

西原町国民健康保険 第3期保健事業実施計画 (データヘルス計画)

(第4期 特定健康診査等実施計画)
令和6年度～令和11年度

西原町国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

1 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方	69
1.1 背景・目的	
1.2 計画の位置付けと基本的な考え方	
1.3 計画期間	
1.4 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	
1.5 保険者努力支援制度	
2 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	78
2.1 保険者の特性	
2.2 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	
2.3 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	
3 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	104
3.1 第四期特定健康診査等実施計画について	
3.2 目標値の設定	
3.3 対象者の見込み	
3.4 特定健診の実施	
3.5 特定保健指導の実施	
3.6 個人情報保護	
3.7 結果の報告	
3.8 特定健康診査等実施計画の公表・周知	
4 課題解決のための個別保健事業	112
4.1 保健事業の方向性	
4.2 重症化予防の取組	
4.2.1 糖尿病性腎症重症化予防	

4.2.2	肥満・メタボリックシンドローム重症化予防	
4.2.3	虚血性心疾患重症化予防	
4.2.4	脳血管疾患重症化予防	
4.3	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	
4.4	発症予防	
4.5	ポピュレーションアプローチ	
5	計画の評価・見直し	142
5.1	評価の時期	
5.2	評価方法・体制	
6	計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	143
6.1	計画の公表・周知	
6.2	個人情報の取扱い	
	参考資料	145

第3章 データヘルス計画(西原町国民健康保険第3期保健事業実施計画(第4期特定健康診査等実施計画))

1 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

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西原町の課題等を踏まえ、西原町では、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

1. 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)

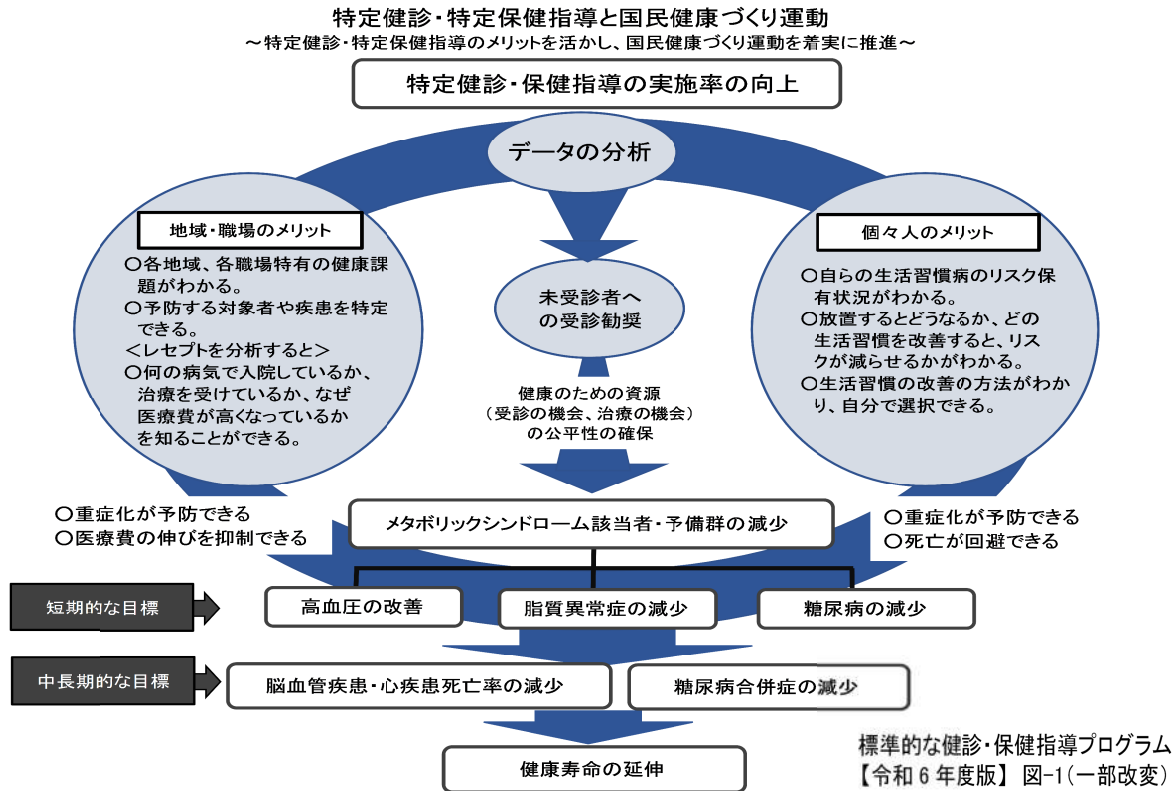
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

※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付け

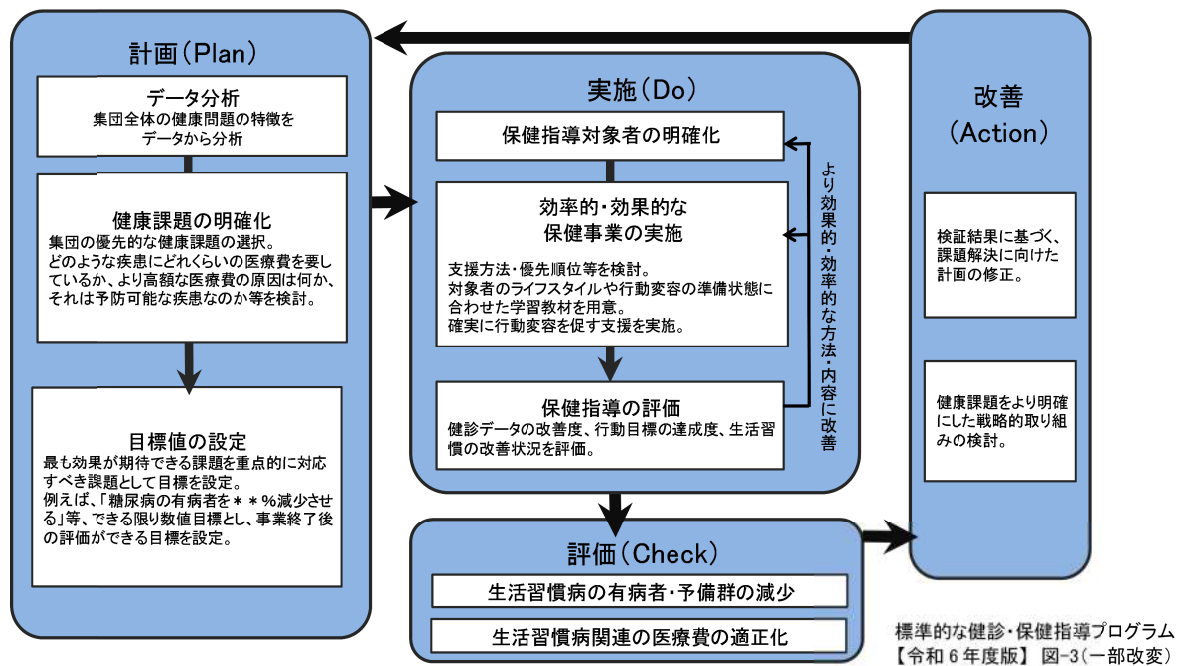
		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
健康増進計画		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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に豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しLPDCA サイクルに沿った効果的かつ効 率的な保健事業の実施を図るため の保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青年期、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



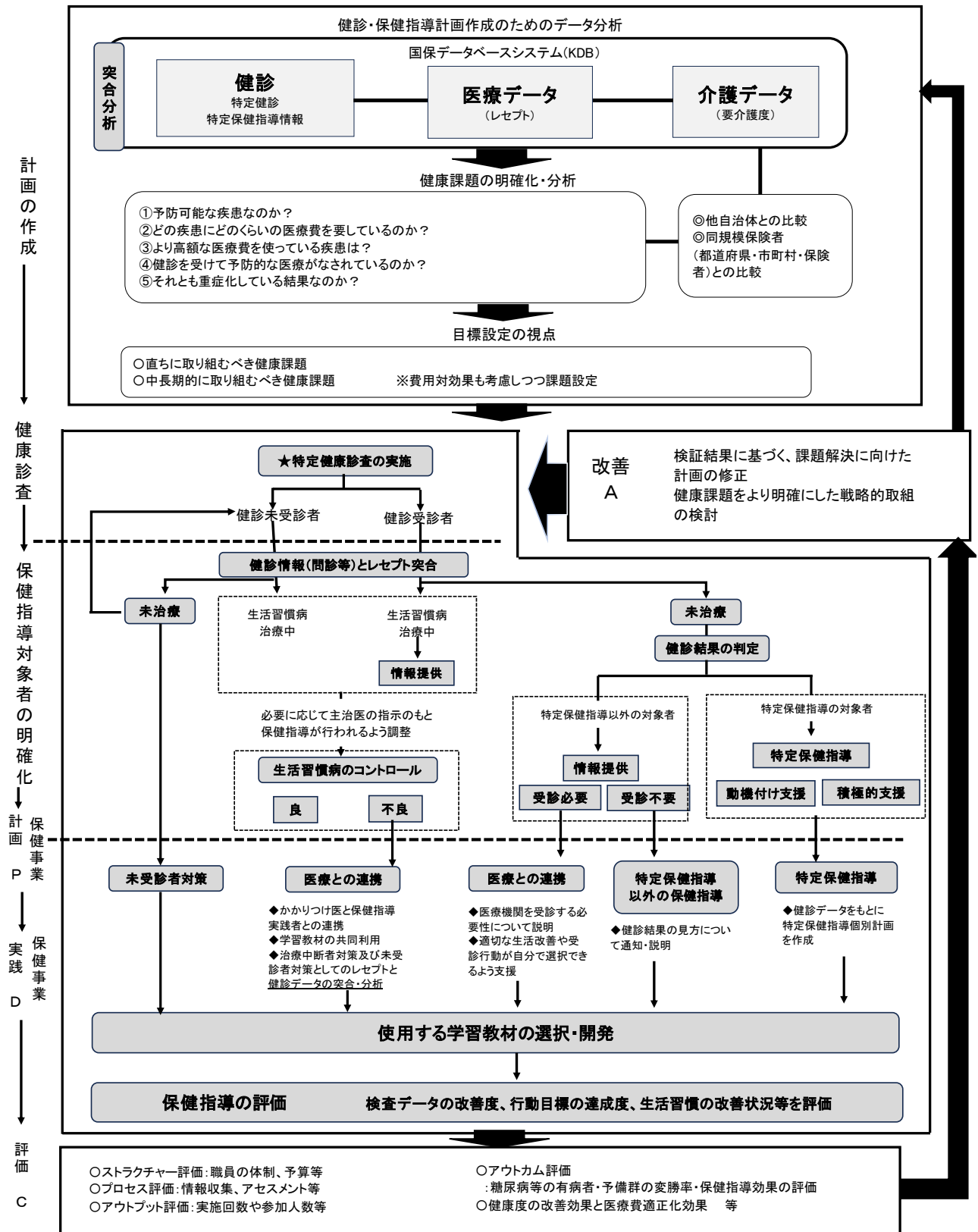
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

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

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

1.3 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。

1.4 関係者が果たすべき役割と連携

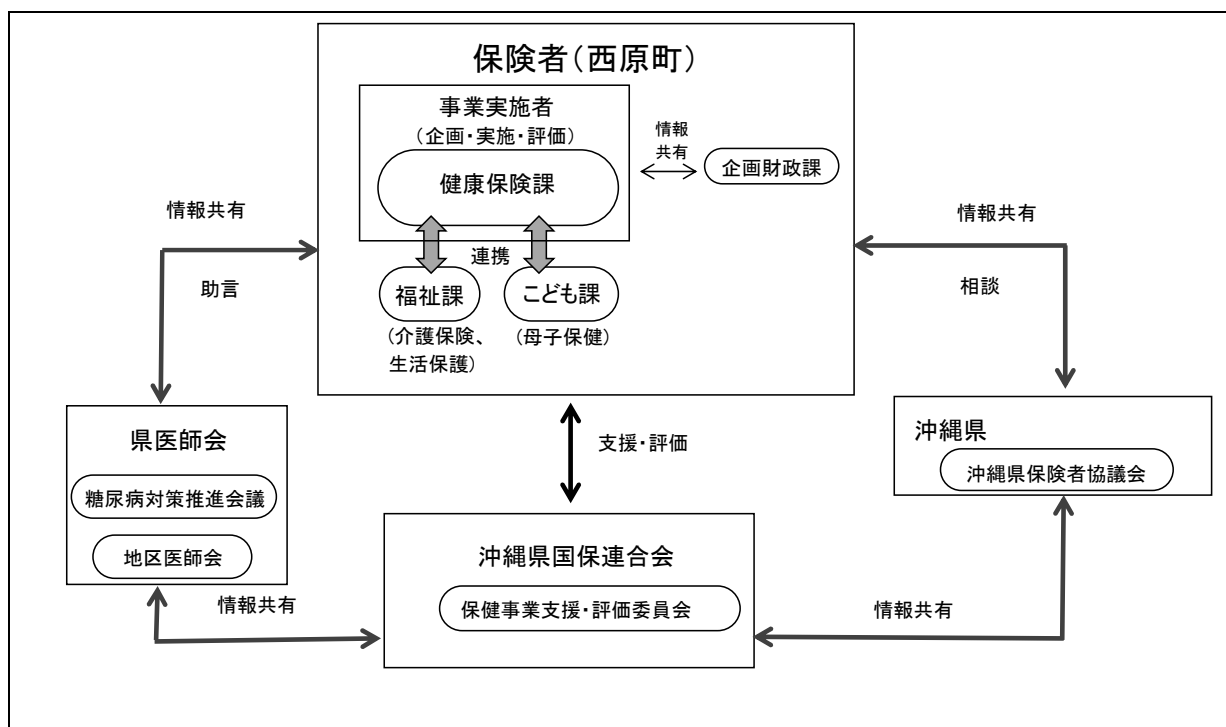
1) 市町村国保の役割

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

具体的には、保健衛生部局(健康保険課)、高齢者医療部局(健康保険課)、介護保険部局(福祉課)、企画部局(企画財政課)、生活保護部局(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 西原町の実施体制図



図表⑦ 保健事業体制と主な保健事業の分担

◎…主担当 ○…副担当

担当課名	健康保険課				こども課			福祉課		
	特定健診 保健指導	がん検診	予防接種	歯科保健	母子保健	予防接種	歯科保健	介護保険	障害福祉	生活保護
保健師	○	○	◎		◎	◎	○	◎	◎	
栄養士	◎	◎		◎	○					
行政職 (事務)						○		○	○	◎
社会福祉士					○					○

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・協力が重要となります。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支援・評価委員会等と連携していきます。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において、国保連提供のKDBや保険者データヘルス支援システムを活用していきます。さらに、保険者等の職員向け研修にも参加し、専門職の力量生成に努めていきます。

また、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、西原町国保は、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、西原町と中部地区医師会等、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。

西原町国保は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、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。

1.5 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るようになりました。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	
			西原町	配点	西原町	配点	西原町	配点
交付額(万円)			1,668		1,489		1,558	
全国順位(1,741市町村中)			449位		771位		699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	90	70	70	70	70	70
		(3)メタリックシトローム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	35	40	35	40	35	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	75	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	40	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	130	130	130	130	95	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	5	100	10	100	15	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	25	30	15	40	35	40
	⑤	第三者求償の取組	35	40	36	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	42	95	26	100	26	100
合計点			637	1,000	582	960	581	940

2 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

2.1 保険者の特性

本町は、人口約3万4千人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で21.8%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48.6歳と同規模と比べて若く、出生率も高い町です。財政指数は同規模並みで、産業においては、第3次産業が80.7%と同規模と比較しても高く、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24.8%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約35.6%を占めています。(図表⑩)

また、町内には2つの病院、19の診療所があり、これはいずれも同規模保険者と比較して割合は低いですが、病床数や医師数は多いことから、医療資源に恵まれている一方で、入院患者数は同規模と比較して高い傾向にあります。(図表⑪)

図表⑨ 同規模・県・国と比較した西原町の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
西原町	34,502	21.8	8,554 (24.8)	48.6	7.8	6.3	0.7	1.9	17.4	80.7
同規模	--	29.1	20.6	54.2	6.8	10.7	0.7	5.4	28.7	66.0
県	--	22.6	27	46.9	10.4	8.6	0.4	4.9	15.1	80.0
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

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

図表⑩ 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	9,040		8,916		8,731		8,694		8,554	
65～74歳	2,814	31.1	2,839	31.8	3,046	34.9	3,160	36.3	3,041	35.6
40～64歳	3,129	34.6	3,039	34.1	2,899	33.2	2,798	32.2	2,717	31.8
39歳以下	3,097	34.3	3,038	34.1	2,786	31.9	2,736	31.5	2,796	32.7
加入率	27.5		27.2		26.6		26.5		24.8	

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	2	0.2	2	0.2	2	0.2	2	0.2	2	0.2	0.3	0.2
診療所数	24	2.7	21	2.4	21	2.4	21	2.4	19	2.2	3.1	2.3
病床数	648	71.7	648	72.7	648	74.2	648	74.5	648	75.8	56.1	47.9
医師数	470	52.0	470	52.7	371	42.5	371	42.7	464	54.2	11.1	10.0
外来患者数	579.7		589.7		542.1		583.5		614.6		716.1	541.1
入院患者数	20.2		21.5		20.3		21.2		19.3		19.2	19.0

出典・参照：KDBシステム改変 地域の全体像の把握

2.2 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)を目標疾患として設定しました。

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49人(認定率0.44%)、1号(65歳以上)被保険者で1,272人(認定率16.9%)と、1号被保険者はH30年度と比べて割合は低下し、同規模・県・国と比較しても低いですが、2号被保険者は割合が横ばいで推移しています。(図表⑫)

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

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

図表⑫ 要介護認定者(率)の状況

	西原町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	5,946人	18.1%	7,514人	21.8%	29.1%	22.6%	28.7%
2号認定者	46人	0.43%	49人	0.44%	0.35%	0.45%	0.38%
新規認定者	13人		13人		--	--	--
1号認定者	1,147人	19.3%	1,272人	16.9%	17.0%	19.0%	19.4%
新規認定者	192人		191人		--	--	--
再掲	65～74歳		173人		4.1%	--	--
新規認定者	35人		37人		--	--	--
75歳以上	991人	36.1%	1,099人	33.2%	--	--	--
新規認定者	157人		154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

	西原町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	18億9763万円	22億4149万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	319,144	298,308	259,723	324,737	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	70,594	69,983	63,000	69,211	59,662
居宅サービス	48,443	47,964	41,449	51,518	41,272
施設サービス	298,413	310,429	292,001	301,929	296,364

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

図表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)		49		173		1,099		1,272				
再)国保・後期		21		100		937		1,037				
レセプトの診断名より重複して計上 有病状況	血管疾患	循環器疾患	1 脳卒中	16 76.2%	脳卒中	51 51.0%	脳卒中	500 53.4%	脳卒中	551 53.1%	脳卒中	567 53.6%
			2 虚血性心疾患	6 28.6%	虚血性心疾患	26 26.0%	虚血性心疾患	379 40.4%	虚血性心疾患	405 39.1%	虚血性心疾患	411 38.8%
		3 腎不全	3 14.3%	腎不全	14 14.0%	腎不全	183 19.5%	腎不全	197 19.0%	腎不全	200 18.9%	
		合併症	4 19.0%	糖尿病合併症	12 12.0%	糖尿病合併症	151 16.1%	糖尿病合併症	163 15.7%	糖尿病合併症	167 15.8%	
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		20 95.2%	基礎疾患	90 90.0%	基礎疾患	884 94.3%	基礎疾患	974 93.9%	基礎疾患	994 94.0%	
	血管疾患合計		21 100.0%	合計	92 92.0%	合計	906 96.7%	合計	998 96.2%	合計	1,019 96.3%	
	認知症		3 14.3%	認知症	34 34.0%	認知症	439 46.9%	認知症	473 45.6%	認知症	476 45.0%	
	筋・骨格疾患		17 81.0%	筋骨格系	87 87.0%	筋骨格系	908 96.9%	筋骨格系	995 95.9%	筋骨格系	1,012 95.7%	

出典・参照: KDB システム改変

② 医療費の状況

西原町の医療費は、国保加入者が減少しているにも関わらず総医療費は伸びており、一人あたり医療費は、県より約 1.4 万円高く、H30 年度と比較しても約 2.6 万円伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 3%程度にも関わらず、医療費全体の約 44.5%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 4.5 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は、県平均よりは低いですが、全国平均の 1 を超えており、国保では、全体の地域差指数が H30 年度よりも僅かに伸びています。

一人あたり医療費の地域差の主要因である入院を抑制し、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

	西原町		同規模	県	国		
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度		
被保険者数(人)	9,040人		8,554人	--	--		
前期高齢者割合	2,814人 (31.1%)		3,041人 (35.6%)	--	--		
総医療費	27億7194万円		28億4240万円	--	--		
一人あたり医療費(円)	306,630	県内21位 同規模122位	332,289	県内21位 同規模111位	361,243	318,310	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	582,370		627,630	613,590	634,340	617,950
	費用の割合	47.3		44.5	40.4	46.4	39.6
	件数の割合	3.4		3.0	2.6	3.4	2.5
外来	1件あたり費用額	22,710		24,610	24,230	25,820	24,220
	費用の割合	52.7		55.5	59.6	53.6	60.4
	件数の割合	96.6		97.0	97.4	96.6	97.5
受診率	599.899		633.893	735.303	560.174	705.439	

※同規模順位は西原町と同規模保険者147市町村の平均値を表す

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

図表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			
	西原町 (県内市町村中)		県 (47県中)	西原町 (県内市町村中)		県 (47県中)	
	H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度	
地域差指数・順位	全体	1.052	1.058	1.070	1.146	1.086	1.092
		(19位)	(19位)	(14位)	(8位)	(16位)	(14位)
	入院	1.233	1.229	1.259	1.370	1.315	1.286
		(26位)	(22位)	(10位)	(14位)	(13位)	(5位)
	外来	0.940	0.957	0.965	0.928	0.855	0.910
		(12位)	(10位)	(40位)	(10位)	(17位)	(43位)

出典・参照：厚労省「地域差分析」

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が総医療費に占める割合については、H30年度と比較すると減少していますが、脳血管疾患については、H30年度より約9ポイントも伸びており、同規模、県よりも高くなっています。(図表⑰)

患者数の視点で40歳～64歳の中長期目標疾患の治療状況をH30年度と比較してみると、患者数は減少していますが、65歳以上も含めると、患者数及び割合が増加しています。(図表⑱)

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

図表①⑦ 中長期目標疾患の医療費の推移

			西原町		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			27億7194万円	28億4240万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			2億5617万円	2億5856万円	--	--	--
			9.241502197	9.10%	8.08%	10.08%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.04%	2.93%	2.01%	2.40%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.80%	1.36%	1.52%	1.61%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.74%	4.37%	4.24%	5.80%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.66%	0.44%	0.31%	0.27%	0.29%
そ 疾 の 患 他 の	悪性新生物		10.22%	13.00%	16.85%	12.57%	16.69%
	筋・骨疾患		7.88%	8.66%	8.78%	7.73%	8.68%
	精神疾患		10.99%	9.90%	7.71%	10.14%	7.63%

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

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表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	9,040	8,554	a	676	680	459	474	40	44	
				a/A	7.5%	7.9%	5.1%	5.5%	0.4%	0.5%	
40歳以上	B	5,943	5,758	b	667	673	446	462	40	43	
	B/A	65.7%	67.3%	b/B	11.2%	11.7%	7.5%	8.0%	0.7%	0.7%	
再掲	40~64歳	D	3,129	2,717	d	180	171	134	122	22	14
		D/A	34.6%	31.8%	d/D	5.8%	6.3%	4.3%	4.5%	0.7%	0.5%
	65~74歳	C	2,814	3,041	c	487	502	312	340	18	29
		C/A	31.1%	35.6%	c/C	17.3%	16.5%	11.1%	11.2%	0.6%	1.0%

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)、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) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

①短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合は減少または横ばいで経過しています。

本町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と考えられます。

図表⑱ 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	2,369	2,458	875	776	1,494	1,682	
	A/被保数	39.9%	42.7%	28.0%	28.6%	53.1%	55.3%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	311	276	85	74	226	202
		B/A	13.1%	11.2%	9.7%	9.5%	15.1%	12.0%
	虚血性心疾患	C	331	317	93	76	238	241
		C/A	14.0%	12.9%	10.6%	9.8%	15.9%	14.3%
	人工透析	D	37	36	20	12	17	24
		D/A	1.6%	1.5%	2.3%	1.5%	1.1%	1.4%

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

図表⑳ 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)	A	1,257	1,232	450	395	807	837	
	A/被保数	21.2%	21.4%	14.4%	14.5%	28.7%	27.5%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	172	147	44	35	128	112
		B/A	13.7%	11.9%	9.8%	8.9%	15.9%	13.4%
	虚血性心疾患	C	206	199	47	51	159	148
		C/A	16.4%	16.2%	10.4%	12.9%	19.7%	17.7%
	人工透析	D	23	23	12	7	11	16
		D/A	1.8%	1.9%	2.7%	1.8%	1.4%	1.9%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	256	221	101	73	155	148
		E/A	20.4%	17.9%	22.4%	18.5%	19.2%	17.7%
	糖尿病性網膜症	F	259	263	79	69	180	194
		F/A	20.6%	21.3%	17.6%	17.5%	22.3%	23.2%
	糖尿病性神経障害	G	61	46	19	12	42	34
		G/A	4.9%	3.7%	4.2%	3.0%	5.2%	4.1%

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

図表① 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)		A	1,993	2,174	726	713	1,267	1,461
		A/被保数	33.5%	37.8%	23.2%	26.2%	45.0%	48.0%
合 併 目 標 疾 患	脳血管疾患	B	237	220	58	55	179	165
		B/A	11.9%	10.1%	8.0%	7.7%	14.1%	11.3%
	虚血性心疾患	C	296	292	75	71	221	221
		C/A	14.9%	13.4%	10.3%	10.0%	17.4%	15.1%
	人工透析	D	23	25	11	9	12	16
		D/A	1.2%	1.1%	1.5%	1.3%	0.9%	1.1%

出典・参照：KDB システム改変 疾病管理一覽(脂質異常症)、地域の全体像の把握
介入支援対象者一覽(栄養・重症化予防等)

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上をH30年度とR03年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びています。また未治療者が健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約28%、糖尿病で7.7%ほどおり、糖尿病の未治療割合は沖縄県と比較しても高くなっています。(図表②)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減ってきていますが、新型コロナウイルス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② 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善 Ⅱ度高血圧の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断			
	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E				
西原町	2,226	41.9	2,063	39.2	88	4.0	47	53.4	106	5.1	55	51.9	30	28.3	9	8.5
沖縄県	96,845	41.3	80,454	34.6	5,660	5.8	3,211	56.7	5,264	6.5	2,871	54.5	1,746	33.2	304	5.8

	健診受診率				糖尿病											
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断			
	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K				
西原町	2,193	98.5	2,063	100.0	96	4.4	24	25.0	117	5.7	22	18.8	9	7.7	9	7.7
沖縄県	95,731	98.8	80,349	99.9	5,422	5.7	1,356	25.0	4,847	6.0	1,120	23.1	357	7.4	190	3.9

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

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

出典・参照：KDB システム改変、特定健診等データ管理システム

③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発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R04年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は約4%も伸びており、その中でも3項目すべての危険因子が重なっている割合が増加しています。(図表㉓)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合について、翌年度健診結果をみると、全て改善率が上がっています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも約3~4割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。(図表㉔・㉕・㉖)

図表㉓ メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	該当者		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	2,226 (41.9%)	472 (21.2%)	138 (6.2%)	334 (15.0%)	334 (15.0%)
R04年度	1,876 (36.6%)	477 (25.4%)	147 (7.8%)	330 (17.6%)	297 (15.8%)

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	195 (8.9%)	29 (14.9%)	64 (32.8%)	25 (12.8%)	77 (39.5%)
R03→R04	230 (11.1%)	45 (19.6%)	81 (35.2%)	26 (11.3%)	78 (33.9%)

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	88 (4.0%)	35 (39.8%)	16 (18.2%)	0 (0.0%)	37 (42.0%)
R03→R04	106 (5.1%)	47 (44.3%)	13 (12.3%)	3 (2.8%)	43 (40.6%)

出典・参照：特定健診等データ管理システム

図表㉔ 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	292 (13.1%)	105 (36.0%)	68 (23.3%)	21 (7.2%)	98 (33.6%)
R03→R04	248 (12.0%)	96 (38.7%)	43 (17.3%)	10 (4.0%)	99 (39.9%)

出典・参照:特定健診等データ管理システム

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率は、H30 年度には 40.3%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、R01 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㉕)

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㉖)

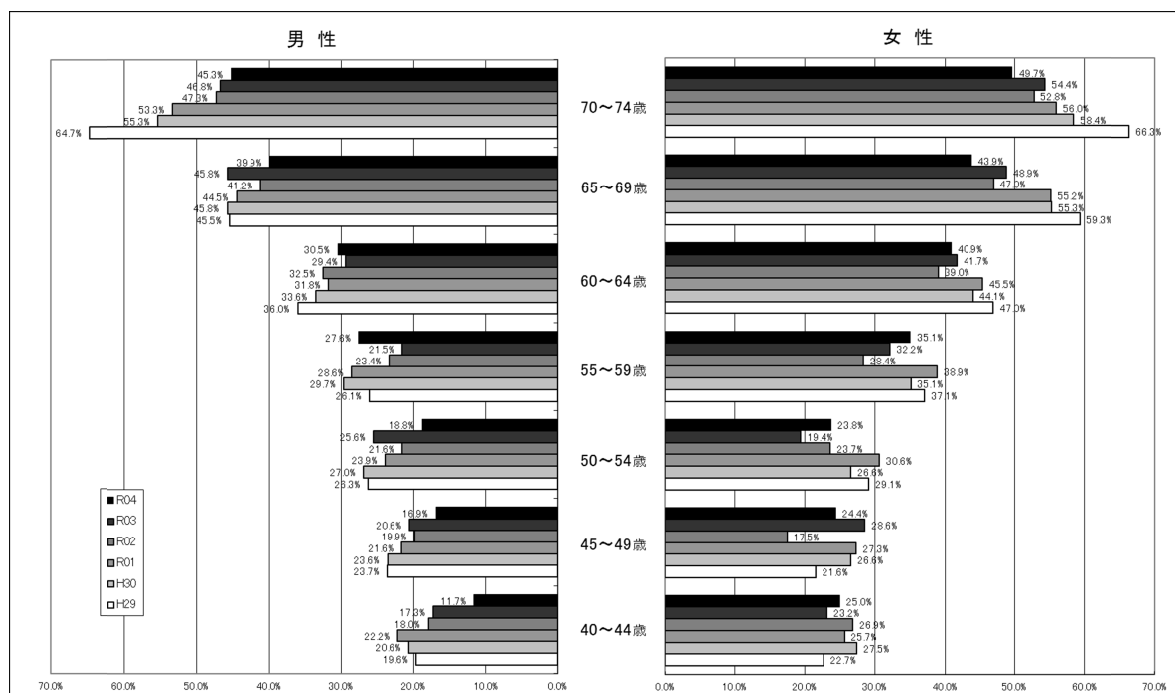
特定保健指導は目標の 60%は達成しているものの、R01 年度以降、実施率が低迷しています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診受診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表㉕ 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	2,138	2,052	1,899	1,979	1,781	健診受診率 60%
	受診率	40.3%	39.3%	35.8%	37.6%	34.9%	
特定保健指導	該当者数	325	301	251	286	218	特定保健指導 実施率 60%
	割合	15.2%	14.7%	13.2%	14.5%	12.2%	
	実施者数	237	206	158	180	143	
	実施率	72.9%	68.4%	62.9%	62.9%	65.6%	

出典・参照:特定健診法定報告データ

図表㉔ 年代別特定健診受診率の推移



出典・参照：特定健診等データ管理システム

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

HbA1c6.5 以上の血糖値有所見者への保健指導実施の割合は、コロナ禍による未把握者もあり、R1 年度以降低下しており、血糖値有所見者割合が増加し、未治療・中断の割合が 30%前後で経過しています。

HbA1c8%以上の高血糖者は優先対象者として重点的に支援し、その結果、HbA1c8%以上の未治療者は 15%まで減っています。R4 年度は、約 6 割の方に受診勧奨を含めた保健指導を実施しましたが、未把握者がいたり、未治療者が治療につながっていないため、面談での保健指導を実施するように体制を強化し、また、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行います。

さらに、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖値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、血糖値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)	2,193	2,128	1,984	2,063	1,876
血糖値有所見者 * 1	人(b)	195	223	229	230	234
	(b/a)	8.9%	10.5%	11.5%	11.1%	12.5%
保健指導実施者 * 2	人(c)	124	141	113	116	132
	(c/b)	63.6%	63.2%	49.3%	50.4%	56.4%

* 1 HbA1c6.5%以上のもの

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)	195	223	229	230	234
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 * 3	人(b)	77	86	67	72	73
	(b/a)	39.5%	38.6%	29.3%	31.3%	31.2%
受診した者	人(c)	64	69	51	36	45
	(c/b)	83.1%	80.2%	76.1%	50.0%	61.6%
治療開始した者	人(c)	14	14	11	10	15
	(c/b)	18.2%	16.3%	16.4%	13.9%	20.5%

* 3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

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)	2,193	2,128	1,984	2,063	1,876
HbA1c8.0%以上	人(b)	32	41	43	36	39
	(b/a)	1.5%	1.9%	2.2%	1.7%	2.1%
保健指導実施	人(c)	22	26	22	15	24
	(c/b)	68.8%	63.4%	51.2%	41.7%	61.5%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(d)	8	9	10	6	6
	(d/b)	25.0%	22.0%	23.3%	16.7%	15.4%

	↓		↓		↓		↓		↓
内服治療開始	4人	6人	5人	1人	2人				
元々治療中	2人	2人	1人	1人	0人				
死亡、転出、社保加入等)	0人	0人	1人	0人	0人				

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患の重症化予防を目的として、健診時の心電図検査を推奨しており、集団健診においては 65 歳以上の方に対して無料で心電図検査を実施しています。そのため、心電図検査は受診者のうち、約 6 割実施できています

有所見者のうち ST 所見の状況を見ると、要精査判定を受けた者のうち、R4 は約 7 割が医療機関を受診しています。心房細動での要精査者については、全数が治療や精密検査につながり、未受診はありません。

ST所見で要精査・要医療以外の判定の者や、心房細動治療中の者に対しては、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	2,264	1,069	1,195	2,183	1,017	1,166	1,971	945	1,026	2,068	972	1,096	1,881	868	1,013
心電図受診者(人)	b	1,407	673	734	1,330	621	709	966	457	509	1,122	519	603	1,091	479	612
詳細健診(医師の指示)	c	169	87	82	274	128	146	170	92	78	187	85	102	215	97	118
心電図実施率	b/a	62.1%	63.0%	61.4%	60.9%	61.1%	60.8%	49.0%	48.4%	49.6%	54.3%	53.4%	55.0%	58.0%	55.2%	60.4%
要精査者(人)	d	65	41	24	56	27	29	35	19	16	46	25	21	38	21	17
要精査率	d/b	4.6%	6.1%	3.3%	4.2%	4.3%	4.1%	3.6%	4.2%	3.1%	4.1%	4.8%	3.5%	3.5%	4.4%	2.8%

表 5 心電図受診者のうち、ST 所見の状況

		H30		R1		R2		R3		R4	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
心電図実施者		1,407		1,330		966		1,122		1,091	
ST異常所見		123	8.7%	138	10.4%	129	13.4%	151	13.5%	142	13.0%
要精査者		24	19.5%	21	15.2%	14	10.9%	21	13.9%	18	12.7%
	医療機関受診あり	17	70.8%	18	85.7%	13	92.9%	13	61.9%	13	72.2%
	医療機関受診なし	7	29.2%	3	14.3%	1	7.1%	8	38.1%	5	27.8%
	それ以外の判定	99	80.5%	117	84.8%	115	89.1%	130	86.1%	124	87.3%

表 6 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

		H30		R1		R2		R3		R4	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
心房細動有所見者(e)		5		7		5		7		8	
有所見者のうち、要精査者(f)		1	20.0%	1	14.3%	1	20.0%	2	28.6%	0	0.0%
精査受診(i)		1	20.0%	1	14.3%	1	20.0%	2	28.6%	0	0.0%
検査後、異常なしと診断(j) (等、治療開始に至らず)	治療開始(k)	0		0		0		1		0	
		1		1		1		1		0	
精査未受診(h)		0		0		0		0		0	

③脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、R4は約4%と横ばいで、約6割が未治療者でした。R4は血圧Ⅱ度以上の未治療者45人のうち、保健指導後、受診に至ったものは約7割、その後、6割が内服治療を開始しました。血圧Ⅲ度においては、8人のうち5人が未治療者でした。

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。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に適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の者においても、家庭血圧測定をすすめ、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約4割おり、服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っていきます。

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)	2,206	2,134	1,952	2,018	1,817	
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	88	90	91	102	76	
	(b/a)	4.0%	4.2%	4.7%	5.1%	4.2%	
	治療あり	人(c)	41	46	49	49	31
		(c/b)	46.6%	51.1%	53.8%	48.0%	40.8%
	治療なし	人(d)	47	44	42	53	45
		(d/b)	53.4%	48.9%	46.2%	52.0%	59.2%
	受診した者	人(e)	22	29	20	33	31
		(e/d)	46.8%	65.9%	47.6%	62.3%	68.9%
	内服開始	人(f)	19	19	14	21	20
		(f/e)	86.4%	65.5%	70.0%	63.6%	64.5%
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(g)	17	14	9	14	8
		(g/a)	0.8%	0.7%	0.5%	0.7%	0.4%
	治療あり	人	3	4	6	9	3
	治療なし	人	14	10	3	5	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)	505	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
			130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
			290 57.4%	170 33.7%	40 7.9%	5 1.0%
リスク第1層 予後影響因子がない	35	35	C 22 6.9%	B 11 6.5%	B 2 5.0%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	290	290	C 168 57.4%	B 94 55.3%	A 26 65.0%	A 2 40.0%
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	180	180	B 100 35.6%	A 65 38.2%	A 12 30.0%	A 3 60.0%

...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	108 21.4%
B 概ね1ヵ月後に再評価	207 41.0%
C 概ね3ヵ月後に再評価	190 37.6%

※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。

西原町においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、町民一人ひとりが、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、生活習慣病の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、自治会での健康講話や広報掲載を毎年行い、広く町民へ周知を行います。

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表㉑ 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	初年度	中間評価	最終評価	データの把握方法 (活用データ年度)
			H28	R1	R4	
等特定画健診	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	42.1%	39.3%	34.9%	特定健診・特定保健指導結果 (厚生労働省)
		特定保健指導実施率60%以上	71.3%	68.4%	65.6%	
データヘルス計画	中長期 虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症による医療費の伸びを抑制する	虚血性心疾患(狭心症)の新規患者数の10%減少(千人当たり)	3,433人	3,406人 (-0.8%)	3,064人 (-10.7%)	KDBシステム 医療費分析①細小分類
		脳血管疾患(脳梗塞)の新規患者数の10%減少(千人当たり)	3,574人	3,384人 (-5.3%)	3,549人 (-0.7%)	
		糖尿病性腎症の新規患者数の10%減少(千人当たり)	0,687人	1,648人 (139.9%)	2,072人 (201.6%)	
		虚血性心疾患(狭心症)の入院医療費の前年比伸び率の抑制	9.5%	-42.4%	44.0%	
		脳血管疾患(脳梗塞)の入院医療費の前年比伸び率の抑制	-17.7%	147.0%	55.6%	
		糖尿病の入院医療費の前年比伸び率の抑制	13.6%	99.6%	-16.1%	
	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	18.7%	19.9%	20.6%	にしはら健康21
		健診受診者の高血圧の割合減少(140/90以上)	27.2%	26.4%	26.1%	
		健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	10.9%	12.8%	9.7%	
		健診受診者の糖尿病有病者の割合現状維持(HbA1c6.5以上)	10.2%	12.8%	14.9%	
		糖尿病の治療継続者の割合の増加70%	60.0%	62.0%	68.9%	
		健診受診者のHbA1c8以上の未治療者の割合減少	0.2%	0.5%	0.4%	
努力支援制度	短期 がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上	35.0%	14.7%	18.5%	地域保健事業報告 「にしはら健康21」に準ずる
		がん検診受診率 肺がん検診 50%以上	25.3%	21.3%	17.6%	
		がん検診受診率 大腸がん検診 50%以上	23.6%	20.2%	17.6%	
		がん検診受診率 子宮頸がん検診 50%以上	53.2%	23.5%	27.3%	
		がん検診受診率 乳がん検診 50%以上	37.3%	20.0%	18.9%	
		5つのがん検診の平均受診率	34.9%	19.9%	20.0%	
	歯周疾患健診	歯周疾患健診の受診率増加	未実施	1.9%	1.6%	
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	78.0%	87.0%	89.7%	厚生労働省 (9月診療分)	

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

【考察】

本町の医療費は、国保加入者が減少傾向にも関わらず、総医療費は伸びており、入院・外来ともに1件あたりの医療費はH30年度より高く、同規模と比べても高い状況にあります。中長期目標疾患の医療費については、総医療費に占める割合はH30年度よりはわずかに減少しており、保健指導により健診で有所見値があった方に対し、早期に医療受診を促したことで、重症化や入院を予防し、医療費の抑制につながったと考えられます。しかし、脳血管疾患、慢性腎不全の医療費割合においては、同規模や県より高く、40～64歳の患者数は減少しているものの、65歳以上になると、患者数・割合ともにH30年度と比較すると増加しています。中長期目標疾患は高額な医療費や要介護状態につながるため、医療費・介護給付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。

健診結果では、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合はH30年度に比べ増加しています。短期的な目標疾患については、治療者の割合は増加している一方、糖尿病の有所見者では未治療者割合が県と比較しても高くなっています。また、健診を継続して受診した方に関しては、翌年度の改善率が上がっているため、保健指導の効果が表れていますが、継続受診に至らない方が約3～4割存在するため、健診や医療の受診勧奨を強化していく必要があります。

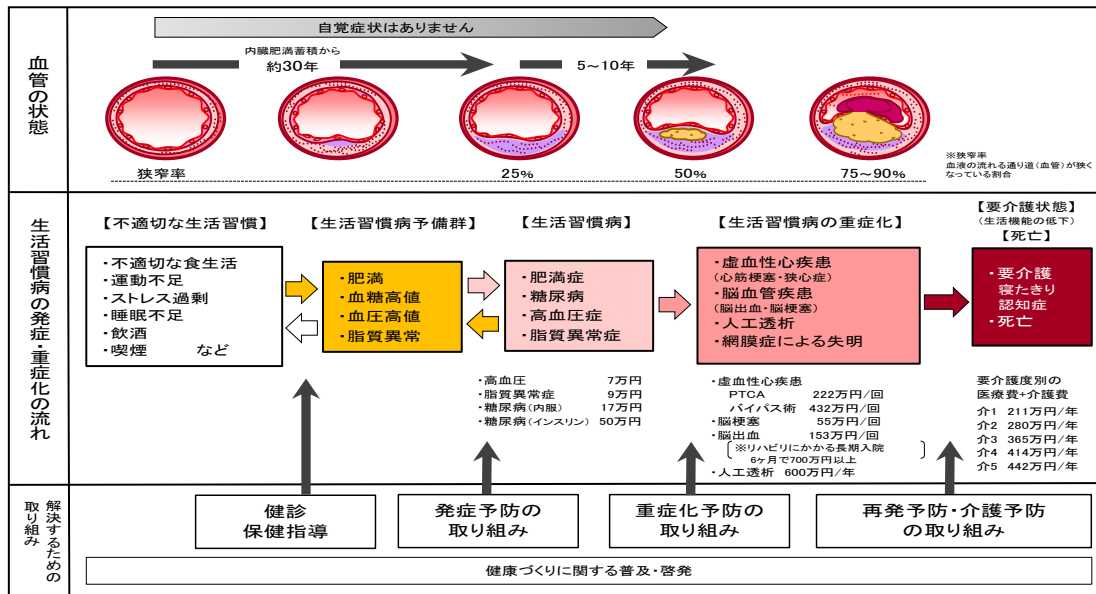
特定健診受診率は低迷しており、目標の60%は達成できませんでした。受診者が継続して受診につながるような取り組みに加え、若い世代を中心に新規受診者の掘り起しが課題となっています。特定保健指導実施率は、目標を達成していますが、有所見率の改善や未治療者の受診勧奨のためには、更なる対策が必要です。

2.3 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者を減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、さらには健康な状態へ改善する者を増加させることが必要となります。(図表⑩)

図表⑩ 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。

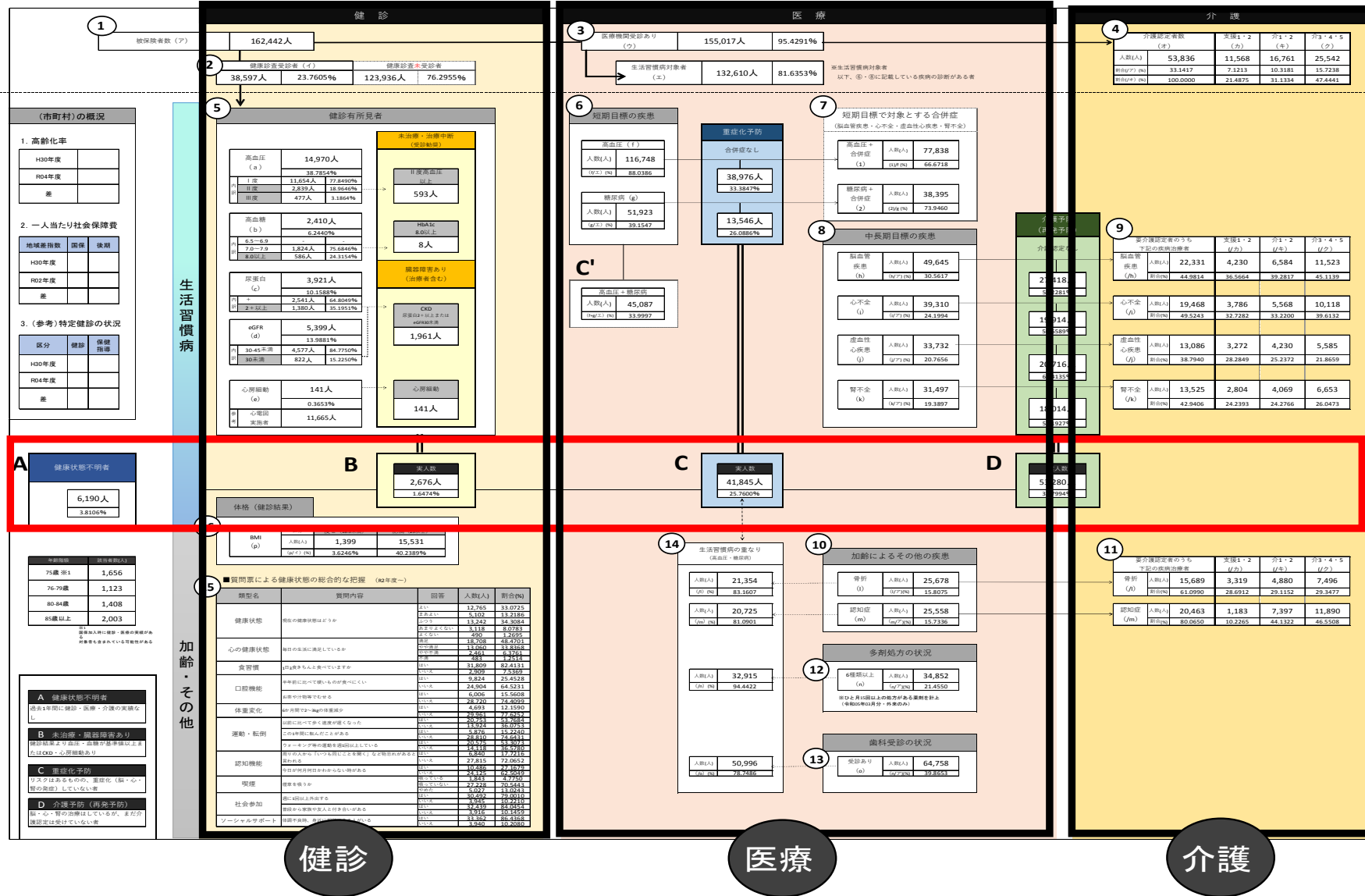
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も高く、また、若年期からの生活習慣病の結果が高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、(図表⑪)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に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⑩ 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㉔ 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数		9,040人	8,916人	8,731人	8,694人	8,554人	3,444人
総件数及び 総費用額	件数	66,629件	65,914件	59,694件	63,445件	66,122件	48,880件
	費用額	27億7194万円	27億9756万円	27億3923万円	28億9669万円	28億4240万円	31億4894万円
一人あたり医療費		30.7万円	31.4万円	31.4万円	33.3万円	33.2万円	91.4万円

出典・参照：KDB システム改変

図表㉕ 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	西原町	28億4240万円	27,249	4.37%	0.44%	2.93%	1.36%	4.23%	2.46%	1.27%	4億8490万円	17.06%	13.00%	9.90%	8.66%
	同規模	--	29,136	4.24%	0.31%	2.01%	1.52%	5.81%	3.22%	2.20%	--	19.31%	16.85%	7.71%	8.78%
	県	--	26,050	5.80%	0.27%	2.40%	1.61%	4.02%	2.33%	1.38%	--	17.81%	12.57%	10.14%	7.73%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
② 後期	西原町	31億4894万円	78,561	3.58%	0.20%	5.32%	1.85%	2.82%	1.92%	0.85%	5億2043万円	16.53%	7.96%	4.22%	14.15%
	同規模	--	69,832	4.97%	0.47%	3.89%	1.64%	4.23%	2.97%	1.41%	--	19.59%	11.10%	3.50%	12.38%
	県	--	79,275	4.65%	0.38%	4.30%	1.76%	3.09%	2.26%	1.14%	--	17.58%	8.35%	4.54%	13.72%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

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

図表㉖ 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	250人	244人	249人	273人	259人	446人
	件数	B	487件	480件	465件	556件	502件	851件
		B/総件数	0.73%	0.73%	0.78%	0.88%	0.76%	1.74%
	費用額	C	7億4682万円	6億9282万円	6億9793万円	7億4824万円	7億3187万円	11億3613万円
C/総費用		26.9%	24.8%	25.5%	25.8%	25.7%	36.1%	

出典・参照：KDB システム改変

図表㉗ 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	12人	25人	13人	21人	17人	32人							
		D/A	4.8%	10.2%	5.2%	7.7%	6.6%	7.2%							
	件数	E	18件	58件	30件	46件	32件	76件							
		E/B	3.7%	12.1%	6.5%	8.3%	6.4%	8.9%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	1	1.7%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%		
		40代	1	5.6%	5	8.6%	0	0.0%	0	0.0%	5	15.6%	70-74歳	0	0.0%
		50代	3	16.7%	12	20.7%	11	36.7%	11	23.9%	6	18.8%	75-80歳	25	32.9%
		60代	5	27.8%	12	20.7%	5	16.7%	16	34.8%	9	28.1%	80代	33	43.4%
		70-74歳	9	50.0%	28	48.3%	14	46.7%	19	41.3%	12	37.5%	90歳以上	18	23.7%
	費用額	F	2503万円	8159万円	3689万円	6612万円	4202万円	9348万円							
		F/C	3.4%	11.8%	5.3%	8.8%	5.7%	8.2%							

出典・参照：KDB システム改変

図表㊦ 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

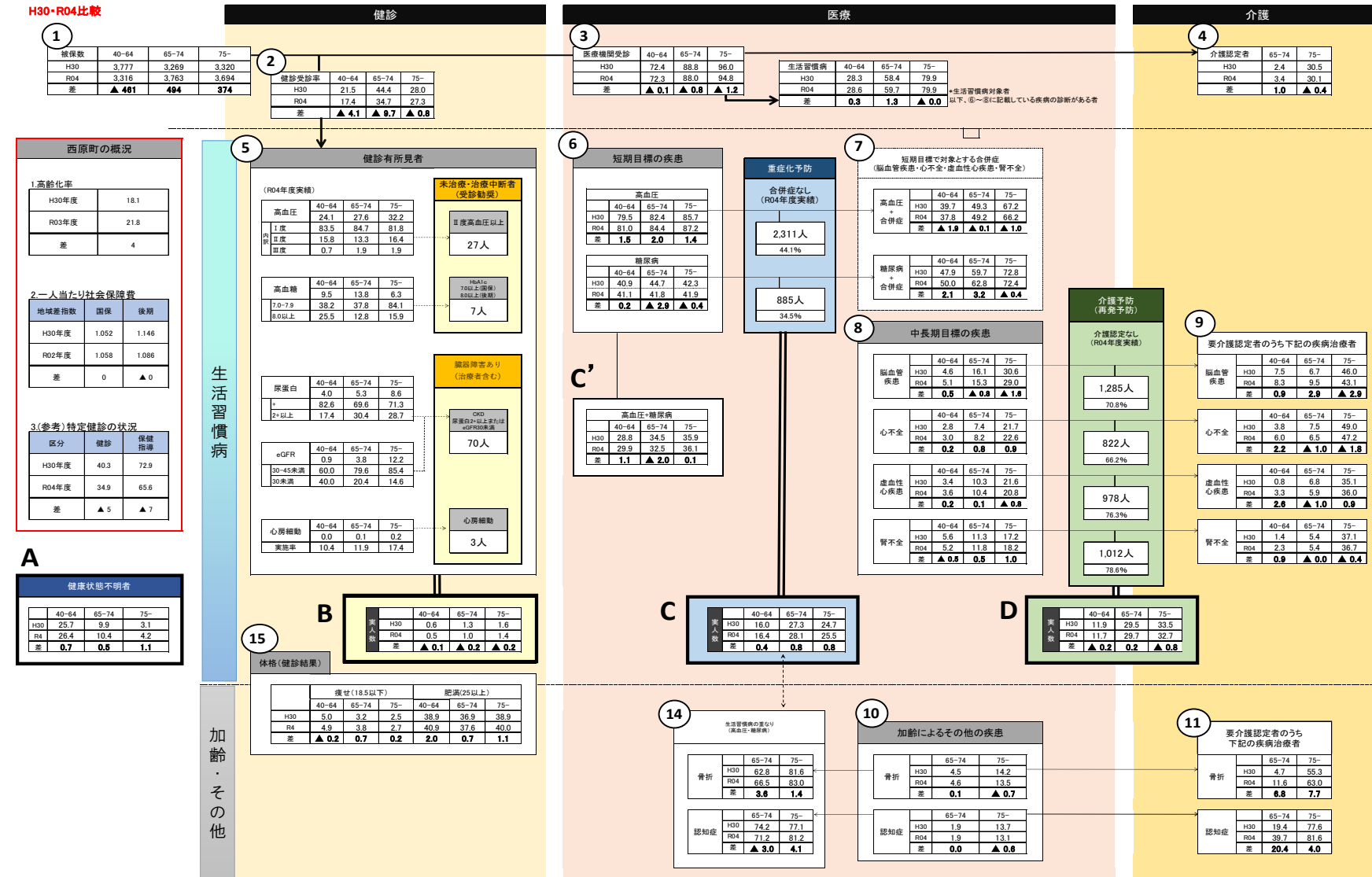
対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期:R04年度			
虚血性心疾患	人数	G	17人		8人		18人		15人		9人		18人		
		G/A	6.8%		3.3%		7.2%		5.5%		3.5%		4.0%		
	件数	H	20件		9件		21件		15件		10件		18件		
		H/B	4.1%		1.9%		4.5%		2.7%		2.0%		2.1%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	2	10.0%	1	11.1%	1	4.8%	1	6.7%	1	10.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	2	9.5%	5	33.3%	1	10.0%	75-80歳	7	38.9%
		60代	12	60.0%	2	22.2%	12	57.1%	5	33.3%	4	40.0%	80代	11	61.1%
	70-74歳	6	30.0%	6	66.7%	6	28.6%	4	26.7%	4	40.0%	90歳以上	0	0.0%	
	費用額	I	3660万円		1338万円		2882万円		1967万円		2163万円		3478万円		
I/C		4.9%		1.9%		4.1%		2.6%		3.0%		3.1%			

出典・参照：KDB システム改変

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

図表37 健診・医療・介護データの一体的な分析

西原町 E表: 健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える



図表⑳ 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)					
		40-64			65-74			75-			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	75-	40-64	65-74	75-		
H30	30.5	3,777	3,269	3,320	21.5	44.4	28.0	5.0	3.2	2.5	38.9	36.9	38.9						
R4	30.1	3,316	3,763	3,694	17.4	34.7	27.3	4.9	3.8	2.7	40.9	37.6	40.0						

図表㉑ 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)	人	%	(人)			
H30		35	4.3	(14)	56	3.9	(15)	46	4.9	(10)	22	2.7	(1)	77	5.3	(4)	8	0.9	(1)	9	1.1	(8)	26	1.8	(23)	42	4.5	(39)	0	0.0	(0)	0	0.0	(0)	0	0.0	(0)	3	0.3	(3)
R4		23	4.0	(8)	55	4.2	(10)	59	5.9	(9)	35	6.1	(4)	91	7.0	(3)	10	1.0	(0)	6	1.0	(5)	31	2.4	(25)	43	4.3	(40)	0	0.0	(0)	1	0.1	(1)	2	0.2	(2)			

図表㉒ 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								
		40-64			65-74			75-			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-	40-64	65-74	75-
H30		72.4	88.8	96.0	28.3	58.4	79.9	79.5	82.4	85.7	40.9	44.7	42.3	28.8	34.5	35.9	39.7	49.3	67.2	47.9	59.7	72.8			
R4		72.3	88.0	94.8	28.6	59.7	79.9	81.0	84.4	87.2	41.1	41.8	41.9	29.9	32.5	36.1	37.8	49.2	66.2	50.0	62.8	72.4			

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⑨ 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保数割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	4.6	16.1	30.6	3.4	10.3	21.6	2.8	7.4	21.7	5.6	11.3	17.2	7.5	6.7	46.0	0.8	6.8	35.1	3.8	7.5	49.0	1.4	5.4	37.1
R4	5.1	15.3	29.0	3.6	10.4	20.8	3.0	8.2	22.6	5.2	11.8	18.2	8.3	9.5	43.1	3.3	5.9	36.0	6.0	6.5	47.2	2.3	5.4	36.7

図表⑩ 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保数割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
年度	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	62.8	81.6	74.2	77.1	4.5	14.2	1.9	13.7	4.7	55.3	19.4	77.6
R4	66.5	83.0	71.2	81.2	4.6	13.5	1.9	13.1	11.6	63.0	39.7	81.6

(3) 健康課題の明確化(図表㉒～㉔)

国保の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ですが、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90万円を超え、国保より約2.7倍高い状況です。(図表㉒)

西原町は、これまで短期目標疾患に重点をおいて保健事業に取り組んできたため、短期的目標疾患の総医療費に占める割合は、同規模と比べて1ポイント以上低くなっており、虚血性心疾患の医療費に占める割合は同規模等と比べて低い状況ですが、慢性腎不全や脳血管疾患については、同規模や県に比べて高くなっています。(図表㉓)

高額レセプトについては、国保においては毎年約500件のレセプトが発生していますが、後期高齢者になると、約1.6倍に増えることが分かります。

高額になる疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保でR01年度が一番多く58件で8000万円以上の費用がかかっていましたが、令和4年度は32件と件数が減り、費用額も約4200万円に減っています。しかし、後期高齢者においては76件発生し、9000万円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表㉔、㉕)

健診・医療・介護のデータについて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㉕の①被保険者数は、40～64歳は減っていますが、65～74歳、75歳以上では約800名増え、高齢化率が低い西原町でも75歳以上の後期高齢者が確実に増えていることが分かります。

⑤の体格をみると、各年代でBMI25以上の率が僅かに高くなってきています。

図表㉕の健診有所見の状況を見ると、HbA1cは各年代で対象人数が増加、高血圧は75歳以上の対象人数が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表㉕の短期目標の疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、高血圧においては、若干割合が減っていますが、糖尿病においては、40歳～74歳までが高くなっています。

図表㉕の中長期疾患(脳血管疾患・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、概ね横ばいであるが、脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全は、若い年代でR4年度の割合が微増しており、高額レセプト分析において入院費が伸びている要因が、一体的分析においても課題であることが分かります。

(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)に共通した高血圧、糖尿病等の重なりがあります。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、「4課題解決するための個別保健事業」に記載していきます。

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、より良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④)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

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

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

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

③短期的な目標の設定

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

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

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

(2) 管理目標の設定

図表④ 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	評価時期		データの把握方法 (活用データ年度)
				初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.9%			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		1.4%				
慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	4.4%						
糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	2.7%						
糖尿病性腎症による年間新規透析導入者の減少（人口10万人対）	2.8						
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	41.0%			特定健診結果 (保険者データヘルス支援システム)
再掲	再掲		メタボリックシンドローム該当者の減少	25.2%			
			メタボリックシンドローム予備群の減少	15.9%			
			Aメタボ該当者+高血圧者の割合減少（140/90以上）	8.6%			
			A+高血糖者の割合減少（HbA1c8.0以上）	0.6%			
			A+脂質異常者の割合減少（LDL160以上）	0.6%			
			A+尿蛋白有所見者の割合減少（2+以上）	0.2%			
			A+高尿酸者の割合減少（8.0以上）	0.5%			
健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）	4.2%						
健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL160以上）	10.0%						
健診受診者の血糖異常者の割合の減少（HbA1c6.5%以上）	12.4%						
健診受診者のHbA1c8.0%（NGSP値）以上の者の割合の減少	2.0%						
健診受診者の尿蛋白有所見者の割合減少（2+以上）	1.3%						
糖尿病の治療継続者の割合の増加	68.9%						
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	34.9%			法定報告値 (特定健診データ管理システム)	
特定保健指導実施率60%以上	65.6%						
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	15.3%						

※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

3 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

3.1 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年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が6年一期に改正された
ことを踏まえ、第三期以降は実施計画も6年を一期として策定します。

3.2 目標値の設定

図表⑭ 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	40.0%	42.0%	44.0%	46.0%	48.0%	50.0%
特定保健指導実施率	65.0%	66.0%	67.0%	68.0%	69.0%	70.0%

3.3 対象者の見込み

図表⑮ 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	5,087 人	5,050 人	5,012 人	4,974 人	4,936 人	4,898 人
	受診者数	2,035 人	2,121 人	2,205 人	2,288 人	2,369 人	2,449 人
特定保健指導	対象者数	284 人	296 人	308 人	319 人	331 人	342 人
	受診者数	185 人	195 人	206 人	217 人	228 人	239 人

3.4 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します。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(西原町保健センターにて実施)
- ② 個別健診(委託医療機関にて実施)

(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 条及び実施基準第 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、西原町ホームページに掲載します。

(参照) URL : <https://www.town.nishihara.okinawa.jp/>

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

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

図表④ 特定健診検査項目

健診項目		西原町	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	□※1	□
	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、●…いずれかの項目の実施で可

※1…集団健診において、西原町国保加入の65歳以上は、医師の判断とは関係なく個人負担なしで実施可

(5) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるようかかりつけ医と連携し、協力を求めます。

(7) 代行機関

特定健診にかかる費用の請求・支払代行は、沖縄県国民健康保険団体連合会に委託します。

(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をとおして行います。

図表⑦ 特定健診実施スケジュール

	前年度	当年度	翌年度
4月		健診機関との契約締結 ↓ 特定健診(個別)の開始	(特定保健指導の実施)
5月		受診勧奨委託事業所との契約締結	健診データ抽出(前年度)
6月		健診受診勧奨の開始 ↓ 特定健診(集団)の開始	↓ 実施実績の分析実施方法、委託先機関の見直し等
7月		保健指導対象者の抽出	
8月		特定保健指導の開始	
9月		健診データ受取費用決裁	
10月			↓ 受診実施率実績の算出 支払基金(連合会)への報告
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 受診券等の 準備・発送	健診受診勧奨の終了 (特定健診・特定保健指導の当年度受付終了)	

3.5 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、直接実施し、保健衛生部局(健康保険課)が行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

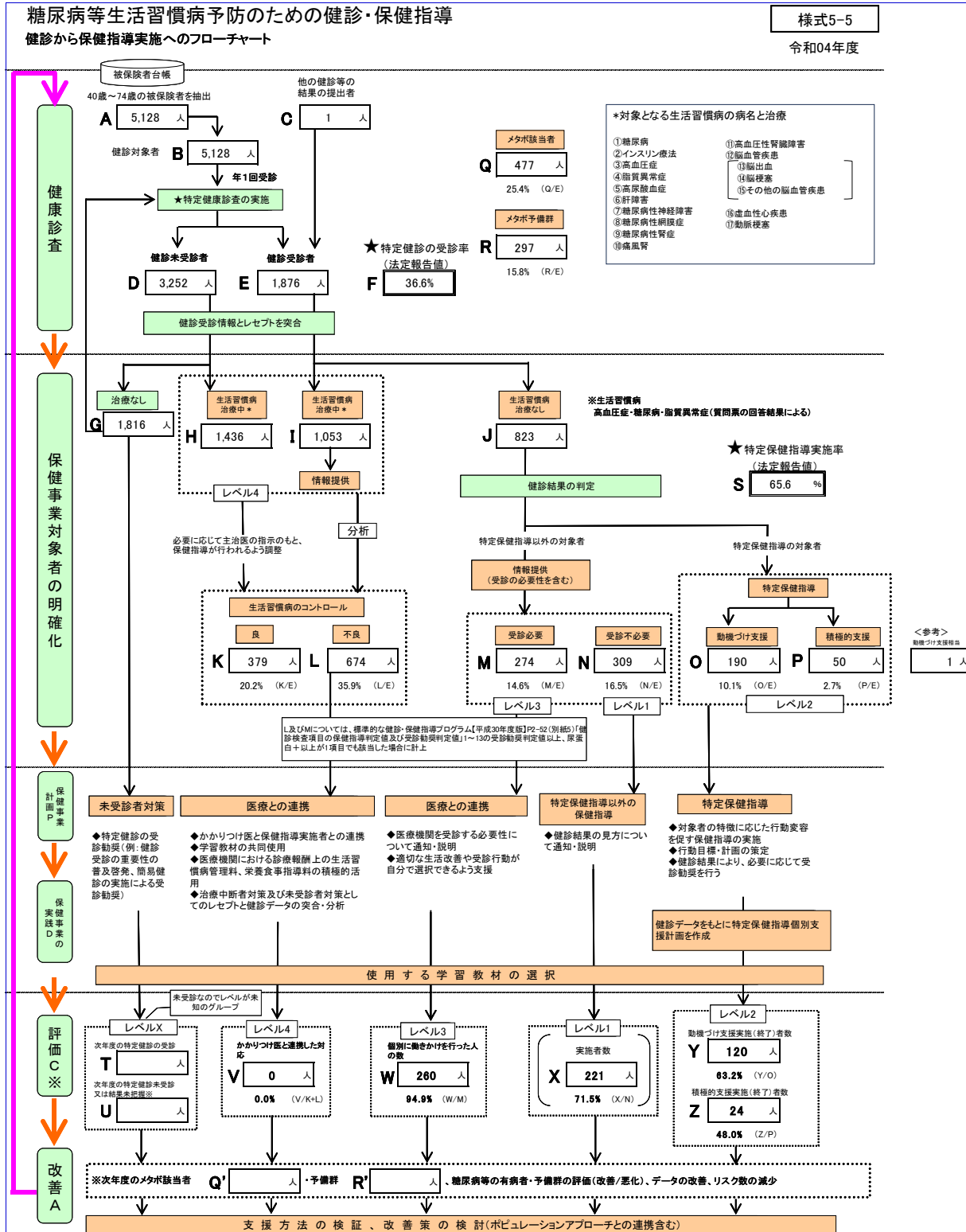
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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④ 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	240人 (12.8%)	70.0%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	274人 (14.6%)	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)	3,252人 ※受診率目標達成まであと688人	特定健診受診率 50.0%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	309人 (16.5%)	100%
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	1,053人 (56.1%)	50%

(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⑩ 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	◎受診勧奨の開始 ◎集団健診の開始	◎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	◎受診勧奨および健診の終了		

3.6 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その他の法令等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、特定健診検査データについてはマルチマーカー、特定保健指導については庁内独自のヘルスケアシステムで行います。

3.7 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。

3.8 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 項に基づく公表は、西原町ホームページ等への掲載により行い、周知します。

4 課題解決するための個別保健事業

4.1 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し、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、重症化予防の取組み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。

また、生活習慣病の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町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努める必要があります。その実施にあたっては、特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

4.2 重症化予防の取組

令和4年度の西原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抽出すると、725人(38.6%)となっています。そのうち治療なしが186人(22.6%)を占め、さらに臓器障害があり直ちに取り組むべき対象者が52人となります。

また、西原町においては、重症化予防対象者のうち治療なしの方と特定保健指導対象者が重なる者が186人中107人と高いため、特定保健指導の徹底も併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⑩)

図表⑤ 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	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		
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)	
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%)	心筋梗塞	労作性 狭心症	安静 狭心症	
	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 予一タ中心ク 2015より						
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	77 4.1%	2 0.1%	64 3.4%	63 3.4%	477 25.4%	176 9.4%	179 9.5%
治療なし	45 4.3%	1 0.1%	62 4.6%	46 3.4%	66 8.0%	73 4.4%	43 5.2%
(再掲) 特定保健指導	22 28.6%	1 50.0%	19 29.7%	12 19.0%	66 13.8%	16 9.1%	16 8.9%
治療中	32 3.8%	1 0.1%	2 0.4%	17 3.3%	411 39.0%	103 49.0%	136 12.9%
臓器障害 あり	5 11.1%	1 100.0%	6 9.7%	15 32.6%	11 16.7%	13 17.8%	43 100.0%
CKD(専門医対象者)	3	0	6	11	5	8	43
心電図所見あり	3	1	0	4	7	5	3
臓器障害 なし	40 88.9%	--	56 90.3%	31 67.4%	55 83.3%	60 82.2%	--

令和04年度

<参考>
健診受診者(受診率)

1,876人	36.6%
--------	-------

■各疾患の治療状況

	治療中	治療なし
高血圧	834	1,042
脂質異常	515	1,360
糖尿病	210	1,666
3疾患	1,053	823

※問診結果による

重症化予防対象者
(実人数)

725	38.6%
186	22.6%
107	14.8%
539	51.2%
52	28.0%
43	
12	
--	

出典・参照：特定健診等データ管理システム

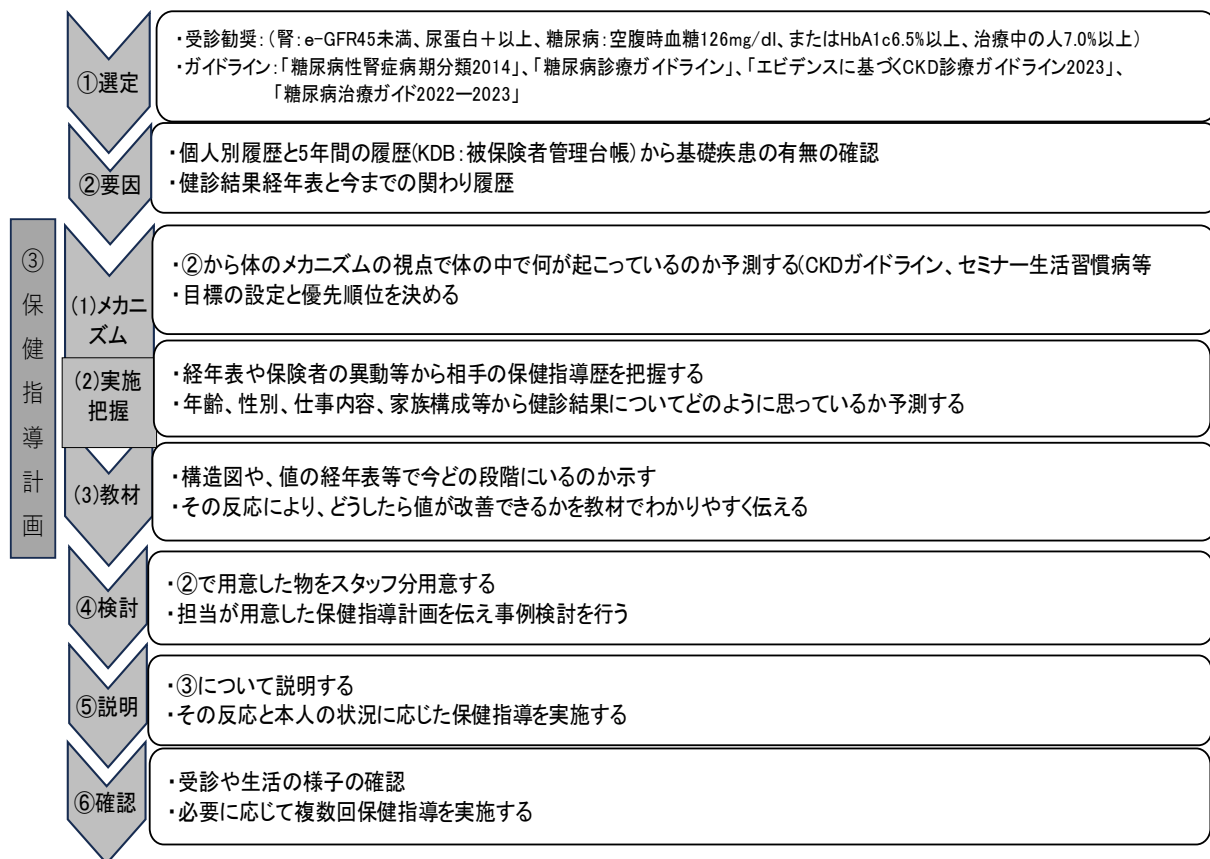
4. 2. 1 糖尿病性腎症重症化予防

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、次の視点で、(図表52)の流れで、PDCAに沿って実施していきます。

- (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② 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次のとおりとします。

- 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等のリスクを有する者

(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及び特定健診データを活用し、該当者数の把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とします。(図表⑬)

図表⑬ 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類		
病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73㎡)
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

出典・参照:糖尿病治療ガイド 2022-2023

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

西原町においては、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)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握が難しいです。しかしながら、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す。

西原町においては、令和4年度の特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は33人(12.0%・F)でした。

また、40~74歳における糖尿病治療者1,325人のうち、特定健診受診者は410人(30.9%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者915人(69.0%・I)については、治療中ではありますが、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④)より西原町における介入方法を次のとおりとします。

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）

優先順位 2

【保健指導】

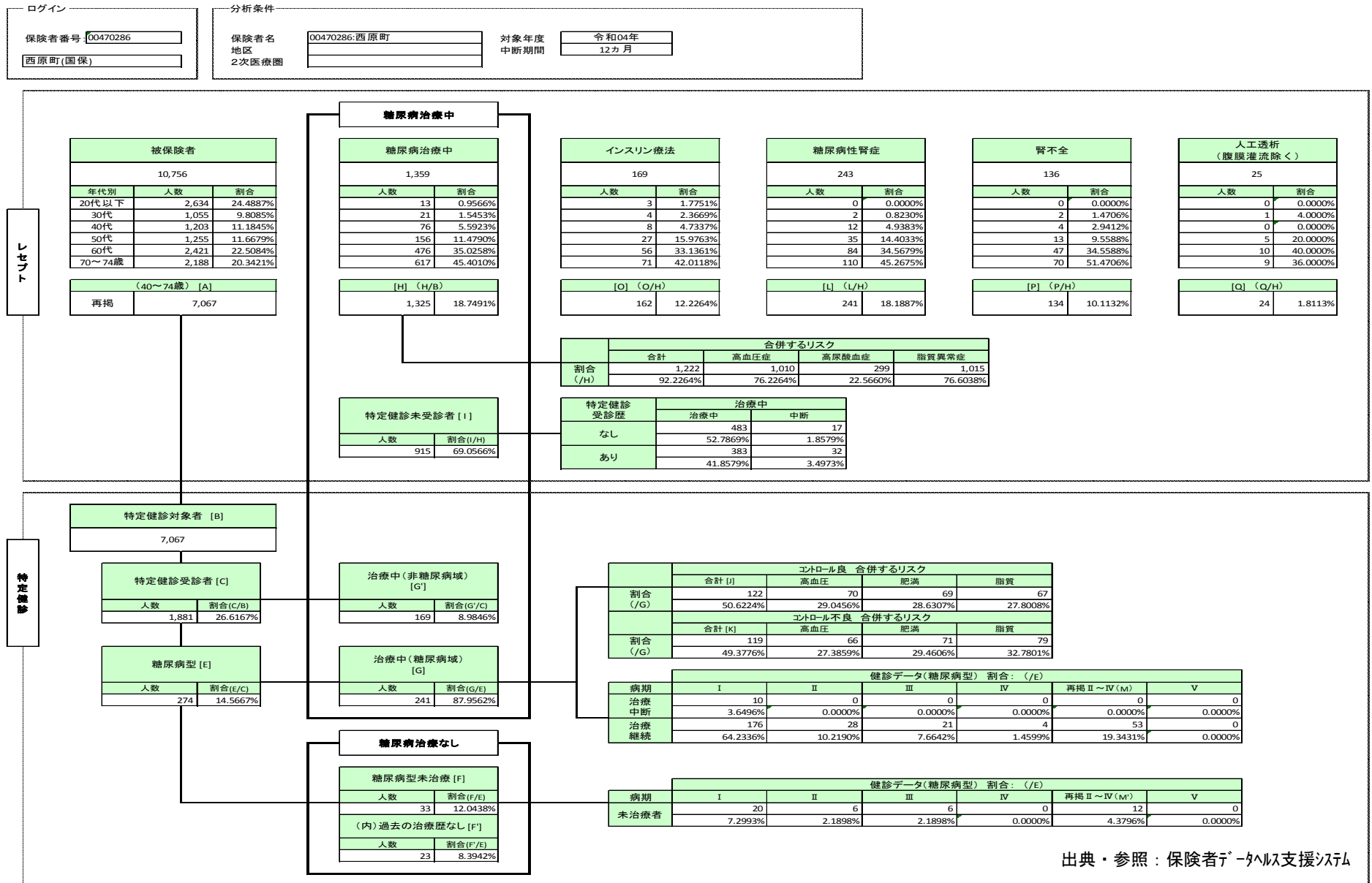
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（K）
治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

- ・Iの中から、治療中断者を把握→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⑨ 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典・参照：保険者データヘルス支援システム

3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。西原町においては、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て行っていきます。

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

令和4年度版 沖縄 食ノート (赤本)	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 栄養指導対象者の明確化 2. 脂肪細胞の特性～肥満の本態を理解～ 3. 脂肪細胞の特性～肥満の解決～ 4. A-②原因として見えてきた食品から500kcal減らす 私はどのタイプかな？ 5. B短鎖脂肪酸の役割が、解決のポイント 6. 血管内皮を守る 7. 栄養指導の基本 ～あなたにとっての食べ方～ 8. 資料箱 ～ポピュレーションアプローチ～

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみ実施しているため、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、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いきます。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとしします。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表⑩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⑤ 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	実合表	西原町										同規模保険者(平均)		データ基		
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 被保険者数	9,471人		8,977人		8,927人		8,808人		8,816人				KDB_厚生労働省様式様式3-2		
	② (再掲)40-74歳	6,111人		5,915人		5,922人		6,043人		6,035人						
2	① 特定健診 対象者数	5,311人		5,215人		5,307人		5,266人		5,096人				特定健診(法定報告)		
	② 特定健診 受診者数	2,138人		2,052人		1,899人		1,979人		1,781人						
	③ 特定健診 受診率	40.3%		39.3%		35.8%		37.6%		34.9%						
3	① 特定保健指導 対象者数	325人		301人		251人		286人		218人						
	② 特定保健指導 実施率	72.9%		68.4%		62.9%		62.9%		65.6%						
4	健診データ	① 糖尿病型	E	267人	12.0%	301人	13.9%	288人	14.5%	311人	15.1%	305人	16.3%			特定健診結果
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	101人	37.8%	104人	34.6%	79人	27.4%	101人	32.5%	95人	31.1%			
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	166人	62.2%	197人	65.4%	209人	72.6%	210人	67.5%	210人	68.9%			
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	97人	58.4%	114人	57.9%	142人	67.9%	137人	65.2%	143人	68.1%			
		⑤ 血圧 130/80以上		59人	60.8%	67人	58.8%	80人	56.3%	76人	55.5%	80人	55.9%			
		⑥ 肥満 BMI25以上	48人	49.5%	65人	57.0%	82人	57.7%	79人	57.7%	85人	59.4%				
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	69人	41.6%	83人	42.1%	67人	32.1%	73人	34.8%	67人	31.9%			
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	214人	80.1%	220人	73.1%	208人	72.2%	240人	77.2%	225人	73.8%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		31人	11.6%	29人	9.6%	33人	11.5%	41人	13.2%	40人	13.1%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)		19人	7.1%	42人	14.0%	43人	14.9%	26人	8.4%	32人	10.5%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満		2人	0.7%	7人	2.3%	4人	1.4%	4人	1.3%	5人	1.6%			
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)	75.2人		78.2人		65.8人		76.9人		78.6人				KDB_厚生労働省様式様式3-2	
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)	113.4人		116.8人		97.4人		110.0人		112.8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)	3,436件	(578.2)	3,649件	(620.8)	3,502件	(589.1)	3,594件	(603.2)	3,725件	(646.9)	630,975件	(921.9)	KDB_疾病別医療費分析(生活習慣病)
		④ 入院(件数)	13件	(2.2)	20件	(3.4)	21件	(3.5)	13件	(2.2)	18件	(3.1)	2,654件	(3.9)		
		⑤ 糖尿病治療中	H	712人	7.5%	702人	7.8%	587人	6.6%	677人	7.7%	693人	7.9%			
		⑥ (再掲)40-74歳	693人	11.3%	691人	11.7%	577人	9.7%	665人	11.0%	681人	11.3%				
		⑦ 健診未受診者	I	527人	76.0%	525人	76.0%	368人	63.8%	455人	68.4%	471人	69.2%			
		⑧ インスリン治療	O	58人	8.1%	66人	9.4%	54人	9.2%	69人	10.2%	66人	9.5%			
		⑨ (再掲)40-74歳	56人	8.1%	66人	9.6%	54人	9.4%	69人	10.4%	64人	9.4%				
		⑩ 糖尿病性腎症	L	95人	13.3%	132人	18.8%	121人	20.6%	98人	14.5%	95人	13.7%			
		⑪ (再掲)40-74歳	93人	13.4%	132人	19.1%	119人	20.6%	95人	14.3%	95人	14.0%				
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	12人	1.7%	13人	1.9%	17人	2.9%	20人	3.0%	19人	2.7%				
		⑬ (再掲)40-74歳	12人	1.7%	13人	1.9%	17人	2.9%	19人	2.9%	19人	2.8%				
		⑭ 新規透析患者数	3	0.4%	2	0.3%	7	1.2%	2	0.3%	3	0.4%				
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症	0	0.0%	1	0.1%	2	0.3%	1	0.1%	1	0.1%				
		⑯ 【参考】後期高齢者慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	22人	3.3%	20人	2.9%	18人	3.2%	17人	2.7%	14人	2.2%				
6	医療費	① 総医療費	27億7194万円		27億9756万円		27億3923万円		28億9669万円		28億4240万円		21億6943万円		KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		② 生活習慣病総医療費	12億9107万円		13億7564万円		13億2092万円		14億5433万円		13億9049万円		11億4738万円			
		③ (総医療費に占める割合)	46.6%		49.2%		48.2%		50.2%		48.9%		52.9%			
		④ 生活習慣病対象者一人あたり	健診受診者	6,266円	6,722円	5,786円	4,739円	5,441円	7,199円							
		⑤ 健診未受診者	35,546円	39,619円	41,245円	48,867円	46,267円	37,856円								
		⑥ 糖尿病医療費	1億0532万円		1億1986万円		1億1805万円		1億1958万円		1億2019万円		1億2598万円			
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	8.2%		8.7%		8.9%		8.2%		8.6%		11.0%			
		⑧ 糖尿病入院外総医療費	3億3383万円		3億3472万円		3億5035万円		3億8629万円		4億0479万円					
		⑨ 1件あたり	35,383円		36,120円		39,145円		41,275円		42,885円					
		⑩ 糖尿病入院総医療費	2億2516万円		2億5549万円		2億5712万円		3億0624万円		2億8863万円					
		⑪ 1件あたり	613,505円		626,194円		683,834円		754,275円		685,576円					
		⑫ 在院日数	18日		17日		18日		19日		17日					
		⑬ 慢性腎不全医療費	1億4963万円		1億5184万円		1億6022万円		1億6346万円		1億3666万円		9872万円			
		⑭ 透析有り	1億3132万円		1億4450万円		1億5098万円		1億5680万円		1億2410万円		9197万円			
		⑮ 透析なし	1830万円		734万円		924万円		665万円		1256万円		675万円			
7	介護	① 介護給付費	18億9763万円		20億3702万円		21億6944万円		22億4882万円		22億4149万円		21億9980万円			
		② (2号認定者)糖尿病合併症	3件		1件		2件		2件		4件		19.0%			
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)	2人		1人		1人		3人		4人		926人		1.1%	

出典・参照：KDB システム改変

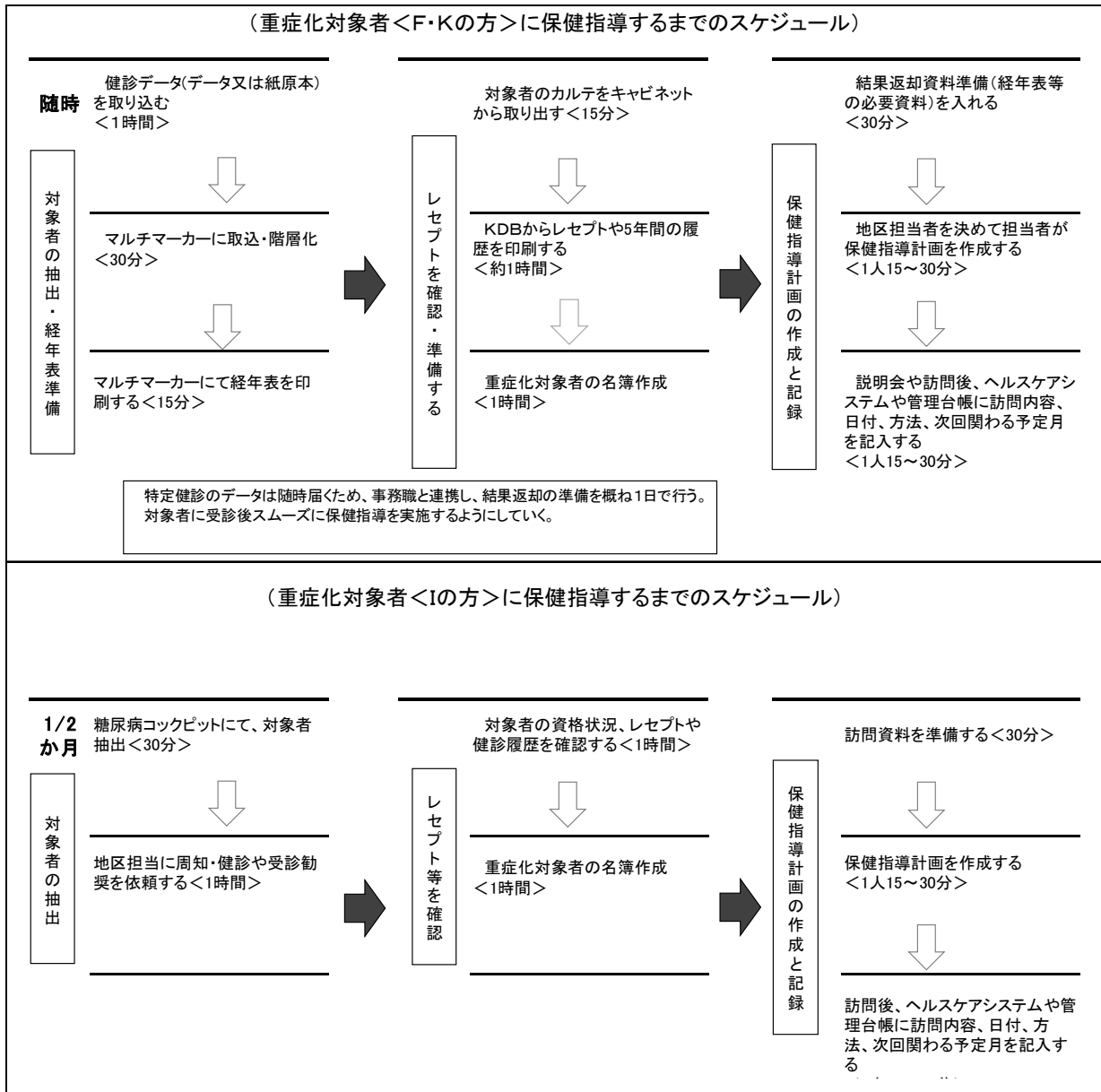
7) 実施期間及びスケジュール

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⑦ 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



4. 2. 2 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

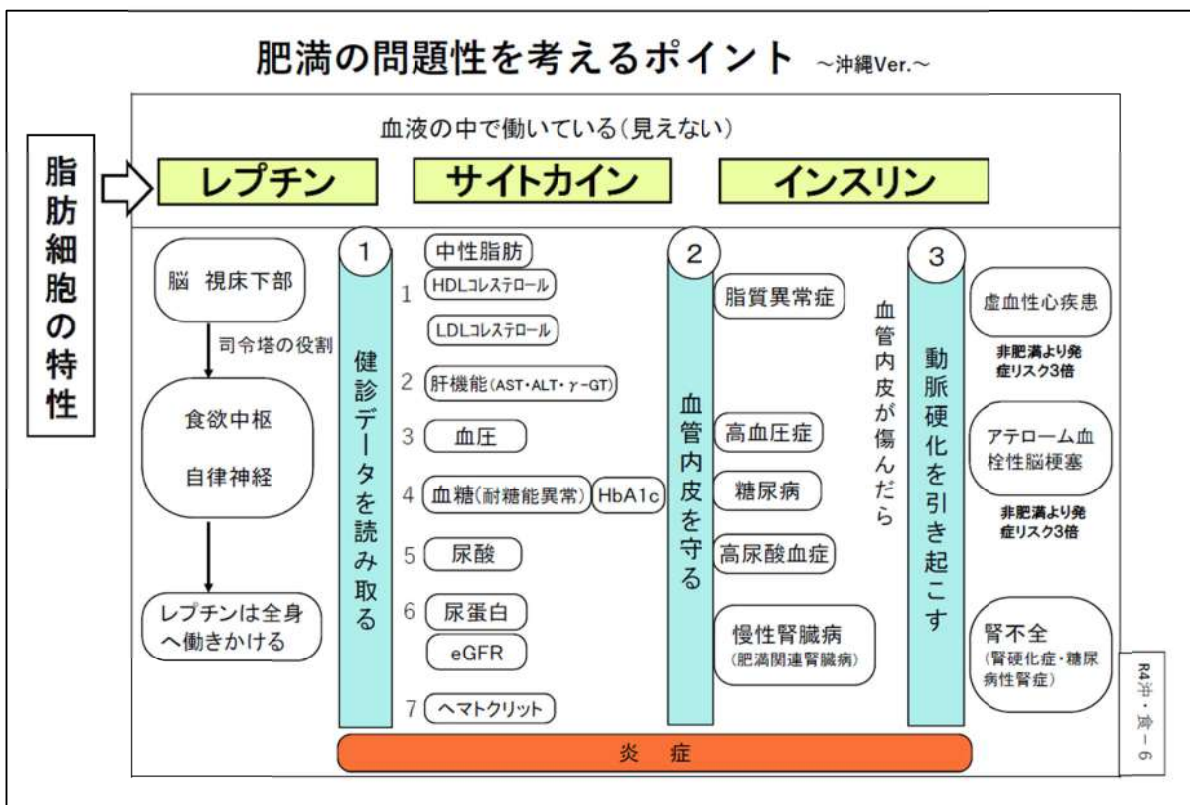
1) 基本的な考え方

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)とされています。

なお、取組みにあたっては図表⑳に基づいて検討します。

図表⑳ 肥満の問題性を考えるポイント～沖縄 Ver.～ (R4 沖・食-6)



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

(沖縄県ヘルスアップ支援事業)

2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づく実態把握

図表⑨ 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳
総数	603	1,273	251	482	174	401	56	69	11	9	10	3	
			41.6%	37.9%	28.9%	31.5%	9.3%	5.4%	1.8%	0.7%	1.7%	0.2%	
再掲	男性	287	589	149	262	103	224	34	32	5	4	7	2
				51.9%	44.5%	35.9%	38.0%	11.8%	5.4%	1.7%	0.7%	2.4%	0.3%
	女性	316	684	102	220	71	177	22	37	6	5	3	1
				32.3%	32.2%	22.5%	25.9%	7.0%	5.4%	1.9%	0.7%	0.9%	0.1%

出典・参照：特定健診等データ管理システム

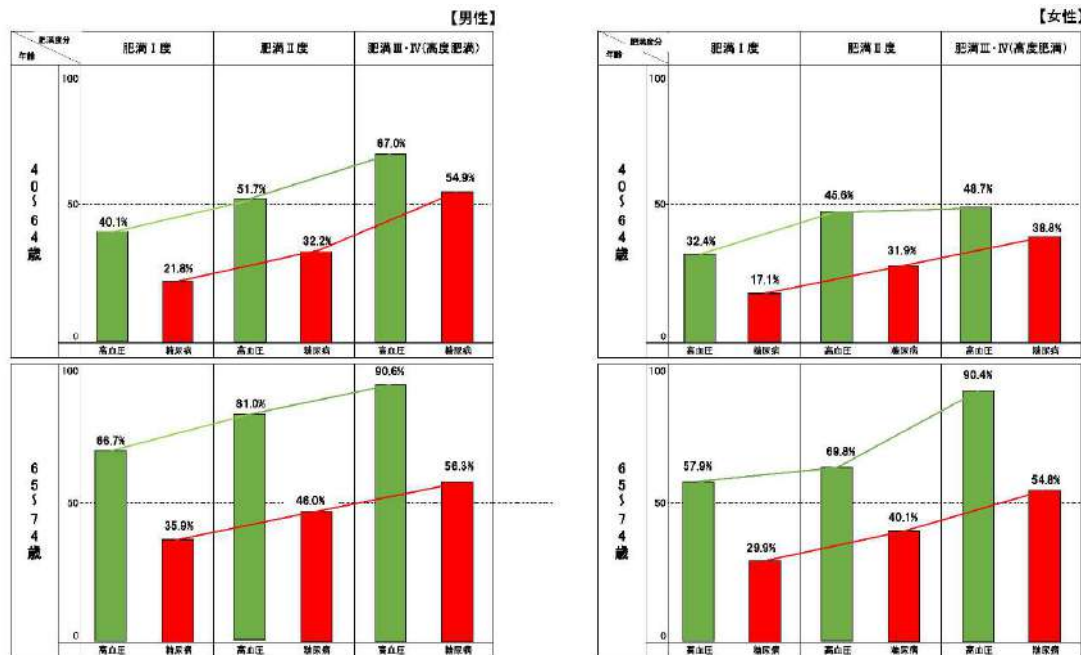
(2) 肥満への介入

「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し、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種 of 医療者が連携してフォローアップを行う必要があります。そのことは、(図表⑩)の「日常生活」で困っている住民の声からも深刻です。

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、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、優先順位を検討します。(図表⑩)をみると、肥満度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により、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) を対象とすると効率がいいことが分かります。

また、心・脳血管疾患を発症した事例に共通することは、メタボ該当者ということでした。(図表⑪)

図表⑩ 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？



表⑪ 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	肥満度 BMI	I度	II度	III度	IV度
		25~29.9	30~34.9	35~39.9	40~
食事	食欲	・満腹感なく食べ過ぎてしまう ・心療内科の薬を飲むと、食欲が抑えられない	・夕食にご飯を食べるとスイッチがはいり食欲が抑えられない	・食べ始めたらずまらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べなくなる ・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		・太っているから腸の蠕動もおこるよ	・逆流性食道炎になった
排泄	排便			・便秘になって大変	・便器に座ると便座が割れる
	排尿	・横になるとトイレに行きたくなる	・尿意を感じて夜中に3回起きる	・トイレに何度も起きて寝た感じがしない ・むくみがあって5年くらい夜間頻尿が続いている ・膀胱炎になりやすい	・尿漏れする ・起きてトイレに行くまで間に合わない
動作	歩行	・疲労感がある	・長く歩くと息切れがする ・階段を上るとき息切れする ・坂道は息が切れる ・運動するとすぐ息切れする	・体重で足裏が痛い ・階段を降りる時に体を支えられず転びそうになる ・ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない ・歩くと足がしびれる	・200m歩く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 ・身体が動かさじらい		・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 ・仕事で時々胸の息苦しさ ・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。	・動悸がする ・胸が締め付けられる感じ、6年前から時々起こる ・心臓が大きくなっているといわれた ・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を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 ・心臓の圧迫感息苦しさで10年前狭心症カテーテル 今も段差上がったとき苦しくなる ・心臓、週に1回圧迫される症状があるが心臓の血管のつまりはないといわれている
	免疫	・蜂窩織炎になる		・風邪をひきやすい	・よく風邪をひく ・よく体調をくずす
	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)

図表⑫ 心・脳血管疾患を発症した事例

事例No.	性別	発症年齢	KDBから把握								介護	特定健診	転帰	
			レセプト											
			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				
1	男	60代		●	●			●		●			メタボ	
2	男	60代	●		●			●		●	●		メタボ	死亡
3	男	50代	●					●	●	●		要介護2	メタボ	
4	男	50代		●		●		●	●	●	●		メタボ	
5	男	40代		●		●		●	●	●	●		メタボ	

西原町調べ

3) 対象者の明確化

図表⑬ 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	876	68	114	351	343	1,000	77	111	400	412	
メタボ該当者	B	328	12	40	130	146	149	3	18	61	67	
	B/A	37.4%	17.6%	35.1%	37.0%	42.6%	14.9%	3.9%	16.2%	15.3%	16.3%	
再掲	① 3項目全て	C	95	2	13	38	42	52	0	10	27	15
		C/B	29.0%	16.7%	32.5%	29.2%	28.8%	34.9%	0.0%	55.6%	44.3%	22.4%
	② 血糖＋血圧	D	58	1	2	26	29	14	0	4	5	5
		D/B	17.7%	8.3%	5.0%	20.0%	19.9%	9.4%	0.0%	22.2%	8.2%	7.5%
	③ 血圧＋脂質	E	152	8	22	60	62	74	2	4	27	41
		E/B	46.3%	66.7%	55.0%	46.2%	42.5%	49.7%	66.7%	22.2%	44.3%	61.2%
	④ 血糖＋脂質	F	23	1	3	6	13	9	1	0	2	6
		F/B	7.0%	8.3%	7.5%	4.6%	8.9%	6.0%	33.3%	0.0%	3.3%	9.0%

出典・参照：KDBシステム改変 様式（5-3）

図表⑭ メタボリック該当者の治療状況

	受診者	男性						女性						
		メタボ該当者		3疾患治療の有無				メタボ該当者		3疾患治療の有無				
		人数	割合	あり	なし	あり	なし	人数	割合	あり	なし	あり	なし	
総数	876	328	37.4%	278	84.8%	50	15.2%	1,000	149	14.9%	133	89.3%	16	10.7%
40代	68	12	17.6%	6	50.0%	6	50.0%	77	3	3.9%	0	0.0%	3	100.0%
50代	114	40	35.1%	34	85.0%	6	15.0%	111	18	16.2%	14	77.8%	4	22.2%
60代	351	130	37.0%	107	82.3%	23	17.7%	400	61	15.3%	54	88.5%	7	11.5%
70～74歳	343	146	42.6%	131	89.7%	15	10.3%	412	67	16.3%	65	97.0%	2	3.0%

出典・参照：特定健診等データ管理システム

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表㉓)は、男性で50代から受診者の3割を超えますが、女性では50代~70代で1割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表㉔)は、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことが分かります。

また、(図表㉕)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、血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ① 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。
- ② 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

(2) 対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

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㉓ 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-㉔ 原因として見えてきた食品から500kcal減らす 私ほどのタイプかな？</p> <p>R4沖・食 15 自分は何を食べて体重が増えるタイプなの？</p> <p>R4沖・食 16 肥満解決のために</p> <p>R4沖・食 17 ジャंकフード ポテトチップス</p> <p>R4沖・食 18 ジャंकフード チョコレート</p> <p>R4沖・食 19 ジャंकフード アイスクリューム</p> <p>R4沖・食 20 加工食品のことで知って欲しいことがあります</p> <p>R4沖・食 21 カップラーメン・袋麺</p> <p>R4沖・食 22 ファーストフード</p> <p>R4沖・食 23 よく食べている食べ物の中身 (肉・乳・加工品)</p> <p>R4沖・食 24 よく食べている食べ物の中身 (魚・卵・豆腐)</p> <p>R4沖・食 25 チャンプルー「みえるあぶら」「みえないあぶら」の組み合わせ</p> <p>R4沖・食 26 肝臓のお仕事には順番があります</p> <p>R4沖・食 27 アルコール早見表</p> <p>5. B 短鎖脂肪酸の役割が、解決のポイント</p> <p>R4沖・食 28 脂肪酸にはどんな特徴があるのでしょうか？</p> <p>R4沖・食 29 脳の変調を修正してくれる短鎖脂肪酸</p> <p>R4沖・食 30 食物繊維の仕事</p> <p>R4沖・食 31 「あなたのお腹の中で発酵食品がつくれます」 キーワードは短鎖脂肪酸</p> <p>R4沖・食 32 食べる組み合わせによって、やせホルモンGLP-1の量が変わります</p> <p>R4沖・食 33 食物繊維は植物の構成成分</p> <p>R4沖・食 34 食物繊維は植物の構成成分 (保健師・栄養士用)</p> <p>R4沖・食 35 手軽にとれるオートミール ご飯100gで比べてみました</p> <p>R4沖・食 36 短鎖脂肪酸になれる食物繊維が多いのは・・・</p> <p>R4沖・食 37 短鎖脂肪酸をつくる野菜の特徴</p> <p>R4沖・食 38 いつも使っている野菜のなかみ～うまく活用しよう！～</p> <p>R4沖・食 39 いつも使っている野菜のなかみ～冷凍野菜～</p>	<p>6. 血管内皮を守る</p> <p>R4沖・食 40 血管が傷むとは</p> <p>R4沖・食 41 血管内皮を傷めるリスクは何だろう</p> <p>R4沖・食 42 血管内皮細胞の材料と炎症を防ぐもの</p> <p>R4沖・食 43 脂肪にも種類があります</p> <p>R4沖・食 44 1日の基準量の食品の量の中に、血管内皮を守る栄養素はどのくらいの割合を占めているか？</p> <p>R4沖・食 45 血管内皮を酸化ストレスから守る</p> <p>R4沖・食 46 手軽にとれる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>

(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。

西原町においても保険給付費等交付金 (県2号繰入金) を活用して、二次健診を実施します。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ①頸動脈エコー検査 (心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- ②微量アルブミン尿検査 (尿で腎臓の状態を見る検査)
- ③75g糖負荷検査 (高インスリン状態を見る検査)

4. 2. 3 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

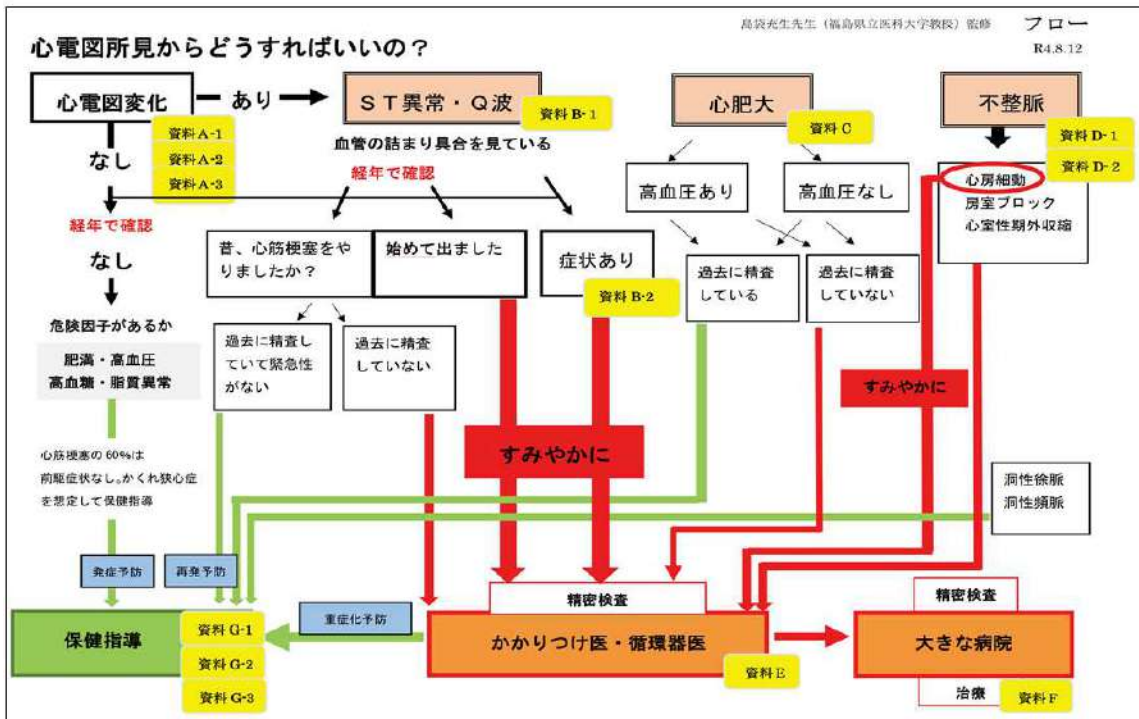
虚血性心疾患重症化予防の取組みにあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

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⑥)に基づいて考えます。

図表⑥ 心電図所見からのフロー図 (R4 沖・治 4-01)



出典: 令和4年度版 なぜ治療が必要なのかを学習するための教材

(沖縄県ヘルスアップ支援事業)

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

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

西原町においては、令和4年度の心電図検査の実施者1,091人(58.0%)のうち有所見者が532人(48.8%)でした。所見の中でもST-T変化が78人(14.7%)で、所見率が一番高いことが分かります。(図表㉗)
 また、有所見者のうち要精査が38人(7.1%)で、その後の受診状況を見ると10人(26.3%)は未受診でした。(図表㉘)。

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㉗ 心電図検査結果 (R4年度)

性別・年齢	心電図検査				所見内訳																
	実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
					異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮		
人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B						
40~74歳	1,091	58.0%	532	48.8%	10	1.9%	78	14.7%	51	9.6%	17	3.2%	24	4.5%	64	12.0%	6	1.1%	47	8.8%	
内訳	男性	479	55.2%	238	49.7%	7	2.9%	30	12.6%	26	10.9%	6	2.5%	15	6.3%	45	18.9%	5	2.1%	26	10.9%
	女性	612	60.4%	294	48.0%	3	1.0%	48	16.3%	25	8.5%	11	3.7%	9	3.1%	19	6.5%	1	0.3%	21	7.1%

(西原町調べ)

図表㉘ 心電図有所見者の医療機関受診状況

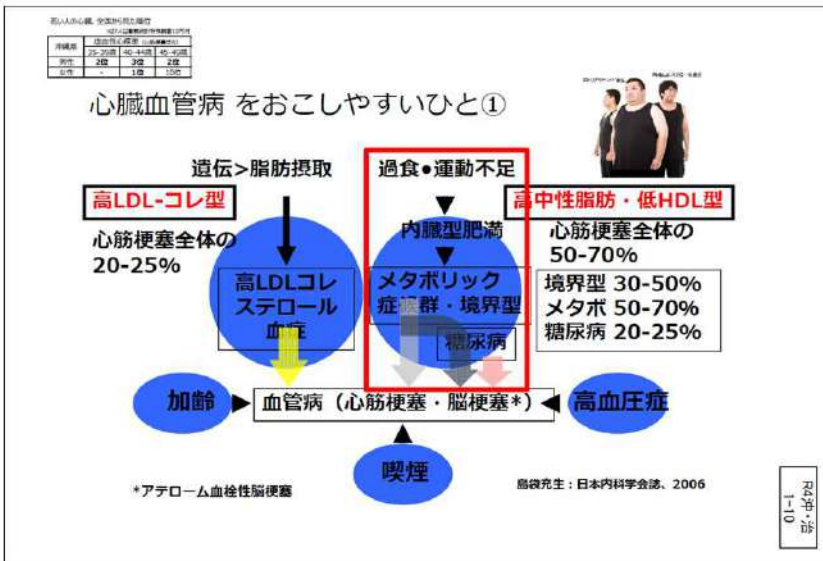
	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	532		38	7.1%	28	73.7%	10	26.3%
男性	238	44.7%	21	8.8%	14	66.7%	6	28.6%
女性	294	55.3%	17	5.8%	14	82.4%	4	23.5%

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積極的に保健指導を行う必要があります。(心筋梗塞の60%は前駆症状がないため)

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㉙)

図表⑳ 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㉑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㉑・㉒）を参照します。

B：LDLコレステロールタイプ（図表㉓）

図表㉓ 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

令和04年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た
LDLコレステロール管理目標

（参考）
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より（脂質異常治療者（問診結果より服薬あり）を除く）

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			健診結果 (LDL-C)				(再掲) LDL160以上の年代別				
			810	120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳
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)	87	47	31	5	4	3	6	0	0
			10.7%	11.9%	13.3%	4.2%	6.5%	30.0%	23.1%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	312	153	85	48	26	3	11	43	17
			38.5%	38.7%	36.5%	40.0%	41.9%	30.0%	42.3%	48.3%	29.8%
	高リスク	120未満 (150未満)	371	169	107	64	31	3	9	44	39
			45.8%	42.8%	45.9%	53.3%	50.0%	30.0%	34.6%	49.4%	68.4%
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)	40	26	10	3	1	1	0	2	1
			4.9%	6.6%	4.3%	2.5%	1.6%	10.0%	0.0%	2.2%	1.8%
	再掲	100未満 (130未満) ※1	20	11	4	3	2	1	0	2	2
			2.5%	2.8%	1.7%	2.5%	3.2%	10.0%	0.0%	2.2%	3.5%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮

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

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

図表① 令和4年度版 なぜ治療が必要なのかを学習するための教材(沖縄県ヘルスアップ支援事業)

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

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、対象者へは二次健診を実施します。

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、次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)

本町では現在、二次健診として頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))、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)を実施しています。今後、虚血性心疾患重症化予防対象者の状況を把握しながら、血管内皮機能検査等の検査の導入を検討します。

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

4. 2. 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み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⑫,⑬)

図表⑫ 脳卒中の分類

【脳卒中の分類】

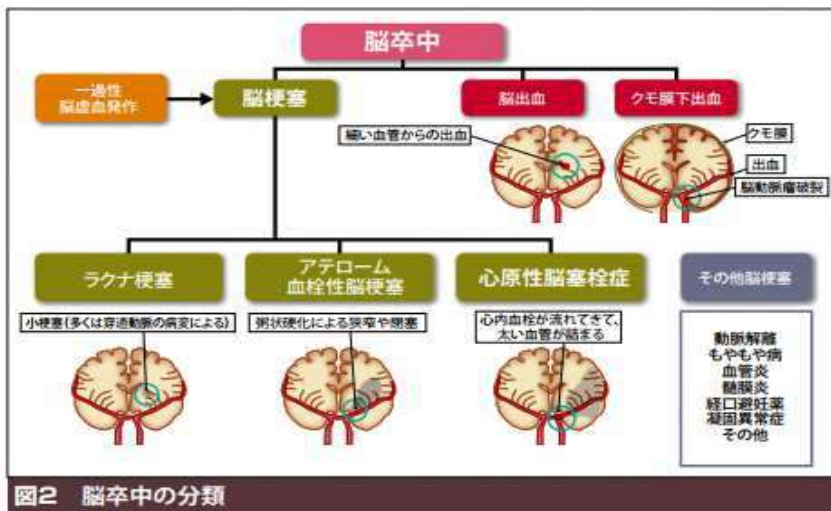


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

図表⑬ 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⑭)でみると、高血圧治療者 2,458 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 276 人(11.2%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 77 人(4.1%)であり、そのうち 45 人(58.4%)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 32 人(3.8%)いることが分かりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

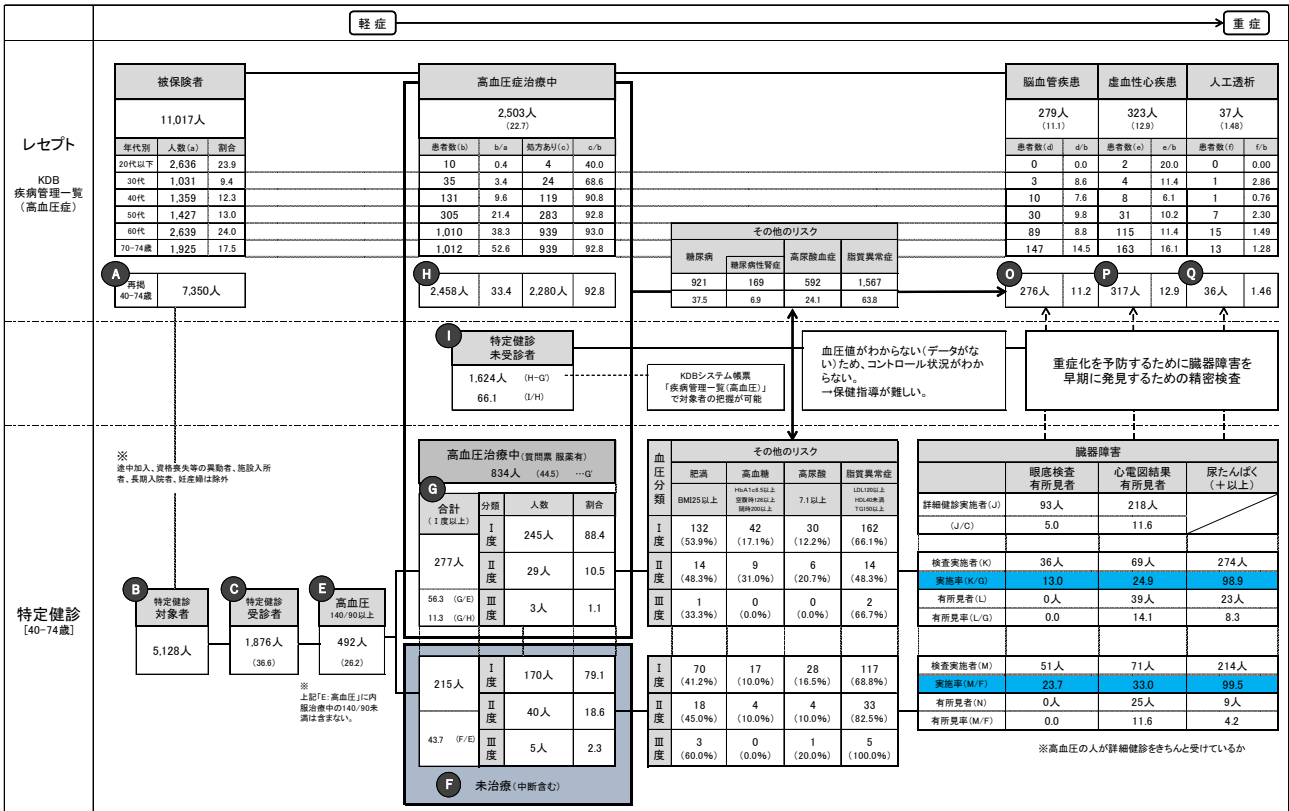
重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)は、わずか 93 人(5.0%)しか実施していない状況です。しかし、眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから、492 人(26.2%・E)は眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。

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⑭ 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)
 ※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB情報_介入支援対象者一覧(栄養・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すが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため健診受診者においても高血圧と他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⑭ 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)		505	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
			290 57.4%	170 33.7%	40 7.9%	5 1.0%
リスク第1層 予後影響因子がない	35	C 22 6.9%	B 11 6.5%	B 2 5.0%	A 0 0.0%	
	290	C 168 57.4%	B 94 55.3%	A 26 65.0%	A 2 40.0%	
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	180	B 100 35.6%	A 65 38.2%	A 12 30.0%	A 3 60.0%	
	290	C 168 57.4%	B 94 55.3%	A 26 65.0%	A 2 40.0%	

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	108 21.4%
B	概ね1か月後に再評価	207 41.0%
C	概ね3か月後に再評価	190 37.6%

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

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

(図表⑭)は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる(A)については、早急な受診勧奨が必要になってきます。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



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

(図表⑭)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⑯ 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	876	1,000	100	11.4%	118	11.8%	2	2.0%	0	0.0%	--	--
40代	68	77	7	10.3%	6	7.8%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	114	111	9	7.9%	13	11.7%	1	11.1%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	351	400	47	13.4%	47	11.8%	0	0.0%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	343	412	37	10.8%	52	12.6%	1	2.7%	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

※詳細健診受診者のみ

出典・参照：特定健診等データ管理システム

図表⑰ 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	%
2	0	0.0	2	100.0

詳細健診受診者のみ(西原町調べ)

R4年度の心電図検査において、2人に心房細動の所見がりましたが、有所見者2人は治療中の方でした。(図表⑰)

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

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であ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ます、対象者へは二次健診を検討する必要があります。

「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)

本町では現在、二次健診として頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))、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)を実施しています。今後、虚血性心疾患重症化予防対象者の状況を把握しながら、血管内皮機能検査等の検査の導入を検討します。

(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)

4.3 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

西原町は、令和4年度より沖縄県後期高齢者医療広域連合から事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も継続し事業を行っていきます。

具体的には、(図表⑯)

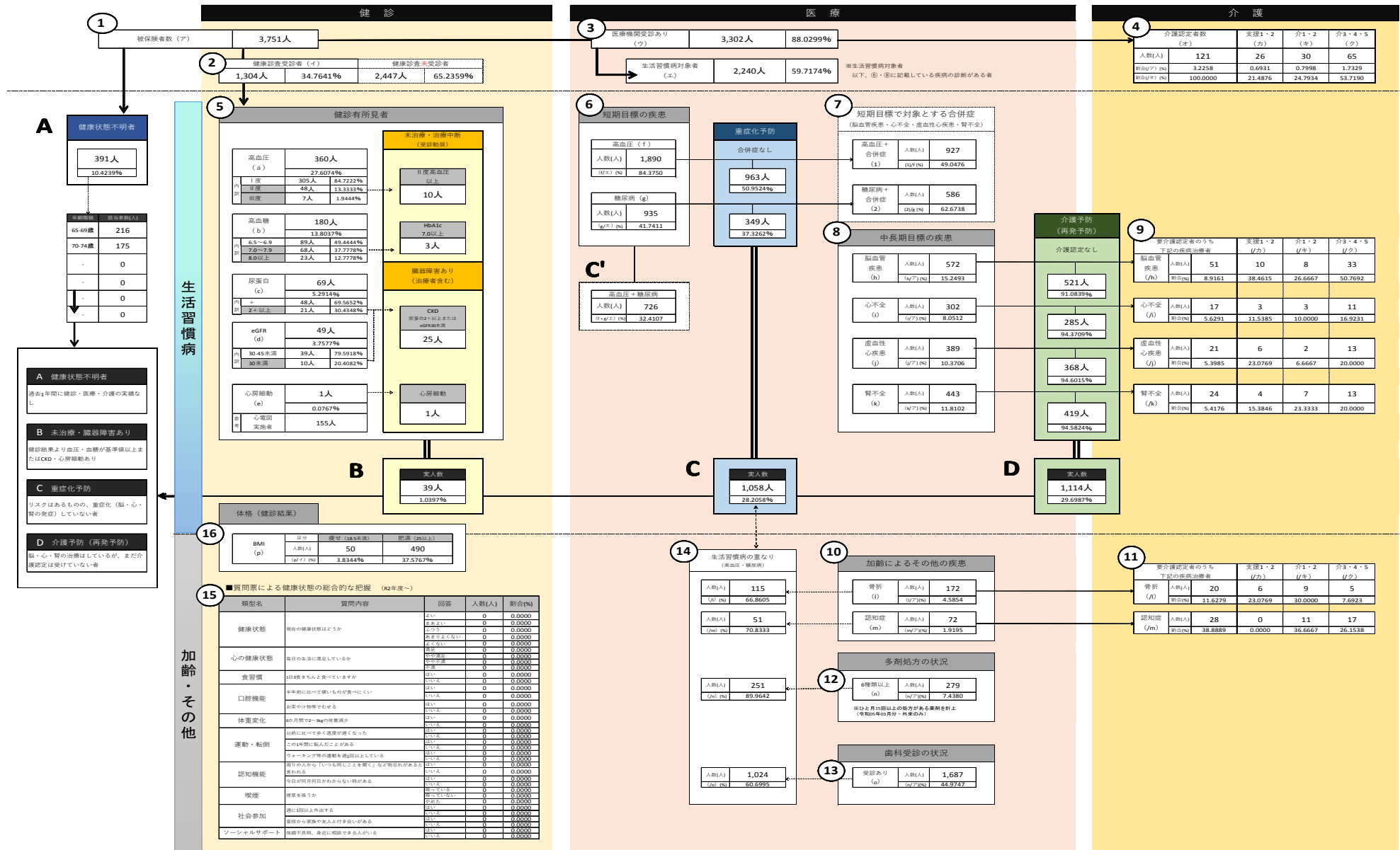
① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

重症化予防の観点で対象者を抽出し、高齢者に対し個別的支援(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⑯ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



4.4 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。

西原町においては、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みていくことが必要となります。(図表⑭)

図表⑭ 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

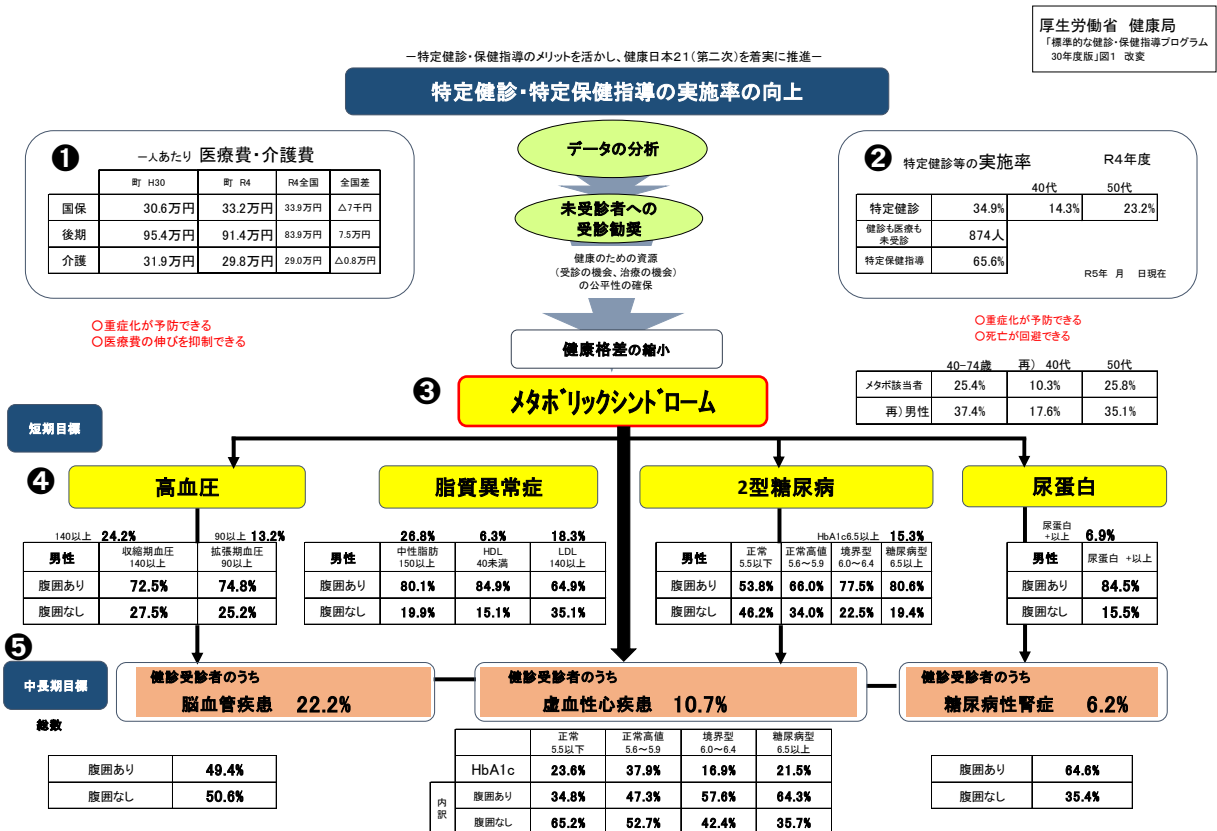
糖尿病(耐糖能異常)の問題を解決するためにライフサイクルで考える														
-基本的考え方- (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)														
		発症予防										重症化予防		
1 根拠法		健康増進法												
6条 健康増進事業実施者		母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法		労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)		高齢者の医療の確保に関する法律 (介護保険)			
2 計画		健康増進計画(県)(市町村努力義務)【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】												
		データヘルス計画【保健事業実施計画】(各保険者)												
3 年代		妊婦(胎児期)	産婦	0歳~5歳			6歳~14歳	15~18歳	~29歳	30歳~39歳	40歳~64歳	65歳~74歳	75歳以上	
4 健康診査 (根拠法)		妊婦健康診査 (13条)	産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診断 (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	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点以上満たすもの												
	身長													
	体重													
	BMI											25以上		
	肥満度			加齢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														

4.5 ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態やその背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していきます。(図表㉔、㉕)

図表㉔ 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化

西原町の社会保障費健全化に向けて 医療費・介護費の適正化 ～西原町の位置～



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㉕ 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

5 計画の評価・見直し

5.1 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。

5.2 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、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、国保データベース(KDB)システムに毎月収載される健診・医療・介護のデータにより、受診率・受療率、医療の動向等を定期的に確認します。

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。

6 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

6.1 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ます。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要です。

6.2 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西原町の位置
- 参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析
- 参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料4 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5 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6 HbA1c の年次比較
- 参考資料7 血圧の年次比較
- 参考資料8 LDL-C の年次比較
- 参考資料9 目標一覧
- 参考資料10 西原町健康づくり推進協議会設置要綱
- 参考資料11 西原町健康づくり推進協議会委員名簿

参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた西原町の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた西原町の位置

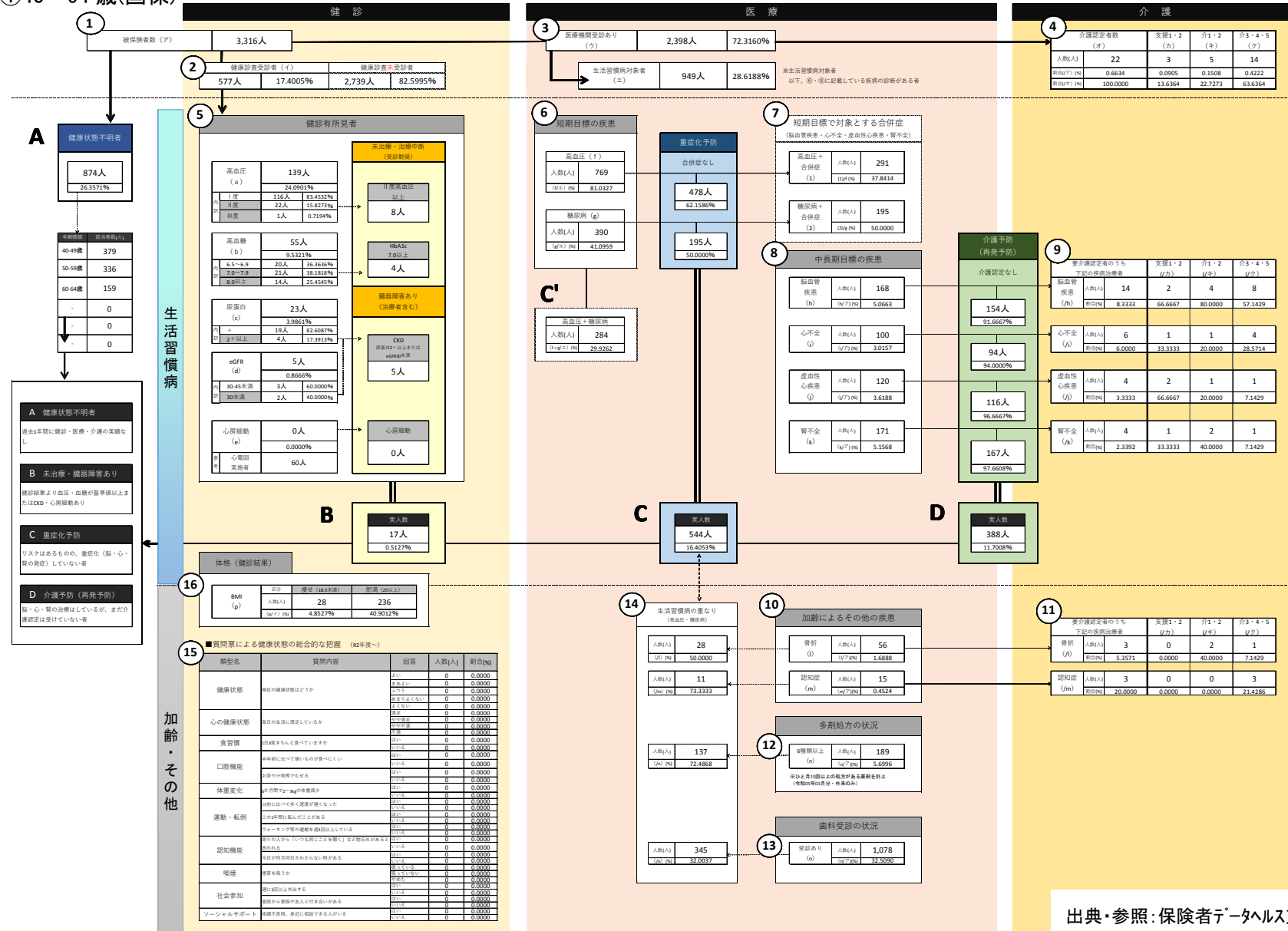
R04年度

項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 人口構成	総人口		34,502		4,284,839		1,439,108		123,214,261		
		65歳以上(高齢化率)		7,514 21.8		1,245,056 29.1		324,708 22.6		35,335,805 28.7		
		75歳以上		3,314 9.6		-- --		155,559 10.8		18,248,742 14.8		
		65~74歳		4,200 12.2		-- --		169,149 11.8		17,087,063 13.9		
		40~64歳		11,029 32.0		-- --		472,258 32.8		41,545,893 33.7		
	39歳以下		15,959 46.3		-- --		642,142 44.6		46,332,563 37.6		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	
	② 産業構成	第1次産業		1.9		5.4		4.9		4.0		
		第2次産業		17.4		28.7		15.1		25.0		
		第3次産業		80.7		66.0		80.0		71.0		
	③ 平均寿命	男性		81.3		80.8		80.3		80.8		
女性		88.4		87.1		87.5		87.0				
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		81.7		80.4		79.3		80.1			
	女性		85.1		84.5		84.2		84.4			
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)		84.7		98.7		99.3		100		
		男性		84.7		98.7		99.3		100		
		女性		82.4		99.7		90.5		100		
		死因	がん		65 49.6		12,696 50.6		3,274 49.7		378,272 50.6	
			心臓病		32 24.4		6,874 27.4		1,669 25.3		205,485 27.5	
			脳疾患		25 19.1		3,420 13.6		978 14.8		102,900 13.8	
			糖尿病		4 3.1		485 1.9		193 2.9		13,896 1.9	
	腎不全		2 1.5		926 3.7		272 4.1		26,946 3.6			
	自殺		3 2.3		686 2.7		205 3.1		20,171 2.7			
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計		35 13.7		1,926 14.2		125,187 8.7		厚労省HP 人口動態調査		
男性		24 17.4		1,331 18.3		82,832 11.2						
女性		11 9.3		595 9.4		42,355 6.0						
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		1,272 16.9		211,456 17.0		61,945 19.0		6,724,030 19.4		
		新規認定者		22 0.3		3,785 0.3		835 0.3		110,289 0.3		
		介護度別 総件数	要支援1.2		3,525 11.0		712,630 13.9		177,194 11.6		21,785,044 12.9	
			要介護1.2		10,301 32.2		2,355,997 45.9		546,973 35.9		78,107,378 46.3	
			要介護3以上		18,203 56.8		2,064,273 40.2		799,361 52.5		68,963,503 40.8	
	2号認定者		49 0.44		5,015 0.35		2,135 0.45		156,107 0.38			
	② 有病状況	糖尿病		243 17.6		54,717 24.5		11,465 17.4		1,712,613 24.3		
		高血圧症		595 42.8		117,224 52.9		28,893 43.8		3,744,672 53.3		
		脂質異常症		345 25.4		70,399 31.5		17,395 26.0		2,308,216 32.6		
		心臓病		648 46.8		132,327 59.8		31,994 48.6		4,224,628 60.3		
		脳疾患		282 21.7		50,122 22.9		14,271 21.9		1,568,292 22.6		
		がん		105 7.9		24,937 11.1		5,539 8.2		837,410 11.8		
		筋・骨格		600 43.4		116,014 52.5		29,667 44.9		3,748,372 53.4		
		精神		416 29.8		80,119 36.4		20,229 31.0		2,569,149 36.8		
		合計		298,308 2,241,485,919		259,723 323,370,248,294		324,737 105,444,836,581		290,668 100,742,722,869		
	③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)		69,983		63,000		69,211		59,662		
		居宅サービス		47,964		41,449		51,518		41,272		
施設サービス		310,429		292,001		301,929		296,364				
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		認定あり 11,007		8,999		11,002		8,610			
	認定なし		4,504		4,040		4,796		4,020			
4	① 国保の状況	被保険者数		8,554		882,802		388,055		27,488,882		
		65~74歳		3,041 35.6				119,076 30.7		11,129,271 40.5		
		40~64歳		2,717 31.8				134,131 34.6		9,088,015 33.1		
		39歳以下		2,796 32.7				134,848 34.7		7,271,596 26.5		
	加入率		24.8		20.6		27.0		22.3		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		2 0.2		265 0.3		90 0.2		8,237 0.3		
		診療所数		19 2.2		2,753 3.1		890 2.3		102,599 3.7		
		病床数		648 75.8		49,546 56.1		18,602 47.9		1,507,471 54.8		
		医師数		464 54.2		9,765 11.1		3,887 10.0		339,611 12.4		
		外来患者数		614.6		716.1		541.1		687.8		
		入院患者数		19.3		19.2		19.0		17.7		
	③ 医療費の 状況	一人当たり医療費		332,289 県内21位 同規模111位		361,243		318,310		339,680		
		受診率		633.893		735.303		560.174		705.439		
外来		費用の割合		55.5		59.6		53.6		60.4		
		件数の割合		97.0		97.4		96.6		97.5		
入院		費用の割合		44.5		40.4		46.4		39.6		
		件数の割合		3.0		2.6		3.4		2.5		
1件あたり在院日数		15.9日		16.0日		17.1日		15.7日		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		

4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	369,527,390	26.6	31.9	25.9	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題					
			慢性腎不全(透析あり)	124,098,330	8.9	8.0	12.0	8.2						
			糖尿病	120,189,340	8.6	11.0	8.3	10.4						
			高血圧症	69,928,960	5.0	6.1	4.8	5.9						
			脂質異常症	36,221,980	2.6	4.2	2.8	4.1						
			脳梗塞・脳出血	83,282,830	6.0	3.8	4.9	3.9						
			狭心症・心筋梗塞	38,614,510	2.8	2.9	3.3	2.8						
			精神	281,475,650	20.2	14.6	20.9	14.7						
	筋・骨格	246,260,490	17.7	16.6	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	202	0.1	310	0.2	313	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費分析(中分類)			
				糖尿病	656	0.4	1,270	0.9	896	0.6		1,144	0.9	
				脂質異常症	6	0.0	61	0.0	67	0.0		53	0.0	
				脳梗塞・脳出血	8,840	6.0	6,294	4.3	6,789	4.6		5,993	4.5	
				虚血性心疾患	3,695	2.5	4,413	3.0	4,321	2.9		3,942	2.9	
				腎不全	5,489	3.7	4,223	2.9	5,764	3.9		4,051	3.0	
		一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	外来	高血圧症	7,973	4.3	11,332	5.3	7,107	4.2		10,143	4.9	
				糖尿病	14,342	7.8	20,232	9.4	12,437	7.3		17,720	8.6	
				脂質異常症	4,228	2.3	7,876	3.7	4,322	2.5		7,092	3.5	
				脳梗塞・脳出血	665	0.4	916	0.4	689	0.4		825	0.4	
虚血性心疾患				1,220	0.7	1,870	0.9	1,444	0.8	1,722		0.8		
腎不全	17,244	9.3	17,044	7.9	20,295	11.9	15,781	7.7						
⑥	健診有無別一人当たり点数	健診対象者	1,405		2,440		1,408		2,031	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題				
		一人当たり	11,951		12,830		11,533		13,295					
		健診未受診者	5,441		7,199		5,718		6,142					
		一人当たり	46,267		37,856		46,845		40,210					
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	1,043	58.6	146,963	57.9	46,750	60.4	3,881,055	57.0				
		医療機関受診率	939	52.8	132,796	52.3	42,965	55.5	3,543,116	52.0				
		医療機関非受診率	104	5.8	14,167	5.6	3,785	4.9	337,939	5.0				
5	特定健診の 状況 県内市町村数 42市町村 同規模市区町村数 147市町村	①	健診受診者	1,780		254,008		77,415		6,812,842	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		②	受診率	33.5	県内33位 同規模121位	39.9	33.7	全国39位	37.1					
		③	特定保健指導終了者(実施率)	110	49.8	6,917	22.9	3,636	32.2	107,925		13.4		
		④	非肥満高血糖	120	6.7	25,560	10.1	5,139	6.6	615,549		9.0		
		⑤	メタボ	該当者	455	25.6	53,050	20.9	20,034	25.9		1,382,506	20.3	
				男性	320	38.0	36,295	32.5	13,894	37.3		965,486	32.0	
				女性	135	14.4	16,755	11.8	6,140	15.3		417,020	11.0	
				予備群	284	16.0	28,583	11.3	11,411	14.7		765,405	11.2	
		⑥	男性	予備群	193	22.9	19,735	17.7	7,753	20.8		539,738	17.9	
				女性	91	9.7	8,848	6.2	3,658	9.1		225,667	5.9	
		⑦-⑱	メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	812	45.6	90,064	35.5	35,002		45.2	2,380,778	34.9
					男性	555	65.9	61,736	55.3	23,943		64.2	1,666,592	55.3
				女性	257	27.4	28,328	19.9	11,059	27.6		714,186	18.8	
				BMI	総数	96	5.4	12,518	4.9	4,644		6.0	320,038	4.7
					男性	16	1.9	1,740	1.6	717		1.9	51,248	1.7
				女性	80	8.5	10,778	7.6	3,927	9.8		268,790	7.1	
				血糖のみ	15	0.8	1,768	0.7	568	0.7		43,519	0.6	
				血圧のみ	215	12.1	20,286	8.0	8,389	10.8		539,490	7.9	
				脂質のみ	54	3.0	6,529	2.6	2,454	3.2		182,396	2.7	
血糖・血圧	67			3.8	8,213	3.2	2,911	3.8	203,072	3.0				
血糖・脂質	31			1.7	2,676	1.1	896	1.2	70,267	1.0				
血圧・脂質	219	12.3	24,455	9.6	9,610	12.4	659,446	9.7						
血糖・血圧・脂質	138	7.8	17,706	7.0	6,617	8.5	449,721	6.6						
6	問診の状況	服薬	高血圧	801	45.0	94,121	37.1	31,609	40.8	2,428,038	35.6			
			糖尿病	192	10.8	23,753	9.4	8,123	10.5	589,470	8.7			
		既往歴	脂質異常症	498	28.0	72,193	28.4	20,477	26.5	1,899,637	27.9			
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	49	3.0	7,705	3.2	2,472	3.4	207,385	3.1			
6	生活習慣の 状況	喫煙	202	11.3	32,532	12.8	11,101	14.3	939,212	13.8				
		週3回以上朝食を抜く	160	13.1	20,314	8.7	10,654	18.1	642,886	10.4				
		週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
		週3回以上就寝前夕食(H30～)	208	16.9	33,881	14.3	13,687	23.2	976,348	15.7				
		週3回以上就寝前夕食	208	16.9	33,881	14.3	13,687	23.2	976,348	15.7				
		食べる速度が速い	434	35.2	60,504	25.9	17,745	30.1	1,659,705	26.8				
		20歳時体重から10kg以上増加	568	46.0	84,121	35.5	27,557	46.4	2,175,065	35.0				
		1回30分以上運動習慣なし	627	50.8	139,270	59.6	34,075	57.8	3,749,069	60.4				
		1日1時間以上運動なし	422	34.3	112,424	47.4	26,211	44.3	2,982,100	48.0				
		睡眠不足	288	23.7	60,465	25.6	16,453	28.9	1,587,311	25.6				
		毎日飲酒	241	18.9	56,946	23.6	11,814	19.7	1,658,999	25.5				
		時々飲酒	359	28.1	51,766	21.5	17,885	29.8	1,463,468	22.5				
		一日飲酒量	283	48.2	105,121	65.6	20,349	50.2	2,978,351	64.1				
1～2合	199	33.9	37,790	23.6	12,112	29.9	1,101,465	23.7						
2～3合	81	13.8	13,792	8.6	5,818	14.4	434,461	9.4						
3合以上	24	4.1	3,561	2.2	2,219	5.5	128,716	2.8						

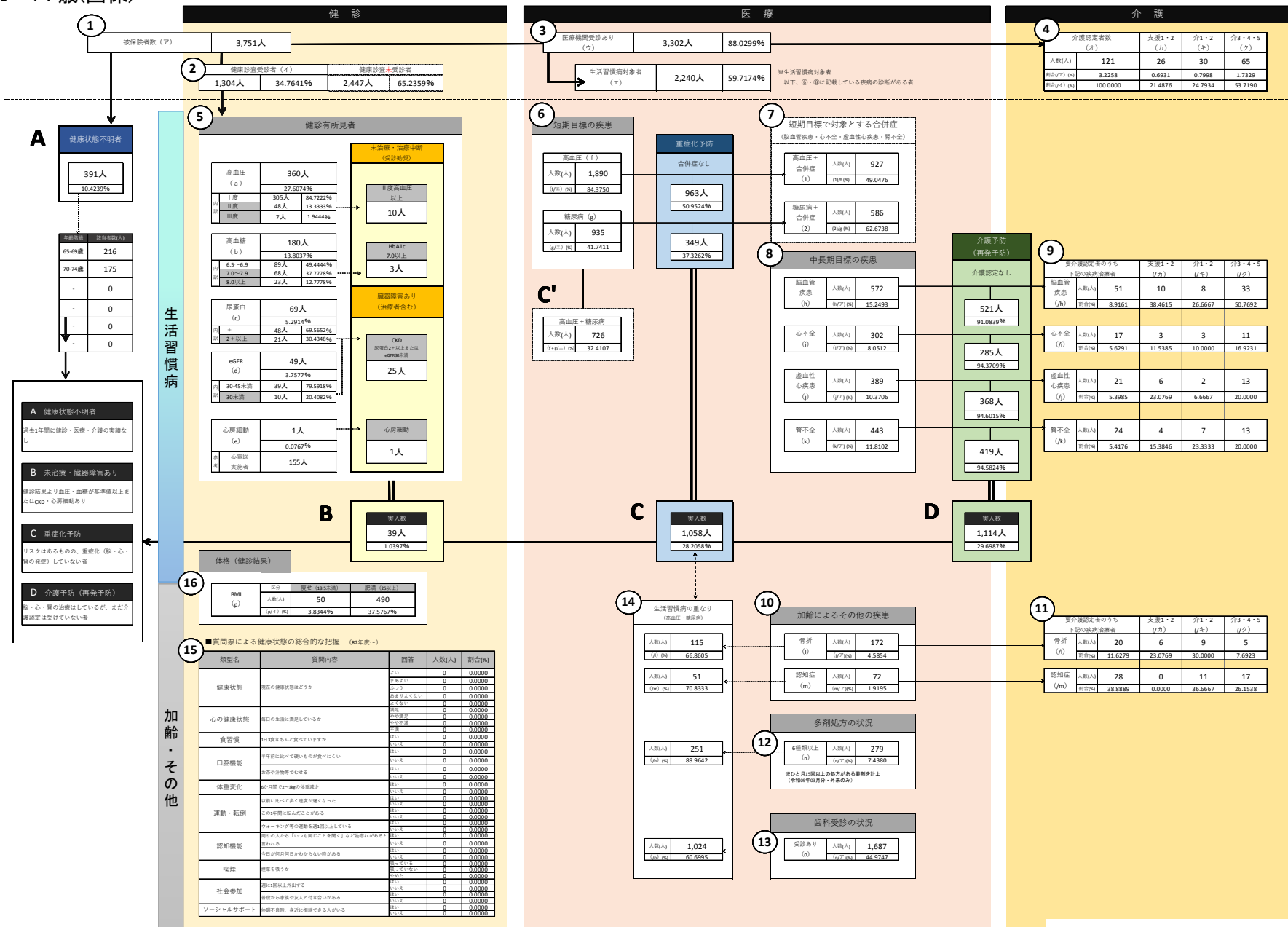
参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

①40～64 歳(国保)

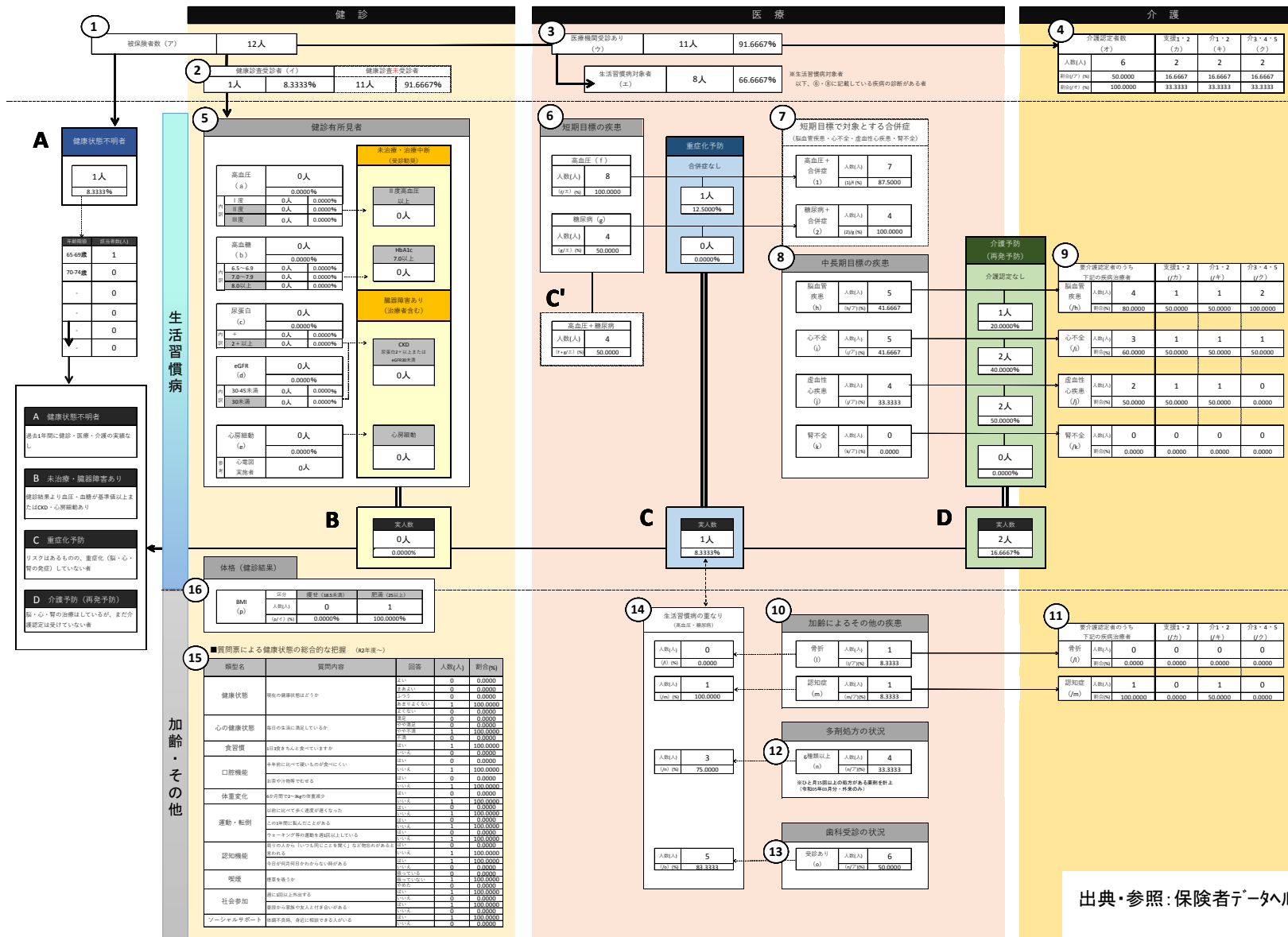


出典・参照: 保険者データヘルス支援システム

②65～74 歳(国保)

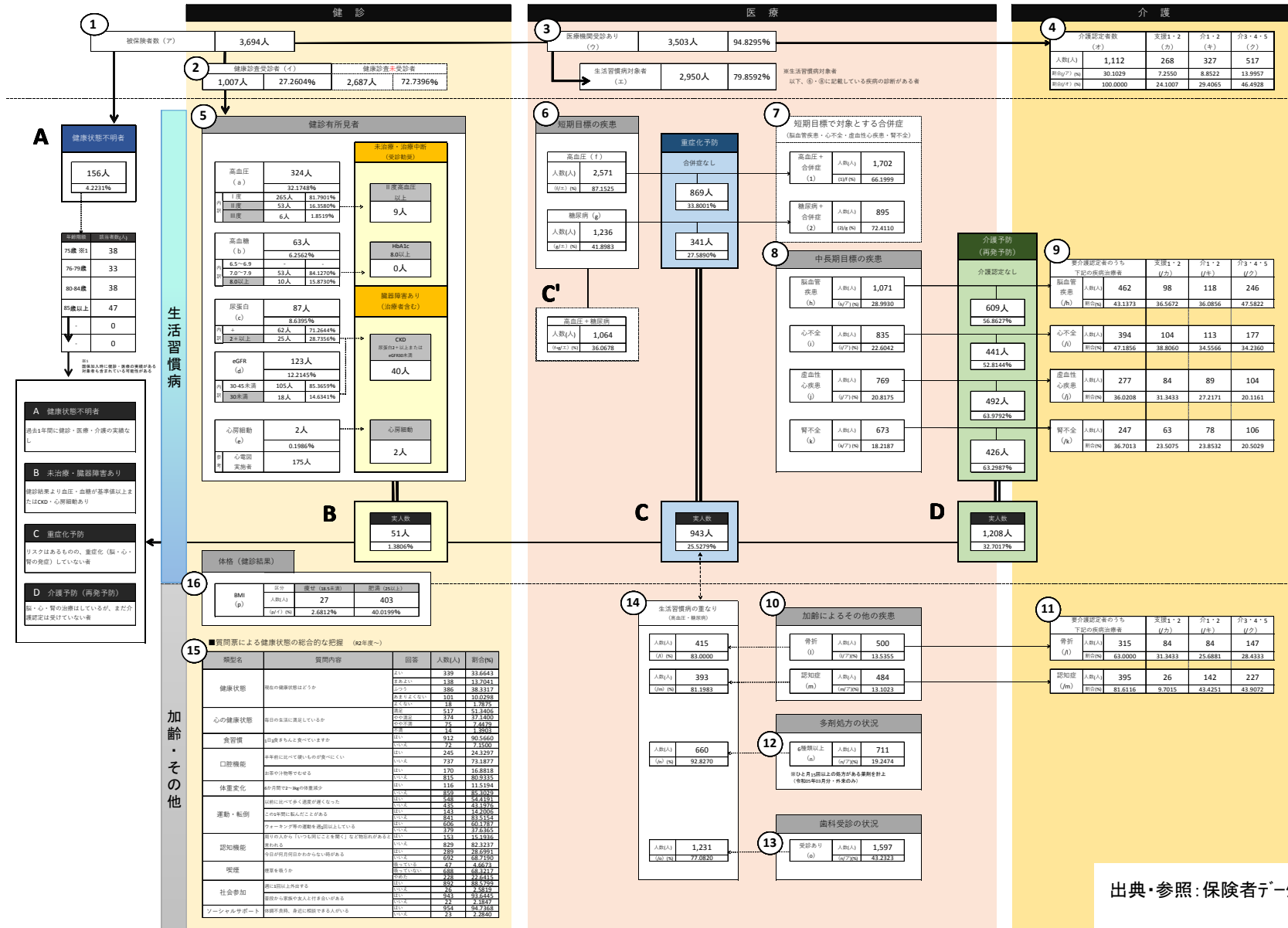


③65～74 歳(後期)



出典・参照: 保険者データヘルス支援システム

④75 歳以上(後期)



出典・参照: 保険者データベース支援システム

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

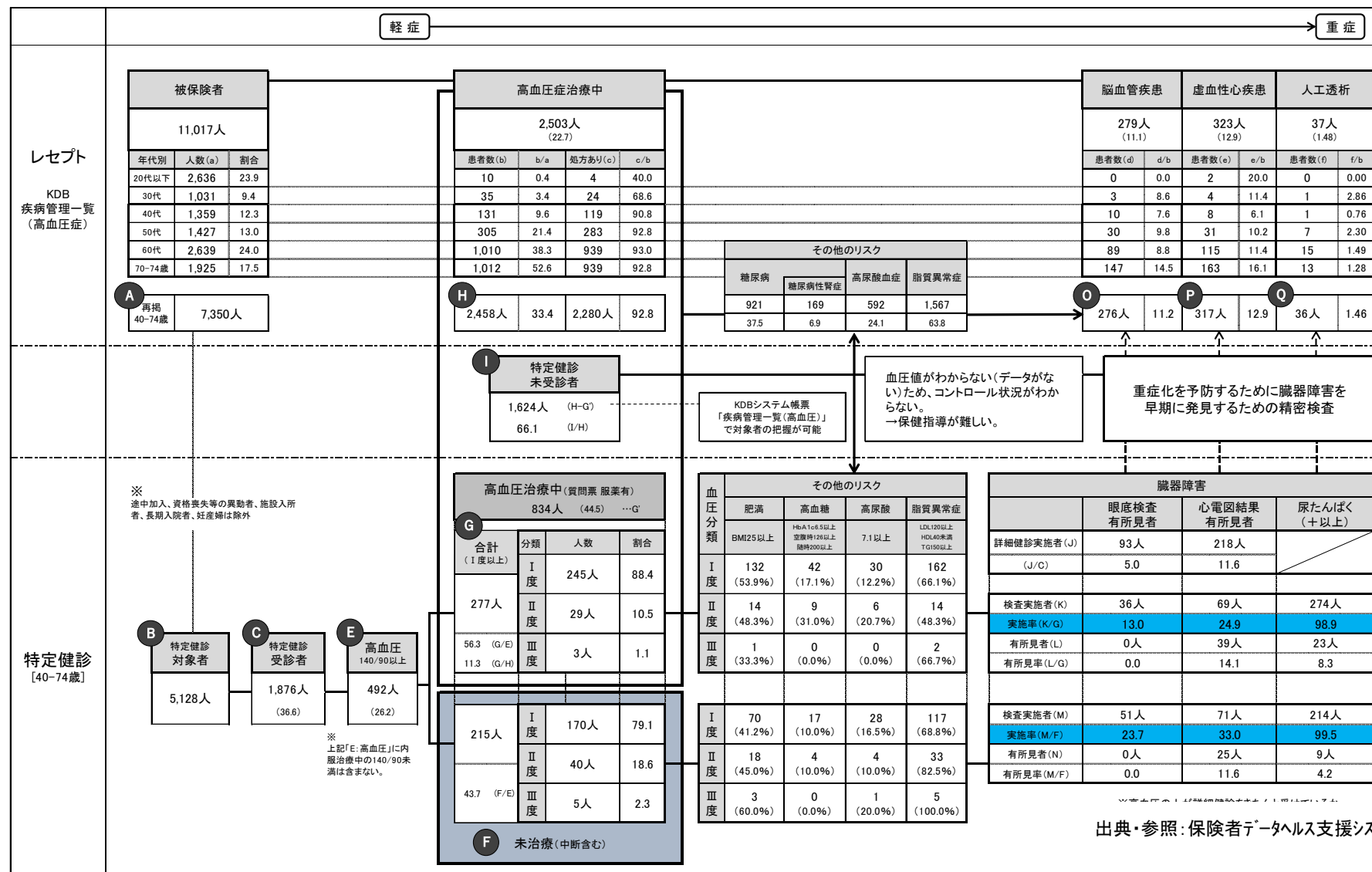
様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目		実合表	西原町										同規模保険者(平均)		データ基	
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	A	9,471人		8,977人		8,927人		8,808人		8,816人				KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	② (再掲)40-74歳		6,111人		5,915人		5,922人		6,043人		6,035人					
2	① 特定健診 対象者数	B	5,311人		5,215人		5,307人		5,266人		5,096人				特定健診(法定報告)	
	② 特定健診 受診者数	C	2,138人		2,052人		1,899人		1,979人		1,781人					
	③ 特定健診 受診率		40.3%		39.3%		35.8%		37.6%		34.9%					
3	① 特定保健指導 対象者数		325人		301人		251人		286人		218人				特定健診結果	
	② 特定保健指導 実施率		72.9%		68.4%		62.9%		62.9%		65.6%					
4	健診データ	① 糖尿病型	E	267人	12.0%	301人	13.9%	288人	14.5%	311人	15.1%	305人	16.3%			特定健診結果
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	101人	37.8%	104人	34.6%	79人	27.4%	101人	32.5%	95人	31.1%			
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	166人	62.2%	197人	65.4%	209人	72.6%	210人	67.5%	210人	68.9%			
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	97人	58.4%	114人	57.9%	142人	67.9%	137人	65.2%	143人	68.1%			
		⑤ 血圧 130/80以上		59人	60.8%	67人	58.8%	80人	56.3%	76人	55.5%	80人	55.9%			
		⑥ 肥満 BMI25以上		48人	49.5%	65人	57.0%	82人	57.7%	79人	57.7%	85人	59.4%			
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	69人	41.6%	83人	42.1%	67人	32.1%	73人	34.8%	67人	31.9%			
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	214人	80.1%	220人	73.1%	208人	72.2%	240人	77.2%	225人	73.8%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		31人	11.6%	29人	9.6%	33人	11.5%	41人	13.2%	40人	13.1%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)		19人	7.1%	42人	14.0%	43人	14.9%	26人	8.4%	32人	10.5%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満		2人	0.7%	7人	2.3%	4人	1.4%	4人	1.3%	5人	1.6%			
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		75.2人		78.2人		65.8人		76.9人		78.6人			KDB_厚生労働省様式様式3-2	
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		113.4人		116.8人		97.4人		110.0人		112.8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)	3,436件	(578.2)	3,649件	(620.8)	3,502件	(589.1)	3,594件	(603.2)	3,725件	(646.9)	630,975件	(921.9)	KDB_疾病別医療費分析(生活習慣病)
		④ 入院(件数)	13件	(2.2)	20件	(3.4)	21件	(3.5)	13件	(2.2)	18件	(3.1)	2,654件	(3.9)		
		⑤ 糖尿病治療中	H	712人	7.5%	702人	7.8%	587人	6.6%	677人	7.7%	693人	7.9%			
		⑥ (再掲)40-74歳		693人	11.3%	691人	11.7%	577人	9.7%	665人	11.0%	681人	11.3%			
		⑦ 健診未受診者	I	527人	76.0%	525人	76.0%	368人	63.8%	455人	68.4%	471人	69.2%			
		⑧ インスリン治療	O	58人	8.1%	66人	9.4%	54人	9.2%	69人	10.2%	66人	9.5%			
		⑨ (再掲)40-74歳		56人	8.1%	66人	9.6%	54人	9.4%	69人	10.4%	64人	9.4%			
		⑩ 糖尿病性腎症	L	95人	13.3%	132人	18.8%	121人	20.6%	98人	14.5%	95人	13.7%			
		⑪ (再掲)40-74歳		93人	13.4%	132人	19.1%	119人	20.6%	95人	14.3%	95人	14.0%			
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		12人	1.7%	13人	1.9%	17人	2.9%	20人	3.0%	19人	2.7%			
		⑬ (再掲)40-74歳		12人	1.7%	13人	1.9%	17人	2.9%	19人	2.9%	19人	2.8%			
		⑭ 新規透析患者数		3	0.4%	2	0.3%	7	1.2%	2	0.3%	3	0.4%			
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		0	0.0%	1	0.1%	2	0.3%	1	0.1%	1	0.1%			
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		22人	3.3%	20人	2.9%	18人	3.2%	17人	2.7%	14人	2.2%			
6	医療費	① 総医療費		27億7194万円		27億9756万円		27億3923万円		28億9669万円		28億4240万円		21億6943万円	KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		② 生活習慣病総医療費		12億9107万円		13億7564万円		13億2092万円		14億5433万円		13億9049万円		11億4738万円		
		③ (総医療費に占める割合)		46.6%		49.2%		48.2%		50.2%		48.9%		52.9%		
		④ 生活習慣病対象者一人あたり	健診受診者	6,266円		6,722円		5,786円		4,739円		5,441円		7,199円		
		⑤ 健診未受診者		35,546円		39,619円		41,245円		48,867円		46,267円		37,856円		
		⑥ 糖尿病医療費		1億0532万円		1億1986万円		1億1805万円		1億1958万円		1億2019万円		1億2598万円		
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		8.2%		8.7%		8.9%		8.2%		8.6%		11.0%		
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		3億3383万円		3億3472万円		3億5035万円		3億8629万円		4億0479万円				
		⑨ 1件あたり		35,383円		36,120円		39,145円		41,275円		42,885円				
		⑩ 糖尿病入院総医療費		2億2516万円		2億5549万円		2億5712万円		3億0624万円		2億8863万円				
		⑪ 1件あたり		613,505円		626,194円		683,834円		754,275円		685,576円				
		⑫ 在院日数		18日		17日		18日		19日		17日				
		⑬ 慢性腎不全医療費		1億4963万円		1億5184万円		1億6022万円		1億6346万円		1億3666万円		9872万円		
		⑭ 透析有り		1億3132万円		1億4450万円		1億5098万円		1億5680万円		1億2410万円		9197万円		
		⑮ 透析なし		1830万円		734万円		924万円		665万円		1256万円		675万円		
7	介護	① 介護給付費		18億9763万円		20億3702万円		21億6944万円		22億4882万円		22億4149万円		21億9980万円	KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		② (2号認定者)糖尿病合併症		3件	12.5%	1件	5.0%	2件	7.7%	2件	8.0%	4件	19.0%			
8	① 死亡		2人	1.1%	1人	0.6%	1人	0.6%	3人	1.7%	4人	1.8%	926人	1.1%	KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	

参考資料4 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



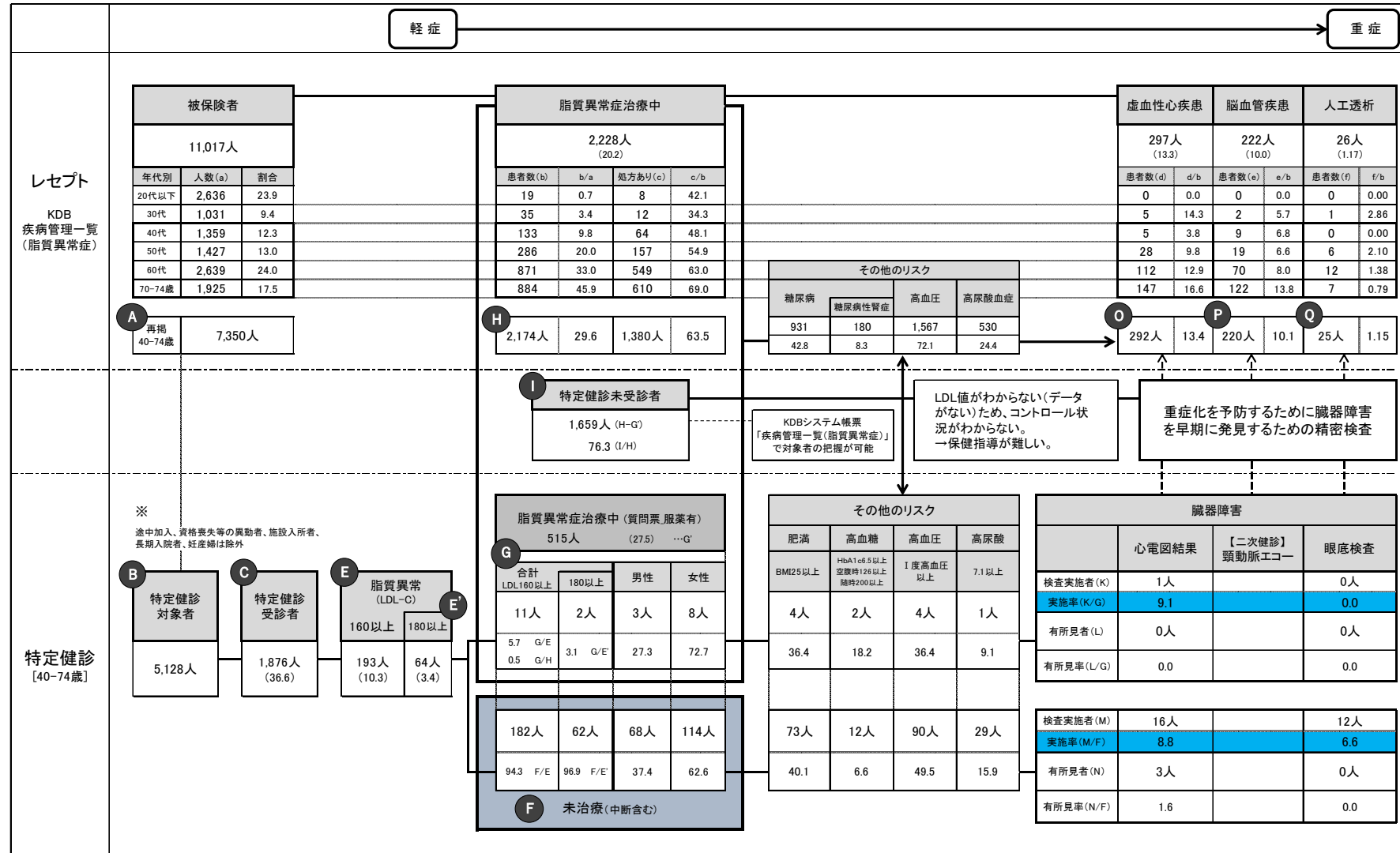
出典・参照: 保険者データヘルス支援システム

※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帳票 介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計

参考資料5 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

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

令和04年度



出典・参照: 保険者データヘルス支援システム

参考資料6 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		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
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	2,344	958	40.9%	855	36.5%	322	13.7%	104	4.4%	79	3.4%	26	1.1%	62	2.6%	18	0.8%
H30	2,193	914	41.7%	794	36.2%	290	13.2%	99	4.5%	64	2.9%	32	1.5%	63	2.9%	20	0.9%
R01	2,128	730	34.3%	846	39.8%	329	15.5%	113	5.3%	69	3.2%	41	1.9%	82	3.9%	31	1.5%
R02	1,984	685	34.5%	796	40.1%	274	13.8%	100	5.0%	86	4.3%	43	2.2%	82	4.1%	26	1.3%
R03	2,063	780	37.8%	790	38.3%	263	12.7%	113	5.5%	81	3.9%	36	1.7%	72	3.5%	27	1.3%
R04	1,876	656	35.0%	722	38.5%	264	14.1%	108	5.8%	87	4.6%	39	2.1%	81	4.3%	21	1.1%

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

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲
					再)7.0以上	未治療	治療	
H29	2,344	958 40.9%	855 36.5%	322 13.7%	209	82	127	8.9%
					8.9%	39.2%	60.8%	
H30	2,193	914 41.7%	794 36.2%	290 13.2%	195	77	118	8.9%
					8.9%	39.5%	60.5%	
R01	2,128	730 34.3%	846 39.8%	329 15.5%	223	86	137	10.5%
					10.5%	38.6%	61.4%	
R02	1,984	685 34.5%	796 40.1%	274 13.8%	229	67	162	11.5%
					11.5%	29.3%	70.7%	
R03	2,063	780 37.8%	790 38.3%	263 12.7%	230	72	158	11.1%
					11.1%	31.3%	68.7%	
R04	1,876	656 35.0%	722 38.5%	264 14.1%	234	73	161	12.5%
					12.5%	31.2%	68.8%	

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		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		
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	171	7.3%	0	0.0%	7	4.1%	37	21.6%	50	29.2%	59	34.5%	18	10.5%	47	27.5%	13	7.6%
	H30	164	7.5%	1	0.6%	9	5.5%	36	22.0%	46	28.0%	48	29.3%	24	14.6%	51	31.1%	13	7.9%
	R01	193	9.1%	5	2.6%	12	6.2%	39	20.2%	49	25.4%	56	29.0%	32	16.6%	68	35.2%	22	11.4%
	R02	209	10.5%	4	1.9%	12	5.7%	31	14.8%	54	25.8%	75	35.9%	33	15.8%	67	32.1%	19	9.1%
	R03	210	10.2%	1	0.5%	5	2.4%	46	21.9%	63	30.0%	65	31.0%	30	14.3%	61	29.0%	21	10.0%
	R04	210	11.2%	2	1.0%	14	6.7%	33	15.7%	58	27.6%	70	33.3%	33	15.7%	71	33.8%	18	8.6%
治療なし	H29	2,173	92.7%	958	44.1%	848	39.0%	285	13.1%	54	2.5%	20	0.9%	8	0.4%	15	0.7%	5	0.2%
	H30	2,029	92.5%	913	45.0%	785	38.7%	254	12.5%	53	2.6%	16	0.8%	8	0.4%	12	0.6%	7	0.3%
	R01	1,935	90.9%	725	37.5%	834	43.1%	290	15.0%	64	3.3%	13	0.7%	9	0.5%	14	0.7%	9	0.5%
	R02	1,775	89.5%	681	38.4%	784	44.2%	243	13.7%	46	2.6%	11	0.6%	10	0.6%	15	0.8%	7	0.4%
	R03	1,853	89.8%	779	42.0%	785	42.4%	217	11.7%	50	2.7%	16	0.9%	6	0.3%	11	0.6%	6	0.3%
	R04	1,666	88.8%	654	39.3%	708	42.5%	231	13.9%	50	3.0%	17	1.0%	6	0.4%	10	0.6%	3	0.2%

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

参考資料7 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	2,379	694	29.2%	414	17.4%	694	29.2%	485	20.4%	73	3.1%	19	0.8%
H30	2,226	636	28.6%	397	17.8%	616	27.7%	489	22.0%	71	3.2%	17	0.8%
R01	2,167	548	25.3%	373	17.2%	685	31.6%	470	21.7%	77	3.6%	14	0.6%
R02	1,985	487	24.5%	330	16.6%	640	32.2%	432	21.8%	87	4.4%	9	0.5%
R03	2,063	487	23.6%	360	17.5%	615	29.8%	495	24.0%	91	4.4%	15	0.7%
R04	1,876	454	24.2%	358	19.1%	572	30.5%	415	22.1%	69	3.7%	8	0.4%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲	割合
					再Ⅲ度高血圧	未治療	治療		
H29	2,379	1,108 46.6%	694 29.2%	485 20.4%	92 3.9%	50 54.3%	42 45.7%	0.8%	3.9%
H30	2,226	1,033 46.4%	616 27.7%	489 22.0%	88 4.0%	47 53.4%	41 46.6%	0.8%	4.0%
R01	2,167	921 42.5%	685 31.6%	470 21.7%	91 4.2%	44 48.4%	47 51.6%	0.6%	4.2%
R02	1,985	817 41.2%	640 32.2%	432 21.8%	96 4.8%	44 45.8%	52 54.2%	0.5%	4.8%
R03	2,063	847 41.1%	615 29.8%	495 24.0%	106 5.1%	55 51.9%	51 48.1%	0.7%	5.1%
R04	1,876	812 43.3%	572 30.5%	415 22.1%	77 4.1%	45 58.4%	32 41.6%	0.4%	4.1%

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	924	38.8%	143	15.5%	175	18.9%	315	34.1%	249	26.9%	35	3.8%	7	0.8%
	H30	862	38.7%	133	15.4%	161	18.7%	275	31.9%	252	29.2%	38	4.4%	3	0.3%
	R01	877	40.5%	98	11.2%	165	18.8%	323	36.8%	244	27.8%	43	4.9%	4	0.5%
	R02	876	44.1%	117	13.4%	146	16.7%	344	39.3%	217	24.8%	46	5.3%	6	0.7%
	R03	892	43.2%	115	12.9%	146	16.4%	320	35.9%	260	29.1%	42	4.7%	9	1.0%
	R04	834	44.5%	120	14.4%	155	18.6%	282	33.8%	245	29.4%	29	3.5%	3	0.4%
治療なし	H29	1,455	61.2%	551	37.9%	239	16.4%	379	26.0%	236	16.2%	38	2.6%	12	0.8%
	H30	1,364	61.3%	503	36.9%	236	17.3%	341	25.0%	237	17.4%	33	2.4%	14	1.0%
	R01	1,290	59.5%	450	34.9%	208	16.1%	362	28.1%	226	17.5%	34	2.6%	10	0.8%
	R02	1,109	55.9%	370	33.4%	184	16.6%	296	26.7%	215	19.4%	41	3.7%	3	0.3%
	R03	1,171	56.8%	372	31.8%	214	18.3%	295	25.2%	235	20.1%	49	4.2%	6	0.5%
	R04	1,042	55.5%	334	32.1%	203	19.5%	290	27.8%	170	16.3%	40	3.8%	5	0.5%

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

参考資料8 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
総数	H29	2,379	1,073	45.1%	656	27.6%	378	15.9%	179	7.5%	93	3.9%
	H30	2,223	981	44.1%	607	27.3%	343	15.4%	188	8.5%	104	4.7%
	R01	2,167	936	43.2%	557	25.7%	385	17.8%	186	8.6%	103	4.8%
	R02	1,984	889	44.8%	517	26.1%	352	17.7%	141	7.1%	85	4.3%
	R03	2,062	919	44.6%	556	27.0%	339	16.4%	163	7.9%	85	4.1%
R04	1,875	909	48.5%	508	27.1%	265	14.1%	129	6.9%	64	3.4%	
男性	H29	1,107	564	50.9%	300	27.1%	154	13.9%	58	5.2%	31	2.8%
	H30	1,050	528	50.3%	272	25.9%	142	13.5%	72	6.9%	36	3.4%
	R01	1,011	480	47.5%	261	25.8%	170	16.8%	70	6.9%	30	3.0%
	R02	949	483	50.9%	237	25.0%	153	16.1%	43	4.5%	33	3.5%
	R03	973	476	48.9%	260	26.7%	143	14.7%	63	6.5%	31	3.2%
R04	875	465	53.1%	244	27.9%	95	10.9%	52	5.9%	19	2.2%	
女性	H29	1,272	509	40.0%	356	28.0%	224	17.6%	121	9.5%	62	4.9%
	H30	1,173	453	38.6%	335	28.6%	201	17.1%	116	9.9%	68	5.8%
	R01	1,156	456	39.4%	296	25.6%	215	18.6%	116	10.0%	73	6.3%
	R02	1,035	406	39.2%	280	27.1%	199	19.2%	98	9.5%	52	5.0%
	R03	1,089	443	40.7%	296	27.2%	196	18.0%	100	9.2%	54	5.0%
R04	1,000	444	44.4%	264	26.4%	170	17.0%	77	7.7%	45	4.5%	

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

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲	再)180以上	未治療	治療	割合
					人数	割合	割合					
H29	2,379	1,073	656	378	272	244	28	11.4%	89.7%	10.3%	9.0%	11.4%
H30	2,223	981	607	343	292	264	28	13.1%	90.4%	9.6%	4.7%	13.1%
R01	2,167	936	557	385	289	268	21	13.3%	92.7%	7.3%	4.8%	13.3%
R02	1,984	889	517	352	226	204	22	11.4%	90.3%	9.7%	4.3%	11.4%
R03	2,062	919	556	339	248	223	25	12.0%	89.9%	10.1%	4.1%	12.0%
R04	1,875	909	508	265	193	182	11	10.3%	94.3%	5.7%	3.4%	10.3%
					64	62	2	3.4%	96.9%	3.1%		

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	433	18.2%	252	58.2%	111	25.6%	42	9.7%	18	4.2%	10	2.3%
	H30	404	18.2%	258	63.9%	84	20.8%	34	8.4%	18	4.5%	10	2.5%
	R01	477	22.0%	286	60.0%	122	25.6%	48	10.1%	10	2.1%	11	2.3%
	R02	497	25.1%	334	67.2%	97	19.5%	44	8.9%	16	3.2%	6	1.2%
	R03	556	27.0%	372	66.9%	113	20.3%	46	8.3%	20	3.6%	5	0.9%
R04	515	27.5%	359	69.7%	113	21.9%	32	6.2%	9	1.7%	2	0.4%	
治療なし	H29	1,946	81.8%	821	42.2%	545	28.0%	336	17.3%	161	8.3%	83	4.3%
	H30	1,819	81.8%	723	39.7%	523	28.8%	309	17.0%	170	9.3%	94	5.2%
	R01	1,690	78.0%	650	38.5%	435	25.7%	337	19.9%	176	10.4%	92	5.4%
	R02	1,487	74.9%	555	37.3%	420	28.2%	308	20.7%	125	8.4%	79	5.3%
	R03	1,506	73.0%	547	36.3%	443	29.4%	293	19.5%	143	9.5%	80	5.3%
R04	1,360	72.5%	550	40.4%	395	29.0%	233	17.1%	120	8.8%	62	4.6%	

出典・参照: 特定健診等データ管理システム