

南風原町国民健康保険
第3期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(第4期特定健康診査等実施計画)
2024(令和6)年度～2029(令和11)年度

南風原町国民健康保険課

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

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

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 ……10

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……33

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

第4章 課題解決するための個別保健事業41

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. 慢性腎臓病(CKD)重症化予防
3. 脳血管疾患重症化予防
4. 虚血性心疾患重症化予防
5. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

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73

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74

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料75

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

※1 日本再興戦略:我が国の経済再生に向けて、産業基盤の強化、医療・エネルギー等の市場創出、国際経済連携の推進や海外市場の獲得等、第二次安倍内閣が掲げた成長戦略のこと(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、「特定健診等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画(データヘルス計画)と一体的に策定することとします。ただし、保健事業実施計画(データヘルス計画)の対象者は、被保険者全員とします。

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

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

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

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

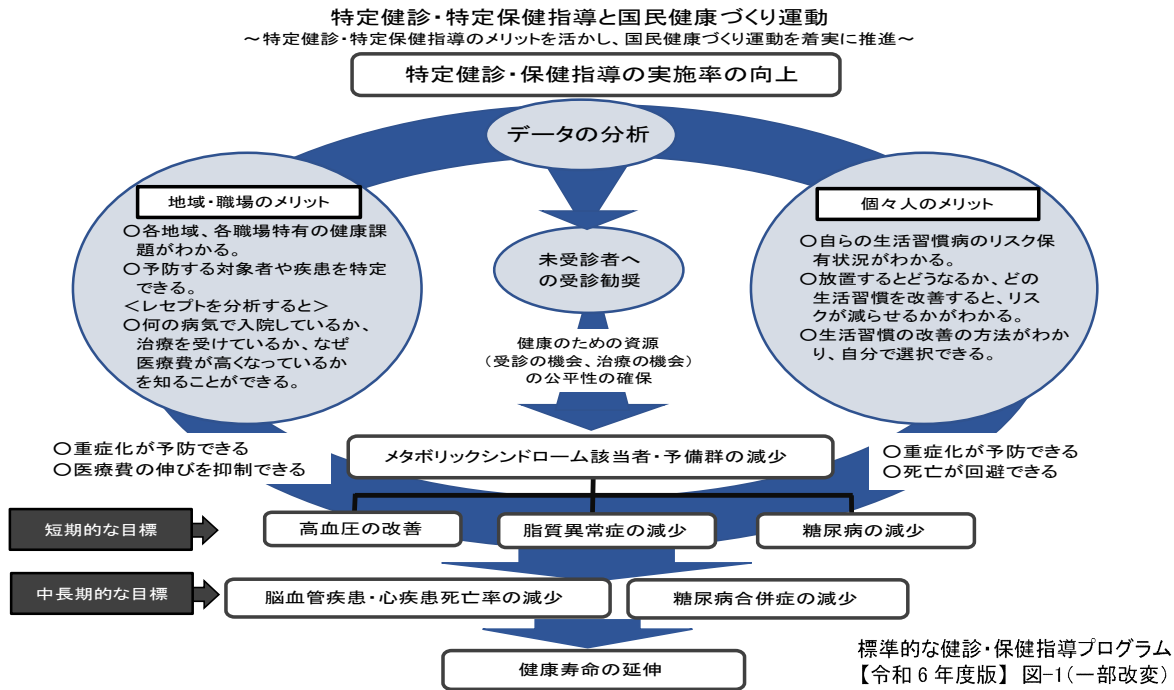
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

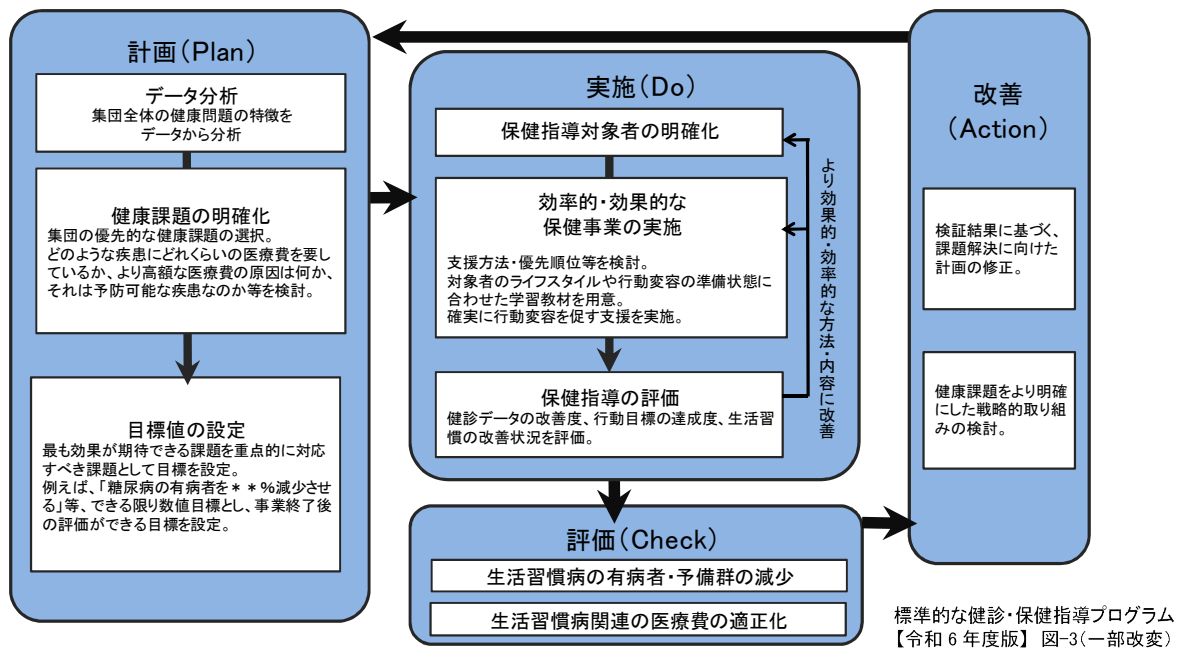
		※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
健康増進計画		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年9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9月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効 率的な保健事業の実施を図るため の保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮		すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初期の認知症、早老症、 骨折・骨折後症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
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
評価	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) 「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用し る保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 ・介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

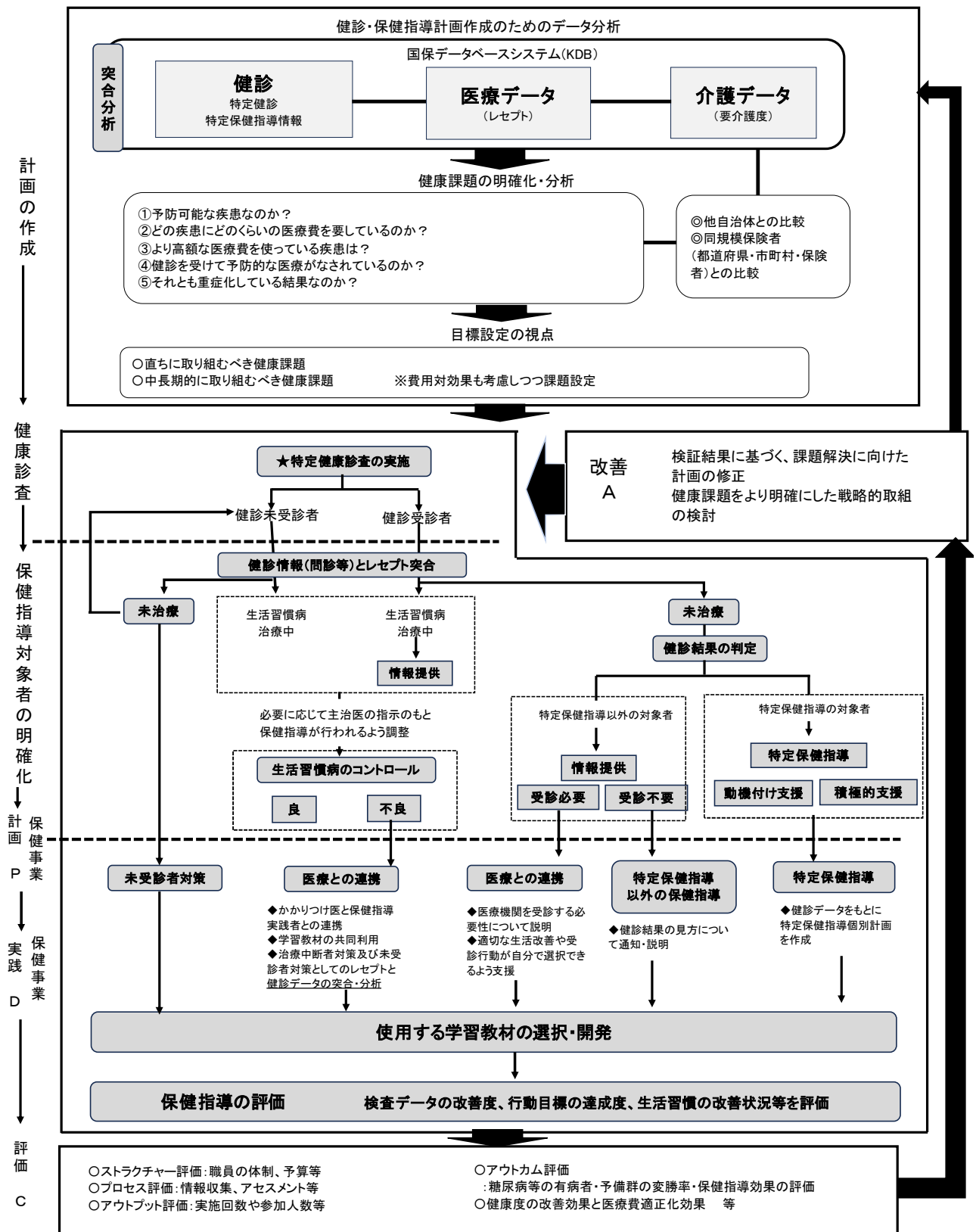


注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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



標準的な健診・保健指導プログラム[R6年度版]、厚生労働省様式5-5参考

注)生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(イメージ)を具体的な実践の流れでまとめたもの。

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

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

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)

→

行動変容を促す手法

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

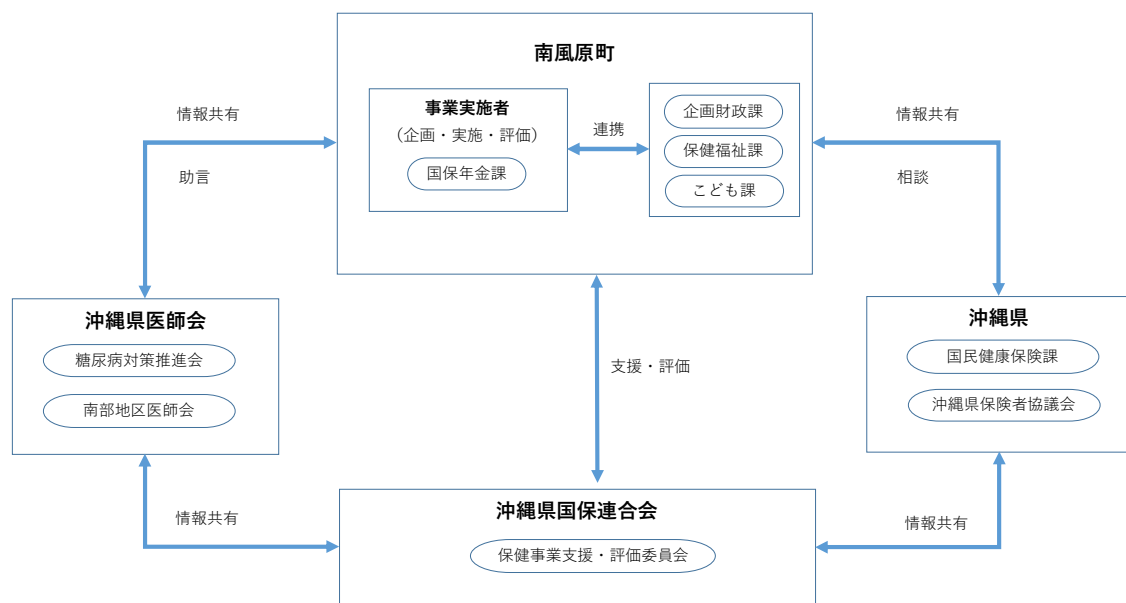
1) 市町村国保の役割

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

具体的には、高齢者医療部局(国保年金課保険給付班)、保健衛生部局(国保年金課健康づくり班)、介護保険部局(保健福祉課)、企画部局(企画財政課)、生活保護部局(こども課)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 南風原町の実施体制図



図表7 保健事業体制と主な保健事業の分担<例>

保・・・保健師 管栄・・・管理栄養士 事・・・事務(注:支払い事務、受診券送付等) ◎・・・主担当 ○・・・副担当

	保 (係長)	保	保	管栄	管栄	事	事 (係長)	事	事	事	事
国保事務							○	◎			
健康診断 保健指導	○	◎	○	◎	○	◎					
がん検診			○			◎					
新型コロナ ワクチン							◎		◎	◎	○
予防接種									◎	◎	
母子保健	◎	○	◎	◎	○	○					
精神保健	◎	○									
歯科保健			○					◎			○

2) 関係機関との連携

本計画の実効性を高めるためには、計画の策定等に至るプロセスにおいて、関係機関、外部有識者との連携・協力が不可欠であります。保健事業の実施・評価にあたっては、共同保険者である沖縄県のほか、沖縄県国民健康保険連合会に設置されている保健事業支援・評価委員会と連携していきます。支援評価委員による科学的根拠に基づいた専門的な最新の知見を活用し、助言・支援等を基に実践してまいります。

また共同保険者である沖縄県は市町村国保の財源の運営主体であり、市町村国保の保険者機能の強化について、は更に重要であることから、沖縄県との連携の強化に努めます。

そして、南部地区医師会等、地域の保健医療関係者と円滑な連携にむけて推進していきます。

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

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

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

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

図表8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

南風原町		平成30年度得点		R元年度得点		令和2年度得点		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点			
被保険者数(人)		9,736		9,360		9,146		9,080		8,932		8,990			
交付額(千円)		19,237		20,870		20,896		21,828		22,148		21,684			
1人あたり交付額(円)		1,976		2,230		2,285		2,404		2,480		2,412			
全国順位(1,741市町村中)		257位				162位		302位		193位		354位			
県内順位(41市町村中)		2位		3位		9位		6位		8位		22位			
保険者努力支援制度評価指標項目		配点	南風原町	配点	南風原町	配点	南風原町	配点	南風原町	配点	南風原町	配点	南風原町		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	50	25	50	50	70	▲10	70	▲15	70	▲15	70	▲15	
		(2)特定保健指導実施率	50	30	50	50	70	70	70	50	70	70	70	70	
		(3)メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50	20	50	20	50	15	50	20	50	20	50	0	
	②	(1)がん検診受診率等	30	30	30	10	40	5	40	10	40	10	40	10	
		(2)歯科健診受診率等	25	0	25	25	30	▲5	30	15	30	15	35	15	
	③	発症予防・重症化予防の取組	100	100	100	100	120	120	120	90	120	120	100	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	70	0	70	55	90	30	90	75	90	40	45	65	
		(2)個人への分かりやすい情報提供	25	25	20	20	20	20	20	15	20		20		
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	35	35	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	35/40	10/35	35/100	20/55	130	▲4/120	130	125	130	125	130	90	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	100	50	100	60	100	75	100	65	100	65	100	65
		②	データヘルス計画の実施状況	40	40	50	50	40	40	40	40	30	30	25	25
③		医療費通知の取組	25	25	25	25	25	25	25	25	20	20	15	15	
④		地域包括ケア・一体的実施	25	21	25	20	25	25	30	30	30	40	40	40	
⑤		第三者求償の取組	40	32	40	34	40	30	40	35	50	45	50	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	50	35	60	42	95	57	95	39	100	61	100	66	
	体制構築加算	60	60	40	40										
合計点		850	573	920	691	995	663	1,000	669	960	696	940	646		

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本町は、人口約4万人で、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、被保険者の平均年齢も47.1歳と同規模と比べて若く、出生率が14.5%と非常に高い町となっています。財政指数は同規模と同程度であり、産業においては、第3次産業が80.4%と同規模と比較しても高く、サービス業も多いことが予想され、生活リズムが不規則であったり、夜型である方も多くいる可能性があります。(図表9)

国保加入率は21.9%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向にあります。年代別にみると64歳以下の人数は減少し、65歳～74歳的人数は増加しています。(図表10)

また本町内には6つの病院、28の診療所があり、病院数・病床数ともに同規模と比較しても多く、医療資源に恵まれてます。外来患者数は同規模と比較して低く、入院患者数は多い状況です。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した南風原町の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
南風原町	40,134	19.6	8,807 (21.9)	47.1	14.5	6.5	0.7	3.6	15.9	80.4
同規模	--	29.1	20.6	54.2	6.8	10.7	0.7	5.4	28.7	66.0
県	--	22.6	27	46.9	10.4	8.6	0.4	4.9	15.1	80.0
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

※同規模とは、KDBシステムに定義される「人口が同規模程度の保険者」を指し、南風原町と同規模保険者(147市町村)の平均値を表す
出典・参照: KDBシステム改変_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表10 国保の加入状況

	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	9,179		9,108		8,883		8,975		8,807	
65～74歳	2,527	27.5	2,691	29.5	2,804	31.6	2,971	33.1	2,904	33.0
40～64歳	3,261	35.5	3,133	34.4	3,036	34.2	2,947	32.8	2,852	32.4
39歳以下	3,391	36.9	3,284	36.1	3,043	34.3	3,057	34.1	3,051	34.6
加入率	24.7		24.5		23.9		24.1		21.9	

出典・参照: KDBシステム改変 地域の全体像の把握

図表11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		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 割合	県 割合
病院数	6	0.7	6	0.7	6	0.7	6	0.7	6	0.7	0.3	0.2
診療所数	25	2.7	25	2.7	25	2.8	25	2.8	28	3.2	3.1	2.3
病床数	1,645	179.2	1,645	180.6	1,645	185.2	1,633	181.9	1,633	185.4	56.1	47.9
医師数	255	27.8	255	28.0	271	30.5	271	30.2	298	33.8	11.1	10.0
外来患者数	551.7		559.2		513.0		534.2		563.1		716.1	541.1
入院患者数	22.8		22.9		22.0		20.5		20.5		19.2	19.0

出典・参照: KDBシステム改変 地域の全体像の把握

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 医療費の状況

本町の医療費は、国保加入者が減少しているにも関わらず総医療費は増加しています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか3.5%程度にも関わらず、医療費全体の約48%を占めており、1件あたりの入院医療費もH30年度と比較しても6万円も高くなっています。

また年齢調整をした地域差指数でも、全国平均の1を超えており、特に入院の地域差指数が1.4と高い状況です。

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

図表12 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		
		南風原町(県内市町村中)		県(47県中)	南風原町(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	1.104	1.136	1.070	1.101	1.128	1.092
		(14位)	(7位)	(14位)	(16位)	(9位)	(14位)
	入院	1.389	1.451	1.259	1.360	1.384	1.286
		(14位)	(9位)	(10位)	(17位)	(7位)	(5位)
	外来	0.923	0.947	0.965	0.845	0.884	0.910
		(17位)	(13位)	(40位)	(25位)	(12位)	(43位)

出典・参照:厚労省「地域差分析」

図表 13 医療費の推移

	南風原町		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)	9,179人	8,807人	--	--	--
前期高齢者割合	2,527人 (27.5%)	2,904人 (33.0%)	--	--	--
総医療費	28億1745万円	28億4147万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)	306,945 県内19位 同規模119位	322,638 県内24位 同規模123位	361,243	318,310	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	564,000	629,740	613,590	617,950
	費用の割合	50.9	48.4	40.4	46.4
	件数の割合	4.0	3.5	2.6	3.4
外来	1件あたり費用額	22,420	24,340	24,230	25,820
	費用の割合	49.1	51.6	59.6	53.6
	件数の割合	96.0	96.5	97.4	96.6
受診率	574.419	583.556	735.303	560.174	705.439

※同規模保険者数: 249

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

② 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、H30年度と比較すると減少していますが、腎疾患については、横ばいとなっています。同規模と比較すると慢性腎不全(透析有)が1ポイント以上高くなっています。(図表 17)

生活習慣病の医療費に占める割合でみると、脳梗塞・脳出血の割合が4.1%と同規模・国と比べて高くなっています。(図表 南1)

次に患者数の視点で治療状況をH30年度と比較してみると、脳血管疾患・虚血性心疾患が、患者数及び割合と減少していますが、人工透析については、増加しています。前期高齢者に限ると、脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患すべての患者数が増加しています。(図表 18)

死因を中長期目標疾患の視点で見ると、脳疾患の割合が14.9%と同規模・県・国と比べて高くなっています。(図表 南2)

人口透析に関してはその原因について分析し、予防の対策を考える必要があります。また、被保険者数に占める前期高齢者の割合が増加しており、同年代の患者数も増加しています。それ以前から高血圧、糖尿病等の生活習慣病の発症予防・重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 14 中長期目標疾患の医療費の推移(総医療費にしめる割合)

		南風原町		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)		28億1745万円	28億4147万円	--	--	--	
中長期目標疾患 医療費合計(円)		2億9596万円 10.50%	2億3835万円 8.39%	-- 8.08%	-- 10.08%	-- 8.03%	
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.40%	1.86%	2.01%	2.40%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.27%	0.63%	1.52%	1.61%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	5.63%	5.68%	4.24%	5.80%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.21%	0.21%	0.31%	0.27%	0.29%
その 他の 疾患	悪性新生物		10.91%	10.85%	16.85%	12.57%	16.69%
	筋・骨疾患		7.99%	7.68%	8.78%	7.73%	8.68%
	精神疾患		10.73%	9.93%	7.71%	10.14%	7.63%

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

注) 最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 南1 中長期目標疾患の医療費の割合(生活習慣病医療費に占める割合)

	疾患名	南風原町		同規模平均	県	国
		実数	割合	割合	割合	割合
R4年度 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源 傷病名(調剤 含む)	がん	308,206,930	23.9	31.9	25.9	32.2
	慢性腎不全(透析あり)	161,404,950	12.5	8.0	12.0	8.2
	糖尿病	114,020,540	8.8	11.0	8.3	10.4
	高血圧症	61,272,360	4.7	6.1	4.8	5.9
	脂質異常症	53,007,930	4.1	4.2	2.8	4.1
	脳梗塞・脳出血	52,816,370	4.1	3.8	4.9	3.9
	狭心症・心筋梗塞	18,042,690	1.4	2.9	3.3	2.8
	精神	282,060,420	21.8	14.6	20.9	14.7
筋・骨格	218,118,940	16.9	16.6	16.0	16.7	

図表 15 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	9,179	8,807	a	748	717	478	468	44	52	
				a/A	8.1%	8.1%	5.2%	5.3%	0.5%	0.6%	
40歳以上	B	5,788	5,756	b	732	706	465	460	44	52	
	B/A	63.1%	65.4%	b/B	12.6%	12.3%	8.0%	8.0%	0.8%	0.9%	
再掲	40~64歳	D	3,261	2,852	d	235	185	141	113	21	21
		D/A	35.5%	32.4%	d/D	7.2%	6.5%	4.3%	4.0%	0.6%	0.7%
	65~74歳	C	2,527	2,904	c	497	521	324	347	23	31
		C/A	27.5%	33.0%	c/C	19.7%	17.9%	12.8%	11.9%	0.9%	1.1%

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

図表 南 2 死因の状況

R4年度 死因	疾患名	保険者		同規模平均		県		国	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
	がん	79	53.4	12,696	50.6	3,274	49.7	378,272	50.6
	心臓病	33	22.3	6,874	27.4	1,669	25.3	205,485	27.5
	脳疾患	22	14.9	3,420	13.6	978	14.8	102,900	13.8
	糖尿病	2	1.4	485	1.9	193	2.9	13,896	1.9
	腎不全	4	2.7	926	3.7	272	4.1	26,946	3.6
	自殺	8	5.4	686	2.7	205	3.1	20,171	2.7

出典・参照：KDB システム 地域全体像の把握

③介護給付費の状況

本町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40~64歳)被保険者で37人(認定率0.30%)、1号(65歳以上)被保険者で1,284人(認定率16.3%)と同規模・県・国と比較すると低く、H30年度と比べると減少傾向にあります。(図表12)

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の新規認定者数が増加しており、介護給付費は、約19億円から約22億円に伸びています。(図表13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳卒中(脳出血・脳梗塞等)が1位となっており、第2号被保険者で9割以上、第1号被保険者でも約5割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、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)

また、2号介護認定者37人のうち国保加入者はの医療保険は12人のみとなります。2号の介護課題は国保以外の保険者とも連携して保健事業を進める必要があります。

図表 16 要介護認定者(率)の状況

	南風原町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	6,383人	17.2%	7,862人	19.6%	29.1%	22.6%	28.7%
2号認定者	59人	0.50%	37人	0.30%	0.35%	0.45%	0.38%
新規認定者	12人		6人		--	--	--
1号認定者	1,115人	17.5%	1,284人	16.3%	17.0%	19.0%	19.4%
新規認定者	142人		184人		--	--	--
再掲	65～74歳	147人	4.5%	191人	4.6%	--	--
新規認定者	30人		32人		--	--	--
75歳以上	968人	31.2%	1,093人	29.7%	--	--	--
新規認定者	112人		152人		--	--	--

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

図表 17 介護給付費の変化

	南風原町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	19億4866万円	22億0043万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	305,288	279,881	259,723	324,737	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	74,989	71,020	63,000	69,211	59,662
居宅サービス	54,704	52,544	41,449	51,518	41,272
施設サービス	290,555	304,951	292,001	301,929	296,364

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

図表 18 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R4 年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		37		191		1,093		1,284		1,321		
再)国保・後期		12		120		947		1,067		1,079		
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数
				割合		割合		割合		割合		割合
	循環器疾患	1	脳卒中	11	脳卒中	62	脳卒中	505	脳卒中	567	脳卒中	578
				91.7%		51.7%		53.3%		53.1%		53.6%
				2		虚血性心疾患		5		虚血性心疾患		43
		41.7%	35.8%	40.7%	40.1%	40.1%						
	合併症	4	糖尿病合併症	3	糖尿病合併症	31	糖尿病合併症	172	糖尿病合併症	203	糖尿病合併症	206
				25.0%		25.8%		18.2%		19.0%		19.1%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			12	基礎疾患	111	基礎疾患	891	基礎疾患	1,002	基礎疾患	1,014
	血管疾患合計			12	合計	115	合計	914	合計	1,029	合計	1,041
			100.0%	95.8%	96.5%	96.4%	96.4%					
認知症		認知症	1	認知症	19	認知症	488	認知症	507	認知症	508	
			8.3%	15.8%	51.5%	47.5%	47.1%					
筋・骨格疾患		筋骨格系	10	筋骨格系	102	筋骨格系	904	筋骨格系	1,006	筋骨格系	1,016	
			83.3%	85.0%	95.5%	94.3%	94.2%					

出典・参照：KDB システム改変

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えています。合併症(重症化)でもある脳血管疾患の割合は減っていますが、虚血性心疾患・人工透析の人数・割合が増えています。

引き続き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実施し、生活習慣病の重症化予防を図る必要があると考えます。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)		A	2,374	2,489	915	819	1,459	1,670
		A/被保数	41.0%	43.2%	28.1%	28.7%	57.7%	57.5%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	315	300	102	79	213	221
		B/A	13.3%	12.1%	11.1%	9.6%	14.6%	13.2%
	虚血性心疾患	C	320	339	86	86	234	253
		C/A	13.5%	13.6%	9.4%	10.5%	16.0%	15.1%
	人工透析	D	32	44	14	15	18	29
		D/A	1.3%	1.8%	1.5%	1.8%	1.2%	1.7%

出典・参照：KDB システム改変_疾病管理一覧(高血圧症)

介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覽)		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	
糖尿病治療者(人)		A	1,310	1,336	477	420	833	916
		A/被保数	22.6%	23.2%	14.6%	14.7%	33.0%	31.5%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	175	165	47	32	128	133
		B/A	13.4%	12.4%	9.9%	7.6%	15.4%	14.5%
	虚血性心疾患	C	190	213	47	47	143	166
		C/A	14.5%	15.9%	9.9%	11.2%	17.2%	18.1%
	人工透析	D	22	29	4	10	18	19
		D/A	1.7%	2.2%	0.8%	2.4%	2.2%	2.1%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	175	185	62	53	113	132
		E/A	13.4%	13.8%	13.0%	12.6%	13.6%	14.4%
	糖尿病性網膜症	F	213	213	71	61	142	152
		F/A	16.3%	15.9%	14.9%	14.5%	17.0%	16.6%
	糖尿病性神経障害	G	56	58	19	15	37	43
		G/A	4.3%	4.3%	4.0%	3.6%	4.4%	4.7%

出典・参照:KDB システム改変_疾病管理一覽(糖尿病)
介入支援対象者一覽(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	2,073	2,142	799	715	1,274	1,427
		A/被保数	35.8%	37.2%	24.5%	25.1%	50.4%	49.1%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	249	224	80	58	169	166
		B/A	12.0%	10.5%	10.0%	8.1%	13.3%	11.6%
	虚血性心疾患	C	292	301	80	72	212	229
		C/A	14.1%	14.1%	10.0%	10.1%	16.6%	16.0%
	人工透析	D	25	29	9	10	16	19
		D/A	1.2%	1.4%	1.1%	1.4%	1.3%	1.3%

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

②高血圧・高血糖者の結果の改善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H30年度とR3年度で比較してみたところ、HbA1c7.0以上の有所見者の割合が伸びてきています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約26.5%、糖尿病で3.2%であり、その割合は沖縄県と比較すると低くなっています。(図表22)

糖尿病に関しては、健診後殆どの方が治療に繋がっていますが、高血圧に関しては4人に1人が未治療の状態です。生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、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 未治療 (内服なし)		R03年度		問診結果 未治療 (内服なし)		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率									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				
南風原町	2,147	41.1	1,936	37.0	87	4.1	48	55.2	83	4.3	42	50.6	22	26.5	9	10.8
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 未治療 (内服なし)		R03年度		問診結果 未治療 (内服なし)		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									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				
南風原町	2,111	98.3	1,933	99.8	84	4.0	14	16.7	95	4.9	25	26.3	3	3.2	3	3.2
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

照：KDBシステム変更、特定健診等データ管理システム

③健診結果の経年変化

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

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合を見ると、HbA1c6.5以上は増加し、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上は減少しています。翌年度健診結果を見ると、全て改善率が上がってきています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも3割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。(図表24・25・26)

図表 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	2,147 (41.1%)	453 (21.1%)	144 (6.7%)	309 (14.4%)	302 (14.1%)
R04年度	1,935 (37.6%)	460 (22.6%)	146 (7.2%)	314 (15.5%)	285 (14.0%)

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	178 (8.4%)	31 (17.4%)	55 (30.9%)	28 (15.7%)	64 (36.0%)
R03→R04	184 (9.5%)	46 (25.0%)	64 (34.8%)	16 (8.7%)	58 (31.5%)

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	87 (4.1%)	39 (44.8%)	12 (13.8%)	3 (3.4%)	33 (37.9%)
R03→R04	83 (4.3%)	39 (47.0%)	16 (19.3%)	1 (1.2%)	27 (32.5%)

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	231 (10.8%)	93 (40.3%)	40 (17.3%)	13 (5.6%)	85 (36.8%)
R03→R04	186 (9.6%)	78 (41.9%)	39 (21.0%)	14 (7.5%)	55 (29.6%)

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

本町の特定健診受診率は、平成 30 年度には最高値で 39.3%でした。その後、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和 2 年度には 32.8%まで減少しました。令和 4 年度には 37.9%とコロナ禍以前の水準にまで回復しましたが、目標値である 60%には達することはできませんでした。(図表 27)

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)

また、医療機関の受診(通院)はあるが、健診を受診していない方が 2,364 名おり、医療機関と連携した健診受診勧奨が必要です。(図表 南 3)

特定保健指導については、コロナ禍においても面談の方法を工夫しながら保健指導率の維持向上に務めてまいりました。令和 4 年度には 87.5%と過去最高の特定保健指導率となっており、目標値の 60%を大きく上回ることができました。しかし、受診率が目標値に届いていない状況での特定保健指導率であるため、今後も特定健診の受診率の向上に努める必要があります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

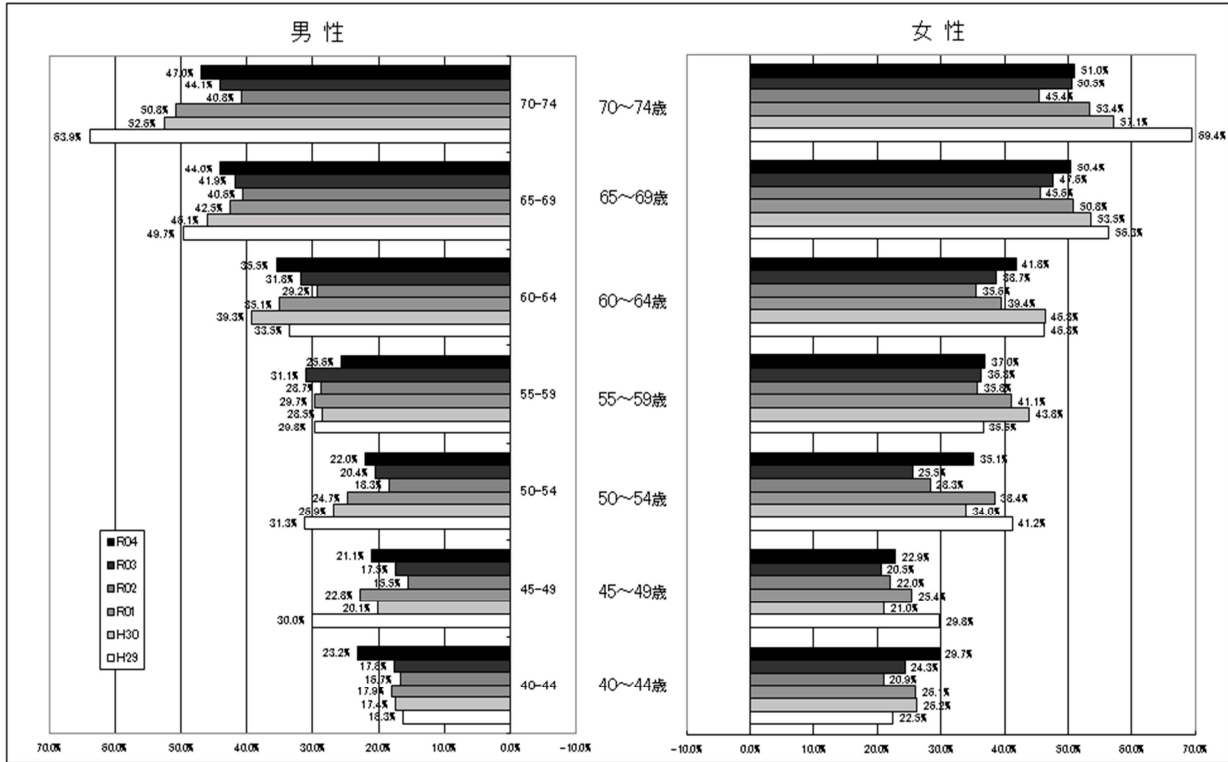
		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	2,052	1,965	1,715	1,842	1,935	健診受診率 60%
	受診率	39.3%	37.7%	32.8%	35.2%	37.9%	
特定保健指導	該当者数	292	258	234	241	256	特定保健指導実施率 60%
	割合	14.2%	13.1%	13.6%	13.1%	13.2%	
	実施者数	233	192	177	204	223	
	実施率	79.8%	74.4%	75.6%	84.6%	87.5%	

出典・参照：特定健診法定報告データ

図表 南 3

R4年度	医療機関受診あり	医療機関受診なし
健診受診あり	1,730 33.4%	205 4.0%
健診受診なし	2,364 62.0%	881 17.0%

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

中長期目標となる脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の重症化予防の取組みとして、これら疾患に共通する短期目標疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症の良好なコントロール状態を目指して国民健康保険保険者努力支援交付金(事業費分・事業費連動分)の国保ヘルスアップ事業等を活用して保健事業を展開してきました。具体的には未治療者及び治療中断者、治療中者でコントロール良好を目指して早期介入・継続支援を行ってきました。今後とも中長期目標となる疾患の重症化予防を目指して地域の医療機関等と連携し、将来を見通し、わかりやすい保健指導・栄養指導を実施していく必要があります。(図表 29)

① 受診勧奨判定者への取組み

特定健診受診者で受診勧奨判定値にある未治療者の内、特に高血圧者(Ⅱ度以上)、LDL コレステロール 180mg/dl 以上の方へ医療機関受診勧奨を行っています。令和 4 年度は医療機関受診勧奨率は 85.9%でした。医療機関受診勧奨を行った方の内 49.4%は医療機関を受診していました。医療機関受診勧奨後は、より多くの方が医療機関につながるよう対象者へわかりやすく情報提供していく必要があります。また医療機関受診後、治療が開始となった場合は治療中断を防ぐために継続的な保健指導を実施していくことが重要です。

② 治療中の方の良好なコントロール状態を目指した取組み

特定健診受診者で生活習慣病治療中のでコントロール不良にある方への保健指導・栄養指導を実施してきました。令和 4 年度は 69.9%の方へ保健指導・栄養指導を実施することができました。特に高血圧(Ⅱ度以上)、LDL コレステロール 180mg/dl 以上の方へは、かかりつけ医と連携した保健指導・栄養指導を通して良好なコントロール状態を目指した取組みを行いました。特定健診継続受診者における高血圧(Ⅱ度以上)の検査改善率は 28.9%、LDL コレステロール 180mg/dl 以上の検査改善率は 23.7%でした。今後も引き続き医療機関と連携し良好なコントロール状態を目指した保健指導・栄養指導をしていく必要があります。

③ 糖尿病性腎症重症化予防への取組み

特定健診受診者で糖尿病未治療及び中断にある方、糖尿病治療中であるが、コントロール状態が不良である方、当該年度の特定健診受診者ではないが、過去に特定健診受診歴があり糖尿病型(HbA1c6.5%以上)にある方へ糖尿病による重症化予防のため早期介入・継続支援を行っています。令和 4 年度は特定健診受診者で糖尿病未治療及び中断にある方へのうち 90%の方へ医療機関受診勧奨を実施し、その内 70%が医療機関の受診につながりました。糖尿病治療中者については 90%の方へ保健指導・栄養指導を実施し、81%の方は検査が改善していました。また、過去に特定健診受診歴のある糖尿病型にあった方の内、70%に特定健診受診勧奨を実施し、28%が特定健診受診しており、その結果に沿って早期介入・継続支援を行うことができました。

図表 29 重症化予防の取り組み(令和4年度)

主な取り組み	概要	アウトプット	アウトカム
受診勧奨判定者への取り組み	●特定健診結果で受診勧奨判定者への医療機関受診勧奨 ・高血圧(Ⅱ度以上) ・LDL180mg/dl以上	医療機関受診勧奨率 【85.9%】	医療機関受診率 【49.4%】
治療中の方の良好なコントロール状態を目指した取り組み	●生活習慣病治療者へコントロール良を目指した保健指導・栄養指導	保健指導率 【69.9%】	検査改善率 ・高血圧(Ⅱ度以上) 【28.9%】 ・LDL140mg/dl以上 【23.7%】
糖尿病性腎症重症化予防	●特定健診受診者への糖尿病重症化予防のための早期介入・継続支援	①未治療者医療機関受診勧奨率及び糖尿病治療者への栄養指導率 【82%】	①医療機関受診率【85%】 ②検査改善率【81%】
		②過去に特定健診受診歴がある糖尿病型の者への特定健診受診勧奨率 【100%】	②特定健診した割合【28%】

出典：国保ヘルスアップ事業報告・県調整交付金(保健事業分)実績報告

(2) 発症予防の取り組み

内臓脂肪を基盤とした生活習慣病の発症予防に向けて適正体重を目指して、個人に重点をおいた取り組みとして40歳未満の方へ特定健診項目と同等の健診機会を設け、その結果に基づいて対象者に合わせた保健指導・栄養指導を実施しています。令和4年度は40歳未満の健診受診者全員に保健指導・栄養指導を実施することができました。また指導後に生活習慣改善等に向けての言動があった方は71.4%いました。集団を対象とした取り組みとして特定健診会場や健診結果説明会等を活用し管理栄養士による健康教育を実施しました。本町の健康課題解決に向けて「からだ」「健診結果」「食」をつなげてイメージできるよう科学的根拠に基づいて媒体を作成し町民のみなさんと共に学習していきました。(図表30)

図表 30 発症予防の取り組み(令和4年度)

主な取り組み	概要	アウトプット	アウトカム
40歳未満早期介入の取り組み	●40歳未満者へ特定健診と同等の健診機会を設け、対象者に応じた保健指導を実施	保健指導実施率 【100%】	生活習慣改善等への言動のあった者の割合 【71.4%】
管理栄養士等による健康教育の実施	●特定健診会場や健診結果説明会等を活用した健康教育の実施	健診会場等での実施率 【100%】	生活習慣改善等への言動のあった者の割合 【100%】

出典：国保ヘルスアップ事業報告

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 31 第2期データヘルス計画目標管理一覧

図表29 データヘルス計画の目標管理一覧

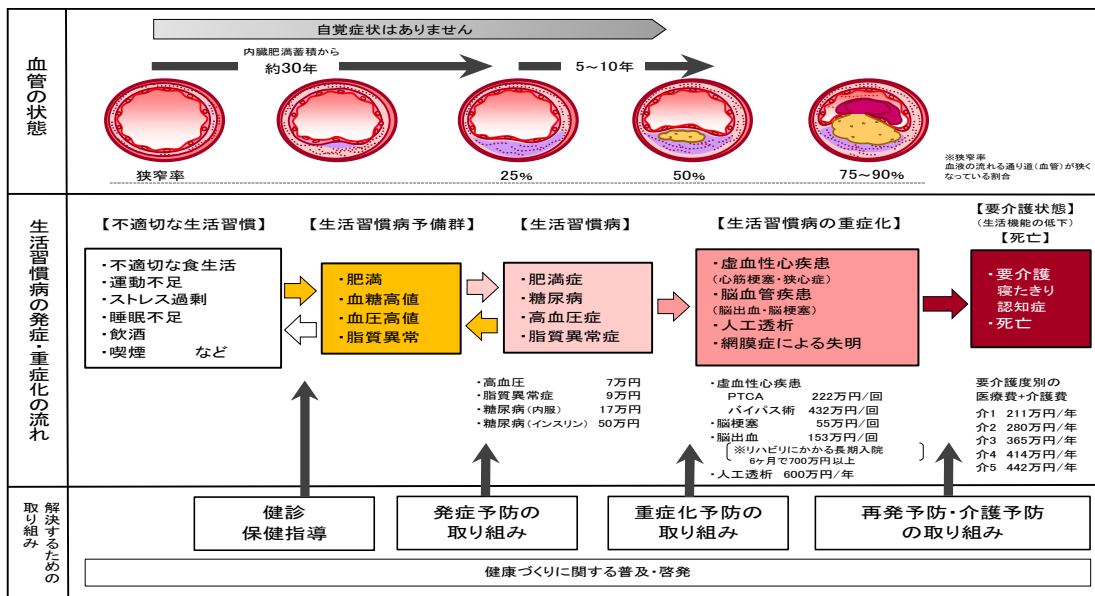
関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法
			初年度 H28	中間評価 R1	最終評価 R4	
			(H28)	(R1)	(R4)	(活用データ年度)
データヘルス計画	中長期目標 脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合を減少	1.41%	2.24%	1.86%	KDBシステム
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合を減少	1.30%	1.50%	0.63%	
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	45.2%	33.3%	45.0%	
	脳血管疾患、虚血性心疾患を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合を25%減少	34.7%	35.6%	36.8%	南風原町健康増進計画
		健診受診者の高血圧者の割合の減少(140/90以上)	24.5%	23.0%	27.4%	
		健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	9.4%	10.1%	9.4%	
		健診受診者の血糖異常者の割合減少(HbA1C6.5%以上)	7.7%	9.0%	8.7%	
		健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.25%	0.40%	0.58%	
		糖尿病の未治療者へ受診勧奨実施者数の割合増加(取組状況調査)	86.4%	95.0%	91.6%	
		糖尿病治療中へ保健指導実施者数の割合増加(取組状況調査)	77.4%	92.2%	90.9%	
特定健診等計画	短期目標 特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	43.9%	37.6%	37.9%	法定報告値
		特定保健指導実施率85%以上	84.0%	74.4%	87.5%	
		特定保健指導対象者の割合の減少率25%	17.5%	17.6%	13.2%	
努力支援制度	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率の向上 胃がん検診	7.0%	11.8%	9.3%	地域保健事業報告
		肺がん検診	11.4%	9.1%	7.7%	
		大腸がん検診	10.0%	8.6%	7.4%	
		子宮頸がん検診	26.9%	25.1%	20.3%	
		乳がん検診	23.8%	23.0%	17.6%	
		5つのがん検診の平均受診率の増加	15.8%	17.3%	12.4%	
	歯科健診(歯周病健診)	歯科健診(歯周病健診含む)の受診率 増加	未実施	0.4%	0.4%	南風原町国保年金課
	事故の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取組を行う実施者の割合の向上	未実施	11.4%	14.9%	
	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上	77.5%	86.3%	88.4%	厚生労働省

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となります。(図表 32)

図表 32 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



出典・参照: 標準的な健診・保健指導プログラム

【令和6年度版】別紙1(改変版)

2) 健康課題の明確化

医療保険制度においては、75歳に到達し後期高齢者になると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動することになります。

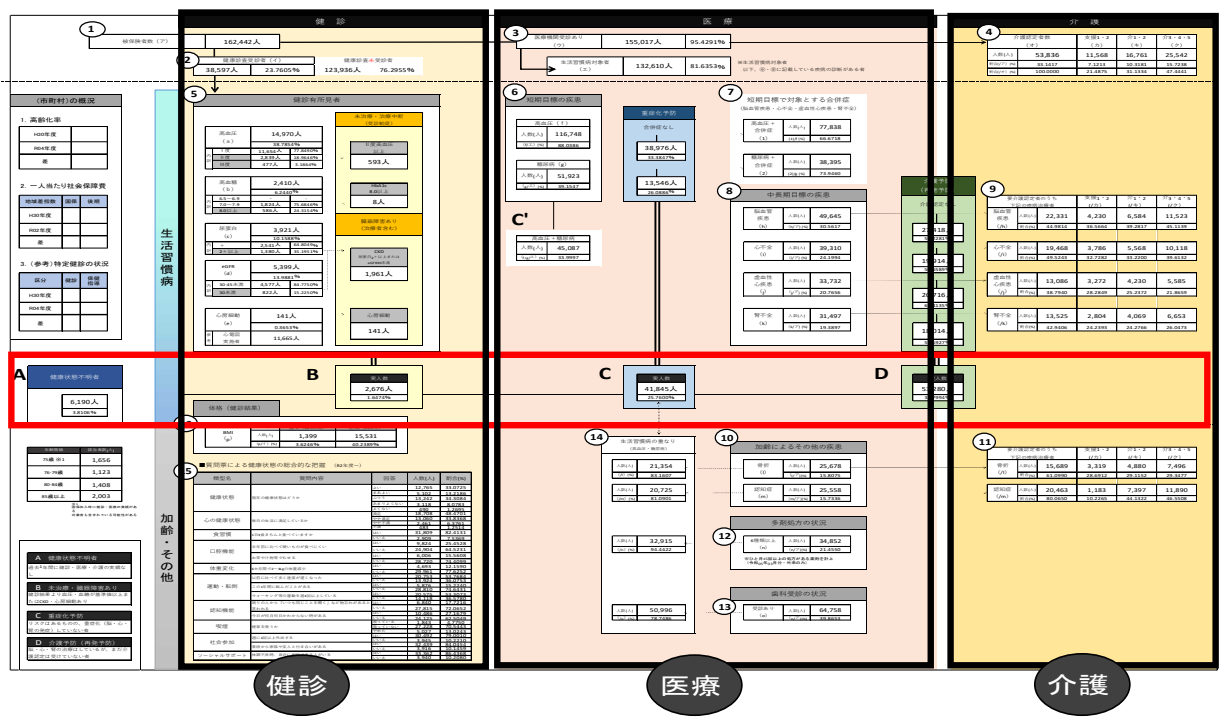
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が33.0%と一番高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も55.1%と過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、(図表 31)に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

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

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

図表 33 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(詳細は参考資料2参照)



(1) 医療費分析

国保の被保険者数は年々減少傾向にあります。一人あたり医療費は微増傾向にあります。後期高齢者になると一人あたり医療費は95.3万円となり、国保の約3倍も高い状況です。(図表 32)

図表 34 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	9,179人	9,108人	8,883人	8,975人	8,807人	3,490人	
総件数及び総費用額	件数	64,220件	63,889件	57,979件	59,884件	62,378件	46,151件
	費用額	28億1745万円	28億9838万円	29億0340万円	29億4497万円	28億4147万円	33億2596万円
一人あたり医療費	30.7万円	31.8万円	32.7万円	32.8万円	32.3万円	95.3万円	

出典・参照:KDB システム改変

国保の医療費をみると、短期的目標疾患(糖尿病・高血圧・脂質異常)の総医療費に占める割合は、同規模と比べて低く、中長期目標疾患(腎・脳・心臓)においても透析以外は、同規模と比べて低い状況にあります。しかし、後期高齢になると中長期・短期目標疾患の医療費の割合が同規模より高くなっており、国保加入の間に医療受診をせず生活習慣病の重症化が進み、後期高齢になってから脳梗塞・脳出血等の疾患を発症している傾向があると考えられます。(図表 33)

図表 35 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	南風原町	28億4147万円	26,582	5.68%	0.21%	1.86%	0.63%	4.01%	2.16%	1.87%	4億6665万円	16.42%	10.85%	9.93%	7.68%
	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	南風原町	33億2596万円	81,499	7.03%	0.45%	4.82%	1.19%	3.30%	2.33%	1.29%	6億7905万円	20.42%	8.24%	5.92%	10.43%
	同規模	--	69,832	4.97%	0.47%	3.89%	1.64%	4.23%	2.97%	1.41%	--	19.59%	11.10%	3.50%	12.38%
	県	--	79,275	4.65%	0.38%	4.30%	1.76%	3.09%	2.26%	1.14%	--	17.58%	8.35%	4.54%	13.72%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

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

高額レセプトについては、国保においては毎年約 550～680 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 倍に増えています。

高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトの人数は 20 名前後で推移しており、横ばいとなっています。後期高齢においては、30 人で 6,462 万円の費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。虚血性心疾患については、令和 4 年度は 3 人と少ないものの、それ以外の年は 15 名前後で、横ばいとなっています。(図表 34、35、36)

図表 36 高額レセプト(80 万円/件)以上の推移

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 269人	264人	279人	257人	311人	448人
	件数	B 564件 B/総件数 0.88%	532件 0.83%	683件 1.18%	569件 0.95%	573件 0.92%	906件 1.9%
	費用額	C 7億7116万円 C/総費用 27.4%	7億3683万円 25.4%	9億0819万円 31.3%	8億1981万円 27.8%	7億8806万円 27.7%	11億3595万円 34.2%

出典・参照: KDB システム改変

図表 37 高額レセプト(80 万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	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	17人	21人	20人	16人	19人	30人
		D/A	6.3%	8.0%	7.2%	6.2%	6.1%	6.7%
	件数	E	31件	36件	58件	38件	28件	55件
		E/B	5.5%	6.8%	8.5%	6.7%	4.9%	6.1%
	年代別	40歳未満	0 0.0%	0 0.0%	3 5.2%	0 0.0%	0 0.0%	65-69歳 0 0.0%
		40代	4 12.9%	5 13.9%	0 0.0%	2 5.3%	2 7.1%	70-74歳 0 0.0%
		50代	5 16.1%	5 13.9%	1 1.7%	2 5.3%	7 25.0%	75-80歳 7 12.7%
		60代	16 51.6%	8 22.2%	35 60.3%	24 63.2%	13 46.4%	80代 44 80.0%
		70-74歳	6 19.4%	18 50.0%	19 32.8%	10 26.3%	6 21.4%	90歳以上 4 7.3%
	費用額	F	3719万円	4709万円	7486万円	4993万円	3484万円	6462万円
F/C		4.8%	6.4%	8.2%	6.1%	4.4%	5.7%	

出典・参照: KDB システム改変

図表 38 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度		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	17人		13人		13人		15人		3人		8人		
		G/A	6.3%		4.9%		4.7%		5.8%		1.0%		1.8%		
	件数	H	19件		18件		16件		18件		3件		8件		
		H/B	3.4%		3.4%		2.3%		3.2%		0.5%		0.9%		
	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%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	6	31.6%	1	5.6%	2	12.5%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	1	12.5%
		60代	8	42.1%	9	50.0%	10	62.5%	10	55.6%	1	33.3%	80代	5	62.5%
		70-74歳	5	26.3%	8	44.4%	4	25.0%	8	44.4%	2	66.7%	90歳以上	2	25.0%
	費用額	I	4153万円		2475万円		3119万円		3788万円		289万円		1918万円		
I/C		5.4%		3.4%		3.4%		4.6%		0.4%		1.7%			

出典・参照：KDBシステム改変

(2)健康課題の明確化

健診・医療・介護のデータをH30年度とR4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、被保険者数は、40～64歳で減少し、65歳～74歳、75歳以上では約800名増加しています。高齢化率の低い本町においても高齢者が確実に増えていることが分かります。体格をみると、40～64歳の若い年齢層で、BMI25以上の割合が約40%と高い状況にあります。(図表39)

図表 39 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑤ 体格(健診結果)					
								BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	27.8	3,740	3,000	3,340	23.7	43.7	29.2	3.9	3.6	3.7	38.0	34.7	41.6
R4	29.9	3,346	3,459	3,713	20.9	38.5	23.4	4.4	3.5	4.0	39.8	34.9	36.1

健診有所見の状況を見ると、Ⅱ度高血圧以上、CKDの未治療者が多い状況です。引き続き、受診勧奨も含めた保健指導が必要となります。(図表40)

図表 40 健診有所見状況

E表	⑤																																			
	Ⅱ度高血圧以上 ()は未治療・治療中断者						HbA1c7.0以上 ()は未治療・治療中断者 ※後期高齢者は8.0以上						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)										
H30	31	3.5	(9)	55	4.2	(15)	47	4.8	(9)	29	3.3	(3)	53	4.0	(1)	10	1.0	(0)	13	1.5	(13)	35	2.7	(28)	64	5.5	(46)	0	0.0	(0)	0	0.0	(0)	0	0.0	(0)
R4	24	3.4	(10)	64	4.8	(18)	55	6.3	(10)	22	3.1	(3)	59	4.4	(2)	6	0.7	(0)	8	1.1	(7)	21	1.6	(19)	35	4.0	(31)	0	0.0	(0)	0	0.0	(0)	3	0.3	(3)

短期目標疾患(高血圧・糖尿病)をみると、高血圧・糖尿病ともに治療に繋がっている医療受診者が増えています。合併症においては、若干ではありますが割合が減少しています。(図表41)

図表 41 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③									⑥									⑦								
	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症											
							高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症								
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-			
H30	76.1	90.8	95.2	30.7	64.9	81.2	76.6	82.8	86.5	40.1	45.7	40.6	27.4	35.0	35.0	40.1	54.4	68.7	44.7	59.3	73.0						
R4	75.0	90.4	95.0	30.4	64.7	81.9	79.8	84.2	87.8	41.0	46.3	43.3	29.3	36.8	37.8	40.0	51.5	68.4	43.2	58.6	73.3						

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、H30年度とR4年度を比較すると、国保では減少していますが、後期高齢では各疾患割合が増加しています。また、介護認定と合わせてみると、上記疾患を持つ介護認定者が65歳以上で増加しています。(図表 42)

図表 42 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											
	中長期目標の疾患(被保険者割合)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	6.0	18.6	32.3	3.6	12.3	22.3	3.4	11.6	24.9	5.1	12.0	17.8	8.5	7.9	39.3	6.0	5.1	30.2	7.8	6.6	40.7	4.2	4.4	36.5
R4	5.5	17.4	31.2	3.3	11.5	21.7	3.6	11.4	26.4	5.2	12.0	19.8	7.1	10.8	39.7	4.5	8.3	32.6	2.5	8.9	43.3	5.2	8.9	38.3

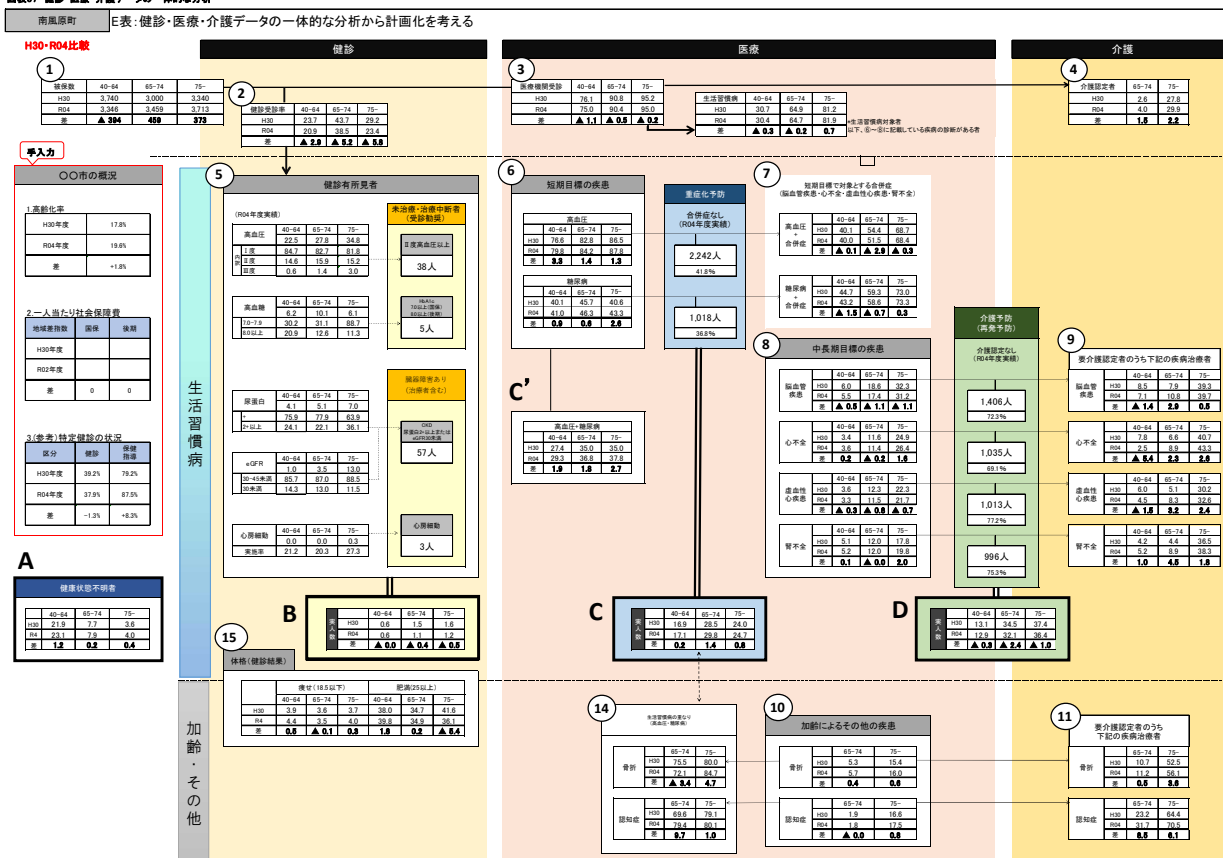
高血圧・糖尿病等の生活習慣病は、高齢者の骨折や認知症にも関係があることが知られています。骨折・認知症と生活習慣病との重なりが、75歳以上では8割以上みられます。

図表 43 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
年度	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	75.5	80.0	69.6	79.1	5.3	15.4	1.9	16.6	10.7	52.5	23.2	64.4
R4	72.1	84.7	79.4	80.1	5.7	16.0	1.8	17.5	11.2	56.1	31.7	70.5

(3) 健診・医療・介護の一体的分析 図表 44

図表37 健診・医療・介護データの一体的分析



出典・参照: 保険者データヘルス支援システム

(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。肥満、メタボリックシンドロームを起因とした高血圧や糖尿病等に対する重症化予防や早期受診勧奨・治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への予防につながると考えます。

具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

2) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、計画から見直します。改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できます。

そのため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にします。評価指標については、まず全ての都道府県で設定することが望ましい指標と、地域の実情に応じて設定する指標(図表43)に設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

②中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患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ことを考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、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ことから、重症化予防、医療費適正化へつなげるには、適切な時期での受診を促し、入院に掛かる医療費を抑えることを目指します。

③短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられるが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法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。

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。

3) 管理目標の設定

図表 45 第3期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ年度)	
				初期値 R 6 (R4%)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R11 (R10)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.9	減少	減少	KDBシステム	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	0.6	減少	減少		
			慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	5.7	減少	減少		
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	45.5	減少	減少		
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	50.0	減少	減少		
	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の減少率	36.7	減少	減少	南風原町健診結果 (保険者データヘルス支援システム)	
			(再掲)	メタボ+高血圧者の割合減少 (140/90以上)	30.3	減少		減少
				+高血糖者の割合減少 (HbA1c8.0以上)	7.8	減少		減少
				+脂質異常者の割合減少 (LDL160以上)	13.6	減少		減少
				+尿蛋白有所見者の割合減少 (2+以上)	2.6	減少		減少
				+高尿酸者の割合減少 (8.0以上)	5.2	減少		減少
			健診受診者の高血圧者の割合減少 (160/100以上)	4.2	減少	減少		
			健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL160以上)	9.7	減少	減少		
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1c6.5%以上)	8.7	減少	減少		
			★健診受診者のHbA1c8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少	1.3	減少	減少		
	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	91.6	増加	増加	取組状況調査実績報告			
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	37.9	60%	60%	法定報告値 (特定健診等データ管理システム)	
			★特定保健指導実施率60%以上	87.5	増加	増加		
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	13.2	増加	増加		

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

なお、第一期及び第二期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことを踏まえ、第三期以降は実施計画も6年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 46 特定健診受診率・特定保健指導実施率

図表44 目標値の設定

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上
特定保健指導実施率	87%	87%	87%	87%	87%	60%以上

3. 対象者の見込み

図表 47 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 (人)	5,601	5,659	5,696	5,734	5,774	5,808
	受診者数 (人)	3,361	3,395	3,417	3,440	3,464	3,485
特定保健指導	対象者数 (人)	437	441	444	447	450	453
	受診者数 (人)	380	384	386	389	392	394

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(南風原町総合保健福祉防災センター)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、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、南風原町のホームページに及び住民健診ガイド等に掲載。

(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 48 特定健診検査項目(例示)

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

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

(5) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータ

として円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行います。

(7) 代行機関

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

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 49 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 保健指導対象者の抽出	
7月		(特定保健指導の開始)	
8月			実施実績の分析実施方法、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。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

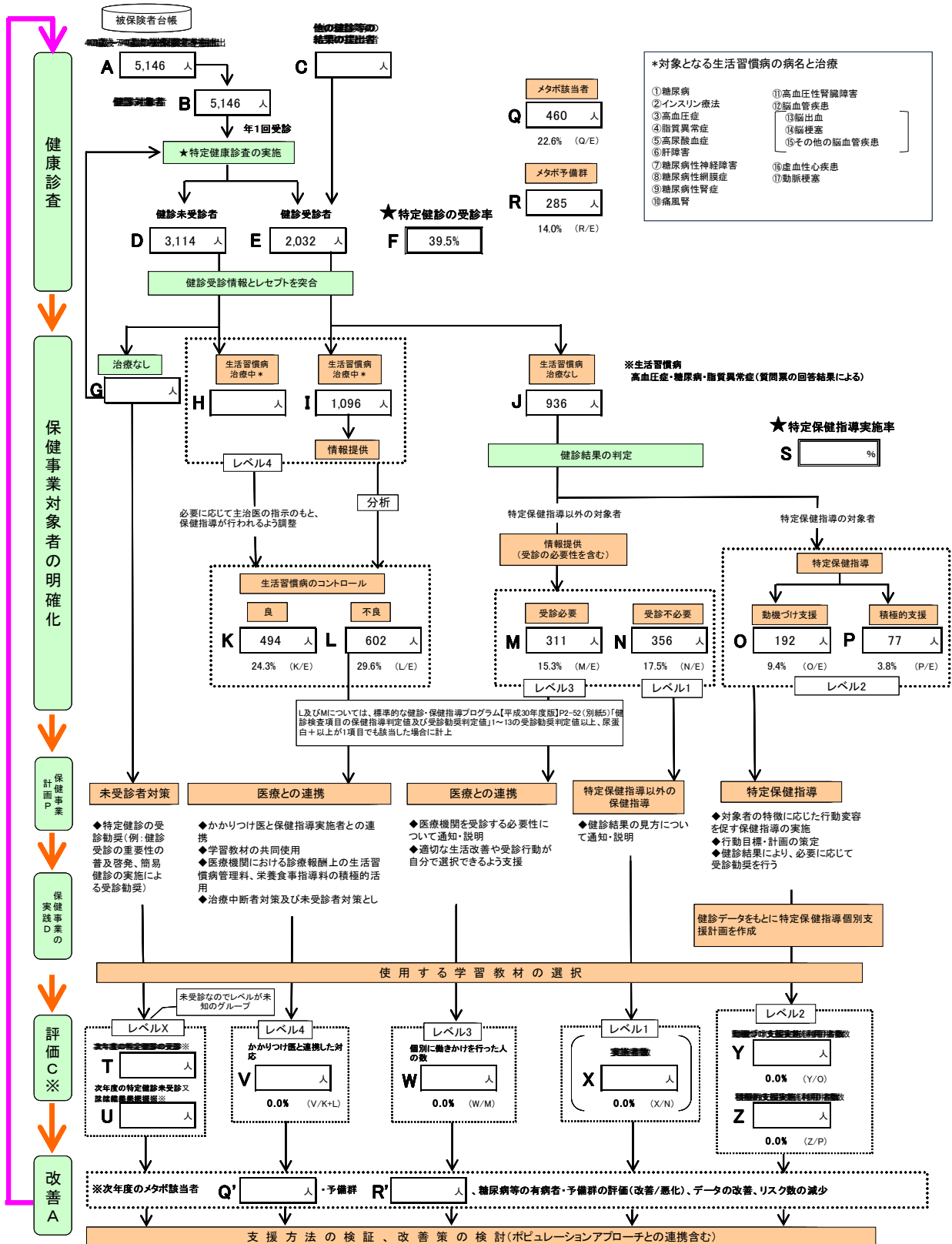
「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。(図表 47・48)

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。

図表 50 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 51 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 (受診者の〇%) ※R4実績値	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	269人 (13.2%)	80%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	311人 (15.3%)	80%
3	L	情報提供 (生活習慣病 治療中だが コントロール不良)	◆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	602人 (29.6%)	80%
4	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨	3,114人	80%
5	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	356人 (17.5%)	80%

(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 52 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎特定健康診査の開始		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月			◎市民健診、後期高齢者健診、がん検診開始 ◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
6月		◎対象者の抽出	
7月		◎保健指導の開始	
8月			
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月		◎利用券の登録	
11月			
12月			
1月			
2月			
3月	◎健診の終了		

6. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律および南風原町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、南風原町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防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市民へ周知していきます。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。そのため特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

Ⅱ. 重症化予防の取組

本町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、738人(36.3%)です。そのうち治療なしが214人(22.9%)を占め、さらに臓器障害あり直ちに取り組むべき対象者が68人です。

また、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、214人中125人と半数以上を占めており、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効果的であることが分かります。(図表53)

図表53 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-

健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ										令和04年度						
科学的根拠に基づき										＜参考＞ 健診受診者(受診率)						
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										2,032人 39.5%						
科学的根拠に基づき	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 による年間新規透析導入患者数の減少		■各疾患の治療状況					
	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)				虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器科の診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 (日本腎臓病学会)		治療中	治療なし		
優先すべき 課題の明確化	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)				虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器科の診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 (日本腎臓病学会)		高血圧	830	1,202	
	クモ膜下出血 (5.8%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%)				心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症								脂質異常症	621	1,409	
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)				虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器科の診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 (日本腎臓病学会)		糖尿病	185	1,846	
	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%) 非心原性脳梗塞												3疾患 いずれも	1,096	936	
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)				虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器科の診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 (日本腎臓病学会)		※照診結果による			
	高血圧症				心房細動		脂質異常症		メタボリック シンドローム		糖尿病		慢性腎臓病 (CKD)		重症化予防対象者 (実人数)	
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)				心房細動		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 (日本腎臓病学会)		738	36.3%
	Ⅱ度高血圧以上				心房細動		LDL-C 180mg/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	86	4.2%	3	0.1%	75	3.7%	61	3.0%	460	22.6%	120	5.9%	175	8.6%	738	36.3%
治療なし	42	3.5%	1	0.1%	70	5.0%	47	3.3%	75	8.0%	62	3.4%	46	4.9%	214	22.9%
(再掲) 特定保健指導	23	26.7%	1	33.3%	30	40.0%	15	24.6%	75	16.3%	14	11.7%	21	12.0%	125	16.9%
治療中	44	5.3%	2	0.2%	5	0.8%	14	2.3%	385	35.1%	58	31.4%	129	11.8%	524	47.8%
臓器障害 あり	11	26.2%	1	100.0%	9	12.9%	9	19.1%	19	25.3%	17	27.4%	46	100.0%	68	31.8%
CKD(専門医対象者)	3		0		6		4		9		11		46		46	
心電図所見あり	10		1		3		6		11		8		3		25	
臓器障害 なし	31	73.8%	--		61	87.1%	38	80.9%	56	74.7%	45	72.6%	--		--	
治療中	12	27.3%	2	100.0%	0	0.0%	5	35.7%	89	23.1%	15	25.9%	129	100.0%	163	31.1%
臓器障害 あり	12	27.3%	2	100.0%	0	0.0%	5	35.7%	89	23.1%	15	25.9%	129	100.0%	163	31.1%
CKD(専門医対象者)	7		1		0		4		61		10		129		129	
心電図所見あり	5		2		0		1		31		5		7		41	
臓器障害 なし	32	72.7%	--		5	100.0%	9	64.3%	296	76.9%	43	74.1%	--		--	

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

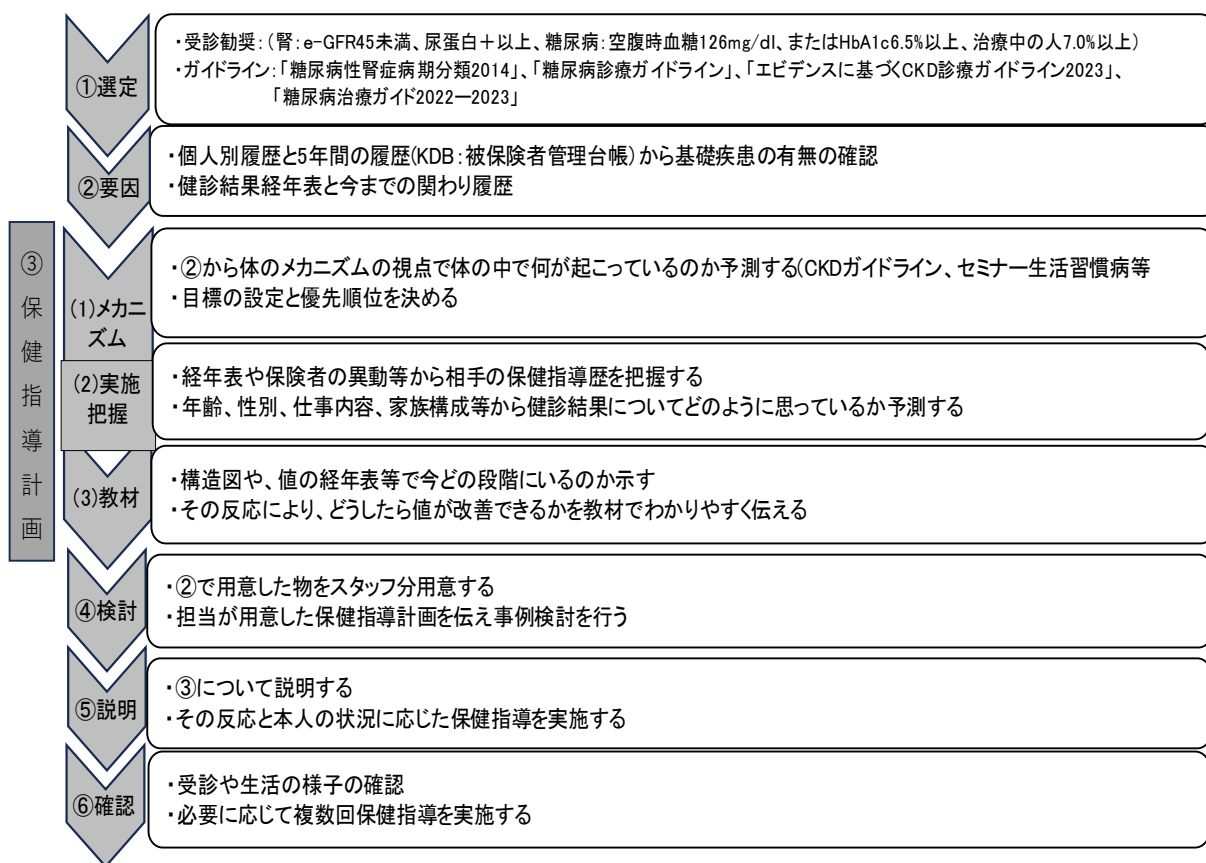
1) 基本的な考え方

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 事業実施(厚生労働省 保険局 国民健康保険課)令和6年3月」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 54 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

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

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とします。(図表 55)

図表 55 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/1.73㎡)
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30～299)	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

出典・参照:糖尿病治療ガイド 2022-2023

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

本町においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい状況です。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。また、必要な方に関しては本町独自の二次健診にてアルブミン尿検査を実施します。

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。本町において特定健診受診者のうち糖尿病型が212人(10.4%・E)そのうち未治療者は、31人14.6%・F)でした。また、40～74歳における糖尿病治療者1,492人のうち、特定健診未受診者が981人(68.0%・I)であり、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引き続き、医療機関と連携した介入を実施していきます。

また、本町はメタボリックシンドロームを背景とした糖尿病が多くみられ、その改善に向けた保健指導を実施していきます。

③介入方法と優先順位

(図表 56) より本町における介入方法を以下のとおりとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・ 特定健診結果で糖尿病型であるが医療機関未受診の者 (F)・・・31 人
- ・ 治療に繋がるよう、体のメカニズムに視点をおいた保健指導

優先順位 2

【保健指導】

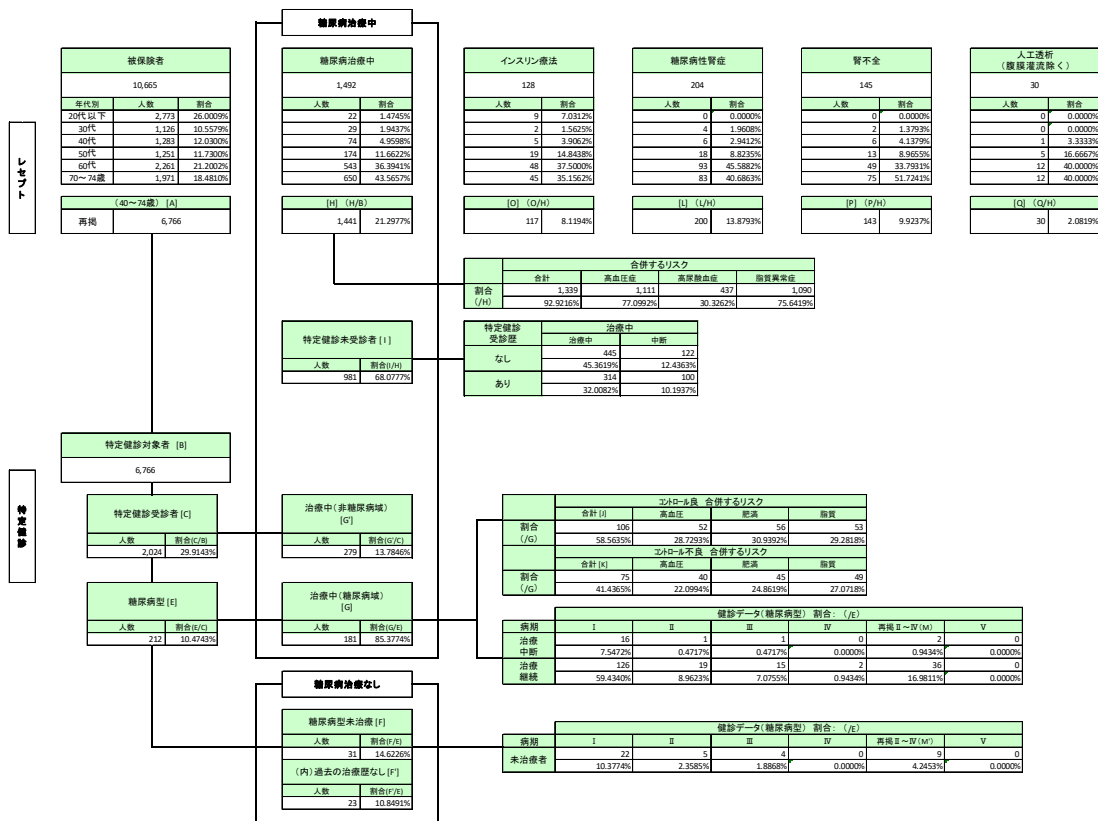
- ・ 糖尿病の治療を中断している者・・・18 人
- ・ 治療中断しない(継続受診)のための保健指導
- ・ 医療機関と連携した保健指導
- ・ 介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

優先順位 3

【保健指導】

- ・ 糖尿病治療中であるがコントロール不良の者 (K)・・・75 人
- ・ 医療機関と連携した保健指導
- ・ 介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

図表 56 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



3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。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 57 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」、
「肥満を解決するための食の資料 Ver. 3」

令和4年度版 なぜ治療が必要なのかを学習するための教材（青本）	
5	<p>5 血圧と腎臓の関係</p> <p>R4沖・治5-01 腎機能の経過をみよう（GFRのグラフ）</p> <p>R4沖・治5-02 年齢による腎機能（GFR）の低下速度～私の腎臓はこれからどうなるか～</p> <p>R4沖・治5-03 CKDには健診結果以外にも下のようなリスクが関係しています</p> <p>R4沖・治5-04 高血圧と腎臓 血圧が高いと腎臓は・・・</p> <p>R4沖・治5-05 肥満や高血糖になると腎臓では何が起こるのでしょうか？</p> <p>R4沖・治5-06 高血糖と肥満は腎臓をどのように炒めるのでしょうか？</p> <p>R4沖・治5-07 尿検査eGFRで異常が出た方へ どの科でどんな検査が必要なの？</p> <p>R4沖・治5-08 自分はどの位置にいるのか、コントロール目標、腎臓の構造</p> <p>R4沖・治5-09 進行を遅らせるための目標値</p> <p>R4沖・治5-10 治療や食事の改善で腎機能の改善も期待できます</p> <p>R4沖・治5-11 治療を開始し、体重を減らして尿蛋白が正常となり、腎機能も改善したAさん</p> <p>R4沖・治5-12 治療を継続し、体重を減らして尿蛋白が正常になり腎機能も改善したBさん</p>
令和4年度版 沖縄 食ノート（赤本）	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 栄養指導対象者の明確化 2. 脂肪細胞の特性～肥満の本態を理解～ 3. 脂肪細胞の特性～肥満の解決～ 4. A-②原因として見えてきた食品から500kcal減らす 私はどのタイプかな？ 5. B短鎖脂肪酸の役割が、解決のポイント 6. 血管内皮を守る 7. 栄養指導の基本 ～あなたにとっての食べ方～ 8. 資料箱 ～ポピュレーションアプローチ～

(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、二次健診等で尿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

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、南部地区医師会等と協議した紹介状等を使用します。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳等を活用し、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糖尿病腎症重症化予防プログラムに準じて行っていきます。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、介護保険部局である保健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回行うものとしします。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率
- イ. 医療機関受診率
- ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化
 - eGFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

図表 58 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目			突合表	南風原町										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	9,416人	9,215人	9,148人	9,017人	9,055人							KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲) 40-74歳		5,913人	5,838人	5,900人	5,970人	5,977人								
2	①	対象者数	B	5,228人	5,219人	5,222人	5,228人	5,146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	2,052人	1,965人	1,715人	1,842人	1,935人								
	③	受診率		39.3%	37.7%	32.8%	35.2%	37.6%								
3	①	特定 対象者数		292人	258人	234人	241人	256人								
	②	保健指導 実施率		79.8%	74.4%	75.6%	84.6%	87.1%								
4	①	糖尿病型	E	289人	13.5%	291人	14.1%	253人	14.1%	263人	13.6%	265人	13.0%		特定健診結果	
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	71人	24.6%	99人	34.0%	89人	35.2%	82人	31.2%	80人	30.2%			
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	218人	75.4%	192人	66.0%	164人	64.8%	181人	68.8%	185人	69.8%			
	④	コントロール不良 HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130mg/dL以上	J	109人	50.0%	89人	46.4%	80人	48.8%	96人	53.0%	86人	46.5%			
	⑤	血压 130/80以上	J	51人	46.8%	48人	53.9%	48人	60.0%	49人	51.0%	48人	55.8%			
	⑥	肥満 BMI25以上	J	52人	47.7%	44人	49.4%	45人	56.3%	54人	56.3%	52人	60.5%			
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0%未満かつ空腹時血糖130未満	K	109人	50.0%	103人	53.6%	84人	51.2%	85人	47.0%	99人	53.5%			
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	225人	77.9%	232人	79.7%	199人	78.7%	212人	80.6%	211人	79.6%			
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		37人	12.8%	34人	11.7%	29人	11.5%	27人	10.3%	25人	9.4%			
	⑩	第3期 尿蛋白(+)以上		24人	8.3%	21人	7.2%	21人	8.3%	21人	8.0%	26人	9.8%			
	⑪	第4期 eGFR30未満		3人	1.0%	3人	1.0%	3人	1.2%	2人	0.8%	2人	0.8%			
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)		77.8人	72.4人	67.4人	78.3人	75.4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)		119.6人	111.0人	101.9人	115.6人	111.1人								
	③	レセプト件数 (40-74歳)	入院外(件数)	3,380件(584.0)	3,430件(588.9)	3,352件(574.0)	3,457件(584.2)	3,392件(589.3)	630,975件(921.9)					KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)		
	④	(1)内は被保険者 受診		入院(件数)	25件(4.3)	18件(3.1)	19件(3.3)	12件(2.0)	19件(3.3)	2,654件(3.9)						
	⑤	糖尿病治療中	H	733人	7.8%	667人	7.2%	617人	6.7%	706人	7.8%	683人	7.5%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥	(再掲) 40-74歳		707人	12.0%	648人	11.1%	601人	10.2%	690人	11.6%	664人	11.1%			
	⑦	健診未受診者	I	489人	69.2%	430人	66.4%	437人	72.7%	509人	73.8%	479人	72.1%			
	⑧	インスリン治療	O	46人	6.3%	52人	7.8%	45人	7.3%	54人	7.6%	55人	8.1%			
	⑨	(再掲) 40-74歳		41人	5.8%	50人	7.7%	42人	7.0%	51人	7.4%	50人	7.5%			
	⑩	糖尿病性腎症	L	80人	10.9%	97人	14.5%	102人	16.5%	92人	13.0%	99人	14.5%			
	⑪	(再掲) 40-74歳		78人	11.0%	95人	14.7%	102人	17.0%	91人	13.2%	98人	14.8%			
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		15人	2.0%	14人	2.1%	20人	3.2%	20人	2.8%	21人	3.1%			
	⑬	(再掲) 40-74歳		15人	2.1%	14人	2.2%	20人	3.3%	20人	2.9%	21人	3.2%			
	⑭	新規透析患者数		9		13		15		14		11				KDB_厚生労働省様式2-2 (年間の人工透析患者人数を算出)
	⑮	(再掲) 糖尿病性腎症		3	33.3%	7	53.8%	4	26.7%	2	14.3%	5	45.5%			
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		17人	2.4%	14人	2.1%	14人	2.4%	16人	2.5%	19人	2.9%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期	
6	①	総医療費		28億1745万円	28億9383万円	29億0340万円	29億4497万円	28億4147万円	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		13億7029万円	13億7187万円	14億7293万円	14億2503万円	12億9223万円	11億4738万円							
	③	(総医療費に占める割合)		48.6%	47.3%	50.7%	48.4%	45.5%	52.9%							
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	6,088円	6,207円	4,351円	4,932円	4,603円	7,199円							
	⑤	健診未受診者		40,904円	42,076円	47,559円	42,724円	40,039円	37,856円							
	⑥	糖尿病医療費		1億0686万円	1億1091万円	1億1155万円	1億1250万円	1億1402万円	1億2598万円							
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		7.8%	8.1%	7.6%	7.9%	8.8%	11.0%							
	⑧	糖尿病入院外総医療費		3億3956万円	3億8569万円	3億9259万円	4億1117万円	3億7317万円								
	⑨	1件あたり		36,101円	41,410円	44,002円	44,056円	41,422円								
	⑩	糖尿病入院総医療費		3億3871万円	3億4463万円	3億8063万円	3億9347万円	3億6443万円								
	⑪	1件あたり		704,169円	749,197円	720,896円	823,149円	763,997円								
	⑫	在院日数		18日	18日	19日	19日	19日								
	⑬	慢性腎不全医療費		1億6452万円	1億7226万円	1億9395万円	1億8027万円	1億6749万円	9872万円							
	⑭	透析有り		1億5873万円	1億6594万円	1億9019万円	1億7227万円	1億6141万円	9197万円							
	⑮	透析なし		579万円	632万円	376万円	799万円	609万円	675万円							
7	①	介護給付費		19億4866万円	20億8530万円	20億9163万円	21億6920万円	22億0043万円	21億9980万円							
	②	(2号認定者) 糖尿病合併症		8件 22.2%	7件 29.2%	5件 22.7%	3件 17.6%	3件 25.0%								
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		1人 0.5%	5人 2.5%	2人 1.0%	4人 2.0%	2人 0.8%	926人 1.1%					KDB_健診・医療・介護 データからみる地域の健康		

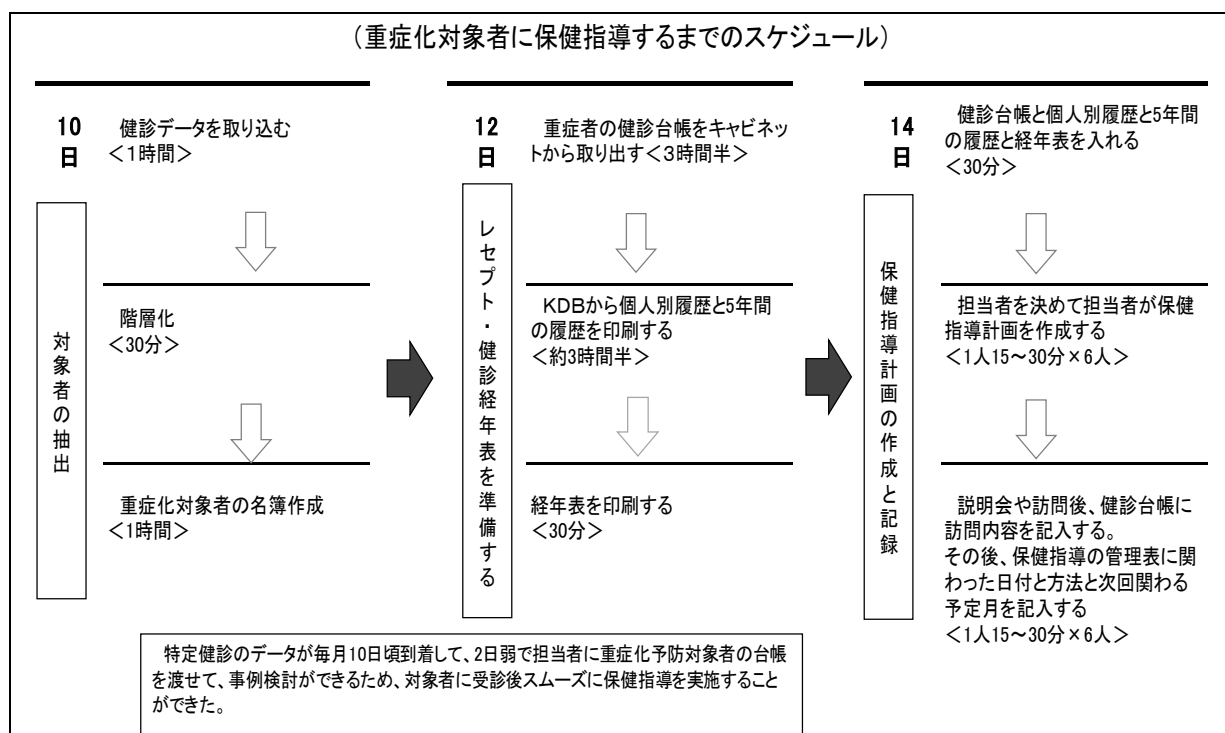
7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

図表 59 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2. 慢性腎臓病(CKD)重症化予防

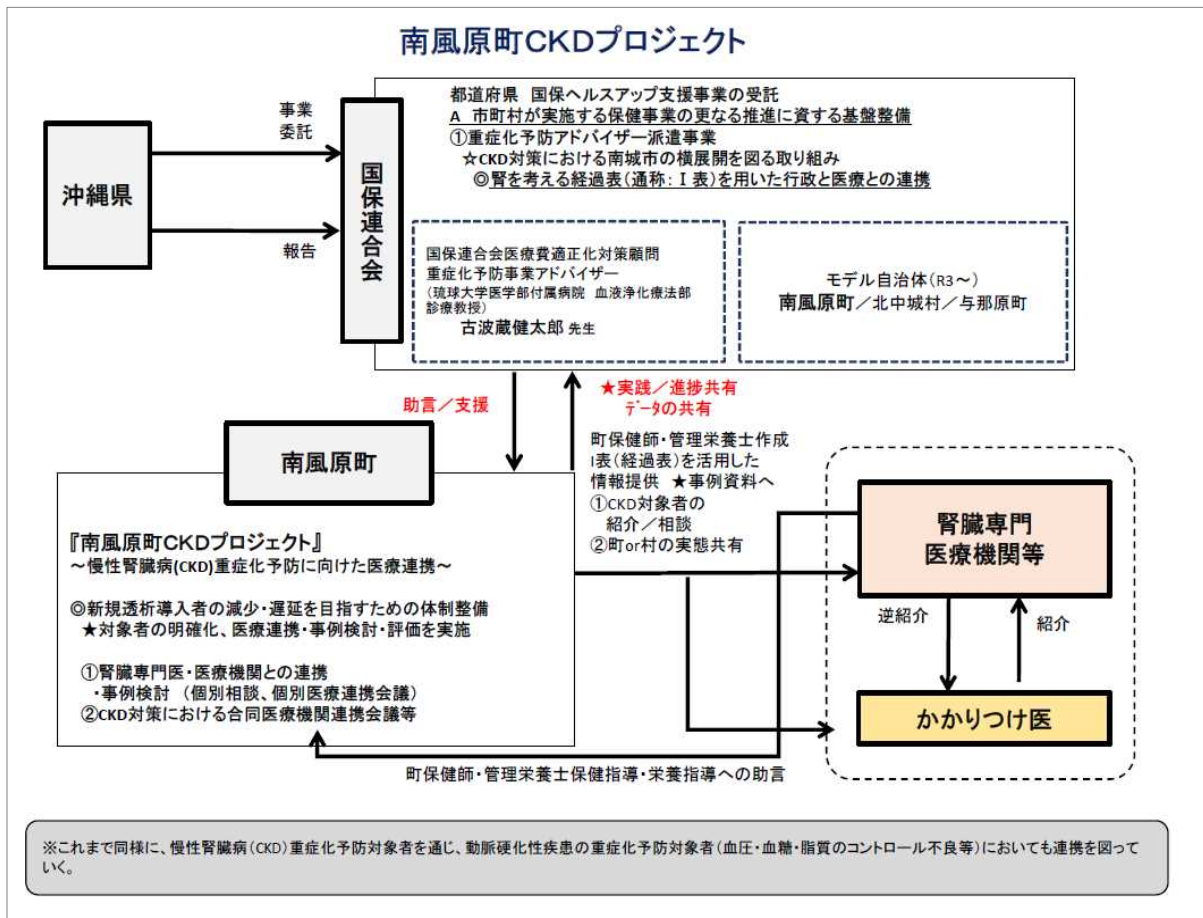
1) 基本的な考え方

厚生労働省「腎疾患対策検討会報告書（平成30年7月）に関わる取組の中間評価と今後の取組について」、「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023（日本腎臓学会）」に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 慢性腎臓病(CKD)重症化予防に係わる取組体制

本町の慢性腎臓病の重症化予防は、重点課題であることから、取組を強化するために、R3年度より沖縄県国民健康保険連合団体が実施している事業「重症化予防アドバイザー派遣事業」のモデル自治体として「南風原町CKDプロジェクト」を開始しました。本事業では琉球大学病院・腎臓専門医師による助言を戴きながら展開し、かかりつけ医、腎臓専門医、保健師・管理栄養士が体制表（図表60）のもと進めています。

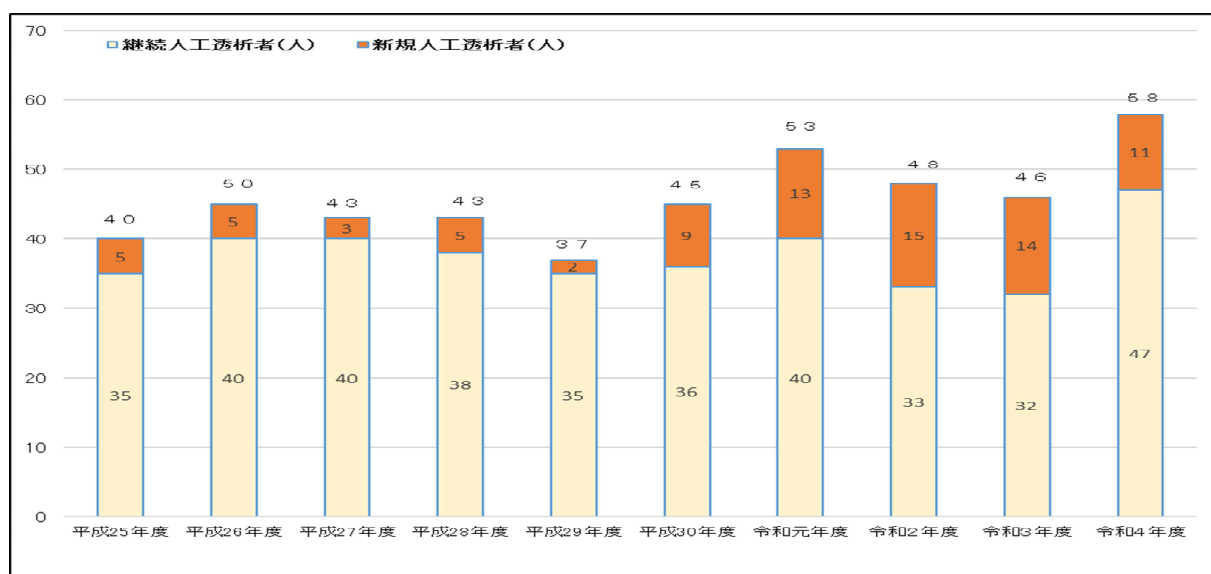
図表 60 南風原町CKDプロジェクト体制表



3) 人工透析の状況

本町の国民健康保険加入者の人工透析推移は、増加傾向でありまた新規透析導入者については平成30年度頃より増加傾向の状況です。また、データヘルス計画の中長期的標疾患に、糖尿病合併症の減少を目標としています。新規透析者のうち原因疾患が糖尿病の割合は、平成26年度から令和4年度は約50%と推移しております。(図表61)

図表 61 国民健康保険加入者 人工透析者推移



図表 62 国民健康保険加入者 新規透析者の推移と原因疾患

		平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
新規透析者(人)		5	5	3	5	2	9	13	15	14	11
原因疾患	糖尿病性(人・割合)	4 80%	2 40%	2 67%	2 40%	1 50%	3 33%	7 54%	4 27%	2 14%	5 45%
	腎炎等(人)	1	3	1	3	1	6	6	11	9	5
	不明(人)									3	1

新規透析者の推移は、年々増加を示しています。また原因疾患の糖尿病性による新規透析導入者は、平成25年頃を比較すると減少傾向を推移しております。近年においては、腎炎や腎硬化症を原因疾患とする透析導入に至る者の増加しており、糖尿病性腎症重症化予防と整合性をもたせながら、考えていきます。

4) 対象者の明確化

(1) 南風原CKDプロジェクト対象者選定基準の考え方

①腎臓専門医レベル相当

- ・尿蛋白(2+)以上
- ・GFR50未満
- ・GFR40未満(70歳以上)
- ・尿蛋白(+)かつ尿潜血(+)

②以外でΔGFR低下の著しい者

(GFR区分G4でΔ10以上の者)

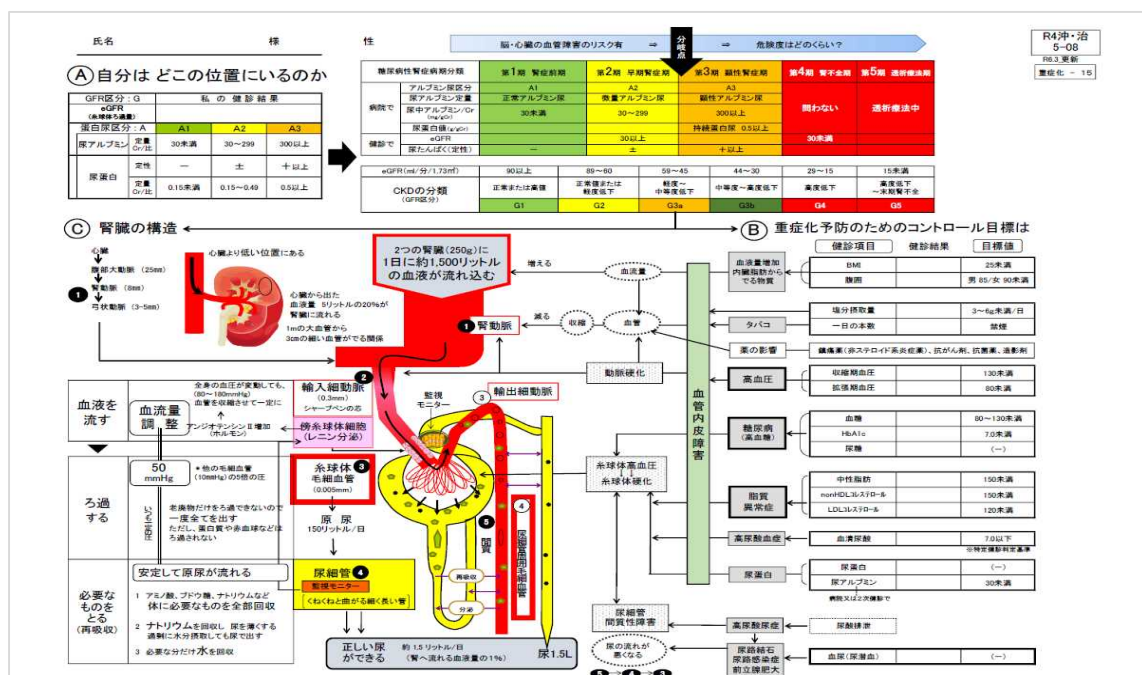
(2) 対象者の管理

治療が必要な未治療者については医療受診勧奨を優先とし、また重症化しないためにも医療受診の中断等がないように対象者一覧名簿(台帳)を作成し、経過を把握します。

5) 保健指導の実施

慢性腎臓病(CKD)は腎機能低下が長期にわたり進行します。CKDの発症、進展においては生活習慣病が関わっており、科学的知見によると生活習慣の改善により進行予防が可能な疾患となっています。保健指導の実施にあたっては、CKD診療ガイド等やガイドライン等を参考に作成された保健指導教材を活用し、対象者にあわせた保健指導を行います。医療未受者、中断者は医療受診勧奨を優先とし、治療中の者へ重症化進展抑制にむけて、血圧血糖、肥満、脂質異常、喫煙などリスク管理が重要です。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。具体的な保健活動に関してはCKD重症化予防プロセス計画にて記載致します。

図表 63 「腎臓の構造・コントロール目標 ~自分はこの位置にいるの?~



6) 医療との連携

①医療機関未受診者、治療中断者

医療受診を優先とした保健指導を実施します。医療受診勧奨においては、町管理栄養士・保健師作成によるKDBデータ等、住民の生活背景等を記載した経過表（I表）を活用します。また日本腎臓学会発行「生活習慣病から新規透析導入患者の減少にむけた提言」より「健診からのCKD精密検査紹介書式」を参考に医療受診勧奨を行います。

②治療中の方への対応

腎機能低下・腎機能障害に至った経過について、町管理栄養士・保健師作成によるKDBデータ（医療機関レセプト状況、服薬の内容）等、医療機関の検査結果、また必要に応じ住民の生活背景・問診等を記載した経過表（「I表」）を活用し、医療機関より保健指導への助言を戴きます。

医療機関の検査結果、特定健診結果また家庭血圧、服薬管理状況等の経過から、南風原CKDプロジェクト内の腎臓専門医による事例検討会において相談し、助言を頂きます。その結果から対象者に応じた降圧目標等の提言を頂き、かかりつけ医や腎臓専門医と透析遅延・重症化予防にむけて、検査データや住民の生活、服薬の状況の経過を見える化した資料を作成し、住民、かかりつけ医、町の管理栄養士・保健師が共有し連携します。

7) ライフサイクルの視点からCKD予防を考える

CKDは、長期にわたり進行することがわかってきたことから、早期発見には健診受診者を増やしCKD予防に努め、CKDが放置されない事が重要です。ライフサイクルの視点で考えると、被保険者やその家族である妊婦、乳幼児期の健診から、尿蛋白や尿潜血検査を実施しているため、早期に発見であることが可能です。また「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023（日本腎臓学会・編集）」では「妊娠・出産時に母胎の腎臓が受ける影響は多く、CKDの既往がなくとも妊娠高血圧症候群による高血圧や蛋白尿などの腎症候が出現することがある」とありました。また母体腎機能の予後にも影響することから、妊婦健診結果から、CKD予防対象者として継続した保健指導が大切と考えます。

被保険者やその家族等へ健診結果や問診等（家族歴・既往歴）から、生涯にわたり切れ目無く、予防にむけ把握管理できる体制を整え、疾病予防、健康増進に関わる正しい知識の普及・啓発に努めてまいります。

図表 64 「妊娠高血圧症の治療を中断した為に、透析導入に至った事例」

年代	30代	40歳
治療状況	重症妊娠高血圧症腎症	
	高血圧治療を中断を繰り返す	・体調不良で入院繰り返す → 人工透析導入

3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 72,73)

図表 65 脳卒中の分類

【脳卒中の分類】

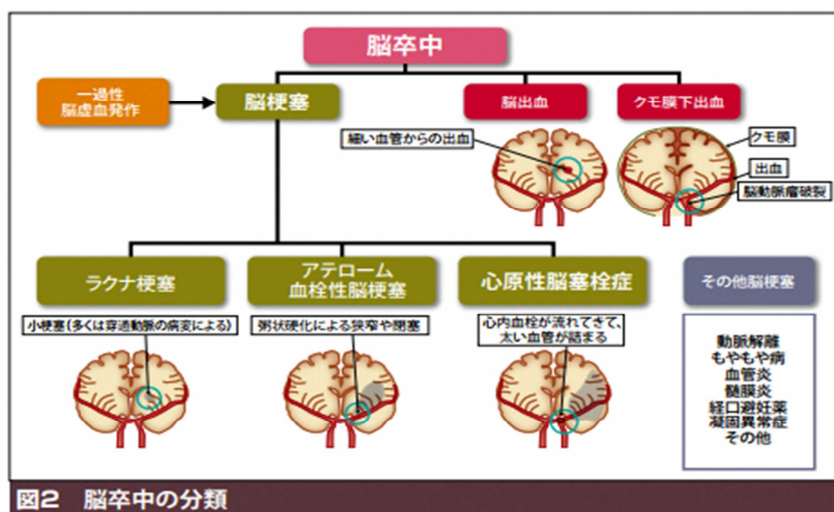


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 66 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

リスク因子 (○はハイリスク等)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリックシンドローム	慢性腎臓病(CKD)
脳梗塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳塞栓	●			●			○	○
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

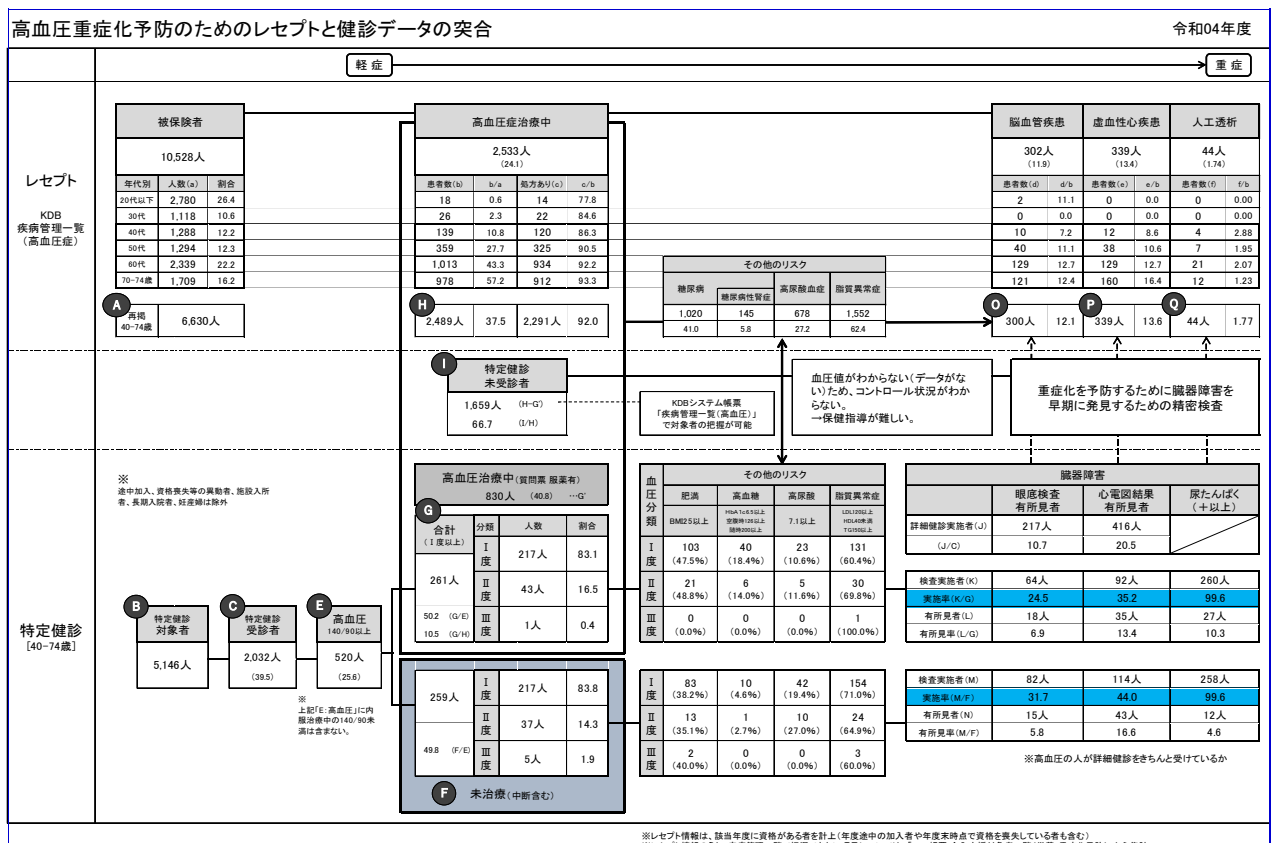
脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。(図表 74)でみると、40-74 歳の高血圧治療者は 2,489 人(H)、そのうち既に脳血管疾患を起こしている人が 300 人(12.1%・O)でした。また、高血圧治療者のうち特定健診未受診者が 1,659 人(66.7%・I)であり、血圧値が不明のため、コントロール状況がわかりません。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 86 人(16.5%)であり、そのうち 42 人(48.8%)は未治療者です。対象者の状態に応じて適切な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 44 人いることがわかりました。血圧手帳等を活用し医療機関と連携した保健指導が、必要です。

その他のリスクとの重なりをみると、肥満が約 40%、脂質異常が約 70%となっており、肥満・メタボリックシンドロームを起因とした高血圧が多いのが本町の特徴です。

図表 67 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



出典・参照: KDB システム改変、特定健診等データ管理システム

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

図表 68 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			
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
	540	281 52.0%	217 40.2%	37 6.9%	5 0.9%
リスク第1層 予後影響因子がない	33 6.1%	C 19 6.8%	B 12 5.5%	B 2 5.4%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	275 50.9%	C 134 47.7%	B 114 52.5%	A 24 64.9%	A 3 60.0%
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1つ以上ある	232 43.0%	B 128 45.6%	A 91 41.9%	A 11 29.7%	A 2 40.0%

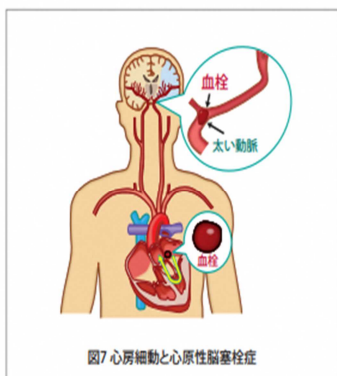
区分	該当者数
A ただちに薬物療法を開始	131 24.3%
B 概ね1か月後に再評価	256 47.4%
C 概ね3か月後に再評価	153 28.3%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳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 60)は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる(A)については、早急な受診勧奨が必要になってきます。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



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

(図表 61)は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 69 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環学調査 (※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	948	1,084	657	69.3%	650	60.0%	11(3)	1.7%	0	0.0%	--	--
40代	120	87	91	75.8%	50	57.5%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	128	138	90	70.3%	71	51.4%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	368	453	248	67.4%	284	62.7%	2	0.8%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	332	406	228	68.7%	245	60.3%	9(3)	3.9%	0	0.0%	3.4%	1.1%

出典・参照：R4 特定健診より南風原町調べ ※()は詳細健診の人数

図表 70 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	%
11	0	0.0	11	100.0

R4 年度特定健診より南風原町調べ

心電図検査において 11 人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。詳細健診では 3 名しか心房細動を発見することはできていません。(図表 69)また、心電図有所見者 11 人全員が既に治療中、若しくは健診後に治療に繋がっています。(図表 70)

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります。心電図ではそのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査実施者の増加が望まれます。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、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。

(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)

(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、BMI、腹囲の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていきます。

② 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、介護保険部局である保健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。その際は KDB 等の情報を活用します。

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

4. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

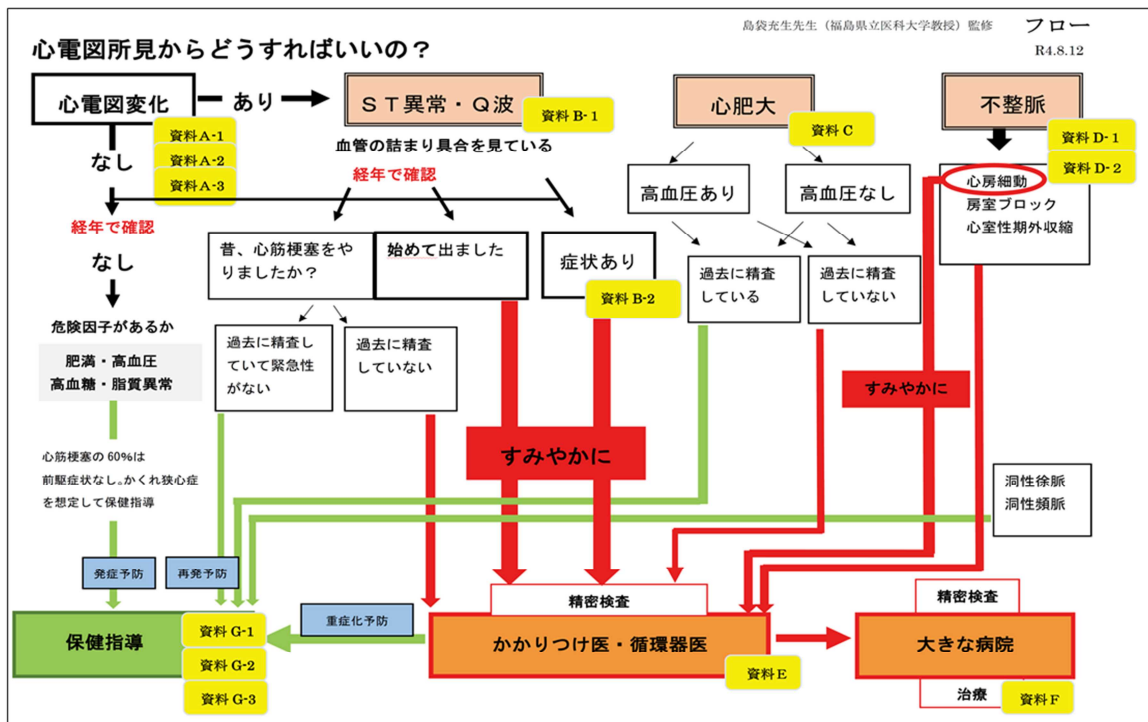
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

図表 71 心電図所見からのフロー図 (R4 沖・治 4-01)



出典: 令和4年度版 なぜ治療が必要なのかを学習するための教材

(沖縄県ヘルスアップ支援事業)

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

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

本町においては、心電図検査実を 1,294 人(63.5%)に実施し、そのうち有所見者が 638 人(49.3%)でした。所見の中でも ST-T 変化が 221 人(34.6%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表 72)

また、有所見者のうち要精査が 76 人(11.9%)で、その後の受診状況を見ると 34 人(44.7%)は未受診でした。(図表 73)。

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。

また、心血管疾患の中でも予防可能な虚血性心疾患は心電図検査によって早期発見できます。また重症化すると脳梗塞につながりやすい心房細動などが発見されます。令和 3 年度特定健診において心電図検査は、特定健診受診者の 60%に実施しています。重症化予防にむけて、集団健診受診者への心電図検査の全数実施し、有所見者については医療受診勧奨を行うと共に重症化予防にむけた保健指導を実施していきます。

図表 72 心電図検査結果

性別・年齢	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	実施率	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	
40～74歳	1,294	63.5	638	49.3	28	4.4	221	34.6	84	13.2	55	8.6	19	3.0	86	13.5	10	1.6	48	7.5	
内訳	男性	648	68.3	348	53.7	15	4.3	85	24.4	54	15.5	34	9.8	14	4.0	59	17.0	10	2.9	29	8.3
	女性	646	59.3	290	44.9	13	4.5	136	46.9	30	10.3	21	7.2	5	1.7	27	9.3	0	0.0	19	6.6

南風原町調べ

図表 73 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	638		76	11.9	42	55.3	34	44.7
男性	348	54.5	49	14.1	24	49.0	25	51.0
女性	290	45.5	27	9.3	18	66.7	9	33.3

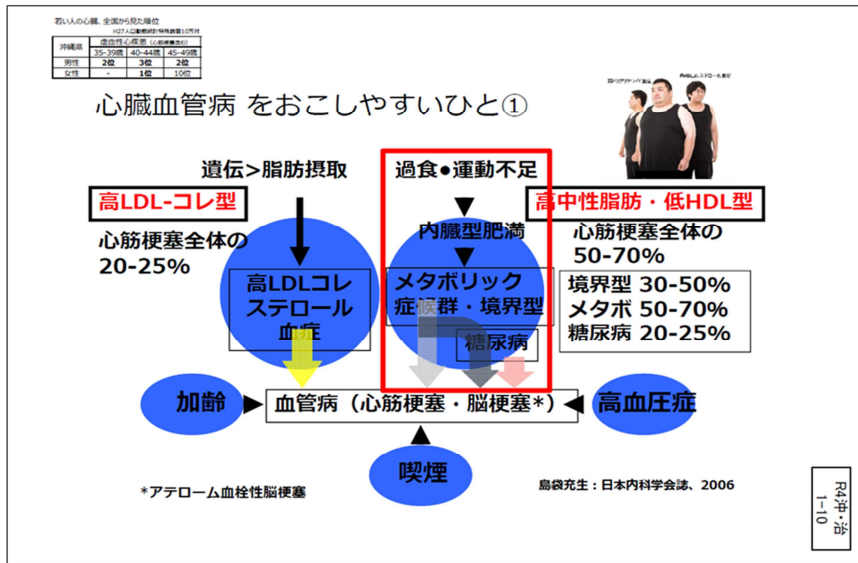
南風原町調べ

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 74)

図表 74 心血管病をおこしやすいひと (R4 沖・治 1-10)



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

図表 74 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A: メタボタイプについては、第4章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 63・64)を参照します。

B: LDL コレステロールタイプ^①(図表 70)

図表 75 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

令和04年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た
LDLコレステロール管理目標

(参考)
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL				健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別			
				120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳
775				357	237	111	70	32	32	68	49
				46.1%	30.6%	14.3%	9.0%	17.7%	17.7%	37.6%	27.1%
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)	125	59	44	12	10	14	8	0	0
			16.1%	16.5%	18.6%	10.8%	14.3%	43.8%	25.0%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	270	119	77	45	29	7	11	36	20
			34.8%	33.3%	32.5%	40.5%	41.4%	21.9%	34.4%	52.9%	40.8%
高リスク	再掲	120未満 (150未満)	284	134	87	40	23	8	9	23	23
			36.6%	37.5%	36.7%	36.0%	32.9%	25.0%	28.1%	33.8%	46.9%
		100未満 (130未満) ※1	10	7	1	0	2	1	0	1	0
			1.3%	2.0%	0.4%	0.0%	2.9%	3.1%	0.0%	1.5%	0.0%
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	96	45	29	14	8	3	4	9	6
			12.4%	12.6%	12.2%	12.6%	11.4%	9.4%	12.5%	13.2%	12.2%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮

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

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であ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 76 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 202年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、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)

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、介護保険部局である保健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。その際は KDB 等の情報を活用する。

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

5. メタボリックシンドローム重症化予防

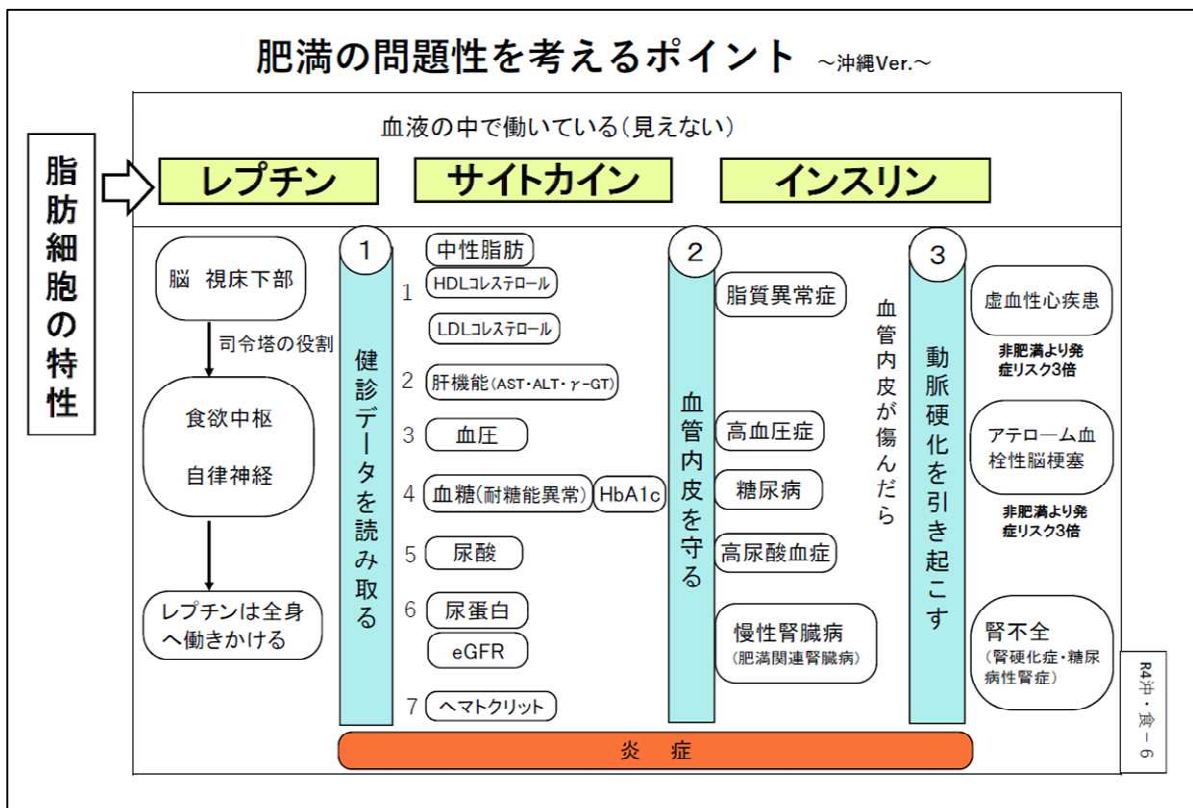
1) 基本的な考え方

データヘルス計画における短期目標のターゲットである高血圧、脂質異常症、糖尿病の約半数は肥満（BMI25以上）であることがわかりました（図表74）。また重症化に至った者のうち35.1%がメタボリックシンドローム該当者でした（図表51）。

内臓脂肪細胞に着目すると放出される遊離脂肪酸、様々なサイトカインと総称される生理活性物質を分泌する活発な内分泌臓器です。しかし過剰な脂肪蓄積すると、種々のサイトカインが産生異常を伴い、高血糖、脂質代謝異常、血圧などの各種代謝異常のリスクが増大し、動脈硬化の発症リスクが高くなります。

重症化予防にむけてメタボリックシンドロームの解決は急務であり、日本動脈硬化学会等8学会の検討委員会策定「メタボリックシンドロームの定義と診断基準」、各ガイドライン等、最新の知見に基づき、解決にむけて考えていきます。

図表 77 脂肪細胞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)

また、住民から、これまで肥満になると日常生活の中で困っていることを教えてもらいました。生活習慣病予防・重症化予防の視点のみならず、住民のQOL向上にむけて繋がっていると考え、肥満・メタボ解決にむけてた保健活動を行います。

図表 78 肥満になるとどんなことに困るのか 日常生活の中での住民の声

生活	肥満度			
	I 度 25~29.9	II 度 30~34.9	III 度 35~39.9	IV 度 40~
食事	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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る 食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う 太っているから脚の腫れもおこるよ 	<ul style="list-style-type: none"> 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 逆流性食道炎になった
	胃腸	<ul style="list-style-type: none"> 食べるとお腹が張って苦しくなる 		
排泄	排便		<ul style="list-style-type: none"> 便秘になって大変 	<ul style="list-style-type: none"> 便器に座ると便座が割れる
	排尿	<ul style="list-style-type: none"> 横になるとトイレに行きたくなくなる 	<ul style="list-style-type: none"> 尿意を感じて夜中に3回起きる 	<ul style="list-style-type: none"> 尿漏れする 起きてトイレに行くまで間に合わない
歩行	疲労感がある	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 体重で足裏が痛い 階段を降りる時に体を支えられず転びそうになる ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない 歩くと足がしびれる 	<ul style="list-style-type: none"> 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
	動作	<ul style="list-style-type: none"> 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 身体が動かさづらい 		<ul style="list-style-type: none"> 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
胸	<ul style="list-style-type: none"> 2~3年前から胸の変な感じがある 仕事中時々胸の息苦しさ 1年前から動機あり、休憩しながら仕事していた 胸が痛くなることある。止まるんじゃないかとグッと 	<ul style="list-style-type: none"> 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くといわれた 少し動いただけでも心臓がきつい 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 蜂窩織炎になる 	<ul style="list-style-type: none"> 風邪をひきやすい 	<ul style="list-style-type: none"> よく風邪をひく よく体調をくずす
皮膚	<ul style="list-style-type: none"> 背中がかゆい 皮膚が赤くなる 	<ul style="list-style-type: none"> 湿疹ができる 痒い 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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

R4沖・治
1-09

2) 対象者の明確化

図表 79 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	948	120	128	368	332	1,084	87	138	453	406	
メタボ該当者	B	323	20	50	132	121	137	3	14	65	55	
	B/A	34.1%	16.7%	39.1%	35.9%	36.4%	12.6%	3.4%	10.1%	14.3%	13.5%	
再掲	① 3項目全て	C	103	4	18	40	41	43	2	5	23	13
		C/B	31.9%	20.0%	36.0%	30.3%	33.9%	31.4%	66.7%	35.7%	35.4%	23.6%
	② 血糖+血圧	D	48	1	5	22	20	17	0	2	9	6
		D/B	14.9%	5.0%	10.0%	16.7%	16.5%	12.4%	0.0%	14.3%	13.8%	10.9%
	③ 血圧+脂質	E	150	12	22	63	53	69	1	7	27	34
		E/B	46.4%	60.0%	44.0%	47.7%	43.8%	50.4%	33.3%	50.0%	41.5%	61.8%
	④ 血糖+脂質	F	22	3	5	7	7	8	0	0	6	2
		F/B	6.8%	15.0%	10.0%	5.3%	5.8%	5.8%	0.0%	0.0%	9.2%	3.6%

出典・参照：KDBシステム改変 様式（5-3）

図表 80 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	948	323	34.1%	256	79.3%	67	20.7%	1,084	137	12.6%	129	94.2%	8	5.8%		
40代	120	20	16.7%	4	20.0%	16	80.0%	87	3	3.4%	3	100.0%	0	0.0%		
50代	128	50	39.1%	37	74.0%	13	26.0%	138	14	10.1%	9	64.3%	5	35.7%		
60代	368	132	35.9%	114	86.4%	18	13.6%	453	65	14.3%	64	98.5%	1	1.5%		
70~74歳	332	121	36.4%	101	83.5%	20	16.5%	406	55	13.5%	53	96.4%	2	3.6%		

出典・参照：特定健診等データ管理システム

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 63)は、男性で50代から受診者の3割を超えるが、女性は50代以上で1割程度であるため、男性を優先とすることが効果的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 64)は、男女とも50代以上の半数以上が治療中となっていますが、根本である肥満は治療だけでは解決できません。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、脳・心血管病へ直接影響を与えます。

生活習慣病は薬物治療のみでは解決が難しく、食事療法と合わせて取り組んでいく事が重要

になります。

(1) 対象者の選定基準の考え方

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

(2)対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

3)保健指導の実施

(1)科学的根拠に基づいた保健指導

- ①保健指導実施者は、各種ガイドラインに基づきに基づき、健診結果の経年変化及び将来予測をふまえて、結果を読み解きます。
- ②健診結果を対象者のライフスタイルを考慮し対象者と共に考えます。また、治療中コントロール不良者へは、必要時には、医療機関との連携と合わせて行っていきます。健診結果の改善にむけて、インセンティブ等のしくみも活用し、継続した保健指導を行います。

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 81 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等 (沖縄県ヘルスアップ支援事業)

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



(2) 二次健診の実施

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

本町においても国保ヘルスアップ事業を活用して、二次健診を実施します

◎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)

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

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

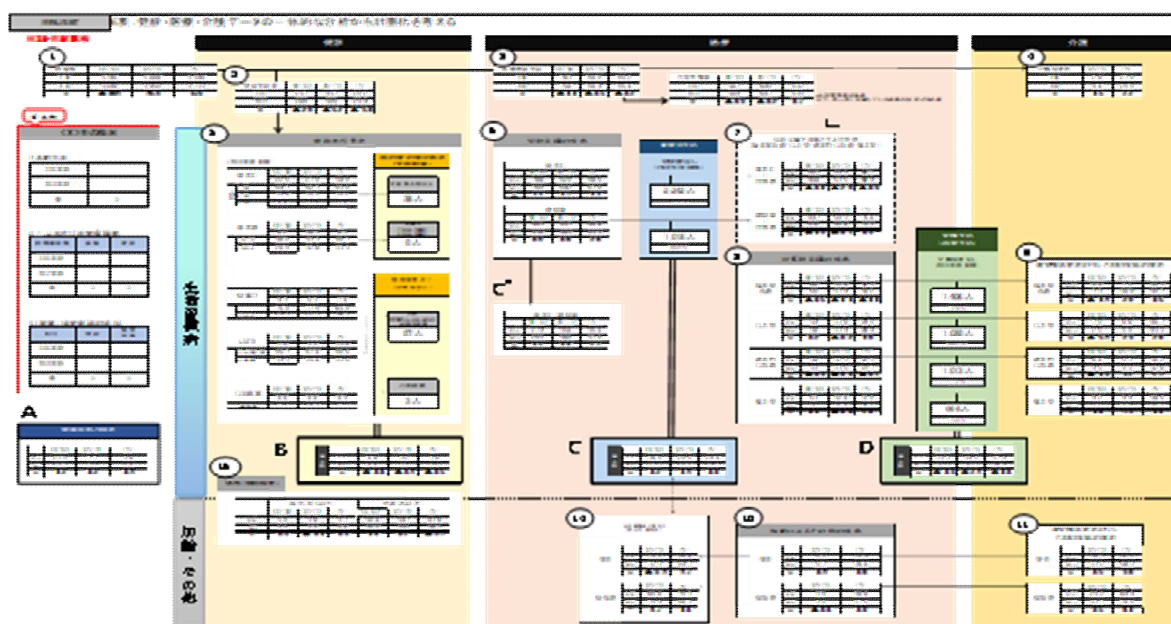
具体的には、(図表 78)

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し、高血圧や高血糖等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないう高血圧や糖尿病などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための通いの場を活用した健康教育や健康相談を実施していきます。

図表 82 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施(詳細は参考資料2参照)



出典・参照: 保険者データヘルス支援システム

IV.発症予防

1)基本的な考え方

「肥満症診療ガイドライン 2022」では「小児の肥満と肥満症」の章が新設されました。小児期にメタボリックシンドロームの診断を行うことは、心臓血管イベントの予防として重要としています。脂肪細胞数は、生後1歳にはピークに達します。一時的に減少しますが3歳頃から脂肪細胞の増加します。成人期の脂肪細胞数は幼児期に決まることから、幼児期に増加した脂肪細胞は、成人期の肥満へと繋がりやすくなります。成人期の肥満予防にむけて、幼児期から成長曲線（慎重。体重曲線）、肥満度判定曲線を用いて、適切なからだづくりと成長期に必要な食の学習を行います。生活習慣病重症化の根底にある内臓脂肪の蓄積に関する生活習慣は、小児期より形成されるので、健康な生活習慣の形成にも配慮していくことが必要です。

・学童期健診会場でのからだと食の学習



・特定健診会場でのからだと食の学習



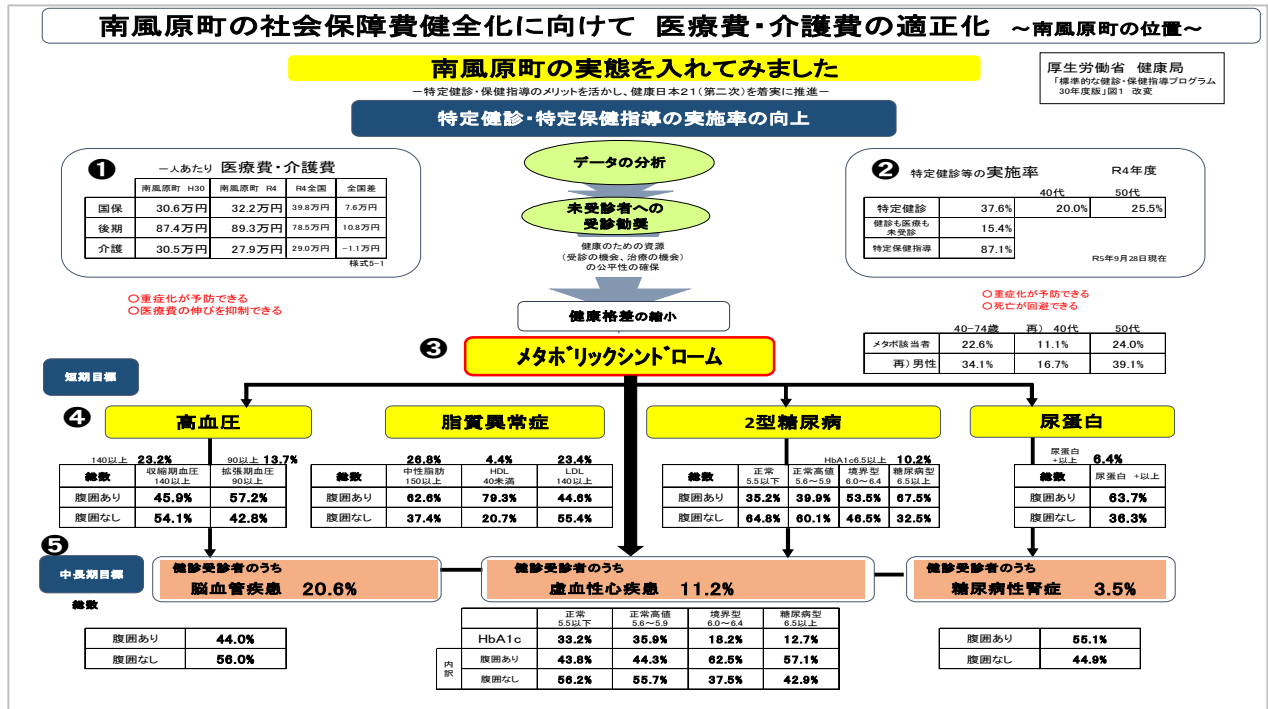
図表83 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

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		健康増進法		発症予防		重症化予防				
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		健康増進法		発症予防		重症化予防				
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	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上	
4	健康診査 (根拠法)	妊婦健康診査 (13条)	産婦健康診査 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)	就学時健康診査 (11・12条)	児童・生徒の定期健康診査 (第11・13・14条)	定期健康診査 (第66条)	特定健康診査 (第18・20・21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年以上以内	乳児 1.6歳児 3歳児	保育所・幼稚園健康診査 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)	標準的な特定健康診査・保健指導プログラム(第2章)				
5	対象者	血糖	95mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上			
		HbA1c	6.5%以上						6.5%以上			
		50GCT	1時間値140mg/dl以上									
		75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上							空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上		
		妊娠(診断) 妊娠糖尿病 尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの									
		身長 体重										
		BMI									25以上	
		肥満度		加齢 ^o 18以上	肥満度15%以上	肥満度20%以上						
		尿糖	(+) 以上								(+) 以上	
		糖尿病家族歴										

V.ポピュレーションアプローチ

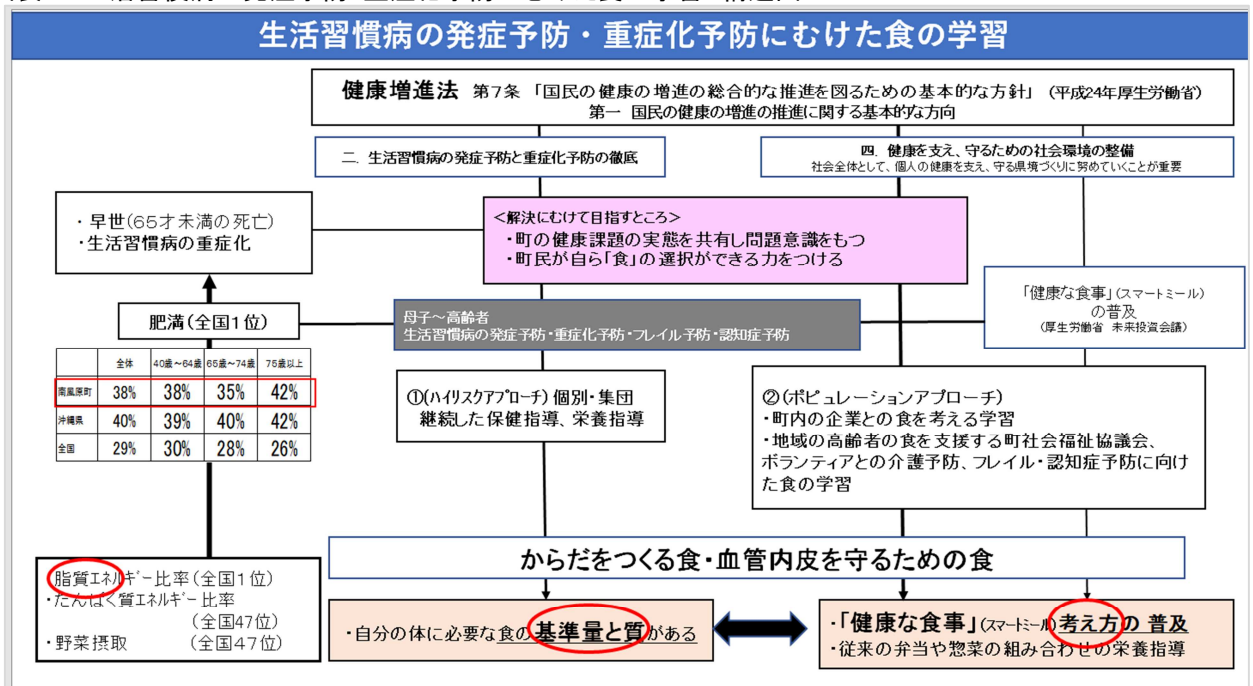
生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していきます。(図表 84,85)

図表 84 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



出典・参照:厚労省
 特定健診法定報告
 保険者データヘルス支援システム

図表 85 生活習慣病の発症予防・重症化予防にむけた食の学習 構造図



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、医療の動向等を保健指導に係る保健師・栄養士等が定期的に確認・評価を行います。

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南風原町の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた南風原町の位置

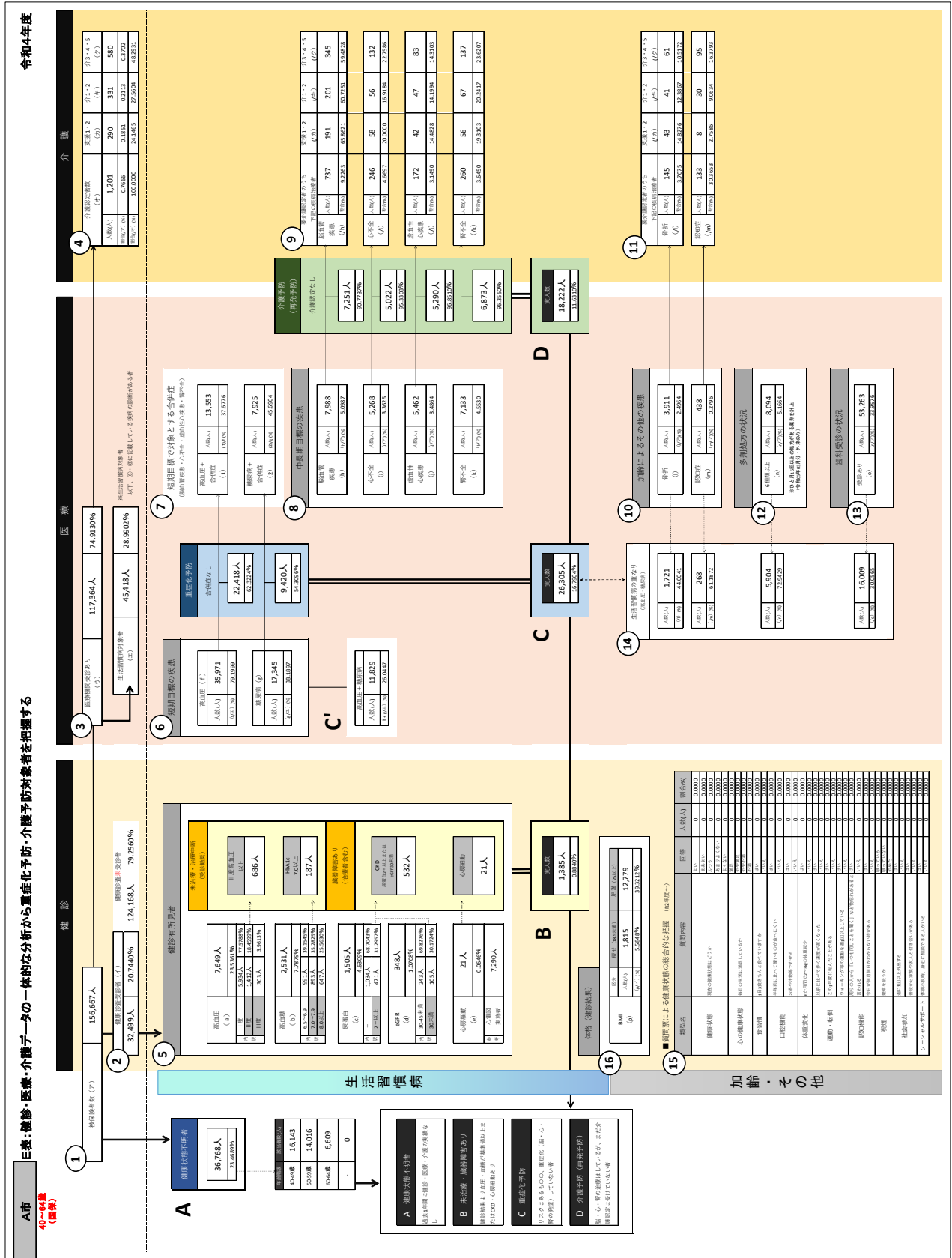
R04年度

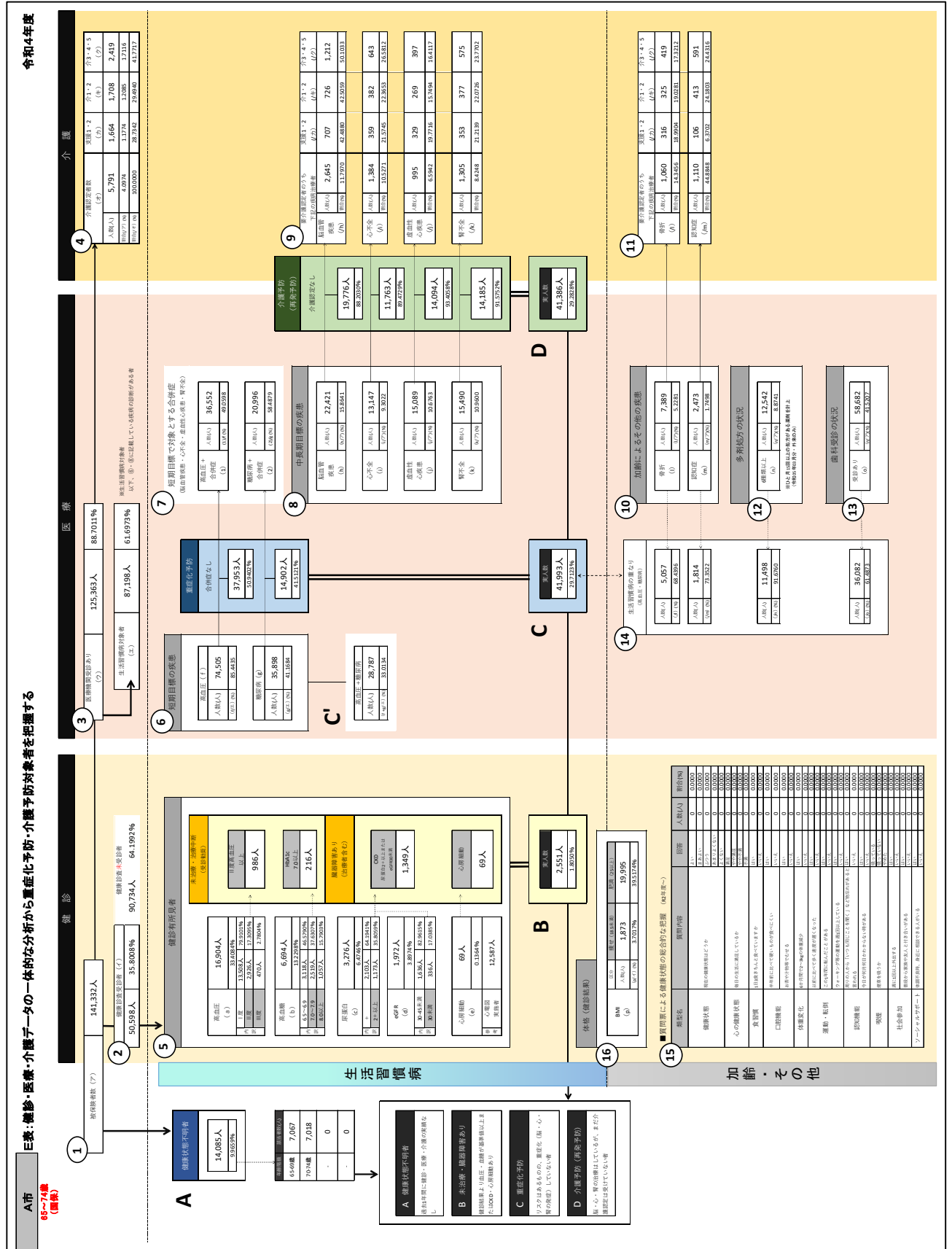
項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	① 人口構成	総人口		40,134		4,284,839		1,439,108		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		65歳以上(高齢化率)		7,862 19.6		1,245,056 29.1		324,708 22.6		35,335,805 28.7			
		75歳以上		3,684 9.2		-- --		155,559 10.8		18,248,742 14.8			
		65~74歳		4,178 10.4		-- --		169,149 11.8		17,087,063 13.9			
		40~64歳		12,265 30.6		-- --		472,258 32.8		41,545,893 33.7			
	39歳以下		20,007 49.9		-- --		642,142 44.6		46,332,563 37.6				
	② 産業構成	第1次産業		3.6		5.4		4.9		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		第2次産業		15.9		28.7		15.1		25.0			
		第3次産業		80.4		66.0		80.0		71.0			
	③ 平均寿命	男性		81.3		80.8		80.3		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		88.0		87.1		87.5		87.0					
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		79.7		80.4		79.3		80.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性		84.6		84.5		84.2		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)		84.8		98.7		99.3		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		男性		79.9		99.7		90.5		100			
		死因	がん		79 53.4		12,696 50.6		3,274 49.7		378,272 50.6		
			心臓病		33 22.3		6,874 27.4		1,669 25.3		205,485 27.5		
			脳疾患		22 14.9		3,420 13.6		978 14.8		102,900 13.8		
			糖尿病		2 1.4		485 1.9		193 2.9		13,896 1.9		
	腎不全		4 2.7		926 3.7		272 4.1		26,946 3.6				
	自殺		8 5.4		686 2.7		205 3.1		20,171 2.7				
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計										厚労省HP 人口動態調査	
		男性											
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		1,284 16.0		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		15 0.2		3,785 0.3		835 0.3		110,289 0.3			
		介護度別 総件数	要支援1.2		3,118 10.1		712,630 13.9		177,194 11.6		21,785,044 12.9		
			要介護1.2		11,596 37.4		2,355,997 45.9		546,973 35.9		78,107,378 46.3		
			要介護3以上		16,269 52.5		2,064,273 40.2		799,361 52.5		68,963,503 40.8		
	2号認定者		37 0.30		5,015 0.35		2,135 0.45		156,107 0.38				
	② 有病状況	糖尿病		257 19.0		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		569 41.4		117,224 52.9		28,893 43.8		3,744,672 53.3			
		脂質異常症		371 26.9		70,399 31.5		17,395 26.0		2,308,216 32.6			
		心臓病		631 46.0		132,327 59.8		31,994 48.6		4,224,628 60.3			
		脳疾患		282 21.0		50,122 22.9		14,271 21.9		1,568,292 22.6			
		がん		113 8.4		24,937 11.1		5,539 8.2		837,410 11.8			
		筋・骨格		556 40.4		116,014 52.5		29,667 44.9		3,748,372 53.4			
	精神		420 31.3		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		279,881 2,200,427,459		259,723 323,370,248,294		324,737 105,444,836,581		290,668 100,742,274,226,899		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		1件当たり給付費(全体)		71,020		63,000		69,211		59,662			
居宅サービス		52,544		41,449		51,518		41,272					
施設サービス		304,951		292,001		301,929		296,364					
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		認定あり 5,080		認定なし 4,040		11,002 4,796		8,610 4,020		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	被保険者数		8,807		882,802		388,055		27,488,882				
4	① 国保の状況	65~74歳		2,904 33.0				119,076 30.7		11,129,271 40.5		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		40~64歳		2,852 32.4				134,131 34.6		9,088,015 33.1			
		39歳以下		3,051 34.6				134,848 34.7		7,271,596 26.5			
		加入率		21.9		20.6		27.0		22.3			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		6 0.7		265 0.3		90 0.2		8,237 0.3			
		診療所数		28 3.2		2,753 3.1		890 2.3		102,599 3.7			
		病床数		1,633 185.4		49,546 56.1		18,602 47.9		1,507,471 54.8			
		医師数		298 33.8		9,765 11.1		3,887 10.0		339,611 12.4			
		外来患者数		563.1		716.1		541.1		687.8			
	入院患者数		20.5		19.2		19.0		17.7				
③ 医療費の 状況	一人当たり医療費		322,638 県内24位 同規模123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		
	外 来	費用の割合		51.6		59.6		53.6		60.4			
		件数の割合		96.5		97.4		96.6		97.5			
	入 院	費用の割合		48.4		40.4		46.4		39.6			
		件数の割合		3.5		2.6		3.4		2.5			
	1件あたり在院日数		17.0日		16.0日		17.1日		15.7日				

4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源確保病名 (調剤含む)	がん	308,206,930	23.9	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)	161,404,950	12.5	8.0	12.0	8.2												
			糖尿病	114,020,540	8.8	11.0	8.3	10.4												
			高血圧症	61,272,360	4.7	6.1	4.8	5.9												
			脂質異常症	53,007,930	4.1	4.2	2.8	4.1												
			脳梗塞・脳出血	52,816,370	4.1	3.8	4.9	3.9												
			狭心症・心筋梗塞	18,042,690	1.4	2.9	3.3	2.8												
			精神	282,060,420	21.8	14.6	20.9	14.7												
			筋・骨格	218,118,940	16.9	16.6	16.0	16.7												
			5	⑤	医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	入院	高血圧症	143		0.1	310	0.2	313	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)					
糖尿病	1,050	0.7				1,270	0.9	896	0.6	1,144	0.9									
脂質異常症	829	0.5				61	0.0	67	0.0	53	0.0									
脳梗塞・脳出血	5,340	3.4				6,294	4.3	6,789	4.6	5,993	4.5									
虚血性心疾患	1,310	0.8				4,413	3.0	4,321	2.9	3,942	2.9									
腎不全	11,056	7.1		4,223	2.9	5,764	3.9	4,051	3.0											
医療費分析 一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合	外来	高血圧症		6,794	4.1	11,332	5.3	7,107	4.2	10,143	4.9									
	糖尿病	12,584		7.6	20,232	9.4	12,437	7.3	17,720	8.6										
	脂質異常症	5,190		3.1	7,876	3.7	4,322	2.5	7,092	3.5										
	脳梗塞・脳出血	657		0.4	916	0.4	689	0.4	825	0.4										
	虚血性心疾患	1,205	0.7	1,870	0.9	1,444	0.8	1,722	0.8											
腎不全	20,528	12.3	17,044	7.9	20,295	11.9	15,781	7.7												
6	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	1,241		2,440		1,408		2,031	KDB_NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康課題									
			健診未受診者	10,792		12,830		11,533		13,295										
			生活習慣病対象者 一人当たり	4,603		7,199		5,718		6,142										
			健診未受診者	40,039		37,856		46,845		40,210										
7	⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	1,059	54.7	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	952	49.2	132,796	52.3	42,965	55.5	3,543,116	52.0									
			医療機関非受診率	107	5.5	14,167	5.6	3,785	4.9	337,939	5.0									
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	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	1,935		254,008		77,415		6,812,842	KDB_NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握									
			受診率	37.9	県内26位 同規模101位	39.9		33.7	全国39位	37.1										
			特定保健指導終了者(実施率)	224	87.5	6917	22.9	3,636	32.2	107,925		13.4								
			非肥満高血糖	128	6.6	25,560	10.1	5,139	6.6	615,549		9.0								
			メタボ	該当者	443	22.9	53,050	20.9	20,034	25.9		1,382,506	20.3							
				男性	314	34.7	36,295	32.5	13,894	37.3		965,486	32.0							
				女性	129	12.5	16,755	11.8	6,140	15.3		417,020	11.0							
				予備群	273	14.1	28,583	11.3	11,411	14.7		765,405	11.2							
			メタボ 該当・ 予備群 レベル	男性	178	19.6	19,735	17.7	7,753	20.8		539,738	17.9							
				女性	95	9.2	8,848	6.2	3,658	9.1		225,667	5.9							
			6	① ②	服薬 問診の状況 既往歴	高血圧	791	40.9	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	177	9.1	23,753	9.4		8,123	10.5	589,470	8.7					
						脂質異常症	602	31.1	72,193	28.4		20,477	26.5	1,899,637	27.9					
						脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	60	3.3	7,705	3.2		2,472	3.4	207,385	3.1					
						心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	248	13.8	14,425	5.9		4,890	6.8	365,407	5.5					
						腎不全	17	0.9	2,051	0.8		534	0.7	53,898	0.8					
						貧血	185	10.7	25,474	10.4		5,769	7.9	702,088	10.7					
						6	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	喫煙	218		11.3	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	158		13.2	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～)	268	22.3	33,881	14.3	13,687				23.2	976,348	15.7									
週3回以上就寝前夕食	268	22.3	33,881	14.3	13,687				23.2	976,348	15.7									
食べる速度が速い	323	26.6	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	577	46.5	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	564	55.4	139,270	59.6	34,075				57.8	3,749,069	60.4									
1日1時間以上運動なし	555	45.7	112,424	47.4	26,211				44.3	2,982,100	48.0									
睡眠不足	364	32.8	60,465	25.6	16,453				28.9	1,587,311	25.6									
毎日飲酒	223	18.8	56,946	23.6	11,814				19.7	1,658,999	25.5									
時々飲酒	422	35.6	51,766	21.5	17,885				29.8	1,463,468	22.5									
一日 飲酒 量	1合未満	553	55.2	105,121	65.6				20,349	50.2	2,978,351	64.1								
	1～2合	291	29.0	37,790	23.6	12,112	29.9	1,101,465	23.7											
	2～3合	125	12.5	13,792	8.6	5,818	14.4	434,461	9.4											
	3合以上	33	3.3	3,561	2.2	2,219	5.5	128,716	2.8											

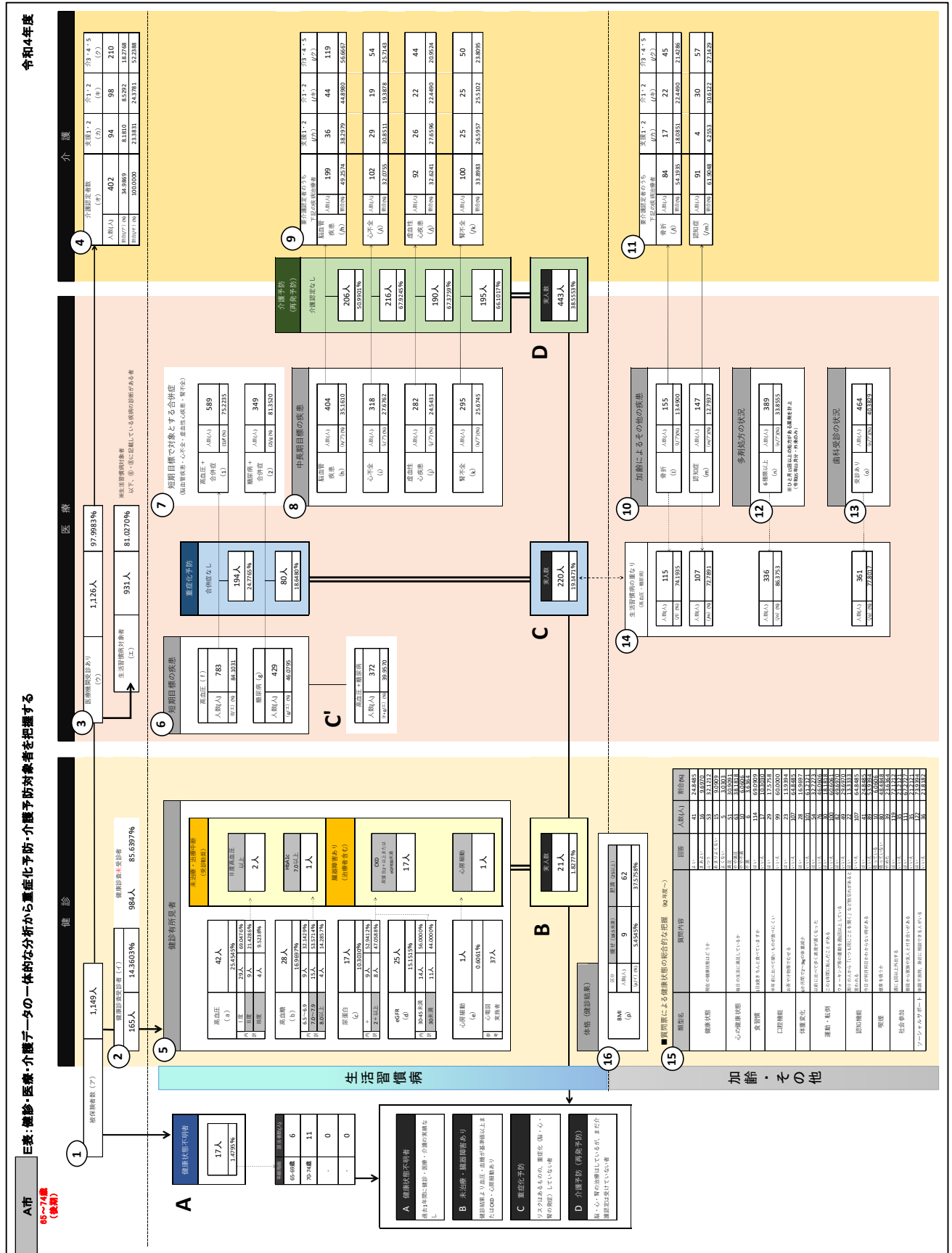
参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

①40～64歳(国保)

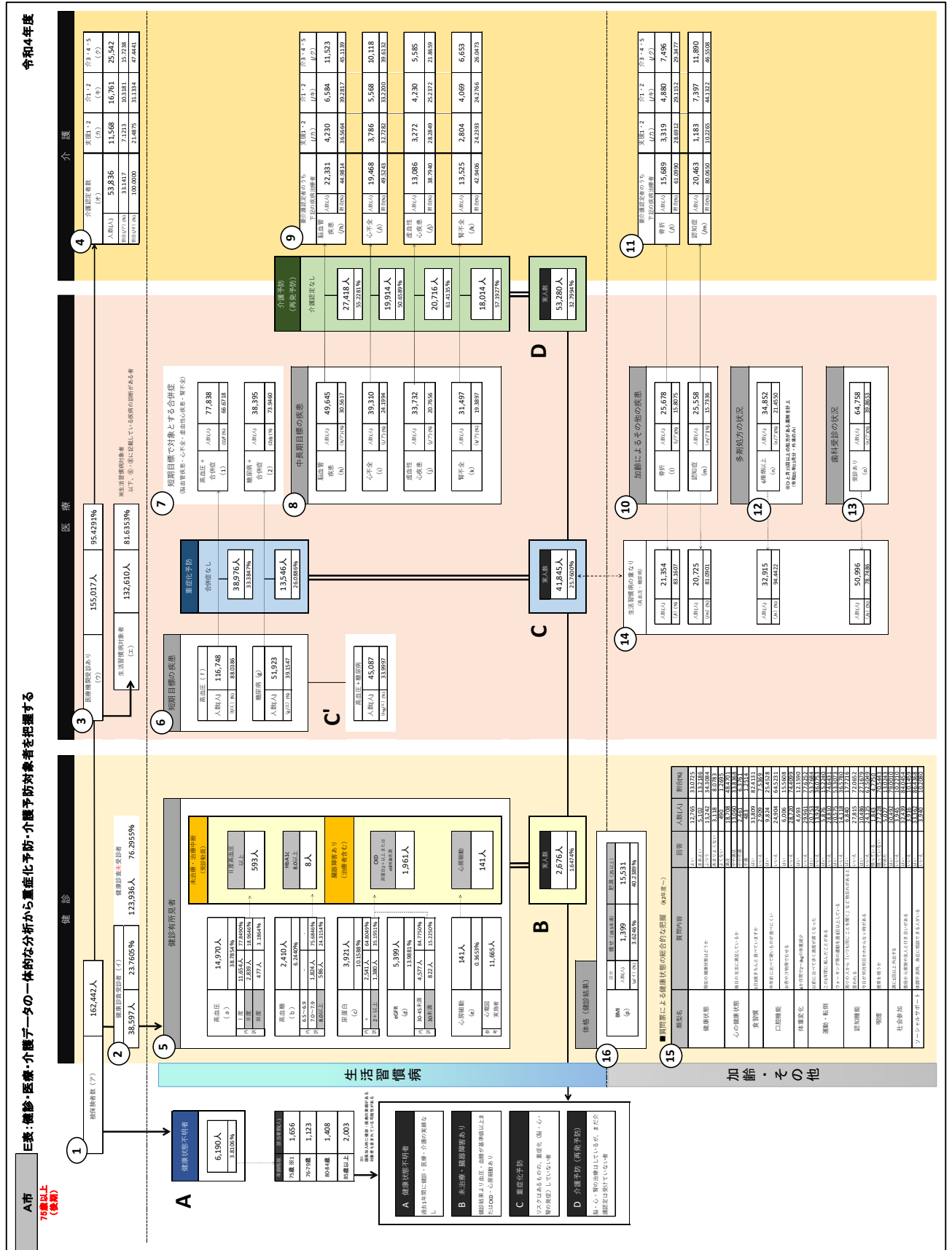




出典・参照：保険者データヘルス支援システム



④75歳以上(後期)



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	南風原町										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	9,416人		9,215人		9,148人		9,017人		9,055人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2			
	② (再掲) 40-74歳		5,913人		5,838人		5,900人		5,970人		5,977人							
2	① 対象者数	B	5,228人		5,219人		5,222人		5,228人		5,146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	2,052人		1,965人		1,715人		1,842人		1,935人							
	③ 受診率		39.3%		37.7%		32.8%		35.2%		37.6%							
3	① 特定 対象者数		292人		258人		234人		241人		256人							
	② 保健指導 実施率		79.8%		74.4%		75.6%		84.6%		87.1%							
4	健診 データ	E	糖尿病型		289人	13.5%	291人	14.1%	253人	14.1%	263人	13.6%	265人	13.0%				
			F	未治療・中断者（質問票 服薬なし）		71人	24.6%	99人	34.0%	89人	35.2%	82人	31.2%	80人	30.2%			
				治療中（質問票 服薬あり）		218人	75.4%	192人	66.0%	164人	64.8%	181人	68.8%	185人	69.8%			
			G	コントロール不良 HbA1c7.6%以上または空腹時血糖130mg/dL以上		109人	50.0%	89人	46.4%	80人	48.8%	96人	53.0%	86人	46.5%			
				J		血圧 130/80以上		51人	46.8%	48人	53.9%	48人	60.0%	49人	51.0%	48人	55.8%	
			K	肥満 BMI25以上		52人	47.7%	44人	49.4%	45人	56.3%	54人	56.3%	52人	60.5%			
				コントロール良 HbA1c7.6未満かつ空腹時血糖130未満		109人	50.0%	103人	53.6%	84人	51.2%	85人	47.0%	99人	53.5%			
			M	第1期 尿蛋白（-）		225人	77.9%	232人	79.7%	199人	78.7%	212人	80.6%	211人	79.6%			
				第2期 尿蛋白（±）		37人	12.8%	34人	11.7%	29人	11.5%	27人	10.3%	25人	9.4%			
				第3期 尿蛋白（+）以上		24人	8.3%	21人	7.2%	21人	8.3%	21人	8.0%	26人	9.8%			
				第4期 eGFR30未満		3人	1.0%	3人	1.0%	3人	1.2%	2人	0.8%	2人	0.8%			
5	レセプト	H	糖尿病受療率（被保険者千対）		77.8人		72.4人		67.4人		78.3人		75.4人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2			
			(再掲) 40-74歳（被保険者千対）		119.6人		111.0人		101.9人		115.6人		111.1人					
			レセプト件数 (40-74歳) (1) 内は糖尿病対	入院外（件数）		3,380件	(584.0)	3,430件	(588.9)	3,352件	(574.0)	3,457件	(584.2)	3,392件	(589.3)	630,975件	(921.9)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
				入院（件数）		25件	(4.3)	18件	(3.1)	19件	(3.3)	12件	(2.0)	19件	(3.3)	2,654件	(3.9)	
			糖尿病治療中		733人	7.8%	667人	7.2%	617人	6.7%	706人	7.8%	683人	7.5%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
			(再掲) 40-74歳		707人	12.0%	648人	11.1%	601人	10.2%	690人	11.6%	664人	11.1%				
			健診未受診者		489人	69.2%	430人	66.4%	437人	72.7%	509人	73.8%	479人	72.1%				
			インスリン治療		46人	6.3%	52人	7.8%	45人	7.3%	54人	7.6%	55人	8.1%				
			(再掲) 40-74歳		41人	5.8%	50人	7.7%	42人	7.0%	51人	7.4%	50人	7.5%				
			糖尿病性腎症		80人	10.9%	97人	14.5%	102人	16.5%	92人	13.0%	99人	14.5%				
			(再掲) 40-74歳		78人	11.0%	95人	14.7%	102人	17.0%	91人	13.2%	98人	14.8%				
			慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		15人	2.0%	14人	2.1%	20人	3.2%	20人	2.8%	21人	3.1%				
			(再掲) 40-74歳		15人	2.1%	14人	2.2%	20人	3.3%	20人	2.9%	21人	3.2%				
			新規透析患者数		9		13		15		14		11				KDB_厚生労働省様式2-2 (年間的人工透析患者数を算出)	
			(再掲) 糖尿病性腎症		3	33.3%	7	53.8%	4	26.7%	2	14.3%	5	45.5%				
			【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)		17人	2.4%	14人	2.1%	14人	2.4%	16人	2.5%	19人	2.9%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期	
6	医療費	総医療費		28億1745万円		28億9838万円		29億0340万円		29億4497万円		28億4147万円		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			
		生活習慣病総医療費		13億7029万円		13億7187万円		14億7293万円		14億2503万円		12億9223万円		11億4738万円				
		(総医療費に占める割合)		48.6%		47.3%		50.7%		48.4%		45.5%		52.9%				
		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		6,088円		6,207円		4,351円		4,932円		4,603円			7,199円		
			健診未受診者		40,904円		42,076円		47,559円		42,724円		40,039円			37,856円		
		糖尿病医療費		1億0686万円		1億1091万円		1億1155万円		1億1250万円		1億1402万円		1億2598万円				
		(生活習慣病総医療費に占める割合)		7.8%		8.1%		7.6%		7.9%		8.8%		11.0%				
		糖尿病入院外総医療費		3億3956万円		3億8569万円		3億9259万円		4億1117万円		3億7317万円						
		1件あたり		36,101円		41,410円		44,002円		44,056円		41,422円						
		糖尿病入院総医療費		3億3871万円		3億4463万円		3億8063万円		3億9347万円		3億6443万円						
		1件あたり		704,169円		749,197円		720,896円		823,149円		763,997円						
		在院日数		18日		18日		19日		19日		19日						
		慢性腎不全医療費		1億6452万円		1億7226万円		1億9395万円		1億8027万円		1億6749万円		9872万円				
		透析有り		1億5873万円		1億6594万円		1億9019万円		1億7227万円		1億6141万円		9197万円				
		透析なし		579万円		632万円		376万円		799万円		609万円		675万円				
7	介護	介護給付費		19億4866万円		20億8530万円		20億9163万円		21億6920万円		22億0043万円		21億9980万円				
		(2号認定者) 糖尿病合併症		8件	22.2%	7件	29.2%	5件	22.7%	3件	17.6%	3件	25.0%					
8	① 死亡	糖尿病（死因別死亡数）	1人	0.5%	5人	2.5%	2人	1.0%	4人	2.0%	2人	0.8%	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			

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

糖尿病コグピット

ログイン
保険者番号: []
地区: []
2次医療圏: []

分析条件
対象年度: 令和04年
中断期間: 6か月
3か月
6か月
12か月

Excel出力
検索
閉じる

被保険者	468,334			
年代別	人数	割合		
20代以下	121,602	25.96%		
30代	48,733	10.41%		
40代	58,022	12.39%		
50代	60,128	12.84%		
60代	96,463	20.60%		
70~74歳	83,386	17.80%		
再掲	(40~74歳)	[A]	297,999	

糖尿病治療中	54,910			
糖尿病治療中	人数	割合		
524	0.95%			
1,164	2.12%			
3,417	6.22%			
7,436	13.54%			
19,195	34.96%			
23,174	42.20%			
[H] (H/B)			53,222	17.86%

特定健診未受診者 [I]	36,012	67.66%		
特定健診未受診者 [I]	人数	割合 (I/H)		
なし	15,518	3.92%		
あり	12,609	3.95%		
			35,011%	10.99%

特定健診対象者 [B]	297,999			
特定健診対象者 [B]	人数	割合 (C/B)		
83,097	27.88%			
糖尿病型 [E]	人数	割合 (E/C)		
10,777	12.97%			

治療中 (非糖尿病域) [G]	8,326	10.02%		
治療中 (非糖尿病域) [G]	人数	割合 (G/C)		
8,884	82.43%			

治療中 (糖尿病域) [G]	8,884	82.43%		
治療中 (糖尿病域) [G]	人数	割合 (G/E)		
460	5.18%			
4,277	48.14%			
5,849	65.84%			
54.27%	61.28%			

特定健診				
特定健診	人数	割合 (F/E)		
1,893	17.57%			
(内)過去の治療なし [F]	人数	割合 (F/E)		
1,359	12.61%			

特定健診受診歴				
特定健診受診歴	人数	割合 (J/H)		
なし	49,810	91.71%		
あり	40,600	76.28%		
			13,093	24.60%
			38,417	72.18%

合併症				
合併症	人数	割合		
48,810	91.71%			
40,600	76.28%			
13,093	24.60%			
38,417	72.18%			

特定健診受診者 [I]				
特定健診受診者 [I]	人数	割合 (I/H)		
なし	15,518	3.92%		
あり	12,609	3.95%		
			35,011%	10.99%

インスリン療法	5,825			
インスリン療法	人数	割合		
112	1.92%			
178	3.06%			
425	7.30%			
860	14.76%			
1,981	34.01%			
2,269	38.95%			
[O] (O/H)			5,535	10.40%

糖尿病性腎症	8,557			
糖尿病性腎症	人数	割合		
35	0.41%			
134	1.57%			
239	2.82%			
683	8.11%			
1,955	23.07%			
2,774	32.74%			
[L] (L/H)			8,388	15.76%

腎不全	5,727			
腎不全	人数	割合		
15	0.26%			
73	1.27%			
239	4.17%			
683	11.93%			
1,955	34.14%			
2,774	48.23%			
[P] (P/H)			5,639	10.60%

人工透析 (腹膜透析除く)	1,192			
人工透析 (腹膜透析除く)	人数	割合		
0	0.00%			
13	1.09%			
50	4.19%			
205	17.20%			
419	35.15%			
505	42.37%			
[Q] (Q/H)			1,179	2.22%

合併症				
合併症	人数	割合		
49,810	91.71%			
40,600	76.28%			
13,093	24.60%			
38,417	72.18%			

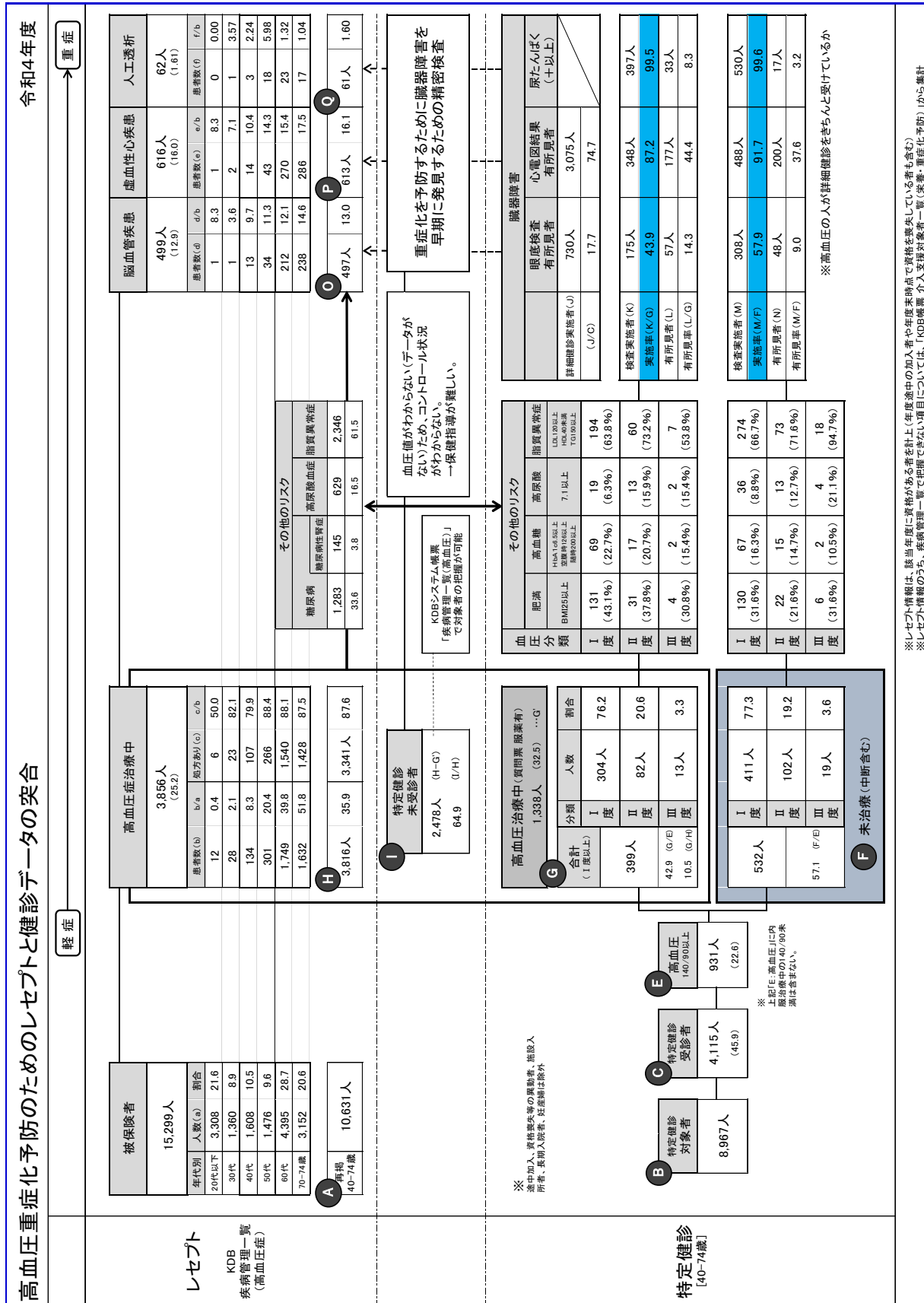
特定健診				
特定健診	人数	割合 (J/H)		
なし	15,518	3.92%		
あり	12,609	3.95%		
			35,011%	10.99%

コントロール良 合併症				
コントロール良 合併症	人数	割合		
4,169	46.93%			
30,369	34.37%			
4,713	5.35%			
53.05%	60.43%			

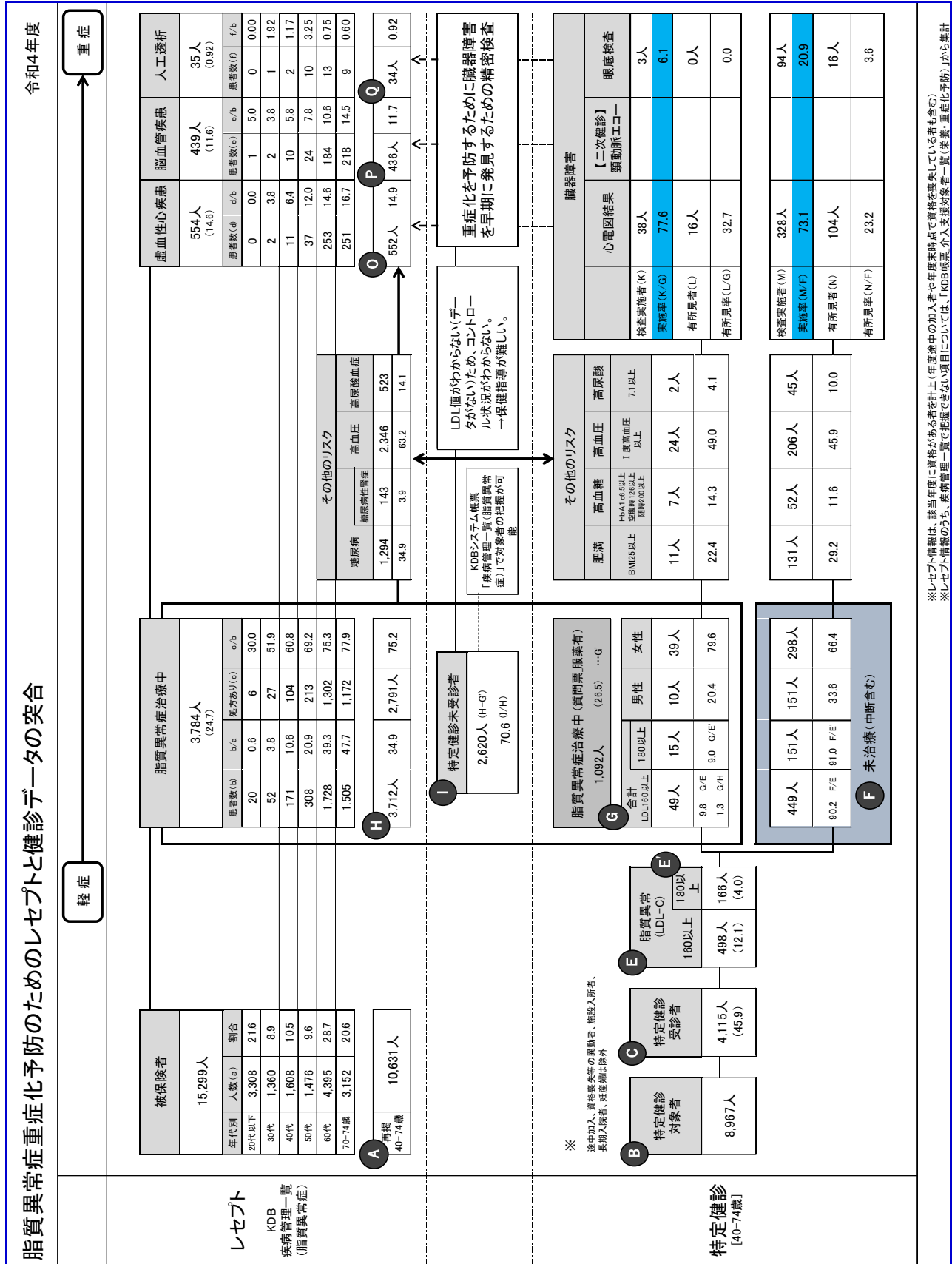
コントロール悪 合併症				
コントロール悪 合併症	人数	割合		
2,697	30.36%			
2,447	27.54%			
2,876	33.37%			
34.43%	40.43%			

健康データ (糖尿病型) 割合: (E)				
健康データ (糖尿病型) 割合: (E)	人数	割合		
460	5.18%			
4,277	48.14%			
5,849	65.84%			
54.27%	61.28%			

健康データ (糖尿病型) 割合: (E)				
健康データ (糖尿病型) 割合: (E)	人数	割合		
1,421	13.19%			
251	2.33%			
195	1.81%			
6	0.06%			
452	4.19%			
1	0.01%			



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



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

参考資料7 HbA1C の年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	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						7.4以上		8.4以上	
								合併症予防の ための目標		最低限達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる					
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上					
A	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	
H29	2,332	1,024	43.9%	825	35.4%	278	11.9%	107	4.6%	69	3.0%	29	1.2%	57	2.4%	21	0.9%
H30	2,111	957	45.3%	705	33.4%	271	12.8%	94	4.5%	60	2.8%	24	1.1%	54	2.6%	17	0.8%
R01	2,024	774	38.2%	774	38.2%	289	14.3%	106	5.2%	56	2.8%	25	1.2%	44	2.2%	17	0.8%
R02	1,795	735	40.9%	640	35.7%	252	14.0%	93	5.2%	53	3.0%	22	1.2%	45	2.5%	15	0.8%
R03	1,933	825	42.7%	703	36.4%	221	11.4%	89	4.6%	72	3.7%	23	1.2%	52	2.7%	19	1.0%
R04	2,031	842	41.5%	732	36.0%	280	13.8%	93	4.6%	58	2.9%	26	1.3%	42	2.1%	17	0.8%

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			再掲		再掲率	
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	治療		
H29	2,332	43.9%	35.4%	11.9%	205	63	142	8.8%	30.7%	69.3%	4.2%
H30	2,111	45.3%	33.4%	12.8%	178	48	130	8.4%	27.0%	73.0%	4.0%
R01	2,024	38.2%	38.2%	14.3%	187	74	113	9.2%	39.6%	60.4%	4.0%
R02	1,795	40.9%	35.7%	14.0%	168	69	99	9.4%	41.1%	58.9%	4.2%
R03	1,933	42.7%	36.4%	11.4%	184	67	117	9.5%	36.4%	63.6%	4.9%
R04	2,031	41.5%	36.0%	13.8%	177	62	115	8.7%	35.0%	65.0%	4.1%

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						7.4以上		8.4以上			
								合併症予防の ための目標		最低限達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる							
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上							
A	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			
治療中	H29	224	9.6%	2	0.9%	29	12.9%	51	22.8%	64	28.6%	57	25.4%	21	9.4%	43	19.2%	14	6.3%
	H30	216	10.2%	7	3.2%	34	15.7%	45	20.8%	60	27.8%	52	24.1%	18	8.3%	44	20.4%	11	5.1%
	R01	190	9.4%	3	1.6%	25	13.2%	49	25.8%	53	27.9%	44	23.2%	16	8.4%	31	16.3%	10	5.3%
	R02	164	9.1%	4	2.4%	19	11.6%	42	25.6%	45	27.4%	37	22.6%	17	10.4%	33	20.1%	11	6.7%
	R03	181	9.4%	5	2.8%	22	12.2%	37	20.4%	47	26.0%	57	31.5%	13	7.2%	37	20.4%	10	5.5%
治療なし	H29	2,108	90.4%	1,022	48.5%	796	37.8%	227	10.8%	43	2.0%	12	0.6%	8	0.4%	14	0.7%	7	0.3%
	H30	1,895	89.8%	950	50.1%	671	35.4%	226	11.9%	34	1.8%	8	0.4%	6	0.3%	10	0.5%	6	0.3%
	R01	1,834	90.6%	771	42.0%	749	40.8%	240	13.1%	53	2.9%	12	0.7%	9	0.5%	13	0.7%	7	0.4%
	R02	1,631	90.9%	731	44.8%	621	38.1%	210	12.9%	48	2.9%	16	1.0%	5	0.3%	12	0.7%	4	0.2%
	R03	1,752	90.6%	820	46.8%	681	38.9%	184	10.5%	42	2.4%	15	0.9%	10	0.6%	15	0.9%	9	0.5%
R04	1,846	90.9%	832	45.1%	719	38.9%	233	12.6%	36	2.0%	15	0.8%	11	0.6%	15	0.8%	7	0.4%	

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	2,363	777	32.9%	396	16.8%	627	26.5%	467	19.8%	81	3.4%	15	0.6%
H30	2,147	724	33.7%	395	18.4%	554	25.8%	387	18.0%	76	3.5%	11	0.5%
R01	2,064	659	31.9%	384	18.6%	535	25.9%	396	19.2%	70	3.4%	20	1.0%
R02	1,800	530	29.4%	317	17.6%	473	26.3%	390	21.7%	73	4.1%	17	0.9%
R03	1,936	601	31.0%	342	17.7%	499	25.8%	411	21.2%	71	3.7%	12	0.6%
R04	2,032	594	29.2%	362	17.8%	556	27.4%	434	21.4%	80	3.9%	6	0.3%

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

重症化しやすい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	割合
					再)III度高血圧	未治療	治療		
H29	2,363	1,173 49.6%	627 26.5%	467 19.8%	96 4.1%	52 54.2%	44 45.8%	0.6%	4.1%
H30	2,147	1,119 52.1%	554 25.8%	387 18.0%	87 4.1%	48 55.2%	39 44.8%	0.5%	4.1%
R01	2,064	1,043 50.5%	535 25.9%	396 19.2%	90 4.4%	53 58.9%	37 41.1%	1.0%	4.4%
R02	1,800	847 47.1%	473 26.3%	390 21.7%	90 5.0%	45 50.0%	45 50.0%	0.9%	5.0%
R03	1,936	943 48.7%	499 25.8%	411 21.2%	83 4.3%	42 50.6%	41 49.4%	0.6%	4.3%
R04	2,032	956 47.0%	556 27.4%	434 21.4%	86 4.2%	42 48.8%	44 51.2%	0.3%	4.2%

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	893	37.8%	189	21.2%	164	18.4%	268	30.0%	228	25.5%	37	4.1%	7	0.8%
	H30	818	38.1%	166	20.3%	155	18.9%	263	32.2%	195	23.8%	35	4.3%	4	0.5%
	R01	790	38.3%	139	17.6%	162	20.5%	245	31.0%	207	26.2%	31	3.9%	6	0.8%
	R02	739	41.1%	122	16.5%	147	19.9%	229	31.0%	196	26.5%	36	4.9%	9	1.2%
	R03	793	41.0%	156	19.7%	155	19.5%	239	30.1%	202	25.5%	37	4.7%	4	0.5%
	R04	830	40.8%	133	16.0%	161	19.4%	275	33.1%	217	26.1%	43	5.2%	1	0.1%
治療なし	H29	1,470	62.2%	588	40.0%	232	15.8%	359	24.4%	239	16.3%	44	3.0%	8	0.5%
	H30	1,329	61.9%	558	42.0%	240	18.1%	291	21.9%	192	14.4%	41	3.1%	7	0.5%
	R01	1,274	61.7%	520	40.8%	222	17.4%	290	22.8%	189	14.8%	39	3.1%	14	1.1%
	R02	1,061	58.9%	408	38.5%	170	16.0%	244	23.0%	194	18.3%	37	3.5%	8	0.8%
	R03	1,143	59.0%	445	38.9%	187	16.4%	260	22.7%	209	18.3%	34	3.0%	8	0.7%
	R04	1,202	59.2%	461	38.4%	201	16.7%	281	23.4%	217	18.1%	37	3.1%	5	0.4%

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	F/A	
総数	H29	2,363	1,223	51.8%	611	25.9%	329	13.9%	133	5.6%	67	2.8%
	H30	2,144	1,036	48.3%	531	24.8%	346	16.1%	149	6.9%	82	3.8%
	R01	2,062	992	48.1%	536	26.0%	327	15.9%	133	6.5%	74	3.6%
	R02	1,798	871	48.4%	442	24.6%	279	15.5%	138	7.7%	68	3.8%
	R03	1,933	979	50.6%	457	23.6%	311	16.1%	127	6.6%	59	3.1%
R04	2,030	1,082	53.3%	477	23.5%	274	13.5%	122	6.0%	75	3.7%	
男性	H29	1,114	641	57.5%	255	22.9%	133	11.9%	58	5.2%	27	2.4%
	H30	997	541	54.3%	229	23.0%	135	13.5%	61	6.1%	31	3.1%
	R01	961	522	54.3%	234	24.3%	120	12.5%	58	6.0%	27	2.8%
	R02	835	458	54.9%	194	23.2%	102	12.2%	53	6.3%	28	3.4%
	R03	899	509	56.6%	194	21.6%	126	14.0%	51	5.7%	19	2.1%
R04	946	537	56.8%	209	22.1%	114	12.1%	51	5.4%	35	3.7%	
女性	H29	1,249	582	46.6%	356	28.5%	196	15.7%	75	6.0%	40	3.2%
	H30	1,147	495	43.2%	302	26.3%	211	18.4%	88	7.7%	51	4.4%
	R01	1,101	470	42.7%	302	27.4%	207	18.8%	75	6.8%	47	4.3%
	R02	963	413	42.9%	248	25.8%	177	18.4%	85	8.8%	40	4.2%
	R03	1,034	470	45.5%	263	25.4%	185	17.9%	76	7.4%	40	3.9%
R04	1,084	545	50.3%	268	24.7%	160	14.8%	71	6.5%	40	3.7%	

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	再掲	再掲
					再)180以上	未治療	治療			
H29	2,363	1,223 51.8%	611 25.9%	329 13.9%	200	176	24	8.5%	88.0%	12.0%
					67 2.8%	61 9.0%	6 9.0%			
H30	2,144	1,036 48.3%	531 24.8%	346 16.1%	231	209	22	10.8%	90.5%	9.5%
					82 3.8%	75 91.5%	7 8.5%			
R01	2,062	992 48.1%	536 26.0%	327 15.9%	207	187	20	10.0%	90.3%	9.7%
					74 3.6%	67 90.5%	7 9.5%			
R02	1,798	871 48.4%	442 24.6%	279 15.5%	206	184	22	11.5%	89.3%	10.7%
					68 3.8%	61 89.7%	7 10.3%			
R03	1,933	979 50.6%	457 23.6%	311 16.1%	186	174	12	9.6%	93.5%	6.5%
					59 3.1%	55 93.2%	4 6.8%			
R04	2,030	1,082 53.3%	477 23.5%	274 13.5%	197	181	16	9.7%	91.9%	8.1%
					75 3.7%	70 93.3%	5 6.7%			

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	609	25.8%	385	63.2%	143	23.5%	57	9.4%	18	3.0%	6	1.0%
	H30	568	26.5%	361	63.6%	127	22.4%	58	10.2%	15	2.6%	7	1.2%
	R01	564	27.4%	341	60.5%	134	23.8%	69	12.2%	13	2.3%	7	1.2%
	R02	560	31.1%	364	65.0%	131	23.4%	43	7.7%	15	2.7%	7	1.3%
	R03	574	29.7%	396	69.0%	119	20.7%	47	8.2%	8	1.4%	4	0.7%
R04	621	30.6%	448	72.1%	120	19.3%	37	6.0%	11	1.8%	5	0.8%	
治療なし	H29	1,754	74.2%	838	47.8%	468	26.7%	272	15.5%	115	6.6%	61	3.5%
	H30	1,576	73.5%	675	42.8%	404	25.6%	288	18.3%	134	8.5%	75	4.8%
	R01	1,498	72.6%	651	43.5%	402	26.8%	258	17.2%	120	8.0%	67	4.5%
	R02	1,238	68.9%	507	41.0%	311	25.1%	236	19.1%	123	9.9%	61	4.9%
	R03	1,359	70.3%	583	42.9%	338	24.9%	264	19.4%	119	8.8%	55	4.0%
R04	1,409	69.4%	634	45.0%	357	25.3%	237	16.8%	111	7.9%	70	5.0%	

出典・参照:特定健診等データ管理システム