

座間味村国民健康保険
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

座間味村国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

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

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 ……10

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……33

1. 第四期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報保護
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 ……40

- I. 保健事業の方向性

Ⅱ. 重症化予防の取組

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

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

Ⅳ. 発症予防

Ⅴ. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し68

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69

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料70

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業(支援)計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。(図表1)

また、「特定健診等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画(データヘルス計画)と一体的に策定することとします。ただし、保健事業実施計画(データヘルス計画)の対象者は、被保険者全員とします。

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

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

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

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

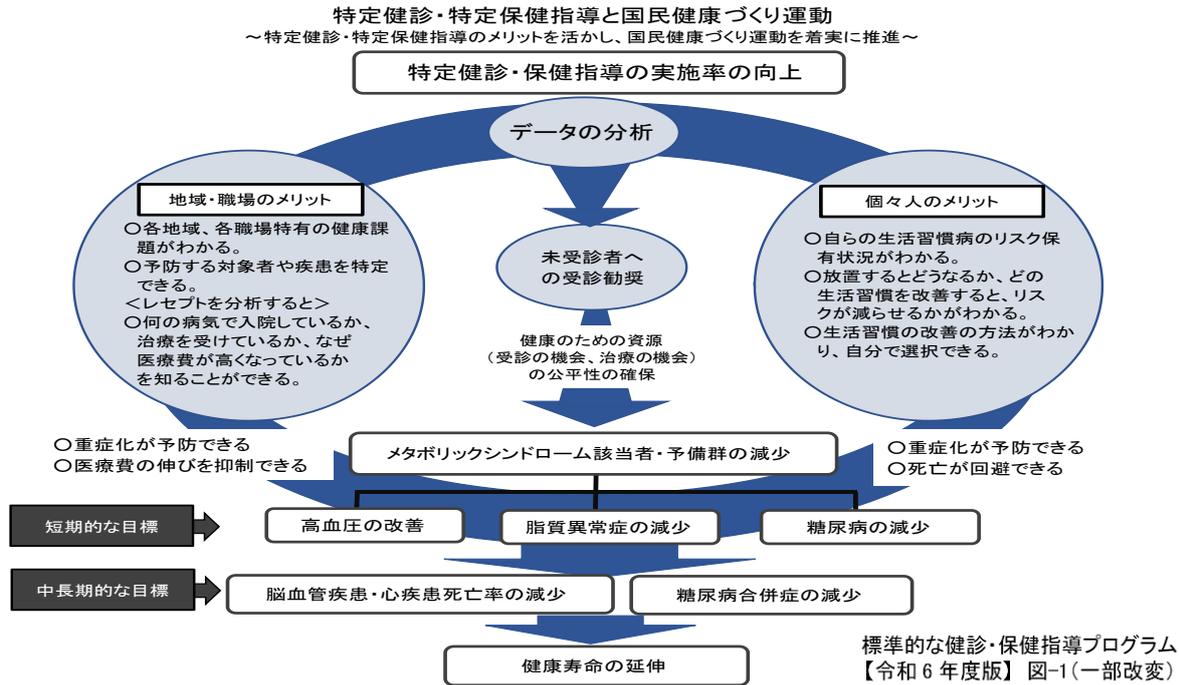
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

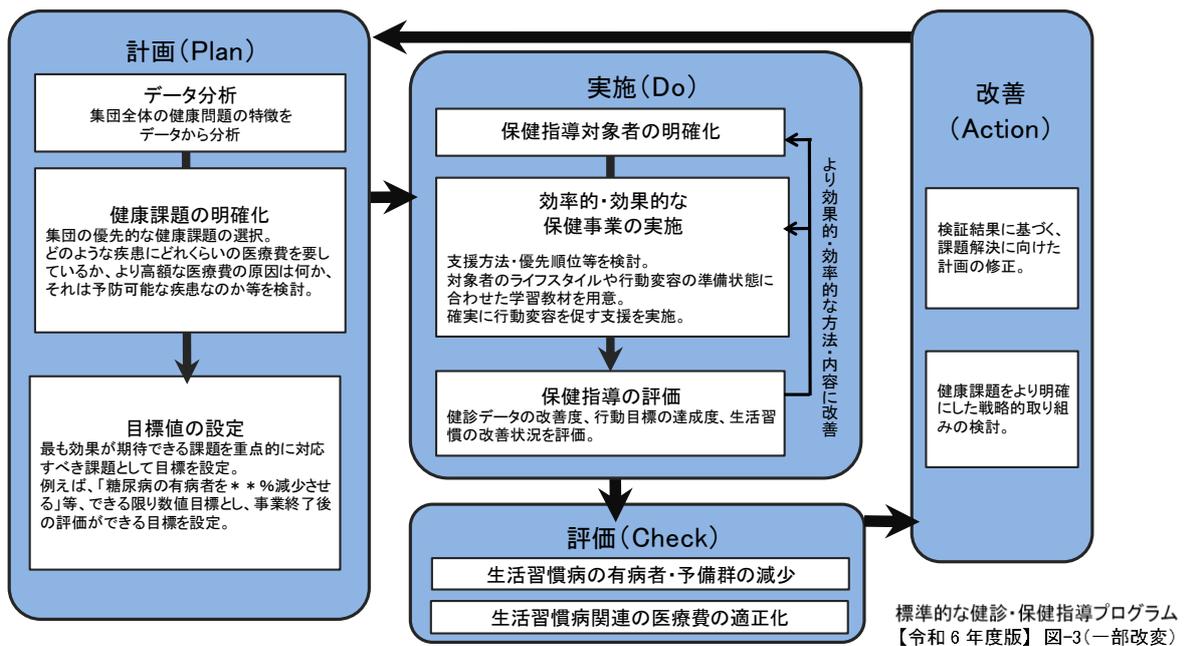
		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
健康増進計画		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6~17年(12年) 2024年~2035年	指針 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~8年(3年) 2024~2026年
計画 策定者	都道府県・義務 市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者・義務	都道府県・義務	都道府県・義務	市町村・義務 都道府県・義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通して、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効 率的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、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配慮		すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 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 糖尿病腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり、心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1こども、2高齢者、3女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の状況に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 ・介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

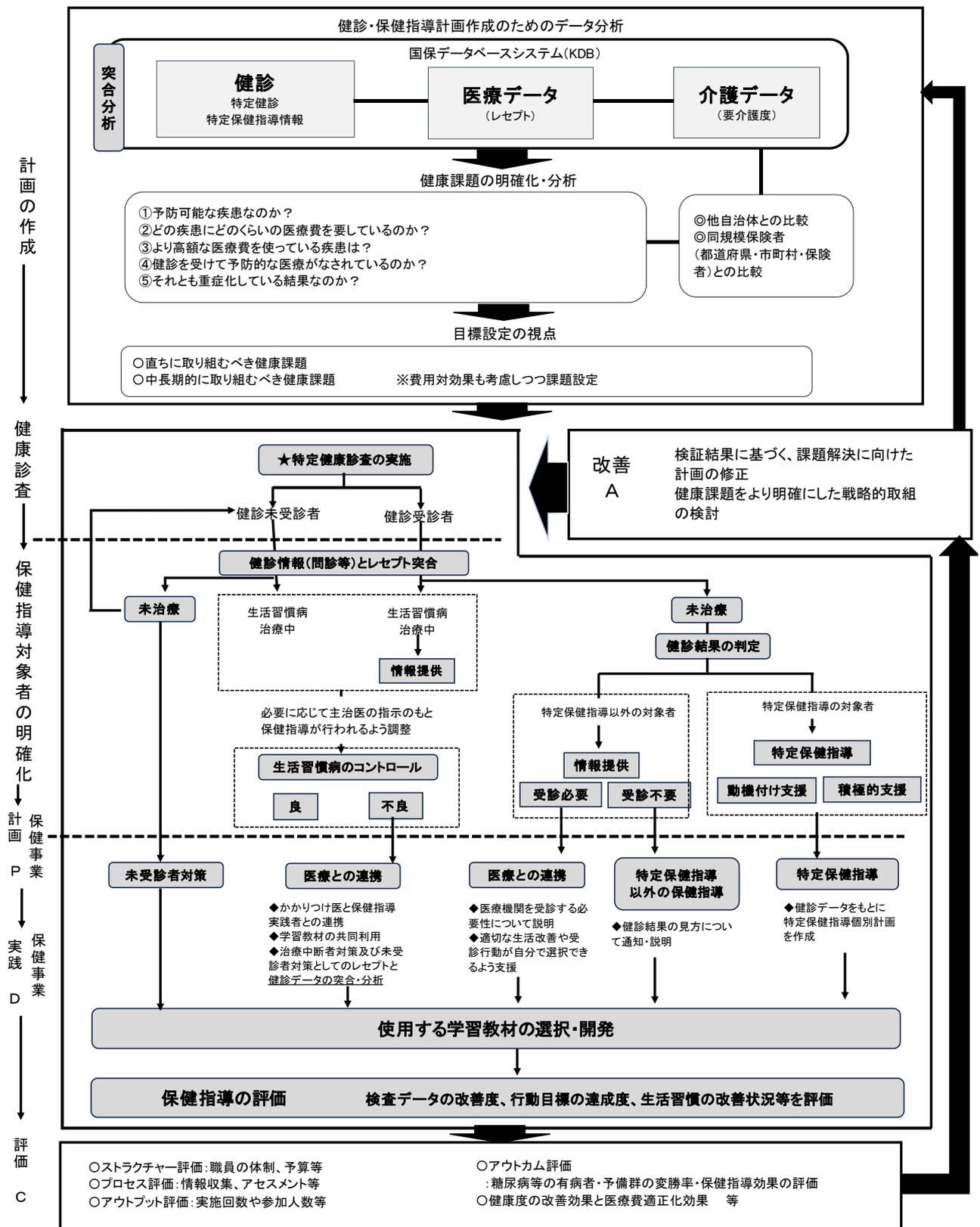


注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCAサイクル



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



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

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

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

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

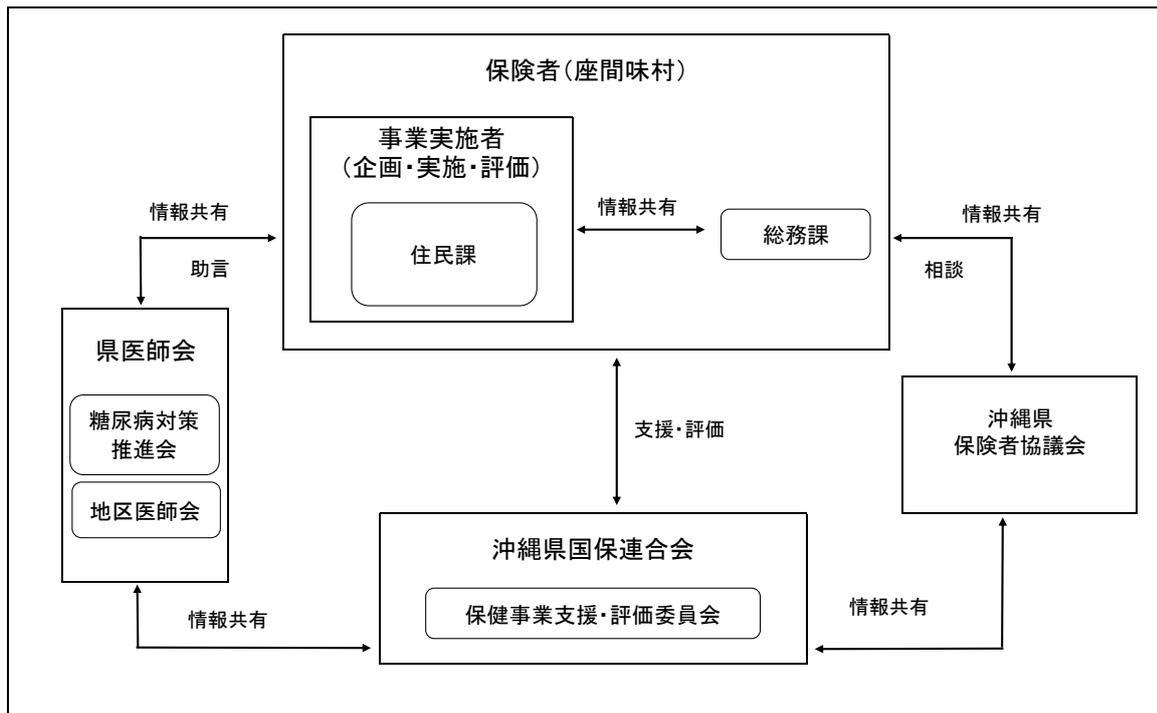
1) 市町村国保の役割

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

具体的には、高齢者医療部局（住民課国保係）、保健衛生部局（住民課福祉係）、介護保険部局（住民課福祉係）、企画部局（総務課）、生活保護部局（住民課母子保健係）とも十分連携を図ることとします。

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

図表 6 座間味村の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

◎…主担当 ○…副担当

	事務担当 (課長補佐)	事務担当 (主任)	事務担当	保健師	保健師
国保事務		◎			
健康診断・保健指導		◎		◎	
がん検診		◎		◎	
歯科保健		◎		◎	
予防接種			◎	◎	
母子保健			◎	◎	
児童福祉			◎	◎	
新型コロナワクチン	◎			◎	
介護保険	◎				◎
後期高齢・年金業務		◎			◎
高齢者福祉	◎				◎
精神・障害保健	◎			◎	

・子育て世代包括支援センター
保健師1名、事務1名
・地域包括支援センター
保健師1名

2) 関係機関との連携

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

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

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

また、座間味村と診療所等地域の保健医療関係者との円滑化を図ります。

本村国保は、転職や加齢等に伴う被保険者の往来が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要です。

<参考> 手引きより抜粋

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

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

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

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

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

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

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

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

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

図表8 保険者努力支援制度評価指標(座間味村分)

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		
		座間味村	配点	座間味村	配点	座間味村	配点	
交付額(万円)		1,315		1,102		1,077		
全国順位(1,741市町村中)		55位		450位		402位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	70	140	70	140	70	
		(2)特定保健指導実施率	70		70		70	
		(3)メタリックシフト・予備群の減少率	50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	50	40	20	40	47	40
		(2)歯科健診受診率等		30				30
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	90	120	70	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	55	90	40	90	45	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	40	50	40	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	130	130	125	130	95	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	55	100	40	100	40	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	30	30	20	30	20	40
	⑤	第三者求償の取組	24	40	45	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	37	95	29	100	40	100
合計点		766	1,000	639	960	637	940	

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本村は、人口約900人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で21.0%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は低く、被保険者の平均年齢も44歳と同規模と比べて若く、出生率は同規模・国よりは高いが、財政指数は低い地域となっています。産業においては、第3次産業が92.4%と同規模と比較しても高く、観光に関するサービス業の割合がその大部分をしめています。被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。(図表9)

国保加入率は51.7%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で、年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約20%を占めています。(図表10)

また本村内には2つの診療所があり、2次離島村にも診療所が配置されていることから、アクセスがよく、他の2次離島村の中では医療資源に恵まれています。外来患者数及び入院患者数は同規模と比較して低い傾向にあります。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した本村の特性

	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
座間味村	892	21.0	461 (51.7)	44.2	9.0	11.2	0.1	2.1	5.5	92.4
同規模	--	41.4	27.1	54.5	4.9	18.9	0.2	22.3	20.6	57.2
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・参照：KDBシステム改変_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、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、本村と同規模保険者(274市町村)の平均値を表す

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合								
被保険者数	497		488		468		491		461	
65～74歳	82	16.5	87	17.8	99	21.2	103	21.0	93	20.2
40～64歳	209	42.1	200	41.0	190	40.6	202	41.1	196	42.5
39歳以下	206	41.4	201	41.2	179	38.2	186	37.9	172	37.3
加入率	57.1		56.1		53.8		56.4		51.7	

出典・参照：KDBシステム改変 地域の全体像の把握

図表11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	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	2	4.0	2	4.1	2	4.3	2	4.1	2	4.3	3.6	2.3
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	21.9	47.9
医師数	2	4.0	2	4.1	2	4.3	2	4.1	2	4.3	3.3	10.0
外来患者数	452.8		463.3		405.6		403.6		465.0		653.6	541.1
入院患者数	20.0		18.9		18.3		18.0		17.3		22.9	19.0

出典・参照：KDBシステム改変 地域の全体像の把握

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

座間味村の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者は0人、1号(65歳以上)被保険者は41人(認定率21.9%)と同規模・県・国と比較すると高くなっていますが、H30年度と比べると減少しています。(図表12)

75歳以上の新規認定者数は1名減少しており、介護給付費は約1億円超から6600万円に減少しています。(図表13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳卒中が(脳出血・脳梗塞)が1位となっており、第1号被保険者では約5割以上の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	座間味村				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	172人	19.8%	187人	21.0%	41.4%	22.6%	28.7%
2号認定者					0.38%	0.45%	0.38%
新規認定者					--	--	--
1号認定者	59人	34.3%	41人	21.9%	19.9%	19.0%	19.4%
新規認定者	9人		9人		--	--	--
再掲	65～74歳	6人	8.2%	9人	8.3%	--	--
新規認定者	1人		2人		--	--	--
75歳以上	53人	53.5%	32人	40.5%	--	--	--
新規認定者	8人		7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

	座間味村		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	1億0543万円	6631万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	612,969	354,625	323,222	324,737	290,668
1件あたり給付費(円)全体	83,675	70,100	80,543	69,211	59,662
居宅サービス	61,542	54,187	42,864	51,518	41,272
施設サービス	295,889	289,401	288,059	301,929	296,364

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

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 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)		0		9		32		41				
再)国保・後期		0		7		27		34				
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	0	脳卒中	5	脳卒中	14	脳卒中	19	脳卒中	19
				--		71.4%		51.9%		55.9%		55.9%
		2	虚血性心疾患	0	虚血性心疾患	5	虚血性心疾患	9	虚血性心疾患	14	虚血性心疾患	14
				--		71.4%		33.3%		41.2%		41.2%
	合併症	3	腎不全	0	腎不全	2	腎不全	6	腎不全	8	腎不全	8
				--		28.6%		22.2%		23.5%		23.5%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)	4	糖尿病合併症	0	糖尿病合併症	3	糖尿病合併症	4	糖尿病合併症	7	糖尿病合併症	7
				--		42.9%		14.8%		20.6%		20.6%
		血管疾患合計	0	合計	6	合計	25	合計	31	合計	31	
		--		85.7%		92.6%		91.2%		91.2%		
認知症	認知症	0	認知症	4	認知症	15	認知症	19	認知症	19		
		--		57.1%		55.6%		55.9%		55.9%		
筋・骨格疾患	筋骨格系	0	筋骨格系	7	筋骨格系	27	筋骨格系	34	筋骨格系	34		
		--		100.0%		100.0%		100.0%		100.0%		

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

出典・参照:KDBシステム改変

② 医療費の状況

本村の医療費は、前期高齢者の割合が増加しているものの、総医療費の増加は見られず、一人あたり医療費も、同規模保険者と比べて約 10.3 万円低いが、H30 年度と比較すると約 1.0 万円高くなっています。入院医療費は、全体のレセプト件数のわずか 4%程度にも関わらず、医療費全体の約 49%を占めており、1 件あたりの入院医療費は H30 年度と比較して約 3.5 万円高くなっています。(図表 15)

また年齢調整をした地域差指数でみると、国保・後期高齢ともに全体は全国平均の 1 を上回っているが、県よりは低くなっています。入院の地域差指数を見ると、全国平均の 1 を上回っており、増加

もしています。

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

(図表 16)

図表 15 医療費の推移

	座間味村		同規模	県	国	
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
被保険者数(人)	497人	461人	--	--	--	
前期高齢者割合	82人 (16.5%)	93人 (20.2%)	--	--	--	
総医療費	1億2647万円	1億2196万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	254,474	264,565	367,527	318,310	339,680	
	県内32位 同規模231位	県内38位 同規模261位				
入院	1件あたり費用額(円)	574,460	609,110	588,220	634,340	617,950
	費用の割合	54.5	48.9	44.9	46.4	39.6
	件数の割合	4.2	3.6	3.4	3.4	2.5
外来	1件あたり費用額	21,150	23,670	25,290	25,820	24,220
	費用の割合	45.5	51.1	55.1	53.6	60.4
	件数の割合	95.8	96.4	96.6	96.6	97.5
受診率	472.782	482.326	676.49	560.174	705.439	

出典・参照：KDB システム改変_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
※同規模順位は座間味村と同規模保険者 274 市町村の平均値を表す

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			
	座間味村 (県内市町村中)		県 (47県中)	座間味村 (県内市町村中)		県 (47県中)	
	H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度	
地域差指数・順位	全体	1.047	1.024	1.070	1.031	1.004	1.092
		(20位)	(22位)	(14位)	(28位)	(28位)	(14位)
	入院	1.445	1.468	1.259	1.264	1.276	1.286
		(10位)	(8位)	(10位)	(27位)	(19位)	(5位)
	外来	0.775	0.735	0.965	0.771	0.686	0.910
		(32位)	(33位)	(40位)	(31位)	(31位)	(43位)

出典・参照：厚労省「地域差分析」

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、H30年度と比較すると増加しており、特に脳血管疾患は4.1ポイントも伸びており、同規模、県、国よりも高くなっています。(図表17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況をH30年度と比較してみると腎不全の患者数及び割合は減少していますが、脳血管疾患、虚血性心疾患については横ばいでした。(図表18)

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

図表17 中長期目標疾患の医療費の推移

			座間味村		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)			1億2647万円	1億2196万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			686万円	1129万円	--	--	--
			5.43%	9.26%	7.24%	10.08%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	0.35%	4.45%	2.12%	2.40%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	3.38%	1.98%	1.46%	1.61%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	1.23%	2.82%	3.29%	5.80%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.47%	0.00%	0.37%	0.27%	0.29%
その 他 の 疾患	悪性新生物		24.80%	21.17%	17.57%	12.57%	16.69%
	筋・骨疾患		4.93%	3.82%	9.33%	7.73%	8.68%
	精神疾患		7.35%	4.87%	7.82%	10.14%	7.63%

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

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
					H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	497	461	a	17	16	18	20	3	2	
				a/A	3.4%	3.5%	3.6%	4.3%	0.6%	0.4%	
40歳以上	B	291	289	b	17	16	18	20	3	2	
	B/A	58.6%	62.7%	b/B	5.8%	5.5%	6.2%	6.9%	1.0%	0.7%	
再掲	40~64歳	D	209	196	d	6	1	7	7	2	1
		D/A	42.1%	42.5%	d/D	2.9%	0.5%	3.3%	3.6%	1.0%	0.5%
	65~74歳	C	82	93	c	11	15	11	13	1	1
		C/A	16.5%	20.2%	c/C	13.4%	16.1%	13.4%	14.0%	1.2%	1.1%

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

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

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

本村は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しています。早期に適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながるため、今後も引き続き、受診勧奨判定値の対象者には医療機関への受診勧奨を継続します。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
高血圧症治療者(人)		A	95	103	41	40	54	63
		A/被保数	32.6%	35.6%	19.6%	20.4%	65.9%	67.7%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	11	7	3	0	8	7
		B/A	11.6%	6.8%	7.3%	0.0%	14.8%	11.1%
	虚血性心疾患	C	13	10	6	2	7	8
		C/A	13.7%	9.7%	14.6%	5.0%	13.0%	12.7%
	人工透析	D	3	2	2	1	1	1
		D/A	3.2%	1.9%	4.9%	2.5%	1.9%	1.6%

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

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
糖尿病治療者(人)		A	35	59	19	23	16	36
		A/被保数	12.0%	20.4%	9.1%	11.7%	19.5%	38.7%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	4	3	1	0	3	3
		B/A	11.4%	5.1%	5.3%	0.0%	18.8%	8.3%
	虚血性心疾患	C	10	8	4	2	6	6
		C/A	28.6%	13.6%	21.1%	8.7%	37.5%	16.7%
	人工透析	D	3	1	2	0	1	1
		D/A	8.6%	1.7%	10.5%	0.0%	6.3%	2.8%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	7	5	2	1	5	4
		E/A	20.0%	8.5%	10.5%	4.3%	31.3%	11.1%
	糖尿病性網膜症	F	8	9	4	4	4	5
		F/A	22.9%	15.3%	21.1%	17.4%	25.0%	13.9%
	糖尿病性神経障害	G	1	3	0	1	1	2
		G/A	2.9%	5.1%	0.0%	4.3%	6.3%	5.6%

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

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		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
脂質異常症治療者(人)		A	61	72	29	30	32	42
		A/被保数	21.0%	24.9%	13.9%	15.3%	39.0%	45.2%
中 長 期 併 目 標 疾 患	脳血管疾患	B	8	6	3	0	5	6
		B/A	13.1%	8.3%	10.3%	0.0%	15.6%	14.3%
	虚血性心疾患	C	13	12	6	3	7	9
		C/A	21.3%	16.7%	20.7%	10.0%	21.9%	21.4%
	人工透析	D	2	2	2	1	0	1
		D/A	3.3%	2.8%	6.9%	3.3%	0.0%	2.4%

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

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0 以上を H30 年度と R3 年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。特にⅡ度以上の高血圧未治療者の割合は県よりも高くなっています。また健診後、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 80%ほど、糖尿病で約 12%おり、その割合は沖縄県と比較しても高くなっています(図表 22)。医療のかかり方に課題があります。

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減ってきていますが、新型コロナウイルス感染症の影響で受診率が低迷していた時期もあり、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善 Ⅱ度高血圧の推移						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	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				
座間味村	187	69.3	188	66.4	5	2.7	2	40.0	15	8.0	13	86.7	12	80.0	1	6.7
沖縄県	96,845	41.3	80,454	34.6	5,660	5.8	3,211	56.7	5,264	6.5	2,871	54.5	1,746	33.2	304	5.8

	健診受診率				糖尿病											
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	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				
座間味村	187	100.0	188	100.0	3	1.6	2	66.7	8	4.3	3	37.5	1	12.5	3	37.5
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ヶ月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない者

出典・参照：KDB システム改変、特定健診等データ管理システム

③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本村の特定健診結果において、H30年度とR04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、5.4ポイントも伸びており、その中でも2項目の危険因子が重なっている割合が増加しています。(図表 23)

また重症化予防の観点から、R04年度はHbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合が増加していますが、翌年度健診結果を見ると、R03年度からR04年度にかけてのLDL-Cは改善率が上がっています。

一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも1-2割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。(図表 24・25・26)

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	予備群		
			3項目	2項目	
H30年度	187 (69.3%)	26 (13.9%)	8 (4.3%)	18 (9.6%)	20 (10.7%)
R04年度	187 (69.3%)	36 (19.3%)	11 (5.9%)	25 (13.4%)	19 (10.2%)

出典・参照:特定健診等
データ管理システム

図表 24 HbA1c6.5以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	5 (2.7%)	3 (60.0%)	2 (40.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
R03→R04	13 (6.9%)	4 (30.8%)	6 (46.2%)	1 (7.7%)	2 (15.4%)

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	5 (2.7%)	3 (60.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (40.0%)
R03→R04	15 (8.0%)	7 (46.7%)	4 (26.7%)	1 (6.7%)	3 (20.0%)

出典・参照:特定健診等
データ管理システム

図表 26 LDL-C160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	19 (10.2%)	7 (36.8%)	4 (21.1%)	2 (10.5%)	6 (31.6%)
R03→R04	22 (11.7%)	13 (59.1%)	7 (31.8%)	1 (4.5%)	1 (4.5%)

出典・参照: 特定健診等

データ管理システム

④健診受診率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 65.9%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響により R01 年度は第3期特定健診等実施計画の目標は達成しているものの、62.9%まで減少しました。R04 年度は 66.7%とコロナ禍以前の受診率を上回りました。(図表 27)

これまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40 代、70代の男性が特に低い状況があります。(図表 28)

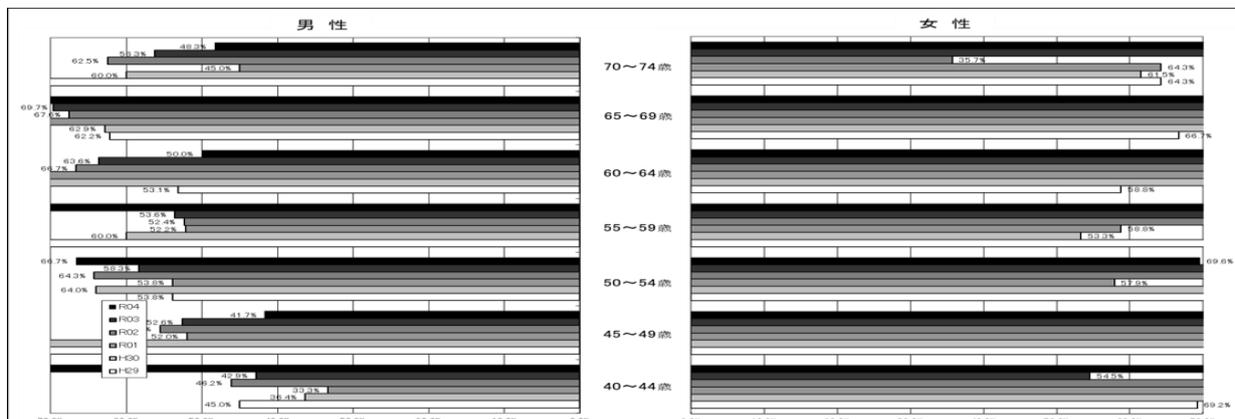
特定保健指導については、コロナ禍においても面談の方法を工夫しながら保健指導率の維持に努めてまいりましたが、R02 年度以降、大きく実施率が下がっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	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	178	171	175	182	180	健診受診率 60%
	受診率	65.9%	62.9%	63.9%	64.3%	66.7%	
特定保健指導	該当者数	23	28	30	33	24	特定保健指導実施率 60%
	割合	12.9%	16.4%	17.1%	18.1%	13.3%	
	実施者数	15	21	26	22	18	
	実施率	65.2%	75.0%	86.7%	66.7%	75.0%	

出典・参照: 特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典・参照: 特定健診等データ管理システム

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者への保健指導実施は、未治療者・治療中断者を保健師が、治療中コントロール不良者を管理栄養士がそれぞれ担当しています。全体の保健指導の割合は、集団での健診結果返却を実施しているため 100%を維持していますが、血糖値有所見者割合、未治療・中断の割合は横ばい傾向にあります。

H30 年度からは HbA1c8%以上の高血糖者を優先対象者とし重点的に支援してきました。その結果、HbA1c8%以上の未治療者は H30 年より治療を開始され、R1、R2 年は 0 人となりましたが、R3 年度からコロナ禍による受診控えのため治療を中断され、R4 年も中断中となっています。

血糖値有所見者全員に受診勧奨のための保健指導を実施していますが、未治療者の 3 割しか治療につながっていません。受診のない方には継続して保健指導を実施するように体制を強化し、又治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援をおこないます。

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

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

例示表 1 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	178	171	175	182	180
血糖値有所見者 *1	人(b)	5	12	9	13	10
	(b/a)	2.8%	7.0%	5.1%	7.1%	5.6%
保健指導実施者 *2	人(c)	5	12	9	13	10
	(c/b)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

*1 HbA1c6.5%以上のもの

*2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

例示表 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)	5	12	9	13	10
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 *3	人(b)	2	5	5	6	3
	(b/a)	40.0%	41.7%	55.6%	46.2%	30.0%
受診した者	人(c)	2	2	0	2	1
	(c/b)	100.0%	40.0%	0.0%	33.3%	33.3%
治療開始した者	人(c)	2	2	0	2	1
	(c/b)	100.0%	40.0%	0.0%	33.3%	33.3%

*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

例示表 3 HbA1c8.0 以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	178	171	175	182	180
HbA1c8.0%以上	人(b)	2	3	1	4	2
	(b/a)	1.1%	1.8%	0.6%	2.2%	1.1%
保健指導実施	人(c)	2	3	1	4	2
	(c/b)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(d)	1	0	0	1	1
	(d/b)	50.0%	0.0%	0.0%	25.0%	50.0%

	H30	R1	R2	R3	R4
内服治療開始	0人	0人	0人	0人	0人
元々治療中	0人	0人	0人	1人	0人
死亡、転出	0人	0人	0人	0人	0人

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、集団健診では40歳以上全員に心電図検査を実施しており、本村の心電図検査は約8割となっています。(例示表4)

有所見者のうちST所見をみると、要精査・要医療と判定を受けた者はおらず、異常なしまたは差し支えなしの結果でした。過去5年では心房細動有所見者および未治療者はいません。

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

例示表 4 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

		H30			R1			R2			R3			R4		
		総計	男性	女性												
健診受診者(人)	a	178	98	80	171	90	81	173	98	75	182	97	85	181	103	78
心電図受診者(人)	b	45	18	27	135	73	62	148	86	62	92	52	40	152	89	63
心電図実施率	b/a	25.3%	18.4%	33.8%	78.9%	81.1%	76.5%	85.5%	87.8%	82.7%	50.5%	53.6%	47.1%	84.0%	86.4%	80.8%
要精査者(人)	c	3	1	2	2	1	1	3	2	1	3	2	1	7	4	3
有所見率	c/b	6.7%	5.6%	7.4%	1.5%	1.4%	1.6%	2.0%	2.3%	1.6%	3.3%	3.8%	2.5%	4.6%	4.5%	4.8%
心房細動(人)	d	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
心房細動有所見率	d/b	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
うち、心房細動未治療(人)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

例示表 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		43	125	149	92	153
ST異常所見		0	2	3	3	1
		0.0%	1.6%	2.0%	3.3%	0.7%
要医療・要精査	要医療・要精査	0	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	医療機関受診あり	0	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	医療機関受診なし	0	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	それ以外の判定	0	2	3	3	1
		0.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

③脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、H30年度からR3年度にかけて増加傾向、R4年度は約4%まで減少しているものの、約7割が未治療者でした。R4年度において血圧Ⅱ度以上の未治療者6人のうち、保健指導後、治療につながったものは、わずか1人(16.7%)でした。血圧Ⅲ度は0人でしたが、R2年度は1人、未治療です。(例示表6)

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

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が25%いました。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っていきます。

例示表6 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	178	171	175	182	180	
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	5	6	9	15	8	
	(b/a)	2.8%	3.5%	5.1%	8.2%	4.4%	
	治療あり	人(c)	4	3	2	2	2
		(c/b)	80.0%	50.0%	22.2%	13.3%	25.0%
	治療なし	人(d)	1	3	7	13	6
		(d/b)	20.0%	50.0%	77.8%	86.7%	75.0%
治療開始	人(e)	0	0	2	2	1	
	(e/d)	0.0%	0.0%	28.6%	15.4%	16.7%	
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	0	0	1	0	0
		(f/a)	0.0%	0.0%	0.6%	0.0%	0.0%
	治療あり	人	0	0	0	0	0
	治療なし	人	0	0	1	0	0

出典・参照: 保険者データヘルス支援システム

例示表 7 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会
 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子
 p50 表3-2 診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			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
56		30 53.6%	20 35.7%	5 8.9%	1 1.8%
リスク第1層 予後影響因子がない	5 8.9%	C 4 13.3%	B 1 5.0%	B 0 0.0%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	35 62.5%	C 19 63.3%	B 12 60.0%	A 4 80.0%	A 0 0.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	16 28.6%	B 7 23.3%	A 7 35.0%	A 1 20.0%	A 1 100.0%

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	13 23.2%
B	概ね1か月後に再評価	20 35.7%
C	概ね3か月後に再評価	23 41.1%

…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)=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

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

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

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている県の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、毎年開催される健康・福祉まつりにて健康講座を実施、集団健診会場や結果説明会、広報などを活用し、広く村民へ周知を行いました。

また、肥満の改善を目的として集団健診会場で普段食べている野菜を教えもらい、短鎖脂肪酸に着目した展示や説明会を実施しました。今後も継続していきます。

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法		
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5			
			(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ年度)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	0.4%	1.3%	10.0%	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	3.4%	4.5%	4.5%			
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	1.2%	14.4%	6.4%			
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0.0%	0.0%	0.0%			
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.0%	0.0%	0.0%			
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	25.3%	32.6%	28.8%	座間味村住民課	
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	3.2%	5.1%	4.3%		
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	10.0%	8.6%	11.4%		
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	2.6%	5.1%	5.4%		
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.6%	0.00%	0.60%		
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	-	-	16.7%		
			糖尿病の保健指導を実施した割合	-	-	100.0%		
	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	65.9	63.9	67	法定報告値		
		特定保健指導実施率60%以上	65.2	86.7	75			
		特定保健指導対象者の割合の減少	12.9	17.1	13.1			
	努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	9.6	4.9	6.9	地域保健事業報告 (R04年度データがないため、R03年度を記載)
			肺がん検診受診者の増加	8.1	35.0	31.0		
			大腸がん検診受診者の増加	28.3	28.0	26.3		
			子宮がん検診受診者の増加	32.5	33.3	-		
乳がん検診受診者の増加			41.5	26.5	-			
5つのがん検診の平均受診率の増加			24.0	25.5	12.8			
後発医薬品の使用により、医療費の削減		後発医薬品の使用割合 80%以上	49.2%	92.2%	92.8%	厚生労働省		

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

本村の中長期目標疾患の医療費合計を見ると、県と比較して低い状況にありますが、H30年度と比較すると約3.8ポイントの増加があり、同規模や国より高い状況です(図表17)。虚血性心疾患に係る医療費割合は減少していますが、患者数は横ばいです。また、脳血管疾患に係る医療費割合は増加していますが、患者数は横ばいであることから、虚血性心疾患、脳血管疾患については課題であり、今後も重症化予防に努めていきます。

医療費割合は入院と入院外ではほぼ同等の割合であり、H30年度と比較すると外来医療費割合が増加し改善している傾向にあるものの、国や同規模は外来医療費割合が約6割と高く入院割合は低い状況から、外来にて高血圧や糖尿病等をコントロールしていくことで入院に至る疾患を発生しないよう重症化予防ができていると考えられます(図表15)。

短期的な目標疾患でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況はH30年度と比較すると、どの年代でも治療者の割合は増えていますが、合併症割合はいずれも減少しています(図表19-21)。健診結果と医療のかかり方をみると、有所見割合はH30年度と比較すると増加し、これらの未治療者の割合も増加していました。特に高血圧の未治療、糖尿病の治療中断割合が県平均より高くなっています(図表22)。有所見割合を増加させないよう個々に応じた保健指導を実施するとともに、各健診データにおいて有所見値があった者は高血圧・糖尿病管理台帳を活用し、徹底した受診勧奨を行うことで、悪化・重症化を防いでいきます。

特定健診の受診率は新型コロナウイルス感染症の影響でR1年度以降、低迷しておりましたがR4年度はH30年度を上回る受診率となり、第3期特定健診等実施計画の目標も達成しました。今後は毎年継続して受診してもらえるような働きかけや、若い世代の受診率向上を目指して取り組んでいきます。特定保健指導率は目標達成しておりますが、個別健診受診者への保健指導実施割合が低いことから、対策を検討していく必要があります。

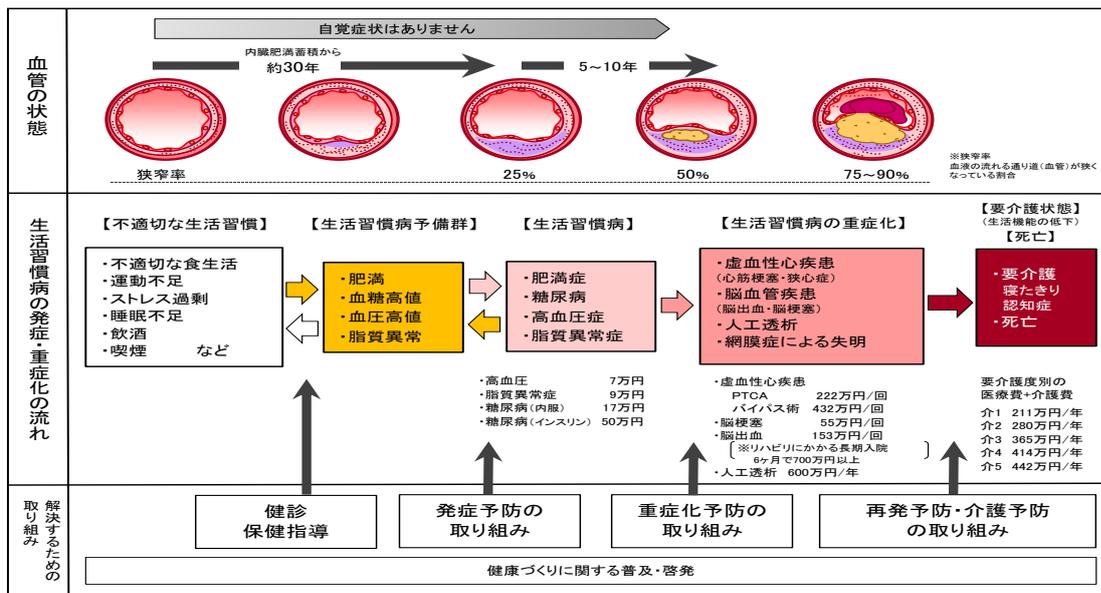
脳・心血管疾患のリスクとなるメタボリックシンドローム該当者がH30年度と比較して増加しておりR4年度は2割でした(図表23)。二次健診において、動脈硬化の有無や進行の程度を見ることが可能ですが、本村では診療所が座間味島1、阿嘉島1と医療資源が限られているため、二次健診の実施を進めていくことに課題があります。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

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

図表 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



出典・参照: 標準的な健診・保健指導プログラム

【令和6年度版】別紙1(改変版)

2) 健康課題の明確化

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

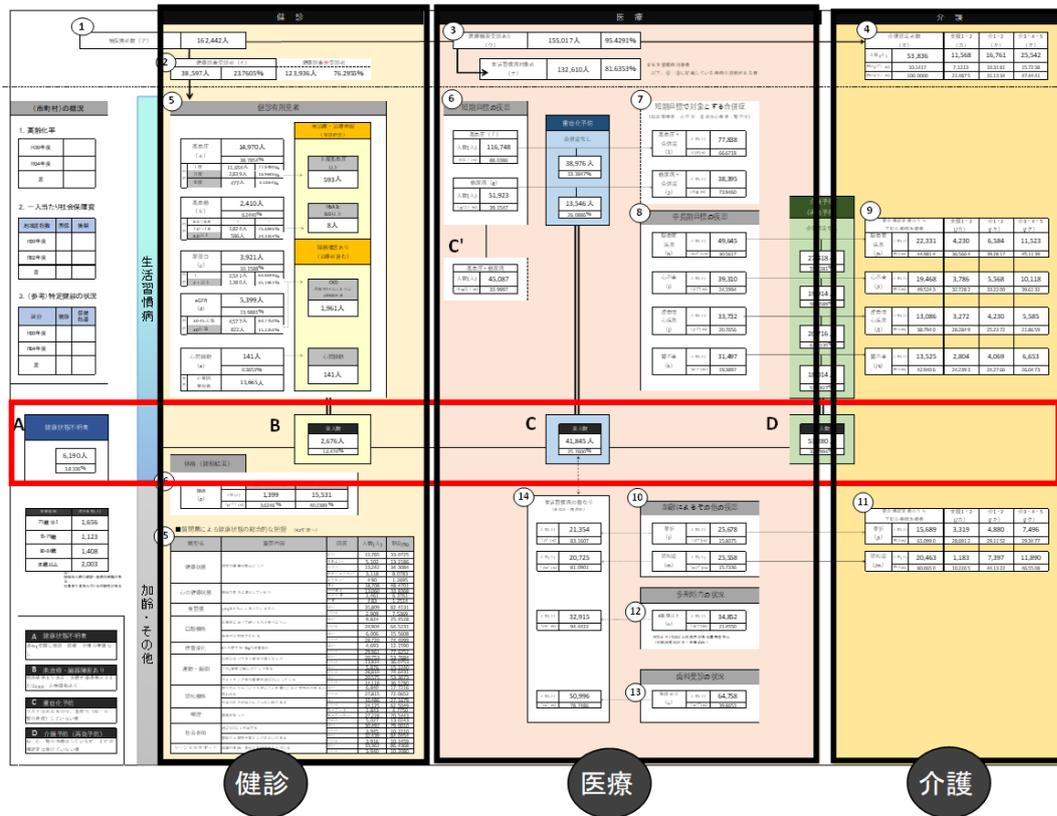
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が増加し(図表 10)、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、(図表 31)に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

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

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

図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

図表 32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
被保険者数	497人	488人	468人	491人	461人	93人	
総件数及び 総費用額	件数	2,840件	2,876件	2,436件	2,442件	2,729件	1,183件
	費用額	1億2647万円	1億6147万円	1億2106万円	1億2612万円	1億2196万円	9639万円
一人あたり医療費	25.4万円	33.1万円	25.9万円	25.7万円	26.5万円	103.6万円	

出典・参照：KDB システム改変

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患			短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患			
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧					脂質 異常症		
			慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
① 国保	座間味村	1億2196万円	21,556	2.82%	0.00%	4.45%	1.98%	1.95%	2.73%	0.52%	1764万円	14.46%	21.17%	4.87%	3.82%
	同規模	--	29,993	3.29%	0.37%	2.12%	1.46%	6.01%	3.48%	1.83%	--	18.56%	17.57%	7.82%	9.33%
	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	座間味村	9639万円	86,214	0.00%	0.00%	0.18%	1.62%	1.23%	2.73%	0.27%	581万円	6.02%	7.69%	9.61%	13.92%
	同規模	--	66,525	3.76%	0.64%	4.27%	1.56%	3.98%	3.49%	1.08%	--	18.78%	10.21%	3.61%	12.15%
	県	--	79,275	4.65%	0.38%	4.30%	1.76%	3.09%	2.26%	1.14%	--	17.58%	8.35%	4.54%	13.72%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

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

図表34 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	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	14人	22人	12人	11人	16人
	件数	B	30件	47件	42件	41件	30件
		B/総件数	1.06%	1.63%	1.72%	1.68%	1.10%
	費用額	C	4474万円	7806万円	4826万円	5077万円	4127万円
C/総費用		35.4%	48.3%	39.9%	40.3%	33.8%	
							16人
							31件
							2.62%
							4477万円
							46.4%

出典・参照：KDBシステム改変

図表35 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	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	0人	1人	0人	1人	0人	
		D/A	0.0%	4.5%	0.0%	9.1%	0.0%	
	件数	E	0件	1件	0件	3件	0件	
		E/B	0.0%	2.1%	0.0%	7.3%	0.0%	
	年代別	40歳未満	0	0	0	0	0	65-69歳
		40代	0	0	0	0	0	70-74歳
		50代	0	0	0	0	0	75-80歳
		60代	0	0	0	3	0	80代
		70-74歳	0	1	0	0	0	90歳以上
	費用額	F		80万円		382万円		
		F/C	0.0%	1.0%	0.0%	7.5%	0.0%	0.0%
								0人
								0.0%
								0件
							0.0%	
							0	
							0	
							0	
							0	
							0	
							0	

出典・参照：KDBシステム改変

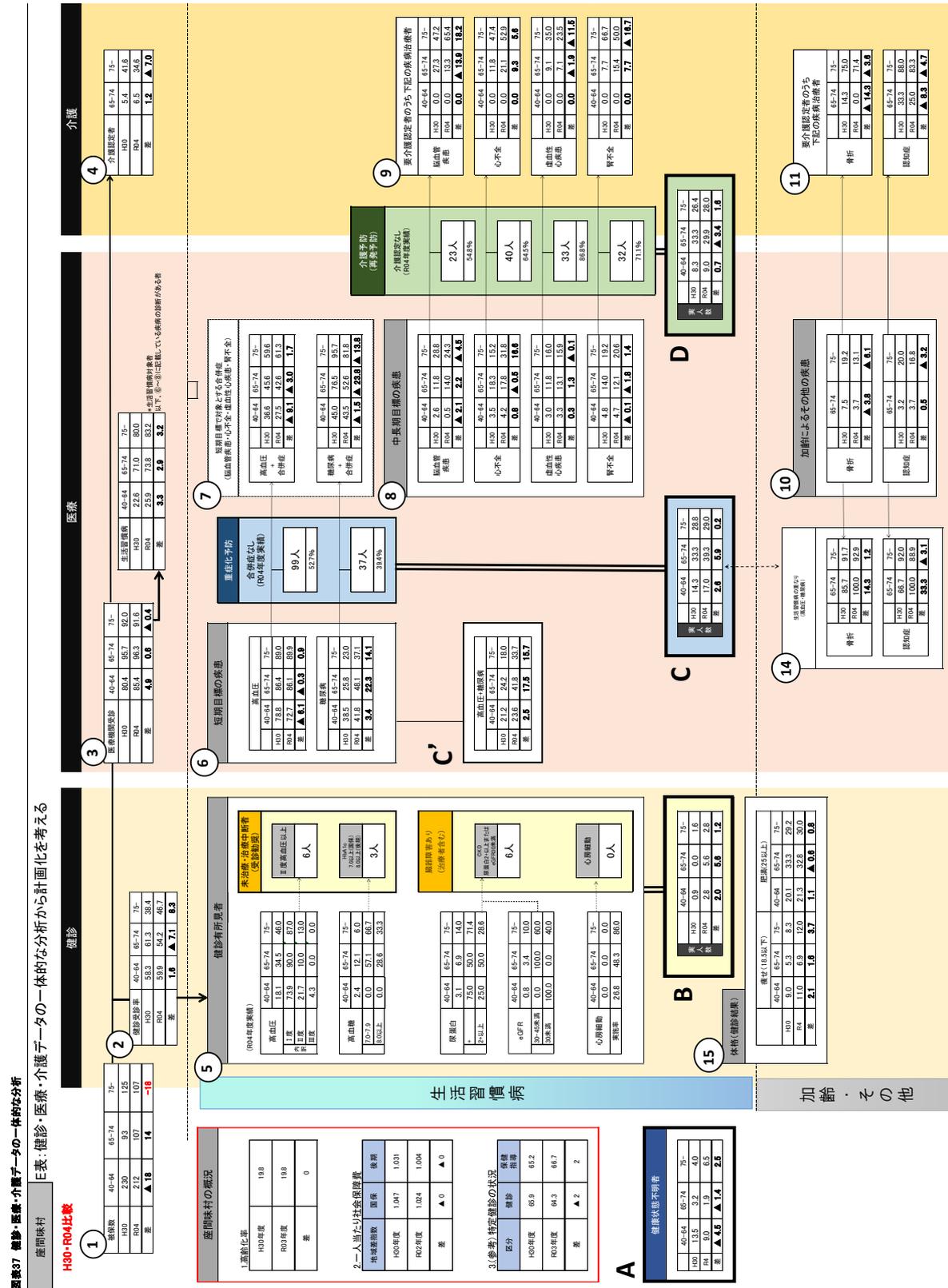
図表36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度	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	1人	1人	2人	0人	1人	
		G/A	7.1%	4.5%	16.7%	0.0%	6.3%	
	件数	H	1件	1件	2件	0件	1件	
		H/B	3.3%	2.1%	4.8%	0.0%	3.3%	
	年代別	40歳未満	0	0	0	0	0	65-69歳
		40代	0	0	1	0	0	70-74歳
		50代	1	0	0	0	1	75-80歳
		60代	0	1	1	0	0	80代
		70-74歳	0	0	0	0	0	90歳以上
	費用額	I	364万円	141万円	274万円		106万円	
		I/C	8.1%	1.8%	5.7%	0.0%	2.6%	2.3%
								1人
								6.3%
								1件
							3.2%	
							0	
							0	
							0	
							0	
							0	
							0	
							0	

出典・参照：KDBシステム改変

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

図表 37



図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑮ 体格(健診結果)					
		被保険者数			健診受診率			BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	41.6	230	93	125	58.3	61.3	38.4	9.0	5.3	8.3	20.1	33.3	29.2
R4	34.6	212	107	107	59.9	54.2	46.7	11.0	6.9	12.0	21.3	32.8	30.0

図表 39 健診有所見状況

E表	⑤																																						
	Ⅱ度高血圧以上 (1)は未治療・治療中断者									HbA1c7.0以上 (1)は未治療・治療中断者 ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動														
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-										
人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)							
H30	3	2.2	(1)	3	5.3	(0)	9	18.8	(2)	2	1.5	(0)	1	1.8	(0)	0	0.0	(0)	1	0.7	(1)	0	0.0	(0)	0	0.0	(0)	0	0.0	(0)	0	0.0	(0)	0	0.0	(0)			
R4	6	4.7	(4)	2	3.4	(1)	3	6.0	(1)	0	0.0	(0)	6	10.3	(3)	1	2.0	(0)	2	1.6	(2)	2	3.4	(2)	4	8.0	(2)	0	0.0	(0)	0	0.0	(0)	0	0.0	(0)	0	0.0	(0)

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③ 医療機関受診						⑥ 短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									⑦ 短期目標の疾患とする 合併症					
	生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症					
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-			
H30	80.4	95.7	92.0	22.6	71.0	80.0	78.8	86.4	89.0	38.5	25.8	23.0	21.2	24.2	18.0	36.6	45.6	59.6	45.0	76.5	95.7
R4	85.4	96.3	91.6	25.9	73.8	83.2	72.7	86.1	89.9	41.8	48.1	37.1	23.6	41.8	33.7	27.5	42.6	61.3	43.5	52.6	81.8

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

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

E表	⑧ 中長期目標の疾患(被保険者割)												⑨ 中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	2.6	11.8	28.8	3.0	11.8	16.0	3.5	18.3	15.2	4.8	14.0	19.2	0.0	27.3	47.2	0.0	9.1	35.0	0.0	11.8	47.4	0.0	7.7	66.7
R4	0.5	14.0	24.3	3.3	13.1	15.9	4.2	17.8	31.8	4.7	12.1	20.6	0.0	13.3	65.4	0.0	7.1	23.5	0.0	21.1	52.9	0.0	15.4	50.0

図表 42 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	
H30	85.7	91.7	66.7	92.0	7.5	19.2	3.2	20.0	14.3	75.0	33.3	88.0
R4	100.0	92.9	100.0	88.9	3.7	13.1	3.7	16.8	0.0	71.4	25.0	83.3

(3)健康課題の明確化(図表 32~42)

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、R1 年度は新型コロナウイルス感染症の影響で増加したものの、R2 年度以降は横ばいで、後期高齢者になると一人あたり国保の約 4 倍も高い状況です。(図表 32)

本村は、これまで糖尿病に重点を置いて保健事業に取り組んできたため、短期的目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模と比べて 2 ポイント以上低く、その結果、腎不全の医療費に占める割合が、国保及び後期高齢においても、同規模、県、国と比べて低い状況です。(図表 33)

高額レセプトについては、国保において毎年約 30~40 件のレセプトが発生しています。R4 年度の後期高齢においても同件数のレセプトが発生していますが、その割合は国保より約1ポイント多いことがわかります。(図表 34)

高額における疾病をみると、虚血性心疾患で高額になったレセプトが R3 年度を除いて毎年 1 名以上でした。脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で R3 年度が一番多く 1 人 3 件で 382 万円の費用がかかっていました。翌 R4 年度は 0 件に戻りましたが、脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼします。虚血性心疾患、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表 35、36)

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 38 の①被保険者数は 40~64 歳が減り、65 歳以上で 14 名増え、高齢化率の低い本村でも 65 歳以上の高齢者が確実に増えていることがわかります。

⑮の体格をみると、65~74 歳の年齢層で BMI25 以上の率は増加していませんが、40~64 歳と 75 歳以上の年齢層では、1 ポイント増加しています。図表 39 の健診有所見の状況をみると、Ⅱ度高血圧においては 40~64 歳の年齢層で対象人数が増えています。また、CKD においては、各年代で対象者数が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 40 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症の状況をみても、糖尿病においては各年代で増加していますが、高血圧においては、75 歳以上で割合が増加しています。

図表 41 の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、H30 年度と R4 年度を比較すると、心不全だけは、75 歳以上の高齢者で R4 年度の割合が上がっており、また、中長期疾患のうち介護認定者割合が、脳血管疾患、心不全ともに H30 年度よりも増加しています。高額レセプト分析において入院費が伸びている要因が、一体的分析においても課題であり、高齢者への保健指導、介護予防の必要性もわかります。

(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

具体的な取組方法については、第 4 章に記載していきます。

2) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

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

② 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6 か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合を、最終年度には減少させることを目指します。

しかし、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の 3 つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることで最低限維持することを目標とします。

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

③ 短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少させることを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられるが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020 年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であるため、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

(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 R7 (R7)		最終評価 R11 (R10)
データヘルス計画	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	10.0%		KOBシステム	
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	4.5%			
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	6.4%			
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0.0%			
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.0%			
		メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	28.8%			
		(再掲)	メタボリックシンドローム該当者の減少	19.0%		
		(再掲)	メタボリックシンドローム予備群の減少	9.8%		
		(再掲)	Aメタボ該当者+高血圧者の割合減少(140/90以上)	6.0%		
		(再掲)	A+高血糖者の割合減少(HbA1c8.0以上)	0.0%		
		(再掲)	A+脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	0.5%		
		(再掲)	A+尿酸蛋白有所見者の割合減少(2+以上)	0.5%		
		(再掲)	A+高尿酸者の割合減少(8.0以上)	0.5%		
		(再掲)	健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	4.3%		
アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	11.4%		健診結果 (保険者データ)支援システム	
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	5.4%			
		★健診受診者のHbA1c8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少	1.1%			
		健診受診者の尿酸蛋白有所見者の割合減少(2+以上)	1.6%			
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	16.7%			
		★特定健診受診率60%以上	67.0%			
		★特定保健指導実施率60%以上	75.0%			
		★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	13.1%			
		がん検診受診率 胃がん検診	9.1%			
		肺がん検診	27.8%			
		大腸がん検診	20.6%			
		子宮頸がん検診	12.2%			
		乳がん検診	36.5%			
		後発医薬品の使用割合80%以上	79.4%			
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	法定報告値 (特定健診等)データ管理システム ※分母のうち、4年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数(併年)の特定保健指導の利用者数			地域專業報告	
		厚生労働省公表結果				

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

図表 44 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	65%	65%	65%	70%	70%	75%以上
特定保健指導実施率	80%	80%	80%	85%	85%	90%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	275人	274人	278人	270人	272人	280人
	受診者数	179人	178人	181人	189人	190人	210人
特定保健指導	対象者数	23人	21人	18人	17人	19人	17人
	実施者数	19人	17人	14人	14人	16人	15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(阿嘉離島振興総合センター、座間味村歴史文化・健康づくりセンター 他)
- ② 個別健診(委託医療機関)
- ③ 人間ドック・脳ドック

(2)特定健診委託基準

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

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、座間味村のホームページに掲載する。

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

(4) 特定健診実施項目

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

また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上または食後採血の場合は、non-HDL コレステロールを活用することができます。(実施基準第 1 条第 4 項)

図表 46 特定健診検査項目

○座間味村特定健康診査検査項目

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

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

(5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施します。

年に 1 回、村内において集団健診を実施します。(座間味島 3 日間、阿嘉・慶留間島 2 日間)

(6) 医療機関との適切な連携

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

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

(7) 代行機関

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

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 47 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時可) ↓ (特定健診の開始) ※住民健診は毎年10月頃に実施	(特定保健指導の実施)
5月			健診データ抽出(前年度)
6月		健診データ受取 費用決裁 → 保健指導対象者の抽出	
7月		(特定保健指導の開始)	
8月			実施実績の分析実施方法、委託先機関の見直し等
9月		(特定健診・特定保健指導の実施)	
10月			受診・実施率実績の算出
11月	契約に関わる 予算手続き		支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
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)	

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

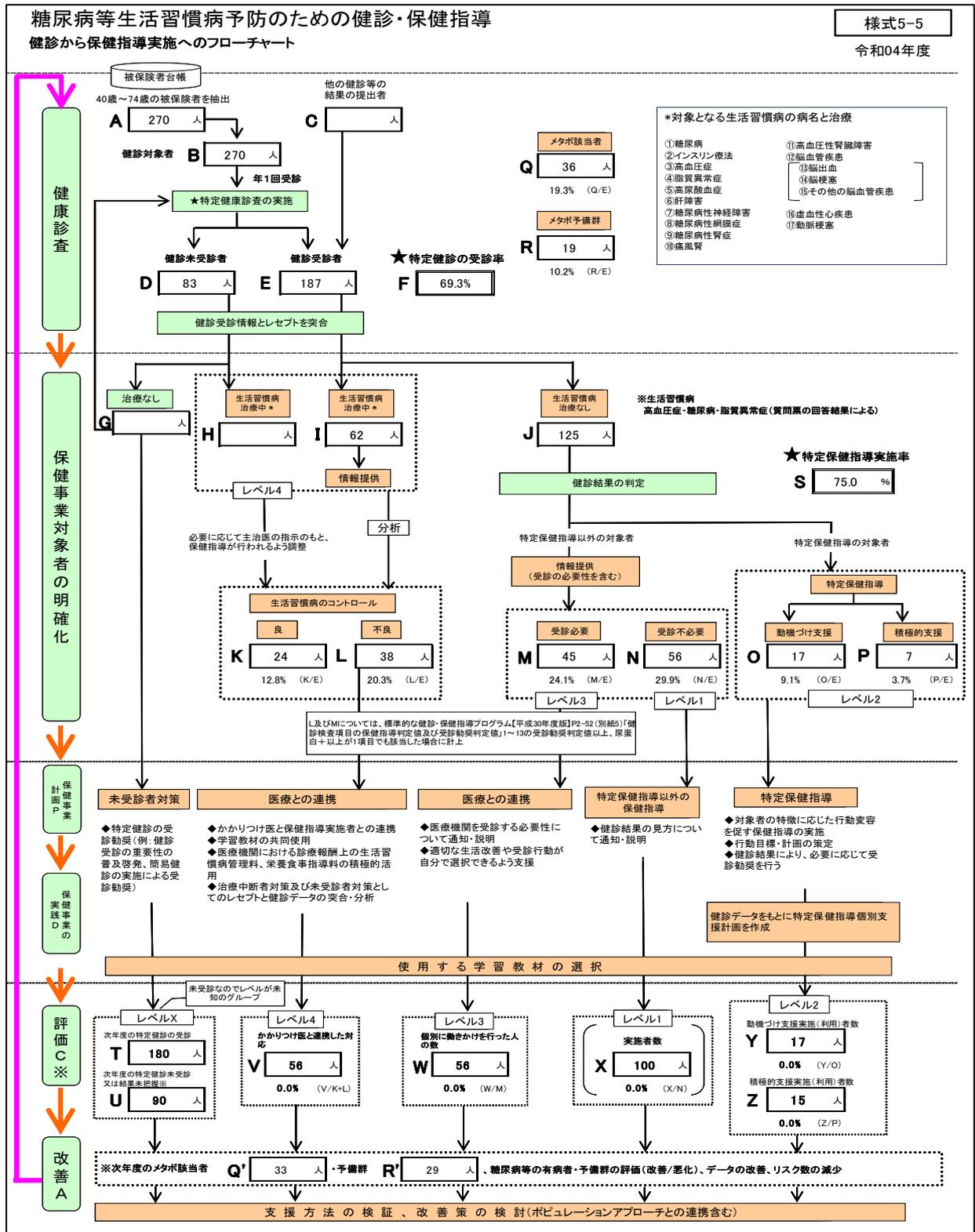
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

図表48 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	24人 (12.8%)	80%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	45人 (24.1%)	HbA1c6.5以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	83人 ※受診率70%までにあと10人	70%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	56人 (29.9%)	40%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	62人 (33.2%)	40%

(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール

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

6. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

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

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

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

具体的には、「健康課題を解決するための実践計画」を作成し、保健指導を進めていきます。医療受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方には、医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く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

座間味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、58人(31.0%)です。そのうち治療なしが24人(19.2%)を占め、さらに、臓器障害があり直ちに取組むべき対象者が8人います。

また、座間味村においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、58人中8人いるため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。(図表 51)

図表 51 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-										令和04年度				
健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少				虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年齢調整透析導入患者数の減少			<参考> 健診受診者(受診率) 187人 69.3%			
科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)				虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (脳血管病の診断と治療に関するガイドライン(2011年委員会研究班))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)		■各疾患の治療状況		
	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%)				心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症					治療中 治療なし		高血圧 52 135 脂質異常症 26 161 糖尿病 14 173 3疾患 いずれも 62 125 ※別添結果による		
	心原性 脳塞栓症 (27.7) ラクナ 梗塞 (31.2%) アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%) 非心原性脳梗塞													
優先すべき 課題の明確化	高血圧症		心房細動		脂質異常症		メタボリック シンドローム		糖尿病		慢性腎臓病 (CKD)		重症化予防対象者 (実人数)	
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)				動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)		腎臓専門医 紹介基準対象者	
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上		心房細動		LDL-C 180mg/d以上		中性脂肪 300mg/d以上		メタボ該当者 (2項目以上)		HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)		腎臓専門医 紹介基準対象者	
該当者数	8	4.3%	0	0.0%	6	3.2%	11	5.9%	36	19.3%	6	3.2%	14	7.5%
治療なし	6	4.4%	0	0.0%	6	3.7%	9	5.6%	8	6.4%	3	1.7%	2	1.6%
(再掲) 特定保健指導	1	12.5%	0	--	0	0.0%	0	0.0%	8	22.2%	1	16.7%	0	0.0%
治療中	2	3.8%	0	0.0%	0	0.0%	2	7.7%	28	45.2%	3	21.4%	12	19.4%
臓器障害 あり	4	66.7%	0	--	0	0.0%	5	55.6%	1	12.5%	1	33.3%	2	100.0%
CKD(専門医対象者)	0		0		0		3		0		0		2	
心電図所見あり	4		0		0		2		1		1		0	
臓器障害 なし	2	33.3%	--		6	100.0%	4	44.4%	7	87.5%	2	66.7%	--	
治療中	2	100.0%	0	--	0	--	2	100.0%	10	35.7%	0	0.0%	12	100.0%
CKD(専門医対象者)	1		0		0		2		8		0		12	
心電図所見あり	1		0		0		1		4		0		2	
臓器障害 なし	0	0.0%	--		0	--	0	0.0%	18	64.3%	3	100.0%	--	

出典・参照：特定健診等データ管理システム

1. 糖尿病性腎症重症化予防

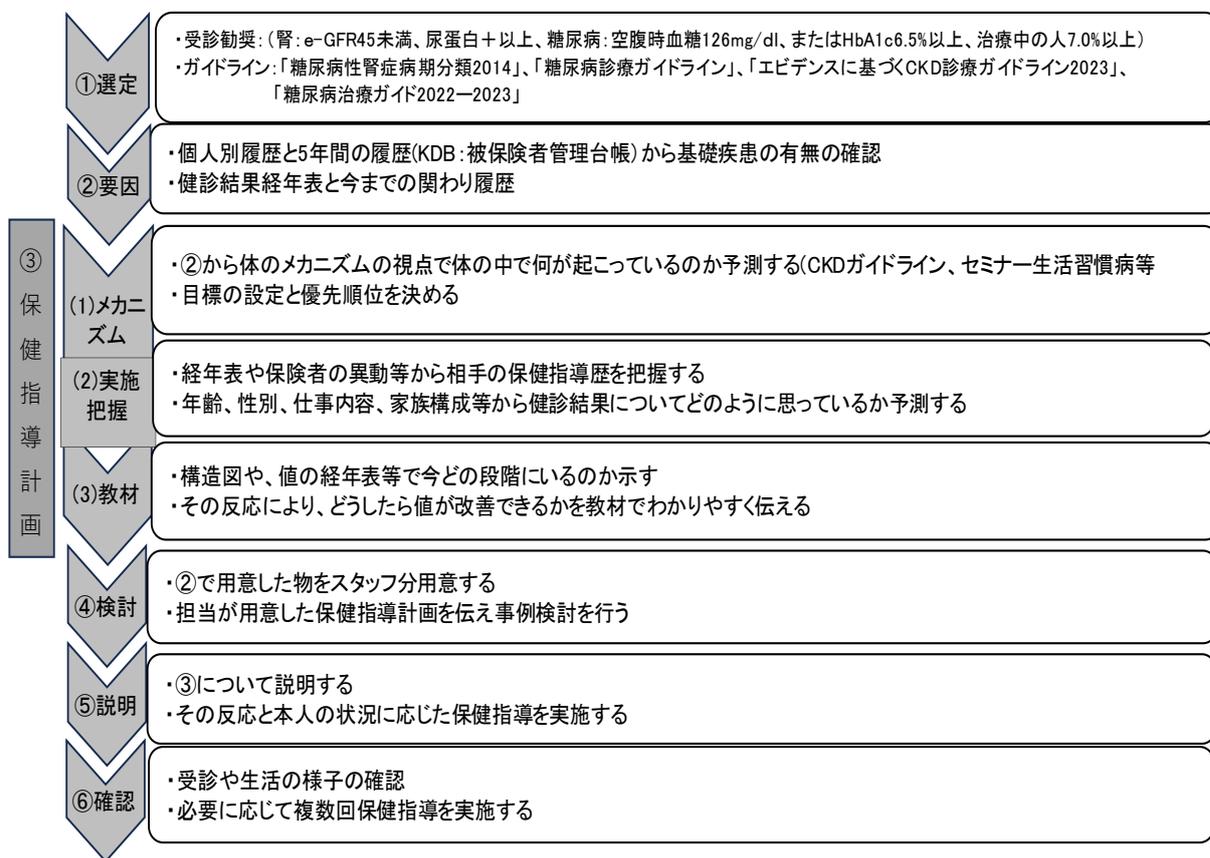
1) 基本的な考え方

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

なお、取組にあたっては(図表 52)に沿って実施します。

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

図表 52 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

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

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

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

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

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

出典・参照: 糖尿病治療ガイド 2022-2023

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していきます。座間味村においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握が難しいです。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。本村でも、その結果を基に対象者を抽出していきます。

②基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。

座間味村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、6人(46.2%・F)でした。

また、40～74歳における糖尿病治療者61人のうち、特定健診受診者が24人(13.0%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者30人(49.2%・I)については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③介入方法と優先順位

(図表54)より座間味村における介入方法を以下のとおりとします。

優先順位1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・6人
- ・確実に医療機関に繋ぐよう保健指導・受診勧奨の徹底

優先順位2

【保健指導】

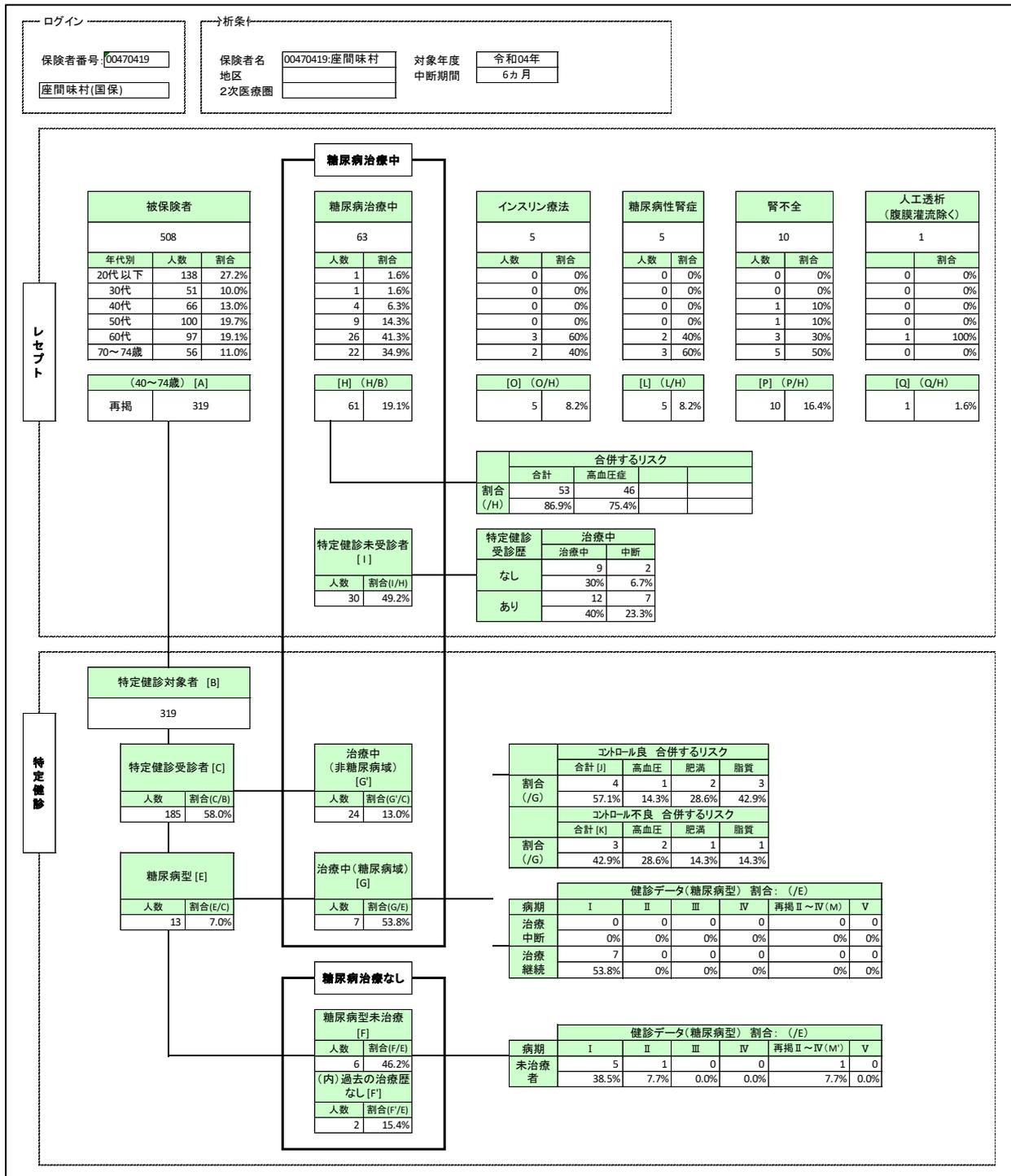
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者(K)・・・3人
- ・治療中断しない(継続受診)のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

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
- ・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
- ・特定健診の受診勧奨

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。座間味村においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っています。

図表 55 令和4年度版 なぜ治療が必要なのかを学習するための資料

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

令和4年度版 なぜ治療が必要なのかを学習するための教材(青本)	
5	血圧と腎臓の関係
R4沖・治5-01	腎機能の経過をみよう(GFRのグラフ)
R4沖・治5-02	年齢による腎機能(GFR)の低下速度～私の腎臓はこれからどうなるか～
R4沖・治5-03	CKDには健診結果以外にも下のようなリスクが関係しています
R4沖・治5-04	高血圧と腎臓 血圧が高いと腎臓は・・・
R4沖・治5-05	肥満や高血糖になると腎臓では何が起こるのでしょうか？
R4沖・治5-06	高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？
R4沖・治5-07	尿検査eGFRで異常が出た方へ どの科でどんな検査が必要なの？
R4沖・治5-08	自分はどの位置にいるのか、コントロール目標、腎臓の構造
R4沖・治5-09	進行を遅らせるための目標値
R4沖・治5-10	治療や食事の改善で腎機能の改善も期待できます
R4沖・治5-11	治療を開始し、体重を減らして尿蛋白が正常となり、腎機能も改善したAさん
R4沖・治5-12	治療を継続し、体重を減らして尿蛋白が正常になり腎機能も改善したBさん
令和4年度版 沖縄 食ノート(赤本)	
1.	栄養指導対象者の明確化
2.	脂肪細胞の特性～肥満の本態を理解～
3.	脂肪細胞の特性～肥満の解決～
4.	A-② 原因として見えてきた食品から500kcal減らす 私はどのタイプかな？
5.	B 短鎖脂肪酸の役割が、解決のポイント
6.	血管内皮を守る
7.	栄養指導の基本 ～あなたにとっての食べ方～
8.	資料箱 ～ポピュレーションアプローチ～
その他	
	令和5年度沖縄県保険者協議会特定保健指導研修会より、 ・脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります ・食べる時間とインスリン分泌 ・お腹がすく時間はいつですか？～分食という方法～ など

(2) 二次健診を活用した重症化予防

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため、可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは、二次健診等で尿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すことが望まれますが、本村での医療資源は限られていることから、二次健診の活用が困難です。

しかしながら、特定健診受診者のうち約1割は個別に、島外にて健診を受診しており、医療機関によっては二次健診の案内を実施しております。そのため、本村では、個別健診にて二次健診が必要となった方に対して、受診勧奨と結果に応じた保健指導の取り組みを目指します。

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、経年表やI表等の作成や、教材等を活用し、住民とともに確認しながら情報を医療機関と共有していきます。

(2) 治療中の者への対応

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

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

②保健指導対象者に対する評価

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

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		突合表	座間味村										同規模保険者（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	499人		499人		488人		468人		481人					
	②	(再掲) 40-74歳	299人		289人		290人		291人		302人					
2	①	対象者数	270人		272人		274人		283人		270人					
	②	特定健診 受診者数	187人		175人		176人		188人		187人					
	③	受診率	--		--		--		--		--					
3	①	特定 対象者数	23人		28人		30人		33人		24人					
	②	保健指導 実施率	65.2%		75.0%		86.7%		66.7%		75.0%					
4	①	糖尿病型	E	10人	5.3%	18人	10.3%	17人	9.7%	20人	10.6%	20人	10.7%			
	②	未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	3人	30.0%	9人	50.0%	7人	41.2%	7人	35.0%	6人	30.0%			
	③		G	7人	70.0%	9人	50.0%	10人	58.8%	13人	65.0%	14人	70.0%			
	④	治療中（質問票 服薬あり）	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	2人	28.6%	4人	44.4%	3人	30.0%	8人	61.5%	3人	21.4%		
	⑤			K	1人	50.0%	1人	25.0%	0人	0.0%	5人	62.5%	2人	66.7%		
	⑥	肥満 BMI25以上	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	M	1人	50.0%	2人	50.0%	1人	33.3%	4人	50.0%	1人	33.3%		
	⑦														第1期 尿蛋白（-）	9人
	⑧	第2期 尿蛋白（±）	0人	0.0%	1人	5.6%	1人	5.9%	2人	10.0%	1人	5.0%				
	⑨	第3期 尿蛋白（+）以上	0人	0.0%	3人	16.7%	4人	23.5%	3人	15.0%	3人	15.0%				
	⑩	第4期 eGFR30未満	1人	10.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%				
	⑪			46.1人		36.1人		45.1人		62.0人		70.7人				
⑫	(再掲) 40-74歳（被保険者千対）		76.9人		62.3人		75.9人		99.7人		109.3人					
⑬	レセプト 件数 (40-74歳) (1)内は新規患者 千	入院外（件数）	86件 (295.5)		95件 (331.0)		99件 (342.6)		115件 (377.0)		127件 (439.4)		136,930件 (893.2)			
⑭		入院（件数）	1件 (3.5)								658件 (4.3)					
⑮	糖尿病治療中		H	23人	4.6%	18人	3.6%	22人	4.5%	29人	6.2%	34人	7.1%			
⑯	(再掲) 40-74歳		I	23人	7.7%	18人	6.2%	22人	7.6%	29人	10.0%	33人	10.9%			
⑰	健診未受診者		O	16人	69.6%	11人	61.1%	12人	54.5%	16人	55.2%	19人	57.6%			
⑱	インスリン治療		L	3人	13.0%	4人	22.2%	3人	13.6%	1人	3.4%	3人	8.8%			
⑲	(再掲) 40-74歳			3人	13.0%	4人	22.2%	3人	13.6%	1人	3.4%	3人	9.1%			
⑳	糖尿病性腎症			5人	21.7%	5人	27.8%	7人	31.8%	4人	13.8%	3人	8.8%			
㉑	(再掲) 40-74歳			5人	21.7%	5人	27.8%	7人	31.8%	4人	13.8%	3人	9.1%			
㉒	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			1人	4.3%	1人	5.6%	1人	4.5%	1人	3.4%	1人	2.9%			
㉓	(再掲) 40-74歳			1人	4.3%	1人	5.6%	1人	4.5%	1人	3.4%	1人	3.0%			
㉔	新規透析患者数			0	0	0	0	0	0	0	0	0				
㉕	(再掲) 糖尿病性腎症			0	0	0	0	0	0	0	0	0				
㉖	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)															
6	①	総医療費	1億2647万円		1億6147万円		1億2106万円		1億2612万円		1億2196万円		2億6175万円			
	②	生活習慣病総医療費	6140万円		7947万円		6347万円		6690万円		5423万円		1億4021万円			
	③	(総医療費に占める割合)	48.5%		49.2%		52.4%		53.0%		44.5%		53.6%			
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	5,349円		5,170円		7,163円		3,161円		5,319円		8,820円		
	⑤		健診未受診者	53,061円		64,842円		53,129円		67,605円		48,858円		40,357円		
	⑥	糖尿病医療費	214万円		238万円		223万円		236万円		238万円		1572万円			
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	3.5%		3.0%		3.5%		3.5%		4.4%		11.2%			
	⑧	糖尿病入院外総医療費	940万円		983万円		1075万円		1297万円		1256万円					
	⑨	1件あたり	35,065円		32,782円		32,584円		32,513円		30,859円					
	⑩	糖尿病入院総医療費	2098万円		2913万円		1306万円		1635万円		1857万円					
	⑪	1件あたり	874,150円		1,040,417円		621,684円		710,845円		807,435円					
	⑫	在院日数	20日		21日		25日		27日		26日					
	⑬	慢性腎不全医療費	215万円		872万円		917万円		600万円		344万円		957万円			
⑭	透析有り	156万円		851万円		914万円		597万円		344万円		862万円				
⑮	透析なし	59万円		22万円		2万円		3万円		96万円						
7	①	介護給付費	1億0543万円		1億0167万円		9541万円		8747万円		6631万円		3億5514万円			
	②	(2号認定者) 糖尿病合併症	0件 #####		0件 #####		0件 #####		0件 #####		0件 #####					
8	①	死亡 糖尿病（死因別死亡数）	0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%		1人 9.1%		0人 0.0%		267人 1.0%			

出典・参照：KDB システム改変

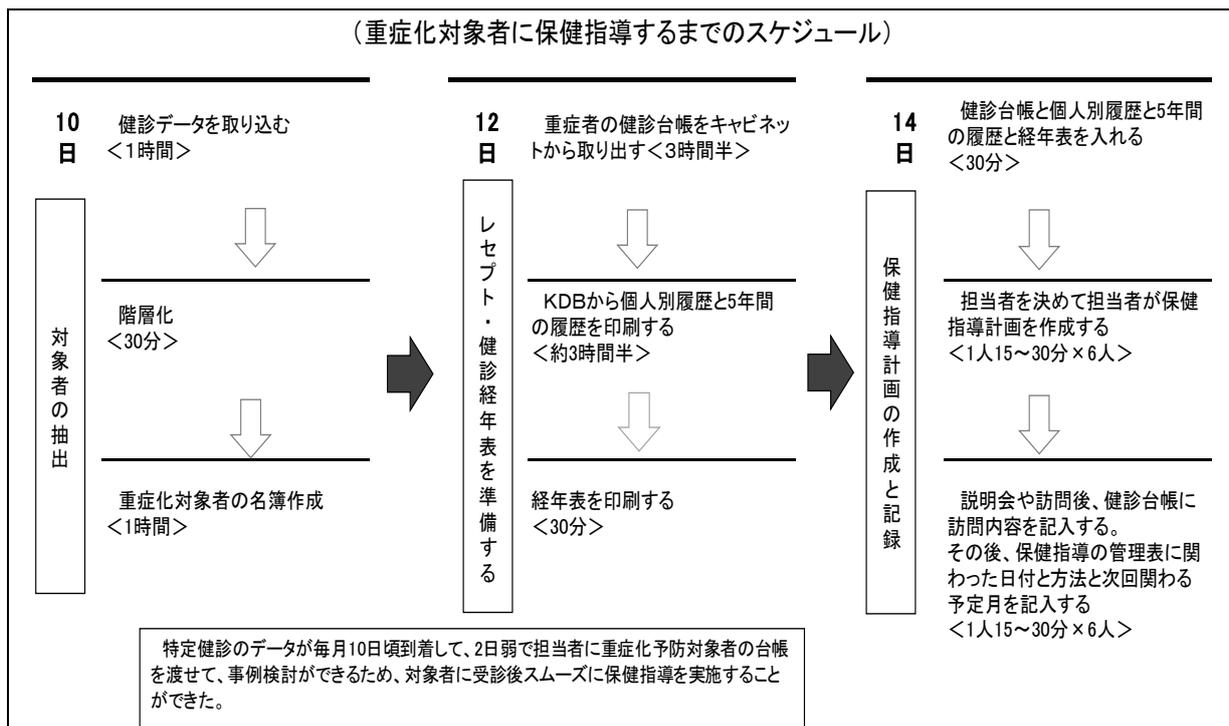
7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

図表 57 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

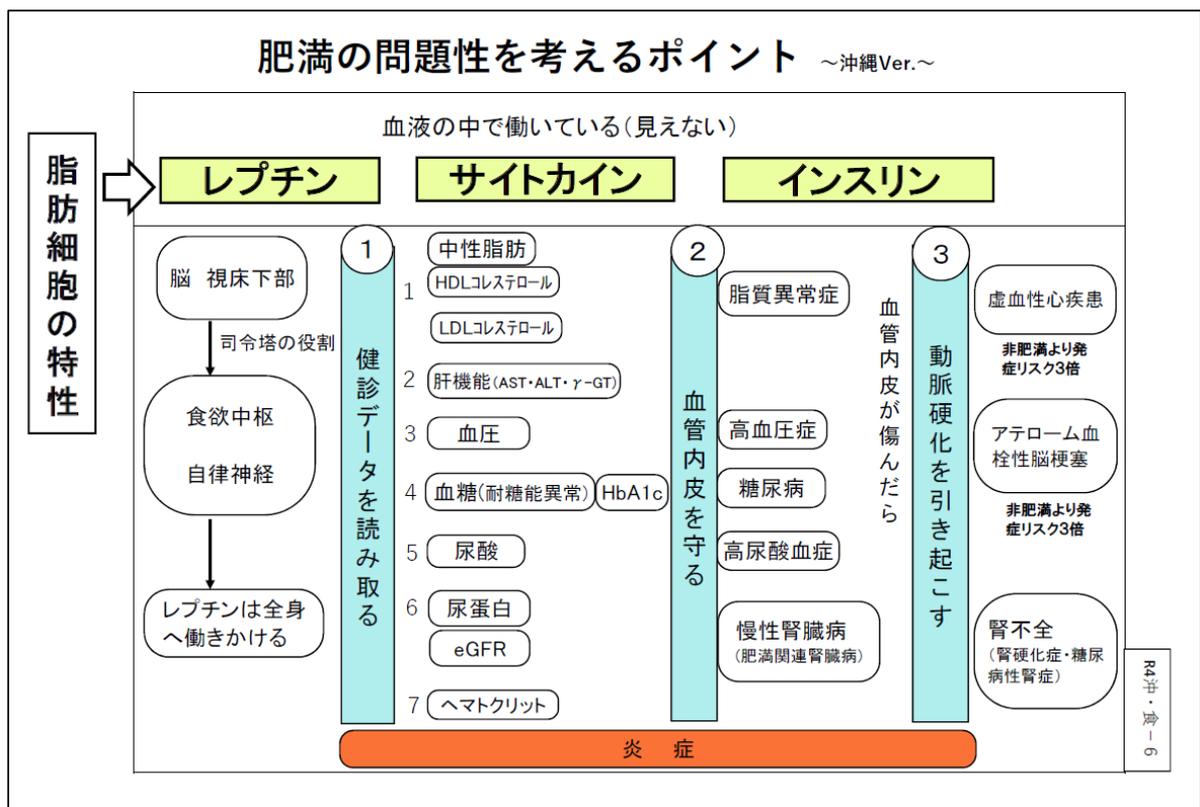
1) 基本的な考え方

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

「メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することである。従ってメタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結は心血管病であり、診断は心血管病予防のためにおこなう。また、メタボリックシンドロームは2型糖尿病発症のリスクも高いとされており、本診断基準を用いた保健指導が現在我が国で急増している2型糖尿病予防さらには糖尿病性大血管症の予防にも適用しうれば望ましい。」(メタボリックシンドロームの定義と診断基準より)

なお、取組みにあたっては図表 58 に基づいて考えていきます。

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



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

2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 59 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳		
総数	127	60	27	21	20	20	6	1	1	0	0	0	
			21.3%	35.0%	15.7%	33.3%	4.7%	1.7%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	
再掲	男性	67	37	17	17	12	17	4	0	1	0	0	0
				25.4%	45.9%	17.9%	45.9%	6.0%	0.0%	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%
再掲	女性	60	23	10	4	8	3	2	1	0	0	0	0
				16.7%	17.4%	13.3%	13.0%	3.3%	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

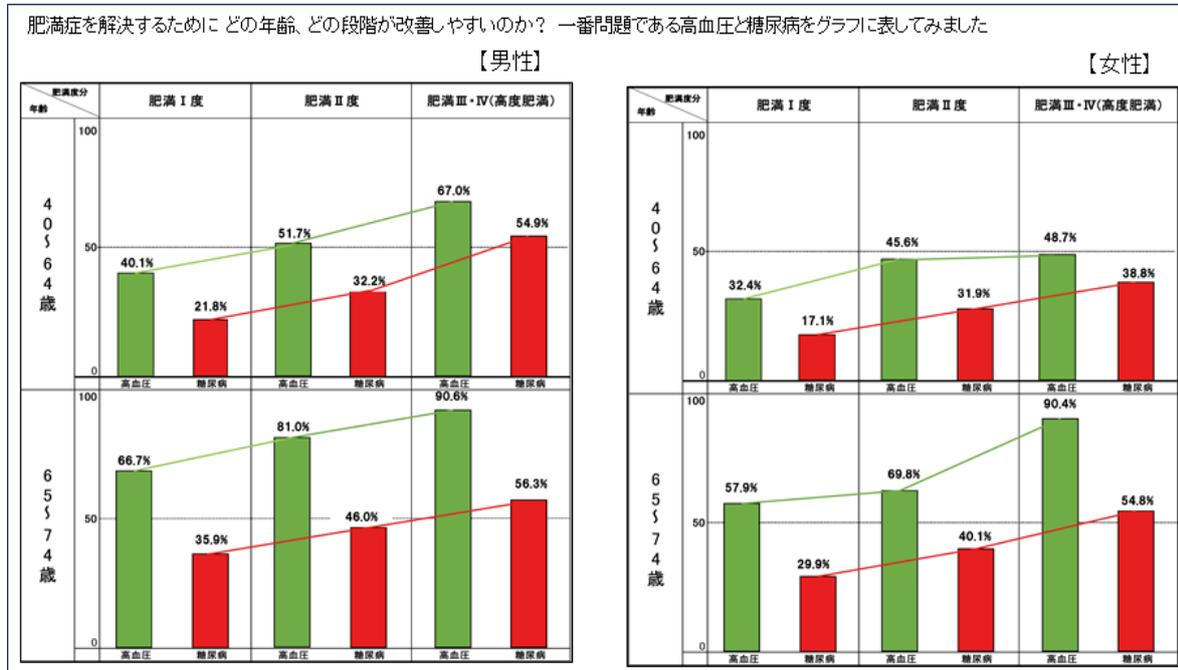
出典・参照：特定健診等データ管理システム

(2) 優先順位をつけます。

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

① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます。

図表 60 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？



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

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

生活	I 度 25~29.9		II 度 30~34.9		III 度 35~39.9		IV 度 40~		
	食事	食欲	満腹感なく食べ過ぎてしまう。 心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない	夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない	食べ始めたらずまらない ストレスを感じると食べる お腹すいてなくても食べたくなる 食べっ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 夜中起きて食べてしまう 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
排泄	排便			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	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	
動作	歩行	疲労感がある	長く歩くと息切れがする 階段を上るとき息切れする 坂道は息が切れる 運動するとすぐ息切れする	体重で足裏が痛い 階段を降りる時に体を支えられず転びそうになる ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない 歩くと足がしびれる	200m歩くにも呼吸が苦しい 歩いたら苦しくなるので横になっている だるくて寝ていることが多い	日常動作		屈めず、足の爪を切ることができない 朝起きると体重で手がしびれて色が変わっている 運動すると数日だるくなる 身体が動かすづらい	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 仕事時時々胸の息苦しさ 1年前から動機あり、休憩しながら仕事していた 胸が痛くなることある。止まるんじゃないかとグツと	動機がする 胸が締め付けられる感じ、6年前から時々起こる 心臓が大きくなっているといわれた 少し動いただけでも心臓がきつい	仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める 仰向けには寝れないいつも横向きに寝ている 心臓はスピードのある作業するとバクバクする	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	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)

まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満 3 度・4 度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要がある。そのことは、(図表 61)の「日常生活」で困っている住民の声からも深刻です。

次に(図表 60)をみると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることより、未だ両疾患の発症が 50%に満たない肥満 I 度で、若い年代(40~64 歳)を対象とすることが効率いいことがわかります。

③心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者または予備軍

図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例(例示)

事例 N°	性別	発症年齢	KDBから把握 レセプト								特定健診	転帰		
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患							
			脳出血	脳梗塞	狭心症	急性心筋梗塞	高血圧	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症			介護	
1	男	50代		●						●			予備軍	
2	女	70代		●	●			●	●	●			メタボ	
3	男	60代	●					●		●	●		非該当	
4	男	70代		●				●					非該当	
5	男	40代			●					●			不明	

座間味村調べ

3)対象者の明確化

図表 63 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70~74歳	総数	40代	50代	60代	70~74歳	
健診受診者	A	104	17	38	35	14	83	23	28	21	11	
メタボ該当者	B	31	1	13	12	5	5	0	2	2	1	
	B/A	29.8%	5.9%	34.2%	34.3%	35.7%	6.0%	0.0%	7.1%	9.5%	9.1%	
再掲	① 3項目全て	C	10	0	3	5	2	1	0	0	0	1
		C/B	32.3%	0.0%	23.1%	41.7%	40.0%	20.0%	—	0.0%	0.0%	100.0%
	② 血糖+血圧	D	4	0	1	1	2	1	0	1	0	0
		D/B	12.9%	0.0%	7.7%	8.3%	40.0%	20.0%	—	50.0%	0.0%	0.0%
	③ 血圧+脂質	E	17	1	9	6	1	2	0	0	2	0
		E/B	54.8%	100.0%	69.2%	50.0%	20.0%	40.0%	—	0.0%	100.0%	0.0%
	④ 血糖+脂質	F	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
		F/B	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	20.0%	—	50.0%	0.0%	0.0%

出典・参照：KDB システム改変 様式(5-3)

図表 64 メタボリック該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
				あり		なし					あり		なし			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合		
総数	104	31	29.8%	23	74.2%	8	25.8%	83	5	6.0%	5	100.0%	0	0.0%		
40代	17	1	5.9%	1	100.0%	0	0.0%	23	0	0.0%	0	---	0	---		
50代	38	13	34.2%	7	53.8%	6	46.2%	28	2	7.1%	2	100.0%	0	0.0%		
60代	35	12	34.3%	10	83.3%	2	16.7%	21	2	9.5%	2	100.0%	0	0.0%		
70~74歳	14	5	35.7%	5	100.0%	0	0.0%	11	1	9.1%	1	100.0%	0	0.0%		

出典・参照：特定健診等データ管理システム

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

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 64)は、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

また、(図表 62)心・脳血管疾患を発症した事例を整理すると、その半数がメタボリックシンドローム該当者または予備軍です。脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えた結果であると考えます。このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

(1) 対象者の選定基準の考え方

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

(2)対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、地区ごとに管理します。

4) 保健指導の実施

(1) 最新の脳科学を活用した保健指導

対象者への保健指導については、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン 2022 等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っています。

図表 65 令和 4 年度版 沖縄 食ノート 肥満を解決するための食の資料 Ver. 3 (沖縄県ヘルスアップ支援事業)

令和 4 年度版 沖縄 食ノート 肥満を解決するための食の資料 Ver.3	
<p>1. 栄養指導対象者の明確化</p> <p>R4沖・食 1 検査項目と各臓器</p> <p>R4沖・食 2 健診結果と生活との関連の読み取り</p> <p>R4沖・食 3 メタボリックシンドロームの構造図</p> <p>R4沖・食 4 肥満症の構造図</p> <p>R4沖・食 5 高インスリン状態は何を引き起こすのでしょうか</p> <p>2. 脂肪細胞の特性～肥満の本態を理解～</p> <p>R4沖・食 6 肥満の問題性を考えるポイント</p> <p>R4沖・食 7 体重 (BMI) ・健診結果に変化はありませんか?</p> <p>R4沖・食 8 健診データを見ながら考えます</p> <p>R4沖・食 9 脂肪細胞ってね①</p> <p>R4沖・食 10 脂肪細胞ってね②</p> <p>R4沖・食 11 脂肪細胞の中身はなんだと思いますか?</p> <p>3. 脂肪細胞の特性～肥満の解決～</p> <p>R4沖・食 12 肥満症診療ガイドライン2022の治療目標と健診データの改善</p> <p>R4沖・食 13 肥満 (脳の変調) の解決</p> <p>R4沖・食 14 脳の変調</p> <p>4. A-④ 原因として見えてきた食品から500kcal減らす 私ほどのタイプかな?</p> <p>R4沖・食 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 アイスクリューム</p> <p>R4沖・食 20 加工食品のことで知って欲しいことがあります</p> <p>R4沖・食 21 カップラーメン・袋麺</p> <p>R4沖・食 22 ファーストフード</p> <p>R4沖・食 23 よく食べている食べ物の中身 (肉・乳・加工品)</p> <p>R4沖・食 24 よく食べている食べ物の中身 (魚・卵・豆腐)</p> <p>R4沖・食 25 チャンプルー「みえるあぶら」「みえないあぶら」の組み合わせ</p> <p>R4沖・食 26 肝臓のお仕事には順番があります</p> <p>R4沖・食 27 アルコール早見表</p> <p>5. B 短鎖脂肪酸の役割が、解決のポイント</p> <p>R4沖・食 28 脂肪酸にはどんな特徴があるのでしょうか?</p> <p>R4沖・食 29 脳の変調を修正してくれる短鎖脂肪酸</p> <p>R4沖・食 30 食物繊維の仕事</p> <p>R4沖・食 31 「あなたのお腹の中で発酵食品がつかれます」 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 ～ビジュアルアプローチ～</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>

(2) 二次健診の実施

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

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

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

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

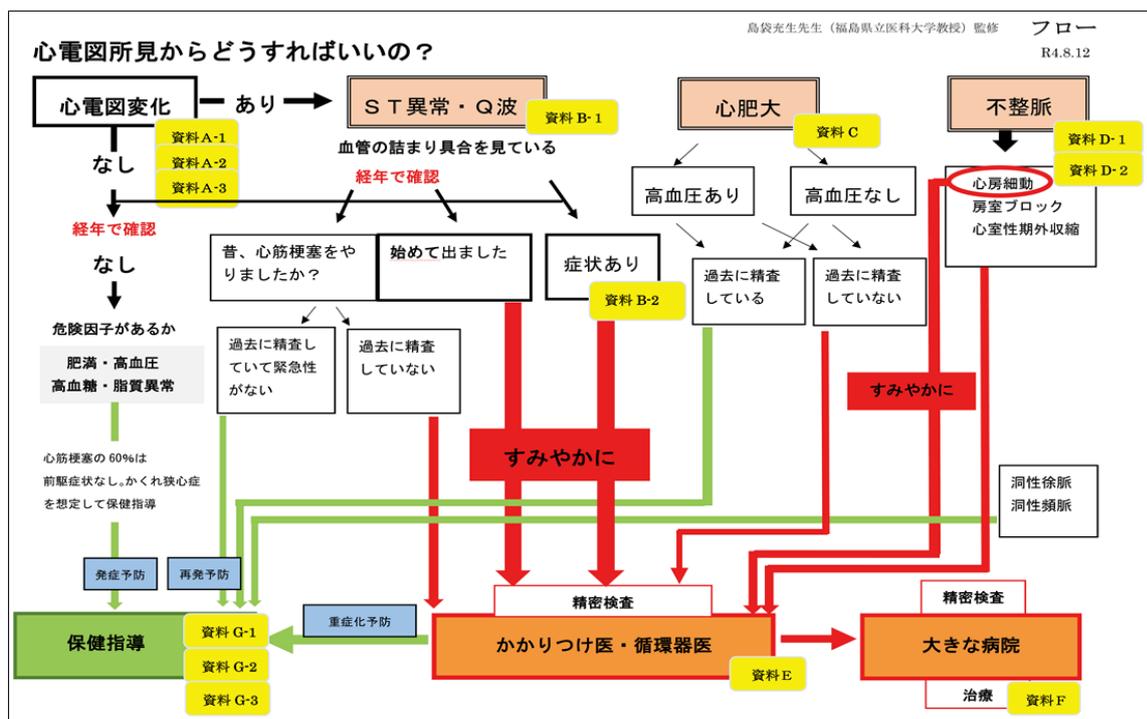
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

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 66)に基づいて考えます。

図表 66 心電図所見からのフロー図 (R4 沖・治 4-01)



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

(2) 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

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

座間味村においては、心電図検査実を 152 人(84.0%)に実施し、そのうち有所見者が 17 人(5.9%)でした。所見の中でも房室ブロックが 5 人(29.4%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表 67)

また、有所見者のうち要精査が 7 人(41.2%)で、その後の受診状況をみると 3 人(42.9%)は未受診でした。(図表 68)

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

図表 67 心電図検査結果

性別・年齢	所見	心電図検査		所見内訳																	
				ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈									
		実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
40~74歳		152	84%	17	11.2%	1	5.9%	3	17.6%	1	5.9%	0	0.0%	0	0.0%	5	29.4%	0	0.0%	0	0.0%
	男性	89	86%	11	12.4%	0	0.0%	1	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	9.1%	4	36.4%	0	0.0%	2	18.2%
	女性	63	81%	6	9.5%	1	16.7%	2	33.3%	1	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	16.7%	1	16.7%	0	0.0%

座間味村調べ(R4 年度)

図表 68 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	17		7	41.2%	4	57.1%	3	42.9%
男性	11	64.7%	4	36.4%	2	50.0%	2	50.0%
女性	6	54.5%	3	50.0%	2	66.7%	1	33.3%

座間味村調べ(R4 年度)

②心電図以外からの把握

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

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

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

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

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。個別に健診を受診された方において、医療機関から案内があった際には積極的に受診するよう働きかけていきます。

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 202 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

- ①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))、冠動脈CT(冠動脈石灰化)
- ②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)、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。医の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集します。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行います。その際は KDB 等の情報を活用する。

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

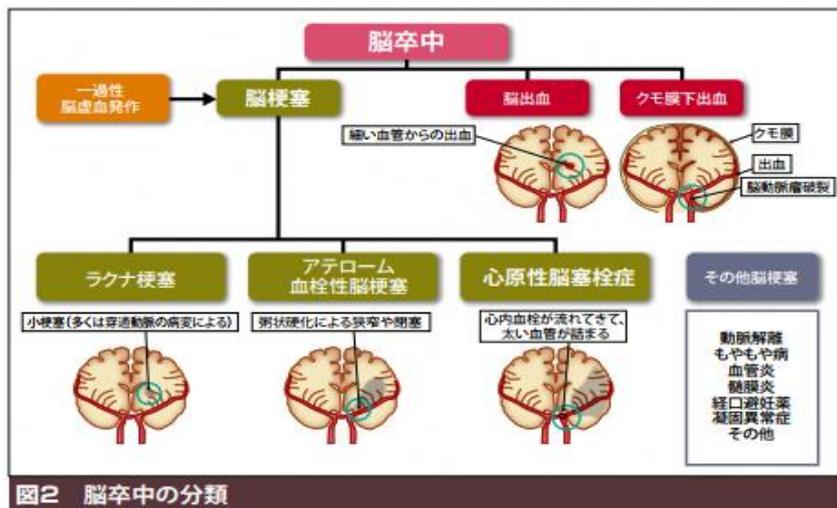
4. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

図表 72 脳卒中の分類

【脳卒中の分類】



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 73 脳血管疾患とリスク因子

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 ンドローム	慢性腎臓 病(CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。(図表 74)で見ると、高血圧の治療者103人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が7人(6.8%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が8人(18.6%)であり、そのうち6人(75%)は未治療者です。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が2人(3.8%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

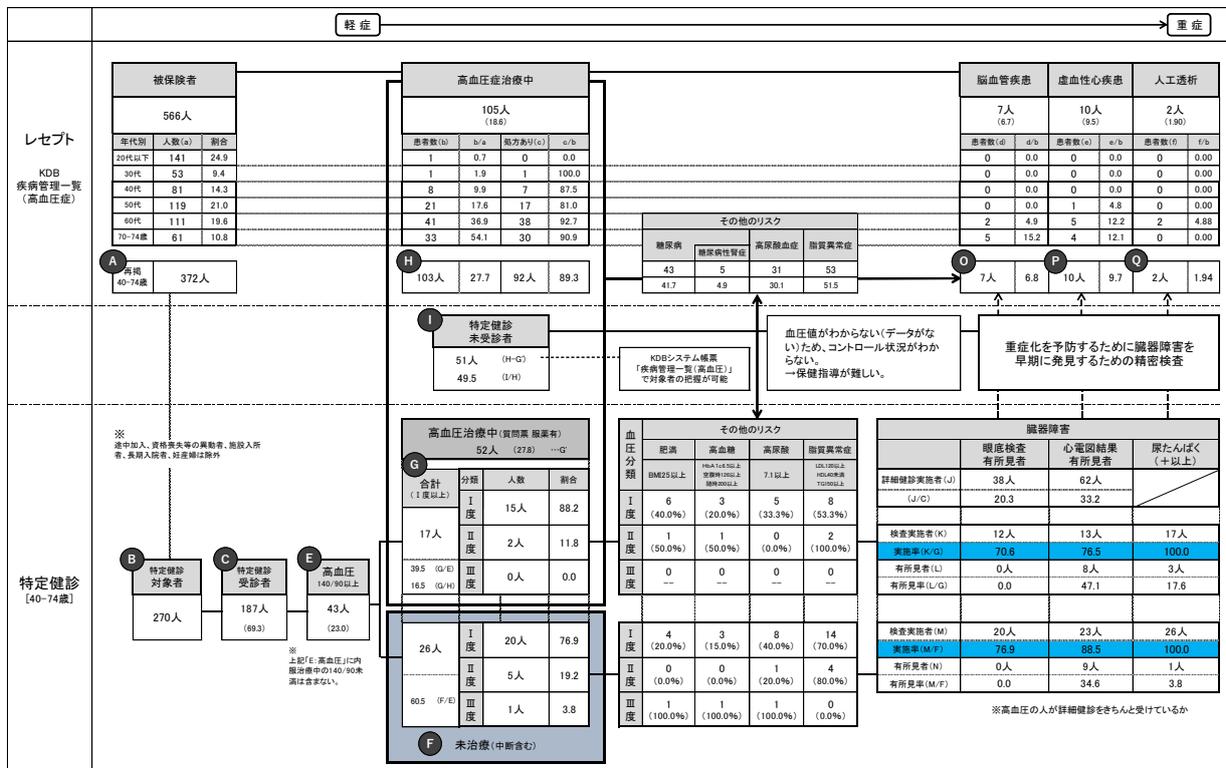
重症化を予防するための、臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)は、38人(20.3%)が実施している状況です。眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから、43人(23.0%・E)は、眼底検査を実施する必要があります。本村は、沖縄県健康づくり財団に委託しているため、集団健診にておいては健診医の協力にて眼底検査は取り組みできています。

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、全数実施を目標に働きかけをしていく必要があります。

図表 74 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

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



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

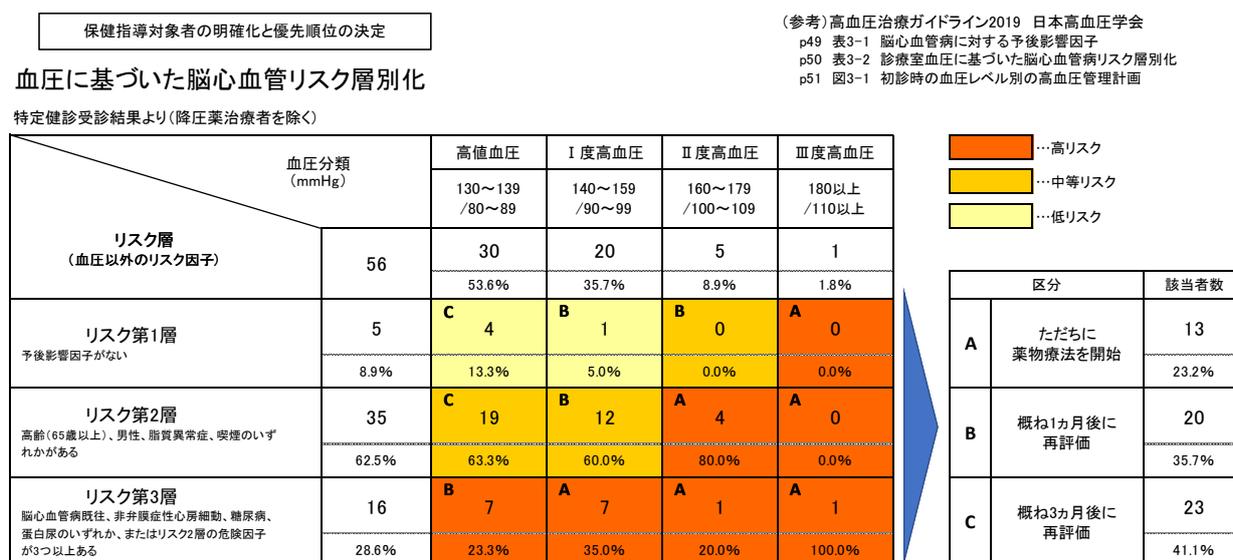
出典・参照: KDB システム改変、特定健診等データ管理システム

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

図表 75 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

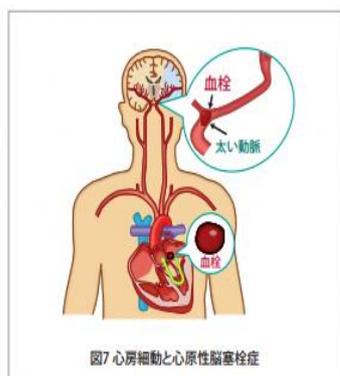


- ※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は)≥175、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
- ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
- ※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
- ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれ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

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

(図表 75)は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる(A)については、早急な受診勧奨が必要になってきます。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



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

(図表 76)は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 76 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	104	83	37	35.6%	25	30.1%	0	0.0%	0	0.0%	--	--
40代	17	23	4	23.5%	7	30.4%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	38	28	13	34.2%	6	21.4%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	35	21	14	40.0%	6	28.6%	0	0.0%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	14	11	6	42.9%	6	54.5%	0	0.0%	0	0.0%	3.4%	1.1%

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

出典：特定健診等データ管理システム

図表 77 心房細動有所見者の治療状況

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

座間味村調べ

心電図検査において心房細動の所見があったものはいませんでした。(図表 77)しかしながら、心房細動は脳梗塞のリスクであるため、所見がみられた場合は受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります。そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれます。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

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

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

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

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧以上を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていきます。

② 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行います。その際は KDB 等の情報を活用します。

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

座間味村は、令和6年度より沖縄県後期高齢者広域連合から事業を受託し、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の実施に取り組んでいきます。初年度となるため、沖縄県広域連合とも調整をしながら進めていきます。

具体的には、(図表 78)

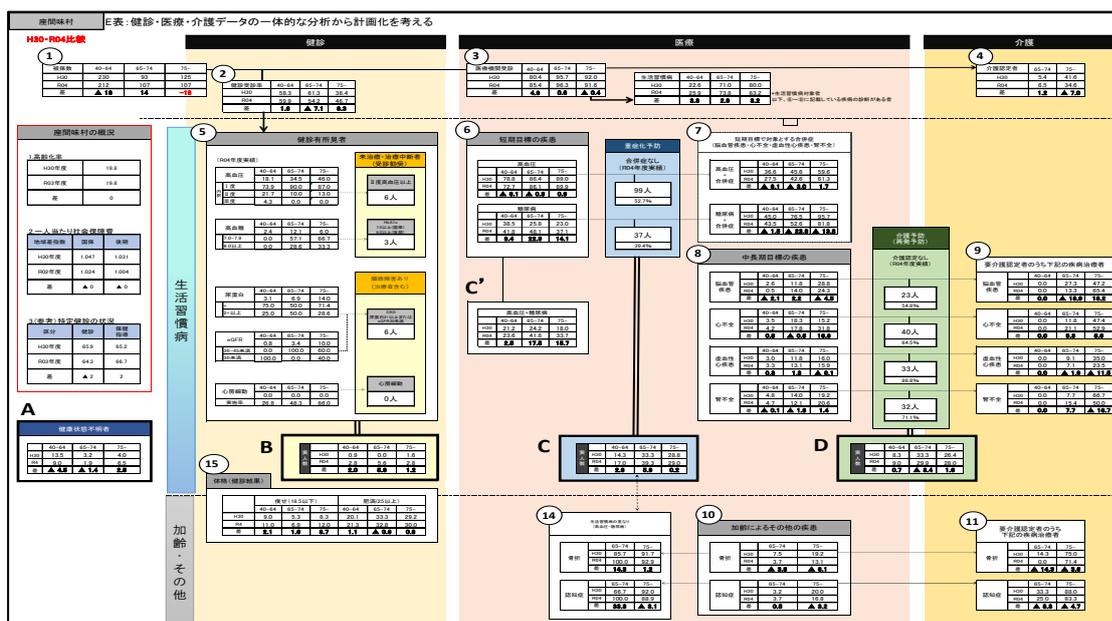
① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

KDB システム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

② 業務遂行、評価を共に実施する看護師、管理栄養士を配置

高血圧や高血糖で未治療等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のためのミニ講座など健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 78 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

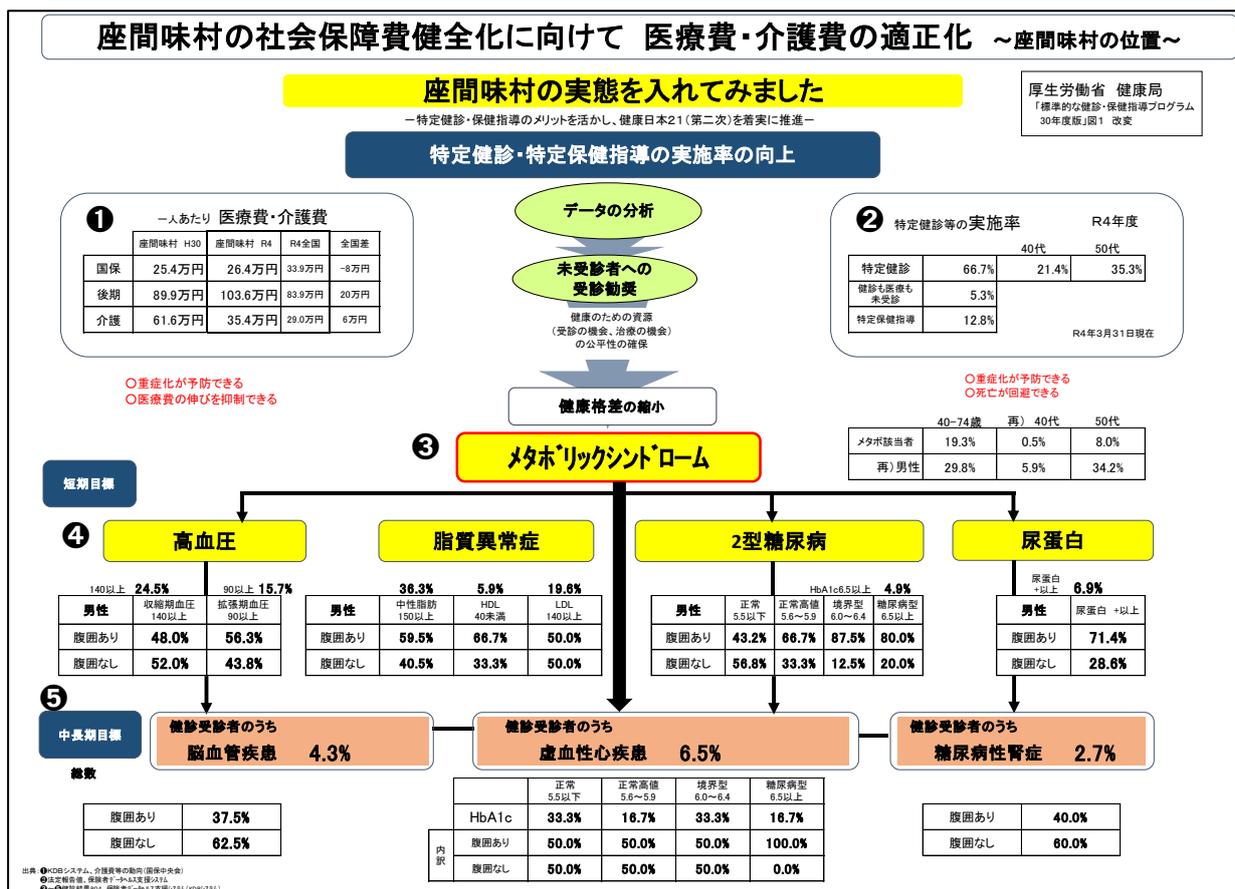


出典・参照：保険者データヘルス支援システム

V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く村民へ周知していきます。(図表 80, 81)

図表 80 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



出典・参照:厚労省
 特定健診法定報告
 保険者データヘルス支援システム

図表 81 統計からみえる沖縄県の食(例示)

統計からみえる沖縄の食 ~ 総務省統計局 家計調査 2019~2021年平均 ~

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

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

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。
また、計画の最終年度の令和11年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

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

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

- 参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた座間味村の位置
- 参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析
- 参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料7 HbA1c の年次比較
- 参考資料8 血圧の年次比較
- 参考資料9 LDL-C の年次比較

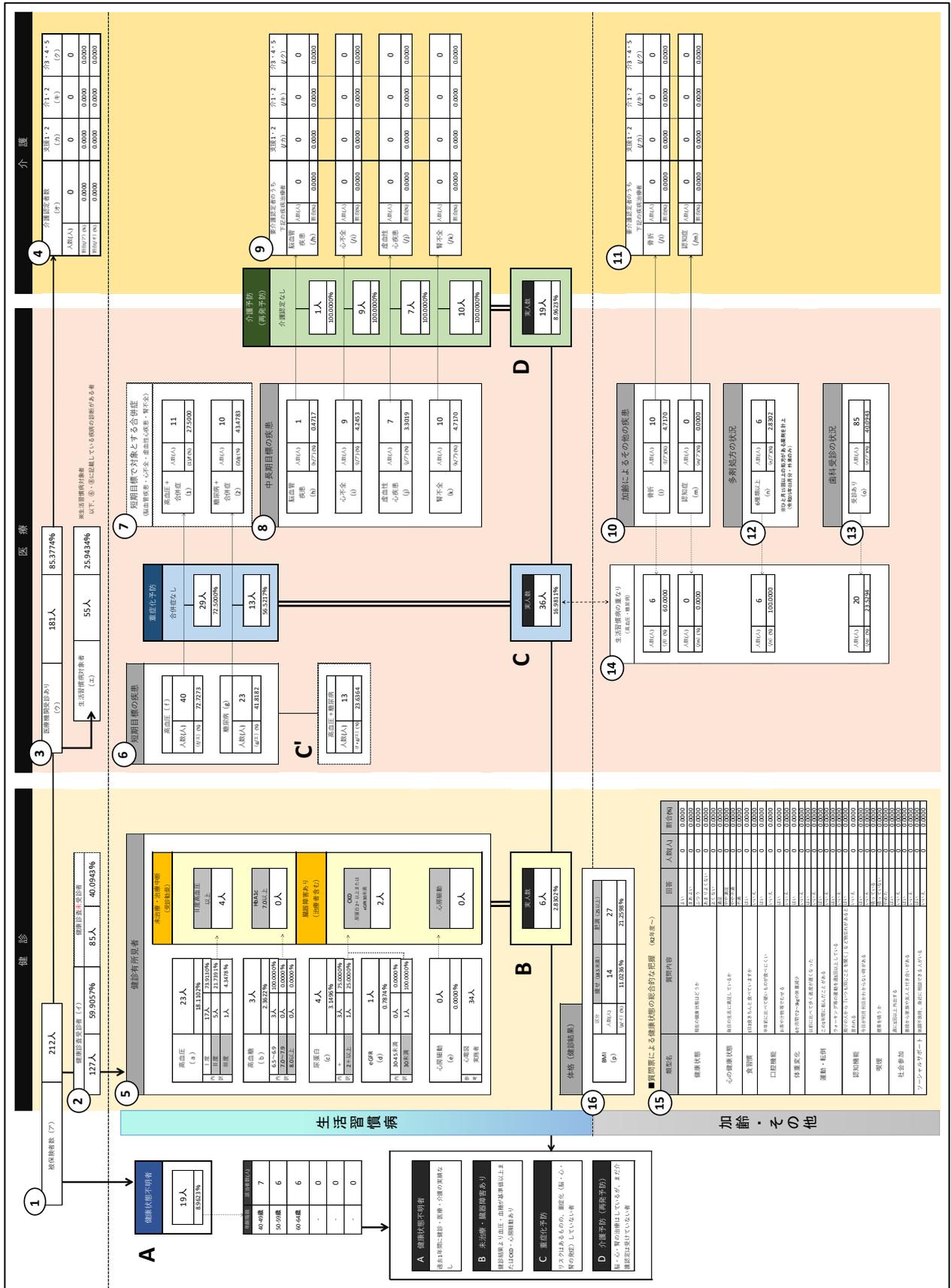
参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた座間味村の位置

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		892		727,328		1,439,108		123,214,261			
		65歳以上(高齢化率)		187	21.0	301,058	41.4	324,708	22.6	35,335,805	28.7	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	
		75歳以上		79	8.9	--	--	155,559	10.8	18,248,742	14.8		
		65～74歳		108	12.1	--	--	169,149	11.8	17,087,063	13.9		
		40～64歳		318	35.7	--	--	472,258	32.8	41,545,893	33.7		
	39歳以下		387	43.4	--	--	642,142	44.6	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業		2.1		22.3		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		5.5		20.6		15.1		25.0			
		第3次産業		92.4		57.2		80.0		71.0			
	③ 平均寿命	男性		80.2		80.5		80.3		80.8		KDB.NO.1	
女性		87.0		87.0		87.5		87.0					
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		77.0		79.3		79.3		80.1		地域全体像の把握		
	女性		85.6		84.2		84.2		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)		101.7		101.6		99.3		100		KDB.NO.1 地域全体像の把握	
		がん		1	25.0	3,423	47.4	3,274	49.7	378,272	50.6		
		心臓病		2	50.0	2,064	28.6	1,669	25.3	205,485	27.5		
		脳疾患		1	25.0	1,188	16.4	978	14.8	102,900	13.8		
		糖尿病		0	0.0	138	1.9	193	2.9	13,896	1.9		
		腎不全		0	0.0	267	3.7	272	4.1	26,946	3.6		
		自殺		0	0.0	146	2.0	205	3.1	20,171	2.7		
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計										厚労省HP 人口動態調査	
		男性											
	3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		41	22.5	59,331	19.9	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			3	0.5	933	0.3	835	0.3	110,289	0.3			
介護度別 総件数			要支援1.2		92	9.7	162,745	13.5	177,194	11.6	21,785,044	12.9	
			要介護1.2		291	30.8	568,999	47.1	546,973	35.9	78,107,378	46.3	
			要介護3以上		563	59.5	476,421	39.4	799,361	52.5	68,963,503	40.8	
2号認定者		0	--	856	0.38	2,135	0.45	156,107	0.38				
② 有病状況		糖尿病		8	15.2	13,461	21.6	11,465	17.4	1,712,613	24.3	KDB.NO.1 地域全体像の把握	
		高血圧症		25	47.2	33,454	54.3	28,893	43.8	3,744,672	53.3		
		脂質異常症		9	16.2	18,421	29.6	17,395	26.0	2,308,216	32.6		
		心臓病		27	50.0	37,325	60.8	31,994	48.6	4,224,628	60.3		
	脳疾患		9	22.1	13,424	22.1	14,271	21.9	1,568,292	22.6			
	がん		4	12.3	6,308	10.3	5,539	8.2	837,410	11.8			
	筋・骨格		28	55.3	33,542	54.6	29,667	44.9	3,748,372	53.4			
	精神		11	30.8	22,904	37.4	20,229	31.0	2,569,149	36.8			
③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		354,625	66,314,852	323,222	97,308,660,154	324,737	105,444,836,581	290,668	100,742,214,226,869	KDB.NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
	1件当たり給付費(全体)		70,100		80,543		69,211		59,662				
	居宅サービス		54,187		42,864		51,518		41,272				
	施設サービス		289,401		288,059		301,929		296,364				
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		15,375		9,108		11,002		8,610		KDB.NO.1 地域全体像の把握		
	認定あり 認定なし		4,943		4,544		4,796		4,020				
4	① 国保の状況	被保険者数		461		195,140		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		93	20.2			119,076	30.7	11,129,271	40.5		
		40～64歳		196	42.5			134,131	34.6	9,088,015	33.1		
		39歳以下		172	37.3			134,848	34.7	7,271,596	26.5		
	加入率		51.7		27.1		27.0		22.3				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		0		0.0		54		0.3		KDB.NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB.NO.1 地域全体像の把握	
		診療所数		2		4.3		703		3.6			
		病床数		0		0.0		4,267		21.9			
		医師数		2		4.3		641		3.3			
		外来患者数		465.0		653.6		541.1		687.8			
入院患者数		17.3		22.9		19.0		17.7					
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		264,565		県内38位 同規模261位		367,527		318,310		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		482,326		676.49		560,174		705,439				
	外来	費用の割合		51.1		55.1		53.6		60.4			
		件数の割合		96.4		96.6		96.6		97.5			
	入院	費用の割合		48.9		44.9		46.4		39.6			
		件数の割合		3.6		3.4		3.4		2.5			
1件あたり在院日数		17.6日		16.2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 (調剤含む)	がん	25,822,560	47.6	32.8	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)	3,444,870	6.4	6.1	12.0	8.2							
			糖尿病	2,382,680	4.4	11.2	8.3	10.4							
			高血圧症	3,333,110	6.1	6.5	4.8	5.9							
			脂質異常症	634,330	1.2	3.4	2.8	4.1							
			脳梗塞・脳出血	5,422,670	10.0	4.0	4.9	3.9							
			狭心症・心筋梗塞	2,420,800	4.5	2.8	3.3	2.8							
			精神	5,939,120	11.0	14.6	20.9	14.7							
	筋・骨格	4,654,620	8.6	17.4	16.0	16.7									
	⑤	一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	502	0.4	363	0.2	256	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費分析(中分類)				
				糖尿病	--	--	1,389	0.8	896	0.6		1,144	0.9		
				脂質異常症	--	--	76	0.0	67	0.0		53	0.0		
				脳梗塞・脳出血	11,545	8.9	6,827	4.1	6,789	4.6		5,993	4.5		
				虚血性心疾患	4,014	3.1	4,500	2.7	4,321	2.9		3,942	2.9		
腎不全				--	--	4,305	2.6	5,764	3.9	4,051		3.0			
⑤	一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	外来	高血圧症	6,728	5.0	12,436	6.1	7,107	4.2	10,143	4.9				
			糖尿病	5,169	3.8	21,206	10.5	12,437	7.3	17,720	8.6				
			脂質異常症	1,376	1.0	6,646	3.3	4,322	2.5	7,092	3.5				
			脳梗塞・脳出血	218	0.2	934	0.5	689	0.4	825	0.4				
			虚血性心疾患	1,381	1.0	1,857	0.9	1,444	0.8	1,722	0.8				
			腎不全	18,794	13.9	14,043	6.9	20,295	11.9	15,781	7.7				
⑥	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	健診受診者	1,107		2,915		1,408		2,031	KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題				
			健診未受診者	10,165		13,340		11,533		13,295					
		生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	5,319		8,820		5,718		6,142					
			健診未受診者	48,858		40,357		46,845		40,210					
⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者	94	51.6	37,634	58.3	46,750	60.4	3,881,055	57.0	KDB NO.1 地域全体像の把握				
		医療機関受診率	81	44.5	33,587	52.0	42,965	55.5	3,543,116	52.0					
		医療機関非受診率	13	7.1	4,047	6.3	3,785	4.9	337,939	5.0					
5	特定健診の状況	メタボ該当・予備群レベル	健診受診者	182		64,539		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	66.4	県内1位 同規模26位	46.7	33.7	全国39位	37.1						
			特定保健指導終了者(実施率)	0	0.0	1,693	21.0	3,636	32.2	107,925		13.4			
			非肥満高血糖	6	3.3	6,180	9.6	5,139	6.6	615,549		9.0			
			⑤	メタボ	該当者	36	19.8	14,327	22.2	20,034		25.9	1,382,506	20.3	
					男性	31	30.1	10,060	32.4	13,894		37.3	965,486	32.0	
					女性	5	6.3	4,267	12.8	6,140		15.3	417,020	11.0	
					予備群	18	9.9	7,996	12.4	11,411		14.7	765,405	11.2	
			⑥	県内市町村数	男性	17	16.5	5,688	18.3	7,753		20.8	539,738	17.9	
					女性	1	1.3	2,308	6.9	3,658		9.1	225,667	5.9	
			⑦	42市町村	メタボ該当・予備群レベル	総数	67	36.8	24,681	38.2		35,002	45.2	2,380,778	34.9
						男性	54	52.4	17,354	55.8		23,943	64.2	1,666,592	55.3
						女性	13	16.5	7,327	21.9		11,059	27.6	714,186	18.8
						総数	4	2.2	3,854	6.0		4,644	6.0	320,038	4.7
						男性	1	1.0	730	2.3		717	1.9	51,248	1.7
						女性	3	3.8	3,124	9.3		3,927	9.8	268,790	7.1
						血糖のみ	0	0.0	442	0.7		568	0.7	43,519	0.6
						血圧のみ	15	8.2	5,843	9.1		8,389	10.8	539,490	7.9
						脂質のみ	3	1.6	1,711	2.7		2,454	3.2	182,396	2.7
血糖・血圧	5	2.7				2,376	3.7	2,911	3.8	203,072	3.0				
血糖・脂質	1	0.5				714	1.1	896	1.2	70,267	1.0				
血圧・脂質	19	10.4				6,429	10.0	9,610	12.4	659,446	9.7				
血糖・血圧・脂質	11	6.0	4,808	7.4	6,617	8.5	449,721	6.6							
6	問診の状況	服薬 既往歴	高血圧	51	28.0	25,333	39.3	31,609	40.8	2,428,038	35.6	KDB NO.1 地域全体像の把握			
			糖尿病	14	7.7	6,949	10.8	8,123	10.5	589,470	8.7				
			脂質異常症	24	13.2	17,768	27.6	20,477	26.5	1,899,637	27.9				
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	1	0.6	2,096	3.3	2,472	3.4	207,385	3.1				
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	18	10.1	3,753	5.9	4,890	6.8	365,407	5.5				
			腎不全	0	0.0	596	0.9	534	0.7	53,898	0.8				
6	生活習慣の状況	喫煙 週3回以上朝食を抜く 週3回以上食後間食(～H29) 週3回以上就寝前夕食(H30～) 週3回以上就寝前夕食 食べる速度が速い 20歳時体重から10kg以上増加 1日30分以上運動習慣なし 1日1時間以上運動なし 睡眠不足 毎日飲酒 時々飲酒 一日飲酒量	喫煙	33	18.1	10,581	16.4	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	46	25.8	5,703	9.4	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～)	65	36.5	10,372	17.1	13,687	23.2	976,348	15.7				
			週3回以上就寝前夕食	65	36.5	10,372	17.1	13,687	23.2	976,348	15.7				
			食べる速度が速い	66	37.1	16,947	27.9	17,745	30.1	1,659,705	26.8				
			20歳時体重から10kg以上増加	66	37.1	22,295	36.6	27,557	46.4	2,175,065	35.0				
			1日30分以上運動習慣なし	90	50.6	41,418	67.6	34,075	57.8	3,749,069	60.4				
			1日1時間以上運動なし	71	39.9	29,178	47.8	26,211	44.3	2,982,100	48.0				
			睡眠不足	59	33.5	14,822	24.5	16,453	28.9	1,587,311	25.6				
			毎日飲酒	4	8.9	16,356	26.5	11,814	19.7	1,658,999	25.5				
			時々飲酒	36	80.0	14,214	23.0	17,885	29.8	1,463,468	22.5				
			一日飲酒量	39	31.7	22,091	54.9	20,349	50.2	2,978,351	64.1				
			2～3合	49	39.8	11,317	28.1	12,112	29.9	1,101,465	23.7				
3合以上	19	15.4	5,089	12.6	5,818	14.4	434,461	9.4							
1合未満	16	13.0	1,734	4.3	2,219	5.5	128,716	2.8							

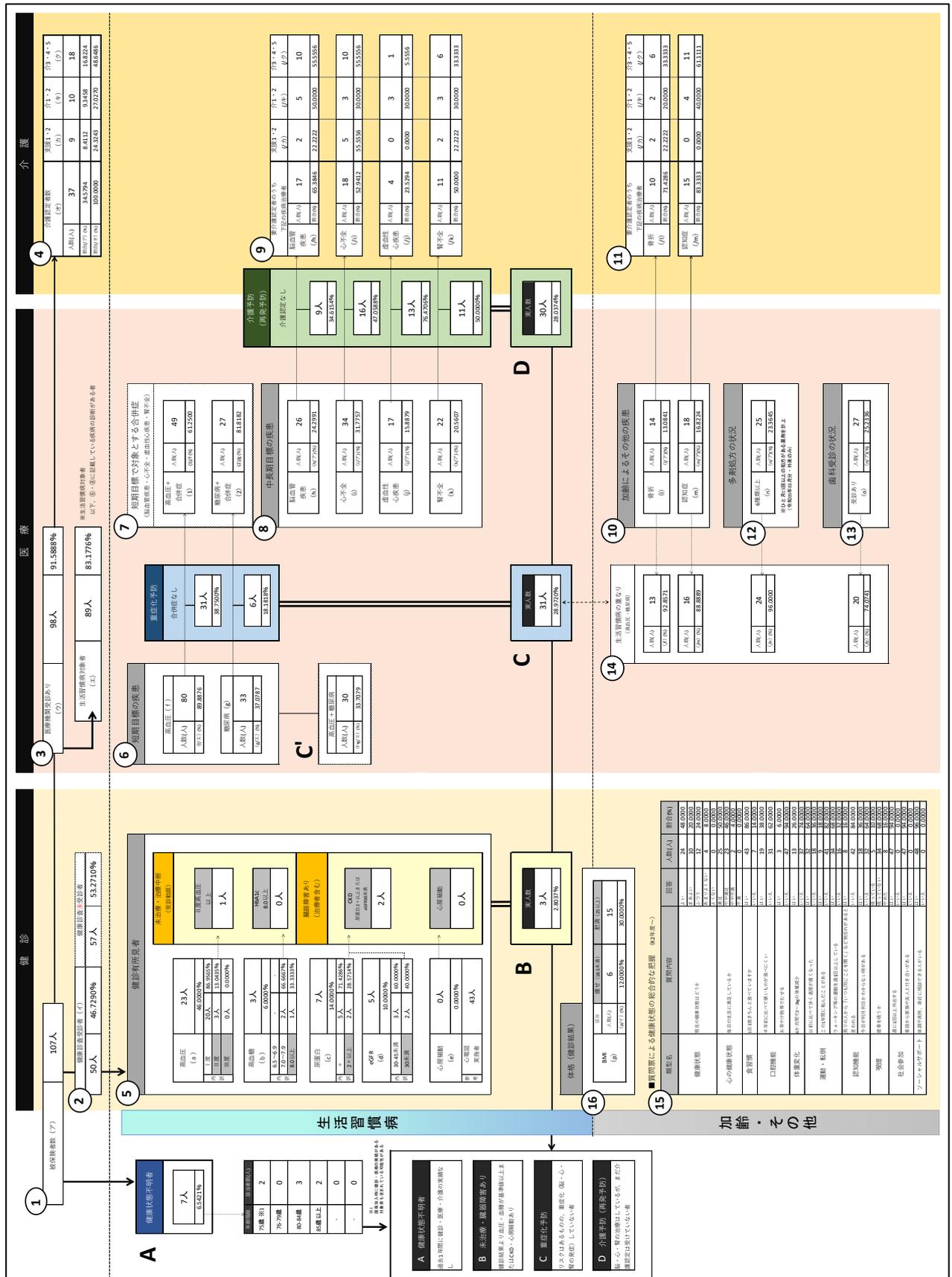
参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析 令和4年度

①40～64歳(国保)



出典・参照：保険者データヘルス支援システム

④75歳以上(後期)

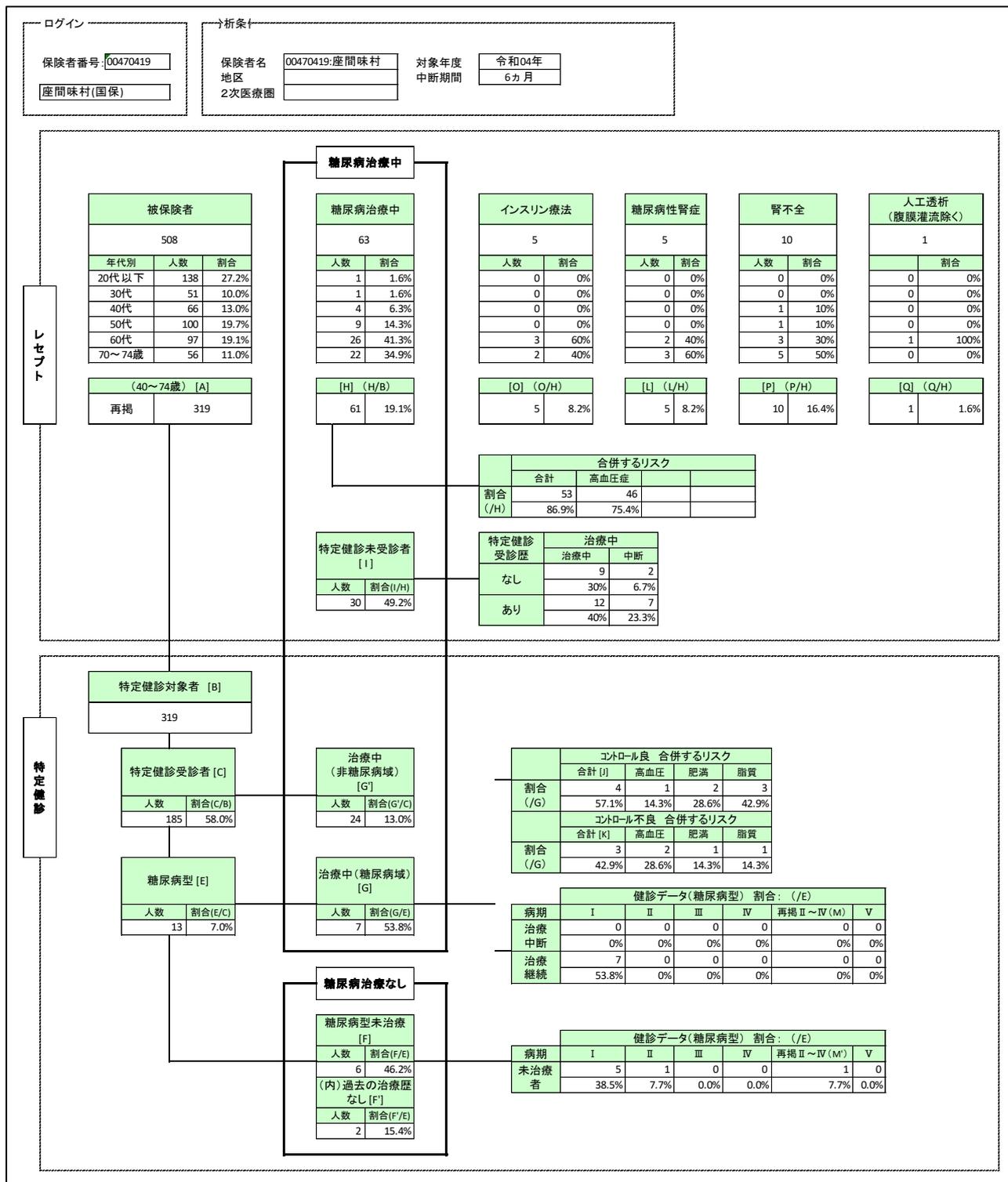


出典・参照：保険者データヘルス支援システム

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

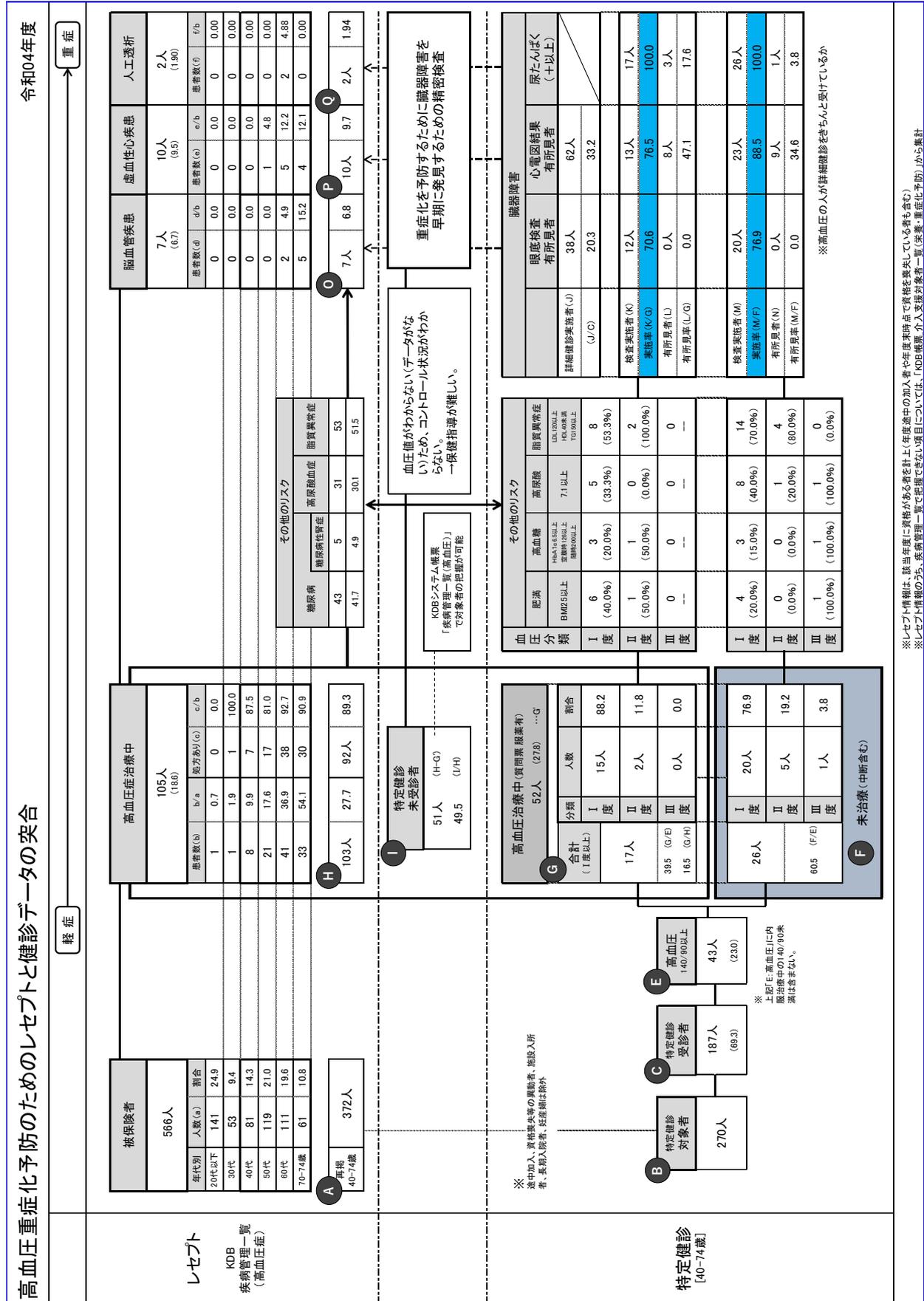
項目	実合表	座間味村										同規模保険者(平均)		データ基
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1 ① 被保険者数	A	499人		499人		488人		468人		481人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2
② (再掲) 40-74歳	A	299人		289人		290人		291人		302人				
2 ① 対象者数	B	270人		272人		274人		283人		270人				市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書
② 特定健診 受診者数	C	187人		175人		176人		188人		187人				
③ 受診率	C	--		--		--		--		--				
3 ① 特定 対象者数		23人		28人		30人		33人		24人				
② 保健指導 実施率		65.2%		75.0%		86.7%		66.7%		75.0%				
4 ① 健診 データ 糖尿病型	E	10人	5.3%	18人	10.3%	17人	9.7%	20人	10.6%	20人	10.7%			特定健診結果
② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	3人	30.0%	9人	50.0%	7人	41.2%	7人	35.0%	6人	30.0%			
③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	7人	70.0%	9人	50.0%	10人	58.8%	13人	65.0%	14人	70.0%			
④ コントロール不良	J	2人	28.6%	4人	44.4%	3人	30.0%	8人	61.5%	3人	21.4%			
⑤ HbA1c(20)またはHbA1c(20)以上		1人	50.0%	1人	25.0%	0人	0.0%	5人	62.5%	2人	66.7%			
⑥ 血圧 130/80以上		1人	50.0%	2人	50.0%	1人	33.3%	4人	50.0%	1人	33.3%			
⑦ 肥満 BMI25以上	K	5人	71.4%	5人	55.6%	7人	70.0%	5人	38.5%	11人	78.6%			
⑧ コントロール良好	M	9人	90.0%	14人	77.8%	11人	64.7%	15人	75.0%	16人	80.0%			
⑨ 第1期 尿蛋白(-)		0人	0.0%	1人	5.6%	1人	5.9%	2人	10.0%	1人	5.0%			
⑩ 第2期 尿蛋白(±)		0人	0.0%	3人	16.7%	4人	23.5%	3人	15.0%	3人	15.0%			
⑪ 第3期 尿蛋白(+)以上		1人	10.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%			
⑫ 第4期 eGFR30未満														
5 ① レセプト データ 糖尿病受療率(被保険者千対)		46.1人		36.1人		45.1人		62.0人		70.7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)		76.9人		62.3人		75.9人		99.7人		109.3人				
③ レセプト件数(40-74歳)		86件(295.5)		95件(331.0)		99件(342.6)		115件(377.0)		127件(439.4)		136.930件(893.2)		KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
④ 入院外(件数)				1件(3.5)								658件(4.3)		
⑤ 糖尿病治療中	H	23人	4.6%	18人	3.6%	22人	4.5%	29人	6.2%	34人	7.1%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2
⑥ (再掲) 40-74歳		23人	7.7%	18人	6.2%	22人	7.6%	29人	10.0%	33人	10.9%			
⑦ 健診未受診者	I	16人	69.6%	11人	61.1%	12人	54.5%	16人	55.2%	19人	57.6%			
⑧ インスリン治療	O	3人	13.0%	4人	22.2%	3人	13.6%	1人	3.4%	3人	8.8%			
⑨ (再掲) 40-74歳		3人	13.0%	4人	22.2%	3人	13.6%	1人	3.4%	3人	9.1%			
⑩ 糖尿病性腎症	L	5人	21.7%	5人	27.8%	7人	31.8%	4人	13.8%	3人	8.8%			
⑪ (再掲) 40-74歳		5人	21.7%	5人	27.8%	7人	31.8%	4人	13.8%	3人	9.1%			
⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		1人	4.3%	1人	5.6%	1人	4.5%	1人	3.4%	1人	2.9%			
⑬ (再掲) 40-74歳		1人	4.3%	1人	5.6%	1人	4.5%	1人	3.4%	1人	3.0%			
⑭ 新規透析患者数		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
⑮ (再掲) 糖尿病性腎症		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
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)														KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期
6 ① 医療費 データ 総医療費		1億2647万円		1億6147万円		1億2106万円		1億2612万円		1億2196万円		2億6175万円		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		6140万円		7947万円		6347万円		6690万円		5423万円		1億4021万円		
③ (総医療費に占める割合)		48.5%		49.2%		52.4%		53.0%		44.5%		53.6%		
④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	5,349円		5,170円		7,163円		3,161円		5,319円		8,820円		
⑤ 健診未受診者		53,061円		64,842円		53,129円		67,605円		48,858円		40,357円		
⑥ 糖尿病医療費		214万円		238万円		223万円		236万円		238万円		1572万円		
⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		3.5%		3.0%		3.5%		3.5%		4.4%		11.2%		
⑧ 糖尿病入院外総医療費		940万円		983万円		1075万円		1297万円		1256万円				
⑨ 1件あたり		35,065円		32,782円		32,584円		32,513円		30,859円				
⑩ 糖尿病入院総医療費		2098万円		2913万円		1306万円		1635万円		1857万円				
⑪ 1件あたり		874,150円		1,040,417円		621,684円		710,845円		807,435円				
⑫ 在院日数		20日		21日		25日		27日		26日				
⑬ 慢性腎不全医療費		215万円		872万円		917万円		600万円		344万円		957万円		
⑭ 透析有り		156万円		851万円		914万円		597万円		344万円		862万円		
⑮ 透析なし		59万円		22万円		2万円		3万円				96万円		
7 ① 介護 介護給付費		1億0543万円		1億0167万円		9541万円		8747万円		6631万円		3億5514万円		
② (2号認定者) 糖尿病合併症		0件 #####		0件 #####		0件 #####		0件 #####		0件 #####				
8 ① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	9.1%	0人	0.0%	267人	1.0%	KDB_健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

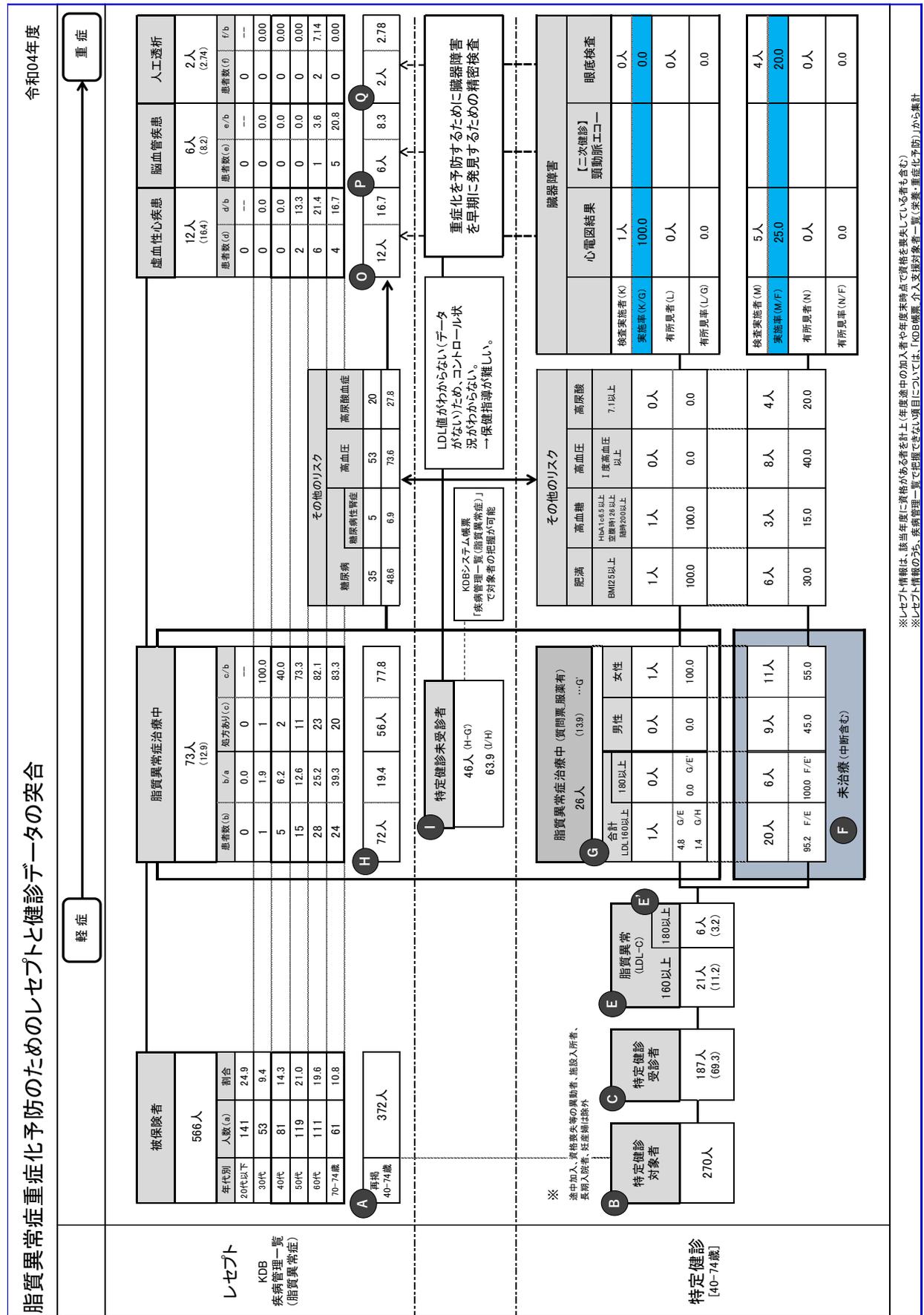


出典・参照: 保険者データヘルス支援システム

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

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									
			5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		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	184	121	65.8%	44	23.9%	10	5.4%	6	3.3%	0	0.0%	3	1.6%	3	1.6%	3	1.6%	
H30	187	128	68.4%	40	21.4%	14	7.5%	2	1.1%	1	0.5%	2	1.1%	2	1.1%	2	1.1%	
R01	175	81	46.3%	61	34.9%	20	11.4%	9	5.1%	1	0.6%	3	1.7%	4	2.3%	1	0.6%	
R02	176	96	54.5%	48	27.3%	22	12.5%	7	4.0%	2	1.1%	1	0.6%	1	0.6%	0	0.0%	
R03	188	98	52.1%	58	30.9%	19	10.1%	5	2.7%	4	2.1%	4	2.1%	4	2.1%	4	2.1%	
R04	187	124	66.3%	38	20.3%	14	7.5%	5	2.7%	4	2.1%	2	1.1%	3	1.6%	2	1.1%	

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

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		再掲		
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	割合			
											人数	割合
H29	184	121	44	10	9	4	5	4.9%	44.4%	55.6%	1.6%	4.9%
H30	187	128	40	14	5	2	3	2.7%	40.0%	60.0%	1.6%	2.7%
R01	175	81	61	20	13	6	7	7.4%	46.2%	53.8%	2.3%	7.4%
R02	176	96	48	22	10	5	5	5.7%	50.0%	50.0%	1.7%	5.7%
R03	188	98	58	19	13	4	9	6.9%	30.8%	69.2%	4.3%	6.9%
R04	187	124	38	14	11	3	8	5.9%	27.3%	72.7%	3.2%	5.9%

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										
			5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		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	5	2.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	60.0%	0	0.0%	2	40.0%	2	40.0%	2	40.0%
	H30	7	3.7%	0	0.0%	1	14.3%	3	42.9%	2	28.6%	0	0.0%	1	14.3%	1	14.3%	1	14.3%
	R01	9	5.1%	0	0.0%	0	0.0%	2	22.2%	4	44.4%	1	11.1%	2	22.2%	3	33.3%	0	0.0%
	R02	10	5.7%	0	0.0%	0	0.0%	5	50.0%	3	30.0%	1	10.0%	1	10.0%	1	10.0%	0	0.0%
	R03	13	6.9%	0	0.0%	1	7.7%	3	23.1%	4	30.8%	2	15.4%	3	23.1%	3	23.1%	3	23.1%
治療なし	H29	179	97.3%	121	67.6%	44	24.6%	10	5.6%	3	1.7%	0	0.0%	1	0.6%	1	0.6%	1	0.6%
	H30	180	96.3%	128	71.1%	39	21.7%	11	6.1%	0	0.0%	1	0.6%	1	0.6%	1	0.6%	1	0.6%
	R01	166	94.9%	81	48.8%	61	36.7%	18	10.8%	5	3.0%	0	0.0%	1	0.6%	1	0.6%	1	0.6%
	R02	166	94.3%	96	57.8%	48	28.9%	17	10.2%	4	2.4%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	R03	175	93.1%	98	56.0%	57	32.6%	16	9.1%	1	0.6%	2	1.1%	1	0.6%	1	0.6%	1	0.6%
R04	173	92.5%	124	71.7%	37	21.4%	9	5.2%	0	0.0%	2	1.2%	1	0.6%	2	1.2%	1	0.6%	

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

参考資料8 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	184	65	35.3%	24	13.0%	48	26.1%	39	21.2%	6	3.3%	2	1.1%
H30	187	65	34.8%	22	11.8%	46	24.6%	49	26.2%	5	2.7%	0	0.0%
R01	175	71	40.6%	24	13.7%	45	25.7%	29	16.6%	6	3.4%	0	0.0%
R02	176	72	40.9%	25	14.2%	49	27.8%	20	11.4%	9	5.1%	1	0.6%
R03	188	62	33.0%	30	16.0%	36	19.1%	45	23.9%	15	8.0%	0	0.0%
R04	187	78	41.7%	15	8.0%	51	27.3%	35	18.7%	7	3.7%	1	0.5%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲		再Ⅲ度高血圧	未治療	治療	割合
					再Ⅲ度高血圧	未治療	治療	割合	割合				
H29	184	89 48.4%	48 26.1%	39 21.2%	8	3	5	4.3%	37.5%	62.5%	4.3%	4.3%	
					2	1	1	1.1%	50.0%	50.0%	1.1%	1.1%	
H30	187	87 46.5%	46 24.6%	49 26.2%	5	2	3	2.7%	40.0%	60.0%	0.0%	2.7%	
					0	0	0	0.0%	#DIV/0!	#DIV/0!	0.0%	0.0%	
R01	175	95 54.3%	45 25.7%	29 16.6%	6	3	3	3.4%	50.0%	50.0%	0.0%	3.4%	
					0	0	0	0.0%	#DIV/0!	#DIV/0!	0.0%	0.0%	
R02	176	97 55.1%	49 27.8%	20 11.4%	10	7	3	5.7%	70.0%	30.0%	0.6%	5.7%	
					1	1	0	0.6%	100.0%	0.0%	0.6%	0.6%	
R03	188	92 48.9%	36 19.1%	45 23.9%	15	13	2	8.0%	86.7%	13.3%	0.0%	8.0%	
					0	0	0	0.0%	#DIV/0!	#DIV/0!	0.0%	0.0%	
R04	187	93 49.7%	51 27.3%	35 18.7%	8	6	2	4.3%	75.0%	25.0%	0.5%	4.3%	
					1	1	0	0.5%	100.0%	0.0%	0.5%	0.5%	

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	50	27.2%	6	12.0%	7	14.0%	14	28.0%	18	36.0%	4	8.0%	1	2.0%
	H30	47	25.1%	10	21.3%	4	8.5%	15	31.9%	15	31.9%	3	6.4%	0	0.0%
	R01	48	27.4%	12	25.0%	12	25.0%	12	25.0%	9	18.8%	3	6.3%	0	0.0%
	R02	51	29.0%	13	25.5%	10	19.6%	16	31.4%	9	17.6%	3	5.9%	0	0.0%
	R03	57	30.3%	9	15.8%	13	22.8%	16	28.1%	17	29.8%	2	3.5%	0	0.0%
	R04	52	27.8%	11	21.2%	3	5.8%	21	40.4%	15	28.8%	2	3.8%	0	0.0%
治療なし	H29	134	72.8%	59	44.0%	17	12.7%	34	25.4%	21	15.7%	2	1.5%	1	0.7%
	H30	140	74.9%	55	39.3%	18	12.9%	31	22.1%	34	24.3%	2	1.4%	0	0.0%
	R01	127	72.6%	59	46.5%	12	9.4%	33	26.0%	20	15.7%	3	2.4%	0	0.0%
	R02	125	71.0%	59	47.2%	15	12.0%	33	26.4%	11	8.8%	6	4.8%	1	0.8%
	R03	131	69.7%	53	40.5%	17	13.0%	20	15.3%	28	21.4%	13	9.9%	0	0.0%
	R04	135	72.2%	67	49.6%	12	8.9%	30	22.2%	20	14.8%	5	3.7%	1	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	184	112	60.9%	35	19.0%	22	12.0%	12	6.5%	3	1.6%
	H30	187	101	54.0%	43	23.0%	24	12.8%	17	9.1%	2	1.1%
	R01	175	86	49.1%	43	24.6%	27	15.4%	13	7.4%	6	3.4%
	R02	176	97	55.1%	36	20.5%	28	15.9%	11	6.3%	4	2.3%
	R03	188	87	46.3%	48	25.5%	31	16.5%	17	9.0%	5	2.7%
R04	187	105	56.1%	39	20.9%	22	11.8%	15	8.0%	6	3.2%	
男性	H29	105	63	60.0%	23	21.9%	13	12.4%	6	5.7%	0	0.0%
	H30	103	57	55.3%	22	21.4%	14	13.6%	8	7.8%	2	1.9%
	R01	93	47	50.5%	21	22.6%	15	16.1%	8	8.6%	2	2.2%
	R02	101	52	51.5%	24	23.8%	17	16.8%	7	6.9%	1	1.0%
	R03	100	48	48.0%	26	26.0%	16	16.0%	8	8.0%	2	2.0%
R04	104	59	56.7%	25	24.0%	11	10.6%	6	5.8%	3	2.9%	
女性	H29	79	49	62.0%	12	15.2%	9	11.4%	6	7.6%	3	3.8%
	H30	84	44	52.4%	21	25.0%	10	11.9%	9	10.7%	0	0.0%
	R01	82	39	47.6%	22	26.8%	12	14.6%	5	6.1%	4	4.9%
	R02	75	45	60.0%	12	16.0%	11	14.7%	4	5.3%	3	4.0%
	R03	88	39	44.3%	22	25.0%	15	17.0%	9	10.2%	3	3.4%
R04	83	46	55.4%	14	16.9%	11	13.3%	9	10.8%	3	3.6%	

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲	割合
					再)180以上	未治療	治療		
H29	184	112 60.9%	35 19.0%	22 12.0%	15 8.2%	14 93.3%	1 6.7%	1.6%	8.2%
H30	187	101 54.0%	43 23.0%	24 12.8%	19 10.2%	19 100.0%	0 0.0%	1.1%	10.2%
R01	175	86 49.1%	43 24.6%	27 15.4%	19 10.9%	19 100.0%	0 0.0%	3.4%	10.9%
R02	176	97 55.1%	36 20.5%	28 15.9%	15 8.5%	14 93.3%	1 6.7%	2.3%	8.5%
R03	188	87 46.3%	48 25.5%	31 16.5%	22 11.7%	21 95.5%	1 4.5%	2.7%	11.7%
R04	187	105 56.1%	39 20.9%	22 11.8%	21 11.2%	20 95.2%	1 4.8%	3.2%	11.2%

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
治療中	H29	16	8.7%	13	81.3%	1	6.3%	1	6.3%	1	6.3%	0	0.0%
	H30	24	12.8%	18	75.0%	4	16.7%	2	8.3%	0	0.0%	0	0.0%
	R01	21	12.0%	13	61.9%	7	33.3%	1	4.8%	0	0.0%	0	0.0%
	R02	24	13.6%	18	75.0%	4	16.7%	1	4.2%	1	4.2%	0	0.0%
	R03	28	14.9%	19	67.9%	8	28.6%	0	0.0%	1	3.6%	0	0.0%
R04	26	13.9%	19	73.1%	4	15.4%	2	7.7%	1	3.8%	0	0.0%	
治療なし	H29	168	91.3%	99	58.9%	34	20.2%	21	12.5%	11	6.5%	3	1.8%
	H30	163	87.2%	83	50.9%	39	23.9%	22	13.5%	17	10.4%	2	1.2%
	R01	154	88.0%	73	47.4%	36	23.4%	26	16.9%	13	8.4%	6	3.9%
	R02	152	86.4%	79	52.0%	32	21.1%	27	17.8%	10	6.6%	4	2.6%
	R03	160	85.1%	68	42.5%	40	25.0%	31	19.4%	16	10.0%	5	3.1%
R04	161	86.1%	86	53.4%	35	21.7%	20	12.4%	14	8.7%	6	3.7%	

出典・参照: 特定健診等データ管理システム