

北谷町国民健康保険
第3期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(第4期特定健康診査等実施計画)
令和6年度～令和11年度

北谷町

第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）

もくじ

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期計画における健康課題の明確化	10
1	保険者の特性	
2	第2期計画に係る評価及び考察	
1)	第2期データヘルス計画の評価	
2)	第2期データヘルス計画にかかる考察	
3)	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)	平均寿命・健康寿命・死亡・介護・医療・健診の状況	
2)	健康課題の明確化	
3)	目標の設定	

第3章	特定健康診査・特定保健指導の実施	43
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	第3期計画における保健事業	53
Ⅰ	保健事業の方向性	
Ⅱ	生活習慣病発症予防の取組	
Ⅲ	生活習慣病重症化予防の取組	
1	肥満・メタボリックシンドローム重症化予防	
2	脳血管疾患重症化予防	
3	虚血性心疾患重症化予防	
4	糖尿病性腎症重症化予防	
Ⅳ	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	
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	72
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	73
1	計画の公表・周知	
2	個人情報の取扱い	

参考資料		74
------	--	----

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

本町では、以上の事を踏まえ、国保データベース(KDB^{※6})等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、被保険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、心疾患には予防可能でないものも含まれているため、生活習慣病予防や基礎疾患治療によって予防可能な心疾患の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施計画(データヘルス計画)においては、第2期計画同様に虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病の合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病性腎症に着目することとする。

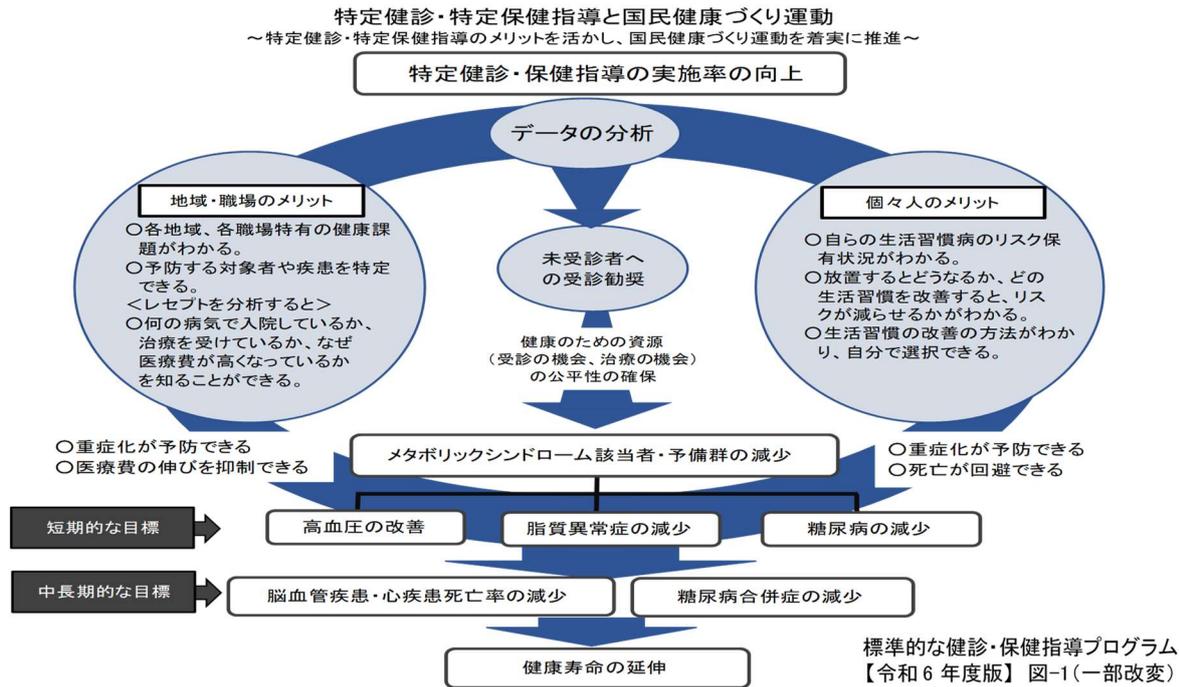
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報、個人健康に関するデータを保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

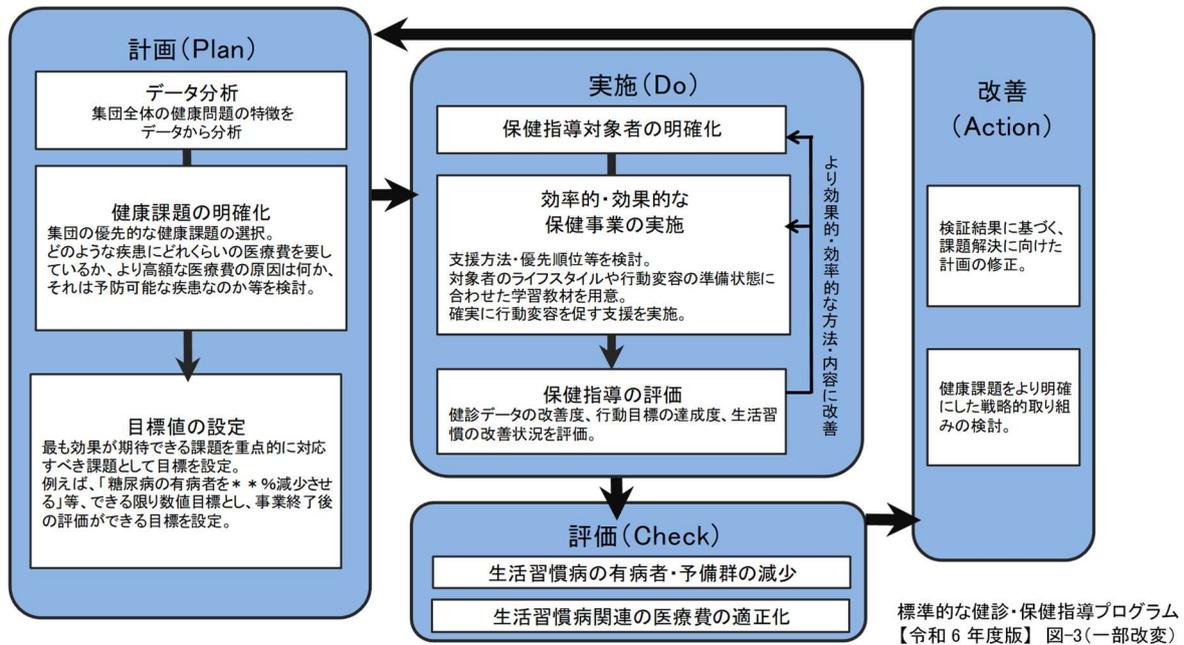
		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
健康増進計画		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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、 医療者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、育壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりに配慮		すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初期の認知症、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 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
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 (地域の状況に応じて設定) 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サイクルを活用し る保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 ・介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県・国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



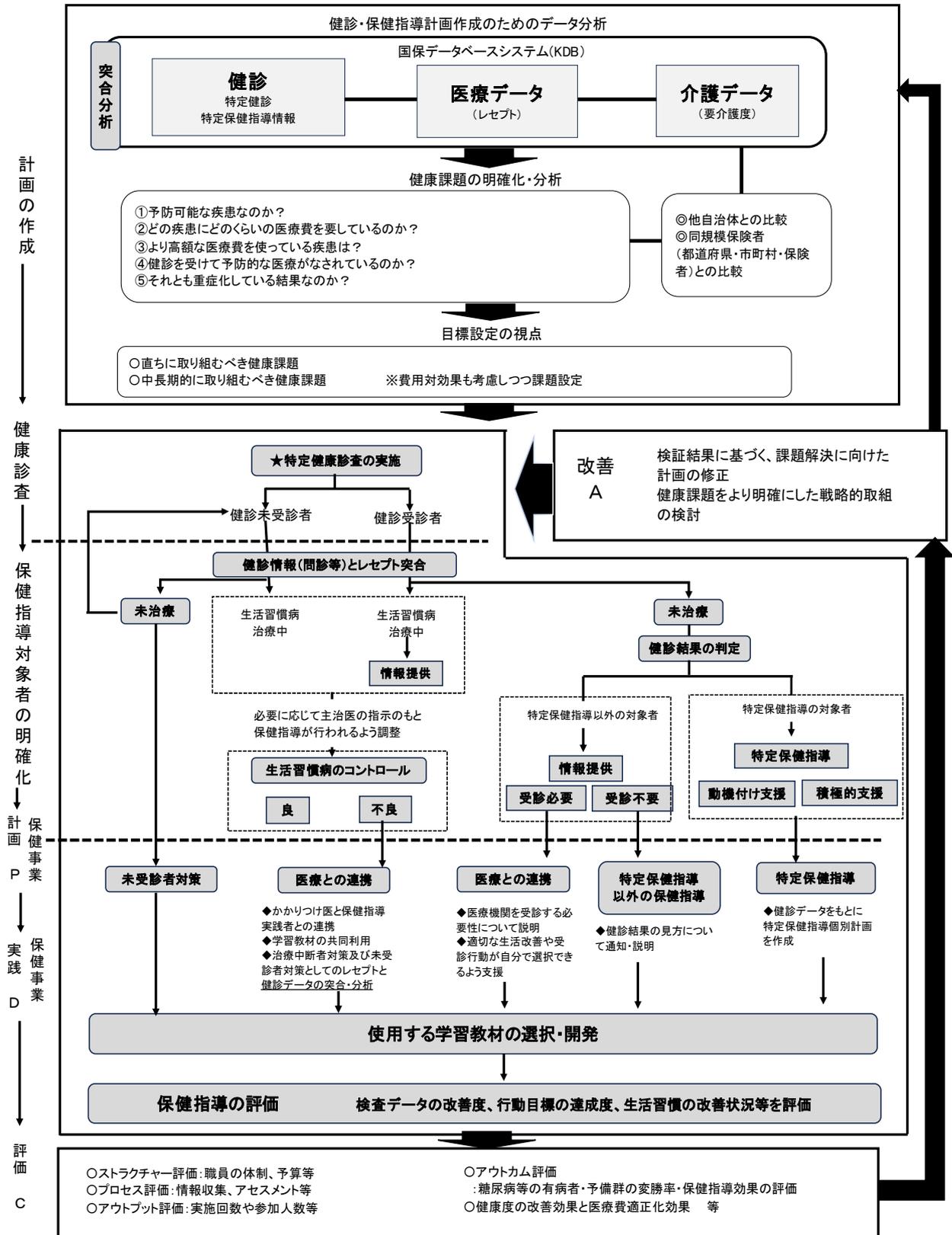
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象疾患としている。データ分析により解決すべき課題や取組が明確となり、分析に基づく取組を実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



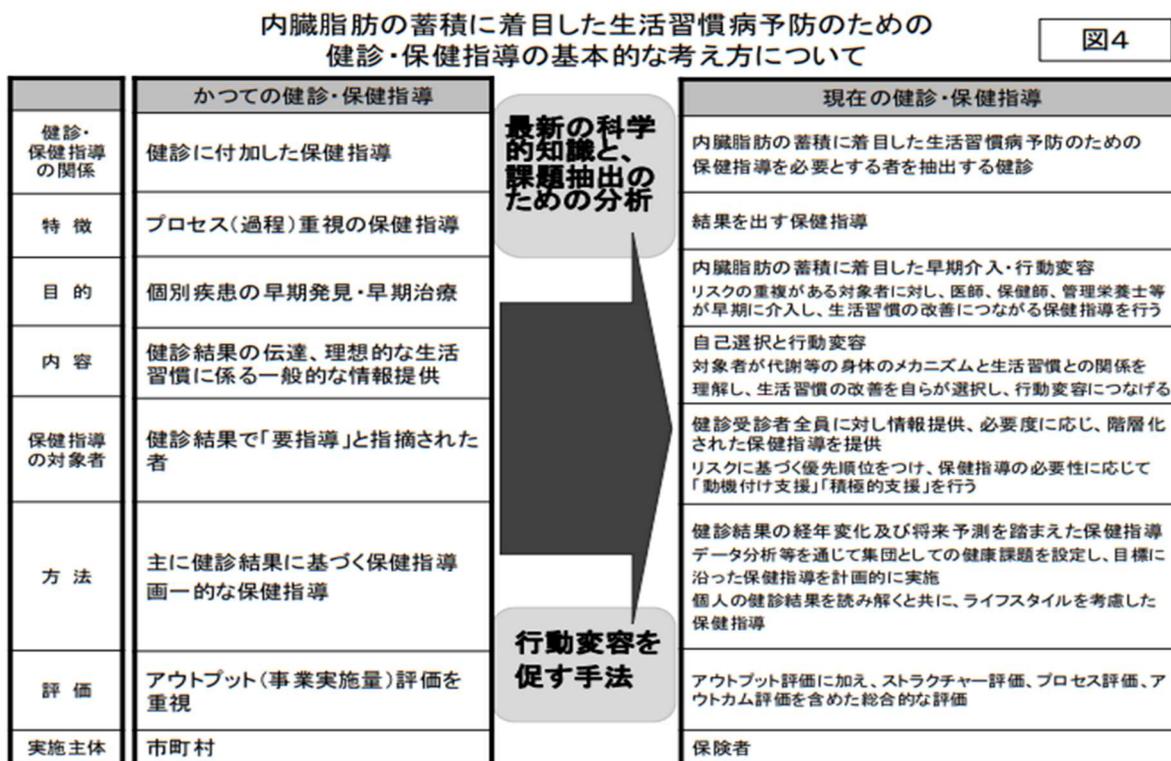
注)生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的に、優先すべき健康課題を明確化しながら PDCA(計画(Plan)、実施(Do)、評価(Check)、改善(Actin))サイクルを意識した保健事業を展開していくことが必要である。

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



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

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



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、国民健康保険保健事業の実施計画(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

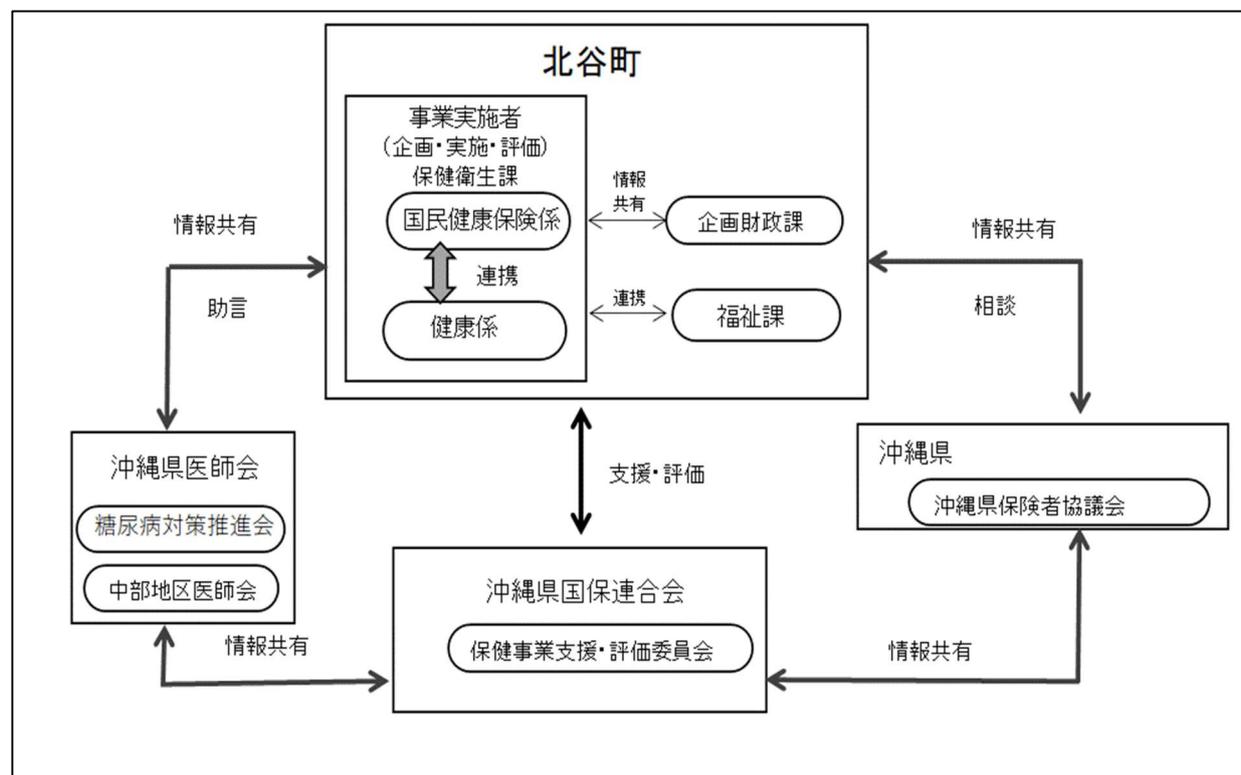
1) 市町村国保の役割

本計画は、保健事業の積極的な推進により被保険者の健康の保持増進を図ることを目的として、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、市町村が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推進するとともに、必要に応じて取組を適宜見直し、次期計画に反映させます。

本町においては、国民健康保険部局（保健衛生課国民健康保険係）、保健衛生部局（保健衛生課健康係）、介護保険部局（福祉課高齢者福祉係）等で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、各部署の役割・業務内容を明確化するとともに、担当者・チームの業務をマニュアル化することにより、担当者が異動する際には経過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）

図表 6 北谷町の実施体制図



2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画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。）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・協力するものとします。

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であるため、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ことから、沖縄県と意見交換を行うなど県との連携に努めていきます。

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。

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 7)

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 7 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			
		北谷町	配点	北谷町	配点	北谷町	配点		
交付額(万円)		1461		1714		1682			
全国順位(1,741市町村中)		927位		304位		563位			
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70	
		(2)特定保健指導実施率	50	70	110	70	85	70	
		(3)メタリックレントゲン該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	20	40	60	40	57	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	90	120	100	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	50	90	40	90	45	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		20	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	50	50	35	50	
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	130	130	130	130	100	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	0	100	5	100	30	100
		②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
③		医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15	
④		地域包括ケア・一体的実施	15	30	15	30	15	40	
⑤		第三者求償の取組	35	40	50	50	50	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	46	95	66	100	48	100	
合計点		546	1,000	666	960	605	940		

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本町は、人口約3万人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で20.9%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は低く、被保険者の平均年齢も43歳と国、県、同規模と比べて若く、出生率は県平均で、減少傾向です。

本町の財政指数は0.8と国0.5、県0.4よりも高い状況です。産業においては、第3次産業が84.6%と国、県、同規模と比較しても高く、第1次産業は0.7%、第2次産業は14.8%です。サービス業の割合が高く、農林水産業や製造業の従事者は少ない状況です。(図表8)

図表8 同規模・県・国と比較した北谷町の特性

	人口	高齢化率	被保険者数(加入率)	被保険者平均年齢	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
北谷町	27,520人	20.9%	9,032人(32.8%)	43歳	10.4	7.7	0.8	0.7%	14.8%	84.6%
同規模	--	29.1%	20.6%	54歳	6.8	10.7	0.7	5.4%	28.7%	66.0%
県	--	22.6%	27.0%	47歳	10.4	8.6	0.4	4.9%	15.1%	80.0%
国	--	28.7%	22.3%	52歳	6.8	11.1	0.5	4.0%	25.0%	71.0%

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、北谷町と同規模保険者(147市町村)の平均値を表す。

出典・参照: KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

国保の加入状況では、国保の被保険者数は約9千人で緩やかに減少、加入率は32.8%で、横ばいで推移しています。年齢構成については39歳以下が41.7%と最も高く、次に40～64歳が33.9%、65～74歳の前期高齢者は24.5%の順です。経年的には64歳以下はやや減少しており、一方65～74歳の前期高齢者はやや増加しています。更に将来的な予測としては、今後急激に高齢者人口が増加すると考えられています。(図表9)

図表 9 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		H30→R04	
	実数	割合	実数	割合								
被保険者数	9,361人		9,170人		9,187人		9,093人		9,032人		-329人	
65～74歳	2,093	22.4	2,156	23.5	2,192	23.9	2,272	25.0	2,210	24.5	117	2.11
40～64歳	3,252	34.7	3,136	34.2	3,157	34.4	3,113	34.2	3,059	33.9	-193	-0.87
39歳以下	4,016	42.9	3,878	42.3	3,838	41.8	3,708	40.8	3,763	41.7	-253	-1.24
加入率	33.3		32.6		32.6		32.3		32.8		-0.5	

出典・参照：KDB システム改変 地域の全体像の把握

医療の状況では、本町内には2つの病院、12の診療所があり、病床は全て療養病床です。被保険者千人当たりの診療所の割合、病床数、医師数は同規模や県と比較して低い状況ですが、近隣市町村に診療所や手術や救急医療も可能な大規模病院もありある程度は補われていると考えられます。一方で、外来患者数及び入院患者数は県、同規模と比較しても低く、医療機関を受診する人が少ないことがわかります。(図表 10)

図表 10 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	同規模	県								
											割合	割合
病院数	2院	0.2%	0.3%	0.2%								
診療所数	13院	1.4%	12院	1.3%	12院	1.3%	12院	1.3%	12院	1.3%	3.1%	2.3%
病床数	174床	18.6%	174床	19.0%	174床	18.9%	174床	19.1%	174床	19.3%	56.1%	47.9%
医師数	26人	2.8%	26人	2.8%	32人	3.5%	32人	3.5%	29人	3.2%	11.1%	10.0%
外来患者数	485.9人		496.2人		442.4人		464.7人		493.2人		716.1人	541.1人
入院患者数	18.4人		19.3人		17人		15.6人		15.1人		19.2人	19人

出典・参照：KDB システム改変 地域の全体像の把握

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本町の要介護認定者数は、令和4年度1号(65歳以上)被保険者は1,013人(認定率17.6%)、2号(40~64歳)被保険者は38人(認定率0.41%)です。特に2号被保険者については、平成30年度と令和4年度を比較すると減少してはいますが、国、同規模よりも高く、若い世代で要介護状態になる方が多い状況です。(図表11)

介護給付費については、75歳以上の認定者数がやや増加しており、平成30年度約16億3千万円から令和4年度約16億6千万円に伸びています。一人当たりの給付費、1件当たりの給付費は減少していますが、サービスの種類で見ると、1件当たりの施設サービスの給付費は増加しています。(図表12)

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や糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表13)

図表11 要介護認定者(率)の状況

	北谷町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	5,200人	18.5%	5,765人	20.9%	29.1%	22.6%	28.7%
2号認定者	43人	0.46%	38人	0.41%	0.35%	0.45%	0.38%
新規認定者	11人		7人		---	---	---
1号認定者	910人	17.5%	1,013人	17.6%	17.0%	19.0%	19.4%
新規認定者	115人		146人		---	---	---
再掲	65~74歳	126人	4.9%	132人	4.5%	---	---
新規認定者	35人		27人		---	---	---
75歳以上	784人	29.9%	881人	31.4%	---	---	---
新規認定者	80人		119人		---	---	---

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

図表 12 介護給付費の変化

	北谷町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	16億3143万円	16億6401万円↑	--	--	--
一人あたり給付費	313,737円	288,639円↓	259,723円	324,737円	290,668円
1件あたり給付費全体	74,068円	69,089円↓	63,000円	69,211円	59,662円
居宅サービス	56,754円	51,854円↓	41,449円	51,518円	41,272円
施設サービス	285,122円	290,283円↑	292,001円	301,929円	296,364円

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

図表 13 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(令和4年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		38件		132件		881件		1,013件				
再)国保・後期		12件		47件		750件		797件				
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		疾病		疾病		疾病		疾病	
			件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
	循環器疾患	1	脳卒中	9件 75.0%	脳卒中	21件 44.7%	脳卒中	353件 47.1%	脳卒中	374件 46.9%	脳卒中	383件 47.3%
		2	腎不全	2件 16.7%	虚血性心疾患	8件 17.0%	虚血性心疾患	242件 32.3%	虚血性心疾患	250件 31.4%	虚血性心疾患	251件 31.0%
		3	虚血性心疾患	1件 8.3%	腎不全	5件 10.6%	腎不全	155件 20.7%	腎不全	160件 20.1%	腎不全	162件 20.0%
		4	糖尿病合併症	2件 16.7%	糖尿病合併症	5件 10.6%	糖尿病合併症	78件 10.4%	糖尿病合併症	83件 10.4%	糖尿病合併症	85件 10.5%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		12件 100.0%	基礎疾患	41件 87.2%	基礎疾患	699件 93.2%	基礎疾患	740件 92.8%	基礎疾患	752件 93.0%	
	血管疾患合計		12件 100.0%	合計	43件 91.5%	合計	715件 95.3%	合計	758件 95.1%	合計	770件 95.2%	
	認知症		3件 25.0%	認知症	15件 31.9%	認知症	384件 51.2%	認知症	399件 50.1%	認知症	402件 49.7%	
	筋・骨格疾患		12件 100.0%	筋骨格系	40件 85.1%	筋骨格系	723件 96.4%	筋骨格系	763件 95.7%	筋骨格系	775件 95.8%	

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

出典・参照：KDB システム改変

②医療費の状況

本町の医療費は、国保加入者が減少しているにも関わらず総医療費は、平成 30 年度 24 億 5 千万円から令和 4 年度 24 億 8 千万円とやや増加しています。被保険者一人あたり医療費は、同規模被保険者と比べて約 8 万円低い状況です。(図表 14)

また入院医療費は、全体のレセプト件数のわずか 3%程度にも関わらず、医療費全体の約 45%を占めており、1 件あたりの入院医療費も平成 30 年度と比較して令和 4 年度は 11 万円高くなっています。

年齢調整をした地域差指数でみると、全国平均を 1.00 として、町の国民健康保険は 1.00 で全国平均ですが、後期高齢者医療は 1.086 と全国よりもやや高くなっています。特に外来医療費分は国、県よりも低いのに対し、入院医療費分は国、県よりも高い状況です。(図表 15)

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、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 14 医療費の推移

	北谷町		同規模	県	国	
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
被保険者数	9,361人	9,032人	--	--	--	
前期高齢者割合	2,093人 (22.4%)	2,210人 (24.5%)	--	--	--	
総医療費	24億4808万円	24億8087万円	--	--	--	
一人あたり医療費	261,519円 県内31位 同規模157位	274,675円 県内34位 同規模146位	361,243円	318,310円	339,680円	
入院	1件あたり費用額	561,080円	671,160円	613,590円	634,340円	617,950円
	費用の割合	48.0%	44.5%	40.4%	46.4%	39.6%
	件数の割合	3.6%	3.0%	2.6%	3.4%	2.5%
外来	1件あたり費用額	22,980円	25,540円	24,230円	25,820円	24,220円
	費用の割合	52.0%	55.5%	59.6%	53.6%	60.4%
	件数の割合	96.4%	97.0%	97.4%	96.6%	97.5%
受診率(医療)	504.35%	508.23%	735.30%	560.17%	705.44%	

※同規模被保険者数: 249

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

図表 15 一人あたり医療費(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			
	北谷町(県内市町村中)		県(47県中)	北谷町(県内市町村中)		県(47県中)	
	H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度	
地域差指数・順位	全体	1.010 (26位)	1.000 (25位)	1.070 (14位)	1.029 (29位)	1.086 (17位)	1.092 (14位)
	入院	1.209 (27位)	1.163 (25位)	1.259 (10位)	1.216 (30位)	1.340 (10位)	1.286 (5位)
	外来	0.896 (23位)	0.905 (22位)	0.965 (40位)	0.848 (22位)	0.846 (22位)	0.910 (43位)

※全国平均を、1.000 とする

出典・参照: 厚労省「地域差分析」

③中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合は、令和4年度9.71%(2億4101万円)で国や同規模よりも高い割合となっています。疾患別では脳梗塞・脳出血で0.3ポイント増加、狭心症・心筋梗塞で0.5ポイント増加しており、逆に慢性腎不全(透析あり)では0.5ポイント減少しています。またその他の疾患では悪性新生物が5ポイント増加しています。(図表16)

次に患者数について、中長期目標疾患の治療状況を平成30年度と比較してみると、脳血管疾患、虚血性心疾患・腎不全の、患者数及び割合とも大きな変化はありません。

しかし世代別にみると、40～64歳では、脳血管疾患及び虚血性心疾患で、患者数及び割合が減少しています。また65～74歳では、脳血管疾患の患者数及び割合が減少しています。(図表17)

図表16 中長期目標疾患の医療費の推移

		北谷町		同規模	県	国	
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
総医療費(円)		24億4808万円	24億8087万円	--	--	--	
中長期目標疾患 医療費合計(円)		2億3317万円	2億4101万円↑	--	--	--	
		9.52%	9.71%	8.08%	10.08%	8.03%	
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.21%	2.52%↑	2.01%	2.40%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.79%	2.25%↑	1.52%	1.61%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	5.25%	4.75%↓	4.24%	5.80%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.28%	0.20%	0.31%	0.27%	0.29%
そ 疾 の 患 他 の	悪性新生物		11.25%	16.02%	16.85%	12.57%	16.69%
	筋・骨疾患		6.81%	6.48%	8.78%	7.73%	8.68%
	精神疾患		10.07%	8.61%	7.71%	10.14%	7.63%

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

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 17 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		疾患別	中長期目標の疾患						
					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	
患者数(人) 0~74歳	A	9,361人	9,032人	a	542人	504人	342人	324人	41人	38人	
	a/A				5.8%	5.6%	3.7%	3.6%	0.4%	0.4%	
40歳以上	B	5,345人	5,269人	b	533人	497人	337人	319人	41人	38人	
	B/A	57.1%	58.3%	b/B	10.0%	9.4%	6.3%	6.1%	0.8%	0.7%	
再掲	40~64歳	D	3,252人	3,059人	d	170人	145人	109人	88人	20人	19人
		D/A	34.7%	33.9%	d/D	5.2%	4.7%	3.4%	2.9%	0.6%	0.6%
	65~74歳	C	2,093人	2,210人	c	363人	352人	228人	231人	21人	19人
		C/A	22.4%	24.5%	c/C	17.3%	15.9%	10.9%	10.5%	1.0%	0.9%

出典・参照：KDBシステム改変_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、平成30年度と令和4年度で治療者の割合は微増し、合併症でもある脳血管疾患・虚血性心疾患は減少しています。人工透析は横ばいで、糖尿病性腎症の割合は増加しています。(図表 18,19,20)

図表 18 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40~64歳		65~74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者	A	1,770人	1,890人	670人	679人	1,100人	1,211人	
	A/被保数	33.1%	35.9%	20.6%	22.2%	52.6%	54.8%	
(中長期目標疾患) 合併目標疾患	脳血管疾患	B	228人	214人	68人	61人	160人	153人
		B/A	12.9%	11.3%	10.1%	9.0%	14.5%	12.6%
	虚血性心疾患	C	253人	244人	70人	59人	183人	185人
		C/A	14.3%	12.9%	10.4%	8.7%	16.6%	15.3%
	人工透析	D	39人	37人	19人	18人	20人	19人
		D/A	2.2%	2.0%	2.8%	2.7%	1.8%	1.6%

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

図表 19 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		A	851人	846人	316人	307人	535人	539人
		A/被保数	15.9%	16.1%	9.7%	10.0%	25.6%	24.4%
(中長期併症)	脳血管疾患	B	112人	103人	29人	24人	83人	79人
		B/A	13.2%	12.2%	9.2%	7.8%	15.5%	14.7%
	虚血性心疾患	C	151人	142人	45人	33人	106人	109人
		C/A	17.7%	16.8%	14.2%	10.7%	19.8%	20.2%
	人工透析	D	21人	20人	8人	12人	13人	8人
		D/A	2.5%	2.4%	2.5%	3.9%	2.4%	1.5%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	107人	139人	30人	50人	77人	89人
		E/A	12.6%	16.4%	9.5%	16.3%	14.4%	16.5%
	糖尿病性網膜症	F	139人	141人	52人	47人	87人	94人
		F/A	16.3%	16.7%	16.5%	15.3%	16.3%	17.4%
	糖尿病性神経障害	G	28人	25人	5人	7人	23人	18人
		G/A	3.3%	3.0%	1.6%	2.3%	4.3%	3.3%

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

図表 20 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		A	1,422人	1,486人	563人	535人	859人	951人
		A/被保数	26.6%	28.2%	17.3%	17.5%	41.0%	43.0%
(中長期併症)	脳血管疾患	B	170人	163人	42人	37人	128人	126人
		B/A	12.0%	11.0%	7.5%	6.9%	14.9%	13.2%
	虚血性心疾患	C	225人	239人	67人	55人	158人	184人
		C/A	15.8%	16.1%	11.9%	10.3%	18.4%	19.3%
	人工透析	D	23人	21人	13人	11人	10人	10人
		D/A	1.6%	1.4%	2.3%	2.1%	1.2%	1.1%

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

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、平成30年度と令和3年度で比較すると、有所見者の割合は変化はありません。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で36%(県33%)で県よりも高く、糖尿病では7.1%(県7.4%)で県と同程度です。(図表21)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減ってきていますが、新型コロナウイルス感染症の影響で受診率が低迷している状況です。生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も治療が必要な方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を実施していきます。

図表21 高血圧・高血糖の結果及び医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善 Ⅱ度高血圧の推移							医療のかかり方				
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	未治療		治療中断	
													G	G/E	H	H/E
北谷町	1,783人	37.1%	1,440人	30.3%	96人	5.4%	53人	55.2%	75人	5.2%	42人	56.0%	27人	36.0%	2人	2.7%
沖縄県	96,845人	41.3%	80,454人	34.6%	5,660人	5.8%	3,211人	56.7%	5,264人	6.5%	2,871人	54.5%	1,746人	33.2%	304人	5.8%

	健診受診率				糖尿病											
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移							医療のかかり方				
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 a	実施率	HbA1c 実施者 b	実施率	I	I/a	J	J/I	K	K/b	L	L/K	未治療		治療中断	
													M	M/K	N	N/K
北谷町	1,765人	99.0%	1,440人	100.0%	97人	5.5%	15人	15.5%	70人	4.9%	18人	25.7%	5人	7.1%	1人	1.4%
沖縄県	95,731人	98.8%	80,349人	99.9%	5,422人	5.7%	1,356人	25.0%	4,847人	6.0%	1,120人	23.1%	357人	7.4%	190人	3.9%

※ 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

治療中断…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ヶ月を基点として)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重複した病態を指し、その危険因子を軽度であっても複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本町の特定健診結果において、平成30年度と令和4年度を比較すると、メタボリックシンドロームの該当者の割合は横ばいです。(図表 22)

また重症化予防の観点から、糖尿病(HbA1c6.5%以上)、高血圧症(Ⅱ度高血圧以上)、脂質異常症(LDL-C160mg/dl以上)の前年度からの変化を、令和元年度と令和4年度で比較したところ、糖尿病、高血圧症では、有所見割合は減少傾向で、改善した者の割合は、令和4年度の方が高くなっています。しかし翌年度健診未受診者が約30%~40%を占めており、重症化予防の対象者が健診を継続受診できていない現状です。また脂質異常症については有所見者割合が増加し、改善した者の割合が減少していることから、今後の課題であることがわかります。翌年度健診を受診していない方は、生活習慣の改善や治療もしくは定期的な検査が必要な状態であるにも関わらず、健診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の実施に努めると共に、特定健診の継続受診を促していきます。(図表 23,24,25)

図表 22 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	該当者		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	1,783人 (37.1%)	395人 (22.2%)	139人 (7.8%)	256人 (14.4%)	256人 (14.4%)
R04年度	1,566人 (33.2%)	355人 (22.7%)	132人 (8.4%) ↑	223人 (14.2%)	214人 (13.7%) ↓

出典・参照:特定健診等データ管理システム

図表 23 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	175人 (9.9%)	27人 (15.4%)	56人 (32.0%)	28人 (16.0%)	64人 (36.6%)
R03→R04	120人 (8.3%) ↓	30人 (25.0%) ↑	34人 (28.3%) ↓	16人 (13.3%) ↓	40人 (33.3%) ↓

出典・参照:特定健診等データ管理システム

図表 24 II 度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II 度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	96人 (5.4%)	40人 (41.7%)	11人 (11.5%)	4人 (4.2%)	41人 (42.7%)
R03→R04	75人 (5.2%)	33人 (44.0%)	16人 (21.3%) ↑	1人 (1.3%) ↓	25人 (33.3%) ↓

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

図表 25 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	208人 (11.7%)	76人 (36.5%)	55人 (26.4%)	8人 (3.8%)	69人 (33.2%)
R03→R04	233人 (16.2%) ↑	79人 (33.9%) ↓	44人 (18.9%) ↓	9人 (3.9%)	101人 (43.3%) ↑

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率は、令和元年度には 35.4%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和元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 26)また、年代別にみると特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。(図表 27)

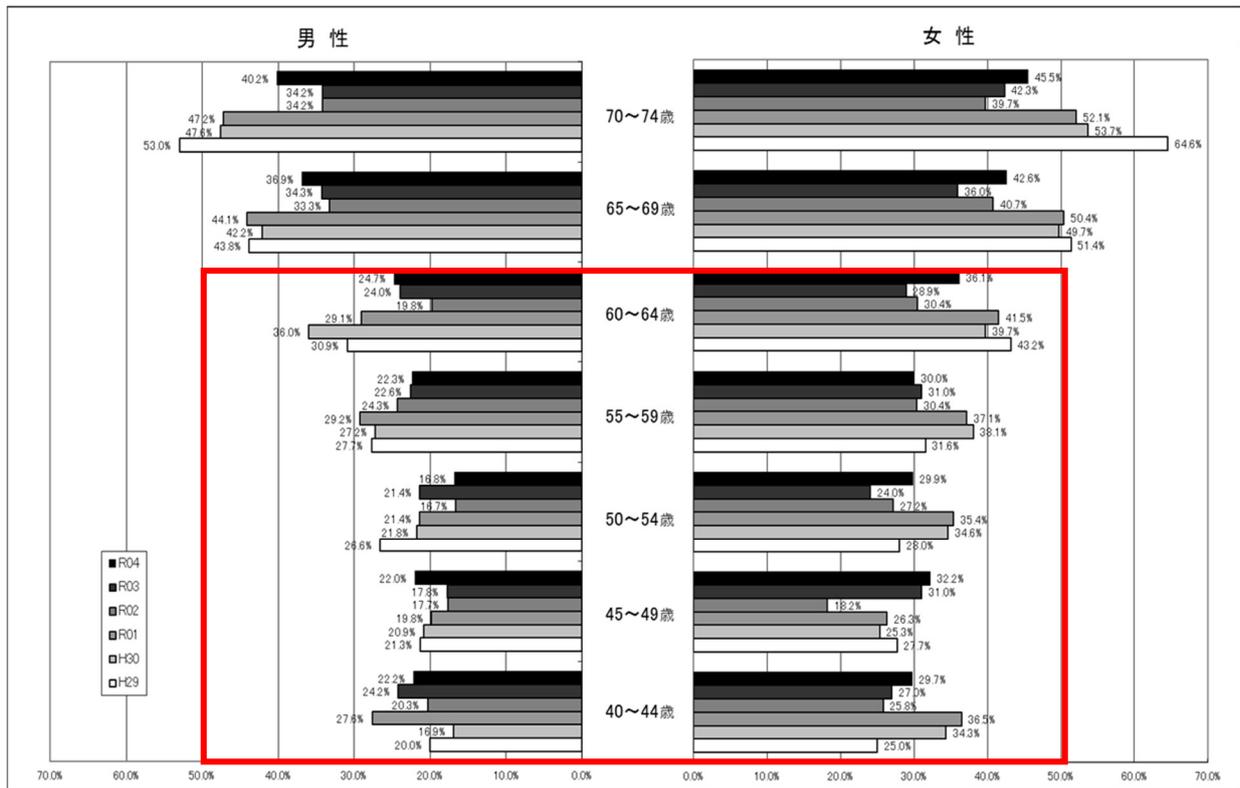
特定保健指導についても、令和2年度以降、実施率が下がっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 26 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	H30→R04	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	1,685人	1,674人	1,310人	1,336人	1,456人	-229人	健診受診率 60%
	受診率	35.1%	35.4%	27.5% ↓	28.1%	31.1%	-4.0P ↓	
特定 保健指導	該当者数	289人	288人	223人	219人	229人	-60人	特定保健指 導実施率 60%
	割合	17.2%	17.2%	17.0%	16.4%	15.7%	-1.5P ↓	
	実施者数	176人	198人	135人	139人	128人	-48人	
	実施率	60.9%	68.8%	60.5% ↓	63.5%	55.9%	-5.0P ↓	

出典・参照: 特定健診法定報告データ

図表 27 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) 第2期データヘルス計画にかかる考察

(1) 第2期計画目標の達成状況

第2期データヘルス計画の目標達成状況としては、以下の通りです。(図表 35)

まず特定健診受診率及び特定保健指導の実施率は、コロナ禍の影響を受け減少し、目標達成できていません。

中長期目標疾患の内、人工透析を伴う慢性腎不全の有病者数は、徐々に減少しており、医療費に占める慢性腎不全の割合も減少しているため、目標達成しています。脳血管疾患、虚血性心疾患は、最終年度(令和4年度)は減少し、目標達成していますが、経年的には増減を繰り返し、総医療費に占める割合は増加しています。(P15 図表 16)しかし世代別にみると40~64歳では、脳血管疾患及び虚血性心疾患の患者数が減少しています。その結果、介護保険の2号認定者の割合は、県並みの0.4%台に改善し、目標達成できています。(図表 17)

有所見状況では、メタボリックシンドロームの該当者や糖尿病境界域以上の有所見者(HbA1c5.6%以上)の割合は増加しています。一方、糖尿病性腎症重症化予防の取組みでは、保健指導の実施率は徐々に増加し、目標を達成しています。健診を受けた糖尿病治療コントロール不良者(HbA1c8.0%以上)の割合は、コロナ禍で増加したものの、令和4年度は減少に転じています。今後も健診未受診者対策と保健指導を強化していく必要があります。

がん検診受診率は、胃がん、大腸がん、肺がんの受診率が上昇しているものの、いずれも目標達成に至っていません。女性がん(子宮頸がん、乳がん)の受診率は、国や県よりも高いものの、子宮頸がんは変化なし、乳がんは低下しています。がん検診の受診率向上に向けてポピュレーションアプローチを含めて、取り組みを強化していく必要があります。

図表 35 第2期計画目標の達成状況一覧

関連計画	目標	評価指標	第2期	中間	中間	実績		最終	H28とR4 の比較	目標値	最終	データの 把握方法	
			初期値 H28	評価値 R1		評価	R2	R3		評価 R4			R5
特定健診等計画	短期目標 ・医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	アウトプット 特定健診受診率50%以上	34.4%	35.4%	○	27.5%	28.1%	31.1%	-3.3P	50%以上	×	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)	
		特定保健指導実施率60%以上	70.5%	68.8%	◎	60.5%	63.5%	55.9%	-14.6P	60%以上	×		
データヘルス計画	中期目標 ・脳血管疾患、虚血性心疾患の発症を予防し、有病者を減らす ・糖尿病性腎症の発症を予防し、有病者を減らし、医療費の伸びを抑制する ・脳血管疾患等の発症を予防し、2号認定者(40～64歳で介護を必要とする人)を減らす	アウトプット 特定保健指導対象者の減少率25%	16.0%	17.2%	○	8.0%	12.6%	15.7%	-0.3P	25%減少	△	KDBシステム	
		脳血管疾患の有病者の減少	259	283	×	255	268	245	-14人(-5.4%)	減少	◎		
		虚血性心疾患の有病者の減少	180	190	△	164	182	173	-7人(-3.9%)	減少	◎		
		人工透析を伴う慢性腎不全の有病者の減少	46	40	△	40	33	35	-11人(-23.9%)	減少	◎		
	短期目標 ・中長期疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全)の発症を予防するために、メタボリックシンドロームや糖尿病等の対象者を減らす	アウトプット 人工透析を伴う慢性腎不全に係る医療費の伸びを県並みとする	2億3,761万(17.5%)	2億5,489万(11.7%)	○	1億3,167万円	1億588万円	1億1,772万円	-1億1,989万円	減少	◎	北谷町データヘルス計画、健康ちゃん21	
		介護認定者における2号認定者の割合を県並みとする	47人(0.6%) 県0.5%	40人(0.5%) 県0.5%	○	39人(0.4%)	39人(0.5%)	38人(0.4%) 県0.4%	-9人(-0.2P)	減少	◎		
		健診受診者におけるメタボリックシンドローム該当者の割合の減少	17.6%	18.6%	×	22.2%	23.2%	23.4%	5.8P	減少	×		
	短期目標	健診受診者におけるHbA1cの健診有所見者(HbA1c5.6%以上)の割合の減少	健診を受けた糖尿病治療者におけるHbA1cコントロール不良者(HbA1c8.0%以上)の割合の減少	16.7%	20.0%	×	20.6%	24.0%	15.2%	-1.5P	減少	△	北谷町データヘルス計画、健康ちゃん21
			糖尿病性腎症重症化予防対象者に対する保健指導実施率80%以上	74.5%	68.3%	×	82.1%	93.0%	84.1%	9.6P	80%以上	◎	
	保険者努力支援制度	短期目標 ・がんの早期発見、早期治療	アウトプット ★胃がん検診受診率30%以上	6.1%	8.9%	○	...	20.1%	8.0%	1.9P	40%以上	○	地域保健事業報告値(第2次健康ちゃん21後期計画)と統一
★肺がん検診受診率30%以上			8.8%	9.1%	○	21.1%	17.7%	18.0%	9.2P	40%以上	○		
★大腸がん検診受診率30%以上			10.3%	11.6%	○	14.7%	12.5%	14.7%	4.4P	40%以上	○		
★子宮頸がん検診受診率30%以上			30.1%	37.5%	○	...	41.5%	27.5%	-2.6P	50%以上	△		
★乳がん検診受診率30%以上			26.5%	32.3%	○	...	21.6%	21.8%	-4.7P	50%以上	×		
★5つのがん検診平均受診率の増加			16.4%	19.9%	○	...	22.7%	18.0%	1.6P	50%以上	△		
短期目標 ・歯科健診(歯周病検診)		アウトプット ★歯科健診(歯周病健診含む)の実施			R2開始	実施	実施	実施		実施	◎	北谷町保健衛生課	

(記号の定義) 初期値(H28)と最終評価値(R4)を比較して ◎: 目標達成 ○: 改善傾向(3%以上の改善) ×: 悪化傾向(3%以上の悪化) △: 変化無し

* 保健指導は訪問・来所・電話・文書等による保健指導実施者を計上

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

特定健診で血糖値有所見者(HbA1c6.5%以上)の割合は 9~10%で推移しています。保健師、看護師、管理栄養士の保健指導実施の割合は、平成 30 年度 26.8%から令和 4 年度は 92.7%に向上しています。(図表 28)

特に HbA1c6.5%以上の未治療者への受診勧奨や保健指導に力を入れており、受診勧奨後、実際に医療機関を受診した者の割合も、平成 30 年度 35.5%から令和 4 年度 66.7%に徐々に向上しています。しかし約 3 割の方が糖尿病である可能性が高いにもかかわらず治療につながっていません。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。(図表 29,30)

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

図表 28 血糖値有所見者(HbA1c6.5%以上)への 保健指導

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度
健診受診者	人(a)	1,823人	1,831人	1,401人	1,465人	1,600人
血糖値有所見者 *1	人(b)	179人	176人	126人	121人	164人
	(b/a)	9.8%	9.6%	9.0%	8.3%	10.3%
保健指導実施者 *2	人(c)	48人	61人	76人	107人	152人 ↑
	(c/b)	26.8%	34.7%	60.3%	88.4%	92.7% ↑

*1 HbA1c6.5%以上のもの(治療あり、治療なし) *2 保健指導は訪問・来所・電話等による保健指導実施者を計上

出典・参照: 保険者データヘルス支援システム改変、保健衛生課集計

図表 29 糖尿病の治療が必要な者の適切な受診

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度
血糖値有所見者 *1	人(a)	179人	176人	126人	121人	164人
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 *3	人(b)	31人	72人	57人	52人	78人 ↑
	(b/a)	17.3%	40.9%	45.2%	43.0%	47.6% ↑
医療機関を受診した者	人(c)	11人	23人	25人	25人	52人 ↑
	(c/b)	35.5%	31.9%	43.9%	48.1%	66.7% ↑

*3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

図表 30 HbA1c コントロール不良者(HbA1c8.0%以上)の状況(アウトカム評価)

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度
健診受診者	人(a)	1,823人	1,831人	1,401人	1,465人	1,600人
HbA1c8.0%以上	人(b)	32人	39人	26人	29人	25人
	(b/a)	1.8%	2.1%	1.9%	2.0%	1.6%
保健指導実施	人(c)	13人	14人	9人	22人	19人
	(c/b)	40.6%	35.9%	34.6%	75.9% ↑	76.0%
HbA1c8.0%以上の 未治療者	人(b)	2人	10人 ↑	8人	8人	6人
	(b/a)	6.3%	25.6% ↑	30.8%	27.6%	24.0%
医療機関を受診した者		0人	3人	3人	5人	4人
受診しなかった者		2人	7人 ↑	5人	3人	2人

*1 HbA1c68.0 以上のもの(治療あり、治療なし) *2 保健指導は訪問・来所・電話等による保健指導実施者を計上

出典・参照: 保険者データヘルス支援システム改変、保健衛生課集計

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患のよる重症化予防を目的として、制度上は「詳細な健診」である心電図検査を 40～74 歳の集団健診受診者に対し、町独自で実施しています。心電図検査は約3割から 4 割程度、実施できています。(図表 31)

心電図検査を受診した者の内、要精査となった者は、4%～7%と年度によりばらつきがあります。更にその内、心原性脳梗塞や突然死のリスクがある心房細動は、年に1～2人発見されています。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。(図表 32)

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 1～満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っています。

図表 31 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

	H30年度			R01年度			R02年度		
	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	1,779人	769人	1,010人	1,793人	780人	1,013人	1,383人	602人	781人
心電図受診者(人) b	822人	394人	428人	815人	403人	412人	566人	270人	296人
心電図実施率 b/a	46.2%	51.2%	42.4%	45.5%	51.7%	40.7%	40.9%	44.9%	37.9%
要精査者(人) c	15人	7人	8人	36人	25人	11人	40人	23人	17人
有所見率 c/b	1.8%	1.8%	1.9%	4.4%	6.2%	2.7%	7.1%	8.5%	5.7%
心房細動(人) e	2人	2人	0人	2人	2人	0人	1人	1人	0人
心房細動有所見率 e/b	0.24%	0.51%	0.00%	0.25%	0.50%	0.00%	0.18%	0.37%	0.00%
うち、心房細動未治療(人)	1人	1人	0人	1人	1人	0人	0人	0人	0人

	R03年度			R04年度		
	総計	男性	女性	総計	男性	女性
健診受診者(人) a	1,440人	640人	800人	1,563人	667人	896人
心電図受診者(人) b	489人	229人	260人	501人	238人	263人
心電図実施率 b/a	34.0%	35.8%	32.5%	32.1%	35.7%	29.4%
要精査者(人) c	28人	11人	17人	35人	19人	16人
有所見率 c/b	5.7%	4.8%	6.5%	7.0%	8.0%	6.1%
心房細動(人) e	1人	1人	0人	2人	2人	0人
心房細動有所見率 e/b	0.20%	0.44%	0.00%	0.40%	0.84%	0.00%
うち、心房細動未治療(人)	0人	0人	0人	1人	1人	0人

出典・参照：特定健診等データ管理システム改変、保健衛生課集計

図表 32 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

	H30		R1		R2		R3		R4	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
心房細動有所見者	2人		2人		1人		1人		2人	
心房細動未治療者	1	50.0%	1人	50.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	50.0%
検査後、異常なしと診断 (等、治療開始に至らず)	0	0.0%	1人	100.0%	0人		0人		0人	0.0%
治療開始	1	100.0%	0人	0.0%	0人		0人		1人	100.0%

出典・参照：特定健診等データ管理システム改変、保健衛生課集計

③脳血管疾患重症化予防

特定健診で高血圧Ⅱ度以上(160/100mmHg以上)の者の割合は、健診受診者の約5%の横ばいで、約3割が未治療者です。令和4年度において血圧Ⅱ度以上の未治療者26人のうち、保健指導後、治療につながったものは、8人(30.8%)でした。(図表33)

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。図表34は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。①高リスクの未治療者、②中等リスクで第3層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の者においても、家庭血のすすめ血圧手帳の活用を促していきます。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が42%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。

図表33 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1,823人	1,831人	1,401人	1,465人	1,600人
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	99人	96人	101人	76人	90人
	(b/a)	5.4%	5.2%	7.2%	5.2%	5.6%
治療あり	人(c)	72人	60人	69人	48人	64人
	(c/b)	72.7%	62.5%	68.3%	63.2%	71.1%
治療なし	人(d)	27人	36人	32人	28人	26人
	(d/b)	27.3%	37.5%	31.7%	36.8%	28.9%
治療開始	人(e)	7人	5人	7人	3人	8人
	(e/d)	25.9%	13.9%	21.9%	10.7%	30.8%

出典・参照: 特定健診等データ管理システム改変、保健衛生課集計

図表 34 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定		(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子 p50 表3-2 診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画				令和04年度
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化 特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)						
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上	…高リスク
						…中等リス …低リスク
リスク第1層 予後影響因子がない	428 35 8.2%	242 56.5%	142 33.2%	33 7.7%	11 2.6%	
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	242 56.5%	145 59.9%	71 50.0%	20 60.6%	6 54.5%	
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	151 35.3%	72 29.8%	63 44.4%	11 33.3%	5 45.5%	
						区分 該当者数
						A ただちに薬物療法を開始 105 24.5%
						B 概ね1か月後に再評価 153 35.7%
						C 概ね3か月後に再評価 170 39.7%
<small>※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。</small>						

出典・参照: 特定健診等データ管理システム改変

(2) ポピュレーションアプローチ

北谷町では、「すべての町民が心身の健康と笑顔があふれる地域」を目指し、地域全体で健康行動を実践するための環境づくりに取り組んでいます。

具体的には、肥満の改善を目的として、地域での健康教室や調理実習、ウォーキングイベント、健康パネル展、集団健診会場における食品に含まれる脂の展示や説明会等に取り組んできました。

更に集団へのポピュレーションアプローチと、個人へのハイリスクアプローチ(特定保健指導や重症化予防等)を組み合わせ、町民の健康づくりに取り組んでいます。

3. 第3期における健康課題の明確化

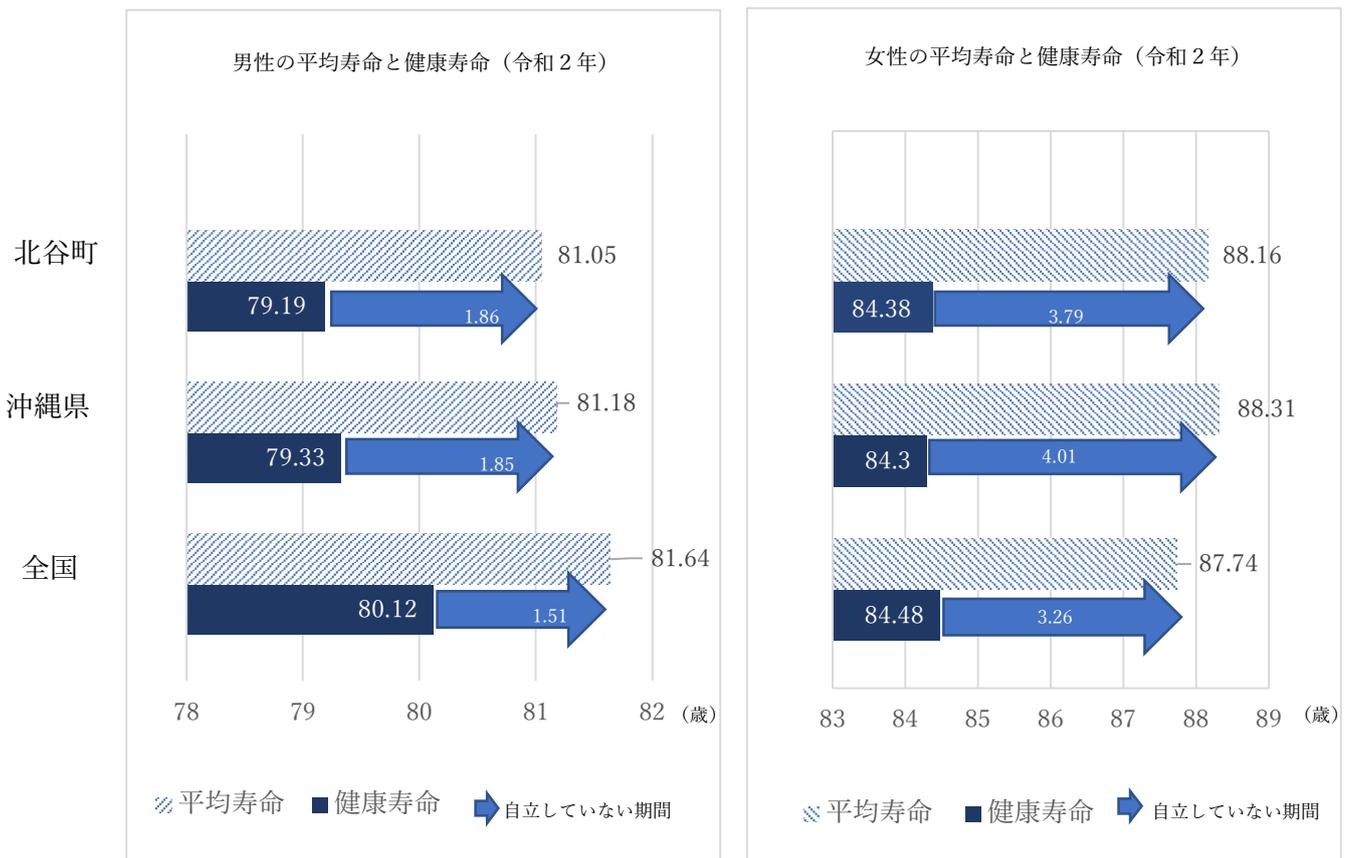
健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。

1) 平均寿命・健康寿命・死亡・介護・医療・健診の状況

(1) 平均寿命・健康寿命

本町における令和2年の平均寿命は、男性は81.05歳となり、国・県と比べても短くなっています。女性は88.16歳となり、国よりは長いものの、県より短くなっています。自立していない期間(平均寿命と健康寿命の差)は、男性では平均1.86歳、女性では平均3.79歳となっており、男性は国・県と比べ、長くなっています。女性は、国と比べ長く、県より短くなっています。

図表 36 平均寿命と健康寿命



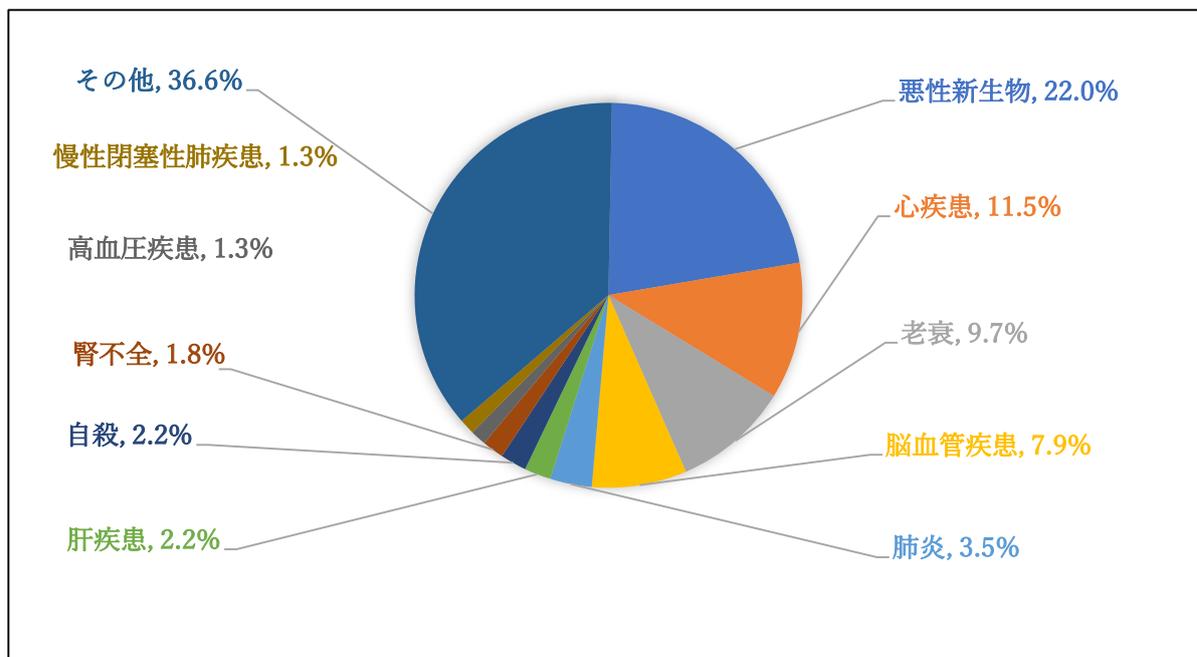
※健康寿命：一般に、ある健康状態で生活することが期待される平均期間を指し、生存期間を健康な期間と不健康な期間に分け、集団における各人の健康な期間の平均のこと。この統計では、要介護2～5を不健康な状態とし、それ以外を健康(自立)な状態としている。

出典：沖縄県「沖縄県市町村別健康指標 死亡数及び標準化死亡率(2017～2021年)」

(2) 死亡の状況

本町の死亡状況をみると、令和4年においてその他を除くと、第1位悪性新生物(がん)(22%)、第2位心疾患(11.5%)、第3位老衰(9.7%)となっています。上位を占めているのは悪性新生物、心疾患、脳血管疾患等の生活習慣関連疾患となっています。

図表 37 北谷町死因別構成割合(令和4年)



出典: 沖縄県市町村別健康指標 死亡数及び標準化死亡率(2018~2022年)

本町の標準化死亡比※について、平成30年～令和4年では、男女ともに死亡総数は国より低いです。男性は特に脳内出血、急性心筋梗塞、自殺が国・県に比べて高く、肝疾患が国に比べて高くなっています。女性は虚血性心疾患、急性心筋梗塞、子宮の悪性新生物、高血圧性疾患が高くなっています。

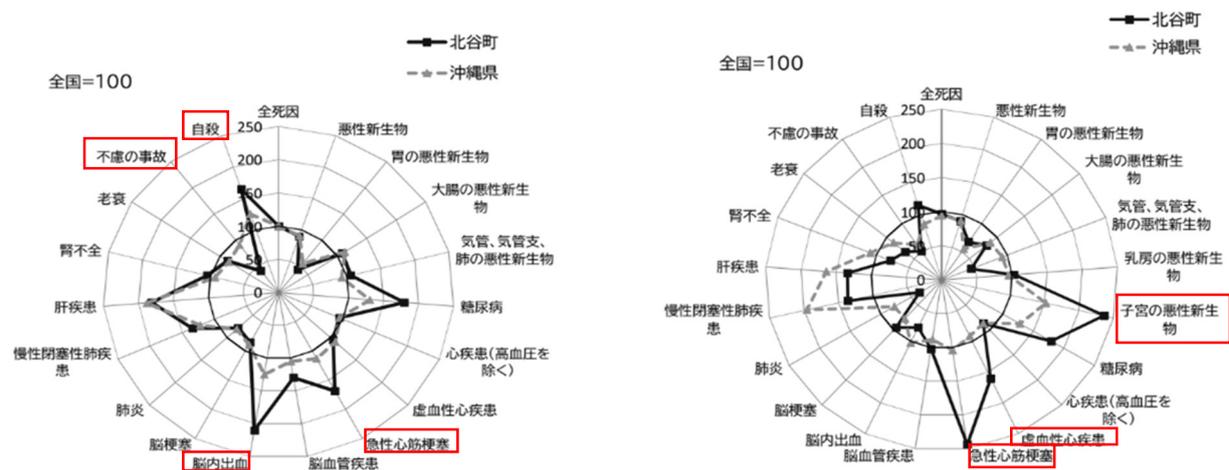
図38 北谷町における死亡数・標準化死亡比(SMR) (平成30年～令和4年)

■ 男性の死因別標準化死亡比(SMR)

男性	死亡数 (人)	期待死亡数 (対国)	SMR (対国)	SMR (対県)
死亡総数	597	598.0	99.8	98.5
脳内出血	32	15.2	210.3	169.3
急性心筋梗塞	26	15.4	168.4	162.9
自殺	23	14.0	164.5	141.1
肝疾患	19	10.5	181.6	88.9

■ 女性の死因別標準化死亡比(SMR)

女性	死亡数 (人)	期待死亡数 (対国)	SMR (対国)	SMR (対県)
死亡総数	526	545.1	96.5	100.0
虚血性心疾患	35	21.8	160.2	177.1
急性心筋梗塞	25	10.3	243.9	243.1
子宮の悪性新生物	15	6.4	236.0	166.0
高血圧性疾患	12	4.0	267.6	166.0



※SMR: Standardized Mortality Ratio (標準化死亡比) の頭文字。年齢構成の異なる地域間で死亡状況が比較できるように年齢構成を調整した指標。

※判定区分▲: 基準(沖縄県または全国)と比べて有意に高い(SMR > 100 かつ 95%信頼区間下限 > 100)

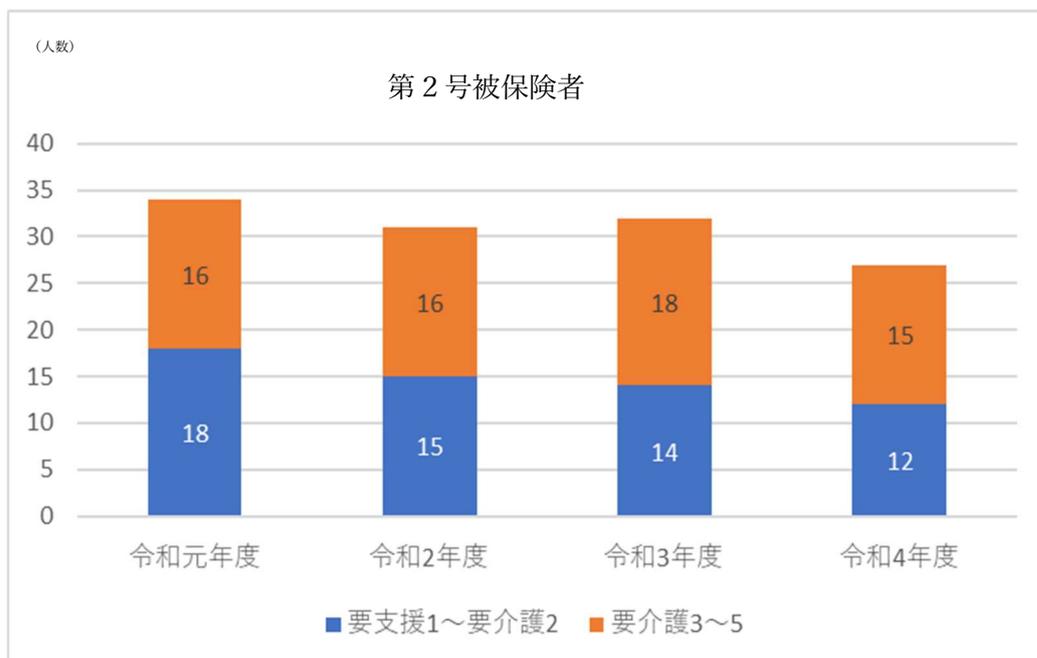
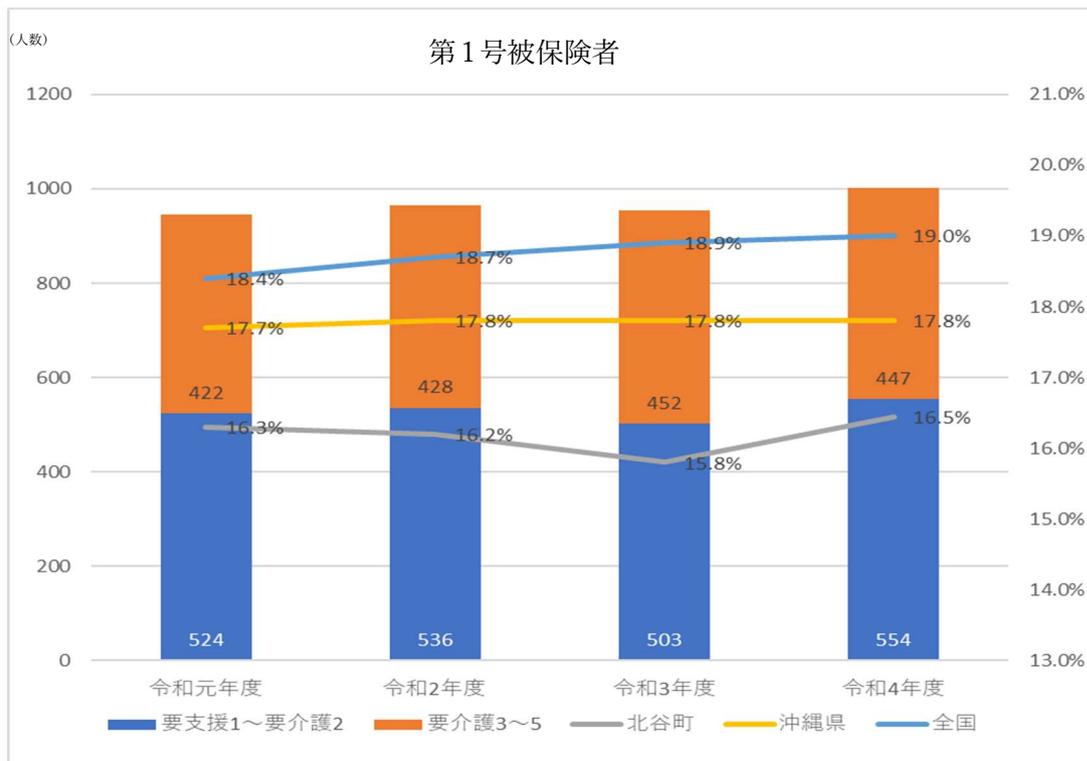
出典: 沖縄県「沖縄県市町村別健康指標 死亡数及び標準化死亡比(2018～2022年)」

(3) 介護の状況

本町の令和4年度の第1号被保険者(65歳以上)の要介護等認定率は、国より低いです。しかし、要介護認定者のうち、重度の要介護3～5が占める割合は国・県よりも高いです。

(図表 39、図表 40)

図表 39 要介護等認定者数・認定率



出展 厚生労働省「介護保険事業状況報告」(各年度末現在)

本町の要介護認定者数は、令和4年度第1号(65歳以上)被保険者は1,013人(認定率17.6%)、第2号(40~64歳)被保険者は38人(認定率0.41%)です。特に2号被保険者については経年的には減少していますが、国、同規模よりも高く、若い世代で要介護状態になる方が多い状況です。(図表11)

図表 11 再掲 要介護認定者(率)の状況

	北谷町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	5,200人	18.5%	5,765人	20.9%	29.1%	22.6%	28.7%
2号認定者	43人	0.46%	38人	0.41%	0.35%	0.45%	0.38%
新規認定者	11人		7人		--	--	--
1号認定者	910人	17.5%	1,013人	17.6%	17.0%	19.0%	19.4%
新規認定者	115人		146人		--	--	--
再掲	65~74歳	126人	4.9%	132人	4.5%	--	--
新規認定者	35人		27人		--	--	--
75歳以上	784人	29.9%	881人	31.4%	--	--	--
新規認定者	80人		119人		--	--	--

出典・参照：KDB システム改変

図 40 要介護度別の状況

		北谷町		県		国	
要介護認定者		1,032		62,986		7,052,754	
		人数	割合*	人数	割合	人数	割合
第1号被保険者	要支援1~要介護2	546	52.9%	34,196	54.3%	4,544,848	64.4%
	要介護3~要介護5	458	44.4%	27,220	43.2%	2,376,025	33.7%
第2号被保険者	要支援1~要介護2	12	1.2%	896	1.4%	80,665	1.1%
	要介護3~要介護5	16	1.6%	674	1.1%	51,216	0.7%

* 割合：要介護認定者数に占める、介護度別の人数の割合(分母：要介護認定者数)

出展：厚生労働省「介護保険事業状況報告」(令和4年9月末現在)

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(脳卒中)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(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表13)

図表13 再掲 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)		38		132		881		1,013		1,051		
再)国保・後期		12		47		750		797		809		
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
			脳卒中	9 75.0%	脳卒中	21 44.7%	脳卒中	353 47.1%	脳卒中	374 46.9%	脳卒中	383 47.3%
	循環器疾患	2	腎不全	2 16.7%	虚血性心疾患	8 17.0%	虚血性心疾患	242 32.3%	虚血性心疾患	250 31.4%	虚血性心疾患	251 31.0%
		3	虚血性心疾患	1 8.3%	腎不全	5 10.6%	腎不全	155 20.7%	腎不全	160 20.1%	腎不全	162 20.0%
		4	糖尿病合併症	2 16.7%	糖尿病合併症	5 10.6%	糖尿病合併症	78 10.4%	糖尿病合併症	83 10.4%	糖尿病合併症	85 10.5%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		12	100.0%	基礎疾患	41 87.2%	基礎疾患	699 93.2%	基礎疾患	740 92.8%	基礎疾患	752 93.0%
	血管疾患合計		12	100.0%	合計	43 91.5%	合計	715 95.3%	合計	758 95.1%	合計	770 95.2%
	認知症		3	25.0%	認知症	15 31.9%	認知症	384 51.2%	認知症	399 50.1%	認知症	402 49.7%
	筋・骨格疾患		12	100.0%	筋骨格系	40 85.1%	筋骨格系	723 96.4%	筋骨格系	763 95.7%	筋骨格系	775 95.8%

出典・参照:KDBシステム改変

(4)医療の状況

①総医療費及び一人あたり医療費の推移

令和4年度の国保の総医療費は 24 億 8087 万円です。国保の被保険者数は年々減少しているにも関わらず、総医療費は増加しています。一人あたり医療費は、令和 2 年度はいったん減少したものの、令和 3 年度以降は増加しています。後期高齢者の一人あたりの医療費は令和 4 年度は 90 万円を超え、国保の 3 倍も高い状況です。(図表 41)

疾病別でみると、慢性腎臓病(透析あり)、糖尿病、統合失調症、乳がん、うつ病の順となっており、生活習慣病に関連する疾患が上位を占めています。(図表 42)

図表 41 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度	
被保険者数	9,361人	9,170人	9,187人	9,093人	9,032人	2,823人	
総件数及び 総医療費	件数	57,441件	57,276件	50,357件	52,840件	55,524件	36,921件
	医療費	24億4808万円	25億6910万円	23億6277万円	24億0009万円	24億8087万円	25億5145万円
一人あたり医療費	26.2万円	28.0万円	25.7万円	26.4万円	27.5万円	90.4万円	

出典・参照:KDB システム改変

図表 42 国保の疾病別医療費(令和 4 年度)

総医療費 (円)		24億8087万円		
		医療費(円)	医療費(円)	
1位	慢性腎臓病 (透析あり)	1億1,909万円	6位 関節疾患	5,458万円
2位	糖尿病	9,179万円	7位 狭心症	4,962万円
3位	統合失調症	8,167万円	8位 肺がん	4,962万円
4位	乳がん	5,954万円	9位 高血圧症	4,714万円
5位	うつ病	5,706万円	10位 不整脈	4,217万円

出典・参照:KDB システム改変

②高額となる医療(ターゲットとする疾患)

国保においては、毎年 400 件以上の高額レセプト(診療報酬明細書)が発生しており、国保の総件数に占める高額レセプトの割合が高くなっています。後期高齢になると、約 1.6 倍増え 700 件以上発生しています。(図表 43)

脳血管疾患・虚血性心疾患の高額になったレセプトをみてみると、人数・件数ともに増加傾向にあります。脳血管疾患において、後期高齢になると、件数・費用額ともに高くなっています。いずれも、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、若年期からの生活習慣病予防・重症化予防が重要となります。(図表 44)

図表 43 高額レセプト(80 万円以上/件)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	211人	230人	223人	235人	242人	373人
	件数	B	379件	456件	409件	451件	476件	762件
		B/総件数	0.66%	0.80%	0.81%	0.85%	0.86%	2.06%
	費用額	C	5億4888万円	6億4031万円	5億7140万円	6億1897万円	7億1441万円	9億6086万円
C/総費用		22.4%	24.9%	24.2%	25.8%	28.8%	37.7%	

出典・参照:KDB システム改変

図表 44 高額レセプト(80 万円以上/件)の推移(脳血管疾患・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			
脳血管疾患	人数	D	12人	17人	7人	14人	15人	37人							
		D/A	5.7%	7.4%	3.1%	6.0%	6.2%	9.9%							
	件数	E	23件	31件	11件	25件	27件	85件							
		E/B	6.1%	6.8%	2.7%	5.5%	5.7%	11.2%							
	年代別	40歳未満	1	4.3%	0	0.0%	3	27.3%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	1	4.3%	0	0.0%	2	18.2%	3	12.0%	1	3.7%	70-74歳	0	0.0%
		50代	4	17.4%	4	12.9%	4	36.4%	7	28.0%	6	22.2%	75-80歳	24	28.2%
		60代	14	60.9%	15	48.4%	2	18.2%	7	28.0%	9	33.3%	80代	49	57.6%
		70-74歳	3	13.0%	12	38.7%	0	0.0%	8	32.0%	11	40.7%	90歳以上	12	14.1%
	費用額	F	2498万円	4539万円	1779万円	3744万円	3409万円	1億0763万円							
F/C		4.6%	7.1%	3.1%	6.0%	4.8%	11.2%								
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	15人	17人	18人	21人	19人	20人							
		G/A	7.1%	7.4%	8.1%	8.9%	7.9%	5.4%							
	件数	H	18件	17件	19件	24件	22件	21件							
		H/B	4.7%	3.7%	4.6%	5.3%	4.6%	2.8%							
	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	0	0.0%	1	5.9%	0	0.0%	1	4.2%	2	9.1%	70-74歳	0	0.0%
		50代	2	11.1%	2	11.8%	5	26.3%	5	20.8%	1	4.5%	75-80歳	11	52.4%
		60代	10	55.6%	7	41.2%	8	42.1%	10	41.7%	6	27.3%	80代	9	42.9%
		70-74歳	6	33.3%	7	41.2%	6	31.6%	8	33.3%	13	59.1%	90歳以上	1	4.8%
	費用額	I	2689万円	2700万円	4575万円	2940万円	4389万円	3915万円							
I/C		4.9%	4.2%	8.0%	4.7%	6.1%	4.1%								

出典・参照:KDB システム改変

③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

本町では、短期目標疾患(糖尿病・高血圧・脂質異常症)が総医療費に占める割合は、同規模・国・県と比べて概ね低くなっていますが、中長期目標疾患が占める割合は、同規模、県、国と比べて高い割合となっています。重症化した後に治療開始となっている傾向が推察されることから、適切な時期に治療開始につなげることが必要です。(図表 45)

図表 45 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり医療費(月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患		
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
			慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
① 国保	北谷町	24億8087万円	22,708	4.75%	0.20%	2.52%	2.25%	3.84%	1.85%	1.18%	4億1163万円	16.59%	16.02%	8.61%	6.48%
	同規模	—	29,136	4.24%	0.31%	2.01%	1.52%	5.81%	3.22%	2.20%	—	19.31%	16.85%	7.71%	8.78%
	県	—	26,050	5.80%	0.27%	2.40%	1.61%	4.02%	2.33%	1.38%	—	17.81%	12.57%	10.14%	7.73%
	国	—	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	—	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
② 後期	北谷町	25億5145万円	76,976	4.56%	0.31%	5.85%	2.47%	2.66%	2.03%	1.06%	4億8316万円	18.94%	7.11%	3.01%	17.62%
	同規模	—	69,832	4.97%	0.47%	3.89%	1.64%	4.23%	2.97%	1.41%	—	19.59%	11.10%	3.50%	12.38%
	県	—	79,275	4.65%	0.38%	4.30%	1.76%	3.09%	2.26%	1.14%	—	17.58%	8.35%	4.54%	13.72%
	国	—	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	—	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

出典・参照: KDB システム改変

(5) 健診の状況

健診のデータを平成30年度と令和4年度で比較すると、「健診受診率」に関しては、各年代で減っています。「体格」をみると、肥満(BMI25以上)の割合が40~64歳で、1.5ポイント、65~74歳で1.2ポイント減っています。やせ(BMI18.5未満)は65~74歳で1.3ポイント増加しています。(図表46)

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合は、経年的に増減を繰り返し、令和4年度は男女ともに県と同程度です。健診受診した男性のうち、2人に1人がメタボリックシンドローム該当者及び予備群です。(図表47)

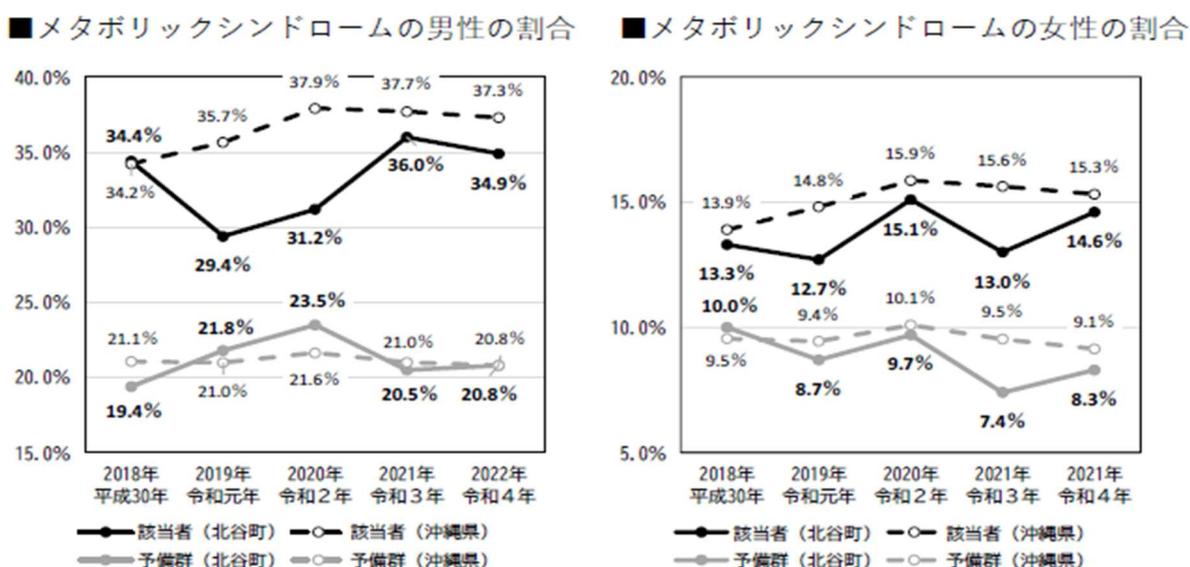
特定健診の有所見状況を見ると、男女とも、血圧以外の検査項目において、国もしくは国・県よりも高くなっています。(図表50)

図表48 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数				② 健診受診率			⑮ 体格(健診結果)					
						特定健診		長寿健診	やせ(BMI18.5未満)			肥満(BMI25以上)		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	28.1	3,826	2,447	2,865	21.8	40.5	25.4	5.0	2.5	2.9	35.9	42.5	36.2	
R4	29.2 ↑	3,640	2,677	3,018	19.3 ↓	33.6 ↓	17.7 ↓	5.8	3.8 ↑	3.6	34.4 ↓	41.3 ↓	36.2	
H30とR4の差	1.1	-186	230	153	-2.5	-6.9	-7.8	0.8	1.3	0.7	-1.5	-1.2	0.0	

出典・参照:KDB システム改変

図表47 健診におけるメタボリックシンドロームの状況



出典：北谷町：国保連合会「国保データベースシステム」
 沖縄県：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」

図表 48 健診有所見状況

総数		BMI	腹囲	収縮期血圧	拡張期血圧	HDL-c	中性脂肪	LDL-c	GPT	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	eGFR
北谷町	受診者数	1,462	1,462	1,462	1,462	1,462	1,462	1,462	1,462	1,462	1,462	1,462	1,462
	有所見者数	563	616	675	275	74	323	795	241	493	944	173	363
	有所見率	38.5%	42.1%	46.2%	18.8%	5.1%	22.1%	54.4%	16.5%	33.7%	64.6%	11.8%	24.8%
県	有所見率	39.5%	45.2%	49.5%	21.7%	4.4%	23.6%	50.4%	17.6%	31.1%	61.7%	12.4%	21.2%
国	有所見率	26.9%	34.9%	48.3%	20.8%	3.8%	21.1%	50.1%	14.0%	24.9%	58.2%	6.6%	21.8%
男性		BMI	腹囲	収縮期血圧	拡張期血圧	HDL-c	中性脂肪	LDL-c	GPT	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	eGFR
北谷町	受診者数	634	634	634	634	634	634	634	634	634	634	634	634
	有所見者数	291	402	314	146	57	185	329	158	281	406	143	180
	有所見率	45.9%	63.4%	49.5%	23.0%	9.0%	29.2%	51.9%	24.9%	44.3%	64.0%	22.6%	28.4%
県	有所見率	46.4%	64.2%	52.1%	25.8%	7.3%	30.1%	46.3%	24.2%	38.4%	61.1%	2.9%	22.2%
国	有所見率	33.9%	55.8%	50.8%	25.8%	7.2%	28.0%	44.9%	20.7%	31.5%	59.1%	12.9%	23.6%
女性		BMI	腹囲	収縮期血圧	拡張期血圧	HDL-c	中性脂肪	LDL-c	GPT	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	eGFR
北谷町	受診者数	828	828	828	828	828	828	828	828	828	828	828	828
	有所見者数	272	214	361	129	17	138	467	83	212	538	30	183
	有所見率	32.9%	25.8%	43.6%	15.6%	2.1%	16.7%	56.4%	10.0%	25.6%	65.0%	3.6%	22.1%
県	有所見率	33.2%	27.6%	47.1%	17.8%	1.7%	17.5%	54.3%	11.5%	24.4%	62.3%	3.9%	20.4%
国	有所見率	21.5%	19.1%	46.3%	17.0%	1.3%	15.9%	54.1%	9.0%	19.9%	57.6%	1.8%	20.4%

出典・参照：KDB システム改変

2) 健康課題の明確化

(1)これまでのデータ分析からの主な課題

<平均寿命・健康寿命・死亡>

- ・男性は健康寿命が国・県と比べ短く、介護を要する期間が長い。
- ・男性の死亡比(SMR)は、国・県に比べて脳内出血、急性心筋梗塞、自殺が高い。
- ・女性の死亡比(SMR)は、国・県に比べて、虚血性心疾患、急性心筋梗塞、子宮の悪性新生物、高血圧性疾患が高い。

<介護>

- ・要介護等認定率は、国より低いですが、要介護3～5が占める割合は国・県よりも高い。
- ・要介護認定者の血管疾患の有病状況においては、脳血管疾患(脳卒中)の有病率が高い。その中で生活習慣病に関する基礎疾患(糖尿病、高血圧、脂質異常症)治療中の方が約9割をしめている。
- ・2号認定者については国、同規模よりも高く、若い世代で要介護状態になる方が多い

<医療費>

- ・入院における1件当たりの費用額が高い。
- ・国保の総医療費は慢性腎臓病(透析あり)、糖尿病、統合失調症、乳がん、うつ病の順となっており、生活習慣病に関連する疾患が上位を占めている。
- ・中長期目標疾患のうち、総医療費に占める脳血管疾患(脳卒中)・虚血性心疾患の費用額の割合は国・県・同規模と比べて高い。
- ・短期目標疾患である糖尿病、高血圧、脂質異常症いずれの疾患においても、費用額の割合は国・県・同規模と比べて低い。

<健診>

- ・年代別のうち、40歳から64歳の特定健診受診率は2割程度となっている。
- ・健診有所見者のうち、LDLコレステロール、HbA1c、空腹時血糖、eGFRが国・県より高い。
- ・健診受診した男性のうち、2人に1人がメタボリックシンドローム予備群及び該当者である。

(2) 優先して解決を目指す健康課題

不適切な生活習慣の蓄積が続くと、生活習慣病の予備群となり、生活習慣病が進展し、最終的には重症化・合併症へと悪化し、要介護・死亡につながっていきます。そのため、重症化予防の取り組みが、必要となります。重症化予防の取り組みとは、生活習慣病から予備群や健康な状態へ改善する人を増加させる取り組みのことです。(図表 49)

本町における健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)を予防するためには、基礎疾患である高血圧や糖尿病等の発症、重症化予防対策が必要となります。その対策として、高血圧や糖尿病等の治療中断者に対する医療受診勧奨や保健指導を継続していくことが重要となります。

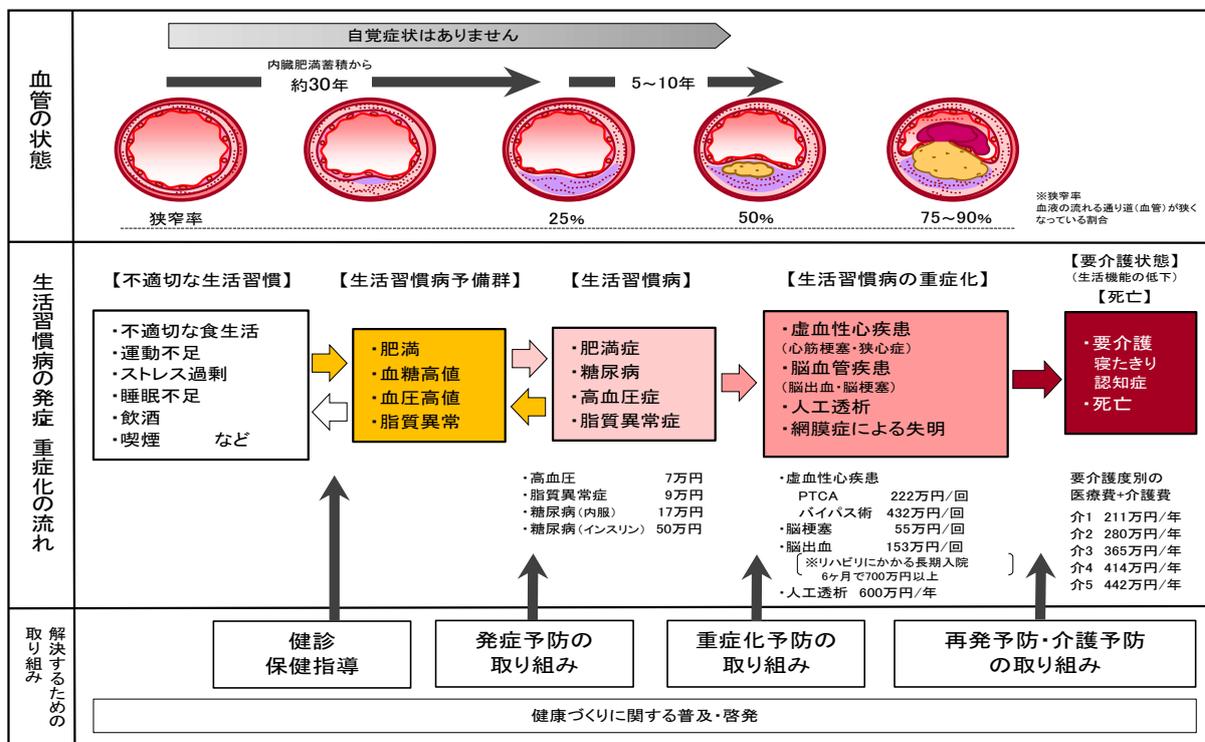
生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健康状態の把握に努め、個人の状態に応じた保健指導の実施により、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要です。40歳未満の健診も実施し、若い世代からの健診の意識づけに取り組みます。

本町では肥満が多いため、体重維持に向けた肥満対策が重要であると考えます。さらに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ため、若い世代に対する健診の受診勧奨と保健指導を実施していきます。

医療制度において75歳に到達すると国保から後期高齢者医療制度へ変わります。高齢者の特性を振まえ、国保保健事業から後期高齢保健事業(高齢者の一体化事業)へ切れ目ない取り組みを行うことが、今後重要となります。

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。

(図表 49) 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、計画から見直します。改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できます。そのため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にします。評価指標については、まず全ての都道府県で設定することが望ましい指標と、地域の実情に応じて設定する指標を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。(図表 50)

② 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6 か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合を、最終年度には減少させることを目指します。しかし、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることで最低限維持することを目標とします。

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

③ 短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指すこととし、各保険事業においては、医療受診が必要な対象者に対して受診の必要性を伝え、また、治療中断者に対して治療継続の重要性を伝える保健指導を行い、医療機関と十分な連携を図りながら取り組んでいきます。

(2) 管理目標の設定

図表 50 第3期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			目標			データの把握方法 <small>(活用データ年度)</small>		
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5	初期値 R 6	中間評価 R 8	最終評価 R11			
			(H30)	(R2)	(R4)	(R4)	(R7)	(R10)			
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	4.9%	3.2%	5.3%	5.3%	5.3%	5.3%	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	3.9%	5.2%	4.7%	4.7%	4.7%	4.7%		
			慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	11.5%	11.8%	9.8%	9.8%	9.8%	9.8%		
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	3.5%	3.8%	2.6%	2.6%	2.5%	2.4%		
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	40.0%	50.0%	33.3%	33.3%	32.0%	30.0%		
	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	53.3%	54.6%	55.8%	55.8%	54.0%	52.0%	北谷町保健衛生課	
			(再掲)	メタボ+高血圧者の割合減少（140/90以上）	9.3%	10.4%	9.5%	9.5%	9.0%		8.5%
				+高血糖者の割合減少（HbA1c8.0以上）	0.4%	0.8%	0.4%	0.4%	0.4%		0.3%
				+脂質異常者の割合減少（LDL160以上）	1.2%	1.9%	1.0%	1.0%	0.9%		0.8%
				+尿蛋白有所見者の割合減少（2+以上）	0.4%	0.6%	0.5%	0.5%	0.4%		0.4%
				+高尿酸者の割合減少（8.0以上）	1.0%	0.7%	1.0%	1.0%	0.9%		0.9%
			健診受診者の高血圧者の割合の減少（160/100以上）	5.4%	7.1%	5.4%	5.4%	5.3%	5.2%		
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	11.7%	15.2%	12.8%	12.8%	11.0%	10.0%		
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	9.9%	8.9%	10.0%	10.0%	9.7%	9.5%		
			★健診受診者のHbA1C8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少	0.4%	0.3%	0.3%	0.3%	0.2%	0.2%		
糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	35.5%	43.9%	66.7%	66.7%	68.0%	70.0%					
アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	35.1%	27.5%	31.1%	31.1%	44.0%	56.0%	法定報告値		
		★特定保健指導実施率60%以上	60.9%	60.5%	55.9%	55.9%	60.0%	60.0%			
		★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	14.3%	8.6%	15.6%	15.6%	17.0%	18.0%			

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

図表 51 特定健診受診率・特定保健指導実施率の目標値

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

3. 対象者の見込み

図表 52 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	4,800人	4,800人	4,800人	4,800人	4,800人	4,800人
	受診者数	1,920人	2,112人	2,304人	2,496人	2,688人	2,880人
特定保健指導	対象者数	288人	317人	346人	374人	403人	432人
	受診者数	173人	190人	207人	225人	242人	259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(北谷町保健相談センター、北谷町役場 他)

(2) 個別健診(委託医療機関)

2) 特定健診委託基準

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

3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、北谷町のホームページに掲載する。

(参照) 北谷町ホームページ <https://www.chatan.jp/>

(参照) 沖縄県国民健康保険団体連合会 URL : <https://www.okikoku.or.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 53 特定健診検査項目

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

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

※心電図:40~74歳の集団健診受診者全員に心電図検査を実施(町単独事業)

5)実施時期

毎年度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 54 特定健診実施スケジュール

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

9) 目標達成に向けての取り組み

取り組み	内 容
受診勧奨ハガキの送付	健診未受診者に対して、受診勧奨ハガキの送付 ※ナッジ理論を用い行動科学に基づいて実施
受診勧奨ショートメッセージ (SMS) の送付	健診未受診者に対して、受診勧奨SMSの送付 ※ナッジ理論を用い行動科学に基づいて実施
WEB予約の推進	受診勧奨ちらし、町公式HP、町公式LINE、受診勧奨ハガキ等にQRコードを掲載し、24時間予約可能な環境の整備
個別受診勧奨（電話、訪問）	保健衛生課専門職による電話、訪問による受診勧奨
多様な受診機会の整備	休日・夜間健診の実施、公民館での集団健診の再開
健診内容・検査項目の充実	がん検診と同日受診可能な体制整備 追加検査（心電図）の無料実施の継続
デジタルコンテンツの活用	デジタルサイネージ等を活用した広報
個別健診実施機関との連携	定期通院患者への受診勧奨協力依頼 トライアングル事業の推進
他健診等の健診結果の取込推進	事業者健診受診者の健診結果の取込 トライアングル事業による生活習慣病治療中の者の通院時検査結果等の取込
インセンティブ	健診受診者への健康運動施設の利用券配布等
地域、他事業と連動したポピュレーションアプローチ	自治会、商工会や各種団体への説明、健康教育等

.....

※ナッジ理論：ナッジ (nudge) は英語で「軽くひじ先でつつく、背中を押す」ことを意味する。行動科学の知見から望ましい行動をとれるよう人を後押しするアプローチ方法の一つ。人々の意思決定を強制や指示ではなく、選択の環境を設計することによって、より良い方向へ導く理論。

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施及び外部委託で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

1)健診から保健指導実施の流れ

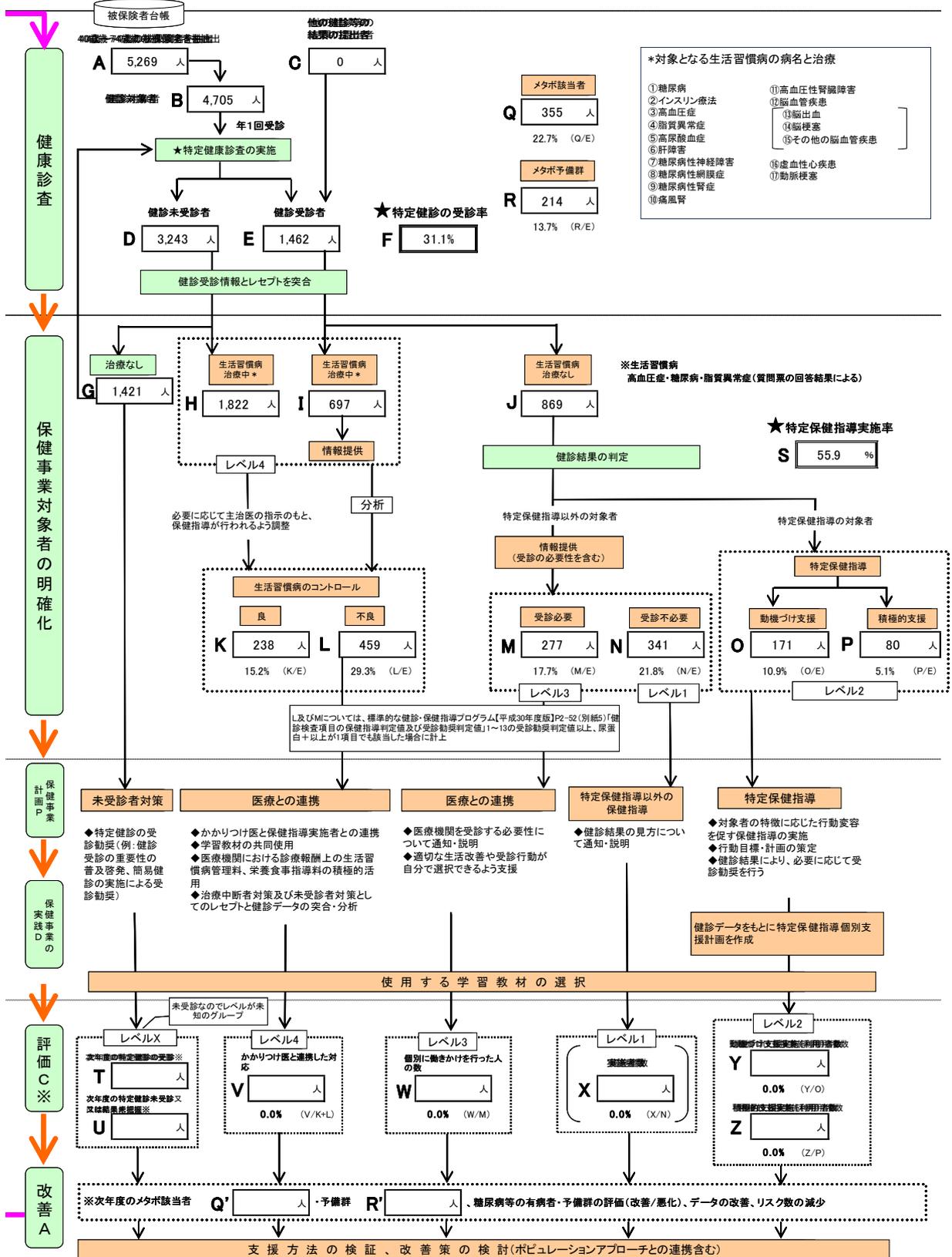
「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。(図表 55・56)

図表 55 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)

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

様式5-5

令和04年度



出典・参照：特定健診等データ管理システム

2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 56 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	251人 (16.0%)	60%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	277人 (17.7%)	HbA1c6.5以上 については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発)	3,243人 ※受診率目標達成 までにあと1,361人	90%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	341人 (21.8%)	20%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	697人 (44.5%)	60%

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 57 健診・保健指導年間スケジュール

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

6. 個人情報の保護

1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律を踏まえた対応を行います。

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

2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項に基づき、計画は北谷町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

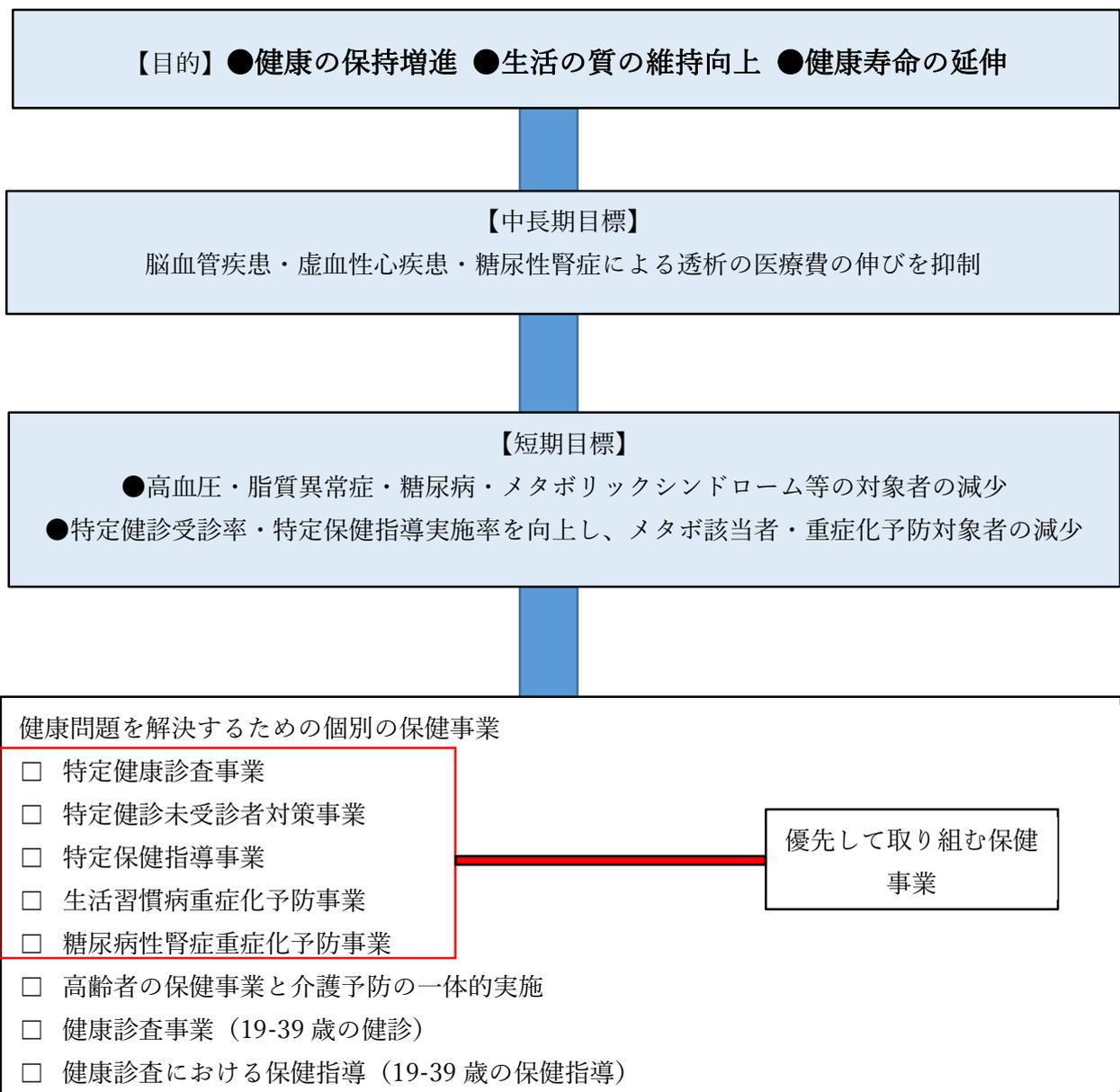
第4章 第3期計画における保健事業

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します。

具体的には、PDCA サイクルに沿って毎年度見直しを行いながら、各事業の実施要項を作成し、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。

図表 58 北谷町の保健事業の体系



Ⅱ 生活習慣病発症予防

生活習慣病が成人の健康寿命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。さらに本町においては、早世死亡率が高く、働き盛りや子育て世代の損失は大きな問題と考えます。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、取組みを進めていきます。

Ⅲ 生活習慣病重症化予防

本町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、617人(39.4%)です。そのうち治療なしが220人(25.3%)を占め、さらに臓器障害があり直ちにに取り組むべき対象者が82人です。

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、220人中129人と多いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり効率的であることが分かります。(図表 59)

図表 59 脳・心・腎を守るために

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少		虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少		糖尿病性腎症 による年間新発透析導入患者数の減少		<参考> 健診受診者(受診率)	
科学的根拠に基づき ↓ 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	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)		1,566人 33.2%	
	クモ膜下出血 (5.6%)	脳出血 (18.5%)	脳梗塞 (75.9%)		心筋梗塞	労作性 狭心症	安静 狭心症	■各疾患の治療状況
	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%)					治療中 治療なし
	※脳卒中 データリンク 2019年より		非心原性脳梗塞					高血圧 539 1,027
								脂質異常症 381 1,185
								糖尿病 136 1,430
								※疾患 いずれか 697 869
								※問診結果による
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)	
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)	
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	重症化予防対象者 (実人数)
該当者数	85 5.4%	1 0.1%	83 5.3%	57 3.6%	355 22.7%	120 7.7%	177 11.3%	617 39.4%
治療なし	44 4.3%	0 0.0%	74 6.2%	41 3.5%	72 8.3%	58 4.1%	57 6.6%	220 25.3%
(再掲) 特定保健指導	21 24.7%	0 0.0%	33 39.8%	24 42.1%	72 20.3%	19 15.8%	20 11.3%	129 20.9%
治療中	41 7.6%	1 0.1%	9 2.4%	16 4.2%	283 40.6%	62 45.6%	120 17.2%	397 57.0%
臓器障害 あり	18 40.9%	0 --	15 20.3%	10 24.4%	18 25.0%	18 31.0%	57 100.0%	82 37.3%
CKD(専門医対象者)	5	0	8	4	10	11	57	57
心電図所見あり	14	0	9	7	11	11	7	32
臓器障害 なし	26 59.1%	--	59 79.7%	31 75.6%	54 75.0%	40 69.0%	--	--
治療中								
臓器障害 あり	20 48.8%	1 100.0%	2 22.2%	3 18.8%	101 35.7%	17 27.4%	120 100.0%	164 41.3%
CKD(専門医対象者)	10	1	1	3	65	14	120	120
心電図所見あり	11	1	1	0	48	6	20	64
臓器障害 なし	21 51.2%	--	7 77.8%	13 81.3%	182 64.3%	45 72.6%	--	--

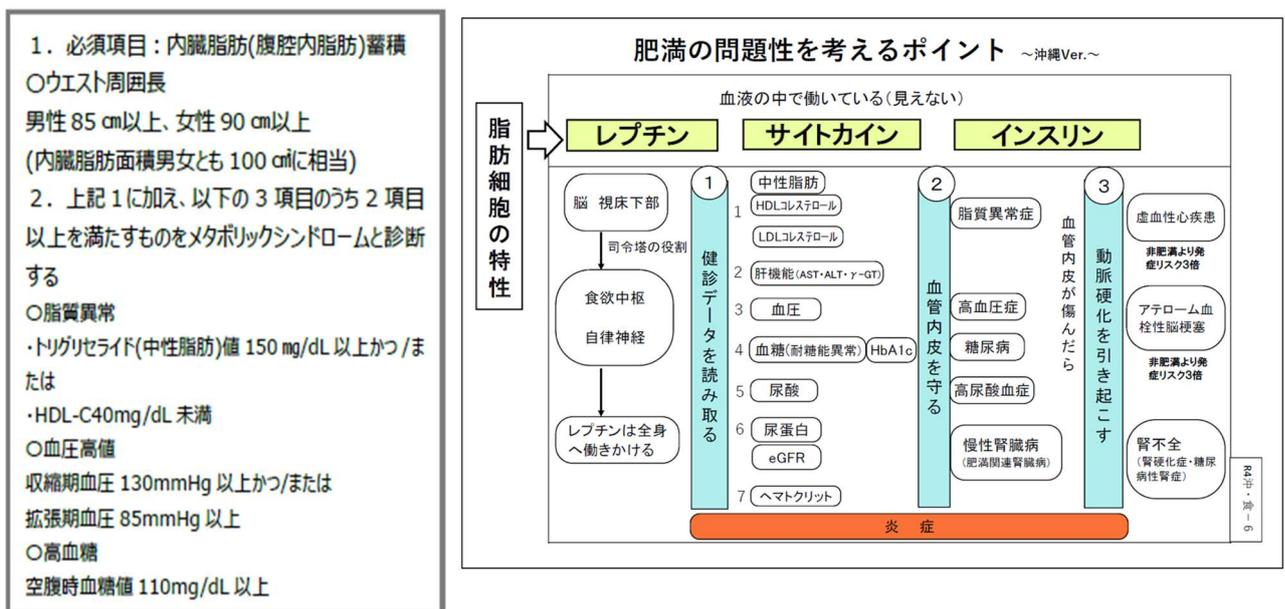
出典・参照: 特定健診等データ管理システム

1 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、内臓脂肪の蓄積に加えて、脂質異常、血圧高値、高血糖の3項目のうち2項目以上を満たす場合とされています。内臓脂肪が蓄積されると、血管を損傷して動脈硬化を引き起こします。さらに、心血管疾患、脳血管疾患、腎機能障害等の重症化疾患の大きな要因となる事から、予防可能な段階で望ましい食生活や適度な運動、良質な睡眠等の生活習慣の改善や、必要に応じて医療受診を行う事が大切です。

図表 60 メタボリックシンドロームの診断基準及び肥満の問題性を考えるポイント



2) 対象者の明確化

メタボリックシンドローム該当者の3疾患(高血圧、糖尿病、脂質異常症)の治療状況をみると、大多数が治療ありとなっており、治療中の者のメタボリックシンドロームが解決できていない(=リスクを抱えたまま)ことが分かります。(図表 62)メタボリックシンドロームは、薬物療法と併せて、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。

○ 保健指導対象者の明確化と優先順位

- (1) メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者
- (2) 特定保健指導対象者
- (3) 治療中のメタボリックシンドローム該当者

図表 61 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	109	105	225	229	898	161	150	313	274	
メタボ該当者	B	232	19	29	87	97	123	9	14	52	48	
	B/A	34.7%	17.4%	27.6%	38.7%	42.4%	13.7%	5.6%	9.3%	16.6%	17.5%	
再掲	① 3項目全て	C	92	4	10	33	45	40	0	4	21	15
		C/B	39.7%	21.1%	34.5%	37.9%	46.4%	32.5%	0.0%	28.6%	40.4%	31.3%
	② 血糖+血圧	D	33	2	3	16	12	15	2	3	5	5
		D/B	14.2%	10.5%	10.3%	18.4%	12.4%	12.2%	22.2%	21.4%	9.6%	10.4%
	③ 血圧+脂質	E	96	12	11	36	37	63	6	7	23	27
		E/B	41.4%	63.2%	37.9%	41.4%	38.1%	51.2%	66.7%	50.0%	44.2%	56.3%
④ 血糖+脂質	F	11	1	5	2	3	5	1	0	3	1	
	F/B	4.7%	5.3%	17.2%	2.3%	3.1%	4.1%	11.1%	0.0%	5.8%	2.1%	

出典・参照: KDB システム改変 様式(5-3)

図表 62 メタボリック該当者の治療状況

	受診者	男性						女性						
		メタボ該当者		3疾患治療の有無				メタボ該当者		3疾患治療の有無				
		人数	割合	あり	割合	なし	割合	人数	割合	あり	割合	なし	割合	
総数	668	232	34.7%	181	78.0%	51	22.0%	898	123	13.7%	102	82.9%	21	17.1%
40代	109	19	17.4%	7	36.8%	12	63.2%	161	9	5.6%	5	55.6%	4	44.4%
50代	105	29	27.6%	18	62.1%	11	37.9%	150	14	9.3%	10	71.4%	4	28.6%
60代	225	87	38.7%	73	83.9%	14	16.1%	313	52	16.6%	44	84.6%	8	15.4%
70～74歳	229	97	42.4%	83	85.6%	14	14.4%	274	48	17.5%	43	89.6%	5	10.4%

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

3) 保健指導の実施

(1) エビデンスに基づいた保健指導

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、肥満症学、肥満症治療ガイドライン等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っています。

(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、対象者には二次検査を実施していきます。

4) 評価

対象者管理名簿を活用し、継続的な保健指導ができるよう進捗管理を行っていきます。また、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。

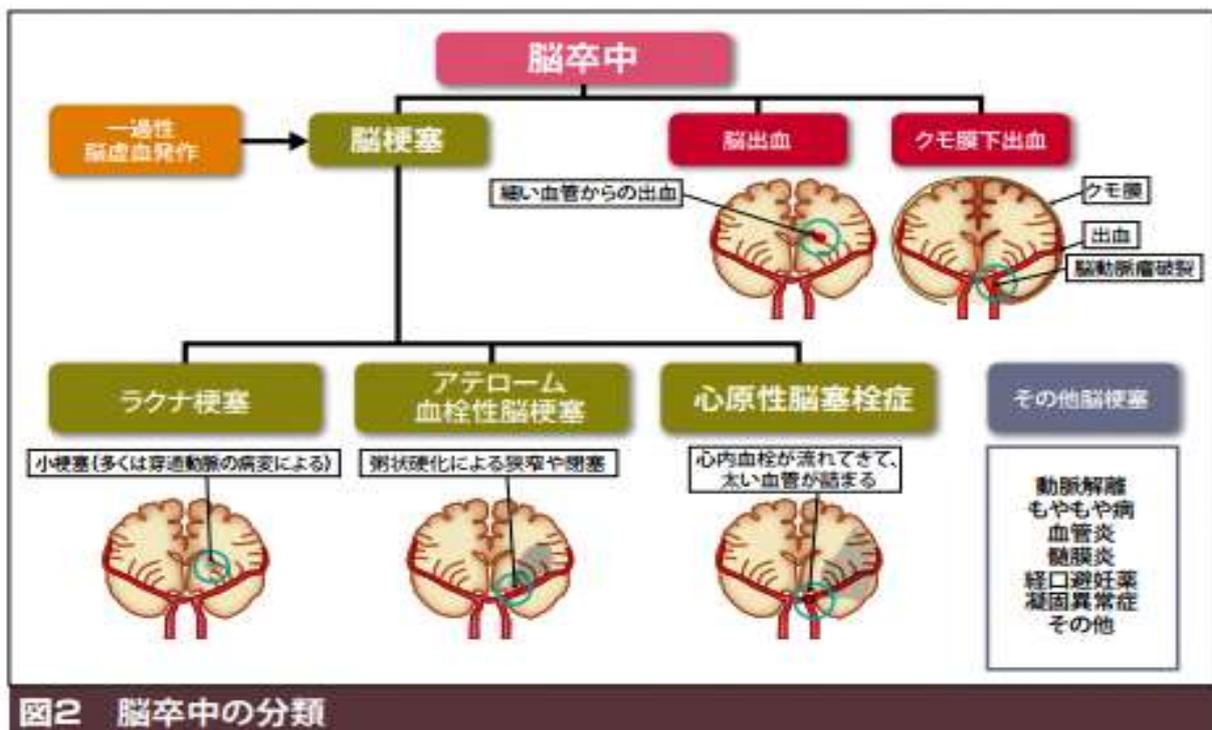
事業の進捗、その効果を把握するため、図表 50「第3期データヘルス計画 目標管理一覧」について、毎年度末に評価を行います。

2 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 63、64)

図表 63 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 64 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

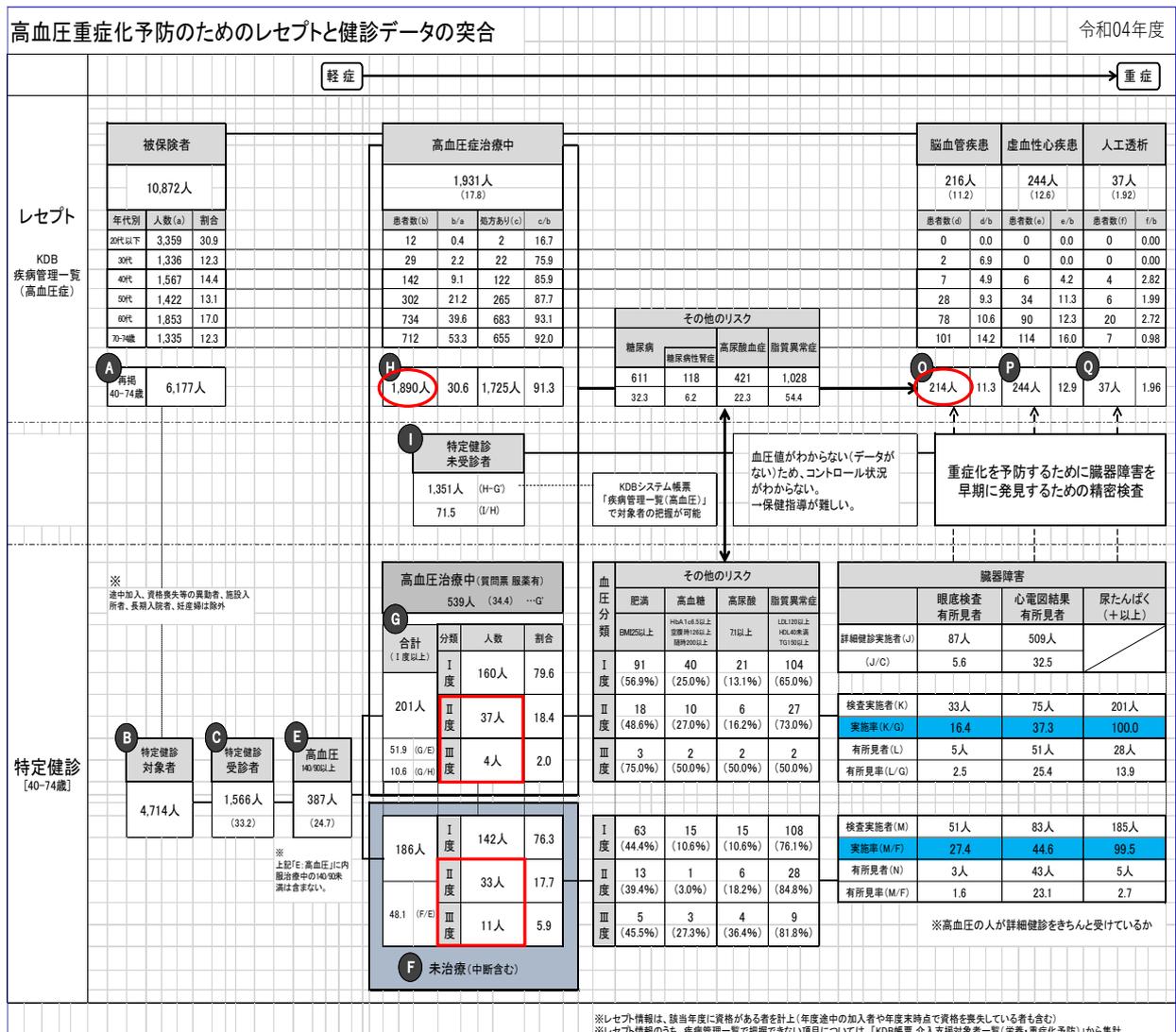
リスク因子 (○はハイリスク等)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリックシンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳梗塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳出血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

3) 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 65)でみると、高血圧治療者 1,890 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 214 人(11.3%・O)でした。健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 85 人(15.7%)であり、そのうち 44 人(51.8%)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 41 人(7.6%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。(図表 65)

図表 65 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

(3) 対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧が最大のリスク危険因子ですが、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。

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化すると、高リスク群 (A)は、血圧が高いにも関わらず、降圧薬を飲んでいない状態のため、早急な受診勧奨が必要になってきます。(図表 66)

図表 66 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

血圧分類 (mmHg)		高血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
		130~139 / 80~89	140~159 / 90~99	160~179 / 100~109	180以上 / 110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	428	242	142	33	11
		56.5%	33.2%	7.7%	2.6%
リスク第1層 予後影響因子がない	35	C 25	B 8	B 2	A 0
		8.2%	10.3%	5.6%	6.1%
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	242	C 145	B 71	A 20	A 6
		56.5%	59.9%	50.0%	60.6%
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	151	B 72	A 63	A 11	A 5
		35.3%	29.8%	44.4%	33.3%

令和04年度

(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

…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	105
		24.5%
B	概ね1ヵ月後に再評価	153
		35.7%
C	概ね3ヵ月後に再評価	170
		39.7%

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

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

脳血管疾患における心電図検査の意義



心原性脳塞栓症は、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症するため、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。

心原性脳塞栓症は、心房細動と呼ばれる不整脈を原因とすることが多いです。心電図検査によって心房細動は早期に発見することが可能なため、心原性脳塞栓症の予防に寄与することが期待できます。

4) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導にあたっては、個人の健診結果経年表、KDB 等により治療状況や合併症等を確認し、リスクの重なりを含め個々人の病態、生活背景を踏まえ、対象者が自分の身体をイメージできるよう、保健指導教材を活用し、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を実施していきます。

4) 医療との連携

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ます。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 KDB 等も活用し、実施していきます。

5) 評価

対象者管理名簿を活用し、継続的な保健指導ができるよう進捗管理を行っていきます。

また、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。

事業の進捗、その効果を把握するため、図表 50「第3期データヘルス計画 目標管理一覧」について、毎年度末に評価を行います。

3 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

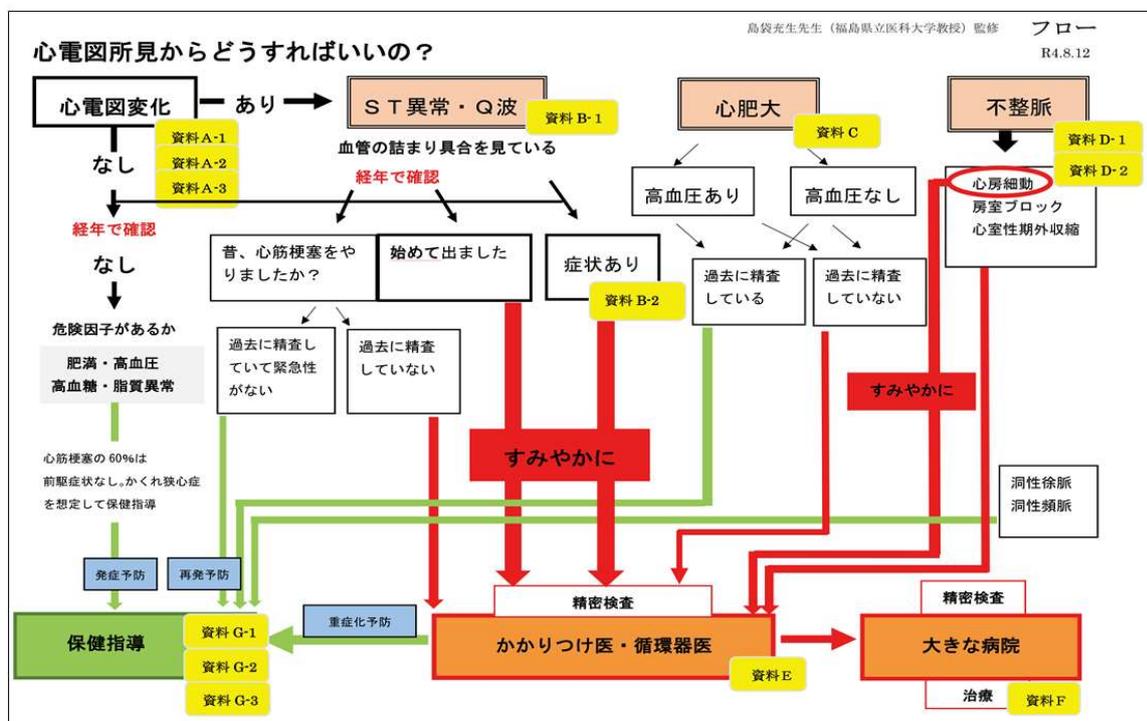
虚血性心疾患の早期発見、発症予防を目的として、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン、動脈硬化性疾患予防ガイドライン等に基づいて取り組みます。

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 67)に基づいて考えます。

図表 67 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、虚血性心疾患の発見においても重要な検査の1つとなります。特定健診では、定められた基準に該当した人に心電図検査を行うこととなっていますが、本町では集団健診の特定健診受診者には全員心電図検査を実施しており、心電図検査の結果、ST 変化や異常 Q 波、心肥大、不整脈の所見がある人等、よりリスクの高い人から優先的に保健指導を実施します。特に、要医療判定者で早急な医療機関受診勧奨が必要な場合には、優先的に受診勧奨を実施します。

②心電図検査以外からの把握(高 LDL コレステロール)

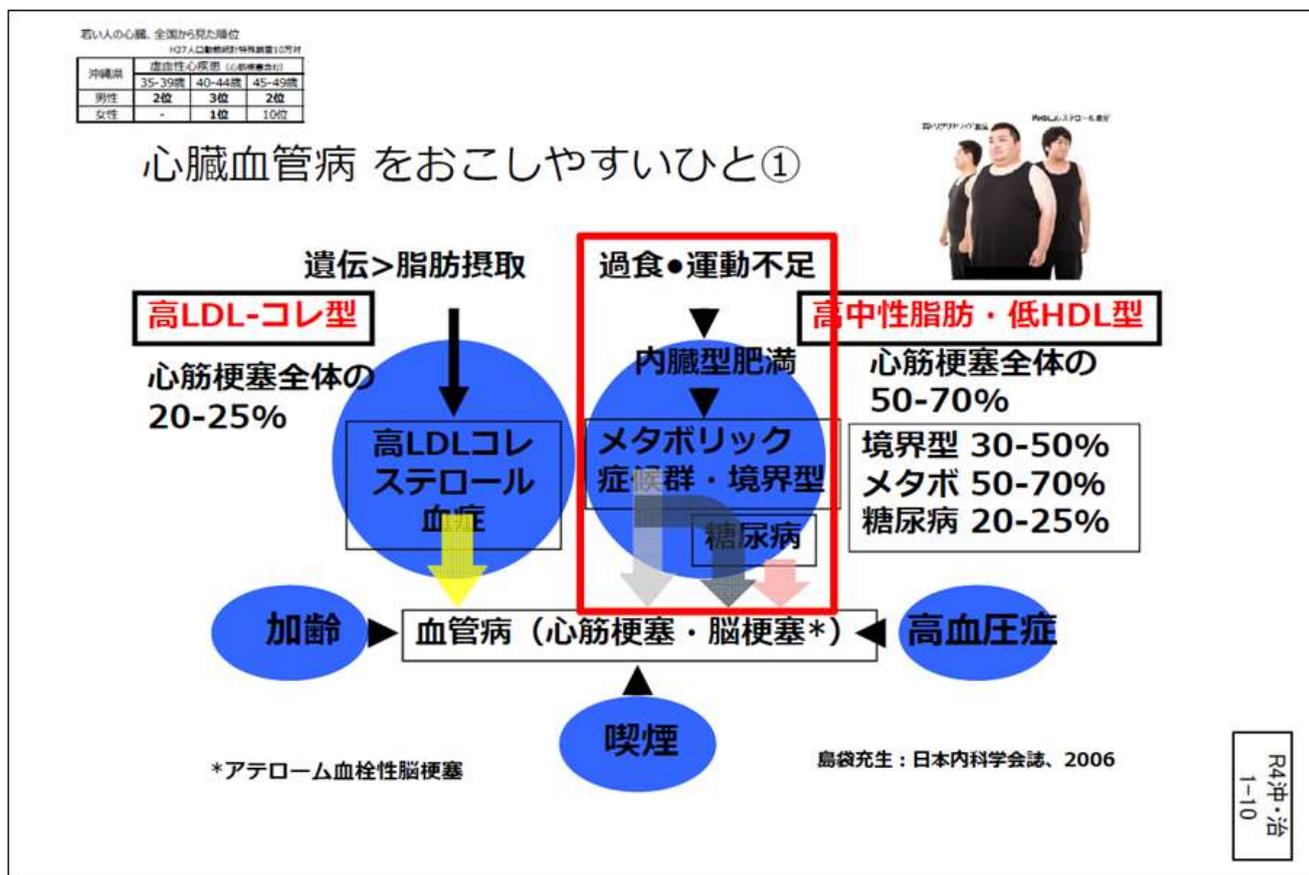
心筋梗塞の60%は前駆症状ないため、心電図検査で異常がないまたは心電図検査を実施していないが、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、積極的に保健指導を行う必要があります。特にLDLコレステロールは単独で重要なリスクであり、メタボリックシンドロームに高LDLコレステロールが重なった場合は、さらに危険性が高まるため、優先的に保健指導を実施します。

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 68)

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 61、62)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ(図表 68)

図表 68 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 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定										令和04年度			
動脈硬化性心血管疾患の予防から見たLDLコレステロール管理目標										(参考) 動脈硬化性心血管疾患予防ガイドライン2022年版			
特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)													
管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別						
			120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳			
			718	286	250	108	74	39	35	62	46		
			39.8%	34.8%	15.0%	10.3%	21.4%	19.2%	34.1%	25.3%			
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)	167	72	49	27	19	32	14	0	0		
			23.3%	25.2%	19.6%	25.0%	25.7%	82.1%	40.0%	0.0%	0.0%		
	中リスク	140未満 (170未満)	241	91	90	28	32	2	9	33	16		
			33.6%	31.8%	36.0%	25.9%	43.2%	5.1%	25.7%	53.2%	34.8%		
高リスク	120未満 (150未満)		291	112	105	53	21	5	12	28	29		
			40.5%	39.2%	42.0%	49.1%	28.4%	12.8%	34.3%	45.2%	63.0%		
	再掲	100未満 (130未満) ※1	27	9	9	7	2	0	4	2	3		
		3.8%	3.1%	3.6%	6.5%	2.7%	0.0%	11.4%	3.2%	6.5%			
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	19	11	6	0	2	0	0	1	1		
			2.6%	3.8%	2.4%	0.0%	2.7%	0.0%	0.0%	1.6%	2.2%		

※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

保健指導にあたっては、個人の健診結果経年表、KDB 等により治療状況や合併症等を確認し、リスクの重なりを含め個々人の病態、生活背景を踏まえ、対象者が自分の身体をイメージできるよう、保健指導教材を活用し実施します。

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、対象者へは、二次健診の受診勧奨を行います。

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、受診勧奨を行います。治療中の者へは血管リスクの改善に向け、医療機関と連携した保健指導を実施していきます。

5) 評価

対象者管理名簿を活用し、継続的な保健指導ができるよう進捗管理を行っていきます。

また、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。

事業の進捗、その効果を把握するため、図表 50「第3期データヘルス計画 目標管理一覧」について、毎年度末に評価を行います。

4 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少を目的とし、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び「沖縄県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、以下の視点でPDCAに沿って実施していきます。

- (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

2) 対象者の明確化

- (1)対象者選定基準の考え方及び対象者の抽出

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のとおりとします。HbA1c 値を中心に、尿蛋白の有無、eGFR 等リスクの重なりや医療機関受診の有無を考慮して優先順位を決定し、実施します。

- ①医療機関未受診者:糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者
- ②糖尿病治療中者: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
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
- ③医療機関受診中断者

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。保健指導にあたっては、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確認し、対象者に応じた保健指導を実施します。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っていきます。

- (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、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

糖尿病性腎症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、治療中者へは糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医と連携した保健指導を実施します。

5) 評価

対象者管理名簿を活用し、継続的な保健指導ができるよう進捗管理を行っていきます。

事業の進捗、その効果を把握するため、図表 50「第3期データヘルス計画 目標管理一覧」について、毎年度末に評価を行います。また中長期的評価においては、図表 70「糖尿病性腎症重症化予防の取組評価」もあわせて行います。

短期的評価

(1) 受診勧奨者に対する評価

- ① 受診勧奨対象者への介入率
- ② 医療機関受診率
- ③ 医療機関連携率(糖尿病連携手帳の活用)

(2) 保健指導対象者に対する評価

- ① 保健指導実施率
- ② 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較(HbA1c、eGFR 等)

図表 70 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	統合表	北谷町										同規模保険者(平均)		データ基		
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 被保険者数	A	9,603人		9,328人		9,137人		9,203人		9,157人				KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	② (再掲)40-74歳	A	5,461人		5,365人		5,338人		5,403人		5,448人					
2	① 対象者数	B	4,803人		4,729人		4,761人		4,748人		4,684人			市町村国保 特定健康診査・特定保健指導状況報告書		
	② 特定健診 受診者数	C	1,685人		1,674人		1,310人		1,336人		1,456人					
	③ 受診率	C	35.1%		35.4%		27.5%		28.1%		31.1%					
3	① 特定保健指導 対象者数		176人		198人		135人		139人		128人					
	② 実施率		61.0%		69.0%		61.0%		63.0%		56.0%					
4	① 健診データ	糖尿病型	E	237人	13.3%	213人	11.8%	155人	11.2%	164人	11.4%	214人	13.7%		特定健診結果	
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	76人	32.1%	72人	33.8%	57人	36.8%	53人	32.3%	78人	36.4%			
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	161人	67.9%	141人	66.2%	98人	63.2%	111人	67.7%	136人	63.6%			
		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	108人	67.1%	92人	65.2%	73人	74.5%	75人	67.6%	86人	63.2%			
		⑤ 血圧 130/80以上	J	65人	60.2%	59人	64.1%	48人	65.8%	48人	64.0%	54人	62.8%			
		⑥ 肥満 BMI25以上	J	62人	57.4%	60人	65.2%	43人	58.9%	47人	62.7%	55人	64.0%			
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	53人	32.9%	49人	34.8%	25人	25.5%	36人	32.4%	50人	36.8%			
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	166人	70.0%	155人	72.8%	103人	66.5%	114人	69.5%	152人	71.0%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		32人	13.5%	28人	13.1%	24人	15.5%	20人	12.2%	30人	14.0%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)		35人	14.8%	26人	12.2%	25人	16.1%	25人	15.2%	26人	12.1%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満		2人	0.8%	4人	1.9%	2人	1.3%	4人	2.4%	4人	1.9%			
5	① レセプト	糖尿病受療率(被保険者対)		54.1人		51.8人		45.3人		48.2人		52.1人		KDB_厚生労働省様式様式3-2		
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		93.2人		87.8人		76.1人		80.1人		85.2人				
		③ レセプト件数(40-74歳) (1件は重複診療)	入院外(件数)	2,503件	(468.3)	2,475件	(467.7)	2,361件	(441.4)	2,567件	(476.7)	2,665件	(505.8)	630,975件	(921.9)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		④ 入院(件数)	40件	(7.5)	38件	(7.2)	23件	(4.3)	31件	(5.8)	29件	(5.5)	2,654件	(3.9)		
		⑤ 糖尿病治療中	H	520人	5.4%	483人	5.2%	414人	4.5%	444人	4.8%	477人	5.2%		KDB_厚生労働省様式様式3-2	
		⑥ (再掲)40-74歳	H	509人	9.3%	471人	8.8%	406人	7.6%	433人	8.0%	464人	8.5%			
		⑦ 健診未受診者	I	348人	68.4%	310人	65.8%	308人	75.9%	322人	74.4%	328人	70.7%			
		⑧ インスリン治療	O	43人	8.3%	37人	7.7%	32人	7.7%	29人	6.5%	37人	7.8%			
		⑨ (再掲)40-74歳	O	41人	8.1%	35人	7.4%	30人	7.4%	27人	6.2%	34人	7.3%			
		⑩ 糖尿病性腎症	L	44人	8.5%	61人	12.6%	57人	13.8%	63人	14.2%	63人	13.2%			
		⑪ (再掲)40-74歳	L	43人	8.4%	61人	13.0%	57人	14.0%	62人	14.3%	62人	13.4%			
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		18人	3.5%	20人	4.1%	17人	4.1%	17人	3.8%	15人	3.1%			
		⑬ (再掲)40-74歳		18人	3.5%	20人	4.2%	17人	4.2%	17人	3.9%	15人	3.2%			
		⑭ 新規透析患者数		5	27.8%	4	20.0%	4	23.5%	4	23.5%	3	20.0%			
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		1	5.6%	1	5.0%	2	11.8%	1	5.9%	1	6.7%			
		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)		14人	2.6%	14人	2.7%	16人	3.4%	14人	2.8%	12人	2.4%			
6	① 医療費	総医療費		24億4808万円		25億6910万円		23億6277万円		24億0009万円		24億8087万円		21億6943万円		KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
		② 生活習慣病総医療費		11億1350万円		11億9829万円		11億1287万円		11億5196万円		11億8682万円		11億4738万円		
		③ (総医療費に占める割合)		45.5%		46.6%		47.1%		48.0%		47.8%		52.9%		
		④ 生活習慣病対象者一人あたり	健診受診者	7,332円		8,513円		4,990円		5,227円		5,839円		7,199円		
		⑤ 健診未受診者	40,510円		42,527円		47,336円		50,247円		52,222円		37,856円			
		⑥ 糖尿病医療費		9154万円		9063万円		8449万円		9703万円		9531万円		1億2598万円		
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		8.2%		7.6%		7.6%		8.4%		8.0%		11.0%		
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		2億9601万円		3億2228万円		2億8028万円		2億9711万円		2億9608万円				
		⑨ 1件あたり		45,801円		51,066円		48,126円		49,231円		48,578円				
		⑩ 糖尿病入院総医療費		2億1969万円		2億6244万円		2億5074万円		2億3259万円		2億7929万円				
		⑪ 1件あたり		615,378円		709,286円		739,658円		729,117円		841,221円				
		⑫ 在院日数		19日		18日		19日		18日		19日				
		⑬ 慢性腎不全医療費		1億3537万円		1億4699万円		1億3411万円		1億2245万円		1億2272万円		9872万円		
		⑭ 透析有り		1億2842万円		1億4062万円		1億3167万円		1億1975万円		1億1772万円		9197万円		
		⑮ 透析なし		695万円		637万円		245万円		270万円		500万円		675万円		
7	① 介護	介護給付費		16億3143万円		16億4103万円		16億5324万円		16億7507万円		16億6401万円		21億9980万円		
		② (2号認定者)糖尿病合併症		2件	15.4%	2件	15.4%	2件	16.7%	1件	10.0%	2件	16.7%			
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		2人	1.1%	4人	2.1%	5人	2.6%	3人	1.6%	7人	3.3%	926人	1.1%	KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

出典・参照:KDB システム改変

IV. 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

北谷町は、令和5年度より沖縄県後期高齢者広域連合から、本町が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。

(1) 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

(2) 地域を担当する医療専門職を配置

高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう対象者管理名簿をもとに、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、認知症や軽度認知障害(MCI)予防のため、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)

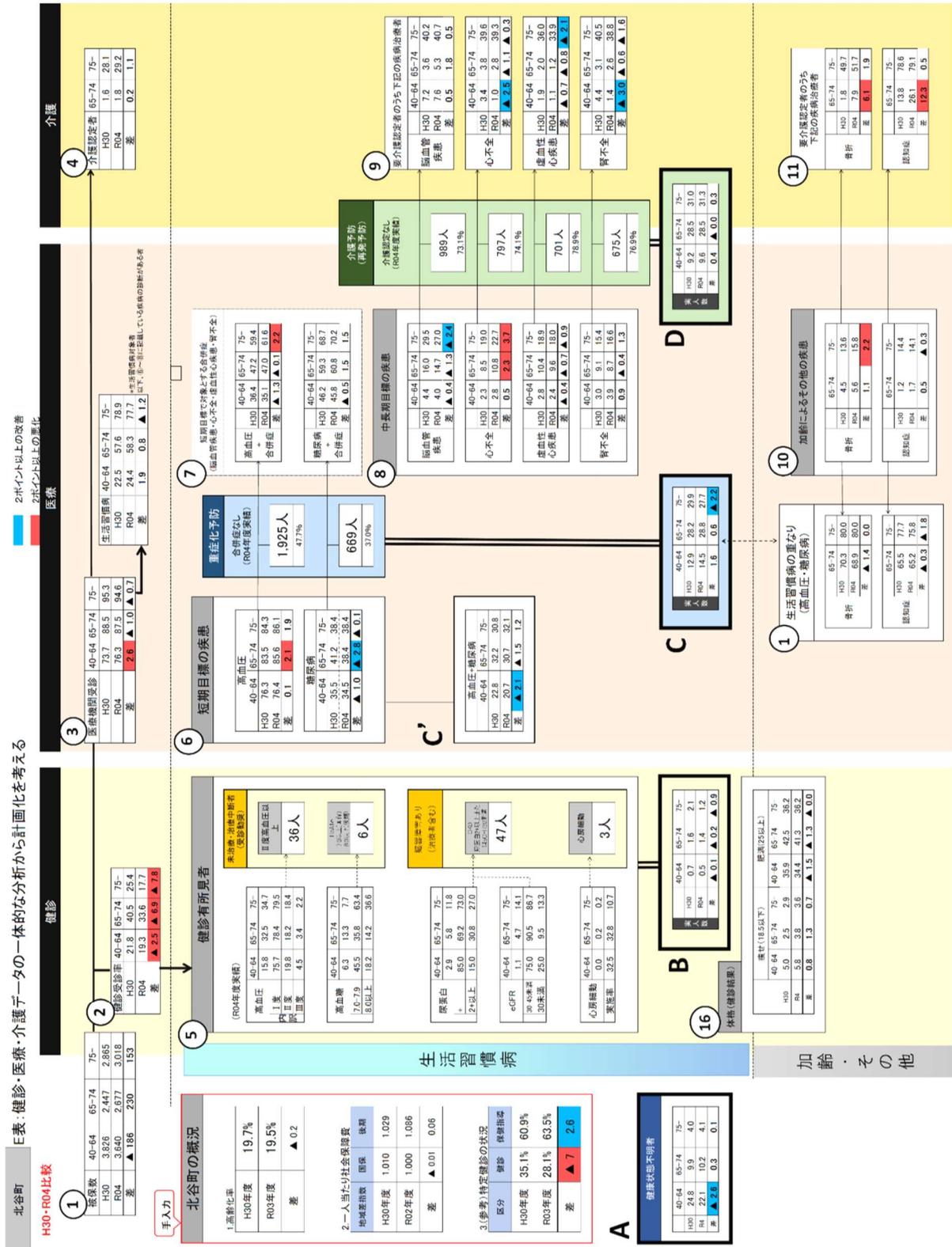
(3) 一体的分析からみる国保と後期高齢者医療の共通する課題

後期高齢者においても、長寿健診受診率は国、県よりも低いです。医療費は循環器系疾患(脳血管疾患、心不全、虚血性心疾患等)や慢性腎不全等が高く、北谷町国保の課題と共通しています。加えて後期高齢者では、骨折や筋骨格系疾患の医療費も高くなります。

また介護では、介護が必要となる疾患は、認知症を始め、フレイルの関連疾患が多い状況です。認知症やフレイルの予防は栄養(食事・口腔機能の維持)、身体活動、社会参加が重要です。更に脳血管疾患や狭心症などの循環器疾患を合併している者も多いことから、生活習慣の改善や、健診受診、外来医療を受療し、高血圧、糖尿病、脂質異常症等の数値を適切に保つことが必要です。

これらの課題は、本町における成人期、高齢期に共通した課題であるため、年齢で途切れることなく、ライフステージに応じた保健指導等に取り組みます。

図表 71 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



V ポピュレーションアプローチ

北谷町においては、生涯を通じた健康づくりや生活習慣病の予防のために、一人ひとりの町民が、自分や家族、身近な人の健康にも関心を持ち、お互いの健康行動を支えあい、地域全体で健康行動を実践するための環境づくりに努めます。

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給付費、社会保障費の増大に繋がっている本町及び沖縄県の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、健康講座や広報紙等で広く町民へ周知を行う必要があります。

これらの健康づくり活動は、地域の住民を中心として、自治会、行政の地区担当保健師や栄養士、食生活改善推進員等の地区組織活動等との協働で取り組み、地域全体で健康行動を実践するための環境づくりに努めます。

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

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

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

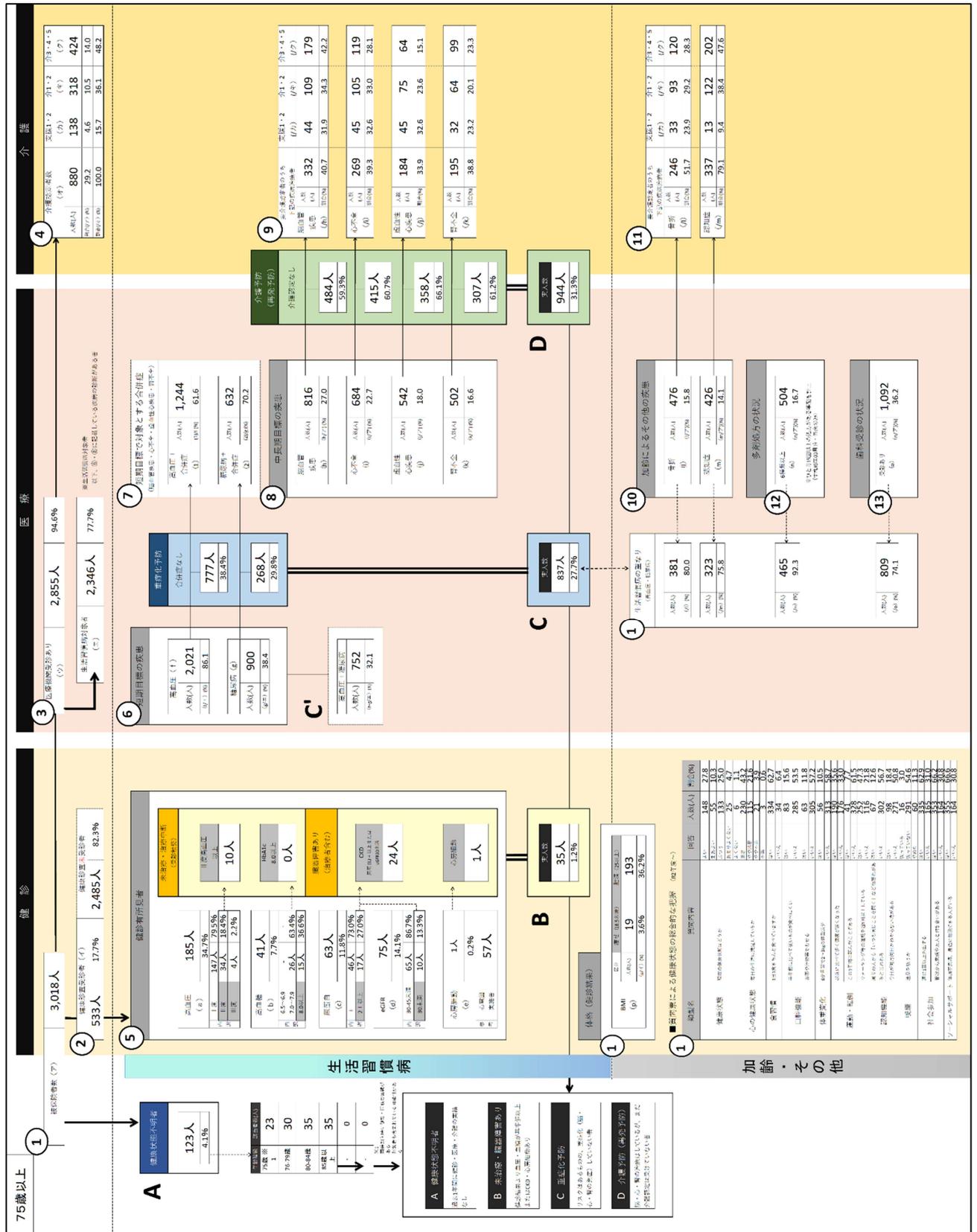
- 参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた北谷町の位置
- 参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析
- 参考資料3 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料4 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料5 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料6 HbA1c の年次比較
- 参考資料7 血圧の年次比較
- 参考資料8 LDL-C の年次比較
- 参考資料9 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化

参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた北谷町の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた北谷町の位置										R04年度			
項目			保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	人口構成	総人口		27,520	4,284,839	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)	5,765	20.9	1,245,056	29.1	324,708	22.6	35,335,805		28.7	
			75歳以上	2,807	10.2	--	--	155,559	10.8	18,248,742		14.8	
			65～74歳	2,958	10.7	--	--	169,149	11.8	17,087,063		13.9	
			40～64歳	9,177	33.3	--	--	472,258	32.8	41,545,893		33.7	
	39歳以下	12,578	45.7	--	--	642,142	44.6	46,332,563	37.6				
	②	産業構成	第1次産業	0.7		5.4		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	14.8		28.7		15.1		25.0			
			第3次産業	84.6		66.0		80.0		71.0			
	③	平均寿命	男性	81.1		80.8		80.3		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性			87.8		87.1		87.5		87.0				
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性	78.7		80.4		79.3		80.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		女性	84.1		84.5		84.2		84.4				
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	92.2		98.7		99.3		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性	82.7		99.7		90.5		100		
			死因	がん	51	44.7	12,696	50.6	3,274	49.7	378,272	50.6	
				心臓病	23	20.2	6,874	27.4	1,669	25.3	205,485	27.5	
				脳疾患	19	16.7	3,420	13.6	978	14.8	102,900	13.8	
				糖尿病	7	6.1	485	1.9	193	2.9	13,896	1.9	
				腎不全	7	6.1	926	3.7	272	4.1	26,946	3.6	
	自殺	7	6.1	686	2.7	205	3.1	20,171	2.7				
	②	早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計									厚労省HP 人口動態調査	
			男性										
女性													
3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		1,013	17.0	211,456	17.0	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		13	0.3	3,785	0.3	835	0.3	110,289	0.3	
			介護度別 総件数	要支援1.2	1,477	6.1	712,630	13.9	177,194	11.6	21,785,044	12.9	
				要介護1.2	9,690	40.2	2,355,997	45.9	546,973	35.9	78,107,378	46.3	
				要介護3以上	12,918	53.6	2,064,273	40.2	799,361	52.5	68,963,503	40.8	
	2号認定者		38	0.41	5,015	0.35	2,135	0.45	156,107	0.38			
	②	有病状況	糖尿病	154	14.7	54,717	24.5	11,465	17.4	1,712,613	24.3		
			高血圧症	425	39.6	117,224	52.9	28,893	43.8	3,744,672	53.3		
			脂質異常症	243	23.0	70,399	31.5	17,395	26.0	2,308,216	32.6		
			心臓病	476	43.8	132,327	59.8	31,994	48.6	4,224,628	60.3		
			脳疾患	196	19.1	50,122	22.9	14,271	21.9	1,568,292	22.6		
			がん	70	5.6	24,937	11.1	5,539	8.2	837,410	11.8		
			筋・骨格 精神	440 315	40.8 28.1	116,014 80,119	52.5 36.4	29,667 20,229	44.9 31.0	3,748,372 2,569,149	53.4 36.8		
	③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		288,639	1,664,005,620	259,723	323,370,248,294	324,737	105,444,836,581	290,668	10,074,274,226,889	
			1件当たり給付費(全体)		69,089		63,000		69,211		59,662		
			居宅サービス		51,854		41,449		51,518		41,272		
			施設サービス		290,283		292,001		301,929		296,364		
④	医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	12,053		8,999		11,002		8,610			
		認定なし	5,095		4,040		4,796		4,020				
4	①	国保の状況	被保険者数		9,032		882,802		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	2,210	24.5			119,076	30.7	11,129,271	40.5		
			40～64歳	3,059	33.9			134,131	34.6	9,088,015	33.1		
			39歳以下	3,763	41.7			134,848	34.7	7,271,596	26.5		
	加入率		32.8		20.6		27.0		22.3				
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	2	0.2	265	0.3	90	0.2	8,237	0.3		
			診療所数	12	1.3	2,753	3.1	890	2.3	102,599	3.7		
			病床数	174	19.3	49,546	56.1	18,602	47.9	1,507,471	54.8		
			医師数	29	3.2	9,765	11.1	3,887	10.0	339,611	12.4		
			外来患者数	493.2		716.1		541.1		687.8			
	入院患者数	15.1		19.2		19.0		17.7					
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費		274,675	県内34位 同規模146位	361,243	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		508.229		735.303		560.174		705.439		
			外来	費用の割合	55.5		59.6		53.6		60.4		
				件数の割合	97.0		97.4		96.6		97.5		
入院			費用の割合	44.5		40.4		46.4		39.6			
			件数の割合	3.0		2.6		3.4		2.5			
1件あたり在院日数		16.9日		16.0日		17.1日		15.7日					

項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病 名(該当含む)	がん	397,345,710	33.5	31.9	25.9	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題				
			慢性腎不全(透析あり)	117,722,150	9.9	8.0	12.0	8.2					
			糖尿病	95,309,730	8.0	11.0	8.3	10.4					
			高血圧症	46,018,540	3.9	6.1	4.8	5.9					
			脂質異常症	29,290,090	2.5	4.2	2.8	4.1					
			脳梗塞・脳出血	62,419,200	5.3	3.8	4.9	3.9					
			狭心症・心筋梗塞	55,866,360	4.7	2.9	3.3	2.8					
			精神	213,570,240	18.0	14.6	20.9	14.7					
	筋・骨格	160,717,730	13.5	16.6	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	74	0.1	310	0.2	256	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)		
				糖尿病	1,356	1.1	1,270	0.9	896	0.6		1,144	0.9
				脂質異常症	--	--	61	0.0	67	0.0		53	0.0
				脳梗塞・脳出血	6,485	5.3	6,294	4.3	6,789	4.6		5,993	4.5
		医療費分析 一人当たり医 療費/外来医療 費に占める割 合	外来	虚血性心疾患	5,568	4.6	4,413	3.0	4,321	2.9		3,942	2.9
				腎不全	4,287	3.5	4,223	2.9	5,764	3.9		4,051	3.0
				高血圧症	5,021	3.3	11,332	5.3	7,107	4.2		10,143	4.9
				糖尿病	9,549	6.3	20,232	9.4	12,437	7.3		17,720	8.6
	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	1,350		2,440		1,408		2,031	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題	
				健診未受診者	12,076		12,830		11,533		13,295		
生活習慣病対象者 一人当たり			健診受診者	5,839		7,199		5,718		6,142			
			健診未受診者	52,222		37,856		46,845		40,210			
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	864	59.1	146,963	57.9	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	777	53.1	132,796	52.3	42,965	55.5	3,543,116	52.0			
		医療機関非受診率	87	5.9	14,167	5.6	3,785	4.9	337,939	5.0			
5	特定健診の 状況 県内市町村数 42市町村 同規模市区町村 数 147市町村	健診受診者	1,463		254,008		77,415		6,812,842		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			受診率	30.9	県内37位 同規模140位	39.9	33.7	全国39位	37.1				
		特定保健指導終了者(実施率)	97	42.2	6917	22.9	3,636	32.2	107,925	13.4			
		非肥満高血糖	95	6.5	25,560	10.1	5,139	6.6	615,549	9.0			
		メタボ	該当者	342	23.4	53,050	20.9	20,034	25.9	1,382,506		20.3	
			男性	221	34.9	36,295	32.5	13,894	37.3	965,486		32.0	
			女性	121	14.6	16,755	11.8	6,140	15.3	417,020		11.0	
			予備群	201	13.7	28,583	11.3	11,411	14.7	765,405		11.2	
		メタボ 該当・予 備群レ ベル	男性	132	20.8	19,735	17.7	7,753	20.8	539,738		17.9	
			女性	69	8.3	8,848	6.2	3,658	9.1	225,667		5.9	
			総数	616	42.1	90,064	35.5	35,002	45.2	2,380,778		34.9	
			腹囲	男性	402	63.4	61,736	55.3	23,943	64.2		1,666,592	55.3
		BMI	女性	214	25.8	28,328	19.9	11,059	27.6	714,186		18.8	
			総数	100	6.8	12,518	4.9	4,644	6.0	320,038		4.7	
			男性	15	2.4	1,740	1.6	717	1.9	51,248		1.7	
			女性	85	10.3	10,778	7.6	3,927	9.8	268,790		7.1	
		⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	同規模市区町村 数 147市町村	血糖のみ	13	0.9	1,768	0.7	568	0.7		43,519	0.6
				血圧のみ	134	9.2	20,286	8.0	8,389	10.8		539,490	7.9
				脂質のみ	54	3.7	6,529	2.6	2,454	3.2		182,396	2.7
血糖・血圧	45			3.1	8,213	3.2	2,911	3.8	203,072	3.0			
血糖・脂質	15			1.0	2,676	1.1	896	1.2	70,267	1.0			
血圧・脂質	155			10.6	24,455	9.6	9,610	12.4	659,446	9.7			
血糖・血圧・脂質	127			8.7	17,706	7.0	6,617	8.5	449,721	6.6			
高血圧	518			35.4	94,121	37.1	31,609	40.8	2,428,038	35.6			
糖尿病	129			8.8	23,753	9.4	8,123	10.5	589,470	8.7			
脂質異常症	365			24.9	72,193	28.4	20,477	26.5	1,899,637	27.9			
脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	11			0.9	7,705	3.2	2,472	3.4	207,385	3.1			
心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	45	3.6	14,425	5.9	4,890	6.8	365,407	5.5					
腎不全	5	0.4	2,051	0.8	534	0.7	53,898	0.8					
貧血	59	4.2	25,474	10.4	5,769	7.9	702,088	10.7					
6	生活習慣の 状況	喫煙	190	13.0	32,532	12.8	11,101	14.3	939,212	13.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		週3回以上朝食を抜く	252	22.8	20,314	8.7	10,654	18.1	642,886	10.4			
		週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
		週3回以上就寝前夕食(H30～)	243	22.0	33,881	14.3	13,687	23.2	976,348	15.7			
		週3回以上就寝前夕食	243	22.0	33,881	14.3	13,687	23.2	976,348	15.7			
		食べる速度が速い	399	35.8	60,504	25.9	17,745	30.1	1,659,705	26.8			
		20歳時体重から10kg以上増加	610	54.4	84,121	35.5	27,557	46.4	2,175,065	35.0			
		1回30分以上運動習慣なし	603	53.8	139,270	59.6	34,075	57.8	3,749,069	60.4			
		1日1時間以上運動なし	415	37.1	112,424	47.4	26,211	44.3	2,982,100	48.0			
		睡眠不足	300	27.4	60,465	25.6	16,453	28.9	1,587,311	25.6			
		毎日飲酒	205	18.4	56,946	23.6	11,814	19.7	1,658,999	25.5			
		時々飲酒	265	23.8	51,766	21.5	17,885	29.8	1,463,468	22.5			
		⑭	一日飲 酒量	1合未満	387	53.1	105,121	65.6	20,349	50.2		2,978,351	64.1
				1～2合	190	26.1	37,790	23.6	12,112	29.9		1,101,465	23.7
2～3合	97			13.3	13,792	8.6	5,818	14.4	434,461	9.4			
3合以上	55			7.5	3,561	2.2	2,219	5.5	128,716	2.8			

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 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

糖尿病コングレイト
23

ログイン
 保険者番号: 00470252
 北谷町(国保)

分析条件
 00470252:北谷町
 対象年度: 令和04年
 中断期間: 6ヵ月
 2次医療圏

レセプト

被保険者	
11,010	割合
20代以下	3,346 30.39%
30代	1,242 12.19%
40代	1,521 13.81%
50代	1,397 12.69%
60代	1,840 16.71%
70~74歳	1,564 14.21%
再掲	6,322

糖尿病治療中

933	割合
10	1.07%
18	1.93%
61	6.54%
144	15.43%
326	34.94%
374	40.09%

特定健診未受診者 [I]

635	割合 [I/H]
70.17%	

特定健診対象者 [B]

6,322	割合
1,600	25.31%
201	12.56%

糖尿病治療中

164	割合 [G/E]
81.59%	

糖尿病治療なし

37	割合 [F/E]
18.41%	
31	割合 [F/E]
15.42%	

特定健診

1,600	割合 [C/B]
25.31%	
201	割合 [E/C]
12.56%	

治療中 (非糖尿病域) [G]

106	割合 [G/C]
6.62%	

治療中 (糖尿病域) [G]

164	割合 [G/E]
81.59%	

糖尿病型未治療 [F]

37	割合 [F/E]
18.41%	

内過去の治療歴なし [F]

31	割合 [F/E]
15.42%	

糖尿病治療中

933	割合
10	1.07%
18	1.93%
61	6.54%
144	15.43%
326	34.94%
374	40.09%

人工透析 (腹膜透析除く)

22	割合
0	0.00%
0	0.00%
3	13.64%
5	22.73%
9	40.91%
5	22.73%

腎不全

76	割合
0	0.00%
1	1.32%
4	5.26%
15	19.74%
31	40.79%
25	32.89%

糖尿病性腎症

158	割合
3	1.90%
3	1.90%
7	4.43%
23	14.56%
56	35.44%
66	41.77%

インスリン療法

88	割合
0	0.00%
2	2.27%
9	10.23%
16	18.18%
30	34.09%
31	35.23%

合併するリスク

812	割合
89.72%	
663	割合
73.26%	
199	割合
21.99%	
637	割合
70.39%	

治療中

297	割合
46.77%	
218	割合
34.33%	
73	割合
11.50%	
47	割合
7.40%	

特定健診受診歴

なし	割合
あり	割合

合併するリスク

82	割合
50.0%	
55	割合
33.54%	
58	割合
35.37%	
53	割合
32.32%	

特定健診

7	割合
3.48%	
22	割合
10.95%	
20	割合
9.95%	

特定健診

27	割合
13.43%	
6	割合
2.99%	
4	割合
1.99%	

特定健診

0	割合
0.00%	
2	割合
1.00%	
0	割合
0.00%	
42	割合
20.90%	

特定健診

0	割合
0.00%	
10	割合
4.98%	
0	割合
0.00%	

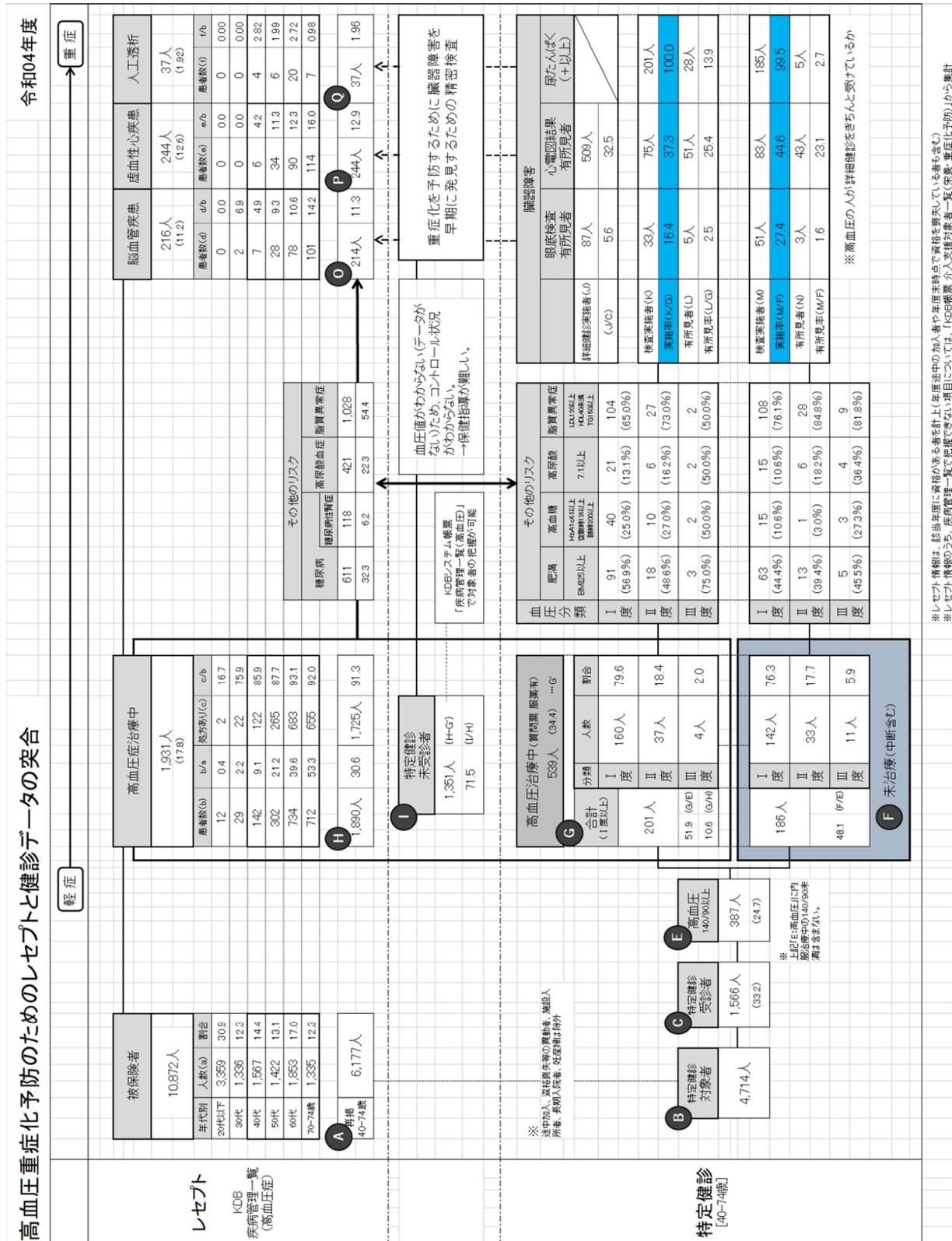
検査

膵臓腫瘍除く
 膵臓腫瘍含む
 膵臓腫瘍のみ

出典・参照: 保険者データヘルス支援システム

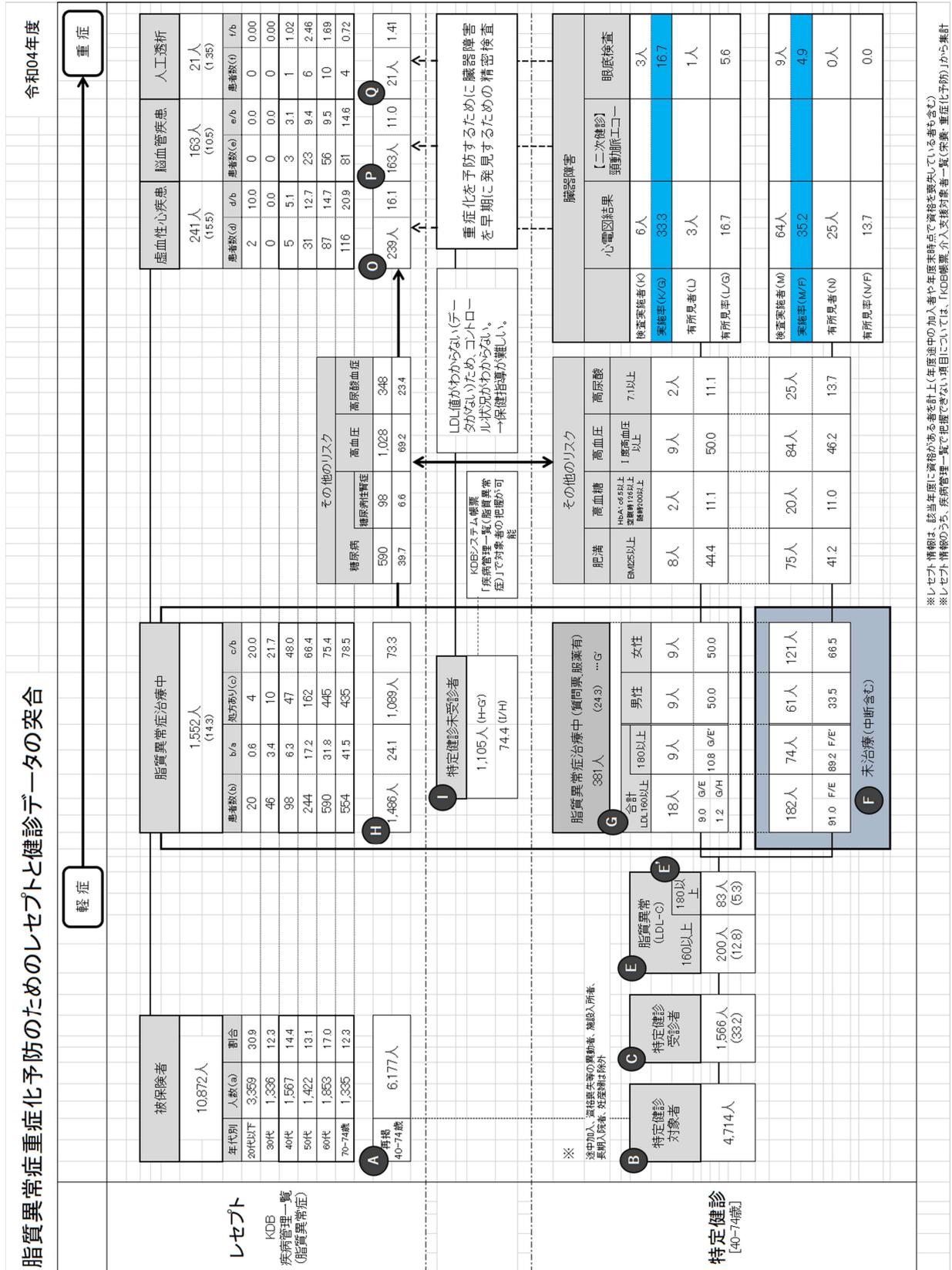
81

参考資料4 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典・参照: KDB システム改変

参考資料5 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

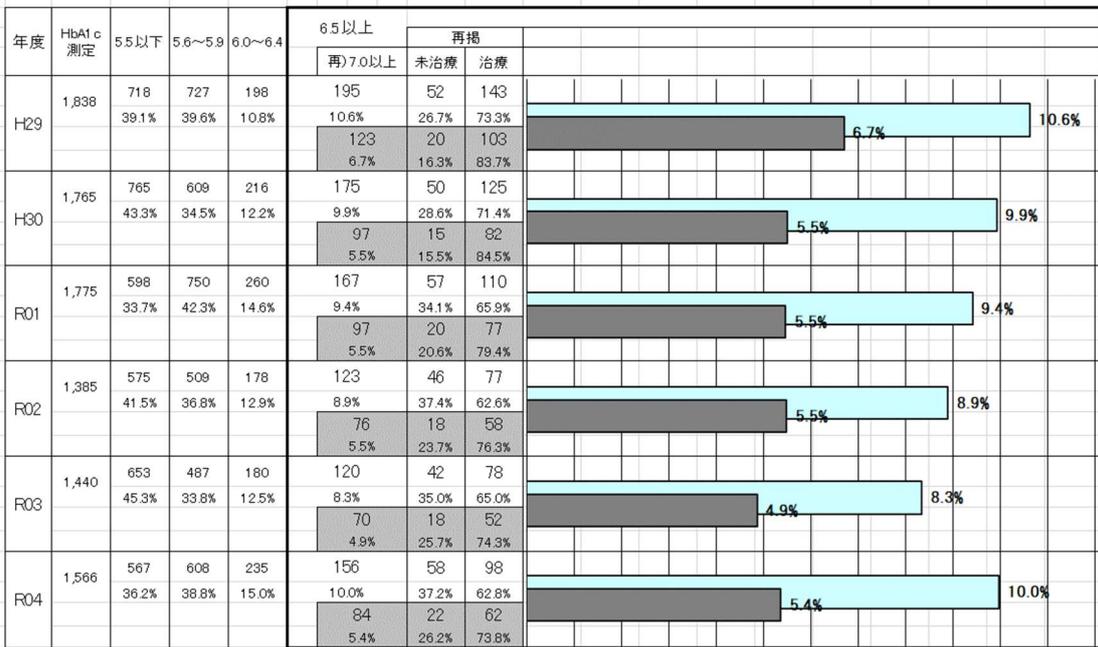


出典・参照: KDB システム改変

参考資料6 HbA1Cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H29	1,838	718	39.1%	727	39.6%	198	10.8%	72	3.9%	79	4.3%	44	2.4%	84	4.6%	26	1.4%
H30	1,765	765	43.3%	609	34.5%	216	12.2%	78	4.4%	64	3.6%	33	1.9%	64	3.6%	22	1.2%
R01	1,775	598	33.7%	750	42.3%	260	14.6%	70	3.9%	59	3.3%	38	2.1%	65	3.7%	28	1.6%
R02	1,385	575	41.5%	509	36.8%	178	12.9%	47	3.4%	50	3.6%	26	1.9%	46	3.3%	19	1.4%
R03	1,440	653	45.3%	487	33.8%	180	12.5%	50	3.5%	41	2.8%	29	2.0%	47	3.3%	21	1.5%
R04	1,566	567	36.2%	608	38.8%	235	15.0%	72	4.6%	61	3.9%	23	1.5%	51	3.3%	18	1.1%

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



治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H29	179	9.7%	3	1.7%	13	7.3%	20	11.2%	40	22.3%	68	38.0%	35	19.6%	69	38.5%	18	10.1%
	H30	161	9.1%	1	0.6%	10	6.2%	25	15.5%	43	26.7%	55	34.2%	27	16.8%	56	34.8%	16	9.9%
	R01	140	7.9%	1	0.7%	5	3.6%	24	17.1%	33	23.6%	49	35.0%	28	20.0%	53	37.9%	23	16.4%
	R02	98	7.1%	2	2.0%	6	6.1%	13	13.3%	19	19.4%	36	36.7%	22	22.4%	37	37.8%	17	17.3%
	R03	111	7.7%	4	3.6%	6	5.4%	23	20.7%	26	23.4%	34	30.6%	18	16.2%	35	31.5%	12	10.8%
R04	136	8.7%	5	3.7%	8	5.9%	25	18.4%	36	26.5%	44	32.4%	18	13.2%	44	32.4%	14	10.3%	
治療なし	H29	1,659	90.3%	715	43.1%	714	43.0%	178	10.7%	32	1.9%	11	0.7%	9	0.5%	15	0.9%	8	0.5%
	H30	1,604	90.9%	764	47.6%	599	37.3%	191	11.9%	35	2.2%	9	0.6%	6	0.4%	8	0.5%	6	0.4%
	R01	1,635	92.1%	597	36.5%	745	45.6%	236	14.4%	37	2.3%	10	0.6%	10	0.6%	12	0.7%	5	0.3%
	R02	1,287	92.9%	573	44.5%	503	39.1%	165	12.8%	28	2.2%	14	1.1%	4	0.3%	9	0.7%	2	0.2%
	R03	1,329	92.3%	649	48.8%	481	36.2%	157	11.8%	24	1.8%	7	0.5%	11	0.8%	12	0.9%	9	0.7%
R04	1,430	91.3%	562	39.3%	600	42.0%	210	14.7%	36	2.5%	17	1.2%	5	0.3%	7	0.5%	4	0.3%	

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

参考資料7 血圧の年次比較

	血圧測定者	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	1,856	630	33.9%	309	16.6%	491	26.5%	349	18.8%	69	3.7%	8	0.4%
H30	1,783	617	34.6%	271	15.2%	427	23.9%	372	20.9%	80	4.5%	16	0.9%
R01	1,798	631	35.1%	260	14.5%	434	24.1%	379	21.1%	82	4.6%	12	0.7%
R02	1,385	387	27.9%	217	15.7%	368	26.6%	314	22.7%	84	6.1%	15	1.1%
R03	1,440	501	34.8%	228	15.7%	361	25.1%	277	19.2%	61	4.2%	14	1.0%
R04	1,566	559	35.7%	221	14.1%	399	25.5%	302	19.3%	70	4.5%	15	1.0%

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

重症化しやすい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		再掲率	
					再Ⅲ度高血圧	未治療	治療	再掲			
								人数	割合		
H29	1,856	939 50.6%	491 26.5%	349 18.8%	77	46	31	4.1%	59.7%	40.3%	4.1%
					8	4	4	0.4%	50.0%	50.0%	
					96	53	43	5.4%	55.2%	44.8%	
H30	1,783	888 49.8%	427 23.9%	372 20.9%	16	11	5	0.9%	68.8%	31.3%	0.9%
					94	55	39	5.2%	58.5%	41.5%	
					99	55	44	7.1%	55.6%	44.4%	
R01	1,798	891 49.6%	434 24.1%	379 21.1%	12	6	6	0.7%	50.0%	50.0%	0.7%
					94	55	39	5.2%	58.5%	41.5%	
					99	55	44	7.1%	55.6%	44.4%	
R02	1,385	604 43.6%	368 26.6%	314 22.7%	15	11	4	1.1%	73.3%	26.7%	1.1%
					75	42	33	5.2%	56.0%	44.0%	
					75	42	33	5.2%	56.0%	44.0%	
R03	1,440	727 50.5%	361 25.1%	277 19.2%	14	10	4	1.0%	71.4%	28.6%	1.0%
					75	42	33	5.2%	56.0%	44.0%	
					75	42	33	5.2%	56.0%	44.0%	
R04	1,566	780 49.8%	399 25.5%	302 19.3%	85	44	41	5.4%	51.8%	48.2%	5.4%
					15	11	4	1.0%	73.3%	26.7%	
					85	44	41	5.4%	51.8%	48.2%	

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	642	34.8%	113	17.6%	105	16.4%	226	35.2%	167	26.0%	27	4.2%	4	0.6%
	H30	606	34.0%	99	16.3%	109	18.0%	191	31.5%	164	27.1%	38	6.3%	5	0.8%
	R01	562	31.3%	87	15.5%	76	13.5%	189	33.6%	171	30.4%	33	5.9%	6	1.1%
	R02	464	33.5%	53	11.4%	75	16.2%	148	31.9%	144	31.0%	40	8.6%	4	0.9%
	R03	487	33.8%	88	18.1%	93	19.1%	149	30.6%	124	25.5%	29	6.0%	4	0.8%
	R04	539	34.4%	89	16.5%	92	17.1%	157	29.1%	160	29.7%	37	6.9%	4	0.7%
治療なし	H29	1,214	65.4%	517	42.6%	204	16.8%	265	21.8%	182	15.0%	42	3.5%	4	0.3%
	H30	1,177	66.0%	518	44.0%	162	13.8%	236	20.1%	208	17.7%	42	3.6%	11	0.9%
	R01	1,236	68.7%	544	44.0%	184	14.9%	245	19.8%	208	16.8%	49	4.0%	6	0.5%
	R02	921	66.5%	334	36.3%	142	15.4%	220	23.9%	170	18.5%	44	4.8%	11	1.2%
	R03	953	66.2%	413	43.3%	133	14.0%	212	22.2%	153	16.1%	32	3.4%	10	1.0%
	R04	1,027	65.6%	470	45.8%	129	12.6%	242	23.6%	142	13.8%	33	3.2%	11	1.1%

出典・参照:特定健診等データ管理システム

参考資料8 LDL-Cの年次比較

	LDL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	B/A	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	1,856	843	45.4%	474	25.5%	314	16.9%	143	7.7%	82	4.4%
	H30	1,782	803	45.1%	464	26.0%	307	17.2%	130	7.3%	78	4.4%
	R01	1,796	765	42.6%	465	25.9%	318	17.7%	162	9.0%	86	4.8%
	R02	1,385	589	42.5%	347	25.1%	238	17.2%	132	9.5%	79	5.7%
	R03	1,440	605	42.0%	368	25.6%	234	16.3%	141	9.8%	92	6.4%
R04	1,566	719	45.9%	369	23.6%	278	17.8%	117	7.5%	83	5.3%	
男性	H29	819	407	49.7%	198	24.2%	133	16.2%	50	6.1%	31	3.8%
	H30	770	369	47.9%	199	25.8%	127	16.5%	53	6.9%	22	2.9%
	R01	782	352	45.0%	193	24.7%	136	17.4%	70	9.0%	31	4.0%
	R02	603	256	42.5%	158	26.2%	102	16.9%	60	10.0%	27	4.5%
	R03	640	290	45.3%	155	24.2%	96	15.0%	61	9.5%	38	5.9%
R04	668	322	48.2%	163	24.4%	113	16.9%	43	6.4%	27	4.0%	
女性	H29	1,037	436	42.0%	276	26.6%	181	17.5%	93	9.0%	51	4.9%
	H30	1,012	434	42.9%	265	26.2%	180	17.8%	77	7.6%	56	5.5%
	R01	1,014	413	40.7%	272	26.8%	182	17.9%	92	9.1%	55	5.4%
	R02	782	333	42.6%	189	24.2%	136	17.4%	72	9.2%	52	6.6%
	R03	800	315	39.4%	213	26.6%	138	17.3%	80	10.0%	54	6.8%
R04	898	397	44.2%	206	22.9%	165	18.4%	74	8.2%	56	6.2%	

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

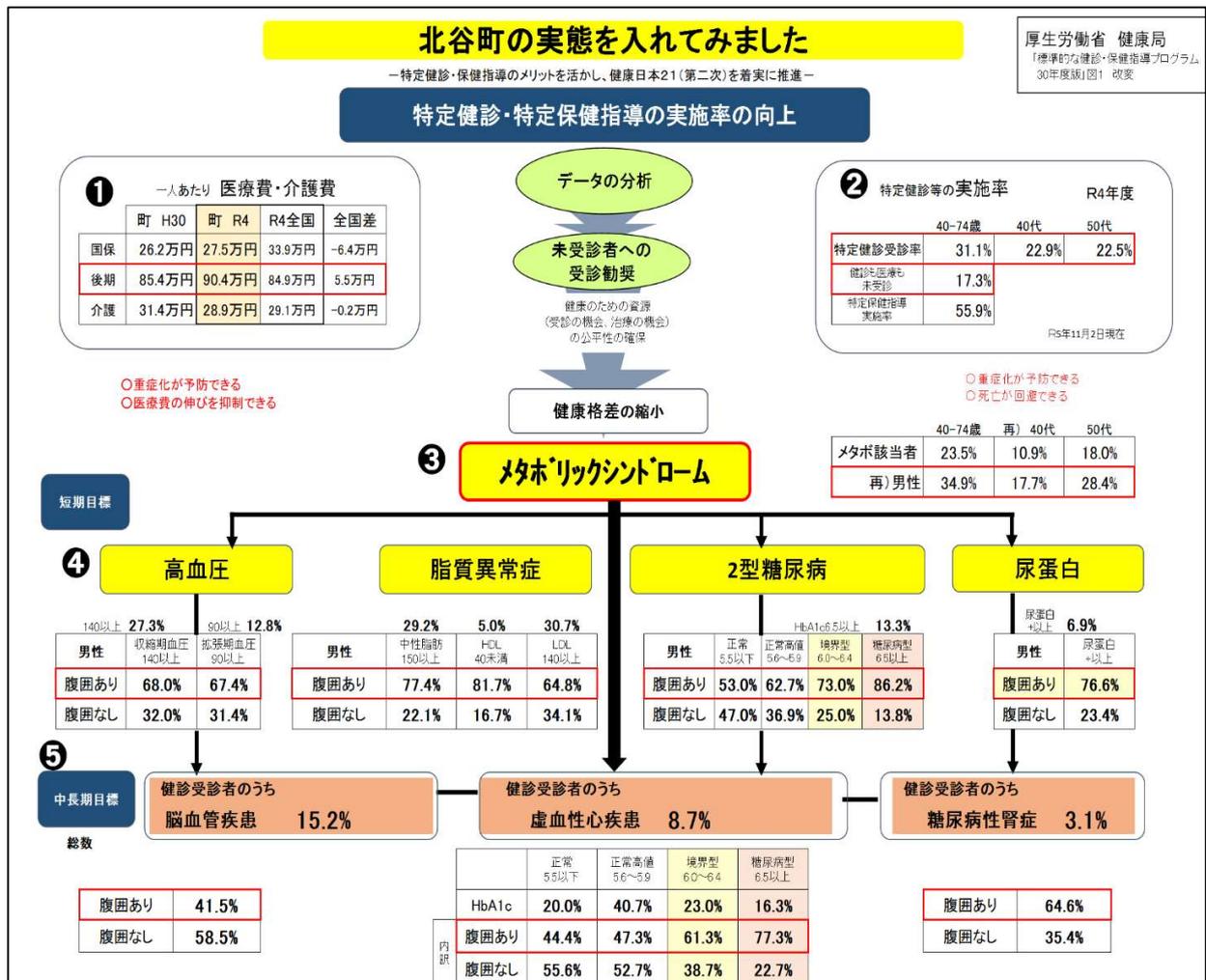
年度	健診受診者	120未満	120~139	140~159	160以上			再掲		再掲
					再180以上	未治療	治療	再掲	再掲	
H29	1,856	843	474	314	225	200	25	12.1%	88.9%	11.1%
					82	75	7	4.4%	91.5%	8.5%
H30	1,782	803	464	307	208	181	27	11.7%	87.0%	13.0%
					78	68	10	4.4%	87.2%	12.8%
R01	1,796	765	465	318	248	223	25	13.8%	89.9%	10.1%
					86	77	9	4.8%	89.5%	10.5%
R02	1,385	589	347	238	211	196	15	15.2%	92.9%	7.1%
					79	76	3	5.7%	96.2%	3.8%
R03	1,440	605	368	234	233	214	19	16.2%	91.8%	8.2%
					92	88	4	6.4%	95.7%	4.3%
R04	1,566	719	369	278	200	182	18	12.8%	91.0%	9.0%
					83	74	9	5.3%	89.2%	10.8%

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	B/A	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	431	23.2%	254	58.9%	109	25.3%	43	10.0%	18	4.2%	7	1.6%
	H30	413	23.2%	258	62.5%	95	23.0%	33	8.0%	17	4.1%	10	2.4%
	R01	407	22.7%	258	63.4%	80	19.7%	44	10.8%	16	3.9%	9	2.2%
	R02	319	23.0%	204	63.9%	70	21.9%	30	9.4%	12	3.8%	3	0.9%
	R03	324	22.5%	197	60.8%	76	23.5%	32	9.9%	15	4.6%	4	1.2%
R04	381	24.3%	252	66.1%	83	21.8%	28	7.3%	9	2.4%	9	2.4%	
治療なし	H29	1,425	76.8%	589	41.3%	365	25.6%	271	19.0%	125	8.8%	75	5.3%
	H30	1,369	76.8%	545	39.8%	369	27.0%	274	20.0%	113	8.3%	68	5.0%
	R01	1,389	77.3%	507	36.5%	385	27.7%	274	19.7%	146	10.5%	77	5.5%
	R02	1,066	77.0%	385	36.1%	277	26.0%	208	19.5%	120	11.3%	76	7.1%
	R03	1,116	77.5%	408	36.6%	292	26.2%	202	18.1%	126	11.3%	88	7.9%
R04	1,185	75.7%	467	39.4%	286	24.1%	250	21.1%	108	9.1%	74	6.2%	

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

参考資料 9 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
 保険者データヘルス支援システム