

嘉手納町国民健康保険
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



令和6年3月

嘉手納町

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期計画に係る考察及び第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)主な個別事業の評価と課題
 - (3)第2期データヘルス計画に係る考察
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4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. 生活習慣病重症化予防	
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	62
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	63
1. 計画の公表・周知	
2. 個人情報の取扱い	
参考資料	64

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。さらに、平成26年3月に示された「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。

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嘉手納町の課題等を踏まえ、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、介護保険事業計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。(図表1)

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

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

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

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

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

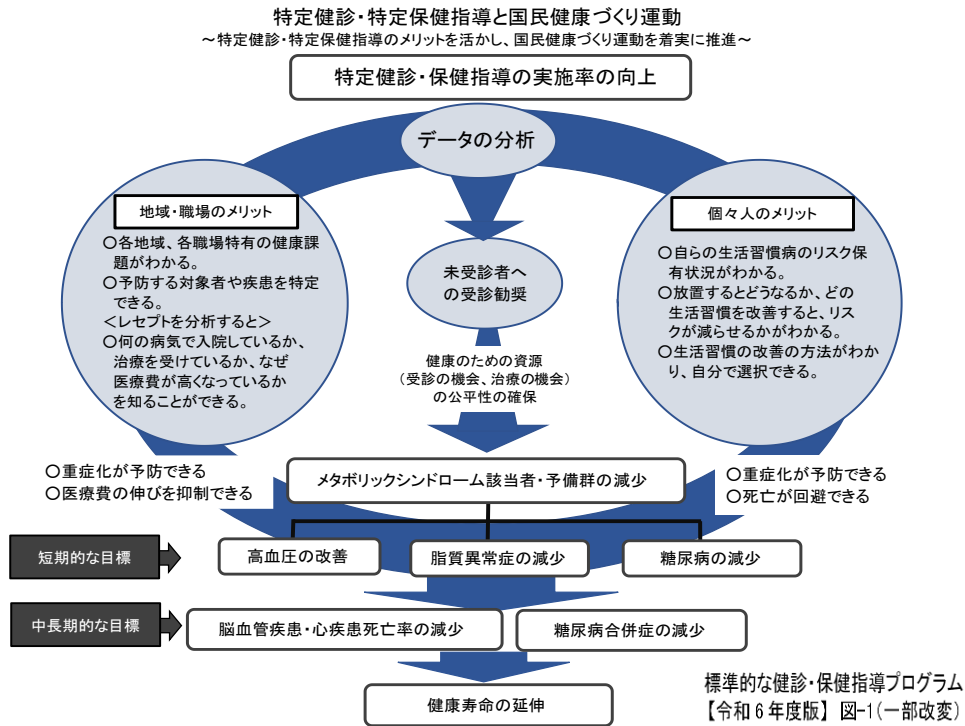
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

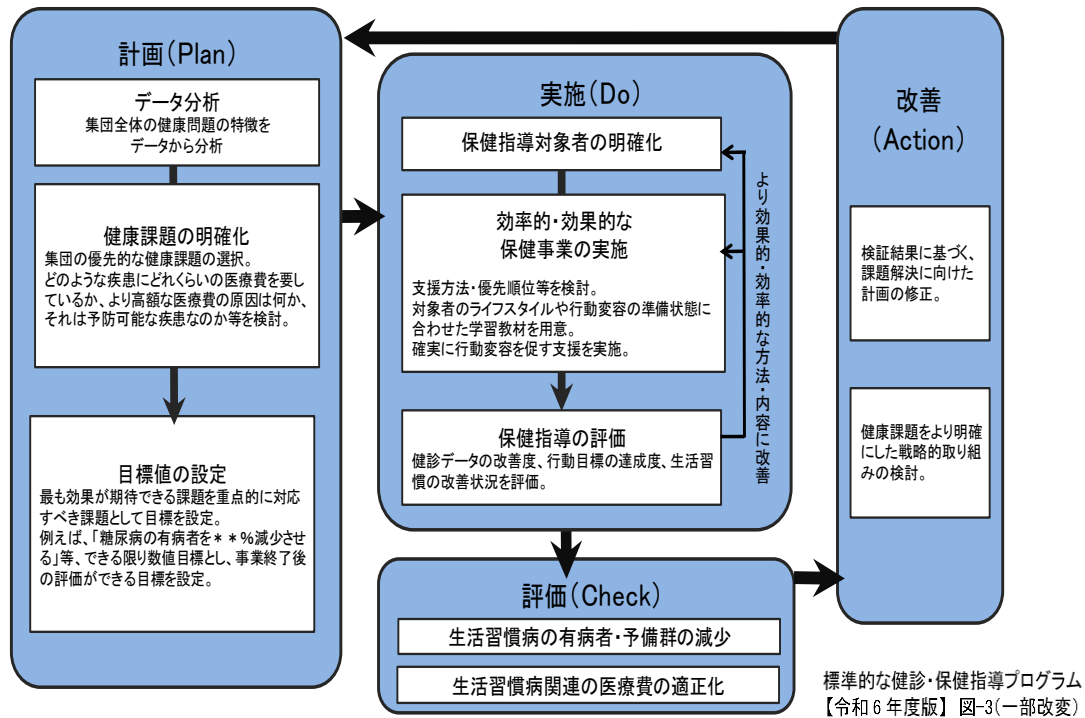
		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法					
健康増進計画		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画	
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条	
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針	
根拠・期間	法定 令和6~17年(12年) 2024年~2035年	指針 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~8年(3年) 2024~2026年	
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務	
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 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 世代の生活習慣の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮		すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患、 神経系疾患	
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患	
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養	
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 ことも、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 ・医療資源の効率的・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



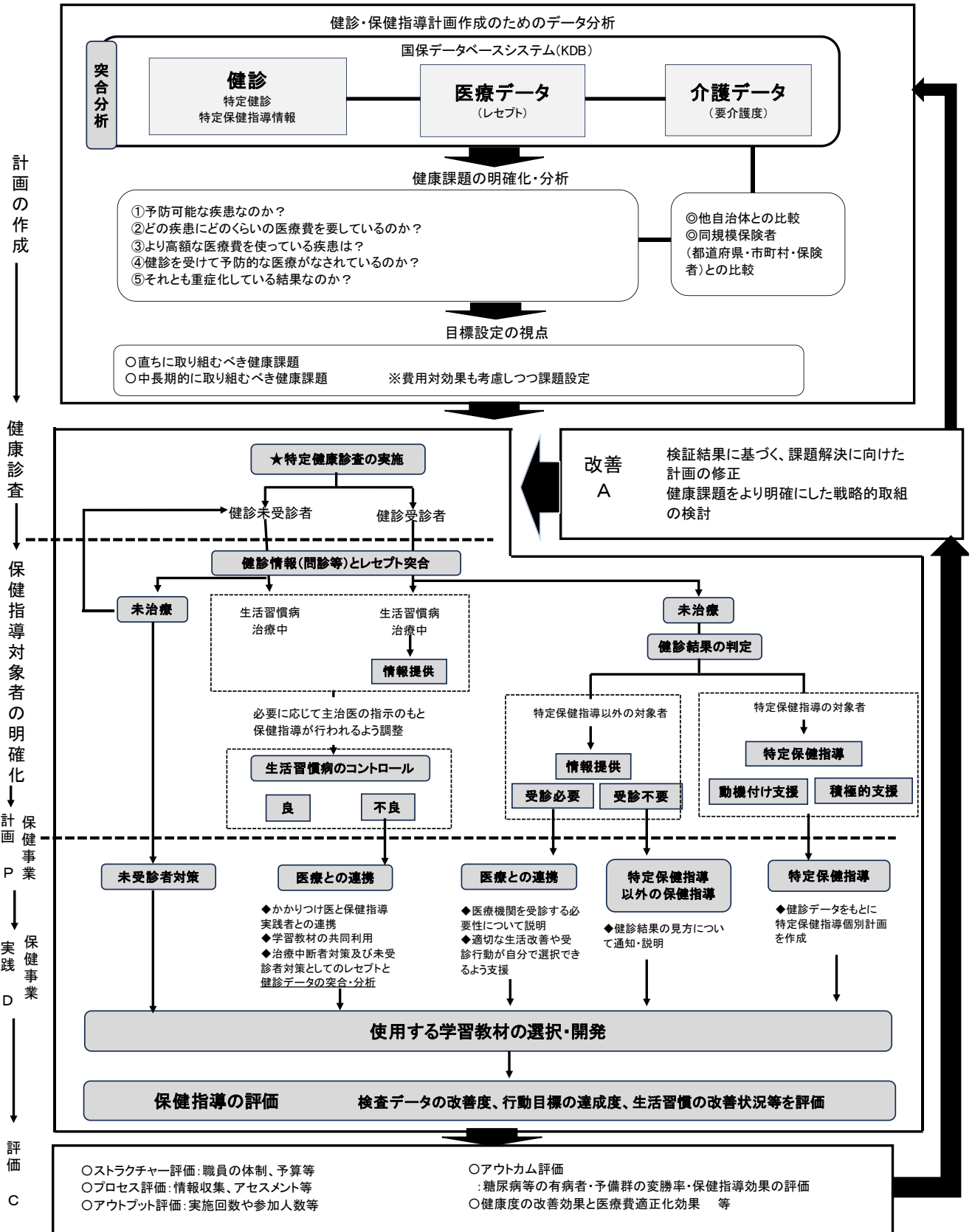
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCAサイクル



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

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



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

図表 5 標準的な健診・保健指導プログラム(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
	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 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) </div>		
	<div style="font-size: 2em; font-weight: bold;">➔</div>		
	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 行動変容を促す手法 </div>		
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 老人保健法 </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 高齢者の医療を確保する法律 </div>
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> かつての健診・保健指導 </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 現在の健診・保健指導 </div>
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導		内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につな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選択し、実施する。
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村		医療保険者

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

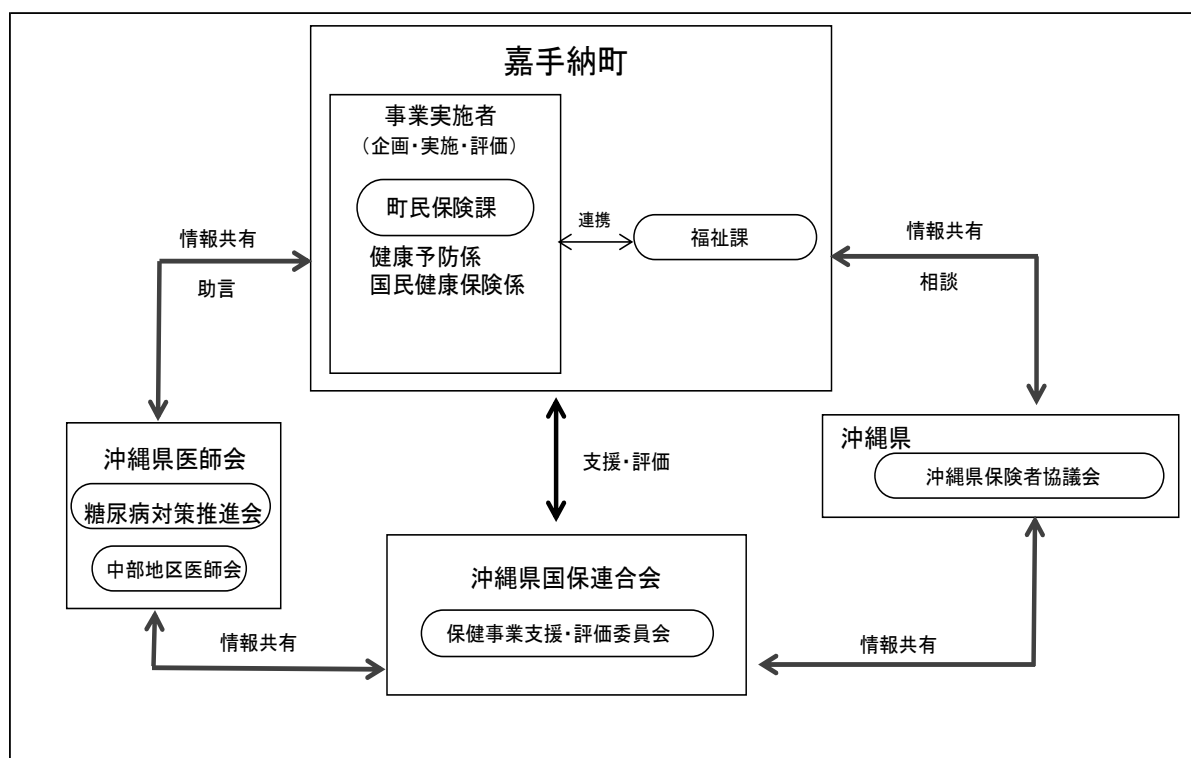
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部

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(町民保険課)、介護保険部局(福祉課)とも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 嘉手納町の実施体制図



図表 7 データヘルス計画に係る保健事業体制と主な保健事業の分担

保…保健師 管栄…管理栄養士 事…事務(注:支払い事務、受診券送付等) ◎…主担当 ○…副担当

	事 (係長)	管栄	管栄	保	保	保	保	看	事	事
国保事務										
健康診断 保健指導	○	◎	○	○	◎	○	○	○	◎	
がん検診					○	◎			◎	
予防接種	○				○	○				◎
こころの健康					○	◎				
歯科保健					○	○			◎	

(2) 関係機関との連携

データヘルス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(沖縄県国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。))及び国保連に設置される支援・評価委員会等)との連携・協力が重要となります。

国保連に設置された支援・評価委員会による幅広い専門的知見を活用し、提言された支援等を実施していきます。国保連からは保険者である市町村の共同連合体として、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や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDBの活用によってデータ分析や技術支援が行われており、また職員向け研修が行われていることから、参加し職員の力量形成に努めます。

また、平成 30 年度から沖縄県が嘉手納町国民健康保険(以下「嘉手納町国保」という。)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、沖縄県の関与が更に重要となります。このため、嘉手納町国保は、データヘルス計画素案について沖縄県関係課と意見交換を行い連携に努めます。

また、保険者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事も重要と考え取組を推進します。

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。このためには、沖縄県保険者協議会等を活用することが有効と考えます。

(3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、国保運営協議会の委員として被保険者の参画と意見を受け、計画策定にあたります。

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8)

令和 2 年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押しする保険者努力支援制度(事業費分・事業費連動分)が創設されています。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います。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		
		嘉手納町	配点	嘉手納町	配点	嘉手納町	配点	
交付額(万円)		763.6		799.1		912.5		
全国順位(1,741市町村中)		1128位		928位		576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	20	70	40	70	65	70
		(3)メタリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	20	40	40	40	37	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	70	120	90	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	15	90	15	45	20	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	40	50	40	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	130	130	130	130	100	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	60	100	100	100	100	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	20	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	10	30	0	40	0	40
	⑤	第三者求償の取組	35	40	45	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	45	95	17	100	41	100
合計点		510	1,000	557	960	603	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

嘉手納町は、人口約1万3,000人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で24.3%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は低く、被保険者の平均年齢も46.6歳と同規模と比べて若く、出生率も高い町となっています。産業においては、第3次産業が81.1%と同規模と比較しても高く、サービス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29.2%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向にあり、年齢構成については比較的若い世代が7割近くを占めていますが、65～74歳の前期高齢者が増えています。(図表10)

また町内には病院1か所、歯科も含めた診療所が5か所、病床数は220あり、同規模と比較しても多い状況にあります。外来患者数及び入院患者数は同規模と比較して低い傾向にあります。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した嘉手納町の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
嘉手納町	13,442	24.3	3,924 (29.2)	46.6	9.5	10.9	0.6	1.3	17.7	81.1
同規模	--	36.9	24.3	55.8	5.3	15.7	0.4	13.4	27.1	59.5
県	--	22.6	27	46.9	10.4	8.6	0.4	4.9	15.1	80.0
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、嘉手納町と同規模保険者(20自治体)の平均値を表す

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

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	4,331		4,183		4,178		4,045		3,924	
65～74歳	1,050	24.2	1,085	25.9	1,136	27.2	1,190	29.4	1,189	30.3
40～64歳	1,694	39.1	1,595	38.1	1,545	37.0	1,475	36.5	1,370	34.9
39歳以下	1,587	36.6	1,503	35.9	1,497	35.8	1,380	34.1	1,365	34.8
加入率	31.7		30.6		30.6		29.6		29.2	

出典・参照: KDBシステム改変 地域の全体像の把握

図表11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
											割合	割合
病院数	1	0.2	1	0.2	1	0.2	1	0.2	1	0.3	0.3	0.2
診療所数	5	1.2	5	1.2	5	1.2	5	1.2	5	1.3	2.7	2.3
病床数	220	50.8	220	52.6	220	52.7	220	54.4	220	56.1	40.8	47.9
医師数	12	2.8	12	2.9	13	3.1	13	3.2	9	2.3	5.0	10.0
外来患者数	499.4		512.2		472.0		491.9		521.6		708.1	541.1
入院患者数	19.5		17.8		18.0		13.4		16.5		22.2	19.0

出典・参照: KDBシステム改変 地域の全体像の把握

2. 第2期計画に係る評価及び考察

(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ました。具体的には、社会保障費(医療費・介護費)の伸びを抑制し、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)を減少させることとしました。

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

嘉手納町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40~64歳)被保険者で10人(認定率0.23%)で同規模・県・国と比較すると低いですが、1号(65歳以上)被保険者では675人(認定率20.6%)とH30年度と比べて減少しているものの、同規模・県・国と比較すると高い傾向にあります。また1号認定者数および新規認定者数は全体では減少しているのに対し、65歳から74歳の前期高齢者では認定者数・新規認定者数ともに増加しています(図表12)。

介護給付費は、総給付費、一人あたり給付費、1件あたり給付費はいずれも減少しています。(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、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

	嘉手納町				同規模 R04年度	県 R04年度	国 R04年度
	H30年度		R04年度				
高齢化率	3,055人	22.4%	3,273人	24.3%	36.9%	22.6%	28.7%
2号認定者	23人	0.52%	10人	0.23%	0.38%	0.45%	0.38%
新規認定者	3人		1人		--	--	--
1号認定者	698人	22.8%	675人	20.6%	18.6%	19.0%	19.4%
新規認定者	93人		77人		--	--	--
再掲	65~74歳		76人	5.9%	104人	6.9%	--
新規認定者	16人		18人		--	--	--
75歳以上	622人	35.2%	571人	32.5%	--	--	--
新規認定者	77人		59人		--	--	--

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

図表 13 介護給付費の変化

	嘉手納町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	11億3287万円	10億6640万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	370,824	325,817	303,361	324,737	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	74,364	70,665	72,528	69,211	59,662
居宅サービス	54,546	51,036	44,391	51,518	41,272
施設サービス	302,832	304,215	291,231	301,929	296,364

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

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		10		104		571		675		685		
(再)国保・後期		4		46		475		521		525		
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	3 75.0%	脳卒中	26 56.5%	脳卒中	201 42.3%	脳卒中	227 43.6%	脳卒中	230 43.8%
	循環器疾患	2	虚血性心疾患	1 25.0%	虚血性心疾患	13 28.3%	虚血性心疾患	153 32.2%	虚血性心疾患	166 31.9%	虚血性心疾患	167 31.8%
		3	腎不全	0 0.0%	腎不全	9 19.6%	腎不全	125 26.3%	腎不全	134 25.7%	腎不全	134 25.5%
		4	糖尿病合併症	1 25.0%	糖尿病合併症	6 13.0%	糖尿病合併症	85 17.9%	糖尿病合併症	91 17.5%	糖尿病合併症	92 17.5%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		4	100.0%	基礎疾患	44 95.7%	基礎疾患	443 93.3%	基礎疾患	487 93.5%	基礎疾患	491 93.5%
	血管疾患合計		4	100.0%	合計	44 95.7%	合計	457 96.2%	合計	501 96.2%	合計	505 96.2%
	認知症		0	0.0%	認知症	14 30.4%	認知症	186 39.2%	認知症	200 38.4%	認知症	200 38.1%
	筋・骨格疾患		4	100.0%	筋骨格系	42 91.3%	筋骨格系	461 97.1%	筋骨格系	503 96.5%	筋骨格系	507 96.6%

※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ますが前期高齢者の割合が高くなっており、総医療費はやや減少していますが、一人あたり医療費は H30 年度と比較するとおよそ 2 万円伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプト件数のわずか 3%程度ですが医療費全体の約 42.2%を占めており、1 件あたりの入院医療費も H30 年度と比較しても 9 万円も高くなっています。(図表 15)

また年齢調整をした地域差指数でも、全国平均の 1 を超えており、入院・外来ともに地域差指数が H30 年度よりも伸びています。(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

	嘉手納町		同規模	県	国	
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
被保険者数(人)	4,331人	3,924人	--	--	--	
前期高齢者割合	1,050人 (24.2%)	1,189人 (30.3%)	--	--	--	
総医療費	12億0410万円	11億7027万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	278,019 県内26位 同規模135位	298,233 県内29位 同規模147位	378,542	318,310	339,680	
入院	1件あたり費用額(円)	531,420	621,810	592,330	634,340	617,950
	費用の割合	44.9	42.2	43.0	46.4	39.6
	件数の割合	3.8	3.1	3.0	3.4	2.5
外来	1件あたり費用額	25,490	26,880	24,690	25,820	24,220
	費用の割合	55.1	57.8	57.0	53.6	60.4
	件数の割合	96.2	96.9	97.0	96.6	97.5
受診率	518.901	538.108	730.302	560.174	705.439	

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			
	嘉手納町 (県内市町村中)		県 (47県中)	嘉手納町 (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	1.016	1.063	1.070	1.034	0.983	1.092
		(25位)	(18位)	(14位)	(26位)	(31位)	(14位)
	入院	1.147	1.165	1.259	1.262	1.174	1.286
		(30位)	(24位)	(10位)	(28位)	(27位)	(5位)
	外来	0.950	1.024	0.965	0.816	0.802	0.910
		(10位)	(3位)	(40位)	(27位)	(26位)	(43位)

出典・参照：厚労省「地域差分析」

③肥満の状況

BMI25以上の割合は、男性では半数以上、女性でも3割を超えており、女性は年齢が進むにつれて肥満(BMI25以上)者の割合は増えています。しかし、肥満Ⅱ度および高度肥満者の割合は65～74歳よりも40～64歳以上の若い年代の方が高く、早い時期から高血圧や糖尿病のリスクが懸念されます。(図表17)

図表17 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数	367	492	149	214	102	169	39	39	7	6	1	0	
			40.6%	43.5%	27.8%	34.3%	10.6%	7.9%	1.9%	1.2%	0.3%	0.0%	
再掲	男性	184	233	92	118	65	93	21	20	5	5	1	0
	女性	183	259	57	96	37	76	18	19	2	1	0	0
			31.1%	37.1%	20.2%	29.3%	9.8%	7.3%	1.1%	0.4%	0.0%	0.0%	

出典・参照：特定健診等データ管理システム

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表18)は、男性で40代から受診者の2割を超えますが、60代では4割を超えます。メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表19)をみると、男女とも半数以上が治療を受けていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しています。

図表18 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	417	55	65	158	139	442	45	79	177	141	
メタボ該当者	B	174	13	18	75	68	68	1	8	29	30	
	B/A	41.7%	23.6%	27.7%	47.5%	48.9%	15.4%	2.2%	10.1%	16.4%	21.3%	
再掲	① 3項目全て	C	62	4	9	26	23	21	0	3	9	9
		C/B	35.6%	30.8%	50.0%	34.7%	33.8%	30.9%	0.0%	37.5%	31.0%	30.0%
	② 血糖+血圧	D	28	0	2	14	12	8	0	0	2	6
		D/B	16.1%	0.0%	11.1%	18.7%	17.6%	11.8%	0.0%	0.0%	6.9%	20.0%
	③ 血圧+脂質	E	80	9	6	33	32	34	1	4	17	12
	E/B	46.0%	69.2%	33.3%	44.0%	47.1%	50.0%	100.0%	50.0%	58.6%	40.0%	
④ 血糖+脂質	F	4	0	1	2	1	5	0	1	1	3	
	F/B	2.3%	0.0%	5.6%	2.7%	1.5%	7.4%	0.0%	12.5%	3.4%	10.0%	

出典・参照：KDBシステム改変 様式(5-3)

図表19 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				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	417	174	41.7%	139	79.9%	35	20.1%	442	68	15.4%	57	83.8%	11	16.2%		
40代	55	13	23.6%	6	46.2%	7	53.8%	45	1	2.2%	0	0.0%	1	100.0%		
50代	65	18	27.7%	13	72.2%	5	27.8%	79	8	10.1%	6	75.0%	2	25.0%		
60代	158	75	47.5%	58	77.3%	17	22.7%	177	29	16.4%	26	89.7%	3	10.3%		
70～74歳	139	68	48.9%	62	91.2%	6	8.8%	141	30	21.3%	25	83.3%	5	16.7%		

出典・参照：特定健診等データ管理システム

④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年度と比較すると約2%増加しており、虚血性心疾患の割合はH30年度より減少していますが脳血管疾患や慢性腎不全については増加しており、同規模よりも高くなっています。(図表20)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況をH30年度と比較してみると脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全ともに患者数及び割合が増加していました。(図表21)

40～64歳では人工透析の割合が増加し、65歳以上では脳血管疾患と虚血性心疾患の患者の割合が増加していました。全年齢で患者の割合が高い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病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20 中長期目標疾患の医療費の推移

			嘉手納町		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)			12億0410万円	11億7027万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1億5523万円	1億7067万円	--	--	--
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.40%	2.08%	2.07%	2.40%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.34%	1.43%	1.38%	1.61%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	9.00%	10.74%	4.23%	5.80%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.15%	0.34%	0.33%	0.27%	0.29%
そ 疾 の 患 他 の	悪性新生物		10.85%	12.74%	17.23%	12.57%	16.69%
	筋・骨疾患		7.26%	8.73%	8.66%	7.73%	8.68%
	精神疾患		13.33%	9.49%	8.13%	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21 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標疾患の治療状況							
				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	
0～74歳	A	4,331	3,924	a	314	318	132	140	26	29	
				a/A	7.3%	8.1%	3.0%	3.6%	0.6%	0.7%	
40歳以上	B	2,744	2,559	b	308	312	129	139	26	29	
	B/A	63.4%	65.2%	b/B	11.2%	12.2%	4.7%	5.4%	0.9%	1.1%	
再掲	40～64歳	D	1,694	1,370	d	125	85	53	33	12	13
		D/A	39.1%	34.9%	d/D	7.4%	6.2%	3.1%	2.4%	0.7%	0.9%
	65～74歳	C	1,050	1,189	c	183	227	76	106	14	16
		C/A	24.2%	30.3%	c/C	17.4%	19.1%	7.2%	8.9%	1.3%	1.3%

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

2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

①短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、各疾患の治療者の割合は増加していました。年齢ごとにみると、65歳以上の前期高齢者においては短期的な目標疾患はすべてにおいて治療者の割合が増加し、合併症としての虚血性心疾患の治療者の割合も増加していました。

本町は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受ける、治療開始してからもコントロールを良好に保つための自己管理が重症化予防に重要であると考えます。(図表 22～24)

図表 22 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	1,061	1,111	479	388	582	723
		A/被保数	38.7%	43.4%	28.3%	28.3%	55.4%	60.8%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	125	118	42	28	83	90
		B/A	11.8%	10.6%	8.8%	7.2%	14.3%	12.4%
	虚血性心疾患	C	96	107	38	25	58	82
		C/A	9.0%	9.6%	7.9%	6.4%	10.0%	11.3%
	人工透析	D	23	27	10	12	13	15
		D/A	2.2%	2.4%	2.1%	3.1%	2.2%	2.1%

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

図表 23 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	538	539	240	193	298	346
		A/被保数	19.6%	21.1%	14.2%	14.1%	28.4%	29.1%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	57	61	15	13	42	48
		B/A	10.6%	11.3%	6.3%	6.7%	14.1%	13.9%
	虚血性心疾患	C	70	63	26	10	44	53
		C/A	13.0%	11.7%	10.8%	5.2%	14.8%	15.3%
	人工透析	D	13	14	6	6	7	8
		D/A	2.4%	2.6%	2.5%	3.1%	2.3%	2.3%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	139	115	69	40	70	75
		E/A	25.8%	21.3%	28.8%	20.7%	23.5%	21.7%
	糖尿病性網膜症	F	88	95	45	34	43	61
		F/A	16.4%	17.6%	18.8%	17.6%	14.4%	17.6%
	糖尿病性神経障害	G	20	22	11	11	9	11
		G/A	3.7%	4.1%	4.6%	5.7%	3.0%	3.2%

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

図表 24 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	846	902	390	353	456	549
A/被保数			30.8%	35.2%	23.0%	25.8%	43.4%	46.2%
(中長期 合併症 目標疾患)	脳血管疾患	B	97	88	28	18	69	70
		B/A	11.5%	9.8%	7.2%	5.1%	15.1%	12.8%
	虚血性心疾患	C	91	92	38	22	53	70
		C/A	10.8%	10.2%	9.7%	6.2%	11.6%	12.8%
	人工透析	D	16	18	7	9	9	9
		D/A	1.9%	2.0%	1.8%	2.5%	2.0%	1.6%

出典・参照：KDBシステム改変_疾病管理一覧(脂質異常症)

介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧(収縮期血圧 160mmHg/拡張期血圧 100mmHg以上)・HbA1c7.0 以上を H30 年度と R03 年度で比較してみたところ、高血圧の有所見者の割合が増えています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で 34.1%、糖尿病で 8.2%おり、その割合は県と比較しても高くなっています。(図表 25)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は増加しており、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、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 25 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善 Ⅱ度高血圧の推移						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断			
	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E				
嘉手納町	1,020	41.0	898	37.1	97	9.5	53	54.6	91	10.1	50	54.9	31	34.1	2	2.2
沖縄県	96,845	41.3	80,454	34.6	5,660	5.8	3,211	56.7	5,264	6.5	2,871	54.5	1,746	33.2	304	5.8

	健診受診率				糖尿病											
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断			
	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K				
嘉手納町	1,014	99.4	894	99.6	89	8.8	22	24.7	73	8.2	16	21.9	6	8.2	3	4.1
沖縄県	95,731	98.8	80,349	99.9	5,422	5.7	1,356	25.0	4,847	6.0	1,120	23.1	357	7.4	190	3.9

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

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

出典・参照：KDBシステム改変、特定健診等データ管理システム

③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本町の特定健診結果において、H30年度とR04年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、3.3%も伸びており、その中でも2項目の危険因子が重なっている割合が約3%増加しています。(図表 26)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合を見るといずれも増加しており、翌年度健診結果の変化は、Ⅱ度以上高血圧では改善率は高くなっていますが、HbA1c6.5以上とLDL-C160以上の有所見者については改善率が低下しています。

一方で、翌年度健診を受診していない有所見者がいずれも3割以上存在し、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 27・28・29)

図表 26 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	1,020 (41.0%)	254 (24.9%)	93 (9.1%)	161 (15.8%)	131 (12.8%)
R04年度	859 (36.8%)	242 (28.2%)	83 (9.7%)	159 (18.5%)	110 (12.8%)

出典・参照:特定健診等
データ管理システム

図表 27 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	126 (12.4%)	20 (15.9%)	53 (42.1%)	12 (9.5%)	41 (32.5%)
R03→R04	117 (13.1%)	17 (14.5%)	48 (41.0%)	15 (12.8%)	37 (31.6%)

出典・参照:特定健診等
データ管理システム

図表 28 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	97 (9.5%)	40 (41.2%)	22 (22.7%)	4 (4.1%)	31 (32.0%)
R03→R04	91 (10.1%)	45 (49.5%)	11 (12.1%)	3 (3.3%)	32 (35.2%)

出典・参照:特定健診等
データ管理システム

図表 29 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	120 (11.8%)	44 (36.7%)	40 (33.3%)	8 (6.7%)	28 (23.3%)
R03→R04	138 (15.4%)	46 (33.3%)	28 (20.3%)	6 (4.3%)	58 (42.0%)

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

本町の特定健診受診率は、令和元年度には 42.8%まで増えましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、R2 年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。

(図表 30)

またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。(図表 31)

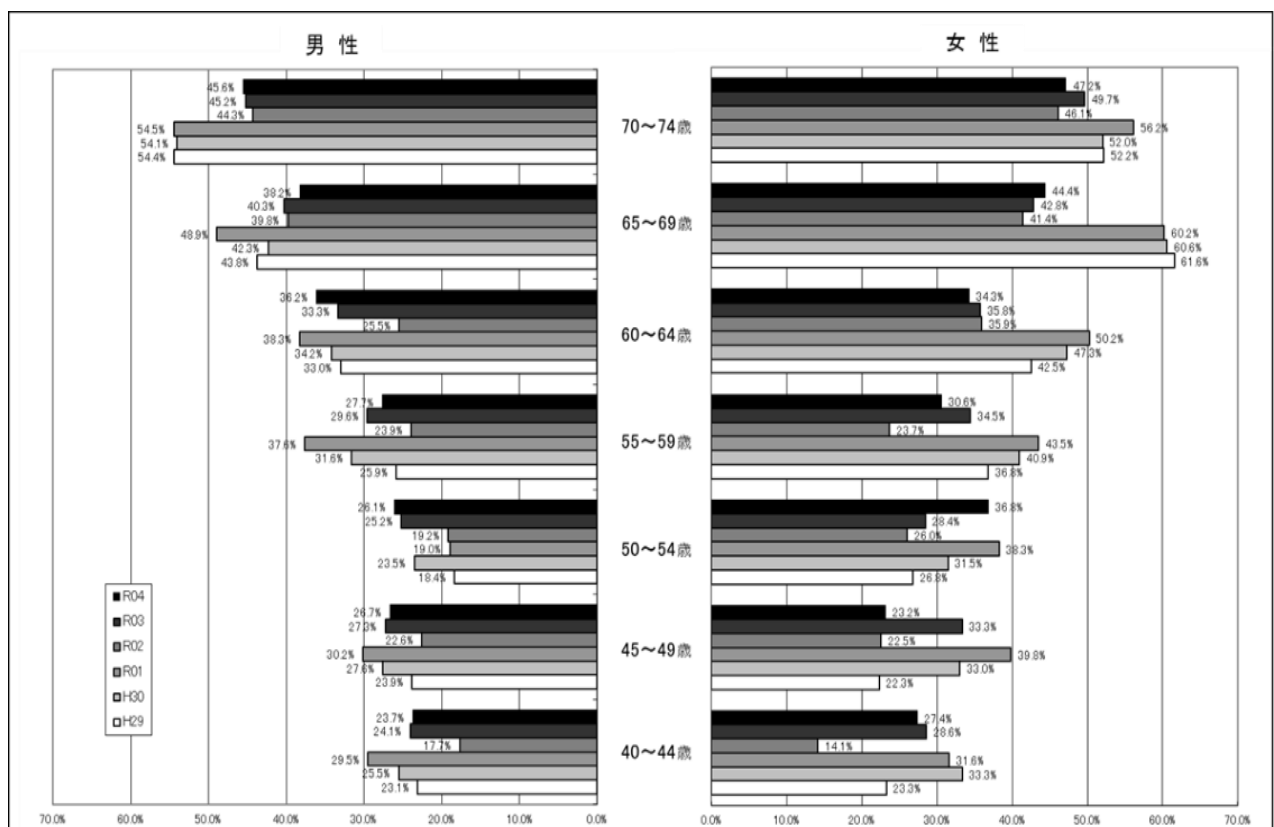
特定保健指導についても、R02 年度以降、大きく実施率が下がっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 30 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	973	1,041	765	857	824	健診受診率 60%
	受診率	39.1%	42.8%	31.7%	35.4%	35.3%	
特定保健指導	該当者数	146	165	123	129	117	特定保健指導実施率 60%
	割合	15.0%	15.9%	16.1%	15.1%	14.2%	
	実施者数	74	64	54	49	28	
	実施率	50.7%	38.8%	43.9%	38.0%	23.9%	

出典・参照：特定健診法定報告データ

図表 31 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・要医療者支援事業

嘉手納町糖尿病性腎症重症化予防プログラムにもとづいて対象者選定を行い、糖尿病型であるが未受診である者、治療中であっても腎機能の低下がみられる者、血糖・血圧・脂質等のコントロールが不良である者に対し、保健指導を行っています。プログラムに基づく有所見者は、人数・率ともに年々増加しており、そのうちおよそ8割に対して保健指導を実施しています。(図表 32)

図表 32 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)	1,047	1,105	795	919	911
血糖値有所見者 * 1	人(b)	70	69	62	78	115
	(b/a)	6.7%	6.2%	7.8%	8.5%	12.6%
保健指導実施者 * 2	人(c)	61	55	54	62	91
	(c/b)	87.1%	79.7%	87.1%	79.5%	79.1%

* 1 糖尿病未治療、または治療中であっても腎機能(尿蛋白またはe-GFR)や血糖・血圧・脂質等のコントロール不良の方

* 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

特定健診を受診したもののうち、糖尿病型または高血圧Ⅱ度以上、脂質(LDL-cho、中性脂肪)、腎機能項目に異常があるが未治療の者に対して、医療機関受診勧奨を行っています。対象のおよそ8割に保健指導および受診勧奨を行っています。医療機関を受診した者は全体の4割であり、半数以上は医療機関受診につながっていませんでした。(図表 33)

受診勧奨を行った者とそうでない者を比較すると、受診勧奨した者は医療につながる割合がおよそ3倍高かったことから、今後も要医療者への受診勧奨を継続するとともに、治療を中断することがないようにレセプト情報の確認や適切な受療行動・生活習慣の改善が継続できるよう重症化予防支援を引き続き行っていきます。

図表 33 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4	
要医療者支援事業対象者 * 1	人(a)	134	123	43	54	40	
	うち精密検査を受けた者	人(e)	79	59	22	16	17
	(e/d)	59.0%	48.0%	51.2%	29.6%	42.5%	
(再掲)精密検査受診勧奨実施者	人(b)	123	111	36	43	33	
	(b/a)	91.8%	90.2%	83.7%	79.6%	82.5%	
	うち精密検査を受けた者	人(c)	76	58	21	15	16
	(c/b)	61.8%	52.3%	58.3%	34.9%	48.5%	
(再掲)精密検査受診勧奨未実施者	人(d)	11	12	7	11	7	
	(d/a)	8.2%	9.8%	16.3%	20.4%	17.5%	
	うち精密検査を受けた者	人(e)	2	1	1	1	1
	(e/d)	18.2%	8.3%	14.3%	9.1%	14.3%	

* 3 令和2年に対象となる有所見項目の見直しを行い、血圧、脂質、腎機能に関する要精密検査者を対象に実施。

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た心電図検査の実施率は医師の指示により全体のおよそ16%で推移しています。

有所見者のうち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が、ST 所見有所見者は、要精査・要医療と判定を受けた者のうち、医療機関を受診したものは半数以下にとどまっており、受診勧奨や治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を行う必要があります。(図表 34・図表 35・図表 36)

図表 34 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

	H30			R1			R2			R3			R4		
	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
健診受診者(人) a	1,047	473	574	1,105	506	599	795	382	413	919	444	475	911	444	467
心電図受診者(人) b	161	93	68	179	87	92	148	85	63	148	83	65	153	75	78
心電図実施率 b/a	15.4%	19.7%	11.8%	16.2%	17.2%	15.4%	18.6%	22.3%	15.3%	16.1%	18.7%	13.7%	16.8%	16.9%	16.7%
要医療者(人) c	0	0	0	4	3	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0
要精査者(人) d	14	11	3	11	7	4	8	5	3	11	10	1	11	7	4
有所見率 (c+d)/b	8.7%	11.8%	4.4%	8.4%	11.5%	5.4%	6.1%	5.9%	6.3%	7.4%	12.0%	1.5%	7.8%	10.7%	5.1%
心房細動(人) e	1	1	0	2	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0
心房細動有所見率 e/b	0.6%	1.1%	0.0%	1.1%	0.0%	0.0%	2.0%	3.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
うち、心房細動未治療(人)	1	1	0	2	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0

図表 35 心電図受診者のうち、ST 所見の状況

	H30		R1		R2		R3		R4	
心電図実施者	161		179		148		148		153	
ST異常所見	12	7.5%	9	5.0%	6	4.1%	5	3.4%	12	7.8%
要医療・要精査	6	50.0%	3	33.3%	1	16.7%	2	40.0%	7	58.3%
医療機関受診あり	5	83.3%	2	66.7%	0	0.0%	1	50.0%	3	42.9%
医療機関受診なし	1	16.7%	1	33.3%	1	100.0%	1	50.0%	4	57.1%
それ以外の判定	6	50.0%	6	66.7%	5	83.3%	3	60.0%	5	41.7%

図表 36 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

	H30		R1		R2		R3		R4	
心房細動有所見者	1		2		3		0		0	
心房細動未治療者	1	100.0%	2	100.0%	3	100.0%	0		0	
検査後、異常なしと診断 (等、治療開始に至らず)	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0		0	
治療開始	1	100.0%	2	100.0%	3	100.0%	0		0	

③脳血管疾患重症化予防対策

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子、そして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。しかし、当町での高血圧Ⅱ度以上の者の割合はおおよそ10%で、その約3割が未治療者となっています。(図表37)

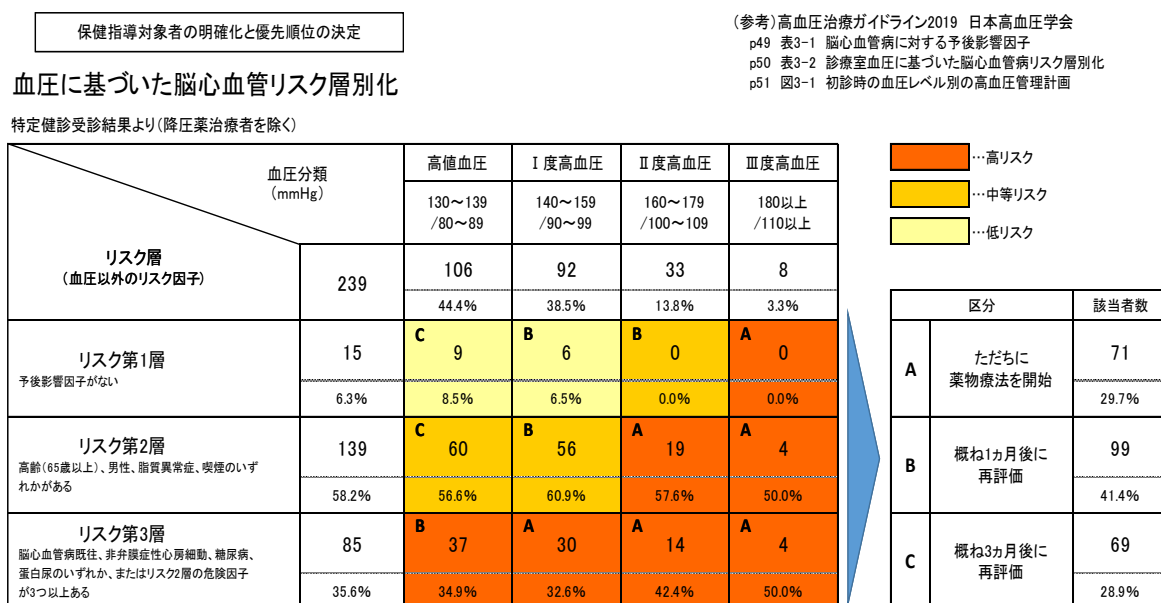
そのため、未治療者を最優先に、治療の必要性を理解し適切な受診につながるよう支援に取り組んでいます。また、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の方のうち高血圧の治療をしている割合は69.8%あり、治療中であっても血圧や脂質、腎機能がコントロール不良の方に対して重症化予防支援として、優先的に個別指導を行っています。家庭血圧の測定と血圧手帳の活用を促し、服薬状況の確認に加え、医療機関と連携した保健指導を行っています。(図表38)

図表37 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	1,047	1,105	795	919	911	
	人(b)	101	115	61	93	86	
血圧Ⅱ度以上の者	(b/a)	9.6%	10.4%	7.7%	10.1%	9.4%	
	治療あり	人(c)	70	81	42	61	60
	(c/b)	69.3%	70.4%	68.9%	65.6%	69.8%	
治療なし	人(d)	31	34	19	32	26	
	(d/b)	30.7%	29.6%	31.1%	34.4%	30.2%	
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	20	24	15	17	14
		(f/a)	1.9%	2.2%	1.9%	1.8%	1.5%
	治療あり	人	16	18	10	12	11
	治療なし	人	4	6	5	5	3

図表38 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度



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

2)ポピュレーションアプローチ

標準的な健診・保健指導(令和6年度版)によると、「保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、個人の生活習慣を改善するための支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業等の社会的要因や経済的要因に規程されることも大きい。」とされています。

嘉手納町においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの住民が、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、肥満の改善を目的として集団健診後の結果説明会会場で、食品に含まれる脂や砂糖の量の展示を実施してきました。

3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 39 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5	
			(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ年度)
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	1.4%	2.8%	2.1%	KDBシステム
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	2.4%	1.6%	1.4%	
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	9.1%	10.6%	10.7%	
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	4.0%	11.1%	4.3%	
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	-	25.0%	0.0%	
	短期目標 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	37.7%	39.0%	40.8%	嘉手納町健康増進課
		健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	9.6%	9.4%	9.4%	
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	11.8%	14.0%	12.6%	
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	12.4%	12.2%	14.7%	
		健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	3.3%	2.40%	3.00%	
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	71.4%	25.0%	57.1%	
		糖尿病保健指導を実施した割合	87.1%	87.1%	79.1%	
	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	39.1	31.7	35.3	法定報告値
		特定保健指導実施率60%以上	50.7	43.9	23.9	
		特定保健指導対象者の割合の減少	15.0	16.1	14.2	
努力支援制度 その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診率の増加	14.8	11.2	10.9	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)
		肺がん検診受診率の増加	15.5	9.3	12.0	
		大腸がん検診受診率の増加	11.8	7.1	9.1	
		子宮がん検診受診率の増加	24.1	16.5	16.9	
		乳がん検診受診率の増加	21.7	14.9	14.5	
	5つのがん検診の平均受診率の増加	17.6	11.8	12.7		
	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	85.2%	86.0%	88.9%	厚生労働省

(3) 第 2 期データヘルス計画に係る考察

本町の医療費は、総医療費は H30 年度と比較してやや減少していますが、一人あたり医療費は増加しています。外来の件数の割合が H30 年度と比較して増えていることから、重症化する前に治療につながっている人が増えていると考えられますが、入院件数の割合が減っているにもかかわらず1件あたりの入院医療費が増加していることから、重症化して入院にいたるケースが多いことが考えられます。また、中長期目標である脳血管疾患や慢性腎不全の医療費に占める割合が増加していることから、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策に取り組む必要があります。

健診受診者の経年変化の評価では、翌年度の健診受診が確認できず、経過を把握できない対象者が約 30%いることがわかり、糖尿病有所見者の名簿を糖尿病管理台帳として位置づけ、支援対象者が継続して受診し適切な治療につながっているか、経過を把握し必要な指導につなげられるよう活用する必要があります。

糖尿病性腎症重症化予防に関する取り組みでは、血糖値有所見者に対する保健指導はおよそ8割の対象に実施することができましたが、年々対象者は増えており、保健指導の重要性は高く、今後も継続・強化していく必要があります。要医療者支援事業では、未治療である者のうち半数以上が治療につながっていない状況であり、未受診者に継続して受診勧奨・保健指導を実施するよう体制を強化し、医療につながったあとも治療中断しないよう継続した支援を行う必要があります。

虚血性心疾患重症化予防については、第 2 期計画において対象者の管理を糖尿病管理台帳により行うとしましたが、管理台帳の活用には至らなかったことから、要指導者名簿の内容を充実させ、虚血性心疾患の予防を意識した保健指導を実施する事が必要だと考えます。また、心電図検査については全数対象ではありませんが、その中でも要治療または要医療結果であったものが確実に医療につながり適切な治療が継続されるよう管理・支援する必要があると考えます。

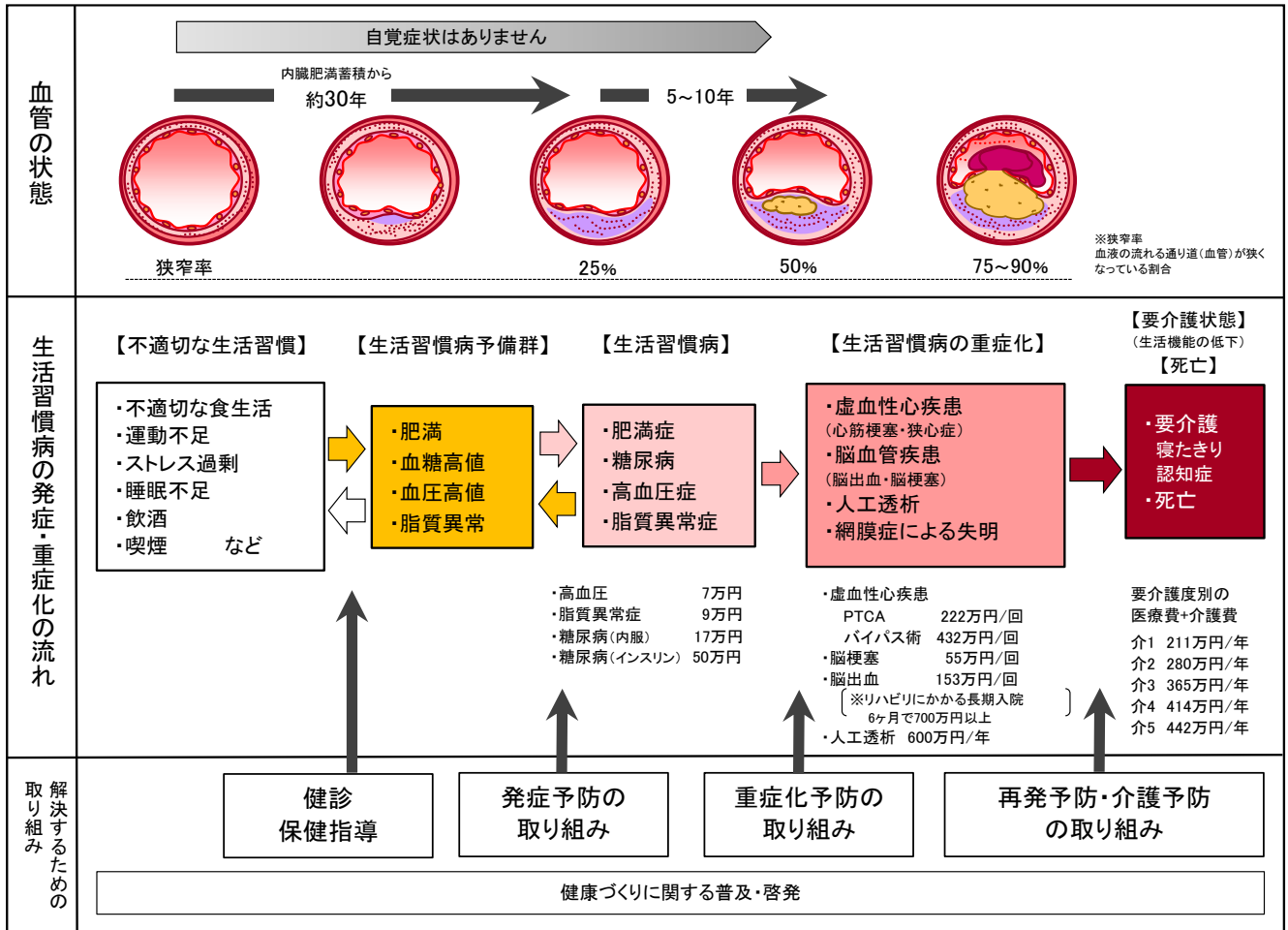
脳血管疾患の重症化予防については、医療費に占める割合や治療者数も増加していることから、重要な危険因子である高血圧の管理が重要であると考えます。健診結果をもとにⅡ度以上高血圧の未治療者を適切に受診につなげ、また治療を受けている方が適切に血圧コントロールできるよう、血圧管理手帳も活用しながら医療との連携・重症化予防に取り組む必要があります。虚血性心疾患、脳血管疾患、その他生活習慣病重症化予防を管理・支援する台帳を作成し、経年的な継続支援体制を検討して取り組む必要があります。

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、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となります。(図表 40)

図表 40 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



出典・参照: 標準的な健診・保健指導プログラム

【令和6年度版】別紙1(改変版)

(2) 健康課題の明確化

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

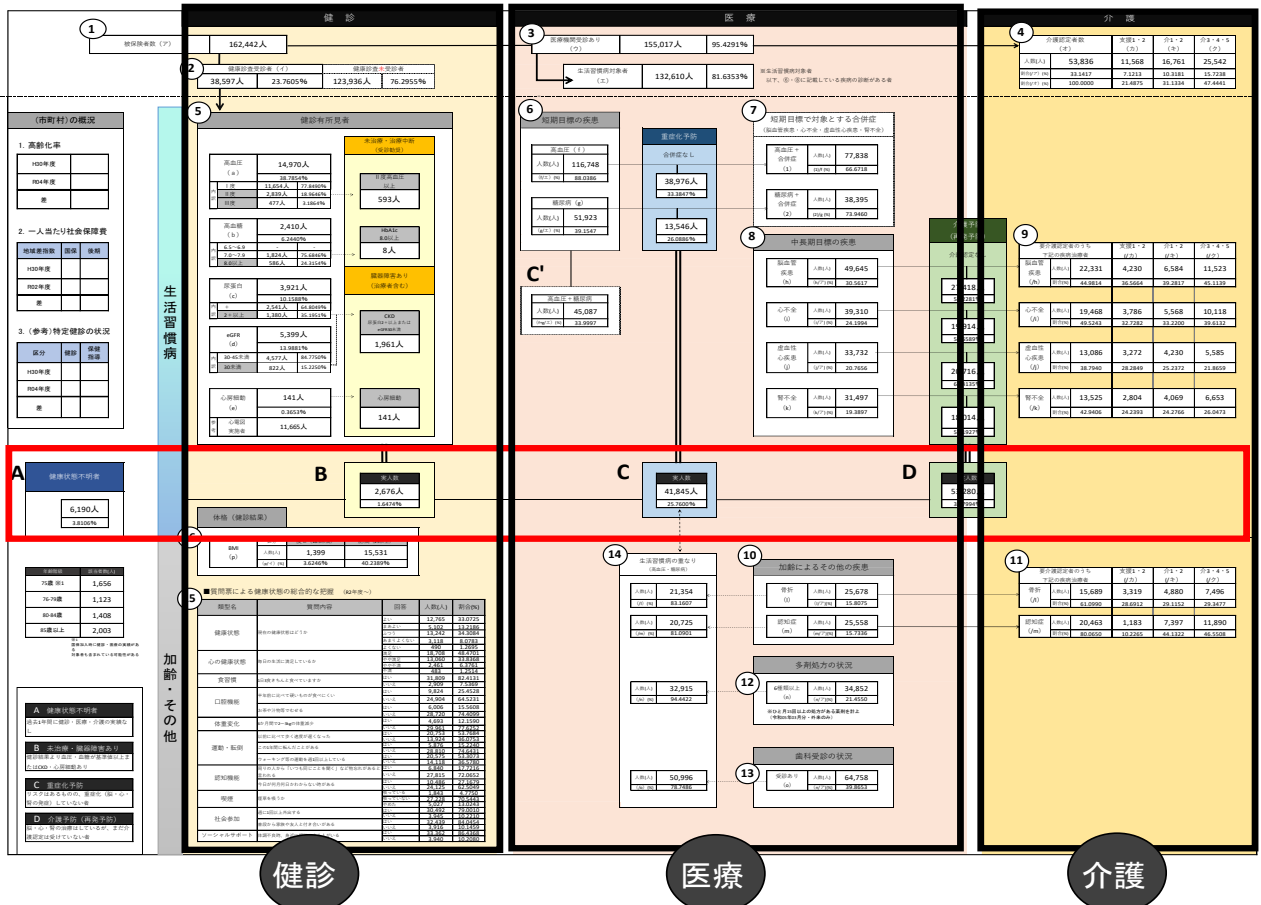
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の前期高齢者の割合が増加する傾向にあり(図表 10)、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、(図表 41)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う必要があると考えます。

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

図表 41 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 42 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	4,331人	4,183人	4,178人	4,045人	3,924人	1,572人	
総件数及び 総費用額	件数	27,028件	26,885件	24,736件	24,920件	25,961件	20,102件
	費用額	12億0410万円	12億4053万円	12億6709万円	11億0277万円	11億7027万円	13億7451万円
一人あたり医療費	27.8万円	29.7万円	30.3万円	27.3万円	29.8万円	87.4万円	

出典・参照: KDB システム改変

図表 43 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	嘉手納町	11億7027万円	24,257	10.74%	0.34%	2.08%	1.43%	3.95%	2.09%	1.48%	2億5867万円	22.10%	12.74%	9.49%	8.73%
	同規模	--	30,653	4.23%	0.33%	2.07%	1.38%	6.02%	3.54%	2.04%	--	19.60%	17.23%	8.13%	8.66%
	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	嘉手納町	13億7451万円	72,648	5.61%	0.19%	5.07%	1.75%	3.61%	2.00%	1.07%	2億6519万円	19.29%	7.22%	3.90%	17.01%
	同規模	--	66,508	4.21%	0.52%	3.96%	1.49%	4.19%	3.35%	1.24%	--	18.96%	10.49%	3.78%	11.96%
	県	--	79,275	4.65%	0.38%	4.30%	1.76%	3.09%	2.26%	1.14%	--	17.58%	8.35%	4.54%	13.72%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

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

図表 44 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	114人	117人	130人	106人	125人	190人
	件数	B	187件	226件	280件	197件	220件	343件
		B/総件数	0.69%	0.84%	1.13%	0.79%	0.85%	1.71%
	費用額	C	2億4449万円	3億0643万円	3億5977万円	2億4628万円	2億9583万円	4億3198万円
C/総費用		20.3%	24.7%	28.4%	22.3%	25.3%	31.4%	

出典・参照：KDBシステム改変

図表 45 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	6人	5人	8人	6人	9人	16人							
		D/A	5.3%	4.3%	6.2%	5.7%	7.2%	8.4%							
	件数	E	7件	12件	17件	11件	10件	30件							
		E/B	3.7%	5.3%	6.1%	5.6%	4.5%	8.7%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%				
		40代	0	0.0%	0	0.0%	2	11.8%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%		
		50代	0	0.0%	0	0.0%	1	5.9%	0	0.0%	1	10.0%	75-80歳	8	26.7%
		60代	3	42.9%	6	50.0%	2	11.8%	4	36.4%	6	60.0%	80代	11	36.7%
		70-74歳	4	57.1%	6	50.0%	11	64.7%	7	63.6%	3	30.0%	90歳以上	11	36.7%
	費用額	F	792万円	1434万円	2771万円	1138万円	1061万円	3192万円							
F/C		3.2%	4.7%	7.7%	4.6%	3.6%	7.4%								

出典・参照：KDBシステム改変

図表 46 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

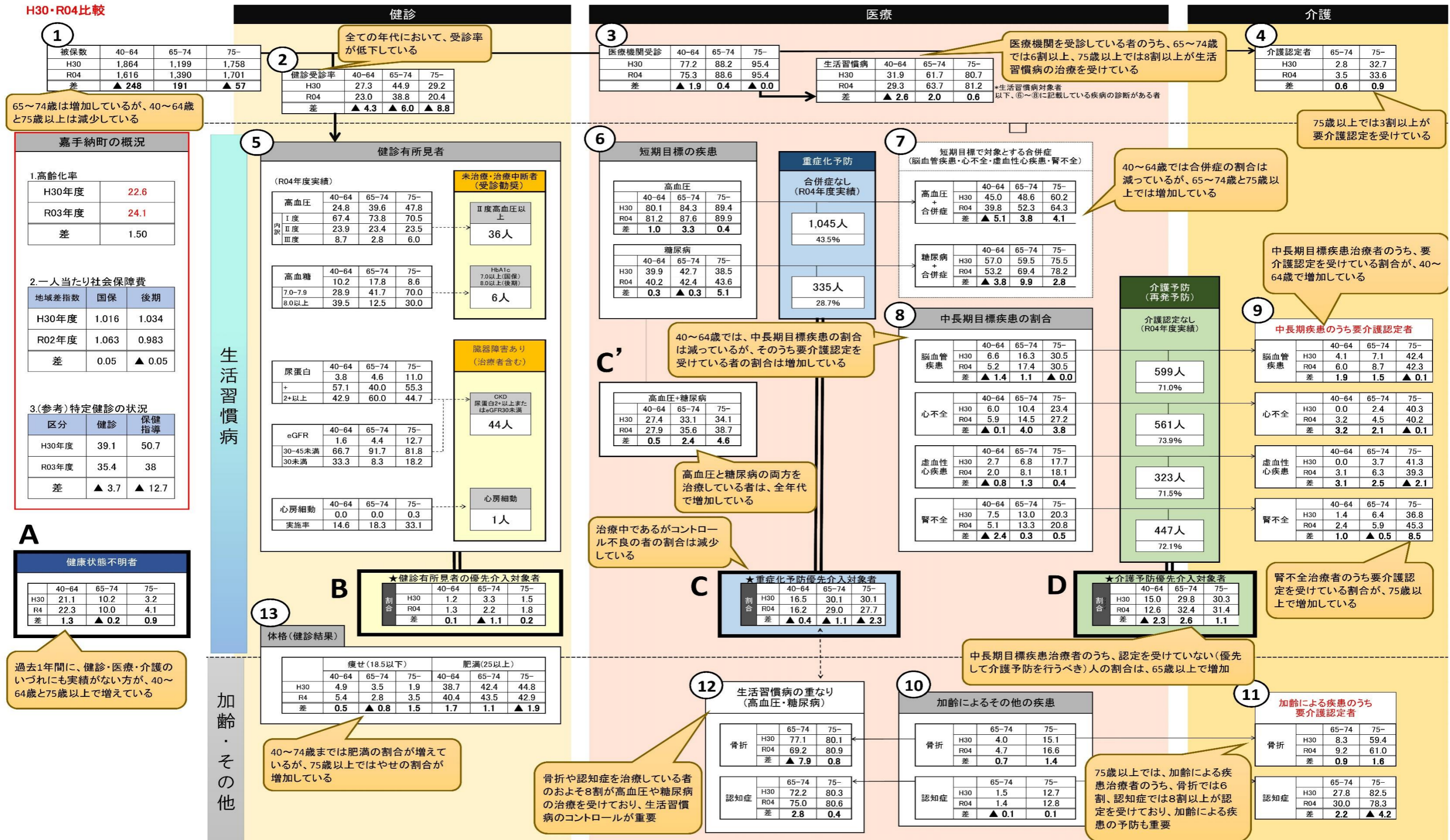
対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期:R04年度			
虚血性心疾患	人数	G	9人		10人		8人		5人		4人		8人		
		G/A	7.9%		8.5%		6.2%		4.7%		3.2%		4.2%		
	件数	H	12件		14件		10件		5件		5件		8件		
		H/B	6.4%		6.2%		3.6%		2.5%		2.3%		2.3%		
		年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0
		40代	0	0.0%	2	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	2	16.7%	2	14.3%	1	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	5	62.5%
		60代	5	41.7%	7	50.0%	6	60.0%	2	40.0%	4	80.0%	80代	3	37.5%
		70-74歳	5	41.7%	3	21.4%	3	30.0%	3	60.0%	1	20.0%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I	1853万円		1941万円		1205万円		733万円		1290万円		1165万円		
I/C		7.6%		6.3%		3.3%		3.0%		4.4%		2.7%			

出典・参照：KDBシステム改変

2) 健診・医療・介護の一体的分析

図表47 健診・医療・介護データの一体的な分析

嘉手納町 E表: 健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える



出典・参照: 保険者データヘルス支援システム

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			⑬ 体格(健診結果)					
					特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	32.7	1,864	1,199	1,758	27.3	44.9	29.2	4.9	3.5	1.9	38.7	42.4	44.8
R4	33.6	1,616	1,390	1,701	23.0	38.8	20.4	5.4	2.8	3.5	40.4	43.5	42.9

図表 49 健診有所見状況

E表	⑤																																						
	Ⅱ度高血圧以上 ()は未治療・治療中断者						HbA1c7.0以上 ()は未治療・治療中断者 ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動																				
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-																
人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)													
H30	34	6.7	(13)	67	12.5	(18)	69	13.5	(5)	35	6.9	(1)	56	10.4	(6)	9	1.8	(0)	9	1.8	(9)	21	3.9	(17)	25	4.9	(22)	0	0.0	(0)	0	0.0	(0)	0	0.0	(0)	0	0.0	(0)
R4	30	8.1	(13)	56	10.4	(13)	49	14.1	(10)	26	7.0	(2)	52	9.6	(4)	9	2.6	(0)	8	2.2	(7)	17	3.1	(16)	25	7.2	(21)	0	0.0	(0)	0	0.0	(0)	1	0.3	(1)			

図表 50 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症					
							高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症		
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	77.2	88.2	95.4	31.9	61.7	80.7	80.1	84.3	89.4	39.9	42.7	38.5	27.4	33.1	34.1	45.0	48.6	60.2	57.0	59.5	75.5
R4	75.3	88.6	95.4	29.3	63.7	81.2	81.2	87.6	89.9	40.2	42.4	43.6	27.9	35.6	38.7	39.8	52.3	64.3	53.2	69.4	78.2

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

図表 51 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険者割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	6.6	16.3	30.5	2.7	6.8	17.7	6.0	10.4	23.4	7.5	13.0	20.3	4.1	7.1	42.4	0.0	3.7	41.3	0.0	2.4	40.3	1.4	6.4	36.8
R4	5.2	17.4	30.5	2.0	8.1	18.1	5.9	14.5	27.2	5.1	13.3	20.8	6.0	8.7	42.3	3.1	6.3	39.3	3.2	4.5	40.2	2.4	5.9	45.3

図表 52 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑫				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	
H30	77.1	80.1	72.2	80.3	4.0	15.1	1.5	12.7	8.3	59.4	27.8	82.5
R4	69.2	80.9	75.0	80.6	4.7	16.6	1.4	12.8	9.2	61.0	30.0	78.3

3)健康課題の明確化(図表 42~52)

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 3 年度は新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和 4 年には増加に転じ、後期高齢者になると一人あたり国保の 2.9 倍も高い状況です(図表 42)。

嘉手納町は、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ており、短期目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模、県、国と比べて低い状況にありますが、腎不全の医療費に占める割合は同規模と比較して2倍以上高い状況にあります。後期高齢においても、同様の傾向があり、重症化予防の取り組みが必要です(図表 43)。

高額レセプトについては、国保においては毎年約 200 件のレセプトが発生していますが、総医療費に占める割合も増加傾向にあり、後期高齢になると、医療費の3割近くを占めます。

高額レセプトになる疾病別にみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和 2 年度が一番多く 17 件で総額2000万円以上の費用がかかっていましたが、令和 3 年度は 11 件、令和 4 年度は 10 件と件数が減り、費用額も減っています。しかし、後期高齢においては、30 件発生し、約3000万円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表 44、45)

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 48 の①被保険者数は、65 歳~74 歳では 191 名増えていますが、40~64 歳と 75 歳以上では減っています。健診受診率はすべての年代において低下しており、受診率の向上に向けて取り組みが重要となっています。③の体格をみると、国保加入者では BMI25 以上の割合が増加しているのに対し、75 歳以上では BMI18.5 未満のやせの割合が増える傾向にあることから、今後の低栄養によるフレイルについても対策が必要と考えます。

図表 49 の健診有所見の状況⑤をみると、40~64 歳と 75 歳以上では有所見率が増えており、未治療・治療中断者の割合も全年代で多いことから、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 50 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況⑦をみると、40~64 歳における割合は低下していますが、65~74 歳と 75 歳以上では増加傾向にあり、若い世代からの疾患の管理が必要であると考えられます。

図表 51 の中長期目標疾患(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、⑧40~64 歳では中長期疾患治療者の割合はいずれも減少していますが、⑨そのう

ちの介護認定者の割合は増加しています。40～74歳では脳血管疾患治療者の介護認定者が最も多いですが、虚血性心疾患・心不全治療者の介護認定者が増えています。高額レセプト分析において、虚血性心疾患は件数が脳血管疾患に比べ少ないにもかかわらず総医療費に占める割合が高いことから、脳血管疾患とともに治療が高額となり要介護認定にも至る疾患として心疾患も課題であることが分かります。また、75歳以上の腎不全治療者のうち要介護認定を受けている者の割合において、H30年度とR4年度を比較すると、8.5ポイント増加しており、総医療費に占める割合が高い疾患であるとともに要介護認定に至る疾患としても腎不全の予防は課題であるといえます。

4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全）に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

(3) 目標の設定

1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

そのため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にします。評価指標については、まず全ての都道府県で設定することが望ましい指標と、地域の実情に応じて設定する指標(図表53)に設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

② 中長期的な目標の設定

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

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

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

③ 短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをすると

ともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、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 53 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ年度)	
			初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R10)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.1		KDBシステム	
	虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持		1.4				
慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	10.7						
糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	4.3						
糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0			嘉手納町			
データヘルス計画	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	37.3%		健診結果 (保険者デ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	25.6%		
				メタボリックシンドローム予備群の減少	11.7%		
				(再掲)	Aメタボ該当者+高血圧者の割合減少(140/90以上)		12.1%
			A+高血糖者の割合減少(HbA1c8.0以上)		1.0%		
			A+脂質異常者の割合減少(LDL160以上)		1.9%		
			A+尿蛋白有所見者の割合減少(2+以上)		0.8%		
			A+高尿酸者の割合減少(8.0以上)		1.7%		
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	10.1%			
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	15.4%			
	健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	13.0%					
	★健診受診者のHbA1c8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少	3.3%					
	健診受診者の尿蛋白有所見者の割合減少(2+以上)	2.0%					
	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	71.40%		嘉手納町			
	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	35.30%		法定報告値 (特定健診等データ管理システム) ※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			23.90%				
★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※			20%				

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4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1期及び第2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3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 54 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	40%	44%	48%	52%	56%	60%以上
特定保健指導実施率	35%	40%	45%	50%	55%	60%以上

3. 対象者の見込み

図表 55 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	2267人	2236人	2205人	2174人	2144人	2114人
	受診者数	907人	984人	1058人	1131人	1201人	1268人
特定保健指導	対象者数	139人	151人	162人	173人	184人	194人
	受診者数	49人	60人	73人	86人	101人	116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(各区コミュニティーセンター、かでな未来館、総合福祉センター等)
- 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、嘉手納町のホームページに掲載する。

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

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1C・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

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

図表 56 特定健診検査項目

○嘉手納町特定健診検査項目

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

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

(5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

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

(7) 代行機関

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

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 57 特定健診実施スケジュール(例示)

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 健診対象者の抽出、受診券等の印刷・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(前年度分)
6月		健診データ受取 → 費用決済 保健指導対象者の抽出	
7月		(特定保健指導の開始)	
8月			実施実績の分析実施方法、委託先機関の見直し等
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)	

5. 特定保健指導の実施

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

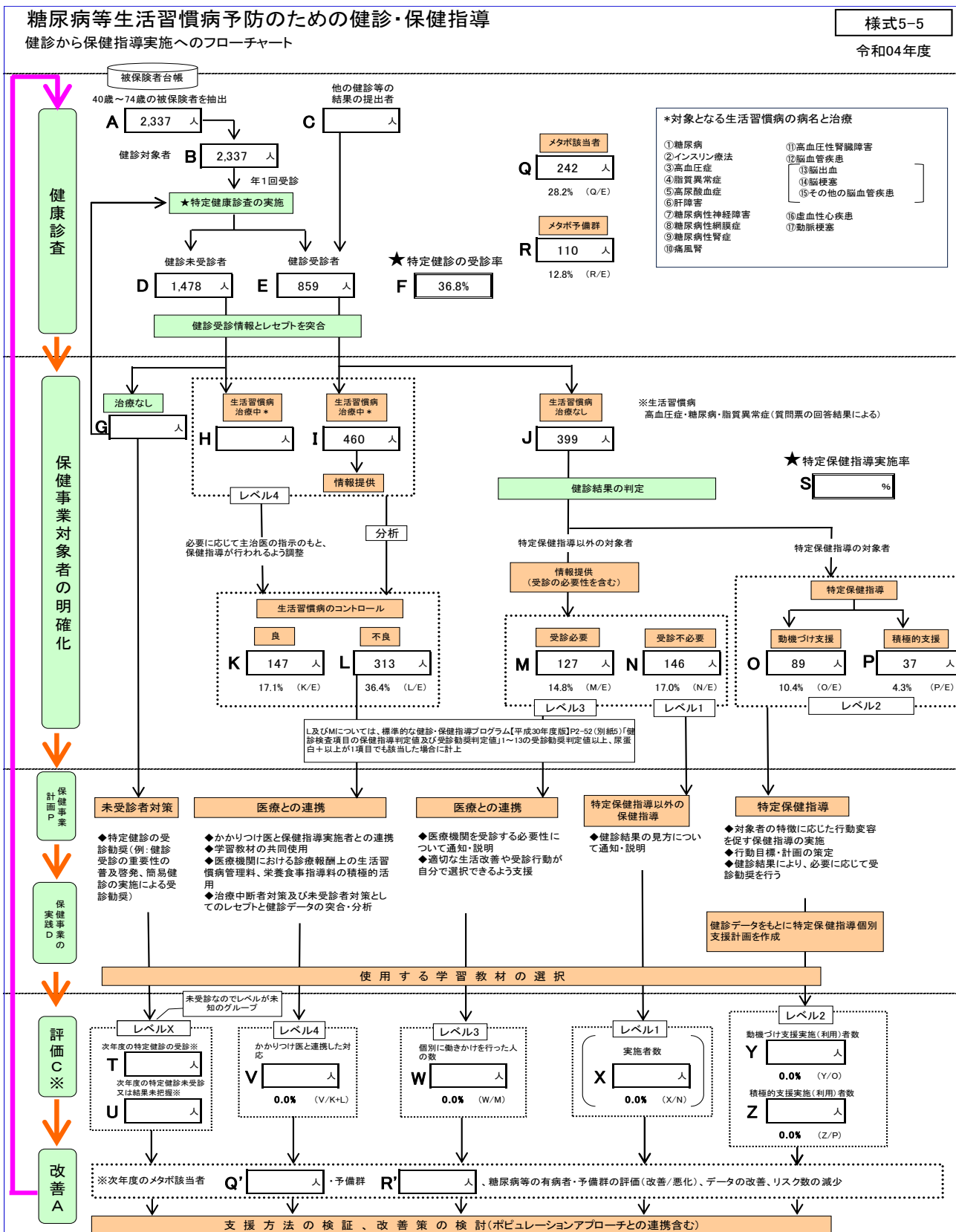
○第4期(2024年以降)における変更点 特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。(図表58・59)

図表58 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



出典・参照：特定健診等データ管理システム

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 59 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○%)	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	126人 (14.7%)	60%
2	M	情報提供 (要医療者支援)	◆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	127人 (14.8%)	HbA1c6.5以上については 100%
3	L	情報提供 (重症化予防)	◆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	313人 (36.4%)	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	1,478人 ※受診率目標達成まであと543人	60%
5	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	146人 (17.0%)	100%

(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 60 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 ◎集団健診、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
5月		◎対象者の抽出	
6月		◎保健指導の開始	
7月			
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			
11月			
12月			
1月			
2月			
3月	◎健診の終了	◎利用券の登録	

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嘉手納町個人情報の保護に関する法律施行条例を踏まえた対応を行います。

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

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムおよび保健衛生システム(町管理)にて行います。

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、嘉手納町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

具体的には、まず治療を受けていない方を治療につなぐこと、さらに治療を中断している方がきちんと治療を受けられること、コントロール不良者に関しては、アセスメントを踏まえ保健指導に取り組んでいきます。

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住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

嘉手納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、384人(44.7%)です。そのうち治療なしが113人(28.3%)を占め、さらに臓器障害(腎機能や心電図の異常所見)があり直ちに取り組むべき対象者が30人でした。

また、嘉手納町においては重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、113人中71人と高いため、特定保健指導対象者のうち受診が必要なものに対しては適切な医療受診につながるよう重症化予防の働きかけを行います。(図表61)

以上のことから、嘉手納町では「糖尿病性腎症重症化予防事業」と、脳血管疾患および虚血性心疾患の重症化予防として「生活習慣病重症化予防事業」に取り組めます。

図表 61 脳・心・腎を守るために

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

令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少		虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少		糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		<参考> 健診受診者(受診率)																
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	859人	36.8%															
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	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">クモ膜下出血 (5.6%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">脳出血 (18.5%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">脳梗塞 (75.9%)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">心原性 脳塞栓症 (27.7%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">ラクナ 梗塞 (31.2%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">アテローム 血栓性 梗塞・塞栓</div> </div> <p style="font-size: small;">※脳卒中 データバンク 2015より</p>		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">心筋梗塞</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">労作性 狭心症</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">安静 狭心症</div> </div>				■各疾患の治療状況 <table border="1" style="font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th></th> <th>治療中</th> <th>治療なし</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>高血圧</td> <td>366</td> <td>493</td> </tr> <tr> <td>脂質異常症</td> <td>244</td> <td>615</td> </tr> <tr> <td>糖尿病</td> <td>103</td> <td>756</td> </tr> <tr> <td>※疾患 いずれか</td> <td>460</td> <td>399</td> </tr> </tbody> </table> <p style="font-size: x-small;">※問診結果による</p>			治療中	治療なし	高血圧	366	493	脂質異常症	244	615	糖尿病	103	756	※疾患 いずれか	460	399
	治療中	治療なし																					
高血圧	366	493																					
脂質異常症	244	615																					
糖尿病	103	756																					
※疾患 いずれか	460	399																					
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)	重症化予防対象者 (実人数)																
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者																
該当者数	82 9.5%	0 0.0%	40 4.7%	41 4.8%	242 28.2%	97 11.3%	74 8.6%	384 44.7%															
治療なし	41 8.3%	0 0.0%	33 5.4%	31 5.0%	46 11.5%	39 5.2%	19 4.8%	113 28.3%															
(再掲) 特定保健指導	18 22.0%	0 --	12 30.0%	11 26.8%	46 19.0%	9 9.3%	8 10.8%	71 18.5%															
治療中	41 11.2%	0 0.0%	7 2.9%	10 4.1%	196 42.6%	58 56.3%	55 12.0%	271 58.9%															
臓器障害 あり	11 26.8%	0 --	4 12.1%	5 16.1%	8 17.4%	12 30.8%	19 100.0%	30 26.5%															
CKD(専門医対象者)	4	0	2	4	3	6	19	19															
心電図所見あり	7	0	4	2	5	8	2	13															
臓器障害 なし	30 73.2%	--	29 87.9%	26 83.9%	38 82.6%	27 69.2%	--	--															

出典・参照：特定健診等データ管理システム

1. 糖尿病性腎症重症化予防

(1) 基本的な考え方

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

(2) 対象者の明確化

1) 対象者選定基準の考え方

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 糖尿病治療中の者

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、脂質異常等リスクを有する者

ウ. 血糖コントロールが不良の者

③ 医療機関受診中断者

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 62)

図表 62 糖尿病性腎症病期分類

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

出典・参照:糖尿病治療ガイド

2022-2023

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

しかし、嘉手納町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握することが困難です。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ります。

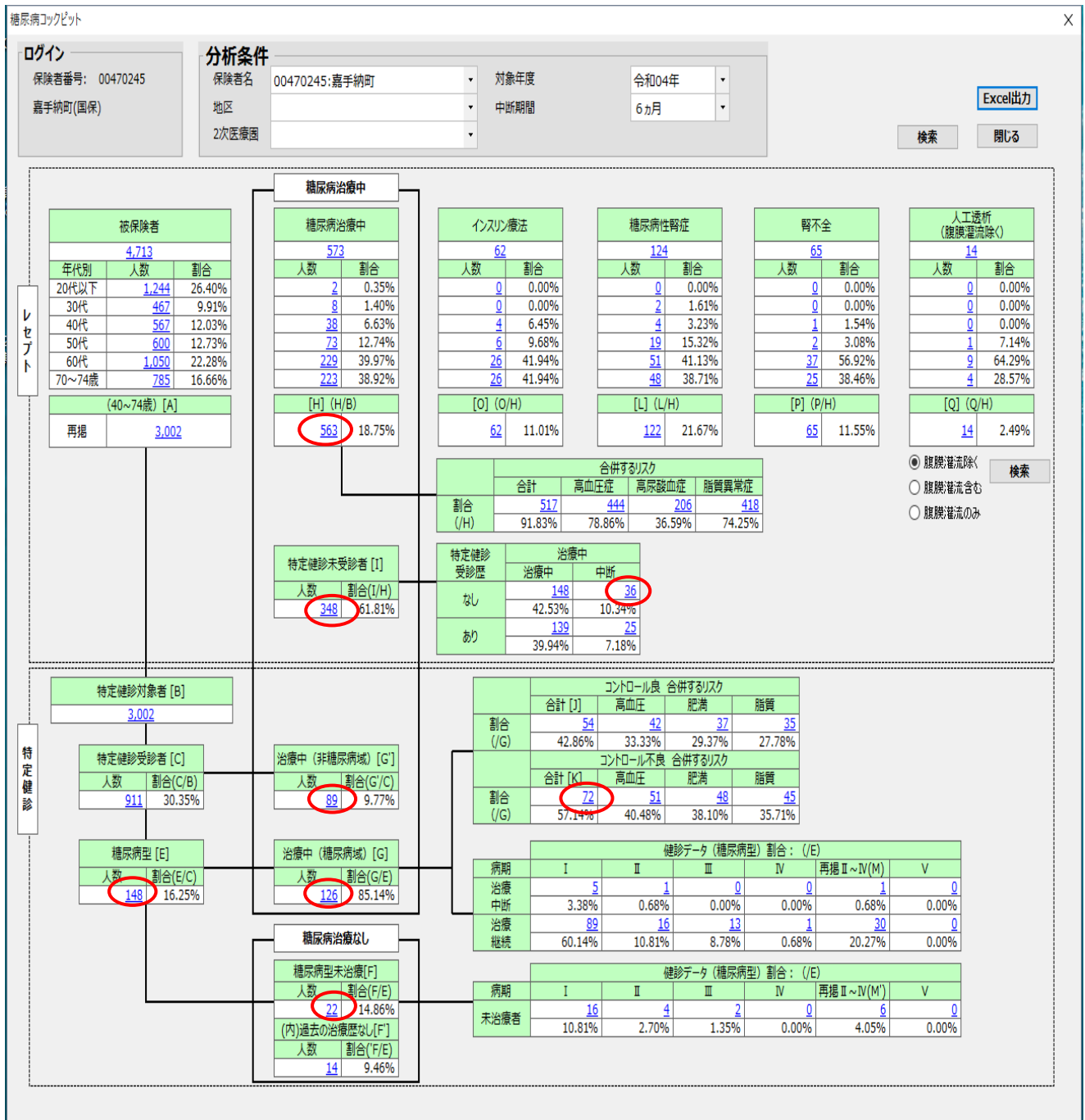
②基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。(図表 63)

嘉手納町において特定健診受診者のうち糖尿病型の所見があるものは 148 人(16.3%・E)で、そのうち糖尿病未治療者である者は、22 人(14.9%・F)でした。

また、40~74 歳における糖尿病治療者 563 人のうち、特定健診受診者は 215 人(38.2%・G+G')でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者 348 人(61.8%・I)については、治療中であっても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。

図表 63 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



③介入方法と優先順位

嘉手納町における優先順位および介入方法を以下のとおりとします。

	優先順位1	優先順位2	優先順位3
対象	糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)…22人	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)…72人	糖尿病治療中で特定健診未受診の者(I)のうち、治療中断の者…25人
介入方法	個別訪問、個別面談、電話、手紙等	個別訪問、個別面談、電話、手紙等	電話、個別訪問、手紙等
支援内容	医療機関受診勧奨を行う。受診勧奨の3か月後に返書またはレセプトにて受診を確認する。未受診であれば再度受診勧奨を行う。受診済みの場合、疾患の理解等確認し、必要に応じて保健指導、糖尿病連携手帳を活用し医療機関と連携を行う。	治療状況や疾患の理解、生活習慣のアセスメントを行い、自己管理できるよう保健指導を行う。必要に応じ糖尿病連携手帳を活用し、医療機関と連携を行う。	医療機関受診勧奨を行う。受診勧奨の3か月後に返書またはレセプトにて受診を確認する。未受診であれば再度受診勧奨を行う。受診済みの場合、疾患の理解等確認し、必要に応じて保健指導、糖尿病連携手帳を活用し医療機関と連携を行う。

(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。嘉手納町においては、特定健診受診者を沖縄県糖尿病性腎症重症化予防プログラム、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 64)

また、保健指導実施後も糖尿病コントロールが良好に維持できるよう、要支援者名簿(管理台帳)を作成し、初回支援後も定期的(3ヶ月後・6ヶ月後)に訪問や電話等によって生活状況や受診状況を把握、健診受診や糖尿病連携手帳を活用した療養状況の確認を行い、経年的に管理します。

図表 64 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

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

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

2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみ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の実施を検討し、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、健診からの紹介状や健診結果経年表を作成し住民に説明するとともに、医療機関に紹介・必要時情報を共有し受診につなげます。

2) 治療中の者への対応

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

(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、特に必要とされる場合には地域包括支援センターと連携していきます。

(6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとし、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、図表 65 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. 要支援者名簿(管理台帳)から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化(改善・維持・悪化)
 - eGFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

【中長期的評価】

図表 65 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	実数	割合	嘉手納町										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	4,358人		4,285人		4,213人		4,171人		4,083人					KDB_厚生労働省様式 様式3-2
② (再掲) 40-74歳		2,787人		2,727人		2,696人		2,700人		2,677人					
2 ① 対象者数	B	2,488人		2,432人		2,416人		2,418人		2,331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	1,020人		1,083人		787人		898人		859人					
③ 受診率		--		--		--		--		--					
3 ① 特定 対象者数		146人		165人		123人		129人		117人					
② 保健指導 実施率		50.7%		38.8%		43.9%		38.0%		23.9%					
4 ① 糖尿病型	E	163人	16.0%	181人	16.7%	119人	15.1%	158人	17.6%	151人	17.6%				特定健診結果
② 未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	49人	30.1%	51人	28.2%	34人	28.6%	41人	25.9%	48人	31.8%				
③ 治療中（質問票 服薬あり）	G	114人	69.9%	130人	71.8%	85人	71.4%	117人	74.1%	103人	68.2%				
④ コントロール不良	J	79人	69.3%	92人	70.8%	53人	62.4%	73人	62.4%	71人	68.9%				
⑤ HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上															
⑥ 血圧 130/80以上	J	59人	74.7%	64人	69.6%	42人	79.2%	48人	65.8%	49人	69.0%				
⑦ 肥満 BMI25以上	J	48人	60.8%	58人	63.0%	39人	73.6%	44人	60.3%	47人	66.2%				
⑧ コントロール良	K	35人	30.7%	38人	29.2%	32人	37.6%	44人	37.6%	32人	31.1%				
⑨ HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満															
⑩ 第1期 尿蛋白（-）	M	116人	71.2%	145人	80.1%	91人	76.5%	124人	78.5%	114人	75.5%				
⑪ 第2期 尿蛋白（±）	M	18人	11.0%	14人	7.7%	9人	7.6%	15人	9.5%	21人	13.9%				
⑫ 第3期 尿蛋白（+）以上	M	25人	15.3%	19人	10.5%	16人	13.4%	13人	8.2%	14人	9.3%				
⑬ 第4期 eGFR30未満	M	2人	1.2%	2人	1.1%	0人	0.0%	2人	1.3%	2人	1.3%				
5 ① 糖尿病受療率（被保険者対）		73.4人		71.2人		64.6人		69.0人		72.0人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
② (再掲) 40-74歳（被保険者対）		112.7人		111.5人		100.1人		105.6人		108.7人					
③ レセプト件数 (40-74歳)		1,658件	(604.2)	1,597件	(595.9)	1,474件	(549.8)	1,510件	(566.6)	1,557件	(608.4)	334,283件	(942.0)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
④ 入院外（件数）		12件	(4.4)	7件	(2.6)	8件	(3.0)	3件	(1.1)	5件	(2.0)	1,709件	(4.8)		
⑤ 入院（件数）															
⑥ 糖尿病治療中	H	320人	7.3%	305人	7.1%	272人	6.5%	288人	6.9%	294人	7.2%				
⑦ (再掲) 40-74歳		314人	11.3%	304人	11.1%	270人	10.0%	285人	10.6%	291人	10.9%				
⑧ 健診未受診者	I	200人	63.7%	190人	62.5%	185人	68.5%	168人	58.9%	188人	64.6%				
⑨ インスリン治療	O	25人	7.8%	19人	6.2%	18人	6.6%	24人	8.3%	21人	7.1%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
⑩ (再掲) 40-74歳		25人	8.0%	19人	6.3%	18人	6.7%	24人	8.4%	21人	7.2%				
⑪ 糖尿病性腎症	L	45人	14.1%	53人	17.4%	54人	19.9%	52人	18.1%	50人	17.0%				
⑫ (再掲) 40-74歳		44人	14.0%	53人	17.4%	53人	19.6%	52人	18.2%	50人	17.2%				
⑬ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		11人	3.4%	10人	3.3%	11人	4.0%	12人	4.2%	8人	2.7%				
⑭ (再掲) 40-74歳		11人	3.5%	10人	3.3%	11人	4.1%	12人	4.2%	8人	2.7%				
⑮ 新規透析患者数		-		1	10%	4	36.4%	2	16.7%	0	0			嘉手納町調べ	
⑯ (再掲) 糖尿病性腎症		-		0	0	1	25%	2	100%	0	0				
⑰ 【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)		7人	2.0%	9人	2.5%	9人	2.7%	9人	2.5%	11人	2.9%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期	
6 ① 総医療費		12億0410万円		12億4053万円		12億6709万円		11億0277万円		11億7027万円		10億9648万円		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		6億3676万円		6億6025万円		7億0231万円		6億1888万円		6億2318万円		5億9067万円			
③ (総医療費に占める割合)		52.9%		53.2%		55.4%		56.1%		53.3%		53.9%			
④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		8,232円		9,665円		7,042円		7,400円		7,512円		8,199円			
⑤ 健診受診者		36,967円		38,446円		47,303円		39,163円		40,300円		37,038円			
⑥ 健診未受診者															
⑦ 糖尿病医療費		5070万円		4974万円		4463万円		4635万円		4620万円		6602万円			
⑧ (生活習慣病総医療費に占める割合)		8.0%		7.5%		6.4%		7.5%		7.4%		11.2%			
⑨ 糖尿病入院外総医療費		1億9333万円		1億9334万円		2億0211万円		1億9891万円		1億8252万円					
⑩ 1件あたり		46,630円		49,335円		53,925円		49,864円		44,979円					
⑪ 糖尿病入院総医療費		1億1713万円		1億2047万円		1億2094万円		8757万円		1億0172万円					
⑫ 1件あたり		576,972円		620,981円		610,794円		595,695円		587,963円					
⑬ 在院日数		19日		18日		18日		21日		20日					
⑭ 慢性腎不全医療費		1億1013万円		1億3478万円		1億3983万円		1億3429万円		1億2958万円		4999万円			
⑮ 透析有り		1億0834万円		1億3052万円		1億3415万円		1億2681万円		1億2565万円		4634万円			
⑯ 透析なし		179万円		426万円		568万円		748万円		393万円		364万円			
7 ① 介護 介護給付費		11億3287万円		11億6299万円		11億4432万円		10億5678万円		10億6640万円		13億3151万円			
② (2号認定者) 糖尿病合併症		0件	0.0%	0件	0.0%	1件	9.1%	1件	14.3%	1件	25.0%				
8 ① 死亡 糖尿病（死因別死亡数）		1人	0.8%	4人	3.0%	2人	1.5%	1人	0.8%	2人	1.4%	582人	1.1%	KDB_健診・医療・介護 データからみる地域の健康	

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、介入方法、実施方法の決定

特定健診結果が届き次第糖尿病要支援者名簿に記載。記載後順次、対象者へ介入（通年）

2. 生活習慣病重症化予防事業

(1) 基本的な考え方

中長期目標疾患である脳血管疾患および虚血性心疾患の予防には、血圧や LDL コレステロール等の管理が重要です。これら生活習慣病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、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ます。(図表 66、67)

図表 66 脳卒中の分類

【脳卒中の分類】

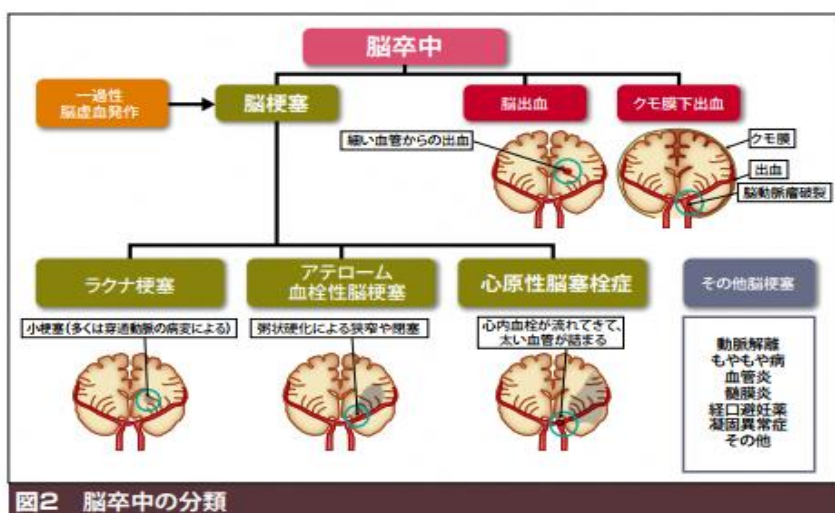


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 67 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) 生活習慣病重症化予防対象者の選定基準の考え方

①脳血管疾患の予防

高血圧は、脳血管疾患の最も重要な危険因子です。(図表 68)でみると、高血圧治療者 1,111 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 118 人(10.6%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 82 人(9.5%)であり、そのうち 41 人(50%)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。

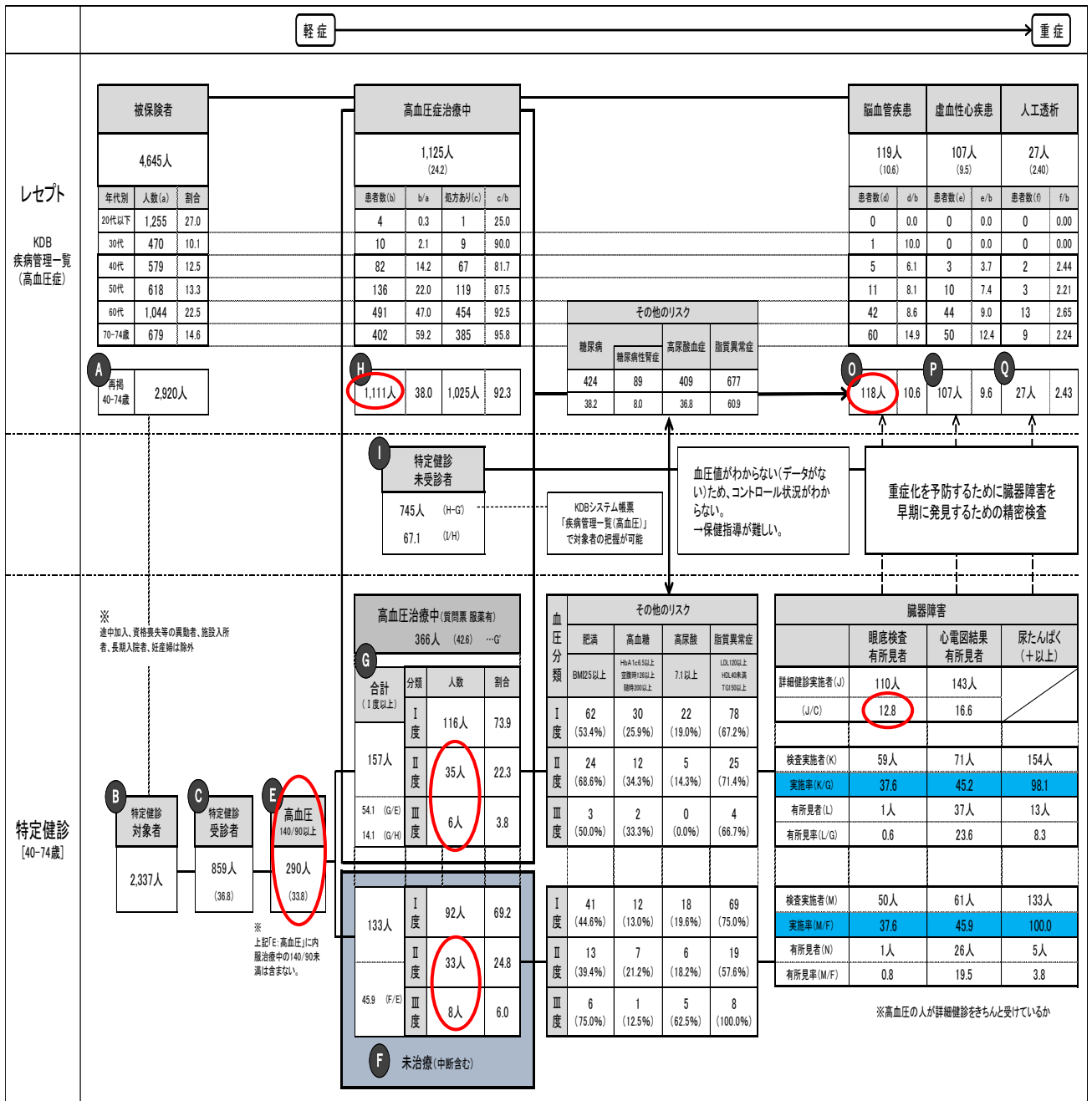
また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 41 人(11.2%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)は 110 人(12.8%)に実施し有所見者は2名でした。眼底検査(詳細検査)はⅠ度高血圧以上で医師の判断に基づき行われる検査となっており、290 人(33.8%・E)は眼底検査の対象となり得ることから、眼底検査が必要な方への実施について関係機関と実態を共有し、働きかけをしていく必要があります。

図表 68 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



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

出典・参照: KDB システム変更、特定健診等データ管理システム

また、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も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おく必要があります。

図表 69 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 診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)		血圧分類 (mmHg)			
		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
239		106 44.4%	92 38.5%	33 13.8%	8 3.3%
リスク第1層 予後影響因子がない	15	C 9 6.3%	B 6 6.5%	B 0 0.0%	A 0 0.0%
	139	C 60 58.2%	B 56 60.9%	A 19 57.6%	A 4 50.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	85	B 37 35.6%	A 30 32.6%	A 14 42.4%	A 4 50.0%

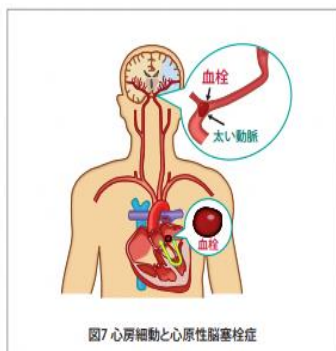
…高リスク
 …中等リスク
 …低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	71 29.7%
	概ね1カ月後に再評価	99 41.4%
C	概ね3カ月後に再評価	69 28.9%

- ※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

(図表 69)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。



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心原性脳塞栓症は、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 70)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 70 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	417	442	68	16.3%	75	17.0%	0	0.0%	0	0.0%	--	--
40代	55	45	7	12.7%	1	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	65	79	13	20.0%	11	13.9%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	158	177	26	16.5%	31	17.5%	0	0.0%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	139	141	22	15.8%	32	22.7%	0	0.0%	0	0.0%	3.4%	1.1%

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

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

令和4年度の心電図検査において心房細動の所見があったものは0人でしたが、心房細動は脳梗塞のリスクであり心電図有所見者には医療機関の受診勧奨が必要です。(図表 70)

②虚血性心疾患の予防

ア. 心電図検査からの把握

虚血性心疾患の予防として、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)とされることから、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。

嘉手納町においては、心電図検査を153人(16.8%)に実施し、そのうち有所見者が76人(49.7%)でした。所見の中ではST-T変化が12人(15.8%)で、一番多くみられました(表 71)

また、有所見者76人のうち要精査者が11人(14.5%)で、その後の受診状況をみると6人(54.5%)は未受診でした。(図表 72)。

図表 71 心電図検査結果

性別・年齢	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		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	153	16.8	76	49.7	7	9.2	12	15.8	0		9	11.8	0		8	10.5	0		5	6.6	
内訳	男性	75	16.9	36	48.0	4	11.1	4	11.1	0		6	16.7	0		6	16.7	0		5	13.9
	女性	78	16.7	40	51.3	3	7.5	8	20.0	0		3	7.5	0		2	5.0	0		0	0.0

嘉手納町調べ

図表 72 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	76		11	14.5%	5	45.5%	6	54.5%
男性	36	47.4%	7	19.4%	3	42.9%	4	57.1%
女性	40	52.6%	4	10.0%	2	50.0%	2	50.0%

嘉手納町調べ(R4)

イ. 心電図以外からの把握

心電図検査で異常がないまたは心電図検査を実施していないが、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して(心筋梗塞の60%は前駆症状ないため)積極的に保健指導を行う必要があります。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があることから、メタボリックシンドロームとしては特定保健指導対象者を、LDL コレステロールについては下記の管理目標をもとに対象者を把握します。(図表 73)

図表 73 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定				令和04年度							
動脈硬化性心血管疾患の予防から見た LDLコレステロール管理目標				(参考) 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版							
特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)											
管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別				
			120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳	
			368	170	98	67	33	13	23	41	23
				46.2%	26.6%	18.2%	9.0%	13.0%	23.0%	41.0%	23.0%
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)	61	30	12	11	8	7	12	0	0
			16.6%	17.6%	12.2%	16.4%	24.2%	53.8%	52.2%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	145	66	40	26	13	3	7	22	7
			39.4%	38.8%	40.8%	38.8%	39.4%	23.1%	30.4%	53.7%	30.4%
高リスク	120未満 (150未満)	157	69	46	30	12	3	4	19	16	
		42.7%	40.6%	46.9%	44.8%	36.4%	23.1%	17.4%	46.3%	69.6%	
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) ※1	8	2	4	1	1	0	0	1	1
			2.2%	1.2%	4.1%	1.5%	3.0%	0.0%	0.0%	2.4%	4.3%
		100未満 (130未満)	5	5	0	0	0	0	0	0	0
			1.4%	2.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	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。

2) 生活習慣病重症化予防対象者の抽出基準

①高血圧Ⅱ度以上、または LDL コレステロール 160 以上の医療機関未受診者

②高血圧または脂質異常症の治療中のもので、コントロール不良※のもの

※高血圧Ⅱ度以上、または LDL コレステロール 160 以上

③臓器障害が疑われる心電図または腎機能(e-GFR、尿蛋白)、眼底検査の有所見者

3) 介入方法と優先順位

嘉手納町における優先順位および介入方法を以下のとおりとします。

	優先順位1	優先順位2	優先順位3
対象	高血圧Ⅱ度以上、LDLコレステロール160以上、腎機能検査で所見がある医療機関未受診者	高血圧または脂質異常症で治療中だが、高血圧Ⅱ度以上、LDLコレステロール160以上、腎機能検査で所見がある者	健診結果にて臓器障害が疑われる者（心電図、腎機能検査(e-GFRまたは尿蛋白)、眼底検査において要精査指示のある者)
介入方法	個別訪問、個別面談、電話、手紙等	個別訪問、個別面談、電話、手紙等	個別訪問、個別面談、電話、手紙等
支援内容	医療機関受診勧奨を行う。受診勧奨の3か月後に返書またはレセプトにて受診を確認する。未受診であれば再度受診勧奨を行う。受診済みの場合、疾患の理解等確認し、必要に応じて保健指導を行う。	治療状況や疾患の理解、生活習慣等のアセスメントを行い、保健指導を行う。血圧管理手帳の活用等、自己管理できるよう支援する。必要に応じて医療機関と連携を行う。	医療機関受診勧奨を行う。受診勧奨の3か月後に返書またはレセプトにて受診を確認する。未受診であれば再度受診勧奨を行う。受診済みの場合、疾患の理解等確認し、必要に応じて保健指導を行う。

(3) 保健指導の実施

1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。医療機関への受診勧奨後、3か月を経過しても返書がない者、またはレセプトがない者に対しては、受診確認または再度受診勧奨を行います。治療中であっても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。また、前年度指導を受けた者に対しても、健診を継続受診するよう関わります。

図表 74 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	<p>血圧と心臓の関係</p> <p>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</p> <p>R4沖・治4-02 資料A-1 心電図所見一覧</p> <p>R4沖・治4-03 資料A-2 私の心電図があらわすもの</p> <p>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！</p> <p>R4沖・治4-05 資料B-1 STが出た</p> <p>R4沖・治4-06 資料B-2 症状の判断</p> <p>R4沖・治4-07 資料C 左室肥大</p> <p>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</p> <p>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）</p> <p>R4沖・治4-10 資料E 虚血の検査</p> <p>R4沖・治4-11 資料F 虚血の治療</p> <p>R4沖・治4-12 資料G-1 事例から学ぶ 肥満糖中性血圧LDL</p> <p>R4沖・治4-13 資料G-2 健診データをみましょう</p> <p>R4沖・治4-14 資料G-3 管理目標（ガイドライン追加）</p> <p>R4沖・治4-15 資料G-4 肥満と心臓</p> <p>R4沖・治4-16 保健師・栄養士用_心臓を理解する</p>

2) 対象者の管理

要医療者・重症化予防事業の要支援者名簿(管理台帳)を作成し、過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧以上または LDL コレステロール 160 以上を対象に血圧、血糖、脂質、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、治療が必要な者への継続的な医療受診・重症化しないための継続的な健診受診ができるよう、保健指導後も受診確認や支援を行い経年的に管理します。

また、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要精査者名簿を使用し経過を把握していきます。

(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、特に必要とされる場合には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・虚血性心疾患等と合わせて行っていきます。

【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率

②保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 要支援者名簿(管理台帳)から介入前後の検査値の変化を比較
 - 血圧、LDL コレステロールの変化(改善・維持・悪化)
 - e-GFR の変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 受診および服薬状況の変化

(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、介入方法、実施方法の決定

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

嘉手納町は、令和 5 年度より沖縄県後期高齢者医療広域連合から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」を受託し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。

【具体的な事業内容】

1) 企画・調整等を担当する医療専門職を配置

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し、高齢者への支援を行います。

① 高齢者に対する個別支援(ハイリスクアプローチ)

(ア) 生活習慣病等の重症化予防に関わる相談・指導健康診断から把握した以下の生活習慣病のハイリスク者、または糖尿病性腎症重症化予防等事業からの継続支援者に対し、相談・指導やアウトリーチ支援を実施する。

② 通いの場等における健康教育、健康相談等(ポピュレーションアプローチ)

(ア) 通いの場等において、フレイル予防の普及啓発を図るため「ハッピーシニア健康講話」を開催する

(イ) 結果説明会等において、後期高齢者の質問票を活用するなど、フレイル状態にある高齢者等を把握し、低栄養や筋力低下等の状態に応じた保健指導や生活機能向上に向けた支援等を行う。

(ウ) (ア)から(イ)までの取組において把握された高齢者の状況に応じて、健診・医療の受診勧奨や介護サービス等の利用勧奨などを行う。

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。

嘉手納町においては、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、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見ていくことが必要であります。(図表 76)

図表 76 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える														
— 基本的考え方 — (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)														
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 発症予防 → 重症化予防 </div>														
1 根拠法	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 <small>(学校職員は学校保健安全法)</small>		高齢者の医療の確保に関する法律 <small>(介護保険)</small>			
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】（各被保険者）													
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
	妊婦健康診査 (13条)		産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診査 (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)	
5 対象者 診 内 容	妊婦前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園 / 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)		
	血糖	95mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上						
	HbA1c	6.5%以上						6.5%以上						
	50GCT	1時間値 140mg/dl以上												
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上						
	(診断) 妊娠 糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの												
	身長 体重													
	BMI											25以上		
	肥満度				加 ^ア 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。

集団健診後に開催している結果説明会では、フードモデルを使って食品に含まれる油や砂糖の量、一日に必要な野菜の量の目安などを視覚的にわかりやすく展示しています。



このほか、健康展や健康増進普及月間などにおけるイベント時に、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性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住民へ周知していきます。(図表 77)

図表 77 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化

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

嘉手納町の実態を入れてみました

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

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

特定健診・特定保健指導の実施率の向上

① 一人あたり 医療費・介護費

	嘉手納町 H30	嘉手納町 R4	R4全国	全国差
国保	27.8万円	29.8万円	34万円	-4.2万円
後期	87.6万円	87.4万円	84万円	+3.4万円
介護	37.1万円	32.6万円	29.1万円	+3.5万円

データの分析

↓

未受診者への
受診勧奨

健康のための資源
(受診の機会、治療の機会)
の公平性の確保

↓

健康格差の縮小

② 特定健診等の実施率 R4年度

	40代	50代
特定健診	35.3%	22.4%
健診も医療も 未受診	16.7%	28.7%
特定保健指導	23.9%	

R5年10月12日現在

○重症化が予防できる
○医療費の伸びを抑制できる

○重症化が予防できる
○死亡が回避できる

③ メタボリックシンドローム

短期目標

④

		40-74歳	再) 40代	50代
メタボ該当者		28.2%	14.0%	18.1%
再) 男性		41.7%	23.6%	27.7%

中長期目標

⑤

4 高血圧

		140以上	90以上
男性	収縮期血圧	32.5%	15.6%
	拡張期血圧		
腹囲あり	140以上	69.6%	63.6%
腹囲なし	90以上	30.4%	36.4%

脂質異常症

		中性脂肪	HDL	LDL
男性	150以上	32.5%	7.1%	22.2%
腹囲あり		76.8%	83.3%	67.0%
腹囲なし		23.2%	16.7%	33.0%

2型糖尿病

		HbA1c6.5以上 18.4%		
男性	正常	正常高値	境界型	糖尿病型
	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上
腹囲あり	52.9%	56.4%	80.6%	82.1%
腹囲なし	47.1%	43.6%	19.4%	17.9%

尿蛋白

		尿蛋白
男性	尿蛋白 +以上	7.1%
腹囲あり		70.0%
腹囲なし		30.0%

健診受診者のうち
脳血管疾患 22.6%

健診受診者のうち
虚血性心疾患 6.4%

健診受診者のうち
糖尿病性腎症 7.2%

		正常
腹囲あり	52.5%	5.5以下
腹囲なし	47.5%	5.6~5.9

		正常	正常高値	境界型	糖尿病型
内訳	HbA1c	19.6%	30.4%	16.1%	33.9%
腹囲あり		54.5%	64.7%	77.8%	73.7%
腹囲なし		45.5%	35.3%	22.2%	26.3%

		尿蛋白
腹囲あり	65.1%	尿蛋白 +以上
腹囲なし	34.9%	

出典 ①KDBシステム、介護費等の動向(国保中央会)
②法定報告書、保険者データヘルス支援システム
③-⑤健診結果H04、保険者データヘルス支援システム(KDBシステム)

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

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

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

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、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も検討します。

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取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嘉手納町の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた嘉手納町の位置

項目			保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	① 人口構成	総人口	13,442		1,808,758		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)	3,273	24.3	667,156	36.9	324,708	22.6	35,335,805	28.7				
		75歳以上	1,756	13.1	--	--	155,559	10.8	18,248,742	14.8				
		65～74歳	1,517	11.3	--	--	169,149	11.8	17,087,063	13.9				
		40～64歳	4,300	32.0	--	--	472,258	32.8	41,545,893	33.7				
	39歳以下	5,869	43.7	--	--	642,142	44.6	46,332,563	37.6					
	② 産業構成	第1次産業	1.3		13.4		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	17.7		27.1		15.1		25.0					
		第3次産業	81.1		59.5		80.0		71.0					
	③ 平均寿命	男性	79.8		80.4		80.3		80.8		KDB.NO.1 地域全体像の把握			
女性		87.5		86.9		87.5		87.0						
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性	77.4		79.5		79.3		80.1						
	女性	83.2		83.9		84.2		84.4						
2	① 死亡の状況	標準化死亡率比 (SMR)	男性	105.7		103.9		99.3		100		KDB.NO.1 地域全体像の把握		
			女性	85.9		101.5		90.5		100				
		死因	がん	30	43.5	7,103	46.7	3,274	49.7	378,272	50.6			
			心臓病	22	31.9	4,457	29.3	1,669	25.3	205,485	27.5			
			脳疾患	13	18.8	2,405	15.8	978	14.8	102,900	13.8			
			糖尿病	2	2.9	309	2.0	193	2.9	13,896	1.9			
	腎不全		1	1.4	582	3.8	272	4.1	26,946	3.6				
	自殺	1	1.4	356	2.3	205	3.1	20,171	2.7					
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計									厚労省HP 人口動態調査			
		男性												
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	675		123,092		18.6		61,945		19.4			
		新規認定者	要支援1.2	8	0.3	2,019	0.3	835	0.3	110,289	0.3	KDB.NO.1 地域全体像の把握		
			介護度別 総件数	要介護1.2	1,388	9.2	352,830	12.6	177,194	11.6	21,785,044		12.9	
				要介護2	6,415	42.5	1,291,061	46.3	546,973	35.9	78,107,378		46.3	
				要介護3以上	7,288	48.3	1,146,606	41.1	799,361	52.5	68,963,503		40.8	
	2号認定者	10		0.23		2,178		0.38		2,135			0.38	
	② 有病状況	糖尿病	126		17.4		29,521		22.9		1,146,517		24.3	
		高血圧症	281		40.1		69,159		54.1		28,893		43.8	
		脂質異常症	165		23.7		39,076		30.2		17,395		26.0	
		心臓病	314		44.5		77,477		60.7		31,994		48.6	
		脳疾患	132		18.6		29,613		23.5		14,271		21.9	
		がん	63		7.3		14,238		11.0		5,539		8.2	
		筋・骨格	298		40.4		67,887		53.1		29,667		44.9	
	精神	164		22.7		48,712		38.1		20,229		31.0		
	③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	325,817		1,066,398,080		303,361		202,389,376,142		324,737		105,444,836,581	
		1件当たり給付費(全体)	70,665		72,528		69,211		59,662					
居宅サービス			51,036		44,391		51,518		41,272					
施設サービス	304,215		291,231		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	11,174		8,988		11,002		8,610					
		認定なし	4,799		4,226		4,796		4,020					
4	① 国保の状況	被保険者数	3,924		440,282		388,055		27,488,882		KDB.NO.1 地域全体像の把握			
		65～74歳	1,189	30.3			119,076	30.7	11,129,271	40.5				
			40～64歳	1,370	34.9			134,131	34.6	9,088,015		33.1		
			39歳以下	1,365	34.8			134,848	34.7	7,271,596		26.5		
	加入率	29.2		24.3		27.0		22.3						
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	1		139		0.3		8,237		0.3			
		診療所数	5		1,177		2.7		890		2.3			
		病床数	220		56.1		17,962		40.8		18,602		47.9	
		医師数	9		2.3		2,218		5.0		3,887		10.0	
		外来患者数	521.6		708.1		541.1		687.8					
入院患者数	16.5		22.2		19.0		17.7							
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	298,233		378,542		318,310		339,680						
	受診率	538.108		730.302		560.174		705.439						
		費用の割合	57.8		57.0		53.6		60.4					
	件数の割合	96.9		97.0		96.6		97.5						
	入院	費用の割合	42.2		43.0		46.4		39.6					
		件数の割合	3.1		3.0		3.4		2.5					
1件あたり在院日数	16.0日		16.7日		17.1日		15.7日							

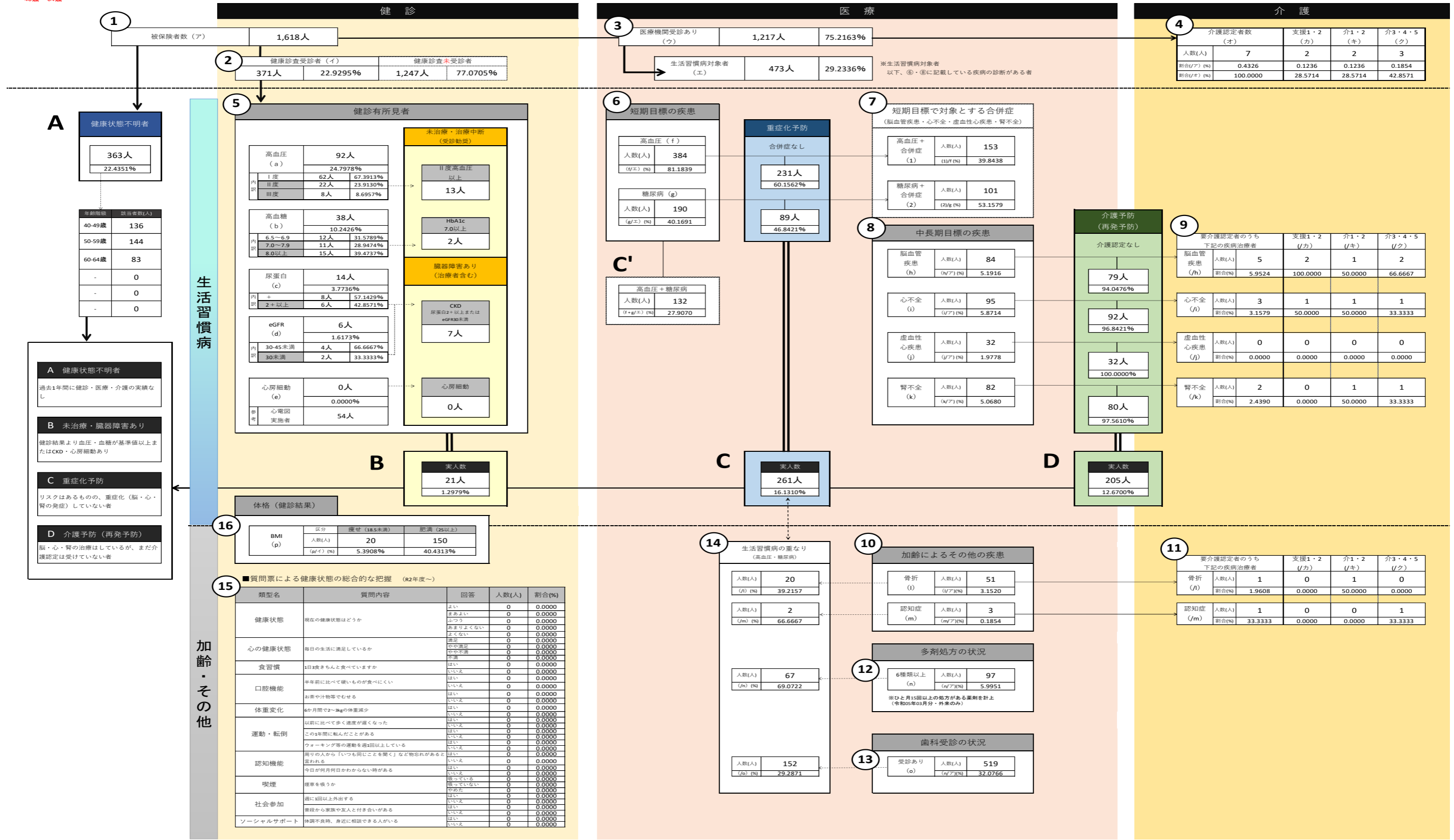
		項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)						
4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	149,078,950	23.9	32.0	25.9	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健 康課題									
			慢性腎不全(透析あり)	125,651,310	20.2	7.8	12.0	8.2										
			糖尿病	46,201,950	7.4	11.2	8.3	10.4										
			高血圧症	24,448,130	3.9	6.6	4.8	5.9										
			脂質異常症	17,344,290	2.8	3.8	2.8	4.1										
			脳梗塞・脳出血	24,322,770	3.9	3.9	4.9	3.9										
			狭心症・心筋梗塞	16,772,690	2.7	2.5	3.3	2.8										
			精神	111,028,410	17.8	15.1	20.9	14.7										
	筋・骨格	102,114,170	16.4	16.1	16.0	16.7												
	⑤	一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	入院	高血圧症	--	--	363	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	233	0.2	1,550	1.0	896	0.6	1,144	0.9						
				脂質異常症	--	--	73	0.0	67	0.0	53	0.0						
				脳梗塞・脳出血	5,823	4.6	6,817	4.2	6,789	4.6	5,993	4.5						
		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	3,679	2.9	4,157	2.6	4,321	2.9	3,942	2.9						
腎不全				7,928	6.3	5,219	3.2	5,764	3.9	4,051	3.0							
高血圧症				6,230	3.6	13,015	6.0	7,107	4.2	10,143	4.9							
糖尿病				11,846	6.9	21,723	10.1	12,437	7.3	17,720	8.6							
		脂質異常症	4,420	2.6	7,634	3.5	4,322	2.5	7,092	3.5								
		脳梗塞・脳出血	376	0.2	951	0.4	689	0.4	825	0.4								
		虚血性心疾患	739	0.4	1,821	0.8	1,444	0.8	1,722	0.8								
		腎不全	27,903	16.2	18,224	8.4	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	1,885		2,885	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	10,112		13,033	11,533	13,295										
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	7,512		8,199	5,718	6,142										
			健診未受診者	40,300		37,038	46,845	40,210										
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	506	62.2	84,334	58.5	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	463	56.9	75,623	52.4	42,965	55.5	3,543,116	52.0								
		医療機関非受診率	43	5.3	8,711	6.0	3,785	4.9	337,939	5.0								
5	特定健診の 状況	メタボ 該当者 予備群 レベル	健診受診者	813		144,242		77,415		6,812,842		KDB_NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健 康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握						
			受診率	34.8	県内31位 同規模134位	44.7	33.7	全国39位	37.1									
			特定保健指導終了者(実施率)	23	19.8	4,174	24.7	3,636	32.2	107,925	13.4							
			非肥満高血糖	64	7.9	15,769	10.9	5,139	6.6	615,549	9.0							
			⑤	メタボ	該当者	231	28.4	30,777	21.3	20,034	25.9		1,382,506	20.3				
					男性	168	42.9	21,485	32.0	13,894	37.3		965,486	32.0				
					女性	63	15.0	9,292	12.1	6,140	15.3		417,020	11.0				
					予備群	103	12.7	16,232	11.3	11,411	14.7		765,405	11.2				
			⑥	県内市町村数	男性	65	16.6	11,418	17.0	7,753	20.8		539,738	17.9				
					女性	38	9.0	4,814	6.2	3,658	9.1		225,667	5.9				
			⑦	42市町村	メタボ 該当者 予備群 レベル	腹囲	総数	363	44.6	51,311	35.6		35,002	45.2	2,380,778	34.9		
							男性	253	64.5	35,929	53.5		23,943	64.2	1,666,592	55.3		
						女性	110	26.1	15,382	20.0	11,059		27.6	714,186	18.8			
						BMI	総数	63	7.7	8,057	5.6		4,644	6.0	320,038	4.7		
							男性	9	2.3	1,348	2.0		717	1.9	51,248	1.7		
						女性	54	12.8	6,709	8.7	3,927		9.8	268,790	7.1			
						⑧	同規模市区町村数 152市町村	血糖のみ 血圧のみ 脂質のみ 血糖・血圧 血糖・脂質 血圧・脂質 血糖・血圧・脂質	血糖のみ	9	1.1		970	0.7	568	0.7	43,519	0.6
									血圧のみ	74	9.1		11,869	8.2	8,389	10.8	539,490	7.9
									脂質のみ	20	2.5		3,393	2.4	2,454	3.2	182,396	2.7
血糖・血圧	35	4.3							5,168	3.6	2,911	3.8	203,072	3.0				
血糖・脂質	9	1.1	1,482	1.0	896				1.2	70,267	1.0							
血圧・脂質	108	13.3	13,802	9.6	9,610				12.4	659,446	9.7							
血糖・血圧・脂質	79	9.7	10,325	7.2	6,617				8.5	449,721	6.6							
高血圧	352	43.3	56,734	39.4	31,609				40.8	2,428,038	35.6							
糖尿病	101	12.4	14,426	10.0	8,123				10.5	589,470	8.7							
脂質異常症	231	28.4	40,393	28.0	20,477	26.5	1,899,637	27.9										
⑨	問診の状況	既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	8	1.1	4,313	3.1	2,472	3.4	207,385	3.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握						
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	21	2.9	8,226	5.9	4,890	6.8	365,407	5.5							
6	生活習慣の 状況	喫煙 週3回以上朝食を抜く 週3回以上食後間食(～H29) 週3回以上就寝前夕食(H30～) 週3回以上就寝前夕食 食べる速度が速い 20歳時体重から10kg以上増加 1回30分以上運動習慣なし 1日1時間以上運動なし 睡眠不足 毎日飲酒 時々飲酒 日 飲 酒 量	腎不全	4	0.6	1,258	0.9	534	0.7	53,898	0.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握						
			貧血	31	3.9	12,283	8.9	5,769	7.9	702,088	10.7							
			喫煙	114	14.0	19,956	13.8	11,101	14.3	939,212	13.8							
			週3回以上朝食を抜く	57	17.9	10,967	8.0	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～)	55	17.2	21,245	15.5	13,687	23.2	976,348	15.7							
			週3回以上就寝前夕食	55	17.2	21,245	15.5	13,687	23.2	976,348	15.7							
			食べる速度が速い	94	29.4	35,839	26.1	17,745	30.1	1,659,705	26.8							
			20歳時体重から10kg以上増加	184	57.3	47,759	34.9	27,557	46.4	2,175,065	35.0							
			1回30分以上運動習慣なし	194	60.4	88,783	64.7	34,075	57.8	3,749,069	60.4							
			1日1時間以上運動なし	158	49.2	66,925	48.8	26,211	44.3	2,982,100	48.0							
			睡眠不足	85	26.8	33,578	24.5	16,453	28.9	1,587,311	25.6							
			毎日飲酒	51	16.0	35,892	25.8	11,814	19.7	1,658,999	25.5							
			時々飲酒	84	26.3	29,305	21.0	17,885	29.8	1,463,468	22.5							
⑩	日 飲 酒 量	1合未満	154	61.1	53,516	60.4	20,349	50.2	2,978,351	64.1								
		1～2合	56	22.2	23,379	26.4	12,112	29.9	1,101,465	23.7								
		2～3合	29	11.5	9,133	10.3	5,818	14.4	434,461	9.4								
		3合以上	13	5.2	2,574	2.9	2,219	5.5	128,716	2.8								

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

①40～64歳(国保)

E表：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する

令和4年度



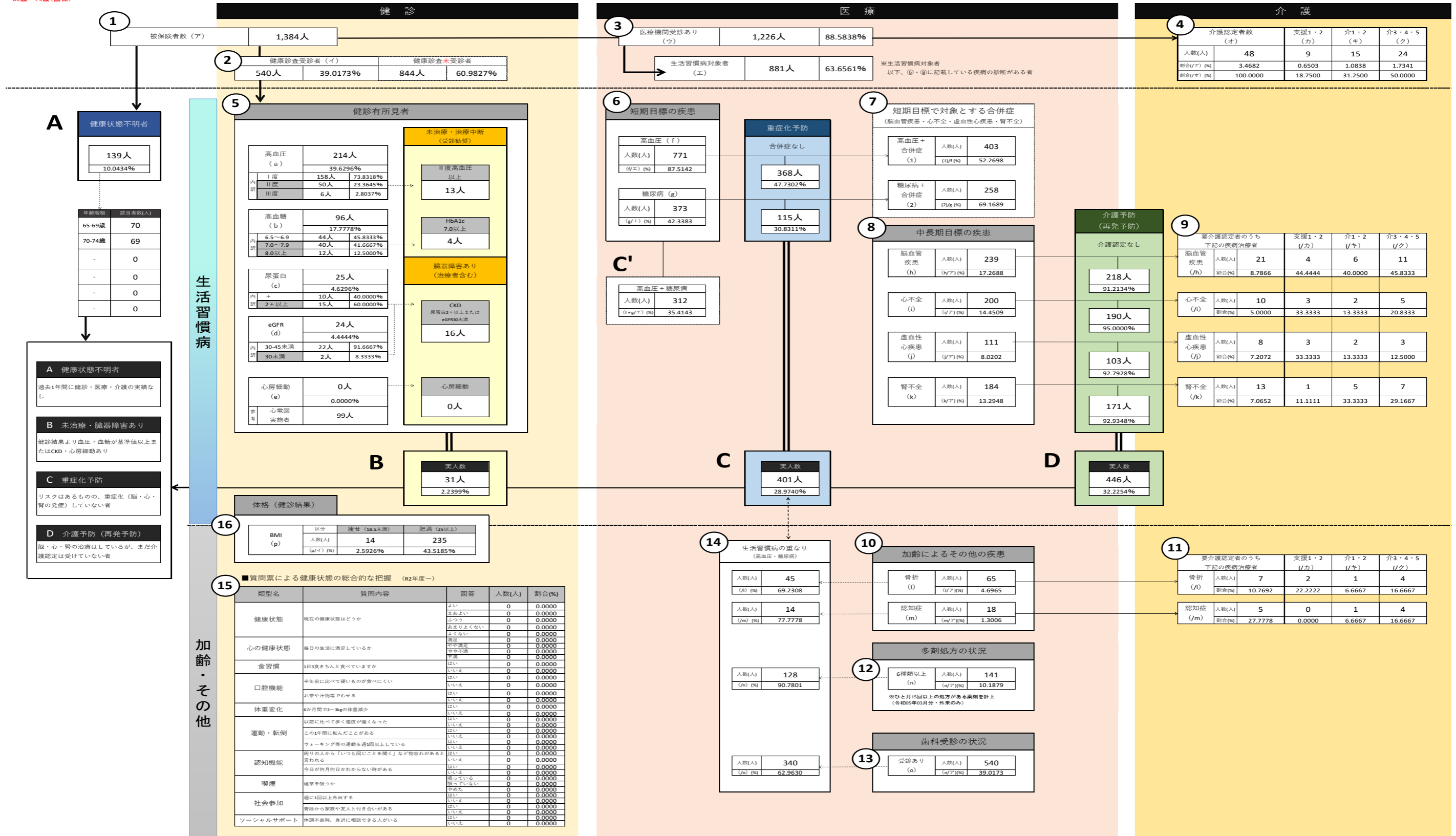
出典・参照：保険者データヘルス支援システム

②65～74歳(国保)

嘉手納町
65歳～74歳(国保)

E表: 健診・医療・介護データの体系的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する

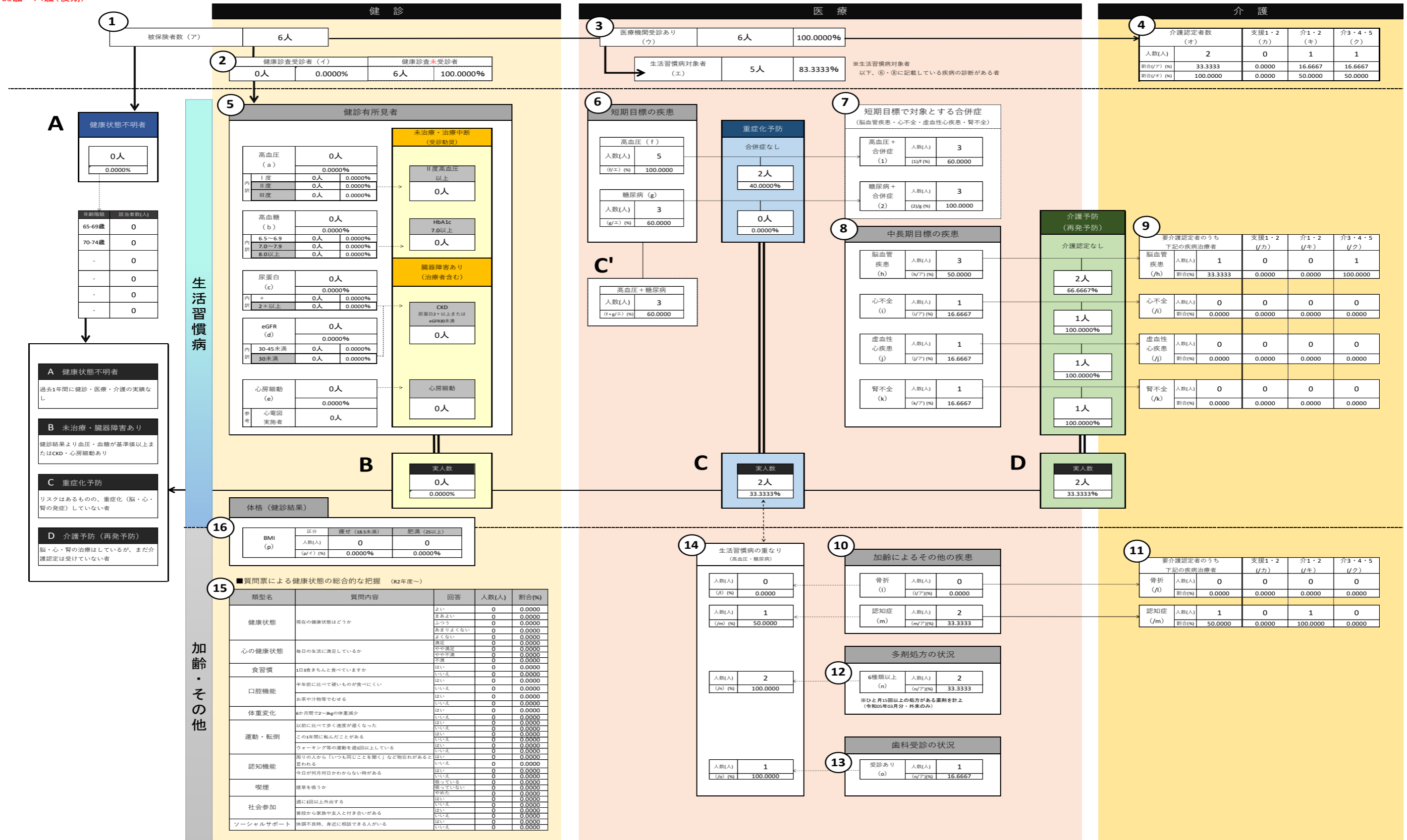
令和4年度



③65～74歳(後期)

嘉手納町 E表: 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する
65歳～74歳(後期)

令和4年度

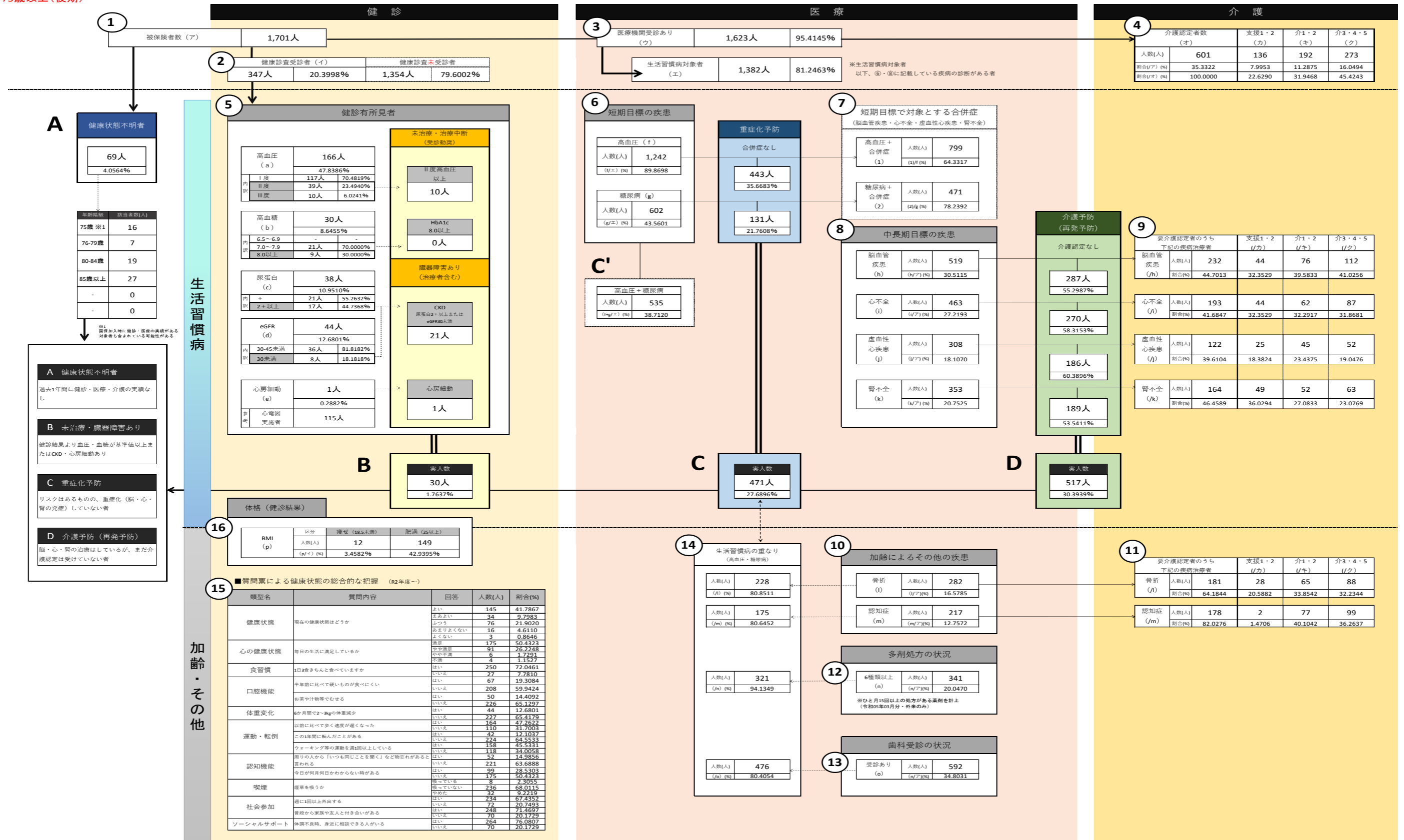


出典・参照: 保険者ヘルス支援システム

④75歳以上(後期)

嘉手納町 E表: 健診・医療・介護データの体系的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する
75歳以上(後期)

令和4年度

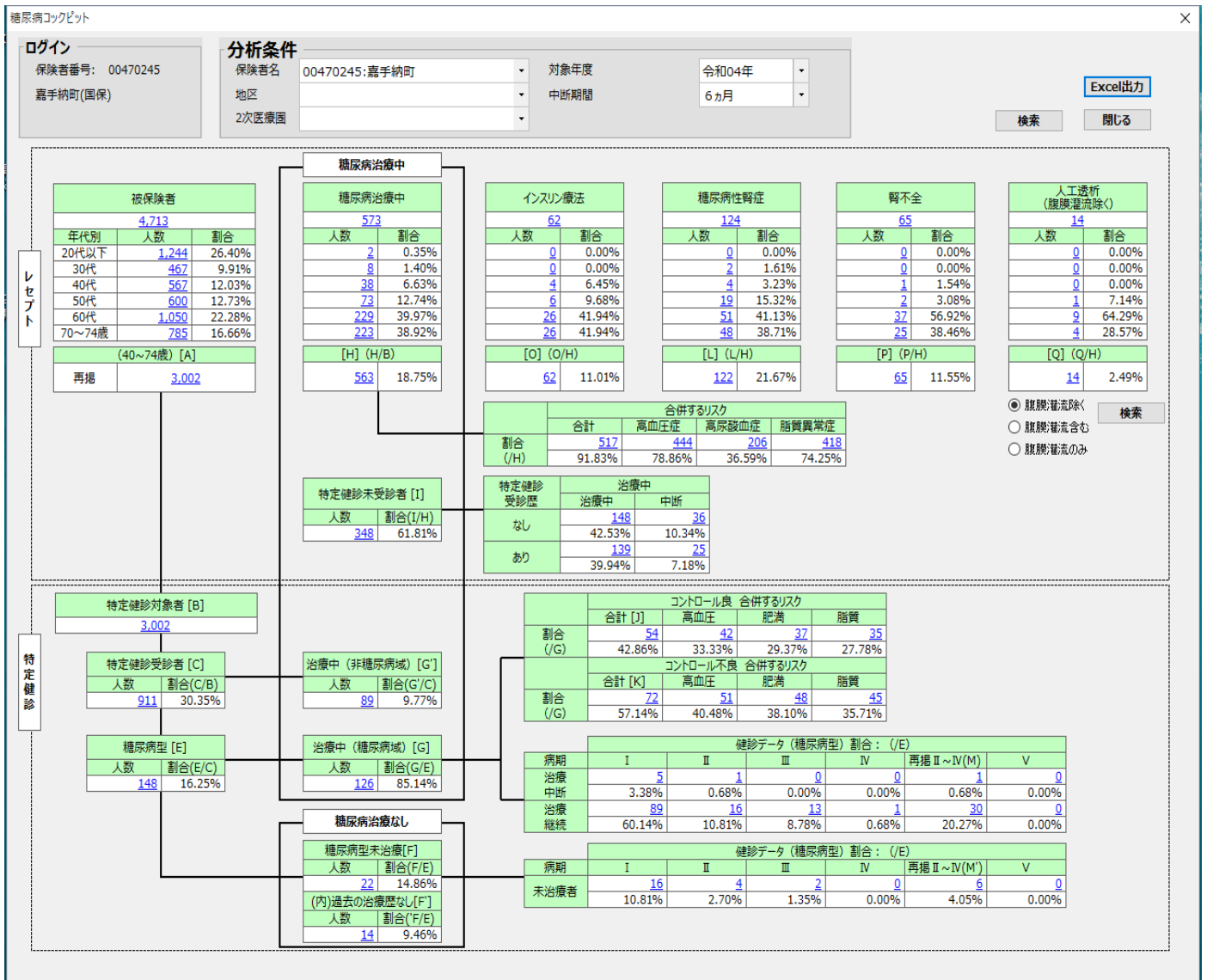


出典・参照: 保険者データヘルス支援システム

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価 図表 65

項目		突 合 表	嘉手納町										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	4,358人		4,285人		4,213人		4,171人		4,083人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	② (再掲) 40-74歳		2,787人		2,727人		2,696人		2,700人		2,677人						
2	① 対象者数	B	2,488人		2,432人		2,416人		2,418人		2,331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	1,020人		1,083人		787人		898人		859人						
	③ 受診率		--		--		--		--		--						
3	① 特定 対象者数		146人		165人		123人		129人		117人						
	② 保健指導 実施率		50.7%		38.8%		43.9%		38.0%		23.9%						
4	健診 データ	① 糖尿病型	E	163人	16.0%	181人	16.7%	119人	15.1%	158人	17.6%	151人	17.6%			特定健診結果	
		② 未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	49人	30.1%	51人	28.2%	34人	28.6%	41人	25.9%	48人	31.8%				
		③ 治療中（質問票 服薬あり）	G	114人	69.9%	130人	71.8%	85人	71.4%	117人	74.1%	103人	68.2%				
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	79人	69.3%	92人	70.8%	53人	62.4%	73人	62.4%	71人	68.9%				
		⑤ 血圧 130/80以上		59人	74.7%	64人	69.6%	42人	79.2%	48人	65.8%	49人	69.0%				
		⑥ 肥満 BMI25以上		48人	60.8%	58人	63.0%	39人	73.6%	44人	60.3%	47人	66.2%				
		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	30.7%	38人	29.2%	32人	37.6%	44人	37.6%	32人	31.1%				
		⑧ 第1期 尿蛋白（-）	M	116人	71.2%	145人	80.1%	91人	76.5%	124人	78.5%	114人	75.5%				
		⑨ 第2期 尿蛋白（±）		18人	11.0%	14人	7.7%	9人	7.6%	15人	9.5%	21人	13.9%				
		⑩ 第3期 尿蛋白（+）以上		25人	15.3%	19人	10.5%	16人	13.4%	13人	8.2%	14人	9.3%				
		⑪ 第4期 eGFR30未満		2人	1.2%	2人	1.1%	0人	0.0%	2人	1.3%	2人	1.3%				
5	レセプト	① 糖尿病受療率（被保険者千対）		73.4人		71.2人		64.6人		69.0人		72.0人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		② (再掲) 40-74歳（被保険者千対）		112.7人		111.5人		100.1人		105.6人		108.7人					
		③ レセプト件数 (40-74歳) ()内は被保険者千 対	H	入院外（件数）	1,658件	(604.2)	1,597件	(595.9)	1,474件	(549.8)	1,510件	(566.6)	1,557件	(608.4)	334,283件	(942.0)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		④ 入院（件数）		12件	(4.4)	7件	(2.6)	8件	(3.0)	3件	(1.1)	5件	(2.0)	1,709件	(4.8)		
		⑤ 糖尿病治療中		320人	7.3%	305人	7.1%	272人	6.5%	288人	6.9%	294人	7.2%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		⑥ (再掲) 40-74歳		314人	11.3%	304人	11.1%	270人	10.0%	285人	10.6%	291人	10.9%				
		⑦ 健診未受診者	I	200人	63.7%	190人	62.5%	185人	68.5%	168人	58.9%	188人	64.6%				
		⑧ インスリン治療	O	25人	7.8%	19人	6.2%	18人	6.6%	24人	8.3%	21人	7.1%				
		⑨ (再掲) 40-74歳		25人	8.0%	19人	6.3%	18人	6.7%	24人	8.4%	21人	7.2%				
		⑩ 糖尿病性腎症	L	45人	14.1%	53人	17.4%	54人	19.9%	52人	18.1%	50人	17.0%				
		⑪ (再掲) 40-74歳		44人	14.0%	53人	17.4%	53人	19.6%	52人	18.2%	50人	17.2%				
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		11人	3.4%	10人	3.3%	11人	4.0%	12人	4.2%	8人	2.7%				
		⑬ (再掲) 40-74歳		11人	3.5%	10人	3.3%	11人	4.1%	12人	4.2%	8人	2.7%				
		⑭ 新規透析患者数		-	-	1	10%	4	36.4%	2	16.7%	0	0				嘉手納町調べ
		⑮ (再掲) 糖尿病性腎症		-	-	0	0	1	25%	2	100%	0	0				
		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)		7人	2.0%	9人	2.5%	9人	2.7%	9人	2.5%	11人	2.9%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期	
6	医療費	① 総医療費		12億0410万円		12億4053万円		12億6709万円		11億0277万円		11億7027万円		10億9648万円		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		6億3676万円		6億6025万円		7億0231万円		6億1888万円		6億2318万円		5億9067万円			
		③ (総医療費に占める割合)		52.9%		53.2%		55.4%		56.1%		53.3%		53.9%			
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	8,232円	9,665円	7,042円	7,400円	7,512円	8,199円								
		⑤ 健診未受診者		36,967円	38,446円	47,303円	39,163円	40,300円	37,038円								
		⑥ 糖尿病医療費		5070万円	4974万円	4463万円	4635万円	4620万円	6602万円								
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		8.0%	7.5%	6.4%	7.5%	7.4%	11.2%								
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		1億9333万円	1億9334万円	2億0211万円	1億9891万円	1億8252万円									
		⑨ 1件あたり		46,630円	49,335円	53,925円	49,864円	44,979円									
		⑩ 糖尿病入院総医療費		1億1713万円	1億2047万円	1億2094万円	8757万円	1億0172万円									
		⑪ 1件あたり		576,972円	620,981円	610,794円	595,695円	587,963円									
		⑫ 在院日数		19日	18日	18日	21日	20日									
		⑬ 慢性腎不全医療費		1億1013万円	1億3478万円	1億3983万円	1億3429万円	1億2958万円	4999万円								
		⑭ 透析有り		1億0834万円	1億3052万円	1億3415万円	1億2681万円	1億2565万円	4634万円								
		⑮ 透析なし		179万円	426万円	568万円	748万円	393万円	364万円								
7	介護	① 介護給付費		11億3287万円		11億6299万円		11億4432万円		10億5678万円		10億6640万円		13億3151万円			
		② (2号認定者) 糖尿病合併症		0件 0.0%		0件 0.0%		1件 9.1%		1件 14.3%		1件 25.0%					
8	① 死亡	糖尿病（死因別死亡数）		1人	0.8%	4人	3.0%	2人	1.5%	1人	0.8%	2人	1.4%	582人	1.1%	KDB_健診・医療・介護 データからみる地域の健康	

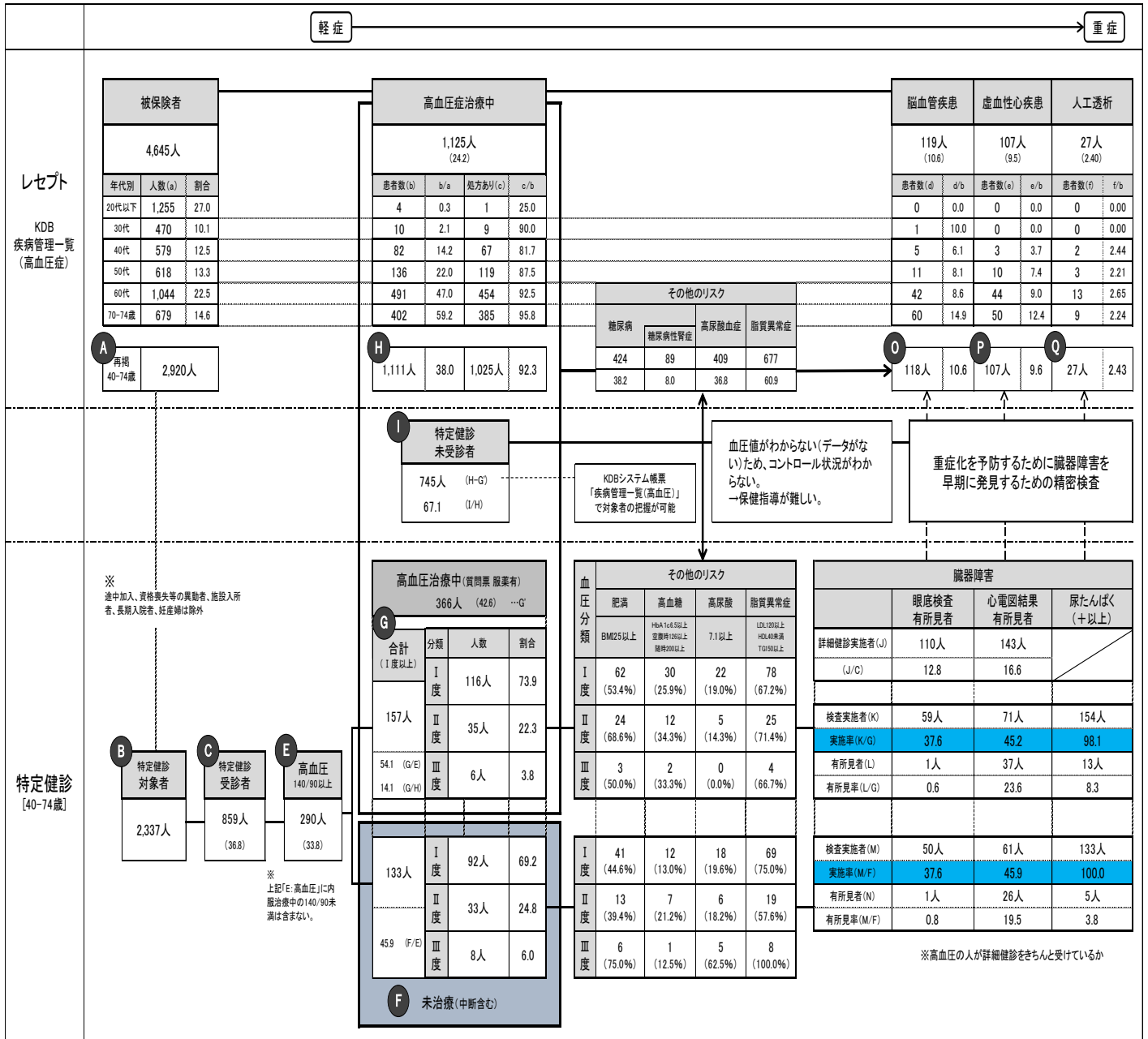
参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合 図表 63



出典・参照: 保険者デ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 図表 68

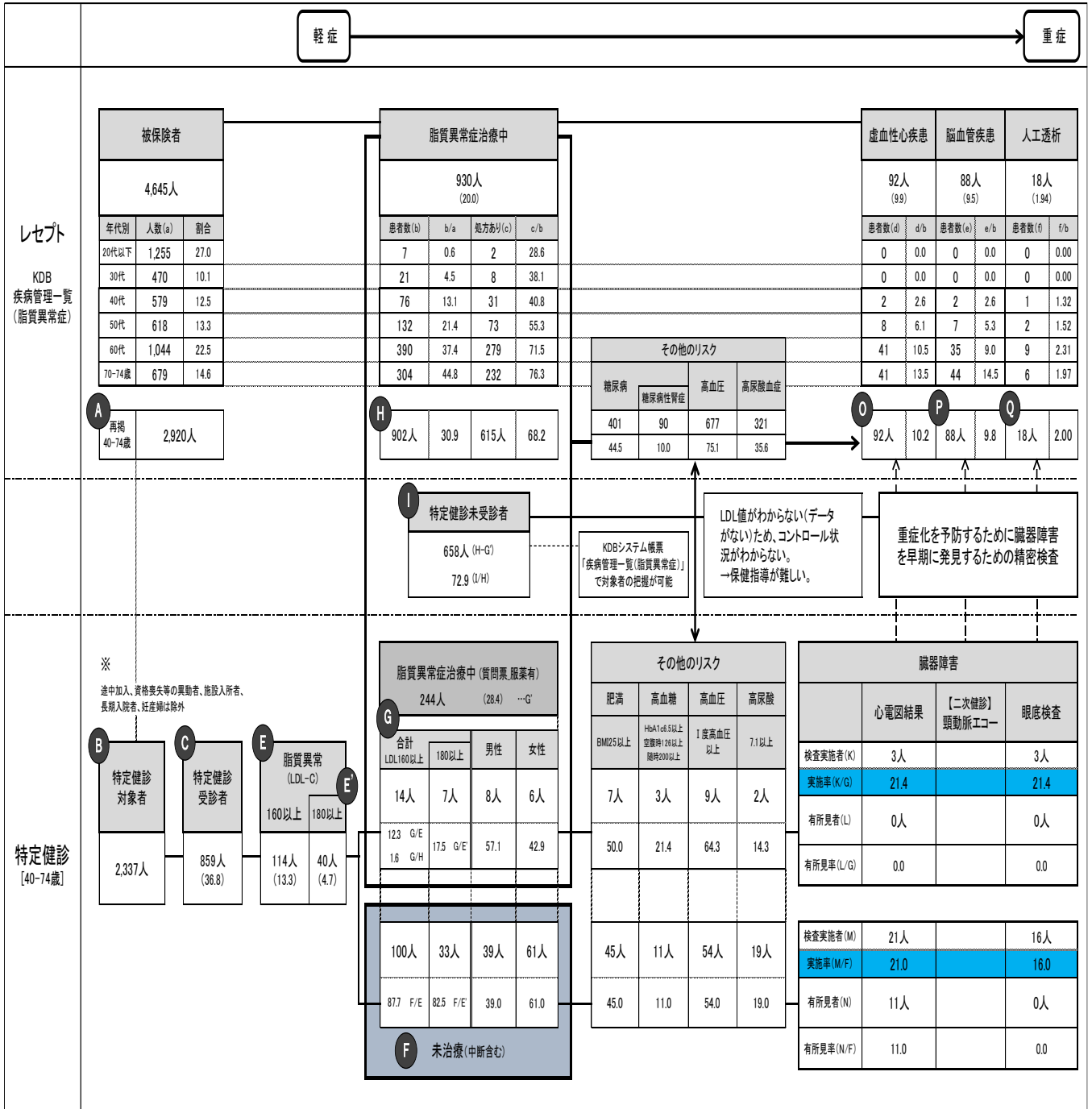
令和04年度



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

令和04年度



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

出典・参照: KDB システム改変

参考資料7 HbA1Cの年次比較

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
		正常		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		最低限度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	986	368	37.3%	354	35.9%	123	12.5%	50	5.1%	48	4.9%	43	4.4%	65	6.6%	34	3.4%
H30	1,014	399	39.3%	348	34.3%	141	13.9%	37	3.6%	55	5.4%	34	3.4%	67	6.6%	23	2.3%
R01	1,072	345	32.2%	410	38.2%	169	15.8%	60	5.6%	60	5.6%	28	2.6%	52	4.9%	17	1.6%
R02	778	299	38.4%	288	37.0%	94	12.1%	37	4.8%	41	5.3%	19	2.4%	46	5.9%	13	1.7%
R03	894	367	41.1%	319	35.7%	91	10.2%	44	4.9%	43	4.8%	30	3.4%	49	5.5%	23	2.6%
R04	859	267	31.1%	319	37.1%	147	17.1%	52	6.1%	47	5.5%	27	3.1%	44	5.1%	20	2.3%

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

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲				
					再)7.0以上	未治療	治療					
												人数
H29	986	368 37.3%	354 35.9%	123 12.5%	141 14.3%	45 31.9%	96 68.1%	91 9.2%	22 24.2%	69 75.8%	9.2%	14.3%
H30	1,014	399 39.3%	348 34.3%	141 13.9%	126 12.4%	37 29.4%	89 70.6%	89 8.8%	22 24.7%	67 75.3%	8.8%	12.4%
R01	1,072	345 32.2%	410 38.2%	169 15.8%	148 13.8%	44 29.7%	104 70.3%	88 8.2%	18 20.5%	70 79.5%	8.2%	13.8%
R02	778	299 38.4%	288 37.0%	94 12.1%	97 12.5%	25 25.8%	72 74.2%	60 7.7%	14 23.3%	46 76.7%	7.7%	12.5%
R03	894	367 41.1%	319 35.7%	91 10.2%	117 13.1%	33 28.2%	84 71.8%	73 8.2%	16 21.9%	57 78.1%	8.2%	13.1%
R04	859	267 31.1%	319 37.1%	147 17.1%	126 14.7%	39 31.0%	87 69.0%	74 8.6%	16 21.6%	58 78.4%	8.6%	14.7%

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲					
		正常		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		最低限度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	113	11.5%	4	3.5%	3	2.7%	10	8.8%	27	23.9%	37	32.7%	32	28.3%	50	44.2%	25	22.1%
	H30	114	11.2%	2	1.8%	3	2.6%	20	17.5%	22	19.3%	43	37.7%	24	21.1%	52	45.6%	17	14.9%
	R01	130	12.1%	0	0.0%	9	6.9%	17	13.1%	34	26.2%	47	36.2%	23	17.7%	42	32.3%	13	10.0%
	R02	84	10.8%	1	1.2%	4	4.8%	7	8.3%	26	31.0%	30	35.7%	16	19.0%	34	40.5%	11	13.1%
	R03	116	13.0%	6	5.2%	5	4.3%	21	18.1%	27	23.3%	35	30.2%	22	19.0%	38	32.8%	17	14.7%
	R04	103	12.0%	2	1.9%	5	4.9%	9	8.7%	29	28.2%	36	35.0%	22	21.4%	37	35.9%	17	16.5%
治療なし	H29	873	88.5%	364	41.7%	351	40.2%	113	12.9%	23	2.6%	11	1.3%	11	1.3%	15	1.7%	9	1.0%
	H30	900	88.8%	397	44.1%	345	38.3%	121	13.4%	15	1.7%	12	1.3%	10	1.1%	15	1.7%	6	0.7%
	R01	942	87.9%	345	36.6%	401	42.6%	152	16.1%	26	2.8%	13	1.4%	5	0.5%	10	1.1%	4	0.4%
	R02	694	89.2%	298	42.9%	284	40.9%	87	12.5%	11	1.6%	11	1.6%	3	0.4%	12	1.7%	2	0.3%
	R03	778	87.0%	361	46.4%	314	40.4%	70	9.0%	17	2.2%	8	1.0%	8	1.0%	11	1.4%	6	0.8%
	R04	756	88.0%	265	35.1%	314	41.5%	138	18.3%	23	3.0%	11	1.5%	5	0.7%	7	0.9%	3	0.4%

出典・参照:特定健診等データ管理システム

参考資料8 血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	986	263	26.7%	156	15.8%	269	27.3%	238	24.1%	54	5.5%	6	0.6%
H30	1,020	255	25.0%	159	15.6%	247	24.2%	262	25.7%	78	7.6%	19	1.9%
R01	1,083	273	25.2%	167	15.4%	274	25.3%	256	23.6%	89	8.2%	24	2.2%
R02	787	189	24.0%	104	13.2%	198	25.2%	222	28.2%	59	7.5%	15	1.9%
R03	898	236	26.3%	154	17.1%	220	24.5%	197	21.9%	74	8.2%	17	1.9%
R04	859	234	27.2%	123	14.3%	212	24.7%	208	24.2%	68	7.9%	14	1.6%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上														
					再)Ⅲ度高血圧	再掲													
						未治療	治療												
H29	986	419 42.5%	269 27.3%	238 24.1%	60	29	31												
					6.1%	48.3%	51.7%	6.1%											
					6	3	3	0.6%											
					97	53	44												
					9.5%	54.6%	45.4%	9.5%											
					19	14	5												
					1.9%	73.7%	26.3%	1.9%											
R01	1,083	440 40.6%	274 25.3%	256 23.6%	113	65	48												
					10.4%	57.5%	42.5%	10.4%											
					24	17	7	2.2%											
					74	41	33												
					9.4%	55.4%	44.6%	9.4%											
					15	9	6												
					1.9%	60.0%	40.0%	1.9%											
R03	898	390 43.4%	220 24.5%	197 21.9%	91	50	41												
					10.1%	54.9%	45.1%	10.1%											
					17	10	7	1.9%											
					82	41	41												
					9.5%	50.0%	50.0%	9.5%											
					14	8	6												
					1.6%	57.1%	42.9%	1.6%											

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	349	35.4%	44	12.6%	52	14.9%	109	31.2%	113	32.4%	28	8.0%	3	0.9%
	H30	363	35.6%	30	8.3%	58	16.0%	100	27.5%	131	36.1%	39	10.7%	5	1.4%
	R01	410	37.9%	46	11.2%	55	13.4%	122	29.8%	139	33.9%	41	10.0%	7	1.7%
	R02	304	38.6%	35	11.5%	44	14.5%	85	28.0%	107	35.2%	27	8.9%	6	2.0%
	R03	349	38.9%	51	14.6%	66	18.9%	88	25.2%	103	29.5%	34	9.7%	7	2.0%
	R04	366	42.6%	50	13.7%	53	14.5%	106	29.0%	116	31.7%	35	9.6%	6	1.6%
治療なし	H29	637	64.6%	219	34.4%	104	16.3%	160	25.1%	125	19.6%	26	4.1%	3	0.5%
	H30	657	64.4%	225	34.2%	101	15.4%	147	22.4%	131	19.9%	39	5.9%	14	2.1%
	R01	673	62.1%	227	33.7%	112	16.6%	152	22.6%	117	17.4%	48	7.1%	17	2.5%
	R02	483	61.4%	154	31.9%	60	12.4%	113	23.4%	115	23.8%	32	6.6%	9	1.9%
	R03	549	61.1%	185	33.7%	88	16.0%	132	24.0%	94	17.1%	40	7.3%	10	1.8%
	R04	493	57.4%	184	37.3%	70	14.2%	106	21.5%	92	18.7%	33	6.7%	8	1.6%

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

参考資料9 LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
総数	H29	986	487	49.4%	222	22.5%	169	17.1%	65	6.6%	43	4.4%
	H30	1,020	473	46.4%	258	25.3%	169	16.6%	83	8.1%	37	3.6%
	R01	1,083	458	42.3%	284	26.2%	184	17.0%	107	9.9%	50	4.6%
	R02	787	369	46.9%	171	21.7%	138	17.5%	72	9.1%	37	4.7%
	R03	898	415	46.2%	186	20.7%	159	17.7%	69	7.7%	69	7.7%
R04	859	409	47.6%	220	25.6%	116	13.5%	74	8.6%	40	4.7%	
男性	H29	451	240	53.2%	95	21.1%	73	16.2%	29	6.4%	14	3.1%
	H30	459	226	49.2%	120	26.1%	76	16.6%	28	6.1%	9	2.0%
	R01	498	237	47.6%	129	25.9%	69	13.9%	44	8.8%	19	3.8%
	R02	379	203	53.6%	75	19.8%	54	14.2%	30	7.9%	17	4.5%
	R03	434	216	49.8%	83	19.1%	71	16.4%	34	7.8%	30	6.9%
R04	417	219	52.5%	104	24.9%	47	11.3%	27	6.5%	20	4.8%	
女性	H29	535	247	46.2%	127	23.7%	96	17.9%	36	6.7%	29	5.4%
	H30	561	247	44.0%	138	24.6%	93	16.6%	55	9.8%	28	5.0%
	R01	585	221	37.8%	155	26.5%	115	19.7%	63	10.8%	31	5.3%
	R02	408	166	40.7%	96	23.5%	84	20.6%	42	10.3%	20	4.9%
	R03	464	199	42.9%	103	22.2%	88	19.0%	35	7.5%	39	8.4%
R04	442	190	43.0%	116	26.2%	69	15.6%	47	10.6%	20	4.5%	

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲		割合	
					再)180以上	未治療	治療	割合	割合		
H29	986	487 49.4%	222 22.5%	169 17.1%	108	92	16	11.0%	85.2%	14.8%	11.0%
					43 4.4%	40 93.0%	3 7.0%	4.4%			
H30	1,020	473 46.4%	258 25.3%	169 16.6%	120	104	16	11.8%	86.7%	13.3%	11.8%
					37 3.6%	32 86.5%	5 13.5%	3.6%			
R01	1,083	458 42.3%	284 26.2%	184 17.0%	157	138	19	14.5%	87.9%	12.1%	14.5%
					50 4.6%	44 88.0%	6 12.0%	4.6%			
R02	787	369 46.9%	171 21.7%	138 17.5%	109	97	12	13.9%	89.0%	11.0%	13.9%
					37 4.7%	29 78.4%	8 21.6%	4.7%			
R03	898	415 46.2%	186 20.7%	159 17.7%	138	126	12	15.4%	91.3%	8.7%	15.4%
					69 7.7%	59 85.5%	10 14.5%	7.7%			
R04	859	409 47.6%	220 25.6%	116 13.5%	114	100	14	13.3%	87.7%	12.3%	13.3%
					40 4.7%	33 82.5%	7 17.5%	4.7%			

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	218	22.1%	145	66.5%	37	17.0%	20	9.2%	13	6.0%	3	1.4%
	H30	222	21.8%	140	63.1%	40	18.0%	26	11.7%	11	5.0%	5	2.3%
	R01	239	22.1%	145	60.7%	54	22.6%	21	8.8%	13	5.4%	6	2.5%
	R02	191	24.3%	128	67.0%	27	14.1%	24	12.6%	4	2.1%	8	4.2%
	R03	220	24.5%	154	70.0%	39	17.7%	15	6.8%	2	0.9%	10	4.5%
R04	244	28.4%	162	66.4%	50	20.5%	18	7.4%	7	2.9%	7	2.9%	
治療なし	H29	768	77.9%	342	44.5%	185	24.1%	149	19.4%	52	6.8%	40	5.2%
	H30	798	78.2%	333	41.7%	218	27.3%	143	17.9%	72	9.0%	32	4.0%
	R01	844	77.9%	313	37.1%	230	27.3%	163	19.3%	94	11.1%	44	5.2%
	R02	596	75.7%	241	40.4%	144	24.2%	114	19.1%	68	11.4%	29	4.9%
	R03	678	75.5%	261	38.5%	147	21.7%	144	21.2%	67	9.9%	59	8.7%
R04	615	71.6%	247	40.2%	170	27.6%	98	15.9%	67	10.9%	33	5.4%	

出典・参照: 特定健診等データ管理システム