

名護市国民健康保険
第 3 期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(第4期特定健康診査等実施計画)
令和6年度～令和 11 年度

名護市国民健康保険

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

第 3 章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……42

1. 第4期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報保護
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50

I. 保健事業の方向性

II. 重症化予防の取組

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

III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

IV. 発症予防

V. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し107

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

第6章 計画の公表・周知及び個人情報情報の取扱い108

1. 個人情報情報の取扱い
2. 計画の公表・周知

参考資料109

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

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名護市の課題等を踏まえ、名護市では、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とその方向性を示すもの

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

本市では、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目指している。(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、保健事業実施計画(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性腎症に着目することとする。

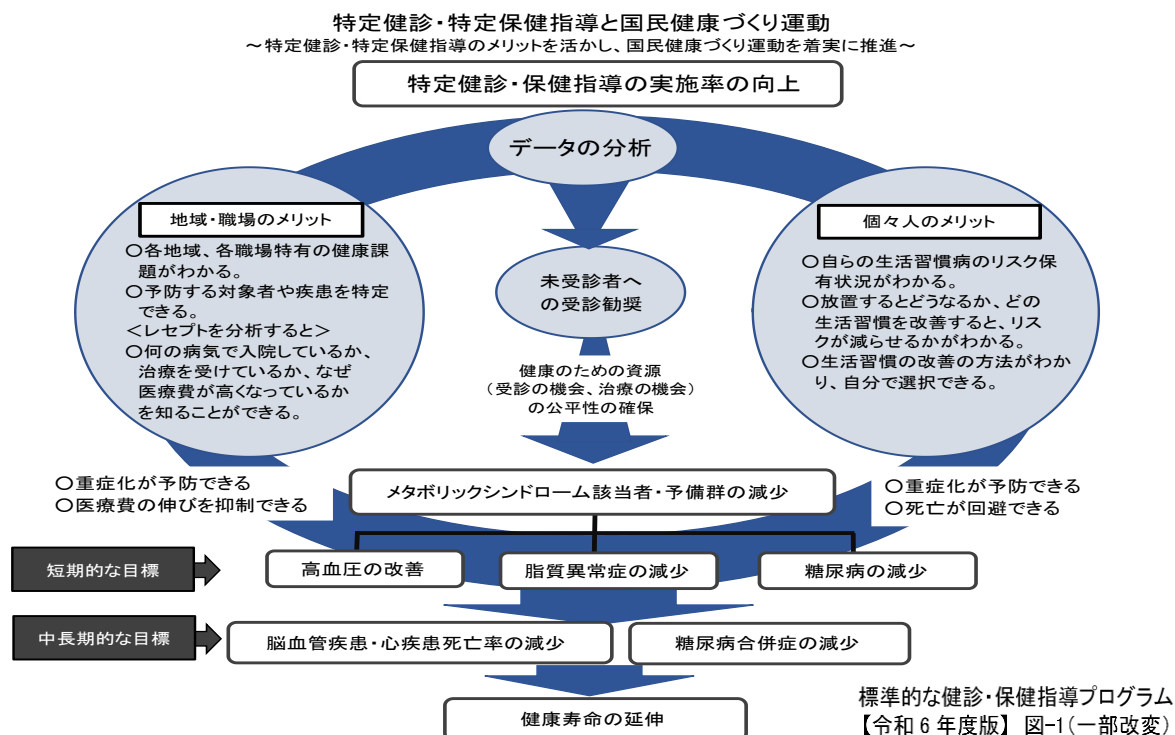
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

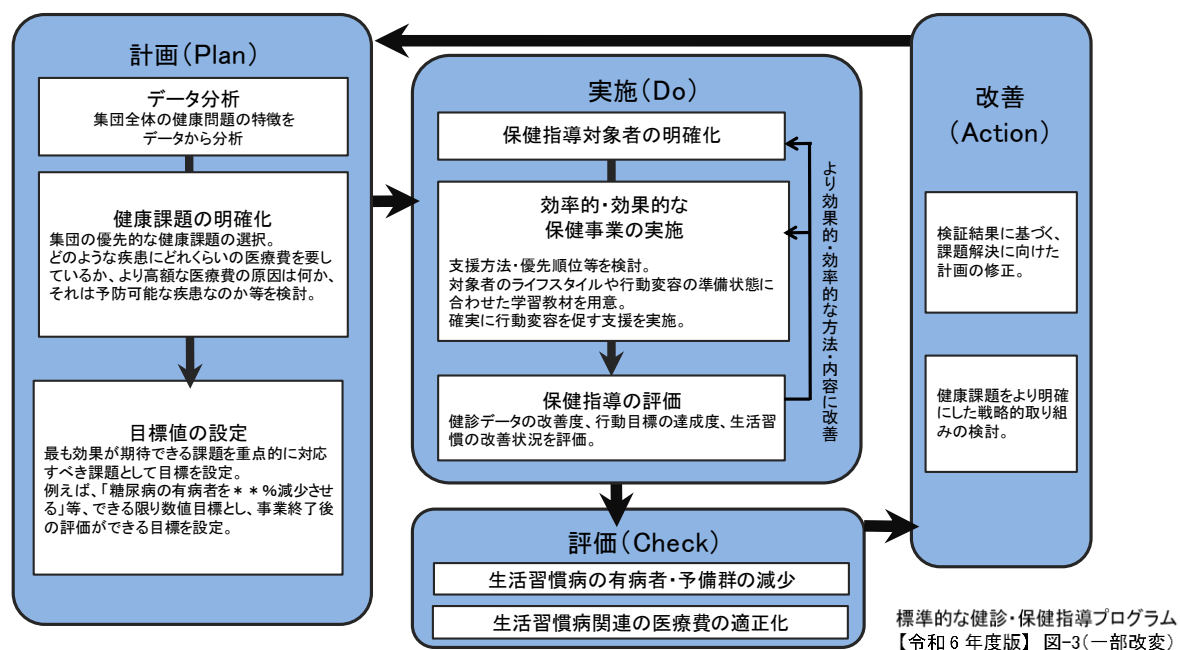
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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有効性を持 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	40～74歳	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、 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 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 ＜アウトカム＞ メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 ＜アウトプット＞ 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	〈住民の健康の保持推進〉 ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 〈医療の効率的な提供の推進〉 ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に 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・事業費通勘分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



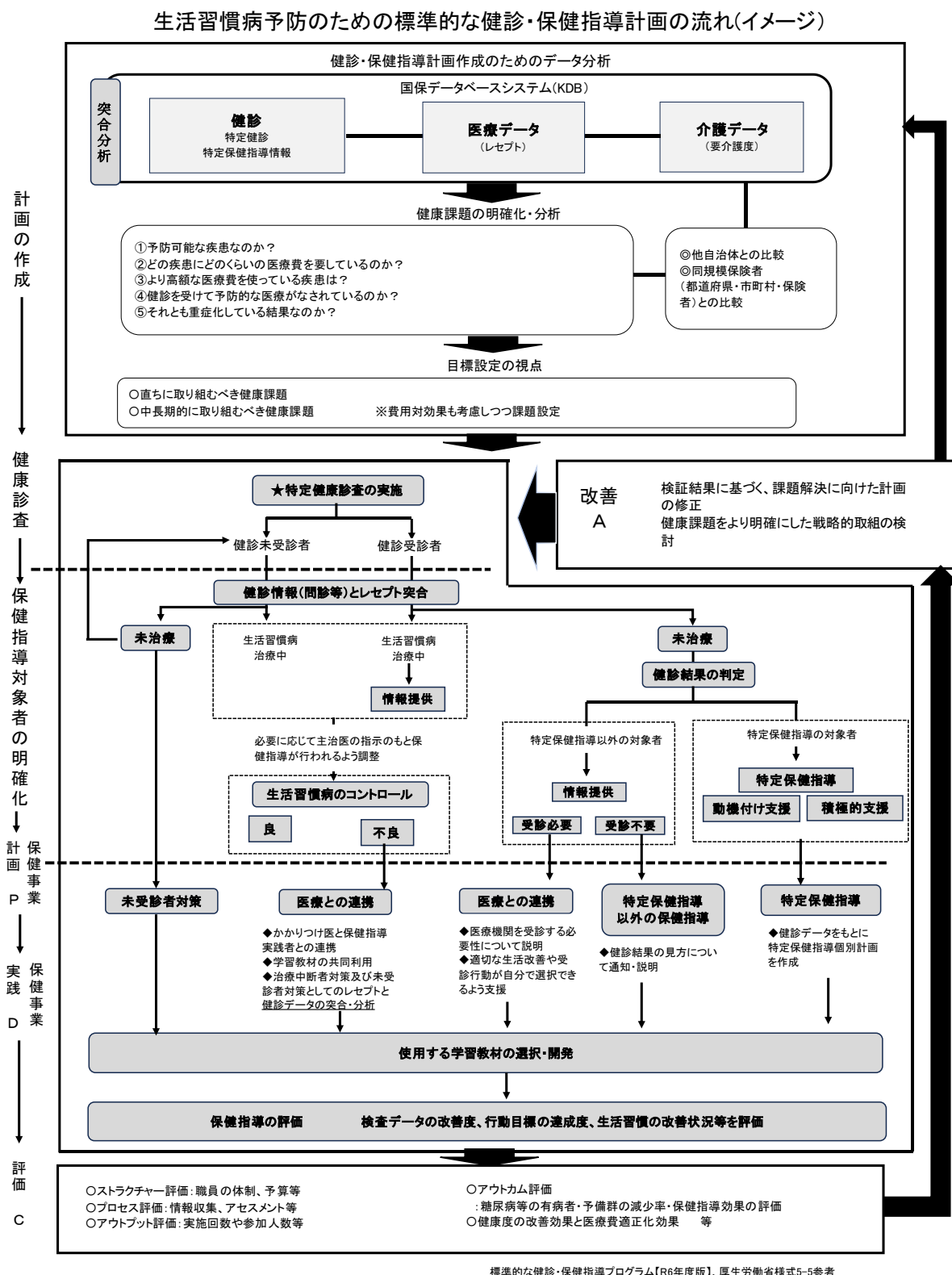
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



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

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

	老人保健法		高齢者の医療を確保する法律
	かつての健診・保健指導		現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につなげる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、実施する。
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者	行動変容を促す手法	健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を読み解くとともに、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、国民健康保険保健事業実施計画(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が6年間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。

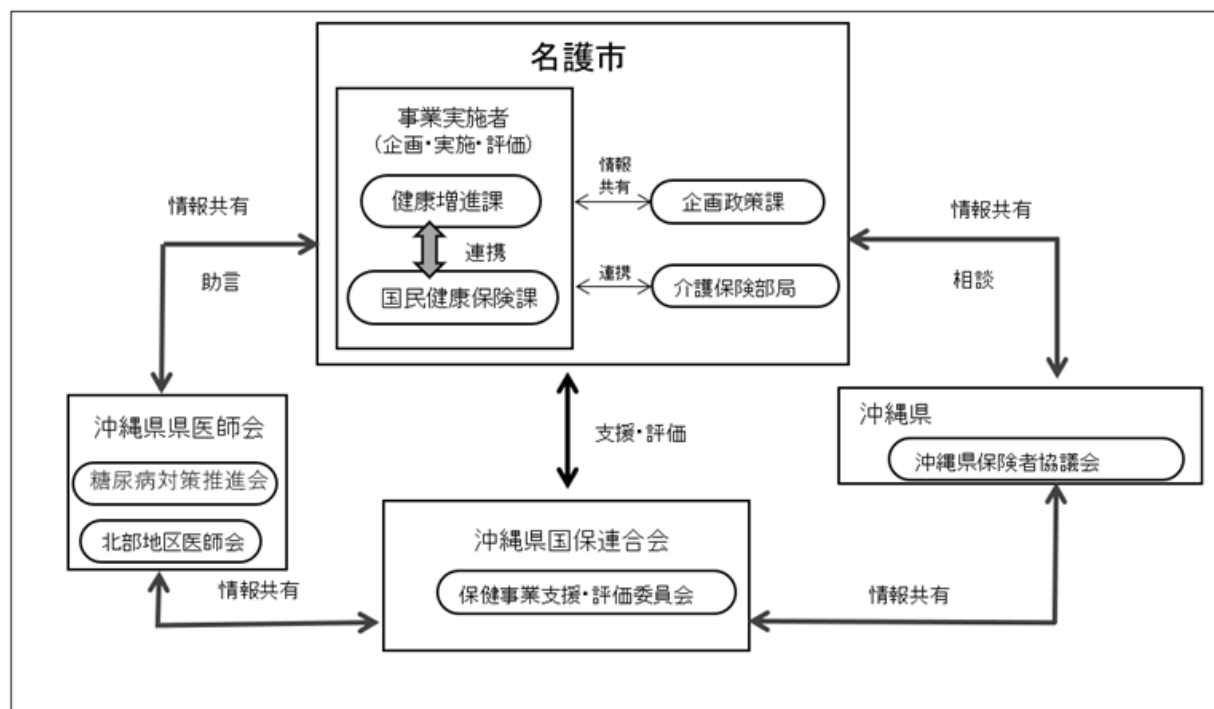
4. 関係者が果たすべき役割と連携

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及び保健事業の積極的な推進を図ることを目的とし、本市においては、国民健康保険課に保健師等の専門職が配置されていないため、国民健康保険課と連携を図りながら健康増進課の保健師等が保険者の健康課題を分析し、一体となって策定等を進めました。また、計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業や計画の評価を行い、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

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

図表 6 名護市の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

部署		職位	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5
市役所	保健分野	課長	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
		係長	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
		主査	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1
		保健師	6	5	6	7	9	8	0	0	0	13	12	11	12	15	14	14	17	17	15
	成人保健	課長	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		係長	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		主査	-	-	-	-	-	-	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		保健師	-	-	-	-	-	-	4	5	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	母子保健	課長	-	-	-	-	-	-	1	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		係長	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		主査	-	-	-	-	-	-	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		保健師	-	-	-	-	-	-	5	5	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	小計		7	6	7	8	10	10	13	13	15	15	15	14	15	18	18	18	21	21	18
	※一人当たりの受け持ち地区数		7~8	9~10	7~8	7~8	6~7	6~7	14~15	11	9~10	4~5	4~5	4~5	4~5	4~5	4~5	4~5	5~6	5~6	5~6
	介護保険	小計	1	2	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	2	2	3	3	4	4
	障害福祉	小計	2	2	2	2	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	国保分野	小計	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	児童福祉	小計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
	人事行政	小計	0	0	0	0	0	0	1	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2
	合計		10	10	9	10	12	12	16	18	19	19	18	17	18	21	21	22	25	26	24

職位別 人数(再掲)	部長	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1
	課長	0	0	0	0	0	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	主幹	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	係長	1	1	1	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1
	主査	1	2	3	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1
	職員	8	7	7	8	10	9	11	13	15	15	14	13	14	15	15	16	19	21	19	
合計		10	10	11	12	14	14	17	19	21	21	20	20	21	21	21	22	25	26	24	

2) 関係機関との連携

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

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

また、沖縄県は市町村国保の財政責任の運営主体であり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、沖縄県の関与が重要となります。

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

沖縄県と沖縄県国保連合会は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努めます。

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

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

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

令和 2 年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押しする保険者努力支援制度(事業費分・事業費連動分)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・効率的に活用していきます。

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			名護市	配点	名護市	配点	名護市	配点
交付額(万円)			3,401		3,260		3,337	
全国順位(1,741市町村中)			243位		249位		354位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	55	70	70	70	70	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	23	40	43	40	42	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	105	90	60	45	65	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	125	130	130	130	100	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	65	100	30	100	35	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	20	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	32	40	38	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	60	95	47	100	54	100
合計点			685	1,000	678	960	646	940

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

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本市は、人口約6万2千人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で 22.5%でした。同規模(※)、県、国と比較すると高齢者の割合は低く、被保険者の平均年齢も 47 歳と同規模と比べて若く、出生率も高い市です。財政指数は同規模・国と比較すると低く、産業においては、第 3 次産業が 78.4%と同規模と比較しても高く、サービス業の割合が多いため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です。本市の被保険者の平均年齢は若くなっていることから、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。(図表 9)

国保加入率は 26.7%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 33%と増加傾向にあります。(図表 10)

また本市内には6つの病院、45 の診療所があります。病院数割合は同規模と比較して多く、病床数割合も多いことから、入院できる環境に恵まれている一方で、診療所数割合は同規模と比較すると低くなっています。そのため、外来患者数は同規模と比較すると低く、入院患者数は高い傾向にあり、重症化してから入院する方が多い可能性があります。(図表 11)

図表 9 同規模・県・国と比較した名護市の特性

	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
名護市	61,689	22.5	16,473 (26.7)	47.6	10.8	8.7	0.5	7.0	14.7	78.4
同規模	--	30.4	20.5	54.7	6.5	11.8	0.7	5.6	28.6	65.8
県	--	22.6	27	46.9	10.4	8.6	0.4	4.9	15.1	80.0
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、名護市と同規模保険者(250市町村)の平均値を表す

図表 10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	17,081		16,869		16,890		16,750		16,473 ↑	
65～74歳	4,919	28.8	5,096	30.2	5,381	31.9	5,585	33.3	5,441	33.0
40～64歳	6,079	35.6	5,856	34.7	5,751	34.0	5,547	33.1	5,446	33.1
39歳以下	6,083	35.6	5,917	35.1	5,758	34.1	5,618	33.5	5,586	33.9
加入率	28.2		27.9		27.9		27.7		26.7 ↓	

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
											割合	割合
病院数	7	0.4	7	0.4	7	0.4	6	0.4	6	0.4	0.3	0.2
診療所数	48	2.8	46	2.7	45	2.7	43	2.6	45	2.7	3.6	2.3
病床数	1,455	85.2	1,455	86.3	1,455	86.1	1,255	74.9	1,455	88.3	59.4	47.9
医師数	178	10.4	178	10.6	168	9.9	168	10.0	177	10.7	10.0	10.0
外来患者数	545.1		557.7		501.8		531.4		554.5		719.9	541.1
入院患者数	23.6		24.6		21.3		22.6		22.5		19.6	19.0

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本市の令和 4 年度の要介護認定者は、2 号(40～64 歳)被保険者で 100 人(認定率 0.52%)、1 号(65 歳以上)被保険者で 2,790 人(認定率 20.1%)と同規模・県・国と比較すると高く、平成 30 年度と比べて横ばいで推移しています。(図表 12)

また、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行することで、75 歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約 39 億円から約 44 億円に伸びています。(図表 13)

血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況を見ると、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7割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約 9 割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表 14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

		名護市				同規模	県	国
		H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率		11,912人	19.7%	13,901人	22.5%	30.4%	22.6%	28.7%
2号認定者		104人	0.54%	100人	0.52%	0.36%	0.45%	0.38%
	新規認定者	27人		19人		--	--	--
1号認定者		2,438人	20.5%	2,790人	20.1%	18.1%	19.0%	19.4%
	新規認定者	306人		378人		--	--	--
再掲	65～74歳	331人	5.7%	444人	6.0%	--	--	--
	新規認定者	72人		100人		--	--	--
	75歳以上	2,107人	34.6%	2,346人	36.1%	--	--	--
	新規認定者	234人		278人		--	--	--

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

		名護市		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費		39億6084万円	44億6808万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)		332,508	321,421	274,536	324,737	290,668
1件あたり給付費(円) 全体		69,549	69,144	63,298	69,211	59,662
	居宅サービス	48,534	48,356	41,822	51,518	41,272
	施設サービス	288,236	305,651	292,502	301,929	296,364

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 年度)

受給者区分			2号		1号				合計				
年齢			40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)			100		444		2,347		2,791		2,891		
再)国保・後期			51		273		2,045		2,318		2,369		
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	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
	循環器疾患	1	脳卒中	39 76.5%	脳卒中	161 59.0%	脳卒中	1,441 70.5%	脳卒中	1,602 69.1%	脳卒中	1,641 69.3%	
		2	虚血性心疾患	15 29.4%	虚血性心疾患	70 25.6%	虚血性心疾患	826 40.4%	虚血性心疾患	896 38.7%	虚血性心疾患	911 38.5%	
		3	腎不全	14 27.5%	腎不全	59 21.6%	腎不全	515 25.2%	腎不全	574 24.8%	腎不全	588 24.8%	
	合併症		4	糖尿病合併症	9 17.6%	糖尿病合併症	41 15.0%	糖尿病合併症	251 12.3%	糖尿病合併症	292 12.6%	糖尿病合併症	301 12.7%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			48 94.1%	基礎疾患	248 90.8%	基礎疾患	1,969 96.3%	基礎疾患	2,217 95.6%	基礎疾患	2,265 95.6%	
	血管疾患合計			50 98.0%	合計	258 94.5%	合計	2,003 97.9%	合計	2,261 97.5%	合計	2,311 97.6%	
	認知症			3 5.9%	認知症	77 28.2%	認知症	1,044 51.1%	認知症	1,121 48.4%	認知症	1,124 47.4%	
	筋・骨格疾患			45 88.2%	筋骨格系	244 89.4%	筋骨格系	1,985 97.1%	筋骨格系	2,229 96.2%	筋骨格系	2,274 96.0%	

出典・参照: KDB システム改変

② 医療費の状況

本市の医療費の状況をみると、国保加入者は減少していますが総医療費は増加しており、一人あたり医療費は、県・国と比べて高く、平成 30 年度と比較して約 3 万円伸びています。

また、入院医療費は全体のレセプトの約 4% 程度となっていますが、医療費全体の約 49% を占めており、1 件あたりの入院医療費も平成 30 年度と比較して約 6 万円高くなっています(図表 15)。

年齢調整をした地域差指数でみても、全国平均の 1 を超えており、全国 10 位の県平均よりも高い状況です。入院の地域差指数が減少し、外来は増加していますが、入院に関しては県平均よりも高い状況にあります(図表 16)。

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

図表 15 医療費の推移

		名護市		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)		17,081人	16,473人	--	--	--
	前期高齢者割合	4,919人 (28.8%)	5,441人 (33.0%)	--	--	--
総医療費		53億4890万円	57億4639万円↑	--	--	--
一人あたり医療費(円)		313,149 県内15位 同規模162位	348,837↑ 県内13位 同規模143位	366,294	318,310	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	557,800	616,930↑	610,160	634,340	617,950
	費用の割合	50.9	48.7	40.5	46.4	39.6
	件数の割合	4.1	3.9	2.7	3.4	2.5
	1件あたり費用額	23,270	26,430	24,470	25,820	24,220
	費用の割合	49.1	51.3	59.5	53.6	60.4
	件数の割合	95.9	96.1	97.3	96.6	97.5
外来						
受診率		568.665	577.022	739.503	560.174	705.439

※同規模順位は名護市と同規模保険者250市町村の平均値を表す

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

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		名護市 (県内市町村中)		県 (47県中)	名護市 (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	1.076	1.092	1.070	1.199	1.154	1.092
		(16位)	(13位)	(14位)	(1位)	(5位)	(14位)
	入院	1.357	1.325↓	1.259	1.411	1.328	1.286
		(16位)	(16位)	(10位)	(9位)	(11位)	(5位)
	外来	0.914	0.965↑	0.965	0.990	0.989	0.910
		(18位)	(9位)	(40位)	(2位)	(2位)	(43位)

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患(人工透析有、人工透析無)の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成30年度と比較すると減少していますが、脳血管疾患については、平成30年度より0.46ポイント伸びており、同規模、県よりも高くなっています。(図表17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成30年度と比較してみると、虚血性心疾患は患者数及び割合と減少していますが、脳血管疾患については、横ばいでした。また、人工透析は患者数及び割合ともに増加しており、平成30年度は0人であった40歳未満の人工透析患者が令和4年度は4人に増えています。(図表18)また、図表19・20から40～64歳の人工透析患者の割合が

増加しています。

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、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ります。また、人工透析は年間約 600 万円の医療費を要すると言われており、若くして人工透析になった患者さんはこの先数十年間、人工透析を継続することから医療費への負担はもちろんですが、患者さん自身の QOL(生活の質)にも大きな影響を及ぼす疾患です。そのため、それら疾患の原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣病発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			名護市		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)			53億4890万円	57億4639万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			6億1411万円	5億7446万円	--	--	--
			11.48%	10.00%↓	7.95%	10.08%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.33%	2.79%↑	2.08%	2.40%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.18%	1.10%↓	1.42%	1.61%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	6.75%	5.69%↓	4.16%	5.80%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.23%	0.42%	0.29%	0.27%	0.29%
そ 疾 患 の 他 の	悪性新生物		9.53%	11.94%	17.03%	12.57%	16.69%
	筋・骨疾患		7.39%	8.08%	8.72%	7.73%	8.68%
	精神疾患		10.65%	8.70%	8.04%	10.14%	7.63%

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				治療改善患者別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0～74歳	A	17,081	16,473	a	1,708	1,652	883	809↓	95	110↑	
				a/A	10.0%	10.0%	5.2%	4.9%↓	0.6%	0.7%↑	
40歳以上		B	10,998	10,887	b	1,687	1,628	869	797	95	106
		B/A	64.4%	66.1%	b/B	15.3%	15.0%	7.9%	7.3%	0.9%	1.0%
再掲	40～64歳	C	6,079	5,446	c	547	448	300	207	48	53
		C/A	35.6%	33.1%	c/C	9.0%	8.2%	4.9%	3.8%	0.8%	1.0%↑
	65～74歳	D	4,919	5,441	d	1,140	1,180	569	590	47	53
		D/A	28.8%	33.0%	d/D	23.2%	21.7%	11.6%	10.8%	1.0%	1.0%

差4人
(40歳未満)

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

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標の高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えています。合併症(重症化)でもある脳血管疾患と人工透析の治療者数はやや増えたものの、虚血性心疾患の治療者数は減っています。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 19・20・21)

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
高血圧症治療者(人)		A	4,778	4,996	1,849	1,699	2,929	3,297
		A/被保数	43.4%	45.9% ↑	30.4%	31.2% ↑	59.5%	60.6%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	977	994	265	238	712	756
		B/A	20.4%	19.9% ↓	14.3%	14.0%	24.3%	22.9%
	虚血性心疾患	C	653	580	228	143	425	437
		C/A	13.7%	11.6% ↓	12.3%	8.4%	14.5%	13.3%
	人工透析	D	91	97	44	47	47	50
		D/A	1.9%	1.9%	2.4%	2.8% ↑	1.6%	1.5%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(高血圧症)
地域の全体像の把握

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
糖尿病治療者(人)		A	2,022	2,037	742	678	1,280	1,359
		A/被保数	18.4%	18.7% ↑	12.2%	12.4% ↑	26.0%	25.0%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	386	416	88	89	298	327
		B/A	19.1%	20.4%	11.9%	13.1%	23.3%	24.1%
	虚血性心疾患	C	373	311	112	72	261	239
		C/A	18.4%	15.3%	15.1%	10.6%	20.4%	17.6%
	人工透析	D	42	44	13	18	29	26
		D/A	2.1%	2.2% ↑	1.8%	2.7% ↑	2.3%	1.9%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	198	249	56	87	142	162
		E/A	9.8%	12.2%	7.5%	12.8%	11.1%	11.9%
	糖尿病性網膜症	F	325	369	105	117	220	252
		F/A	16.1%	18.1%	14.2%	17.3%	17.2%	18.5%
	糖尿病性神経障害	G	98	80	32	26	66	54
		G/A	4.8%	3.9%	4.3%	3.8%	5.2%	4.0%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)
地域の全体像の把握

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)		A	4,055	4,385	1,606	1,535	2,449	2,850
		A/被保数	36.9%	40.3%	26.4%	28.2% ↑	49.8%	52.4%
（中長期 合併症 目 標 疾 患）	脳血管疾患	B	870	946	231	230	639	716
		B/A	21.5%	21.6%	14.4%	15.0%	26.1%	25.1%
	虚血性心疾患	C	618	554	209	139	409	415
		C/A	15.2%	12.6% ↓	13.0%	9.1% ↓	16.7%	14.6% ↓
	人工透析	D	52	63	22	30	30	33
		D/A	1.3%	1.4%	1.4%	2.0%	1.2%	1.2%

出典: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

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0 以上を平成 30 年度と令和3年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。また、未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧は 26%、糖尿病は 5.4%となっており、その割合は沖縄県と比較すると低くなっていますが、高血圧・糖尿病ともに不定期受診の割合が高い状況です。不定期受診者は、適切な治療や疾病管理ができていない可能性があり、重症化するリスクが高くなります。(図表 22)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合について虚血性心疾患は減少傾向にあります。新型コロナウイルス感染症の影響で受診率が低迷している中、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、健診の受診率向上に取り組んでいきます。今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、治療に繋がった後も定期受診が行えているか等の状況確認を行い、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22 高血圧・糖尿病患者の結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧													
					結果の改善 II 度高血圧の推移								医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果 未治療 (内服なし)		R03年度		問診結果 未治療 (内服なし)		レセプト情報 (R03.4～R04.3)					
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率									未治療		治療中断		不定期受診	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E	O	O/E
名護市	4,196	42.0	3,577	35.9	349	8.3	173	49.6	416	11.6↑	183	44.0	108	26.0	22	5.3	160	38.5↑
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	1,709	32.5

	健診受診率				糖尿病													
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移								医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果 未治療 (内服なし)		R03年度		問診結果 未治療 (内服なし)		レセプト情報 (R03.4～R04.3)					
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率									未治療		治療中断		不定期受診	
					I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K	P	P/K
名護市	4,178	99.6	3,577	100.0	210	5.0	51	24.3	203	5.7↑	38	18.7	11	5.4	12	5.9	74	36.5↑
沖縄県	95,731	98.8	80,349	99.9	5,422	5.7	1,356	25.0	4,847	6.0	1,120	23.1	357	7.4	190	3.9	1,590	32.8

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

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

出典・参照:KDB システム改変、特定健診等データ管理システム

③ 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。

本市の特定健診結果において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、1.6 ポイント増加しており、その中でも 3 項目全ての危険因子が重なっている割合が 0.5 ポイント増加しています。(図表 23)

重症化予防の観点から、HbA1c6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上の有所見割合を見ると、どちらも増えているものの、翌年度健診結果を見ると、改善率が上がってきています。特にⅡ度高血圧以上の改善率は高く、血圧記録手帳を導入し保健指導を強化した効果が出てきています。LDL160 mg/dl 以上の有所見者割合は低下しているものの、翌年度の健診結果では改善率が低下しており、保健指導に加えて医療機関との連携も必要になってきます。

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

末期腎不全だけでなく脳卒中や心筋梗塞などの心血管疾患の強い危険因子である、CKD(慢性腎臓病)の有所見割合をみると、令和 4 年度の尿蛋白、eGFR(推算糸球体濾過量)ともに正常の割合が 68.1%と、平成 30 年度と比較すると 8.6%も増加しています。これは、令和 2 年度から集団検診会場において委託健診機関が検尿試験紙で判定する際、20%スルホサリチル酸法を実施し尿蛋白定性検査における精度管理が向上したものと考えます。しかし、eGFR が軽度～中等度低下の G3a ステージの者の割合が増加しており、腎機能低下リスクの高い者の割合が増加していることがわかります。

年齢が高くなるほど CKD の患者数は多くなることが明らかにされており、健診受診者のうち 65 歳以上の者の割合も増加していることが影響していると考えられます。(図表 27)

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)※	該当者	翌年度健診結果		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	4,196 (42.0%)	1,106 (26.4%)	350 (8.3%)	756 (18.0%)	710 (16.9%)
R04年度	3,819 (39.0%)	1,068 ↑ (28.0%)	337 ↑ (8.8%)	731 (19.1%)	579 (15.2%)

※健診全受診者データのため、法廷報告値と一致しない

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

図表 24 HbA1c6.5%以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	419 (10.0%)	86 (20.5%)	153 (36.5%)	68 (16.2%)	112 (26.7%)
R03→R04	362 (10.1%) ↑	84 (23.2%) ↑	127 (35.1%)	39 (10.8%)	112 (30.9%)

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

図表 25 II 度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II 度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	349 (8.3%)	153 (43.8%)	72 (20.6%)	14 (4.0%)	110 (31.5%)
R03→R04	416 (11.6%) ↑	222 (53.4%) ↑	55 (13.2%)	8 (1.9%)	131 (31.5%)

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	727 (17.3%)	320 (44.0%)	163 (22.4%)	45 (6.2%)	199 (27.4%)
R03→R04	511 (14.3%) ↓	206 (40.3%) ↓	118 (23.1%)	31 (6.1%)	156 (30.5%)

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

図表 27 CKD 重症度分類別の経年評価

			GFR								(参考) 65歳以上 割合
			90		60	45	30	15			
			正常または高値		正常または 軽度低下	軽度～中等 度低下	中等度～高 度低下	高度低下	末期腎不全		
年度	健診受診者※		(尿蛋白) GFR 共に実施	G1A1 (-)	G1A2 (±)	G2A2 (±)	G3aA1 (-)	G3bA1 (-)	G4A1 (-)	G5A1 (-)	(参考) 65歳以上 割合
	人数	受診率		G2A1 (-)	G1A3 (+以上)	G2A3 (+以上)	G3aA2 (±)	G3bA2 (±)	G4A2 (±)	G5A2 (±)	
							G3aA3 (+以上)	G3bA3 (+以上)	G4A3 (+以上)	G5A3 (+以上)	
H30年度	4,196	41.0	4,114	2,448	136	792	653	74	8	3	56.4
				59.5	3.3	19.3	15.9	1.8	0.19	0.07	
R04年度	3,837	35.9	3,802	2,588	57	357	700	76	20	4	61.1 ↑
				68.1 ↑	1.5	9.4	18.4 ↑	2.0 ↑	0.53 ↑	0.11 ↑	

※健診全受診者データのため、法廷報告値と一致しない

出典・参照：特定健診等データ管理システム

④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、平成 30 年度には 39.9%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和2年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 28)

また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。(図表 29)

特定保健指導についても、令和 3 年度は新型コロナウイルス感染症の影響で大きく実施率が下がっていますが、令和4年度からは実施率が向上しています。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。

本市の特定健診受診者における集団健診による受診者の割合は、平成 30 年度が 2,637 人で 66%、令和元年度が 2,868 人で 75%となっていますが、新型コロナウイルス感染症の影響により令和2年度が 1,683 人で 57%、令和 3 年度が 1,828 人で 54%と、集団健診による受診者割合は減少しています。(図表 30)

平成 30 年度から令和元年度の特定保健指導対象者の推移を見ると、集団健診では約7～8割、個別健診では約2割でしたが、令和2年度から令和4年度では集団健診では約5～6割、個別健診の約4～5割となっており、個別健診での対象者の割合が多くなってきています。(図表 32) 令和元年度は新型コロナウイルス感染症の影響で特定保健指導実施率が低迷していましたが、令和2年度からは実施率は向上しています。集団健診と個別健診の実施率を比較すると、集団健診後の保健指導実施率が高いと言えます。(図表 33) その背景として、集団健診会場で現場相談を設けているので保健指導に繋がりがやすいと考えます。また今後は上記で述べたように、個別健診の対象者が多くなっている現状を踏まえ、個別健診後の介入方法を検討していく必要があります。

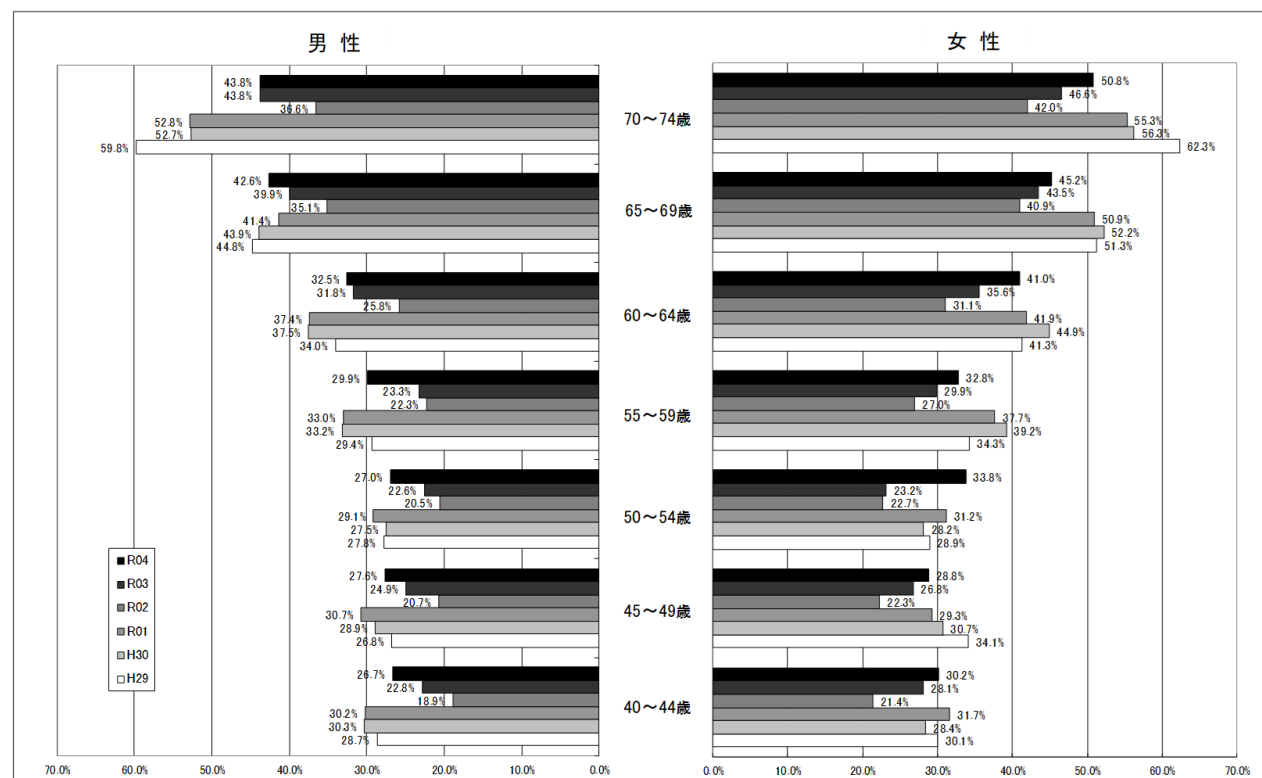
図表 28 特定健診・特定保健指導の推移

		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	3,988	3,920	2,975	3,415	3,628	健診受診率 60%
	受診率	39.9%	39.7%	30.0% ↓	34.3%	37.7%	
特定保健指導	該当者数	661	617	467	512	500	特定保健指導 実施率 60%
	割合	16.6%	15.7%	15.7%	15.0%	13.8%	
	実施者数	363	383	314	285	341	
	実施率	54.9%	62.1%	67.2%	55.7% ↓	68.2% ↑	

出典・参照：特定健診法定報告データ

図表 29 年代別特定健診受診率の推移

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

図表 30 特定健診種別 受診者数・受診割合

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
集団	2,637	66%	2,868	75%	1,683	57%	1,828	54%	2,137	59%
個別	1,352	34%	960	25%	1,257	43%	1,588	46%	1,462	41%
合計	3,989		3,828		2,940		3,416		3,599	

出典：年度住民健診受付システム（H30,R1）

出典：年度がんサージカルスクリーニング報告（R2～4）

図表 31 集団健診実施日数

	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度
日数（日）	55	57	45	33	52	40

出典：名護市調べ

図表 32 特定保健指導対象者数の年次推移

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
集団健診	565	77.2%	512	74.7%	324	64.3%	286	51.9%	346	64.0%
個別健診	167	22.8%	173	25.3%	180	35.7%	265	48.1%	195	36.0%
計	732		685		504		551		541	

※名護市特定健診全受診者のため法定報告値と一致しない

出典：特定健診データ（マルチマーカー）

図表 33 特定保健指導実施率の年次推移

	H30年度		R01年度			R02年度			R03年度			R04年度		
集団健診			217	75.1	42.4%	265	68.3	81.8%	244	61.2	85.3%	301	80.9	87.0%
個別健診			72	24.9	41.6%	123	31.7	68.3%	155	38.8	58.5%	71	19.1	36.4%
計			289		42.2%	388		77.0%	399		72.4%	372		68.8%

※1度でも保健指導を実施した者を計上しており、法定報告値と一致しない

出典：特定健診データ（マルチマーカー）

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者への保健指導実施の割合は、前年度と比較し令和4年度は 45.6%とやや減少し、血糖値有所見者割合、未治療・中断の割合はやや増加しています。しかし、令和元年度から経年的に比較すると、血糖値有所見者割合は変わらず 10%程度、保健指導実施の割合は増加、未治療・中断の割合はやや減少しています。(図表 34・35)

平成 28 年度から、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを開始し、HbA1c6.5%以上の未治療・中断者への保健指導や医療機関受診勧奨を実施してきた効果が少しずつ現れています。

しかし、令和4年度は 45.6%の方へ受診勧奨のための保健指導を実施(図表 34)しましたが、未治療者の 64.0%しか治療につながっていません(図表 35)。また、令和4年度から、HbA1c8%以上の高血糖者への個別支援を重点的に開始していますが、保健指導実施の割合は 69.4%で、HbA1c 8.0%以上の未治療者は変わらず 10 数人おり、HbA1c8.0%以上の健診受診者のうち 27.4%を占めています。内服治療開始した人数は、前年度と比較して増加していますが、HbA1c8.0%以上の未治療者の 64.7%しか治療につながっていません(図表 36)。

そのため、未受診の方へは糖尿病連携パス(紹介状)を活用し、継続した保健指導や医療機関受診勧奨を実施するように体制を強化していきます。また、治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援をおこないます。

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

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

図表 34 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者 (HbA1c測定者)	人(a)	4,178	4,093	3,108	3,577	3,819
血糖値有所見者 *1	人(b)	419	447	290	362	397
	(b/a)	10.0%	10.9%	9.3%	10.1%	10.4%
保健指導実施者 *2	人(c)	*3	152	175	203	181
	(c/b)		34.0%	60.3%	56.1%	45.6% ↑

*1 HbA1c6.5%以上のもの

*2 保健指導は訪問・来所・電話等による実施者を計上

*3 H30年度以前はシステム変更に伴い集計不可

出典: 特定健診データ、名護市健康管理システム

図表 35 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)	419	447	290	362	397
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 * 4	人(b)	149	149	78	112	125
	(b/a)	35.6%	33.3%	26.9%	30.9%	31.5% ↓
	受診した者	人(c) * 3	91	39	69	80
		(c/b)	61.1%	50.0%	61.6%	64.0%
	治療開始した者	人(c)	65	32	40	58
		(c/b)	43.6%	41.0%	35.7%	46.4%

* 3 H30年度以前はシステム変更に伴い集計不可

出典: 特定健診データ、KDBシステム

* 4 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

図表 36 HbA1c8.0%以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者 (HbA1c測定者)	人(a)	4,178	4,093	3,108	3,577	3,819
HbA1c8.0%以上	人(b)	68	69	46	59	62
	(b/a)	1.6%	1.7%	1.5%	1.6%	1.6%
	保健指導実施	人(c) * 3	29	35	48	43
		(c/b)	42.0%	76.1%	81.4%	69.4%
HbA1c8.0%以上の 未治療者	人(b)	19	13	8	12	17
	(b/a)	27.9%	18.8%	17.4%	20.3%	27.4%
	内服開始	人(e)	10	4	8	11
		(e/b)	76.9%	50.0%	66.7%	64.7% ↑

* 3 H30年度以前はシステム変更に伴い集計不可

出典: 特定健診データ、KDBシステム

② 心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、心電図検査全数実施を目指し健診受診勧奨を実施しています。心電図検査実施率は令和元年度の 63.7%をピークに約 40%まで低下しています(図表 37)。

個別医療機関での健診受診率をみると、令和元年度は 25%、令和4年度は 41%と増加しており、心電図検査実施率の低下に繋がっていると考えられます。(図表 30)

心房細動未治療者については、保健指導を行うことでほぼ全数が治療や精密検査につながります(図表 38)。有所見者のうち ST 所見をみると、要精査・要医療と判定を受けた者のうち、80%以上が医療機関を受診しています(図表 39)。

心房細動治療中の者やST所見で要精査・要医療以外の判定の者に対しては、治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じて継続した受診勧奨が必要です。

図表 37 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

例示表4 特定健診心電図検査の結果 有所見者(要医療・要精査)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	4,171	2,042	2,129	4,077	2,012	2,065	3,108	1,481	1,627	3,741	1,850	1,891	3,981	1,908	2,073
心電図受診者(人)	b	2,148	1,166	982	2,599	1,370	1,229	1,785	945	840	1,545	837	708	1,689	909	780
心電図実施率	b/a	51.5%	57.1%	46.1%	63.7%	68.1%	59.5%	57.4%	63.8%	51.6%	41.3%	45.2%	37.4%	42.4% ↓	47.6%	37.6%
異常(人)	c	126	89	37	143	105	38	91	67	24	31	24	7	18	13	5
軽度異常(人)	d	222	138	84	247	152	95	236	132	104	254	152	102	297	174	123
有所見率	(c+d)	16.2%	19.5%	12.3%	15.0%	18.8%	10.8%	18.3%	21.1%	15.2%	18.4%	21.0%	15.4%	18.7%	20.6%	16.4%

出典: 特定健診データ

図表 38 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	21		22		10		7		7	
心房細動未治療者	*3		8	36.4%	4	40.0%	3	42.9%	4	57.1%
医療機関受診者			8	100.0%	3	75.0%	2	66.8%	4	100.0%
検査後、異常なしと診断 (等、治療開始に至らず)			3	37.5%	0	0.0%	1	33.3%	1	25.0%
治療開始			5	62.5%	3	75.0%	1	33.3%	3	75.0%

*3 H30年度以前はシステム変更に伴い集計不可

出典：特定健診データ、KDBシステム

図表 39 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	2,148		2,599		1,785		1,545		1,689	
ST異常所見	467	21.7%	589	22.7%	355	19.9%	389	25.2%	386	22.9%
異常・軽度異常	132	28.3%	155	26.3%	120	33.8%	116	29.8%	114	29.5%
医療機関受診あり	*3		107	69.0%	82	68.3%	82	70.7%	101	88.6%
医療機関受診なし			48	31.0%	38	31.7%	34	29.3%	13	11.4%
それ以外の判定	335	71.7%	434	73.7%	235	66.2%	273	70.2%	272	70.5%

*3 H30年度以前はシステム変更に伴い集計不可

出典：特定健診データ、KDBシステム

③ 脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、令和2年度は健診機関の血圧値の取り方が2回測定値の平均値を取る方法へ変更されたために急増していますが、経年的に比較すると減少しています。しかし、変わらず約半数の方が未治療者です。令和4年度において、血圧Ⅱ度以上の未治療者 152 人のうち、治療に繋がった者は、わずか 44 人(28.9%)でした。血圧Ⅲ度以上においては、未治療者 29 人(60.4%)のうち、治療に繋がった者は 11 人(37.9%)でした。血圧Ⅱ度以上、血圧Ⅲ度以上の未治療の者の割合は増加傾向にあります。保健指導後に治療を開始する者の割合も増加しています。(図表 40)

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 48.1%いました。経年的に比較するとやや減少していますが、服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っていきけるよう体制の強化が必要です。

図表 40 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)	4,196	4,128	3,108	3,577	3,819	
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	349	363	341	416	293	
	(b/a)	8.3%	8.8%	11.0%	11.6%	7.7%	↓
	治療あり	人(c)	176	179	179	233	141
		(c/b)	50.4%	49.3%	52.5%	56.0%	48.1%
	治療なし	人(d)	173	184	162	183	152
		(d/b)	49.6%	50.7%	47.5%	44.0%	51.9%
	治療開始	人(e)	*3	52	46	52	44
		(e/d)		28.3%	28.4%	28.4%	28.9%
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	58	63	58	83	48
		(f/a)	1.4%	1.5%	1.9%	2.3%	1.3%
	保健指導実施	人(g)	*3	20	40	67	36
		(g/f)		31.7%	69.0%	80.7%	75.0%
	(再掲) 治療なし	人(h)	30	36	32	43	29
		(h/f)	51.7%	57.1%	55.2%	51.8%	60.4%
	治療開始	人(i)	*3	11	10	19	11
		(i/h)		30.6%	31.3%	44.2%	37.9%

*3 H30年度以前はシステム変更に伴い集計不可

出典：特定健診データ、KDBシステム

=コントロール不良の者

図表 41 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定		(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子 p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画			
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化		特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)			
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高血圧分類			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	1,175	558 47.5%	465 39.6%	123 10.5%	29 2.5%
リスク第1層 予後影響因子がない	82	C 44 7.0%	B 29 6.2%	B 9 7.3%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	652	C 315 55.5%	B 256 55.1%	A 62 50.4%	A 19 65.5%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	441	B 199 37.5%	A 180 38.7%	A 52 42.3%	A 10 34.5%

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

④ CKD(慢性腎臓病)重症化予防対策

腎専門医への紹介基準対象者が467人で健診受診者の12.4%となっています。(図表42)

そのうち、治療なしの者のうち61.4%は保健指導を実施しており、56.1%は医療機関へ受診に繋がっています。(図表43)

CKDは末期腎不全の危険因子だけでなく、脳卒中や心筋梗塞などの心血管疾患の強い危険因子であり、全身の血管系の問題として捉えることが重要です。優先順位をつけて予防効果の高い年齢の若い順、重症化リスクの高いeGFRの低い順にCKD紹介状を用いての保健指導が必要です。

図表42 かかりつけ医から腎臓専門医への紹介基準対象者(令和4年度)

■ …紹介基準対象

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
尿蛋白区分			尿検査・GFR 共に実施 3,769人	A1	A2	A3
				(一)	(±)	【再掲】 尿潜血+以上
GFR区分 (ml/分/1.73㎡)			3,769人	3,162人	325人	69人
				83.9%	8.6%	21.2%
G1	正常 または高値	90以上	376人	319人	35人	5人
			10.0%	8.5%	0.9%	14.3%
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	2,597人	2,244人	212人	47人
			68.9%	59.5%	5.6%	22.2%
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	696人	552人	71人	17人
			18.5%	14.6%	1.9%	23.9%
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	76人	44人	6人	0人
			2.0%	1.2%	0.2%	0.0%
G4	高度低下	15-30 未満	20人	3人	1人	0人
			0.5%	0.1%	0.0%	0.0%
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	4人	0人	0人	0人
			0.1%	0.0%	0.0%	—

※下記の表10とは検査実施者数が異なるため完全一致はしない

出典: 特定健診データ

図表43 腎専門医受診対象者の状況

R4年度		総数	40代	50代	60代	70-74歳
腎専門医受診対象者(全受診者のうちの割合)		467 (12.4)	30	45	186	206
		6.4%	9.6%	39.8%	44.1%	
治療なし	114	22	16	42	34	
		19.3%	14.0%	36.8%	29.8%	
保健指導実施	70 61.4%	13	8	28	21	
		59.1%	50.0%	66.7%	61.8%	
医療機関受診	64 56.1%	13	10	20	21	
		59.1%	62.5%	47.6%	61.8%	
治療中	353	8	29	144	172	
		2.3%	8.2%	40.8%	48.7%	
保健指導実施	115 32.6%	3	12	48	52	
		37.5%	41.4%	33.3%	30.2%	

出典: 特定健診データ、KDBシステム

(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定されることも大きい。」とされています。

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

取組内容としては、各地区担当保健師が公民館へ訪問し区の健診受診状況や医療費の状況、健診データ分析などを共有しました。また、小中学校での野菜摂取や生活リズムに関する健康教育の実施肥満の改善を目的として、集団健診会場で県民の食生活の背景や1日に必要な野菜摂取量、短鎖脂肪酸等についてのポスター展示を実施しており、今後も継続していきます。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 44 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ年度)
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5	
			(H30)	(R2)	(R4)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.3%	2.3%	2.8%	KDBシステム
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	2.2%	1.8%	1.1%	
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合	6.8%	6.7%	5.7%	
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	32.0%	32.9%	38.8%	
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	29.0%	56.0%	36.4%	
	短期目標	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	43.2%	46.2%	43.5%	健診結果 (評価ツール)
		健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	8.3%	11.0%	7.7%	
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	17.3%	13.1%	15.2%	
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	10.0%	9.3%	10.4%	
		健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.5%	0.3%	0.5%	
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合*1		41.0%	46.4%	保健指導実績(健康カルテ、KDB)
		糖尿病の保健指導を実施した割合*1		60.3%	44.9%	
		特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	39.9%	30.0%	法定報告値
			特定保健指導実施率60%以上	54.9%	67.2%	
			特定保健指導対象者の割合の減少	16.6%	15.7%	
	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	11.0%	7.9%	地域保健事業報告 (R04年度データがないため、R03年度を記載)
			肺がん検診受診者の増加	22.7%	12.5%	
			大腸がん検診受診者の増加	17.1%	9.4%	
			子宮がん検診受診者の増加	14.6%	15.9%	
			乳がん検診受診者の増加	8.9%	17.6%	
			5つのがん検診の平均受診率の増加	14.9%	12.7%	
		後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上	87.7%	89.9%	厚生労働省

*1 平成30年度以前はシステム変更に伴い集計不可

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

【考察】

本市の中長期目標疾患の医療費合計を見ると、平成30年度と令和4年度を比較して減少していますが、同規模や国と比較すると高い状況にあります。(図表17)

中長期目標疾患である虚血性心疾患に係る医療費及び患者数は減少していますが、脳血管疾患に係る医療費割合が増加し、患者数は横ばいです。また、人工透析に係る医療費割合は減少していますが、患者数及び患者割合が増加していることから、脳血管疾患及び人工透析については課題であり今後も重症化予防に努めていきます。(図表17・18)

また、本市の医療費割合は入院と入院外でほぼ同等の割合であり、平成30年度と比較すると外来医療費割合が増加し改善している傾向にあるものの、国や同規模は外来医療費割合が6割と高く入院割合は低い状況から、外来にて高血圧や糖尿病等をコントロールしていくことで入院に至る疾患を発生しないよう重症化予防ができていいると考えられます。(図表15)

そのため、本市においても外来医療費割合を増加させることができるよう、各健診データにおいて有所見値があった者に対して早期に適切な医療受診を促し、重症化を防いでいきます。

短期的な目標疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を平成30年度と令和4年度を比較すると(図表19・20・21)、治療者の割合は増えており、特に40～64歳の治療割合がいずれも増加しています。しかし、いずれの疾患でも治療中の者の合併症割合を見ると40～64歳の人工透析割合が増加しており、若くして重症化している方が増えていることが課題です。また、健診結果と医療のかかり方を見ると(図表22)、特に糖尿病の治療中断割合が県平均より高く、自覚症状がないままに進行していくため、一度健診を受けて頂き高血圧や高血糖と把握された者へは特に健診受診勧奨を行っています。高血圧・糖尿病管理台帳を活用し、徹底した受診勧奨を行うことで重症化を予防することが重要であると考えます。

健診結果では、メタボリックシンドローム該当者の割合が増加しています。(図表23)また、重症化予防の観点からHbA1c6.5%以上やⅡ度高血圧以上の有所見割合を見ると(図表24・25)、HbA1c6.5%以上が微増、Ⅱ度高血圧以上の割合も一度増加したものの減少に転じました。(図表40)また、翌年の健診結果を見るといずれも改善率が上がってきており、保健活動の効果が見られます。一方でLDL160mg/dl以上に関しては割合が減少しているものの、改善率は低下しています。(図表26)LDL-Cは内服によりコントロールが可能であるため、医療機関の受診勧奨を行っています。医療機関の受診につながらない、繋がっても内服薬の処方がないこともあり、改善に至らないため医療機関との連携が今後、重要となります。また、翌年健診を受診していない方が3割程度存在しており、健診の継続受診勧奨を勧める働きかけを強化していく必要があります。

特定健診の受診率は新型コロナウイルス感染症の影響で令和元年度以降は低迷しており、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。また、特定保健指導率は令和元年度以降(令和3年度を除く)に目標達成しましたが、個別健診受診者への保健指導実施割合が低いことから、対策を検討していく必要があります。

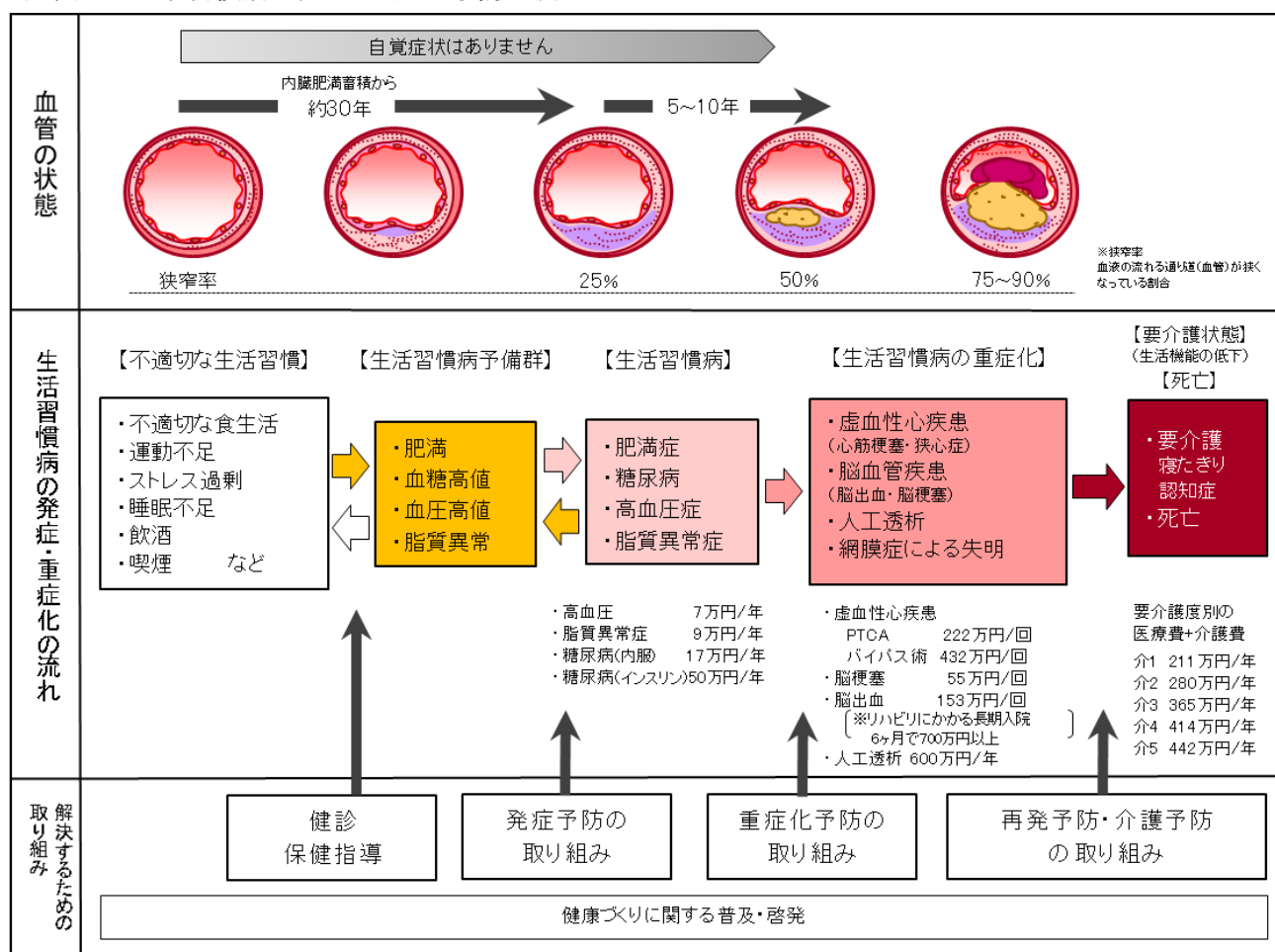
がん検診受診率は乳がん検診を除き特定健診受診率と同様に、新型コロナウイルス感染症の影響で集団健診の実施日数が減少したことに伴い、令和元年度以降の受診率が低迷しています。乳がん検診は平成29年度から中部地区の病院でも受診可能となり、周知が浸透することで受診率向上につながったと考えられます。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化する者を減少させること、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者を増加させることが必要となります。(図表 45)

図表 45 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



出典・参照: 標準的な健診・保健指導プログラム

【令和6年度版】別紙1(改変版)

2)健康課題の明確化

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

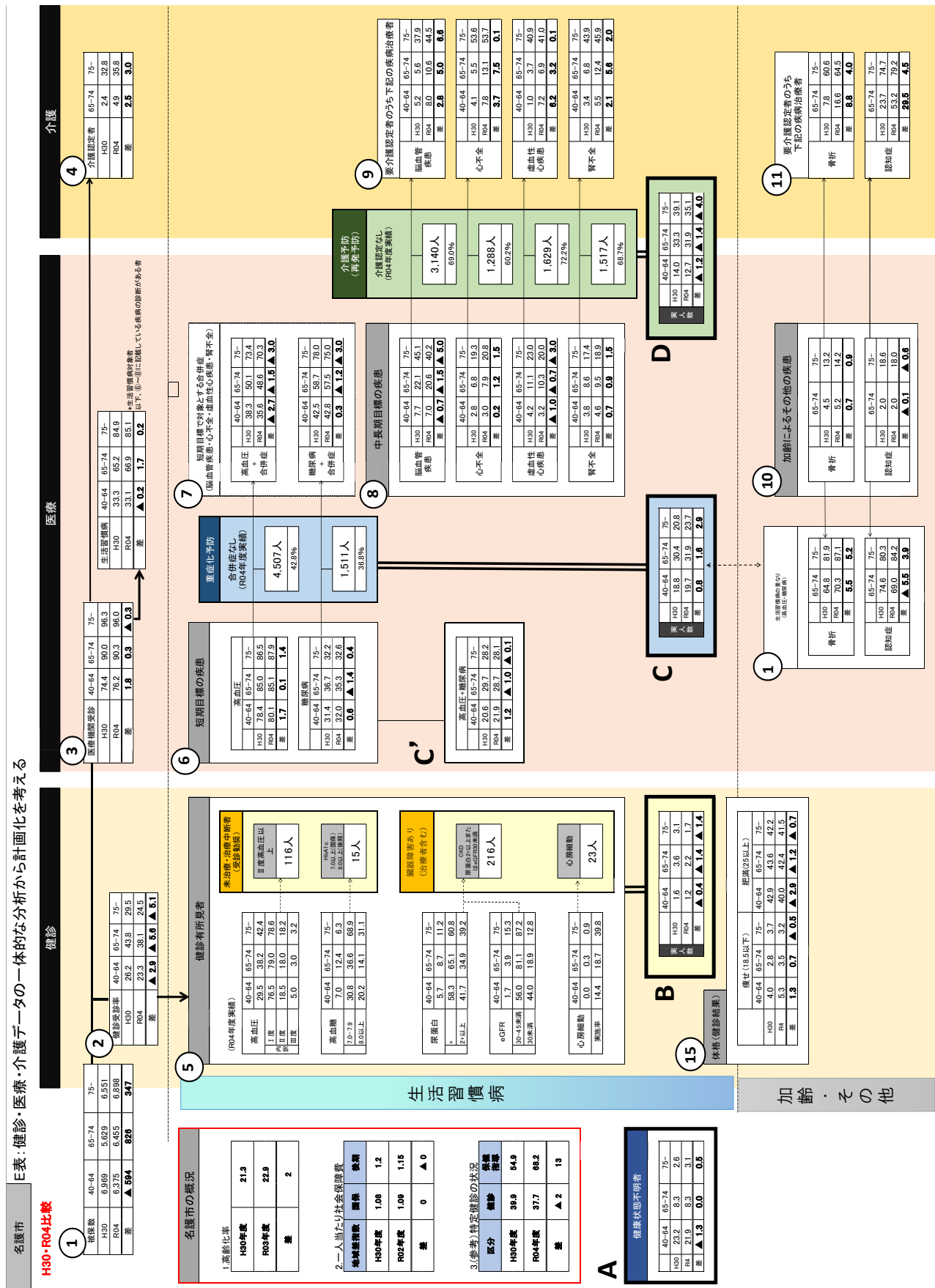
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65 歳以上の高齢者の割合が年々増加しており、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います。また、若い世代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 46 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、18 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、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 46 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 47 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		17,081人	16,869人	16,890人	16,750人	16,473人 ↓	6,437人
総件数及び 総費用額	件数	117,754件	118,363件	105,982件	112,326件	116,150件	92,621件
	費用額	53億4890万円	55億7234万円	52億8885万円	55億6904万円	57億4639万円	65億5675万円
一人あたり医療費		31.3万円	33.0万円	31.3万円	33.2万円	34.9万円 →	101.9万円
		2.9倍					

出典・参照：KDB システム改変

図表 48 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（令和 4 年度）

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	名護市	57億4639万円	28,548	5.69%	0.42%	2.79%↑	1.10%	4.23%	2.22%	1.75%	10億4569万円	18.20%	11.94%	8.70%	8.08%
	同規模	--	29,595	4.16%	0.29%	2.08%	1.42%	5.79%	3.28%	2.15%	--	19.17%	17.03%	8.04%	8.72%
	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	名護市	65億5675万円	87,021	3.64%	0.35%	4.44%↑	1.64%	2.95%	1.78%	1.28%	10億5435万円	16.08%	8.26%	4.55%	12.88%
	同規模	--	68,448	4.63%	0.47%	3.89%	1.57%	4.23%	3.13%	1.40%	--	19.32%	11.19%	3.74%	12.09%
	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%

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

※1 「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費用を要した傷病名

出典：KDB システム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 49 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 318人	330人	354人	323人	356人	956人
	件数	B 562件	584件	707件	625件	681件	1,788件
		B/総件数 0.48%	0.49%	0.67%	0.56%	0.59%	1.93%
	費用額	C 7億5776万円	7億7765万円	9億4115万円	8億2640万円	8億9330万円	22億8204万円
		C/総費用 14.2%	14.0%	17.8%	14.8%	15.5%	34.8%

出典・参照：KDB システム改変

図表 50 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	17人		13人		19人		20人		24人		49人		
			D/A	5.3%		3.9%		5.4%		6.2%		6.7%		5.1%		
	件数		E	29件		22件		38件		39件		51件		105件		
			E/B	5.2%		3.8%		5.4%		6.2%		7.5%		5.9%		
	年代別	40歳未満		1	3.4%	2	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	3	5.9%	65-69歳	0	0.0%
		40代		1	3.4%	2	9.1%	2	5.3%	0	0.0%	1	2.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代		5	17.2%	3	13.6%	3	7.9%	2	5.1%	10	19.6%↑	75-80歳	17	16.2%
		60代		16	55.2%	15	68.2%	21	55.3%	20	51.3%	25	49.0%	80代	64	61.0%
		70-74歳		6	20.7%	0	0.0%	12	31.6%	17	43.6%	12	23.5%	90歳以上	24	22.9%
	費用額		F	3393万円		2788万円		4684万円		5062万円		7215万円		1億1474万円		
F/C			4.5%		3.6%		5.0%		6.1%		8.1%↑		5.0%			

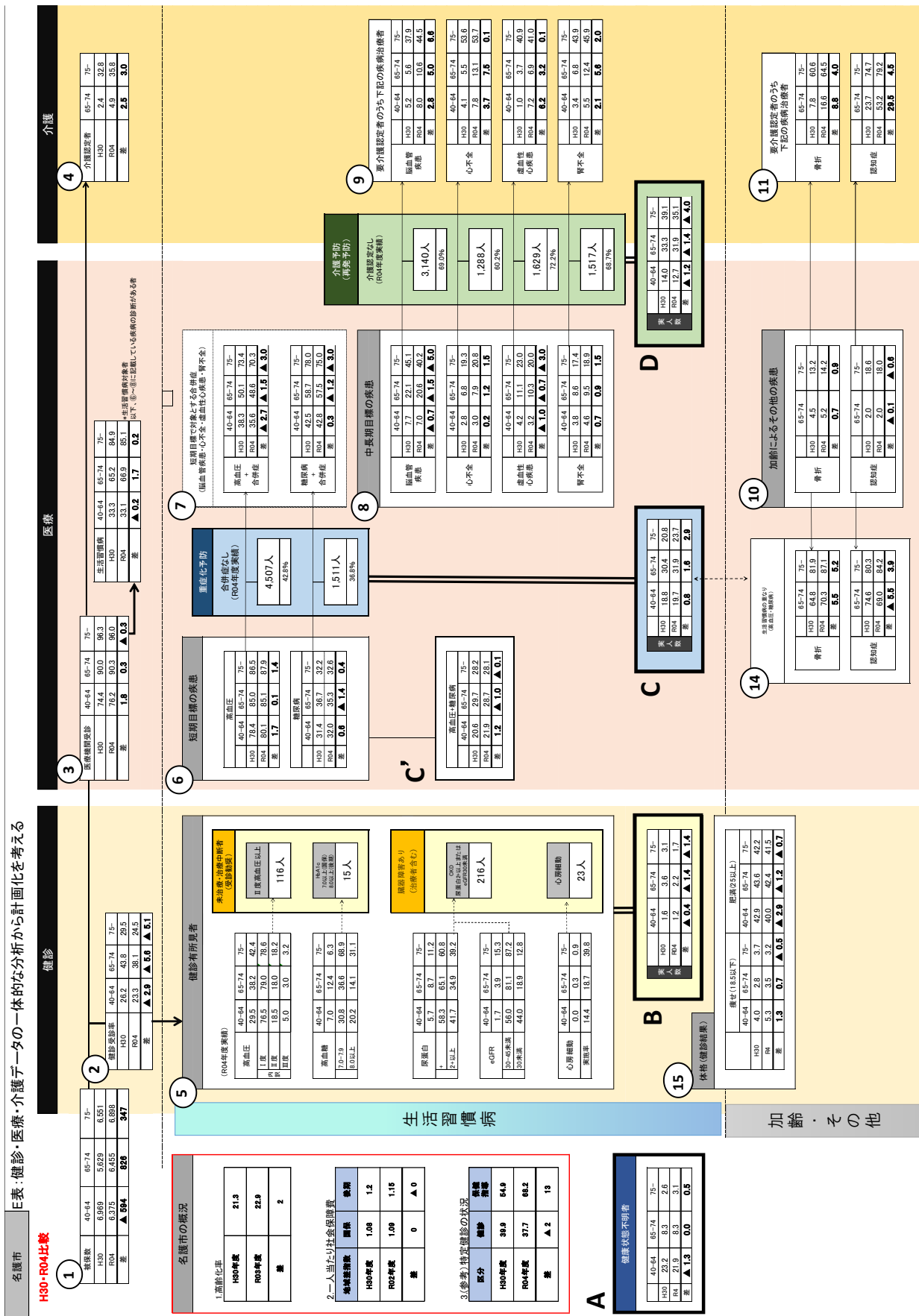
出典・参照：KDB システム改変

図表 51 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	26人		17人		15人		18人		15人		28人		
			G/A	8.2%		5.2%		4.2%		5.6%		4.2% ↓		2.9%		
	件数		H	32件		18件		16件		20件		15件		29件		
			H/B	5.7%		3.1%		2.3%		3.2%		2.2% ↓		1.6%		
	年 代 別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%	
		40代	2	6.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%	
		50代	5	15.6%	1	5.6%	4	25.0%	1	5.0%	1 ↓	6.7%	75-80歳	13	44.8%	
		60代	19	59.4%	10	55.6%	5	31.3%	7	35.0%	7	46.7%	80代	14	48.3%	
		70-74歳	6	18.8%	7	38.9%	7	43.8%	12	60.0%	7	46.7%	90歳以上	2	6.9%	
	費用額		I	4915万円		2570万円		3840万円		2706万円		2264万円 ↓		4935万円		
I/C			6.5%		3.3%		4.1%		3.3%		2.5% ↓		2.2%			

出典・参照：KDB システム改変

(2) 健診・医療・介護の一体的分析



図表 52 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	32.8	6,969	5,629	6,551	26.2	43.8	29.5	4.0	2.8	3.7	42.9	43.6	42.2
R4	35.8	6,375 ↓	6,455 ↑	6,898 ↑	23.3	38.1	24.5	5.3	3.5	3.2	40.0 ↓	42.4 ↓	41.5 ↓

出典・参照: 保険者データヘルス支援システム

図表 53 健診有所見状況

E表		⑤																																		
年度	Ⅱ度高血压以上 ()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	135	7.4	(45)	223	9.1	(68)	247	12.8	(47)	67	3.7	(9)	147	6.0	(10)	29	1.5	(0)	62	3.4	(61)	134	5.4	(126)	172	8.9	(157)	5	0.3	(1)	16	0.7	(3)	24	1.2	(8)
R4	103	6.9	(38)	197	8.0	(51)	153	9.1	(27)	53	3.6	(6)	155↑	6.3	(9)	33↑	2.0	(0)	46	3.1	(40)	93	3.8	(84)	107	6.3	(92)	0	0.0	(0)	7	0.3	(1)	16	1.0	(2)

出典・参照: 保険者データヘルス支援システム

図表 54 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	90.0	96.3	33.3	65.2	84.9	78.4	85.0	86.5	31.4	36.7	32.2	20.6	29.7	28.2	38.3	50.1	73.4	42.5	58.7	78.0			
R4	76.2	90.3	96.0	33.1	66.9	85.1	80.1	85.1	87.9	32.0	35.3	32.6	21.9	28.7	28.1	35.6 ↓	48.6 ↓	70.3 ↓	42.8 ↑	57.5 ↓	75.0 ↓			

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

出典・参照: 保険者データヘルス支援システム

図表 55 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表		⑧												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保険者割)												中長期疾患のうち介護認定者												
	脳血管疾患 ↓			虚血性心疾患 ↓			心不全 ↑			腎不全 ↑			脳血管疾患 ↑			虚血性心疾患 ↑			心不全 ↑			腎不全 ↑			
	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	7.7	22.1	45.1	4.2	11.1	23.0	2.8	6.8	19.3	3.8	8.6	17.4	5.2	5.6	37.9	1.0	3.7	40.9	4.1	5.5	53.6	3.4	6.8	43.9	
R4	7.0	20.6	40.2	3.2	10.3	20.0	3.0	7.9	20.8	4.6	9.5	18.9	8.0	10.6	44.5	7.2	6.9	41.0	7.8	13.1	53.7	5.5	12.4	45.9	

出典・参照: 保険者データヘルス支援システム

図表 56 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	64.8	81.9	74.6	80.3	4.5	13.2	2.0	18.6	7.8	60.6	23.7	74.7
R4	70.3	87.1	69.0	84.2	5.2	14.2	2.0	18.0	16.6	64.5	53.2	79.2

(3)健康課題の現状(図表 47～56)

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、令和4年度は、後期高齢者になると一人あたり 100 万円を超え、国保の 2.9 倍と高い状況です。(図表 47)

本市は、短期的目標疾患の糖尿病・高血圧・脂質異常症の総医療費に占める割合は、いずれも同規模・国と比べて低く、特に高血圧の医療費割合は国保及び後期高齢においても同規模、県、国と比べて低い状況です。一方、脳血管疾患の医療費に占める割合が国保及び後期高で同規模、県、国より高い状況となっており、高血圧で治療が必要な者が医療に繋がらずに重症化している可能性があります。(図表 48)

高額レセプトについては、国保においては毎年約 600～700 件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約 2.6 倍に増えることがわかります。(図表 49)

高額レセプト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4年度が一番多く 51 件で 7 千万円以上の費用がかかっており、平成 30 年度と比較すると費用額が約 2 倍となっています。40 歳未満で高額レセプトになった者が 3 人おり、50 代の割合も増加していました。また、後期高齢においては、令和4年度に 105 件発生し、約 1.1 億円の費用額がかかっています。脳血管疾患は、高額な医療費のみならず、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、特に若い世代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力を入れる必要があります。(図表 50)

次に、虚血性心疾患の高額レセプトを見ると、平成 30 年度と比較し令和 4 年度は人数や件数が減少し、費用額も半分以下になっています。特に 40 歳代以下では令和元年より高額レセプト該当者がおらず、50 代でも減少していることから若年者の虚血性心疾患の発症予防ができていると考えられます。(図表 51)

健診・医療・介護のデータを平成 30 年度と令和 4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 52 の ①被保険者数は、40～64 歳は減っていますが、65 歳～74 歳では約 800 人、75 歳以上では約 300 人以上増え、高齢化率の低い本市でも前期高齢者が確実に増えていることがわかります。

⑮の体格をみると、各年代において、BMI25以上の率が低くなっています。

図表 53 健診有所見の状況をみると、HbA1c7.0%以上（後期高齢者は 8.0%以上）の者が 65 歳以上で増えており、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 54 の⑦短期目標の疾患（高血圧・糖尿病）とする合併症をみると、高血圧においては割合が減っていますが、糖尿病においては若い年代では若干高くなっています。

図表 55 の⑧中長期目標の疾患（脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全）において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、脳血管疾患と虚血性心疾患は令和 4 年度の割合が下がっていますが、心不全と腎不全は上がっています。また、⑨中長期疾患のどの疾患も介護認定者率は上がっており、介護給付費が伸びている要因となっています。生活習慣病対策（短期及び中長期目標疾患）は、介護給付費適正化においても重要な課題であると言えます。

（4）優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の現状で明確化され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。特に名護市では血圧Ⅱ度以上の者の割合が県平均よりも高い状況にあり、特に解決すべき課題となります。

具体的な取組方法については、第 4 章に記載していきます。

3）目標の設定

（1）成果目標

① データヘルス計画（保健事業全体）の目的、目標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 57）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ことを考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることで最低限維持することを目指します。

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

③ 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、糖

尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とします。

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少、血圧Ⅱ度以上の割合を減少することを目指します。

そのために、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また、根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられます。これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法・運動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す。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。

図表 57 第3期データヘルス計画目標管理一覧

41

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	目標値			データの把握方法 (活用データ年度)
			初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.8%	1.9%	1.7%	ヘルスサポートラボ (データヘルス計画) ※バッチは数日時間がかかる
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.1%	1.3%	1.1%	
		慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	5.7%	5.5%	5.4%	
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	33/85人：38.8%	38.5%	38.4%	
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	14/33人：42.4% 5/0人：（0%）	48.5% (38.1%)	48.2% (37.5%)	
	短期目標	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	43.1%	41.3%	39.5%	名古屋市更生医療(国保を含む) ()内は更新の手続きに関わらず、 当該年度に初めて透析を導入した方
		メタボリックシンドローム該当者の減少	28.0%	27.2%	26.4%	
		メタボリックシンドローム予備群の減少	15.2%	14.1%	13.1%	
		Aメタボ該当者＋高血圧者の割合減少（140/90以上）	13.6%	11.9%	10.2%	
		A＋高血糖者の割合減少（HbA1c8.0以上）	0.4%	0.62%	0.44%	
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	A＋脂質異常者の割合減少（LDL160以上）	2.1%	1.76%	1.40%	健診結果 (保険者データへ支援システム 国策43目標管理－質健診有所見)
		A＋尿蛋白有所見者の割合減少（2+以上）	0.8%	0.93%	0.78%	
		A＋高尿酸者の割合減少（8.0以上）	1.1%	0.9%	0.7%	
		健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）	7.7%	6.0%	4.5%	
		健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL160以上）	15.2%	12.5%	11.0%	
アウトプット指標	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	健診受診者の血糖異常者の割合の減少（HbA1c6.5%以上）	10.4%	10.2%	9.5%	法定報告値 ※特定保健指導対象者 (動機付け+積極的)÷健診受診者数 特定健診・特定保健指導 実施結果報告 (特定保健指導システム) ※取り組みを上げると数値も上がる
		★健診受診者のHbA1c8.0%（NGSP値）以上の者の割合の減少	1.6%	1.4%	0.7%	
		健診受診者の尿蛋白有所見者の割合減少（2+以上）	2.8%	2.2%	1.5%	
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	76.4% 55/72人	80.5%	81.3%	
		★特定健診受診率60%以上	37.7%	45.0%	56.0%	
アウトプット指標		★特定保健指導実施率60%以上	68.2%	71.0%	74.0%	
		★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	19.1%	18.4%	19.3%	

第3章

特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めることになっています。

なお、第1期及び第2期は5年を1期としていましたが、医療費適正化計画等が6年1期に改正されたことを踏まえ、第3期以降は実施計画も6年1期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 58 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	42%	45%	49%	52%	56%	60%以上
特定保健指導実施率	70%	71%	72%	73%	74%	75%以上

3. 対象者の見込み

図表 59 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	9,403人	9,293人	9,185人	9,078人	8,972人	8,867人
	受診者数	3,950人	4,182人	4,501人	4,721人	5,025人	5,321人
特定保健指導	対象者数	550人	581人	626人	646人	698人	740人
	実施者数	385人	413人	451人	472人	517人	555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します。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(名護市健康増進課)
- 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、及び実施基準第 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、名護市のホームページに掲載します。

(参照) URL : <https://www.city.nago.okinawa.jp/kurashi/2018072000833/>

(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。

図表 60 特定健診検査項目

名護市特定健診検査項目

健診項目		名護市	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、●…いずれかの項目の実施で可

(5)実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

(6)医療機関との適切な連携

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

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

(7)代行機関

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

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 61 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 ↓ 特定健診(個別)の開始 ※市ホームページへ健診情報掲載	健診データ抽出(前年度)
5月		↓ 健診対象者の抽出、受診はがき等の印刷・送付(随時)	↓ 実施実績の分析実施方法、委託先機関の見直し等
6月		↓	
7月		集団健診出発式 特定健診(集団)の開始	
8月		↓	↓
9月		休日健診等に向け受診勧奨再通知(随時)	受診・実施率実績の算出 支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
10月	契約に関わる 予算手続き		
11月		休日健診等	
12月			
1月			
2月			
3月	契約準備	↓ (特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

5. 特定保健指導の実施

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

図表 62 第4期(2024 年以降)における変更点

○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。	

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)

(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 63・64)

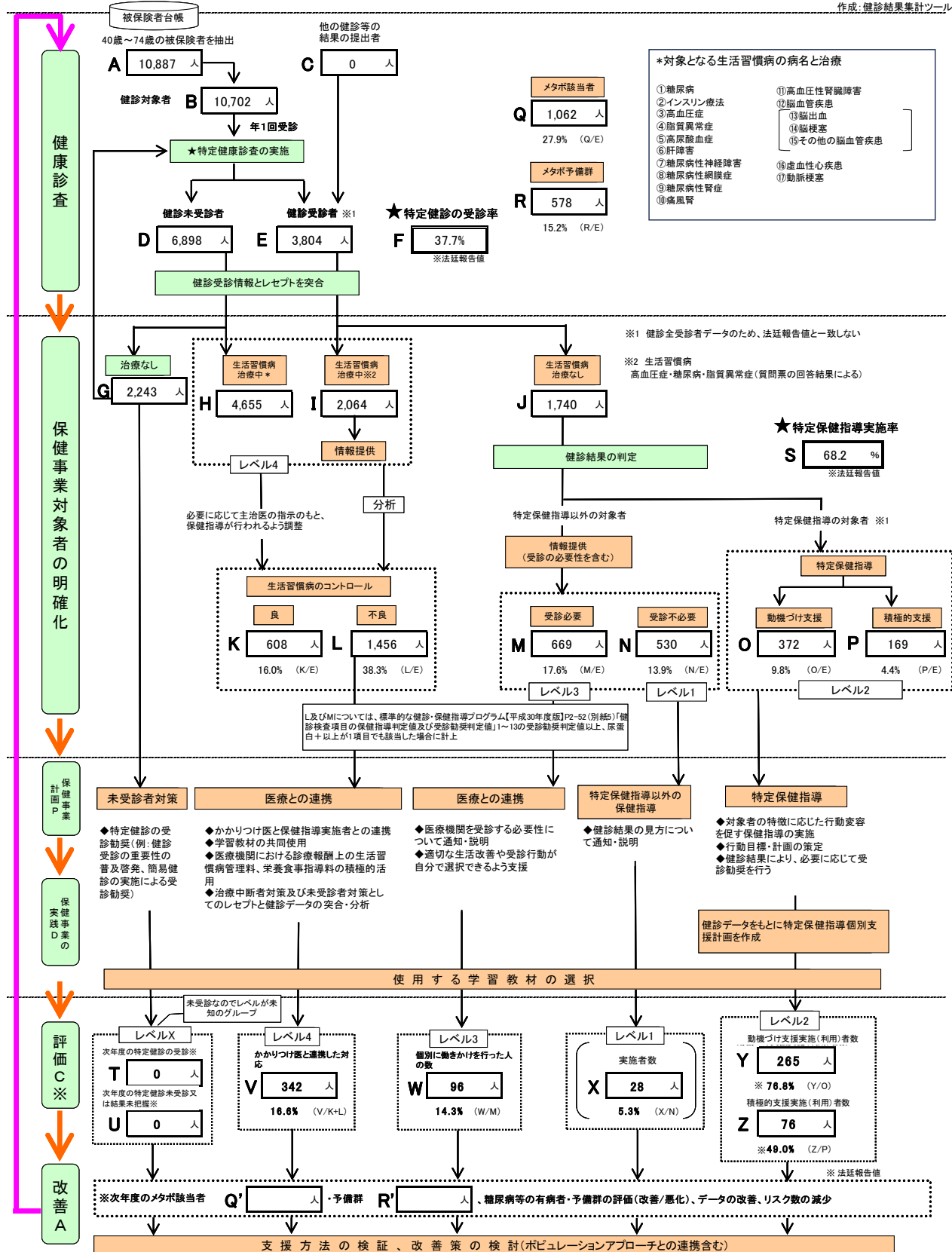
図表 63 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)

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

様式5-5

令和04年度

作成: 健診結果集計ツール



出典・参照: 特定健診等データ管理システム

(2) 保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 64 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	541人 (14.2%)	75%
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	669人 (17.6%)	HbA1c6.5%以上 (65歳以上は HbA1c7.0%以上) 血圧160/100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(健診受診の 重要性の普及啓発、AI分析に基づい た文書通知、糖尿病・高血圧管理台 帳からの受診勧奨)	6,898人 ※受診率目標達成 まで あと2,620人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説 明	530人 (13.9%)	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の 生活習慣病管理料、栄養食事指導 料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対 策としてのレセプトと健診データの突 合・分析	2,064人 (54.3%)	HbA1c7.0%以上 (65歳以上は 個別で対応) 血圧160/100以 上については 50%

(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 65 健診・保健指導年間スケジュール

●前年度

○今年度

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	○特定健康診査の開始 ○各種健診の広報	○対象者の抽出(個別健診受診者) ●対象者の進捗管理(介入率等)	
5月	○特定健康診査対象者の抽出 ○受診案内はがきの送付	○保健指導の開始(個別健診受診者)	
6月		●対象者の進捗管理(介入率等) ●対象者初回介入×切	○医療機関訪問(集団健診前まで) ○公民館訪問(集団健診前まで)
7月			○集団健診開始 ○AI分析による受診勧奨
8月		●対象者の進捗管理(評価介入率等) ○対象者の抽出(集団健診受診者) ○保健指導の開始(集団健診受診者)	○糖尿病・高血圧管理台帳から未受診者訪問開始
9月	●特定健康診査実績報告終了	●対象者の進捗管理(評価介入率等) ●対象者評価介入×切 ●特定保健指導実績報告終了	
10月		○利用券の登録 ○法定報告入力	
11月		○対象者評価開始	
12月		○対象者の進捗管理(介入率等)	
1月			
2月			
3月	○健診の終了	○対象者の進捗管理(介入率等)	○事業評価

6. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

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

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

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理について

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、名護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

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脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症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る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、まずは健診を受診してもらい、状態に応じた保健指導を行うことが重要となります。そのため特に特定健康診査受診率、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

本市の特定健康診査受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症、慢性腎臓病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、1,726人(45.2%)です。そのうち、治療なしが509人(29.1%)を占め、さらに臓器障害があり直ちに保健指導及び医療機関受診勧奨を取り組むべき対象者が129人(25.3%)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、509人中288人と高いため、特定保健指導の徹底も合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 66)

図表 66 脳・心・腎を守るために

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) 3,819人 39.0%	
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)				虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究報告))				糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)				CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	
レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性 脳塞栓症 (27.7%) ラクナ 梗塞 (31.2%) アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%) ※脳卒中 データバンク 2015-23 非心原性脳梗塞				心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症									
優先すべき 課題の明確化	高血圧症		心房細動		脂質異常症		メタボリック シンドローム		糖尿病		慢性腎臓病 (CKD)			
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)				動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)			
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上		心房細動		LDL-C 180mg/dl以上		中性脂肪 300mg/dl以上		メタボ該当者 (2項目以上)		HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)		腎臓専門医 紹介基準対象者	
該当者数	293	7.7%	7	0.2%	228	6.0%	131	3.4%	1,068	28.0%	280	7.3%	468	12.3%
治療なし	152	6.9%	1	0.0%	196	7.4%	91	3.4%	176	10.1%	122	3.6%	114	6.5%
(再掲) 特定保健指導	67	22.9%	0	—	71	31.1%	40	30.5%	176	16.5%	32	11.4%	45	9.6%
治療中	141	8.7%	6	0.2%	32	2.8%	40	3.5%	892	43.1%	158	38.3%	354	17.1%
臓器障害 あり	26	17.1%	1	100.0%	35	17.9%	13	14.3%	25	14.2%	35	28.7%	114	100.0%
CKD(専門医対象者)	18		0		29		10		21		30		114	
心電図所見あり	8		1		9		3		5		6		4	
臓器障害 なし	126	82.9%	—		161	82.1%	78	85.7%	151	85.8%	87	71.3%	—	
治療中														
臓器障害 あり	35	24.8%	6	100.0%	4	12.5%	13	32.5%	232	26.0%	36	22.8%	354	100.0%
CKD(専門医対象者)	24		0		2		12		194		32		354	
心電図所見あり	14		6		2		4		54		6		22	
臓器障害 なし	106	75.2%	—		28	87.5%	27	87.5%	660	74.0%	122	77.2%	—	

■各疾患の治療状況

	治療中	治療なし
高血圧	1,613	2,206
脂質異常症	1,157	2,660
糖尿病	413	3,406
3疾患 いずれれ	2,070	1,749

※問診結果による

重症化予防対象者
(実人数)

1,726	45.2%
509	29.1%
288	16.7%
1,217	58.8%
129	25.3%

【参考】腎臓専門医への紹介基準対象者

1. 高度の蛋白尿(A3区分(尿蛋白+以上))
2. 微量アルブミン尿(A2区分(尿蛋白±))でGFR区分がG3a以上
3. 尿蛋白が正常(A1区分(尿蛋白-))でGFR区分G3b以上
4. 尿蛋白がA2区分(尿蛋白±)であっても尿潜血が陽性(+以上)

エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018

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

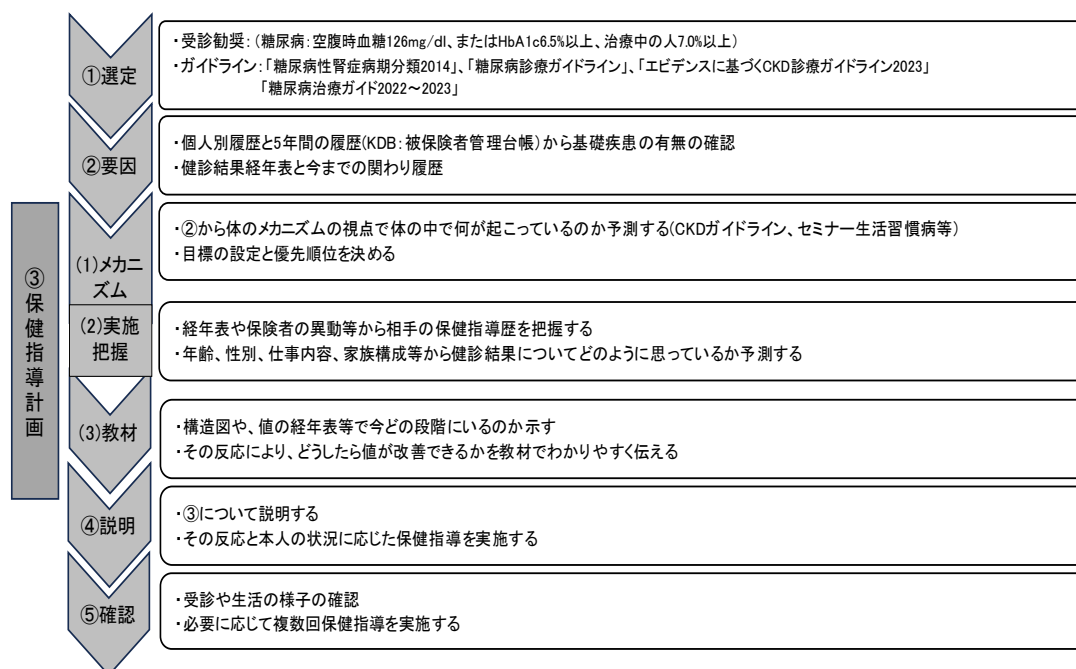
1) 基本的な考え方

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」(平成 31 年3月改定)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 67)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 67 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) 選定基準に基づく対象者の把握

① 対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく対象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及び特定健診データを活用し、対象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)を基準とします。(図表 68)

図表 68 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。名護市においては、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) の把握は可能ですが、尿アルブミン値については把握が難しいです。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量 (mg/dl) に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白 (－)、微量アルブミン尿と尿蛋白 (±)、顕性アルブミン尿と尿蛋白 (+) としていることから、尿蛋白 (定性) 検査でも腎症病期の推測が可能となります。

③ 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。図表 69 より、名護市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、61 人 (13.6%・F) でした。また、40～74 歳における糖尿病治療者 2,185 人のうち、特定健診受診者が 715 人 (32.7%・G) でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者 1,470 人 (67.3%・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。

名護市において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（61 人・F）に対する受診勧奨、保健指導を行います。

専門職（保健師や管理栄養士、栄養士等）による訪問や個別面談にて、受診勧奨、保健指導を行います。受診勧奨には糖尿病連携パス（紹介状）を活用し医療機関との連携を図ります。

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（193 人・K）に対する継続受診勧奨、保健指導を行います。

特に、65 歳未満（HbA1c 7.0%以上のコントロール不良者）、65 歳以上（咀嚼機能に応じて HbA1c 7.5~8.5%以上のコントロール不良者）、糖尿病性腎症の病期第 2～4 期の者へ、専門職（保健師や管理栄養士、栄養士等）による訪問や個別面談、電話にて継続受診勧奨と保健指導を行います。個々の状況に応じて継続受診の必要性を伝え、体重・血圧・血糖・脂質コントロールが適切に行えるよう指導します。主治医との連携には糖尿病連携手帳を活用し、保健指導内容等について情報提供をします。

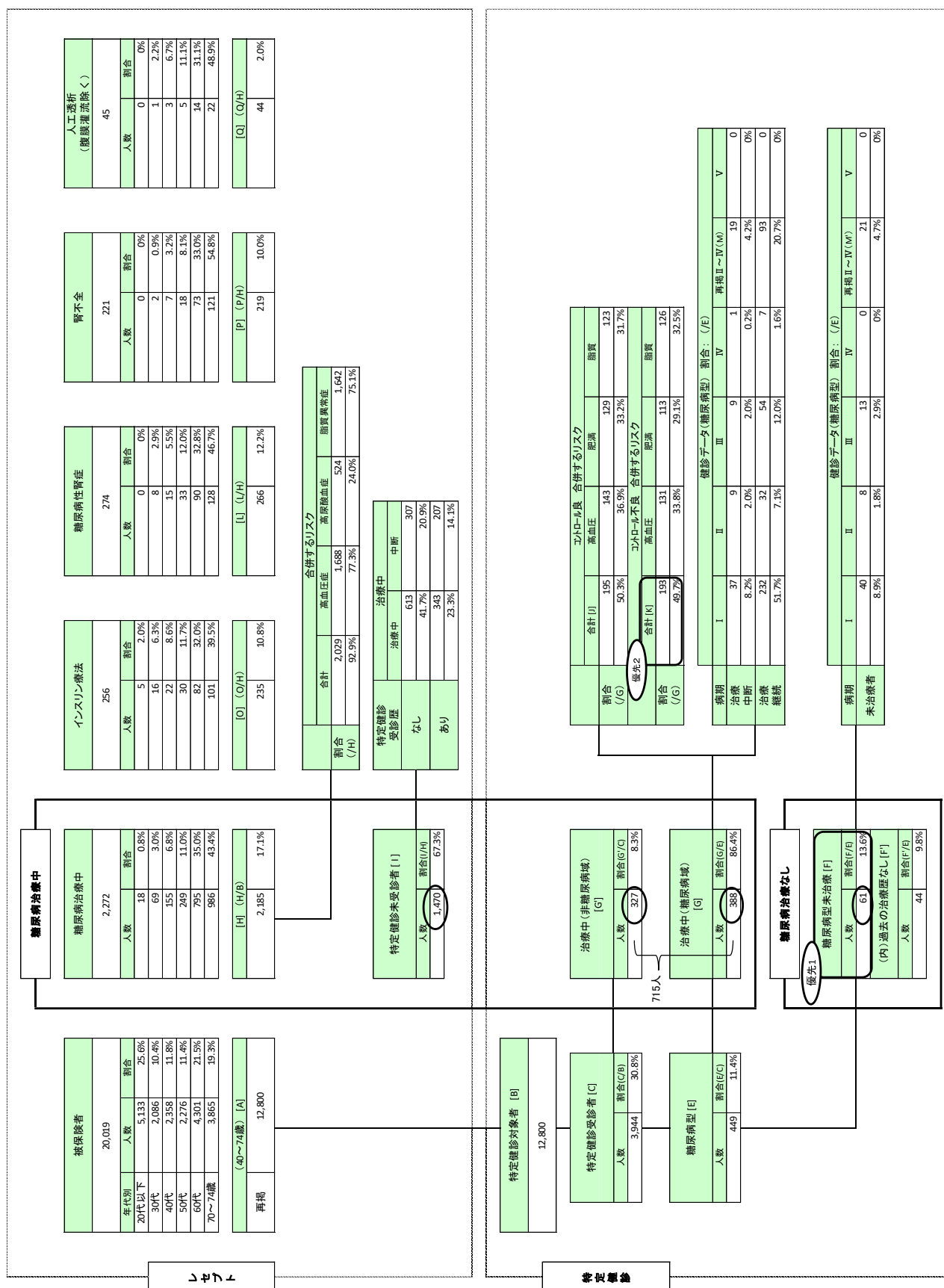
優先順位 3

【保健指導】

・糖尿病管理台帳にて過去 6 年間の健診受診者のうち、HbA1c 6.5%以上の者を地区別に管理し、継続受診勧奨や保健指導を行います。

糖尿病管理台帳には HbA1c、eGFR、尿蛋白、服薬状況等について記載し、その視点で経年変化を確認していきます。医療機関受診中断者や医療機関未受診者に対して、受診の必要性を伝え、体重・血圧・血糖・脂質コントロールが適切に行えるよう指導します。また、健診未受診者に対して、継続した健診受診の必要性を伝え、健診受診勧奨を行います。個々の状況に応じて、訪問や個別面談、電話にて対応します。

図表 69 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。名護市においては、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行っています。

具体的な実施内容として、健診の現場健康相談では、尿検査所見に異常が出た者に対し、「尿検査 eGFR に異常が出た方へ」や「私は糖尿病のどの段階にいるのか」等の保健指導用教材を活用し、個々の状況に応じて腎機能の状況や精密検査の必要性を説明し、医療機関（かかりつけ医や腎専門医）への受診勧奨を行います。また、糖尿病管理台帳より把握している医療機関未受診者や医療機関受診中断者、治療中者でコントロール不良の者へは、個々に応じて保健指導用教材を活用した保健指導を行います。

また、保健指導においても「2）対象者の明確化」で示した対象者に対し、図表 70 の保健指導用教材や糖尿病連携手帳を活用します。

医療機関未受診者について、図表 35 より保健指導を実施することで受診へ繋がった者は 64.0%、内服開始した者は 46.4%いました。健診の現場健康相談で、過去に HbA1c 6.5%以上であった者へは医療機関受診状況や治療状況を確認し、保健指導では、自身の身体状況や受診の必要性を理解してもらい、受診に繋がるような支援を行います。

また、治療中の者の人工透析割合は増加しており、特に 40～64 歳で若くして重症化する方も増えている状況（図表 20）です。さらに、医療機関受診中断者が県平均より高いため（図表 22）、糖尿病管理台帳にて過去 6 年間の健診受診者のうち、HbA1c 6.5%以上の者を地区別に管理し、徹底した継続受診勧奨や保健指導を行います。台帳を基に医療機関での検査や内服状況、合併症等についてレセプトデータで確認していきます。

図表 70 保健指導用教材

からだノート	
腎－7	尿蛋白・eGFR に異常が出た方へ
糖－19	私は糖尿病のどの段階にいるのか

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	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炒めるのでしょうか？ 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。糖尿病性腎症の増加抑制のため、65歳未満でHbA1c6.5%以上の者のうち、特に未治療者へは、保健指導の際に、二次健診での微量アルブミン尿検査を積極的に案内します。検査を実施した者へは、結果に基づき、医療機関受診勧奨を行います。

また、65歳未満でHbA1c6.5%未満の者のうち75g経口ブドウ糖負荷試験を実施した者に対し、糖尿病型と判定された者へは医療機関受診勧奨を継続的に行います。正常型や境界型と判定された者へは腎症重症化予防のための保健指導を行い、生活習慣病のリスク因子（体重・血圧・血糖・脂質）を適切にコントロールできるよう生活改善を促します。

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、北部地域糖尿病連携パス(紹介状)等を活用します。医師の助言を受け、保健指導の内容の共有を図ります。

図表 71 より、糖尿病連携パスの発行状況について、令和4年度の医療機関未受診者59人のうち保健指導した者は50人、糖尿病連携パス発行者は22人(44%)、受診に繋がった者は18人(81.8%)でした。糖尿病連携パスを発行すると受診に繋がりがやすい傾向にあるため、引き続き積極的に活用し医療機関との連携を図ります。発行後は、医療機関受診に繋がったか、内服を開始したか等の確認を行います。医療機関からの返書がない場合もあるため、北部地域医療糖尿病連携部会等にて発行先医師へ情報共有を図り、返書していただけるよう依頼し、保健指導の助言をいただきます。

また、医療機関訪問において、糖尿病に関する健康課題や保健指導の取り組み状況を情報共有し、健診受診勧奨の協力依頼を行います。

図表 71 糖尿病連携パスの発行状況(令和4年度)

	医療機関未受診者 (糖尿病連携パス対象者): A	保健指導 実施者: B	糖尿病連携パス 発行者: C	医療機関受診者: D	医療機関からの 返書: E
人数	59	50	22	18	3
割合		84.7% (B/A)	44.0% (C/B)	81.8% (D/C)	16.7% (E/D)

(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、保健指導内容等について情報提供をします。

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については、継続受診の必要性を伝え、生活習慣病のリスク因子である体重(肥満)・血圧・血糖・脂質コントロールを適切に行えるように指導します。また、保健指導と併せて継続健診受診勧奨を行います。

かかりつけ医、専門医との連携にあたっては、沖縄県の糖尿病性腎症重症化予防プログラム、北部地域医療糖尿病連携部会規約に準じて行っていきます。

(3) 北部地域医療糖尿病連携部会への参画

北部地域医療糖尿病連携部会へ参画し、参加医療機関(医師・薬剤師・看護師・栄養士等)や他市町村(保健師・栄養士等)との連携・調整を図ります。年1回、各機関が糖尿病に関連する取組事業や健診の状況、事業の成果等について報告し、情報共有を行います。また、医師へ個別支援について相談し、医療機関と市町村で連携した支援が行えるよう調整を図ります。

5) 評価

評価についてはアウトプット評価を2～3ヶ月に1回行い、アウトカム評価を年1回行います。
また、中長期評価においては図表 72 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用います。

(1) アウトプット評価

①医療機関未受診者に対する評価（健診受診者）

- ア. 医療機関受診勧奨実施率
- イ. 医療機関再受診勧奨者数
- ウ. 糖尿病連携パス発行率
- エ. 糖尿病連携手帳の配布数

②糖尿病治療患者のうち重症化するリスクの高い者に対する評価（健診受診者）

- ア. 保健指導実施率

③糖尿病管理台帳の者に対する評価（過去6年間の健診受診者のうち HbA1c 6.5%以上の者）

- ア. 保健指導実施者数
- イ. 健診受診勧奨者数

(2) アウトカム評価

①短期的評価

ア. 医療機関未受診者に対する評価（健診受診者）

- a. 医療機関受診勧奨者の医療機関受診率
- b. 糖尿病連携パス発行者の医療機関受診率
- c. 糖尿病連携パスの返書率

イ. 糖尿病治療中の者のうち重症化するリスクの高い者に対する評価（健診受診者）

- a. HbA1c 等検査値の変化（改善、変化なし、悪化した者の割合）

ウ. 糖尿病管理台帳の者に対する評価

- a. HbA1c 等検査値の変化（改善、変化なし、悪化した者の割合）
- b. 健診受診勧奨者の健診受診率

図表 72 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目			実 合 表	名護市										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	17,448人		17,167人		16,995人		17,057人		17,051人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	②	（再掲）40-74歳		11,236人		11,126人		11,074人		11,279人		11,320人						
2	①	対象者数	B	9,997人		9,874人		9,908人		9,951人		9,627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	4,196人		4,128人		3,108人		3,577人		3,819人						
	③	受診率		39.9%		39.7%		30.0%		34.3%		37.7%						
3	①	特定 対象者数		661人		506人		467人		512人		500人						
	②	保健指導 実施率		54.9%		62.1%		67.2%		55.7%		68.2%						
4	①	糖尿病型	E	566人	13.5%	606人	14.7%	433人	13.9%	520人	14.5%	562人	14.7%			特定健診結果		
	②	未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	177人	31.3%	187人	30.9%	108人	24.9%	149人	28.7%	149人	26.5%					
	③	治療中（質問票 服薬あり）	G	389人	68.7%	419人	69.1%	325人	75.1%	371人	71.3%	413人	73.5%					
	④	健診 データ	H	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖180以上		194人		236人		159人		193人		192人				
	⑤			血圧 130/80以上		127人		157人		112人		147人		132人				
	⑥			肥満 BMI25以上		125人		144人		97人		106人		113人				
	⑦			コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		195人		183人		166人		178人		221人				
	⑧	第1期	尿蛋白（－）	M	334人		59.0%		345人		56.9%		316人		73.0%			
	⑨	第2期	尿蛋白（±）		100人		17.7%		112人		18.5%		53人		12.2%			
	⑩	第3期	尿蛋白（＋）以上		122人		21.6%		130人		21.5%		53人		12.2%			
	⑪	第4期	eGFR30未満		3人		0.5%		13人		2.1%		8人		1.7%			
5	①	糖尿病受療率（被保険者千対）		68.1人		65.8人		57.5人		65.2人		66.3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）		102.4人		99.4人		86.0人		96.6人		97.0人						
	③	レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者千 対	I	入院外（件数）		6,755件 (614.2)		6,848件 (625.3)		6,484件 (582.5)		6,972件 (626.3)		7,066件 (649.0)		KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)		
	④	入院（件数）		35件 (3.2)		40件 (3.7)		37件 (3.3)		29件 (2.6)		39件 (3.6)						
	⑤	糖尿病治療中	H	1,189人		6.8%		1,129人		6.6%		978人		5.8%				
	⑥	（再掲）40-74歳		1,151人		10.2%		1,106人		9.9%		952人		8.6%				
	⑦	健診未受診者	I	762人		66.2%		717人		64.8%		627人		65.9%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	⑧	インスリン治療	O	118人		9.9%		119人		10.5%		90人		9.2%				
	⑨	（再掲）40-74歳		113人		9.8%		117人		10.6%		90人		9.5%				
	⑩	糖尿病性腎症	L	93人		7.8%		97人		8.6%		95人		9.7%				
	⑪	（再掲）40-74歳		91人		7.9%		96人		8.7%		94人		9.9%				
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		24人		2.0%		33人		2.9%		28人		2.9%				
	⑬	（再掲）40-74歳		24人		2.1%		33人		3.0%		28人		2.9%				
	⑭	新規透析患者数		27		28		32		20		33				名護市更生医療 (国保外含む)		
	⑮	（再掲）糖尿病性腎症		8		29.6%		8		28.6%		18		56.3%				
	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)		26人		2.3%		21人		1.9%		24人		2.6%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期		
6	①	総医療費		53億4890万円		55億7234万円		52億8885万円		55億6904万円		57億4639万円		50億8753万円		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		25億9248万円		27億1089万円		26億4044万円		26億9174万円		27億0797万円		27億0662万円				
	③	（総医療費に占める割合）		48.5%		48.6%		49.9%		48.3%		47.1%		53.2%				
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり		J	健診受診者		5,529円		6,248円		4,224円		3,677円		5,788円			
	⑤				健診未受診者		40,676円		46,286円		50,553円		48,019円		47,874円			
	⑥	糖尿病医療費			2億1386万円		2億2128万円		2億2693万円		2億3321万円		2億4316万円		2億9434万円			
	⑦	（生活習慣病総医療費に占める割合）			8.2%		8.2%		8.6%		8.7%		9.0%		10.9%			
	⑧	糖尿病入院外総医療費			6億0680万円		6億5508万円		6億6735万円		6億7846万円		6億8747万円					
	⑨	1件あたり			39,362円		42,239円		45,500円		44,016円		44,833円					
	⑩	糖尿病入院総医療費			6億1341万円		4億9547万円		5億4322万円		5億6601万円		5億6735万円					
	⑪	1件あたり			628,494円		595,512円		660,046円		698,778円		673,017円					
	⑫	在院日数			18日		18日		18日		18日		17日					
	⑬	慢性腎不全医療費			3億7312万円		4億0165万円		3億7694万円		3億8288万円		3億5129万円		2億2640万円			
	⑭	透析有り			3億6100万円		3億8324万円		3億5236万円		3億5279万円		3億2710万円		2億1152万円			
	⑮	透析なし			1212万円		1841万円		2458万円		3010万円		2419万円		1487万円			
7	①	介護給付費		39億6084円		40億9124万円		43億3768万円		44億0456万円		44億6808万円		56億7154万円				
	②	（2号認定者）糖尿病合併症		8件		16.0%		8件		15.4%		8件		17.4%				
8	①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）	9人		1.9%		9人		1.6%		9人		0.9%		3,958人	1.0%	

7) 実施期間及びスケジュール

	実施すること	進捗管理や評価
4月	【事業の方向性の決定】 ・対象者の選定基準の決定	
5月	【保健指導】 ・特定健康診査の結果が届き次第、対象者へ介入開始 【医療との連携】 ・北部地域医療糖尿病連携部会への参画（※基本、奇数月開催）	
6月	【医療との連携】 ・医療機関訪問（健康課題と取り組み状況の共有と保健指導への協力依頼）	【前年度評価・事業改善】 ・アウトプット、アウトカム評価・課題整理及び今年度事業計画作成（ヘルスアップ）
7月	【保健指導】 ・健診現場健康相談での受診勧奨や保健指導開始 【糖尿病管理台帳の管理】 ・台帳の作成 ・台帳の活用方法の共有及び各地区の対象者数等の実態を把握する（地区保健師） ・医療機関未受診者、医療機関受診中断者、重症化するリスクの高い者へ、健診の受診勧奨や医療機関受診勧奨及び保健指導開始 【医療との連携】 ・北部地域医療糖尿病連携部会への参加 【その他】 ・更生医療（新規人工透析患者）分析開始	【糖尿病管理台帳の管理】 ・台帳より全地区の対象者の実態把握（対象者数やよりリスクの高い者の把握）開始
8月	【保健指導】 ・対象者への受診勧奨や保健指導開始 ・二次健診（尿アルブミン検査、75g経口ブドウ糖負荷試験）の案内開始	【糖尿病管理台帳の管理】 ・地区保健師の台帳活用状況や対象者への介入状況の確認 【糖尿病連携パスの管理】 ・対象者リストの管理開始
9月	【医療との連携】 ・北部地域医療糖尿病連携部会への参加	【糖尿病連携パスの管理】 ・発行状況の進捗確認
10月		【保健指導】 ・介入状況の進捗確認 【糖尿病管理台帳の管理】 ・地区保健師の台帳活用状況や対象者への介入状況の確認
11月	【医療との連携】 ・北部地域医療糖尿病連携部会への参加 【普及・啓発】 ・世界糖尿病デー（11月14日）	【糖尿病連携パスの管理】 ・発行状況の進捗確認
12月		【保健指導】 ・二次健診（尿アルブミン検査、75g経口ブドウ糖負荷試験）実施状況確認
1月	【医療との連携】 ・北部地域医療糖尿病連携部会への参加	【糖尿病管理台帳の管理】 ・地区保健師の台帳活用状況や対象者への介入状況の確認 【糖尿病連携パスの管理】 ・発行状況の進捗確認
2月	【その他】 ・更生医療（新規人工透析患者）分析まとめ ・関係機関への分析報告	【進捗管理】 ・保健指導介入率（実施日時点）
3月	【医療との連携】 ・北部地域医療糖尿病連携部会への参加（全体情報共有）	【事業の方向性の検討】 ・事業の進め方及び対象者の選定基準の検討

2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

1) 基本的な考え方

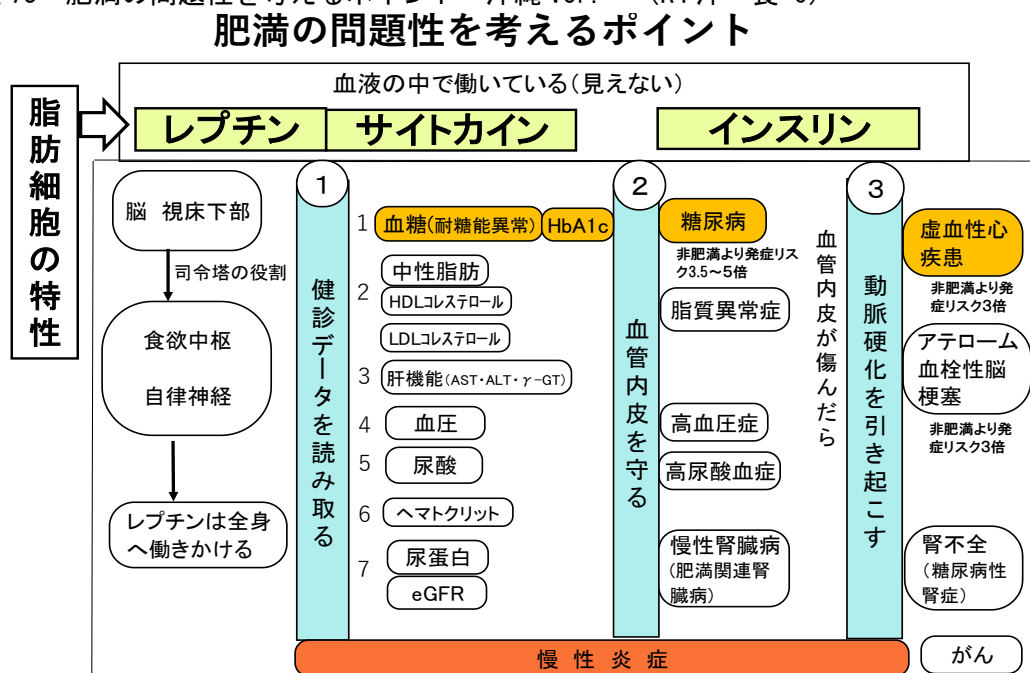
メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態であります。

「メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することである。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 73 に基づいて考えていきます。肥満は脳の変調を引き起こし、食欲を抑制するホルモンであるレプチンの指示がうまく食欲中枢や自律神経へ伝わらず、食べても満足しない等の状況を引き起こし、さらなる肥満につながります。肥満による内臓脂肪蓄積により悪玉サイトカイン等のホルモンが増加することでインスリン抵抗性を引き起こし、血圧や血糖、脂質等の健診データに異常が現れます。その重なりが多いほど、脳血管疾患や心疾患、腎機能低下のリスクが上昇すると言われており、リスクの重なりを減らすことが重要です。体重を 3~4kg 減らすことで、悪玉サイトカインが減少するといわれており健診データの改善に繋がります。

代謝の視点で考えると、男性は女性より内臓脂肪が蓄積しやすく血管病変を引き起こしやすいと言われています。

図表 73 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

2) 肥満・メタボリックシンドロームの現状

本市は、全国、沖縄県と比較しメタボリックシンドローム予備群の割合が高く、沖縄県内11市の中でも上位となっています。特に男性は約5人に1人(22.2%)がメタボリックシンドローム予備群となっています。また、男性 40～64 歳の働き盛り世代で、23.0%と最も高い割合となっています。(図表 74)

メタボリックシンドローム該当者の割合も全国、沖縄県と比較し高く、特に男性では約 2.5 人に 1 人(40.5%)がメタボリックシンドローム該当者となっています。(図表 75)

図表 74、図表 75 を見比べてみると、メタボリックシンドローム該当者は年齢が高くなるにつれ増加しており、メタボリックシンドローム予備群から該当者へ移行していることがわかります。

図表 74 令和3年度年代別メタボリックシンドローム(予備群)

1 1 市 順 位	全 体					男 性						女 性					
		合計		65～74歳		合計		40～64歳		65～74歳		合計		40～64歳		65～74歳	
		該当者	割合	該当者	割合	該当者	割合	該当者	割合	該当者	割合	該当者	割合	該当者	割合	該当者	割合
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
1	名 護 市	550	16.8	344	10.2	373	22.2	146	23.0	227	21.7	177	10.2	60	10.1	117	10.2
-	全 国	729,817	12.0	507,865	10.9	501,039	18.0	157,381	19.4	343,658	17.4	228,778	6.2	64,571	6.2	164,207	6.1
-	沖 縄 県	11,471	14.9	7,049	9.9	7,698	21.0	3,128	20.7	4,570	21.2	3,773	9.5	1,294	8.9	2,479	9.9

出典：特定健診等データ管理システム

図表 75 令和3年度年代別メタボリックシンドローム(該当者)

1 1 市 順 位	全 体							男性						女性					
		合計		40～64歳		65～74歳		合計		40～64歳		65～74歳		合計		40～64歳		65～74歳	
		該当者	割合	該当者	割合	該当者	割合	該当者	割合	該当者	割合	該当者	割合	該当者	割合	該当者	割合	該当者	割合
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
1	名 護 市	1,008	29.5	296	24.1	712	32.5	681	40.5	219	34.5	462	44.2	327	18.8	77	13.0	250	21.9
-	全 国	1,339,196	20.6	300,169	16.2	1,039,027	22.4	917,474	33.0	220,275	27.2	697,199	35.3	421,722	11.4	79,894	7.7	341,828	12.8
-	沖 縄 県	19,997	26.2	6,633	22.3	13,364	28.7	13,805	37.7	5,038	33.4	8,767	40.7	6,192	15.6	1,595	10.9	4,597	18.4

出典：特定健診等データ管理システム

平成 20 年度と令和 4 年度のメタボリックシンドローム年次推移を見ると、予備群は 19.9%から 15.2%に減少、メタボリックシンドローム予備群及び該当者は、45.6%から 43.1%に減少しています。しかし、メタボリックシンドローム該当者では 25.7%から 28.0%に増加しているため、図表 74、図表 75 の状況で述べたように、メタボリックシンドローム予備群から該当者へ移行していることがわかります。(図表 76)

第 2 次なご健康 21 プランでは、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の者が平成 20 年度(45.6%)より 20%減少を目指しています。目標数値は 36.4%となります。

肥満度分類別の該当者数をみると、39 歳以下では、約 3 人に 1 人(29.5%)が BMI 25 以上と多く、年齢があがるにつれ肥満の割合も上昇しています。若い頃から肥満がある者に加え、年齢が上がる
と代謝が低下することにより肥満となる者が増加すると考えられます。(図表 77)

図表 76 名護市メタボリックシンドローム年次推移

	健診 受診者数	予備群		該当者		計		目標
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H20	3,795	757	19.9%	975	25.7%	1,732	45.6%	20%減少
H29	4,124	668	16.2%	1,090	26.4%	1,758	42.6%	36.4%
H30	3,987	671	16.8%	1,053	26.4%	1,724	43.2%	
R1	3,921	625	15.9%	1,104	28.2%	1,729	44.1%	
R2	2,962	503	17.0%	864	29.2%	1,367	46.2%	
R3	3,577	579	16.2%	1,043	29.2%	1,622	45.3%	
R4	3,817	579	15.2% ↓	1,068	28% ↑	1,647	43.1% ↓	

出典：特定健康診査データ（マルチマーカー）

図表 77 令和 4 年度 肥満度分類別の該当者数

		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		
								39歳以下	40～64歳	65～74歳	39歳以下	40～64歳	65～74歳	39歳以下	40～64歳	65～74歳	39歳以下	40～64歳	65～74歳
総数		485	1,487	2,332	143	596	985	103	441	792	26	128	165	8	19	26	6	8	2
					29.5%	40.1%	42.2%	21.2%	29.7 ↑	34.0% ↑	5.4%	8.6% ↑	7.1% ↑	1.6%	1.3%	1.1%	1.2%	0.5%	0.1%
再掲	男性	209	743	1,082	81	355	511	60	269	433	12	71	68	5	12	9	4	3	1
					39%	47.8%	47.2%	28.7%	36.2%	40%	5.7%	9.6%	6.3%	2.4%	1.6%	0.8%	1.9%	0.4%	0.1%
	女性	276	744	1,250	62	241	474	43	172	359	14	57	97	3	7	17	2	5	1
					22.5%	32.4%	37.9%	15.6%	23.1%	28.7%	5.1%	7.7%	7.8%	1.1%	0.9%	1.4%	0.7%	0.7%	0.1%

出典：特定健診等データ管理システム

3)対象者の明確化

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見てみると、肥満度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っていることから、未だ両疾患の発症が 50%に満たない肥満Ⅰ度で、若い世代を対象とすることが効率的だといえます(図表 78)。

また、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では、男女ともに 8～9 割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年齢とともに増加しており、治療だけでは解決できないことがわかりました(図表 79)。

名護市のメタボリックシンドローム該当者を見ると、最も重症化リスクの高い 3 項目全てに該当する者が 20.4%となっています。3 項目該当に移行する者を減少させるために最も効率のよいターゲットとしては、若い世代ほど割合が高くなっている「血圧+脂質」の該当者となります。また、メタボリックシンドローム予備群から該当者へ移行させないための効率のよいターゲットは、若い世代ほど割合が高くなっている「脂質」の該当者となります(図表 80)。

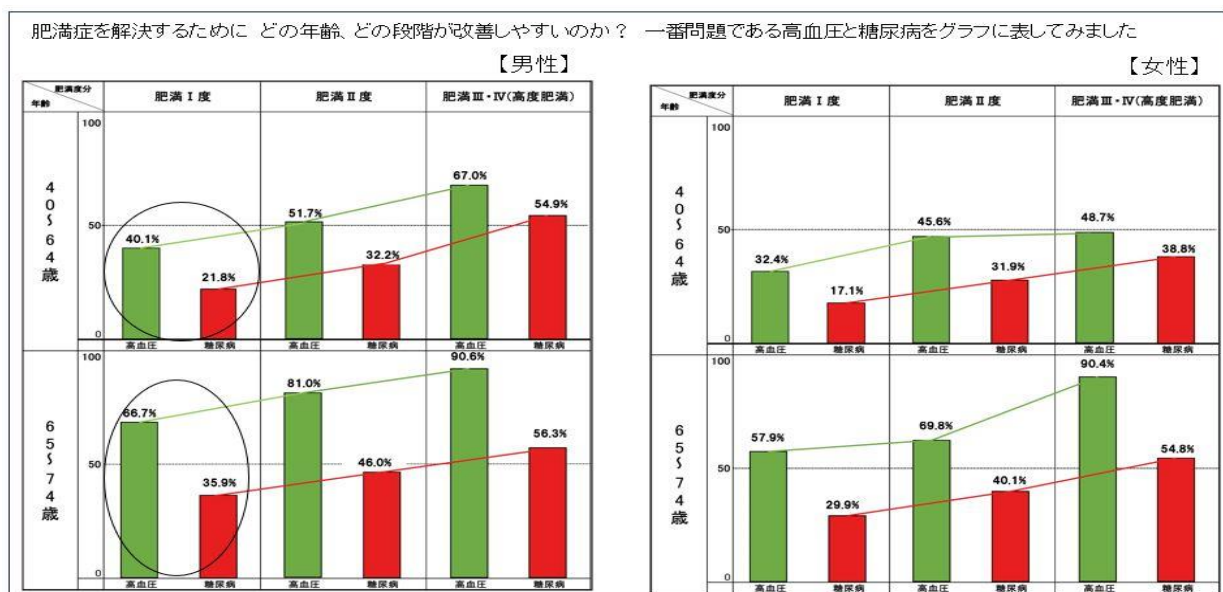
そのため、名護市においては予防効果の高い年齢の若い順、リスク該当項目が少ない順、特に男性を優先とし介入方法を以下の通りとします。

優先順位

【保健指導】

- ①39 歳以下で BMI25～30 未満の者
- ②メタボリックシンドローム予備群のうち「脂質」該当の者
- ③メタボリックシンドローム該当者のうち「血圧+脂質」該当の者

図表 78 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か



出典：沖縄県国保連合会

図表 79 令和4年度メタボリックシンドローム該当者の治療状況

	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	1,825	714	39.1%	579	81.1%	135	18.9%	1,994	354	17.8%	313	88.4%	41	11.6%		
40代	258	64	24.8%	29	45.3%	35	54.7%	210	13	6.2%	10	76.9%	3	23.1%		
50代	264	97	36.7%	65	67.0%	32	33.0%	253	27	10.7%	19	70.4%	8	29.6%		
60代	672	273	40.6%	234	85.7%	39	14.3%	771	147	19.1%	129	87.8%	18	12.2%		
70～74歳	631	280	44.4%	251	89.6%	29	10.4%	760	167	22.0%	155	92.8%	12	7.2%		

出典：特定健診等データ管理システム

図表 80 令和4年度メタボリックシンドローム予備群・該当者

		被保険者 数	健診受診者		肥満		有所見の重複状況																					
							男性85cm以上 女性90cm以上		腹囲のみ		メタボリック 該当者		(腹囲+2項目or3項目)								メタボリック 予備群						(腹囲+1項目)	
					3項目全て								血糖+血圧		血圧+脂質		血糖+脂質		J		血圧		血糖		脂質			
		A	B	B/A	C	C/B	D	D/C	E	E/B	F	F/(E+J)	G	G/(E+J)	H	H/(E+J)	I	I/(E+J)	J	J/B	K	K/(E+J)	L	L/(E+J)	M	M/(E+J)		
総 数	総数	10,702	3,804	35.5%	1,795	47.2%	155	8.6%	1,062	27.9%	335	20.4%	143	8.7%	556	33.9%	28	1.7%	578	15.2%	430	26.2%	17	1.0%	131	8.0%		
	40代	1,924	463	24.1%	166	35.9%	36	21.7%	76	16.4%	13	10.0%	4	3.1%	57	43.8%	2	1.5%	54	11.7%	21	16.2%	0	0.0%	33	25.4%		
	50代	1,923	515	26.8%	251	48.7%	33	13.1%	124	24.1%	36	16.5%	15	6.9%	70	32.1%	3	1.4%	94	18.3%	58	26.6%	5	2.3%	31	14.2%		
	60代	3,811	1,437	37.7%	689	47.9%	51	7.4%	417	29.0%	142	22.3%	58	9.1%	205	32.1%	12	1.9%	221	15.4%	168	26.3%	8	1.3%	45	7.1%		
	70-74	3,044	1,389	45.6%	689	49.6%	35	5.1%	445	32.0%	144	22.0%	66	10.1%	224	34.3%	11	1.7%	209	15.0%	183	28.0%	4	0.6%	22	3.4%		
男 性	総数	5,541	1,817	32.8%	1,194	65.7%	102	8.5%	712	39.2%	241	22.1%	108	9.9%	344	31.5%	19	1.7%	380	20.9%	286	26.2%	13	1.2%	81	7.4%		
	40代	1,075	254	23.6%	135	53.1%	25	18.5%	63	24.8%	11	10.0%	4	3.6%	46	41.8%	2	1.8%	47	18.5%	19	17.3%	0	0.0%	28	25.5%		
	50代	1,058	262	24.8%	184	70.2%	24	13.0%	97	37.0%	27	16.9%	10	6.3%	57	35.6%	3	1.9%	63	24.0%	39	24.4%	3	1.9%	21	13.1%		
	60代	1,912	670	35.0%	444	66.3%	33	7.4%	272	40.6%	103	25.1%	39	9.5%	123	29.9%	7	1.7%	139	20.7%	113	27.5%	6	1.5%	20	4.9%		
	70-74	1,496	631	42.2%	431	68.3%	20	4.6%	280	44.4%	100	24.3%	55	13.4%	118	28.7%	7	1.7%	131	20.8%	115	28.0%	4	1.0%	12	2.9%		
女 性	総数	5,161	1,987	38.5%	601	30.2%	53	8.8%	350	17.6%	94	17.2%	35	6.4%	212	38.7%	9	1.6%	198	10.0%	144	26.3%	4	0.7%	50	9.1%		
	40代	849	209	24.6%	31	14.8%	11	35.5%	13	6.2%	2	10.0%	0	0.0%	11	55.0%	0	0.0%	7	3.3%	2	10.0%	0	0.0%	5	25.0%		
	50代	865	253	29.2%	67	26.5%	9	13.4%	27	10.7%	9	15.5%	5	8.6%	13	22.4%	0	0.0%	31	12.3%	19	32.8%	2	3.4%	10	17.2%		
	60代	1,899	767	40.4%	245	31.9%	18	7.3%	145	18.9%	39	17.2%	19	8.4%	82	36.1%	5	2.2%	82	10.7%	55	24.2%	2	0.9%	25	11.0%		
	70-74	1,548	758	49.0%	258	34.0%	15	5.8%	165	21.8%	44	18.1%	11	4.5%	106	43.6%	4	1.6%	78	10.3%	68	28.0%	0	0.0%	10	4.1%		

出典：特定健診等データ管理システム

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て行っています。

- ア. 保健指導用教材を活用し、肥満細胞、脳の変調、脳の変調を修正してくれる短鎖脂肪酸等の内容を個々に合わせて保健指導をお伝えします。
- イ. 血圧、血糖、脂質の治療へは繋がっても肥満を解決していなければ、値のコントロールは十分に行えません。治療状況を確認すると同時に、肥満解決を目的とした保健指導を行います。
- ウ. 食の課題として本市は沖縄県同様に野菜(食物繊維)の摂取量が少ない現状があります。肥満解決を目的に野菜 350g 摂取を積極的に勧めていきます。本市では、肥満の対象者を中心とした健康教育を実施しています。肥満になると出現する「膝が痛い」「睡眠時に無呼吸のような感じがする」など、実際に対象者の声を拾い、その解決策(野菜350g 摂取)を一緒に考え、実践する内容となっています。
- エ. 高度肥満症(肥満Ⅲ度・Ⅳ度)の方へは、肥満外科手術(減量・代謝改善手術)を実施した際のデータの改善、医療費の削減になる等説明し勧めていきます。「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満Ⅲ度・Ⅳ度)は、肥満外科手術(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、管理栄養士、看護師など多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要があります。図表 82 の「日常生活」で困っている住民の声からも深刻です。

図表 81 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すか？ 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-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？ 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 ジャंकフード ポテトチップス R4沖・食18 ジャंकフード チョコレート R4沖・食19 ジャंकフード アイスクリューム 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、やせホルモンGLP-1の量が変わります R4沖・食33 食物繊維は植物の構成成分 R4沖・食34 食物繊維は植物の構成成分(保健師・栄養士用) R4沖・食35 手軽にとれるオートミール ご飯100gで比べてみました R4沖・食36 短鎖脂肪酸になれる食物繊維が多いのは・・・ R4沖・食37 短鎖脂肪酸をつくる野菜の特徴 R4沖・食38 いつも使っている野菜のなかみ～うまく活用しよう！～ R4沖・食39 いつも使っている野菜のなかみ～冷凍野菜～	6. 血管内皮を守る R4沖・食40 血管が傷むとは R4沖・食41 血管内皮を傷めるリスクは何だろう R4沖・食42 血管内皮細胞の材料と炎症を防ぐもの R4沖・食43 脂肪にも種類があります R4沖・食44 1日の基準量の食品の量の中に、血管内皮を守る栄養素はどのくらいの割合を占めているか？ R4沖・食45 血管内皮を酸化ストレスから守る R4沖・食46 手軽にとれる野菜で血管内皮を守る 7. 栄養指導の基本 ～あなたにとっての食べ方～ R4沖・食47 日常生活の中で、必要な食品を考える方法 R4沖・食48 血液データと食品(沖縄年代・性別Ver.) ①～③ R4沖・食49 肥満症診療ガイドライン2022と最新肥満症学の食事療法及び各学会のガイドラインの整理 R4沖・食50 健診データに基づいた食品の基準量 R4沖・食51 生活習慣の改善ってどんなことをするの？ R4沖・食52 あなたにとって必要な食の基準量①② R4沖・食53 こ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 こはんと油量 早見表(男性) R4沖・食56 総エネルギー 早見表(女性) R4沖・食57 こはんと油量 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	

図表 82 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)

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		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			
生活	肥満度	I 度	II 度	III 度	IV 度
		25～29.9	30～34.9	35～39.9	40～
食事	食欲	・満腹感なく食べ過ぎてしまう。 ・心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない	・夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない	・食べ始めたら止まらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べたくなる ・食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う	・食欲が抑えられない ・夜中起きると食べてしまう ・食欲が止まらない ・食欲をコントロールできない
	胃腸	・食べるとお腹が張って苦しくなる		・太っているからか腸の痙攣もおこるよ	・逆流性食道炎になった。 ・便秘に座ると便座が割れる
排泄	排便			・便秘になって大変	
	排尿	・横になるとトイレに行きたくなる	・尿意を感じて夜中に3回起きる	・トイレに何度も起きて寝た感じがしない ・むくみがあって5年くらい夜間頻尿が続いている。 ・膀胱炎になりやすい	・尿漏れする ・起きてトイレに行くまで間に合わない
動作	歩行	・疲労感がある	・長く歩くと息切れがする ・階段を上るとき息切れする ・坂道は息が切れる ・運動するとすぐ息切れする	・体重で足裏が痛い ・階段を下るときに体を支えられず転びそうになる ・ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない ・歩く足がしびれる	・200m歩くのにも呼吸が苦しい ・歩いたら苦しくなるので横になっている ・だるくて寝ていることが多い
	日常動作		・回めず、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		・お腹が邪魔で前に回めない ・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年前から胸の重さがある ・仕事中時々胸の息苦しさ ・1年前から動機あり、休憩しながら仕事していた ・胸が痛くなることある。止まるんじゃないかとグツと	・動機がする ・胸が締め付けられる感じ、6年前から時々起こる ・心臓が大きくなっているといわれた ・少し動いただけでも心臓がきつい	・仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める ・仰向けには寝れないいつも横向きに寝ている ・心臓はスピードのある作業するとバクバクする	・左を向いて寝ると動機が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感で10年前狭心症カテーテル ・今も段差上がったとき苦しくなる ・心臓、遅く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)

(2) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、心疾患や脳血管疾患、腎疾患等の循環器疾患のリスクが非常に高くなるため、本市においては平成20年度より二次健診を実施しています。

令和4年度の二次健診受診者は、頸動脈エコー検査が63人、75g糖負荷検査が61人、微量アルブミン尿検査が62人でした。(図表83)

頸動脈エコー検査の結果より、正常の方は全体の約3割で、軽度異常の方が全体の約半数、中等度異常の方が約1割、高度異常の方が60歳代に1人という結果になりました。

年齢が上がるにつれて、有所見率が上がる傾向にあります。中等度のうち5人、高度の1人は医療機関受診に繋がりました。(図表84)

75g糖負荷検査の結果より、正常の方が全体の約半数で、境界型の方が約4割、糖尿病型の方が約1割との結果になりました。年齢があがるにつれて有所見率も上がる傾向にあり、20-30歳代の方は、正常の方が約7割いるのに対し、60歳代では、境界型・糖尿病型の方が約6割いることがわかりました。境界型の方は、健診データを見ると治療を要する程ではないことも多く、保健指導により生活習慣の改善を図ることで糖尿病への移行を予防していきます。糖尿病型の未治療者に関しては、合併症を引き起こすリスクが高いことから引き続き医療機関受診勧奨を行っていきます。(図表85)

微量アルブミン尿検査の結果より、62人のうち、60人が正常であり、2人の方が要精査とい

う結果になりました。要精査2人の年代は、50歳代と60歳となっています。

要精査が必要な方のうち、1人は医療機関に繋がっていない状況があり、引き続き受診勧奨行っていきます。(図表86)

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ①頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- ②微量アルブミン尿検査(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)

図表 83 令和4年度二次健診実施状況

検査項目	頸動脈エコー	75g糖負荷検査	微量アルブミン尿
受診者(人)	63	61	62

出典：名護市二次健診結果

図表 84 令和3・4年度年度 頸動脈エコー検査実施状況

			計	20-30歳代	40歳代	50歳代	60歳代
		健診実施者数	63	3	22	24	14
①	正常		22	3	11	6	2
		割合	34.9%	100%	50.0%	25.0%	14.3%
②	軽度 (ブラークスコア 1.1~5.0)	有所見者数	34	0	10	15	9
		有所見率	54.0%	0%	45.5%	62.5%	64.3%
③	中等度 (ブラークスコア 5.1~10.0)	有所見者数	6	0	1	3	2
		有所見率	9.5%	0%	4.6%	12.5%	14.3%
		受療者数	5		1	3	1
④	高度 (ブラークスコア 10.1以上)	有所見者数	1	0	0	0	1
		有所見率	1.6%	0%	0%	0%	7.1%
		受療者数	1				1

出典：名護市二次健診結果

図表 85 令和3・4年度 75g糖負荷検査実施状況

			計	20-30歳代	40歳代	50歳代	60歳代
		健診実施者数	61	3	22	22	14
①	正常		31	2	11	13	5
		割合	50.8%	66.7%	50.0%	59.1%	35.7%
②	境界型	有所見者数	23	1	9	7	6
		有所見率	37.7%	33.3%	40.9%	31.8%	42.9%
		受療者数	1	0	0	1	0
③	糖尿病型	有所見者数	7	0	2	2	3
		有所見率	11.5%	0.0%	9.1%	9.1%	21.4%
		受療者数	2		0	0	2

出典：名護市二次健診結果

図表 86 令和3・4年度年度微量アルブミン尿検査実施状況

			計	20-30歳代	40歳代	50歳代	60歳代
		健診実施者数	62	3	22	23	14
①	正常		60	3	22	22	13
		割合	96.8%	100%	100%	95.7%	92.9%
②	要精査	有所見者数	2	0	0	1	1
		有所見率	4.8%	0%	0%	4.4%	7.1%
		受療者数	1			0	1

出典：名護市二次健診結果

6)評価

評価についてはアウトプット評価を2～3ヶ月に1回行い、アウトカム評価を年1回行います。

(1)アウトプット評価

- ①. 保健指導実施率
- ②. 健康教育開催数
- ③. 二次健診実施率
- ④. 二次健診実施後の医療機関受診率

(2)アウトカム評価

- ①. メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合
- ②. 有所見の重複率

6) 実施期間及びスケジュール

	実施すること	進捗管理や評価
4月	【事業の方向性の決定】 ・対象者の選定基準の決定	
5月	【保健指導】 ・対象者の抽出(概算の試算)、介入方法(結果説明会)の決定 ・対象者へ結果が届き次第保健指導の開始(個別健診受診者) ・二次健診の促し	
6月	【他機関との連携】 ・医療機関訪問(保健指導の協力依頼) ・公民館訪問(今年度の健診受診率向上に向け、去年の健診受診率、区の健康課題等をお伝えする)	【保健指導】 ・対象者の進捗管理(初回介入率) 【前年度評価・事業改善】 ・アウトプット、アウトカム評価
7月	【保健指導】 ・対象者の評価開始(個別健診受診者)	・前年度の二次健診(頸動脈エコー検査)の実施率、有所見率についての最終評価
8月	【保健指導】 ・対象者へ結果が届き次第保健指導の開始(集団健診受診者) ・二次健診の促し ・肥満をテーマにした健康教育の開催	
9月		【保健指導】 ・対象者の進捗管理(評価介入率)
10月		
11月	【保健指導】 ・対象者の評価開始(集団健診受診者)	
12月		・二次健診実施状況の確認
1月		
2月		【進捗管理】 ・保健指導介入率(実施日時点)
3月		【事業の方向性の検討】 ・事業の進め方及び対象者の選定基準の検討

676 人(40. 0%)でした。所見の中でも ST-T 変化が 386 人(57.1%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表 88)

また、有所見者のうち要精査が 315 人(46.6%)で、その後の受診状況をみると 43 人(13.7%)は未受診でした。(図表 89)。

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て受診勧奨を行う必要があります。

図表 88 令和4年度心電図検査結果

性別・年齢	所見	心電図検査				所見内訳															
		実施者数 A		有所見者数 B		ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
		実施率	実施率	有所見率 B/A	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合D/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
内訳	40～74歳	1,689	42.4	676	40.0	112	16.6	386	57.1	48	7.1	32	4.7	45	6.7	110	16.3	7	1.0	70	10.4
	男性	909	47.6	375	41.3	62	16.5	175	46.7	42	11.2	23	6.1	24	6.4	77	20.5	7	1.9	47	12.5
	女性	780	37.6	301	38.6	50	16.6	211	70.1	6	2.0	9	3.0	21	7.0	33	11.0	0	0.0	23	7.6

出典:特定健康診査結果(マルチマーカー)

図表 89 令和4年度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) * 1		医療機関受診あり(c) * 2		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	676		315	46.6	272	86.3	43	13.7
男性	375	55.5	187	49.9	162	86.6	25	13.4
女性	301	44.5	128	42.5	110	85.9	18	14.1

* 1 軽度異常・異常判定の者

* 2 生活習慣病のレセプトを有する者

出典:特定健康診査結果(マルチマーカー)

② 心電図以外からの把握

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

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム、または 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 89)

冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標(図表 90)をみると、LDL コレステロール 160mg/dl 以上 179mg/dl 未満が 309 人、180mg/dl 以上が 196 人となっています。すでに冠動脈疾患またはアテローム血栓性脳梗塞の既往がある二次予防該当者については、LDL コレステロール 160mg/dl 以上 179mg/dl 未満が 20 人、180mg/dl 以上が 6 人おり、管理目標値を達成できていない者がいます。

年代別にみると 60 代が 206 人と最も多い状況にありますが、40 代で 18 人、50 代で 25 人が高リスクに該当しており、さらに 40 代で 1 人、50 代で 4 人が二次予防に該当しています。

若い頃より LDL コレステロールが基準値を超えている場合でも、生活習慣の是正が難しい場合や、未治療の為、危険因子を抱えたまま年齢を重ね動脈硬化性疾患発症リスクが上昇している現状があります。特に、予防効果の高い年齢の若い順、重症化リスクの高い二次予防該当者に対して個別に保健指導を実施します。名護市においての介入方法は以下のとおりとします。

優先順位

【受診勧奨】

重症化するリスクの高い医療機関未受診者のうち、以下に該当する者は速やかにかかりつけ医、または循環器科、内科への受診勧奨を行う。

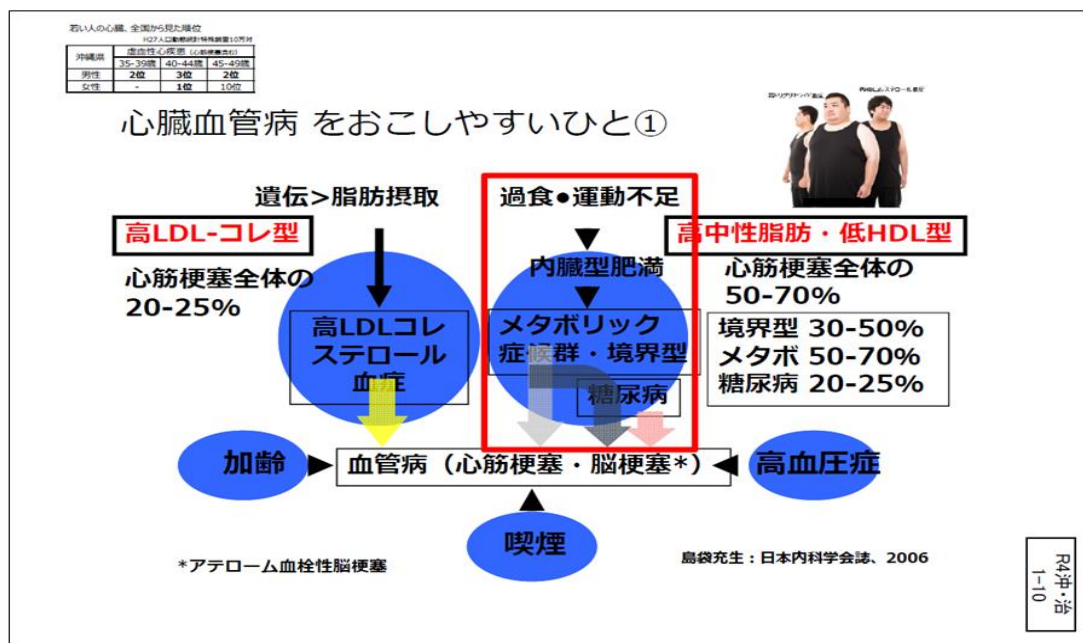
① 心電図検査からの把握

・異常 Q 波・ST-T 変化等の所見がある者・・・43 人(図表 88)

② 心電図以外からの把握

・LDL コレステロール 180mg/dl 以上の者・・・196 人(図表 90)

図表 90 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 89 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78)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ^o(図表 90)

図表 91 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)

				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
管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			1,726	687	534	309	196	79	89	206	131
				39.8%	30.9%	17.9%	11.4%	15.6%	17.6%	40.8%	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)	280	124	83	47	26	40	33	0	0
			16.2%	18.0%	15.5%	15.2%	13.3%	50.6%	37.1%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	610	241	178	120	71	20	27	96	48
			35.3%	35.1%	33.3%	38.8%	36.2%	25.3%	30.3%	46.6%	36.6%
	高リスク	120未満 (150未満)	737	280	242	122	93	18	25	98	74
			42.7%	40.8%	45.3%	39.5%	47.4%	22.8%	28.1%	47.6%	56.5%
再掲		100未満 (130未満) ※1	65	21	22	8	14	4	6	7	5
			3.8%	3.1%	4.1%	2.6%	7.1%	5.1%	6.7%	3.4%	3.8%
二次予防 生活習慣の是正と共に 薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	99	42	31	20	6	1	4	12	9
			5.7%	6.1%	5.8%	6.5%	3.1%	1.3%	4.5%	5.8%	6.9%

※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。

3) 保健指導の実施

(1) 虚血性心疾患予防のための医療機関受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の発症には、肥満、糖尿病、高血圧、脂質異常症、喫煙等の生活習慣が強く関係しており、生活習慣の改善や早期の治療により一定の予防が可能な疾病となっています。保健指導の際には、久山町研究による動脈硬化性疾患発症予測スコア(図 92)を用いて、対象者と動脈硬化性疾患発症リスクと管理目標値の確認を行い、適切な生活習慣を継続することで虚血性心疾患の予防に取り組みます。

健診で心電図所見や血液検査の数値が受診勧奨判定値に該当している対象者へは、健診結果の説明や医療機関への受診勧奨を行うことで、精密検査や治療に繋がれるよう努めます。

特に高 LDL コレステロール血症の場合には遺伝的な要因も強く、食事や運動等の生活習慣の改善ではコントロールが難しい場合も少なくないことを念頭に置き、精密検査や治療開始の必要性を理解してもらえよう保健指導を実施します。

また、医療機関への受診勧奨だけでなく受診後の状況(定期通院・内服状況等)について確認し、治療継続の必要性を伝えることで治療中断を防いでいきます。治療開始後や医療機関通院中の場合でも、虚血性心疾患の発症リスクとなる要因がある場合には、生活習慣の改善に向け保健指導を継続していきます。

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者において、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え介入していく必要があり、対象者へは二次健診として実施していきます。

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2023 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、名護市では頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚)が用いられています。

具体的な取り組みとして、65 歳未満の危険因子(肥満・高血圧・高血糖・脂質異常・喫煙)がある者に頸動脈エコー検査を勧め、動脈硬化の進行度(内中膜厚・プラーク厚及びプラーク性状・狭窄度)を確認できる機会を提供します。結果に基づき早期に介入を行うことで虚血性心疾患の発症予防に努めます。

図表 92 久山町研究による動脈硬化性疾患発症予測スコア(R4 沖・治 1-18)

R4:沖・治
1-18

「動脈硬化性疾患」の発症リスクを確認しましょう。

- 冠動脈疾患又はアテローム血栓性脳梗塞がある場合。⇒「二次予防」
 - 糖尿病、慢性腎臓病、末梢動脈疾患がある場合。⇒「高リスク」
- 1及び2がない場合、動脈硬化性疾患発症リスクの計算を行います。

(A)
(B)
(C)

3. 動脈硬化性疾患の発症リスク

1. あなたのデータで、①～⑥のポイントを計算してみましょう。

①性別	ポイント	④血清LDLコレステロール	ポイント
女性	0	<120mg/dl	0
男性	7	120～139mg/dl	1
		140～159mg/dl	2
		160mg/dl～	3
②収縮期血圧	ポイント	⑤血清HDLコレステロール	ポイント
<120mmHg	0	60mg/dl～	0
120～129mmHg	1	40～59mg/dl	1
130～139mmHg	2	<40mg/dl	2
140～159mmHg	3		
160mmHg～	4		
③糖代謝異常(糖尿病は含まない)		⑥喫煙(現在)	ポイント
なし	0	なし	0
あり	1	あり	2
①～⑥のポイント合計		点	

2. 合計点数と年齢から

10年間の動脈硬化性疾患発症確率と、リスク分類を確認しましょう。

久山町研究による 動脈硬化性疾患発症予測スコア				10年間の動脈硬化性 疾患発症確率	分類
40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳		
0～12	0～7	0～1	—	2%未満	低リスク
13～18	8～13	2～7	0～2	2%～5%未満	中リスク
19以上	14～18	8～12	3～7	5%～10%未満	
—	19以上	13～17	8～12	10%～20%未満	高リスク
	—	18以上	13以上	20%以上	

参考 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

図表 93 令和 4 年度版 なぜ治療が必要なのかを学習するための教材(沖縄県ヘルスアップ支援事業)

令和 4 年度版 なぜ治療が必要なのかを学習するための教材（青本）	
4	4 血圧と心臓の関係 R4沖・治4-01 フロー 心電図からみた保健指導対象者の判断 R4沖・治4-02 資料A-1 心電図所見一覧 R4沖・治4-03 資料A-2 私の心電図があらわすもの R4沖・治4-04 資料A-3 心電図検査は最も簡単に心臓の様子を見ることができる検査です！ R4沖・治4-05 資料B-1 STが出た R4沖・治4-06 資料B-2 症状の判断 R4沖・治4-07 資料C 左室肥大 R4沖・治4-08 資料D-1不整脈 このくらいなら大丈夫って言われたけど本当に大丈夫なの R4沖・治4-10 資料E 虚血の検査 R4沖・治4-11 資料F 虚血の治療 R4沖・治4-12 資料G-1 事例から学ぶ 肥満糖中性血圧LDL R4沖・治4-13 資料G-2 健診データをみましょう R4沖・治4-14 資料G-3 管理目標（ガイドライン追加） R4沖・治4-15 資料G-4 肥満と心臓 R4沖・治4-16 保健師・栄養士用_心臓を理解する R4沖・治6-10 心電図 精密検査のお願い

4) 医療との連携

医療との連携については、異常 Q 波や ST-T 変化等の所見が出ている者に、必要に応じて沖縄県国保連合会保健事業支援・評価委員会より示された「心電図 精密検査のお願い」を発行します。医療機関からの返書にて治療方針や指導内容を確認し、今後の保健指導に活かしていきます。

また、医療機関訪問にて心電図検査の実施基準を周知し、個別健診においての心電図実施率の向上を図ります。

5) 評価

評価についてはアウトプット評価を2～3ヶ月に1回行い、アウトカム評価を年1回行います。

(1)アウトプット評価

- ①. 保健指導実施率
- ②. 医療機関未受診者に対する受診勧奨実施率
- ③. 頸動脈エコー検査の実施者数
- ④. 心電図実施率
- ⑤. 「心電図精密検査のお願い」の発行数

(2)アウトカム評価

①短期的評価

ア. 医療機関未受診者の医療機関受診率

イ. 保健指導介入前後の検査値の変化

ウ. 心電図有所見率

②中長期的評価

ア. 虚血性心疾患の総医療費に占める割合

(図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移 参照)

6) 実施期間及びスケジュール

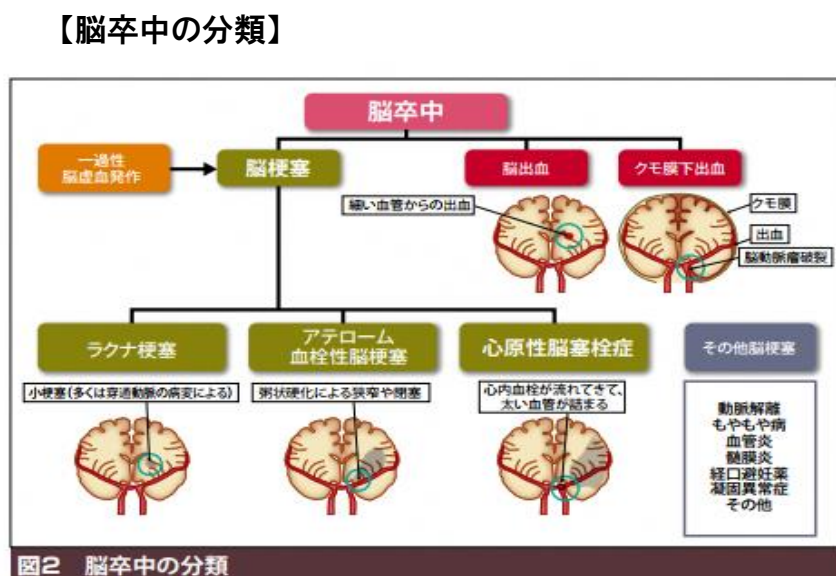
	実施すること	進捗管理や評価
4月	【事業の方向性の決定】 ・対象者の選定基準の決定	
5月	【保健指導】 ・特定健診結果が届き次第、対象者へ介入開始	
6月	【医療との連携】 ・医療機関訪問（健康課題と取り組み状況の共有、保健指導・個別健診における心電図実施率向上への協力依頼）	【前年度評価・事業改善】 ・アウトプット、アウトカム評価・課題整理及び今年度事業計画作成（ヘルスアップ）
7月		【糖尿病・高血圧管理台帳】 管理台帳より各地区の対象者の実態把握（対象者数やよりリスクの高い者の把握）
8月	【保健指導】 ・管理台帳より健診未受診者への訪問	
9月		
10月		【保健指導】 ・保健指導対象者への介入状況進捗確認
11月		
12月	【糖尿病・高血圧管理台帳】 ・今年度未受診者への受診勧奨	【保健指導】 ・二次健診（頸部エコー検査）実施状況、「心電図精密検査のお願い」の発行状況の確認 【糖尿病・高血圧管理台帳】 ・台帳から未治療者や健診未受診者への介入状況の確認
1月		【保健指導】 ・保健指導対象者への介入状況進捗確認
2月		【進捗管理】 ・保健指導介入率（実施日時点）
3月		【事業の方向性の検討】 ・事業の進め方及び対象者の選定基準の検討

4. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては、脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 94、95)

図表 94 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 95 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

名護市では令和4年度において、中長期目標である脳血管疾患の医療費が総医療費に占める割合は、平成30年度より0.46ポイント伸びており、同規模、県よりも高くなっています。(図表17)

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96でみると、高血圧治療者4,996人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が994人(19.9%・O)でした。

健診結果をみると、Ⅱ度高血圧の人が治療中122人、未治療123人であり、Ⅲ度高血圧の人が治療中19人、未治療29人であり、未治療者が半数いることが分かりました。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度高血圧が122人、Ⅲ度高血圧が19人の合計141人(19.9%)いることが分かりました。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。

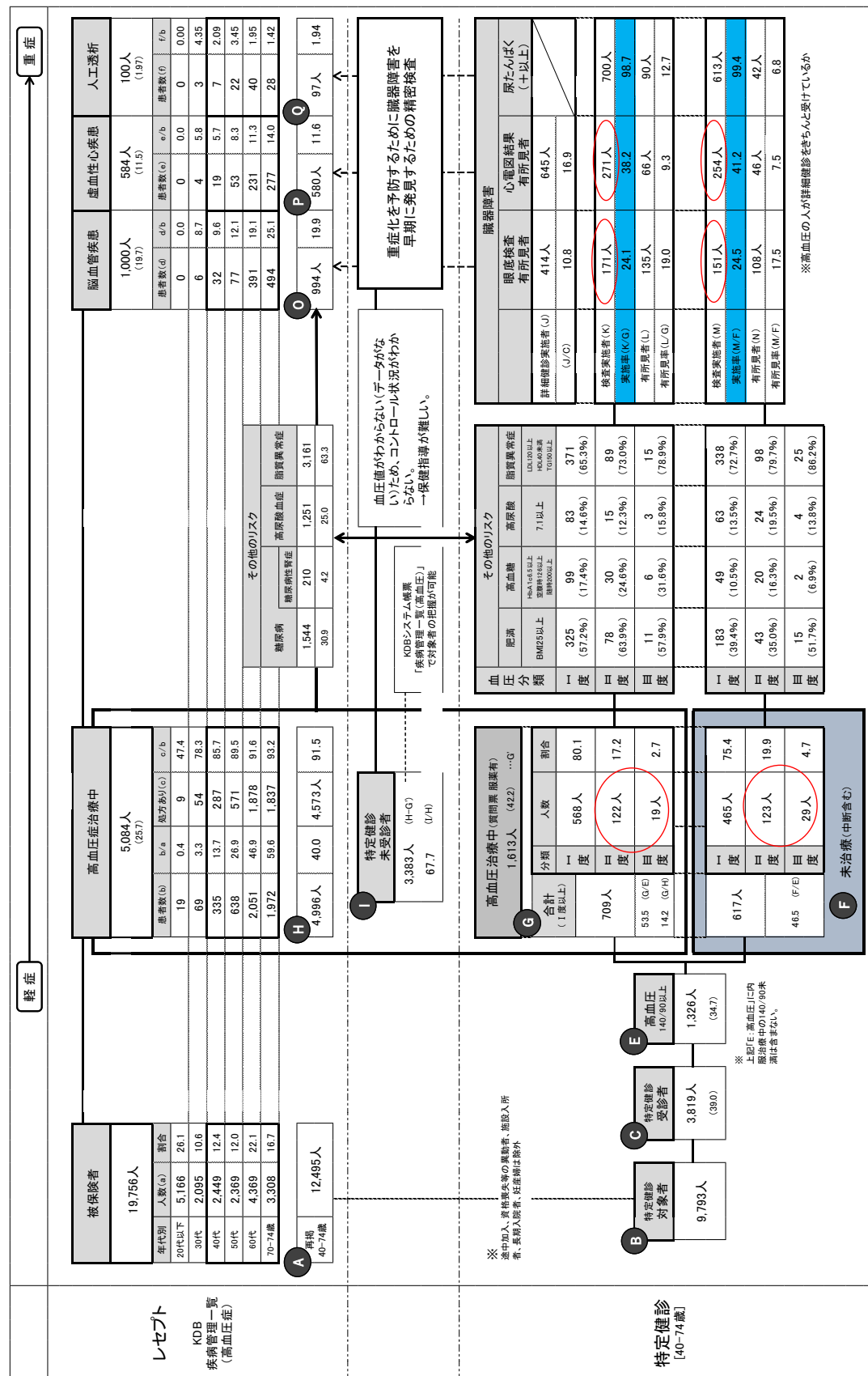
臓器障害を早期に発見するための詳細健診(心電図・眼底)の対象は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから、1326人(34.7%・E)は、検査を実施する必要があります。しかし、眼底検査は高血圧治療中が171人、未治療151人しか実施していない状況です。心電図検査も、高血圧治療中271人、未治療254人しか実施しておらず、リスクの高い人に重症化予防の検査が出来ていない現状です。

名護市の眼底有所見状況を見ると、軽度異常と出ている者のうち、5～6割の者が血圧Ⅰ度以上(140/90mmHg以上)であることが分かります。(図表98)また、シェイエ分類においてH2,S1-2が29人います。図表99を見ると、血圧・脂質・糖のいずれかの治療者が22人、未治療者が7人います。未治療者のうち、全く医療機関にかかっていない者も4人います。

図表 96 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



※レセプト情報は、該当年度に最終が係る患者の科上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、KDB帳票「介入支援対象者一覧(療養・重症化予防)」から集計

図表 97 集団健診における眼底検査実施率

集団健診		
受診者	眼底検査受診者	
2,319	1,045	45.1%

出典: 特定健康診査データ(マルチマーカー)

図表 98 眼底検査の有所見状況

シェイ分類判定あり									
				所見なし		軽度異常 (高血圧又は動脈硬化による変化あり)			
				H0S0		H1,S0~1		H2,S1~2	
				324	B	572	C	29	D
925				A					
				35.0%	B/A	61.8%	C/A	3.1%	D/A
再掲)	血圧1度以上 (140/90以上)	407	E	98	F	291	J	18	H
		44.0%	E/A	30.2%	F/B	50.9%	J/C	62.1%	H/D

出典: 特定健康診査データ(マルチマーカー)

図表 99 H2,S1~2 の方の状況

			医療受診状況
H2,S1~2		29	26
血圧・糖・脂質 いずれか治療中	人数	22	
	率	75.9%	
未治療者	人数	7	4
	率	24.1%	57.1%

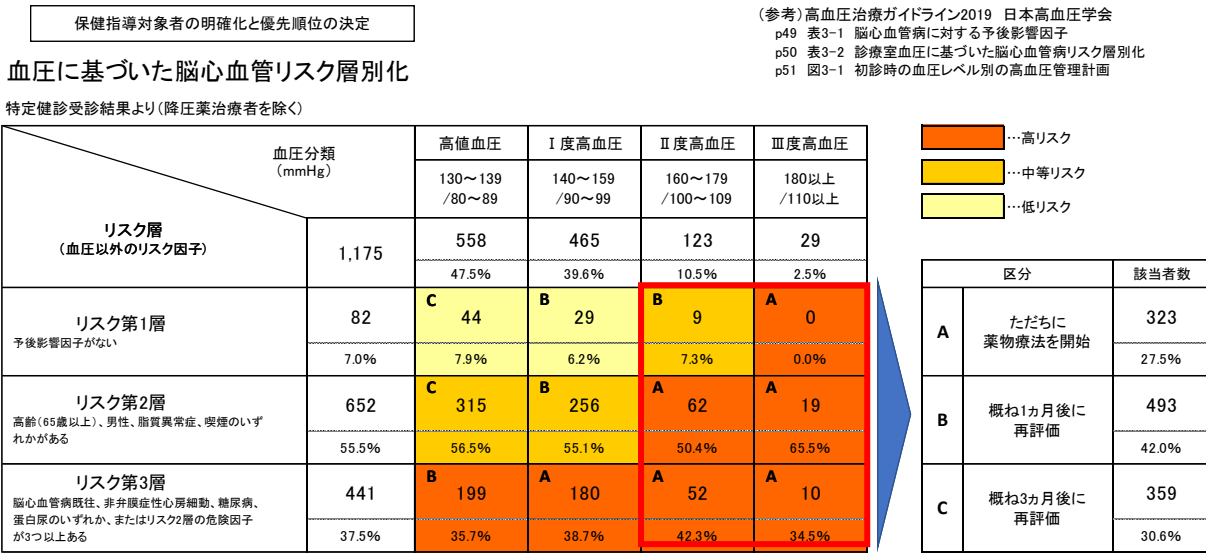
出典: 特定健康診査データ・KDBシステム

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

図表 100 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度



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

出典・参照：特定健診等データ管理システム

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です。

優先順位 1

【医療機関未受診者】

重症化するリスクの高い医療機関未受診者のうち以下に該当する者

・II 度高血圧 123 人、III 度高血圧 29 人…152 人（図表 100）

その他リスクの重なりを見ながら、受診勧奨をより積極的に行います。

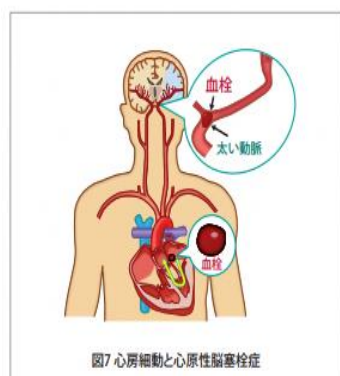
優先順位 2

【治療中コントロール不良者】

降圧薬治療中の者のうち、血圧 II 度以上（血圧 II 度 122 人・III 度 19 人）の者…141 人（図表 96）

医療機関と連携し保健指導を行います。

(3)心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる確率が高くなります。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 101)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 101 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	1,825	1,994	333	18.2%	312	15.6%	7	2.1%	0	0.0%	--	--
40代	258	210	32	12.4%	14	6.7%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	264	253	46	17.4%	32	12.6%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	672	771	133	19.8%	125	16.2%	2	1.5%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	631	760	122	19.3%	141	18.6%	5	4.1%	0	0.0%	3.4%	1.1%

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

出典・参照:特定健診等データ管理システム

図表 102 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	
人数	人数	割合	人数	割合
7	1	14.3%	6	85.7%

出典:名護市調べ(R4 年度特定健診データより)

心電図検査において7人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心電図有所見者7人のうち6人は既に治療が開始されましたが、1人は未治療でした。(図表 101、102)

過去6年間の健診で1度でも心房細動の所見があった方を台帳へと整理し、受診勧奨を行っています。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります。そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも、心電図検査の実施率向上が望まれます。

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。以前より治療中・未治療ともにⅡ度高血圧の人へ保健指導を行っており、令和3年度からは健診会場や保健指導の場面で、高血圧の人へ血圧記録手帳を配布しています。

① 医療機関未受診者

ア. 訪問し、血圧に対する本人の認識を確認する。

イ. 血圧記録手帳を活用し、自分の位置の確認、治療の進め方の確認をし、医療機関受診勧奨をする。

ウ. 家庭血圧測定をすすめる。

エ. 家庭血圧記録、医療機関受診状況を確認する。

オ. 治療継続できているか or 医療機関受診したかを確認する。

高血圧の者(特に血圧Ⅱ度以上の者)に医療機関への受診勧奨を行い、その後、受診に繋がったか等、継続支援を行います。

② 治療中コントロール不良者

ア. 訪問し、血圧に対する本人の認識を確認する。

イ. 血圧記録手帳を活用し、自分の位置、家庭での降圧目標を確認する。

ウ. 服薬状況と家庭血圧記録を確認する。

エ. 医療機関受診時に血圧記録手帳を持参し、医師と確認してもらう。

③ 高血圧管理台帳該当者

過去の健診受診歴なども踏まえ、過去6年間の健診で1度でもⅡ度高血圧以上に該当した者を対象に、高血圧管理台帳を作成します。高血圧管理台帳にて健診結果の経過や服薬状況を確認し、中断者やコントロール不良者へ受診勧奨を行います。また、家庭血圧測定と記録を促していきます。

④ 心房細動管理台帳該当者

過去6年間の健診で1度でも心房細動の所見があつた者を心房細動管理台帳でリスト化し、医療機関への継続的な受診ができるように経過を把握し、未受診や治療中断の場合は受診勧奨を行います。

(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実施していきます。

「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、名護市では 65 歳未満でリスクの重なりがある方を対象に、頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚)を促していきます。また、その結果をもとに、受診勧奨やリスクに応じた保健指導を行います。

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て血圧記録手帳を活用し、医師がスムーズに治療を開始できるように保健指導を実施していきます。心房細動の所見が出て未治療の者に対し、必要に応じて沖縄県国保連合会保健事業支援・評価委員会より示された「心電図 精密検査のお願い」を活用し、医療機関受診勧奨を行います。また、医療機関訪問にて名護市の高血圧等の現状の共有と、心電図検査(詳細健診)の実施基準を周知し、個別健診においての実施率の向上を図ります。

5) 評価

評価についてはアウトプット評価を2～3ヶ月に1回行い、アウトカム評価を年1回行います。

(1)アウトプット

- ①医療機関未受診者に対する受診勧奨実施率
- ②保健指導対象者に対する保健指導実施率
- ③「心電図精密検査のお願い」の発行数

(2)アウトカム

- ①短期的評価
 - ア. 医療機関未受診者の医療機関受診率
 - イ. 保健指導介入前後の検査値の変化を比較
- ②中長期的評価
 - ア. 脳血管疾患の総医療費に占める割合

6) 実施期間及びスケジュール

	実施すること	進捗管理や評価
4月	【事業の方向性の決定】 ・対象者の選定基準の決定	
5月	【保健指導】 ・特定健診結果が届き次第、対象者へ介入開始	
6月	【医療との連携】 ・医療機関訪問（保健指導への協力依頼）	【前年度評価・事業改善】 ・アウトプット、アウトカム評価・課題整理及び今年度事業計画作成（ヘルスアップ）
7月	【糖尿病・高血圧管理台帳】 ・高血圧管理台帳の作成及び地区担当保健師へ管理台帳の使用方法的説明 【保健指導】 ・対象者への介入	【糖尿病・高血圧管理台帳】 ・管理台帳より各地区の対象者の実態把握（対象者数やよりリスクの高い者の把握）
8月		
9月		【糖尿病・高血圧管理台帳】 ・各地区の対象者の実態把握（進捗確認）
10月		
11月		
12月	【糖尿病・高血圧管理台帳】 ・今年度未受診者への受診勧奨	【保健指導】 ・二次健診（頸動脈エコー検査）の実施状況把握 ・「心電図精密検査のお願い」の発行状況把握
1月		
2月		【進捗管理】 ・保健指導介入率（実施日時点）
3月	【普及・啓発】 ・心房細動週間（3/9～3/15）	【事業の方向性の検討】 ・事業の進め方及び対象者の選定基準の検討

5. CKD(慢性腎臓病)重症化予防

1) 基本的な考え方

CKD は、1つの病気の名前ではなく、腎臓の働きが徐々に低下していくさまざまな腎臓病の総称です。腎臓は、年齢とともにその機能が低下するため、高齢化が進むと CKD と診断される患者が増加していきます。CKD を治療せずに放置したままにしておくと、人工透析が必要になる末期腎不全に至ることもあります。

さらに、CKD は末期腎不全の危険因子だけでなく、脳卒中や心筋梗塞などの心血管疾患の強い危険因子であることが分かってきました。つまり、CKD は腎臓だけの問題ではなく、全身の血管系の問題として捉えることが必要になってきました。

一方で、CKD は医療の進歩により、生活習慣の改善や早期から適切な治療を受けることで、発症や末期腎不全への進行を減らすことができる疾患です。

なお、取組についてはエビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2023 年度版、生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言などのガイドライン等に基づいて進めていきます。

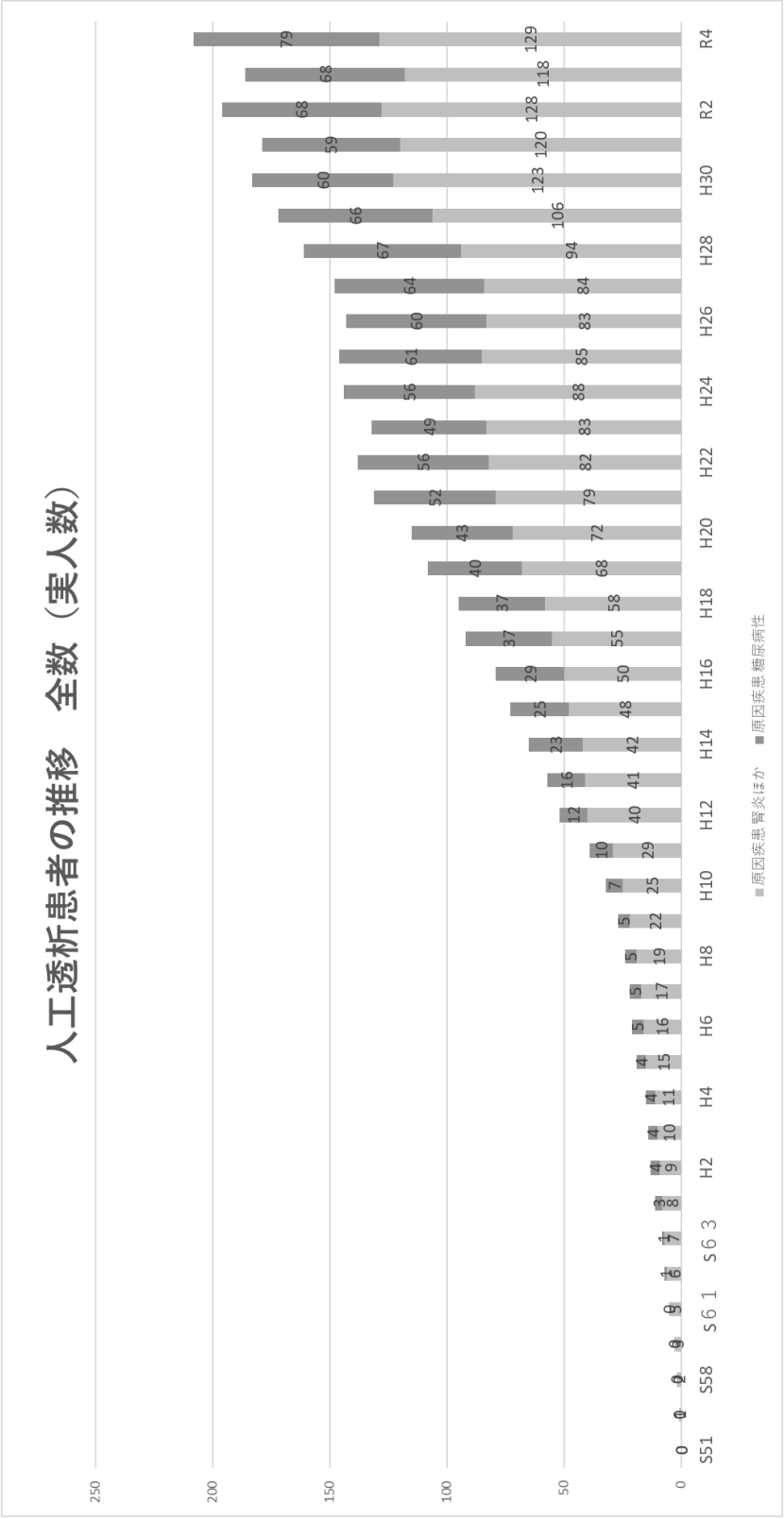
2) CKD の現状

(1) 名護市における人工透析患者の推移

名護市の人工透析患者数は増加傾向にあります。内訳として、糖尿病性腎症を発症要因とする患者割合は、平成 27 年度 43.2%から、令和 4 年度は 38%と減少傾向にありました(図表 103)。

全国的に高血圧症等を発症要因とする腎硬化症からの透析導入が増加しており、今後、高齢化の進行に相まり、腎硬化症からの透析導入者は増加していくと考えられます。年々、全国でこのような現状にあり、名護市においても人工透析導入の原因疾患について経年的にみていく必要があります。

図表103 名護市の人工透析患者の推移



年度	S51	S53	S58	S59	S61	S62	S63	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4		
	腎炎ほか	0	1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	15	16	17	19	22	25	29	40	41	42	48	50	55	58	68	72	79	82	83	88	85	83	84	94	106	123	120	128	118	129	
		原因疾患	人数	0	0	0	0	0	1	3	4	4	4	5	5	5	5	7	10	12	16	23	25	29	37	40	43	52	56	49	56	61	60	64	67	66	60	59	68	68	79		
原因疾患	割合 (%)	0	0	0	0	0	0	14.3	12.5	27.3	30.8	28.6	26.7	21.1	23.8	22.7	20.8	18.5	21.9	25.6	23.1	28.1	35.4	34.2	36.7	40.2	38.9	37.0	37.4	39.7	40.6	37.1	38.9	41.8	42.0	43.2	41.6	38.4	32.8	33.0	34.7	35.6	38.0
	合計	0	1	2	3	5	7	8	11	13	14	15	19	21	22	24	27	32	39	52	57	65	73	79	92	95	108	115	131	138	132	144	146	143	148	161	172	183	179	196	191	208	

出典: 名護市厚生医療

(2)CKD 重症度分類に基づく実態把握

特定健康診査受診者のうち、腎専門医紹介基準対象者が 476 人(12.6%)で、その中でも特に重症化リスクの高い者が 129 人(3.4%)います。(図表104)

年齢別に見ると 40.50 代は 66 人、60 代は 154 人、70～74 歳は 187 人と、年齢が上がるにつれて該当者数が多くなることがわかります。(図表 105)

さらに、図表 104、105 の者を詳しく分析すると(図表 106、107)、治療なし 40・50 代のうち CKD 重症度分類よりリスクの高い赤グループへ該当する 6 人を見ると、2 人は自己免疫疾患や悪性腫瘍にて治療中でした。また、過去に腹囲や BMI にて肥満該当する者が 4 人おり、その 4 人は全員が高血圧と脂質異常を合併し、3 人は高尿酸血症、1 人は糖尿病がありました。BMI はそれほど高くはないものの、過去の肥満歴などによる内臓脂肪蓄積がインスリン抵抗性を引き起こし、それによる病態(高血圧、脂質異常、糖尿病、高尿酸血症)を複数持ち合わせている状態にある者が、腎機能低下リスクの高い者であることわかります。(図表 106)

治療中 40・50 代のうち CKD 重症度分類よりリスクの高い赤グループへ該当する 8 人中、既に 3 人は透析を開始していました。また、8 人中 7 人は肥満があり、糖尿病よりも高血圧や脂質異常症を合併している者が多いことがわかりました。(図表 107)

このことから、名護市では糖尿病を原因疾患とする CKD 該当者よりも肥満や高血圧に関連した CKD 該当者が多いことがわかります。

図表104 CKD 重症度分類

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
尿蛋白区分 GFR区分 (ml/分/1.73m ²)				A1	A2		A3
				(－)	(±)	【再掲】 尿潜血＋以上	(＋)以上
尿検査・GFR 共に実施 3,769 人	3,162 人	325 人	69 人	282 人			
			83.9%	8.6%	21.2%	7.5%	
G1	正常 または高値	90以上	376 人	319 人	35 人	5 人	22 人
			10.0%	8.5%	0.9%	14.3%	0.6%
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	2,597 人	2,244 人	212 人	47 人	141 人
			68.9%	59.5%	5.6%	22.2%	3.7%
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	696 人	552 人	71 人	17 人	73 人
			18.5%	14.6%	1.9%	23.9%	1.9%
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	76 人	44 人	6 人	0 人	26 人
			2.0%	1.2%	0.2%	0.0%	0.7%
G4	高度低下	15-30 未満	20 人	3 人	1 人	0 人	16 人
			0.5%	0.1%	0.0%	0.0%	0.4%
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	4 人	0 人	0 人	0 人	4 人
			0.1%	0.0%	0.0%	—	0.1%

腎専門医紹介基準対象者・・・476人(12.6%)

特に重症化リスクの高い者・・・129人(3.4%)

出典：特定健診等データ管理システム

図表 105 CKD 該当者を年代別にみると

CKD該当者を年代別にみると(CKD重症度分類別)

		総数	40代	50代	60代	70-74歳
重症度分類 実施者数 3,769人	①グループ 重症度分類:赤	129人 3.4%	① 5人 3.9%	9人 7.0%	② 50人 38.8%	③ 65人 50.4%
	②グループ 重症度分類:オレンジ	278人 7.4%	23人 8.3%	29人 10.4%	104人 37.4%	122人 43.9%
	③グループ 重症度分類:黄色	799人 21.2%	35人 4.4%	63人 7.9%	327人 40.9%	374人 46.8%
	④グループ 重症度分類:緑	2,563人 68.0%	391人 15.3%	408人 15.9%	943人 36.8%	821人 32.0%

①40・50代・・・66人 ②60代・・・154人 ③70～74歳・・・187人

出典：特定健診等データ管理システム

図表 106 治療なし 40.50代 CKD 重症度分類:赤グループ

	年齢	性別	CKDステージ	健診結果より						その他
				BMI	過去の肥満	高血圧	脂質異常	糖尿病	高尿酸	
1	40代	男	G3aA3	26	○	○	○		○	
2	40代	男	G3aA3	26	○	○	○		○	
3	40代	男	G4A3	17		○				自己免疫疾患治療中
4	50代	男	G4A2	19						悪性腫瘍治療中
5	50代	男	G3aA3	23	腹囲のみ○	○	○		○	
6	50代	女	G3aA3	24	○	○	○	○		
計				2人	④ 4人	⑤ 5人	④ 4人	1人	3人	

出典：名護市特定健診結果

図表 107 治療中 40.50代 CKD 重症度分類:赤グループ

	年齢	性別	CKDステージ	透析導入	肥満 (BMI25以上)	高度肥満	高血圧	脂質異常	糖尿病	心疾患	その他
1	40代	女	G3aA3		29			○			腎嚢胞
2	40代	男	末期腎不全	○	33	○ (過去)	○	○	○		
3	50代	女	G3bA2		31		○	○	○	○	統合失調症
4	50代	男	G3aA3		36	○	○	○			
5	50代	男	G3aA3		28		○	○			
6	50代	女	末期腎不全	○	なし		○	○			
7	50代	男	末期腎不全	○	29		○			○	
8	50代	男	末期腎不全		26		○	○	○	○	
計				3人	⑦ 7人	2人	⑦ 7人	⑦ 7人	3人	3人	

出典：名護市特定健診結果・KDBシステム

優先順位1

【受診勧奨】

重症化するリスクの高い、医療機関未受診者のうち以下に該当する者(図表 109)

- ①腎機能が中等度～高度低下している者及び軽度～中等度低下で高度尿蛋白のある者・・・28 人
- ②腎機能が軽度～中等度低下し軽度尿蛋白のある者及び腎機能は正常または軽度低下であるが高度尿蛋白のある者・・・73 人

個別保健指導にて北部地域 CKD 連携パスを活用し、医療機関の受診勧奨を行います。特に①の対象者に関しては、重症化のリスクも高いため、かかりつけ医がいない場合には腎専門医への受診勧奨を基本とします。また②の対象者に関して、まずはかかりつけ医への受診勧奨を行い、必要に応じて腎専門医と連携していきます。

優先順位2

【保健指導】

血圧・血糖・脂質のいずれかで治療中の者のうち以下に該当する者(図表 110)

- ①腎機能が中等度～高度低下し尿蛋白が出ている者及び高度低下の者・・・46 人
- ②軽度～中等度低下で高度尿蛋白のある者・・・60 人

特に肥満を有する者や血圧・血糖のコントロール不良者へ優先的に個別保健指導を実施し、かかりつけ医との連携には北部地域 CKD 連携パスを活用していきます。また、必要な者へはかかりつけ医を介して腎専門医を紹介する、2人主治医制を案内していきます。

図表 109 CKD 重症度分類(治療なし)

治療なし				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
				原蛋白区分		A1	A2	A3
				GFR区分 (ml/分/1.73m ²)		(-)	(±)	(+)以上
				原検査・GFR 共に実施 1,725		1,556 人	106 人	23 人
						90.2%	6.1%	21.7%
						177 人	10 人	2 人
						11.4%	10.3%	0.6%
						1,250 人	1,141 人	73 人
						72.5%	66.1%	4.2%
						264 人	229 人	22 人
						15.3%	13.3%	1.3%
						13 人	9 人	0 人
						0.8%	0.5%	0.0%
						0 人	0 人	1 人
						0.1%	0.0%	0.1%
						0 人	0 人	0 人
						0.0%	0.0%	0.0%

腎専門医紹介基準対象者 (①+②)・・・95人 (5.5%)

図表 110 CKD 重症度分類(治療あり)

治療あり				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
				原蛋白区分		A1	A2	A3
				GFR区分 (ml/分/1.73m ²)		(-)	(±)	(+)以上
				原検査・GFR 共に実施 2,044		1,806 人	219 人	46 人
						78.6%	10.7%	21.0%
						180 人	142 人	25 人
						8.8%	6.9%	1.2%
						1,347 人	1,103 人	139 人
						65.9%	54.0%	6.8%
						432 人	323 人	49 人
						21.1%	15.8%	2.4%
						63 人	35 人	6 人
						3.1%	1.7%	0.3%
						18 人	3 人	0 人
						0.9%	0.1%	0.0%
						4 人	0 人	0 人
						0.2%	0.0%	0.0%

腎専門医紹介基準対象者・・・319人 (15.6%)

特に重症化リスクの高い者 (①+②)・・・106人 (5.2%)

出典: 特定健診データ管理システム

4) 保健指導の実施

(1) CKD 発症予防のための保健指導

CKD の発症には、糖尿病、高血圧、脂質異常症、高尿酸血症などの生活習慣が強く関係しています。生活習慣病から発症する CKD としては、糖尿病の合併症である糖尿病性腎症や、高血圧が引き起こす腎硬化症、高尿酸血症からの痛風腎があります。また、CKD の進行に関係する生活習慣として、食塩の過剰摂取、過度の飲酒、喫煙、鎮痛薬などの常用があります。生活習慣病にこれらの習慣が重なると、CKD の発症・進行を促進します。また、メタボリックシンドロームやその予備群、肥満がある場合は、生活習慣病がなくてもその是正が CKD の発症予防に重要です。特定保健指導に該当する者は前述した CKD 発症のリスクを複数持ち合わせており、対象者に応じた保健指導を実施し、適切な生活習慣を継続することで CKD の発症予防に努めます。

(2) CKD 重症化予防のための保健指導及び医療機関受診勧奨

健診でみつかった CKD は、原疾患を含めて治療の必要性を判断するために、医療機関の受診が必要です。そのため、名護市において腎専門医紹介基準対象者について、医療機関未受診者は北部地域 CKD 連携パスを活用し、腎専門医へ受診勧奨を行います。

また、医療機関通院中であっても生活習慣病のリスク因子を考慮し、対象者に応じた保健指導を考えていきます。特に、名護市においては肥満や高血圧に関連した CKD 該当者が多いため、eGFR の低下が見られない者については「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」及び「4. 脳血管疾患重症化予防」の高血圧対策に準じて、それぞれのリスクに対する保健指導を強化します。eGFR が低下してきている者に関しては医療機関との連携がより重要になります。なお、対象者への保健指導については、CKD 診療ガイドや各種ガイドライン等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っています。

図表 111 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

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-2 腎機能の経過をみよう(GFRのグラフ)(2019.1修正)
R4沖・治5-02	腎-3 年齢による G F R の低下速度__2018.10改定
R4沖・治5-03	腎-4 C K D 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	血圧-14 血圧が高いと腎臓は
R4沖・治5-05	肥満や糖尿病になると腎臓では何が起こるのでしょうか
R4沖・治5-06	重症化-16_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	腎-7 尿検査、eGFRに異常が出た方へ
R4沖・治5-08	腎-8 腎臓の働きと健診結果-重症化-15
R4沖・治5-09	腎-9 進行を遅らせるための目標値
R4沖・治5-10	腎-11 治療や食事の改善で腎機能の改善も期待できます(2013.2.5修正)
R4沖・治5-11	Aさん_治療開始 食事の改善で腎機能も改善
R4沖・治5-12	Bさん_治療継続 食事の改善で腎機能も改善

(4) 二次健診を活用した重症化予防対策

特定健康診査では、尿蛋白定性検査のみの実施のため、可逆的な尿蛋白区分 A2(±)を逃す恐れがあります。名護市では CKD 重症化ハイリスク者の増加抑制のため、早期に腎臓の細い血管が傷んでいないかを把握することのできる、微量アルブミン尿検査を二次健診にて実施しており、尿蛋白定性(±)の者のうち、65 歳未満で医療機関へ通院していない者へ微量アルブミン尿検査を促し、結果に応じた保健指導・医療機関受診勧奨を実施します。

また、二次健診のみでは多くの対象者への実施が難しいため、集団健診における微量アルブミン尿検査の実施について検討していきます。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者を医療機関につなぐ場合、北部地域 CKD 連携パスを活用します。連携パスを発行すべき対象者を明確にし、健診受診後は保健指導の介入ができているか、連携パスを発行して医療機関へ繋げることができたか等、進捗確認を行います。

(2) 治療中の者への対応

治療中で腎専門医紹介基準に該当する者は、かかりつけ医へ CKD 連携パスを活用し、腎専門医への受診について打診します(2人主治医制の案内)。また、腎専門医紹介基準でなくとも、腎機能を低下させるリスク因子(肥満・高血圧・高血糖・脂質異常等)がある場合には CKD 連携パスを活用し、対象者の検査データの把握や保健指導への助言をもらいます。具体的には、かかりつけ医もしくは腎専門医から栄養指示を受け、それをもとに管理栄養士により、適正エネルギー摂取量を維持しながらタンパク質摂取量を抑制することや、食塩を 6g/日未満へ制限する等の栄養指導を実施します。

(3) 医療機関からの栄養指導依頼への対応

医療機関においては、管理栄養士等の栄養指導を行える専門職がおらず、栄養指導を実施できないとの声があることから、医療機関訪問にて「市民ほっと健康相談」について周知し、腎機能低下のリスクがあるが、栄養指導まで行うことができない市民への保健指導・栄養指導を実施します。その際は、医療機関での検査データや主治医からの栄養指示等を確認し、主治医と連携しながら行っていきます。

6) 評価

評価についてはアウトプット評価を2～3ヶ月に1回行い、アウトカム評価を年1回行います。

(1) アウトプット評価

- ① 医療機関未受診者に対する受診勧奨実施率
- ② 保健指導対象者に対する保健指導実施率
- ③ CKD連携パス発行数

(2) アウトカム評価

① 短期的評価

- ア. 医療機関未受診の医療機関受診率
- イ. 保健指導介入前後の検査値の変化
- ウ. 経年比較ツールにてCKD重症度分類人数の推移を把握

② 中長期的評価

- ア. 慢性腎不全(透析あり)の総医療費に占める割合
- イ. 新規透析者数

7)実施期間及びスケジュール

	実施すること	進捗管理や評価
4月	【事業の方向性の決定】 ・対象者の選定基準の決定	
5月	【保健指導】 ・特定健診結果が届き次第、対象者へ介入開始	
6月	【医療との連携】 ・医療機関訪問（健康課題と取り組み状況の共有と保健指導への協力依頼）	【前年度評価・事業改善】 ・アウトプット、アウトカム評価・課題整理及び今年度事業計画作成（ヘルスアップ）
7月	【糖尿病・高血圧管理台帳】 ・糖尿病・高血圧管理台帳の作成及び活用方法の共有 【保健指導】 ・集団健診にて尿蛋白定性±の者へ尿アルブミン検査の促し開始	【糖尿病・高血圧管理台帳】 管理台帳より各地区の対象者の実態把握（対象者数やよりリスクの高い者の把握）
8月	【保健指導】 ・管理台帳より健診未受診者への訪問	
9月		
10月		【保健指導】 ・保健指導対象者への介入状況進捗確認
11月		【CKD連携パス】 ・CKD連携パス対象者への発行状況の確認
12月	【糖尿病・高血圧管理台帳】 ・今年度未受診者への受診勧奨	【保健指導】 ・二次健診（尿アルブミン検査）実施状況の確認 【糖尿病・高血圧管理台帳】 ・台帳から未治療者や健診未受診者への介入状況の確認
1月		
2月		【進捗管理】 ・保健指導介入率（実施日時点）
3月	【普及・啓発】 ・世界腎臓デー（3月第2木曜日）	【事業の方向性の検討】 ・事業の進め方及び対象者の選定基準の検討

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

名護市は、令和 3 年度より沖縄県後期高齢者広域連合から事業を受託し、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和 6 年度以降も引き続き事業を行っていきます。

具体的には、

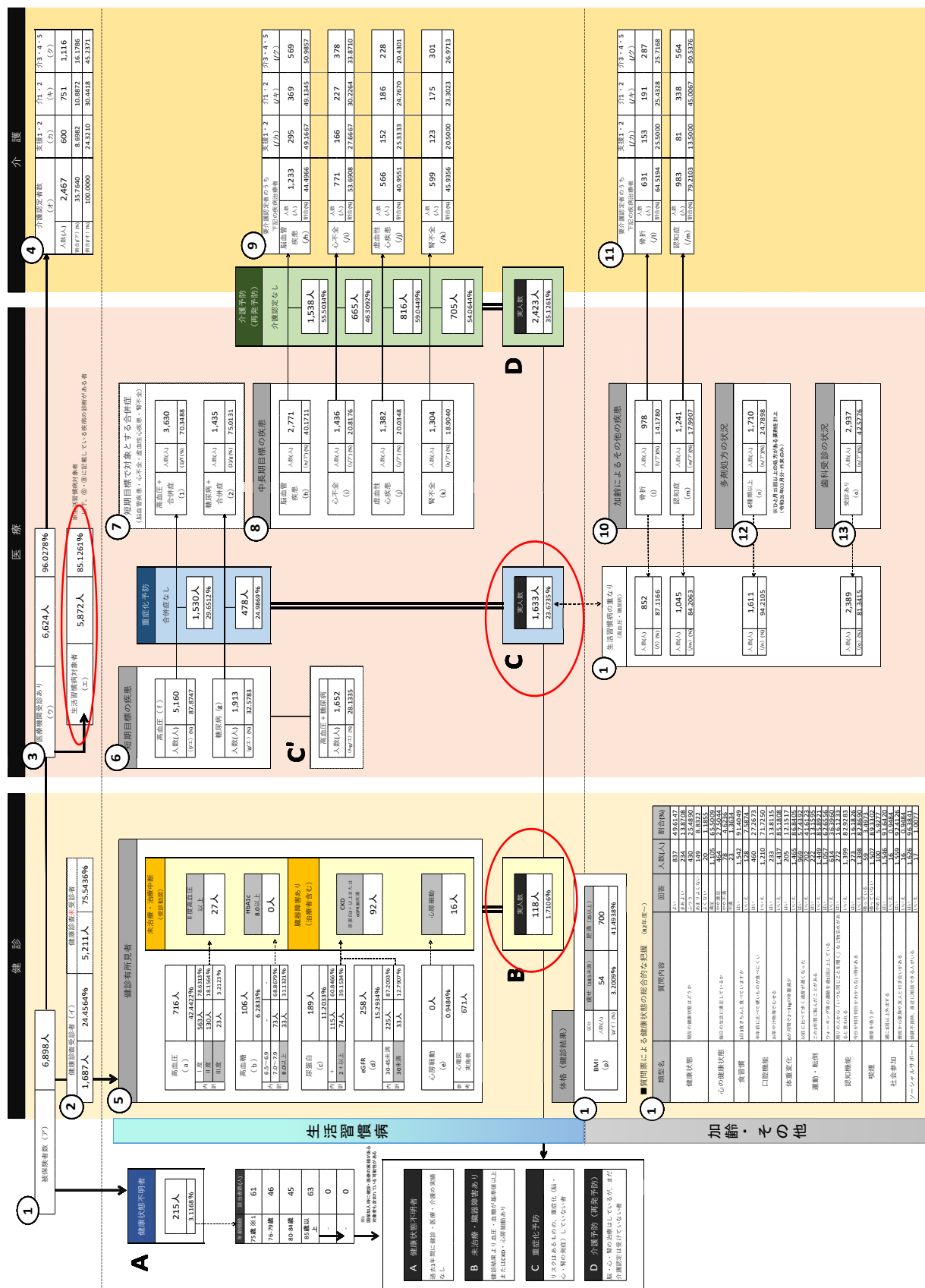
①企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

②地域を担当する看護師及び管理栄養士を配置

名護市の後期高齢者において、生活習慣病の診断がある医療機関受診者が 5,872 人(約 85%)となっており、重症化予防対象者が多い状況です。(図表 112 ③エ)75 歳を過ぎても重症化予防の支援が途切れないよう、糖尿病性腎症や脳血管疾患、CKD(慢性腎臓病)における共通のリスクとなる高血圧や高血糖等で未治療者等を抽出し、リスクの重なりや年齢等を絞って、継続的に個別支援(ハイリスクアプローチ)を効果的に実施していきます。(図表 112 B・C)また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防の健康教育や健康相談を、通いの場及び高齢者が日常的に立ち寄る機会の多い生活拠点や地域のイベント等で実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 112 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



出典・参照：保険者データヘルス支援システム

IV. 発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題です。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。名護市においては、母子保健法のもと、妊娠婦及び乳幼児へ健診を実施しデータを保有しています。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きます。(図表 113)

1) 妊娠期・産後へのアプローチ

本市において、令和 4 年度の母子手帳交付時のデータによると、妊娠前のBMI25 以上の肥満者が 16%(100 人)います。肥満者が妊娠すると、妊娠高血圧症候群や妊娠糖尿病などの妊娠合併症の発症、早産や難産、低出生体重児などのリスクが高まります。妊娠前の適正体重者を増やす取り組みについて検討していきます。

一方、非妊娠時のBMI18.5 未満のやせの者は 9.6%(60 人)おり、妊婦の痩身願望等により母体が低栄養状態にさらされ、妊婦の体重増加不良があった場合、生まれてくる児が低出生体重児になるリスクが高くなるといわれています。(DoHaD 説: 胎児期に低栄養状態にさらされた児では生活習慣病の素因がつくられ、将来的な生活習慣病の発症率が高くなるという説)

現在、母子手帳交付時に全妊婦へ、妊娠中の食事摂取量の目安と体重管理についての情報提供を実施してきました。今後も継続し、さらに効果的な栄養指導のあり方について検討していきます。

また、妊娠中に妊娠高血圧症候群や既往がある方については、そうでなかった方に比べ 5 年後の高血圧発症のリスクが5~6倍になるといわれています。妊娠糖尿病においても、10 年後の糖尿病発症リスクが7倍高くなるといわれています。

現在、妊娠中にリスクのあった方へ、産婦訪問にて産後の健康管理(2 か月後の糖負荷試験実施の案内、年に一度の健診受診や体重管理)について情報提供を実施しています。今後も継続した関わりができるよう台帳を作成し、支援体制の整備をすすめていきます。

2) 乳幼児期へのアプローチ

令和 4 年度の 3 歳児健診において、肥満度 15%以上が 4.4%(33 人)と県の3%を上回っている状況です。国の研究では、幼児期に肥満であった者の内、約6割が 12 歳時点で肥満であったという報告があります。このことから今後、幼児期の肥満対策についての検討をすすめていきます。

3) 学童期へのアプローチ

令和元年の小学 5 年生を対象にしたデータでは、本市の肥満の割合は男児 12.4%、女児 11.8%であり、全国の平均よりも上回っている状況です。学校保健委員会と現状を共有し、連携を図りながら対策について検討していきます。

図表 113 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

生活習慣病の問題を解決するためにライフサイクルで考える													基本的考え方													（ライフサイクルで、法に基づき健診項目をみてみました）													重症予防													重症化予防																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
1 根拠法													母子保健法													児童福祉法													学校保健安全法													労働安全衛生法 （学校職員は学校保健安全法）													高齢者の医療の確保に関する法律													（介護保険）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
2 計画													健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体的なものとして策定することも可能】													データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）													特定健康診査等実施計画（各保険者）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
3 年代													妊婦（胎児期）													産婦													0歳～5歳													6歳～14歳													15～18歳													29歳～39歳													40歳～64歳													65歳～74歳													75歳以上																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
4 健康診査（根拠法）													妊婦健康診査（13条）													産婦健康診査（13条）													乳幼児健康診査（第12・13条）													保育所・幼稚園健康診断													就学時健診（11・12条）													児童・生徒の定期健康診断（第1・13・14条）													定期健康診断（第66条）													労働安全衛生規則（第13・44条）													標準的な特定健診・保健指導プログラム（第2章）													後期高齢者健康診査（第125条）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
													妊娠前													妊娠中													産後1年以内													1.6歳児													3歳児													保育園 / 幼稚園児													小学校													中学校													高等学校																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
身長													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○													○												

V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組めます。生活習慣病の重症化により、医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために、個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。(図表 114、115)また、食事摂取基準に基づき、年代ごとの適正な食事摂取量について周知していきます。

具体的な方法として、毎年、集団健診開始前に公民館等訪問にて、各地区の健診受診率や健康課題等を共有し、健診受診率向上に向けての協力依頼を行います。また、集団健診会場ではパネル展示にて、広報誌や市のホームページでも健康課題や健康課題解決方法等を周知していきます。

その他にも、毎年、医療機関訪問を実施し、健診受診率や健康課題を共有し、健診受診率向上への協力依頼や保健指導への協力依頼を図ることや、小中学校に出向き、適切な生活習慣や栄養摂取等についての健康教育等を実施していきます。

図表 114 統計からみえる沖縄県の食

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

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

図表 115 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化

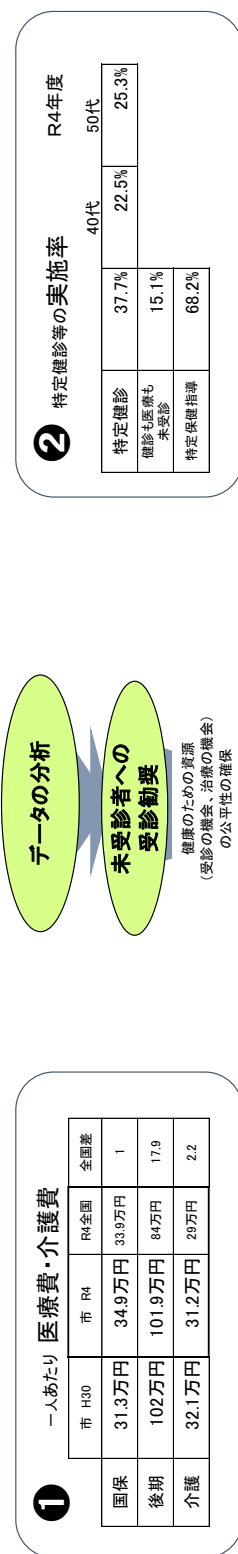
名護市の社会保障費健全化に向けて 医療費・介護費の適正化 ～名護市の位置～

名護市の実態を入れてみました

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

特定健診・特定保健指導の実施率の向上

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



○重症化が予防できる
○医療費の伸びを抑制できる

○重症化が予防できる
○死亡が回避できる

メタボリックシンドローム

メタボ該当者		40-74歳	再)	40代	50代
		28.0%	16.5%	24.0%	36.7%
再) 男性		39.1%	24.8%		

短期目標

④

高血圧

140以上		32.5%	90以上	16.6%
男性		72.7%	70.3%	29.7%
腹囲あり		27.3%		
腹囲なし				

脂質異常症

28.7%		LDL	33.2%
男性		40未満	140以上
腹囲あり		84.6%	69.1%
腹囲なし		15.4%	30.9%

2型糖尿病

正常		5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上
男性		56.1%	66.9%	75.9%	81.0%
腹囲あり		43.9%	33.1%	24.1%	19.0%
腹囲なし					

尿蛋白

尿蛋白 +以上		9.7%
男性		81.4%
腹囲あり		18.6%
腹囲なし		

⑤

中長期目標

健診受診者のうち
脳血管疾患 27.9%

総数

腹囲あり	49.0%
腹囲なし	51.0%

健診受診者のうち
虚血性心疾患 9.3%

正常		5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上
男性		27.0%	37.1%	17.1%	18.8%
腹囲あり		50.0%	61.4%	62.3%	73.1%
腹囲なし		50.0%	38.6%	37.7%	26.9%

健診受診者のうち
糖尿病性腎症 2.6%

腹囲あり	74.7%
腹囲なし	25.3%

出典・参照: 厚労省 特定健診法定報告・保険者データヘルス支援システム

第5章

計画の評価・見直し

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、健康増進計画の中間評価の年となっており、本計画の次期計画策定とともに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、医療の動向等の把握・分析を、保健指導に係る保健師が行います。加えて、各地区担当保健師においても、自身の担当地区の分析を行い、保健活動に活用していきます。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、健診結果内容(特に血圧・血糖・脂質)の経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度の評価を毎年行います。

第6章

計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

第6章 個人情報の取扱い及び計画の公表・周知

1. 個人情報の取扱い

特定健康診査・保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律を踏まえた対応を行います。また、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じます。

2. 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、地域の医師会等の関係団体経由で医療機関等に周知します。

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた名護市の位置

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

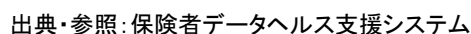
参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた名護市の位置

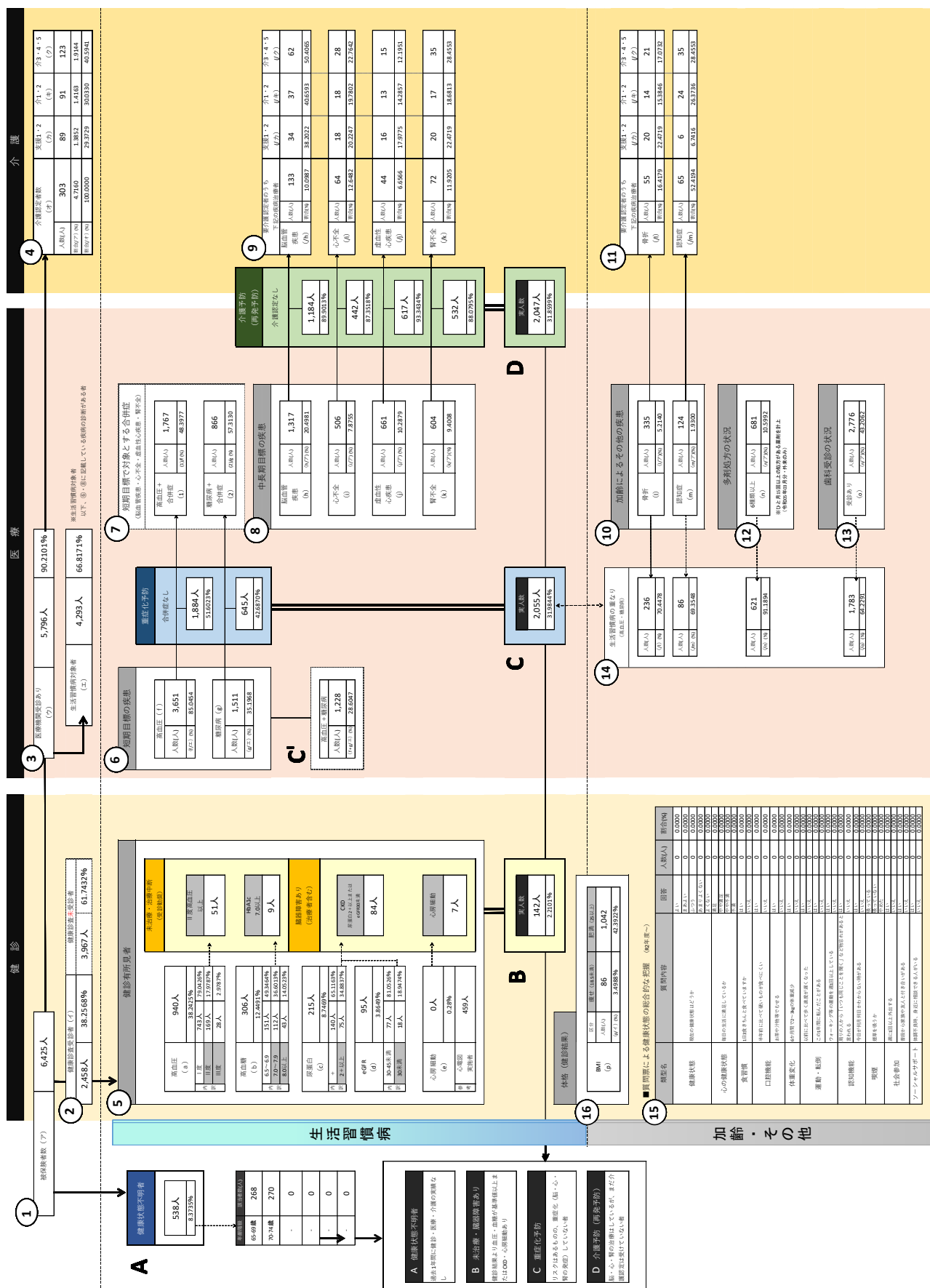
令和4年度

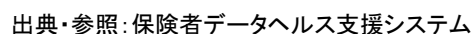
項目				名護市		同規模平均	県		国		データ元 (CSV)			
				実数	割合	割合	実数	割合	実数	割合				
1	①	人口構成	総人口		61,689			1,439,108		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
			65歳以上(高齢化率)		13,901	22.5	30.4	324,708	22.6	35,335,805	28.7			
			75歳以上		6,502	10.5		155,559	10.8	18,248,742	14.8			
			65～74歳		7,399	12.0		169,149	11.8	17,087,063	13.9			
			40～64歳		19,216	31.1		472,258	32.8	41,545,893	33.7			
	39歳以下		28,572	46.3		642,142	44.6	46,332,563	37.6					
	②	産業構成	第1次産業		7.0		5.6	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		14.7		28.6	15.1	25.0					
			第3次産業		78.4		65.8	80.0	71.0					
	③	平均寿命	男性		80.3		80.7	80.3	80.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握				
女性			88.8		87.0	87.5	87.0							
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性		78.9		80.1	79.3	80.1						
		女性		84.6		84.4	84.2	84.4						
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性		98.2		100.3	99.3	100	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
				女性		82.0		101.2	90.5	100				
			死 因	がん	139	47.6	49.4	3,274	49.7	378,272		50.6		
				心臓病	86	29.5	27.8	1,669	25.3	205,485		27.5		
				脳疾患	39	13.4	14.7	978	14.8	102,900		13.8		
				糖尿病	5	1.7	1.9	193	2.9	13,896		1.9		
				腎不全	13	4.5	3.6	272	4.1	26,946		3.6		
	自殺	10		3.4	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		83		14.4	1,926	14.2	125,187	8.7	厚労省HP 人口動態調査		
			男性		52		16.9	1,331	18.3	82,832	11.2			
女性			31		11.5	595	9.4	42,355	6					
3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		2,790		20.2	18.1	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		41		0.3	0.3	835	0.3	110,289	0.3		
			介護度別 総件数	要支援1.2		10,605		16.4	13.3	177,194	11.6	21,785,044		12.9
				要介護1.2		25,168		38.9	46.4	546,973	35.9	78,107,378		46.3
				要介護3以上		28,847		44.6	40.3	799,361	52.5	68,963,503		40.8
	2号認定者		100		0.52	0.36	2,135	0.45	156,107	0.38				
	②	有病状況	糖尿病		481		15.7	24.2	11,465	17.4	1,712,613	24.3		
			高血圧症		1,348		45.7	53.8	28,893	43.8	3,744,672	53.3		
			脂質異常症		847		28.1	31.8	17,395	26.0	2,308,216	32.6		
			心臓病		1,498		50.3	60.8	31,994	48.6	4,224,628	60.3		
			脳疾患		786		26.4	23.1	14,271	21.9	1,568,292	22.6		
			がん		224		7.7	11.3	5,539	8.2	837,410	11.8		
			筋・骨格		1,323		44.6	53.1	29,667	44.9	3,748,372	53.4		
			精神		953		32.7	37.0	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		321,421		4,468,076,521		324,737	105,444,836,581	290,668	10,074,274,228,889		
			1件当たり給付費(全体)		69,144			63,298	69,211		59,662			
			居宅サービス		48,356			41,822	51,518		41,272			
	施設サービス		305,651			292,502	301,929		296,364					
④	医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		認定あり		11,428	8,654	11,002	8,610					
		認定なし		5,022		4,013	4,796	4,020						
4	①	国保の状況	被保険者数		16,473			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		5,441		33.0		119,076	30.7		11,129,271	40.5	
			40～64歳		5,446		33.1		134,131	34.6		9,088,015	33.1	
			39歳以下		5,586		33.9		134,848	34.7		7,271,596	26.5	
	加入率		26.7		20.5	27.0	22.3							
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数		6		0.4	0.3	90	0.2	8,237	0.3		
			診療所数		45		2.7	3.6	890	2.3	102,599	3.7		
			病床数		1,455		88.3	59.4	18,602	47.9	1,507,471	54.8		
			医師数		177		10.7	10.0	3,887	10.0	339,611	12.4		
			外来患者数		554.5		719.9	541.1	687.8					
			入院患者数		22.5		19.6	19.0	17.7					
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費		348,837		県内13位 同規模143位	366,294	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		577.022		739.503	560.174	705.439					
			外 来	費用の割合		51.3		59.5	53.6	60.4				
				件数の割合		96.1		97.3	96.6	97.5				
			入 院	費用の割合		48.7		40.5	46.4	39.6				
				件数の割合		3.9		2.7	3.4	2.5				
			1件あたり在院日数		18.1日		16.3日	17.1日	15.7日					

項目				名護市		同規模平均	県		国		データ元 (CSV)		
				実数	割合	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		686,211,410	25.3	32.0	25.9	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康課題			
			慢性腎不全(透析あり)		327,097,320	12.1	7.8	12.0	8.2				
			糖尿病		243,156,640	9.0	10.9	8.3	10.4				
			高血圧症		127,376,440	4.7	6.2	4.8	5.9				
			脂質異常症		100,694,280	3.7	4.0	2.8	4.1				
			脳梗塞・脳出血		160,216,740	5.9	3.9	4.9	3.9				
			狭心症・心筋梗塞		62,960,980	2.3	2.7	3.3	2.8				
			精神		499,978,200	18.5	15.1	20.9	14.7				
	筋・骨格		464,477,720	17.2	16.4	16.0	16.7						
	⑤	一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	231	0.1	0.2	313	0.2	256	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費分析(中分類)	
				糖尿病	1,237	0.7	0.9	896	0.6	1,144	0.9		
				脂質異常症	35	0.0	0.0	67	0.0	53	0.0		
				脳梗塞・脳出血	8,483	5.0	4.5	6,789	4.6	5,993	4.5		
虚血性心疾患				2,973	1.8	2.8	4,321	2.9	3,942	2.9			
腎不全				5,482	3.2	3.0	5,764	3.9	4,051	3.0			
一人当たり医療費/外来医療費に占める割合		外来	高血圧症	7,502	4.2	5.4	7,107	4.2	10,143	4.9			
			糖尿病	14,338	8.0	9.4	12,437	7.3	17,720	8.6			
			脂質異常症	6,077	3.4	3.6	4,322	2.5	7,092	3.5			
			脳梗塞・脳出血	1,180	0.7	0.4	689	0.4	825	0.4			
			虚血性心疾患	1,312	0.7	0.9	1,444	0.8	1,722	0.8			
			腎不全	25,041	14.0	7.9	20,295	11.9	15,781	7.7			
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	1,613	2,421	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	13,342	13,441	11,533	13,295						
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	5,788	6,937	5,718	6,142						
			健診未受診者	47,874	38,519	46,845	40,210						
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	2,386	65.9	57.0	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	2,212	61.1	51.7	42,965	55.5	3,543,116	52.0				
		医療機関非受診率	174	4.8	5.3	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 250市町村	健診受診者		3,619		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		36.8	県内27位 同規模172位	40.4	33.7		全国39位	37.1		
	③		特定保健指導終了者(実施率)		241	47.5	20.4	3,636		32.2	107,925	13.4	
	④		非肥満高血糖		194	5.4	10.2	5,139		6.6	615,549	9.0	
	⑤		メタボ	該当者	1,028	28.4	20.9	20,034		25.9	1,382,506	20.3	
				男性	688	39.7	32.7	13,894		37.3	965,486	32.0	
				女性	340	18.0	11.5	6,140		15.3	417,020	11.0	
				予備群	546	15.1	11.0	11,411		14.7	765,405	11.2	
	⑥		メタボ	男性	361	20.8	17.5	7,753		20.8	539,738	17.9	
				女性	185	9.8	6.0	3,658		9.1	225,667	5.9	
	⑦		メタボ	総数	1,716	47.4	35.0	35,002		45.2	2,380,778	34.9	
				男性	1,142	65.8	55.0	23,943		64.2	1,666,592	55.3	
				女性	574	30.5	19.3	11,059		27.6	714,186	18.8	
				総数	198	5.5	4.8	4,644		6.0	320,038	4.7	
	⑧		BMI	男性	22	1.3	1.6	717		1.9	51,248	1.7	
				女性	176	9.3	7.4	3,927		9.8	268,790	7.1	
				血糖のみ	14	0.4	0.7	568		0.7	43,519	0.6	
				血圧のみ	407	11.2	7.8	8,389		10.8	539,490	7.9	
	⑨		血糖・血圧	脂質のみ	125	3.5	2.6	2,454		3.2	182,396	2.7	
血糖・血圧		139		3.8	3.1	2,911	3.8	203,072	3.0				
血糖・脂質		28		0.8	1.1	896	1.2	70,267	1.0				
血圧・脂質		537		14.8	9.7	9,610	12.4	659,446	9.7				
⑩	血糖・血圧・脂質	血糖・血圧・脂質	324	9.0	7.0	6,617	8.5	449,721	6.6				
		高血圧	1,557	43.0	37.4	31,609	40.8	2,428,038	35.6				
		糖尿病	395	10.9	9.3	8,123	10.5	589,470	8.7				
		脂質異常症	1,120	30.9	29.0	20,477	26.5	1,899,637	27.9				
6	問診の状況	服薬	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	165	4.6	3.2	2,472	3.4	207,385	3.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	250	6.9	6.0	4,890	6.8	365,407	5.5			
			腎不全	51	1.4	0.8	534	0.7	53,898	0.8			
			貧血	404	11.2	10.6	5,769	7.9	702,088	10.7			
6	生活習慣の 状況		喫煙	550	15.2	12.7	11,101	14.3	939,212	13.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			週5回以上朝食を抜く	628	17.4	8.4	10,654	18.1	642,886	10.4			
			週3回以上就寝前夕食(H30～)	884	24.5	14.4	13,687	23.2	976,348	15.7			
			週3回以上就寝前夕食	884	24.5	14.4	13,687	23.2	976,348	15.7			
			食べる速度が遅い	1,209	33.4	25.8	17,745	30.1	1,659,705	26.8			
			20歳時体重から10kg以上増加	1,668	46.1	34.5	27,557	46.4	2,175,065	35.0			
			1回30分以上運動習慣なし	2,098	58.0	59.7	34,075	57.8	3,749,069	60.4			
			1日1時間以上運動なし	1,152	31.9	46.5	26,211	44.3	2,982,100	48.0			
			睡眠不足	945	26.2	25.0	16,453	28.9	1,587,311	25.6			
			毎日飲酒	754	20.9	24.4	11,814	19.7	1,658,999	25.5			
			時々飲酒	990	27.4	21.3	17,885	29.8	1,463,468	22.5			
			⑭	日飲酒量	1合未満	775	41.0	65.3	20,349	50.2		2,978,351	64.1
					1～2合	662	35.0	23.5	12,112	29.9		1,101,465	23.7
2～3合	351	18.6			8.9	5,818	14.4	434,461	9.4				
3合以上	102	5.4			2.3	2,219	5.5	128,716	2.8				

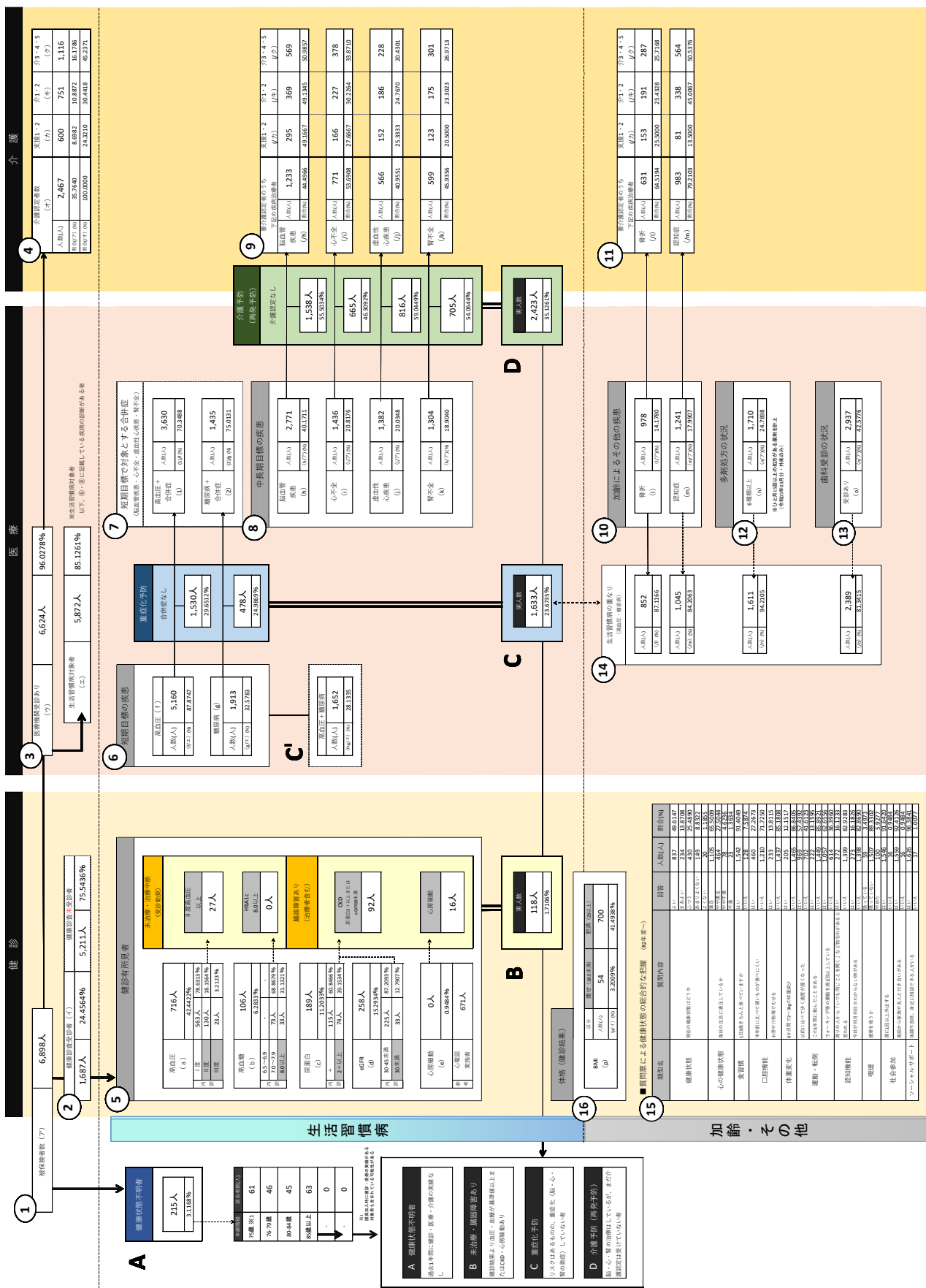
① 40～64 歳(国保)







④ 75 歳以上(後期)



参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目			実 合 表	名護市										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	17,448人		17,167人		16,995人		17,057人		17,051人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2														
	②	（再掲）40-74歳		11,236人		11,126人		11,074人		11,279人		11,320人																		
2	①	特定健診	対象者数	B	9,997人		9,874人		9,908人		9,951人		9,627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		受診者数	C	4,196人		4,128人		3,108人		3,577人		3,819人																	
	③		受診率		39.9%		39.7%		30.0%		34.3%		37.7%																	
3	①	特定	対象者数		661人		506人		467人		512人		500人																	
	②	保健指導	実施率		54.9%		62.1%		67.2%		55.7%		68.2%																	
4	①	健診 データ	糖尿病型		E	566人	13.5%	606人	14.7%	433人	13.9%	520人	14.5%	562人	14.7%			特定健診結果												
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし）		F	177人	31.3%	187人	30.9%	108人	24.9%	149人	28.7%	149人	26.5%															
	③		治療中（質問票 服薬あり）		G	389人	68.7%	419人	69.1%	325人	75.1%	371人	71.3%	413人	73.5%															
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または収縮期血圧130以上		J	194人		236人		159人		148.9%		193人		46.5%														
	⑤					血圧 130/80以上		127人		65.5%		157人		66.5%		112人			70.4%		147人		76.2%		132人		68.8%			
	⑥					肥満 BMI25以上		125人		64.4%		144人		61.0%		97人			61.0%		106人		54.9%		113人		58.9%			
	⑦		コントロール良好 HbA1c7.0未満かつ収縮期血圧130未満		K	195人		50.1%		183人		43.7%		166人		51.1%			178人		48.0%		221人		53.5%					
	⑧		第1期	尿蛋白（－）	M	334人		59.0%		345人		56.9%		316人		73.0%			394人		75.8%		379人		67.4%					
	⑨		第2期	尿蛋白（±）		100人		17.7%		112人		18.5%		53人		12.2%			52人		10.0%		63人		11.2%					
	⑩		第3期	尿蛋白（＋）以上		122人		21.6%		130人		21.5%		53人		12.2%			63人		12.1%		99人		17.6%					
	⑪		第4期	eGFR30未満		3人		0.5%		13人		2.1%		8人		1.8%			9人		1.7%		12人		2.1%					
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保険者千対）			68.1人		65.8人		57.5人		65.2人		66.3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）			102.4人		99.4人		86.0人		96.6人		97.0人																
	③		レセプト件数 （40-74歳） （1）内は被保険者 対	入院外（件数）		6,755件（614.2）		6,848件（625.3）		6,484件（582.5）		6,972件（626.3）		7,066件（649.0）		2,480,774件	(911.6)		KDB_疾病別医療費分析 （生活習慣病）											
	④			入院（件数）		35件（3.2）		40件（3.7）		37件（3.3）		29件（2.6）		39件（3.6）		10,514件	(3.9)													
	⑤		糖尿病治療中		H	1,189人		6.8%		1,129人		6.6%		978人		5.8%		1,112人		6.5%		1,130人		6.6%						
	⑥		（再掲）40-74歳			1,151人		10.2%		1,106人		9.9%		952人		8.6%		1,090人		9.7%		1,098人		9.7%						
	⑦		健診未受診者		I	762人		66.2%		717人		64.8%		627人		65.9%		719人		66.0%		685人		62.4%						
	⑧		インスリン治療		O	118人		9.9%		119人		10.5%		90人		9.2%		115人		10.3%		100人		8.8%						
	⑨		（再掲）40-74歳			113人		9.8%		117人		10.6%		90人		9.5%		112人		10.3%		95人		8.7%						
	⑩		糖尿病性腎症		L	93人		7.8%		97人		8.6%		95人		9.7%		118人		10.6%		126人		11.2%						
	⑪		（再掲）40-74歳			91人		7.9%		96人		8.7%		94人		9.9%		115人		10.6%		120人		10.9%						
	⑫		慢性人工透析患者数 （糖尿病治療中に占める割合）			24人		2.0%		33人		2.9%		28人		2.9%		32人		2.9%		33人		2.9%						
	⑬		（再掲）40-74歳			24人		2.1%		33人		3.0%		28人		2.9%		32人		2.9%		32人		2.9%						
	⑭		新規透析患者数			27		28		32		20		33						名護市更生医療 （国保も含む）										
	⑮		（再掲）糖尿病性腎症			8		29.6%		8		28.6%		18		56.3%		10			50%		14		42.4%					
	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）			26人		2.3%		21人		1.9%		24人		2.6%		23人		2.2%		29人		2.6%				KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期		
6	①	医療費	総医療費			53億4890万円		55億7234万円		52億8885万円		55億6904万円		57億4639万円		50億8753万円		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			25億9248万円		27億1089万円		26億4044万円		26億9174万円		27億0797万円		27億0662万円														
	③		（総医療費に占める割合）			48.5%		48.6%		49.9%		48.3%		47.1%		53.2%														
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		5,529円		6,248円		4,224円		3,677円		5,788円		6,937円														
	⑤			健診未受診者		40,676円		46,286円		50,553円		48,019円		47,874円		38,519円														
	⑥		糖尿病医療費			2億1386万円		2億2128万円		2億2693万円		2億3321万円		2億4316万円		2億9434万円														
	⑦		（生活習慣病総医療費に占める割合）			8.2%		8.2%		8.6%		8.7%		9.0%		10.9%														
	⑧		糖尿病入院外総医療費			6億0680万円		6億5508万円		6億6735万円		6億7846万円		6億8747万円																
	⑨		1件あたり			39,362円		42,239円		45,500円		44,016円		44,833円																
	⑩		糖尿病入院総医療費			6億1341万円		4億9547万円		5億4322万円		5億6601万円		5億6735万円																
	⑪		1件あたり			628,494円		595,512円		660,046円		698,778円		673,017円																
	⑫		在院日数			18日		18日		18日		18日		17日																
	⑬		慢性腎不全医療費			3億7312万円		4億0165万円		3億7694万円		3億8288万円		3億5129万円		2億2640万円														
	⑭		透析なし			透析有り	3億6100万円		3億8324万円		3億5236万円		3億5279万円		3億2710万円		2億1152万円													
	⑮					1212万円		1841万円		2458万円		3010万円		2419万円		1487万円														
7	①	介護	介護給付費			39億6084万円		40億9124万円		43億3768万円		44億0456万円		44億6808万円		56億7154万円														
	②		（2号認定者）糖尿病合併症			8件		16.0%		8件		15.4%		8件		17.4%			9件		17.6%									
8	①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）		9人	1.9%	9人	1.9%	8人	1.6%	9人	1.9%	5人	0.9%	3,958人	1.0%														

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

[illegible]

出典・参照：保険者データヘルス支援システム

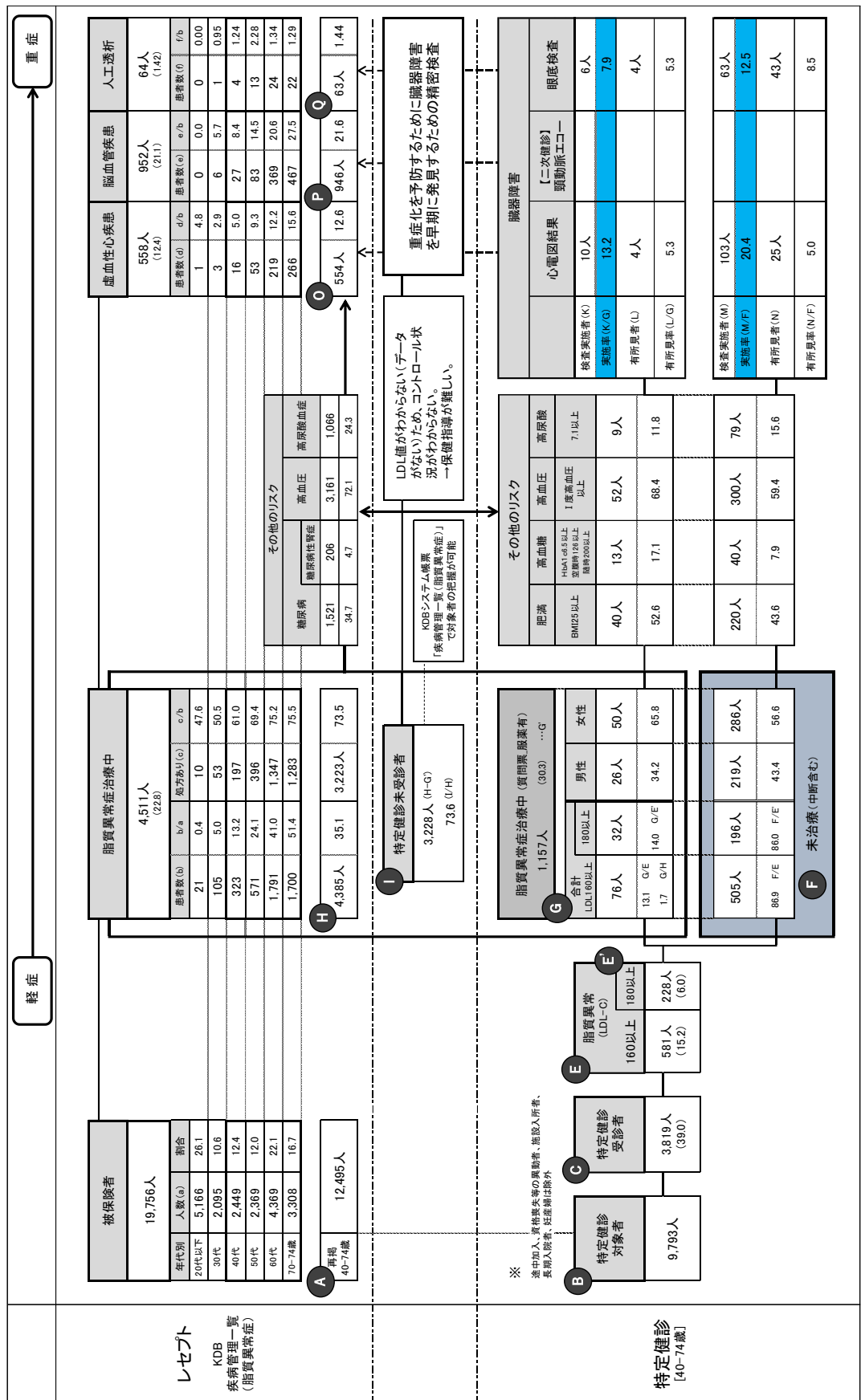
※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中の加入年度で資格を喪失している者も含む）
※レセプト情報のうち、疾病管理一覽で把握できない項目については、「KDB帳票 介入支援対象者一覽（栄養・重症化予防）」から集計

※高血圧の人が詳細健診をきちんと受けているか

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

脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



※レセプト情報は、1施設年度に算出される患者を計上 (年度途中の加入者や年度途中退院患者は算出しない) (※参考)

※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、KDB帳票「介入支援対象者一覧 (栄養・重症化予防)」から集計

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	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	4,290	1,031	24.0%	1,821	42.4%	938	21.9%	239	5.6%	182	4.2%	79	1.8%	158	3.7%	48	1.1%
H30	4,178	1,403	33.6%	1,703	40.8%	653	15.6%	209	5.0%	142	3.4%	68	1.6%	126	3.0%	44	1.1%
R01	4,093	1,349	33.0%	1,603	39.2%	694	17.0%	193	4.7%	185	4.5%	69	1.7%	133	3.2%	49	1.2%
R02	3,108	1,235	39.7%	1,140	36.7%	443	14.3%	140	4.5%	104	3.3%	46	1.5%	84	2.7%	36	1.2%
R03	3,577	1,238	34.6%	1,360	38.0%	617	17.2%	159	4.4%	144	4.0%	59	1.6%	120	3.4%	40	1.1%
R04	3,819	1,475	38.6%	1,403	36.7%	544	14.2%	197	5.2%	138	3.6%	62	1.6%	121	3.2%	39	1.0%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすい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	再掲				
						未治療	治療			
H29	4,290	1,031 24.0%	1,821 42.4%	938 21.9%	500 11.7%	209 41.8%	291 58.2%	11.7%		
					261 6.1%	75 28.7%	186 71.3%			
					H30	4,178	1,403 33.6%	1,703 40.8%	653 15.6%	419 10.0%
210 5.0%	51 24.3%	159 75.7%								
R01	4,093	1,349 33.0%	1,603 39.2%	694 17.0%						447 10.9%
					254 6.2%	57 22.4%	197 77.6%			
					R02	3,108	1,235 39.7%	1,140 36.7%	443 14.3%	290 9.3%
150 4.8%	27 18.0%	123 82.0%								
R03	3,577	1,238 34.6%	1,360 38.0%	617 17.2%						362 10.1%
					203 5.7%	38 18.7%	165 81.3%			
					R04	3,819	1,475 38.6%	1,403 36.7%	544 14.2%	397 10.4%
200 5.2%	42 21.0%	158 79.0%								

治療と未治療の状況

HbA1c測定				正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
						正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病									
				5.5以下						5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上	
						合併症予防の ための目標		最低限度達成が 望ましい目標											
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A				B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
治療中	H29	389	9.1%	7	1.8%	13	3.3%	78	20.1%	105	27.0%	139	35.7%	47	12.1%	113	29.0%	20	5.1%
	H30	389	9.3%	11	2.8%	30	7.7%	78	20.1%	111	28.5%	110	28.3%	49	12.6%	98	25.2%	30	7.7%
	R01	418	10.2%	9	2.2%	23	5.5%	88	21.1%	101	24.2%	141	33.7%	56	13.4%	107	25.6%	37	8.9%
	R02	325	10.5%	12	3.7%	23	7.1%	78	24.0%	89	27.4%	85	26.2%	38	11.7%	69	21.2%	30	9.2%
	R03	371	10.4%	14	3.8%	30	8.1%	77	20.8%	85	22.9%	117	31.5%	48	12.9%	101	27.2%	32	8.6%
	R04	413	10.8%	14	3.4%	41	9.9%	83	20.1%	117	28.3%	112	27.1%	46	11.1%	95	23.0%	27	6.5%
治療なし	H29	3,901	90.9%	1,024	26.2%	1,808	46.3%	860	22.0%	134	3.4%	43	1.1%	32	0.8%	45	1.2%	28	0.7%
	H30	3,789	90.7%	1,392	36.7%	1,673	44.2%	575	15.2%	98	2.6%	32	0.8%	19	0.5%	28	0.7%	14	0.4%
	R01	3,675	89.8%	1,340	36.5%	1,580	43.0%	606	16.5%	92	2.5%	44	1.2%	13	0.4%	26	0.7%	12	0.3%
	R02	2,783	89.5%	1,223	43.9%	1,117	40.1%	365	13.1%	51	1.8%	19	0.7%	8	0.3%	15	0.5%	6	0.2%
	R03	3,206	89.6%	1,224	38.2%	1,330	41.5%	540	16.8%	74	2.3%	27	0.8%	11	0.3%	19	0.6%	8	0.2%
	R04	3,406	89.2%	1,461	42.9%	1,362	40.0%	461	13.5%	80	2.3%	26	0.8%	16	0.5%	26	0.8%	12	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	4,314	1,115	25.8%	610	14.1%	956	22.2%	1,159	26.9%	401	9.3%	73	1.7%
H30	4,196	1,092	26.0%	726	17.3%	996	23.7%	1,033	24.6%	291	6.9%	58	1.4%
R01	4,128	1,021	24.7%	665	16.1%	1,004	24.3%	1,075	26.0%	300	7.3%	63	1.5%
R02	3,108	606	19.5%	487	15.7%	754	24.3%	920	29.6%	283	9.1%	58	1.9%
R03	3,577	701	19.6%	554	15.5%	861	24.1%	1,045	29.2%	334	9.3%	82	2.3%
R04	3,819	810	21.2%	623	16.3%	1,060	27.8%	1,033	27.0%	245	6.4%	48	1.3%

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

重症化しやすい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												
					Ⅱ度高血圧以上	再掲	再掲										
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療										
H29	4,314	1,725 40.0%	956 22.2%	1,159 26.9%	474 11.0%	248 52.3%	226 47.7%										
H30	4,196	1,818 43.3%	996 23.7%	1,033 24.6%	349 8.3%	173 49.6%	176 50.4%										
R01	4,128	1,686 40.8%	1,004 24.3%	1,075 26.0%	363 8.8%	184 50.7%	179 49.3%										
R02	3,108	1,093 35.2%	754 24.3%	920 29.6%	341 11.0%	162 47.5%	179 52.5%										
R03	3,577	1,255 35.1%	861 24.1%	1,045 29.2%	416 11.6%	183 44.0%	233 56.0%										
R04	3,819	1,433 37.5%	1,060 27.8%	1,033 27.0%	293 7.7%	152 51.9%	141 48.1%										

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	1,612	37.4%	201	12.5%	218	13.5%	386	23.9%	581	36.0%	202	12.5%
	H30	1,645	39.2%	206	12.5%	284	17.3%	445	27.1%	534	32.5%	148	9.0%
	R01	1,664	40.3%	196	11.8%	242	14.5%	462	27.8%	585	35.2%	152	9.1%
	R02	1,308	42.1%	106	8.1%	173	13.2%	343	26.2%	507	38.8%	153	11.7%
	R03	1,550	43.3%	130	8.4%	206	13.3%	397	25.6%	584	37.7%	194	12.5%
	R04	1,613	42.2%	160	9.9%	242	15.0%	502	31.1%	568	35.2%	122	7.6%
治療なし	H29	2,702	62.6%	914	33.8%	392	14.5%	570	21.1%	578	21.4%	199	7.4%
	H30	2,551	60.8%	886	34.7%	442	17.3%	551	21.6%	499	19.6%	143	5.6%
	R01	2,464	59.7%	825	33.5%	423	17.2%	542	22.0%	490	19.9%	148	6.0%
	R02	1,800	57.9%	500	27.8%	314	17.4%	411	22.8%	413	22.9%	130	7.2%
	R03	2,027	56.7%	571	28.2%	348	17.2%	464	22.9%	461	22.7%	140	6.9%
	R04	2,206	57.8%	650	29.5%	381	17.3%	558	25.3%	465	21.1%	123	5.6%

出典・参照：特定健診等データ管理システム

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

		LDL 測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
総数	H29	4,314	1,422	33.0%	1,068	24.8%	869	20.1%	523	12.1%	432	10.0%
	H30	4,196	1,616	38.5%	1,099	26.2%	754	18.0%	450	10.7%	277	6.6%
	R01	4,128	1,727	41.8%	1,033	25.0%	778	18.8%	344	8.3%	246	6.0%
	R02	3,108	1,368	44.0%	758	24.4%	576	18.5%	252	8.1%	154	5.0%
	R03	3,577	1,510	42.2%	926	25.9%	630	17.6%	305	8.5%	206	5.8%
男性	R04	3,817	1,616	42.3%	934	24.5%	686	18.0%	353	9.2%	228	6.0%
	H29	2,116	750	35.4%	531	25.1%	411	19.4%	249	11.8%	175	8.3%
	H30	2,049	837	40.8%	537	26.2%	366	17.9%	212	10.3%	97	4.7%
	R01	2,026	912	45.0%	495	24.4%	368	18.2%	152	7.5%	99	4.9%
	R02	1,480	677	45.7%	362	24.5%	272	18.4%	111	7.5%	58	3.9%
女性	R03	1,756	790	45.0%	448	25.5%	291	16.6%	147	8.4%	80	4.6%
	R04	1,824	818	44.8%	447	24.5%	314	17.2%	150	8.2%	95	5.2%
	H29	2,198	672	30.6%	537	24.4%	458	20.8%	274	12.5%	257	11.7%
	H30	2,147	779	36.3%	562	26.2%	388	18.1%	238	11.1%	180	8.4%
	R01	2,102	815	38.8%	538	25.6%	410	19.5%	192	9.1%	147	7.0%
	R02	1,628	691	42.4%	396	24.3%	304	18.7%	141	8.7%	96	5.9%
	R03	1,821	720	39.5%	478	26.2%	339	18.6%	158	8.7%	126	6.9%
	R04	1,993	798	40.0%	487	24.4%	372	18.7%	203	10.2%	133	6.7%

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

重症化しやすい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	4,314 33.0%	1,422 24.8%	1,068 20.1%	869 20.1%	955 22.1%	835 87.4%	120 12.6%			
					432 10.0%	391 90.5%	41 9.5%	10.0%		
H30	4,196 38.5%	1,616 26.2%	1,099 18.0%	754 18.0%	727 17.3%	638 87.8%	89 12.2%			
					277 6.6%	244 88.1%	33 11.9%	5.6%		
R01	4,128 41.8%	1,727 25.0%	1,033 18.8%	778 18.8%	590 14.3%	508 86.1%	82 13.9%			
					246 6.0%	217 88.2%	29 11.8%	6.0%		
R02	3,108 44.0%	1,368 24.4%	758 18.5%	576 18.5%	406 13.1%	359 88.4%	47 11.6%			
					154 5.0%	140 90.9%	14 9.1%	5.0%		
R03	3,577 42.2%	1,510 25.9%	926 17.6%	630 17.6%	511 14.3%	438 85.7%	73 14.3%			
					206 5.8%	182 88.3%	24 11.7%	5.8%		
R04	3,817 42.3%	1,616 24.5%	934 18.0%	686 18.0%	581 15.2%	505 86.9%	76 13.1%			
					228 6.0%	196 86.0%	32 14.0%	6.0%		

治療と未治療の状況

		LDL測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
				120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	892	20.7%	408	45.7%	229	25.7%	135	15.1%	79	8.9%	41	4.6%
	H30	1,025	24.4%	572	55.8%	256	25.0%	108	10.5%	56	5.5%	33	3.2%
	R01	1,118	27.1%	668	59.7%	236	21.1%	132	11.8%	53	4.7%	29	2.6%
	R02	927	29.8%	564	60.8%	211	22.8%	105	11.3%	33	3.6%	14	1.5%
	R03	1,107	30.9%	658	59.4%	242	21.9%	134	12.1%	49	4.4%	24	2.2%
	R04	1,157	30.3%	682	58.9%	247	21.3%	152	13.1%	44	3.8%	32	2.8%
治療なし	H29	3,422	79.3%	1,014	29.6%	839	24.5%	734	21.4%	444	13.0%	391	11.4%
	H30	3,171	75.6%	1,044	32.9%	843	26.6%	646	20.4%	394	12.4%	244	7.7%
	R01	3,010	72.9%	1,059	35.2%	797	26.5%	646	21.5%	291	9.7%	217	7.2%
	R02	2,181	70.2%	804	36.9%	547	25.1%	471	21.6%	219	10.0%	140	6.4%
	R03	2,470	69.1%	852	34.5%	684	27.7%	496	20.1%	256	10.4%	182	7.4%
	R04	2,660	69.7%	934	35.1%	687	25.8%	534	20.1%	309	11.6%	196	7.4%

出典・参照：特定健診等データ管理システム