

与那原町国民健康保険
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)
2024(令和6)年度～2029(令和11)年度

与那原町国民健康保険

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期計画にかかる考察および第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期計画に係る評価および考察
 - 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) ……35

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43

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
5. 慢性腎臓病(CKD)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79

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

第6章 計画の公表・周知および個人情報の取扱い80

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料81

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

2013(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。2014(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、2018(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、2020(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、2022(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町の課題等を踏まえ、本町では、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(2013(平成25). 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と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およ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(2024(令和6)年度版)^{※5}」(以下「プログラム」という。)は、高確法に基づく特定健診・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)

本町では、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、生活習慣病の発症およ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(2024(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。

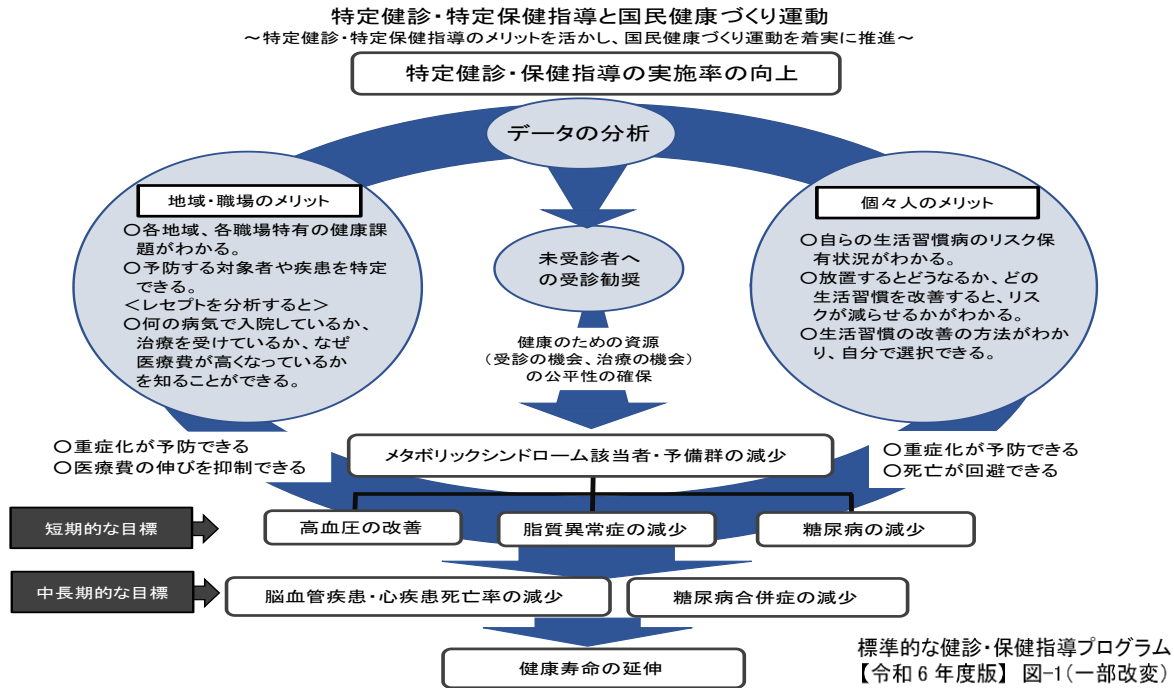
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

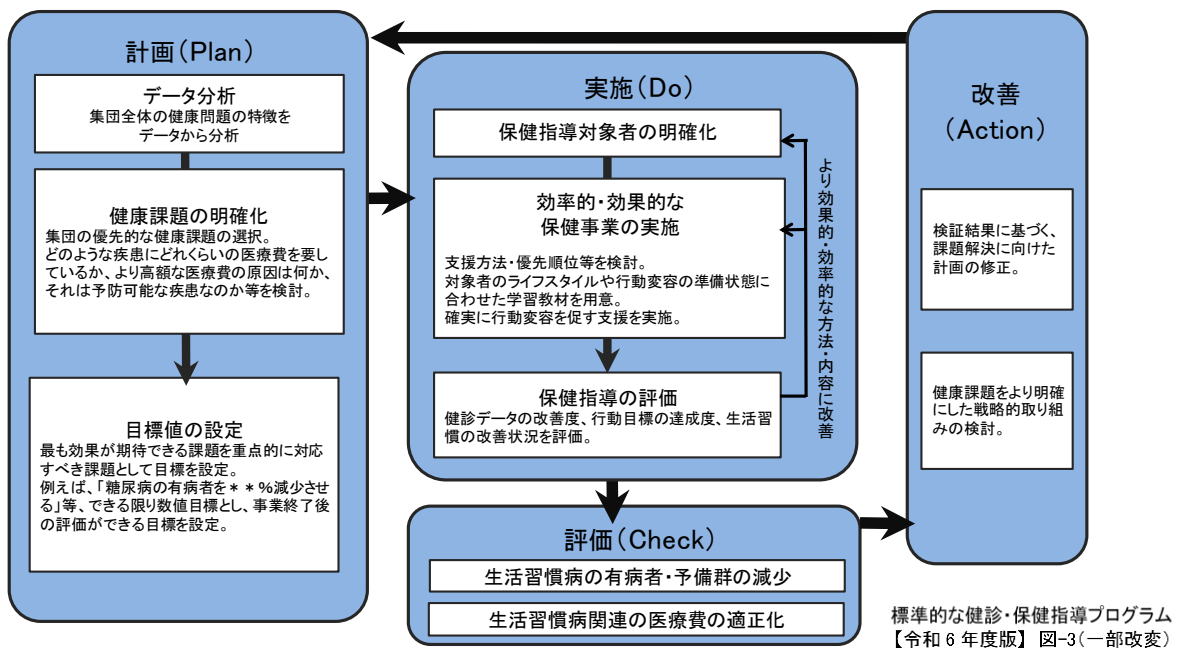
		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
健康増進計画		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、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 (胎児期から高齢期まで継続的)	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も配慮		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(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 精神系疾患
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	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
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	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

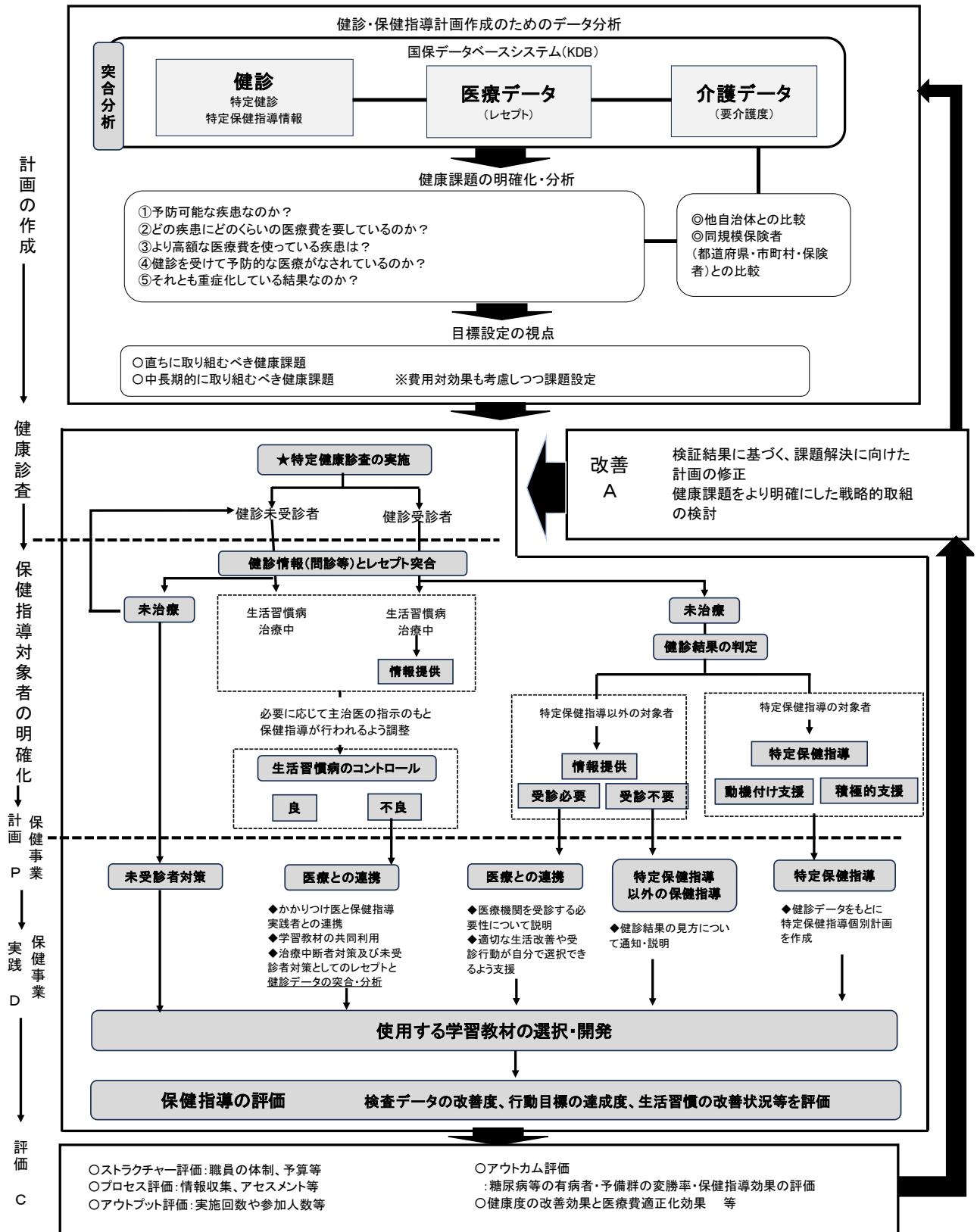


注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表3 保健事業(健診・保健指導)のPDCAサイクル



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)



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(2018(平成30)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
	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		
	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がる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的な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が選択し、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 個人の健康結果を読み解くとともに、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

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、2024(令和6)年度から2029(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

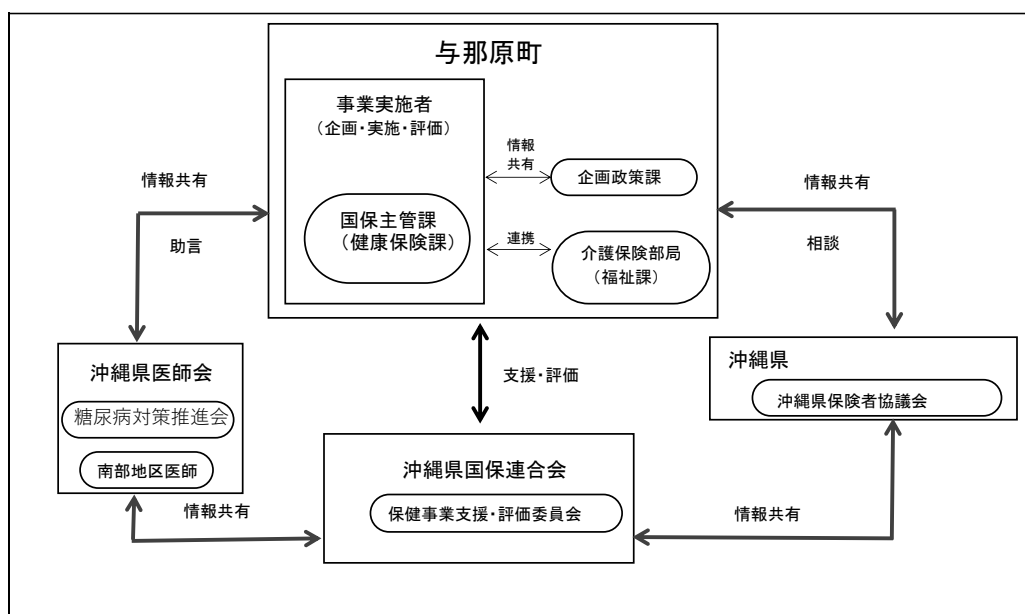
1) 市町村国保の役割

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、高齢者医療および保健衛生部局（健康保険課）、介護保険および生活保護部局（福祉課）、企画部局（企画政策課）において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 与那原町の実施体制図



図表7 保健事業体制と主な保健事業の分担

保…保健師 管栄…管理栄養士 事…事務(注:支払い事務、受診券送付等) ◎…主担当 ○…副担当
 成…成人保健 母…母子保健 一…一体的実施事業

	成・保	成・保	母・保	一・保	成・管栄	母・管栄	成・事 (課長補佐)	母・事	一・事
保健事務							成◎	母◎	
健康診断	○	○		○	○		◎		
保健指導	◎	◎	○	○	◎	○			
がん検診	○	○		○	○		◎		
予防接種								◎	
成人保健	◎	◎	○	○	◎	○	◎		
母子保健	○	○	◎		○	◎		◎	
後期高齢者保健				◎					◎
精神保健				○			◎		
歯科保健	○	○		○	○		◎	○	

2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等の一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となるため、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会と連携していきます。支援・評価委員会による幅広い専門的知見を活用し、提言された支援等を積極的に実施していきます。

また、共同保険者である都道府県は市町村国保の財政責任の運営主体であり、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ことから、沖縄県との連携強化に努めます。

さらに、南部地区医師会等、地域の保健医療関係者との円滑な連携に向けて取組を推進していきます。

本町国保は、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ていきます。

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2018(平成30)年度より本格的に実施されています。(図表8)

2020(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およ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およ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	
			与那原町	配点	与那原町	配点	与那原町	配点
交付額(万円)			817		851		993	
全国順位(1,741市町村中)			733位		583位		185位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70
		(2)特定保健指導実施率	70	70	50	70	70	70
		(3)メタリックシトローム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	20	40	30	40	45	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	15	90	15	45	55	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	40	50	40	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	130	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	60	100	60	100	60	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	30	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	30	40	45	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	36	95	70	100	44	100
合計点			581	1,000	615	960	684	940

第2章 第2期計画にかかる考察および第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本町は、人口約2万人で、高齢化率は2020(令和2)年度国勢調査で20.2%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は低く、被保険者の平均年齢も48.2歳と同規模と比べて若く、出生率も高い町です。財政指数は県および国並みですが、同規模と比べると低い町となっています。産業においては、第3次産業が82.3%と同規模と比較しても高く、サービス業の割合が多く、被保険者の生活習慣および生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若い年代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23.2%で、2022(令和4)年度に加入率および被保険者数の減少がみられました。年齢構成については、39歳以下の若い年齢層が減少傾向にあるものの32.4%と高い割合を占めています。(図表10)

また本町内には1つの病院、8つの診療所があり、これはいずれも同規模および県と比較しても少なく、外来患者数も少ない傾向にあります。反面入院患者数は同規模および県と比較して高い傾向にあります。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した与那原町の特性

	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
与那原町	19,317	20.2	4,488 (23.2)	48.2	14.3	6.6	0.5	1.8	15.9	82.3
同規模	--	29.1	20.6	54.2	6.8	10.7	0.7	5.4	28.7	66.0
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、与那原町と同規模保険者(147市町村)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

図表10 国保の加入状況

	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	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	4,874		4,799		4,754		4,771		4,488	
65～74歳	1,360	27.9	1,420	29.6	1,501	31.6	1,575	33.0	1,508	33.6
40～64歳	1,714	35.2	1,675	34.9	1,640	34.5	1,613	33.8	1,524	34.0
39歳以下	1,800	36.9	1,704	35.5	1,613	33.9	1,583	33.2	1,456	32.4
加入率	26.9		26.5		26.2		26.3		23.2	

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)

	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		参考(令和4)	
	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	0.2	1	0.2	1	0.2	1	0.2	1	0.2	0.3	0.2
診療所数	11	2.3	9	1.9	9	1.9	8	1.7	8	1.8	3.1	2.3
病床数	170	34.9	170	35.4	170	35.8	170	35.6	170	37.9	56.1	47.9
医師数	31	6.4	31	6.5	29	6.1	29	6.1	30	6.7	11.1	10.0
外来患者数	523.7		547.5		494.0		521.8		544.3		716.1	541.1
入院患者数	20.9		21.1		20.6		20.8		20.6		19.2	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期計画にかかる評価および考察

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)の変化および脳血管疾患、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

本町の2022(令和4)年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で36人(認定率0.60%)、1号(65歳以上)被保険者で762人(認定率19.5%)となっており、同規模・県・国と比較すると高い傾向にあります。2018(平成30)年度と比べると横ばいで推移していますが、2号被保険者の認定率の高さは若い世代の健康課題として重要です。(図表12)

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約12億円から約13億円に伸びています。(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(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者で8割以上、第1号被保険者でも約5割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、1号被保険者で95.1%、2号被保険者で100.0%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

	与那原町				同規模	県	国	
	平成30年度		令和4年度		令和4年度	令和4年度	令和4年度	
高齢化率	3,358人	18.5%	3,902人	20.2%	29.1%	22.6%	28.7%	
2号認定者	33人	0.58%	36人	0.60%	0.35%	0.45%	0.38%	
新規認定者	7人		11人		--	--	--	
1号認定者	690人	20.5%	762人	19.5%	17.0%	19.0%	19.4%	
新規認定者	109人		110人		--	--	--	
再掲	65～74歳	109人	6.4%	116人	5.4%	--	--	--
新規認定者	29人		21人		--	--	--	
75歳以上	581人	34.9%	646人	36.6%	--	--	--	
新規認定者	80人		89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

	与那原町		同規模	県	国
	平成30年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度
総給付費	11億7904万円	12億9350万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	351,112	331,497	259,723	324,737	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	75,497	69,130	63,000	69,211	59,662
居宅サービス	53,013	49,110	41,449	51,518	41,272
施設サービス	288,196	300,692	292,001	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(令和4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)		36		116		646		762		798			
再)国保・後期		16		61		549		610		626			
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	
			割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合				
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	13	脳卒中	34	脳卒中	299	脳卒中	333	脳卒中	346
			2	虚血性心疾患	4	虚血性心疾患	17	虚血性心疾患	298	虚血性心疾患	315	虚血性心疾患	319
			3	腎不全	2	腎不全	12	腎不全	114	腎不全	126	腎不全	128
		合併症	4	糖尿病合併症	2	糖尿病合併症	16	糖尿病合併症	100	糖尿病合併症	116	糖尿病合併症	118
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			16	基礎疾患	52	基礎疾患	528	基礎疾患	580	基礎疾患	596	
	血管疾患合計			16	合計	57	合計	535	合計	592	合計	608	
	認知症		認知症	2	認知症	21	認知症	273	認知症	294	認知症	296	
	筋・骨格疾患		筋骨格系	12	筋骨格系	53	筋骨格系	528	筋骨格系	581	筋骨格系	593	

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

出典・参照:KDBシステム改変

② 医療費の状況

本町の医療費は、国保加入者が減少しているにも関わらず総医療費は約14億円から約15億円に伸びています。一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約2万円低いものの、2018(平成30)年度と比較して約5万円も伸びており、同規模内順位も上昇しています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか3.6%程度にも関わらず、医療費全体の約48%を占めており、1件あたりの入院医療費も2018(平成30)年度と比較して約9万円も高くなっています。(図表15)

年齢調整をした一人当たり医療費を地域差指数で見ると、国民健康保険では2018(平成30)年度より横ばいで推移しており、県平均よりも低い傾向にあります。しかし、後期高齢者医療では全国14位の県平均を大きく上回り県内4位となっています。地域差指数を引き上げている主要因は入院であり、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対策が重要であり、引き続き特に若い世代から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

	与那原町		同規模	県	国
	平成30年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度
被保険者数	4,874人	4,488人 ↓	--	--	--
前期高齢者数(割合)	1,360人 (27.9%)	1,508人 (33.6%)	--	--	--
総医療費	14億1064万円	15億3589万円 ↑	--	--	--
一人あたり医療費(円)	289,422 県内25位 同規模113位	342,223 県内19位 同規模107位	361,243	318,310	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	541,140	634,890	613,590	634,340
	費用の割合	48.0	47.5	40.4	46.4
	件数の割合	3.8	3.6	2.6	3.4
外来	1件あたり費用額	23,430	26,570 ↑	24,230	25,820
	費用の割合	52.0	52.5	59.6	53.6
	件数の割合	96.2	96.4	97.4	96.6
受診率	544.603	564.928	735.303	560.174	705.439

※同規模順位は与那原町と同規模保険者147市町村の平均を表す
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

図表16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	与那原町 (県内市町村中)		県 (47県中)	与那原町 (県内市町村中)		県 (47県中)	
	平成30年度	令和2年度	令和2年度	平成30年度	令和2年度	令和2年度	
地域差指数・順位	全体	1.041	1.030	1.070	1.159	1.182	1.092
		(22位)	(21位)	(14位)	(6位)	(4位)	(14位)
	入院	1.270	1.198	1.259	1.388	1.453 ↑	1.286
		(21位)	(23位)	(10位)	(10位)	(6位)	(5位)
	外来	0.908	0.931	0.965	0.934	0.912	0.910
		(19位)	(18位)	(40位)	(9位)	(10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、2018(平成30)年度と比較すると減少していますが、心疾患については、2018(平成30)年度より0.11%伸びており、同規模、県よりも高くなっています。(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2018(平成30)年度と比較してみると虚血性心疾患では患者数および割合と減少していますが、人工透析では横ばいで、脳血管疾患については、患者数および割合が増加していました。(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およ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変化

			与那原町		同規模	県	国
			平成30年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度
総医療費(円)			14億1064万円	15億3589万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			2億0285万円	1億8362万円	--	--	--
			14.38%	11.96%	8.08%	10.08%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	3.33%	1.88%	2.01%	2.40%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.84%	1.95%	1.52%	1.61%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	8.73%	7.94%	4.24%	5.80%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.48%	0.19%	0.31%	0.27%	0.29%
そ 疾 の 患 他 の	悪性新生物		7.68%	14.41%	16.85%	12.57%	16.69%
	筋・骨疾患		7.44%	7.53%	8.78%	7.73%	8.68%
	精神疾患		10.80%	8.91%	7.71%	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		
		平成30年度	令和4年度		平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度	
治療者(人) 0~74歳	A	4,874	4,488	a	377	410	332	278	31	34	
				a/A	7.7%	9.1%	6.8%	6.2%	0.6%	0.8%	
40歳以上	B	3,074	3,032	b	367	406	327	269	31	34	
	B/A	63.1%	67.6%	b/B	11.9%	13.4%	10.6%	8.9%	1.0%	1.1%	
再掲	40~64歳	D	1,714	1,524	d	119	119	92	70	15	11
		D/A	35.2%	34.0%	d/D	6.9%	7.8%	5.4%	4.6%	0.9%	0.7%
	65~74歳	C	1,360	1,508	c	248	287	235	199	16	23
		C/A	27.9%	33.6%	c/C	18.2%	19.0%	17.3%	13.2%	1.2%	1.5%

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・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病合併症(腎症・網膜症・神経障害)は減少しています。人工透析の割合は微増でしたが、本町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・20・21)

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		
		平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度	
高血圧症治療者(人)	A	1,186	1,248	434	400	752	848	
	A/被保数	38.6%	↑ 41.2%	25.3%	26.2%	55.3%	56.2%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	183	174	50	46	133	128
		B/A	15.4%	↓ 13.9%	11.5%	11.5%	17.7%	15.1%
	虚血性心疾患	C	215	173	60	38	155	135
		C/A	18.1%	↓ 13.9%	13.8%	9.5%	20.6%	15.9%
	人工透析	D	30	31	14	10	16	21
		D/A	2.5%	2.5%	3.2%	2.5%	2.1%	2.5%

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		
		平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度	
糖尿病治療者(人)	A	640	683	222	226	418	457	
	A/被保数	20.8%	↑ 22.5%	13.0%	14.8%	30.7%	30.3%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	94	97	23	27	71	70
		B/A	14.7%	↓ 14.2%	10.4%	11.9%	17.0%	15.3%
	虚血性心疾患	C	132	119	31	27	101	92
		C/A	20.6%	↓ 17.4%	14.0%	11.9%	24.2%	20.1%
	人工透析	D	15	18	6	3	9	15
		D/A	2.3%	↑ 2.6%	2.7%	1.3%	2.2%	3.3%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	90	92	28	34	62	58
		E/A	14.1%	↓ 13.5%	12.6%	15.0%	14.8%	12.7%
	糖尿病性網膜症	F	126	119	38	29	88	90
		F/A	19.7%	↓ 17.4%	17.1%	12.8%	21.1%	19.7%
	糖尿病性神経障害	G	45	30	14	9	31	21
		G/A	7.0%	↓ 4.4%	6.3%	4.0%	7.4%	4.6%

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 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度	
脂質異常症治療者(人)	A	1,006	1,092	372	374	634	718	
	A/被保数	32.7%	↑ 36.0%	21.7%	24.5%	46.6%	47.6%	
（中 長期 合併 目標 疾患）	脳血管疾患	B	131	126	35	38	96	88
		B/A	13.0%	↓ 11.5%	9.4%	10.2%	15.1%	12.3%
	虚血性心疾患	C	206	170	54	37	152	133
		C/A	20.5%	↓ 15.6%	14.5%	9.9%	24.0%	18.5%
	人工透析	D	14	17	7	4	7	13
		D/A	1.4%	↑ 1.6%	1.9%	1.1%	1.1%	1.8%

出典・参照:KDBシステム改変_疾病管理一覽(脂質異常症)
介入支援対象者一覽(栄養・重症化予防等)

②高血圧・高血糖者の結果の改善および医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上を2018(平成30)年度と2021(令和3)年度で比較してみたところ、高血圧では有所見者の割合が微減していますが、糖尿病では伸びてきています。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約30%、糖尿病で12%ほどおり、糖尿病の割合は沖縄県と比較しても高くなっています。(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、新型コロナウイルス感染症の影響で受診率が低迷している中、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底することが必要です。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、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					
	平成30年度		令和3年度		平成30年度		問診結果		令和3年度		問診結果		レセプト情報 (令和3.4～令和4.3)			
	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
与那原町	1,294	47.0	1,315	47.1	36	2.8	19	52.8	33	2.5	17	51.5	10	30.3	0	0.0
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

	健診受診率				糖尿病											
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移						医療のかかり方					
	平成30年度		令和3年度		平成30年度		問診結果		令和3年度		問診結果		レセプト情報 (令和3.4～令和4.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
与那原町	1,267	97.9	1,302	99.0	60	4.7	18	30.0	94	7.2	24	25.5	11	11.7	2	2.1
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。本町の特定健診結果において、2018（平成30）年度と2022（令和4）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、4.9%も伸びています。3項目すべての危険因子が重なっている割合も2項目該当者の割合も増加しています。（図表23）

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、HbA1cでは3.5%増加し、翌年度健診結果の改善率では6.1%減少となっています。さらに翌年度健診を受診していない方の割合が5.8%増加しており、結果が把握できません。Ⅱ度高血圧以上では、有所見割合が微減しているものの改善率は減少し、翌年度健診未受診者の割合は8.3%増加しています。LDL-C160以上では、有所見割合、改善率、健診未受診者割合いずれも改善がみられます。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	
平成30年度	1,294 (47.0%)	238 (18.4%)	69 (5.3%)	169 (13.1%)	193 (14.9%)
令和4年度	1,399 (51.8%)	326 (23.3%) ↑	94 (6.7%) ↑	232 (16.6%) ↑	201 (14.4%)

出典・参照:特定健診等データ管理システム

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
平成30→令和元	110 (8.7%)	33 (30.0%)	36 (32.7%)	19 (17.3%)	22 (20.0%)
令和3→令和4	159 (12.2%) ↑	38 (23.9%) ↓	59 (37.1%)	21 (13.2%)	41 (25.8%) ↑

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
平成30→令和元	36 (2.8%)	25 (69.4%)	2 (5.6%)	0 (0.0%)	9 (25.0%)
令和3→令和4	33 (2.5%) ↓	19 (57.6%) ↓	1 (3.0%)	2 (6.1%)	11 (33.3%) ↑

出典・参照:特定健診等データ管理システム

図表26 LDL-C160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
平成30→令和元	163 (12.6%)	64 (39.3%)	43 (26.4%)	8 (4.9%)	48 (29.4%)
令和3→令和4	144 (11.0%)↓	68 (47.2%)↑	39 (27.1%)	6 (4.2%)	31 (21.5%)↓

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

④健診受診率および保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率は、令和2年度に新型コロナウイルスの影響で40.7%に落ち込みましたが、2021(令和3)年度以降は増加に転じています。しかし、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。(図表27)

本町においては、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おり、コロナ禍においても40～50代の特定健診受診率が増加または維持できていることにつながっていると考えられます。(図表28)

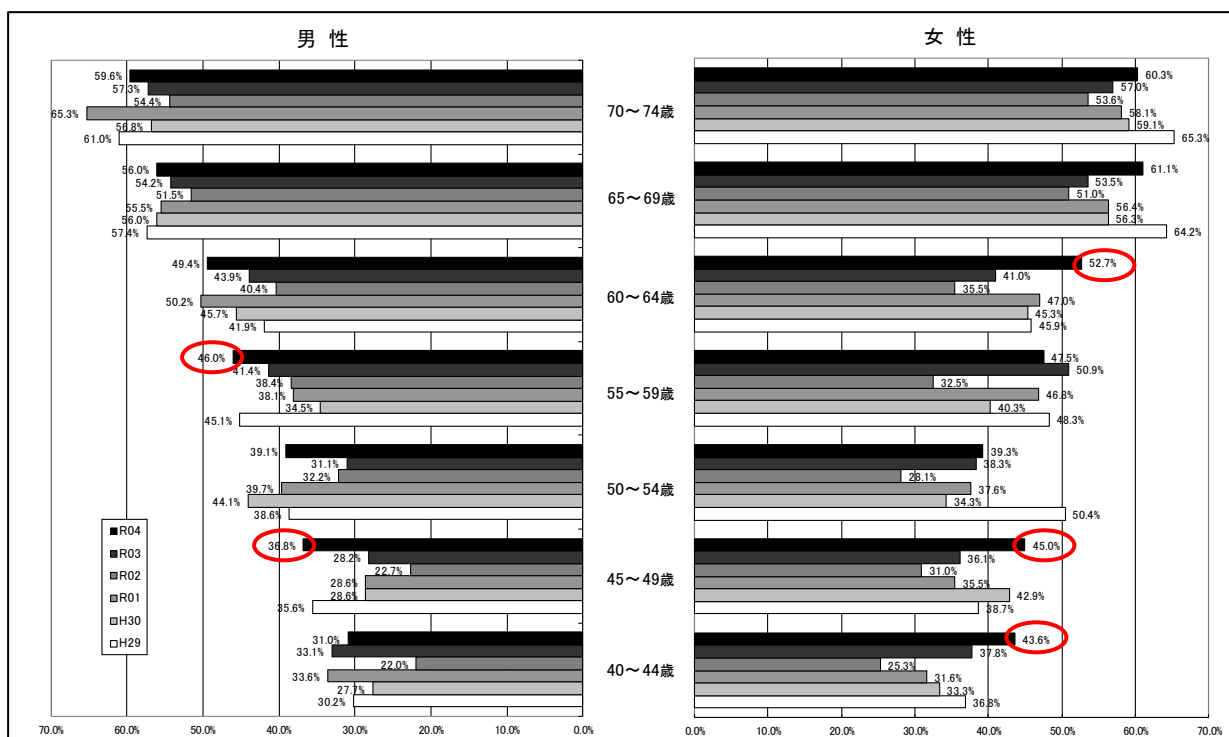
特定保健指導については、2019(令和元)年度に65.0%に減少したものの、その後は増加傾向にあります。生活習慣病は自覚症状がないため、生活習慣病の発症予防・重症化予防のために、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施を継続していきます。

図表27 特定健診・特定保健指導の推移

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 目標値
特定健診	受診者数	1,229	1,252	1,137	1,247	1,320	健診受診率 60%
	受診率	44.6%	45.8%	↓ 40.7%	44.7%	↑ 49.0%	
特定保健 指導	該当者数	163	180	160	156	156	特定保健指 導実施率 60%
	割合	13.3%	14.4%	14.1%	12.5%	11.8%	
	実施者数	108	117	116	113	122	
	実施率	66.3%	65.0%	72.5%	72.4%	↑ 78.2%	

出典・参照: 特定健診法定報告データ

図表28 年代別特定健診受診率の推移



出典・参照：特定健診等データ管理システム

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

血糖値有所見者への保健指導実施率は、2022(令和4)年度は、68.6%まで増加しています。保健指導を継続して行うことで、血糖値有所見者割合は、15.8%と減少傾向にあります。(表1)

血糖値有所見者のうち未治療者・治療中断者の割合は2022(令和4)年度28.2%と改善傾向にあり、受診した者の割合72.6%、治療開始した者の割合24.2%も増加しています。(表2)

表1 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
健診受診者	人(a)	1,229	1,338	1,180	1,315	1,390
血糖値有所見者 *1	人(b)	162	199	194	210	220
	(b/a)	13.2%	14.9%	16.4%	16.0%	15.8%
保健指導実施者 *2	人(c)	97	106	118	133	151
	(c/b)	59.9%	53.3%	60.8%	63.3%	68.6%

*1 HbA1c6.5%以上もしくは空腹時血糖値126(随時血糖値200)以上の者

*2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上。

表2 治療が必要な者の適切な受診

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
血糖値有所見者 *1	人(a)	162	199	194	210	220
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 *3	人(b)	53	71	63	56	62
	(b/a)	32.7%	35.7%	32.5%	26.7%	28.2%
受診した者	人(c)	24	28	36	38	45
	(c/b)	45.3%	39.4%	57.1%	67.9%	72.6%
治療開始した者	人(c)	0	6	13	10	15
	(c/b)	0.0%	8.5%	20.6%	17.9%	24.2%

*3 HbA1c6.5%以上もしくは空腹時血糖値126以上(随時血糖値200以上)で問診にて糖の治療なしと答えた者

2018(平成30)年からHbA1c8.0以上を優先対象者として重点的に支援してきました。保健指導実施率は、2022(令和4)年度62.9%と増加していますが、HbA1c8.0以上未治療者は、10人(28.6%)と横ばいの状態であり、4人しか治療につながっていません。継続的な保健指導をするよう体制を強化し、また治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援を行います。(表3)

さらに、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中で肥満のある方については医療と連携して行政においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。

※1インスリン抵抗性:血中インスリン濃度に見合ったインスリン作用が得られない状態

表3 HbA1c8.0以上の状況(アウトカム評価)

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
健診受診者	人(a)	1,229	1,338	1,180	1,315	1,390
HbA1c8.0%以上	人(b)	26	22	28	29	35
	(b/a)	2.1%	1.6%	2.4%	2.2%	2.5%
保健指導実施	人(c)	14	8	18	17	22
	(c/b)	53.8%	36.4%	64.3%	58.6%	62.9%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	8	8	9	6	10
	(b/a)	30.8%	36.4%	32.1%	20.7%	28.6%

内服治療開始	1人	3人	2人	4人
元々治療中	0人	0人	0人	0人
死亡、転出	0人	0人	0人	1人

②心原性脳梗塞および虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、心電図検査の対象者を拡大し、2019(令和元)年度は特定健診の詳細健診に加え、集団健診において肥満者および血圧有所見者にも実施し、2020(令和2)年度からは集団健診受診者全員に心電図検査を実施しており、本町の実

施率は約5割となっています。(表4)

有所見者のうちST異常所見をみると、要精査・要医療と判定を受けた者のうち、約9割が医療機関を受診しています。心房細動未治療者については、全数が治療や精密検査につながっています。

ST異常所見で要精査・要医療以外の判定の者や、心房細動治療中の者に対しては、治療中断を防止、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っています。(表5)

表4 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

	平成30年度			令和元年度			令和2年度			令和3年度			令和4年度			
	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	
健診受診者(人) *1	a	1,483	710	773	1,298	650	648	1,168	593	575	1,295	639	656	1,381	684	697
心電図受診者(人) *2	b	66	27	39	140	55	85	354	220	134	586	329	257	732	402	330
うち、詳細健診(人)		-	-	-	-	-	-	164	83	81	175	87	88	235	128	107
心電図実施率	b/a	4.5%	3.8%	5.0%	10.8%	8.5%	13.1%	30.3%	37.1%	23.3%	45.3%	51.5%	39.2%	53.0%	58.8%	47.3%
要医療者(人) *3	c	6	2	4	30	11	19	-	-	-	1	1	0	2	2	0
要精査者(人)	d							-	-	-	32	18	14	36	15	21
有所見率	(c+d)/b	9.1%	7.4%	10.3%	21.4%	20.0%	22.4%	-	-	-	5.6%	5.8%	5.4%	5.2%	4.2%	6.4%

平成30年度・令和元年度は中間評価より引用。

*1 保険者データヘルス支援システムより。 *2 与那原データより(詳細健診以外含む)集計。 *3 令和2年度は判定名での集計不可。

表5 心電図受診者のうち、ST異常・心房細動所見の状況

	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
心電図実施者	66		140		354		586		732	
ST異常所見者	4	6.1%	13	9.3%	22	6.2%	44	7.5%	53	7.2%
要医療・要精査 *1	1	25.0%	7	53.8%	-	-	21	47.7%	15	28.3%
医療機関受診あり	1	100.0%	6	85.7%	-	-	14	66.7%	14	93.3%
医療機関受診なし	0	0.0%	1	14.3%	-	-	3	14.3%	1	6.7%
それ以外の判定	3	75.0%	6	46.2%	-	-	23	52.3%	38	71.7%
心房細動所見者	1	1.5%	2	1.4%	3	0.8%	3	0.5%	4	0.5%
うち、心房細動未治療者	1	100.0%	2	100.0%	1	33.3%	0	0.0%	2	50.0%
検査後、異常なしと診断(等、治療開始に至らず)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
治療開始	0	0.0%	2	100.0%	1	100.0%	0	0.0%	2	100.0%

平成30年度・令和元年度は中間評価より。それ以降は与那原町データより集計。

*1 令和2年度は判定名での集計不可。

③脳血管疾患重症化予防対策

Ⅱ度高血圧以上の者の割合は、3.4%と増加していますが、うち治療なしは44.7%で減少傾向にあります。2022(令和4)年度においてⅡ度高血圧以上の治療なし21人のうち、保健指導後治療開始した者は、6人(28.6%)でした。Ⅲ度高血圧においては、5人のうち3人が治療なしでした。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、Ⅱ度高血圧以上のコントロール不良の者が26人(55.3%)いました。服薬状況の確認に加え、肥満等リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っていきます。(表6)

表6 II度高血圧以上の者のうち、未治療者の状況

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
健診受診者	人(a)	1,294	1,338	1,180	1,315	1,390	
II度高血圧以上の者	人(b)	36	43	43	33	47	
	(b/a)	2.8%	3.2%	3.6%	2.5%	3.4%	
	治療あり	人(c)	17	18	23	16	26
		(c/b)	47.2%	41.9%	53.5%	48.5%	55.3%
	治療なし	人(d)	19	25	20	17	21
		(d/b)	52.8%	58.1%	46.5%	51.5%	44.7%
治療開始	人(e)	4	8	7	7	6	
	(e/d)	21.1%	32.0%	35.0%	41.2%	28.6%	
(再掲)	III度高血圧の者	人(f)	8	5	5	7	5
		(f/a)	0.6%	0.4%	0.4%	0.5%	0.4%
	治療あり	人	2	1	2	1	2
	治療なし	人	6	4	3	6	3

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあります。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。表7は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。①高リスクの未治療者、②中等リスクで第3層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援と適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の者においても、家庭血圧測定をすすめ血圧手帳の活用を促していきます。

表7 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定		令和4年度			
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化		(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 診察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			
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)	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
	378	215 56.9%	142 37.6%	18 4.8%	3 0.8%
リスク第1層 予後影響因子がない	24	C 16 6.3%	B 8 7.4%	B 0 0.0%	A 0 0.0%
	197	C 111 52.1%	B 75 51.6%	A 9 52.8%	A 2 66.7%
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	157	B 88 41.5%	A 59 40.9%	A 9 41.5%	A 1 50.0%
	127	C 80 33.6%	B 171 45.2%	C 127 33.6%	

※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」「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。

(2)ポピュレーションアプローチ

標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)によると、「保健指導は、健診結果および質問票に基づき、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定されることも大きい。」とされています。

与那原町においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの町民が、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、肥満の改善を目的として、庁舎内で県民の食生活の背景や1日に必要な野菜量、短鎖脂肪酸についてのパネル展示、集団健診会場においては、食品含まれる脂の量の展示などを実施してきました。また生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている県・町の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、広報誌等に掲載し広く町民へ周知を行っていきます。

(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(年度)			データの把握方法
			初年度 平成30	中間評価 令和2	最終評価 令和5	
			(平成30)	(令和2)	(令和4)	(活用データ年度)
データヘルス計画	中長期目標 脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	3.3%	2.5%	1.9%	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	1.9%	1.6%	2.0%	
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	8.8%	7.5%	7.9%	
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	2.2%	2.0%	2.5%	
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	50.0%	50.0%	50.0%	
	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	33.4%	39.1%	37.7%	与那原町健康保険課
		健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	2.7%	3.7%	3.7%	
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	12.6%	12.4%	10.7%	
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	8.3%	12.4%	11.6%	
		健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	2.0%	2.4%	2.5%	
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	-	57.1%	54.8%	
		糖尿病の保健指導を実施した割合	72.9%	66.5%	68.8%	
	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	44.6	40.7	49.0	法定報告値
		特定保健指導実施率60%以上	66.3	72.5	78.2	
		特定保健指導対象者の割合の減少	13.3	14.1	11.8	
努力支援制度	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	…	19.1	23.7	地域保健事業報告 (令和4年度データがないため、令和3年度を記載)
		肺がん検診受診者の増加	28.2	16.3	22.3	
		大腸がん検診受診者の増加	26.4	16.3	17.5	
		子宮がん検診受診者の増加	…	15.6	24.6	
		乳がん検診受診者の増加	…	12.0	20.2	
		5つのがん検診の平均受診率の増加		15.9	21.7	
	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	87.8%	89.1%	88.6%	厚生労働省

4) 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期計画においては、医療費の伸びを抑制するために中長期目標として糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患の重症化予防対策を実施してきました。そして、この3疾患の発症予防として高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドロームの対象者を減らすための取り組みを行ってきました。特定健診の結果、治療が必要な値の方には、医療受診勧奨も含めた保健指導を実施し、適切な時期の受診や治療に繋げています。例えば、糖尿病の場合はHbA1c8.0以上の未治療者を優先した受診勧奨や保健指導を重点的に行い、糖尿病管理台帳で進捗を管理しています。その他にも、集団健診における心電図の対象者を拡大し、本町の心電図受診者は約5割まで増加しており、心房細動等の有所見の早期発見、早期治療に繋がっています。また、治療経過の確認や指導内容の助言、共有等を目的として町内医療機関等との医療連携会議を定期的に開催するなど目標達成に向けた取り組みを行ってきました。その結果、2018年(平成30年)と比較して総医療費に占める脳血管疾患・慢性腎不全の医療費割合は減少しており、中長期目標疾患の医療費合計割合も減少しています。(図表17)

しかし、慢性腎不全(透析有)の割合は同規模や県と比較して高い状況にあり、引き続き課題となっています。また本町の後期高齢者医療費(地域差指数)は県内4位となっており、その主要因は入院医療費の高さにあります。(図表16)重症化している背景には、高血圧(Ⅱ度高血圧)や糖尿病(HbA1c7.0以上)の未治療者が、前者で約30%、後者で12%いる現状があります。さらに、メタボリックシンドローム該当者については、2022年(令和4年)で23.3%と2018年(平成30年)と比較して4.9%増加しており、肥満解決も大きな課題です。そして、健診未受診者は結果が把握できなくなるため、重症化予防対象者を優先して健診の継続受診を促すことも重要です。

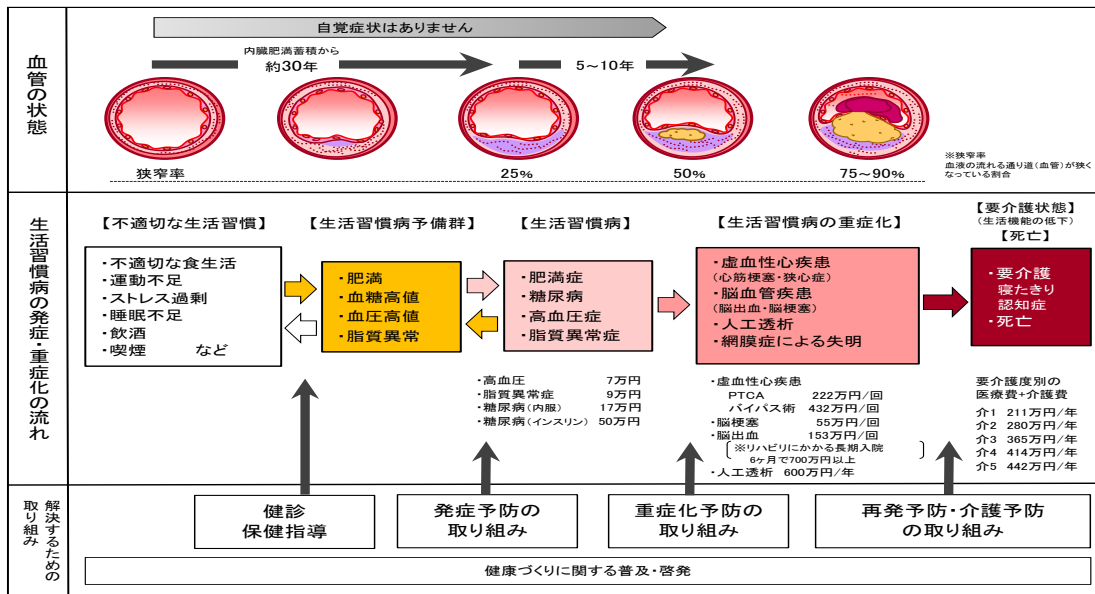
第3期においても、上記の課題解決に向けて、ガイドラインに準じた医療受診勧奨や保健指導の段階に合わせた資料を選択し、肥満解決のために本人が主体的に行動できるよう継続支援していきます。また、医療連携においても、町内医療機関等と引き続き行い、腎専門医との連携も進め、透析予防を強化していきます。

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。

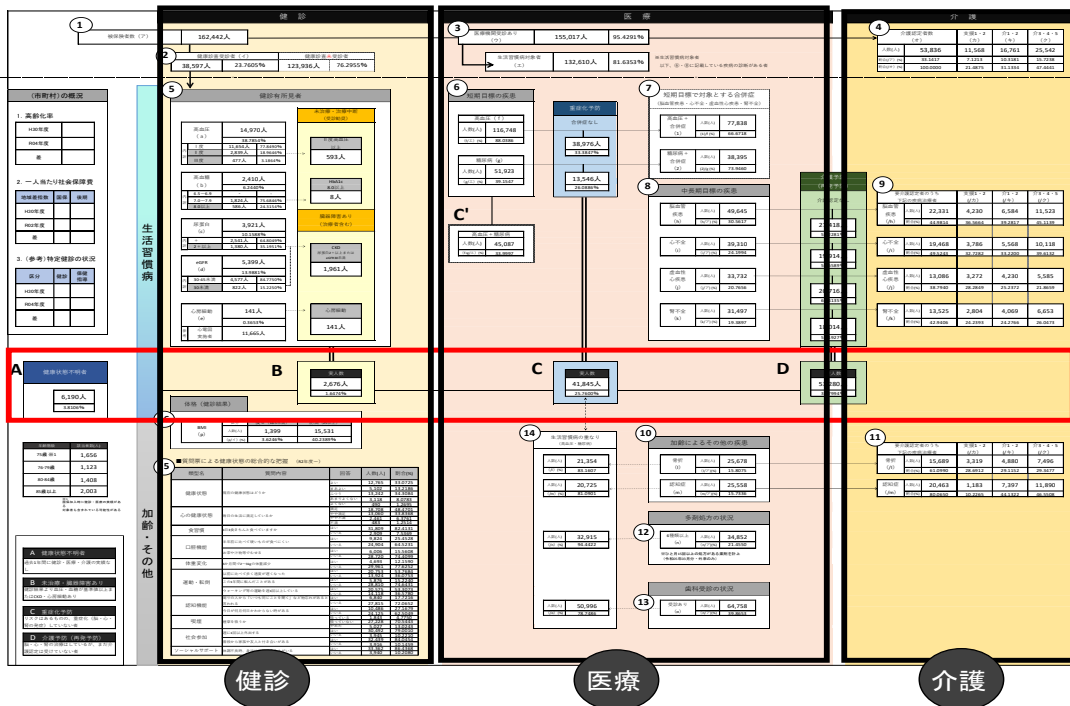
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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年々増加しており、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えています。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、市町村国保および広域連合は、(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

国保の被保険者数は年々減少傾向にあります。一人あたり医療費は増加傾向にあります。後期高齢者になると一人あたり医療費は91.5万円となり、国保の2.7倍も高い状況です。(図表32)

図表32 被保険者およびレセプトの推移

対象年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	後期: 令和4年度	
被保険者数	4,874人	4,799人	4,754人	4,771人	4,488人	1,827人	
総件数及び 総費用額	件数	32,570件	33,093件	29,270件	31,102件	31,497件	24,514件
	費用額	14億1064万円	14億1458万円	14億2559万円	15億5826万円	15億3589万円	16億7106万円
一人あたり医療費	28.9万円	29.5万円	30.0万円	32.7万円	34.2万円 ↑	91.5万円	

出典・参照: KDBシステム改変

国保および後期高齢者の医療費をみると、短期目標疾患(糖尿病・高血圧・脂質異常症)の総医療費に占める割合は、同規模・県・国と比べて低い状況です。しかし、中長期目標疾患の慢性腎不全(透析有)および心疾患においては、同規模、県、国と比べて高い状況にあります。これは、治療が必要な適切な時期に医療受診をせず、生活習慣病が重症化してから治療につながっている傾向にあると考えられます。(図表33)

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	与那原町	15億3589万円	27,548	7.94%	0.19%	1.88%	1.95%	3.84%	1.94%	1.21%	2億9100万円	18.95%	14.41%	8.91%	7.53%
	同規模	--	29,136	4.24%	0.31%	2.01%	1.52%	5.81%	3.22%	2.20%	--	19.31%	16.85%	7.71%	8.78%
	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	与那原町	16億7106万円	78,069	5.22%	0.25%	3.88%	1.85%	3.86%	1.83%	0.79%	2億9546万円	17.68%	10.16%	3.64%	12.52%
	同規模	--	69,832	4.97%	0.47%	3.89%	1.64%	4.23%	2.97%	1.41%	--	19.59%	11.10%	3.50%	12.38%
	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%

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

高額レセプトについては、国保において2021(令和3)年度に300件を超えて発生していますが、後期高齢になると、約1.4倍に増えています。

高額疾病のうち、脳血管疾患で高額になったレセプトの人数は、十数名で推移していましたが2022(令和4)年度は7人に減り、費用額も約1900万円と減っています。しかし、後期高齢においては、17人で約4300万円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の重症化予防についても力を入れる必要があります。虚血性心疾患については、10人前後で横ばいですが、後期高齢をみると、わずか5人で約2300万円余りの費用がかかっていることがわかります。(図表34、35、36)

図表34 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	後期:令和4年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	132人	118人	132人	170人	165人	240人
	件数	B	266件	234件	275件	339件	353件	490件
		B/総件数	0.82%	0.71%	0.94%	1.09%	1.12%	2.00%
	費用額	C	3億3947万円	3億3204万円	3億7968万円	4億7147万円	4億6312万円	6億0922万円
C/総費用		24.1%	23.5%	26.6%	30.3%	30.2%	36.5%	

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		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	後期:令和4年度		
脳血管疾患	人数	D	13人	12人	11人	15人	7人	17人	
		D/A	9.8%	10.2%	8.3%	8.8%	4.2%	7.1%	
	件数	E	20件	26件	16件	27件	17件	40件	
		E/B	7.5%	11.1%	5.8%	8.0%	4.8%	8.2%	
	年代別	40歳未満	0	0	1	0	0	65-69歳	0
		40代	1	1	2	2	2	70-74歳	0
		50代	2	1	1	3	2	75-80歳	3
		60代	13	19	5	7	7	80代	27
		70-74歳	4	5	7	15	6	90歳以上	10
	費用額	F	2508万円	3486万円	2152万円	3764万円	1905万円	4296万円	
		F/C	7.4%	10.5%	5.7%	8.0%	4.1%	7.1%	

出典・参照：KDBシステム改変

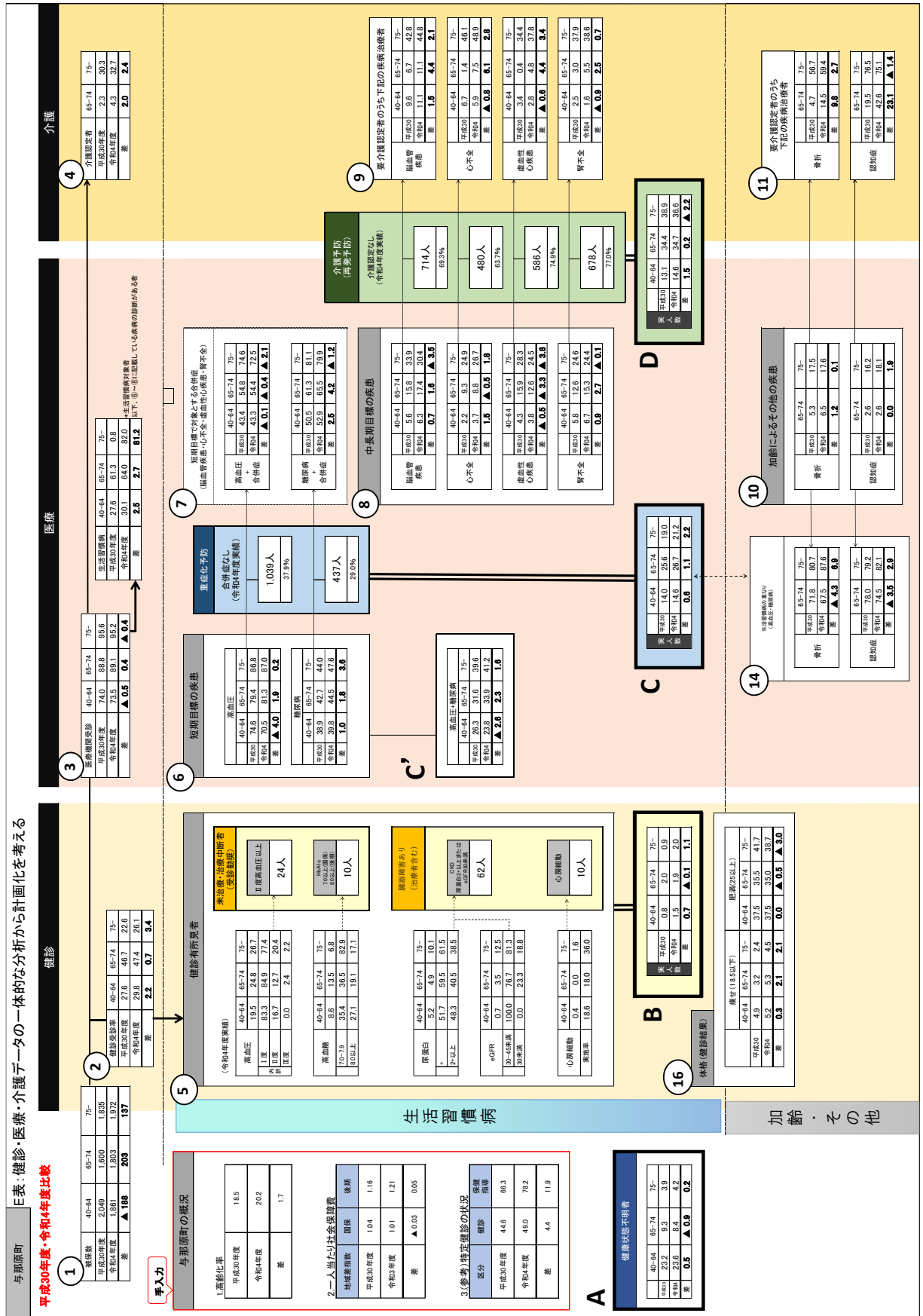
図表36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		後期:令和4年度			
虚血性心疾患	人数	G	11人		6人		11人		7人		11人		5人		
		G/A	8.3%		5.1%		8.3%		4.1%		6.7%		2.1%		
	件数	H	11件		7件		11件		9件		12件		5件		
		H/B	4.1%		3.0%		4.0%		2.7%		3.4%		1.0%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	1	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	3	27.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	8.3%	70-74歳	0	0.0%
		50代	1	9.1%	1	14.3%	0	0.0%	2	22.2%	0	0.0%	75-80歳	1	20.0%
		60代	6	54.5%	2	28.6%	5	45.5%	2	22.2%	5	41.7%	80代	3	60.0%
		70-74歳	1	9.1%	4	57.1%	5	45.5%	5	55.6%	6	50.0%	90歳以上	1	20.0%
	費用額	I	1692万円		822万円		1526万円		1499万円		1878万円		2342万円		
I/C		5.0%		2.5%		4.0%		3.2%		4.1%		3.8%			

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



(3) 健康課題の明確化

健診・医療・介護のデータを2018(平成30)年度と2022(令和4)年度の結果を各年代で一体的に分析すると、被保険者数は、40歳～64歳で約190人減少し、65歳～74歳、75歳以上では130～200人増加しています。高齢化率の低い本町でも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。体格をみると、全年代でBMI25以上の割合が35%超えの高い状況にあります。(図表38)

図表38 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑮ 体格(健診結果)					
		被保険者数			健診受診率			BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	特定健診	長寿健診	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
平成30	30.3	2,049	1,600	1,835	27.6	46.7	0.2	4.9	3.2	2.4	37.5	35.5	41.7
令和4	32.7	1,861 ↓	1,803	1,972	29.8	47.4	26.1	5.2	5.3	4.5	37.5	35.0	38.7

健診有所見の状況を見ると、Ⅱ度高血圧以上では、65歳～74歳および75歳以上で増加しており、各年代で未治療者が多い状況です。HbA1c7.0以上では、40歳～64歳および65歳～74歳で増加しており、未治療者もそれぞれ5人います。CKDにおいては、40歳～64歳および75歳以上で該当者が増加している状況です。引き続き、受診勧奨も含めた保健指導が必要となります。(図表39)

図表39 健診有所見状況

E表	⑤																	
	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								
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-		
年度	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)
平成30	20	23.8	(6)	16	11.3	(4)	14	13.3	(0)	18	56.3	(3)	42	54.5	(2)	6	37.5	(0)
令和4	18	16.7	(9)	32	15.1	(10)	31	22.6	(5)	30	62.5	(5)	64	55.7	(5)	6	17.1	(0)

E表	⑤																	
	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-		
年度	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)
平成30	6	28.6	(6)	30	48.4	(26)	17	23.3	(16)	1	0.2	(1)	0	0.0	(0)	1	0.0	(1)
令和4	14	42.4	(14)	24	33.3	(20)	32	27.6	(28)	2	0.4	(2)	0	0.0	(0)	8	1.6	(8)

短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症をみると、高血圧は横ばいで、糖尿病では40歳～64歳および65歳～74歳で増加しています。(図表40)

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					
	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		
年度	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-
平成30	74.0	88.8	95.6	27.6	61.3	80.7	74.6	79.4	86.8	38.9	42.7	44.0	26.3	31.6	39.6	43.4	54.8	74.6	50.5	61.3	81.1
令和4	73.5	89.1	95.2	30.1	64.0	82.0	70.5	81.3	87.0	39.8	44.5	47.6	23.8	33.9	41.2	43.3	54.4	72.5	52.9	65.5	79.9

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

中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、40歳～74歳では、脳血管疾患および腎不全で割合が増加していますが、75歳以上では横ばいまたは減少しています。心不全をみると40歳～64歳および75歳以上で増加しています。また、介護認定と合わせてみると、上記疾患をもつ介護認定者が65歳以上で増加しており、脳血管疾患においては、40歳～64歳でも割合が増加しています。(図表41)

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

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険割合)												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		
年度	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-
平成30	5.6	15.8	33.9	4.3	15.9	28.3	2.2	9.3	24.9	5.8	12.6	24.6	9.6	6.7	42.8	3.4	0.4	34.4	6.7	1.4	46.1	2.5	3.0	37.9
令和4	6.3	17.4	30.4	3.8	12.6	24.5	3.7	8.8	26.7	6.7	15.3	24.4	11.1	11.1	44.8	2.8	4.8	37.8	5.9	7.5	48.9	1.6	5.5	38.6

高血圧・糖尿病等の生活習慣病は、高齢者の骨折や認知症にも関係があることが知られています。骨折・認知症と生活習慣病との重なりが、75歳以上では8割以上みられます。(図表42)

図表42 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
	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 (被保険割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
年度	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
平成30	71.8	80.7	78.0	79.2	5.3	17.5	2.6	16.2	4.7	56.7	19.5	76.5
令和4	67.5	87.6	74.5	82.1	6.5	17.6	2.6	18.1	14.5	59.4	42.6	75.1

(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。肥満・メタボリックシンドロームを起因とした高血圧や糖尿病等に対する重症化予防や早期受診勧奨、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予防につながると考えます。

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、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患、介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患および虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合を、最終年度には減少させることを目指します。

しかし、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ことを考えると、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は厳しい状況です。したがって、医療費の伸びを最低限で維持することを目標とします。

また、軽症時に通院せず、重症化して入院することから、重症化予防のためにも適切な時期での受診を促し、入院に掛かる医療費を抑えることで医療費適正化を目指します。

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およ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ますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。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することで健診受診率の向上を目指します。個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であるため、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

図表43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

	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)		
			計画初期 令和6年度 (令和4年度)	中間評価 令和8年度 (令和7年度)	最終評価 令和11年度 (令和10年度)			
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.88%	1.88%	1.88%	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	1.95%	1.61%	1.45%		
慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	7.94%		5.80%	4.26%				
糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	3.2%		2.9%	2.6%				
糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.5%		0.5%	0.4%	与那原町			
データヘルス計画	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・予備群の減少率	37.7%	36.2%	34.4%	健診結果 (保険者データヘルス支援システム)	
			(再掲) メタボリックシンドローム該当者の減少率	23.2%	22.0%	20.5%		
			メタボリックシンドローム予備群の減少率	14.5%	14.2%	13.9%		
			メタボ該当者+高血圧者の割合減少(140/90以上)	7.6%	6.8%	5.9%		
			(再掲) +高血糖者の割合減少(HbA1c8.0以上)	0.5%	0.4%	0.3%		
			+脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	1.1%	1.0%	0.9%		
			+尿蛋白有所見者の割合減少(2+以上)	0.5%	0.4%	0.3%		
			+高尿酸者の割合減少(8.0以上)	0.5%	0.4%	0.3%		
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	3.7%	3.4%	3.0%		
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	10.7%	10.6%	10.4%		
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	11.6%	11.2%	10.6%		
			★健診受診者のHbA1c8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少	2.5%	2.2%	1.8%		
			健診受診者の尿蛋白有所見者の割合の減少(尿蛋白2+以上)	2.2%	2.1%	1.9%		
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	72.6%	75.0%	78.0%		与那原町
			アウトプット	★特定健診受診率60%以上	49.0%	52.0%		58.0%
	★特定保健指導実施率60%以上	78.2%	74.6%	74.9%				
	★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	20.2%	21.0%	21.8%				

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、第四期特定健康診査等実施計画を定めます。

なお、第一期および第二期は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

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診受診率	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%以上
特定保健指導実施率	74.5%	74.6%	74.7%	74.8%	74.9%	75.0%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

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診	対象者数	2,711人	2,732人	2,748人	2,763人	2,777人	2,817人
	受診者数	1,355人	1,421人	1,484人	1,547人	1,611人	1,690人
特定保健指導	対象者数	174人	182人	190人	198人	206人	216人
	実施者数	129人	136人	142人	148人	154人	162人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

特定健診については、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(与那原町上の森かなちホール)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2)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)実施機関リスト

特定健診実施機関については、与那原町のホームページに掲載する。

(参照) URL : <https://www.town.yonabaru.okinawa.jp>

(4)実施する検査項目

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

健診項目		与那原町	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)	○	○
	空腹時血糖	●	●
血糖検査	HbA1C	○	●
	随時血糖	●	●
	尿糖	○	○
尿検査	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	-
	血液学検査 (貧血検査)	□	□
その他	ヘマトクリット値	□	□
	血色素量	□	□
	赤血球数	□	□
	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も可
※集団健診では、全員に心電図検査実施

(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および連携を行います。

(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)特定健診の案内方法・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は年間を通して行います。

図表47 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 健診対象者の抽出、受診券等の印刷・送付(随時可) ↓ (特定健診の開始)	(特定保健指導の実施)
5月			健診データ抽出(前年度分)
6月		健診データ受取 → 保健指導対象者の抽出 費用決済 ↓	
7月			↓ (特定保健指導の開始)
8月			実施実績の分析実施方法、委託先機関の見直し等
9月			↓ 受診・実施率実績の算出
10月			↓ 支払基金への報告 (ファイル作成・送付)
11月	契約に関する 予算手続き		
12月			
1月			
2月			
3月	契約準備		
		(特定健診・特定保健指導の当年度受付終了)	

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

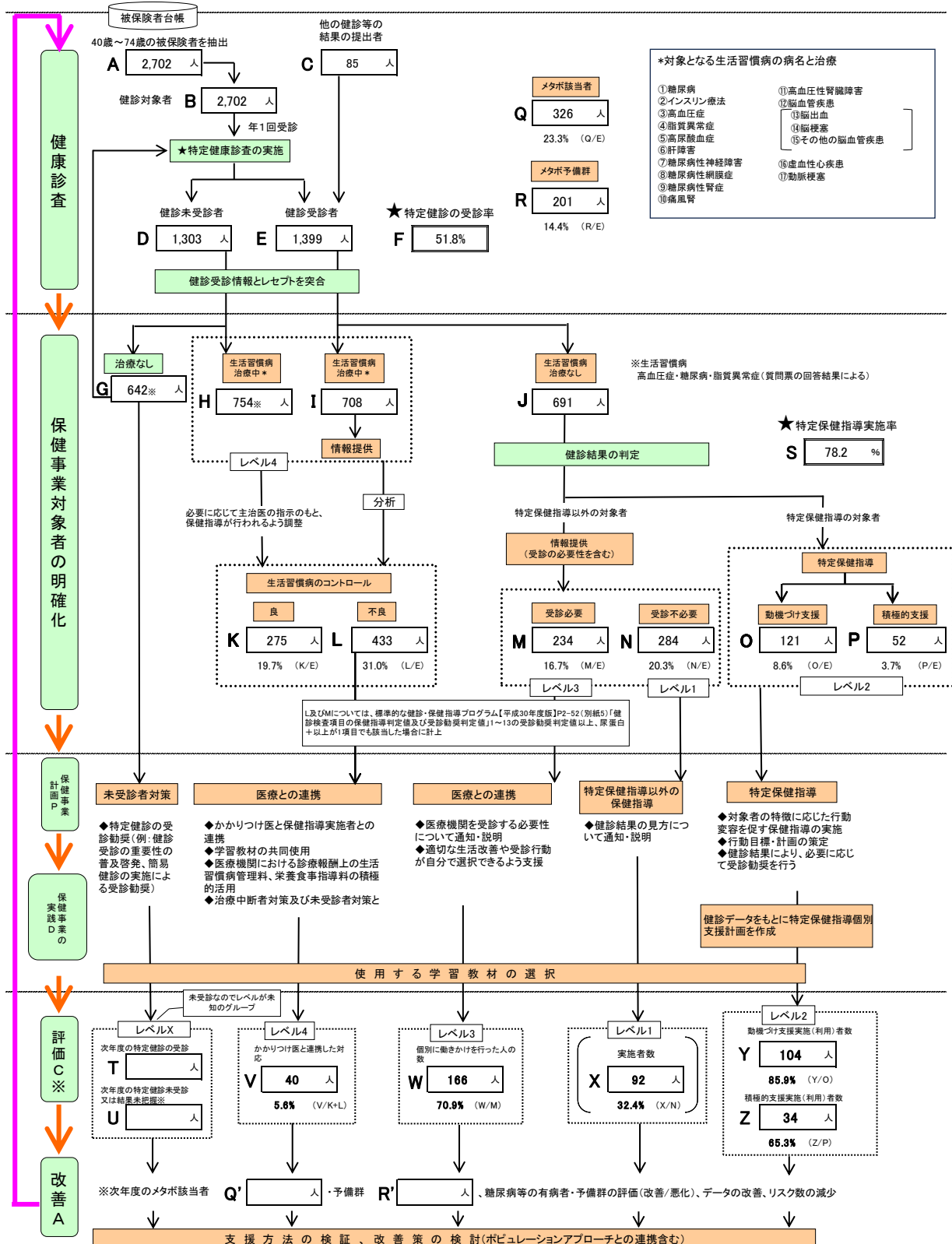
「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。(図表48・49)

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

(3) 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	173人 (12.4%)	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	234人 (16.7%)	65% HbA1c6.5以上,100%,メタボ×高血圧は100%
3	L	情報提供 (生活習慣病治療中コントロール不良者)	◆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	433人 (31.0%)	64%
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) ◆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	1,303人 ※受診率目標達成までにあと222人	50%
4	N・K	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明 ◆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	559人 (40.0%)	38%

(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)

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			◎一般健診、特定健診、後期高齢者健診、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		◎利用券の登録	
11月			
12月			
1月			
2月			
3月	◎健診の終了		

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および与那原町個人情報の保護に関する法律施行条例を踏まえた対応を行います。

また、特定健康診査を外委託する際は、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、与那原町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の取組を行います。

また、これらの対象疾患に共通する課題としてメタボリックシンドロームがあるため、メタボリックシンドローム重症化予防にも取り組みます。

具体的には、「健康課題を解決するための実践計画」を作成し、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町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

本町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、530人(37.9%)です。そのうち治療なしが160人(23.2%)を占め、さらに臓器障害ありで直ちにに取り組むべき対象者が66人です。

また、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、160人中75人で約半数を占めており、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

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-

令和04年度

健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少	虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少	糖尿病性腎症 による年間新発透析導入患者数の減少					
科学的根拠に基づき ↓ 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) クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.3%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性脳塞栓性症 (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	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告)) 心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会) CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓学会)					
優先すべき課題の明確化	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)	重症化予防対象者 (実人数)	
科学的根拠に基づき 健診結果から 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	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓学会)		
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者	
該当者数	47 3.4%	3 0.2%	57 4.1%	42 3.0%	326 23.3%	127 9.1%	139 9.9%	
治療なし	21 2.4%	1 0.1%	52 4.9%	29 2.8%	48 6.9%	50 4.1%	54 7.8%	
(再掲) 特定保健指導	12 25.5%	1 33.3%	14 24.6%	12 28.6%	48 14.7%	16 12.6%	11 7.9%	
治療中	26 5.0%	2 0.3%	5 1.4%	13 3.7%	278 39.3%	77 48.7%	85 12.0%	
臓器障害あり	5 23.8%	1 100.0%	10 19.2%	5 17.2%	11 22.9%	10 20.0%	54 100.0%	
CKD(専門医対象者)	1	0	7	3	7	4	54	
心電図所見あり	4	1	3	3	6	7	4	
臓器障害なし	16 76.2%	--	42 80.8%	24 82.8%	37 77.1%	40 80.0%	--	
治療中	臓器障害あり	10 38.5%	2 100.0%	1 20.0%	6 46.2%	67 24.1%	23 29.9%	85 100.0%
CKD(専門医対象者)	3	1	1	5	46	17	85	
心電図所見あり	8	2	0	3	26	7	8	
臓器障害なし	16 61.5%	--	4 80.0%	7 53.8%	211 75.9%	54 70.1%	--	

■各疾患の治療状況

	治療中	治療なし
高血圧	522	877
脂質異常症	346	1,052
糖尿病	158	1,228
3疾患以上	708	691

※問診結果による

<参考>
健診受診者(見診率)
1,399人 51.8%

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

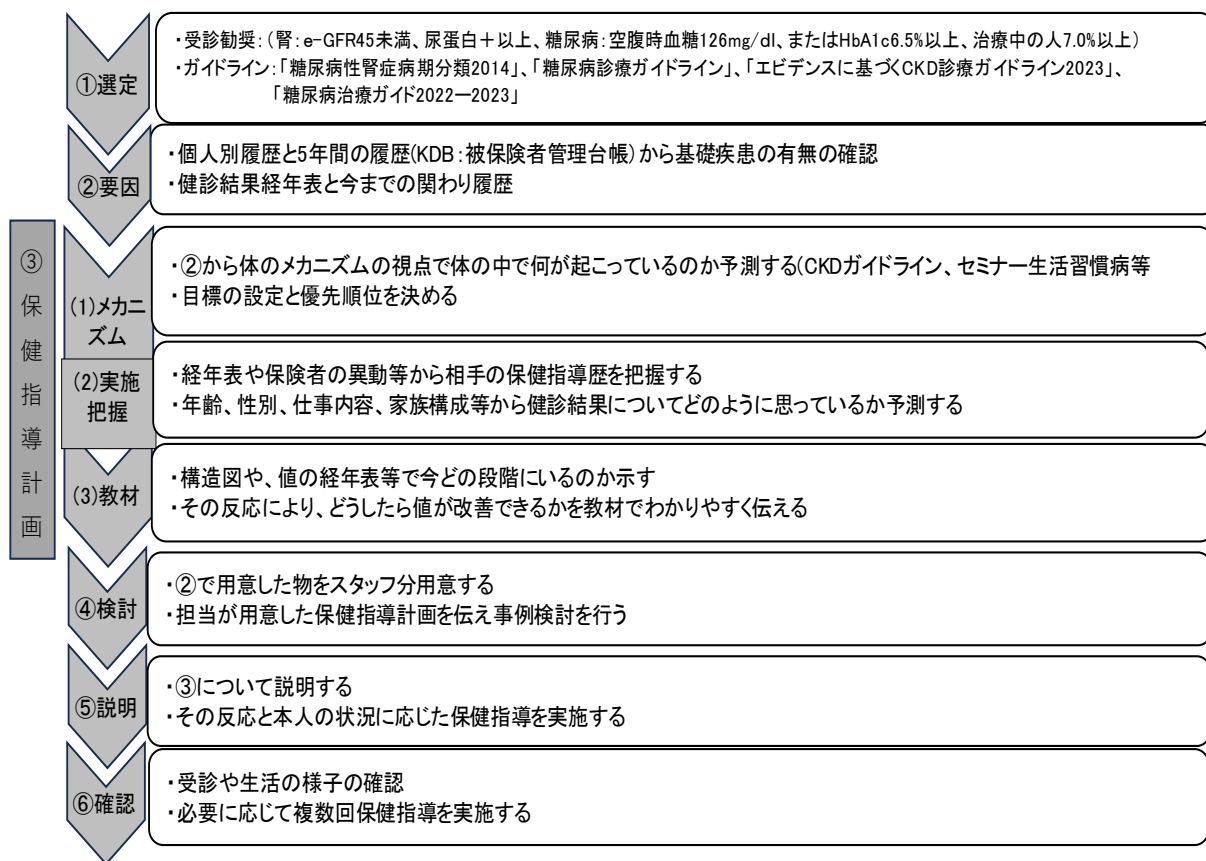
1) 基本的な考え方

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」(2019(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)およ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および腎機能 (eGFR) で把握していきます。本町においては、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) の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握が難しい状況です。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 (-)」、「微量アルブミン尿」と「尿蛋白 (±)」、「顕性アルブミン尿」と「尿蛋白 (+)」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。また、必要な方に関しては二次健診や集団健診にてアルブミン尿検査を実施します。

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。

本町において特定健診受診者のうち糖尿病型は184人(12.9%・E)。糖尿病未治療者

は、30人（16.3%・F）でした。

また、40～74歳における糖尿病治療者731人のうち、特定健診受診者が346人（47.3%・G+G'）でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者385人（52.7%・I）については、治療中ですが、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。（図表54）

③介入方法と優先順位

図表54より、本町においての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）・・・30人
- ・治療に繋がるよう、体のメカニズムに視点を置いた保健指導

優先順位2

【保健指導】

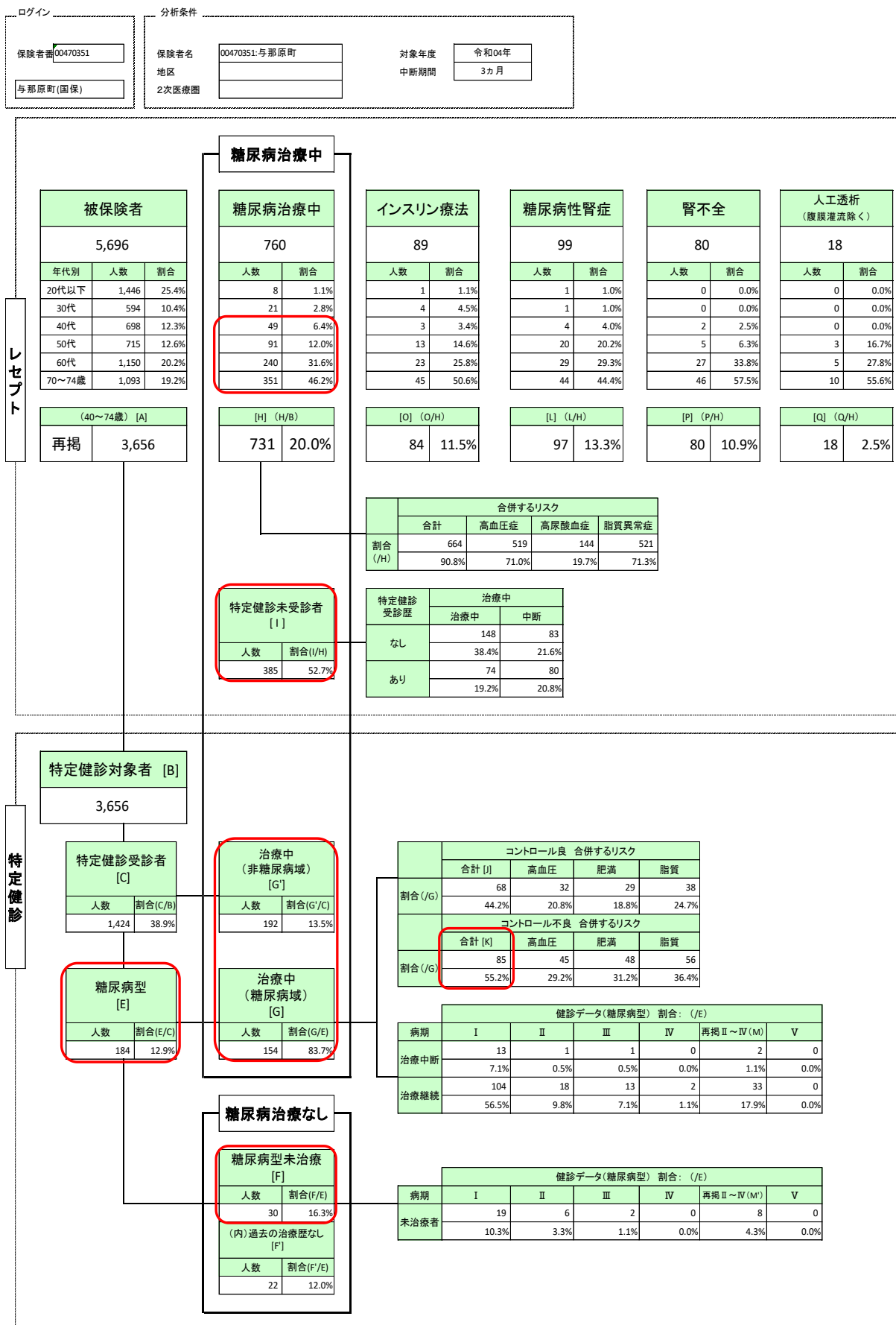
- ・糖尿病で治療する患者のうち、重症化するリスクの高い者（K）・・・85人
- ・治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・医療機関と連携した保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位3

【保健指導】

- ・糖尿病治療者で特定健診未受診者（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 5 4 糖尿病性腎症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) 糖尿病性腎症病期およ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。本町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類およ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て行っています。

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	<p>5 血圧と腎臓の関係</p> <p>R4沖・治5-01 腎機能の経過をみよう（GFRのグラフ）</p> <p>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～</p> <p>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</p> <p>R4沖・治5-04 高血圧と腎臓 血圧が高いと腎臓は・・・</p> <p>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？</p> <p>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？</p> <p>R4沖・治5-07 尿検査eGFRで異常が出た方へ どの科でどんな検査が必要なの？</p> <p>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</p> <p>R4沖・治5-09 進行を遅らせるための目標値</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p>

令和4年度版 沖縄 食ノート（赤本）	
	<ol style="list-style-type: none"> 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-②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～

その他	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. メタボの期間はどれぐらい続いていますか？ 健診結果に変化はありませんか？ 2. インスリンを大切に使う食べ方があります 3. 食べる時間とインスリン分泌

出典：令和5年度沖縄県保険者協議会特定保健指導研修会等資料

(2) 二次健診及び沖縄県国民健康保険保健給付費等交付金(特別交付金・県2号繰入金)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、二次健診および集団健診でアルブミン尿検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

集団健診では、40～74歳の国保対象者で集団健診受診者に限り、2016(平成28)年度以降の健診データにおいて一度でもHbA1c6.5以上に該当した者を検査の対象としています。

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、紹介状等を作成し、医療機関との情報共有を行います。

(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、その際は糖尿病管理台帳の情報および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	統合表	与那原町										同規模保険者（平均）		データ基	
		平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		令和4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	5,073人		4,935人		4,768人		4,749人		4,771人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
② (再掲) 40-74歳		3,195人		3,118人		3,110人		3,165人		3,200人					
2 ① 対象者数	B	2,754人		2,736人		2,792人		2,791人		2,692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	1,294人		1,338人		1,180人		1,315人		1,399人					
③ 受診率		--		--		--		--		--					
3 ① 特定 対象者数		163人		180人		160人		156人		156人					
② 保健指導 実施率		66.3%		65.0%		72.5%		72.4%		78.2%					
4 ① 健診 データ	糖尿病型	E	162人	12.5%	199人	14.9%	194人	16.4%	210人	16.0%	218人	15.6%			
	② 未治療・中断者（質問票服薬なし）	F	53人	32.7%	71人	35.7%	63人	32.5%	56人	26.7%	60人	27.5%			
	③ 治療中（質問票服薬あり）	G	109人	67.3%	128人	64.3%	131人	67.5%	154人	73.3%	158人	72.5%			
	④ コントロール不良 HbA1c7.0%または空腹時血糖130以上	J	56人	51.4%	64人	50.0%	80人	61.1%	90人	58.4%	95人	60.1%			
	⑤ 血圧 130/80以上		29人	51.8%	30人	46.9%	44人	55.0%	48人	53.3%	54人	56.8%			
	⑥ 肥満 BMI25以上		28人	50.0%	30人	46.9%	42人	52.5%	49人	54.4%	54人	56.8%			
	⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	53人	48.6%	64人	50.0%	51人	38.9%	64人	41.6%	63人	39.9%			
	⑧ 第1期 尿蛋白（-）	M	128人	79.0%	151人	75.9%	137人	70.6%	156人	74.3%	165人	75.7%			
	⑨ 第2期 尿蛋白（±）		17人	10.5%	24人	12.1%	31人	16.0%	24人	11.4%	26人	11.9%			
	⑩ 第3期 尿蛋白（+）以上		17人	10.5%	19人	9.5%	21人	10.8%	23人	11.0%	18人	8.3%			
	⑪ 第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	3人	1.5%	5人	2.6%	5人	2.4%	5人	2.3%			
5 ① レセプト	糖尿病受療率（被保険者千対）		69.6人		65.5人		61.2人		69.1人		77.6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）		107.0人		101.7人		91.0人		101.1人		111.3人				
	③ レセプト件数 (40-74歳) (1)以内被保険者千対	入院外（件数）	1,587件	(516.3)	1,774件	(573.2)	1,714件	(545.7)	1,841件	(577.5)	1,777件	(586.1)	630,975件	(921.9)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④ 入院（件数）		17件	(5.5)	12件	(3.9)	8件	(2.5)	7件	(2.2)	9件	(3.0)	2,654件	(3.9)	
	⑤ 糖尿病治療中	H	353人	7.0%	323人	6.5%	292人	6.1%	328人	6.9%	370人	7.8%			
	⑥ (再掲) 40-74歳		342人	10.7%	317人	10.2%	283人	9.1%	320人	10.1%	356人	11.1%			
	⑦ 健診未受診者	I	233人	68.1%	208人	65.6%	152人	53.7%	166人	51.9%	198人	55.6%			
	⑧ インスリン治療	O	31人	8.8%	31人	9.6%	27人	9.2%	35人	10.7%	38人	10.3%			
	⑨ (再掲) 40-74歳		31人	9.1%	30人	9.5%	23人	8.1%	33人	10.3%	34人	9.6%			
	⑩ 糖尿病性腎症	L	40人	11.3%	44人	13.6%	44人	15.1%	53人	16.2%	52人	14.1%			
	⑪ (再掲) 40-74歳		39人	11.4%	44人	13.9%	43人	15.2%	53人	16.6%	51人	14.3%			
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		14人	4.0%	11人	3.4%	11人	3.8%	12人	3.7%	12人	3.2%			
	⑬ (再掲) 40-74歳		14人	4.1%	11人	3.5%	11人	3.9%	12人	3.8%	12人	3.4%			
	⑭ 新規透析患者数		2人	0.6%	3人	0.9%	2人	0.7%	2人	0.6%	4人	1.1%			
	⑮ (再掲) 糖尿病性腎症		1人	0.3%	0人	0.0%	1人	0.3%	1人	0.3%	2人	0.5%			
	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)		12人	3.2%	12人	3.2%	6人	1.6%	7人	1.8%	8人	2.0%			
6 ① 医療費	総医療費		14億1064万円		14億1458万円		14億2559万円		15億5826万円		15億3589万円		21億6943万円		
	② 生活習慣病総医療費		6億8311万円		6億6586万円		6億9684万円		7億7479万円		7億6883万円		11億4738万円		
	③ (総医療費に占める割合)		48.4%		47.1%		48.9%		49.7%		50.1%		52.9%		
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	7,285円		7,997円		5,231円		6,420円		8,188円		7,199円		
	⑤ 健診未受診者		40,530円		41,738円		48,718円		50,630円		49,482円		37,856円		
	⑥ 糖尿病医療費		5258万円		5762万円		5933万円		6355万円		5897万円		1億2598万円		
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		7.7%		8.7%		8.5%		8.2%		7.7%		11.0%		
	⑧ 糖尿病入院外総医療費		1億7051万円		1億8074万円		2億0319万円		2億4380万円		2億3224万円				
	⑨ 1件あたり		39,099円		41,627円		47,966円		52,285円		49,297円				
	⑩ 糖尿病入院総医療費		1億9401万円		1億5527万円		1億6962万円		2億0714万円		2億0891万円				
	⑪ 1件あたり		666,695円		652,413円		619,035円		716,764円		727,921円				
	⑫ 在院日数		19日		19日		19日		20日		18日				
	⑬ 慢性腎不全医療費		1億2989万円		1億0752万円		1億1011万円		1億2463万円		1億2481万円		9872万円		
⑭ 透析有り		1億2308万円		9975万円		1億0715万円		1億1617万円		1億2191万円		9197万円			
⑮ 透析なし		681万円		777万円		297万円		847万円		290万円		675万円			
7 ① 介護	介護給付費		11億7904万円		12億1609万円		12億7100万円		13億2353万円		12億9350万円		21億9980万円		
	② (2号認定者) 糖尿病合併症		4件	21.1%	4件	26.7%	3件	27.3%	3件	23.1%	2件	12.5%			
8 ① 死亡	糖尿病（死因別死亡数）		3人	2.6%	2人	1.7%	2人	1.7%	1人	0.9%	2人	1.6%	926人	1.1%	KDB_健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題

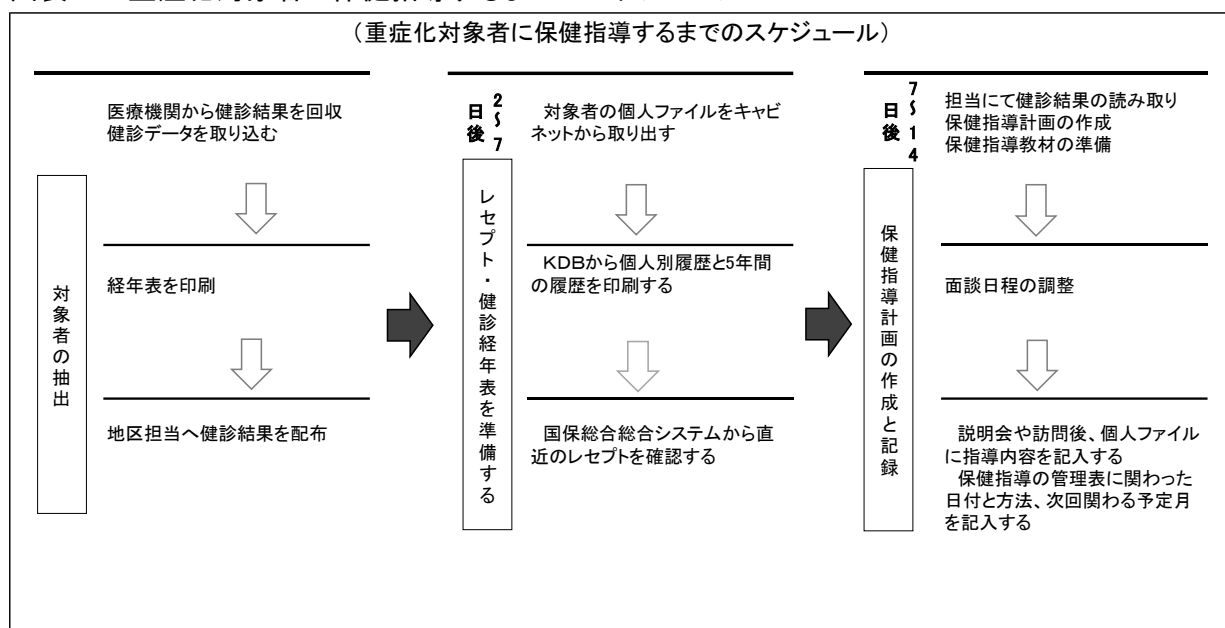
7) 実施期間およびスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

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

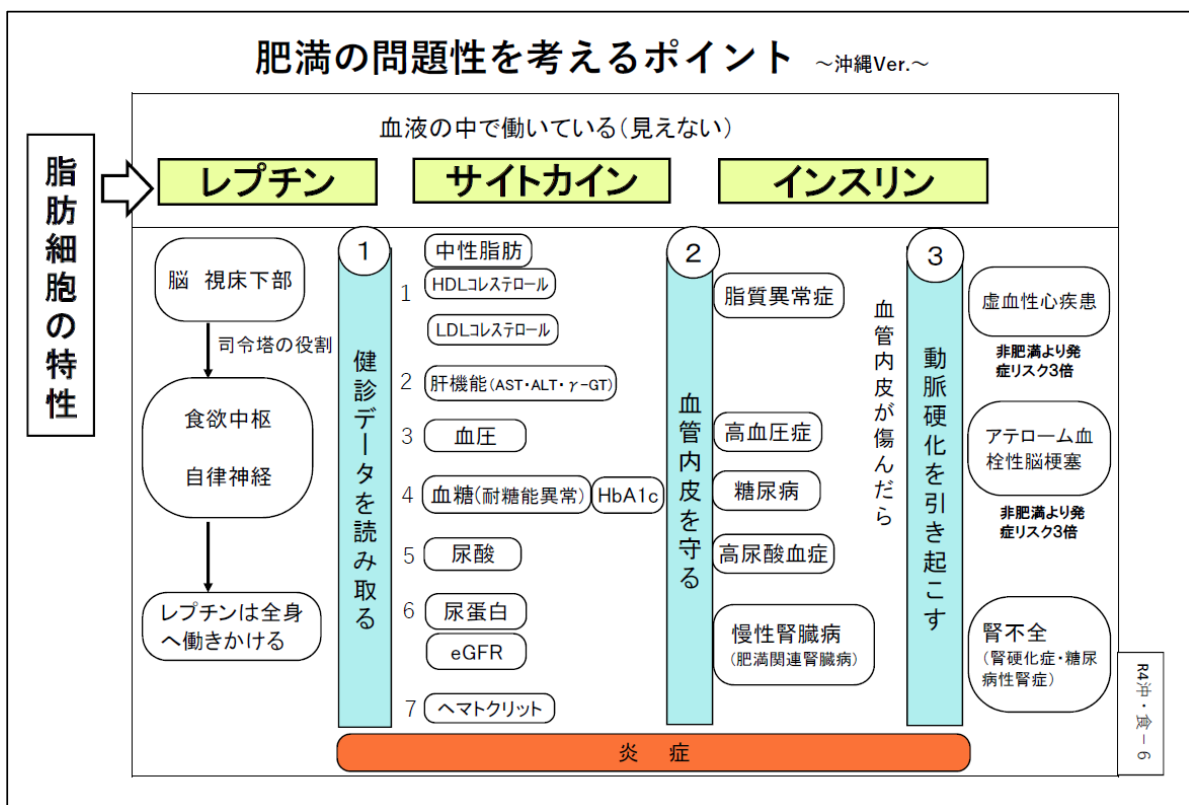
1) 基本的な考え方

メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態です。

「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。また、メタボリックシンドロームは2型糖尿病発症のリスクも高いとされており、本診断基準を用いた保健指導が現在我が国で急増している2型糖尿病予防さらには糖尿病性大血管症の予防にも適用しうれば望ましい。」(メタボリックシンドロームの定義と診断基準より)

なお、取組みにあたっては図表58に基づいて考えていきます。

図表58 肥満の問題性を考えるポイント～沖縄Ver.～(R4沖・食-6)



出典：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)

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		560	839	209	296	149	242	46	54	11	0	3	0
				37.3%	35.3%	26.6%	28.8%	8.2%	6.4%	2.0%	0.0%	0.5%	0.0%
再掲	男性	290	403	132	155	95	134	28	21	7	0	2	0
				45.5%	38.5%	32.8%	33.3%	9.7%	5.2%	2.4%	0.0%	0.7%	0.0%
	女性	270	436	77	141	54	108	18	33	4	0	1	0
				28.5%	32.3%	20.0%	24.8%	6.7%	7.6%	1.5%	0.0%	0.4%	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

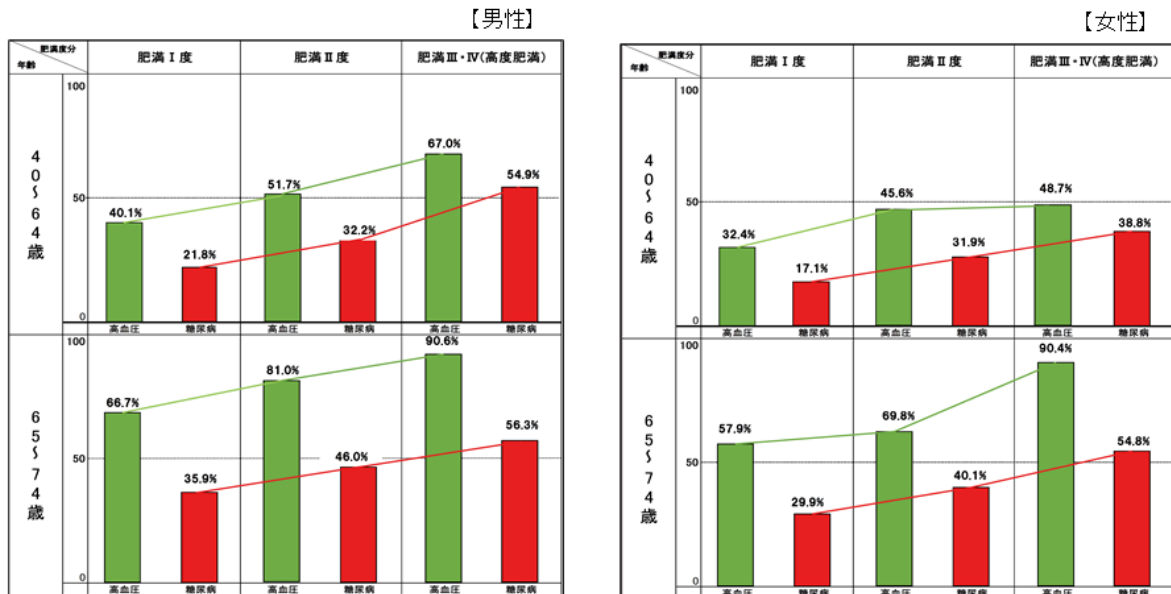
肥満を解決するためには、どの年齢・どの段階が改善しやすいのか、効率がいいのかを科学的な根拠(EBM)「肥満症診療ガイドライン2022」に基づき、優先順位をつけます。

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

肥満度およ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、若い年代(40歳～64歳)を対象とすることが効率的であると考えます。(図表60)

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？

肥満症を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？ 一番問題である高血圧と糖尿病をグラフに表してみました



②保健指導を実施した時の住民の声（意識）から「日常生活」で困っていることを教えてもらいました

まず、「肥満症診療ガイドライン2022」によると、6か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症（肥満Ⅲ度・Ⅳ度）は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の治療者が連携してフォローアップを行う必要があります。そのことは、「日常生活」で困っている住民の声からも深刻です。（図表61）

図表61 肥満になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる（R4沖・治1-09）

生活	BMI	I度	II度	III度	IV度
		25~29.9	30~34.9	35~39.9	40~
食事	食欲	・満腹感なく食べ過ぎてしまう。 ・心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない	・夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない	・食べ始めたらずまらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べたい ・食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う	・食欲が抑えられない ・夜中起きると食べてしまう ・食欲が止まらない ・食欲をコントロールできない
	胃腸	・食べるとお腹が張って苦しくなる		・太っているからか腸の蠕動もおこるよ	・逆流性食道炎になった。
排泄	排便			・便秘になって大変	・便器に座ると便座が割れる
	排尿	・横になるとトイレに行きたくなる	・尿意を感じて夜中に3回起きる	・トイレに何度も起きて寝た感じがしない ・むくみがあって5年くらい夜間頻尿が続いている。 ・膀胱炎になりやすい	・尿漏れする ・起きてトイレに行くまで間に合わない
動作	歩行	・疲労感がある	・長く歩くと息切れがする ・階段を上るとき息切れする ・坂道は息が切れる ・運動するとすぐ息切れする	・体重で足裏が痛い ・階段を降りる時に体を支えられず転びそうになる ・ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない ・歩くと足がしびれる	・200m歩くのにも呼吸が苦しい ・歩いたら苦しくなるので横になっている ・だるくて寝ていることが多い
	日常動作		・屈めず、足の爪を切ることができない ・朝起きると体重で手がしびれて色が変まっている ・運動すると数日だるくなる ・身体が動かさづらい		・お腹が邪魔で前に屈めない ・シャワーがづらい ・手が届かないので排泄の後始末ができない
身体	胸	・2~3年前から胸の変な感じがある ・仕事で時々胸の息苦しさ ・1年前から動機あり、休憩しながら仕事していた ・胸が痛くなることある。止まるんじゃないかとグツと	・動機がする ・胸が締め付けられる感じ、6年前から時々起こる ・心臓が大きくなっているといわれた ・少し動いただけでも心臓がきつい	・仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める ・仰向けには寝れないいつも横向きに寝ている ・心臓はスピードのある作業するとバクバクする	・左を向いて寝ると動機が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感苦しさで10年前狭心症カテーテル ・今も改善上がったとき苦しくなる ・心臓、週1回圧迫される症状があるが、心臓の血管のつまりはないといわれている。
	免疫	・蜂窩織炎になる		・風邪をひきやすい	・よく風邪をひく ・よく体調を崩す
	皮膚	・背中がかゆい ・皮膚が赤くなる	・湿疹ができる ・痒い	・皮膚が赤く炎症を起こしてる ・炎症で体毛が生えなくなる	・足の皮膚が硬くなるので、よく皮を削っている。 ・全身の湿疹がづらい ・皮膚科に毎月通院している

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）

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

心・脳血管疾患を発症した事例を整理すると、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。（図表62）

図表62 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								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			介護			
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	

3) 対象者の明確化

年代別のメタボリックシンドローム該当者は、男性で40代から受診者の2～3割を超えるが、女性では60代・70代で1割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。(図表63)

図表63 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	697	89	122	241	245	714	79	93	287	255	
メタボ該当者	B	235	22	37	80	96	93	3	8	40	42	
	B/A	33.7%	24.7%	30.3%	33.2%	39.2%	13.0%	3.8%	8.6%	13.9%	16.5%	
再掲	① 3項目全て	C	76	7	14	23	32	19	0	0	8	11
		C/B	32.3%	31.8%	37.8%	28.8%	33.3%	20.4%	0.0%	0.0%	20.0%	26.2%
	② 血糖+血圧	D	32	4	3	10	15	15	2	3	3	7
		D/B	13.6%	18.2%	8.1%	12.5%	15.6%	16.1%	66.7%	37.5%	7.5%	16.7%
	③ 血圧+脂質	E	109	7	16	44	42	50	0	4	24	22
		E/B	46.4%	31.8%	43.2%	55.0%	43.8%	53.8%	0.0%	50.0%	60.0%	52.4%
	④ 血糖+脂質	F	18	4	4	3	7	9	1	1	5	2
		F/B	7.7%	18.2%	10.8%	3.8%	7.3%	9.7%	33.3%	12.5%	12.5%	4.8%

出典・参照：KDBシステム改変 様式(5-3)

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3疾患治療状況は、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。(図表64)

図表64 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			
		人数	割合	あり	なし	あり	なし		あり	なし	あり	なし	あり	なし
総数	693	233	33.6%	195	83.7%	38	16.3%	706	93	13.2%	83	89.2%	10	10.8%
40代	89	22	24.7%	11	50.0%	11	50.0%	79	3	3.8%	3	100.0%	0	0.0%
50代	121	37	30.6%	31	83.8%	6	16.2%	92	8	8.7%	7	87.5%	1	12.5%
60代	238	78	32.8%	64	82.1%	14	17.9%	284	40	14.1%	35	87.5%	5	12.5%
70～74歳	245	96	39.2%	89	92.7%	7	7.3%	251	42	16.7%	38	90.5%	4	9.5%

出典・参照：特定健診等データ管理システム

(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

対象者の進捗管理は肥満管理台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

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を活用し行っていきます。(図表65)

図表65 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	
<p>1. 栄養指導対象者の明確化</p> <p>R4沖・食 1 検査項目と各臓器</p> <p>R4沖・食 2 健診結果と生活との関連の読み取り</p> <p>R4沖・食 3 メタボリックシンドロームの構造図</p> <p>R4沖・食 4 肥満症の構造図</p> <p>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</p> <p>2. 脂肪細胞の特性～肥満の本態を理解～</p> <p>R4沖・食 6 肥満の問題性を考えるポイント</p> <p>R4沖・食 7 体重 (BMI) ・健診結果に変化はありませんか?</p> <p>R4沖・食 8 健診データを見ながら考えます</p> <p>R4沖・食 9 脂肪細胞ってね①</p> <p>R4沖・食 10 脂肪細胞ってね②</p> <p>R4沖・食 11 脂肪細胞の中身はなんだと思いますか?</p> <p>3. 脂肪細胞の特性～肥満の解決～</p> <p>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</p> <p>R4沖・食 13 肥満 (脳の変調) の解決</p> <p>R4沖・食 14 脳の変調</p> <p>4. A-④ 原因として見てきた食品から500kcal減らす 私ほどのタイプかな?</p> <p>R4沖・食 15 自分は何を食べて体重が増えるタイプなの?</p> <p>R4沖・食 16 肥満解決のために</p> <p>R4沖・食 17 ジャックフード ポテトチップス</p> <p>R4沖・食 18 ジャックフード チョコレート</p> <p>R4沖・食 19 ジャックフード アイスクリューム</p> <p>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</p> <p>R4沖・食 21 カップラーメン・袋麺</p> <p>R4沖・食 22 ファーストフード</p> <p>R4沖・食 23 よく食べている食べ物の中身 (肉・乳・加工品)</p> <p>R4沖・食 24 よく食べている食べ物の中身 (魚・卵・豆腐)</p> <p>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</p> <p>R4沖・食 26 肝臓のお仕事には順番があります</p> <p>R4沖・食 27 アルコール早見表</p> <p>5. B 短鎖脂肪酸の役割が、解決のポイント</p> <p>R4沖・食 28 脂肪酸にはどんな特徴があるのでしょうか?</p> <p>R4沖・食 29 脳の変調を修正してくれる短鎖脂肪酸</p> <p>R4沖・食 30 食物繊維の仕事</p> <p>R4沖・食 31 「あなたのお腹の中で発酵食品がつかれます」</p> <p>R4沖・食 32 食べる組み合わせによって、やせホルモンGLP-1の量が変わります</p> <p>R4沖・食 33 食物繊維は植物の構成成分</p> <p>R4沖・食 34 食物繊維は植物の構成成分 (保健師・栄養士用)</p> <p>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</p> <p>R4沖・食 36 短鎖脂肪酸になれる食物繊維が多いのは・・・</p> <p>R4沖・食 37 短鎖脂肪酸をつくる野菜の特徴</p> <p>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!～</p> <p>R4沖・食 39 いつも使っている野菜のなかみ～冷凍野菜～</p>	<p>6. 血管内皮を守る</p> <p>R4沖・食 40 血管が傷むとは</p> <p>R4沖・食 41 血管内皮を傷めるリスクは何だろう</p> <p>R4沖・食 42 血管内皮細胞の材料と炎症を防ぐもの</p> <p>R4沖・食 43 脂肪にも種類があります</p> <p>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?</p> <p>R4沖・食 45 血管内皮を酸化ストレスから守る</p> <p>R4沖・食 46 手軽にとれる野菜で血管内皮を守る</p> <p>7. 栄養指導の基本 ～あなたにとっての食べ方～</p> <p>R4沖・食 47 日常生活の中で、必要な食品を考える方法</p> <p>R4沖・食 48 血液データと食品 (沖縄年代・性別Ver.) ①～③</p> <p>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</p> <p>R4沖・食 50 健診データに基づいた食品の基準量</p> <p>R4沖・食 51 生活習慣の改善ってどんなことをするの?</p> <p>R4沖・食 52 あなたにとって必要な食の基準量①②</p> <p>R4沖・食 53 ごはんの目安と油の目安</p> <p>R4沖・食 54 総エネルギー 早見表 (男性)</p> <p>R4沖・食 55 ごはんと油量 早見表 (男性)</p> <p>R4沖・食 56 総エネルギー 早見表 (女性)</p> <p>R4沖・食 57 ごはんと油量 早見表 (女性)</p> <p>8. 資料箱 ～ポピュレーションアプローチ～</p> <p>R4沖・食 58 社会的背景 ～沖縄と全国を比べてみました～</p> <p>R4沖・食 59 統計からみえる沖縄の食</p> <p>R4沖・食 60 食の背景の変遷</p> <p>R4沖・食 61 肥満がもたらすもの</p> <p>R4沖・食 62 参考資料 ～ページノート～</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>その他</p> <p>令和2年度版 肥満を解決するための食の資料～沖縄Ver～</p> <p>令和3年版 肥満を解決するための食の資料～沖縄Ver.2～ 『脳科学に基づいた食の実践』</p> <p>一日の食事量</p> <p>メタボの期間はどれくらい続いていますか?</p> <p>食べる時間とインスリン</p> <p>分食という方法</p> <p>朝食を食べることで脳や各臓器 (胃・小腸・大腸) が目覚めます</p>

(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（平成13）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。

本町においても国保ヘルスアップ事業を活用して、二次健診を実施しています。

◎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 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）
- ④ 75g糖負荷検査（高インスリン状態を見る検査）
- ⑤ 血圧・脈波検査（下肢の動脈のつまりや動脈壁の硬さを調べる検査）

平成30（2018）年度から令和4（2022）年度の二次健診結果を見ると、75g糖負荷検査（HOMA-R値）では、軽度インスリン抵抗性あり・インスリン抵抗性ありの者は37人（50.0%）で、平均年齢は54.2歳でした。

頸部エコー検査では、軽度硬化の者が46人（59.7%）、中等度硬化の者が6人（7.8%）、高度硬化の者が1人（1.3%）で、平均年齢は軽度硬化の者が57.8歳、中等度・高度硬化が61.4歳でした。

血圧脈波検査では、やや硬めの者が30人（39.5%）・硬めの者が22人（28.9%）で、硬めの者の平均年齢は57.6歳でした。（表8）

表8 二次健診の結果

	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	人	割合	人	割合	人	割合	人	割合	人	割合
75g糖負荷検査	30		16		7		15		6	
判定	正常	13 43.3%	8 50.0%	2 28.6%	8 53.3%	5 83.3%	14 93.3%	6 100.0%	4 66.7%	
	境界型	14 46.7%	6 37.5%	5 71.4%	6 40.0%	1 16.7%	0 0.0%	1 16.7%	1 16.7%	
	糖尿病型	3 10.0%	2 12.5%	0 0.0%	1 6.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	
HOMA-R値	正常	16 53.3%	3 18.8%	3 42.9%	12 80.0%	3 50.0%	16 100.0%	14 93.3%	6 100.0%	
	軽度インスリン抵抗性あり(1.7~2.4)	5 16.7%	5 31.3%	2 28.6%	3 20.0%	1 16.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	
	インスリン抵抗性あり(2.5~)	9 30.0%	8 50.0%	2 28.6%	0 0.0%	2 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	
II	正常	17 56.7%	13 81.3%	4 57.1%	9 60.0%	5 83.3%	16 100.0%	14 93.3%	6 100.0%	
	インスリンの初期分泌反応低下(0.4以下)	13 43.3%	3 18.8%	3 42.9%	6 40.0%	1 16.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	
頸部エコー検査	30		19		7		15		6	
	異常なし	10 33.3%	5 26.3%	2 28.6%	5 33.3%	2 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	
	軽度硬化	19 63.3%	11 57.9%	3 42.9%	9 60.0%	4 66.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	
	中等度硬化	0 0.0%	3 15.8%	2 28.6%	1 6.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	
	高度硬化	1 3.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	
微量アルブミン	30		18		7		15		6	
	正常	30 100.0%	17 94.4%	6 85.7%	14 93.3%	6 100.0%	16 100.0%	14 93.3%	6 100.0%	
	微量	0 0.0%	1 5.6%	1 14.3%	1 6.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	
	顕性	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	
血圧脈波検査	29		19		7		15		6	
ABI	正常範囲	20 69.0%	18 94.7%	7 100.0%	15 100.0%	6 100.0%	16 100.0%	14 93.3%	6 100.0%	
	軽度動脈硬化	8 27.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	
	中等度動脈硬化	1 3.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	
	高度動脈硬化	0 0.0%	1 5.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	
PWV	正常範囲	7 24.1%	7 36.8%	1 14.3%	6 40.0%	3 50.0%	16 100.0%	14 93.3%	6 100.0%	
	やや硬め	16 55.2%	4 21.1%	4 57.1%	6 40.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	
	硬め	6 20.7%	8 42.1%	2 28.6%	3 20.0%	3 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	
心電図検査	30		18		7		15		6	
	正常範囲	28 93.3%	12 66.7%	3 42.9%	15 100.0%	4 66.7%	16 100.0%	14 93.3%	6 100.0%	
	要経観	1 3.3%	4 22.2%	2 28.6%	0 0.0%	1 16.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	
	要精査	1 3.3%	2 11.1%	2 28.6%	0 0.0%	1 16.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

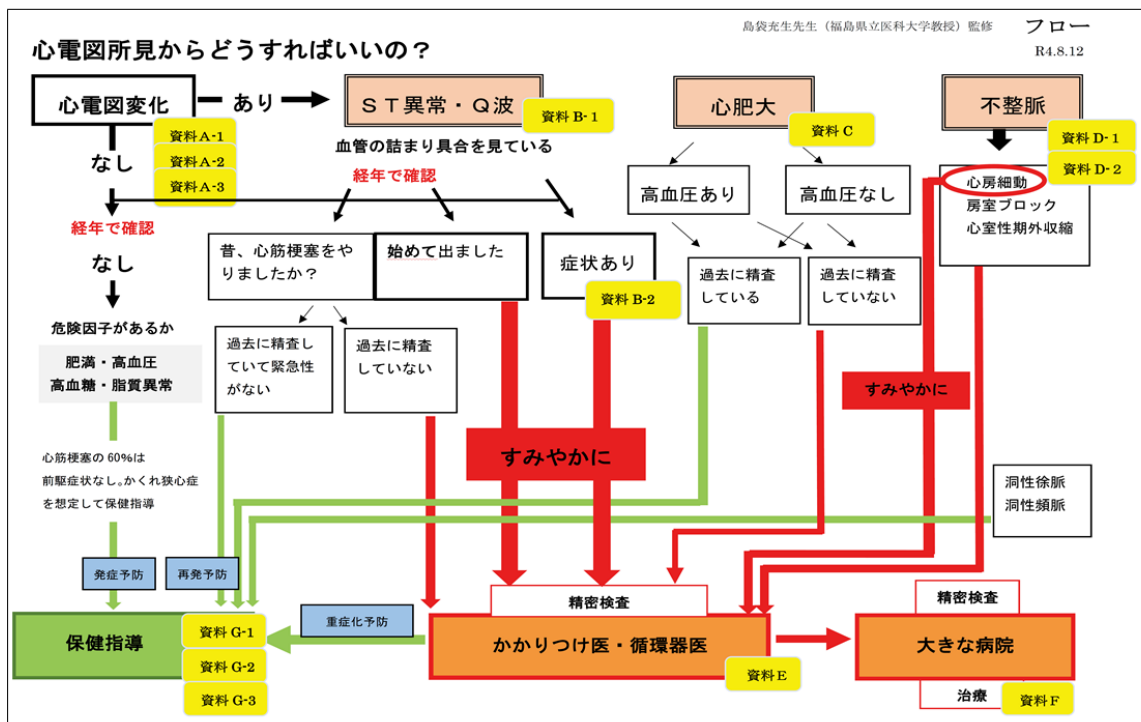
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者および保健指導対象者の選定基準にあたっては、(図表66)に基づいて考えます。

図表66 心電図所見からのフロー図 (R4沖・治 4-01)



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)

(2) 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

心電図検査は最も基本的な心臓の検査で、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心肥大などの評価に用いられます。また、虚血性心疾患重症化予防においても重要な検査の1つであり、「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル:日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

本町においては、心電図検査を732人(53.2%)に実施し、そのうち有所見者が221人(30.2%)でした。所見の中でもST-T変化が53人(24.0%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表67)

また、有所見者のうち要精査が36人(16.3%)で、その後の受診状況をみると2人(5.6%)は未受診でした。(図表68)。

要精査者で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67 心電図検査結果

性別・年齢	心電図検査				所見内訳																
	実施者数		有所見者数 B	有所見率 B/A	ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
	A	実施率			異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮		
	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					
40~74歳	732	53.2	221	30.2	13	1.8	53	24.0	16	7.2	10	4.5	23	10.4	42	19.0	4	1.8	22	10.0	
内訳	男性	402	58.9	120	29.9	8	2.0	19	15.8	6	5.0	7	5.8	17	14.2	27	22.5	3	2.5	14	11.7
内訳	女性	330	47.6	101	30.6	5	1.5	34	33.7	10	9.9	3	3.0	6	5.9	15	14.9	1	1.0	8	7.9

与那原町調べ(令和4年度)

図表68 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	全体	221		36	16.3	34	94.4	2
男性	120	54.3	15	12.5	15	100.0	0	0.0
女性	101	45.7	21	20.8	19	90.5	2	10.5

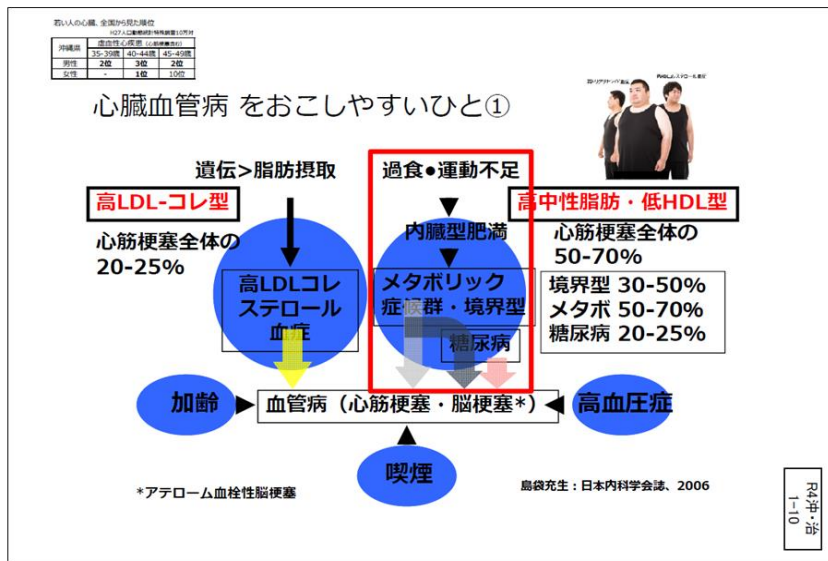
与那原町調べ(令和4年度)

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69)

図表69 心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69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63・64)を参照します。

B: LDLコレステロールタイプ(図表70)

図表70 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定												
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	
578				260	188	78	52	16	26	50	38	
				45.0%	32.5%	13.5%	9.0%	12.3%	20.0%	38.5%	29.2%	
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)	77	33	26	9	9	4	14	0	0	
			13.3%	12.7%	13.8%	11.5%	17.3%	25.0%	53.8%	0.0%	0.0%	
	中リスク	140未満 (170未満)	234	107	74	35	18	3	6	29	15	
			40.5%	41.2%	39.4%	44.9%	34.6%	18.8%	23.1%	58.0%	39.5%	
高リスク	120未満 (150未満)	230	100	78	30	22	9	6	18	19		
		39.8%	38.5%	41.5%	38.5%	42.3%	56.3%	23.1%	36.0%	50.0%		
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)	15	6	4	2	3	1	3	0	1	
			2.6%	2.3%	2.1%	2.6%	5.8%	6.3%	11.5%	0.0%	2.6%	
				37	20	10	4	3	0	0	3	4
				6.4%	7.7%	5.3%	5.1%	5.8%	0.0%	0.0%	6.0%	10.5%

※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) 受診勧奨および保健指導

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。

図表71 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	<p>4 血圧と心臓の関係</p> <p>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</p> <p>R4沖・治4-02 資料A-1 心電図所見一覧</p> <p>R4沖・治4-03 資料A-2 私の心電図があらわすもの</p> <p>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!</p> <p>R4沖・治4-05 資料B-1 STが出た</p> <p>R4沖・治4-06 資料B-2 症状の判断</p> <p>R4沖・治4-07 資料C 左室肥大</p> <p>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</p> <p>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)</p> <p>R4沖・治4-10 資料E 虚血の検査</p> <p>R4沖・治4-11 資料F 虚血の治療</p> <p>R4沖・治4-12 資料G-1 事例から学ぶ 肥満糖中性血圧LDL</p> <p>R4沖・治4-13 資料G-2 健診データをみましょう</p> <p>R4沖・治4-14 資料G-3 管理目標(ガイドライン追加)</p> <p>R4沖・治4-15 資料G-4 肥満と心臓</p> <p>R4沖・治4-16 保健師・栄養士用_心臓を理解する</p>
その他	
	<p>③住民主体の予防活動を実践するために 心臓の課題解決に向けたプロセスを考える</p>

(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、二次健診を実施しています。

二次健診の詳しい内容につきましては、「同章-Ⅱ-2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防(2)(58ページ)」をご参照ください。

(3) 対象者の管理

重症化しないための継続的な健診受診およ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) 実施期間およびスケジュール

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

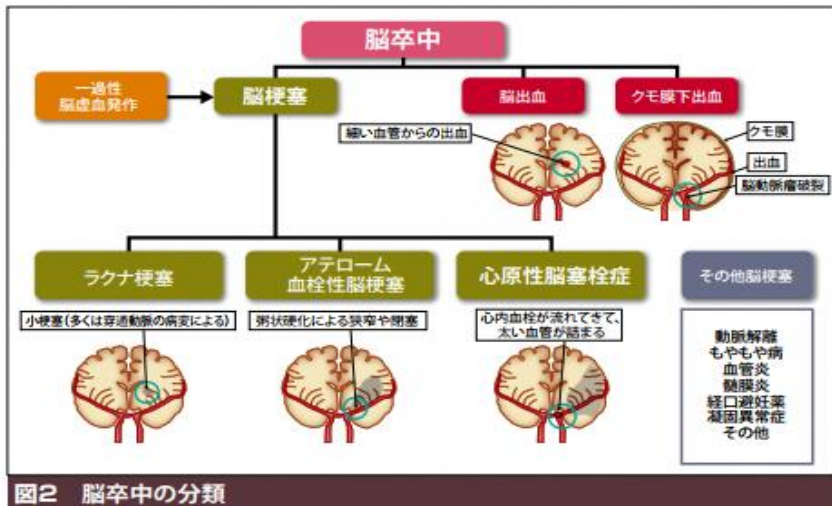
5月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

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72, 73)

図表72 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表73 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74)で見ると、高血圧治療者1248人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が174人(13.9%・O)でした。

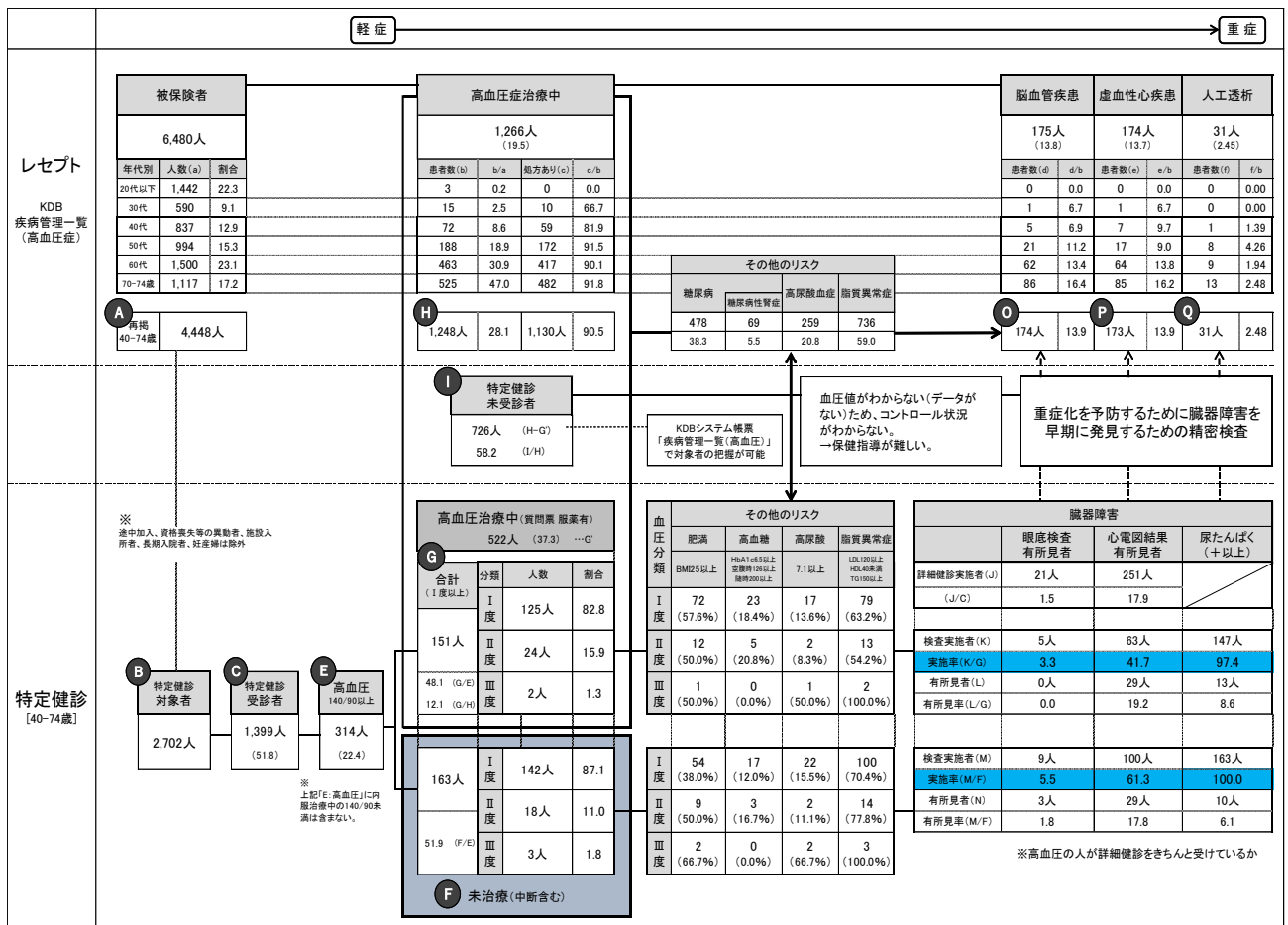
健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が47人(3.4%)であり、そのうち21人(44.7%)は未治療者です。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が26人(5.0%)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、わずか21人(1.5%)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、314人(22.4%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。

第3期計画期間中に、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し、働きかけをしていく必要があります。

図表74 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



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

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75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。

図表75 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会
 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子
 p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

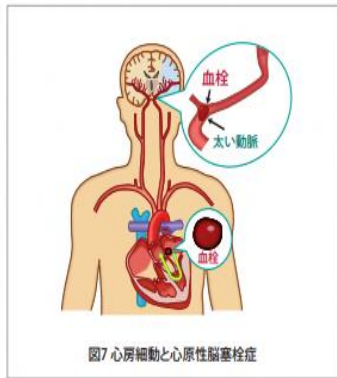
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	区分	該当者数
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上		
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	378	215	142	18	3		
		56.9%	37.6%	4.8%	0.8%		
リスク第1層 予後影響因子がない	24	C 16	B 8	B 0	A 0	A	ただちに 薬物療法を開始
		6.3%	7.4%	5.6%	0.0%		
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のい ずれかがある	197	C 111	B 75	A 9	A 2	B	概ね1か月後に 再評価
		52.1%	51.6%	52.8%	50.0%		
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	157	B 88	A 59	A 9	A 1	C	概ね3か月後に 再評価
		41.5%	40.9%	41.5%	50.0%		

…高リスク
 …中等リスク
 …低リスク

※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。

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

(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、心房細動などで心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。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76は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況を見ています。

(脳卒中予防の提言より引用)

2023(令和4)年度心電図検査において4人に心房細動の所見がありました。年齢が高くなるにつれて増加しています。有所見者割合をみると日循疫学調査の60代男性有所見率1.9%に対し本町の60代男性は6.8%とかなり高率になっています。(図表76)

心房細動が見つかった4人のうち2人は既に治療中でしたが、未治療者の2人も保健指導後、治療へつながっています。(図表77)

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ます。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。

図表76 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	693	706	133	19.2%	118	16.7%	3	2.3%	1	0.8%	--	--
40代	89	79	15	16.9%	5	6.3%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	121	92	31	25.6%	13	14.1%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	238	284	44	18.5%	52	18.3%	3	6.8%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74 歳	245	251	43	17.6%	48	19.1%	0	0.0%	1	2.1%	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77 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	%
4	2	50.0	2	50.0

与那原町調べ(令和4年度)

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨および保健指導

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。治療中であるが肥満等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、対象者へは、二次健診を実施しています。

二次健診の詳しい内容につきましては、「同章－Ⅱ－2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防(2) (58ページ)」をご参照ください。

(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) 実施期間およびスケジュール

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

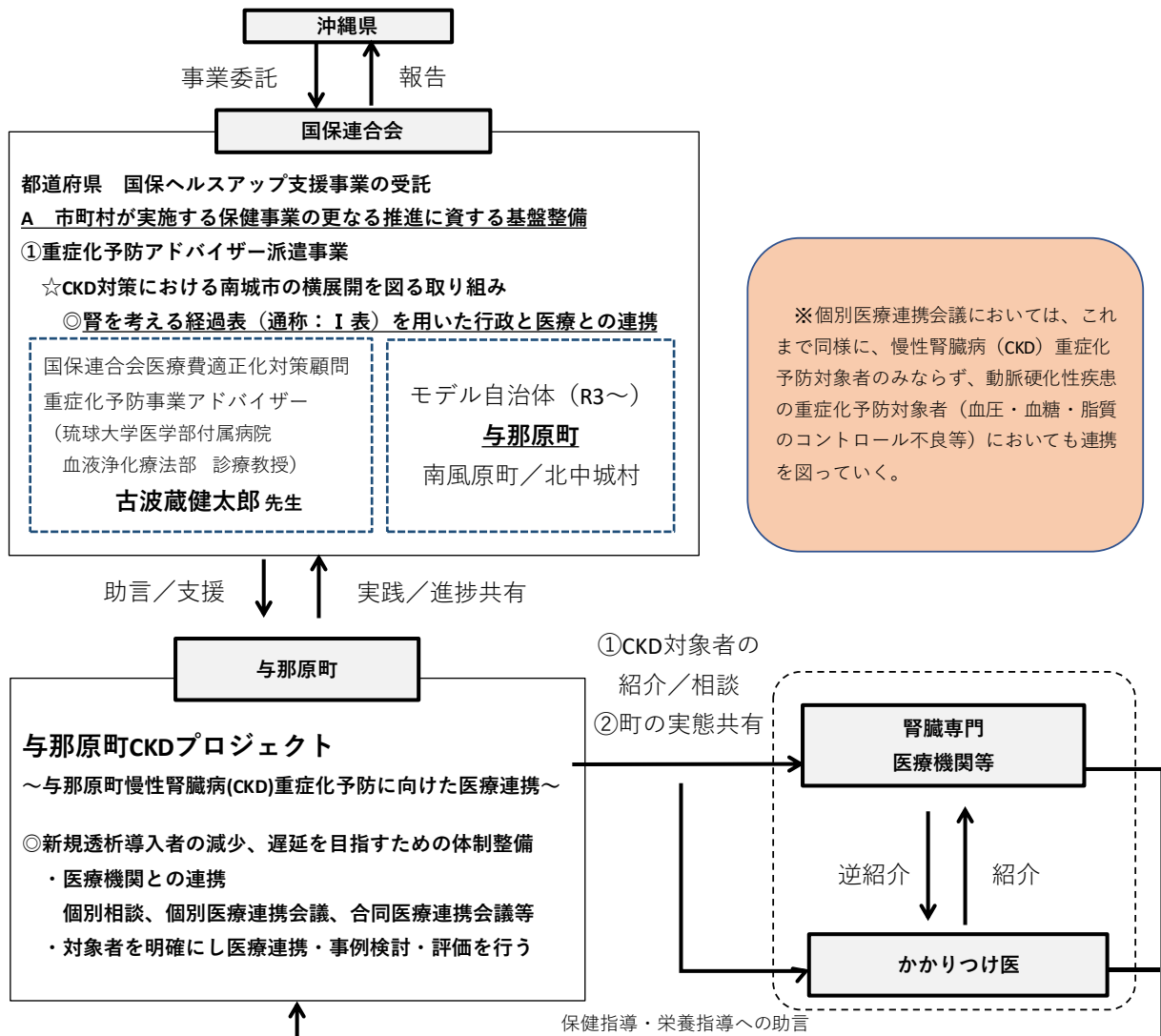
5月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

5. 慢性腎臓病(CKD)重症化予防

1) 基本的な考え方

データヘルス計画を進める中で、本町においては腎臓(透析や尿蛋白有所見)の課題が大きいことを再確認し、令和4年度より事業を開始しました。今後人工透析へ至る可能性が高いと判断される者について、国保連合会が実施している「重症化予防アドバイザー派遣事業」のモデル自治体として、琉球大学の腎臓専門医という立場で古波蔵健太郎医師に支援していただき、腎臓専門医、連携医療機関、本町保健師・管理栄養士がプロジェクトを結成し実施しています。

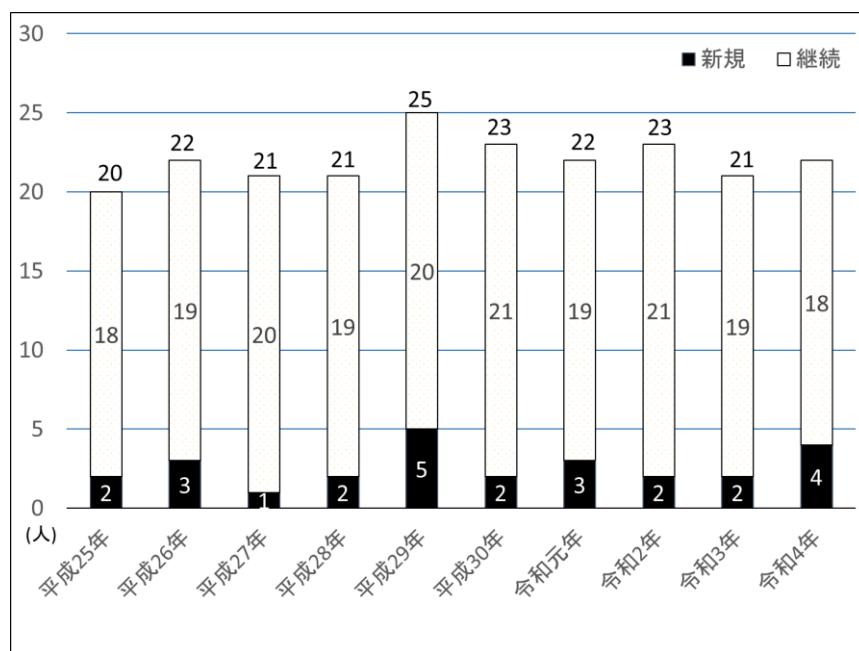
図表78 与那原町 CKD プロジェクト関係図



2) 人工透析の状況

本町の国民健康保険加入者の人工透析者は、平成20年以降平均2.6人の新規透析導入者がおり横ばいの傾向にあります。また、国保全体の透析者数も横ばいの状況です。

図表79 国民健康保険加入者 人工透析者推移



3) 対象者の明確化

①対象者選定基準の考え方

CKD 重症分類に準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

■尿蛋白定量が0.5g/日(尿蛋白定性+)以上

■eGFR45ml/分/1.73m²未満

■eGFR45~59ml/分/1.73m²未満かつ尿蛋白定量が0.15~0.49g/日(尿蛋白定性±)

■eGFR60ml/分/1.73m²以上かつ尿蛋白定量が0.15~0.49g/日(尿蛋白定性±)かつ尿潜血定性+以上

■上記以外で、eGFRが低く5年以内に透析導入が予測される者や年間eGFR低下速度などを考慮し選定する

また、高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療中の者をプロジェクト対象とし、未治療者については受診勧奨を行い医療機関につなぐことを優先とします。

②選定基準に基づく該当者の管理

対象者の管理は、eGFRと尿蛋白で整理した一覧名簿で行います。

4) 保健指導の実施

CKDの重症化進展抑制には、血圧と血糖、肥満、脂質異常、喫煙などのリスク管理が重要です。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、CKD診療ガイド等を参考に作成した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。治療中で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。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診・治療中断の者には受診勧奨を行います。

5) 医療との連携

①医療機関未受診者

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、日本腎臓学会発行「生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言」における「健診からのCKD精密検査紹介書式」を参考に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、血圧手帳等を活用するほか、必要な場合は町で作成した「腎臓を守るための生活習慣指示内容表」とおして、かかりつけ医より保健指導への助言をいただきます。医療機関での検査結果や特定健診結果、家庭血圧、服薬管理状況等の経過を見ながら必要に応じプロジェクト内の腎臓専門医による事例検討会へ相談します。事例検討結果より必要時、降圧目標や使用薬剤の提言などの治療計画案、食生活や服薬状況と合わせて病態の見える化ツールを作成しかかりつけ医と連携します。

6) 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。

7) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。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虚血性心疾患・脳血管疾患等と合わせて行っていきます。

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

本町は、2021(令和3)年度より沖縄県後期高齢者広域連合から、本町が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。2024(令和6)年度以降も引き続き事業を行っていきます。

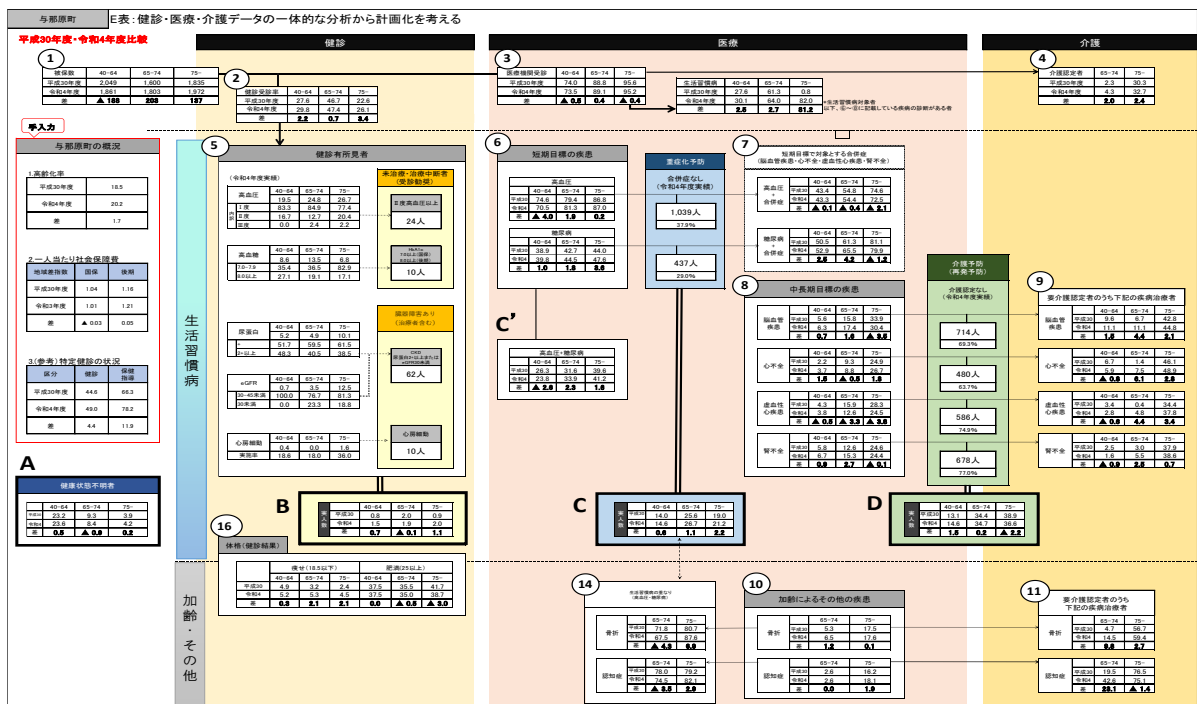
具体的には、(図表80)

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 地域を担当する管理栄養士を配置し、高血圧や高血糖等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)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や高血圧などの重症化予防を行います。また、通いの場を活用し、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための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80 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



出典・参照: 保険者データヘルス支援システム

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、その予防は現在における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。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されています。

本町においては、健康増進法のもと妊産婦および乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見ていくことが必要であります。(図表81)

図表81 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

1 根拠法 6条 健康増進事業実施者		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) 特定健康診査等実施計画(各保険者)										
3 年代		産婦	妊婦(胎児期)	0～5歳	6～14歳	15～18歳	～29歳	30～39歳	40～64歳	65～74歳	75歳以上	
4 健康診査(根拠法)	妊婦健康診査(13条)	産後1年以内	妊婦中	乳幼児健康診査(第12・13条)	保育所・幼稚園健康診査	児童・生徒の定期健康診査(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			乳児	保育 / 園児	小学校	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)				
5 対象者	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									
	(診断) 妊娠糖尿病		空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTT0/90～3/60 1点以上満たす6の									
	身長											
	体重											
	BMI									25以上		
	肥満度		かつ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												

重症化予防

発症予防

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めます。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町民へ周知していきます。

(図表82、83)

図表82

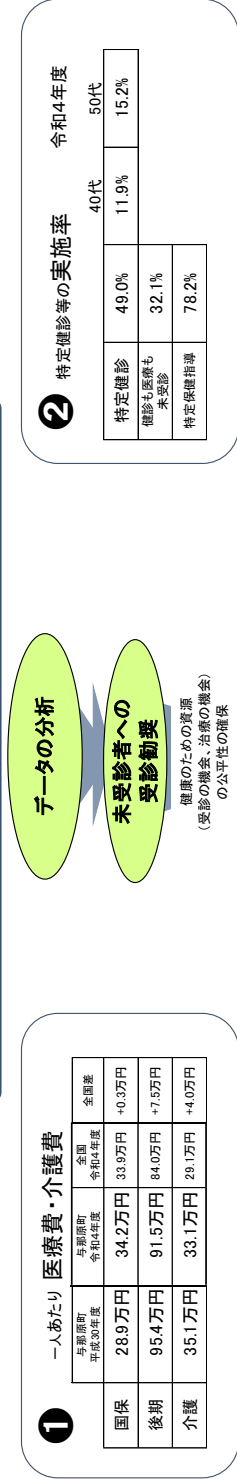
与那原町の社会保障費健全化に向けて 医療費・介護費の適正化 ～与那原町の位置～

厚生労働省 健康局
「標準的な健診・保健指導プログラム
30年度版」改定

与那原町の実態を入れてみました

—特定健診・保健指導のメリットを活かし、健康日本21(第二次)を着実に推進—

特定健診・特定保健指導の実施率の向上



① 一人あたり 医療費・介護費

	与那原町 平成30年度	与那原町 令和4年度	全国 令和4年度	全国差
国保	28.9万円	34.2万円	33.9万円	+0.3万円
後期	95.4万円	91.5万円	84.0万円	+7.5万円
介護	35.1万円	33.1万円	29.1万円	+4.0万円

② 特定健診等の実施率

	40代	50代
特定健診	49.0%	11.9%
健診も医療も未受診	32.1%	15.2%
特定保健指導	78.2%	

○重症化が予防できる
○医療費の伸びを抑制できる

○重症化が予防できる
○死亡が回避できる

④

短期目標

4 高血圧

140以上	90以上	90以上 拡張期血圧
男性	20.0%	12.1%
女性	65.7%	71.1%
腹囲あり	34.3%	28.9%
腹囲なし		

脂質異常症

男性	女性
中性脂肪 150以上	28.2%
HDL 40未満	7.5%
LDL 140以上	21.5%
腹囲あり	75.6%
腹囲なし	24.4%
腹囲なし	21.6%
腹囲なし	32.0%

2型糖尿病

男性	女性
正常 5.5以下	53.5%
境界型 5.6~5.9	60.6%
HbA1c6.5以上 境界型 6.0~6.4	39.4%
境界型 6.5以上	72.4%
糖尿病型 6.5以上	27.6%
腹囲あり	46.5%
腹囲なし	39.4%
腹囲なし	28.0%

尿蛋白

男性	女性
尿蛋白 +以上	7.7%
尿蛋白 +以上	52.8%
腹囲あり	47.2%
腹囲なし	

⑤

中長期目標

5 脳血管疾患

腹囲あり	腹囲なし
44.9%	55.1%

健診受診者のうち 脳血管疾患 21.3%

健診受診者のうち 虚血性心疾患 17.5%

健診受診者のうち 糖尿病性腎症 4.6%

総数

内訳	正常 5.5以下	境界型 6.0~6.4	糖尿病型 6.5以上
HbA1c	31.0%	15.7%	15.7%
腹囲あり	38.7%	57.9%	65.8%
腹囲なし	61.3%	42.1%	34.2%

腹囲あり	腹囲なし
57.1%	42.9%

出典: ①CORISシステム、介護費等の取組(国保中体)
②特定健診・保健指導「メタボリックシンドローム」
③-⑤健康格差の削減、健康寿命の延伸(国保中体)

図表83 統計からみえる沖縄県の食

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)	
食用油		1位	
ハンバーグ等		1位	
加工肉		1位	
ベーコン		2位	
弁当		1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	
食品名		全国ランキング (購入量・購入金額)	
魚類		47位	
葉野菜		47位	
牛乳・ヨーグルト		47位	
しいたけ等		47位	
わかめ		47位	
豆腐		47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2026(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2029(令和11)年度においては、次の期の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・介護のデータが収集されるので、受診率・受療率、医療の動向等について、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分の評価を定期的に行います。

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・周知およ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します。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与那原町の位置
- 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与那原町の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた与那原町の位置

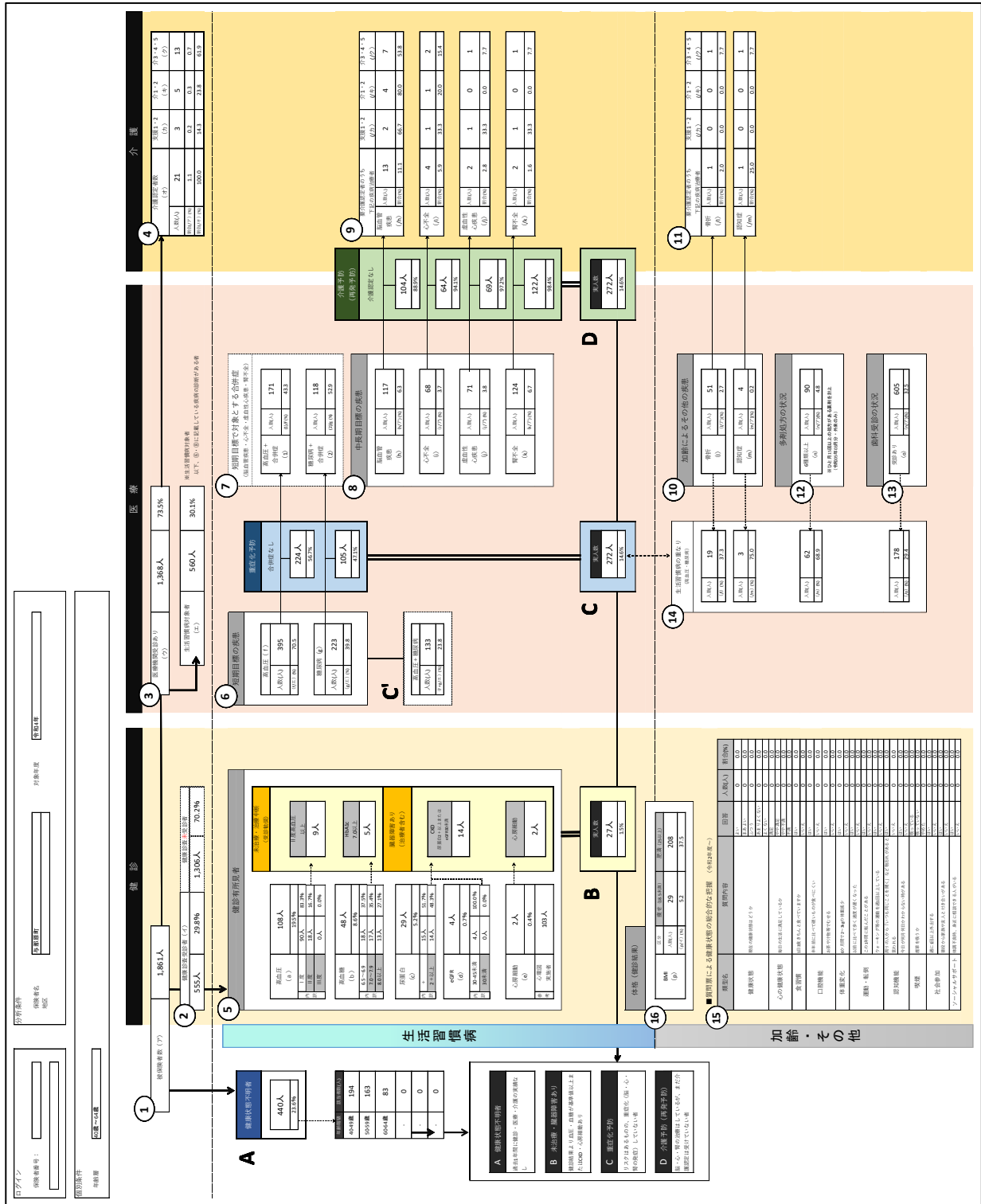
令和4年度

項目		与那原		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	19,317		4,284,839		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)	3,902	20.2	1,245,056	29.1	324,708	22.6	35,335,805	28.7		
		75歳以上	1,764	9.1	--	--	155,559	10.8	18,248,742	14.8		
		65~74歳	2,138	11.1	--	--	169,149	11.8	17,087,063	13.9		
		40~64歳	5,982	31.0	--	--	472,258	32.8	41,545,893	33.7		
	39歳以下	9,433	48.8	--	--	642,142	44.6	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業	1.8		5.4		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	15.9		28.7		15.1		25.0			
		第3次産業	82.3		66.0		80.0		71.0			
	③ 平均寿命	男性	80.8		80.8		80.3		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		87.6		87.1		87.5		87.0				
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性	79.9		80.4		79.3		80.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性	84.0		84.5		84.2		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)	98.4		98.7		99.3		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		死因	がん	31	40.8	12,696	50.6	3,274	49.7	378,272		50.6
			心臓病	28	36.8	6,874	27.4	1,669	25.3	205,485		27.5
			脳疾患	13	17.1	3,420	13.6	978	14.8	102,900		13.8
			糖尿病	2	2.6	485	1.9	193	2.9	13,896		1.9
			腎不全	1	1.3	926	3.7	272	4.1	26,946		3.6
			自殺	1	1.3	686	2.7	205	3.1	20,171		2.7
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計									厚労省HP 人口動態調査	
	3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	762	19.4	211,456	17.0	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	9	0.3	3,785	0.3	835	0.3	110,289	0.3	
介護度別 総件数			要支援1.2	3,070	16.4	712,630	13.9	177,194	11.6	21,785,044	12.9	
			要介護1.2	6,217	33.2	2,355,997	45.9	546,973	35.9	78,107,378	46.3	
			要介護3以上	9,424	50.4	2,064,273	40.2	799,361	52.5	68,963,503	40.8	
2号認定者		36	0.60	5,015	0.35	2,135	0.45	156,107	0.38			
② 有病状況		糖尿病	172	20.4	54,717	24.5	11,465	17.4	1,712,613	24.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		高血圧症	343	41.0	117,224	52.9	28,893	43.8	3,744,672	53.3		
		脂質異常症	232	26.6	70,399	31.5	17,395	26.0	2,308,216	32.6		
		心臓病	382	45.8	132,327	59.8	31,994	48.6	4,224,628	60.3		
	脳疾患	170	20.3	50,122	22.9	14,271	21.9	1,568,292	22.6			
	がん	80	10.1	24,937	11.1	5,539	8.2	837,410	11.8			
	筋・骨格 精神	342 252	41.7 31.5	116,014 80,119	52.5 36.4	29,667 20,229	44.9 31.0	3,748,372 2,569,149	53.4 36.8			
③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	331,497	1,293,500,372	259,723	323,370,248,294	324,737	105,444,836,581	290,668	10,074,274,286,869			
	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	69,130		63,000		69,211		59,662			
		施設サービス	49,110		41,449		51,518		41,272			
		施設サービス	300,692		292,001		301,929		296,364			
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	11,466		8,999		11,002		8,610			
	認定なし	4,926		4,040		4,796		4,020				
4	① 国保の状況	被保険者数	4,488		882,802		388,055		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		65~74歳	1,508	33.6			119,076	30.7	11,129,271	40.5		
		40~64歳	1,524	34.0			134,131	34.6	9,088,015	33.1		
		39歳以下	1,456	32.4			134,848	34.7	7,271,596	26.5		
	加入率		23.2		20.6		27.0		22.3			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.2	265	0.3	90	0.2	8,237	0.3	KDB_NO.5 被保険者の状況	
		診療所数	8	1.8	2,753	3.1	890	2.3	102,599	3.7		
		病床数	170	37.9	49,546	56.1	18,602	47.9	1,507,471	54.8		
		医師数	30	6.7	9,765	11.1	3,887	10.0	339,611	12.4		
		外来患者数	544.3		716.1		541.1		687.8			
入院患者数		20.6		19.2		19.0		17.7				
③ 医療費の 状況	一人当たり医療費	342,223	県内19位 同規模107位	361,243		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	564.928		735.303		560.174		705.439				
	外来	費用の割合	52.5		59.6		53.6		60.4			
		件数の割合	96.4		97.4		96.6		97.5			
	入院	費用の割合	47.5		40.4		46.4		39.6			
		件数の割合	3.6		2.6		3.4		2.5			
1件あたり在院日数		16.1日		16.0日		17.1日		15.7日				

項目		与那原		同規模平均		県		国		千一タ元 (CSV)				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合					
4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源確保病名 (調剤含む)	がん	221,386,700	28.8	31.9	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)	121,910,520	15.9	8.0	12.0	8.2						
			糖尿病	58,967,880	7.7	11.0	8.3	10.4						
			高血圧症	29,763,210	3.9	6.1	4.8	5.9						
			脂質異常症	18,648,590	2.4	4.2	2.8	4.1						
			脳梗塞・脳出血	28,891,210	3.8	3.8	4.9	3.9						
			狭心症・心筋梗塞	29,916,940	3.9	2.9	3.3	2.8						
			精神	136,903,660	17.8	14.6	20.9	14.7						
	筋・骨格	115,612,630	15.0	16.6	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	179	0.1	310	0.2	313	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)			
				糖尿病	681	0.4	1,270	0.9	896	0.6		1,144	0.9	
				脂質異常症	53	0.0	61	0.0	67	0.0		53	0.0	
				脳梗塞・脳出血	5,713	3.5	6,294	4.3	6,789	4.6		5,993	4.5	
				虚血性心疾患	5,844	3.6	4,413	3.0	4,321	2.9		3,942	2.9	
腎不全				13,876	8.5	4,223	2.9	5,764	3.9	4,051		3.0		
⑤	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	6,452	3.6	11,332	5.3	7,107	4.2	10,143	4.9			
			糖尿病	13,172	7.3	20,232	9.4	12,437	7.3	17,720	8.6			
			脂質異常症	4,102	2.3	7,876	3.7	4,322	2.5	7,092	3.5			
			脳梗塞・脳出血	725	0.4	916	0.4	689	0.4	825	0.4			
			虚血性心疾患	1,197	0.7	1,870	0.9	1,444	0.8	1,722	0.8			
			腎不全	24,623	13.7	17,044	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	1,670		2,440		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	10,090		12,830		11,533		13,295				
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	8,188		7,199		5,718		6,142				
			健診未受診者	49,482		37,856		46,845		40,210				
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	727	55.5	146,963	57.9	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	665	50.7	132,796	52.3	42,965	55.5	3,543,116	52.0				
		医療機関非受診率	62	4.7	14,167	5.6	3,785	4.9	337,939	5.0				
5	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 147市町村	メタボ 該当・ 予備群 レベル	健診受診者	1,311		254,008		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	48.1	県内17位 同規模23位	39.9	33.7	全国39位	37.1					
			特定保健指導終了者(実施率)	68	42.2	6917	22.9	3,636	32.2	107,925		13.4		
			非肥満高血糖	86	6.6	25,560	10.1	5,139	6.6	615,549		9.0		
			メタボ	該当者	316	24.1	53,050	20.9	20,034	25.9		1,382,506	20.3	
				男性	225	34.1	36,295	32.5	13,894	37.3		965,486	32.0	
				女性	91	14.0	16,755	11.8	6,140	15.3		417,020	11.0	
				予備群	190	14.5	28,583	11.3	11,411	14.7		765,405	11.2	
			メタボ	男性	133	20.2	19,735	17.7	7,753	20.8		539,738	17.9	
				女性	57	8.8	8,848	6.2	3,658	9.1		225,667	5.9	
			BMI	腹囲	総数	578	44.1	90,064	35.5	35,002		45.2	2,380,778	34.9
					男性	411	62.3	61,736	55.3	23,943		64.2	1,666,592	55.3
				女性	167	25.7	28,328	19.9	11,059	27.6		714,186	18.8	
				BMI	総数	78	5.9	12,518	4.9	4,644		6.0	320,038	4.7
					男性	14	2.1	1,740	1.6	717		1.9	51,248	1.7
				女性	64	9.8	10,778	7.6	3,927	9.8		268,790	7.1	
				血糖のみ	19	1.4	1,768	0.7	568	0.7		43,519	0.6	
				血圧のみ	129	9.8	20,286	8.0	8,389	10.8		539,490	7.9	
				脂質のみ	42	3.2	6,529	2.6	2,454	3.2		182,396	2.7	
血糖・血圧	46	3.5		8,213	3.2	2,911	3.8	203,072	3.0					
血糖・脂質	26	2.0	2,676	1.1	896	1.2	70,267	1.0						
血圧・脂質	156	11.9	24,455	9.6	9,610	12.4	659,446	9.7						
血糖・血圧・脂質	88	6.7	17,706	7.0	6,617	8.5	449,721	6.6						
6	問診の状況	服薬	高血圧	493	37.6	94,121	37.1	31,609	40.8	2,428,038	35.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			糖尿病	151	11.5	23,753	9.4	8,123	10.5	589,470	8.7			
			脂質異常症	332	25.3	72,193	28.4	20,477	26.5	1,899,637	27.9			
		既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	54	4.4	7,705	3.2	2,472	3.4	207,385	3.1			
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	84	6.8	14,425	5.9	4,890	6.8	365,407	5.5			
			腎不全	10	0.8	2,051	0.8	534	0.7	53,898	0.8			
貧血	49	4.4	25,474	10.4	5,769	7.9	702,088	10.7						
6	生活習慣の 状況	喫煙	225	17.2	32,532	12.8	11,101	14.3	939,212	13.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		週3回以上朝食を抜く	215	20.0	20,314	8.7	10,654	18.1	642,886	10.4				
		週3回以上食後開食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
		週3回以上就寝前夕食(H30～)	281	26.2	33,881	14.3	13,687	23.2	976,348	15.7				
		週3回以上就寝前夕食	281	26.2	33,881	14.3	13,687	23.2	976,348	15.7				
		食べる速度が速い	313	29.0	60,504	25.9	17,745	30.1	1,659,705	26.8				
		20歳時体重から10kg以上増加	475	43.7	84,121	35.5	27,557	46.4	2,175,065	35.0				
		1回30分以上運動習慣なし	606	56.3	139,270	59.6	34,075	57.8	3,749,069	60.4				
		1日1時間以上運動なし	489	45.2	112,424	47.4	26,211	44.3	2,982,100	48.0				
		睡眠不足	270	25.5	60,465	25.6	16,453	28.9	1,587,311	25.6				
		毎日飲酒	255	21.9	56,946	23.6	11,814	19.7	1,658,999	25.5				
		時々飲酒	299	25.7	51,766	21.5	17,885	29.8	1,463,468	22.5				
		日 飲 酒 量	1合未満	288	46.9	105,121	65.6	20,349	50.2	2,978,351		64.1		
			1～2合	203	33.1	37,790	23.6	12,112	29.9	1,101,465		23.7		
2～3合	95		15.5	13,792	8.6	5,818	14.4	434,461	9.4					
3合以上	28		4.6	3,561	2.2	2,219	5.5	128,716	2.8					

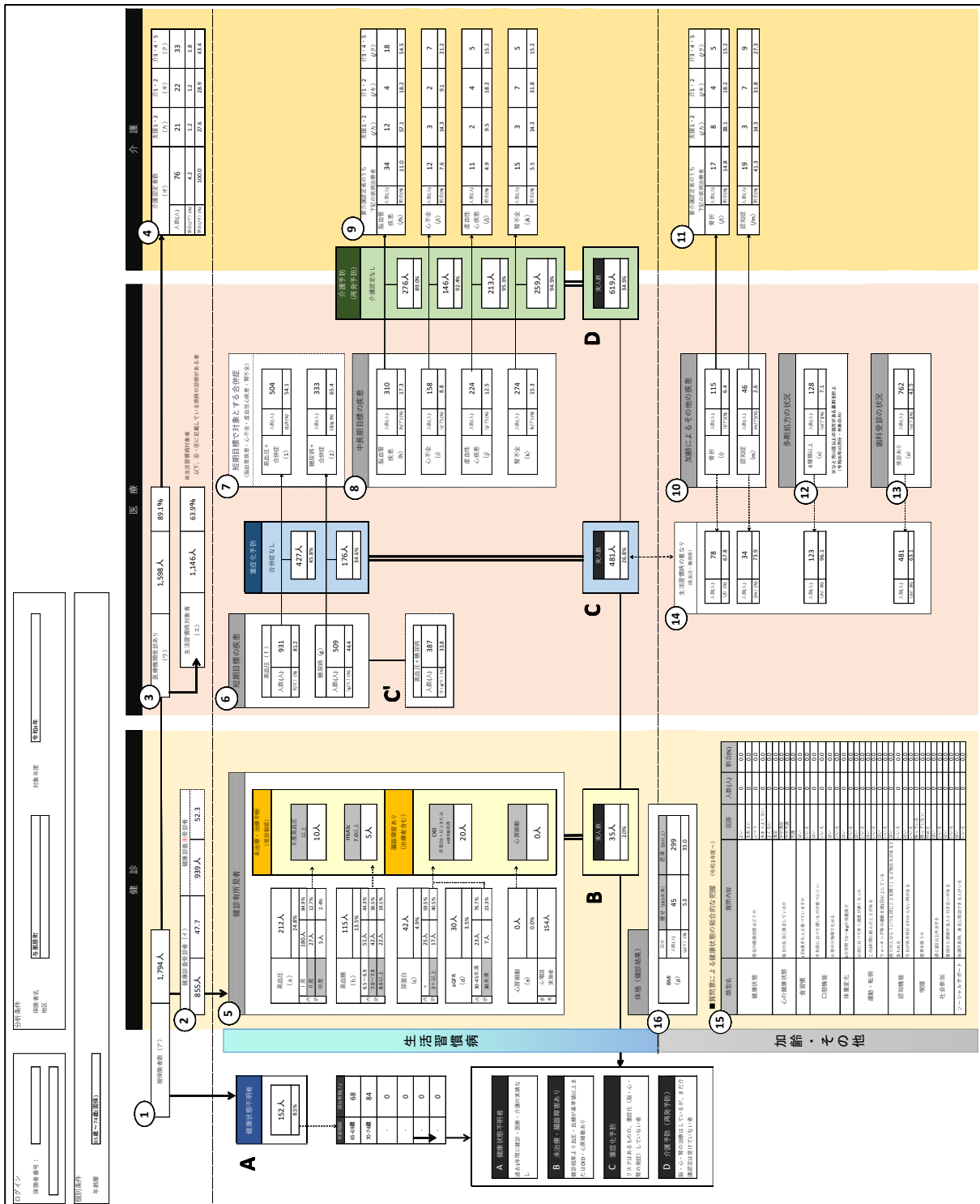
参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

① 40～64歳(国保)



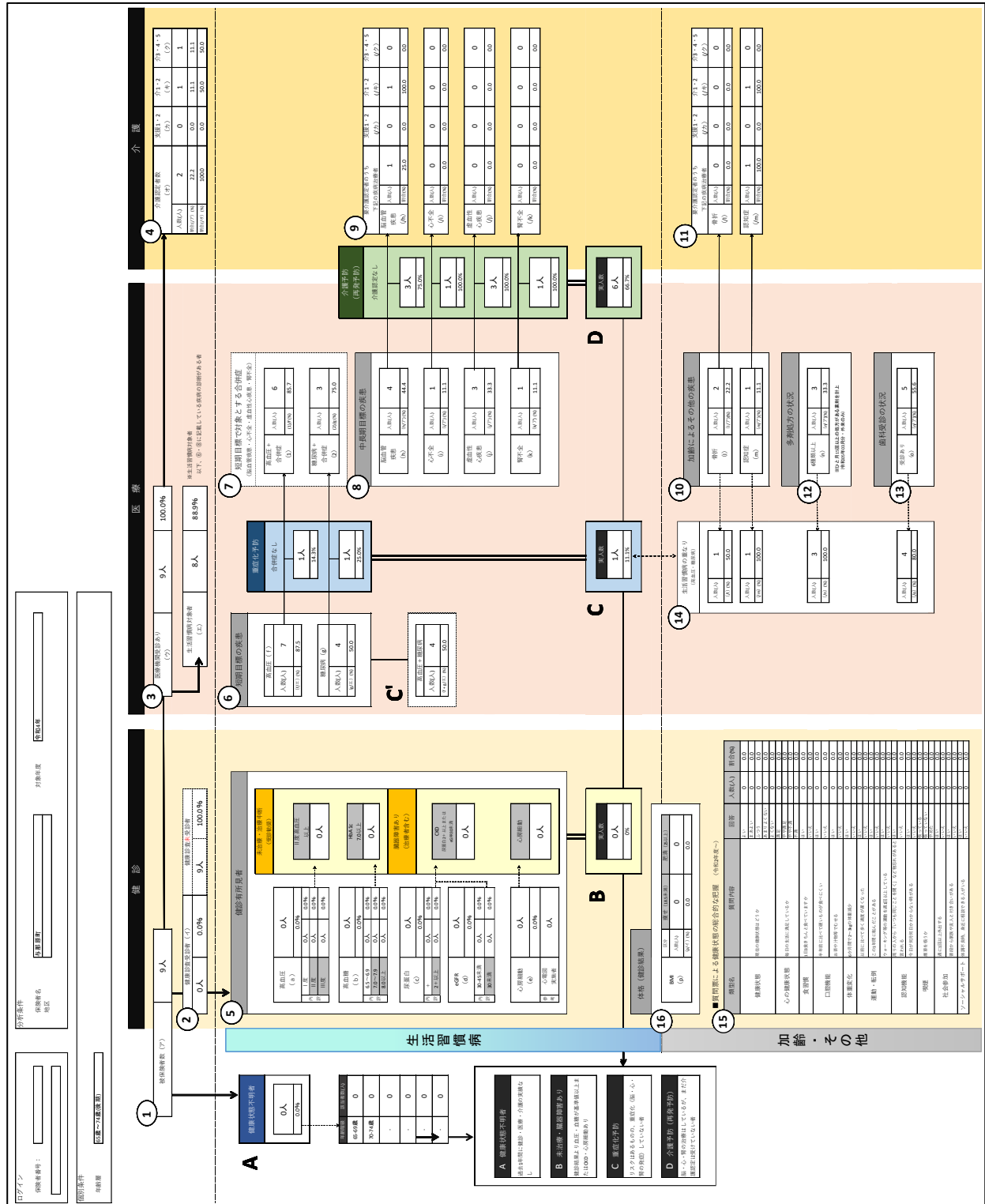
出典・参照：保険者データヘルス支援システム

② 65～74歳(国保)



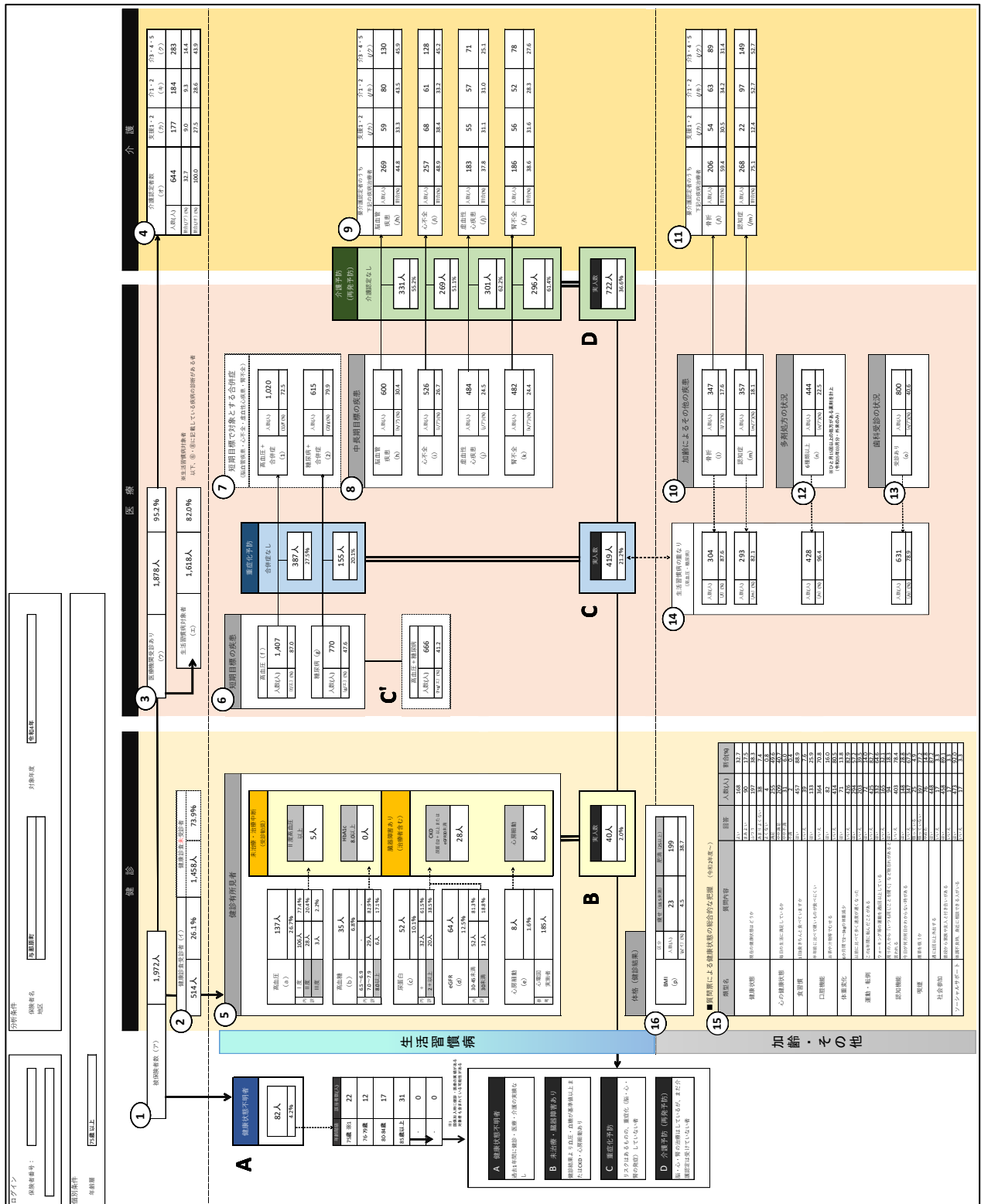
出典・参照：保険者データヘルス支援システム

③ 65～74歳(後期)



出典・参照：保険者データヘルス支援システム

④ 75歳以上(後期)

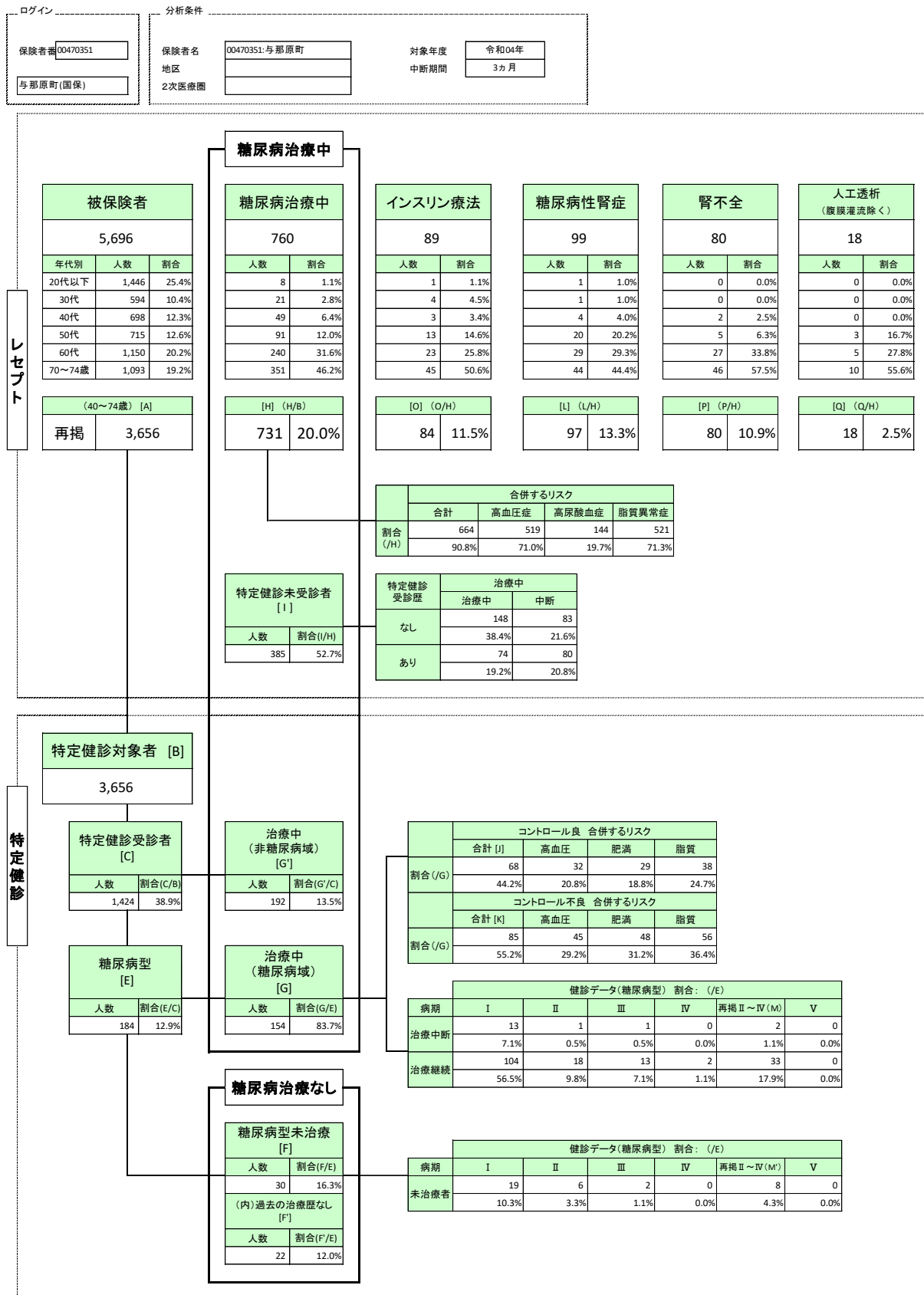


出典・参照：保険者データヘルス支援システム

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	与那原町										同規模保険者(平均)		データ基	
			平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		令和4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	5,073人		4,935人		4,768人		4,749人		4,771人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲) 40-74歳		3,195人		3,118人		3,110人		3,165人		3,200人					
2	① 対象者数	B	2,754人		2,736人		2,792人		2,791人		2,692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	1,294人		1,338人		1,180人		1,315人		1,399人					
	③ 受診率		--		--		--		--		--					
3	① 特定 対象者数		163人		180人		160人		156人		156人					
	② 保健指導 実施率		66.3%		65.0%		72.5%		72.4%		78.2%					
4	健診 データ	① 糖尿病型	E	162人	12.5%	199人	14.9%	194人	16.4%	210人	16.0%	218人	15.6%			
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	53人	32.7%	71人	35.7%	63人	32.5%	56人	26.7%	60人	27.5%			
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	109人	67.3%	128人	64.3%	131人	67.5%	154人	73.3%	158人	72.5%			
		④ コントロール不良 HbA1c7.0%以上は定数割合100%以上	J	56人		64人		80人		90人		95人		60.1%		
		⑤ ④ 中 血压 130/80以上		29人		30人		44人		55.0%		48人		56.8%		
		⑥ ④ 中 肥満 BMI25以上		28人		30人		42人		52.5%		49人		54.4%		
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	53人		64人		51人		38.9%		64人		39.9%		
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	128人		151人		137人		70.6%		156人		75.7%		
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		17人		24人		31人		16.0%		24人		11.9%		
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		17人		19人		21人		10.8%		23人		11.0%		
		⑪ 第4期 eGFR30未満		0人		3人		5人		2.6%		5人		2.3%		
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)		69.6人		65.5人		61.2人		69.1人		77.6人				
		② (再掲) 40-74歳(被保険者対)		107.0人		101.7人		91.0人		101.1人		111.3人				
		③ レセプト件数 (40-74歳) ()内は被保険者対		1,587件 (516.3)		1,774件 (573.2)		1,714件 (545.7)		1,841件 (577.5)		1,777件 (586.1)		630,975件 (921.9)		
		④ ()内は被保険者対 入院(件数)		17件 (5.5)		12件 (3.9)		8件 (2.5)		7件 (2.2)		9件 (3.0)		2,654件 (3.9)		
		⑤ 糖尿病治療中		H	353人	7.0%	323人	6.5%	292人	6.1%	328人	6.9%	370人	7.8%		
		⑥ (再掲) 40-74歳		342人		317人		283人		320人		356人		11.1%		
		⑦ 健診未受診者		I	233人	68.1%	208人	65.6%	152人	53.7%	166人	51.9%	198人	55.6%		
		⑧ インスリン治療		O	31人		31人		27人		9.2%		35人		10.3%	
		⑨ (再掲) 40-74歳			31人		30人		23人		8.1%		33人		9.6%	
		⑩ 糖尿病性腎症		L	40人		44人		44人		15.1%		53人		14.1%	
		⑪ (再掲) 40-74歳			39人		44人		43人		15.2%		53人		14.3%	
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		14人		11人		11人		3.8%		12人		3.2%		
		⑬ (再掲) 40-74歳		14人		11人		11人		3.9%		12人		3.4%		
		⑭ 新規透析患者数		2人		3人		2人		0.7%		4人		1.1%		
		⑮ (再掲) 糖尿病性腎症		1人		0人		1人		0.3%		1人		0.5%		
		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)		12人		12人		6人		1.6%		7人		2.0%		
6	医療費	① 総医療費	14億1064万円		14億1458万円		14億2559万円		15億5826万円		15億3589万円		21億6943万円			
		② 生活習慣病総医療費	6億8311万円		6億6586万円		6億9684万円		7億7479万円		7億6883万円		11億4738万円			
		③ (総医療費に占める割合)	48.4%		47.1%		48.9%		49.7%		50.1%		52.9%			
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	7,285円		7,997円		5,231円		6,420円		8,188円		7,199円			
		⑤ 健診未受診者	40,530円		41,738円		48,718円		50,630円		49,482円		37,856円			
		⑥ 糖尿病医療費	5258万円		5762万円		5933万円		6355万円		5897万円		1億2598万円			
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	7.7%		8.7%		8.5%		8.2%		7.7%		11.0%			
		⑧ 糖尿病入院外総医療費	1億7051万円		1億8074万円		2億0319万円		2億4380万円		2億3224万円					
		⑨ 1件あたり	39,099円		41,627円		47,966円		52,285円		49,297円					
		⑩ 糖尿病入院総医療費	1億9401万円		1億5527万円		1億6962万円		2億0714万円		2億0891万円					
		⑪ 1件あたり	666,695円		652,413円		619,035円		716,764円		727,921円					
		⑫ 在院日数	19日		19日		19日		20日		18日					
		⑬ 慢性腎不全医療費	1億2989万円		1億0752万円		1億1011万円		1億2463万円		1億2481万円		9872万円			
		⑭ 透析有り	1億2308万円		9975万円		1億0715万円		1億1617万円		1億2191万円		9197万円			
		⑮ 透析なし	681万円		777万円		297万円		847万円		290万円		675万円			
7	介護	① 介護給付費	11億7904万円		12億1609万円		12億7100万円		13億2353万円		12億9350万円		21億9980万円			
		② (2号認定者) 糖尿病合併症	4件		21.1%		4件		26.7%		3件		23.1%			
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)	3人		2人		1.7%		2人		1.7%		1人		0.9%	
			2人		1.6%		2人		1.6%		926人		1.1%			

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

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

令和4年度

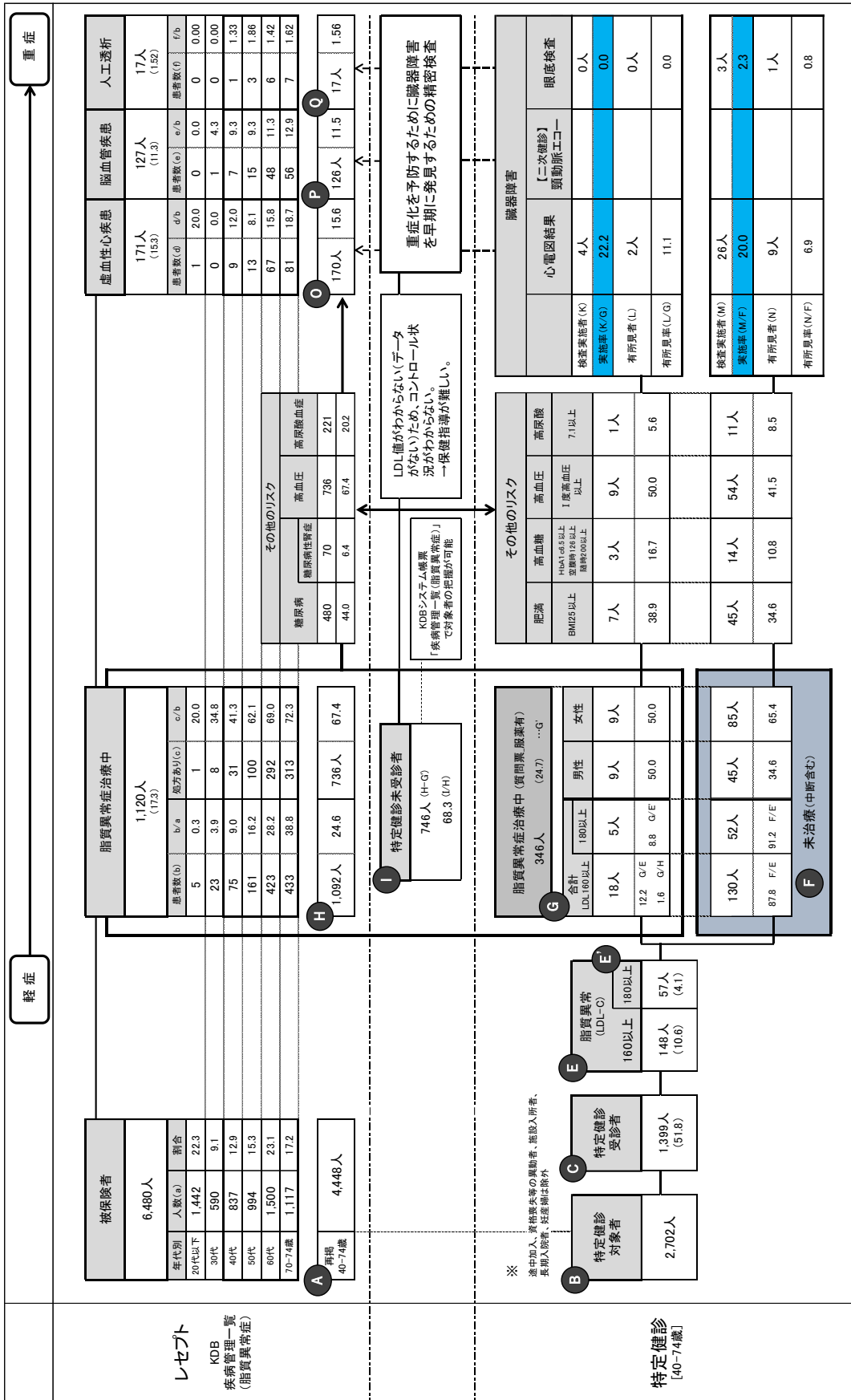
高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



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

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

令和4年度



出典・参照: KDBシステム改変

参考資料7 HbA1cの年次比較

HbA1cの年次比較

年度	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病			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
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
平成29	1,410	629	44.6%	497	35.2%	166	11.8%	56	4.0%	42	3.0%	20	1.4%	41	2.9%	17	1.2%
平成30	1,267	572	45.1%	434	34.3%	151	11.9%	50	3.9%	34	2.7%	26	2.1%	41	3.2%	17	1.3%
令和元	1,309	491	37.5%	459	35.1%	220	16.8%	70	5.3%	47	3.6%	22	1.7%	44	3.4%	12	0.9%
令和2	1,165	426	36.6%	431	37.0%	162	13.9%	70	6.0%	48	4.1%	28	2.4%	48	4.1%	22	1.9%
令和3	1,302	494	37.9%	450	34.6%	199	15.3%	65	5.0%	65	5.0%	29	2.2%	55	4.2%	23	1.8%
令和4	1,386	508	36.7%	504	36.4%	208	15.0%	68	4.9%	60	4.3%	38	2.7%	62	4.5%	30	2.2%

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			再掲			
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	割合		
										人数	割合
平成29	1,410	629	44.6%	497	118	8.4%	47	39.8%	71	60.2%	8.4%
平成30	1,267	572	45.1%	434	62	4.4%	24	38.7%	38	61.3%	4.4%
令和元	1,309	491	37.5%	459	110	8.7%	43	39.1%	67	60.9%	8.7%
令和2	1,165	426	36.6%	431	139	10.6%	58	41.7%	81	58.3%	10.6%
令和3	1,302	494	37.9%	450	146	12.5%	48	32.9%	98	67.1%	12.5%
令和4	1,386	508	36.7%	504	159	12.2%	48	30.2%	111	69.8%	12.2%

治療と未治療の状況

年度	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲					
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病			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		
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	平成29	120	8.5%	3	2.5%	10	8.3%	36	30.0%	33	27.5%	27	22.5%	11	9.2%	24	20.0%	8	6.7%
治療中	平成30	109	8.6%	1	0.9%	13	11.9%	28	25.7%	25	22.9%	24	22.0%	18	16.5%	28	25.7%	10	9.2%
治療中	令和元	127	9.7%	1	0.8%	9	7.1%	36	28.3%	35	27.6%	32	25.2%	14	11.0%	32	25.2%	6	4.7%
治療中	令和2	131	11.2%	1	0.8%	10	7.6%	22	16.8%	40	30.5%	39	29.8%	19	14.5%	36	27.5%	14	10.7%
治療中	令和3	154	11.8%	0	0.0%	12	7.8%	31	20.1%	41	26.6%	47	30.5%	23	14.9%	42	27.3%	17	11.0%
治療中	令和4	158	11.4%	3	1.9%	6	3.8%	33	20.9%	39	24.7%	50	31.6%	27	17.1%	46	29.1%	21	13.3%
治療なし	平成29	1,290	91.5%	626	48.5%	487	37.8%	130	10.1%	23	1.8%	15	1.2%	9	0.7%	17	1.3%	9	0.7%
治療なし	平成30	1,158	91.4%	571	49.3%	421	36.4%	123	10.6%	25	2.2%	10	0.9%	8	0.7%	13	1.1%	7	0.6%
治療なし	令和元	1,182	90.3%	490	41.5%	450	38.1%	184	15.6%	35	3.0%	15	1.3%	8	0.7%	12	1.0%	6	0.5%
治療なし	令和2	1,034	88.8%	425	41.1%	421	40.7%	140	13.5%	30	2.9%	9	0.9%	9	0.9%	12	1.2%	8	0.8%
治療なし	令和3	1,148	88.2%	494	43.0%	438	38.2%	168	14.6%	24	2.1%	18	1.6%	6	0.5%	13	1.1%	6	0.5%
治療なし	令和4	1,228	88.6%	505	41.1%	498	40.6%	175	14.3%	29	2.4%	10	0.8%	11	0.9%	16	1.3%	9	0.7%

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

年度	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	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
平成29	1,445	462	32.0%	249	17.2%	410	28.4%	267	18.5%	53	3.7%	4	0.3%	
平成30	1,294	444	34.3%	239	18.5%	387	29.9%	188	14.5%	28	2.2%	8	0.6%	
令和元	1,338	445	33.3%	255	19.1%	384	28.7%	211	15.8%	38	2.8%	5	0.4%	
令和2	1,180	333	28.2%	212	18.0%	378	32.0%	214	18.1%	38	3.2%	5	0.4%	
令和3	1,315	400	30.4%	278	21.1%	404	30.7%	200	15.2%	26	2.0%	7	0.5%	
令和4	1,399	436	31.2%	269	19.2%	380	27.2%	267	19.1%	42	3.0%	5	0.4%	

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			再掲	再Ⅲ度高血圧		
					再Ⅲ度高血圧	再掲					
						未治療	治療				
平成29	1,445	711 49.2%	410 28.4%	267 18.5%	57 3.9%	30 52.6%	27 47.4%	4 0.3%	2 50.0%	2 50.0%	3.9%
平成30	1,294	683 52.8%	387 29.9%	188 14.5%	36 2.8%	19 52.8%	17 47.2%	8 0.6%	6 75.0%	2 25.0%	2.8%
令和元	1,338	700 52.3%	384 28.7%	211 15.8%	43 3.2%	25 58.1%	18 41.9%	5 0.4%	4 80.0%	1 20.0%	3.2%
令和2	1,180	545 46.2%	378 32.0%	214 18.1%	43 3.6%	20 46.5%	23 53.5%	5 0.4%	3 60.0%	2 40.0%	3.6%
令和3	1,315	678 51.6%	404 30.7%	200 15.2%	33 2.5%	17 51.5%	16 48.5%	7 0.5%	6 85.7%	1 14.3%	2.5%
令和4	1,399	705 50.4%	380 27.2%	267 19.1%	47 3.4%	21 44.7%	26 55.3%	5 0.4%	3 60.0%	2 40.0%	3.4%

治療と未治療の状況

	年度	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	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	平成29	476	32.9%	70	14.7%	94	19.7%	155	32.6%	130	27.3%	25	5.3%	2	0.4%
	平成30	448	34.6%	79	17.6%	87	19.4%	163	36.4%	102	22.8%	15	3.3%	2	0.4%
	令和元	464	34.7%	73	15.7%	112	24.1%	161	34.7%	100	21.6%	17	3.7%	1	0.2%
	令和2	467	39.6%	74	15.8%	79	16.9%	171	36.6%	120	25.7%	21	4.5%	2	0.4%
	令和3	488	37.1%	87	17.8%	107	21.9%	176	36.1%	102	20.9%	15	3.1%	1	0.2%
	令和4	522	37.3%	92	17.6%	114	21.8%	165	31.6%	125	23.9%	24	4.6%	2	0.4%
治療なし	平成29	969	67.1%	392	40.5%	155	16.0%	255	26.3%	137	14.1%	28	2.9%	2	0.2%
	平成30	846	65.4%	365	43.1%	152	18.0%	224	26.5%	86	10.2%	13	1.5%	6	0.7%
	令和元	874	65.3%	372	42.6%	143	16.4%	223	25.5%	111	12.7%	21	2.4%	4	0.5%
	令和2	713	60.4%	259	36.3%	133	18.7%	207	29.0%	94	13.2%	17	2.4%	3	0.4%
	令和3	827	62.9%	313	37.8%	171	20.7%	228	27.6%	98	11.9%	11	1.3%	6	0.7%
	令和4	877	62.7%	344	39.2%	155	17.7%	215	24.5%	142	16.2%	18	2.1%	3	0.3%

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

	年度	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	平成29	1,445	686	47.5%	372	25.7%	234	16.2%	105	7.3%	48	3.3%
	平成30	1,294	548	42.3%	342	26.4%	241	18.6%	107	8.3%	56	4.3%
	令和元	1,338	582	43.5%	342	25.6%	238	17.8%	123	9.2%	53	4.0%
	令和2	1,179	540	45.8%	315	26.7%	179	15.2%	91	7.7%	54	4.6%
	令和3	1,313	623	47.4%	332	25.3%	214	16.3%	86	6.5%	58	4.4%
令和4	1,398	710	50.8%	329	23.5%	211	15.1%	91	6.5%	57	4.1%	
男性	平成29	690	354	51.3%	179	25.9%	103	14.9%	36	5.2%	18	2.6%
	平成30	640	292	45.6%	158	24.7%	114	17.8%	52	8.1%	24	3.8%
	令和元	680	329	48.4%	165	24.3%	109	16.0%	54	7.9%	23	3.4%
	令和2	599	291	48.6%	153	25.5%	88	14.7%	40	6.7%	27	4.5%
	令和3	649	321	49.5%	160	24.7%	107	16.5%	37	5.7%	24	3.7%
令和4	693	371	53.5%	174	25.1%	94	13.6%	32	4.6%	22	3.2%	
女性	平成29	755	332	44.0%	193	25.6%	131	17.4%	69	9.1%	30	4.0%
	平成30	654	256	39.1%	184	28.1%	127	19.4%	55	8.4%	32	4.9%
	令和元	658	253	38.4%	177	26.9%	129	19.6%	69	10.5%	30	4.6%
	令和2	580	249	42.9%	162	27.9%	91	15.7%	51	8.8%	27	4.7%
	令和3	664	302	45.5%	172	25.9%	107	16.1%	49	7.4%	34	5.1%
令和4	705	339	48.1%	155	22.0%	117	16.6%	59	8.4%	35	5.0%	

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	
平成29	1,445	686 47.5%	372 25.7%	234 16.2%	153 10.6%	142 92.8%	11 7.2%	10.6%
					48 3.3%	43 89.6%	5 10.4%	3.3%
平成30	1,294	548 42.3%	342 26.4%	241 18.6%	163 12.6%	147 90.2%	16 9.8%	12.6%
					56 4.3%	51 91.1%	5 8.9%	4.3%
令和元	1,338	582 43.5%	342 25.6%	238 17.8%	176 13.2%	159 90.3%	17 9.7%	13.2%
					53 4.0%	48 90.6%	5 9.4%	4.0%
令和2	1,179	540 45.8%	315 26.7%	179 15.2%	145 12.3%	131 90.3%	14 9.7%	12.3%
					54 4.6%	44 81.5%	10 18.5%	4.6%
令和3	1,313	623 47.4%	332 25.3%	214 16.3%	144 11.0%	133 92.4%	11 7.6%	11.0%
					58 4.4%	55 94.8%	3 5.2%	4.4%
令和4	1,398	710 50.8%	329 23.5%	211 15.1%	148 10.6%	130 87.8%	18 12.2%	10.6%
					57 4.1%	52 91.2%	5 8.8%	4.1%

治療と未治療の状況

	年度	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	平成29	264	18.3%	160	60.6%	66	25.0%	27	10.2%	6	2.3%	5	1.9%
	平成30	264	20.4%	148	56.1%	65	24.6%	35	13.3%	11	4.2%	5	1.9%
	令和元	287	21.4%	169	58.9%	68	23.7%	33	11.5%	12	4.2%	5	1.7%
	令和2	284	24.1%	170	59.9%	74	26.1%	26	9.2%	4	1.4%	10	3.5%
	令和3	318	24.2%	215	67.6%	64	20.1%	28	8.8%	8	2.5%	3	0.9%
令和4	346	24.7%	236	68.2%	69	19.9%	23	6.6%	13	3.8%	5	1.4%	
治療なし	平成29	1,181	81.7%	526	44.5%	306	25.9%	207	17.5%	99	8.4%	43	3.6%
	平成30	1,030	79.6%	400	38.8%	277	26.9%	206	20.0%	96	9.3%	51	5.0%
	令和元	1,051	78.6%	413	39.3%	274	26.1%	205	19.5%	111	10.6%	48	4.6%
	令和2	895	75.9%	370	41.3%	241	26.9%	153	17.1%	87	9.7%	44	4.9%
	令和3	995	75.8%	408	41.0%	268	26.9%	186	18.7%	78	7.8%	55	5.5%
令和4	1,052	75.3%	474	45.1%	260	24.7%	188	17.9%	78	7.4%	52	4.9%	

出典・参照: 特定健診等データ管理システム