

中城村国民健康保険
第 3 期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(第 4 期特定健康診査等実施計画)

令和 6 年度～令和 11 年度

中城村国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方1

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

第2章 第2期計画に係る考察及び第3期における健康課題の明確化11

1. 保険者の特性
2. 第2期計画に係る評価及び考察
 - 1)第2期計画に係る評価
 - 2)主な個別事業の評価と課題
3. 第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)37

1. 第四期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報の保護
7. 結果の報告
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章 課題解決するための個別保健事業45

I. 保健事業の方向性

II. 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防
2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
3. 虚血性心疾患重症化予防
4. 脳血管疾患重症化予防

III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

IV. 発症予防

V. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し79

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い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

平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略^{※1}」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。平成 26 年 3 月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。))において、市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル^{※2}に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

またその後、平成 30 年 4 月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和 2 年 7 月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2020(骨太方針 2020)^{※3}」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組みの推進が掲げられ、令和 4 年 12 月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表^{※4}2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

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

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

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

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

※3 経済財政運営と改革の基本方針:政府の経済財政政策に関する基本的な方針を示すとともに、経済、財政、行政、社会などの分野における改革の重要性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、「特定健康診査等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画(データヘルス計画)と一体的に策定することとします。ただし、保健事業実施計画(データヘルス計画)の対象者は、被保険者全員とします。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)^{※5}」(以下「プログラム」という。)は、高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)

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

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

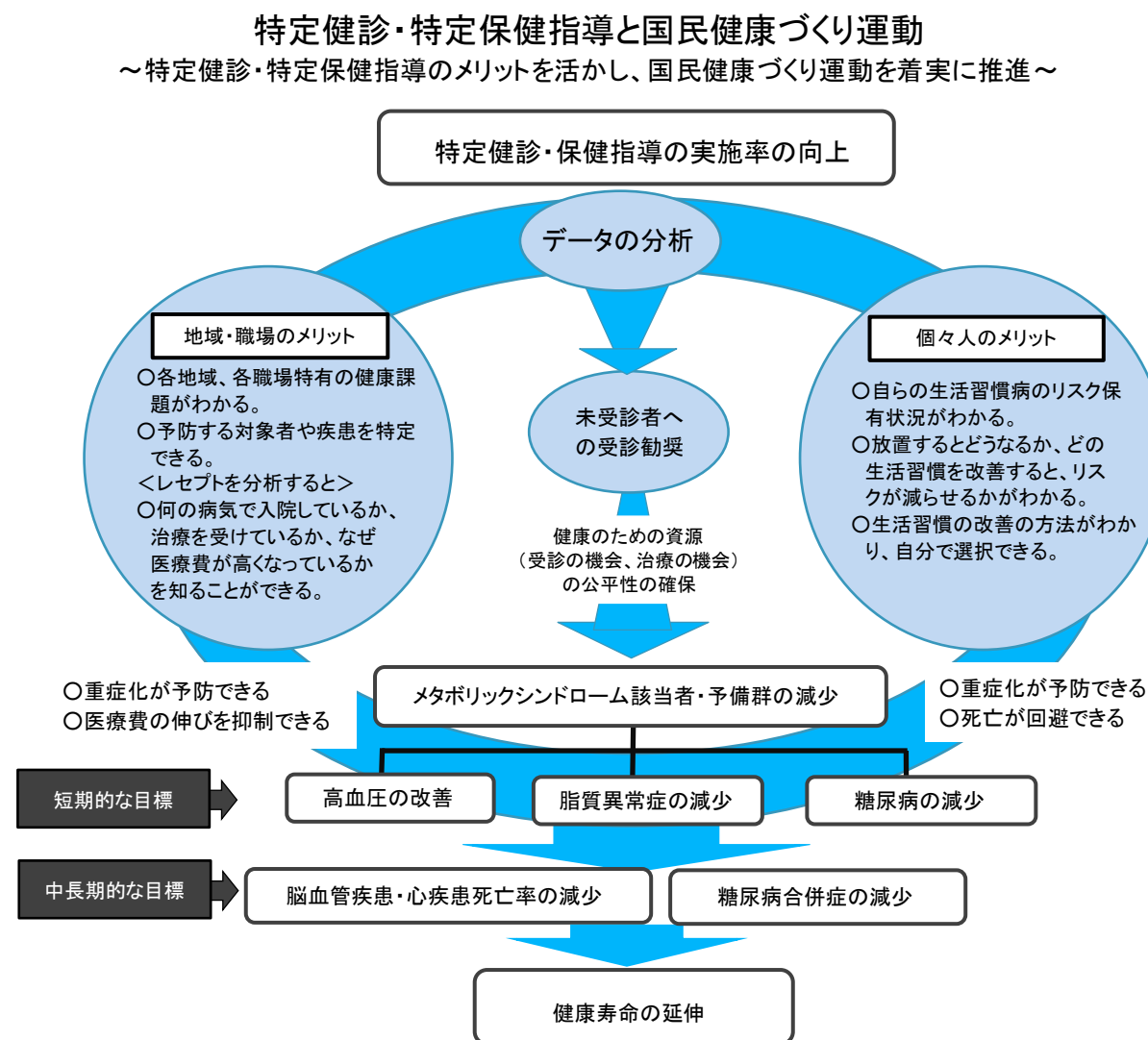
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことにより、保健事業実施計画(データヘルス計画)においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病性腎症に着目することとする。

※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

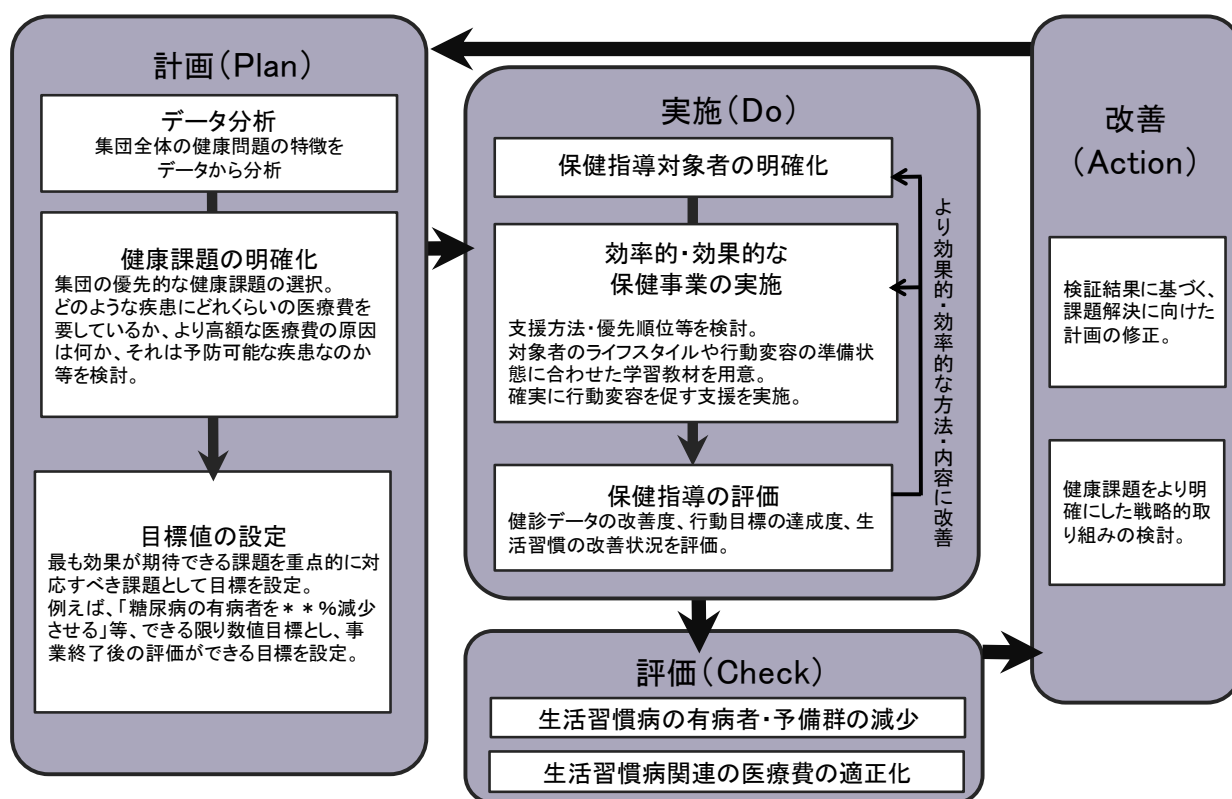
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開により実効性を持 つ取組の推進を通じて、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、青年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりに配慮		すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 脳神経系疾患
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 (糖尿病性腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	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
	慢性閉塞性肺炎(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	(住民の健康の保持増進) ・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 ・バイオ後継品の使用促進 ・医療資源の効率的・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、 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



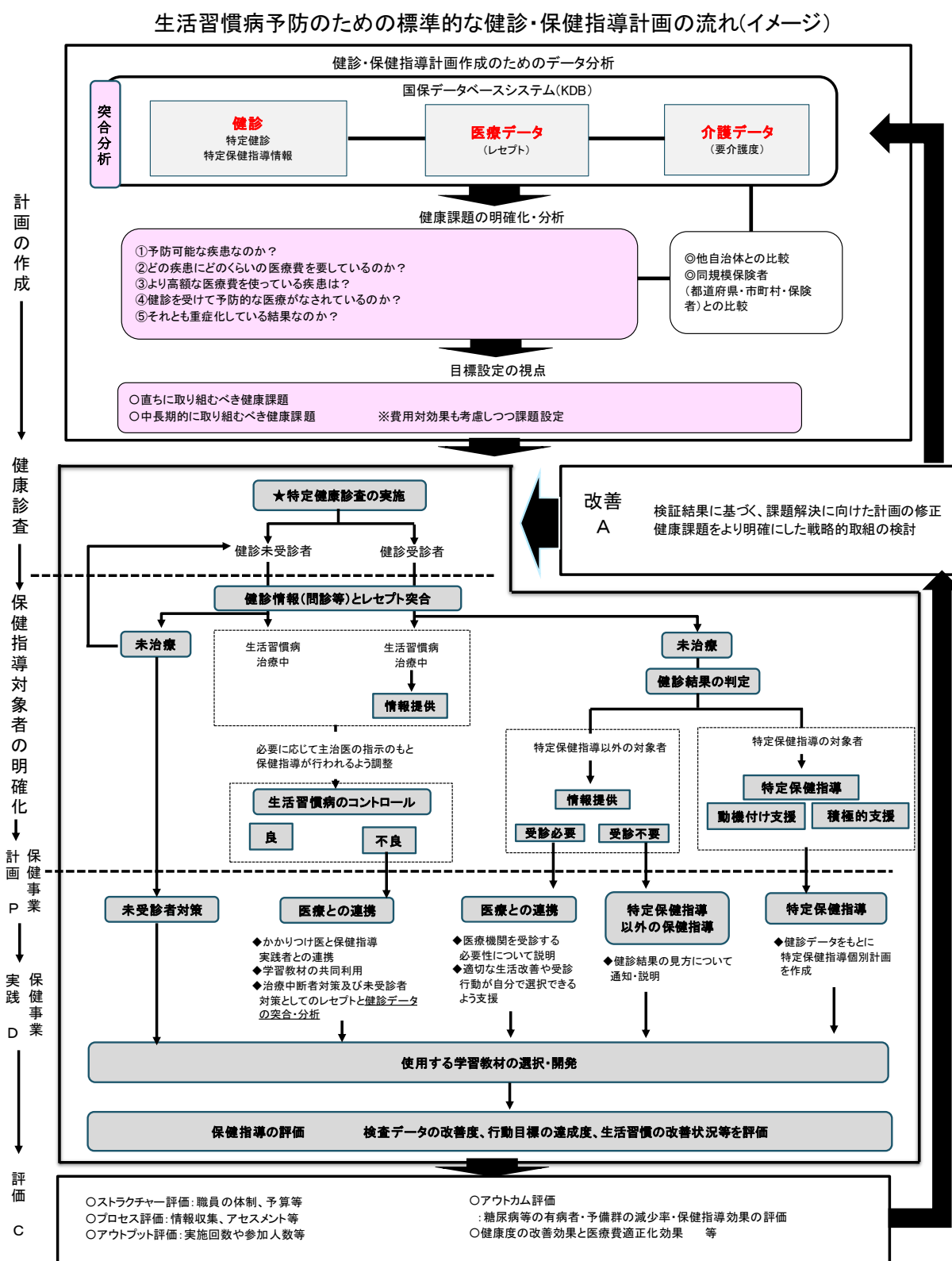
注) プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)の PDCA サイクル



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

図表 4 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(一部改変)



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(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
	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	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)	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	行動変容を促す手法	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、令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 年間とします。

＜参考＞計画期間の根拠について

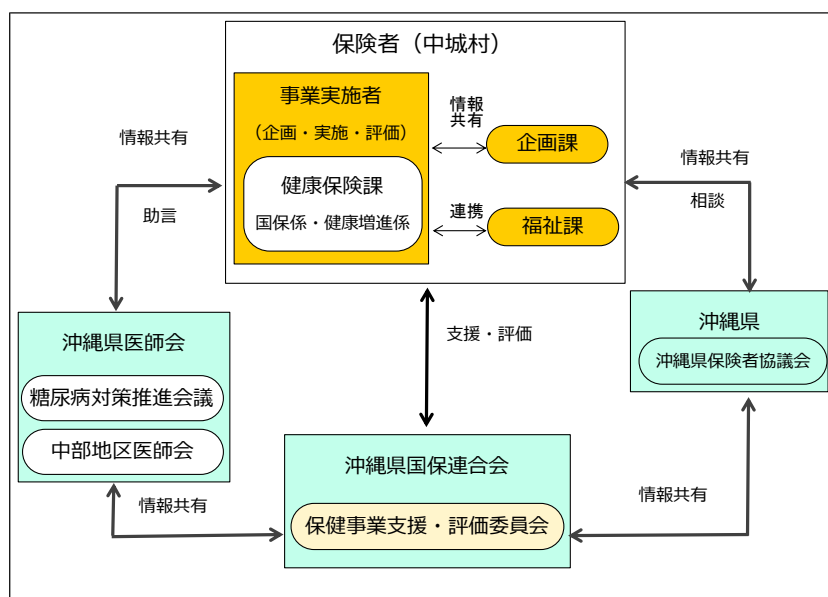
データヘルス計画の期間については、国指針第 5 の 5 において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされています。また、国民健康保険事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引きにおいて、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、特定健康診査等実施計画、医療費適正化計画や医療計画とが 6 年を一期としていることから、これらとの整合性を踏まえて設定しています。

1) 市町村国保の役割

具体的には、高齢者医療部局(福祉課)、保健衛生部局(健康保険課)、介護保険部局(福祉課)企画部局(企画課)、生活保護部局(福祉課)とも十分連携を図ることとします。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務をマニュアル化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整えます。（図表 6・7）

図表 6 中城村の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

[illegible]

2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となるため、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される「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、保険者等に提言された支援等を積極的に実施していきます。

また、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出、事業実施後の評価分析などは、国保連から提供される KDB を活用していきます。さらに保険者等の職員向け研修会にも参加し、専門職の力量形成に努めていきます。

平成 30 年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が重要となります。このため、中城村国保は、計画素案について沖縄県関係課と意見交換を行い、沖縄県との連携に努めます。

また、本村と中部地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うための連携を推進していきます。

市町村国保は、転職や退職等による被保険者の異動が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要です。このため、保険者協議会等を活用していきます。

<参考> 手引きより抜粋

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

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

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

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

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

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

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度より本格的に実施されています。(図表 8)

令和 2 年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押しする(事業費分・事業費連動分)、保険者努力支援制度(事業費分)では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、また都道府県は、交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながっています。

本村においても、保健事業を継続的に実施できるよう、国の補助やインセンティブなどの制度を活用して事業を設計し、体制を整えておく必要があります。

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

		R3		R4		R5	
		中城村 得点	配点	中城村 得点	配点	中城村 得点	配点
保険者共通の指標	① 特定健診・特定保健指導・メタボ★	90	(190点 ～▲90点)	115	(190点 ～▲90点)	115	(190点 ～▲90点)
	② がん検診・歯科健診★	55	(70点)	60	(70点)	60	(75点)
	③ 生活習慣病の発症予防・重症化予防★	90	(120点)	120	(120点)	85	(100点)
	④ 個人インセンティブ・情報提供★	75	(110点)	40	(60点)	55	(65点)
	⑤ 重複多剤★	40	(50点)	50	(50点)	50	(50点)
	⑥ 後発医薬品促進の取組・使用割合	130	(130点 ～▲10点)	130	(130点 ～▲10点)	100	(130点 ～▲10点)
国保固有の指標	① 収納率	45	(100点)	100	(100点)	100	(100点)
	② データヘルス計画★	40	(40点)	30	(30点)	25	(25点)
	③ 医療費通知	25	(25点)	20	(20点)	15	(15点)
	① 地域包括ケア・一体的実施★	5	(30点)	8	(40点)	0	(40点)
	② 第三者求償	32	(40点)	45	(50点 ～▲5点)	50	(50点 ～▲5点)
	③ 適正化かつ健全な事業運営	37	(95点 ～▲30点)	47	(100点 ～▲30点)	70	(100点 ～▲30点)
		664	【1000点】	765	【960点】	725	【940点】
順位(県内)		14 / 41 位		1 / 41 位		5 / 41 位	
順位(全国)		324 / 1,741 位		51 / 1,741 位		88 / 1,741 位	
交付額		10,234,000		18,861,000		19,489,000	

配点バランス

保健事業(★印)：共通①②③④固有②③④

医療費適正化：共通⑤⑥固有⑥

事業実施体制整備：固有①⑤

第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における

健康課題の明確化

1. 保険者の特性

中城村は、人口約2万人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で19.6%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は低く、出生率も高くなっています。産業においては、第3次産業が77.7%と同規模と比較して高く、サービス業の割合が多くなっています。(図表9)

本村の国保加入率は24.7%で、加入率及び被保険者数は減少傾向です。年齢構成は65～74歳までの被保険者(前期高齢者)の割合が増加しており、本村においても高齢化が進行しています。(図表10)

また村内には2つの病院(総合病院1、産婦人科病院1)、9の診療所(内科6、皮膚科2、心療内科1、眼科1)があり、同規模と比較して医療資源が多い地域となっています。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した中城村の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者 数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千 対)	死亡率 (人口千 対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
中城村	20,999	19.6	5,194 (24.7)	47.3	11.8	7.3	0.7	3.4	18.9	77.7
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

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※ 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、中城村と同規模保険者(147市町村)の平均値を表す

図表10 国保の加入状況 (中城村被保険者年齢構成の推移)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	5,305		5,284		5,331		5,271		5,194	
65～74歳	1,325	25.0	1,426	27.0	1,562	29.3	1,666	31.6	1,669	32.1
40～64歳	1,997	37.6	1,955	37.0	1,902	35.7	1,812	34.4	1,743	33.6
39歳以下	1,983	37.4	1,903	36.0	1,867	35.0	1,793	34.0	1,782	34.3
加入率	27.4		27.3		27.5		27.2		24.7	

出典:KDBシステム_地域の全体像の把握

図表 11 医療の状況（病院病床数の状況・被保険者千人あたり外来患者数入院患者数の推移）

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	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	2	0.4	2	0.4	2	0.4	2	0.4	2	0.4	0.3	0.2
診療所数	8	1.5	8	1.5	10	1.9	10	1.9	9	1.7	3.1	2.3
病床数	362	68.2	370	70.0	370	69.4	370	70.2	370	71.2	56.1	47.9
医師数	79	14.9	79	15.0	84	15.8	84	15.9	107	20.6	11.1	10.0
外来患者数	530.7		541.5		490.2		522.2		557.5		716.1	541.1
入院患者数	23.1		22.3		20.7		20.9		21.4		19.2	19.0

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画に係る評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画に係る評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

1 つ目は中長期的な目標として、計画最終年度までに達成を目指す目標を設定し、具体的には、社会保障費(医療費・介護費)の変化及び脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)を設定しました。

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本村の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で25人(認定率0.38%)、1号(65歳以上)被保険者で812人(認定率19.7%)となっています。(図表12)

介護給付費は、14億円から、14億5千万と伸びており、一人あたりの給付費、1件あたりの給付費は同規模・国・県と比べ高いです。(図表13)

要介護者の有病状況について、血管疾患の視点で見ると、どの年代でも脳卒中が上位を占めており、第2号被保険者で75.0%、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、全年齢で約9割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

		中城村				同規模	県	国
		H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率		3,453人	17.8%	4,113人	19.6%	29.1%	22.6%	28.7%
2号認定者		22人	0.34%	25人	0.38%	0.35%	0.45%	0.38%
	新規認定者	6人		7人		--	--	--
1号認定者		776人	22.5%	812人	19.7%	17.0%	19.0%	19.4%
	新規認定者	102人		114人		--	--	--
再掲	65～74歳	94人	6.0%	141人	6.6%	--	--	--
	新規認定者	23人		30人		--	--	--
	75歳以上	682人	36.3%	671人	33.8%	--	--	--
	新規認定者	79人		84人		--	--	--

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

表 13 介護給付費の変化

		中城村		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費		14億0506万円	14億5925万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)		406,910	354,791	259,723	324,737	290,668
1件あたり給付費(円)全体		81,737	77,843	63,000	69,211	59,662
	居宅サービス	55,510	51,849	41,449	51,518	41,272
	施設サービス	284,129	301,868	292,001	301,929	296,364

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

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)			25		141		672		813		838		
再)国保・後期			16		98		606		704		720		
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	12 75.0%	脳卒中	52 53.1%	脳卒中	262 43.2%	脳卒中	314 44.6%	脳卒中	326 45.3%
			2	虚血性心疾患	3 18.8%	虚血性心疾患	19 19.4%	虚血性心疾患	187 30.9%	虚血性心疾患	206 29.3%	虚血性心疾患	209 29.0%
			3	腎不全	3 18.8%	腎不全	18 18.4%	腎不全	139 22.9%	腎不全	157 22.3%	腎不全	160 22.2%
	血管疾患	合併症	4	糖尿病合併症	1 6.3%	糖尿病合併症	19 19.4%	糖尿病合併症	81 13.4%	糖尿病合併症	100 14.2%	糖尿病合併症	101 14.0%
			基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		15 93.8%	基礎疾患	85 86.7%	基礎疾患	563 92.9%	基礎疾患	648 92.0%	基礎疾患	663 92.1%
			血管疾患合計		16 100.0%	合計	88 89.8%	合計	573 94.6%	合計	661 93.9%	合計	677 94.0%
	認知症		認知症	3 18.8%	認知症	22 22.4%	認知症	282 46.5%	認知症	304 43.2%	認知症	307 42.6%	
	筋・骨格疾患		筋骨格系	14 87.5%	筋骨格系	80 81.6%	筋骨格系	573 94.6%	筋骨格系	653 92.8%	筋骨格系	667 92.6%	

出典・参照:KDBシステム改変

② 医療費の状況

本村の医療費は、国保加入者が減少しているにもかかわらず総医療費は増加しています。

一人あたり医療費は、平成 30 年度と比較して 38,773 円伸びていますが、同規模保険者と比べて 32,704 円低くなっています。また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 3.7%に関わらず、医療費全体の約 50.1%を占めており、1 件あたりの入院医療費も平成 30 年度と比較しても 114,150 円高くなっています。(図表 15)

また年齢調整をした地域差指数をみると、中城村国保・後期とも全国平均の 1 を超えています。

特に国保の入院の地域差指数が平成 30 年度よりも伸びており、地域差の要因ともなっているため、入院を抑制するために、予防可能な生活習慣病の重症化予防対策に引き続き取り組む必要があります。(図表 16)

図表 15 医療費の推移

		中城村		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		5,305人	5,194人	--	--	--
	前期高齢者割合	1,325人 (25.0%)	1,669人 (32.1%)	--	--	--
総医療費		15億3721万円	17億0643万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		289,766 県内23位 同規模138位	328,539 県内22位 同規模117位	361,243	318,310	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	516,060	630,210 ↑	613,590	634,340	617,950
	費用の割合	50.0	50.1	40.4	46.4	39.6
	件数の割合	4.2	3.7	2.6	3.4	2.5
外来	1件あたり費用額	22,490	24,160	24,230	25,820	24,220
	費用の割合	50.0	49.9	59.6	53.6	60.4
	件数の割合	95.8	96.3	97.4	96.6	97.5
受診率		553.86	578.993	735.303	560.174	705.439

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

※同規模順位は中城村と同規模保険者147市町村の平均値を表す

※受診率は一人当たりの年間保険医療機関受診件数をいう。

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		
		中城村 (県内市町村中)		県 (47県中)	中城村 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	1.035	1.074	1.070	1.170	1.052	1.092
		(23位)	(15位)	(14位)	(5位)	(21位)	(14位)
	入院	1.269	1.331 ↑	1.259	1.467	1.252	1.286
		(22位)	(15位)	(10位)	(5位)	(21位)	(5位)
	外来	0.891	0.918 ↑	0.965	0.852	0.854	0.910
		(24位)	(20位)	(40位)	(20位)	(18位)	(43位)

出典：地域差分析(厚労省)

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は、平成 30 年度と比較すると減少しています。内訳をみると、脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患(透析有)で減少し、慢性腎不全(透析無)で増加しています。(図表 17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成 30 年度と比較してみると虚血性心疾患は、患者数及び割合と減少していますが、脳血管疾患・人工透析については、増加しています。(図表 18)

脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			中城村		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			15億3721万円	17億0643万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1億6907万円	1億4209万円	--	--	--
			11.00%	8.33% ↓	8.08%	10.08%	8.03%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	4.26%	1.82% ↓	2.01%	2.40%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.78%	1.75% ↓	1.52%	1.61%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.82%	4.37% ↓	4.24%	5.80%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.15%	0.39% ↑	0.31%	0.27%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		9.50%	13.01%	16.85%	12.57%	16.69%
	筋・骨疾患		7.05%	6.68%	8.78%	7.73%	8.68%
	精神疾患		12.45%	11.24%	7.71%	10.14%	7.63%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注) 最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

(最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名)

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0～74歳	A	5,305	5,194	a	331	371	233	214	22	27	
				a/A	6.2%	↑ 7.1%	4.4%	↓ 4.1%	0.4%	↑ 0.5%	
40歳以上		B	3,322	3,412	b	320	362	228	211	22	27
		B/A	62.6%	65.7%	b/B	9.6%	10.6%	6.9%	6.2%	0.7%	0.8%
再掲	40～64歳	D	1,997	1,743	d	106	110	75	57	8	9
		D/A	37.6%	33.6%	d/D	5.3%	6.3%	3.8%	3.3%	0.4%	0.5%
	65～74歳	C	1,325	1,669	c	214	252	153	154	14	18
		C/A	25.0%	32.1%	c/C	16.2%	15.1%	11.5%	9.2%	1.1%	1.1%

出典：KDBシステム_疾病管理一覧、地域の全体像の把握、被保険者構成、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、3 疾患とも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・虚血性心疾患の割合は減っています。

治療者の割合が増加している要因として、高齢化によるものと、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		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)		A	1,242	1,353	534	481	708	872
		A/被保数	37.4%	↑ 39.7%	26.7%	27.6%	53.4%	52.2%
（中長期目標疾患） 合併症	脳血管疾患	B	152	160	49	44	103	116
		B/A	12.2%	↓ 11.8%	9.2%	9.1%	14.5%	13.3%
	虚血性心疾患	C	167	149	52	35	115	114
		C/A	13.4%	↓ 11.0%	9.7%	7.3%	16.2%	13.1%
	人工透析	D	20	25	7	9	13	16
		D/A	1.6%	↑ 1.8%	1.3%	1.9%	1.8%	1.8%

出典: KDB システム、疾病管理一覧、地域の全体像の把握、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)		A	575	612	225	219	350	393
		A/被保数	17.3%	↑ 17.9%	11.3%	12.6%	26.4%	23.5%
（中長期目標疾患 合併症）	脳血管疾患	B	81	71	22	22	59	49
		B/A	14.1%	↓ 11.6%	9.8%	10.0%	16.9%	12.5%
	虚血性心疾患	C	103	94	33	25	70	69
		C/A	17.9%	↓ 15.4%	14.7%	11.4%	20.0%	17.6%
	人工透析	D	13	12	5	3	8	9
		D/A	2.3%	↓ 2.0%	2.2%	1.4%	2.3%	2.3%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	121	95	47	28	74	67
		E/A	21.0%	↓ 15.5%	20.9%	12.8%	21.1%	17.0%
	糖尿病性網膜症	F	119	120	42	31	77	89
		F/A	20.7%	↓ 19.6%	18.7%	14.2%	22.0%	22.6%
	糖尿病性神経障害	G	30	26	15	9	15	17
		G/A	5.2%	↓ 4.2%	6.7%	4.1%	4.3%	4.3%

出典: KDB システム_疾病管理一覧、地域の全体像の把握、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		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)		A	1,138	1,277	481	450	657	827
		A/被保数	34.3%	↑ 37.4%	24.1%	25.8%	49.6%	49.6%
（中長期目標疾患合併症）	脳血管疾患	B	122	134	39	32	83	102
		B/A	10.7%	↓ 10.5%	8.1%	7.1%	12.6%	12.3%
	虚血性心疾患	C	147	141	43	35	104	106
		C/A	12.9%	↓ 11.0%	8.9%	7.8%	15.8%	12.8%
	人工透析	D	10	13	3	3	7	10
		D/A	0.9%	↑ 1.0%	0.6%	0.7%	1.1%	1.2%

出典: KDB システム_疾病管理一覧、地域の全体像の把握、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上を平成30年度と令和3年度で比較してみたところ、糖尿病では有所見者の割合が伸びています。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37.5%、糖尿病で9.9%おり、そ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(中長期目標疾患)の割合は減ってきていますが、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も生活習慣の改善につながる保健指導の実施と要医療の方には受診勧奨を徹底し重症化を予防することが重要であると考えます。

図表22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善 Ⅱ度高血圧の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	H30年度		未治療 (内服なし)		R03年度		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
中城村	1,328	44.7	1,281	41.4	72	5.4	42	58.3	64	5.0	37	57.8	24	37.5	2	3.1
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			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	H30年度		未治療 (内服なし)		R03年度		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
中城村	1,325	99.8	1,279	99.8	58	4.4	19	32.8	91	7.1↑	19	20.9↓	9	9.9	4	4.4
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

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

②中断…高血圧(または糖尿病)のレセプトがある者のうち、直近(年度末の3月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない者

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。中城村の特定健診結果において、平成 30 年度と令和 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、3.3%増加しており、その中でも 3 項目すべての危険因子が重なっている割合が増加しています。(図表 23)

HbA1c と LDL の有所見者は平成 30 年度と令和 4 年度を比較して増えています。そのうち翌年度健診を受診した方の改善率は上がってきていることから、保健指導や重症化予防の取組に一定の効果があったと考えます。一方で、有所見者のうち、翌年度健診を受診していない方がいずれも 3 割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。(図表 24・25・26)

図表 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	予備群	
			3項目	2項目
H30年度	1,328 (44.7%)	297 (22.4%)	88 (6.6%)	209 (15.7%)
R04年度	1,360 (44.8%)	349 (25.7%) ↑	122 (9.0%) ↑	227 (16.7%)

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
H30→R01	102 (7.7%)	18 (17.6%)	42 (41.2%)	12 (11.8%)	30 (29.4%)
R03→R04	154 (12.0%) ↑	39 (25.3%) ↑	43 (27.9%)	17 (11.0%)	55 (35.7%)

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

図表 25 II 度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II 度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	72 (5.4%)	40 (55.6%)	10 (13.9%)	1 (1.4%)	21 (29.2%)
R03→R04	64 (5.0%)	35 (54.7%)	10 (15.6%)	0 (0.0%)	19 (29.7%)

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	167 (12.6%)	59 (35.3%)	45 (26.9%)	16 (9.6%)	47 (28.1%)
R03→R04	195 (15.2%) ↑	91 (46.7%) ↑	44 (22.6%)	6 (3.1%)	54 (27.7%)

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本村の特定健診受診率は、令和元年度には46.8%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、低迷し、令和4年以降は持ち直しているものの、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)

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

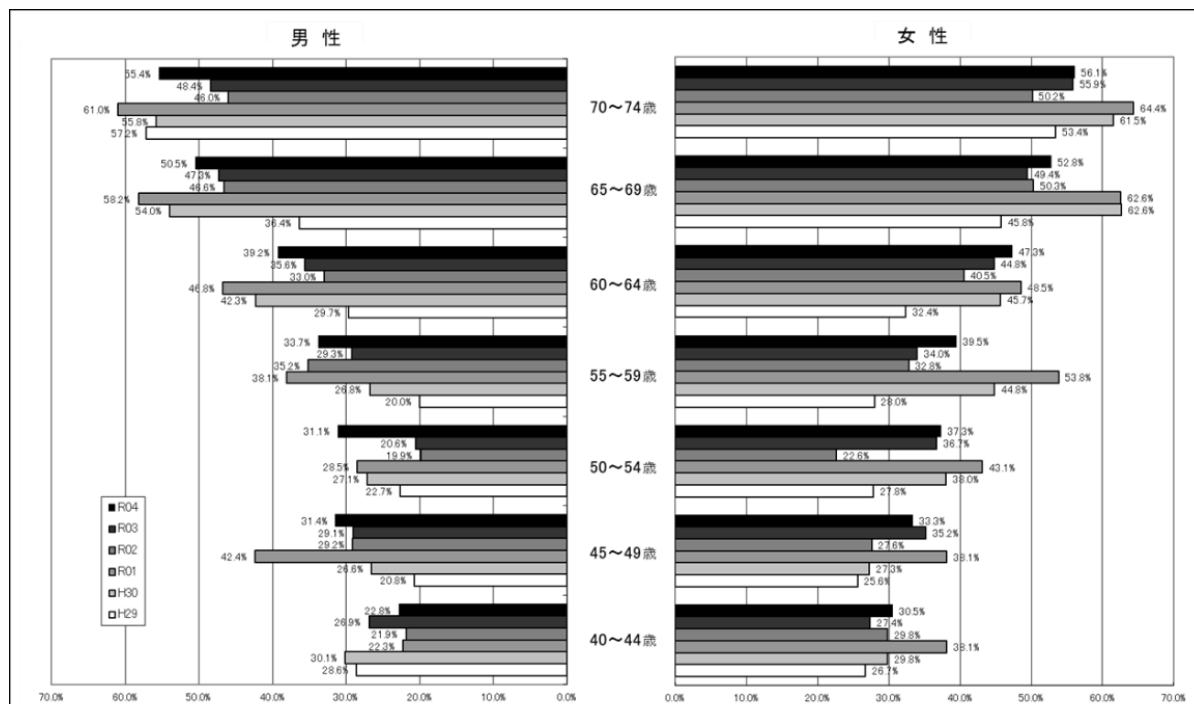
特定保健指導については、実施率は目標値を上回っていますが、メタボリックシンドロームの該当者は増加しているため、指導者の力量形成と保健指導に専念できる体制整備が必要です。

図表27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	1,244	1,397	1,134	1,210	1,276	健診受診率 60%
	受診率	41.8%	46.8%	36.5%	39.1%	42.2%	
特定保健指導	該当者数	246	247	191	209	198	特定保健指導実施率 75%
	割合	19.8%	17.7%	16.8%	17.3%	15.50%	
	実施者数	155	171	137	156	151	
	実施率	63.0%	69.2%	71.7%	74.6%	76.3%	

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

血糖有所見者率は平成 30 年度 7.6%から令和 4 年度 12.8%と増加しており、対象者数の増加により保健指導実施率は低下しています。(表 1)

本村では、専門職が介入可能な対象者数・支援形態を勘案し、重症化事業を行ってきました。

有所見者のうち、HbA1c7%以上の治療中の方で、肥満・脂質異常症・高血圧などリスクの重なりがある方を保健指導優先対象としていますが、血糖有所見者数のさらなる増加を防ぐためには、事業内容の見直しが必要です。

有所見者のうち、未治療・中断者への支援について、受診勧奨後レセプトでの受診確認を行っていましたが、レセプト情報のタイムロスが大きいことから、令和 4 年度からは、受診勧奨後1か月後、本人へ受診確認・再勧奨を徹底したことで、医療受診者率 86.4%、治療開始者 27.1%と増加しました。(表 2)

健診受診者のうち、HbA1c8.0%以上の割合は、平成 30 年 1.4%から令和 4 年度 2.2%と増加していますが、未治療者については令和 4 年度では 7 人中 5 人が内服治療開始となっており、医療受診勧奨については成果がみられます。(表 3)

今後も未治療者については、糖尿病管理台帳を活用し、ハイリスク者への健診案内通知や、専門職訪問による受診勧奨等、単年でなく継続した支援ができるよう引き続き体制を整備します。

また、治療を開始した方についても治療中断にならないように支援をおこないます。

治療中の方については、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医療機関と連携して行政においても、保健師・管理栄養士が血糖改善の支援を行います。

※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 1 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1,311	1,471	1,182	1,255	1,340
血糖値有所見者 * 1	人(b)	99	160	142	154	172
	(b/a)	7.6%	10.9%	12.0%	12.3%	↑ 12.8%
	人(c)	—	30	27	33	27
	(c/b)	—	18.8%	19.0%	21.4%	15.7%

* 1 HbA1c6.5%以上のもの

* 2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

* 3 H30以前はシステム変更に伴い、集計不可

表 2 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 * 1	人(a)	99	160	142	154	172
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 * 3	人(b)	39	55	55	43	59
	(b/a)	39.4%	34.4%	38.7%	27.9%	34.3%
	受診した者	人(c)	—	36	25	51
		(c/b)	—	65.5%	54.5%	86.4%
	治療開始した者	人(c)	—	8	10	16
		(c/b)	—	14.5%	9.1%	27.1%

* 3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

表 3 HbA1c8.0%以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1,311	1,471	1,182	1,255	1,340
HbA1c8.0%以上	人(b)	19	29	28	28	30
	(b/a)	1.4%	2.0%	2.4%	2.2%	↑ 2.2%
	人(c)	—	8	6	10	5
	(c/b)	—	27.6%	21.4%	35.7%	16.7%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	7	6	11	11	7
	(b/a)	36.8%	20.7%	39.3%	39.3%	23.3%

	↓	↓	↓	↓
内服治療開始	3人	2人	3人	5人
元々治療中	3人	6人	2人	0人
死亡、転出	0人	0人	0人	0人

② 心原性脳梗塞及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、集団健診会場では、国保 40 歳以上で腹囲が基準値を超える方に心電図検査を実施しております。

令和 4 年度の有所見者のうち 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、40.0%が医療機関を受診しています。(表 5)心房細動有所見者は既治療者でした。(表 6)

ST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、治療中断を防ぎ、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 4 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

		H30			R1			R2			R3			R4		
		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)	a	1,357	692	665	1,506	791	715	1,217	644	573	1,300	664	636	1,353	705	648
心電図受診者(人)	b	154	80	74	225	125	100	128	67	61	161	81	80	173	101	72
心電図実施率	b/a	11.3%	11.6%	11.1%	14.9%	15.8%	14.0%	10.5%	10.4%	10.6%	12.4%	12.2%	12.6%	12.8%	14.3%	11.1%
有所見あり(人)	所見あり(人)	62	40	22	104	67	37	58	34	24	71	45	26	69	43	26
	ST所見(人)	10	8	2	13	11	2	7	4	3	9	6	3	7	5	2
	心房細動(人)	4	4	0	3	2	1	3	2	1	1	1	0	1	1	0
	その他所見(人)	48	28	20	88	54	34	48	28	20	61	38	23	61	37	24
	異常なし(人)	92	40	52	121	58	63	70	33	37	90	36	54	104	58	46

表 5 心電図受診者のうち、ST 所見の状況

		H30		R1		R2		R3		R4	
心電図実施者		154		225		128		161		173	
ST異常所見		10	6.5%	11	4.9%	7	5.5%	9	5.6%	6	3.5%
要医療・要精査	要医療・要精査	5	50.0%	7	63.6%	5	71.4%	5	55.6%	5	83.3%
	医療機関受診あり		0.0%	4	57.1%	4	80.0%	3	60.0%	2	40.0%
	医療機関受診なし		0.0%	3	42.9%	1	20.0%	2	40.0%	4	80.0%
	それ以外の判定	5	50.0%	4	36.4%	2	28.6%	4	44.4%	1	16.7%

表 6 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

		H30		R1		R2		R3		R4	
心房細動有所見者		4		3		3		1		1	
心房細動未治療者		4	100.0%	3	100.0%	1	33.3%	0	0.0%	0	0.0%
検査後、異常なしと診断 (等、治療開始に至らず)	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%
	治療開始		0.0%	3	100.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%

③ 脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、約 6%の横ばいで、約 5 割が未治療者です。令和 4 年度において血圧Ⅱ度以上の未治療者 45 人のうち、保健指導後、治療につながったものは、18 人(40.0%)でした。血圧Ⅲ度においては、10 人のうち 2 人が未治療者でした。

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子かつ、要介護認定の原因の一つでもあり、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 8 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、家庭血圧の測定をすすめ血圧手帳の活用を促していきます。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が 48.8%いました。服薬状況の確認に加え、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 7 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	1,311	1,471	1,182	1,255	1,340	
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	71	71	64	63	86	
	(b/a)	5.4%	4.8%	5.4%	5.0%	6.4%	
	治療あり	人(c)	31	38	38	28	42
		(c/b)	43.7%	53.5%	59.4%	44.4%	48.8%
	治療なし	人(d)	40	33	26	35	45
		(d/b)	56.3%	46.5%	40.6%	55.6%	52.3%
	治療開始	人(e)	29	19	19	20	18
		(e/d)	72.5%	57.6%	73.1%	57.1%	40.0%
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	9	10	6	6	10
		(f/a)	0.7%	0.7%	0.5%	0.5%	0.7%
	治療あり	人	2	3	4	4	8
	治療なし	人	7	7	2	2	2

表 8 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化（図表 75）

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

(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

高リスク

…中等リスク

…低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	107
		24.7%
B	概ね1ヵ月後に再評価	186
		42.9%
C	概ね3ヵ月後に再評価	141
		32.5%

※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。

(2) ポピュレーションアプローチ

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

中城村においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりが、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、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・村の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、各種団体や行政区単位で出前講座の実施や、広報なかぐすくヘルプロ通信で広く住民へ周知を行いました。

また、肥満の改善を目的として、集団健診会場で食品に含まれる脂の展示や説明を重点的に実施してきました。今後も継続していきます。

図表 29 第 2 期データヘルス計画目標管理一覽

去	保健 労働	一々か	より
---	----------	-----	----

★は、中間評価年度から追加した目標

健康課題		達成すべき目的	課題を解決するための目標							現状値の把握方法	
関連計画			初期値	H28	H29	H30	R1	R2	R3		
診療等定健計画	①	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	41.0%	43.4%	41.8%	46.8%	39.1%	42.2%	特定健診・特定保健指導結果（厚生労働省）TKCA012	
	②		特定保健指導実施率60%以上	74.5%	60.7%	63.0%	69.2%	74.6%	76.3%		
	③		特定保健指導対象者の減少率25%	18.7%	18.5%	19.8%	17.7%	16.8%	17.3%	15.5%	
	④		脳血管疾患の割合10%減少	2.4%	4.7%	4.3%	2.3%	3.5%	3.0%	1.8%	KDBｼﾌﾞﾙ
	⑤	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	虚血性心疾患の割合10%減少	1.1%	2.2%	1.8%	1.6%	1.9%	1.8%	1.8%	【国後8月】健診・医療・介護データからみえる地域の健康課題より
	⑥		慢性腎不全（透析有）の減少10%	7.9%	5.8%	4.8%	5.1%	4.8%	5.0%	4.4%	
	⑦		メタボリックシンドローム・予備群の割合減少30%	39.4%	36.8%	38.2%	39.5%	41.7%	41.4%	40.2%	一KDB厚生労働省様式より
	⑧		健診受診者の高血圧の割合減少20%（140/90以上）	28.9%	28.3%	29.9%	29.7%	31.3%	32.4%	30.8%	
	⑨	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	健診受診者の脂質異常者の割合減少傾向へ（LDL160以上）	11.6%	11.1%	12.6%	14.5%	14.3%	15.2%	12.7%	
	⑩		健診受診者の糖尿病有病者の割合減少8%（HbA1c6.5以上）	8.7%	8.5%	7.7%	10.8%	11.9%	12.0%	13.0%	
	⑪		★健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合減少	0.7%	0.8%	0.6%	0.4%	1.0%	1.0%	0.6%	健康中城21
	⑫		血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合1%	1.4%	0.9%	1.1%	1.6%	1.7%	1.6%	1.8%	あみな用健診情報より
⑬	がんの早期発見、早期治療	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合80% HbA1c6.5以上かつ血圧・脂質・血糖の服薬が無い者（健診情報）のうち治療を開始した者（レセプト） 糖尿病の治療を継続している割合増加60% HbA1c6.5以上の者のうち、治療中と答えた者の割合	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合80%	65.6%	66.7%	56.5%	56.3%	39.3%	29.6%	52.2%	
⑭			がん検診受診率 胃がん検診 10%以上（男性） （女性）	4.0%	-	-	12.6%	7.4%	7.7%	7.9%	
⑮			がん検診受診率 肺がん検診 25%以上（男性） （女性）	3.3%	-	-	15.8%	9.5%	9.3%	10.0%	
⑯			大腸がん検診 20%以上（男性） （女性）	11.8%	10.3%	9.6%	10.2%	8.8%	7.3%	8.0%	
⑰			子宮頸がん検診 40%以上	11.9%	12.0%	12.5%	12.3%	10.5%	10.3%	10.0%	
⑱			がんの早期発見、早期治療	7.6%	7.3%	7.0%	6.7%	6.5%	5.9%	6.5%	地域保健事業報告 期間通算は47年度まで
⑲			がんの有病率8.5% （同規模9.8％・県7.8％・国10.3％）	7.2%	9.4%	10.9%	10.1%	9.1%	9.0%	8.5%	
⑳			子宮頸がん検診 40%以上	16.9%	-	-	20.8%	13.0%	13.2%	14.4%	
㉑			乳がん検診 40%以上	16.0%	-	-	20.8%	14.5%	13.3%	14.0%	
㉒			★5つのがん検診の平均受診率	11.2%	9.7%	10.0%	15.1%	10.7%	15.2%	15.9%	
㉓			★週間疾患検診の受診率 増加（令和元年度から事業開始）				7.84%	8.7%	8.5%	8.6%	週間疾患検診台帳・努力者支援制度要綱
㉔			後発医薬品の使用割合80%以上				85.9%	88.1%	87.4%	87.2%	厚生労働省 後発薬利用後発医薬品の使用割合（9月）
㉕	数量シェアH28年度80%										

3) 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。

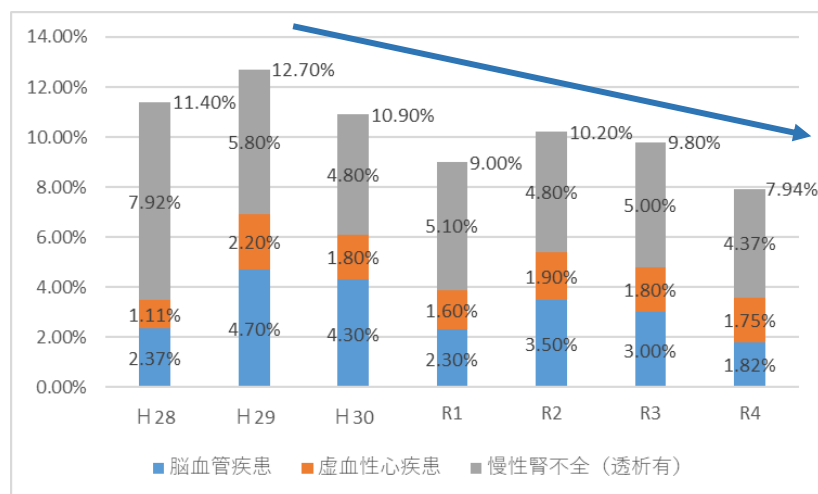
中長期疾患が総医療費に占める医療費の割合をみると平成30年度から令和4年度を比較すると、3.46%減少しており、医療費抑制効果が見られました。(考察①、図表17、図表29)

これは、平成28年度から継続実施の糖尿病性腎症重症化予防事業の結果、未治療・中断者を治療に結び付けるなど、透析導入を遅らせた成果であると考えます。脳血管疾患・虚血性心疾患については年度によるばらつきがありますが、ほぼ横ばいの傾向のため、心電図検査の拡充を行うなど取組を強化し、早期発見・早期治療につなげる必要があります。

また、短期的な目標疾患である、高血圧、糖尿病、脂質異常症について、短期疾患の治療率はいずれの疾患も増加しており、かつ合併症(中長期疾患)の発症率が減少していることから、早期受診を促す重症化予防の取組みの成果であると考えます。(図表19・20・21)

一方で、メタボリックシンドローム該当者・予備軍、高血圧、糖尿病、脂質異常症の有所見者は増加していることから、医療受診勧奨、翌年度健診受診勧奨など継続的支援、医療だけでは改善が難しい方への支援を強化する必要があります。(図表23・24・25・26・29)

考察① 総医療費に占める中長期目標疾患の割合

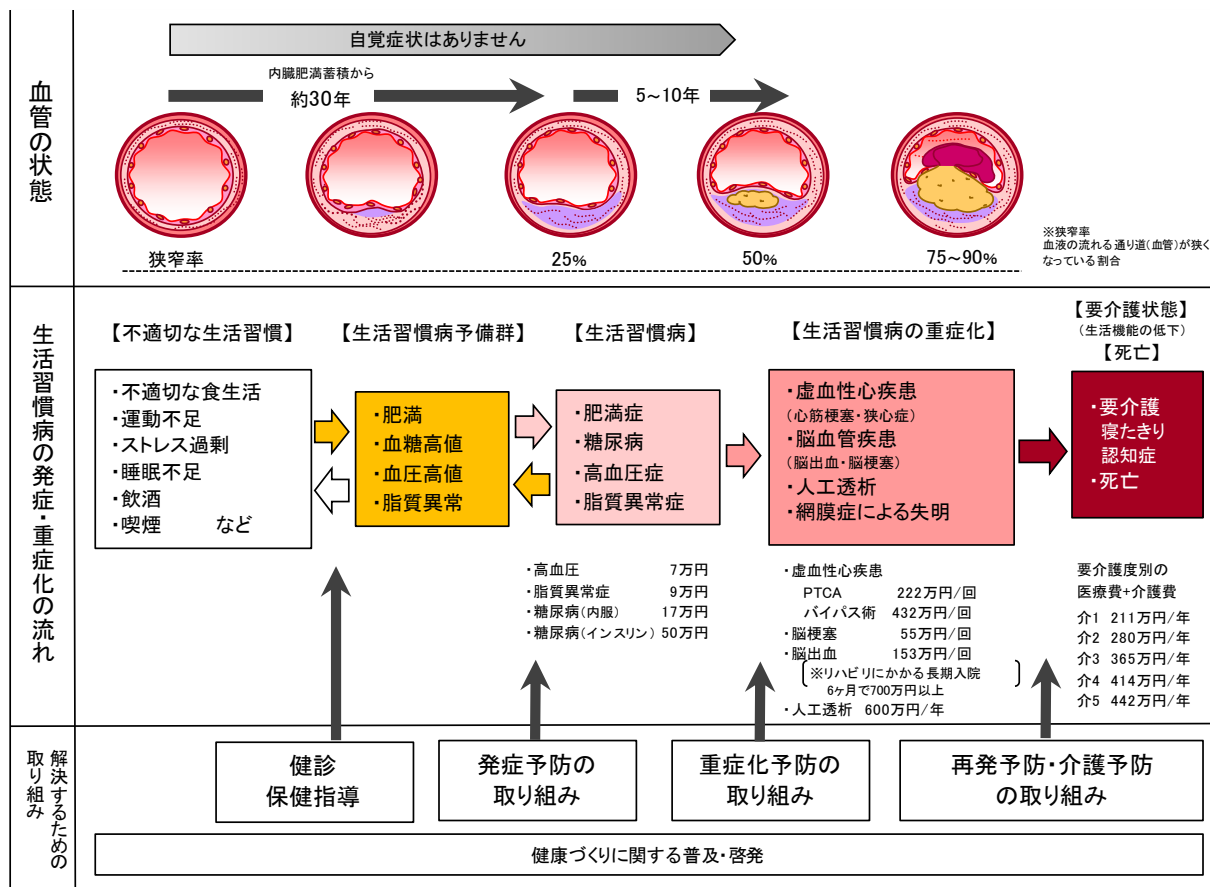


3. 第3期における健康課題の明確化

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には、生活習慣病へ進展するものの減少、重症化するものの減少、または、生活習慣病から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ですが、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。

国保では被保険者のうち、65 歳以上の高齢者の割合が 32.1%と高齢化が進んでおり、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。(図表 10)

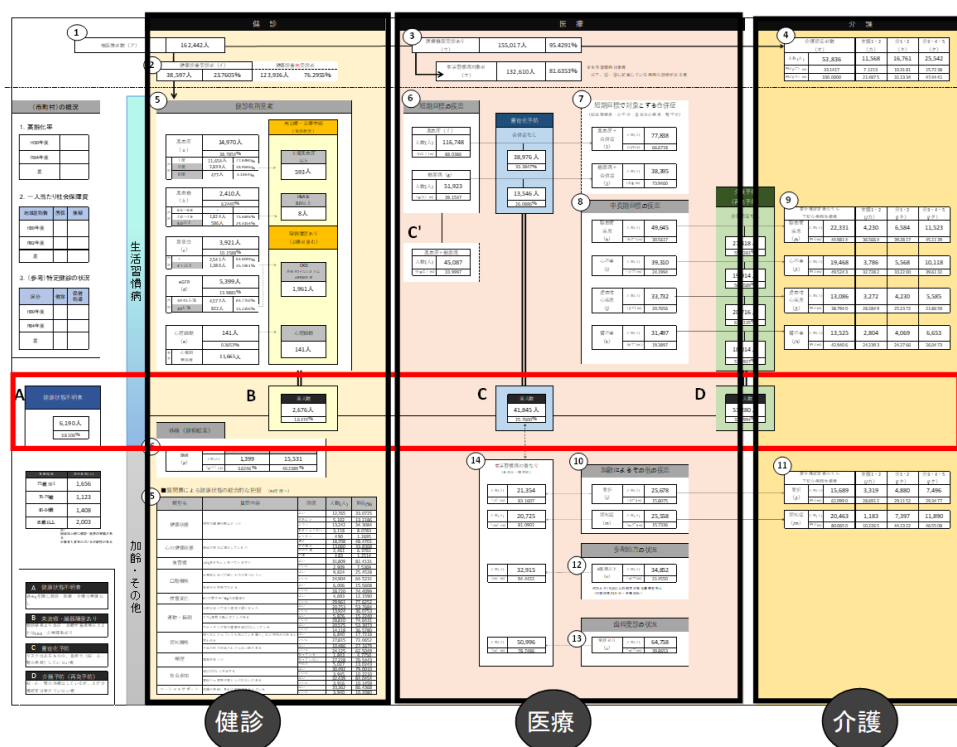
若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、(図表 31)に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

健康課題の明確化においては、第 2 期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。

さらに若い世代から健診への意識を高めるため 40 歳未満の健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対する保健指導の実施に向けて、専門職の確保・体制整備が必要です。

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（例示）



(1) 医療費分析

図表 32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数		5,305人	5,284人	5,331人	5,271人	5,194人	1,998人
総件数及び 総費用額	件数	35,673件	36,004件	32,737件	34,760件	36,608件	25,837件
	費用額	15億3721万円	16億1965万円	16億0923万円	16億8339万円	17億0643万円	16億9919万円
一人あたり医療費		29.0万円	30.7万円	30.2万円	31.9万円	32.9万円	85.0万円

出典・参照：KDB システム改変

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名		総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患
				腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
				慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
① 国保	中城村	17億0643万円	26,989	4.37%	0.39%	1.82%	1.75%	3.86%	2.10%	1.41%	2億6791万円	15.70%	13.01%	11.24%	6.68%
	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	中城村	16億9919万円	72,767	3.34%	0.27%	4.50%	1.62%	3.19%	2.15%	1.37%	2億7931万円	16.44%	8.51%	4.12%	14.09%
	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%

最大医療資源傷病(※1)による分類結果 ※1「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名
 ...村・同規模・県・国と比較し、一番高いところに色づけ

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

図表 34 高額レセプト(80 万円以上／件)の推移

対象年度			H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
高額レセプト (80万円以上／件)	人数	A	142人	162人	158人	176人	169人	250人
	件数	B	274件	290件	304件	333件	311件	457件
		B/総件数	0.77%	0.81%	0.93%	0.96%	0.85%	1.77%
	費用額	C	3億5961万円	4億1710万円	4億2740万円	4億6770万円	4億6023万円	5億5862万円
		C/総費用	23.4%	25.8%	26.6%	27.8%	27.0%	32.9%

出典・参照：KDB システム改変

図表 35 高額レセプト(80 万円以上／件)の推移(脳血管疾患)

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
脳血管疾患	人数		D	18人		12人		17人		10人		9人		18人		
			D/A	12.7%		7.4%		10.8%		5.7%		5.3%		7.2%		
	件数		E	45件		24件		32件		24件		↓ 14件		42件		
			E/B	16.4%		8.3%		10.5%		7.2%		4.5%		9.2%		
	年代別	40歳未満		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代		0	0.0%	1	4.2%	5	15.6%	8	33.3%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代		15	33.3%	2	8.3%	1	3.1%	2	8.3%	1	7.1%	75-80歳	2	4.8%
		60代		12	26.7%	19	79.2%	17	53.1%	9	37.5%	4	28.6%	80代	24	57.1%
		70-74歳		18	40.0%	2	8.3%	9	28.1%	5	20.8%	9	64.3%	90歳以上	16	38.1%
	費用額		F	5344万円		4099万円		4301万円		3024万円		2436万円		4973万円		
F/C			14.9%		9.8%		10.1%		6.5%		↓ 5.3%		8.9%			

出典・参照：KDB システム改変

図表 36 高額レセプト(80 万円以上／件)の推移(虚血性心疾患)

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
虚血性心疾患	人数		G	10人		9人		16人		11人		10人		8人		
			G/A	7.0%		5.6%		10.1%		6.3%		5.9%		3.2%		
	件数		H	11件		11件		17件		11件		11件		10件		
			H/B	4.0%		3.8%		5.6%		3.3%		3.5%		2.2%		
	年代別	40歳未満		0	0.0%	0	0.0%	1	5.9%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代		0	0.0%	0	0.0%	2	11.8%	1	9.1%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代		1	9.1%	0	0.0%	2	11.8%	0	0.0%	1	9.1%	75-80歳	4	40.0%
		60代		7	63.6%	7	63.6%	6	35.3%	7	63.6%	5	45.5%	80代	6	60.0%
		70-74歳		3	27.3%	4	36.4%	6	35.3%	3	27.3%	5	45.5%	90歳以上	0	0.0%
費用額		I	1406万円		1182万円		1926万円		1861万円		1506万円		1576万円			
		I/C	3.9%		2.8%		4.5%		4.0%		↓ 3.3%		2.8%			

出典・参照：KDB システム改変

図表37 健診・医療・介護サービスの一体的な分析

出典・参照：保険者データヘルス支援システム

図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表		①				②			⑬								
年度	介護認定率	被保険者数				健診受診率			体格(健診結果)								
						特定健診		長寿健診	BMI18.5未満						BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	33.4	2,353	1,537	2,073		25.5	48.2	23.2	4.8	3.4	1.9	44.0	35.0	41.4			
R4	33.6	2,042	1,981	2,164		25.7	43.2	24.6	4.8	2.3	3.8	38.1	37.3	40.7			

図表 39 健診有所見状況

E表		⑤																																		
年度	Ⅱ度高血圧以上 ()は未治療・治療中断者									HbA1c7.0以上 ()は未治療・治療中断者 ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満									心房細動								
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-		
	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)			
H30	31	5.2	(14)	40	5.4	(13)	47	9.8	(4)	23	3.8	(5)	36	4.9	(4)	7	1.5	(1)	12	2.0	(10)	18	2.4	(18)	21	4.4	(20)	0	0.0	(0)	0	0.0	(0)	2	0.4	(2)
R4	32	6.1	(8)	56	6.5	(18)	57	10.7	(12)	26	5.0	(3)	58	6.8	(2)	7	1.3	(0)	15	2.9	(12)	23	2.7	(21)	36	6.8	(33)	0	0.0	(0)	0	0.0	(0)	0	0.0	(0)

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表		③						⑥												⑦								
年度	医療機関 受診			生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標で対象とする 合併症												
							高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症									
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-							
H30	73.7	89.5	95.0	26.5	58.4	77.9	82.4	83.3	85.6	34.8	40.6	32.7	24.7	31.4	27.7	36.6	49.7	66.3	52.5	62.4	75.0							
R4	75.2	89.2	94.3	29.0	60.1	78.3	80.4	82.4	85.2	36.8	37.4	33.1	25.0	28.6	27.4	36.1	47.6	65.2	46.3	58.7	71.1							

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

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

E表		⑧												⑨											
年度		中長期目標の疾患(被保険割合)												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		
		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30		4.3	15.0	29.1	2.9	10.6	20.5	3.3	10.3	26.5	4.4	10.3	16.8	8.9	10.0	45.1	1.4	4.9	39.9	2.6	6.3	52.5	2.9	5.1	44.3
R4		5.4	14.4	25.6	2.7	9.2	18.3	2.9	9.5	23.3	5.0	11.9	20.3	10.0	16.5	42.5	5.4	5.5	35.4	6.8	8.5	48.0	1.9	11.1	40.9

図表 42 骨折・認知症の状況

E表		⑫				⑩				⑪			
年度		生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険割合)				要介護認定者のうち 下記の疾病治療者			
		骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
		65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30		65.6	78.6	72.7	75.8	4.0	14.2	1.4	16.9	14.8	60.5	13.6	74.9
R4		57.0	75.0	65.7	72.9	5.0	15.9	1.8	16.0	18.0	61.3	54.3	75.2

(3) 健康課題の明確化(図表 32～42)

国保の被保険者数は平成 30 年度と比較し減っていますが、一人あたり医療費は増加しており、後期高齢者になると一人あたり 85 万円となり、国保の約 2.7 倍も高い状況です。(図表 32)

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療に占める割合をみると、糖尿病・高血圧・脂質異常症とも短期目標の疾患の医療費に占める割合は同規模に比べて低く、中長期疾患である慢性腎不全(透析無)・狭心症・心筋梗塞の医療費に占める割合は高い状況です。(図表 33)

高額レセプトについては、国保においては毎年約 300 件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約 1.5 倍に増えることがわかります。(図表 34)

脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で平成 30 年度が一番多く 45 件で 5 千万円以上の費用がかかっていましたが、令和 4 年度は 14 件と件数は減少し費用額は 2436 万円と減少していました。後期高齢においては、42 件発生し、5 千万円近く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引き続き力を入れる必要があります。(図表 35)

健診・医療・介護のデータを平成 30 年度と令和 4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、①被保険者数は、40～64 歳は減っていますが、75 歳以上では約 100 名増え、高齢化率の低い中城村でも 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。⑬の体格をみると、40～64 歳の若い年齢層で、BMI25 以上の率が 6 ポイントも低くなっています。(図表 38)

健診有所見の状況をみると、各年代で対象人数が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。(図表 39)

短期目標疾患(高血圧・糖尿病)で対象とする合併症をみると、高血圧・糖尿病とも各年代とも減少しています。(図表 40)

中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、40～64 歳の若い世代で脳血管が 1.1%増加していました。また、腎不全については、全世代で増加し特に 75 歳以上で、3.5 ポイント増加していました。(図表 41)

(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

具体的な取組方法については、第 4 章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められています。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及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患及び虚血性心疾患、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と考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることで最低限維持することを目標とします。

また、軽症時に通院せず、重症化して入院する傾向があることから、重症化予防、医療費適正化へつなげるためには、適切な時期の受診を促し、入院に掛かる医療費を抑えることを目指します。

③ 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とします。

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。

また糖尿病とメタボリックシンドロームについて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し健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげる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。

図表43 データヘルス計画の目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ年度)
			初期値 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R 11 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	① 脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.82		KDBシステム
			② 虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.75		
			③ 慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	4.37		
			④ 糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	2.7		
			⑤ 糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.3%		
		⑥ メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	39.6%		保険者データヘルス支援システム	
		⑦ (再掲) メタボリックシンドローム該当者の減少	25.3%			
		⑧ (再掲) メタボリックシンドローム予備群の減少	14.3%			
		⑨ (再掲) A メタボ該当者＋高血圧者の割合減少（140/90以上）	10.1%			
		⑩ (再掲) A＋高血糖者の割合減少（HbA1c8.0以上）	0.8%			
	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	⑪ (再掲) A＋脂質異常者の割合減少（LDL160以上）	1.3%		健診結果 (保険者データヘルス支援システム)
			⑫ (再掲) A＋尿蛋白有所見者の割合減少（2+以上）	0.7%		
			⑬ (再掲) A＋高尿酸者の割合減少（8.0以上）	1.0%		
			⑭ 健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）	6.4%		
			⑮ 健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL160以上）	12.8%		
			⑯ 健診受診者の血糖異常者の割合の減少（HbA1c6.5%以上）	12.8%		
			⑰ ★健診受診者のHbA1c8.0%（NGSP値）以上の者の割合の減少	2.2%		
			⑱ 健診受診者の尿蛋白有所見者の割合減少（2+以上）	2.0%		
			⑲ 糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	52.2%		
			⑳ ★特定健診受診率60%以上	44.2%		
			㉑ ★特定保健指導実施率60%以上	76.3%		
			㉒ ★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	18.5%		
アウトプット	各市区町村				法定報告値 (特定健診等データ管理システム) ※分母のうち4人年度は特定保健指導の対象者ではなくった者の数、昨年度の特定保健指導の利用率	

第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。なお、第一期及び第二期は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことを踏まえ、第三期以降は実施計画も6年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 44 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度	R15年度
特定健診受診率	60%	60%	60%	60%	60%	60%以上	60%
特定保健指導実施率	75%	75%	75%	75%	75%	75%以上	75%

※国の目標設定に準じて設定。特定健診受診率60%で医療費適正化につながると試算されている。

3. 対象者の見込み

図表 45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	3,245人	3,270人	3,288人	3,287人	3,297人	3,307人
	受診者数	1,947人	1,962人	1,972人	1,972人	1,978人	1,984人
特定保健指導	対象者数	237人	239人	241人	240人	241人	242人
	受診者数	177人	179人	180人	180人	180人	180人

4. 特定健診の実施

(1) 実施方法

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

- ① 集団健診(吉の浦会館・中城村役場)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2) 特定健診委託基準

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

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、中城村のホームページに掲載する。

(参照) URL: <https://www.vill.nakagusuku.okinawa.jp>

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1C・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上または食後採血の場合は、non-HDL コレステロールの測定にかえられます。(実施基準第 1 条第 4 項)

図表 46 特定健診検査項目

○中城村特定健診検査項目

健診項目		中城村	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1C	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□	□
	血色素量	□	□
	赤血球数	□	□
その他	心電図	□ ※	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン (eGFR)	○	□
	尿酸	○	

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

※…集団健診では、40歳以上全員に心電図検査を実施(村独自)

(5) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行います。

(7) 代行機関

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

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動を年間通して行います。

図表 47 特定健診実施スケジュール(例示)

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 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 費用決済	
7月		保健指導対象者の抽出 (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		(特定健診・特定保健指導の実施)	
10月			受診・実施率実績の算出 支払基金への報告 (ファイル作成・送付)
11月	契約に関わる 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、一般衛生部門への執行委任の形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点		特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)
特定保健指導 の見直し	(1)評価体系の見直し	特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。
	(2)特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和	特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。
	(3)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方	特定健康診査実施後又は特定保健指導実施後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導対象者として、分母に含めないことを可能とした。
	(4)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬中の者に対する服薬状況の確認及び特定保健指導対象者からの除外	服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に当たって、確認する医薬品の種類、確認手順を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外であっても対象者本人への事実関係の再確認と同意の取得を行えることとした。
	(5)その他の運用の改善	看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第4期期間においても延長することとした。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

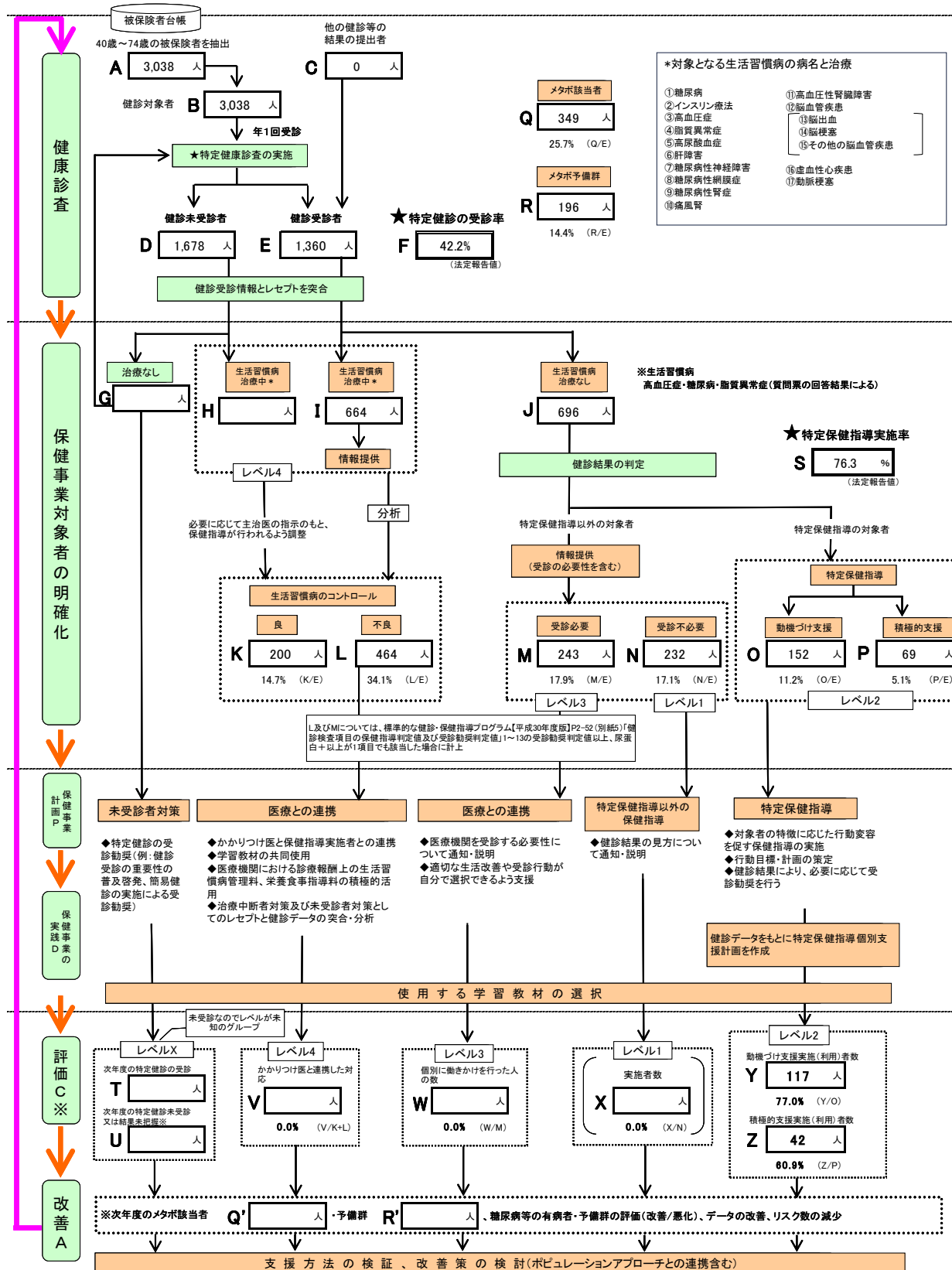
「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。(図表 48・49)

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)

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

様式5-5

令和04年度



出典・参照: 特定健診等データ管理システム

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 要保健指導対象者の見込み

優先 順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O:動機付け支援 P:積極的支援	◆ 対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆ 行動目標・計画の策定 ◆ 健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	221人 (16.3%)	75%
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	243人 (17.9%)	村重症化予防対象者 については 100%
3	D	健診未受診者	◆ 特定健診の受診勧奨 (未受診者への訪問、健診受診勧奨はがきの送付)	1,678人 ※受診率目標達成まで あと463人	60%
4	N	情報提供	◆ 健診結果の見方について通知・説明 ◆ 経年表の提供	232人 (17.1%)	100%
5	I	情報提供 (治療中)	◆ かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆ 学習教材の共同使用 ◆ 医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆ 治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	664人 (48.8%)	100%

(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎特定健康診査の開始	◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始 ◎利用券の登録	◎検診等受診券に健診ガイドを同封、個別通知 ◎各種健診の広報 ◎各種健診の開始(健康診査・長寿健診・がん検診)
5月			◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
6月			◎住民健診・がん検診の開始
7月			
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			
11月			◎トライアングル事業開始
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中城村個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

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

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防等の取組を行います。

具体的には、「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住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努める必要があります。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

中城村の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、564人(41.5%)です。そのうち治療なしが190人(27.3%)を占め、さらに臓器障害があり直ちにに取り組むべき対象者が53人です。

また、中城村においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、190人中116人と多いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。(図表51)

図表 51 脳・心・腎を守るために

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 による年間新発症導入患者数の減少				<参考> 健診受診者(受診率)			
科学的根拠に基づき		脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)				虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器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))				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)		1,360人	44.8%		
↓ 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		クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性 脳塞栓症 (27.7%) ラクナ 梗塞 (31.2%) アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%) ※脳卒中 データ(リンク 2016より) 非心原性脳梗塞				心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症										■各疾患の治療状況	
														治療中	治療なし		
														高血圧	499	861	
														脂質異常症	356	1,004	
														糖尿病	160	1,199	
														3疾患 いずれも	664	696	
														※開診結果による			
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)					
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)		各学会ガイドラインに 基づいた 重症化予防対象者 (実人数)			
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		87	6.4%	1	0.1%	61	4.5%	53	3.9%	349	25.7%	128	9.4%	129	9.5%	564	41.5%
治療なし		48	5.6%	0	0.0%	56	5.6%	41	4.1%	73	10.5%	60	5.0%	47	6.8%	190	27.3%
(再掲) 特定保健指導		23	26.4%	0	0.0%	22	36.1%	18	34.0%	73	20.9%	17	13.3%	16	12.4%	116	20.6%
治療中		39	7.8%	1	0.2%	5	1.4%	12	3.4%	276	41.6%	68	42.5%	82	12.3%	374	56.3%
臓器障害 あり		10	20.8%	0	—	8	14.3%	6	14.6%	6	8.2%	13	21.7%	47	100.0%	53	27.9%
CKD(専門医対象者)		6		0		6		4		3		12		47		47	
心電図所見あり		5		0		2		2		3		1		2		8	
臓器障害 なし		38	79.2%	—		48	85.7%	35	85.4%	67	91.8%	47	78.3%	—		—	

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

1. 糖尿病性腎症重症化予防

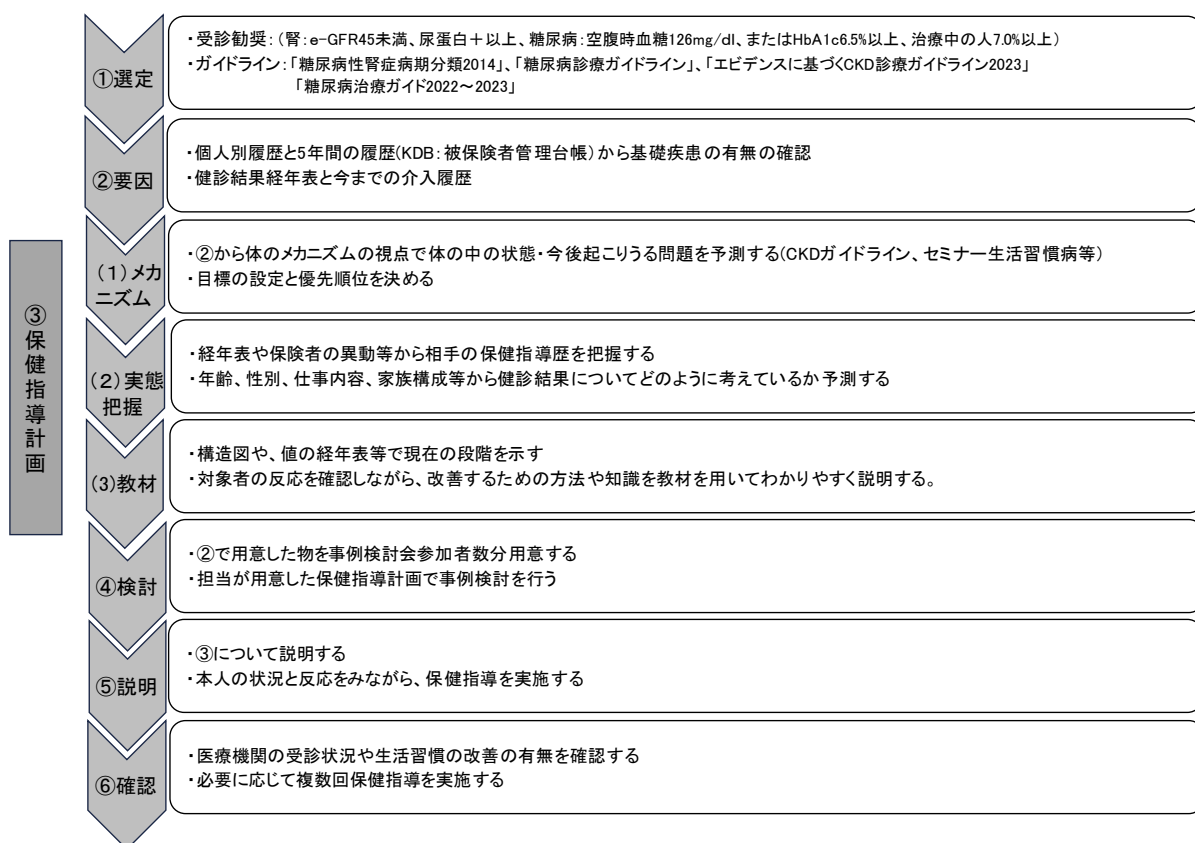
1) 基本的な考え方

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

なお、取組にあたっては(図表 52)に沿って実施します。

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

図表 52 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

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

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数の把握を行います。

腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とします。(図表 53)

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

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

出典・参照：糖尿病治療ガイド 2022-2023

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

中城村においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能ではありますが、尿アルブミンについては把握できないため、CKD診療ガイド 2012 を参考に、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(＋)とし、尿蛋白(定性)検査での腎症病期の推測を行います。

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。

中城村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、35 人(17.6%・F)でした。

また、40～74 歳における糖尿病治療者 684 人のうち、特定健診受診者が 164 人(82.4%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者 388 人(58.8%・I)については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。(図表 54)

③ 介入方法と優先順位

(図表 54)より中城村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)・・・35 人
- ・糖尿病管理台帳対象者のうち、前年度健診未受診かつ糖の内服がない方

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)・・・79 人
- ・治療中断しない(継続受診)ための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

【保健指導】

- ・健診未受診者(I)の中から、過去に特定健診受診歴のある糖尿病治療者を把握
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

図表 54 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合（参考資料4と同じ）

[illegible]

出典・参照:保険者データヘルス支援システム

3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などのリスク因子の管理も重要となってきます。中城村においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っていきます。

図表 55 令和 4 年度版 なぜ治療が必要なのかを学習するための資料

令和 4 年度版 沖縄 食ノート 肥満を解決するための食の資料 Ver.3(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）	
5 血圧と腎臓の関係	R4沖・治5-01 腎機能の経過をみよう（GFR のグラフ） R4沖・治5-02 年齢による腎機能（GFR）の低下速度～私の腎臓はこれからどうなるか～ R4沖・治5-03 CKDには健診結果以外にも下のようなリスクが関係しています R4沖・治5-04 高血圧と腎臓 血圧が高いと腎臓は・・・ R4沖・治5-05 肥満や高血糖になると腎臓では何が起こるのでしょうか？ R4沖・治5-06 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ R4沖・治5-07 尿検査eGFRで異常が出た方へ どの科でどんな検査が必要なの？ R4沖・治5-08 自分はどの位置にいるのか、コントロール目標、腎臓の構造 R4沖・治5-09 進行を遅らせるための目標値 R4沖・治5-10 治療や食事の改善で腎機能の改善も期待できます R4沖・治5-11 治療を開始し、体重を減らして尿蛋白が正常となり、腎機能も改善した A さん R4沖・治5-12 治療を継続し、体重を減らして尿蛋白が正常になり腎機能も改善した B さん
令和 4 年度版 沖縄 食ノート（赤本）	
	1. 栄養指導対象者の明確化 2. 脂肪細胞の特性～肥満の本態を理解～ 3. 脂肪細胞の特性～肥満の解決～ 4. A-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	
	・糖尿病情報センター ・糖尿病の重症化を防ぐ実践ガイドブック ・日本糖尿病協会 糖尿病連携手帳

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは、二次健診等で尿中微量アルブミン検査を実施し、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。

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

糖尿病管理台帳より、前年度健診未受診かつ糖の内服がない方を抽出し、まずは特定健診受診勧奨を行っています。

特定健診受診後、医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合は、経年表や情報提供書を作成し、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行っています。

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、介護保険部局である福祉課や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 回行うものとします。実施時は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っています。

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/1.73 m²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（参考資料 3 と同じ）

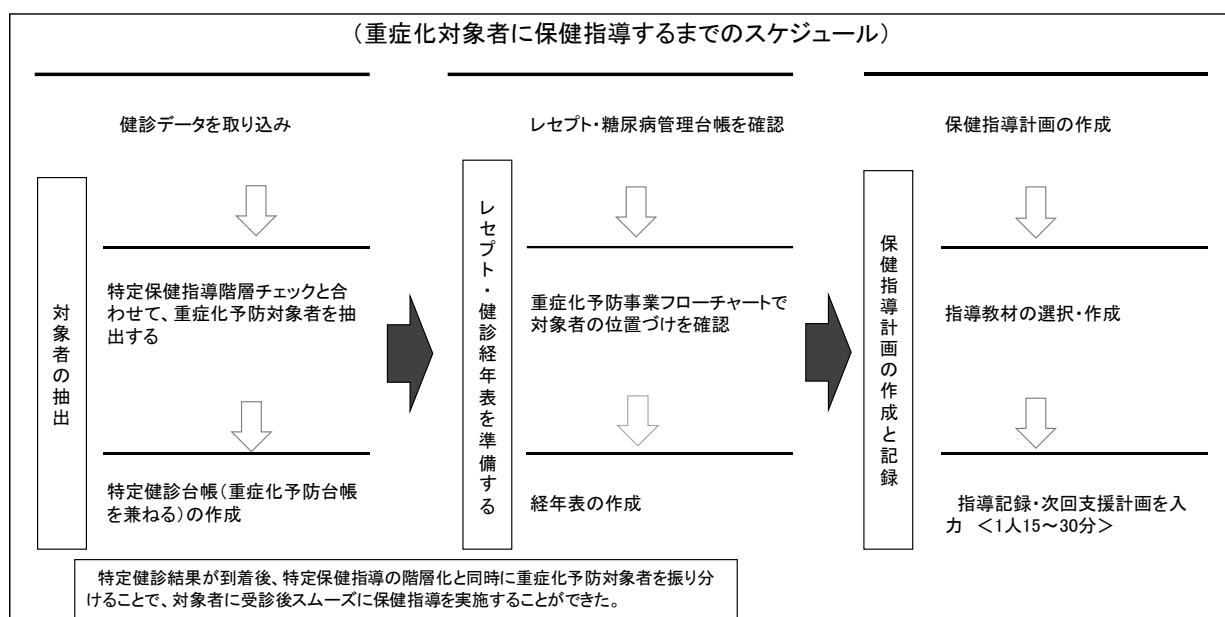
項目			突 合 表	中城村										同規模保険者(平均)		データ基	
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	被保険者数	A	5,357人		5,370人		5,337人		5,343人		5,332人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲)40~74歳		3,394人		3,377人		3,445人		3,479人		3,536人					
2	①	対象者数	B	1,244人		1,397人		1,134人		1,210人		1,276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	1,328人		1,487人		1,200人		1,281人		1,360人					
	③	受診率		—		—		—		—		—					
3	①	特定 保健指導 対象者数		246人		247人		191人		209人		198人					
	②	実施率		63.0%		69.2%		71.7%		74.6%		76.3%					
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	154人	11.6%	209人	14.1%	189人	15.8%	208人	16.2%	232人	17.1%			特定健診結果
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	54人	35.1%	63人	30.1%	66人	34.9%	54人	26.0%	72人	31.0%			
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	100人	64.9%	146人	69.9%	123人	65.1%	154人	74.0%	160人	69.0%			
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	49人	49.0%	78人	53.4%	68人	55.3%	94人	61.0%	96人	60.0%			
	⑤		血圧 130/80以上		32人	65.3%	60人	76.9%	33人	48.5%	50人	53.2%	62人	64.6%			
	⑥		肥満 BMI25以上	K	32人	65.3%	49人	62.8%	44人	64.7%	52人	55.3%	53人	55.2%			
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		51人	51.0%	68人	46.6%	55人	44.7%	60人	39.0%	64人	40.0%			
	⑧		第1期 尿蛋白(ー)	M	106人	68.8%	157人	75.1%	145人	76.7%	157人	75.5%	157人	67.7%			
	⑨		第2期 尿蛋白(±)		16人	10.4%	24人	11.5%	16人	8.5%	28人	13.5%	34人	14.7%			
	⑩		第3期 尿蛋白(+)以上		27人	17.5%	20人	9.6%	22人	11.6%	21人	10.1%	29人	12.5%			
	⑪		第4期 eGFR30未満		3人	1.9%	5人	2.4%	4人	2.1%	2人	1.0%	7人	3.0%			
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		60.5人		60.9人		51.9人		64.2人		62.8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)		92.8人		95.1人		78.7人		96.9人		92.8人				
	③		レセプト件数 (40~74歳) (1月は被保険者千対)		1,803件	(542.7)	1,849件	(546.9)	1,807件	(521.7)	2,031件	(584.0)	2,012件	(589.7)	630,975件	(921.9)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④		入院外(件数)		7件		(2.1)		10件		(3.0)		2件		(0.6)		
	⑤		入院(件数)		7件		(2.1)		10件		(3.0)		2件		(0.6)		
	⑥		糖尿病治療中	H	324人	6.0%	327人	6.1%	277人	5.2%	343人	6.4%	335人	6.3%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	⑦		(再掲)40~74歳		315人	9.3%	321人	9.5%	271人	7.9%	337人	9.7%	328人	9.3%			
	⑧		健診未受診者	I	215人	68.3%	221人	68.8%	148人	54.6%	183人	54.3%	168人	51.2%			
	⑨		インスリン治療	O	27人	8.3%	26人	8.0%	23人	8.3%	32人	9.3%	33人	9.9%			
	⑩		(再掲)40~74歳		25人	7.9%	24人	7.5%	20人	7.4%	29人	8.6%	31人	9.5%			
	⑪		糖尿病性腎症	L	57人	17.6%	65人	19.9%	44人	15.9%	46人	13.4%	45人	13.4%			
	⑫		(再掲)40~74歳		56人	17.8%	63人	19.6%	42人	15.5%	45人	13.4%	44人	13.4%			
	⑬		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		9人	2.8%	11人	3.4%	7人	2.5%	7人	2.0%	9人	2.7%			
	⑭		(再掲)40~74歳		9人	2.9%	11人	3.4%	7人	2.6%	7人	2.1%	9人	2.7%			
	⑮		新規透析患者数		2		0		3		3		1				保険者データ管理支援シ ステム>固定帳票>08新 患者集計リスト
	⑯		(再掲)糖尿病性腎症		2		0		2		1		1				
	⑰		【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)		13人	3.9%	11人	3.3%	8人	2.8%	8人	2.6%	6人	2.1%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期
6	①	医療費	総医療費		15億3721万円		16億1965万円		16億0923万円		16億8339万円		17億0643万円		21億6943万円		KDB 健診・医療・介護データか らみる地域の健康課題
	②		生活習慣病総医療費		7億3505万円		7億7380万円		8億0438万円		8億2862万円		7億9906万円		11億4738万円		
	③		(総医療費に占める割合)		47.8%		47.8%		50.0%		49.2%		46.8%		52.9%		
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり		7,641円		8,133円		7,594円		7,180円		7,959円		7,199円		
	⑤		健診受診者		47,318円		48,626円		55,098円		55,802円		47,594円		37,856円		
	⑥		健診未受診者														
	⑦		糖尿病医療費		5162万円		5653万円		5577万円		6484万円		6588万円		1億2598万円		
	⑧		(生活習慣病総医療費に占める割合)		7.0%		7.3%		6.9%		7.8%		8.2%		11.0%		
	⑨		糖尿病入院外総医療費		1億8643万円		1億8774万円		1億7272万円		1億9720万円		1億9643万円				
	⑩		1件あたり		42,928円		43,640円		42,199円		43,047円		43,144円				
	⑪		糖尿病入院総医療費		1億3629万円		1億2165万円		1億1340万円		1億6081万円		1億5203万円				
	⑫		1件あたり		613,933円		599,259円		637,093円		812,147円		663,866円				
	⑬		入院日数		17日		16日		18日		16日		17日				
	⑭		慢性腎不全医療費		7630万円		8608万円		8271万円		9098万円		8114万円		9872万円		
	⑮		透析有り		7406万円		8193万円		7673万円		8389万円		7449万円		9197万円		
	⑯		透析なし		224万円		415万円		598万円		709万円		665万円		675万円		
7	①	介護	介護給付費		14億0506万円		14億5104万円		14億5376万円		14億5505万円		14億5925万円		21億9980万円		
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		2件 15.4%		1件 7.7%		2件 12.5%		1件 6.7%		1件 6.3%				
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		1人	0.7%	1人	0.7%	1人	0.7%	1人	0.7%	5人	3.2%	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

出典・参照: KDB システム改変

7) 実施期間及びスケジュール

- 4 月 対象者の選定基準の決定
- 5 月 糖尿病管理台帳のアップデート、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、順次対象者へ介入(通年)
- 6 月～ 糖尿病管理台帳のうち、前年度健診受診無かつレセプトにて糖の内服がない方へ介入
- 6 月～ 医療受診勧奨実施者へ受診状況確認、未受診者への再受診勧奨実施(月 1 回)

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(中城村)



2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

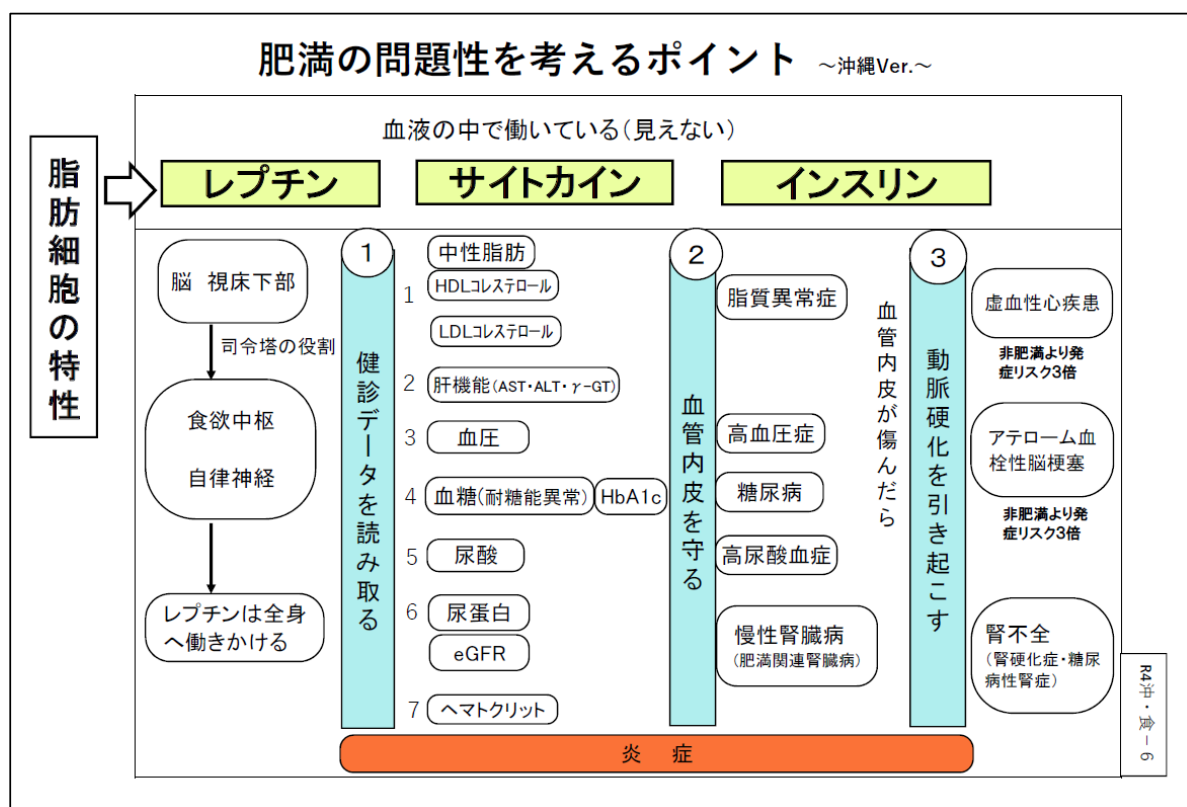
1) 基本的な考え方

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あります。

「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		525	835	201	313	153	253	40	52	8	6	0	2
				38.3%	37.5%	29.1%	30.3%	7.6%	6.2%	1.5%	0.7%	0.0%	0.2%
再掲	男性	279	435	132	176	105	148	23	26	4	2	0	0
				47.3%	40.5%	37.6%	34.0%	8.2%	6.0%	1.4%	0.5%	0.0%	0.0%
	女性	246	400	69	137	48	105	17	26	4	4	0	2
				28.0%	34.3%	19.5%	26.3%	6.9%	6.5%	1.6%	1.0%	0.0%	0.5%

出典・参照：特定健診等データ管理システム

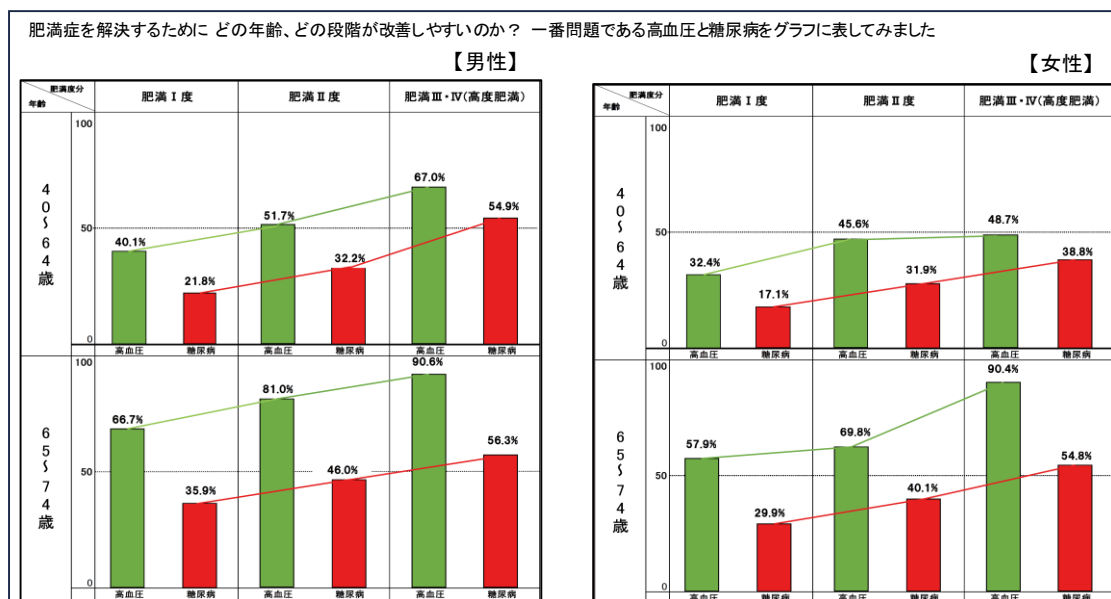
(2) 優先順位をつけます。

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。

肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることから、未だ両疾患の発症が 50%に満たない肥満Ⅰ度で、若い年代(40～64 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？



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。

「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 3 度・4 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医療者が連携してフォローアップを行う必要があるとされており、「日常生活」で困っている住民の声からも深刻であることがわかります。(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)

肥満度 BMI		I 度 25～29.9	II 度 30～34.9	III 度 35～39.9	IV 度 40～
生活	食事	- 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はいり食欲が抑えられない	- 食べ始めたら止まらない - ストレスを感じると食べる - お腹すいてなくても食べたくない - 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		太っているから腸の痙攣もおこるよ	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	原意を感じて夜中に 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年間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 - 階段を上がるとき息切れする - 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 - 階段を下るとき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わっている - 運動すると数日だるくなる - 身体が動かしぶらい		- 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年前から動悸あり、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ッと	- 動悸がする - 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 - 心臓の圧迫感息苦しさで10年前狭心症カテーテル今も段差上がったとき苦しくなる - 心臓、週に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 - よく体調をくずす
	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いる - 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)

③ 心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

図表 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								介 護		
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患						
			脳出血	脳梗塞	狭心症	急性 心筋梗塞	高血圧	糖尿病	脂質 異常症	高尿酸 血症			
1	男	60代		●	●		●		●			メタボ	
2	男	60代	●		●		●		●	●		メタボ	死亡
3	男	50代	●				●	●	●		要介護2	メタボ	
4	男	50代		●		●	●	●	●	●		メタボ	
5	男	40代		●		●	●	●	●	●		メタボ	

1) 対象者の明確化

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	714	81	107	289	237	646	65	86	274	221
メタボ該当者		B	265	15	39	115	96	84	3	9	36	36
		B/A	37.1%	18.5%	36.4%	39.8%	40.5%	13.0%	4.6%	10.5%	13.1%	16.3%
再掲	① 3項目全て	C	85	1	11	43	30	37	1	3	16	17
		C/B	32.1%	6.7%	28.2%	37.4%	31.3%	44.0%	33.3%	33.3%	44.4%	47.2%
	② 血糖＋血圧	D	27	1	4	14	8	13	0	2	3	8
		D/B	10.2%	6.7%	10.3%	12.2%	8.3%	15.5%	0.0%	22.2%	8.3%	22.2%
	③ 血圧＋脂質	E	137	12	21	53	51	33	2	4	16	11
		E/B	51.7%	80.0%	53.8%	46.1%	53.1%	39.3%	66.7%	44.4%	44.4%	30.6%
	④ 血糖＋脂質	F	16	1	3	5	7	1	0	0	1	0
		F/B	6.0%	6.7%	7.7%	4.3%	7.3%	1.2%	0.0%	0.0%	2.8%	0.0%

出典・参照：KDB システム改変 様式（5-3）

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					
				あり		なし					あり		なし			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合		
総数	714	265	37.1%	202	76.2%	63	23.8%	646	84	13.0%	74	88.1%	10	11.9%		
40代	81	15	18.5%	6	40.0%	9	60.0%	65	3	4.6%	2	66.7%	1	33.3%		
50代	107	39	36.4%	21	53.8%	18	46.2%	86	9	10.5%	9	100.0%	0	0.0%		
60代	289	115	39.8%	93	80.9%	22	19.1%	274	36	13.1%	30	83.3%	6	16.7%		
70～74歳	237	96	40.5%	82	85.4%	14	14.6%	221	36	16.3%	33	91.7%	3	8.3%		

出典・参照：特定健診等データ管理システム

年代別のメタボリックシンドローム該当者は、男性で 50 代 36.4%、60 代 39.8%、70 代 40.5%、と高いことから、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)

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況は、男性 76.2%、女性 88.1%と高い割合で治療中となっています。年代別で見ると、メタボリックシンドローム該当者および治療者は年齢とともに増加していることから、治療だけでは解決できないことがわかります。(図表 64)

また、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)

(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。
- ① 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。
- ② 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

対象者の経年表や支援記録にて、経過を把握します。

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

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

(2) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001 年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。

中城村においても沖縄県2号繰入金保健事業を活用して、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負荷心電図(心臓の状態を詳しく見る検査)
- ③尿中微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ④75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

(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。

令和4年度、中城村においては心電図検査を174人(12.9%)に実施し、そのうち有所見者が70人(40.2%)でした。所見の中でもST-T変化が24人(34.3%)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7人(10.0%)で、その後の受診状況をみると4人(57.1%)は未受診でした。(図表68)。

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		所見	心電図検査				所見内訳															
							ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
			実施者数 A		有所見者数 B	有所見率 B/A	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
内 訳	40～74歳	174	12.9	70	40.2	9	12.9	24	34.3	1	1.4	5	7.1	7	10.0	13	18.6	1	1.4	10	14.3	
	男性	102	14.4	44	43.1	5	11.4	13	29.5	1	2.3	2	4.5	6	13.6	10	22.7	1	2.3	5	11.4	
	女性	72	11.1	26	36.1	4	15.4	11	42.3	0	0.0	3	11.5	1	3.8	3	11.5	0	0.0	5	19.2	

中城村調べ

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)		医療機関受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	70		7	10.0	3	42.9	4	57.1
男性	44	62.9	6	13.6	2	33.3	4	66.7
女性	26	37.1	1	3.8	1	100.0	0	0.0

※ 要精査は要医療を含む。心房細動以外の所見

中城村調べ

② 心電図以外からの把握

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

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又はLDLコレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表69・70)

A: メタボタイプ(図表63・64参照)

B: LDLコレステロールタイプ

若い人の心臓、全身から見た様子
心臓の横断断面と全身の血管の断面

分岐点	直径が1/2 (正常) 1/2以下 (狭窄)	直径が1/2 (正常) 1/2以下 (狭窄)	直径が1/2 (正常) 1/2以下 (狭窄)
分岐点	2倍	3倍	2倍
分岐点	1倍	1倍	1倍

心臓血管病をおこしやすいひと①

遺伝>脂肪摂取

高LDL-コレ型

心筋梗塞全体の20-25%

高LDLコレステロール血症

過食・運動不足

内臓型肥満

メタボリック症候群・境界型

糖尿病

高中性脂肪・低HDL型

心筋梗塞全体の50-70%

境界型 30-50%

メタボ 50-70%

糖尿病 20-25%

加齢

血管病 (心筋梗塞・脳梗塞*)

喫煙

高血圧症

*アテローム血栓性脳梗塞

島袋充生：日本内科学会誌、2006

平成27年・第10回

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

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

(参考)
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL				健診結果 (LDL-C)				(再掲) LDL160以上の年代別				
				622	120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70～74歳
					257	207	102	56	16	35	68	39
				41.3%	33.3%	16.4%	9.0%	10.1%	22.2%	43.0%	24.7%	
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)	97	46	31	13	7	5	15	0	0	
			15.6%	17.9%	15.0%	12.7%	12.5%	31.3%	42.9%	0.0%	0.0%	
	中リスク	140未満 (170未満)	246	103	81	37	25	6	8	35	13	
			39.5%	40.1%	39.1%	36.3%	44.6%	37.5%	22.9%	51.5%	33.3%	
	高リスク	120未満 (150未満)	250	97	89	43	21	4	9	29	22	
			40.2%	37.7%	43.0%	42.2%	37.5%	25.0%	25.7%	42.6%	56.4%	
		再掲	100未満 (130未満) ※1	25	10	7	5	3	0	2	4	2
				4.0%	3.9%	3.4%	4.9%	5.4%	0.0%	5.7%	5.9%	5.1%
	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)	29	11	6	9	3	1	3	4	4
				4.7%	4.3%	2.9%	8.8%	5.4%	6.3%	8.6%	5.9%	10.3%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病＋喫煙ありの場合に考慮

※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(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、二次健診として検討していく必要があります。

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))

冠動脈CT(冠動脈石灰化)

②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)、
心臓足首血管指数(CAVI)、血管内皮機能(FMD)

(3) 対象者の管理

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

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、介護部局である福祉課や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。実施時に KDB 等の情報を活用します。また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていきます。

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

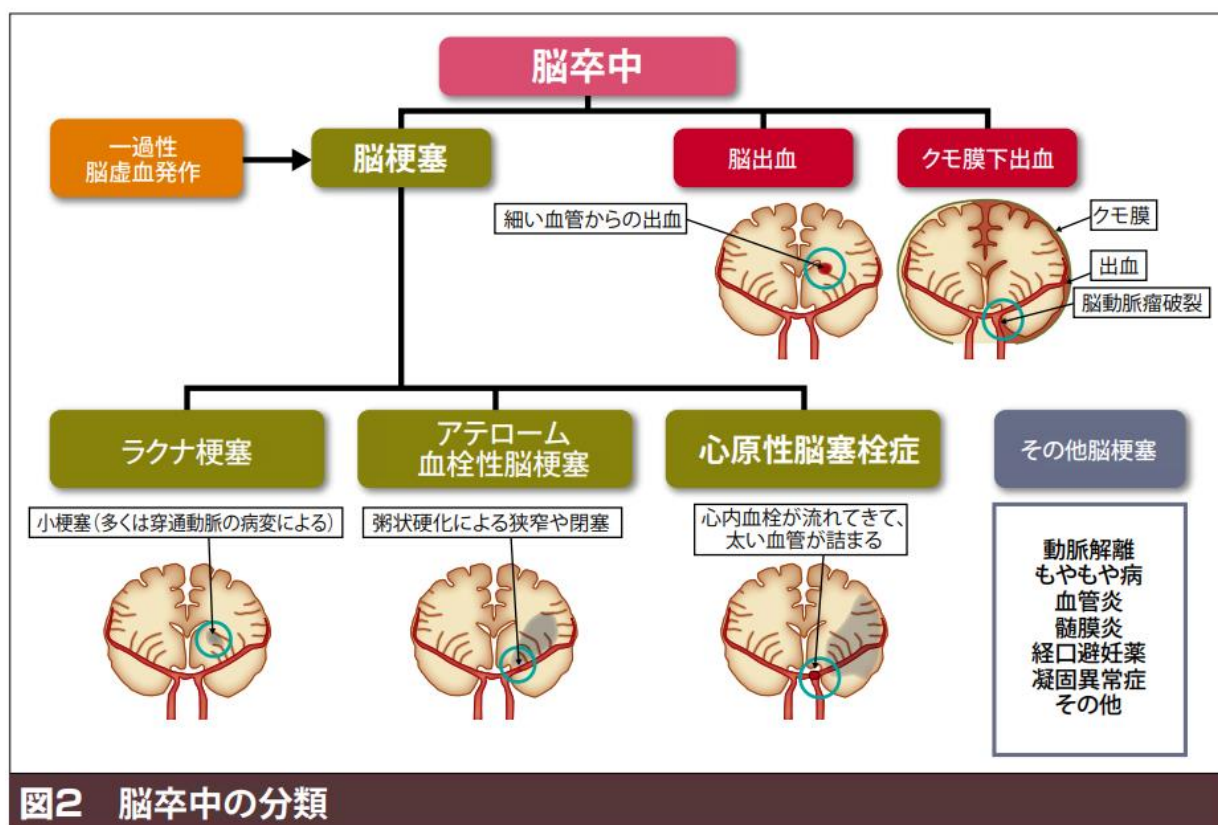
5 月～特定健診結果が届き次第順次、対象者へ介入(通年)

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)でみると、高血圧治療者 1,353 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 160 人(11.8%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 87 人であり、そのうち 48 人は未治療者です。

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。

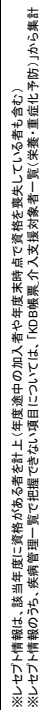
また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 39 人いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

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 96 人(7.1%)しか実施していない状況です。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、419 人(30.8%・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。

令和04年度

令和04年度



69

(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の危険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 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

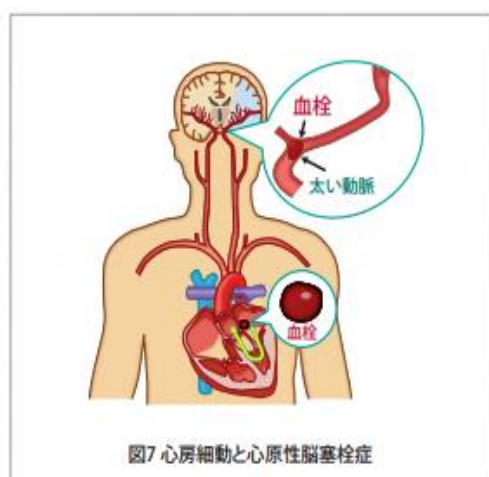
保健指導対象者の明確化と優先順位の決定		(参考)高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会			
		p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子	p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管リスク層別化	p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画	
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化					
特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)					
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高値血圧	I 度高血圧	II 度高血圧	III 度高血圧
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
	434	218 50.2%	168 38.7%	38 8.8%	10 2.3%
リスク第1層 予後影響因子がない	24 5.5%	C 14 6.4%	B 7 4.2%	B 2 5.3%	A 1 10.0%
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	250 57.6%	C 127 58.3%	B 100 59.5%	A 19 50.0%	A 4 40.0%
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	160 36.9%	B 77 35.3%	A 61 36.3%	A 17 44.7%	A 5 50.0%

※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 $\geq$ 140、中性脂肪 $\geq$ 150(随時の場合は $\geq$ 175)、non-HDL $\geq$ 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 $\geq$ 126、HbA1c $\geq$ 6.5、随時血糖 $\geq$ 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

(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。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

(脳卒中予防の提言より引用)

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	706	648	101	14.3%	72	11.1%	1	1.0%	0	0.0%	--	--
40代	77	62	9	11.7%	4	6.5%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	104	86	20	19.2%	10	11.6%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	277	265	42	15.2%	25	9.4%	0	0.0%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	248	235	31	12.5%	34	14.5%	1	0.0%	0	0.0%	3.4%	1.1%

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

出典・参照：特定健診等データ管理システム

図表 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	%
1	0	0	1	100

R4 中城村調べ

令和4年度は心電図検査において1人が心房細動の所見がありました。(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、そのような対象者を早期発見・早期介入するために、令和6年度より集団健診では心電図検査を全数実施します。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))

冠動脈CT(冠動脈石灰化)

②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)

心臓足首血管指数(CAVI)、血管内皮機能(FMD)

(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

心房細動有所見者には、保健指導を実施し、医療へつなげます。また、年度内に確実に受診状況を確認し、データの集計に努めます。

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、介護部局である福祉課と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。実施時は KDB 等の情報を活用します。また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていきます。

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5 月～特定健診結果が届き次第順次、対象者へ介入(通年)

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

中城村は、令和 5 年度より沖縄県後期高齢者医療広域連合から、中城村が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和 6 年度以降も引き続き事業を行っていきます。(図表 78)

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 地域を担当する保健師を配置

高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75 歳を過ぎても支援が途切れないよう国保加入時のデータや支援記録を確認し、継続して重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための介護予防教室など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 78 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。

中城村においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見ていくことが必要であります。(図表 79)

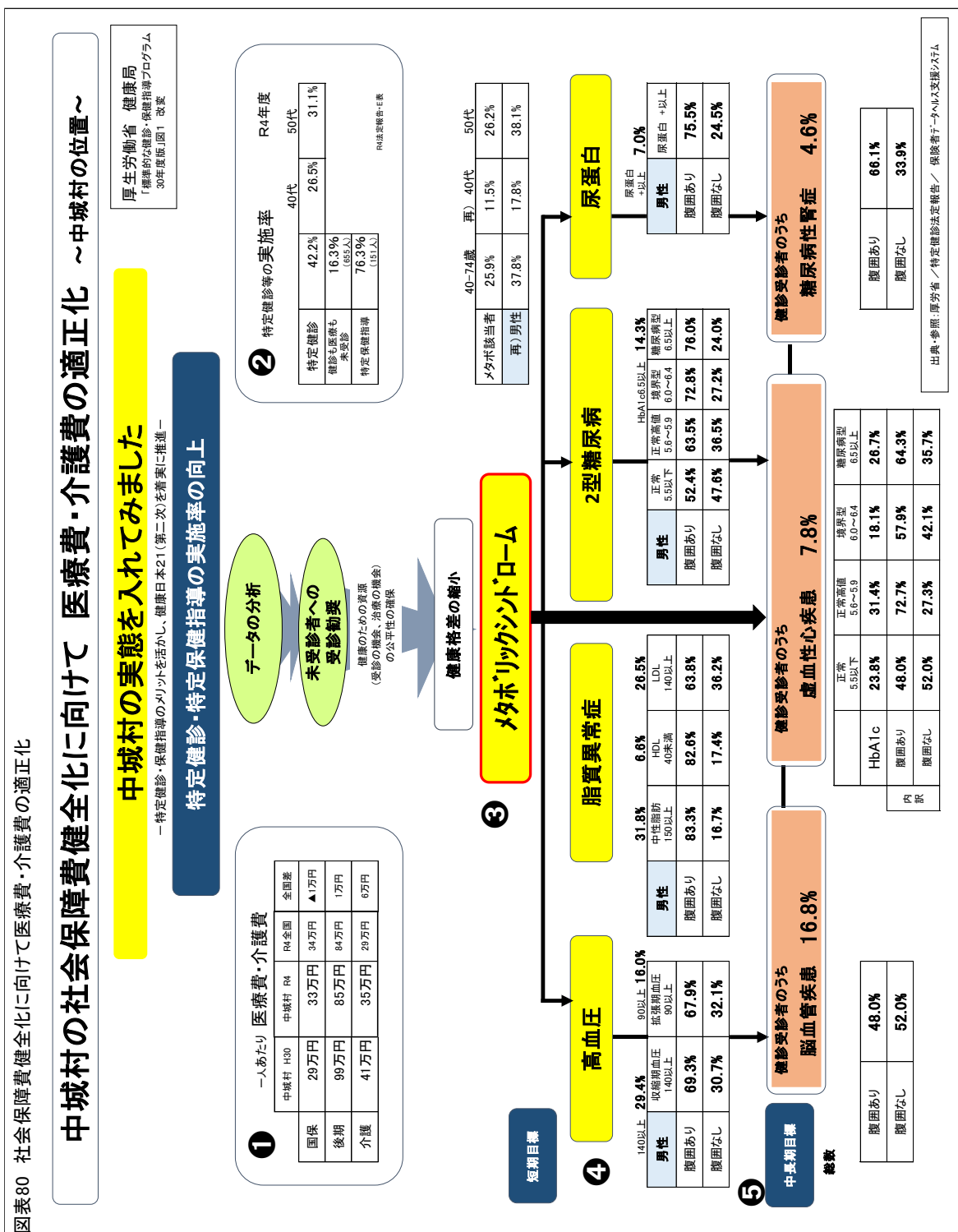
図表 79 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

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

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实態と社会環境等について広く住民へ周知していきます。

(図表 80, 81)



図表 81 統計からみえる沖縄県の食（例示）

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

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

また、計画の最終年度の令和11年度においては、次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・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行います。

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・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要です。

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取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中城村の位置
- 参考資料2 中城村の健診・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

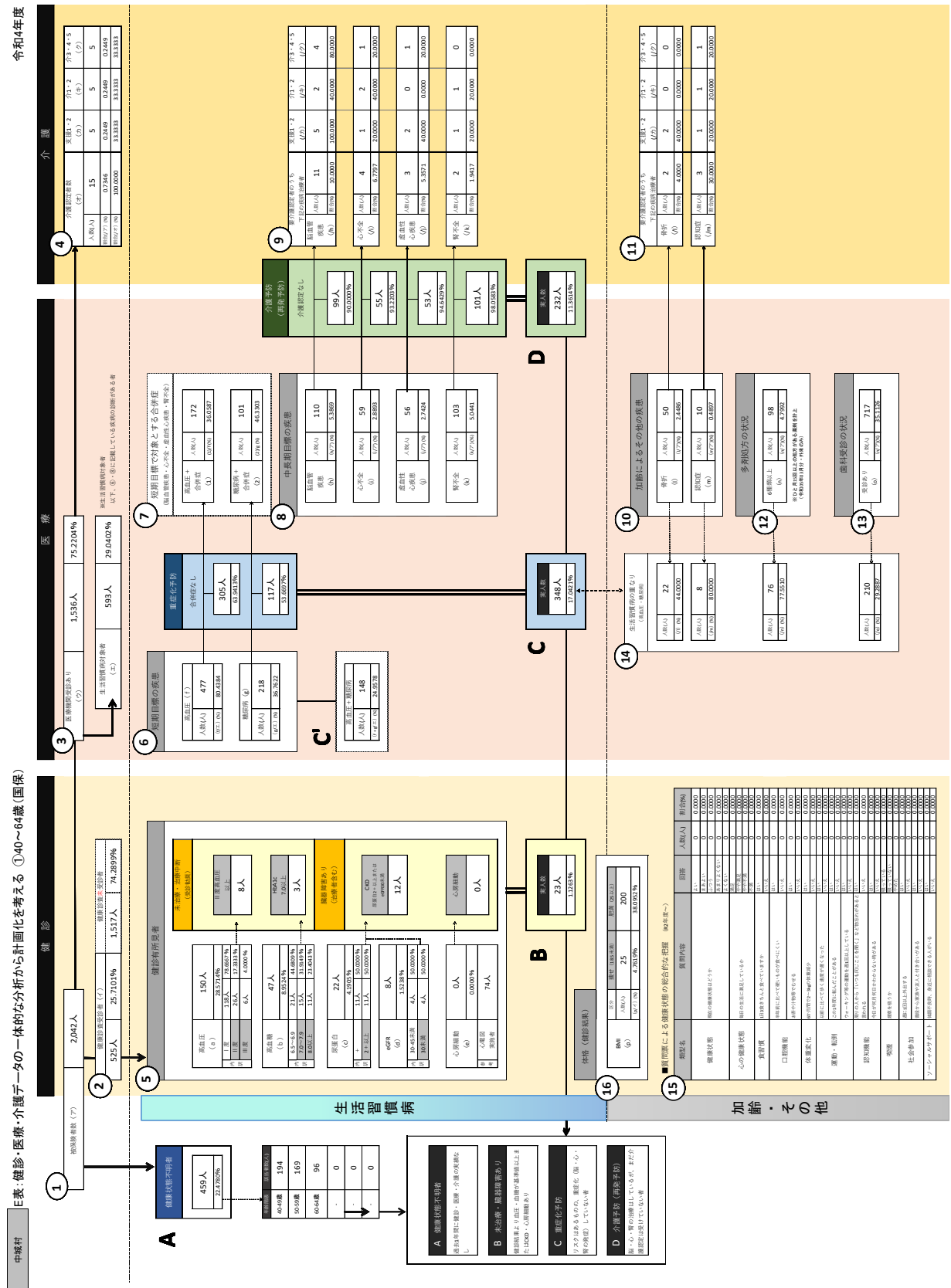
参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた中城村の位置

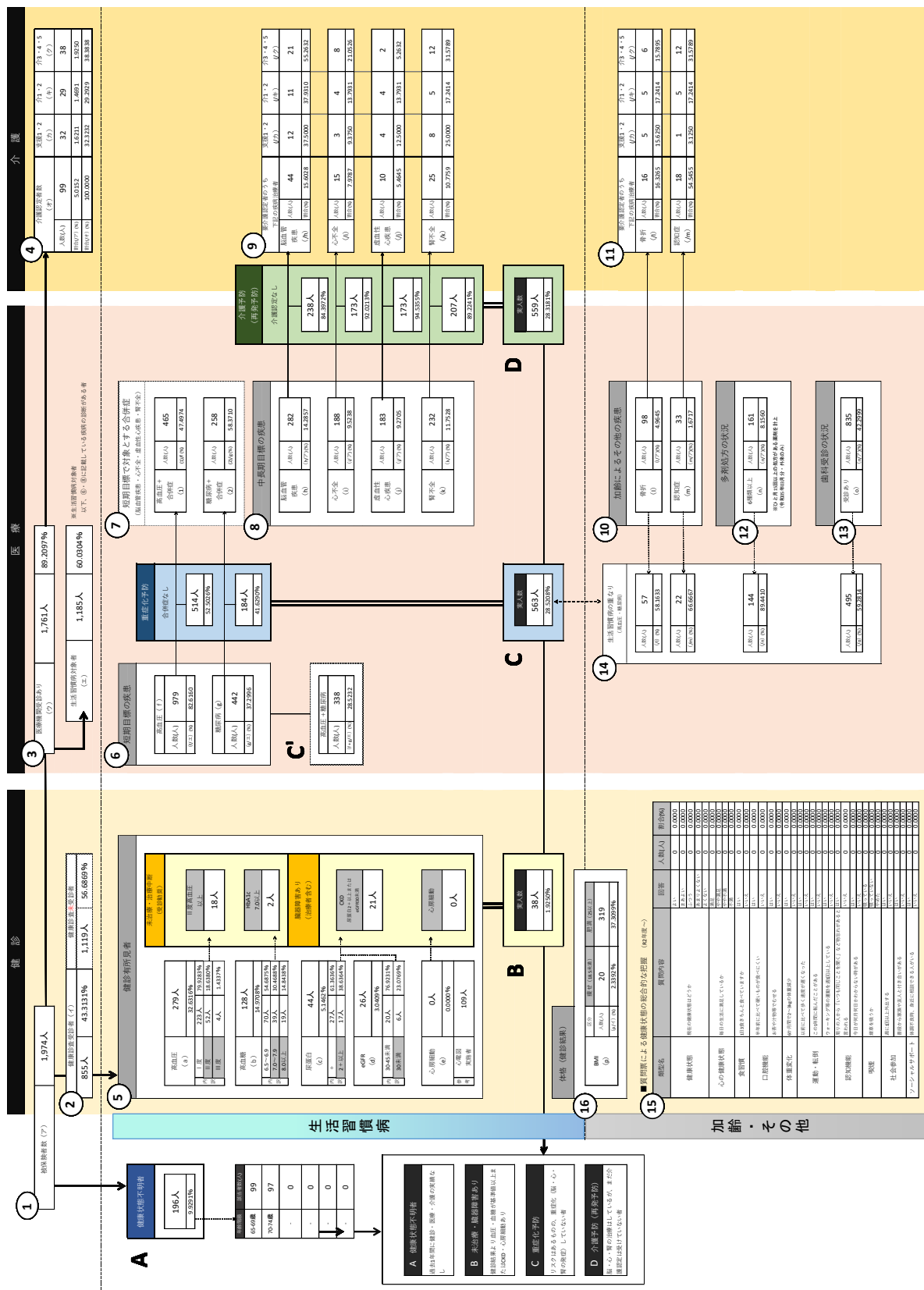
項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	人口構成	総人口	20,999		4,284,839		1,439,108		123,214,261		KDB NO.5 人口の状況 KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
			65歳以上(高齢化率)	4,113	19.6	1,245,056	29.1	324,708	22.6	35,335,805	28.7			
			75歳以上	1,985	9.5	—	—	155,559	10.8	18,248,742	14.8			
			65～74歳	2,128	10.1	—	—	169,149	11.8	17,087,063	13.9			
			40～64歳	6,652	31.7	—	—	472,258	32.8	41,545,893	33.7			
		39歳以下	10,234	48.7	—	—	642,142	44.6	46,332,563	37.6				
	②	産業構成	第1次産業	3.4		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	18.9		28.7		15.1		25.0				
			第3次産業	77.7		66.0		80.0		71.0				
	③	平均寿命	男性	80.7		80.8		80.3		80.8		KDB NO.1 地域全体像の把握		
女性			88.8		87.1		87.5		87.0					
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性	78.9		80.4		79.3		80.1		KDB NO.1 地域全体像の把握			
		女性	84.8		84.5		84.2		84.4					
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	92.8		98.7		99.3		100		KDB NO.1 地域全体像の把握	
				女性	75.7		99.7		90.5		100			
			死因	がん	41	47.1	12,696	50.6	3,274	49.7	378,272	50.6		
				心臓病	30	34.5	6,874	27.4	1,669	25.3	205,485	27.5		
				脳疾患	5	5.7	3,420	13.6	978	14.8	102,900	13.8		
				糖尿病	5	5.7	485	1.9	193	2.9	13,896	1.9		
				腎不全	5	5.7	926	3.7	272	4.1	26,946	3.6		
				自殺	1	1.1	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	31	16.8			1,926	14.2	125,187	8.7	厚労省HP 人口動態調査 (R3)		
			男性	22	22.7			1,331	18.3	82,832	11.2			
			女性	9	10.3			595	9.4	42,355	6.0			
	3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)	812	19.9	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	8	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	1,950	10.4	712,630	13.9	177,194	11.6	21,785,044		12.9
					要介護1.2	7,389	39.4	2,355,997	45.9	546,973	35.9	78,107,378		46.3
					要介護3以上	9,407	50.2	2,064,273	40.2	799,361	52.5	68,963,503		40.8
2号認定者				25	0.38	5,015	0.35	2,135	0.45	156,107	0.38			
②		有病状況	糖尿病	115	14.1	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	312	36.4	117,224	52.9	28,893	43.8	3,744,672	53.3			
			脂質異常症	217	24.8	70,399	31.5	17,395	26.0	2,308,216	32.6			
			心臓病	351	41.1	132,327	59.8	31,994	48.6	4,224,628	60.3			
			脳疾患	156	17.0	50,122	22.9	14,271	21.9	1,568,292	22.6			
			がん	72	8.3	24,937	11.1	5,539	8.2	837,410	11.8			
			筋・骨格	338	38.1	116,014	52.5	29,667	44.9	3,748,372	53.4			
			精神	237	27.2	80,119	36.4	20,229	31.0	2,569,149	36.8			
③		介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	354,791	1,459,253,852	259,723	323,370,248,294	324,737	105,444,836,581	290,668	10,074,274,226,889	KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
			1件当たり給付費(全体)	77,843		63,000		69,211		59,662				
			居宅サービス	51,849		41,449		51,518		41,272				
			施設サービス	301,868		292,001		301,929		296,364				
④	医療費等	要介護認定別	認定あり	11,293	8,999		11,002		8,610	KDB NO.1 地域全体像の把握				
		医療費(40歳以上)	認定なし	4,682	4,040		4,796		4,020					
4	①	国保の状況	被保険者数	5,194		882,802		388,055		27,488,882		KDB NO.1 地域全体像の把握 KDB NO.5 被保険者の状況		
			65～74歳	1,669	32.1			119,076	30.7	11,129,271	40.5			
			40～64歳	1,743	33.6			134,131	34.6	9,088,015	33.1			
			39歳以下	1,782	34.3			134,848	34.7	7,271,596	26.5			
		加入率	24.7		20.6		27.0		22.3					
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	2	0.4	265	0.3	90	0.2	8,237	0.3	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		
			診療所数	9	1.7	2,753	3.1	890	2.3	102,599	3.7			
			病床数	370	71.2	49,546	56.1	18,602	47.9	1,507,471	54.8			
			医師数	107	20.6	9,765	11.1	3,887	10.0	339,611	12.4			
			外来患者数	557.5		716.1		541.1		687.8				
			入院患者数	21.4		19.2		19.0		17.7				
	③	医療費の状況	一人当たり医療費	328,539	県内22位 同規模117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	578.993		735.303		560.174		705.439				
			外 来	費用の割合	49.9	59.6		53.6		60.4				
				件数の割合	96.3		97.4		96.6		97.5			
			入 院	費用の割合	50.1	40.4		46.4		39.6				
				件数の割合	3.7		2.6		3.4		2.5			
1件あたり在院日数			16.9日		16.0日		17.1日		15.7日					

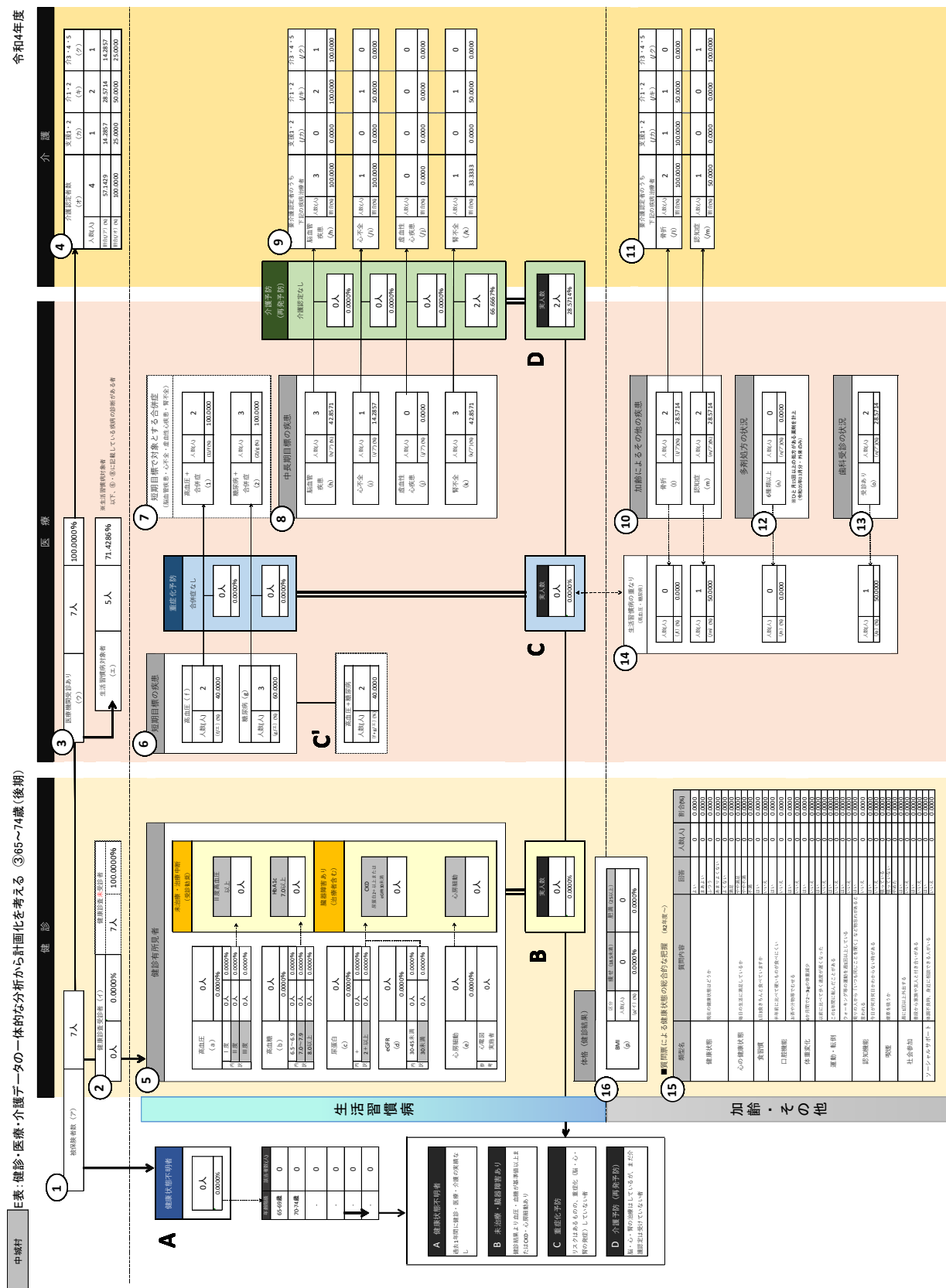
項目			保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)				
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合					
4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (請割合む)	がん	222,079,570	27.8		31.9		25.9		32.2	KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題			
			慢性腎不全(透析あり)	74,486,720	9.3		8.0		12.0		8.2				
			糖尿病	65,884,600	8.2		11.0		8.3		10.4				
			高血圧症	35,795,330	4.5		6.1		4.8		5.9				
			脂質異常症	24,141,920	3.0		4.2		2.8		4.1				
			脳梗塞・脳出血	31,087,120	3.9		3.8		4.9		3.9				
			狭心症・心筋梗塞	29,861,290	3.7		2.9		3.3		2.8				
			精神	191,798,330	24.0		14.6		20.9		14.7				
			筋・骨格	113,962,270	14.3		16.6		16.0		16.7				
	⑤	医療費分析 一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	135	0.1	335	0.2	334	0.2	277	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費分析(中分類)		
糖尿病				1,122	0.7	1,400	1.0	1,000	0.7	1,258	0.9				
脂質異常症				111	0.1	80	0.1	81	0.1	69	0.1				
脳梗塞・脳出血				9,293	5.6	6,830	4.7	7,345	5.0	6,319	4.7				
虚血性心疾患				4,906	3.0	4,853	3.3	4,449	3.0	4,275	3.2				
腎不全				4,459	2.7	4,418	3.0	5,569	3.8	4,190	3.1				
医療費分析 一人当たり医療費/外来医療費に占める割合		外来	高血圧症	6,326	3.9	12,336	5.7	7,362	4.3	10,927	5.3				
			糖尿病	12,142	7.4	21,177	9.8	12,694	7.4	18,307	8.9				
			脂質異常症	5,012	3.1	9,079	4.2	4,791	2.8	8,075	3.9				
			脳梗塞・脳出血	495	0.3	1,007	0.5	692	0.4	886	0.4				
			虚血性心疾患	1,380	0.8	2,065	1.0	1,464	0.9	1,862	0.9				
			腎不全	21,295	13.0	17,771	8.3	21,673	12.7	16,431	8.0				
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	1,604		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	9,592		12,830		11,533		13,295					
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	7,959		7,199		5,718		6,142					
			健診未受診者	47,594		37,856		46,845		40,210					
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	804	63.6	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	732	57.9	132,796	52.3	42,965	55.5	3,543,116	52.0					
		医療機関非受診率	72	5.7	14,167	5.6	3,785	4.9	337,939	5.0					
5	①	特定健診の 状況 県内市町村数 42市町村 同規模市区町村数 147市町村	健診受診者	1,265		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			
	②		受診率	40.7	県内23位 同規模72位	39.9	33.7	全国39位	37.1						
	③		特定保健指導終了者(実施率)	94	46.5	6917	22.9	3,636	32.2	107,925	13.4				
	④		非肥満高血糖	90	7.1	25,560	10.1	5,139	6.6	615,549	9.0				
	⑤		メタボ	該当者	327	25.8	53,050	20.9	20,034	25.9	1,382,506		20.3		
				男性	251	37.7	36,295	32.5	13,894	37.3	965,486		32.0		
				女性	76	12.7	16,755	11.8	6,140	15.3	417,020		11.0		
				予備群	182	14.4	28,583	11.3	11,411	14.7	765,405		11.2		
				男性	133	20.0	19,735	17.7	7,753	20.8	539,738		17.9		
	⑥		メタボ	女性	49	8.2	8,848	6.2	3,658	9.1	225,667		5.9		
				メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	559	44.2	90,064	35.5	35,002		45.2	2,380,778	34.9
						男性	418	62.8	61,736	55.3	23,943		64.2	1,666,592	55.3
						女性	141	23.5	28,328	19.9	11,059		27.6	714,186	18.8
				BMI	総数	68	5.4	12,518	4.9	4,644	6.0		320,038	4.7	
	男性		7		1.1	1,740	1.6	717	1.9	51,248	1.7				
	女性		61		10.2	10,778	7.6	3,927	9.8	268,790	7.1				
	⑬		血糖のみ	7	0.6	1,768	0.7	568	0.7	43,519	0.6				
	⑭		血圧のみ	130	10.3	20,286	8.0	8,389	10.8	539,490	7.9				
	⑮		脂質のみ	45	3.6	6,529	2.6	2,454	3.2	182,396	2.7				
⑯	血糖・血圧	37	2.9	8,213	3.2	2,911	3.8	203,072	3.0						
⑰	血糖・脂質	14	1.1	2,676	1.1	896	1.2	70,267	1.0						
⑱	血圧・脂質	163	12.9	24,455	9.6	9,610	12.4	659,446	9.7						
6	①	服薬 問診の状況	高血圧	475	37.5	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	146	11.5	23,753	9.4	8,123	10.5	589,470	8.7				
			脂質異常症	335	26.5	72,193	28.4	20,477	26.5	1,899,637	27.9				
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	27	2.4	7,705	3.2	2,472	3.4	207,385	3.1				
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	78	7.0	14,425	5.9	4,890	6.8	365,407	5.5				
②	既往歴	腎不全	4	0.4	2,051	0.8	534	0.7	53,898	0.8					
		貧血	63	5.5	25,474	10.4	5,769	7.9	702,088	10.7					
6	③	生活習慣の 状況	喫煙	185	14.6	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	96	15.1	20,314	8.7	10,654	18.1	642,886	10.4				
			週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
			週3回以上就寝前夕食(～H30)	139	21.8	33,881	14.3	13,687	23.2	976,348	15.7				
			週3回以上就寝前夕食	139	21.8	33,881	14.3	13,687	23.2	976,348	15.7				
			食べる速度が速い	228	35.6	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	296	46.0	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	352	54.9	139,270	59.6	34,075	57.8	3,749,069	60.4				
			1日1時間以上運動なし	252	39.5	112,424	47.4	26,211	44.3	2,982,100	48.0				
			睡眠不足	192	30.2	60,465	25.6	16,453	28.9	1,587,311	25.6				
			毎日飲酒	151	21.7	56,946	23.6	11,814	19.7	1,658,999	25.5				
			時々飲酒	205	29.5	51,766	21.5	17,885	29.8	1,463,468	22.5				
			⑭	日飲 酒量	1合未満	151	40.7	105,121	65.6	20,349	50.2		2,978,351	64.1	
					1～2合	137	36.9	37,790	23.6	12,112	29.9		1,101,465	23.7	
2～3合	58	15.6			13,792	8.6	5,818	14.4	434,461	9.4					
3合以上	25	6.7			3,561	2.2	2,219	5.5	128,716	2.8					

参考資料2 中城村の健診・医療・介護の一体的な分析

①40～64歳(国保)



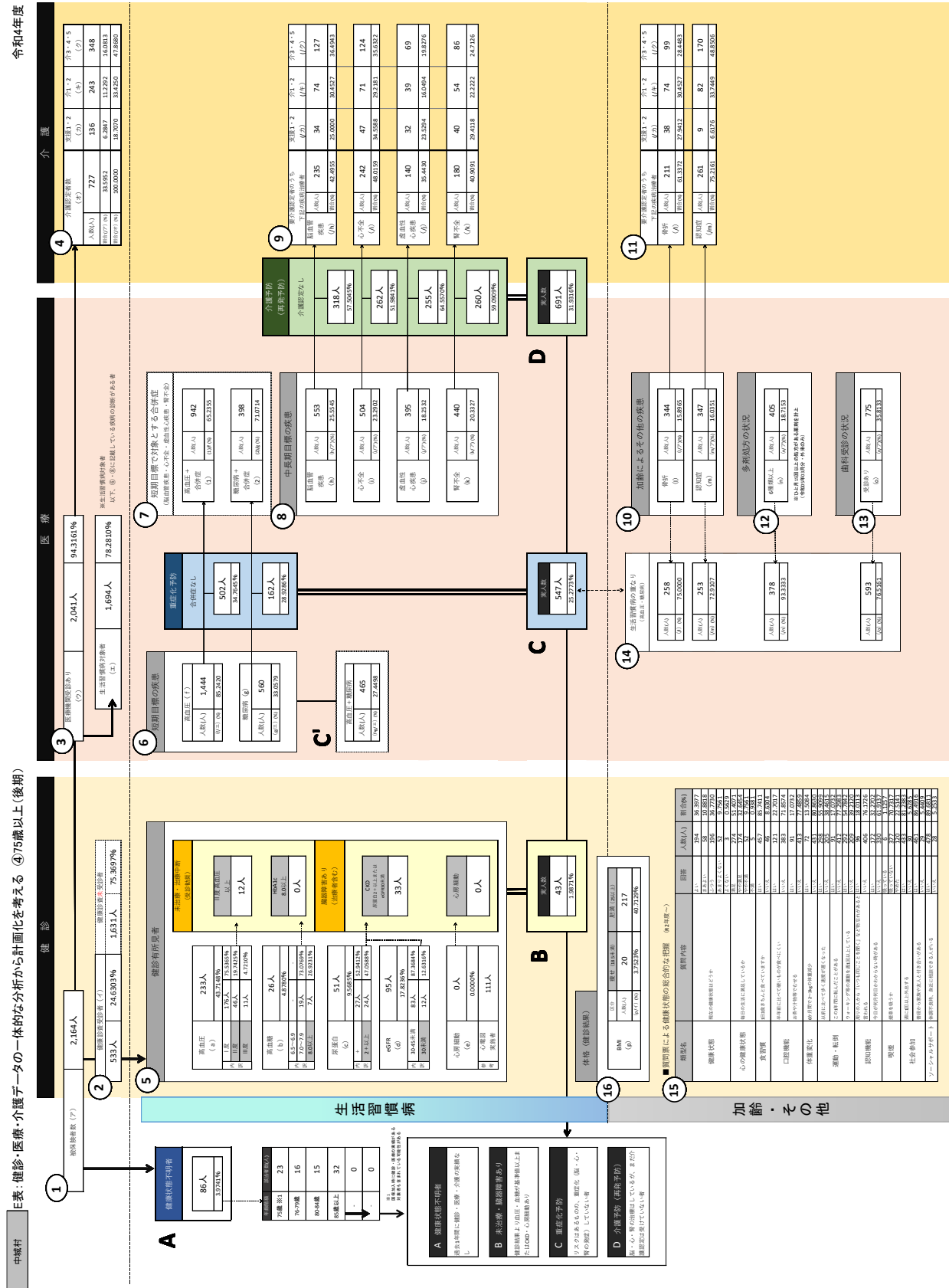




④75 歳以上(後期)

令和4年度

表：健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える ④75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	中城村										同規模保険者(平均)		データ基				
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度						
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合					
1	①	被保険者数	A	5,357人		5,370人		5,337人		5,343人		5,332人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2				
	②	(再掲)40-74歳		3,394人		3,377人		3,445人		3,479人		3,536人								
2	①	対象者数	B	1,244人		1,397人		1,134人		1,210人		1,276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	1,328人		1,487人		1,200人		1,281人		1,360人								
	③	受診率		—		—		—		—		—								
3	①	特定 保健指導 対象者数		246人		247人		191人		209人		198人								
	②	実施率		63.0%		69.2%		71.7%		74.6%		76.3%								
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	154人	11.6%	209人	14.1%	189人	15.8%	208人	16.2%	232人	17.1%			特定健診結果			
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	54人	35.1%	63人	30.1%	66人	34.9%	54人	26.0%	72人	31.0%						
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	100人	64.9%	146人	69.9%	123人	65.1%	154人	74.0%	160人	69.0%						
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	49人	49.0%	78人	53.4%	68人	55.3%	94人	61.0%	96人	60.0%						
	⑤		血圧 130/80以上		32人	65.3%	60人	76.9%	33人	48.5%	50人	53.2%	62人	64.6%						
	⑥		肥満 BMI25以上	K	32人	65.3%	49人	62.8%	44人	64.7%	52人	55.3%	53人	55.2%						
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		51人	51.0%	68人	46.6%	55人	44.7%	60人	39.0%	64人	40.0%						
	⑧		第1期 尿蛋白(ー)	M	106人	68.8%	157人	75.1%	145人	76.7%	157人	75.5%	157人	67.7%						
	⑨		第2期 尿蛋白(±)		16人	10.4%	24人	11.5%	16人	8.5%	28人	13.5%	34人	14.7%						
	⑩		第3期 尿蛋白(+)以上		27人	17.5%	20人	9.6%	22人	11.6%	21人	10.1%	29人	12.5%						
	⑪		第4期 eGFR30未満		3人	1.9%	5人	2.4%	4人	2.1%	2人	1.0%	7人	3.0%						
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		60.5人		60.9人		51.9人		64.2人		62.8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)		92.8人		95.1人		78.7人		96.9人		92.8人							
	③		レセプト件数 (40-74歳) (1月)は被保険者千対		1,803件	(542.7)	1,849件	(546.9)	1,807件	(521.7)	2,031件	(584.0)	2,012件	(589.7)	630,975件	(921.9)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)			
	④		入院外(件数)		7件	(2.1)	10件	(3.0)	2件	(0.6)	7件	(2.0)	7件	(2.1)	2,654件	(3.9)				
	⑤		入院(件数)	H	324人	6.0%	327人	6.1%	277人	5.2%	343人	6.4%	335人	6.3%						
	⑥		糖尿病治療中		315人	9.3%	321人	9.5%	271人	7.9%	337人	9.7%	328人	9.3%						
	⑦		(再掲)40-74歳		215人	68.3%	221人	68.8%	148人	54.6%	183人	54.3%	168人	51.2%						
	⑧		健診未受診者		215人	68.3%	221人	68.8%	148人	54.6%	183人	54.3%	168人	51.2%						
	⑨		インスリン治療	O	27人	8.3%	26人	8.0%	23人	8.3%	32人	9.3%	33人	9.9%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2			
	⑩		(再掲)40-74歳		25人	7.9%	24人	7.5%	20人	7.4%	29人	8.6%	31人	9.5%						
	⑪		糖尿病性腎症	L	57人	17.6%	65人	19.9%	44人	15.9%	46人	13.4%	45人	13.4%						
	⑫		(再掲)40-74歳		56人	17.8%	63人	19.6%	42人	15.5%	45人	13.4%	44人	13.4%						
	⑬		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		9人	2.8%	11人	3.4%	7人	2.5%	7人	2.0%	9人	2.7%						
	⑭		(再掲)40-74歳		9人	2.9%	11人	3.4%	7人	2.6%	7人	2.1%	9人	2.7%						
	⑮		新規透析患者数		2		0		3		3		1							保険者データ管理支援シ ステム>固定帳票>08新 患者集計リスト
	⑯		(再掲)糖尿病性腎症		2		0		2		1		1							
⑰	【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)		13人	3.9%	11人	3.3%	8人	2.8%	8人	2.6%	6人	2.1%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期					
⑱																				
6	①	医療費	総医療費		15億3721万円		16億1965万円		16億0923万円		16億8339万円		17億0643万円		21億6943万円		KDB 健診・医療・介護データか らみる地域の健康課題			
	②		生活習慣病総医療費		7億3505万円		7億7380万円		8億0438万円		8億2862万円		7億9906万円		11億4738万円					
	③		(総医療費に占める割合)		47.8%		47.8%		50.0%		49.2%		46.8%		52.9%					
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり		7,641円		8,133円		7,594円		7,180円		7,959円		7,199円					
	⑤		健診受診者		47,318円		48,626円		55,098円		55,802円		47,594円		37,856円					
	⑥		健診未受診者		5162万円		5653万円		5577万円		6484万円		6588万円		1億2598万円					
	⑦		糖尿病医療費		7.0%		7.3%		6.9%		7.8%		8.2%		11.0%					
	⑧		(生活習慣病総医療費に占める割合)		1億8643万円		1億8774万円		1億7272万円		1億9720万円		1億9643万円							
	⑨		糖尿病入院外総医療費		42,928円		43,640円		42,199円		43,047円		43,144円							
	⑩		1件あたり		1億3629万円		1億2165万円		1億1340万円		1億6081万円		1億5203万円							
	⑪		糖尿病入院総医療費		613,933円		599,259円		637,093円		812,147円		663,866円							
	⑫		1件あたり		17日		16日		18日		16日		17日							
	⑬		在院日数		7630万円		8608万円		8271万円		9098万円		8114万円		9872万円					
	⑭		慢性腎不全医療費		7406万円		8193万円		7673万円		8389万円		7449万円		9197万円					
	⑮		透析有り		224万円		415万円		598万円		709万円		665万円		675万円					
⑯	透析なし																			
7	①	介護	介護給付費		14億0506万円		14億5104万円		14億5376万円		14億5505万円		14億5925万円		21億9980万円					
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		2件 15.4%		1件 7.7%		2件 12.5%		1件 6.7%		1件 6.3%							
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		1人	0.7%	1人	0.7%	1人	0.7%	1人	0.7%	5人	3.2%	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			

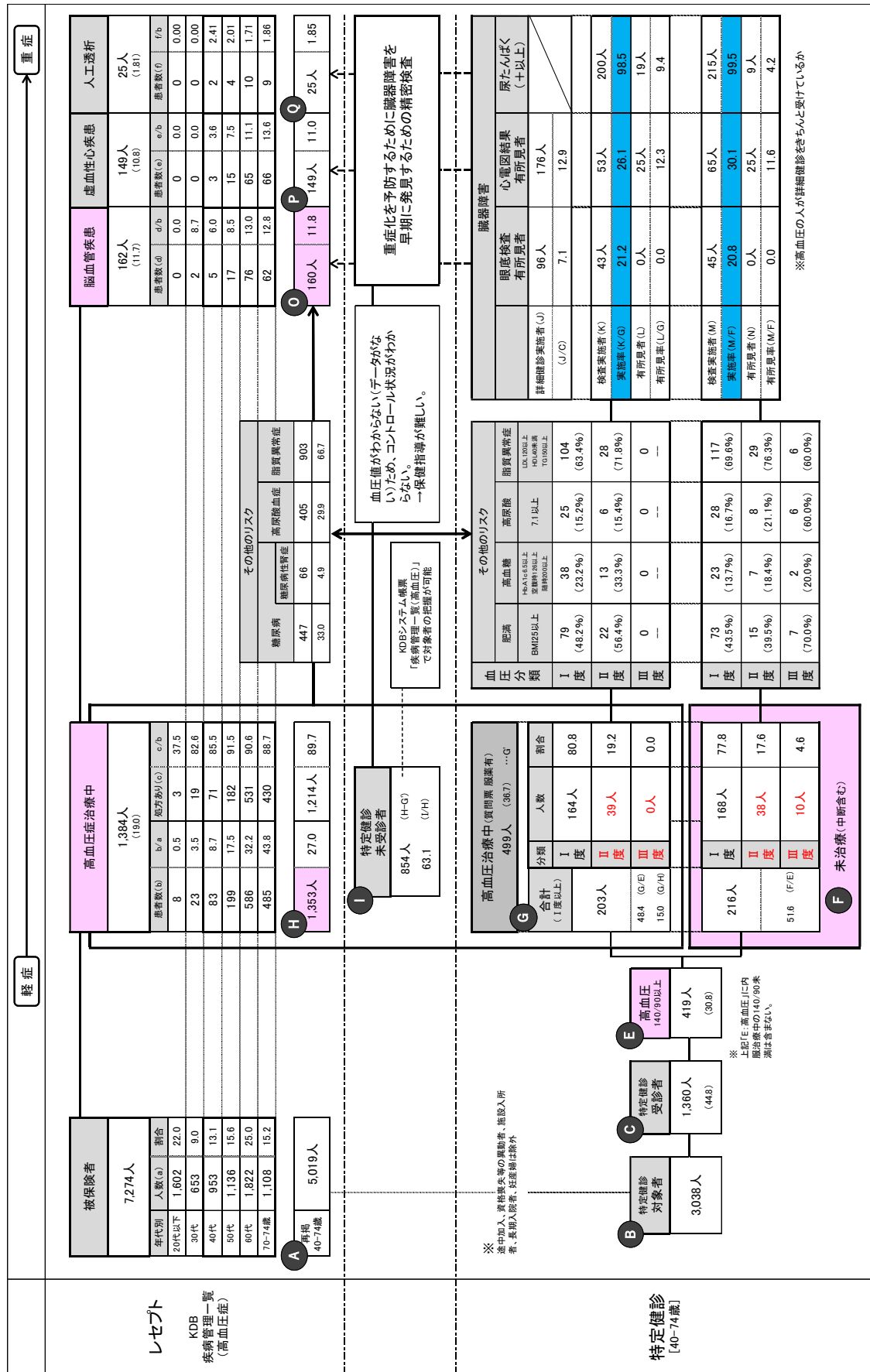
[illegible]

89

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04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



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を基とし(年度途中の加入者や年度末時点での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構築 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

参考資料7 HbA1cの年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病									
								合併症予防の ための目標		最低限度達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる					
		5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5～6.9	7.0～7.9	8.0以上	7.4以上	8.4以上								
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
H29	1,038	476	45.9%	355	34.2%	119	11.5%	52	5.0%	24	2.3%	12	1.2%	24	2.3%	9	0.9%
H30	1,325	609	46.0%	453	34.2%	161	12.2%	44	3.3%	39	2.9%	19	1.4%	39	2.9%	14	1.1%
R01	1,482	532	35.9%	564	38.1%	226	15.2%	80	5.4%	51	3.4%	29	2.0%	46	3.1%	23	1.6%
R02	1,198	455	38.0%	432	36.1%	168	14.0%	66	5.5%	49	4.1%	28	2.3%	50	4.2%	20	1.7%
R03	1,279	488	38.2%	468	36.6%	169	13.2%	63	4.9%	63	4.9%	28	2.2%	55	4.3%	20	1.6%
R04	1,359	514	37.8%	492	36.2%	177	13.0%	90	6.6%	54	4.0%	32	2.4%	59	4.3%	24	1.8%

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上												
					再)7.0以上	再掲											
						未治療	治療										
H29	1,038	476	355	119	88	37	51										
					8.5%	42.0%	58.0%										
					36	15	21										
H30	1,325	609	453	161	102	41	61										
					7.7%	40.2%	59.8%										
					58	19	39										
R01	1,482	532	564	226	160	55	105										
					10.8%	34.4%	65.6%										
					80	17	63										
R02	1,198	455	432	168	143	56	87										
					11.9%	39.2%	60.8%										
					77	27	50										
R03	1,279	488	468	169	154	43	111										
					12.0%	27.9%	72.1%										
					91	19	72										
R04	1,359	514	492	177	176	60	116										
					13.0%	34.1%	65.9%										
					86	18	68										

治療と未治療の状況

		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																					
												合併症予防の ための目標				最低限度達成が 望ましい目標						合併症の危険が 更に大きくなる											
						5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上													
						人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合										
A		B		B/A		C		C/A		D		D/A		E		E/A		F		F/A		G		G/A		H		H/A		I		I/A	
治療中	H29	78	7.5%	1	1.3%	10	12.8%	16	20.5%	30	38.5%	15	19.2%	6	7.7%	15	19.2%	4	5.1%														
	H30	100	7.5%	1	1.0%	10	10.0%	28	28.0%	22	22.0%	27	27.0%	12	12.0%	27	27.0%	7	7.0%														
	R01	145	9.8%	3	2.1%	5	3.4%	32	22.1%	42	29.0%	40	27.6%	23	15.9%	38	26.2%	18	12.4%														
	R02	123	10.3%	3	2.4%	10	8.1%	23	18.7%	37	30.1%	33	26.8%	17	13.8%	33	26.8%	11	8.9%														
	R03	154	12.0%	3	1.9%	8	5.2%	32	20.8%	39	25.3%	55	35.7%	17	11.0%	40	26.0%	10	6.5%														
	R04	160	11.8%	3	1.9%	13	8.1%	28	17.5%	48	30.0%	43	26.9%	25	15.6%	46	28.8%	17	10.6%														
治療なし	H29	960	92.5%	475	49.5%	345	35.9%	103	10.7%	22	2.3%	9	0.9%	6	0.6%	9	0.9%	5	0.5%														
	H30	1,225	92.5%	608	49.6%	443	36.2%	133	10.9%	22	1.8%	12	1.0%	7	0.6%	12	1.0%	7	0.6%														
	R01	1,337	90.2%	529	39.6%	559	41.8%	194	14.5%	38	2.8%	11	0.8%	6	0.4%	8	0.6%	5	0.4%														
	R02	1,075	89.7%	452	42.0%	422	39.3%	145	13.5%	29	2.7%	16	1.5%	11	1.0%	17	1.6%	9	0.8%														
	R03	1,125	88.0%	485	43.1%	460	40.9%	137	12.2%	24	2.1%	8	0.7%	11	1.0%	15	1.3%	10	0.9%														
	R04	1,199	88.2%	511	42.6%	479	39.9%	149	12.4%	42	3.5%	11	0.9%	7	0.6%	13	1.1%	7	0.6%														

出典・参照：特定健診等データ管理システム

参考資料8 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H29	1,038	336	32.4%	175	16.9%	263	25.3%	231	22.3%	25	2.4%	8	0.8%
H30	1,328	346	26.1%	235	17.7%	351	26.4%	324	24.4%	63	4.7%	9	0.7%
R01	1,487	393	26.4%	243	16.3%	410	27.6%	370	24.9%	61	4.1%	10	0.7%
R02	1,200	286	23.8%	199	16.6%	340	28.3%	309	25.8%	60	5.0%	6	0.5%
R03	1,281	293	22.9%	241	18.8%	336	26.2%	347	27.1%	58	4.5%	6	0.5%
R04	1,360	336	24.7%	228	16.8%	377	27.7%	332	24.4%	77	5.7%	10	0.7%

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	未治療	治療						
H29	1,038	511 49.2%	263 25.3%	231 22.3%	33 3.2%	19 57.6%	14 42.4%						
					8 0.8%	3 37.5%	5 62.5%	0.8%					
H30	1,328	581 43.8%	351 26.4%	324 24.4%	72 5.4%	42 58.3%	30 41.7%						
					9 0.7%	7 77.8%	2 22.2%	0.7%					
R01	1,487	636 42.8%	410 27.6%	370 24.9%	71 4.8%	35 49.3%	36 50.7%						
					10 0.7%	7 70.0%	3 30.0%	0.7%					
R02	1,200	485 40.4%	340 28.3%	309 25.8%	66 5.5%	30 45.5%	36 54.5%						
					6 0.5%	2 33.3%	4 66.7%	0.5%					
R03	1,281	534 41.7%	336 26.2%	347 27.1%	64 5.0%	37 57.8%	27 42.2%						
					6 0.5%	2 33.3%	4 66.7%	0.5%					
R04	1,360	564 41.5%	377 27.7%	332 24.4%	87 6.4%	48 55.2%	39 44.8%						
					10 0.7%	10 100.0%	0 0.0%	0.7%					

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	328	31.6%	55	16.8%	54	16.5%	98	29.9%	107	32.6%	9	2.7%
	H30	456	34.3%	67	14.7%	70	15.4%	128	28.1%	161	35.3%	28	6.1%
	R01	501	33.7%	58	11.6%	66	13.2%	177	35.3%	164	32.7%	33	6.6%
	R02	445	37.1%	43	9.7%	69	15.5%	148	33.3%	149	33.5%	32	7.2%
	R03	461	36.0%	45	9.8%	95	20.6%	127	27.5%	167	36.2%	23	5.0%
	R04	499	36.7%	56	11.2%	81	16.2%	159	31.9%	164	32.9%	39	7.8%
治療なし	H29	710	68.4%	281	39.6%	121	17.0%	165	23.2%	124	17.5%	16	2.3%
	H30	872	65.7%	279	32.0%	165	18.9%	223	25.6%	163	18.7%	35	4.0%
	R01	986	66.3%	335	34.0%	177	18.0%	233	23.6%	206	20.9%	28	2.8%
	R02	755	62.9%	243	32.2%	130	17.2%	192	25.4%	160	21.2%	28	3.7%
	R03	820	64.0%	248	30.2%	146	17.8%	209	25.5%	180	22.0%	35	4.3%
	R04	861	63.3%	280	32.5%	147	17.1%	218	25.3%	168	19.5%	38	4.4%

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

		LDL 測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F
総 数	H29	1,038	506	48.7%	256	24.7%	161	15.5%	73	7.0%	42	4.0%
	H30	1,328	578	43.5%	346	26.1%	237	17.8%	117	8.8%	50	3.8%
	R01	1,487	638	42.9%	366	24.6%	268	18.0%	138	9.3%	77	5.2%
	R02	1,200	496	41.3%	292	24.3%	240	20.0%	117	9.8%	55	4.6%
	R03	1,281	556	43.4%	316	24.7%	214	16.7%	130	10.1%	65	5.1%
	R04	1,360	628	46.2%	320	23.5%	239	17.6%	112	8.2%	61	4.5%
男 性	H29	539	288	53.4%	123	22.8%	84	15.6%	31	5.8%	13	2.4%
	H30	683	332	48.6%	170	24.9%	118	17.3%	50	7.3%	13	1.9%
	R01	782	370	47.3%	183	23.4%	132	16.9%	67	8.6%	30	3.8%
	R02	633	288	45.5%	161	25.4%	113	17.9%	50	7.9%	21	3.3%
	R03	656	319	48.6%	159	24.2%	95	14.5%	61	9.3%	22	3.4%
	R04	714	359	50.3%	164	23.0%	120	16.8%	46	6.4%	25	3.5%
女 性	H29	499	218	43.7%	133	26.7%	77	15.4%	42	8.4%	29	5.8%
	H30	645	246	38.1%	176	27.3%	119	18.4%	67	10.4%	37	5.7%
	R01	705	268	38.0%	183	26.0%	136	19.3%	71	10.1%	47	6.7%
	R02	567	208	36.7%	131	23.1%	127	22.4%	67	11.8%	34	6.0%
	R03	625	237	37.9%	157	25.1%	119	19.0%	69	11.0%	43	6.9%
	R04	646	269	41.6%	156	24.1%	119	18.4%	66	10.2%	36	5.6%

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診 受診者	120未満	120～139	140～159	160以上	再掲						
					再)180以上	未治療	治療					
H29	1,038	506 48.7%	256 24.7%	161 15.5%	115 11.1%	106 92.2%	9 7.8%					
					42 4.0%	38 90.5%	4 9.5%					
										4.0%	11.1%	
H30	1,328	578 43.5%	346 26.1%	237 17.8%	167 12.6%	151 90.4%	16 9.6%					
					50 3.8%	44 88.0%	6 12.0%					
										3.8%	12.6%	
R01	1,487	638 42.9%	366 24.6%	268 18.0%	215 14.5%	198 92.1%	17 7.9%					
					77 5.2%	71 92.2%	6 7.8%					
										5.2%	14.5%	
R02	1,200	496 41.3%	292 24.3%	240 20.0%	172 14.3%	157 91.3%	15 8.7%					
					55 4.6%	49 89.1%	6 10.9%					
										4.6%	14.3%	
R03	1,281	556 43.4%	316 24.7%	214 16.7%	195 15.2%	186 95.4%	9 4.6%					
					65 5.1%	61 93.8%	4 6.2%					
										5.1%	15.2%	
R04	1,360	628 46.2%	320 23.5%	239 17.6%	173 12.7%	158 91.3%	15 8.7%					
					61 4.5%	56 91.8%	5 8.2%					
										4.5%	12.7%	

治療と未治療の状況

		LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
			A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	185	17.8%	116	62.7%	46	24.9%	14	7.6%	5	2.7%	4	2.2%
	H30	257	19.4%	147	57.2%	65	25.3%	29	11.3%	10	3.9%	6	2.3%
	R01	319	21.5%	207	64.9%	59	18.5%	36	11.3%	11	3.4%	6	1.9%
	R02	281	23.4%	179	63.7%	49	17.4%	38	13.5%	9	3.2%	6	2.1%
	R03	326	25.4%	202	62.0%	80	24.5%	35	10.7%	5	1.5%	4	1.2%
	R04	356	26.2%	246	69.1%	63	17.7%	32	9.0%	10	2.8%	5	1.4%
治療なし	H29	853	82.2%	390	45.7%	210	24.6%	147	17.2%	68	8.0%	38	4.5%
	H30	1,071	80.6%	431	40.2%	281	26.2%	208	19.4%	107	10.0%	44	4.1%
	R01	1,168	78.5%	431	36.9%	307	26.3%	232	19.9%	127	10.9%	71	6.1%
	R02	919	76.6%	317	34.5%	243	26.4%	202	22.0%	108	11.8%	49	5.3%
	R03	955	74.6%	354	37.1%	236	24.7%	179	18.7%	125	13.1%	61	6.4%
	R04	1,004	73.8%	382	38.0%	257	25.6%	207	20.6%	102	10.2%	56	5.6%

出典・参照: 特定健診等データ管理システム