

久米島町国民健康保険
第3期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(第四期特定健康診査等実施計画)
令和6年度～令和11年度

久米島町国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

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

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 ……10

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……39

1. 第四期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報保護
7. 結果の報告
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章 課題解決するための個別保健事業47

I. 保健事業の方向性

II. 重症化予防の取組

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

III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

IV. 発症予防

V. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し80

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い81

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料82

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

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

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

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

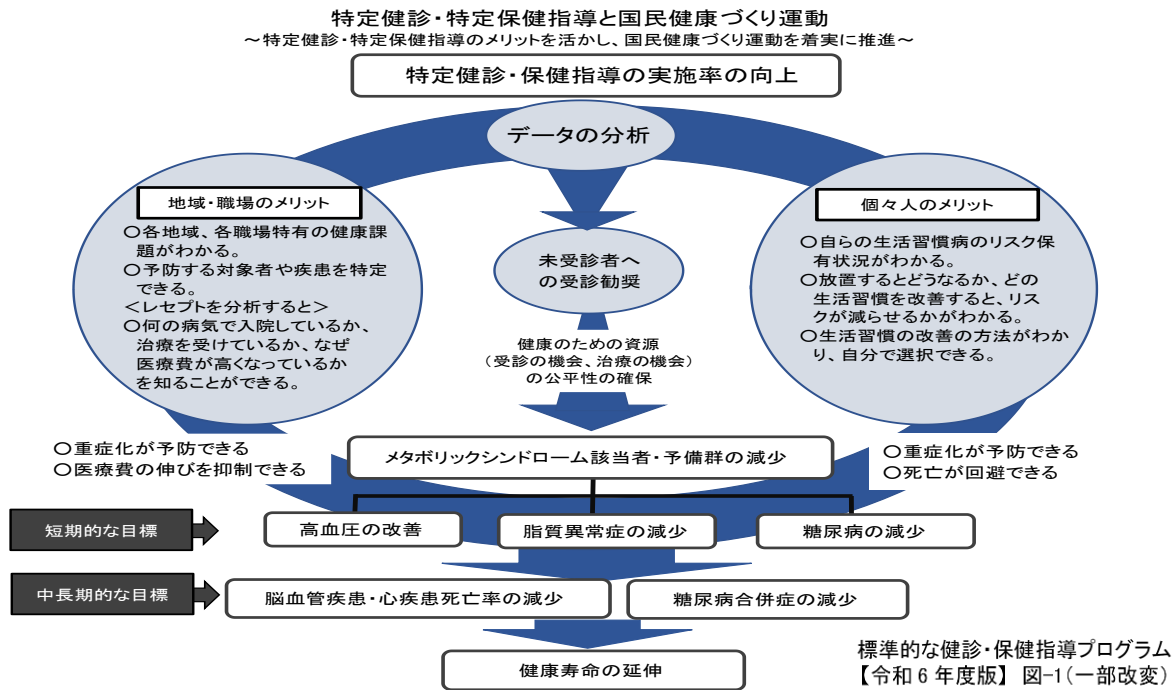
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

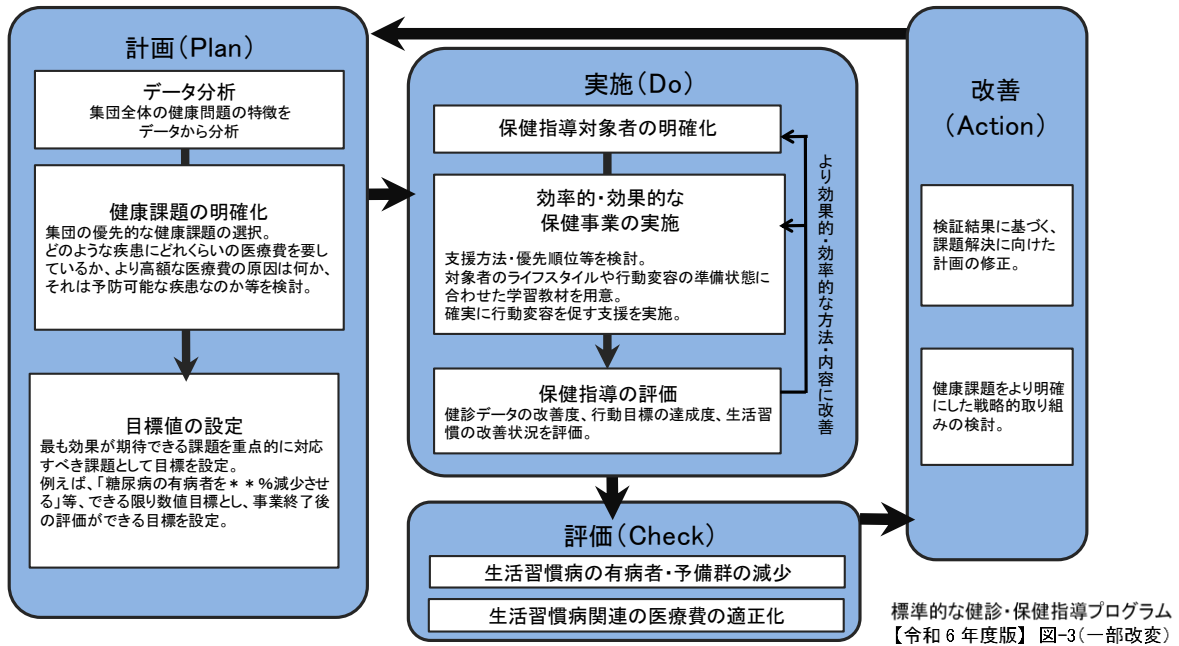
		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6~17年(12年) 2024年~2035年	指針 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~8年(3年) 2024~2026年
計画 策定者	都道府県・義務 市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者・義務	都道府県・義務	都道府県・義務	市町村・義務 都道府県・義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開により実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効 率的な保健事業の実施を図るため の保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、育壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮		すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳 特定疾病(※) ※初期期の認知症、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

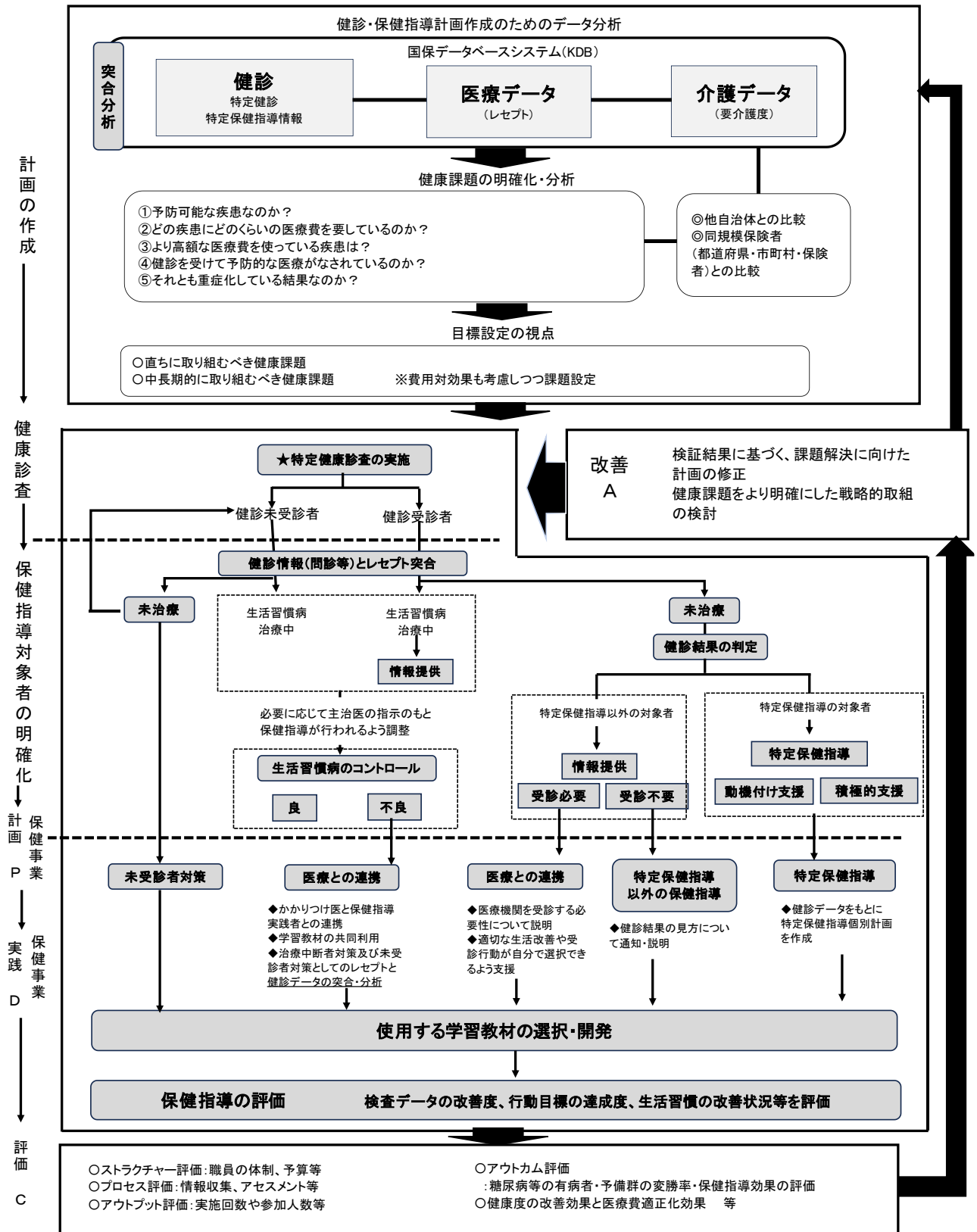


注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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		高齢者の医療の確保に関する法律
	最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)		
		→	
		行動変容を促す手法	
	かつての健診・保健指導		
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導		現在の健診・保健指導
特徴	事業中心の保健指導		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
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		結果を出す保健指導
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		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
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		自己選択 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、実施する。
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。
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
実施主体	市町村		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
			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方を整理。
(令和6年度版のプログラムからは削除されたが、基本的な考え方であるため参考までに揭示)

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

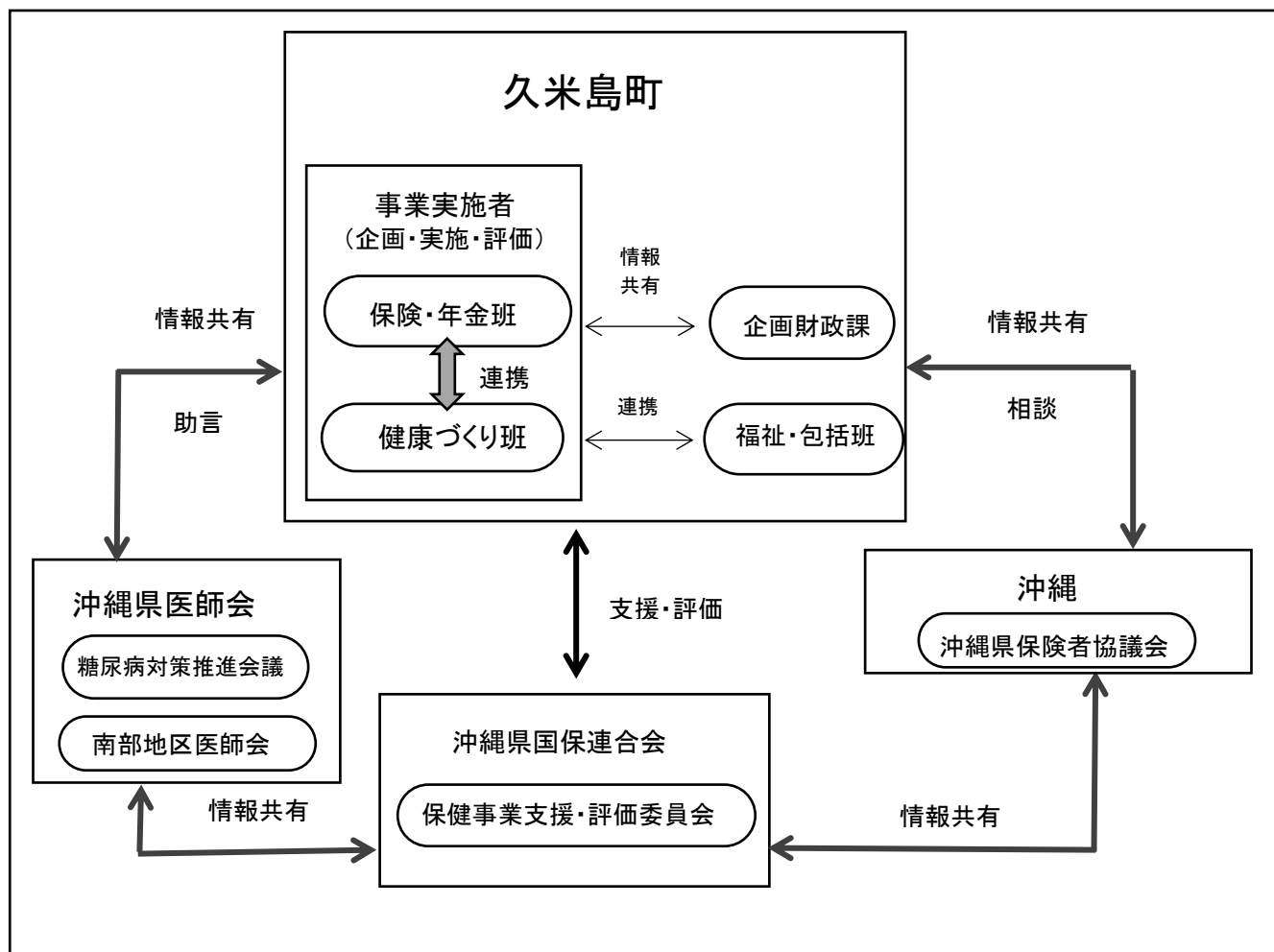
1) 市町村国保の役割

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

具体的には、福祉課内の高齢者保健医療部門、健康づくり部門、介護保険部門、生活保護部門、企画財政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 久米島町の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

	保 (主任)	保	保	管栄	事 (健康づくり 班長)	事 (保険年金 班長)	事 (こども班 長)	事	事	
国保事務						◎				
健康診断 保健指導		◎		◎						
がん検診		○		○	◎					
新型コロナ ワクチン		○			◎					
予防接種					◎ (高齢者)		◎ (こども)			
母子保健	○	○	◎	◎						
精神保健	◎									
歯科保健		◎			◎					
介護保険	◎									

2) 関係機関との連携※医師会等の外部有識者との連携等について記載する。(有識者等が参画する会議体を活用すること等)

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要となります。計画の策定や事業の実施等を進めるにあたり久米島島内の医療機関である公立久米島病院と球美の島診療所との連携・協力が不可欠です。その他、沖縄県国民健康保険団体連合会(以下、国保連)や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、沖縄県保険者協議会、都道府県等と連携・協力します。

<参考> 手引きより抜粋

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

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

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

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

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

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

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

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

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(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	
			久米島 町	配点	久米島 町	配点	久米島 町	配点
交付額(万円)			338		356		363	
全国順位(1,741 市町村中)			856 位		1059 位		1421 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	75	70	-15	70	50	70
		(3)メタリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	20	40	30	40	27	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	10	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	10	90	15	90	20	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	40	50	40	50	25	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組	130	130	120	130	120	130
		(2)後発医薬品の使用割合						
	固有	①	保険料(税)収納率	5	100	50	100	50

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	20	30	0	40
⑤	第三者求償の取組	27	40	40	50	50	50
⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	39	95	64	100	73	100
合計点		556	1,000	534	960	465	940

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本町は、人口約7千人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で29.9%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は県と国より高く、同規模より低いです。また被保険者の平均年齢も50.6歳と同規模、国と比べて若く、出生率は県よりも低いです。財政指数も低い町となっています。産業においては、第3次産業が58.1%第一次産業と第二次産業と比較しても高く、サービス業の割合が多く、被保険者の生活習慣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34.4%で減少していたが、令和4年には増加に転じています。被保険者数は年々減少しており、年齢構成については40歳～64歳の割合が37.1%と高いものの、39歳以下とともに年々減少しています。しかし65歳～74歳の前期高齢者の割合は増加しています。(図表10)

また本町内には1つの病院があります。外来患者数は同規模と県と比較して低く、入院患者数は同規模と県と比較して高い傾向にあります。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した久米島町の特性

	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
久米島町	7,185	29.9	2,469 (34.4)	50.6	9.7	14.9	0.2	27.1	14.8	58.1
同規模	--	39.4	25.6	55.7	4.9	17.2	0.4	17.0	25.3	57.7
県	--	22.6	27	46.9	10.4	8.6	0.4	4.9	15.1	80.0
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典・参照：KDBシステム改変_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
 ※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、久米島町と同規模保険者(240市町村)の平均値を表す

図表 10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	2,730		2,675		2,607		2,543		2,469	
65～74歳	775	28.4	813	30.4	843	32.3	883	34.7	867	35.1
40～64歳	1,122	41.1	1,048	39.2	1,010	38.7	943	37.1	915	37.1
39歳以下	833	30.5	814	30.4	754	28.9	717	28.2	687	27.8
加入率	35.2		34.5		33.7		32.8		34.4	

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	県
											割合	割合
病院数	1	0.4	1	0.4	1	0.4	1	0.4	1	0.4	0.4	0.2
診療所数	3	1.1	3	1.1	3	1.2	3	1.2	3	1.2	2.7	2.3
病床数	40	14.7	40	15.0	40	15.3	40	15.7	40	16.2	37.4	47.9
医師数	7	2.6	7	2.6	6	2.3	6	2.4	5	2.0	4.2	10.0
外来患者数	413.2		434.8		377.8		392.9		413.5		692.2	541.1
入院患者数	20.5		23.8		19.4		20.6		24.9		22.7	19.0

出典・参照：KDB システム改変 地域の全体像の把握

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本町の R4 年度の要介護認定者は、2 号(40～64 歳)被保険者で 17 人(認定率 0.71%)、1 号(65 歳以上)被保険者で 475 人(認定率 22.1%)と同規模・県・国と比較すると高く、2 号被保険者の割合は H30 年度と比べても増加傾向にあります。(図表 12)

介護給付費は H30 年度から R4 年度にかけて減少していますが、同規模・県・国と比較すると依然高い状況です。(図表 13)加えて、本町は前期高齢者の割合が増加しており、今後、後期高齢に移行していくと介護給付費が増加していくことが予想されます。

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)と虚血性心疾患が上位を占めています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年代で約 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

	久米島町				同規模	県	国	
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度	
高齢化率	2,052人	26.5%	2,145人	29.9%	39.4%	22.6%	28.7%	
2号認定者	12人	0.44%	17人	0.71%	0.39%	0.45%	0.38%	
新規認定者	2人		5人		--	--	--	
1号認定者	558人	27.2%	475人	22.1%	19.4%	19.0%	19.4%	
新規認定者	73人		57人		--	--	--	
再掲	65～74歳	58人	6.9%	46人	4.3%	--	--	--
新規認定者	18人		10人		--	--	--	
75歳以上	500人	41.2%	429人	39.5%	--	--	--	
新規認定者	55人		47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

	久米島町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	8億5220万円	7億7631万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	415,302	361,914	314,188	324,737	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	77,143	71,103	74,986	69,211	59,662
居宅サービス	50,804	45,848	43,722	51,518	41,272
施設サービス	287,170	292,040	289,312	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)		17		46		429		475		492		
再)国保・後期		12		28		385		413		425		
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数
				割合		割合		割合		割合		割合
	循環器疾患	1	脳卒中	6	脳卒中	12	虚血性心疾患	180	虚血性心疾患	186	虚血性心疾患	190
				50.0%		42.9%		46.8%		45.0%		44.7%
		2	虚血性心疾患	4	虚血性心疾患	6	脳卒中	168	脳卒中	180	脳卒中	186
				33.3%		21.4%		43.6%		43.6%		43.8%
	3	腎不全	3	腎不全	4	腎不全	98	腎不全	102	腎不全	105	
			25.0%		14.3%		25.5%		24.7%		24.7%	
	合併症	4	糖尿病合併症	3	糖尿病合併症	8	糖尿病合併症	44	糖尿病合併症	52	糖尿病合併症	55
			25.0%		28.6%		11.4%		12.6%		12.9%	
基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			11	基礎疾患	28	基礎疾患	366	基礎疾患	394	基礎疾患	405	
		91.7%		100.0%		95.1%		95.4%		95.3%		
血管疾患合計			12	合計	28	合計	373	合計	401	合計	413	
		100.0%		100.0%		96.9%		97.1%		97.2%		
認知症		認知症	5	認知症	8	認知症	172	認知症	180	認知症	185	
			41.7%		28.6%		44.7%		43.6%		43.5%	
筋・骨格疾患		筋骨格系	11	筋骨格系	24	筋骨格系	376	筋骨格系	400	筋骨格系	411	
			91.7%		85.7%		97.7%		96.9%		96.7%	

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

出典・参照: KDB システム改変

② 医療費の状況

本町は、国保加入者が減少している一方で前期高齢者の割合が増えています。総医療費は増加しており、一人あたり医療費も、H30 年度と比較して約 10 万円近く増加しています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 6%程度にも関わらず、医療費全体の約 54.3%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 8 万円も高くなっています。(図表 15)

また年齢調整をした地域差指数では、全国、県を下回っております。国保、後期ともに H30年度から、入院の地域差指数は減少しています。

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因です。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 16)

図表 15 医療費の推移

	久米島町		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)	2,730人	2,469人	--	--	--	
前期高齢者割合	775人 (28.4%)	867人 (35.1%)	--	--	--	
総医療費	6億9385万円	8億5584万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	254,158 <small>県内35位 同規模237位</small>	346,632 <small>県内16位 同規模176位</small>	376,732	318,310	339,680	
入院	1件あたり費用額(円)	533,120	614,010	588,690	634,340	617,950
	費用の割合	52.5	54.3	43.7	46.4	39.6
	件数の割合	4.7	5.7	3.2	3.4	2.5
外来	1件あたり費用額	23,920	31,160	24,870	25,820	24,220
	費用の割合	47.5	45.7	56.3	53.6	60.4
	件数の割合	95.3	94.3	96.8	96.6	97.5
受診率	433.719	438.495	714.851	560.174	705.439	

※同規模被保険者数: 249

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			
	久米島町 (県内市町村中)		県 (47県中)	久米島町 (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	0.836	0.816	1.070	0.930	0.860	1.092
		(39位)	(37位)	(14位)	(37位)	(34位)	(14位)
	入院	1.083	0.999	1.259	1.128	1.041	1.286
		(34位)	(36位)	(10位)	(34位)	(35位)	(5位)
	外来	0.685	0.705	0.965	0.723	0.672	0.910
		(36位)	(34位)	(40位)	(35位)	(32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、金額で見ると約100万円増加しています。

脳血管疾患と腎疾患については、H30年度から増加しています。また悪性新生物と筋・骨疾患の割合も増加しており、同規模・県・国よりも高くなっています。虚血性心疾患はH30年度より減少していますが、同規模、県、国と比べても高い状況です。(図表 17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と比較してみると、脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全で若干の増加が見られます。年代別にみると虚血性心疾患において、40-64 歳の人数は横ばいですが、65-74 歳で増加が見られます。中長期目標疾患を発症させないために、40-64 歳の世代に発症予防の保健指導を行うと同時に、65-74 歳の年代への重症化予防の取組に力を入れる必要があります。(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

			久米島町		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費			6億9385万円	8億5584万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計			7048万円	7155万円	--	--	--
			10.16%	8.36%	7.67%	10.08%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.49%	2.39%	2.06%	2.40%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	4.89%	2.00%	1.47%	1.61%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.53%	3.71%	3.83%	5.80%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.24%	0.27%	0.32%	0.27%	0.29%
そ の 他 の	悪性新生物		10.44%	17.46%	16.76%	12.57%	16.69%
	筋・骨疾患		6.06%	10.72%	9.27%	7.73%	8.68%
	精神疾患		11.28%	7.84%	7.98%	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(脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析)の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	2,730	2,469	a	152	154	153	164	12	13	
				a/A	5.6%	6.2%	5.6%	6.6%	0.4%	0.5%	
40歳以上	B	1,897	1,782	b	151	151	147	162	12	13	
	B/A	69.5%	72.2%	b/B	8.0%	8.5%	7.7%	9.1%	0.6%	0.7%	
再掲	40~64歳	D	1,122	915	d	50	47	54	51	7	6
		D/A	41.1%	37.1%	d/D	4.5%	5.1%	4.8%	5.6%	0.6%	0.7%
	65~74歳	C	775	867	c	101	104	93	111	5	7
		C/A	28.4%	35.1%	c/C	13.0%	12.0%	12.0%	12.8%	0.6%	0.8%

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

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、高血圧症と脂質異常症の治療者の割合は増えている一方で、糖尿病の治療者の割合は減少しています。合併症(重症化)である虚血性心疾患と人工透析は増加しており、脳血管疾患もまだ多い状況です。

また、糖尿病性網膜症は大幅に増加しています。

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いることが、治療者の増加につながっていると考えられますが、一方で糖尿病合併症を発症している人も多いため、引き続き、重症化しないうちの医療受診勧奨も含めた保健指導を行っていく必要があります。(図 19、20、21)

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40~64歳		65~74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	814	826	337	291	477	535	
	A/被保数	42.9%	46.4%	30.0%	31.8%	61.5%	61.7%	
(中長期 合併 目標 疾患)	脳血管疾患	B	99	97	31	29	68	68
		B/A	12.2%	11.7%	9.2%	10.0%	14.3%	12.7%
	虚血性心疾患	C	112	118	40	37	72	81
		C/A	13.8%	14.3%	11.9%	12.7%	15.1%	15.1%
	人工透析	D	11	12	6	6	5	6
		D/A	1.4%	1.5%	1.8%	2.1%	1.0%	1.1%

出典・参照:KDB システム改変_疾病管理一覧(高血圧症)

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	395	337	178	132	217	205
		A/被保数	20.8%	18.9%	15.9%	14.4%	28.0%	23.6%
(中長期 合併目 標疾患)	脳血管疾患	B	46	41	12	10	34	31
		B/A	11.6%	12.2%	6.7%	7.6%	15.7%	15.1%
	虚血性心疾患	C	51	63	15	20	36	43
		C/A	12.9%	18.7%	8.4%	15.2%	16.6%	21.0%
	人工透析	D	2	5	0	2	2	3
		D/A	0.5%	1.5%	0.0%	1.5%	0.9%	1.5%
糖尿病 合併症	糖尿病性腎症	E	53	55	19	24	34	31
		E/A	13.4%	16.3%	10.7%	18.2%	15.7%	15.1%
	糖尿病性網膜症	F	98	131	43	50	55	81
		F/A	24.8%	38.9%	24.2%	37.9%	25.3%	39.5%
	糖尿病性神経障害	G	11	8	6	5	5	3
		G/A	2.8%	2.4%	3.4%	3.8%	2.3%	1.5%

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

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)		A	469	495	204	180	265	315
		A/被保数	24.7%	27.8%	18.2%	19.7%	34.2%	36.3%
(中長期 合併目 標疾患)	脳血管疾患	B	70	71	24	22	46	49
		B/A	14.9%	14.3%	11.8%	12.2%	17.4%	15.6%
	虚血性心疾患	C	89	95	33	30	56	65
		C/A	19.0%	19.2%	16.2%	16.7%	21.1%	20.6%
	人工透析	D	6	9	3	4	3	5
		D/A	1.3%	1.8%	1.5%	2.2%	1.1%	1.6%

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

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧を H30 年度と R3 年度で比較してみたところ、有所見者の割合が減ってきています。ただし、コロナ禍による受診控えで、受診者自体が減少しているため、実際に有所見者が減少しているのかについては今後把握していく必要があります。未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が 25%います。HbA1c7.0%

以上の H30 年度と R3 年度の比較では、有所見者を割合で見たときに上昇しています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、全員が治療につながっていますが、治療中断している者もいるため、糖尿病管理台帳で把握をすること、定期通院をしてもらうように受診勧奨・保健指導を行います。(図表 22)

新型コロナウイルス感染症の影響で受診率が低迷し回復半ばです。生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善 II 度高血圧の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度				R03年度				レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	問診結果				問診結果				未治療		治療中断	
					未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断					
C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E					
久米島町	968	54.1	640	37.4	95	9.8	48	50.5	48	7.5	24	50.0	12	25.0	3	6.3
沖縄県	96,845	41.3	80,454	34.6	5,660	5.8	3,211	56.7	5,264	6.5	2,871	54.5	1,746	33.2	304	5.8

	健診受診率				糖尿病											
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度				R03年度				レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	問診結果				問診結果				未治療		治療中断	
					未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		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					
久米島町	968	100.0	640	100.0	64	6.6	15	23.4	56	8.8	11	19.6	0	0.0	1	1.8
沖縄県	95,731	98.8	80,349	99.9	5,422	5.7	1,356	25.0	4,847	6.0	1,120	23.1	357	7.4	190	3.9

出典・参照:KDB システム改変、特定健診等データ管理システム

- 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

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 R4 年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、5 ポイントも伸びています。(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 以上の有所見者をみていくと、新型コロナウイルス感染症の影響で、受診者が減少したことにより有所見者人数は減少しています。しかし、割合で見ると、血圧と LDL で増加しており、中でも LDL の改善率は H30 年度より減少していま

す。血圧に関しては、改善率は若干上昇していますが、悪化の割合も増加しています。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、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	3項目		2項目		予備群
			3項目	2項目	3項目	2項目	
H30年度	968 (54.1%)	297 (30.7%)	100 (10.3%)	197 (20.4%)	147 (15.2%)		
R04年度	682 (41.2%)	243 (35.6%)	89 (13.0%)	154 (22.6%)	108 (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			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	116 (12.0%)	23 (19.8%)	50 (43.1%)	13 (11.2%)	30 (25.9%)
R03→R04	94 (14.7%)	33 (35.1%)	38 (40.4%)	9 (9.6%)	14 (14.9%)

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			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	95 (9.8%)	41 (43.2%)	19 (20.0%)	2 (2.1%)	33 (34.7%)
R03→R04	48 (7.5%)	22 (45.8%)	7 (14.6%)	6 (12.5%)	13 (27.1%)

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	115 (11.9%)	54 (47.0%)	25 (21.7%)	7 (6.1%)	29 (25.2%)
R03→R04	102 (15.9%)	31 (30.4%)	38 (37.3%)	6 (5.9%)	27 (26.5%)

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率は、H30 年度には 51.5%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、R2 年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標を成できていません。(図表 27)

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

特定保健指導については、R4 年度で専門職の減員により、実施率が大きく下がっています。専門職の確保に努め、目標値 60%を目指し、実施していきます。

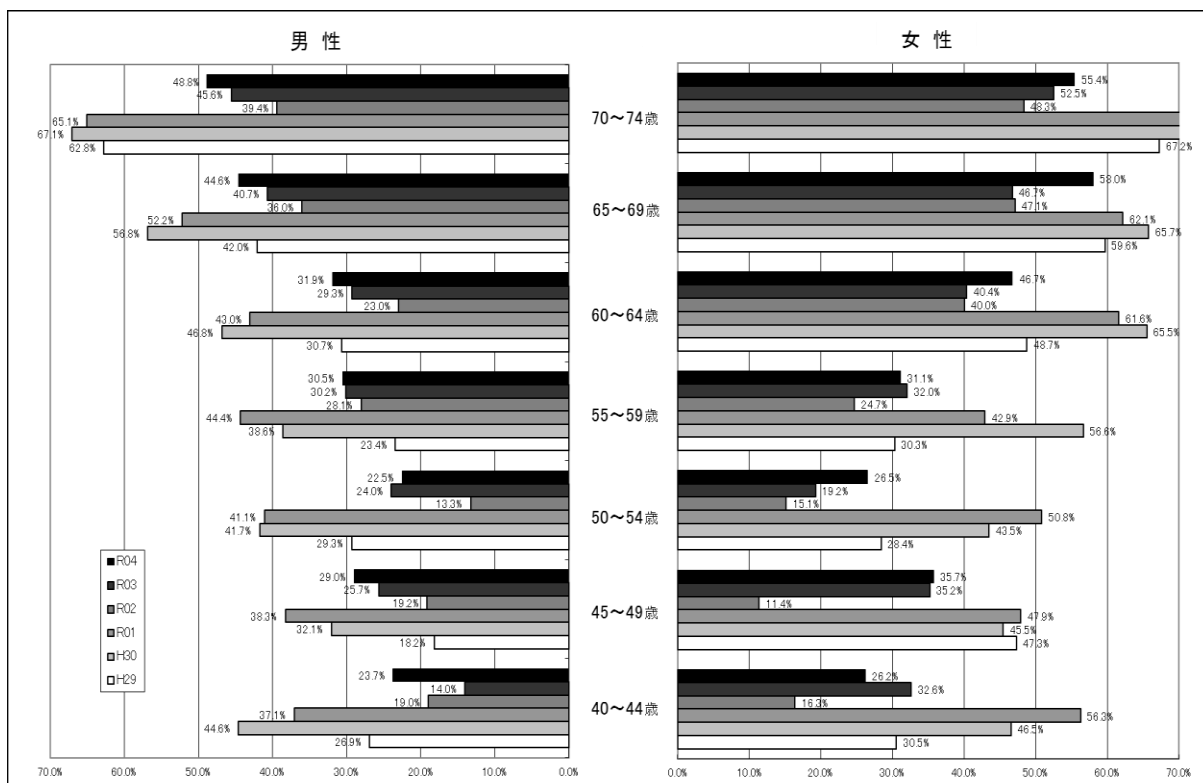
生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	921	875	527	617	651	健診受診率 60%
	受診率	51.5%	49.9%	30.8%	36.0%	39.3%	
特定保健指導	該当者数	178	175	114	106	112	特定保健指導実施率 60%
	割合	19.3%	20.0%	21.6%	17.2%	17.2%	
	実施者数	141	84	79	60	30	
	実施率	79.2%	48.0%	69.3%	56.6%	26.8%	

出典・参照：特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典・参照：特定健診等データ管理システム

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者割合は増加している一方で、血糖値有所見者に対する保健指導実施率は減少しています。(表 1)

未治療・中断の割合は R3 年にかけて増加し、その後やや横ばいとなっています。未治療者・治療中断者を最優先対象者とし重点的に支援する必要があります。(表 2、3)

受診のない方には継続して保健指導を実施するように体制を強化し、又治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援をおこないます。

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

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

表 1 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	993	932	545	653	709
血糖値有所見者 * 1	人(b)	94	95	53	80	92
	(b/a)	9.5%	10.2%	9.7%	12.3%	13.0%
保健指導実施者 * 2	人(c)	68	42	23	21	11
	(c/b)	72.3%	44.2%	43.4%	26.3%	12.0%

* 1 HbA1c6.5%以上のもの

* 2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

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)	167	153	85	112	114
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 * 3	人(b)	26	23	13	26	21
	(b/a)	15.6%	15.0%	15.3%	23.2%	18.4%
受診した者	人(c)	14	16	10	20	15
	(c/b)	53.8%	69.6%	76.9%	76.9%	71.4%
治療開始した者	人(c)	5	10	1	7	4
	(c/b)	19.2%	43.5%	7.7%	26.9%	19.0%

* 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)	993	932	545	653	709
HbA1c8.0%以上	人(b)	19	21	21	27	28
	(b/a)	1.9%	2.3%	3.9%	4.1%	3.9%
保健指導実施	人(c)	9	14	12	6	13
	(c/b)	47.4%	66.7%	57.1%	22.2%	46.4%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	2	1	3	0	3
	(b/a)	10.5%	4.8%	14.3%	0.0%	10.7%

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

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、集団健診での全数心電図実施に努めていますが、実施率はH30年から横ばいです。また、個別健診での心電図実施の体制は整っていません。(表4)

有所見者のうちST所見をみると、要精査・要医療と判定を受けた者のうち、医療機関を受診している者は6割にとどまっています。心房細動未治療者については、全数が治療開始、または、精密検査後異常なしの判定となっています。(表5、6)

R4年度まで、心房細動所見ありの者の抽出把握を実施していなかったため、今後、集団健診結果収受後、速やかに心房細動所見者を抽出し、受診勧奨を行います。医療機関受診中の者に対しては、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行うよう努めます。

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	921	520	401	875	493	382	526	292	234	615	349	266	650	362	288
心電図受診者(人)	b	603	330	273	458	250	208				423	225	198	426	228	198
心電図実施率	b/a	65.5%	63.5%	68.1%	52.3%	50.7%	54.5%				68.8%	64.5%	74.4%	65.5%	63.0%	68.8%
要医療者(人)	c	7	5	2	3	3	0				3	2	1	5	5	0
要精査者(人)	d	40	20	20	27	12	15				23	10	13	35	17	18
有所見率	(c+d)/b	7.8%	7.6%	8.1%	6.6%	6.0%	7.2%				6.1%	5.3%	7.1%	9.4%	9.6%	9.1%
心房細動(人)	e	7	5	2	3	3	0				3	2	1	5	5	0
心房細動有所見率	e/b	1.2%	1.5%	0.7%	0.7%	1.2%	0.0%				0.7%	0.9%	0.5%	1.2%	2.2%	0.0%
うち、心房細動未治療(人)		1	1	0	0	0	0				0	0	0	1	1	0

※R2年度は、新型コロナウイルス感染症の影響で集団健診未実施。(心電図も未実施です。)

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		603		458				423		426	
ST異常所見		16	2.7%	10	2.2%			10	2.4%	15	3.5%
要医療・要精査		16	100.0%	10	100.0%			10	100.0%	15	100.0%
	医療機関受診あり	9	56.3%	8	80.0%			8	80.0%	9	60.0%
	医療機関受診なし	7	43.8%	2	20.0%			2	20.0%	6	40.0%
それ以外の判定		0	0.0%	0	0.0%			0	0.0%	0	0.0%

表 6 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

	H30		R1		R2	R3		R4	
心房細動有所見者	7		3			3		5	
心房細動未治療者	7	100.0%	3	100.0%		3	100.0%	5	100.0%
検査後、異常なしと診断 (等、治療開始に至らず)	1	14.3%	0	0.0%		0	0.0%	1	20.0%
治療開始	6	85.7%	3	100.0%		3	100.0%	4	80.0%

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、約 5%の横ばいで、約 2 割が未治療者です。R4 年度において血圧Ⅱ度以上の未治療者 7 人のうち、保健指導後、治療につながった者は、いませんでした。

血圧Ⅲ度においては、9 人のうち 2 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の支援を適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の者においても、家庭血のすすめ血圧手帳の活用を促していきます。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が 82.1% いました。治療を行っていても肥満の解決ができていないことなどが背景で考えられます。

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)	993	932	545	653	709	
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	50	35	39	20	39	
	(b/a)	5.0%	3.8%	7.2%	3.1%	5.5%	
	治療あり	人(c)	46	31	36	18	32
		(c/b)	92.0%	88.6%	92.3%	90.0%	82.1%
	治療なし	人(d)	9	4	5	2	7
		(d/b)	18.0%	11.4%	12.8%	10.0%	17.9%
	治療開始	人(e)	6	0	3	0	0
		(e/d)	66.7%	0.0%	60.0%	0.0%	0.0%
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	12	7	6	0	9
		(f/a)	1.2%	0.8%	1.1%	0.0%	1.3%
	治療あり	人	10	7	5	0	7
	治療なし	人	2	0	1	0	2

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
1,139		641 56.3%	381 33.5%	95 8.3%	22 1.9%
リスク第1層 予後影響因子がない	42	C 30 4.7%	B 9 2.4%	B 3 3.2%	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	617	C 363 54.2%	B 203 53.3%	A 42 44.2%	A 9 40.9%
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	480	B 248 42.1%	A 169 38.7%	A 50 52.6%	A 13 59.1%

…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	283
		24.8%
B	概ね1ヵ月後に再評価	463
		40.6%
C	概ね3ヵ月後に再評価	393
		34.5%

※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、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。

(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。

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

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている県の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、町広報誌やラジオ広報で周知してきました。

また、肥満の改善を目的として集団健診会場で『脳の変調』、『短鎖脂肪酸』、『食品に含まれる砂糖の量』、『野菜摂取量を増やそう!』などの展示も行いました。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ年度)	
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5		
			(H30)	(R2)	(R4)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	0.4%	1.2%	2.4%	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	13.1%	3.0%	2.0%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	0.7%	4.8%	3.7%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	1.0%	1.6%	2.5%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.0%	0.9%	0.6%	
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	45.7%	56.7%	51.3%	久米島町 福祉課 (集計ツール、 有所見者状況)
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	9.9%	13.5%	10.1%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	11.9%	14.4%	14.7%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	12.0%	11.8%	13.7%	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.5%	1.4%	1.5%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	11.8%	58.3%	62.5%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	55.3%	48.8%	35.6%	
	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	51.5%	30.8%	39.3%	法定報告値	
		特定保健指導実施率60%以上	79.2%	69.3%	26.8%		
		特定保健指導対象者の割合の減少	11.4%	6.5%	13.5%		
努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	5.0%	-	10.6%	地域保健 事業報告 (国保の受診率) *1
			肺がん検診受診者の増加	16.1%	-	22.6%	
			大腸がん検診受診者の増加	11.8%	4.7%	19.1%	
			子宮がん検診受診者の増加	12.4%	31.1%	15.3%	
			乳がん検診受診者の増加	11.9%	29.8%	10.4%	
			5つのがん検診の平均受診率の増加	11.3%	-	15.6%	
	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	86.1%	88.1%	94.3%	厚生労働省	

*1 R2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で、胃・肺がん検診が中止のため集計不可。

3) 第 2 期データヘルス計画に係る考察

第 2 期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全の重症化予防対策を進めてきました。H30 年度と R4 年度を比較すると、虚血性心疾患の総医療費に占める割合は減少していますが、脳血管疾患と腎不全の割合は増加しています。

医療費の割合では、入院が約 6 割、外来が 4 割となっており、治療を受けずに重症化してから入院に至るケースが多い事が予想できます。R3 年度から「高血圧」を本町の最優先課題として、受診勧奨を行ってきたことで高血圧の治療者は増加していますが、現在、治療開始後の血圧コントロール状況を把握できていません。

また、糖尿病治療者が、特に 40～64 歳で減少しており、それに伴い、虚血性心疾患、人工透析、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症の合併症が増加しています。中でも糖尿病性網膜症は大幅に増加しています。未治療者を徹底的に治療へ繋ぐこと、治療中でも、眼科受診の有無を確認する必要があります。本町は離島のため、医療資源が限られています。眼科も月 2 回の不定期外来で、人工透析も設備が限られます。あらかじめ発症しないこと、重症化しないことの必要性も住民に伝えていく必要があります。重症化予防の保健指導において、対象者に確認すべきことや行うべきことを、仕組み化し、保健指導を行います。

第三期特定健診等実施計画の目標についても、特定健診受診率、特定保健指導率は目標に達していないため、若い世代へのアプローチや各種台帳対象者の継続受診増やすなど、工夫して取り組んでいきます。

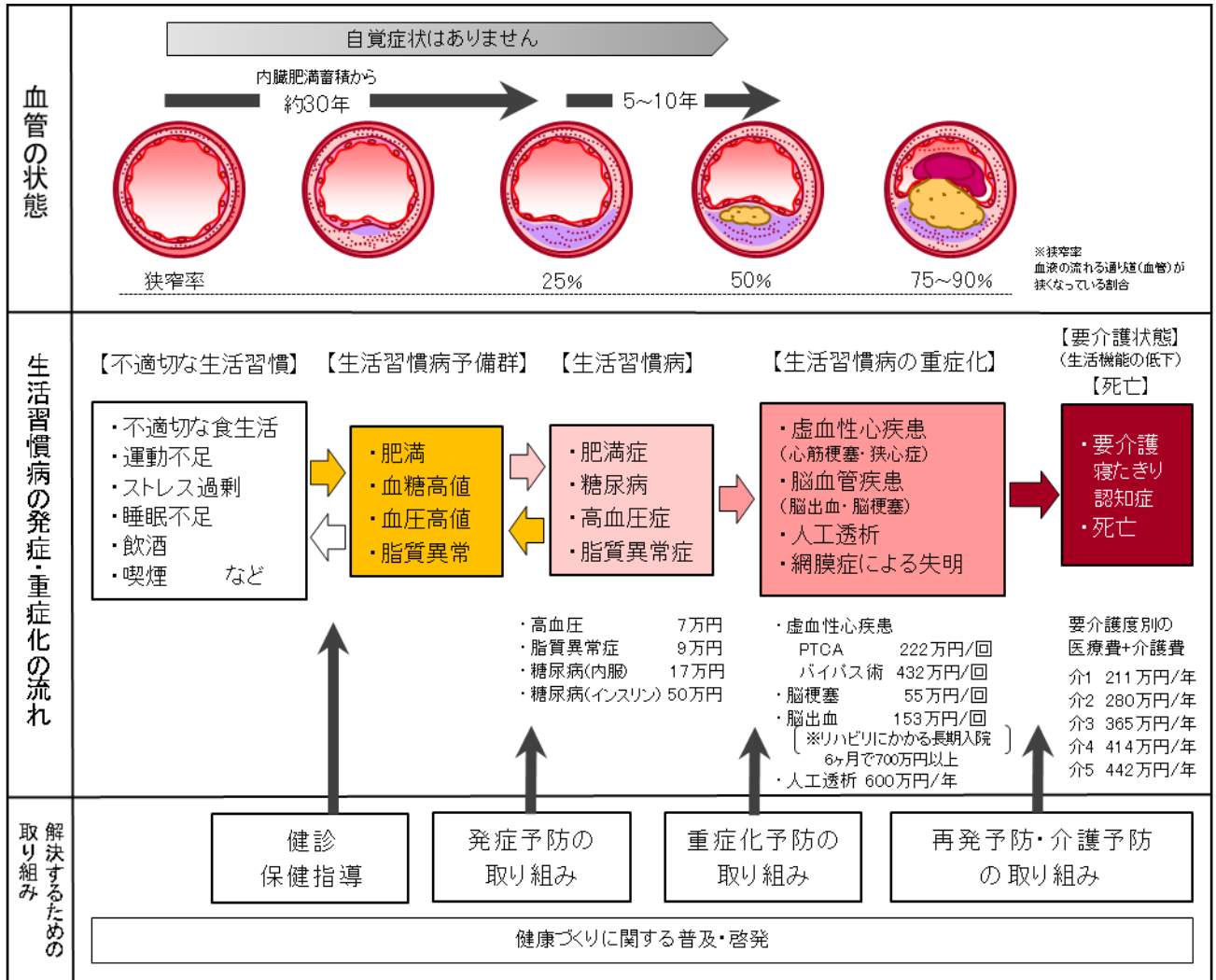
これらから、第 3 期においても、中長期目標疾患に移行しないよう、特定健診の受診勧奨を積極的に行い、短期目標疾患である、高血圧、糖尿病、脂質異常症に対する医療機関への受診勧奨、治療開始後の支援、肥満解決のための保健指導を継続していきます。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

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

図表 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



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

2)健康課題の明確化

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

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

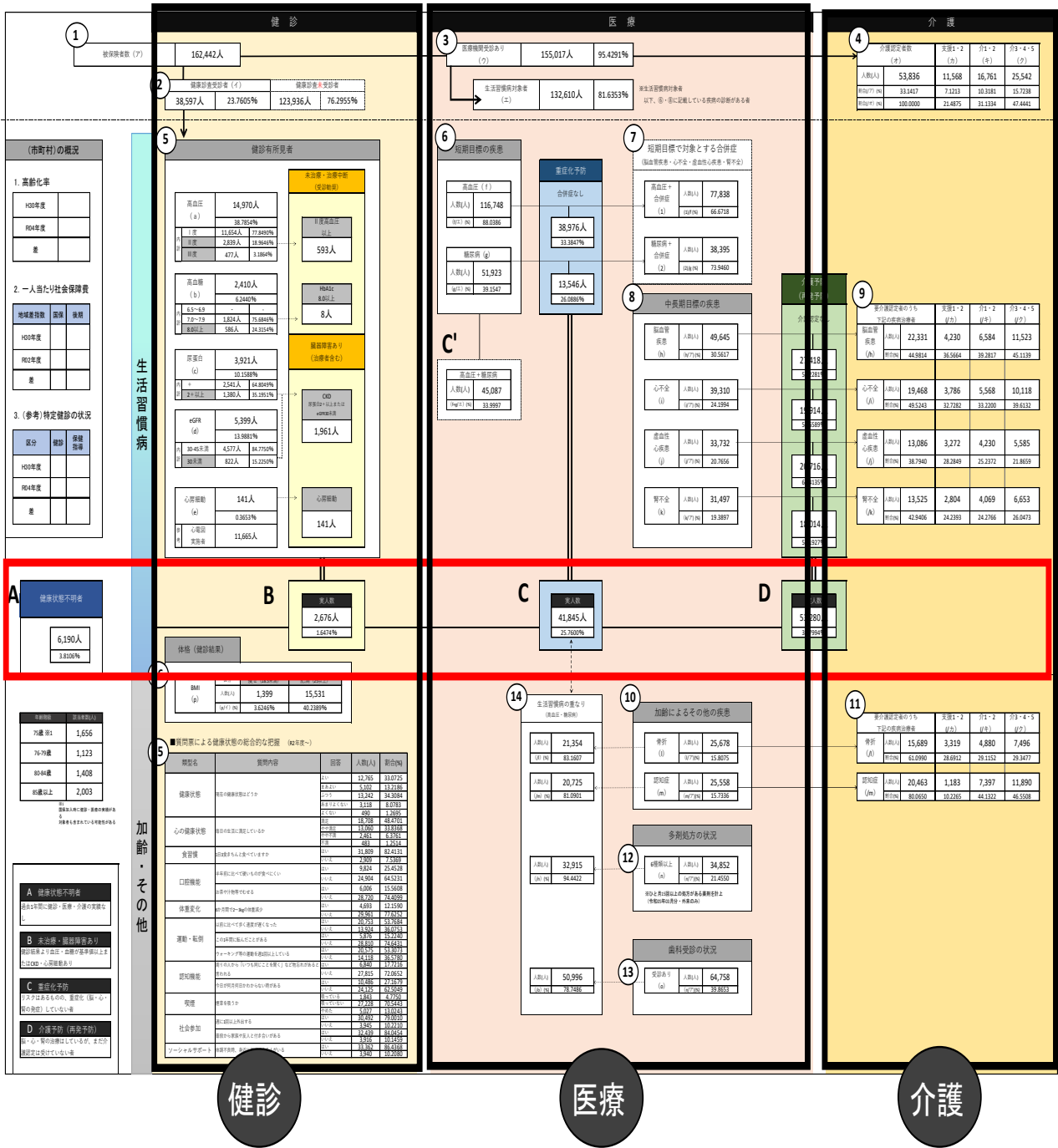
一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での

重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、(図表 31)に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

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

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

図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

図表 32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期: R04年度
被保険者数	2,730人	2,675人	2,607人	2,543人	2,469人	1,106人
総件数及び総費用額	件数: 14,468件	14,880件	12,436件	12,865件	13,307件	11,187件
	費用額: 6億9385万円	7億6262万円	6億3426万円	7億0340万円	8億5584万円	8億5636万円
一人あたり医療費	25.4万円	28.5万円	24.3万円	27.7万円	34.7万円	77.4万円

国保の被保険者数は年々減っているが、一人あたり医療費は R2 年度は新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、R3 年以降は増加傾向で、H30 年度と比較すると約 10 万円増加している。後期高齢者になると一人あたり 70 万円を超え、国保の 2 倍高い状況です。(図表 32)

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患		
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			慢性 腎不全 (透析 有)	慢性 腎不全 (透析 無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
① 国保	久米島町	8億5584万円	28.202	3.71%	0.27%	2.39%	2.00%	4.78%	2.45%	0.80%	1億4030万円	16.39%	17.46%	7.84%	10.72%
	同規模	--	30,571	3.83%	0.32%	2.06%	1.47%	6.06%	3.51%	2.04%	--	19.28%	16.76%	7.98%	9.27%
	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	久米島町	8億5636万円	64,388	4.81%	0.42%	3.30%	2.16%	2.51%	2.32%	0.49%	1億3718万円	16.02%	8.31%	4.35%	15.19%
	同規模	--	68,038	4.14%	0.54%	4.01%	1.51%	4.11%	3.28%	1.17%	--	18.77%	10.30%	3.53%	12.45%
	県	--	79,275	4.65%	0.38%	4.30%	1.76%	3.09%	2.26%	1.14%	--	17.58%	8.35%	4.54%	13.72%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

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

久米島町は、国保、後期ともに、短期目標疾患の糖尿病・高血圧・脂質異常症の総医療費に占める割合が、同規模・国と比べて低い状況です。国保では、中長期目標疾患である、脳血管疾患、心疾患の総医療費に占める割合が、国や同規模よりも高くなっており、後期では、中長期目標の心疾患、人工透析の割合が同規模・県・国よりも高くなっています。

治療が必要な人が治療に繋がらず、重症化している可能性があります。(図表 33)

図表34 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度	
高額レセプト (80万円以上/ 件)	人数	A	83人	87人	57人	78人	107人	99人
	件数	B	118件	131件	100件	142件	203件	166件
		B/総件数	0.82%	0.88%	0.80%	1.10%	1.53%	1.48%
	費用額	C	1億7651万円	1億9895万円	1億4381万円	1億8755万円	2億9764万円	2億4518万円
		C/総費用	25.4%	26.1%	22.7%	26.7%	34.8%	28.6%

出典・参照：KDBシステム改変

図表35 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度								
脳血管疾患	人数	D	4人	3人	5人	7人	8人	6人							
		D/A	4.8%	3.4%	8.8%	9.0%	7.5%	6.1%							
	件数	E	7件	4件	9件	14件	10件	7件							
		E/B	5.9%	3.1%	9.0%	9.9%	4.9%	4.2%							
	年代別	40歳未満	1	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%		
		40代	0	0.0%	2	50.0%	2	22.2%	4	28.6%	1	10.0%	70-74歳	1	14.3%
		50代	4	57.1%	2	50.0%	6	66.7%	1	7.1%	1	10.0%	75-80歳	2	28.6%
		60代	1	14.3%	0	0.0%	1	11.1%	7	50.0%	3	30.0%	80代	3	42.9%
		70-74歳	1	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	2	14.3%	5	50.0%	90歳以上	1	14.3%
	費用額	F	1049万円	416万円	1601万円	1834万円	1042万円	1445万円							
		F/C	5.9%	2.1%	11.1%	9.8%	3.5%	5.9%							

出典・参照：KDBシステム改変

図表36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度								
虚血性心疾患	人数	G	14人	6人	3人	6人	9人	9人							
		G/A	16.9%	6.9%	5.3%	7.7%	8.4%	9.1%							
	件数	H	14件	7件	3件	8件	9件	12件							
		H/B	11.9%	5.3%	3.0%	5.6%	4.4%	7.2%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%		
		40代	2	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	3	21.4%	3	42.9%	0	0.0%	0	0.0%	2	22.2%	75-80歳	6	50.0%
		60代	5	35.7%	1	14.3%	2	66.7%	6	75.0%	3	33.3%	80代	5	41.7%
		70-74歳	4	28.6%	3	42.9%	1	33.3%	2	25.0%	4	44.4%	90歳以上	1	8.3%
	費用額	I	2589万円	1671万円	441万円	1436万円	991万円	1607万円							
		I/C	14.7%	8.4%	3.1%	7.7%	3.3%	6.6%							

出典・参照：KDBシステム改変

高額レセプトについては、国保・後期ともに毎年約 100 件以上のレセプトが発生しており、R4 年度は 203 件とこれまでより大幅に増加しています。

脳血管疾患が原因の高額レセプトは、国保で令和 3 年度が一番多く 14 件、費用も 1800 万円以上がかかったのち、R4 年度には件数、費用共に減少しています。しかし、年々人数は増加しており、70-74 歳の発症件数の増加や、40-50 代でも発症しているケースがみられます。

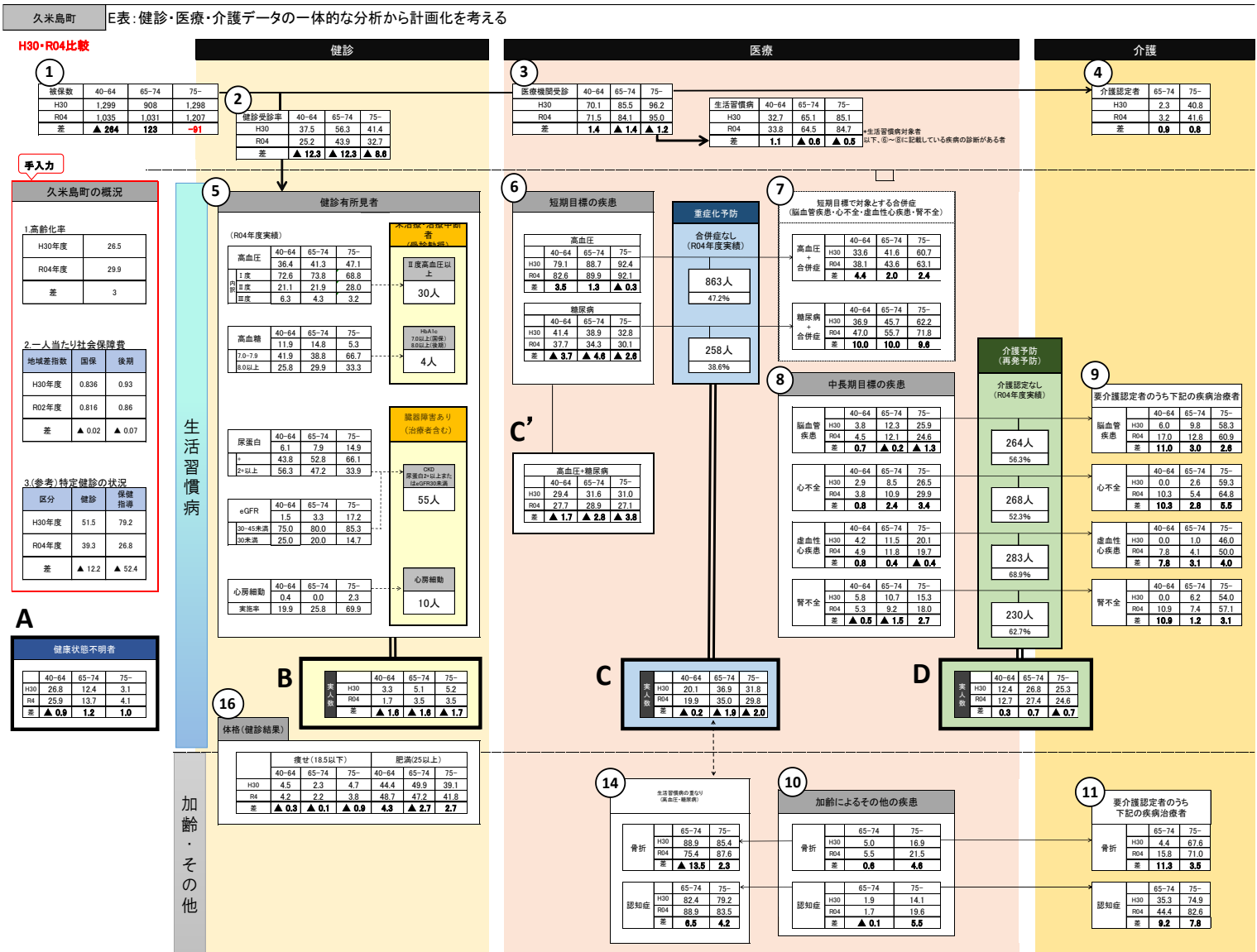
脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防については引き続き力を入れ

る必要があります。

虚血性心疾患が原因の高額レセプトは、後期では国保の約 1.5 倍の費用がかかっていますが、国保においては人数、件数、費用額とも H30 年度と比較すると減少しています。(図表 34、35、36)

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

図表 37 健診・医療・介護データの一体的な分析



出典・参照：保険者データヘルス支援システム

(3)健康課題の明確化(図表 32~42)

図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑮ 体格(健診結果)					
					特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	40.8	1,299	908	1,298	37.5	56.3	41.4	4.5	2.3	4.7	44.4	49.9	39.1
R4	41.6	1,035	1,031	1,207	25.2	43.9	32.7	4.2	2.2	3.8	48.7	47.2	41.8

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 38 の①被保険者数は、40～64 歳と 75 歳以上は減少していますが、前期高齢者は 100 人以上増加しています。今後後期高齢者が増加することが予想されます。

⑮の体格をみると、40～64 歳の若い年齢層で、BMI25以上の割合が 4 ポイント高くなっています。

図表 39 健診有所見状況

E表	⑤																																			
	Ⅱ度高血圧以上 ()は未治療・治療中断者									HbA1c7.0以上 ()は未治療・治療中断者 ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満									心房細動								
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-		
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	44	27.7	(20)	58	24.5	(13)	92	32.4	(13)	24	53.3	(3)	47	60.3	(1)	7	21.2	(1)	22	44.0	(22)	33	42.9	(29)	53	29.1	(49)	0	0.0	(0)	3	0.6	(3)	5	0.9	(5)
R4	26	27.4	(8)	49	26.2	(16)	58	31.2	(6)	21	67.7	(3)	46	68.7	(1)	7	33.3	(0)	10	50.0	(9)	20	39.2	(19)	30	23.6	(27)	1	0.4	(1)	0	0.0	(0)	9	2.3	(9)

健診有所見の状況を見ると、HbA1c7.0 以上(後期高齢者は 8.0 以上)の割合がどの年代においても増加しており、未治療の割合も多いため、受診勧奨を徹底して行う必要があります。

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③									⑥									⑦								
	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症											
							高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症								
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-						
H30	70.1	85.5	96.2	32.7	65.1	85.1	79.1	88.7	92.4	41.4	38.9	32.8	29.4	31.6	31.0	33.6	41.6	60.7	36.9	45.7	62.2						
R4	71.5	84.1	95.0	33.8	64.5	84.7	82.6	89.9	92.1	37.7	34.3	30.1	27.7	28.9	27.1	38.1	43.6	63.1	47.0	55.7	71.8						

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

⑥短期目標疾患(高血圧・糖尿病)の治療率をみると、高血圧の治療率が 40-64、65-74 で増加しています。一方で糖尿病の治療率は全ての年代で減少しています。⑦短期目標の疾患とする合併症では、どちらも全ての年代で増加しており、特に糖尿病+合併症では大幅に増加しています。適切な治療に繋ぐことで重症化を防ぐ必要があります。

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

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険者)												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	3.8	12.3	25.9	4.2	11.5	20.1	2.9	8.5	26.5	5.8	10.7	15.3	6.0	9.8	58.3	0.0	1.0	46.0	0.0	2.6	59.3	0.0	6.2	54.0
R4	4.5	12.1	24.6	4.9	11.8	19.7	3.8	10.9	29.9	5.3	9.2	18.0	17.0	12.8	60.9	7.8	4.1	50.0	10.3	5.4	64.8	10.9	7.4	57.1

中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、H30 年度と R4 年度を比較すると、若い年代で、脳血管疾患、虚血性心疾患、心不全で増加傾向であり、心不全は全ての年代で増加しています。これらは介護給付費が高くなる原因の一つであり、介護給付費適正化、入院医療費の抑制においても重要な課題であるといえます。

図表 42 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保数割)				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	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	88.9	85.4	82.4	79.2	5.0	16.9	1.9	14.1	4.4	67.6	35.3	74.9
R4	75.4	87.6	88.9	83.5	5.5	21.5	1.7	19.6	15.8	71.0	44.4	82.6

高血圧や糖尿病などの生活習慣病は、高齢者の骨折や認知症にも関係があることが知られています。75歳以上では、骨折・認知症と生活習慣病との重なりが増加しており、65-74歳でも認知症と生活習慣病の重なりが増加しています。

(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。久米島町では、特に①糖尿病未治療者の増加 ②高血圧治療開始後のコントロール状況が課題です。糖尿病と高血圧を最優先で取り組んでいきます。

具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

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

② 中長期的な目標の設定

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

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

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

③短期的な目標の設定

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

特に①HbA1c6.5%以上の割合を減少すること②血圧Ⅱ度以上の割合を減少すること③メタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。

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

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

(2) 管理目標の設定

図表 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ年度)
				初期値 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	データヘルス計画支援ツール (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)	2.4%		KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持		2.0%		
			慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持		3.7%		
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	データヘルス計画支援ツール (集団の疾患特徴の把握)	2.5%		
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	各市町村			
	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の減少率	保健指導実践ツール (集計ツール)	51.5%		久米島町福祉課
			メタボ+高血圧者の割合減少（140/90以上）				
			+高血糖者の割合減少（HbA1c8.0以上）				
			+脂質異常者の割合減少（LDL160以上）				
			+尿蛋白有所見者の割合減少（2+以上）				
			+高尿酸者の割合減少（8.0以上）				
			健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）		1.8%		
			健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL160以上）		14.5%		
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少（HbA1c6.5%以上）		13.5%		
			★健診受診者のHbA1c8.0%（NGSP値）以上の者の割合の減少		4.0%		
	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	各市町村					
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	法定報告値 (特定健診等データ管理システム)	39.3%		法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	※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	26.8%		
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※		17.2%		

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

図表 44 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	40%	42%	45%	49%	54%	60%以上
特定保健指導実施率	30%	35%	40%	45%	50	60%以上

3. 対象者の見込み

図表 45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	1700人	1700人	1700人	1700人	1700人	1700人
	受診者数	680人	714人	765人	833人	918人	1020人
特定保健指導	対象者数	110人	110人	110人	110人	110人	110人
	実施者数	33人	39人	44人	50人	55人	66人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

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

- ① 集団健診(久米島町具志川農村環境改善センター)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

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

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、久米島町のホームページに掲載する。

(参照) URL : <https://www.town.kumejima.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かえられます。(実施基準第 1 条第 4 項)

図表 46 久米島町特定健診検査項目

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

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

(5)実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

(6)医療機関との適切な連携

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

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

(7)代行機関

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

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 47 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時可) ↓ (特定健診の開始)	(特定保健指導の実施)
5月		↓ 住民健診	健診データ抽出(前年度)
6月		健診データ受取 → 費用決裁 ↓ 保健指導対象者の抽出 ↓ 結果説明会 ↓ (特定保健指導の開始)	↓ 実施実績の分析実施方法、 委託先機関の見直し等
7月			
8月			
9月		↓ (特定健診・特定保健指導の実施)	↓ 受診・実施率実績の算出 支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
10月			
11月	契約に関わる 予算手続き	【未受診者へ】 受診勧奨ハガキ送付	
12月			
1月			
2月			
3月	契約準備	↓ (特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

5. 特定保健指導の実施

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

○第4期(2024年以降)における変更点

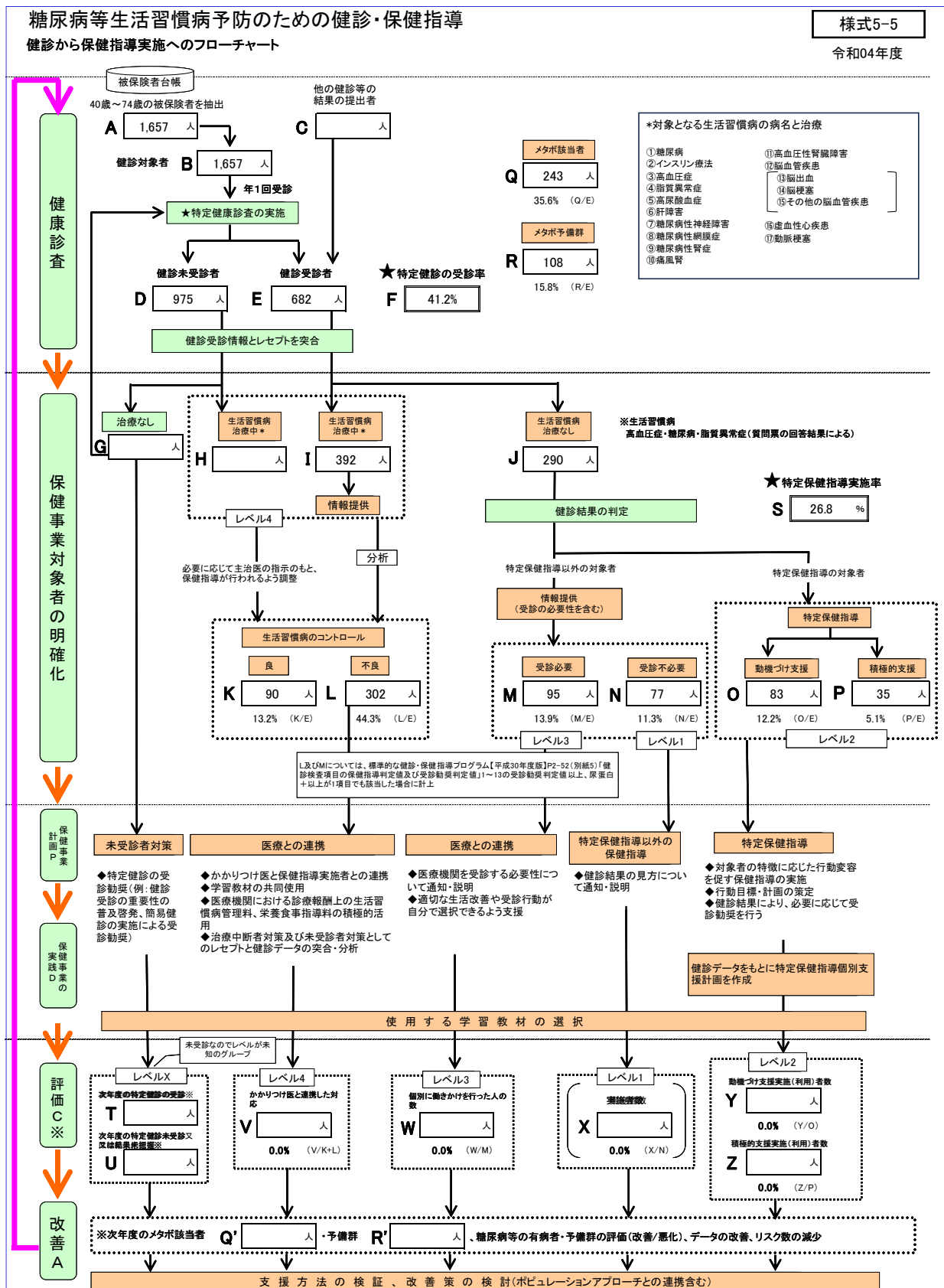
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1)健診から保健指導実施の流れ

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

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)



出典・参照：特定健診等データ管理システム

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	118人 (17.3%)	60%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	95人 (13.9%)	HbA1c6.5以上と血圧Ⅱ度以上については 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)	975人 ※受診率目標達成までにあと311人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	77人 (11.3%)	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	392人 (57.5%)	40%

(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎特定健康診査の開始		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月	◎住民健診・がん検診		◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
6月	◎結果説明会	◎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	◎女性がん検診にて健診受診勧奨		
12月	◎受診勧奨ハガキ送付		
1月			
2月			
3月	◎健診の終了		

6. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律および久米島町個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

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

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

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

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

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

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

II. 重症化予防の取組

久米島町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、342人(50.1%)です。

そのうち治療なしが95人(32.8%)を占め、さらに臓器障害あり直ちに取組むべき対象者が27人(28.4%)です。

また、久米島町においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、95人中67人と多いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効果的であることが分かります。(図表51)

図表 51 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-											令和04年度																
健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少			<参考> 健診受診者(受診率)																	
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)		682人	41.2%															
↓ 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											■各疾患の治療状況 <table border="1"> <tr> <th></th> <th>治療中</th> <th>治療なし</th> </tr> <tr> <td>高血圧</td> <td>335</td> <td>347</td> </tr> <tr> <td>脂質異常症</td> <td>154</td> <td>528</td> </tr> <tr> <td>糖尿病</td> <td>85</td> <td>597</td> </tr> <tr> <td>3疾患 いずれか</td> <td>392</td> <td>290</td> </tr> </table>			治療中	治療なし	高血圧	335	347	脂質異常症	154	528	糖尿病	85	597	3疾患 いずれか	392	290
	治療中	治療なし																									
高血圧	335	347																									
脂質異常症	154	528																									
糖尿病	85	597																									
3疾患 いずれか	392	290																									
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	68	10.0%	2	0.3%	39	5.7%	55	8.1%	243	35.6%	74	10.9%	78	11.4%	342	50.1%											
治療なし	35	10.1%	0	0.0%	35	6.6%	41	7.8%	47	16.2%	27	4.5%	19	6.6%	95	32.8%											
(再掲) 特定保健指導	19	27.9%	0	0.0%	12	30.8%	16	29.1%	47	19.3%	8	10.8%	7	9.0%	67	19.6%											
治療中	33	9.9%	2	0.5%	4	2.6%	14	9.1%	196	50.0%	47	55.3%	59	15.1%	247	63.0%											
臓器障害 あり	13	37.1%	0	—	8	22.9%	12	29.3%	8	17.0%	11	40.7%	19	100.0%	27	28.4%											
CKD(専門医対象者)	5		0		6		11		5		9		19		19												
心電図所見あり	8		0		2		2		3		2		0		8												
臓器障害 なし	22	62.9%	—		27	77.1%	29	70.7%	39	83.0%	16	59.3%	—		—												

出典・参照：特定健診等データ管理システム

1. 糖尿病性腎症重症化予防

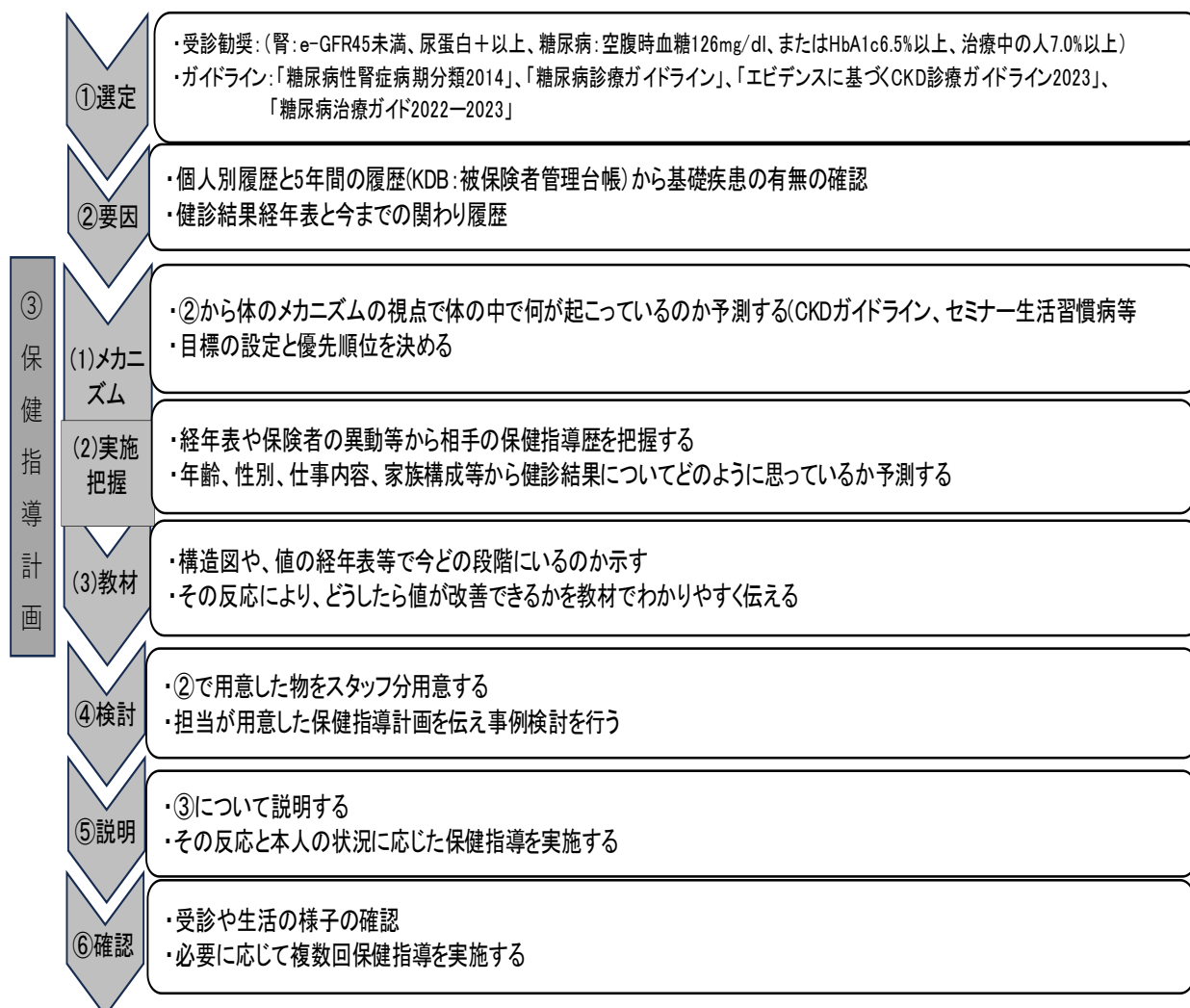
1) 基本的な考え方

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

なお、取組にあたっては(図表 52)に沿って実施します。

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

図表 52 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

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

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

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

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

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

出典・参照: 糖尿病治療ガイド 2022-2023

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していきます。久米島町においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常ア

ルブミン尿と尿蛋白（－）、微量アルブミン尿と尿蛋白（±）、顕性アルブミン尿（＋）として
いることから、尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となります。

②基準に基づく該当者数の把握

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

久米島町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、30人(23.8%・F)でした。
また、40～74歳における糖尿病治療者358人(H)のうち、特定健診受診者が96人(76.2%・G)
であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者209人(58.4%・I)については、治療中である
が、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③介入方法と優先順位

(図表54)より久米島町における介入方法を以下のとおりとします。

優先順位1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・30人
- ・確実に医療機関に繋ぐよう受診勧奨を徹底して行う。

優先順位2

【保健指導】

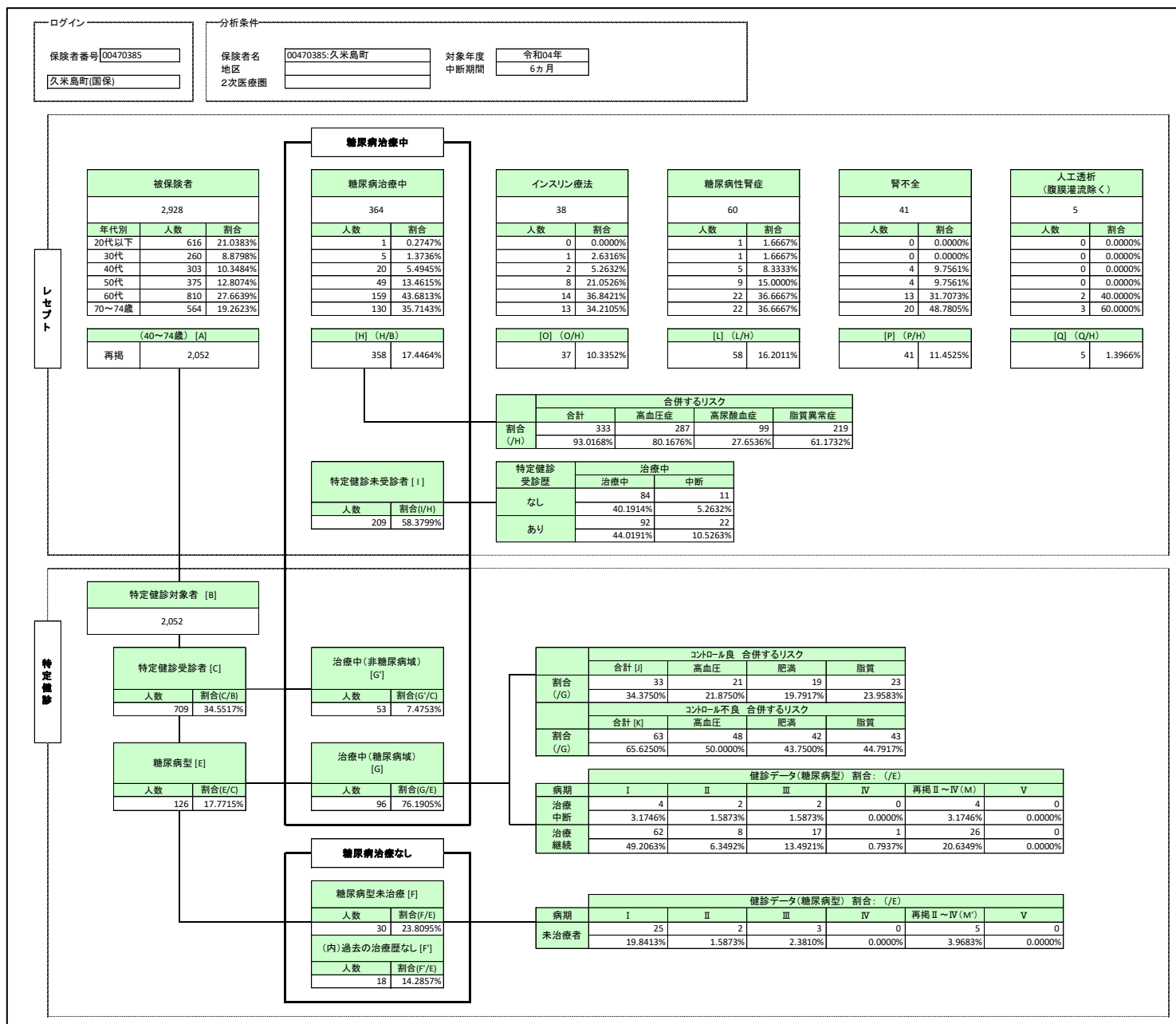
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者(K)・・・63人
- ・治療中断しない(継続受診)のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導(糖尿病連携手帳の活用)

優先順位3

【保健指導】

- ・Iの中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を管理台帳で把握
- ・健診未受診者、治療中断者、医療機関未受診者を抽出
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導
- ・特定健診の受診勧奨

図表 54 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典・参照：保険者データヘルス支援システム

3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。久米島町においては、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 55 令和4年度版 なぜ治療が必要なのかを学習するための資料

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

令和4年度版 なぜ治療が必要なのかを学習するための教材 (青本)	
5	<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炒めるのでしょうか？</p> <p>R4沖・治5-07 尿検査eGFRで異常が出た方へ どの科でどんな検査が必要なの？</p> <p>R4沖・治5-08 自分はどの位置にいるのか、コントロール目標、腎臓の構造</p> <p>R4沖・治5-09 進行を遅らせるための目標値</p> <p>R4沖・治5-10 治療や食事の改善で腎機能の改善も期待できます</p> <p>R4沖・治5-11 治療を開始し、体重を減らして尿蛋白が正常となり、腎機能も改善したAさん</p> <p>R4沖・治5-12 治療を継続し、体重を減らして尿蛋白が正常になり腎機能も改善したBさん</p>

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

その他	

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

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

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、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行っています。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

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

②保健指導対象者に対する評価

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

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		突合表	久米島町										同規模保険者(平均)		
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	2,846人		2,725人		2,626人		2,630人		2,578人				
	② (再掲) 40-74歳		1,981人		1,909人		1,858人		1,866人		1,846人				
2	① 対象者数	B	1,788人		1,753人		1,713人		1,713人		1,655人				
	② 特定健診 受診者数	C	968人		922人		548人		640人		682人				
	③ 受診率		--	--	--	--	--	--							
3	① 特定 対象者数		178人		175人		114人		106人		112人				
	② 保健指導 実施率		79.2%		48.0%		69.3%		56.6%		26.8%				
4	健診 データ	① 糖尿病型	E	165人	17.0%	152人	16.5%	85人	15.5%	110人	17.2%	113人	16.6%		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	53人	32.1%	44人	28.9%	25人	29.4%	38人	34.5%	28人	24.8%		
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	112人	67.9%	108人	71.1%	60人	70.6%	72人	65.5%	85人	75.2%		
		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	59人 52.7%		62人 57.4%		35人 58.3%		49人 68.1%		53人 62.4%			
		⑤ 血圧 130/80以上		39人 66.1%		40人 64.5%		28人 80.0%		30人 61.2%		37人 69.8%			
		⑥ 肥満 BMI25以上	38人 64.4%		43人 69.4%		23人 65.7%		31人 63.3%		32人 60.4%				
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	53人 47.3%		46人 42.6%		25人 41.7%		23人 31.9%		32人 37.6%			
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	76人 46.1%		84人 55.3%		48人 56.5%		64人 58.2%		75人 66.4%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		50人 30.3%		33人 21.7%		15人 17.6%		26人 23.6%		12人 10.6%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		38人 23.0%		32人 21.1%		21人 24.7%		19人 17.3%		24人 21.2%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満		0人 0.0%		2人 1.3%		1人 1.2%		1人 0.9%		2人 1.8%			
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)	63.9人		71.2人		60.5人		69.2人		76.8人				
		② (再掲) 40-74歳(被保険者千対)	89.9人		98.5人		84.5人		96.5人		106.2人				
		③ レセプト件数(40-74歳) ()内は被保険者千対	1,250件 (658.9)		1,250件 (671.7)		1,150件 (620.6)		1,220件 (668.1)		1,142件 (640.9)		319,711件	(930.6)	
		④ 入院外(件数)	14件 (7.4)		7件 (3.8)		8件 (4.3)		5件 (2.7)		5件 (2.8)		1,521件	(4.4)	
		⑤ 糖尿病治療中	H	182人 6.4%		194人 7.1%		159人 6.1%		182人 6.9%		198人 7.7%			
		⑥ (再掲) 40-74歳		178人 9.0%		188人 9.8%		157人 8.4%		180人 9.6%		196人 10.6%			
		⑦ 健診未受診者	I	66人 37.1%		76人 40.4%		97人 61.8%		108人 60.0%		111人 56.6%			
		⑧ インスリン治療	O	18人 9.9%		19人 9.8%		18人 11.3%		16人 8.8%		13人 6.6%			
		⑨ (再掲) 40-74歳		18人 10.1%		19人 10.1%		18人 11.5%		16人 8.9%		13人 6.6%			
		⑩ 糖尿病性腎症	L	27人 14.8%		30人 15.5%		26人 16.4%		29人 15.9%		31人 15.7%			
		⑪ (再掲) 40-74歳		27人 15.2%		30人 16.0%		26人 16.6%		29人 16.1%		31人 15.8%			
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	1人 0.5%		2人 1.0%		2人 1.3%		3人 1.6%		2人 1.0%				
		⑬ (再掲) 40-74歳	1人 0.6%		2人 1.1%		2人 1.3%		3人 1.7%		2人 1.0%				
		⑭ 新規透析患者数	0 0%		1 50%		3		2 66.7%		2 100%				
		⑮ (再掲) 糖尿病性腎症	0 0%		0 0%		2 66.7%		0 0%		2 100%				
		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)	6人 3.3%		7人 4.0%		4人 2.5%		4人 2.4%		8人 5.0%				
6	医療費	① 総医療費	6億9385万円		7億6262万円		6億3426万円		7億0340万円		8億5584万円		6億7051万円		
		② 生活習慣病総医療費	3億4357万円		4億0252万円		3億3321万円		3億9206万円		4億5375万円		3億5898万円		
		③ (総医療費に占める割合)	49.5%		52.8%		52.5%		55.7%		53.0%		53.5%		
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	11,171円		17,978円		4,183円		9,720円		13,286円		9,063円		
		⑤ 健診未受診者	35,010円		35,451円		44,484円		51,916円		61,238円		37,482円		
		⑥ 糖尿病医療費	4365万円		4266万円		4176万円		4219万円		4090万円		4061万円		
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	12.7%		10.6%		12.5%		10.8%		9.0%		11.3%		
		⑧ 糖尿病入院外総医療費	7798万円		8944万円		8950万円		9089万円		1億0471万円				
		⑨ 1件あたり	31,281円		34,374円		38,265円		37,810円		43,979円				
		⑩ 糖尿病入院総医療費	7093万円		6799万円		5452万円		6836万円		1億2451万円				
		⑪ 1件あたり	627,694円		679,887円		482,500円		560,368円		819,145円				
		⑫ 在院日数	12日		13日		11日		12日		14日				
		⑬ 慢性腎不全医療費	2621万円		3747万円		4492万円		4074万円		3402万円		2783万円		
		⑭ 透析有り	2452万円		3661万円		4092万円		3880万円		3174万円		2567万円		
		⑮ 透析なし	169万円		86万円		400万円		194万円		228万円		216万円		
7	介護	① 介護給付費	8億5220万円		8億6424万円		8億5735万円		8億6169万円		7億7631万円		8億6719万円		
		② (2号認定者)糖尿病合併症	0件 0.0%		1件 25.0%		3件 25.0%		3件 25.0%		3件 25.0%				
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)	2人 2.1%		1人 1.1%		0人 0.0%		1人 1.1%		1人 0.9%		622人 1.0%		

出典・参照：KDB システム改変

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

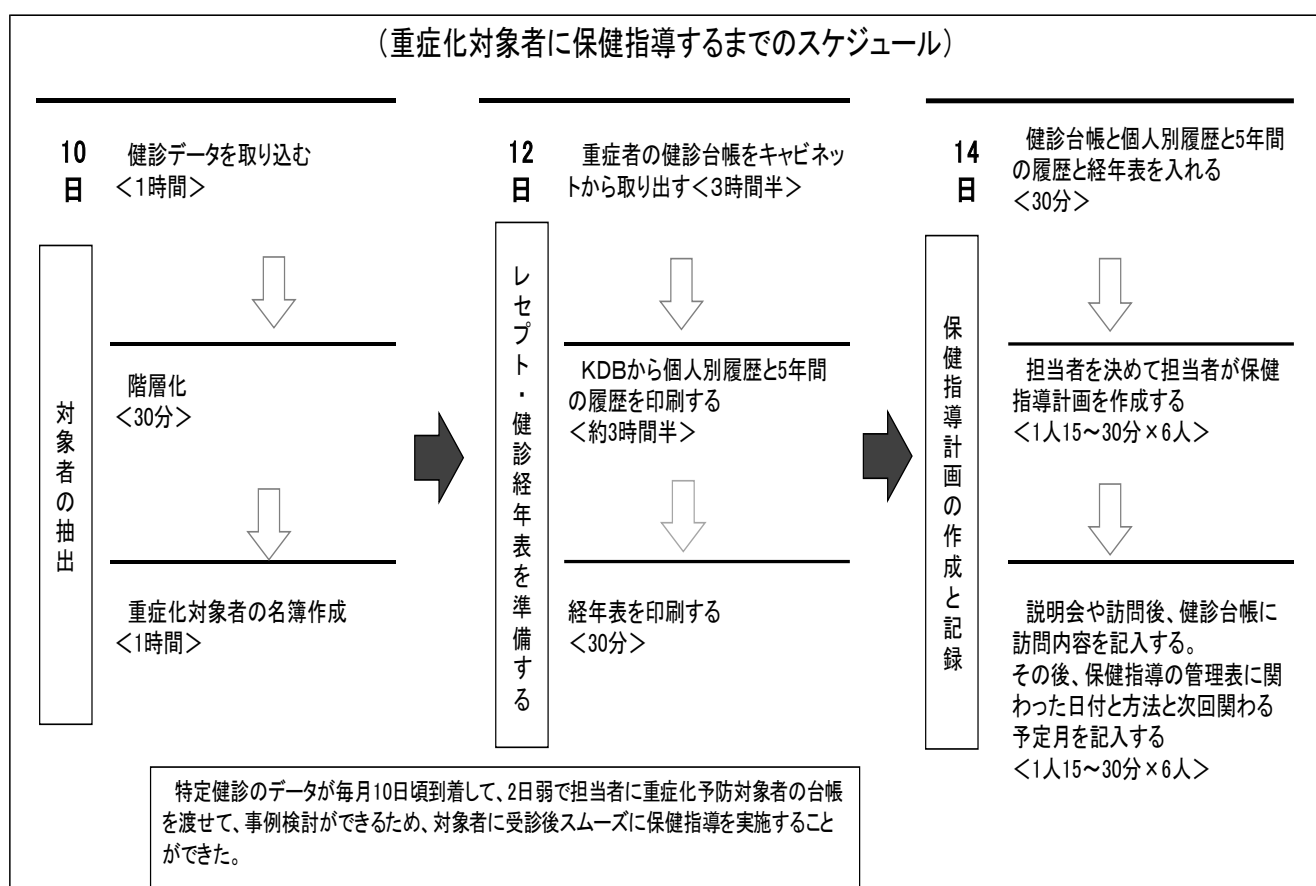
5月～特定健診結果が届き次第、対象者へ介入

7月～糖尿病管理台帳の作成

医療機関未受診者・治療中断者、重症化するリスクが高い者へ、健診の受診勧奨や医療機関受診勧奨及び保健指導を行う。(通年)

3月 事業評価(アウトプット、アウトカム)を行い事業の見直し

図表 57 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

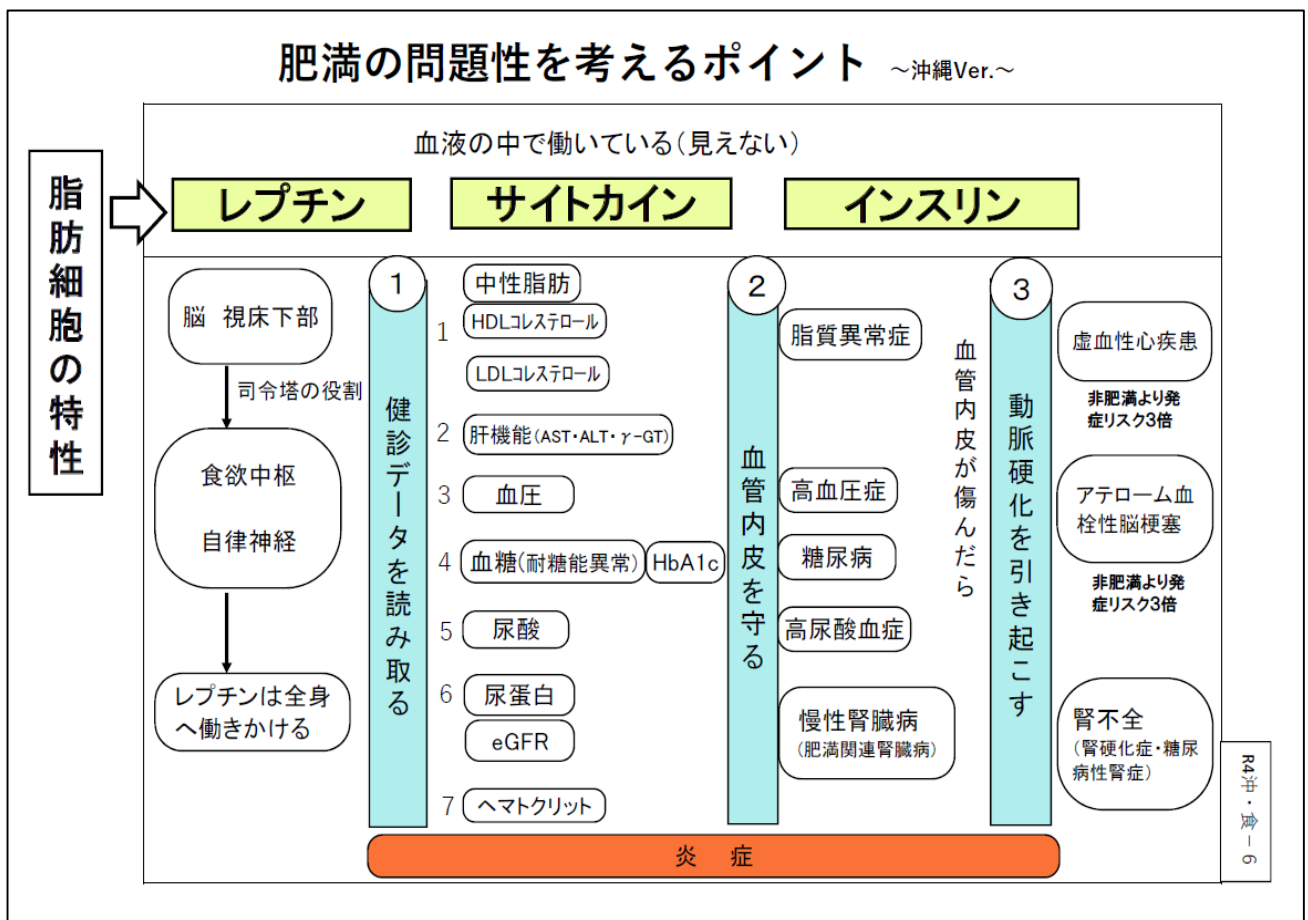
1) 基本的な考え方

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

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

なお、取組みにあたっては図表 58 に基づいて考えていきます。

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



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

2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 59 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳
総数	263	419	127	198	95	154	26	30	5	13	1	1	
			48.3%	47.3%	36.1%	36.8%	9.9%	7.2%	1.9%	3.1%	0.4%	0.2%	
再掲	男性	146	229	77	118	53	100	19	14	4	3	1	1
				52.7%	51.5%	36.3%	43.7%	13.0%	6.1%	2.7%	1.3%	0.7%	0.4%
	女性	117	190	50	80	42	54	7	16	1	10	0	0
				42.7%	42.1%	35.9%	28.4%	6.0%	8.4%	0.9%	5.3%	0.0%	0.0%

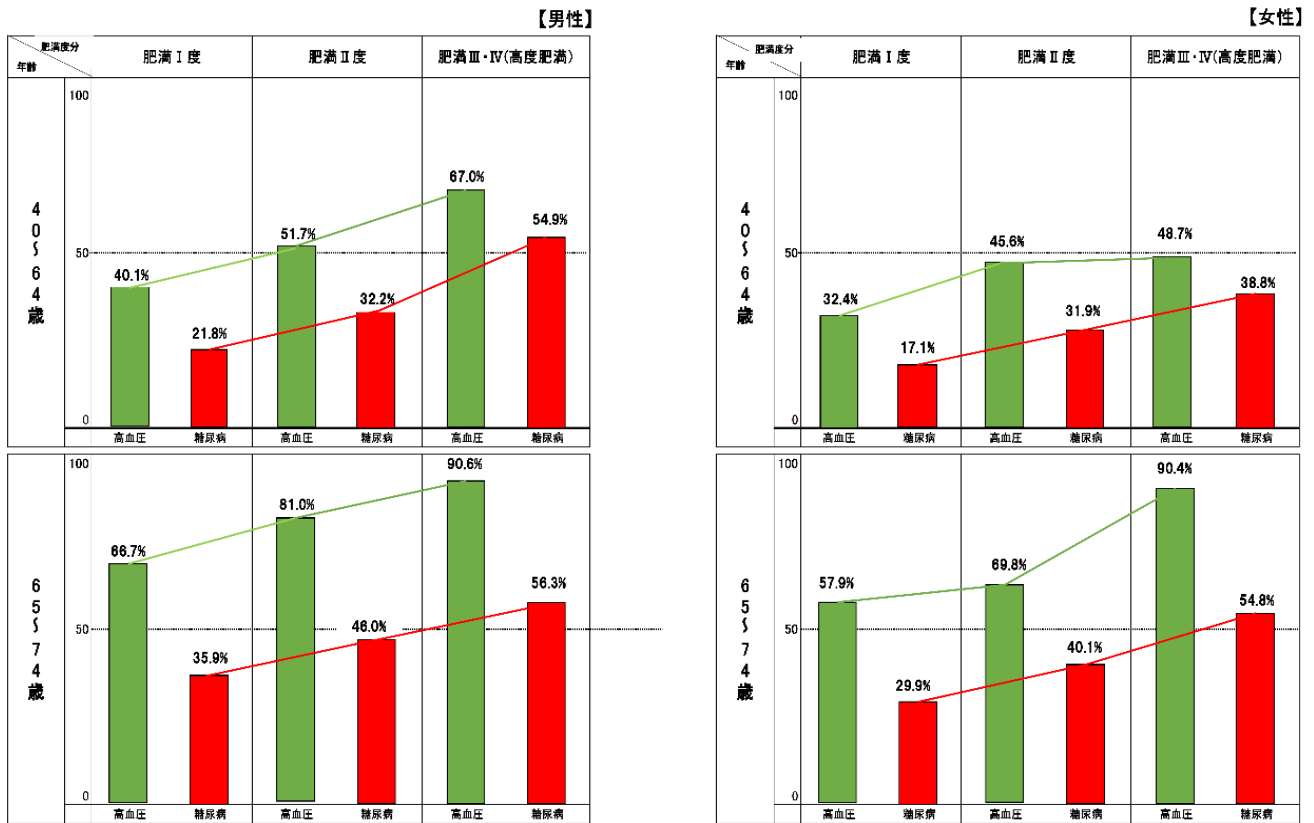
出典・参照：特定健診等データ管理システム

(2) 優先順位をつけます。

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

① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます

図表 60 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？



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

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

生活	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。 ・心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない	・夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない	・食べ始めたら止まらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べたいくなる ・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。 ・便秘に座ると便座が割れる
排泄	排便			・便秘になって大変	
	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3年間くらい夜間頻尿が続いている。 ・膀胱炎になりやすい	・尿漏れする ・起きてトイレに行くまで間に合わない
動作	歩行	・疲労感がある	・長く歩くと息切れがする ・階段を上るとき息切れする ・坂道は息が切れる ・運動するとすぐ息切れする	・体重で足裏が痛い ・階段を下るとき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まっている ・運動すると数日だるくなる ・身体が動かがづらい		・お腹が邪魔で前に屈めない ・シャワーがづらい ・手が届かないので排泄の後始末ができない
身体	胸	・2~3年前から胸の変な感じがある ・仕事中時々胸の息苦しさ ・1年前から動機あり、休憩しながら仕事していた ・胸が痛くなることある。止まるんじゃないかとグツと	・動機がする ・胸が締め付けられる感じ、6年前から時々起こる ・心臓が大きくなっているといわれた ・少し動いただけでも心臓がきつい	・仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める ・仰向けには寝れないいつも横向きに寝ている ・心臓はスピードのある作業するとバクバクする	・左を向いて寝ると動機が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感で10年前狭心症カテーテル ・今も段差上がったとき苦しくなる ・心臓、週1回圧迫される症状があるが、心臓の血管のつまりはないといわれている。
	免疫	・蜂窩織炎になる		・風邪をひきやすい	・よく風邪をひく ・よく体調を崩す
	皮膚	・背中がかゆい ・皮膚が赤くなる	・湿疹ができる ・痒い	・皮膚が赤く炎症を起こしてる ・炎症で体毛が生えなくなる	・足の皮膚が硬くなるので、よく皮を削っている。 ・全身の湿疹がづらい ・皮膚科に毎月通院している

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

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

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

図表 62 を見ると、心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者です。

図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例(例示)

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	

久米島町調べ

3) 対象者の明確化

図表 63 メタボリック該当者の状況(性・年代別)

		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	375	34	52	163	126	307	31	36	148	92	
メタボ該当者	B	169	12	24	71	62	74	2	5	41	26	
	B/A	45.1%	35.3%	46.2%	43.6%	49.2%	24.1%	6.5%	13.9%	27.7%	28.3%	
再掲	① 3項目全て	C	61	4	8	23	26	28	1	2	18	7
		C/B	36.1%	33.3%	33.3%	32.4%	41.9%	37.8%	50.0%	40.0%	43.9%	26.9%
	② 血糖+血圧	D	15	0	2	6	7	11	0	0	5	6
		D/B	8.9%	0.0%	8.3%	8.5%	11.3%	14.9%	0.0%	0.0%	12.2%	23.1%
	③ 血圧+脂質	E	90	7	13	42	28	31	0	3	16	12
		E/B	53.3%	58.3%	54.2%	59.2%	45.2%	41.9%	0.0%	60.0%	39.0%	46.2%
	④ 血糖+脂質	F	3	1	1	0	1	4	1	0	2	1
		F/B	1.8%	8.3%	4.2%	0.0%	1.6%	5.4%	50.0%	0.0%	4.9%	3.8%

出典・参照：KDB システム改変 様式(5-3)

図表 64 メタボリック該当者の治療状況(性・年代別)

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし			
				人数	割合	人数	割合					人数	割合	人数	割合	
総数	375	169	45.1%	134	79.3%	35	20.7%	307	74	24.1%	62	83.8%	12	16.2%		
40代	34	12	35.3%	5	41.7%	7	58.3%	31	2	6.5%	2	100.0%	0	0.0%		
50代	52	24	46.2%	19	79.2%	5	20.8%	36	5	13.9%	5	100.0%	0	0.0%		
60代	163	71	43.6%	55	77.5%	16	22.5%	148	41	27.7%	32	78.0%	9	22.0%		
70～74歳	126	62	49.2%	55	88.7%	7	11.3%	92	26	28.3%	23	88.5%	3	11.5%		

出典・参照：特定健診等データ管理システム

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 63)は、男性で40代から受診者の3～4割を超えるが、女性では60代・70代で3割に満たない程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 64)は、男女とも7割以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

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

(1) 対象者の選定基準の考え方

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

(2)対象者の管理

対象者の進捗管理は、毎月の専門職会議で共有し、保健指導を行っていきます。

4) 保健指導の実施

(1) 最新の脳科学を活用した保健指導

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

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

令和4年度版 沖縄 食ノート 肥満を解決するための食の資料Ver.3	
<p>1. 栄養指導対象者の明確化</p> <p>R4沖・食 検査項目と各臓器</p> <p>R4沖・食 健診結果と生活との関連の読み取り</p> <p>R4沖・食 メタボリックシンドロームの構造図</p> <p>R4沖・食 肥満症の構造図</p> <p>R4沖・食 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 肥満の問題性を考えるポイント</p> <p>R4沖・食 体重 (BMI) ・健診結果に変化はありませんか？</p> <p>R4沖・食 健診データを見ながら考えます</p> <p>R4沖・食 脂肪細胞ってね①</p> <p>R4沖・食 1 脂肪細胞ってね②</p> <p>R4沖・食 1 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 1 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 1 肥満 (脳の変調) の解決</p> <p>R4沖・食 1 脳の変調</p> <p>4. A-② 原因として見えてきた食品から500kcal減らす 私はどのタイプかな？</p> <p>R4沖・食 1 自分は何を食べて体重が増えるタイプなの？</p> <p>R4沖・食 1 肥満解決のために</p> <p>R4沖・食 1 ジャンクフード ポテトチップス</p> <p>R4沖・食 1 ジャンクフード チョコレート</p> <p>R4沖・食 1 ジャンクフード アイスクリーム</p> <p>R4沖・食 2 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 2 カップラーメン・袋麺</p> <p>R4沖・食 2 ファーストフード</p> <p>R4沖・食 2 よく食べている食べ物の中身 (肉・乳・加工品)</p> <p>R4沖・食 2 よく食べている食べ物の中身 (魚・卵・豆腐)</p> <p>R4沖・食 2 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 2 肝臓のお仕事には順番があります</p> <p>R4沖・食 2 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 2 脂肪酸にはどんな特徴があるのでしょうか？</p> <p>R4沖・食 2 脳の変調を修正してくれる短鎖脂肪酸</p> <p>R4沖・食 3 食物繊維の仕事</p> <p>R4沖・食 3 「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 3 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 3 食物繊維は植物の構成成分</p> <p>R4沖・食 3 食物繊維は植物の構成成分 (保健師・栄養士用)</p> <p>R4沖・食 3 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 3 短鎖脂肪酸になれる食物繊維が多いのは・・・</p> <p>R4沖・食 3 短鎖脂肪酸をつくる野菜の特徴</p> <p>R4沖・食 3 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 3 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 4 血管が傷むとは</p> <p>R4沖・食 4 血管内皮を傷めるリスクは何だろう</p> <p>R4沖・食 4 血管内皮細胞の材料と炎症を防ぐもの</p> <p>R4沖・食 4 脂肪にも種類があります</p> <p>R4沖・食 4 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 4 血管内皮を酸化ストレスから守る</p> <p>R4沖・食 4 手軽にとれる惣菜で血管内皮を守る</p> <p>7. 栄養指導の基本 ～あなたにとっての食べ方～</p> <p>R4沖・食 4 日常生活の中で、必要な食品を考える方法</p> <p>R4沖・食 4 血液データと食品 (沖縄年代・性別Ver.) ①～③</p> <p>R4沖・食 4 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 5 健診データに基づいた食品の基準量</p> <p>R4沖・食 5 生活習慣の改善ってどんなことをするの？</p> <p>R4沖・食 5 あなたにとって必要な食の基準量①②</p> <p>R4沖・食 5 ごはんの目安と油の目安</p> <p>R4沖・食 5 総エネルギー 早見表 (男性)</p> <p>R4沖・食 5 ごはんと油量 早見表 (男性)</p> <p>R4沖・食 5 総エネルギー 早見表 (女性)</p> <p>R4沖・食 5 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 5 社会的背景 ～沖縄と全国を比べてみました～</p> <p>R4沖・食 5 統計からみえる沖縄の食</p> <p>R4沖・食 6 食の背景の変遷</p> <p>R4沖・食 6 肥満がもたらすもの</p> <p>R4沖・食 6 参考資料 ～ページノート～</p> <p>R4沖・食 6 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 6 令和4年度保健指導専門職としての学習プロセス</p>
<p>その他</p>	

(2) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。久米島町においても県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 血圧脈波検査
- ② 75 g 糖負荷検査（高インスリン状態を見る検査）
- ③ 微量アルブミン検査（尿で腎臓の状態を見る検査）
- ④ HbA1c（個別の保健指導実施後に評価のため検査）
- ⑤ 頸動脈エコー（動脈硬化を評価する検査）→導入に向け検討する

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

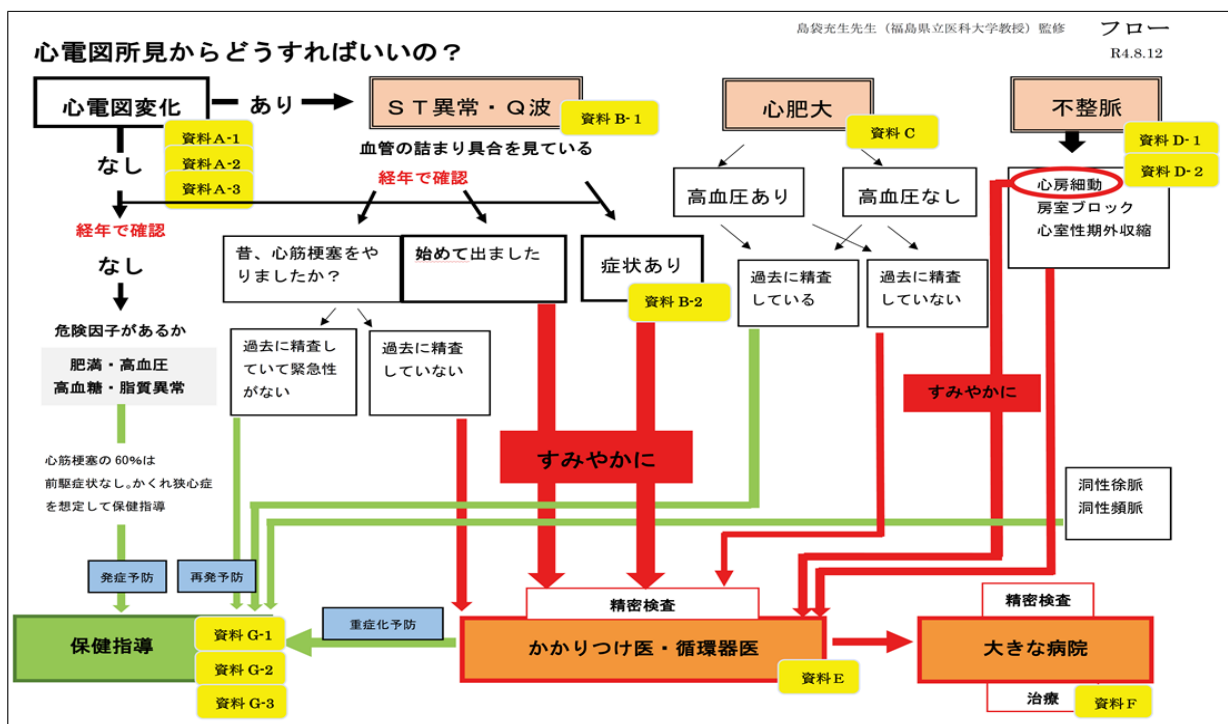
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、(図表 66)に基づいて考えます。

図表 66 心電図所見からのフロー図 (R4 沖・治 4-01)



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

(2) 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

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

久米島町においては、集団健診にて、心電図検査を559人(99.5%)に実施し、そのうち有所見者が131人(23.4%)でした。所見の中でも脚ブロックが25人(19.1%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表67)

また、有所見者のうち要精査が43人(32.8%)で、その後の受診状況をみると11人(25.6%)は未受診でした。(図表68)。

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

図表 67 心電図検査結果

性別・年齢	所見	心電図検査		所見内訳																	
								ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈					
								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	
		実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	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		559	99.5%	131	23.4%	0	0.0%	8	6.1%	22	16.8%	4	3.1%	3	2.3%	25	19.1%	6	4.6%	15	11.5%
	男性	295	99.3%	75	25.4%	0	0.0%	3	4.0%	8	10.7%	1	1.3%	3	4.0%	20	26.7%	5	6.7%	9	12.0%
	女性	264	99.6%	56	21.2%	0	0.0%	5	8.9%	14	25.0%	3	5.4%	0	0.0%	5	8.9%	1	1.8%	6	10.7%

久米島町調べ(R5年度集団健診データより)

図表 68 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	全体	131		43	32.8%	32	74.4%	11
男性	75	57.3%	20	26.7%	18	90.0%	2	10.0%
女性	56	42.7%	23	41.1%	14	60.9%	9	39.1%

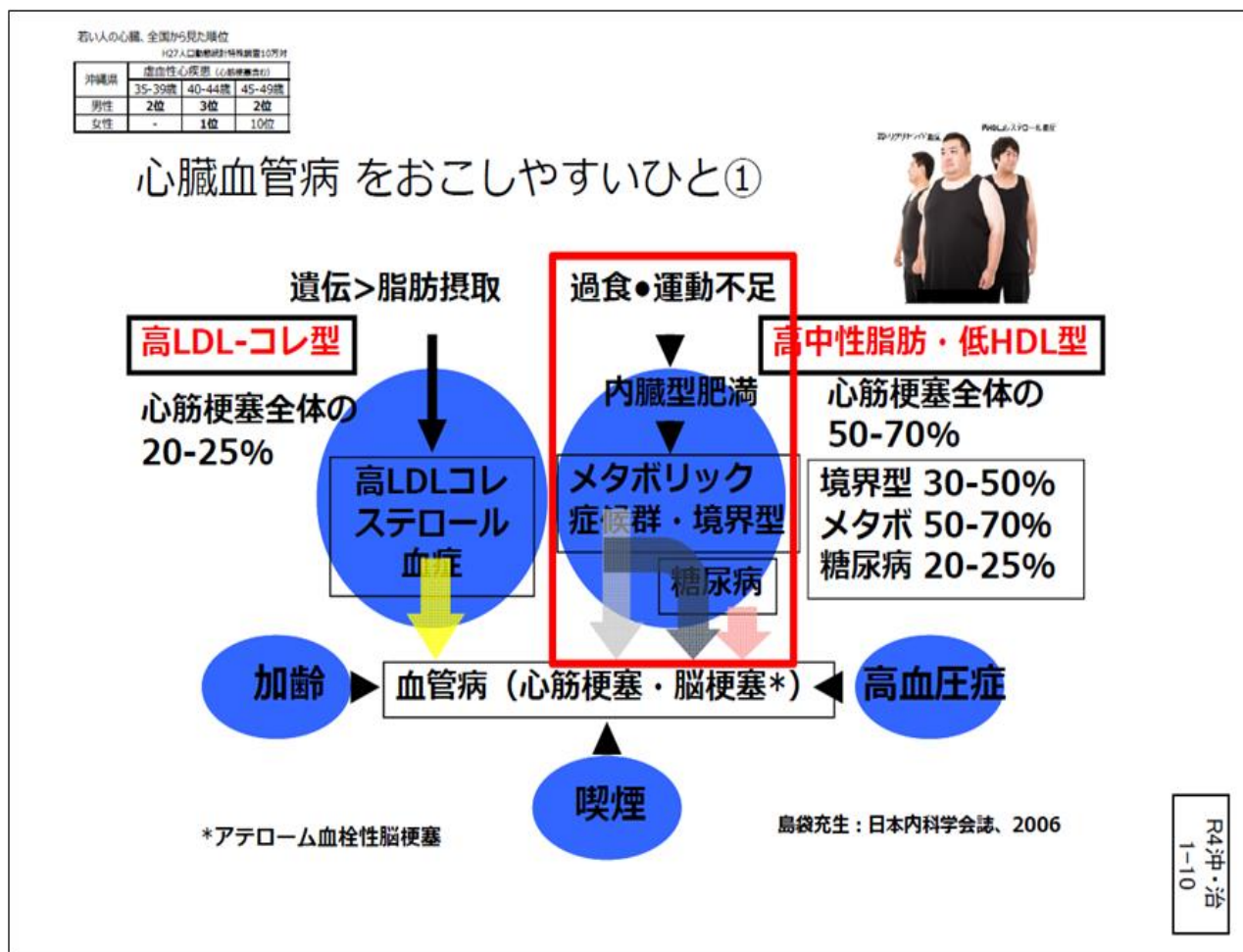
久米島町調べ(R5年度集団健診データ)

②心電図以外からの把握

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

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

図表 69 心血管病をおこしやすいひと (R4 沖・治 1-10)



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

図表 69 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

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

B:LDL コレステロールタイプ(図表 70)

図表 70 動脈硬化性心血管疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

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)

令和04年度											
保健指導対象者の明確化と優先順位の決定											
動脈硬化性心血管疾患の予防から見たLDLコレステロール管理目標											
(参考) 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版											
特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)											
管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			健診結果(LDL-C)					(再掲)LDL160以上の年代別			
			120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳	
317			132	96	54	35	5	10	52	22	
			41.6%	30.3%	17.0%	11.0%	5.6%	11.2%	58.4%	24.7%	
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)	36	22	5	8	1	4	5	0	0
		11.4%	16.7%	5.2%	14.8%	2.9%	80.0%	50.0%	0.0%	0.0%	
	中リスク	140未満 (170未満)	112	38	44	17	13	1	3	19	7
		35.3%	28.8%	45.8%	31.5%	37.1%	20.0%	30.0%	36.5%	31.8%	
	高リスク	120未満 (150未満)	138	54	40	26	18	0	1	30	13
		43.5%	40.9%	41.7%	48.1%	51.4%	0.0%	10.0%	57.7%	59.1%	
再掲	100未満 (130未満) ※1	15	1	7	3	4	0	1	5	1	
	4.7%	0.8%	7.3%	5.6%	11.4%	0.0%	10.0%	9.6%	4.5%		
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)	31	18	7	3	3	0	1	3	2
		9.8%	13.6%	7.3%	5.6%	8.6%	0.0%	10.0%	5.8%	9.1%	

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

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

(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ます、対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

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

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

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

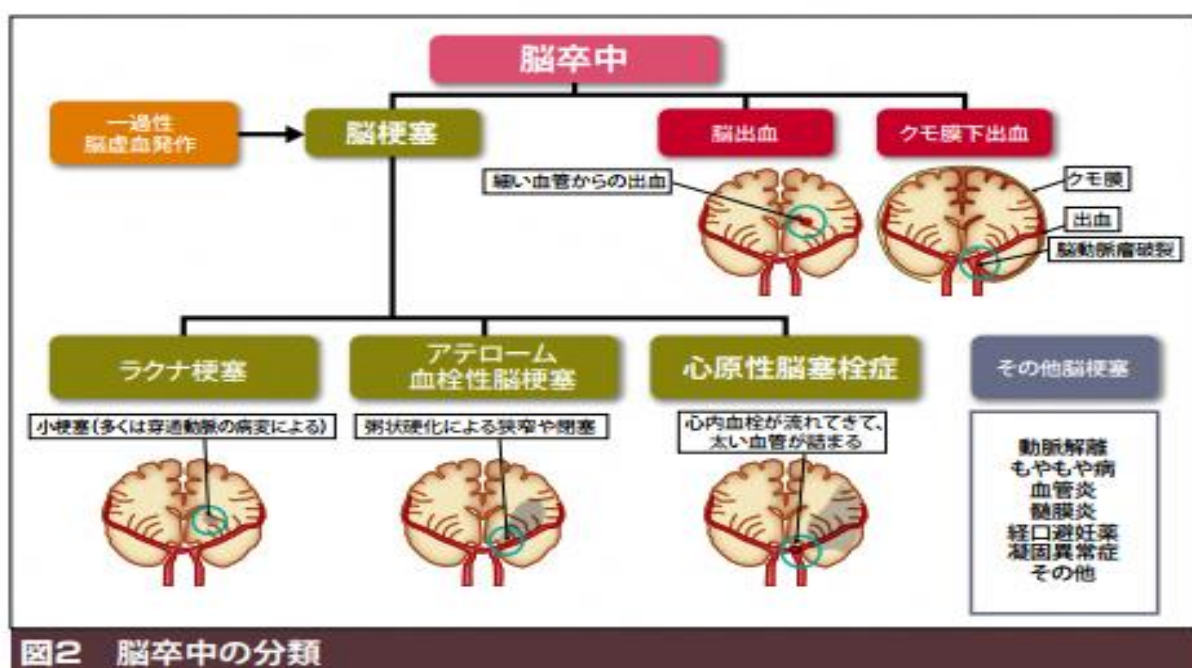
5 月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

4. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

図表 72 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 73 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。(図表 74)でみると、高血圧治療者 826 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 97 人(11.7%・O)でした。

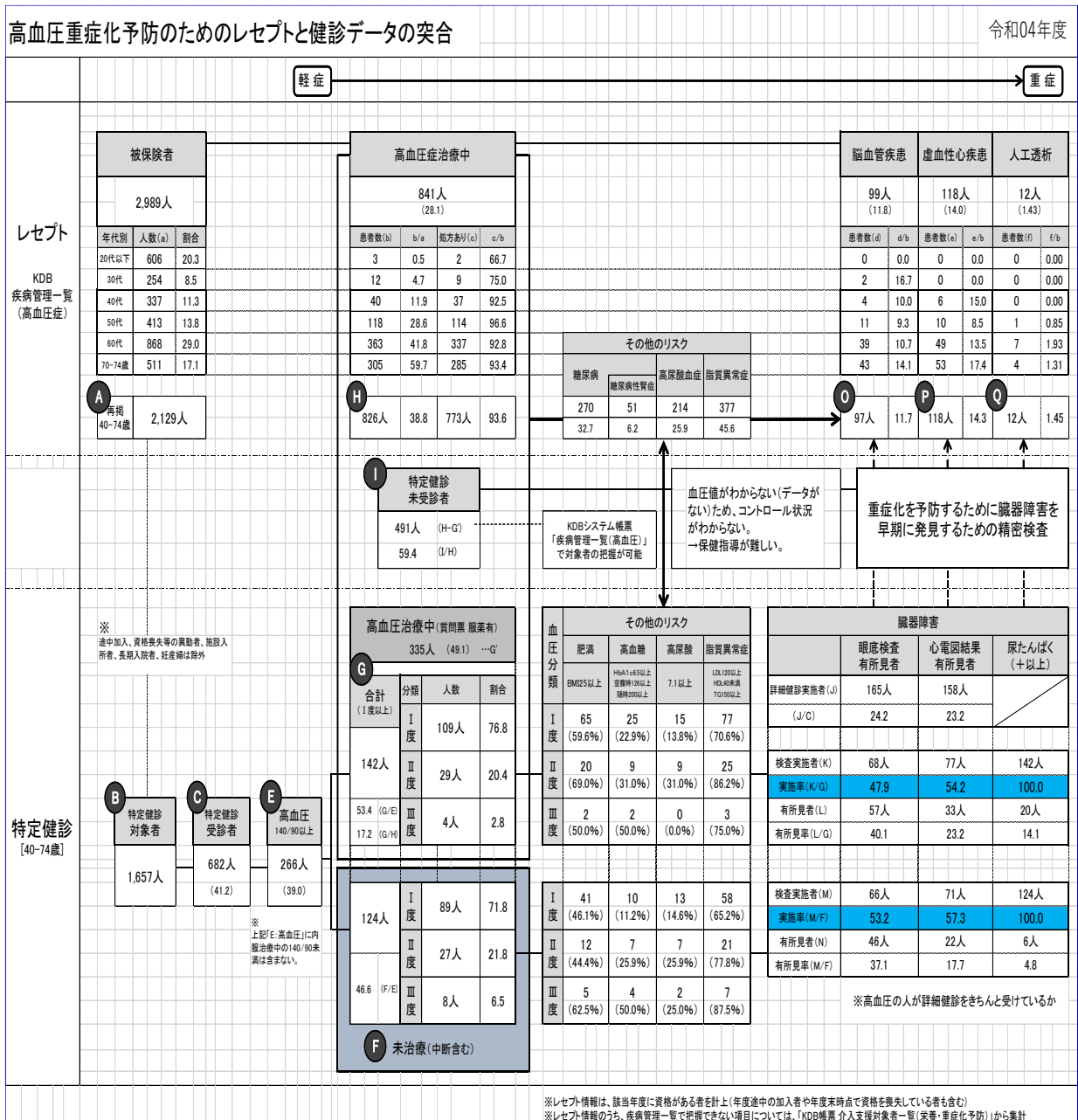
健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 68 人(8.2%)であり、そのうち 35 人(51.5%)は未治療者です。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 33 人(9.6%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

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、165 人(24.2%)に実施している状況です。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、266 人(39.0%・E)は、眼底検査を実施する必要があります。集団健診にて、眼底検査をセットで無料にすることにより、以前よりも実施率は向上しているものの、実際は必要な方に重症化予防の検査がされていない状況です。

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

図表 74 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



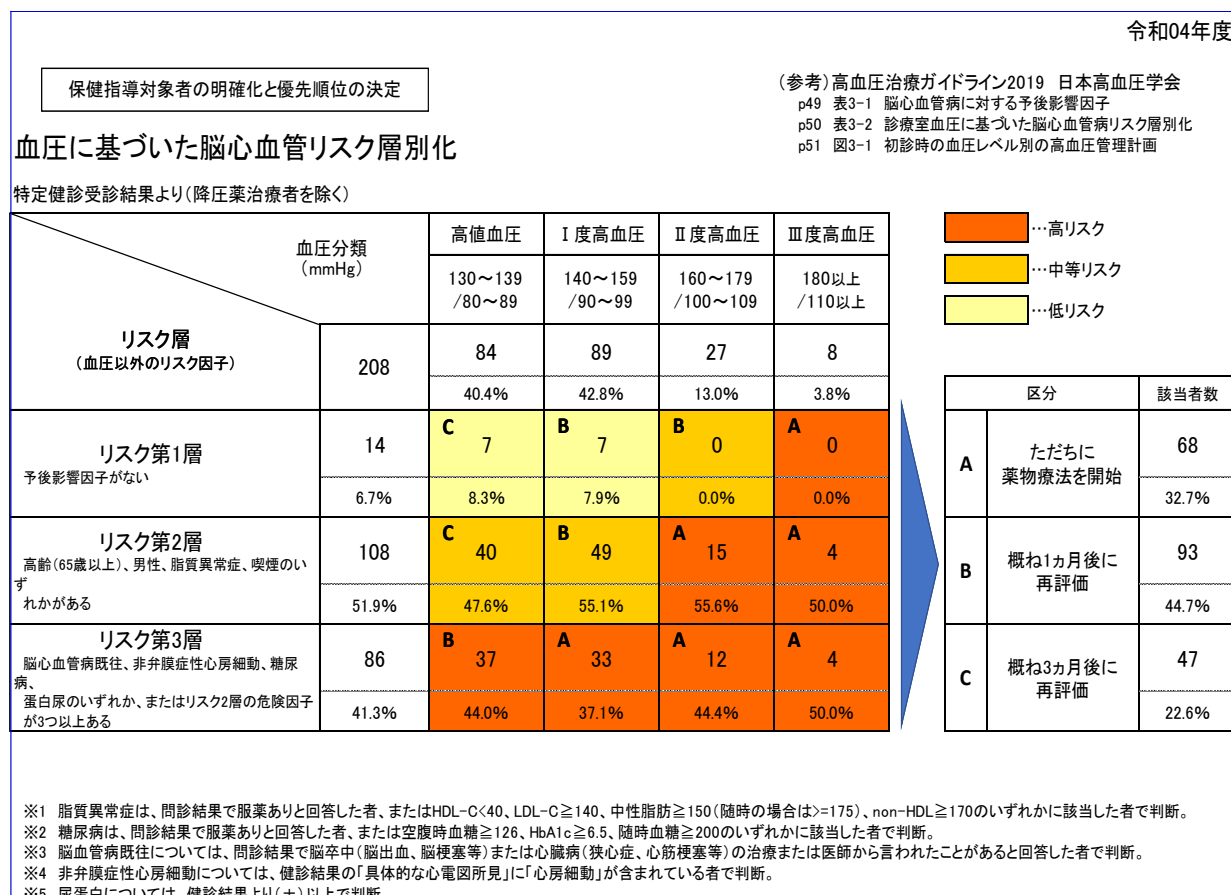
※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)
 ※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB構築介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計

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

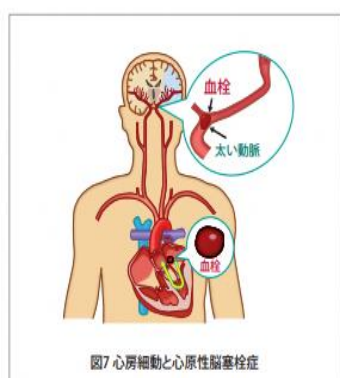
図表 75 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化



出典・参照: 特定健診等データ管理システム

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

(3)心電図検査における心房細動の実態



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

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

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 76 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環疫学調査(※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	375	307	90	24.0%	68	22.1%	2	2.2%	0	0.0%	—	—
40代	34	31	5	14.7%	2	6.5%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	52	36	12	23.1%	6	16.7%	1	8.3%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	163	148	41	25.2%	34	23.0%	1	2.4%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	126	92	32	25.4%	26	28.3%	0	0.0%	0	0.0%	3.4%	1.1%

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

出典・参照:特定健診等データ管理システム

図表 77 心房細動有所見者の治療状況

心房細動有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
6	0	0.0	6	100%

久米島町調べ(R4年度集団健診データ・KDBシステムより)

心電図検査において6人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心電図有所見者6人のうち全員が既に治療が開始しています。(図表 77)

現在、心電図有所見者(心房細動、ST異常等)の台帳がありません。今後は台帳へ整理し、管理

していきます。

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

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

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

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

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

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

いきます。

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

久米島町は、R6年度より沖縄県後期高齢者広域連合から、事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施します。

具体的には、(図表 78)

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

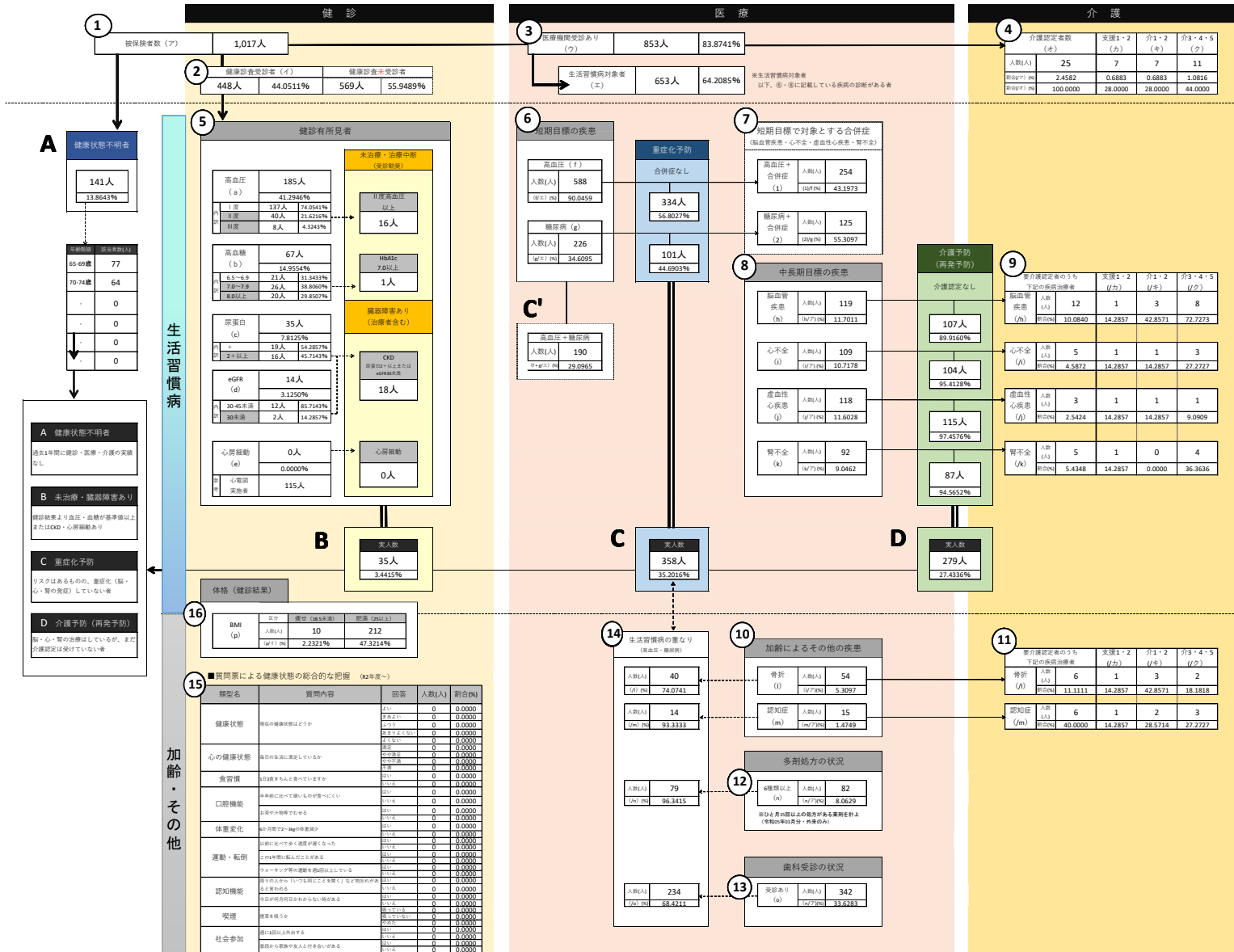
② 地域を担当する医療専門職を配置

高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をも

とに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、医療・健診の情報がない健康状態不明者の名簿を保険者データヘルス支援システムより抽出し、地域包括支援センターと共有して受診勧奨を行う。生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

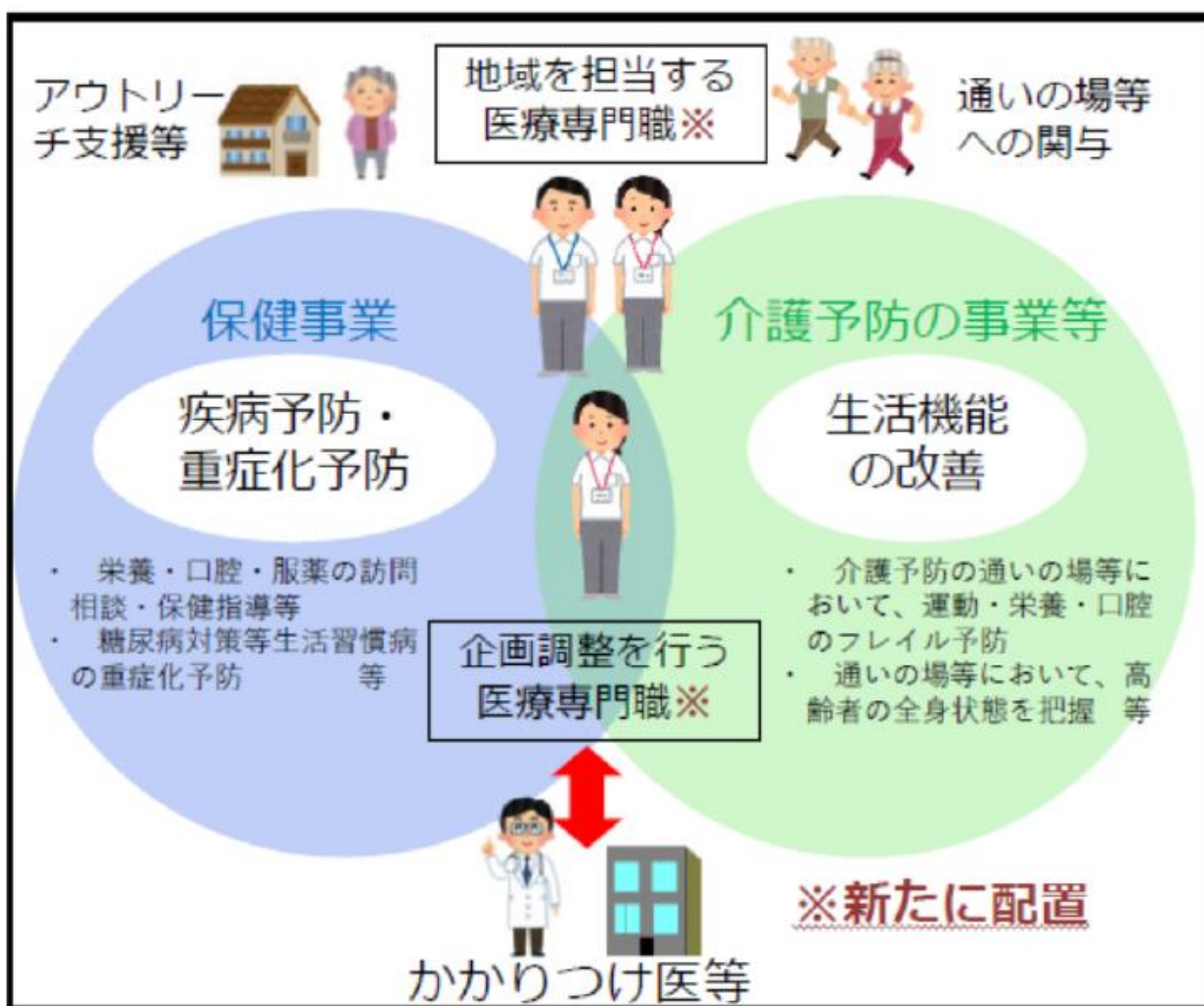
図表 78 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

ログイン
 保険者番号: 00470285
 保険者名: 久米島町
 対象年度: 令和04年
 個別条件
 年齢層: 65歳~74歳(画像)



出典・参照: 保険者データヘルス支援システム

図表 79 一体的実施イメージ図



IV. 発症予防

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

久米島町においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、子ども健診(小学5年生、中学1年生、高校1年生)、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見えていくことが必要です。(図表 80)

図表 80 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）		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 発症予防 → 重症化予防 </div>																		
健康増進法																		
1 根拠法		母子保健法				児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)		高齢者の医療の確保に関する法律 (介護保険)					
2 計画		健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】											データヘルズ計画【保健事業実施計画】（各保険者）		特定健康診査等実施計画（各保険者）			
3 年代		妊婦 (胎児期)		産婦	0歳～5歳			6歳～14歳		15～18歳		～29歳 30歳～39歳		40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上		
4 健康診査 (根拠法)		妊婦健康診査 (13条)		産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診査		就学時健診 (11・12条)	児童・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条)		定期健康診断 (第66条)		特定健康診査 (第18・20・21条)		後期高齢者健康診査 (第125条)	
5 対象者		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)				
健診内容		血糖	95mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上									
		HbA1c	6.5%以上						6.5%以上									
		50GCT	1時間値 140mg/dl以上															
		75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上									
		(診断) 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7° 18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上										
		尿糖	(+) 以上						(+) 以上									
		糖尿病家族歴																

V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組めます。本町では、ファストフード店はないものの、コンビニエンスストア 2 店舗には、ホットスナックや嗜好品が充実しており、子どもから大人まで嗜好品を手に入れやすい環境です。

町民一人一人が選択する力をつけていくために、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も合わせて広く町民へ周知していきます。(図表 81、82)

図表 81 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化

久米島町の社会保障費健全化に向けて 医療費・介護費の適正化～久米島町の位置～

久米島町の実態を入れてみました

— 特定健診・保健指導のメリットを活かし、健康日本21(第二次)を着実に推進 —

厚生労働省 健康局
「標準的な健診・保健指導プログラム
30年度版」図1 改変

特定健診・特定保健指導の実施率の向上

① 一人あたり 医療費・介護費

	久米島町 H30	久米島町 R4	R4全国	全国差
国保	25.4万円	34.6万円	33.9万円	+0.7万円
後期	85.8万円	77.4万円	83.9万円	-6.5万円
介護	41.5万円	36.1万円	29.0万円	+7.1万円

データの分析

未受診者への
受診勧奨

健康のための資源
(受診の機会、治療の機会)
の公平性の確保

② 特定健診等の実施率 R4年度

	R4年度	
	40代	50代
特定健診	39.3%	27.2%
健診も医療も 未受診	19.9%	26.3%
特定保健指導	26.8%	

R6年1月9日現在

○重症化が予防できる
○医療費の伸びを抑制できる

○重症化が予防できる
○死亡が回避できる

健康格差の縮小

③ メタボリックシンドローム

	40-74歳		再) 40代	50代
	メタボ該当者	再) 男性		
メタボ該当者	35.6%	5.8%	11.9%	
再) 男性	69.5%	85.7%	82.8%	

短期目標

④ 高血圧

	140以上 36.9%		90以上 19.9%	
	男性	収縮期血圧 140以上	男性	拡張期血圧 90以上
腹囲あり	72.3%	79.7%		
腹囲なし	27.7%	20.3%		

脂質異常症

	41.5%		7.0%		31.5%	
	男性	中性脂肪 150以上	HDL 40未満	LDL 140以上		
腹囲あり	77.9%	85.7%	76.8%			
腹囲なし	22.1%	14.3%	23.2%			

2型糖尿病

	男性	HbA1c6.5以上 15.6%			
		正常 5.5以下	正常高 値 5.6~5.9	境界型 6.0~6.4	糖尿病 型 6.5以上
腹囲あり	66.2%	60.5%	69.8%	84.5%	
腹囲なし	33.8%	39.5%	30.2%	15.5%	

尿蛋白

	尿蛋白 +以上 7.5%	
	男性	尿蛋白 +以上
腹囲あり	85.7%	
腹囲なし	14.3%	

⑤ 中長期目標

健診受診者のうち
脳血管疾患 11.9%

健診受診者のうち
虚血性心疾患 15.0%

健診受診者のうち
糖尿病性腎症 3.1%

総数

腹囲あり	65.0%
腹囲なし	35.0%

	HbA1c			
	正常 5.5以下	正常高 値 5.6~5.9	境界型 6.0~6.4	糖尿病型 6.5以上
腹囲あり	63.3%	61.3%	65.2%	82.4%
腹囲なし	36.7%	38.7%	34.8%	17.6%

腹囲あり	85.7%
腹囲なし	14.3%

出典・参照: 厚労省

特定健診法定報告
保険者データヘルス支援システム

図表 82 統計からみえる沖縄県の食

統計からみえる沖縄の食 ～ 総務省統計局 家計調査 2019～2021年平均 ～			
食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)	食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
食用油	1位	魚類	47位
ハンバーグ等	1位	葉野菜	47位
加工肉	1位	牛乳・ヨーグルト	47位
ベーコン	2位	しいたけ等	47位
弁当	1位	わかめ	47位
豆腐	47位		
店舗・種別	店舗数(人口10万対)		
飲食店総数	1位		
ハンバーガー店	1位		
アイスクリーム店等	1位		
バー・キャバレー・酒場	1位		

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後のR8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R11年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など

アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等 生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)
---------------	---

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

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた久米島町の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

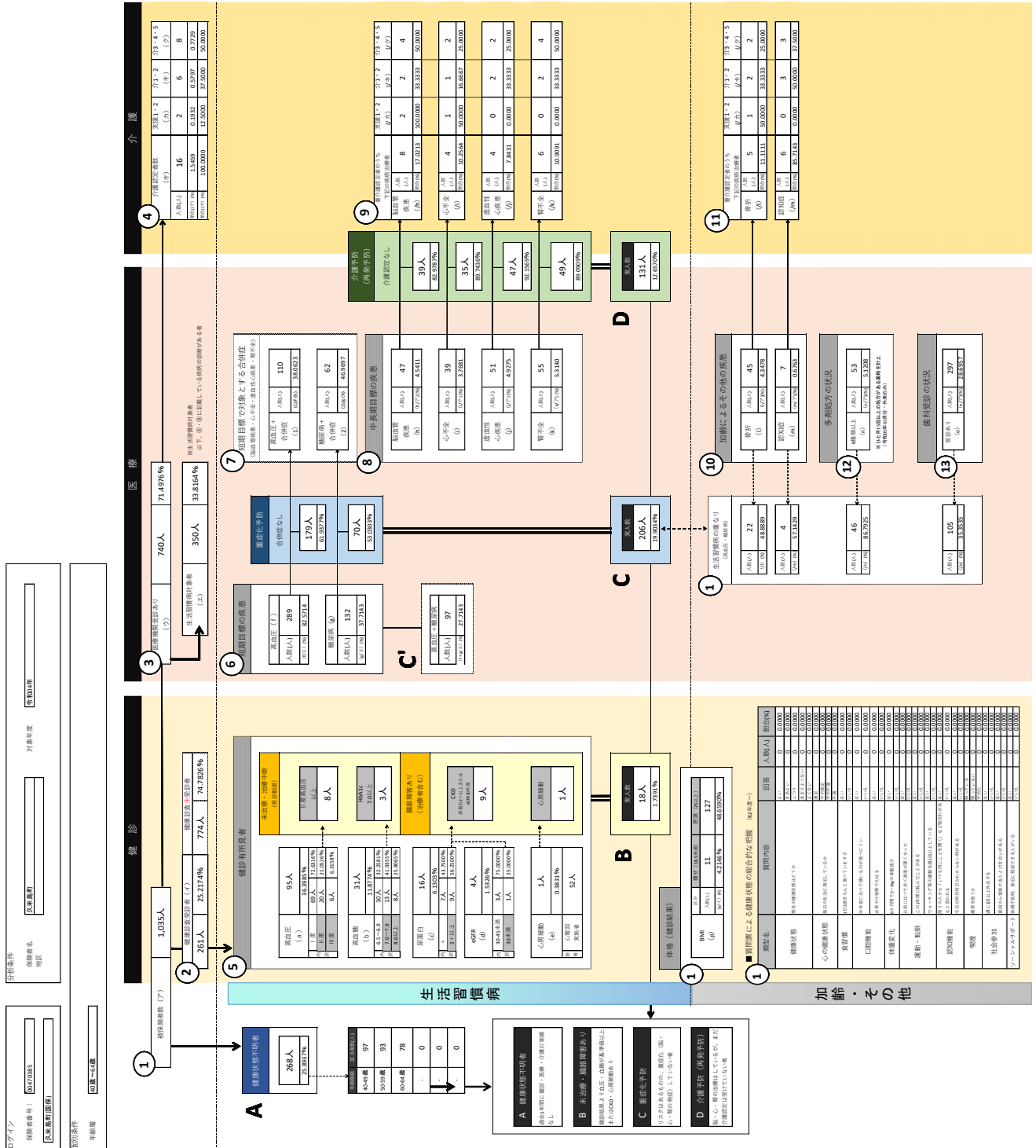
参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた久米島町の位置

項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 人口構成	総人口		7,185		1,680,058		1,439,108		123,214,261		
		人口構成	65歳以上(高齢化率)		2,145 29.9		662,426 39.4		324,708 22.6		35,335,805 28.7	
			75歳以上		1,085 15.1		-- --		155,559 10.8		18,248,742 14.8	
			65~74歳		1,060 14.8		-- --		169,149 11.8		17,087,063 13.9	
			40~64歳		2,379 33.1		-- --		472,258 32.8		41,545,893 33.7	
	39歳以下		2,661 37.0		-- --		642,142 44.6		46,332,563 37.6			
	② 産業構成	第1次産業		27.1		17.0		4.9		4.0		
		第2次産業		14.8		25.3		15.1		25.0		
		第3次産業		58.1		57.7		80.0		71.0		
	③ 平均寿命	男性		80.3		80.4		80.3		80.8		
女性		86.9		86.9		87.5		87.0				
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		77.7		79.5		79.3		80.1			
	女性		83.9		84.2		84.2		84.4			
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)		99.9		103.1		99.3		100		
		死因	男性		95.5		101.3		90.5		100	
			がん		28 52.8		7,089 46.3		3,274 49.7		378,272 50.6	
			心臓病		12 22.6		4,562 29.8		1,669 25.3		205,485 27.5	
			脳疾患		4 7.5		2,404 15.7		978 14.8		102,900 13.8	
			糖尿病		1 1.9		283 1.8		193 2.9		13,896 1.9	
	腎不全		6 11.3		622 4.1		272 4.1		26,946 3.6			
	自殺		2 3.8		346 2.3		205 3.1		20,171 2.7			
	② 早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計		13 11.1%		--		1,972 13.1%		129,016 8.2%		
		男性		10 15.2%		--		1,332 16.8%		87,891 10.6%		
女性		3 5.9%		--		640 9.0%		44,125 5.7%				
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		475 23.1		127,161 19.4		61,945 19.0		6,724,030 19.4		
		新規認定者		6 0.3		2,078 0.3		835 0.3		110,289 0.3		
		介護度別 総件数	要支援1.2		1,169 10.7		365,856 13.2		177,194 11.6		21,785,044 12.9	
			要介護1.2		3,809 34.9		1,297,770 46.8		546,973 35.9		78,107,378 46.3	
			要介護3以上		5,940 54.4		1,111,908 40.1		799,361 52.5		68,963,503 40.8	
	2号認定者		17 0.71		2,073 0.39		2,135 0.45		156,107 0.38			
	② 有病状況	糖尿病		96 17.5		30,162 22.6		11,465 17.4		1,712,613 24.3		
		高血圧症		278 52.1		71,773 54.3		28,893 43.8		3,744,672 53.3		
		脂質異常症		149 27.0		39,654 29.6		17,395 26.0		2,308,216 32.6		
		心臓病		296 56.4		80,304 60.9		31,994 48.6		4,224,628 60.3		
脳疾患		124 22.4		30,910 23.8		14,271 21.9		1,568,292 22.6				
がん		76 13.4		14,782 11.0		5,539 8.2		837,410 11.8				
筋・骨格		292 56.1		71,540 54.1		29,667 44.9		3,748,372 53.4				
精神		203 39.0		49,589 37.8		20,229 31.0		2,569,149 36.8				
③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		361,914 776,305,977		314,188 208,128,001,519		324,737 105,444,836,581		290,668 10,074,274,226,869			
	1件当たり給付費(全体)		71,103		74,986		69,211		59,662			
	居宅サービス		45,848		43,722		51,518		41,272			
	施設サービス		292,040		289,312		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 10,428		9,224		11,002		8,610			
	認定なし		6,465		4,375		4,796		4,020			
4	① 国保の状況	被保険者数		2,469		427,153		388,055		27,488,882		
		65~74歳		867 35.1		--		119,076 30.7		11,129,271 40.5		
		40~64歳		915 37.1		--		134,131 34.6		9,088,015 33.1		
		39歳以下		687 27.8		--		134,848 34.7		7,271,596 26.5		
	加入率		34.4		25.6		27.0		22.3			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		1 0.4		150 0.4		90 0.2		8,237 0.3		
		診療所数		3 1.2		1,147 2.7		890 2.3		102,599 3.7		
		病床数		40 16.2		15,964 37.4		18,602 47.9		1,507,471 54.8		
		医師数		5 2.0		1,780 4.2		3,887 10.0		339,611 12.4		
		外来患者数		413.5		692.2		541.1		687.8		
入院患者数		24.9		22.7		19.0		17.7				
③ 医療費の 状況	一人当たり医療費		346,632 県内16位 同規模176位		376,732		318,310		339,680			
	受診率		438.495		714.851		560.174		705.439			
	外来	費用の割合		45.7		56.3		53.6		60.4		
		件数の割合		94.3		96.8		96.6		97.5		
	入院	費用の割合		54.3		43.7		46.4		39.6		
件数の割合		5.7		3.2		3.4		2.5				
1件あたり在院日数		14.7日		16.4日		17.1日		15.7日				

4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病 名(調剤含む)	がん	149,423,010	32.9	31.3	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)	31,742,600	7.0	7.2	12.0	8.2								
			糖尿病	40,898,400	9.0	11.3	8.3	10.4								
			高血圧症	20,975,620	4.6	6.6	4.8	5.9								
			脂質異常症	6,877,660	1.5	3.8	2.8	4.1								
			脳梗塞・脳出血	20,431,730	4.5	3.9	4.9	3.9								
			狭心症・心筋梗塞	17,100,800	3.8	2.8	3.3	2.8								
			精神	67,066,480	14.8	14.9	20.9	14.7								
	筋・骨格	91,729,950	20.2	17.3	16.0	16.7										
	⑤	医療費分析 一人当たり医 療費/入院医療 費に占める割 合	入院	高血圧症	289	0.2	430	0.3	313	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)					
				糖尿病	435	0.2	1,426	0.9	896	0.6		1,144	0.9			
				脂質異常症	88	0.0	69	0.0	67	0.0		53	0.0			
				脳梗塞・脳出血	7,817	4.2	6,762	4.1	6,789	4.6		5,993	4.5			
				虚血性心疾患	6,041	3.2	4,422	2.7	4,321	2.9		3,942	2.9			
		腎不全	2,734	1.5	4,755	2.9	5,764	3.9	4,051	3.0						
		医療費分析 一人当たり医 療費/外来医療 費に占める割 合	外来	高血圧症	8,207	5.2	12,793	6.0	7,107	4.2		10,143	4.9			
				糖尿病	16,181	10.2	21,925	10.3	12,437	7.3		17,720	8.6			
				脂質異常症	2,697	1.7	7,608	3.6	4,322	2.5		7,092	3.5			
				脳梗塞・脳出血	458	0.3	943	0.4	689	0.4		825	0.4			
虚血性心疾患	2,267			1.4	1,933	0.9	1,444	0.8	1,722	0.8						
腎不全	18,101	11.4	16,719	7.9	20,295	11.9	15,781	7.7								
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	2,735		3,122		1,408		2,031	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題					
			健診未受診者	12,609		12,911		11,533		13,295						
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	13,286		9,063		5,718		6,142						
			健診未受診者	61,238		37,482		46,845		40,210						
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	469	72.2	83,183	58.2	46,750	60.4	3,881,055	57.0	KDB_NO.1 地域全体像の把握					
		医療機関受診率	426	65.5	74,754	52.3	42,965	55.5	3,543,116	52.0						
		医療機関非受診率	43	6.6	8,429	5.9	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 240市町村	健診受診者	650		142,832		77,415		6,812,842		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握				
			受診率	38.2	県内24位 同規模194位	45.7	33.7	全国39位	37.1							
			特定保健指導終了者(実施率)	7	6.3	4,122	24.0	3,636	32.2	107,925	13.4					
			非肥満高血糖	36	5.5	14,617	10.2	5,139	6.6	615,549	9.0					
			メタボ	該当者	231	35.5	30,946	21.7	20,034	25.9	1,382,506		20.3			
				男性	161	44.5	21,803	32.2	13,894	37.3	965,486		32.0			
				女性	70	24.3	9,143	12.2	6,140	15.3	417,020		11.0			
			予備群	男性	103	15.8	16,570	11.6	11,411	14.7	765,405		11.2			
				女性	70	19.3	11,708	17.3	7,753	20.8	539,738		17.9			
			メタボ該当・予備群 レベル	BMI	総数	355	54.6	52,255	36.6	35,002	45.2		2,380,778	34.9		
					男性	244	67.4	36,735	54.3	23,943	64.2		1,666,592	55.3		
					女性	111	38.5	15,520	20.7	11,059	27.6		714,186	18.8		
			血糖のみ	血糖のみ	総数	33	5.1	8,339	5.8	4,644	6.0		320,038	4.7		
					男性	6	1.7	1,408	2.1	717	1.9		51,248	1.7		
					女性	27	9.4	6,931	9.2	3,927	9.8		268,790	7.1		
					血圧のみ	4	0.6	988	0.7	568	0.7		43,519	0.6		
					脂質のみ	84	12.9	12,098	8.5	8,389	10.8		539,490	7.9		
					脂質のみ	15	2.3	3,484	2.4	2,454	3.2		182,396	2.7		
					血糖・血圧	24	3.7	5,238	3.7	2,911	3.8		203,072	3.0		
血糖・脂質	7	1.1			1,494	1.0	896	1.2	70,267	1.0						
血圧・脂質	114	17.5			13,843	9.7	9,610	12.4	659,446	9.7						
血糖・血圧・脂質	86	13.2	10,371	7.3	6,617	8.5	449,721	6.6								
6	問診の状況	服薬 既往歴	高血圧	323	49.7	56,464	39.5	31,609	40.8	2,428,038	35.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握				
			糖尿病	84	12.9	15,013	10.5	8,123	10.5	589,470	8.7					
			脂質異常症	147	22.6	39,703	27.8	20,477	26.5	1,899,637	27.9					
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	38	6.0	4,468	3.3	2,472	3.4	207,385	3.1					
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	59	9.2	8,449	6.2	4,890	6.8	365,407	5.5					
			腎不全	15	2.3	1,305	0.9	534	0.7	53,898	0.8					
			貧血	77	12.1	12,438	9.0	5,769	7.9	702,088	10.7					
			6	生活習慣の 状況	喫煙	週3回以上朝食を抜く	127	19.6	11,653	8.6	10,654		18.1	642,886	10.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握
						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～)	178	27.6	22,065	16.4	13,687		23.2	976,348	15.7	
週3回以上就寝前夕食	178	27.6				22,065	16.4	13,687	23.2	976,348	15.7					
食べる速度が速い	244	37.6				35,701	26.4	17,745	30.1	1,659,705	26.8					
20歳時体重から10kg以上増加	322	49.6				48,538	35.9	27,557	46.4	2,175,065	35.0					
1回30分以上運動習慣なし	429	66.2				88,417	65.2	34,075	57.8	3,749,069	60.4					
1日1時間以上運動なし	155	23.9				63,680	47.0	26,211	44.3	2,982,100	48.0					
睡眠不足	198	31.2				32,768	24.2	16,453	28.9	1,587,311	25.6					
毎日飲酒	155	24.1				36,601	26.4	11,814	19.7	1,658,999	25.5					
時々飲酒	167	26.0				29,121	21.0	17,885	29.8	1,463,468	22.5					
一日飲酒量	1合未満	129				39.4	54,805	59.9	20,349	50.2	2,978,351	64.1				
	1～2合	124				37.9	24,287	26.5	12,112	29.9	1,101,465	23.7				
	2～3合	57	17.4	9,527	10.4	5,818	14.4	434,461	9.4							
	3合以上	17	5.2	2,893	3.2	2,219	5.5	128,716	2.8							

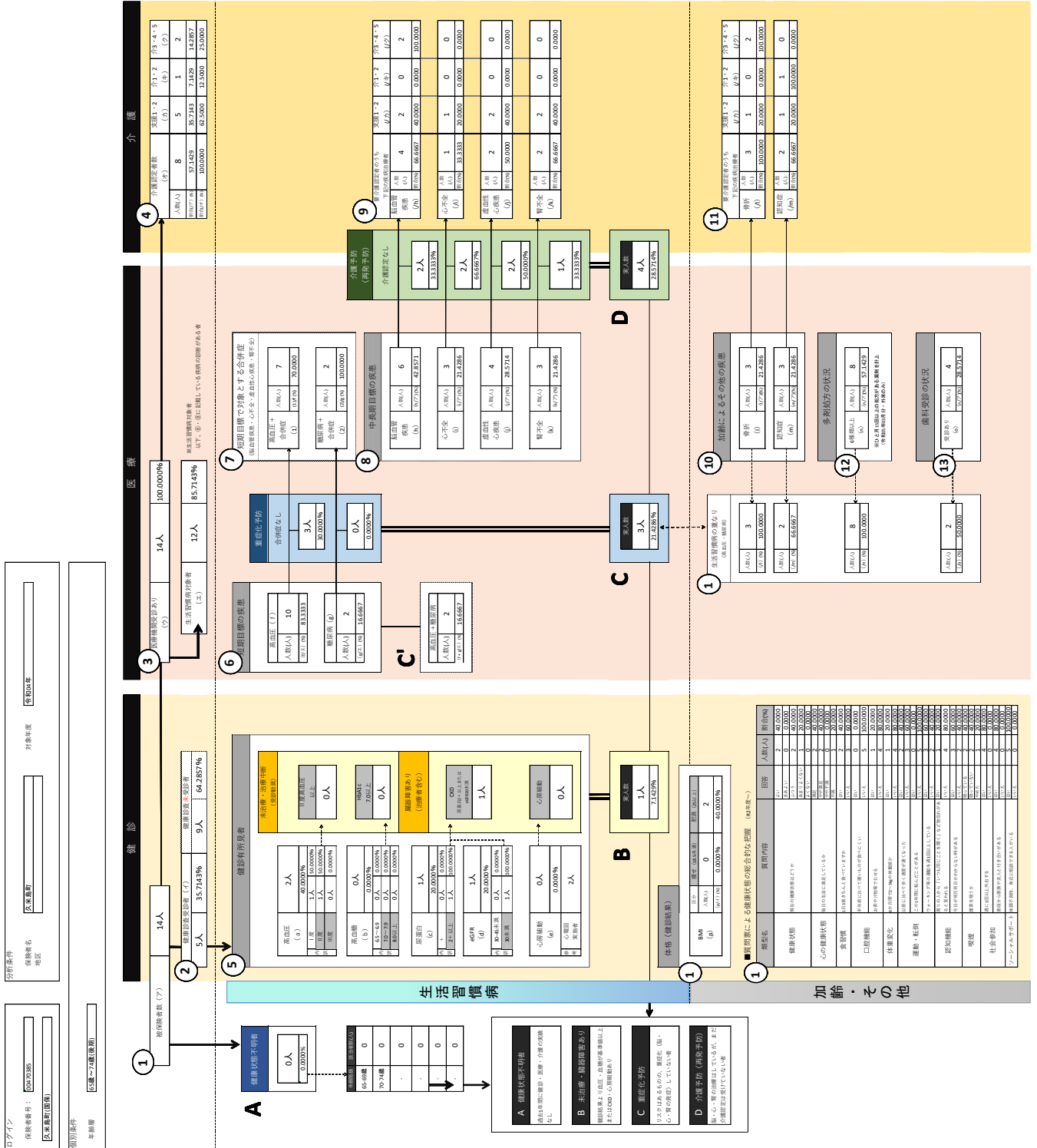
参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

①40～64歳(国保)



出典・参照: 保険者データヘルス支援システム

③65～74歳(後期)



出典・参照：保険者データヘルス支援システム

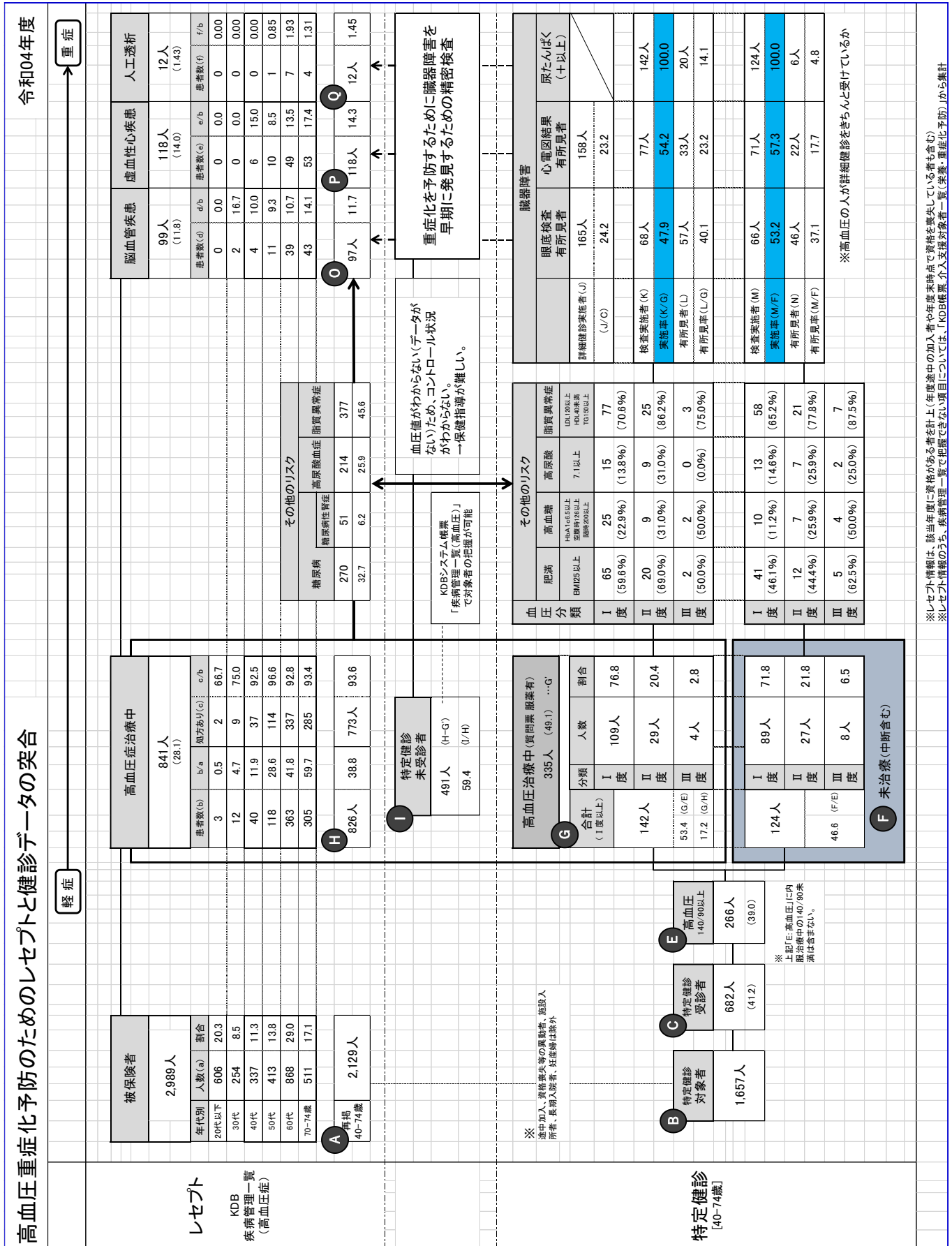
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	総合表	久米島町										同規模保険者（平均）	
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
1	① 被保険者数	A	2,846人		2,725人		2,626人		2,630人		2,578人		
	② (再掲) 40-74歳	A	1,981人		1,909人		1,858人		1,866人		1,846人		
2	① 特定健診 対象者数	B	1,788人		1,753人		1,713人		1,713人		1,655人		
	② 受診者数	C	968人		922人		548人		640人		682人		
	③ 受診率	C	--		--		--		--		--		
3	① 特定 対象者数		178人		175人		114人		106人		112人		
	② 保健指導 実施率		79.2%		48.0%		69.3%		56.6%		26.8%		
4	① 健診 データ	糖尿病型	E	165人 17.0%	152人 16.5%	85人 15.5%	110人 17.2%	113人 16.6%					
		② 未治療・中断者（質問票 服薬な	F	53人 32.1%	44人 28.9%	25人 29.4%	38人 34.5%	28人 24.8%					
			③ 治療中（質問票 服薬あり）	G	112人 67.9%	108人 71.1%	60人 70.6%	72人 65.5%	85人 75.2%				
		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	59人 52.7%	62人 57.4%	35人 58.3%	49人 68.1%	53人 62.4%				
				⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪	M	39人 66.1%	40人 64.5%	28人 80.0%	30人 61.2%	37人 69.8%			
		④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪	M	38人 64.4%		43人 69.4%	23人 65.7%	31人 63.3%	32人 60.4%				
		④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪		M	53人 47.3%	46人 42.6%	25人 41.7%	23人 31.9%	32人 37.6%				
		④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪	M		76人 46.1%	84人 55.3%	48人 56.5%	64人 58.2%	75人 66.4%				
		④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪		M	50人 30.3%	33人 21.7%	15人 17.6%	26人 23.6%	12人 10.6%				
		④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪	M		38人 23.0%	32人 21.1%	21人 24.7%	19人 17.3%	24人 21.2%				
		④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪		M	0人 0.0%	2人 1.3%	1人 1.2%	1人 0.9%	2人 1.8%				
5	① レセプト	糖尿病受療率（被保険者千対）			63.9人	71.2人	60.5人	69.2人	76.8人				
		② (再掲) 40-74歳（被保険者千対）		89.9人	98.5人	84.5人	96.5人	106.2人					
		③ レセプト件数 (40-74歳) 入院外（件数）		1,250件 (658.9)	1,250件 (671.7)	1,150件 (620.6)	1,220件 (668.1)	1,142件 (640.9)	319,711件 (930.6)				
		④ () 内は被保険者千対 入院（件数）		14件 (7.4)	7件 (3.8)	8件 (4.3)	5件 (2.7)	5件 (2.8)	1,521件 (4.4)				
		⑤ 糖尿病治療中	H	182人 6.4%	194人 7.1%	159人 6.1%	182人 6.9%	198人 7.7%					
		⑥ (再掲) 40-74歳	H	178人 9.0%	188人 9.8%	157人 8.4%	180人 9.6%	196人 10.6%					
		⑦ 健診未受診者	I	66人 37.1%	76人 40.4%	97人 61.8%	108人 60.0%	111人 56.6%					
		⑧ インスリン治療	O	18人 9.9%	19人 9.8%	18人 11.3%	16人 8.8%	13人 6.6%					
		⑨ (再掲) 40-74歳	O	18人 10.1%	19人 10.1%	18人 11.5%	16人 8.9%	13人 6.6%					
		⑩ 糖尿病性腎症	L	27人 14.8%	30人 15.5%	26人 16.4%	29人 15.9%	31人 15.7%					
		⑪ (再掲) 40-74歳	L	27人 15.2%	30人 16.0%	26人 16.6%	29人 16.1%	31人 15.8%					
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		1人 0.5%	2人 1.0%	2人 1.3%	3人 1.6%	2人 1.0%					
		⑬ (再掲) 40-74歳		1人 0.6%	2人 1.1%	2人 1.3%	3人 1.7%	2人 1.0%					
		⑭ 新規透析患者数		0 0%	1 50%	3	2 66.7%	2 100%					
		⑮ (再掲) 糖尿病性腎症		0 0%	0 0%	2 66.7%	0 0%	2 100%					
		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)		6人 3.3%	7人 4.0%	4人 2.5%	4人 2.4%	8人 5.0%					
6	① 医療費	総医療費		6億9385万円	7億6262万円	6億3426万円	7億0340万円	8億5584万円	6億7051万円				
		② 生活習慣病総医療費		3億4357万円	4億0252万円	3億3321万円	3億9206万円	4億5375万円	3億5898万円				
		③ (総医療費に占める割合)		49.5%	52.8%	52.5%	55.7%	53.0%	53.5%				
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり 健診受診者		11,171円	17,978円	4,183円	9,720円	13,286円	9,063円				
		⑤ 健診未受診者		35,010円	35,451円	44,484円	51,916円	61,238円	37,482円				
		⑥ 糖尿病医療費		4365万円	4266万円	4176万円	4219万円	4090万円	4061万円				
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		12.7%	10.6%	12.5%	10.8%	9.0%	11.3%				
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		7798万円	8944万円	8950万円	9089万円	1億0471万円					
		⑨ 1件あたり		31,281円	34,374円	38,265円	37,810円	43,979円					
		⑩ 糖尿病入院総医療費		7093万円	6799万円	5452万円	6836万円	1億2451万円					
		⑪ 1件あたり		627,694円	679,887円	482,500円	560,368円	819,145円					
		⑫ 在院日数		12日	13日	11日	12日	14日					
		⑬ 慢性腎不全医療費		2621万円	3747万円	4492万円	4074万円	3402万円	2783万円				
		⑭ 透析有り		2452万円	3661万円	4092万円	3880万円	3174万円	2567万円				
		⑮ 透析なし		169万円	86万円	400万円	194万円	228万円	216万円				
7	① 介護	介護給付費		8億5220万円	8億6424万円	8億5735万円	8億6169万円	7億7631万円	8億6719万円				
		② (2号認定者)糖尿病合併症		0件 0.0%	1件 25.0%	3件 25.0%	3件 25.0%	3件 25.0%					
8	① 死亡	糖尿病（死因別死亡数）		2人 2.1%	1人 1.1%	0人 0.0%	1人 1.1%	1人 0.9%	622人 1.0%				

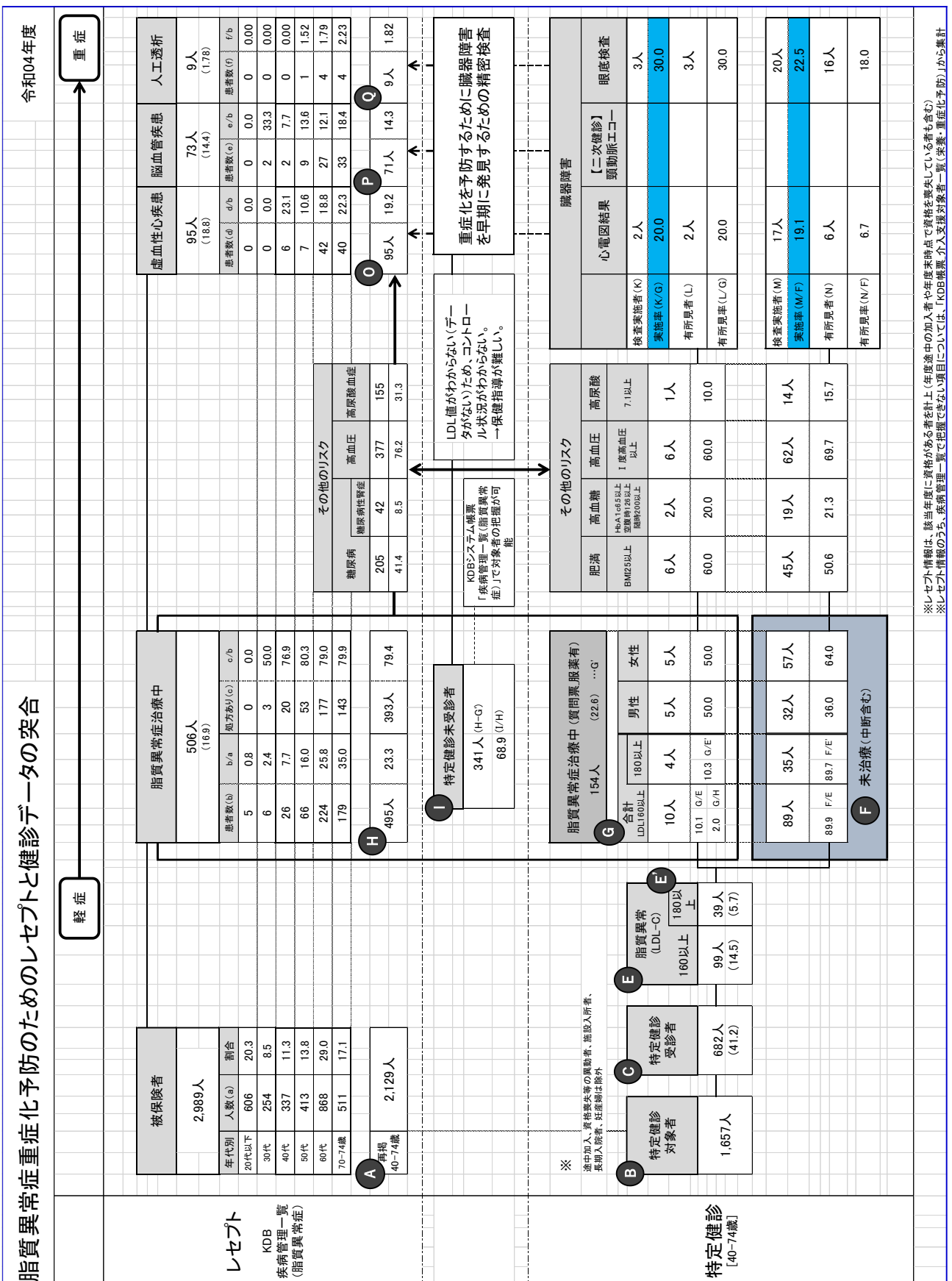
参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典・参照: 保険者データヘルス支援システム



参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



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

参考資料7 HbA1Cの年次比較

HbA1cの年次比較																	
	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		合併症予防のための目標		糖尿病		合併症の危険が更に大きくなる					
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H29	769	275	35.8%	305	39.7%	95	12.4%	52	6.8%	27	3.5%	15	2.0%	25	3.3%	13	1.7%
H30	968	450	46.5%	294	30.4%	108	11.2%	52	5.4%	46	4.8%	18	1.9%	42	4.3%	17	1.8%
R01	922	367	39.8%	336	36.4%	107	11.6%	47	5.1%	44	4.8%	21	2.3%	41	4.4%	15	1.6%
R02	548	257	46.9%	167	30.5%	60	10.9%	23	4.2%	21	3.8%	20	3.6%	28	5.1%	12	2.2%
R03	640	189	29.5%	242	37.8%	115	18.0%	38	5.9%	29	4.5%	27	4.2%	37	5.8%	18	2.8%
R04	682	254	37.2%	239	35.0%	97	14.2%	29	4.3%	36	5.3%	27	4.0%	42	6.2%	22	3.2%

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

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上			再掲		
					再)7.0以上	未治療	治療	人数	割合	
H29	769	275 35.8%	305 39.7%	95 12.4%	94	38	56	12.2%	40.4%	59.6%
					42	15	27	5.5%	35.7%	64.3%
					5.5%		12.2%			
H30	968	450 46.5%	294 30.4%	108 11.2%	116	37	79	12.0%	31.9%	68.1%
					64	15	49	6.6%	23.4%	76.6%
					6.6%		12.0%			
R01	922	367 39.8%	336 36.4%	107 11.6%	112	32	80	12.1%	28.6%	71.4%
					65	14	51	7.0%	21.5%	78.5%
					7.0%		12.1%			
R02	548	257 46.9%	167 30.5%	60 10.9%	64	19	45	11.7%	29.7%	70.3%
					41	11	30	7.5%	26.8%	73.2%
					7.5%		11.7%			
R03	640	189 29.5%	242 37.8%	115 18.0%	94	34	60	14.7%	36.2%	63.8%
					56	11	45	8.8%	19.6%	80.4%
					8.8%		14.7%			
R04	682	254 37.2%	239 35.0%	97 14.2%	92	27	65	13.5%	29.3%	70.7%
					63	16	47	9.2%	25.4%	74.6%
					9.2%		13.5%			

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		糖尿病		合併症の危険が更に大きくなる							
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H29	72	9.4%	2	2.8%	3	4.2%	11	15.3%	29	40.3%	18	25.0%	9	12.5%	15	20.8%	8	11.1%
	H30	112	11.6%	3	2.7%	6	5.4%	24	21.4%	30	26.8%	35	31.3%	14	12.5%	31	27.7%	13	11.6%
	R01	108	11.7%	2	1.9%	7	6.5%	19	17.6%	29	26.9%	33	30.6%	18	16.7%	31	28.7%	14	13.0%
	R02	60	10.9%	3	5.0%	4	6.7%	8	13.3%	15	25.0%	17	28.3%	13	21.7%	19	31.7%	8	13.3%
	R03	72	11.3%	0	0.0%	0	0.0%	12	16.7%	15	20.8%	25	34.7%	20	27.8%	27	37.5%	14	19.4%
	R04	85	12.5%	1	1.2%	3	3.5%	16	18.8%	18	21.2%	29	34.1%	18	21.2%	29	34.1%	14	16.5%
治療なし	H29	697	90.6%	273	39.2%	302	43.3%	84	12.1%	23	3.3%	9	1.3%	6	0.9%	10	1.4%	5	0.7%
	H30	856	88.4%	447	52.2%	288	33.6%	84	9.8%	22	2.6%	11	1.3%	4	0.5%	11	1.3%	4	0.5%
	R01	814	88.3%	365	44.8%	329	40.4%	88	10.8%	18	2.2%	11	1.4%	3	0.4%	10	1.2%	1	0.1%
	R02	488	89.1%	254	52.0%	163	33.4%	52	10.7%	8	1.6%	4	0.8%	7	1.4%	9	1.8%	4	0.8%
	R03	568	88.8%	189	33.3%	242	42.6%	103	18.1%	23	4.0%	4	0.7%	7	1.2%	10	1.8%	4	0.7%
	R04	597	87.5%	253	42.4%	236	39.5%	81	13.6%	11	1.8%	7	1.2%	9	1.5%	13	2.2%	8	1.3%

参考資料8 血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	769	183	23.8%	148	19.2%	183	23.8%	193	25.1%	50	6.5%	12	1.6%
H30	968	201	20.8%	132	13.6%	259	26.8%	281	29.0%	71	7.3%	24	2.5%
R01	922	179	19.4%	156	16.9%	244	26.5%	263	28.5%	65	7.0%	15	1.6%
R02	548	80	14.6%	63	11.5%	156	28.5%	175	31.9%	59	10.8%	15	2.7%
R03	640	133	20.8%	100	15.6%	193	30.2%	166	25.9%	45	7.0%	3	0.5%
R04	682	133	19.5%	85	12.5%	198	29.0%	198	29.0%	56	8.2%	12	1.8%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲
					再Ⅲ度高血圧	未治療	治療	
H29	769	331 43.0%	183 23.8%	193 25.1%	62 8.1%	25 40.3%	37 59.7%	1.6%
					12 1.6%	8 66.7%	4 33.3%	
H30	968	333 34.4%	259 26.8%	281 29.0%	95 9.8%	48 50.5%	47 49.5%	2.5%
					24 2.5%	12 50.0%	12 50.0%	
R01	922	335 36.3%	244 26.5%	263 28.5%	80 8.7%	39 48.8%	41 51.3%	1.6%
					15 1.6%	10 66.7%	5 33.3%	
R02	548	143 26.1%	156 28.5%	175 31.9%	74 13.5%	28 37.8%	46 62.2%	2.7%
					15 2.7%	6 40.0%	9 60.0%	
R03	640	233 36.4%	193 30.2%	166 25.9%	48 7.5%	24 50.0%	24 50.0%	0.5%
					3 0.5%	3 100.0%	0 0.0%	
R04	682	218 32.0%	198 29.0%	198 29.0%	68 10.0%	35 51.5%	33 48.5%	1.8%
					12 1.8%	8 66.7%	4 33.3%	

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	324	42.1%	33	10.2%	60	18.5%	98	30.2%	96	29.6%	33	10.2%	4	1.2%
	H30	418	43.2%	41	9.8%	59	14.1%	113	27.0%	158	37.8%	35	8.4%	12	2.9%
	R01	406	44.0%	37	9.1%	67	16.5%	118	29.1%	143	35.2%	36	8.9%	5	1.2%
	R02	276	50.4%	16	5.8%	27	9.8%	84	30.4%	103	37.3%	37	13.4%	9	3.3%
	R03	304	47.5%	25	8.2%	54	17.8%	100	32.9%	101	33.2%	24	7.9%	0	0.0%
	R04	335	49.1%	35	10.4%	44	13.1%	114	34.0%	109	32.5%	29	8.7%	4	1.2%
治療なし	H29	445	57.9%	150	33.7%	88	19.8%	85	19.1%	97	21.8%	17	3.8%	8	1.8%
	H30	550	56.8%	160	29.1%	73	13.3%	146	26.5%	123	22.4%	36	6.5%	12	2.2%
	R01	516	56.0%	142	27.5%	89	17.2%	126	24.4%	120	23.3%	29	5.6%	10	1.9%
	R02	272	49.6%	64	23.5%	36	13.2%	72	26.5%	72	26.5%	22	8.1%	6	2.2%
	R03	336	52.5%	108	32.1%	46	13.7%	93	27.7%	65	19.3%	21	6.3%	3	0.9%
	R04	347	50.9%	98	28.2%	41	11.8%	84	24.2%	89	25.6%	27	7.8%	8	2.3%

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

参考資料9 LDL-Cの年次比較

	LDL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	769	321	41.7%	204	26.5%	145	18.9%	64	8.3%	35	4.6%
	H30	968	433	44.7%	236	24.4%	184	19.0%	60	6.2%	55	5.7%
	R01	922	403	43.7%	242	26.2%	160	17.4%	74	8.0%	43	4.7%
	R02	548	223	40.7%	137	25.0%	110	20.1%	49	8.9%	29	5.3%
	R03	640	278	43.4%	156	24.4%	104	16.3%	65	10.2%	37	5.8%
R04	682	312	45.7%	157	23.0%	114	16.7%	60	8.8%	39	5.7%	
男性	H29	416	201	48.3%	109	26.2%	69	16.6%	26	6.3%	11	2.6%
	H30	546	278	50.9%	121	22.2%	100	18.3%	30	5.5%	17	3.1%
	R01	520	263	50.6%	133	25.6%	72	13.8%	38	7.3%	14	2.7%
	R02	303	149	49.2%	70	23.1%	54	17.8%	24	7.9%	6	2.0%
	R03	357	179	50.1%	85	23.8%	61	17.1%	23	6.4%	9	2.5%
R04	375	202	53.9%	78	20.8%	58	15.5%	27	7.2%	10	2.7%	
女性	H29	353	120	34.0%	95	26.9%	76	21.5%	38	10.8%	24	6.8%
	H30	422	155	36.7%	115	27.3%	84	19.9%	30	7.1%	38	9.0%
	R01	402	140	34.8%	109	27.1%	88	21.9%	36	9.0%	29	7.2%
	R02	245	74	30.2%	67	27.3%	56	22.9%	25	10.2%	23	9.4%
	R03	283	99	35.0%	71	25.1%	43	15.2%	42	14.8%	28	9.9%
R04	307	110	35.8%	79	25.7%	56	18.2%	33	10.7%	29	9.4%	

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LDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲
					再)180以上	未治療	治療	
H29	769	321 41.7%	204 26.5%	145 18.9%	99	90	9	12.9%
					12.9%	90.9%	9.1%	
H30	968	433 44.7%	236 24.4%	184 19.0%	115	101	14	11.9%
					11.9%	87.8%	12.2%	
R01	922	403 43.7%	242 26.2%	160 17.4%	117	104	13	12.7%
					12.7%	88.9%	11.1%	
R02	548	223 40.7%	137 25.0%	110 20.1%	78	72	6	14.2%
					14.2%	92.3%	7.7%	
R03	640	278 43.4%	156 24.4%	104 16.3%	102	92	10	15.9%
					15.9%	90.2%	9.8%	
R04	682	312 45.7%	157 23.0%	114 16.7%	99	89	10	14.5%
					14.5%	89.9%	10.1%	

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	149	19.4%	92	61.7%	31	20.8%	17	11.4%	7	4.7%	2	1.3%
	H30	184	19.0%	114	62.0%	41	22.3%	15	8.2%	6	3.3%	8	4.3%
	R01	185	20.1%	106	57.3%	48	25.9%	18	9.7%	9	4.9%	4	2.2%
	R02	110	20.1%	68	61.8%	22	20.0%	14	12.7%	3	2.7%	3	2.7%
	R03	135	21.1%	89	65.9%	25	18.5%	11	8.1%	7	5.2%	3	2.2%
R04	154	22.6%	101	65.6%	25	16.2%	18	11.7%	6	3.9%	4	2.6%	
治療なし	H29	620	80.6%	229	36.9%	173	27.9%	128	20.6%	57	9.2%	33	5.3%
	H30	784	81.0%	319	40.7%	195	24.9%	169	21.6%	54	6.9%	47	6.0%
	R01	737	79.9%	297	40.3%	194	26.3%	142	19.3%	65	8.8%	39	5.3%
	R02	438	79.9%	155	35.4%	115	26.3%	96	21.9%	46	10.5%	26	5.9%
	R03	505	78.9%	189	37.4%	131	25.9%	93	18.4%	58	11.5%	34	6.7%
R04	528	77.4%	211	40.0%	132	25.0%	96	18.2%	54	10.2%	35	6.6%	

出典・参照:特定健診等データ管理システム