北中城村国民健康保険
第 3 期保健事業実施計画
（データヘルス計画）

（第 4 期特定健康診査等実施計画）
令和 6 年度～令和 11 年度

北中城村国民健康保険

保健事業実施計画（データヘルス計画）目次

第 1 章　保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方　・・・・・・・・・1

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

第 2 章　第 2 期計画にかかる考察及び第 3 期における健康課題の明確化　・・・・10

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

第 3 章　特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)　・・・・・・・・・・・・・・・・・・34

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

第 4 章　課題解決するための個別保健事業　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・41

Ⅰ. 保健事業の方向性

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

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

Ⅳ. 発症予防

Ⅴ. ポピュレーションアプローチ

第 5 章　計画の評価・見直し　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・68

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

第 6 章　計画の公表・周知及び個人情報の取扱い　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・69

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料　・・70

第 1 章　保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的な考え方

1．背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第 3 期保健事業実施計画（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、「特定健康診査等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画(データヘルス計画)と一体的に策定することとします。ただし、保健事業実施計画（データヘルス計画）の対象者は、被保険者全員とします。

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

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

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

なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことにより、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が大きい糖尿病腎症に着目することとする。

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

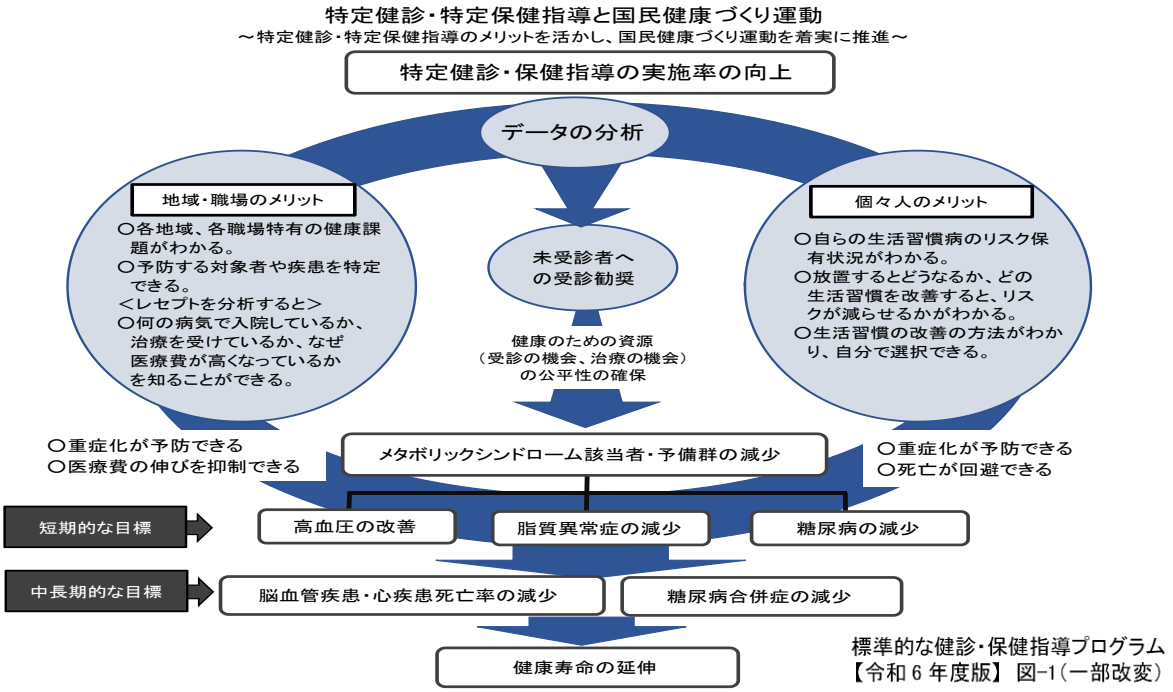
図表１　データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

※健康増進事業実施者とは　健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法

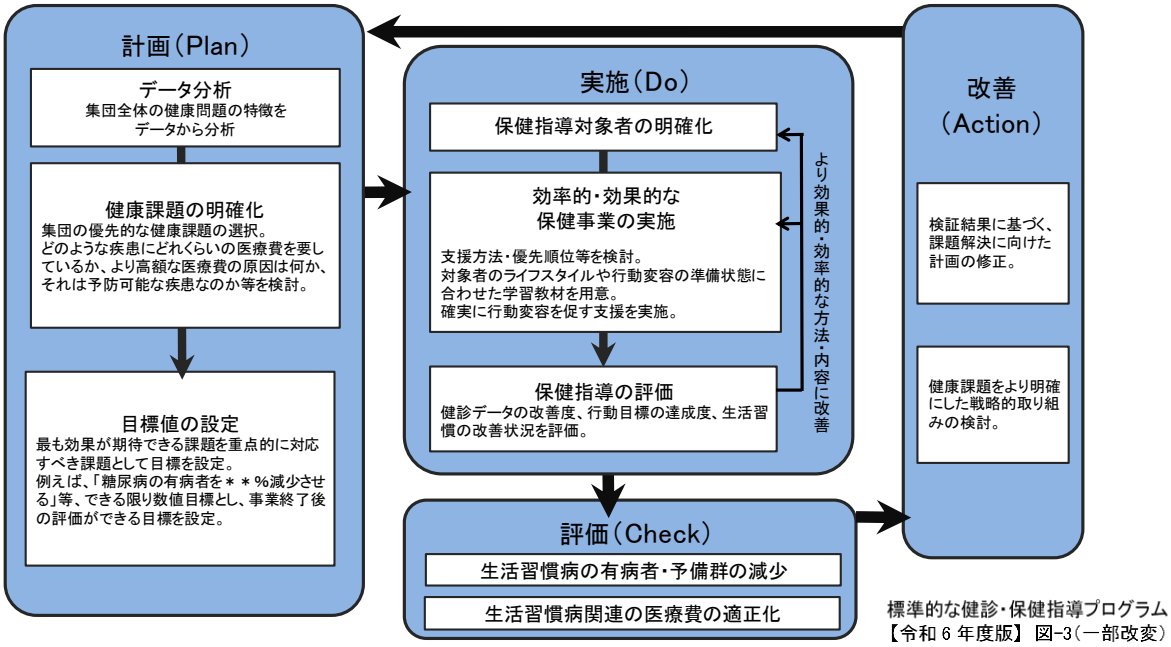
	健康増進計画	データヘルス計画（保健事業実施計画）	特定健康診査等実施計画	医療費適正化計画	医療計画（地域医療構想含む）	介護保険事業（支援）計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条　健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法　第82条 健康保険法　第150条 高確法　第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、第118条
基本的な指針	厚生労働省　健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省　保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省　保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省　保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策について基本指針	厚生労働省　医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する基本指針	厚生労働省　老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針
根拠・期間	法定　令和6～17年（12年） 2024年～2035年	指針　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～8年（3年） 2024～2026年
計画策定者	都道府県：義務 市町村：努力義務	医療保険者	医療保険者：義務	都道府県：義務	都道府県：義務	市町村：義務 都道府県：義務
基本的な考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開とより実効性を持つ取組の推進を通じて、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、青壮年期、高齢期） ライフコースアプローチ （胎児期から老齢期まで継時的）	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮		すべて	すべて	1号被保険者　65歳以上 2号被保険者　40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、骨折+骨粗鬆症、パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患
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 糖尿性病腎症 高　血　圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖　尿　病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳　卒　中	要介護状態となることの予防 要介護状態の軽減・悪化防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患（COPD） が　ん ロコモ―ティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康（うつ・不安）				がん 精神疾患	認　知　症 フレイル 口腔機能、低栄養
評　価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 **51目標項目** ○個人の行動と健康状態の改善に関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい指標例 ＜アウトカム＞ メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 ＜アウトプット＞ 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・予備群の減少	（住民の健康の保持推進） ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防の推進 ・高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進 （医療の効率的な提供の推進） ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的な活用 ・医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 （地域の実状に応じて設定） 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・事業費連動分）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



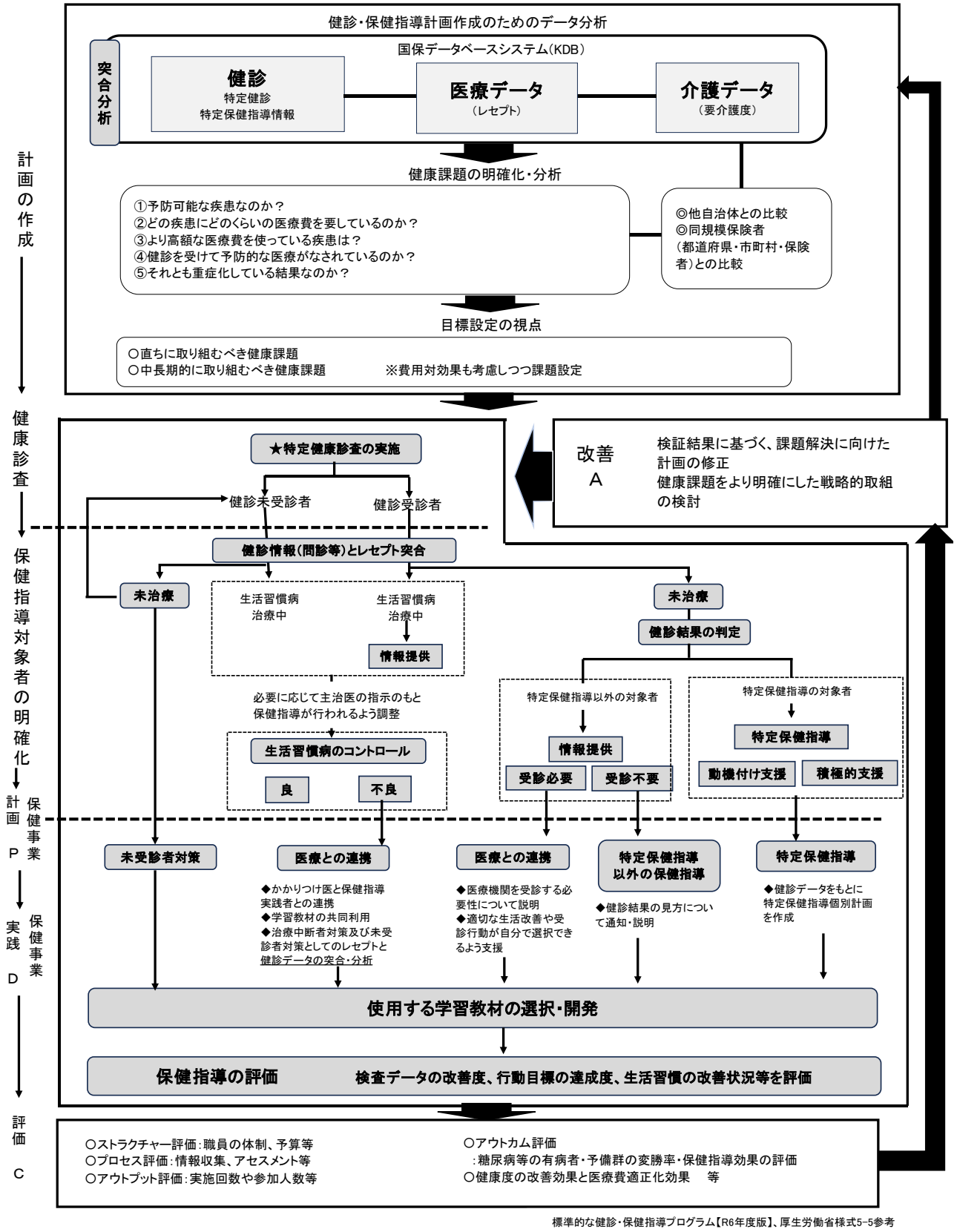
注）プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとすることにつながる。

図表 3　保健事業（健診・保健指導）の PDCA サイクル



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

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



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

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

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

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 年間とします。

＜参考＞計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

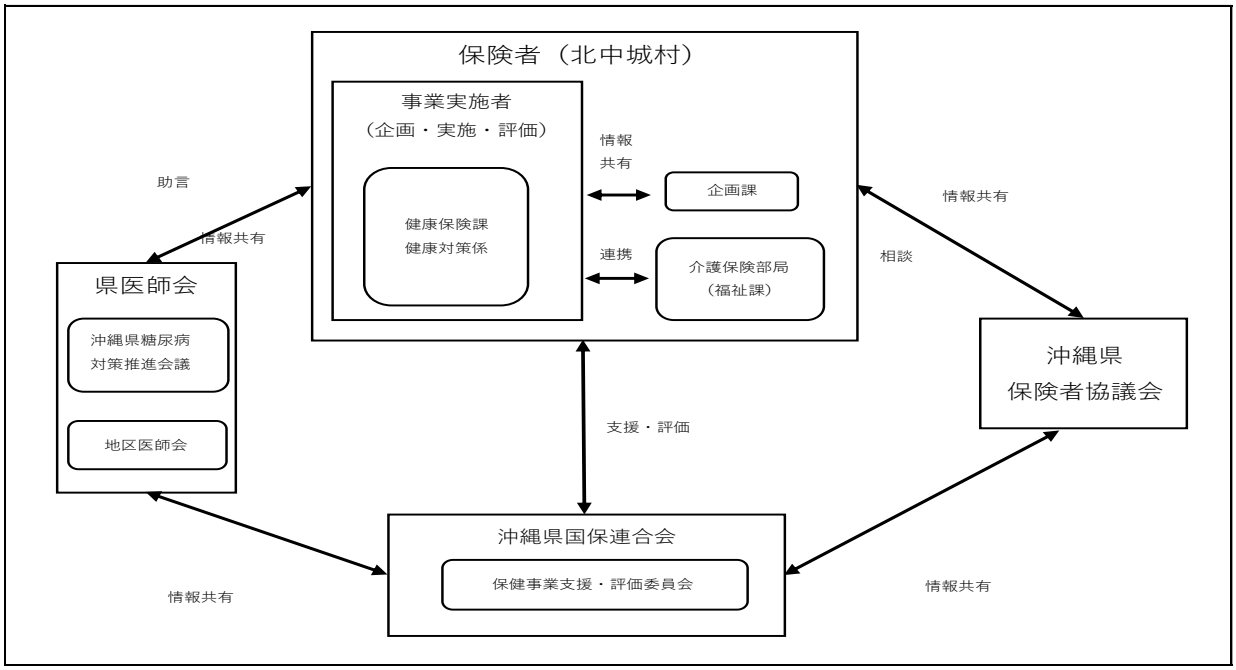
1）　市町村国保の役割

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

具体的には、保健衛生部局（健康保険課）、介護保険部局（福祉課高齢者福祉係）、企画部局（企画振興課）、生活保護部局（福祉課社会福祉係）、高齢者医療部局（健康保険課国民健康保険係）とも十分連携を図ることとします。

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

図表 6 北中城村の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

【母子保健～成人保健】地区分担制（4地区）

地区	喜舎場	仲順	荻道	ライカム	熱田・団地	渡口	和仁屋	美崎
PHN	保健師①　（成人保健◎）			保健師②　（成人保健○）				
栄養士	管理栄養士①							
地区	島袋・比嘉		安谷屋	石平	大城	屋宜原	瑞慶覧	軍施設内
PHN	保健師③		保健師④　（母子保健◎）					
栄養士	管理栄養士②				管理栄養士③			

【事務】
・係長
・成人担当　2名
・母子担当　2名
・予防接種担当　1名

・子育て世代包括支援センター
保健師　1名

【ポピュレーションアプローチ】

管理栄養士④	看護師①

【特定健診受診勧奨】

看護師②

【高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施】

保健師①　管理栄養士⑤

2） 関係機関との連携

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

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

また、平成 30 年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となっており、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となります。このため、北中城村国保は、計画素案について沖縄県関係課と意見交換を行い、沖縄県との連携に努めます。

また、北中城村と中部地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うための連携を推進していきます。

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

＜参考＞手引きより抜粋

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

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

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

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

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

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

3） 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

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

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

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(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	
			北中城村	配点	北中城村	配点	北中城村	配点
交付額(万円)			1242		1179		1297	
全国順位(1,741市町村中)			314位		441位		220位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	95	70	90	70	70	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑ該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	5	40	5	40	20	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	95	90	50	45	65	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	125	130	95	130	120	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	55	100	50	100	50	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	30	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	32	40	45	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	30	95	45	100	70	100
合計点			667	1,000	640	960	675	940

第2章　第 2 期計画に係る考察及び第 3 期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

北中城村は、人口約 1.8 万人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 24.1%でした。同規模、国と比較すると高齢者の割合は低くなっており、被保険者の平均年齢も 45.6 歳と同規模と比べて若く、出生率も高く、財政指数も高い村となっています。産業においては、第 3 次産業が 81.9%と同規模と比較しても高く、サービス業の割合が多く、被保険者の生活習慣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 28.3%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が約 29%を占めています。（図表 10）

また村内には 3 つの病院、6 つの診療所があり、うち一つは総合病院です。近隣市町村にもアクセスがよく、医療資源には恵まれています。（図表 11）

図表 9　同規模・県・国と比較した北中城村の特性

	人口（人）	高齢化率（%）	被保険者数（加入率）	被保険者平均年齢（歳）	出生率（人口千対）	死亡率（人口千対）	財政指数	第1次産業	第2次産業	第3次産業
北中城村	17,795	24.1	5,036（28.3）	45.6	8.9	6.9	0.7	1.7	16.4	81.9
同規模	--	36.0	23.2	55.9	5.3	14.7	0.5	10.9	27.1	61.9
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：KDBシステム_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、北中城村と同規模保険者（111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		5,175		5,192		5,223		5,193		5,036	
	65～74歳	1,354	26.2	1,395	26.9	1,442	27.6	1,495	28.8	1,447	28.7
	40～64歳	1,892	36.6	1,865	35.9	1,882	36.0	1,824	35.1	1,766	35.1
	39歳以下	1,929	37.3	1,932	37.2	1,899	36.4	1,874	36.1	1,823	36.2
加入率		32.2		32.3		32.5		32.3		28.3	

出典：KDBシステム_　人口及び被保険者の状況
健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

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）	
											同規模	県
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	割合	割合
病院数	3	0.6	3	0.6	3	0.6	3	0.6	3	0.6	0.3	0.2
診療所数	6	1.2	7	1.3	7	1.3	6	1.2	6	1.2	2.8	2.3
病床数	774	149.6	790	152.2	790	151.3	790	152.1	811	161.0	45.4	47.9
医師数	94	18.2	94	18.1	104	19.9	104	20.0	123	24.4	6.6	10.0
外来患者数	513.9		518.4		460.3		479.5		506.8		721.7	541.1
入院患者数	19.2		20.7		16.3		16.1		16.8		21.9	19.0

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第 2 期計画に係る評価及び考察

1)第 2 期データヘルス計画の評価

第 2 期計画において、目標の設定を以下の 2 つに分類しました。

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

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

(1)中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

北中城村の令和 4 年度の要介護認定者は、2 号(40～64 歳)被保険者で 25 人(認定率 0.43%)、1 号(65 歳以上)被保険者で 743 人(認定率 17.3%)と1号認定者においては同規模・県・国と比較すると低く、H30 年度と比べても横ばいで推移していますが、2 号認定率については、国や同規模よりも高くなっているため、若い世代においての課題となります。(図表 12)

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75 歳以上の認定者数が増加しており、介護給費費は、約 10 億円から約 12 億円に伸びています。(図表 13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第 2 号被保険者で 7 割以上、第 1 号被保険者でも約 5 割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、1号被保険者全年齢で約 9 割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表 14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	北中城村				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	3,552人	22.1%	4,294人	24.1%	36.0%	22.6%	28.7%
2号認定者	34人	0.63%	25人	0.43%	0.40%	0.45%	0.38%
新規認定者	9人		4人		--	--	--
1号認定者	634人	17.8%	743人	17.3%	18.8%	19.0%	19.4%
新規認定者	90人		109人		--	--	--
再掲 65～74歳	75人	4.7%	85人	4.2%	--	--	--
再掲 新規認定者	17人		19人		--	--	--
再掲 75歳以上	559人	28.7%	658人	29.3%	--	--	--
再掲 新規認定者	73人		90人		--	--	--

出典:KDBシステム_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

		北中城村		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費		10億3386万円	12億6375万円	--	--	--
一人あたり給付費（円）		291,064	294,307	297,567	324,737	290,668
1件あたり給付費（円）	全体	69,382	70,910	70,292	69,211	59,662
	居宅サービス	49,539	50,888	43,991	51,518	41,272
	施設サービス	285,330	313,451	291,264	301,929	296,364

出典：KDBシステム_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）				25		85		658		743		768	
再）国保・後期				13		53		581		634		647	
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 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	10 76.9%	脳卒中	27 50.9%	脳卒中	266 45.8%	脳卒中	293 46.2%	脳卒中	303 46.8%
			2	腎不全	3 23.1%	虚血性心疾患	19 35.8%	虚血性心疾患	200 34.4%	虚血性心疾患	219 34.5%	虚血性心疾患	221 34.2%
			3	虚血性心疾患	2 15.4%	腎不全	12 22.6%	腎不全	118 20.3%	腎不全	130 20.5%	腎不全	133 20.6%
		合併症	4	糖尿病合併症	1 7.7%	糖尿病合併症	14 26.4%	糖尿病合併症	74 12.7%	糖尿病合併症	88 13.9%	糖尿病合併症	89 13.8%
		基礎疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）			10 76.9%	基礎疾患	48 90.6%	基礎疾患	531 91.4%	基礎疾患	579 91.3%	基礎疾患	589 91.0%
		血管疾患合計			10 76.9%	合計	48 90.6%	合計	545 93.8%	合計	593 93.5%	合計	603 93.2%
	認知症			認知症	0 0.0%	認知症	12 22.6%	認知症	267 46.0%	認知症	279 44.0%	認知症	279 43.1%
	筋・骨格疾患			筋骨格系	13 100.0%	筋骨格系	50 94.3%	筋骨格系	559 96.2%	筋骨格系	609 96.1%	筋骨格系	622 96.1%

出典・参照：KDB システム改変

② 医療費の状況

本村の医療費は、前期高齢者の割合が増加しているものの、総医療費の増加は見られず、一人あたり医療費も、同規模保険者と比べて約 11.3 万円低く、H30 年度と比較しても約 9,600 円安くなっています。しかしながら、入院医療費は、全体のレセプトの件数の 3%程度にも関わらず、医療費全体の約 44%を占めており、1 件あたりの入院医療費は H30 年度と比較して約 2.8 万円高くなっています。（図表 15）

また年齢調整をした地域差指数でみると、国保・後期高齢ともに全体は全国平均の 1 を下回り、県よりも低くなっていますが、入院の地域差指数を見ると、増加はないものの、全国平均の 1 を上回っ

ています。（図表　16）

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

図表 15　医療費の推移

			北中城村		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数（人）			5,175人	5,036人	--	--	--
前期高齢者割合			1,354人　（26.2%）	1,447人　（28.7%）	--		
総医療費			14億4295万円	13億5564万円	--	--	--
一人あたり医療費（円）			278,831　県内28位 同規模115位	269,190　県内36位 同規模109位	382,035	318,310	339,680
入院	1件あたり費用額(円)		552,130	579,710	601,790	634,340	617,950
入院	1件あたり費用額(円)	費用の割合	46.0	44.4	42.6	46.4	39.6
入院	1件あたり費用額(円)	件数の割合	3.6	3.2	2.9	3.4	2.5
外来	1件あたり費用額		24,170	24,080	24,640	25,820	24,220
外来	1件あたり費用額	費用の割合	54.0	55.6	57.4	53.6	60.4
外来	1件あたり費用額	件数の割合	96.4	96.8	97.1	96.6	97.5
受診率			533.07	523.648	743.593	560.174	705.439

※同規模保険者数：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		
		北中城村（県内市町村中）		県（47県中）	北中城村（県内市町村中）		県（47県中）
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	1.001	0.969	1.070	1.023	0.993	1.092
		(28位)	(30位)	(14位)	(30位)	(30位)	(14位)
	入院	1.137	1.105	1.259	1.269	1.197	1.286
		(31位)	(30位)	(10位)	(25位)	(25位)	(5位)
	外来	0.924	0.885	0.965	0.762	0.781	0.910
		(16位)	(24位)	(40位)	(33位)	(28位)	(43位)

出典：地域差分析(厚労省)

③　中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、H30 年度と比較すると増加しており、特に、脳は 1.16 ポイント、心は 1.67 ポイント H30 年度より伸びており、同規模、県よりも高くなっています。（図表 17）

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と比較してみると虚血性心疾患・腎不全が、患者数及び割合と減少していますが、脳血管疾患については、0.3 ポイント増加していました。また年齢別で比較すると、65 歳以上前期高齢者で割合が高くなることから、若い世代からの対策が必要です。（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

			北中城村		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費（円）			14億4295万円	13億5564万円	--	--	--
中長期目標疾患医療費合計（円）			1億3462万円	1億4467万円	--	--	--
			9.32%	10.67%	7.88%	10.08%	8.03%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.82%	2.98%	2.17%	2.40%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.34%	3.01%	1.42%	1.61%	1.45%
	腎	慢性腎不全（透析有）	5.83%	4.00%	4.00%	5.80%	4.26%
		慢性腎不全（透析無）	0.34%	0.68%	0.29%	0.27%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		10.77%	9.36%	17.02%	12.57%	16.69%
	筋・骨疾患		9.16%	8.88%	8.86%	7.73%	8.68%
	精神疾患		11.40%	10.22%	8.15%	10.14%	7.63%

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

注）最大医療資源傷病（調剤含む）による分類結果
（最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名）
注）KDB システムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上。

図表 18　中長期目標疾患の治療状況

年齢区分			被保険者数		中長期目標の疾患						
					疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
			H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
治療者（人）0～74歳		A	5,175	5,036	a	315	324	223	210	26	20
					a/A	6.1%	6.4%	4.3%	4.2%	0.5%	0.4%
40歳以上		B	3,246	3,213	b	312	317	220	206	26	20
		B/A	62.7%	63.8%	b/B	9.6%	9.9%	6.8%	6.4%	0.8%	0.6%
再掲	40～64歳	D	1,892	1,766	d	106	101	66	62	12	9
		D/A	36.6%	35.1%	d/D	5.6%	5.7%	3.5%	3.5%	0.6%	0.5%
	65～74歳	C	1,354	1,447	c	206	216	154	144	14	11
		C/A	26.2%	28.7%	c/C	15.2%	14.9%	11.4%	10.0%	1.0%	0.8%

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

(2)短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、高血圧と脂質異常症の治療者の割合が増え、合併症(重症化)である脳血管疾患、人工透析の割合は減り、虚血性心疾患の割合も明らかな増加はありませんでした。しかし、糖尿病においては治療者の割合が減っており、虚血性心疾患及び糖尿病合併症の割合が増加しています。糖尿病は生活習慣と密接な関係があり、病院受診のみでは解決が困難なため、継続的な支援が必要です。

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

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)			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	1,166	1,178	439	407	727	771
		A/被保数	35.9%	36.7%	23.2%	23.0%	53.7%	53.3%
合併症(中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	146	141	58	43	88	98
		B/A	12.5%	12.0%	13.2%	10.6%	12.1%	12.7%
	虚血性心疾患	C	150	153	43	46	107	107
		C/A	12.9%	13.0%	9.8%	11.3%	14.7%	13.9%
	人工透析	D	25	18	12	8	13	10
		D/A	2.1%	1.5%	2.7%	2.0%	1.8%	1.3%

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

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			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	588	537	227	189	361	348
		A/被保数	18.1%	16.7%	12.0%	10.7%	26.7%	24.0%
合併症(中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	66	57	27	15	39	42
		B/A	11.2%	10.6%	11.9%	7.9%	10.8%	12.1%
	虚血性心疾患	C	94	101	27	27	67	74
		C/A	16.0%	18.8%	11.9%	14.3%	18.6%	21.3%
	人工透析	D	19	12	9	6	10	6
		D/A	3.2%	2.2%	4.0%	3.2%	2.8%	1.7%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	107	108	37	32	70	76
		E/A	18.2%	20.1%	16.3%	16.9%	19.4%	21.8%
	糖尿病性網膜症	F	118	114	48	34	70	80
		F/A	20.1%	21.2%	21.1%	18.0%	19.4%	23.0%
	糖尿病性神経障害	G	17	19	8	7	9	12
		G/A	2.9%	3.5%	3.5%	3.7%	2.5%	3.4%

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

図表 21　脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症（疾病管理一覧）			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
脂質異常症治療者(人)		A	1,034	1,069	381	385	653	684
		A/被保数	31.9%	33.3%	20.1%	21.8%	48.2%	47.3%
合併症（中長期目標疾患）	脳血管疾患	B	120	113	46	32	74	81
		B/A	11.6%	10.6%	12.1%	8.3%	11.3%	11.8%
	虚血性心疾患	C	154	154	43	38	111	116
		C/A	14.9%	14.4%	11.3%	9.9%	17.0%	17.0%
	人工透析	D	14	12	5	5	9	7
		D/A	1.4%	1.1%	1.3%	1.3%	1.4%	1.0%

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

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0 以上を H30 年度と R03 年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。特にⅡ度以上の高血圧未治療者の割合は県よりも高くなっています。また健診後に医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のままや治療中断で放置されている方が高血圧で約 50%、糖尿病で 11%ほどおり、その割合は沖縄県と比較しても高くなっており、医療のかかり方に課題があります。（図表 22）

前述した通り、基礎疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）の合併症の割合は虚血性心疾患が多く課題となります。新型コロナ感染症の影響で受診率が低迷していた時期もあり、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、治療につながった後も定期受診ができているか等の状況確認を行いながら、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22　結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善　Ⅱ度高血圧の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果 未治療（内服なし）		R03年度		問診結果 未治療（内服なし）		レセプト情報（R03.4～R04.3） 未治療		治療中断	
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
北中城村	1,377	46.4	1,327	44.4	102	7.4	67	65.7	136	10.2	97	71.3	63	46.3	6	4.4
沖縄県	96,845	41.3	80,454	34.6	5,660	5.8	3,211	56.7	5,264	6.5	2,871	54.5	1,746	33.2	304	5.8

	健診受診率				糖尿病											
					結果の改善　HbA1c7.0%以上の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果 未治療（内服なし）		R03年度		問診結果 未治療（内服なし）		レセプト情報（R03.4～R04.3） 未治療		治療中断	
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
北中城村	1,376	99.9	1,321	99.5	72	5.2	22	30.6	70	5.3	17	24.3	7	10.0	1	1.4
沖縄県	95,731	98.8	80,349	99.9	5,422	5.7	1,356	25.0	4,847	6.0	1,120	23.1	357	7.4	190	3.9

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧（または糖尿病）のレセプトがない者
②中断…高血圧（または糖尿病）のレセプトがある者のうち、直近（年度末の3月を基点として）3ヶ月以上レセプトがない者

出典・参照：KDB システム改変、特定健診等データ管理システム

③ 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本村の特定健診結果において、H30 年度と R04 年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、2 ポイント伸びており、その中でも 2 項目の危険因子が重なっている割合が増加しているため、危険因子の重なりを増やさないよう保健指導を実施していきます。（図表 23）

また重症化予防の観点から、R4 はⅡ度高血圧以上、LDL-C160 以上の有所見割合が増加していますが、翌年度健診結果を見ると、R03 から R04 にかけての血圧は改善率が上がっています。健診会場にて高血圧手帳を配布したり、血圧計を貸し出したりと、保健指導や医療機関受診勧奨を積極的に実施してきた効果と考えられます。

一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも 3 割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。（図表 24・25・26）

図表 23　メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者（受診率）	該当者			予備群
			3項目	2項目	
H30年度	1,377（46.4%）	320（23.2%）	117（8.5%）	203（14.7%）	212（15.4%）
R04年度	1,345（46.7%）	336（25.0%）	111（8.3%）	225（16.7%）	205（15.2%）

出典・参照：特定健診等データ管理システム

図表 24　HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	135（9.8%）	28（20.7%）	41（30.4%）	24（17.8%）	42（31.1%）
R03→R04	130（9.8%）	33（25.4%）	48（36.9%）	19（14.6%）	30（23.1%）

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	102（7.4%）	37（36.3%）	25（24.5%）	4（3.9%）	36（35.3%）
R03→R04	136（10.2%）	67（49.3%）	18（13.2%）	5（3.7%）	46（33.8%）

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	158 （11.5%）	58 （36.7%）	35 （22.2%）	11 （7.0%）	54 （34.2%）
R03→R04	228 （17.2%）	83 （36.4%）	57 （25.0%）	15 （6.6%）	73 （32.0%）

出典・参照：
特定健診等
データ管理システム

④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本村の特定健診受診率は、平成 30 年度には 44.1%まで伸びましたが、新型コロナ感染症の影響で、R01 年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。（図表 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 代は年々増加しつつありますが、60 代以降と比較すると低い状況が続いています。（図表 28）

特定保健指導についても、R2 年度以降、大きく実施率が下がっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

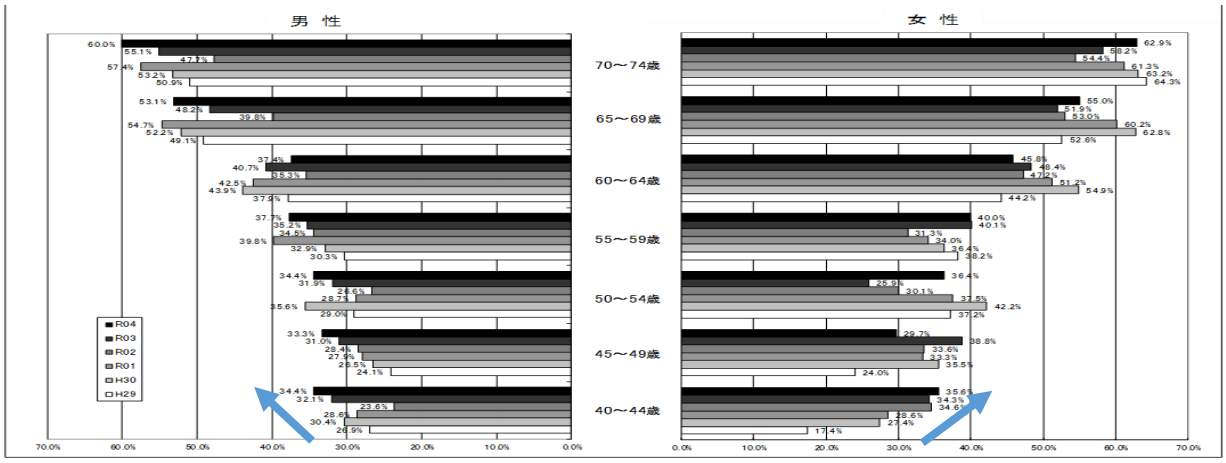
図表 27　特定健診・特定保健指導の推移

出典・参照：特定健診法定報告データ

		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	1,309	1,270	1,144	1,260	1257	健診受診率 60%
	受診率	44.1%	43.4%	38.2%	42.2%	43.7	
特定保健指導	該当者数	239	228	195	218	207	特定保健指導実施率 60%
	割合	18.3%	18.0%	17.0%	17.3%	16.5%	
	実施者数	176	151	130	163	148	
	実施率	73.6%	66.2%	66.7%	74.8%	71.5%	

図表 28 年代別特定健診受診率の推移

出典・参照：特定健診等データ管理システム



2）主な個別事業の評価と課題

（1）重症化予防の取組み

①糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者への保健指導実施は、未治療者・治療中断者を保健師が、治療中コントロール不良者を管理栄養士がそれぞれ担当しています。全体の保健指導の割合は、R4 年度 89.7%と増加しているものの、血糖値有所見者割合、未治療・中断の割合も増加傾向にあります。（表 1）

H30 年度からは糖尿病管理台帳を活用しながら、HbA1c8%以上の高血糖者を優先対象者とし重点的に支援してきました。その結果、HbA1c8%以上の未治療者は、H30 年 7 人から R4 年 4 人に減っています。しかし R1 年度以降は、全員に受診勧奨のための保健指導を実施しましたが、未治療者の半数以下しか治療につながっておらず、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。（表 3）

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)	1,309			1,270			1,144			1,260			1,257		
		未治療 治療中断	治療中	合計	未治療 治療中断	治療中	合計	合計	治療中	合計	未治療 治療中断	治療中	合計	未治療 治療中断	治療中	合計
血糖値有所見者 ＊1	人(b)	48	50	98	67	64	131	98	58	156	45	53	98	68	68	136
	(b/a)	3.7%	3.8%	7.49%	5.3%	5.0%	10.31%	7.72%	5.1%	13.64%	3.6%	4.2%	7.78%	5.4%	5.4%	10.82%
保健指導実施者＊2	人(c)	39	46	85	45	43	88	85	55	140	39	33	72	58	64	122
	(c/b)	81.3%	92.0%	86.7%	67.2%	67.2%	67.2%	86.7%	94.8%	89.7%	86.7%	62.3%	73.5%	85.3%	94.1%	89.7%

＊1　HbA1c6.5%以上、治療中者はHbA1c7.0以上
＊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)	98	131	95	98	136
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者＊3	人(b)	48	67	37	45	68
	(b/a)	49.0%	51.1%	38.9%	45.9%	50.0%
受診した者	人(c)	28	41	28	32	47
	(c/b)	58.3%	61.2%	75.7%	71.1%	69.1%
治療開始した者（服薬）	人(c)	8	6	4	9	4
	(c/b)	16.7%	9.0%	10.8%	20.0%	5.9%

＊1　HbA1c6.5%以上、治療中者はHbA1c7.0以上
＊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)	1,309	1,270	1,144	1,260	1,257
HbA1c8.0%以上		人(b)	25	29	27	22	25
		(b/a)	1.9%	2.3%	2.4%	1.7%	2.0%
	保健指導実施	人(c)	24	25	26	19	23
		(c/b)	96.0%	86.2%	96.3%	86.4%	92.0%
HbA1c8.0%以上の未治療者		人(d)	7	6	5	8	4
		(d/a)	28.0%	20.7%	18.5%	36.4%	16.0%
	保健指導実施	人(e)	6	6	5	8	4
		(e/d)	85.7%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		内服治療開始	4人	2人	3人	4人	1人
		元々治療中	0人	0人	0人	0人	0人
		死亡、転出	1人	0人	0人	0人	0人

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、集団健診では40歳以上全員に心電図検査を実施しており、北中城村の心電図検査実施率は約 5 割となっています。（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、80%が医療機関を受診しています。心房細動未治療者については、ほぼ全数が治療や精密検査につながっています。

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

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	1,408	665	743	1,362	663	699	1,214	561	653	1,345	650	695	1,386	686	700
心電図受診者(人)		b	674	332	342	624	337	287	593	295	298	669	347	322	671	371	300
心電図実施率		**b/a**	**47.9%**	**49.9%**	**46.0%**	**45.8%**	**50.8%**	**41.1%**	**48.8%**	**52.6%**	**45.6%**	**49.7%**	**53.4%**	**46.3%**	**48.4%**	**54.1%**	**42.9%**
	所見あり(人)	c	296	154	142	266	153	113	249	126	123	299	161	138	299	161	138
	有所見率	c/b	43.9%	46.4%	41.5%	42.6%	45.4%	39.4%	42.0%	42.7%	41.3%	44.7%	46.4%	42.9%	44.6%	43.4%	46.0%
	うち、ST所見あり(人)	d	24			21			21			24			43		
心房細動(人)		e	2	1	1	3	3	0	1	1	0	1	1	0	3	3	0
	心房細動有所見率	e/b	0.3%	0.3%	0.3%	0.5%	0.9%	0.0%	0.2%	0.3%	0.0%	0.1%	0.3%	0.0%	0.4%	0.8%	0.0%
	うち、心房細動未治療(人)		2	1	1	2	2	0	1	1	0	1	1	0	3	3	0
	治療開始(人)		1	1	0	2	2	0	0	0	0	1	1	0	2	2	

※1名異常なし

表 5　心電図受診者のうち ST 所見者の状況

			H30		R1		R2		R3		R4	
心電図実施者			674		624		593		669		671	
ST異常所見			24	3.6%	21	3.4%	21	3.5%	24	3.6%	43	6.4%
	要医療・要精査								11	45.8%	19	44.2%
		医療機関受診あり							9	81.8%	16	84.2%
		医療機関受診なし							2	18.2%	3	15.8%
	それ以外の判定								13	54.2%	24	55.8%

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、令和3年度までは年々増加していましたが、令和4年度は割合が減少しています。肥満と高血圧の解決に向けての保健指導を強化していることもあり、令和4年度において血圧Ⅱ度以上の保健指導実施率は H30 年度より増加しており、未治療者 76 人のうち、保健指導後、治療につながったものは、39 人(51.3%)でした。それでも医療機関の受診率は約半数となっており、更に未治療者のうち内服開始になった者は全体の約 2 割でした。しかし R4 年度　血圧Ⅲ度においては、23 人のうち 19 人(82.6%)が未治療者でしたが、13 人(68.4%)が医療機関を受診し、うち7名に内服治療が開始されています。

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。本村は R3 年度において同規模市町村と比較し、高血圧Ⅱ度及びⅢ度以上の割合がワーストで、未治療者の割合も高い状況でもあります。(データヘルス計画策定基礎資料【令和3年度分】より)これを解決するためにも、表 7 の、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)より、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35.6%いました。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っていきます。

表 6　高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

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	保健指導	医療機関受診	内服開始	治療中
H30	1,372	635 46.3%	354 25.8%	281 20.5%	102 7.4%	67 65.7%	36 53.7%	19 28.4%	9 13.4%	35 34.3%
					22 1.6%	16 72.7%	12 75.0%	10 62.5%	5 31.3%	6 27.3%
R01	1,346	637 47.3%	337 25.0%	271 20.1%	101 7.5%	66 65.3%	42 63.6%	23 34.8%	12 18.2%	35 34.7%
					22 1.6%	16 72.7%	11 68.8%	9 56.3%	6 37.5%	6 27.3%
R02	1,204	504 41.9%	318 26.4%	271 22.5%	111 9.2%	64 57.7%	40 62.5%	22 34.4%	12 18.8%	47 42.3%
					21 1.7%	14 66.7%	11 78.6%	7 50.0%	5 35.7%	7 33.3%
R03	1,328	564 42.5%	360 27.1%	268 20.2%	136 10.2%	97 71.3%	80 82.5%	62 63.9%	25 25.8%	39 28.7%
					32 2.4%	26 81.3%	23 88.5%	17 65.4%	10 38.5%	6 18.8%
R04	1,343	593 44.2%	346 25.8%	286 21.3%	118 8.8%	76 64.4%	67 88.2%	39 51.3%	15 19.7%	42 35.6%
					23 1.7%	19 82.6%	17 89.5%	13 68.4%	7 36.8%	4 17.4%

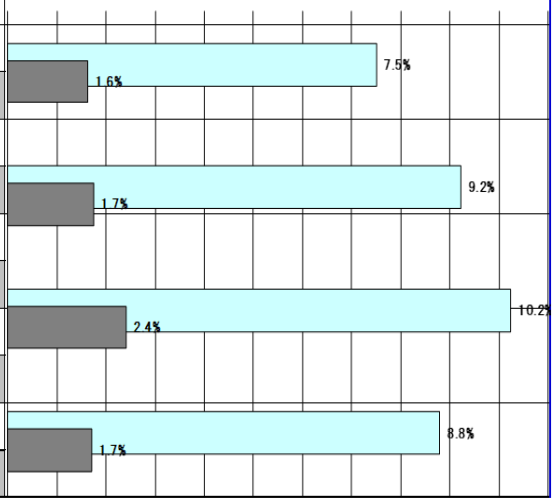


表 7　血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

（参考）高血圧治療ガイドライン2019　日本高血圧学会
p49　表3-1　脳心血管病に対する予後影響因子
p50　表3-2　診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）

血圧分類（mmHg）		高値血圧 130～139 /80～89	Ⅰ度高血圧 140～159 /90～99	Ⅱ度高血圧 160～179 /100～109	Ⅲ度高血圧 180以上 /110以上
リスク層（血圧以外のリスク因子）	419	199	144	57	19
		47.5%	34.4%	13.6%	4.5%
リスク第1層 予後影響因子がない	25	C 14	B 11	B 0	A 0
	6.0%	7.0%	7.6%	0.0%	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	238	C 116	B 74	A 36	A 12
	56.8%	58.3%	51.4%	63.2%	63.2%
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	156	B 69	A 59	A 21	A 7
	37.2%	34.7%	41.0%	36.8%	36.8%

…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	135
		32.2%
B	概ね1ヵ月後に再評価	154
		36.8%
C	概ね3ヵ月後に再評価	130
		31.0%

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

（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。

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

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている県・村の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、集団健診会場や結果説明会、庁舎ロビー、広報、SNS やホームページなどを活用し周知していきます。

また、食育 SAT システムを活用し、個人のデータに合わせた食事指導や、肥満の改善を目的として集団健診会場で食品に含まれる脂の展示や説明会を集中的に実施してきました。今後も継続していきます。

（3）第 2 期計画目標の達成状況一覧

図表 29　第 2 期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績 初年度 H30 （H30）	実績 中間評価 R2 （R2）	実績 最終評価 R5 （R4）	データの把握方法 （活用ﾃﾞｰﾀ年度）
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	1.8%	1.8%	3.0%	KDBｼｽﾃﾑ
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.5%	1.3%	3.0%	
			慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	5.9%	4.9%	4.0%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	3.4%	2.7%	2.0%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.5%	0.0%	0.3%	北中城村
	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、メタボシ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	36.6%	40.1%	40.7%	北中城村 健康保険課
			健診受診者の高血圧者の割合の減少（160/100以上）	7.4%	9.2%	8.8%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上）	11.4%	15.6%	14.5%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上）	9.8%	10.2%	9.8%	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.6%	0.50%	0.30%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	54.9%	73.7%	67.1%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	82.5%	94.8%	87.6%	
		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	44.1	38.2	43.7	法定報告値
			特定保健指導実施率60%以上	73.6	66.7	71.5	
			特定保健指導対象者の割合の減少	18.3	17.0	31.9	
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	15.1	14.3	16.4	地域保健事業報告 （R04年度データがないため,R03年度を記載）
			肺がん検診受診者の増加	12.5	13.2	13.5	
			大腸がん検診受診者の増加	9.4	10.4	16.4	
			子宮がん検診受診者の増加	22.2	14.2	13.8	
			乳がん検診受診者の増加	21.3	13.2	12.9	
			5つのがん検診の平均受診率の増加	16.1	13.1	14.6	
		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	83.4%	86.1%	88.2%	厚生労働省

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3疾患の重症化予防対策を進めてきました。H30 年度から R4 年度を比較すると、総医療費や一人当たり医療費の伸びは見られず、慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合、及び糖尿病性腎症による透析導入者の割合については、減少が見られました。平成28年から継続実施の糖尿病性腎症重症化予防事業を通じた糖尿病の保健指導を実施した結果、保健指導実施率や、未治療者を治療に結び付ける割合が、初年度（平成 30 年度）と比べ増加した成果であると考えます。しかし、脳血管疾患及び虚血性心疾患の総医療費に占める割合については増加が見られ、また要介護者（2号）の有病状況も脳血管疾患が 7 割を超えており、医療費・介護費の適正化のためにも引き続き重症化予防対策を実施していく必要があります。

また、特定健診受診者のうち、短期目標疾患である高血圧や脂質異常症の有所見割合が増加し、これらの未治療者の割合も増加していました。さらにインスリン抵抗性を引き起こし、血管内皮障害のリスクとなるメタボリック該当者の割合も増加しているため、肥満の解決も優先課題として取り組んでいく必要があります。

第三期特定健診等実施計画の目標についても、特定健診受診率目標には達していないため、若い世代へのアプローチや各種管理台帳対象者の連続受診、リピーター率を増やす等を工夫しながら受診勧奨を積極的に実施し対象者を把握、保健指導に繋いでいく必要があります。

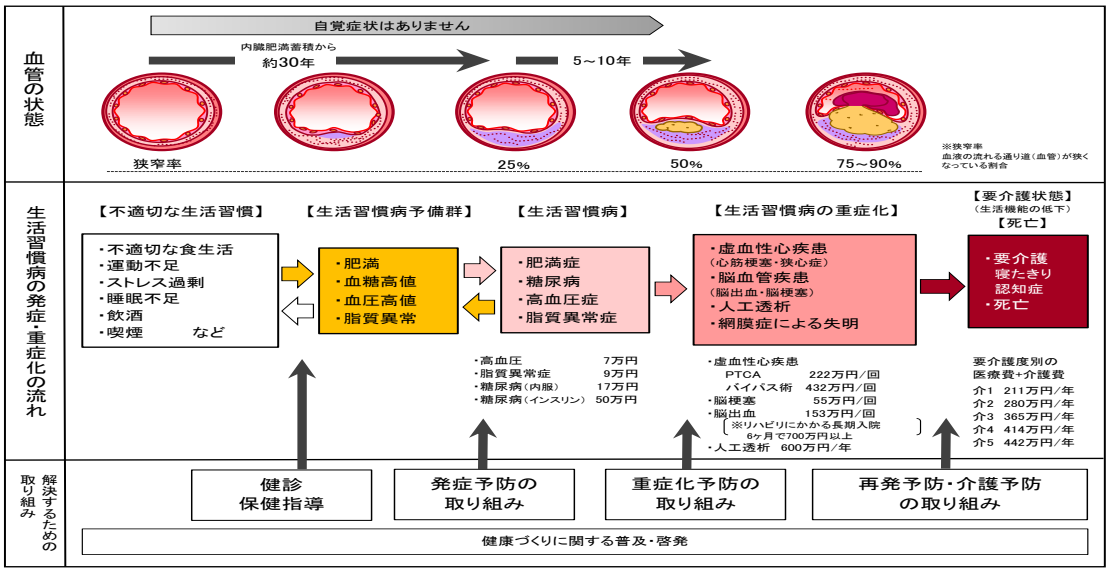
これらを通し、第 3 期においても、中長期目標疾患に進展せぬよう、特定健診受診勧奨を積極的に実施し、短期目標疾患である、高血圧、糖尿病、脂質異常症に対する医療機関への受診勧奨や、医療機関受診後の支援、肥満解決のための保健指導等を継続していく必要があります。

3. 第 3 期における健康課題の明確化

1）基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、乱れた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が重要です。また、生活習慣病から予備群へ、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となります。（図表 30）

図表 30　生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



出典・参照：標準的な健診・保健指導プログラム

【令和 6 年度版】別紙 1（改変版）

2)健康課題の明確化

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

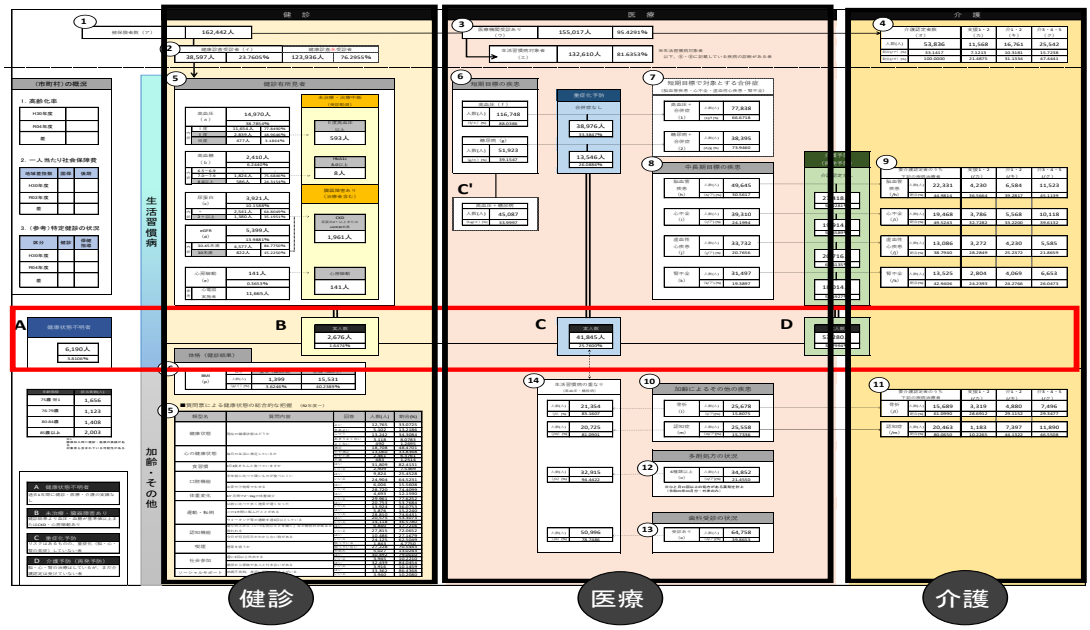
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65 歳以上の高齢者の割合が増加しており（図表 10）、中長期目標疾患の治療状況割合も、40～64 歳と比較し前期高齢者に係る割合が、脳血管疾患では 2.6 倍、虚血性心疾患では 2.8 倍となっています（図表 18）。また、若年期からの生活習慣病が、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や、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		5,175人	5,192人	5,223人	5,193人	5,036人	2,014人
総件数及び総費用額	件数	33,424件	33,445件	29,884件	31,061件	32,341件	25,509件
	費用額	14億4295万円	15億1362万円	13億4759万円	14億2369万円	13億5564万円	17億2537万円
一人あたり医療費		27.9万円	29.2万円	25.8万円	27.4万円	26.9万円	85.7万円

出典・参照：KDB システム改変

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人あたり医療費は、令和 2 年度は新型コロナ感染症の受診控えの影響もあり減少したと考えられますが、令和 3 年以降は増加傾向となっており、後期高齢者になると一人あたり医療費は国保の 3.2 倍も高い状況です。（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								
				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	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
①国保	北中城村	13億5564万円	21,950	4.00%	0.68%	2.98%	3.01%	4.19%	2.14%	1.80%	2億5498万円	18.81%	9.36%	10.22%	8.88%
	同規模	--	30,968	4.00%	0.29%	2.17%	1.42%	5.95%	3.41%	2.05%	--	19.30%	17.02%	8.15%	8.86%
	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	北中城村	17億2537万円	73,473	5.50%	0.26%	3.80%	2.45%	2.30%	2.00%	1.45%	3億0651万円	17.77%	9.99%	4.87%	15.39%
	同規模	--	69,105	4.34%	0.50%	4.05%	1.48%	4.08%	3.14%	1.26%	--	18.86%	10.99%	3.74%	12.25%
	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

北中城村は、国・県・同規模市町村と比較して一人あたり（月額）の医療費は低くなっています。本村はこれまで糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできたため、短期目標疾患の糖尿病及の総医療費に占める割合は、同規模と比べて１ポイント以上低く、その結果、国保においては腎不全の医療費に占める割合が、県や国と比べて低い状況になっています。しかし、国保、後期いずれも短期目標疾患の高血圧の医療費割合が低く、脳・心の割合が高くなっており、重症化して医療にかかっていることが分かります。また後期においては糖尿病に占める割合も同規模、県、国より低くなっており、腎不全の割合が最も高くなっています。これらのことから、国保はもとより後期においても引き続き重症化予防の取り組みが必要であることがわかります。（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	126人	158人	139人	161人	135人	247人
	件数	B	258件	318件	269件	266件	229件	518件
		B/総件数	0.77%	0.95%	0.90%	0.86%	0.71%	2.03%
	費用額	C	3億4533万円	4億3282万円	3億5389万円	3億8658万円	3億1520万円	6億5530万円
		C/総費用	23.9%	28.6%	26.3%	27.2%	23.3%	38.0%

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	7人		11人		8人		10人		6人		15人		
			D/A	5.6%		7.0%		5.8%		6.2%		4.4%		6.1%		
	件数		E	11件		16件		18件		29件		21件		26件		
			E/B	4.3%		5.0%		6.7%		10.9%		9.2%		5.0%		
		年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
			40代	1	9.1%	1	6.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	4.8%	70-74歳	0	0.0%
			50代	0	0.0%	3	18.8%	0	0.0%	1	3.4%	0	0.0%	75-80歳	7	26.9%
			60代	7	63.6%	5	31.3%	12	66.7%	8	27.6%	1	4.8%	80代	12	46.2%
			70-74歳	3	27.3%	7	43.8%	6	33.3%	20	69.0%	19	90.5%	90歳以上	7	26.9%
	費用額		F	1134万円		2465万円		2483万円		3852万円		2770万円		3637万円		
			F/C	3.3%		5.7%		7.0%		10.0%		8.8%		5.5%		

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	8人		12人		7人		10人		13人		17人		
			G/A	6.3%		7.6%		5.0%		6.2%		9.6%		6.9%		
	件数		H	9件		14件		8件		10件		16件		18件		
			H/B	3.5%		4.4%		3.0%		3.8%		7.0%		3.5%		
		年代別	40歳未満	1	11.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
			40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
			50代	0	0.0%	3	21.4%	3	37.5%	0	0.0%	2	12.5%	75-80歳	6	33.3%
			60代	2	22.2%	6	42.9%	3	37.5%	5	50.0%	8	50.0%	80代	10	55.6%
			70-74歳	6	66.7%	5	35.7%	2	25.0%	5	50.0%	6	37.5%	90歳以上	2	11.1%
	費用額		I	1141万円		2118万円		1069万円		1676万円		2744万円		2826万円		
			I/C	3.3%		4.9%		3.0%		4.3%		8.7%		4.3%		

出典・参照：KDB ｼｽﾃﾑ改変

高額レセプトについては、国保において令和4年度は 229 件発生していますが、後期高齢になると、約 2 倍に増えていることがわかります。

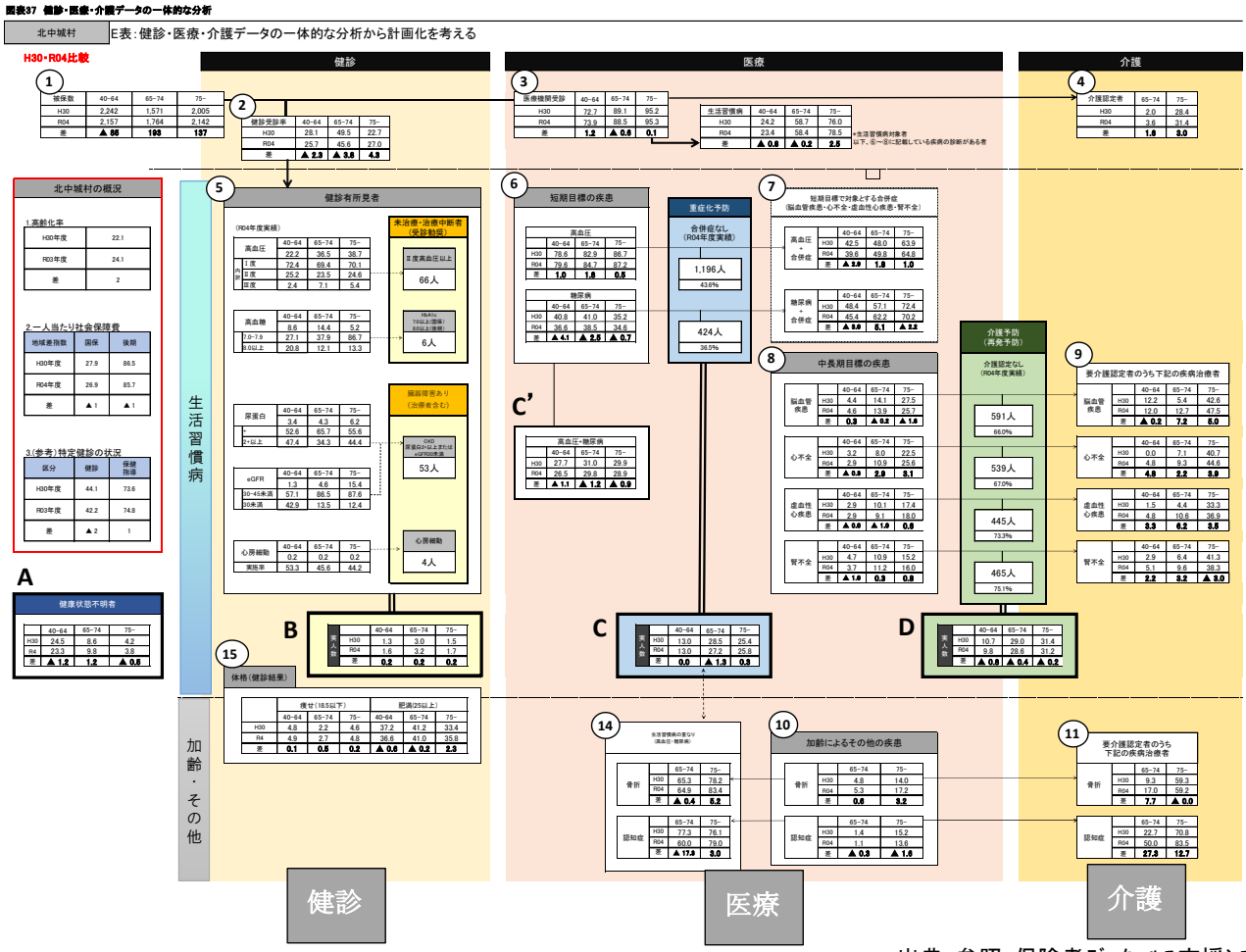
高額レセプトにおける、脳血管疾患をみてみると、国保で令和 3 年度が一番多く 10 人 29 件で約 3,800 万円以上の費用がかかっていましたが、令和 4 年度は 6 人 21 件と減り、費用額も約 2,770 万円と減っています。令和 4 年度を年代で見ると、70～74 歳の年代が高額者の 9 割を占めていました。また後期高齢においては、15 人 26 件発生し、約 3,600 万円余りの費用がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となる可能性が高く、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防に力を入れる必要があります。

高額レセプトにおける虚血性心疾患においても 60 歳代以降の割合が多くなっており、長年の生活習慣による動脈硬化の影響が考えられます。脳血管疾患同様、重症化予防が必要です。(図表 34、35、36)

(2)健診・医療・介護の一体的分析

KDB から、健診・医療・介護のデータを一体的に分析することができます。

図表 37



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 38　被保険者数と健診受診状況

E表	④	①			②			⑮					
年度	介護認定率	被保険者数			健診受診率			体格（健診結果）					
					特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	28.4	2,242	1,571	2,005	28.1	49.5	22.7	4.8	2.2	4.6	37.2	41.2	33.4
R4	31.4	2,157	1,764	2,142	25.7	45.6	27.0	4.9	2.7	4.8	36.6	41.0	35.8

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歳が減り、65歳以上で330名増え、高齢化率の低い北中城村でも前期高齢者から後期高齢者にかけて確実に増えていることが分かります。

また、⑮の体格をみると、BMI25以上の率は40～74歳の年齢層で増加はしていませんが、約40%と高い状況となっています。また、75歳以上では2.4ポイント増加しています。

図表 39　健診有所見状況

E表	⑤																																			
年度	Ⅱ度高血圧以上 ()は未治療・治療中断者									HbA1c7.0以上 ()は未治療・治療中断者 ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満									心房細動								
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-		
	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)
H30	30	4.8	(13)	76	9.8	(26)	51	11.2	(11)	26	4.1	(4)	47	6.0	(1)	5	1.1	(0)	16	2.5	(15)	21	2.7	(19)	20	4.4	(17)	0	0.0	(0)	2	0.3	(2)	2	0.4	(2)
R4	34	6.1	(18)	90	11.2	(36)	67	11.6	(12)	23	4.1	(4)	58	7.2	(2)	4	0.7	(0)	12	2.2	(12)	17	2.1	(17)	27	4.7	(24)	1	0.2	(1)	2	0.2	(2)	1	0.2	(1)

健診有所見の状況をみると、Ⅱ度高血圧においては各年代で対象人数が増えており、また未治療者の人数が増加しています。さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 40　短期目標疾患（高血圧・糖尿病）と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
年度	医療機関受診			生活習慣病対象者（生活習慣病の医療機関受診者）			短期目標の疾患（生活習慣病受診者のうち）									短期目標の疾患とする合併症					
							高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧＋合併症			糖尿病＋合併症		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	72.7	89.1	95.2	24.2	58.7	76.0	78.6	82.9	86.7	40.8	41.0	35.2	27.7	31.0	29.9	42.5	48.0	63.9	48.4	57.1	72.4
R4	73.9	88.5	95.3	23.4	58.4	78.5	79.6	84.7	87.2	36.6	38.5	34.6	26.5	29.8	28.9	39.6	49.8	64.8	45.4	62.2	70.2

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

短期目標疾患（高血圧・糖尿病）とする合併症をみても、高血圧においては、いずれの年代も高血圧割合は減り、高血圧＋合併症の割合が 65 歳以上で増加しています。外来につなげ、重症化を予防する必要があります。

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

E表	⑧												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保数割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	4.4	14.1	27.5	2.9	10.1	17.4	3.2	8.0	22.5	4.7	10.9	15.2	12.2	5.4	42.6	1.5	4.4	33.3	0.0	7.1	40.7	2.9	6.4	41.3
R4	4.6	13.9	25.7	2.9	9.1	18.0	2.9	10.9	25.6	3.7	11.2	16.0	12.0	12.7	47.5	4.8	10.6	36.9	4.8	9.3	44.6	5.1	9.6	38.3

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、脳血管疾患だけは、若い年代で R4 年度の割合が若干上がっていました。また、中長期疾患のうち介護認定者割合では脳血管疾患、虚血性心疾患、心不全において割合が増加しており、介護給付費が伸びる要因となっていることが考えられます。生活習慣病対策（短期及び中長期目標疾患）は、高額レセプト分析においての入院費が伸びている要因や介護給付費適正化においても重要な課題であることが分かります。

図表 42　骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり（高血圧・糖尿病）				加齢による その他の疾患（被保数割）				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	65.3	78.2	77.3	76.1	4.8	14.0	1.4	15.2	9.3	59.3	22.7	70.8
R4	64.9	83.4	60.0	79.0	5.3	17.2	1.1	13.6	17.0	59.2	50.0	83.5

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

（4）優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全）に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。肥満・メタボリックシンドロームも割合が高く、これらに起因した高血圧や糖尿病等に対しての重症化予防のためにも、早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組方法については、第 4 章に記載していきます。

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

③短期的な目標の設定

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

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

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

（2） 管理目標の設定

図表 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画			達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績 初期値 R6 (R4)	実績 中間評価 R8 (R7)	実績 最終評価 R11 (R10)	データの把握方法（活用データ年度）
データヘルス計画	中長期目標	アウトカム指標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症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	3.0%			KDBｼｽﾃﾑ
				虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	3.0%			
				慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	4.0%			
				糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	2.0%			
				糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.3%			各市町村
	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、メタボシックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	40.2%			健診結果（保険者ﾃﾞｰﾀﾍﾙｽ支援ｼｽﾃﾑ）
				（再掲）メタボリックシンドローム該当者の減少	25.0%			
				（再掲）メタボリックシンドローム予備群の減少	15.2%			
				（再掲）A メタボ該当者＋高血圧者の割合減少（140/90以上）	11.1%			
				A＋高血糖者の割合減少（HbA1c8.0以上）	0.5%			
				A＋脂質異常者の割合減少（LDL160以上）	1.3%			
				A＋尿蛋白有所見者の割合減少（2+以上）	0.4%			
				A＋高尿酸者の割合減少（8.0以上）	1.4%			
				健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）	8.9%			
				健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	14.6%			
				健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	12.0%			
				★健診受診者のHbA1c8.0%(NGSP値) 以上の者の割合の減少	1.8%			
				健診受診者の尿蛋白有所見者の割合減少（2+以上）	1.6%			
				糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	67.1			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	43.7			法定報告値（特定健診等ﾃﾞｰﾀ管理ｼｽﾃﾑ）※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
				★特定保健指導実施率60%以上	71.5			
				★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	31.9			
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	16.4			地域保健事業報告
				肺がん検診受診者の増加	13.5			
				大腸がん検診受診者の増加	16.4			
				子宮がん検診受診者の増加	13.8			
				乳がん検診受診者の増加	12.9			
				5つのがん検診の平均受診率の増加	14.6			
			後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の割合　90%以上	89.3			厚生労働省

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	60%	60%	60%	60%	65%	65%以上
特定保健指導実施率	80%	80%	80%	85%	85%	85%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	3159人	3116人	3083人	3031人	2983人	2927人
	受診者数	1895人	1870人	1850人	1820人	1940人	1900人
特定保健指導	対象者数	379人	374人	370人	364人	388人	380人
	利用者数	303人	299人	296人	309人	330人	323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（北中城村中央公民館　他）
② 個別健診（委託医療機関）
③ 人間ドック・脳ドック

（2）特定健診委託基準

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

（3）健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、北中城村のホームページに掲載する。

（参照）URL：https://www.vill.kitanakagusuku.lg.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　特定健診検査項目

〇北中城村特定健診検査項目

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

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

※集団健診では、40歳以上全員に心電図検査実施

（5）実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施します。

（6）医療機関との適切な連携

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

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

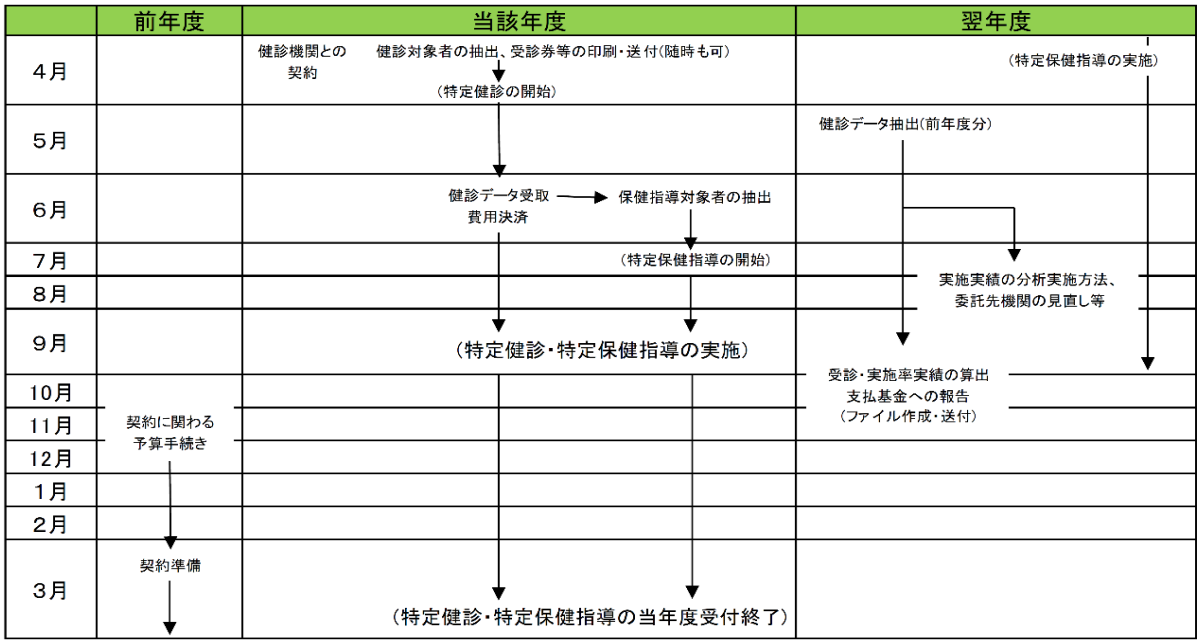
（7）代行機関

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

（8）健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 47　特定健診実施スケジュール（例示）



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。

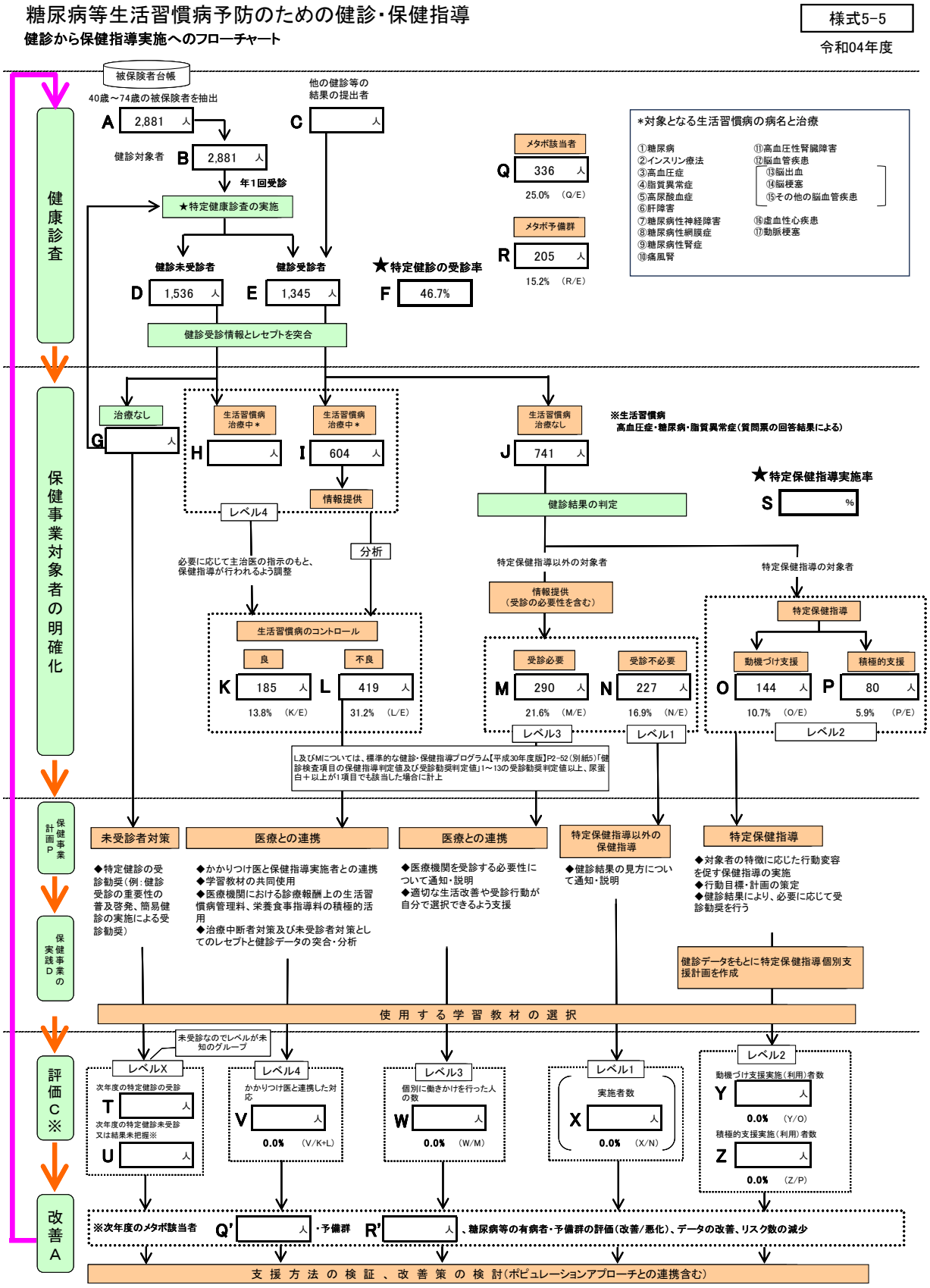
○第4期(2024年以降)における変更点　　特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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2㎝・体重2㎏減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1㎝・体重1㎏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：特定健診等ﾃﾞｰﾀ管理ｼｽﾃﾑ

（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	224人 （16.7%）	80%
2	M	情報提供 （受診必要）	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	290人 （21.6%）	HbA1c6.5以上及び血圧Ⅱ度以上については 100%
3	L	情報提供 （生活習慣病治療中コントロール不良者）	◆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	419人 （31.2%）	80%
4	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） ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	1,536人 ※受診率目標達成までにあと375人	60%
5	N・K	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明 ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用	227人 （16.9%）	

（3）生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 50　健診・保健指導年間スケジュール

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

6. 個人情報の保護

（1）基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律および北中城村個人情報保護方針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等で行います。

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、北中城村ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章　課題解決するための個別保健事業

Ⅰ．保健事業の方向性

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

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

北中城村の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、593 人（44.1%）です。そのうち治療なしが 234 人（31.6%）を占め、さらに臓器障害あり直ちに取り組むべき対象者が 82 人です。

また、北中城村においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、593 人中 126 人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。（図表 51）

図表 51　脳・心・腎を守るために

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

令和04年度

<参考> 健診受診者（受診率）	
1,345人	46.7%

■各疾患の治療状況

	治療中	治療なし
高血圧	468	877
脂質異常症	343	1,002
糖尿病	142	1,193
3疾患いずれか	604	741

※問診結果による

健康日本21（第2次）目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少		糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少	
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021（脳卒中ガイドライン委員会）			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン（2012年改訂版）（循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2011年度合同研究班報告））		糖尿病治療ガイド 2022-2023（日本糖尿病学会）	CKD診療ガイドライン 2018（日本腎臓病学会）
レセプトデータ、介護保険データ、その他統計資料等に基づいて健康課題を分析	クモ膜下出血（5.6%） 脳出血（18.5%） 脳梗塞（75.9%） 心原性脳塞栓症（27.7） ラクナ梗塞（31.2%） アテローム血栓性梗塞・塞栓（33.2%） 非心原性脳梗塞 ※脳卒中データバンク2015より			心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症			
優先すべき課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリックシンドローム	糖尿病	慢性腎臓病（CKD）
科学的根拠に基づき健診結果から対象者の抽出	高血圧治療ガイドライン2019（日本高血圧学会）		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版（日本動脈硬化学会）		メタボリックシンドロームの診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023（日本糖尿病学会）	CKD診療ガイドライン2018（日本腎臓病学会）
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者（2項目以上）	HbA1c(NGSP) 6.5%以上（治療中:7.0以上）	腎臓専門医紹介基準対象者

	高血圧症		心房細動		脂質異常症 LDL-C		脂質異常症 中性脂肪		メタボリックシンドローム		糖尿病		慢性腎臓病（CKD）		重症化予防対象者（実人数）	
該当者数	118	8.8%	3	0.2%	77	5.7%	55	4.1%	336	25.0%	136	10.1%	119	8.8%	593	44.1%
治療なし	76	8.7%	2	0.3%	73	7.3%	46	4.6%	65	8.8%	68	5.7%	36	4.9%	234	31.6%
（再掲）特定保健指導	40	33.9%	1	33.3%	22	28.6%	26	47.3%	65	19.3%	15	11.0%	12	10.1%	126	21.2%
治療中	42	9.0%	1	0.2%	4	1.2%	9	2.6%	271	44.9%	68	47.9%	83	13.7%	359	59.4%
臓器障害 あり	30	39.5%	2	100.0%	9	12.3%	15	32.6%	22	33.8%	22	32.4%	36	100.0%	82	35.0%
CKD（専門医対象者）	4		0		3		4		3		6		36		36	
心電図所見あり	27		2		7		12		20		16		5		51	
臓器障害 なし	46	60.5%	--		64	87.7%	31	67.4%	43	66.2%	46	67.6%	--		--	

治療中

	高血圧症		心房細動		脂質異常症 LDL-C		脂質異常症 中性脂肪		メタボリックシンドローム		糖尿病		慢性腎臓病（CKD）		重症化予防対象者（実人数）	
臓器障害 あり	21	50.0%	1	100.0%	1	25.0%	2	22.2%	104	38.4%	20	29.4%	83	100.0%	148	41.2%
CKD（専門医対象者）	8		1		1		1		46		11		83		83	
心電図所見あり	17		1		0		1		72		12		23		88	
臓器障害 なし	21	50.0%	--		3	75.0%	7	77.8%	167	61.6%	48	70.6%	--		--	

出典・参照：特定健診等ﾃﾞｰﾀ管理ｼｽﾃﾑ

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サイクルに沿って実施していきます。

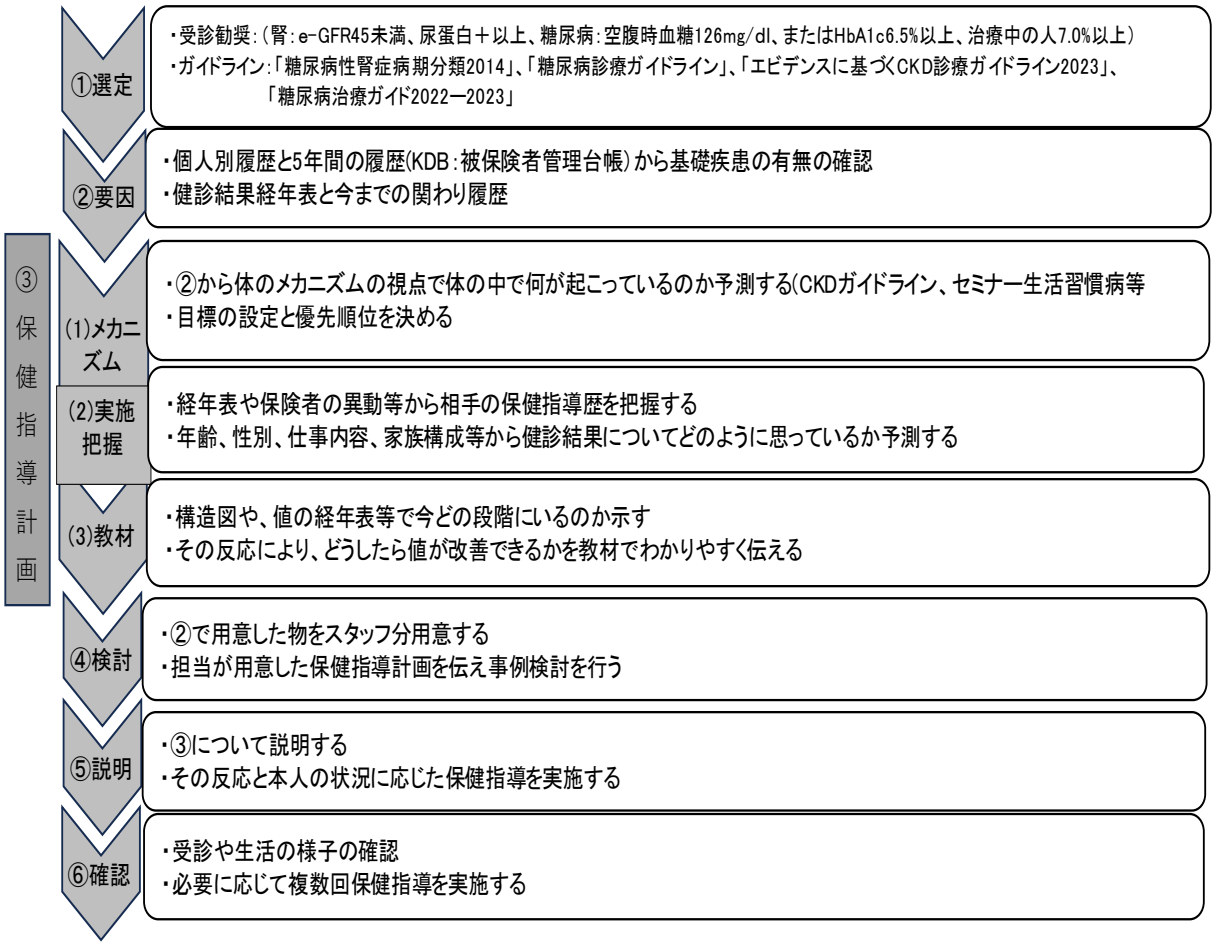
なお、取組にあたっては（図表 52）に沿って実施します。

（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/1.73㎡）
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿（30～299）	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

出典・参照：糖尿病治療ガイド 2022-2023

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

北中城村においては、特定健診にて血清クレアチンニン検査、尿蛋白（定性）検査を必須項目として実施しているため、腎機能（ｅGFR）の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握が難しい状況です。ＣＫＤ診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量（mg/dl）に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白（－）、微量アルブミン尿と尿蛋白（±）、顕性アルブミン尿（＋）としていることから、尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となっており、本村でもその結果を元に対象者を抽出しています。

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。

北中城村において特定健診受診者のうち糖尿病型は 181 人（13.3%・E)、そのうち糖尿病未治療者は、36 人(19.9%・Ｆ/Ｅ)でした。

また、40～74 歳における糖尿病治療者 579 人のうち、特定健診受診者が 263 人(45.4%・Ｇ＋Ｇ′)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者 316 人（54.6%・Ｉ）については、治療中ですが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③介入方法と優先順位

（図表 54）より北中城村においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位１

【受診勧奨】

・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（Ｆ）・・・36 人

・確実に医療機関に繋ぐよう保健指導・受診勧奨の徹底

優先順位２

【保健指導】

・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（Ｋ）・・・75 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、手紙等で対応

・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糖尿病管理台帳にて把握

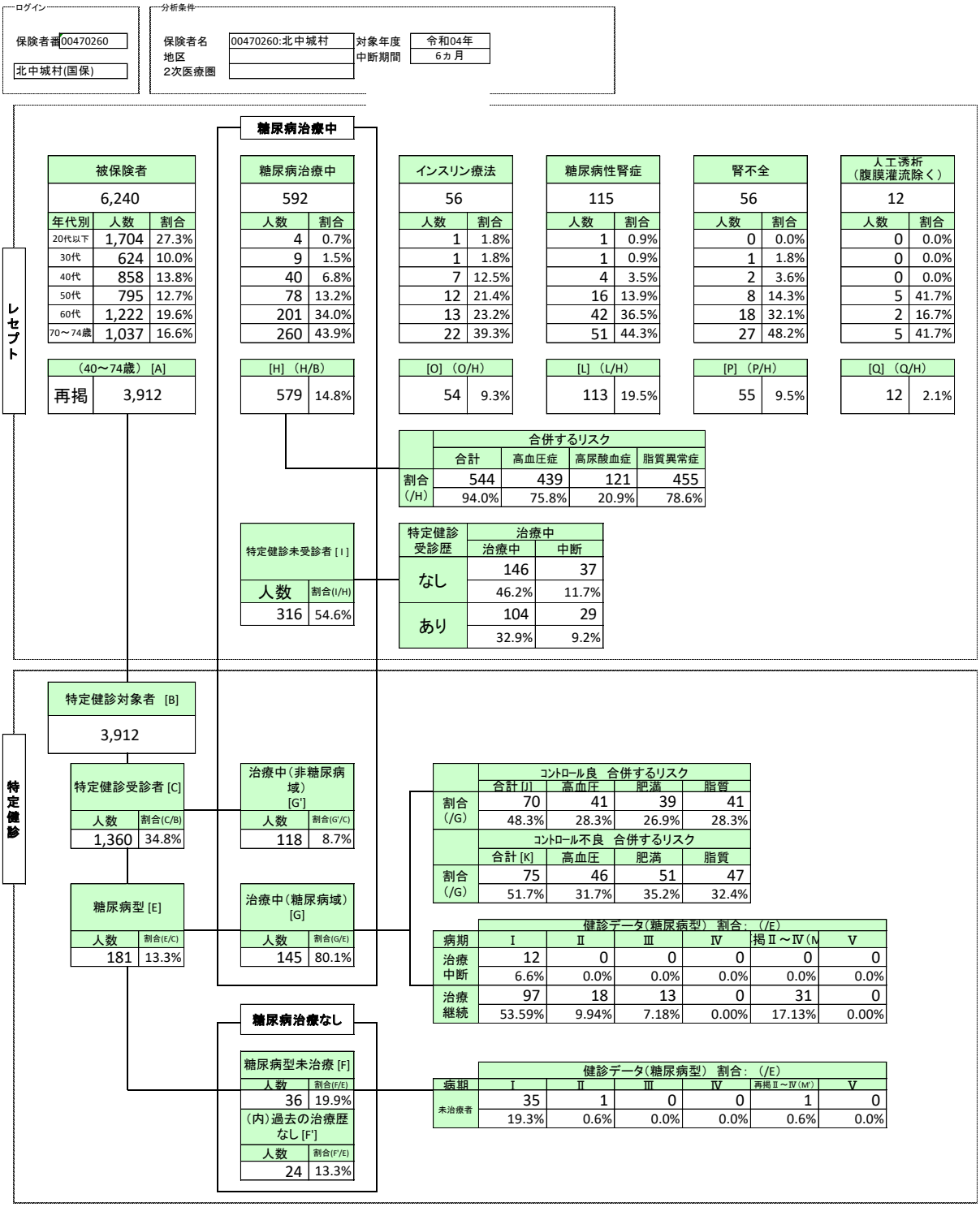
・健診未受診者、治療中断者、医療機関未受診者を抽出

・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

・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：保険者ﾃﾞ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。北中城村においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類

及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていきます。

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

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

その他
令和5年度沖縄県保険者協議会特定保健指導研修会より、 ・脂肪細胞多大きくなると高インスリン状態になります ・食べる時間とインスリン分泌 ・お腹がすく時間はいつですか？～分食という方法～ など

（2） 二次健診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や経年表、I 表などを作成し、住民とともに確認しながら情報を医療機関と共有していきます。

（2） 治療中の者への対応

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

5） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、必要時には地域包括支援センターや高齢者福祉課係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 回行うものとします。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

ア．受診勧奨対象者への介入率

イ．医療機関受診率

ウ．医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

ア．保健指導実施率

イ．糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

〇HbA1ｃの変化

〇eGFR の変化（1 年で 25%以上の低下、1 年で５ml/1.73 ㎡以上低下）

〇尿蛋白の変化
〇服薬状況の変化

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目				突合表	保険者 R01年度 実数	保険者 R01年度 割合	保険者 R02年度 実数	保険者 R02年度 割合	保険者 R03年度 実数	保険者 R03年度 割合	同規模保険者（平均） R3年度同規模保険者数274 実数	同規模保険者（平均） 割合
1	①	被保険者数		A	12,295人		12,295人		12,295人			
	②		（再掲）40-74歳		8,366人		8,366人		8,366人			
2	①	特定健診	対象者数	B	8,000人		8,000人		8,000人			
	②		受診者数	C	466人		450人		407人			
	③		受診率		5.8%		5.6%		5.1%			
3	①	特定保健指導	対象者数		100人		100人		100人			
	②		実施率		80.0%		80.0%		80.0%			
4	①	健診データ	糖尿病型	E	87人	18.7%	84人	18.7%	76人	18.7%		
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	24人	27.6%	23人	27.4%	23人	30.3%		
	③		治療中（質問票 服薬あり）	G	63人	72.4%	61人	72.6%	53人	69.7%		
	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	28人	44.4%	28人	45.9%	27人	50.9%		
	⑤		血圧 130/80以上	J	19人	67.9%	19人	67.9%	18人	66.7%		
	⑥		肥満 BMI25以上	J	13人	46.4%	13人	46.4%	12人	44.4%		
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	35人	40.2%	33人	39.3%	26人	34.2%		
	⑧		第1期 尿蛋白（－）	M	62人	71.3%	61人	72.6%	56人	73.7%		
	⑨		第2期 尿蛋白（±）	M	12人	13.8%	11人	13.1%	9人	11.8%		
	⑩		第3期 尿蛋白（＋）以上	M	11人	12.6%	11人	13.1%	10人	13.2%		
	⑪		第4期 eGFR30未満	M	2人	2.3%	1人	1.2%	1人	1.3%		
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保数千対）		70.6人		70.6人		70.6人			
	②		（再掲）40-74歳（被保数千対）		102.3人		102.3人		102.3人			
	③		レセプト件数（40-74歳）（被保数千対） 入院外（件数）		5,087件	(604.4)	5,087件	(604.4)	5,087件	(604.4)	5,517件	(877.2)
	④		入院（件数）		19件	(2.3)	19件	(2.3)	19件	(2.3)	31件	(4.9)
	⑤		糖尿病治療中	H	868人	7.1%	868人	7.1%	868人	7.1%		
	⑥		（再掲）40-74歳	H	856人	10.2%	856人	10.2%	856人	10.2%		
	⑦		健診未受診者	I	793人	92.6%	795人	92.9%	803人	93.8%		
	⑧		インスリン治療	O	68人	7.8%	68人	7.8%	68人	7.8%		
	⑨		（再掲）40-74歳	O	66人	7.7%	66人	7.7%	66人	7.7%		
	⑩		糖尿病性腎症	L	107人	12.3%	107人	12.3%	107人	12.3%		
	⑪		（再掲）40-74歳	L	106人	12.4%	106人	12.4%	106人	12.4%		
	⑫		慢性人工透析患者数（糖尿病腎症中に占める割合）		27人	3.1%	27人	3.1%	27人	3.1%		
	⑬		（再掲）40-74歳		27人	3.2%	27人	3.2%	27人	3.2%		
	⑭		新規透析患者数		2	2	2	2	2	2		
	⑮		（再掲）糖尿病性腎症		1	1	1	1	1	1		
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）		32人	3.1%	32人	3.1%	32人	3.1%		
6	①	医療費	総医療費		37億9946万円		37億9946万円		37億9946万円		28億2684万円	
	②		生活習慣病総医療費		20億2869万円		20億2869万円		20億2869万円		15億6708万円	
	③		（総医療費に占める割合）		53.4%		53.4%		53.4%		55.4%	
	④		生活習慣病対象者一人あたり 健診受診者		5,747円		5,747円		5,747円		5,692円	
	⑤		健診未受診者		41,069円		41,069円		41,069円		39,435円	
	⑥		糖尿病医療費		1億5345万円		1億5345万円		1億5345万円		1億6835万円	
	⑦		（生活習慣病総医療費に占める割合）		7.6%		7.6%		7.6%		10.7%	
	⑧		糖尿病入院外総医療費		5億6798万円		5億6798万円		5億6798万円			
	⑨		1件あたり		45,067円		45,067円		45,067円			
	⑩		糖尿病入院総医療費		4億4318万円		4億4318万円		4億4318万円			
	⑪		1件あたり		664,430円		664,430円		664,430円			
	⑫		在院日数		18日		18日		18日			
	⑬		慢性腎不全医療費		2億8151万円		2億8151万円		2億8151万円		1億2872万円	
	⑭		透析有り		2億6928万円		2億6928万円		2億6928万円		1億1992万円	
	⑮		透析なし		1223万円		1223万円		1223万円		879万円	
7	①	介護	介護給付費		37億1569万円		37億1569万円		37億1569万円		34億7756万円	
	②		（2号認定者）糖尿病合併症		1件	50.0%	1件	50.0%	1件	50.0%		
8	①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）		7人	1.8%	7人	1.8%	7人	1.8%	5人	1.1%

出典・参照：KDB ｼｽﾃﾑ改変

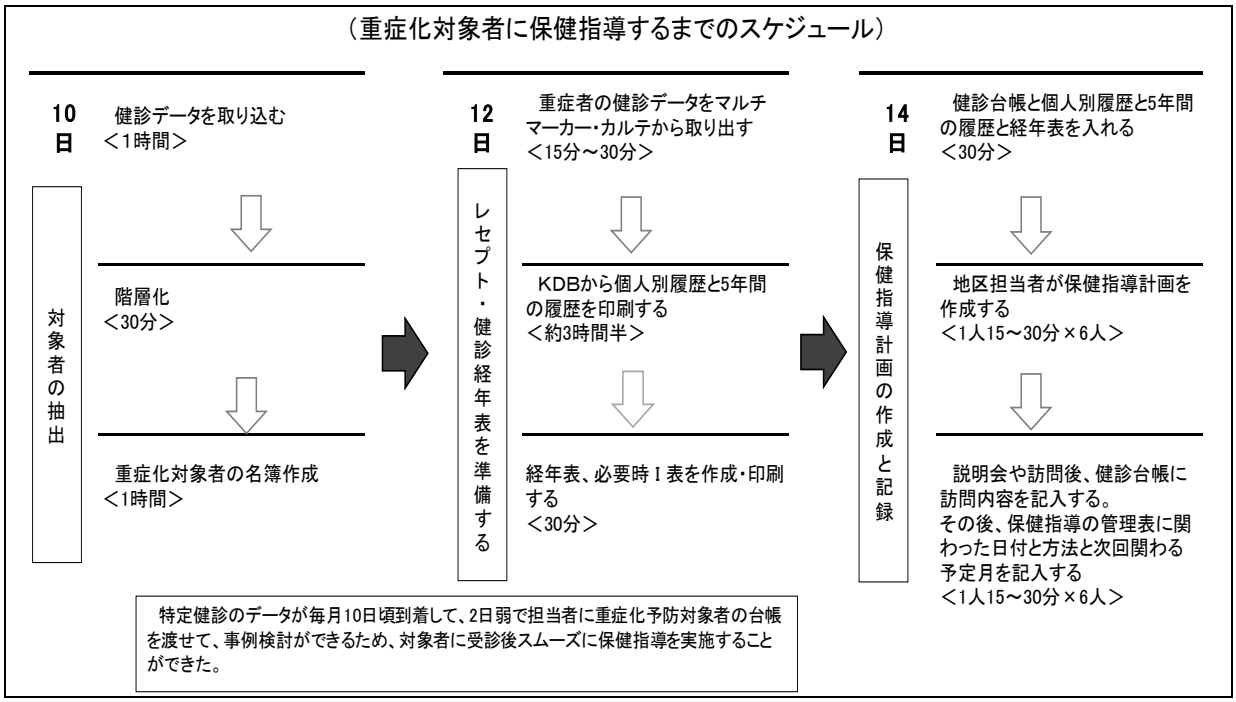
7） 実施期間及びスケジュール

4 月　対象者の選定基準の決定

5 月　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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

図表 57　重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

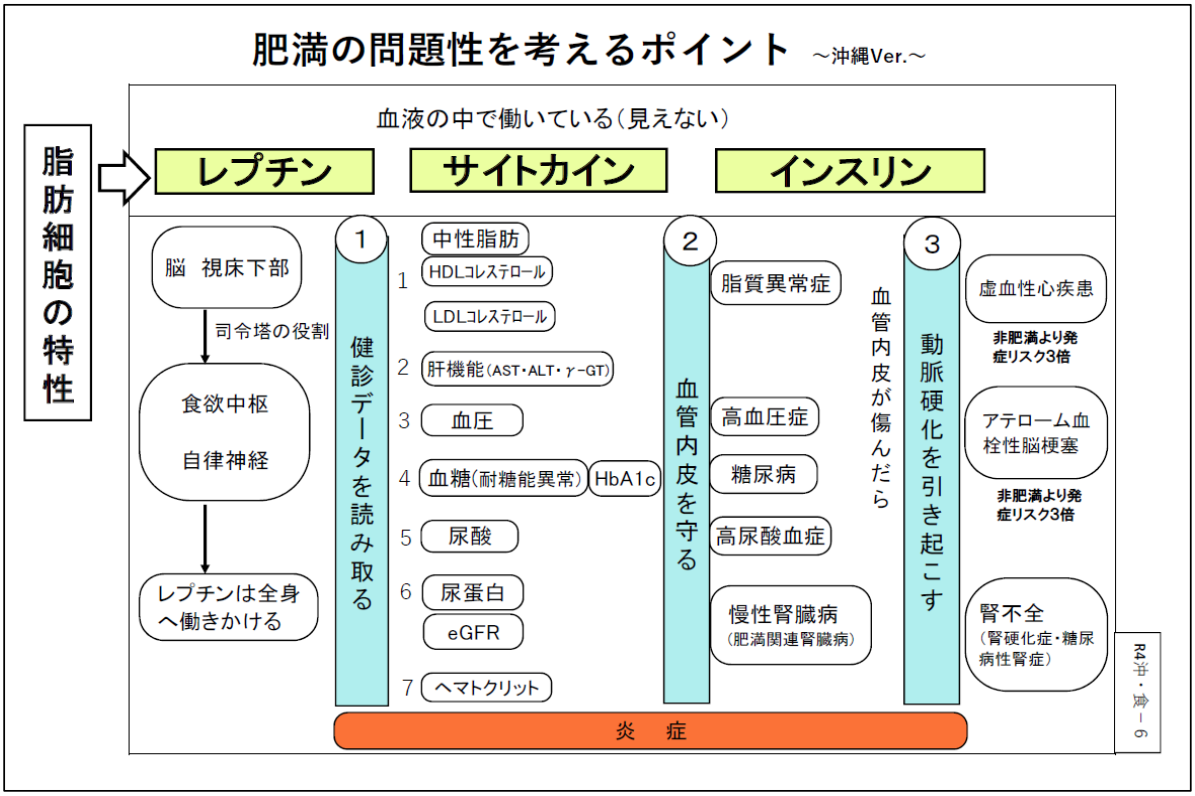
1）基本的な考え方

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

「メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することです。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.3

（沖縄県ヘルスアップ支援事業）

2）肥満の状況

（1）　肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 59　肥満度分類による実態

		受診者数		BMI25以上		（再掲）肥満度分類							
						肥満				高度肥満			
						肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上	
		40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
総数		568	777	206	314	144	256	44	44	11	9	7	5
				36.3%	40.4%	25.4%	32.9%	7.7%	5.7%	1.9%	1.2%	1.2%	0.6%
再掲	男性	289	379	131	156	95	139	26	13	5	3	5	1
				45.3%	41.2%	32.9%	36.7%	9.0%	3.4%	1.7%	0.8%	1.7%	0.3%
	女性	279	398	75	158	49	117	18	31	6	6	2	4
				26.9%	39.7%	17.6%	29.4%	6.5%	7.8%	2.2%	1.5%	0.7%	1.0%

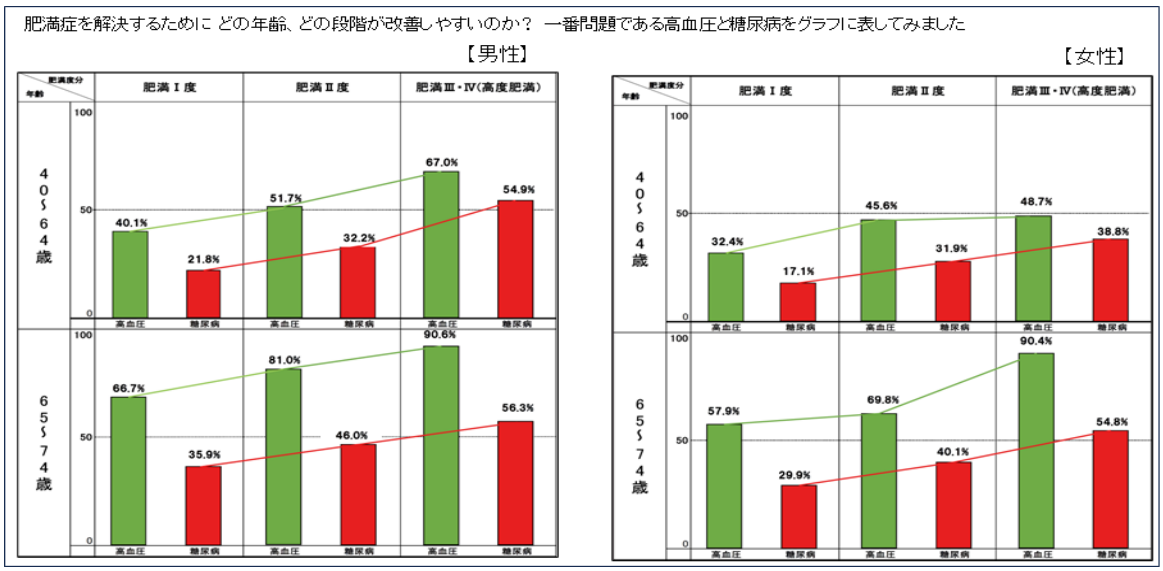
出典・参照：特定健診等ﾃﾞｰﾀ管理ｼｽﾃﾑ

（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？



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

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

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

生活 ＼ 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くなる ・食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う	・食欲が抑えられない ・夜中起きると食べてしまう ・食欲が止まらない ・食欲をコントロールできない
	胃腸	・食べるとお腹が張って苦しくなる		・太っているからか腸の痙攣もおこるよ	・逆流性食道炎になった。
排泄	排便			・便秘になって大変	・便器に座ると便座が割れる
	排尿	・横になるとトイレに行きたくなる	・尿意を感じて夜中に3回起きる	・トイレに何度も起きて寝た感じがしない ・むくみがあって5年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 ・階段を降りる時に体を支えられず転びそうになる ・ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない ・歩くと足がしびれる	・200m歩くのにも呼吸が苦しい ・歩いたら苦しくなるので横になっている ・だるくて寝ていることが多い
	日常動作		・屈めず、足の爪を切ることができない ・朝起きると体重で手がしびれて色が変わっている ・運動すると数日だるくなる ・身体が動かしづらい		・お腹が邪魔で前に屈めない ・シャワーがつらい ・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ッと	・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 ・心臓の圧迫感苦しさで10年前狭心症カテーテル ・今も段差上がったとき苦しくなる ・心臓、週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。 ・全身の湿疹がつらい ・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）

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

③ 心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

図表 62 心・脳血管疾患を新規発症した事例

事例No	性別	発症年齢	KDBから把握									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				介護		
			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	70代	●				●	●	●		要支援2	メタボ	
3	女	70代	●				●					メタボ	
4	女	60代			●		●	●	●			メタボ	
5	男	70代		●			●		●			メタボ	

北中城村調べ

3)対象者の明確化

図表 63 年代別メタボリック該当者の状況

			男性					女性				
			総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳
健診受診者		A	668	103	109	231	225	677	85	106	247	239
メタボ該当者		B	232	26	29	91	86	104	5	8	43	48
		B/A	34.7%	25.2%	26.6%	39.4%	38.2%	15.4%	5.9%	7.5%	17.4%	20.1%
再掲	① 3項目全て	C	72	5	7	30	30	39	1	4	16	18
		C/B	31.0%	19.2%	24.1%	33.0%	34.9%	37.5%	20.0%	50.0%	37.2%	37.5%
	② 血糖＋血圧	D	33	3	6	11	13	11	2	1	5	3
		D/B	14.2%	11.5%	20.7%	12.1%	15.1%	10.6%	40.0%	12.5%	11.6%	6.3%
	③ 血圧＋脂質	E	111	15	14	45	37	47	1	3	18	25
		E/B	47.8%	57.7%	48.3%	49.5%	43.0%	45.2%	20.0%	37.5%	41.9%	52.1%
	④ 血糖＋脂質	F	16	3	2	5	6	7	1	0	4	2
		F/B	6.9%	11.5%	6.9%	5.5%	7.0%	6.7%	20.0%	0.0%	9.3%	4.2%

出典・参照：KDB ｼｽﾃﾑ改変　様式（5-3）

年代別のメタボリックシンドローム該当者は、男性は 40 代から受診者の 2 割を超え、60 代では約 4 割となっています。一方女性では 60 代・70 代で 2 割程度であるため、若い世代の男性を優先的に介入することが効率的であると考えます。

図表 64 メタボリック該当者の治療状況

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
				あり		なし					あり		なし	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合
総数	668	232	34.7%	179	77.2%	53	22.8%	677	104	15.4%	92	88.5%	12	11.5%
40代	103	26	25.2%	8	30.8%	18	69.2%	85	5	5.9%	4	80.0%	1	20.0%
50代	109	29	26.6%	19	65.5%	10	34.5%	106	8	7.5%	7	87.5%	1	12.5%
60代	231	91	39.4%	75	82.4%	16	17.6%	247	43	17.4%	40	93.0%	3	7.0%
70～74歳	225	86	38.2%	77	89.5%	9	10.5%	239	48	20.1%	41	85.4%	7	14.6%

出典・参照：特定健診等ﾃﾞｰﾀ管理ｼｽﾃﾑ

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 64)は、男女とも半数以上が治療中となっていますが、40 代で男性では治療なしの割合が高く、増加するメタボリックシンドローム該当者においては、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した。脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えた結果であると考えます。このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

（1） 対象者の選定基準の考え方

① メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。

② 治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。

③ 特定保健指導対象者へは特定保健指導(食事指導)を行います。

(2)対象者の管理

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

4）保健指導の実施

（1）最新の脳科学を活用した保健指導

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

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

令和４年度版　沖縄　食ノート　肥満を解決するための食の資料Ver.3

１．栄養指導対象者の明確化
- R4沖・食　１　検査項目と各臓器
- R4沖・食　２　健診結果と生活との関連の読み取り
- R4沖・食　３　メタボリックシンドロームの構造図
- R4沖・食　４　肥満症の構造図
- R4沖・食　５　高インスリン状態は何を引き起こすのでしょうか

２．脂肪細胞の特性～肥満の本態を理解～
- R4沖・食　６　肥満の問題性を考えるポイント
- R4沖・食　７　体重（BMI）・健診結果に変化はありませんか？
- R4沖・食　８　健診データを見ながら考えます
- R4沖・食　９　脂肪細胞ってね①
- R4沖・食１０　脂肪細胞ってね②
- R4沖・食１１　脂肪細胞の中身はなんだと思いますか？

３．脂肪細胞の特性～肥満の解決～
- R4沖・食１２　肥満症診療ガイドライン2022の治療目標と健診データの改善
- R4沖・食１３　肥満（脳の変調）の解決
- R4沖・食１４　脳の変調

４．A-❷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？
- R4沖・食１５　自分は何を食べて体重が増えるタイプなの？
- R4沖・食１６　肥満解決のために
- R4沖・食１７　ジャンクフード　ポテトチップス
- R4沖・食１８　ジャンクフード　チョコレート
- R4沖・食１９　ジャンクフード　アイスクリーム
- R4沖・食２０　加工食品のことで知って欲しいことがあります
- R4沖・食２１　カップラーメン・袋麺
- R4沖・食２２　ファーストフード
- R4沖・食２３　よく食べている食べ物の中身（肉・乳・加工品）
- R4沖・食２４　よく食べている食べ物の中身（魚・卵・豆腐）
- R4沖・食２５　チャンプルー「みえるあぶら」「みえないあぶら」の組み合わせ
- R4沖・食２６　肝臓のお仕事には順番があります
- R4沖・食２７　アルコール早見表

５．B 短鎖脂肪酸の役割が、解決のポイント
- R4沖・食２８　脂肪酸にはどんな特徴があるのでしょう？
- R4沖・食２９　脳の変調を修正してくれる短鎖脂肪酸
- R4沖・食３０　食物繊維の仕事
- R4沖・食３１　「あなたのお腹の中で発酵食品がつくれます」　キーワードは短鎖脂肪
- R4沖・食３２　食べる組み合わせによって、やせホルモンGLP‐1の量が変わります
- R4沖・食３３　食物繊維は植物の構成成分
- R4沖・食３４　食物繊維は植物の構成成分（保健師・栄養士用）
- R4沖・食３５　手軽にとれるオートミール　ご飯100ｇで比べてみました
- R4沖・食３６　短鎖脂肪酸になれる食物繊維が多いのは・・
- R4沖・食３７　短鎖脂肪酸をつくる野菜の特徴
- R4沖・食３８　いつも使っている野菜のなかみ～うまく活用しよう！～
- R4沖・食３９　いつも使っている野菜のなかみ～冷凍野菜～

６．血管内皮を守る
- R4沖・食４０　血管が傷むとは
- R4沖・食４１　血管内皮を傷めるリスクは何だろう
- R4沖・食４２　血管内皮細胞の材料と炎症を防ぐもの
- R4沖・食４３　脂肪にも種類があります
- R4沖・食４４　1日の基準量の食品の量の中に、血管内皮を守る栄養素はどのくらいの割合を占めているか？
- R4沖・食４５　血管内皮を酸化ストレスから守る
- R4沖・食４６　手軽にとれる惣菜で血管内皮を守る

７．栄養指導の基本　～あなたにとっての食べ方～
- R4沖・食４７　日常生活の中で、必要な食品を考える方法
- R4沖・食４８　血液データと食品（沖縄年代・性別Ver.）①～③
- R4沖・食４９　肥満症診療ガイドライン2022と最新肥満症学の食事療法及び各学会のガイドラインの整理
- R4沖・食５０　健診データに基づいた食品の基準量
- R4沖・食５１　生活習慣の改善ってどんなことをするの？
- R4沖・食５２　あなたにとって必要な食の基準量①②
- R4沖・食５３　ごはんの目安と油の目安
- R4沖・食５４　総エネルギー　早見表（男性）
- R4沖・食５５　ごはんと油量　早見表（男性）
- R4沖・食５６　総エネルギー　早見表（女性）
- R4沖・食５７　ごはんと油量　早見表（女性）

８．資料箱　～ポピュレーションアプローチ～
- R4沖・食５８　社会的背景　～沖縄と全国を比べてみました～
- R4沖・食５９　統計からみえる沖縄の食
- R4沖・食６０　食の背景の変遷
- R4沖・食６１　肥満がもたらすもの
- R4沖・食６２　参考資料　～ベジノート～
- R4沖・食６３　令和3年度保健指導専門職としての学習プロセス
- R4沖・食６４　令和4年度保健指導専門職としての学習プロセス

その他

（2） 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、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。北中城村においても沖縄県国民健康保険保険給付費等交付金を活用して、二次健診を実施しています。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

①頸動脈エコー検査（心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査）

②尿中微量アルブミン検査（尿で腎臓の状態を見る検査）

③75ｇ糖負荷検査（高インスリン状態を見る検査）

3. 虚血性心疾患重症化予防

1） 基本的な考え方

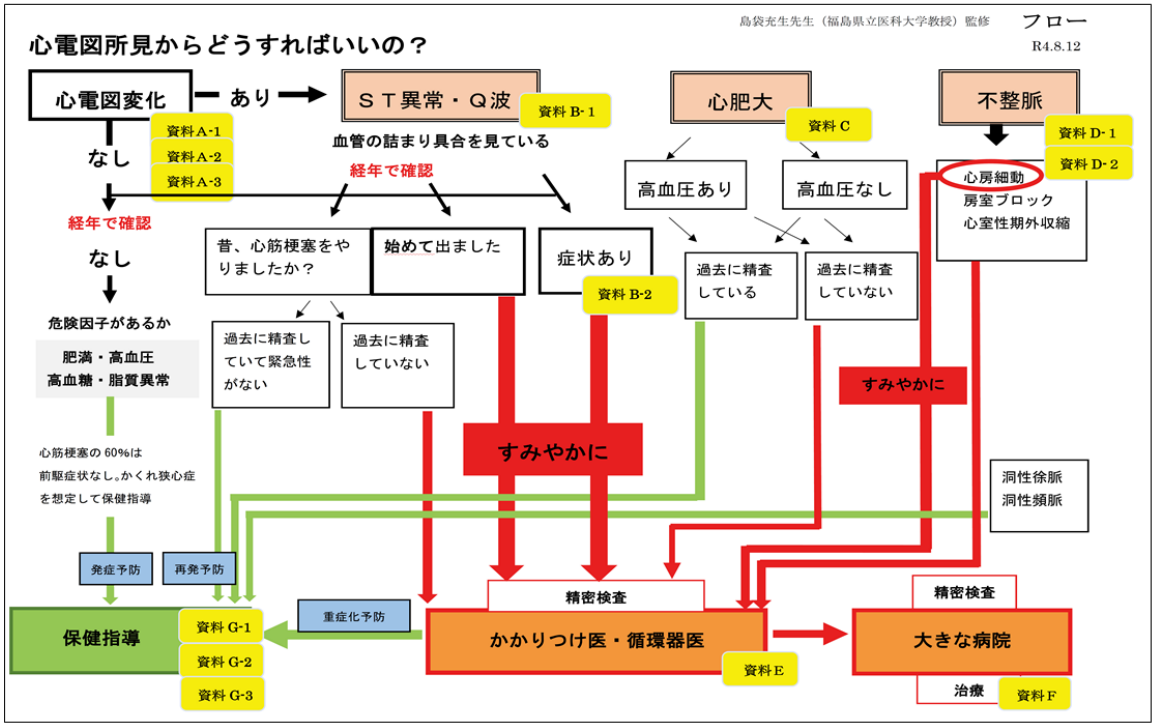
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

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。

北中城村においては、心電図検査を 671 人(48.4%)に実施し、そのうち有所見者が 299 人(44.6%)でした。所見の中でも ST-T 変化が 43 人(14.4%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表 67)

また、有所見者のうち要精査が 91 人(30.4%)となっていました。(図表 68)しかし、要精査者の 7 割が未受診であったため、要精査者で医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じた受診勧奨を行う必要があります。

図表 67 心電図検査結果

性別・年齢 ＼ 所見		心電図検査				所見内訳															
						ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
		実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		左軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
40～74歳		671	48.4	299	44.6%	30	10.0%	43	14.4%	2	0.7%	38	12.7%	0	0.0%	35	11.7%	3	1.0%	20	6.7%
内訳	男性	371	26.7	172	46.4%	16	9.3%	14	8.1%	1	0.6%	26	15.1%	0	0.0%	26	15.1%	3	1.7%	11	6.4%
内訳	女性	300	21.6	127	42.3%	14	11.0%	29	22.8%	1	0.8%	12	9.4%	0	0.0%	9	7.1%	0	0.0%	9	7.1%

北中城村調べ

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	299	44.6%	91	30.4%	23	25.3%	68	74.7%
男性	172	46.4%	46	26.7%	11	23.9%	35	76.1%
女性	127	42.3%	45	35.4%	12	26.7%	33	73.3%

北中城村調べ

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%は前駆症状がないため)積極的に保健指導を行う必要があります。

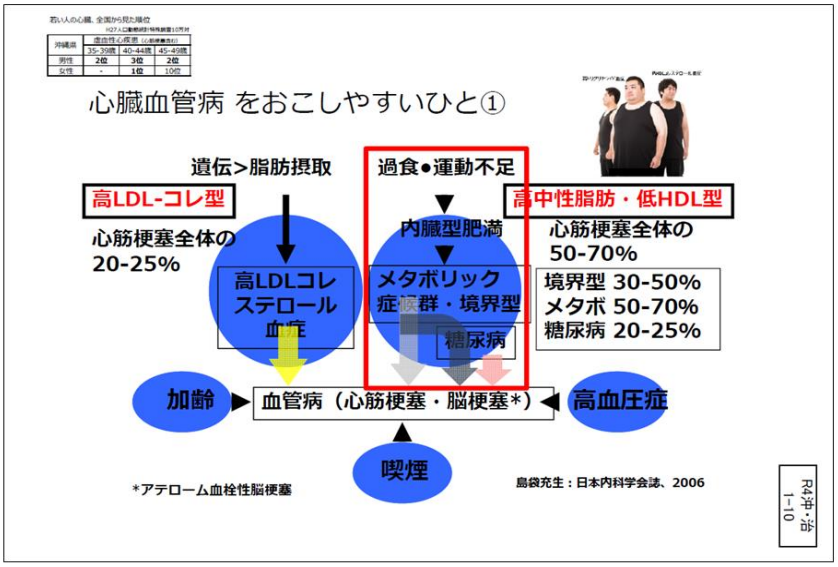
また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表 69) 本村は男性心筋梗塞の SMR が高く県内でもワースト2位の位置にいます。(表 8)さらに、短期目標疾患の脂質異常症の医療費割合は低く、中長期目標疾患の狭心症や心筋梗塞医療費の割合が高くなっていることからも、受診勧奨を積極的に行い、また村内医療機関と情報共有及び連携を強化していく必要があります。(図表 33)、

表 8

平成25年～平成29年　標準化死亡率 (SMR)

	脳内出血		脳梗塞		急性心筋梗塞		腎不全	
	原因：長年の高血圧		原因：動脈硬化・血栓		原因：動脈硬化・血栓		原因：腎症、高血圧、糖尿病等	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
北中城村	123.2	79.5	53.8	50.5	165.5	81.2	79.9	87.9
沖縄県	117.9	96.3	80.3	64.5	112.1	102.1	94.3	103.8
全国	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

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　冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

令和04年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た
LDLコレステロール管理目標

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）

（参考）
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

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
				610	236	200	101	73	17	44	66	47
					38.7%	32.8%	16.6%	12.0%	9.8%	25.3%	37.9%	27.0%
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満（190未満）		109	44	39	16	10	9	17	0	0
					17.9%	18.6%	19.5%	15.8%	13.7%	52.9%	38.6%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満（170未満）		224	85	73	36	30	2	16	33	15
					36.7%	36.0%	36.5%	35.6%	41.1%	11.8%	36.4%	50.0%	31.9%
	高リスク	120未満（150未満）		269	102	86	48	33	6	11	32	32
					44.1%	43.2%	43.0%	47.5%	45.2%	35.3%	25.0%	48.5%	68.1%
		再掲	100未満（130未満）※1	14	7	5	2	0	1	0	1	0
					2.3%	3.0%	2.5%	2.0%	0.0%	5.9%	0.0%	1.5%	0.0%
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）		8	5	2	1	0	0	0	1	0
					1.3%	2.1%	1.0%	1.0%	0.0%	0.0%	1.5%	0.0%

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

3） 保健指導の実施

（1） 受診勧奨及び保健指導

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

（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は、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 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 等の情報を活用します。

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

7） 実施期間及びスケジュール

4 月　対象者の選定基準の決定

5 月　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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

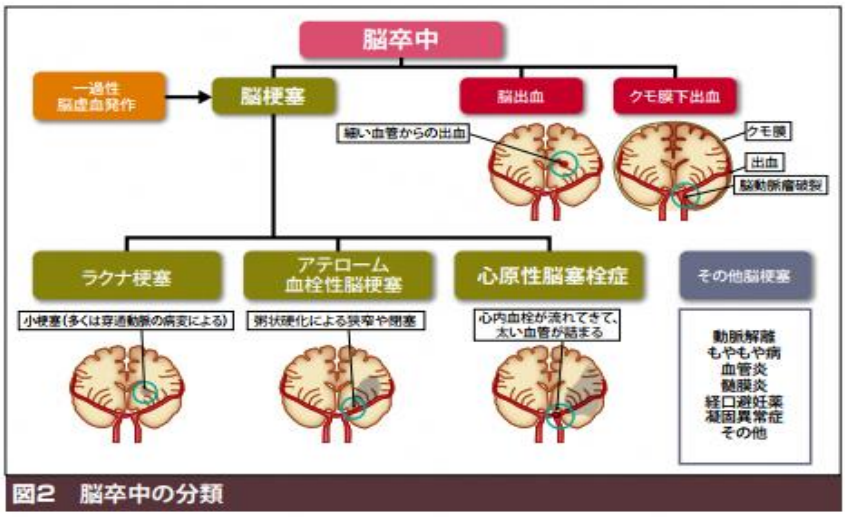
4.　脳血管疾患重症化予防

1）　基本的な考え方

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

図表 72　脳卒中の分類

【脳卒中の分類】



（脳卒中予防の提言より引用）

図表 73　脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

2） 対象者の明確化

（1） 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。(図表 74)でみると、高血圧治療者1,178 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 141 人(12.0%・O)でした。

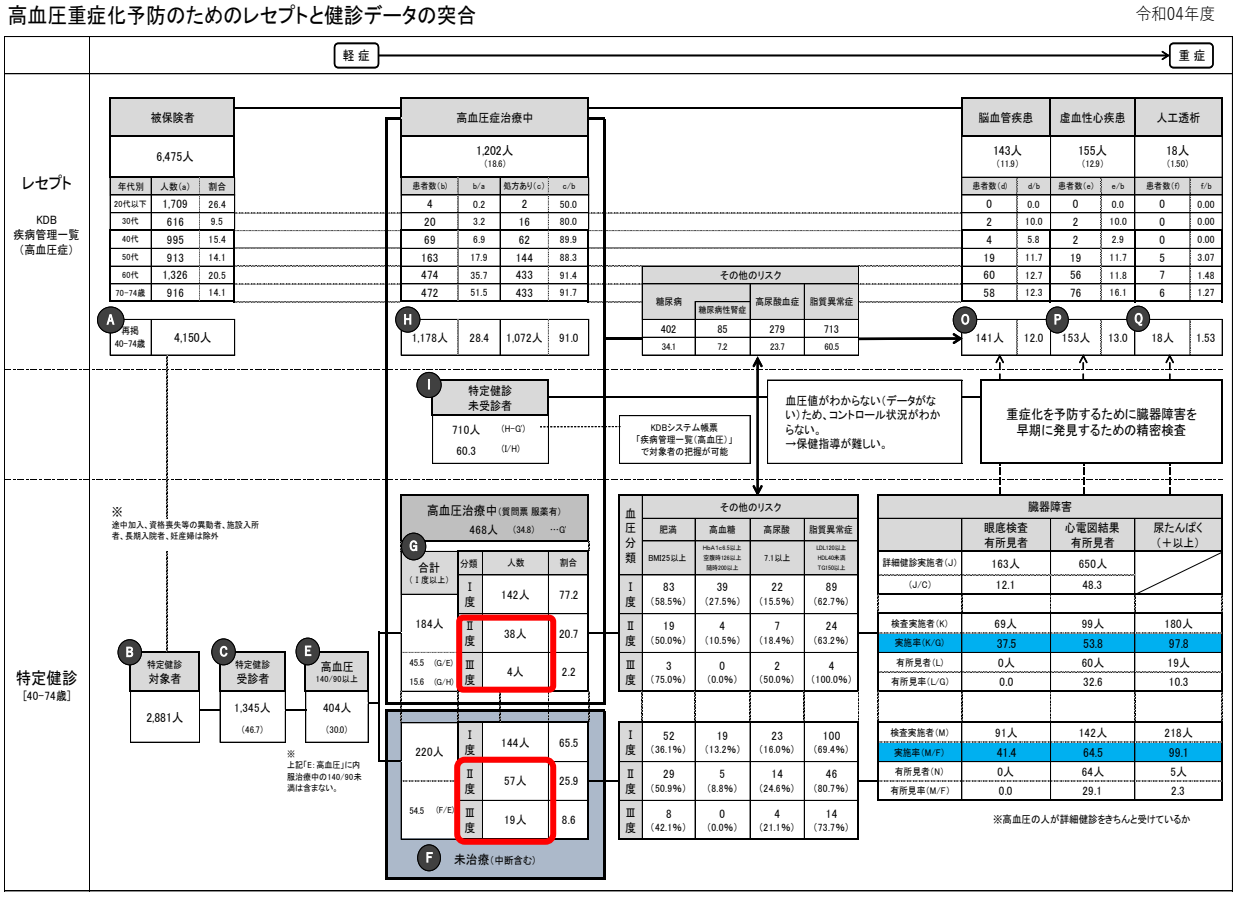
健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 118 人(8.7%)であり、そのうち 76 人(64.4%)は未治療者です。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 42 人(3.1%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)が、わずか 163 人(12.1%)しか実施していない状況です。しかし、眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから、404 人(30.0%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。

第 3 期計画期間中に、眼底検査(詳細検査)の必要な方への実施について、関係機関と実態を共有し、検査が実施しやすい集団健診の案内などを含めた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



出典・参照：KDB システム改変、特定健診等データ管理システム

（2） 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

図表 75 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

（参考）高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会
p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子
p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

血圧分類（mmHg） / リスク層（血圧以外のリスク因子）		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
	419	199	144	57	19
		47.5%	34.4%	13.6%	4.5%
リスク第1層 予後影響因子がない	25	C 14	B 11	B 0	A 0
	6.0%	7.0%	7.6%	0.0%	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	238	C 116	B 74	A 36	A 12
	56.8%	58.3%	51.4%	63.2%	63.2%
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	156	B 69	A 59	A 21	A 7
	37.2%	34.7%	41.0%	36.8%	36.8%

…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	135
		32.2%
B	概ね1ヵ月後に再評価	154
		36.8%
C	概ね3ヵ月後に再評価	130
		31.0%

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

出典・参照：特定健診等ﾃﾞｰﾀ管理ｼｽﾃﾑ

（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

図7 心房細動と心原性脳塞栓症

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

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

（脳卒中予防の提言より引用）

図表 76 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査（※1）	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	668	677	363	54.3%	287	42.4%	3	0.8%	0	0.0%	−−	−−
40代	103	85	70	68.0%	48	56.5%	1	1.4%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	109	106	61	56.0%	44	41.5%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	231	247	114	49.4%	95	38.5%	1	0.9%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	225	239	118	52.4%	100	41.8%	1	0.8%	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：特定健診等ﾃﾞｰﾀ管理ｼｽﾃﾑ

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	%
3	1	33.3	2	66.7

R4 北中城村調べ

令和 4 年度は心電図検査において 3 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 3 人のうち 2 人は既に治療が開始されていました。未治療者の 1 人も医療機関を受診し、薬物治療は開始されませんでしたが、経過観察となっています。（図表 77）

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性と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やその生活背景など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（高血圧管理台帳）

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

② 心房細動者の管理

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

4） 医療との連携

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

5） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

6） 評価

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

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

7） 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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

Ⅲ.　高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1）基本的な考え方

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

2）事業の実施

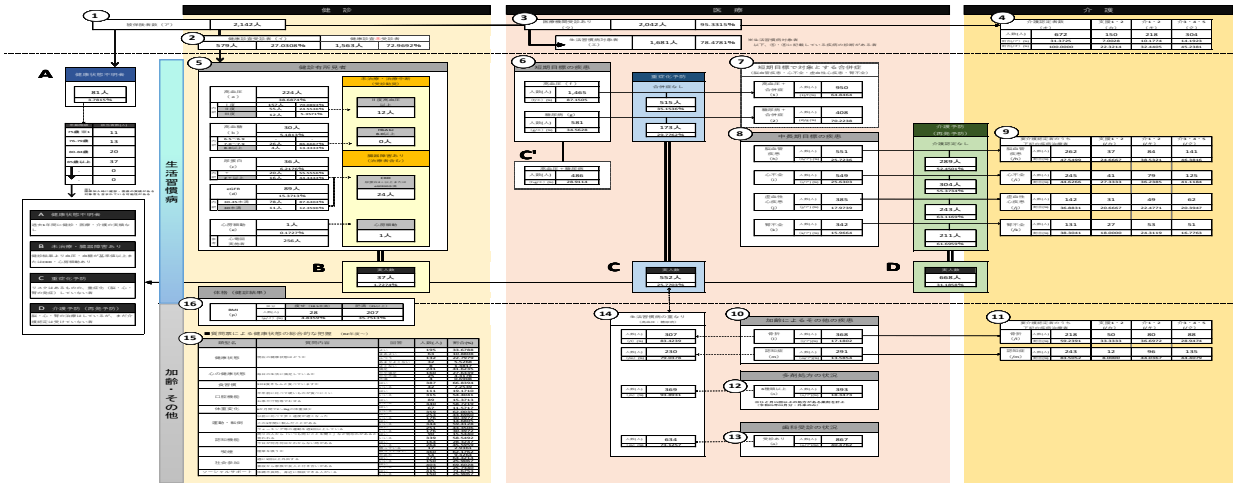
北中城村は、令和 2 年 10 月より沖縄県後期高齢者広域連合から、本村が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」事業を実施しています。令和 6 年度以降も引き続き事業を行っていきます。

具体的には、（図表 78）

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置
KDB ｼｽﾃﾑ等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

② 地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75 歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための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



出典・参照：保険者ﾃﾞｰﾀﾍﾙｽ支援ｼｽﾃﾑ

Ⅳ.　発症予防

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

北中城村においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、データヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見ていくことが必要であります。（図表 79）また、現在の健康状態は、これまでの生活習慣や社会環境等の影響を受ける可能性や、次世代の健康にも影響を及ぼす可能性があることを踏まえ、ライフコーチアプローチ（胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉えた健康づくり）について、取り組みを進めていきます。

母子保健では、妊娠期から幼児期までの事業や健診を通し保健事業を展開していきます。

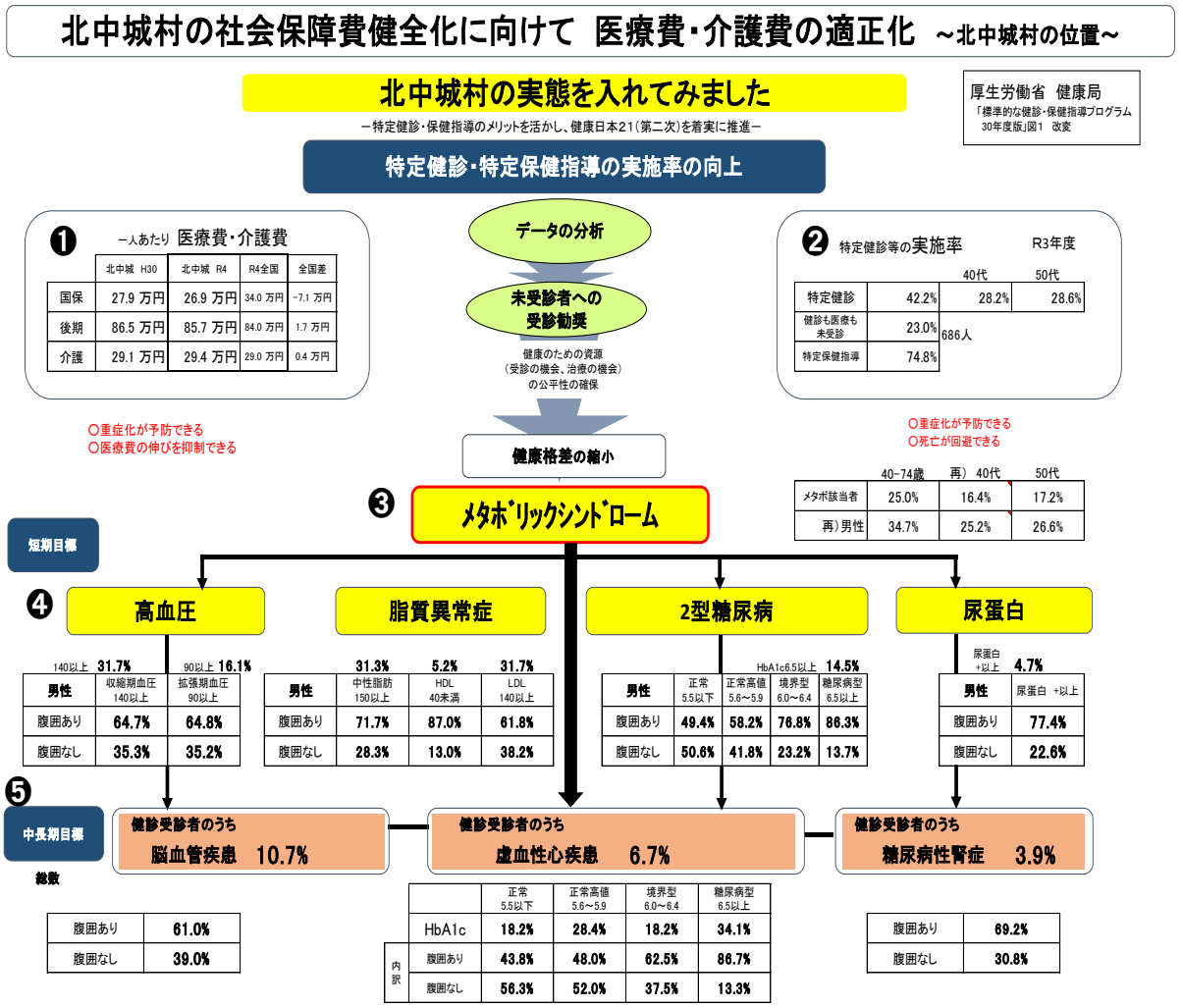
図表 79　生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える　ー基本的考え方ー　（ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました）																
		発症予防 → 重症化予防														
1　根拠法 6条 健康増進事業実施者		健康増進法														
		母子保健法						児童福祉法	学校保健安全法			労働安全衛生法 （学校職員は学校保健安全法）	高齢者の医療の確保に関する法律			（介護保険）
2　計画		健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】														
		データヘルス計画【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・幼稚園健康診断	就学時健診 （11・12条）	児童・生徒の定期健康診断 （第1・13・14条）		定期健康診断 （第66条）	特定健康診査 （第18・20・21条）			後期高齢者健康診査 （第125条）
		妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 幼稚園児	小学校		中学校	高等学校	労働安全衛生規則　（第13・44条）	標準的な特定健診・保健　指導プログラム(第2章)		
5 対象者	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				ｶｳﾟ18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上							
	尿糖	（＋）以上					（＋）以上									
	糖尿病家族歴															

Ⅴ． ポピュレーションアプローチ

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

図表 80 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



出典・参照：厚労省
特定健診法定報告
保険者ﾃﾞｰﾀﾍﾙｽ支援ｼｽﾃﾑ

図表 81　統計からみえる沖縄県の食(例示)

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

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

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

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

第5章　計画の評価・見直し

1. 評価の時期

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における 4 つの指標

ストラクチャー （保健事業実施のための体制・システムを整えているか）	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか（予算等も含む） ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB 活用環境の確保
プロセス （保健事業の実施過程）	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか ・スケジュールどおり行われているか
アウトプット （保健事業の実施量）	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など

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

具体的な評価方法は、国保データベース（KDB）ｼｽﾃﾑに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行います。
また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価していきます。

第6章　計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1．計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとすることが重要であり、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り扱いが確保されるよう措置を講じます。

参考資料

参考資料 1　様式 5-1　国・県・同規模と比べてみた A 市の位置

参考資料2　健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3　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 10　国保・後期医療費の状況（データヘルスのターゲットとなる疾患：透析）

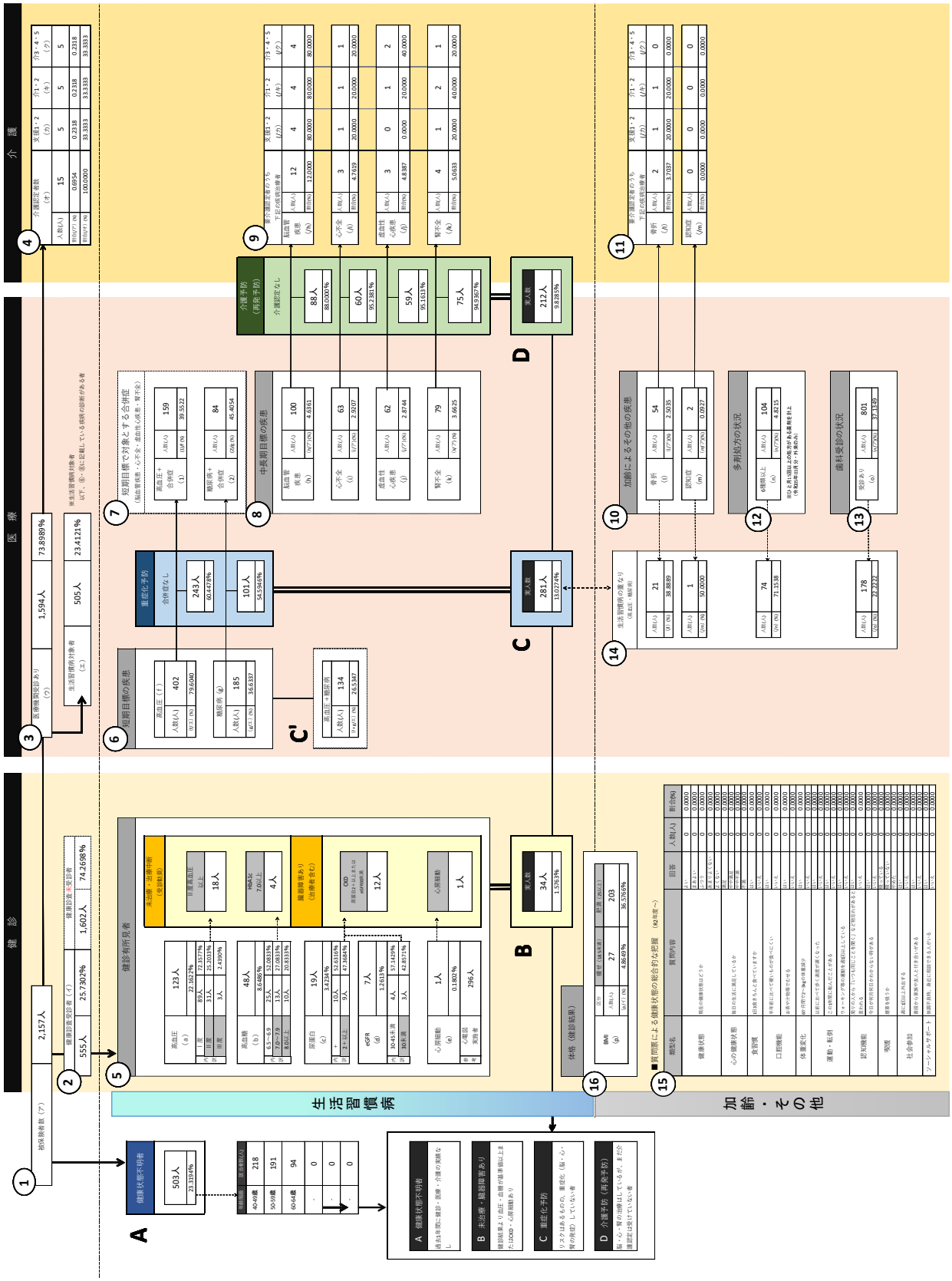
参考資料1　様式 5-1　国・県・同規模と比べてみた北中城村の位置

項目					保険者		同規模平均		県		国		データ元（CSV）
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	人口構成	総人口		17,795		1,810,851		1,439,108		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
				65歳以上（高齢化率）	4,294	24.1	651,740	36.0	324,708	22.6	35,335,805	28.7	
				75歳以上	2,247	12.6	--	--	155,559	10.8	18,248,742	14.8	
				65～74歳	2,047	11.5	--	--	169,149	11.8	17,087,063	13.9	
				40～64歳	5,848	32.9	--	--	472,258	32.8	41,545,893	33.7	
				39歳以下	7,653	43.0	--	--	642,142	44.6	46,332,563	37.6	
	②	産業構成	第1次産業		1.7		10.9		4.9		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
			第2次産業		16.4		27.1		15.1		25.0		
			第3次産業		81.9		61.9		80.0		71.0		
	③	平均寿命	男性		81.1		80.5		80.3		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			女性		89.0		86.9		87.5		87.0		
	④	平均自立期間（要介護2以上）	男性		79.9		79.7		79.3		80.1		
			女性		86.2		84.3		84.2		84.4		
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性	88.3		103.0		99.3		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性	71.9		100.8		90.5		100		
			死因	がん	30	42.9	6,844	47.1	3,274	49.7	378,272	50.6	
				心臓病	21	30.0	4,468	30.7	1,669	25.3	205,485	27.5	
				脳疾患	13	18.6	2,073	14.3	978	14.8	102,900	13.8	
				糖尿病	1	1.4	271	1.9	193	2.9	13,896	1.9	
				腎不全	2	2.9	564	3.9	272	4.1	26,946	3.6	
				自殺	3	4.3	317	2.2	205	3.1	20,171	2.7	
	②	早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計		27	19.7			1,926	14.2	125,187	8.7	厚労省HP 人口動態調査（R3データ）
				男性	20	28.2			1,331	18.3	82,832	11.2	
				女性	7	10.6			595	9.4	42,355	6	
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）		743	16.6	121,841	18.8	61,945	19.0	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				新規認定者	14	0.2	1,946	0.3	835	0.3	110,289	0.3	
				介護度別総件数 要支援1.2	2,549	14.3	382,007	13.8	177,194	11.6	21,785,044	12.9	
				介護度別総件数 要介護1.2	6,669	37.4	1,277,829	46.3	546,973	35.9	78,107,378	46.3	
				介護度別総件数 要介護3以上	8,604	48.3	1,099,163	39.8	799,361	52.5	68,963,503	40.8	
			2号認定者		25	0.43	2,304	0.40	2,135	0.45	156,107	0.38	
	②	有病状況	糖尿病		120	15.6	29,183	22.8	11,465	17.4	1,712,613	24.3	
			高血圧症		341	41.9	67,451	53.3	28,893	43.8	3,744,672	53.3	
			脂質異常症		210	26.7	38,328	30.0	17,395	26.0	2,308,216	32.6	
			心臓病		383	48.1	76,143	60.3	31,994	48.6	4,224,628	60.3	
			脳疾患		176	22.4	29,057	23.1	14,271	21.9	1,568,292	22.6	
			がん		64	7.8	14,184	11.0	5,539	8.2	837,410	11.8	
			筋・骨格		375	46.7	66,665	52.7	29,667	44.9	3,748,372	53.4	
			精神		244	31.2	46,518	36.9	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		294,307	1,263,753,192	297,567	193,936,445,825	324,737	105,444,836,581	290,668	10,074,274,226,869	
			1件当たり給付費（全体）		70,910		70,292		69,211		59,662		
				居宅サービス	50,888		43,991		51,518		41,272		
				施設サービス	313,451		291,264		301,929		296,364		
	④	医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）	認定あり	11,309		9,041		11,002		8,610		
				認定なし	4,619		4,224		4,796		4,020		
4	①	国保の状況	被保険者数		5,036		419,832		388,055		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
				65～74歳	1,447	28.7			119,076	30.7	11,129,271	40.5	
				40～64歳	1,766	35.1			134,131	34.6	9,088,015	33.1	
				39歳以下	1,823	36.2			134,848	34.7	7,271,596	26.5	
			加入率		28.3		23.2		27.0		22.3		
	②	医療の概況（人口千対）	病院数		3	0.6	141	0.3	90	0.2	8,237	0.3	
			診療所数		6	1.2	1,172	2.8	890	2.3	102,599	3.7	
			病床数		811	161.0	19,041	45.4	18,602	47.9	1,507,471	54.8	
			医師数		123	24.4	2,768	6.6	3,887	10.0	339,611	12.4	
			外来患者数		506.8		721.7		541.1		687.8		
			入院患者数		16.8		21.9		19.0		17.7		
	③	医療費の状況	一人当たり医療費		269,190	県内36位 同規模109位	382,035		318,310		339,680		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		523.648		743.593		560.174		705.439		
			外来	費用の割合	55.6		57.4		53.6		60.4		
				件数の割合	96.8		97.1		96.6		97.5		
			入院	費用の割合	44.4		42.6		46.4		39.6		
				件数の割合	3.2		2.9		3.4		2.5		
			1件あたり在院日数		15.3日		16.6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		126,860,570	19.7	31.8		25.9		32.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる 地域の健康課題
			慢性腎不全（透析あり）		54,224,840	8.4	7.5		12.0		8.2		
			糖尿病		56,865,430	8.8	11.1		8.3		10.4		
			高血圧症		29,041,720	4.5	6.4		4.8		5.9		
			脂質異常症		24,404,240	3.8	3.8		2.8		4.1		
			脳梗塞・脳出血		40,344,610	6.2	4.0		4.9		3.9		
			狭心症・心筋梗塞		40,826,790	6.3	2.6		3.3		2.8		
			精神		138,489,280	21.5	15.2		20.9		14.7		
			筋・骨格		120,321,010	18.7	16.5		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	58	0.0	329	0.2	313	0.2	256	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費分析（中分類）
				糖尿病	881	0.7	1,391	0.9	896	0.6	1,144	0.9	
				脂質異常症	203	0.2	65	0.0	67	0.0	53	0.0	
				脳梗塞・脳出血	7,597	6.4	7,229	4.4	6,789	4.6	5,993	4.5	
				虚血性心疾患	6,853	5.7	4,422	2.7	4,321	2.9	3,942	2.9	
				腎不全	5,941	5.0	4,564	2.8	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	5,709	3.8	12,709	5.8	7,107	4.2	10,143	4.9	
				糖尿病	10,740	7.2	21,886	10.0	12,437	7.3	17,720	8.6	
				脂質異常症	4,643	3.1	7,778	3.5	4,322	2.5	7,092	3.5	
				脳梗塞・脳出血	408	0.3	1,013	0.5	689	0.4	825	0.4	
				虚血性心疾患	1,526	1.0	2,004	0.9	1,444	0.8	1,722	0.8	
				腎不全	16,434	11.0	17,654	8.0	20,295	11.9	15,781	7.7	
	⑥	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	健診受診者	1,188		2,690		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	8,924		13,453		11,533		13,295		
			生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	5,650		7,560		5,718		6,142		
				健診未受診者	42,428		37,805		46,845		40,210		
	⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者		816	65.4	75,309	58.3	46,750	60.4	3,881,055	57.0	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				医療機関受診率	732	58.7	67,899	52.6	42,965	55.5	3,543,116	52.0	
				医療機関非受診率	84	6.7	7,410	5.7	3,785	4.9	337,939	5.0	
5	①	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 111市町村	健診受診者		1,248		129,182		77,415		6,812,842		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる 地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
	②			受診率	42.0	県内20位 同規模56位	42.0		33.7	全国39位	37.1		
	③		特定保健指導終了者（実施率）		37	18.0	3687	24.2	3,636	32.2	107,925	13.4	
	④		非肥満高血糖		73	5.8	13,125	10.2	5,139	6.6	615,549	9.0	
	⑤		メタボ	該当者	320	25.6	27,581	21.4	20,034	25.9	1,382,506	20.3	
				男性	222	35.4	19,114	32.5	13,894	37.3	965,486	32.0	
				女性	98	15.8	8,467	12.0	6,140	15.3	417,020	11.0	
	⑥			予備群	188	15.1	14,639	11.3	11,411	14.7	765,405	11.2	
				男性	129	20.5	10,319	17.6	7,753	20.8	539,738	17.9	
				女性	59	9.5	4,320	6.1	3,658	9.1	225,667	5.9	
	⑦		メタボ該当・予備群レベル	腹囲 総数	559	44.8	46,429	35.9	35,002	45.2	2,380,778	34.9	
	⑧			腹囲 男性	389	61.9	32,340	55.0	23,943	64.2	1,666,592	55.3	
	⑨			腹囲 女性	170	27.4	14,089	20.0	11,059	27.6	714,186	18.8	
	⑩			BMI 総数	75	6.0	6,672	5.2	4,644	6.0	320,038	4.7	
	⑪			BMI 男性	9	1.4	1,017	1.7	717	1.9	51,248	1.7	
	⑫			BMI 女性	66	10.6	5,655	8.0	3,927	9.8	268,790	7.1	
	⑬			血糖のみ	13	1.0	902	0.7	568	0.7	43,519	0.6	
	⑭			血圧のみ	119	9.5	10,532	8.2	8,389	10.8	539,490	7.9	
	⑮			脂質のみ	56	4.5	3,205	2.5	2,454	3.2	182,396	2.7	
	⑯			血糖・血圧	43	3.4	4,461	3.5	2,911	3.8	203,072	3.0	
	⑰			血糖・脂質	21	1.7	1,311	1.0	896	1.2	70,267	1.0	
	⑱			血圧・脂質	153	12.3	12,691	9.8	9,610	12.4	659,446	9.7	
	⑲			血糖・血圧・脂質	103	8.3	9,118	7.1	6,617	8.5	449,721	6.6	
6	①	問診の状況	服薬	高血圧	451	36.1	49,799	38.6	31,609	40.8	2,428,038	35.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				糖尿病	135	10.8	13,039	10.1	8,123	10.5	589,470	8.7	
				脂質異常症	325	26.0	36,804	28.5	20,477	26.5	1,899,637	27.9	
	②		既往歴	脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	14	1.4	4,180	3.3	2,472	3.4	207,385	3.1	
				心臓病（狭心症・心筋梗塞等）	28	2.8	7,699	6.2	4,890	6.8	365,407	5.5	
				腎不全	5	0.5	1,060	0.8	534	0.7	53,898	0.8	
				貧血	52	4.3	11,963	9.6	5,769	7.9	702,088	10.7	
6	③	生活習慣の状況	喫煙		178	14.3	17,549	13.6	11,101	14.3	939,212	13.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握
	④		週3回以上朝食を抜く		208	18.4	9,629	8.1	10,654	18.1	642,886	10.4	
	⑤		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～）		269	24.1	18,189	15.2	13,687	23.2	976,348	15.7	
	⑥		週3回以上就寝前夕食		269	24.1	18,189	15.2	13,687	23.2	976,348	15.7	
	⑦		食べる速度が速い		324	28.3	31,129	26.0	17,745	30.1	1,659,705	26.8	
	⑧		20歳時体重から10kg以上増加		547	47.8	41,961	35.1	27,557	46.4	2,175,065	35.0	
	⑨		1回30分以上運動習慣なし		628	54.9	73,980	61.8	34,075	57.8	3,749,069	60.4	
	⑩		1日1時間以上運動なし		503	43.7	56,527	47.3	26,211	44.3	2,982,100	48.0	
	⑪		睡眠不足		288	26.6	29,904	25.1	16,453	28.9	1,587,311	25.6	
	⑫		毎日飲酒		202	17.9	31,623	25.2	11,814	19.7	1,658,999	25.5	
	⑬		時々飲酒		295	26.2	25,821	20.6	17,885	29.8	1,463,468	22.5	
	⑭		一日飲酒量	1合未満	366	54.5	45,881	60.4	20,349	50.2	2,978,351	64.1	
				1～2合	189	28.2	20,169	26.6	12,112	29.9	1,101,465	23.7	
				2～3合	89	13.3	7,800	10.3	5,818	14.4	434,461	9.4	
				3合以上	27	4.0	2,070	2.7	2,219	5.5	128,716	2.8	

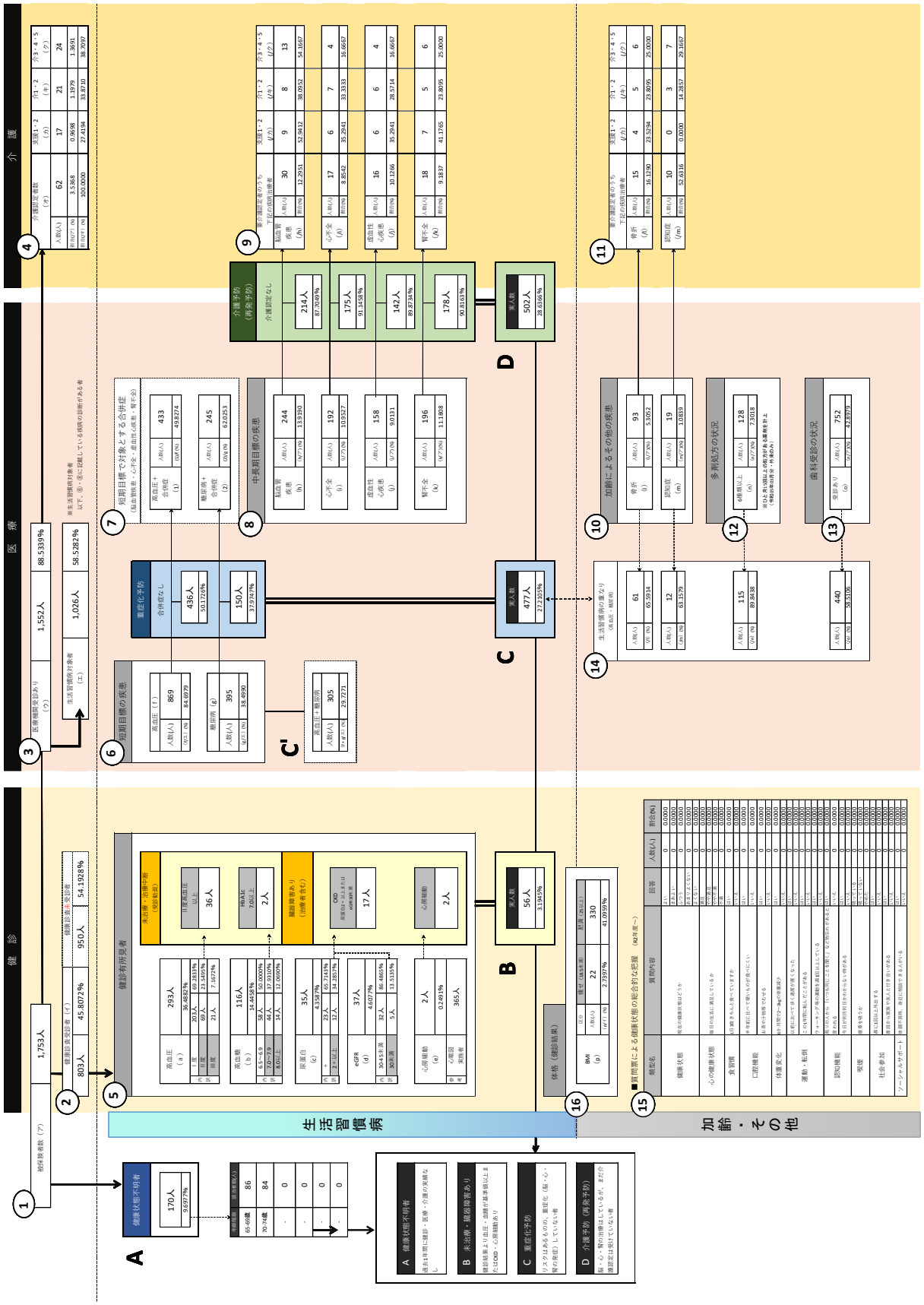
参考資料2　健診・医療・介護の一体的な分析

①　40～64 歳(国保)



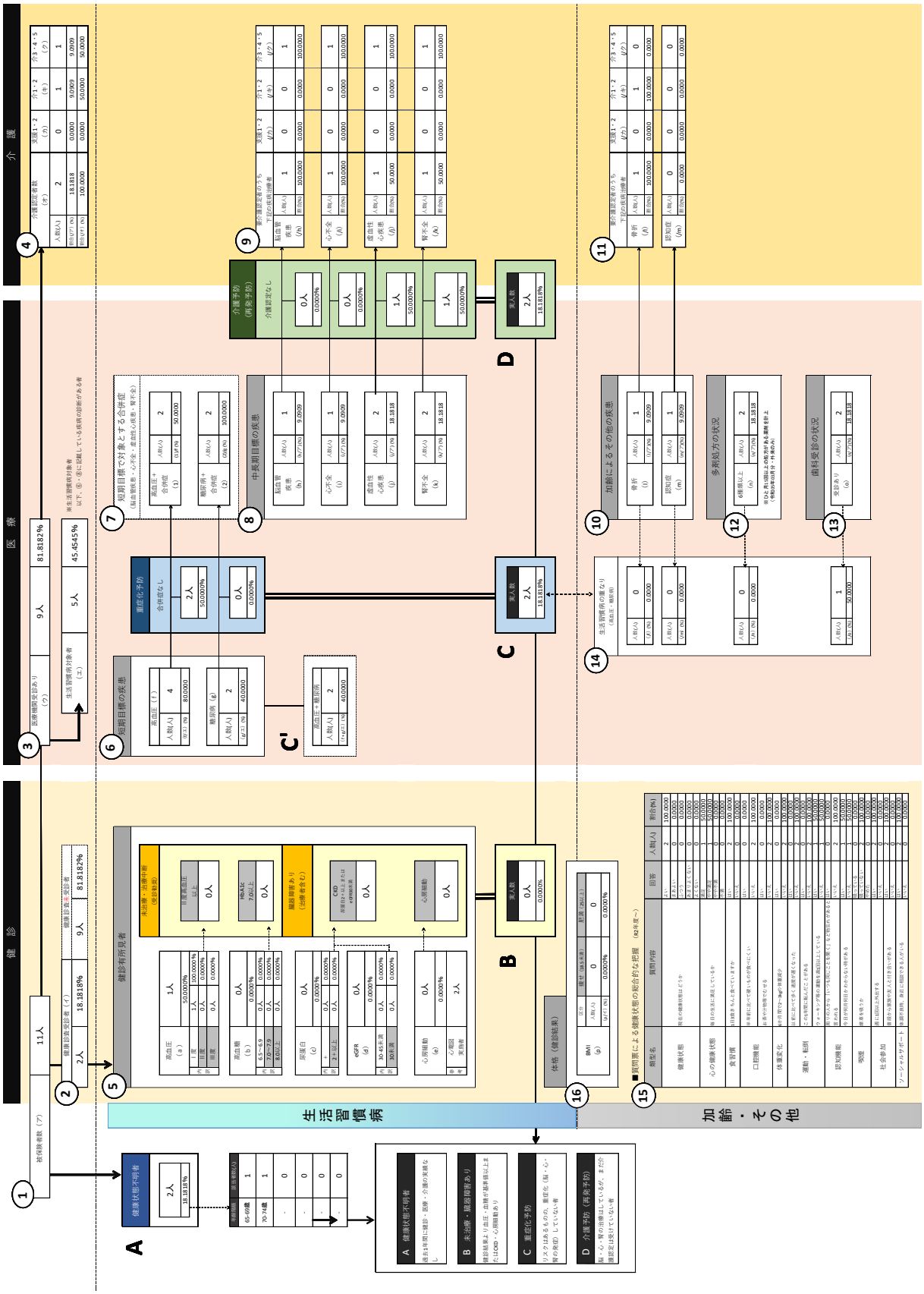
出典・参照：保険者ﾃﾞｰﾀﾍﾙｽ支援ｼｽﾃﾑ

②65～74 歳(国保)



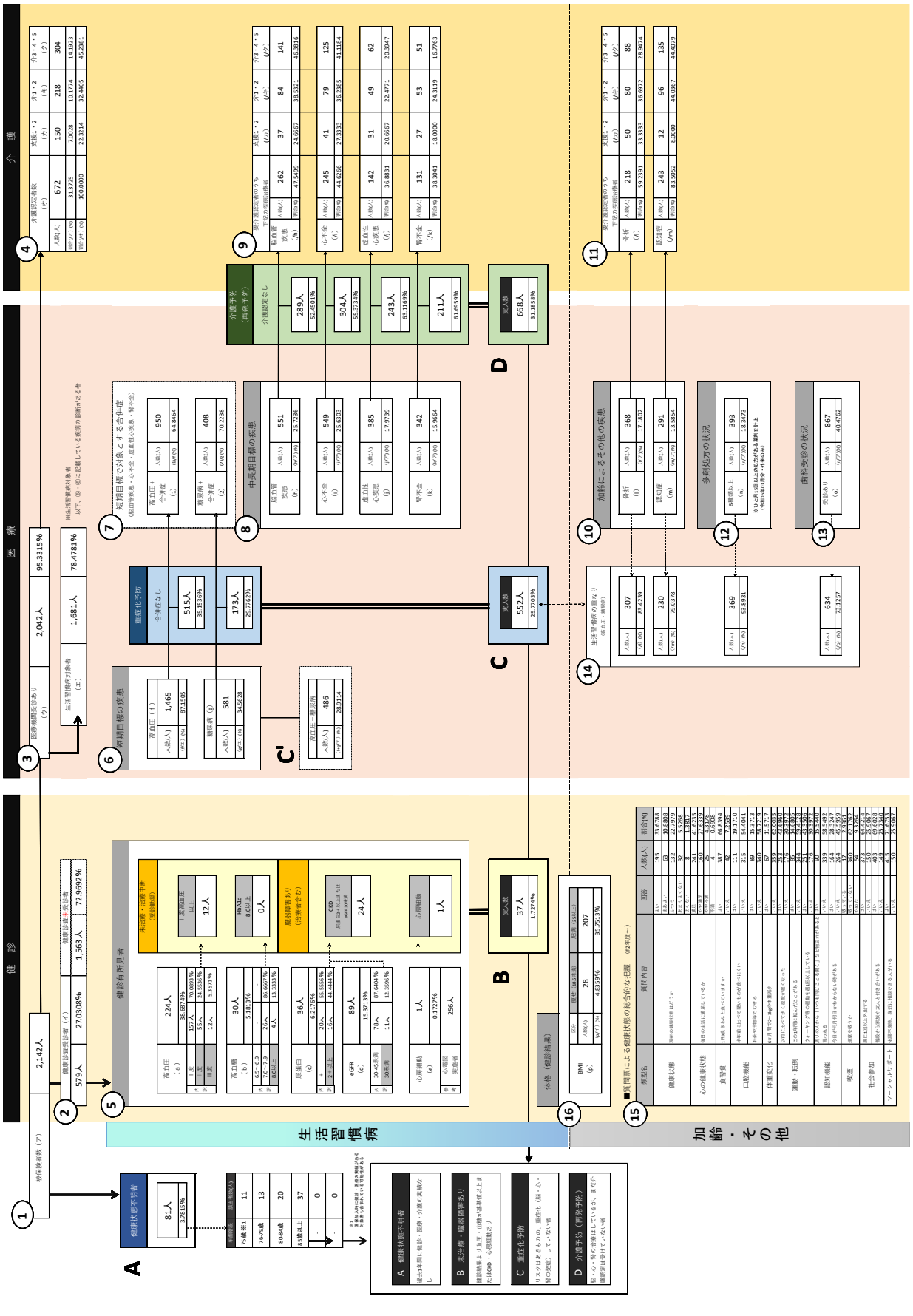
出典・参照：保険者データヘルス支援システム

③65～74 歳(後期)



出典・参照：保険者ﾃﾞｰﾀﾍﾙｽ支援ｼｽﾃﾑ

④75 歳以上(後期)



出典・参照：保険者データヘルス支援システム

参考資料3　糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

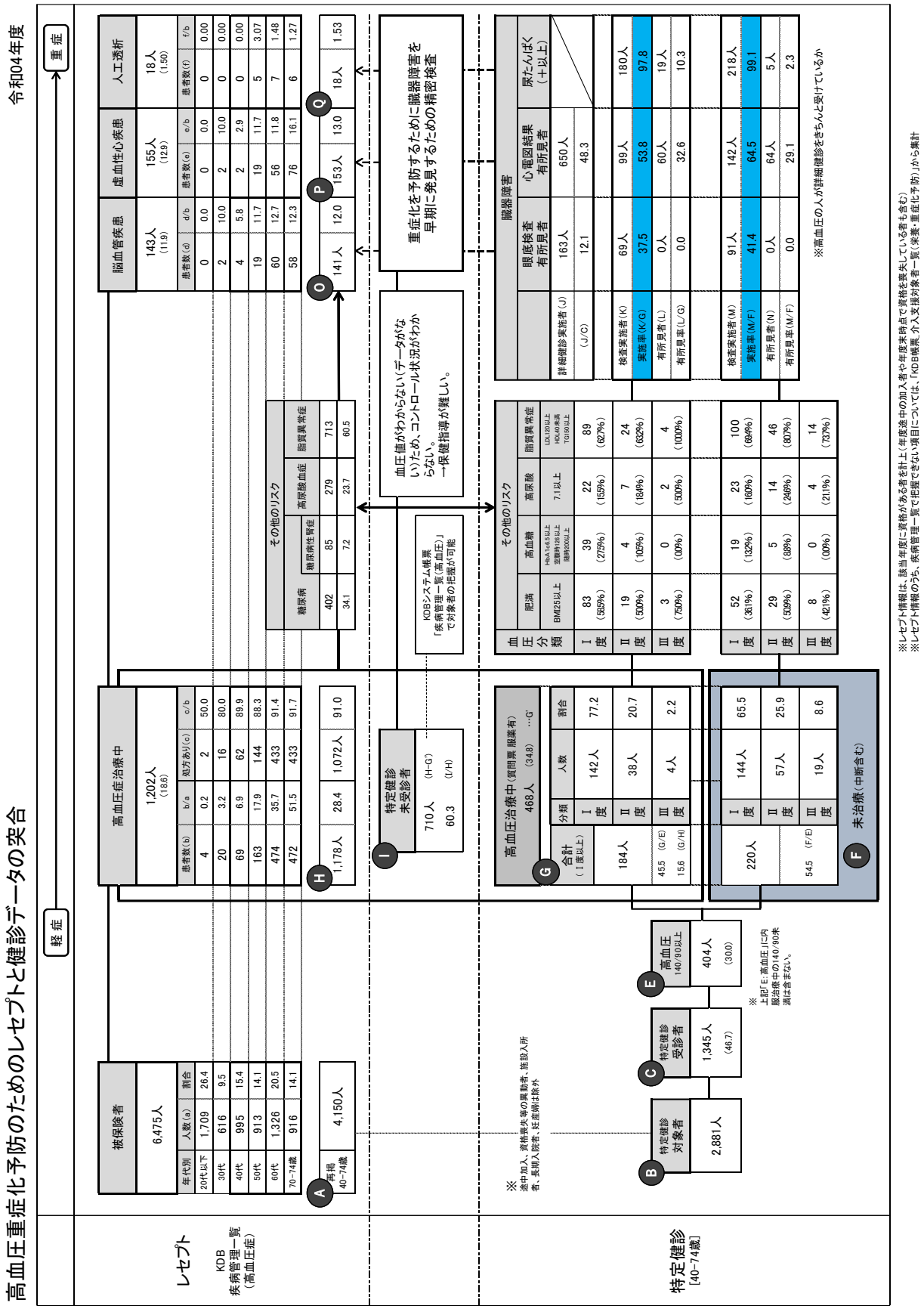
様式5-1　糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

		項目	突合表	北中城村										同規模保険者(平均)		データ基
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	A	5,267人		5,221人		5,198人		5,226人		5,221人				KDB_厚生労働省様式様式3-2
	②	(再掲)40-74歳		3,320人		3,274人		3,274人		3,357人		3,352人				
2	①	特定健診 対象者数	B	2,968人		2,925人		2,993人		2,986人		2,878人				市町村国保 特定健康診査・特定保健指導状況概況報告書
	②	特定健診 受診者数	C	1,377人		1,346人		1,202人		1,327人		1,345人				
	③	特定健診 受診率		44.1%		43.4%		38.2%		42.2%		43.7%				
3	①	特定保健指導 対象者数		239人		228人		195人		195人		207人				
	②	特定保健指導 実施率		73.6%		66.2%		66.7%		74.8%		71.5%				
4	①	健診データ 糖尿病型	E	184人	13.4%	198人	14.7%	161人	13.4%	161人	12.1%	218人	16.2%			特定健診結果
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	63人	34.2%	76人	38.4%	45人	28.0%	49人	30.4%	76人	34.9%			
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	121人	65.8%	122人	61.6%	116人	72.0%	112人	69.6%	142人	65.1%			
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	71人	58.7%	74人	60.7%	68人	58.6%	64人	57.1%	78人	54.9%			
	⑤	血圧 130/80以上	J	40人	56.3%	46人	62.2%	52人	76.5%	42人	65.6%	49人	62.8%			
	⑥	肥満 BMI25以上	J	42人	59.2%	44人	59.5%	42人	61.8%	44人	68.8%	49人	62.8%			
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	50人	41.3%	48人	39.3%	48人	41.4%	48人	42.9%	64人	45.1%			
	⑧	第1期 尿蛋白(－)	M	140人	76.1%	155人	78.3%	121人	75.2%	123人	76.4%	172人	78.9%			
	⑨	第2期 尿蛋白(±)	M	22人	12.0%	17人	8.6%	18人	11.2%	15人	9.3%	22人	10.1%			
	⑩	第3期 尿蛋白(＋)以上	M	14人	7.6%	22人	11.1%	16人	9.9%	16人	9.9%	14人	6.4%			
	⑪	第4期 eGFR30未満	M	3人	1.6%	2人	1.0%	3人	1.9%	1人	0.6%	3人	1.4%			
5	①	レセプト 糖尿病受療率(被保数千対)		67.4人		62.6人		53.9人		59.1人		57.8人				KDB_厚生労働省様式様式3-2
	②	(再掲)40-74歳(被保数千対)		105.4人		97.1人		84.6人		90.6人		88.6人				
	③	レセプト件数(40-74歳)()内は被保数千対 入院外(件数)				1,760件	(539.9)	1,593件	(479.2)							KDB_疾病別医療費分析(生活習慣病)
	④	入院(件数)				13件	(4.0)	9件	(2.7)							
	⑤	糖尿病治療中	H	355人	6.7%	327人	6.3%	280人	5.4%	309人	5.9%	302人	5.8%			KDB_厚生労働省様式様式3-2
	⑥	(再掲)40-74歳	H	350人	10.5%	318人	9.7%	277人	8.5%	304人	9.1%	297人	8.9%			
	⑦	健診未受診者	I	229人	65.4%	197人	61.9%	161人	58.1%	192人	63.2%	155人	52.2%			
	⑧	インスリン治療	O	29人	8.2%	27人	8.3%	22人	7.9%	25人	8.1%	18人	6.0%			
	⑨	(再掲)40-74歳	O	29人	8.3%	26人	8.2%	21人	7.6%	25人	8.2%	17人	5.7%			
	⑩	糖尿病性腎症	L	51人	14.4%	55人	16.8%	45人	16.1%	62人	20.1%	53人	17.5%			
	⑪	(再掲)40-74歳	L	51人	14.6%	53人	16.7%	45人	16.2%	62人	20.4%	53人	17.8%			
	⑫	慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		16人	4.5%	16人	4.9%	13人	4.6%	12人	3.9%	11人	3.6%			
	⑬	(再掲)40-74歳		16人	4.6%	16人	5.0%	13人	4.7%	12人	3.9%	11人	3.7%			
	⑭	新規透析患者数		3人		3人		0人		0人		2人				
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		3人		1人		0人		0人		2人				
	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)		4人	1.2%	7人	2.1%	8人	2.7%	9人	2.8%	11人	3.4%			KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期
6	①	医療費 総医療費		14億4295万円		15億1362万円		13億4759万円		14億2369万円		13億5564万円		14億4496万円		KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
	②	生活習慣病総医療費		7億1504万円		6億9990万円		6億6812万円		7億1032万円		6億4295万円		7億7425万円		
	③	(総医療費に占める割合)		49.6%		46.2%		49.6%		49.9%		47.4%		53.6%		
	④	生活習慣病対象者一人あたり 健診受診者		7,215円		8,867円		4,283円		5,907円		5,650円		7,560円		
	⑤	生活習慣病対象者一人あたり 健診未受診者		38,601円		37,242円		48,490円		51,824円		42,428円		37,805円		
	⑥	糖尿病医療費		5859万円		5574万円		5231万円		4903万円		5687万円		8603万円		
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		8.2%		8.0%		7.8%		6.9%		8.8%		11.1%		
	⑧	糖尿病入院外総医療費		2億1697万円		1億9517万円		1億8093万円		1億8787万円		1億7348万円				
	⑨	1件あたり		48,109円		44,764円		45,244円		46,354円		42,930円				
	⑩	糖尿病入院総医療費		1億5847万円		1億5068万円		1億6223万円		1億5878万円		1億3821万円				
	⑪	1件あたり		701,182円		724,419円		853,816円		902,145円		832,571円				
	⑫	在院日数		15日		16日		17日		17日		16日				
	⑬	慢性腎不全医療費		8904万円		9025万円		7772万円		6150万円		6350万円		6202万円		
	⑭	透析有り		8407万円		8013万円		6603万円		5018万円		5422万円		5785万円		
	⑮	透析なし		497万円		1012万円		1169万円		1132万円		927万円		418万円		
7	①	介護 介護給付費		10億3386万円		10億4820万円		11億1612万円		11億8166万円		12億6375万円		17億4718万円		
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		5件	29.4%	2件	11.1%	1件	6.3%	0件	0.0%	1件	7.7%			
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		1人	0.8%	2人	1.7%	2人	1.7%	0人	0.0%	1人	0.8%	564人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

参考資料4　糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

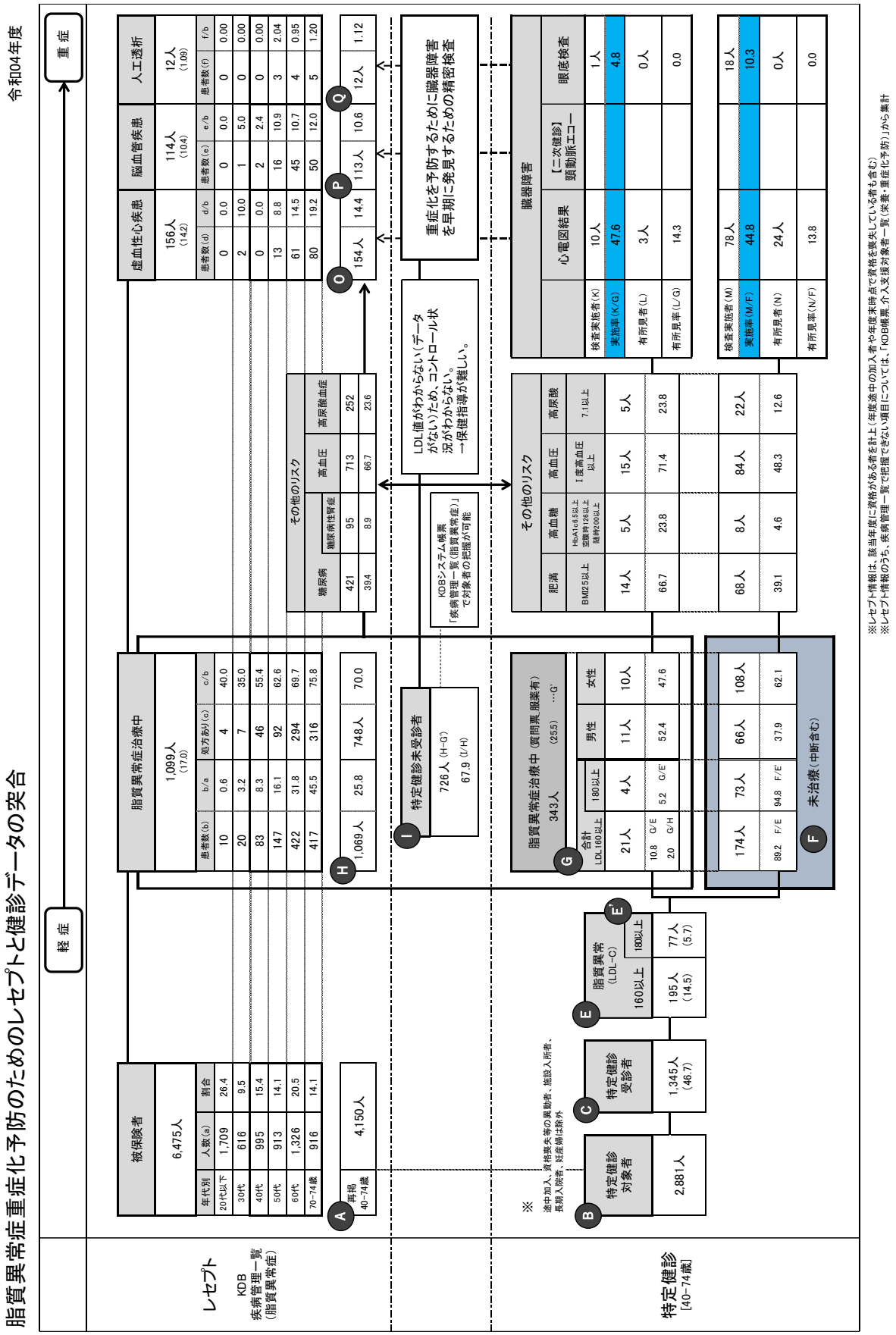
出典・参照：保険者ﾃﾞｰﾀﾍﾙｽ支援ｼｽﾃﾑ

参考資料5　高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典・参照：KDB システム改変

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



出典・参照：KDB システム改変

参考資料7　HbA1C の年次比較

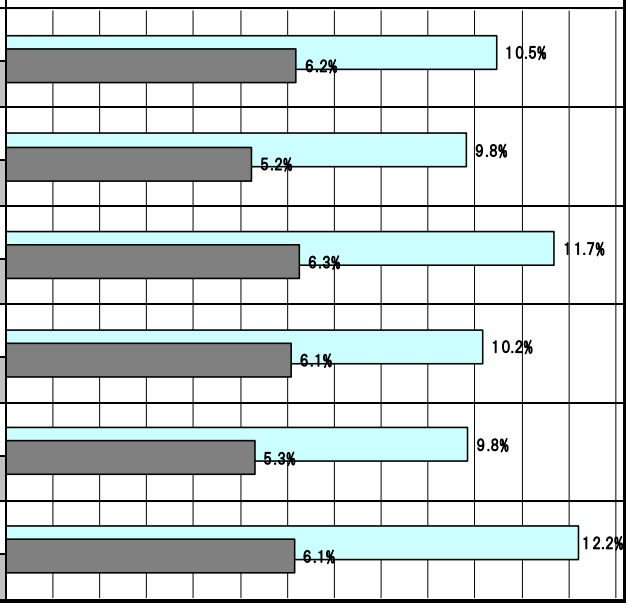
HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
								合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる					
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
H29	1,244	492	39.5%	462	37.1%	160	12.9%	53	4.3%	47	3.8%	30	2.4%	51	4.1%	22	1.8%
H30	1,376	535	38.9%	494	35.9%	212	15.4%	63	4.6%	47	3.4%	25	1.8%	47	3.4%	15	1.1%
R01	1,343	422	31.4%	529	39.4%	235	17.5%	73	5.4%	55	4.1%	29	2.2%	56	4.2%	19	1.4%
R02	1,201	494	41.1%	415	34.6%	170	14.2%	49	4.1%	46	3.8%	27	2.2%	46	3.8%	16	1.3%
R03	1,321	546	41.3%	458	34.7%	187	14.2%	60	4.5%	48	3.6%	22	1.7%	53	4.0%	15	1.1%
R04	1,335	444	33.3%	522	39.1%	206	15.4%	81	6.1%	57	4.3%	25	1.9%	50	3.7%	18	1.3%

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	65以上	再掲	
					再）7.0以上	未治療	治療
H29	1,244	492 39.5%	462 37.1%	160 12.9%	130 10.5%	52 40.0%	78 60.0%
					77 6.2%	26 33.8%	51 66.2%
H30	1,376	535 38.9%	494 35.9%	212 15.4%	135 9.8%	48 35.6%	87 64.4%
					72 5.2%	22 30.6%	50 69.4%
R01	1,343	422 31.4%	529 39.4%	235 17.5%	157 11.7%	67 42.7%	90 57.3%
					84 6.3%	20 23.8%	64 76.2%
R02	1,201	494 41.1%	415 34.6%	170 14.2%	122 10.2%	37 30.3%	85 69.7%
					73 6.1%	15 20.5%	58 79.5%
R03	1,321	546 41.3%	458 34.7%	187 14.2%	130 9.8%	45 34.6%	85 65.4%
					70 5.3%	17 24.3%	53 75.7%
R04	1,335	444 33.3%	522 39.1%	206 15.4%	163 12.2%	68 41.7%	95 58.3%
					82 6.1%	14 17.1%	68 82.9%



治療と未治療の状況

		HbA1c測定		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
						正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
										合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる					
				5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
治療中	H29	103	8.3%	0	0.0%	6	5.8%	19	18.4%	27	26.2%	30	29.1%	21	20.4%	34	33.0%	14	13.6%
	H30	121	8.8%	4	3.3%	9	7.4%	21	17.4%	37	30.6%	32	26.4%	18	14.9%	35	28.9%	10	8.3%
	R01	122	9.1%	3	2.5%	7	5.7%	22	18.0%	26	21.3%	40	32.8%	24	19.7%	47	38.5%	15	12.3%
	R02	116	9.7%	1	0.9%	7	6.0%	23	19.8%	27	23.3%	36	31.0%	22	19.0%	38	32.8%	12	10.3%
	R03	112	8.5%	5	4.5%	6	5.4%	16	14.3%	32	28.6%	39	34.8%	14	12.5%	41	36.6%	7	6.3%
	R04	142	10.6%	5	3.5%	12	8.5%	30	21.1%	27	19.0%	47	33.1%	21	14.8%	44	31.0%	15	10.6%
治療なし	H29	1,141	91.7%	492	43.1%	456	40.0%	141	12.4%	26	2.3%	17	1.5%	9	0.8%	17	1.5%	8	0.7%
	H30	1,255	91.2%	531	42.3%	485	38.6%	191	15.2%	26	2.1%	15	1.2%	7	0.6%	12	1.0%	5	0.4%
	R01	1,221	90.9%	419	34.3%	522	42.8%	213	17.4%	47	3.8%	15	1.2%	5	0.4%	9	0.7%	4	0.3%
	R02	1,085	90.3%	493	45.4%	408	37.6%	147	13.5%	22	2.0%	10	0.9%	5	0.5%	8	0.7%	4	0.4%
	R03	1,209	91.5%	541	44.7%	452	37.4%	171	14.1%	28	2.3%	9	0.7%	8	0.7%	12	1.0%	8	0.7%
	R04	1,193	89.4%	439	36.8%	510	42.7%	176	14.8%	54	4.5%	10	0.8%	4	0.3%	6	0.5%	3	0.3%

出典・参照：特定健診等ﾃﾞｰﾀ管理ｼｽﾃﾑ

参考資料8　血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H29	1,245	383	30.8%	203	16.3%	325	26.1%	259	20.8%	63	5.1%	12	1.0%
H30	1,377	403	29.3%	233	16.9%	355	25.8%	284	20.6%	80	5.8%	22	1.6%
R01	1,346	409	30.4%	228	16.9%	337	25.0%	271	20.1%	79	5.9%	22	1.6%
R02	1,202	313	26.0%	189	15.7%	318	26.5%	271	22.5%	90	7.5%	21	1.7%
R03	1,327	359	27.1%	204	15.4%	360	27.1%	268	20.2%	104	7.8%	32	2.4%
R04	1,345	397	29.5%	197	14.6%	347	25.8%	286	21.3%	95	7.1%	23	1.7%

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	1,245	586 47.1%	325 26.1%	259 20.8%	75 6.0%	49 65.3%	26 34.7%	6.0%
					12 1.0%	6 50.0%	6 50.0%	1.0%
H30	1,377	636 46.2%	355 25.8%	284 20.6%	102 7.4%	67 65.7%	35 34.3%	7.4%
					22 1.6%	16 72.7%	6 27.3%	1.6%
R01	1,346	637 47.3%	337 25.0%	271 20.1%	101 7.5%	66 65.3%	35 34.7%	7.5%
					22 1.6%	16 72.7%	6 27.3%	1.6%
R02	1,202	502 41.8%	318 26.5%	271 22.5%	111 9.2%	64 57.7%	47 42.3%	9.2%
					21 1.7%	14 66.7%	7 33.3%	1.7%
R03	1,327	563 42.4%	360 27.1%	268 20.2%	136 10.2%	97 71.3%	39 28.7%	10.2%
					32 2.4%	26 81.3%	6 18.8%	2.4%
R04	1,345	594 44.2%	347 25.8%	286 21.3%	118 8.8%	76 64.4%	42 35.6%	8.8%
					23 1.7%	19 82.6%	4 17.4%	1.7%

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	384	30.8%	69	18.0%	71	18.5%	104	27.1%	114	29.7%	20	5.2%	6	1.6%
	H30	457	33.2%	67	14.7%	78	17.1%	144	31.5%	133	29.1%	29	6.3%	6	1.3%
	R01	441	32.8%	76	17.2%	80	18.1%	111	25.2%	139	31.5%	29	6.6%	6	1.4%
	R02	412	34.3%	49	11.9%	64	15.5%	120	29.1%	132	32.0%	40	9.7%	7	1.7%
	R03	437	32.9%	48	11.0%	66	15.1%	151	34.6%	133	30.4%	33	7.6%	6	1.4%
	R04	468	34.8%	71	15.2%	65	13.9%	148	31.6%	142	30.3%	38	8.1%	4	0.9%
治療なし	H29	861	69.2%	314	36.5%	132	15.3%	221	25.7%	145	16.8%	43	5.0%	6	0.7%
	H30	920	66.8%	336	36.5%	155	16.8%	211	22.9%	151	16.4%	51	5.5%	16	1.7%
	R01	905	67.2%	333	36.8%	148	16.4%	226	25.0%	132	14.6%	50	5.5%	16	1.8%
	R02	790	65.7%	264	33.4%	125	15.8%	198	25.1%	139	17.6%	50	6.3%	14	1.8%
	R03	890	67.1%	311	34.9%	138	15.5%	209	23.5%	135	15.2%	71	8.0%	26	2.9%
	R04	877	65.2%	326	37.2%	132	15.1%	199	22.7%	144	16.4%	57	6.5%	19	2.2%

出典・参照：特定健診等ﾃﾞｰﾀ管理ｼｽﾃﾑ

参考資料9　LDL－Cの年次比較

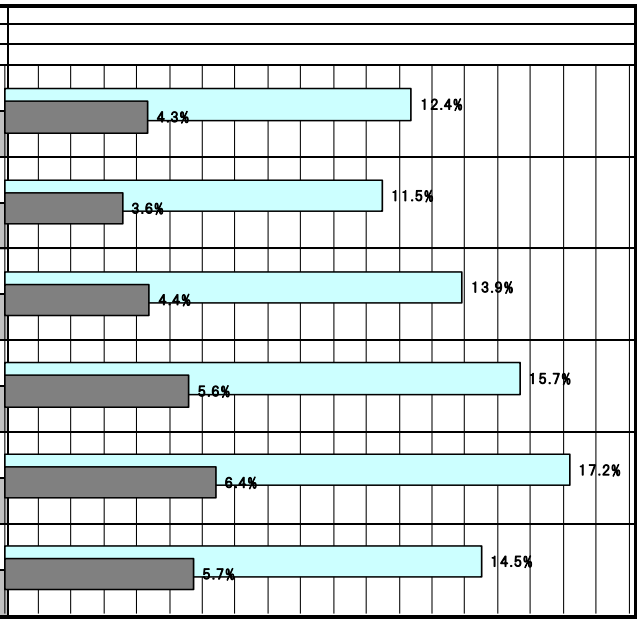
LDL-Cの年次比較

		LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
総数	H29	1,245	590	47.4%	321	25.8%	180	14.5%	100	8.0%	54	4.3%
	H30	1,376	606	44.0%	361	26.2%	251	18.2%	109	7.9%	49	3.6%
	R01	1,344	559	41.6%	355	26.4%	243	18.1%	128	9.5%	59	4.4%
	R02	1,200	488	40.7%	306	25.5%	218	18.2%	121	10.1%	67	5.6%
	R03	1,327	546	41.1%	318	24.0%	235	17.7%	143	10.8%	85	6.4%
	R04	1,345	615	45.7%	302	22.5%	233	17.3%	118	8.8%	77	5.7%
男性	H29	599	306	51.1%	158	26.4%	78	13.0%	39	6.5%	18	3.0%
	H30	648	315	48.6%	165	25.5%	106	16.4%	46	7.1%	16	2.5%
	R01	657	314	47.8%	156	23.7%	113	17.2%	48	7.3%	26	4.0%
	R02	553	253	45.8%	140	25.3%	87	15.7%	50	9.0%	23	4.2%
	R03	638	287	45.0%	148	23.2%	106	16.6%	58	9.1%	39	6.1%
	R04	668	334	50.0%	157	23.5%	100	15.0%	49	7.3%	28	4.2%
女性	H29	646	284	44.0%	163	25.2%	102	15.8%	61	9.4%	36	5.6%
	H30	728	291	40.0%	196	26.9%	145	19.9%	63	8.7%	33	4.5%
	R01	687	245	35.7%	199	29.0%	130	18.9%	80	11.6%	33	4.8%
	R02	647	235	36.3%	166	25.7%	131	20.2%	71	11.0%	44	6.8%
	R03	689	259	37.6%	170	24.7%	129	18.7%	85	12.3%	46	6.7%
	R04	677	281	41.5%	145	21.4%	133	19.6%	69	10.2%	49	7.2%

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	1,245	590 47.4%	321 25.8%	180 14.5%	154 12.4%	145 94.2%	9 5.8%
					54 4.3%	48 88.9%	6 11.1%
H30	1,376	606 44.0%	361 26.2%	251 18.2%	158 11.5%	145 91.8%	13 8.2%
					49 3.6%	47 95.9%	2 4.1%
R01	1,344	559 41.6%	355 26.4%	243 18.1%	187 13.9%	174 93.0%	13 7.0%
					59 4.4%	56 94.9%	3 5.1%
R02	1,200	488 40.7%	306 25.5%	218 18.2%	188 15.7%	172 91.5%	16 8.5%
					67 5.6%	64 95.5%	3 4.5%
R03	1,327	546 41.1%	318 24.0%	235 17.7%	228 17.2%	213 93.4%	15 6.6%
					85 6.4%	79 92.9%	6 7.1%
R04	1,345	615 45.7%	302 22.5%	233 17.3%	195 14.5%	174 89.2%	21 10.8%
					77 5.7%	73 94.8%	4 5.2%

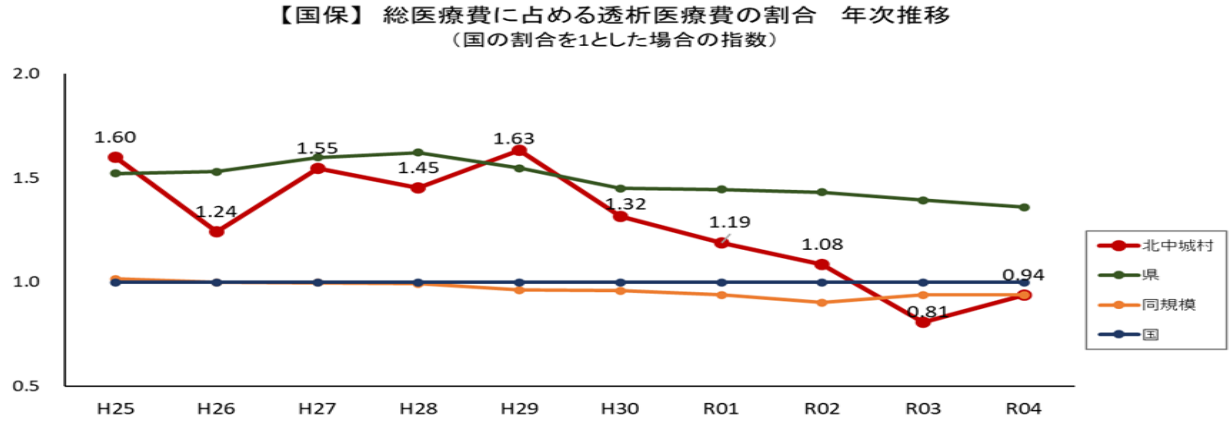


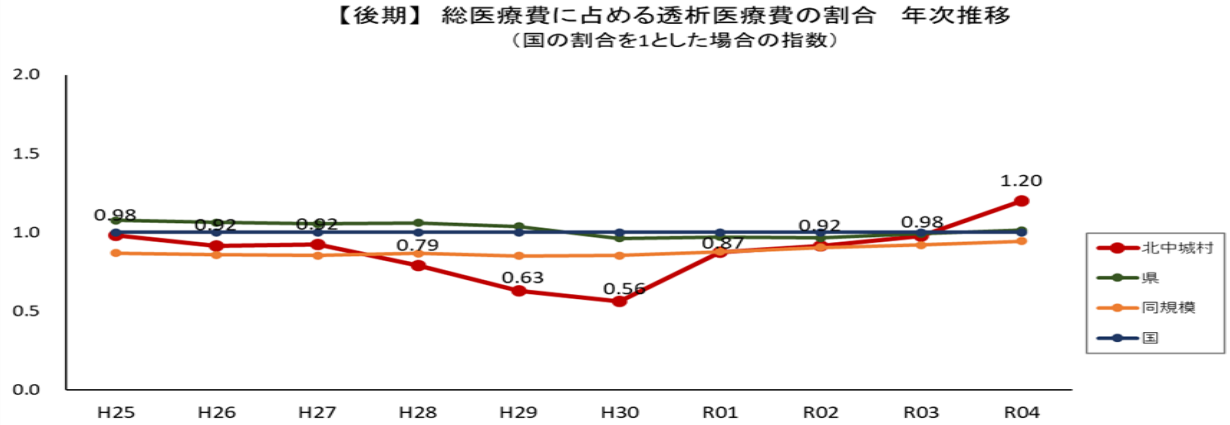
治療と未治療の状況

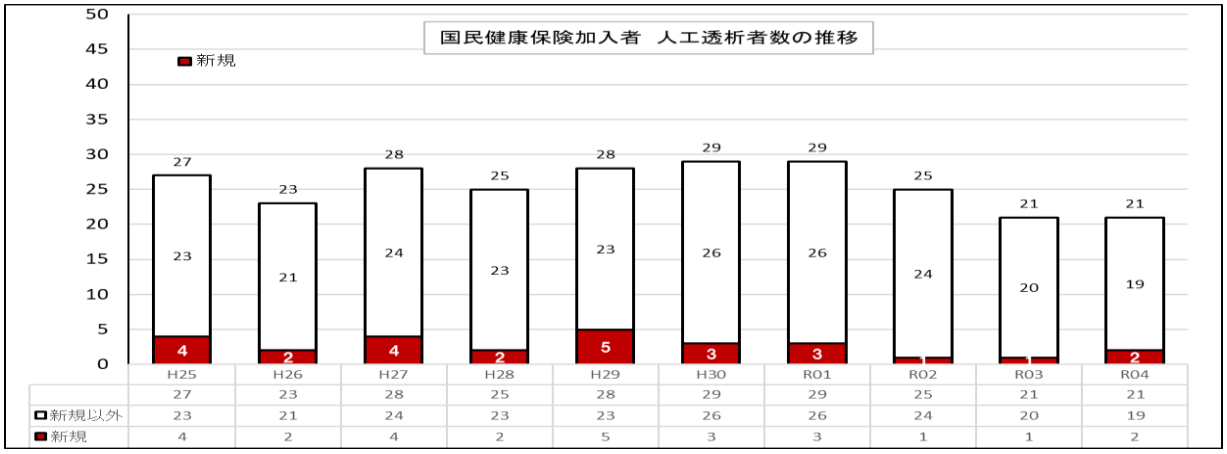
		LDL測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
				120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	275	22.1%	174	63.3%	71	25.8%	21	7.6%	3	1.1%	6	2.2%
	H30	318	23.1%	196	61.6%	78	24.5%	31	9.7%	11	3.5%	2	0.6%
	R01	307	22.8%	191	62.2%	77	25.1%	26	8.5%	10	3.3%	3	1.0%
	R02	274	22.8%	175	63.9%	58	21.2%	25	9.1%	13	4.7%	3	1.1%
	R03	317	23.9%	189	59.6%	82	25.9%	31	9.8%	9	2.8%	6	1.9%
	R04	343	25.5%	223	65.0%	66	19.2%	33	9.6%	17	5.0%	4	1.2%
治療なし	H29	970	77.9%	416	42.9%	250	25.8%	159	16.4%	97	10.0%	48	4.9%
	H30	1,058	76.9%	410	38.8%	283	26.7%	220	20.8%	98	9.3%	47	4.4%
	R01	1,037	77.2%	368	35.5%	278	26.8%	217	20.9%	118	11.4%	56	5.4%
	R02	926	77.2%	313	33.8%	248	26.8%	193	20.8%	108	11.7%	64	6.9%
	R03	1,010	76.1%	357	35.3%	236	23.4%	204	20.2%	134	13.3%	79	7.8%
	R04	1,002	74.5%	392	39.1%	236	23.6%	200	20.0%	101	10.1%	73	7.3%

出典・参照：特定健診等ﾃﾞｰﾀ管理ｼｽﾃﾑ

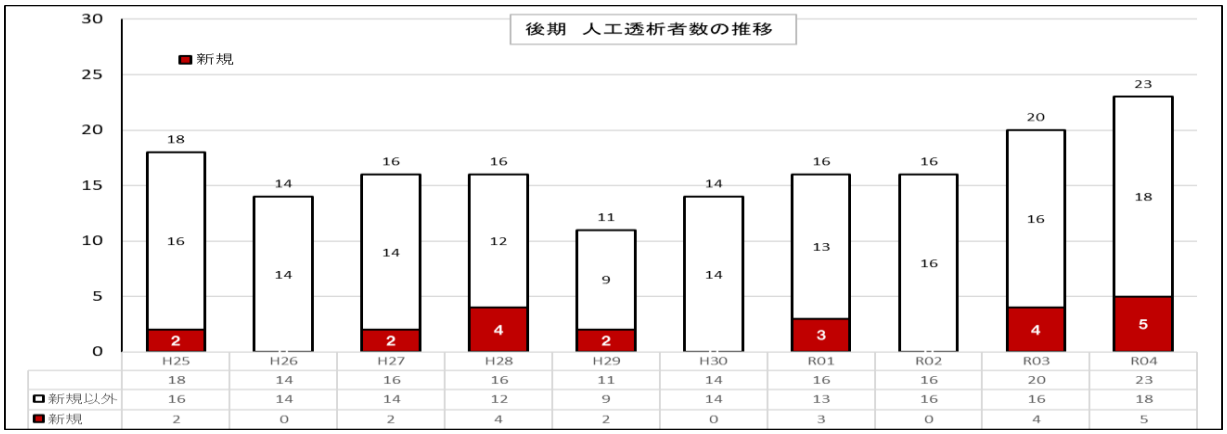
参考資料 10　国保・後期医療費の状況（データヘルスのターゲットとなる疾患：透析）







	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R01	R02	R03	R04
	27	23	28	25	28	29	29	25	21	21
新規以外	23	21	24	23	23	26	26	24	20	19
新規	4	2	4	2	5	3	3	1	1	2



	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R01	R02	R03	R04
	18	14	16	16	11	14	16	16	20	23
新規以外	16	14	14	12	9	14	13	16	16	18
新規	2	0	2	4	2	0	3	0	4	5