

与那国町国民健康保険
第 3 期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(第 4 期特定健康診査等実施計画)
令和 6 年度～令和 11 年度

与那国町国民健康保険

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期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 ……10

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……35

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 ……41

- I. 保健事業の方向性

Ⅱ. 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防
2. 虚血性心疾患重症化予防
3. 脳血管疾患重症化予防

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

Ⅳ. 発症予防

Ⅴ. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し62

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い63

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料64

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略^{※1}」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされた。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る。

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る。

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

※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ある。

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る。(図表1)

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

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る。(図表2・3・4・5)

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

※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。

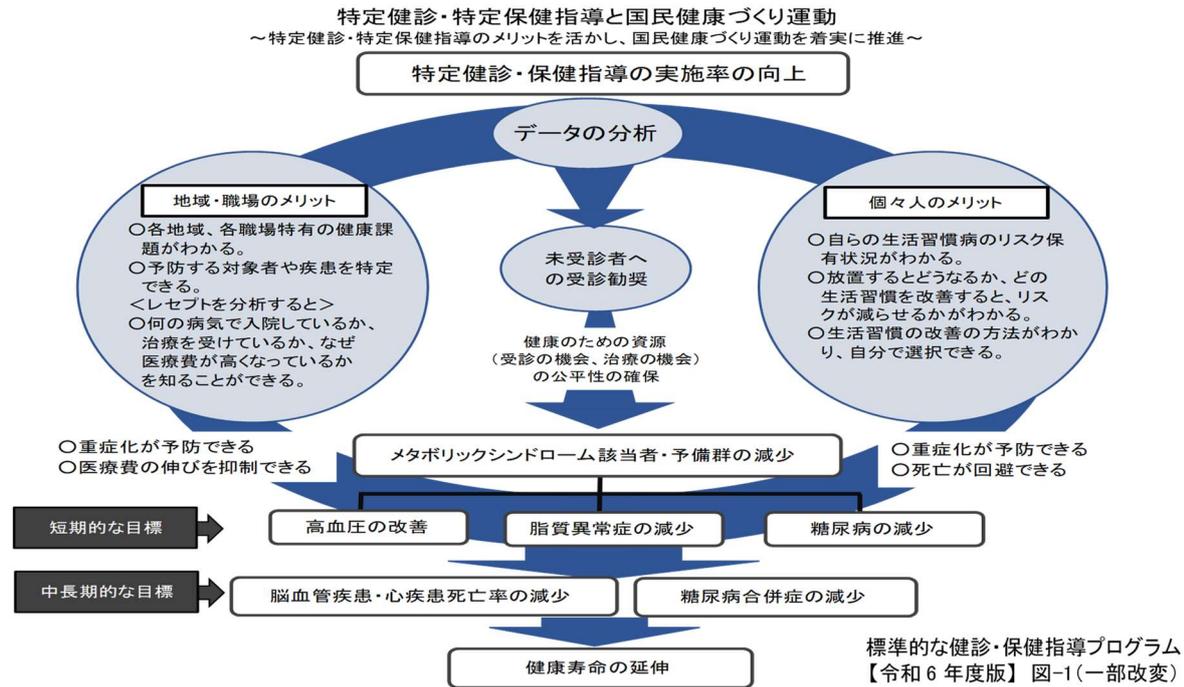
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

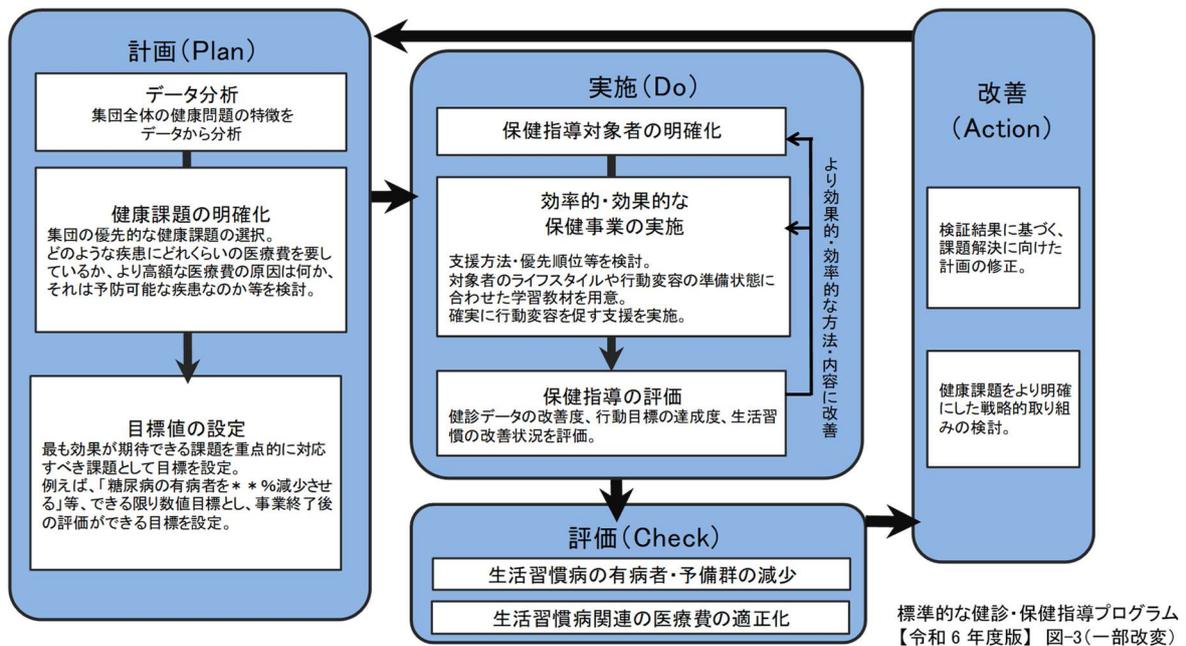
		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
健康増進計画		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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、 医療者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、育壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりに配慮		すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
慢性閉塞性肺疾患(COPD) が ん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養	
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1こども、2高齢者、3女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の状況に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用し る保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 ・介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県・国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

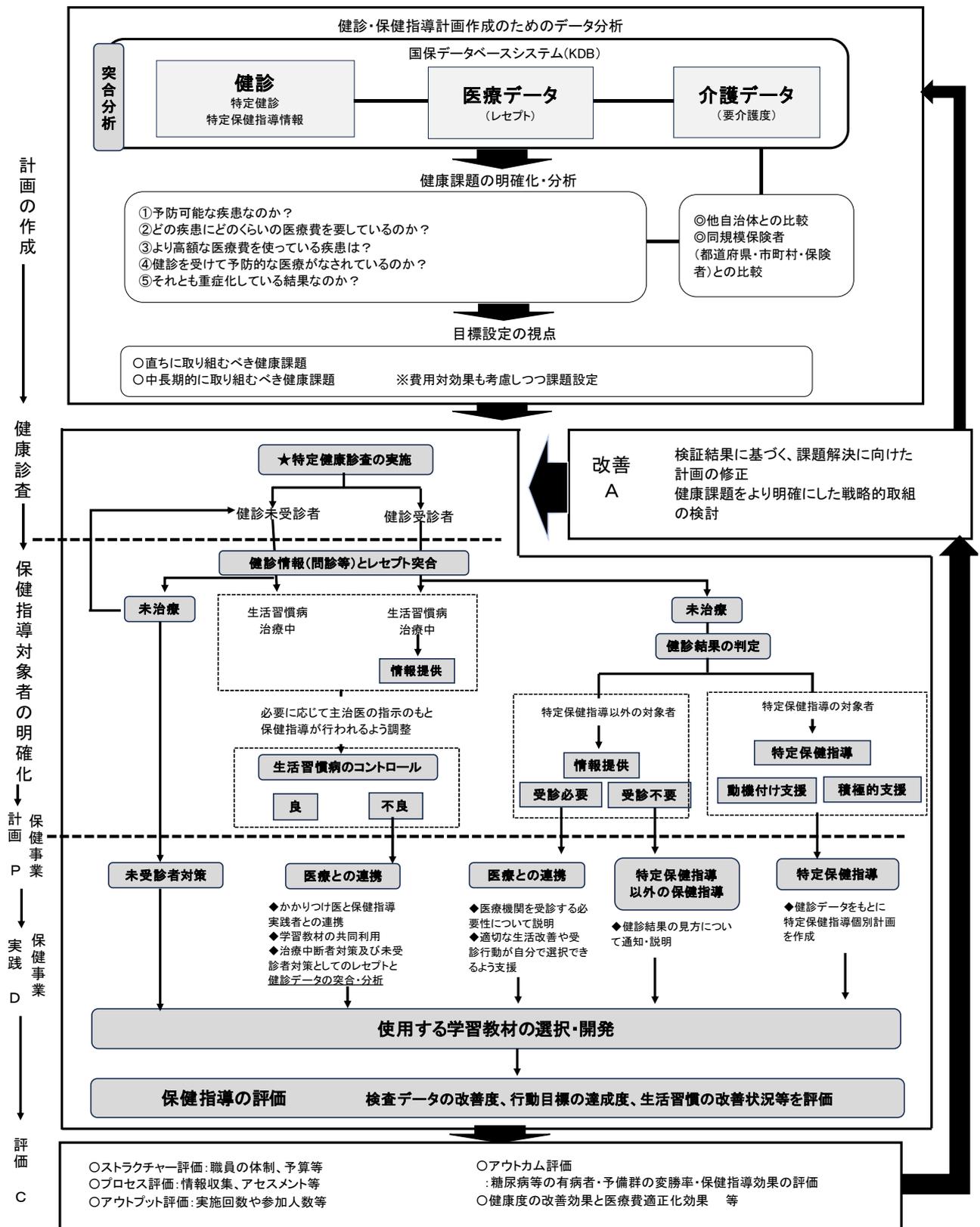


注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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)

	老人保健法		高齢者の医療を確保する法律
	最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)		
	→		
	行動変容を促す手法		
	かつての健診・保健指導		現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導		内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、実施する。
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を講み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村		医療保険者

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とする。

<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」とされている。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る。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

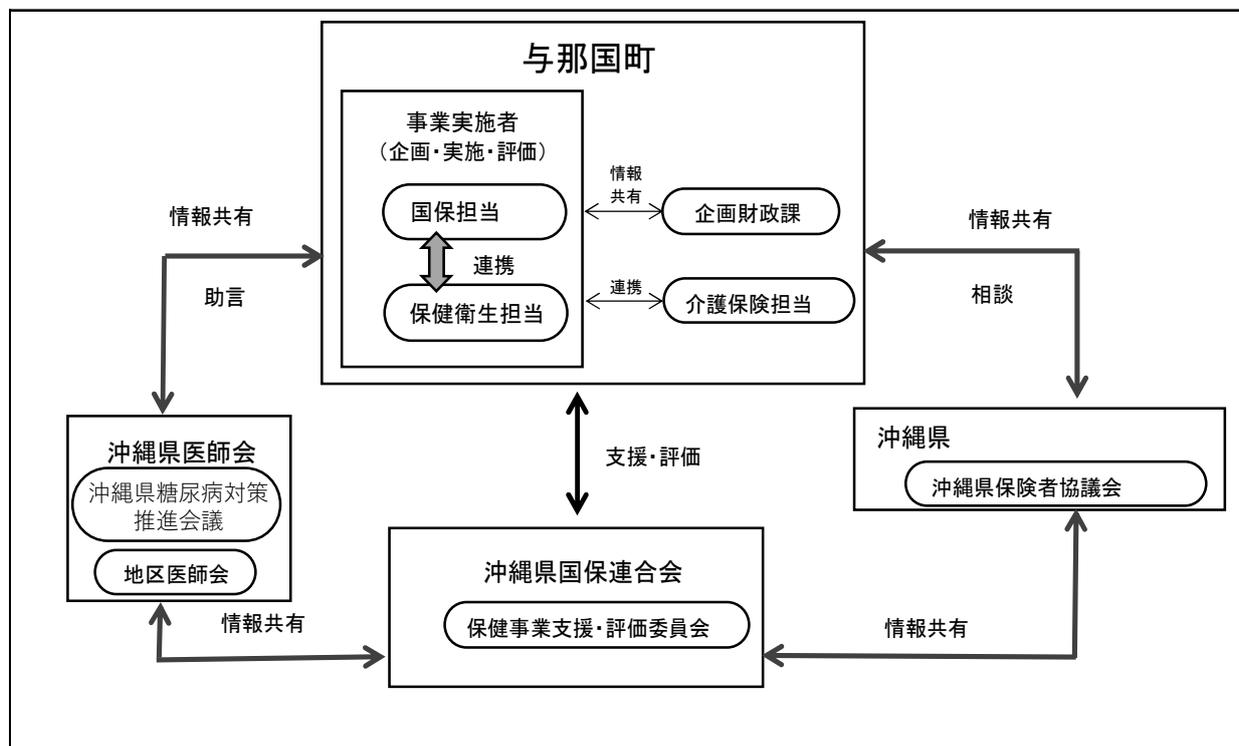
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、保健師が各担当に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、一体となって策定等を進める。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させていく。

具体的には、国民健康保険担当、健康づくり担当、介護保険・介護予防担当、生活保護担当、企

画財政課とも十分連携を図ることとする。

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る。(図表 6)

図表 6 与那国町の実施体制図



2) 関係機関との連携

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

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

また、都道府県は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。

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

国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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

3) 被保険者の役割

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

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る。(図表 7)

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

図表 7 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点		
		与那国町	配点	与那国町	配点	与那国町	配点	
交付額(万円)		1,331,000		654,000		945,000		
全国順位(1,741市町村中)		1132位		1516位		360位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	110	70	105	70	160	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メボリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	20	40	55	40	52	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	15	90	15	45	20	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	0	50	0	50	25	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	105	130	5	130	120	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	35	100	35	100	35	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	12	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	10	30	8	40	8	40
	⑤	第三者求償の取組	30	40	40	50	45	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	29	95	25	100	40	100
合計点		509	1,000	440	960	645	940	

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

与那国町は、人口約1,700人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で21.5%であった。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は低く、被保険者の平均年齢も49歳と同規模と比べて若く、出生率も高いことが分かる。財政指数は同規模と同等で、県や国と比較すると低い。産業においては、第3次産業が47.9%と他の第1次、第2次産業と比較すると高く、サービス業の割合が多いことから、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若い年代の健康課題を明確にすることが重要である。(図表8)

国保加入率は29.8%で、被保険者数は年々減少傾向なことが分かる。(図表9)

与那国町の医療機関は、診療所が1か所のみで、医師数も一人となっている。入院設備はなく、入院を伴う場合は、島外に出ることになる。外来患者数は年間約530人となっている。(図表10)

図表8 同規模・県・国と比較した与那国町の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
与那国町	1,676	21.5	500 (29.8)	48.6	8.9	11.3	0.2	10.8	41.3	47.9
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

出典：KDB システム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDB システムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、与那国町と同規模保険者(274市町村)の平均値を表す

図表9 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合								
被保険者数	558		551		526		497		500	
65～74歳	144	25.8	145	26.3	146	27.8	159	32.0	163	32.6
40～64歳	224	40.1	230	41.7	213	40.5	189	38.0	184	36.8
39歳以下	190	34.1	176	31.9	167	31.7	149	30.0	153	30.6
加入率	30.3		29.9		28.5		27.0		29.8	

出典・参照：KDB システム改変 地域の全体像の把握

図表 10 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度
	実数	実数	実数	実数	実数
病院数	0	0	0	0	0
診療所数	1	1	1	1	1
病床数	0	0	0	0	0
医師数	1	1	1	1	1
外来患者数	542.0	586.0	457.0	525.0	565.0
入院患者数	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

出典・参照:KDB システム改変 地域の全体像の把握、与那国町診療所

2. 第 2 期計画にかかる評価及び考察

1) 第 2 期データヘルス計画の評価

第 2 期計画において、目標の設定を以下の 2 つに分類した。

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

与那国町の令和 4 年度の要介護認定者は、2 号(40~64 歳)被保険者で 1 人(認定率 0.16%)と同規模・県・国と比較すると低く、1 号(65 歳以上)被保険者は 68 人(認定率 18.9%)と同規模・県・国と同等であり、H30 年度と比べてもほぼ横ばいで推移している。(図表 11)

団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75 歳以上の認定者数は増加することが予想されるが、与那国町は、H30 年度と R4 年度を比較すると減少傾向にある。よって、介護給付費は減少している。(図表 12)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第 2 号被保険者で 100 割、第 1 号被保険者でも約 7 割の有病状況となっている。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、65 歳以上になると約 9 割以上と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言える。(図表 13)

図表 11 要介護認定者(率)の状況

	与那国町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	341人	18.5%	360人	21.5%	41.4%	22.6%	28.7%
2号認定者	2人	0.25%	1人	0.16%	0.38%	0.45%	0.38%
新規認定者					--	--	--
1号認定者	59人	17.3%	68人	18.9%	19.9%	19.0%	19.4%
新規認定者	14人		9人		--	--	--
再掲							
65～74歳	8人	4.5%	11人	5.1%	--	--	--
新規認定者	3人		2人		--	--	--
75歳以上	51人	31.1%	57人	39.3%	--	--	--
新規認定者	11人		7人		--	--	--

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

図表 12 介護給付費の変化

	与那国町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	1億2062万円	1億0884万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	353,734	302,331	323,222	324,737	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	115,650	86,587	80,543	69,211	59,662
居宅サービス	61,921	48,691	42,864	51,518	41,272
施設サービス	287,887	313,330	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 13 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		1		11		57		68		69		
再)国保・後期		1		10		49		59		60		
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾病	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数
				割合		割合		割合		割合		割合
	循環器疾患	1	脳卒中	1 100.0%	脳卒中	8 80.0%	脳卒中	36 73.5%	脳卒中	44 74.6%	脳卒中	45 75.0%
		2	虚血性心疾患	0 0.0%	虚血性心疾患	5 50.0%	虚血性心疾患	24 49.0%	虚血性心疾患	29 49.2%	虚血性心疾患	29 48.3%
		3	腎不全	0 0.0%	腎不全	5 50.0%	腎不全	16 32.7%	腎不全	21 35.6%	腎不全	21 35.0%
	合併症	4	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	3 6.1%	糖尿病合併症	3 5.1%	糖尿病合併症	3 5.0%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		0 0.0%	基礎疾患	10 100.0%	基礎疾患	46 93.9%	基礎疾患	56 94.9%	基礎疾患	56 93.3%
	血管疾患合計		1 100.0%	合計	10 100.0%	合計	47 95.9%	合計	57 96.6%	合計	58 96.7%	
	認知症		認知症	1 100.0%	認知症	3 30.0%	認知症	37 75.5%	認知症	40 67.8%	認知症	41 68.3%
	筋・骨格疾患		筋骨格系	0 0.0%	筋骨格系	10 100.0%	筋骨格系	46 93.9%	筋骨格系	56 94.9%	筋骨格系	56 93.3%

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

出典・参照：KDBシステム改変

② 医療費の状況

与那国町の医療費は、国保加入者が減少しているにも関わらず総医療費は増大しており、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約 8 万円高く、H30 年度と比較しても 13 万円伸びている。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 5%程度にも関わらず、医療費全体の約 60%を占めており、1 件あたりの入院医療費も H30 年度と比較しても 16 万円も高くなっている。(図表 14)

一人あたり医療費の地域差は、外来医療費が年々減少していることが分かる。H30 年度、R2 年度ともに入院が主要因となっており、入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要がある。(図表 15)

図表 14 医療費の推移

	与那国町		同規模	県	国		
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度		
被保険者数(人)	558人		500人	--	--		
前期高齢者割合	144人 (25.8%)		163人 (32.6%)	--	--		
総医療費	1億7535万円		2億2522万円	--	--		
一人あたり医療費(円)	314,248	県内13位 同規模178位	450,438	県内2位 同規模26位	367,527	318,310	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	689,060	851,370	588,220	634,340	617,950	
	費用の割合	54.2	63.5	44.9	46.4	39.6	
	件数の割合	4.7	5.6	3.4	3.4	2.5	
外来	1件あたり費用額	28,410	29,000	25,290	25,820	24,220	
	費用の割合	45.8	36.5	55.1	53.6	60.4	
	件数の割合	95.3	94.4	96.6	96.6	97.5	
受診率	438.443		509.245	676.49	560.174	705.439	

※同規模順位は与那国町と同規模保険者 274 市町村の平均値を表す

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

図表 15 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			
	与那国町 (県内市町村中)		県 (47県中)	与那国町 (県内市町村中)		県 (47県中)	
	H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度	
地域差指数・順位	全体	1.117	0.970	1.070	1.139	1.111	1.092
		(12位)	(29位)	(14位)	(11位)	(11位)	(14位)
	入院	1.543	1.341	1.259	1.489	1.538	1.286
		(6位)	(14位)	(10位)	(2位)	(5位)	(5位)
	外来	0.874	0.752	0.965	0.790	0.668	0.910
		(26位)	(32位)	(40位)	(30位)	(33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るが、脳血管疾患については、H30年度より1ポイント伸びており、同規模、県よりも高くなっている。(図表 16)

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虚血性心疾患・腎不全・脳血管疾患ともに僅かに減少している。(図表 17)

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る。

図表 16 中長期目標疾患の医療費の推移

			与那国町		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			1億7535万円	2億2522万円	---	---	---
中長期目標疾患 医療費合計(円)			3855万円	2130万円	--	--	--
			21.98432489	9.46%	7.24%	10.08%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	3.66%	4.57%	2.12%	2.40%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	5.47%	2.51%	1.46%	1.61%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	12.83%	2.08%	3.29%	5.80%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.03%	0.29%	0.37%	0.27%	0.29%
そ 疾 患 の 他 の	悪性新生物		18.93%	27.91%	17.57%	12.57%	16.69%
	筋・骨疾患		6.01%	6.38%	9.33%	7.73%	8.68%
	精神疾患		3.96%	7.38%	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 17 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	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	558	500	a	56	55	36	32	4	2	
				a/A	10.0%	11.0%	6.5%	6.4%	0.7%	0.4%	
40歳以上	B	368	347	b	55	53	34	31	4	1	
	B/A	65.9%	69.4%	b/B	14.9%	15.3%	9.2%	8.9%	1.1%	0.3%	
再掲	40~64歳	D	224	184	d	21	18	12	7	2	0
		D/A	40.1%	36.8%	d/D	9.4%	9.8%	5.4%	3.8%	0.9%	0.0%
	65~74歳	C	144	163	c	34	35	22	24	2	1
		C/A	25.8%	32.6%	c/C	23.6%	21.5%	15.3%	14.7%	1.4%	0.6%

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

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えており、合併症(重症化)である脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合は減っている。

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

図表 18 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
高血圧症治療者(人)		A	140	163	62	61	78	102
		A/被保数	38.0%	47.0%	27.7%	33.2%	54.2%	62.6%
中長期 合併 目標 疾患	脳血管疾患	B	26	30	6	9	20	21
		B/A	18.6%	18.4%	9.7%	14.8%	25.6%	20.6%
	虚血性心疾患	C	23	22	9	3	14	19
		C/A	16.4%	13.5%	14.5%	4.9%	17.9%	18.6%
	人工透析	D	3	1	2	0	1	1
		D/A	2.1%	0.6%	3.2%	0.0%	1.3%	1.0%

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

図表 19 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
糖尿病治療者(人)		A	55	71	28	24	27	47
		A/被保数	14.9%	20.5%	12.5%	13.0%	18.8%	28.8%
中長期 合併 目標 疾患	脳血管疾患	B	14	16	6	8	8	8
		B/A	25.5%	22.5%	21.4%	33.3%	29.6%	17.0%
	虚血性心疾患	C	12	12	3	1	9	11
		C/A	21.8%	16.9%	10.7%	4.2%	33.3%	23.4%
	人工透析	D	2	0	0	0	2	0
		D/A	3.6%	0.0%	0.0%	0.0%	7.4%	0.0%
糖尿 病合 併症	糖尿病性腎症	E	4	3	0	1	4	2
		E/A	7.3%	4.2%	0.0%	4.2%	14.8%	4.3%
	糖尿病性網膜症	F	8	10	4	4	4	6
		F/A	14.5%	14.1%	14.3%	16.7%	14.8%	12.8%
	糖尿病性神経障害	G	0	2	0	0	0	2
		G/A	0.0%	2.8%	0.0%	0.0%	0.0%	4.3%

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

図表 20 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)		A	82	95	31	36	51	59
		A/被保数	22.3%	27.4%	13.8%	19.6%	35.4%	36.2%
（中長期 合併症 目標疾患）	脳血管疾患	B	22	21	7	7	15	14
		B/A	26.8%	22.1%	22.6%	19.4%	29.4%	23.7%
	虚血性心疾患	C	19	20	7	2	12	18
		C/A	23.2%	21.1%	22.6%	5.6%	23.5%	30.5%
	人工透析	D	1	0	0	0	1	0
		D/A	1.2%	0.0%	0.0%	0.0%	2.0%	0.0%

出典・参照：KDBシステム_疾病管理一覽(脂質異常症)

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度高血圧は、H30年度とR03年度で比較すると有所見者の割合は伸びてきている。

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15%、糖尿病で17%ほどおり、HbA1c7%以上の割合は沖縄県と比較しても高くなっていることが分かる。(図表 21)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減ってきているが、未治療者やⅡ度高血圧の有所見者が増えていることから、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 21 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧														
					結果の改善 Ⅱ度高血圧の推移							医療のかかり方							
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)						
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A	未治療 (内服なし)	D/C	E	E/B	未治療 (内服なし)	F	F/E	未治療	G	G/E	治療中断	H	H/E
与那国町	202	58.7	194	63.8	13	6.4	5	38.5	20	10.3	11	55.0	3	15.0	3	15.0			
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		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)						
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	I	I/実施者A	未治療 (内服なし)	J/I	K	K/実施者B	未治療 (内服なし)	L	L/K	未治療	M	M/K	治療中断	N	N/K
与那国町	198	98.0	194	100.0	13	6.6	3	23.1	12	6.2	6	50.0	2	16.7	1	8.3			
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

- ①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者
- ②中断…高血圧(または糖尿病)のレセプトがある者のうち、直近(年度末の3月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない者

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る。与那国町の特定健診結果において、H30年度とR04年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、8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る。(図表22)

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、いずれも横ばい及び微増していることが分かる。よって、改善率は上がっている。

一方で、翌年度に健診を受診していない方がいずれも2割程度存在し、結果が把握できていない。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきたい。(図表23・24・25)

図表22 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	該当者		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	202 (58.7%)	47 (23.3%)	15 (7.4%)	32 (15.8%)	38 (18.8%)
R04年度	176 (58.1%)	55 (31.3%)	24 (13.6%)	31 (17.6%)	27 (15.3%)

出典・参照:特定健診等、データ管理システム

図表23 HbA1c6.5以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	23 (11.6%)	6 (26.1%)	5 (21.7%)	5 (21.7%)	7 (30.4%)
R03→R04	19 (9.8%)	6 (31.6%)	4 (21.1%)	5 (26.3%)	4 (21.1%)

出典・参照:特定健診等、データ管理システム

図表24 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	13 (6.4%)	3 (23.1%)	5 (38.5%)	0 (0.0%)	5 (38.5%)
R03→R04	20 (10.3%)	14 (70.0%)	2 (10.0%)	0 (0.0%)	4 (20.0%)

出典・参照:特定健診等、データ管理システム

図表 25 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	18 (8.9%)	7 (38.9%)	7 (38.9%)	1 (5.6%)	3 (16.7%)
R03→R04	20 (10.3%)	12 (60.0%)	5 (25.0%)	1 (5.0%)	2 (10.0%)

出典・参照: 特定健診等、データ管理システム

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

与那国町の特定健診受診率は平成 30 年度からほぼ横ばいである。(図表 26)

また、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いる。

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る。(図表 27) 特定保健指導の実施率については、通年約 8 割を超えており、目標値にも達している。

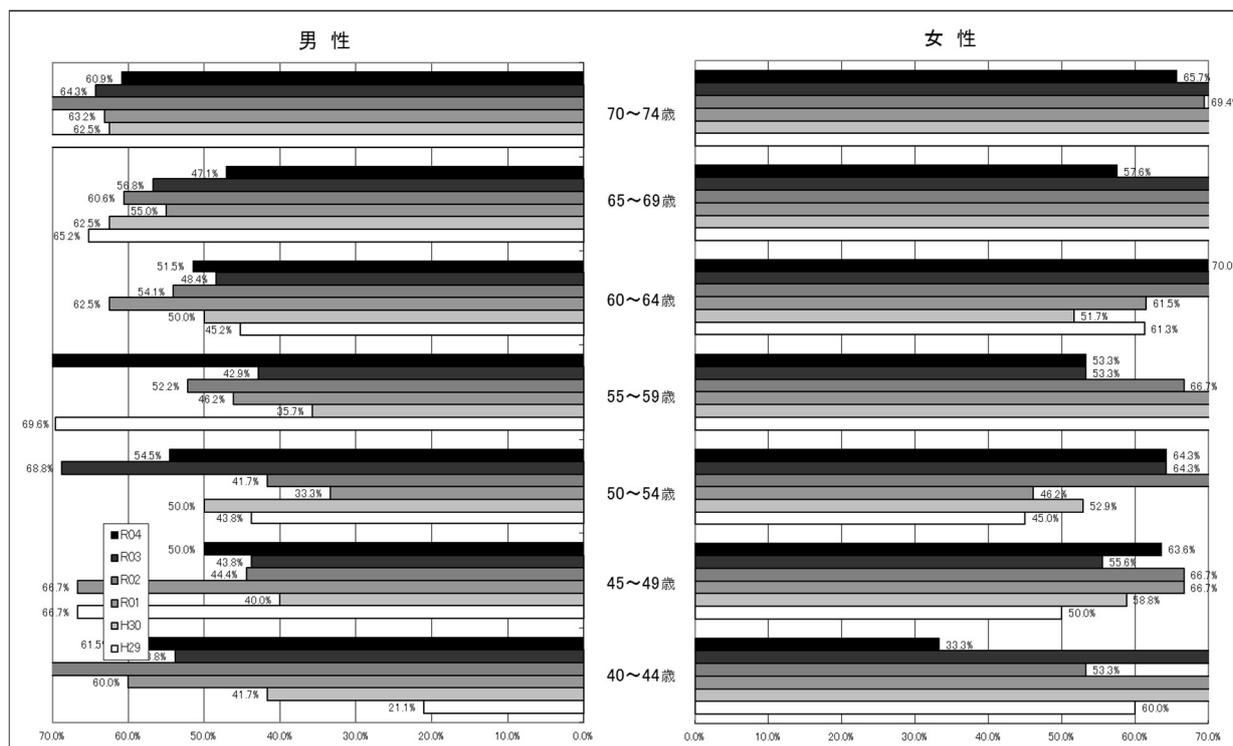
生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながっていく。

図表 26 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	201	196	202	178	168	健診受診率 60%
	受診率	58.4%	58.9%	61.2%	58.6%	55.8%	
特定保健指導	該当者数	41	51	54	29	35	特定保健指導実施率 60%
	割合	20.4%	26.0%	26.7%	16.3%	20.8%	
	実施者数	35	44	30	25	24	
	実施率	85.4%	86.3%	55.6%	86.2%	68.6%	

出典・参照: 特定健診法定報告データ

図表 27 年代別特定健診受診率の推移



出典・参照：特定健診等データ管理システム

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 心電図検査

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防、心原性脳梗塞の発症予防に重要な検査の一つである。そのため、与那国町では集団健診に特化し、通常「医師の指示」となっている心電図検査を健診メニューに追加し、国保加入者については全員無料で受けられるようになっている。そのため、医師の診察により、「心房細動」で紹介状が出て受診・治療につながるケースがあり、住民にとっては有益である。

表 1 特定健診心電図検査の結果 有所見者(要医療・要精査)の状況

		H30			R1			R2			R3			R4		
		総計	男性	女性												
健診受診者(人)	a	201	98	103	194	100	94	202	97	105	178	88	90	168	59	79
心電図受診者(人)	b	201	98	103	194	100	94	202	97	105	178	88	90	168	59	79
心電図実施率	b/a	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
要医療者(人)	c	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
要精査者(人)	d	10	6	4	14	9	5	15	8	7	16	11	5	7	4	3
有所見率	(c+d)/b	5.0%	6.1%	3.9%	7.2%	9.0%	5.3%	7.4%	8.2%	6.7%	9.0%	12.5%	5.6%	4.2%	6.8%	3.8%
心房細動(人)	e	0	0	0	0	0	0	3	1	2	4	1	3	5	1	4
心房細動有所見率	e/b	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.5%	1.0%	1.9%	2.2%	1.1%	3.3%	3.0%	1.7%	5.1%
うち、心房細動未治療(人)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0

表 2 心電図受診者のうち ST 所見者の状況

		H30		R1		R2		R3		R4	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
心電図実施者		201		194		202		178		168	
ST異常所見		3	1.5%	6	3.1%	6	3.0%	7	3.9%	0	0.0%
要医療・要精査		3	100.0%	6	100.0%	6	100.0%	7	100.0%	0	0.0%
	医療機関受診あり	0	0.0%	3	50.0%	4	66.7%	4	57.1%	0	0.0%
	医療機関受診なし	3	100.0%	3	50.0%	2	33.3%	3	42.9%	0	0.0%

表 3 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

	H30		R1		R2		R3		R4	
心房細動有所見者	0		0		3		4		5	
心房細動未治療者	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	25.0%	0	0.0%
検査後、異常なしと診断 (等、治療開始に至らず)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
治療開始	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

②糖尿病性腎症重症化予防

H29 年度より「沖縄県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき取り組んでいる。

血糖値有所見者への保健指導実施の割合は、毎年約 8 割を推移している。(例示 1)

保健指導を実施しても、未治療者が毎年約 3 割おり、H30 年度から比較して HbA1c6.5 以上の者の減少は変動が見られないことが分かる。介入方法と優先順位について今一度確認が必要である。

また、町内唯一の医療機関であり、生活習慣病有病者のほとんどの治療に関わっている診療所との連携、地域連携パス(栄養指導・保健指導の必要な者についてやり取りを行う)活用等について、連携会議等で確認し合い、互いの資質向上に努めつつ、糖尿病治療者の支援を引き続き行っていく。

表 4 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	201	194	202	178	168
血糖値有所見者 * 1	人(b)	23	17	24	19	22
	(b/a)	11.4%	8.8%	11.9%	10.7%	13.1%
保健指導実施者 * 2	人(c)	22	14	24	14	17
	(c/b)	95.7%	82.4%	100.0%	73.7%	77.3%

* 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

表 5 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 * 1	人(a)	23	16	22	20	21
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 * 3	人(b)	10	3	6	8	8
	(b/a)	43.5%	18.8%	27.3%	40.0%	38.1%
受診した者	人(c)	5	2	2	4	4
	(c/b)	50.0%	66.7%	33.3%	50.0%	50.0%
治療開始した者	人(c)	4	1	2	1	3
	(c/b)	40.0%	33.3%	33.3%	12.5%	37.5%

* 3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

表 6 HbA1c8.0%以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	201	194	202	178	168
HbA1c8.0%以上	人(b)	8	7	3	1	4
	(b/a)	4.0%	3.6%	1.5%	0.6%	2.4%
保健指導実施	人(c)	8	7	3	1	4
	(c/b)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	3	1	2	1	1
	(b/a)	37.5%	14.3%	66.7%	100.0%	25.0%

内服治療開始	1人	1人	0人
元々治療中	0人	0人	0人
死亡、転出	1人	0人	0人

③二次健診

H26 年度より特定保健指導対象となった者(1 回のみ)を対象に行っている。当初は検査希望者が多かったが、徐々に希望者が減少してきている。対象の生活習慣改善の動機づけとしていたが、翌年度も特定保健指導の対象となる者も多い。二次健診後も個別のリスクに応じた保健指導を継続して行っていく必要がある。

(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。」とされている。

与那国町においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの町民が、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く。

取り組み内容としては、毎年行っている「福祉と健康づくりの集い」において、町民の健康状態(特定健診の結果:有所見者状況)を掲示し、自らの生活習慣を考える機会としている。

生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている実態や食生活、生活リズムなどの生活背景にある地域の特性を明らかにするため、今後も個人の実態と社会環境等について、広報誌やホームページ等も活用し広く町民へ周知する。

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 28 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5	
			(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ年度)
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.96%	3.86%	2.21%	KDBシステム
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.05%	1.32%	1.36%	
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	22.4%	8.3%	0.0%	
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	50.0%	0.0%	5.5%	
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	50.0%	0.0%	5.5%	
	短期目標	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	47.4%	45.9%	31.4%	与那国町 長寿福祉課
		健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	10.5%	9.4%	13.5%	
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	10.6%	12.3%	7.5%	
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	9.3%	8.2%	5.3%	
		健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	3.4%	3.4%	2.4%	
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合		66.6%	20.0%	
		糖尿病の保健指導を実施した割合		71.4%	100.0%	
	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	58.4%	61.2%	55.8%	法定報告値
		特定保健指導実施率60%以上	85.4%	55.6%	68.6%	
		特定保健指導対象者の割合の減少	20.4%	26.7%	30.0%	
努力支援制度	その他	胃がん検診受診者の増加	19.2%	10.8%	15.2%	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	44.1%	50.3%	50.0%	
		大腸がん検診受診者の増加	23.3%	26.5%	20.8%	
		子宮がん検診受診者の増加	29.8%	38.8%	45.6%	
		乳がん検診受診者の増加	40.6%	48.6%	47.1%	
		5つのがん検診の平均受診率の増加	27.6%	35.0%	35.7%	
	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上	81.1%	82.6%	87.9%	厚生労働省

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期計画において、前述のとおり目標設定を2つに分類し、重症化予防を進めてきた。

入院医療費は増加しており、外来医療費は減少していることが分かり、医療費適正化にはつながっていないと考える。

基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減少しているが、未治療者については、高血圧、糖尿病の割合は県と比較すると高い。上記のとおり、外来医療費が少なく、入院医療費が増加している背景の一つとして、未治療のまま放置している者が多くいることが考えられる。重症化予防の視点として、医療機関の受診勧奨を徹底し、医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。

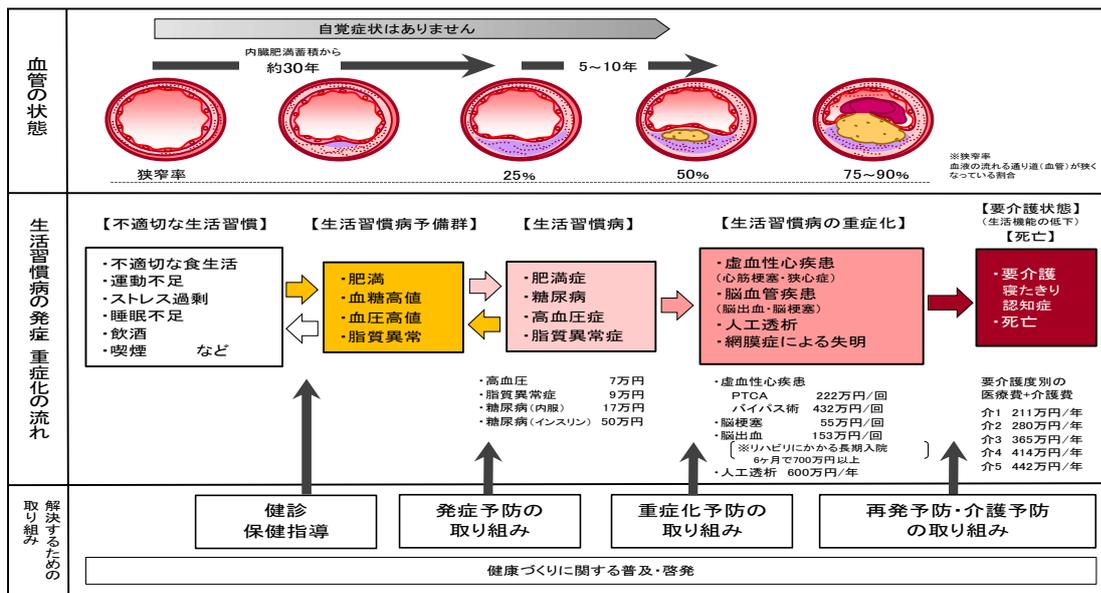
健診受診者では、翌年度に受診しない者が2割程度存在していることから、経年的に結果が把握できない状況下にある。適正な医療につなげるためには、住民自ら身体の状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率向上は重要な取り組むべき課題である。

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る。(図表 29)

図表 29 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る。

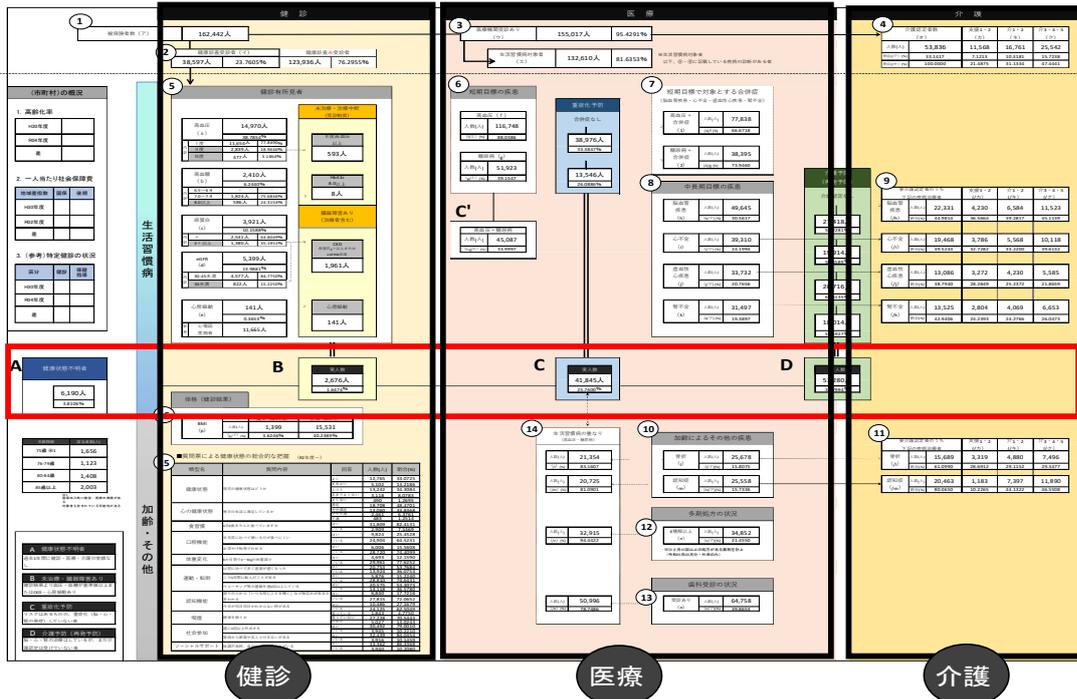
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題がある。

国保では被保険者のうち、40~64歳の割合が高い。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 30)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ある。

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する。さらに若い世代から健診への意識を高めるため40歳未満の健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行う。

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する。

図表 30 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 31 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期: R04年度	
被保険者数	558人	551人	526人	497人	500人	159人	
総件数及び 総費用額	件数	2,963件	2,984件	2,659件	2,947件	3,002件	1,786件
	費用額	1億7535万円	1億6138万円	1億5005万円	1億4882万円	2億2522万円	1億1669万円
一人あたり医療費	31.4万円	29.3万円	28.5万円	29.9万円	45.0万円	73.4万円	

出典・参照: KDB システム改変

図表 32 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費 計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患				
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症				14.03%	27.91%	7.38%	14,362,460	6.38%
			慢性 腎不全 (透析 有)	慢性 腎不全 (透析 無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞											
① 国保	与那国町	2億2522万円	38,205	2.08%	0.29%	4.57%	2.51%	2.64%	1.31%	0.62%	3159万円	14.03%	27.91%	7.38%	14,362,460	6.38%	
	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%	6,691,383,930	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%	9,554,283,550	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%	810,772,428,340	8.68%	
② 後期	与那国町	1億1669万円	62,635	0.00%	0.06%	2.11%	0.42%	2.67%	1.33%	0.32%	807万円	6.92%	10.94%	3.44%	18,145,630	15.55%	
	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%	16,611,866,700	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%	19,510,422,640	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%	2,005,991,577,820	12.41%	

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

※1 「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

出典・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33 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期:R04年度			
高額レセプト (80万円以上/ 件)	人数	A	24人		16人		25人		17人		32人		19人		
		B	57件		40件		42件		34件		67件		27件		
	件数	B/総件数	1.92%		1.34%		1.58%		1.15%		2.23%		1.51%		
		費用額	C	7664万円		5788万円		5648万円		4922万円		1億0980万円		3730万円	
			C/総費用	43.7%		35.9%		37.6%		33.1%		48.8%		32.0%	

出典・参照:KDB システム改変

図表34 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期:R04年度			
脳血管疾患	人数	D	3人		1人		1人		4人		3人		1人		
		D/A	12.5%		6.3%		4.0%		23.5%		9.4%		5.3%		
	件数	E	4件		3件		2件		8件		6件		1件		
		E/B	7.0%		7.5%		4.8%		23.5%		9.0%		3.7%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	50.0%	3	50.0%	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	1	25.0%	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	0	0.0%
		60代	3	75.0%	0	0.0%	2	100.0%	1	12.5%	2	33.3%	80代	1	100.0%
		70-74歳	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	37.5%	1	16.7%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	F	477万円		399万円		180万円		1173万円		637万円		103万円		
		F/C	6.2%		6.9%		3.2%		23.8%		5.8%		2.8%		

出典・参照:KDB システム改変

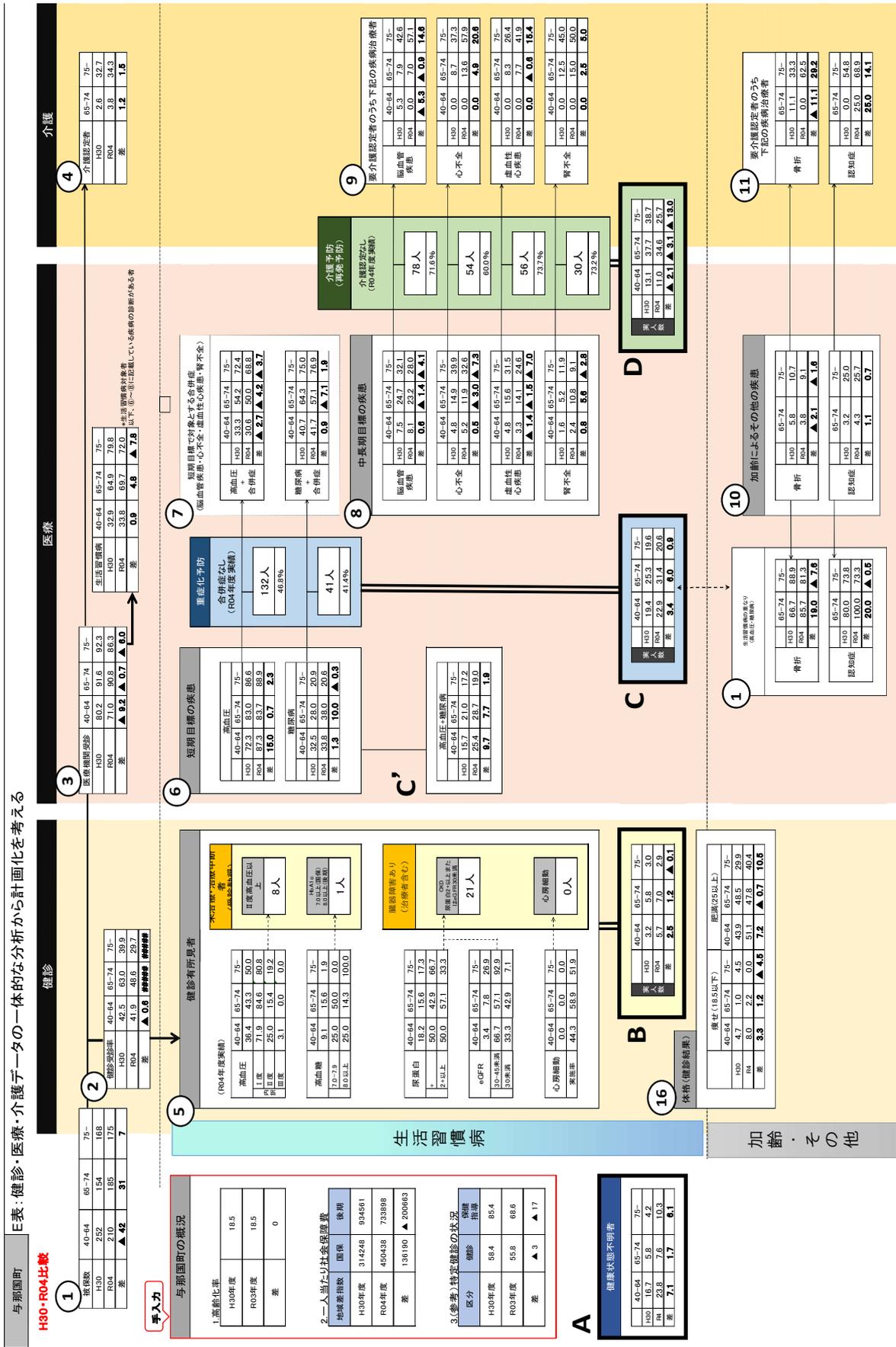
図表35 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期:R04年度			
虚血性心疾患	人数	G	3人		0人		0人		0人		3人		0人		
		G/A	12.5%		0.0%		0.0%		0.0%		9.4%		0.0%		
	件数	H	4件		0件		0件		0件		4件		0件		
		H/B	7.0%		0.0%		0.0%		0.0%		6.0%		0.0%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	--	0	--	0	--	0	0.0%	65-69歳	0	--
		40代	1	25.0%	0	--	0	--	0	--	0	0.0%	70-74歳	0	--
		50代	0	0.0%	0	--	0	--	0	--	0	0.0%	75-80歳	0	--
		60代	3	75.0%	0	--	0	--	0	--	1	25.0%	80代	0	--
		70-74歳	0	0.0%	0	--	0	--	0	--	3	75.0%	90歳以上	0	--
	費用額	I	649万円								488万円				
		I/C	8.5%		0.0%		0.0%		0.0%		4.4%		0.0%		

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36 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



図表 37 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑮ 体格(健診結果)					
					特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	32.7	252	154	168	42.5	63.0	39.9	4.7	1.0	4.5	43.9	48.5	29.9
R4	34.3	210	185	175	41.9	48.6	29.7	8.0	2.2	0.0	51.1	47.8	40.4

図表 38 健診有所見状況

E表	⑤																																			
	Ⅱ度高血圧以上 ()は未治療・治療中断者						HbA1c7.0以上 ()は未治療・治療中断者 ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白+以上またはeGFR30未満						心房細動																	
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-													
人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)										
H30	8	28.6	(3)	6	15.8	(1)	1	4.8	(0)	5	45.5	(0)	8	66.7	(1)	1	50.0	(0)	5	100.0	(5)	8	44.4	(7)	7	24.1	(5)	0	0.0	(0)	0	0.0	(0)	0	0.0	(0)
R4	9	28.1	(4)	6	15.4	(3)	5	19.2	(1)	4	50.0	(0)	9	64.3	(1)	1	100.0	(0)	9	47.4	(8)	11	52.4	(9)	4	17.4	(4)	0	0.0	(0)	0	0.0	(0)	0	0.0	(0)

図表 39 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③ 医療機関受診						⑥ 生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)									⑦ 短期目標の疾患(生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症					
							高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症											
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-									
H30	80.2	91.6	92.3	32.9	64.9	79.8	72.3	83.0	86.6	32.5	28.0	20.9	15.7	21.0	17.2	33.3	54.2	72.4	40.7	64.3	75.0									
R4	71.0	90.8	86.3	33.8	69.7	72.0	87.3	83.7	88.9	33.8	38.0	20.6	25.4	28.7	19.0	30.6	50.0	68.8	41.7	57.1	76.9									

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

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険者割合)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	7.5	24.7	32.1	4.8	15.6	31.5	4.8	14.9	39.9	1.6	5.2	11.9	5.3	7.9	42.6	0.0	8.3	26.4	0.0	8.7	37.3	0.0	12.5	45.0
R4	8.1	23.2	28.0	3.3	14.1	24.6	5.2	11.9	32.6	2.4	10.8	9.1	0.0	7.0	57.1	0.0	7.7	41.9	0.0	13.6	57.9	0.0	15.0	50.0

図表 41 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
年度	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	66.7	88.9	80.0	73.8	5.8	10.7	3.2	25.0	11.1	33.3	0.0	54.8
R4	85.7	81.3	100.0	73.3	3.8	9.1	4.3	25.7	0.0	62.5	25.0	68.9

(3)健康課題の明確化(図表 31~41)

国保の被保険者数は年々減っているが、一人あたり医療費は、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和3年以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり70万円を超え、国保の1.5倍以上も高い状況である。(図表31)

与那国町は、これまで糖尿病に重点を置いて保健事業に取り組んできたため、短期的目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模と比べて3ポイント以上低く、その結果腎不全の医療費に占める割合が、国保及び後期高齢においても、同規模、県、国と比べて低い状況である。(図表32)

高額レセプトについては、国保においては平均約48件のレセプトが発生している。後期高齢では、27件と少ないことが分かる。高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和3年度が一番多く8件で1,000万円以上の費用がかかっていたが、令和4年度は6件と件数が減り、費用額も約640万円と減っている。後期高齢においては、1件のみ発生し、約100万円余りの費用額がかかっている。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る。(図表33、34)

健診・医療・介護のデータをH30年度とR4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表37の

①被保険者数は、40～64歳は減っているが、65～74歳と75歳以上では微増しており、徐々に75歳以上の後期高齢者が増えていくことが分かる。

⑮の体格をみると、40～64歳の若い年齢層で、BMI25以上の率が8ポイントも高くなってきている。図表38の健診有所見者状況をみると、各年代で対象人数が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となる。

図表39の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況をみると、高血圧においては、若干割合が減っているが、糖尿病においては、40～64歳、75歳以上は高くなっている。

図表40の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、H30年度とR4年度を比較すると、特に変化はなく横ばいであるが、脳血管疾患と腎不全は、若い年代でR4年度の割合が、上がっており、高額レセプト分析において入院費が伸びている要因が、一体的分析においても課題であることが分かる。

(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る。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る。

具体的な取組方法については、第4章に記載する。

3) 目標の設定

(1)成果目標

①データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、計画から見直していく。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る。

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ていく。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42)に設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしていく。

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する。

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する。

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指す。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っていく。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っていく。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)」に記載する。

(2) 管理目標の設定

図表 42 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ年度)			
			初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R10)				
中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.21	2.11	2.01	KDBシステム			
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.36	1.33	1.3				
慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持		0	0	0					
糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少		5.5	4.5	3.5					
糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少		各市町村	5.5	4.5	3.5				
データヘルス計画	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の減少率	31.4	26.4	21.4	与那国町長寿福祉課		
		(再掲)	メタボ+高血圧者の割合減少 (140/90以上)	25	17	9			
			+高血糖者の割合減少 (HbA1c8.0以上)	1.3	1	0.7			
			+脂質異常者の割合減少 (LDL160以上)	7.5	6	4.5			
			+尿蛋白有所見者の割合減少 (2+以上)	18.9	13.9	8.9			
			+高尿酸者の割合減少 (8.0以上)	14.8	9.8	4.8			
		健診受診者の高血圧者の割合減少 (160/100以上)	13.5	12.5	11				
		健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL160以上)	16.3	14.8	13.3				
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1C6.5%以上)	4.5	3.5	2.5				
		★健診受診者のHbA1C8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少	2.4	1.4	0.4				
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	各市町村	20	35	50			
		特定健診等計画	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	55.8	62.9		70	法定報告値
				★特定保健指導実施率60%以上	68.6	74.3		80	
★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	44.8			50	55.2				
努力者支援制度	アウトプット	がん検診受診率 胃がん検診 60%以上	15.2	37	60	地域保健事業報告			
		肺がん検診 60%以上	50	55	60				
		大腸がん検診 60%以上	20.8	40	60				
		子宮頸がん検診 60%以上	45.6	53.1	60				
		乳がん検診 60%以上	47.1	53.6	60				
		5つのがん検診の平均受診率 30%以上	35.7	40	45				

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る。

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する。

2. 目標値の設定

図表 43 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	65%	66%	67%	68%	69%	70%以上
特定保健指導実施率	70%	72%	74%	76%	78%	80%以上

3. 対象者の見込み

図表 44 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	330人	330人	330人	330人	330人	330人
	受診者数	212人	216人	219人	223人	226人	230人
特定保健指導	対象者数	46人	43人	40人	37人	34人	31人
	受診者数	32人	31人	30人	28人	27人	25人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である国保連合会が集合契約を行う。

- ① 集団健診(与那国町保健センター 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る。

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、集団健診終了後、集団健診未受診者宛、個別健診受診勧奨通知と共に個別送付する。

(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)を実施する。

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変えられる。(実施基準第 1 条第 4 項)

(5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施する。

(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する。

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う。

(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する。

(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。

受診案内の送付のほか、防災無線を活用した広報や集団健診実施についての案内(町の広報誌、商店や掲示板等へのチラシの掲示、町の公式 LINE)を行う。(図表 45)

図表 45 特定健診実施スケジュール

保険者名		受診券発行月日												受診券有効期限	
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
与那国町	特定健診受診券発行・有効期限	4月1日 → 3月31日													
	特定健診	集団健診	準備 (対象者の抽出)	実施 6月上旬		個別通知、防災無線での広報等							次年度に向けての調整		
		個別健診	4月1日 → 3月31日												
	特定保健指導	情報提供					結果説明会 →								
		動機づけ支援	前年度指導実施対象者の評価・記録整理、法定報告準備		準備		初回面接 → 支援終了次第評価								
積極的支援		個別健診結果に基づく特定保健指導は随時（報告が上がって来次第）行う													

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施の形態で行う。

○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

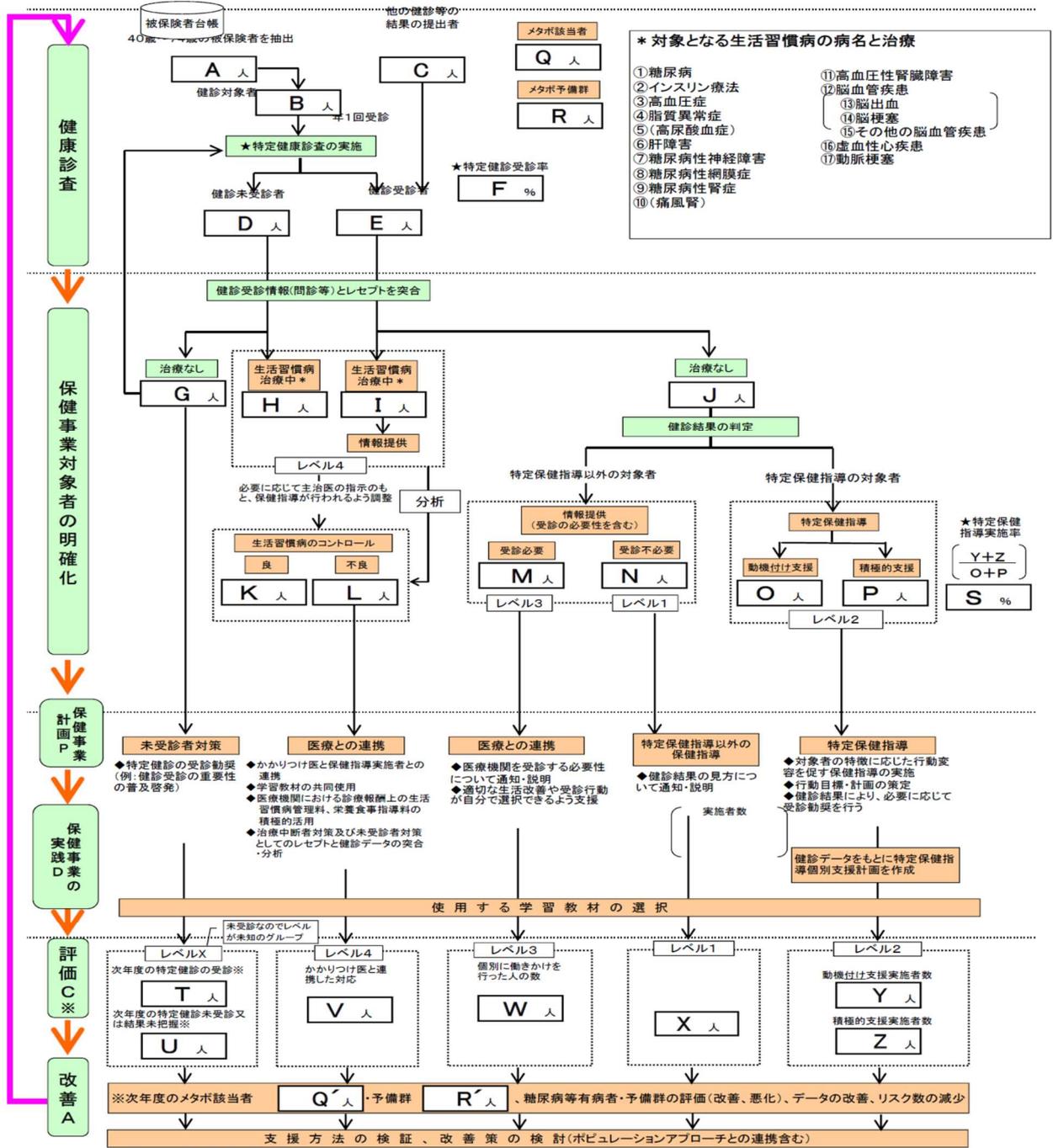
「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表46・47)

図表 46 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

様式 5-5

健診から保健指導実施へのフローチャート



出典・参照：特定健診等データ管理システム

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 47 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	37人 (21.0%)	70%
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	29人 (16.5%)	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)	127人 ※受診率目標達成までにあと37人	30%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	27人 (15.3%)	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	83人 (47.2%)	100%

(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

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与那国町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

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する。

(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う。

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 日までに報告する。

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、与那国町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

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くこととする。そのためには、重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせる必要がある。

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う。

具体的には、医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へ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く。

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町民へ周知していく。

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も重要になってくる。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る。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する。

II. 重症化予防の取組

与那国町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、92人(52.3%)である。そのうち治療なしが37人(39.8%)を占め、さらに臓器障害あり直ちにに取り組むべき対象者が19人である。

また、与那国町においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、37人中24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、効果的であることが分かる。(図表48)

図表 48 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-							令和04年度	
健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少		虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少		糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		<参考> 健診受診者(受診率)	
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	176人	58.1%
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">クモ膜下出血 (5.6%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">脳出血 (18.5%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">脳梗塞 (75.9%)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">心原性 脳塞栓症 (27.7)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">ラクナ 梗塞 (31.2)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2)</div> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">※脳卒中 データバンク 2018より</p>		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">心筋梗塞</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">労作性 狭心症</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">安静 狭心症</div> </div>				■各疾患の治療状況	
							治療中	治療なし
	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)	
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)	
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者	
該当者数	14 8.0%	4 2.3%	9 5.1%	18 10.2%	55 31.3%	17 9.7%	35 19.9%	
治療なし	7 6.7%	1 1.1%	9 6.0%	16 10.7%	15 16.1%	8 5.1%	15 16.1%	
(再掲) 特定保健指導	5 35.7%	0 0.0%	5 55.6%	3 16.7%	15 27.3%	4 23.5%	7 20.0%	
治療中	7 9.9%	3 3.6%	0 0.0%	2 7.4%	40 48.2%	9 45.0%	20 24.1%	
臓器障害 あり	2 28.6%	1 100.0%	4 44.4%	4 25.0%	5 33.3%	5 62.5%	15 100.0%	
CKD(専門医対象者)	0	0	3	2	3	4	15	
心電図所見あり	2	1	3	3	3	2	2	
臓器障害 なし	5 71.4%	--	5 55.6%	12 75.0%	10 66.7%	3 37.5%	--	
							92 52.3%	
							37 39.8%	
							24 26.1%	
							55 66.3%	

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

1. 糖尿病性腎症重症化予防

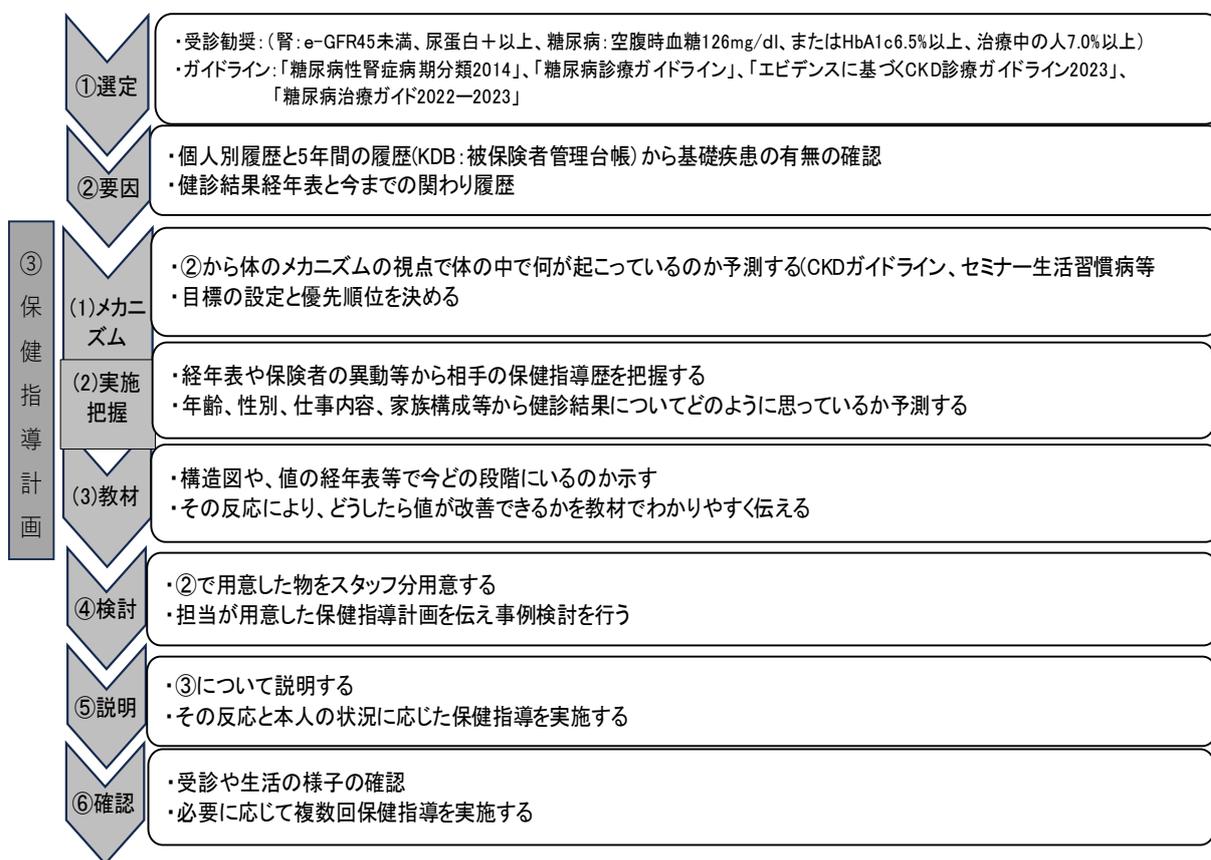
1) 基本的な考え方

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

なお、取組にあたっては(図表 49)に沿って実施する。

- (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 49 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する。

- 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る。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、該当者数把握を行う。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)を基盤とする。(図表 50)

図表 50 糖尿病性腎症病期分類

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

出典・参照: 糖尿病治療ガイド 2022-2023

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能 (eGFR) で把握していく。与那国町においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白 (定性) 検査を必須項目として実施しているため、腎機能 (eGFR) の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。

CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量 (mg/dl) に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白 (-)、微量アルブミン尿と尿蛋白 (±)、顕性アルブミン尿 (+) としていることから、尿蛋白 (定性) 検査でも腎症病期の推測が可能となる。

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った。(参考: 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)

与那国町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、9 人 (32.1%・F) だった。また、40～74 歳における糖尿病治療者 59 人のうち、特定健診受診者が 19 人 (67.9%・G) であ

った。糖尿病治療者で特定健診未受診者 35 人（64.8%・I）については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③介入方法と優先順位

（図表 51）より与那国町における介入方法を以下の通りとする。

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）・・・9 人
- ・糖尿病治療中であったが中断者

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（J）・・・8 人
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

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

図表 51 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

ログイン		分析条件			
保険者番号	00470542	保険者名	00470542与那国町	対象年度	令和04年
与那国町(国保)		地区		中断期間	6ヵ月
		2次医療圏			

レセプト	被保険者		糖尿病治療中		インスリン療法		糖尿病性腎症		腎不全		人工透析 (腹膜灌流除く)		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	566		79		12		5		5		0		
	20代以下	127	22.4382%	2	2.5316%	1	8.3333%	0	0.0000%	0	0.0000%	0	0.0000%
	30代	44	7.7739%	4	5.0633%	1	8.3333%	2	40.0000%	0	0.0000%	0	0.0000%
	40代	69	12.1908%	3	3.7975%	0	0.0000%	0	0.0000%	0	0.0000%	0	0.0000%
	50代	74	13.0742%	9	11.3924%	0	0.0000%	1	20.0000%	0	0.0000%	0	0.0000%
	60代	147	25.9717%	37	46.8354%	4	33.3333%	2	40.0000%	1	20.0000%	0	0.0000%
	70~74歳	105	18.5512%	24	30.3797%	6	50.0000%	0	0.0000%	4	80.0000%	0	0.0000%
	(40~74歳) [A]			[H] (H/B)		[O] (O/H)		[L] (L/H)		[P] (P/H)		[Q] (Q/H)	
	再掲	395		73	18.4810%	10	13.6986%	3	4.1096%	5	6.8493%	0	0.0000%

合併するリスク				
	合計	高血圧症	高尿酸血症	脂質異常症
割合	62	55	13	42
(/H)	84.9315%	75.3425%	17.8082%	57.5342%

特定健診 受診歴	治療中	
	治療中	中断
なし	16	8
	37.2093%	18.6047%
あり	13	6
	30.2326%	13.9535%

特定健診 対象者 [B]	特定健診受診者 [C]		治療中(非糖尿病域) [G]		コントロール良好 合併するリスク			
	人数	割合(C/B)	人数	割合(G/C)	合計 [J]	高血圧	肥満	脂質
395	178	45.0633%	10	5.6180%	8	5	8	5
					40.0000%	25.0000%	40.0000%	25.0000%
					コントロール不良 合併するリスク			
					合計 [K]	高血圧	肥満	脂質
					12	8	9	11
					60.0000%	40.0000%	45.0000%	55.0000%

特定健診 対象者 [B]	特定健診受診者 [C]		治療中(糖尿病域) [G]		健診データ(糖尿病型) 割合: (/E)							
	人数	割合(C/B)	人数	割合(G/E)	病期	I	II	III	IV	再掲II~IV(M)	V	
395	178	45.0633%	20	68.9655%	治療	0	1	0	0	0	1	0
					中断	0.0000%	3.4483%	0.0000%	0.0000%	3.4483%	0.0000%	0.0000%
					治療	10	2	6	0	8	0	0
					継続	34.4828%	6.8966%	20.6897%	0.0000%	27.5862%	0.0000%	0.0000%

特定健診 対象者 [B]	特定健診受診者 [C]		糖尿病型 [E]		健診データ(糖尿病型) 割合: (/E)						
	人数	割合(C/B)	人数	割合(E/C)	病期	I	II	III	IV	再掲II~IV(M)	V
395	178	45.0633%	29	16.2921%	未治療者	4	1	3	1	5	0
						13.7931%	3.4483%	10.3448%	3.4483%	17.2414%	0.0000%

糖尿病治療なし	
糖尿病型未治療 [F]	人数 9 割合(F/E) 31.0345%
(内)過去の治療歴なし [F']	人数 6 割合(F'/E) 20.6897%

出典・参照: 保険者データヘルス支援システム

3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要である。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くる。与那国町においては、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く。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く。

図表 52 令和4年度版 なぜ治療が必要なのかを学習するための資料

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

令和4年度版 なぜ治療が必要なのかを学習するための教材 (青本)	
5	<p>5 血圧と腎臓の関係</p> <p>R4沖・治5-01 腎機能の経過をみよう (GFRのグラフ)</p> <p>R4沖・治5-02 年齢による腎機能 (GFR) の低下速度～私の腎臓はこれからどうなるか～</p> <p>R4沖・治5-03 CKDには健診結果以外にも下のようなリスクが関係しています</p> <p>R4沖・治5-04 高血圧と腎臓 血圧が高いと腎臓は・・・</p> <p>R4沖・治5-05 肥満や高血糖になると腎臓では何が起ころのでしょうか？</p> <p>R4沖・治5-06 高血糖と肥満は腎臓をどのように炒めるのでしょうか？</p> <p>R4沖・治5-07 尿検査eGFRで異常が出た方へ この科でどんな検査が必要なの？</p> <p>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</p> <p>R4沖・治5-09 進行を遅らせるための目標値</p> <p>R4沖・治5-10 治療や食事の改善で腎機能の改善も期待できます</p> <p>R4沖・治5-11 治療を開始し、体重を減らして尿蛋白が正常となり、腎機能も改善したAさん</p> <p>R4沖・治5-12 治療を継続し、体重を減らして尿蛋白が正常になり腎機能も改善したBさん</p>
令和4年度版 沖縄 食ノート (赤本)	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 栄養指導対象者の明確化 2. 脂肪細胞の特性～肥満の本態を理解～ 3. 脂肪細胞の特性～肥満の解決～ 4. A-②原因として見えてきた食品から500kcal減らす 私はどのタイプかな？ 5. B短鎖脂肪酸の役割が、解決のポイント 6. 血管内皮を守る 7. 栄養指導の基本 ～あなたにとっての食べ方～ 8. 資料箱 ～ポピュレーションアプローチ～
その他	

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは、二次健診等で尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用する。

(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う。かかりつけ医、専門医との連携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行っていく。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していく。

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く。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 回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用していく。また、中長期的評価においては、図表 53 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていく。

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
 - HbA1c の変化
 - eGFR の変化 (1 年で 25%以上の低下、1 年で 5 ml/1.73 m²以上低下)

- 尿蛋白の変化
- 服薬状況の変化

図表 53 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	突合表	与那国町										同規模保険者（平均）				
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 被保険者数	A		579人	567人	544人	527人	488人								
	② (再掲) 40-74歳	A		375人	378人	375人	365人	344人								
2	① 特定健診 対象者数	B		344人	333人	330人	304人	301人								
	② 特定健診 受診者数	C		201人	194人	202人	178人	168人								
	③ 特定健診 受診率	C		58.4%	58.3%	61.2%	58.6%	55.8%								
3	① 特定 対象者数			41人	51人	54人	29人	35人								
	② 保健指導 実施率			85.4%	86.3%	55.6%	86.2%	68.6%								
4	健診 データ	① 糖尿病型	E		27人	13.4%	27人	12.7%	32人	14.7%	28人	14.4%	30人	17.0%		
		② 未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F		13人	48.1%	9人	33.3%	11人	34.4%	11人	39.3%	10人	33.3%		
		③ 治療中（質問票 服薬あり）	G		14人	51.9%	18人	66.7%	21人	65.6%	17人	60.7%	20人	66.7%		
		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		10人	71.4%	12人	66.7%	13人	61.9%	8人	47.1%	9人	45.0%		
		⑤ 血圧 130/80以上	J		6人	60.0%	10人	83.3%	11人	84.6%	4人	50.0%	6人	66.7%		
		⑥ 肥満 BMI25以上	J		8人	80.0%	9人	75.0%	10人	76.9%	7人	87.5%	7人	77.8%		
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K		4人	28.6%	6人	33.3%	8人	38.1%	9人	52.9%	11人	55.0%		
		⑧ 第1期 尿蛋白（-）	M		19人	70.4%	18人	66.7%	22人	68.8%	16人	57.1%	16人	53.3%		
		⑨ 第2期 尿蛋白（±）	M		3人	11.1%	2人	7.4%	0人	0.0%	3人	10.7%	4人	13.3%		
		⑩ 第3期 尿蛋白（+）以上	M		4人	14.8%	4人	14.8%	8人	25.0%	9人	32.1%	8人	26.7%		
		⑪ 第4期 eGFR30未満	M		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	3.3%		
5	レセプト	① 糖尿病受療率（被保険者千対）			39.7人	47.6人	46.0人	62.6人	63.5人							
		② (再掲) 40-74歳（被保険者千対）			50.7人	68.8人	61.3人	84.9人	84.3人							
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1)点は糖尿病千	入院（件数）		156件	(423.9)	174件	(464.0)	179件	(498.6)	195件	(560.3)	205件	(590.8)	136,930件	(893.2)
		④ (40-74歳) (1)点は糖尿病千	入院（件数）		5件	(13.6)	2件	(5.3)			2件	(5.7)			658件	(4.3)
		⑤ 糖尿病治療中	H		23人	4.0%	27人	4.8%	25人	4.6%	33人	6.3%	31人	6.4%		
		⑥ (再掲) 40-74歳	H		19人	5.1%	26人	6.9%	23人	6.1%	31人	8.5%	29人	8.4%		
		⑦ 健診未受診者	I		5人	26.3%	12人	46.2%	2人	8.7%	14人	45.2%	9人	31.0%		
		⑧ インスリン治療	O		4人	17.4%	3人	11.1%	8人	32.0%	3人	9.1%	3人	9.7%		
		⑨ (再掲) 40-74歳	O		2人	10.5%	2人	7.7%	6人	26.1%	2人	6.5%	1人	3.4%		
		⑩ 糖尿病性腎症	L		3人	13.0%	3人	11.1%	1人	4.0%	0人	0.0%	3人	9.7%		
		⑪ (再掲) 40-74歳	L		2人	10.5%	3人	11.5%	0人	0.0%	0人	0.0%	2人	6.9%		
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			1人	4.3%	1人	3.7%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%		
		⑬ (再掲) 40-74歳			1人	5.3%	1人	3.8%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%		
		⑭ 新規透析患者数			1	4.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		
		⑮ (再掲) 糖尿病性腎症			1	4.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		
6	医療費	① 総医療費			1億7535万円	1億6138万円	1億5005万円	1億4882万円	2億2522万円	2億6175万円						
		② 生活習慣病総医療費			1億0048万円	9616万円	7604万円	8672万円	1億2567万円	1億4021万円						
		③ (総医療費に占める割合)			57.3%	59.6%	50.7%	58.3%	55.8%	53.6%						
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		19,371円	9,431円	13,401円	17,685円	26,905円	8,820円						
		⑤ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診未受診者		51,885円	56,659円	50,748円	45,927円	62,844円	40,357円						
		⑥ 糖尿病医療費			640万円	584万円	504万円	633万円	594万円	1572万円						
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)			6.4%	6.1%	6.6%	7.3%	4.7%	11.2%						
		⑧ 糖尿病入院外総医療費			1431万円	1269万円	1222万円	1543万円	2751万円							
		⑨ 1件あたり			41,478円	34,946円	31,981円	35,978円	55,583円							
		⑩ 糖尿病入院総医療費			1900万円	1711万円	2231万円	1517万円	1318万円							
		⑪ 1件あたり			791,862円	684,351円	769,278円	659,574円	599,111円							
		⑫ 在院日数			16日	12日	13日	11日	9日							
		⑬ 慢性腎不全医療費			2254万円	1518万円	675万円	582万円	534万円	957万円						
		⑭ 透析有り			2249万円	1411万円	632万円	524万円	469万円	862万円						
		⑮ 透析なし			4万円	107万円	43万円	58万円	65万円	96万円						
7	介護	① 介護給付費			1億2062万円	1億0725万円	1億0643万円	1億0381万円	1億0884万円	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%	0件	0.0%	0件	0.0%				
8	① 死亡	糖尿病（死因別死亡数）		0人	0.0%	0人	0.0%	2人	10.0%	0人	0.0%	1人	5.3%	267人	1.0%	

出典・参照：KDB システム改変

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月～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)

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

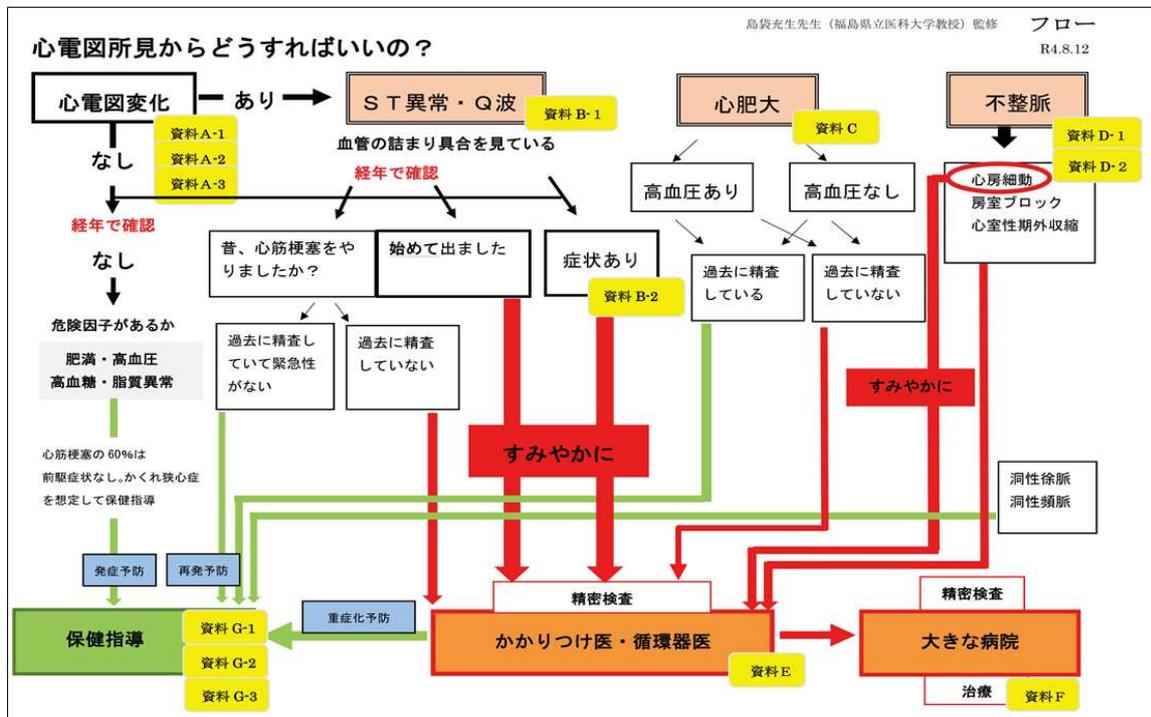
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。

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54)に基づいて考えていく。

図表54 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る。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る。

与那国町においては、心電図検査を170人(100%)に実施し、そのうち有所見者が30人(17.6%)だった。所見の中でもST-T 変化が12人(40.0%)で、所見率が一番高いことが分かる。(図表55)

また、有所見者のうち要精査が7人(23.3%)で、その後の受診状況を見ると2人(28.6%)は未受診であった。(図表56)。

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る。

要精査には該当しないがST 所見ありの人へは、心電図におけるST とはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

与那国町は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備軍が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため、心電図検査の全数実施が望まれる。

図表 55 心電図検査結果

性別・年齢	心電図検査				所見内訳																
					ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
	実施者数 A		有所見者数 B		異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮		
	人数	割合	人数	割合	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	170	100.0	30	17.6	6	20.0	12	40.0	5	16.7	3	10.0	5	16.7	8	26.7	5	16.7	1	3.3	
内訳	男性	93	100.0	19	20.4	6	31.6	8	42.1	5	26.3	2	10.5	5	26.3	5	26.3	1	5.3	0	0.0
	女性	77	100.0	11	14.3	0	0.0	4	36.4	0	0.0	1	9.1	0	27.3	3	27.3	4	36.4	1	9.1

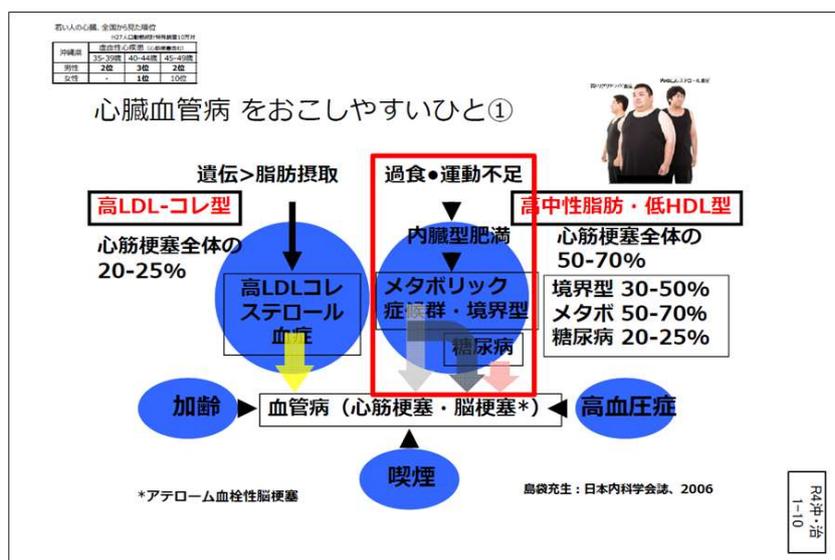
図表 56 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	30	17.6	7	23.3	5	71.4	2	28.6
男性	19	20.4	4	21.1	3	75.0	1	25.0
女性	11	14.3	3	27.3	2	66.7	1	33.3

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る。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ていく。(図表 57)

図表 57 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)

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う。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る。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う。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う。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う。

(2) 二次健診の実施

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

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 202 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられている。

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

(3) 対象者の管理

虚血性心疾患重症化予防対象者の管理は、糖尿病管理台帳で行うこととする。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、台帳を活用し経過を把握する。

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く。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く。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していく。

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く。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 回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用していく。

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く。

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5 月～特定健診結果が届き次第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)

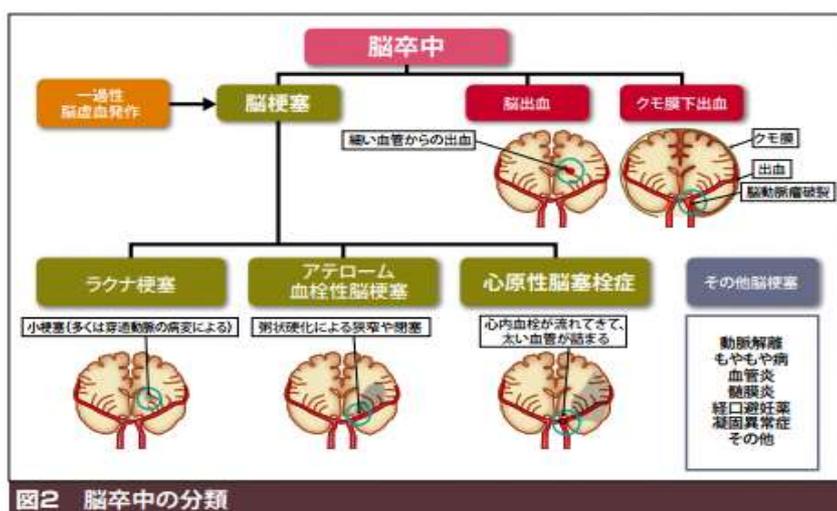
3. 脳血管疾患重症化予防

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ていく。(図表 60、61)

図表 60 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 61 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

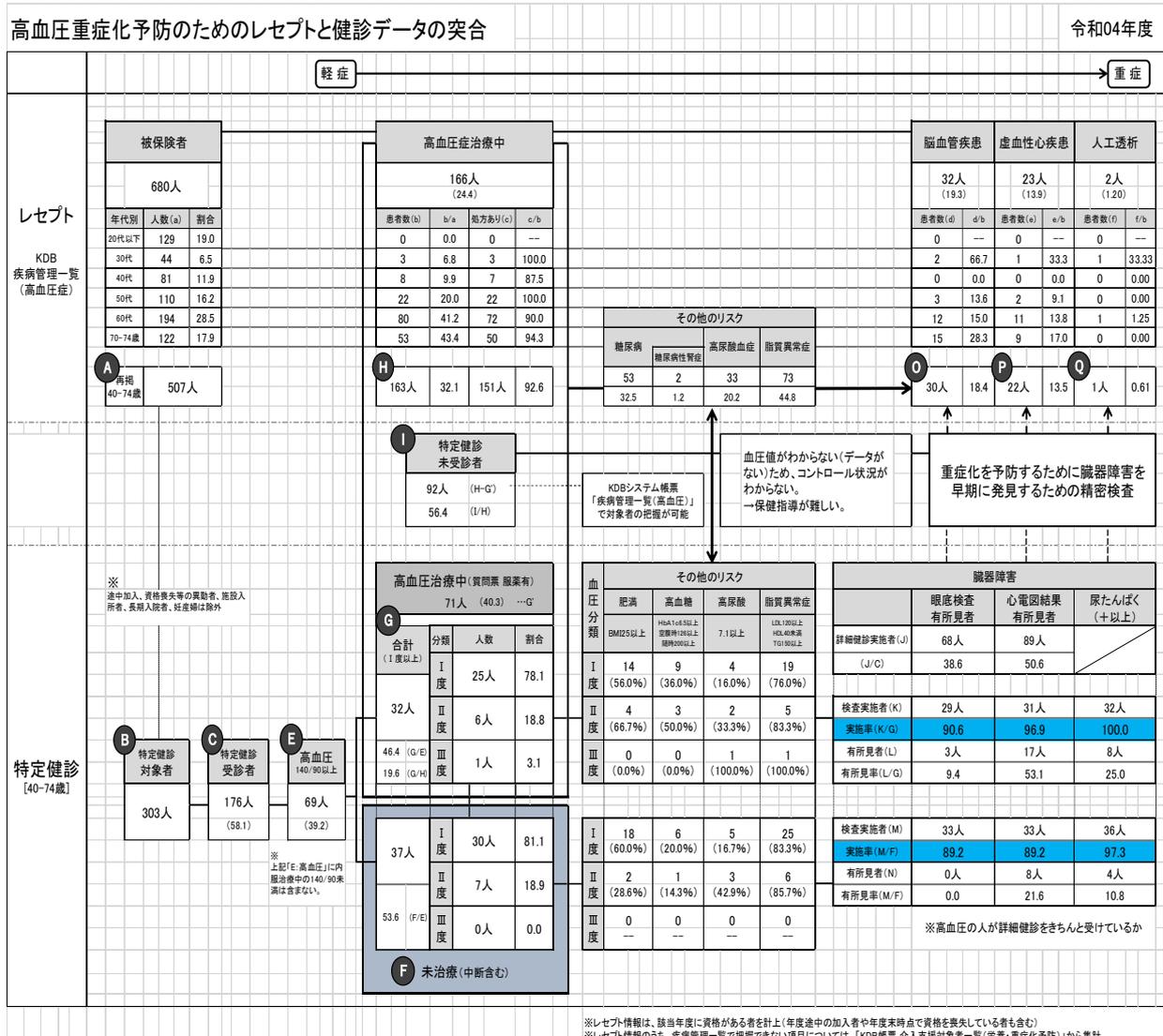
(1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子である。(図表 62)でみると、高血圧治療者 163 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 30 人(18.4%・O)であった。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 14 人(8.6%)であり、そのうち 7 人(50.0%)は未治療者である。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る。また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が7人(10.3%)いることが分かった。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くる。

図表 62 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典・参照: KDB システム改変、特定健診等データ管理システム

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。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る。

図表 63 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	55	高血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	区分	該当者数
			130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上		
リスク第1層 予後影響因子がない	1	1.8%	C 0	B 1	B 0	A 0	A	19 34.5%
			0.0%	3.3%	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	29	52.7%	C 8	B 17	A 4	A 0	B	28 50.9%
			44.4%	56.7%	57.1%	—		
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	25	45.5%	B 10	A 12	A 3	A 0	C	8 14.5%
			55.6%	40.0%	42.9%	—		

高血圧 ...高リスク
 I度高血圧 ...中等リスク
 II度高血圧 ...低リスク

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

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

(図表 63)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くる。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。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ある。

(図表 64)は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 64 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	93	77	93	100.0%	77	100.0%	1	1.1%	4	5.2%	--	--
40代	17	9	17	100.0%	9	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	16	14	16	100.0%	14	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	34	36	34	100.0%	36	100.0%	1	2.9%	1	2.8%	1.9%	0.4%
70～74 歳	26	18	26	100.0%	18	100.0%	0	0.0%	3	16.7%	3.4%	1.1%

※1 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率

日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は、70～79歳

出典・参照:特定健診等データ管理システム

図表 65 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
5	0	0.0	5	100.0

心電図検査において5人が心房細動の所見があった。有所見率を見るとわずかだが、年齢が高くなるにつれ増加している。また、心電図有所見者5人のうち5人全員が治療につながっている。(図表65)

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

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う。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る。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う。また、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。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う。

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入してい

く必要があり、対象者へは、二次健診として検討していく必要がある。

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

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

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

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

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く。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く。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していく。

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く。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 回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用していく。

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く。

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5 月～特定健診結果が届き次第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)

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

Ⅳ. 発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題である。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る。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る。

データヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見えていくことが必要である。(図表 66)

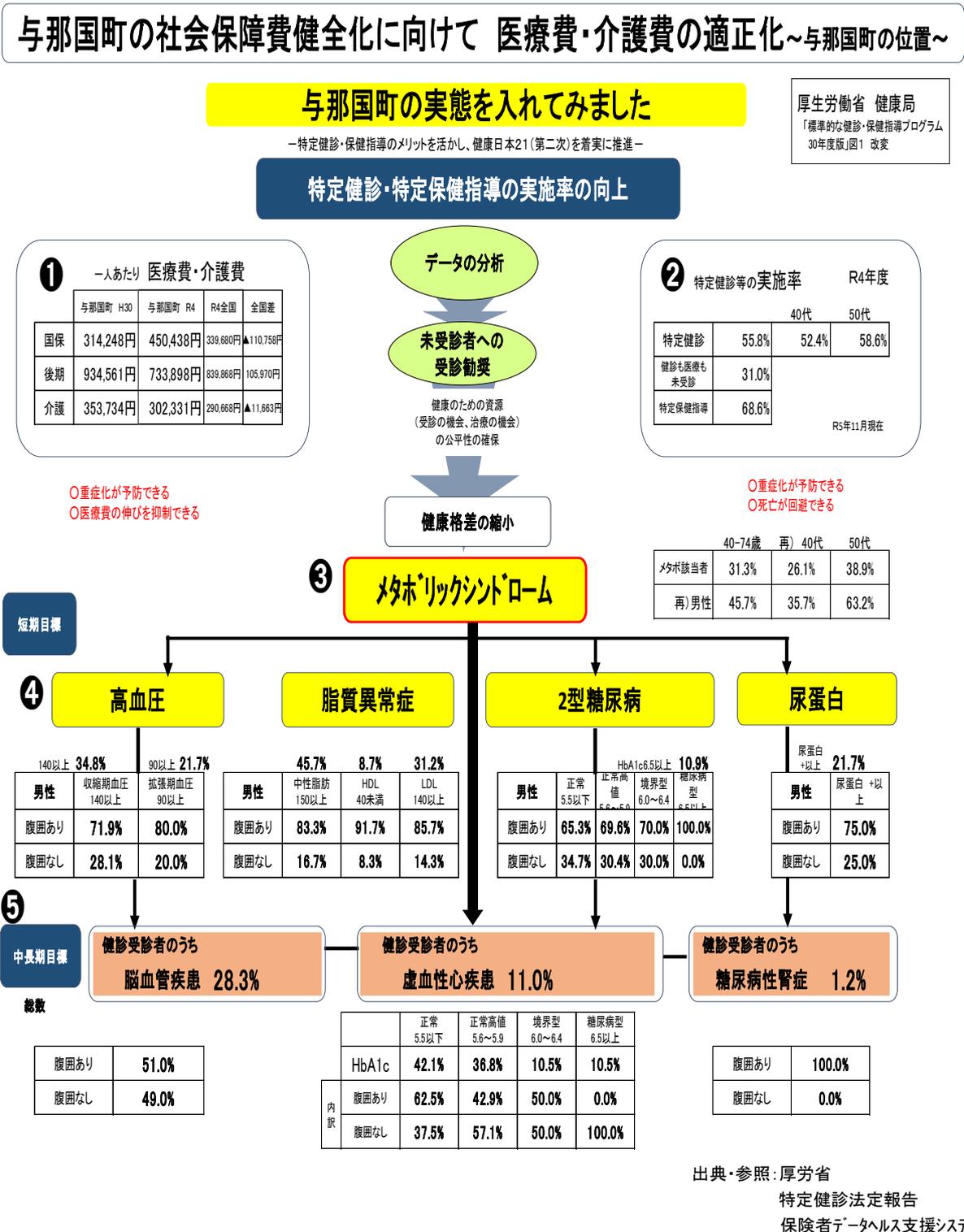
図表 66 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える ー基本的考え方ー (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみました)															
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 発症予防 重症化予防 </div>															
1	根拠法 6条 健康増進事業実施者	健康増進法													
		母子保健法			児童福祉法			学校保健安全法		労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)		高齢者の医療の確保に関する法律 (介護保険)			
健康増進計画(県) (市町村努力義務)【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】															
データヘルス計画【保健事業実施計画】(各保険者)															
2	計画														
3	年代	妊婦 (胎死期)	産婦	0歳～5歳			6歳～14歳		15～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上	
4	健康診査 (根拠法)	妊婦健康診査 (13条)	産婦 健康診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12-13条)			保育所・幼稚園 健康診査 (第11-12条)	児童・生徒の定期健康診査 (第1-13-14条)		定期健康診査 (第66条)		特定健康診査 (第18-20-21条)		後期高齢者 健康診査 (第125条)	
		妊娠前	妊娠中	産後 1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園 児 / 幼稚園 児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 (第 13-44条)	標準的な特定健診・保健 指導プログラム(第2章)	指 導	
5	対象 者 健 診 内 容	血糖	95mg/dl以上					空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上							
		HbA1c	6.5%以上					6.5%以上							
		50GCT	1時間値 140mg/dl以上												
		75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上					空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上							
		(診断)	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の 1点以上満たすもの												
		妊娠 糖尿病													
		身長 体重													
		BMI						25以上							
		肥満度			幼ア 18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上						
		尿酸	(+)以上					(+)以上							
糖尿病 家族歴															

V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組んでいく。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町民へ周知していく。(図表 67、68)

図表 67 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 68 統計からみえる沖縄県の食

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

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う。

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る。

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る。

※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・介護のデータが収集されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行う。

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する。

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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ある。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた与那国町の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

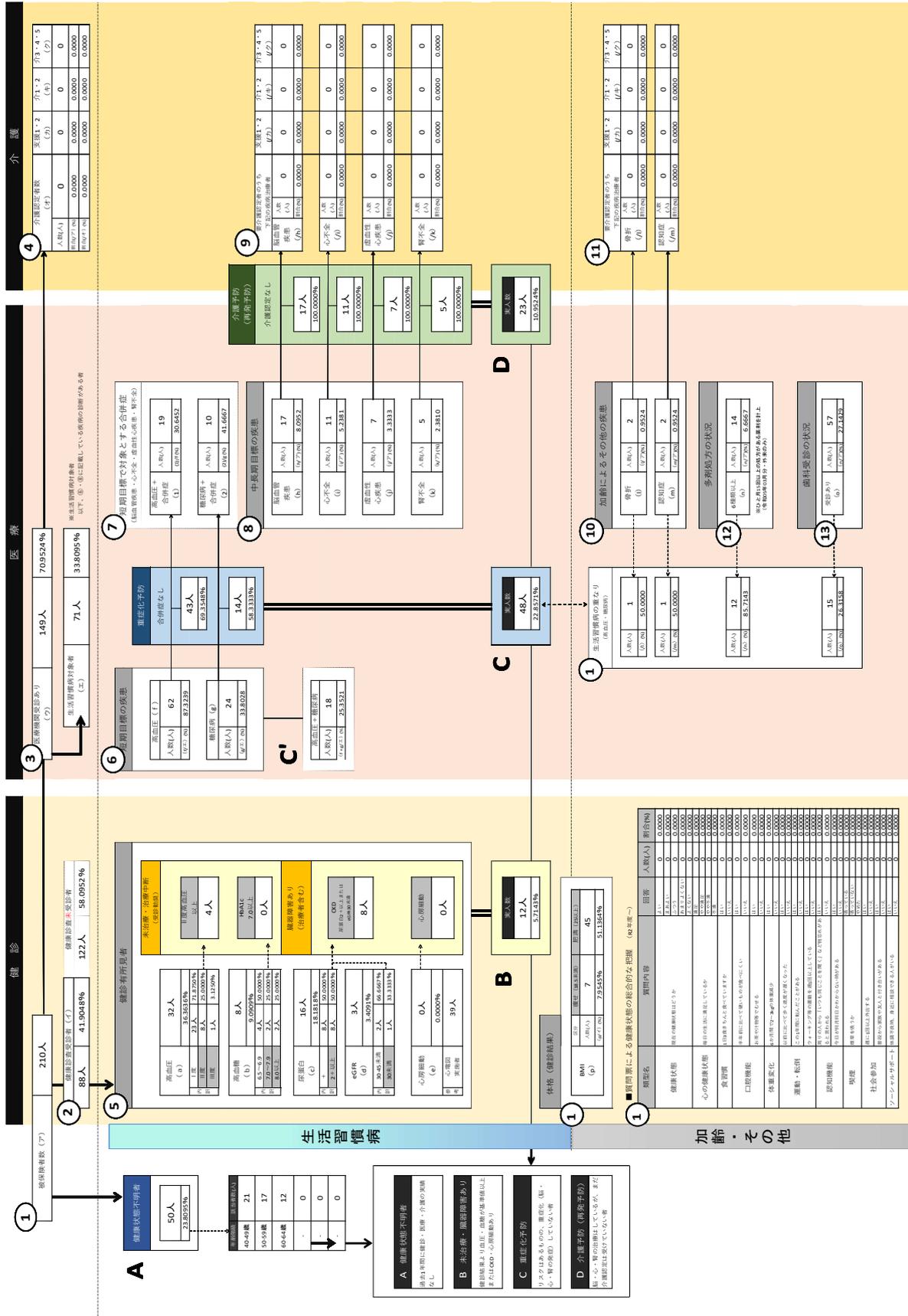
参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた与那国町の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた与那国町の位置											R04年度		
項目			保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	人口構成	総人口		1,676		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
			65歳以上(高齢化率)	360	21.5	301,058	41.4	324,708	22.6	35,335,805	28.7		
			75歳以上	145	8.7	---	---	155,559	10.8	18,248,742	14.8		
			65～74歳	215	12.8	---	---	169,149	11.8	17,087,063	13.9		
			40～64歳	631	37.6	---	---	472,258	32.8	41,545,893	33.7		
	39歳以下	685	40.9	---	---	642,142	44.6	46,332,563	37.6				
	②	産業構成	第1次産業	10.8		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	41.3		20.6		15.1		25.0			
			第3次産業	47.9		57.2		80.0		71.0			
	③	平均寿命	男性	80.0		80.5		80.3		80.8		KDB NO.1 地域全体像の把握	
女性			87.1		87.0		87.5		87.0				
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性	76.4		79.3		79.3		80.1				
		女性	85.7		84.2		84.2		84.4				
2	①	死亡の状況	標準化死亡率比 (SMR)	男性	100.2		101.6		99.3		100		KDB NO.1 地域全体像の把握
				女性	100.7		99.9		90.5		100		
			死因	がん	4	40.0	3,423	47.4	3,274	49.7	378,272	50.6	
				心臓病	2	20.0	2,064	28.6	1,669	25.3	205,485	27.5	
				脳疾患	2	20.0	1,188	16.4	978	14.8	102,900	13.8	
				糖尿病	1	10.0	138	1.9	193	2.9	13,896	1.9	
				腎不全	1	10.0	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	8	3	8.6	1926	14.2	125187	8.7	厚労省HP 人口動態調査 (R3年)	
	3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		68	18.7	59,331	19.9	61,945	19.0	6,724,030	19.4
新規認定者				1	0.3	933	0.3	835	0.3	110,289	0.3		
介護度別 総件数				要支援1.2	50	4.0	162,745	13.5	177,194	11.6	21,785,044	12.9	
				要介護1.2	496	39.5	568,999	47.1	546,973	35.9	78,107,378	46.3	
				要介護3以上	711	56.6	476,421	39.4	799,361	52.5	68,963,503	40.8	
2号認定者		1	0.16	856	0.38	2,135	0.45	156,107	0.38				
②		有病状況	糖尿病	6	7.6	13,461	21.6	11,465	17.4	1,712,613	24.3		
			高血圧症	32	48.4	33,454	54.3	28,893	43.8	3,744,672	53.3		
			脂質異常症	11	16.1	18,421	29.6	17,395	26.0	2,308,216	32.6		
			心臓病	36	56.9	37,325	60.8	31,994	48.6	4,224,628	60.3		
	脳疾患		18	28.3	13,424	22.1	14,271	21.9	1,568,292	22.6			
	がん		8	10.6	6,308	10.3	5,539	8.2	837,410	11.8			
	筋・骨格		25	39.1	33,542	54.6	29,667	44.9	3,748,372	53.4			
	精神		23	38.5	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		302,331	108,839,336	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)		86,587		80,543		69,211		59,662			
		居室サービス		48,691		42,864		51,518		41,272			
		施設サービス		313,330		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	11,257		9,108		11,002		8,610			
		認定なし	6,292		4,544		4,796		4,020				
4	①	国保の状況	被保険者数		500		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	163	32.6			119,076	30.7	11,129,271	40.5		
			40～64歳	184	36.8			134,131	34.6	9,088,015	33.1		
			39歳以下	153	30.6			134,848	34.7	7,271,596	26.5		
	加入率		29.8		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	0.1	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	0.1	641	3.3	3,887	10.0	339,611	12.4		
			外来患者数	565.0		653.6		541.1		687.8			
入院患者数		0.0		22.9		19.0		17.7					
③	医療費の 状況	一人当たり医療費		450,438	県内2位 同規模26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		509,245		676.49		560.174		705.439			
		外来	費用の割合	36.5		55.1		53.6		60.4			
			件数の割合	94.4		96.6		96.6		97.5			
		入院	費用の割合	63.5		44.9		46.4		39.6			
			件数の割合	5.6		3.4		3.4		2.5			
		1件あたり在院日数		13.3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	62,869,640	50.0	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)	4,693,350	3.7	6.1	12.0	8.2						
				糖尿病	5,939,590	4.7	11.2	8.3	10.4						
				高血圧症	2,959,840	2.4	6.5	4.8	5.9						
				脂質異常症	1,394,760	1.1	3.4	2.8	4.1						
				脳梗塞・脳出血	10,303,100	8.2	4.0	4.9	3.9						
				狭心症・心筋梗塞	5,653,630	4.5	2.8	3.3	2.8						
				精神	16,614,710	13.2	14.6	20.9	14.7						
				筋・骨格	14,362,460	11.4	17.4	16.0	16.7						
				5	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	108		0.0	363	0.2	313	0.2
糖尿病	---	---	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	12,619	4.4	6,827					4.1	6,789	4.6	5,993	4.5			
虚血性心疾患	12,325	4.3	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	5,812			3.5	12,436	6.1	7,107	4.2	10,143	4.9			
		糖尿病	11,879			7.2	21,206	10.5	12,437	7.3	17,720	8.6			
		脂質異常症	2,790			1.7	6,646	3.3	4,322	2.5	7,092	3.5			
		脳梗塞・脳出血	785			0.5	934	0.5	689	0.4	825	0.4			
		虚血性心疾患	1,066	0.6	1,857	0.9	1,444	0.8	1,722	0.8					
腎不全	11,399	6.9	14,043	6.9	20,295	11.9	15,781	7.7							
6	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	5,031		2,915		1,408		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	11,752		13,340		11,533			13,295			
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	26,905		8,820		5,718			6,142			
				健診未受診者	62,844		40,357		46,845			40,210			
7	⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	120	71.0	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	106	62.7	33,587	52.0	42,965	55.5	3,543,116	52.0				
			医療機関非受診率	14	8.3	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	健診受診者	169		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			
				受診率	54.7	県内9位 同規模85位	46.7	33.7	全国39位	37.1					
				特定保健指導終了者(実施率)	14	40.0	1,693	21.0	3,636	32.2	107,925		13.4		
				非肥満高血糖	13	7.7	6,180	9.6	5,139	6.6	615,549		9.0		
				メタボ	該当者	52	30.8	14,327	22.2	20,034	25.9		1,382,506	20.3	
					男性	41	46.1	10,060	32.4	13,894	37.3		965,486	32.0	
					女性	11	13.8	4,267	12.8	6,140	15.3		417,020	11.0	
					予備群	25	14.8	7,996	12.4	11,411	14.7		765,405	11.2	
					男性	17	19.1	5,688	18.3	7,753	20.8		539,738	17.9	
				女性	8	10.0	2,308	6.9	3,658	9.1	225,667		5.9		
				メタボ該当・予 備群レ ベル	腹囲	総数	83	49.1	24,681	38.2	35,002		45.2	2,380,778	34.9
						男性	62	69.7	17,354	55.8	23,943		64.2	1,666,592	55.3
					女性	21	26.3	7,327	21.9	11,059	27.6		714,186	18.8	
					BMI	総数	15	8.9	3,854	6.0	4,644		6.0	320,038	4.7
						男性	1	1.1	730	2.3	717		1.9	51,248	1.7
					女性	14	17.5	3,124	9.3	3,927	9.8		268,790	7.1	
					血糖のみ	1	0.6	442	0.7	568	0.7		43,519	0.6	
					血圧のみ	18	10.7	5,843	9.1	8,389	10.8		539,490	7.9	
					脂質のみ	6	3.6	1,711	2.7	2,454	3.2		182,396	2.7	
血糖・血圧	5	3.0	2,376		3.7	2,911	3.8	203,072	3.0						
血糖・脂質	3	1.8	714		1.1	896	1.2	70,267	1.0						
血圧・脂質	21	12.4	6,429		10.0	9,610	12.4	659,446	9.7						
血糖・血圧・脂質	23	13.6	4,808		7.4	6,617	8.5	449,721	6.6						
6	①	問診の状況	服薬		高血圧	68	40.2	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	19	11.2	6,949	10.8	8,123	10.5	589,470	8.7			
				脂質異常症	25	14.8	17,768	27.6	20,477	26.5	1,899,637	27.9			
				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	10	5.9	2,096	3.3	2,472	3.4	207,385	3.1			
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	19	11.2	3,753	5.9	4,890	6.8	365,407	5.5			
6	②	生活習慣の 状況	既往歴	腎不全	1	0.6	596	0.9	534	0.7	53,898	0.8			
				貧血	32	18.9	5,551	8.8	5,769	7.9	702,088	10.7			
				喫煙	30	17.8	10,581	16.4	11,101	14.3	939,212	13.8			
				週3回以上朝食を抜く	17	34.7	5,703	9.4	10,654	18.1	642,886	10.4			
				週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
				週3回以上就寝前夕食(H30～)	14	29.8	10,372	17.1	13,687	23.2	976,348	15.7			
				週3回以上就寝前夕食	14	29.8	10,372	17.1	13,687	23.2	976,348	15.7			
				食べる速度が遅い	15	30.0	16,947	27.9	17,745	30.1	1,659,705	26.8			
				20歳時体重から10kg以上増加	39	53.4	22,295	36.6	27,557	46.4	2,175,065	35.0			
				1回30分以上運動習慣なし	46	63.9	41,418	67.6	34,075	57.8	3,749,069	60.4			
				1日1時間以上運動なし	40	72.7	29,178	47.8	26,211	44.3	2,982,100	48.0			
				睡眠不足	11	25.0	14,822	24.5	16,453	28.9	1,587,311	25.6			
				毎日飲酒	40	54.1	16,356	26.5	11,814	19.7	1,658,999	25.5			
				時々飲酒	32	43.2	14,214	23.0	17,885	29.8	1,463,468	22.5			
一日飲 酒量	1合未満	37	41.6	22,091	54.9	20,349	50.2	2,978,351	64.1						
	1～2合	33	37.1	11,317	28.1	12,112	29.9	1,101,465	23.7						
	2～3合	13	14.6	5,089	12.6	5,818	14.4	434,461	9.4						
	3合以上	6	6.7	1,734	4.3	2,219	5.5	128,716	2.8						

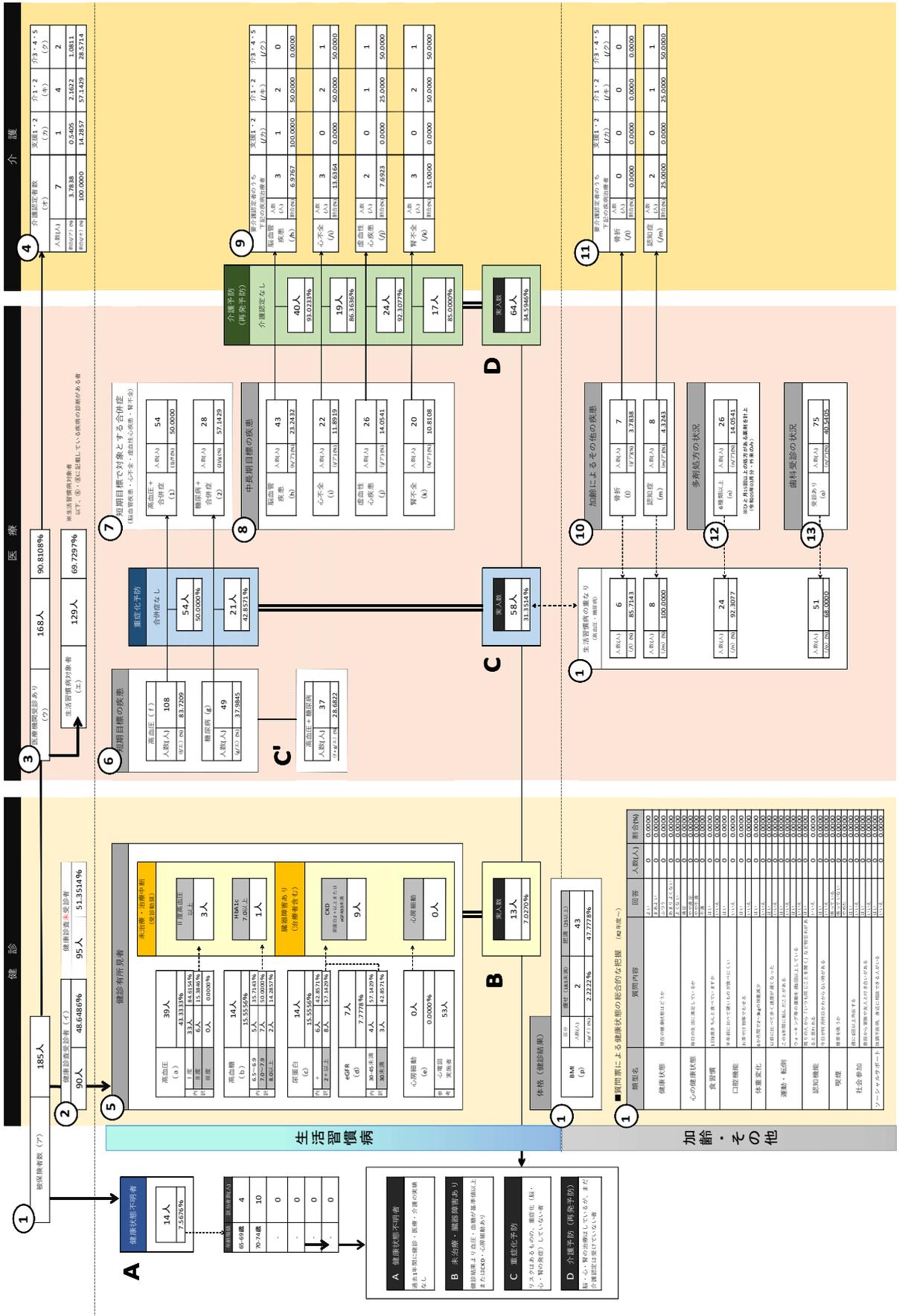
参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

①40～64歳(国保)



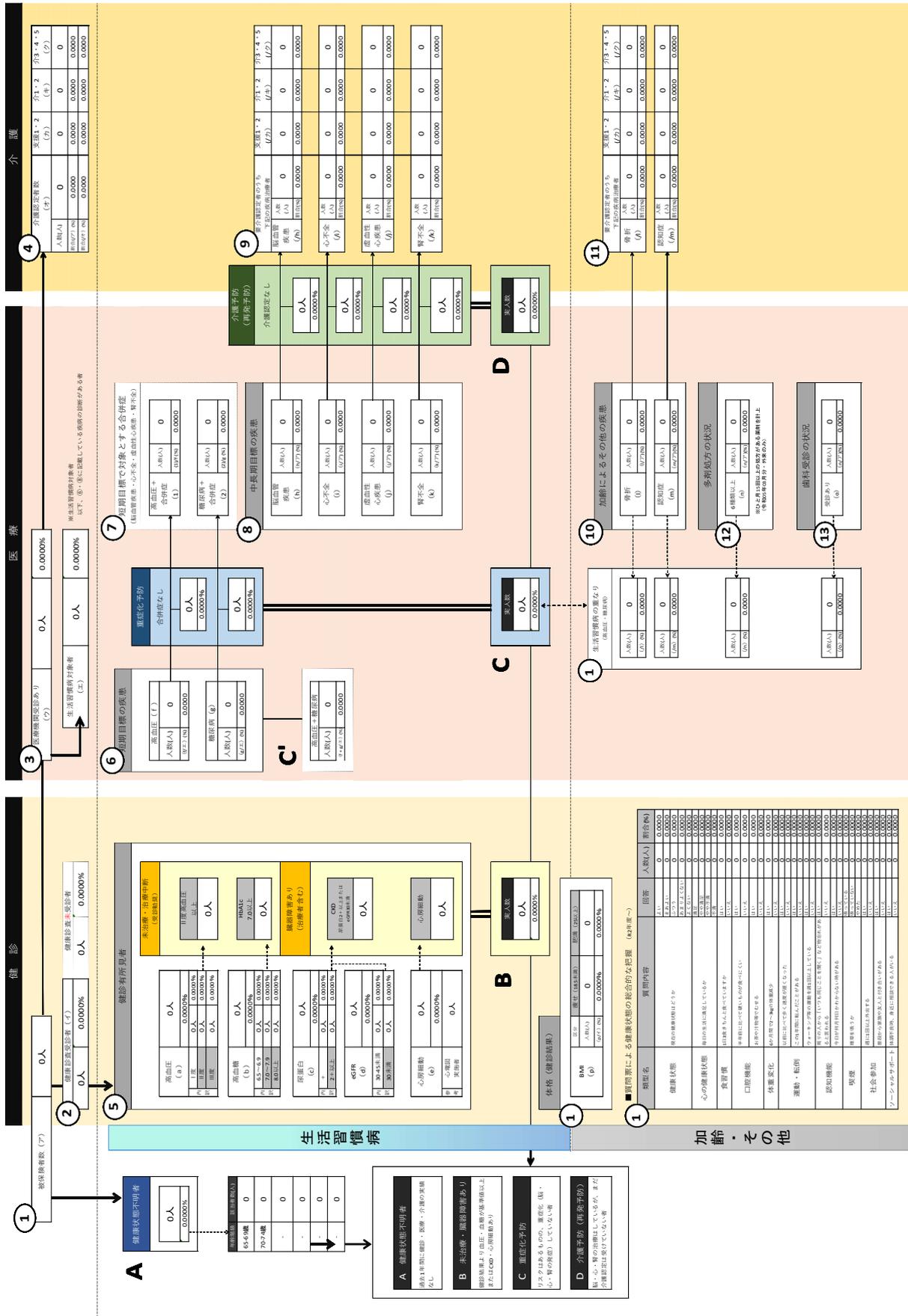
出典・参照：保険者データヘルス支援システム

②65～74歳(国保)



出典・参照：保険者データヘルス支援システム

③65～74 歳(後期)



出典・参照：保険者データヘルス支援システム

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		突合表	与那国町										同規模保険者(平均)		データ基	
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	A	579人		567人		544人		527人		488人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲) 40-74歳		375人		378人		375人		365人		344人					
2	① 対象者数	B	344人		333人		330人		304人		301人				市町村国保 特定健康診査・特定保 健指導状況概況報告書	
	② 特定健診 受診者数	C	201人		194人		202人		178人		168人					
	③ 受診率		58.4%		58.3%		61.2%		58.6%		55.8%					
3	① 特定 対象者数		41人		51人		54人		29人		35人					
	② 保健指導 実施率		85.4%		86.3%		55.6%		86.2%		68.6%					
4	① 糖尿病型	E	27人	13.4%	27人	12.7%	32人	14.7%	28人	14.4%	30人	17.0%			特定健診結果	
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	13人	48.1%	9人	33.3%	11人	34.4%	11人	39.3%	10人	33.3%				
	③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	14人	51.9%	18人	66.7%	21人	65.6%	17人	60.7%	20人	66.7%				
	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	10人 71.4%		12人 66.7%		13人 61.9%		8人 47.1%		9人 45.0%					
	⑤ ④ 内 血圧 130/80以上		6人 60.0%		10人 83.3%		11人 84.6%		4人 50.0%		6人 66.7%					
	⑥ ④ 内 肥満 BMI25以上	8人 80.0%		9人 75.0%		10人 76.9%		7人 87.5%		7人 77.8%						
	⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	4人 28.6%		6人 33.3%		8人 38.1%		9人 52.9%		11人 55.0%					
	⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	19人 70.4%		18人 66.7%		22人 68.8%		16人 57.1%		16人 53.3%					
	⑨ 第2期 尿蛋白(±)		3人 11.1%		2人 7.4%		0人 0.0%		3人 10.7%		4人 13.3%					
	⑩ 第3期 尿蛋白(+)		4人 14.8%		4人 14.8%		8人 25.0%		9人 32.1%		8人 26.7%					
	⑪ 第4期 eGFR30未満		0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%		1人 3.3%					
5	① 糖尿病受診率(被保険者千対)	H	39.7人		47.6人		46.0人		62.6人		63.5人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲) 40-74歳(被保険者千対)		50.7人		68.8人		61.3人		84.9人		84.3人					
	③ レセプト件数 (40-74歳) <small>(1) 再掲</small>		156件 (423.9)		174件 (464.0)		179件 (498.6)		195件 (560.3)		205件 (590.8)		136,930件 (893.2)			KDB_疾病別医療費分 析 (生活習慣病)
	④ 入院外(件数)		5件 (13.6)		2件 (5.3)				2件 (5.7)				658件 (4.3)			
	⑤ 糖尿病治療中		23人 4.0%		27人 4.8%		25人 4.6%		33人 6.3%		31人 6.4%					
	⑥ (再掲) 40-74歳		19人 5.1%		26人 6.9%		23人 6.1%		31人 8.5%		29人 8.4%					
	⑦ 健診未受診者		I	5人 26.3%		12人 46.2%		2人 8.7%		14人 45.2%		9人 31.0%				
	⑧ レセプト インスリン治療		O	4人 17.4%		3人 11.1%		8人 32.0%		3人 9.1%		3人 9.7%				
	⑨ (再掲) 40-74歳		L	2人 10.5%		2人 7.7%		6人 26.1%		2人 6.5%		1人 3.4%				
	⑩ 糖尿病性腎症			3人 13.0%		3人 11.1%		1人 4.0%		0人 0.0%		3人 9.7%				
	⑪ (再掲) 40-74歳		2人 10.5%		3人 11.5%		0人 0.0%		0人 0.0%		2人 6.9%					
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		1人 4.3%		1人 3.7%		0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%					
	⑬ (再掲) 40-74歳		1人 5.3%		1人 3.8%		0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%					
	⑭ 新規透析患者数		1 4.3%		0 0.0%		0 0.0%		0 0.0%		0 0.0%					
	⑮ (再掲) 糖尿病性腎症		1 4.3%		0 0.0%		0 0.0%		0 0.0%		0 0.0%					
6	① 総医療費	1億7535万円		1億6138万円		1億5005万円		1億4882万円		2億2522万円		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	1億0048万円		9616万円		7604万円		8672万円		1億2567万円		1億4021万円				
	③ (総医療費に占める割合)	57.3%		59.6%		50.7%		58.3%		55.8%		53.6%				
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	19,371円		9,431円		13,401円		17,685円		26,905円		8,820円				
	⑤ 健診受診者	51,885円		56,659円		50,748円		45,927円		62,844円		40,357円				
	⑥ 健診未受診者	640万円		584万円		504万円		633万円		594万円		1572万円				
	⑦ 糖尿病医療費 (生活習慣病総医療費に占める割合)	6.4%		6.1%		6.6%		7.3%		4.7%		11.2%				
	⑧ 糖尿病入院外総医療費	1431万円		1269万円		1222万円		1543万円		2751万円						
	⑨ 1件あたり	41,478円		34,946円		31,981円		35,978円		55,583円						
	⑩ 糖尿病入院総医療費	1900万円		1711万円		2231万円		1517万円		1318万円						
	⑪ 1件あたり	791,862円		684,351円		769,278円		659,574円		599,111円						
	⑫ 在院日数	16日		12日		13日		11日		9日						
	⑬ 慢性腎不全医療費	2254万円		1518万円		675万円		582万円		534万円		957万円				
	⑭ 透析有り	2249万円		1411万円		632万円		524万円		469万円		862万円				
	⑮ 透析なし	4万円		107万円		43万円		58万円		65万円		96万円				
7	① 介護 介護給付費	1億2062万円		1億0725万円		1億0643万円		1億0381万円		1億0884万円		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%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%						
8	① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)	0人 0.0%		0人 0.0%		2人 10.0%		0人 0.0%		1人 5.3%		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		

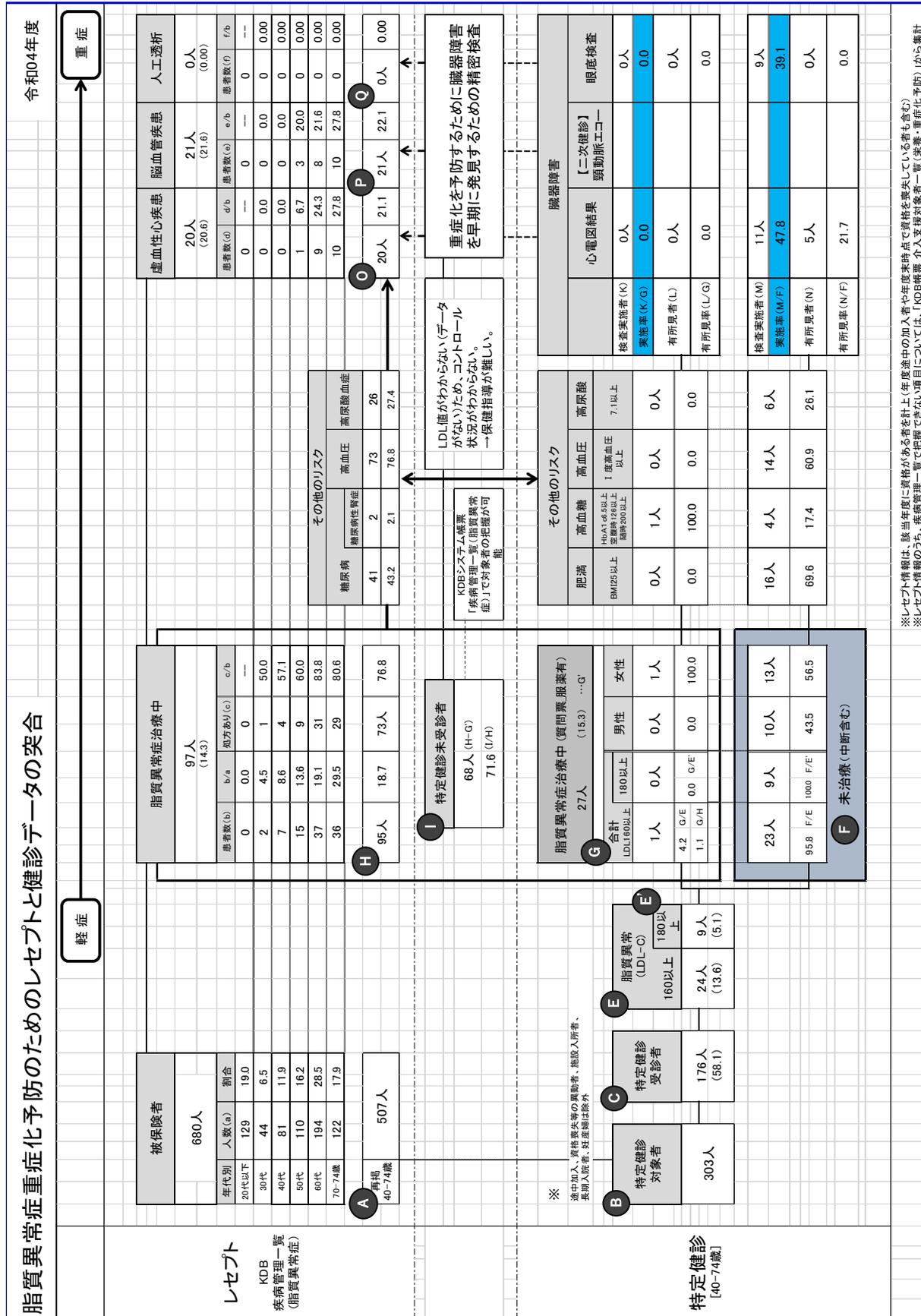
参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

ログイン		分析条件			
保険者番号	00470542	保険者名	00470542-与那国町	対象年度	令和04年
与那国町(国保)		地区		中断期間	6ヵ月
2次医療圏					

レセプト	被保険者	566									
	年代別	人数	割合								
	20代以下	127	22.4382%								
	30代	44	7.7739%								
	40代	69	12.1908%								
	50代	74	13.0742%								
	60代	147	25.9717%								
	70~74歳	105	18.5512%								
	(40~74歳) [A]										
	再掲	395									
特定健診	特定健診対象者 [B]	395									
	特定健診受診者 [C]	178	45.0633%								
	糖尿病型 [E]	29	16.2921%								
	糖尿病治療中	79									
	糖尿病治療中	人数	割合								
	2	2.5316%									
	4	5.0633%									
	3	3.7975%									
	9	11.3924%									
	37	46.8354%									
24	30.3797%										
[H] (H/B)	73	18.4810%									
インスリン療法	12										
人数	割合										
1	8.3333%										
1	8.3333%										
0	0.0000%										
0	0.0000%										
4	33.3333%										
6	50.0000%										
[O] (O/H)	10	13.6986%									
糖尿病性腎症	5										
人数	割合										
0	0.0000%										
2	40.0000%										
0	0.0000%										
1	20.0000%										
2	40.0000%										
0	0.0000%										
[L] (L/H)	3	4.1096%									
腎不全	5										
人数	割合										
0	0.0000%										
0	0.0000%										
0	0.0000%										
0	0.0000%										
1	20.0000%										
4	80.0000%										
[P] (P/H)	5	6.8493%									
人工透析 (腹膜灌流除く)	0										
人数	割合										
0	0.0000%										
0	0.0000%										
0	0.0000%										
0	0.0000%										
0	0.0000%										
0	0.0000%										
0	0.0000%										
[Q] (Q/H)	0	0.0000%									
合併するリスク	合計	高血圧症	高尿酸血症	脂質異常症							
割合	62	55	13	42							
(/H)	84.9315%	75.3425%	17.8082%	57.5342%							
特定健診 受診歴	治療中	中断									
なし	16	8									
	37.2093%	18.6047%									
あり	13	6									
	30.2326%	13.9535%									
特定健診 対象者 [B]	395										
特定健診受診者 [C]	178	45.0633%									
治療中(非糖尿病域) [G]	10	5.6180%									
治療中(糖尿病域) [G]	20	68.9655%									
糖尿病型未治療 [F]	9	31.0345%									
(内)過去の治療歴なし [F]	6	20.6897%									
糖尿病治療なし	30										
糖尿病型未治療 [F]	9	31.0345%									
(内)過去の治療歴なし [F]	6	20.6897%									
コトロール良 合併するリスク	合計 [I]	高血圧	肥満	脂質							
割合	8	5	8	5							
(/G)	40.0000%	25.0000%	40.0000%	25.0000%							
コトロール不良 合併するリスク	合計 [K]	高血圧	肥満	脂質							
割合	12	8	9	11							
(/G)	60.0000%	40.0000%	45.0000%	55.0000%							
健診データ(糖尿病型) 割合: (/E)	病期	I	II	III	IV	再掲II~IV (M)	V				
治療	0	1	0	0	0	1	0				
中断	0.0000%	3.4483%	0.0000%	0.0000%	0.0000%	3.4483%	0.0000%				
治療	10	2	6	0	8	0	0				
継続	34.4828%	6.8966%	20.6897%	0.0000%	27.5862%	0.0000%	0.0000%				
健診データ(糖尿病型) 割合: (/E)	病期	I	II	III	IV	再掲II~IV (M)	V				
未治療者	4	1	3	1	5	0	0				
	13.7931%	3.4483%	10.3448%	3.4483%	17.2414%	0.0000%	0.0000%				

出典・参照: 保険者データヘルス支援システム

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



参考資料7 HbA1Cの年次比較

HbA1cの年次比較																							
	HbA1c測定	正常						保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上							
		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合			
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A					
H29	198	146	73.7%	29	14.6%	7	3.5%	7	3.5%	7	3.5%	2	1.0%	6	3.0%	2	1.0%						
H30	198	94	47.5%	72	36.4%	9	4.5%	10	5.1%	6	3.0%	7	3.5%	12	6.1%	4	2.0%						
R01	208	110	52.9%	55	26.4%	26	12.5%	5	2.4%	5	2.4%	7	3.4%	10	4.8%	5	2.4%						
R02	218	110	50.5%	66	30.3%	18	8.3%	10	4.6%	11	5.0%	3	1.4%	7	3.2%	2	0.9%						
R03	194	116	59.8%	44	22.7%	15	7.7%	7	3.6%	11	5.7%	1	0.5%	5	2.6%	1	0.5%						
R04	176	86	48.9%	51	29.0%	17	9.7%	9	5.1%	9	5.1%	4	2.3%	11	6.3%	3	1.7%						

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすい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		再掲	
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	割合		
											人数
H29	198	146	29	7	16	9	7	8.1%	56.3%	43.8%	8.1%
					9	4	5	4.5%	44.4%	55.6%	4.5%
H30	198	94	72	9	23	10	13	11.6%	43.5%	56.5%	11.6%
					13	3	10	6.6%	23.1%	76.9%	6.6%
R01	208	110	55	26	17	3	14	8.2%	17.6%	82.4%	8.2%
					12	2	10	5.8%	16.7%	83.3%	5.8%
R02	218	110	66	18	24	6	18	11.0%	25.0%	75.0%	11.0%
					14	4	10	6.4%	28.6%	71.4%	6.4%
R03	194	116	44	15	19	9	10	9.8%	47.4%	52.6%	9.8%
					12	6	6	6.2%	50.0%	50.0%	6.2%
R04	176	86	51	17	22	8	14	12.5%	36.4%	63.6%	12.5%
					13	4	9	7.4%	30.8%	69.2%	7.4%

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			
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上							
		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合			
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A					
治療中	H29	8	4.0%	1	12.5%	0	0.0%	0	0.0%	2	25.0%	4	50.0%	1	12.5%	3	37.5%	1	12.5%				
	H30	14	7.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.1%	3	21.4%	6	42.9%	4	28.6%	9	64.3%	4	28.6%				
	R01	18	8.7%	1	5.6%	0	0.0%	3	16.7%	4	22.2%	4	22.2%	6	33.3%	8	44.4%	4	22.2%				
	R02	21	9.6%	0	0.0%	1	4.8%	2	9.5%	8	38.1%	9	42.9%	1	4.8%	5	23.8%	0	0.0%				
	R03	17	8.8%	1	5.9%	2	11.8%	4	23.5%	4	23.5%	6	35.3%	0	0.0%	3	17.6%	0	0.0%				
	R04	20	11.4%	0	0.0%	2	10.0%	4	20.0%	5	25.0%	6	30.0%	3	15.0%	7	35.0%	2	10.0%				
治療なし	H29	190	96.0%	145	76.3%	29	15.3%	7	3.7%	5	2.6%	3	1.6%	1	0.5%	3	1.6%	1	0.5%				
	H30	184	92.9%	94	51.1%	72	39.1%	8	4.3%	7	3.8%	0	0.0%	3	1.6%	3	1.6%	0	0.0%				
	R01	190	91.3%	109	57.4%	55	28.9%	23	12.1%	1	0.5%	1	0.5%	1	0.5%	2	1.1%	1	0.5%				
	R02	197	90.4%	110	55.8%	65	33.0%	16	8.1%	2	1.0%	2	1.0%	2	1.0%	2	1.0%	2	1.0%				
	R03	177	91.2%	115	65.0%	42	23.7%	11	6.2%	3	1.7%	5	2.8%	1	0.6%	2	1.1%	1	0.6%				
	R04	156	88.6%	86	55.1%	49	31.4%	13	8.3%	4	2.6%	3	1.9%	1	0.6%	4	2.6%	1	0.6%				

出典・参照: 特定健診等データ管理システム

参考資料8 血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		I度		II度		III度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	199	70	35.2%	43	21.6%	49	24.6%	33	16.6%	3	1.5%	1	0.5%
H30	202	54	26.7%	37	18.3%	46	22.8%	52	25.7%	12	5.9%	1	0.5%
R01	213	53	24.9%	27	12.7%	69	32.4%	44	20.7%	17	8.0%	3	1.4%
R02	218	46	21.1%	25	11.5%	56	25.7%	65	29.8%	25	11.5%	1	0.5%
R03	194	42	21.6%	34	17.5%	46	23.7%	52	26.8%	15	7.7%	5	2.6%
R04	176	37	21.0%	36	20.5%	34	19.3%	55	31.3%	13	7.4%	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	199	113	49	33	4	2	2	2.0%
		56.8%	24.6%	16.6%	2.0%	50.0%	50.0%	
H30	202	91	46	52	13	5	8	6.4%
		45.0%	22.8%	25.7%	6.4%	38.5%	61.5%	
R01	213	80	69	44	20	14	6	9.4%
		37.6%	32.4%	20.7%	9.4%	70.0%	30.0%	
R02	218	71	56	65	26	18	8	11.9%
		32.6%	25.7%	29.8%	11.9%	69.2%	30.8%	
R03	194	76	46	52	20	11	9	10.3%
		39.2%	23.7%	26.8%	10.3%	55.0%	45.0%	
R04	176	73	34	55	14	7	7	8.0%
		41.5%	19.3%	31.3%	8.0%	50.0%	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	62	31.2%	9	14.5%	19	30.6%	22	35.5%	10	16.1%	1	1.6%	1	1.6%
	H30	67	33.2%	8	11.9%	9	13.4%	18	26.9%	24	35.8%	7	10.4%	1	1.5%
	R01	66	31.0%	6	9.1%	7	10.6%	29	43.9%	18	27.3%	5	7.6%	1	1.5%
	R02	70	32.1%	6	8.6%	10	14.3%	22	31.4%	24	34.3%	8	11.4%	0	0.0%
	R03	63	32.5%	2	3.2%	5	7.9%	24	38.1%	23	36.5%	8	12.7%	1	1.6%
	R04	71	40.3%	10	14.1%	13	18.3%	16	22.5%	25	35.2%	6	8.5%	1	1.4%
治療なし	H29	137	68.8%	61	44.5%	24	17.5%	27	19.7%	23	16.8%	2	1.5%	0	0.0%
	H30	135	66.8%	46	34.1%	28	20.7%	28	20.7%	28	20.7%	5	3.7%	0	0.0%
	R01	147	69.0%	47	32.0%	20	13.6%	40	27.2%	26	17.7%	12	8.2%	2	1.4%
	R02	148	67.9%	40	27.0%	15	10.1%	34	23.0%	41	27.7%	17	11.5%	1	0.7%
	R03	131	67.5%	40	30.5%	29	22.1%	22	16.8%	29	22.1%	7	5.3%	4	3.1%
	R04	105	59.7%	27	25.7%	23	21.9%	18	17.1%	30	28.6%	7	6.7%	0	0.0%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
総数	H29	199	112	56.3%	43	21.6%	22	11.1%	18	9.0%	4	2.0%
	H30	202	103	51.0%	47	23.3%	34	16.8%	12	5.9%	6	3.0%
	R01	212	108	50.9%	52	24.5%	26	12.3%	18	8.5%	8	3.8%
	R02	218	103	47.2%	64	29.4%	22	10.1%	19	8.7%	10	4.6%
	R03	194	95	49.0%	47	24.2%	32	16.5%	13	6.7%	7	3.6%
R04	176	83	47.2%	39	22.2%	30	17.0%	15	8.5%	9	5.1%	
男性	H29	102	62	60.8%	19	18.6%	11	10.8%	8	7.8%	2	2.0%
	H30	99	57	57.6%	21	21.2%	16	16.2%	3	3.0%	2	2.0%
	R01	106	65	61.3%	21	19.8%	10	9.4%	7	6.6%	3	2.8%
	R02	107	58	54.2%	25	23.4%	10	9.3%	9	8.4%	5	4.7%
	R03	94	53	56.4%	14	14.9%	16	17.0%	8	8.5%	3	3.2%
R04	94	51	54.3%	22	23.4%	11	11.7%	6	6.4%	4	4.3%	
女性	H29	97	50	51.5%	24	24.7%	11	11.3%	10	10.3%	2	2.1%
	H30	103	46	44.7%	26	25.2%	18	17.5%	9	8.7%	4	3.9%
	R01	106	43	40.6%	31	29.2%	16	15.1%	11	10.4%	5	4.7%
	R02	111	45	40.5%	39	35.1%	12	10.8%	10	9.0%	5	4.5%
	R03	100	42	42.0%	33	33.0%	16	16.0%	5	5.0%	4	4.0%
R04	82	32	39.0%	17	20.7%	19	23.2%	9	11.0%	5	6.1%	

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	199	112 56.3%	43 21.6%	22 11.1%	22	21	1	11.1%
					4	4	0	
H30	202	103 51.0%	47 23.3%	34 16.8%	18	17	1	8.9%
					6	6	0	
R01	212	108 50.9%	52 24.5%	26 12.3%	26	25	1	12.3%
					8	8	0	
R02	218	103 47.2%	64 29.4%	22 10.1%	29	28	1	13.3%
					10	9	1	
R03	194	95 49.0%	47 24.2%	32 16.5%	20	20	0	10.3%
					7	7	0	
R04	176	83 47.2%	39 22.2%	30 17.0%	24	23	1	13.6%
					9	9	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	23	11.6%	17	73.9%	2	8.7%	3	13.0%	1	4.3%	0	0.0%
	H30	27	13.4%	19	70.4%	5	18.5%	2	7.4%	1	3.7%	0	0.0%
	R01	28	13.2%	16	57.1%	7	25.0%	4	14.3%	1	3.6%	0	0.0%
	R02	28	12.8%	17	60.7%	9	32.1%	1	3.6%	0	0.0%	1	3.6%
	R03	26	13.4%	16	61.5%	6	23.1%	4	15.4%	0	0.0%	0	0.0%
R04	27	15.3%	17	63.0%	6	22.2%	3	11.1%	1	3.7%	0	0.0%	
治療なし	H29	176	88.4%	95	54.0%	41	23.3%	19	10.8%	17	9.7%	4	2.3%
	H30	175	86.6%	84	48.0%	42	24.0%	32	18.3%	11	6.3%	6	3.4%
	R01	184	86.8%	92	50.0%	45	24.5%	22	12.0%	17	9.2%	8	4.3%
	R02	190	87.2%	86	45.3%	55	28.9%	21	11.1%	19	10.0%	9	4.7%
	R03	168	86.6%	79	47.0%	41	24.4%	28	16.7%	13	7.7%	7	4.2%
R04	149	84.7%	66	44.3%	33	22.1%	27	18.1%	14	9.4%	9	6.0%	