

参考・引用：ヘルスサポートラボ(あなみ)ツール特定健診受診状況より
健診受診者台帳

②生活習慣病重症化予防(脳・心・腎を守る取り組み)

生活習慣病の発症・重症化予防には、体重の増減だけではなく、腹囲や血圧、血糖値など、複数の項目を合わせて注意する必要があります。その中でも、メタボリックシンドローム(以下、メタボ)の有無が大きな要因となっています。メタボに該当する条件は『肥満(腹囲が男性 85 cm以上・女性 90 cm以上)かつ血圧・血糖・脂質の3項目中2項目以上該当する場合』となります。

以下の表は令和1年と令和4年のメタボ該当者・予備軍の状況を示した表となります。令和4年の表では、令和1年より改善している点を青、悪化している点を赤で囲っています。

covid-19 まん延も重なり、健診受診者数が令和4年にはかなり減少しています。課題としては、受診率の回復が第一となり、村内のメタボ該当者・予備軍の実情把握が重要です。

例示表4 メタボリックシンドローム該当者・予備軍の状況(R1年→R4年比較)

R1年	被保険者数	保健受診者数		肥満 男性85cm以上 女性90cm以上		有所見の重複状況																				
						腹囲のみ		メタボリック 該当者		(腹囲+2項目or3項目)								メタボリック 予備群		(腹囲+1項目)						
										3項目全て		血糖+血圧		血圧+脂質		血糖+脂質				血圧		血糖		脂質		
A	B	B/A	C	C/B	D 8	D/C	E	E/B	F 1	F/(E+J)	G 2	G/(E+J)	H 3	H/(E+J)	I 4	I/(E+J)	J	J/B	K 5	K/(E+J)	L 6	L/(E+J)	M 7	M/(E+J)		
総数	総数	2,247	1,071	47.7%	545	50.9%	65	11.9%	306	28.6%	110	22.9%	56	11.7%	125	26.0%	15	3.1%	174	16.2%	134	27.9%	9	1.9%	31	6.5%
	40代	356	94	26.4%	48	51.1%	12	25.0%	17	18.1%	5	13.9%	1	2.8%	10	27.8%	1	2.8%	19	20.2%	10	27.8%	0	0.0%	9	25.0%
	50代	407	161	39.6%	81	50.3%	14	17.3%	42	26.1%	14	20.9%	9	13.4%	17	25.4%	2	3.0%	25	15.5%	20	29.9%	1	1.5%	4	6.0%
	60代	1,018	532	52.3%	274	51.5%	29	10.6%	159	29.9%	59	24.1%	31	12.7%	60	24.5%	9	3.7%	86	16.2%	67	27.3%	4	1.6%	15	6.1%
	70-74	466	284	60.9%	142	50.0%	10	7.0%	88	31.0%	32	24.2%	15	11.4%	38	28.8%	3	2.3%	44	15.5%	37	28.0%	4	3.0%	3	2.3%
男性	総数	1,359	616	45.3%	413	67.0%	51	12.3%	232	37.7%	90	24.9%	44	12.2%	88	24.3%	10	2.8%	130	21.1%	104	28.7%	5	1.4%	21	5.8%
	40代	225	64	28.4%	39	60.9%	12	30.8%	13	20.3%	4	14.8%	1	3.7%	8	29.6%	0	0.0%	14	21.9%	8	29.6%	0	0.0%	6	22.2%
	50代	264	100	37.9%	64	64.0%	9	14.1%	36	36.0%	12	21.8%	9	16.4%	13	23.6%	2	3.6%	19	19.0%	15	27.3%	0	0.0%	4	7.3%
	60代	609	306	50.2%	211	69.0%	23	10.9%	121	39.5%	52	27.7%	22	11.7%	42	22.3%	5	2.7%	67	21.9%	56	29.8%	2	1.1%	9	4.8%
	70-74	261	146	55.9%	99	67.8%	7	7.1%	62	42.5%	22	23.9%	12	13.0%	25	27.2%	3	3.3%	30	20.5%	25	27.2%	3	3.3%	2	2.2%
女性	総数	888	455	51.2%	132	29.0%	14	10.6%	74	16.3%	20	16.9%	12	10.2%	37	31.4%	5	4.2%	44	9.7%	30	25.4%	4	3.4%	10	8.5%
	40代	131	30	22.9%	9	30.0%	0	0.0%	4	13.3%	1	11.1%	0	0.0%	2	22.2%	1	11.1%	5	16.7%	2	22.2%	0	0.0%	3	33.3%
	50代	143	61	42.7%	17	27.9%	5	29.4%	6	9.8%	2	16.7%	0	0.0%	4	33.3%	0	0.0%	6	9.8%	5	41.7%	1	8.3%	0	0.0%
	60代	409	226	55.3%	63	27.9%	6	9.5%	38	16.8%	7	12.3%	9	15.8%	18	31.6%	4	7.0%	19	8.4%	11	19.3%	2	3.5%	6	10.5%
	70-74	205	138	67.3%	43	31.2%	3	7.0%	26	18.8%	10	25.0%	3	7.5%	13	32.5%	0	0.0%	14	10.1%	12	30.0%	1	2.5%	1	2.5%

R4年	被保険者数	保健受診者数		肥満 男性85cm以上 女性90cm以上		有所見の重複状況																				
						腹囲のみ		メタボリック 該当者		(腹囲+2項目or3項目)								メタボリック 予備群		(腹囲+1項目)						
										3項目全て		血糖+血圧		血圧+脂質		血糖+脂質				血圧		血糖		脂質		
A	B	B/A	C	C/B	D 8	D/C	E	E/B	F 1	F/(E+J)	G 2	G/(E+J)	H 3	H/(E+J)	I 4	I/(E+J)	J	J/B	K 5	K/(E+J)	L 6	L/(E+J)	M 7	M/(E+J)		
総数	総数	2,170	759	35.0%	355	46.8%	34	9.6%	213	28.1%	84	26.2%	19	5.9%	107	33.3%	3	0.9%	108	14.2%	81	25.2%	1	0.3%	26	8.1%
	40代	329	63	19.1%	30	47.6%	5	16.7%	10	15.9%	4	16.0%	1	4.0%	5	20.0%	0	0.0%	15	23.8%	5	20.0%	0	0.0%	10	40.0%
	50代	360	91	25.3%	49	51.0%	11	22.4%	26	27.1%	8	21.1%	3	7.9%	14	26.8%	1	2.6%	12	12.5%	9	23.7%	0	0.0%	3	7.9%
	60代	840	341	40.5%	149	43.8%	13	8.7%	90	26.5%	39	28.7%	9	6.6%	41	30.1%	1	0.7%	46	13.5%	37	27.2%	0	0.0%	9	6.6%
	70-74	641	269	40.6%	127	48.8%	5	3.9%	87	33.5%	33	27.0%	6	4.9%	47	38.5%	1	0.8%	35	13.5%	30	24.6%	1	0.8%	4	3.3%
男性	総数	1,289	411	32.4%	266	63.6%	24	9.0%	158	37.8%	61	27.7%	18	7.4%	71	29.3%	2	0.8%	84	20.1%	64	26.4%	1	0.4%	19	7.9%
	40代	202	38	18.8%	25	65.8%	3	12.0%	10	26.3%	4	18.2%	1	4.5%	5	22.7%	0	0.0%	12	31.6%	4	18.2%	0	0.0%	8	36.4%
	50代	229	54	23.6%	40	74.1%	7	17.5%	22	40.7%	5	15.2%	3	9.1%	14	42.4%	0	0.0%	11	20.4%	8	24.2%	0	0.0%	3	9.1%
	60代	485	180	37.1%	109	60.6%	11	10.1%	65	36.1%	32	32.7%	8	8.2%	24	24.5%	1	1.0%	33	18.3%	27	27.6%	0	0.0%	6	6.1%
	70-74	373	146	39.1%	92	63.0%	3	3.3%	61	41.8%	26	29.2%	6	6.7%	28	31.5%	1	1.1%	28	19.2%	25	28.1%	1	1.1%	2	2.2%
女性	総数	881	341	38.7%	89	26.1%	10	11.2%	55	16.1%	17	21.5%	1	1.3%	36	45.6%	1	1.3%	24	7.0%	17	21.5%	0	0.0%	7	8.9%
	40代	127	25	19.7%	5	20.0%	2	40.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	12.0%	1	33.3%	0	0.0%	2	66.7%
	50代	131	42	32.1%	9	21.4%	4	44.4%	4	9.5%	3	60.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	20.0%	1	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	60代	355	160	45.1%	40	25.0%	2	5.0%	25	15.6%	7	18.4%	1	2.6%	17	44.7%	0	0.0%	13	8.1%	10	26.3%	0	0.0%	3	7.9%
	70-74	268	114	42.5%	35	30.7%	2	5.7%	26	22.8%	7	21.2%	0	0.0%	19	57.6%	0	0.0%	7	6.1%	5	15.2%	0	0.0%	2	6.1%

参考・引用:ヘルスサポートラボ(あなみ)ツール 様式5-3 より

高血圧は、血管を傷める大きな要因となります。適正な血圧のコントロールは重要な課題で、健診を受診した中で、血圧Ⅱ度(160～179/100～109 mmHg)の者へ、保健指導を積極的に実施しています。covid-19 まん延が始まった令和1年と、令和4年以外は保健指導率100%となっており、今後も100%を目標としていきます。再掲にある血圧Ⅲ度(180/110 mmHg 以上)の者の多くが未治療であることが判明したため、より強く受診勧奨をする必要があります。

例示表5 高血圧Ⅱ度以上の者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	947	1,071	736	677	759
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	75	79	74	59	51
	(b/a)	7.9%	7.4%	10.1%	8.7%	6.7%
	治療あり	人(c)	34	35	31	33
	(c/b)	45.3%	44.3%	41.9%	55.9%	45.1%
	治療なし	人(d)	41	44	43	26
	(d/b)	54.7%	55.7%	58.1%	44.1%	54.9%
	指導実施者数	人(e)	41	30	43	26
	(e/d)	100.0%	68.2%	100.0%	100.0%	75.0%
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	16	17	11	15
		(f/a)	1.7%	1.6%	1.5%	2.2%
	治療あり	人	6	7	7	9
	治療なし	人	10	10	4	6

参考・引用：ヘルスサポートラボ(あなみ)ツール特定健診受診状況より

例示表6 血圧に基づいた脳心血管リスクの階層別化

令和04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
	228	113 49.6%	87 38.2%	21 9.2%	7 3.1%
リスク第1層 予後影響因子がない	11 4.8%	C 7 6.2%	B 1 1.1%	B 3 14.3%	A 0 0.0%
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	117 51.3%	C 57 50.4%	B 45 51.7%	A 11 52.4%	A 4 57.1%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、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	100 43.9%	B 49 49.4%	A 41 47.1%	A 7 33.3%	A 3 42.9%

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	66 28.9%
B	概ね1ヵ月後に再評価	98 43.0%
C	概ね3ヵ月後に再評価	64 28.1%

- ※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 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」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。

③二次健診事業

二次健診事業とは、特定健診等を受診した結果を踏まえて、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）及びその予備軍の者を対象とし、今帰仁診療所と北山病院にて更なる詳しい検査を受けることができる事業です。検査の内容は、基本型（75g ブドウ糖負荷検査、頸動脈エコー、尿検査）、動脈硬化型（頸動脈エコーのみ）とそれらに心電図を加えた型となっています。

covid-19 まん延以前は平均 30 件程度の利用人数でしたが、covid-19 まん延後は減少しています。今後も適切な対象者を選定し、受診を勧めていきます。

また二次健診の受診結果は、糖尿病や動脈硬化の進行状態など、自覚症状は無いうちに所見に気づけるため、重症化を未然に防ぐことができます。二次健診の結果は専門職にて保健指導、必要時は受診勧奨を行っており、今後も継続して取り組んでいきます。

例示表 7 二次健診の状況

二次健診の受診者数		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
今帰仁診療所		22	24	7	13	12
(再掲)	基本	19	10	1	5	0
	基本+心電図	0	7	3	5	10
	動脈硬化	3	3	0	2	0
	動脈硬化+心電図	0	4	3	1	2
北山病院		15	7	8	10	6
(再掲)	基本	12	4	2	2	5
	基本+心電図	0	2	1	6	0
	動脈硬化	3	1	3	1	0
	動脈硬化+心電図	0	0	2	1	1
合計		37	31	15	23	18

例示表 8 二次健診の内訳

参考：村データ

二次健診受診後の結果		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
耐糖能障害	なし	15	11	3	11	9
	あり（境界型含）	15	11	4	7	6
	有所見率（％）	50	50	57.1	38.9	40
アルブミン尿	なし	32	29	13	17	15
	あり	4	2	2	5	2
	有所見率（％）	11.1	6.5	13.3	22.7	11.8
動脈硬化	なし	15	14	7	8	9
	あり	21	17	8	15	8
	有所見率（％）	58.3	54.8	53.3	65.2	47
心電図異常	なし		9	10	11	8
	あり		4	1	2	8
	有所見率（％）		30.8	9.1	15.4	50

※延べ人数

※今帰仁診療所と北山病院の受診者数の合算

参考：村データ

(2)ポピュレーションアプローチ

標準的な健診・保健指導(令和6年度版)によると、「保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、個人の生活習慣を改善するための支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業等の社会的要因や経済的要因に規程されることも大きい。」とされています。

本村においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの村民が、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援していきます。

取組内容としては、集団健診会場や健診結果説明時などの機会に、肥満の改善を目的として食品に含まれる脂や糖などの展示を実施してきました。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

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 R1	中間評価 R2	最終評価 R5	(活用データ年度)	
				(R1)	(R2)	(R4)		
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の維持	4.9%	4.0%	6.5%	KDBシステム	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	4.7%	2.8%	4.6%		
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	15.2%	15.2%	14.2%		
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	3.7%	3.6%	3.0%		
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	5人未満であるため掲載せず				今帰仁村調べ
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	21.3%	14.3%	19.3%	ヘルスサポートラボ(あなみ)ツール	
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	7.4%	10.1%	6.8%		
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	14.9%	14.9%	15.7%		
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	14.5%	15.6%	14.1%		
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.4%	0.8%	0.6%		
			糖尿病の保健指導を実施した割合			29.5%		
		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	特定健診受診率60%以上	46.0%	31.5%	34.0%	法定報告値	
			特定保健指導実施率60%以上	88.8%	78.7%	70.5%		
			特定保健指導対象者の減少率	15.7%	11.7%	12.7%		
		その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	8.5%	10.5%	6.5%	地域保健事業報告
				肺がん検診受診者の増加	13.3%	5.4%	8.4%	
	大腸がん検診受診者の増加			11.1%	4.4%	9.2%		
	子宮がん検診受診者の増加			18.4%	11.9%	14.2%		
	乳がん検診受診者の増加			21.9%	14.9%	14.9%		
	5つのがん検診の平均受診率の増加			14.6%	9.4%	10.6%		
	後発医薬品の使用により、医療費の削減		後発医薬品の使用割合 80%以上		90.9%	88.8%	厚生労働省	

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

【考察】

令和1年は covid-19 まん延以前、R2 年は covid-19 まん延最中、最終評価時点の令和5年は covid-19 が第5類感染症へ位置づけられた年です。

(中長期目標について)

P-14にて前述している図表18 中長期目標疾患の治療状況を踏まえて、脳血管疾患に治療費が多くかかっていることから、脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全等の予防が課題と考えられます。脳血管疾患、虚血性心疾患の総医療費の割合が最終評価時点では2%程度増加し、慢性腎不全(透析あり)は1%程度減少しています。糖尿病性腎症による新規透析導入者はごく少数の人数であり、新規となる事由も、新規の発症に限らず転入転出等による増減もあるため、一概に本村の糖尿病性腎症の割合が悪化したとは言えません。

(短期目標)

令和2年は covid-19 まん延の最中であり、健診の受診率も令和1年より減少し31.5%でしたが、令和5年評価時は34.0%へ回復しました。健診受診の結果では、受診者数、受診率の変動の影響もあり、メタボリックシンドローム・予備軍に該当する者が令和1年より令和2年は大幅に減少しましたが、令和5年評価時には5%増加しています。健診受診者の高血圧者の割合については、令和2年より令和5年評価時では約4%減少しています。これらの数字の変動は、covid-19 まん延後となる今後、該当者の人数の推移を注視して健診や保健指導の効果を評価していく必要があります。

保健指導にあたる専門職の確保も課題となっています。特定保健指導実施率は目標の60%以上は維持していますが、令和1年は88.8%、令和2年は78.7%、令和5年評価時70.5%と徐々に減少しています。covid-19 の起こる以前の値まで回復することを目標としていきます。

(保険者努力支援制度)

住民健診と合わせてがん検診にも取り組んでいます。3 がん(胃・大腸・肺)が集団健診のみの実施であったところ、令和4年から北部地区医師会病院健康管理センターにて個別でもがん検診が可能となりました。

令和2年は covid-19 まん延期間と重なり、受診率とともにがん検診の受診率も全体的に下降していますが、胃がん健診は上昇しています。しかし、令和5年評価時では、胃がん検診が減少し、その他のがん検診は増加、もしくは維持傾向です。がんは早期発見し早期治療が可能な疾患であり、今後も受診勧奨に取り組んでいきます。

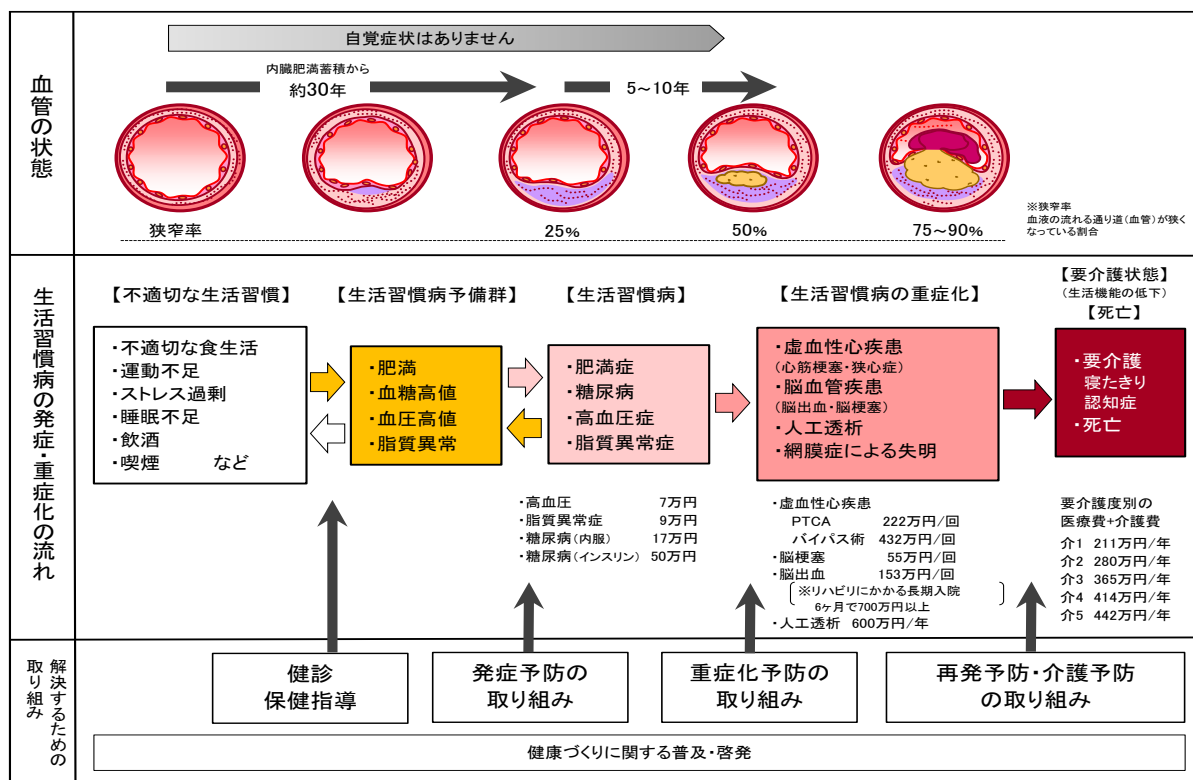
後発医薬品の使用を推進することも、医療費の削減につながります。80%以上の使用割合を維持していますが、今後も医療と連携し、後発医薬品の活用を推進していきます。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となります。(図表 30)

図表 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



出典・参照: 標準的な健診・保健指導プログラム

【令和6年度版】別紙1(改変版)

2) 健康課題の明確化

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ります。

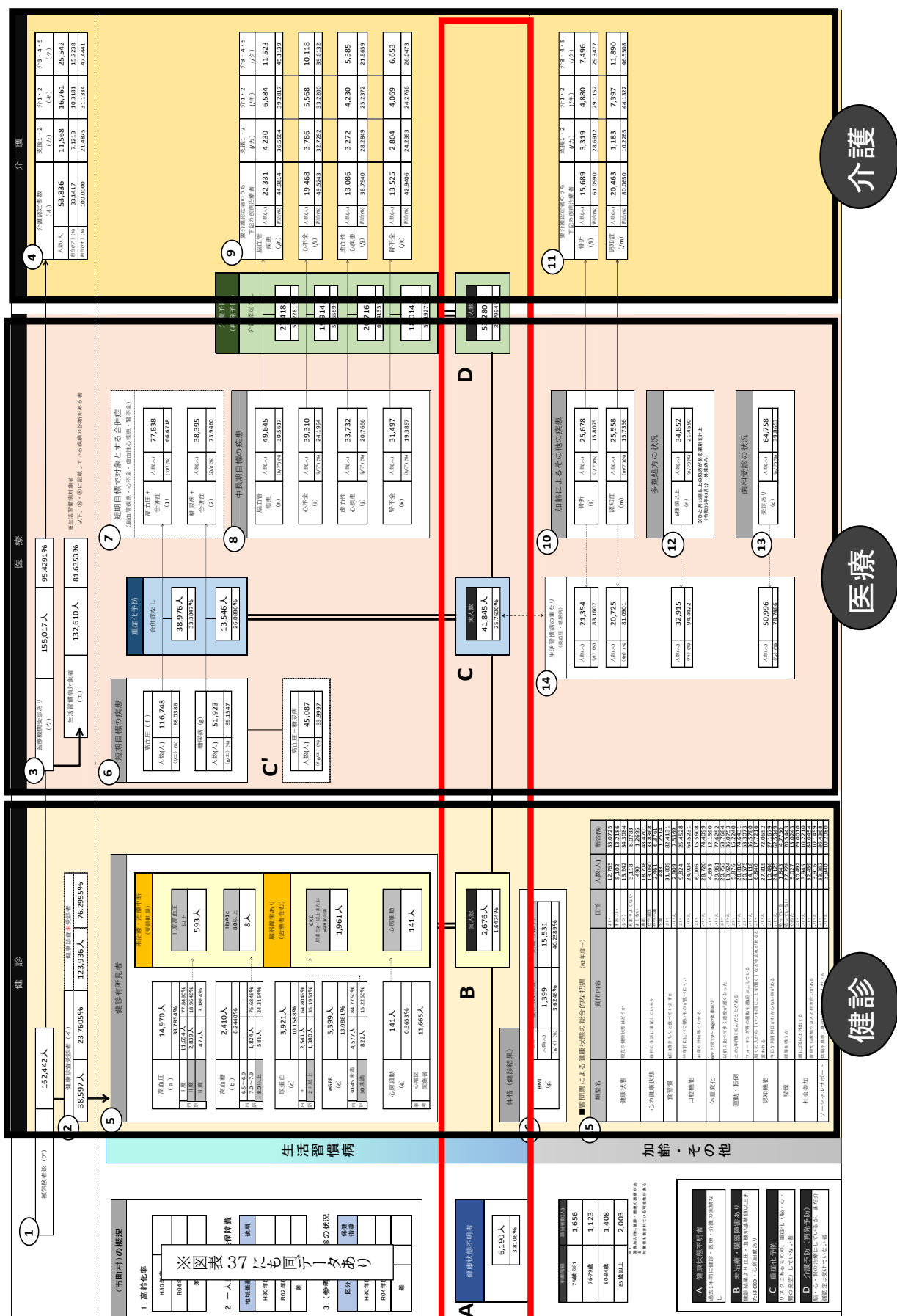
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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、医療費に占める一人あたりに係る医療費の割合も増加しています。(図表 15) また、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、市町村国保及び広域連合は、(図表 31)に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため40歳未満の健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

なお、20歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との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考えます。

図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1)医療費分析

図表 32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度
被保険者数		3,443人	3,403人	3,467人	3,378人	3,267人	1,428人
総件数及び 総費用額	件数	23,860件	23,622件	21,205件	22,736件	23,662件	18,655件
	費用額	11億6767万円	12億5355万円	12億0237万円	12億4365万円	12億1935万円	12億9768万円
一人あたり医療費		33.9万円	36.8万円	34.7万円	36.8万円	37.3万円	90.9万円

出典・参照：KDB システム改変

図表 33 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

市町村名		総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	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
				腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
				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								
① 国保	今帰仁村	12億1935万円	30,176	6.51%	0.55%	3.00%	2.07%	3.89%	2.16%	1.52%	2億4035万円	19.71%	8.26%	12.00%	5.54%
	同規模	—	30,571	3.83%	0.32%	2.06%	1.47%	6.06%	3.51%	2.04%	—	19.28%	16.76%	7.98%	9.27%
	県	—	26,050	5.80%	0.27%	2.40%	1.61%	4.02%	2.33%	1.38%	—	17.81%	12.57%	10.14%	7.73%
	国	—	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	—	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
② 後期	今帰仁村	12億9768万円	77,372	3.45%	0.25%	5.03%	1.72%	3.17%	1.71%	1.01%	2億1207万円	16.34%	7.19%	5.86%	11.13%
	同規模	—	68,038	4.14%	0.54%	4.01%	1.51%	4.11%	3.28%	1.17%	—	18.77%	10.30%	3.53%	12.45%
	県	—	79,275	4.65%	0.38%	4.30%	1.76%	3.09%	2.26%	1.14%	—	17.58%	8.35%	4.54%	13.72%
	国	—	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	—	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

※1 「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

出典・参照：KDB システム改変_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 34 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A 110人	118人	113人	102人	119人	195人
	件数	B 217件	237件	233件	206件	203件	335件
		B/総件数 0.91%	1.00%	1.10%	0.91%	0.86%	1.80%
	費用額	C 2億9703万円	3億9250万円	3億8864万円	3億5788万円	3億2497万円	4億2397万円
		C/総費用 25.4%	31.3%	32.3%	28.8%	26.7%	32.7%

出典・参照：KDB システム改変

図表 35 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度
脳 血 管 疾 患	人数	D 9人	4人	5人	9人	8人	16人
		D/A 8.2%	3.4%	4.4%	8.8%	6.7%	8.2%
	件数	E 25件	12件	8件	24件	15件	24件
		E/B 11.5%	5.1%	3.4%	11.7%	7.4%	7.2%
	年代別	40歳未満	2 8.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	65-69歳 0 0.0%
		40代	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	70-74歳 0 0.0%
		50代	5 20.0%	2 16.7%	0 0.0%	1 4.2%	75-80歳 3 12.5%
		60代	11 44.0%	8 66.7%	7 87.5%	14 58.3%	80代 12 50.0%
		70-74歳	7 28.0%	2 16.7%	1 12.5%	9 37.5%	90歳以上 9 37.5%
	費用額	F 3229万円	1260万円	1268万円	3139万円	1721万円	3001万円
		F/C 10.9%	3.2%	3.3%	8.8%	5.3%	7.1%

出典・参照：KDB システム改変

図表 36 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度
虚 血 性 心 疾 患	人数	G 10人	9人	3人	12人	6人	8人
		G/A 9.1%	7.6%	2.7%	11.8%	5.0%	4.1%
	件数	H 15件	11件	4件	13件	7件	8件
		H/B 6.9%	4.6%	1.7%	6.3%	3.4%	2.4%
	年代別	40歳未満	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	65-69歳 0 0.0%
		40代	0 0.0%	2 18.2%	0 0.0%	0 0.0%	70-74歳 0 0.0%
		50代	1 6.7%	1 9.1%	0 0.0%	2 28.6%	75-80歳 3 37.5%
		60代	7 46.7%	6 54.5%	1 25.0%	4 57.1%	80代 4 50.0%
		70-74歳	7 46.7%	2 18.2%	3 75.0%	1 14.3%	90歳以上 1 12.5%
	費用額	I 2215万円	1634万円	584万円	1858万円	1324万円	1020万円
		I/C 7.5%	4.2%	1.5%	5.2%	4.1%	2.4%

出典・参照：KDB システム改変

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

図表37 健診・医療・介護データの一体的な分析

今期に村 表：健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える

H30・R04比較



図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①			②			⑮					
年度	介護認定率	被保険者数			健診受診率			体格（健診結果）					
					特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	37.7	1,488	1,190	1,572	32.4	49.5	39.6	3.5	1.9	4.3	41.3	44.5	38.4
R4	39.8	1,271	1,470	1,553	21.7	34.8	27.4	7.2	3.9	2.6	42.4	39.6	41.5

図表 39 健診有所見状況

E表		⑮																																		
年度	Ⅱ度高血圧以上 ○は未治療・治療中断者									HbA1c7.0以上 (○)は未治療・治療中断者 ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満									心房細動								
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-		
	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)			
	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)			
H30	37	7.7	(13)	51	8.7	(13)	78	12.5	(12)	25	5.2	(0)	34	5.8	(1)	10	1.6	(0)	9	1.9	(9)	38	6.6	(36)	44	7.1	(37)	1	1.4	(0)	2	1.8	(0)	長寿健診対象年齢であり、 科管理データベース		
R4	18	6.5	(3)	34	6.6	(6)	32	7.5	(6)	16	5.8	(1)	48	9.4	(2)	9	2.1	(0)	7	2.5	(7)	19	3.7	(17)	33	7.7	(31)	0	0.0	(0)	0	0.0	(0)			

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦								
年度	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症								
							高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症					
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	78.8	90.8	95.2	34.5	67.6	82.9	78.2	81.7	83.4	33.1	35.2	31.2	24.0	27.3	25.8	48.1	61.2	78.1	54.7	64.7	82.1			
R4	79.2	90.1	94.7	31.6	67.4	82.2	79.1	85.6	87.3	31.3	34.1	29.9	21.6	28.3	25.8	46.5	62.6	75.7	42.1	68.3	82.5			

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

図表 41 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表	⑧												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保険者割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	13.0	31.8	50.1	4.8	15.7	24.9	2.4	6.6	17.6	5.1	9.1	16.5	2.1	3.2	36.8	1.4	2.1	36.6	2.8	2.5	55.4	1.3	0.9	39.8
R4	10.0	31.0	45.2	4.3	13.5	24.4	2.4	7.8	18.2	4.6	11.0	17.9	5.5	7.2	43.3	1.8	7.5	46.7	0.0	15.7	60.4	3.4	10.5	45.0

図表 42 骨折・認知症の状況

E表	⑭						⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)						加齢による その他の疾患 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
							骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	58.0	81.0	75.0	76.7	4.2	13.7	1.7	20.2	4.0	64.4	20.0	73.9		
R4	79.6	84.1	84.6	77.7	3.7	14.9	1.8	18.7	14.8	71.6	65.4	77.3		

(3)健康課題の明確化(図表 32～42)

国保の被保険者数は 3,400 人前後と横ばいであるが、令和 3 年から徐々に減少傾向です。一人あたり医療費は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり 90 万円を超え、国保の約 2 倍も高い状況です。(図表 32)

本村は、これまで糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできているが、短期的目標疾患の糖尿病及の総医療費に占める割合は、同規模と比べて 2%以上低く、腎不全の医療費に占める割合が、国保及び後期高齢においても、同規模、県、国と比べて高い状況です。特に慢性腎臓病(透析有)が同規模と比較しても約 3%高い値を示しています。(図表 33)

高額レセプトについては、国保においては毎年約 200 件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約 1.5 倍に増えることがわかります。

高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で H30 年度 25 件、R3 年度 24 件と多く、3,000 万円以上の費用がかかっていましたが、令和 4 年度は 15 件と件数が減り、費用額も約 1,700 万円へ減っています。後期高齢においては R4 年度 24 件発生し、約 3,000 万円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧や糖尿病などの重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表 34、35)

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度の結果を比較すると、図表 38 の①被保険者数は、H30 年より R4 年は 40～64 歳が約 200 人減少し、40～64 歳、65 歳～74 歳と人数が増加しています。75 歳以上が一番多い人数となっています。高齢化率が 33%以上と超高齢化社会の本村では 75 歳以上の後期高齢者が確実に増えていることが分かります。

⑮の体格をみると、BMI18.5 未満より BMI25 以上がかなり高い数値となり、75 歳以上の高齢者層でも BMI25以上の割合が 3%も高くなってきています。図表 39 健診有所見の状況をみると、各年代で対象人数が減少しており、受診者数の減少は covid-19 の影響が大きいと、今後も動向を注視し、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 40 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、H30 年から R4 年と高血圧、糖尿病とも数値に大きな変化は無く、高い数値を示しています。

図表 41 の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、H30 年度と R4 年度を比較すると、介護認定者の数値が増加し、74 歳未満の若い層でも要介護者が増えている状態です。図表 42 においても、R4 年には骨折、認知症ともに若い層でも要介護認定者の数値が上昇し、高血圧・糖尿病など生活習慣病が重なっている状況が多いことがわかります。

(4)優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組方法については、第 4 章に記載していきます。

3) 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、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、計画から見直します。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ます。

そのため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にします。評価指標については、まず全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 43)に設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

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、医療費が高額となる疾患や 6 か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患として、脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費等の割合を増加させずに維持することを目指します。年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の 3 つの臓器の血管も傷んでくると考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることで最低限維持することを目指します。

また、軽症時に外来受診をせずに、重症化して入院することから、重症化予防、医療費適正化へつなげるには、症状の有無、疾患の発症の有無に限らず、適切な時期での受診を促し、入院にかかる医療費を抑えることを目指します。

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、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とします。

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。

そのためには、医療機関と十分な連携を図り、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するとともに、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います。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リックシンドロームが考えられるが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法等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います。具体的には、日本人食事摂取基準(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)の検査結果の改善を目指します。

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し、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のが重要であるため、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)」に記載します。

(2) 管理目標の設定

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

図表 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

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 (活用データ年度)	
					初期値 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R11 (R10)		
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	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	3.00%			KDBシステム	
				虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	2.07%				
				慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	6.51%				
				糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	34.60%				
				糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	1.20%			各市町村	
	アウトカム指標 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者・予備群の減少	43.3%			健診結果 (保険者データ支援システム)		
			(再掲)	メタボリックシンドローム該当者の減少	28.6%				
				メタボリックシンドローム予備群の減少	14.6%				
			(再掲)	A メタボ該当者+高血圧者の割合減少 (140/90以上)	13.2%				
				A +高血糖者の割合減少 (HbA1c8.0以上)	1.0%				
				A +脂質異常者の割合減少 (LDL160以上)	1.9%				
				A +尿蛋白有所見者の割合減少 (2+以上)	1.1%				
				A +高尿酸者の割合減少 (8.0以上)	1.0%				
			健診受診者の高血圧者の割合減少 (160/100以上)	6.6%					
			健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL160以上)	15.5%					
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1c6.5%以上)	14.1%					
			★健診受診者のHbA1c8.0% (NGSP値) 以上の者の割合の減少	1.9%					
			健診受診者の尿蛋白有所見者の割合減少 (2+以上)	2.8%					
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	45.0%				各市町村	
			アウト	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	★特定健診受診率60%以上	34.0%			法定報告値 (特定健診等データ管理システム) ※分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数/昨年度の特定保健指導の利用者数
					★特定保健指導実施率60%以上	70.5%			
					★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	12.7%			

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第四期特定健康診査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ます。

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、第三期以降は実施計画も 6 年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 44 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	38%	40%	42%	45%	50%	60%以上
特定保健指導実施率	70%	70%	72%	75%	80%	80%以上

3. 対象者の見込み

図表 45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		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	2000人	2000人	1800人	1800人	1700人	1600人
	受診者数	760人	800人	750人	810人	850人	960人
特定保健指導	対象者数	100人	100人	100人	100人	110人	120人
	指導済者数	70人	70人	70人	75人	85人	95人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である国保連合会が集合契約を行います。

- ① 集団健診(今帰仁村保健センター他)
- 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、および実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、村ホームページに掲載する。

URL : <https://www.nakijin.jp>

(4) 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対象者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)を実施します。

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かえられます。(実施基準第 1 条第 4 項)

図表 46 特定健診検査項目(例示)

今帰仁村特定健診検査項目

健診項目		今帰仁村	国
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、●…いずれの項目の実施で可

(5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施します。

(6) 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えるよう、医療機関へ十分な説明を実施していきます。

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、かかりつけ医の協力及び連携を行います。

(7) 代行機関

特定健診に掛かる費用の請求・支払い代行は、沖縄県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

(8) 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を年間通して行います。

図表 47 特定健診実施スケジュール(例示)

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 特定健診の予約開始	(特定保健指導の実施)
5月		特定健診開始	健診データ抽出(前年度)
6月		健診データ受取 → 保健指導対象者の抽出	
7月		(特定保健指導の開始)	
8月			実施実績の分析実施方法、
9月		(特定健診・特定保健指導の実施)	
10月			受診・実施率実績の算出
11月	契約に関わる 予算手続き		支払基金(連合会)への報告
12月			
1月			
2月			
3月	契約準備	次年度の健診対象者の抽出、 受診券等の印刷・送付(随時可) (特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

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います。

○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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実施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の除外 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へ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4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

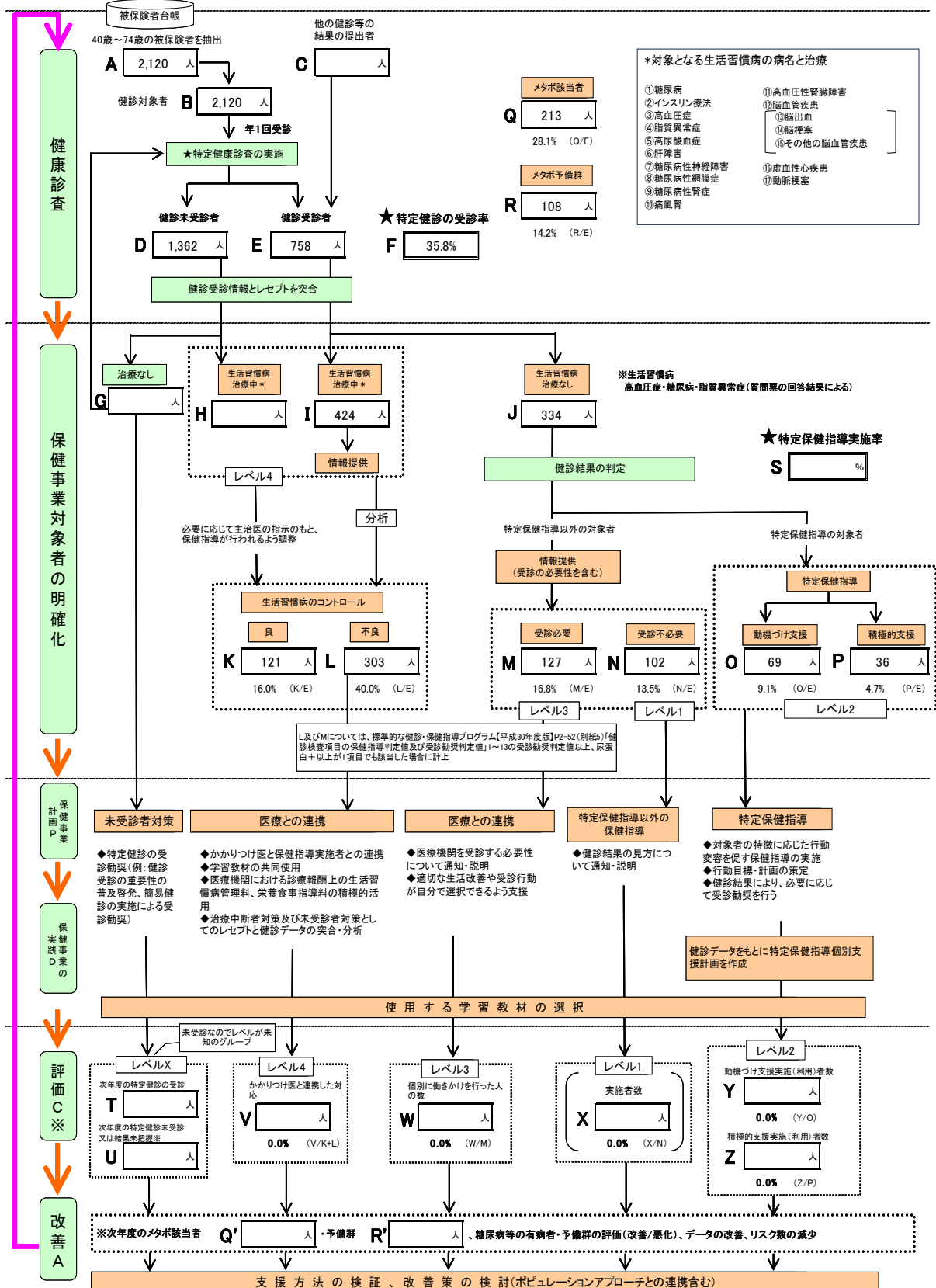
「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。(図表 48・49)

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5

令和04年度



出典・参照：特定健診等データ管理システム

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 要保健指導対象者の見込み

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	105人 (13.9%)	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	127人 (16.8%)	HbA1c6.5以上については 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、簡易健診の実施による受診勧奨)	1,362人 ※受診率目標達成までにあと520人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	102人 (13.5%)	50%
5	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のレセプトと健診データの突合・分析	424人 (55.9%)	50%

(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していきます。

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎特定健康診査の開始		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月			◎各種健診、がん検診開始 ◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
6月		◎対象者の抽出	
7月		◎保健指導の開始	
8月			
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月			◎受診状況に応じて各種広報
11月			
12月			
1月			
2月			
3月	◎健診の終了		◎次年度に向けて未受診者へ受診勧奨

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扱いについては、個人情報の保護に関する法律を踏まえた対応を行います。

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します。

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・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います。

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 日までに報告します。

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、村ホームページ等への掲載により公表、周知します。

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、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、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きます。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ります。

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等の取組を行います。

具体的には、特定保健指導対象者、糖尿病ハイリスク、心疾患ハイリスクなど、各種ハイリスク台帳を作成し、指導対象者を選定し効果的に、効率的に保健指導を進めていきます。医療受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方には、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きます。

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り医療費や介護費用等の実態を広く村民へ周知していきます。

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が重要となります。そのため特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

II. 重症化予防の取組

本村の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、349人(46.0%)です。そのうち治療なしが105人(31.4%)を占め、さらに臓器障害あり直ちにに取り組むべき対象者が39人です。

また、本村においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、105人中55人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。(図表 51)

図表 51 脳・心・腎を守るために

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患			虚血性心疾患			糖尿病性腎症		
科学的根拠に基づいた ↓ レセプトデータ 介護保険データ その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器科の診療と予防に関するガイドライン(2011年度合科研究報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		
	クモ膜下出血 (5.8%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.8%) 心原性脳塞栓性 (27.7%) ラクナ梗塞 (31.2%) アテローム血栓性梗塞・塞栓 (33.2%) 非心原性脳梗塞			心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症					
	高血圧症 心房細動 脂質異常症 メタボリックシンドローム 糖尿病 慢性腎臓病 (CKD)								
科学的根拠に基づき 保健結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)			動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)			メタボリックシンドロームの 診断基準		
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上			LDL-C 180mg/dl以上			中性脂肪 300mg/dl以上		
	心房細動			メタボ該当者 (2項目以上)			HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)		
該当者数	51 6.7%			47 6.2%			213 28.1%		
治療なし	28 6.8%			36 6.9%			45 6.6%		
(再掲) 特定保健指導	15 29.4%			7 14.9%			11 12.9%		
治療中	23 6.6%			11 4.7%			40 50.6%		
臓器障害あり	12 42.9%			9 40.9%			19 42.2%		
CKD(専門医対象者)	5			4			10		
心電図所見あり	8			5			9		
臓器障害なし	16 57.1%			13 59.1%			26 57.8%		

<参考>
健診受診者(受診率)

758人	35.8%
------	-------

■各疾患の治療状況

治療中	治療なし
高血圧	348 41%
心房細動	234 52%
糖尿病	79 67%
3疾患 いずれも	424 33%

※関係結果による

出典・参照：特定健診等データ管理システム

1. 糖尿病性腎症重症化予防

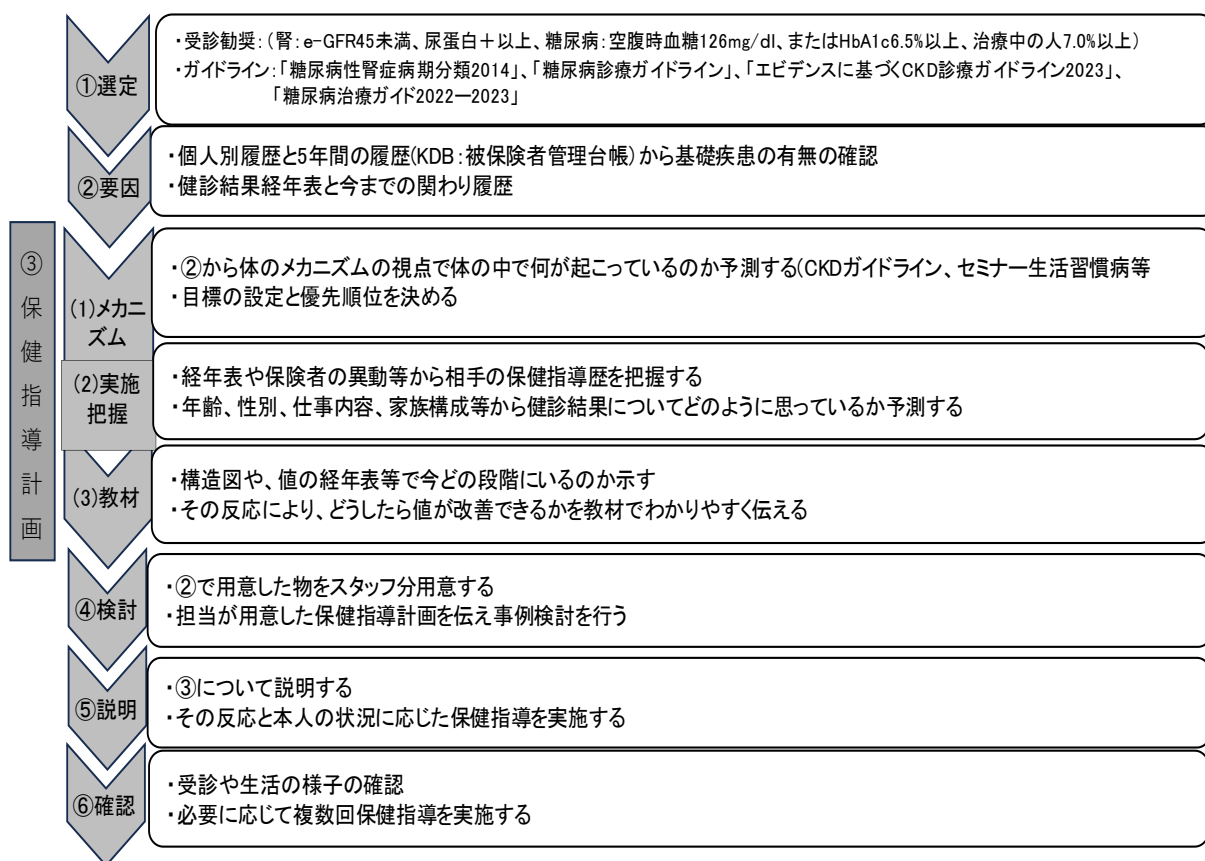
1) 基本的な考え方

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プログラム」(平成 31 年 4 月 25 日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び沖縄県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

なお、取組にあたっては(図表 52)に沿って実施します。

- (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

図表 52 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、沖縄県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者
 - ア. 糖尿病性腎症で通院している者
 - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

取組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ります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。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)を基盤とします。(図表 53)

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類		
病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	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
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30～299)	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
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

出典・参照: 糖尿病治療ガイド 2022-2023

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していきます。

本村においては、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が、尿アルブミンについては把握が難しく、CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(ー)、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ります。

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把握を行いました。

本村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、23人(19.2%・F)でした。また、40～74歳における糖尿病治療者461人のうち、特定健診受診者が153人(87.9%・G+G')でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者308人(66.8%・I)については、治療中であるが、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きます。

③ 介入方法と優先順位

(図表 54)より本村における介入方法を以下のとおりとします。

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) …23人(19.2%)

優先順位 2

【保健指導】

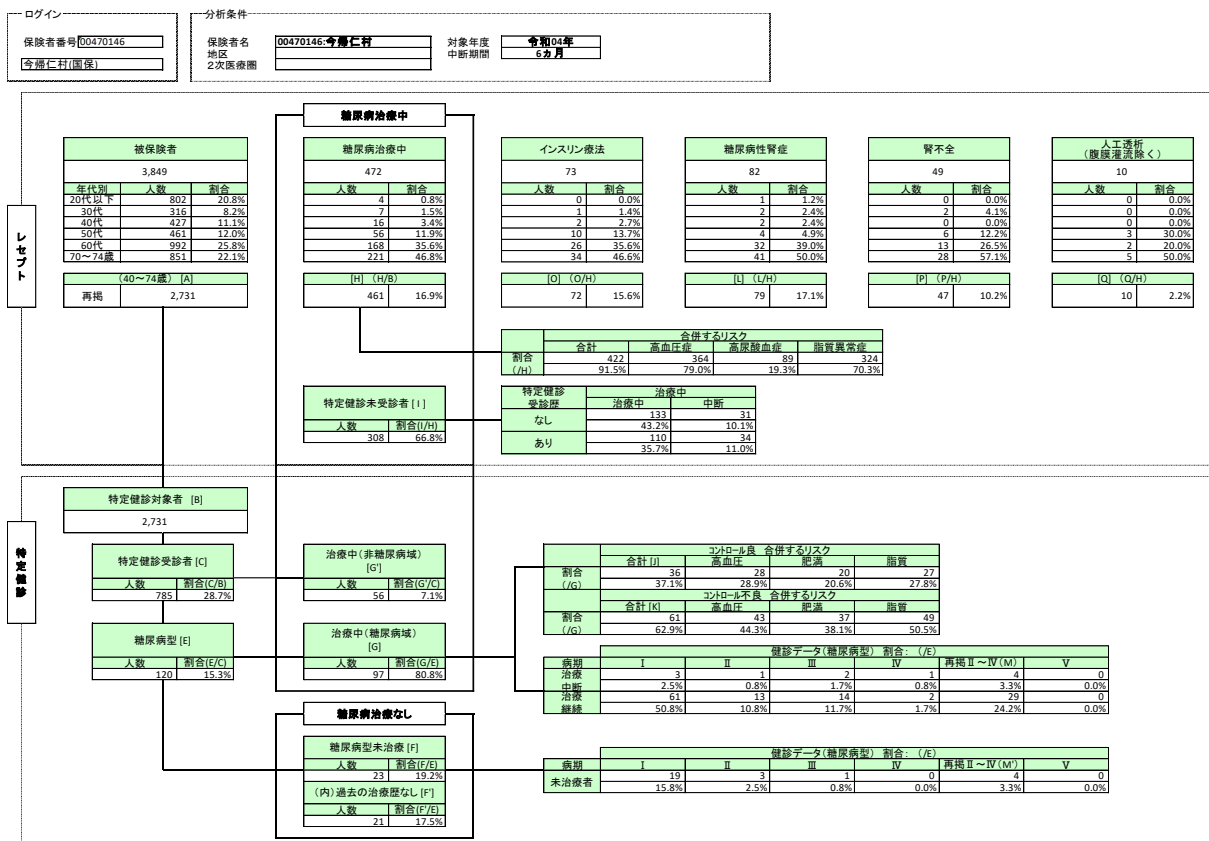
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者(K) …61人(62.9%)
治療中断しない(継続受診)のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

- ・Ⅰの中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→管理台帳
- ・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

図表 54 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



出典・参照：保険者データヘルス支援システム

3) 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す。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きます。本村においては、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を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。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きます。

図表55 令和4年度版 なぜ治療が必要なのかを学習するための資料
令和4年度版 沖縄 食ノート 肥満を解決するための食の資料Ver.3

令和4年度版 なぜ治療が必要なのかを学習するための教材(青本)	
5 血圧と腎臓の関係	
R4沖・治5-01	腎機能の経過をみよう(GFRのグラフ)
R4沖・治5-02	年齢による腎機能(GFR)の低下速度～私の腎臓はこれからどうなるか～
R4沖・治5-03	CKDには健診結果以外にも下のようなリスクが関係しています
R4沖・治5-04	高血圧と腎臓 血圧が高いと腎臓は・・・
R4沖・治5-05	肥満や高血糖になると腎臓では何が起こるのでしょうか？
R4沖・治5-06	高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？
R4沖・治5-07	尿検査eGFRで異常が出た方へ この科でどんな検査が必要なの？
R4沖・治5-08	自分はどの位置にいるのか、コントロール目標、腎臓の構造
R4沖・治5-09	進行を遅らせるための目標値
R4沖・治5-10	治療や食事の改善で腎機能の改善も期待できます
R4沖・治5-11	治療を開始し、体重を減らして尿蛋白が正常となり、腎機能も改善したAさん
R4沖・治5-12	治療を継続し、体重を減らして尿蛋白が正常になり腎機能も改善したBさん

令和4年度版 沖縄 食ノート(赤本)	
1.	栄養指導対象者の明確化
2.	脂肪細胞の特性～肥満の本態を理解～
3.	脂肪細胞の特性～肥満の解決～
4.	A-㊟ 原因として見えてきた食品から500kcal減らす 私はどのタイプかな？
5.	B 短鎖脂肪酸の役割が、解決のポイント
6.	血管内皮を守る
7.	栄養指導の基本 ～あなたにとっての食べ方～
8.	資料箱 ～ポピュレーションアプローチ～

(沖縄県ヘルスアップ支援事業)

(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期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)の者へ、二次健診等で尿アルブミン検査が可能であることを情報提供し、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します。

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、対象者の生活背景に応じて、受診可能な医療機関の情報を対象者へ伝え、受診勧奨を行います。ただし、対象者本人が医療機関への情報提供を希望する、健診結果等医療が必要な事由を自ら伝えることが困難などの場合に、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用します。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は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います。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては沖縄県のプログラムに準じて行っていきます。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携していきます。

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きます。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回行うものとしします。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への介入率

イ. 医療機関受診率

ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

○eGFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目			突 合 表	今帰仁村										同規模保険者（平均）		データ基		
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度				
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	被保険者数	A	3,464人		3,429人		3,405人		3,492人		3,440人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	②	（再掲）40-74歳		2,402人		2,415人		2,392人		2,483人		2,467人						
2	①	対象者数	B	2,233人		2,247人		2,242人		2,204人		2,120人				市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書		
	②	特定健診 受診者数	C	1,045人		1,071人		736人		676人		758人						
	③	受診率		44.5%		46.0%		31.5%		29.2%		34.0%						
3	①	特定 対象者数		166人		161人		108人		72人		67人						
	②	保健指導 実施率		81.3%		88.8%		78.7%		80.6%		70.5%						
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	159人	15.2%	181人	16.9%	133人	18.1%	119人	17.6%	129人	17.0%		特定健診結果		
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	43人	27.0%	62人	34.3%	34人	25.6%	36人	30.3%	50人	38.8%				
	③			治療中（質問票 服薬あり）	G	116人	73.0%	119人	65.7%	99人	74.4%	83人	69.7%	79人	61.2%			
	④		コントロール不良 HbA1c(7.0以上または空腹時血糖126以上)	J	60人	51.7%	76人	63.9%	56人	56.6%	51人	61.4%	44人	55.7%				
	⑤				血圧 130/80以上	42人	70.0%	50人	65.8%	38人	67.9%	32人	62.7%	32人	72.7%			
	⑥				肥満 BMI25以上	38人	63.3%	46人	60.5%	30人	53.6%	28人	54.9%	26人	59.1%			
	⑦		コントロール良 HbA1c(7.0未満かつ空腹時血糖126未満)	K	56人	48.3%	43人	36.1%	43人	43.4%	32人	38.6%	35人	44.3%				
	⑧		第1期 尿蛋白（－）	M	96人	60.4%	81人	44.8%	88人	66.2%	79人	66.4%	90人	69.8%				
	⑨		第2期 尿蛋白（±）		23人	14.5%	38人	21.0%	14人	10.5%	15人	12.6%	16人	12.4%				
	⑩		第3期 尿蛋白（＋）以上		38人	23.9%	57人	31.5%	25人	18.8%	23人	19.3%	20人	15.5%				
	⑪	第4期 eGFR30未満	2人		1.3%	2人	1.1%	5人	3.8%	2人	1.7%	3人	2.3%					
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保険者千対）		80.3人		79.3人		65.8人		72.7人		76.5人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②		（再掲）40-74歳（被保険者千対）	113.7人		110.6人		92.0人		99.1人		105.0人						
	③		レセプト件数 （40-74歳）	1,691件	(697.9)	1,688件	(704.5)	1,509件	(612.2)	1,492件	(616.3)	1,515件	(641.4)	319,711件	(930.6)	KDB_疾病別医療費分析 （生活習慣病）		
	④		入院（件数） （1人1枚被保険者千対）	7件	(2.9)	4件	(1.7)	5件	(2.0)	4件	(1.7)	7件	(3.0)	1,521件	(4.4)			
	⑤		糖尿病治療中	H	278人	8.0%	272人	7.9%	224人	6.6%	254人	7.3%	263人	7.6%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥		（再掲）40-74歳		273人	11.4%	267人	11.1%	220人	9.2%	246人	9.9%	259人	10.5%				
	⑦		健診未受診者	I	157人	57.5%	151人	56.6%	121人	55.0%	163人	66.3%	180人	69.5%				
	⑧		インスリン治療	O	34人	12.2%	37人	13.6%	25人	11.2%	29人	11.4%	31人	11.8%				
	⑨		（再掲）40-74歳		32人	11.7%	35人	13.1%	24人	10.9%	28人	11.4%	31人	12.0%				
	⑩		糖尿病性腎症	L	46人	16.5%	42人	15.4%	40人	17.9%	47人	18.5%	48人	18.3%				
	⑪		（再掲）40-74歳		46人	16.8%	42人	15.7%	40人	18.2%	46人	18.7%	47人	18.1%				
	⑫		慢性人工透析患者数 （糖尿病治療中に占める割合）		8人	2.9%	10人	3.7%	8人	3.6%	9人	3.5%	8人	3.0%				
	⑬		（再掲）40-74歳		8人	2.9%	10人	3.7%	8人	3.6%	9人	3.7%	8人	3.1%				
	⑭		新規透析患者数		5人未満のため掲載せず													
	⑮		（再掲）糖尿病性腎症															
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 （糖尿病治療中に占める割合）		6人	2.3%	6人	2.3%	5人	2.3%	5人	2.2%	5人	2.3%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期		
6	①	医療費	総医療費		11億6767万円		12億5355万円		12億0237万円		12億4365万円		12億1935万円		6億7051万円		KDB 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題	
	②		生活習慣病総医療費	6億1108万円		6億2013万円		5億9116万円		5億8965万円		5億5811万円		3億5898万円				
	③		（総医療費に占める割合）	52.3%		49.5%		49.2%		47.4%		45.8%		53.5%				
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	10,171円		9,927円		7,861円		4,450円		4,716円		9,063円			
	⑤			健診未受診者	41,517円		40,412円		48,094円		51,871円		48,119円		37,482円			
	⑥		糖尿病医療費	4837万円		4694万円		4489万円		4510万円		4745万円		4061万円				
	⑦		（生活習慣病総医療費に占める割合）	7.9%		7.6%		7.6%		7.6%		8.5%		11.3%				
	⑧		糖尿病入院総医療費	1億4561万円		1億6705万円		1億9933万円		1億9361万円		2億0592万円						
	⑨		1件あたり	41,343円		47,150円		63,078円		60,163円		63,694円						
	⑩		糖尿病入院総医療費	1億4292万円		1億5782万円		1億7809万円		1億6125万円		1億2178万円						
	⑪		1件あたり	585,731円		584,502円		672,020円		647,584円		591,157円						
	⑫		在院日数	21日		19日		21日		20日		19日						
	⑬		慢性腎不全医療費	9989万円		1億0376万円		9634万円		8024万円		8611万円		2783万円				
	⑭		透析有り	9360万円		9427万円		8969万円		7340万円		7941万円		2567万円				
	⑮		透析なし	629万円		949万円		665万円		684万円		670万円		216万円				
7	①	介護	介護給付費		12億3732万円		12億3719万円		12億4328万円		12億1853万円		12億1947万円		8億6719万円			
	②		（2号認定者）糖尿病合併症	0件		1件		2件		2件		3件		17.6%				
8	①	死亡 糖尿病（死因別死亡数）		0人		0人		2人		0人		2人		622人		1.0%		KDB_健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題

出典・参照：KDB システム改変

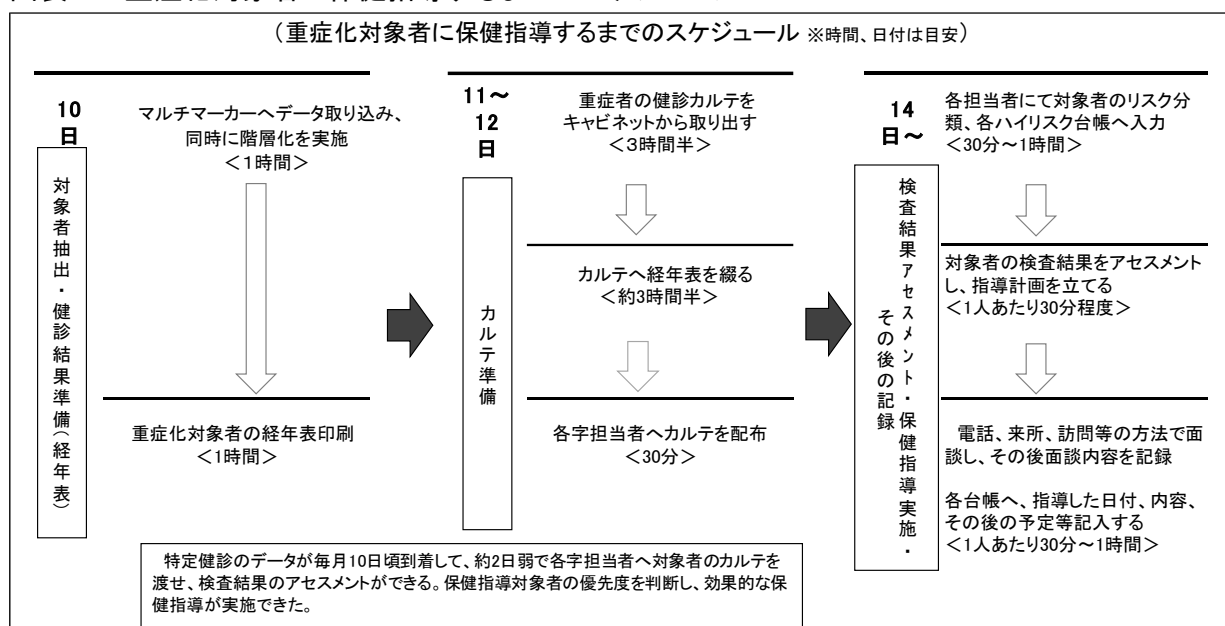
7) 実施期間及びスケジュール

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

6 月～特定健診結果が届き次第各種管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

図表 57 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

1) 基本的な考え方

メタボリックシンドロームの定義と診断基準によれば、「メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することである。従ってメタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結は心血管病であり、診断は心血管病予防のためにおこなう。」とあります。また、「メタボリックシンドロームを呈する多くの人々はインスリン抵抗性をもち、2型糖尿病発症のリスクも高い。」とされています。

以上のことから、メタボリックシンドロームに対する取組みが、心血管病予防、2型糖尿病の予防など、血管内皮障害を引き起こす疾患予防、肥満対策となるため、最重要課題となります。

なお、メタボリックシンドローム該当・予備軍の者への保健指導に活用している教材の参考に、図表 58 メタボリックシンドロームの構造図～沖縄 Ver.～(R4 沖・食-6)を示します。

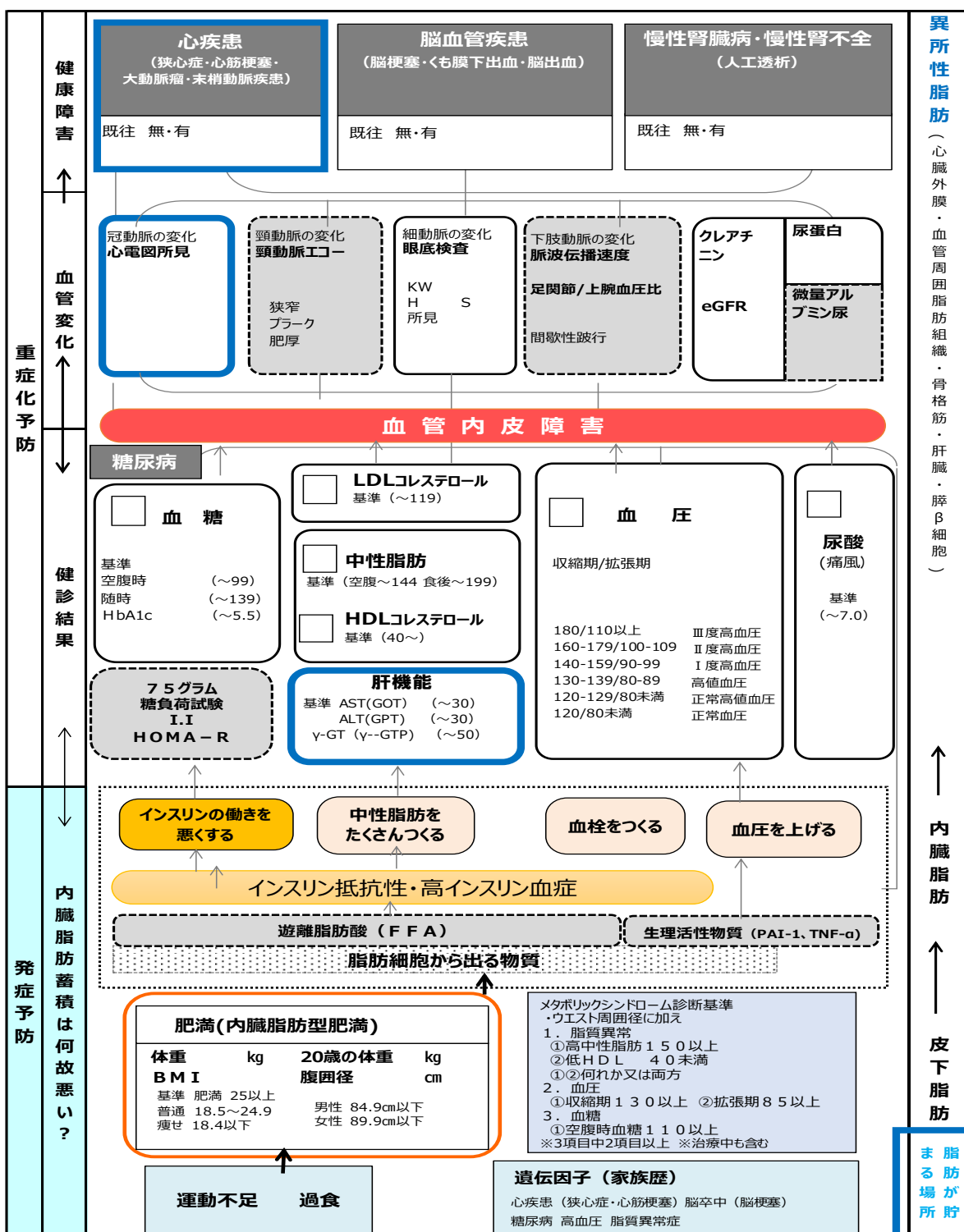
図表 58 メタボリックシンドロームの構造図～沖縄 Ver. ～（R4 沖・食-6）

メタボリックシンドロームの構造図

精密(二次)検診項目

治

沖・食-6
R4.3.24



※HbA1c値は国際標準化に伴いNGSP値で表記

※メタボリックと診断された場合は空腹時血糖が正常であっても75gOGTTを追加し耐糖能異常の有無を判定することも必要

2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 59 肥満度分類による実態

		受診者数		BMI25以上		(再掲) 肥満度分類							
						肥満				高度肥満			
						肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上	
						40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
総数		279	479	118	184	97	145	17	32	2	7	2	0
				42.3%	38.4%	34.8%	30.3%	6.1%	6.7%	0.7%	1.5%	0.7%	0.0%
再掲	男性	161	256	86	113	72	91	11	20	2	2	1	0
				53.4%	44.1%	44.7%	35.5%	6.8%	7.8%	1.2%	0.8%	0.6%	0.0%
	女性	118	223	32	71	25	54	6	12	0	5	1	0
				27.1%	31.8%	21.2%	24.2%	5.1%	5.4%	0.0%	2.2%	0.8%	0.0%

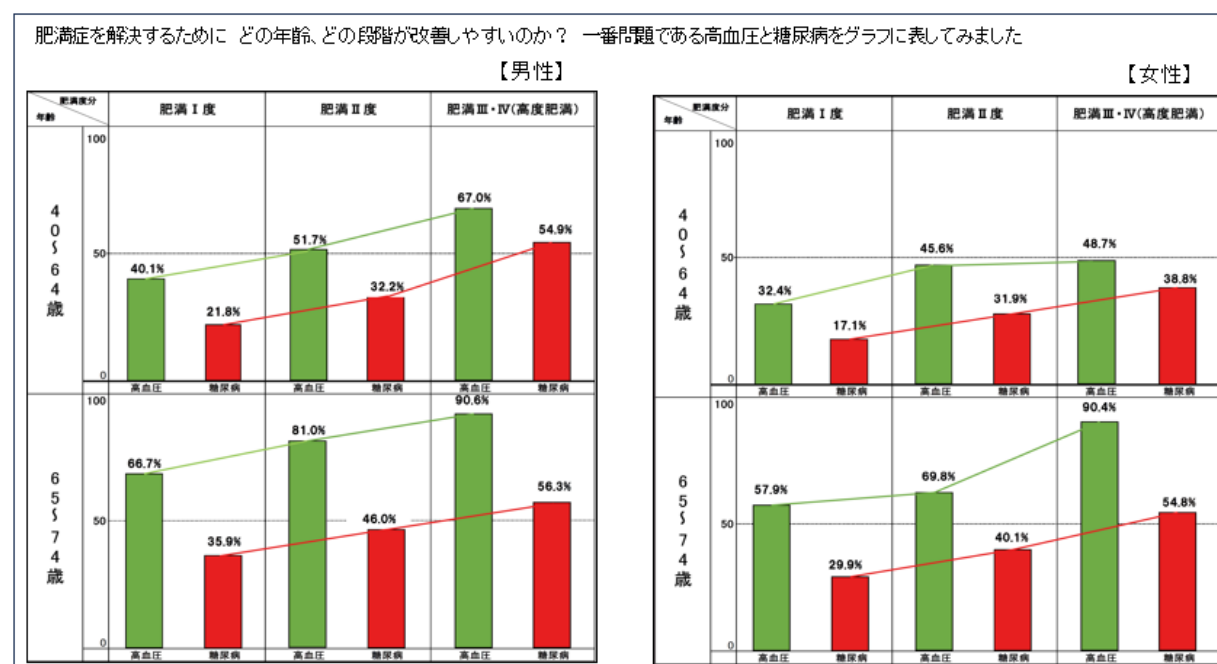
出典・参照：特定健診等データ管理システム

(2) 優先順位をつけます。

肥満を解決するためには、どの年齢・どの段階が改善しやすいのか、効率がいいのかを科学的な根拠(EBM)「肥満症診療ガイドライン 2022」に基づき、優先順位をつけます。

① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます

図表 60 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？



(沖縄県ヘルスアップ支援事業)

まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、「肥満症は“肥満に起因ないし関連する健康障害を合併するか、その合併が予測される場合で、医学的に減量を必要とする病態”と定義されている。すなわち、肥満症は体重(BMI)が大きいから疾患とされるのではなく、肥満に基づく健康障害を合併しているため、疾患とされる。したがって治療の目的は体重を大きく減量することではなく、減量によって健康障害を予防・改善することである。」とあります。

肥満を改善することは、その後起こり得る肥満症、メタボリックシンドロームの発症予防、改善につ

ながります。肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることより、未だ両疾患の発症が50%に満たない肥満Ⅰ度で、かつ若い年代（40～64歳）を対象とする取組みが、肥満解消に向けて効率がいいことがわかります。（図表60）

対象者の性別、年齢、食生活、経済状況、ニーズなどを確認し、運動療法、食事療法など、対象者に合った取組みを行っていく必要があります。

②心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

図表 61 心・脳血管疾患を発症した事例（例示）

事例 No.	性別	発症 年齢	KDBから把握								介護	特定 健診	転 帰
			レセプト										
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患						
			脳出血	脳梗塞	狭心症	急性 心筋梗塞	高血圧	糖尿病	脂質 異常症	高尿酸 血症			
1	男	60代		●	●		●		●			メタボ	
2	男	60代	●		●		●		●	●		メタボ	死亡
3	男	50代	●				●	●	●		要介護2	メタボ	
4	男	50代		●		●	●	●	●	●		メタボ	
5	男	40代		●		●	●	●	●	●		メタボ	

参考

3)対象者の明確化

図表 62 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	
健診受診者		A	417	38	54	180	145	341	25	42	160	114
メタボ該当者		B	158	10	22	65	61	55	0	4	25	26
		B/A	37.9%	26.3%	40.7%	36.1%	42.1%	16.1%	0.0%	9.5%	15.6%	22.8%
再掲	① 3項目全て	C	67	4	5	32	26	17	0	3	7	7
		C/B	42.4%	40.0%	22.7%	49.2%	42.6%	30.9%	—	75.0%	28.0%	26.9%
	② 血糖＋血圧	D	18	1	3	8	6	1	0	0	1	0
		D/B	11.4%	10.0%	13.6%	12.3%	9.8%	1.8%	—	0.0%	4.0%	0.0%
	③ 血圧＋脂質	E	71	5	14	24	28	36	0	0	17	19
		E/B	44.9%	50.0%	63.6%	36.9%	45.9%	65.5%	—	0.0%	68.0%	73.1%
	④ 血糖＋脂質	F	2	0	0	1	1	1	0	1	0	0
		F/B	1.3%	0.0%	0.0%	1.5%	1.6%	1.8%	—	25.0%	0.0%	0.0%

出典・参照：KDBシステム改変 様式（5-3）

図表 63 メタボリック該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
				あり		なし					あり		なし			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合		
総数	417	158	37.9%	125	79.1%	33	20.9%	341	55	16.1%	50	90.9%	5	9.1%		
40代	38	10	26.3%	2	20.0%	8	80.0%	25	0	0.0%	0	—	0	—		
50代	54	22	40.7%	19	86.4%	3	13.6%	42	4	9.5%	4	100.0%	0	0.0%		
60代	180	65	36.1%	51	78.5%	14	21.5%	160	25	15.6%	22	88.0%	3	12.0%		
70～74歳	145	61	42.1%	53	86.9%	8	13.1%	114	26	22.8%	24	92.3%	2	7.7%		

出典・参照：特定健診等データ管理システム

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 62)は、男性で 50 代以降の年齢から受診者の 40%前後で推移しています。女性では 50 代で 10%、60 代と該当者が徐々に増加し、70~74 歳では 23%程度です。男性は 40 代も含めて、どの年代でもメタボリックシンドロームに該当する、もしくは予備軍であることを視野にいれたアセスメントを行うことが重要となります。女性では年齢を重ねる毎に対象者が増えていくため、そうなる前の、若い段階から予防を呼び掛ける必要があります。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 63)は、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

また、(図表 61)心・脳血管疾患を発症した事例を整理する例として示しています。全員がメタボリックシンドローム該当者であり、脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えた結果であると考えます。このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

(1) 対象者の選定基準の考え方

- ① メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ② 治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。
- ③ 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

(2)対象者の管理

対象者は、特定保健指導管理台帳、各種ハイリスク台帳へ、メタボリックシンドローム該当者の有無を記載し、進捗管理をしていきます。

4)保健指導の実施

(1)最新の脳科学を活用した保健指導

対象者への保健指導については、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン 2022 等を参考に作成した保健指導用教材やその他、対象者に適した内容の資料を検討し、活用していきます。

図表 64 令和4年度版 沖縄 食ノート 肥満を解決するための食の資料 Ver.3 (沖縄県ヘルスアップ支援事業)

令和4年度版 沖縄 食ノート 肥満を解決するための食の資料Ver.3	
1. 栄養指導対象者の明確化 R4沖・食1 検査項目と各臓器 R4沖・食2 健診結果と生活との関連の読み取り R4沖・食3 メタボリックシンドロームの構造図 R4沖・食4 肥満症の構造図 R4沖・食5 高インスリン状態は何を引き起こすのでしょうか 2. 脂肪細胞の特性～肥満の本態を理解～ R4沖・食6 肥満の問題性を考えるポイント R4沖・食7 体重(BMI)・健診結果に変化はありませんか？ R4沖・食8 健診データを見ながら考えます R4沖・食9 脂肪細胞ってね① R4沖・食10 脂肪細胞ってね② R4沖・食11 脂肪細胞の中身はなんだと思いますか？ 3. 脂肪細胞の特性～肥満の解決～ R4沖・食12 肥満症診療ガイドライン2022の治療目標と健診データの改善 R4沖・食13 肥満(脳の変調)の解決 R4沖・食14 脳の変調 4. A-② 原因として見てきた食品から500kcal減らす 私はどのタイプかな？ R4沖・食15 自分は何を食べて体重が増えるタイプなの？ R4沖・食16 肥満解決のために R4沖・食17 ジャंकフード ポテトチップス R4沖・食18 ジャंकフード チョコレート R4沖・食19 ジャंकフード アイスクリーム R4沖・食20 加工食品のことで知って欲しいことがあります R4沖・食21 カップラーメン・袋麺 R4沖・食22 ファーストフード R4沖・食23 よく食べている食べ物の中身(肉・乳・加工品) R4沖・食24 よく食べている食べ物の中身(魚・卵・豆腐) R4沖・食25 チャンプルー「みえるあぶら」「みえないあぶら」の組み合わせ R4沖・食26 肝臓のお仕事には順番があります R4沖・食27 アルコール早見表 5. B 短鎖脂肪酸の役割が、解決のポイント R4沖・食28 脂肪酸にはどんな特徴があるのでしょうか？ R4沖・食29 脳の変調を修正してくれる短鎖脂肪酸 R4沖・食30 食物繊維の仕事 R4沖・食31 「あなたのお腹の中で発酵食品がつかれます」 キーワードは短鎖脂肪酸 R4沖・食32 食べる組み合わせによって、ヤセホルモンGLP-1の量が変わります R4沖・食33 食物繊維は植物の構成成分 R4沖・食34 食物繊維は植物の構成成分(保健師・栄養士用) R4沖・食35 手軽にとれるオートミール ご飯100gで比べてみました R4沖・食36 短鎖脂肪酸になれる食物繊維が多いのは・・・ R4沖・食37 短鎖脂肪酸をつくる野菜の特徴 R4沖・食38 いつも使っている野菜のなかみ～うまく活用しよう！～ R4沖・食39 いつも使っている野菜のなかみ～冷凍野菜～	6. 血管内皮を守る R4沖・食40 (血管が)傷むとは R4沖・食41 血管内皮を傷めるリスクは何だろう R4沖・食42 血管内皮細胞の材料と炎症を防ぐもの R4沖・食43 脂肪にも種類があります R4沖・食44 1日の基準量の食品の量の中に、血管内皮を守る栄養素はどのくらいの割合を占めているか？ R4沖・食45 血管内皮を酸化ストレスから守る R4沖・食46 手軽にとれる惣菜で血管内皮を守る 7. 栄養指導の基本 ～あなたにとっての食べ方～ R4沖・食47 日常生活の中で、必要な食品を考える方法 R4沖・食48 血液データと食品(沖縄年代・性別Ver.)①～③ R4沖・食49 肥満症診療ガイドライン2022と最新肥満症学の食事療法及び各学会のガイドラインの整理 R4沖・食50 健診データに基づいた食品の基準量 R4沖・食51 生活習慣の改善ってどんなことをするの？ R4沖・食52 あなたにとって必要な食の基準量①② R4沖・食53 ごはんの目安と油の目安 R4沖・食54 総エネルギー 早見表(男性) R4沖・食55 ごはんと油量 早見表(男性) R4沖・食56 総エネルギー 早見表(女性) R4沖・食57 ごはんと油量 早見表(女性) 8. 資料箱 ～ポピュレーションアプローチ～ R4沖・食58 社会的背景 ～沖縄と全国を比べてみました～ R4沖・食59 統計からみえる沖縄の食 R4沖・食60 食の背景の変遷 R4沖・食61 肥満がもたらすもの R4沖・食62 参考資料 ～ページノート～ R4沖・食63 令和3年度保健指導専門職としての学習プロセス R4沖・食64 令和4年度保健指導専門職としての学習プロセス
その他	

(2) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。本村においても国保ヘルスアップ事業を活用して、二次健診の実施を検討します。(P-22に詳細あり)

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ①頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- ②負荷心電図(心臓の状態を詳しく見る検査)
- ③微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ④75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

一タの示し方は以下の表のように分けて示しています。

左室肥大については、集団健診では13人(26.5%)で、所見率が一番高いことがわかります。個別健診では、軽度異常がみられた者が15人いたため、そのような方へは医療機関への受診勧奨を行っています。(図表66)

また、有所見者のうち心臓ハイリスク台帳登録人数が56人(87.5%)で、その後の保健指導実施人数は18人(32.1%)で保健指導後の医療受診者数は10人(55.6%)でした(図表67)。

医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、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た受診勧奨を行う必要があります。

図表 66 心電図検査結果

集団健診

性別・年齢	所見	集団健診 受診者数	心電図検査			所見内訳															
						ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
			実施者数 A	有所見者数 B		異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック (左右含む)		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
				実施率	有所見率 B/A	人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
内訳	40～74歳	311	213	68.8	49	23.0	8	16.3	11	22.4	13	26.5	10	20.4	0	6	12.2	0	0.0	0	0.0
	男性	165	113	36.3	26	23.0	2	7.8	3	11.5	11	42.3	5	19.2	0	5	19.2	0	0.0	0	0.0
	女性	146	100	32.2	23	23.0	6	26.0	8	34.8	2	8.7	5	21.7	0	2	8.7	0	0.0	0	0.0

今帰仁村調べ

個別健診

性別・年齢	所見	個別健診 受診者数	心電図検査				所見内訳			
			実施者数 A		有所見者数 B		軽度異常		異常	
			実施率				人数C	割合C/B	人数E	割合E/B
内訳	40～74歳	469	311	66.3	15	4.8	15	100	0	0.0
	男性	263	165	35.2	12	7.3	12	100	0	0.0
	女性	206	146	31.1	3	2.0	3	100	0	0.0

今帰仁村調べ

図表 67 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)			心臓ハイリスク台帳 登録人数(b)		保健指導実施 (c)		医療受診者 (d)	
	人数		割合	人数	割合(b/a)	人数	割合(c/b)	人数	割合(d/c)
	総数								
全体	総数	64		56	87.5	18	32.1	10	55.6
	集団	49	76.6%						
	個別	15	23.4%						
男性	38		59.4%	34	89.8	10	29.4	5	50.0
女性	26		40.6%	21	80.8	8	38.0	5	62.5

※集団健診にはミネソタコード記載あり。個別健診は記載なし。

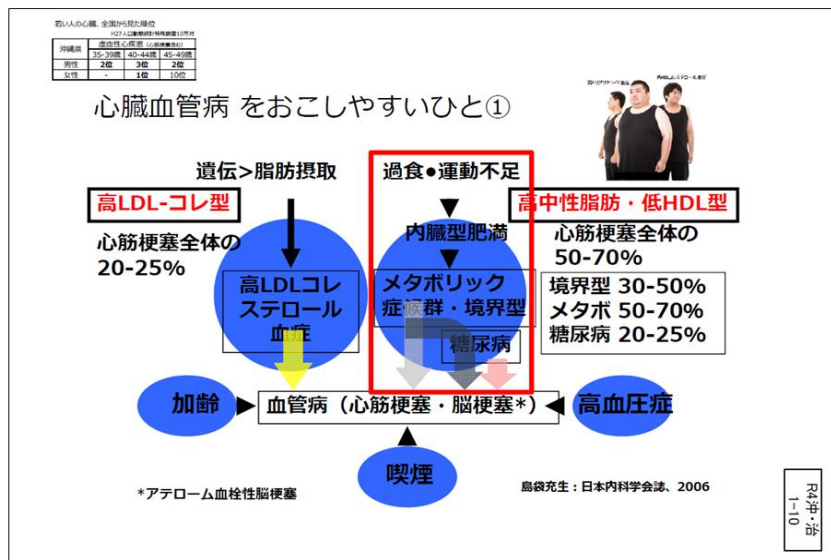
今帰仁村調べ

②心電図以外からの把握

心電図検査で異常がないまたは心電図検査を実施していないが、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して(心筋梗塞の60%は前駆症状ないため)積極的に保健指導を行う必要があります。

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表 68)

図表 68 心血管病(心臓血管病)をおこしやすいひと (R4 沖・治 1-10)



出典:令和4年度版 なぜ治療が必要なのかを学習するための教材
(沖縄県ヘルスアップ支援事業)

図表 68 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A:メタボタイプについては、第 4 章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 62・63)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ(図表 69)

図表 69 動脈硬化性心血管疾患の予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

令和04年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た
LDLコレステロール管理目標

(参考)
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL				健診結果 (LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別			
				120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70～74歳
338				133	106	63	36	10	14	47	28
				39.3%	31.4%	18.6%	10.7%	10.1%	14.1%	47.5%	28.3%
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	41	20	12	7	2	5	4	0	0
			12.1%	15.0%	11.3%	11.1%	5.6%	50.0%	28.6%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	132	47	38	30	17	5	7	28	7
			39.1%	35.3%	35.8%	47.6%	47.2%	50.0%	50.0%	59.6%	25.0%
	高リスク	120未満 (150未満)	140	54	50	23	13	0	2	15	19
			41.4%	40.6%	47.2%	36.5%	36.1%	0.0%	14.3%	31.9%	67.9%
再掲		100未満 (130未満) ※1	17	4	7	5	1	0	0	2	4
			5.0%	3.0%	6.6%	7.9%	2.8%	0.0%	0.0%	4.3%	14.3%
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	25	12	6	3	4	0	1	4	2
			7.4%	9.0%	5.7%	4.8%	11.1%	0.0%	7.1%	8.5%	7.1%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮

※2 問診で脳卒中(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。

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います。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ます。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います。また、過去に治療中であつ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います。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います。

図表 70 令和4年度版 なぜ治療が必要なのかを学習するための教材(沖縄県ヘルスアップ支援事業)

令和4年度版 なぜ治療が必要なのかを学習するための教材 (青本)	
4	4 血圧と心臓の関係 R4沖・治4-01 フロー 心電図からみた保健指導対象者の判断 R4沖・治4-02 資料A-1 心電図所見一覧 R4沖・治4-03 資料A-2 私の心電図があらわすもの R4沖・治4-04 資料A-3 心電図検査は最も簡単に心臓の様子を見ることができる検査です！ R4沖・治4-05 資料B-1 STが出た R4沖・治4-06 資料B-2 症状の判断 R4沖・治4-07 資料C 左室肥大 R4沖・治4-08 資料D-1不整脈 このくらいなら大丈夫って言われたけど本当に大丈夫なの R4沖・治4-09 資料D-2 心房細動から脳梗塞を起こさないために (心-5加工) R4沖・治4-10 資料E 虚血の検査 R4沖・治4-11 資料F 虚血の治療 R4沖・治4-12 資料G-1 事例から学ぶ 肥満糖中性血圧LDL R4沖・治4-13 資料G-2 健診データをみましょう R4沖・治4-14 資料G-3 管理目標 (ガイドライン追加) R4沖・治4-15 資料G-4 肥満と心臓 R4沖・治4-16 保健師・栄養士用_心臓を理解する
その他	

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者において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り、対象者へは、二次健診の実施を検討していく必要があります。

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 202 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されています。本村では精密検査等が必要な対象者へ、二次健診(P-22 に詳細あり)をその機会として提供することが可能です。

(3) 対象者の管理

重症化しないための継続的な健診受診及び治療が必要な者への継続的な医療受診ができるよう、台帳を作成し経過を把握します。

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きます。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集します。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携していきます。

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きます。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 回行います。その際は KDB 等の情報を活用する。

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きます。

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

6 月～特定健診結果が届き次第各種管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

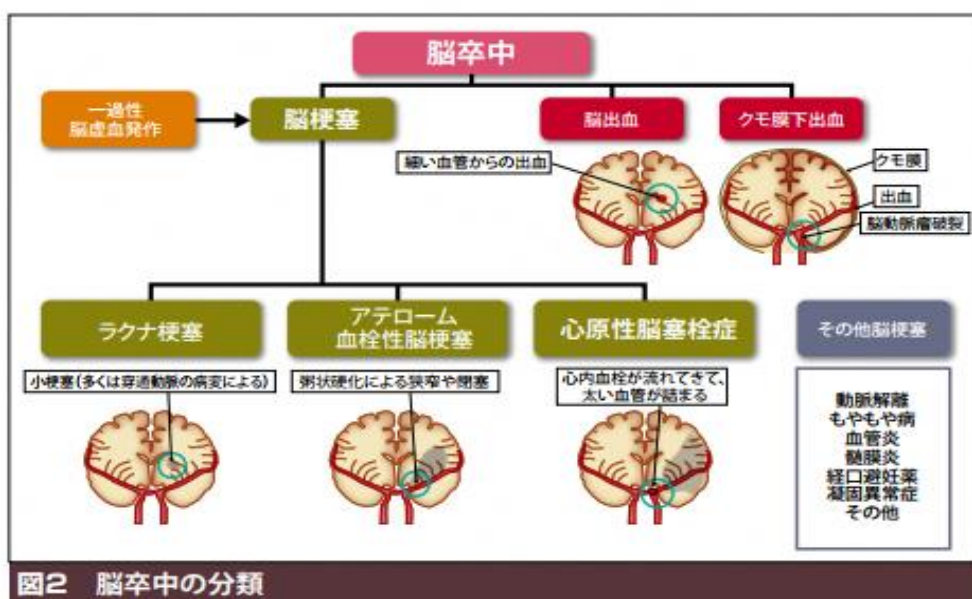
4. 脳血管疾患重症化予防

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ます。(図表 71,72)

図表 71 脳卒中の分類

【脳卒中の分類】



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 72 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

リスク因子 (○はハイリスク等)		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

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。(図表 73)でみると、**(H)** 高血圧治療者 1,084 人のうち、既に**(O)** 脳血管疾患を起こしている人が 226 人(20.8%)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 51 人(6.7%)であり、そのうち 28 人(55%)は未治療者です。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や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ります。

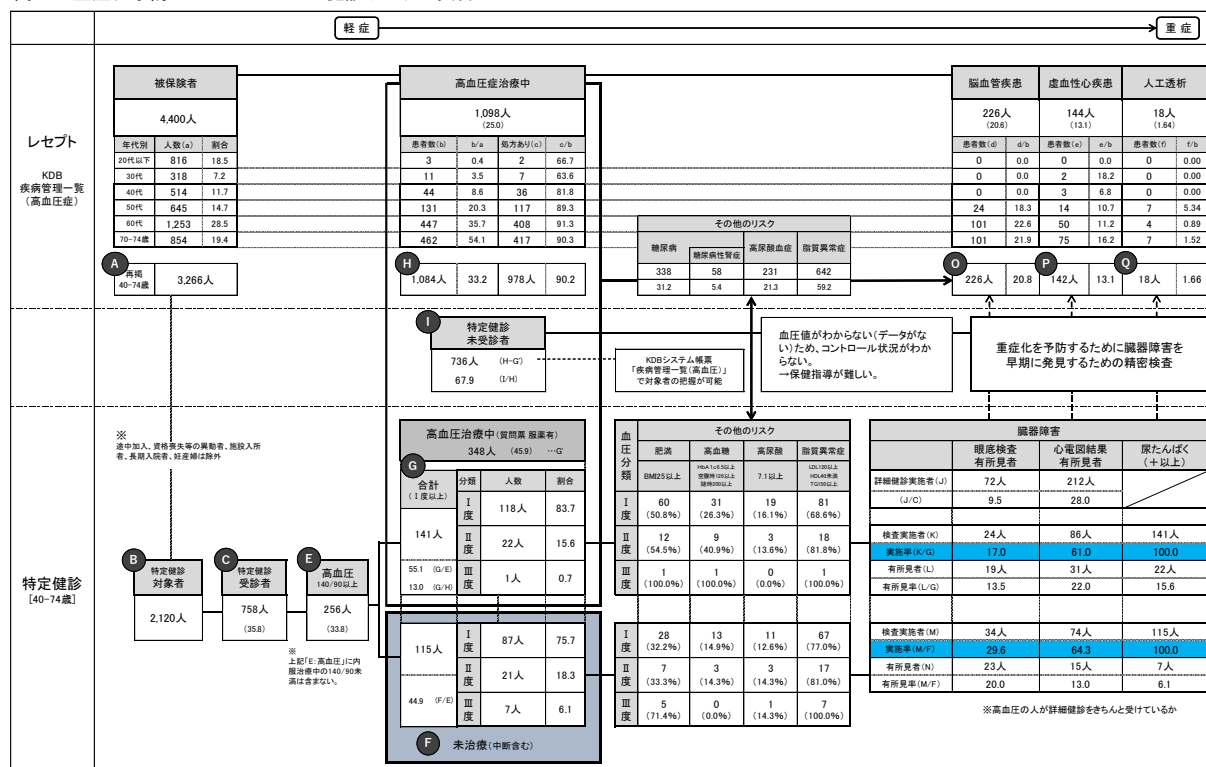
また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 23 人(16.3%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)が、受診者全体のうち、わずか 72 人(9.5%)しか実施していない状況です。しかし、眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから、**(E)** 高血圧(Ⅰ度高血圧(140/90)以上)の 256 人(33.8%)は眼底検査を実施する必要がありますが、実際は全員が重症化予防の検査がされていない状況です。眼底検査(詳細検査)の必要な方への実施について、関係機関と実態を共有・検討していく必要があります。

図表 73 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



出典・参照: KDB システム改変、特定健診等データ管理システム

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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ます。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ります。

図表 74 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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)

高値血圧

130～139
/80～89

113

49.6%

I度高血圧

140～159
/90～99

87

38.2%

II度高血圧

160～179
/100～109

21

9.2%

III度高血圧

180以上
/110以上

7

3.1%

リスク層
(血圧以外のリスク因子)

228

リスク第1層
予後影響因子がない

11

4.8%

C

7

6.2%

B

1

1.1%

B

3

14.3%

A

0

0.0%

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

117

51.3%

C

57

50.4%

B

45

51.7%

A

11

52.4%

A

4

57.1%

リスク第3層
脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、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

100

43.9%

B

49

43.4%

A

41

47.1%

A

7

33.3%

A

3

42.9%

…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

66

28.9%

B

概ね1か月後に再評価

98

43.0%

C

概ね3か月後に再評価

64

28.1%

(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

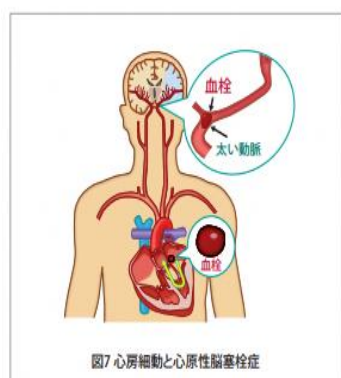
p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

※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 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」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。

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

(図表 74)は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる(A)については、早急な受診勧奨が必要になってきます。

(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の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」になる頻度が高くなります。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す。図表 75 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 75 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	417	341	124	29.7%	88	25.8%	0	0.0%	0	0.0%	--	--
40代	38	25	8	21.1%	2	8.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	54	42	11	20.4%	9	21.4%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	180	160	62	34.4%	42	26.3%	0	0.0%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	145	114	43	29.7%	35	30.7%	0	0.0%	0	0.0%	3.4%	1.1%

※1 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率
日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は、70～79歳

出典・参照:特定健診等データ管理システム

図表 76 心房細動有所見者の治療状況

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

今帰仁村調べ

令和 4 年度のデータでは、心電図検査において心房細動の所見があった者はいませんでした。
(図表 76)

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が望まれます。

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います。その際、対象者の食生活や生活習慣などの個々の状態に合わせた資料(保健指導教材等)を活用し、対象者が理解し、改善策をイメージしやすいような言葉遣い、保健指導を心がけます。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います。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います。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います。

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において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ります、対象者へは、二次健診(P-22 参照)として検討していく必要があります。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧以上を対象に血圧、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っていきます。

② 心房細動者の管理

健診受診時の心電図検査において心房細動等心電図異常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きます。

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きます。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していきます。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携していきます。

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きます。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 回行います。その際は KDB 等の情報を活用します。

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きます。

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台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

Ⅲ. 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

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組みと、生活機能の低下を防止する取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ります。

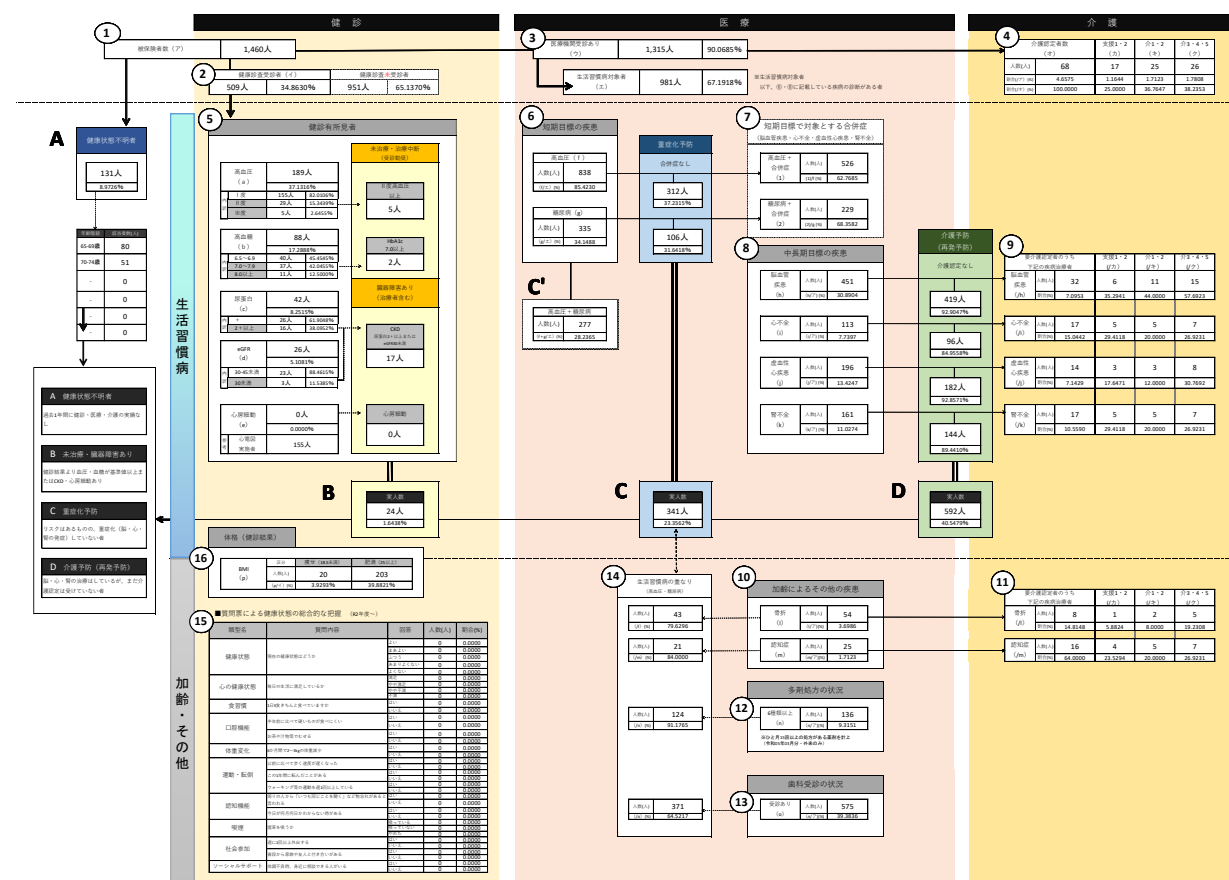
2) 事業の実施

本村は、令和6年度より沖縄県後期高齢者広域連合から、本村が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施していく計画です。

具体的には、(図表 77)

- ① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置
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・介護などの関係機関との連携調整を行います。
- ② 地域を担当する医療専門職を配置し、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的支援(ハイスコアアプローチ)を行います。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をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 77 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



IV. 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、その予防は健康上の大きな課題であります。生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、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ます。しかし、対象となる子どもたち個々の家庭の生活習慣、子育ての環境の要因など、生活習慣病の誘因となる様々な因子が考えられ、家庭全体への肥満予防のための取組が重要となります。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、将来の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ます。

本村においては、母子保健法のもと妊婦健診、産婦健診、乳幼児健診等を通じて妊産婦及び乳幼児期の健診データ、健康増進法のもと成人期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、世帯全体を見ていくことが必要です。(図表 78)

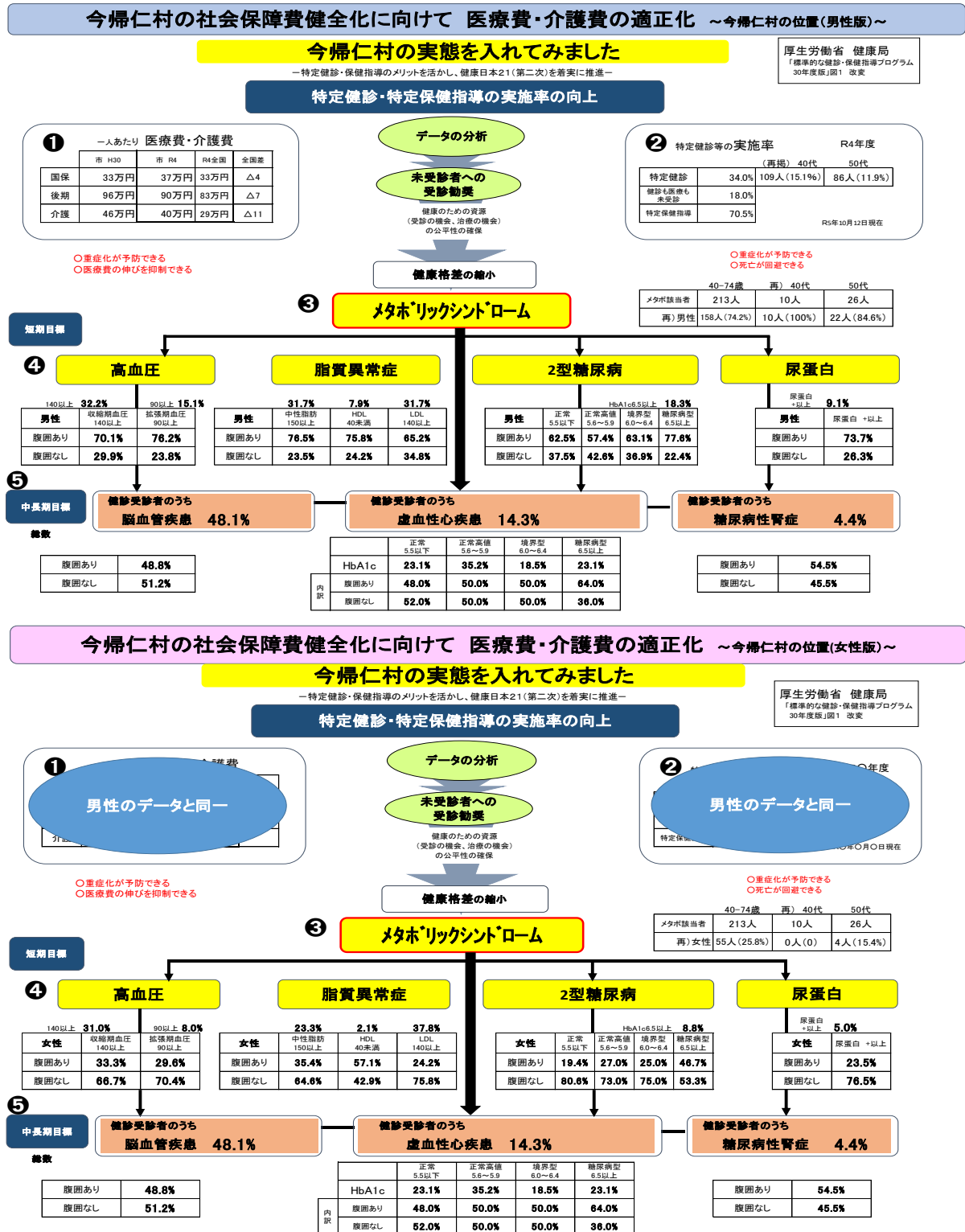
図表 78 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える																	－基本的考え方－			（ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました）		
		発症予防																	重症化予防			
1 根拠法 6条 健康増進事業実施指		健康増進法																				
		母子保健法					児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 （学校職員は学校保健安全法）		高齢者の医療の確保に関する法律			（介護保険）					
2 計画		健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】																				
		データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）																				
3 年代	妊婦 （胎児期）	産婦	0歳～5歳					6歳～14歳		15～18歳		～29歳 30歳～39歳		40歳～64歳		65歳～74歳		75歳以上				
4 健康診査 （根拠法）	妊婦健康診査 （13条）	産婦 健診 （13条）	乳幼児健康診査 （第12・13条）			保育所・幼稚園 健康診断		就学特 健診 （11・12条）	児童・生徒の定期健康診断 （第1・13・14条）		定期健康診断 （第66条）		特定健康診査 （第18・20・21条）		後期高齢者 健康診査 （第125条）							
	妊娠前	妊娠中	産後 1年以 内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園 / 幼稚園 児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則（第 13・44条）		標準的な特定健診・保健 指導プログラム（第2章）		指							
5 対 象 者	健 診 内 容	血糖	95mg/dl以上					空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上														
		HbA1c	6.5%以上					6.5%以上														
		50GCT	1時間値 140mg/dl以上																			
		75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上					空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上														
		（診断） 妊娠 糖 尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の 1点以上満たすもの																			
		身長 体重																				
		BMI										25以上										
		肥満度			幼A 18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上													
		尿糖	（+）以上				（+）以上															
		糖尿病 家族歴																				

V. 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みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護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市民へ周知していきます。(図表 79、80)

図表 79 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化(男女別)



図表 80 統計からみえる沖縄県の食(例示)

統計からみえる沖縄の食 ～ 総務省統計局 家計調査 2019～2021年平均 ～			
食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)	食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
食用油	1位	魚類	47位
ハンバーグ等	1位	葉野菜	47位
加工肉	1位	牛乳・ヨーグルト	47位
ベーコン	2位	しいたけ等	47位
弁当	1位	わかめ	47位
		豆腐	47位
店舗・種別	店舗数(人口10万対)		
飲食店総数	1位		
ハンバーガー店	1位		
アイスクリーム店等	1位		
バー・キャバレー・酒場	1位		

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

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ります。

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ます。

※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・看護師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に確認しています。

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していきます。

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え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ます。

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等の工夫が必要です。

2. 個人情報の取扱い

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ます。

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた今帰仁村の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料4 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5 高血圧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6 脂質異常症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7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

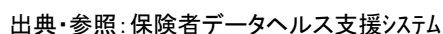
参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた今帰仁村の位置

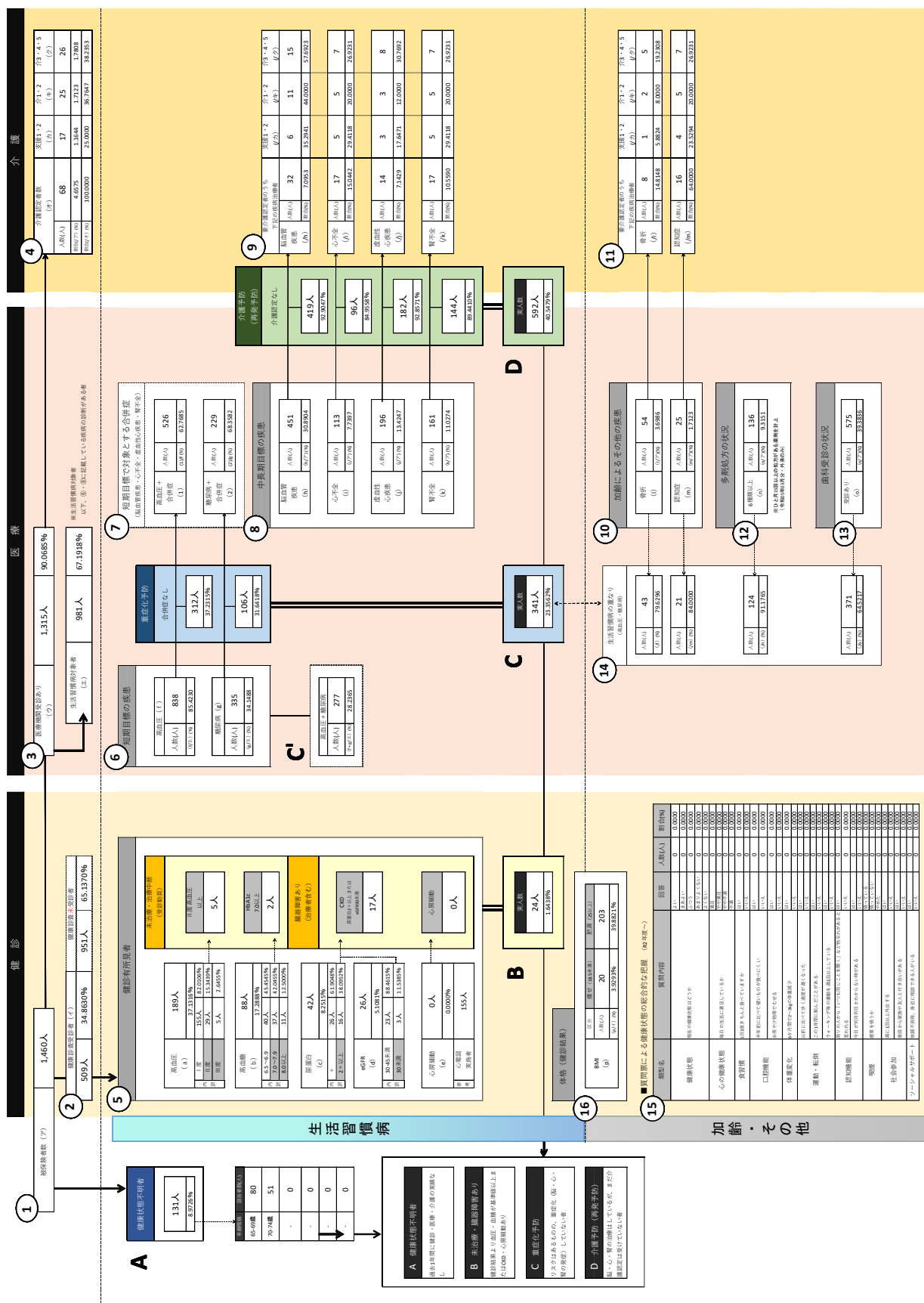
(R4 年度)

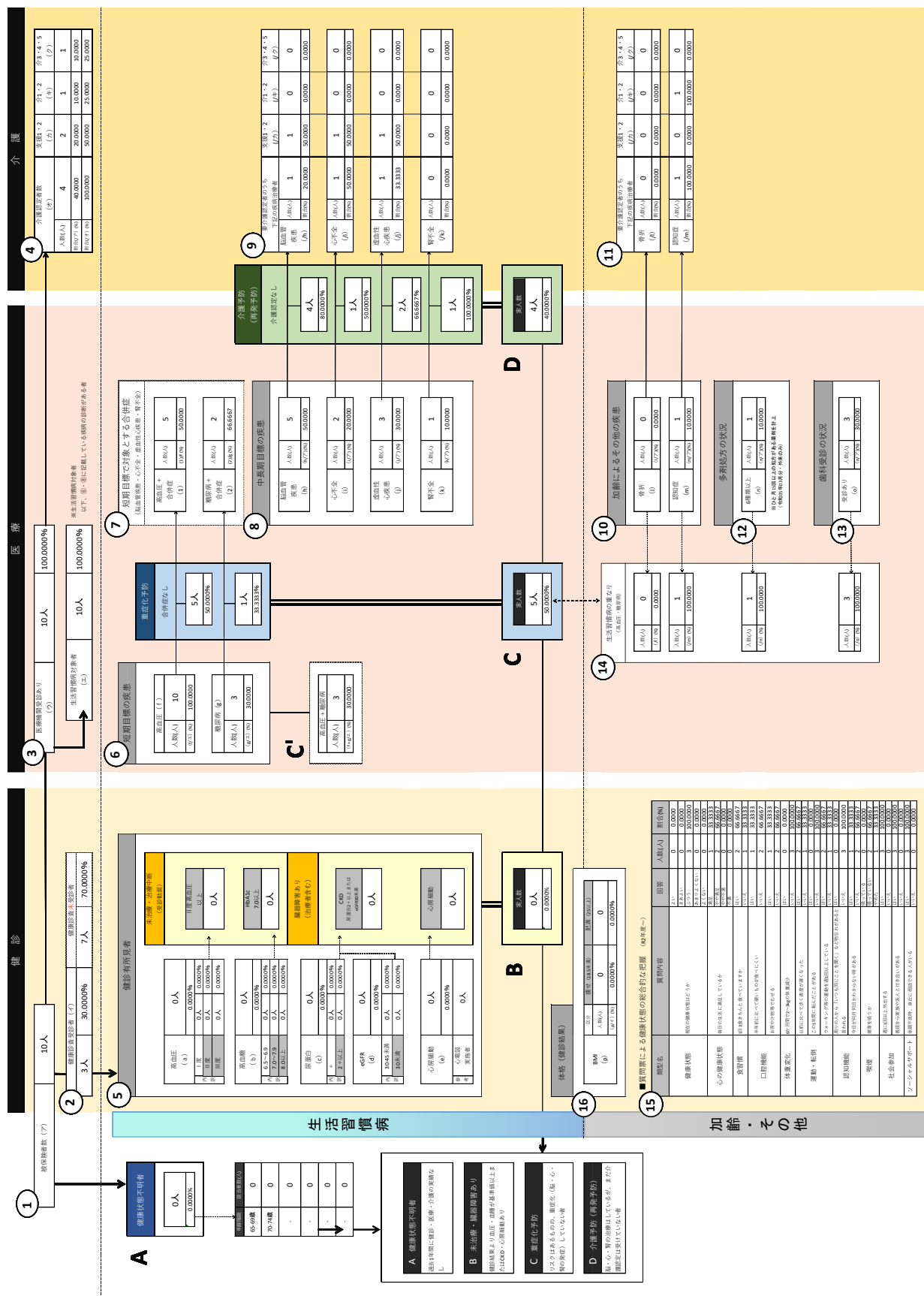
項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	人口構成	総人口	8,892		1,680,058		1,439,108		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
			65歳以上(高齢化率)	3,019	34.0	662,426	39.4	324,708	22.6	35,335,805	28.7		
			75歳以上	1,534	17.3	---	---	155,559	10.8	18,248,742	14.8		
			65～74歳	1,485	16.7	---	---	169,149	11.8	17,087,063	13.9		
			40～64歳	2,764	31.1	---	---	472,258	32.8	41,545,893	33.7		
		39歳以下	3,109	35.0	---	---	642,142	44.6	46,332,563	37.6			
	②	産業構成	第1次産業	24.6		17.0		4.9		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	13.6		25.3		15.1		25.0			
			第3次産業	61.8		57.7		80.0		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			87.7		86.9		87.5		87.0				
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性	79.5		79.5		79.3		80.1				
		女性	84.4		84.2		84.2		84.4				
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	85.4		103.1		99.3		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性	81.2		101.3		90.5		100		
			死因	がん	25	41.7	7,089	46.3	3,274	49.7	378,272	50.6	
				心臓病	15	25.0	4,562	29.8	1,669	25.3	205,485	27.5	
				脳疾患	14	23.3	2,404	15.7	978	14.8	102,900	13.8	
				糖尿病	2	3.3	283	1.8	193	2.9	13,896	1.9	
				腎不全	1	1.7	622	4.1	272	4.1	26,946	3.6	
				自殺	3	5.0	346	2.3	205	3.1	20,171	2.7	
	②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	13		14		1,856		121,329		厚労省HP 人口動態調査	
			男性	11	84.6	11	78.6	1,290	69.5	80,620	66.4		
			女性	2	15.4	3	21.4	566	30.5	40,709	33.6		
		①	介護保険	1号認定者数(認定率)	652	22.0	127,161	19.4	61,945	19.0	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握
新規認定者	介護度別総件数			8	0.3	2,078	0.3	835	0.3	110,289	0.3		
	要支援1.2			1,914	13.4	365,856	13.2	177,194	11.6	21,785,044	12.9		
	要介護1.2			5,791	40.6	1,297,770	46.8	546,973	35.9	78,107,378	46.3		
	要介護3以上			6,552	46.0	1,111,908	40.1	799,361	52.5	68,963,503	40.8		
2号認定者	21			0.76	2,073	0.39	2,135	0.45	156,107	0.38			
3	②	有病状況	糖尿病	93	13.8	30,162	22.6	11,465	17.4	1,712,613	24.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			高血圧症	311	44.2	71,773	54.3	28,893	43.8	3,744,672	53.3		
			脂質異常症	171	25.4	39,654	29.6	17,395	26.0	2,308,216	32.6		
			心臓病	339	49.0	80,304	60.9	31,994	48.6	4,224,628	60.3		
			脳疾患	198	27.4	30,910	23.8	14,271	21.9	1,568,292	22.6		
			がん	53	8.4	14,782	11.0	5,539	8.2	837,410	11.8		
			筋・骨格	314	47.0	71,540	54.1	29,667	44.9	3,748,372	53.4		
			精神	224	31.6	49,589	37.8	20,229	31.0	2,569,149	36.8		
	③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	403,932	1,219,470,440	314,188	208,126,001,519	324,737	105,444,836,581	290,668	10,074,274,226,889		
			1件当たり給付費(全体)	85,535		74,986		69,211		59,662			
④	医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	居宅サービス	52,904		43,722		51,518		41,272			
			施設サービス	316,481		289,312		301,929		296,364			
			認定あり	11,761		9,224		11,002		8,610			
			認定なし	4,927		4,375		4,796		4,020			
4	①	国保の状況	被保険者数	3,267		427,153		388,055		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
			65～74歳	1,232	37.7			119,076	30.7	11,129,271	40.5		
			40～64歳	1,130	34.6			134,131	34.6	9,088,015	33.1		
			39歳以下	905	27.7			134,848	34.7	7,271,596	26.5		
			加入率	36.7		25.6		27.0		22.3			
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.3	150	0.4	90	0.2	8,237	0.3		
			診療所数	2	0.6	1,147	2.7	890	2.3	102,599	3.7		
			病床数	60	18.4	15,964	37.4	18,602	47.9	1,507,471	54.8		
			医師数	6	1.8	1,780	4.2	3,887	10.0	339,611	12.4		
			外来患者数	560.9		692.2		541.1		687.8			
		入院患者数	24.7		22.7		19.0		17.7				
	③	医療費の状況	一人当たり医療費	373,233	県内8位 同規模131位	376,732		318,310		339,680		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	585.577		714.851		560.174		705.439			
			外来	費用の割合	51.8		56.3		53.6		60.4		
件数の割合				95.8		96.8		96.6		97.5			
入院			費用の割合	48.2		43.7		46.4		39.6			
			件数の割合	4.2		3.2		3.4		2.5			
1件あたり在院日数			19.0日		16.4日		17.1日		15.7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	100,735,900	18.0	31.3	25.9	32.2	KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題				
				慢性腎不全(透析あり)	79,409,220	14.2	7.2	12.0	8.2					
				糖尿病	47,453,070	8.5	11.3	8.3	10.4					
				高血圧症	26,361,410	4.7	6.6	4.8	5.9					
				脂質異常症	18,531,850	3.3	3.8	2.8	4.1					
				脳梗塞・脳出血	36,634,260	6.5	3.9	4.9	3.9					
				狭心症・心筋梗塞	25,255,970	4.6	2.8	3.3	2.8					
				精神	146,362,100	26.2	14.9	20.9	14.7					
	筋・骨格	67,543,580	12.1	17.3	16.0	16.7								
	⑤	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	332	0.2	430	0.3	313	0.2	256	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費分析(中分類)	
糖尿病				679	0.4	1,426	0.9	896	0.6	1,144	0.9			
脂質異常症				121	0.1	69	0.0	67	0.0	53	0.0			
脳梗塞・脳出血				9,955	5.5	6,762	4.1	6,789	4.6	5,993	4.5			
虚血性心疾患				6,315	3.5	4,422	2.7	4,321	2.9	3,942	2.9			
腎不全				8,338	4.6	4,755	2.9	5,764	3.9	4,051	3.0			
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	7,737	4.0	12,793	6.0	7,107	4.2	10,143	4.9			
			糖尿病	14,552	7.5	21,925	10.3	12,437	7.3	17,720	8.6			
			脂質異常症	5,551	2.9	7,608	3.6	4,322	2.5	7,092	3.5			
			脳梗塞・脳出血	1,258	0.7	943	0.4	689	0.4	825	0.4			
			虚血性心疾患	1,794	0.9	1,933	0.9	1,444	0.8	1,722	0.8			
			腎不全	26,170	13.5	16,719	7.9	20,295	11.9	15,781	7.7			
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	1,032		3,122	1,408	2,031	KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題					
			健診未受診者	10,525		12,911	11,533	13,295						
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	4,716		9,063	5,718	6,142						
			健診未受診者	48,119		37,482	46,845	40,210						
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	受診率	491	68.4	83,183	58.2	46,750	60.4	3,881,055	57.0	KDB NO.1 地域全体像の把握		
			医療機関受診率	468	65.2	74,754	52.3	42,965	55.5	3,543,116	52.0			
			医療機関非受診率	23	3.2	8,429	5.9	3,785	4.9	337,939	5.0			
5	①	特定健診の 状況	県内市町村数 42市町村 同規模市区町村数 240市町村	健診受診者	718		142,832	77,415	6,812,842	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			33.0	県内34位 同規模218位	45.7	33.7	全国39位	37.1					
	特定保健指導終了者(実施率)			38	38.0	4,122	24.0	3,636	32.2		107,925	13.4		
	非肥満高血糖			67	9.3	14,617	10.2	5,139	6.6		615,549	9.0		
	メタボ			該当者	204	28.4	30,946	21.7	20,034		25.9	1,382,506	20.3	
				男性	150	38.0	21,803	32.2	13,894		37.3	965,486	32.0	
				女性	54	16.7	9,143	12.2	6,140		15.3	417,020	11.0	
				予備群	102	14.2	16,570	11.6	11,411		14.7	765,405	11.2	
	メタボ 該当・予備群 レベル			男性	80	20.3	11,708	17.3	7,753		20.8	539,738	17.9	
				女性	22	6.8	4,862	6.5	3,658		9.1	225,667	5.9	
				総数	337	46.9	52,255	36.6	35,002		45.2	2,380,778	34.9	
				男性	251	63.5	36,735	54.3	23,943		64.2	1,666,592	55.3	
				女性	86	26.6	15,520	20.7	11,059		27.6	714,186	18.8	
	②			BMI	総数	37	5.2	8,339	5.8		4,644	6.0	320,038	4.7
					男性	12	3.0	1,408	2.1		717	1.9	51,248	1.7
					女性	25	7.7	6,931	9.2		3,927	9.8	268,790	7.1
					血糖のみ	1	0.1	988	0.7		568	0.7	43,519	0.6
					血圧のみ	78	10.9	12,098	8.5		8,389	10.8	539,490	7.9
					脂質のみ	23	3.2	3,484	2.4		2,454	3.2	182,396	2.7
		血糖・血圧	18		2.5	5,238	3.7	2,911	3.8	203,072	3.0			
血糖・脂質		2	0.3		1,494	1.0	896	1.2	70,267	1.0				
血圧・脂質		101	14.1		13,843	9.7	9,610	12.4	659,446	9.7				
血糖・血圧・脂質		83	11.6		10,371	7.3	6,617	8.5	449,721	6.6				
③	服薬	高血圧	331	46.1	56,464	39.5	31,609	40.8	2,428,038	35.6				
		糖尿病	76	10.6	15,013	10.5	8,123	10.5	589,470	8.7				
		脂質異常症	225	31.3	39,703	27.8	20,477	26.5	1,899,637	27.9				
		脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	30	4.2	4,468	3.3	2,472	3.4	207,385	3.1				
④	既往歴	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	59	8.3	8,449	6.2	4,890	6.8	365,407	5.5				
		腎不全	6	0.8	1,305	0.9	534	0.7	53,898	0.8				
		貧血	62	8.7	12,438	9.0	5,769	7.9	702,088	10.7				
		喫煙	100	13.9	21,523	15.1	11,101	14.3	939,212	13.8				
6	⑤	生活習慣の 状況	週3回以上朝食を抜く	124	17.4	11,653	8.6	10,654	18.1	642,886	10.4			
			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(～H29)	198	27.7	22,065	16.4	13,687	23.2	976,348	15.7			
			週3回以上就寝前夕食(H30～)	198	27.7	22,065	16.4	13,687	23.2	976,348	15.7			
			食べる速度が速い	207	29.0	35,701	26.4	17,745	30.1	1,659,705	26.8			
			20歳時体重から10kg以上増加	311	43.6	48,538	35.9	27,557	46.4	2,175,065	35.0			
			1回30分以上運動習慣なし	440	61.6	88,417	65.2	34,075	57.8	3,749,069	60.4			
			1日1時間以上運動なし	393	55.0	63,680	47.0	26,211	44.3	2,982,100	48.0			
			睡眠不足	176	24.7	32,768	24.2	16,453	28.9	1,587,311	25.6			
			毎日飲酒	168	23.5	36,601	26.4	11,814	19.7	1,658,999	25.5			
			時々飲酒	181	25.4	29,121	21.0	17,885	29.8	1,463,468	22.5			
			⑥	一日飲酒量	1合未満	139	38.4	54,805	59.9	20,349	50.2	2,978,351	64.1	
					1～2合	145	40.1	24,287	26.5	12,112	29.9	1,101,465	23.7	
					2～3合	59	16.3	9,527	10.4	5,818	14.4	434,461	9.4	
3合以上	19	5.2			2,893	3.2	2,219	5.5	128,716	2.8				

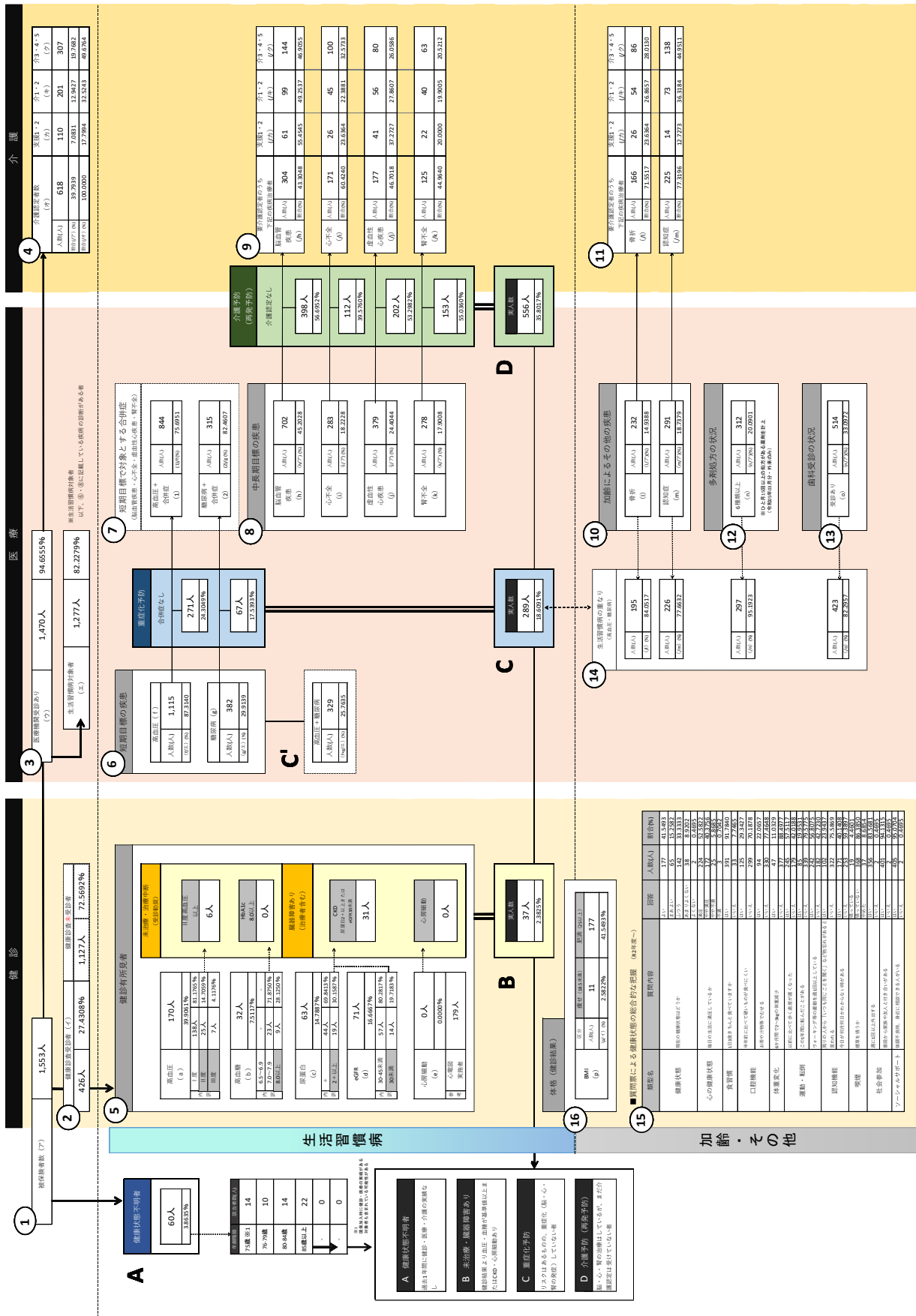
①40～64 歳(国保)







④ 75 歳以上(後期)

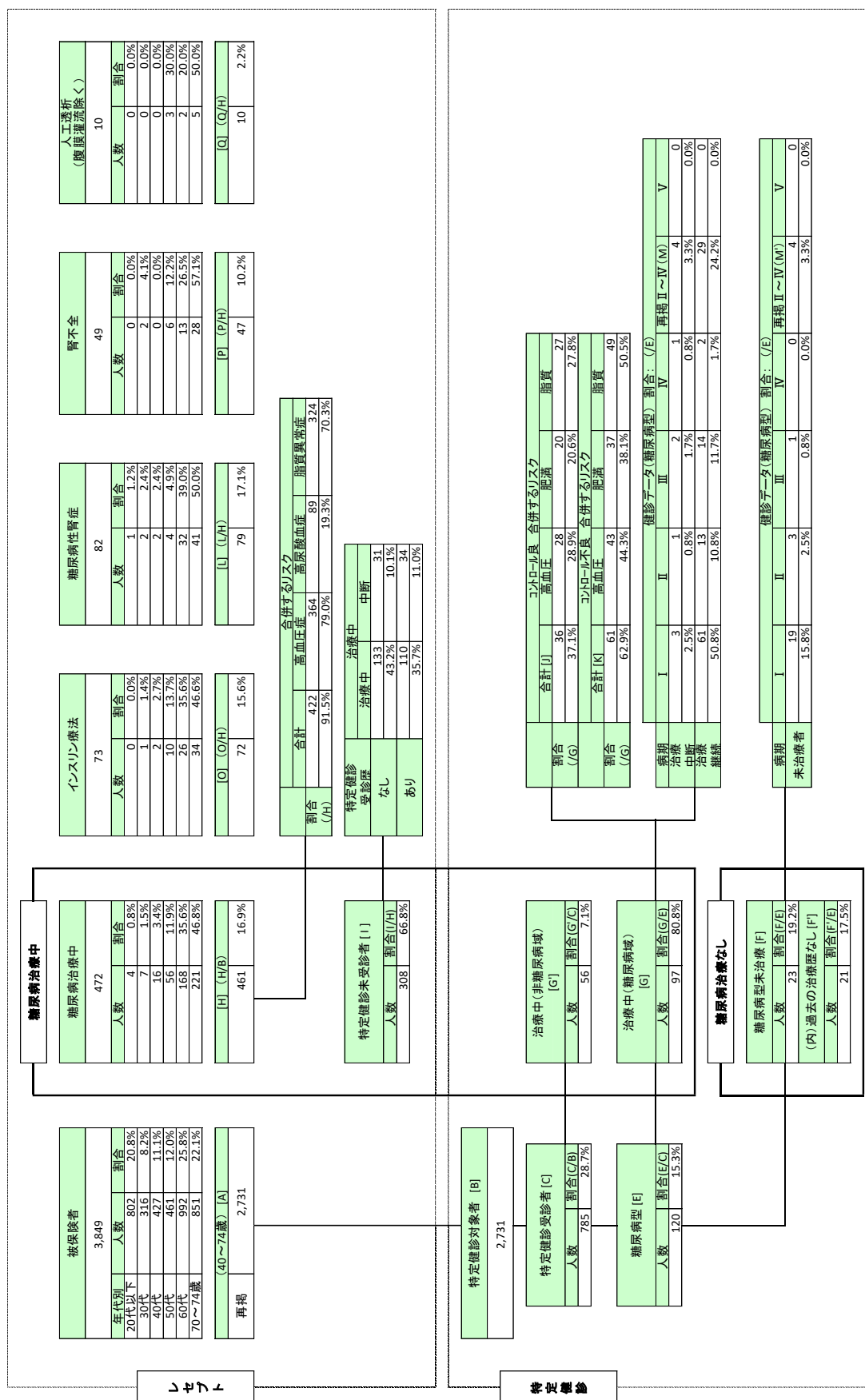


出典・参照: 保険者データヘルス支援システム

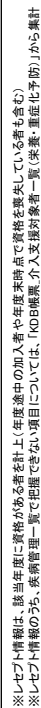
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目			突合表	今帰仁村										同規模保険者(平均)		データ基	
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	被保険者数	A	3,464人		3,429人		3,405人		3,492人		3,440人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲)40~74歳		2,402人		2,415人		2,392人		2,483人		2,467人					
2	②	特定健診 対象者数	B	2,233人		2,247人		2,242人		2,204人		2,120人				市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書	
	③	受診者数	C	1,045人		1,071人		736人		676人		758人					
	③	受診率		—		—		—		—		—					
3	①	特定 保健指導 対象者数		133人		143人		85人		58人		67人					
	②	実施率		81.3%		88.8%		78.7%		80.6%		70.5%					
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	159人	15.2%	181人	16.9%	133人	18.1%	119人	17.6%	129人	17.0%		特定健診結果	
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	43人	27.0%	62人	34.3%	34人	25.6%	36人	30.3%	50人	38.8%			
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	116人	73.0%	119人	65.7%	99人	74.4%	83人	69.7%	79人	61.2%			
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	60人	51.7%	76人	63.9%	56人	56.6%	51人	61.4%	44人	55.7%			
	⑤		血圧 130/80以上		42人	70.0%	50人	65.8%	38人	67.9%	32人	62.7%	32人	72.7%			
	⑥		肥満 BMI25以上	K	38人	63.3%	46人	60.5%	30人	53.6%	28人	54.9%	26人	59.1%			
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		56人	48.3%	43人	36.1%	43人	43.4%	32人	38.6%	35人	44.3%			
	⑧		第1期 尿蛋白(ー)	M	96人	60.4%	81人	44.8%	88人	66.2%	79人	66.4%	90人	69.8%			
	⑨		第2期 尿蛋白(±)		23人	14.5%	38人	21.0%	14人	10.5%	15人	12.6%	16人	12.4%			
	⑩		第3期 尿蛋白(+)以上		38人	23.9%	57人	31.5%	25人	18.8%	23人	19.3%	20人	15.5%			
	⑪		第4期 eGFR30未満		2人	1.3%	2人	1.1%	5人	3.8%	2人	1.7%	3人	2.3%			
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		80.3人		79.3人		65.8人		72.7人		76.5人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	②		(再掲)40~74歳(被保険者千対)		113.7人		110.6人		92.0人		99.1人		105.0人				
	③		レセプト件数 (40~74歳)	入院外(件数)	1,691件	(697.9)	1,688件	(704.5)	1,509件	(612.2)	1,492件	(616.3)	1,515件	(641.4)	319,711件	(930.6)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④		入院(件数)		7件	(2.9)	4件	(1.7)	5件	(2.0)	4件	(1.7)	7件	(3.0)	1,521件	(4.4)	
	⑤		糖尿病治療中	H	278人	8.0%	272人	7.9%	224人	6.6%	254人	7.3%	263人	7.6%			
	⑥		(再掲)40~74歳		273人	11.4%	267人	11.1%	220人	9.2%	246人	9.9%	259人	10.5%			
	⑦		健診未受診者	I	157人	57.5%	151人	56.6%	121人	55.0%	163人	66.3%	180人	69.5%			
	⑧		インスリン治療	O	34人	12.2%	37人	13.6%	25人	11.2%	29人	11.4%	31人	11.8%			
	⑨		(再掲)40~74歳		32人	11.7%	35人	13.1%	24人	10.9%	28人	11.4%	31人	12.0%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑩		糖尿病性腎症	L	46人	16.5%	42人	15.4%	40人	17.9%	47人	18.5%	48人	18.3%			
	⑪		(再掲)40~74歳		46人	16.8%	42人	15.7%	40人	18.2%	46人	18.7%	47人	18.1%			
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		8人	2.9%	10人	3.7%	8人	3.6%	9人	3.5%	8人	3.0%			
	⑬		(再掲)40~74歳		8人	2.9%	10人	3.7%	8人	3.6%	9人	3.7%	8人	3.1%			
	⑭		新規透析患者数	5人未満であるため、提示せず													
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症														
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		6人	2.3%	6人	2.3%	5人	2.3%	5人	2.2%	5人	2.3%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期	
6	①	医療費	総医療費		11億6767万円		12億5355万円		12億0237万円		12億4365万円		12億1935万円		6億7051万円		KDB 健診・医療・介護データか らみる地域の健康課題
	②		生活習慣病総医療費		6億1108万円		6億2013万円		5億9116万円		5億8965万円		5億5811万円		3億5898万円		
	③		(総医療費に占める割合)		52.3%		49.5%		49.2%		47.4%		45.8%		53.5%		
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり		10,171円		9,927円		7,861円		4,450円		4,716円		9,063円		
	⑤		健診受診者		41,517円		40,412円		48,094円		51,871円		48,119円		37,482円		
	⑥		健診未受診者		4837万円		4694万円		4489万円		4510万円		4745万円		4061万円		
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		7.9%		7.6%		7.6%		7.6%		8.5%		11.3%		
	⑧		糖尿病入院外総医療費		1億4561万円		1億6705万円		1億9933万円		1億9361万円		2億0592万円				
	⑨		1件あたり		41,343円		47,150円		63,078円		60,163円		63,694円				
	⑩		糖尿病入院総医療費		1億4292万円		1億5782万円		1億7809万円		1億6125万円		1億2178万円				
	⑪		1件あたり		585,731円		584,502円		672,020円		647,584円		591,157円				
	⑫		在院日数		21日		19日		21日		20日		19日				
	⑬		慢性腎不全医療費		9989万円		1億0376万円		9634万円		8024万円		8611万円		2783万円		
	⑭		透析有り		9360万円		9427万円		8969万円		7340万円		7941万円		2567万円		
	⑮		透析なし		629万円		949万円		665万円		684万円		670万円		216万円		
7	①	介護	介護給付費		12億3732万円		12億3719万円		12億4328万円		12億1853万円		12億1947万円		8億6719万円		
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		0件 0.0%		1件 9.1%		2件 15.4%		2件 12.5%		3件 17.6%				
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		0人	0.0%	0人	0.0%	2人	1.9%	0人	0.0%	2人	1.5%	622人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題

参考資料4 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

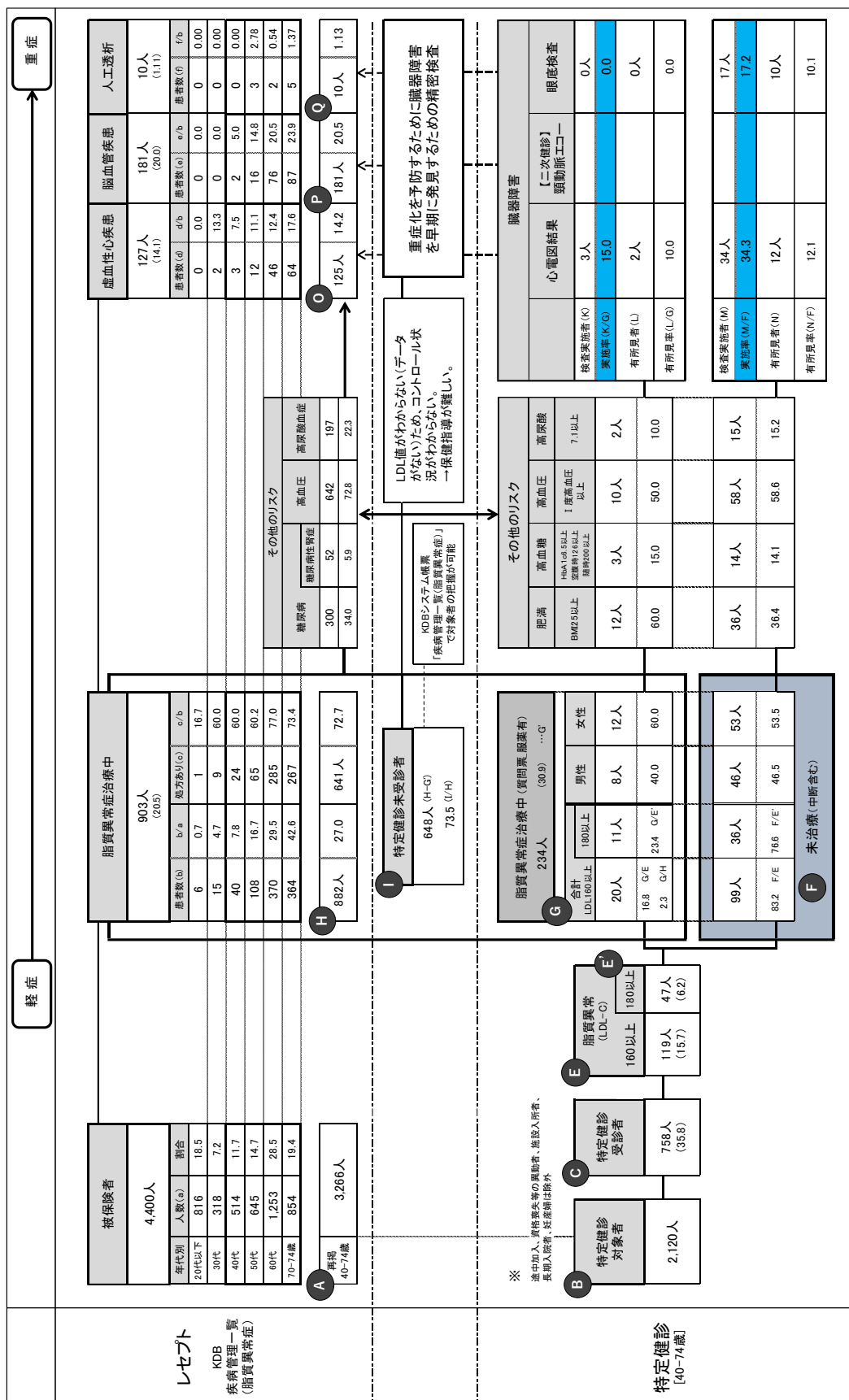


出典・参照：保険者データヘルス支援システム



脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの実合

令和04年度



※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）
※セプト情報のうち、疾病管理一貫を把握できない項目については、KDB帳票「介入支援対象者一貫（栄養・重症化予防）」から集計

参考資料7 HbA1C の年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	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		最低限度達成が 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	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	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		
H29	1,105	181	16.4%	411	37.2%	363	32.9%	61	5.5%	64	5.8%	25	2.3%	53	4.8%	19	1.7%		
H30	1,045	256	24.5%	440	42.1%	239	22.9%	53	5.1%	39	3.7%	18	1.7%	37	3.5%	13	1.2%		
R01	1,071	244	22.8%	430	40.1%	242	22.6%	70	6.5%	64	6.0%	21	2.0%	44	4.1%	15	1.4%		
R02	736	202	27.4%	287	39.0%	132	17.9%	51	6.9%	45	6.1%	19	2.6%	37	5.0%	12	1.6%		
R03	675	192	28.4%	263	39.0%	132	19.6%	31	4.6%	36	5.3%	21	3.1%	41	6.1%	13	1.9%		
R04	758	213	28.1%	305	40.2%	133	17.5%	45	5.9%	47	6.2%	15	2.0%	37	4.9%	10	1.3%		

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上												
					再)7.0以上	再掲											
						未治療	治療										
H29	1,105	181	16.4%	411	37.2%	32.9%	150	57	93								
							13.6%	38.0%	62.0%								
							89	17	72								
H30	1,045	256	24.5%	440	42.1%	22.9%	110	35	75								
							10.5%	31.8%	68.2%								
							57	10	47								
R01	1,071	244	22.8%	430	40.1%	22.6%	155	58	97								
							14.5%	37.4%	62.6%								
							85	17	68								
R02	736	202	27.4%	287	39.0%	17.9%	115	32	83								
							15.6%	27.8%	72.2%								
							64	13	51								
R03	675	192	28.4%	263	39.0%	19.6%	88	27	61								
							13.0%	30.7%	69.3%								
							57	10	47								
R04	758	213	28.1%	305	40.2%	17.5%	107	45	62								
							14.1%	42.1%	57.9%								
							62	22	40								

治療と未治療の状況

HbA1c測定				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						最低限度達成が 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	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	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		
治療中	H29	113	10.2%	2	1.8%	1	0.9%	17	15.0%	21	18.6%	49	43.4%	23	20.4%	43	38.1%	17	15.0%		
	H30	116	11.1%	2	1.7%	8	6.9%	31	26.7%	28	24.1%	33	28.4%	14	12.1%	29	25.0%	11	9.5%		
	R01	119	11.1%	1	0.8%	8	6.7%	13	10.9%	29	24.4%	51	42.9%	17	14.3%	36	30.3%	13	10.9%		
	R02	99	13.5%	1	1.0%	6	6.1%	9	9.1%	32	32.3%	37	37.4%	14	14.1%	30	30.3%	8	8.1%		
	R03	83	12.3%	1	1.2%	6	7.2%	15	18.1%	14	16.9%	28	33.7%	19	22.9%	36	43.4%	11	13.3%		
	R04	79	10.4%	2	2.5%	3	3.8%	12	15.2%	22	27.8%	29	36.7%	11	13.9%	28	35.4%	8	10.1%		
治療なし	H29	992	89.8%	179	18.0%	410	41.3%	346	34.9%	40	4.0%	15	1.5%	2	0.2%	10	1.0%	2	0.2%		
	H30	929	88.9%	254	27.3%	432	46.5%	208	22.4%	25	2.7%	6	0.6%	4	0.4%	8	0.9%	2	0.2%		
	R01	952	88.9%	243	25.5%	422	44.3%	229	24.1%	41	4.3%	13	1.4%	4	0.4%	8	0.8%	2	0.2%		
	R02	637	86.5%	201	31.6%	281	44.1%	123	19.3%	19	3.0%	8	1.3%	5	0.8%	7	1.1%	4	0.6%		
	R03	592	87.7%	191	32.3%	257	43.4%	117	19.8%	17	2.9%	8	1.4%	2	0.3%	5	0.8%	2	0.3%		
	R04	679	89.6%	211	31.1%	302	44.5%	121	17.8%	23	3.4%	18	2.7%	4	0.6%	9	1.3%	2	0.3%		

出典・参照:特定健診等データ管理システム

参考資料8 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	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	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H29	1,105	252	22.8%	168	15.2%	260	23.5%	312	28.2%	88	8.0%	25	2.3%
H30	1,045	279	26.7%	162	15.5%	235	22.5%	284	27.2%	66	6.3%	19	1.8%
R01	1,071	257	24.0%	195	18.2%	250	23.3%	290	27.1%	62	5.8%	17	1.6%
R02	736	135	18.3%	142	19.3%	194	26.4%	191	26.0%	63	8.6%	11	1.5%
R03	676	125	18.5%	127	18.8%	181	26.8%	184	27.2%	44	6.5%	15	2.2%
R04	758	159	21.0%	132	17.4%	211	27.8%	205	27.0%	43	5.7%	8	1.1%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

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												
H29	1,105	420 38.0%	260 23.5%	312 28.2%	113 10.2%	61 54.0%	52 46.0%												
					25 2.3%	19 76.0%	6 24.0%	2.3%											
H30	1,045	441 42.2%	235 22.5%	284 27.2%	85 8.1%	48 56.5%	37 43.5%												
					19 1.8%	13 68.4%	6 31.6%	1.8%											
R01	1,071	452 42.2%	250 23.3%	290 27.1%	79 7.4%	44 55.7%	35 44.3%												
					17 1.6%	10 58.8%	7 41.2%	1.6%											
R02	736	277 37.6%	194 26.4%	191 26.0%	74 10.1%	43 58.1%	31 41.9%												
					11 1.5%	4 36.4%	7 63.6%	1.5%											
R03	676	252 37.3%	181 26.8%	184 27.2%	59 8.7%	26 44.1%	33 55.9%												
					15 2.2%	6 40.0%	9 60.0%	2.2%											
R04	758	291 38.4%	211 27.8%	205 27.0%	51 6.7%	28 54.9%	23 45.1%												
					8 1.1%	7 87.5%	1 12.5%	1.1%											

治療と未治療の状況

	血圧測定者	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	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	401	36.3%	37	9.2%	56	14.0%	100	24.9%	156	38.9%	46	11.5%
	H30	423	40.5%	55	13.0%	63	14.9%	112	26.5%	156	36.9%	31	7.3%
	R01	453	42.3%	58	12.8%	77	17.0%	126	27.8%	157	34.7%	28	6.2%
	R02	350	47.6%	30	8.6%	65	18.6%	102	29.1%	122	34.9%	24	6.9%
	R03	321	47.5%	27	8.4%	59	18.4%	93	29.0%	109	34.0%	24	7.5%
	R04	348	45.9%	39	11.2%	70	20.1%	98	28.2%	118	33.9%	22	6.3%
治療なし	H29	704	63.7%	215	30.5%	112	15.9%	160	22.7%	156	22.2%	42	6.0%
	H30	622	59.5%	224	36.0%	99	15.9%	123	19.8%	128	20.6%	35	5.6%
	R01	618	57.7%	199	32.2%	118	19.1%	124	20.1%	133	21.5%	34	5.5%
	R02	386	52.4%	105	27.2%	77	19.9%	92	23.8%	69	17.9%	39	10.1%
	R03	355	52.5%	98	27.6%	68	19.2%	88	24.8%	75	21.1%	20	5.6%
	R04	410	54.1%	120	29.3%	62	15.1%	113	27.6%	87	21.2%	21	5.1%

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

		LDL 測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
総数	H29	1,105	368	33.3%	262	23.7%	236	21.4%	126	11.4%	113	10.2%
	H30	1,045	363	34.7%	280	26.8%	197	18.9%	137	13.1%	68	6.5%
	R01	1,071	444	41.5%	265	24.7%	203	19.0%	94	8.8%	65	6.1%
	R02	736	292	39.7%	189	25.7%	146	19.8%	63	8.6%	46	6.3%
	R03	676	293	43.3%	164	24.3%	129	19.1%	62	9.2%	28	4.1%
	R04	758	306	40.4%	190	25.1%	143	18.9%	72	9.5%	47	6.2%
男性	H29	645	232	36.0%	172	26.7%	120	18.6%	61	9.5%	60	9.3%
	H30	606	234	38.6%	160	26.4%	103	17.0%	70	11.6%	39	6.4%
	R01	616	285	46.3%	146	23.7%	109	17.7%	44	7.1%	32	5.2%
	R02	436	187	42.9%	116	26.6%	77	17.7%	32	7.3%	24	5.5%
	R03	392	179	45.7%	91	23.2%	75	19.1%	27	6.9%	20	5.1%
	R04	417	178	42.7%	106	25.4%	79	18.9%	38	9.1%	16	3.8%
女性	H29	460	136	29.6%	90	19.6%	116	25.2%	65	14.1%	53	11.5%
	H30	439	129	29.4%	120	27.3%	94	21.4%	67	15.3%	29	6.6%
	R01	455	159	34.9%	119	26.2%	94	20.7%	50	11.0%	33	7.3%
	R02	300	105	35.0%	73	24.3%	69	23.0%	31	10.3%	22	7.3%
	R03	284	114	40.1%	73	25.7%	54	19.0%	35	12.3%	8	2.8%
	R04	341	128	37.5%	84	24.6%	64	18.8%	34	10.0%	31	9.1%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診 受診者	120未満	120～139	140～159	160以上	再掲						
						再180以上	未治療	治療				
H29	1,105	368 33.3%	262 23.7%	236 21.4%	239 21.6%	213 89.1%	26 10.9%					
						113 10.2%	103 91.2%	10 8.8%	10.2%			
H30	1,045	363 34.7%	280 26.8%	197 18.9%	205 19.6%	182 88.8%	23 11.2%					
						68 6.5%	61 89.7%	7 10.3%	6.5%			
R01	1,071	444 41.5%	265 24.7%	203 19.0%	159 14.8%	138 86.8%	21 13.2%					
						65 6.1%	58 89.2%	7 10.8%	6.1%			
R02	736	292 39.7%	189 25.7%	146 19.8%	109 14.8%	86 78.9%	23 21.1%					
						46 6.3%	37 80.4%	9 19.6%	6.3%			
R03	676	293 43.3%	164 24.3%	129 19.1%	90 13.3%	74 82.2%	16 17.8%					
						28 4.1%	23 82.1%	5 17.9%	4.1%			
R04	758	306 40.4%	190 25.1%	143 18.9%	119 15.7%	99 83.2%	20 16.8%					
						47 6.2%	36 76.6%	11 23.4%	6.2%			

治療と未治療の状況

		LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
			A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	195	17.6%	83	42.6%	49	25.1%	37	19.0%	16	8.2%	10	5.1%
	H30	229	21.9%	94	41.0%	74	32.3%	38	16.6%	16	7.0%	7	3.1%
	R01	259	24.2%	147	56.8%	58	22.4%	33	12.7%	14	5.4%	7	2.7%
	R02	207	28.1%	109	52.7%	48	23.2%	27	13.0%	14	6.8%	9	4.3%
	R03	210	31.1%	115	54.8%	47	22.4%	32	15.2%	11	5.2%	5	2.4%
	R04	234	30.9%	120	51.3%	57	24.4%	37	15.8%	9	3.8%	11	4.7%
治療なし	H29	910	82.4%	285	31.3%	213	23.4%	199	21.9%	110	12.1%	103	11.3%
	H30	816	78.1%	269	33.0%	206	25.2%	159	19.5%	121	14.8%	61	7.5%
	R01	812	75.8%	297	36.6%	207	25.5%	170	20.9%	80	9.9%	58	7.1%
	R02	529	71.9%	183	34.6%	141	26.7%	119	22.5%	49	9.3%	37	7.0%
	R03	466	68.9%	178	38.2%	117	25.1%	97	20.8%	51	10.9%	23	4.9%
	R04	524	69.1%	186	35.5%	133	25.4%	106	20.2%	63	12.0%	36	6.9%

出典・参照:特定健診等データ管理システム