

糸満市
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

糸満市

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方1

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

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化10

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)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40

I. 保健事業の方向性

II. 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防
2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
3. 脳血管疾患重症化予防
4. 慢性腎臓病(CKD)の重症化予防

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64

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65

1. 計画の公表・周知

2. 個人情報の取扱い

参考資料66

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糸満市の課題等を踏まえ、糸満市では、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和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)

本市では、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。

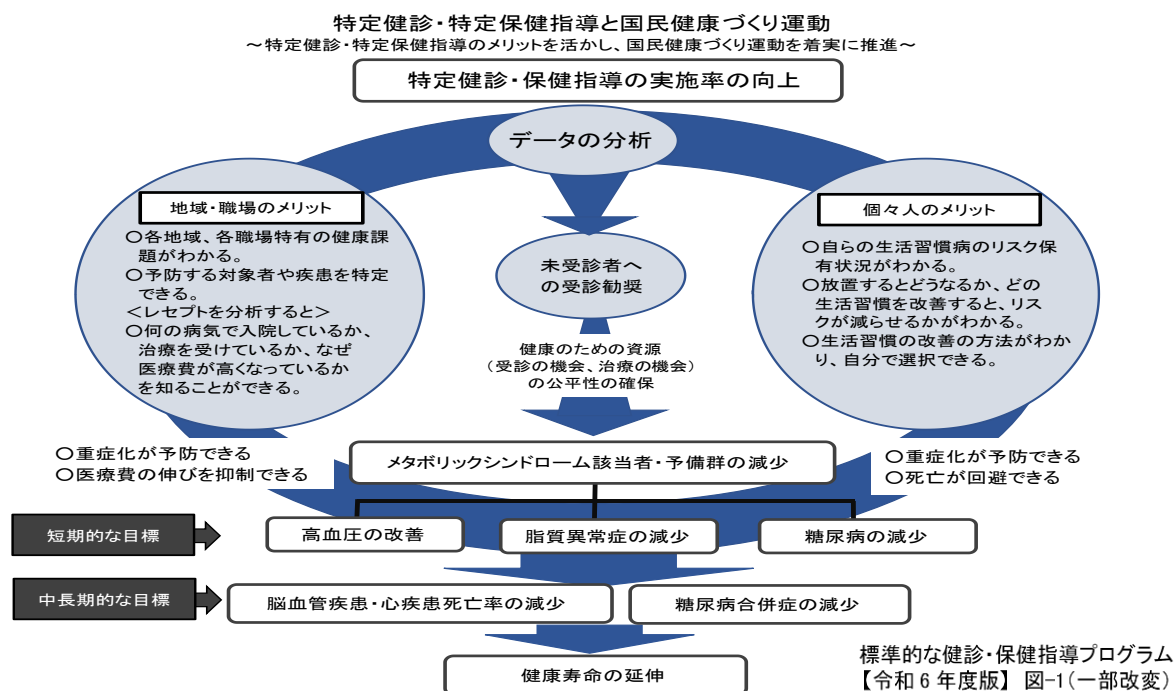
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

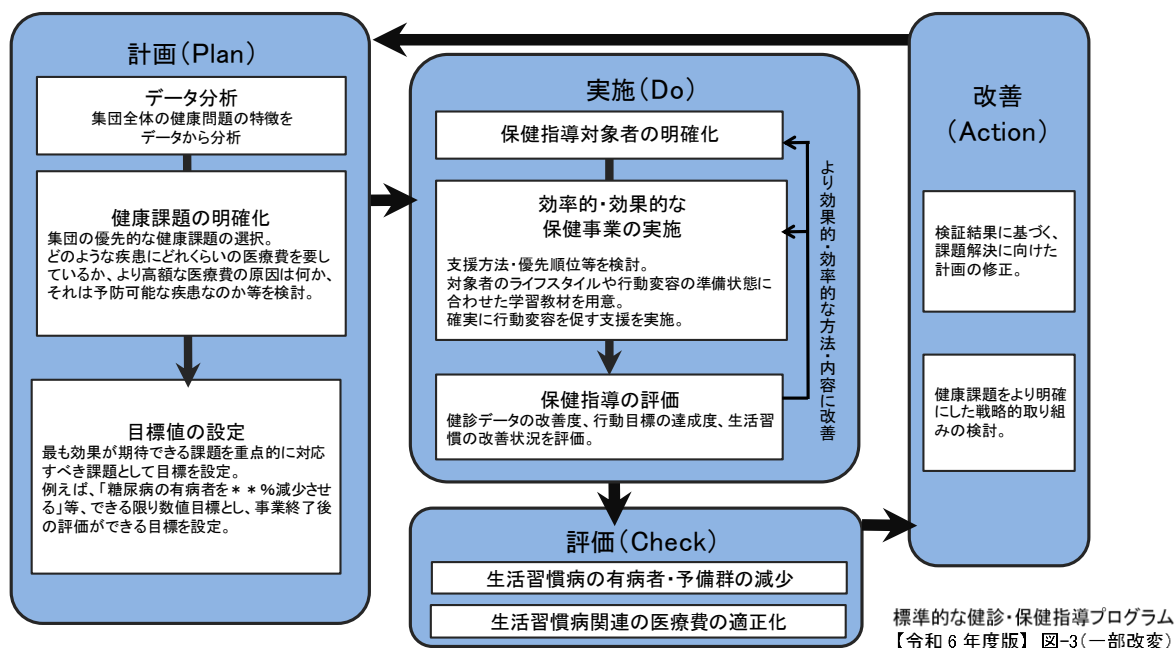
	健康増進計画	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法		医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進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 (胎児期から老齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりに配慮		すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初期老期の認知症、早老症、 骨折・骨折疑症、 パーキンソン病関連疾患、 精神神経疾患
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 がん 精神疾患	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 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



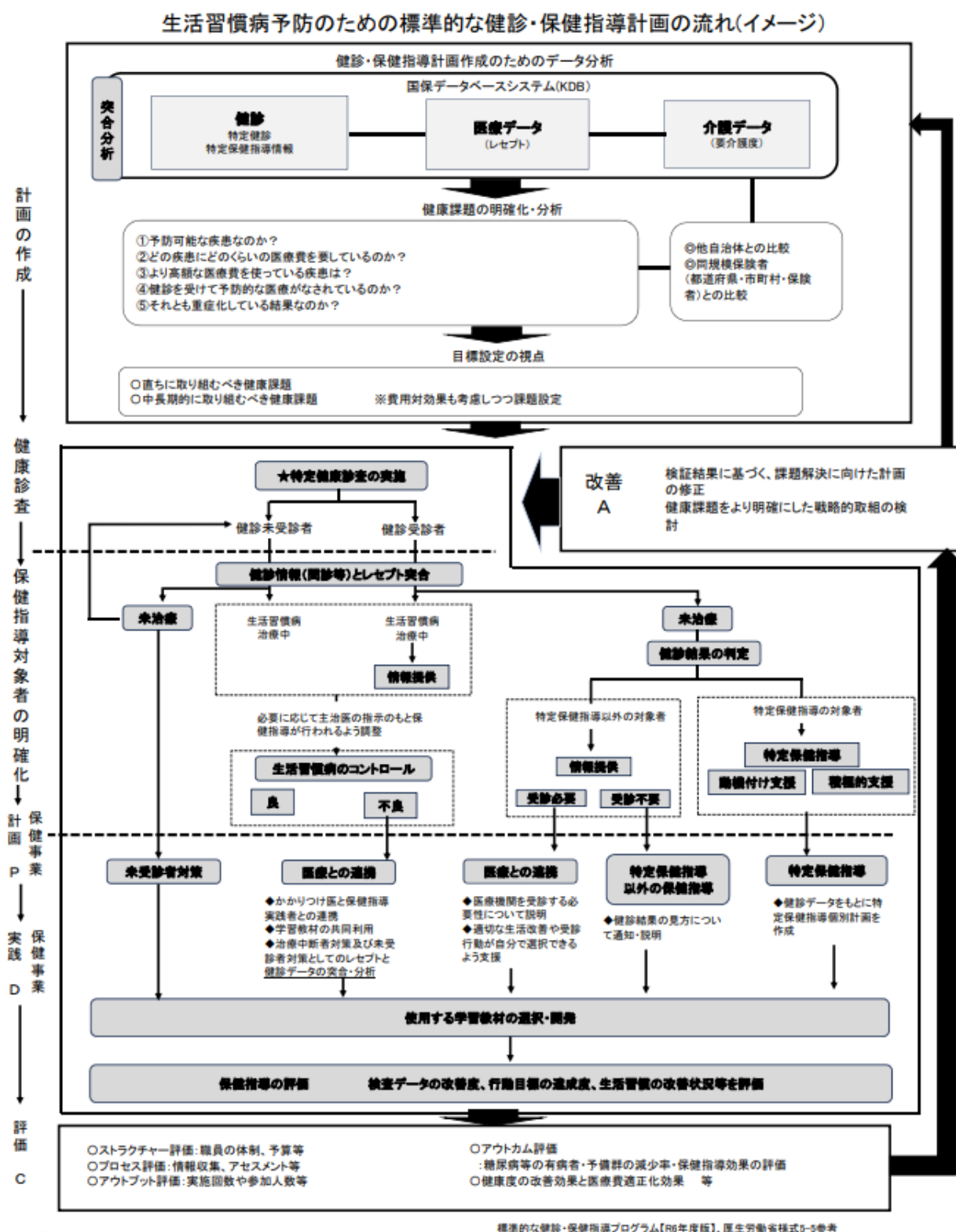
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながります。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



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

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

	老人保健法		高齢者の医療を確保する法律
	かつての健診・保健指導		現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導		内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導		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げる保健指導を行う
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 個人の健康結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村		医療保険者

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方を整理。
(令和6年度版のプログラムからは削除されたが、基本的な考え方であるため参考までに掲示)

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

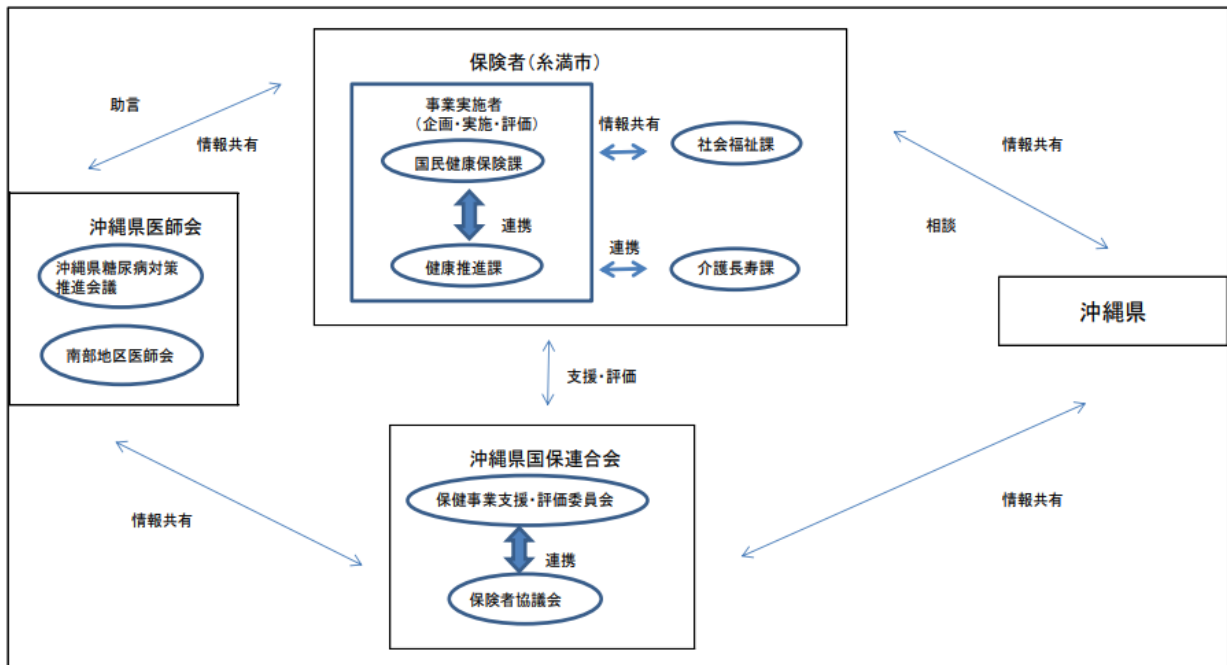
1) 市町村国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国民健康保険課と健康推進課が中心となって、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。

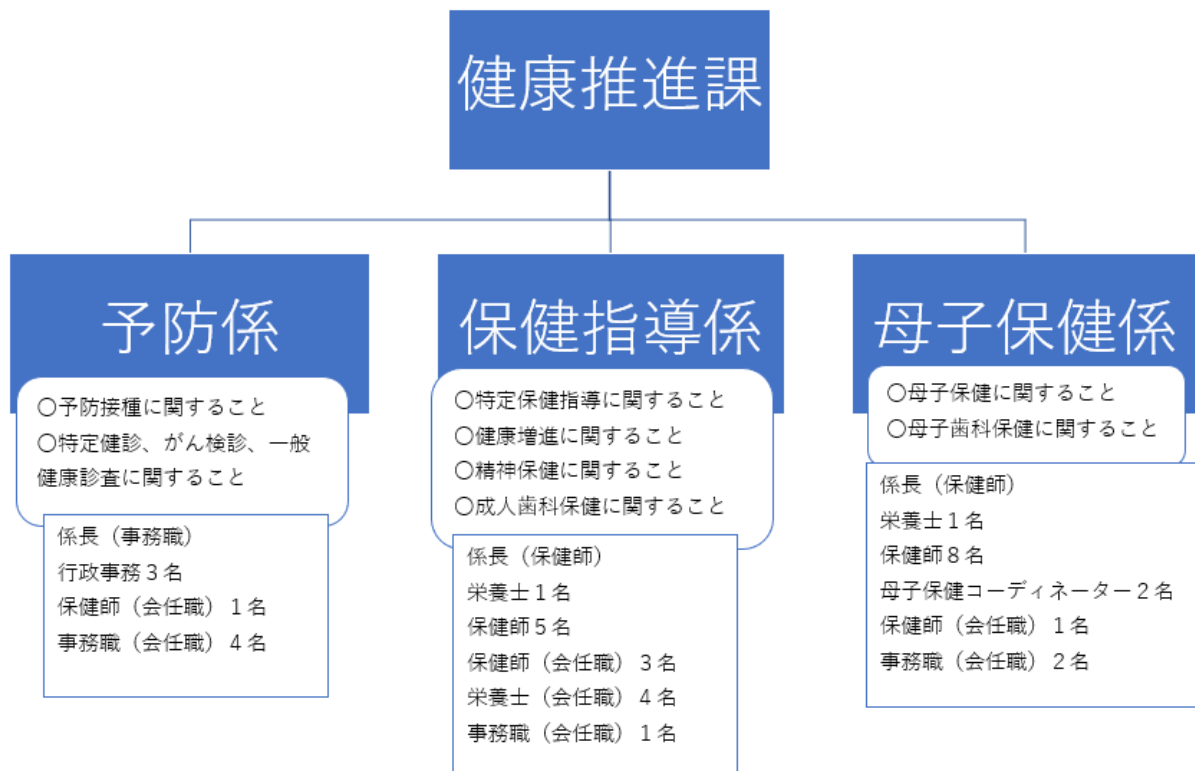
具体的には、介護長寿課、社会福祉課とも十分連携を図ることとします。

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 糸満市の実施体制図



図表 7 糸満市の保健事業体制と主な保健事業の分担



2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等に関係機関との連携・協力が重要となるため、共同保険者である都道府県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会と連携していきます。

市町村国保は、退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、市町村国保と被用者保険の保険者との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の連携に努めていきます。

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、計画策定にあたっては、国保運営協議会の委員として、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	
			糸満市	配点	糸満市	配点	糸満市	配点
交付額(万円)			2993		2899		3279	
全国順位(1,741市町村中)			465位		437位		225位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	70	70	50	70	50	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メロリックスプログラム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	23	40	23	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	90	120	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	80	90	50	45	55	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	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	130	130	130	130	100	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	0	100	25	100	85	100
	②	データヘルス計画の実施状況	37	40	25	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	15	30	28	40	35	40
	⑤	第三者求償の取組	35	40	45	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	83	95	75	100	89	100
合計点			633	1,000	641	960	674	940

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本市は、人口約6万2千人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で22.3%でした。同規模※、県、国と比較すると高齢者の割合は低く、被保険者の平均年齢も47歳と同規模と比べて若く、また出生率も高く、財政指数は低い市となっています。産業においては、第3次産業が75.6%と同規模と比較しても高く、サービス業の割合が多く、被保険者の生活習慣や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)

令和4年度の国保加入率は25.7%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向にあり、年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約32%を占めています。(図表10)

また令和4年度時点で本市内には5つの病院がありますが、うち3つは主な診療科が精神科であるため、病床数、入院数ともに多くなっています。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した糸満市の特性

	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
糸満市	60,551	22.3	15,570 (25.7)	47.4	11.3	9.0	0.5	7.1	17.3	75.6
同規模	--	30.4	20.5	54.7	6.5	11.8	0.7	5.6	28.6	65.8
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、糸満市と同規模保険者(250市)の平均値を表す
出典・参照：KDBシステム改変_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
被保険者数	16,317		15,992		16,007		15,913		15,570	
65～74歳	4,367	26.8	4,558	28.5	4,908	30.7	5,142	32.3	5,018	32.2
40～64歳	5,994	36.7	5,792	36.2	5,653	35.3	5,473	34.4	5,240	33.7
39歳以下	5,956	36.5	5,642	35.3	5,446	34.0	5,298	33.3	5,312	34.1
加入率	27.9		27.4		27.4		27.2		25.7	

出典・参照：KDBシステム改変 地域の全体像の把握

図表11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	同規模 割合	県 割合
病院数	6	0.4	6	0.4	6	0.4	6	0.4	5	0.3	0.3	0.2
診療所数	26	1.6	25	1.6	27	1.7	27	1.7	28	1.8	3.6	2.3
病床数	1,448	88.7	1,448	90.5	1,448	90.5	1,442	90.6	1,172	75.3	59.4	47.9
医師数	108	6.6	108	6.8	106	6.6	106	6.7	85	5.5	10.0	10.0
外来患者数	527.4		536.4		493.4		524.6		551.7		719.9	541.1
入院患者数	25.5		25.4		24.9		23.6		24.8		19.6	19.0

出典・参照：KDBシステム改変 地域の全体像の把握

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者のうち、2号(40～64歳)被保険者の認定率は平成30年に比べて下がっていますが、同規模・国と比較すると高くなっています。(図表12)

平成30年から令和4年にかけて一人当たりの給付費は下がっているものの、介護給付費は、約40億円から約41億円に伸びています。(図表13)

要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況を見ると、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7割以上、第1号被保険者でも約5割の有病率となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病率は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけにあると言えます。(図表14)

図表12 要介護認定者(率)の状況

	糸満市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	11,121人	19.0%	13,522人	22.3%	30.4%	22.6%	28.7%
2号認定者	111人	0.58%	81人	0.43%	0.36%	0.45%	0.38%
新規認定者	30人		15人		--	--	--
1号認定者	2,273人	20.4%	2,344人	17.3%	18.1%	19.0%	19.4%
新規認定者	240人		273人		--	--	--
再掲	65～74歳	308人	5.6%	381人	5.1%	--	--
	新規認定者	56人		83人		--	--
	75歳以上	1,965人	35.3%	1,963人	32.5%	--	--
新規認定者	184人		190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

	糸満市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	40億6696万円	41億4337万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	365,701	306,417	274,536	324,737	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	76,536	72,712	63,298	69,211	59,662
住宅サービス	54,634	50,852	41,822	51,518	41,272
施設サービス	287,487	294,671	292,502	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(令和 4 年度)

受給者区分			2号		1号						合計		
年齢			40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)			81		381		1,963		2,344		2,425		
再)国保・後期			44		253		1,755		2,008		2,052		
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	循環器 疾患	1	脳卒中	33 75.0%	脳卒中	138 54.5%	脳卒中	885 50.4%	脳卒中	1,023 50.9%	脳卒中	1,056 51.5%	
		2	腎不全	8 18.2%	虚血性 心疾患	67 26.5%	虚血性 心疾患	739 42.1%	虚血性 心疾患	806 40.1%	虚血性 心疾患	812 39.6%	
		3	虚血性 心疾患	6 13.6%	腎不全	44 17.4%	腎不全	486 27.7%	腎不全	530 26.4%	腎不全	538 26.2%	
	合併症	4	糖尿病 合併症	4 9.1%	糖尿病 合併症	58 22.9%	糖尿病 合併症	226 12.9%	糖尿病 合併症	284 14.1%	糖尿病 合併症	288 14.0%	
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			40 90.9%	基礎疾患	229 90.5%	基礎疾患	1,648 93.9%	基礎疾患	1,877 93.5%	基礎疾患	1,917 93.4%	
	血管疾患合計			44 100.0%	合計	237 93.7%	合計	1,678 95.6%	合計	1,915 95.4%	合計	1,959 95.5%	
	認知症		認知症	12 27.3%	認知症	65 25.7%	認知症	876 49.9%	認知症	941 46.9%	認知症	953 46.4%	
	筋・骨格疾患		筋骨格系	42 95.5%	筋骨格系	216 85.4%	筋骨格系	1,682 95.8%	筋骨格系	1,898 94.5%	筋骨格系	1,940 94.5%	

出典・参照: KDB システム改変

② 医療費の状況

本市の令和 4 年度の医療費は、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、平成 30 年度と比較して 4 万円以上増加しています。

また、入院医療費は、全体のレセプトのわずか 4%程度にもかかわらず、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は、平成 30 年度と比較して 8 万円以上増加しています。入院件数の割合は同規模、県、国と比べて高くなっています。(図表 15)

また、令和 2 年度の年齢調整をした地域差指数で見ると、外来よりも入院が多い状況となっています。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を防ぐことが重要であり、引き続き重症化予防の取り組みに力を入れる必要があります。(図表 16)

図表 15 医療費の推移

		糸満市		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)		16,317人	15,570人	--	--	--
	前期高齢者割合	4,367人 (26.8%)	5,018人 (32.2%)	--	--	--
総医療費		53億3748万円	57億9235万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		327,112 県内9位 同規模123位	372,020 県内7位 同規模92位	366,294	318,310	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	526,640	612,320	610,160	634,340	617,950
	費用の割合	49.8	49.9	40.5	46.4	39.6
	件数の割合	4.6	4.3	2.7	3.4	2.5
外来	1件あたり費用額	25,600	27,650	24,470	25,820	24,220
	費用の割合	50.2	50.1	59.5	53.6	60.4
	件数の割合	95.4	95.7	97.3	96.6	97.5
受診率		552.843	576.478	739.503	560.174	705.439

※同規模被保険者数: 250

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		
		糸満市 (県内市町村中)		県 (47県中)	糸満市 (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	1.156	1.207	1.070	1.172	1.197	1.092
		(5位)	(3位)	(14位)	(4位)	(3位)	(14位)
	入院	1.454	1.475	1.259	1.482	1.569	1.286
		(9位)	(7位)	(10位)	(3位)	(3位)	(5位)
	外来	1.005	1.078	0.965	0.875	0.833	0.910
		(3位)	(1位)	(40位)	(15位)	(23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・腎疾患が、総医療費に占める割合については、平成 30 年度と比較すると減少していますが、脳血管疾患・腎不全については増加しており、特に慢性腎不全では同規模、県、国よりも高くなっています。(図表 17)

次に、患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成 30 年度と比較してみると、脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全のいずれも横ばいとなりました。(図表 18)

脳血管疾患は、発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費や退院後の介護費等により、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

			糸満市		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)			53億3748万円	57億9235万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			5億5674万円	5億9440万円	--	--	--
			10.43%	10.26%	7.95%	10.08%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.23%	2.34%	2.08%	2.40%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.71%	1.24%	1.42%	1.61%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	6.27%	6.36%	4.16%	5.80%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.22%	0.32%	0.29%	0.27%	0.29%
	その他	悪性新生物	8.30%	10.84%	17.03%	12.57%	16.69%
その他	筋・骨疾患		5.83%	6.42%	8.72%	7.73%	8.68%
	精神疾患		14.16%	11.75%	8.04%	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	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0～74歳	A	16,317	15,570	a	1,168	1,111	887	827	92	98	
				a/A	7.2%	7.1%	5.4%	5.3%	0.6%	0.6%	
40歳以上	B	10,361	10,258	b	1,140	1,098	865	812	92	96	
	B/A	63.5%	65.9%	b/B	11.0%	10.7%	8.3%	7.9%	0.9%	0.9%	
再掲	40～64歳	D	5,994	5,240	d	401	317	284	225	44	37
		D/A	36.7%	33.7%	d/D	6.7%	6.0%	4.7%	4.3%	0.7%	0.7%
	65～74歳	C	4,367	5,018	c	739	781	581	587	48	59
		C/A	26.8%	32.2%	c/C	16.9%	15.6%	13.3%	11.7%	1.1%	1.2%

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

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況(図表 19～21)

高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合は概ね減少しています。

本市では、特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられます。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
高血圧症治療者(人)		A	4,238	4,454	1,730	1,489	2,508	2,965
		A/被保数	40.9%	43.4%	28.9%	28.4%	57.4%	59.1%
(中長期併発疾患)	脳血管疾患	B	589	562	192	134	397	428
		B/A	13.9%	12.6%	11.1%	9.0%	15.8%	14.4%
	虚血性心疾患	C	574	534	177	125	397	409
		C/A	13.5%	12.0%	10.2%	8.4%	15.8%	13.8%
	人工透析	D	88	87	41	31	47	56
		D/A	2.1%	2.0%	2.4%	2.1%	1.9%	1.9%

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

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
糖尿病治療者(人)		A	2,198	2,219	854	719	1,344	1,500
		A/被保数	21.2%	21.6%	14.2%	13.7%	30.8%	29.9%
(中長期併発疾患)	脳血管疾患	B	294	294	79	65	215	229
		B/A	13.4%	13.2%	9.3%	9.0%	16.0%	15.3%
	虚血性心疾患	C	337	307	104	61	233	246
		C/A	15.3%	13.8%	12.2%	8.5%	17.3%	16.4%
	人工透析	D	58	54	23	15	35	39
		D/A	2.6%	2.4%	2.7%	2.1%	2.6%	2.6%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	301	289	112	94	189	195
		E/A	13.7%	13.0%	13.1%	13.1%	14.1%	13.0%
	糖尿病性網膜症	F	304	301	117	76	187	225
		F/A	13.8%	13.6%	13.7%	10.6%	13.9%	15.0%
	糖尿病性神経障害	G	93	75	38	22	55	53
		G/A	4.2%	3.4%	4.4%	3.1%	4.1%	3.5%

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

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲			
				40～64歳		65～74歳	
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
脂質異常症治療者(人)	A	3,267	3,588	1,320	1,235	1,947	2,353
	A/被保険者	31.5%	35.0%	22.0%	23.6%	44.6%	46.9%
(中長期 合併目標 疾患)	脳血管疾患	B	423	430	132	103	291
		B/A	12.9%	12.0%	10.0%	8.3%	14.9%
	虚血性心疾患	C	505	499	153	119	352
		C/A	15.5%	13.9%	11.6%	9.6%	18.1%
	人工透析	D	44	57	20	20	24
		D/A	1.3%	1.6%	1.5%	1.6%	1.2%

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

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果を平成 30 年度と令和 3 年度で比較してみたところ、Ⅱ度高血圧の有所見者は減少傾向にある一方で、HbA1c7.0 以上の有所見者の割合は増加傾向にあります。また、未治療者について健診後、医療機関を受診したかレセプトと突合したところ、高血圧で 35.7%、糖尿病で 8.8%の未治療者が残存しており、その割合は沖縄県と比較しても高くなっています。(図表 22)

前述の通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減少傾向にありますが、新型コロナウイルス感染症の影響で受診率が低迷している中、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には医療受診勧奨を徹底し、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)			
															未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)	
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E		
	糸満市	3,883	41.3	3,428	35.6	235	6.1	144	61.3	199	5.8	117	58.8	71	35.7	8	4.0	
沖縄県	96,845	41.3	80,454	34.6	5,660	5.8	3,211	56.7	5,264	6.5	2,871	54.5	1,746	33.2	304	5.8		

	健診受診率				糖尿病															
					結果の改善　HbA1c7.0%以上の推移								医療のかかり方							
	H30年度		R03年度		H30年度				R03年度				問診結果				レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
													問診結果		未治療 (内服なし)		問診結果		未治療 (内服なし)	
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K				
	糸満市	3,841	98.9	3,428	100.0	262	6.8	60	22.9	249	7.3	49	19.7	22	8.8	7	2.8			
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				

出典・参照: KDB システム改変、特定健診等データ管理システム

③ 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果において、平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は2%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見ると、HbA1c6.5以上は増加しているものの、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見者は減少しています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも3割程度存在し、結果が把握できていません。今後も、結果の改善につながる保健指導を実施するとともに、重症化予防対象者に継続受診を勧める働きかけを行う必要があります。（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	3,883 (41.3%)	976 (25.1%)	341 (8.8%)	635 (16.4%)
R04年度	3,510 (37.9%)	950 (27.1%)	309 (8.8%)	641 (18.3%)

出典・参照：特定健診等データ管理システム

図表24 HbA1c6.5以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	492 (12.8%)	102 (20.7%)	170 (34.6%)	55 (11.2%)	165 (33.5%)
R03→R04	446 (13.0%)	95 (21.3%)	137 (30.7%)	60 (13.5%)	154 (34.5%)

出典・参照：特定健診等データ管理システム

図表25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	235 (6.1%)	113 (48.1%)	31 (13.2%)	6 (2.6%)	85 (36.2%)
R03→R04	199 (5.8%)	83 (41.7%)	40 (20.1%)	7 (3.5%)	69 (34.7%)

出典・参照：特定健診等データ管理システム

図表26 LDL160以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	LDL-C 160以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	398 (10.3%)	165 (41.5%)	82 (20.6%)	21 (5.3%)	130 (32.7%)
R03→R04	317 (9.3%)	145 (45.7%)	53 (16.7%)	16 (5.0%)	103 (32.5%)

出典・参照：特定健診等データ管理システム

④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、平成 30 年度には 39.2%まで上昇しましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和 1 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を達成できていません。本人の同意のもとで、診療における検査結果の提供を受け、特定健診の受診とみなすトライアングル事業を実施していますが、令和 4 年度は受領数が減少しているため医療機関との連携を強化する必要があります。(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を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、目標値を上回る実施ができています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じて保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

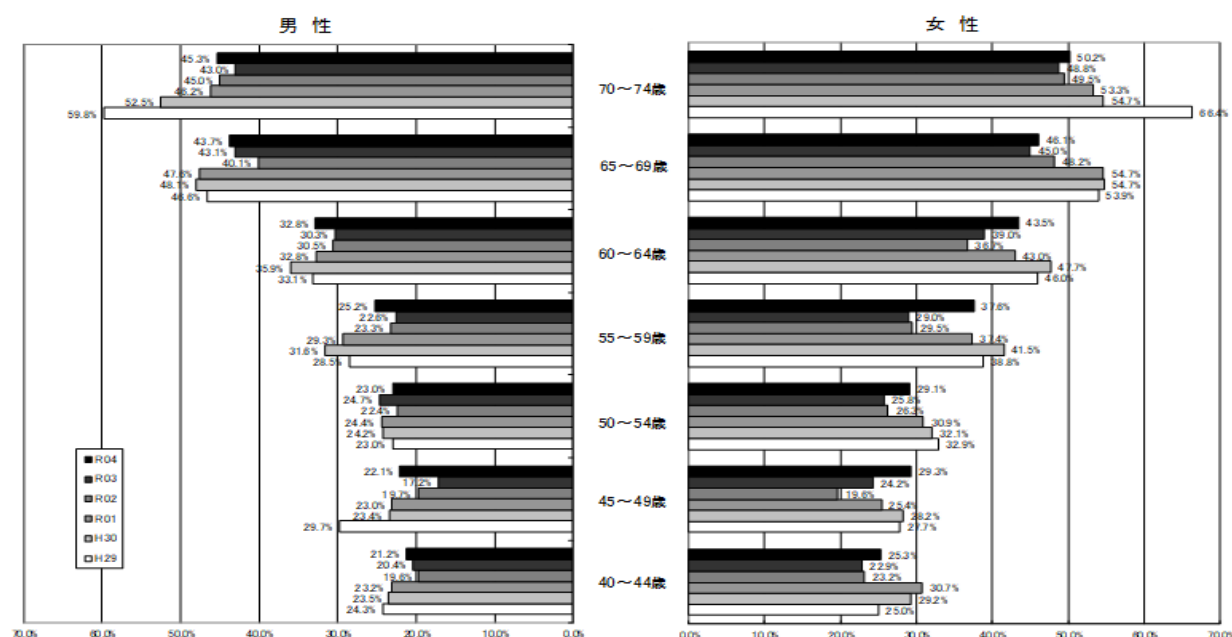
図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数 (トライアングル事業 での受診数)	3,686 (166)	3,517 (121)	3,211 (155)	3,253 (157)	3,287 (110)	健診受診率 60%
	受診率	39.2%	37.5%	33.8%	33.8%	35.6%	
特定保健指導	該当者数	543	506	443	450	455	特定保健指導実施率 60%
	割合	14.7%	14.4%	13.8%	13.8%	13.8%	
	実施者数	392	351	293	280	329	
	実施率	72.2%	69.4%	66.1%	62.2%	72.3%	

出典・参照: 特定健診法定報告データ

※この健診受診者は年度内資格移動者を含まないため図表 23 とは数が異なる

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典・参照: 特定健診等データ管理システム

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者への保健指導実施の割合は、令和3年度 69.1%となっております。(図表 29)

血糖値有所見者の未治療・中断の割合は増加傾向にありますが、健診後に 65.9%は医療受診につながっています。(図表 30)

平成 30 年度から HbA1c8.0 以上の高血糖者を優先対象者とし重点・継続的に支援してきた結果、HbA1c8.0 以上の未治療者は平成 30 年度の 20 人から令和 3 年度の 11 人に減少しました。令和 4 年度は、新たな対象者が加わり人数が増加しました。対象者に対しては継続的な保健指導を行っています。(図表 31)

人工透析患者の糖尿病割合を、平成 30 年度と令和 4 年度で比較すると減少しています。(図表 32)

糖尿病性腎症の新規透析導入者は横ばいで推移しています。糖尿病性腎症からの透析導入をできるだけ遅らせることが重要であると考えます。支援対象者が後期高齢者医療に移行する場合は、一体化事業への移行支援を行い、切れ目ない支援に努めています。(図表 33)

また、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本市の保健師・管理栄養士による保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を行っています。

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

図表 29 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	3,841	3,672	3,359	3,428	3,514
血糖値有所見者 ※1	人(b)	492	432	407	446	403
	(b/a)	12.8%	11.8%	12.1%	13.0%	11.5%
保健指導実施者 ※2	人(c)	343	309	290	308	274
	(c/b)	69.7%	71.5%	71.3%	69.1%	68.0%

※1 HbA1c6.5%以上のもの

※2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

出典・参照: KDBシステム改変
保健指導実施状況については糸満市調べ

図表 30 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)	492	432	407	460	403
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 ※3	人(b)	149	123	117	137	129
	(b/a)	30.3%	28.5%	28.7%	29.8%	32.0%
受診した者	人(c)	120	86	93	112	85
	(c/b)	80.5%	69.9%	79.5%	81.8%	65.9%

※3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

出典・参照: KDBシステム改変
受診状況については糸満市調べ

図表 31 HbA1c8.0 以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	3,841	3,672	3,359	3,428	3,514
HbA1c8.0%以上	人(b)	76	87	84	64	65
	(b/a)	2.0%	2.4%	2.5%	1.9%	1.8%
保健指導実施	人(c)	37	48	45	42	34
	(c/b)	48.7%	55.2%	53.6%	65.6%	52.3%
HbA1c8.0%以上の 未治療者	人(d)	20	18	19	11	20
	(d/b)	26.3%	20.7%	22.6%	17.2%	30.8%

内服治療開始	7人	11人	6人
元々治療中	3人	2人	2人
死亡、転出	0人	0人	0人

出典・参照:KDBシステム改変
保健指導・受診状況については糸満市調べ

図表 32 人工透析患者数

		H30	R1	R2	R3	R4
透析者数	人(a)	84	74	82	79	80
糖尿病	人(b)	52	40	47	46	40
	(b/a)	61.9%	54.1%	57.3%	58.2%	50.0%
腎炎・その他	人	32	34	35	33	40

糸満市調べ

図表 33 新規人工透析患者数

		H30	R1	R2	R3	R4
新規透析導入者数	人(a)	9	8	10	7	9
腎炎・その他	人(b)	1	5	4	4	4
	(b/a)	11.1%	62.5%	40.0%	57.1%	44.4%
糖尿病	人(c)	8	3	6	3	5
	(c/a)	88.9%	37.5%	60.0%	42.9%	55.6%
うち糖尿病性腎症	人(d)	3	2	1	3	3
	(d/a)	33.3%	25.0%	10.0%	42.9%	33.3%

糸満市調べ

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防(図表 34～36)

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的に、集団健診では心電図の無料化を実施しています。集団健診、個別健診受診者の心電図検査は 43.1%の実施となっています。(図表 34)

有所見者のうち ST 所見をみると、要精査・要医療と判定を受けた者のうち、75%が医療機関を受診

しています。心房細動有所見者については、全数が治療につながっています。(図表 35、36)

ST所見で要医療・要精査以外の判定を受けた者や、心房細動治療中の者に対しては、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。

図表 34 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	3,884	1,964	1,919	3,716	1,862	1,854	3,359	1,698	1,661	3,428	1,731	1,697	3,514	1,769	1,745
心電図受診者(人)	b	2,179	1,140	1,039	1,699	908	791	1,321	688	633	1,416	722	694	1,516	777	739
心電図実施率	b/a	56.1%	58.0%	54.1%	45.7%	48.8%	42.7%	39.3%	40.5%	38.1%	41.3%	41.7%	40.9%	43.1%	43.9%	42.3%
要医療者(人)	c	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	1	2
要精査者(人)	d	113	69	44	82	45	37	67	39	28	80	52	28	80	45	35
有所見率	(c+d)/b	5.2%	6.1%	4.2%	4.8%	5.0%	4.7%	5.1%	5.8%	4.4%	5.6%	7.2%	4.0%	5.5%	5.9%	5.0%
心房細動(人)	e	10	7	3	7	5	2	4	4	0	7	7	0	4	4	0
心房細動有所見率	e/b	0.5%	0.6%	0.3%	0.4%	0.6%	0.3%	0.3%	0.6%	0.0%	0.5%	1.0%	0.0%	0.3%	0.5%	0.0%
うち、心房細動未治療(人)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

糸満市調べ

図表 35 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(人)	2,179		1,699		1,321		1,416		1,516	
ST異常所見(人)	46	2.1%	35	2.1%	27	2.0%	22	1.6%	25	1.6%
要医療・要精査(人)	21	45.7%	12	34.3%	16	59.3%	13	59.1%	12	48.0%
医療機関受診あり(人)	20	95.2%	12	100.0%	14	87.5%	12	92.3%	9	75.0%
医療機関受診なし(人)	1	4.8%	0	0.0%	2	12.5%	1	7.7%	3	25.0%
それ以外の判定(人)	25	54.3%	13	37.1%	11	40.7%	9	40.9%	13	52.0%

糸満市調べ

図表 36 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

	H30		R1		R2		R3		R4	
心房細動有所見者(人)	10		8		4		7		4	
心房細動未治療者(人)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
検査後、異常なしと診断(人) (等、治療開始に至らず)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
治療開始(人)	10	100.0%	8	100.0%	4	100.0%	7	100.0%	4	100.0%

糸満市調べ

③脳血管疾患重症化予防対策

令和 4 年度健診受診者のうち、血圧Ⅱ度以上の者は 5.5%で、そのうち 53.6%は未治療者でした。また、血圧Ⅱ度以上の未治療者 103 人のうち、保健指導後、治療につながったのは、わずか 38 人(36.9%)でした。血圧Ⅲ度で未治療者は、22 人中 13 人でした。経年で状況を確認すると、平成 30 年度に血圧Ⅱ度以上の未治療者のうち、令和 4 年度までの 5 年間に 81.3%が治療に繋がっていました。継続的な働きかけが有効であると考えられます。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 46.4%いました。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っています。(図表 37)

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子で、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で、脳、心臓、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。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)は、高リスクの未治療者、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行い、適切な受診勧奨に取り組んできました。高値血圧の者においても、家庭での血圧測定を推奨し、血圧手帳の活用を促しています。(図表 38)

図表 37 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)	3,883	3,716	3,359	3,428	3,514
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	235	187	206	199	192
	(b/a)	6.1%	5.0%	6.1%	5.8%	5.5%
	治療あり	人(c)	91	78	97	89
		(c/b)	38.7%	41.7%	47.1%	46.4%
	治療なし	人(d)	144	109	109	117
		(d/b)	61.3%	58.3%	52.9%	58.8%
	治療開始	人(e)	117	74	70	72
		(e/d)	81.3%	67.9%	64.2%	61.5%
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	33	27	34	27
		(f/a)	0.8%	0.7%	1.0%	0.8%
	治療あり	人	12	11	11	9
	治療なし	人	21	16	23	18

出典・参照：KDBシステム改定
保健指導・受診状況については系溝市調べ

図表 38 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 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画			
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化		特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)			
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高値血圧 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
	999	471 47.1%	425 42.5%	90 9.0%	13 1.3%
リスク第1層 予後影響因子がない	55 5.5%	C 28 5.9%	B 19 4.5%	B 7 7.8%	A 1 7.7%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	536 53.7%	C 249 52.3%	B 238 56.0%	A 42 46.7%	A 7 53.8%
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、尿蛋白のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	408 40.8%	B 194 41.2%	A 168 39.5%	A 41 45.6%	A 5 38.5%

…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	264
		26.4%
B	概ね1ヵ月後に再評価	458
		45.8%
C	概ね3ヵ月後に再評価	277
		27.7%

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

出典・参照：KDBシステム改定

④ 慢性腎臓病（CKD）の重症化予防

CKD には、腎炎などの一次性腎疾患、多発性嚢胞腎、ループス腎炎、移植腎などの専門的管理を要する病態と糖尿病性腎臓病や高血圧性腎硬化症などの二次性腎疾患で、生活習慣の是正が中心となる病態があります。糖尿病性腎症重症化予防対策や脳血管疾患重症化予防対策で糖尿病・高血圧の保健指導を行うことが、CKD 重症化予防にもつながっています。

かかりつけ医への腎臓専門医への紹介基準対象者には、かかりつけ医宛に情報提供書を発行しています。かかりつけ医のない方には腎臓専門医の紹介も行っています。（図表 39）

GFR30 未満の方へは、初回介入時には食事内容・通院状況などを確認し、医療機関と連携しながら、継続的に保健指導を実施しています。（図表 40）

図表 39 かかりつけ医から腎臓専門医への紹介基準対象者

原疾患		糖尿病 高血圧・腎炎など		正常	微量アルブミン尿 軽度蛋白尿	顕性アルブミン尿 高度蛋白尿
		尿蛋白区分		A1	A2	A3
GFR区分 (ml/分/1.73㎡)		尿検査・GFR 共に実施 3,494 人		(－)	(±)	【再掲】 尿潜血＋以上
				3,020 人 86.4%	288 人 8.2%	43 人 14.9%
G1	正常 または高値	90以上	399 人 11.4%	339 人 9.7%	41 人 1.2%	6 人 14.6%
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	2,436 人 69.7%	2,149 人 61.5%	184 人 5.3%	30 人 16.3%
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	581 人 16.6%	492 人 14.1%	53 人 1.5%	7 人 13.2%
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	66 人 1.9%	39 人 1.1%	7 人 0.2%	0 人 0.0%
G4	高度低下	15-30 未満	11 人 0.3%	1 人 0.0%	3 人 0.1%	0 人 0.0%
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	1 人 0.0%	0 人 0.0%	0 人 0.0%	0 人 0.0%

出典・参照：KDBシステム改定

図表 40 GFR 30未満の保健指導数（透析者除く）

		H30	R1	R2	R3	R4
保健指導数	人	13	11	7	8	9
腎炎・その他	人	4	7	4	5	7
糖尿病	人	9	4	3	3	3

糸満市調べ

(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。

本市では、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの市民が、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きました。

具体的な取り組みとしては、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市の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、パネル展を毎年行い、広く市民へ周知しています。また、地域住民の集まる場での健康講話や学校保健委員会等を活用してのポピュレーションアプローチも行っていますが、新型コロナウイルス感染症をきっかけに地域住民の集まる場との連携が減少する傾向にあります。

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 41 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 (活用データ年度)
				初期値 H28	R1	R2 (R2)	最終目標 R5 (R4)	
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	2.31%	2.18%	2.00%	2.34%	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合	1.42%	1.27%	1.04%	1.24%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合	57.5%	54.1%	54.1%	58.2%	
	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備軍の割合減少	40.7%	41.1%	40.7%	42.3%	糸満市健康推進課
			メタボリックシンドローム・予備軍の減少率	19.7%	14.6%	14.6%	14.9%	
			健診受診者の高血圧者の割合減少(140/90以上)	30.5%	28.5%	31.5%	31.3%	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	8.9%	9.9%	9.5%	8.5%	
			健診受診者の血糖異常者の割合減少(HbA1c6.5以上)	11.1%	11.8%	12.1%	11.5%	
			健診受診者のHbA1c8以上の未治療者の割合減少	0.84%	0.48%	0.56%	0.57%	
			糖尿病の未治療者を治療に結びつける割合	20%	56%	79.5%	65.9%	
			特定保健指導対象者の減少率25%	14.4%	16.7%	13.0%	19.1%	
	特定健診等計画	特定健診受診率、特定保健指導の実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	37.6%	37.5%	33.8%	35.6%	特定健診・特定保健指導結果(国保中央会)
			特定保健指導実施率60%以上	69.2%	69.6%	66.1%	72.3%	
	努力支援制度	がんの早期発見、早期治療	糖尿病の保健指導を実施した割合(面談率)	49.1%	41.4%	34.7%	41.1%	地域保健事業報告
			がんの健診受診率 胃がん検診	11.3%	15.4%	10.3%	14.7%	
			肺がん検診	10.6%	8.3%	15.3%	20.1%	
			大腸がん検診	10.3%	8.1%	14.9%	19.6%	
			子宮頸がん検診	28.7%	18.9%	15.6%	10.0%	
			乳がん検診	22.4%	18.0%	13.6%	10.2%	
			5つのがん検診の平均受診率	16.6%	13.7%	14.6%	14.9%	
			歯科検診(歯周病健診)	6.4%(H30)	6.3%	6.4%	5.3%	
			自己の健康に関心をもつ住民が増える	未実施	4.2%	6.2%	8.9%	
			後発医薬品の使用により、医療費の削減	81.5%	87.6%	88.3%	88.7%	

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期データヘルス計画では、糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患の重症化予防に重点を置いて取り組みを実施してきましたが、脳血管疾患、腎不全の総医療費に占める割合は増加して

おり、特に腎不全については県よりも高い数値となっています。本市は高齢化率が低く、今後高齢化が進むにつれて医療費や介護費が増大していくことが予想されるため、重症化予防対策を重点的に実施していく必要があります。

健診時に要医療となったにもかかわらず、健診後も未治療のままの割合が沖縄県と比較しても高い傾向がありますが、継続して保健指導に取り組むことで治療につながる割合が増えてくることから、経年的に関わることの重要性が示唆されました。健診の継続受診・保健指導の継続実施を働きかけていくことが重要です。

生活習慣病は若年期からの食生活・運動習慣の影響を大きく受けるため、若年層からの意識付けが重要です。糸満市では 40 代 50 代の受診率が他の年代より低くなっている状況を踏まえ、受診率向上に向けて取り組む必要があります。

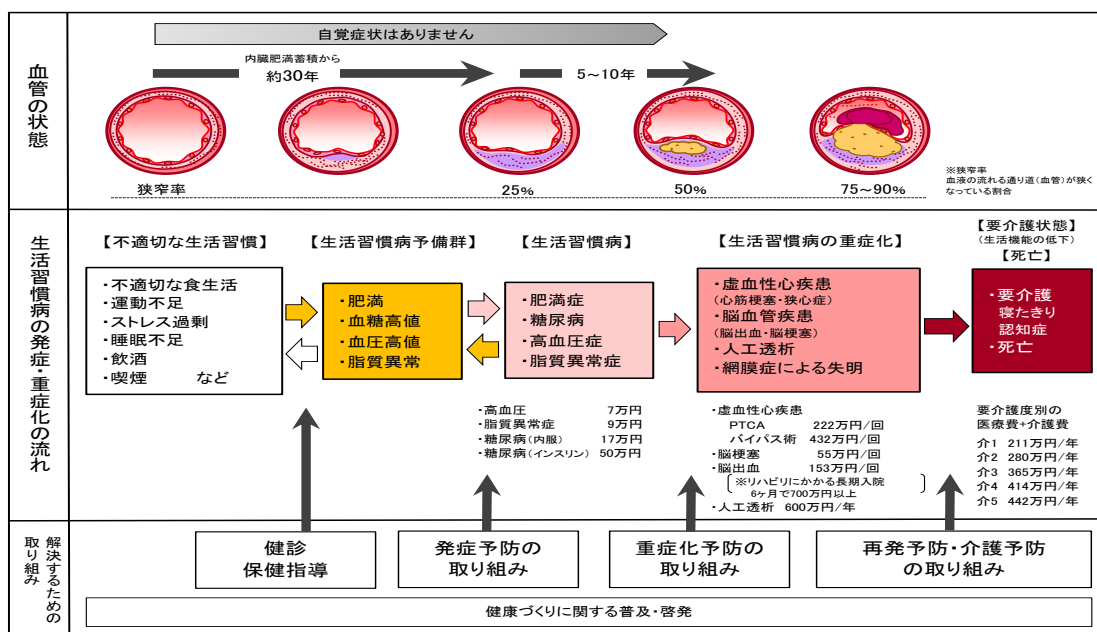
令和 2 年度以降、新型コロナウイルス感染症の影響により、医療機関と地域との連携が一時的に難しくなり、その結果、地域におけるポピュレーションアプローチや医療機関連携の減少につながりました。今後は、医療機関と地域との連携をしっかりと構築していくことが重要です。

3. 第 3 期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、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 42)

図表 42 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



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

2) 健康課題の明確化

医療保険制度においては、75 歳に到達し後期高齢者になると、それまで加入していた国民健康保

険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動することになります。

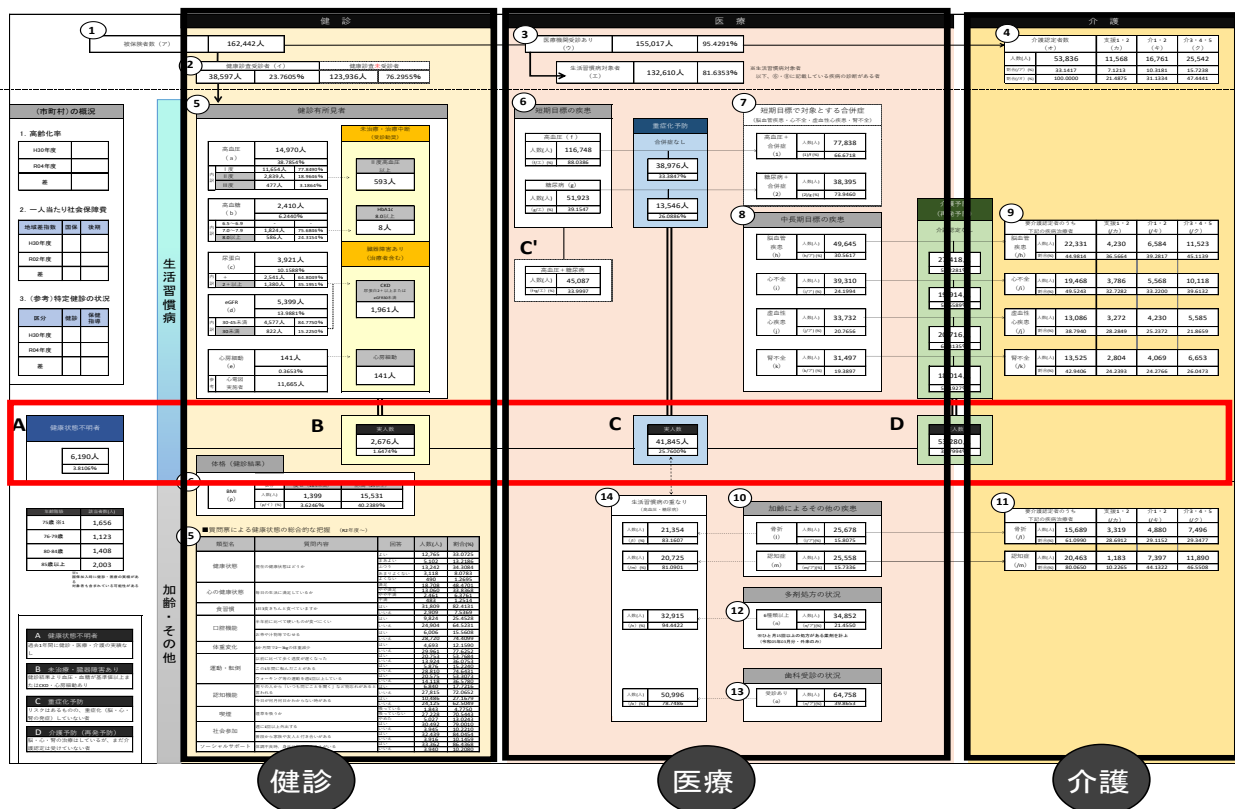
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65 歳以上の高齢者の割合が増えてきつつあり、今後さらなる高齢化が予想されます。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 43)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 43 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 44 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		16,317人	15,992人	16,007人	15,913人	15,570人	5,919人
総件数及び 総費用額	件数	109,626件	109,220件	99,571件	105,505件	109,649件	83,224件
	費用額	53億3748万円	55億3754万円	55億4210万円	57億0314万円	57億9235万円	64億8989万円
一人あたり医療費		32.7万円	34.6万円	34.6万円	35.8万円	37.2万円	109.6万円

出典・参照：KDB システム改変

図表 45 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	糸満市	57億9235万円	30,453	6.36%	0.32%	2.34%	1.24%	3.53%	2.01%	1.34%	9億9326万円	17.15%	10.84%	11.75%	6.42%
	同規模	--	29,595	4.16%	0.29%	2.08%	1.42%	5.79%	3.28%	2.15%	--	19.17%	17.03%	8.04%	8.72%
	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	糸満市	65億5675万円	87,021	3.64%	0.35%	4.44%	1.64%	2.95%	1.78%	1.28%	10億5435万円	16.08%	8.26%	4.55%	12.88%
	同規模	--	68,448	4.63%	0.47%	3.89%	1.57%	4.23%	3.13%	1.40%	--	19.32%	11.19%	3.74%	12.09%
	県	--	79,275	4.65%	0.38%	4.30%	1.76%	3.09%	2.26%	1.14%	--	17.58%	8.35%	4.54%	13.72%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

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

図表 46 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	304人	358人	342人	351人	346人	895人
	件数	B	545件	634件	591件	577件	603件	1,720件
		B/総件数	0.50%	0.58%	0.59%	0.55%	0.55%	2.07%
	費用額	C	8億5390万円	9億9070万円	10億1453万円	10億5382万円	9億2707万円	22億8095万円
		C/総費用	16.0%	17.9%	18.3%	18.5%	16.0%	35.1%

出典・参照：KDB システム改変

図表 47 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	13人		23人		20人		14人		18人		61人		
		D/A	4.3%		6.4%		5.8%		4.0%		5.2%		6.8%		
	件数	E	25件		40件		32件		22件		31件		101件		
		E/B	4.6%		6.3%		5.4%		3.8%		5.1%		5.9%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	2	6.3%	3	13.6%	2	6.5%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	2	6.3%	0	0.0%	2	6.5%	70-74歳	4	4.0%
		50代	1	4.0%	6	15.0%	2	6.3%	3	13.6%	6	19.4%	75-80歳	15	14.9%
		60代	21	84.0%	27	67.5%	11	34.4%	10	45.5%	7	22.6%	80代	67	66.3%
		70-74歳	3	12.0%	7	17.5%	15	46.9%	6	27.3%	14	45.2%	90歳以上	15	14.9%
	費用額	F	3048万円		4939万円		4981万円		2659万円		4465万円		1億2922万円		
		F/C	3.6%		5.0%		4.9%		2.5%		4.8%		5.7%		

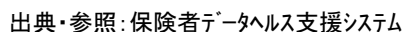
出典・参照：KDB システム改変

図表 48 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期:R04年度		
虚血性心疾患	人数	G	32人		33人		21人		16人		14人		33人		
		G/A	10.5%		9.2%		6.1%		4.6%		4.0%		3.7%		
	件数	H	40件		35件		23件		18件		16件		41件		
		H/B	7.3%		5.5%		3.9%		3.1%		2.7%		2.4%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	1	4.3%	0	0.0%	1	6.3%	65-69歳	1	2.4%
		40代	1	2.5%	1	2.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	1	2.5%	5	14.3%	1	4.3%	2	11.1%	2	12.5%	75-80歳	12	29.3%
		60代	25	62.5%	19	54.3%	16	69.6%	4	22.2%	6	37.5%	80代	24	58.5%
		70-74歳	13	32.5%	10	28.6%	5	21.7%	12	66.7%	7	43.8%	90歳以上	4	9.8%
	費用額	I	6835万円		6384万円		3834万円		3834万円		3122万円		6528万円		
		I/C	8.0%		6.4%		3.8%		3.6%		3.4%		2.9%		

出典・参照：KDB システム改変

図表 49



図表 50 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①			②			⑮					
年度	介護認定率	被保険者数			健診受診率			体格(健診結果)					
					特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	33.7	6,984	5,127	5,969	24.8	43.7	26.2	5.4	3.5	3.6	38.9	39.2	41.5
R4	33.8	6,171	6,132	6,321	21.6	37.0	21.7	5.6	3.3	3.9	39.8	37.3	39.0

※年度内資格移動者も含む

図表 51 健診有所見状況

E表	⑤																																			
年度	Ⅱ度高血圧以上 ○は未治療・治療中断者									HbA1c7.0以上 ○は未治療・治療中断者 ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満									心房細動								
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-		
	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)			
H30	113	6.5	(43)	127	5.7	(37)	128	8.2	(24)	91	5.3	(8)	178	7.9	(9)	23	1.5	(0)	29	1.7	(28)	71	3.2	(63)	101	6.5	(94)	1	0.0	(0)	9	0.1	(0)	2	0.1	(2)
R4	70	5.3	(32)	130	5.7	(37)	135	9.9	(23)	70	5.3	(9)	172	7.6	(11)	16	1.2	(1)	22	1.7	(22)	55	2.4	(50)	86	6.3	(77)	3	0.0	(0)	1	0.0	(0)	1	0.1	(1)

図表 52 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表		③						⑥										⑦					
年度	医療機関 受診			生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする 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				
	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	72.4	87.9	95.5	30.6	61.7	82.0	79.5	85.2	86.6	39.5	45.4	40.5	26.4	36.8	34.7	38.1	50.4	72.1	42.8	54.3	76.6		
R4	73.1	87.2	95.5	30.1	62.5	82.5	79.4	87.0	88.2	38.2	44.0	39.9	26.1	35.8	34.8	36.7	48.7	69.4	41.2	54.4	76.5		

注)合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

図表 53 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表	⑧												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保険者割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	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	5.5	16.0	36.6	4.0	12.2	23.4	3.2	8.5	22.1	4.5	10.2	21.4	12.4	9.9	47.1	4.7	5.1	38.3	3.5	8.1	49.3	5.8	8.6	47.0
R4	5.0	14.8	33.0	3.6	11.1	21.5	3.5	9.3	24.9	4.5	11.2	22.7	7.8	15.5	47.0	0.9	7.8	39.1	4.2	11.6	49.5	3.2	9.7	42.8

図表 54 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	67.8	82.3	74.2	78.4	5.1	16.8	1.9	17.9	10.7	60.1	34.0	75.4
R4	66.6	83.4	64.0	79.0	5.9	17.0	2.3	17.6	16.7	61.0	39.6	76.5

(3)健康課題の明確化(図表 44～54)

国保の被保険者数は年々減少しているが、一人あたり医療費は、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で横ばいだったものの、令和3年度以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり100万円を超え、国保の2.9倍に達する状況です。(図表44)

本市は、短期目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合が県より低くなっていますが、中長期目標疾患である慢性腎不全の医療費割合が高くなっています。重症化を防ぐため早期発見・早期治療を促進し、糖尿病の治療へとつなげていく必要があります。(図表45)

高額レセプトについては、国保においては令和4年度603件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約2.8倍に増加することがわかります。(図表46)

高額レセプトの疾病別内訳をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、以前は60代以上で多くていましたが、徐々に若い年代での発生も多くなってきています。後期高齢では、101件発生し、1億円以上の費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすため、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表47)

健診・医療・介護のデータを平成30年度と令和4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表50の被保険者数は、前期高齢者が増加傾向にあり、今後高齢化が進むことが予想されます。健診受診率をみると、各年代での受診率が低下していることがわかります。

図表51 健診有所見の状況をみると、Ⅱ度高血圧以上やHbA1c7.0以上のものの未治療の割合が65歳未満の若年者で増加していることがわかります。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52の短期目標の疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、65歳から74歳の糖尿病の合併症を除いては、割合が減少していることがわかります。

図表53の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、平成30年度と令和4年度を比較すると、脳血管疾患・虚血性心疾患では割合が減少していますが、心不全・腎不全では増加していることがわかります。

(4)優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果から、中長期疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)に共通する高血圧や糖尿病などの疾患に重なりがあることがわかります。高血圧や糖尿病などの早期発見・早期治療を促進し、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。

具体的な取り組み方法については、第 4 章に記載します。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、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 55)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、本計画の最終年度までに減少させることを目指します。

しかし、高齢化に伴い、脳、心臓、腎臓の 3 つの臓器の血管も傷みやすくなり、医療費の抑制が困難であることから医療費の伸びを抑制し、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、重症化して入院となることから、重症化予防と医療費適正化へつなげるには、早期発見・早期治療を促進し、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の減少を目指します。そのためには、医療機関と十分に連携し、医療受診が必要な者に対して適切な受診勧奨や治療継続への働きかけを行うとともに、医療受診を中断している者に対し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挙げられるが、これらの疾患は薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法との併用治療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)の基本的な考え方に基づき、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図ります。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 55 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 [活用データ年度]		
				初期値 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	2.34			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	1.24					
			慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	6.36					
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	58.2					
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	33.3%				糸賀市	
		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	41.7%			健診結果 （保険者データ外は支援システム）	
				（再掲）	メタボリックシンドローム該当者の減少	27.0%			
					メタボリックシンドローム予備群の減少	14.7%			
				（再掲）	A メタボ該当者＋高血圧者の割合減少（140/90以上）	11.5%			
					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）	0.8%							
	A ＋尿蛋白有所見者の割合減少（2＋以上）	0.5%							
	A ＋高尿酸者の割合減少（8.0以上）	0.7%							
	短期目標	健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）		5.5%					
		健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL160以上）		8.4%					
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少（HbA1c6.5%以上）		11.5%					
		★健診受診者のHbA1c8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少		1.9%					
		健診受診者の尿蛋白有所見者の割合減少（2＋以上）		1.6%					
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合		65.9%			糸賀市		
		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	35.6%			
★特定保健指導実施率60%以上			72.3%						
★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※			19.1%						

※分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数/昨年度の特定保健指導の利用者数

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 56 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	40%	44%	48%	52%	56%	60%以上
特定保健指導実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%以上

3. 対象者の見込み

図表 57 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	10,000人	10,000人	10,000人	10,000人	10,000人	10,000人
	受診者数	4,000人	4,400人	4,800人	5,200人	5,600人	6,000人
特定保健指導	対象者数	560人	616人	672人	728人	784人	840人
	受診者数	336人	370人	408人	437人	470人	504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(糸満市農村環境改善センター他)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、および実施基準第 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、糸満市のホームページに掲載します。

(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 58 特定健診検査項目

○糸満市特定健診検査項目

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

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

※…集団健診では無料実施

(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 59 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 ↓ 健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時可) ↓ (特定健診の開始)	↓ (特定保健指導の実施)
5月		↓	健診データ抽出(前年度)
6月		健診データ受取 ↓ 費用決裁 → 保健指導対象者の抽出	↓
7月		↓ (特定保健指導の開始)	↓ 実施実績の分析実施方法、
8月		↓	↓
9月		↓	↓
10月		↓	受診・実施率実績の算出
11月	契約に関わる 予算手続き	↓	支払基金(連合会)への報告
12月		↓	
1月		↓	
2月		↓	
3月	契約準備 ↓	↓ (特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

5. 特定保健指導の実施

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

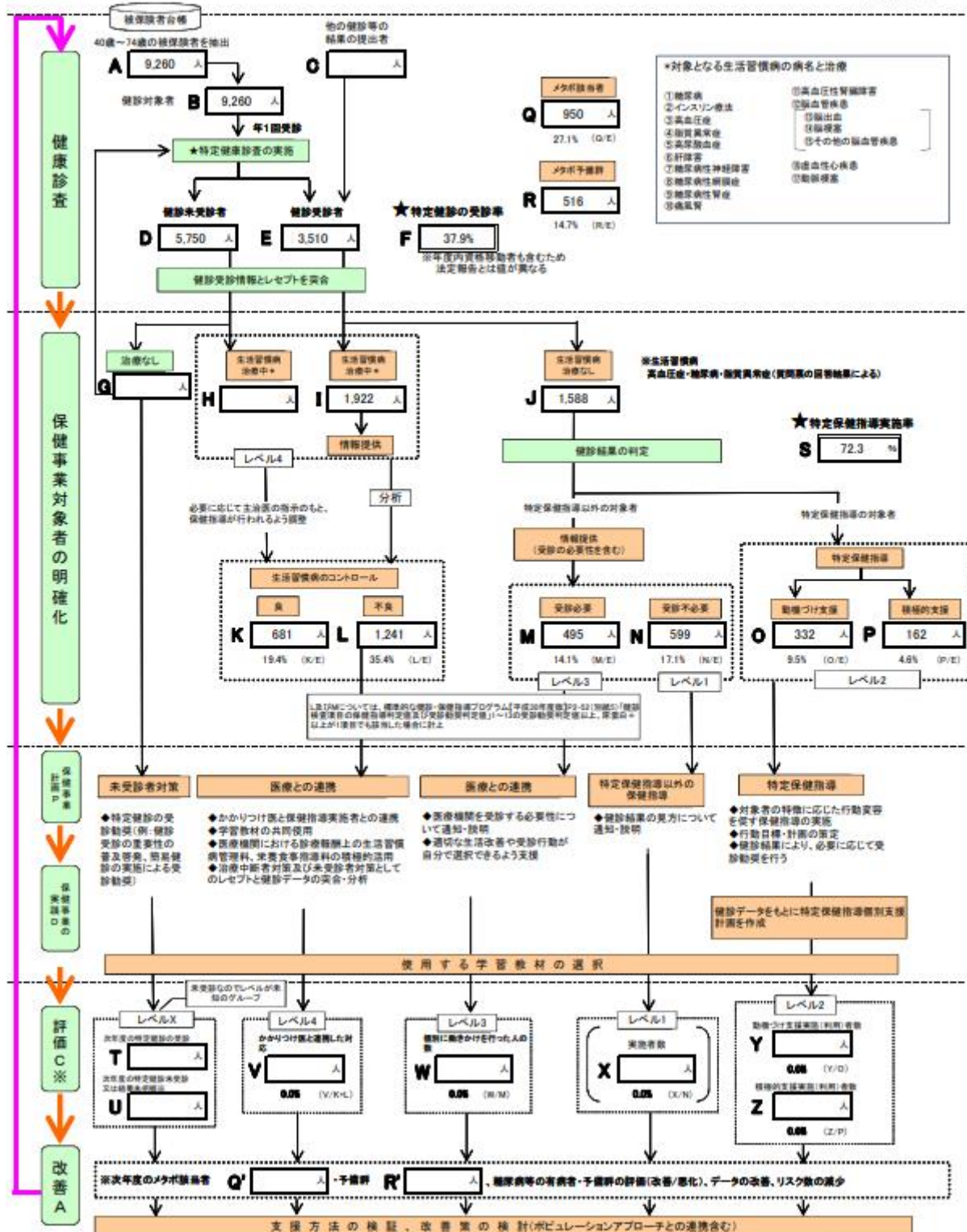
○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

「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60・61)

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



37

(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 61 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	494人 (14.1%)	60%
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	495人 (14.1%)	HbA1c6.5以上・ Ⅱ度高血圧以上 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)	5,750人 ※受診率目標達成までにあと2,490人	100%
4	N I	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明 ◆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	2521人 (71.9%)	40%

(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 62 健診・保健指導年間スケジュール

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

6. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

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

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り組みを行います。

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

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

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

II. 重症化予防の取組

本市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いて対象者を抽出したところ、1,429人(40.7%)であり、そのうち治療なしが393人(24.7%)でした。

また、重症化予防対象者のうち、特定保健指導対象者は393人中238人と高いため、特定保健指導の徹底を図ることで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63)

図表 63 脳・心・腎を守るために

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新発透析導入患者数の減少			<参考> 健診受診者(受診率)
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)			3,510人 37.9%
↓ 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 脳卒中 データバンク 2015年分			心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症						■各疾患の治療状況
										治療中 治療なし
										高血圧 1,522 1,988
										脂質異常症 1,004 2,505
										糖尿病 441 3,069
										3疾患 いずれも 1,922 1,588
										※問診結果による
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)				
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓学会)				
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	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	重症化予防対象者 (実人数)			
該当者数	192 5.5%	1 0.0%	110 3.1%	121 3.4%	950 27.1%	305 8.7%	327 9.3%	1,429 40.7%		
治療なし	103 5.2%	0 0.0%	101 4.0%	91 3.6%	159 10.0%	129 4.2%	82 5.2%	393 24.7%		
(再掲) 特定保健指導	40 20.8%	0 0.0%	43 39.1%	33 27.3%	159 16.7%	39 12.8%	36 11.0%	238 16.7%		
治療中	89 5.8%	1 0.1%	9 0.9%	30 3.0%	791 41.2%	176 39.9%	245 12.7%	1,036 53.9%		
臓器障害 あり	25 24.3%	0 ---	16 15.8%	22 24.2%	30 18.9%	35 27.1%	82 100.0%	113 28.8%		
CKD(専門医対象者)	10	0	9	17	18	29	82	82		
心電図所見あり	15	0	7	6	13	8	3	34		
臓器障害 なし	78 75.7%	---	85 84.2%	69 75.8%	129 81.1%	94 72.9%	---	---		

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

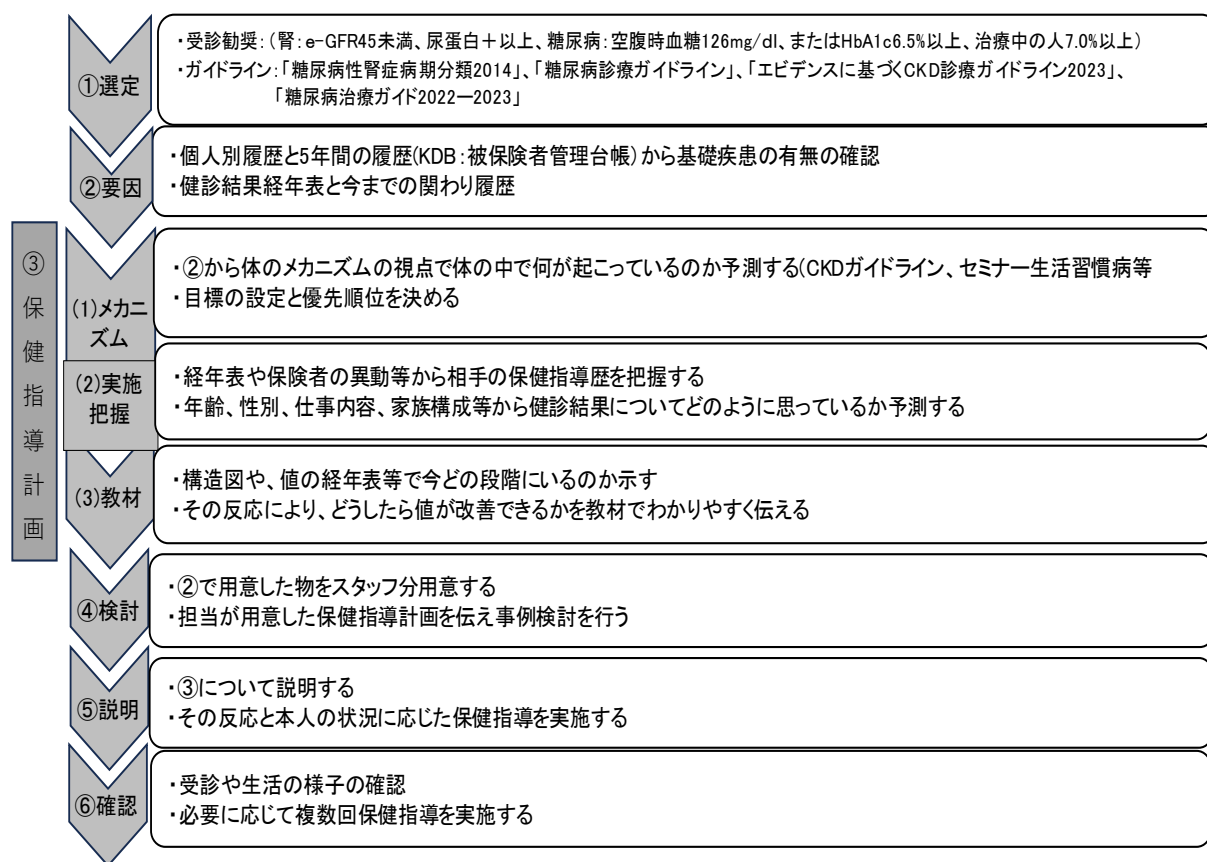
1) 基本的な考え方

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 64)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 64 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 65)

図表 65 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。
本市においては、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。

本市では、令和4年度の特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、76人（15.4%・F）でした。また、40～74歳における糖尿病治療者2,437人のうち、特定健診未受診者1,529人（64.5%・I）については、治療中であるものの、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

本市の介入方法は、図表 66 のとおりです。

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）・・・76人

優先順位 2

【保健指導】

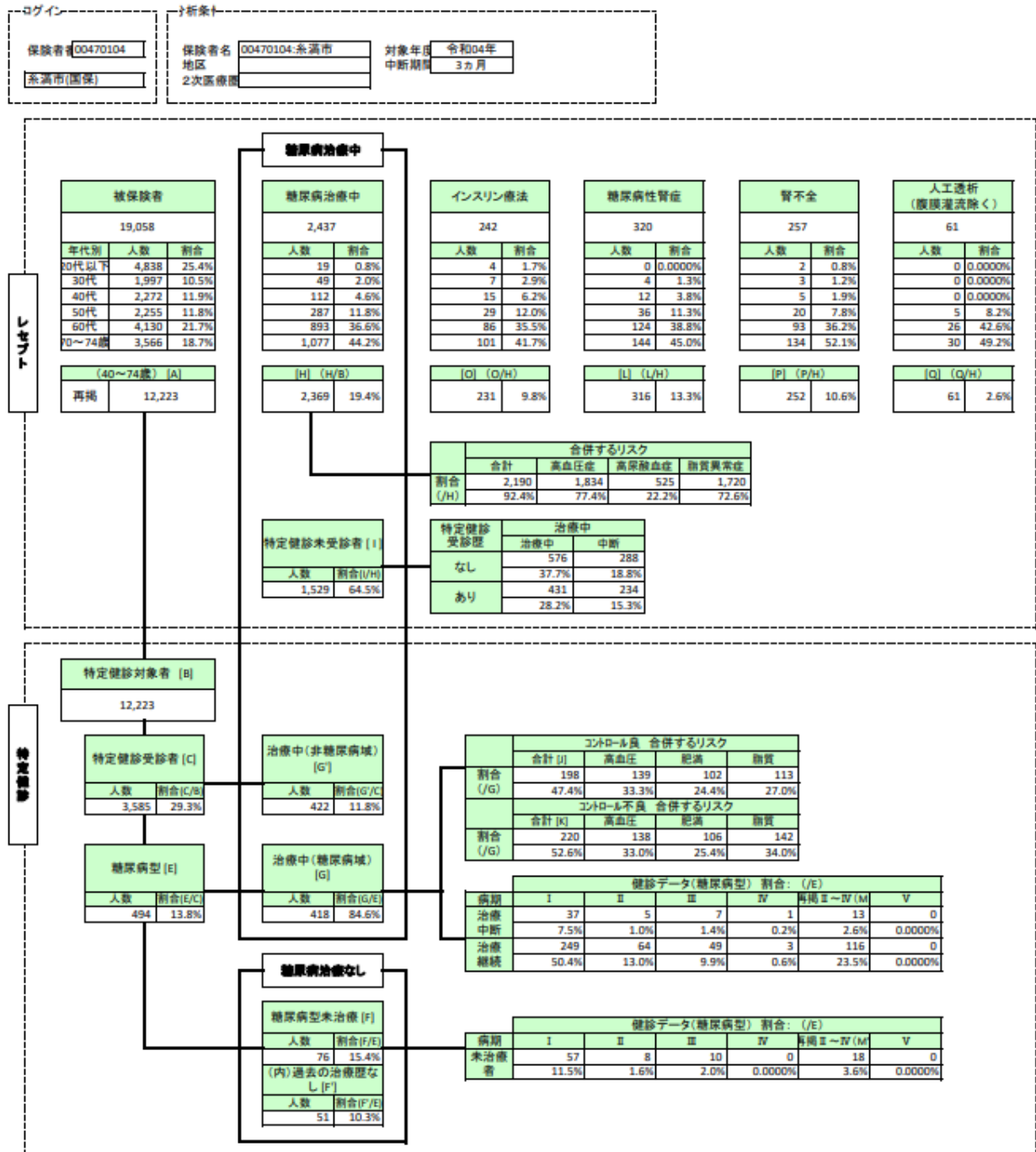
- ・糖尿病治療中の患者のうち、コントロール不良で重症化するリスクが高い者（K）・・・220人
- ・治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法は、個別訪問、個別面談、電話、文書等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

- ・ I の中から、過去に特定健診受診歴のある糖尿病治療者を把握
- ・ 介入方法は、個別訪問、個別面談、電話、文書等に対応
- ・ 医療機関と連携した保健指導

図表 66 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典・参照：保険者データヘルス支援システム

3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症が進行すると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で、本市では、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類と生活習慣病のリスク因子に基づき、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ます。

図表 67 令和 4 年度版 なぜ治療が必要なのかを学習するための資料

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

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

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

その他	

(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実施されるため、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を図るため、対象者のうち尿蛋白定性(±)となった方には、二次健診等で尿アルブミン検査を実施し、その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、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用します。

(2) 治療中の者への対応

治療中の対象者については、糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医から検査データを収集し、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携については、沖縄県のプログラムに準じて行います。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

地域包括支援センター等と連携して、高齢者の保健事業と介護予防を一体的実施します。

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとしします。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表68 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への介入率

イ. 医療機関受診率

ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

○eGFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下)

○尿蛋白の変化

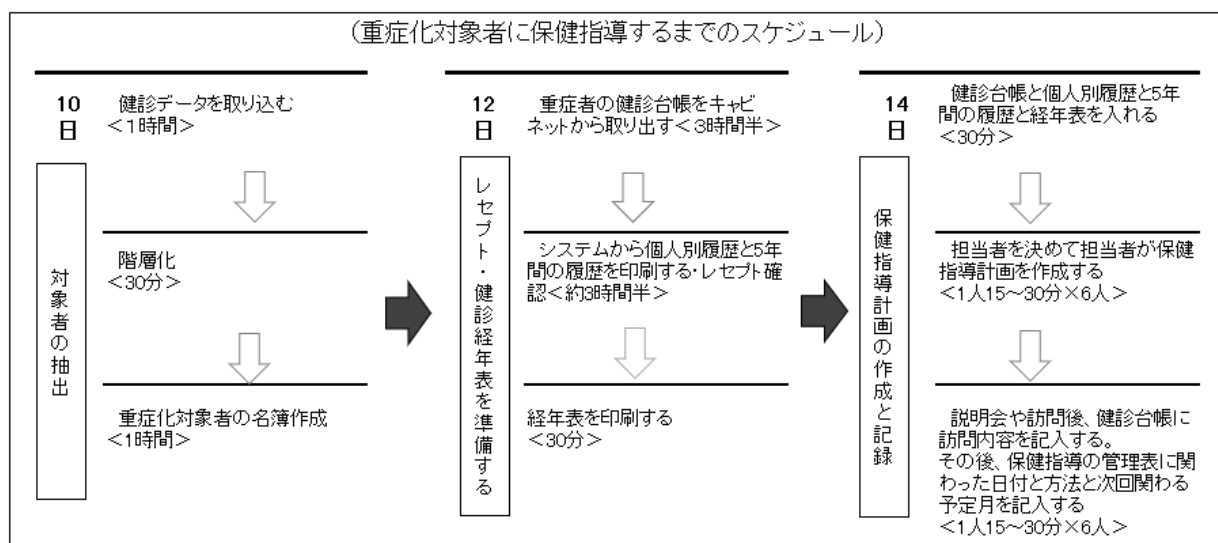
○服薬状況の変化

図表 68 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目			実 合 表	糸満市										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	16,760人		16,424人		16,113人		16,110人		16,137人			
	②	(再掲)40~74歳		10,560人		10,475人		10,434人		10,695人		10,698人			
2	①	対象者数	B	9,412人		9,388人		9,490人		9,637人		9,242人			
	②	受診者数	C	3,883人		3,716人		3,355人		3,428人		3,510人			
	③	受診率		—		—		—		—		—			
3	①	特定保健指導対象者数		543人		506人		443人		450人		455人			
	②	実施率		72.2%		69.6%		66.1%		62.2%		72.3%			
4	①	糖尿病型	E	694人	17.9%	625人	16.8%	584人	17.4%	629人	18.3%	612人	17.4%		
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	189人	27.2%	164人	26.2%	149人	25.5%	183人	29.1%	171人	27.9%		
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	505人	72.8%	461人	73.8%	435人	74.5%	446人	70.9%	441人	72.1%		
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖126以上	J	277人	54.9%	260人	56.4%	237人	54.5%	240人	53.8%	228人	51.7%		
	⑤	血圧 130/80以上		179人	64.6%	178人	68.5%	153人	64.6%	141人	58.8%	144人	63.2%		
	⑥	肥満 BMI25以上		157人	56.7%	137人	52.7%	122人	51.5%	122人	50.8%	105人	46.1%		
	⑦	コントロール良好 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖126未満	K	228人	45.1%	201人	43.6%	198人	45.5%	206人	46.2%	213人	48.3%		
	⑧	第1期 尿蛋白(ー)	M	464人	66.9%	413人	66.1%	406人	69.5%	439人	69.8%	451人	73.7%		
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		120人	17.3%	122人	19.5%	88人	15.1%	97人	15.4%	82人	13.4%		
	⑩	第3期 尿蛋白(+)以上		93人	13.4%	79人	12.6%	82人	14.0%	86人	13.7%	69人	11.3%		
	⑪	第4期 eGFR30未満		12人	1.7%	11人	1.8%	6人	1.0%	5人	0.8%	6人	1.0%		
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)		80.5人		80.8人		72.7人		82.1人		79.3人			
	②	(再掲)40~74歳(被保険者千対)		124.8人		123.4人		110.0人		121.2人		117.5人			
	③	レセプト件数 (40~74歳) (再掲)40~74歳		6,736件 (650.1)		6,644件 (641.9)		6,462件 (611.9)		6,820件 (642.5)		6,862件 (668.9)		2,480,774件 (911.6)	
	④	入院外(件数) 入院(件数)		49件 (4.7)		72件 (7.0)		59件 (5.6)		50件 (4.7)		34件 (3.3)		10,514件 (3.9)	
	⑤	糖尿病治療中	H	1,349人	8.0%	1,327人	8.1%	1,171人	7.3%	1,323人	8.2%	1,280人	7.9%		
	⑥	(再掲)40~74歳		1,318人	12.5%	1,293人	12.3%	1,148人	11.0%	1,296人	12.1%	1,257人	11.7%		
	⑦	健診未受診者	I	813人	61.7%	788人	60.9%	713人	62.1%	850人	65.6%	816人	64.9%		
	⑧	インスリン治療	O	96人	7.1%	94人	7.1%	87人	7.4%	106人	8.0%	103人	8.0%		
	⑨	(再掲)40~74歳		92人	7.0%	91人	7.0%	85人	7.4%	104人	8.0%	98人	7.8%		
	⑩	糖尿病性腎症	L	171人	12.7%	185人	13.9%	158人	13.5%	152人	11.5%	161人	12.6%		
	⑪	(再掲)40~74歳		169人	12.8%	183人	14.2%	155人	13.5%	150人	11.8%	159人	12.6%		
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		46人	3.4%	52人	3.9%	40人	3.4%	47人	3.6%	46人	3.6%		
	⑬	(再掲)40~74歳		46人	3.5%	52人	4.0%	40人	3.5%	47人	3.6%	46人	3.7%		
	⑭	新規透析患者数		9人		8人		10人		7人		9人			
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		3人	33.3%	2人	25.0%	1人	10.0%	3人	42.9%	2人	22.2%		
	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)		25人	1.9%	26人	1.9%	20人	1.7%	17人	1.4%	21人	1.7%		
6	①	総医療費		53億3748万円		55億3754万円		55億4210万円		57億0314万円		57億9235万円		50億8753万円	
	②	生活習慣病総医療費		25億0189万円		25億6820万円		26億1082万円		27億1768万円		26億8539万円		27億0662万円	
	③	(総医療費に占める割合)		46.9%		46.4%		47.1%		47.7%		46.4%		53.2%	
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり		6,570円		5,723円		4,038円		5,085円		5,433円		6,937円	
	⑤	健診未受診者		39,842円		43,966円		50,367円		51,669円		50,924円		38,519円	
	⑥	糖尿病医療費		2億1175万円		2億2090万円		2億0629万円		2億1560万円		2億0452万円		2億9434万円	
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		8.5%		8.6%		7.9%		7.9%		7.6%		10.9%	
	⑧	糖尿病入院外総医療費		7億4367万円		7億7391万円		8億7836万円		9億9354万円		8億7484万円			
	⑨	1件あたり		42,607円		44,802円		52,920円		56,963円		51,422円			
	⑩	糖尿病入院総医療費		6億0288万円		6億1352万円		5億8464万円		6億2171万円		6億5178万円			
	⑪	1件あたり		626,040円		633,152円		638,954円		697,762円		718,606円			
	⑫	在院日数		17日		17日		17日		17日		17日			
	⑬	慢性腎不全医療費		3億4642万円		3億3608万円		3億7492万円		3億9521万円		3億8694万円		2億2640万円	
7	①	透析有り		3億3474万円		3億2206万円		3億6359万円		3億8283万円		3億6816万円		2億1152万円	
	②	透析なし		1168万円		1402万円		1133万円		1238万円		1879万円		1487万円	
	③	介護給付費		40億6696万円		41億4042万円		41億7907万円		42億1663万円		41億4337万円		56億7154万円	
	④	(2号認定者)糖尿病合併症		14件 23.3%		9件 18.4%		8件 17.4%		6件 13.6%		4件 9.1%			
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		7人 1.4%		13人 2.6%		12人 2.4%		15人 3.0%		13人 2.4%		3,958人 1.0%	

出典・参照：KDB システム改変

7) 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

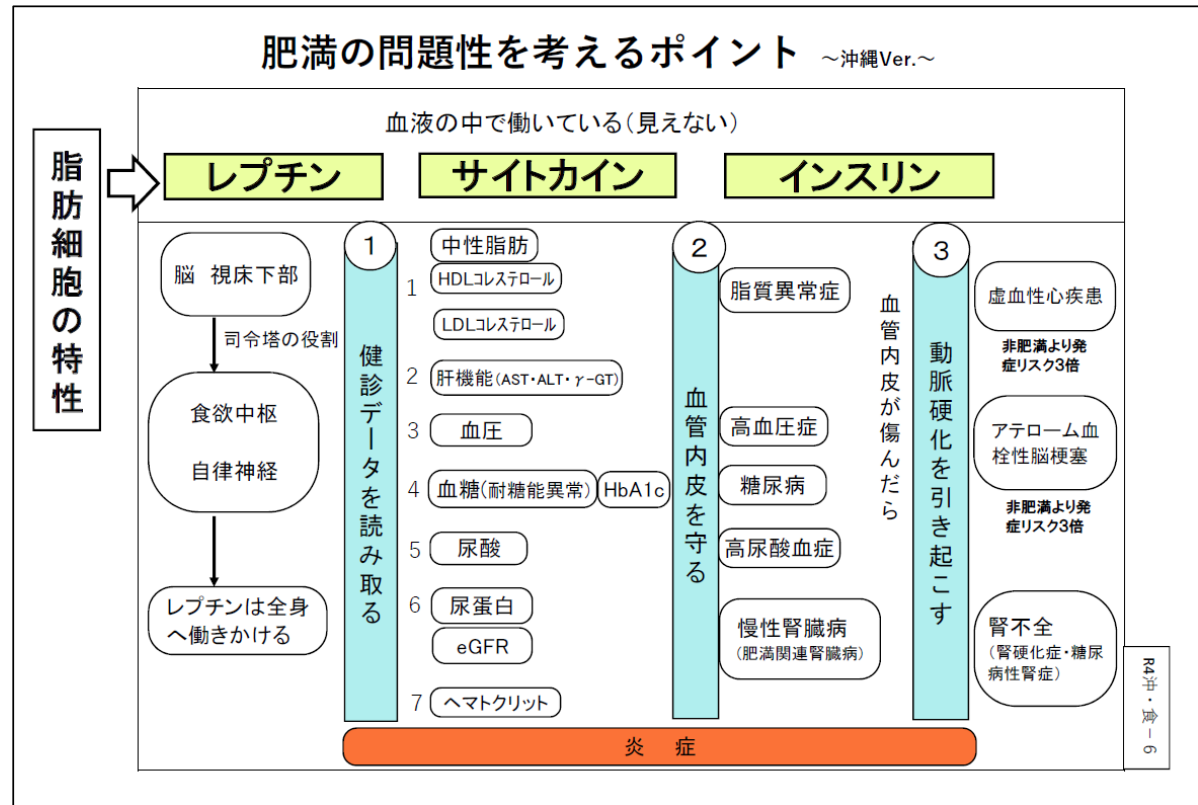
1) 基本的な考え方

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。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 69 に基づいて考えていきます。

図表 69 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 70 肥満度分類による実態

		受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類							
						肥満				高度肥満			
						肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上	
						40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
総数		1,339	2,171	533	810	401	663	103	131	23	15	6	1
				39.8%	37.3%	29.9%	30.5%	7.7%	6.0%	1.7%	0.7%	0.4%	0.0%
再掲	男性	699	1,068	329	438	242	382	65	51	18	5	4	0
	女性	640	1,103	204	372	159	281	38	80	5	10	2	1
				31.9%	33.7%	24.8%	25.5%	5.9%	7.3%	0.8%	0.9%	0.3%	0.1%

出典・参照：特定健診等データ管理システム

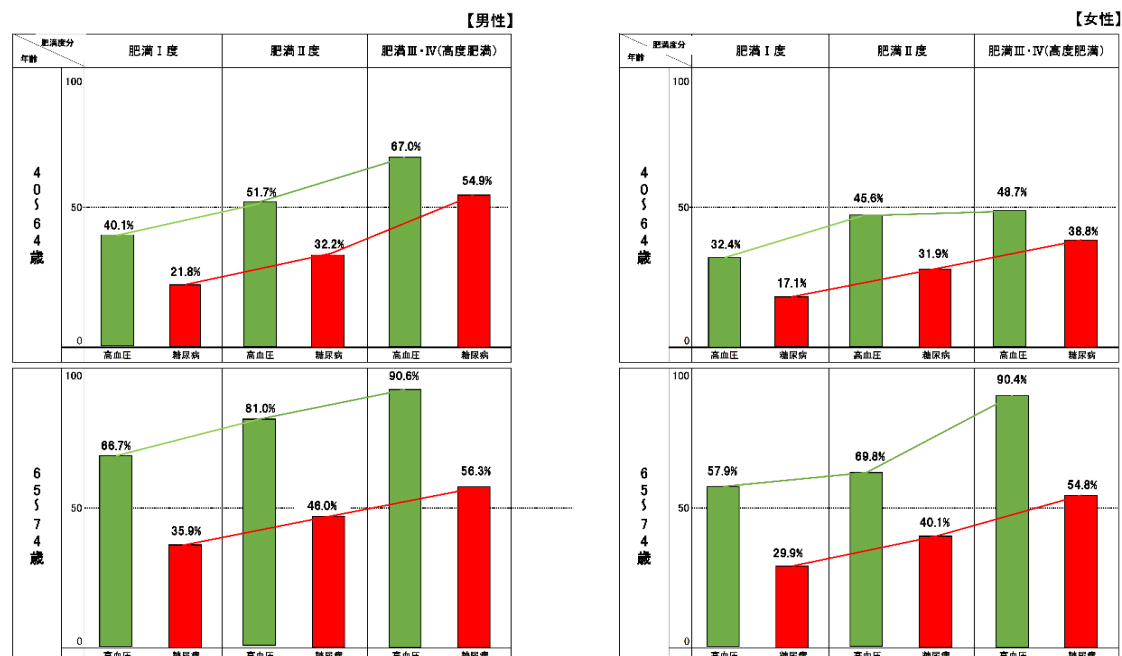
(2) 優先順位をつけます。

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 71 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？



まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満 3 度・4 度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の医療者が連携してフォローアップを行うことが必要になってきます。

肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高まることから、両疾患の発症がまだ 50%に満たない肥満Ⅰ度で、若い年代(40~64 歳)を保健指導の対象とすることが効率的であることがわかります。(図表 71)

3)対象者の明確化

図表 72 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	1,767	215	243	696	613	1,743	168	222	722	631
メタボ該当者		B	672	40	82	286	264	278	6	25	113	134
		B/A	38.0%	18.6%	33.7%	41.1%	43.1%	15.9%	3.6%	11.3%	15.7%	21.2%
再掲	① 3項目全て	C	217	11	27	90	89	92	0	6	37	49
		C/B	32.3%	27.5%	32.9%	31.5%	33.7%	33.1%	0.0%	24.0%	32.7%	36.6%
	② 血糖+血圧	D	103	0	8	50	45	39	0	5	6	28
		D/B	15.3%	0.0%	9.8%	17.5%	17.0%	14.0%	0.0%	20.0%	5.3%	20.9%
	③ 血圧+脂質	E	317	26	40	129	122	143	4	14	68	57
		E/B	47.2%	65.0%	48.8%	45.1%	46.2%	51.4%	66.7%	56.0%	60.2%	42.5%
	④ 血糖+脂質	F	35	3	7	17	8	4	2	0	2	0
		F/B	5.2%	7.5%	8.5%	5.9%	3.0%	1.4%	33.3%	0.0%	1.8%	0.0%

出典・参照：KDB システム改変 様式 (5-3)

図表 73 メタボリック該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
				あり		なし					あり		なし			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
総数	1,767	672	38.0%	544	81.0%	128	19.0%	1,743	278	15.9%	247	88.8%	31	11.2%		
40代	215	40	18.6%	21	52.5%	19	47.5%	168	6	3.6%	3	50.0%	3	50.0%		
50代	243	82	33.7%	52	63.4%	30	36.6%	222	25	11.3%	17	68.0%	8	32.0%		
60代	696	286	41.1%	238	83.2%	48	16.8%	722	113	15.7%	100	88.5%	13	11.5%		
70～74歳	613	264	43.1%	233	88.3%	31	11.7%	631	134	21.2%	127	94.8%	7	5.2%		

出典・参照：特定健診等データ管理システム

年代別のメタボリックシンドローム該当者は、男性では50代から受診者の3割を超え、女性では60代・70代で1～2割程度にとどまることから、男性を優先的に対象とすることが予防効果を高める上で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は、男女とも半数以上が治療中となっています。脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性を引き起こします。それにより、動脈硬化が進み、心血管病へ直接影響を与えます。メタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。（図表 73）

（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場合、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、心血管疾患予防の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）を行います。

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用いて実施します。

図表 74 令和4年度版 沖縄 食ノート 肥満を解決するための食の資料 Ver.3 (沖縄県ヘルスアップ支援事業)

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

(2) 二次健診の実施

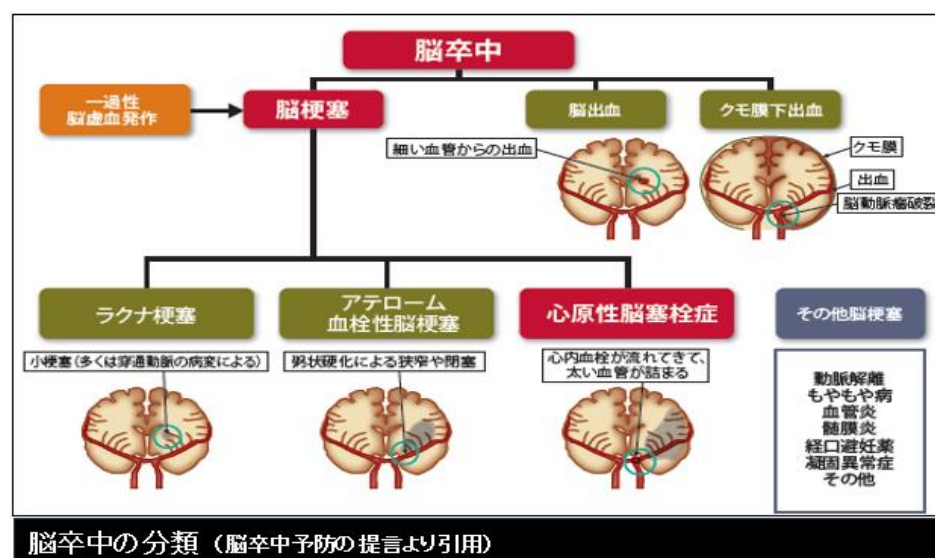
メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなることから、国保ヘルスアップ事業を活用して、二次健診（頸動脈エコー検査、微量アルブミン検査、75g 糖負荷検査）を実施していきます。

3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 75,76)

図表 75 脳卒中の分類



図表 76 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 77)でみると、高血圧治療者 4,541 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人は 565 人(12.4%・O)でした。

健診結果をみると、Ⅱ度高血圧以上が 192 人(5.5%)であり、そのうち 103 人(53.6%)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 89 人(15.6%)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ります。

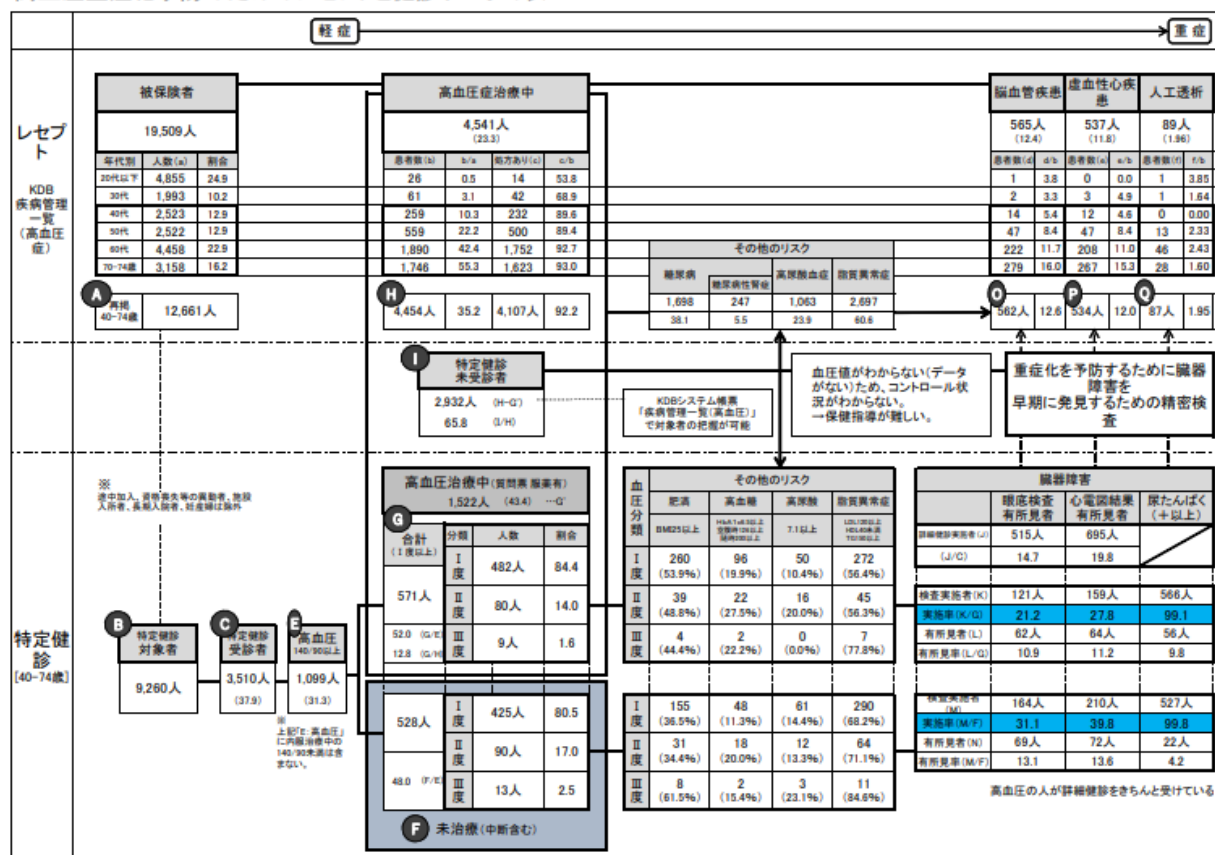
I 度高血圧以上の者に対する重症化予防の観点から、眼底検査(詳細検査)が推奨されますが、I 度高血圧の者 1,099 人のうち、眼底検査を実施した者は 285 名(25.9%)にとどまっており、半数以上が重症化予防の検査がされていません。

第 3 期計画期間中に、眼底検査(詳細検査)が必要な方への実施について、関係機関と連携して実態を把握し、働きかけをする必要があります。

図表 77 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

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、疾病管理一貫で把握できない項目については、「KDB構築・介入支援対象者一貫(求医・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 38 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定		(参考)高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子 p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画			
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
	999	471 47.1%	425 42.5%	90 9.0%	13 1.3%
リスク第1層 予後影響因子がない	55 5.5%	C 28 5.9%	B 19 4.5%	B 7 7.8%	A 1 7.7%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	536 53.7%	C 249 52.9%	B 238 56.0%	A 42 46.7%	A 7 53.8%
リスク第3層 脳血管病既往、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	408 40.8%	B 194 41.2%	A 168 38.5%	A 41 45.6%	A 5 38.5%

…高リスク
…中等リスク
…低リスク

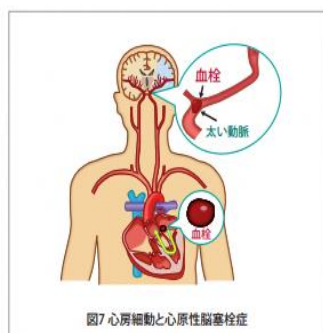
区分	該当者数
A ただちに薬物療法を開始	264 26.4%
B 概ね1ヵ月後に再評価	458 45.8%
C 概ね3ヵ月後に再評価	277 27.7%

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

出典・参照: KDBシステム改定

(図表 38)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 78)は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 78 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	1,769	1,745	777	43.9%	739	42.3%	4	0.5%	0	0.0%	—	—
40代	215	169	114	53.0%	80	47.3%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	243	222	113	46.5%	95	42.8%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	697	723	288	41.3%	310	42.9%	3	1.0%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	614	631	262	42.7%	254	40.3%	1	0.4%	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：糸満市調べ

図表 79 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
4	0	0.0	4	100.0

糸満市調べ

心電図検査において 4 人が心房細動の所見がありました。男性の割合が高く、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となるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行い、早期発見・早期介入を図ることが重要です。そのため、心電図検査の全数実施が望まれます。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては、対象者の状況に応じて、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保健指導を行います。治療中で医療機関未受診である場合は、受診勧奨を行います。また、過去に治療を受けていたものの中断している場合も、同様に受診勧奨を行います。治療中であるものの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、対象者へ二次健診(頸部エコー)を案内します。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

④ 心房細動者の管理

健診受診時の心電図検査で心房細動の所見があった場合は、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、未治療や治療中断者を把握した場合には、受診勧奨を行います。また、治療中の者については、血管リスク低減に向け医療機関と連携した保健指導を実施します。医療情報については、かかりつけ医、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

域包括支援センター等と連携して、高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施します。

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。

4. 慢性腎臓病(CKD)の重症化予防

1) 基本的な考え方

慢性腎臓病重症化予防の取組にあたっては CKD 診療ガイドライン等に基づいて進めます。

図表 81 CKD の重症度分類

原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病		尿アルブミン定量 (mg/日)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
		尿アルブミン /Cr 比 (mg/gCr)		30 未満	30～299	300 以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他		尿蛋白定量 (g/日)		正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
		尿蛋白 /Cr 比 (g/gCr)		0.15 未満	0.15～0.49	0.50 以上
GFR区分 (mL/分/ 1.73m)	G1	正常または 高値	≥90			
	G2	正常または 軽度低下	60～89			
	G3a	軽度～ 中等度低下	45～59			
	G3b	中等度～ 高度低下	30～44			
	G4	高度低下	15～29			
	G5	末期腎不全 (ESKD)	<15			

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

CKD には、一次性腎疾患(腎炎など)と二次性腎疾患(糖尿病性腎臓病や高血圧性腎硬化症など)があり、一次性腎疾患は専門的管理を要する一方、二次性腎疾患は生活習慣の是正が中心となります。腎炎などの一次性腎疾患は腎生検による専門的診断と加療を要するため、蛋白尿と血尿の両方を認めた場合には、専門医への受診を促す必要があります。

図表 39 かかりつけ医から腎臓専門医への紹介基準対象者

令和04年度

原疾患			…紹介基準対象			
			糖尿病 高血圧・腎炎など	正常	微量アルブミン尿 軽度蛋白尿	顕性アルブミン尿 高度蛋白尿
GFR区分 (ml/分/1.73㎡)			尿蛋白区分	A1	A2	A3
			尿検査・GFR 共に実施	(－)	(±)	【再掲】 尿潜血＋以上
			3,494 人	3,020 人 86.4%	288 人 8.2%	43 人 14.9%
G1	正常 または高値	90以上	399 人 11.4%	339 人 9.7%	41 人 1.2%	6 人 14.6%
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	2,436 人 69.7%	2,149 人 61.5%	184 人 5.3%	30 人 16.3%
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	581 人 16.6%	492 人 14.1%	53 人 1.5%	7 人 13.2%
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	66 人 1.9%	39 人 1.1%	7 人 0.2%	0 人 0.0%
G4	高度低下	15-30 未満	11 人 0.3%	1 人 0.0%	3 人 0.1%	0 人 0.0%
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	1 人 0.0%	0 人 0.0%	0 人 0.0%	0 人 0.0%

出典・参照：KDBシステム改定

出典・参照：特定健診等データ管理システム

(2) 介入方法と優先順位

優先順位1

【専門医受診】

- ・腎臓専門医への紹介基準対象者特に GFR30 未満の者の専門医受診に向けたかかりつけ医への情報提供を行う

優先順位2

【保健指導】

- ・GFR60 未満の対象者への保健指導を行います。

3) 保健指導の実施

(1) かかりつけ医への情報提供

CKD ガイドラインに基づき、かかりつけ医には専門医受診勧奨のタイミングを情報提供します。かかりつけ医のない方に対しては、専門医への受診勧奨を行います。

(2) 生活習慣のリスクに応じた保健指導

糖尿病・高血圧を基礎疾患として持つ方には、前述した糖尿病性腎症重症化予防・脳血管疾患重症化予防における保健指導を行います。また、腎炎などの一次性腎疾患の方に対しては、治療継続がきちんと行えているか確認し、食事・生活習慣に関する介入を主治医と連携しながら行いま

す。

(3) 対象者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、GFR30 未満を対象に台帳を作成し、経過を把握していきます。

4) 医療との連携

CKD 予防のため、医療機関と連携した保健指導を実施します。医療情報については、かかりつけ医、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

地域包括支援センター等と連携して、高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施をします。

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。

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

本市は、令和 3 年度より沖縄県後期高齢者広域連合から高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業を受託し、令和 6 年度以降も継続して実施します。

具体的には、(図表 49)

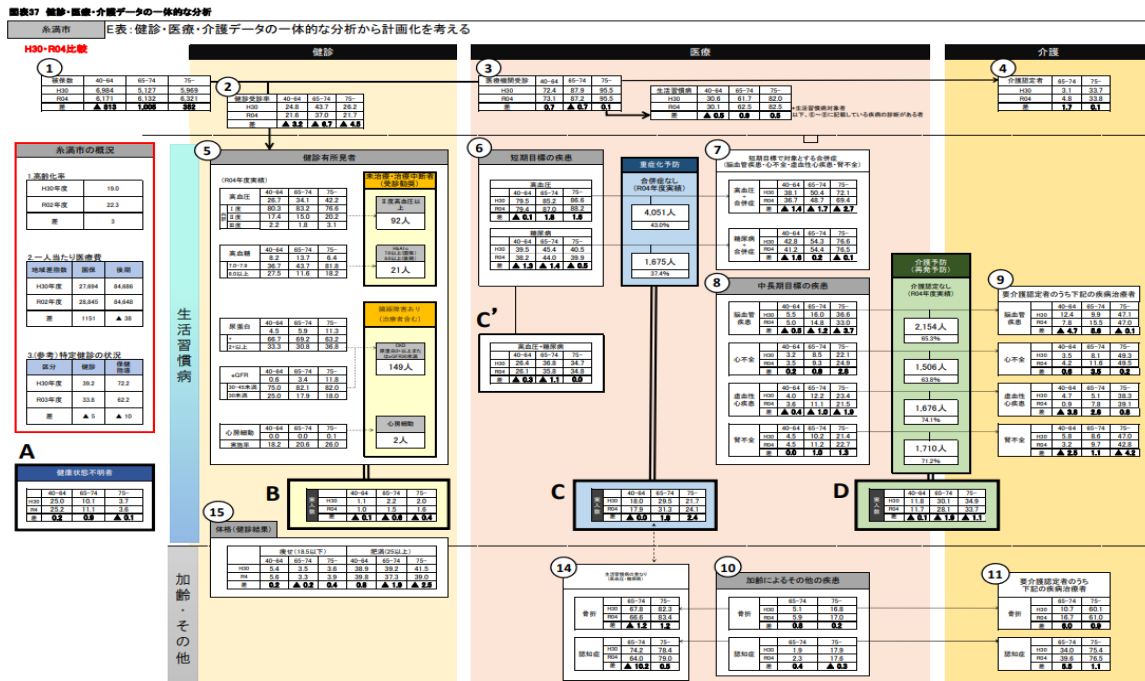
① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

② 地域を担当する専門職(保健師・栄養士)を配置し、高齢者や高血圧・高血糖の未治療者等の対象者に個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。また、75 歳を過ぎても支援が途切れない

ように、特定保健指導担当者と連携し、糖尿病や高血圧などの重症化予防に取り組みます。さらに、生活習慣病からくるフレイル予防のための健康教育や健康相談を実施します。(ポピュレーションアプローチ)

図表 49 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す。生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防の重要性は容易に想起されます。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されています。

本市においては、健康増進法に基づき妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しています。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、これらのデータをライフサイクルの視点で活用していくことが重要です。(図表 81)

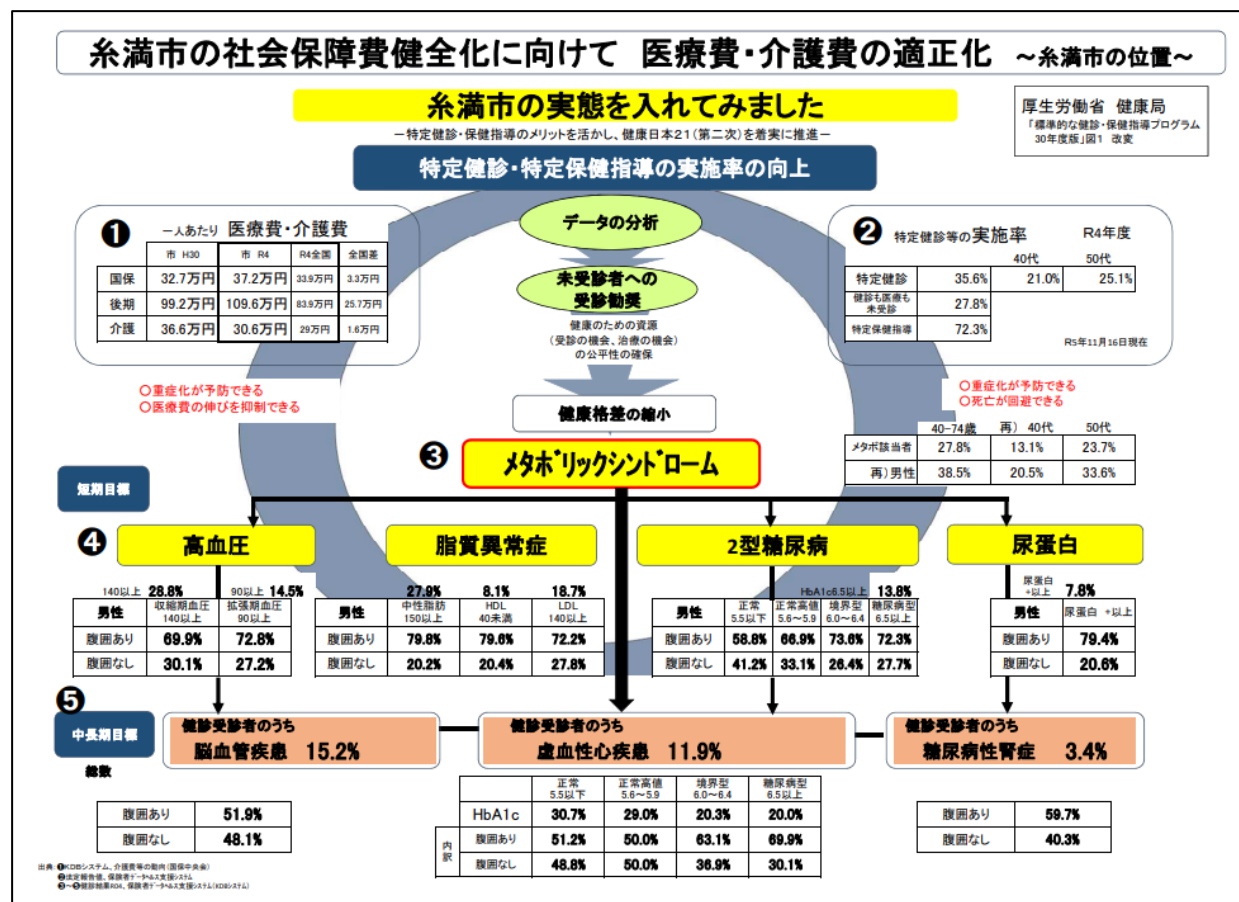
図表 81 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

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　ー基本的考え方ー　（ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました）														
		発症予防 重症化予防												
1　根拠法 6条 健康増進事業実施者		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 （学校職員は学校保健安全法）		高齢者の医療の確保に関する法律 （介護保険）		
2　計画		健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】 データヘルズ計画【保健事業実施計画】（各保険者）												
3　年代	妊婦 （胎児期）	産婦	0歳～5歳				6歳～14歳		15～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上
4　健康診査 （根拠法）	妊婦健康診査 （13条）	産婦健診 （13条）	乳幼児健康診査 （第12・13条）			保育所・幼稚園健康診査	就学時健診 （11・12条）	児童・生徒の定期健康診断 （第1・13・14条）		定期健康診断 （第66条）		特定健康診査 （第18・20・21条）		後期高齢者健康診査 （第125条）
	妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則（第13・44条）	標準的な特定健診・保健指導プログラム（第2章）		
5　対象者 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） 妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上を満たすもの												
	身長 体重													
	BMI										25以上			
	肥満度			約7・18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上						
	尿糖	（+）以上				（+）以上								
	糖尿病家族歴													

V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組めます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の实態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。（図表 83、84）

図表 82 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 83 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)	食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
食用油	1位	魚類	47位
ハンバーグ等	1位	葉野菜	47位
加工肉	1位	牛乳・ヨーグルト	47位
ベーコン	2位	しいたけ等	47位
弁当	1位	わかめ	47位
		豆腐	47位
店舗・種別	店舗数(人口10万対)		
飲食店総数	1位		
ハンバーガー店	1位		
アイスクリーム店等	1位		
バー・キャバレー・酒場	1位		

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

また、計画の最終年度の令和11年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に携わる保健師・栄養士等が定期的に行います。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行い、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していきます。

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り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糸満市の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 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4 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5 HbA1c の年次比較

参考資料6 血圧の年次比較

参考資料7 LDL-C の年次比較

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた糸満市の位置

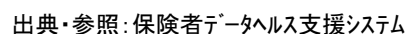
様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた糸満市の位置

R04年度

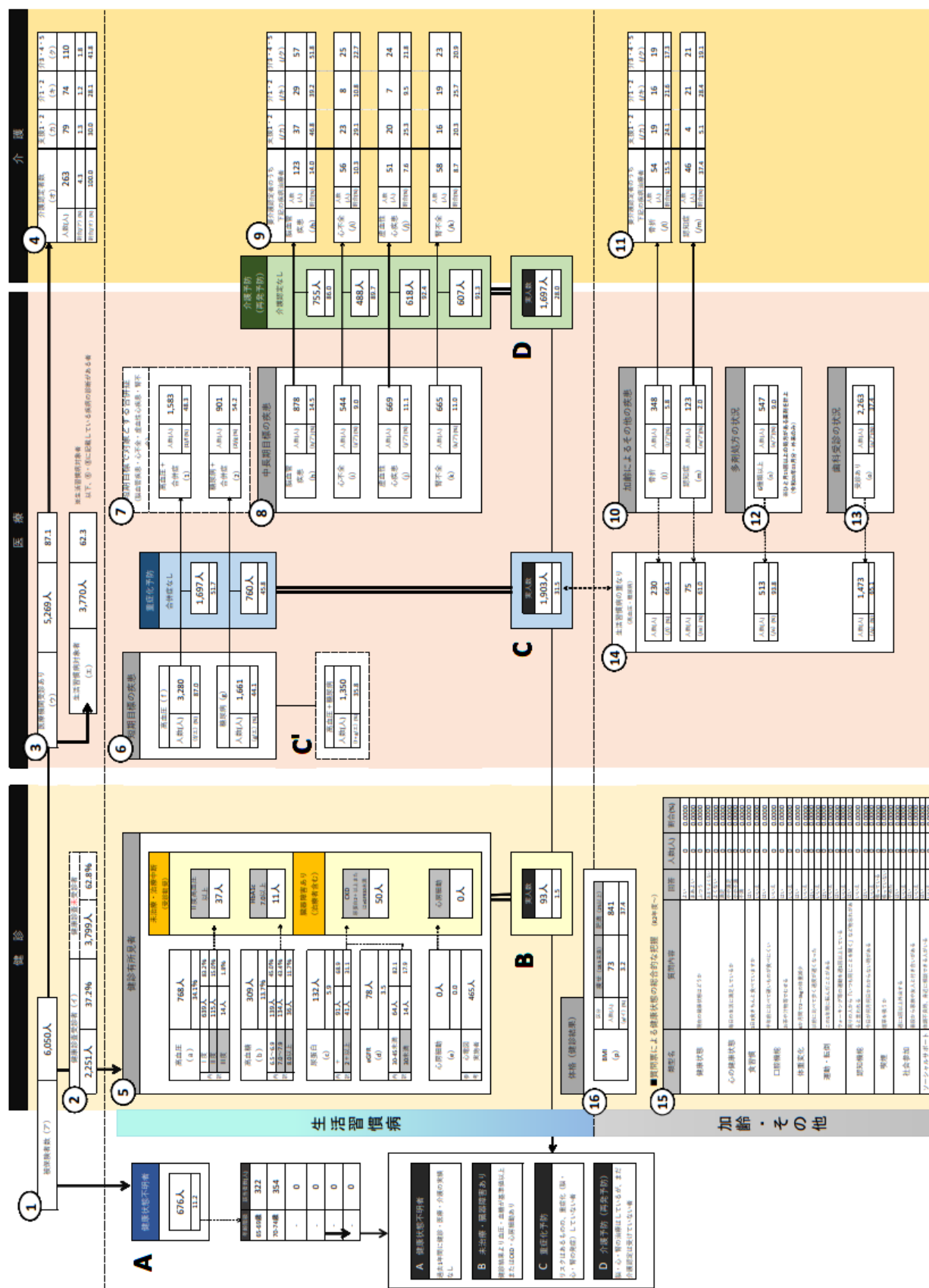
項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
1	①	人口構成	総人口	80,551		16,989,503		1,439,108		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の 健康課題		
			65歳以上(高齢化率)	13,522	22.3	5,164,670	30.4	324,708	22.6	35,335,805	28.7			
			75歳以上	6,045	10.0	—	—	155,559	10.8	18,248,742	14.8			
			65～74歳	7,477	12.3	—	—	169,149	11.8	17,087,063	13.9			
			40～64歳	18,931	31.3	—	—	472,258	32.8	41,545,893	33.7			
		39歳以下	28,098	46.4	—	—	642,142	44.6	46,332,563	37.6				
	②	産業構成	第1次産業	7.1		5.6		4.9		4.0		KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の 健康課題		
			第2次産業	17.3		28.6		15.1		25.0				
			第3次産業	75.6		65.8		80.0		71.0				
	③	平均寿命	男性	79.5		80.7		80.3		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
女性			87.1		87.0		87.5		87.0					
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性	78.0		80.1		79.3		80.1					
		女性	82.6		84.4		84.2		84.4					
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	106.7		100.3		99.3		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				女性	97.0		101.2		90.5		100			
			死 因	がん	137	49.5	53,892	48.4	3,274	49.7	378,272	50.6		
				心臓病	66	23.8	30,362	27.8	1,669	25.3	205,485	27.5		
				脳疾患	33	11.9	16,001	14.7	978	14.8	102,900	13.8		
				糖尿病	13	4.7	2,063	1.9	193	2.9	13,896	1.9		
				腎不全	16	5.8	3,958	3.6	272	4.1	26,946	3.6		
				自殺	12	4.3	2,854	2.6	205	3.1	20,171	2.7		
	②	早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計									厚労省HP 人口動態調査		
			男性											
3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)	2,344	17.4	932,725	18.1	61,945	19.0	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			新規認定者		24	0.2	15,476	0.3	835	0.3	110,289		0.3	
				介護度別 総件数	要支援1.2	6,393	11.2	2,980,586	13.3	177,194	11.6		21,785,044	12.9
					要介護1.2	21,850	38.3	10,399,684	46.4	546,973	35.9		78,107,378	46.3
					要介護3以上	28,740	50.4	9,019,896	40.3	799,361	52.5		68,963,503	40.8
	②	有病状況	2号認定者	81	0.43	20,148	0.36	2,135	0.45	156,107	0.38	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			糖尿病	464	17.9	237,003	24.2	11,465	17.4	1,712,613	24.3			
			高血圧症	1,139	44.7	523,600	53.8	28,893	43.8	3,744,672	53.3			
			脂質異常症	686	26.2	312,282	31.8	17,395	26.0	2,308,216	32.6			
			心臓病	1,260	49.1	590,733	60.8	31,994	48.6	4,224,628	60.3			
			脳疾患	589	24.5	221,742	23.1	14,271	21.9	1,568,292	22.6			
			がん	229	9.1	111,991	11.3	5,539	8.2	837,410	11.8			
			筋・骨格	1,127	44.0	516,731	53.1	29,667	44.9	3,748,372	53.4			
			精神	762	31.0	358,088	37.0	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	306,417	4,143,371,531	274,536	1,417,885,670,317	324,737	109,444,836,581	290,668	1,007,474,328,688			
			1件当たり給付費(全体)		72,712		63,298		69,211		59,662			
				居宅サービス	50,852		41,822		51,518		41,272			
				施設サービス	294,671		292,502		301,929		296,364			
④	医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	12,189	8,654	11,002	8,610	4,020						
		認定なし	5,663	4,013	4,796									
4	①	国保の状況	被保険者数	15,570		3,472,300		388,055		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 健康者の状況		
			65～74歳	5,018	32.2			119,076	30.7	11,129,271	40.5			
			40～64歳	5,240	33.7			134,131	34.6	9,088,015	33.1			
			39歳以下	5,312	34.1			134,848	34.7	7,271,596	26.5			
			加入率	25.7		20.5		27.0		22.3				
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	5	0.3	1146	0.3	90	0.2	8,237	0.3			
			診療所数	28	1.8	12,471	3.6	890	2.3	102,599	3.7			
			病床数	1,172	75.3	206,222	59.4	18,602	47.9	1,507,471	54.8			
			医師数	85	5.5	34,837	10.0	3,887	10.0	339,611	12.4			
			外来患者数	551.7		719.9		541.1		687.8				
			入院患者数	24.8		19.6		19.0		17.7				
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費	372,020	県内7位 同規模92位	366,294		318,310		339,680				
			受診率	576.478		739.503		560.174		705.439				
			外 来	費用の割合	50.1	59.5	53.6	60.4						
				件数の割合	95.7	97.3	96.6	97.5						
入 院			費用の割合	49.9	40.5	46.4	39.6							
			件数の割合	4.3	2.7	3.4	2.5							
1件あたり在院日数			18.7日	16.3日	17.1日	15.7日								

4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合	最大医療費負担額 名(国別含む)	がん	627,976,530	23.4	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)	368,156,950	13.7	7.8	12.0	8.2											
				糖尿病	204,523,710	7.6	10.9	8.3	10.4											
				高血圧症	116,531,900	4.3	6.2	4.8	5.9											
				脂質異常症	77,803,820	2.9	4.0	2.8	4.1											
				脳梗塞・脳出血	135,666,100	5.0	3.9	4.9	3.9											
				狭心症・心筋梗塞	71,794,880	2.7	2.7	3.3	2.8											
				精神	680,386,070	25.3	15.1	20.9	14.7											
				筋・骨格	371,789,490	13.8	16.4	16.0	16.7											
				5	⑤	医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療 費に占める 割合	入院	高血圧症	262		0.1	299	0.2	313	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)				
糖尿病	1,041	0.6	1,297					0.9	896	0.6										
脂質異常症	18	0.0	61					0.0	67	0.0										
脳梗塞・脳出血	7,941	4.3	6,621					4.5	6,789	4.6										
虚血性心疾患	4,429	2.4	4,143					2.8	4,321	2.9										
腎不全	7,851	4.2	4,389					3.0	5,764	3.9										
高血圧症	7,223	3.9	11,711					5.4	7,107	4.2										
糖尿病	12,748	6.8	20,415					9.4	12,437	7.3										
脂質異常症	4,979	2.7	7,802					3.6	4,322	2.5										
脳梗塞・脳出血	735	0.4	937					0.4	689	0.4										
6	⑥	医療費分析 一人当たり医療 費/外来医療 費に占める 割合	外来	虚血性心疾患	1,443	0.8	1,875	0.9	1,444	0.8										
				腎不全	24,343	13.1	17,220	7.9	20,295	11.9										
				健診対象者 一人当たり	健診受診者	1,362	2,421	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	12,765	13,441	11,533	13,295												
				生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	5,433	6,937	5,718	6,142											
				健診未受診者	50,924	38,519	46,845	40,210												
				7	⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	医療機関受診率	1,940	59.4	589,949	57.0	46,750	60.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握					
								医療機関非受診率	1,774	54.3	516,819	51.7	42,985	55.5						
								医療機関受診率	166	5.1	53,130	5.3	3,785	4.9						
								医療機関非受診率	1,774	54.3	516,819	51.7	42,985	55.5						
健診受診者	3,267	999,876	77,415					6,812,842	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握											
受診率	34.9	県内30位 同規模195位	40.4					33.7		全国39位	37.1									
特定保健指導終了者(実施率)	97	21.5	23,464					20.4	3,636	32.2	107,925	13.4								
非肥満高血糖	239	7.3	101,879					10.2	5,139	6.6	615,549	9.0								
8	⑧	特定健診の 状況	県内市町村数 42市町村					メタボ	該当者	909	27.8	208,506	20.9	20,034		25.9	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			
									男性	643	38.6	143,867	32.7	13,894		37.3		965,486	32.0	
				女性	266	16.6	64,639		11.5	6,140	15.3	417,020	11.0							
				予備群	471	14.4	110,453		11.0	11,411	14.7	765,405	11.2							
				男性	324	19.4	76,776		17.5	7,753	20.8	539,738	17.9							
				女性	147	9.2	33,677		6.0	3,658	9.1	225,667	5.9							
				9	⑨	同規模市区町村 数 250市町村	メタボ該当・ 予備群レ ベル		腹囲	総数	1,550	47.4	349,973	35.0	35,002	45.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
										男性	1,086	65.2	241,852	55.0	23,943	64.2			1,666,592	55.3
										女性	464	29.0	108,121	19.3	11,059	27.6			714,186	18.8
										総数	179	5.5	48,317	4.8	4,644	6.0			320,038	4.7
男性	22	1.3	6,876					1.6		717	1.9	51,248	1.7							
女性	157	9.8	41,441					7.4		3,927	9.8	268,790	7.1							
血糖のみ	22	0.7	6,748					0.7		568	0.7	43,519	0.6							
血圧のみ	362	11.1	77,944					7.8		8,389	10.8	539,490	7.9							
脂質のみ	87	2.7	25,761					2.6		2,454	3.2	182,396	2.7							
血糖・血圧	138	4.2	31,312					3.1		2,911	3.8	203,072	3.0							
10	⑩	問診の状況	服薬	血糖・脂質	32	1.0	10,694	1.1	896	1.2	70,267	1.0								
				血圧・脂質	441	13.5	97,002	9.7	9,610	12.4	659,446	9.7								
				血糖・血圧・脂質	298	9.1	69,498	7.0	6,617	8.5	449,721	6.6								
				高血圧	1,447	44.3	373,451	37.4	31,609	40.8	2,428,038	35.6								
				糖尿病	413	12.6	92,769	9.3	8,123	10.5	589,470	8.7								
				脂質異常症	948	29.0	289,546	29.0	20,477	26.5	1,899,637	27.9								
				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	119	4.4	31,261	3.2	2,472	3.4	207,385	3.1								
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	355	13.2	57,805	6.0	4,890	6.8	365,407	5.5								
				腎不全	23	0.7	7,862	0.8	534	0.7	53,898	0.8								
				貧血	263	9.8	102,234	10.6	5,769	7.9	702,088	10.7								
11	⑪	生活習慣の 状況	喫煙	喫煙	457	14.0	126,982	12.7	11,101	14.3	939,212	13.8								
				週3回以上朝食を抜く	340	15.2	77,943	8.4	10,654	18.1	642,886	10.4								
				週3回以上食後開食(〜H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0								
				週3回以上就寝前夕食(〜H29)	545	24.4	134,480	14.4	13,687	23.2	976,348	15.7								
				週3回以上就寝前夕食(H30〜)	545	24.4	134,480	14.4	13,687	23.2	976,348	15.7								
				食べる速度が遅い	670	30.0	237,881	25.8	17,745	30.1	1,659,705	26.8								
				20歳時体重から10kg以上増加	1,014	45.2	319,150	34.5	27,557	46.4	2,175,065	35.0								
				1回30分以上運動習慣なし	1,307	58.3	553,811	59.7	34,075	57.8	3,749,069	60.4								
				1日1時間以上運動なし	1,071	47.9	433,638	46.5	26,211	44.3	2,982,100	48.0								
				睡眠不足	531	28.7	232,582	25.0	16,453	28.9	1,587,311	25.6								
12	⑫	生活習慣の 状況	飲酒	毎日飲酒	423	17.9	234,659	24.4	11,814	19.7	1,658,999	25.5								
				時々飲酒	791	33.5	205,292	21.3	17,885	29.8	1,463,468	22.5								
				1合未満	1,085	54.9	417,099	65.3	20,349	50.2	2,978,351	64.1								
				1〜2合	551	27.9	150,426	23.5	12,112	29.9	1,101,465	23.7								
				2〜3合	232	11.7	56,939	8.9	5,818	14.4	434,461	9.4								
				3合以上	110	5.6	14,735	2.3	2,219	5.5	128,716	2.8								
				1合未満	1,085	54.9	417,099	65.3	20,349	50.2	2,978,351	64.1								
				1〜2合	551	27.9	150,426	23.5	12,112	29.9	1,101,465	23.7								
				2〜3合	232	11.7	56,939	8.9	5,818	14.4	434,461	9.4								
				3合以上	110	5.6	14,735	2.3	2,219	5.5	128,716	2.8								

① 40～64 歳(国保)

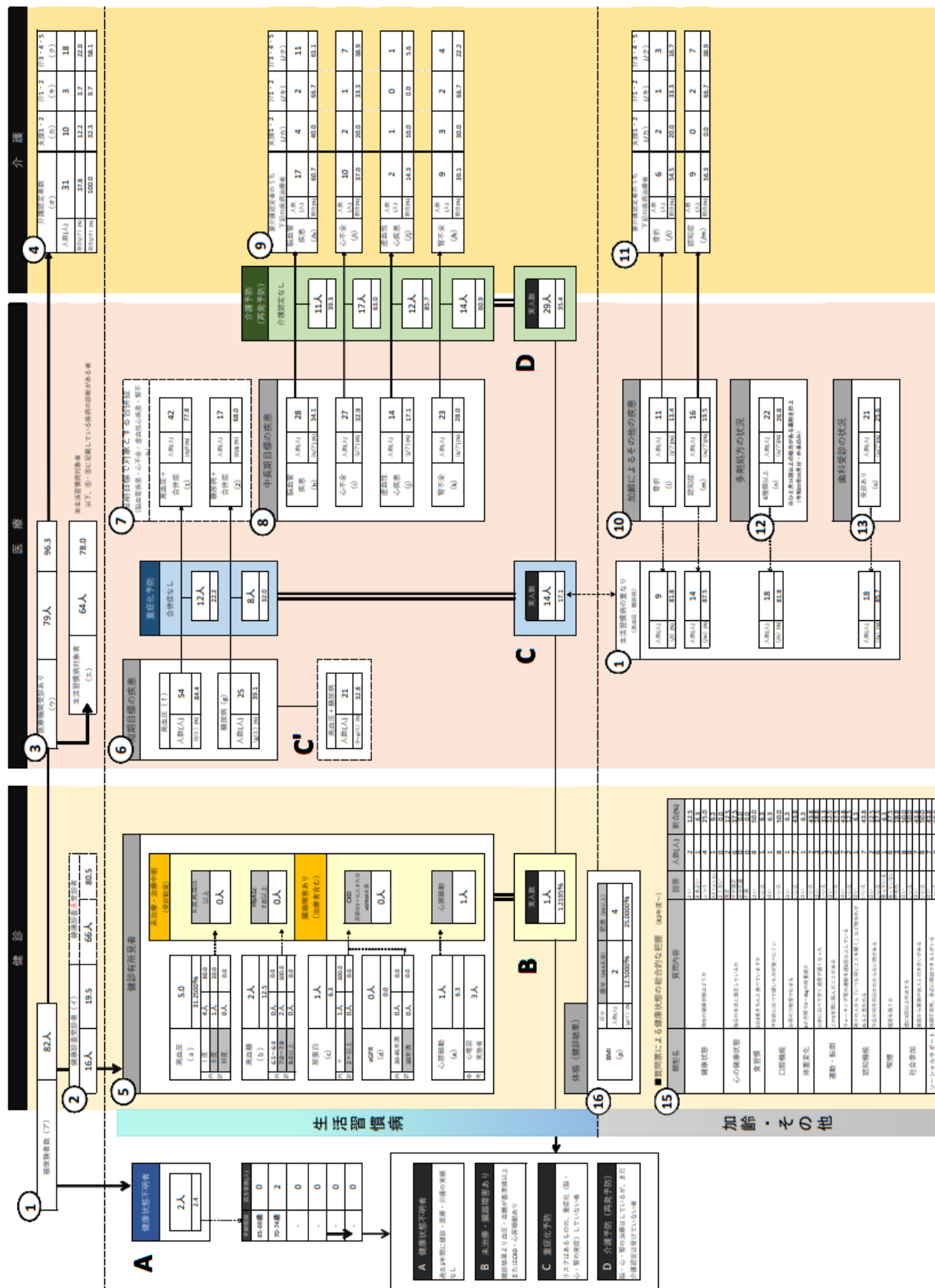


② 65～74 歳(国保)



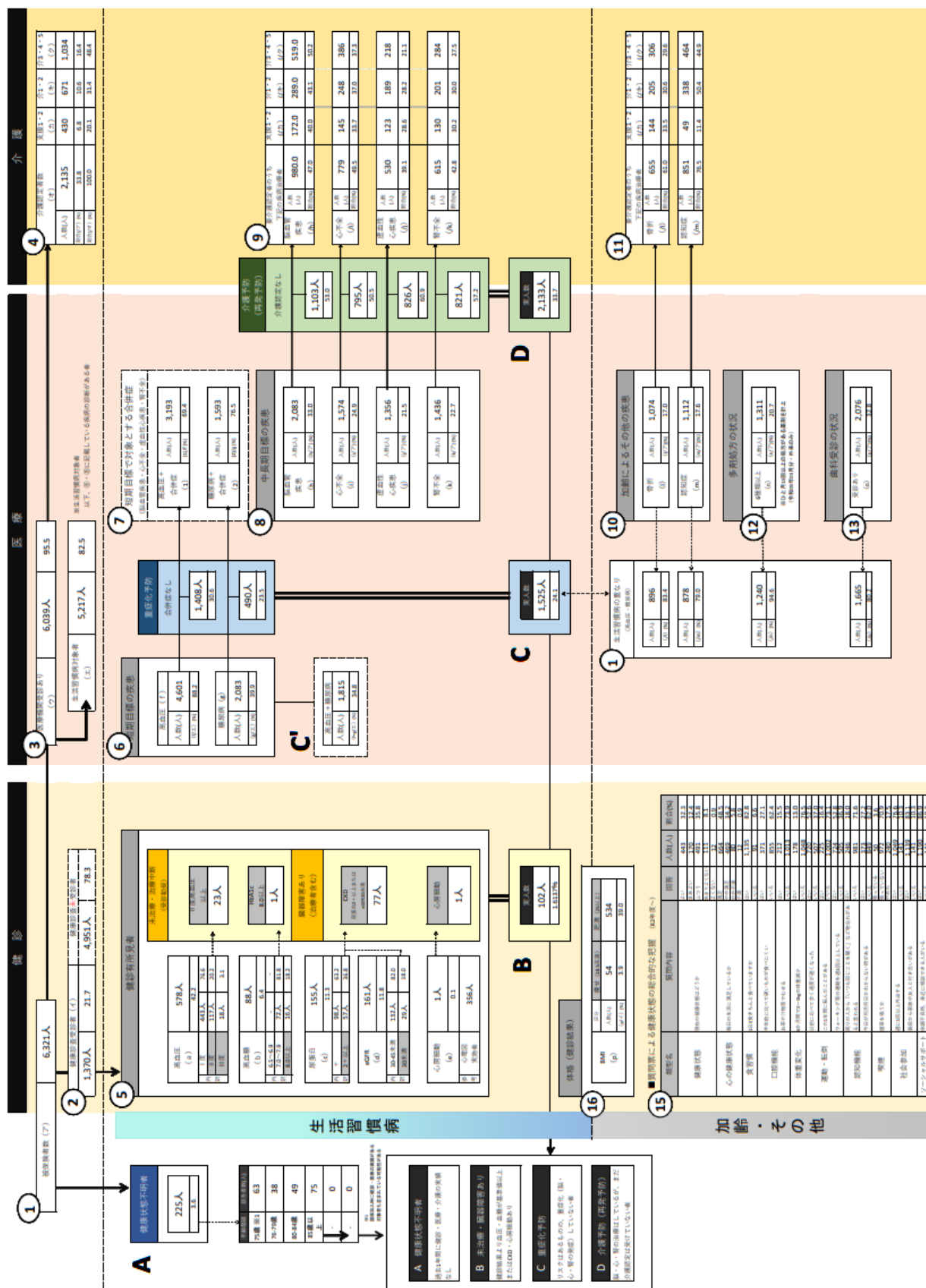
出典・参照：保険者データヘルス支援システム

③ 65～74 歳(後期)



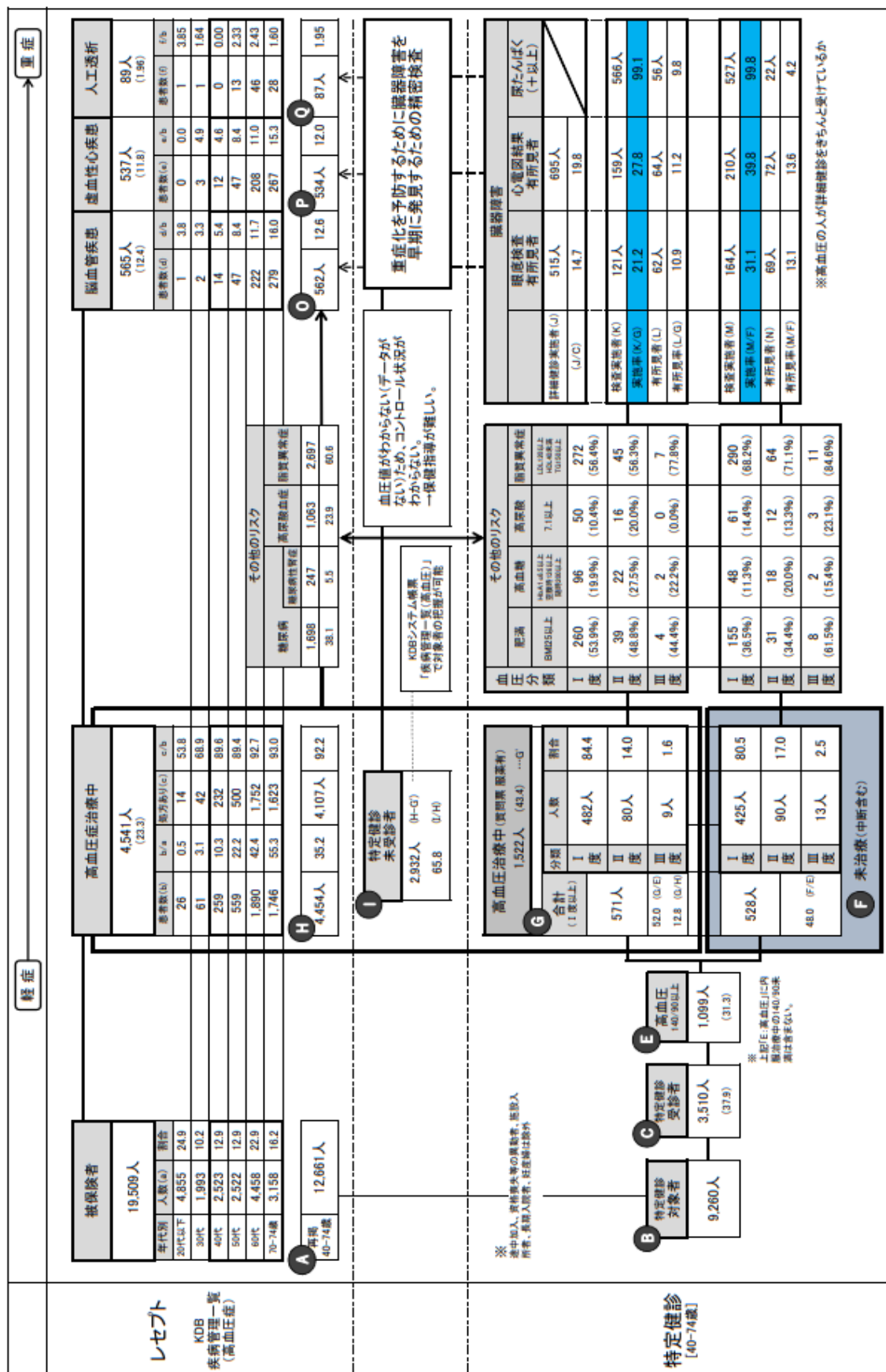
出典・参照: 保険者データヘルス支援システム

④75 歳以上(後期)



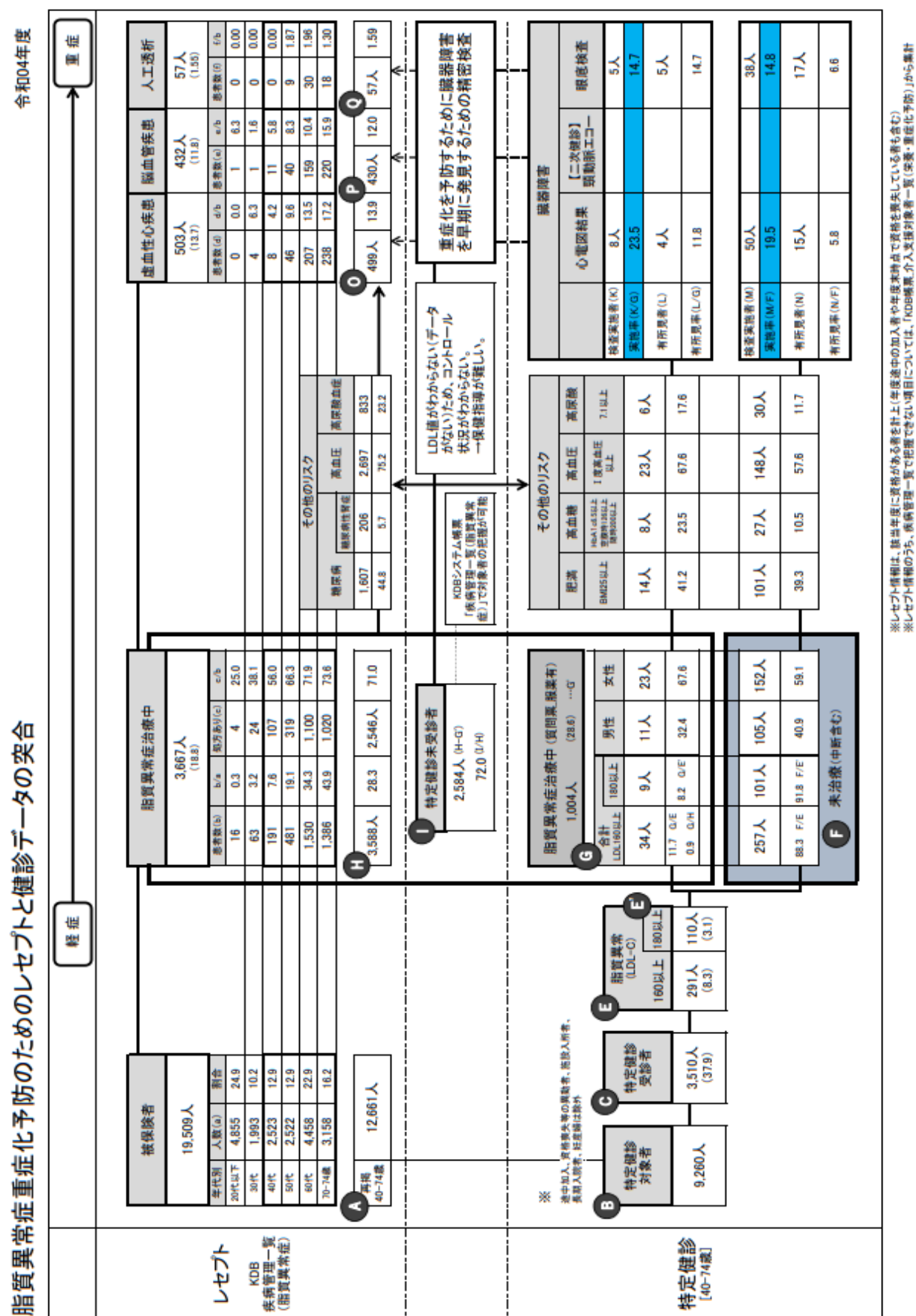
出典・参照: 保険者データヘルス支援システム

高血圧重症化予防のためのしせつ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が計上（年度途中の加入者や年度末時点まで資格を喪失している者も含む）
※レセプト情報のうち、後病管理一頁で把握できない項目については、KDB帳票「介入支援対象者一頁（実費・低化予防）」から単計

参考資料4 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



出典・参照: KDB システム改変

参考資料5 HbA1C の年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値								再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性 が否定できない	糖尿病												
		合併症予防の ための目標					最低限度達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる										
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A		
H29	3,907	1,730	44.3%	1,230	31.5%	486	12.4%	215	5.5%	147	3.8%	99	2.5%	158	4.0%	71	1.8%		
H30	3,841	1,684	43.8%	1,168	30.4%	497	12.9%	230	6.0%	186	4.8%	76	2.0%	151	3.9%	49	1.3%		
R01	3,672	1,423	38.8%	1,294	35.2%	523	14.2%	182	5.0%	163	4.4%	87	2.4%	152	4.1%	64	1.7%		
R02	3,355	1,388	41.4%	1,114	33.2%	447	13.3%	177	5.3%	146	4.4%	83	2.5%	142	4.2%	61	1.8%		
R03	3,428	1,453	42.4%	1,069	31.2%	460	13.4%	197	5.7%	185	5.4%	64	1.9%	140	4.1%	45	1.3%		
R04	3,510	1,442	41.1%	1,154	32.9%	511	14.6%	169	4.8%	169	4.8%	65	1.9%	137	3.9%	46	1.3%		

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

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上			再掲		
					再)7.0以上	未治療	治療			
H29	3,907	1,730 44.3%	1,230 31.5%	486 12.4%	461 11.8%	153 33.2%	308 66.8%			11.8%
					246 6.3%	61 24.8%	185 75.2%			6.3%
H30	3,841	1,684 43.8%	1,168 30.4%	497 12.9%	492 12.8%	149 30.3%	343 69.7%			12.8%
					262 6.8%	60 22.9%	202 77.1%			6.8%
R01	3,672	1,423 38.8%	1,294 35.2%	523 14.2%	432 11.8%	123 28.5%	309 71.5%			11.8%
					250 6.8%	55 22.0%	195 78.0%			6.8%
R02	3,355	1,388 41.4%	1,114 33.2%	447 13.3%	406 12.1%	116 28.6%	290 71.4%			12.1%
					229 6.8%	48 21.0%	181 79.0%			6.8%
R03	3,428	1,453 42.4%	1,069 31.2%	460 13.4%	446 13.0%	137 30.7%	309 69.3%			13.0%
					249 7.3%	49 19.7%	200 80.3%			7.3%
R04	3,510	1,442 41.1%	1,154 32.9%	511 14.6%	403 11.5%	129 32.0%	274 68.0%			11.5%
					234 6.7%	58 24.8%	176 75.2%			6.7%

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									
										合併症予防 のための目標		最低限度達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる					
				5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4								6.5～6.9		7.0～7.9	
				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	446	11.4%	14	3.1%	43	9.8%	81	18.2%	123	27.6%	122	27.4%	63	14.1%	116	26.0%	40	9.0%
	H30	502	13.1%	16	3.2%	36	7.2%	107	21.3%	141	28.1%	146	29.1%	56	11.2%	110	21.9%	31	6.2%
	R01	458	12.5%	15	3.3%	31	6.8%	103	22.5%	114	24.9%	126	27.5%	69	15.1%	119	26.0%	50	10.9%
	R02	435	13.0%	8	1.8%	47	10.8%	90	20.7%	109	25.1%	116	26.7%	65	14.9%	113	26.0%	45	10.3%
	R03	446	13.0%	7	1.6%	31	7.0%	99	22.2%	109	24.4%	147	33.0%	53	11.9%	117	26.2%	35	7.8%
	R04	441	12.6%	17	3.9%	36	8.2%	114	25.9%	98	22.2%	131	29.7%	45	10.2%	102	23.1%	28	6.3%
治療なし	H29	3,461	88.6%	1,716	49.8%	1,187	34.3%	405	11.7%	92	2.7%	25	0.7%	36	1.0%	42	1.2%	31	0.9%
	H30	3,339	86.9%	1,668	50.0%	1,132	33.9%	390	11.7%	89	2.7%	40	1.2%	20	0.6%	41	1.2%	18	0.5%
	R01	3,214	87.5%	1,408	43.8%	1,263	39.3%	420	13.1%	68	2.1%	37	1.2%	18	0.6%	33	1.0%	14	0.4%
	R02	2,920	87.0%	1,380	47.3%	1,067	36.5%	357	12.2%	68	2.3%	30	1.0%	18	0.6%	29	1.0%	16	0.5%
	R03	2,982	87.0%	1,446	48.5%	1,038	34.8%	361	12.1%	88	3.0%	38	1.3%	11	0.4%	23	0.8%	10	0.3%
	R04	3,069	87.4%	1,425	46.4%	1,118	36.4%	397	12.9%	71	2.3%	38	1.2%	20	0.7%	35	1.1%	18	0.6%

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

参考資料6 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者 A	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
	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	3,951	1,078	27.3%	692	17.5%	1,033	26.1%	923	23.4%	190	4.8%	35	0.9%
H30	3,883	1,032	26.6%	642	16.5%	1,063	27.4%	911	23.5%	202	5.2%	33	0.8%
R01	3,716	991	26.7%	638	17.2%	1,028	27.7%	872	23.5%	160	4.3%	27	0.7%
R02	3,355	792	23.6%	532	15.9%	974	29.0%	851	25.4%	172	5.1%	34	1.0%
R03	3,428	796	23.2%	579	16.9%	958	27.9%	896	26.1%	172	5.0%	27	0.8%
R04	3,510	846	24.1%	587	16.7%	978	27.9%	907	25.8%	170	4.8%	22	0.6%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診 受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲			
					再)Ⅱ度高血圧	未治療	治療	再掲	再掲		
H29	3,951	1,770 44.8%	1,033 26.1%	923 23.4%	225 5.7%	124 55.1%	101 44.9%			0.9%	5.7%
					35 0.9%	21 60.0%	14 40.0%				
H30	3,883	1,674 43.1%	1,063 27.4%	911 23.5%	235 6.1%	144 61.3%	91 38.7%			0.8%	6.1%
					33 0.8%	21 63.6%	12 36.4%				
R01	3,716	1,629 43.8%	1,028 27.7%	872 23.5%	187 5.0%	109 58.3%	78 41.7%			0.7%	5.0%
					27 0.7%	16 59.3%	11 40.7%				
R02	3,355	1,324 39.5%	974 29.0%	851 25.4%	206 6.1%	109 52.9%	97 47.1%			1.0%	6.1%
					34 1.0%	23 67.6%	11 32.4%				
R03	3,428	1,375 40.1%	958 27.9%	896 26.1%	199 5.8%	117 58.8%	82 41.2%			0.8%	5.8%
					27 0.8%	18 66.7%	9 33.3%				
R04	3,510	1,433 40.8%	978 27.9%	907 25.8%	192 5.5%	103 53.6%	89 46.4%			0.6%	5.5%
					22 0.6%	13 59.1%	9 40.9%				

治療と未治療の状況

	血圧測定者 A	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
	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
治療中	H29	1,550	39.2%	223	14.4%	255	16.5%	503	32.5%	468	30.2%	87	5.6%
	H30	1,554	40.0%	202	13.0%	291	18.7%	497	32.0%	473	30.4%	79	5.1%
	R01	1,522	41.0%	216	14.2%	248	16.3%	535	35.2%	445	29.2%	87	4.4%
	R02	1,479	44.1%	182	12.3%	245	16.6%	499	33.7%	456	30.8%	86	5.8%
	R03	1,540	44.9%	204	13.2%	270	17.5%	494	32.1%	490	31.8%	73	4.7%
	R04	1,522	43.4%	183	12.0%	261	17.1%	507	33.3%	482	31.7%	80	5.3%
治療なし	H29	2,401	60.8%	855	35.6%	437	18.2%	530	22.1%	455	19.0%	103	4.3%
	H30	2,329	60.0%	830	35.6%	351	15.1%	566	24.3%	438	18.8%	123	5.3%
	R01	2,194	59.0%	775	35.3%	390	17.8%	493	22.5%	427	19.5%	93	4.2%
	R02	1,876	55.9%	610	32.5%	287	15.3%	475	25.3%	395	21.1%	86	4.6%
	R03	1,888	55.1%	592	31.4%	309	16.4%	464	24.6%	406	21.5%	99	5.2%
	R04	1,988	56.6%	663	33.4%	326	16.4%	471	23.7%	425	21.4%	90	4.5%

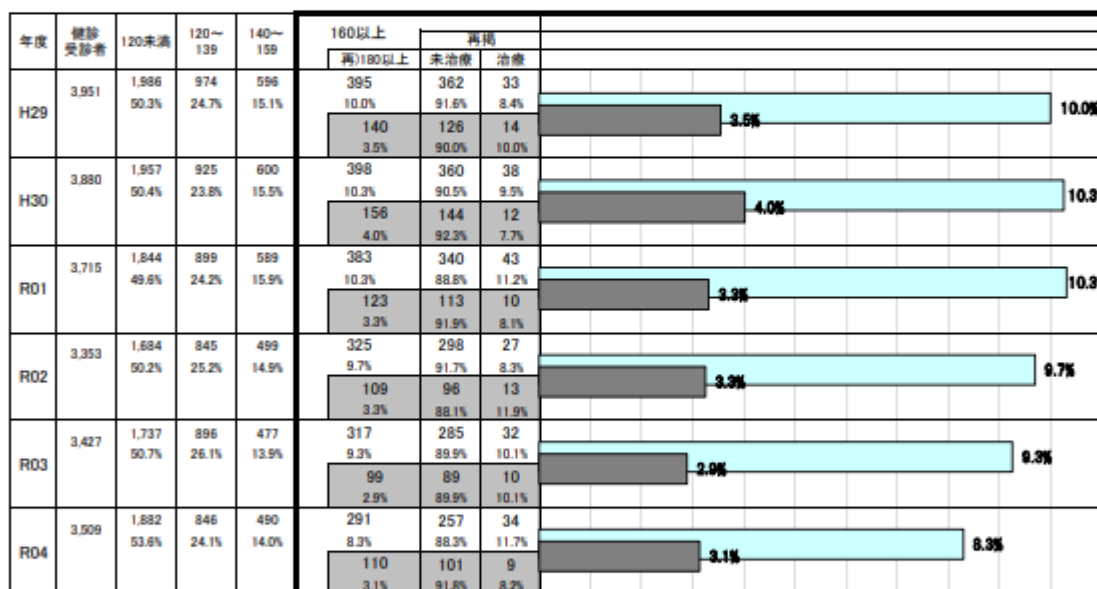
出典・参照: 特定健診等データ管理システム

参考資料7 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

		LDL 測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F
総数	H29	3,951	1,986	50.3%	974	24.7%	596	15.1%	255	6.5%	140	3.5%
	H30	3,880	1,957	50.4%	925	23.8%	600	15.5%	242	6.2%	156	4.0%
	R01	3,715	1,844	49.6%	899	24.2%	589	15.9%	260	7.0%	123	3.3%
	R02	3,353	1,684	50.2%	845	25.2%	499	14.9%	216	6.4%	109	3.3%
	R03	3,427	1,737	50.7%	896	26.1%	477	13.9%	218	6.4%	99	2.9%
	R04	3,509	1,882	53.6%	846	24.1%	490	14.0%	181	5.2%	110	3.1%
男性	H29	1,976	1,114	56.4%	459	23.2%	249	12.6%	111	5.6%	43	2.2%
	H30	1,963	1,109	56.5%	446	22.7%	261	13.3%	95	4.8%	52	2.6%
	R01	1,862	1,027	55.2%	421	22.6%	266	14.3%	108	5.8%	40	2.1%
	R02	1,695	932	55.0%	392	23.1%	229	13.5%	98	5.8%	44	2.6%
	R03	1,730	965	55.8%	423	24.5%	209	12.1%	97	5.6%	36	2.1%
	R04	1,766	1,049	59.4%	389	22.0%	212	12.0%	67	3.8%	49	2.8%
女性	H29	1,975	872	44.2%	515	26.1%	347	17.6%	144	7.3%	97	4.9%
	H30	1,917	848	44.2%	479	25.0%	339	17.7%	147	7.7%	104	5.4%
	R01	1,853	817	44.1%	478	25.8%	323	17.4%	152	8.2%	83	4.5%
	R02	1,658	752	45.4%	453	27.3%	270	16.3%	118	7.1%	65	3.9%
	R03	1,697	772	45.5%	473	27.9%	268	15.8%	121	7.1%	63	3.7%
	R04	1,743	833	47.8%	457	26.2%	278	15.9%	114	6.5%	61	3.5%

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



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
治療中	H29	883	22.3%	567	64.2%	202	22.9%	81	9.2%	19	2.2%	14	1.6%
	H30	891	23.0%	599	67.2%	174	19.5%	80	9.0%	26	2.9%	12	1.3%
	R01	938	25.2%	617	65.8%	197	21.0%	81	8.6%	33	3.5%	10	1.1%
	R02	917	27.3%	597	65.1%	212	23.1%	81	8.8%	14	1.5%	13	1.4%
	R03	988	28.8%	647	65.5%	234	23.7%	75	7.6%	22	2.2%	10	1.0%
治療なし	R04	1,004	28.6%	688	68.5%	203	20.2%	79	7.9%	25	2.5%	9	0.9%
	H29	3,068	77.7%	1,419	46.3%	772	25.2%	515	16.8%	236	7.7%	126	4.1%
	H30	2,989	77.0%	1,358	45.4%	751	25.1%	520	17.4%	216	7.2%	144	4.8%
	R01	2,777	74.8%	1,227	44.2%	702	25.3%	508	18.3%	227	8.2%	113	4.1%
	R02	2,436	72.7%	1,087	44.6%	633	26.0%	418	17.2%	202	8.3%	96	3.9%
	R03	2,439	71.2%	1,090	44.7%	662	27.1%	402	16.5%	196	8.0%	89	3.6%
	R04	2,505	71.4%	1,194	47.7%	643	25.7%	411	16.4%	156	6.2%	101	4.0%

出典・参照: 特定健診等データ管理システム