南大東村国民健康保険
第 3 期保健事業実施計画
（データヘルス計画）

（第 4 期特定健康診査等実施計画）
令和 6 年度～令和 11 年度

令和 6 年 3 月
南大東村

保健事業実施計画（データヘルス計画）目次

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

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

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

1. 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 3 期における健康課題の明確化
   1）基本的考え方
   2）健康課題の明確化
   3)目標の設定

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

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

第 4 章　課題解決するための個別保健事業　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・39

Ⅰ. 保健事業の方向性

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

Ⅲ. 重複・多剤投与者に対する取組み

Ⅳ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

Ⅴ. 発症予防

Ⅵ. ポピュレーションアプローチ

第 5 章　計画の評価・見直し　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・65

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

第 6 章　計画の公表・周知及び個人情報の取扱い　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・66

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料　・・67

第１章　保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的な考え方

１．背景・目的

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

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

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

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

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

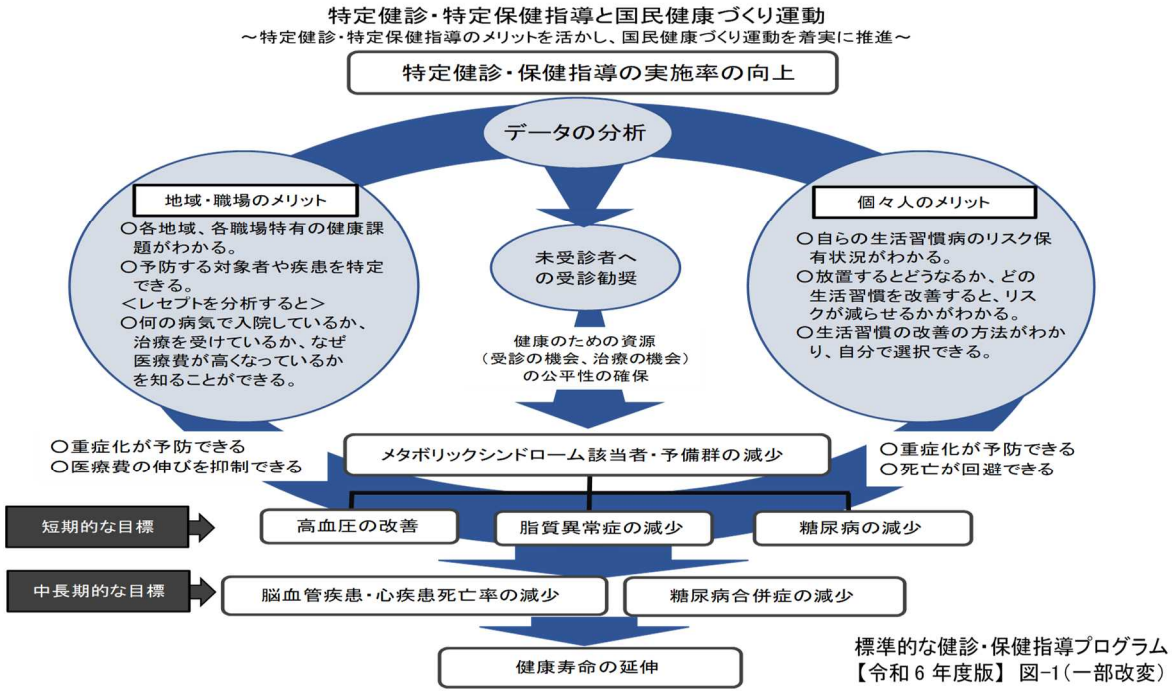
図表１　データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

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

	健康増進計画	データヘルス計画 （保健事業実施計画）	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 （地域医療構想含む）	介護保険事業 （支援）計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条　健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法　第82条 健康保険法　第150条 高確法　第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、第118条
基本的な指針	厚生労働省　健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省　保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省　保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省　保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策について基本指針	厚生労働省　医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する基本指針	厚生労働省　老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針
根拠・期間	法定　令和6～17年（12年） 2024年～2035年	指針　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～8年（3年） 2024～2026年
計画策定者	都道府県：義務 市町村：努力義務	医療保険者	医療保険者：義務	都道府県：義務	都道府県：義務	市町村：義務 都道府県：義務
基本的な考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開とより実効性を持つ取組の推進を通じて、国民の健康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的に、健康・医療情報を活用しPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業実施計画を策定、保健事業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条件等の実情を考慮し、特定健康診査の効率的かつ効果的に実施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、保険者・医療関係者等の協力を得ながら、住民の健康保持・医療の効率的な提供の推進に向けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進を通じ、地域で切れ目のない医療の提供、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保。	地域の実情に応じた介護給付等サービス提供体制の確保及び地域支援事業の計画的な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・重度化防止
対象年齢	ライフステージ （乳幼児期、青壮年期、高齢期） ライフコースアプローチ （胎児期から老齢期まで継時的）	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮		すべて	すべて	1号被保険者　65歳以上 2号被保険者　40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、骨折+骨粗鬆症、パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 （糖尿病腎症） 循環器病　高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 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 がん 精神疾患	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 認知症 フレイル 口腔機能、低栄養
	慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん ロコモーティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康（うつ・不安）					
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 **51目標項目** ○個人の行動と健康状態の改善に関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・予備群の減少	（住民の健康の保持推進） ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防の推進 ・高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進 （医療の効率的な提供の推進） ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的な活用 ・医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 （地域の実状に応じて設定） 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時の医療	①PDCAサイクルを活用にする保険者機能強化に向けた体制等（地域介護保険事業） ②自立支援・重度化防止等（在宅医療・介護連携、介護予防、日常生活支援関連） ③介護保険運営の安定化（介護給付の適正化、人材の確保）
補助金等		保健事業支援・評価委員会（事務局：国保連合会）による計画作成支援 保険者努力支援制度（事業費・事業費連動分）交付金		保険者協議会（事務局：県、国保連合会）を通じて、保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

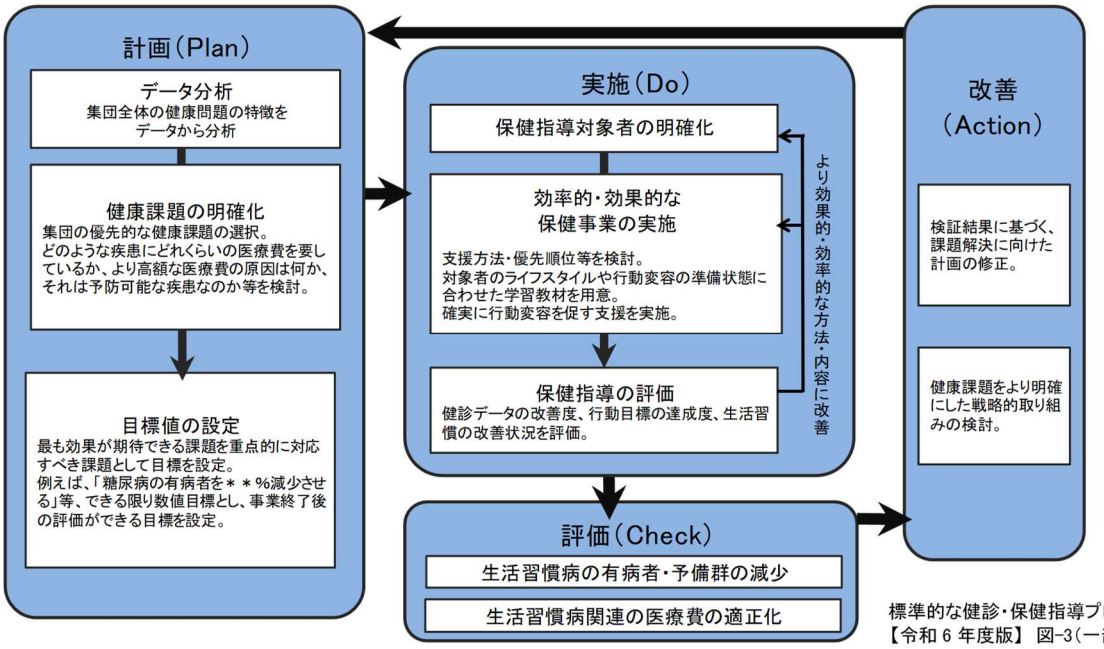
図表 2　特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



標準的な健診・保健指導プログラム
【令和 6 年度版】 図-1（一部改変）

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

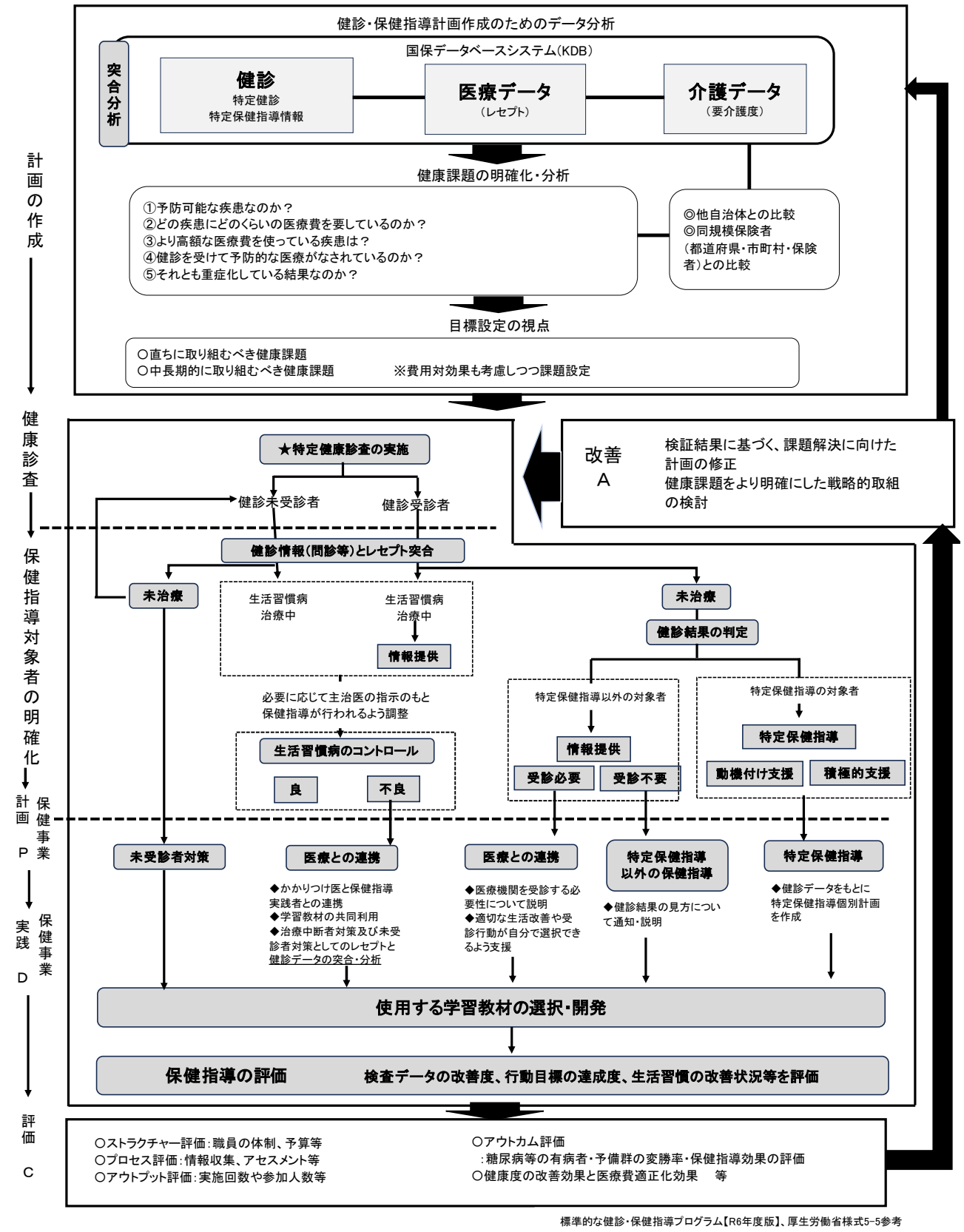
図表 3　保健事業（健診・保健指導）の PDCA サイクル



標準的な健診・保健指導プログラム
【令和 6 年度版】 図-3（一部改変）

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。

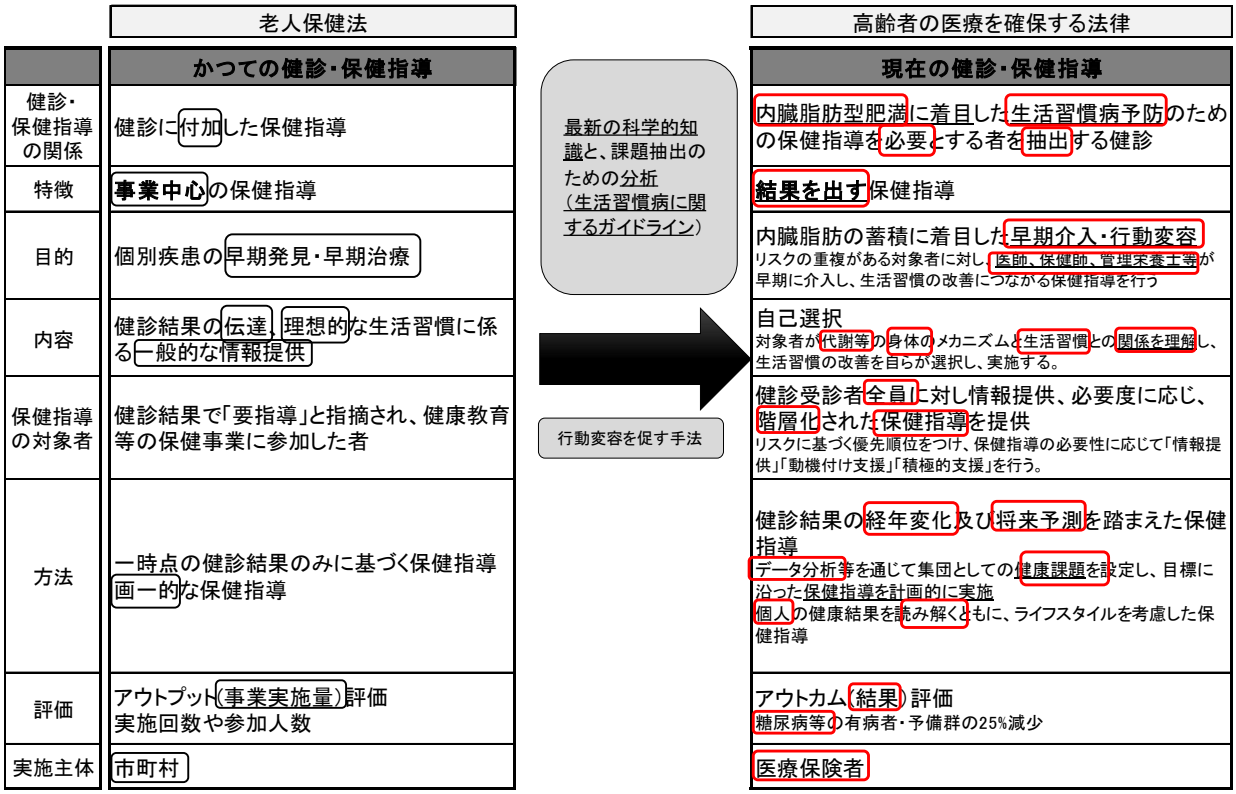
図表 4　生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ（一部改変）



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

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



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

3. 計画期間

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

＜参考＞計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

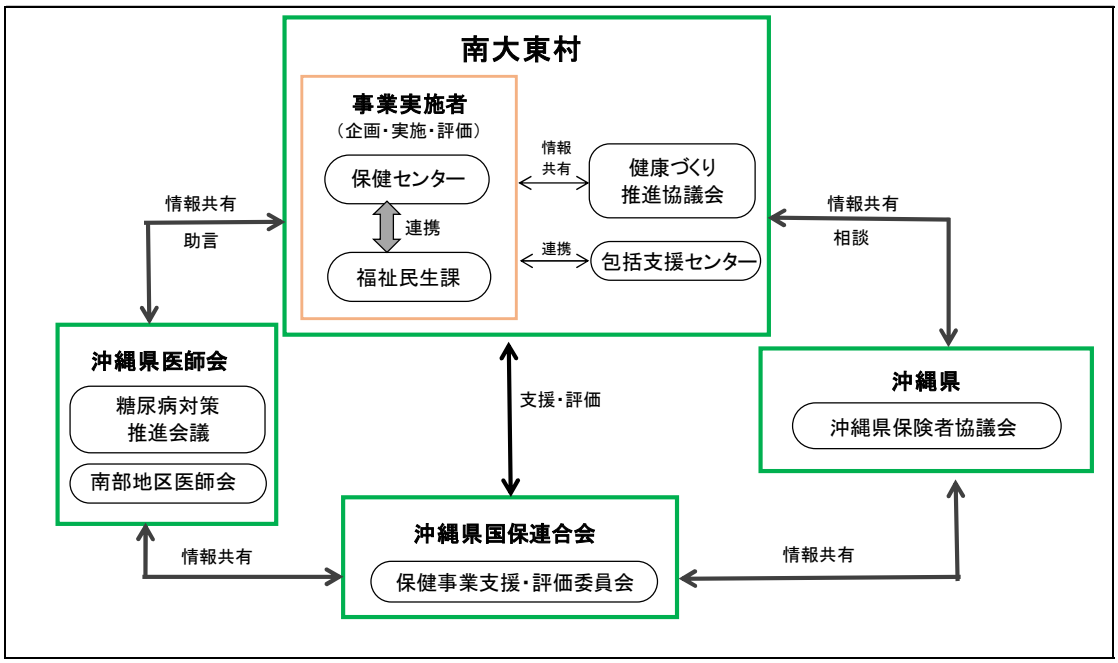
1）　市町村国保の役割

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

南大東村では、福祉民生課保健センターが主体となりデータヘルス計画を策定しますが、住民の健康の保持増進には幅広い組織、団体、協議会等が関わっています。このため計画策定にあたっては、福祉民生課国保係、包括支援センター等とも十分連携を図ることとします。

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

図表 6　南大東村の実施体制図



図表 7　保健事業体制と主な保健事業の分担＜例＞

保・・・保健師　事・・・事務(注：支払い事務、受診券送付等)　　◎・・・主担当

	保 （係長）	事	事
国保事務	○		◎
健康診断 保健指導	◎	○	
がん検診	◎	○	
新型コロナ ワクチン	◎	○	
予防接種	◎	○	
母子保健	◎	○	
精神保健	◎	○	
歯科保健	◎	○	

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。

KDB の活用による健診データやレセプトデータ等による課題抽出、データ分析及び技術支援等において、国保連合会と連携を図るとともに、国保連合会に設置された支援・評価委員会の幅広い専門的知見を活用するとともに、沖縄県や医師会の支援等を積極的に受けます。

また、健康づくり推進協議会等の場を通じて地域の保健医療関係者との連携を図ります。さらに、国保においては、退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、市町村国保と被用者保険の保険者との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有したり、保険者間で連携して保健事業を展開したりすることに努めます。

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います。

5. 保険者努力支援制度

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

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

図表 8　保険者努力支援制度評価指標（市町村分）

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			南大東村	配点	南大東村	配点	南大東村	配点
交付額(万円)			1,074		956		1,064	
全国順位(1,741市町村中)			134位		92位		97位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	160	70	120	70	140	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑ該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	40	40	35	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	75	120	60	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	5	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	130	130	125	130	100	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	0	100	60	100	85	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	20	40
	⑤	第三者求償の取組	35	40	45	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	69	95	76	100	66	100
合計点			719	1,000	736	960	718	940

第2章　第 2 期計画に係る考察及び第 3 期計画における健康課題の明確化

1．保険者の特性

本村は、人口約 1,300 人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 24.6%、国保被保険者の平均年齢は約 49 歳といずれも県平均より高い状況となっております。財政指数は県平均よりも低く、産業においては、第 3 次産業が 43.1%と最も多いものの、第 1 次・第 2 次産業が県平均や同規模と比較して高く、被保険者の多様な生活背景を産業構成や各地域の特性を踏まえた上で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 31.4%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で、年齢構成については 40～64 歳が約 39%を占めています。（図表 10）

また本村内には診療所が1つのみで病床数もなく、医療資源が限られています。そのような中、入院患者数は県と比較して高い傾向にあります。（図表 11）

図表 9　同規模・県・国と比較した南大東村の特性

（R4年度）

	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
南大東村	1,285	24.6	404（31.4）	48.9	5.4	3.9	0.2	26.4	30.5	43.1
同規模	--	41.4	27.1	54.5	4.9	18.9	0.2	22.3	20.6	57.2
県	--	22.6	27	46.9	10.4	8.6	0.4	4.9	15.1	80.0
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

※同規模とは、KDB ｼｽﾃﾑに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、南大東村と同規模保険者（247 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題

図表 10　国保の加入状況

		H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4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		437		419		424		420		404	
	65～74歳	99	22.7	104	24.8	116	27.4	116	27.6	121	30.0
	40～64歳	190	43.5	178	42.5	181	42.7	173	41.2	157	38.9
	39歳以下	148	33.9	137	32.7	127	30.0	131	31.2	126	31.2
加入率		32.9		31.5		31.9		31.6		31.4	

出典・参照：KDB ｼｽﾃﾑ改変　地域の全体像の把握

図表 11　医療の状況（被保険者千人あたり

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		参考（R4）	
											同規模	県
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	割合	割合
病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.3	0.2
診療所数	1	2.3	1	2.4	1	2.4	1	2.4	1	2.5	3.6	2.3
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	21.9	47.9
医師数	1	2.3	1	2.4	1	2.4	1	2.4	1	2.5	3.3	10.0
外来患者数	512.5		511.1		465.7		485.5		486.9		653.6	541.1
入院患者数	22.7		25.2		29.2		28.4		21.8		22.9	19.0

出典・参照：KDB ｼｽﾃﾑ改変　地域の全体像の把握

2. 第 2 期計画に係る評価及び考察

1)第 2 期データヘルス計画の評価

第 2 期計画において、目標の設定を以下の 2 つに分類しました。

1 つ目は中長期的な目標として、計画最終年度までに達成を目指す目標を設定し、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

本村の令和4年度の要介護認定者は、2 号(40～64 歳)被保険者で 3 人(認定率 0.64%)と同規模・県・国と比較すると高く、1 号(65 歳以上)被保険者は 58 人(認定率 18.45%)と同規模・県・国と比較すると低く、H30 年度と比べても横ばいで推移しています。(図表 12)

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75 歳以上の認定者数が増加しているものの、介護総給費費は減少していますが、1 件あたり施設給付費が伸びています。(図表 13)

また、要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、ほとんどの年代で脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第 2 号被保険者で 6 割以上、第 1 号被保険者でも約 5 割以上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・全数でみられ、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

			南大東村				同規模	県	国
			H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
高齢化率			283人 (H27)	21.3%	316人 (R2)	24.6%	41.4%	22.6%	28.7%
2号認定者			1人	0.19%	3人	0.64%	0.38%	0.45%	0.38%
	新規認定者				2人		--	--	--
1号認定者			51人	18.0%	58人	18.4%	19.9%	19.0%	19.4%
	新規認定者		7人		8人		--	--	--
再掲	65～74歳		1人	0.8%	5人	3.2%	--	--	--
		新規認定者			2人		--	--	--
	75歳以上		50人	32.5%	53人	32.7%	--	--	--
		新規認定者	7人		6人		--	--	--

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

図表 13　介護給付費の変化

		南大東村		同規模	県	国
		H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費		8764万円	7645万円	--	--	--
一人あたり給付費（円）		309,699	241,922	323,222	324,737	290,668
1件あたり給付費（円）	全体	95,370	56,170	80,543	69,211	59,662
	居宅サービス	70,337	44,491	42,864	51,518	41,272
	施設サービス	293,684	309,410	288,059	301,929	296,364

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

図表 14　血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況（R4 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）			3		5		53		58		61	
再）国保・後期			3		3		39		42		45	
有病状況（レセプトの診断名より重複して計上）	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	血管疾患 循環器疾患	1	脳卒中	2 66.7%	虚血性心疾患	1 33.3%	脳卒中	22 56.4%	脳卒中	22 52.4%	脳卒中	24 53.3%
		2	虚血性心疾患	1 33.3%	脳卒中	0 0.0%	虚血性心疾患	20 51.3%	虚血性心疾患	21 50.0%	虚血性心疾患	22 48.9%
		3	腎不全	0 0.0%	腎不全	0 0.0%	腎不全	4 10.3%	腎不全	4 9.5%	腎不全	4 8.9%
	合併症	4	糖尿病合併症	2 66.7%	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	8 20.5%	糖尿病合併症	8 19.0%	糖尿病合併症	10 22.2%
	基礎疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）			3 100.0%	基礎疾患	3 100.0%	基礎疾患	39 100.0%	基礎疾患	42 100.0%	基礎疾患	45 100.0%
	血管疾患合計			3 100.0%	合計	3 100.0%	合計	39 100.0%	合計	42 100.0%	合計	45 100.0%
	認知症		認知症	1 33.3%	認知症	0 0.0%	認知症	25 64.1%	認知症	25 59.5%	認知症	26 57.8%
	筋・骨格疾患		筋骨格系	3 100.0%	筋骨格系	3 100.0%	筋骨格系	39 100.0%	筋骨格系	42 100.0%	筋骨格系	45 100.0%

出典・参照：KDB ｼｽﾃﾑ改変

② 医療費の状況

本村の医療費は、国保加入者が減少しているにも関わらず総医療費は増加し、一人あたり医療費は、同規模保険者と比較すると低いものの、H30 年度と比較しても約 4 万円の伸びとなっています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 4%程度にも関わらず、医療費全体の約 64%を占め、1 件あたりの入院医療費も H30 年度と比較しても約 15 万円も高くなっています。

また入院医療費を年齢調整した地域差指数でみると、全国平均の 1 を大きく超えており、県平均よりも高い状況で、H30 年よりもかなり伸びています。一方、外来医療費は全国や県平均よりも低い状況です。本村には医療機関は診療所のみであり、専門病院に受診するには。島外までの旅費や宿泊費などの金銭がかかります。また日帰りでの診察は難しく日数がかかります。その為に適切な外来通院が遅れ重症化してしまい入院するケースが少なくありません。

一人あたり医療費は、入院費が大きく寄与しており、入院費の抑制には、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。

また、医療費の適正化、被保険者の負担の軽減を図るため、後発医薬品の周知や利用を促進します。

図表 15　医療費の推移

			南大東村		同規模	県	国
			H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
被保険者数（人）			437人	404人	--	--	--
	前期高齢者割合		99人　（22.7%）	121人　（30.0%）	--		
総医療費			1億1245万円	1億2084万円	--	--	--
一人あたり医療費（円）			257,331　県内33位 同規模233位	299,097　県内27位 同規模230位	367,527	318,310	339,680
	入院	1件あたり費用額(円)	559,770	713,720	588,220	634,340	617,950
		費用の割合	60.7	63.8	44.9	46.4	39.6
		件数の割合	4.2	4.3	3.4	3.4	2.5
	外来	1件あたり費用額	16,060	18,170	25,290	25,820	24,220
		費用の割合	39.3	36.2	55.1	53.6	60.4
		件数の割合	95.8	95.7	96.6	96.6	97.5
受診率			535.235	508.694	676.49	560.174	705.439

※同規模保険者数：274　　出典・参照：KDB システム改変_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 16　一人あたり（年齢調整後）地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		南大東村（県内市町村中）		県（47県中）	南大東村（県内市町村中）		県（47県中）
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	0.938	1.231	1.070	0.918	0.923	1.092
		（34位）	（2位）	（14位）	（40位）	（32位）	（14位）
	入院	1.418	2.109	1.259	1.183	1.194	1.286
		（12位）	（1位）	（10位）	（32位）	（26位）	（5位）
	外来	0.592	0.637	0.965	0.624	0.647	0.910
		（39位）	（37位）	（40位）	（37位）	（36位）	（43位）

出典・参照：厚労省 「地域差分析」

③　中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、H30 年度と比較すると減少しています。中でも、脳血管疾患・虚血性心疾患は総医療費に占める割合が減少しましたが、慢性腎不全（透析無）の医療費割合がやや増加しています。筋・骨格疾患、精神疾患の医療費割合の増加がみられ、同規模・県・国よりも高くなっています。（図表 17）

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と比較してみると脳血管疾患の患者割合はやや減少、虚血性心疾患については増加傾向にあります。いずれも患者数としては横ばいで推移しています（図表 18）

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

図表 17　中長期目標疾患の医療費の推移

			南大東村		同規模	県	国
			H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費(円)			1億1245万円	1億2084万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			634万円	215万円	--	--	--
			5.64%	1.78% ↓	7.24%	10.08%	8.03%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	3.61%	1.43% ↓	2.12%	2.40%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.94%	0.22% ↓	1.46%	1.61%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	0.00%	0.00%	3.29%	5.80%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.09%	0.13% ↑	0.37%	0.27%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		7.72%	2.98% ↓	17.57%	12.57%	16.69%
	筋・骨疾患		7.38%	16.92% ↑	9.33%	7.73%	8.68%
	精神疾患		6.83%	11.97% ↑	7.82%	10.14%	7.63%

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

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

図表 18　中長期目標疾患の治療状況

年齢区分			被保険者数		中長期目標の疾患							
					疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
			H30年度	R4年度		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
治療者(人) 0～74歳		A	437	404	a	25	22	23	23	0	0
					a/A	5.7%	5.4%	5.3%	5.7% ↑	0.0%	0.0%
40歳以上		B	289	278	b	25	22	23	23	0	0
		B/A	66.1%	68.8%	b/B	8.7%	7.9%	8.0%	8.3%	0.0%	0.0%
再掲	40～64歳	D	190	157	d	12	6	12	6	0	0
		D/A	43.5%	38.9%	d/D	6.3%	3.8%	6.3%	3.8%	0.0%	0.0%
	65～74歳	C	99	121	c	13	16	11	17	0	0
		C/A	22.7%	30.0%	c/C	13.1%	13.2%	11.1%	14.0%	0.0%	0.0%

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)、地域の全体像の把握、被保険者構成、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

(2)短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

①短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えています。高血圧症治療者のうち、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患は増えつつあります。また、糖尿病・脂質異常症の治療者における合併症(重症化)でもある脳血管疾患は減っているものの、虚血性心疾患の割合は増えています。

本村の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することで、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの重症化予防が重要であると考えます。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症（疾病管理一覧）			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
高血圧症治療者(人)		A	144	140	83	66	61	74
		A/被保数	49.8%	50.4% ↑	43.7%	42.0%	61.6%	61.2%
合併症（中長期目標疾患）	脳血管疾患	B	12	13	7	4	5	9
		B/A	8.3%	9.3% ↑	8.4%	6.1%	8.2%	12.2%
	虚血性心疾患	C	11	13	5	4	6	9
		C/A	7.6%	9.3% ↑	6.0%	6.1%	9.8%	12.2%
	人工透析	D	0	0	0	0	0	0
		D/A	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

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

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病（疾病管理一覧）			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
糖尿病治療者(人)		A	67	65	32	25	35	40
		A/被保数	23.2%	23.4% ↑	16.8%	15.9%	35.4%	33.1%
合併症（中長期目標疾患）	脳血管疾患	B	8	6	4	2	4	4
		B/A	11.9%	9.2% ↓	12.5%	8.0%	11.4%	10.0%
	虚血性心疾患	C	8	11	3	2	5	9
		C/A	11.9%	16.9% ↑	9.4%	8.0%	14.3%	22.5%
	人工透析	D	0	0	0	0	0	0
		D/A	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	4	7	4	3	0	4
		E/A	6.0%	10.8% ↑	12.5%	12.0%	0.0%	10.0%
	糖尿病性網膜症	F	15	14	7	5	8	9
		F/A	22.4%	21.5% ↓	21.9%	20.0%	22.9%	22.5%
	糖尿病性神経障害	G	2	2	1	2	1	0
		G/A	3.0%	3.1% ↑	3.1%	8.0%	2.9%	0.0%

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

図表 21　脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症（疾病管理一覧）			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
脂質異常症治療者(人)		A	87	88	45	33	42	55
		A/被保数	30.1%	31.7%↑	23.7%	21.0%	42.4%	45.5%
合併症（中長期目標疾患）	脳血管疾患	B	10	10	6	3	4	7
		B/A	11.5%	11.4%↓	13.3%	9.1%	9.5%	12.7%
	虚血性心疾患	C	11	14	5	3	6	11
		C/A	12.6%	15.9%↑	11.1%	9.1%	14.3%	20.0%
	人工透析	D	0	0	0	0	0	0
		D/A	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

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

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0 以上を H30 年度と R03 年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約 44%、糖尿病で約 13%、その割合は県平均と比較しても高くなっています。（図表 22）

前述した通り、基礎疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）の合併症の割合が減ってきている疾患もありますが、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22　結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善　Ⅱ度高血圧の推移						医療のかかり方					
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報（R3.4～R4.3）			
							未治療（内服なし）				未治療（内服なし）		未治療		治療中断	
	受診者A	受診率	受診者B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
南大東村	156	59.8	187	72.2	5	3.2	5	100.0	9	4.8	5	55.6	4	44.4	0	0.0
沖縄県	96,845	41.3	80,454	34.6	5,660	5.8	3,211	56.7	5,264	6.5	2,871	54.5	1,746	33.2	304	5.8

	健診受診率				糖尿病											
					結果の改善　HbA1c7.0%以上の推移						医療のかかり方					
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報（R3.4～R4.3）			
							未治療（内服なし）				未治療（内服なし）		未治療		治療中断	
	HbA1c実施者A	実施率	HbA1c実施者B	実施率	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
南大東村	156	100.0	187	100.0	12	7.7	3	25.0	15	8.0	4	26.7	2	13.3	0	0.0
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

出典・参照：KDB システム改変、特定健診等データ管理システム

③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本村の特定健診結果において、H30 年度と R04 年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、3 ポイントも伸びており、その中でも 3 項目すべての危険因子が重なっている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、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160 以上の有所見割合を見ると、いずれも微増しているものの、翌年度健診結果を見ると、HbA1c6.5 以上と LDL-C160 以上においては改善率が上がってきています。

一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも 3～4 割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を働きかける必要があります。(図表 24・25・26)

図表 23　メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者（受診率）	該当者			予備群
			3項目	2項目	
H30年度	156（59.8%）	49（31.4%）	12（7.7%）	37（23.7%）	19（12.2%）
R4年度	167（64.7%）	58（34.7%）↑	17（10.2%）	41（24.6%）	27（16.2%）

出典・参照：特定健診等ﾃﾞｰﾀ管理ｼｽﾃﾑ

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→R1	17（10.9%）	3（17.6%）	6（35.3%）	2（11.8%）	6（35.3%）
R3→R4	25（13.4%）↑	5（20.0%）↑	9（36.0%）	3（12.0%）	8（32.0%）

出典・参照：特定健診等ﾃﾞｰﾀ管理ｼｽﾃﾑ

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→R1	5（3.2%）	4（80.0%）	1（20.0%）	0（0.0%）	0（0.0%）
R3→R4	9（4.8%）↑	4（44.4%）↓	0（0.0%）	1（11.1%）	4（44.4%）↑

出典・参照：特定健診等ﾃﾞｰﾀ管理ｼｽﾃﾑ

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→R1	21 （13.5%）	6 （28.6%）	6 （28.6%）	3 （14.3%）	6 （28.6%）
R3→R4	29 （15.5%）↑	12 （41.4%）↑	6 （20.7%）	1 （3.4%）	10 （34.5%）↑

出典・参照：特定健診等データ管理システム

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本村の特定健診受診率は、令和 1 年には 67.3%まで伸び、その後も第 3 期特定健診等実施計画の目標を達成できています。（図表 27）

またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。（図表 28）

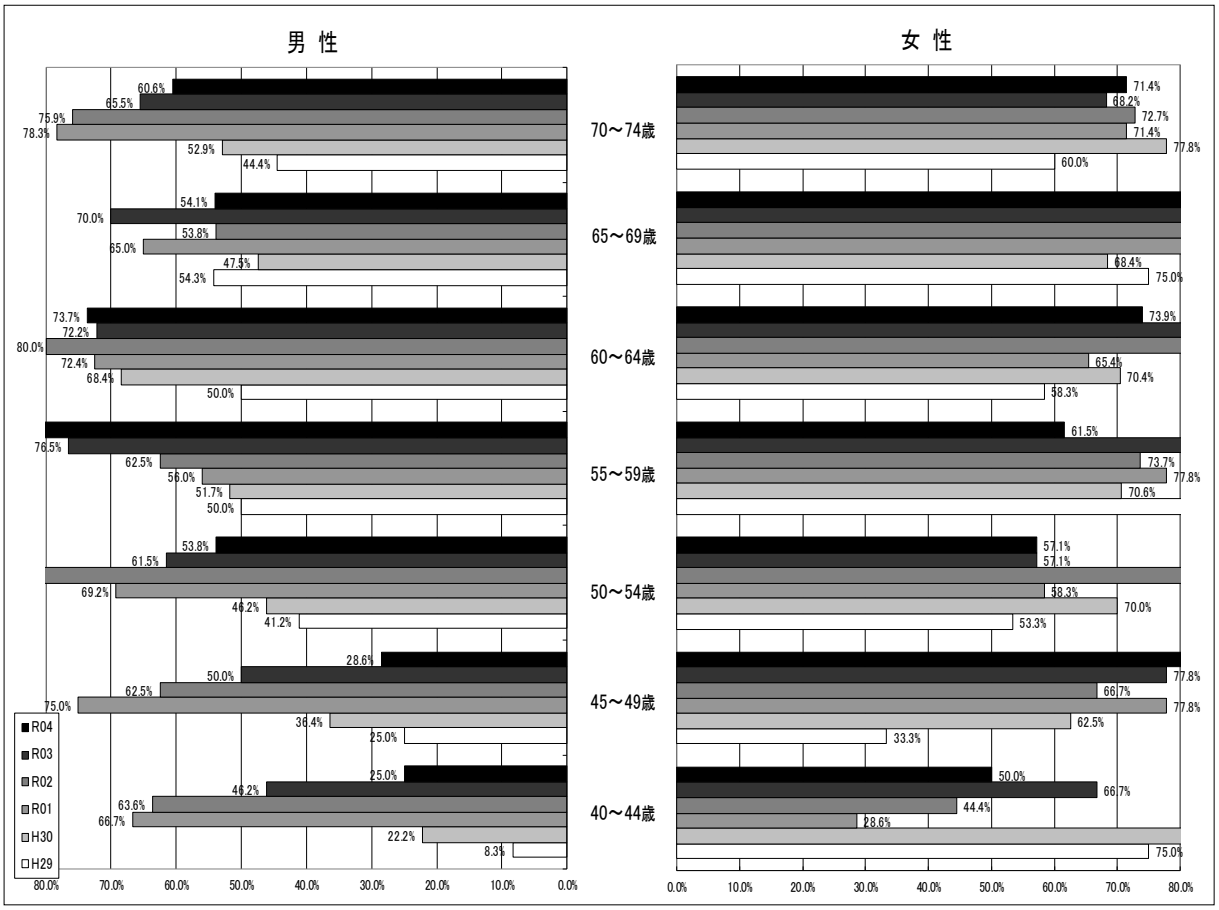
特定保健指導についても、R02 年度以降、大きく実施率が下がっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27　特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度 目標値
特定健診	受診者数	152	175	184	178	169	健診受診率 60%
	受診率	58.2%	67.3%	68.9%	68.7%	65.5%	
特定保健指導	該当者数	19	32	34	32	27	特定保健指導実施率 60%
	割合	12.5%	18.3%	18.5%	18.0%	16.0%	
	実施者数	23	25	8	11	7	
	実施率	121.1%	78.1%	23.5%	34.4%	25.9%	

出典・参照：特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典・参照：特定健診等ﾃﾞｰﾀ管理ｼｽﾃﾑ

2）主な個別事業の評価と課題

（1）重症化予防の取組み

①糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者への保健指導実施の割合は、R4年度 84.6%と増加しているものの、血糖値有所見者割合、未治療・中断の割合も増加傾向にあります。

HbA1c8%以上の未治療者は、R2～3年は1人、R4年度は0人であった。今後も受診のない方には継続して保健指導を実施するように体制を強化し、又治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援をおこないます。

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

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

例示表 1　糖尿病性腎症重症化予防対象者

		R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	195	189	179
血糖値有所見者　＊1	人(b)	28	24	26
	(b/a)	14.4%	12.7%	14.5%
保健指導実施者＊2	人(c)	14	18	22
	(c/b)	50.0%	75.0%	84.6%

＊1　HbA1c6.5%以上のもの
＊2　保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

例示表 2　治療が必要な者の適切な受診

		R2	R3	R4
血糖値有所見者　＊1	人(a)	28	24	26
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者＊3	人(b)	2	2	1
	(b/a)	7.1%	8.3%	3.8%
受診した者	人(c)	0	0	0
	(c/b)	0.0%	0.0%	0.0%
治療開始した者	人(c)	0	0	0
	(c/b)	0.0%	0.0%	0.0%

＊3　HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

例示表 3　HbA1c8.0 以上の状況（アウトカム評価）

		R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	195	189	179
HbA1c8.0%以上	人(b)	7	7	5
	(b/a)	3.6%	3.7%	2.8%
保健指導実施	人(c)	0	4	4
	(c/b)	0.0%	57.1%	80.0%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(d)	1	1	0
	(d/b)	14.3%	14.3%	0.0%

内服治療開始	0人	2人	0人
元々治療中	6人	4人	3人
死亡、転出	0人	0人	0人

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患の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おり、心電図検査は約 7 割実施できています。

有所見者のうち ST 所見をみると、要精査・要医療と判定を受けた者のうち、約 80%が医療機関を受診しています。心房細動未治療者については、ほぼ全数が治療や精密検査につながっています。ST所見で要精査・要医療以外の判定の者や、心房細動治療中の者に対しては、治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っています。

例示表 4　特定健診心電図検査の結果　有所見者の状況

		R2			R3			R4		
		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	195	107	88	189	105	84	179	102	77
心電図受診者(人)	b	107	97	73	153	84	69	130	73	57
心電図実施率	**b/a**	**54.9%**	**90.7%**	**83.0%**	**81.0%**	**80.0%**	**82.1%**	**72.6%**	**71.6%**	**74.0%**
要医療者(人)	c	0	0	0	0	0	0	0	0	0
要精査者(人)	d	9	7	2	4	4	0	5	2	3
有所見率	(c+d)/b	8.4%	7.2%	2.7%	2.6%	4.8%	0.0%	3.8%	2.7%	5.3%
心房細動(人)	e	2	2	0	1	1	0	1	1	0
心房細動有所見率	e/b	1.9%	2.1%	0.0%	0.7%	1.2%	0.0%	0.8%	1.4%	0.0%
うち、心房細動未治療(人)		0	0	0	0	0	0	0	0	0

例示表 5　心電図受診者のうち、ST 所見の状況

		R2		R3		R4	
心電図実施者		170		153		130	
ST異常所見		2	1.2%	4	2.6%	2	1.5%
	要医療・要精査	1	50.0%	1	25.0%	0	0.0%
	医療機関受診あり	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	医療機関受診なし	1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%
	それ以外の判定	1	50.0%	3	75.0%	2	100.0%

例示表 6　心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

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

③脳血管疾患重症化予防対策（例示）

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、約3%前後の横ばいで、令和4年度は約2割が未治療者です。血圧Ⅲ度においては、令和3年度は1人で治療者です。

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

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

例示表 7　高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

				R2	R3	R4
健診受診者			人(a)	195	189	179
血圧Ⅱ度以上の者			人(b)	7	3	5
			(b/a)	3.6%	1.6%	2.8%
	治療あり		人(C)	4	2	4
			(C/b)	57.1%	66.7%	80.0%
	治療なし		人(d)	3	1	1
			(d/b)	42.9%	33.3%	20.0%
		治療開始	人(e)	0	1	1
			(e/d)	0.0%	100.0%	100.0%
（再掲）	血圧Ⅲ度の者		人(f)	0	1	0
			(f/a)	0.0%	0.5%	0.0%
		治療あり	人	0	1	0
		治療なし	人	0	0	0

例示表 8　血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和4年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層（血圧以外のリスク因子）	血圧分類（mmHg）	高値血圧 130～139 /80～89	Ⅰ度高血圧 140～159 /90～99	Ⅱ度高血圧 160～179 /100～109	Ⅲ度高血圧 180以上 /110以上
	46	28	14	3	1
		60.9%	30.4%	6.5%	2.2%
リスク第1層 予後影響因子がない	2	C 2	B 0	B 0	A 0
	4.3%	7.1%	0.0%	0.0%	0.0%
リスク第2層 高齢（65歳以上）、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	26	C 16	B 9	A 0	A 1
	56.5%	57.1%	64.3%	0.0%	100.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	18	B 10	A 5	A 3	A 0
	39.1%	35.7%	35.7%	100.0%	0.0%

…高リスク
…中等リスク
…低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	9
		19.6%
B	概ね1ヵ月後に再評価	19
		41.3%
C	概ね3ヵ月後に再評価	18
		39.1%

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

（2）ポピュレーションアプローチ

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

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

取組内容としては、年１回のウォークラリーやうふあがり健康フェスタの開催。年2回の運動指導士による運動教室の開催や毎月ウォーキングや体操を行い運動の楽しみや習慣化を目的としたうふあがり運動クラブの開催。住民健診会場で食生活改善推進員による玄米食や野菜摂取の必要性についての説明や展示を行いました。また役場ロビーに食品に含まれる塩分の展示を実施しました。

ウォークラリー

チェックポイントで脳トレクイズ

うふあがり健康フェスタ

健康測定
（ハイ・チェッカー、骨密度、血流スコープ）

うふあがり健康フェスタ

減塩味噌汁の試飲

（3）第 2 期計画目標の達成状況一覧

図表 29　第 2 期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	初年度 H30 (H30)	中間評価 R2 (R2)	最終評価 R5 (R4)	データの把握方法 (活用ﾃﾞｰﾀ年度)
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	1人あたりの総医療費の減少（単位：万円）	2.1	2.9	2.4	KDBｼｽﾃﾑ
			脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	3.6%	3.5%	1.4%	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.9%	1.8%	0.2%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0.0%	0.0%	0.0%	
			国保被保険者に占める脳血管疾患の割合減少	9.1%	7.1%	6.8%	
			国保被保険者に占める虚血性心疾患の割合減少	9.8%	11.5%	11.4%	
			国保被保険者に占める糖尿病性腎症の割合減少	0.0%	1.8%	3.0%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.0%	0.0%	0.0%	村調べ
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボシックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドロームの割合の減少	31.6%	32.1%	34.9%	南大東村福祉民生課
			メタボリックシンドローム予備群の割合の減少	11.2%	15.8%	15.4%	
			健診受診者の高血圧者の割合の減少（160/100以上）	3.2%	11.3%	5.4%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL140以上）	26.9%	32.5%	28.1%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上）	10.9%	14.4%	14.4%	
			糖尿病の未治療中断者への保健指導・受診勧奨した割合		0.0%	100.0%	
			糖尿病治療者の保健指導を実施した割合		50.0%	64.0%	
		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	58.2	68.9	65.5	法定報告値
			特定保健指導実施率60%以上	121.1	23.5	25.9	
			特定保健指導対象者の割合の減少	12.5	23.5	16.0	
努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	－	－	－	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	31.5	43.6	36.2	
			大腸がん検診受診者の増加	21.9	24.7	20.4	
			子宮がん検診受診者の増加	56.5	…	－	
			乳がん検診受診者の増加	－	…	－	
			5つのがん検診の平均受診率の増加	22.0		11.3	
		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	87.9%	96.0%	94.1%	厚生労働省

4） 第 2 期データヘルス計画に係る考察

【考察】

第2期計画においては、中長期目標に脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症疾患の医療費割合の2．0%減少を目標に重症化予防に取り組み、目標は達成できました。短期目標では、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リスクである高血圧症・脂質異常症・糖尿病・メタボリックシンドローム等を減少とし取り組みを実施してしきましたが、増加傾向がみられ、目標達成には至りませんでした。より効果的・効率的な方法・内容に対策について検討していきます。

医療費の推移をみると中長期目標の脳血管疾患・虚血性心疾患は減少していました。一方、筋・骨疾患、精神疾患の医療費が平成30年より倍以上に上がっていました。その背景として、筋・骨疾患については、保険収載となった二次骨折予防のための新薬使用が一つの要因として挙げられます。また、精神疾患については、世帯で抱えていた認知症未治療者に対する認知症専門外来が創設されたことと関連があると考えます。いずれも、早期介入による介護予防や住民の QOL 等を鑑み必要な医療なので、中長期的な視点で医療費の推移を注視する必要があります。

またⅡ度高血圧の未治療者44%、HbA1c7.0 以上の未治療者が13%と県平均に比べ高く、高血圧治療をしていながらも血圧コントロールの不良が80%でした。以上のことから、未治療の方にはなぜ治療が必要なのかを納得してもらい治療につなげる支援、治療中の方には医療機関と連携を強化しながら重症化予防に取組む必要があります。

沖縄県市町村における65歳未満の死亡数と割合では、平成30年総死亡数の割合が総数・男性が1位、令和元年は減少するも令和2年度より上位を占めており、早世対策が急務です

今後の重点的な取り組みとして、メタボリックシンドロームを起因とした生活習慣病等の重症化、特に本村では循環器病の予防が必要です。高血圧未治療者の方々への医療機関と連携した受診勧奨や高血圧治療中の方でコントロール不良の方々への個別保健指導に取り組みます。

また、早世死亡率の減少を目標に 40 歳以下の方々へ住民健診受診勧奨と、生活習慣病の予防ができるよう個別保健指導に取り組みます。

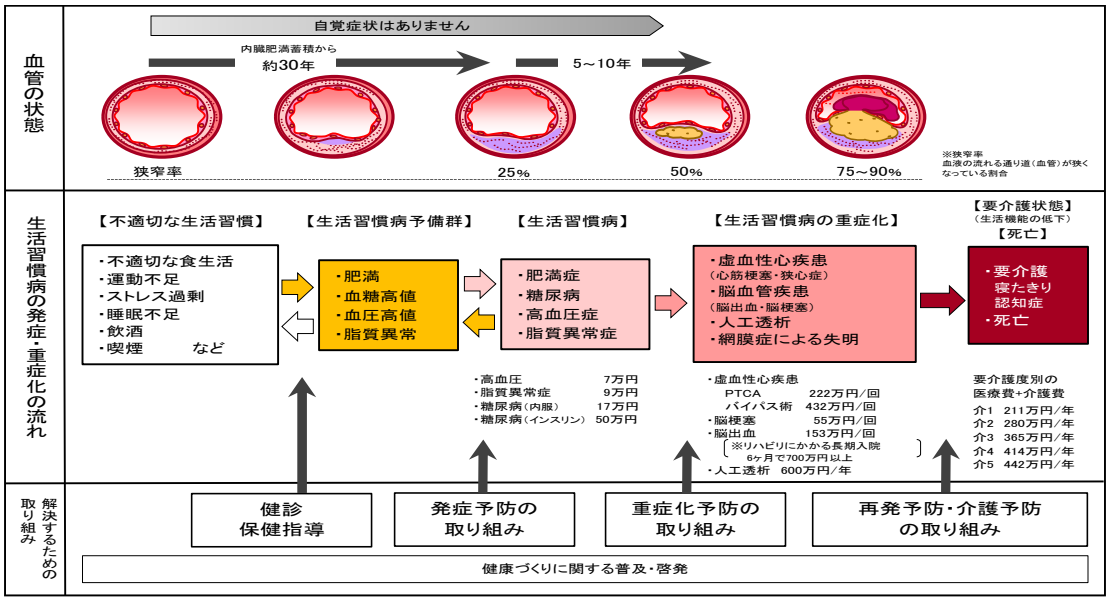
本村は地域行事やイベント等で飲酒する機会が多く、アルコールに関連した健康課題が深刻です。生活習慣病の予防は、子どものころからはじめる健康的な生活習慣の積み重ねが大切です。ライフステージに応じた健康づくりを医療機関、教育機関、食生活改善推進員や地域の方々と連携し協力を図りながら切れ目ない保健事業を展開します。

3. 第 3 期における健康課題の明確化

1)基本的考え方

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

図表 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



出典・参照:標準的な健診・保健指導プログラム

【令和 6 年度版】別紙 1(改変版)

2)健康課題の明確化

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

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

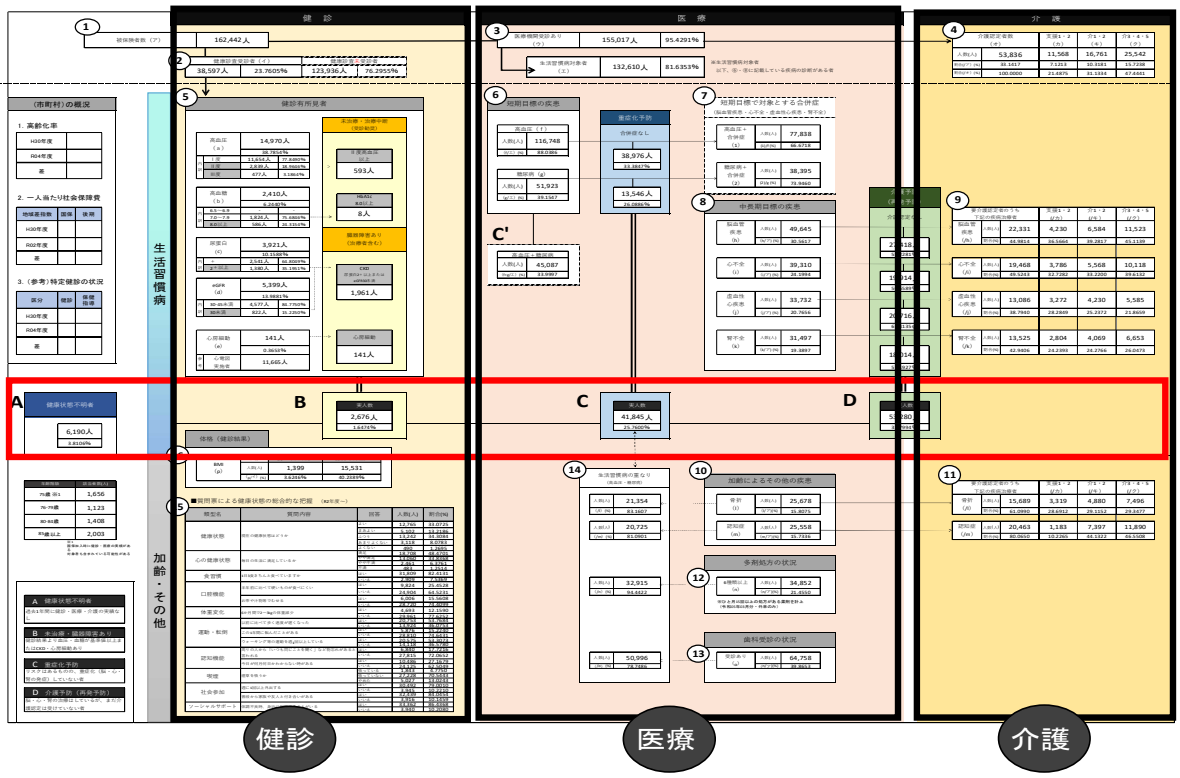
国保では被保険者のうち、40～64 歳の世代は高い割合を占めています。高額医療費をみると 60 代以降から過半数を超えており 40～64歳世代の生活習慣予防病の予防が重要になります。

また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、(図表 31)に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

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

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

図表 31　健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



（1）医療費分析

図表 32　被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度
被保険者数		437人	419人	424人	420人	404人	145人
総件数及び総費用額	件数	2,871件	2,727件	2,512件	2,537件	2,516件	1,744件
	費用額	1億1245万円	1億1986万円	1億4937万円	1億3914万円	1億2084万円	1億1847万円
一人あたり医療費		25.7万円	28.6万円	35.2万円	33.1万円	29.9万円	81.7万円

出典・参照：KDB システム改変

図表 33　データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名		総医療費	一人あたり医療費（月額）	中長期目標疾患				短期目標疾患			（中長期・短期）目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患
				腎		脳	心								
				慢性腎不全（透析有）	慢性腎不全（透析無）	脳梗塞脳出血	狭心症心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
①国保	南大東村	1億2084万円	24,431	0.00%	0.13%	1.43%	0.22%	7.13%	3.55%	0.81%	1603万円	13.27%	2.98%	11.97%	16.92%
	同規模	--	29,993	3.29%	0.37%	2.12%	1.46%	6.01%	3.48%	1.83%	--	18.56%	17.57%	7.82%	9.33%
	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	南大東村	1億1847万円	65,961	0.00%	0.45%	4.05%	4.30%	5.45%	3.43%	1.27%	2244万円	18.95%	16.27%	0.99%	14.87%
	同規模	--	66,525	3.76%	0.64%	4.27%	1.56%	3.98%	3.49%	1.08%	--	18.78%	10.21%	3.61%	12.15%
	県	--	79,275	4.65%	0.38%	4.30%	1.76%	3.09%	2.26%	1.14%	--	17.58%	8.35%	4.54%	13.72%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

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

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

図表34　高額レセプト（80 万円／件）以上の推移

対象年度			H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期:R4年度
高額レセプト（80万円以上/件）	人数	A	16人	12人	19人	18人	12人	18人
	件数	B	33件	33件	47件	41件	26件	31件
		B/総件数	1.15%	1.21%	1.87%	1.62%	1.03%	1.78%
	費用額	C	3874万円	4087万円	6337万円	5139万円	3925万円	4147万円
		C/総費用	34.5%	34.1%	42.4%	36.9%	32.5%	35.0%

出典・参照：KDB ｼｽﾃﾑ改変

図表 35　高額レセプト（80 万円／件）以上の推移（脳血管疾患）

対象年度			H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期:R4年度		
脳血管疾患	人数	D	1人		2人		2人		2人		1人		1人		
		D/A	6.3%		16.7%		10.5%		11.1%		8.3%		5.6%		
	件数	E	3件		3件		3件		2件		1件		2件		
		E/B	9.1%		9.1%		6.4%		4.9%		3.8%		6.5%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	0	0.0%
		60代	3	100.0%	3	100.0%	3	100.0%	2	100.0%	1	100.0%	80代	0	0.0%
		70-74歳	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	90歳以上	2	100.0%
	費用額	F	344万円		330万円		392万円		196万円		84万円		239万円		
		F/C	8.9%		8.1%		6.2%		3.8%		2.1%		5.8%		

出典・参照：KDB ｼｽﾃﾑ改変

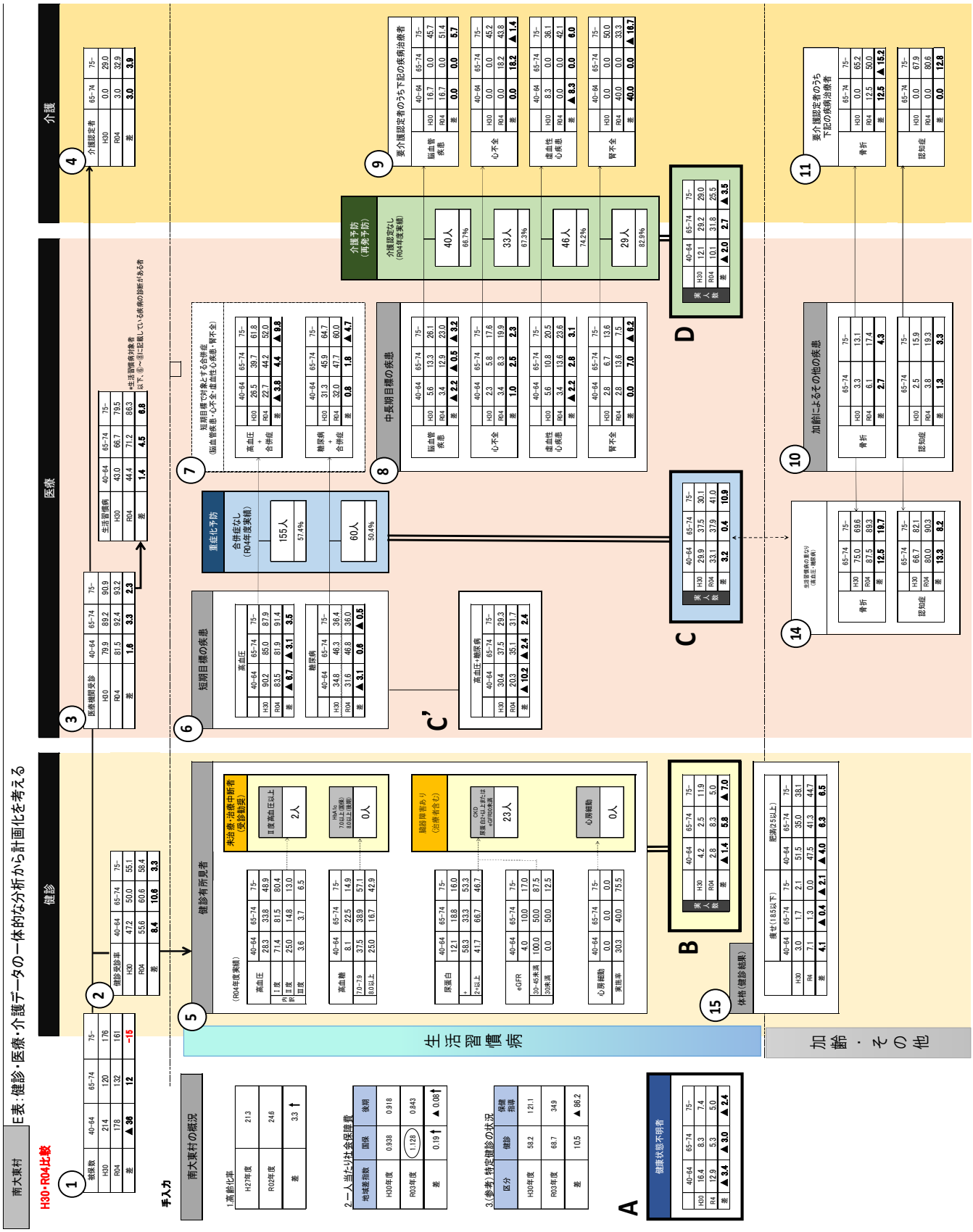
図表 36　高額レセプト（80 万円／件）以上の推移（虚血性心疾患）

対象年度			H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期:R4年度		
虚血性心疾患	人数	G	3人		0人		1人		1人		0人		2人		
		G/A	18.8%		0.0%		5.3%		5.6%		0.0%		11.1%		
	件数	H	4件		0件		1件		1件		0件		2件		
		H/B	12.1%		0.0%		2.1%		2.4%		0.0%		6.5%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	--	1	100.0%	0	0.0%	0	--	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	--	0	0.0%	0	0.0%	0	--	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	--	0	0.0%	0	0.0%	0	--	75-80歳	1	50.0%
		60代	3	75.0%	0	--	0	0.0%	1	100.0%	0	--	80代	1	50.0%
		70-74歳	1	25.0%	0	--	0	0.0%	0	0.0%	0	--	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I	455万円		--		181万円		114万円		--		226万円		
		I/C	11.8%		--		2.9%		2.2%		--		5.5%		

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37　E 表：健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える



出典・参照：保険者ﾃﾞｰﾀﾍﾙｽ支援ｼｽﾃﾑ

図表 38　被保険者数と健診受診状況

R4年度	地域差指数(R3) 国保	地域差指数(R3) 後期	高齢化率(R4)	④ 認定率 介護 75−	① 被保険者数 40−64	① 被保険者数 65−74	① 被保険者数 75−	② 健診受診率 特定健診 40−64	② 健診受診率 特定健診 65−74	② 健診受診率 長寿健診 75−	⑮ 体格(健診結果) BMI18.5未満 40−64	⑮ BMI18.5未満 65−74	⑮ BMI18.5未満 75−	⑮ BMI25以上 40−64	⑮ BMI25以上 65−74	⑮ BMI25以上 75−
※ 全国	1.00	1.00	28.6	31.7	1,712,953	2,638,380	3,991,507	24.5	40.4	20.3	8.1	6.9	7.8	30.9	27.3	25.2
沖縄県	1.05	1.05	23.2	33.1	156,667	142,480	162,442	20.7	35.6	23.8	5.6	3.7	3.6	39.3	39.5	40.2
南大東村	1.13	0.84	25.5	32.9	178	132	161	55.6	60.6	58.4	7.1	1.3	0.0	47.5	41.3	44.7

参考

平均寿命(R2) 全国1,965市区町村 男 年齢	平均寿命(R2) 全国1,965市区町村 女 年齢	65歳未満死亡割合(R4) 男 %	65歳未満死亡割合(R4) 女 %	標準化死亡比(SMR)(H29−R3) 脳出血 男	脳出血 女	脳梗塞 男	脳梗塞 女	虚血性心疾患 男	虚血性心疾患 女
81.5	87.6	10.6	5.7	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
80.7	87.9	16.8	9.0	124.3	108.8	97.9	78.6	105.8	89.5
80.9	87.7	7.1	14.3	…	…	60.1	76.9	84.0	87.1

図表 39　健診有所見状況

R4年度	⑤ Ⅱ度高血圧以上(未治療・治療中断者) 40−64 人	%	人	65−74 人	%	人	75− 人	%	人	HbA1c7.0以上(未治療・治療中断者)※後期高齢者は8.0以上 40−64 人	%	人	65−74 人	%	人	75− 人	%	人	CKD 尿蛋白2＋以上またはeGFR30未満 40−64 人	%	65−74 人	%	75− 人	%	心房細動 40−64 人	%	65−74 人	%	75− 人	%
※ 全国	20,185	4.8	(9,328)	69153	6.5	(23,511)	62575	7.7	(14,662)	15707	3.7	(1,783)	58122	5.5	(3,495)	42516	5.3	(326)	4810	1.1	18804	1.8	36158	4.1	707	0.3	7273	1.4	9,487	3.2
沖縄県	1,715	5.3	(686)	3,409	6.7	(988)	3,316	8.6	(593)	1,540	4.7	(187)	3,595	7.1	(217)	586	1.5	(8)	576	1.8	1,528	3.0	2,202	5.7	21	0.1	70	0.1	141	0.4
南大東村	8	8.1	(0)	5	6.3	(2)	9	9.6	(0)	5	5.1	(0)	10	12.5	(0)	6	6.4	(0)	5	5.1	14	17.5	9	9.6	0	0.0	1	1.4	2	1.0

図表 40　短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

R4年度	③ 医療機関受診 40−64 %	65−74 %	75− %	生活習慣病対象者(生活習慣病の医療機関受診者) 40−64 %	65−74 %	75− %	⑥ 短期目標の疾患(生活習慣病受診者のうち) 高血圧 40−64 %	65−74 %	75− %	糖尿病 40−64 %	65−74 %	75− %	C' 糖尿病+高血圧 40−64 %	65−74 %	75− %	⑦ 短期目標の疾患とする合併症 高血圧＋合併症 40−64 %	65−74 %	75− %	糖尿病＋合併症 40−64 %	65−74 %	75− %
※ 全国	78.9	91.2	95.4	30.5	62.6	81.4	73.1	81.5	85.9	44.5	46.2	43.2	27.8	34.7	36.2	40.5	49.4	68.0	43.9	54.7	72.3
沖縄県	74.9	88.8	95.4	29.0	61.9	81.6	79.2	85.4	88.0	38.2	41.2	39.2	26.0	33.1	34.0	37.7	49.3	66.7	45.7	58.8	73.9
南大東村	81.5	92.4	93.2	44.4	71.2	86.3	83.5	81.9	91.4	31.6	46.8	36.0	20.3	35.1	31.7	22.7	44.2	52.0	32.0	47.7	60.0

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

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

R4年度	⑧ 中長期目標の疾患(被保数割) 脳血管疾患 40−64 %	65−74 %	75− %	虚血性心疾患 40−64 %	65−74 %	75− %	心不全 40−64 %	65−74 %	75− %	腎不全 40−64 %	65−74 %	75− %	⑨ 中長期疾患のうち介護認定者 脳血管疾患 40−64 %	65−74 %	75− %	虚血性心疾患 40−64 %	65−74 %	75− %	心不全 40−64 %	65−74 %	75− %	腎不全 40−64 %	65−74 %	75− %
※ 全国	4.2	11.7	24.6	3.8	10.7	21.1	6.3	16.7	34.5	4.4	8.9	14.4	12.8	19.9	47.1	3.2	7.2	38.4	3.6	7.9	42.1	4.0	9.6	42.4
沖縄県	5.1	16.0	30.6	3.5	10.8	20.8	3.4	9.5	24.2	4.6	11.1	19.4	9.2	12.4	45.0	3.1	7.1	38.8	4.7	11.0	49.5	3.6	8.9	42.9
南大東村	3.4	12.9	23.0	3.4	13.6	23.6	3.4	8.3	19.9	2.8	13.6	7.5	16.7	0.0	51.4	0.0	0.0	42.1	0.0	18.2	43.8	40.0	0.0	33.3

図表 42　骨折・認知症の状況

（R4 年度）

⑭				⑩				⑪				A			B			C			D		
生活習慣病との重なり（高血圧・糖尿病）				加齢による その他の疾患 （被保数割）				加齢による疾患のうち要介護認定者				健康状態不明者			未治療者・臓器障害あり			重症化予防			介護予防（再発予防）		
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−	40−64	65−74	75−	40−64	65−74	75−	40−64	65−74	75−	40−64	65−74	75−
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
36.3	82.5	71.3	81.5	4.4	14.7	1.6	14.8	14.8	57.3	57.7	82.4	19.2	7.3	3.9	0.9	2.0	1.4	16.9	30.2	24.9	13.1	30.0	34.0
68.6	83.2	73.3	81.1	5.3	15.8	1.8	15.7	15.2	61.1	45.7	80.1	23.5	9.9	3.8	0.9	1.8	1.6	16.8	29.6	25.8	11.6	29.4	32.8
87.5	89.3	80.0	90.3	6.1	17.4	3.8	19.3	12.5	50.0	0.0	80.6	12.9	5.3	5.0	2.8	8.3	5.0	33.1	37.9	41.0	10.1	31.8	25.5

図表 38～42 出典：保険者ﾃﾞｰﾀﾍﾙｽ支援ｼｽﾃﾑ（※全国の値は R3 年度）

（3）健康課題の明確化（図表 32～42）

国保の被保険者数は年々減っているが、一人あたり医療費は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり 80 万円を超え、国保の約 3 倍も高い状況です。（図表 32）

本村は、短期的目標疾患の糖尿病および高血圧症の総医療費に占める割合は、同規模と比べて高く、脂質異常症では低い状況です。中長期目標疾患の脳血管疾患・虚血性心疾患の医療費に占める割合をみると、国保は同規模・県・国と比べて低い状況ではあるものの、後期高齢においては同規模、県、国と比べてかなり高い状況にあります。（図表 33）

高額レセプトについては、国保では毎年約 30～40 件と、後期高齢とほぼ同数発生しており、国保の若い年代から医療費がかかっていることが分かります。

高額における疾病をみてみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和 2 年度が一番多く 3 件で 392 万円の費用がかかっていましたが、令和 4 年度は 1 件と件数が減り、費用額も 308 万円と減っています。しかし、後期高齢においては、2 件発生し、239 万円の費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。また、虚血性心疾患で高額になったレセプトは、国保で平成 30 年度が一番多く4件で 455 万円の費用がかかっていましたが、令和4年度は 0 件となり、後期高齢においては 2 件発生し、226 万円の費用がかかっています。（図表 34、35）

健診・医療・介護のデータの R4 年度の結果を全国・県平均および各年代毎に分析すると、図表 38⑮の体格をみると、各年代とも BMI25 以上の割合が全国・県に比べて高い状況です。

図表 39 健診有所見の状況をみると、全国・県平均と比べてどの年代も対象人数の割合が高く、若い年代からの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。また、糖尿病の有所見割合が高い一方で、図表 39 の⑤健診有所見状況の、HbA1c7.0 以上の未治療・中断者の割合は全国・平均よりも高く、図表 40 の⑦高血圧・糖尿病の合併症における治療割合はひくいものの、図表 41 の⑧中長期疾患（脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全）において、65～74 歳と後期高齢で虚血性心疾患の割合が高い状況がみらる。また、内臓脂肪型肥満は血管変化を引き起こし、虚血性心疾患の発症リスクを増加させる可能性があることから、メタボリックシンドロームの解決に向けて対策が必要です。

（4）優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

具体的な取組方法については、第 4 章に記載していきます。

2） 目標の設定

（1）成果目標

①データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

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

②中長期的な目標の設定

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

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

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

③短期的な目標の設定

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

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

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

（2） 管理目標の設定

図表 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画			達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績 初期値 R6 (R4)	実績 中間評価 R8 (R7)	実績 最終評価 R11 (R10)	データの把握方法 (活用データ年度)
データヘルス計画	中長期目標	アウトカム指標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.43%			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	0.22%			
				慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	0.00%			
				糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0.00%			
				糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.00%			各市町村
	短期目標		脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボシックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	50.0%			健診結果（保険者ﾃﾞｰﾀﾍﾙｽ支援ｼｽﾃﾑ）
				（再掲）メタボリックシンドローム該当者の減少	34.7%			
				（再掲）メタボリックシンドローム予備群の減少	15.3%			
				（再掲）A メタボ該当者＋高血圧者の割合減少（140/90以上）	14.2%			
				（再掲）A＋高血糖者の割合減少（HbA1c8.0以上）	0.0%			
				（再掲）A＋脂質異常者の割合減少（LDL160以上）	3.4%			
				（再掲）A＋尿蛋白有所見者の割合減少（2+以上）	2.3%			
				（再掲）A＋高尿酸者の割合減少（8.0以上）	3.4%			
				健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）	6.8%			
				健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	14.2%			
				健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	14.2%			
				★健診受診者のHbA1c8.0%(NGSP値）以上の者の割合の減少	2.8%			
				健診受診者の尿蛋白有所見者の割合減少（2+以上）	8.5%			
				糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	0.0%			各市町村
		アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	65.5%			法定報告値（特定健診等ﾃﾞｰﾀ管理ｼｽﾃﾑ）
				★特定保健指導実施率60%以上	25.9%			※分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数/昨年度の特定保健指導の利用者数
				★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	15.8%			

第3章　特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

図表 44　特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	67%	68%	69%	70%	71%	72%
特定保健指導実施率	35%	40%	45%	50%	55%	60%以上

3. 対象者の見込み

図表 45　特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	260人	260人	260人	260人	260人	260人
	受診者数	168人	170人	173人	175人	178人	180人
特定保健指導	対象者数	27人	27人	28人	28人	28人	29人
	受診者数	9人	11人	12人	14人	16人	17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（本村保健センター他）

② 個別健診（委託医療機関）

（2）特定健診委託基準

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

（3）健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、本村のホームページに掲載します。

（参照）URL：https//www.vill.minamidaito.okinawa.jp/

（4）特定健診実施項目

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

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

図表 46　特定健診検査項目（例示）

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

○･･･必須項目、□･･･医師の判断に基づき選択的に実施する項目、●･･･いずれの項目の実施で可
※心電図検査は集団健診では必須項目、個別健診では医師の判断に基づき選択的に実施する項目

（5）実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施します。

（6）医療機関との適切な連携

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

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

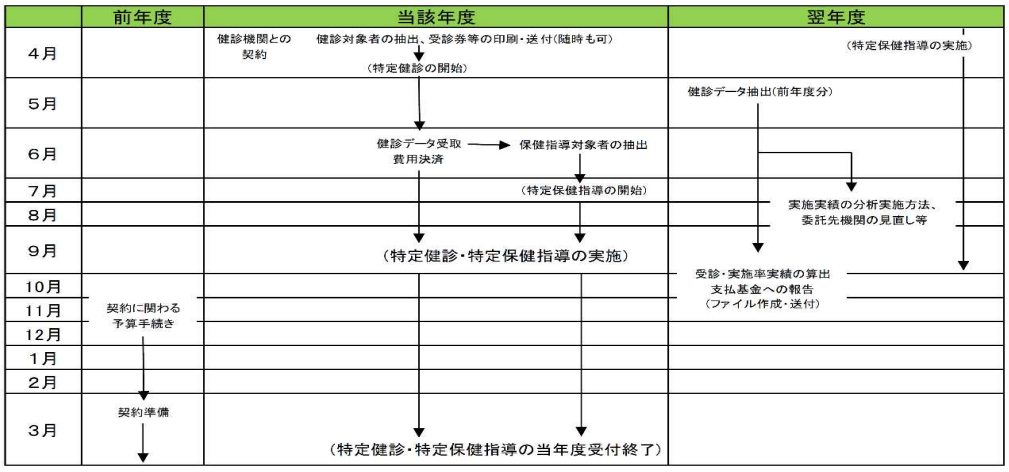
（7）代行機関

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

（8）健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 47　特定健診実施スケジュール（例示）



5. 特定保健指導の実施

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

○第4期(2024年以降)における変更点

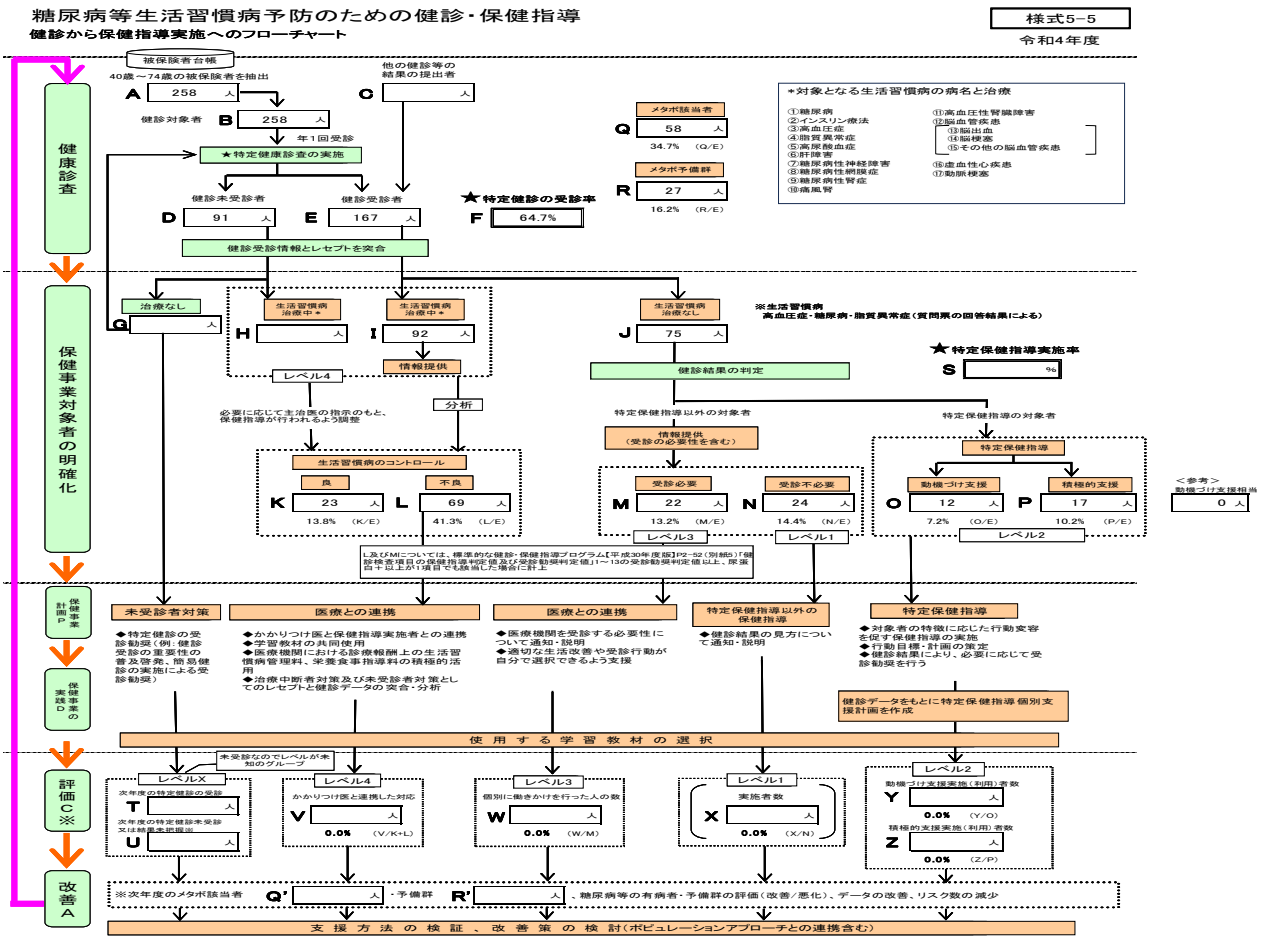
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1)健診から保健指導実施の流れ

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

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)



出典・参照：特定健診等ﾃﾞｰﾀ管理ｼｽﾃﾑ

（2）要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49　要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式5−5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込（受診者の○%）	目標実施率
1	○ P	特定保健指導 ○: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	29人 （17.4%）	60%
2	M	情報提供 （受診必要）	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	22人 （13.2%）	HbA1c6.5以上については100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨）	91人 ※受診率目標達成までにあと19人	5%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	24人 （14.4%）	10%
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	92人 （55.1%）	60%

（3）生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 50　健診・保健指導年間スケジュール

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

６．個人情報の保護

（1）基本的な考え方

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

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

（2）特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

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、本村ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章　課題解決するための個別保健事業

Ⅰ．保健事業の方向性

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

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

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

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

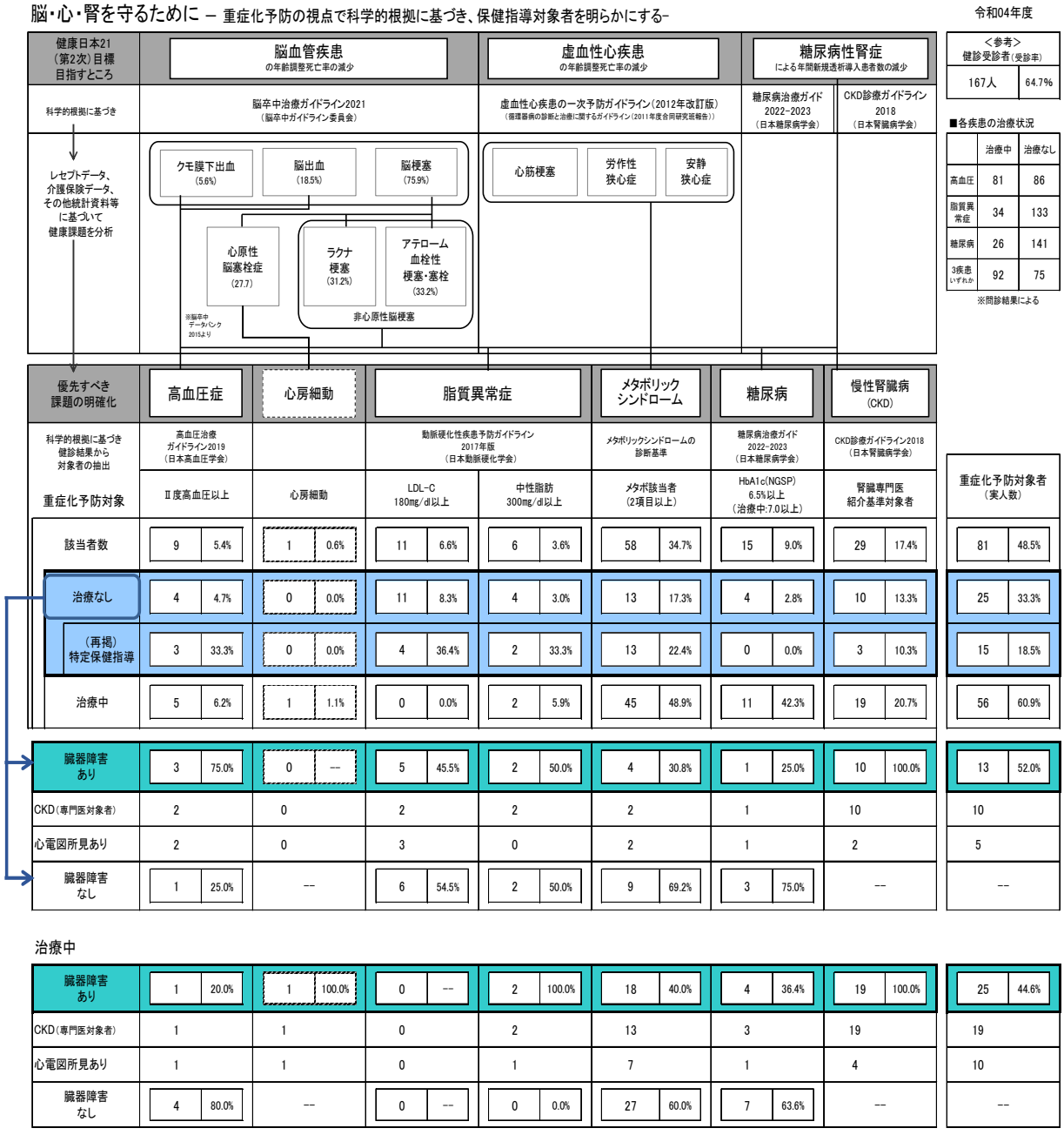
また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。そのため特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第 3 章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

Ⅱ．重症化予防の取組

本村の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、81 人（48.5%）です。そのうち治療なしが 25 人（33.3%）を占め、さらに臓器障害あり直ちに取り組むべき対象者が 13 人です。

また、本村においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、25 人中 15 人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。（図表 51）

図表 51　脳・心・腎を守るために



出典・参照：特定健診等ﾃﾞｰﾀ管理ｼｽﾃﾑ

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

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

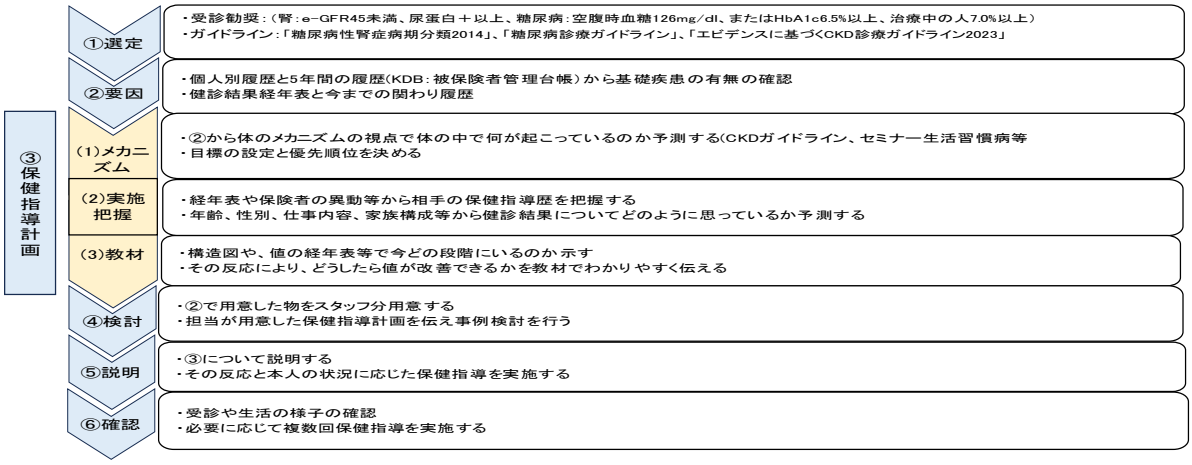
なお、取組にあたっては（図表 52）に沿って実施します。

（1）健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導

（2）治療中の患者に対する医療と連携した保健指導

（3）糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

図表 52　糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2）対象者の明確化

（1）対象者選定基準の考え方

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

① 医療機関未受診者

② 医療機関受診中断者

③ 糖尿病治療中者

ア. 糖尿病性腎症で通院している者

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

（2）選定基準に基づく該当者の把握

①対象者の抽出

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

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類

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

出典・参照:糖尿病治療ガイド 2022-2023

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

本村においては、特定健診にて血清クレアチンニン検査、尿蛋白（定性）検査を必須項目として実施しているため、腎機能（ｅGFR）の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。ＣＫＤ診療ガイド 2018 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（＋）以上としていることから、尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となります。

②基準に基づく該当者数の把握

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

本村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、4 人(12.9%)でした。
また、40～74 歳における糖尿病治療者 69 人のうち、特定健診受診者が 40 人(58.0%)であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者 29 人（42.0%）については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③介入方法と優先順位

（図表 54）より本村においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位１

【受診勧奨】

・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（Ｆ）・・・4 人

優先順位２

【保健指導】

・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（Ｋ）・・・15 人
　治療中断しない（継続受診）のための保健指導

・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

・医療機関と連携した保健指導

優先順位３

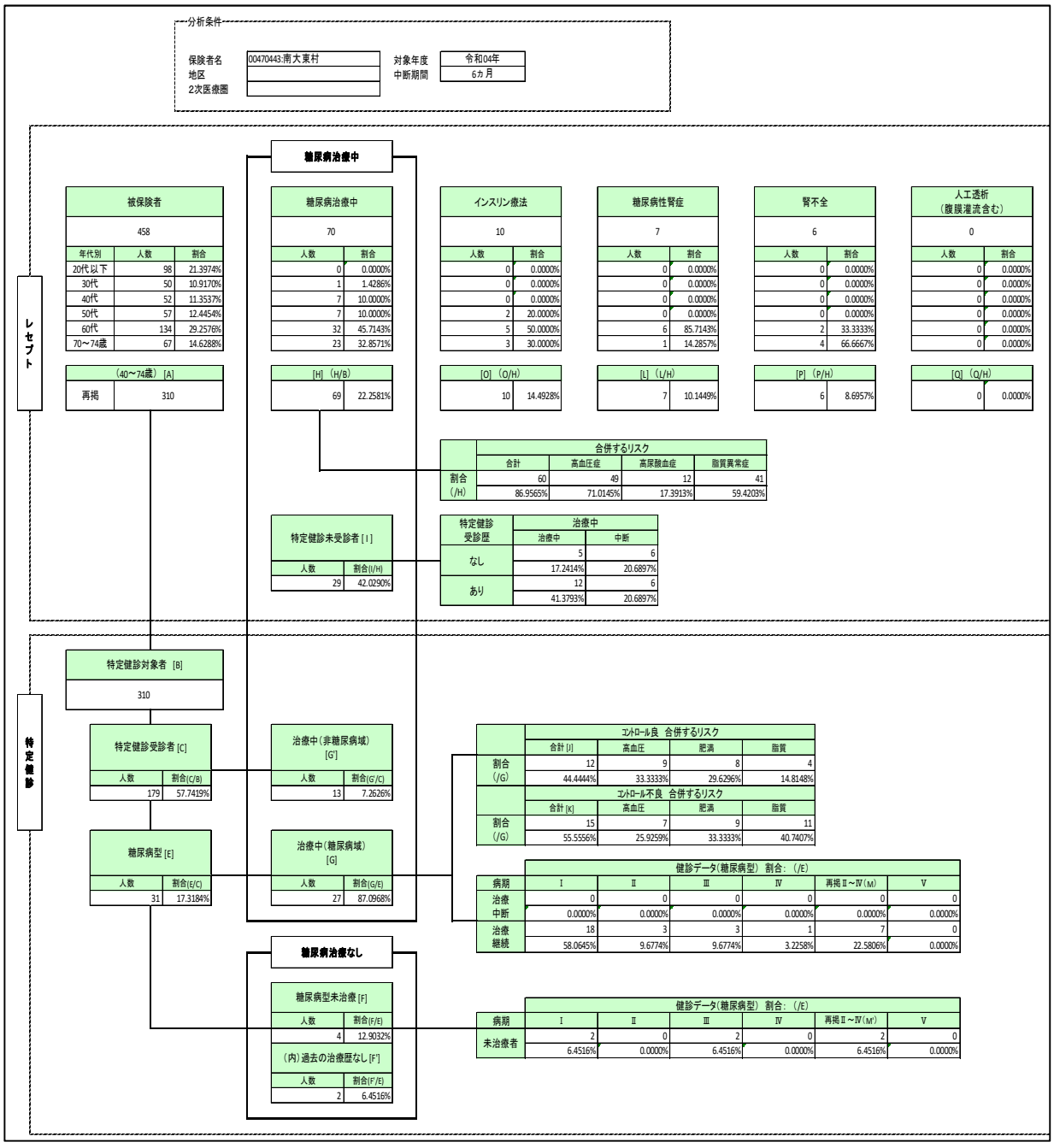
【保健指導】

・Ｉの中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→管理台帳

・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

・医療機関と連携した保健指導

図表 54　糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典・参照：保険者ﾃﾞｰﾀﾍﾙｽ支援ｼｽﾃﾑ

3） 保健指導の実施

（1） 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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

図表 55 令和４年度版　なぜ治療が必要なのかを学習するための資料

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

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

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、訪問や電話で受診勧奨し医療機関と情報共有し受診中断しないよう支援します。

（2） 治療中の者への対応

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

5） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施をすすめる中で、高齢福祉担当者と連携していきます。

6） 評価

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

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

ア．受診勧奨対象者への介入率

イ．医療機関受診率

ウ．医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

ア．保健指導実施率

イ．糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

〇HbA1ｃの変化

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

〇尿蛋白の変化

〇服薬状況の変化

図表 56　糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目					突合表	南大東村										同規模保険者（平均）		データ基
						H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		R4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	456人		433人		423人		420人		415人				KDB_厚生労働省様式様式3-2
	②		（再掲）40-74歳			298人		284人		285人		295人		290人				
2	①	特定健診	対象者数		B	261人		260人		267人		259人		258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	152人		175人		184人		178人		169人				
	③		受診率			58.2%		67.3%		68.9%		68.7%		65.5%				
3	①	特定保健指導	対象者数			19人		32人		34人		32人		27人				
	②		実施率			121.1%		78.1%		23.5%		34.4%		25.9%				
4	①	健診データ	糖尿病型		E	25人	16.0%	41人	22.7%	39人	20.1%	38人	20.3%	32人	19.2%			特定健診結果
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし		F	4人	16.0%	11人	26.8%	9人	23.1%	7人	18.4%	6人	18.8%			
	③		治療中（質問票 服薬あり）		G	21人	84.0%	30人	73.2%	30人	76.9%	31人	81.6%	26人	81.3%			
	④		コントロール不良 HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130以上			13人	61.9%	18人	60.0%	20人	66.7%	15人	48.4%	14人	53.8%			
	⑤			血圧　130/80以上	J	8人	61.5%	11人	61.1%	15人	75.0%	8人	53.3%	5人	35.7%			
	⑥			肥満　BMI25以上		9人	69.2%	11人	61.1%	14人	70.0%	9人	60.0%	8人	57.1%			
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		K	8人	38.1%	12人	40.0%	10人	33.3%	16人	51.6%	12人	46.2%			
	⑧		第1期	尿蛋白（－）	M	19人	76.0%	27人	65.9%	25人	64.1%	27人	71.1%	20人	62.5%			
	⑨		第2期	尿蛋白（±）		1人	4.0%	3人	7.3%	1人	2.6%	2人	5.3%	4人	12.5%			
	⑩		第3期	尿蛋白（＋）以上		5人	20.0%	10人	24.4%	13人	33.3%	7人	18.4%	5人	15.6%			
	⑪		第4期	eGFR30未満		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	2人	5.3%	2人	6.3%			
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保険者千対）			114.0人		113.2人		94.6人		90.5人		94.0人				KDB_厚生労働省様式様式3-2
	②		（再掲）40-74歳（被保険者千対）			171.1人		169.0人		136.8人		125.4人		131.0人				
	③		レセプト件数（40-74歳）（ ）内は被保険者千対	入院外（件数）		373件	(1290.7)	342件	(1212.8)	282件	(949.5)	355件	(1228.4)	296件	(1064.7)	136,930件	(893.2)	KDB_疾病別医療費分析（生活習慣病）
	④			入院（件数）				1件	(3.5)			1件	(3.5)	2件	(7.2)	658件	(4.3)	
	⑤		糖尿病治療中		H	52人	11.4%	49人	11.3%	40人	9.5%	38人	9.0%	39人	9.4%			KDB_厚生労働省様式様式3-2
	⑥		（再掲）40-74歳			51人	17.1%	48人	16.9%	39人	13.7%	37人	12.5%	38人	13.1%			
	⑦		健診未受診者		I	30人	58.8%	27人	56.3%	9人	23.1%	6人	16.2%	12人	31.6%			
	⑧		インスリン治療		O	11人	21.2%	7人	14.3%	5人	12.5%	7人	18.4%	5人	12.8%			
	⑨		（再掲）40-74歳			11人	21.6%	7人	14.6%	5人	12.8%	7人	18.9%	5人	13.2%			
	⑩		糖尿病性腎症		L	0人	0.0%	3人	6.1%	2人	5.0%	5人	13.2%	4人	10.3%			
	⑪		（再掲）40-74歳			0人	0.0%	3人	6.3%	2人	5.1%	5人	13.5%	4人	10.5%			
	⑫		慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）			0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%			
	⑬		（再掲）40-74歳			0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%			
	⑭		新規透析患者数			0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%			
	⑮		（再掲）糖尿病性腎症			0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%			
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）			0	0.0%	0	0.0%	1人	3.2%	0人	0.0%	1人	0.0%			KDB_厚生労働省様式様式3-2　遂後期
6	①	医療費	総医療費			1億1245万円		1億1986万円		1億4937万円		1億3914万円		1億2084万円		2億6175万円		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			4534万円		5497万円		6183万円		6252万円		5515万円		1億4021万円		
	③		（総医療費に占める割合）			40.3%		45.9%		41.4%		44.9%		45.6%		53.6%		
	④		生活習慣病対象者一人あたり	健診受診者		4,609円		4,253円		9,050円		4,587円		11,136円		8,820円		
	⑤			健診未受診者		27,924円		37,868円		42,074円		49,173円		37,618円		40,357円		
	⑥		糖尿病医療費			787万円		723万円		697万円		930万円		862万円		1572万円		
	⑦		（生活習慣病総医療費に占める割合）			17.4%		13.1%		11.3%		14.9%		15.6%		11.2%		
	⑧		糖尿病入院外総医療費			1236万円		1349万円		1243万円		1590万円		1244万円				
	⑨		1件あたり			20,159円		23,137円		26,837円		30,451円		27,044円				
	⑩		糖尿病入院総医療費			1986万円		2819万円		2441万円		3448万円		2807万円				
	⑪		1件あたり			763,660円		722,800円		813,733円		820,995円		825,719円				
	⑫		在院日数			17日		18日		24日		19日		20日				
	⑬		慢性腎不全医療費			10万円		24万円		197万円		31万円		15万円		957万円		
	⑭		透析有り							151万円						862万円		
	⑮		透析なし			10万円		24万円		46万円		31万円		15万円		96万円		
7	①	介護	介護給付費			8764万円		9686万円		9956万円		9593万円		7645万円		3億5514万円		
	②		（2号認定者）糖尿病合併症			0件	0.0%	0件	0.0%	1件	50.0%	1件	######	2件	66.7%			
8	①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）			0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	267人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康

出典・参照：KDB ｼｽﾃﾑ改変

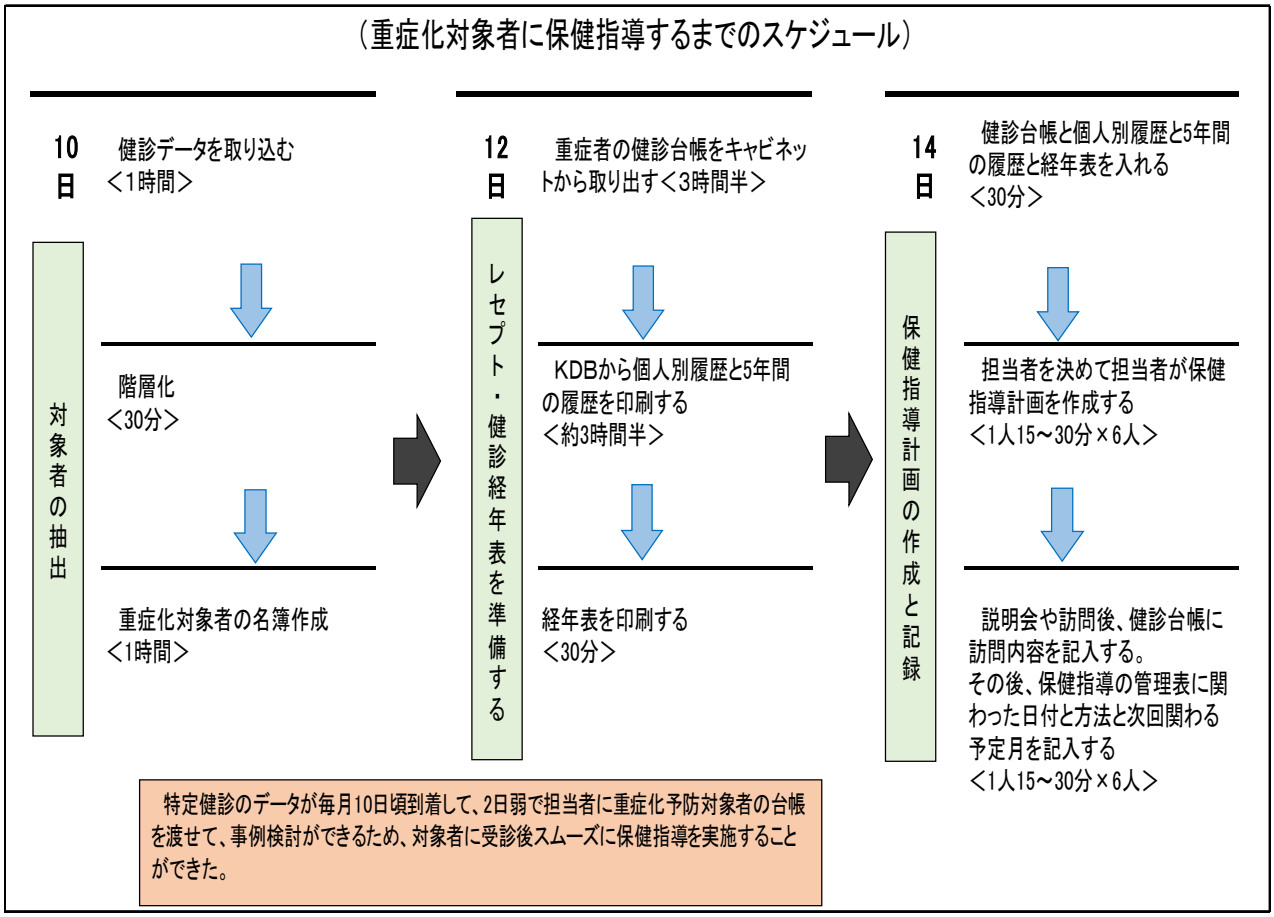
7） 実施期間及びスケジュール

4 月　対象者の選定基準の決定

5 月　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

8月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

図表 57　重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

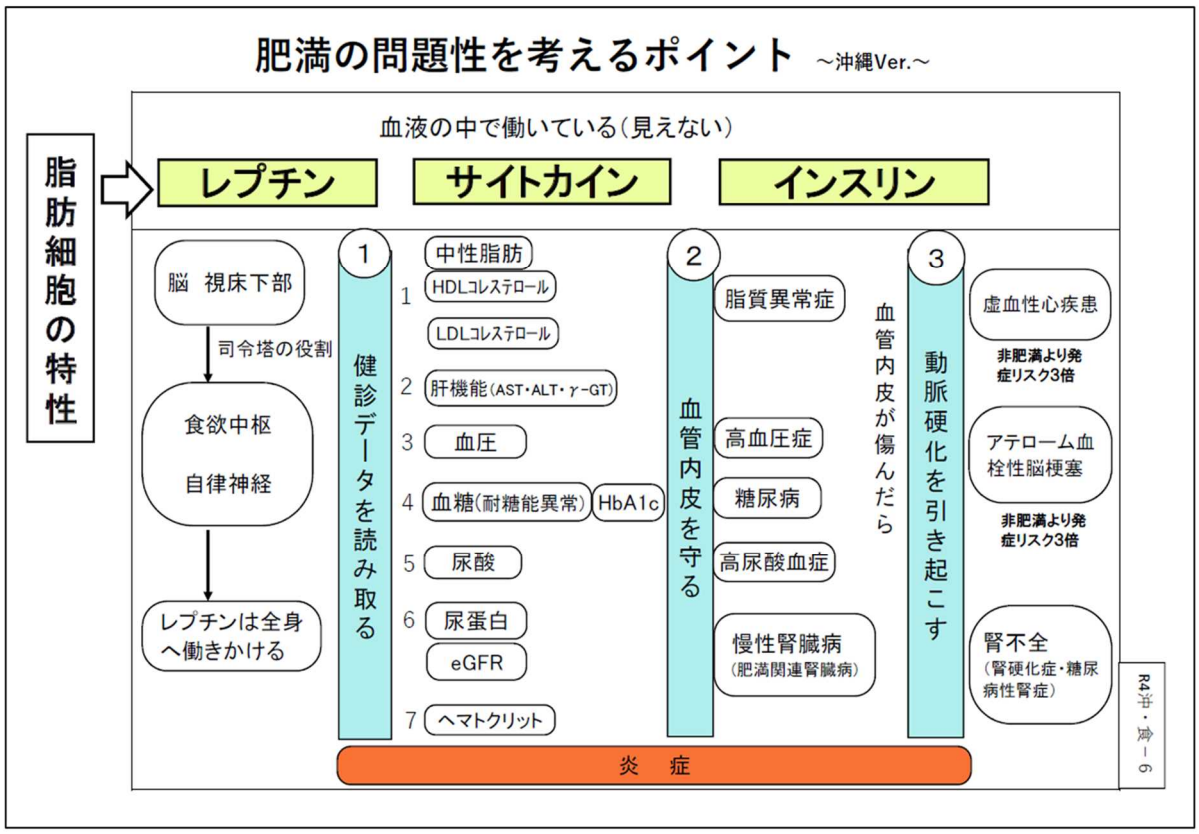
1）基本的な考え方

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

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

なお、取組みにあたっては図表 58 に基づいて考えていきます。

図表 58　肥満の問題性を考えるポイント～沖縄 Ver.～（R4 沖・食-6）



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

2）肥満の状況

（1） 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 59　肥満度分類による実態

【図表59】肥満度分類別の該当者数（性・年齢別）

（R4年度）

		受診者数		BMI25以上		（再掲）肥満度分布							
						肥満				高度肥満			
						肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上	
		40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
総数		94	73	46	30	37	24	7	6	1	0	1	0
				48.9%	41.1%	39.4%	32.9%	7.4%	8.2%	1.1%	0.0%	1.1%	0.0%
再掲	男性	54	40	26	18	22	16	2	2	1	0	1	0
				48.1%	45.0%	40.7%	40.0%	3.7%	5.0%	1.9%	0.0%	1.9%	0.0%
	女性	40	33	20	12	15	8	5	4	0	0	0	0
				50.0%	36.4%	37.5%	24.2%	12.5%	12.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

出典・参照：特定健診等ﾃﾞｰﾀ管理ｼｽﾃﾑ

（２） 優先順位をつけます。

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

① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます

図表 60　肥満を解決するために　どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？

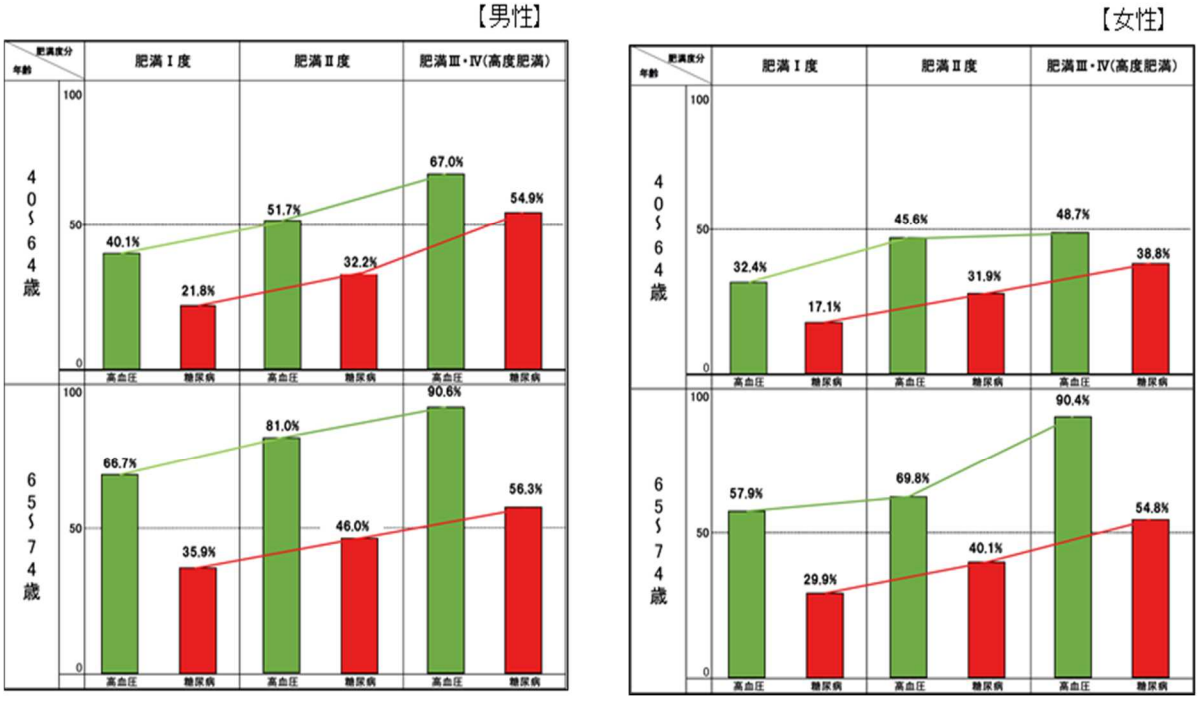


表 61　肥満になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる（R4年度）

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

出典：令和4年度版　なぜ治療が必要なのかを学習するための教材

（沖縄県ヘルスアップ支援事業）

まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満 3 度・4 度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要がある。そのことは、（図表 61）の「日常生活」で困っている住民の声からも深刻です。

次に（図表 60）をみると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることより、未だ両疾患の発症が 50%に満たない肥満Ⅰ度で、若い年代（40～64 歳）を対象とすることが効率いいことがわかります。

② 心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

図表 62　心・脳血管疾患を発症した事例（例示）

（R4年度）

事例No	性別	発症年齢	KDBから把握								特定健診	転帰
			レセプト									
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患					
			脳出血	脳梗塞	狭心症	急性心筋梗塞	高血圧	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症	介護	
1	男	40代			●		●	●				メタボ予備群	
2	男	60代			●		●	●	●			メタボ	
3	男	60代			●		●					メタボ予備群	
4	男	60代			●				●			メタボ予備群	
5	男	60代		●	●				●			メタボ	
6	男	60代			●				●	●		メタボ	

南大東村調べ

3)対象者の明確化

図表 63　年代別メタボリック該当者の状況

（R4年度）

			男性					女性				
			総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳
健診受診者		A	94	6	20	48	20	73	11	12	35	15
メタボ該当者		B	41	1	8	20	12	17	0	3	12	2
		B/A	43.6%	16.7%	40.0%	41.7%	60.0%	23.3%	0.0%	25.0%	34.3%	13.3%
再掲	①3項目全て	C	13	0	0	8	5	4	0	1	3	0
		C/B	31.7%	0.0%	0.0%	40.0%	41.7%	23.5%	--	33.3%	25.0%	0.0%
	②血糖＋血圧	D	8	0	1	4	3	3	0	0	2	1
		D/B	19.5%	0.0%	12.5%	20.0%	25.0%	17.6%	--	0.0%	16.7%	50.0%
	③血圧＋脂質	E	18	1	7	8	2	9	0	2	6	1
		E/B	43.9%	100.0%	87.5%	40.0%	16.7%	52.9%	--	66.7%	50.0%	50.0%
	④血糖＋脂質	F	2	0	0	0	2	1	0	0	1	0
		F/B	4.9%	0.0%	0.0%	0.0%	16.7%	5.9%	--	0.0%	8.3%	0.0%

出典・参照：KDB ｼｽﾃﾑ改変　様式（5-3）

図表 64　メタボリック該当者の治療状況

（R4年度）

	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	94	41	43.6%	31	75.6%	10	24.4%	73	17	23.3%	14	82.4%	3	17.6%
40代	6	1	16.7%	0	0.0%	1	100.0%	11	0	0.0%	0	--	0	--
50代	20	8	40.0%	5	62.5%	3	37.5%	12	3	25.0%	2	66.7%	1	33.3%
60代	48	20	41.7%	15	75.0%	5	25.0%	35	12	34.3%	11	91.7%	1	8.3%
70～74歳	20	12	60.0%	11	91.7%	1	8.3%	15	2	13.3%	1	50.0%	1	50.0%

出典・参照：特定健診等ﾃﾞｰﾀ管理ｼｽﾃﾑ

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 63)は、男性で 50 代から受診者の 4 割を超えるが、女性では 50・60 代で 2～3 割程度であるため、男性を優先に保健指導することが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 64)は、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

また、(図表 62)心・脳血管疾患を発症した事例を整理すると、全員がメタボリックシンドローム該当者であり、脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えた結果であると考えます。このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

（1） 対象者の選定基準の考え方

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

③ 治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。

④ 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

(2)対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

4)保健指導の実施

(1)最新の脳科学を活用した保健指導

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

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

令和4年度版　沖縄　食ノート　肥満を解決するための食の資料Ver.3	
1．栄養指導対象者の明確化	**6．血管内皮を守る**
R4沖・食 1検査項目と各臓器	R4沖・食4(血管が傷むとは
R4沖・食 2健診結果と生活との関連の読み取り	R4沖・食4 1血管内皮を傷めるリスクは何だろう
R4沖・食 3メタボリックシンドロームの構造図	R4沖・食4 2血管内皮細胞の材料と炎症を防ぐもの
R4沖・食 4肥満症の構造図	R4沖・食4 3脂肪にも種類があります
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	R4沖・食4 41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？
2．脂肪細胞の特性～肥満の本態を理解～	R4沖・食4 5血管内皮を酸化ストレスから守る
R4沖・食 6肥満の問題性を考えるポイント	R4沖・食4 6手軽にとれる惣菜で血管内皮を守る
R4沖・食 7体重（BMI）・健診結果に変化はありませんか？	**7．栄養指導の基本　～あなたにとっての食べ方～**
R4沖・食 8健診データを見ながら考えます	R4沖・食4 7日常生活の中で、必要な食品を考える方法
R4沖・食 9脂肪細胞ってね①	R4沖・食4 8血液データと食品（沖縄年代・性別Ver.）①～③
R4沖・食1(脂肪細胞ってね②	R4沖・食4 9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1 1脂肪細胞の中身はなんだと思いますか？	R4沖・食5(健診データに基づいた食品の基準量
3．脂肪細胞の特性～肥満の解決～	R4沖・食5 1生活習慣の改善ってどんなことをするの？
R4沖・食1 2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5 2あなたにとって必要な食の基準量①②
R4沖・食1 3肥満（脳の変調）の解決	R4沖・食5 3ごはんの目安と油の目安
R4沖・食1 4脳の変調	R4沖・食5 4総エネルギー　早見表（男性）
4．A-❷原因として見えてきた食品から500kcal減らす　私はどのタイプかな？	R4沖・食5 5ごはんと油量　早見表（男性）
R4沖・食1 5自分は何を食べて体重が増えるタイプなの？	R4沖・食5 6総エネルギー　早見表（女性）
R4沖・食1 6肥満解決のために	R4沖・食5 7ごはんと油量　早見表（女性）
R4沖・食1 7ジャンクフード　ポテトチップス	**8．資料箱　～ポピュレーションアプローチ～**
R4沖・食1 8ジャンクフード　チョコレート	R4沖・食5 8社会的背景　～沖縄と全国を比べてみました～
R4沖・食1 9ジャンクフード　アイスクリーム	R4沖・食5 9統計からみえる沖縄の食
R4沖・食2(加工食品のことで知って欲しいことがあります	R4沖・食6(食の背景の変遷
R4沖・食2 1カップラーメン・袋麺	R4沖・食6 1肥満がもたらすもの
R4沖・食2 2ファーストフード	R4沖・食6 2参考資料　～ベジノート～
R4沖・食2 3よく食べている食べ物の中身（肉・乳・加工品）	R4沖・食6 3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2 4よく食べている食べ物の中身（魚・卵・豆腐）	R4沖・食6 4令和4年度保健指導専門職としての学習プロセス

3. 虚血性心疾患重症化予防

1） 基本的な考え方

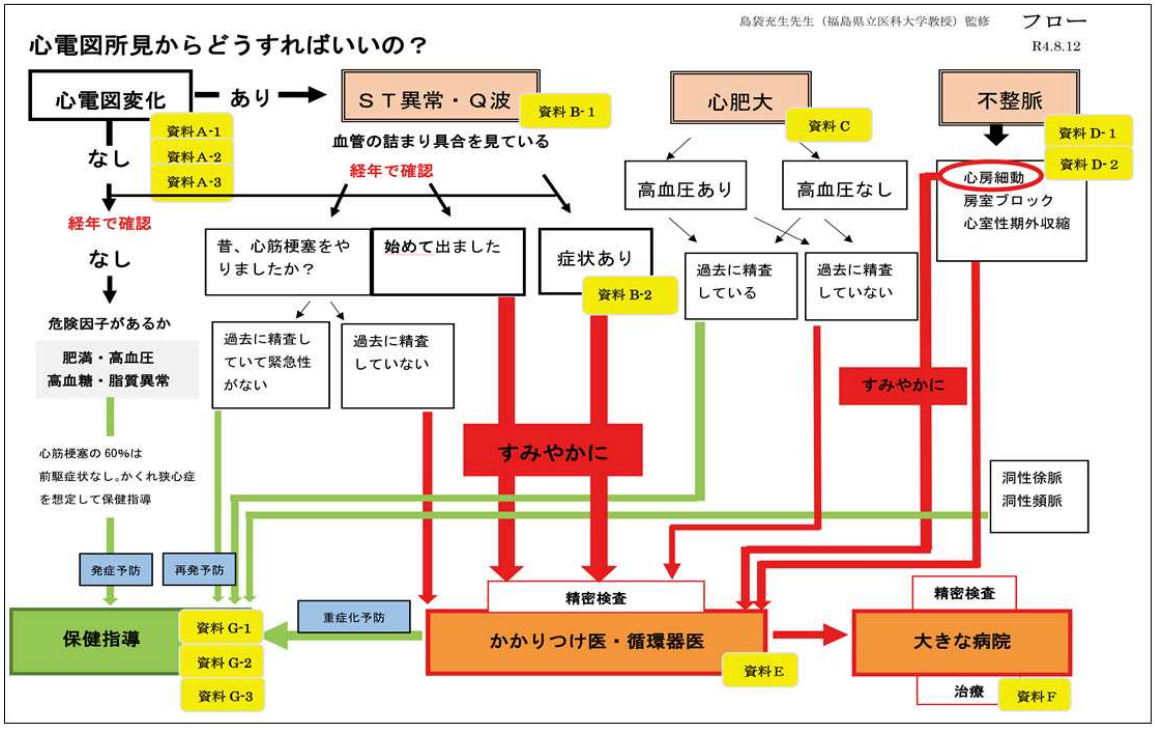
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2） 対象者の明確化

（1） 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、（図表 66）に基づいて考えます。

図表 66 心電図所見からのフロー図 （R4 沖・治 4-01）



出典：令和4年度版 なぜ治療が必要なのかを学習するための教材

（沖縄県ヘルスアップ支援事業）

（2） 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

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

本村においては、心電図検査を１３０人（72.6%）に実施し、そのうち有所見者が 58 人（44.6%）でした。所見の中でも左心肥大が１３人(22.4%)で、所見率が一番高いことがわかります。（図表 67）

また、有所見者のうち要精査が５人(8.6%)で、その後の受診状況をみると２人（40%）は未受診でした。（図表 68）。

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

図表 67　心電図検査結果

（R4年度）

所見 / 性別・年齢		心電図検査				所見内訳													
						ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈					
						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	
		実施者数 A	実施率	有所見（心電図判定 異常なし、差し支えなし含む）者数 B	有所見率 B/A	人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
40~74歳		130	72.6	58	44.6	0	0.0	2	3.4	13	22.4	3	5.1	0	0.0	5	8.6	1	1.7	5	8.6
内訳	男性	73	71.6	37	50.6	0	0.0	1	2.7	11	29.7	2	5.4	0	0.0	4	10.8	1	2.7	3	8.1
内訳	女性	57	74.0	21	36.8	0	0.0	1	4.7	2	9.5	1	4.7	0	0.0	1	4.7	0	0.0	2	9.5

南大東村調べ

図表 68　心電図有所見者の医療機関受診状況

（R4年度）

	有所見者（a）		要精査（b）		医療機関受診あり（c）		受診なし（d）	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	17	13.0	5	29.4	3	60	2	40
男性	10	13.6	2	20.0	1	50.0	1	50.0
女性	7	12.2	3	42.8	2	66.6	1	33.4

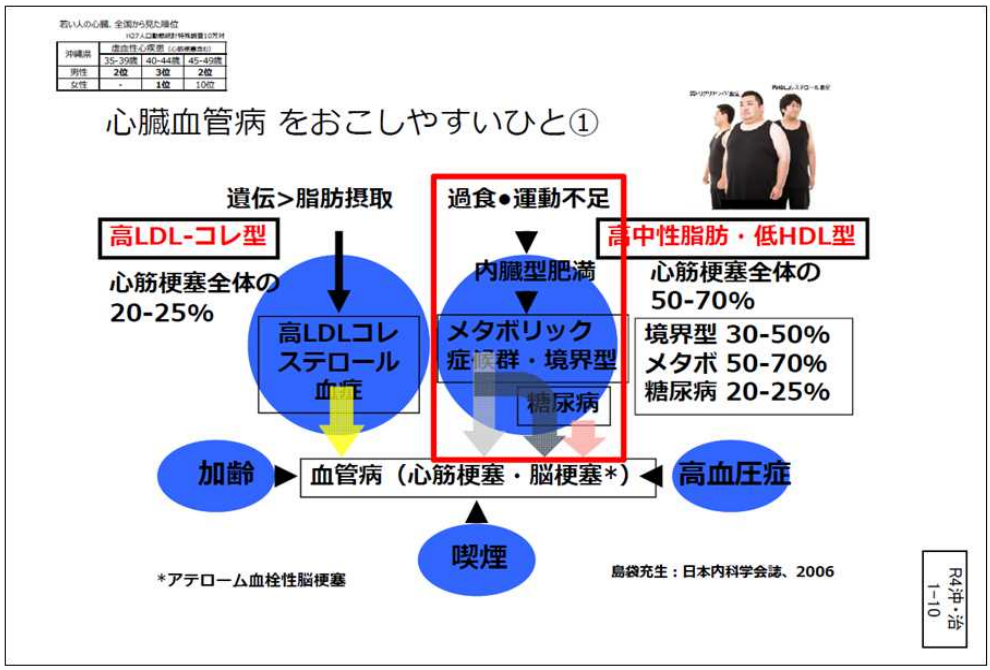
南大東村調べ

②心電図以外からの把握

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

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL ｺﾚｽﾃﾛｰﾙに関連することからタイプ別に把握します。（図表 69）

図表 69　心血管病をおこしやすいひと（R4 沖・治　1-10）



出典：令和4年度版　なぜ治療が必要なのかを学習するための教材

（沖縄県ヘルスアップ支援事業）

図表 69 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A：メタボタイプについては、第 4 章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」（図表 63・64）を参照します。

B：LDL コレステロールタイプ（図表 70）

図表 70　冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

R4年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た
LDLコレステロール管理目標

特定健診受診結果より（脂質異常治療者（問診結果より服薬あり）を除く）

（参考）
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

管理区分及びLDL管理目標（ ）内はNon-HDL				健診結果（LDL-C）				（再掲）LDL160以上の年代別			
			70	120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70～74歳
			28	21	10	11	2	6	11	2
			40.0%	30.0%	14.3%	15.7%	9.5%	28.6%	52.4%	9.5%
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）	13	8	3	2	0	2	0	0	0
			18.6%	28.6%	14.3%	20.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満（170未満）	26	9	10	2	5	0	2	4	1
			37.1%	32.1%	47.6%	20.0%	45.5%	0.0%	33.3%	36.4%	50.0%
	高リスク	120未満（150未満）	23	7	5	6	5	0	4	6	1
			32.9%	25.0%	23.8%	60.0%	45.5%	0.0%	66.7%	54.5%	50.0%
		再掲 100未満（130未満）※1	4	1	1	1	1	0	1	0	1
			5.7%	3.6%	4.8%	10.0%	9.1%	0.0%	16.7%	0.0%	50.0%
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性脳梗塞の既往 ※2	100未満（130未満）	8	4	3	0	1	0	0	1	0
			11.4%	14.3%	14.3%	0.0%	9.1%	0.0%	0.0%	9.1%	0.0%

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

3） 保健指導の実施

（1） 受診勧奨及び保健指導

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

図表 71　令和 4 年度版　なぜ治療が必要なのかを学習するための教材(沖縄県ヘルスアップ支援事業)

令和 4 年度版　なぜ治療が必要なのかを学習するための教材（青本）
4　血圧と心臓の関係
R4沖・治4-01 フロー　心電図からみた保健指導対象者の判断
R4沖・治4-02 資料A－１心電図所見一覧
R4沖・治4-03 資料Ａ-2　私の心電図があらわすもの
R4沖・治4-04 資料Ａ-3　心電図検査は最も簡単に心臓の様子を見ることができる検査です！
R4沖・治4-05 資料Ｂ-1　STが出た
R4沖・治4-06 資料Ｂ-2　症状の判断
R4沖・治4-07 資料Ｃ　左室肥大
R4沖・治4-08 資料Ｄ-1不整脈　このくらいなら大丈夫って言われたけど本当に大丈夫なの
R4沖・治4-09 資料Ｄ-2　心房細動から脳梗塞を起こさないために（心-5加工）
R4沖・治4-10 資料Ｅ　虚血の検査
R4沖・治4-11 資料Ｆ　虚血の治療
R4沖・治4-12 資料Ｇ-1　事例から学ぶ　肥満糖中性血圧LDL
R4沖・治4-13 資料Ｇ-2　健診データをみましょう
R4沖・治4-14 資料G-3　管理目標（ガイドライン追加）
R4沖・治4-15 資料G-4　肥満と心臓
R4沖・治4-16 保健師・栄養士用_心臓を理解する

（2） 対象者の管理

重症化しないための継続的な健診受診及び治療が必要な者への継続的な医療受診ができるよう、台帳を作成し経過を把握します。

4） 医療との連携

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

5） 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施をすすめる中で、高齢福祉担当者と連携していきます。

6） 評価

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

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

7） 実施期間及びスケジュール

4 月　対象者の選定基準の決定

5 月　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

8月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

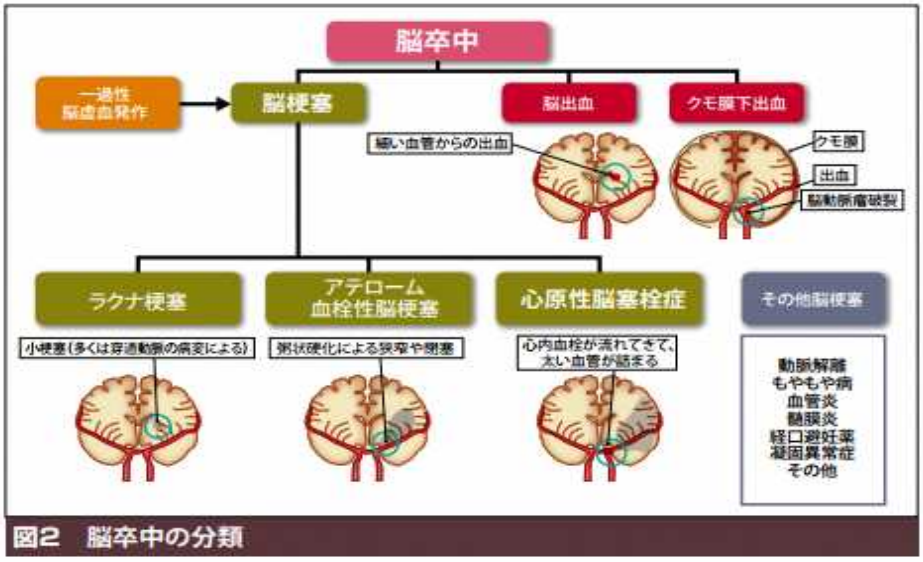
4.　脳血管疾患重症化予防

1）基本的な考え方

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

図表 72　脳卒中の分類

【脳卒中の分類】



（脳卒中予防の提言より引用）

図表 73　脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

2） 対象者の明確化

（1） 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。(図表 74)でみると、高血圧治療者 140 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 13 人(9.3%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 9 人（5.4%）であり、そのうち 4 人(2.4%)は未治療者です。

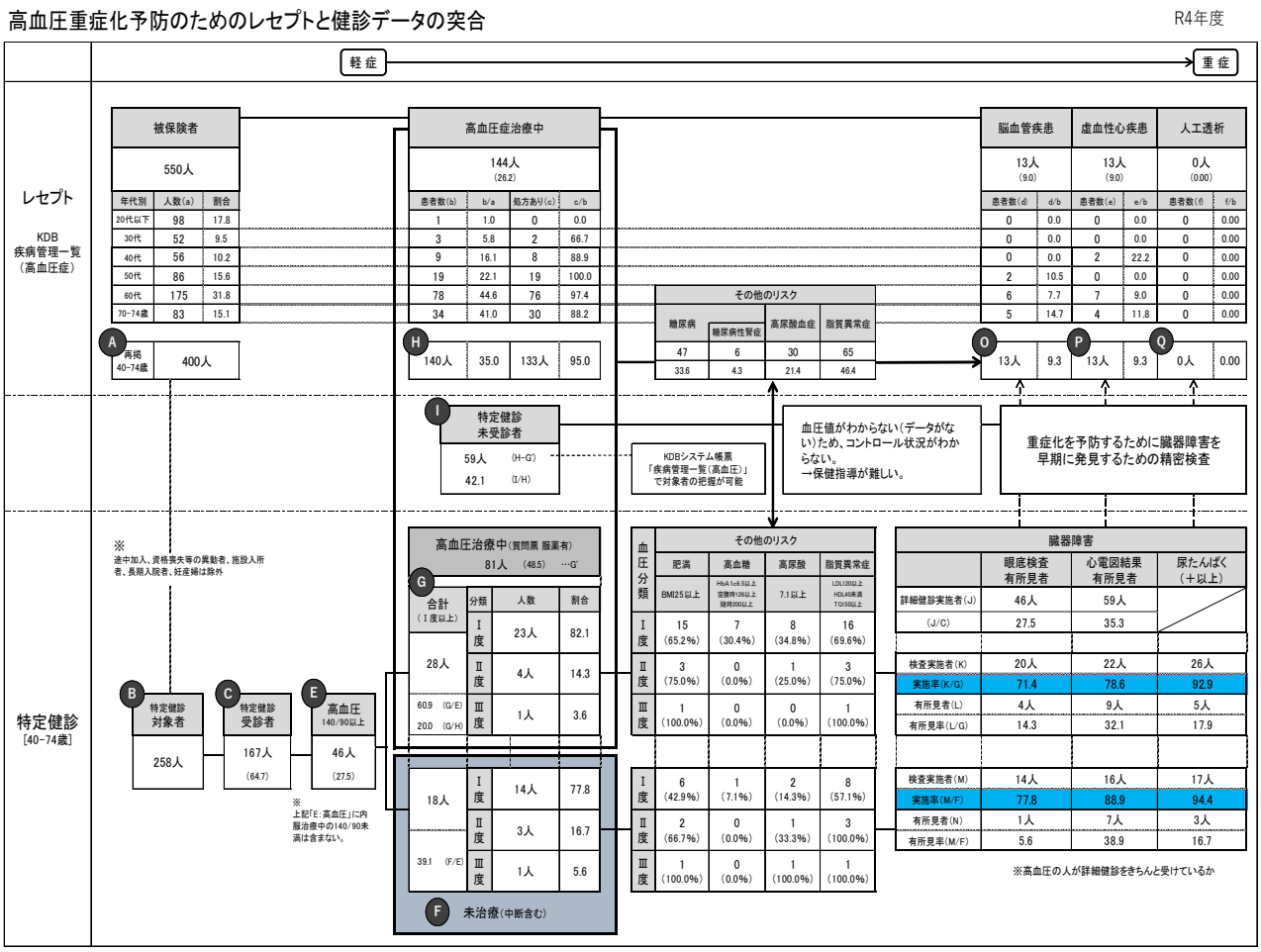
医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 5 人（2.9%）いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査（詳細検査）が、健診受診者 167 人のうち 46 人（27.5%）しか実施していない状況です。しかし、眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから、46 人(27.5%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査が約 3 割には実施されていません。

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

図表 74 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



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

出典・参照：KDB システム改変、特定健診等データ管理システム

（2） 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

図表 75　血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

R4年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

血圧分類（mmHg） / リスク層（血圧以外のリスク因子）		高値血圧 130～139 /80～89	Ⅰ度高血圧 140～159 /90～99	Ⅱ度高血圧 160～179 /100～109	Ⅲ度高血圧 180以上 /110以上
	46	28	14	3	1
		60.9%	30.4%	6.5%	2.2%
リスク第1層 予後影響因子がない	2	C 2	B 0	B 0	A 0
	4.3%	7.1%	0.0%	0.0%	0.0%
リスク第2層 高齢（65歳以上）、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	26	C 16	B 9	A 0	A 1
	56.5%	57.1%	64.3%	0.0%	100.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	18	B 10	A 5	A 3	A 0
	39.1%	35.7%	35.7%	100.0%	0.0%

…高リスク
…中等リスク
…低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	9
		19.6%
B	概ね1ヵ月後に再評価	19
		41.3%
C	概ね3ヵ月後に再評価	18
		39.1%

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

出典・参照：特定健診等ﾃﾞｰﾀ管理ｼｽﾃﾑ

(図表 75)は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる(A)については、早急な受診勧奨が必要になってきます。

（3）心電図検査における心房細動の実態

図7 心房細動と心原性脳塞栓症

（脳卒中予防の提言より引用）

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

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

図表 76 心房細動有所見状況

（R4年度）

	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	94	73	31	33.0%	28	38.4%	1	3.2%	0	0.0%	－－	－－
40代	6	11	1	16.7%	3	27.3%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	20	12	6	30.0%	5	41.7%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	48	35	15	31.3%	17	48.6%	0	0.0%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	20	15	9	45.0%	3	20.0%	1	11.1%	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：特定健診等ﾃﾞｰﾀ管理ｼｽﾃﾑ

図表 77 心房細動有所見者の治療状況

（R4年度）

心房細動有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
1	0	0.0	1	0.0

南大東村調べ

心電図検査において 1 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１人は既に治療が開始されていました。（図表 77）

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性と医療機関の受診勧奨を行います。

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、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

（2） 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

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

4） 医療との連携

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

5） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施をすすめる中で、高齢福祉担当者と連携していきます。

6） 評価

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

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

7） 実施期間及びスケジュール

4 月　対象者の選定基準の決定

5 月　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

8月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

Ⅲ. 医療費適正化の取組み

1）基本的な考え方

医療品適正使用の推進は、医薬品の有効性確保や副作用防止、医療費の適正化の観点から重要です。

2）取り組みについて

① 重複・多剤服薬者に対する取り組み

本村では、レセプト情報により服薬状況を把握できるため、それを活用し多剤・重複投薬されている者を抽出し、保健師による重複・多剤服薬についての個別指導を実施します。さらに、診療所、薬局とレセプト情報やお薬手帳の服薬情報をもとに各医療機関と連携し、重複・多剤者の方へ個別指導します。

個別指導後、対象者の方の処方状況をレセプトっで確認し評価を実施します。

※重複投与者：3ヶ月以上継続して、1ヶ月に同一疾患での受診医療機関が3カ所以上ある者
※多剤投与者：同一月に15剤以上処方を受けている者

② 薬剤の適正使用の推進に対する取り組み

お薬手帳を1冊にまとめることや歩リファマシーに関する周知・啓蒙の実施。
セルフメディケーションの推進のための周知・啓蒙の実施。
⇒国保新規加入時、保険証切替時にパンフレットを配布。

③ 後発医薬品の促進の取り組み

後発医薬品についての品質や使用促進の意義について理解促進を図るためパンフレットの配布
南大東村後発医薬品使用計画を策定し、使用割合80%を目標に掲げています。

Ⅳ.　高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1）基本的な考え方

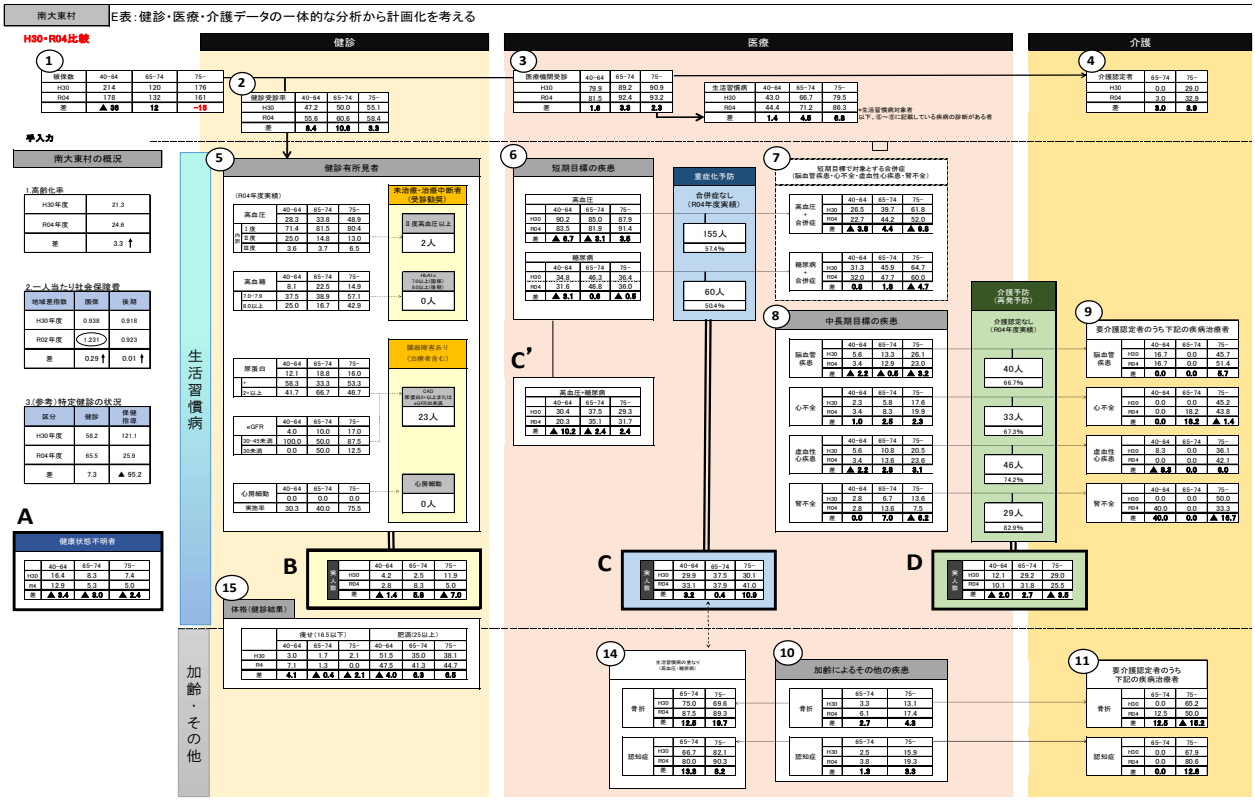
高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組みと、生活機能の低下を防止する取組みの双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

2）事業について

① 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 高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75 歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 78　高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



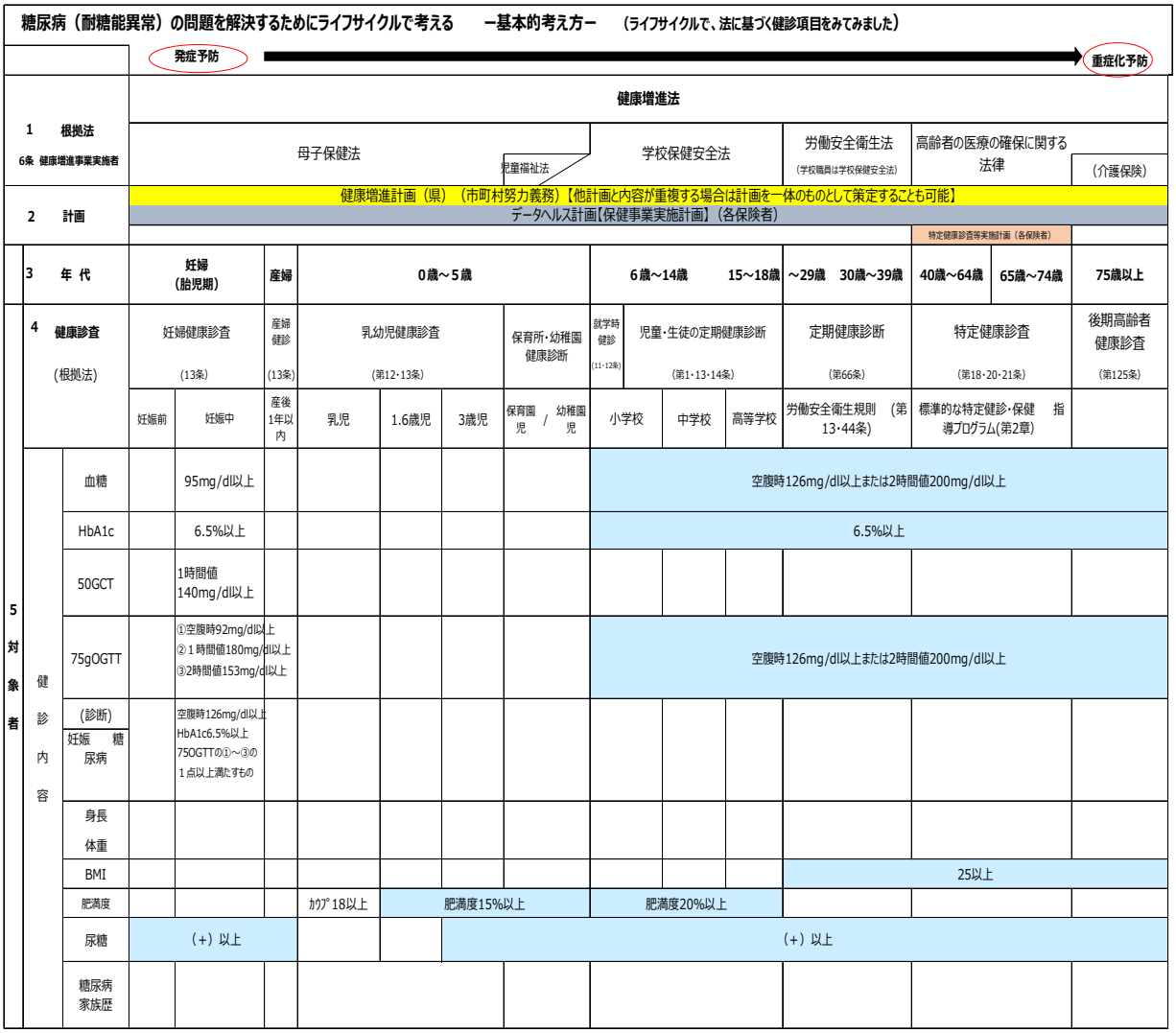
出典・参照：保険者ﾃﾞｰﾀﾍﾙｽ支援ｼｽﾃﾑ

Ⅴ. 発症予防

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

本村においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見ていくことが必要であります。（図表 79）

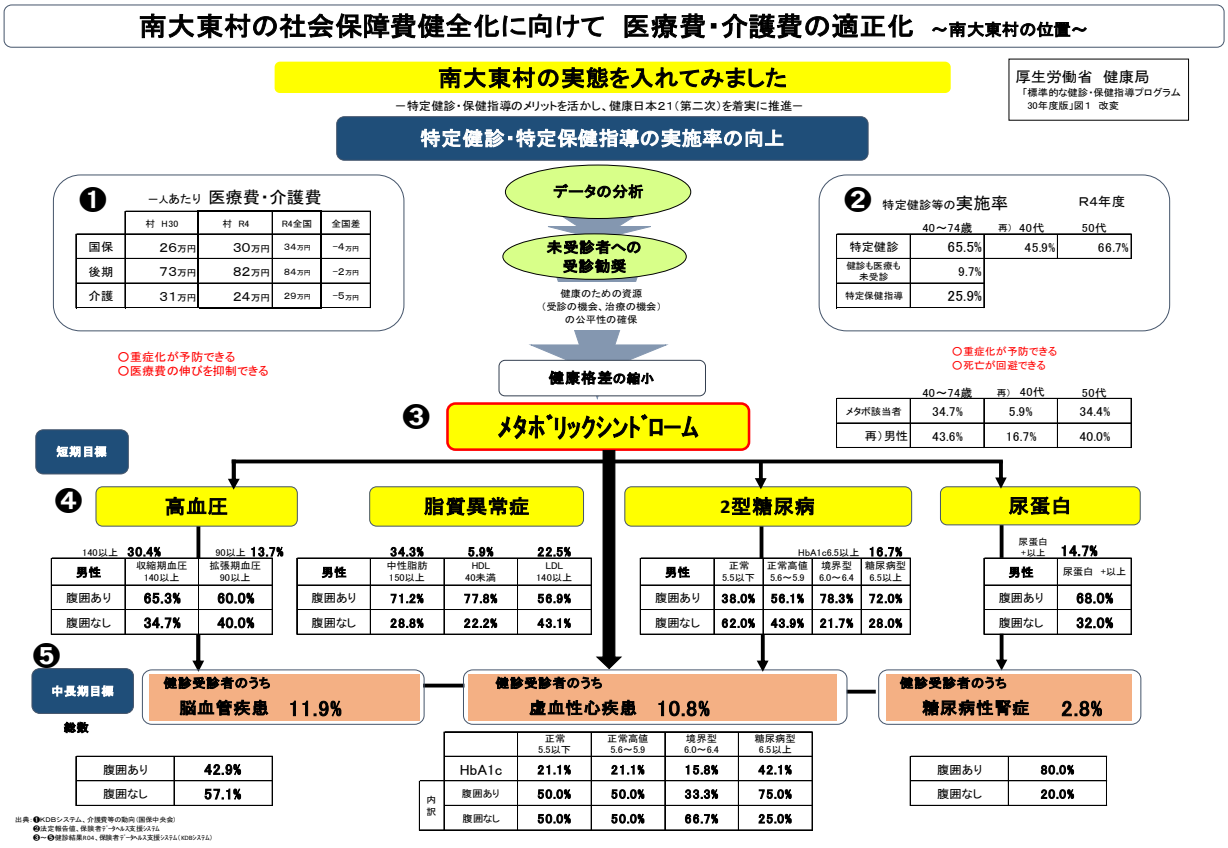
図表 79 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える



Ⅵ.　ポピュレーションアプローチ

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

図表 80　社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



出典・参照：厚労省
特定健診法定報告
保険者ﾃﾞｰﾀﾍﾙｽ支援ｼｽﾃﾑ

図表 81　統計からみえる沖縄県の食

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

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

店舗・種別	店舗数（人口10万対）
飲食店総数	１位
ハンバーガー店	１位
アイスクリーム店等	１位
バー・キャバレー・酒場	１位

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

第5章　計画の評価・見直し

1．評価の時期

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

2．評価方法・体制

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

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

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

第6章　計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料１　様式 5-1　国・県・同規模と比べてみた南大東村の位置

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

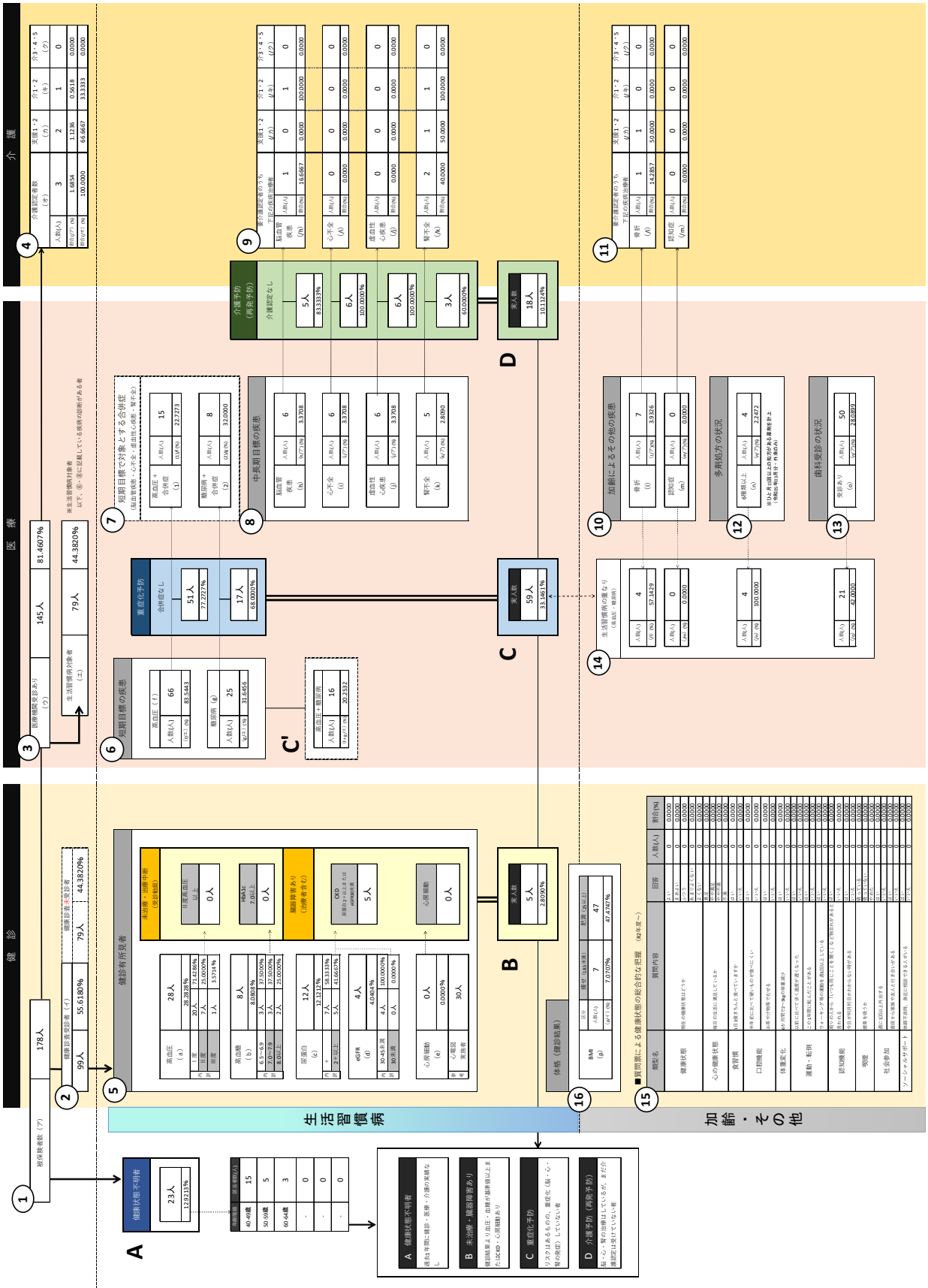
参考資料1　様式 5-1　国・県・同規模と比べてみた南大東村の位置

項目						保険者		同規模平均		県		国		データ元（CSV）
						実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1			総人口			1,285		727,328		1,439,108		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
	①	人口構成		65歳以上（高齢化率）		316	24.6	301,058	41.4	324,708	22.6	35,335,805	28.7	
				75歳以上		162	12.6	--	--	155,559	10.8	18,248,742	14.8	
				65～74歳		154	12.0	--	--	169,149	11.8	17,087,063	13.9	
				40～64歳		467	36.3	--	--	472,258	32.8	41,545,893	33.7	
				39歳以下		502	39.1	--	--	642,142	44.6	46,332,563	37.6	
	②	産業構成	第1次産業			26.4		22.3		4.9		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
			第2次産業			30.5		20.6		15.1		25.0		
			第3次産業			43.1		57.2		80.0		71.0		
	③	平均寿命	男性			80.2		80.5		80.3		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			女性			87.5		87.0		87.5		87.0		
	④	平均自立期間（要介護2以上）	男性			81.8		79.3		79.3		80.1		
			女性			90.3		84.2		84.2		84.4		
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）		男性	96.0		101.6		99.3		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
					女性	92.1		99.9		90.5		100		
			死因	がん		2	66.7	3,423	47.4	3,274	49.7	378,272	50.6	
				心臓病		0	0.0	2,064	28.6	1,669	25.3	205,485	27.5	
				脳疾患		1	33.3	1,188	16.4	978	14.8	102,900	13.8	
				糖尿病		0	0.0	138	1.9	193	2.9	13,896	1.9	
				腎不全		0	0.0	267	3.7	272	4.1	26,946	3.6	
				自殺		0	0.0	146	2.0	205	3.1	20,171	2.7	
	②	早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計			2	9.5	--	--	1,972	13.1	129,016	8.2	厚労省HP 人口動態調査
				男性		1	7.1	--	--	1,332	16.8	84,891	10.6	
				女性		1	14.3	--	--	640	9	44,125	5.7	
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）			58	19.8	59,331	19.9	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		1	0.2	933	0.3	835	0.3	110,289	0.3	
				介護度別総件数	要支援1.2	212	15.6	162,745	13.5	177,194	11.6	21,785,044	12.9	
					要介護1.2	483	35.5	568,999	47.1	546,973	35.9	78,107,378	46.3	
					要介護3以上	666	48.9	476,421	39.4	799,361	52.5	68,963,503	40.8	
			2号認定者			3	0.64	856	0.38	2,135	0.45	156,107	0.38	
	②	有病状況	糖尿病			13	18.7	13,461	21.6	11,465	17.4	1,712,613	24.3	
			高血圧症			29	49.3	33,454	54.3	28,893	43.8	3,744,672	53.3	
			脂質異常症			17	30.1	18,421	29.6	17,395	26.0	2,308,216	32.6	
			心臓病			31	54.8	37,325	60.8	31,994	48.6	4,224,628	60.3	
			脳疾患			11	20.5	13,424	22.1	14,271	21.9	1,568,292	22.6	
			がん			5	4.5	6,308	10.3	5,539	8.2	837,410	11.8	
			筋・骨格			32	53.7	33,542	54.6	29,667	44.9	3,748,372	53.4	
			精神			20	31.6	22,904	37.4	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			241,922	76,447,477	323,222	97,308,660,154	324,737	105,444,836,581	290,668	10,074,274,226,869	
			1件当たり給付費（全体）			56,170		80,543		69,211		59,662		
				居宅サービス		44,491		42,864		51,518		41,272		
				施設サービス		309,410		288,059		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	9,518		9,108		11,002		8,610		
					認定なし	5,124		4,544		4,796		4,020		
4	①	国保の状況	被保険者数			404		195,140		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		121	30.0			119,076	30.7	11,129,271	40.5	
				40～64歳		157	38.9			134,131	34.6	9,088,015	33.1	
				39歳以下		126	31.2			134,848	34.7	7,271,596	26.5	
			加入率			31.4		27.1		27.0		22.3		
	②	医療の概況（人口千対）	病院数			0	0.0	54	0.3	90	0.2	8,237	0.3	
			診療所数			1	2.5	703	3.6	890	2.3	102,599	3.7	
			病床数			0	0.0	4,267	21.9	18,602	47.9	1,507,471	54.8	
			医師数			1	2.5	641	3.3	3,887	10.0	339,611	12.4	
			外来患者数			486.9		653.6		541.1		687.8		
			入院患者数			21.8		22.9		19.0		17.7		
	③	医療費の状況	一人当たり医療費			299,097	県内27位 同規模230位	367,527		318,310		339,680		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
			受診率			508.694		676.49		560.174		705.439		
			外来	費用の割合		36.2		55.1		53.6		60.4		
				件数の割合		95.7		96.6		96.6		97.5		
			入院	費用の割合		63.8		44.9		46.4		39.6		
				件数の割合		4.3		3.4		3.4		2.5		
			1件あたり在院日数			18.5日		16.2日		17.1日		15.7日		

4	④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名（調剤含む）	がん			3,605,780	6.5	32.8		25.9		32.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
			慢性腎不全(透析あり)			0	0.0	6.1		12.0		8.2		
			糖尿病			8,618,760	15.6	11.2		8.3		10.4		
			高血圧症			4,292,940	7.8	6.5		4.8		5.9		
			脂質異常症			975,510	1.8	3.4		2.8		4.1		
			脳梗塞・脳出血			1,728,220	3.1	4.0		4.9		3.9		
			狭心症・心筋梗塞			263,570	0.5	2.8		3.3		2.8		
			精神			14,459,930	26.2	14.6		20.9		14.7		
			筋・骨格			20,440,350	37.1	17.4		16.0		16.7		
	⑤	医療費分析 一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症		579	0.3	363	0.2	313	0.2	256	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費分析(中分類)
				糖尿病		2,184	1.1	1,389	0.8	896	0.6	1,144	0.9	
				脂質異常症		--	--	76	0.0	67	0.0	53	0.0	
				脳梗塞・脳出血		3,985	2.1	6,827	4.1	6,789	4.6	5,993	4.5	
				虚血性心疾患		--	--	4,500	2.7	4,321	2.9	3,942	2.9	
				腎不全		--	--	4,305	2.6	5,764	3.9	4,051	3.0	
		医療費分析 一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	外来	高血圧症		10,048	9.3	12,436	6.1	7,107	4.2	10,143	4.9	
				糖尿病		19,150	17.7	21,206	10.5	12,437	7.3	17,720	8.6	
				脂質異常症		2,370	2.2	6,646	3.3	4,322	2.5	7,092	3.5	
				脳梗塞・脳出血		293	0.3	934	0.5	689	0.4	825	0.4	
				虚血性心疾患		917	0.8	1,857	0.9	1,444	0.8	1,722	0.8	
				腎不全		502	0.5	14,043	6.9	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		2,545		2,915		1,408		2,031		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
				健診未受診者		8,597		13,340		11,533		13,295		
			生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者		11,136		8,820		5,718		6,142		
				健診未受診者		37,618		40,357		46,845		40,210		
	⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者			105	65.6	37,634	58.3	46,750	60.4	3,881,055	57.0	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				医療機関受診率		97	60.6	33,587	52.0	42,965	55.5	3,543,116	52.0	
				医療機関非受診率		8	5.0	4,047	6.3	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 274市町村	健診受診者			160		64,539		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			61.1	県内4位 同規模46位	46.7		33.7	全国39位	37.1		
	③		特定保健指導終了者(実施率)			0	0.0	1693	21.0	3,636	32.2	107,925	13.4	
	④		非肥満高血糖			14	8.8	6,180	9.6	5,139	6.6	615,549	9.0	
	⑤		メタボ	該当者		56	35.0	14,327	22.2	20,034	25.9	1,382,506	20.3	
				男性		41	45.1	10,060	32.4	13,894	37.3	965,486	32.0	
				女性		15	21.7	4,267	12.8	6,140	15.3	417,020	11.0	
	⑥			予備群		26	16.3	7,996	12.4	11,411	14.7	765,405	11.2	
				男性		17	18.7	5,688	18.3	7,753	20.8	539,738	17.9	
				女性		9	13.0	2,308	6.9	3,658	9.1	225,667	5.9	
	⑦		メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	88	55.0	24,681	38.2	35,002	45.2	2,380,778	34.9	
	⑧				男性	63	69.2	17,354	55.8	23,943	64.2	1,666,592	55.3	
	⑨				女性	25	36.2	7,327	21.9	11,059	27.6	714,186	18.8	
	⑩			BMI	総数	7	4.4	3,854	6.0	4,644	6.0	320,038	4.7	
	⑪				男性	1	1.1	730	2.3	717	1.9	51,248	1.7	
	⑫				女性	6	8.7	3,124	9.3	3,927	9.8	268,790	7.1	
	⑬			血糖のみ		2	1.3	442	0.7	568	0.7	43,519	0.6	
	⑭			血圧のみ		22	13.8	5,843	9.1	8,389	10.8	539,490	7.9	
	⑮			脂質のみ		2	1.3	1,711	2.7	2,454	3.2	182,396	2.7	
	⑯			血糖・血圧		10	6.3	2,376	3.7	2,911	3.8	203,072	3.0	
	⑰			血糖・脂質		3	1.9	714	1.1	896	1.2	70,267	1.0	
	⑱			血圧・脂質		26	16.3	6,429	10.0	9,610	12.4	659,446	9.7	
	⑲			血糖・血圧・脂質		17	10.6	4,808	7.4	6,617	8.5	449,721	6.6	
6	①	問診の状況	服薬	高血圧		80	50.0	25,333	39.3	31,609	40.8	2,428,038	35.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				糖尿病		24	15.0	6,949	10.8	8,123	10.5	589,470	8.7	
				脂質異常症		34	21.3	17,768	27.6	20,477	26.5	1,899,637	27.9	
	②		既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)		4	2.6	2,096	3.3	2,472	3.4	207,385	3.1	
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)		23	14.9	3,753	5.9	4,890	6.8	365,407	5.5	
				腎不全		1	0.6	596	0.9	534	0.7	53,898	0.8	
				貧血		26	16.9	5,551	8.8	5,769	7.9	702,088	10.7	
6	③	生活習慣の状況	喫煙			41	25.6	10,581	16.4	11,101	14.3	939,212	13.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握
	④		週3回以上朝食を抜く			14	27.5	5,703	9.4	10,654	18.1	642,886	10.4	
	⑤		週3回以上食後間食 （～H29）			0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
			週3回以上就寝前夕食 （H30～）			18	33.3	10,372	17.1	13,687	23.2	976,348	15.7	
	⑥		週3回以上就寝前夕食			18	33.3	10,372	17.1	13,687	23.2	976,348	15.7	
	⑦		食べる速度が速い			17	30.9	16,947	27.9	17,745	30.1	1,659,705	26.8	
	⑧		20歳時体重から10kg以上増加			43	63.2	22,295	36.6	27,557	46.4	2,175,065	35.0	
	⑨		1回30分以上運動習慣なし			47	68.1	41,418	67.6	34,075	57.8	3,749,069	60.4	
	⑩		1日1時間以上運動なし			37	56.1	29,178	47.8	26,211	44.3	2,982,100	48.0	
	⑪		睡眠不足			10	21.7	14,822	24.5	16,453	28.9	1,587,311	25.6	
	⑫		毎日飲酒			28	30.4	16,356	26.5	11,814	19.7	1,658,999	25.5	
	⑬		時々飲酒			52	56.5	14,214	23.0	17,885	29.8	1,463,468	22.5	
	⑭		一日飲酒量	1合未満		42	41.2	22,091	54.9	20,349	50.2	2,978,351	64.1	
				1～2合		39	38.2	11,317	28.1	12,112	29.9	1,101,465	23.7	
				2～3合		15	14.7	5,089	12.6	5,818	14.4	434,461	9.4	
				3合以上		6	5.9	1,734	4.3	2,219	5.5	128,716	2.8	

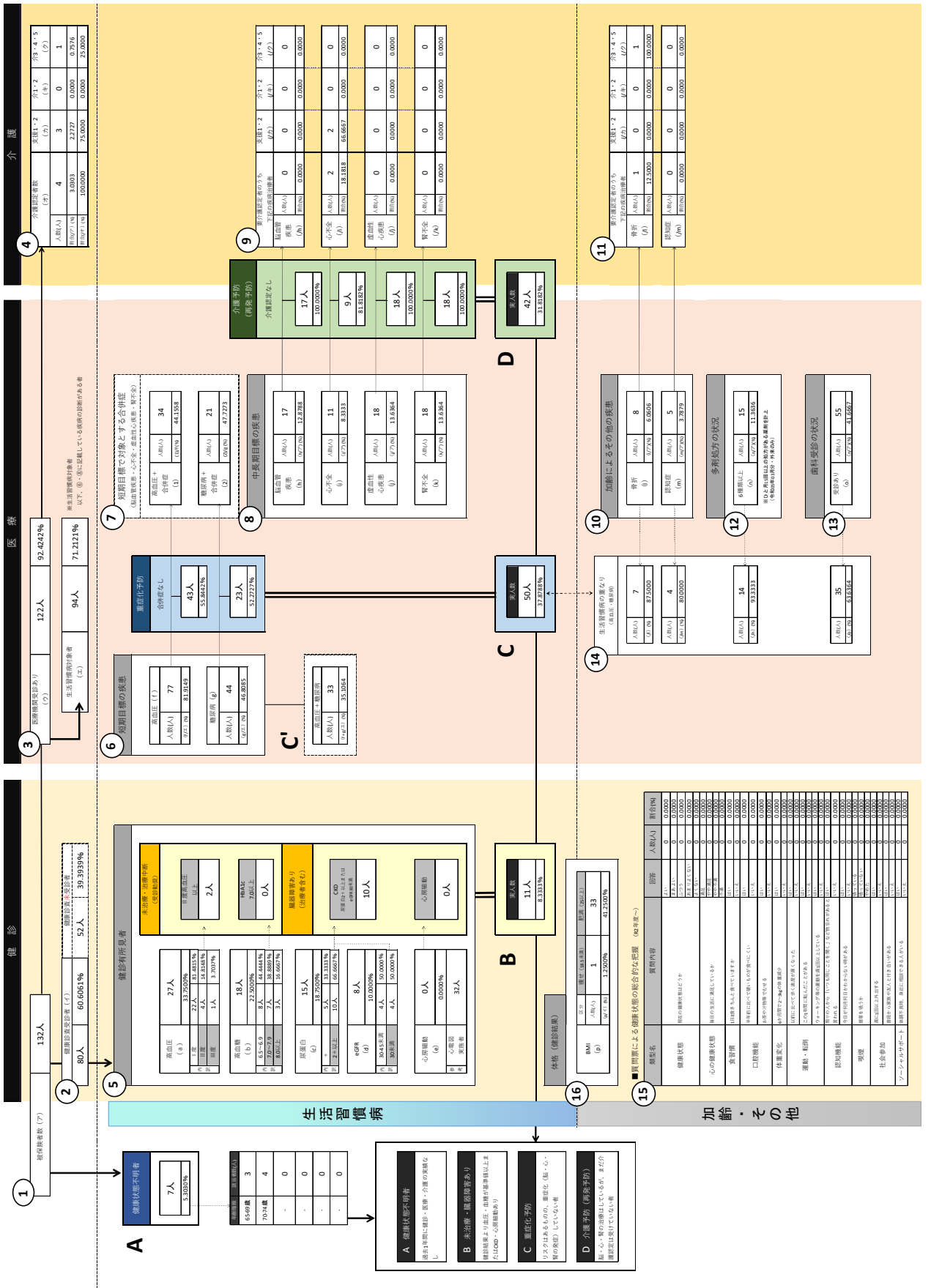
参考資料2　健診・医療・介護の一体的な分析

①40～64 歳(国保)



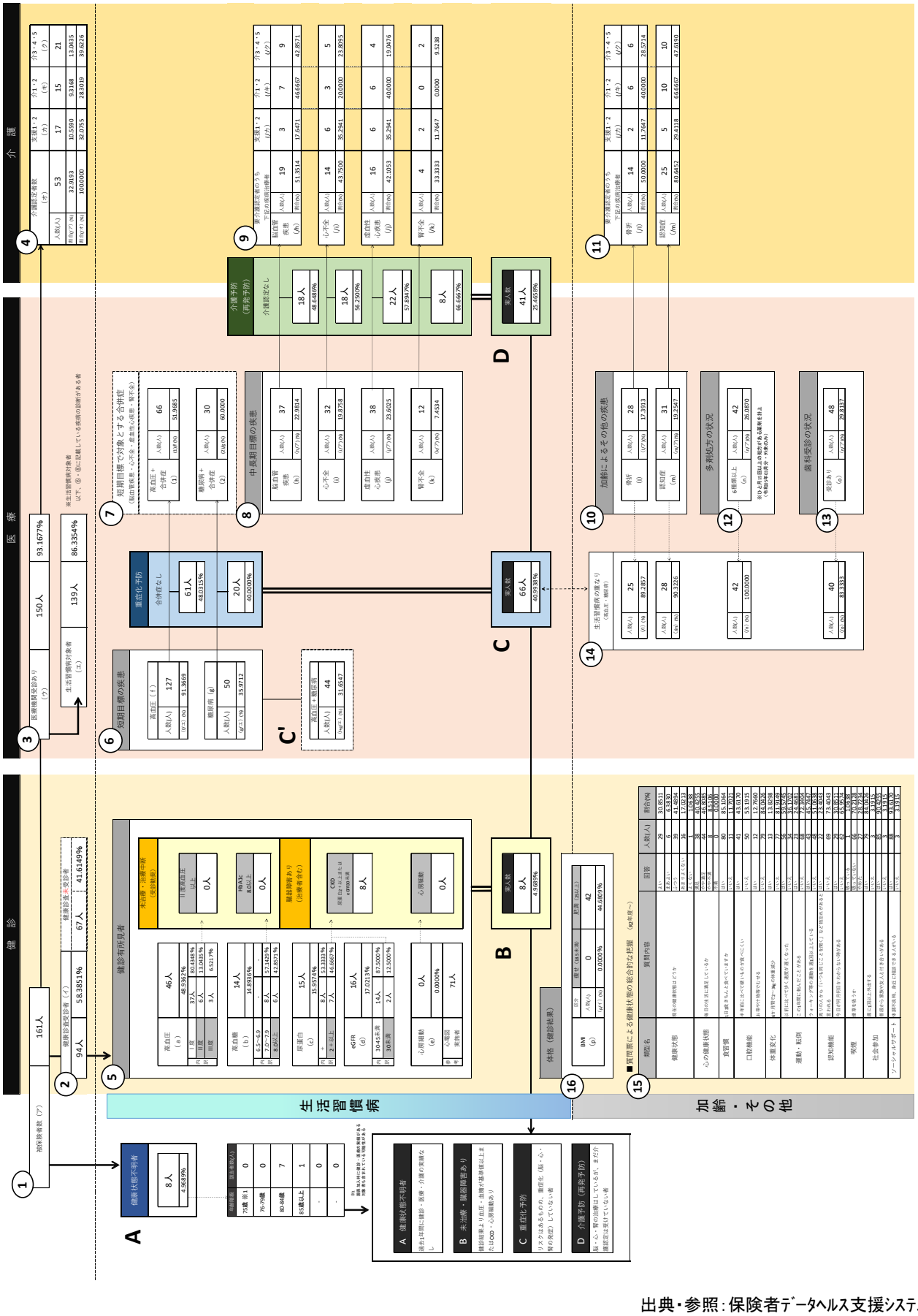
出典・参照：保険者ﾃﾞｰﾀﾍﾙｽ支援ｼｽﾃﾑ

②65～74 歳(国保)



出典・参照：保険者ﾃﾞｰﾀﾍﾙｽ支援ｼｽﾃﾑ

④75 歳以上(後期)



出典・参照：保険者ﾃﾞｰﾀﾍﾙｽ支援ｼｽﾃﾑ

参考資料3　糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

		項目			突合表	南大東村										同規模保険者(平均)		データ基
						H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
						実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数			A	456人		433人		423人		420人		415人				KDB_厚生労働省様式様式3-2
	②		(再掲)40-74歳			298人		284人		285人		295人		290人				
2	①	特定健診	対象者数		B	261人		260人		267人		259人		258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	152人		175人		184人		178人		169人				
	③		受診率			58.2%		67.3%		68.9%		68.7%		65.5%				
3	①	特定保健指導	対象者数			19人		32人		34人		32人		27人				
	②		実施率			121.1%		78.1%		23.5%		34.4%		25.9%				
4	①	健診データ	糖尿病型		E	25人	16.0%	41人	22.7%	39人	20.1%	38人	20.3%	32人	19.2%			特定健診結果
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)		F	4人	16.0%	11人	26.8%	9人	23.1%	7人	18.4%	6人	18.8%			
	③		治療中(質問票 服薬あり)		G	21人	84.0%	30人	73.2%	30人	76.9%	31人	81.6%	26人	81.3%			
	④			コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	13人	61.9%	18人	60.0%	20人	66.7%	15人	48.4%	14人	53.8%			
	⑤			血圧　130/80以上		8人	61.5%	11人	61.1%	15人	75.0%	8人	53.3%	5人	35.7%			
	⑥			肥満　BMI25以上		9人	69.2%	11人	61.1%	14人	70.0%	9人	60.0%	8人	57.1%			
	⑦			コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	8人	38.1%	12人	40.0%	10人	33.3%	16人	51.6%	12人	46.2%			
	⑧		第1期	尿蛋白(－)	M	19人	76.0%	27人	65.9%	25人	64.1%	27人	71.1%	20人	62.5%			
	⑨		第2期	尿蛋白(±)		1人	4.0%	3人	7.3%	1人	2.6%	2人	5.3%	4人	12.5%			
	⑩		第3期	尿蛋白(＋)以上		5人	20.0%	10人	24.4%	13人	33.3%	7人	18.4%	5人	15.6%			
	⑪		第4期	eGFR30未満		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	2人	5.3%	2人	6.3%			
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保数千対)			114.0人		113.2人		94.6人		90.5人		94.0人				KDB_厚生労働省様式様式3-2
	②		(再掲)40-74歳(被保数千対)			171.1人		169.0人		136.8人		125.4人		131.0人				
	③		レセプト件数(40-74歳)(）内は被保数千対	入院外(件数)		373件	(1290.7)	342件	(1212.8)	282件	(949.5)	355件	(1228.4)	296件	(1064.7)	136,930件	(893.2)	KDB_疾病別医療費分析(生活習慣病)
	④			入院(件数)				1件	(3.5)			1件	(3.5)	2件	(7.2)	658件	(4.3)	
	⑤		糖尿病治療中		H	52人	11.4%	49人	11.3%	40人	9.5%	38人	9.0%	39人	9.4%			KDB_厚生労働省様式様式3-2
	⑥		(再掲)40-74歳			51人	17.1%	48人	16.9%	39人	13.7%	37人	12.5%	38人	13.1%			
	⑦		健診未受診者		I	30人	58.8%	27人	56.3%	9人	23.1%	6人	16.2%	12人	31.6%			
	⑧		インスリン治療		O	11人	21.2%	7人	14.3%	5人	12.5%	7人	18.4%	5人	12.8%			
	⑨		(再掲)40-74歳			11人	21.6%	7人	14.6%	5人	12.8%	7人	18.9%	5人	13.2%			
	⑩		糖尿病性腎症		L	0人	0.0%	3人	6.1%	2人	5.0%	5人	13.2%	4人	10.3%			
	⑪		(再掲)40-74歳			0人	0.0%	3人	6.3%	2人	5.1%	5人	13.5%	4人	10.5%			
	⑫		慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)			0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%			
	⑬		(再掲)40-74歳			0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%			
	⑭		新規透析患者数			0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%			
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症			0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%			
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)			0	0.0%	0	0.0%	1人	3.2%	0人	0.0%	1人	0.0%			KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期
6	①	医療費	総医療費			1億1245万円		1億1986万円		1億4937万円		1億3914万円		1億2084万円		2億6175万円		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			4534万円		5497万円		6183万円		6252万円		5515万円		1億4021万円		
	③		(総医療費に占める割合)			40.3%		45.9%		41.4%		44.9%		45.6%		53.6%		
	④		生活習慣病対象者一人あたり	健診受診者		4,609円		4,253円		9,050円		4,587円		11,136円		8,820円		
	⑤			健診未受診者		27,924円		37,868円		42,074円		49,173円		37,618円		40,357円		
	⑥		糖尿病医療費			787万円		723万円		697万円		930万円		862万円		1572万円		
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)			17.4%		13.1%		11.3%		14.9%		15.6%		11.2%		
	⑧		糖尿病入院外総医療費			1236万円		1349万円		1243万円		1590万円		1244万円				
	⑨		1件あたり			20,159円		23,137円		26,837円		30,451円		27,044円				
	⑩		糖尿病入院総医療費			1986万円		2819万円		2441万円		3448万円		2807万円				
	⑪		1件あたり			763,660円		722,800円		813,733円		820,995円		825,719円				
	⑫		在院日数			17日		18日		24日		19日		20日				
	⑬		慢性腎不全医療費			10万円		24万円		197万円		31万円		15万円		957万円		
	⑭		透析有り							151万円						862万円		
	⑮		透析なし			10万円		24万円		46万円		31万円		15万円		96万円		
7	①	介護	介護給付費			8764万円		9686万円		9956万円		9593万円		7645万円		3億5514万円		
	②		(2号認定者)糖尿病合併症			0件	0.0%	0件	0.0%	1件	50.0%	1件	100.0%	2件	66.7%			
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)			0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	267人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

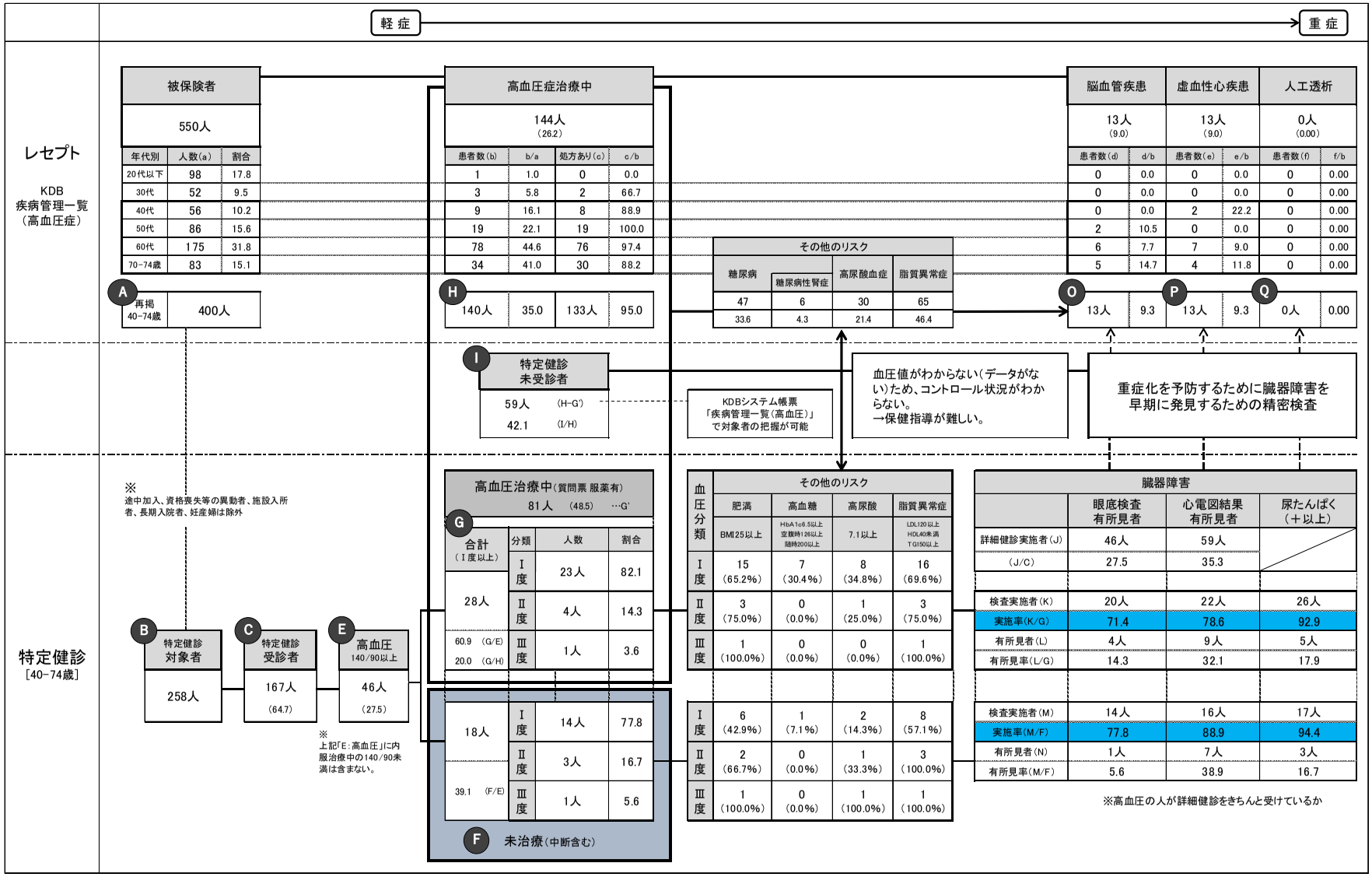
参考資料4　糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

出典・参照：保険者ﾃﾞｰﾀﾍﾙｽ支援ｼｽﾃﾑ

参考資料5　高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

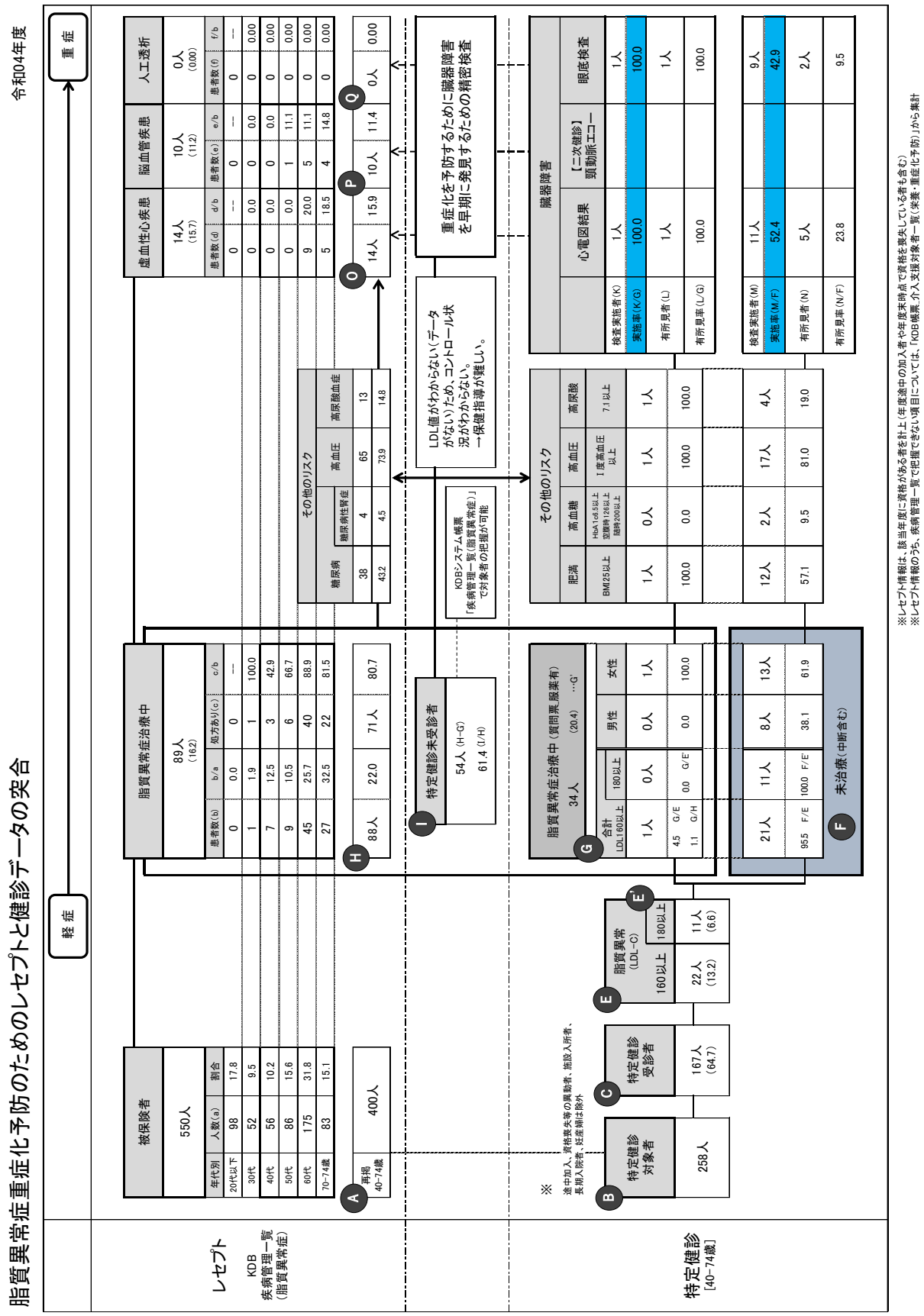
令和04年度



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

出典・参照：KDBシステム改変

参考資料6　脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典・参照：KDB システム改変

参考資料7　HbA1C の年次比較

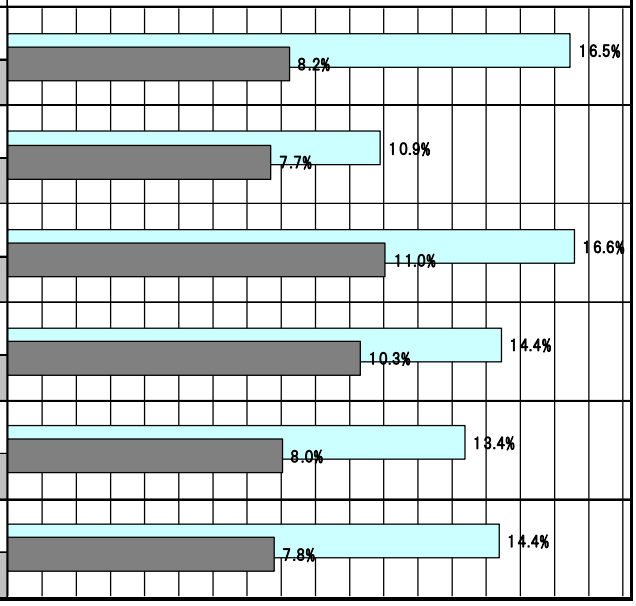
HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
								合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる					
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
H29	158	77	48.7%	48	30.4%	7	4.4%	13	8.2%	7	4.4%	6	3.8%	7	4.4%	4	2.5%
H30	156	83	53.2%	38	24.4%	18	11.5%	5	3.2%	9	5.8%	3	1.9%	10	6.4%	3	1.9%
R01	181	78	43.1%	52	28.7%	21	11.6%	10	5.5%	14	7.7%	6	3.3%	15	8.3%	5	2.8%
R02	194	100	51.5%	49	25.3%	17	8.8%	8	4.1%	13	6.7%	7	3.6%	14	7.2%	7	3.6%
R03	187	99	52.9%	45	24.1%	18	9.6%	10	5.3%	8	4.3%	7	3.7%	11	5.9%	4	2.1%
R04	167	65	38.9%	57	34.1%	21	12.6%	11	6.6%	8	4.8%	5	3.0%	8	4.8%	1	0.6%

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上	再掲	
					再）7.0以上	未治療	治療
H29	158	77 48.7%	48 30.4%	7 4.4%	26 16.5%	4 15.4%	22 84.6%
					13 8.2%	0 0.0%	13 100.0%
H30	156	83 53.2%	38 24.4%	18 11.5%	17 10.9%	3 17.6%	14 82.4%
					12 7.7%	3 25.0%	9 75.0%
R01	181	78 43.1%	52 28.7%	21 11.6%	30 16.6%	9 30.0%	21 70.0%
					20 11.0%	5 25.0%	15 75.0%
R02	194	100 51.5%	49 25.3%	17 8.8%	28 14.4%	4 14.3%	24 85.7%
					20 10.3%	2 10.0%	18 90.0%
R03	187	99 52.9%	45 24.1%	18 9.6%	25 13.4%	5 20.0%	20 80.0%
					15 8.0%	4 26.7%	11 73.3%
R04	167	65 38.9%	57 34.1%	21 12.6%	24 14.4%	4 16.7%	20 83.3%
					13 7.8%	2 15.4%	11 84.6%



治療と未治療の状況

		HbA1c測定		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
						正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
										合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる					
		5.5以下				5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	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	24	15.2%	0	0.0%	0	0.0%	2	8.3%	9	37.5%	7	29.2%	6	25.0%	7	29.2%	4	16.7%
	H30	21	13.5%	0	0.0%	0	0.0%	7	33.3%	5	23.8%	7	33.3%	2	9.5%	7	33.3%	2	9.5%
	R01	30	16.6%	2	6.7%	0	0.0%	7	23.3%	6	20.0%	11	36.7%	4	13.3%	12	40.0%	3	10.0%
	R02	30	15.5%	0	0.0%	1	3.3%	5	16.7%	6	20.0%	12	40.0%	6	20.0%	13	43.3%	6	20.0%
	R03	31	16.6%	0	0.0%	2	6.5%	9	29.0%	9	29.0%	7	22.6%	4	12.9%	7	22.6%	1	3.2%
	R04	26	15.6%	0	0.0%	1	3.8%	5	19.2%	9	34.6%	6	23.1%	5	19.2%	7	26.9%	1	3.8%
治療なし	H29	134	84.8%	77	57.5%	48	35.8%	5	3.7%	4	3.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	H30	135	86.5%	83	61.5%	38	28.1%	11	8.1%	0	0.0%	2	1.5%	1	0.7%	3	2.2%	1	0.7%
	R01	151	83.4%	76	50.3%	52	34.4%	14	9.3%	4	2.6%	3	2.0%	2	1.3%	3	2.0%	2	1.3%
	R02	164	84.5%	100	61.0%	48	29.3%	12	7.3%	2	1.2%	1	0.6%	1	0.6%	1	0.6%	1	0.6%
	R03	156	83.4%	99	63.5%	43	27.6%	9	5.8%	1	0.6%	1	0.6%	3	1.9%	4	2.6%	3	1.9%
	R04	141	84.4%	65	46.1%	56	39.7%	16	11.3%	2	1.4%	2	1.4%	0	0.0%	1	0.7%	0	0.0%

出典・参照：特定健診等ﾃﾞｰﾀ管理ｼｽﾃﾑ

参考資料8　血圧の年次比較

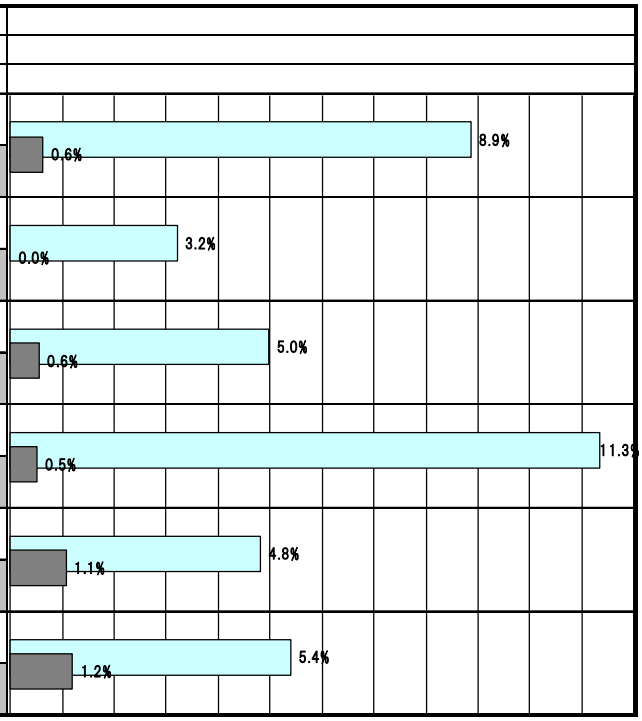
血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H29	158	30	19.0%	26	16.5%	55	34.8%	33	20.9%	13	8.2%	1	0.6%
H30	156	34	21.8%	23	14.7%	44	28.2%	50	32.1%	5	3.2%	0	0.0%
R01	181	33	18.2%	35	19.3%	47	26.0%	57	31.5%	8	4.4%	1	0.6%
R02	194	27	13.9%	31	16.0%	59	30.4%	55	28.4%	21	10.8%	1	0.5%
R03	187	39	20.9%	38	20.3%	56	29.9%	45	24.1%	7	3.7%	2	1.1%
R04	167	37	22.2%	32	19.2%	52	31.1%	37	22.2%	7	4.2%	2	1.2%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上	再掲	
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療
H29	158	56 35.4%	55 34.8%	33 20.9%	14 8.9%	7 50.0%	7 50.0%
					1 0.6%	1 100.0%	0 0.0%
H30	156	57 36.5%	44 28.2%	50 32.1%	5 3.2%	5 100.0%	0 0.0%
					0 0.0%	0 #DIV/0!	0 #DIV/0!
R01	181	68 37.6%	47 26.0%	57 31.5%	9 5.0%	5 55.6%	4 44.4%
					1 0.6%	1 100.0%	0 0.0%
R02	194	58 29.9%	59 30.4%	55 28.4%	22 11.3%	12 54.5%	10 45.5%
					1 0.5%	0 0.0%	1 100.0%
R03	187	77 41.2%	56 29.9%	45 24.1%	9 4.8%	5 55.6%	4 44.4%
					2 1.1%	1 50.0%	1 50.0%
R04	167	69 41.3%	52 31.1%	37 22.2%	9 5.4%	4 44.4%	5 55.6%
					2 1.2%	1 50.0%	1 50.0%



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	66	41.8%	6	9.1%	9	13.6%	25	37.9%	19	28.8%	7	10.6%	0	0.0%
	H30	74	47.4%	11	14.9%	10	13.5%	23	31.1%	30	40.5%	0	0.0%	0	0.0%
	R01	85	47.0%	7	8.2%	15	17.6%	21	24.7%	38	44.7%	4	4.7%	0	0.0%
	R02	86	44.3%	4	4.7%	11	12.8%	32	37.2%	29	33.7%	9	10.5%	1	1.2%
	R03	87	46.5%	13	14.9%	17	19.5%	30	34.5%	23	26.4%	3	3.4%	1	1.1%
	R04	81	48.5%	14	17.3%	15	18.5%	24	29.6%	23	28.4%	4	4.9%	1	1.2%
治療なし	H29	92	58.2%	24	26.1%	17	18.5%	30	32.6%	14	15.2%	6	6.5%	1	1.1%
	H30	82	52.6%	23	28.0%	13	15.9%	21	25.6%	20	24.4%	5	6.1%	0	0.0%
	R01	96	53.0%	26	27.1%	20	20.8%	26	27.1%	19	19.8%	4	4.2%	1	1.0%
	R02	108	55.7%	23	21.3%	20	18.5%	27	25.0%	26	24.1%	12	11.1%	0	0.0%
	R03	100	53.5%	26	26.0%	21	21.0%	26	26.0%	22	22.0%	4	4.0%	1	1.0%
	R04	86	51.5%	23	26.7%	17	19.8%	28	32.6%	14	16.3%	3	3.5%	1	1.2%

出典・参照：特定健診等ﾃﾞｰﾀ管理ｼｽﾃﾑ

参考資料9　LDL－Cの年次比較

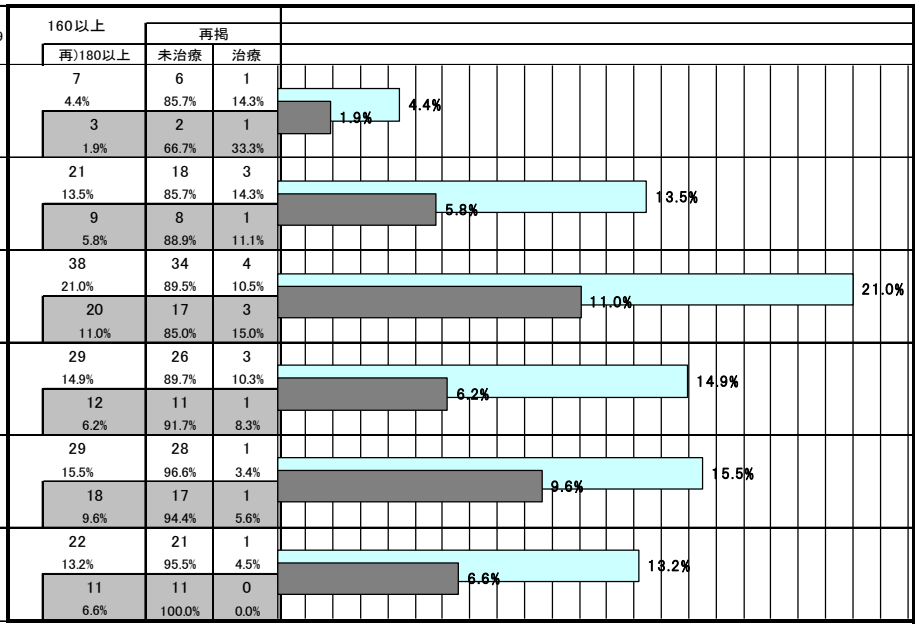
LDL-Cの年次比較

		LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
総数	H29	158	79	50.0%	54	34.2%	18	11.4%	4	2.5%	3	1.9%
	H30	156	69	44.2%	45	28.8%	21	13.5%	12	7.7%	9	5.8%
	R01	181	72	39.8%	47	26.0%	24	13.3%	18	9.9%	20	11.0%
	R02	194	86	44.3%	45	23.2%	34	17.5%	17	8.8%	12	6.2%
	R03	187	87	46.5%	45	24.1%	26	13.9%	11	5.9%	18	9.6%
	R04	167	85	50.9%	35	21.0%	25	15.0%	11	6.6%	11	6.6%
男性	H29	81	47	58.0%	25	30.9%	6	7.4%	1	1.2%	2	2.5%
	H30	81	44	54.3%	19	23.5%	11	13.6%	6	7.4%	1	1.2%
	R01	100	47	47.0%	22	22.0%	14	14.0%	8	8.0%	9	9.0%
	R02	107	55	51.4%	23	21.5%	16	15.0%	9	8.4%	4	3.7%
	R03	104	57	54.8%	15	14.4%	19	18.3%	4	3.8%	9	8.7%
	R04	94	54	57.4%	20	21.3%	12	12.8%	3	3.2%	5	5.3%
女性	H29	77	32	41.6%	29	37.7%	12	15.6%	3	3.9%	1	1.3%
	H30	75	25	33.3%	26	34.7%	10	13.3%	6	8.0%	8	10.7%
	R01	81	25	30.9%	25	30.9%	10	12.3%	10	12.3%	11	13.6%
	R02	87	31	35.6%	22	25.3%	18	20.7%	8	9.2%	8	9.2%
	R03	83	30	36.1%	30	36.1%	7	8.4%	7	8.4%	9	10.8%
	R04	73	31	42.5%	15	20.5%	13	17.8%	8	11.0%	6	8.2%

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上	再掲	
					再)180以上	未治療	治療
H29	158	79 50.0%	54 34.2%	18 11.4%	7 4.4%	6 85.7%	1 14.3%
					3 1.9%	2 66.7%	1 33.3%
H30	156	69 44.2%	45 28.8%	21 13.5%	21 13.5%	18 85.7%	3 14.3%
					9 5.8%	8 88.9%	1 11.1%
R01	181	72 39.8%	47 26.0%	24 13.3%	38 21.0%	34 89.5%	4 10.5%
					20 11.0%	17 85.0%	3 15.0%
R02	194	86 44.3%	45 23.2%	34 17.5%	29 14.9%	26 89.7%	3 10.3%
					12 6.2%	11 91.7%	1 8.3%
R03	187	87 46.5%	45 24.1%	26 13.9%	29 15.5%	28 96.6%	1 3.4%
					18 9.6%	17 94.4%	1 5.6%
R04	167	85 50.9%	35 21.0%	25 15.0%	22 13.2%	21 95.5%	1 4.5%
					11 6.6%	11 100.0%	0 0.0%



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	30	19.0%	15	50.0%	9	30.0%	5	16.7%	0	0.0%	1	3.3%
	H30	34	21.8%	17	50.0%	9	26.5%	5	14.7%	2	5.9%	1	2.9%
	R01	39	21.5%	17	43.6%	12	30.8%	6	15.4%	1	2.6%	3	7.7%
	R02	35	18.0%	23	65.7%	6	17.1%	3	8.6%	2	5.7%	1	2.9%
	R03	32	17.1%	25	78.1%	4	12.5%	2	6.3%	0	0.0%	1	3.1%
	R04	34	20.4%	22	64.7%	7	20.6%	4	11.8%	1	2.9%	0	0.0%
治療なし	H29	128	81.0%	64	50.0%	45	35.2%	13	10.2%	4	3.1%	2	1.6%
	H30	122	78.2%	52	42.6%	36	29.5%	16	13.1%	10	8.2%	8	6.6%
	R01	142	78.5%	55	38.7%	35	24.6%	18	12.7%	17	12.0%	17	12.0%
	R02	159	82.0%	63	39.6%	39	24.5%	31	19.5%	15	9.4%	11	6.9%
	R03	155	82.9%	62	40.0%	41	26.5%	24	15.5%	11	7.1%	17	11.0%
	R04	133	79.6%	63	47.4%	28	21.1%	21	15.8%	10	7.5%	11	8.3%

出典・参照：特定健診等ﾃﾞｰﾀ管理ｼｽﾃﾑ

南大東村国民健康保険
第３期データヘルス計画
第４期特定健康診査等実施計画
２０２４（令和６年）～２０２９（令和 11 年）

２０２４（令和６年）３月　発行
発行：沖縄県島尻郡南大東村　　福祉民生課　保健センター

〒９０１－３８９５
沖縄県島尻郡南大東村字南 144 番地１号
電話　０９８０２－２１１６
ＦＡＸ　０９８０２－２６６９