

金武町国民健康保険
第 3 期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(第 4 期特定健康診査等実施計画)
令和 6 年度～令和 11 年度

金武町国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

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

第2章 第2期計画に係る考察及び第3期における健康課題の明確化 ……10

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……34

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

2. 目標値の設定

3. 対象者の見込み

4. 特定健診の実施

5. 特定保健指導の実施

6. 個人情報の保護

7. 結果の報告

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章 課題解決するための個別保健事業 ……42

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70

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71

1. 計画の公表・周知

2. 個人情報の取扱い

参考資料72

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

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

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

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

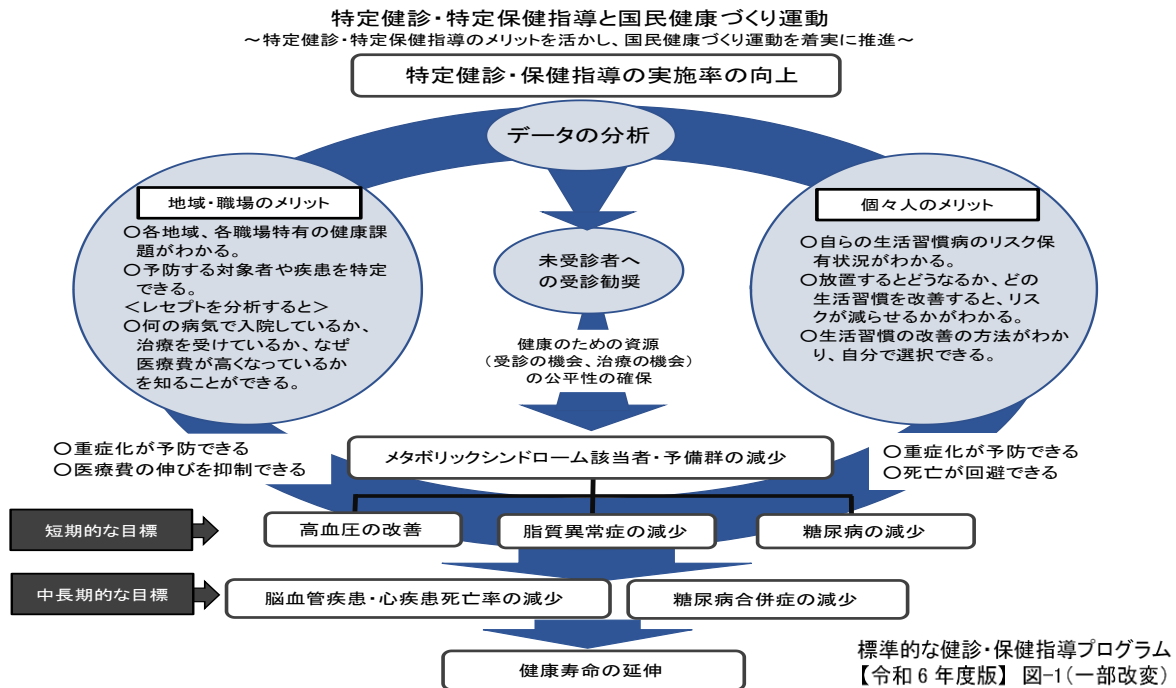
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

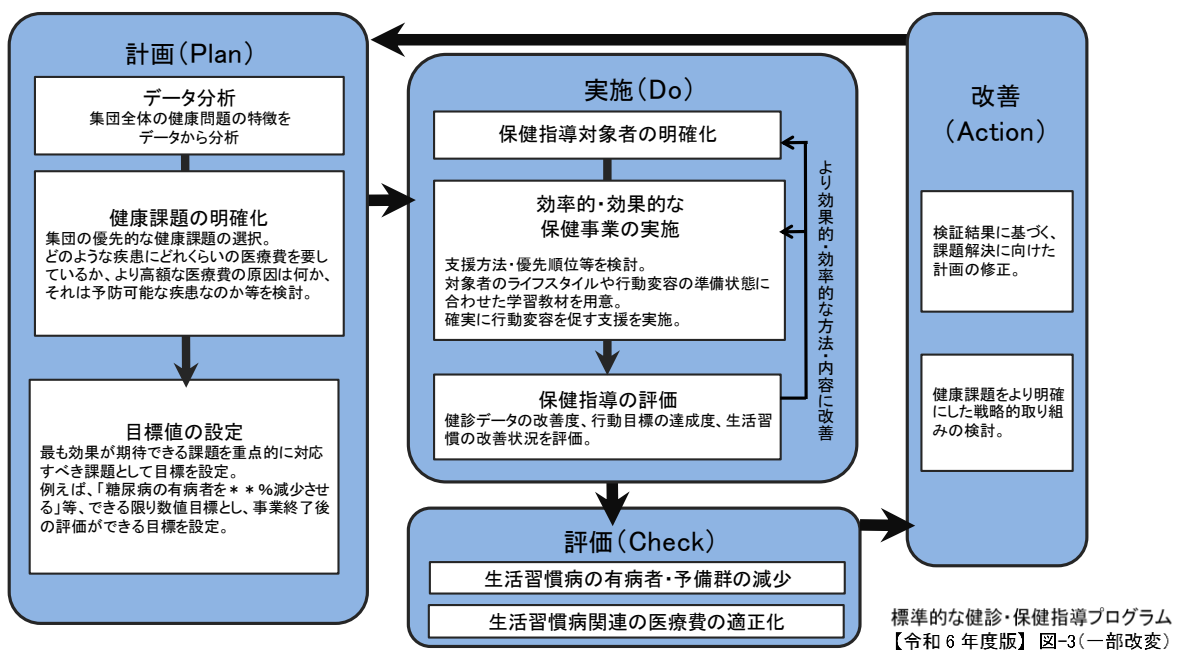
		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
健康増進計画		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年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、育壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮		すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) が ん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり、心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1こども、2高齢者、3女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 ・介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



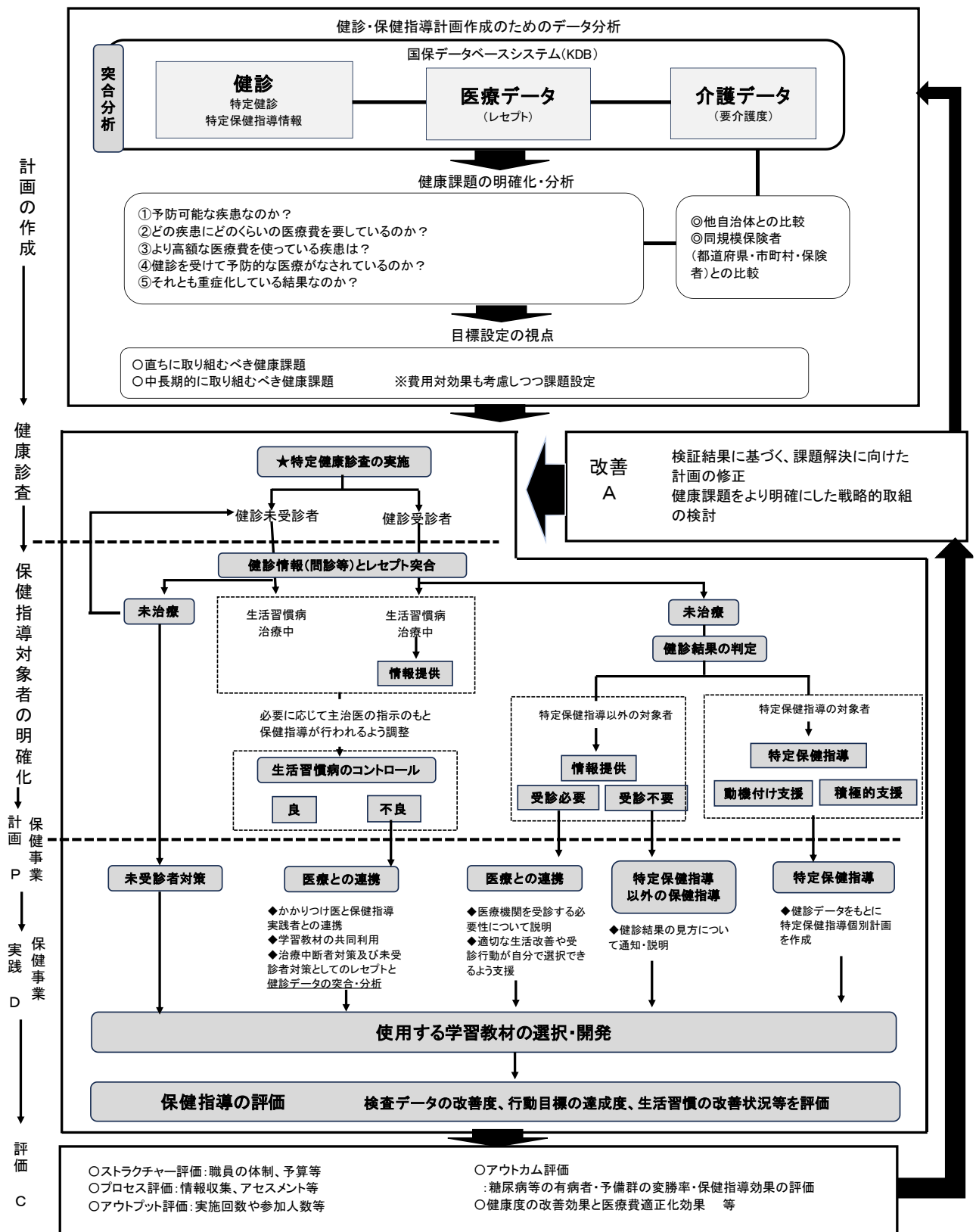
注) プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとすることにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCAサイクル



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

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



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

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

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

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)

→

行動変容を促す手法

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

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

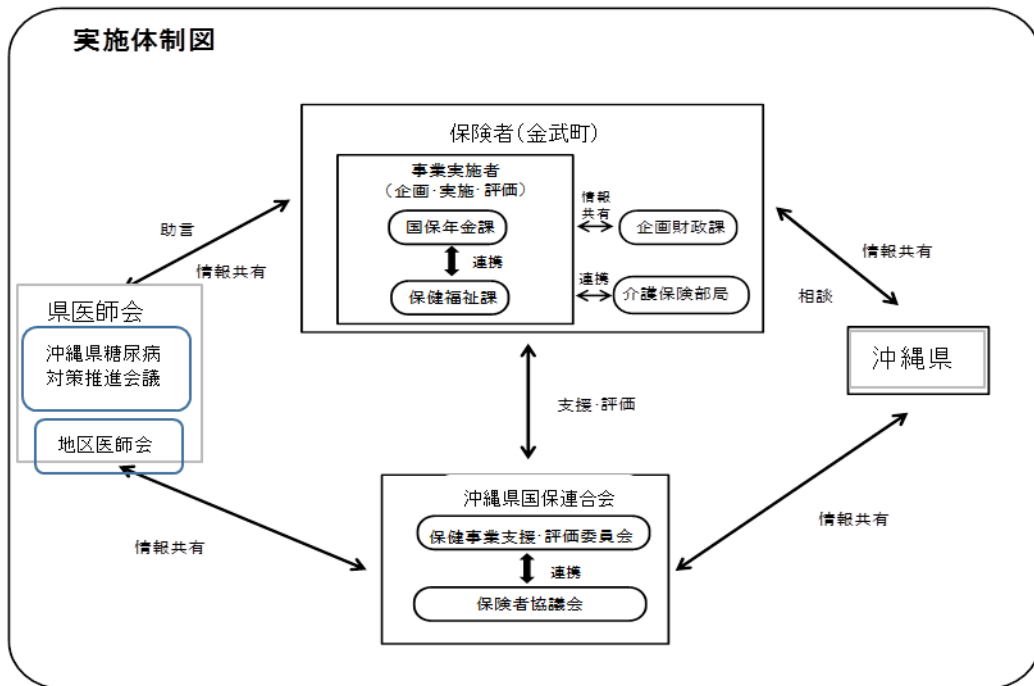
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に係る部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事

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（保健福祉課・住民生活課）、保健衛生部局（保健福祉課）、介護保険部局（保健福祉課）、生活保護部局（保健福祉課）とも十分連携を図ることとします。

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

図表 6 金武町の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

地区	金武区	並里区・中川区	伊芸区・屋嘉区・浜田
地区担当 (母子～成人)	(保)保健師①(母子:主担当)	(保)保健師②(成人:主担当)	(保)保健師③
特定・重症化予防	(住)保健師(会計①)	(保)管理栄養士①	(住)管理栄養士(会計①)

子育て世代包括センター
(保)保健師④

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
(住)保健師⑤ (住)管理栄養士(会計②)

担当業務	
健康増進・成人 コロナ・がん検診	(保)係長(保健師)①
国保・後期事務	(住)係長① (住)事務①②
母子保健 予防接種	(保)事務① (保)事務(会計①)

※(保)保健福祉課(保健衛生部門) (住)住民生活課(国保・後期部門)

2) 関係機関との連携

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

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

平成 30 年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となっていることから、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、金武町国保は、計画素案について沖縄県関係課と意見交換を行い、沖縄県との連携に努めます。

また、本町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の連携を推進していきます。

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

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

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

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

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

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		
			金武町	配点	金武町	配点	金武町	配点	
交付額(万円)			602.6万		610.4万		571.1万		
全国順位(1,741市町村中)			781位		749位		993位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70	
		(2)特定保健指導実施率	70	70	70	70	70	70	
		(3)メタリックシフトルーム該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	23	40	20	40	20	40	
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35	
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	100	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	105	90	50	45	65	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	45	50	50	50	
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	55	130	110	130	40	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	0	100	10	100	30	100
		②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
③		医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15	
④		地域包括ケア・一体的実施	30	30	40	40	40	40	
⑤		第三者求償の取組	32	40	45	50	50	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	26	95	27	100	35	100	
合計点			571	1,000	587	960	540	940	

第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における 健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本町は、人口約1万人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で27.8%でした。同規模市町村と比較すると低いものの、県内市町村と比較すると高齢者の割合は高くなっています。被保険者の平均年齢も46.9歳と同規模と比べて若く、出生率も高い町となっています。産業においては、第3次産業が72.2%と同規模と比較しても高いですが、第1次産業も同規模と比較すると低いものの、国、県と比較すると2倍程高くなっています。サービス業の割合が多く、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31.8%で、加入率及び被保険者数は減少傾向となっています。年齢構成についてはどの年代においても3割程度の構成ですが、65～74歳の前期高齢者が平成28年では25.5%であり徐々に増加傾向にあります。(図表10)

また本町には1つの病院、7の診療所があるが、病院については精神科に特化したものであり、病院受診が必要となる精神科以外の診療についてはすべて町外へ行く必要があり、環境的な要因により重症化した場合の受診が遅れる可能性がある。同規模、県と比較して外来患者数が少なく、入院患者数が高い傾向にあります。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した金武町の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
金武町	10,800	27.8	3,439 (31.8)	46.9	10.6	12.4	0.4	11.1	16.6	72.2
同規模	--	36.9	24.3	55.8	5.3	15.7	0.4	13.4	27.1	59.5
県	--	22.6	27	46.9	10.4	8.6	0.4	4.9	15.1	80.0
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、金武町と同規模保険者(152市町村)の平均値を表す
出典・参照:KDBシステム改変_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表10 国保の加入状況(金武町)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	3,752		3,664		3,553		3,526		3,439	
65～74歳	1,063	28.3	1,094	29.9	1,140	32.1	1,165	33.0	1,085	31.5
40～64歳	1,352	36.0	1,246	34.0	1,181	33.2	1,147	32.5	1,140	33.1
39歳以下	1,337	35.6	1,324	36.1	1,232	34.7	1,214	34.4	1,214	35.3
加入率	33.4		32.6		31.6		31.4		31.8	

出典・参照:KDBシステム改変 地域の全体像の把握

図表11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模 割合	県 割合
病院数	1	0.3	1	0.3	1	0.3	1	0.3	1	0.3	0.3	0.2
診療所数	7	1.9	8	2.2	8	2.3	8	2.3	7	2.0	2.7	2.3
病床数	406	108.2	406	110.8	406	114.3	416	118.0	416	121.0	40.8	47.9
医師数	25	6.7	25	6.8	27	7.6	27	7.7	26	7.6	5.0	10.0
外来患者数	535.9		561.8		496.6		528.6		562.7		708.1	541.1
入院患者数	21.4		23.9		25.8		24.2		24.5		22.2	19.0

出典・参照:KDBシステム改変 地域の全体像の把握

2. 第2期計画に係る評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

(1) 中長期的な疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析）の達成状況

① 介護給付費の状況

本町の令和4年度の要介護認定者は、2号（40～64歳）被保険者で10人（認定率0.30%）、1号（65歳以上）被保険者で526人（認定率17.5%）と同規模・県・国と比較すると低く、H30年度と比べても減少しています。（図表12）

しかし、介護給付費は、H30年と比較して増加しており、一人あたり給付費はH30年と比べると上がっているものの同規模、県、国と比較すると6万程度高い金額となっています。（図表13）

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患（脳出血・脳梗塞）が上位を占めており、第2号被保険者で8割、第1号被保険者でも約5割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、第1号被保険者は約9割以上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

	金武町				同規模	県	国	
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度	
高齢化率	2,828人	25.2%	3,006人	27.8%	36.9%	22.6%	28.7%	
2号認定者	20人	0.57%	10人	0.30%	0.38%	0.45%	0.38%	
新規認定者	5人		1人		--	--	--	
1号認定者	541人	19.1%	526人	17.5%	18.6%	19.0%	19.4%	
新規認定者	77人		68人		--	--	--	
再掲	65～74歳	65人	4.9%	76人	5.3%	--	--	--
新規認定者	20人		18人		--	--	--	
75歳以上	476人	31.6%	450人	28.5%	--	--	--	
新規認定者	57人		50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

	金武町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	10億7000万円	10億9936万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	378,358	365,722	303,361	324,737	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	84,826	80,770	72,528	69,211	59,662
居宅サービス	61,473	60,976	44,391	51,518	41,272
施設サービス	289,296	290,656	291,231	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)		10		76		450		526					
(再)国保・後期		5		42		385		427					
レセプトの診断名より 有病状況より重複して計上	疾患	順位	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合		
	循環器疾患	1	脳卒中	4	80.0%	脳卒中	21	50.0%	脳卒中	202	52.5%		
		2	腎不全	1	20.0%	腎不全	7	16.7%	虚血性心疾患	109	28.3%		
		3	虚血性心疾患	0	0.0%	虚血性心疾患	6	14.3%	腎不全	77	20.0%		
	合併症	4	糖尿病合併症	0	0.0%	糖尿病合併症	11	26.2%	糖尿病合併症	36	9.4%		
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		3	基礎疾患	39	92.9%	基礎疾患	376	97.7%	基礎疾患	415	97.2%	
	血管疾患合計		4	合計	39	92.9%	合計	380	98.7%	合計	419	98.1%	
	認知症	認知症	0	0.0%	認知症	15	35.7%	認知症	212	55.1%	認知症	227	53.2%
	筋・骨格疾患	筋骨格系	3	60.0%	筋骨格系	37	88.1%	筋骨格系	374	97.1%	筋骨格系	411	96.3%
	合計		4	合計	39	92.9%	合計	380	98.7%	合計	419	98.1%	

※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：ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本町の医療費は、国保加入者が減少しているにもかかわらず総医療費は増加しており、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べると約2万円低いですが、H30年度と比較すると約5万円伸びており、県、国よりも高くなっています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか4%程度にも関わらず、医療費全体の約50%を占めており、1件あたりの入院医療費もH30年度と比較しても約4万円も高くなっています。

また年齢調整をした地域差指数でも、全国平均の1を超えており、県平均よりも高く、特に入院の地域差指数がH30年度よりも伸びています。

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あり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

図表 15 医療費の推移

	金武町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)	3,752人	3,439人	—	—	—
前期高齢者割合	1,063人 (28.3%)	1,085人 (31.5%)	—	—	—
総医療費	11億3815万円	12億0803万円	—	—	—
一人あたり医療費(円)	303,344	351,274	378,542	318,310	339,680
	県内22位 同規模117位	県内11位 同規模110位			
入院	1件あたり費用額(円)	534,850	578,960	592,330	617,950
	費用の割合	46.0	49.6	43.0	46.4
	件数の割合	3.8	4.2	3.0	3.4
外来	1件あたり費用額	25,110	25,690	24,690	24,220
	費用の割合	54.0	50.4	57.0	53.6
	件数の割合	96.2	95.8	97.0	96.6
受診率	557.378	587.221	730.302	560.174	705.439

※同規模順位は金武町と同規模被保険者 152 市町村の平均値を表す

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

図表 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			
	金武町 (県内市町村中)		県 (47県中)	金武町 (県内市町村中)		県 (47県中)	
	H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度	
地域差指数・順位	全体	1.058	1.206	1.070	1.040	1.052	1.092
		(17位)	(4位)	(14位)	(25位)	(22位)	(14位)
	入院	1.242	1.592	1.259	1.132	1.147	1.286
		(25位)	(5位)	(10位)	(33位)	(30位)	(5位)
	外来	0.974	0.987	0.965	0.950	0.968	0.910
		(7位)	(7位)	(40位)	(6位)	(5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、H30 年度と比較すると減少しており、同規模、県、国よりも低くなっています。(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脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全の患者数は減少しています。割合はほぼ横ばい、虚血性心疾患については、わずかに増加しており特に40～64歳の若い年代での増加がみられます。(図表 18)

脳血管疾患及び虚血性心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

		金武町		同規模	県	国	
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
総医療費(円)		11億3815万円	12億0803万円	--	--	--	
中長期目標疾患 医療費合計(円)		8749万円	7996万円	--	--	--	
		7.69%	6.62% ↓	8.01%	10.08%	8.03%	
中長期目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.52%	2.43% ↓	2.07%	2.40%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	0.47%	1.14% ↑	1.38%	1.61%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.40%	2.83% ↓	4.23%	5.80%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.30%	0.21%	0.33%	0.27%	0.29%
その他の 疾患	悪性新生物		9.14%	10.60%	17.23%	12.57%	16.69%
	筋・骨疾患		7.24%	6.37%	8.66%	7.73%	8.68%
	精神疾患		13.54%	12.21%	8.13%	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	3,752	3,439	a	254	235	163	158	17	13	
				a/A	6.8%	6.8%	4.3%	4.6%	0.5%	0.4%	
40歳以上	B	2,415	2,225	b	252	232	159	156	17	13	
	B/A	64.4%	64.7%	b/B	10.4%	10.4%	6.6%	7.0%	0.7%	0.6%	
再掲	40~64歳	D	1,352	1,140	d	74	67	45	57	9	5
		D/A	36.0%	33.1%	d/D	5.5%	5.9%	3.3%	5.0%	0.7%	0.4%
	65~74歳	C	1,063	1,085	c	178	165	114	99	8	8
		C/A	28.3%	31.5%	c/C	16.7%	15.2%	10.7%	9.1%	0.8%	0.7%

(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・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合は高血圧治療者では減少傾向、脂質異常症治療者では40~64歳では増加傾向65~74歳では減少傾向にあります。しかし、糖尿病治療者についてはH30年と比べて減少しており糖尿病合併症である腎症、網膜症、神経障害につ

いて増加しており、人工透析の割合は大きく変化していないが、糖尿病性腎症の割合は 2 倍近く増加しており、引き続き重症化予防に力を入れる必要がある。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		A	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
高血圧症治療者(人)		A	1,044	1,040	440	378	604	662
		A/被保数	43.2%	46.7%	32.5%	33.2%	56.8%	61.0%
(中長期 合併目 標疾 患)	脳血管疾患	B	141	125	37	32	104	93
		B/A	13.5%	12.0%	8.4%	8.5%	17.2%	14.0%
	虚血性心疾患	C	127	112	36	31	91	81
		C/A	12.2%	10.8%	8.2%	8.2%	15.1%	12.2%
	人工透析	D	17	11	9	4	8	7
		D/A	1.6%	1.1%	2.0%	1.1%	1.3%	1.1%

出典・参照：KDB システム改変_疾病管理一覧(高血圧症)、地域の全体像の把握、被保険者構成、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		A	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	640	521	262	189	378	332
		A/被保数	26.5%	23.4%	19.4%	16.6%	35.6%	30.6%
(中長期 合併目 標疾 患)	脳血管疾患	B	81	59	22	16	59	43
		B/A	12.7%	11.3%	8.4%	8.5%	15.6%	13.0%
	虚血性心疾患	C	82	67	21	25	61	42
		C/A	12.8%	12.9%	8.0%	13.2%	16.1%	12.7%
	人工透析	D	12	11	7	4	5	7
		D/A	1.9%	2.1%	2.7%	2.1%	1.3%	2.1%
糖尿病 合併 症	糖尿病性腎症	E	82	128	24	43	58	85
		E/A	12.8%	24.6%	9.2%	22.8%	15.3%	25.6%
	糖尿病性網膜症	F	58	54	15	15	43	39
		F/A	9.1%	10.4%	5.7%	7.9%	11.4%	11.7%
	糖尿病性神経障害	G	18	21	8	8	10	13
		G/A	2.8%	4.0%	3.1%	4.2%	2.6%	3.9%

出典・参照：KDB システム改変_疾病管理一覧(糖尿病)、地域の全体像の把握、被保険者構成、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)	A	875	867	357	327	518	540	
	A/被保数	36.2%	39.0%	26.4%	28.7%	48.7%	49.8%	
(中長期合併症標疾患)	脳血管疾患	B	117	108	32	31	85	77
		B/A	13.4%	12.5%	9.0%	9.5%	16.4%	14.3%
	虚血性心疾患	C	108	98	25	33	83	65
		C/A	12.3%	11.3%	7.0%	10.1%	16.0%	12.0%
	人工透析	D	10	8	4	2	6	6
		D/A	1.1%	0.9%	1.1%	0.6%	1.2%	1.1%

出典・参照:KDB システム改変_疾病管理一覧(脂質異常症)、地域の全体像の把握、被保険者構成、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

② 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 R03 年度で比較してみたところ、有所見者の割合が減少しています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、H30 年よりは改善していますが未治療のまま放置されている方が高血圧で約 30%、糖尿病で 20%ほどおり、その割合は県と比較しても 2 倍程高くなっています。(図表 22)

前述した通り、糖尿病合併症の割合は増加しており、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 (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				
金武町	922	41.6	811	39.4	76	8.2	40	52.6	63	7.8	26	41.3	17	27.0	2	3.2
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 (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				
金武町	911	98.8	811	100.0	49	5.4	17	34.7	41	5.1	9	22.0	7	17.1	3	7.3
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

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

(ア) 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本町の特定健診結果において、H30年度とR4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、約2%増加しており、予備軍の割合も増加しています。(図表 23)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合をみると、ほとんど変化はないものの、翌年度健診結果を見ると、全て改善率が上がってきています。一方で、翌年度健診未受診の方がいずれも3割以上の方おり特にHbA1c6.5以上では4割以上が未受診となっています。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、現在行っている重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを継続して行っていく必要があると考えます。(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	922 (41.6%)	259 (28.1%)	76 (8.2%)	183 (19.8%)	156 (16.9%)
R04年度	802 (40.0%)	240 (29.9%)	67 (8.4%)	173 (21.6%)	144 (18.0%)

出典：ヘルスサポートラボツール

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	97 (10.6%)	13 (13.4%)	30 (30.9%)	14 (14.4%)	40 (41.2%)
R03→R04	84 (10.4%)	21 (25.0%)	18 (21.4%)	10 (11.9%)	35 (41.7%)

出典：ヘルスサポートラボツール

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	76 (8.2%)	33 (43.4%)	14 (18.4%)	1 (1.3%)	28 (36.8%)
R03→R04	63 (7.8%)	35 (55.6%)	3 (4.8%)	1 (1.6%)	24 (38.1%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	111 (12.1%)	48 (43.2%)	15 (13.5%)	9 (8.1%)	39 (35.1%)
R03→R04	99 (12.2%)	43 (43.4%)	17 (17.2%)	5 (5.1%)	34 (34.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール

(イ) 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率は、平成 30 年度には 40%でしたが、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、R1 年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)

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

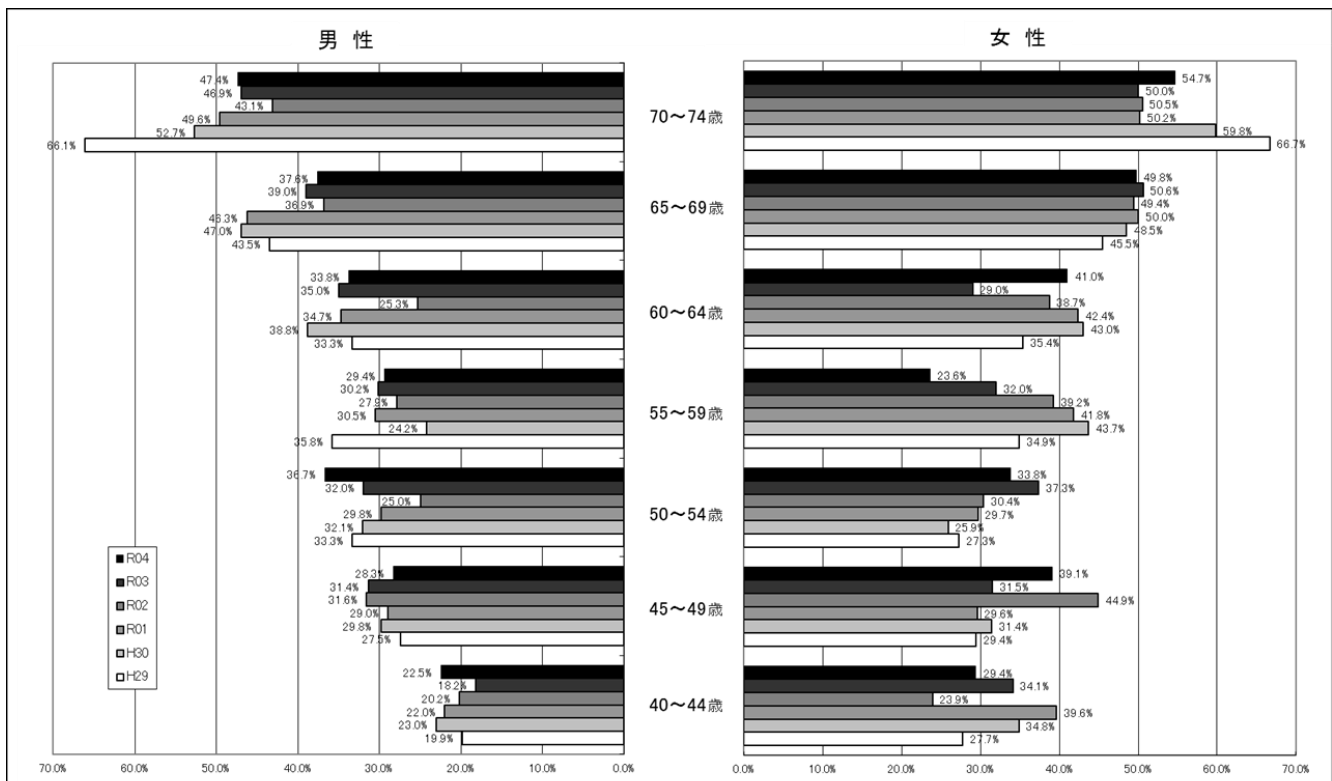
特定保健指導については、継続して目標値を達成している状況ですが、改善につながる保健指導が行えるよう内容の充実を図る必要がある。

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	888	825	763	775	759	健診受診率 60%
	受診率	40.0%	38.7%	35.9%	37.7%	38.0%	
特定保健 指導	該当者数	134	115	114	120	124	特定保健指 導実施率 60%
	割合	15.1%	13.9%	14.9%	15.5%	16.3%	
	実施者数	95	84	89	95	94	
	実施率	70.9%	73.0%	78.1%	79.2%	75.8%	

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

血糖値有所見者の未治療者については、減少傾向にあるが 3 割程度いる状況が続いており、受診勧奨後の受診についても 4 割程となっています。

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たが、HbA1c8%以上の未治療者は、2%台でほとんど変化がない状況です。HbA1c8%の未治療者については R3 年度以降は 7 割以上が受診に繋がっていますが、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

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)	911	861	801	811	802
血糖値有所見者 *1	人(b)	97	100	79	84	90
	(b/a)	10.6%	11.6%	9.9%	10.4%	11.2%
保健指導実施者 *2	人(c)		40	45	40	40
	(c/b)	0.0%	40.0%	57.0%	47.6%	44.4%

*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

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)	97	100	79	84	90
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 *3	人(b)	41	31	32	24	31
	(b/a)	42.3%	31.0%	40.5%	28.6%	34.4%
受診した者	人(c)			13	11	13
	(c/b)	0.0%	0.0%	40.6%	45.8%	41.9%

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)	911	861	801	811	802
HbA1c8.0%以上	人(b)	24	13	19	21	21
	(b/a)	2.6%	1.5%	2.4%	2.6%	2.6%
保健指導実施	人(c)	24	13	19	21	21
	(c/b)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(d)	7	1	10	6	8
	(d/b)	29.2%	7.7%	52.6%	28.6%	38.1%
				↓	↓	↓
				内服治療開始	3人	6人
						6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、心電図検査を H31 年より集団健診及び町内契約医療機関(H31 年 1 か所・R2 年 2 か所)にて、心電図検査の全数実施を行っています。検査の全数実施以降、心電図受診者、ST 所見の有所見者の割合も年々増加しており、重症化予防のため受診勧奨や保健指導を丁寧に行っていく必要があります。ST所見で要精査・要医療以外の判定の者や、心房細動治療中の者に対しては、治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っています。

表 4 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

	H30			R1			R2			R3			R4		
	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
健診受診者(人) a	950	481	469	875	448	427	790	378	412	814	419	395	819	412	407
心電図受診者(人) b	170	107	63	198	104	94	171	80	91	255	121	134	249	124	125
心電図実施率 b/a	17.9%	22.2%	13.4%	22.6%	23.2%	22.0%	21.6%	21.2%	22.1%	31.3%	28.9%	33.9%	30.4%	30.1%	30.7%
有所見率(人) c	41	26	15	58	35	23	57	26	31	85	43	42	136	72	64
有所見率 (c+d)/b	24.1%	24.3%	23.8%	29.3%	33.7%	24.5%	33.3%	32.5%	34.1%	33.3%	35.5%	31.3%	54.6%	58.1%	51.2%
心房細動(人) e	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
心房細動有所見率 e/b	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

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	170		198		171		255		249	
ST異常所見	1	0.6%	3	1.5%	5	2.9%	11	4.3%	16	6.4%

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、わずかに減少していますが約4割が未治療者です。令和4年度において血圧Ⅱ度以上の未治療者21人のうち、保健指導後、治療につながったものは、7人(33.3%)でした。血圧Ⅲ度においては、7人のうち5人(71.4%)が未治療者でした。

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。例示表8は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。①高リスクの未治療者、②中等リスクで第3層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための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55.3%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います。

表7 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	922	868	801	811	802	
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	76	65	66	63	47	
	(b/a)	8.2%	7.5%	8.2%	7.8%	5.9%	
	治療あり	人(c)	36	37	41	37	26
		(c/b)	47.4%	56.9%	62.1%	58.7%	55.3%
	治療なし	人(d)	40	28	25	26	21
		(d/b)	52.6%	43.1%	37.9%	41.3%	44.7%
		治療開始	人(e)			13	9
(e/d)	0.0%		0.0%	52.0%	34.6%	33.3%	
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	16	8	12	10	7
		(f/a)	1.7%	0.9%	1.5%	1.2%	0.9%
	治療あり	人	7	3	7	4	2
	治療なし	人	9	5	5	6	5

表 8 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)	血圧分類			
		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
205		90 43.9%	94 45.9%	16 7.8%	5 2.4%
リスク第1層 予後影響因子がない	14 6.8%	C 10 11.1%	B 3 3.2%	B 1 6.3%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれがある	117 57.1%	C 53 58.9%	B 51 54.3%	A 10 62.5%	A 3 60.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	74 36.1%	B 27 30.0%	A 40 42.6%	A 5 31.3%	A 2 40.0%

…高リスク
 …中等リスク
 …低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	60 29.3%
	概ね1ヵ月後に再評価	82 40.0%
B	概ね1ヵ月後に再評価	82 40.0%
	概ね3ヵ月後に再評価	63 30.7%

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

(2) ポピュレーションアプローチ

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。

金武町においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの住民が、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町の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、町広報誌や防災無線を活用して毎月情報提供を行い広く町民に周知を行いました。また、地域ケア会議等、各種団体や関係者が集まる場において町の現状や課題の周知を行った。

また、肥満の改善を目的として集団健診会場で食品に含まれる脂の展示やチラシを活用した説明等実施してきました。

(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)	(R1)	(R4)	(活用データ年度)
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	1.3%	1.3%	2.4%	KDBシステム
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	1.4%	1.3%	1.1%	
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	6.5%	4.8%	2.8%	
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	66.7%	64.3%	75.8%	
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少			0.18%	
	短期目標	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	44.0%	47.5%	48.3%	保健福祉課
		健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	5.3%	7.5%	5.9%	
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	12.1%	9.7%	11.2%	
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	12.5%	11.6%	11.2%	
		健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.8%	0.10%	1.10%	
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合		40.5%	41.9%	
		糖尿病の保健指導を実施した割合		57.0%	31.9%	
	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	40.0	35.9	38.0	法定報告値
		特定保健指導実施率60%以上	70.9	78.1	75.8	
		特定保健指導対象者の割合の減少	15.1	14.9	16.3	
努力支援制度	その他	胃がん検診受診者の増加	8.3	11.6	16.3	地域保健事業報告
		肺がん検診受診者の増加	15.8	15.2	36.6	
		大腸がん検診受診者の増加	11.0	12.8	34.4	
		子宮がん検診受診者の増加	44.3	23.9	29.0	
		乳がん検診受診者の増加	42.1	26.4	21.7	
		5つのがん検診の平均受診率の増加				
	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	73.1%	80.2%	79.3%	厚生労働省

4) 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期計画において中長期目標疾患における医療費について、費用、割合ともに減少しています。しかし、心疾患については、H30年度と比較して割合が2倍になっており、脳血管疾患についてはわずかに減少していますが、国・同規模と比較すると高い状況にあります。要介護者(2号)の有病状況も脳血管疾患が8割を超えており、医療費・介護費の適正化のためにも引き続き重症化予防対策を実施していく必要があります。また短期目標である、血圧・糖尿病・脂質異常症をみると血圧と脂質異常症の治療者の割合については増加がみられ合併症についてはわずかに減少がみられるものの糖尿病については治療者の割合の減少があり、糖尿病合併症の増加がみられます。糖尿病性腎症重症化予防事業を通じた糖尿病の保健指導を実施しているところですが、血圧・脂質異常と比較してもHbA1c6.5%以上の方の未受診者割合が高くなっています。しかし、継続受診者についてはHbA1cの改善率は向上しており、継続受診や未受診者対策のさらなる充実を図ることが糖尿病対策としても重要であると考えます。

第3期特定健診等実施計画の目標についても、特定健診受診率目標には達していないため、若い世代へのアプローチや各種管理台帳対象者の連続受診、リピーター率を増やす等を工夫しながら受診勧奨を積極的に実施し対象者を把握、保健指導に繋いでいく必要があります。健診受診の有無によって生活習慣病にかかる医療費の差は大きくなっており住民の生活の質の向上と社会保障費の安定のためにも未受診者対策が重要と考えます。

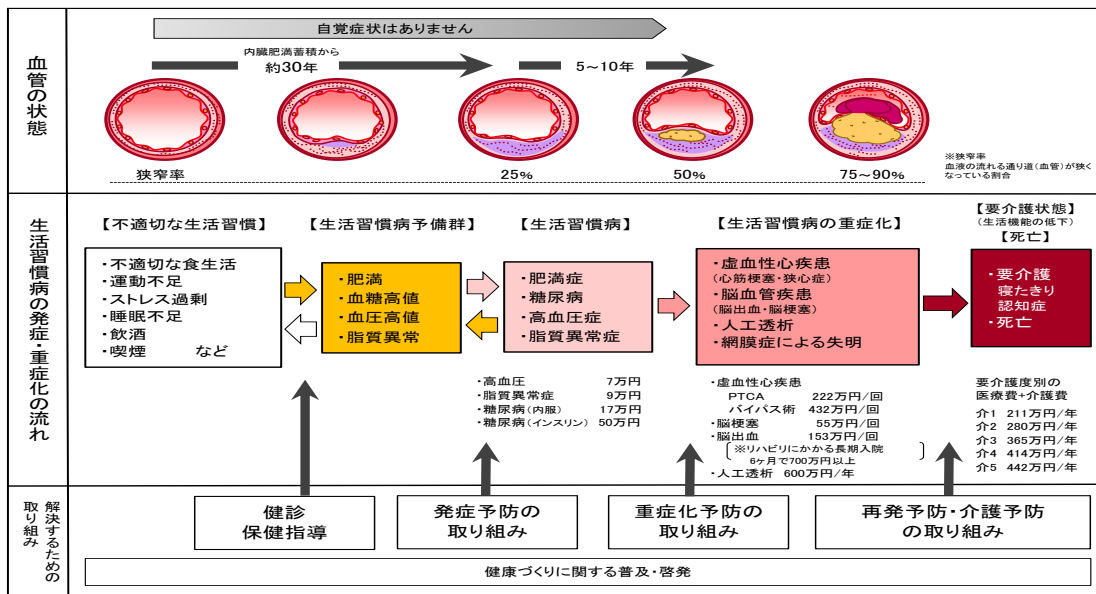
第3期においても、中長期目標疾患の予防におき特定健診受診勧奨を積極的に実施し、短期目標疾患である、高血圧、糖尿病、脂質異常症に対する医療機関への受診勧奨や、医療機関受診後の支援、肥満解決のための保健指導等を継続していく必要があります。

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。

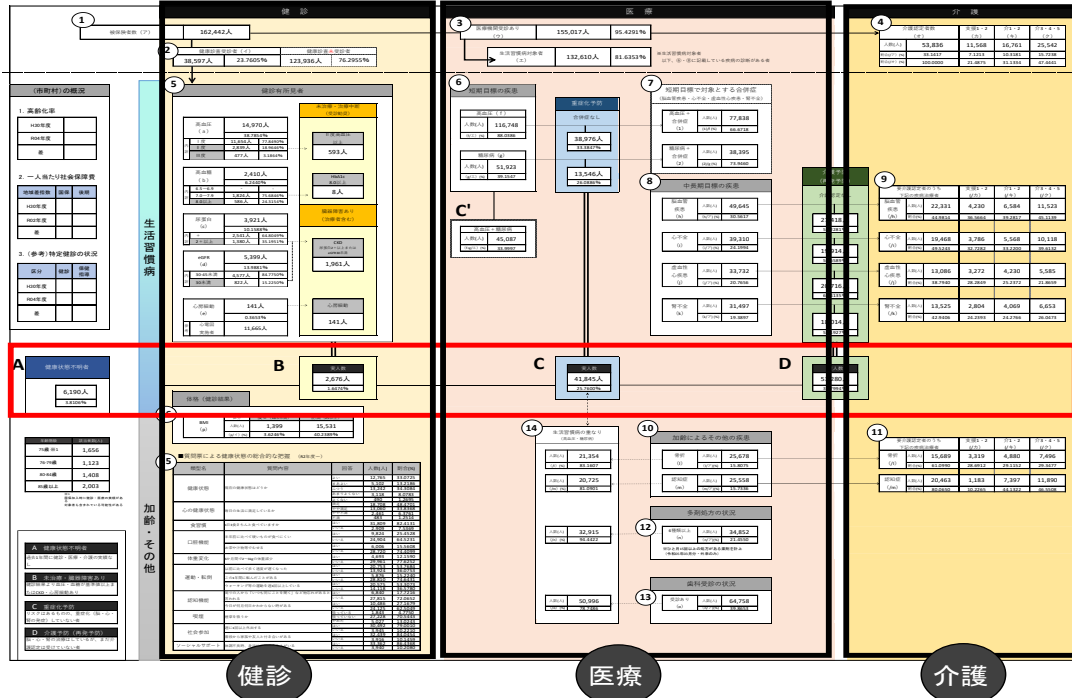
国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合も徐々に増加しており、後期高齢者になると一人あたり医療費は国保被保険者の2倍以上となっています。若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、(図表 31)に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

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	3,752人	3,664人	3,553人	3,526人	3,439人	1,508人	
総件数及び 総費用額	件数	25,456件	25,966件	22,489件	23,582件	24,759件	21,066件
	費用額	11億3815万円	12億4710万円	12億5221万円	12億1502万円	12億0803万円	11億5527万円
一人あたり医療費	30.3万円	34.0万円	35.2万円	34.5万円	35.1万円	76.6万円	

出典・参照：KDB システム改変

国保の被保険者数は年々徐々に減っているが、一人あたり医療費は、令和1年に増加しそれ以降は減少している年もあるがほぼ横ばい状態である。しかし、後期高齢者になると一人あたり76万円を超え、国保の2倍以上も高い状況です。

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	金武町	12億0803万円	28,651	2.83%	0.21%	2.43%	1.14%	4.01%	2.83%	1.92%	1億8577万円	15.38%	10.60%	12.21%	6.37%
	同規模	--	30,653	4.23%	0.33%	2.07%	1.38%	6.02%	3.54%	2.04%	--	19.60%	17.23%	8.13%	8.66%
	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	金武町	11億5527万円	65,031	6.80%	0.41%	2.60%	1.23%	3.89%	3.55%	2.70%	2億4465万円	21.18%	7.06%	1.82%	15.42%
	同規模	--	66,508	4.21%	0.52%	3.96%	1.49%	4.19%	3.35%	1.24%	--	18.96%	10.49%	3.78%	11.96%
	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

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

※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

本町では、これまで糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできており、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%程低く、その結果慢性腎不全の医療費に占める割合も、国保においては、同規模、県、国と比べて低い状況です。しかし、後期高齢者においては慢性腎不全が同規模、県、国と比べて2%程高くなっています。これらのことから、国保はもとより後期においても引き続き重症化予防の取り組みが必要であると考えます。

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	71人	117人	125人	114人	112人	147人
	件数	B	143件	193件	246件	223件	203件	266件
		B/総件数	0.56%	0.74%	1.09%	0.95%	0.82%	1.26%
	費用額	C	1億9476万円	2億6006万円	3億1713万円	2億9450万円	2億6104万円	3億2076万円
C/総費用		17.1%	20.9%	25.3%	24.2%	21.6%	27.8%	

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	8人	3人	8人	9人	11人	4人							
		D/A	11.3%	2.6%	6.4%	7.9%	9.8%	2.7%							
	件数	E	13件	7件	12件	24件	14件	10件							
		E/B	9.1%	3.6%	4.9%	10.8%	6.9%	3.8%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	1	4.2%	2	14.3%	65-69歳	0	0.0%		
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	4.2%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	2	16.7%	0	0.0%	1	7.1%	75-80歳	3	30.0%
		60代	9	69.2%	3	42.9%	3	25.0%	13	54.2%	6	42.9%	80代	0	0.0%
		70-74歳	4	30.8%	4	57.1%	7	58.3%	9	37.5%	5	35.7%	90歳以上	7	70.0%
	費用額	F	1243万円	721万円	1463万円	2874万円	1940万円	1040万円							
		F/C	6.4%	2.8%	4.6%	9.8%	7.4%	3.2%							

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		
人数	G	1人	5人	8人	4人	6人	3人		
	G/A	1.4%	4.3%	6.4%	3.5%	5.4%	2.0%		
件数	H	1件	5件	11件	4件	6件	3件		
	H/B	0.7%	2.6%	4.5%	1.8%	3.0%	1.1%		
年代別	40歳未満	0	0	0	0	0	65-69歳	0	0.0%
	40代	0	1	0	0	0	70-74歳	0	0.0%
	50代	0	0	2	0	2	75-80歳	3	100.0%
	60代	1	1	6	3	3	80代	0	0.0%
	70-74歳	0	3	3	1	1	90歳以上	0	0.0%
費用額	I	114万円	777万円	1446万円	823万円	729万円	503万円		
	I/C	0.6%	3.0%	4.6%	2.8%	2.8%	1.6%		

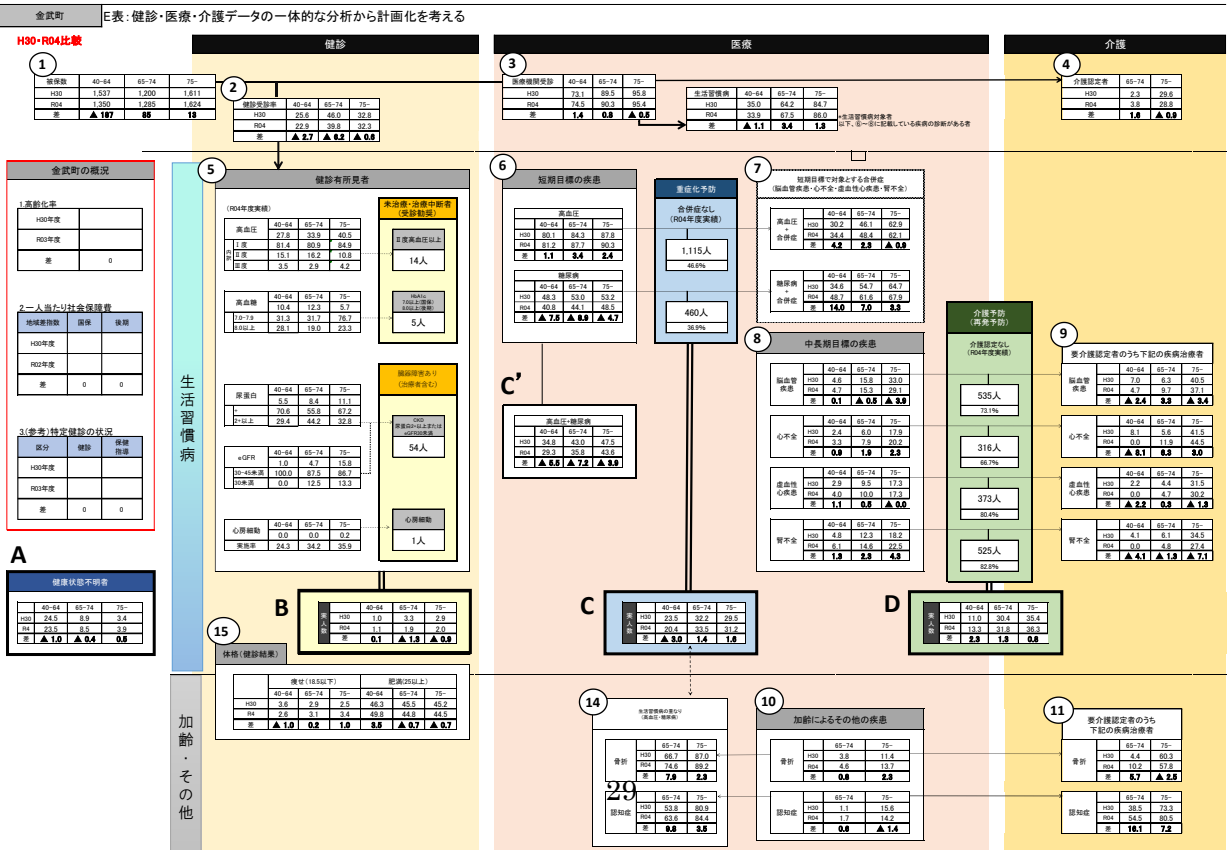
出典・参照: KDB システム改変

高額レセプトについては、国保において令和4年度は203件発生していますが、平成30年は143件であり増加傾向にあります。

高額レセプトにおける脳血管疾患をみると、平成30年以降ほぼ60代の割合が最も多く約半数を占めています。また後期高齢では、4人で10件発生し、約1,000万円余りの費用がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となる可能性が高く、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防に力を入れる必要があります。60代という若い年代で発症していることから、より若い年代からの健診受診及び生活習慣の見直しに取り組めるような関わりが必要であると考えます。

虚血性心疾患においても60歳代以降の割合が多くなっており、長年の生活習慣による動脈硬化の影響が考えられます。脳血管疾患同様、重症化予防が必要です。

(2) 健診・医療・介護の一体的分析



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			特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	29.6	1,537	1,200	1,611	25.6	46.0	32.8	3.6	2.9	2.5	46.3	45.5	45.2
R4	28.8	1,350	1,285	1,624	22.9	39.8	32.3	2.6	3.1	3.4	49.8	44.8	44.5

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 歳で200名程減っていますが、65 歳以上では100名増え、高齢者が確実に増えていることが分かります。

⑮の体格をみると、65 歳以上ではわずかに減少していますが 40～64 歳の若い年齢層で、BMI25以上の率が3.5%も高くなってきています。

図表 39 健診有所見状況

E表	⑤																																			
	Ⅱ度高血圧以上 ()は未治療・治療中断者						HbA1c7.0以上 ()は未治療・治療中断者 ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上または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-															
年度	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)						
H30	33	8.4	(9)	50	9.1	(14)	51	9.6	(10)	20	5.1	(2)	30	5.4	(2)	5	0.9	(0)	9	2.3	(9)	26	4.7	(25)	48	9.1	(38)	0	0.0	(0)	0	0.0	(0)	0	0.0	(0)
R4	16	5.2	(6)	33	6.5	(4)	32	6.1	(4)	19	6.1	(4)	32	6.3	(1)	7	1.3	(0)	5	1.6	(5)	22	4.3	(21)	30	5.7	(28)	0	0.0	(0)	0	0.0	(0)	1	0.2	(1)

健診有所見の状況を見ると、Ⅱ度高血圧においては各年代で有所見割合の減少がみられるが、その他の項目については有所見者また未治療者の人数が増加しています。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 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症					
	高血圧		糖尿病		C' 糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症										
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	73.1	89.5	95.8	35.0	64.2	84.7	80.1	84.3	87.8	48.3	53.0	53.2	34.8	43.0	47.5	30.2	46.1	62.9	34.6	54.7	64.7
R4	74.5	90.3	95.4	33.9	67.5	86.0	81.2	87.7	90.3	40.8	44.1	48.5	29.3	35.8	43.6	34.4	48.4	62.1	48.7	61.6	67.9

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

高血圧受診割合は、増加、糖尿病では減少しているが、短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、いずれの年代も+合併症の割合が増加しています。外来につなげ、重症化を予防する

必要があります。

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

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険者割合)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	4.6	15.8	33.0	2.9	9.5	17.3	2.4	6.0	17.9	4.8	12.3	18.2	7.0	6.3	40.5	2.2	4.4	31.5	8.1	5.6	41.5	4.1	6.1	34.5
R4	4.7	15.3	29.1	4.0	10.0	17.3	3.3	7.9	20.2	6.1	14.6	22.5	4.7	9.7	37.1	0.0	4.7	30.2	0.0	11.9	44.5	0.0	4.8	27.4

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、ほぼ横ばいか令和4年度が若干上がっていました。また、中長期疾患のうち介護認定者割合では65～74歳の脳血管疾患、心不全において割合が増加しており、介護給付費が伸びる要因となっていることが考えられます。生活習慣病対策(短期及び中長期目標疾患)は、高額レセプト分析においての入院費が伸びている要因や介護給付費適正化においても重要な課題であると考えます。

図表 42 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
年度	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	66.7	87.0	53.8	80.9	3.8	11.4	1.1	15.6	4.4	60.3	38.5	73.3
R4	74.6	89.2	63.6	84.4	4.6	13.7	1.7	14.2	10.2	57.8	54.5	80.5

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

(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ことから、重症化予防、医療費適正化へつなげるには、適切な時期での受診を促し、入院に掛かる医療費を抑えることを目指します。

③ 短期的な目標の設定

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

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

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

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ年度)
				初期値 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R 11 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.43%			KDBシステム
	虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持		1.14%				
慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	2.83%						
糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	75.6%						
糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.18%				金武町		
短期目標	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	48.4%			健診結果 (保険者データから支援システム)
(再掲)	(再掲)		メタボリックシンドローム該当者の減少	29.9%			
			メタボリックシンドローム予備群の減少	18.4%			
			A メタボ該当者+高血圧者の割合減少 (140/90以上)	11.4%			
			A +高血糖者の割合減少 (HbA1c8.0以上)	0.7%			
			A +脂質異常者の割合減少 (LDL160以上)	2.1%			
			A +尿蛋白有所見者の割合減少 (2+以上)	0.4%			
			A +高尿酸者の割合減少 (8.0以上)	0.4%			
			健診受診者の高血圧者の割合減少 (160/100以上)	5.9%			
			健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL160以上)	10.9%			
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1c6.5%以上)	11.6%			
			★健診受診者のHbA1c8.0% (NGSP値) 以上の者の割合の減少	2.6%			
			健診受診者の尿蛋白有所見者の割合減少 (2+以上)	2.9%			
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	31.9%			
アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	38.0%			法定報告値 (特定健診等データ管理システム) <small>※分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数/前年度の特定保健指導の利用者数</small>	
		★特定保健指導実施率60%以上	75.8%				
		★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	16.3%				

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	43%	46%	50%	54%	58%	60%以上
特定保健指導実施率	70%	70%	70%	70%	70%	60%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	1950人	1950人	1950人	1950人	1950人	1950人
	受診者数	839人	897人	975人	1,053人	1,131人	1,170人
特定保健指導	対象者数	126人	135人	146人	158人	170人	176人
	受診者数	88人	94人	102人	111人	119人	123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（伊芸区公民館・屋嘉区公民館・総合保健福祉センター）
- ② 個別健診（委託医療機関）

(2) 特定健診委託基準

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

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、金武町ホームページに掲載する。

(4) 特定健診実施項目

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

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

図表 46 特定健診検査項目

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

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

※集団健診及び一部契約医療機関では、40歳以上全員に心電図検査実施

(5) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力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、受診券等の印刷・送付(随時可) (特定健診の開始)	(特定保健指導の実施)
5月			健診データ抽出(前年度分)
6月		健診データ受取 → 費用決済 保健指導対象者の抽出	
7月		(特定保健指導の開始)	
8月			実施実績の分析実施方法、委託先機関の見直し等
9月		(特定健診・特定保健指導の実施)	
10月			受診・実施率実績の算出 支払基金への報告 (ファイル作成・送付)
11月	契約に関わる 予算手続き		
12月			
1月			
2月			
3月	契約準備	(特定健診・特定保健指導の当年度受付終了)	

5. 特定保健指導の実施

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

○第4期(2024年以降)における変更点

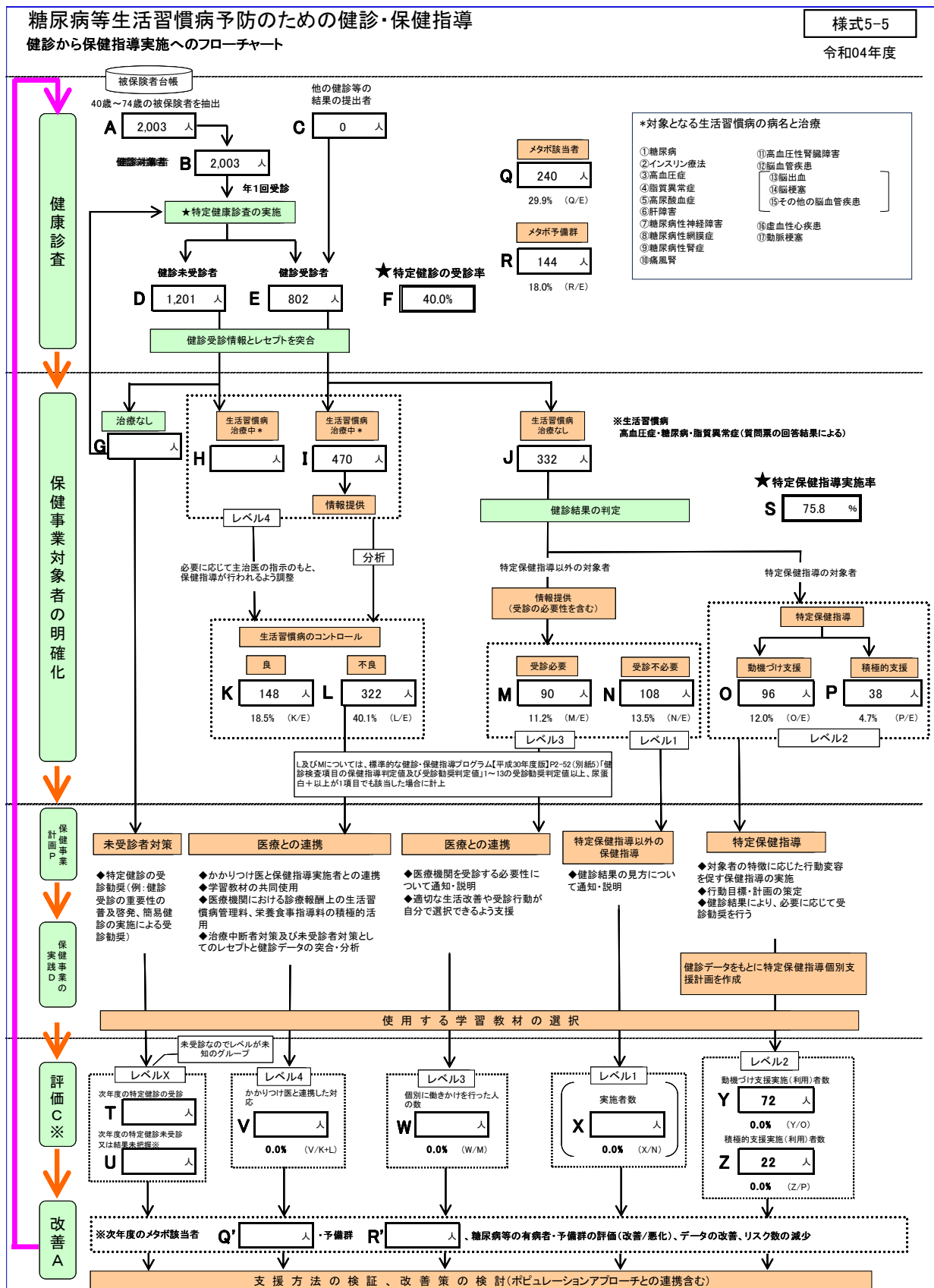
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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)



出典・参照:特定健診等データ管理システム

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	134人 (16.7%)	%
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	90人 (11.2%)	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)	1,201人 ※受診率目標達成まであと〇〇人	%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	108人 (13.5%)	%
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	470人 (58.6%)	%

(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 ◎特定健診、後期高齢者健診、がん検診開始
5月			◎集団健診開始 ◎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金武町個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

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

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

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

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

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

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

II. 重症化予防の取組

金武町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、360人(44.9%)です。そのうち治療なしが95人(28.6%)を占め、さらに臓器障害あり直ちにに取り組むべき対象者が32人です。

また、金武町においては、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、95人中65人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。(図表51)

図表 51 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-										令和04年度																	
健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少			<参考> 健診受診者(受診率) 802人 40.0%																	
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)		■各疾患の治療状況 <table border="1"> <tr><td></td><td>治療中</td><td>治療なし</td></tr> <tr><td>高血圧</td><td>383</td><td>419</td></tr> <tr><td>脂質異常症</td><td>239</td><td>563</td></tr> <tr><td>糖尿病</td><td>91</td><td>711</td></tr> <tr><td>3疾患 いづれか</td><td>470</td><td>332</td></tr> </table> ※問診結果による			治療中	治療なし	高血圧	383	419	脂質異常症	239	563	糖尿病	91	711	3疾患 いづれか	470	332
	治療中	治療なし																									
高血圧	383	419																									
脂質異常症	239	563																									
糖尿病	91	711																									
3疾患 いづれか	470	332																									
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) ↓ 心原性脳塞栓症 (27.7%) ラクナ梗塞 (31.2%) アテローム血栓性梗塞・塞栓 (33.2%) ↓ 非心原性脳梗塞			心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症																							
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)																				
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)																				
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者																				
該当者数	47 5.9%	0 0.0%	31 3.9%	41 5.1%	240 29.9%	67 8.4%	92 11.5%		360 44.9%																		
治療なし	21 5.0%	0 0.0%	27 4.8%	24 4.3%	42 12.7%	31 4.4%	20 6.0%		95 28.6%																		
(再掲) 特定保健指導	9 19.1%	0 --	16 51.6%	11 26.8%	42 17.5%	11 16.4%	9 9.8%		68 18.9%																		
治療中	26 6.8%	0 0.0%	4 1.7%	17 7.1%	198 42.1%	36 39.6%	72 15.3%		265 56.4%																		
臓器障害 あり	6 28.6%	0 --	6 22.2%	9 37.5%	8 19.0%	7 22.6%	20 100.0%		32 33.7%																		
CKD(専門医対象者)	3	0	2	6	0	5	20		20																		
心電図所見あり	3	0	4	3	8	2	0		12																		
臓器障害 なし	15 71.4%	--	21 77.8%	15 62.5%	34 81.0%	24 77.4%	--		--																		

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

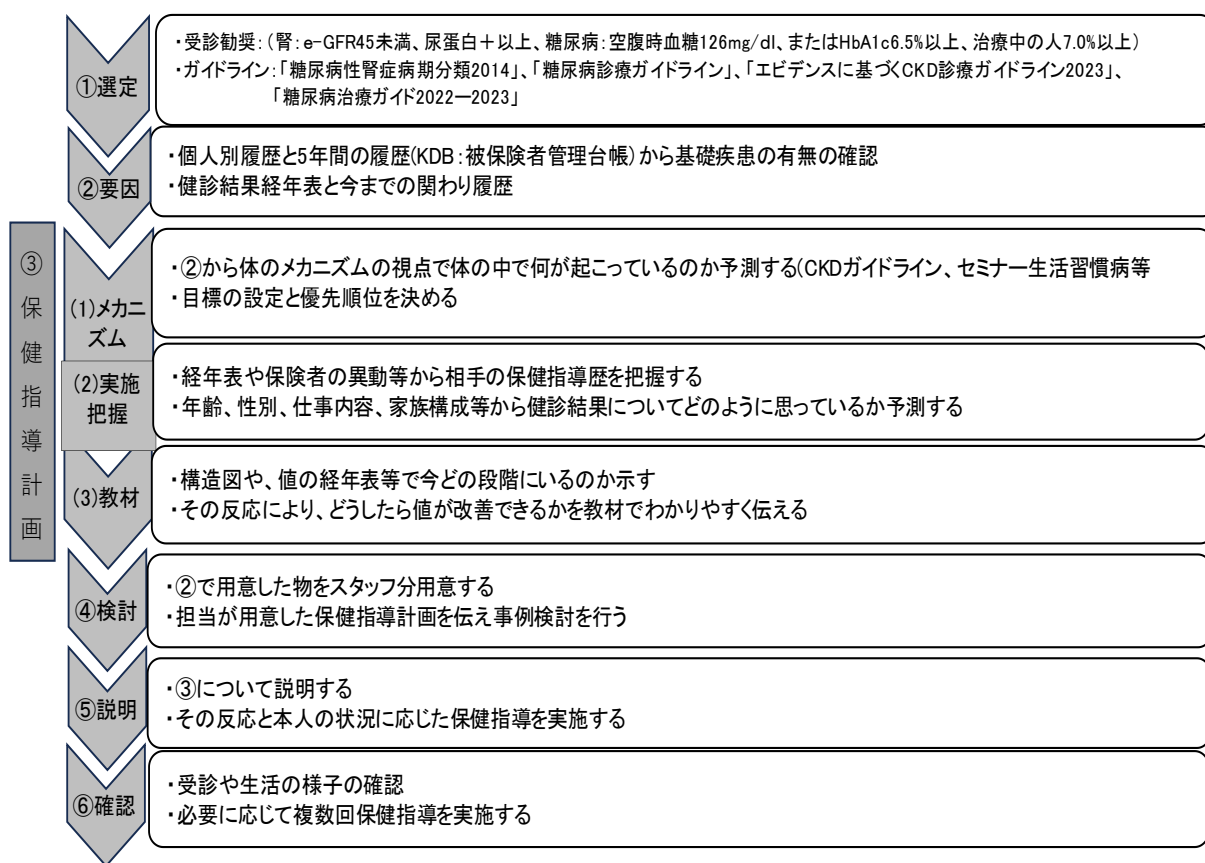
1) 基本的な考え方

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。金武町においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。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。

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。

金武町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、20人(18.2%・F)でした。

また、40~74歳における糖尿病治療者568人のうち、特定健診受診者が121人(14.8%・G)であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者357人(62.9%・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)より金武町においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位1

【受診勧奨】

・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・20人

優先順位2

【保健指導】

・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者(K)・・・46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

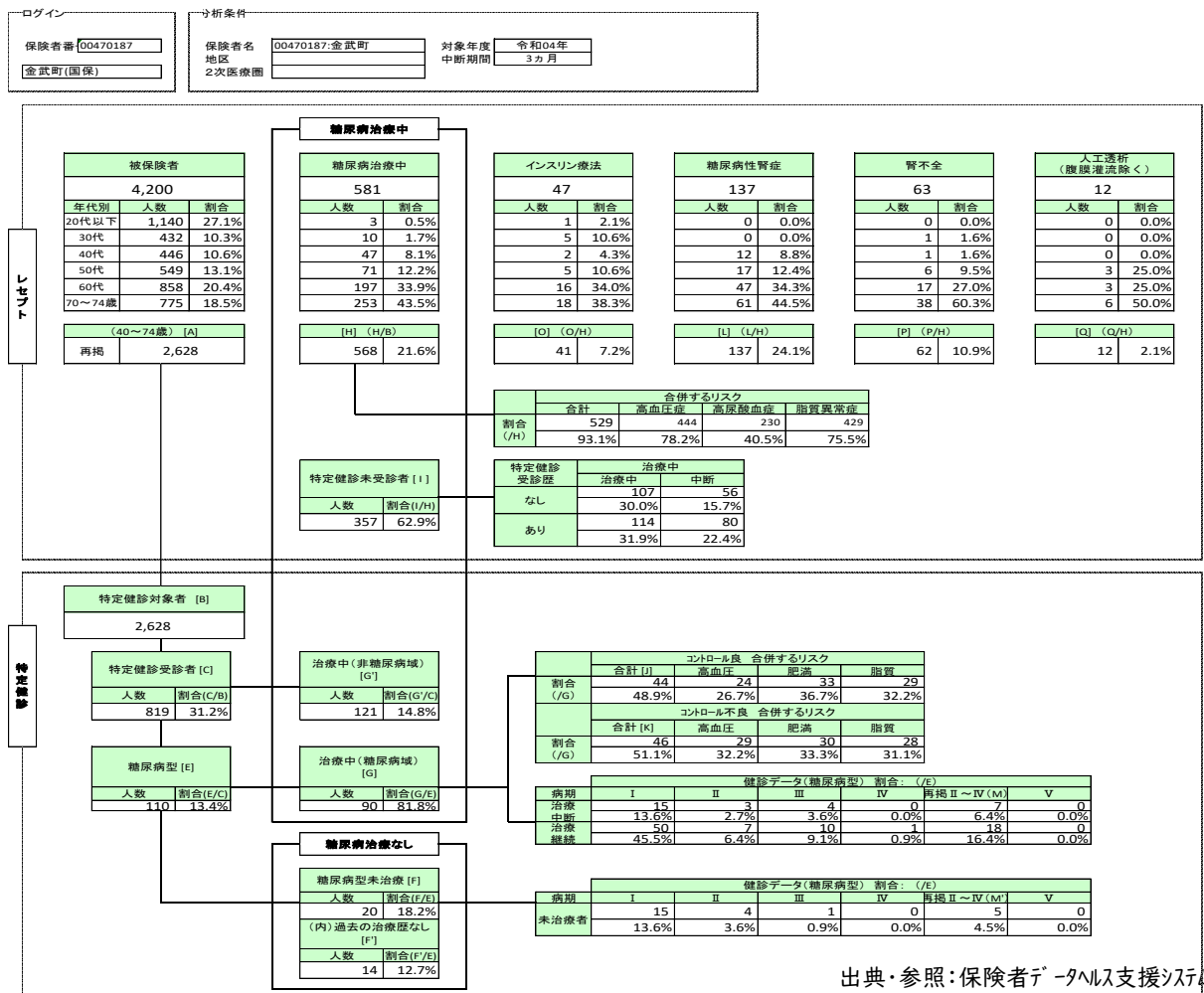
【保健指導】

・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

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



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

図表 55 令和4年度版 なぜ治療が必要なのかを学習するための資料

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

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) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは、二次健診等で尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、経年表や血圧手帳、糖尿病連携手帳などを作成し、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、保健福祉課(高齢者福祉係)地域包括支援センターと連携していきます。

6) 評価

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

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

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

②保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化
 - eGFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²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	実合表	金武町										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	A		3,872人	3,714人	3,617人	3,568人	3,535人					
	②	(再掲)40-74歳	A		2,463人	2,399人	2,335人	2,321人	2,318人					
2	①	対象者数	B		2,218人	2,132人	2,126人	2,058人	1,999人					
	②	特定健診 受診者数	C		922人	868人	801人	811人	802人					
	③	受診率	C		--	--	--	--	--					
3	①	特定保健指導 対象者数			134人	115人	114人	120人	124人					
	②	実施率			70.9%	73.0%	78.1%	79.2%	75.8%					
4	①	糖尿病型	E		148人 16.1%	137人 15.8%	125人 15.6%	128人 15.8%	128人 16.0%					
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F		52人 35.1%	38人 27.7%	40人 32.0%	28人 21.9%	37人 28.9%					
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G		96人 64.9%	99人 72.3%	85人 68.0%	100人 78.1%	91人 71.1%					
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	H		43人 44.8%	50人 50.5%	38人 44.7%	39人 39.0%	48人 52.7%					
	⑤	血圧 130/80以上	J		29人 67.4%	33人 66.0%	25人 65.8%	24人 61.5%	27人 56.3%					
	⑥	肥満 BMI25以上	K		31人 72.1%	35人 70.0%	26人 68.4%	22人 56.4%	31人 64.6%					
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K		53人 55.2%	49人 49.5%	47人 55.3%	61人 61.0%	43人 47.3%					
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M		110人 74.3%	86人 62.8%	103人 82.4%	96人 75.0%	94人 73.4%					
	⑨	第2期 尿蛋白(±)	M		18人 12.2%	31人 22.6%	12人 9.6%	15人 11.7%	16人 12.5%					
	⑩	第3期 尿蛋白(+)	M		20人 13.5%	19人 13.9%	9人 7.2%	12人 9.4%	15人 11.7%					
	⑪	第4期 eGFR30未満	M		0人 0.0%	0人 0.0%	1人 0.8%	4人 3.1%	3人 2.3%					
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)			87.3人	90.2人	75.5人	90.2人	90.2人					
	②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)			134.8人	137.6人	116.1人	136.6人	135.9人					
	③	レセプト件数(40-74歳) (1)内は被保険者千対	入院外(件数)		1,551件 (642.2)	1,541件 (658.5)	1,496件 (644.5)	1,504件 (650.5)	1,471件 (661.1)	334,283件 (942.0)				
	④		入院(件数)		3件 (1.2)	4件 (1.7)	8件 (3.4)	6件 (2.6)	3件 (1.3)	1,709件 (4.8)				
	⑤	糖尿病治療中	H		338人 8.7%	335人 9.0%	273人 7.5%	322人 9.0%	319人 9.0%					
	⑥	(再掲)40-74歳	H		332人 13.5%	330人 13.8%	271人 11.6%	317人 13.7%	315人 13.6%					
	⑦	健診未受診者	I		236人 71.1%	234人 70.9%	186人 68.6%	217人 68.5%	224人 71.1%					
	⑧	インスリン治療	O		13人 3.8%	8人 2.4%	8人 2.9%	13人 4.0%	17人 5.3%					
	⑨	(再掲)40-74歳	O		13人 3.9%	8人 2.4%	8人 3.0%	13人 4.1%	16人 5.1%					
	⑩	糖尿病性腎症	L		40人 11.8%	43人 12.8%	35人 12.8%	53人 16.5%	45人 14.1%					
	⑪	(再掲)40-74歳	L		40人 12.0%	43人 13.0%	35人 12.9%	53人 16.7%	45人 14.3%					
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			9人 2.7%	9人 2.7%	9人 3.3%	10人 3.1%	10人 3.1%					
	⑬	(再掲)40-74歳			9人 2.7%	9人 2.7%	9人 3.3%	10人 3.2%	10人 3.2%					
	⑭	新規透析患者数			2人 0.6%	1人 0.6%	1人 0.6%	0人 0.0%	1人 0.3%					
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症			2人 0.6%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	1人 0.3%					
	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)			5人 1.3%	3人 0.8%	4人 1.2%	3人 0.8%	6人 1.5%					
6	①	総医療費			11億3815万円	12億4710万円	12億5221万円	12億1502万円	12億0803万円	10億9648万円				
	②	生活習慣病総医療費			5億4517万円	6億2984万円	6億4933万円	6億0066万円	5億4002万円	5億9067万円				
	③	(総医療費に占める割合)			47.9%	50.5%	51.9%	49.4%	44.7%	53.9%				
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		6,238円	7,889円	5,945円	5,313円	5,650円	8,199円				
	⑤		健診未受診者		42,913円	47,993円	57,135円	52,431円	44,722円	37,038円				
	⑥	糖尿病医療費			4276万円	4600万円	4765万円	4909万円	4846万円	6602万円				
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)			7.8%	7.3%	7.3%	8.2%	9.0%	11.2%				
	⑧	糖尿病入院外総医療費			1億8475万円	1億9665万円	1億8703万円	1億8351万円	1億6892万円					
	⑨	1件あたり			42,190円	46,923円	48,517円	45,570円	44,441円					
	⑩	糖尿病入院総医療費			8052万円	9439万円	1億5081万円	1億3138万円	1億3935万円					
	⑪	1件あたり			563,065円	593,659円	761,679円	647,199円	707,381円					
	⑫	在院日数			19日	19日	19日	20日	20日					
	⑬	慢性腎不全医療費			5344万円	6310万円	5607万円	4332万円	3679万円	4999万円				
	⑭	透析有り			5006万円	5954万円	5142万円	4075万円	3420万円	4634万円				
	⑮	透析なし			338万円	356万円	466万円	257万円	260万円	364万円				
7	①	介護 介護給付費			10億7000万円	10億7685万円	10億9591万円	11億5051万円	10億9936万円	13億3151万円				
	②	(2号認定者)糖尿病合併症			3件 27.3%	0件 0.0%	0件 0.0%	1件 16.7%	0件 0.0%					
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)			0人 0.0%	2人 1.8%	2人 1.8%	2人 1.8%	3人 2.2%	582人 1.1%				

出典・参照:KDB システム改変

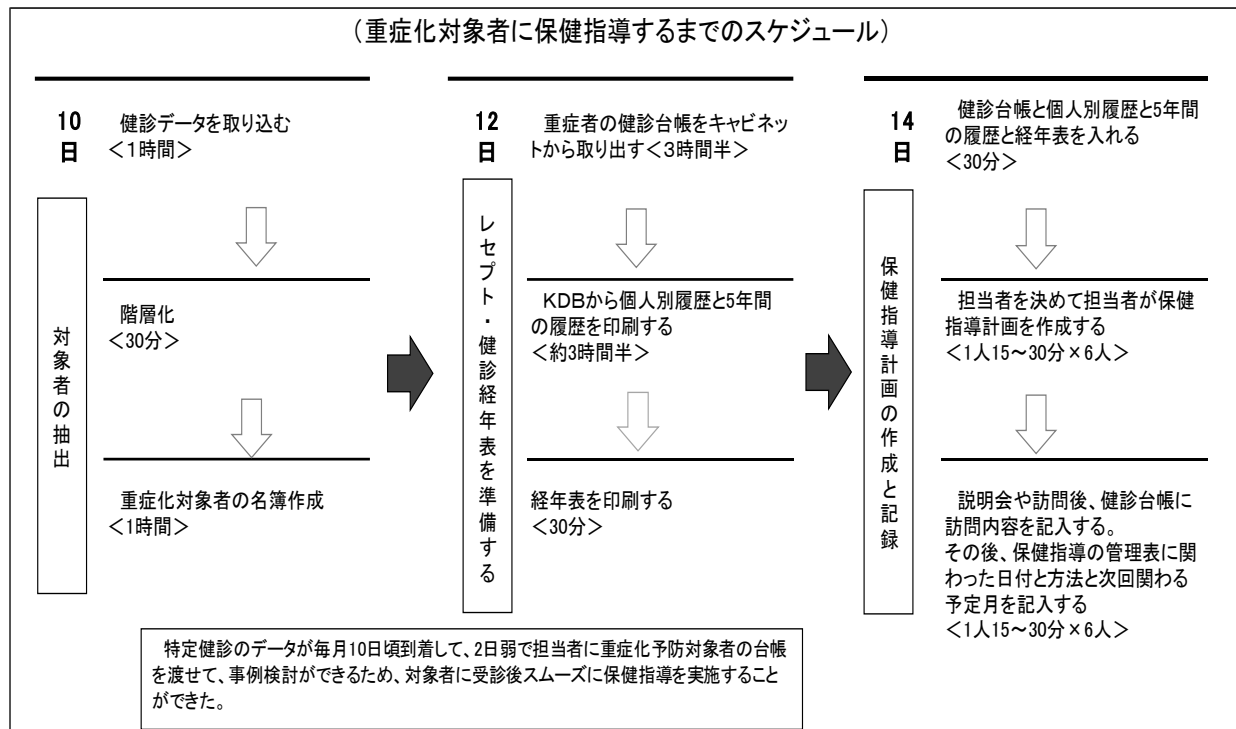
7) 実施期間及びスケジュール

4 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

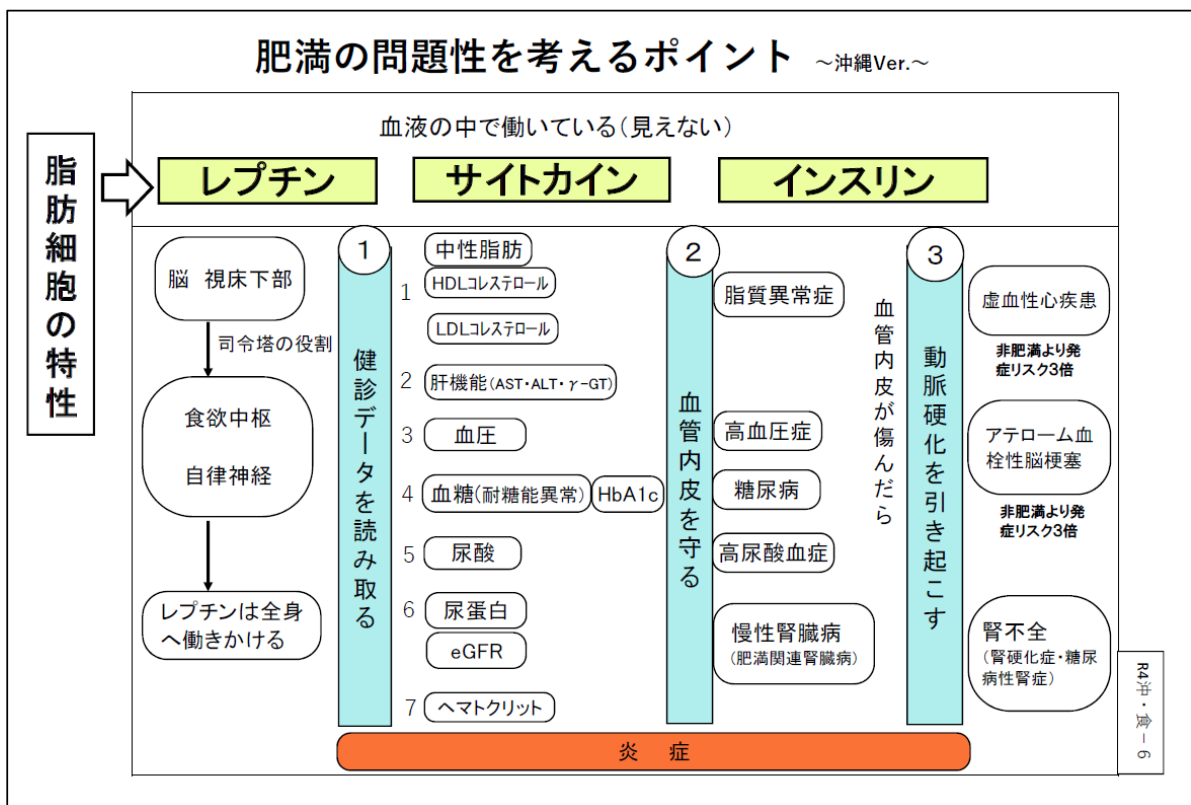
1) 基本的な考え方

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～沖縄 Ver.～(R4 沖・食-6)



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

(沖縄県ヘルスアップ支援事業)

2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 59 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数	314	488	155	214	109	171	37	35	6	7	3	1	
			49.4%	43.9%	34.7%	35.0%	11.8%	7.2%	1.9%	1.4%	1.0%	0.2%	
再掲	男性	180	220	101	107	75	90	21	15	3	2	2	0
	女性	134	268	54	107	34	81	16	20	3	5	1	1
			40.3%	39.9%	25.4%	30.2%	11.9%	7.5%	2.2%	1.9%	0.7%	0.4%	

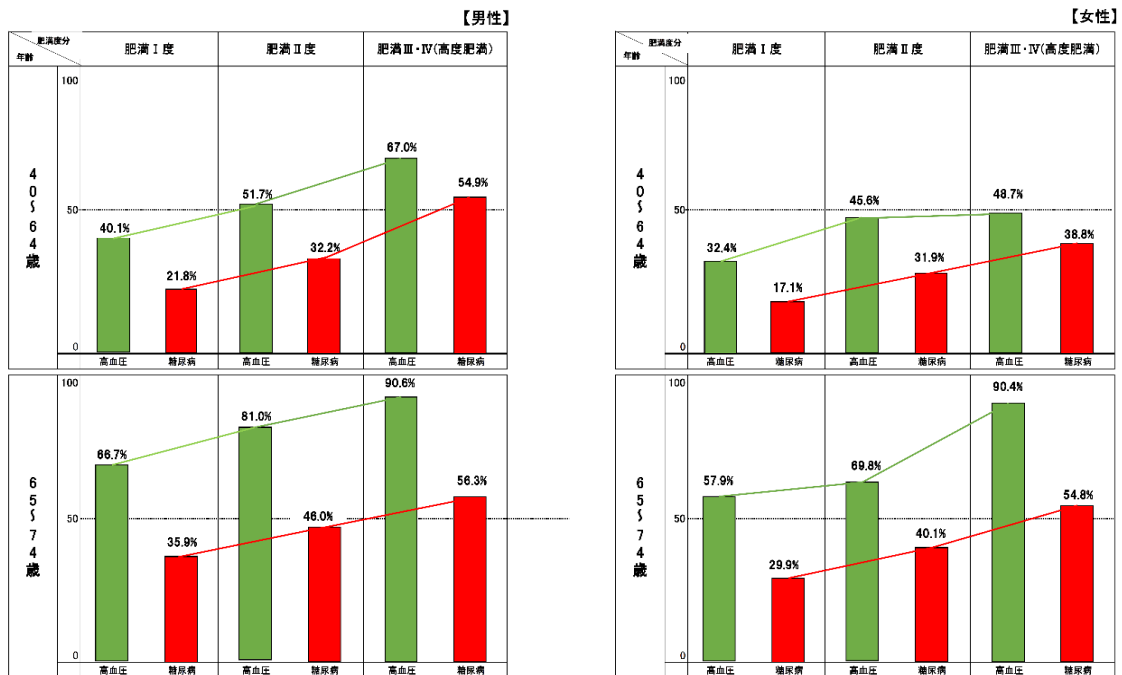
出典・参照：特定健診等データ管理システム

(2) 優先順位をつけます。

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

出典：令和4年度版 なぜ治療が必要なのかを学習するための教材

(沖縄県ヘルスアップ支援事業)

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。

② 心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例

事例 N o.	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	60代		●				●	●	●			メタボ	
2	男	60代	●	●				●	●	●	●	要介護4	メタボ	
3	男	60代		●				●	●	●			メタボ	
4	男	60代			●			●	●	●	●		メタボ	
5	男	40代			●			●	●	●	●		メタボ	

金武町調べ

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	400	50	77	138	135	402	40	46	158	158	
メタボ該当者	B	160	19	34	53	54	80	5	7	30	38	
	B/A	40.0%	38.0%	44.2%	38.4%	40.0%	19.9%	12.5%	15.2%	19.0%	24.1%	
再掲	① 3項目全て	C	45	3	10	19	13	22	3	2	7	10
		C/B	28.1%	15.8%	29.4%	35.8%	24.1%	27.5%	60.0%	28.6%	23.3%	26.3%
	② 血糖+血圧	D	20	3	4	7	6	7	0	0	4	3
		D/B	12.5%	15.8%	11.8%	13.2%	11.1%	8.8%	0.0%	0.0%	13.3%	7.9%
	③ 血圧+脂質	E	89	10	19	27	33	45	1	3	18	23
		E/B	55.6%	52.6%	55.9%	50.9%	61.1%	56.3%	20.0%	42.9%	60.0%	60.5%
	④ 血糖+脂質	F	6	3	1	0	2	6	1	2	1	2
		F/B	3.8%	15.8%	2.9%	0.0%	3.7%	7.5%	20.0%	28.6%	3.3%	5.3%

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

出典・参照：特定健診等データ管理システム

	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	400	160	40.0%	125	78.1%	35	21.9%	402	80	19.9%	73	91.3%	7	8.8%
40代	50	19	38.0%	11	57.9%	8	42.1%	40	5	12.5%	4	80.0%	1	20.0%
50代	77	34	44.2%	24	70.6%	10	29.4%	46	7	15.2%	6	85.7%	1	14.3%
60代	138	53	38.4%	45	84.9%	8	15.1%	158	30	19.0%	29	96.7%	1	3.3%
70~74歳	135	54	40.0%	45	83.3%	9	16.7%	158	38	24.1%	34	89.5%	4	10.5%

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40代から受診者の4割を超えるが、女性では60代から2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、男性では年代とともに増加し60代で8割以上、女性では40代から8割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、全員がメタボリックシンドローム該当者であり、脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えた結果であると考えます。このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

(1) 対象者の選定基準の考え方

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

(2)対象者の管理

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳を活用し、担当地区ごとに管理します。

4) 保健指導の実施

(1) 最新の脳科学を活用した保健指導

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

図表 65 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すか？</p> <p>R4沖・食 8健診データを見ながら考えます</p> <p>R4沖・食 9脂肪細胞ってね①</p> <p>R4沖・食 10脂肪細胞ってね②</p> <p>R4沖・食 11脂肪細胞の中身はなんだと思いますか？</p> <p>3. 脂肪細胞の特性～肥満の解決～</p> <p>R4沖・食 12肥満症診療ガイドライン2022の治療目標と健診データの改善</p> <p>R4沖・食 13肥満 (脳の変調) の解決</p> <p>R4沖・食 14脳の変調</p> <p>4. A-② 原因として見てきた食品から500kcal減らす 私はどのタイプかな？</p> <p>R4沖・食 15自分は何を食べて体重が増えるタイプなの？</p> <p>R4沖・食 16肥満解決のために</p> <p>R4沖・食 17ジャンクフード ポテトチップス</p> <p>R4沖・食 18ジャンクフード チョコレート</p> <p>R4沖・食 19ジャンクフード アイスクリューム</p> <p>R4沖・食 20加工食品のことで知って欲しいことがあります</p> <p>R4沖・食 21カップラーメン・袋麺</p> <p>R4沖・食 22ファーストフード</p> <p>R4沖・食 23よく食べている食べ物の中身 (肉・乳・加工品)</p> <p>R4沖・食 24よく食べている食べ物の中身 (魚・卵・豆腐)</p> <p>R4沖・食 25チャンプルー「みえるあぶら」「みえないあぶら」の組み合わせ</p> <p>R4沖・食 26肝臓のお仕事には順番があります</p> <p>R4沖・食 27アルコール早見表</p> <p>5. B 短鎖脂肪酸の役割が、解決のポイント</p> <p>R4沖・食 28脂肪酸にはどんな特徴があるのでしょうか？</p> <p>R4沖・食 29脳の変調を修正してくれる短鎖脂肪酸</p> <p>R4沖・食 30食物繊維の仕事</p> <p>R4沖・食 31「あなたのお腹の中で発酵食品がつかれます」 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 441日の基準量の食品の量の中に、血管内皮を守る栄養素はどのくらいの割合を占めているか？</p> <p>R4沖・食 45血管内皮を酸化ストレスから守る</p> <p>R4沖・食 46手軽にとれる野菜で血管内皮を守る</p> <p>7. 栄養指導の基本 ～あなたにとっての食べ方～</p> <p>R4沖・食 47日常生活の中で、必要な食品を考える方法</p> <p>R4沖・食 48血液データと食品 (沖縄年代・性別Ver.) ①～③</p> <p>R4沖・食 49肥満症診療ガイドライン2022と最新肥満症学の食事療法及び各学会のガイドラインの整理</p> <p>R4沖・食 50健診データに基づいた食品の基準量</p> <p>R4沖・食 51生活習慣の改善ってどんなことをするの？</p> <p>R4沖・食 52あなたにとって必要な食の基準量①②</p> <p>R4沖・食 53ごはんの目安と油の目安</p> <p>R4沖・食 54総エネルギー 早見表 (男性)</p> <p>R4沖・食 55ごはんと油量 早見表 (男性)</p> <p>R4沖・食 56総エネルギー 早見表 (女性)</p> <p>R4沖・食 57ごはんと油量 早見表 (女性)</p> <p>8. 資料箱 ～ポピュレーションアプローチ～</p> <p>R4沖・食 58社会的背景 ～沖縄と全国を比べてみました～</p> <p>R4沖・食 59統計からみえる沖縄の食</p> <p>R4沖・食 60食の背景の変遷</p> <p>R4沖・食 61肥満がもたらすもの</p> <p>R4沖・食 62参考資料 ～ページノート～</p> <p>R4沖・食 63令和3年度保健指導専門職としての学習プロセス</p> <p>R4沖・食 64令和4年度保健指導専門職としての学習プロセス</p>
<p>その他</p>	

(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。

金武町においても、二次健診の実施しています。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ① 頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- ② 微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ③ 75g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

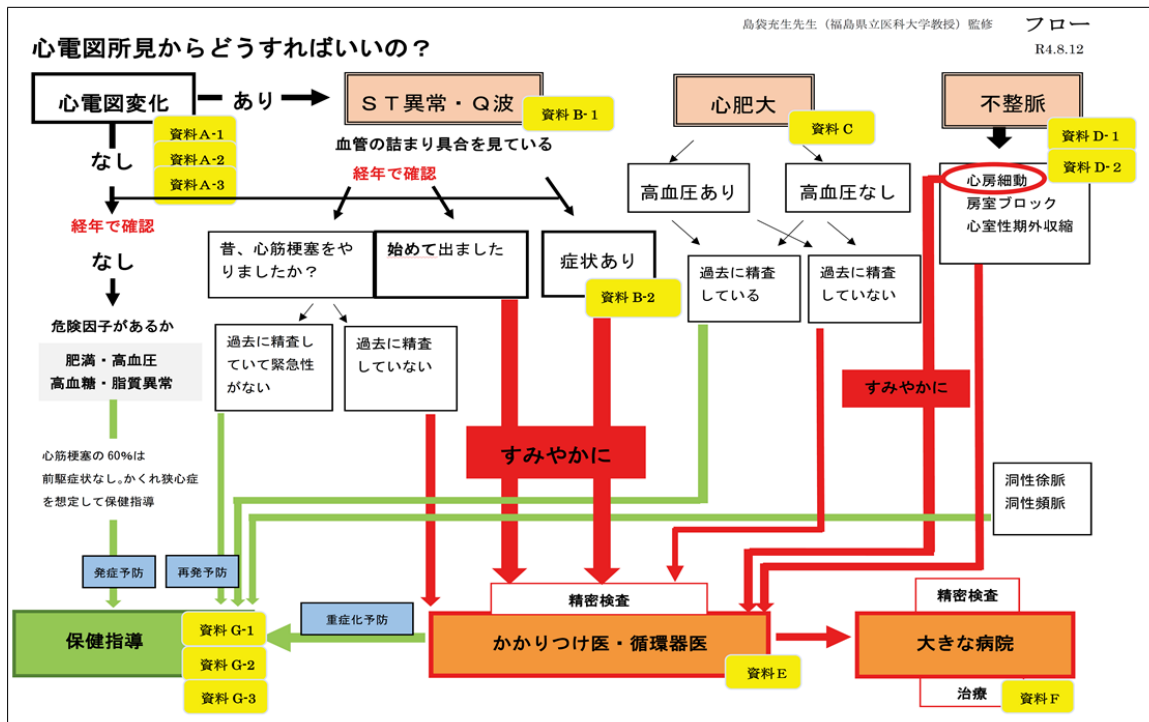
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

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一つであり、「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。

金武町においては、心電図検査実を 249 人(30.4%)に実施し、そのうち有所見者が 136 人(54.6%)でした。所見の中でも ST 変化が 16 人(6.4%)でした。要精査者で医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じた受診勧奨を行う必要があります。

図表 67 心電図受診状況

		H30			R1			R2			R3			R4		
		総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
健診受診者(人)	a	950	481	469	875	448	427	790	378	412	814	419	395	819	412	407
心電図受診者(人)	b	170	107	63	198	104	94	171	80	91	255	121	134	249	124	125
心電図実施率	b/a	17.9%	22.2%	13.4%	22.6%	23.2%	22.0%	21.6%	21.2%	22.1%	31.3%	28.9%	33.9%	30.4%	30.1%	30.7%
有所見者(人)	c	41	26	15	58	35	23	57	26	31	85	43	42	136	72	64
有所見率	(c+d)/b	24.1%	24.3%	23.8%	29.3%	33.7%	24.5%	33.3%	32.5%	34.1%	33.3%	35.5%	31.3%	54.6%	58.1%	51.2%
心房細動(人)	e	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
心房細動有所見率	e/b	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

図表 68 心電図有所見者のうち ST 異常所見

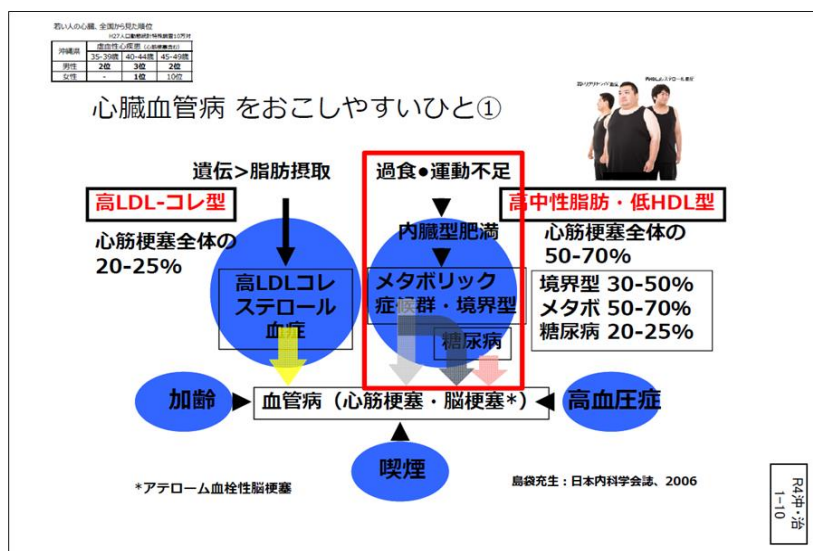
	H30	R1	R2	R3	R4
心電図実施者	170	198	171	255	249
ST異常所見	1 0.6%	3 1.5%	5 2.9%	11 4.3%	16 6.4%

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)

表 69 心血管病をおこしやすいひと (R4 沖・治 1-10)



出典: 令和4年度版 なぜ治療が必要なのかを学習するための教材

(沖縄県ヘルスアップ支援事業)

図表 69 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

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

B:LDL コレステロールタイプ° (図表 70)

図表 70 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定				令和04年度											
動脈硬化性心血管疾患の予防から見た LDLコレステロール管理目標				(参考) 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版											
特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)				健診結果(LDL-C)					(再掲)LDL160以上の年代別						
管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL				317					40代				50代	60代	70~74歳
				120-139	140-159	160-179	180以上	11	11	29	24	14.7%	14.7%	38.7%	32.0%
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	44	23	13	6	2	4	4	0	0	6	4	12	5
			13.9%	16.0%	13.3%	12.5%	7.4%	36.4%	36.4%	0.0%	0.0%	54.5%	36.4%	41.4%	20.8%
	中リスク	140未満 (170未満)	122	54	41	15	12	1	3	17	15	1	0	2	0
			38.5%	37.5%	41.8%	31.3%	44.4%	9.1%	27.3%	58.6%	62.5%	9.1%	0.0%	6.9%	0.0%
高リスク	120未満 (150未満)	139	62	41	24	12	1	0	0	0	4	0	0	4	
		43.8%	43.1%	41.8%	50.0%	44.4%	0.0%	0.0%	0.0%	16.7%	0.0%	0.0%	0.0%	16.7%	
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	12	5	3	3	1	0	0	0	4	0	0	4	
			3.8%	3.5%	3.1%	6.3%	3.7%	0.0%	0.0%	0.0%	16.7%	0.0%	0.0%	16.7%	
	再掲	100未満 (130未満) ※1	13	6	4	2	1	1	0	2	0	1	0	2	0
			4.1%	4.2%	4.1%	4.2%	3.7%	9.1%	0.0%	6.9%	0.0%	9.1%	0.0%	6.9%	0.0%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮
 ※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

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

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

(2) 二次健診の実施

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

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

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

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

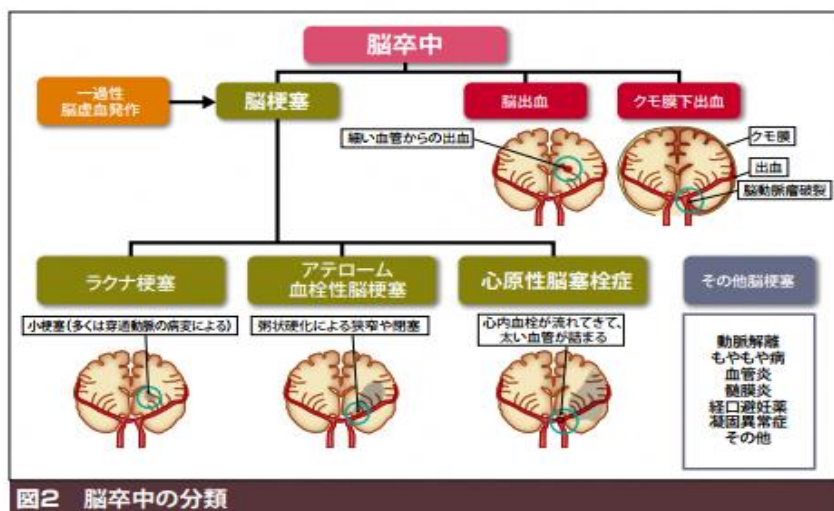


図2 脳卒中の分類

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。(図表 74)でみると、高血圧治療者 1,040 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 125 人(12.0%・O)でした。健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 46 人(5.7%)であり、そのうち 117 人(45.7%)は未治療者です。

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

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 26 人(6.9%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

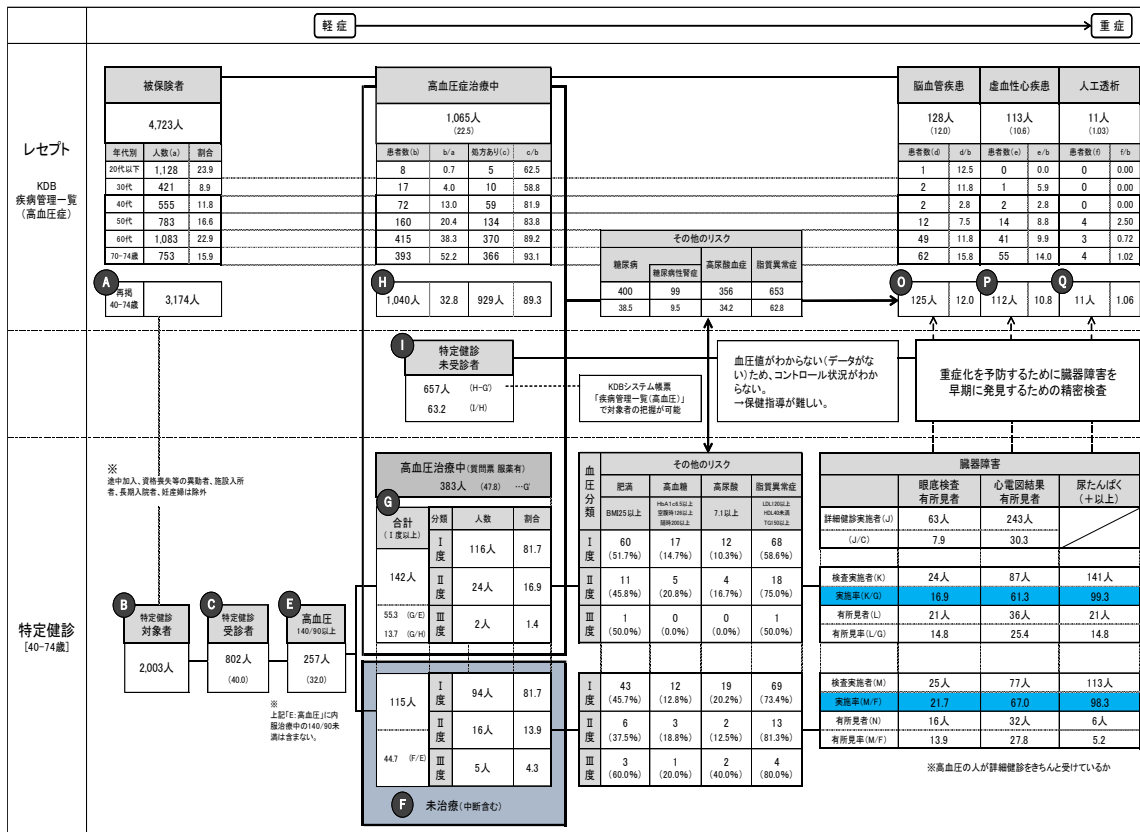
重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)が、わずか 63 人(7.9%)しか実施していない状況です。しかし、眼底検査(詳細検査)の条件は、I 度高血圧以上の場合となっていることから、257 人(32.0%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。

第 3 期計画期間中に、眼底検査(詳細検査)の必要な方への実施について、関係機関と実態を共有し、働きかけをしていく必要があります。

図表 74 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

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構築/加入支援対象者一覧(特定・重症化予防)」から集計

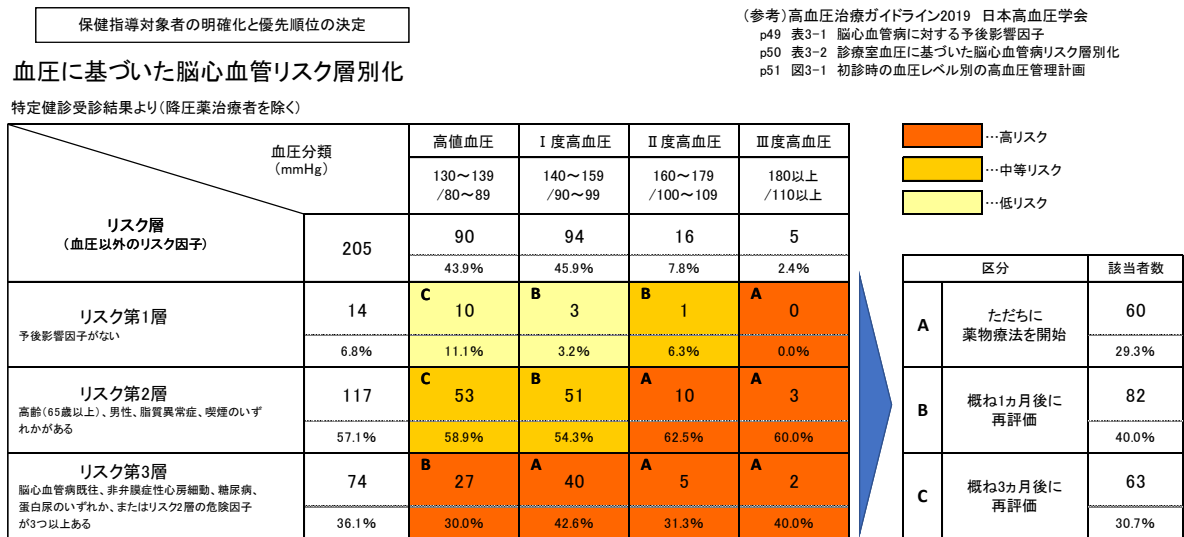
出典・参照: KDB システム改変、特定健診等データ管理システム

(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

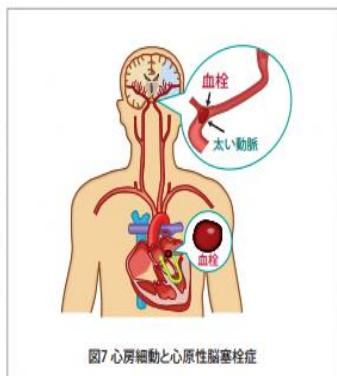


- ※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
- ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
- ※3 脳心血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
- ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含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

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見ています。

(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	400	402	122	30.5%	121	30.1%	0	0.0%	0	0.0%	--	--
40代	50	40	11	22.0%	8	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	77	46	17	22.1%	8	17.4%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	138	158	47	34.1%	48	30.4%	0	0.0%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	135	158	47	34.8%	57	36.1%	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・参照:特定健診等データ管理システム

図表 77 心房細動有所見者の治療状況

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

R4 年度の心電図検査において心房細動の有所見はありませんでした。しかし健診受診者の 30%の方しか検査を受診しておらず日本循環器学会疫学調査による有所見率は、年齢が高くなるにつれ増加しています。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の多くの方が検査を受診できる体制が望まれます。

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、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、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

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

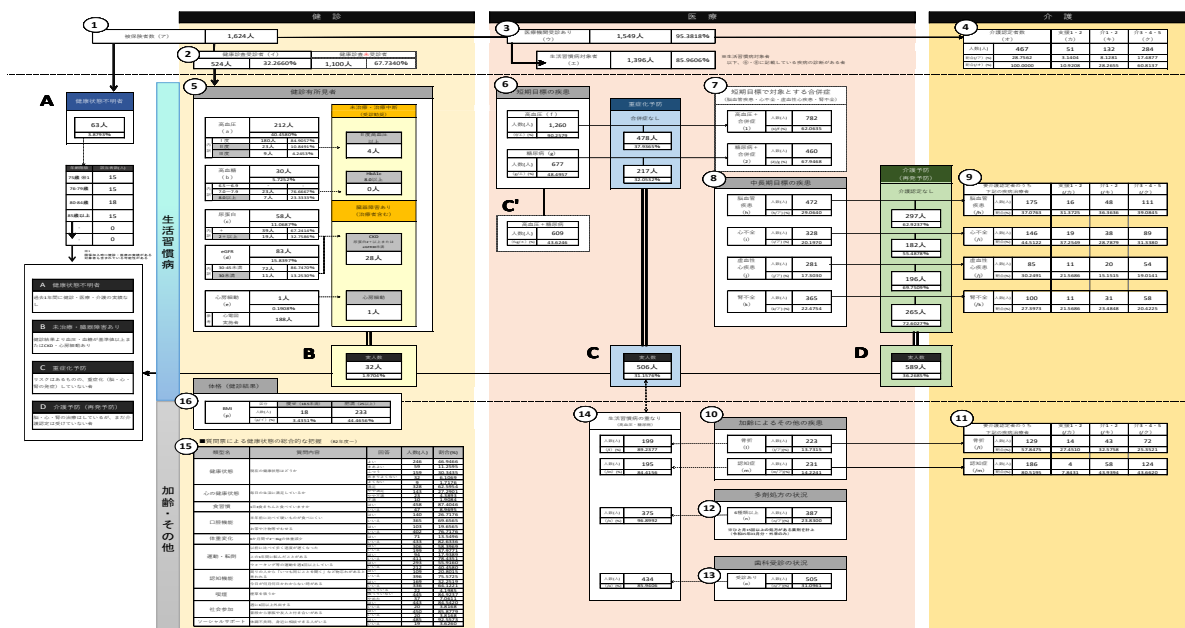
具体的には、(図表 78)

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

② 地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75 歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、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介護予防教室などと連携した健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 78 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



出典・参照：保険者データヘルス支援システム

IV. 発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題であります。生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防の重要性は容易に想起されます。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されています。金武町においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見ていくことが必要であります。(図表 79)

図表 79 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

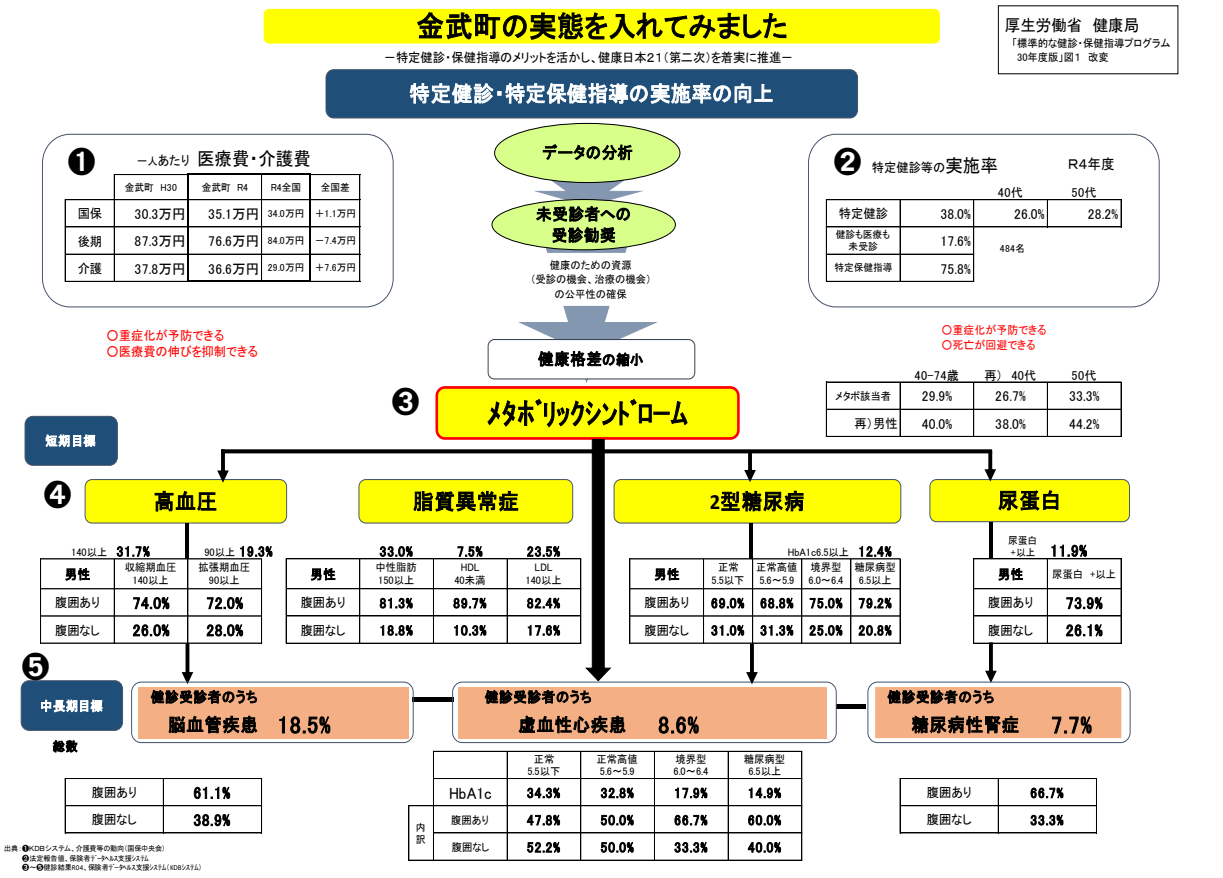
糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える - 基本的考え方 - (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみました)																						
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 発症予防 重症化予防 </div>																				
1 根拠法	健康増進法																					
	母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法		労働安全衛生法 <small>(学校職員は学校保健安全法)</small>		高齢者の医療の確保に関する法律 <small>(介護保険)</small>												
2 計画	健康増進計画(県) (市町村努力義務) 【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】																					
	データヘルス計画【保健事業実施計画】(各保険者)																					
3 年代	妊婦(胎児期)		産婦			0歳~5歳			6歳~14歳		15~18歳		~29歳		30歳~39歳		40歳~64歳		65歳~74歳		75歳以上	
	妊婦健康診査 <small>(13条)</small>		産婦健康診査 <small>(13条)</small>	乳幼児健康診査 <small>(第12・13条)</small>			保育所・幼稚園健康診査 <small>(11・12条)</small>		就学時健診 <small>(11・12条)</small>		児童・生徒の定期健康診査 <small>(第1・13・14条)</small>		定期健康診査 <small>(第66条)</small>		特定健康診査 <small>(第18・20・21条)</small>		特定健康診査 <small>(第18・20・21条)</small>		後期高齢者健康診査 <small>(第125条)</small>			
		妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園 / 幼稚園 児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 <small>(第13・44条)</small>		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)								
5 対象者健診内容	血糖	95mg/dl以上							空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上													
	HbA1c	6.5%以上							6.5%以上													
	50GCT	1時間値 140mg/dl以上																				
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上							空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上													
	(診断)	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①~③の1点以上満たすもの																				
	妊娠糖尿病																					
	身長																					
	BMI								25以上													
	肥満度				かつ18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上													
	尿糖	(+) 以上							(+) 以上													
糖尿病家族歴																						

V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。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住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

金武町の社会保障費健全化に向けて 医療費・介護費の適正化 ～金武町的位置～



出典・参照: 厚生省
 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

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

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
食用油	1位
ハンバーグ等	1位
加工肉	1位
ベーコン	2位
弁当	1位

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
魚類	47位
葉野菜	47位
牛乳・ヨーグルト	47位
しいたけ等	47位
わかめ	47位
豆腐	47位

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

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

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

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた金武町の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1cの年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-Cの年次比較

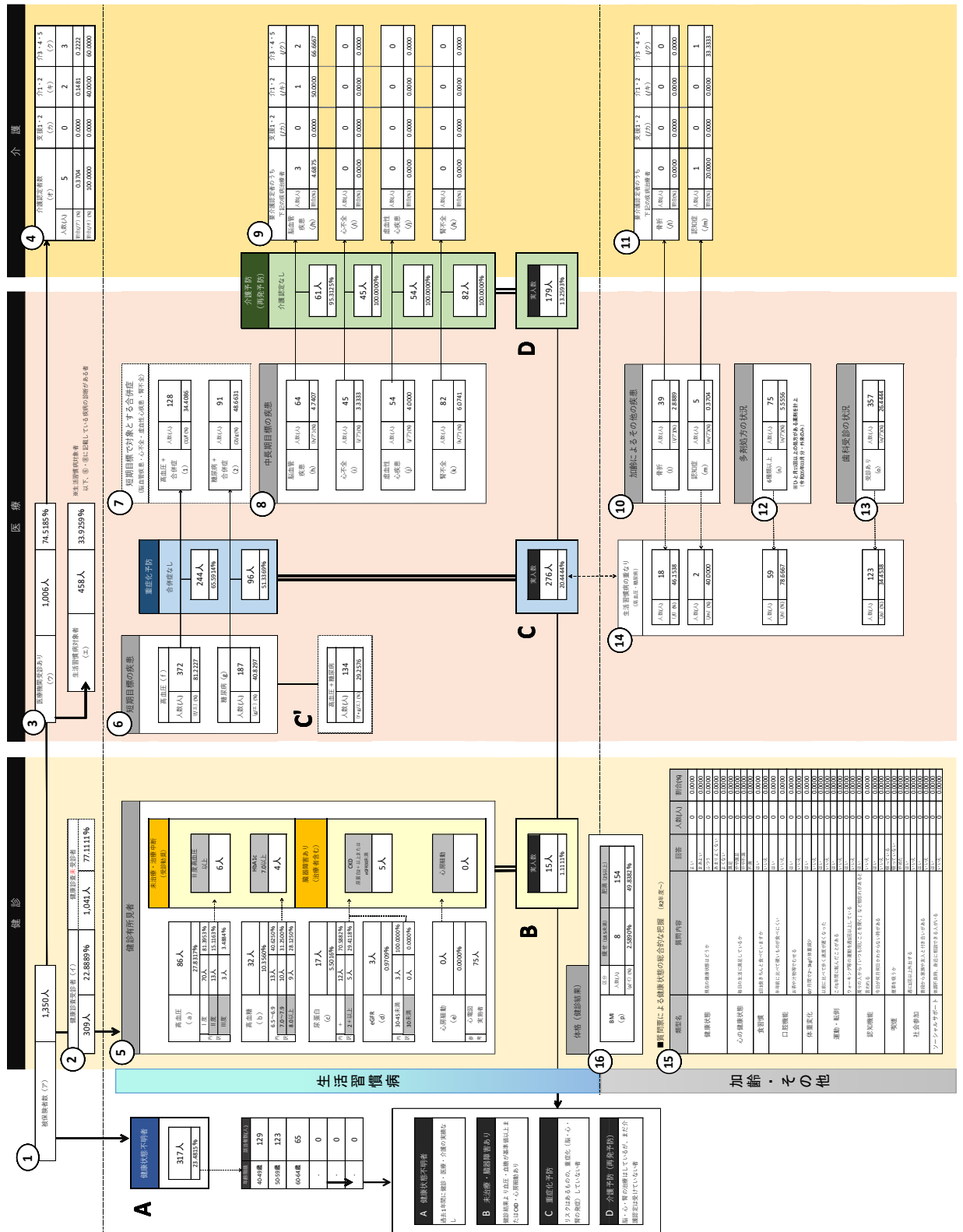
参考資料I 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた金武町の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた金武町の位置										R04年度			
項目			保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	人口構成	総人口		10,800	1,808,758	1,439,108	123,214,261			KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
			65歳以上(高齢化率)		3,006	27.8	667,156	36.9	324,708	22.6		35,335,805	28.7
			75歳以上		1,580	14.6	--	--	155,559	10.8		18,248,742	14.8
			65~74歳		1,426	13.2	--	--	169,149	11.8		17,087,063	13.9
			40~64歳		3,309	30.6	--	--	472,258	32.8		41,545,893	33.7
	39歳以下		4,485	41.5	--	--	642,142	44.6	46,332,563	37.6			
	②	産業構成	第1次産業		11.1	13.4	4.9	4.0			KDB_NO.3		
			第2次産業		16.6	27.1	15.1	25.0			健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
			第3次産業		72.2	59.5	80.0	71.0					
	③	平均寿命	男性		79.4	80.4	80.3	80.8			KDB_NO.1 地域全体像の把握		
女性			87.3	86.9	87.5	87.0							
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性		78.0	79.5	79.3	80.1			KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		女性		81.8	83.9	84.2	84.4						
2	①	死亡の状況	標準化死亡率(SMR)		106.5	103.9	99.3	100			KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			がん		26	40.0	7,103	46.7	3,274	49.7		378,272	50.6
			心臓病		21	32.3	4,457	29.3	1,669	25.3		205,485	27.5
			脳疾患		9	13.8	2,405	15.8	978	14.8		102,900	13.8
			糖尿病		3	4.6	309	2.0	193	2.9		13,896	1.9
			腎不全		3	4.6	582	3.8	272	4.1		26,946	3.6
			自殺		3	4.6	356	2.3	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										
			女性										
3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		526	17.7	123,092	18.6	61,945	19.0	6,724,030	19.4	
			新規認定者		9	0.2	2,019	0.3	835	0.3	110,289	0.3	
			介護度別 総件数	要支援1.2		761	5.6	352,830	12.6	177,194	11.6	21,785,044	12.9
				要介護1.2		5,120	37.6	1,291,061	46.3	546,973	35.9	78,107,378	46.3
				要介護3以上		7,730	56.8	1,146,606	41.1	799,361	52.5	68,963,503	40.8
	2号認定者		10	0.30	2,178	0.38	2,135	0.45	156,107	0.38			
	②	有病状況	糖尿病		141	25.1	29,521	22.9	11,465	17.4	1,712,613	24.3	
			高血圧症		269	49.2	69,159	54.1	28,893	43.8	3,744,672	53.3	
			脂質異常症		206	37.1	39,076	30.2	17,395	26.0	2,308,216	32.6	
			心臓病		292	53.3	77,477	60.7	31,994	48.6	4,224,628	60.3	
			脳疾患		121	22.5	29,613	23.5	14,271	21.9	1,568,292	22.6	
			がん		45	7.6	14,238	11.0	5,539	8.2	837,410	11.8	
			筋・骨格		270	50.4	67,887	53.1	29,667	44.9	3,748,372	53.4	
			精神		203	35.9	48,712	38.1	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		365,722	1,099,360,144	303,361	202,389,376,142	324,737	105,444,836,581	290,668	100,742,726,889	
			1件当たり給付費(全体)		80,770	72,528	69,211	59,662					
			居宅サービス		60,976	44,391	51,518	41,272					
施設サービス			290,656	291,231	301,929	296,364							
④	医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		9,346	8,988	11,002	8,610						
		認定あり 認定なし		4,726	4,226	4,796	4,020						
4	①	国保の状況	被保険者数		3,439	440,282	388,055	27,488,882			KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況		
			65~74歳		1,085	31.5			119,076	30.7		11,129,271	40.5
			40~64歳		1,140	33.1			134,131	34.6		9,088,015	33.1
			39歳以下		1,214	35.3			134,848	34.7		7,271,596	26.5
	加入率		31.8	24.3	27.0	22.3							
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数		1	0.3	139	0.3	90	0.2	8,237	0.3	
			診療所数		7	2.0	1,177	2.7	890	2.3	102,599	3.7	
			病床数		416	121.0	17,962	40.8	18,602	47.9	1,507,471	54.8	
			医師数		26	7.6	2,218	5.0	3,887	10.0	339,611	12.4	
			外来患者数		562.7	708.1	541.1	687.8					
			入院患者数		24.5	22.2	19.0	17.7					
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費		351,274	378,542	318,310	339,680					
			受診率		587,221	730,302	560,174	705,439					
			外 来	費用の割合		50.4	57.0	53.6	60.4				
				件数の割合		95.8	97.0	96.6	97.5				
入 院			費用の割合		49.6	43.0	46.4	39.6					
			件数の割合		4.2	3.0	3.4	2.5					
1件あたり在院日数			20.0日	16.7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 最大医療資源確保病名 (請附含む)	がん	128,032,240	23.7	32.0	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)	34,199,490	6.3	7.8	12.0	8.2						
			糖尿病	48,461,320	9.0	11.2	8.3	10.4						
			高血圧症	34,152,540	6.3	6.6	4.8	5.9						
			脂質異常症	23,202,490	4.3	3.8	2.8	4.1						
			脳梗塞・脳出血	29,370,840	5.4	3.9	4.9	3.9						
			狭心症・心筋梗塞	13,791,020	2.6	2.5	3.3	2.8						
			精神	147,514,120	27.3	15.1	20.9	14.7						
	筋・骨格	76,921,930	14.2	16.1	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	20	0.0	363	0.2	313	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)			
				糖尿病	673	0.4	1,550	1.0	896	0.6		1,144	0.9	
				脂質異常症	--	--	73	0.0	67	0.0		53	0.0	
		一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合	外来	脳梗塞・脳出血	6,587	3.8	6,817	4.2	6,789	4.6		5,993	4.5	
				虚血性心疾患	3,705	2.1	4,157	2.6	4,321	2.9		3,942	2.9	
腎不全				2,976	1.7	5,219	3.2	5,764	3.9	4,051		3.0		
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	1,354		2,885		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	10,716		13,033		11,533		13,295				
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	5,650		8,199		5,718		6,142				
			健診未受診者	44,722		37,038		46,845		40,210				
		⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	485	63.9	84,334	58.5	46,750	60.4		3,881,055	57.0	
				医療機関受診率	444	58.5	75,623	52.4	42,965	55.5		3,543,116	52.0	
5	特定健診の 状況 県内市町村数 42市町村 同規模市区町村数 152市町村	①	健診受診者	759		144,242		77,415		6,812,842	KDB NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健 康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握			
			②	受診率	37.6	県内25位 同規模123位	44.7	33.7	全国39位	37.1				
			③	特定保健指導終了者(実施率)	40	32.3	4,174	24.7	3,636	32.2		107,925	13.4	
		④	非肥満高血糖	44	5.8	15,769	10.9	5,139	6.6	615,549		9.0		
		⑤	メタボ	該当者	228	30.0	30,777	21.3	20,034	25.9		1,382,506	20.3	
				男性	148	39.5	21,485	32.0	13,894	37.3		965,486	32.0	
				女性	80	20.8	9,292	12.1	6,140	15.3		417,020	11.0	
				予備群	139	18.3	16,232	11.3	11,411	14.7		765,405	11.2	
		⑥	メタボ	男性	99	26.4	11,418	17.0	7,753	20.8		539,738	17.9	
				女性	40	10.4	4,814	6.2	3,658	9.1		225,667	5.9	
		⑦	メタボ該当・予 備群レ ベル	腹囲	総数	399	52.6	51,311	35.6	35,002		45.2	2,380,778	34.9
					男性	268	71.5	35,929	53.5	23,943		64.2	1,666,592	55.3
					女性	131	34.1	15,382	20.0	11,059		27.6	714,186	18.8
					総数	47	6.2	8,057	5.6	4,644		6.0	320,038	4.7
				BMI	男性	8	2.1	1,348	2.0	717		1.9	51,248	1.7
					女性	39	10.2	6,709	8.7	3,927		9.8	268,790	7.1
				⑧	血糖のみ	5	0.7	970	0.7	568		0.7	43,519	0.6
				⑨	血圧のみ	103	13.6	11,869	8.2	8,389		10.8	539,490	7.9
				⑩	脂質のみ	31	4.1	3,393	2.4	2,454		3.2	182,396	2.7
⑪	血糖・血圧			26	3.4	5,168	3.6	2,911	3.8	203,072	3.0			
⑫	血糖・脂質			12	1.6	1,482	1.0	896	1.2	70,267	1.0			
⑬	血圧・脂質			128	16.9	13,802	9.6	9,610	12.4	659,446	9.7			
⑭	血糖・血圧・脂質	62	8.2	10,325	7.2	6,617	8.5	449,721	6.6					
6	①	問診の状況	服薬	高血圧	372	49.0	56,734	39.4	31,609	40.8	2,428,038	35.6		
			糖尿病	89	11.7	14,426	10.0	8,123	10.5	589,470	8.7			
			脂質異常症	229	30.2	40,393	28.0	20,477	26.5	1,899,637	27.9			
			既往 歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	25	3.5	4,313	3.1	2,472	3.4	207,385	3.1		
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	40	5.5	8,226	5.9	4,890	6.8	365,407	5.5		
				腎不全	6	0.8	1,258	0.9	534	0.7	53,898	0.8		
貧血	48	6.6	12,283	8.9	5,769	7.9	702,088	10.7						
6	③	生活習慣の 状況	喫煙	125	16.5	19,956	13.8	11,101	14.3	939,212	13.8			
			週3回以上朝食を抜く	117	16.1	10,967	8.0	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～)	182	25.1	21,245	15.5	13,687	23.2	976,348	15.7			
			週3回以上就寝前夕食	182	25.1	21,245	15.5	13,687	23.2	976,348	15.7			
			食べる速度が遅い	241	33.1	35,839	26.1	17,745	30.1	1,659,705	26.8			
			20歳時体重から10kg以上増加	392	53.9	47,759	34.9	27,557	46.4	2,175,065	35.0			
			1回30分以上運動習慣なし	425	58.8	88,783	64.7	34,075	57.8	3,749,069	60.4			
			1日1時間以上運動なし	314	43.3	66,925	48.8	26,211	44.3	2,982,100	48.0			
			睡眠不足	196	27.0	33,578	24.5	16,453	28.9	1,587,311	25.6			
			毎日飲酒	130	17.9	35,892	25.8	11,814	19.7	1,658,999	25.5			
			⑭	時々飲酒	1合未満	322	58.3	53,516	60.4	20,349	50.2	2,978,351	64.1	
					1～2合	125	22.6	23,379	26.4	12,112	29.9	1,101,465	23.7	
					2～3合	72	13.0	9,133	10.3	5,818	14.4	434,461	9.4	
3合以上	33	6.0			2,574	2.9	2,219	5.5	128,716	2.8				

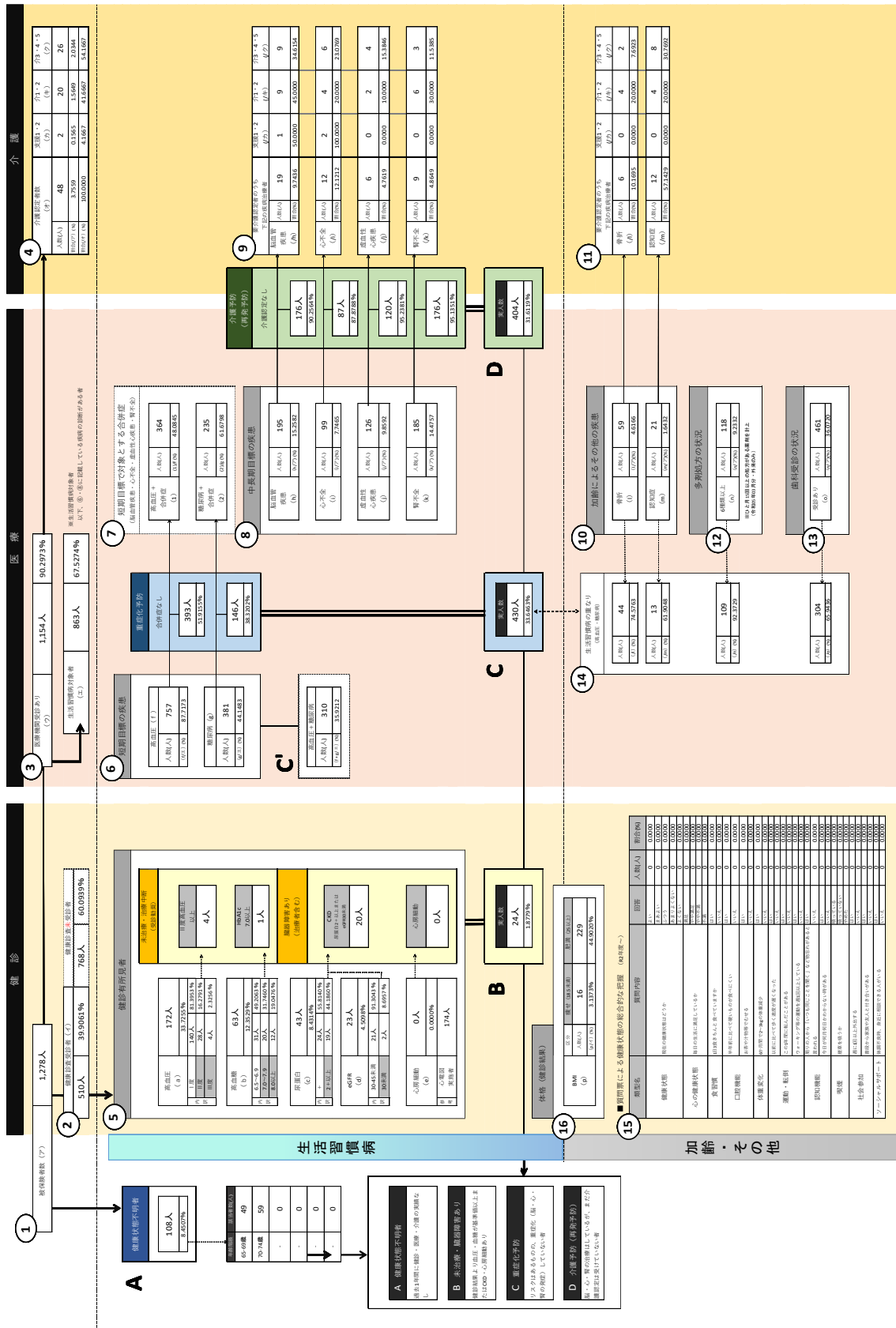
参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

① 40~64歳(国保) R4年度

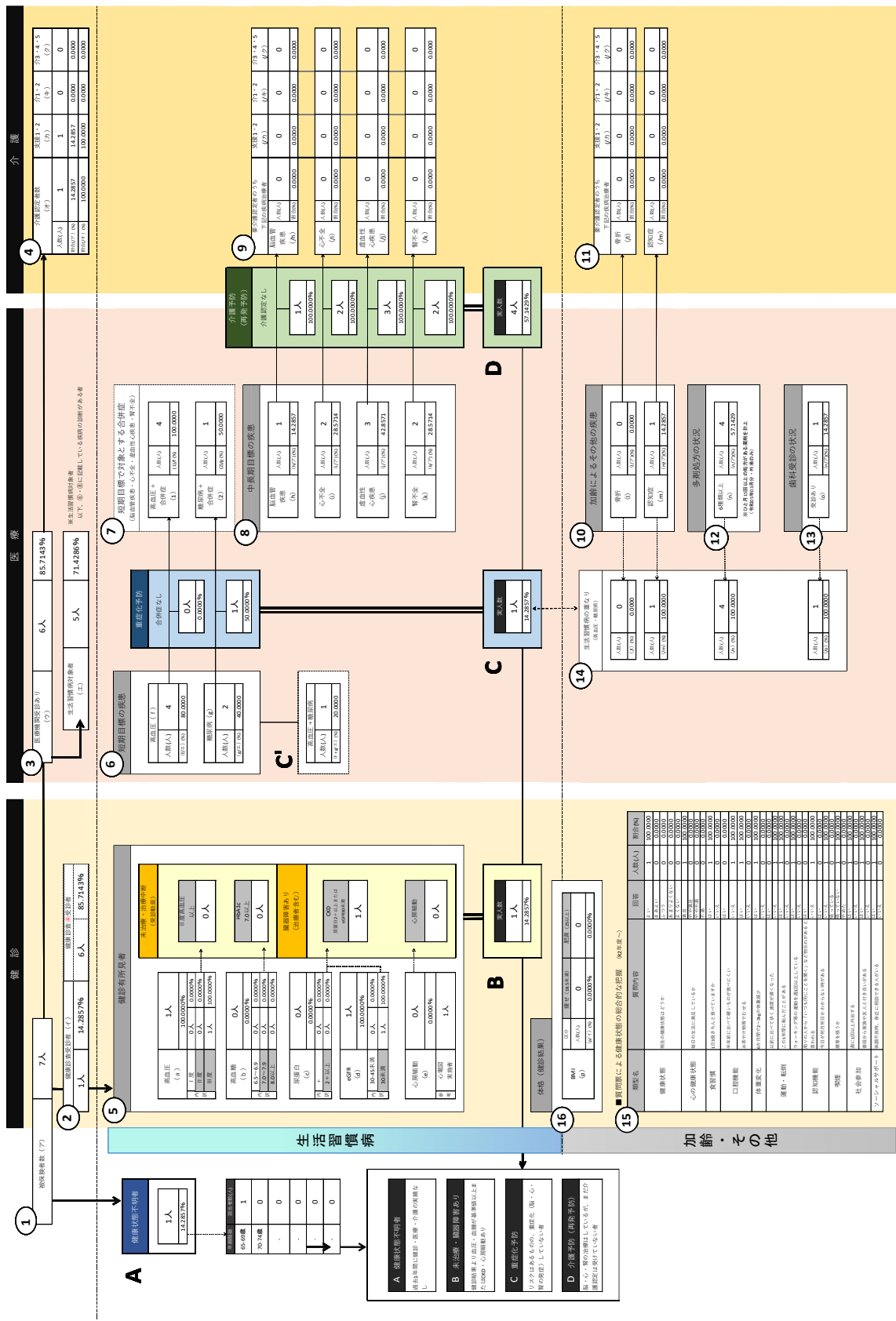


出典・参照: 保険者データヘルス支援システム

② 65~74 歳(国保)R4 年度

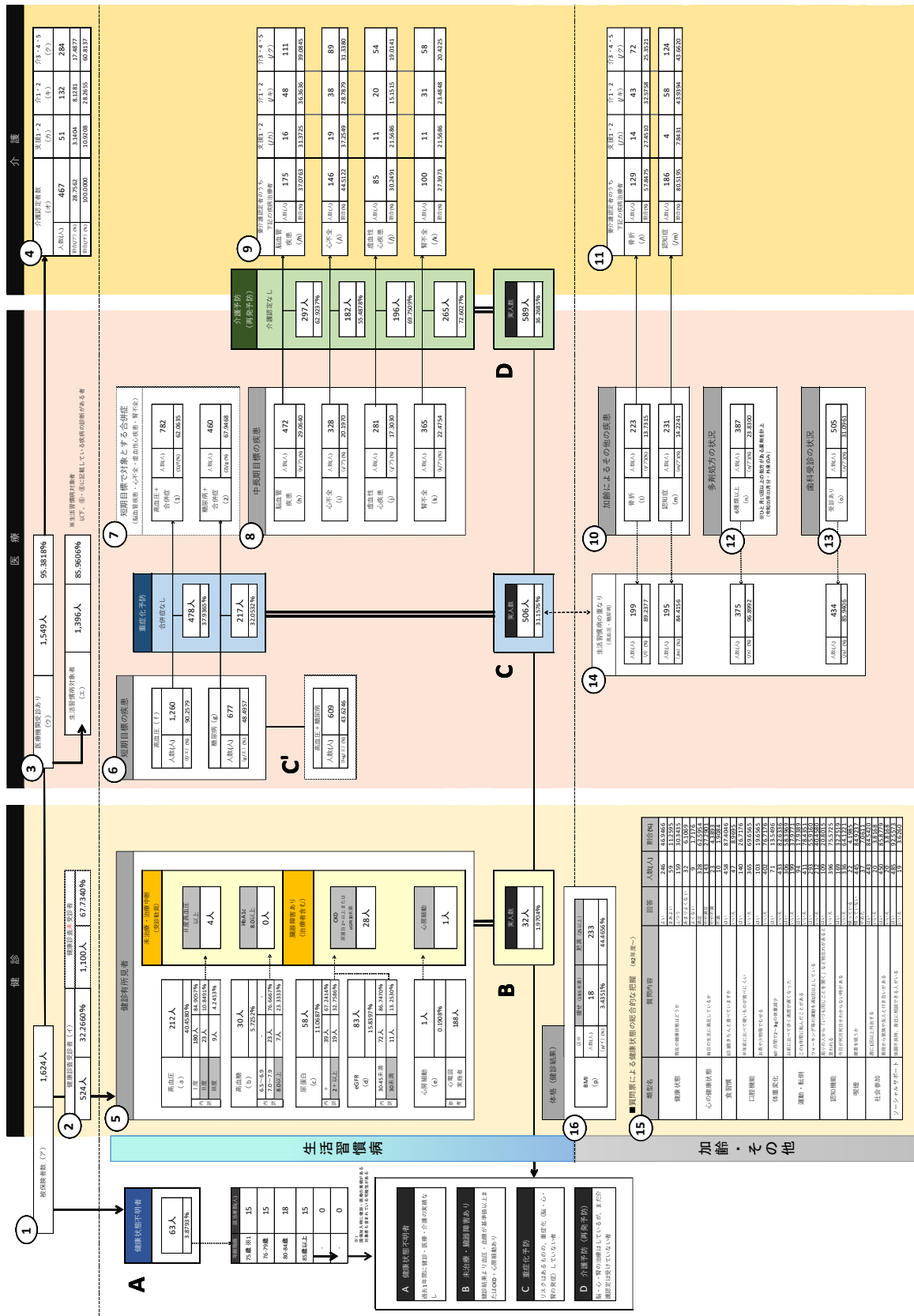


③ 65~74 歳(後期)



出典・参照：保険者データヘルス支援システム

④ 75歳以上(後期)



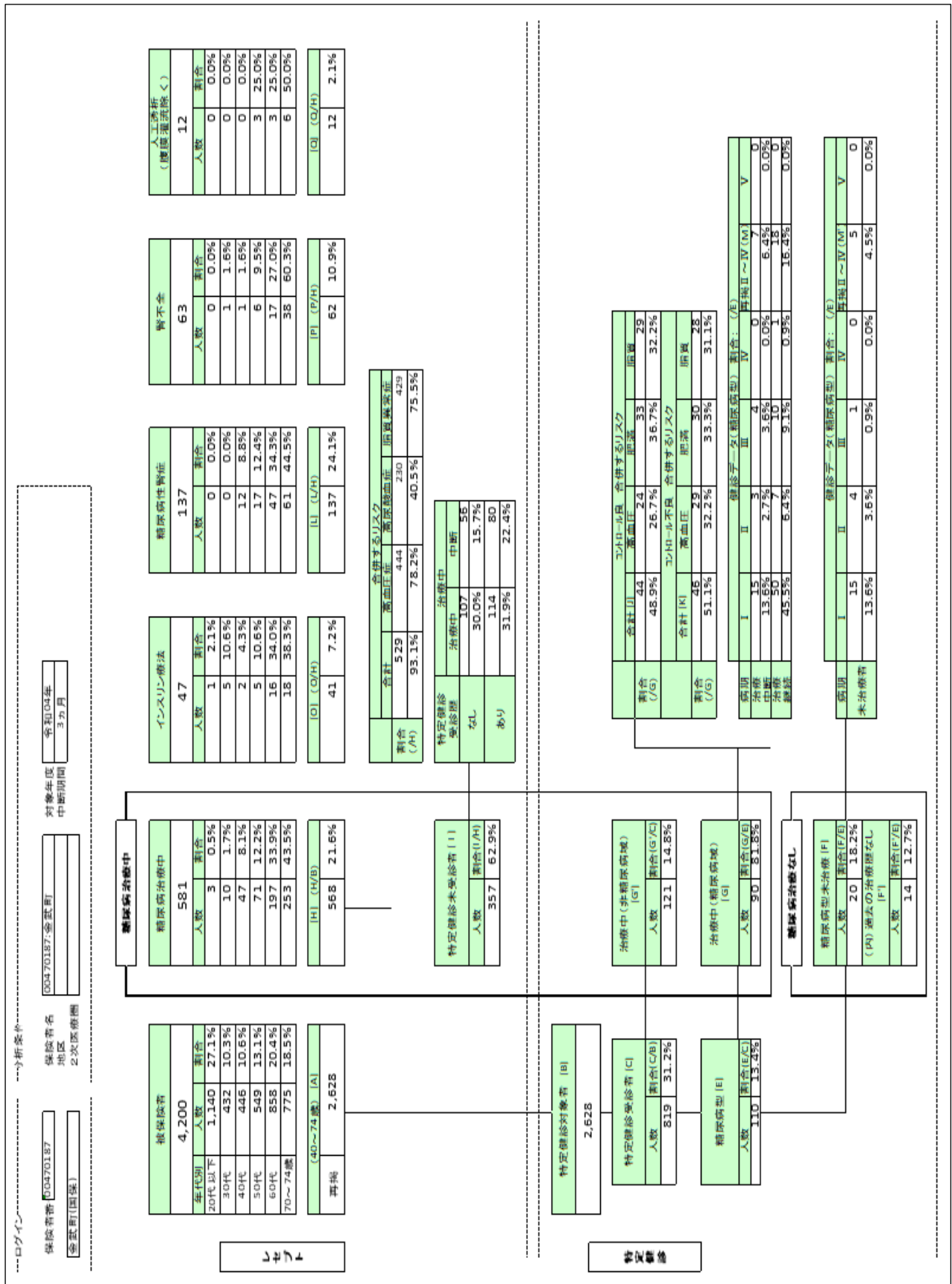
出典・参照: 保険者データヘルス支援システム

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

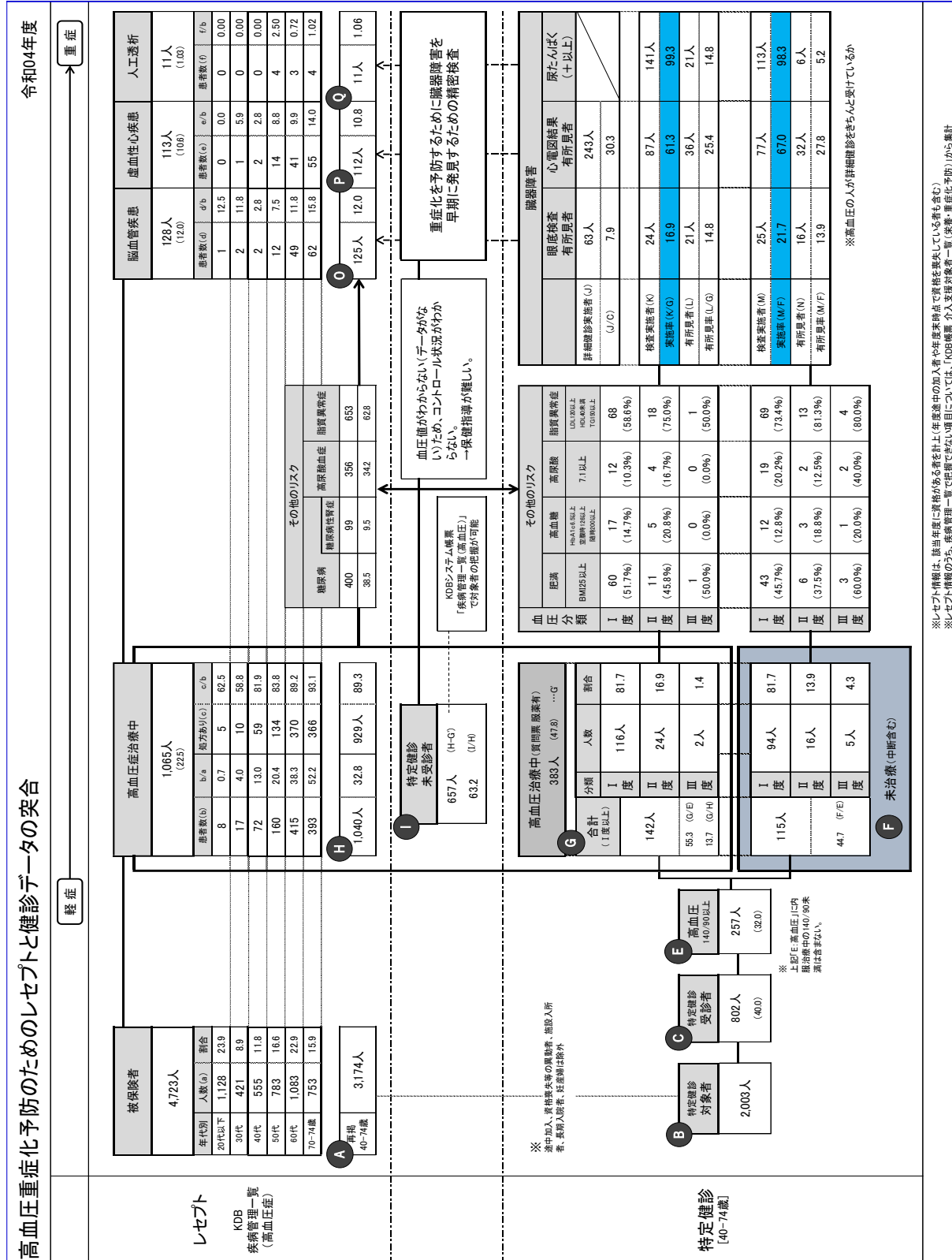
様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目		突合表	金武町										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	A	3,872人		3,714人		3,617人		3,568人		3,535人					
	② (再掲)40-74歳		2,463人		2,399人		2,335人		2,321人		2,318人					
2	① 対象者数	B	2,218人		2,132人		2,126人		2,058人		1,999人					
	② 特定健診 受診者数	C	922人		868人		801人		811人		802人					
	③ 受診率		--		--		--		--		--					
3	① 特定保健指導 対象者数		134人		115人		114人		120人		124人					
	② 実施率		70.9%		73.0%		78.1%		79.2%		75.8%					
4	健診データ	① 糖尿病型	E	148人	16.1%	137人	15.8%	125人	15.6%	128人	15.8%	128人	16.0%			
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	52人	35.1%	38人	27.7%	40人	32.0%	28人	21.9%	37人	28.9%			
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	96人	64.9%	99人	72.3%	85人	68.0%	100人	78.1%	91人	71.1%			
		④ コントロール不良 <small>HbA1c7.0以上または空腹時血糖:30以上</small>	J	43人		50人		38人		39人		48人		52.7%		
		⑤ 血圧 130/80以上		29人		33人		25人		24人		27人		56.3%		
		⑥ 肥満 BMI25以上		31人		35人		26人		22人		31人		64.6%		
		⑦ コントロール良 <small>HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖:30未満</small>	K	53人		49人		47人		61人		43人		47.3%		
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	110人		86人		103人		96人		94人		73.4%		
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		18人		31人		12人		15人		16人		12.5%		
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)		20人		19人		9人		12人		15人		11.7%		
		⑪ 第4期 eGFR30未満		0人		0人		1人		4人		3人		2.3%		
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)	87.3人		90.2人		75.5人		90.2人		90.2人					
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)	134.8人		137.6人		116.1人		136.6人		135.9人					
		③ レセプト件数(40-74歳)	入院外(件数)	1,551件 (642.2)		1,541件 (658.5)		1,496件 (644.5)		1,504件 (650.5)		1,471件 (661.1)		334,283件 (942.0)		
		④ ()内は被保険者千対		入院(件数)	3件 (1.2)		4件 (1.7)		8件 (3.4)		6件 (2.6)		3件 (1.3)		1,709件 (4.8)	
		⑤ 糖尿病治療中	H		338人		335人		273人		322人		319人		9.0%	
		⑥ (再掲)40-74歳		332人		330人		271人		317人		315人		13.6%		
		⑦ 健診未受診者	I	236人		234人		186人		217人		224人		71.1%		
		⑧ インスリン治療	O	13人		8人		8人		13人		17人		5.3%		
		⑨ (再掲)40-74歳		13人		8人		8人		13人		16人		5.1%		
		⑩ 糖尿病性腎症	L	40人		43人		35人		53人		45人		14.1%		
		⑪ (再掲)40-74歳		40人		43人		35人		53人		45人		14.3%		
		⑫ 慢性人工透析患者数 <small>(糖尿病治療中に占める割合)</small>	9人		9人		9人		10人		10人		3.1%			
		⑬ (再掲)40-74歳	9人		9人		9人		10人		10人		3.2%			
		⑭ 新規透析患者数	2人		1人		1人		0人		1人		0.3%			
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症	2人		0人		0人		0人		1人		0.3%			
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 <small>(糖尿病治療中に占める割合)</small>	5人		3人		4人		3人		6人		1.5%			
6	医療費	① 総医療費	11億3815万円		12億4710万円		12億5221万円		12億1502万円		12億0803万円		10億9648万円			
		② 生活習慣病総医療費	5億4517万円		6億2984万円		6億4933万円		6億0066万円		5億4002万円		5億9067万円			
		③ (総医療費に占める割合)	47.9%		50.5%		51.9%		49.4%		44.7%		53.9%			
		④ 生活習慣病対象者一人あたり	健診受診者		6,238円		7,889円		5,945円		5,313円		5,650円		8,199円	
		⑤ 健診未受診者	42,913円		47,993円		57,135円		52,431円		44,722円		37,038円			
		⑥ 糖尿病医療費	4276万円		4600万円		4765万円		4909万円		4846万円		6602万円			
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	7.8%		7.3%		7.3%		8.2%		9.0%		11.2%			
		⑧ 糖尿病入院外総医療費	1億8475万円		1億9665万円		1億8703万円		1億8351万円		1億6892万円					
		⑨ 1件あたり	42,190円		46,923円		48,517円		45,570円		44,441円					
		⑩ 糖尿病入院総医療費	8052万円		9439万円		1億5081万円		1億3138万円		1億3935万円					
		⑪ 1件あたり	563,065円		593,659円		761,679円		647,199円		707,381円					
		⑫ 在院日数	19日		19日		19日		20日		20日					
		⑬ 慢性腎不全医療費	5344万円		6310万円		5607万円		4332万円		3679万円		4999万円			
		⑭ 透析有り	5006万円		5954万円		5142万円		4075万円		3420万円		4634万円			
		⑮ 透析なし	338万円		356万円		466万円		257万円		260万円		364万円			
7	介護	① 介護給付費	10億7000万円		10億7685万円		10億9591万円		11億5051万円		10億9936万円		13億3151万円			
		② (2号認定者)糖尿病合併症	3件		0件		0件		1件		0件					
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)	0人		2人		2人		2人		3人		582人			

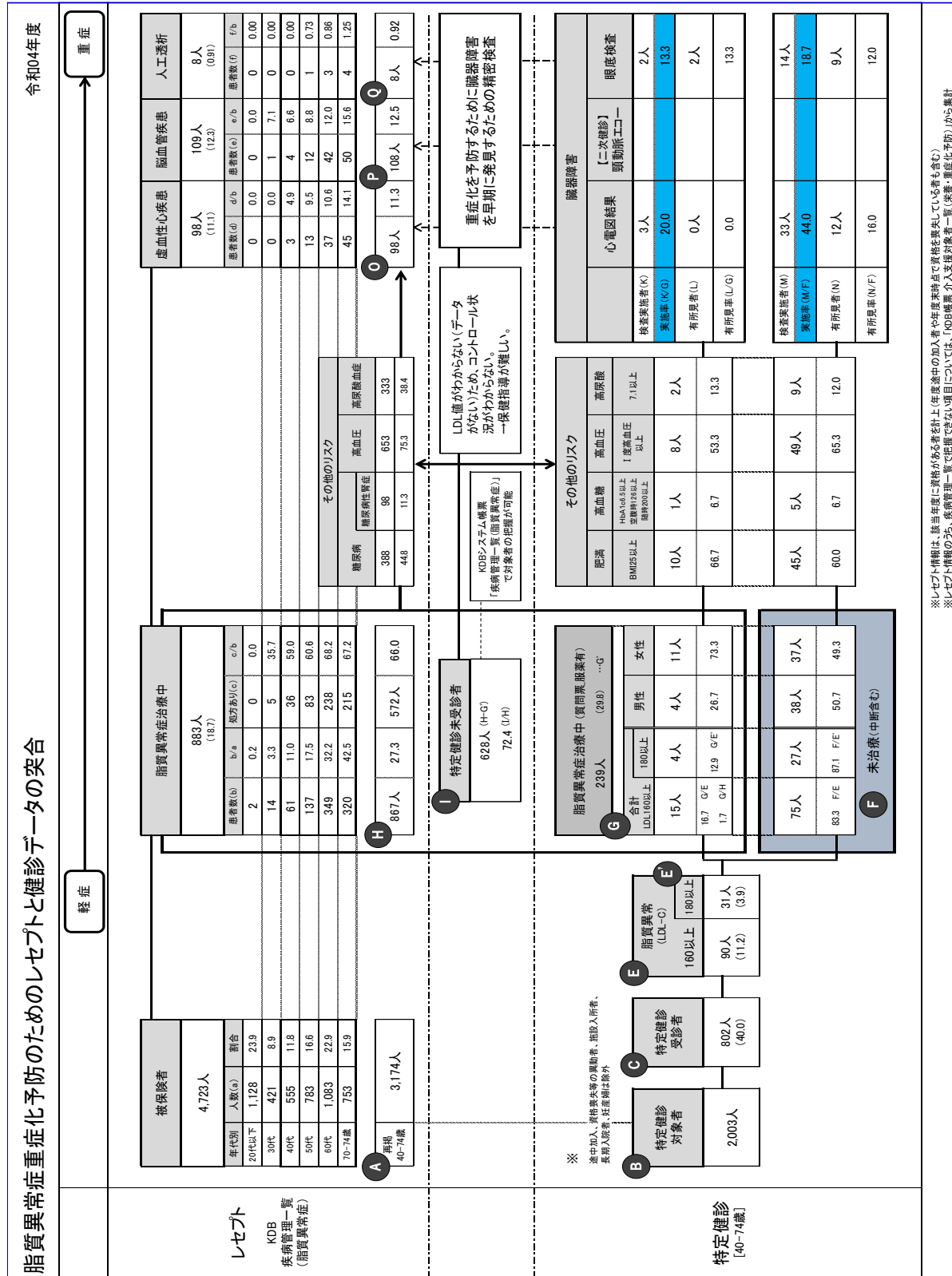
参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



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



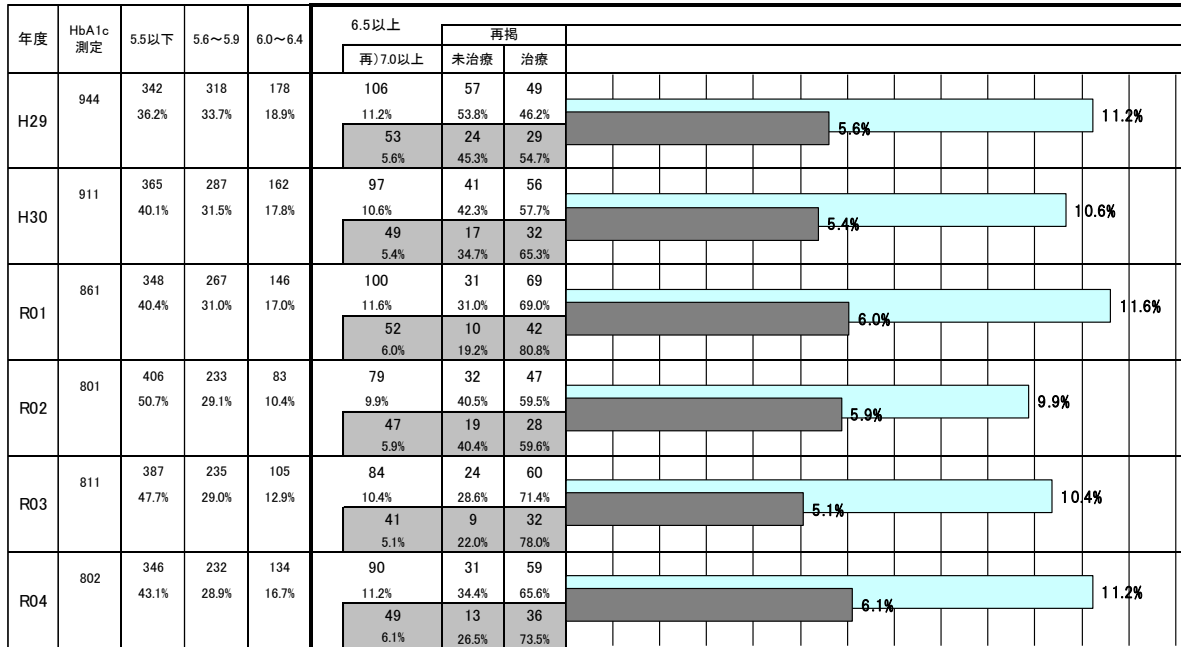
※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB構築」介入支援対象者一覧(疾病・重症化予防)から集計

参考資料7 HbA1C の年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
		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	944	342	36.2%	318	33.7%	178	18.9%	53	5.6%	36	3.8%	17	1.8%	28	3.0%	11	1.2%
H30	911	365	40.1%	287	31.5%	162	17.8%	48	5.3%	25	2.7%	24	2.6%	32	3.5%	15	1.6%
R01	861	348	40.4%	267	31.0%	146	17.0%	48	5.6%	39	4.5%	13	1.5%	27	3.1%	9	1.0%
R02	801	406	50.7%	233	29.1%	83	10.4%	32	4.0%	28	3.5%	19	2.4%	35	4.4%	11	1.4%
R03	811	387	47.7%	235	29.0%	105	12.9%	43	5.3%	20	2.5%	21	2.6%	28	3.5%	14	1.7%
R04	802	346	43.1%	232	28.9%	134	16.7%	41	5.1%	28	3.5%	21	2.6%	32	4.0%	15	1.9%

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



治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
		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	71	7.5%	0	0.0%	8	11.3%	14	19.7%	20	28.2%	19	26.8%	10	14.1%	18	25.4%	7	9.9%
	H30	96	10.5%	7	7.3%	9	9.4%	24	25.0%	24	25.0%	15	15.6%	17	17.7%	21	21.9%	9	9.4%
	R01	99	11.5%	5	5.1%	12	12.1%	13	13.1%	27	27.3%	30	30.3%	12	12.1%	23	23.2%	8	8.1%
	R02	85	10.6%	6	7.1%	13	15.3%	19	22.4%	19	22.4%	19	22.4%	9	10.6%	19	22.4%	5	5.9%
	R03	100	12.3%	9	9.0%	10	10.0%	21	21.0%	28	28.0%	17	17.0%	15	15.0%	21	21.0%	11	11.0%
	R04	91	11.3%	4	4.4%	7	7.7%	21	23.1%	23	25.3%	23	25.3%	13	14.3%	22	24.2%	7	7.7%
治療なし	H29	873	92.5%	342	39.2%	310	35.5%	164	18.8%	33	3.8%	17	1.9%	7	0.8%	10	1.1%	4	0.5%
	H30	815	89.5%	358	43.9%	278	34.1%	138	16.9%	24	2.9%	10	1.2%	7	0.9%	11	1.3%	6	0.7%
	R01	762	88.5%	343	45.0%	255	33.5%	133	17.5%	21	2.8%	9	1.2%	1	0.1%	4	0.5%	1	0.1%
	R02	716	89.4%	400	55.9%	220	30.7%	64	8.9%	13	1.8%	9	1.3%	10	1.4%	16	2.2%	6	0.8%
	R03	711	87.7%	378	53.2%	225	31.6%	84	11.8%	15	2.1%	3	0.4%	6	0.8%	7	1.0%	3	0.4%
	R04	711	88.7%	342	48.1%	225	31.6%	113	15.9%	18	2.5%	5	0.7%	8	1.1%	10	1.4%	8	1.1%

参考資料8 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	950	240	25.3%	163	17.2%	228	24.0%	224	23.6%	80	8.4%	15	1.6%
H30	922	223	24.2%	172	18.7%	220	23.9%	231	25.1%	60	6.5%	16	1.7%
R01	868	209	24.1%	162	18.7%	221	25.5%	211	24.3%	57	6.6%	8	0.9%
R02	801	188	23.5%	139	17.4%	218	27.2%	190	23.7%	54	6.7%	12	1.5%
R03	811	196	24.2%	136	16.8%	208	25.6%	208	25.6%	53	6.5%	10	1.2%
R04	802	215	26.8%	134	16.7%	196	24.4%	210	26.2%	40	5.0%	7	0.9%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲	割合
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療		
H29	950	403 42.4%	228 24.0%	224 23.6%	95 10.0%	42 44.2%	53 55.8%	10.0%	
					15 1.6%	8 53.3%	7 46.7%	1.6%	
H30	922	395 42.8%	220 23.9%	231 25.1%	76 8.2%	40 52.6%	36 47.4%	8.2%	
					16 1.7%	9 56.3%	7 43.8%	1.7%	
R01	868	371 42.7%	221 25.5%	211 24.3%	65 7.5%	28 43.1%	37 56.9%	7.5%	
					8 0.9%	5 62.5%	3 37.5%	0.9%	
R02	801	327 40.8%	218 27.2%	190 23.7%	66 8.2%	25 37.9%	41 62.1%	8.2%	
					12 1.5%	5 41.7%	7 58.3%	1.5%	
R03	811	332 40.9%	208 25.6%	208 25.6%	63 7.8%	26 41.3%	37 58.7%	7.8%	
					10 1.2%	6 60.0%	4 40.0%	1.2%	
R04	802	349 43.5%	196 24.4%	210 26.2%	47 5.9%	21 44.7%	26 55.3%	5.9%	
					7 0.9%	5 71.4%	2 28.6%	0.9%	

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	386	40.6%	50	13.0%	53	13.7%	115	29.8%	115	29.8%	46	11.9%	7	1.8%
	H30	408	44.3%	43	10.5%	78	19.1%	118	28.9%	133	32.6%	29	7.1%	7	1.7%
	R01	419	48.3%	58	13.8%	74	17.7%	118	28.2%	132	31.5%	34	8.1%	3	0.7%
	R02	381	47.6%	43	11.3%	71	18.6%	122	32.0%	104	27.3%	34	8.9%	7	1.8%
	R03	392	48.3%	56	14.3%	59	15.1%	115	29.3%	125	31.9%	33	8.4%	4	1.0%
	R04	383	47.8%	72	18.8%	63	16.4%	106	27.7%	116	30.3%	24	6.3%	2	0.5%
治療なし	H29	564	59.4%	190	33.7%	110	19.5%	113	20.0%	109	19.3%	34	6.0%	8	1.4%
	H30	514	55.7%	180	35.0%	94	18.3%	102	19.8%	98	19.1%	31	6.0%	9	1.8%
	R01	449	51.7%	151	33.6%	88	19.6%	103	22.9%	79	17.6%	23	5.1%	5	1.1%
	R02	420	52.4%	145	34.5%	68	16.2%	96	22.9%	86	20.5%	20	4.8%	5	1.2%
	R03	419	51.7%	140	33.4%	77	18.4%	93	22.2%	83	19.8%	20	4.8%	6	1.4%
	R04	419	52.2%	143	34.1%	71	16.9%	90	21.5%	94	22.4%	16	3.8%	5	1.2%

参考資料9 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	950	441	46.4%	230	24.2%	141	14.8%	86	9.1%	52	5.5%
	H30	921	462	50.2%	195	21.2%	153	16.6%	68	7.4%	43	4.7%
	R01	867	458	52.8%	193	22.3%	132	15.2%	48	5.5%	36	4.2%
	R02	801	419	52.3%	183	22.8%	121	15.1%	53	6.6%	25	3.1%
	R03	811	418	51.5%	176	21.7%	118	14.5%	63	7.8%	36	4.4%
R04	802	409	51.0%	187	23.3%	116	14.5%	59	7.4%	31	3.9%	
男性	H29	502	230	45.8%	130	25.9%	74	14.7%	46	9.2%	22	4.4%
	H30	469	234	49.9%	97	20.7%	80	17.1%	34	7.2%	24	5.1%
	R01	447	243	54.4%	99	22.1%	66	14.8%	24	5.4%	15	3.4%
	R02	384	216	56.3%	89	23.2%	50	13.0%	19	4.9%	10	2.6%
	R03	418	218	52.2%	95	22.7%	58	13.9%	31	7.4%	16	3.8%
R04	400	219	54.8%	89	22.3%	50	12.5%	31	7.8%	11	2.8%	
女性	H29	448	211	47.1%	100	22.3%	67	15.0%	40	8.9%	30	6.7%
	H30	452	228	50.4%	98	21.7%	73	16.2%	34	7.5%	19	4.2%
	R01	420	215	51.2%	94	22.4%	66	15.7%	24	5.7%	21	5.0%
	R02	417	203	48.7%	94	22.5%	71	17.0%	34	8.2%	15	3.6%
	R03	393	200	50.9%	81	20.6%	60	15.3%	32	8.1%	20	5.1%
R04	402	190	47.3%	98	24.4%	66	16.4%	28	7.0%	20	5.0%	

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上		再掲		割合
					再180以上	未治療	治療		
H29	950	441	230	141	138	122	16	14.5%	5.5%
					14.5%	88.4%	11.6%		
H30	921	462	195	153	111	99	12	12.1%	4.7%
					12.1%	89.2%	10.8%		
R01	867	458	193	132	84	72	12	9.7%	4.2%
					9.7%	85.7%	14.3%		
R02	801	419	183	121	78	66	12	9.7%	3.1%
					9.7%	84.6%	15.4%		
R03	811	418	176	118	99	86	13	12.2%	4.4%
					12.2%	86.9%	13.1%		
R04	802	409	187	116	90	75	15	11.2%	3.9%
					11.2%	83.3%	16.7%		

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
治療中	H29	226	23.8%	136	60.2%	49	21.7%	25	11.1%	11	4.9%	5	2.2%
	H30	245	26.6%	160	65.3%	47	19.2%	26	10.6%	8	3.3%	4	1.6%
	R01	233	26.9%	150	64.4%	48	20.6%	23	9.9%	8	3.4%	4	1.7%
	R02	226	28.2%	158	69.9%	38	16.8%	18	8.0%	8	3.5%	4	1.8%
	R03	244	30.1%	163	66.8%	43	17.6%	25	10.2%	8	3.3%	5	2.0%
R04	239	29.8%	163	68.2%	43	18.0%	18	7.5%	11	4.6%	4	1.7%	
治療なし	H29	724	76.2%	305	42.1%	181	25.0%	116	16.0%	75	10.4%	47	6.5%
	H30	676	73.4%	302	44.7%	148	21.9%	127	18.8%	60	8.9%	39	5.8%
	R01	634	73.1%	308	48.6%	145	22.9%	109	17.2%	40	6.3%	32	5.0%
	R02	575	71.8%	261	45.4%	145	25.2%	103	17.9%	45	7.8%	21	3.7%
	R03	567	69.9%	255	45.0%	133	23.5%	93	16.4%	55	9.7%	31	5.5%
R04	563	70.2%	246	43.7%	144	25.6%	98	17.4%	48	8.5%	27	4.8%	

出典・参照:特定健診等データ管理システム