

読谷村国民健康保険
第3期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(第4期特定健康診査等実施計画)
令和6年度～令和11年度

読谷村
令和6年3月

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

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

第2章 第2期計画に係る考察及び第3期における健康課題の明確化 ……10

1. 保険者の特性
2. 第2期計画に係る評価及び考察
 - 1) 第2期計画に係る評価
 - 2) 主な個別事業の評価と課題
3. 第3期における健康課題の明確化
 - 1) 基本的考え方
 - 2) 健康課題の明確化
 - 3) 目標の設定

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……36

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

第4章 課題解決するための個別保健事業45

I. 保健事業の方向性

II. 重症化予防の取組

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

III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

IV. 生活習慣病の発症予防

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76

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77

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料78

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「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされました。

その方針を踏まえ、平成 26 年 3 月に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(平成 26 年厚生労働省告示第 140 号)(以下「国指針」という。)において、市町村国保は、健康・医療情報を利用して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。

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を踏まえ、本村の課題に応じた保健事業を実施するにあたり、国の指針に基づいて、「読谷村国民健康保険第 3 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」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(Key Performance Indicator;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

保健事業実施計画(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、特定健診等の結果や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(平成 14 年法律第 103 号)に基づく基本方針^{※5}を踏まえるとともに、沖縄県健康増進計画や読谷村健康増進計画、沖縄県医療費適正化計画、読谷村介護保険事業(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)^{※6}」(以下「プログラム」という。)は、高齢者の医療の確保に関する法律(以下「高確法」という。)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)

以上の事も踏まえ、本村では国保データベース(KDB^{※7})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 健康増進法に基づく基本方針に基づき「二十一世紀における第三次国民健康づくり運動(健康日本 21(第三次))」が開始される予定である。

※6 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。よって、保健事業実施計画(データヘルス計画)においては、第 2 期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

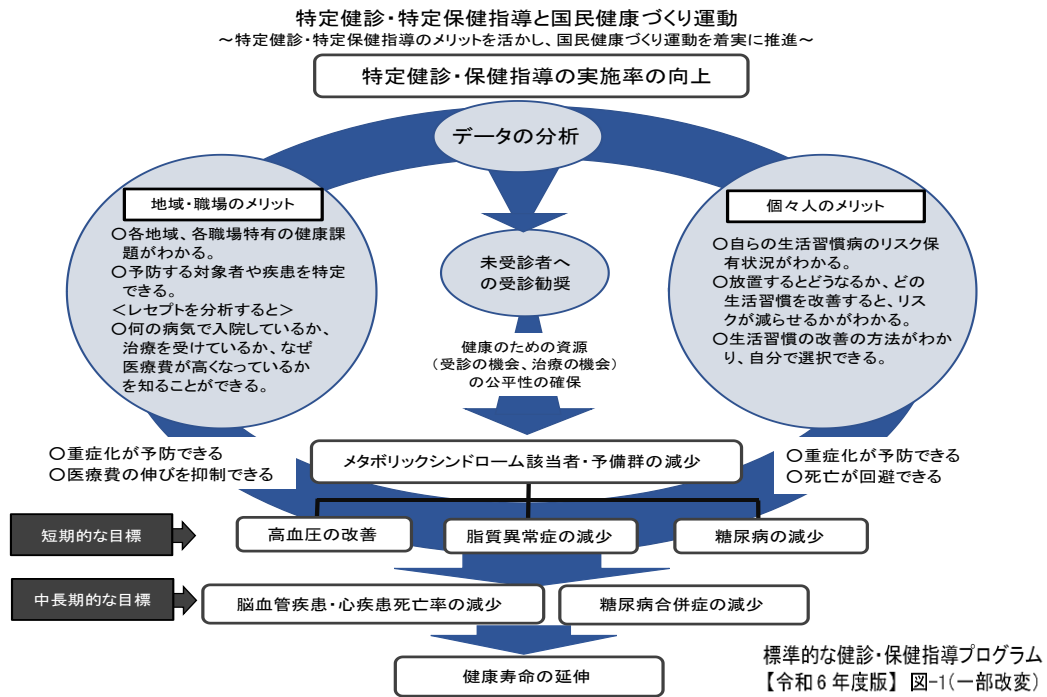
※7 KDB: 国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

<small>※8 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。</small>						
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効 率的な保健事業の実施を図るた めの保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向け た取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を適し、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	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、 骨質骨粗鬆症、 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
慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能 低栄養	
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 ことども、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> 特定健康診査実施率	①特定健康診査率 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) ・特定健康診査実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 ・介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

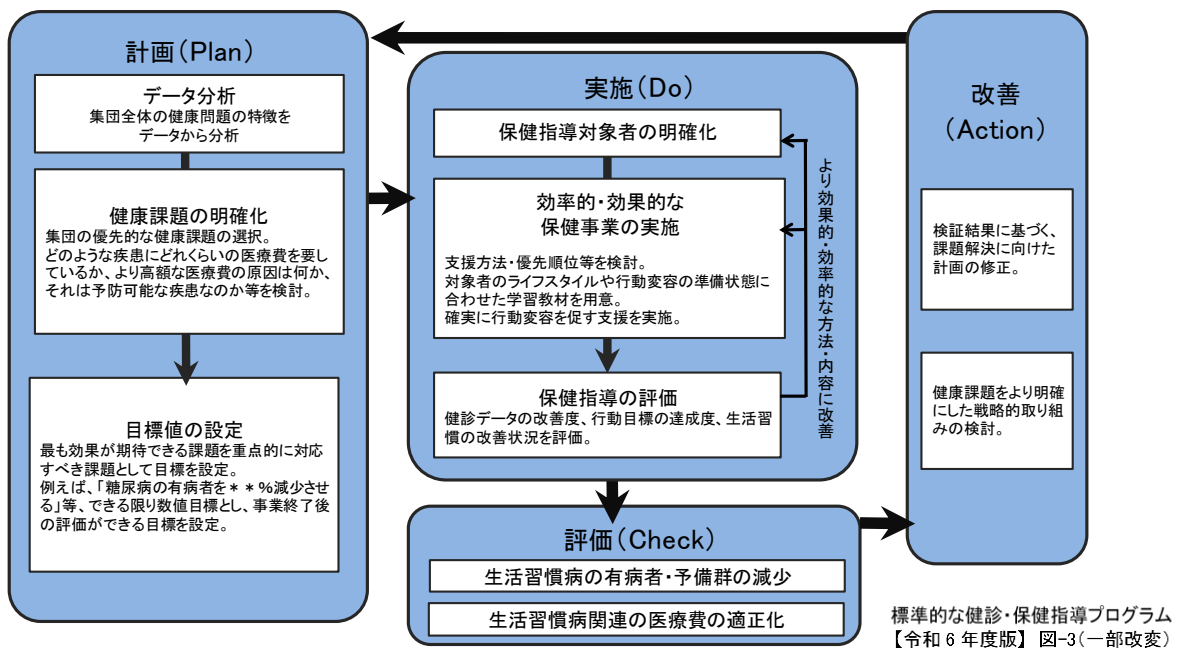
※8 健康増進事業実施者:健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、国家公務員共済組合法、地方公務員等共済組合法、私立大学教職員共済法、学校保健安全法、母子保健法、労働安全衛生法、高齢者の医療の確保に関する法律、介護保険法、健康増進法等の規定により健康増進事業を行う者・市町村。

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



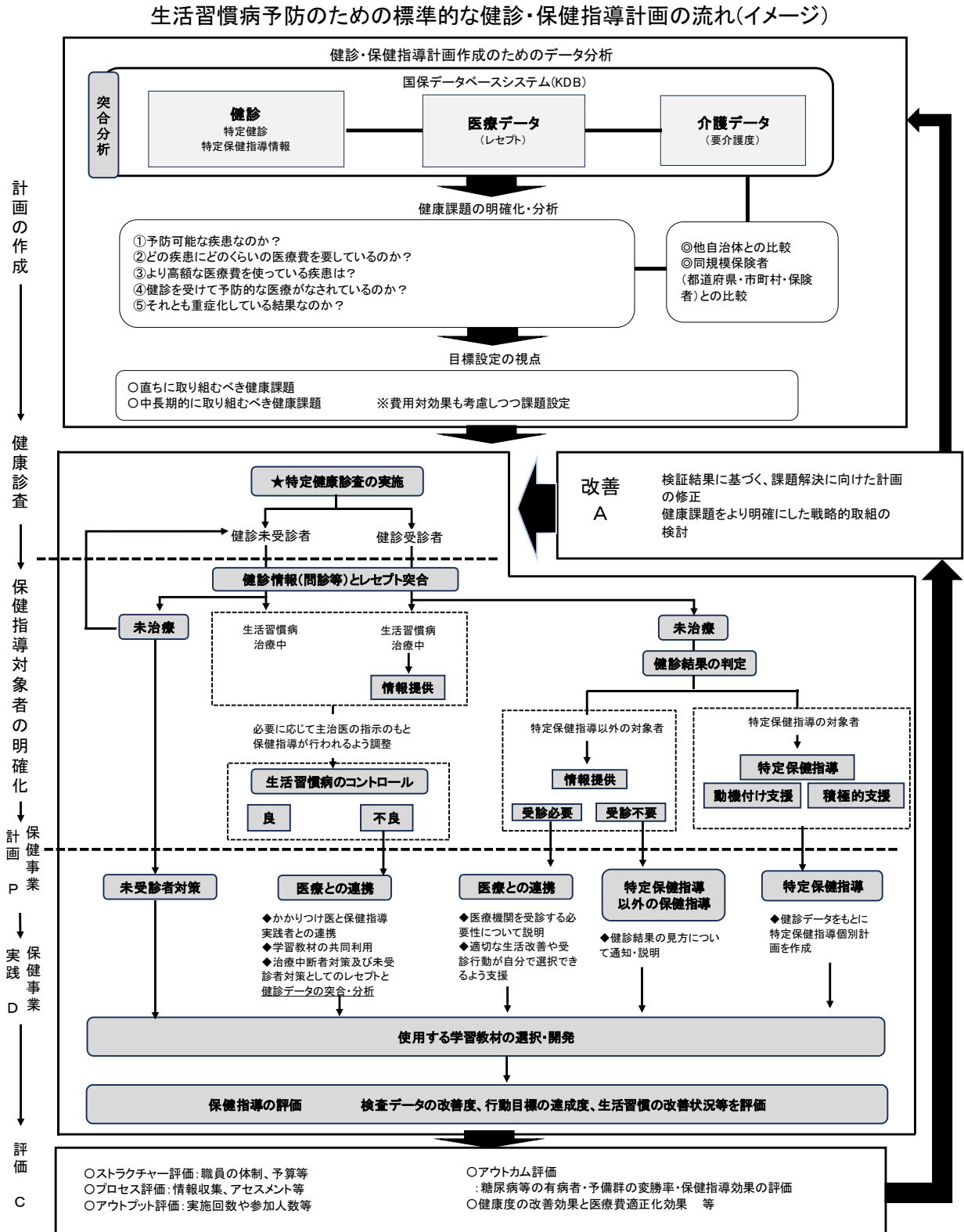
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組が明確となり、分析に基づく取組を実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



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

図表 5 標準的な健診・保健指導プログラム(平成 30 年度版)における基本的な考え方(一部改変)

	老人保健法		高齢者の医療の確保に関する法律
	最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)		
	→		
	行動変容を促す手法		
	老人保健法		高齢者の医療の確保に関する法律
	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、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、実施する。
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村		医療保険者

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

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

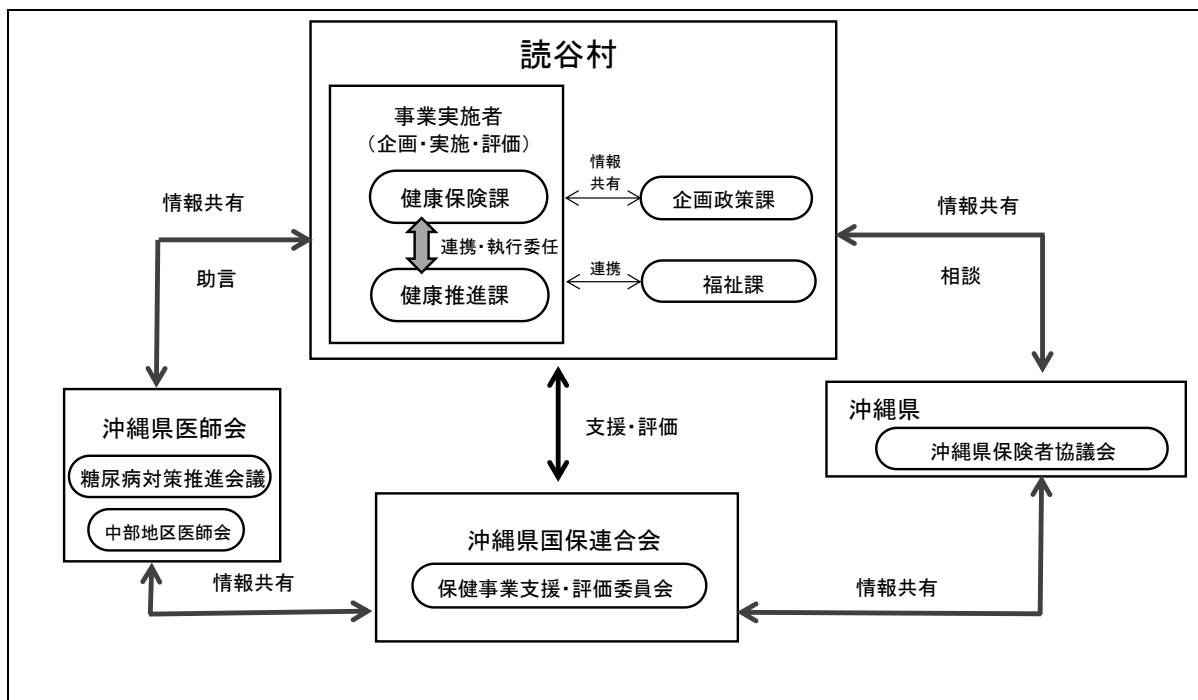
1) 市町村国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業を積極的に推進するために、保健衛生部局が中心となって国保部局等関係部局や関係機関の協力を得て、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定を進めます。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、保健衛生部局(健康推進課)、介護保険部局(福祉課)、高齢者医療部局(健康保険課)、財政部局(総務課)、企画部局(企画政策課)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 読谷村の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担 (情勢等により体制を変更する場合あり)

保…保健師 看…看護師 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	保	看	管栄	管栄	管栄	保(係長)	保	保	保	保	看	看	管栄	管栄	事(係長)	事	事	事	看	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									◎	◎	○	○	○	○	○	◎	○			◎	○			
歯科保健												○						○	◎					
健康づくり	○								○									◎					○	

2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において関係機関および外部有識者等との連携・協力が重要となります。

計画の策定等を進めるにあたって、沖縄県国民健康保険団体連合会(以下「国保連合会」という。)及び国保連合会に設置される保健事業支援・評価委員会、医師会、保険者協議会、沖縄県後期高齢者医療広域連合等の他の医療保険者、地域の医療機関等と連携し、保健事業支援・評価委員会等による幅広い専門的知見からの提言を基に計画策定を行います。

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

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、計画策定にあたっては、国保運営協議会の委員等、被保険者の参画を得て、意見反映に努めていきます。

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、平成 27 年の国民健康保険法等の改正により、保険者(都道府県・市町村)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創設され、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、県や市町村が「予防・健康づくり事業」のため行う国保ヘルスアップ事業の財源となる「事業費分」と当該事業の実施状況等を採点して都道府県に交付される「事業費連動分」を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制度となっています。「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されており、また都道府県は「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、今後も本制度の積極的かつ効果的な活用が期待されます。

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点			
		読谷村	配点	読谷村	配点	読谷村	配点		
交付額(万円)		2,744		2,902		3,016			
全国順位(1,741市町村中)		541位		246位		299位			
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70	70		
		(2)特定保健指導実施率	65	70	75	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		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等		40		40		40	
		(2)歯科健診受診率等	10	30	10	30	25	35	
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	100	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供		90		45		45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供	75	20	60	15	65	20	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	45	50	50	50	
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	125	130	125	130	90	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	10	100	50	100	50	100
		②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
		③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
④		地域包括ケア・一体的実施	25	30	35	40	35	40	
⑤		第三者求償の取組	35	40	31	50	50	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	73	95	78	100	81	100	
合計点		618	1,000	679	960	656	940		

第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

令和2年国勢調査による本村の人口は4.1万人で、高齢化率は22.0%となっています。同規模、県、国と比較すると高齢化率は低く、出生率は高くなっています。被保険者の平均年齢は、46歳であり県と同等、同規模、国と比べると若くなっています。産業別構成比は、第2次産業が18.3%で県よりも高く、第3次産業は78.5%と同規模、国と比較して高くなっています。本村は、宿泊・飲食サービス業の割合が多いことから、被保険者の生活リズムが不規則な傾向にあると推察されます。(図表9)

図表9 同規模・県・国と比較した読谷村の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
読谷村	41,073	22.0	12,092 (29.4)	46.0	9.2	7.7	0.6	3.1	18.3	78.5
同規模	--	29.1	20.6	54.2	6.8	10.7	0.7	5.4	28.7	66.0
県	--	22.6	27	46.9	10.4	8.6	0.4	4.9	15.1	80.0
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、読谷村と同規模保険者(147市町村)の平均値を表す

国保加入率及び被保険者数は平成30年度から年々減少しており加入率は29.4%となっています。年齢構成については65～74歳の前期高齢者が増え、64歳未満は減少しています。(図表10)

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		H30→R04	
	実数	割合	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	12,609		12,369		12,346		12,273		12,092		-517	
65～74歳	3,180	25.2	3,311	26.8	3,484	28.2	3,648	29.7	3,605	29.8	425	4.59
40～64歳	4,588	36.4	4,393	35.5	4,378	35.5	4,225	34.4	4,127	34.1	-461	-2.26
39歳以下	4,841	38.4	4,665	37.7	4,484	36.3	4,400	35.9	4,360	36.1	-481	-2.34
加入率	32.0		31.4		31.4		31.2		29.4		-2.60	

出典・参照：KDBシステム改変 地域の全体像の把握

医療の状況をみると、村内にはクリニック等の診療所が 17 施設ありますが病院はありません。医療資源が乏しいことが外来患者数及び入院患者数が同規模、県と比較して低いことに影響している可能性があります。(図表 11)

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	県
											割合	割合
病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.3	0.2
診療所数	15	1.2	15	1.2	17	1.4	16	1.3	17	1.4	3.1	2.3
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	56.1	47.9
医師数	12	1.0	12	1.0	13	1.1	13	1.1	13	1.1	11.1	10.0
外来患者数	488.9		499.3		448.9		475.6		504.0		716.1	541.1
入院患者数	17.8		17.4		14.9		15.8		15.9		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 期計画に係る評価及び考察

1) 第 2 期データヘルス計画の評価

第 2 期計画においては、目標の設定を以下の 2 つに分類しました。

1 つ目は、計画最終年度までに達成を目指す中長期的目標として、脳血管疾患及び虚血性心疾患が総医療費に占める割合と糖尿病性腎症による人工透析導入者の割合の減少としました。

2 つ目は、中長期的目標を達成するために必要な短期的目標として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を減らしていくこととしました。(図表 2 参照)

(1) 中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況

本村の令和 4 年度の要介護認定者は、第 2 号被保険者では 61 人(認定率 0.44%)で、平成 30 年度と比較すると減少していますが、同規模、国と比較すると高い割合となっています。

第 1 号被保険者では、1,638 人(認定率 18.1%)と、平成 30 年度より割合は減少しているものの、人数は増加しています。特に 75 歳以上の新規認定者数は他の年代と比べて大幅に増加しています。(図表 12)

介護給付費の変化をみると、1 人あたりの給付費は 35.6 万円から 31.5 万円となり 4.1 万円減っていますが、同規模、国と比較すると高額となっています。また、総給付費は約 26 億円から 28.5 億円に増加しています。(図表 13)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	読谷村				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	7,281人	18.5%	9,050人	22.0%	29.1%	22.6%	28.7%
2号認定者[40~64歳]	64人	0.48%	61人↓	0.44%	0.35%	0.45%	0.38%
新規認定者	13人		11人		--	--	--
1号認定者[65歳~]	1,493人	20.5%	1,638人↑	18.1%	17.0%	19.0%	19.4%
新規認定者	201人		236人↑		--	--	--
再掲	65~74歳	191人	5.5%	262人↑	5.5%	--	--
新規認定者	54人		59人↑		--	--	--
75歳以上	1,302人	34.4%	1,376人↑	31.8%	--	--	--
新規認定者	147人		177人↑↑		--	--	--

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

図表 13 介護給付費の変化

	読谷村		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	25億9312万円	28億5467万円↑	--	--	--
一人あたり給付費(円)	356,148	315,434↓	259,723	324,737	290,668
1件あたり給付費(円)全体	75,217	71,560	63,000	69,211	59,662
居宅サービス	53,487	51,109	41,449	51,518	41,272
施設サービス	291,536	301,669	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

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みると、脳卒中(脳出血・脳梗塞)が全年齢区分で1位となっています。その割合は第2号被保険者で69.2%と第1号被保険者(5割弱)と比較して高い割合を占めています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢区分で約9割と非常に高い割合となっており、高血圧・糖尿病等生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要であると言えます。(図表 14)

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R4 年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		61		262		1,376		1,638		1,699		
再)国保・後期		26		175		1,241		1,416		1,442		
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	18 69.2%	脳卒中	83 47.4%	脳卒中	585 47.1%	脳卒中	668 47.2%	脳卒中	686 47.6%
		2	虚血性心疾患	6 23.1%	虚血性心疾患	43 24.6%	虚血性心疾患	407 32.8%	虚血性心疾患	450 31.8%	虚血性心疾患	456 31.6%
		3	腎不全	3 11.5%	腎不全	32 18.3%	腎不全	251 20.2%	腎不全	283 20.0%	腎不全	286 19.8%
		4	糖尿病合併症	3 11.5%	糖尿病合併症	34 19.4%	糖尿病合併症	172 13.9%	糖尿病合併症	206 14.5%	糖尿病合併症	209 14.5%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		22 84.6%	基礎疾患	156 89.1%	基礎疾患	1,168 94.1%	基礎疾患	1,324 93.5%	基礎疾患	1,346 93.3%	
	血管疾患合計		24 92.3%	合計	160 91.4%	合計	1,188 95.7%	合計	1,348 95.2%	合計	1,372 95.1%	
	認知症		1 3.8%	認知症	31 17.7%	認知症	546 44.0%	認知症	577 40.7%	認知症	578 40.1%	
	筋・骨格疾患		22 84.6%	筋骨格系	159 90.9%	筋骨格系	1,198 96.5%	筋骨格系	1,357 95.8%	筋骨格系	1,379 95.6%	

出典・参照:KDB システム改変

② 医療費の状況

本村の総医療費は、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると国保加入者の減少に伴い減少しています。(図表 15)

一方、入院 1 件あたり費用額は増加しており、同規模・県・国よりも高額となっています。

図表 15 医療費の推移

		読谷村		同規模	県	国
		H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
被保険者数		12,609人	12,092人 ↓	--	--	--
前期高齢者数・割合		3,180人 (25.2%)	3,605人 (29.8%)	--	--	--
総医療費		34億4284万円	33億6187万円 ↓	--	--	--
一人あたり医療費(円)		273,046 <small>県内30位 同規模149位</small>	278,024 <small>県内33位 同規模145位</small>	361,243	318,310	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	584,930	635,400 ↑	613,590	634,340	617,950
	費用の割合(%)	46.5	44.3	40.4	46.4	39.6
	件数の割合(%)	3.5	3.1	2.6	3.4	2.5
外来	1件あたり費用額(円)	24,500	25,280	24,230	25,820	24,220
	費用の割合(%)	53.5	55.7	59.6	53.6	60.4
	件数の割合(%)	96.5	96.9	97.4	96.6	97.5
受診率(%)		506.739	519.927	735.303	560.174	705.439

※同規模順位は読谷村と同規模保険者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

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

さらに、年齢調整をした地域差指数で見ると、後期高齢者医療では全国平均を上回っています。入院の地域差指数は国民健康保険では平成 30 年度より低くなっていますが、後期高齢者医療では高くなっています。(図表 16)

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	読谷村 (県内市町村中)		県 (47県中)	読谷村 (県内市町村中)		県 (47県中)	
	H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度	
地域差指数・順位	全体	0.991	0.913	1.070	0.989	1.007	1.092
		(30位)	(33位)	(14位)	(32位)	(27位)	(14位)
	入院	1.132	0.965	1.259	1.117	1.172	1.286
		(32位)	(38位)	(10位)	(37位)	(28位)	(5位)
	外来	0.906	0.883	0.965	0.871	0.850	0.910
		(20位)	(25位)	(40位)	(16位)	(21位)	(43位)

出典・参照:厚労省「地域差分析」

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全の医療費合計が総医療費に占める割合は、平成 30 年度と比較すると 2.05 ポイント減少していますが、同規模、県、国と比較すると高い割合となっています。疾患毎での割合をみると、虚血性心疾患と慢性腎不全(透析有)では減少(-0.22%、-2.11%)していますが、同規模、県、国と比較するとどちらも高い割合となっています。脳血管疾患については、県より割合は低いものの、平成 30 年度と比べて増加(+0.24%)しています。(図表 17)

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			読谷村		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			34億4284万円	33億6187万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			4億2519万円	3億4620万円↓	--	--	--
			12.35%	10.30%↓	8.08%	10.08%	8.03%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.89%	2.13%↑	2.01%	2.40%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.90%	1.68%↓	1.52%	1.61%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	8.11%	6.00%↓	4.24%	5.80%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.45%	0.49%	0.31%	0.27%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		12.06%	12.31%	16.85%	12.57%	16.69%
	筋・骨疾患		7.38%	8.38%	8.78%	7.73%	8.68%
	精神疾患		10.24%	9.66%	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

次に中長期目標の疾患の治療状況(患者数)をみてみると、脳血管疾患で治療者数および割合が増加しています。虚血性心疾患と人工透析については横ばいでした。(図表 18)

図表 18 中長期目標疾患の治療者数

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	12,609	12,092	a	723	768	462	450	71	74	
	a/A				5.7%	6.4%	3.7%	3.7%	0.6%	0.6%	
40歳以上	B	7,768	7,732	b	714	760↑	452	441	71	73	
	B/A	61.6%	63.9%	b/B	9.2%	9.8%↑	5.8%	5.7%	0.9%	0.9%	
再掲	40~64歳	D	4,588	4,127	d	235	229	168	149	29	22
		D/A	36.4%	34.1%	d/D	5.1%	5.5%	3.7%	3.6%	0.6%	0.5%
	65~74歳	C	3,180	3,605	c	479	531	284	292	42	51
		C/A	25.2%	29.8%	c/C	15.1%	14.7%	8.9%	8.1%	1.3%	1.4%

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

(2) 短期的目標の達成状況

① 短期的な目標疾患の治療者数と合併症の状況

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3疾患とも増えています。特に65~74歳で治療者数が増加しており、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・人工透析等の人数・割合も3疾患ともに増加しています。(図表 19・20・21)

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40~64歳		65~74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	3,025	3,116↑	1,255	1,118	1,770	1,998↑	
	A/被保数	38.9%	40.3%	27.4%	27.1%	55.7%	55.4%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	326	387↑	104	109	222	278↑
		B/A	10.8%	12.4%	8.3%	9.7%	12.5%	13.9%
	虚血性心疾患	C	355	333	122	100	233	233
		C/A	11.7%	10.7%	9.7%	8.9%	13.2%	11.7%
	人工透析	D	68	71↑	28	21	40	50↑
		D/A	2.2%	2.3%	2.2%	1.9%	2.3%	2.5%

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

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
			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	1,353	1,389 ↑	543	464	810	925 ↑
		A/被保数	17.4%	18.0%	11.8%	11.2%	25.5%	25.7%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	142	172 ↑	41	39	101	133 ↑
		B/A	10.5%	12.4%	7.6%	8.4%	12.5%	14.4%
	虚血性心疾患	C	182	197 ↑	71	52	111	145 ↑
		C/A	13.5%	14.2%	13.1%	11.2%	13.7%	15.7%
	人工透析	D	43	45	15	16	28	29
		D/A	3.2%	3.2%	2.8%	3.4%	3.5%	3.1%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	232	260 ↑	80	79	152	181 ↑
		E/A	17.1%	18.7%	14.7%	17.0%	18.8%	19.6%
	糖尿病性網膜症	F	254	268 ↑	93	84	161	184 ↑
		F/A	18.8%	19.3%	17.1%	18.1%	19.9%	19.9%
	糖尿病性神経障害	G	50	54 ↑	18	17	32	37 ↑
		G/A	3.7%	3.9%	3.3%	3.7%	4.0%	4.0%

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

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
			H30年度	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	2,267	2,462 ↑	927	885	1,340	1,577 ↑
		A/被保数	29.2%	31.8%	20.2%	21.4%	42.1%	43.7%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	239	325 ↑	78	80	161	245 ↑
		B/A	10.5%	13.2%	8.4%	9.0%	12.0%	15.5%
	虚血性心疾患	C	302	317 ↑	108	96	194	221 ↑
		C/A	13.3%	12.9%	11.7%	10.8%	14.5%	14.0%
	人工透析	D	38	48 ↑	14	13	24	35 ↑
		D/A	1.7%	1.9%	1.5%	1.5%	1.8%	2.2%

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

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧^{※9}、HbA1c7.0%以上^{※10}を平成30年度と令和3年度で比較すると、有所見者の割合が増えており、健診受診時点での未治療者の割合も増加しています。さらに、未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約30%、糖尿病で7%いることが確認されました。(図表22)

※9 Ⅱ度高血圧:収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上

※10 HbA1c:ヘモグロビンエーワンシー 過去1～2カ月の平均血糖値を反映し7.0%以上が続くと合併症を併発するリスクが高くなる

基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合が増加していることから、要医療域の方への受療勧奨を徹底し、合併症予防が可能な時期からの治療開始の保健指導の強化が必要です。

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				R03年度				レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	問診結果				問診結果				未治療		治療中断	
					未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
				C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E	
読谷村	3,080	43.4	1,928	27.2	157	5.1	81	51.6	112	5.8↑	61	54.5↑	34	30.4	5	4.5
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				R03年度				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	問診結果				問診結果				未治療		治療中断	
					未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
				I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K	
読谷村	3,026	98.2	1,927	99.9	184	6.1	40	21.7	131	6.8↑	38	29.0↑	9	6.9	4	3.1
沖縄県	95,731	98.8	80,349	99.9	5,422	5.7	1,356	25.0	4,847	6.0	1,120	23.1	357	7.4	190	3.9

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

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

出典・参照:KDB システム改変、特定健診等データ管理システム

③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発生させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本村の特定健診結果において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、21.8%から 23.0%に増加しており、その中でも 2 項目の危険因子が重なっている者の割合が増加しています。(図表 23)

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	該当者		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	3,080 (43.4%)	671 (21.8%)	227 (7.4%)	444 (14.4%)	423 (13.7%)
R04年度	2,426 (35.0%)	558 (23.0%) ↑	179 (7.4%)	379 (15.6%) ↑	319 (13.1%)

出典・参照:特定健診等データ管理システム

また、重症化予防の観点から、HbA1c6.5%以上（糖尿病判定基準値）、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160mg/dl^{※12}以上の有所見割合の変化を見ると、いずれも微増しています。また、翌年度健診を受診していないために経過を把握できていない方がいずれも3～4割存在しています。（図表24・25・26）

図表 24 HbA1c6.5%以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	308 (10.2%)	60 (19.5%)	101 (32.8%)	49 (15.9%)	98 (31.8%)
R03→R04	209 (10.8%) ↑	44 (21.1%)	67 (32.1%)	34 (16.3%)	64 (30.6%)

出典・参照：特定健診等データ管理システム

図表 25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	157 (5.1%)	67 (42.7%)	24 (15.3%)	7 (4.5%)	59 (37.6%)
R03→R04	112 (5.8%) ↑	46 (41.1%)	15 (13.4%)	3 (2.7%)	48 (42.9%)

出典・参照：特定健診等データ管理システム

図表 26 LDL-C160mg/dl 以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	LDL-C 160mg/dl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	342 (11.1%)	118 (34.5%)	84 (24.6%)	29 (8.5%)	111 (32.5%)
R03→R04	241 (12.5%) ↑	93 (38.6%)	44 (18.3%)	15 (6.2%)	89 (36.9%)

出典・参照：特定健診等データ管理システム

※12 LDL-C：エルディーエル コレステロール いわゆる悪玉コレステロール。血液中に増えすぎると血管壁に蓄積し、動脈硬化を進行させ心筋梗塞や狭心症、脳梗塞など動脈硬化性疾患の原因となる物質。

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本村の特定健診受診率は、平成 30 年度には 41.5%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で令和 2 年度以降は低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)

また、これまで早期からの生活習慣病対策および健診受診の習慣化を目的として 40 歳未満を対象とした一般健診を実施してきましたが、40～50 代の特定健診受診率は特に低い状況が続いています。(図表 28)

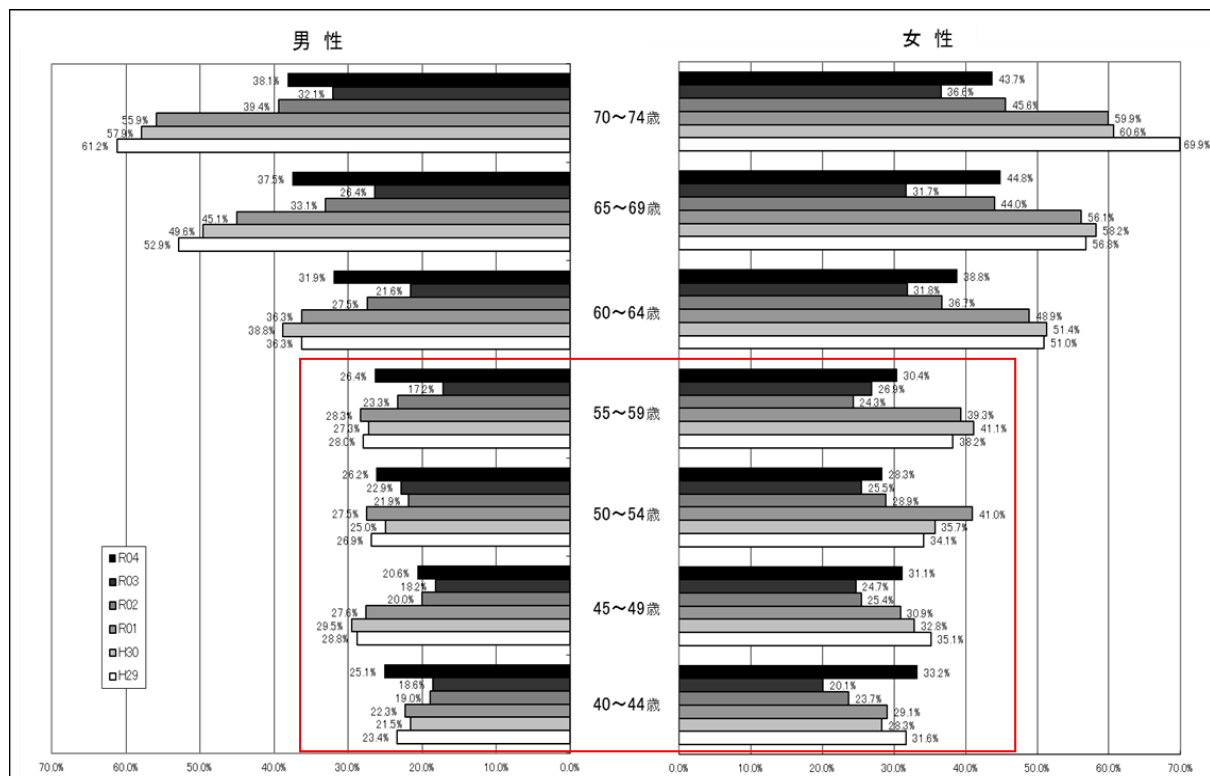
特定保健指導については、目標値の 60%を上回って推移しており、令和 4 年度には 74.7%実施できていますが、受診率が目標値に届いていない状況下での指導率であるため、楽観視はできません。

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	2,941	2,861	2,229	1,833	2,319	健診受診率 60%以上
	受診率	41.5%	40.8%	31.1%	25.8%↓	33.6%	
特定保健指導	該当者数	418	412	333	270	344	特定保健指導実施率 60%以上
	割合	14.2%	14.4%	14.9%	14.7%	14.8%	
	実施者数	284	280	228	168	257	
	実施率	67.9%	68.0%	68.5%	62.2%	74.7%↑	

出典・参照: 特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典・参照: 特定健診等データ管理システム

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

HbA1c6.5%以上の血糖値有所見者への保健指導は、対象者の約7割に実施してきましたが、血糖値有所見者や未治療・中断の割合は減少には至らず横ばいで推移しています。(表1・2)

H30年度からはHbA1c8%以上の高血糖者を優先対象者とし支援してきましたが、HbA1c8%以上の未治療者は減少していません。また、未治療者の半数程度しか治療につながっていないことから、病院を受診していない方には継続フォローが必要であり、さらに保健指導体制を強化することが求められます。(表3)

また、肥満があるとインスリン抵抗性^{※13}を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方についても主治医と連携して保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、肥満改善の支援を継続することも必要です。

表1 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	3,080	2,991	2,318	1,928	2,426
血糖値有所見者 *1	人(b)	308	328	231	209	263
	(b/a)	10.0%	11.0%	10.0%	10.8%	10.8%
保健指導実施者 *2	人(c)	217	248	161	156	179
	(c/b)	70.5%	75.6%	69.7%	74.6%	68.1%

*1 HbA1c6.5%以上のもの

*2 保健指導は訪問・来所等による保健指導実施者を計上

表2 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 *1	人(a)	308	328	231	209	263
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 *3	人(b)	101	112	76	70	87
	(b/a)	32.8%	34.1%	32.9%	33.5%	33.1%
受診した者	人(c)	55	47	29	28	33
	(c/b)	54.5%	42.0%	38.2%	40.0%	37.9%
治療開始した者	人(c)	18	8	8	10	8
	(c/b)	17.8%	7.1%	10.5%	14.3%	9.2%

*1 HbA1c6.5%以上のもの

*3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

※13 インスリン抵抗性:血糖値を下げるインスリンというホルモンの血中濃度に見合った作用が得られない状態。

表 3 HbA1c8.0%以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	3,080	2,991	2,318	1,928	2,426
HbA1c8.0%以上	人(b)	69	71	48	35	65
	(b/a)	2.2%	2.4%	2.1%	1.8%	2.7%
保健指導実施	人(c)	43	53	34	25	40
	(c/b)	62.3%	74.6%	70.8%	71.4%	61.5%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	10	16	14	12	12
	(b/a)	14.5%	22.5%	29.2%	34.3%	18.5%

内服治療開始	5人	7人	5人
元々治療中	3人	3人	3人
死亡、転出	1人	0人	0人

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、集団健診においては心電図検査を実施しています。(表 4)

心電図有所見者のうち心房細動未治療者については、ほぼ全数が治療や精密検査につながっていますが、ST 異常^{※14}で要精査・要医療と判定された者では医療機関を受診していない人が少なくありません。医療機関受診が必要と判定された方への受診勧奨強化および個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導の継続が必要です。(表 5・6)

表 4 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
		総計	総計	総計	総計	総計
健診受診者(人)	a	2,967	2,991	2,318	1,928	2,426
心電図受診者(人)	b	1,171	1,180	667	534	974
心電図実施率	b/a	39.5%	39.5%	28.8%	27.7%	40.1%
要精査者(人)	d	92	95	59	39	65
要再検・要観察他(人)	c	494	529	204	201	266
有所見率	(c+d)/b	50.0%	52.9%	39.4%	44.9%	34.0%

※14 ST 異常:ST と呼ばれる心電図の基本線の波形の一部に異常がみられること。心筋梗塞など虚血性心疾患の診断につながることもある所見。

表 5 心電図受診者のうち、ST 所見の状況

	H30		R1		R2		R3		R4	
心電図実施者	1,171人		1,180人		667人		534人		974人	
ST異常所見	33人	2.8%	34人	2.9%	11人	1.6%	5人	0.9%	4人	0.4%
要医療・要精査	13人	39.4%	12人	35.3%	6人	54.5%	3人	60.0%	3人	75.0%
医療機関受診あり	5人	38.5%	5人	41.7%	1人	16.7%	1人	33.3%	2人	66.7%
医療機関受診なし	8人	61.5%	7人	58.3%	5人	83.3%	2人	66.7%	1人	33.3%
それ以外の判定	20人	60.6%	22人	64.7%	5人	45.5%	2人	40.0%	1人	25.0%

表 6 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

	H30		R1		R2		R3		R4	
心房細動有所見者	12人		12人		7人		2人		8人	
心房細動未治療者	4人	33.3%	3人	25.0%	3人	42.9%	0人	0.0%	1人	12.5%
検査後、異常なしと診断 (等、治療開始に至らず)	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	100.0%
治療開始	4人	100.0%	3人	100.0%	3人	100.0%	0人	0.0%	0人	0.0%

③脳血管疾患重症化予防対策

脳血管において高血圧は最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つです。また、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。

本村のⅡ度高血圧以上の者の割合は、全受診者の約 5～6%で推移しており、未治療者が半数以上を占めています。令和 4 年度におけるⅡ度高血圧以上の未治療者 72 人のうち、保健指導後、治療につながったものは、わずか 9 人(12.5%)でした。また、Ⅲ度高血圧の 22 人のうち 11 人が未治療者でした。(表 7)

表 8 は、令和 4 年度の健診結果を血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)した表です。重症化予防の観点から、高リスクに区分される①A ただちに薬物治療を開始 179 人、②B のうち、中等リスクで第 3 層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者 121 人を最優先に、治療の必要性を理解してもらい、適切な時期からの治療開始のための受診勧奨の取組が必要です。

また、高血圧治療中にもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が 4 割以上も存在しています。服薬状況の確認に加え、肥満など他のリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導を実施できる体制整備も必要となります。

表7 II度高血圧以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	2,967	2,878	2,309	1,903	2,459	
II度高血圧以上の者	人(b)	150	161	141	112	127	
	(b/a)	5.1%	5.6%	6.1%	5.9%	5.2%	
治療あり	人(c)	72	76	68	52	55	
	(c/b)	48.0%	47.2%	48.2%	46.4%	43.3%	
治療なし	人(d)	78	85	73	60	72	
	(d/b)	52.0%	52.8%	51.8%	53.6%	56.7%	
治療開始	人(e)	7	11	9	5	9	
	(e/d)	9.0%	12.9%	12.3%	8.3%	12.5%	
(再掲)	III度高血圧の者	人(f)	21	24	17	7	22
		(f/a)	0.7%	0.8%	0.7%	0.4%	0.9%
	治療あり	人	5	11	4	2	11
	治療なし	人	16	13	13	5	11

表8 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和4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 診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高血圧			
		高血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
699		361 51.6%	266 38.1%	61 8.7%	11 1.6%
	リスク第1層 予後影響因子がない	35 7.6%	13 4.9%	4 6.6%	1 9.1%
385	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	205 55.1%	142 56.8%	34 53.4%	4 55.7%
	リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	121 37.3%	111 33.5%	23 41.7%	6 37.7%

高リスク

中等リスク

低リスク

区分	該当者数
A ただちに薬物療法を開始	179 25.6%
B 概ね1カ月後に再評価	280 40.1%
C 概ね3カ月後に再評価	240 34.3%

※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 脳心血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

(2) ポピュレーションアプローチ^{※15}

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

本村では、生活習慣病重症化により医療費や介護給付費、社会保障費の増大に繋がっている村の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、各種団体への説明や村民対象の講座等による周知や、肥満の改善を目的として健診結果説明会場で食品に含まれる砂糖や脂の展示・説明等を実施してきました。

引き続き生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの村民が、自分の住む地域の実態を知り、納得した上で健診を受け、健診結果を踏まえ生活習慣の改善に向けた実践ができるようなアプローチを拡充していくことが必要です。

※15 ポピュレーションアプローチ:集団としての住民・人々(ポピュレーション)に対して、健康増進や疾病予防に関する働きかけ(アプローチ)を行うことで、集団全体の健康リスクを減らそうとする方法のこと。これに対して、リスクを持っている、または疾病を既に抱えている「個人」に働きかける方法を「ハイリスクアプローチ」という。

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

データヘルス計画の目標管理一覧表		(記号の定義) 初期値(H28)と最終評価値(R4)と比較して ◎:目標達成 ○:改善傾向 ×:悪化傾向 △:変化無し									
関連計画	達成すべき目的	第2期初期値(H28)	中間評価値(R1)	中間評価値	最終評価値(R4)	R5目標値	H28比	最終評価	現状値の把握方法(活用了一年度)		
特定計画 特定健診等	アウトプット指標	特定健診受診率60%以上	42.7%	40.8%	33.6%	60%	-9.1%	×	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)		
	中長期	特定保健指導実施率60%以上	84.7%	68.0%	74.7%	60%	-10.0%	◎			
データヘルス計画	アウトカム指標	特定保健指導対象者の割合減少率25%	15.1%	14.4%	14.8%	11.3%		-0.3%	△		
		脳血管疾患の総医療費に占める割合10%減少	1.56%	2.55%	2.13%	1.4%		0.6%	×		
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合10%減少	2.31%	1.40%	1.68%	2.1%		-0.6%	◎		
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合減少	53.8%	60.7%	54.4%	減少		0.6%	×	KDB/ス7A	
		健診受診者のⅡ度高血圧の割合減少(160/100以上)	4.9%	5.5%	5.1%	減少		0.2%	×		
		健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	9.5%	13.7%	11.4%	減少		1.9%	×		
		(再掲)健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL180以上)	3.2%	4.9%	4.3%	減少		1.1%	×		
		健診受診者の糖尿病有病者の割合減少(HbA1c6.5以上)	8.8%	11.1%	10.8%	減少		2.0%	×	読谷村健康増進計画	
		メタボリックシンドローム・予備群の割合減少率25%	35.1%	35.5%	36.4%	減少		1.3%	×		
		★健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合減少	0.40%	0.51%	0.50%	減少		0.1%	×		
短期目標	アウトプット指標	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合増加		50.4%	80.2%	増加			◎		
		糖尿病の保健指導を実施した割合増加		78.0%	70.0%	増加			×		
		がん検診受診率 10%以上	11.0%	18.2%	15.4%	10%		4.4%	◎		
		肺がん検診 25%以上	10.0%	19.8%	20.5%	25%		10.5%	×		
		大腸がん検診 25%以上	7.4%	16.1%	18.0%	25%		10.6%	×		
		子宮頸がん検診 25%以上	16.5%	29.0%	18.8%	25%		2.3%	×		
		乳がん検診 25%以上	13.0%	17.6%	18.6%	25%		5.6%	×	地域保健事業報告	
		★5ががん検診の平均受診率増加	11.6%	20.1%	18.3%	増加		6.7%	◎		
		★歯科検診(歯周病健診も含む)の実施			準備	実施		実施	◎	読谷村健康推進課	
		健康ポイントの取組みを行う実施者の割合増加		374人	193人	増加		中止	×	読谷村健康推進課	
保険者努力支援制度	アウトプット指標	後発医薬品の使用割合増加	72.7%	85.1%	89.8%	増加		◎	厚生労働省公表結果		
		★高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施		実施準備	○	実施		中止	△	読谷村健康推進課	

★: 保険者努力支援制度で新しく追加された指標を中間評価時に追加

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期計画においては、高額医療費や要介護の要因である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全の3疾患の医療費を減少させることを中長期目標とし、それらの共通リスクである高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の該当者割合の減少を短期目標に掲げ取り組んできました。その結果、虚血性心疾患と慢性腎不全(透析有)においては総医療費に占める割合の減少がみられ、第2期計画で掲げた目標を達成できたこととなります。しかし、同規模や国、県と比べるとまだ高い割合となっています。特に慢性腎臓病(人工透析)は、2型糖尿病の要因が大きいため、早期に介入することで透析導入を予防することが可能です。糖尿病性腎症重症化予防プログラムを基盤とした取組みを中長期的なスパンで継続実施する必要があります。

脳血管疾患については、総医療費に占める割合や患者数の増加がみられ、要介護者における有病状況も高い割合となっており、目標達成に至っていません。脳血管疾患のリスク因子である高血圧は、脳血管疾患のみならず、不整脈や心不全、腎不全など重篤な疾患の大きな要因であり、医療費が高額になるだけでなく、健康寿命にも大きな影響を与えるため、適切な疾病管理ができるような対策が必要です。

短期目標疾患の元凶となるメタボリックシンドローム該当者および予備群をふるい分けし、必要な働きかけをする起点となるのが特定健診であり、その実施率は保健事業を進めるための基盤となりますが、新型コロナウイルス感染症の影響で大きく下がった後、コロナ禍以前の受診率まで回復していません。より多くの被保険者の健康状態を把握し対策を講じるためにも特定健診受診率向上が喫緊の課題です。新規受診者の獲得および継続受診へのフォローアップなど、最優先で取り組むことが必要です。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

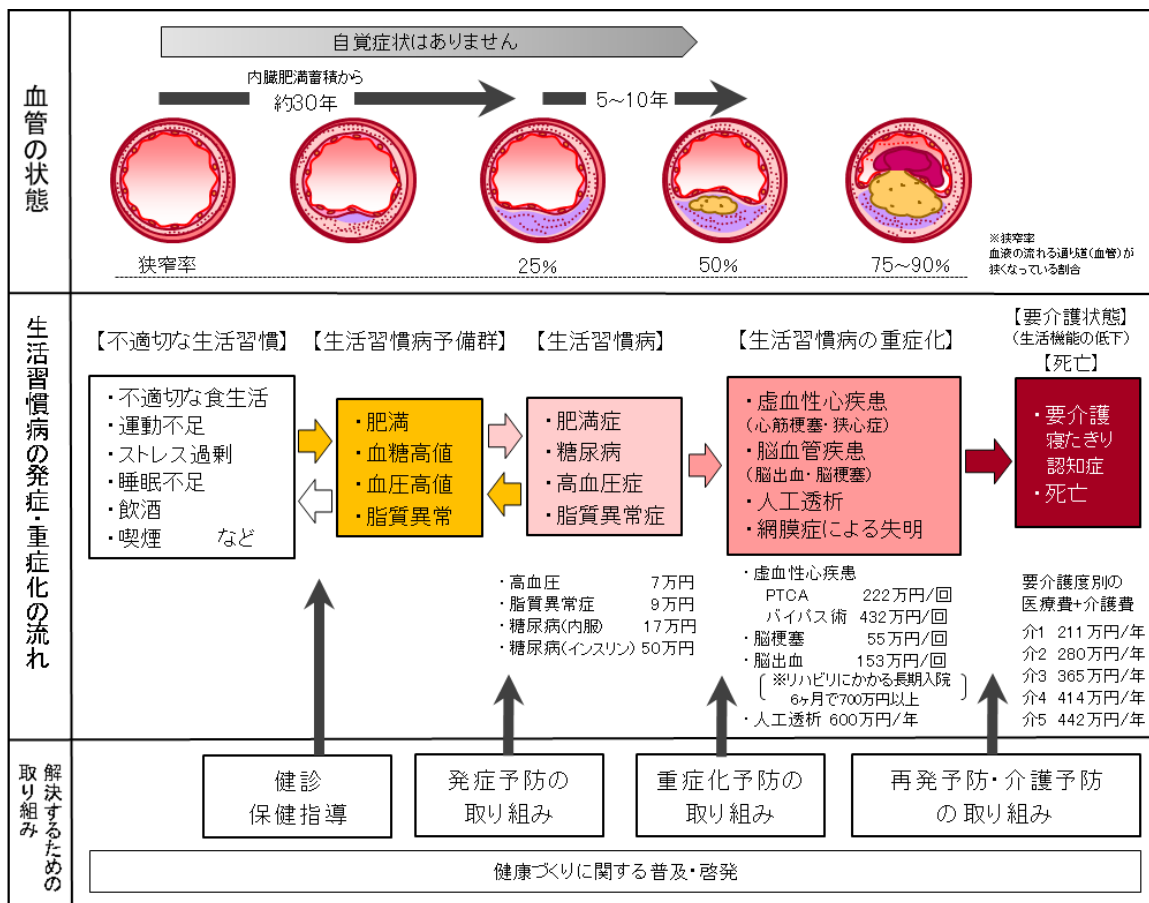
生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から生活習慣病予備群、生活習慣病への進展、更には重症化・合併症へと悪化する者を減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更に健康な状態へ改善する者を増加させることが必要となります。(図表 30)

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のですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

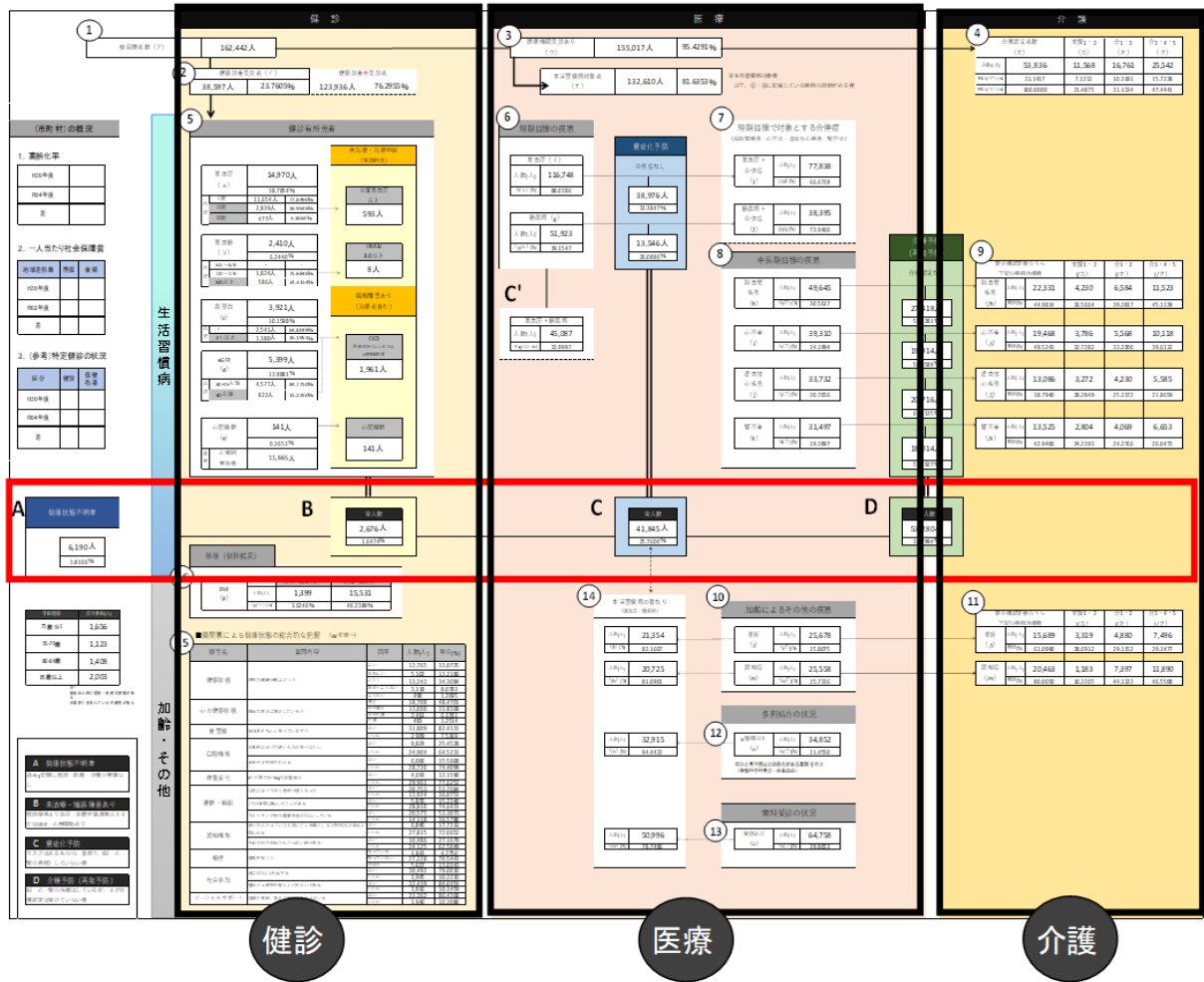
また、若年期からの生活習慣の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表 31 に基づいて健診・医療・介護それぞれの健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

図表 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



出典・参照: 標準的な健診・保健指導プログラム
【令和6年度版】別紙1(改変版)

図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析(イメージ図)



2)健康課題の明確化

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。

(1)医療費分析

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人あたり医療費は、令和 2 年度は新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの令和 3 年以降は増加しています。令和 4 年度の後期高齢者医療では一人あたり医療費が 85 万円と、国保の約 3 倍も高い状況です。(図表 32)

図表 32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
被保険者数	12,609人	12,369人	12,346人	12,273人	12,092人	4,300人	
総件数及び 総費用額	件数	77,902件	77,281件	68,924件	72,786件	76,475件	54,258件
	費用額	34億4284万円	33億9644万円	31億2656万円	33億6178万円	33億6187万円	36億5624万円
一人あたり医療費	27.3万円	27.5万円	25.3万円	27.4万円	27.8万円	85.0万円	

出典・参照：KDB システム改変

1 件あたり 80 万円以上の高額レセプトは、国保では毎年 600 件弱となっていますが、後期高齢者医療(令和 4 年度)でみると、1,000 件を超える高額レセプトが発生しています。(図表 33)

図表 33 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	298人	313人	289人	303人	341人	504人
	件数	B	570件	567件	542件	544件	598件	1,011件
		B/総件数	0.73%	0.73%	0.79%	0.75%	0.78%	1.86%
	費用額	C	7億9607万円	8億1822万円	7億7752万円	7億9719万円	8億0724万円	12億7968万円
		C/総費用	23.1%	24.1%	24.9%	23.7%	24.0%	35.0%

出典・参照：KDB システム改変

高額レセプトを疾病別にみると、脳血管疾患では、国保で令和元年度の 47 件が最多で、6,500 万円以上の費用がかかっていましたが、年々減少し令和 4 年度は 28 件、費用額も約 3,500 万円まで減少しています。後期高齢者医療(令和 4 年度)においては、85 件で 1 億円を超える費用額となっており、高額レセプトに占める割合も 8.2%と高くなっています。(図表 34)

図表 34 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	20人	27人	18人	16人	20人	38人							
		D/A	6.7%	8.6%	6.2%	5.3%	5.9%	7.5%							
	件数	E	32件	47件	35件	34件	28件	85件							
		E/B	5.6%	8.3%	6.5%	6.3%	4.7%	8.4%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	2	4.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	2	6.3%	7	14.9%	5	14.3%	2	5.9%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	10	31.3%	11	23.4%	1	2.9%	0	0.0%	4	14.3%	75-79歳	27	31.8%
		60代	15	46.9%	20	42.6%	16	45.7%	16	47.1%	11	39.3%	80代	48	56.5%
		70-74歳	5	15.6%	7	14.9%	13	37.1%	16	47.1%	13	46.4%	90歳以上	10	11.8%
	費用額	F	5413万円	6517万円	5254万円	5129万円	3499万円	1億0468万円							
		F/C	6.8%	8.0%	6.8%	6.4%	4.3%	8.2%							

出典・参照：KDB システム改変

図表 35 高額レセプト(80 万円/件)以上の推移(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	20人	13人	13人	19人	17人	25人							
		G/A	6.7%	4.2%	4.5%	6.3%	5.0%	5.0%							
	件数	H	23件	14件	13件	20件	21件	27件							
		H/B	4.0%	2.5%	2.4%	3.7%	3.5%	2.7%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	1	7.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	2	8.7%	1	7.1%	1	7.7%	2	10.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	3	13.0%	2	14.3%	2	15.4%	5	25.0%	3	14.3%	75-79歳	2	7.4%
		60代	8	34.8%	8	57.1%	7	53.8%	8	40.0%	6	28.6%	80代	22	81.5%
		70-74歳	10	43.5%	2	14.3%	3	23.1%	5	25.0%	12	57.1%	90歳以上	3	11.1%
	費用額	I	3880万円	2246万円	2500万円	3256万円	3181万円	4073万円							
		I/C	4.9%	2.7%	3.2%	4.1%	3.9%	3.2%							

出典・参照：KDB システム改変

本村では、短期目標疾患(糖尿病・高血圧・脂質異常症)が総医療費に占める割合は、同規模・国・県と比べて概ね低くなっていますが、中長期目標疾患が占める割合は、同規模、県、国と比べて高い割合となっています。重症化した後に治療開始となっている傾向が推察されることから、適切な時期に治療開始につなげることが必要です。(図表 36)

図表 36 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 R4

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	読谷村	33億6187万円	22,856	6.00%	0.49%	2.13%	1.68%	3.94%	2.59%	1.36%	6億1143万円	18.19%	12.31%	9.66%	8.38%
	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	読谷村	36億5624万円	72,019	6.51%	0.34%	4.68%	1.90%	3.08%	2.71%	1.03%	7億4064万円	20.26%	7.27%	3.49%	14.29%
	同規模	--	69,832	4.97%	0.47%	3.89%	1.64%	4.23%	2.97%	1.41%	--	19.59%	11.10%	3.50%	12.38%
	県	--	79,275	4.65%	0.38%	4.30%	1.76%	3.09%	2.26%	1.14%	--	17.58%	8.35%	4.54%	13.72%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

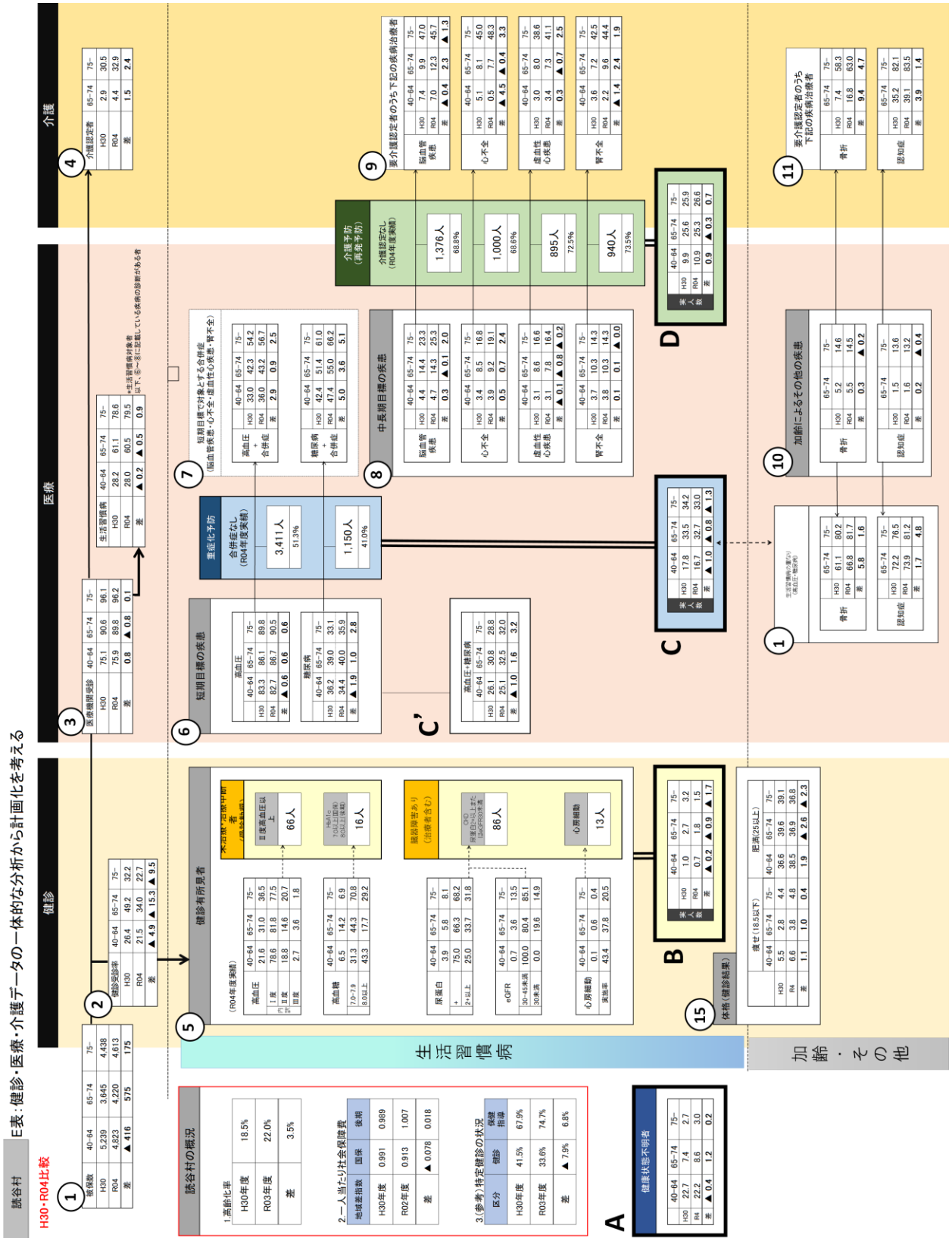
最大医療資源傷病(※1)による分類結果

※1 「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

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) 健診・医療・介護の一体的分析

図表 37 健診・医療・介護データの一体的な分析



出典・参照：保険者データヘルス支援システム

健診・医療・介護のデータを平成 30 年度と令和 4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 38「①被保険者数」は、40～64 歳では減っていますが、65 歳～74 歳と 75 歳以上では合わせて 750 人増え、高齢化率が比較的低い本村においても 65 歳以上の高齢者が確実に増えていることが分かります。また、「⑮体格」をみると、40～64 歳の若い年齢層で、BMI25 以上の割合が 36.6%から 38.5%と約 2 ポイント増加しています。(図表 38)

健診有所見の状況をみると、「CKD(慢性腎臓病)」は各年代で改善しています。しかし、CKD 以外での改善状況は思わしくありません。(図表 39)

「⑦短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症」の状況を平成 30 年度と令和 4 年度で比較すると、各年代で割合が高くなっています。(図表 40)

図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑮ 体格(健診結果)					
					特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	30.5	5,239	3,645	4,438	26.4	49.2	32.2	5.5	2.8	4.4	36.6	39.6	39.1
R4	32.9	4,823	4,220	4,613	21.5	34.0	22.7	6.6	3.8	4.8	38.5	36.9	36.8

図表 39 健診有所見状況

E表	⑤																																			
	Ⅱ度高血圧以上 ()は未治療・治療中断者						HbA1c7.0以上 ()は未治療・治療中断者 ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR60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-														
年度	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)												
H30	70	5.1	(28)	89	5.0	(23)	121	8.5	(36)	61	4.4	(3)	129	7.2	(7)	21	1.5	(1)	20	1.4	(20)	81	4.5	(68)	119	8.3	(106)	1	0.1	(1)	1	0.1	(1)	1	0.1	(1)
R4	48	4.6	(20)	81	5.7	(24)	86	8.2	(22)	50	4.8	(5)	126	8.8	(11)	21	2.0	(0)	10	1.0	(10)	38	2.7	(34)	48	4.6	(42)	1	0.1	(1)	8	0.6	(8)	4	0.4	(4)

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症					
	高血圧		糖尿病		C'糖尿病+高血圧		高血圧+合併症			糖尿病+合併症											
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	75.1	90.6	96.1	28.2	61.1	78.6	83.3	86.1	89.8	36.2	39.0	33.1	26.1	30.8	28.8	33.0	42.3	54.2	42.4	51.4	61.0
R4	75.9	89.8	96.2	28.0	60.5	79.5	82.7	86.7	90.5	34.4	40.0	35.9	25.1	32.5	32.0	36.0	43.2	56.7	47.4	55.0	66.2

注)合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

中長期目標疾患(脳血管・虚血性心疾患・腎不全)における、平成 30 年度と令和 4 年度を比較では、「⑧被保数割」では目立った変化はみられませんが、「⑨介護認定者」でみると 75 歳以上で脳血管疾患以外の割合が高くなっており、中長期目標疾患が後期高齢者の要介護状態に大きく影響していると推察されます。(図表 41)

高血圧や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。「⑭骨折、認知症と生活習慣病の重なり」が 75 歳以上では約 8 割にみられ、増加しています。(図表 42)

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

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保数割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
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	4.4	14.4	23.3	3.1	8.6	16.6	3.4	8.5	16.8	3.7	10.3	14.3	7.4	9.9	47.0	3.0	8.0	38.6	5.1	8.1	45.0	3.6	7.2	42.5
R4	4.7	14.3	25.3	3.1	7.8	16.4	3.9	9.2	19.1	3.8	10.3	14.3	7.0	12.3	45.7	3.4	7.3	41.1	0.5	7.7	48.3	2.2	9.6	44.4

図表 42 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保数割)				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	61.1	80.2	72.2	76.5	5.2	14.6	1.5	13.6	7.4	58.3	35.2	82.1
R4	66.8	81.7	73.9	81.2	5.5	14.5	1.6	13.2	16.8	63.0	39.1	83.5

(3)健康課題の明確化

医療費分析および健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、長期にわたって医療費と介護給付費に影響を及ぼす中長期目標 3 疾患(脳血管・虚血性心疾患・腎不全)を減少させることが必要です。脳血管疾患や腎不全等の重症化を防ぐためには、基礎疾患である高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが重要となります。

(4)優先して解決を目指す健康課題

総医療に占める割合が高い慢性腎不全(人工透析)は、2型糖尿病の要因が大きいため、早期に介入することで透析導入を予防することが重要です。

高血圧に起因する循環器系疾患は、医療費が高額になるのみでなく、健康寿命にも大きな影響を与えるため、適切な疾病管理ができるよう予防的介入が必要です。

特定健康診査は保健事業の基盤であり、被保険者の健康状態を把握し対策を講じるためにも受診率向上が喫緊の課題です。様々な手法を用い最優先で取り組む必要があります。

具体的な取組方法については、第4章に記載します。

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、人工透析となる疾患及び要介護認定者の有病率が高い疾患は、主に脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全です。これらが総医療費に占める割合を減少させることが目標となりますが、年齢が高くなるほど脳、心臓、腎臓の血管変化が進展することを考えると、今後の高齢化に伴う医療費増加が見込まれる中で医療費そのものを抑えることは厳しいため、医療費の伸びを抑制(維持)することを目標とします。

特に、軽症の時期には通院せずに疾患の管理を怠り、重症化して入院となる傾向がみられることから、適切な時期の受療支援により重症化予防と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、糖尿病性腎症の共通リスク(血管変化)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目標とします。

主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への適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また、糖尿病等の生活習慣病は薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法等の生活習慣改善によるメタボリックシンドロームの改善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、まずは健診機会の提供による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となります。その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

(2) 管理目標の設定

図表 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

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 R6 (R4)	中間評価 R8 (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	2.13%		KDBシステム	
	虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持		1.68%				
慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	6.00%						
糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	54.4%						
糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	57.1%			各市町村			
短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	36.1%			健診結果 (保険者データヘルス支援システム)	
アウトカム指標		(再掲)	メタボリックシンドローム該当者の減少	23.0%			
			メタボリックシンドローム予備群の減少	13.2%			
		(再掲)	A メタボ該当者+高血圧者の割合減少 (140/90以上)	9.5%			
			A +高血糖者の割合減少 (HbA1c8.0以上)	0.8%			
			A +脂質異常者の割合減少 (LDL160以上)	1.1%			
			A +尿蛋白有所見者の割合減少 (2+以上)	0.4%			
		A +高尿酸者の割合減少 (8.0以上)	0.8%				
健診受診者の高血圧者の割合減少 (160/100以上)		5.1%					
健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL160以上)		11.2%					
健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1c6.5%以上)		10.9%					
★健診受診者のHbA1c8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少		2.7%					
健診受診者の尿蛋白有所見者の割合減少 (2+以上)		1.5%					
糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	80.2%			各市町村			
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	33.6%			法定報告値 (特定健診等データ管理システム) ※分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなく、なった者の数/昨年度の特定保健指導の利用者数	
		★特定保健指導実施率60%以上	74.7%				
		★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	22.4%				

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4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1期及び第2期は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことを踏まえ、第3期以降は実施計画も6年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 44 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	40.0%	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60%以上
特定保健指導実施率	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75%以上

3. 対象者の見込み

図表 45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	7,000人	7,000人	7,000人	7,000人	7,000人	7,000人
	受診者数	2,800人	3,080人	3,360人	3,640人	3,920人	4,200人
特定保健指導	対象者数	392人	431人	437人	473人	470人	462人
	実施者数	294人	323人	328人	355人	353人	347人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

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

- ① 集団健診(読谷村総合福祉センター他)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

高「齢者の医療の確保に関する法律第28条」および「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(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) 特定健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、読谷村公式ホームページ及び「よみたんけんこうカレンダー」等に掲載します。

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

(4) 特定健診検査項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加検査(HbA1c・尿潜血・血清クレアチニン・尿酸)を実施します。集団健診においては、心電図・眼底検査・尿蛋白定量検査も追加することで血管変化を早期把握に努めます。

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

図表 46 特定健診検査項目

○読谷村特定健診検査項目

健診項目		読谷村	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(non-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1c	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	○
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□	□
	血色素量	□	□
	赤血球数	□	□
その他	心電図	□*	□
	眼底検査	□*	□
	血清クレアチニン (eGFR)	○	□
	尿蛋白定量	*	
	尿酸	○	

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

*…集団健診では追加

(5)実施時期

4月から翌年3月末まで

(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ってもらえるよう、医療機関へ十分な説明を実施します。

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

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

(8)特定健診の案内方法・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を通して行います。

図表 47 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時可) ↓ (特定健診の開始)	(特定保健指導の実施)
5月		健診データ受取 ↓ 費用決裁	健診データ抽出(前年度)
6月		保健指導対象者の抽出 ↓ (特定保健指導の開始)	↓
7月			↓
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(連合会)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・特定保健指導の当該年度受付終了)	

(9) 目標達成に向けての取り組み

取り組み	内容
受診勧奨ハガキの送付	健診未受診者に対し、健診日程・場所・予約方法等を記載した受診勧奨ハガキの送付 * ナッジ理論 ^{※15} を用い行動科学に基づいて実施
受診勧奨ショートメールメッセージ（SMS）の送信	健診未受診者に対し、健診日程・場所・予約方法等を記載したSMSを送信 * ナッジ理論を用い行動科学に基づいて実施
LINE 予約の推進	がん検診等受診券・村公式 HP・受診勧奨ハガキなどに QR コードを掲載し、いつでも予約可能な環境の構築
先行予約の推進	当年度健診時に翌年度の健診予約を受け付けることで、予約忘れを防止する
多様な受診機会の整備	休日・夜間健診の実施
健診内容・検査項目の充実	がん検診と同日受診可能な体制整備 追加検査（心電図・眼底・尿蛋白定量・尿中推定塩分量）等の無料実施の継続
デジタルコンテンツの活用	村内大型ビジョンやデジタルサイネージ等を活用した広報
個別健診実施機関との連携	定期通院患者への受診勧奨協力依頼 トライアングル事業の推進
インセンティブ事業	健康ポイント事業との連動
個別訪問による受診勧奨	健康づくりサポーターによる未受診者訪問 健康推進課専門職による訪問
健康教育	各種団体への説明 ポピュレーションアプローチ
読谷村商工会や加入事業所との連携	事業所健診の結果提供の協力依頼 健診未受診者への受診勧奨

※16 ナッジ理論:ナッジ(nudge)は英語で「軽くひじ先でつつく、背中を押す」ことを意味する。行動科学の知見から、望ましい行動をとれるよう人を後押しするアプローチ手法の一つ。

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、一般衛生部門への執行委任の形態で行います。また、一部を保健指導実施機関への委託形式で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

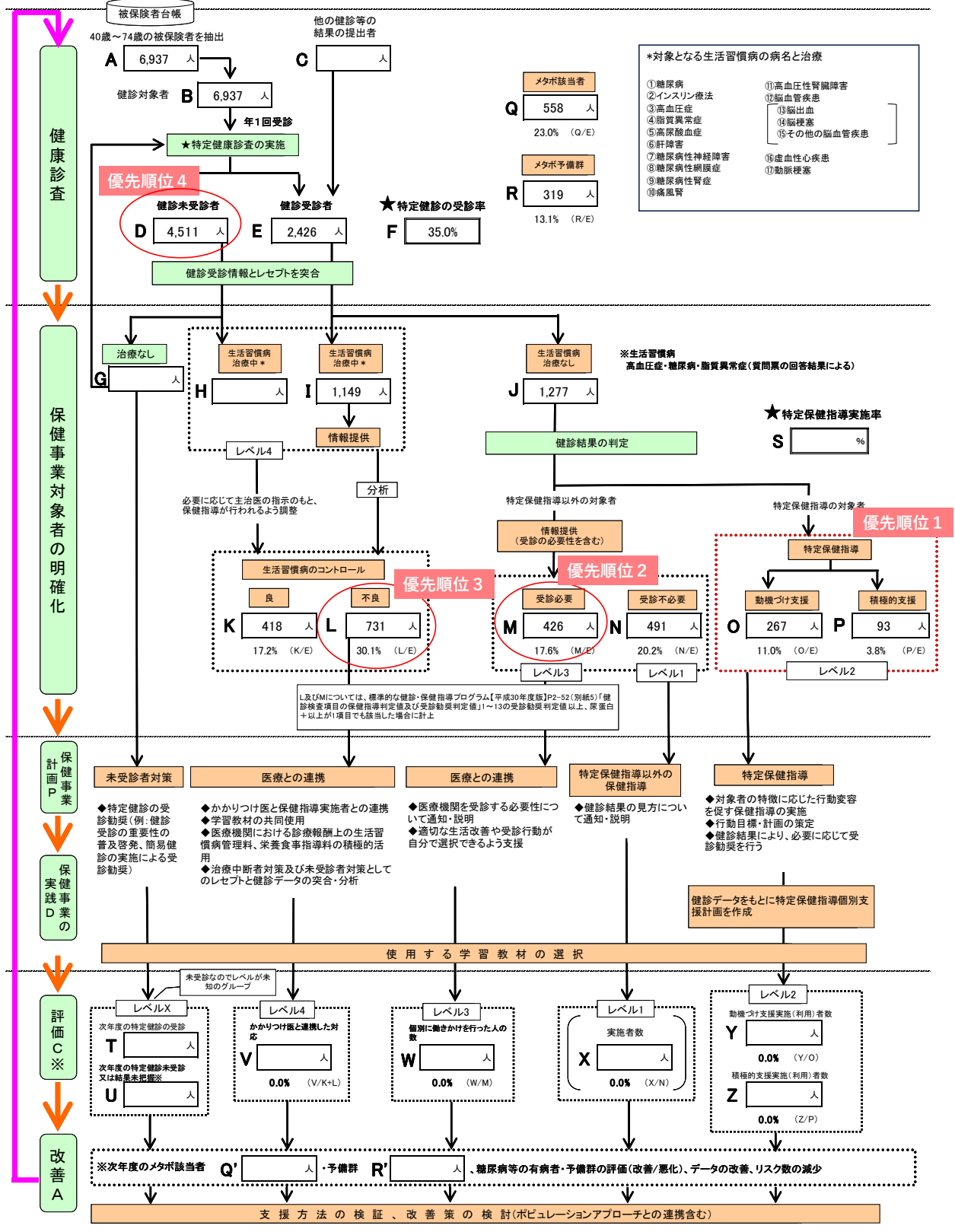
(1)健診から保健指導実施の流れ

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

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)

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

様式5-5
令和04年度



出典・参照：特定健診等データ管理システム

(2)要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	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	360人 (14.8%)	75.0%
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	426人 (17.6%)	HbA1c6.5以上については 100%
3	L	生活習慣病の コントロール 不良者	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆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	731人 (30.1%)	80.0%
4	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例:健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	4,511人 ※受診率目標達成 までにあと1,750人	38.8%
5	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	491人 (20.2%)	10.0%

(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実施スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実施していくため、年間スケジュールを作成していきます。(図表 50)

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び 受診券の送付 ◎特定健康診査の開始		◎特定健康診査をはじめとした 各種健診の広報
5月	↓	◎対象者の抽出	◎住民健診、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		◎保健指導の開始	
7月	↓		
8月			
9月		◎利用券の登録	◎前年度特定健診・特定保健 指導実績報告終了
10月	↓		
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読谷村個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

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

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

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となるよう受診勧奨を行い、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る医療費や介護費用等への影響を広く村民へ周知していきます。

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

II. 重症化予防の取組

本村の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、①942人(38.8%)です。そのうち治療なしが②300人(23.5%)、臓器障害があり直ちに受診勧奨し治療に繋ぐことが必要な対象者が③82人(27.3%)です。

また、本村においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者の二つに重なっている人が、300人中④168人と多いため、特定保健指導を徹底することが効率的な重症化予防につながり、効率的です。(図表 51)

図表 51 脳・心・腎を守るために

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ		脳血管疾患 の年間罹患死亡数の減少	虚血性心疾患 の年間罹患死亡数の減少	糖尿病性腎症 による年間透析導入患者数の減少
科学的根拠に基づき レセプトデータ 分析結果データ その他統計データ等 に基づいて 健康課題を分析		脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中治療ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の治療ガイドライン(2019年改訂版) (循環器の診療に際してのガイドライン作成委員会)	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓学会)
優先すべき 課題の明確化		高血圧症 高血圧治療ガイドライン(日本高血圧学会) II度高血圧以上 124 5.1%	心臓細動 心臓細動 8 0.3%	慢性腎臓病 (CKD) CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓学会)
科学的根拠に基づき 分析結果から 対象者の抽出		脂質異常症 動脈硬化性疾患予防ガイドライン (日本脂質異常学会) LDL-C 180mg/d以上 104 4.3%	メタボリック シンドローム メタボリックシンドロームの 診断基準 558 23.0%	糖尿病 糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会) HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0以上) 219 9.0%
重症化予防対象		心原性 脳塞栓症 (277) 心原性脳塞栓症 (277)	中性脂肪 300mg/d以上 95 3.9%	腎臓専門医 紹介基準対象者 腎臓専門医 紹介基準対象者 227 9.4%
該当者数		124 5.1%	8 0.3%	227 9.4%
治療なし		72 4.8%	3 0.2%	61 4.8%
治療中		52 5.7%	5 0.4%	166 14.4%
臓器障害 あり		11 15.3%	3 100.0%	61 100.0%
CKD(専門医対象者)		4	0	61
心電図所見あり		8	3	8
臓器障害 なし		61 84.7%	—	—
治療中		36 69.2%	—	—
臓器障害 あり		16 30.8%	5 100.0%	227 35.4%
CKD(専門医対象者)		8	1	166
心電図所見あり		10	5	70
臓器障害 なし		36 69.2%	—	—

令和04年度
＜参考＞
初診受診者(受診率)
2,426人 35.0%

■各疾患の治療状況

治療なし	治療中
高血圧 912 1,514	
脂質異常症 561 1,865	
糖尿病 237 2,188	
慢性心臓病 1,149 1,277	

※初診結果による

重症化予防対象者
(実人数)

1	942 38.8%
2	300 23.5%
4	168 17.8%
	642 55.9%
3	82 27.3%
	61
	29

出典・参照：特定健診等データ管理システム

1. 糖尿病性腎症重症化予防

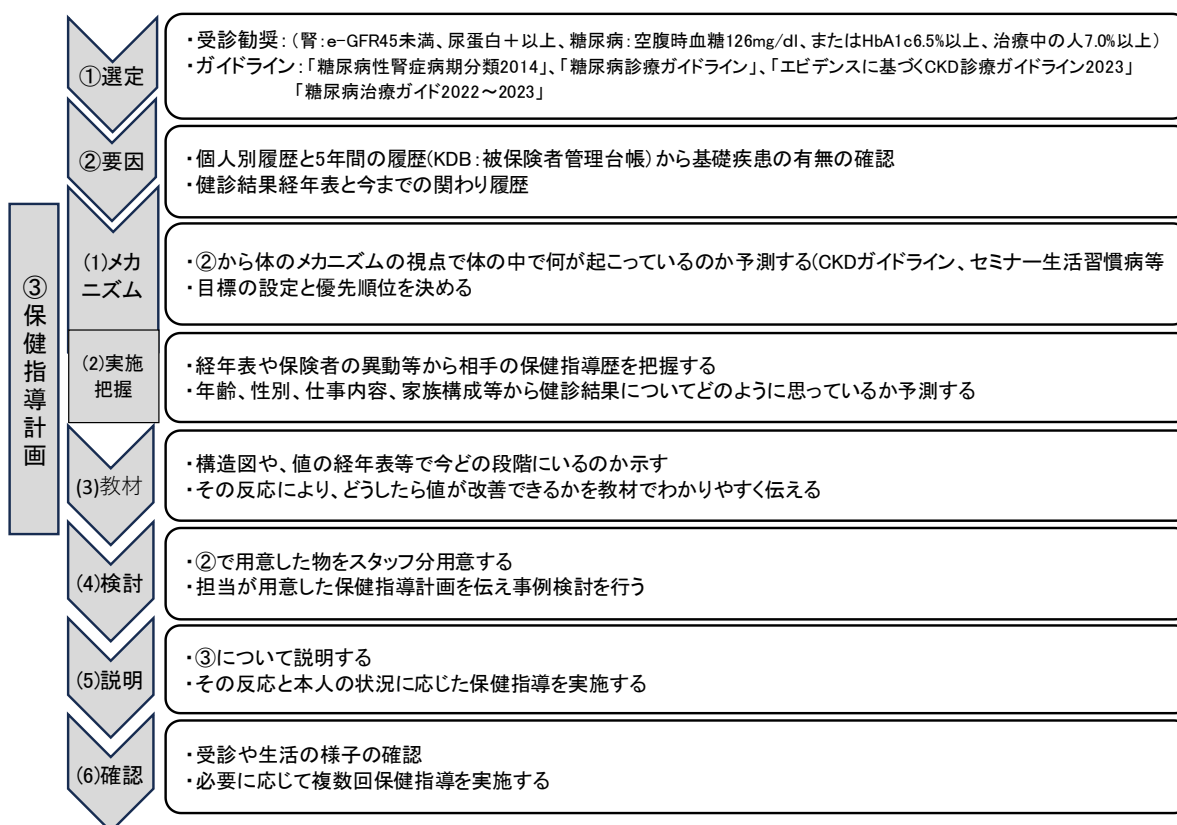
1) 基本的な考え方

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

なお、取組にあたっては(図表52)に沿って実施します。

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

図表 52 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者

③ 糖尿病治療中者

ア. 糖尿病性腎症で通院している者

イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者の把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とします。(図表 53)

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

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。本村においては、特定健診にて血清クレアチニン検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能です。個別健診受診者の尿アルブミンについては把握が難しいですが、CKD診療ガイド2012では正常アルブミン尿を尿蛋白(-)、微量アルブミン尿を尿蛋白(±)、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は可能です。なお、集団健診では尿蛋白定量検査(mg/dl)の追加検査を継続実施します。

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った結果、本村における特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、[F] 53人(17.5%)でした。また、40~74歳における糖尿病治療者[H] 1,521人のうち、特定健診受診者が[G] 250人(16.4%)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者[I] 975人(66.0%)については、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③介入方法と優先順位

図表 54 より本村においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・ 特定健診受診者中、糖尿病型未治療者 (F) . . . 53 人

優先順位 2

【保健指導】

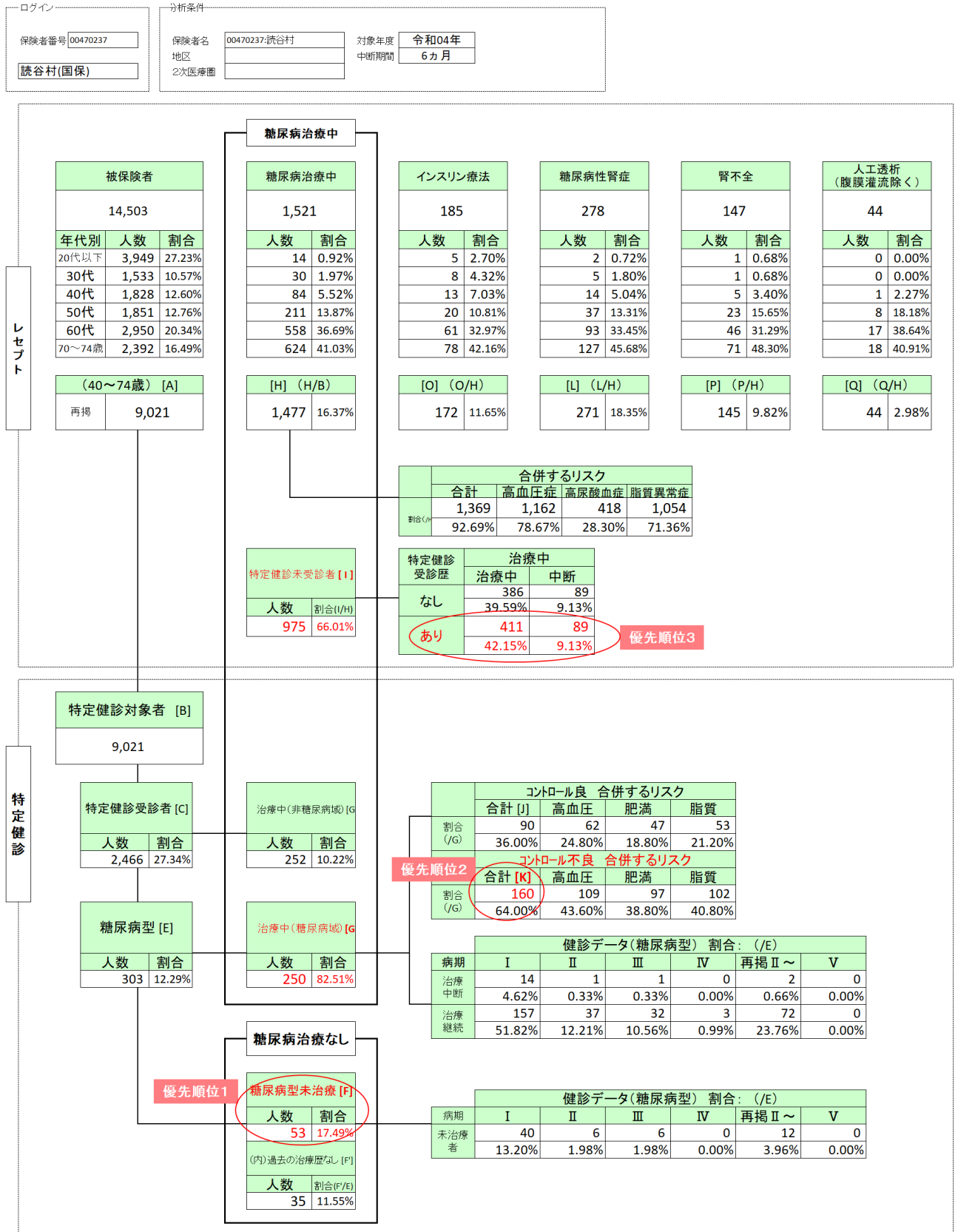
- ・ 糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者 (K) . . . 160 人
治療中断しない(継続受診)のための保健指導
- ・ 介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・ 医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

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

図表 54 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典・参照：保険者データヘルス支援システム

3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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

図表 55 令和4年度版 なぜ治療が必要なのかを学習するための資料

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

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

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

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

個別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期を見逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)は、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は、経年経過表および情報提供書等を作成し、対象者本人及び医療関係者が受診目的を共有できるようにします。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては沖縄県のプログラムに準じていきます。

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、福祉課老人福祉係及び地域包括支援センター係と連携していきます。

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとし、その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

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

②保健指導対象者に対する評価

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

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		総合表	読谷村										同規模保健所(平均)	
			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	13,109人		12,561人		12,428人		12,406人		12,410人			
	② (再掲) 40-74歳		7,995人		7,796人		7,807人		7,921人		7,974人			
2	① 対象者数	B	7,091人		7,017人		7,168人		7,094人		6,902人			
	② 特定健診 受診者数	C	2,941人		2,861人		2,229人		1,833人		2,319人			
	③ 受診率		41.5%		40.8%		31.1%		25.8%		33.6%			
3	① 特定 対象者数		418人		412人		333人		270人		344人			
	② 保健指導 実施率		67.9%		68.0%		68.5%		62.2%		74.7%			
4	①-⑪ 健診 データ	① 糖尿病型	E	436人 14.2%	429人 14.3%	309人 13.3%	273人 14.2%	347人 14.3%						
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	133人 30.5%	142人 33.1%	97人 31.4%	82人 30.0%	110人 31.7%						
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	303人 69.5%	287人 66.9%	212人 68.6%	191人 70.0%	237人 68.3%						
		④ コントロール不良	J	183人 60.4%	197人 68.6%	133人 62.7%	120人 62.8%	157人 66.2%						
		⑤ HbA1c7.0以上または空腹時血糖130mg/dl以上		121人 66.1%	130人 66.0%	95人 71.4%	75人 62.5%	105人 66.9%						
		⑥ 血圧 130/80以上		99人 54.1%	113人 57.4%	80人 60.2%	69人 57.5%	91人 58.0%						
		⑦ 肥満 BMI25以上		120人 39.6%	90人 31.4%	79人 37.3%	71人 37.2%	80人 33.8%						
		⑧ コントロール良	K	120人 39.6%	90人 31.4%	79人 37.3%	71人 37.2%	80人 33.8%						
		⑨ 第1期 尿蛋白(-)	M	316人 72.5%	308人 71.8%	220人 71.2%	207人 75.8%	252人 72.6%						
		⑩ 第2期 尿蛋白(±)		37人 8.5%	36人 8.4%	46人 14.9%	27人 9.9%	46人 13.3%						
		⑪ 第3期 尿蛋白(+)以上		68人 15.6%	66人 15.4%	41人 13.3%	36人 13.2%	42人 12.1%						
⑫ 第4期 eGFR30未満	10人 2.3%	7人 1.6%		2人 0.6%	2人 0.7%	6人 1.7%								
5	①-⑯ レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		61.7人	61.5人	54.4人	66.7人	66.1人						
		② (再掲) 40-74歳(被保険者千対)		98.3人	95.8人	84.3人	102.1人	101.5人						
		③ レセプト件数(40-74歳) (1) 再掲被保険者千対	入院外(件数)	4,086件 (526.0)	4,097件 (531.8)	4,003件 (509.2)	4,295件 (545.5)	4,191件 (542.0)	4,292件 (849.3)					
		④ 入院(件数)	26件 (3.3)	17件 (2.2)	7件 (0.9)	17件 (2.2)	12件 (1.6)	18件 (4.0)						
		⑤ 糖尿病治療中	H	809人 6.2%	772人 6.1%	676人 5.4%	828人 6.7%	820人 6.6%						
		⑥ (再掲) 40-74歳		786人 9.8%	747人 9.6%	658人 8.4%	809人 10.2%	809人 10.1%						
		⑦ 健診未受診者	I	483人 61.5%	444人 59.4%	446人 67.8%	618人 76.4%	572人 70.7%						
		⑧ インスリン治療	O	59人 7.3%	52人 6.7%	52人 7.7%	67人 8.1%	68人 8.3%						
		⑨ (再掲) 40-74歳		55人 7.0%	48人 6.4%	47人 7.1%	60人 7.4%	64人 7.9%						
		⑩ 糖尿病性腎症	L	85人 10.5%	100人 13.0%	92人 13.6%	129人 15.6%	125人 15.2%						
		⑪ (再掲) 40-74歳		83人 10.6%	98人 13.1%	90人 13.7%	125人 15.5%	125人 15.5%						
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		39人 4.8%	37人 4.8%	34人 5.0%	38人 4.6%	31人 3.8%						
		⑬ (再掲) 40-74歳		38人 4.8%	36人 4.8%	33人 5.0%	37人 4.6%	31人 3.8%						
		⑭ 新規透析患者数		5人 12.8%	9人 24.3%	10人 29.4%	8人 21.1%	7人 22.6%						
		⑮ (再掲) 糖尿病性腎症		1人 20.0%	4人 44.4%	2人 20.0%	4人 50.0%	4人 57.1%						
		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 2.3%	17人 2.3%	19人 2.9%	23人 3.1%	22人 2.9%						
6	①-⑩ 医療費	① 総医療費		34億4284万円	33億9644万円	31億2656万円	33億6178万円	33億6187万円	21億6943万円					
		② 生活習慣病総医療費		17億4532万円	17億1087万円	16億2617万円	17億0918万円	16億3878万円	11億4738万円					
		③ (総医療費に占める割合)		50.7%	50.4%	52.0%	50.8%	48.7%	52.9%					
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	8,892円	8,773円	4,514円	4,484円	5,497円	7,199円					
		⑤ 健診未受診者	43,898円	44,117円	47,908円	50,427円	44,769円	37,856円						
		⑥ 糖尿病医療費		1億3677万円	1億3892万円	1億3986万円	1億5065万円	1億3238万円	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%	8.6%	8.8%	8.1%	11.0%					
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		4億5341万円	4億7350万円	4億9163万円	5億0823万円	4億6808万円						
		⑨ 1件あたり		44,274円	46,541円	49,079円	46,876円	44,660円						
		⑩ 糖尿病入院総医療費		3億9537万円	3億2495万円	2億7204万円	4億1072万円	3億1805万円						
⑪ 1件あたり		704,758円	660,464円	702,941円	782,316円	732,829円								
⑫ 在院日数		18日	17日	17日	18日	16日								
⑬ 慢性腎不全医療費		2億9485万円	2億8763万円	2億7941万円	2億6535万円	2億1819万円	9872万円							
⑭ 透析有り		2億7937万円	2億7117万円	2億6431万円	2億4855万円	2億0167万円	9197万円							
⑮ 透析なし		1548万円	1646万円	1510万円	1680万円	1653万円	675万円							
7	①-② 介護	① 介護給付費		25億9312万円	27億1087万円	27億2520万円	28億0182万円	28億5467万円	21億9980万円					
		② (2号認定者) 糖尿病合併症		5件 12.5%	3件 7.9%	7件 20.0%	5件 17.2%	3件 11.5%						
8	① 死亡		6人 2.1%	1人 0.4%	5人 1.8%	8人 2.8%	3人 0.9%	3人 1.1%						

出典・参照：KDB システム改変

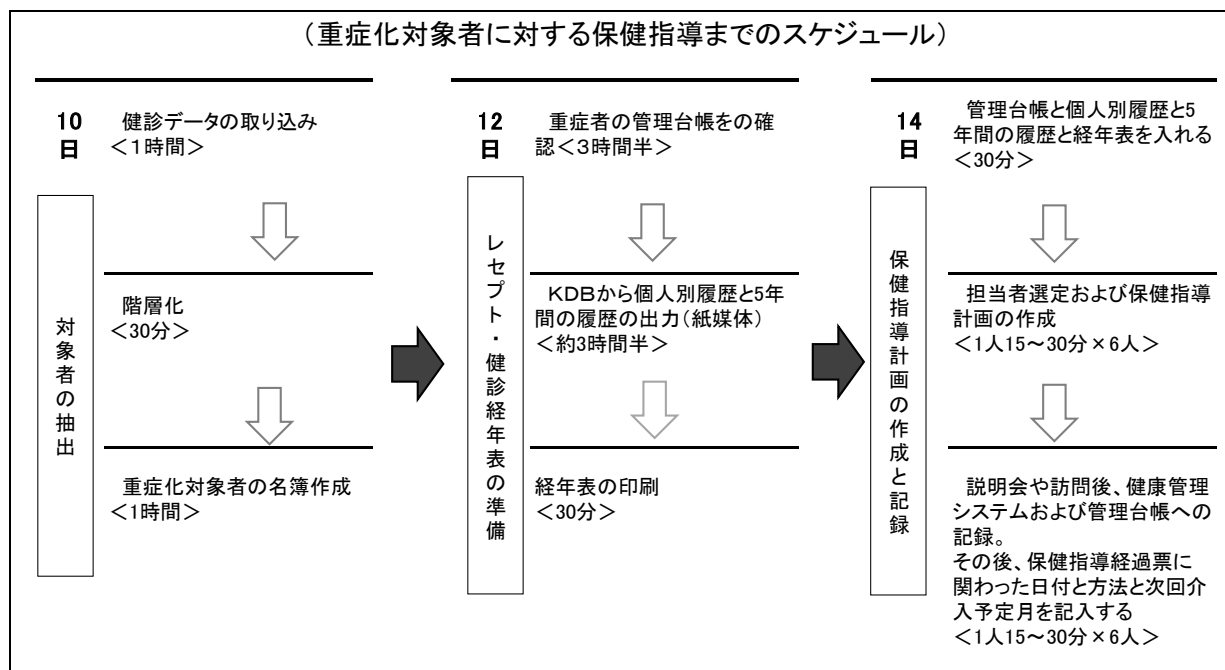
7) 実施期間及びスケジュール

4～5月 対象者の選定基準の決定

6～7月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

図表 57 重症化対象者に対する保健指導までのスケジュール



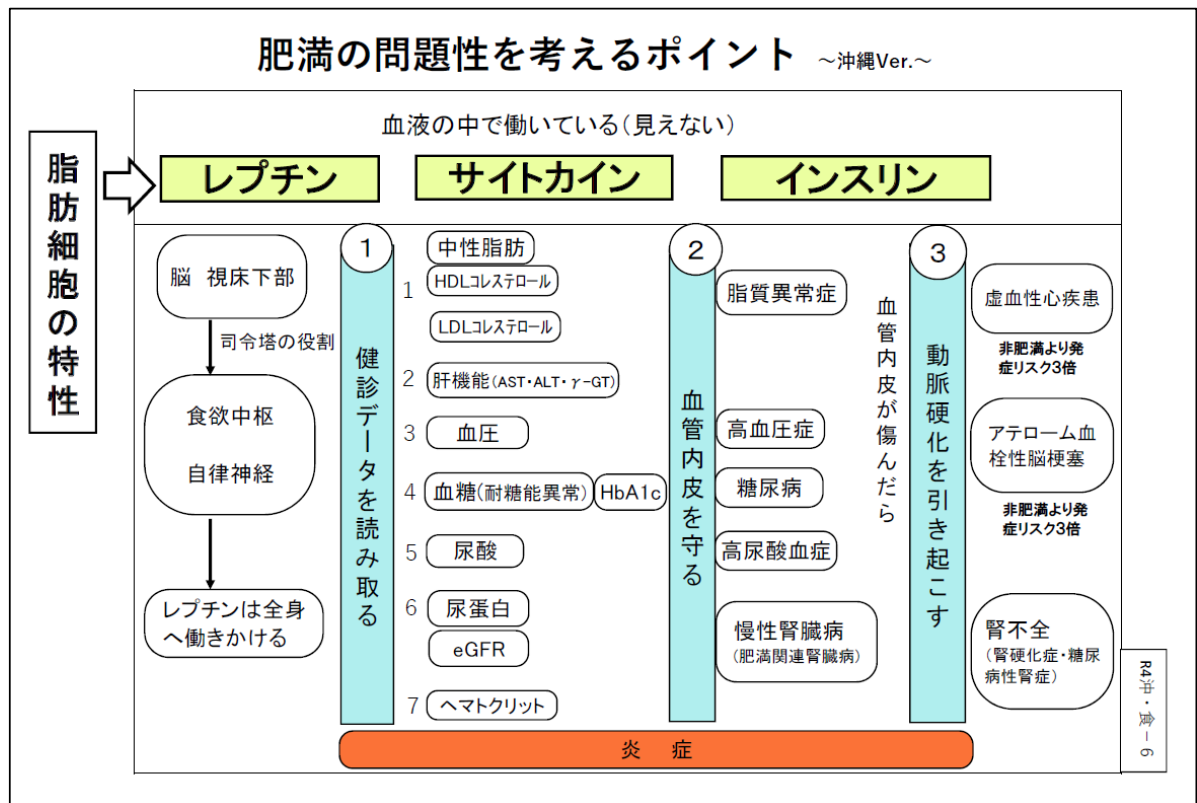
2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

1) 基本的な考え方

メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態です。『メタボリックシンドロームの定義と診断基準（メタボリックシンドローム診断基準検討委員会作成）』によると「メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することである。従ってメタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結は心血管病であり、診断は心血管病予防のためにおこなう。また、メタボリックシンドロームは2型糖尿病発症のリスクも高いとされており、本診断基準を用いた保健指導が現在我が国で急増している2型糖尿病予防さらには糖尿病性大血管症の予防にも適用しうれば望ましい。」とされています。

なお、取組にあたっては図表 58 に基づいて考えていきます。

図表 58 肥満の問題性を考えるポイント～沖縄 Ver. ～（R4 沖・食-6）



出典：令和4年度版 沖縄 食ノート 肥満を解決するための食の資料 Ver. 3

(沖縄県ヘルスアップ支援事業)

2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づく実態把握

図表 59 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数	1,047	1,379	403	516	302	417	72	83	23	13	6	3	
			38.5%	37.4%	28.8%	30.2%	6.9%	6.0%	2.2%	0.9%	0.6%	0.2%	
再掲	男性	511	646	247	268	180	222	51	40	11	6	5	0
				48.3%	41.5%	35.2%	34.4%	10.0%	6.2%	2.2%	0.9%	1.0%	0.0%
	女性	536	733	156	248	122	195	21	43	12	7	1	3
				29.1%	33.8%	22.8%	26.6%	3.9%	5.9%	2.2%	1.0%	0.2%	0.4%

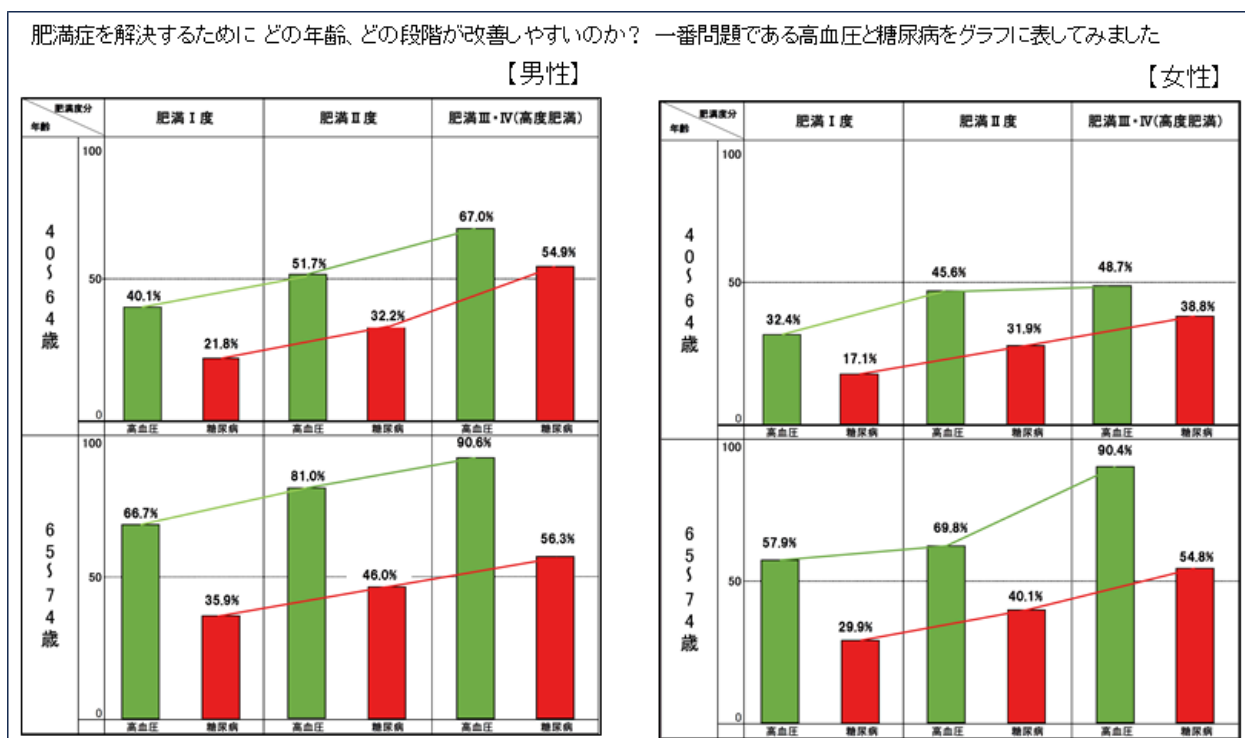
出典・参照：特定健診等データ管理システム

(2) 優先順位の判断

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

① 年代、性別、肥満度からの検討

図表 60 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？



②保健指導を実施した時の住民の声(意識)からの検討

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

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

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

図表 60 をみると、肥満度及び年齢が高くなるほど、高血圧・糖尿病が合併する割合が高くなることより、2 疾患の発症が 50%に満たない肥満 I 度の若い年代(40~64 歳)を対象とすることが効率的であると判断できます。

『肥満症診療ガイドライン 2022』によると、「6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満 III 度・IV 度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示し、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師及び理学療法士等、多職種 of 医療者が連携してフォローアップを行う」と記載されています。図表 61 の「日常生活で困っている住民の声」のように、すでに生活面に支障が出ている高度肥満では減量のための本人の行動実践を目指した保健指導では改善が困難です。肥満には、甲状腺機能低下症等の内分泌性肥満、薬剤性肥満などの二次性肥満も含まれ、高度肥満者においてはそのような疾患が背景にある可能性もあります。同ガイドラインには、「6 か月以上の専門的内科的治療で体重減少や血糖コントロールの改善が不十分な場合は、不必要に経過観察を続けることなく減量・代謝改善手術を考慮すべきである」とも記載されています。高度肥満に対しては、肥満症外来や内分泌・代謝外来など専門医療機関に関する情報提供を行い、医療に繋ぐことも視野に入れて支援していきます。

3) 対象者の明確化

図表 62 年代別メタボリックシンドローム該当者の状況

		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	1,157	160	205	445	347	1,269	189	180	502	398	
メタボ該当者	B	380	34	67	155	124	178	8	23	73	74	
	B/A	32.8%	21.3%	32.7%	34.8%	35.7%	14.0%	4.2%	12.8%	14.5%	18.6%	
再掲	① 3項目全て	C	127	8	23	56	40	52	1	5	21	25
		C/B	33.4%	23.5%	34.3%	36.1%	32.3%	29.2%	12.5%	21.7%	28.8%	33.8%
	② 血糖+血圧	D	56	2	7	18	29	26	2	6	7	11
		D/B	14.7%	5.9%	10.4%	11.6%	23.4%	14.6%	25.0%	26.1%	9.6%	14.9%
	③ 血圧+脂質	E	184	20	33	78	53	93	3	11	42	37
		E/B	48.4%	58.8%	49.3%	50.3%	42.7%	52.2%	37.5%	47.8%	57.5%	50.0%
	④ 血糖+脂質	F	13	4	4	3	2	7	2	1	3	1
		F/B	3.4%	11.8%	6.0%	1.9%	1.6%	3.9%	25.0%	4.3%	4.1%	1.4%

出典・参照：KDB システム改変 様式 (5-3)

図表 63 メタボリックシンドローム該当者の治療状況

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし	
総数	1,157	380	32.8%	300	78.9%	80	21.1%	1,269	178	14.0%	156	87.6%	22	12.4%
40代	160	34	21.3%	18	52.9%	16	47.1%	189	8	4.2%	3	37.5%	5	62.5%
50代	205	67	32.7%	47	70.1%	20	29.9%	180	23	12.8%	20	87.0%	3	13.0%
60代	445	155	34.8%	131	84.5%	24	15.5%	502	73	14.5%	63	86.3%	10	13.7%
70~74歳	347	124	35.7%	104	83.9%	20	16.1%	398	74	18.6%	70	94.6%	4	5.4%

出典・参照：特定健診等データ管理システム

年代別のメタボリックシンドローム該当者は、男性で50代から受診者の3割を超えています。女性では2割に満たないため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。(図表62)

また、メタボリックシンドローム該当者の3疾患(高血圧、糖尿病、脂質異常症)の治療状況をみると、大多数が治療ありとなっており、治療中の者のメタボリックシンドロームが解決できていない(=リスクを抱えたまま)ことが分かります。(図表63)

メタボリックシンドロームは、薬物療法と併せて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

(1) 対象者の選定基準の考え方

- ① メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、血糖、脂質の値が受診勧奨判定値以上の者には、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、治療中断防止と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糖尿病管理台帳および高血圧管理台帳を基に、担当地区ごとに管理します。

4)保健指導の実施

(1)最新の脳科学を活用した保健指導

対象者への保健指導については、『メタボリックシンドロームの定義と診断基準』、『最新肥満症学』、『肥満症診療ガイドライン 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ます。

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

令和4年度版 沖縄 食ノート 肥満を解決するための食の資料Ver.3	
<p>1. 栄養指導対象者の明確化</p> <p>R4沖・食 1 検査項目と各臓器</p> <p>R4沖・食 2 健診結果と生活との関連の読み取り</p> <p>R4沖・食 3 メタボリックシンドロームの構造図</p> <p>R4沖・食 4 肥満症の構造図</p> <p>R4沖・食 5 高インスリン状態は何を引き起こすのでしょうか</p> <p>2. 脂肪細胞の特性～肥満の本態を理解～</p> <p>R4沖・食 6 肥満の問題性を考えるポイント</p> <p>R4沖・食 7 体重 (BMI) ・健診結果に変化はありませんか？</p> <p>R4沖・食 8 健診データを見ながら考えます</p> <p>R4沖・食 9 脂肪細胞ってね①</p> <p>R4沖・食10 脂肪細胞ってね②</p> <p>R4沖・食11 脂肪細胞の中身はなんだと思いますか？</p> <p>3. 脂肪細胞の特性～肥満の解決～</p> <p>R4沖・食12 肥満症診療ガイドライン2022の治療目標と健診データの改善</p> <p>R4沖・食13 肥満(脳の変調)の解決</p> <p>R4沖・食14 脳の変調</p> <p>4. A-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？</p> <p>R4沖・食15 自分は何を食べて体重が増えるタイプなの？</p> <p>R4沖・食16 肥満解決のために</p> <p>R4沖・食17 ジャंकフード ポテトチップス</p> <p>R4沖・食18 ジャंकフード チョコレート</p> <p>R4沖・食19 ジャंकフード アイスクリーム</p> <p>R4沖・食20 加工食品のことで知って欲しいことがあります</p> <p>R4沖・食21 カップラーメン・袋麺</p> <p>R4沖・食22 ファーストフード</p> <p>R4沖・食23 よく食べている食べ物の中身(肉・乳・加工品)</p> <p>R4沖・食24 よく食べている食べ物の中身(魚・卵・豆腐)</p> <p>R4沖・食25 チャンプルー「みえるあぶら」「みえないあぶら」の組み合わせ</p> <p>R4沖・食26 肝臓のお仕事には順番があります</p> <p>R4沖・食27 アルコール早見表</p> <p>5. B 短鎖脂肪酸の役割が、解決のポイント</p> <p>R4沖・食28 脂肪酸にはどんな特徴があるのでしょうか？</p> <p>R4沖・食29 脳の変調を修正してくれる短鎖脂肪酸</p> <p>R4沖・食30 食物繊維の仕事</p> <p>R4沖・食31 「あなたのお腹の中で発酵食品がつくれます」 キーワードは短鎖脂肪酸</p> <p>R4沖・食32 食べる組み合わせによって、やせホルモンGLP-1の量が変わります</p> <p>R4沖・食33 食物繊維は植物の構成成分</p> <p>R4沖・食34 食物繊維は植物の構成成分(保健師・栄養士用)</p> <p>R4沖・食35 手軽にとれるオートミール ご飯100gで比べてみました</p> <p>R4沖・食36 短鎖脂肪酸になれる食物繊維が多いのは・・・</p> <p>R4沖・食37 短鎖脂肪酸をつくる野菜の特徴</p> <p>R4沖・食38 いつも使っている野菜のなかみ～うまく活用しよう！～</p> <p>R4沖・食39 いつも使っている野菜のなかみ～冷凍野菜～</p>	<p>6. 血管内皮を守る</p> <p>R4沖・食40 血管が傷むとは</p> <p>R4沖・食41 血管内皮を傷めるリスクは何だろう</p> <p>R4沖・食42 血管内皮細胞の材料と炎症を防ぐもの</p> <p>R4沖・食43 脂肪にも種類があります</p> <p>R4沖・食44 1日の基準量の食品の量の中に、血管内皮を守る栄養素はどのくらいの割合を占めているか？</p> <p>R4沖・食45 血管内皮を酸化ストレスから守る</p> <p>R4沖・食46 手軽にとれる惣菜で血管内皮を守る</p> <p>7. 栄養指導の基本 ～あなたにとっての食べ方～</p> <p>R4沖・食47 日常生活の中で、必要な食品を考える方法</p> <p>R4沖・食48 血液データと食品(沖縄年代・性別Ver.)①～③</p> <p>R4沖・食49 肥満症診療ガイドライン2022と最新肥満症学の食事療法及び各学会のガイドラインの整理</p> <p>R4沖・食50 健診データに基づいた食品の基準量</p> <p>R4沖・食51 生活習慣の改善ってどんなことをするの？</p> <p>R4沖・食52 あなたにとって必要な食の基準量①②</p> <p>R4沖・食53 ごはんの目安と油の目安</p> <p>R4沖・食54 総エネルギー 早見表(男性)</p> <p>R4沖・食55 ごはんと油量 早見表(男性)</p> <p>R4沖・食56 総エネルギー 早見表(女性)</p> <p>R4沖・食57 ごはんと油量 早見表(女性)</p> <p>8. 資料箱 ～ポピュレーションアプローチ～</p> <p>R4沖・食58 社会的背景 ～沖縄と全国を比べてみました～</p> <p>R4沖・食59 統計からみえる沖縄の食</p> <p>R4沖・食60 食の背景の変遷</p> <p>R4沖・食61 肥満がもたらすもの</p> <p>R4沖・食62 参考資料 ～ページノート～</p> <p>R4沖・食63 令和3年度保健指導専門職としての学習プロセス</p> <p>R4沖・食64 令和4年度保健指導専門職としての学習プロセス</p>
<p>その他</p> <p>塩分・糖質量一覧表</p> <p>飲み物に含まれる糖質量</p> <p>食後高血糖を防ぐために</p> <p>おやつの上手な選び方(沖縄県栄養士会)</p> <p>野菜1日分 350g 等</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・心血管疾患の発症リスクが非常に高くなるため、社会保険においては2001年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。本村においては、沖縄県国民健康保険給付費等交付金を活用して二次健診の実施を検討します。

◎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みる検査)
- ②負荷心電図(心臓の状態を詳しくみる検査)
- ③微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態をみる検査)
- ④75g糖負荷検査(高インスリン状態をみる検査)
- ⑤ABI/PWV検査(動脈硬化の程度をみる検査)

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

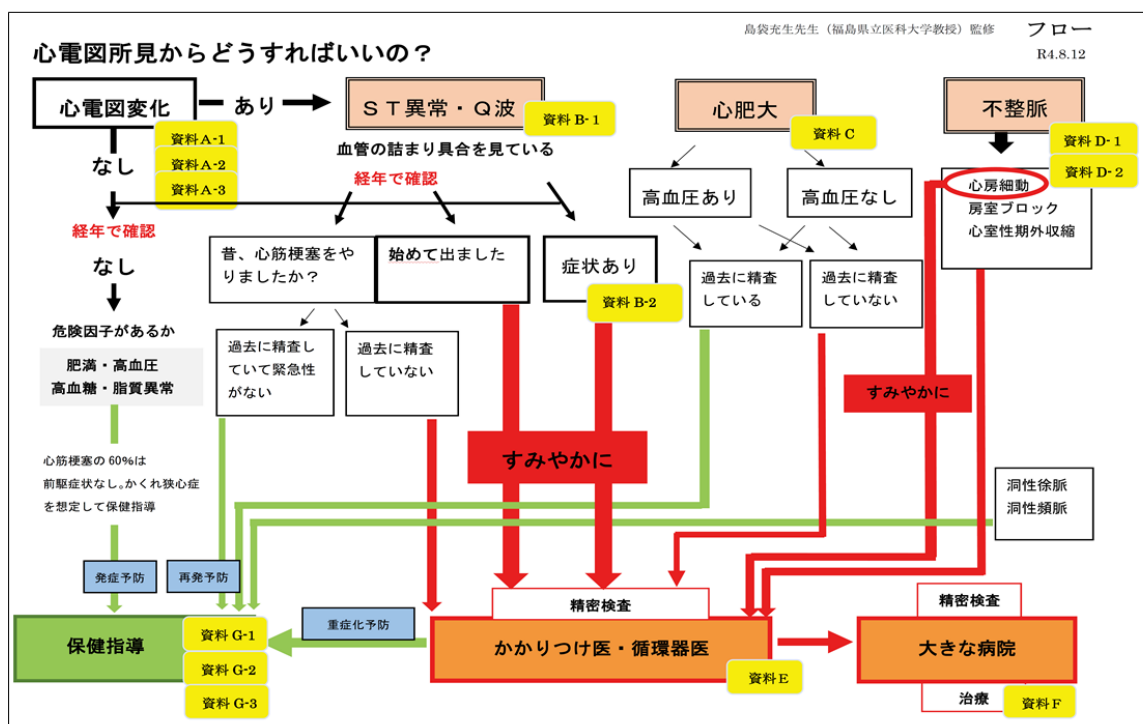
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては『脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019』、『冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版』、『動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版』に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 65 に基づいて考えます。

図表 65 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。

令和4年度特定健診(集団健診)においては、心電図検査を974人(40.1%)に実施しました。そのうち有所見者は223人(22.9%)で、虚血の所見であるST-T変化は4人(1.8%)、心筋梗塞既往の所見とされる異常Q波は10人(4.5%)でした。(図表66)

また、有所見者のうち要精査判定は66人(29.6%)で、その後の受診状況をみると26人(39.4%)は精査未受診でした。(図表67)。

医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じた受診勧奨を行う必要があります。

図表66 心電図検査結果

性別・年齢	所見	心電図検査				所見内訳															
		実施者数 A	実施率	有所見者 数 B	有所見 率 B/A	ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
						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 内訳		974	40.1%	223	22.9%	10	4.5%	4	1.8%	4	1.8%	25	11.2%	0	0.0%	41	18.4%	8	3.6%	23	10.3%
	男性	509	52.3%	113	50.7%	6	60.0%	1	25.0%	3	75.0%	12	48.0%	0	0.0%	29	70.7%	7	87.5%	9	39.1%
	女性	465	47.7%	110	49.3%	4	40.0%	3	75.0%	1	25.0%	13	52.0%	0	0.0%	12	29.3%	1	12.5%	14	60.9%

読谷村調べ

図表67 心電図有所見者の医療機関受診状況

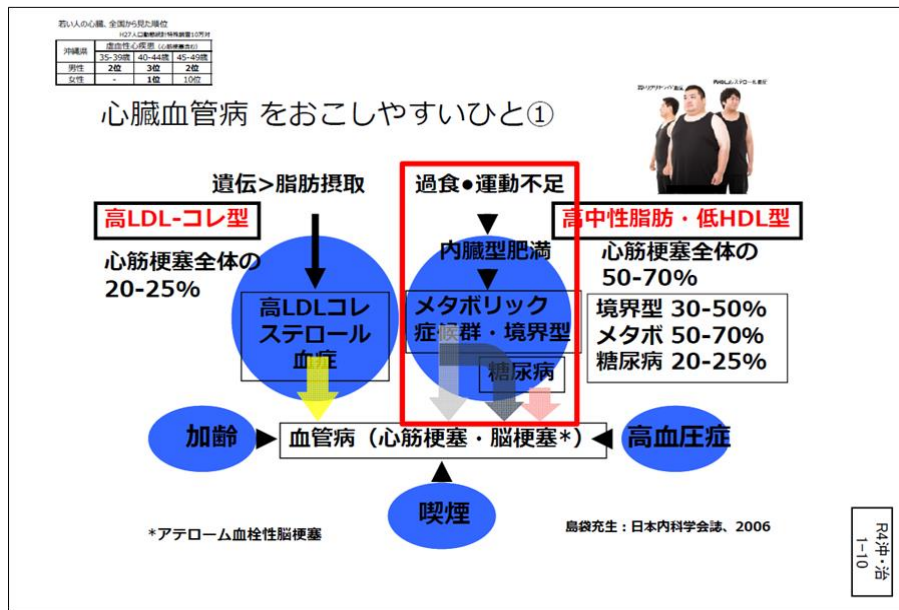
	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合(b)/(a)	人数	割合(c)/(b)	人数	割合(d)/(b)
全体	223		66	29.6%	40	60.6%	26	39.4%
男性	113	50.7%	41	36.3%	28	68.3%	13	31.7%
女性	110	49.3%	25	22.7%	12	48.0%	13	52.0%

読谷村調べ

②心電図以外からの把握

心電図検査で異常なしまたは心電図検査未受検者のうち肥満・高血圧・高血糖・脂質異常等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コレステロールと関連することからタイプ別に把握します。(図表68)

図表 68 心血管病をおこしやすいひと (R4 沖・治 1-10)



出典: 令和4年度版 なぜ治療が必要なのかを学習するための教材

(沖縄県ヘルスアップ支援事業)

図表 68 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

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

B: LDL コレステロールタイプ(図表 69)

図表 69 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	
1,025			467	322	146	90	26	49	109	52	
			45.6%	31.4%	14.2%	8.8%	11.0%	20.8%	46.2%	22.0%	
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)	191	102	49	26	14	17	23	0	0
			18.6%	21.8%	15.2%	17.8%	15.6%	65.4%	46.9%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	407	168	137	61	41	2	14	70	16
			39.7%	36.0%	42.5%	41.8%	45.6%	7.7%	28.6%	64.2%	30.8%
高リスク	120未満 (150未満)		397	175	132	59	31	7	12	37	34
			38.7%	37.5%	41.0%	40.4%	34.4%	26.9%	24.5%	33.9%	65.4%
	再掲 100未満 (130未満) ※1	33	18	7	4	4	0	1	3	4	
		3.2%	3.9%	2.2%	2.7%	4.4%	0.0%	2.0%	2.8%	7.7%	
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)	30	22	4	0	4	0	0	2	2
			2.9%	4.7%	1.2%	0.0%	4.4%	0.0%	0.0%	1.8%	3.8%

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

令和4年度版 なぜ治療が必要なのかを学習するための教材 (青本)	
4	4 血圧と心臓の関係 R4沖・治4-01 フロー 心電図からみた保健指導対象者の判断 R4沖・治4-02 資料A-1 心電図所見一覧 R4沖・治4-03 資料A-2 私の心電図があらわすもの R4沖・治4-04 資料A-3 心電図検査は最も簡単に心臓の様子を見ることができる検査です！ R4沖・治4-05 資料B-1 STが出た R4沖・治4-06 資料B-2 症状の判断 R4沖・治4-07 資料C 左室肥大 R4沖・治4-08 資料D-1 不整脈 このくらいなら大丈夫って言われたけど本当に大丈夫なの R4沖・治4-09 資料D-2 心房細動から脳梗塞を起こさないために (心-5加工) R4沖・治4-10 資料E 虚血の検査 R4沖・治4-11 資料F 虚血の治療 R4沖・治4-12 資料G-1 事例から学ぶ 肥満糖中性血圧LDL R4沖・治4-13 資料G-2 健診データをみましょう R4沖・治4-14 資料G-3 管理目標 (ガイドライン追加) R4沖・治4-15 資料G-4 肥満と心臓 R4沖・治4-16 保健師・栄養士用_心臓を理解する
その他	
	血圧記録手帳 塩分・脂質一覧表 野菜1日350g 塩分チェックリスト 等

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者については、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え介入していく必要があり、対象者へは二次健診を検討していく必要があります。

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

- ①形態学的検査法…頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT)、冠動脈CT(冠動脈石灰化)
- ②血管機能検査法…足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、血管内皮機能(FMD)

(3) 対象者の管理

重症化しないための継続的な健診受診及び治療が必要な者への継続的な医療受診ができるよう、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システム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、福祉課老人福祉係及び地域包括支援センター係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システム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

4～5月 対象者の選定基準の決定

6～7月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

4. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては『脳卒中治療ガイドライン』、『脳卒中予防への提言』、『高血圧治療ガイドライン』等に基づいて進めます。(図表 71・72)

図表 71 脳卒中の分類

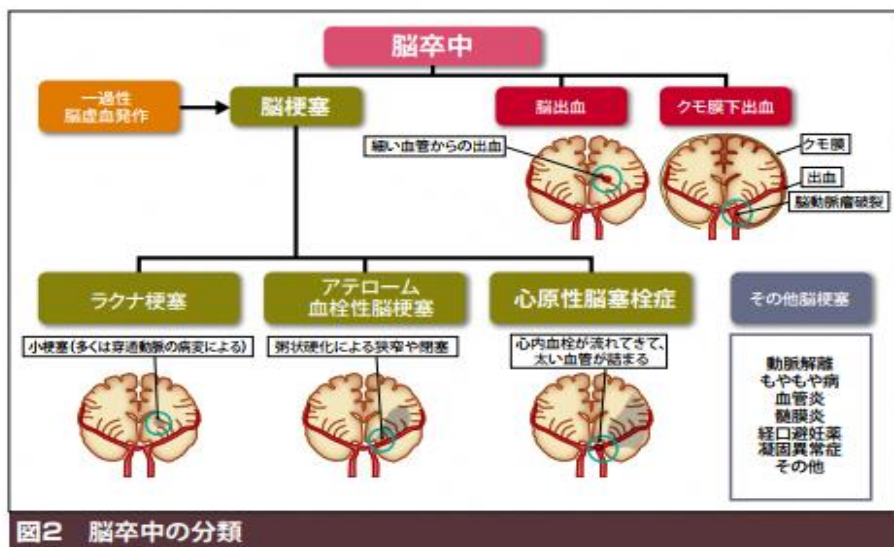


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 72 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

リスク因子 (○はハイリスク等)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリックシ ンドローム	慢性腎臓 病 (CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。高血圧治療者 3,116 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 387 人(12.4%・O)でした。(図表 73)

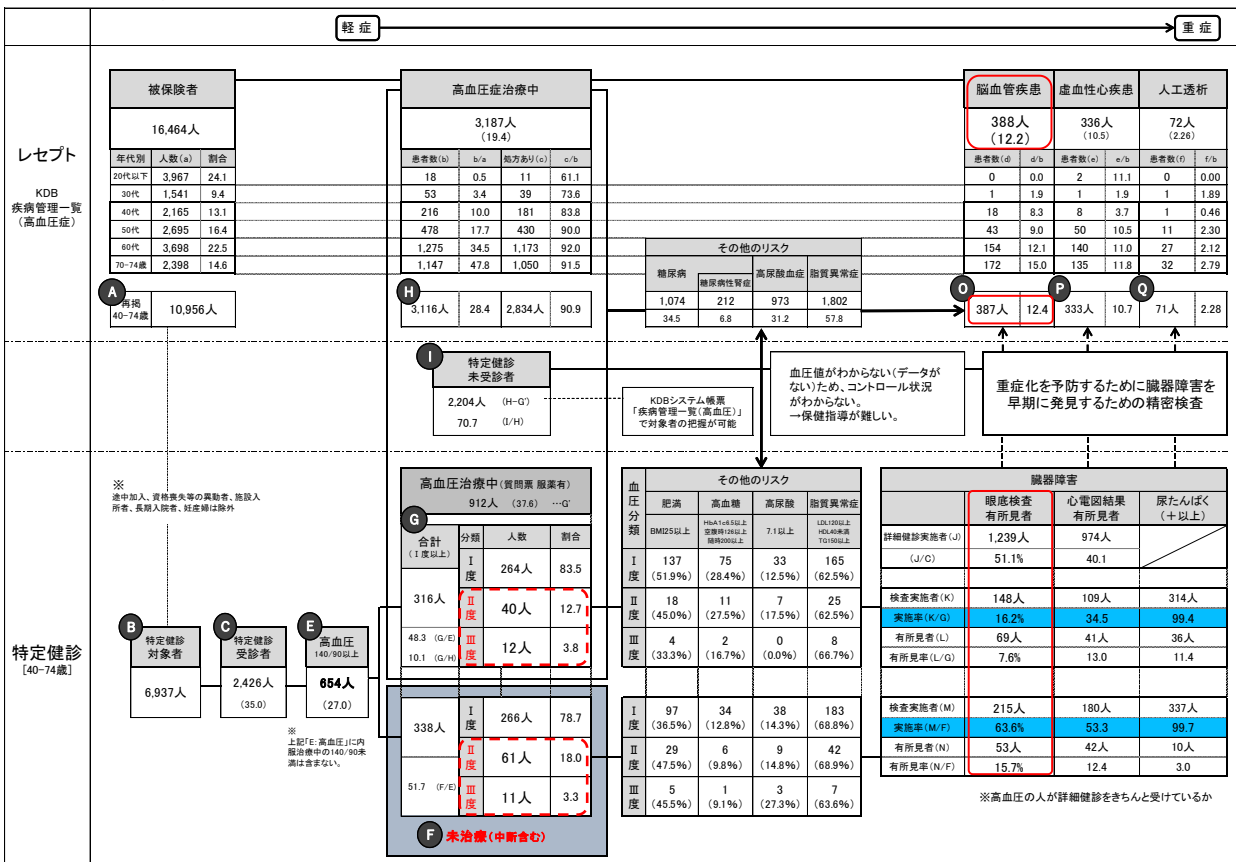
健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 124 人(3.9%)であり、そのうち 72 人(58.1%)は未治療者です。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。また、高血圧治療中でもⅡ度高血圧以上(コントロール不良)が 52 人(16.5%)存在します。治療中でもリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

臓器障害を早期に発見するための眼底検査は、集団健診においては村独自の追加項目として 40～74 歳には全数実施を基本としていることから、1,239 人(51.1%)に実施しています。『標準的な健診・保健指導プログラム(厚労省)』によると、Ⅰ度高血圧以上に該当する者のうち、医師が必要と認める者については眼底検査を実施することとなっていますが、Ⅰ度高血圧以上の未治療者に対する眼底検査の実施率は 63.6%であり、個別健診での実施が少ない状況です。第 3 期計画期間中に、眼底検査(詳細検査)の必要な方への実施について、関係機関と実態を共有し働きかけを検討します。

図表 73 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



出典・参照: KDB システム改変、特定健診等データ管理システム

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

図表 74 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(ただちに薬物治療を開始:179 人)については、早急な受診勧奨が必要になってきます。

図表 74 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和4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 診察室血圧に基づいた脳心血管リスク層別化 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画			
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
	699	361 51.6%	266 38.1%	61 8.7%	11 1.6%
リスク第1層 予後影響因子がない	53	C 35 9.7%	B 13 4.9%	B 4 6.6%	A 1 9.1%
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	385	C 205 56.8%	B 142 53.4%	A 34 55.7%	A 4 36.4%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	261	B 121 33.5%	A 111 41.7%	A 23 37.7%	A 6 54.5%

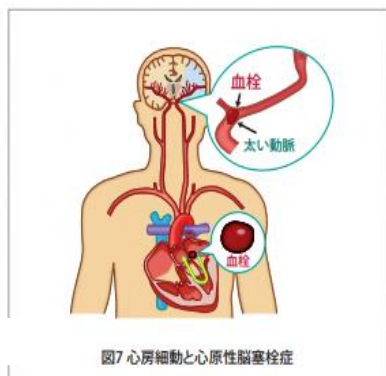
区分	該当者数
A	179 25.6%
B	280 40.1%
C	240 34.3%

…高リスク
 …中等リスク
 …低リスク

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は)=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

(3) 心電図検査における心房細動の実態



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

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 75 心房細動有所見状況(令和 4 年度)

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	1,157	1,269	509	44.0%	465	36.6%	7	1.4%	1	0.2%	--	--
40代	160	189	79	49.4%	83	43.9%	1	1.3%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	205	180	102	49.8%	66	36.7%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	445	502	184	41.3%	175	34.9%	4	2.2%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	347	398	144	41.5%	141	35.4%	2	1.4%	1	0.7%	3.4%	1.1%

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

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

図表 76 心房細動有所見者の治療状況(令和 4 年度)

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
8	1	12.5	7	87.5

読谷村調べ

図表 75 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況です。心電図検査において男性 7 人、女性 1 人の計 8 人に心房細動の所見がみられました。有所見率は年齢が高くなるにつれ増加する傾向があります。また、有所見者 8 人のうち 7 人は既に治療が開始されていましたが、1 人は循環器専門病院での精査の結果、問題なしとの判断されたため治療につながっていません。(図表 76)

心房細動は脳梗塞の危険因子であり、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。また、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれます。本村では、集団健診における心電図検査の追加実施を継続し、引き続き心房細動の早期発見と心原性脳塞栓症の予防に努めます。

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、『脳卒中治療ガイドライン』及び『高血圧治療ガイドライン』等に基づき、対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

(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は、健診結果と合わせて二次健診等により血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。また、一次健診で心電図検査が実施されていない対象者については、二次健診を活用して心電図検査を検討していきます。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧以上を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況等を確認し、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 心房細動有所見者の管理

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システム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、福祉課老人福祉係及び地域包括支援センター係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 システム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・虚血性心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

4～5 月 対象者の選定基準の決定

6～7 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

本村は、令和 3 年度より沖縄県後期高齢者医療広域連合から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」を受託し実施していましたが、令和 5 年度は人員削減によりやむを得ず中止しています。令和 6 年度は人員体制を整備した上で受託し事業を再開します。

具体的には、

- ① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置
KDB システム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。
- ② 地域を担当する医療専門職(管理栄養士)を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。国保から後期高齢者医療に異動となっても支援が途切れないよう管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防に努めます。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための健康教育や健康相談をポピュレーションアプローチとして実施していきます。
- ③ 福祉課老人福祉係及び地域包括支援センター係と協働し、健診・医療・介護のデータが把握できない健康状態不明者の実態把握を行い、必要に応じて介護予防事業や医療等への接続を行います。

IV. 生活習慣病発症予防

生活習慣病は成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題であります。生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防の重要性は容易に想起されます。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されています。

本村においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しています。データヘルス計画の対象者は被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見ていくことが必要です。(図表 78)

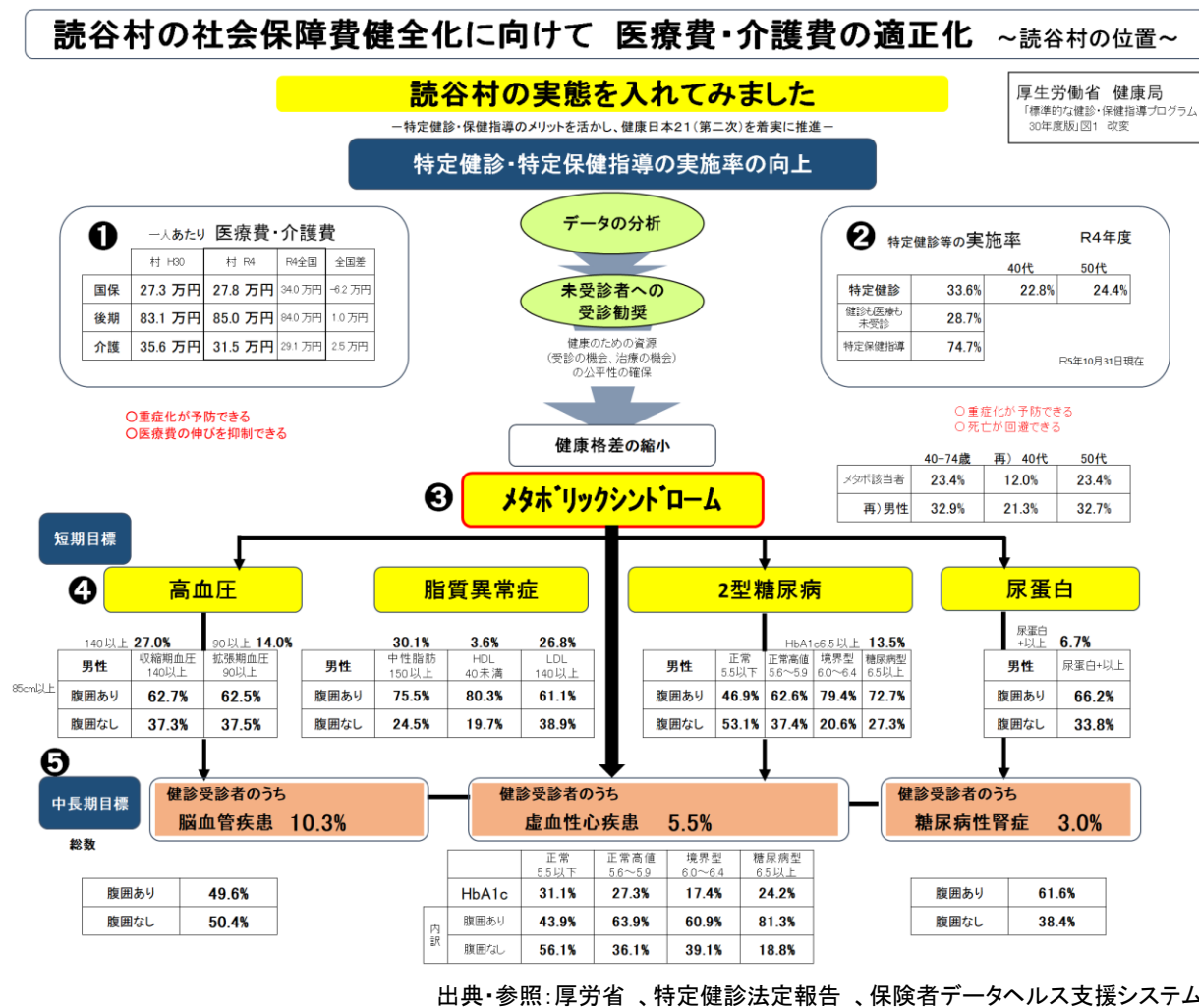
図表 78 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病(耐糖能異常)の問題を解決するためにライフサイクルで考える —基本的考え方— (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)																				
1 根拠法		健康増進法																		
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)			保育所・幼稚園健康診査 (11・12条)		就学時健康診査 (11・12条)		児童・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条)		定期健康診断 (第66条)		特定健康診査 (第18・20・21条)		後期高齢者健康診査 (第125条)	
		妊婦前		産後1年以内		乳児 1.6歳児 3歳児			保育園児 / 幼稚園児		小学校 中学校 高等学校		労働安全衛生規則(第13・44条)		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)					
5 対象者		血糖		95mg/dl以上																
		HbA1c		6.5%以上																
		50GCT		1時間値 140mg/dl以上																
		75gOGTT		①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上																
		(診断)		空腹時126mg/dl以上 HbA1c 6.5%以上 75OGTTの①~③の1点以上満たすもの																
		妊娠糖尿病																		
		身長 体重																		
		BMI				かつ18以上			肥満度15%以上		肥満度20%以上				25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、村広報誌や健康教育等を通して広く村民へ周知していきます。(図表 79・80)

図表 79 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 80 統計からみえる沖縄県の食

食品名		全国ランキング (購入量・購入金額)	食品名		全国ランキング (購入量・購入金額)
食用油		1位	魚類		47位
ハンバーグ等		1位	葉野菜		47位
加工肉		1位	牛乳・ヨーグルト		47位
ベーコン		2位	しいたけ等		47位
弁当		1位	わかめ		47位
豆腐		1位	豆腐		47位

店舗・種別	店舗数(人口10万対)
飲食店総数	1位
ハンバーガー店	1位
アイスクリーム店等	1位
バー・キャバレー・酒場	1位

出典・参照: 総務省統計局 家計調査
2019~2021 年平均

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

本計画は、3年後の令和8年度に中間評価を行い必要に応じて見直しをします。
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います。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められています。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか ・スケジュールどおり行われているか
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収集されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行います。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価していきます。

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じます。

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた読谷村の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

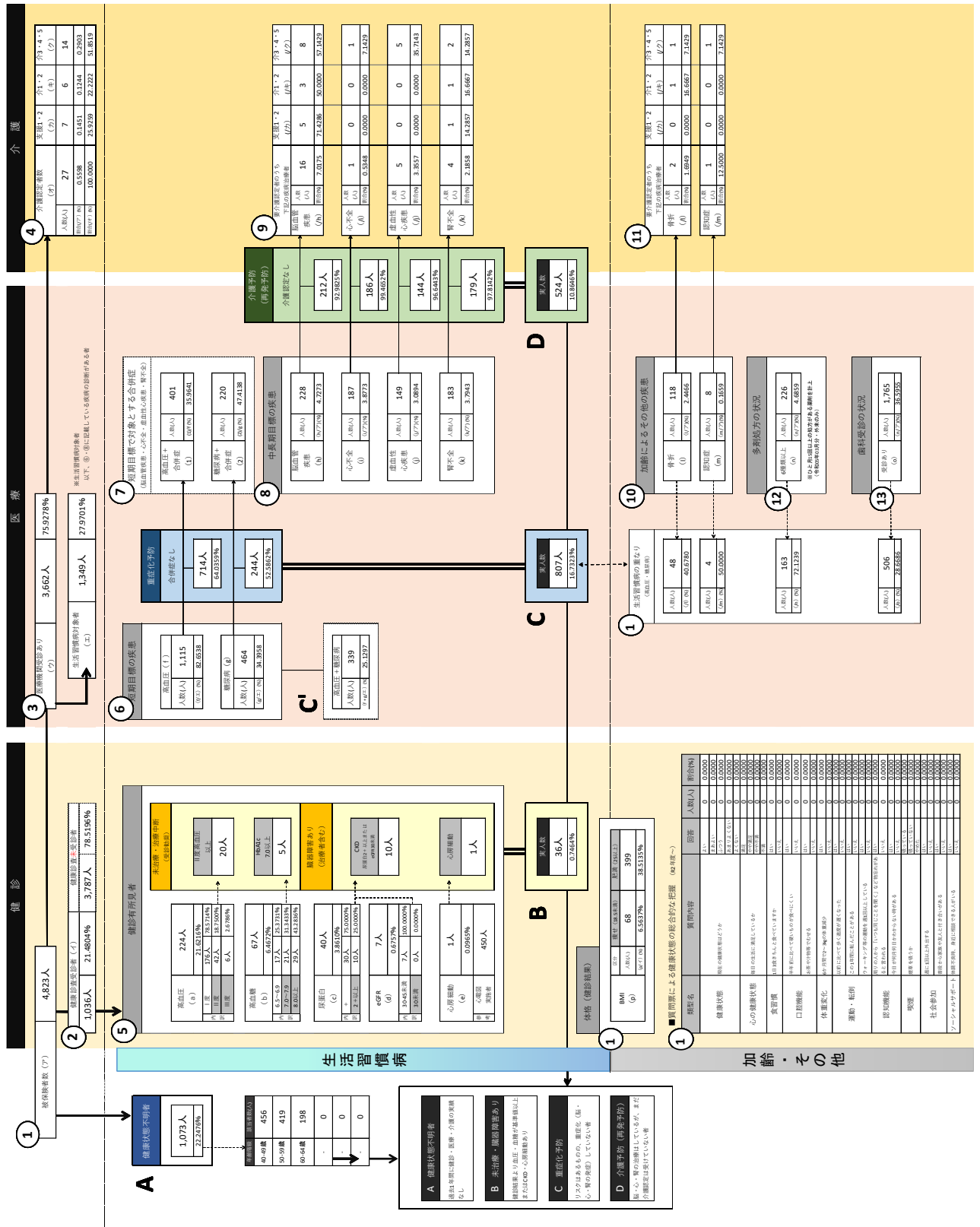
参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた読谷村の位置

項目			保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	人口構成	総人口	41,073		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)	9,050	22.0	1,245,056	29.1	324,708	22.6	35,335,805		28.7	
			75歳以上	4,323	10.5	--	--	155,559	10.8	18,248,742		14.8	
			65～74歳	4,727	11.5	--	--	169,149	11.8	17,087,063		13.9	
			40～64歳	13,868	33.8	--	--	472,258	32.8	41,545,893		33.7	
	39歳以下	18,155	44.2	--	--	642,142	44.6	46,332,563	37.6				
	②	産業構成	第1次産業	3.1		5.4		4.9		4.0	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題		
			第2次産業	18.3		28.7		15.1		25.0			
			第3次産業	78.5		66.0		80.0		71.0			
	③	平均寿命	男性	80.4		80.8		80.3		80.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
女性			87.1		87.1		87.5		87.0				
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性	80.1		80.4		79.3		80.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		女性	83.6		84.5		84.2		84.4				
2	①	死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)	男性	95.7		98.7		99.3		100	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				女性	97.5		99.7		90.5		100		
			死 因	がん	83	51.9	12,696	50.6	3,274	49.7	378,272		50.6
				心臓病	34	21.3	6,874	27.4	1,669	25.3	205,485		27.5
				脳疾患	29	18.1	3,420	13.6	978	14.8	102,900		13.8
				糖尿病	3	1.9	485	1.9	193	2.9	13,896		1.9
				腎不全	6	3.8	926	3.7	272	4.1	26,946		3.6
	自殺	5	3.1	686	2.7	205	3.1	20,171	2.7				
	②	早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計	60	15.8			1926	14.2	125,187	8.7	厚労省HP 人口動態調査 2021年	
			男性	46	21.2			1331	18.3	82832	11.2		
女性			14	8.6			595	9.4	42355	6.0			
3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)	1,638	18.1	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	要支援1.2	3,694	9.3	712,630	13.9	177,194	11.6	21,785,044		12.9
				要介護1.2	15,686	39.3	2,355,997	45.9	546,973	35.9	78,107,378		46.3
				要介護3以上	20,512	51.4	2,064,273	40.2	799,361	52.5	68,963,503		40.8
				合計	61	0.44	5,015	0.35	2,135	0.45	156,107		0.38
			2号認定者	61	0.44	5,015	0.35	2,135	0.45	156,107	0.38		
	②	有病状況	糖尿病	284	17.2	54,717	24.5	11,465	17.4	1,712,613	24.3		
			高血圧症	785	45.3	117,224	52.9	28,893	43.8	3,744,672	53.3		
			脂質異常症	430	25.1	70,399	31.5	17,395	26.0	2,308,216	32.6		
			心臓病	836	49.6	132,327	59.8	31,994	48.6	4,224,628	60.3		
			脳疾患	328	19.3	50,122	22.9	14,271	21.9	1,568,292	22.6		
			がん	121	6.3	24,937	11.1	5,539	8.2	837,410	11.8		
			筋・骨格	774	44.5	116,014	52.5	29,667	44.9	3,748,372	53.4		
	精神	466	28.9	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	315,434	2,854,674,364	259,723	323,370,248,294	324,737	105,444,836,581	290,668	10,074,274,226,869		
			1件当たり給付費(全体)	71,560		63,000		69,211		59,662			
			居室サービス	51,109		41,449		51,518		41,272			
④	医療費等	施設サービス	301,669		292,001		301,929		296,364				
		要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	10,955		8,999		11,002		8,610			
4	①	国保の状況	被保険者数	12,092		882,802		388,055		27,488,882	KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況		
			65～74歳	3,605	29.8			119,076	30.7	11,129,271		40.5	
			40～64歳	4,127	34.1			134,131	34.6	9,088,015		33.1	
			39歳以下	4,360	36.1			134,848	34.7	7,271,596		26.5	
	加入率			29.4		20.6		27.0		22.3			
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0	265	0.3	90	0.2	8,237	0.3		
			診療所数	17	1.4	2,753	3.1	890	2.3	102,599	3.7		
			病床数	0	0.0	49,546	56.1	18,602	47.9	1,507,471	54.8		
			医師数	13	1.1	9,765	11.1	3,887	10.0	339,611	12.4		
			外来患者数	504.0		716.1		541.1		687.8			
	入院患者数	15.9		19.2		19.0		17.7					
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費	278,024	県内33位 同規模145位	361,243		318,310		339,680			
			受診率	519.927		735.303		560.174		705.439			
			外 来	費用の割合	55.7		59.6		53.6		60.4		
				件数の割合	96.9		97.4		96.6		97.5		
			入 院	費用の割合	44.3		40.4		46.4		39.6		
				件数の割合	3.1		2.6		3.4		2.5		
1件あたり在院日数			15.9日		16.0日		17.1日		15.7日				

項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合					
4	④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病 名(調割合含む)	がん		413,944,460	25.3	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)		201,666,060	12.3	8.0	12.0	8.2						
		糖尿病		132,378,010	8.1	11.0	8.3	10.4						
		高血圧症		87,234,980	5.3	6.1	4.8	5.9						
		脂質異常症		45,620,620	2.8	4.2	2.8	4.1						
		脳梗塞・脳出血		71,440,180	4.3	3.8	4.9	3.9						
		狭心症・心筋梗塞		56,563,700	3.4	2.9	3.3	2.8						
		精神		324,817,100	19.8	14.6	20.9	14.7						
	筋・骨格		281,572,410	17.2	16.6	16.0	16.7							
	⑤	医療費分析 一人当たり医 療費/入院医療 費に占める割 合	入院	高血圧症		267	0.2	310	0.2	313	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)		
				糖尿病		194	0.2	1,270	0.9	896	0.6		1,144	0.9
				脂質異常症		58	0.0	61	0.0	67	0.0		53	0.0
				脳梗塞・脳出血		5,244	4.3	6,294	4.3	6,789	4.6		5,993	4.5
				虚血性心疾患		3,968	3.2	4,413	3.0	4,321	2.9		3,942	2.9
		腎不全		4,616	3.8	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		6,947	4.5	11,332	5.3	7,107	4.2		10,143	4.9
				糖尿病		11,230	7.2	20,232	9.4	12,437	7.3		17,720	8.6
				脂質異常症		3,715	2.4	7,876	3.7	4,322	2.5		7,092	3.5
				脳梗塞・脳出血		664	0.4	916	0.4	689	0.4		825	0.4
虚血性心疾患				1,177	0.8	1,870	0.9	1,444	0.8	1,722	0.8			
腎不全		21,251	13.7	17,044	7.9	20,295	11.9	15,781	7.7					
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり		1,099		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		8,955		12,830		11,533		13,295				
		生活習慣病対象者 一人当たり		5,497		7,199		5,718		6,142				
		健診未受診者		44,769		37,856		46,845		40,210				
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者		1,333	57.8	146,963	57.9	46,750	60.4	3,881,055	57.0			
		医療機関受診率		1,200	52.0	132,796	52.3	42,965	55.5	3,543,116	52.0			
		医療機関非受診率		133	5.8	14,167	5.6	3,785	4.9	337,939	5.0			
5	特定健診の 状況 県内市町村数 42市町村 同規模市区町村 数 147市町村	健診受診者		2,307		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		33.0	県内35位 同規模122位	39.9	33.7	全国39位	37.1					
		特定保健指導終了者(実施率)		140	40.7	6917	22.9	3,636	32.2	107,925		13.4		
		非肥満高血糖		148	6.4	25,560	10.1	5,139	6.6	615,549		9.0		
		メタボ	該当者		537	23.3	53,050	20.9	20,034	25.9		1,382,506	20.3	
			男性		366	33.0	36,295	32.5	13,894	37.3		965,486	32.0	
			女性		171	14.3	16,755	11.8	6,140	15.3		417,020	11.0	
			予備群		304	13.2	28,583	11.3	11,411	14.7		765,405	11.2	
			女性		202	18.2	19,735	17.7	7,753	20.8		539,738	17.9	
		メタボ 該当・予 備群レ ベル	腹囲	総数		970	42.0	90,064	35.5	35,002		45.2	2,380,778	34.9
				男性		655	59.0	61,736	55.3	23,943		64.2	1,666,592	55.3
			女性		315	26.3	28,328	19.9	11,059	27.6		714,186	18.8	
			BMI	総数		158	6.8	12,518	4.9	4,644		6.0	320,038	4.7
				男性		35	3.2	1,740	1.6	717		1.9	51,248	1.7
			女性		123	10.3	10,778	7.6	3,927	9.8		268,790	7.1	
			血糖のみ		16	0.7	1,768	0.7	568	0.7		43,519	0.6	
			血圧のみ		220	9.5	20,286	8.0	8,389	10.8		539,490	7.9	
			脂質のみ		68	2.9	6,529	2.6	2,454	3.2		182,396	2.7	
			血糖・血圧		79	3.4	8,213	3.2	2,911	3.8		203,072	3.0	
血糖・脂質			18	0.8	2,676	1.1	896	1.2	70,267	1.0				
血圧・脂質			268	11.6	24,455	9.6	9,610	12.4	659,446	9.7				
血糖・血圧・脂質			172	7.5	17,706	7.0	6,617	8.5	449,721	6.6				
6	問診の状況		服薬	高血圧		880	38.1	94,121	37.1	31,609	40.8	2,428,038	35.6	
		糖尿病		229	9.9	23,753	9.4	8,123	10.5	589,470	8.7			
		脂質異常症		543	23.5	72,193	28.4	20,477	26.5	1,899,637	27.9			
		既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)		46	2.3	7,705	3.2	2,472	3.4	207,385	3.1		
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)		104	5.3	14,425	5.9	4,890	6.8	365,407	5.5		
			腎不全		5	0.3	2,051	0.8	534	0.7	53,898	0.8		
貧血		136	6.4	25,474	10.4	5,769	7.9	702,088	10.7					
6	生活習慣の 状況	喫煙		396	17.2	32,532	12.8	11,101	14.3	939,212	13.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		週3回以上朝食を抜く		320	15.2	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～)		454	21.5	33,881	14.3	13,687	23.2	976,348	15.7			
		週3回以上就寝前夕食		454	21.5	33,881	14.3	13,687	23.2	976,348	15.7			
		食べる速度が速い		554	26.2	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		956	45.2	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		1,216	57.5	139,270	59.6	34,075	57.8	3,749,069	60.4			
		1日1時間以上運動なし		960	45.3	112,424	47.4	26,211	44.3	2,982,100	48.0			
		睡眠不足		557	26.5	60,465	25.6	16,453	28.9	1,587,311	25.6			
		毎日飲酒		404	19.2	56,946	23.6	11,814	19.7	1,658,999	25.5			
		時々飲酒		533	25.3	51,766	21.5	17,885	29.8	1,463,468	22.5			
		⑭	一日飲 酒量	1合未満		739	53.5	105,121	65.6	20,349	50.2		2,978,351	64.1
1～2合				380	27.5	37,790	23.6	12,112	29.9	1,101,465	23.7			
2～3合				203	14.7	13,792	8.6	5,818	14.4	434,461	9.4			
3合以上				59	4.3	3,561	2.2	2,219	5.5	128,716	2.8			

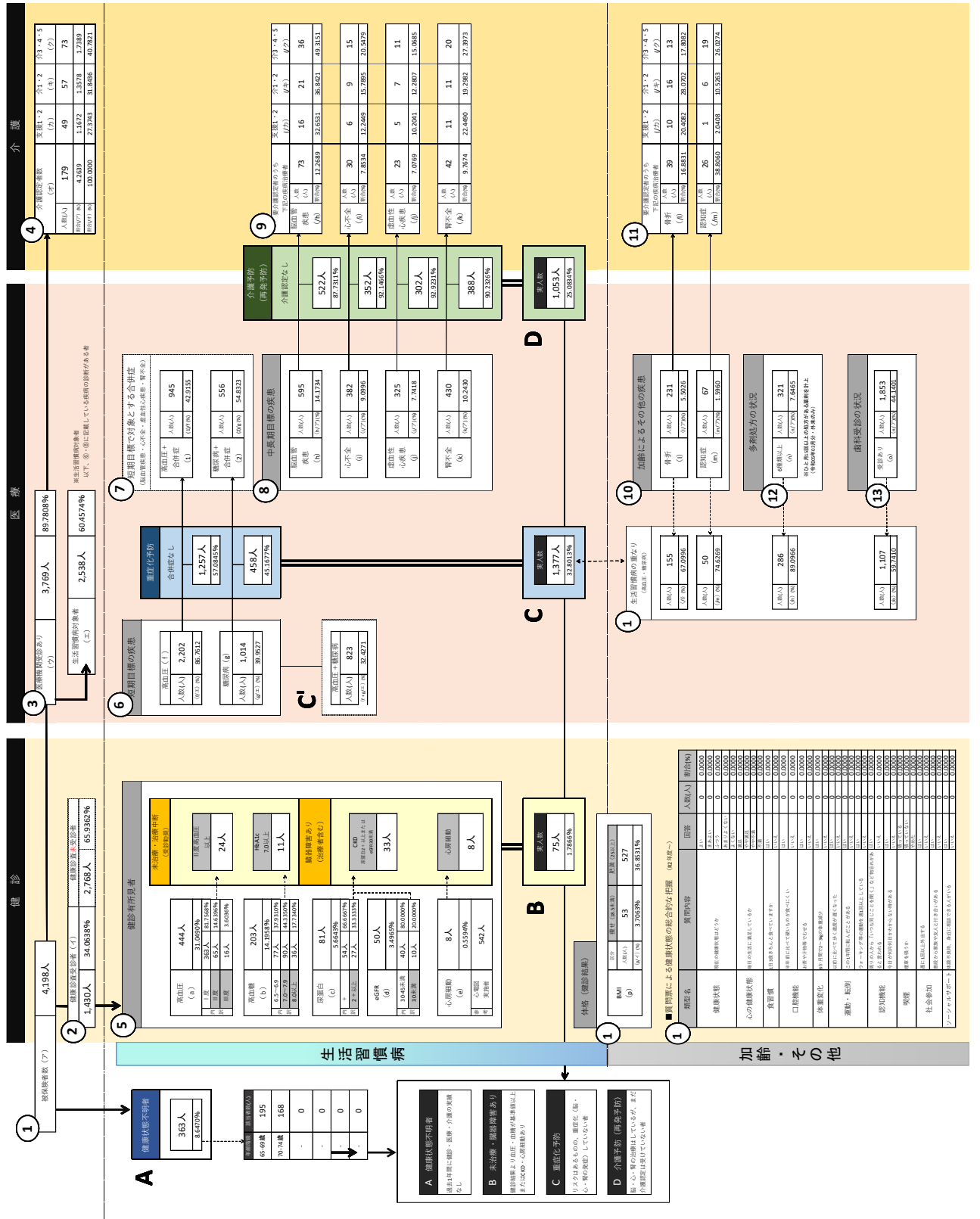
参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

①40～64歳(国保)



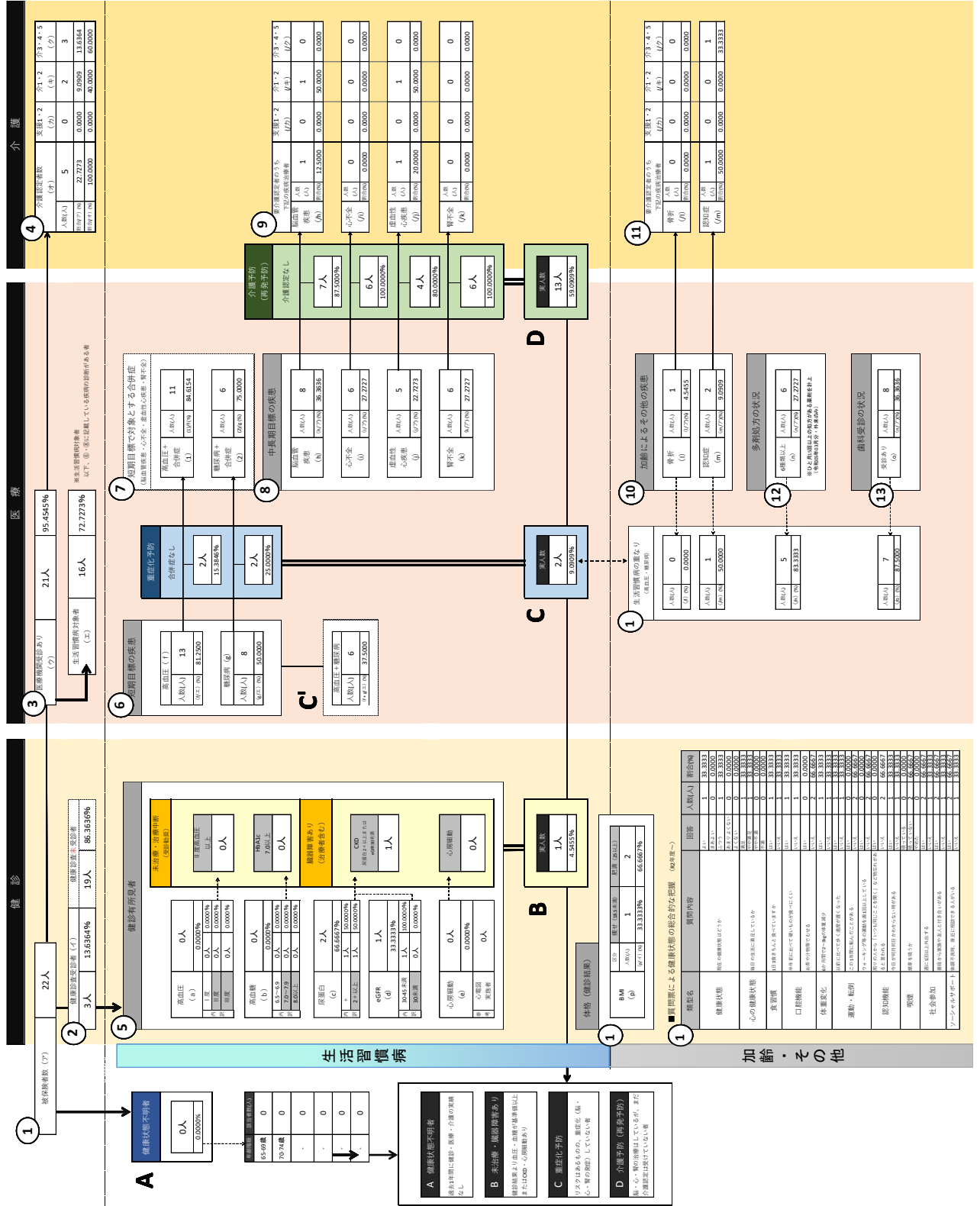
出典・参照：保険者データヘルス支援システム

②65～74歳(国保)



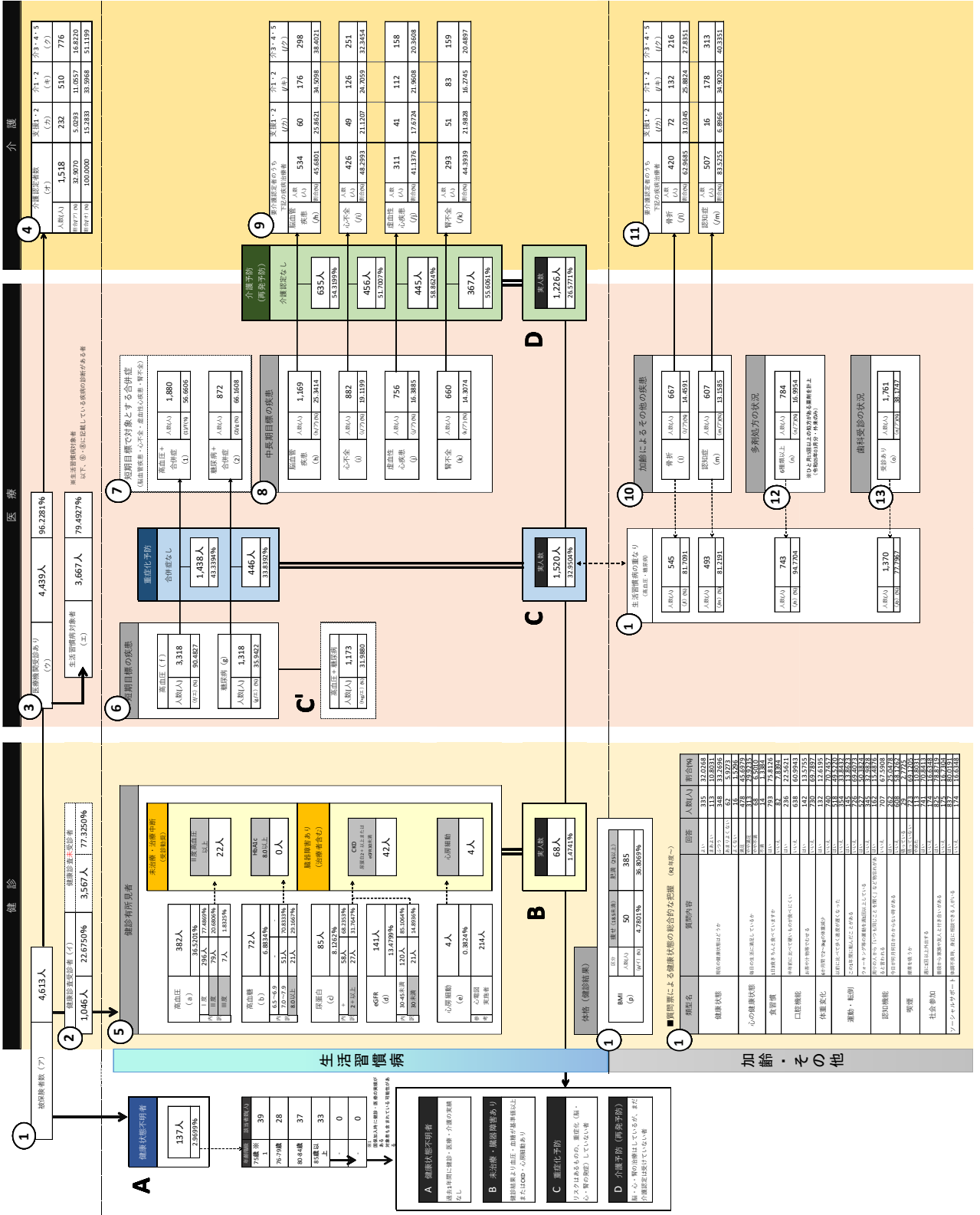
出典・参照：保険者データヘルス支援システム

③65～74歳(後期)



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)

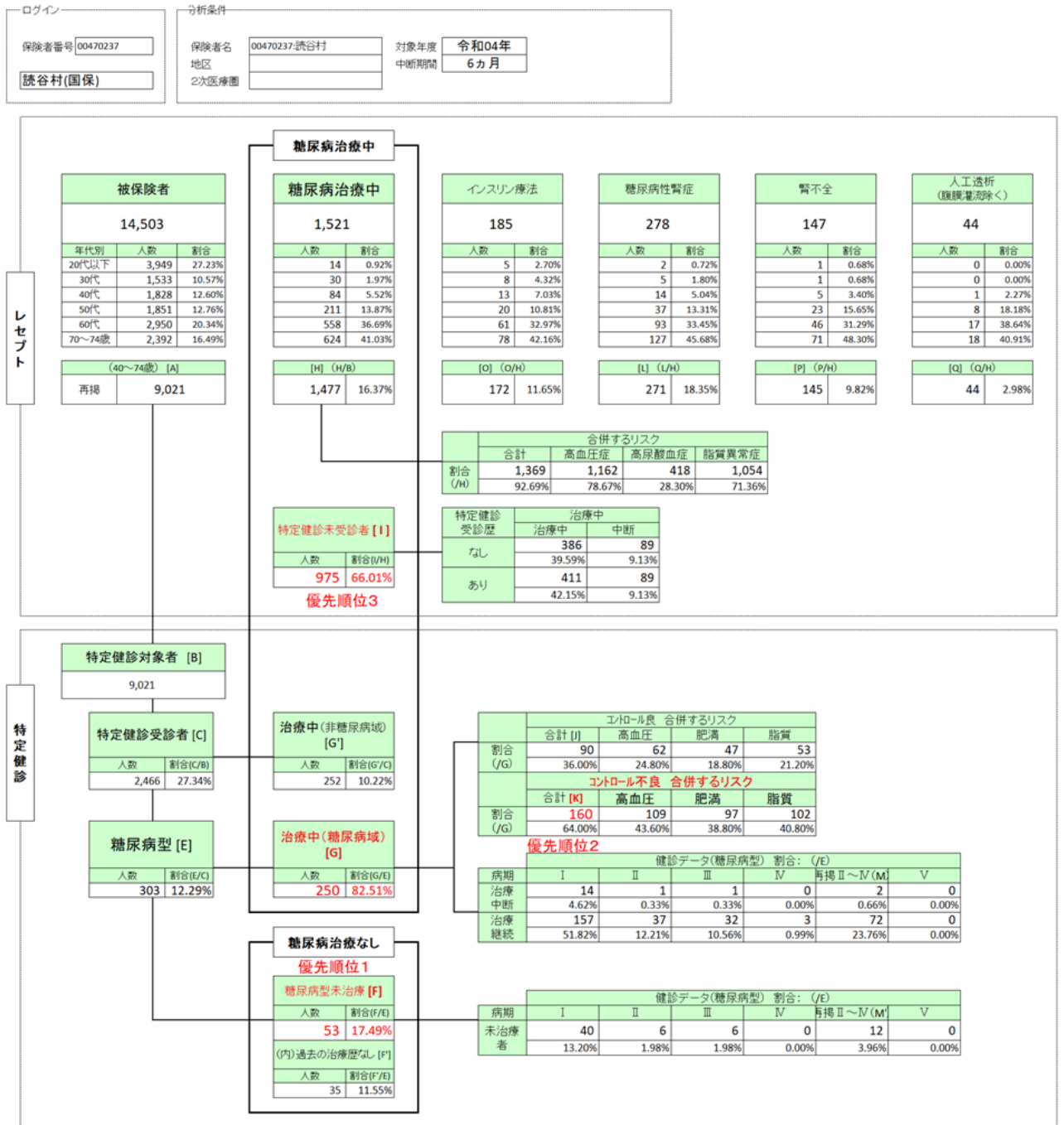


出典・参照：保険者データヘルス支援システム

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	突合表	読谷村										簡規標準値(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	13,109人		12,561人		12,428人		12,406人		12,410人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲) 40-74歳	A	7,995人		7,796人		7,807人		7,921人		7,974人					
2	① 対象者数	B	7,091人		7,017人		7,168人		7,094人		6,902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	2,941人		2,861人		2,229人		1,833人		2,319人					
	③ 受診率	C	41.5%		40.8%		31.1%		25.8%		33.6%					
3	① 特定 対象者数		418人		412人		333人		270人		344人					
	② 保健指導 実施率		67.9%		68.0%		68.5%		62.2%		74.7%					
4	健診 データ	① 糖尿病型	E	436人	14.2%	429人	14.3%	309人	13.3%	273人	14.2%	347人	14.3%			特定健診結果
		② 未治療・中断者(質問票 返事なし)	F	133人	30.5%	142人	33.1%	97人	31.4%	82人	30.0%	110人	31.7%			
		③ 治療中(質問票 返事あり)	G	303人	69.5%	287人	66.9%	212人	68.6%	191人	70.0%	237人	68.3%			
		④ コントロール不良	J	183人	60.4%	197人	68.6%	133人	62.7%	120人	62.8%	157人	66.2%			
		⑤ HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上		121人	66.1%	130人	66.0%	95人	71.4%	75人	62.5%	105人	66.9%			
		⑥ 血圧 130/80以上		99人	54.1%	113人	57.4%	80人	60.2%	69人	57.5%	91人	58.0%			
		⑦ 肥満 BMI25以上	M	120人	39.6%	90人	31.4%	79人	37.3%	71人	37.2%	80人	33.8%			
		⑧ コントロール良		316人	72.5%	308人	71.8%	220人	71.2%	207人	75.8%	252人	72.6%			
		⑨ 第1期 尿蛋白(-)		37人	8.5%	36人	8.4%	46人	14.9%	27人	9.9%	46人	13.3%			
		⑩ 第2期 尿蛋白(±)		68人	15.6%	66人	15.4%	41人	13.3%	36人	13.2%	42人	12.1%			
		⑪ 第3期 尿蛋白(+)		10人	2.3%	7人	1.6%	2人	0.6%	2人	0.7%	6人	1.7%			
⑫ 第4期 eGFR30未満																
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		61.7人		61.5人		54.4人		66.7人		66.1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)		98.3人		95.8人		84.3人		102.1人		101.5人				
		③ レセプト件数 (40-74歳) ()内は総保 険者千対	入院外(件数)	4,086件	(526.0)	4,097件	(531.8)	4,003件	(509.2)	4,295件	(545.5)	4,191件	(542.0)	4,292件	(849.3)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		④ 入院(件数)	26件	(3.3)	17件	(2.2)	7件	(0.9)	17件	(2.2)	12件	(1.6)	18件	(4.0)		
		⑤ 糖尿病治療中	H	809人	6.2%	772人	6.1%	676人	5.4%	828人	6.7%	820人	6.6%			
		⑥ (再掲) 40-74歳	H	786人	9.8%	747人	9.6%	658人	8.4%	809人	10.2%	809人	10.1%			
		⑦ 健診未受診者	I	483人	61.5%	444人	59.4%	446人	67.8%	618人	76.4%	572人	70.7%			
		⑧ インスリン治療	O	59人	7.3%	52人	6.7%	52人	7.7%	67人	8.1%	68人	8.3%			
		⑨ (再掲) 40-74歳	O	55人	7.0%	48人	6.4%	47人	7.1%	60人	7.4%	64人	7.9%			
		⑩ 糖尿病性腎症	L	85人	10.5%	100人	13.0%	92人	13.6%	129人	15.6%	125人	15.2%			
		⑪ (再掲) 40-74歳	L	83人	10.6%	98人	13.1%	90人	13.7%	125人	15.5%	125人	15.5%			
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病透析中に占める割合)		39人	4.8%	37人	4.8%	34人	5.0%	38人	4.6%	31人	3.8%			
		⑬ (再掲) 40-74歳		38人	4.8%	36人	4.8%	33人	5.0%	37人	4.6%	31人	3.8%			
		⑭ 新規透析患者数		5人	12.8%	9人	24.3%	10人	29.4%	8人	21.1%	7人	22.6%			
		⑮ (再掲) 糖尿病性腎症		1人	20.0%	4人	44.4%	2人	20.0%	4人	50.0%	4人	57.1%			
		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	2.3%	17人	2.3%	19人	2.9%	23人	3.1%	22人	2.9%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期	
6	医療費	① 総医療費		34億2484万円		33億9644万円		31億2656万円		33億6178万円		33億6187万円		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		17億4532万円		17億1087万円		16億2617万円		17億0918万円		16億3878万円		11億4738万円		
		③ (総医療費に占める割合)		50.7%		50.4%		52.0%		50.8%		48.7%		52.9%		
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	8,892円		8,773円		4,514円		4,484円		5,497円		7,199円		
		⑤ 健診未受診者	43,898円		44,117円		47,908円		50,427円		44,769円		37,856円			
		⑥ 糖尿病医療費		1億3677万円		1億3892万円		1億3986万円		1億5065万円		1億3238万円		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%		8.6%		8.8%		8.1%		11.0%		
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		4億5341万円		4億7350万円		4億9163万円		5億0823万円		4億6808万円				
		⑨ 1件あたり		44,274円		46,541円		49,079円		46,876円		44,660円				
		⑩ 糖尿病入院総医療費		3億9537万円		3億2495万円		2億7204万円		4億1072万円		3億1805万円				
		⑪ 1件あたり		704,758円		660,464円		702,941円		782,316円		732,829円				
		⑫ 在院日数		18日		17日		17日		18日		16日				
		⑬ 慢性腎不全医療費		2億9485万円		2億8763万円		2億7941万円		2億6535万円		2億1819万円		9872万円		
		⑭ 透析有り		2億7937万円		2億7117万円		2億6431万円		2億4855万円		2億0167万円		9197万円		
		⑮ 透析なし		1548万円		1646万円		1510万円		1680万円		1653万円		675万円		
7	介護	① 介護給付費		25億9312万円		27億1087万円		27億2520万円		28億0182万円		28億5467万円		21億9980万円		
		② (2号認定者) 糖尿病合併症		5件	12.5%	3件	7.9%	7件	20.0%	5件	17.2%	3件	11.5%			
8	① 死亡		6人	2.1%	1人	0.4%	5人	1.8%	8人	2.8%	3人	0.9%	3人	1.1%	KDB_健診・医療・介護 データからみる地域の健	

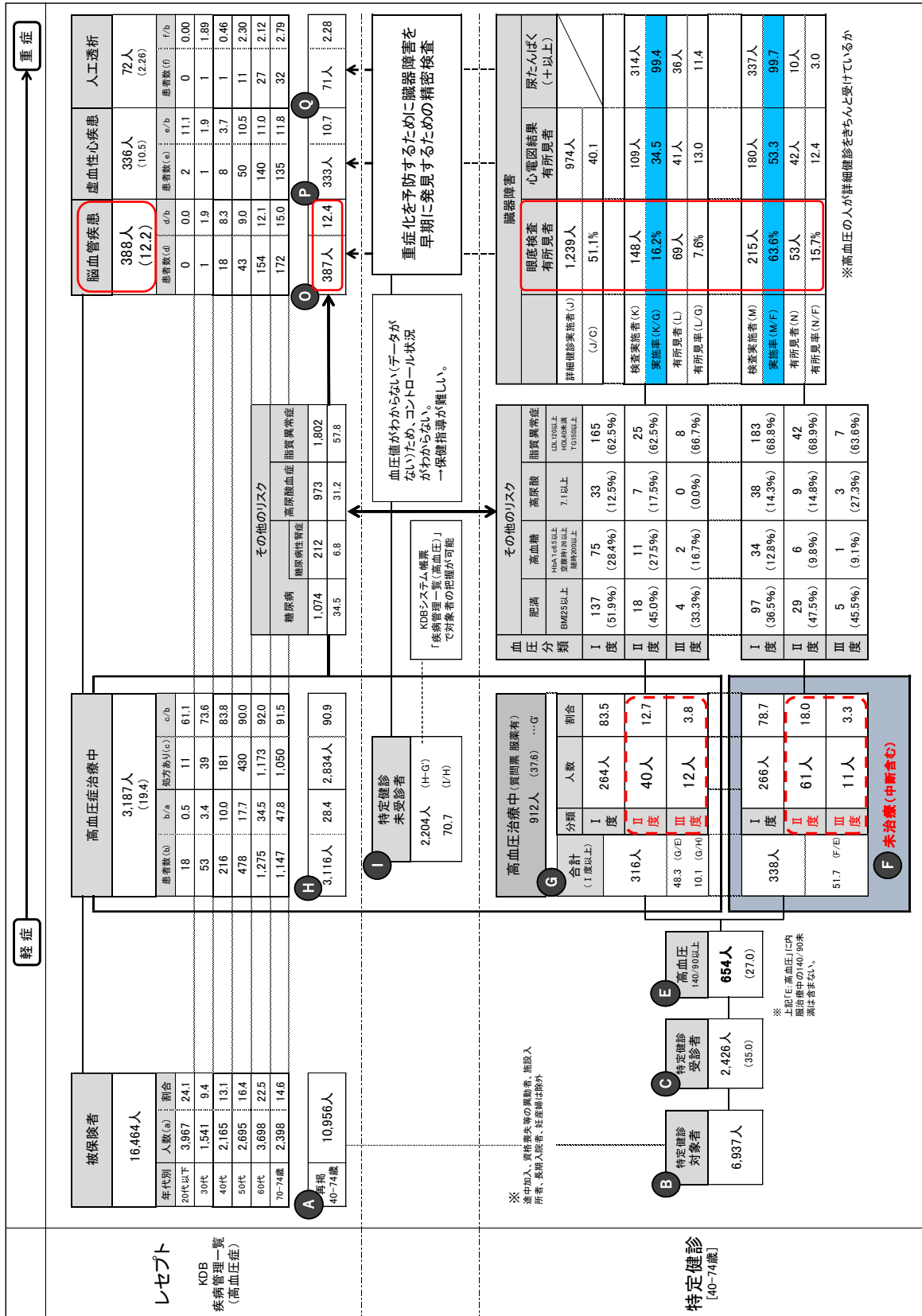
参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



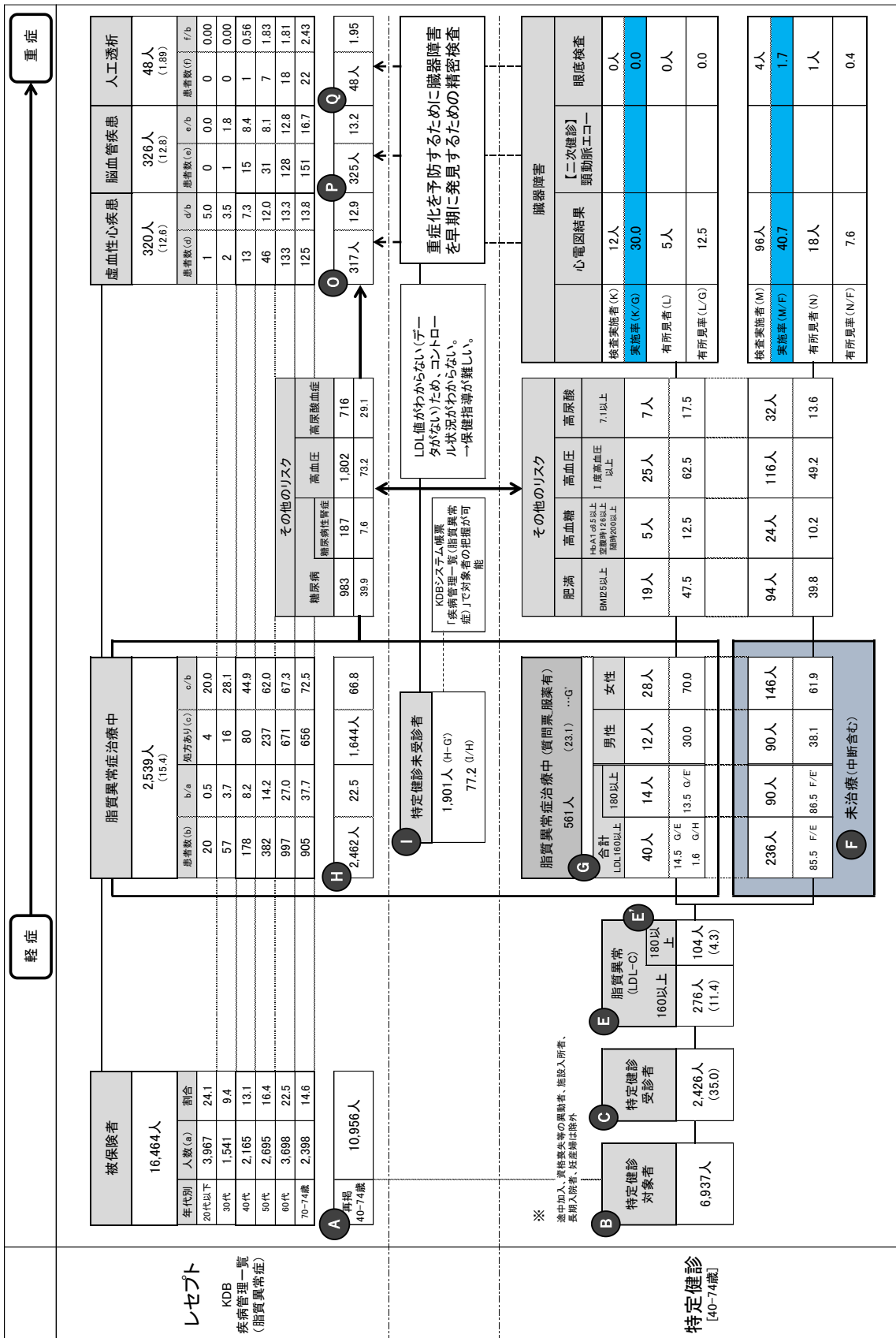
出典・参照: 保険者データヘルス支援システム

令和04年度

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



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末時点ま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帳票-介入支援対象者一覧(薬量・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			合併症の危険が更に大きくなる						
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H29	3,169	1,441	45.5%	1,052	33.2%	351	11.1%	130	4.1%	115	3.6%	80	2.5%	136	4.3%	54	1.7%
H30	3,026	1,339	44.2%	1,032	34.1%	347	11.5%	124	4.1%	115	3.8%	69	2.3%	121	4.0%	45	1.5%
R01	2,947	1,103	37.4%	1,109	37.6%	407	13.8%	133	4.5%	124	4.2%	71	2.4%	131	4.4%	49	1.7%
R02	2,318	934	40.3%	858	37.0%	295	12.7%	88	3.8%	95	4.1%	48	2.1%	96	4.1%	36	1.6%
R03	1,927	884	45.9%	628	32.6%	206	10.7%	78	4.0%	96	5.0%	35	1.8%	81	4.2%	28	1.5%
R04	2,425	1,045	43.1%	811	33.4%	306	12.6%	91	3.8%	107	4.4%	65	2.7%	118	4.9%	47	1.9%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上			再掲	
					再)7.0以上	未治療	治療	人数	割合
H29	3,169	1,441 45.5%	1,052 33.2%	351 11.1%	325 10.3%	126 38.8%	199 61.2%	10.3%	
H30	3,026	1,339 44.2%	1,032 34.1%	347 11.5%	308 10.2%	102 33.1%	206 66.9%	10.2%	
R01	2,947	1,103 37.4%	1,109 37.6%	407 13.8%	328 11.1%	112 34.1%	216 65.9%	11.1%	
R02	2,318	934 40.3%	858 37.0%	295 12.7%	231 10.0%	76 32.9%	155 67.1%	10.0%	
R03	1,927	884 45.9%	628 32.6%	206 10.7%	209 10.8%	70 33.5%	139 66.5%	10.8%	
R04	2,425	1,045 43.1%	811 33.4%	306 12.6%	263 10.8%	87 33.1%	176 66.9%	10.8%	

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲					
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病			合併症の危険が更に大きくなる								
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H29	289	9.1%	7	2.4%	26	9.0%	57	19.7%	60	20.8%	83	28.7%	56	19.4%	100	34.6%	39	13.5%
	H30	298	9.8%	10	3.4%	25	8.4%	57	19.1%	62	20.8%	85	28.5%	59	19.8%	100	33.6%	40	13.4%
	R01	282	9.6%	3	1.1%	15	5.3%	48	17.0%	73	25.9%	88	31.2%	55	19.5%	100	35.5%	36	12.8%
	R02	212	9.1%	5	2.4%	13	6.1%	39	18.4%	50	23.6%	71	33.5%	34	16.0%	72	34.0%	24	11.3%
	R03	191	9.9%	4	2.1%	13	6.8%	35	18.3%	46	24.1%	70	36.6%	23	12.0%	57	29.8%	17	8.9%
R04	237	9.8%	8	3.4%	14	5.9%	39	16.5%	44	18.6%	79	33.3%	53	22.4%	95	40.1%	38	16.0%	
治療なし	H29	2,880	90.9%	1,434	49.8%	1,026	35.6%	294	10.2%	70	2.4%	32	1.1%	24	0.8%	36	1.3%	15	0.5%
	H30	2,728	90.2%	1,329	48.7%	1,007	36.9%	290	10.6%	62	2.3%	30	1.1%	10	0.4%	21	0.8%	5	0.2%
	R01	2,665	90.4%	1,100	41.3%	1,094	41.1%	359	13.5%	60	2.3%	36	1.4%	16	0.6%	31	1.2%	13	0.5%
	R02	2,106	90.9%	929	44.1%	845	40.1%	256	12.2%	38	1.8%	24	1.1%	14	0.7%	24	1.1%	12	0.6%
	R03	1,736	90.1%	880	50.7%	615	35.4%	171	9.9%	32	1.8%	26	1.5%	12	0.7%	24	1.4%	11	0.6%
R04	2,188	90.2%	1,037	47.4%	797	36.4%	267	12.2%	47	2.1%	28	1.3%	12	0.5%	23	1.1%	9	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	3,231	976	30.2%	589	18.2%	854	26.4%	656	20.3%	123	3.8%	33	1.0%
H30	3,080	891	28.9%	517	16.8%	852	27.7%	663	21.5%	138	4.5%	19	0.6%
R01	2,991	814	27.2%	525	17.6%	776	25.9%	710	23.7%	143	4.8%	23	0.8%
R02	2,318	589	25.4%	390	16.8%	652	28.1%	547	23.6%	123	5.3%	17	0.7%
R03	1,928	533	27.6%	330	17.1%	546	28.3%	407	21.1%	104	5.4%	8	0.4%
R04	2,426	668	27.5%	434	17.9%	670	27.6%	530	21.8%	101	4.2%	23	0.9%

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	3,231	1,565 48.4%	854 26.4%	656 20.3%	156 4.8%	82 52.6%	74 47.4%	4.8%	
H30	3,080	1,408 45.7%	852 27.7%	663 21.5%	157 5.1%	81 51.6%	76 48.4%	5.1%	
R01	2,991	1,339 44.8%	776 25.9%	710 23.7%	166 5.5%	90 54.2%	76 45.8%	5.5%	
R02	2,318	979 42.2%	652 28.1%	547 23.6%	140 6.0%	73 52.1%	67 47.9%	6.0%	
R03	1,928	863 44.8%	546 28.3%	407 21.1%	112 5.8%	61 54.5%	51 45.5%	5.8%	
R04	2,426	1,102 45.4%	670 27.6%	530 21.8%	124 5.1%	72 58.1%	52 41.9%	5.1%	

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	1,141	35.3%	159	13.9%	229	20.1%	367	32.2%	312	27.3%	64	5.6%	10	0.9%
	H30	1,132	36.8%	148	13.1%	189	16.7%	392	34.6%	327	28.9%	73	6.4%	3	0.3%
	R01	1,098	36.7%	149	13.6%	190	17.3%	341	31.1%	342	31.1%	66	6.0%	10	0.9%
	R02	885	38.2%	108	12.2%	136	15.4%	305	34.5%	269	30.4%	62	7.0%	5	0.6%
	R03	747	38.7%	98	13.1%	133	17.8%	251	33.6%	214	28.6%	49	6.6%	2	0.3%
	R04	912	37.6%	120	13.2%	167	18.3%	309	33.9%	264	28.9%	40	4.4%	12	1.3%
治療なし	H29	2,090	64.7%	817	39.1%	360	17.2%	487	23.3%	344	16.5%	59	2.8%	23	1.1%
	H30	1,948	63.2%	743	38.1%	328	16.8%	460	23.6%	336	17.2%	65	3.3%	16	0.8%
	R01	1,893	63.3%	665	35.1%	335	17.7%	435	23.0%	368	19.4%	77	4.1%	13	0.7%
	R02	1,433	61.8%	481	33.6%	254	17.7%	347	24.2%	278	19.4%	61	4.3%	12	0.8%
	R03	1,181	61.3%	435	36.8%	197	16.7%	295	25.0%	193	16.3%	55	4.7%	6	0.5%
	R04	1,514	62.4%	548	36.2%	267	17.6%	361	23.8%	266	17.6%	61	4.0%	11	0.7%

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	3,230	1,530	47.4%	862	26.7%	505	15.6%	227	7.0%	106	3.3%
	H30	3,078	1,409	45.8%	803	26.1%	524	17.0%	213	6.9%	129	4.2%
	R01	2,989	1,337	44.7%	757	25.3%	485	16.2%	265	8.9%	145	4.9%
	R02	2,318	978	42.2%	604	26.1%	424	18.3%	189	8.2%	123	5.3%
	R03	1,928	879	45.6%	457	23.7%	351	18.2%	142	7.4%	99	5.1%
R04	2,426	1,194	49.2%	579	23.9%	377	15.5%	172	7.1%	104	4.3%	
男性	H29	1,532	786	51.3%	399	26.0%	214	14.0%	95	6.2%	38	2.5%
	H30	1,452	743	51.2%	343	23.6%	231	15.9%	86	5.9%	49	3.4%
	R01	1,398	702	50.2%	342	24.5%	201	14.4%	105	7.5%	48	3.4%
	R02	1,084	520	48.0%	286	26.4%	158	14.6%	69	6.4%	51	4.7%
	R03	903	459	50.8%	198	21.9%	154	17.1%	55	6.1%	37	4.1%
R04	1,157	614	53.1%	268	23.2%	173	15.0%	76	6.6%	26	2.2%	
女性	H29	1,698	744	43.8%	463	27.3%	291	17.1%	132	7.8%	68	4.0%
	H30	1,626	666	41.0%	460	28.3%	293	18.0%	127	7.8%	80	4.9%
	R01	1,591	635	39.9%	415	26.1%	284	17.9%	160	10.1%	97	6.1%
	R02	1,234	458	37.1%	318	25.8%	266	21.6%	120	9.7%	72	5.8%
	R03	1,025	420	41.0%	259	25.3%	197	19.2%	87	8.5%	62	6.0%
R04	1,269	580	45.7%	311	24.5%	204	16.1%	96	7.6%	78	6.1%	

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲
					再180以上	未治療	治療	
H29	3,230	1,530 47.4%	862 26.7%	505 15.6%	333 10.3%	279 83.8%	54 16.2%	10.3%
					106 3.3%	84 79.2%	22 20.8%	
H30	3,078	1,409 45.8%	803 26.1%	524 17.0%	342 11.1%	298 87.1%	44 12.9%	11.1%
					129 4.2%	110 85.3%	19 14.7%	
R01	2,989	1,337 44.7%	757 25.3%	485 16.2%	410 13.7%	372 90.7%	38 9.3%	13.7%
					145 4.9%	129 89.0%	16 11.0%	
R02	2,318	978 42.2%	604 26.1%	424 18.3%	312 13.5%	275 88.1%	37 11.9%	13.5%
					123 5.3%	111 90.2%	12 9.8%	
R03	1,928	879 45.6%	457 23.7%	351 18.2%	241 12.5%	216 89.6%	25 10.4%	12.5%
					99 5.1%	89 89.9%	10 10.1%	
R04	2,426	1,194 49.2%	579 23.9%	377 15.5%	276 11.4%	236 85.5%	40 14.5%	11.4%
					104 4.3%	90 86.5%	14 13.5%	

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	633	19.6%	359	56.7%	167	26.4%	53	8.4%	32	5.1%	22	3.5%
	H30	617	20.0%	343	55.6%	154	25.0%	76	12.3%	25	4.1%	19	3.1%
	R01	618	20.7%	349	56.5%	157	25.4%	74	12.0%	22	3.6%	16	2.6%
	R02	499	21.5%	285	57.1%	102	20.4%	75	15.0%	25	5.0%	12	2.4%
	R03	455	23.6%	274	60.2%	95	20.9%	61	13.4%	15	3.3%	10	2.2%
R04	561	23.1%	354	63.1%	112	20.0%	55	9.8%	26	4.6%	14	2.5%	
治療なし	H29	2,597	80.4%	1,171	45.1%	695	26.8%	452	17.4%	195	7.5%	84	3.2%
	H30	2,461	80.0%	1,066	43.3%	649	26.4%	448	18.2%	188	7.6%	110	4.5%
	R01	2,371	79.3%	988	41.7%	600	25.3%	411	17.3%	243	10.2%	129	5.4%
	R02	1,819	78.5%	693	38.1%	502	27.6%	349	19.2%	164	9.0%	111	6.1%
	R03	1,473	76.4%	605	41.1%	362	24.6%	290	19.7%	127	8.6%	89	6.0%
R04	1,865	76.9%	840	45.0%	467	25.0%	322	17.3%	146	7.8%	90	4.8%	

出典・参照: 特定健診等データ管理システム