

宜野湾市
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

宜野湾市

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期における健康課題の明確化10

1. 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
2. 第3期における健康課題の明確化
 - 1) 保険者の特性
 - 2) 基本的考え方
 - 3) 健康課題の明確化
 - 4) 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)37

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

第4章 課題解決するための個別保健事業44

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. 慢性腎臓病(CKD)重症化予防事業
3. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
4. 循環器疾患重症化予防事業
 - 虚血性心疾患重症化予防
 - 脳血管疾患重症化予防

III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

IV. 発症予防

V. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し75

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76

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料77

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

本市では、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、生活習慣病の発症予防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。

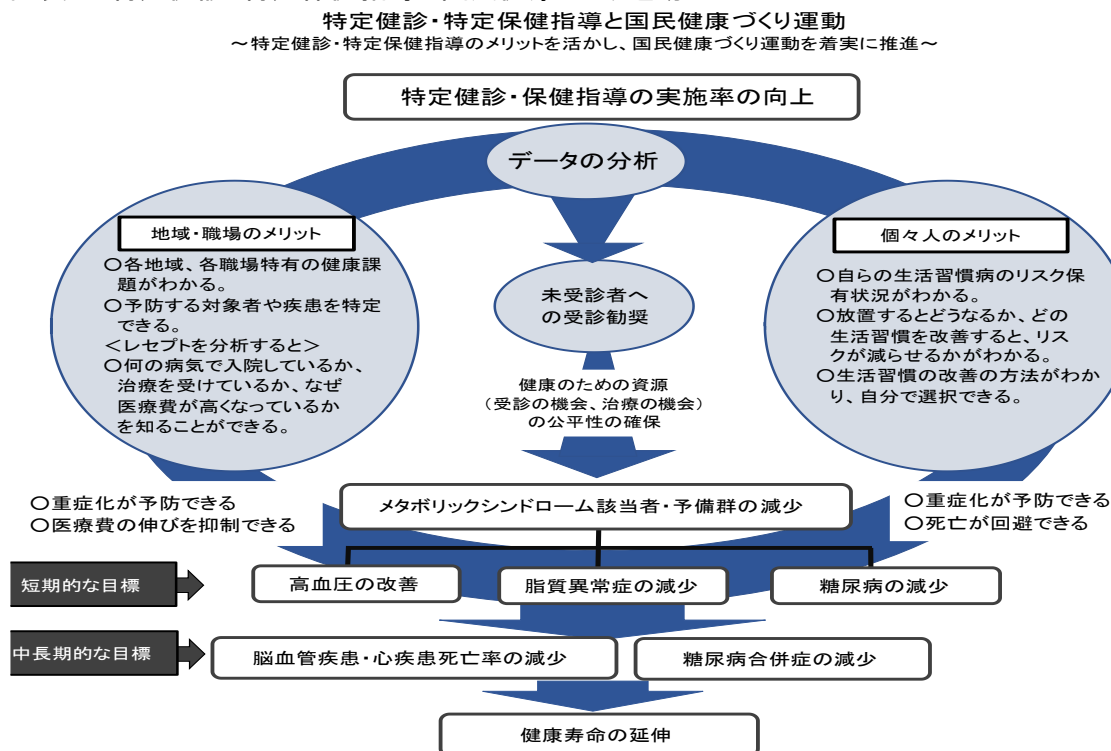
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

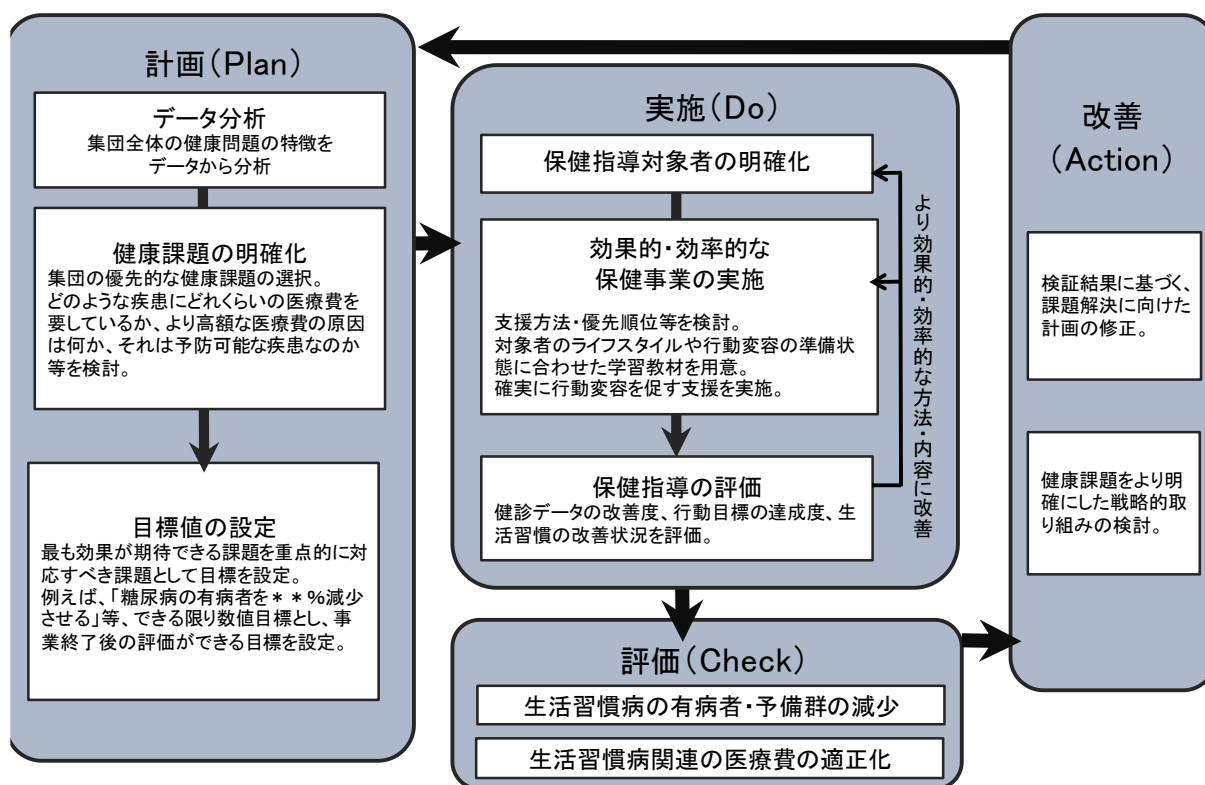
	健康増進計画	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法		医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進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、育壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期からの 健康な生活習慣づくりにも配慮		すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖 尿 病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳 卒 中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	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 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の状況に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 ・ 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



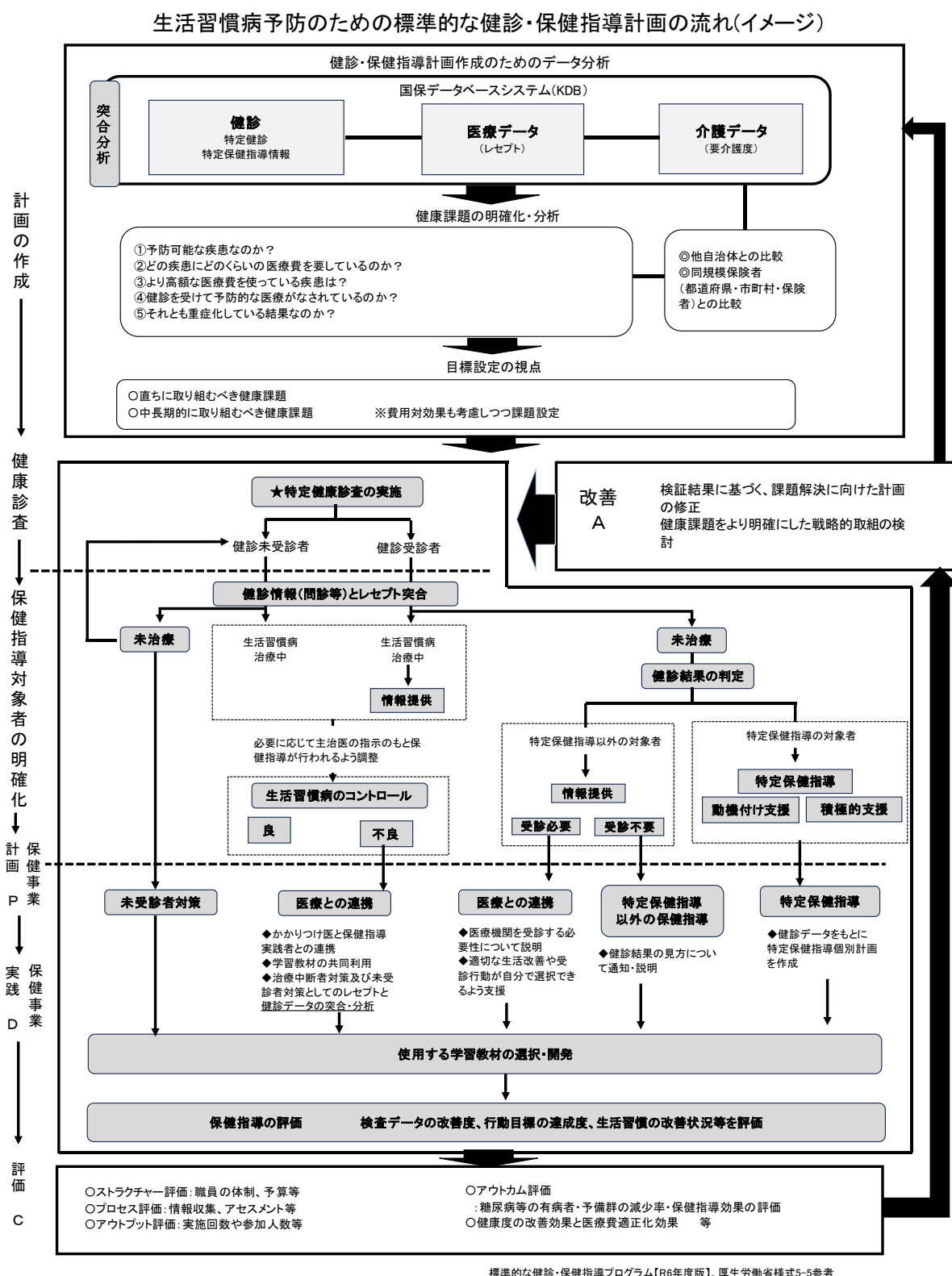
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

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)

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		最新の科学的知識と、課題抽出のための分析 (生活習慣病に関するガイドライン) → 行動変容を促す手法	高齢者の医療を確保する法律	
かつての健診・保健指導			現在の健診・保健指導	
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導		内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診	
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導	
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う	
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、実施する。	
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		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

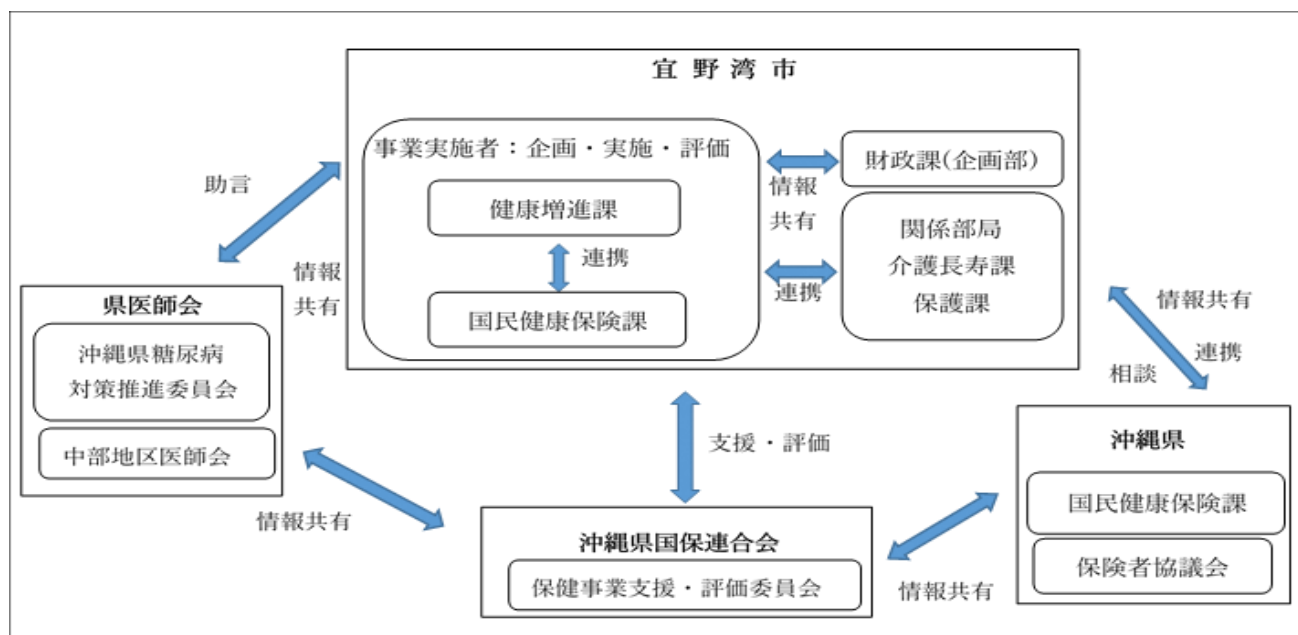
1) 市町村国保の役割

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、国民健康保険課、介護長寿課、保護課、財政課とも十分連携を図ることとします。

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

図表 6 宜野湾市の実施体制図



2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となります。

KDB 活用による健診・医療・介護データ等による課題抽出、データ分析及び技術支援等において、沖縄県国保連合会（以下「国保連」という。）と連携を図るとともに、国保連に設置された支援・評価委員会の幅広い専門的知見を活用するとともに、共同保険者である沖縄県及び地区医師会等の支援を積極的に受けます。

また、宜野湾市国民健康保険運営協議会や宜野湾市健康づくり推進協議会等の場を通じて地区医師など地域の保健医療関係者や大学等との連携を図ります。

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

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、計画策定にあたっては、国保運営協議会の場で委員である被保険者の方にも参画いただき意見交換等を行います。

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 7)

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

図表 7 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			宜野湾市	配点	宜野湾市	配点	宜野湾市	配点
交付額(千 円)			56,895		61,071		54,199	
全国順位(1,741市町村中)			595位		287位		591位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	40	70	70	70	70	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタリックシフト・ロム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	5	40	5	40	20	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	45	90	60	45	45	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	130	130	130	130	100	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	40	100	40	100	40	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	10	30	35	40	35	40
	⑤	第三者求償の取組	35	40	50	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	75	95	59	100	51	100
合計点			610	1,000	669	960	601	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. 第2期計画に係る評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で133人(認定率0.42%)、1号(65歳以上)被保険者で3,282人(認定率17.3%)です。2号被保険者認定者を比較すると、同規模被保険者(以下「同規模」という)・国より高いものの、H30年度と比べてやや減少しています。(図表8)

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約52億円から約57億円に伸びています。(図表9)

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割以上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10)

図表8 要介護認定者(率)の状況

		宜野湾市				同規模	県	国
		H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率		15,950人	16.9%	18,925人	19.7%	29.1%	22.6%	28.7%
2号認定者		143人	0.46%	133人	0.42%	0.38%	0.45%	0.38%
	新規認定者	47人		27人		--	--	--
1号認定者		2,920人	18.3%	3,282人	17.3%	18.4%	19.0%	19.4%
	新規認定者	323人		361人		--	--	--
再掲	65～74歳	397人	4.9%	480人	4.8%	--	--	--
	新規認定者	82人		99人		--	--	--
	75歳以上	2,523人	32.2%	2,802人	31.2%	--	--	--
	新規認定者	241人		262人		--	--	--

※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被保険者」を指し、宜野湾市と同規模被保険者(20市)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 9 介護給付費の変化

	宜野湾市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	52億1689万円	57億6454万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	327,078	304,599	275,832	324,737	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	70,985	66,147	60,207	69,211	59,662
居宅サービス	52,849	49,568	41,618	51,518	41,272
施設サービス	291,197	303,177	295,426	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 10 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)			133		481		2,802		3,283		3,416	
再)国保・後期			61		280		2,356		2,636		2,697	
疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	46 75.4%	脳卒中	145 51.8%	脳卒中	1,253 53.2%	脳卒中	1,398 53.0%	脳卒中	1,444 53.5%
		2	虚血性心疾患	7 11.5%	虚血性心疾患	80 28.6%	虚血性心疾患	917 38.9%	虚血性心疾患	997 37.8%	虚血性心疾患	1,004 37.2%
		3	腎不全	5 8.2%	腎不全	47 16.8%	腎不全	542 23.0%	腎不全	589 22.3%	腎不全	594 22.0%
	合併症	4	糖尿病合併症	9 14.8%	糖尿病合併症	50 17.9%	糖尿病合併症	354 15.0%	糖尿病合併症	404 15.3%	糖尿病合併症	413 15.3%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		55 90.2%	基礎疾患	254 90.7%	基礎疾患	2,238 95.0%	基礎疾患	2,492 94.5%	基礎疾患	2,547 94.4%	
	血管疾患合計		55 90.2%	合計	260 92.9%	合計	2,277 96.6%	合計	2,537 96.2%	合計	2,592 96.1%	
	認知症		認知症	7 11.5%	認知症	75 26.8%	認知症	1,145 48.6%	認知症	1,220 46.3%	認知症	1,227 45.5%
筋・骨格疾患		筋骨格系	53 86.9%	筋骨格系	263 93.9%	筋骨格系	2,264 96.1%	筋骨格系	2,527 95.9%	筋骨格系	2,580 95.7%	

出典・参照: KDB システム改変

② 医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者が減少しているにも関わらず総医療費は増加しています。一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約5万円低いものの、H30 年度から約2万円伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 3%程度にも関わらず、医療費全体の約 45%を占めており、1 件あたりの入院医療費は H30 年度と比較して 6 万円も伸びています。(図表 11)

また年齢調整をした地域差指数でみると国保においては全国平均と同様ですが、入院の地域差数は全国平均より高く、特に、後期高齢者においては、全国・県平均よりも高くなっています。

(図表 12)

一人あたり医療費の地域差は、入院が大きな要因であり、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 11 医療費の推移

		宜野湾市		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)		26,548人	25,328人	--	--	--
前期高齢者割合		6,384人 (24.0%)	6,977人 (27.5%)	--	--	--
総医療費		74億0169万円	76億4599万円 ↑	--	--	--
一人あたり医療費(円)		278,804 県内27位 同規模233位	301,879 県内26位 同規模99位	359,130	318,310	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	572,460	633,770	616,530	634,340	617,950
	費用の割合(%)	48.3	45.3	40.6	46.4	39.6
	件数の割合(%)	3.7	3.3	2.6	3.4	2.5
外来	1件あたり費用額(円)	23,290	25,960	24,420	25,820	24,220
	費用の割合(%)	51.7	54.7	59.4	53.6	60.4
	件数の割合(%)	96.3	96.7	97.4	96.6	97.5
受診率		532.021	540.151	726.377	560.174	705.439

※同規模保険者数：249

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

図表 12 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		
		宜野湾市(県内市町村中)		県(47県中)	宜野湾市(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	1.053 (18位)	1.010 (23位) ↓	1.070 (14位)	1.131 (12位)	1.114 (10位)	1.092 (14位)
	入院	1.258 (24位)	1.138 (28位)	1.259 (10位)	1.360 (16位)	1.325 (12位)	1.286 (5位)
	外来	0.927 (15位)	0.938 (15位)	0.965 (40位)	0.907 (12位)	0.909 (11位)	0.910 (43位)

※地域差指数：医療費の地域差を表す指標として、1人当たり医療費について、人口の年齢構成の相違分を補正し、全国平均を1として指数化したもの。

出典・参照：厚労省「地域差分析」

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、H30 年度と比較すると減少していますが、虚血性心疾患については、同規模、国、県より医療費割合が高い状況です。また、腎疾患(透析有)についても、同規模、国よりも高い状況です。(図表 13)

次に、中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と比較してみると人工透析については、横ばいですが、脳血管疾患と虚血性心疾患の患者数及び割合が増加しています。(図表 14)

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

図表 13 中長期目標疾患の医療費の推移

			宜野湾市		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)			74億0169万円	76億4599万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			8億0336万円	6億8191万円	--	--	--
			10.85%	8.92%	8.40%	10.08%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	2.53%	1.87%	2.11%	2.40%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.48%	1.85%	1.50%	1.61%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	5.51%	5.05%	4.49%	5.80%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.33%	0.15%	0.29%	0.27%	0.29%
そ 疾 の 患 他 の	悪性新生物		10.52%	10.93%	16.76%	12.57%	16.69%
	筋・骨疾患		6.82%	7.69%	8.52%	7.73%	8.68%
	精神疾患		11.59%	10.25%	8.12%	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 14 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		疾患別	中長期目標の疾患						
					脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0～74歳	A	26,548	25,328	a	1,761	1,792	1,081	1,139	125	123	
				a/A	6.6%	7.1%	4.1%	4.5%	0.5%	0.5%	
40歳以上		B	15,939	15,813	b	1,726	1,768	1,055	1,115	125	121
		B/A	60.0%	62.4%	b/B	10.8%	11.2%	6.6%	7.1%	0.8%	0.8%
再掲	40～64歳	D	9,555	8,836	d	541	533	382	355	60	48
		D/A	36.0%	34.9%	d/D	5.7%	6.0%	4.0%	4.0%	0.6%	0.5%
	65～74歳	C	6,384	6,977	c	1,185	1,235	673	760	65	73
		C/A	24.0%	27.5%	c/C	18.6%	17.7%	10.5%	10.9%	1.0%	1.0%

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

(2) 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

短期目標の指標とする、高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合が増加し、合併症（重症化）でもある脳血管疾患・人工透析の割合は減少していますが、虚血性心疾患は増加しています。（図表 15・16・17）

本市は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられます。

図表 15 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	5,704	6,016	2,312	2,228	3,392	3,788
		A/被保数	35.8%	38.0%	24.2%	25.2%	53.1%	54.3%
合併症 (中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	704	686	220	198	484	488
		B/A	12.3%	11.4%	9.5%	8.9%	14.3%	12.9%
	虚血性心疾患	C	741	800	260	250	481	550
		C/A	13.0%	13.3%	11.2%	11.2%	14.2%	14.5%
	人工透析	D	120	111	56	43	64	68
		D/A	2.1%	1.8%	2.4%	1.9%	1.9%	1.8%

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

図表 16 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	2,764	2,786	1,103	1,040	1,661	1,746
		A/被保数	17.3%	17.6%	11.5%	11.8%	26.0%	25.0%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	345	344	108	94	237	250
		B/A	12.5%	12.3%	9.8%	9.0%	14.3%	14.3%
	虚血性心疾患	C	475	505	149	152	326	353
		C/A	17.2%	18.1%	13.5%	14.6%	19.6%	20.2%
	人工透析	D	74	68	32	24	42	44
		D/A	2.7%	2.4%	2.9%	2.3%	2.5%	2.5%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	420	427	160	154	260	273
		E/A	15.2%	15.3%	14.5%	14.8%	15.7%	15.6%
	糖尿病性網膜症	F	537	486	192	160	345	326
		F/A	19.4%	17.4%	17.4%	15.4%	20.8%	18.7%
	糖尿病性神経障害	G	124	126	45	42	79	84
		G/A	4.5%	4.5%	4.1%	4.0%	4.8%	4.8%

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

図表 17 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	4,656	4,995	1,865	1,853	2,791	3,142
		A/被保数	29.2%	31.6%	19.5%	21.0%	43.7%	45.0%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	540	548	173	162	367	386
		B/A	11.6%	11.0%	9.3%	8.7%	13.1%	12.3%
	虚血性心疾患	C	714	762	233	228	481	534
		C/A	15.3%	15.3%	12.5%	12.3%	17.2%	17.0%
	人工透析	D	78	81	35	31	43	50
		D/A	1.7%	1.6%	1.9%	1.7%	1.5%	1.6%

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

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上をH30年度とR03年度で比較してみたところ、有所見者の割合が高くなっています。また未治療者について健診後、医療につながったかどうかレセプトと突合したところ、未治療のままの方が高血圧で約36%、糖尿病で9%、更に、医療につながっても治療中断となった方が高血圧で7.7%、糖尿病で4.7%と、県より高い状況です。(図表18)

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、今後も医療受診が必要な方には医療受診勧奨を徹底して実施し、治療につながった後も中断とならないよう医療と連携した継続的な支援により重症化を予防することが重要です。

図表18 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)	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
宜野湾市	5,168	36.4	4,403	30.7	214	4.1	132	61.7	235	5.3	135	57.4	85	36.2	18	7.7
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)	
	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K				
宜野湾市	5,088	98.5	4,398	99.9	252	5.0	70	27.8	232	5.3	59	25.4	2	9.1	11	4.7
沖縄県	95,731	98.8	80,349	99.9	5,422	5.7	1,356	25.0	4,847	6.0	1,120	23.1	357	7.4	190	3.9

※ 未治療者…12ヵ月間全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

※ 治療中断…高血圧(または糖尿病)のレセプトがある者のうち、直近(R4年度3月末を基点として)3ヵ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。本市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ポイント増加し、特に、3項目すべての危険因子が重なっている割合が1.3ポイント増加しています。(図表19)。

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、翌年度健診結果では、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上については改善率が向上しましたが、HbA1c6.5以上については低下しています。

一方で、連続した健診を受診していない方がいずれも3割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。(図表20・21・22)

図表 19 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	予備群	
			3項目	2項目
H30年度	5,168 (36.4%)	1,069 (20.7%)	335 (6.5%)	734 (14.2%)
R04年度	5,438 (38.2%)	1,291 (23.7%) ↑	426 (7.8%) ↑	865 (15.9%)

出典・参照: 特定健診等
データ管理システム

図表 20 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	451 (8.9%)	106 (23.5%)	139 (30.8%)	39 (8.6%)	167 (37.0%)
R03→R04	395 (9.0%) ↑	80 (20.3%) ↓	136 (34.4%)	50 (12.7%)	129 (32.7%) ↓

出典・参照: 特定健診等
データ管理システム

図表 21 II 度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II 度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	214 (4.1%)	83 (38.8%)	30 (14.0%)	2 (0.9%)	99 (46.3%)
R03→R04	235 (5.3%) ↑	119 (50.6%) ↑	35 (14.9%)	5 (2.1%)	76 (32.3%) ↓

出典・参照: 特定健診等
データ管理システム

図表 22 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	675 (13.1%)	220 (32.6%)	142 (21.0%)	41 (6.1%)	272 (40.3%)
R03→R04	629 (14.3%) ↑	259 (41.2%) ↑	126 (20.0%)	35 (5.6%)	209 (33.2%) ↓

出典・参照: 特定健診等
データ管理システム

④ 特定健診受診率及び特定保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、平成 30 年度には 34.0%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、R01 年度以降は受診率が低下しました。令和 4 年度より新たな取組として、特定健診受診者への商品券交付事業(受診者全員へ 3,000 円分商品券交付)開始など受診勧奨を強化した結果、令和 4 年度 36.0%と、本市の過去最高受診率を更新することができました。新たな取組により大きく受診率をのばすことができましたが、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 23)

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及び 39 歳の方へ受診勧奨を実施してきましたが、40～50 代の受診率は低い状況が続いています。(図表 25)

特定保健指導については令和元年度 62%と目標を達成しましたが、その後は 60%前後で推移しています。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 23 特定健診・特定保健指導の推移

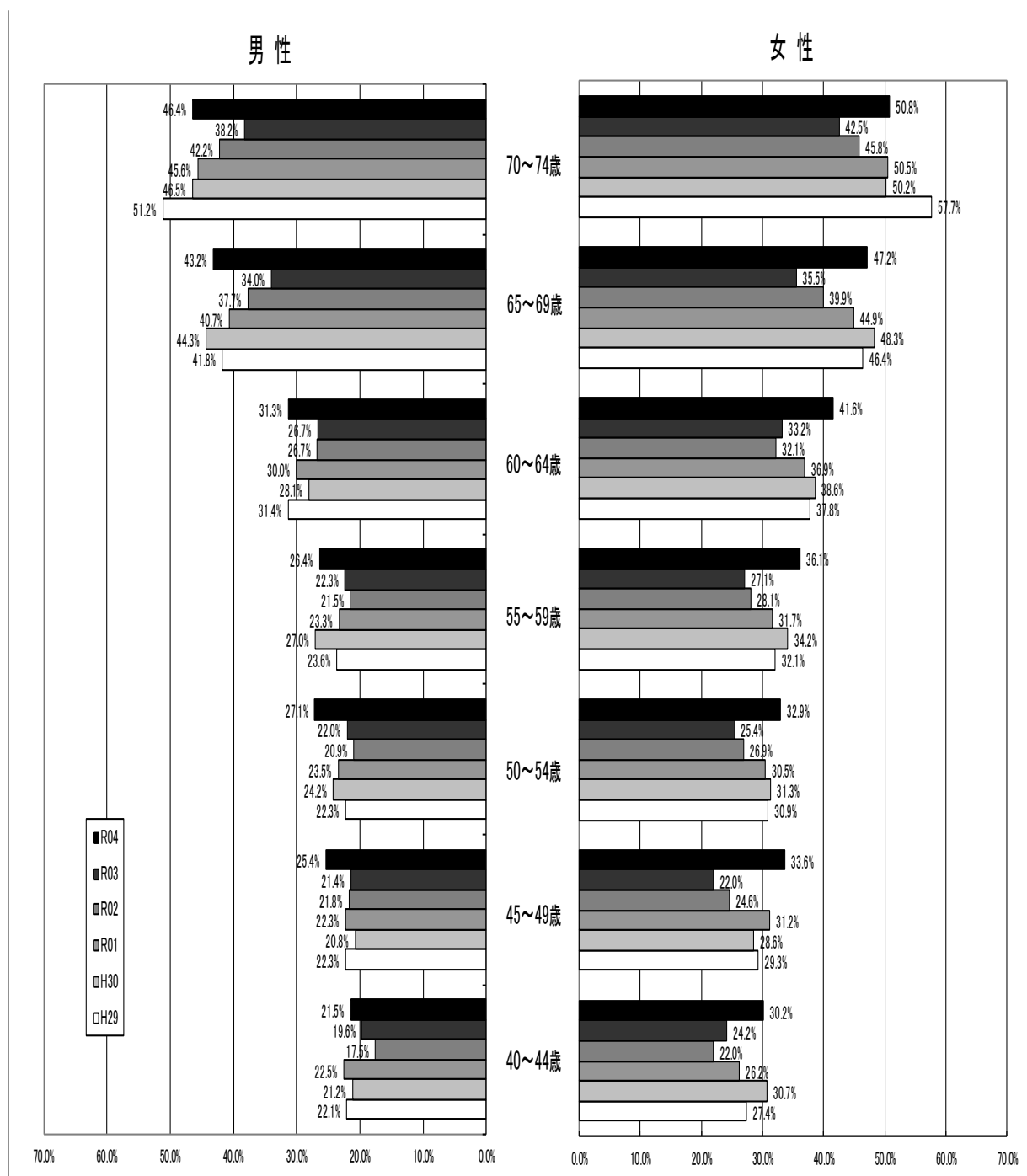
		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	4,824	4,670	4,330	4,143	5,042	健診受診率 60%
	受診率	34.0%	33.1%	30.4%	28.9%	36.0%	
特定保健指導	該当者数	706	698	688	623	727	特定保健指導実施率 60%
	割合	14.6%	14.9%	15.9%	15.0%	14.4%	
	実施者数	404	433	383	381	416	
	実施率	57.2%	62.0%	55.7%	61.2%	57.2%	

出典・参照：特定健診法定報告データ

図表 24 特定健診受診者数(実績) ※法定報告数と異なり除外対象者数含む

	平成30年度		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
	受診者数(人)	割合(%)	受診者数(人)			受診者数(人)	割合(%)
集団健診	1,297	24.2	1,057	898	961	1,548	28.2
個別健診	4,058	75.8	3,956	3,387	3,513	3,945	71.8
合計	5,355	100.0	5,013	4,285	4,474	5,493	100.0
(前年度増減：人)		67	-342	-728	189	1,019	

図 25 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

本市における本取組は平成 30 年度より開始し、初年度の事業対象者は HbA1c8.0 以上の高血糖者を対象に開始し、令和元年度途中よりHbA1c6.5 以上を対象としています。

血糖値有所見者への保健指導実施の割合は、R2年度 50.3%と比較し R4 は 60.4%と増加しているものの、血糖値有所見者割合、未治療・中断の割合も増加傾向にあります。(表 1.2)

HbA1c8%以上の高血糖者を優先対象者とし重点的に支援してきた結果、HbA1c8%以上の未治療者は、H30 年度 20 人から R3 年度 17 人に減っていますが、R4 年度は 31 人と増加しています。また、治療が必要な割合は H30 年度 39.1%から R3 年度は 32.4%と減少していますが、対象者への保健指導は 5 割とまだまだ低いため、必要な方への受診勧奨及び継続した保健指導を強化します。又、治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援を行います。

さらに、肥満があるとインスリン抵抗性(※)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方については医療と連携して行政においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。(表 1～3)

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

表 1 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	5,178	4,926	4,630	4,499	5,573
血糖値有所見者 * 1	人(b)	458	508	495	407	568
	(b/a)	8.8%	10.3%	10.7%	9.0%	10.2%
保健指導実施者 * 2	人(c)	146	200	249	202	343
	(c/b)	31.9%	39.4%	50.3%	49.6%	60.4%

※1 HbA1c6.5 以上のもの

※2 保健指導は訪問・来所等による

表 2 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 * 1	人(a)	458	508	495	407	567
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 * 3	人(b)	179	183	172	132	201
	(b/a)	39.1%	36.0%	34.7%	32.4%	35.4%
受診した者 * 4	人(c)	97	102	101	67	125
	(c/b)	54.2%	55.7%	58.7%	50.8%	62.2%

※3 HbA1c:6.5 以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

※4 受診勧奨後にレセプトで傷病名がついた者

表 3 HbA1c8.0 以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	5,178	4,926	4,630	4,499	5,573
HbA1c8.0%以上	人(b)	80	95	86	76	104
	(b/a)	1.5%	1.9%	1.9%	1.7%	1.9%
	人(c)	45	71	51	49	76
	(c/b)	56.3%	74.7%	59.3%	64.5%	73.1%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	20	28	22	17	31
	(b/a)	25.0%	29.5%	25.6%	22.4%	29.8%

内服治療開始	13人	6人	9人	12人
元々治療中	2人	11人	5人	9人
死亡、転出	1人	0人	0人	1人

② 心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目となっており、本市では集団健診と個別健診で実施しています。また、一部人間ドック希望者で実施するなど、心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を行っています

以下、表 4～6 については詳細健診に基づく結果について分析を行いました。

心電図受診者のうち、異常または軽度異常は年々増加傾向にあり、有所見率は約 3 割となっています。有所見者のうち ST 所見をみると、要精査・要医療と判定を受けた者のうち、48.7%が医療機関を受診しています。心房細動有所見者については、ほぼ治療や精密検査に繋がっていますが、未治療となっている 1 人については継続して支援が必要です。(表 4.6)

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

今後は各健診機関からの心電図結果の整理を行い、人間ドックを含めた心電図受診者全員の結果分析と保健指導が実施出来るよう進めて参ります。x

表 4 特定健診心電図検査詳細健診(医師の指示)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	5,287	2,366	2,921	4,983	2,288	2,695	4,627	2,130	2,497	4,497	2,089	2,408	5,581	2,526	3,055
心電図受診者(人)	b	196	94	102	147	82	65	231	126	105	165	96	69	230	128	102
心電図実施率	b/a	3.7%	4.0%	3.5%	3.0%	3.6%	2.4%	5.0%	5.9%	4.2%	3.7%	4.6%	2.9%	4.1%	5.1%	3.3%
異常(人)	c	20	12	8	15	11	4	26	16	10	18	12	6	42	28	14
軽度異常(人)	d	21	10	11	19	10	9	32	17	15	29	14	15	36	16	20
有所見率	(c+d)/b	20.9%	23.4%	18.6%	23.1%	25.6%	20.0%	25.1%	26.2%	23.8%	28.5%	27.1%	30.4%	33.9%	34.4%	33.3%
心房細動(人)	e	4	4	0	2	1	1	4	3	1	2	1	1	6	6	0
心房細動有所見率	e/b	2.0%	4.3%	0.0%	1.4%	1.2%	1.5%	1.7%	2.4%	1.0%	1.2%	1.0%	1.4%	2.6%	4.7%	0.0%
うち、心房細動未治療(人)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0

※心電図分析: 特定健診受診者の内、詳細健診による心電図検査受診結果より

表 5 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		196		147		231		165		230	
ST異常所見		49	25.0%	39	26.5%	83	35.9%	49	29.7%	86	37.4%
異常・軽度異常		24	49.0%	14	35.9%	31	37.3%	14	28.6%	39	45.3%
	医療機関受診あり	9	37.5%	10	71.4%	10	32.3%	2	14.3%	19	48.7%
	医療機関受診なし	15	62.5%	4	28.6%	21	67.7%	12	85.7%	20	51.3%
	それ以外の判定	25	12.8%	25	17.0%	52	22.5%	35	21.2%	47	20.4%

※ST異常所見・・・「ST低下」「陰性T波」「平低T波」を含む

表 6 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

	H30		R1		R2		R3		R4	
心房細動有所見者	4		2		4		2		6	
心房細動未治療者	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	16.7%
検査後、異常なしと診断 (等、治療開始に至らず)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%
治療開始	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

① 脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、R2には5.6%まで増加しましたが、R4は4.8%まで減少しています。R4のⅡ度未治療者157名のうち、治療につながったものは48人(30.6%)、血圧Ⅲ度においては41人(0.7%)のうち、26人が未治療者でした。(表7)

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。例示表8は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。①高リスクの未治療者、②中等リスクで第3層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を適切な受診勧奨に取り組んでいきます。また、高値血圧の者においては、家庭血圧測定のおすすめ血圧手帳の活用を促していきます。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が41.9%いました。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っています。

表 7 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	5,178	4,926	4,630	4,499	5,573
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	208	209	260	244	270
	(b/a)	4.0%	4.2%	5.6%	5.4%	4.8%
	治療あり	人(c)	82	79	112	106
		(c/b)	39.4%	37.8%	43.1%	43.4%
	治療なし	人(d)	126	130	148	138
		(d/b)	60.6%	62.2%	56.9%	56.6%
	治療開始	人(e)	55	43	61	50
		(e/d)	43.7%	33.1%	41.2%	36.2%
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	28	25	37	35
		(f/a)	0.5%	0.5%	0.8%	0.8%
	治療あり	人	9	10	17	10
	治療なし	人	19	15	20	25
						26

表 8 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定						令和04年度		
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化						(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子 p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画		
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	I 度高血圧	II 度高血圧	III 度高血圧			
		130～139 /80～89	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上			
	1,591	857	579	127	28			
		53.9%	36.4%	8.0%	1.8%			
リスク第1層 予後影響因子がない	91	^C 49	^B 31	^B 9	^A 2	A	ただちに 薬物療法を開始	356
	5.7%	5.7%	5.4%	7.1%	7.1%			22.4%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	911	^C 495	^B 338	^A 66	^A 12	B	概ね1ヵ月後に 再評価	691
	57.3%	57.8%	58.4%	52.0%	42.9%			43.4%
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	589	^B 313	^A 210	^A 52	^A 14	C	概ね3ヵ月後に 再評価	544
	37.0%	36.5%	36.3%	40.9%	50.0%			34.2%

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

健康ぎのわん 21 では、「全ての市民が健やかで穏やかに暮らすことのできる生活(社会)をめざし、生活習慣の改善によって生活習慣病の予防、健康寿命の延伸、生活の質の向上を図るため「1次予防」に重点をおく対策、特に肥満の改善を重点として推進し、壮年期死亡(早世)や要介護状態を減少させ、健康寿命の延伸を図ることを目的とし、特に肥満の改善を重点としてポピュレーションアプローチの取り組みを進めてきました。

取組内容としては、①広報誌やホームページ等による情報発信、②教室や出前講座等による健康教育、③ウォーキングイベントや食育イベントの開催、④食生活改善推進員や健康づくり推進員等の養成・育成、自主活動を実施してきました。

今後は、琉球大学と連携し、沖縄健康医療拠点健康まちづくりの推進による全市民のヘルスリテラシー向上にも取り組んでいきます。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 26 第2期データヘルス計画目標管理一覧

	初年度 H30	中間評価 R2	最終年度 R4	評価	
脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少30%	2.5%	2.8%	1.9%	○	達成
虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少10%	2.5%	1.8%	1.9%	○	達成
糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少5.6%	72.7%	25.0%	54.5%	○	達成
メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	34.8%	38.6%	37.7%	×	未達成
健診受診者の高血圧の割合減少25%(160/100以上)	4.1%	4.2%	4.8%	×	未達成
健診受診者の脂質異常者の割合減少25%(LDL180以上)	4.5%	4.8%	4.1%	○	達成
健診受診者の糖尿病有病者の割合減少25%(HbA1c6.5以上)	8.8%	10.8%	10.1%	△	未達成
●健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合の減少	25.0%	25.6%	29.8%	×	未達成
糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合の増加	54.2%	58.7%	62.2%	○	達成
糖尿病の保健指導を実施した割合73%以上	31.9%	50.3%	60.4%	○	達成
特定健診受診率60%以上	34.0%	30.4%	36.0%	×	未達成
特定保健指導実施率60%以上	57.2%	55.7%	57.2%	○	達成
特定保健指導対象者の減少率25% ※	14.4%	12.1%	18.2%	○	達成
がん検診受診率 胃がん検診 40%以上	7.1%	5.3%	5.9%	×	未達成
肺がん検診 40%以上	10.2%	7.9%	9.1%	×	未達成
大腸がん検診 40%以上	9.8%	7.8%	9.2%	×	未達成
子宮頸がん検診 50%以上	17.9%	16.6%	15.7%	×	未達成
乳がん検診 50%以上	17.2%	14.6%	14.1%	×	未達成
●5つのがん検診の平均受診率増加	12.4%	10.4%	10.8%	×	未達成
●歯科健診(歯周病検診含む)の実施			未実施	×	未達成
●健康ポイント等の取組を実施			実施	○	達成
後発医薬品の使用割合80%以上	84.9%	87.8%	88.2%	○	達成
●高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	—	—	実施	○	達成

※分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数/昨年度の特定保健指導の対象者数

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期データヘルス計画においては、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきました。その結果、医療費に占める割合は減少していますが、一人当たりの医療費は増加しています。医療費から見える課題として、入院が大きな要因となっており、特に後期高齢者医療費の地域差をみると、国・県より高い状況です。その背景として、重症化からの医療受診や、健診を受けても医療機関を受診せずに悪化するまで放置するなど、治療につながっても治療中断となる割合が県平均と比較して高いなどの特徴が見られます。

本市においては、まずは健診受診により自らの健康状態を確認していただくことを目的とし、令和4年度より「特定健診受診者全員への商品券特典交付」を開始し、令和3年度より受診率7.1%上昇につながりました。特典交付は令和6年度までの3年間を企画しており、健診未受診の方が受診するきっかけとなり、さらに、特典交付終了後の受診率を維持するため周知啓発を行っていきます。

また、治療中で未受診者への対策として、医療機関との連携による受診勧奨及びトライアングル事業に参加する市内医療機関を増やすなど、更なる受診率の向上の取組が重要となります。特に、健診未受診者の多い年齢層は40～50代であり、若い世代を対象に、SMS(ショートメッセージサービス)を活用した情報発信や受診勧奨取組の継続・強化など、受診率向上への取り組みが重要です。

生活習慣病の発症・重症化予防対策においては、評価から見えた重点的な取組を次期計画に活かし、被保険者の健康の保持増進・生活の質(QOL)の維持向上・健康寿命の延伸が図られることで、結果として、医療費の適正化となるよう、効果的かつ効率的な保健事業を実施していく必要があります。

2. 第3期における健康課題の明確化

1) 保険者の特性

本市は、人口約9万6千人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で19.7%と、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45歳と同規模と比べて若く、出生率も高い市で財政指数は県より高くなっています。産業においては、第3次産業が84.7%と、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27)

国保加入率は26.4%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約27.5%を占めています。(図表28)

また本市内には4つの病院、50の診療所があり、これはいずれも県と同様であるが同規模と比較して少なく、病床数も少ない。外来患者数及び入院患者数については、同規模及び県と比較して低い傾向にあります。(図表29)

図表27 同規模・県・国と比較した宜野湾市の特性

	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
宜野湾市	96,068	19.7	25,328 (26.4)	45.2	12.3	6.4	0.7	0.8	14.6	84.7
同規模	--	29.1	20.4	53.8	6.7	11.0	0.8	3.3	26.7	70.0
県	--	22.6	27	46.9	10.4	8.6	0.4	4.9	15.1	80.0
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、宜野湾市と同規模保険者(20市)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28 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	26,548		26,305		26,104		25,988		25,328	
65～74歳	6,384	24.0	6,567	25.0	6,934	26.6	7,153	27.5	6,977	27.5
40～64歳	9,555	36.0	9,388	35.7	9,263	35.5	9,043	34.8	8,836	34.9
39歳以下	10,609	40.0	10,350	39.3	9,907	38.0	9,792	37.7	9,515	37.6
加入率	28.1		27.9		27.6		27.5		26.4	

出典・参照: KDBシステム改変 地域の全体像の把握

図表29 医療の状況(被保険者千人あたり)

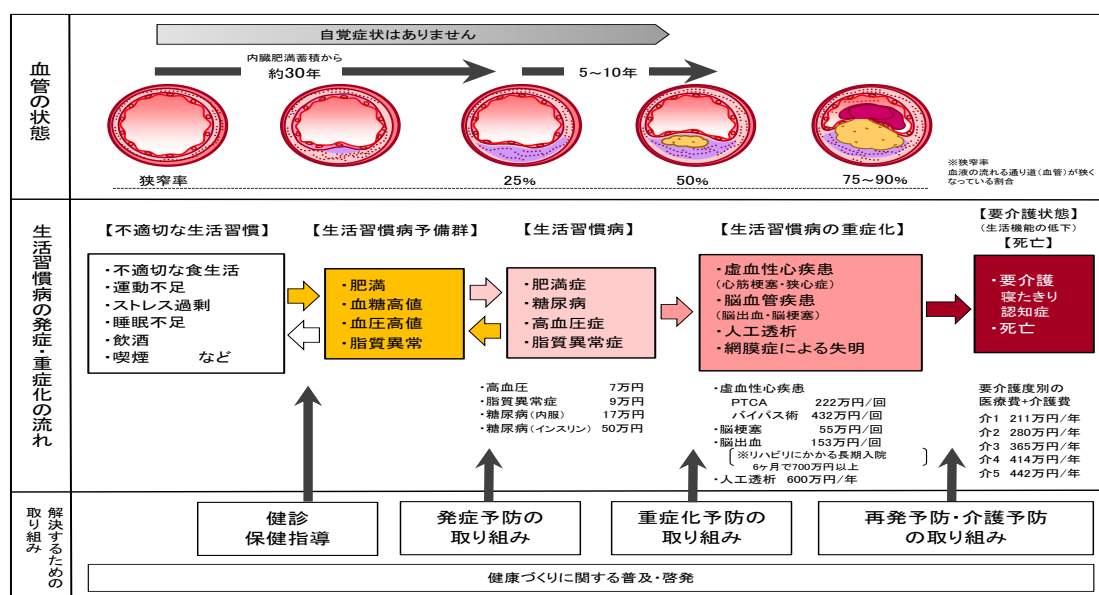
	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
病院数	4	0.2	4	0.2	4	0.2	4	0.2	4	0.2	0.3	0.2
診療所数	46	1.7	47	1.8	50	1.9	51	2.0	50	2.0	3.7	2.3
病床数	806	30.4	806	30.6	801	30.7	786	30.2	786	31.0	62.0	47.9
医師数	101	3.8	101	3.8	98	3.8	98	3.8	97	3.8	11.5	10.0
外来患者数	512.5		522.9		465.6		494.8		522.4		707.3	541.1
入院患者数	19.5		18.8		17.1		17.6		17.7		19.1	19.0

出典・参照: KDBシステム改変 地域の全体像の把握

2) 基本的考え方

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

図表 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



出典・参照：標準的な健診・保健指導プログラム

【令和6年度版】別紙1（改変版）

3) 健康課題の明確化

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

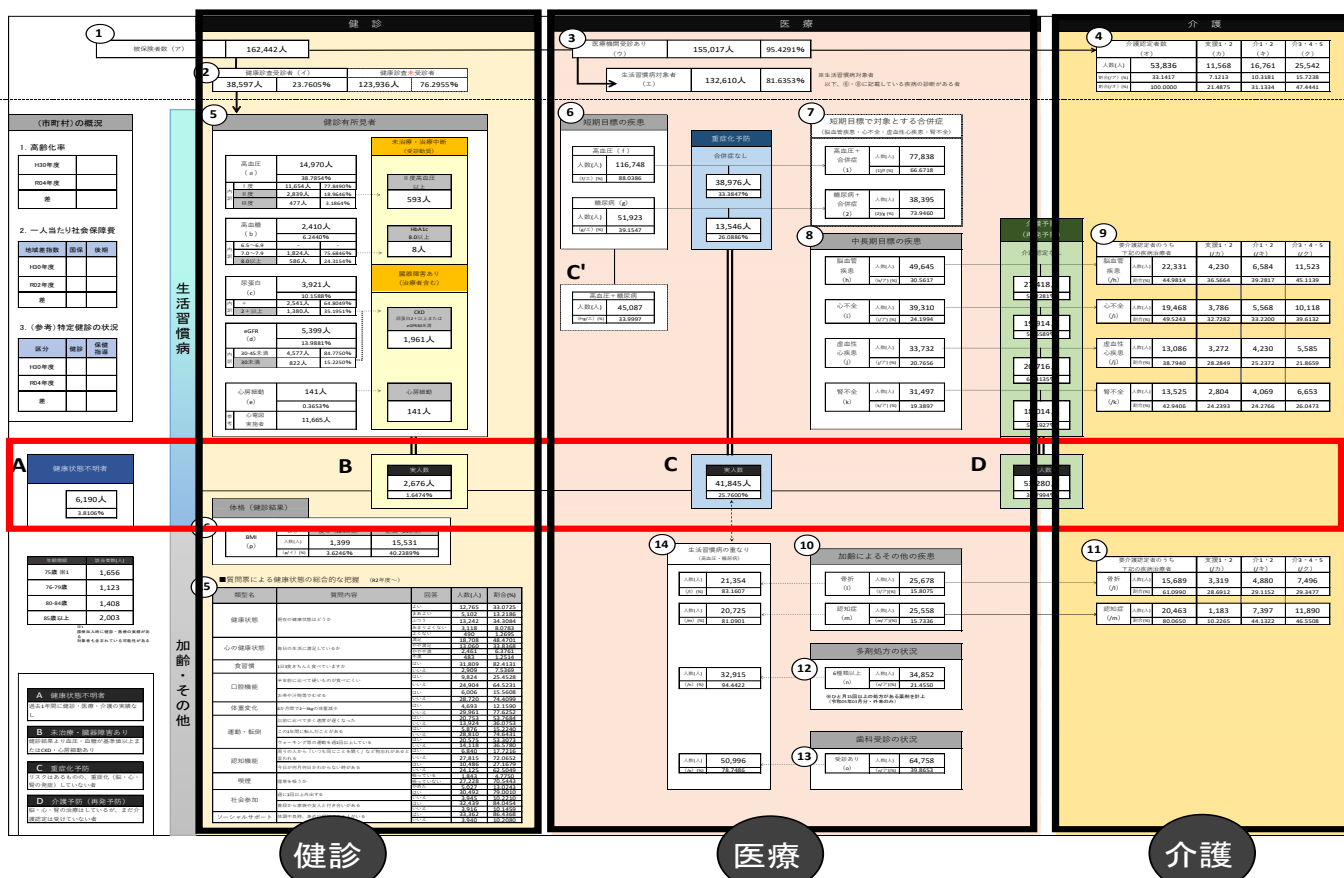
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が27.5%と高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、(図表 31)に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

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

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

図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

図表 32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度
被保険者数	26,548人	26,305人	26,104人	25,988人	25,328人	9,194人
総件数及び 総費用額	件数	170,435件	171,156件	151,731件	159,837件	131,155件
	費用額	74億0169万円	72億7318万円	71億0527万円	74億3360万円	87億7884万円
一人あたり医療費	27.9万円	27.6万円	27.2万円	28.6万円	30.2万円	95.5万円

出典・参照: KDB システム改変

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名		総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患	
				腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
				慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
① 国保	宜野湾市	76億4599万円	24,774	5.05%	0.15%	1.87%	1.85%	4.01%	2.21%	1.11%	12億4226万円	16.25%	10.93%	10.25%	7.69%
	同規模	--	29,058	4.49%	0.29%	2.11%	1.50%	5.48%	3.12%	2.13%	--	19.12%	16.76%	8.12%	8.52%
	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	宜野湾市	87億7884万円	81,311	4.81%	0.40%	4.95%	2.09%	3.32%	2.43%	0.94%	16億6265万円	18.94%	8.09%	3.62%	13.51%
	同規模	--	69,773	4.74%	0.48%	3.91%	1.75%	4.14%	3.04%	1.47%	--	19.54%	11.35%	3.66%	12.30%
	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 34 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移

対象年度			H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	354人	342人	368人	369人	363人	1,312人
	件数	B	601件	566件	657件	598件	558件	2,487件
		B/総件数	0.35%	0.33%	0.43%	0.37%	0.33%	1.90%
	費用額	C	8億7030万円	7億6572万円	9億5932万円	8億3453万円	8億5102万円	25億5955万円
		C/総費用	11.8%	10.5%	13.5%	11.2%	11.1%	29.2%

出典・参照：KDB システム改変

図表 35 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
脳血管疾患	人数		D	23人		25人		18人		22人		15人		96人		
			D/A	6.5%		7.3%		4.9%		6.0%		4.1%		7.3%		
	件数		E	32件		33件		40件		44件		26件		177件		
			E/B	5.3%		5.8%		6.1%		7.4%		4.7%		7.1%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	1	3.0%	6	15.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	15	8.5%	
		40代	2	6.3%	3	9.1%	1	2.5%	5	11.4%	7	26.9%	70-74歳	0	0.0%	
		50代	7	21.9%	9	27.3%	3	7.5%	8	18.2%	1	3.8%	75-80歳	32	18.1%	
		60代	11	34.4%	13	39.4%	23	57.5%	14	31.8%	5	19.2%	80代	96	54.2%	
		70-74歳	12	37.5%	7	21.2%	7	17.5%	17	38.6%	13	50.0%	90歳以上	34	19.2%	
	費用額		F	4272万円		4664万円		5149万円		5402万円		3174万円		1億6675万円		
F/C			4.9%		6.1%		5.4%		6.5%		3.7%		6.5%			

出典・参照：KDB システム改変

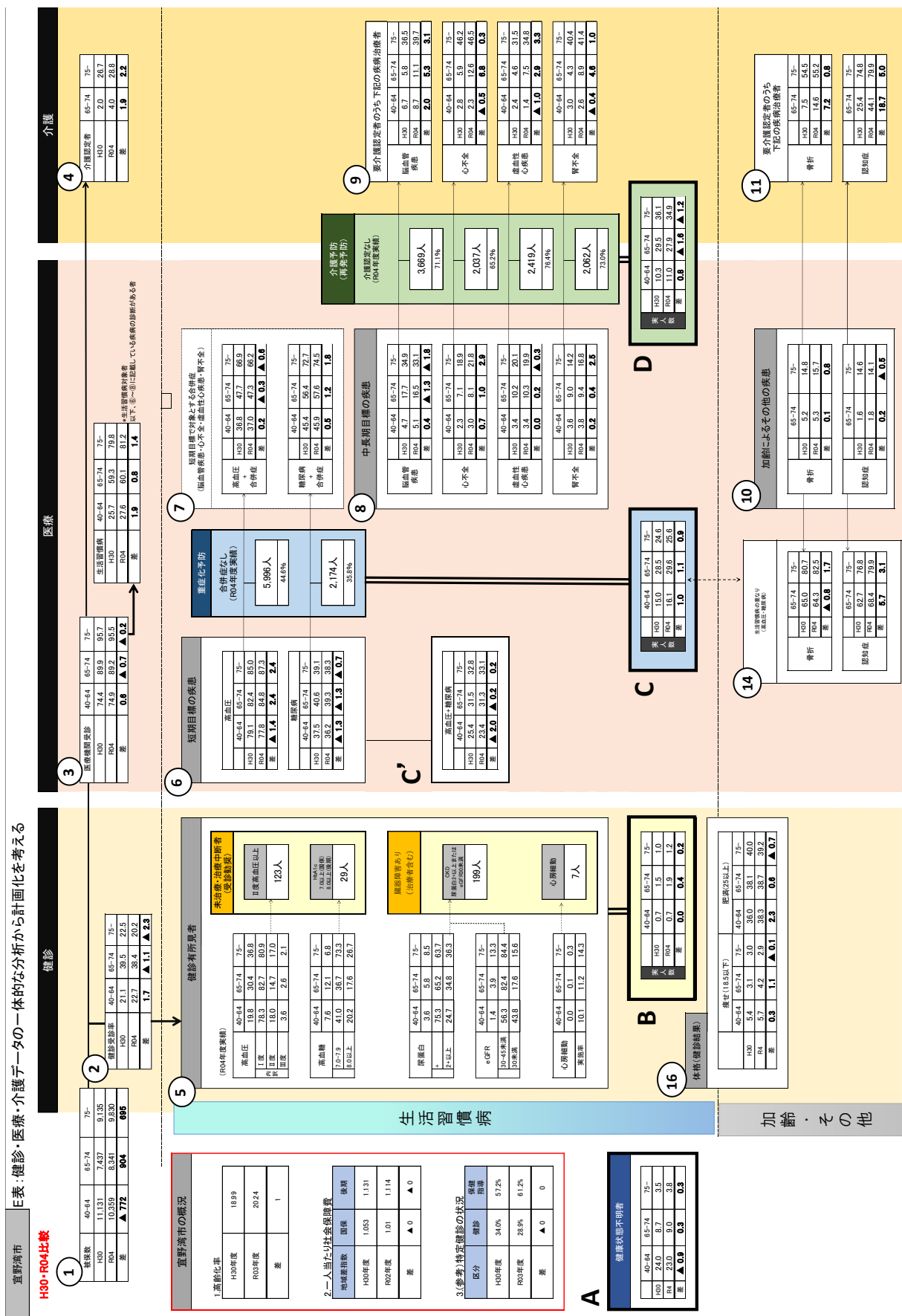
図表 36 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
虚血性 心疾患	人数		G	34人		24人		19人		27人		18人		63人		
			G/A	9.6%		7.0%		5.2%		7.3%		5.0%		4.8%		
	件数		H	37件		24件		19件		30件		21件		73件		
			H/B	6.2%		4.2%		2.9%		5.0%		3.8%		2.9%		
	年代別	40歳未満		1	2.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.3%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代		3	8.1%	3	12.5%	0	0.0%	1	3.3%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代		4	10.8%	1	4.2%	2	10.5%	3	10.0%	1	4.8%	75-80歳	21	28.8%
		60代		15	40.5%	14	58.3%	11	57.9%	6	20.0%	7	33.3%	80代	46	63.0%
		70-74歳		14	37.8%	6	25.0%	6	31.6%	19	63.3%	13	61.9%	90歳以上	6	8.2%
	費用額		I	6210万円		4153万円		2665万円		5293万円		3435万円		8154万円		
I/C			7.1%		5.4%		2.8%		6.3%		4.0%		3.2%			

出典・参照：KDB システム改変

図表 37 健診・医療・介護データの一体的な分析(例: 65～74 歳国保加入者)

(2) 健診・医療・介護の一体的分析



図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①			②			⑮					
年度	介護認定率	被保険者数			健診受診率			体格(健診結果)					
					特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	26.7	11,131	7,437	9,135	21.1	39.5	22.5	5.4	3.1	3.0	36.0	38.1	40.0
R4	28.8	10,359	8,341	9,830	22.7	38.4	20.2	5.7	4.2	2.9	38.3	38.7	39.2

図表 39 健診有所見状況

E表	⑤																																			
年度	Ⅱ度高血圧以上 ()は未治療・治療中断者									HbA1c7.0以上 ()は未治療・治療中断者 ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動											
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-		
	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)			
H30	99	22.0	(42)	120	16.5	(36)	73	12.5	(15)	72	54.5	(8)	185	55.7	(12)	22	18.8	(0)	28	21.9	(25)	74	25.6	(64)	79	17.6	(77)	0	0.0	(0)	2	0.1	(2)	3	0.1	(3)
R4	101	21.7	(35)	168	17.3	(63)	139	19.1	(25)	109	61.2	(9)	210	54.3	(19)	36	26.7	(1)	35	29.9	(31)	87	27.9	(77)	102	23.7	(91)	0	0.0	(0)	2	0.1	(2)	5	0.3	(5)

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦								
年度	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症								
							高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症					
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	74.4	89.9	95.7	25.7	59.3	79.8	79.1	82.4	85.0	37.5	40.6	39.1	25.4	31.5	32.8	36.8	47.7	66.9	45.4	56.4	72.7			
R4	74.9	89.2	95.5	27.6	60.1	81.2	77.8	84.8	87.3	36.2	39.3	38.3	23.4	31.3	33.1	37.0	47.3	66.2	45.9	57.6	74.5			

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

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険割合)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	4.7	17.7	34.9	3.4	10.2	20.1	2.3	7.1	18.9	3.6	9.0	14.2	6.7	5.8	36.5	2.4	4.6	31.5	2.8	5.9	46.2	3.0	4.3	40.4
R4	5.1	16.5	33.1	3.4	10.3	19.9	3.0	8.1	21.8	3.8	9.4	16.8	8.7	11.1	39.7	1.4	7.5	34.8	2.3	12.6	46.5	2.6	8.9	41.4

図表 42 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	65.0	80.7	62.7	76.8	5.2	14.8	1.6	14.6	7.5	54.5	25.4	74.8
R4	64.3	82.5	68.4	79.9	5.3	15.7	1.8	14.1	14.6	55.2	44.1	79.9

(3)健康課題の明確化(図表 32~42)

国保の被保険者数は年々減っているが、一人あたり医療費は、令和 2 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 3 年以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり 95.5 万円を超え、国保の 3.1 倍も高い状況です。(図表 32)

本市は、これまで糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできたため、短期的目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模と比べて 1 ポイント以上低く、その結果腎不全の医療費に占める割合は、国保は県と比べて低い一方、後期高齢については同規模、県、国より高くなっています。(図表 33)

高額レセプトについては、国保においては毎年約 500 件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約 4.5 倍に増えることがわかります。(図表 34)

高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和 3 年度が一番多く 44 件で 5,400 万円以上の費用がかかっていましたが、令和 4 年度は 26 件と件数が減り、費用額も約 3,174 万円と減っています。しかし、後期高齢においては、177 件発生し、約 1.6 億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 35)

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 38 の①被保険者数は、40~64 歳で減っていますが、75 歳以上では約 700 名増え、高齢化率の低い本市でも 75 歳以上の後期高齢者が確実に増えていることが分かります。(図表 38)

⑮の体格をみると、40~64 歳の若い年齢層で、BMI25 以上の率が 0.3 ポイントも高くなってきていま

す。図表 39 の健診有所見の状況をみると、各年代で対象人数が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 40 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、糖尿病においては、若干割合が減っていますが、高血圧においては、65 歳～74 歳及び 75 歳以上で高くなっています。

図表 41 の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、H30 年度と R4 年度を比較すると、40 歳以上で、心不全、腎不全の割合が高くなっており、若い年代では R4 年度脳血管疾患で、0.4 ポイント、心不全で 0.7 ポイント上がっており、高額レセプト分析において入院費が伸びている要因が、一体的分析においても課題であることが分かります。

(4)優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患(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。

4) 目標の設定

(1)成果目標

①データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

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

②中長期的な目標の設定

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

しかし、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の 3 つの臓器の血管も傷んでくると考えると、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、適切な時期での医療受診を促し、入院に掛かる医療費を抑えることを目指します。

③短期的な目標の設定

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

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

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

(2) 管理目標の設定

図表 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

達成すべき目的			課題を解決するための目標	実績		
				初期値	中間評価	最終評価
				R 6 (R4)	R 8 (R7)	R 11 (R10)
中長期目標	アウトカム指標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.9%	減少	減少
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.9%	減少	減少
			慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	5.1%	減少	減少
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	50.0%	減少	減少
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	54.5%	減少	減少
短期目標	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	37.6%	減少	減少
			健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）	4.8%	減少	減少
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	12.1%	減少	減少
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	10.1%	減少	減少
			★健診受診者のHbA1c8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少	1.9%	減少	減少
			健診受診者の尿蛋白有所見者の割合減少（2+以上）	1.6%	減少	減少
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	62.2%	増加	増加
	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	36.0%	50%	50%
			★特定保健指導実施率60%以上	57.2%	60%	60%
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	20.7%	増加	増加

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

図表 44 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	50%	50%	50%	50%	50%	50%以上
特定保健指導実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%以上

3. 対象者の見込み

図表 45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	15,508人	15,462人	15,416人	15,370人	15,324人	15,278人
	受診者数	7,754人	7,731人	7,708人	7,685人	7,662人	7,639人
特定保健指導	対象者数	1,163人	1,160人	1,156人	1,153人	1,149人	1,146人
	終了者数	698人	696人	694人	692人	690人	688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(宜野湾市役所、宜野湾市保健相談センター 他)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

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

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、宜野湾市のホームページに掲載する。

(参照) URL : <https://www.city.ginowan.lg.jp/soshiki/kenko/2/1/1/1/1783.html>

(4) 特定健診実施項目

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

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

図表 46 特定健診検査項目(例示)

健診項目		宜野湾市	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。

(9) 特定健診受診率向上の取組

- ナッジ理論を活用し、未受診者の方へ受診勧奨はがきや電話勧奨、SMS(ショートメッセージ)など様々な勧奨方法にて受診率向上を目指します。
- 医療機関と連携し、治療中の方への健診受診勧奨やチラシ配布、トライアングル事業の協力依頼を行います。
- 集団健診について休日での開催や各地域の公民館または小学校を利用し、受診しやすい環境を整えます。
- 公共施設や医療機関にて受診勧奨ポスター掲示や、市内に電柱幕・横断幕を掲示し特定健診の周知を行います。
- インセンティブ事業(特定健診受診者全員へ 3,000 円分商品券交付)を広く周知し受診勧奨の強化を図ります。

図表 47 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		(特定健診の開始) ↓ 健診データ受取 費用決裁(毎月)	(特定保健指導の実施) ↓ 健診データ抽出(前年度)
5月		市HP、LINE等にて健診情報を随時掲載 ↓ 受診勧奨はがき発送	
6月		↓ 保健指導対象者の抽出	
7月		(特定保健指導の開始) ↓ SMSを用いた受診勧奨(8月～1月)	↓ 実施実績の分析実施方法、 委託先機関の見直し等
8月		↓ (特定健診・特定保健指導の実施)	↓ 受診・実施率実績の算出 支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
9月			
10月	契約に関わる 予算手続き		
11月		↓ 受診勧奨はがき発送	
12月			
1月			
2月			
3月	↓ 集団健診契約準備 健診対象者へ受診券等の印刷・送付 ↓ 健診機関との契約	↓ (特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時可)

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、一般衛生部門への執行委任、医療機関等への業務委託の形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

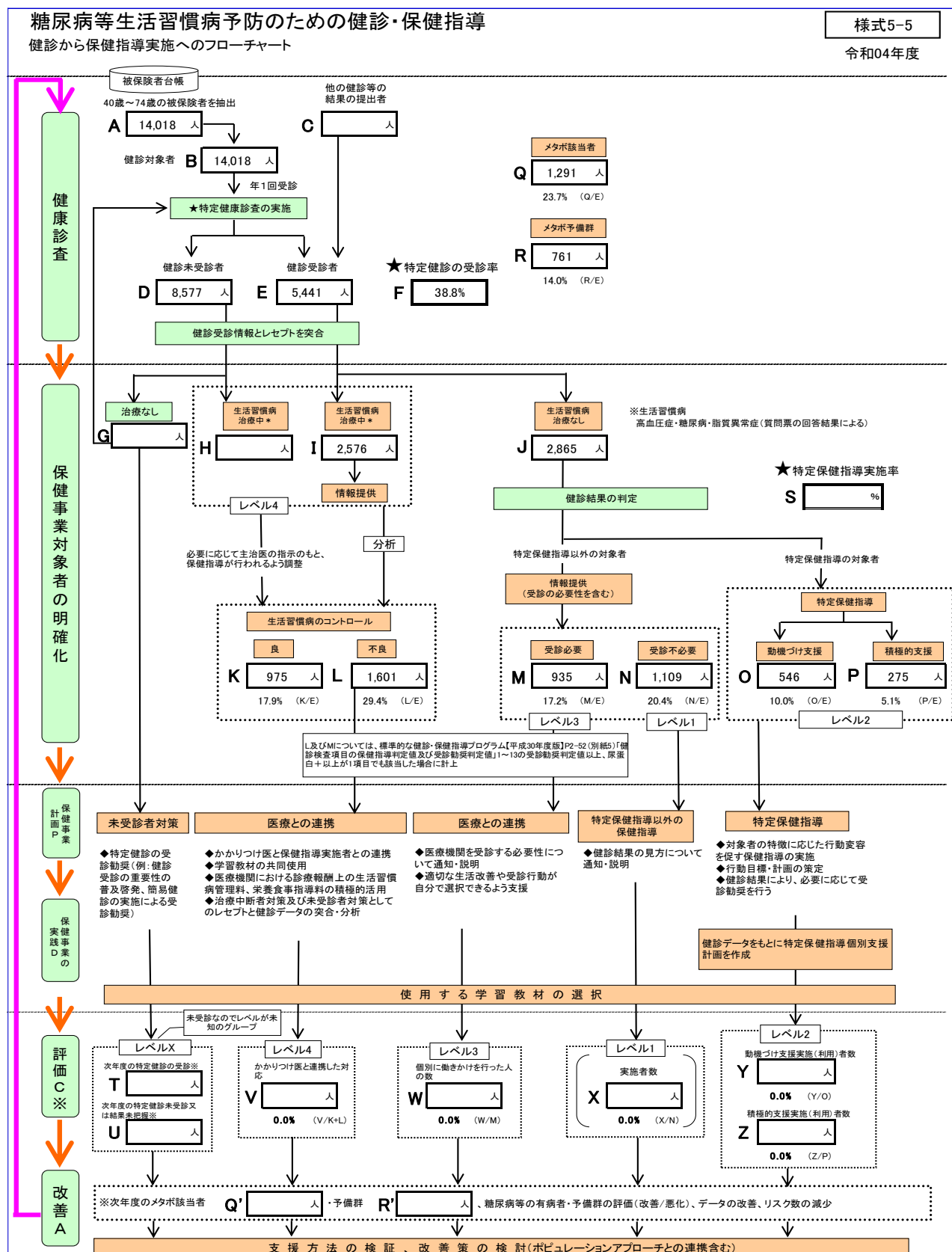
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1)健診から保健指導実施の流れ

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

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)



出典・参照：特定健診等データ管理システム

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	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	821人 (15.1%)	60%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	935人 (17.2%)	HbA1c6.5以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	8,577人 ※受診率目標達成までにあと2,969人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	1,109人 (20.4%)	%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	2,576人 (47.3%)	%

(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール

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

6. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律および宜野湾市個人情報保護法施行条例等を踏まえた対応を行います。

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

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

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

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

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

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

II. 重症化予防の取組

宜野湾市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、2,098人(38.6%)です。そのうち治療なしが680人(24.0%)を占め、さらに臓器障害あり直ちにに取り組むべき対象者が195人(28.3%)です。

また、本市においては、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、688人中401人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。(図表51)

図表 51 脳・心・腎を守るために

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

令和04年度

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) (循環器科の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究報告))			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 (日本腎臓学会)		5,438人 38.2%	
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性 脳塞栓症 (27.7%) ラクナ 梗塞 (31.2%) アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%) ※脳卒中 データセンク 2015より 非心原性脳梗塞			心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症							■各疾患の治療状況	
											治療中	治療なし
											高血圧	1,984 3,454
											脂質異常 症	1,332 4,105
											糖尿病	503 4,930
										3疾患 いずれも	2,576 2,862	
										※問診結果による		

優先すべき 課題の明確化	高血圧症		心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム		糖尿病		慢性腎臓病 (CKD)						
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)			動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓学会)						
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上		心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)		HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者		重症化予防対象者 (実人数)					
該当者数	261	4.8%	6	0.1%	225	4.1%	204	3.8%	1,291	23.7%	427	7.9%	566	10.4%	2,098	38.6%
治療なし	155	4.5%	1	0.0%	220	5.4%	150	3.7%	262	9.2%	197	4.0%	158	5.5%	688	24.0%
(再掲) 特定保健指導	71	27.2%	1	16.7%	81	36.0%	66	32.4%	262	20.3%	64	15.0%	62	11.0%	401	19.1%
治療中	106	5.3%	5	0.2%	5	0.4%	54	4.1%	1,029	39.9%	230	45.7%	408	15.8%	1,410	54.7%
臓器障害 あり	47	30.3%	1	100.0%	34	15.5%	22	14.7%	45	17.2%	44	22.3%	158	100.0%	195	28.3%
CKD(専門医対象者)	24		0		23		15		29		33		158		158	
心電図所見あり	27		1		12		8		19		16		8		45	
臓器障害 なし	108	69.7%	—	—	186	84.5%	128	85.3%	217	82.8%	153	77.7%	—	—	—	—

出典・参照：特定健診等データ管理システム

1. 糖尿病性腎症重症化予防

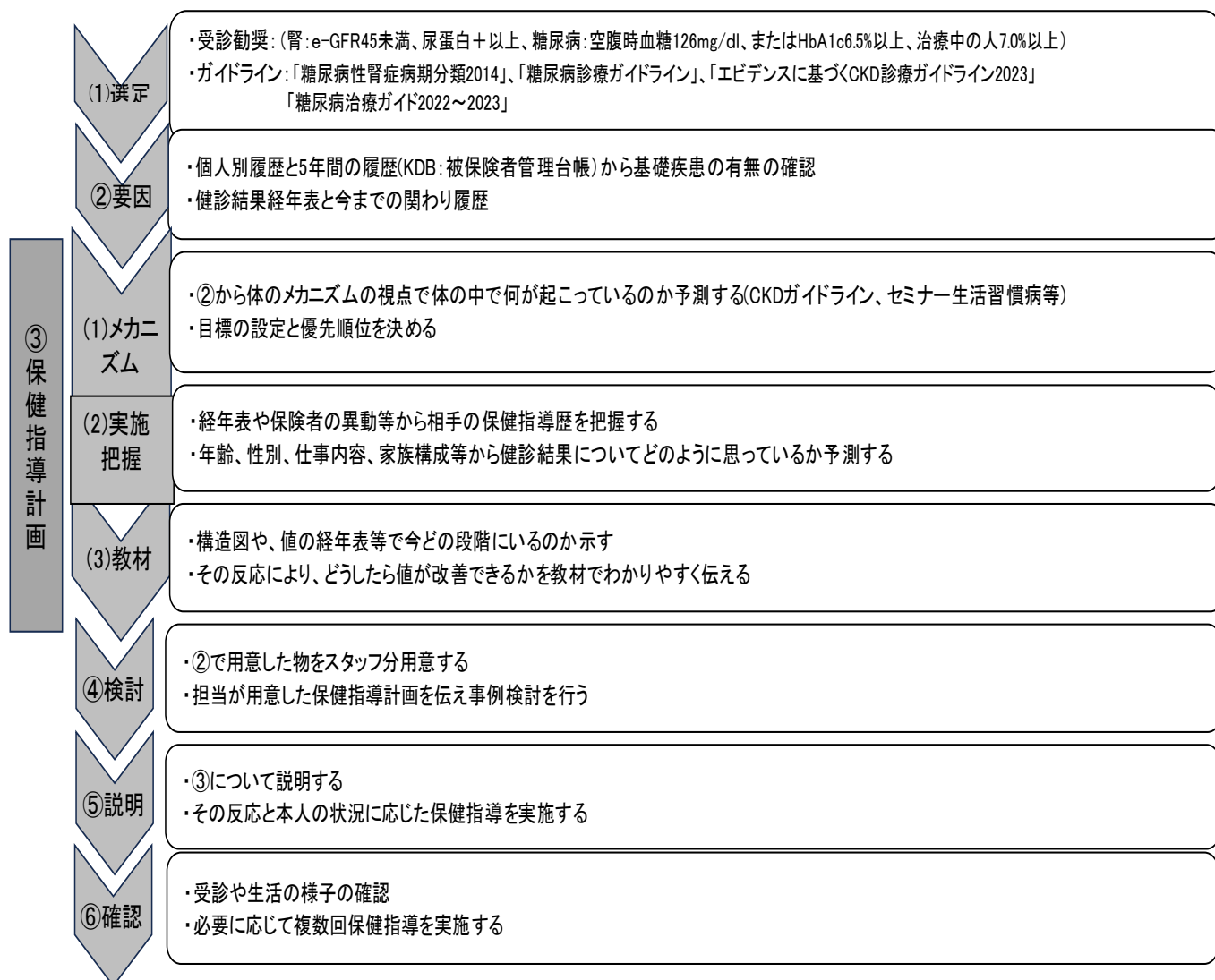
1) 基本的な考え方

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

なお、取組にあたっては(図表 52)に沿って実施します。

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

図表 52 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者

ア. 糖尿病性腎症で通院している者

イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

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

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

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

出典・参照: 糖尿病治療ガイド 2022-2023

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能 (eGFR) で把握していきます。本市においては、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) の把握は可能ではありますが、尿アルブミンについては把握が難しい状況です。CKD診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量 (mg/dl) に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白 (一)、微量アルブミン尿と尿蛋白 (±)、顕性アルブミン尿 (+) としていることから、尿蛋白 (定性) 検査でも腎症病期の推測が可能となっており、本市でもその結果をもとに対象者を抽出しております。

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。

本市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、128 人(19.2%・F)でした。
また、40～74 歳における糖尿病治療者 2,971 人(H)のうち、特定健診受診者が 964 人(32.4%・G)であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者 2,007 人(67.6%・I)については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③介入方法と優先順位

(図表 54) より宜野湾市における介入方法を以下のとおりとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F)・・・128 人

優先順位 2

【保健指導】

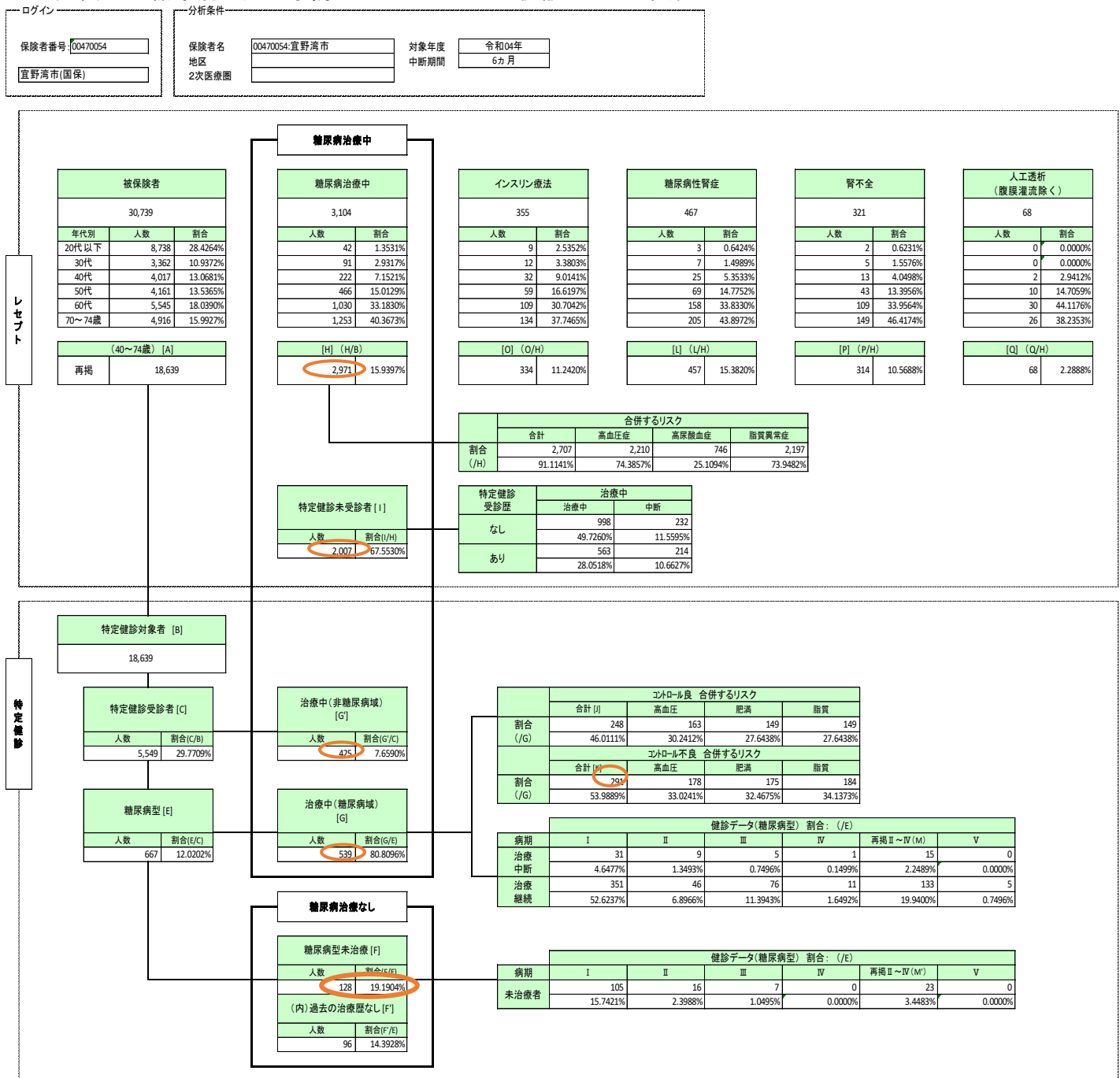
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者 (K)・・・291 人
治療中断しない(継続受診)のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

- ・Iの中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→台帳
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

図表 54 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典・参照：保険者データヘルス支援システム

3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。宜野湾市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っています。

図表 55 令和4年度版 なぜ治療が必要なのかを学習するための資料

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

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

令和4年度版 沖縄 食ノート(赤本)	
1.	栄養指導対象者の明確化
2.	脂肪細胞の特性～肥満の本態を理解～
3.	脂肪細胞の特性～肥満の解決～
4.	A-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、肥満や血圧等のリスクの重なりがある対象者へは、二次健診等で尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した紹介状又は健診実施機関等の所定の紹介状等を使用します。

(2) 治療中の者への対応

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

【短期的評価】

①受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への介入率

イ. 医療機関受診率

ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 台帳から介入前後の検査値や生活習慣等の変化を比較

○HbA1cの変化

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

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目				実 合 表	宜野湾市										同規模保険者（平均）	
					H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度	
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
1	①	被保険者数		A	27,020人		26,560人		26,332人		26,100人		26,051人			
	②		（再掲）40-74歳		16,218人		16,031人		16,130人		16,313人		16,331人			
2	①	特定健診	対象者数	B	14,199人		14,088人		14,266人		14,336人		14,018人			
	②		受診者数		4,824人		4,670人		4,330人		4,143人		5,402人			
	③		受診率		34.0%		33.1%		30.4%		28.9%		36.0%			
3	①	特定 保健指導	対象者数		706人		698人		688人		623人		727人			
	②		実施率		57.2%		62.0%		55.7%		61.2%		57.2%			
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	631人	12.2%	689人	13.8%	672人	14.7%	586人	13.3%	760人	14.0%		
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし）		238人	37.7%	231人	33.5%	233人	34.7%	172人	29.4%	257人	33.8%		
	③		治療中（質問票 服薬あり）	G	393人	62.3%	458人	66.5%	439人	65.3%	414人	70.6%	503人	66.2%		
	④		コントロール不良 HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130以上		239人	60.8%	272人	59.4%	264人	60.1%	229人	55.3%	289人	57.5%		
	⑤		血圧 130/80以上	J	135人	56.5%	155人	57.0%	149人	56.4%	130人	56.8%	179人	61.9%		
	⑥		肥満 BMI25以上		143人	59.8%	159人	58.5%	167人	63.3%	138人	60.3%	176人	60.9%		
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	154人	39.2%	186人	40.6%	175人	39.9%	185人	44.7%	214人	42.5%		
	⑧		第1期 尿蛋白（-）		435人	68.9%	494人	71.7%	486人	72.3%	438人	74.7%	557人	73.3%		
	⑨		第2期 尿蛋白（±）		95人	15.1%	93人	13.5%	80人	11.9%	61人	10.4%	87人	11.4%		
	⑩		第3期 尿蛋白（+）以上		84人	13.3%	90人	13.1%	89人	13.2%	75人	12.8%	91人	12.0%		
	⑪		第4期 eGFR30未満		15人	2.4%	10人	1.5%	14人	2.1%	10人	1.7%	20人	2.6%		
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保険者千対）		60.7人		59.5人		50.0人		58.2人		57.5人			
	②		（再掲）40-74歳（被保険者千対）		98.2人		95.8人		79.9人		90.8人		89.3人			
	③		レセプト件数 （40-74歳）		8,776件	(550.6)	9,091件	(569.8)	8,644件	(533.7)	8,929件	(551.3)	8,752件	(553.5)	1,663,960件	(868.5)
	④		入院外（件数） （）内は被保険者千対		70件	(4.4)	64件	(4.0)	53件	(3.3)	42件	(2.6)	48件	(3.0)	6,923件	(3.6)
	⑤		糖尿病治療中	H	1,641人	6.1%	1,581人	6.0%	1,316人	5.0%	1,520人	5.8%	1,498人	5.8%		
	⑥		（再掲）40-74歳		1,593人	9.8%	1,536人	9.6%	1,289人	8.0%	1,482人	9.1%	1,459人	8.9%		
	⑦		健診未受診者	I	1,200人	75.3%	1,143人	74.4%	850人	65.9%	1,068人	72.1%	956人	65.5%		
	⑧		インスリン治療	O	169人	10.3%	161人	10.2%	124人	9.4%	158人	10.4%	159人	10.6%		
	⑨		（再掲）40-74歳		161人	10.1%	153人	10.0%	121人	9.4%	150人	10.1%	152人	10.4%		
	⑩		糖尿病性腎症		220人	13.4%	243人	15.4%	179人	13.6%	203人	13.4%	215人	14.4%		
	⑪		（再掲）40-74歳		217人	13.6%	238人	15.5%	176人	13.7%	198人	13.4%	209人	14.3%		
	⑫		慢性人工透析患者数 （糖尿病治療中に占める割合）	L	62人	3.8%	61人	3.9%	57人	4.3%	39人	2.6%	49人	3.3%		
	⑬		（再掲）40-74歳		59人	3.7%	58人	3.8%	57人	4.4%	39人	2.6%	49人	3.4%		
	⑭		新規透析患者数		11	18.60%	6	10.30%	4	7.00%	12	30.80%	11	22.40%		
	⑮		（再掲）糖尿病性腎症		8	72.70%	4	66.70%	1	25%	8	66.60%	6	54.50%		
	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）		45人	2.6%	53人	3.0%	51人	3.4%	52人	3.2%	54人	3.1%		
6	①	医療費	総医療費		74億0169万円		72億7318万円		71億0527万円		74億3360万円		76億4599万円		87億1825万円	
	②		生活習慣病総医療費		35億6099万円		34億9859万円		34億7155万円		35億4802万円		34億6781万円		46億0048万円	
	③		（総医療費に占める割合）		48.1%		48.1%		48.9%		47.7%		45.4%		52.8%	
	④		生活習慣病 対象者		5,539円		4,927円		4,269円		4,013円		7,166円		6,461円	
	⑤		一人あたり 健診未受診者		46,309円		48,030円		52,332円		51,386円		46,603円		39,594円	
	⑥		糖尿病医療費		2億9539万円		3億0539万円		3億0279万円		3億0399万円		3億0676万円		4億7740万円	
	⑦		（生活習慣病総医療費に占める割合）		8.3%		8.7%		8.7%		8.6%		8.8%		10.4%	
	⑧		糖尿病入院外総医療費		9億5848万円		10億0362万円		10億0359万円		9億7538万円		10億4073万円			
	⑨		1件あたり		46,209円		48,142円		51,683円		48,167円		51,819円			
	⑩		糖尿病入院総医療費		7億3977万円		6億8501万円		6億7658万円		8億2245万円		7億8546万円			
	⑪		1件あたり		659,923円		655,515円		675,233円		734,986円		761,106円			
	⑫		在院日数		18日		17日		19日		19日		18日			
	⑬		慢性腎不全医療費		4億3254万円		3億9403万円		3億7101万円		3億7417万円		3億9762万円		4億1714万円	
	⑭		透析有り		4億0814万円		3億7426万円		3億5464万円		3億5308万円		3億8596万円		3億9180万円	
	⑮		透析なし		2441万円		1977万円		1637万円		2109万円		1165万円		2534万円	
	⑯															
7	①	介護	介護給付費		52億1689万円		55億1044万円		56億6764万円		57億8746万円		57億6454万円		95億8144万円	
	②		（2号認定者）糖尿病合併症		8件 12.5%		10件 14.5%		9件 14.3%		9件 13.8%		9件 14.8%			
8	①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）		3人 0.5%		3人 0.5%		1人 0.2%		10人 1.8%		9人 1.5%		2,639人 1.0%	

出典・参照：KDB システム改変

7) 実施期間及びスケジュール

- 4 月 対象者の選定基準の決定
- 5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 5 月以降 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)

2. CKD（慢性腎臓病）重症化予防事業

1) 基本的な考え方

国民の 8 人に 1 人が慢性腎臓病（CKD）と言われており、腎機能低下により人工透析が必要になると、患者様の生活への制限や身体的・精神的な負担のみならず、経済的な負担が増加します。また、人工透析治療は、年間 500～600 万円の医療費がかかります。

そのような慢性腎臓病などの重症化による『新規透析患者数の減少』を目指し、令和 6 年度より、宜野湾市、中部地区医師会及び全国健康保険協会沖縄支部の 3 者が連携(令和 6 年 1 月 25 日協定締結)して、CKD(慢性腎臓病)・糖尿病性腎臓病重症化予防対策「じのーん腎プロジェクト」を推進します。

本取組では、「身近なかかりつけ医（CKD 登録医）」と「腎臓を専門に診る医師（腎臓診療医）」間の連携を促進し、腎臓機能低下が疑われる時期から腎臓診療医に紹介・相談することにより、慢性腎臓病が重症化しないよう取り組んでいきます。

また、慢性腎臓病は、かなり進行しないと自覚症状がありません。しかし、早期治療・適切な治療により、腎機能悪化を遅らせることが可能です。特定健診をはじめとする「健診」によって腎臓の機能を確認できることや、慢性腎臓病について周知・啓発を行っていきます。

図表 57 CKD(慢性腎臓病)・糖尿病性腎臓病病診連携システム



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、蛋白尿、eGFR から判定される CKD 重症化分類に基づき、抽出すべき対象者を以下としますが、CKD 診療ガイドライン 2019 を参考に適宜見直しを行います。

図表 58 腎臓専門医への紹介基準

eGFR値による紹介基準		※eGFR=ml/min/1.73m ²	
①	40歳未満	eGFR	60未満
②	40歳以上	eGFR	45未満
③	3か月以内に、30%以上のeGFRの低下		
蛋白尿による紹介基準			
④	尿蛋白 2 + 以上、または 尿蛋白 / 尿Cr比 0.5 以上		
⑤	蛋白尿と血尿がともに陽性（1 + 以上）		
⑥	糖尿病がある場合は尿蛋白 1 + 以上		

3) 保健指導の実施

CKD の重症化進展抑制には、血圧や血糖、肥満、脂質異常、喫煙などのリスク管理が重要です。保健指導の実施にあたっては、通院中の場合は主治医の指示等の確認を行い、対象者に合わせた保健指導を行います。

●じのーん腎プロジェクトの取り組み

- ・ 特定健診による CKD の早期発見
- ・ 専門医紹介基準に対する市からの医療受診勧奨
- ・ 2 人主治医制による、かかりつけ医と腎臓専門医の連携
- ・ 対象者に合わせた保健指導の実施
- ・ CKD 周知・市民へのポピュレーションアプローチ

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した紹介状又は健診実施機関等の所定の紹介状等を使用します。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は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「じのーん腎プロジェクト」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、地域包括支援センターと連携していきます。

図表 59 CKD 重症度分類 (R4 年度健診受診者)

原疾患			糖尿病	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
			高血圧・腎炎など	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
GFR区分 (ml/分/1.73m ²)			尿蛋白区分	A1	A2	A3
			尿検査・GFR 共に実施 5,383 人	(一)	(±)	【再掲】 尿潜血＋以上
				4,607 人	513 人	116 人
				85.6%	9.5%	22.6%
G1	正常 または高値	90以上	415 人	359 人	45 人	12 人
			7.7%	6.7%	0.8%	26.7%
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	3,739 人	3,260 人	338 人	75 人
			69.5%	60.6%	6.3%	22.2%
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	1,084 人	912 人	107 人	24 人
			20.1%	16.9%	2.0%	22.4%
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	115 人	70 人	18 人	4 人
			2.1%	1.3%	0.3%	22.2%
G4	高度低下	15-30 未満	25 人	6 人	4 人	1 人
			0.5%	0.1%	0.1%	25.0%
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	5 人	0 人	1 人	0 人
			0.1%	0.0%	0.0%	0.0%

参考：CKD 重症度分類 (CKD 診療ガイドライン 2018)

3. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

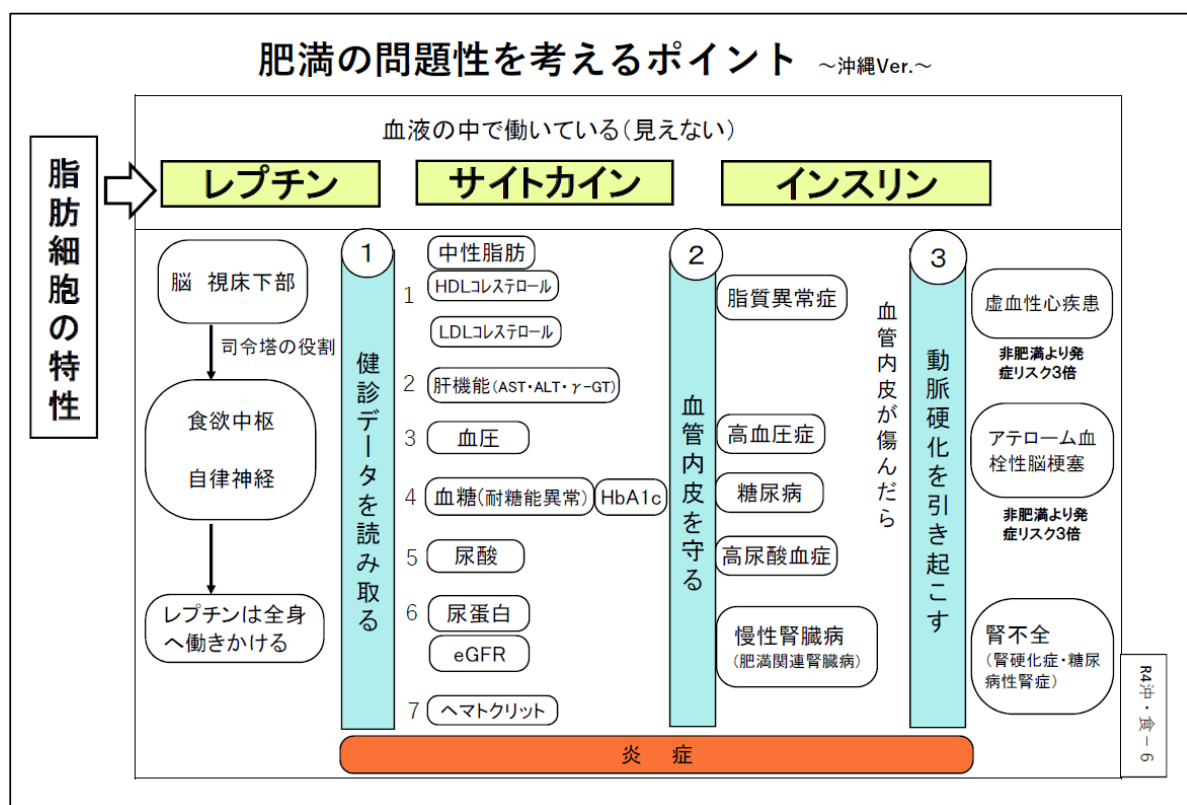
1) 基本的な考え方

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

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

なお、取組みにあたっては図表 60 に基づいて考えていきます。

図表 60 肥満の問題性を考えるポイント～沖縄 Ver. ～ (R4 沖・食-6)



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

(沖縄県ヘルスアップ支援事業)

2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 61 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		2,363	3,075	906	1,191	642	959	203	205	41	24	20	3
				38.3%	38.7%	27.2%	31.2%	8.6%	6.7%	1.7%	0.8%	0.8%	0.1%
再掲	男性	1,110	1,361	524	590	374	501	117	82	22	6	11	1
				47.2%	43.4%	33.7%	36.8%	10.5%	6.0%	2.0%	0.4%	1.0%	0.1%
	女性	1,253	1,714	382	601	268	458	86	123	19	18	9	2
				30.5%	35.1%	21.4%	26.7%	6.9%	7.2%	1.5%	1.1%	0.7%	0.1%

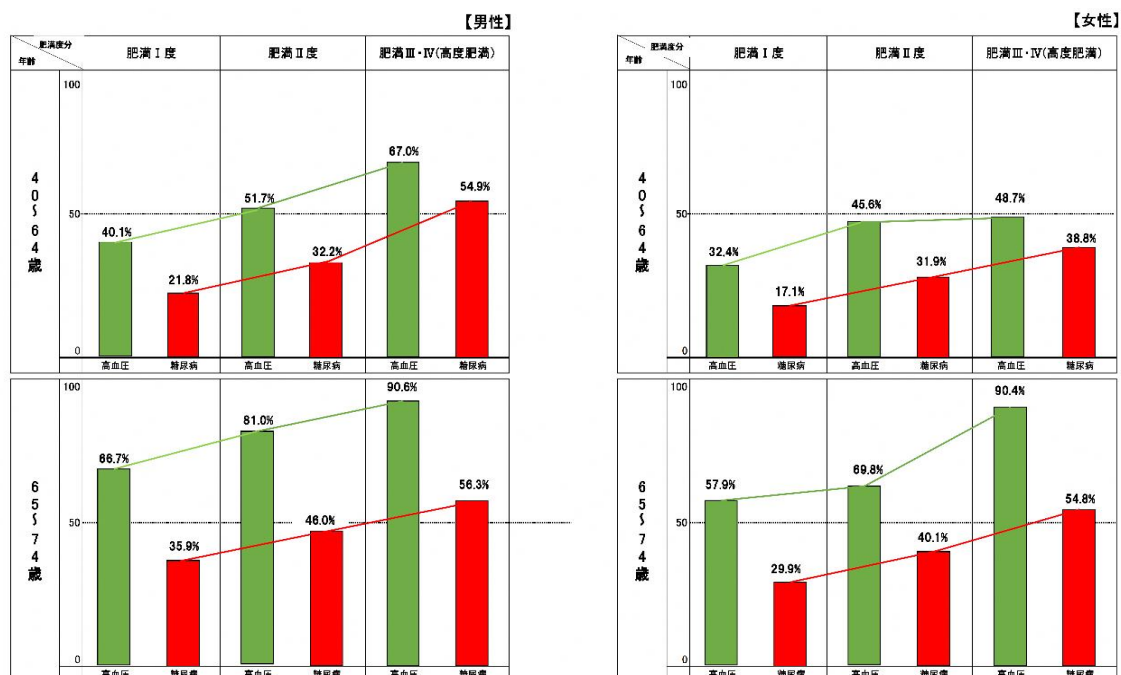
出典・参照：特定健診等データ管理システム

(2) 優先順位をつけます。

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

① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます

図表 62 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？



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

表 63 肥満になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる(R4 沖・治 1-09)

生活	肥満度 BMI	I 度		II 度		III 度		IV 度	
		25～29.9		30～34.9		35～39.9		40～	
食事	食欲	・満腹感なく食べ過ぎてしまう。 ・心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない		・夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない		・食べ始めたら止まらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べなくなる ・食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う		・食欲が抑えられない ・夜中起きると食べてしまう ・食欲が止まらない ・食欲をコントロールできない	
	胃腸	・食べるとお腹が張って苦しくなる				・太っているからか腸の蠕動もおこるよ		・逆流性食道炎になった。	
排泄	排便					・便秘になって大変		・便器に座ると便座が割れる	
	排尿	・横になるとトイレに行きたくなる		・尿意を感じて夜中に3回起きる		・トイレに何度も起きて寝た感じがしない ・むくみがあって5年間くらい夜間頻尿が続いている。 ・膀胱炎になりやすい		・尿漏れする ・起きてトイレに行くまで間に合わない	
動作	歩行	・疲労感がある		・長く歩くと息切れがする ・階段を上るとき息切れする ・坂道は息が切れる ・運動するとすぐ息切れする		・体重で足裏が痛い ・階段を下るときに体を支えられず転びそうになる ・ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない ・歩くと足がしびれる		・200m歩くのにも呼吸が苦しい ・歩いたら苦しくなるので横になっている ・だるくて寝ていることが多い	
	日常動作			・屈めず、足の爪を切ることができない ・朝起きると体重で手がしびれて色が変わっている ・運動すると数日だるくなる ・身体が動かしづらい				・お腹が邪魔で前に屈めない ・シャワーがづらい ・手が届かないので排泄の後始末ができない	
身体	胸	・2～3年前から胸の変な感じがある ・仕事中時々胸の息苦しさ ・1年前から動機あり、休憩しながら仕事していた ・胸が痛くなることある。止まるんじゃないかとグツと		・動機がする ・胸が締め付けられる感じ、6年前から時々起こる ・心臓が大きくなっているといわれた ・少し動いただけでも心臓がきつい		・仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める ・仰向けには寝れないいつも横向きに寝ている ・心臓はスピードのある作業するとバクバクする		・左を向いて寝ると動機が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感苦しさで10年前狭心症カテーテル ・今も段差上がったとき苦しくなる ・心臓、週1回圧迫される症状があるが、心臓の血管のつまりはないといわれている。	
	免疫	・蜂窩織炎になる				・風邪をひきやすい		・よく風邪をひく ・よく体調を崩す	
	皮膚	・背中がかゆい ・皮膚が赤くなる		・湿疹ができる ・痒い		・皮膚が赤く炎症を起こしてる ・炎症で体毛が生えなくなる		・足の皮膚が硬くなるので、よく皮を削っている。 ・全身の湿疹がづらい ・皮膚科に毎月通院している	

出典:令和4年度版 なぜ治療が必要なのかを学習するための教材

(沖縄県ヘルスアップ支援事業)

まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満 3 度・4 度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要がある。そのことは、(図表 63)の「日常生活」で困っている住民の声からも深刻です。

次に(図表 62)をみると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることより、未だ両疾患の発症が 50%に満たない肥満 I 度で、若い年代(40～64 歳)を対象とすることが効率がいいことがわかります。

③心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

図表 64 心・脳血管疾患を発症した事例(例示)

事例 N o.	性 別	発 症 年 齢	KDBから把握								特 定 健 診	転 帰	
			レセプト										
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患						介護
			脳出血	脳梗塞	狭心症	急性心筋 梗塞	高血圧	糖尿病	脂質異常 症	高尿酸血 症			
1	男	60代		●	●		●		●			メタボ	
2	男	60代	●		●		●		●	●		メタボ	死亡
3	男	50代	●				●	●	●		要介護2	メタボ	
4	男	50代		●		●	●	●	●	●		メタボ	
5	男	40代		●		●	●	●	●	●		メタボ	

3)対象者の明確化

図表 65 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	2,471	371	471	852	777	2,967	395	487	1,073	1,012
メタボ該当者	B	850	80	150	311	309	441	32	60	165	184
	B/A	34.4%	21.6%	31.8%	36.5%	39.8%	14.9%	8.1%	12.3%	15.4%	18.2%
再掲	① 3項目全て	C	307	23	51	120	119	6	17	44	52
		C/B	36.1%	28.8%	34.0%	38.6%	27.0%	18.8%	28.3%	26.7%	28.3%
	② 血糖＋血圧	D	138	7	18	57	57	2	9	21	25
		D/B	16.2%	8.8%	12.0%	18.3%	12.9%	6.3%	15.0%	12.7%	13.6%
	③ 血圧＋脂質	E	355	44	63	120	247	20	33	92	102
		E/B	41.8%	55.0%	42.0%	38.6%	56.0%	62.5%	55.0%	55.8%	55.4%
	④ 血糖＋脂質	F	50	6	18	14	18	4	1	8	5
		F/B	5.9%	7.5%	12.0%	4.5%	4.1%	12.5%	1.7%	4.8%	2.7%

出典・参照：KDB システム改変 様式（5-3）

図表 66 メタボリック該当者の治療状況

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
				あり		なし					あり		なし	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合
総数	2,471	850	34.4%	668	78.6%	182	21.4%	2,967	441	14.9%	361	81.9%	80	18.1%
40代	371	80	21.6%	35	43.8%	45	56.3%	395	32	8.1%	20	62.5%	12	37.5%
50代	471	150	31.8%	100	66.7%	50	33.3%	487	60	12.3%	43	71.7%	17	28.3%
60代	852	311	36.5%	263	84.6%	48	15.4%	1,073	165	15.4%	137	83.0%	28	17.0%
70～74歳	777	309	39.8%	270	87.4%	39	12.6%	1,012	184	18.2%	161	87.5%	23	12.5%

出典・参照：特定健診等データ管理システム

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 65)は、男性で 50 代から受診者の 3 割を超えるが、女性では 50 代以降 1 割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 66)は、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

また、(図表 64)心・脳血管疾患を発症した事例を整理すると、全員がメタボリックシンドローム該当者であり、脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えた結果であると考えます。このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

(1) 対象者の選定基準の考え方

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

(2)対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

4)保健指導の実施

(1)最新の脳科学を活用した保健指導

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

図表 67 令和 4 年度版 沖縄 食ノート 肥満を解決するための食の資料 Ver. 3 (沖縄県ヘルスアップ支援事業)

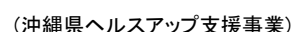
令和 4 年度版 沖縄 食ノート 肥満を解決するための食の資料 Ver.3	
1. 栄養指導対象者の明確化 R4沖・食 1 検査項目と各臓器 R4沖・食 2 健診結果と生活との関連の読み取り R4沖・食 3 メタボリックシンドロームの構造図 R4沖・食 4 肥満症の構造図 R4沖・食 5 高インスリン状態は何を引き起こすのでしょうか 2. 脂肪細胞の特性～肥満の本態を理解～ R4沖・食 6 肥満の問題性を考えるポイント R4沖・食 7 体重(BMI)・健診結果に変化はありませんか？ R4沖・食 8 健診データを見ながら考えます R4沖・食 9 脂肪細胞ってね① R4沖・食 10 脂肪細胞ってね② R4沖・食 11 脂肪細胞の中身はなんだと思いますか？ 3. 脂肪細胞の特性～肥満の解決～ R4沖・食 12 肥満症診療ガイドライン2022の治療目標と健診データの改善 R4沖・食 13 肥満(脳の変調)の解決 R4沖・食 14 脳の変調 4. A-④原因と見てきてきた食品から500kcal減らす 私ほどのタイプかな？ R4沖・食 15 自分は何を食べて体重が増えるタイプなの？ R4沖・食 16 肥満解決のために R4沖・食 17 ジャンクフード ポテトチップス R4沖・食 18 ジャンクフード チョコレート R4沖・食 19 ジャンクフード アイスクリーム R4沖・食 20 加工食品のことで知って欲しいことがあります R4沖・食 21 カップラーメン・袋麺 R4沖・食 22 ファーストフード R4沖・食 23 よく食べている食べ物の中身(肉・乳・加工品) R4沖・食 24 よく食べている食べ物の中身(魚・卵・豆腐) R4沖・食 25 チャンプルー「みえるあぶら」「みえないあぶら」の組み合わせ R4沖・食 26 肝臓のお仕事には順番があります R4沖・食 27 アルコール早見表 5. B 短鎖脂肪酸の役割が、解決のポイント R4沖・食 28 脂肪酸にはどんな特徴があるのでしょうか？ R4沖・食 29 脳の変調を修正してくれる短鎖脂肪酸 R4沖・食 30 食物繊維の仕事 R4沖・食 31 「あなたのお腹の中で発酵食品がつくれます」キーワードは短鎖脂肪酸 R4沖・食 32 食べる組み合わせによって、ヤセホルモンGLP-1の量が変わります R4沖・食 33 食物繊維は植物の構成成分 R4沖・食 34 食物繊維は植物の構成成分(保健師・栄養士用) R4沖・食 35 手軽にとれるオートミール ご飯100gで比べてみました R4沖・食 36 短鎖脂肪酸になれる食物繊維が多いのは・・・ R4沖・食 37 短鎖脂肪酸をつくる野菜の特徴 R4沖・食 38 いつも使っている野菜のなかみ～うまく活用しよう！～ R4沖・食 39 いつも使っている野菜のなかみ～冷凍野菜～	6. 血管内皮を守る R4沖・食 40 血管が傷むとは R4沖・食 41 血管内皮を傷めるリスクは何だろう R4沖・食 42 血管内皮細胞の材料と炎症を防ぐもの R4沖・食 43 脂肪にも種類があります R4沖・食 44 1日の基準量の食品の量の中に、血管内皮を守る栄養素はどのくらいの割合を占めているか？ R4沖・食 45 血管内皮を酸化ストレスから守る R4沖・食 46 手軽にとれる惣菜で血管内皮を守る 7. 栄養指導の基本 ～あなたにとっての食べ方～ R4沖・食 47 日常生活の中で、必要な食品を考える方法 R4沖・食 48 血液データと食品(沖縄年代・性別Ver.) ①～③ R4沖・食 49 肥満症診療ガイドライン2022と最新肥満症学の食事療法及び医学会のガイドラインの整理 R4沖・食 50 健診データに基づいた食品の基準量 R4沖・食 51 生活習慣の改善ってどんなことをするの？ R4沖・食 52 あなたにとって必要な食品の基準量①② R4沖・食 53 ごはんの目安と油の目安 R4沖・食 54 総エネルギー 早見表(男性) R4沖・食 55 ごはんと油量 早見表(男性) R4沖・食 56 総エネルギー 早見表(女性) R4沖・食 57 ごはんと油量 早見表(女性) 8. 資料箱 ～ポピュレーションアプローチ～ R4沖・食 58 社会的背景 ～沖縄と全国を比べてみました～ R4沖・食 59 統計からみえる沖縄の食 R4沖・食 60 食の背景の変遷 R4沖・食 61 肥満がもたらすもの R4沖・食 62 参考資料 ～ページノート～ R4沖・食 63 令和3年度保健指導専門職としての学習プロセス R4沖・食 64 令和4年度保健指導専門職としての学習プロセス
その他	

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001 年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。宜野湾市においても沖縄県国民健康保険保険給付費等交付金（特別交付金・県 2 号繰入金分）事業を活用して、二次健診を実施しています。

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

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

図表 68 心電図所見からのフロー図 (R4 沖・治 4-01)



(2) 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

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

宜野湾市においては、心電図検査(詳細健診分)を196人(3.9%)に実施し、そのうち有所見者が98人(50.0%)でした。所見の中でもST-T 変化が111人(57.2%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表 69)

また、有所見者のうち要精査が78人(79.6%)で、その後の受診状況をみると47人(60.3%)は未受診でした。(図表 70)。

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

図表 69 心電図検査結果

性別・年齢		所見	心電図検査				所見内訳																
							ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
			実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	所見内訳総数 C	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	
								件数D	割合D/C	件数E	割合E/C	件数F	割合F/C	件数G	割合G/C	件数H	割合H/C	件数I	割合I/C	件数J	割合J/C	件数K	割合K/C
40～74歳			196	3.9%	98	50.0%	194	6	3.1%	111	57.2%	0	0.0%	15	7.7%	1	0.5%	35	18.0%	7	3.6%	19	9.8%
内 訳	男性	94	4.1%	58	61.7%	111	5	4.5%	50	45.0%	0	0.0%	11	9.9%	0	0.0%	28	25.2%	7	6.3%	10	9.0%	
	女性	102	3.7%	40	39.2%	83	1	1.2%	61	73.5%	0	0.0%	4	4.8%	1	1.2%	7	8.4%	0	0.0%	9	10.8%	

宜野湾市調べ

※有所見者は「心電図異常あり」「心電図軽度異常」「心臓病治療中」と記載されている者の記載

※要精査は「心電図異常あり」と「心電図軽度異常」と記載されている者の記載

図表 70 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	98		78	79.6%	31	39.7%	47	60.3%
男性	58	59.2%	44	56.4%	20	64.5%	24	51.1%
女性	40	40.8%	34	43.6%	11	35.5%	23	48.9%

※有所見者・・・「心臓病治療中」「異常あり」「軽度異常」□

宜野湾市調べ

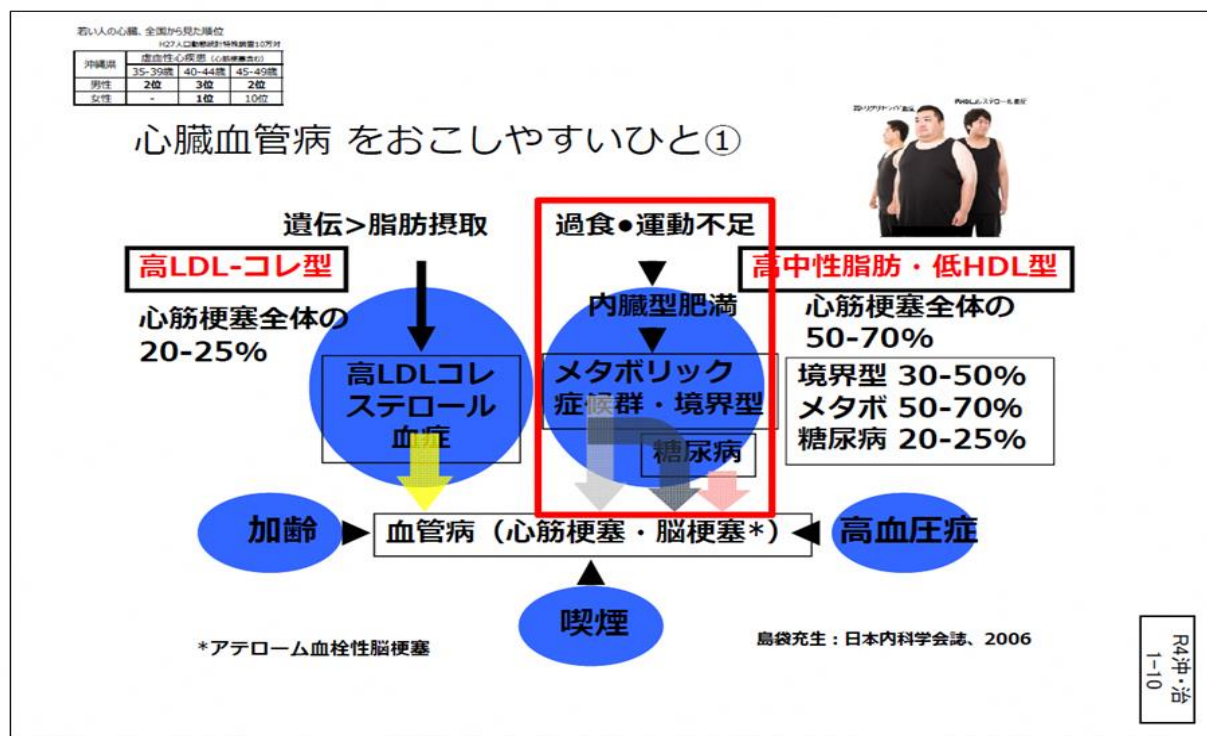
※要精査・・・「異常あり」「軽度異常」

③ 心電図以外からの把握

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

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表 71)

図表 71 心血管病をおこしやすいひと (R4 沖・治 1-10)



出典：令和4年度版 なぜ治療が必要なのかを学習するための教材

(沖縄県ヘルスアップ支援事業)

★図表 71 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A:メタボタイプについては、第 4 章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 65・66)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ(図表 71)

図表 72 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		
				2,384	1,030	733	401	220	84	140	236	161	
					43.2%	30.7%	16.8%	9.2%	13.5%	22.5%	38.0%	25.9%	
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)	462	229	130	74	29	53	50	0	0		
			19.4%	22.2%	17.7%	18.5%	13.2%	63.1%	35.7%	0.0%	0.0%		
	中リスク	140未満 (170未満)	870	342	287	156	85	6	44	132	59		
			36.5%	33.2%	39.2%	38.9%	38.6%	7.1%	31.4%	55.9%	36.6%		
	高リスク	120未満 (150未満)	967	412	292	160	103	22	43	99	99		
			40.6%	40.0%	39.8%	39.9%	46.8%	26.2%	30.7%	41.9%	61.5%		
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	再掲	100未満 (130未満) ※1	69	30	19	13	7	4	6	4	6		
			2.9%	2.9%	2.6%	3.2%	3.2%	4.8%	4.3%	1.7%	3.7%		
	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)	85	47	24	11	3	3	3	5	3		
			3.6%	4.6%	3.3%	2.7%	1.4%	3.6%	2.1%	2.1%	1.9%		

※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

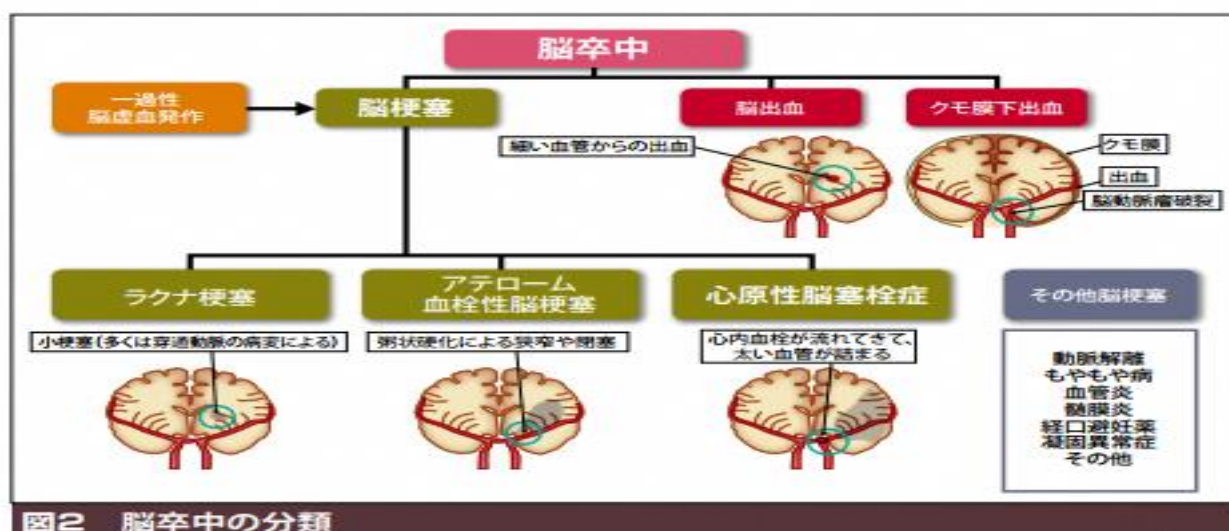
※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

〈2〉脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 73,74)

図表 73 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 74 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。(図表 75)でみると、高血圧治療者 6,106 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 686 人(11.4%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 261 人(18.6%)であり、そのうち 155 人(59.4%)は未治療者です。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

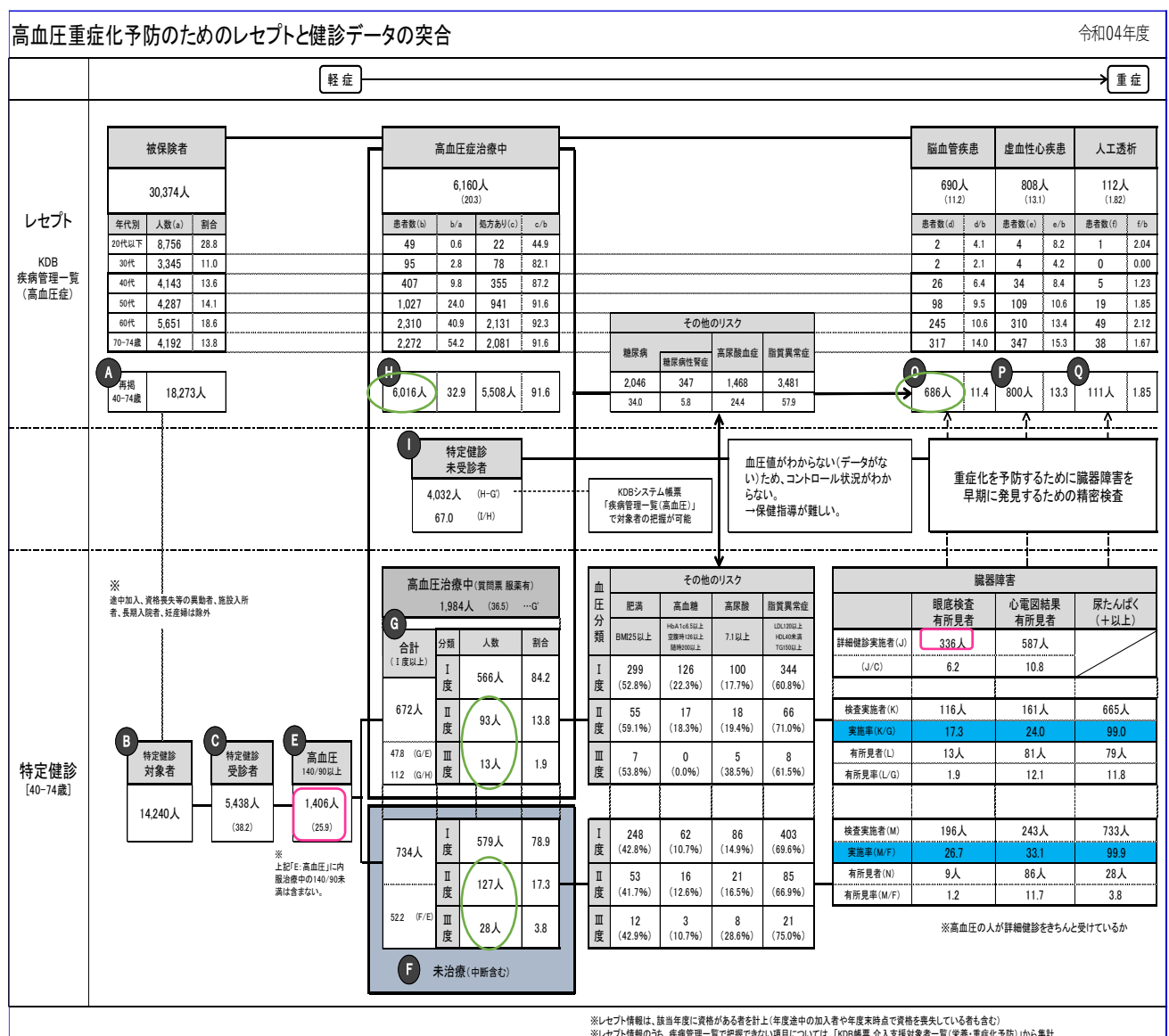
また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 106 人(15.8%)いることがわかりました。治療中で

リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)が、わずか 336 人(6.2%)しか実施していない状況です。しかし、眼底検査(詳細検査)の条件は、I 度高血圧以上の場合となっていることから、1406 人(25.9%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。

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

図表 75 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典・参照: KDB システム改変、特定健診等データ管理システム

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

図表 76 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度					
保健指導対象者の明確化と優先順位の決定					
(参考)高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会					
p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子					
p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化					
p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画					
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化					
特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)					
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	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
	1,591	857 53.9%	579 36.4%	127 8.0%	28 1.8%
リスク第1層 予後影響因子がない	91 5.7%	C 49 5.7%	B 31 5.4%	B 9 7.1%	A 2 7.1%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	911 57.3%	C 495 57.8%	B 338 58.4%	A 66 52.0%	A 12 42.9%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	589 37.0%	B 313 36.5%	A 210 36.3%	A 52 40.9%	A 14 50.0%

…高リスク
…中等リスク
…低リスク

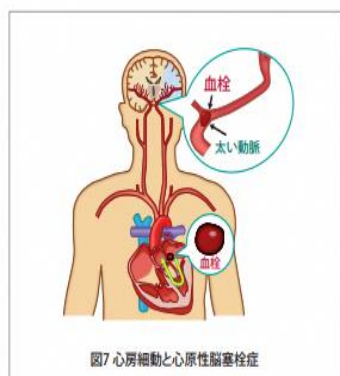
区分	該当者数
A	ただちに薬物療法を開始 356 22.4%
B	概ね1カ月後に再評価 691 43.4%
C	概ね3カ月後に再評価 544 34.2%

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

(3) 心電図検査における心房細動の実態



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

(図表 77)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 77 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	2,471	2,967	275	11.1%	312	10.5%	6	2.2%	0	0.0%	--	--
40代	371	395	33	8.9%	36	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	471	487	53	11.3%	52	10.7%	1	1.9%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	852	1,073	102	12.0%	111	10.3%	2	2.0%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	777	1,012	87	11.2%	113	11.2%	3	3.4%	0	0.0%	3.4%	1.1%

出典・参照：特定健診等データ管理システム

図表 78 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
6	1	16.7	5	83.3

宜野湾市調

心電図検査において 6 人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心房細動有所見者 6 人のうち 5 人は既に治療が開始されていましたが、1 人はまだ治療につながっていません。(図表 78)

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

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

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

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

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

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

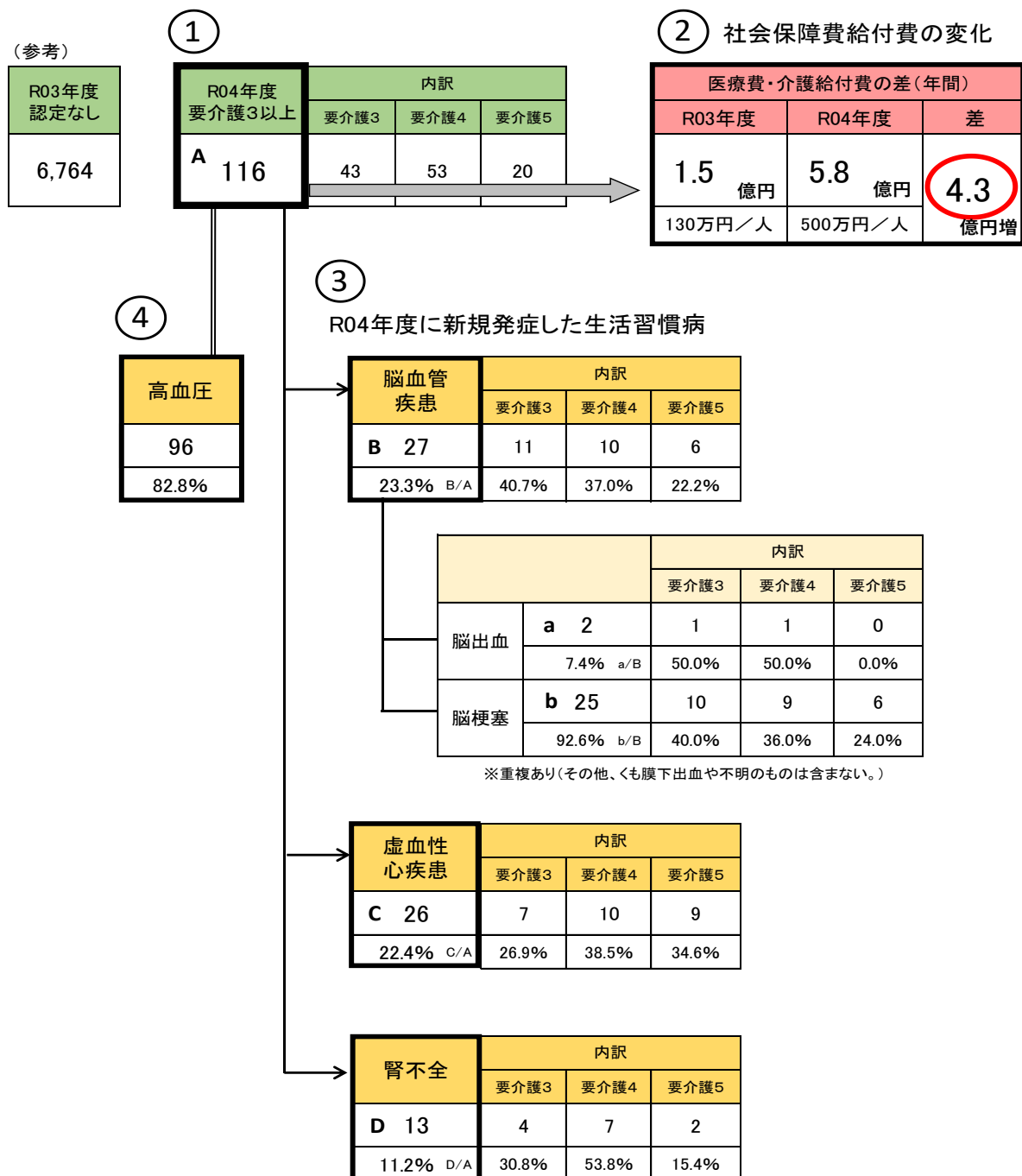
4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

図表 80 要介護認定状況の経年(R3→R4 年度)推移
いきなり要介護3以上になった人×レセプトデータ

(75 歳以上の後期高齢者のみ)



※新規発症の考え方・・・R3・R4 年度のレセプト情報を突合し、「R3 年度には診断がなく、R4 年度に診断があった場合」を新規発症とみなして計上

③ 健康課題の明確化

R3 年度に要介護の認定がない 6,764 人のうち、R4 年度に要介護 3 以上の認定を受けた者が 116 人(A)。その中で R3 年度には診断がなく、R4 年度に発症した生活習慣病を見ると、脳血管疾患で 27 人(B23.3%)、虚血性心疾患で 26 人(C24.4%)、腎不全で 13 人(D11.2%) 新規で発症しており、約 8 割が高血圧を有しています。

また一人当たりの国保医療費・介護給付費についてみると、認定を受ける前の段階では年間 130 万円だったが、要介護の認定後では年間 500 万円と 3.8 倍に増加していることから、重症化する前の段階から、高血圧、糖尿病等の重症化予防の徹底が課題となっています。

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。

宜野湾市においては、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えていく必要があります。

V. ポピュレーションアプローチ

全ての市民が健康でありたいという意思を行動の変容につなげるためのポピュレーションアプローチを進めていきます。

具体的には、生活習慣病の予防について、広報誌等の掲載、特定健康診査受診券の発送時の啓発教材やパンフレットの同封、ホームページや市の公式ラインなど、あらゆる機会を捉え、効果的な健康づくり情報を発信します。

また、特定保健指導受講者等に対し、運動や食事の実践も取り入れた健康教室を実施します。

さらに、個人へのインセンティブとして、ポイント制度などの健康づくりへの行動が促進される仕組み作りを検討・実施いたします。

生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の实態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。(図表 81、82)

図表 81 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化

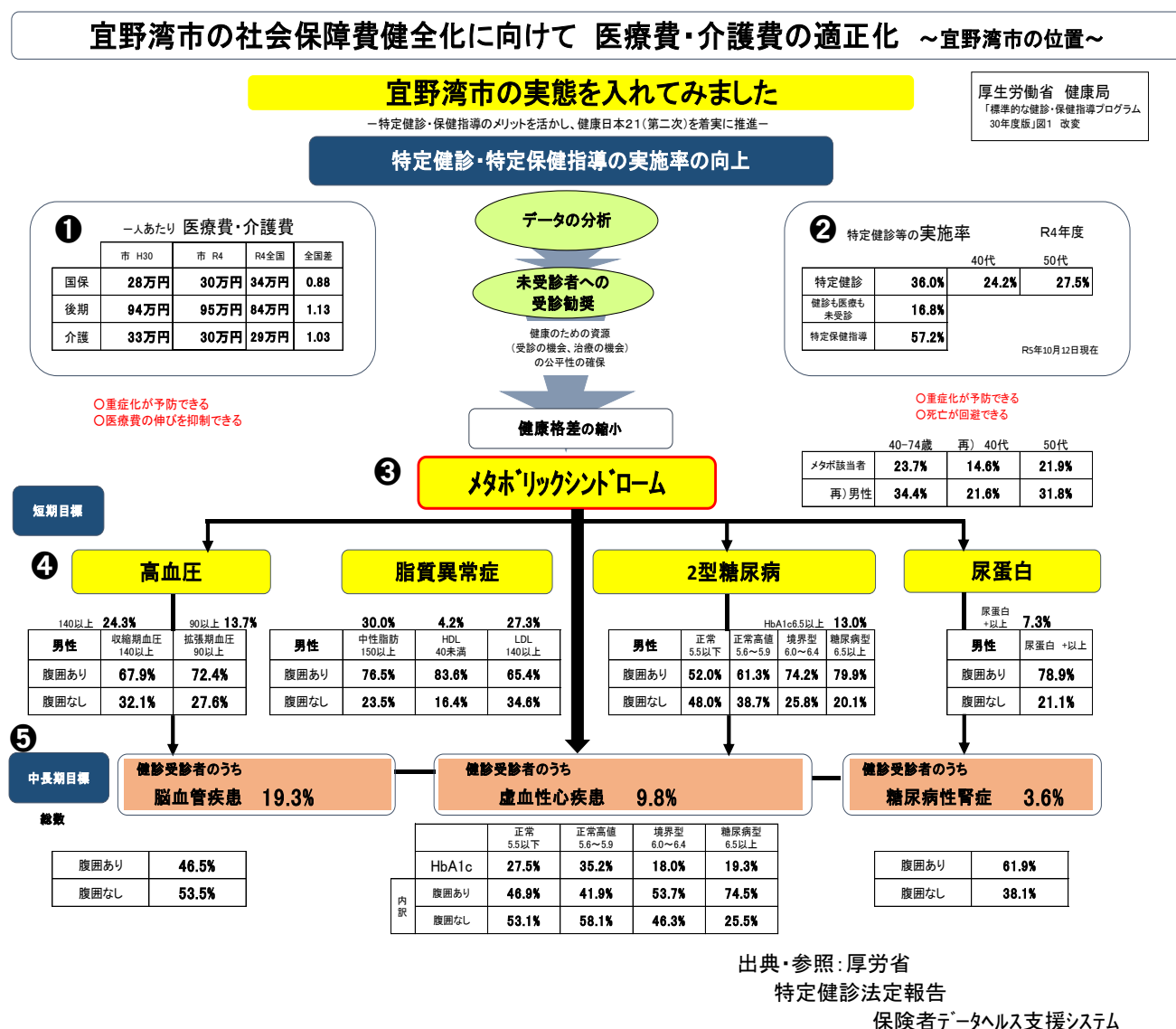


表 82 統計からみえる沖縄県の食(例示)・・・・

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

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和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・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行います。

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた宜野湾市の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

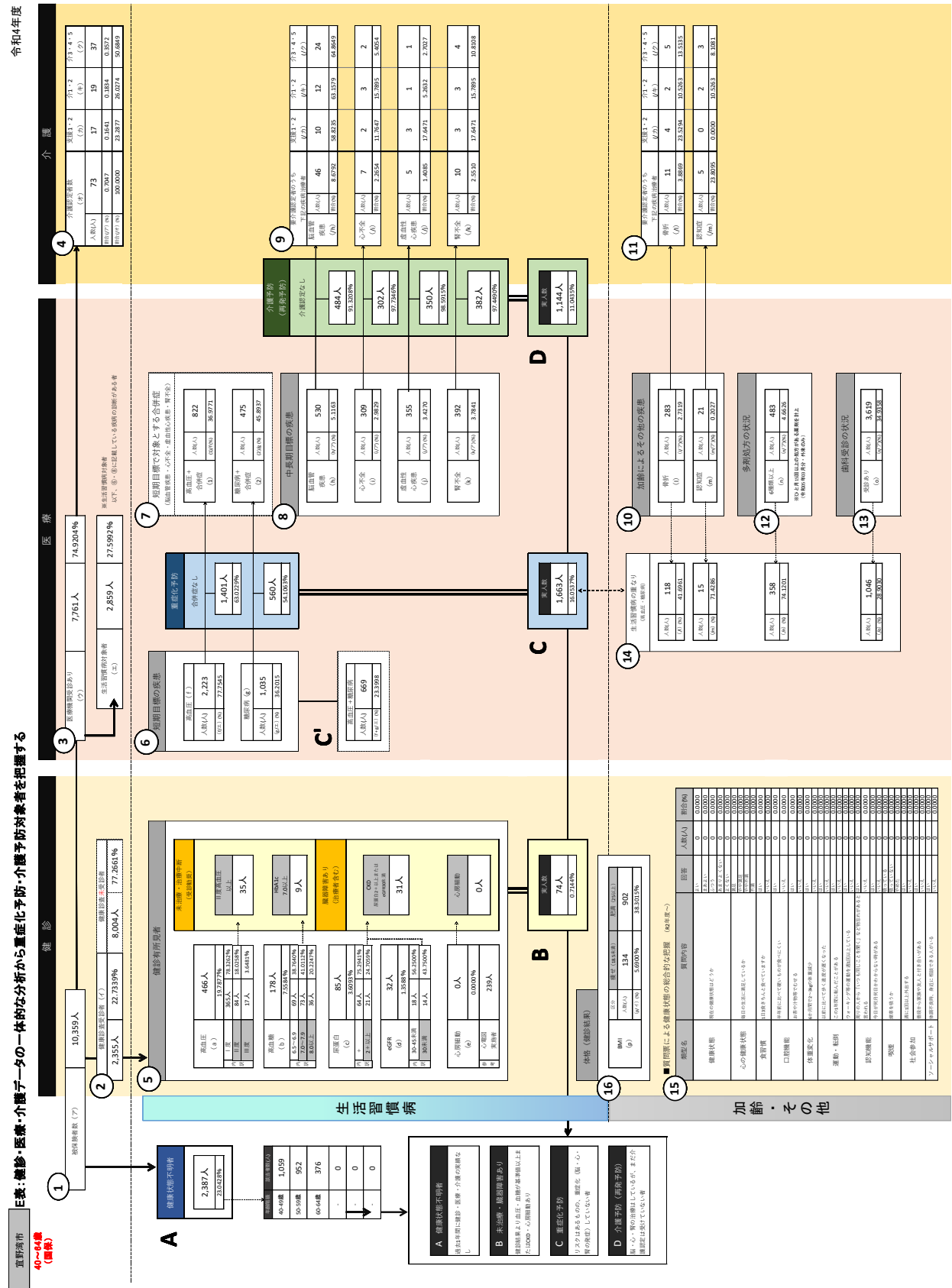
参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた宜野湾市の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた宜野湾市の位置												R04年度			
項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	①	人口構成	総人口		96,068		12,282,328		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)		18,925	19.7	3,577,856	29.1	324,708	22.6	35,335,805	28.7			
			75歳以上		8,969	9.3	--	--	155,559	10.8	18,248,742	14.8			
			65～74歳		9,956	10.4	--	--	169,149	11.8	17,087,063	13.9			
			40～64歳		31,431	32.7	--	--	472,258	32.8	41,545,893	33.7			
			39歳以下		45,712	47.6	--	--	642,142	44.6	46,332,563	37.6			
	②	産業構成	第1次産業		0.8		3.3		4.9		4.0		KDB.NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
			第2次産業		14.6		26.7		15.1		25.0				
			第3次産業		84.7		70.0		80.0		71.0				
	③	平均寿命	男性		80.7		80.8		80.3		80.8		KDB.NO.1 地域全体像の把握		
			女性		87.7		87.0		87.5		87.0				
	④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性		80.2		80.2		79.3		80.1				
			女性		85.0		84.4		84.2		84.4				
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	97.9	99.3	99.3	100	KDB.NO.1 地域全体像の把握						
				女性	86.8	100.7	90.5	100							
			死因	がん	179	52.6	37,540	50.8		3,274	49.7	378,272	50.6		
				心臓病	87	25.6	20,268	27.4		1,669	25.3	205,485	27.5		
				脳疾患	42	12.4	10,174	13.8		978	14.8	102,900	13.8		
				糖尿病	9	2.6	1,377	1.9		193	2.9	13,896	1.9		
				腎不全	14	4.1	2,639	3.6		272	4.1	26,946	3.6		
				自殺	9	2.6	1,929	2.6		205	3.1	20,171	2.7		
	②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	131	16.8		1,926	14.2	125,187	8.7	厚労省HP 人口動態調査 (R3年度)				
			男性	89	21.2		1,331	18.3	82,832	11.2					
	3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		3,282	17.4	658,763	18.4	61,945	19.0	6,724,030	19.4	KDB.NO.1 地域全体像の把握	
				新規認定者	介護度別 総件数	要支援1.2	9,730	11.2	2,077,063	12.7	177,194	11.6	21,785,044		12.9
						要介護1.2	33,495	38.4	7,642,184	46.6	546,973	35.9	78,107,378		46.3
要介護3以上						43,922	50.4	6,672,398	40.7	799,361	52.5	68,963,503	40.8		
2号認定者						133	0.42	15,752	0.38	2,135	0.45	156,107	0.38		
②		有病状況	糖尿病	598	17.2	162,985	23.6	11,465	17.4	1,712,613	24.3				
			高血圧症	1,485	42.0	361,290	52.5	28,893	43.8	3,744,672	53.3				
			脂質異常症	897	25.2	220,989	31.8	17,395	26.0	2,308,216	32.6				
			心臓病	1,659	46.9	407,933	59.3	31,994	48.6	4,224,628	60.3				
			脳疾患	817	23.1	153,310	22.6	14,271	21.9	1,568,292	22.6				
			がん	297	8.2	78,258	11.2	5,539	8.2	837,410	11.8				
			筋・骨格	1,522	43.3	358,731	52.1	29,667	44.9	3,748,372	53.4				
			精神	1,133	32.1	247,133	36.1	20,229	31.0	2,569,149	36.8				
③		介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		304,599	5,764,539,575	275,832	986,888,262,898	324,737	105,444,836,581	290,668	10,074,274,226,889			
			1件当たり給付費(全体)		66,147		60,207		69,211		59,662				
			居宅サービス		49,568		41,618		51,518		41,272				
			施設サービス		303,177		295,426		301,929		296,364				
④		医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	12,068	8,676	11,002	8,610	4,020						
			認定なし	4,812	4,007	4,796									
4	①	国保の状況	被保険者数		25,328		2,500,428		388,055		27,488,882		KDB.NO.1 地域全体像の把握 KDB.NO.5 被保険者の状況		
			65～74歳		6,977	27.5			119,076	30.7	11,129,271	40.5			
			40～64歳		8,836	34.9			134,131	34.6	9,088,015	33.1			
			39歳以下		9,515	37.6			134,848	34.7	7,271,596	26.5			
	加入率				26.4		20.4		27.0		22.3				
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	4	0.2	825	0.3	90	0.2	8,237	0.3				
			診療所数	50	2.0	9,194	3.7	890	2.3	102,599	3.7				
			病床数	786	31.0	154,913	62.0	18,602	47.9	1,507,471	54.8				
			医師数	97	3.8	28,704	11.5	3,887	10.0	339,611	12.4				
			外来患者数	522.4		707.3		541.1		687.8					
			入院患者数	17.7		19.1		19.0		17.7					
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費		301,879	県内26位 同規模99位	359,130		318,310		339,680	KDB.NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB.NO.1 地域全体像の把握			
			受診率		540.151		726.377		560.174		705.439				
			外 来	費用の割合	54.7	59.4	53.6	60.4							
				件数の割合	96.7	97.4	96.6	97.5							
入 院			費用の割合	45.3	40.6	46.4	39.6								
			件数の割合	3.3	2.6	3.4	2.5								
1件あたり在院日数			16.5日		16.3日		17.1日		15.7日						

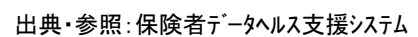
項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合	最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	835,510,200	24.1	31.8	25.9	32.2	KDB NO.3 健診・医療・介護デ ータからみる地域の健 康課題					
				慢性腎不全(透析あり)	385,962,680	11.1	8.5	12.0	8.2						
				糖尿病	306,762,900	8.8	10.4	8.3	10.4						
				高血圧症	168,686,110	4.9	5.9	4.8	5.9						
				脂質異常症	84,895,250	2.4	4.0	2.8	4.1						
				脳梗塞・脳出血	143,000,690	4.1	4.0	4.9	3.9						
				狭心症・心筋梗塞	141,294,280	4.1	2.9	3.3	2.8						
				精神	783,614,680	22.6	15.4	20.9	14.7						
	筋・骨格	588,273,470	17.0	16.2	16.0	16.7									
	⑤	医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	入 院	高血圧症	162	0.1	283	0.2	313	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)				
				糖尿病	1,086	0.8	1,237	0.8	896	0.6		1,144	0.9		
				脂質異常症	134	0.1	58	0.0	67	0.0		53	0.0		
				脳梗塞・脳出血	5,110	3.7	6,607	4.5	6,789	4.6		5,993	4.5		
				虚血性心疾患	4,509	3.3	4,287	2.9	4,321	2.9		3,942	2.9		
				腎不全	5,784	4.2	4,488	3.1	5,764	3.9		4,051	3.0		
				高血圧症	6,498	3.9	10,917	5.1	7,107	4.2		10,143	4.9		
				糖尿病	11,604	7.0	18,942	8.9	12,437	7.3		17,720	8.6		
		医療費分析 一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合	外 来	脂質異常症	3,218	1.9	7,585	3.6	4,322	2.5		7,092	3.5		
				脳梗塞・脳出血	534	0.3	922	0.4	689	0.4		825	0.4		
				虚血性心疾患	1,588	1.0	1,857	0.9	1,444	0.8		1,722	0.8		
				腎不全	17,400	10.5	17,549	8.2	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	1,857	2,187	1,408		2,031	KDB NO.3 健診・医療・介護デ ータからみる地域の健 康課題		
							健診未受診者	12,077	13,404	11,533		13,295			
						生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	7,166	6,461	5,718		6,142			
							健診未受診者	46,603	39,594	46,845		40,210			
	⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨受者	2,958	58.5	382,397	57.5	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	2,694	53.3	349,761	52.6	42,965	55.5	3,543,116	52.0				
			医療機関非受診率	264	5.2	32,636	4.9	3,785	4.9	337,939	5.0				
5	①	特定健診の 状況	県内市町村数 42市町村 同規模市区町村数 103市町村	健診受診者	5,059	665,367	77,415	6,812,842	KDB NO.3 健診・医療・介護デ ータからみる地域の健 康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握						
	②			受診率	35.3	県内29位 同規模71位	38.3	33.7		全国39位	37.1				
	③			特定保健指導終了者(実施率)	270	36.5	11,876	15.6		3,636	32.2	107,925	13.4		
	④			非肥満高血糖	325	6.4	60,340	9.1		5,139	6.6	615,549	9.0		
	⑤			メタボ	該当者	1,204	23.8	138,044		20.7	20,034	25.9	1,382,506	20.3	
					男性	792	34.4	94,168		32.9	13,894	37.3	965,486	32.0	
					女性	412	14.9	43,876		11.6	6,140	15.3	417,020	11.0	
					予備群	705	13.9	75,050		11.3	11,411	14.7	765,405	11.2	
	⑥			メタボ	男性	478	20.8	51,650		18.0	7,753	20.8	539,738	17.9	
					女性	227	8.2	23,400		6.2	3,658	9.1	225,667	5.9	
	⑦			メタボ 該当・ 予備 群レ ベル	腹囲	総数	2,139	42.3		234,867	35.3	35,002	45.2	2,380,778	34.9
	男性					1,418	61.7	160,356		56.0	23,943	64.2	1,666,592	55.3	
	女性					721	26.1	74,511		19.7	11,059	27.6	714,186	18.8	
	総数					323	6.4	31,350		4.7	4,644	6.0	320,038	4.7	
	⑧				BMI	男性	42	1.8		4,640	1.6	717	1.9	51,248	1.7
						女性	281	10.2		26,710	7.0	3,927	9.8	268,790	7.1
						血糖のみ	37	0.7		4,049	0.6	568	0.7	43,519	0.6
						血圧のみ	500	9.9		53,353	8.0	8,389	10.8	539,490	7.9
						脂質のみ	168	3.3		17,648	2.7	2,454	3.2	182,396	2.7
		血糖・血圧	189			3.7	19,785	3.0	2,911	3.8	203,072	3.0			
血糖・脂質		63	1.2			6,875	1.0	896	1.2	70,267	1.0				
血圧・脂質		557	11.0			66,601	10.0	9,610	12.4	659,446	9.7				
⑨	血糖・血圧・脂質	395	7.8	44,783	6.7	6,617	8.5	449,721	6.6						
6	① ②	問診の状況	服薬	高血圧	1,878	37.1	245,976	37.0	31,609	40.8	2,428,038	35.6			
				糖尿病	473	9.3	59,364	8.9	8,123	10.5	589,470	8.7			
				脂質異常症	1,255	24.8	194,894	29.3	20,477	26.5	1,899,637	27.9			
				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	136	2.9	21,433	3.3	2,472	3.4	207,385	3.1			
			既往 歴	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	251	5.3	37,041	5.8	4,890	6.8	365,407	5.5			
				腎不全	32	0.7	5,283	0.8	534	0.7	53,898	0.8			
				貧血	322	6.5	68,802	10.8	5,769	7.9	702,088	10.7			
				6	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	喫煙	755	14.9	81,520	12.3	11,101	14.3	939,212	13.8
週3回以上朝食を抜く	690	19.3	54,960				9.2	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～)	783	21.9	84,709				14.2	13,687	23.2	976,348	15.7				
週3回以上就寝前夕食	783	21.9	84,709				14.2	13,687	23.2	976,348	15.7				
食べる速度が遅い	1,117	31.2	154,975				26.0	17,745	30.1	1,659,705	26.8				
20歳時体重から10kg以上増加	1,630	45.5	207,995				34.9	27,557	46.4	2,175,065	35.0				
1回30分以上運動習慣なし	2,096	58.4	348,874				58.6	34,075	57.8	3,749,069	60.4				
1日1時間以上運動なし	1,745	48.8	289,150				48.5	26,211	44.3	2,982,100	48.0				
睡眠不足	1,224	34.6	144,596				24.4	16,453	28.9	1,587,311	25.6				
毎日飲酒	684	17.9	150,262				23.9	11,814	19.7	1,658,999	25.5				
時々飲酒	1,170	30.6	136,186				21.7	17,885	29.8	1,463,468	22.5				
⑭	一 日 飲 酒 量	1合未満	1,083				45.8	295,624	67.0	20,349	50.2	2,978,351	64.1		
		1～2合	778				32.9	98,762	22.4	12,112	29.9	1,101,465	23.7		
		2～3合	355				15.0	37,048	8.4	5,818	14.4	434,461	9.4		
		3合以上	151				6.4	9,659	2.2	2,219	5.5	128,716	2.8		

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

①40～64 歳(国保)



出典・参照：保険者データヘルス支援システム

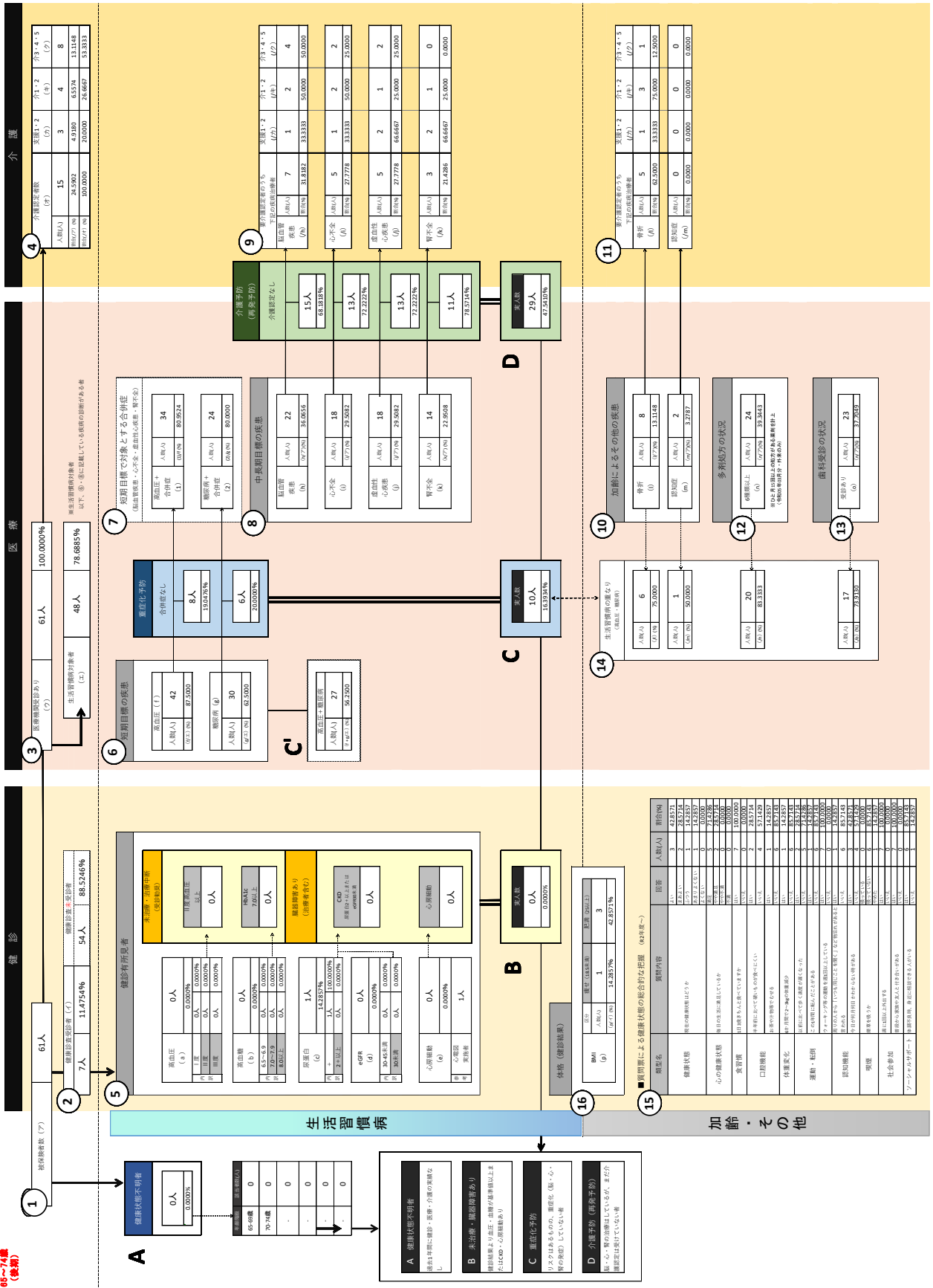


③65～74 歳(後期)

令和4年度

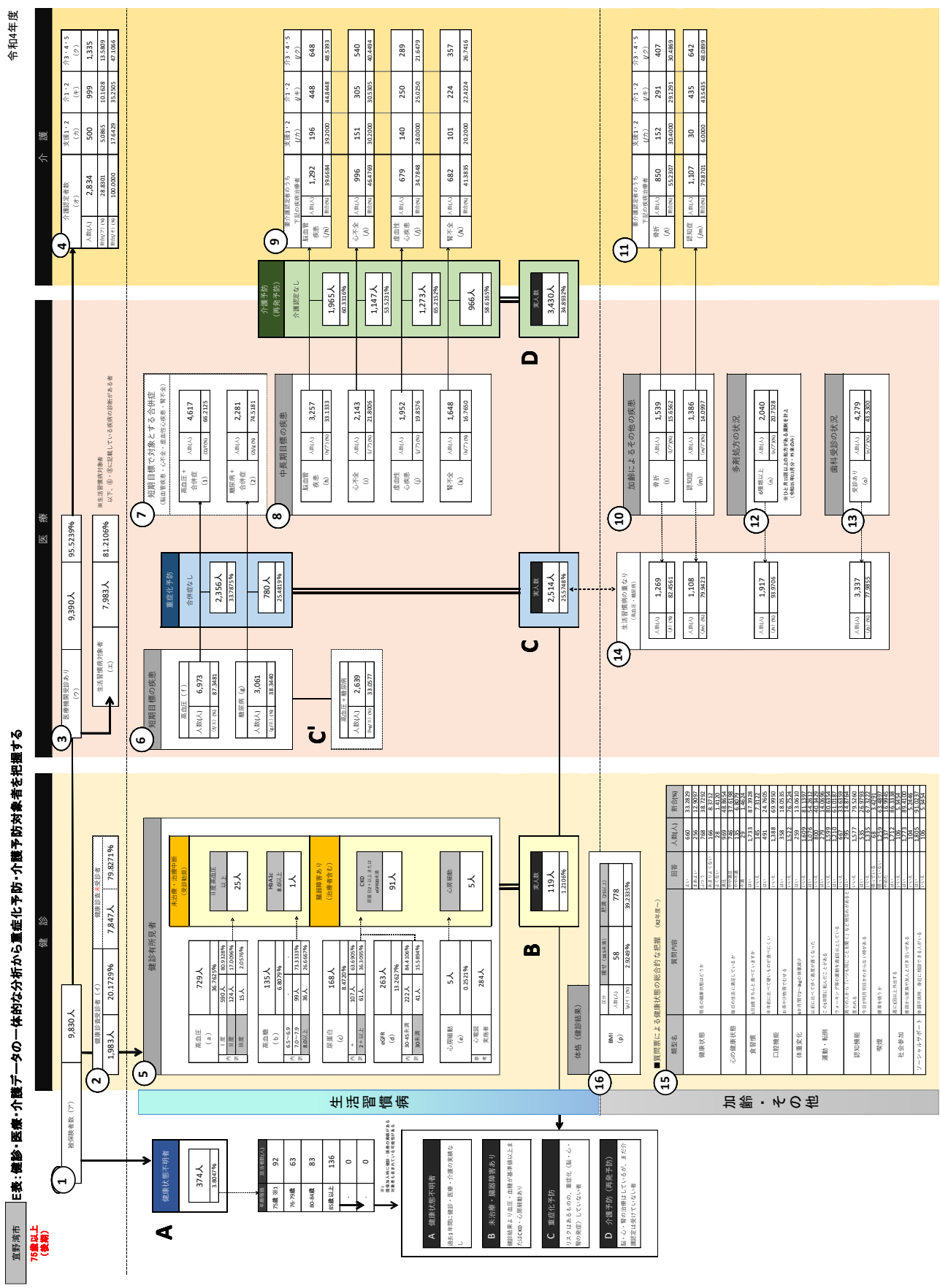
重症・健診・医療・介護データの体系的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する

重野海市
65～74歳
(後期)



出典・参照：保険者データヘルス支援システム

④75 歳以上(後期)

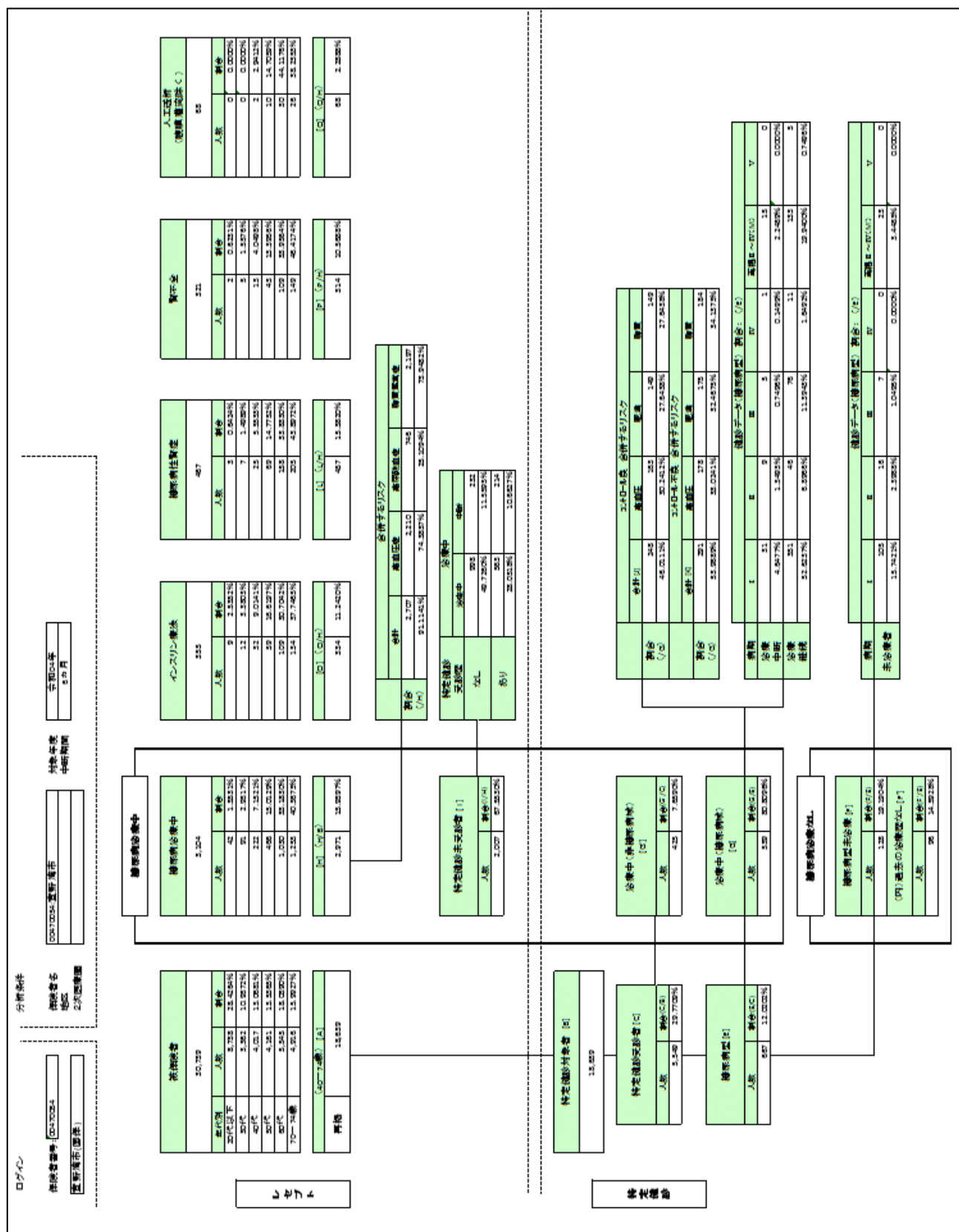


出典・参照: 保険者データヘルス支援システム

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目			実 合 表	宜野湾市										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	27,020人		26,560人		26,332人		26,100人		26,051人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	②	(再掲) 40-74歳		16,218人		16,031人		16,130人		16,313人		16,331人						
2	①	対象者数	B	14,199人		14,088人		14,266人		14,336人		14,018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	4,824人		4,670人		4,330人		4,143人		5,402人						
	③	受診率		34.0%		33.1%		30.4%		28.9%		36.0%						
3	①	特定 対象者数		706人		698人		688人		623人		727人						
	②	保健指導 実施率		57.2%		62.0%		55.7%		61.2%		57.2%						
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	631人	12.2%	689人	13.8%	672人	14.7%	586人	13.3%	760人	14.0%		特定健診結果		
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	238人	37.7%	231人	33.5%	233人	34.7%	172人	29.4%	257人	33.8%				
	③		治療中（質問票 服薬あり）	G	393人	62.3%	458人	66.5%	439人	65.3%	414人	70.6%	503人	66.2%				
	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	239人	60.8%	272人	59.4%	264人	60.1%	229人	55.3%	289人	57.5%				
	⑤		血圧 130/80以上		135人	56.5%	155人	57.0%	149人	56.4%	130人	56.8%	179人	61.9%				
	⑥		肥満 BMI25以上		143人	59.8%	159人	58.5%	167人	63.3%	138人	60.3%	176人	60.9%				
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	154人	39.2%	186人	40.6%	175人	39.9%	185人	44.7%	214人	42.5%				
	⑧		第1期 尿蛋白（－）	M	435人	68.9%	494人	71.7%	486人	72.3%	438人	74.7%	557人	73.3%				
	⑨		第2期 尿蛋白（±）		95人	15.1%	93人	13.5%	80人	11.9%	61人	10.4%	87人	11.4%				
	⑩		第3期 尿蛋白（＋）以上		84人	13.3%	90人	13.1%	89人	13.2%	75人	12.8%	91人	12.0%				
	⑪		第4期 eGFR30未満		15人	2.4%	10人	1.5%	14人	2.1%	10人	1.7%	20人	2.6%				
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保険者千対）		60.7人		59.5人		50.0人		58.2人		57.5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）		98.2人		95.8人		79.9人		90.8人		89.3人					
	③		レセプト件数 (40-74歳)	8,776件	(550.6)	9,091件	(569.8)	8,644件	(533.7)	8,929件	(551.3)	8,752件	(553.5)	1,663,960件	(868.5)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)		
	④		入院外（件数） ()内は被保険者千対	70件	(4.4)	64件	(4.0)	53件	(3.3)	42件	(2.6)	48件	(3.0)	6,923件	(3.6)			
	⑤		糖尿病治療中		H	1,641人	6.1%	1,581人	6.0%	1,316人	5.0%	1,520人	5.8%	1,498人	5.8%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	⑥		(再掲) 40-74歳			1,593人	9.8%	1,536人	9.6%	1,289人	8.0%	1,482人	9.1%	1,459人	8.9%			
	⑦		健診未受診者		I	1,200人	75.3%	1,143人	74.4%	850人	65.9%	1,068人	72.1%	956人	65.5%			
	⑧		インスリン治療		O	169人	10.3%	161人	10.2%	124人	9.4%	158人	10.4%	159人	10.6%			
	⑨		(再掲) 40-74歳			161人	10.1%	153人	10.0%	121人	9.4%	150人	10.1%	152人	10.4%			
	⑩		糖尿病性腎症		L	220人	13.4%	243人	15.4%	179人	13.6%	203人	13.4%	215人	14.4%			
	⑪		(再掲) 40-74歳			217人	13.6%	238人	15.5%	176人	13.7%	198人	13.4%	209人	14.3%			
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			62人	3.8%	61人	3.9%	57人	4.3%	39人	2.6%	49人	3.3%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期
	⑬		(再掲) 40-74歳			59人	3.7%	58人	3.8%	57人	4.4%	39人	2.6%	49人	3.4%			
	⑭		新規透析患者数			11	18.60%	6	10.30%	4	7.00%	12	30.80%	11	22.40%			
	⑮		(再掲) 糖尿病性腎症			8	72.70%	4	66.70%	1	25%	8	66.60%	6	54.50%			
	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)			45人	2.6%	53人	3.0%	51人	3.4%	52人	3.2%	54人	3.1%			
6	①	医療費	総医療費		74億0169万円		72億7318万円		71億0527万円		74億3360万円		76億4599万円		87億1825万円		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		35億6099万円		34億9859万円		34億7155万円		35億4802万円		34億6781万円		46億0048万円			
	③		(総医療費に占める割合)		48.1%		48.1%		48.9%		47.7%		45.4%		52.8%			
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	5,539円		4,927円		4,269円		4,013円		7,166円		6,461円			
	⑤			健診未受診者	46,309円		48,030円		52,332円		51,386円		46,603円		39,594円			
	⑥		糖尿病医療費		2億9539万円		3億0539万円		3億0279万円		3億0399万円		3億0676万円		4億7740万円			
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		8.3%		8.7%		8.7%		8.6%		8.8%		10.4%			
	⑧		糖尿病入院外総医療費		9億5848万円		10億0362万円		10億0359万円		9億7538万円		10億4073万円					
	⑨		1件あたり		46,209円		48,142円		51,683円		48,167円		51,819円					
	⑩		糖尿病入院総医療費		7億3977万円		6億8501万円		6億7658万円		8億2245万円		7億8546万円					
	⑪		1件あたり		659,923円		655,515円		675,233円		734,986円		761,106円					
	⑫		在院日数		18日		17日		19日		19日		18日					
	⑬		慢性腎不全医療費		4億3254万円		3億9403万円		3億7101万円		3億7417万円		3億9762万円		4億1714万円			
	⑭		透析有り		4億0814万円		3億7426万円		3億5464万円		3億5308万円		3億8596万円		3億9180万円			
	⑮		透析なし		2441万円		1977万円		1637万円		2109万円		1165万円		2534万円			
7	①	介護	介護給付費		52億1689万円		55億1044万円		56億6764万円		57億8746万円		57億6454万円		95億8144万円			
	②		(2号認定者) 糖尿病合併症		8件 12.5%		10件 14.5%		9件 14.3%		9件 13.8%		9件 14.8%					
8	①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）	3人	0.5%	3人	0.5%	1人	0.2%	10人	1.8%	9人	1.5%	2,639人	1.0%	KDB_健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題		

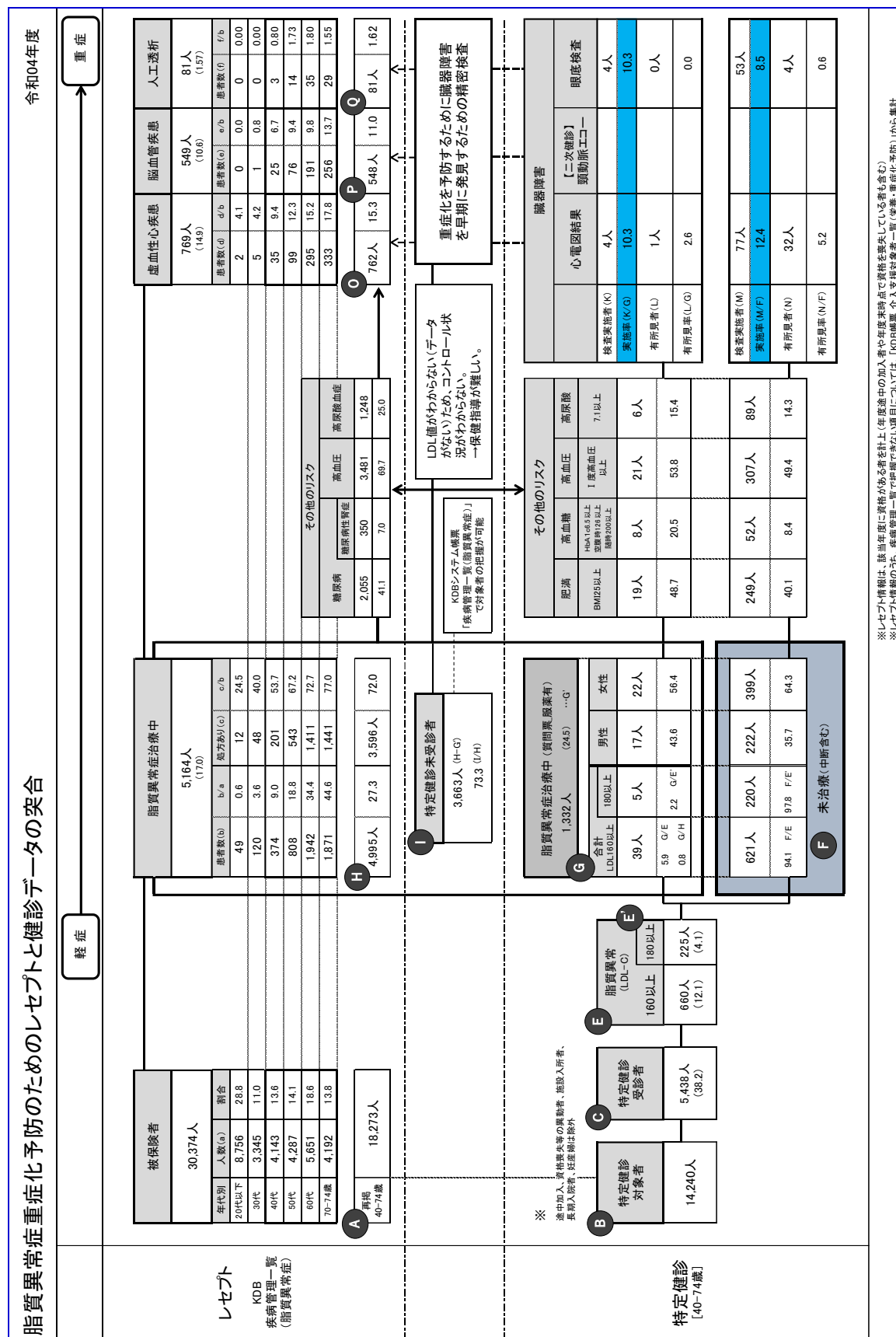
参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典・参照：保険者データヘルス支援システム



参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



参考資料7 HbA1C の年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値								再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない	糖尿病												
							合併症予防の ための目標		最低限達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる								
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	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	5.281	2,257	42.7%	1,876	35.5%	675	12.8%	216	4.1%	166	3.1%	91	1.7%	159	3.0%	70	1.3%		
H30	5.088	2,190	43.0%	1,799	35.4%	648	12.7%	199	3.9%	170	3.3%	82	1.6%	158	3.1%	61	1.2%		
R01	4.947	1,866	37.7%	1,814	36.7%	767	15.5%	219	4.4%	189	3.8%	92	1.9%	178	3.6%	57	1.2%		
R02	4,575	1,820	39.8%	1,658	36.2%	605	13.2%	215	4.7%	192	4.2%	85	1.9%	172	3.8%	61	1.3%		
R03	4,398	1,909	43.4%	1,570	35.7%	524	11.9%	163	3.7%	156	3.5%	76	1.7%	149	3.4%	55	1.3%		
R04	5,433	2,146	39.5%	2,029	37.3%	707	13.0%	235	4.3%	213	3.9%	103	1.9%	207	3.8%	66	1.2%		

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c 測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上								
					再) 7.0以上	未治療	治療						
H29	5.281	2.257 42.7%	1.876 35.5%	675 12.8%	473	197	276						
					9.0%	41.6%	58.4%						
					257 4.9%	92 35.8%	165 64.2%						
H30	5.088	2.190 43.0%	1.799 35.4%	648 12.7%	451	179	272						
					8.9%	39.7%	60.3%						
					252 5.0%	70 27.8%	182 72.2%						
R01	4.947	1.866 37.7%	1.814 36.7%	767 15.5%	500	179	321						
					10.1%	35.8%	64.2%						
					281 5.7%	69 24.6%	212 75.4%						
R02	4.575	1.820 39.8%	1.658 36.2%	605 13.2%	492	173	319						
					10.8%	35.2%	64.8%						
					277 6.1%	76 27.4%	201 72.6%						
R03	4.398	1.909 43.4%	1.570 35.7%	524 11.9%	395	126	269						
					9.0%	31.9%	68.1%						
					232 5.3%	59 25.4%	173 74.6%						
R04	5.433	2.146 39.5%	2.029 37.3%	707 13.0%	551	197	354						
					10.1%	35.8%	64.2%						
					316 5.8%	86 27.2%	230 72.8%						

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																					
												合併症予防の ための目標				最低限度達成が 望ましい目標						合併症の危険が 更に大きくなる											
						5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上						7.4以上		8.4以上									
						人数		割合		人数		割合		人数		割合						人数		割合		人数		割合					
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	403	7.6%	10	2.5%	38	9.4%	79	19.6%	111	27.5%	110	27.3%	55	13.6%	99	24.6%	42	10.4%														
	H30	390	7.7%	11	2.8%	26	6.7%	81	20.8%	90	23.1%	127	32.6%	55	14.1%	112	28.7%	38	9.7%														
	R01	455	9.2%	14	3.1%	21	4.6%	99	21.8%	109	24.0%	148	32.5%	64	14.1%	134	29.5%	36	7.8%														
	R02	439	9.6%	10	2.3%	19	4.3%	91	20.7%	118	26.9%	138	31.4%	63	14.4%	128	29.2%	43	9.9%														
	R03	414	9.4%	15	3.6%	31	7.5%	99	23.9%	96	23.2%	114	27.5%	59	14.3%	115	27.8%	40	9.7%														
	R04	503	9.3%	23	4.6%	31	6.2%	95	18.9%	124	24.7%	158	31.4%	72	14.3%	151	30.0%	46	9.1%														
治療なし	H29	4,878	92.4%	2,247	46.1%	1,838	37.7%	596	12.2%	105	2.2%	56	1.1%	36	0.7%	60	1.2%	28	0.6%														
	H30	4,698	92.3%	2,179	46.4%	1,773	37.7%	567	12.1%	109	2.3%	43	0.9%	27	0.6%	46	1.0%	23	0.5%														
	R01	4,492	90.8%	1,852	41.2%	1,793	39.9%	668	14.9%	110	2.4%	41	0.9%	28	0.6%	44	1.0%	21	0.5%														
	R02	4,136	90.4%	1,810	43.8%	1,639	39.6%	514	12.4%	97	2.3%	54	1.3%	22	0.5%	44	1.1%	18	0.4%														
	R03	3,984	90.6%	1,894	47.5%	1,539	38.6%	425	10.7%	67	1.7%	42	1.1%	17	0.4%	34	0.9%	15	0.4%														
	R04	4,930	90.7%	2,123	43.1%	1,998	40.5%	612	12.4%	111	2.3%	55	1.1%	31	0.6%	56	1.1%	20	0.4%														

出典・参照：特定健診等データ管理システム

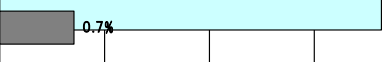
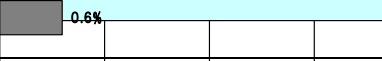
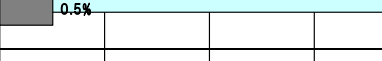
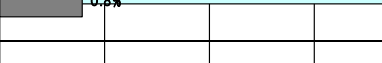
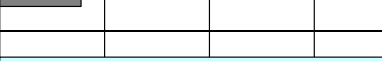
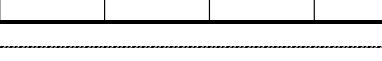
参考資料8 血圧の年次比較

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	5,344	1,863	34.9%	963	18.0%	1,344	25.1%	979	18.3%	157	2.9%	38	0.7%
H30	5,168	1,664	32.2%	1,001	19.4%	1,350	26.1%	939	18.2%	183	3.5%	31	0.6%
R01	5,004	1,624	32.5%	917	18.3%	1,317	26.3%	934	18.7%	187	3.7%	25	0.5%
R02	4,583	1,264	27.6%	833	18.2%	1,250	27.3%	981	21.4%	219	4.8%	36	0.8%
R03	4,403	1,260	28.6%	798	18.1%	1,165	26.5%	945	21.5%	201	4.6%	34	0.8%
R04	5,438	1,602	29.5%	905	16.6%	1,525	28.0%	1,145	21.1%	220	4.0%	41	0.8%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上								
					再掲								
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療						
H29	5,344	2,826 52.9%	1,344 25.1%	979 18.3%	195 3.6%	126 64.6%	69 35.4%						
H30	5,168	2,665 51.6%	1,350 26.1%	939 18.2%	214 4.1%	132 61.7%	82 38.3%						
R01	5,004	2,541 50.8%	1,317 26.3%	934 18.7%	212 4.2%	132 62.3%	80 37.7%						
R02	4,583	2,097 45.8%	1,250 27.3%	981 21.4%	255 5.6%	147 57.6%	108 42.4%						
R03	4,403	2,058 46.7%	1,165 26.5%	945 21.5%	235 5.3%	135 57.4%	100 42.6%						
R04	5,438	2,507 46.1%	1,525 28.0%	1,145 21.1%	261 4.8%	155 59.4%	106 40.6%						

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	1,736	32.5%	330	19.0%	328	18.9%	566	32.6%	443	25.5%	57	3.3%
	H30	1,740	33.7%	292	16.8%	350	20.1%	590	33.9%	426	24.5%	73	4.2%
	R01	1,787	35.7%	320	17.9%	356	19.9%	571	32.0%	460	25.7%	71	4.0%
	R02	1,669	36.4%	233	14.0%	312	18.7%	547	32.8%	469	28.1%	91	5.5%
	R03	1,601	36.4%	270	16.9%	303	18.9%	481	30.0%	447	27.9%	91	5.7%
	R04	1,984	36.5%	309	15.6%	335	16.9%	668	33.7%	566	28.5%	93	4.7%
治療なし	H29	3,608	67.5%	1,533	42.5%	635	17.6%	778	21.6%	536	14.9%	100	2.8%
	H30	3,428	66.3%	1,372	40.0%	651	19.0%	760	22.2%	513	15.0%	110	3.2%
	R01	3,217	64.3%	1,304	40.5%	561	17.4%	746	23.2%	474	14.7%	116	3.6%
	R02	2,914	63.6%	1,031	35.4%	521	17.9%	703	24.1%	512	17.6%	128	4.4%
	R03	2,802	63.6%	990	35.3%	495	17.7%	684	24.4%	498	17.8%	110	3.9%
	R04	3,454	63.5%	1,293	37.4%	570	16.5%	857	24.8%	579	16.8%	127	3.7%

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-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
総数	H29	5,344	2,503	46.8%	1,337	25.0%	861	16.1%	420	7.9%	223	4.2%
	H30	5,166	2,296	44.4%	1,305	25.3%	890	17.2%	442	8.6%	233	4.5%
	R01	5,002	2,233	44.6%	1,220	24.4%	871	17.4%	440	8.8%	238	4.8%
	R02	4,583	2,042	44.6%	1,121	24.5%	796	17.4%	402	8.8%	222	4.8%
	R03	4,402	2,007	45.6%	1,051	23.9%	715	16.2%	380	8.6%	249	5.7%
	R04	5,437	2,688	49.4%	1,264	23.2%	825	15.2%	435	8.0%	225	4.1%
男性	H29	2,413	1,202	49.8%	590	24.5%	382	15.8%	159	6.6%	80	3.3%
	H30	2,319	1,117	48.2%	574	24.8%	376	16.2%	165	7.1%	87	3.8%
	R01	2,271	1,107	48.7%	559	24.6%	341	15.0%	176	7.7%	88	3.9%
	R02	2,107	1,013	48.1%	495	23.5%	353	16.8%	174	8.3%	72	3.4%
	R03	2,049	982	47.9%	458	22.4%	346	16.9%	168	8.2%	95	4.6%
	R04	2,471	1,310	53.0%	560	22.7%	362	14.6%	151	6.1%	88	3.6%
女性	H29	2,931	1,301	44.4%	747	25.5%	479	16.3%	261	8.9%	143	4.9%
	H30	2,847	1,179	41.4%	731	25.7%	514	18.1%	277	9.7%	146	5.1%
	R01	2,731	1,126	41.2%	661	24.2%	530	19.4%	264	9.7%	150	5.5%
	R02	2,476	1,029	41.6%	626	25.3%	443	17.9%	228	9.2%	150	6.1%
	R03	2,353	1,025	43.6%	593	25.2%	369	15.7%	212	9.0%	154	6.5%
	R04	2,966	1,378	46.5%	704	23.7%	463	15.6%	284	9.6%	137	4.6%

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LDL160以上の方の減少は

年度	健診 受診者	120未満	120～139	140～159	160以上		再掲					
					再180以上	未治療	治療					
H29	5,344 46.8%	2,503 25.0%	1,337 16.1%	861	643 12.0%	602 93.6%	41 6.4%					
					223 4.2%	210 94.2%	13 5.8%	4.2%				
H30	5,166 44.4%	2,296 25.3%	1,305 17.2%	890	675 13.1%	628 93.0%	47 7.0%					
					233 4.5%	218 93.6%	15 6.4%	4.5%				
R01	5,002 44.6%	2,233 24.4%	1,220 17.4%	871	678 13.6%	646 95.3%	32 4.7%					
					238 4.8%	227 95.4%	11 4.6%	4.8%				
R02	4,583 44.6%	2,042 24.5%	1,121 17.4%	796	624 13.6%	575 92.1%	49 7.9%					
					222 4.8%	205 92.3%	17 7.7%	4.8%				
R03	4,402 45.6%	2,007 23.9%	1,051 16.2%	715	629 14.3%	587 93.3%	42 6.7%					
					249 5.7%	238 95.6%	11 4.4%	5.7%				
R04	5,437 49.4%	2,688 23.2%	1,264 15.2%	825	660 12.1%	621 94.1%	39 5.9%					
					225 4.1%	220 97.8%	5 2.2%	4.1%				

治療と未治療の状況

			LDL測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
					120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	1,024	19.2%	685	66.9%	217	21.2%	81	7.9%	28	2.7%	13	1.3%	
	H30	1,035	20.0%	658	63.6%	245	23.7%	85	8.2%	32	3.1%	15	1.4%	
	R01	1,084	21.7%	720	66.4%	245	22.6%	87	8.0%	21	1.9%	11	1.0%	
	R02	1,095	23.9%	731	66.8%	220	20.1%	95	8.7%	32	2.9%	17	1.6%	
	R03	1,095	24.9%	754	68.9%	212	19.4%	87	7.9%	31	2.8%	11	1.0%	
	R04	1,332	24.5%	965	72.4%	235	17.6%	93	7.0%	34	2.6%	5	0.4%	
治療なし	H29	4,320	80.8%	1,818	42.1%	1,120	25.9%	780	18.1%	392	9.1%	210	4.9%	
	H30	4,131	80.0%	1,638	39.7%	1,060	25.7%	805	19.5%	410	9.9%	218	5.3%	
	R01	3,918	78.3%	1,513	38.6%	975	24.9%	784	20.0%	419	10.7%	227	5.8%	
	R02	3,488	76.1%	1,311	37.6%	901	25.8%	701	20.1%	370	10.6%	205	5.9%	
	R03	3,307	75.1%	1,253	37.9%	839	25.4%	628	19.0%	349	10.6%	238	7.2%	
	R04	4,105	75.5%	1,723	42.0%	1,029	25.1%	732	17.8%	401	9.8%	220	5.4%	

出典・参照：特定健診等データ管理システム