

うるま市国民健康保険
第 3 期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(第 4 期特定健康診査等実施計画)
令和 6 年度～令和 11 年度

うるま市国民健康保険

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) 基本的な考え方
 - 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) ……36

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

第4章 課題解決するための個別保健事業45

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. 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74

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75

1. 計画の公表・周知

2. 個人情報の取扱い

参考資料76

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うるま市の課題等を踏まえ、うるま市では、保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づいて、「第 3 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定します。

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

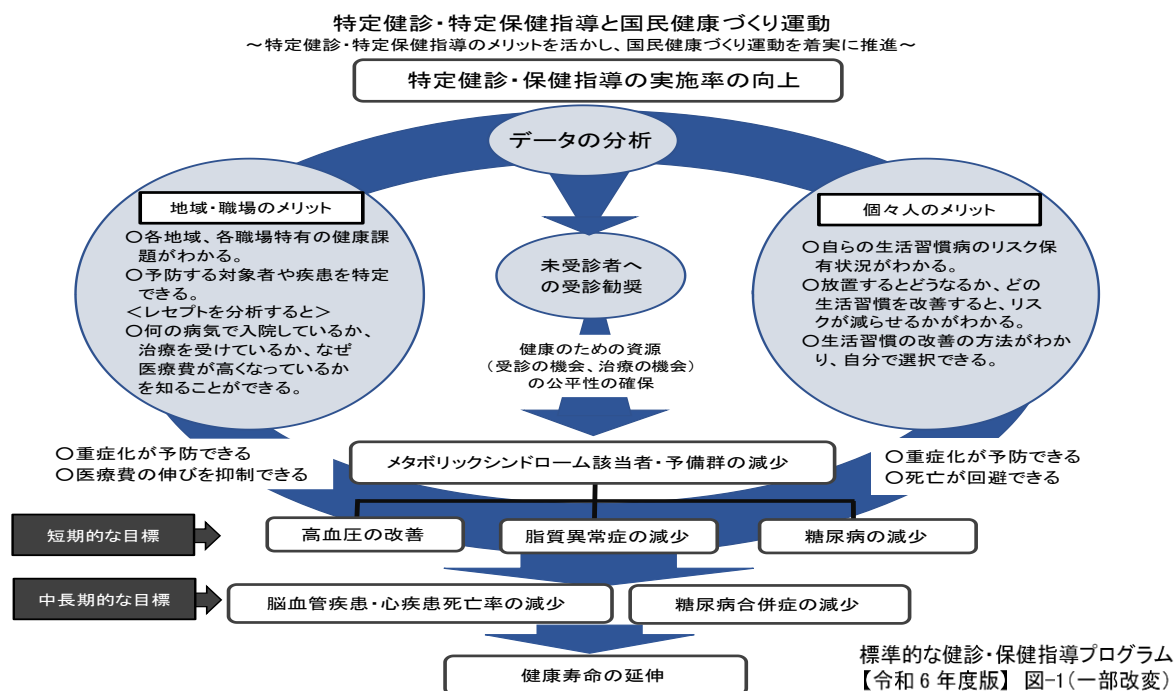
※6 KDB：国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表Ⅰ データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

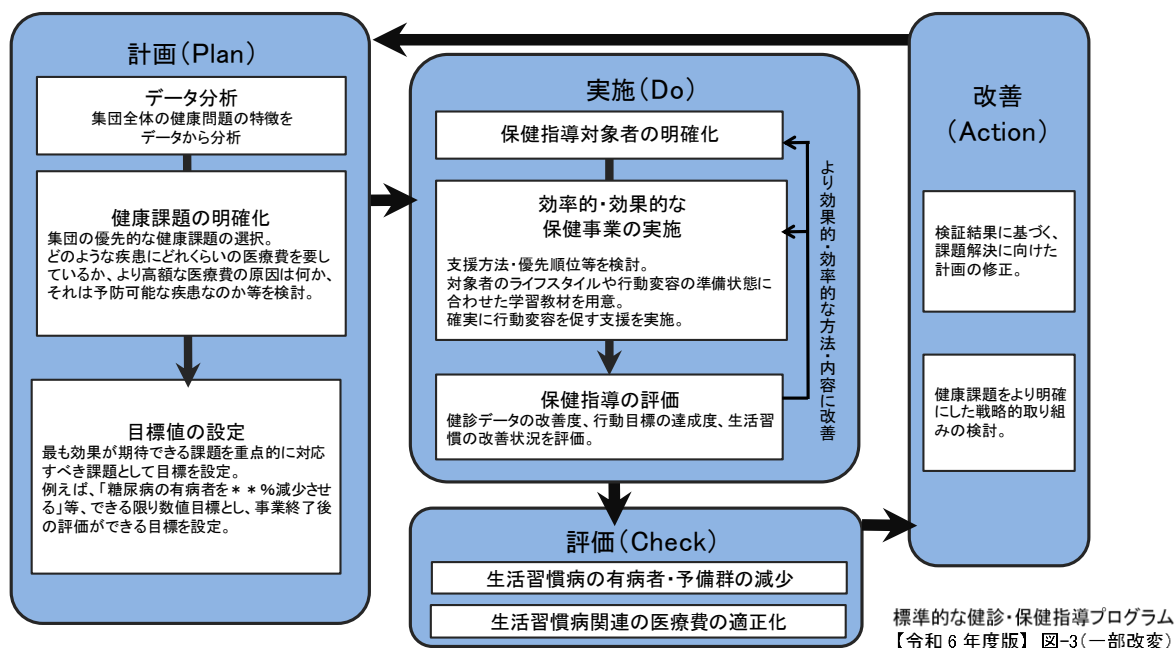
	健康増進計画	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法		医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県・義務 市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者・義務	都道府県・義務	都道府県・義務	市町村・義務 都道府県・義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通して、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効 率的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、育壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老齢期まで継続的)	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(※) ※初期老期の認知症、早老症、 骨折・骨折疑症、 パーキンソン病関連疾患、 精神神経系疾患
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 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)	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 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)	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 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)	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	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
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



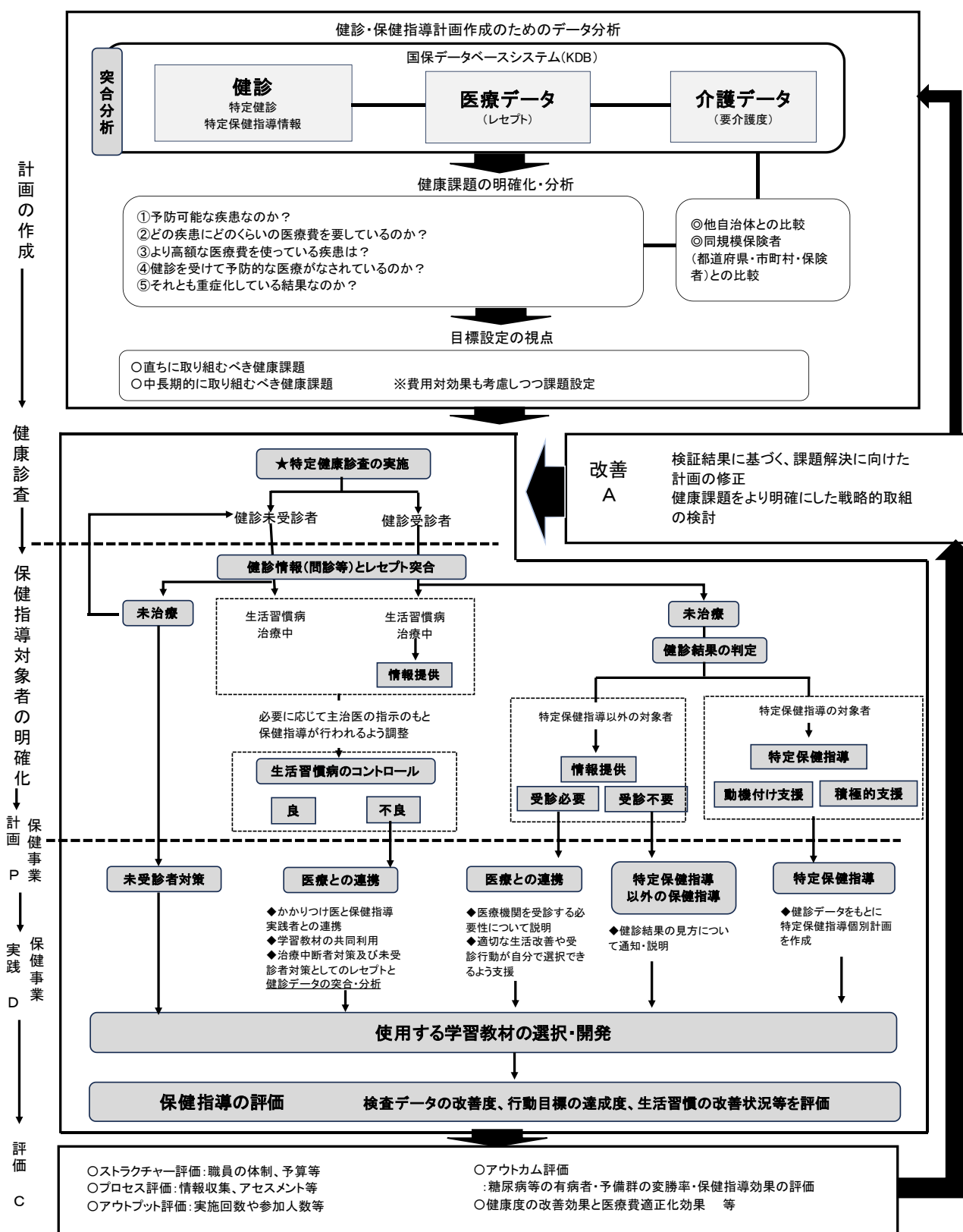
注) プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながらる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



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
	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げる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、実施する。
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		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

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

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揭示)

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考>計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

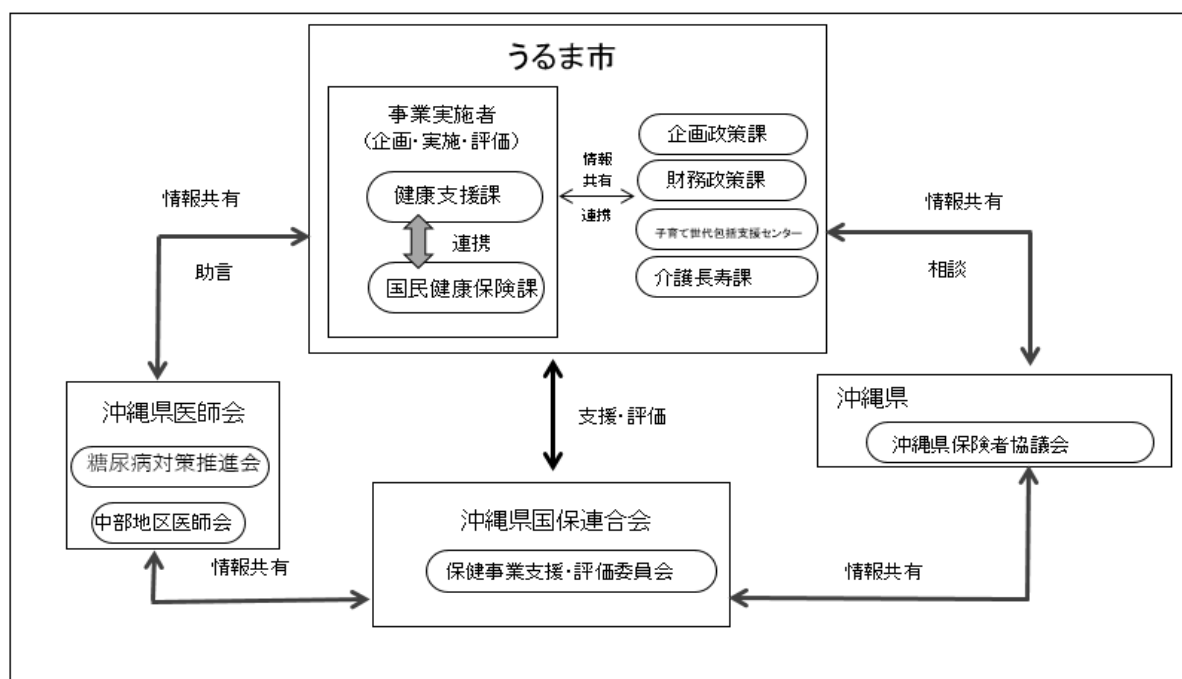
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に

反映させます。

具体的には、市民生活部局（国民健康保険課）、福祉部局（介護長寿課）、企画部局（企画政策課）、財務部局（財務政策課）、こども未来部（子育て世代包括支援センター）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 うるま市の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

保…保健師 管栄…管理栄養士 事…事務(注:支払い事務、受診券送付等)

	保健指導係			事業係		健康推進係			感染予防係		
	係長	保 (5名)	管栄 (1名)	係長	事 (2名)	係長	保 (2名)	管栄 (1名)	係長	事 (2名)	保 (3名)
国保事務	○			○	○						
健康診断				○	○						
がん検診等		○		○	○						
特定保健指導	○	○	○								
重症化予防保健指導	○	○	○								
健康相談		○	○				○	○			
健康教育		○	○				○	○			
健康づくり事業	○	○				○	○	○			
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	○	○				○	○				
予防接種									○	○	○
新型コロナウイルス関連									○	○	○

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・協力が重要です。

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である都道府県のほか、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、協力していく必要があります。

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、都道府県の関与が重要であり、保険者等と中部地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、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す。

さらに、国保連と都道府県は、ともに保険者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ていく必要があります。

このため、うるま市国保においても、国保連保健事業支援・評価委員会の助言・支援のもと本計画の策定を行い、沖縄県関係課、中部地区医師会、地域の医療機関等と保健事業の内容や評価について意見交換を図り、連携に努めていきます。

また保険者等は転職や加齢に伴う被保険者の往来が多いことを踏まえ、沖縄県保険者協議会等を活用して、保険者間で、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、保険者間の連携に努めていきます。

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、意見交換等を行い、より実行性のある計画となるよう努めていきます。

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	
			0	配点	0	配点	0	配点
交付額(千円)			85,977		96,850		90,627	
全国順位(1,741市町村中)			480位	631	92位	717	283位	659
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	70	70	70	70	70	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタ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	50	40	50	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	40	90	40	45	55	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	40	50	45	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	125	130	125	130	90	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	40	100	65	100	30	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	20	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	35	40	50	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	86	95	81	100	84	100
合計点			631	1,000	736	960	659	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

本市は、人口約12万5千人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で22.4%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は低く被保険者の平均年齢も45.7歳と若く、出生率も高い市で財政指数も高い市となっています。産業においては、第3次産業（サービス業）が75.7%と同規模と比較し高く、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。（図表9）

国保加入率は29.1%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向となっており、年齢構成については39歳以下が約37%を占めています。（図表10）

また本市内には6つの病院、48の診療所があり、これはいずれも同規模と比較しても少なく、病床数も少ないことから、外来患者数及び入院患者数も同規模と比較して低い傾向にあります。（図表11）

図表9 同規模・県・国と比較したうるま市の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
うるま市	124,913	22.5	36,400 (29.1)	45.7	10.7	9.2	0.5	3.9	20.4	75.7
同規模	--	29.1	20.4	53.8	6.7	11.0	0.8	3.3	26.7	70.0
県	--	22.6	27	46.9	10.4	8.6	0.4	4.9	15.1	80.0
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、うるま市と同規模保険者（103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10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
被保険者数	39,045		38,512		38,311		37,619		36,400	
65～74歳	9,683	24.8	10,020	26.0	10,672	27.9	10,926	29.0	10,455	28.7
40～64歳	14,242	36.5	13,874	36.0	13,487	35.2	13,008	34.6	12,542	34.5
39歳以下	15,120	38.7	14,618	38.0	14,152	36.9	13,685	36.4	13,403	36.8
加入率	33.1		32.6		32.4		31.8		29.1	

出典・参照：KDBシステム改変 地域の全体像の把握

図表11 医療の状況（被保険者千人あたり）

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	同規模	県
病院数	6	0.2	6	0.2	6	0.2	6	0.2	6	0.2	0.3	0.2
診療所数	45	1.2	50	1.3	49	1.3	49	1.3	48	1.3	3.7	2.3
病床数	1,429	36.6	1,429	37.1	1,429	37.3	1,429	38.0	1,438	39.5	62.0	47.9
医師数	268	6.9	268	7.0	248	6.5	248	6.6	292	8.0	11.5	10.0
外来患者数	479.3		495.3		442.9		469.5		497.8		707.3	541.1
入院患者数	19.6		19.5		18.1		18.5		17.5		19.1	19.0

出典・参照：KDBシステム改変 地域の全体像の把握

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

(1) 中長期的な疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析）の達成状況

① 介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、2号（40～64歳）被保険者で195人（認定率0.48%）、1号（65歳以上）被保険者で5,593人（認定率19.9%）と同規模・県・国と比較すると高いですが、H30年度と比べると減少しています。（図表12）

しかし、団塊世代が後期高齢者医療へ移行することに伴い1号認定者数が増加しており、介護給付費は約87億円から約93億円に伸びています。（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、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6割以上、第1号被保険者では4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、全体の合計で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。（図表14）

図表12 要介護認定者（率）の状況

	うるま市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	23,623人	20.0%	28,050人	22.5%	29.1%	22.6%	28.7%
2号認定者	224人	0.57%	195人	0.48%	0.38%	0.45%	0.38%
新規認定者	59人		40人		--	--	--
1号認定者	5,121人	21.7%	5,593人	↓19.9%	18.4%	19.0%	19.4%
新規認定者	753人		751人		--	--	--
65～74歳	720人	6.3%	883人	5.9%	--	--	--
新規認定者	170人		185人		--	--	--
75歳以上	4,401人	36.2%	4,710人	35.7%	--	--	--
新規認定者	583人		566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

	うるま市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	87億8643万円	↑ 93億4024万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	371,944	332,985	275,832	324,737	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	71,575	67,753	60,207	69,211	59,662
住宅サービス	53,403	52,027	41,618	51,518	41,272
施設サービス	284,431	292,910	295,426	301,929	296,364

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

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況（R04 年度）

受給者区分			2号		1号						合計		
年齢			40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)			195		883		4,711		5,594		5,789		
再)国保・後期			109		525		3,983		4,508		4,617		
(レセプトの 診断名より重複して計上) 有病状況	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	循環器 疾患	1	脳卒中	72 66.1%	脳卒中	230 43.8%	脳卒中	1,612 40.5%	脳卒中	1,842 40.9%	脳卒中	1,914 41.5%	
		2	腎不全	24 22.0%	虚血性 心疾患	117 22.3%	虚血性 心疾患	1,256 31.5%	虚血性 心疾患	1,373 30.5%	虚血性 心疾患	1,395 30.2%	
		3	虚血性 心疾患	22 20.2%	腎不全	98 18.7%	腎不全	927 23.3%	腎不全	1,025 22.7%	腎不全	1,049 22.7%	
		合併症	4	糖尿病 合併症	17 15.6%	糖尿病 合併症	120 22.9%	糖尿病 合併症	643 16.1%	糖尿病 合併症	763 16.9%	糖尿病 合併症	780 16.9%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			92 84.4%	基礎疾患	468 89.1%	基礎疾患	3,705 93.0%	基礎疾患	4,173 92.6%	基礎疾患	4,265 92.4%	
	血管疾患合計			98 89.9%	合計	480 91.4%	合計	3,778 94.9%	合計	4,258 94.5%	合計	4,356 94.3%	
	認知症		認知症	23 21.1%	認知症	143 27.2%	認知症	1,832 46.0%	認知症	1,975 43.8%	認知症	1,998 43.3%	
	筋・骨格疾患		筋骨格系	91 83.5%	筋骨格系	475 90.5%	筋骨格系	3,854 96.8%	筋骨格系	4,329 96.0%	筋骨格系	4,420 95.7%	

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

出典・参照：KDB システム改変

② 医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者が減少しているにも関わらず総医療費は増加しており、一人あたり医療費は、H30 年度と比較しても約 2 万 5 千円伸びています。

また入院医療にかかる件数は、全体の 3%程度にも関わらず、費用については医療費全体の約 45%を占めており、1 件あたりの入院医療費は H30 年度と比較しても約 8 万 5 千円も高くなっています。(図表 15)

また年齢調整をした地域差指数でみると、入院については県平均より低いものの、全国平均の1を超えています。

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化を予防することが重要です。引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。(図表 16)

図表 15 医療費の推移

		うるま市		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		39,045人	↓ 36,400人	--	--	--
前期高齢者割合		9,683人 (24.8%)	10,455人 (28.7%)	--	--	--
総医療費		107億1891万円	109億2392万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		274,527 県内29位 同規模98位	↑ 300,108 県内28位 同規模101位	359,130	318,310	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	548,170	633,740	616,530	634,340	617,950
	費用の割合	47.3	45.3	40.6	46.4	39.6
	件数の割合	3.9	3.4	2.6	3.4	2.5
外来	1件あたり費用額	24,930	26,820	24,420	25,820	24,220
	費用の割合	52.7	54.7	59.4	53.6	60.4
	件数の割合	96.1	96.6	97.4	96.6	97.5
受診率		498.811	515.273	726.377	560.174	705.439

※同規模被保険者数：103

出典・参照：KDB システム変更_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		
		うるま市 (県内市町村中)		県 (47県中)	うるま市 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	0.998 (29位)	1.003 (24位)	1.070 (14位)	1.072 (22位)	1.051 (23位)	1.092 (14位)
	入院	1.180 (28位)	1.160 (26位)	1.259 (10位)	1.295 (24位)	1.244 (23位)	1.286 (5位)
	外来	0.899 (22位)	0.923 (19位)	0.965 (40位)	0.852 (19位)	0.865 (15位)	0.910 (43位)

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

出典・参照：厚労省「地域差分析」

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、H30年度と比較すると減少していますが、脳血管疾患については、H30年度より増加しており、同規模、県よりも高くなっています。(図表 17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と比較してみると虚血性心疾患患者数は減少、腎不全患者数(人工透析)は横ばいとなっていますが、脳血管疾患については、患者数、

患者割合ともに増加しています。(図表 18)

脳血管疾患は、発症時の急性期のみならずリハビリ等による慢性期総医療費、退院後の介護費などの経済的負担、また患者本人のみならず家族にも長期にわたる日常生活上の大きな負担がかかる疾患です。そのため、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

			うるま市		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			107億1891万円	109億2392万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			12億7239万円	12億6805万円	--	--	--
			11.87%	↓ 11.61%	8.40%	10.08%	8.03%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.43%	↑ 2.48%	2.11%	2.40%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.56%	1.51%	1.50%	1.61%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	7.57%	7.34%	4.49%	5.80%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.31%	0.27%	0.29%	0.27%	0.29%
	その他の疾患		悪性新生物	10.74%	13.01%	16.76%	12.57%
		筋・骨疾患	7.05%	7.21%	8.52%	7.73%	8.68%
		精神疾患	13.04%	10.73%	8.12%	10.14%	7.63%

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

注) 最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 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	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
患者数(人) 0～74歳	A	39,045	36,400	a	2,141	2,245	1,565	1,478	213	219	
				a/A	5.5%	↑ 6.2%	4.0%	↓ 4.1%	0.5%	0.6%	
40歳以上		B	23,925	22,997	b	2,102	2,202	1,535	1,449	213	217
		B/A	61.3%	63.2%	b/B	8.8%	9.6%	6.4%	6.3%	0.9%	0.9%
再掲	40～64歳	D	14,242	12,542	d	715	699	552	459	99	84
		D/A	36.5%	34.5%	d/D	5.0%	5.6%	3.9%	3.7%	0.7%	0.7%
	65～74歳	C	9,683	10,455	c	1,387	1,503	983	990	114	133
		C/A	24.8%	28.7%	c/C	14.3%	14.4%	10.2%	9.5%	1.2%	1.3%

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

(2) 短期的な目標疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）の達成状況

①短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況をそれぞれ見ると、高血圧治療者の割合は増え、合併症（重症化）については、脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析のいずれの割合も減っています。（図表 19）

一方、糖尿病治療中の方については、合併症（重症化）の中で人工透析の割合は 40～64 歳で減少していますが、65～74 歳においては増加しています。また、糖尿病治療中の方の脳血管疾患については 65～74 歳で減少していますが、40～64 歳においては増加しています。（図表 20）

脂質異常症治療中の方については、合併症（重症化）の中で虚血性心疾患の割合は、40～74 歳すべての年齢で減少しています。（図表 21）

本市は特定健診の結果における要医療判定の方に対し、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施し、重症化しないうちに適切な治療を受けられるよう働きかけを強化し、実施していきます。

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	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
高血圧症治療者(人)	A	8,919	9,314	3,680	3,437	5,239	5,877
	A/被保数	37.3%	↑ 40.5%	25.8%	27.4%	54.1%	56.2%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	1,007	976	320	303	687
		B/A	11.3%	↓ 10.5%	8.7%	8.8%	13.1%
	虚血性心疾患	C	1,154	1,128	386	326	768
		C/A	12.9%	↓ 12.1%	10.5%	9.5%	14.7%
	人工透析	D	209	209	94	79	109
		D/A	2.3%	↓ 2.2%	2.6%	2.3%	2.1%

出典・参照：KDB システム変更_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 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
糖尿病治療者(人)		A	4,034	4,011	1,645	1,451	2,389	2,560
		A/被保数	16.9%	17.4%	11.6%	11.6%	24.7%	24.5%
(中長期 合併目 標疾患)	脳血管疾患	B	453	427	126	118	327	309
		B/A	11.2%	10.6%	7.7%	↑ 8.1%	↓ 13.7%	↓ 12.1%
	虚血性心疾患	C	592	579	199	158	393	421
		C/A	14.7%	14.4%	12.1%	10.9%	16.5%	16.4%
	人工透析	D	114	122	50	36	64	86
		D/A	2.8%	3.0%	3.0%	↓ 2.5%	2.7%	↑ 3.4%
糖尿病 合併症	糖尿病性腎症	E	1,107	1,282	449	437	658	845
		E/A	27.4%	32.0%	27.3%	30.1%	27.5%	33.0%
	糖尿病性網膜症	F	749	748	311	254	438	494
		F/A	18.6%	18.6%	18.9%	17.5%	18.3%	19.3%
	糖尿病性神経障害	G	212	208	85	79	127	129
		G/A	5.3%	5.2%	5.2%	5.4%	5.3%	5.0%

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

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
脂質異常症治療者(人)		A	7,186	7,401	2,947	2,742	4,239	4,659
		A/被保数	30.0%	32.2%	20.7%	21.9%	43.8%	44.6%
(中長期 合併目 標疾患)	脳血管疾患	B	789	822	232	263	557	559
		B/A	11.0%	11.1%	7.9%	9.6%	13.1%	12.0%
	虚血性心疾患	C	998	1,003	315	282	683	721
		C/A	13.9%	↓ 13.6%	10.7%	↓ 10.3%	16.1%	↓ 15.5%
	人工透析	D	124	144	55	54	69	90
		D/A	1.7%	1.9%	1.9%	2.0%	1.6%	1.9%

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

②高血圧・高血糖の有所見者の健診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R3年度で比較してみたところ、高血圧において有所見割合が伸びてきています。また医療のかかり方について、未治療者が健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療者割合、治療中断割合は県より高くなっています。

糖尿病においては、有所見割合は減少しており、問診結果より未治療者も減少しています。医療のかかり方について未治療者割合は6.3%で、沖縄県と比較しても低くなっています。

新型コロナウイルス感染症の影響で受診率が低迷している中、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、特に高血圧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)

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧										医療のかかり方			
					結果の改善 II 度高血圧の推移													
	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)					
							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		
うるま市	8,369	38.5	5,966	27.8	640	7.6	383	59.8	462	↑7.7	256	55.4	159	↑34.4	30	↑6.5		
沖縄県	96,845	41.3	80,454	34.6	5,660	5.8	3,211	56.7	5,264	6.5	2,871	54.5	1,746	33.2	304	5.8		

	健診受診率				糖尿病										医療のかかり方			
					結果の改善 HbA1c 7.0% 以上の推移													
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)					
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率									未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療	
	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K						
うるま市	8,281	98.9	5,966	100.0	512	6.2	129	25.2	352	↓5.9	68	19.3	22	↓6.3	14	4.0		
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		

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

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

出典・参照:KDB システム改変、特定健診等データ管理システム

③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が重複した病態を指し、一つ一つの危険因子が軽度であっても複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果において、H30年度と R4 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約 3%伸びており、3 項目すべての危険因子が重なっている割合が 1.2%、2 項目の危険因子が重なっている割合が 1.7%増加しています。(図表 23) また重症化予防の観点から、H30~R1、R3~R4 の健診継続受診者で HbA1c 6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C 160 以上の有所見者の翌年度健診結果をみると、H30~R1 に比べ R3~R4 のいずれの検査値も改善率が上がっています。

一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも 3 割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。(図表 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	8,369 (38.5%)	1,972 (23.6%)	672 (8.0%)	1,300 (15.5%)	1,253 (15.0%)
R04年度	6,260 (30.3%)	↑ 1,653 (26.4%)	↑ 578 (9.2%)	↑ 1,075 (17.2%)	917 (14.6%)

出典・参照:特定健診等データ管理システム

図表 24 HbA1c6.5 以上の前年度からの変化（継続受診者）

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	889 (10.7%)	145 (16.3%)	343 (38.6%)	117 (13.2%)	284 (31.9%)
R03→R04	651 (10.9%)	↑ 111 (17.1%)	200 (30.7%)	86 (13.2%)	254 (39.0%)

出典・参照:特定健診等データ管理システム

図表 25 II 度高血圧以上の前年度からの変化（継続受診者）

年度	II 度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	640 (7.6%)	254 (39.7%)	119 (18.6%)	34 (5.3%)	233 (36.4%)
R03→R04	462 (7.7%)	↑ 203 (43.9%)	75 (16.2%)	15 (3.2%)	169 (36.6%)

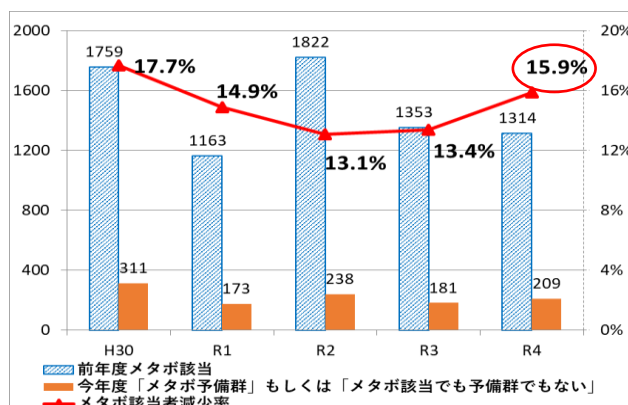
典・参照:特定健診等データ管理システム

図表 26 LDL160 以上の前年度からの変化（継続受診者）

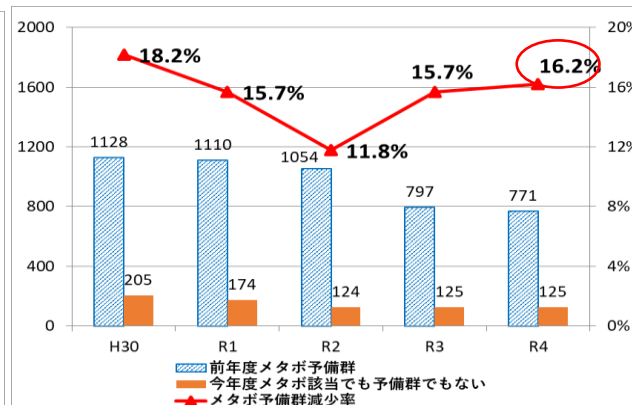
年度	LDL-C 160以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	964 (11.5%)	336 (34.9%)	239 (24.8%)	76 (7.9%)	313 (32.5%)
R03→R04	824 (13.8%)	↑ 321 (39.0%)	168 (20.4%)	42 (5.1%)	293 (35.6%)

出典・参照:特定健診等データ管理システム

図表 A メタボリックシンドローム該当者の減少率

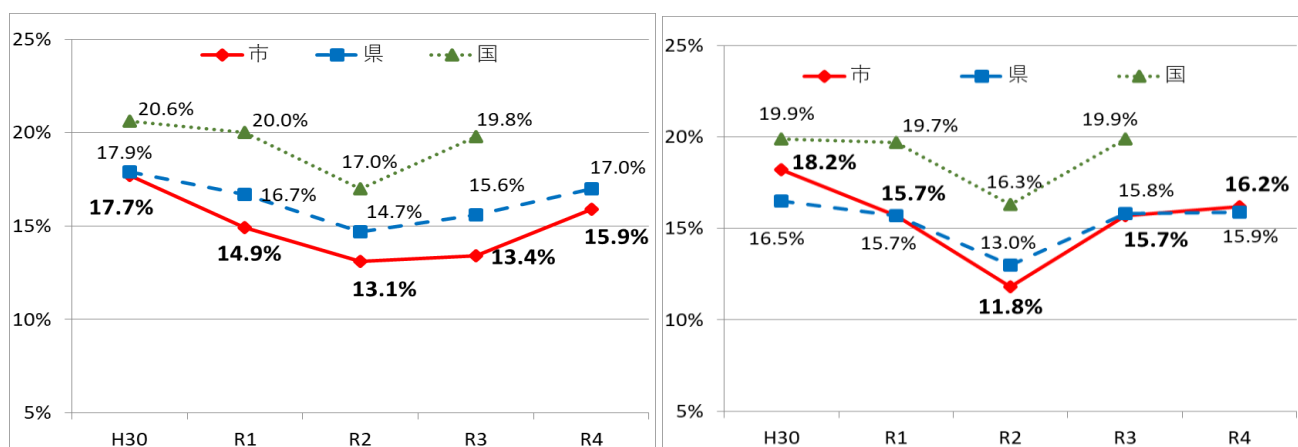


メタボリックシンドローム予備群の減少率



出典・参照:特定健診・特定保健指導実施結果総括表

図表 B メタボリックシンドローム該当者減少率(国・県比) メタボリックシンドローム予備群減少率(比較)



出典・参照:特定健診・特定保健指導実施結果総括表

※メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群):「腹囲」と「血圧・血液検査」の数値で判断します。下記の①に加えて②のうち2つ以上が当てはまったら「メタボ該当者」、1項目のみ当てはまる場合は「メタボ予備群」です。

①腹囲:おへその高さの腹囲が男性 85cm 以上・女性 90 cm以上

②血圧:収縮期血圧 130mmHg 以上または拡張期血圧 85mmHg 以上

血糖:空腹時 110mg/dL 以上

脂質:中性脂肪 150mg/dL 以上または HDL コレステロール 40mg/dL 未満

「前年度メタボ該当者」が今年度健診において【「メタボ予備群になった」または「メタボ該当者・予備群のどちらでもなくなった」割合】(メタボ減少率)は R4 年度 15.9%、「前年度メタボ予備群だった者」が今年度健診で【「メタボ該当者・予備群どちらでもなくなった」割合】(予備群減少率)は 16.2%(R4)と過去 5 年間では該当者・予備群とも減少率は 20%未満で推移しております。(図表 A) 国や県と比較すると直近の R3 年度ではメタボ減少率・予備群減少率ともに国・県より低い状況です。(図表 B) うるま市では、健診受診者が翌年度健診において、腹囲が基準内に減少するかまたは検査値異常が改善されてメタボ該当(またはその予備群)を抜け出すのは毎年 2 割弱にとどまっています。蓄積した内臓脂肪が血圧上昇や高血糖などを引き起こして血管を傷めるため、予防可能な循環器疾患の発症を減らしていくには、メタボ該当者が健診結果を参考に生活習慣を修正することで、内臓脂肪蓄積状態を改善し血管障害を進行させないようにする必要があります。

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、H30 年度には 36.9%まで伸びましたが、新型コロナウイルスの影響で、R1 年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)

またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の生活習慣病予防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)

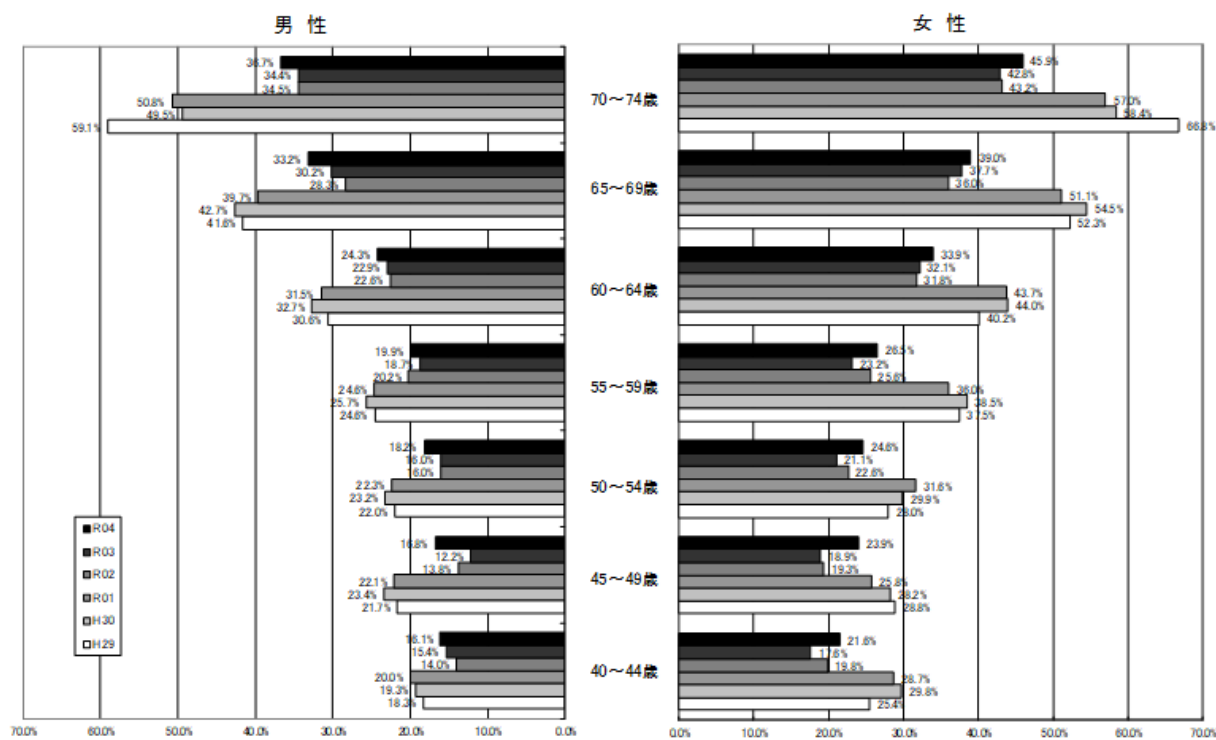
特定保健指導についても、H30 年度以降、大きく実施率が下がっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	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	8,017	7,708	5,548	5,659	5,932	健診受診率 60%
	受診率	36.9%	35.9%	26.3%	26.3%	28.9%	
特定保健指導	該当者数	1,416	1,297	957	904	970	特定保健指導実施率 60%
	割合	17.7%	16.8%	17.2%	16.0%	16.40%	
	実施者数	969	872	598	504	579	
	実施率	68.4%	67.2%	62.5%	55.8%	59.7%	

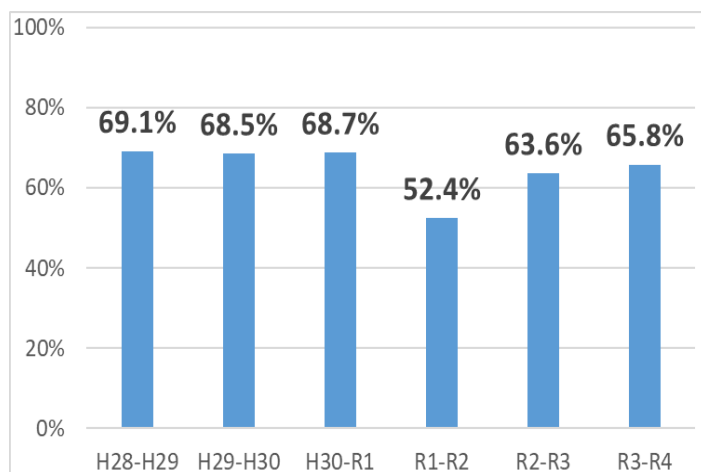
出典・参照：特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典・参照：特定健診等データ管理システム

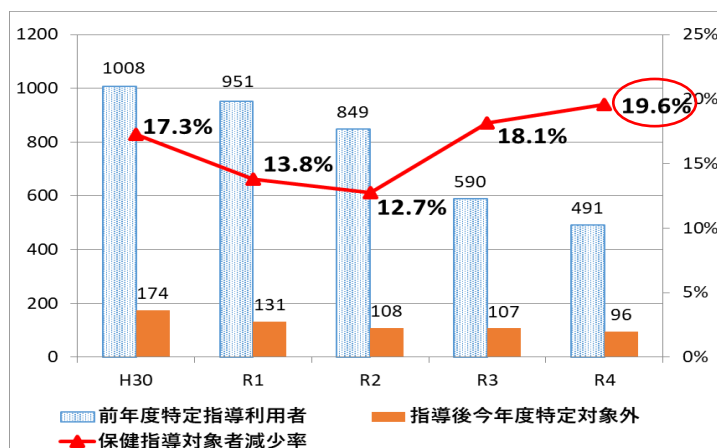
図表 C 2年連続健診受診率(健診リピート率)



出典・参照: マルチマーカースystem

特定健診を2年続けて受診した者の割合は7割未満となっています。(図表C) 令和元年度～令和2年度にかけては、新型コロナウイルス感染症蔓延防止の緊急事態宣言で外出自粛が呼び掛けられ、集団健診開催にあたり感染予防対策のため時間当たりの受付人数を制限する対応をとり、個別健診では健診実施を制限される委託機関もあったことで、多くの対象者が健診の継続受診を控える状況がありました。

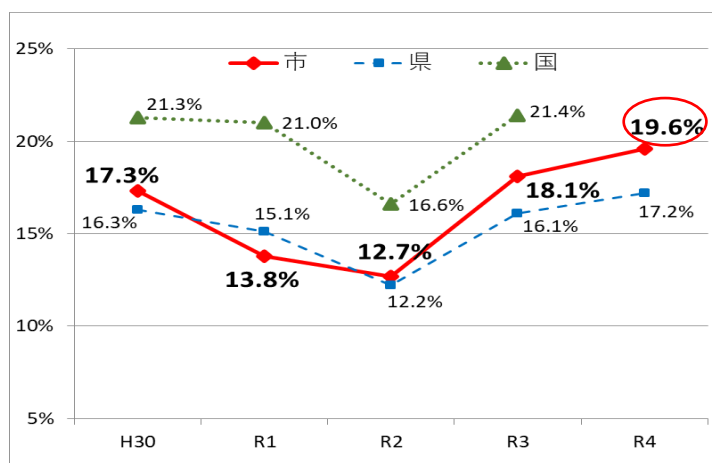
図表 D 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率



出典・参照: 特定健診・特定保健指導実施結果総括表

2年連続健診受診者で「前年度特定保健指導を利用した者」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」の割合】(特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率)は、令和4年度19.6%と過去5年間で最も減少率が高くなりましたが、どの年度も20%未満で推移しています。(図表D) 健診結果の要医療判定者は医療受診につなぎ、内臓脂肪蓄積により今後、予防可能な循環器疾患の発症リスクが高い対象者に対しては腹囲減少や検査値異常の改善によって血管障害を進行させないように個別支援を行います。また、加入者が自身の健康に関心を持てるよう継続的な健診受診を促し、健診結果を生活習慣改善の成果として経年的に確認していただけるように、健診目的を周知する必要があります。

図表 E 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率



出典・参照：特定健診・特定保健指導実施結果

特定保健指導対象者の減少率を国・県と比較すると、R3 年度 18.1%と国より低いものの、県よりは高くなっています。(図表 E) 国は 2023 年度(令和 5 年度)において平成 20 年度と比較したメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率(特定保健指導対象者の減少率)を 25%以上にすることを目標に掲げており、各保険者に事業効果の検証を推奨していることから、毎年度の減少率を基にメタボ該当者及び予備群の減少に向けて効果的な事業体制を整備する必要があります。

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

血糖値有所見者の割合は増減を繰り返しながら R4 年度は増加していますが、血糖値有所見者の未治療・中断の割合は減少傾向にあります。(図表 F) (図表 G)

特に HbA1c8%以上の高血糖者を優先対象者とし重点的に支援し、保健指導実施率は平成 30 年 63.7%から令和 4 年 79.3%に増加しています。しかし、HbA1c8.0 以上で治療が必要な者の約 2割が受診につながっておらず、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。(図表 G) (図表 H)

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保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。

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

図表 F 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)	9,229	9,063	6,483	6,917	7,693
血糖値有所見者 ※1	人(b)	720	636	573	569	744
	(b/a)	7.8%	7.0%	8.8%	8.2%	9.7%
保健指導実施者 ※2	人(c)	515	470	478	437	604
	(c/b)	71.5%	73.9%	83.4%	76.8%	81.2%

*1 HbA1c6.5%以上で保健指導対象としたもの

*2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

図表 G 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)	720	636	573	569	744
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 ※3	人(b)	201	191	123	121	147
	(b/a)	27.9%	30.0%	21.5%	21.3%	19.8%
保健指導実施者	人(c)	162	152	94	88	113
	(c/b)	80.6%	79.6%	76.4%	72.7%	76.9%
医療受診者	人(d)	101	101	59	63	74
	(d/c)	62.3%	66.4%	62.8%	71.6%	65.5%

*3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

図表 H 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)	9,229	9,063	6,438	6,917	7,693
HbA1c8.0%以上	人(b)	201	190	162	116	164
	(b/a)	2.2%	2.1%	2.5%	1.7%	2.1%
保健指導実施	人(c)	128	130	135	84	130
	(c/b)	63.7%	68.4%	83.3%	72.4%	79.3%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	48	41	39	20	37
	(b/a)	23.9%	21.6%	24.1%	17.2%	22.6%

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

本市において健診受診者のうち、医師が必要と認めた者に対して心電図検査を詳細健診として実施していますが、R1年度以降は約13%から15%で推移しています。(図表I)

心電図所見の一つである、ST 所見(心電図波形のうちで ST 部分に異常の見られるもの。詳細は P63 に後述)は、心筋の虚血が推測される重要な所見であり、医療機関を受診する必要があります。心電図所見のうち ST 所見をみると、令和4年度は要精査・要医療と判定を受けた者のうち、60%が医療機関を受診していますが、40%は未受診となっています。また、心房細動の要精査・要医療については、R1年度以降全数が医療へつながっています。

ST 所見で要医療・要精査の判定の者や、心房細動有所見者については、確実に医療につなぎ、個別のリスクに応じた保健指導を継続して行っています。(図表J)(図表K)

図表 I 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

		H30			R1			R2			R3			R4		
		総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
健診受診者(人)	a	8,269	4,009	4,260	7,951	3,871	4,080	5,748	2,897	3,051	5,872	2,796	3,076	6,263	2,993	3,270
心電図受診者(人)	b	2,938	1,489	1,449	1,141	636	505	775	383	392	848	452	396	997	502	495
心電図実施率	b/a	35.5%	37.1%	34.0%	14.4%	16.4%	12.4%	13.5%	14.2%	12.8%	14.4%	16.2%	12.9%	15.9%	16.8%	15.1%
要精査者(人)	c	145	76	69	62	35	27	28	17	11	36	18	18	50	21	29
有所見率	(c)/b	4.9%	5.1%	4.8%	5.4%	5.5%	5.3%	3.6%	4.4%	2.8%	4.2%	4.0%	4.5%	5.0%	4.2%	5.9%
心房細動(人)	d	23	22	1	14	14	0	6	6	0	15	13	2	12	11	1
心房細動有所見率	d/b	0.8%	1.5%	0.1%	1.2%	2.2%	0.0%	0.8%	1.6%	0.0%	1.8%	2.9%	0.5%	1.2%	2.2%	0.2%
うち、心房細動未治療(人)		10	10	0	8	8	0	4	4	0	7	5	2	5	4	1

図表 J 心電図受診者の、ST 所見の状況

		H30		R1		R2		R3		R4	
心電図実施者		2,938		1,141		775		848		997	
ST異常所見		112	3.8%	37	3.2%	43	5.5%	51	6.0%	40	4.0%
	要医療・要精査	45	40.2%	20	54.1%	11	25.6%	9	17.6%	15	37.5%
	医療機関受診あり	28	62.2%	16	80.0%	5	45.5%	8	88.9%	9	60.0%
	医療機関受診なし	16	35.6%	4	20.0%	6	54.5%	1	11.1%	6	40.0%
	それ以外の判定	67	59.8%	17	45.9%	32	74.4%	42	82.4%	25	62.5%

図表 K 心房細動有所見者の、医療受診状況

		H30		R1		R2		R3		R4	
心房細動有所見者		25		14		6		15		12	
	要医療・要精査者	11	44.0%	8	57.1%	4	66.7%	7	46.7%	5	41.7%
	医療機関受診あり	8	72.7%	8	100.0%	4	100.0%	7	100.0%	5	100.0%

③脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の割合は、令和4年度8.7%で年々増加傾向にあります。そのうち未治療者で保健指導後、治療につながったものは142人、約6割が治療につながっています。(図表 L) 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ます。また、高血圧以外の危険因子との組み合わせることで、脳、心、腎疾患など臓器障害のリスクをより高めます。高血圧ガイドラインに基づいてリスク別に階層化し、さらにその中で未治療者を優先に治療の必要性を理解してもらうための支援を継続して行い、適切な受診勧奨に取り組んでいきます。(図表 M)

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が約5割おり、保健指導・栄養指導に加え、服薬状況の確認が必要になっています。(図表 L)

R4 年度より集団健診会場で食品に含まれる塩分を展示し、当日血圧Ⅰ度以上の方に対しては健康教育を実施しています。また、血圧記録手帳を配布し、自身の血圧変動を知るために家庭血圧測定を勧め、今後も血圧手帳の活用を促していきます。

図表 L 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	8,269	7,949	5,737	5,929	6,260
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	629	609	459	460	543
	(b/a)	7.6%	7.7%	8.0%	7.8%	8.7%
治療あり	人(c)	378	365	257	254	306
	(c/b)	60.1%	59.9%	56.0%	55.2%	56.4%
	人(d)	251	244	202	206	237
	(d/b)	39.9%	40.1%	44.0%	44.8%	43.6%
医療受診	人(e)	171	174	91	127	142
	(e/d)	68.1%	71.3%	45.0%	61.7%	59.9%

(図表 M) 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設定

(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)		血圧分類 (mmHg)		I 度高血圧 140～159 /90～99	II 度高血圧 160～179 /100～109	III 度高血圧 180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	2,048	高血圧 130～139 /80～89				
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	2,048	950 46.4%				
リスク第1層 予後影響因子がない	147 7.2%	C 83 8.7%				
リスク第2層 高齢(85歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがあ	1,166 56.9%	C 547 57.6%				
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房振動、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2つ以上あ	735 35.9%	B 320 33.7%				
リスク第1層 予後影響因子がない	147 7.2%	B 43 5.4%				
リスク第2層 高齢(85歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがあ	1,166 56.9%	A 16 6.7%				
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房振動、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2つ以上あ	735 35.9%	A 5 7.4%				
リスク第1層 予後影響因子がない	147 7.2%	A 127 53.4%				
リスク第2層 高齢(85歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがあ	1,166 56.9%	A 36 52.9%				
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房振動、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2つ以上あ	735 35.9%	A 27 39.7%				

…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	583 28.5%
B	概ね1ヵ月後に 再評価	835 40.8%
C	概ね3ヵ月後に 再評価	630 30.8%

※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「HbA1c」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・保健指導プログラム(令和6年度版)によると、「保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、個人の生活習慣を改善するための支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業等の社会的要因や経済的要因に規定されることも大きい。」とされています。

うるま市においては、生活習慣病を予防するための運動や食生活を含めた各種教室等の実施、健康フェスタ開催や広報等を活用し、広く市民に健康づくりに関する周知を行ってきました。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習慣、生活リズム等、生活背景との関連など地域の実情について知る機会を増やすため、各種団体や地域での周知の機会を持ち、市民が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。

(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	実績			データの把握方法 (活用データ年度)	R6年度 ～ 目標追加
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5		
			(H30)	(R2)	(R4)		
データヘルス計画	中長期目標	入院外医療費を延ばし、入院医療費を抑える				KDBシステム	
		入院	51億 7,802万円	49億 7,023万円	49億 5,014万円		
		入院外	58億 7,650万円	56億 6,375万円	58億 8,040万円		
		脳血管疾患新規患者数(患者千人あたり)の5%減少	3.06	3.17	3.19		
		虚血性心疾患新規患者数(患者千人あたり)の5%減少	3.2	2.9	2.9		
		糖尿病性腎症新規患者数(患者千人あたり)の5%減少	2.5	1.7	1.3		
		脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.4%	2.3%	2.5%	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	1.6%	1.8%	1.5%		※追加項目
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	7.5%	7.7%	7.3%		
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	29.2%	25.8%	23.8%	保険者データヘルス支援システム(厚労省様式3-7)うるま市調べ(透析管理台帳)	※追加項目
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	73.3%	41.7%	56.5%		
	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	38.8%	42.7%	41.4%	KDBシステム	
		健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	7.6%	8.0%	8.7%	マルチマーカー／ 保健指導実践ツール (評価ツール)	
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	11.4%	12.5%	12.6%		
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C8.3%以上)	10.6%	10.9%	11.7%		
		健診受診者の糖尿病有病者の割合を5%台にする(HbA1C5.5以上／治療率70以上)	8.1%	8.3%	8.9%		
		糖尿病未治療者の割合 10%未満に減少	12.6%	14.4%	17.5%	保険者データヘルス支援システム	
		健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.8%	0.70%	0.8%	マルチマーカー／保健指導実践ツール(評価ツール)	
		高血圧要医療者のうち保健指導後の医療受診割合	49.1%	62.7%	69.8%	マルチマーカー	※追加項目
		高血圧要医療者のうち保健指導後の医療受診割合	47.0%	47.8%	55.5%		
		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					
	その他	特定健診受診率60%以上	36.9	26.3	28.9	法定報告値	
		特定保健指導実施率60%以上	68.4	62.5	59.7		
		特定保健指導による特定保健指導の減少率	17.3	12.7	19.6	法定報告値	※追加項目
		胃がん検診受診者の増加	7.7	11.3	8.7	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	15.8	11.6	15.0		
		大腸がん検診受診者の増加	10.8	10.9	11.5		
		子宮がん検診受診者の増加	21.2	16.8	11.0		
努力支援制度	その他	乳がん検診受診者の増加	16.7	13.1	10.9		
		後発医薬品の使用により医療費の削減	83.4%	86.0%	87.4%	厚生労働省	

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

総医療費に対する入院費の割合は減少傾向ですが、一人あたり医療費は H30 年度に比べ増加しており、特に入院にかかる費用額が伸びています。疾患別にみると中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の合計医療費が総医療費に占める割合は、11.87%から 11.61%に減少していますが、脳血管疾患については、2.43%から 2.48%へ増加しており、同規模 2.11%、県 2.40%よりも高くなっています。脳血管疾患においては、医療費と患者数の両方の増加がみられ、その基礎疾患となる高血圧については、健診受診者の高血圧有所見割合も増加しています。また健診後の医療レセプトから約 34%が未治療のまま放置されている現状がみられており、未治療者割合、治療中断割合は県より高く課題となっています。高血圧治療中の方の合併症については、脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合のいずれも減少していることから、健診で把握した高血圧有所見者を確実に医療へつなぎ、血圧コントロールに向けた保健指導を今後も継続して行っていくことが重要です。

H30 年度と R3年度の健診有所見状況を比較すると、糖尿病有所見割合は減少しており、また健診後の医療レセプトから未治療者割合は 6.3%で、その割合は沖縄県平均より低い状況となっています。これまで糖尿病性腎症重症化予防として重点的に取り組み、健診で把握した糖尿病有所見者やレセプトで把握した糖尿病治療中断者を優先的に介入した一定の成果と考えられます。しかし、重症化リスクの高いHbA1c8.0以上の約2割が医療受診につながっていません。血管合併症の発症、進行を抑制するために、未受診者に対しては保健指導担当者が継続的に介入し、医療への受診勧奨および血糖悪化の原因となる肥満、インスリン抵抗性の改善に向け、引き続き疾病の発症予防と重症化予防の充実を図っていく必要があります。

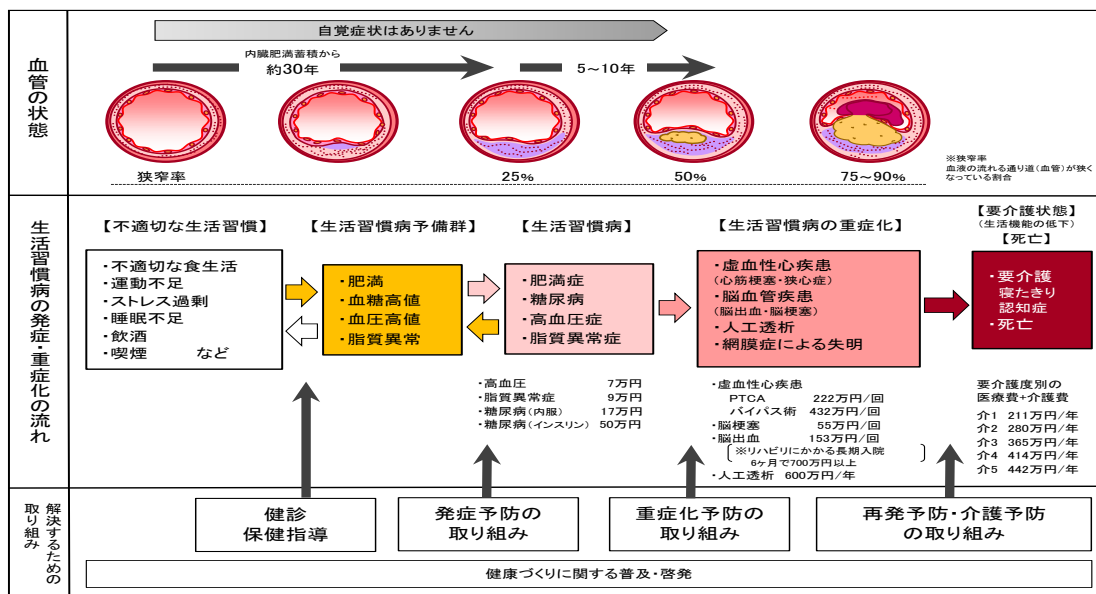
また重症化予防の観点から、H30～R1、R3～R4 の継続健診受診者で HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見者の翌年度健診結果をみると、H30～R1に比べ R3～R4のいずれも検査値の改善率が上がっています。しかし、翌年度健診を受診していない方がいずれも3割程度存在し、検査値の変化が把握できておらず、健診の継続受診率が低いことが課題です。地区担当制による継続的な保健指導体制を構築し、結果の改善につながる保健指導を実施できるよう保健指導者の資質向上にも継続して取り組んでいくことが重要です。

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。

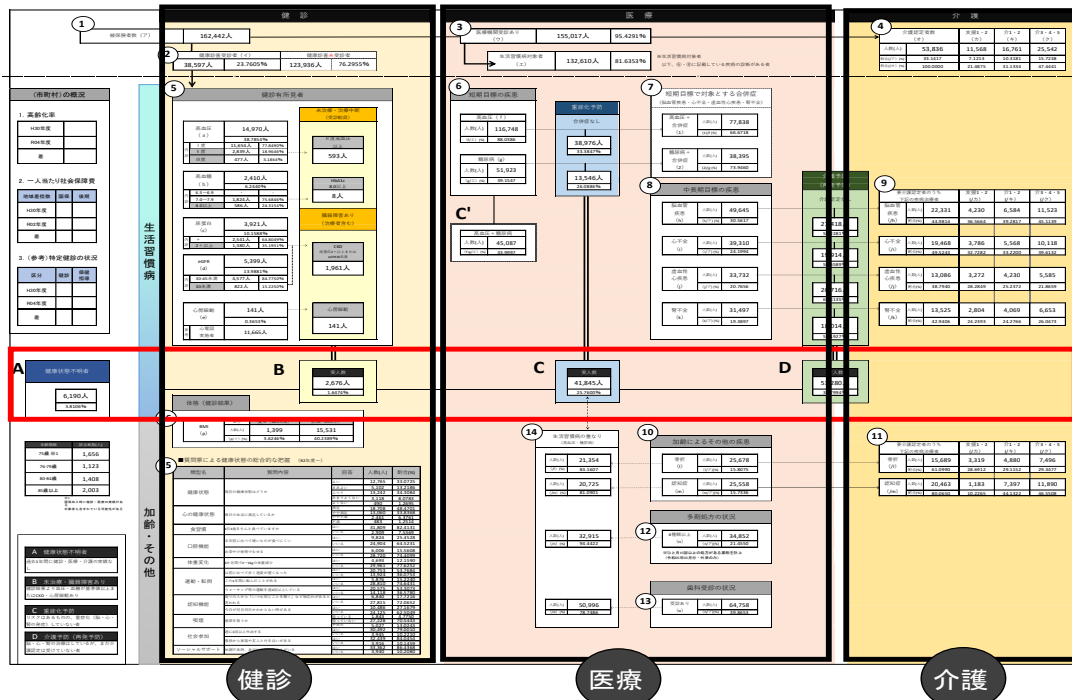
また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、（図表 31）に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

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

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

満の肥満対策も重要であると考えます。

図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

図表 32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期: R04年度
被保険者数	39,045人	38,512人	38,311人	37,619人	36,400人	12,907人
総件数及び 総費用額	件数	235,865件	238,531件	212,795件	222,938件	230,543件
	費用額	107億1891万円	110億0878万円	106億9082万円	112億3934万円	109億2392万円
一人あたり医療費	27.5万円	28.6万円	27.9万円	29.9万円	↑30.0万円	88.6万円

出典・参照: KDB システム改変

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名		総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患
				腎	脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
				慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
① 国保	うるま市	109億2392万円	24,415	7.34%	0.27%	2.48%	1.51%	4.31%	2.41%	1.24%	21億3602万円	19.55%	13.01%	10.73%	7.21%
	同規模	--	29,058	4.49%	0.29%	2.11%	1.50%	5.48%	3.12%	2.13%	--	19.12%	16.76%	8.12%	8.52%
	県	--	26,050	5.80%	0.27%	2.40%	1.61%	4.02%	2.33%	1.38%	--	17.81%	12.57%	10.14%	7.73%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
② 後期	うるま市	339億7647万円	83,071	4.22%	0.40%	3.53%	1.72%	3.02%	2.20%	1.22%	55億3844万円	16.30%	8.44%	4.41%	13.60%
	同規模	--	73,306	4.49%	0.47%	3.76%	1.70%	4.08%	2.91%	1.47%	--	18.89%	11.20%	3.34%	12.65%
	県	--	79,275	4.65%	0.38%	4.30%	1.76%	3.09%	2.26%	1.14%	--	17.58%	8.35%	4.54%	13.72%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

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

図表34 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度			H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	378人	432人	404人	459人	481人	1,391人
	件数	B	569件	674件	634件	752件	721件	2,664件
		B/A	0.24%	0.28%	0.30%	0.34%	0.31%	1.63%
	費用額	C	7億6120万円	9億1556万円	8億6232万円	9億9198万円	9億4188万円	25億4227万円
		C/A	7.1%	8.3%	8.1%	8.8%	8.6%	22.2%

出典・参照:KDB システム改変

図表 35 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度			H30年度	R01年度	R02年度	R03年度		R04年度		後期:R04年度
脳血管疾患	人数	D	24人	18人	19人	29人		29人		75人
		D/A	6.3%	4.2%	4.7%	6.3%		6.0%		5.4%
	件数	E	41件	23件	31件	57件		48件		142件
		E/B	7.2%	3.4%	4.9%	7.6%		6.7%		5.3%
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	6.3%
		40代	5	12.2%	2	8.7%	0	0.0%	0	0.0%
		50代	6	14.6%	6	26.1%	1	3.2%	13	22.8%
		60代	15	36.6%	7	30.4%	19	61.3%	22	38.6%
		70-74歳	15	36.6%	8	34.8%	11	35.5%	19	33.3%
									22	45.8%
	費用額	F	5510万円	2478万円	4100万円	6616万円		↓ 5264万円		1億2096万円
		F/G	7.2%	2.7%	4.8%	6.7%		5.6%		4.8%

出典・参照:KDB システム改変

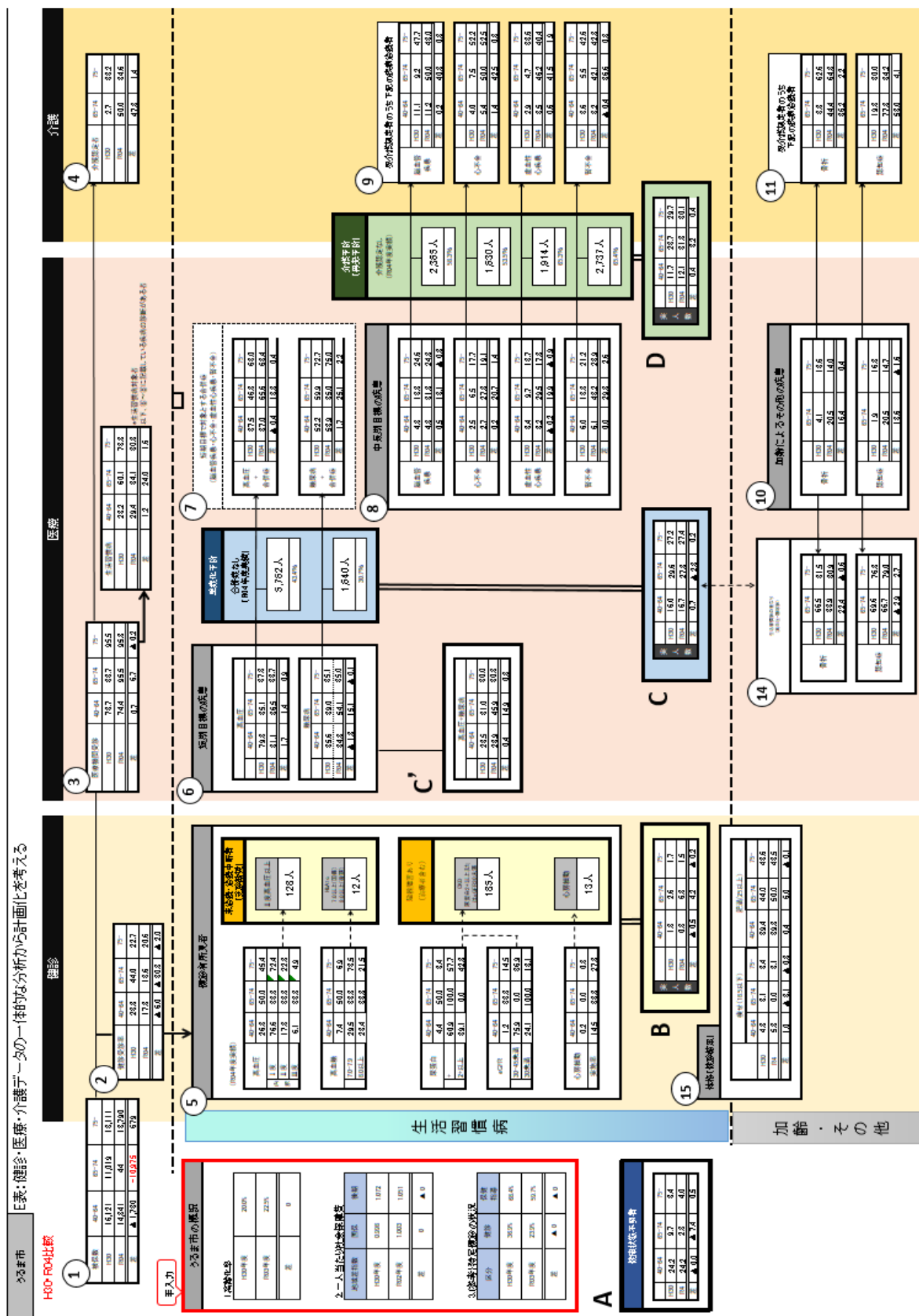
図表 36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度			H30年度	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	23人	27人	20人	28人		25人		58人
		G/A	6.1%	6.3%	5.0%	6.1%		5.2%		4.2%
	件数	H	24件	27件	22件	31件		26件		65件
		H/B	4.2%	4.0%	3.5%	4.1%		3.6%		2.4%
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
		40代	3	12.5%	1	3.7%	0	0.0%	1	3.2%
		50代	1	4.2%	1	3.7%	3	13.6%	2	6.5%
		60代	10	41.7%	17	63.0%	16	51.6%	6	23.1%
		70-74歳	10	41.7%	8	29.6%	9	40.9%	12	38.7%
									14	53.8%
	費用額	I	4083万円	3113万円	4531万円	5713万円		3221万円		6632万円
		I/G	5.4%	3.4%	5.3%	5.8%		3.4%		2.6%

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 健診・医療・介護データの一体的分析 (例:65~74 歳国保加入者)



図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①			②			⑤					
年度	介護認定率	被保険者数			健診受診率			体格(健診結果)					
	75-	40-64	65-74	75-	特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
					40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	33.2	16,121	11,019	13,111	23.3	44.0	22.7	4.3	3.1	3.4	39.4	44.0	43.6
R4	34.6	↓ 14,341	↑ 12,431	↑ 13,790	17.3	32.3	20.6	5.3	3.3	3.1	39.8	42.2	43.5

図表 39 健診有所見状況

E表		⑤																																		
年度	Ⅱ度高血圧以上 ○は未治療・治療中断者									HbA1c7.0以上 ○は未治療・治療中断者 ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白24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	%	(A)	人	%	(A)	人	%	(A)	人	%	(A)	人	%	(A)	人	%	(A)	人	%	(A)	人	%	(A)	人	%	(A)	人	%	(A)	人	%	(A)			
H30	246	6.6	(112)	409	8.4	(120)	328	11.0	(69)	194	5.2	(23)	337	7.0	(21)	37	1.2	(0)	91	2.4	(84)	164	3.4	(147)	169	5.7	(148)	0	0.0	(0)	7	0.1	(7)	12	0.4	(12)
R4	153	6.2	(63)	415	10.4	(127)	357	12.5	(65)	106	4.3	(11)	328	8.2	(20)	42	1.5	(0)	50	2.0	(46)	119	3.0	(103)	155	5.4	(137)	4	0.2	(4)	3	0.1	(3)	9	0.3	(9)

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦								
年度	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症								
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	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-
H30	73.7	88.7	95.5	28.2	60.1	78.8	79.3	85.1	87.8	35.6	39.0	35.1	23.5	31.0	30.0	37.5	46.8	63.0	52.2	59.9	72.7			
R4	74.4	87.9	95.3	29.4	60.8	80.3	81.1	87.1	88.7	34.3	38.1	35.0	23.9	31.1	30.3	37.0	48.6	63.4	53.9	65.0	75.0			

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

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

E表	⑧												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保険者割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全↑			腎不全↑			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	4.3	13.8	24.6	3.4	9.7	18.7	2.5	6.5	17.7	6.0	13.8	21.2	11.1	9.2	47.7	2.9	4.7	38.6	4.0	7.5	52.2	3.6	5.5	42.6
R4	4.8↑	13.6	24.3	3.2	9.1	17.8	2.7	7.8	19.1	6.1	15.2	23.9	11.2	13.9	48.0	3.5	7.1	40.4	5.4	13.0	52.5	3.2	8.4	42.8

図表 42 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	66.5	81.5	69.6	76.3	4.1	13.6	1.9	16.3	8.3	62.6	19.8	80.0
R4	66.3	80.9	67.9	79.0	4.7	14.0	1.7	14.7	16.7	64.8	58.4	84.2

(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ますが、一人あたり医療費を比較すると、令和 2 年度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 年以降は増加傾向にあります。令和 4 年度の後期高齢者の一人あたり医療費は 88.6 万円で、国保一人あたり医療費の約 3 倍高い状況です。(図表 32)

うるま市は、これまで糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできました。短期的目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模と比べて低いですが、腎不全(透析あり)の医療費に占める割合は依然として同規模、県、国と比べて高い状況で課題となっています。(図表 33)

高額レセプトをしてみると、国保においては年間約 700 件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約 2,600 件、3.7 倍となっています。脳血管疾患で高額になったレセプトは、令和 3 年度が一番多く 57 件、約 6,600 万円の費用がかかっていましたが、令和 4 年度は件数、費用額ともに減少しています。しかし、後期高齢においては、令和 4 年度の高額レセプト件数は 142 件で約 1 億 2 千万円の費用がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表 34、35)

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 38 の①被保険者数は、40~64 歳で減っていますが、65~74 歳では 1412 名、75 歳以上では 679 名増え、高齢化率の低いうるま市でも 65 歳以上の高齢者が確実に増えていることが分かります。その被保険者の中で、②の健診受診率をみると、40~64 歳で 6%、65~74 歳で 11.7%と低下しており、健診受診率向上が健康課題の一つとなっています。

健診有所見の状況(図表 39)をみると、65 歳以上においてⅡ度高血圧以上、HbA1c7.0 以上の有所見率が増加しています。また、短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況(図表 40)をみると、生活習慣病医療受診者の中で糖尿病をもつ合併症においては、特に 65 歳以上の年代で高くなっています。

中長期疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全)の状況(図表 41)をみると、虚血性心疾患は各年代で減少しているのに対し、脳血管疾患は 40~64 歳の若い年代で増加、心不全、腎不全については全年代で増加し、さらに 40 歳以上のすべての年代において、脳血管疾患、虚血性心疾患、心不全における介護認定者の割合が高くなっています。

(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

具体的な取組方法については、第 4 章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

①データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

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

②中長期的な目標の設定

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

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

また、軽症時に通院せず、重症化して入院することが多い現状から、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。また糖尿病やメタボリックシンドロームは、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ため、日本人食事摂取基準及び各種ガイドラインの考え方を基に、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「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			データの把握方法 (活用データ年度)	
					初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R10)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持		2.5%	2.4%	2.4%	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		1.5%	1.5%	1.5%		
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の減少		7.3%	7.0%	6.7%		
			透析導入者の糖尿病性腎症割合の減少		23.8%	21.0%	20.0%	保険者データヘルス支援システム (厚労省様式3-7)	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少		58.3%	53.3%	48.3%	うま市(透析管理台帳)	
	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少		41.0%	38.0%	35.0%	健診結果 (保険者データヘルス支援システム)	
			(再掲)	メタボリックシンドローム該当者の減少		26.4%	25.0%		23.0%
				メタボリックシンドローム予備群の減少		14.6%	13.0%		12.0%
				(再掲)	Aメタボ該当者+高血圧の割合減少(140/90以上)		12.4%		12.1%
			A+高血糖の割合減少(HbA1c8.0以上)			0.6%	0.5%		0.4%
			A+脂質異常の割合減少(LDL160以上)			1.3%	1.2%		1.1%
			A+尿蛋白有所見の割合減少(2+以上)			0.5%	0.4%		0.4%
			A+高尿酸の割合減少(8.0以上)			0.9%	0.8%		0.7%
			健診受診者の高血圧の割合減少(160/100以上)		8.7%	8.1%	7.5%		
			健診受診者の脂質異常の割合減少(LDL160以上)		12.5%	11.9%	11.3%		
			健診受診者の血糖異常の割合の減少(HbA1c6.5%以上)		11.7%	11.1%	10.5%		
			★健診受診者のHbA1c8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少		2.3%	2.2%	2.0%		
			健診受診者の尿蛋白有所見の割合減少(2+以上)		2.0%	1.9%	1.7%		
			高血圧要医療のうち保健指導後の医療受診割合		69.8%	70.0%	70.0%	マルチマーカー	
			高血圧要医療のうち保健指導後の医療受診割合		55.5%	60.0%	60.0%		
	アウト	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		28.9%	40.2%	50.0%	法定報告値 (特定健診等データ管理システム) ※分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数/前年度の特定保健指導の利用者数	
			★特定保健指導実施率60%以上		59.7%	60.0%	60.0%		
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※		19.6%	20.0%	21.0%		
努力者支援制度		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(数量シェア率)91%以上		86.8%	90.0%	91.0%	国保課集計	

健診等データ管理システム

第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高確法第19条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。

なお、第1期及び第2期は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことを踏まえ、第3期以降は実施計画も6年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 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	33.3%	36.9%	40.2%	43.5%	46.8%	50%以上
特定保健指導実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%以上

3. 対象者の見込み

図表 45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	20,317人	20,117人	19,916人	19,715人	19,514人	19,313人
	受診者数	6,766人	7,424人	8,007人	8,577人	9,133人	9,657人
特定保健指導	対象者数	1150人	1262人	1361人	1458人	1553人	1642人
	保健指導実施者数	690人	757人	817人	875人	932人	985人

※特定保健指導対象者数は、健診受診者の17%で算出

4. 目標達成に向けての方策と具体策

①特定健診

特定健診において、受診率向上を図るため、以下の具体策を進めます。

【これまでの取り組み】

取り組み	内 容
受診勧奨	・年に3回、健診未受診者に対し、健診日程・健診内容が記載された受診勧奨はがきの発送。（ナッジ理論を用いた特定健診受診勧奨委託事業） ・特定健診未受診者へ集団健診日程に合わせて電話による受診勧奨の実施。場合により受診の必要性について説明。 ・お知らせセンターからSMSでの受診勧奨。

医療機関との連携	医療機関へ定期通院患者かつ健診未受診者への受診勧奨の協力依頼。
インセンティブ事業	・特定健診対象者へ受診後、Tポイント(300ポイント)を付与する。 ・受診率が高く受診勧奨に取り組んでいる上位3自治会への表彰。また、対象者の区分毎に受診率が高い上位自治会へ受診率の向上推進費として助成を実施。
受診しやすい環境づくり	・健診ガイド・HP・ハガキ・チラシなどにQRコードを印字し、いつでも予約できる環境づくりの構築。 ・休日・祝日健診やナイト健診の実施。 ・希望により脳ドック、人間ドックの特定健診項目分を助成。
普及啓発	・うるま市の大型ビジョンにて受診勧奨動画配信。 ・役所関係窓口や市の主催イベント来場者にてポケットティッシュを配布し受診勧奨を実施。健診の内容や日程案内。

【新たな取り組み】

取り組み	内 容
関係機関との連携	市商工会を通して事業者健診後の健診結果の提供依頼。医療機関やその他関係機関へ受診勧奨を実施し連携を図ります。
受診しやすい環境づくり	SNSを活用した受診勧奨や休日・ナイト健診の充実、健診時の託児サービスの拡大や新たなインセンティブ事業の検討を実施します。
普及啓発	横断幕の設置や広報誌やホームページへの掲載を強化します。

※随時効果的な方法を検証しながら、新たな取り組みも実施していきます。

5. 特定健診の実施

(1) 実施方法

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

- ① 集団健診(うるま市健康福祉センターうるみん他)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2) 特定健診委託基準

高確法第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、うるま市のホームページに掲載する。

(参照) URL: <https://www.city.uruma.lg.jp/kurasi/120/916/167318184>

(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

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

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

(5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

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

(7) 代行機関

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

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 47 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 ↓ 健診対象者の抽出、受診券等の印刷・送付(随時可) (特定健診の開始)	(特定保健指導の実施)
5月			健診データ抽出(前年度分)
6月		健診データ受取 ↓ 費用決済	
7月		保健指導対象者の抽出 ↓ (特定保健指導の開始)	
8月			実施実績の分析実施方法、委託先機関の見直し等
9月		(特定健診・特定保健指導の実施)	
10月			受診・実施率実績の算出 ↓ 支払基金への報告 (ファイル作成・送付)
11月	契約に関わる 予算手続き		
12月			
1月			
2月			
3月	契約準備 ↓	(特定健診・特定保健指導の当年度受付終了)	

6. 特定保健指導の実施

(1) 特定保健指導の実施については、一部医療機関等への業務委託も合わせて行います。

(2) 特定保健指導対象者の階層化と特定保健指導プログラム

国の基準に基づき、特定保健指導の対象者(積極的支援、動機づけ支援)を選定し、「標準的な健診・保健指導プログラム」に基づき生活習慣改善に向けた支援を実施します。また、第4期特定健康診査等実施計画における特定保健指導の変更点に留意して行います。

○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。

(3) 特定保健指導率向上のため、以下の具体策を実施します。

①保健指導を利用しやすい環境づくり

- ・健診会場で特定保健指導の必要性や健診結果の手渡しについて個別説明
- ・健診会場で初回特定保健指導の分割実施
- ・専任スタッフによる架電にて初回面接日の日程調整
- ・対象者に合わせた面接場所、日時の調整
- ・特定保健指導業務の外部委託

② 生活改善の継続に向けた支援

- ・対象者に合わせた学習教材の提供
- ・健康管理機器を活用した客観的データ提供（体組成計等）
- ・血圧計等の健康管理物品の貸出
- ・二次健診の実施
- ・健康(栄養・運動)教室の案内

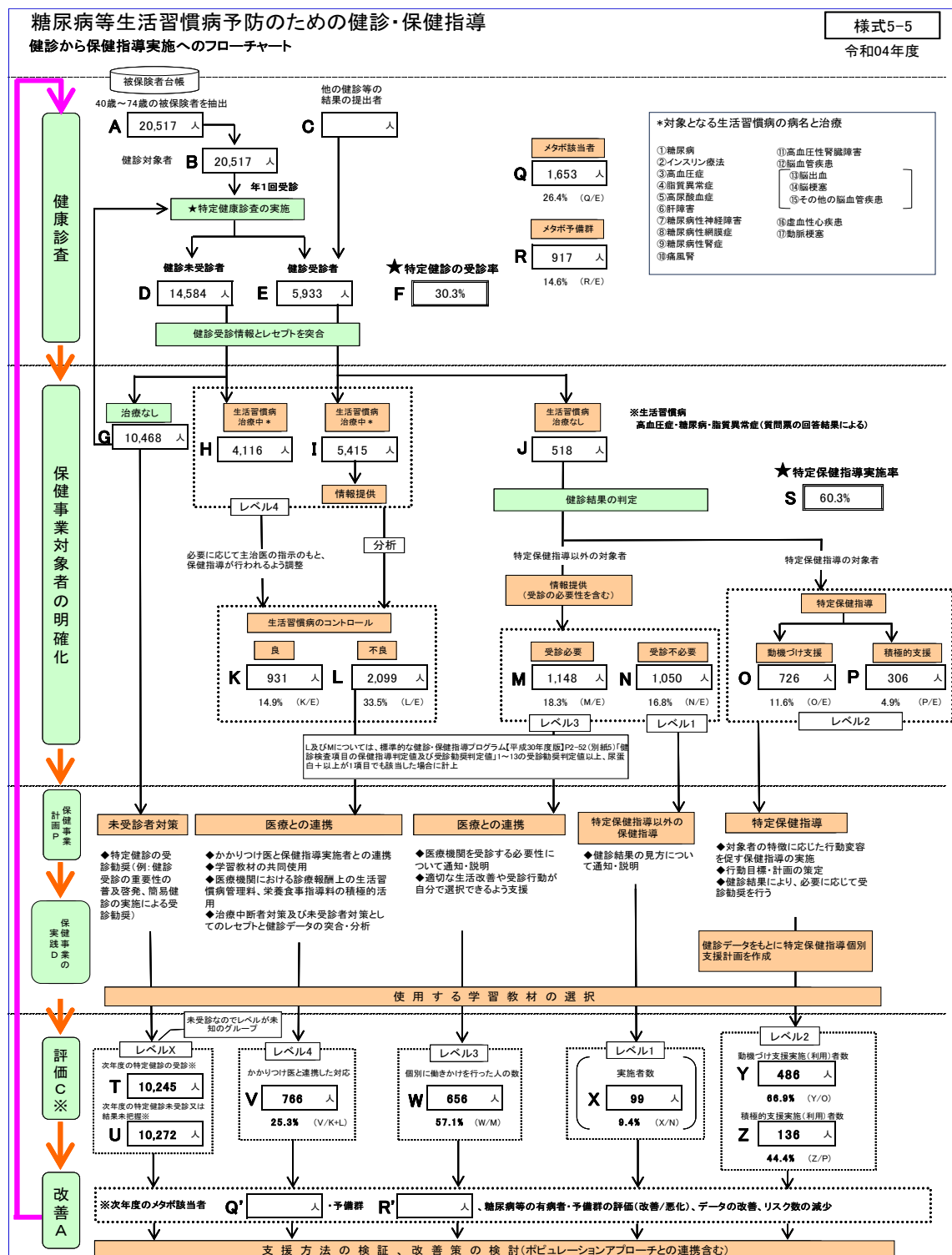
③ 質の高い保健指導の提供と体制づくり

- ・特定保健指導担当者の資質向上（内部学習会、事例検討会、研修会等への参加）

(4) 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:マルチマーカー(2022年度・40-74歳・国保)

(5) 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	1,150人 (17.0%)	60.0%
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	1,238人 (18.3%)	75.0%
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)	14,584人 ※受診率目標 (33.3%) 達成まで にあと899人	33.3%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説 明	1,137人 (16.8%)	50.0%
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	3,275人 (48.4%)	70.0%

(6) 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	◎利用券の登録	◎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 ◎保健指導の開始	
7月			
8月			
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月			
11月			
12月			
1月			
2月			
3月	◎健診の終了		
4月			
5月			
6月			

7. 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うるま市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。

8. 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。

9. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高確法第 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、市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

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

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

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

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、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

うるま市の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、2,687人(42.9%)【①】です。そのうち治療なしが886人(27.4%)【②】を占め、さらに臓器障害があり直ちにに取り組むべき対象者が296人(33.4%)【③】です。

また、うるま市においては、重症化予防と特定保健指導が重なる対象者の割合が、886人中516人【④】と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。(図表51)

図表 51 脳・心・腎を守るために

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

健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少				虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少				糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少				<参考> 健診受診者(受診率)			
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)				虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器科の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))				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 (日本腎臓学会)		6,260人	30.3%		
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性 脳塞栓症 (27.7%) ラクナ 梗塞 (31.2%) アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%) ※脳卒中 データバンク 2015より 非心原性脳梗塞				心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症								■各疾患の治療状況			
													治療中	治療なし		
													高血圧	2,401	3,859	
													脂質異常 症	1,502	4,758	
													糖尿病	646	5,614	
													3疾患 いずれか	3,030	3,230	
													※問診結果による			
優先すべき 課題の明確化	高血圧症		心房細動		脂質異常症		メタボリック シンドローム		糖尿病		慢性腎臓病 (CKD)					
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)				動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓学会)		重症化予防対象者 (実人数)			
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上		心房細動		LDL-C 180mg/dl以上		中性脂肪 300mg/dl以上		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	543	8.7%	6	0.1%	269	4.3%	248	4.0%	1,653	26.4%	557	8.9%	615	9.8%	2,687	42.9%
治療なし	306	7.9%	5	0.2%	245	5.1%	190	4.0%	319	9.9%	253	4.5%	174	5.4%	886	27.4%
(再掲) 特定保健指導	130	23.9%	2	33.3%	91	33.8%	77	31.0%	319	19.3%	77	13.8%	81	13.2%	516	19.2%
治療中	237	9.9%	1	0.0%	24	1.6%	58	3.9%	1,334	44.0%	304	47.1%	441	14.6%	1,801	59.4%
臓器障害 あり	113	36.9%	5	100.0%	39	15.9%	43	22.6%	78	24.5%	72	28.5%	174	100.0%	296	33.4%
CKD(専門医対象者)	30		1		15		27		28		41		174		174	
心電図所見あり	92		5		28		19		56		36		20		142	
臓器障害 なし	193	63.1%	--		206	84.1%	147	77.4%	241	75.5%	181	71.5%	--		--	
治療中	臓器障害 あり		1		4		22		372		107		441		610	
CKD(専門医対象者)	44		0		1		19		249		75		441		441	
心電図所見あり	64		1		3		7		159		42		60		229	
臓器障害 なし	145		61.2%		20		83.3%		36		62.1%		962		72.1%	
	197		64.8%		--				197		64.8%		--		--	

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

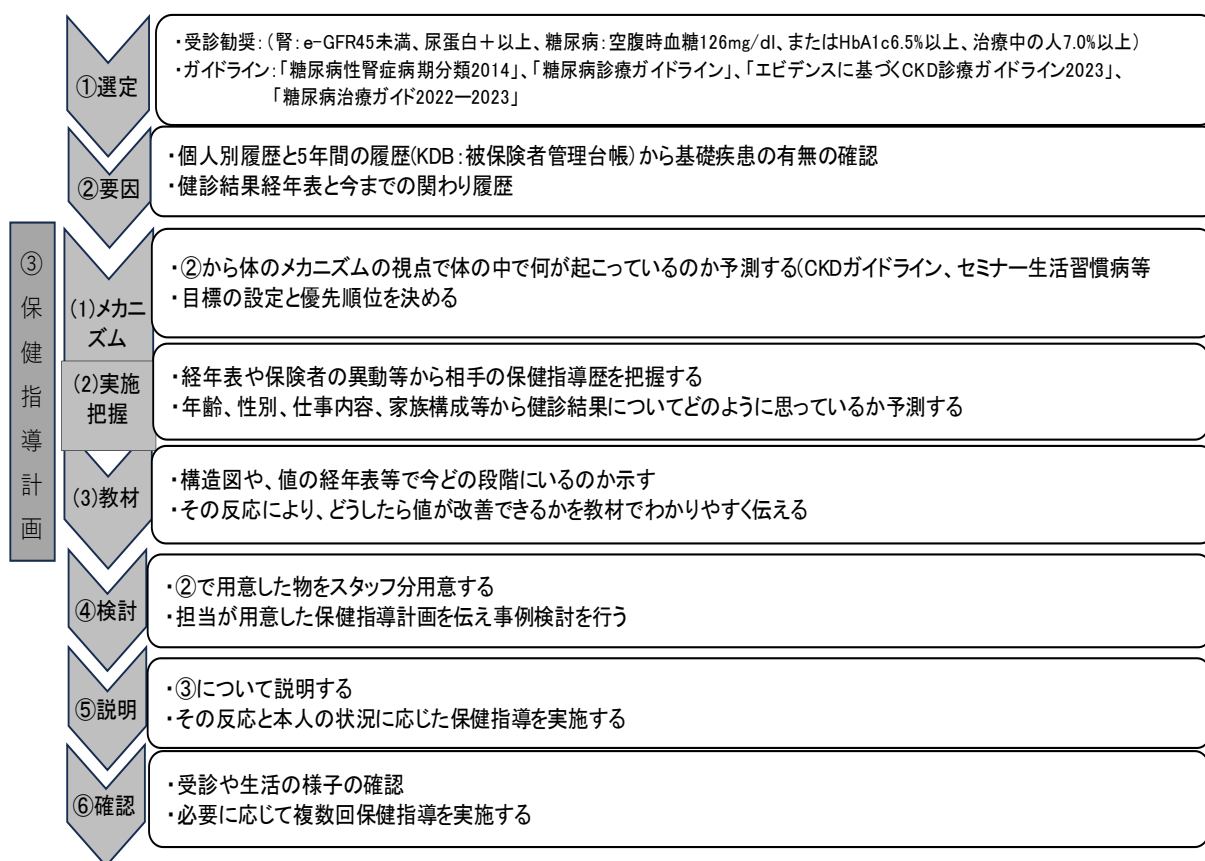
1) 基本的な考え方

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）及びうるま市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うるま市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準ずる者を対象とします。

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

①対象者の抽出

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

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

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

出典・参照:糖尿病治療ガイド 2022-2023

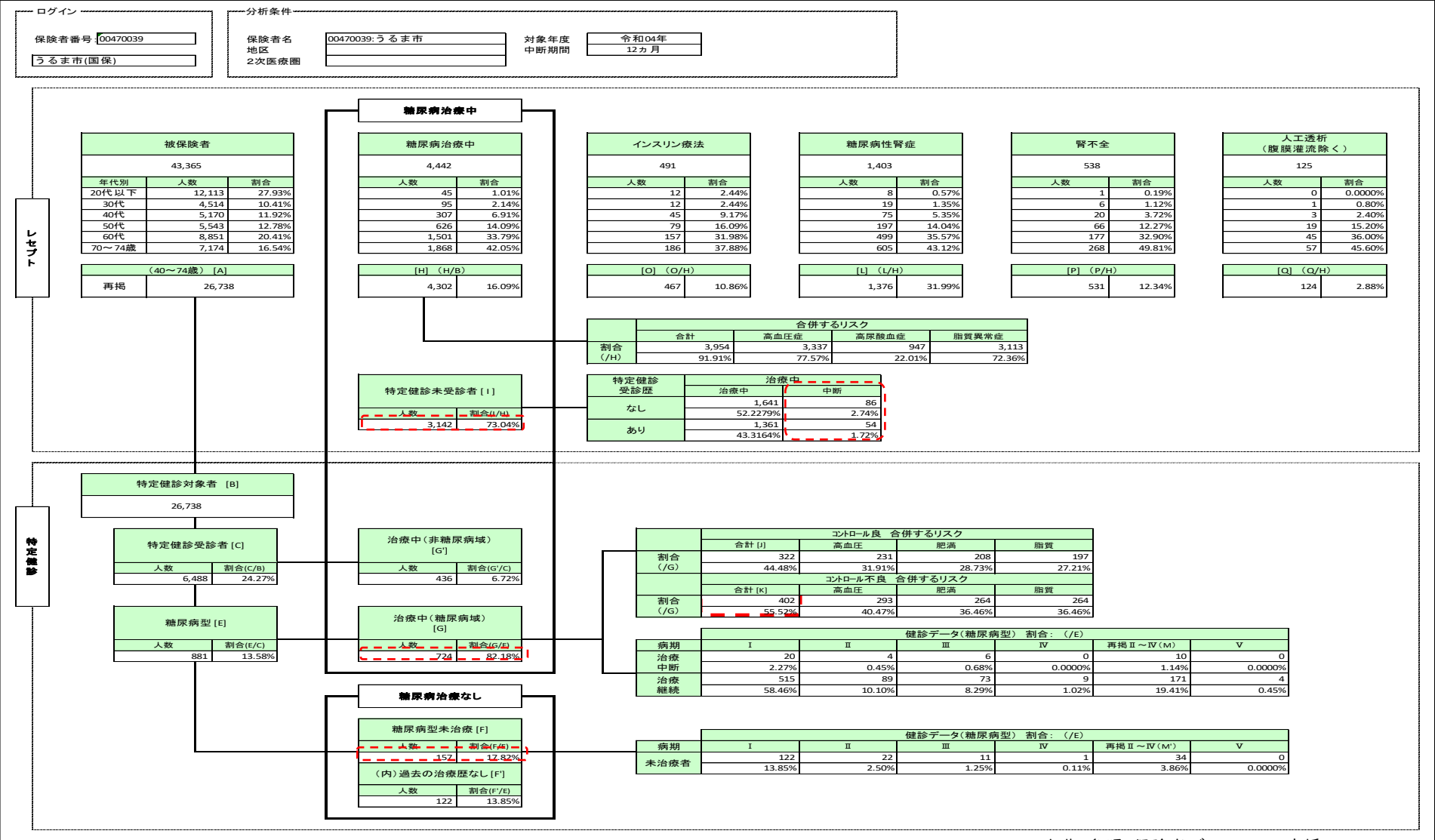
糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していきます。
うま市においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査を必須項目として実施しています。腎機能（eGFR）の把握は可能であり、尿アルブミンについては把握が難しいですが、CKD診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量 (mg/dl) に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白（-）、微量アルブミン尿と尿蛋白（±）、顕性アルブミン尿（+）としていることから、尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となります。

②基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。（図表 54）

特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、157 人(17.8%・F)でした。また、糖尿病治療中で血圧、肥満、脂質のコントロール不良が 402 人(55.5%・K)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者 3,142 人(73.04%・I)については、治療中ではあります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。

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



3) 優先順位と介入方法

うるま市における優先順位と介入方法を、以下のとおりとします。

【優先順位】(図表 54)

(1) 糖尿病が重症化するリスクの高い、医療機関未受診者(F)・・・157人

(2) 特定健診未受診者(I)の中から、糖尿病治療中断者を把握・・・140人

(→糖尿病管理台帳へ)

(3) 糖尿病で治療者のうち重症化するリスクの高い者(K)・・・402人

【介入方法】

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。うるま市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた介入および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(図表 55)を活用して行っていきます。

(1) 医療機関未受診者及び糖尿治療中断者に対する受診勧奨、保健指導

専門職(保健師、看護師、管理栄養士)による訪問や個別面談、電話、文書の郵送にてまず医療機関への受診勧奨を行います。

ただし、かかりつけ医がない場合、下記基準に該当する者は腎臓専門医への受診勧奨を行います。

①eGFR30ml/分 1.73 m²未満の者 ②尿蛋白(2+)以上の者

(2) 糖尿病通院中であるがリスクがある者への保健指導

継続受診勧奨及び医療機関(かかりつけ医や腎臓専門医)と連携の下、保健指導を実施します。

糖尿病連携手帳を活用し、保健指導実施の有無や指導内容等についてかかりつけ医へ情報提供します。

(3) 二次健診等を活用した重症化予防対策

糖尿病重症化予防においては、血管変化や腎障害の兆候を早期に捉え介入する必要があります。うるま市では動脈硬化を早期発見するため頸動脈エコー検査を、腎への影響をとらえるため微量アルブミン尿検査を二次健診として実施しています。頸動脈エコー検査は、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年度版において予防的観点から実施を推奨されており、また微量アルブミン尿検査は CKD 診療ガイドラインにおいて予後判定に有用な検査として挙げられ、実施を強く推奨されています。以上の2点から、糖尿病重症化予防対象者が特定健診を受診し二次健診対象に該当した場合は検査を勧めていきます。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ① 頸動脈エコー検査(心臓から脳に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- ② 心電図検査(心臓の状態を詳しく見る検査)
- ③ 微量アルブミン尿検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ④ 75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

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	5 血圧と腎臓の関係 R4沖・治5-01 腎機能の経過をみよう（GFRのグラフ） R4沖・治5-02 年齢による腎機能（GFR）の低下速度～私の腎臓はこれからどうなるか～ R4沖・治5-03 CKDには健診結果以外にも下のようなリスクが関係しています R4沖・治5-04 高血圧と腎臓 血圧が高いと腎臓は・・・ R4沖・治5-05 肥満や高血糖になると腎臓では何が起こるのでしょうか？ R4沖・治5-06 高血糖と肥満は腎臓をどのように炒めるのでしょうか？ R4沖・治5-07 尿検査eGFRで異常が出た方へ どの科でどんな検査が必要なの？ R4沖・治5-08 自分はどの位置にいるのか、コントロール目標、腎臓の構造 R4沖・治5-09 進行を遅らせるための目標値 R4沖・治5-10 治療や食事の改善で腎機能の改善も期待できます R4沖・治5-11 治療を開始し、体重を減らして尿蛋白が正常となり腎機能も改善したAさん R4沖・治5-12 治療を継続し、体重を減らして尿蛋白が正常になり腎機能も改善したBさん
令和4年度版 沖縄 食ノート（赤本）	
	1. 栄養指導対象者の明確化 2. 脂肪細胞の特性～肥満の本態を理解～ 3. 脂肪細胞の特性～肥満の解決～ 4. A-②原因として見えてきた食品から500kcal減らす 私はどのタイプかな？ 5. B 短鎖脂肪酸の役割が、解決のポイント 6. 血管内皮を守る 7. 栄養指導の基本 ～あなたにとっての食べ方～ 8. 資料箱 ～ポピュレーションアプローチ～
その他	
	1. 腎臓をいたわるポイント(腎-14) 2. 塩分・脂質量一覧表 3. 飲み物の糖質量 4. 野菜一日分350g 5. 食後高血糖を防ぐために 6. おやつの上手な選び方（公益社団法人 沖縄県栄養士会）

等

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)

4) 対象者の管理

経年的に KDB システムを活用し糖尿病未治療・中断台帳を作成し、優先介入する対象を抽出し医療・健診受診状況の把握につとめ受診勧奨を行います。健診受診者は個別支援台帳へ記載し支援します。対象者の受診状況は介入から4か月後までには確認し、必要に応じて再受診勧奨を行います。また、年に1回は各支援者の支援状況を統合して確認し、一元的に管理します。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、健診実施機関等の所定の紹介状等を使用します。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、保健指導内容や検査データ等を共有し医療機関との連携に努めます。かかりつけ医、専門医との連携にあたってはうるま市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて行っています。

(3) ちゅらま〜み(腎)プロジェクト(うるま市・沖縄市 CKD・糖尿病性腎臓病病診連携登録医事業)

平成 29 年度から、新規人工透析導入患者数の抑制を目的に、CKD(慢性腎臓病)及び糖尿病性腎臓病対策として、中部地区医師会、全国健康保険協会(協会けんぽ)沖縄支部、うるま市、沖縄市で4者協定を締結し病診連携のしくみづくりを推進しています。

健診結果から紹介基準に該当した対象者を、市から登録医(内科医を中心とするかかりつけ医、腎臓診療医)へ受診勧奨し、また通院患者については登録医間で紹介または逆紹介を行い、協働し病診連携を進めることで市民の重症化予防を図ります。これらの事業については、医師等で構成される「CKD・糖尿病性腎臓病病診連携推進評価委員会」の中で、事業評価報告を行い、助言をいただきながら効果的に事業運営(PDCA サイクル)を実施しています。

6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、介護予防・介護保険等の福祉サービスへのつながが必要と考えられる対象者に関しては、地域包括支援センター・介護長寿課(高齢者福祉部門)等と連携していきます。

7) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価 についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年 1 回行うものとし、その際は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ます。

(1) 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(等)を比較

○HbA1c、血圧、脂質、BMI

○eGFR

○尿蛋白

○服薬状況

(2)中長期的評価

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目			突 合 表	うるま市										同規模保険者（平均）		データ基	
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	被保険者数	A	39,982人		39,098人		38,676人		38,422人		37,890人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲) 40-74歳		24,361人		24,030人		24,145人		24,355人		24,109人					
2	①	特定健診 対象者数	B	21,711人		21,452人		21,132人		21,488人		20,515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	
	③	受診者数		C	8,369人		8,089人		5,823人		5,966人		6,260人				
④	受診率	--			--		--		--		--		--				
3	①	特定 対象者数		1,416人		1,297人		957人		904人		970人					
	②	保健指導 実施率		68.4%		67.2%		62.5%		55.8%		59.7%					
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	1,207人	14.4%	1,283人	15.9%	953人	16.4%	912人	15.3%	967人	15.4%		特定健診結果	
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	382人	31.6%	410人	32.0%	264人	27.7%	243人	26.6%	321人	33.2%			
	③			治療中（質問票 服薬あり）	G	825人	68.4%	873人	68.0%	689人	72.3%	669人	73.4%	646人	66.8%		
	④		コントロール不良 HbA1c7.5%以上または空腹時血糖130以上		J	492人	59.6%	520人	59.6%	408人	59.2%	386人	57.7%	390人	60.4%		
	⑤			血圧 130/80以上		329人	66.9%	358人	68.8%	296人	72.5%	256人	66.3%	288人	73.8%		
	⑥		肥満 BMI25以上	K	329人	66.9%	327人	62.9%	270人	66.2%	251人	65.0%	251人	64.4%			
	⑦				コントロール良好 HbA1c7.5未満かつ空腹時血糖130未満	333人	40.4%	353人	40.4%	281人	40.8%	283人	42.3%	256人	39.6%		
	⑧		第1期 尿蛋白（－）	M	884人	73.2%	931人	72.6%	705人	74.0%	685人	75.1%	725人	75.0%			
	⑨		第2期 尿蛋白（±）		127人	10.5%	157人	12.2%	117人	12.3%	92人	10.1%	123人	12.7%			
	⑩		第3期 尿蛋白（＋）以上		166人	13.8%	160人	12.5%	106人	11.1%	106人	11.6%	100人	10.3%			
	⑪		第4期 eGFR30未満		24人	2.0%	27人	2.1%	20人	2.1%	25人	2.7%	14人	1.4%			
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保険者千対）		60.3人		60.8人		52.5人		60.3人		59.7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）		95.8人		96.3人		81.8人		92.7人		91.5人				
	③		レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者 中	入院外（件数）	13,773件	(575.7)	14,181件	(593.5)	13,870件	(574.1)	14,699件	(614.1)	14,563件	(633.3)	1,663,960件	(868.5)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④		入院（件数）	72件	(3.0)	70件	(2.9)	56件	(2.3)	71件	(3.0)	62件	(2.7)	6,923件	(3.6)		
	⑤		糖尿病治療中	H	2,411人	6.0%	2,378人	6.1%	2,029人	5.2%	2,317人	6.0%	2,261人	6.0%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥		(再掲) 40-74歳		2,335人	9.6%	2,313人	9.6%	1,974人	8.2%	2,258人	9.3%	2,206人	9.2%			
	⑦		健診未受診者	I	1,510人	64.7%	1,488人	64.3%	1,285人	65.1%	1,589人	70.4%	1,560人	70.7%			
	⑧		インスリン治療	O	183人	7.6%	193人	8.1%	165人	8.1%	181人	7.8%	194人	8.6%			
	⑨		(再掲) 40-74歳		174人	7.5%	187人	8.1%	158人	8.0%	175人	7.8%	190人	8.6%			
	⑩		糖尿病性腎症	L	447人	18.5%	610人	25.7%	560人	27.6%	634人	27.4%	605人	26.8%			
	⑪		(再掲) 40-74歳		438人	18.8%	599人	25.9%	548人	27.8%	623人	27.6%	597人	27.1%			
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		93人	3.9%	83人	3.5%	83人	4.1%	84人	3.6%	87人	3.8%			
	⑬		(再掲) 40-74歳		93人	4.0%	83人	3.6%	82人	4.2%	83人	3.7%	86人	3.9%			
	⑭		新規透析患者数		15		12		12		19		23				
	⑮		(再掲) 糖尿病性腎症		11		3		5		11		13				
	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)				69人	2.9%	60人	3.0%	56人	2.6%	59人	2.8%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期	
6	①	医療費	総医療費		107億1891万円		110億0878万円		106億9082万円		112億3934万円		109億2392万円		87億1825万円	KDB 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題	
	②		生活習慣病総医療費		55億0507万円		56億2976万円		57億3584万円		58億5938万円		55億4301万円		46億0048万円		
	③		(総医療費に占める割合)		51.4%		51.1%		53.7%		52.1%		50.7%		52.8%		
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		6,907円		7,405円		4,704円		5,440円		5,232円			6,461円
	⑤			健診未受診者		39,539円		40,544円		47,177円		47,368円		44,386円			39,594円
	⑥		糖尿病医療費		4億3191万円		4億5945万円		4億5809万円		4億8327万円		4億7032万円		4億7740万円		
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		7.8%		8.2%		8.0%		8.2%		8.5%		10.4%		
	⑧		糖尿病入院外総医療費		14億5039万円		14億8894万円		14億7907万円		15億4842万円		14億7123万円				
	⑨		1件あたり		46,740円		48,072円		50,014円		50,236円		48,682円				
	⑩		糖尿病入院総医療費		9億6879万円		9億9684万円		11億2746万円		11億7738万円		12億6706万円				
	⑪		1件あたり		606,253円		658,848円		729,746円		722,321円		766,056円				
	⑫		在院日数		17日		18日		19日		18日		19日				
	⑬		慢性腎不全医療費		8億4437万円		8億7979万円		8億4803万円		8億4393万円		8億3160万円		4億1714万円		
	⑭		透析有り		8億1138万円		8億4432万円		8億1379万円		8億1181万円		8億0179万円		3億9180万円		
	⑮		透析なし		3299万円		3547万円		3424万円		3212万円		2982万円		2534万円		
7	①	介護	介護給付費		87億8643万円		91億5377万円		93億5821万円		94億3327万円		93億4024万円		95億8144万円		
	②		(2号認定者) 糖尿病合併症		24件	17.9%	20件	15.9%	23件	18.4%	24件	20.9%	17件	15.6%			
8	①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）		12人	1.2%	15人	1.5%	19人	1.9%	16人	1.6%	21人	1.8%	2,639人	1.0%	KDB_健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題

出典・参照：KDB システム改変

8) 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、保健指導担当者にて対象者を個別支援台帳へ記載。

順次介入(※「3章 特定健診・特定保健指導の実施」(図表 47) 特定健診実施スケジュールに準ずる)

8月 KDB システムを活用し、前年度の医療・健診未受診者を抽出し糖尿病管理台帳(未治療・中断者)を作成。地区担当にて優先度を記載でき次第、対象者へ介入(～10月末まで)。

11月～2月中旬 受診確認および再勧奨実施

3月 健診受診からの対象者および糖尿病管理台帳から支援実績まとめ及び評価

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

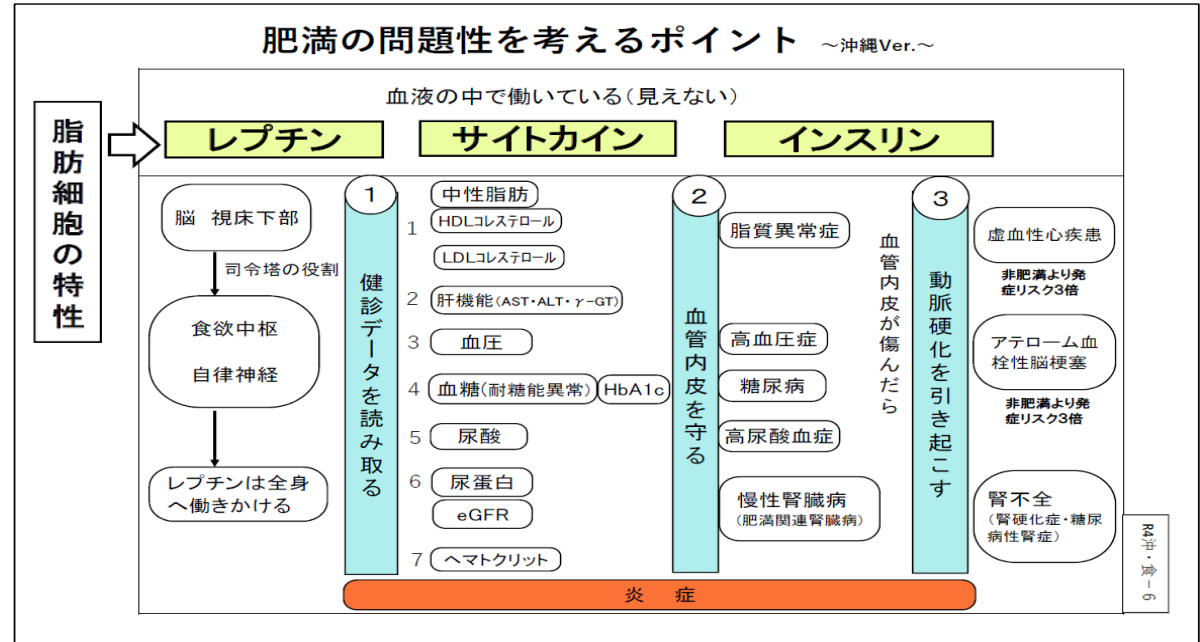
肥満がもとで健康を害している、または健康被害が予測される状況を「肥満症」と呼びますが、メタボリックシンドロームはその一つであり「内臓脂肪症候群」ともいいます。メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の過剰な蓄積によりインスリン抵抗性や動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態であり、高血圧・糖尿病を始めとした生活習慣病の発症・重症化予防のためには、肥満そのものへの対策が重要です。

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

(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) うるま市の肥満の実態

①肥満度分類を見てみると（図表 59）、うるま市特定健診で肥満判定(BMI25 以上)に該当した者は2589 人で約4割（40-64 歳：39.8%、65-74 歳：42.4%）でした。肥満度では、Ⅰ度の割合が最も多くなっています。また、40-64 歳、65-74 歳どちらも女性より男性の肥満割合が高い状況です。

高度肥満（Ⅲ度・Ⅳ度）の割合は、65-74 歳より 40-64 歳の若い方が高くなっています。

図表 59 肥満度分類による実態

		受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類							
						肥満				高度肥満			
						肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上	
						40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
総数		2,490	3,770	990	1,599	742	1,320	183	243	44	32	21	4
				39.8%	42.4%	29.8%	35.0%	7.3%	6.4%	1.8%	0.8%	0.8%	0.1%
再掲	男性	1,236	1,756	593	819	446	695	113	111	26	12	8	1
				48.0%	46.6%	36.1%	39.6%	9.1%	6.3%	2.1%	0.7%	0.6%	0.1%
	女性	1,254	2,014	397	780	296	625	70	132	18	20	13	3
				31.7%	38.7%	23.6%	31.0%	5.6%	6.6%	1.4%	1.0%	1.0%	0.1%

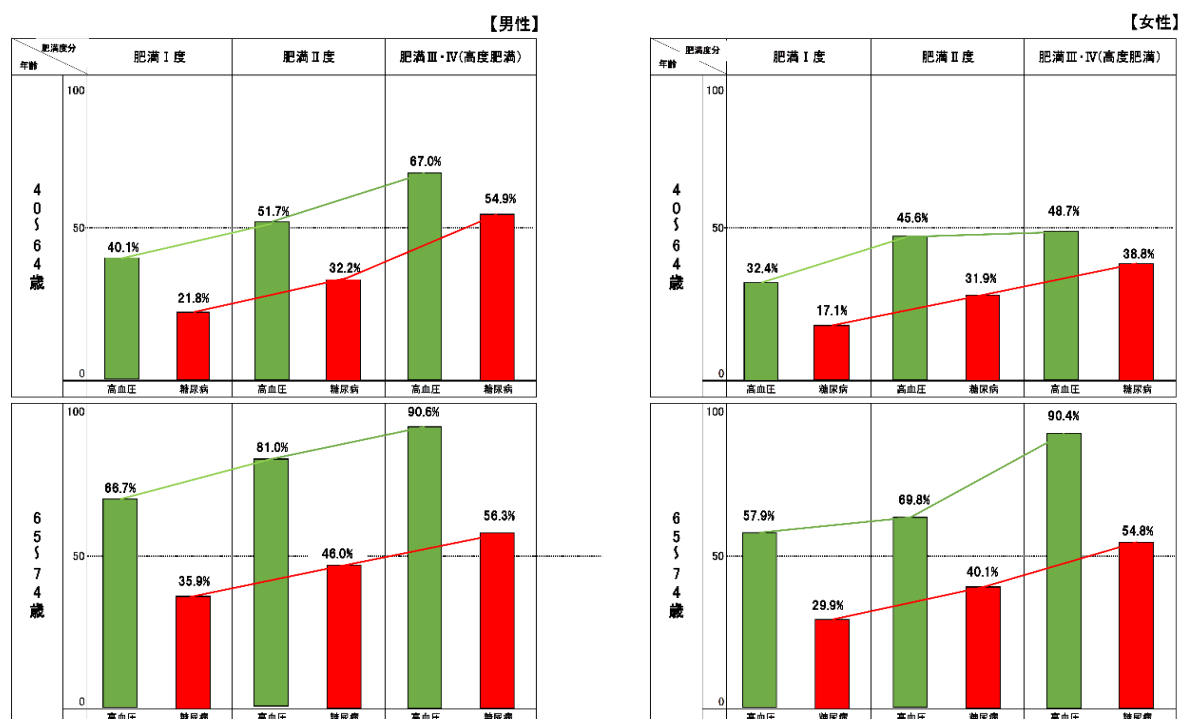
男性は女性より肥満割合が高い

肥満Ⅲ度・Ⅳ度とも、40-64 歳の割合が高い

出典・参照：特定健診等データ管理システム

②肥満と高血圧・糖尿病の関係をしてみると(図表 60)、肥満度および年齢が高くなるほど、高血圧・糖尿病の合併する割合が高くなっています。

図表 60 肥満度別 高血圧・糖尿病の合併割合(年齢別、男女別)



③心・脳血管疾患を発症した事例をみると、共通してメタボリックシンドロームに該当していました。(図表 62)

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ます。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、心血管へ影響を及ぼした結果であると考えます。

図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例(例示)

事例 No.	性別	発症 年齢	KDBから把握								介護	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			
1	男	60代		●	●		●		●			メタボ	
2	男	60代	●		●		●		●	●		メタボ	死亡
3	男	50代	●				●	●	●		要介護2	メタボ	
4	男	50代		●		●	●	●	●	●		メタボ	
5	男	40代		●		●	●	●	●	●		メタボ	

④保健指導を実施した時の住民の声(意識)から、「日常生活」の困りごとを教えてくださいました。(表61)特に高度肥満(Ⅲ度・Ⅳ度)においては、「食欲が抑えられない」「排尿が頻回」などの訴えの他、「ゆっくりしか歩けない」「だるくて寝ていることが多い」等、すでに歩行、日常動作に支障をきたしています【①】。また、Ⅰ度からⅣ度すべての肥満において、動機や息苦しさなどの胸(心臓)に関する症状や、免疫低下、皮膚症状に関する声も聞かれました【②】。

図表 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 沖・治 1-09)

生活	肥満度 BMI	Ⅰ度	Ⅱ度	Ⅲ度	Ⅳ度
		25~29.9	30~34.9	35~39.9	40~
食事	食欲	・満腹感なく食べ過ぎてしまう。 ・心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない	・夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない	・食べ始めたら止まらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べたくなる ・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	・トイレに何度まで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 ・歩く足がしびれる	・200m歩くのにも呼吸が苦しい ・歩いたら苦しくなるので横になっている ・だるくて寝ていることが多い
	日常動作		・屈めず、足の爪を切ることができない ・朝起きると体重で手がしびれて色が変わっている ・運動すると数日だるくなる ・身体が動かしづらい		・お腹が邪魔で前に屈めない ・シャワーがづらい ・手が届かないので排泄の後始末ができない
身体	胸	・2~3年前から胸の変な感じがある ・仕事中時々胸の息苦しさ ・1年前から動機あり、休憩しながら仕事していた ・胸が痛くなることある。止まるんじゃないかとグツと	・動機がする ・胸が締め付けられる感じ、6年前から時々起こる ・心臓が大きくなっているといわれた ・少し動いただけでも心臓がきつい	・仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める ・仰向けには寝れないいつも横向きに寝ている ・心臓はスピードのある作業するとバクバクする	・左を向いて寝ると動機が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感苦しさで10年前狭心症カテーテル ・今も段差上がったとき苦しくなる ・心臓、週1回圧迫される症状があるが、心臓の血管のつまりはないといわれている。
	免疫	・蜂窩織炎になる		・風邪をひきやすい	・よく風邪をひく ・よく体調を崩す
	皮膚	・背中がかゆい ・皮膚が赤くなる	・湿疹ができる ・痒い	・皮膚が赤く炎症を起こしてる ・炎症で体毛が生えなくなる	・足の皮膚が硬くなるので、よく皮を削っている。 ・全身の湿疹がづらい ・皮膚科に毎月通院している

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

(2) 高度肥満を解決するための科学的根拠(EBM)

「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では、減量・代謝改善手術を検討する」「減量・代謝改善手術の適応があれば選択肢として提示し、まず食事、運動、行動療法を開始する。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 of 医療者が連携してフォローアップを行う。」と記載されています。『「日常生活」で困っている住民の声(図表61)」のとおりの、す

で生活面に支障が出ている高度肥満では、減量のため本人の行動実践を目指した保健指導では解決が困難です。また、肥満には甲状腺機能低下症などの内分泌性肥満、薬剤性肥満などの二次性肥満も含まれ、高度肥満者はそういった疾患が背景にある可能性もあります。同ガイドラインには、「6カ月の専門的内科的治療で体重減少や血糖コントロールの改善が不十分な場合は、不必要に経過観察を続けることなく減量・代謝改善手術を考慮すべきである」とも記載されており、高度肥満に対しては、まず肥満症外来や内分泌・代謝外来など専門医療機関に関する情報収集・情報提供を通し、医療へつなぐことが最重要と考えます。

3) 対象者の明確化

(1) メタボリックシンドローム該当者の血圧、血糖、脂質の所見の重なり、及び治療状況

メタボリックシンドローム該当者を年代別で見ると、年代が上がるにつれ割合が増えています（図表 63）。血糖、血圧、脂質の重なりについて、男女とも 40 歳代ですでに割合が高く、特に血圧+脂質の重なりが高い状況です。

図表 63 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	
健診受診者		A	2,992	369	472	1,157	994	3,268	351	451	1,265	1,201
メタボ該当者		B	1,100	83	154	434	429	553	24	47	190	292
		B/A	36.8%	22.5%	32.6%	37.5%	43.2%	16.9%	6.8%	10.4%	15.0%	24.3%
再掲	① 3項目全て	C	394	25	46	151	172	184	5	15	64	100
		C/B	35.8%	30.1%	29.9%	34.8%	40.1%	33.3%	20.8%	31.9%	33.7%	34.2%
	② 血糖＋血圧	D	179	10	14	73	82	76	4	9	22	41
		D/B	16.3%	12.0%	9.1%	16.8%	19.1%	13.7%	16.7%	19.1%	11.6%	14.0%
	③ 血圧＋脂質	E	485	38	87	197	163	275	14	19	99	143
		E/B	44.1%	45.8%	56.5%	45.4%	38.0%	49.7%	58.3%	40.4%	52.1%	49.0%
	④ 血糖＋脂質	F	42	10	7	13	12	18	1	4	5	8
		F/B	3.8%	12.0%	4.5%	3.0%	2.8%	3.3%	4.2%	8.5%	2.6%	2.7%

出典・参照：KDB システム改変 様式(5-3)

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、脂質異常症治療状況（図表 64）は、男女とも 7-8 割が治療ありでした。40 歳代においては、50 歳代以降に比べると、治療なしの割合が多く、必要に応じた医療受診ができていないか懸念される所です。

必要な対象者を医療につなぐことに加え、食事療法や運動療法による生活改善も必要です。

図表 64 メタボリックシンドローム該当者の治療状況

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
				あり		なし					あり		なし	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合
総数	2,992	1,100	36.8%	853	77.5%	247	22.5%	3,268	553	16.9%	481	87.0%	72	13.0%
40代	369	83	22.5%	39	47.0%	44	53.0%	351	24	6.8%	12	50.0%	12	50.0%
50代	472	154	32.6%	111	72.1%	43	27.9%	451	47	10.4%	37	78.7%	10	21.3%
60代	1,157	434	37.5%	345	79.5%	89	20.5%	1,265	190	15.0%	168	88.4%	22	11.6%
70～74歳	994	429	43.2%	358	83.4%	71	16.6%	1,201	292	24.3%	264	90.4%	28	9.6%

出典・参照：特定健診等データ管理システム

(2) 対象者の選定基準の考え方

うるま市においての優先順位と介入方法を、以下のとおりとします。

- ① メタボリックシンドロームの個々の因子である、血圧、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、適切な医療受診のための保健指導を行います。
- ② 治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導（食事指導）を行います。
- ③ 特定保健指導対象者の保健指導

(3) 対象者の管理

健診受診後に特定保健指導や重症化予防の対象に該当した者を優先に受診勧奨および保健指導を行います。翌年度は、健診の継続受診勧奨を行い、進捗確認を行います。

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）

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 R4沖・食 1 検査項目と各臓器 R4沖・食 2 健診結果と生活との関連の読み取り R4沖・食 3 メタボリックシンドロームの構造図 R4沖・食 4 肥満症の構造図 R4沖・食 5 高インスリン状態は何を引き起こすのでしょうか 2. 脂肪細胞の特性～肥満の本態を理解～ R4沖・食 1 肥満の問題性を考えるポイント R4沖・食 2 体重 (BMI) ・健診結果に変化はありませんか？ R4沖・食 3 健診データを見ながら考えます R4沖・食 4 脂肪細胞ってね① R4沖・食 1 (脂肪細胞ってね②) R4沖・食 1 (脂肪細胞の中身はなんだと思いますか？ 3. 脂肪細胞の特性～肥満の解決～ R4沖・食 1 (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 1 (肥満 (脳の変調) の解決 R4沖・食 1 (脳の変調 4. A-④ 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 1 (自分は何を食べて体重が増えるタイプなの？ R4沖・食 1 (肥満解決のために R4沖・食 1 (ジャンクフード ポテトチップス R4沖・食 1 (ジャンクフード チョコレート R4沖・食 1 (ジャンクフード アイスクリーム 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 2 (カップラーメン・袋麺 R4沖・食 2 (ファーストフード R4沖・食 2 (よく食べている食べ物の中身 (肉・乳・加工品) R4沖・食 2 (よく食べている食べ物の中身 (魚・卵・豆腐) R4沖・食 2 (チャンプルー「みえるあぶら」「みえないあぶら」の組み合わせ R4沖・食 2 (肝臓のお仕事には順番があります R4沖・食 2 (アルコール早見表 5. B 短鎖脂肪酸の役割が、解決のポイント R4沖・食 2 (脂肪酸にはどんな特徴があるのでしょうか？ R4沖・食 2 (脳の変調を修正してくれる短鎖脂肪酸 R4沖・食 3 (食物繊維の仕事 R4沖・食 3 (「あなたのお腹の中で発酵食品がつくれます」 図ーワードは短鎖脂肪 R4沖・食 3 (食べる組み合わせによって、ヤセホルモンGLP-1の量が変わります R4沖・食 3 (食物繊維は植物の構成成分 R4沖・食 3 (食物繊維は植物の構成成分 (保健師・栄養士用) R4沖・食 3 (手軽にとれるオートミール ご飯100gで比べてみました R4沖・食 3 (短鎖脂肪酸になれる食物繊維が多いのは・・・ R4沖・食 3 (短鎖脂肪酸をつくる野菜の特徴 R4沖・食 3 (いつも使っている野菜のなかみ～うまく活用しよう！～ R4沖・食 3 (いつも使っている野菜のなかみ～冷凍野菜～	6. 血管内皮を守る R4沖・食 4 (血管が傷むとは R4沖・食 4 (血管内皮を傷めるリスクは何だろう R4沖・食 4 (血管内皮細胞の材料と炎症を防ぐもの R4沖・食 4 (脂肪にも種類があります R4沖・食 4 (1日の基準量の食品の量の中に、血管内皮を守る栄養素はどのくらいの割合を占めているか？ R4沖・食 4 (血管内皮を酸化ストレスから守る R4沖・食 4 (手軽にとれる惣菜で血管内皮を守る 7. 栄養指導の基本 ～あなたにとっての食べ方～ R4沖・食 4 (日常生活の中で、必要な食品を考える方法 R4沖・食 4 (血液データと食品 (沖縄年代・性別Ver.) ①～③ R4沖・食 4 (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学会のガイドラインの整理 R4沖・食 5 (健診データに基づいた食品の基準量 R4沖・食 5 (生活習慣の改善ってどんなことをするの？ R4沖・食 5 (あなたにとって必要な食の基準量①② R4沖・食 5 (ごはんの目安と油の目安 R4沖・食 5 (総エネルギー 早見表 (男性) R4沖・食 5 (ごはんと油量 早見表 (男性) R4沖・食 5 (総エネルギー 早見表 (女性) R4沖・食 5 (ごはんと油量 早見表 (女性) 8. 資料箱 ～ポピュレーションアプローチ～ R4沖・食 5 (社会的背景 ～沖縄と全国を比べてみました～ R4沖・食 5 (統計からみえる沖縄の食 R4沖・食 6 (食の背景の変遷 R4沖・食 6 (肥満がもたらすもの R4沖・食 6 (参考資料 ～ページノート～ R4沖・食 6 (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 6 (令和4年度保健指導専門職としての学習プロセス
その他 1. 塩分・脂質量一覧表 2. 飲み物の糖質量 3. 野菜一日分350g 4. 食後高血糖を防ぐために 5. おやつの上手な選び方 (公益社団法人 沖縄県栄養士会) 等	

(2) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、内臓脂肪蓄積を起因として動脈硬化が進むことから脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては 2001 年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。

うるま市においても特定保健指導対象者及び、生活習慣病健診からメタボリックシンドローム該当と見込まれる対象者に、二次健診の実施を継続します。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、健診実施機関等の所定の紹介状等を使用します。

6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、介護予防・介護保険等の福祉サービスへのつながが必要と考えられる対象者に関しては、地域包括支援センター・介護長寿課(高齢者福祉部門)等と連携していきます。

7) 評価

評価を行うにあたっては、特定保健指導短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価、中長期的評価ともに、KDB 等の情報を活用し、データヘルス計画目標管理一覧(図表 29)に沿って行います。

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

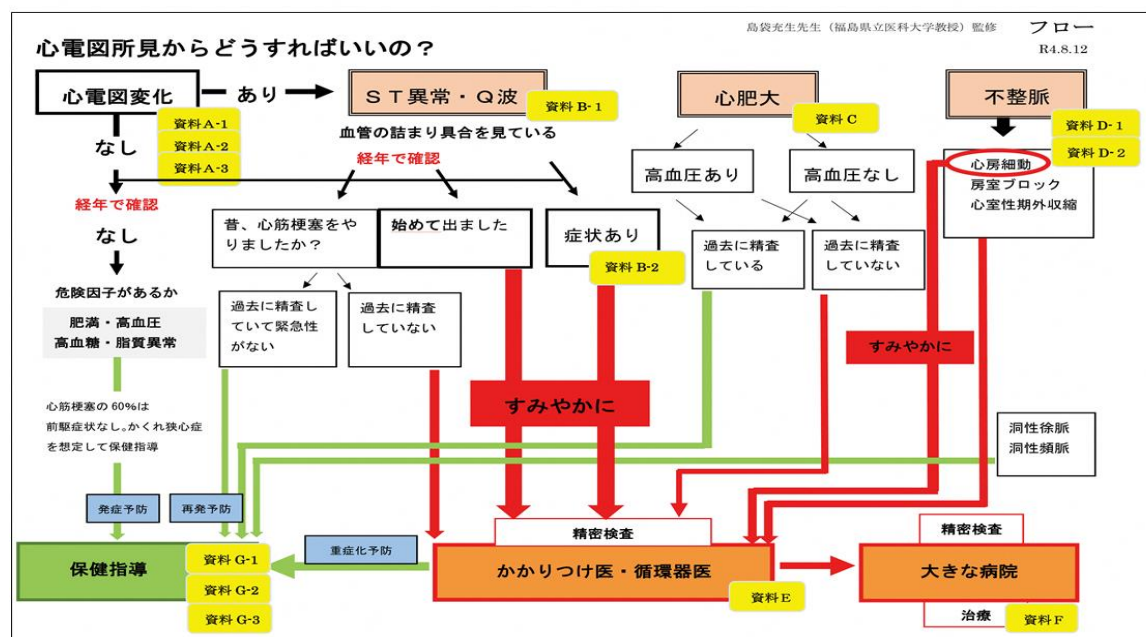
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年度版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。また、ガイドラインの改訂に合わせて最新の情報を基に取組を推進します。

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、心電図検査で要精密検査の判定となった方を選定します。また、その他の対象者に対しても(図表 66)を参考に受診勧奨および保健指導を行い、虚血性心疾患の予防を図ります。

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一つであり、「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル:日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)という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、ST 所見のあった場合は血圧、血糖等の検査値と合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

うるま市においては令和4年度、心電図検査を1,119人に実施し、そのうち有所見者が891人(79.6%)でした。所見の中でもST-T変化が182人(20.4%)で、所見率が他の所見と比較して高い状況でした(図表67)。また、有所見者のうち要精査が48人(5.4%)で、その後の受診状況をみると5人(10.4%)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高血圧、高血糖等のリスクを有する者もいる可能性があることから、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 令和4年度 健診時の心電図検査結果

	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	％ B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮		
				人 C	％	人 D	％	人 E	％	人 F	％	人 G	％	人 H	％	人 I	％	人 J	％	
40-74歳	1119	891	79.6	75	8.4	182	20.4	9	1.0	91	10.2	2	0.2	84	9.4	12	1.3	41	4.6	
	男性	552	436	79.0	39	8.9	68	15.6	5	1.1	47	10.8	1	0.2	52	11.9	11	2.5	25	5.7
	女性	567	455	80.2	36	7.9	114	25.1	4	0.9	44	9.7	1	0.2	32	7.0	1	0.2	16	3.5

出典:令和4年度特定健診結果

図表 68 令和4年度 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者		要精査		医療機関受診あり		受診なし	
	人	％	人	％	人	％	人	％
全体	891		48	5.4	43	89.6	5	10.4
男性	436	48.9	28	6.4	25	89.3	3	10.7
女性	455	51.1	20	4.4	18	90.0	2	10.0

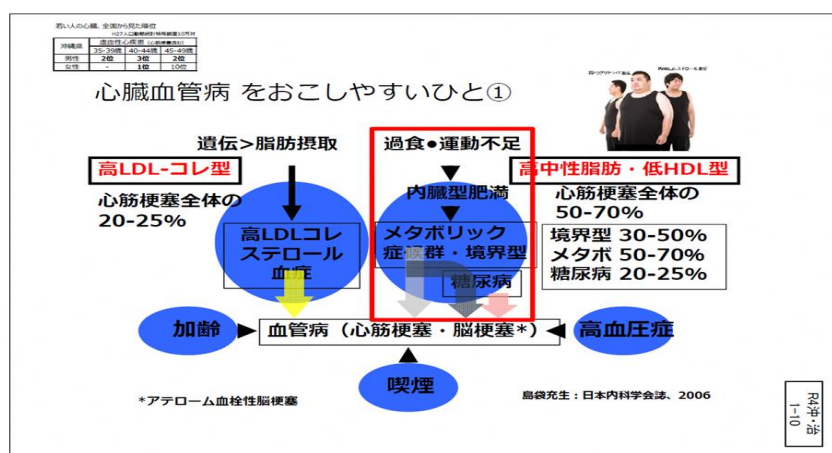
出典:令和4年度特定健診結果

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方の中で肥満・高血圧・高血糖・脂質異常等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または LDL コレステロールに関連することから、(図表 69)を基に対象者が A:メタボタイプと B:LDL タイプのどちらのタイプであるかを把握し、タイプに応じた保健指導を実施します。

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)

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

令和04年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た
LDLコレステロール管理目標

(参考)
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL				健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別			
				120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳
2,861				1,216	933	467	245	96	137	285	194
				42.5%	32.6%	16.3%	8.6%	13.5%	19.2%	40.0%	27.2%
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 (130未満)	467	225	136	66	40	49	57	0	0
			16.3%	18.5%	14.6%	14.1%	16.3%	51.0%	41.6%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	1,144	460	393	189	102	24	40	155	72
			40.0%	37.8%	42.1%	40.5%	41.6%	25.0%	29.2%	54.4%	37.1%
	高リスク	120未満 (150未満)	1,177	488	382	206	101	23	40	125	119
			41.1%	40.1%	40.9%	44.1%	41.2%	24.0%	29.2%	43.9%	61.3%
二次予防 生活習慣の是正と共に 薬物療法を考慮する	再掲	100未満 (130未満) ※1	84	37	23	17	7	5	6	9	4
			2.9%	3.0%	2.5%	3.6%	2.9%	5.2%	4.4%	3.2%	2.1%
	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)	73	43	22	6	2	0	0	5	3
			2.6%	3.5%	2.4%	1.3%	0.8%	0.0%	0.0%	1.8%	1.5%

※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。
※低～高リスクについては「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版」(p69)より判定

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。治療中です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等)

令和 4 年度版 なぜ治療が必要なのかを学習するための教材 (青本)	
4	4 血圧と心臓の関係 R4沖・治4-01 フロー 心電図からみた保健指導対象者の判断 R4沖・治4-02 資料A-1 心電図所見一覧 R4沖・治4-03 資料A-2 私の心電図があらわすもの R4沖・治4-04 資料A-3 心電図検査は最も簡単に心臓の様子を見ることができる検査です！ R4沖・治4-05 資料B-1 STが出た R4沖・治4-06 資料B-2 症状の判断 R4沖・治4-07 資料C 左室肥大 R4沖・治4-08 資料D-1不整脈 このくらいなら大丈夫って言われたけど本当に大丈夫なの R4沖・治4-09 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
その他	
	塩分・脂質量一覧表 野菜 1 日 350g 血圧手帳 LDL が上がってしまう原因は？ 始めよう！減塩 塩分チェックリスト

(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は血管変化を早期に捉えて介入していく必要があります。うるま市では虚血性心疾患の原因となる動脈硬化を早期発見するために頸動脈エコー検査を二次健診として実施しています。この検査は、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年度版においても予防的観点から実施を推奨する検査の一つとして挙げられているため、虚血性心疾患のリスクを有する特定保健指導対象者等には積極的に頸動脈エコー検査を推奨します。

(3) 対象者の管理

個別支援台帳にて対象者を管理し、受診状況等の経過を適宜把握します。また、各支援者の支援状況を統合して一元的に把握します。

加えて、前年度の支援対象者(心電図所見含む)には、継続した健診受診ができるように受診勧奨を行います。支援後も健診未受診の対象者は次年度の台帳に引継いで管理し、経年的に受診勧奨を行います。

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ます。治療中の者へは、血管リスク低減に向けて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行っていく中で、介護予防・介護保険等の福祉サービスへのつながが必要と考えられる対象者に関しては、地域包括支援センター・介護長寿課（高齢者福祉部門）等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疾患の評価（脳血管疾患等）と合わせて行っていきます。

(1) 短期的評価

- ①心電図所見・LDL 所見対象者の受診勧奨率・保健指導率の増加（アウトプット）
- ②心電図所見・LDL 所見対象者の医療機関受診率の増加（アウトカム）
- ③保健指導・受診勧奨後の検査値の変化 例：LDL-c 等（アウトカム）
- ④健診受診者の高血圧・糖尿病・脂質異常症・メタボリックシンドローム等の重症化予防対象者の減少（アウトカム）

(2) 中長期的評価

- ①虚血性心疾患（狭心症）の新規患者数（患者千人対）の割合の減少
- ②虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少
- ③虚血性心疾患の標準化死亡比の低下

7) 実施期間及びスケジュール

3 月 対象者の抽出（概数の試算）、対象者の選定基準の決定

4 月 介入方法、実施方法の決定

5 月～健診結果が届き次第個別支援台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

10 月 事業報告にて評価指標を算出し、その結果を基に次年度以降の支援方法等を検討する

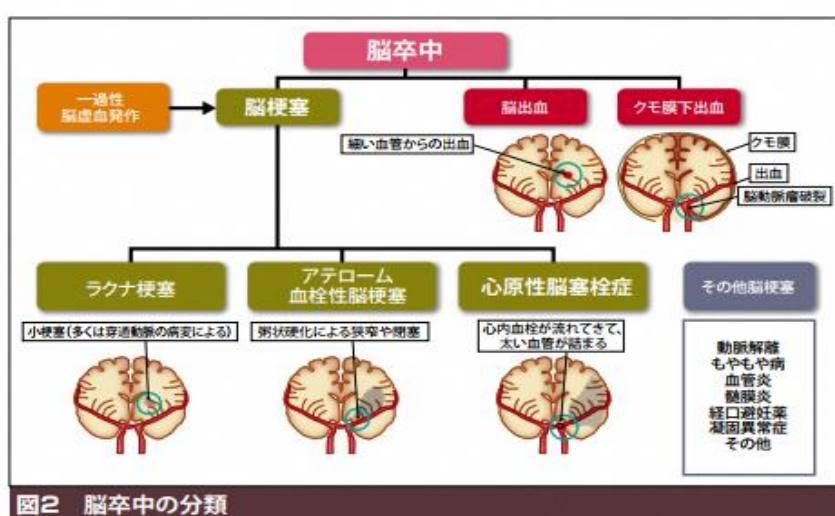
4. 脳血管疾患重症化予防

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)

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	●							

図表 73 脳血管疾患とリスク因子

2) 対象者の明確化

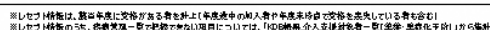
(1) 重症化予防対象者の抽出

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、40~74 歳の高血圧治療者 9,314 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 976 人(10.5%・O)でした。

健診結果をみると、健診受診者 6,260 人のうちⅡ度高血圧以上が 543 人(8.7%)であり、そのうち 306 人(56.4%)は未治療者です(図表 74)。

第 3 期計画期間中に、眼底検査(詳細検査)の必要な方への積極的な実施について、関係機関と実態を共有し、働きかけをしていきます。

令和04年度

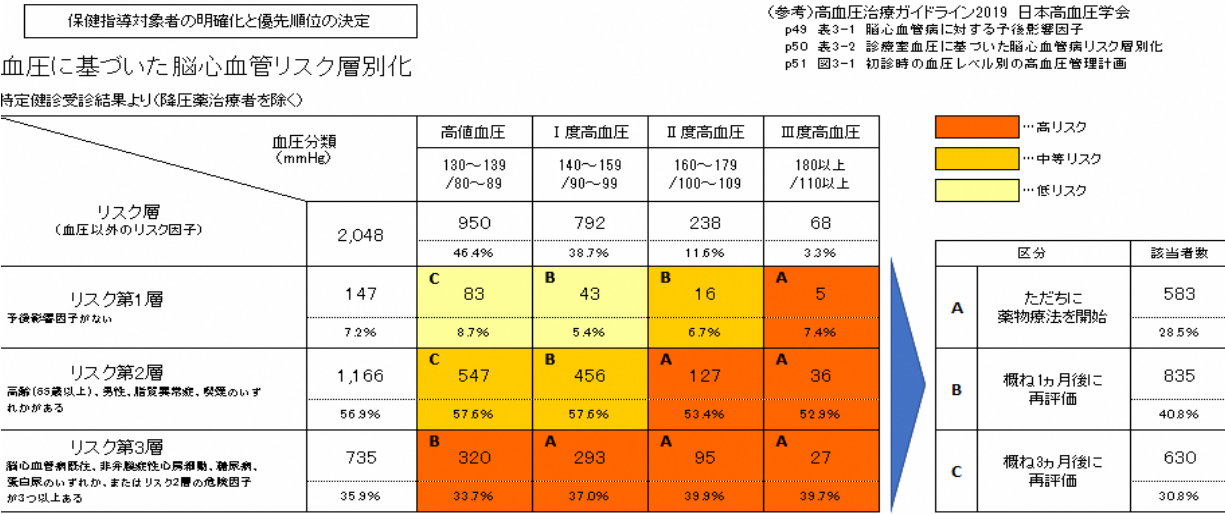


67

図表 75 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

出典・参照:特定健診等データ管理システム

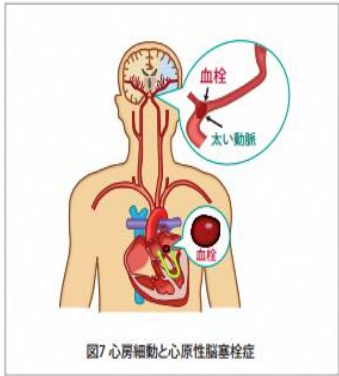
令和04年度



※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≧140、中性脂肪≧150(随時の場合は≧175)、non-HDL≧170のいずれかに該当した者で判断。
※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≧126、HbA1c≧6.5、随時血糖≧200のいずれかに該当した者で判断。
※3 脳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 非弁脈症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
※5 蛋白尿については、健診結果より(≧)以上で判断。

※(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ります。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、脳の動脈を詰まらせることで発症する脳梗塞です。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。この心原性脳塞栓症の原因となる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、令和 4 年度の特健健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 76 令和 4 年度 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			
	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
総数	2993	3270	552	18.4%	567	17.3%	11	2.0%	1	0.2%
40代	368	349	54	14.7%	28	8.0%	2	3.7%	0	0.0%
50代	474	452	72	15.2%	55	12.2%	2	2.8%	0	0.0%
60代	1159	1266	223	19.2%	215	17.0%	1	0.4%	1	0.5%
70～74歳	992	1203	203	20.5%	269	22.4%	6	3.0%	0	0.0%

出典:令和 4 年度 特定健診結果

図表 77 令和 4 年度 心房細動有所見者の治療状況（年度末年齢 40～74 歳）

心房細動有 所見者数	治療の有無（健診受診後）			
	未治療		治療中	
人	人	%	人	%
12	0	0.0	12	100.0

出典：令和 4 年度 特定健診結果

心電図検査において 12 人に心房細動の所見がありました。また、心房細動有所見者 12 人全員が健診受診後、医療機関につながっている状況でした。（図表 77）

心房細動は脳梗塞リスクであるため治療継続の支援と要医療者への確実な受診勧奨を行います。

また、対象者を早期発見・早期介入するために心電図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や、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は受診勧奨を行います。治療中ですがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

（2）二次健診の実施

上記でも述べた通り、脳血管疾患の予防においては心房細動の有無を早期に捉えて介入していく必要があります。うるま市では令和 6 年度より心電図検査を二次健診としても実施するため、脳血管疾患の発症リスクが高い特定保健指導対象者等に対しては本検査を積極的に推奨します。

（3）対象者の管理

血圧管理台帳の中に心電図所見も含めて一元的に管理し、健診・医療の受診状況等を参考に心房細動を優先に介入します。

加えて、前年度の支援対象者（血圧Ⅱ度以上、心房細動含む）には、継続した健診受診ができるように受診勧奨を行います。支援後も健診未受診の対象者は次年度の台帳に引継いで管理し、経年的に受診勧奨を行います。

4）医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、介護予防・介護保険等の福祉サービスへのつながが必要と考えられる対象者に関しては、地域包括支援センター・介護長寿課（高齢者福祉部門）等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疾患（虚血性心疾患等）と合わせて行っていきます。

（1）短期的評価

- ①心房細動・高血圧への受診勧奨・保健指導率の増加（アウトプット）
- ②心房細動・高血圧の医療機関受診率の増加（アウトカム）
- ③保健指導・受診勧奨後の検査値の変化 例：高血圧 等（アウトカム）
- ④健診受診者の高血圧・糖尿病・脂質異常症・メタボリックシンドローム等の重症化予防対象者の減少（アウトカム）
- ⑤治療中断者（心房細動）の減少（アウトカム）

（2）中長期的評価

- ①脳血管疾患（脳梗塞）の新規患者数（患者千人対）の割合の減少
- ②脳血管疾患の標準化死亡比の低下
- ③脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少

7) 実施期間及びスケジュール

（1）健診結果から抽出した対象者への支援（心房細動・高血圧）

3月 対象者の抽出（概数の試算）、対象者の選定基準の決定

4月 介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届き次第個別支援台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）
前年度対象者に対して健診受診勧奨（通年）

10月 事業報告にて前年度の評価指標を算出し、その結果を基に今後の支援方法等を検討する

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

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

具体的には、(図表78)

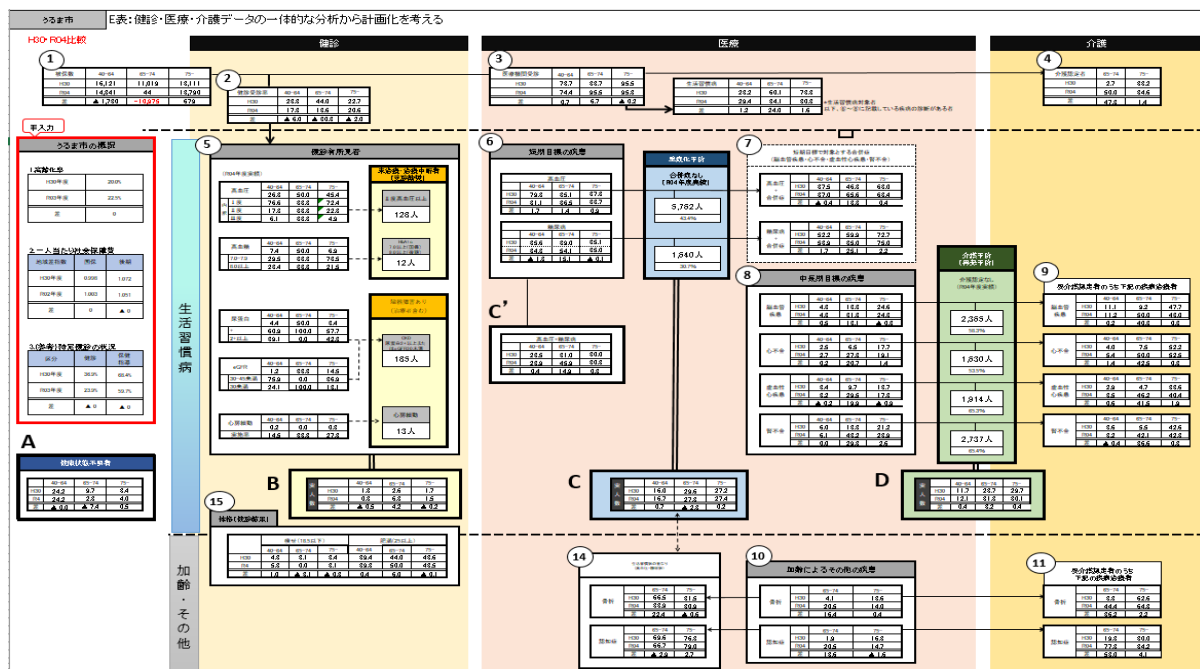
① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師等)を配置

KDBシステム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防

対象者を把握し、介護長寿課(高齢者福祉部門)・医療などの関係機関との連携調整を行います。

② 地域を担当する医療専門職(看護師等)を配置し、健康状態不明者のアプローチ(アウトリーチ支援)または、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歳に到達しても支援が途切れないよう受療勧奨や必要なサービスへ接続を行っていきます。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介護長寿課と連携して実施していきま。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：保険者データヘルス支援システム

IV. 発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題です。生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策、特に肥満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。

うるま市においても、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

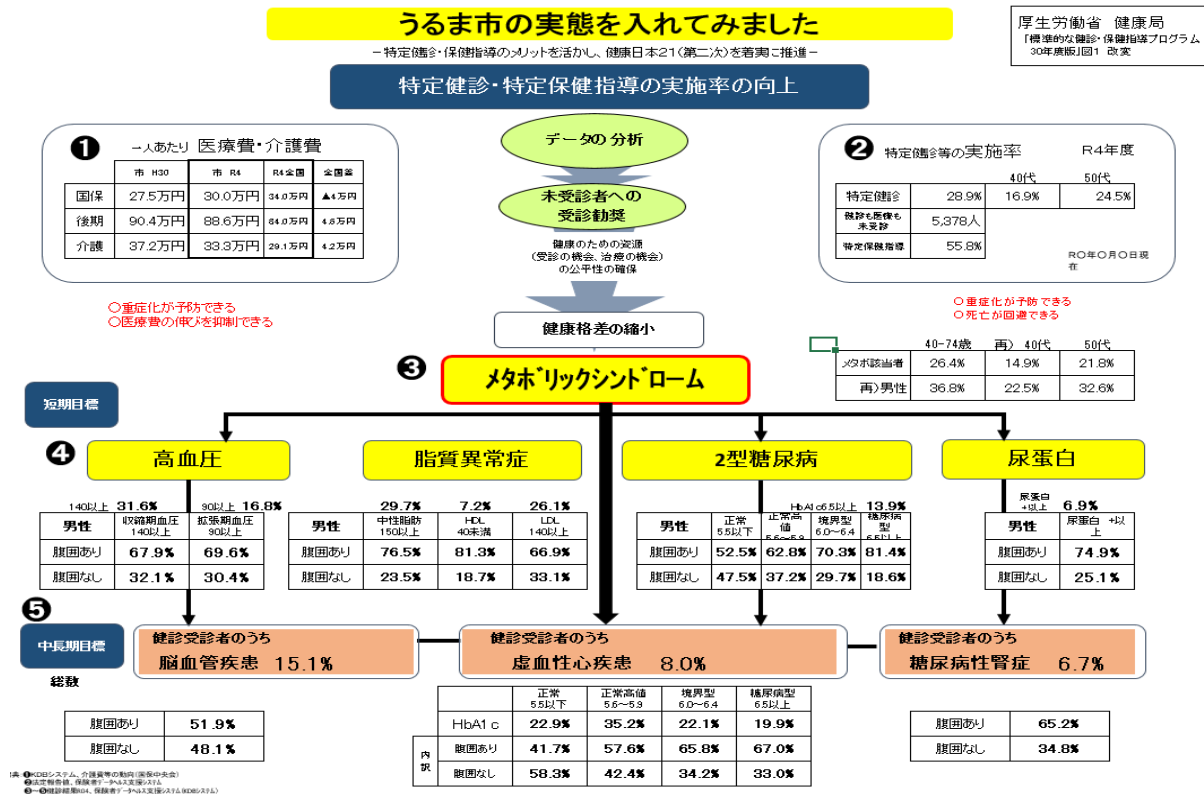
糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える　　－基本的考え方－　　（ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました）																				
		発症予防 → 重症化予防																		
1　根拠法 6条 健康増進事業実施者		健康増進法																		
		母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 （学校職員は学校保健安全法）		高齢者の医療の確保に関する法律 （介護保険）								
2　計画		健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】 データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）																		
3　年代		妊婦 （胎児期）		産婦	0歳～5歳			6歳～14歳		15～18歳		～29歳　30歳～39歳		40歳～64歳		65歳～74歳		75歳以上		
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・幼稚園健康診断 （第11・12条）		就学時健診 （第11・12条）		児童・生徒の定期健康診断 （第1・13・14条）		定期健康診断 （第66条）		特定健康診査 （第18・20・21条）		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）					
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			初ア18以上			肥満度15%以上					肥満度20%以上							
		尿糖	(+)以上																(+)以上	
糖尿病家族歴																				

V. ポピュレーションアプローチ

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

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



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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の担当地区の被保険者分について定期的に行います。

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料 1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみたうるま市の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

参考資料 10 人工透析の年次推移

様式5-Ⅰ 国・県・同規模平均と比べてみたうるま市の位置

R04年度

項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	人口構成	総人口		124,913		12,282,328		1,439,108		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 福祉・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)		28,050	22.5	3,577,856	29.1	324,708	22.6	35,335,805	28.7		
			75歳以上		13,196	10.6	--	--	155,559	10.8	18,248,742	14.8		
			65～74歳		14,854	11.9	--	--	169,149	11.8	17,087,063	13.9		
			40～64歳		40,440	32.4	--	--	472,258	32.8	41,545,893	33.7		
	39歳以下		56,423	45.2	--	--	642,142	44.6	46,332,563	37.6				
	②	産業構成	第1次産業		3.9		3.3		4.9		4.0		KDB_NO.3 福祉・医療・介護 データからみる地域の 健康課題	
			第2次産業		20.4		26.7		15.1		25.0			
			第3次産業		75.7		70.0		80.0		71.0			
	③	平均寿命	男性		79.5		80.8		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		78.9		80.2		79.3		80.1			
			女性		83.0		84.4		84.2		84.4			
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性		107.6		99.3		99.3		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
				女性		91.0		100.7		90.5			100	
			死 因	がん		319	56.8	37,540	50.8	3,274	49.7		378,272	50.6
				心臓病		119	21.2	20,268	27.4	1,669	25.3		205,485	27.5
				脳疾患		71	12.6	10,174	13.8	978	14.8		102,900	13.8
				糖尿病		21	3.7	1,377	1.9	193	2.9		13,896	1.9
				腎不全		14	2.5	2,639	3.6	272	4.1		26,946	3.6
				自殺		18	3.2	1,929	2.6	205	3.1		20,171	2.7
	②	早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計								厚労省HP 人口動態調査			
			男性											
			女性											
	3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		5,593	19.9	658,763	18.4	61,945	19.0	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				新規認定者		66	0.3	10,940	0.3	835	0.3	110,289	0.3	
介護度別 総件数				要支援1.2		13,303	9.6	2,077,063	12.7	177,194	11.6	21,785,044	12.9	
				要介護1.2		54,630	39.6	7,642,184	46.6	546,973	35.9	78,107,378	46.3	
				要介護3以上		69,925	50.7	6,672,398	40.7	799,361	52.5	68,963,503	40.8	
2号認定者		195	0.48	15,752	0.38	2,135	0.45	156,107	0.38					
②		有病状況	糖尿病		978	16.4	162,985	23.6	11,465	17.4	1,712,613	24.3		
			高血圧症		2,470	41.1	361,290	52.5	28,893	43.8	3,744,672	53.3		
			脂質異常症		1,530	25.8	220,989	31.8	17,395	26.0	2,308,216	32.6		
			心臓病		2,733	45.5	407,933	59.3	31,994	48.6	4,224,628	60.3		
			脳疾患		1,030	17.8	153,310	22.6	14,271	21.9	1,568,292	22.6		
			がん		494	8.0	78,258	11.2	5,539	8.2	837,410	11.8		
			筋・骨格		2,610	44.0	358,731	52.1	29,667	44.9	3,748,372	53.4		
			精神		1,737	29.5	247,133	36.1	20,229	31.0	2,569,149	36.8		
③		介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		332,985	9,340,240,265	275,832	986,888,262,898	324,737	105,444,836,581	290,668	10,076,376,228,899		
			1件当たり給付費(全体)		67,753		60,207		69,211		59,662			
			居宅サービス		52,027		41,618		51,518		41,272			
施設サービス		292,910		295,426		301,929		296,364						
④		医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり		11,784		8,676		11,002		8,610		
				認定なし		4,852		4,007		4,796		4,020		
4	①	国保の状況	被保険者数		36,400		2,500,428		388,055		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
			65～74歳		10,455	28.7			119,076	30.7	11,129,271	40.5		
			40～64歳		12,542	34.5			134,131	34.6	9,088,015	33.1		
			39歳以下		13,403	36.8			134,848	34.7	7,271,596	26.5		
			加入率		29.1		20.4		27.0		22.3			
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数		6	0.2	825	0.3	90	0.2	8,237	0.3		
			診療所数		48	1.3	9,194	3.7	890	2.3	102,599	3.7		
			病床数		1,438	39.5	154,913	62.0	18,602	47.9	1,507,471	54.8		
			医師数		292	8.0	28,704	11.5	3,887	10.0	339,611	12.4		
			外来患者数		497.8		707.3		541.1		687.8			
			入院患者数		17.5		19.1		19.0		17.7			
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費		300,108	県内28位 同規模101位	359,130		318,310		339,680		KDB_NO.3 福祉・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		515.273		726.377		560.174		705.439			
			外 来	費用の割合		54.7		59.4		53.6		60.4		
				件数の割合		96.6		97.4		96.6		97.5		
			入 院	費用の割合		45.3		40.6		46.4		39.6		
				件数の割合		3.4		2.6		3.4		2.5		
1件あたり在院日数			17.9日		16.3日		17.1日		15.7日					

項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療費源疾病 名(順別含む)	がん	1,420,891,270	25.6	31.8	25.9	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題					
			慢性腎不全(透析あり)	801,787,790	14.5	8.5	12.0	8.2						
			糖尿病	470,316,220	8.5	10.4	8.3	10.4						
			高血圧症	262,739,730	4.7	5.9	4.8	5.9						
			脂質異常症	134,912,670	2.4	4.0	2.8	4.1						
			脳梗塞・脳出血	271,269,730	4.9	4.0	4.9	3.9						
			狭心症・心筋梗塞	165,173,570	3.0	2.9	3.3	2.8						
			精神	1,172,561,190	21.2	15.4	20.9	14.7						
	筋・骨格	787,968,820	14.2	16.2	16.0	16.7								
	⑤	医療費分析 一人当たり医 療費/入院医 療費に占める 割合	入院	高血圧症	228	0.2	283	0.2	313	0.2	256	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)	
				糖尿病	1,041	0.8	1,237	0.8	896	0.6	1,144	0.9		
				脂質異常症	45	0.0	58	0.0	67	0.0	53	0.0		
				脳梗塞・脳出血	6,542	4.8	6,607	4.5	6,789	4.6	5,993	4.5		
				虚血性心疾患	3,604	2.7	4,287	2.9	4,321	2.9	3,942	2.9		
				腎不全	5,227	3.8	4,488	3.1	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	6,990	4.3	10,917	5.1	7,107	4.2	10,143	4.9		
				糖尿病	12,529	7.6	18,942	8.9	12,437	7.3	17,720	8.6		
				脂質異常症	3,662	2.2	7,585	3.6	4,322	2.5	7,092	3.5		
				脳梗塞・脳出血	532	0.3	922	0.4	689	0.4	825	0.4		
				虚血性心疾患	1,085	0.7	1,857	0.9	1,444	0.8	1,722	0.8		
				腎不全	22,645	13.8	17,549	8.2	20,295	11.9	15,781	7.7		
	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	1,354	2,187	1,408	2,031	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題					
				健診未受診者	11,487	13,404	11,533	13,295						
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	5,232	6,461	5,718	6,142						
				健診未受診者	44,386	39,594	46,845	40,210						
	⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	医療機関受診率	3,830	64.6	382,397	57.5	46,750	60.4	3,881,055	57.0	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				医療機関受診率	3,555	59.9	349,761	52.6	42,965	55.5	3,543,116	52.0		
				医療機関非受診率	275	4.6	32,636	4.9	3,785	4.9	337,939	5.0		
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診の 状況 県内市町村数 42市町村 同規模市区町村 数 103市町村	健診受診者	受診率	5,932	665,367	77,415	6,812,842	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握					
				受診率	28.5	県内41位 同規模98位	38.3	33.7		全国39位	37.1			
			特定保健指導終了者(実施率)		331	33.9	11876	15.6		3,636	32.2	107,925	13.4	
			非肥満高血糖		403	6.8	60,340	9.1		5,139	6.6	615,549	9.0	
			メタボ	該当者	1,580	26.6	138,044	20.7		20,034	25.9	1,382,506	20.3	
				男性	1,045	36.8	94,168	32.9		13,894	37.3	965,486	32.0	
				女性	535	17.3	43,876	11.6		6,140	15.3	417,020	11.0	
				予備群	876	14.8	75,050	11.3		11,411	14.7	765,405	11.2	
			メタボ該当・予備群レベル	男性	581	20.5	51,650	18.0		7,753	20.8	539,738	17.9	
				女性	295	9.5	23,400	6.2		3,658	9.1	225,667	5.9	
				BMI	総数	2,728	46.0	234,867		35.3	35,002	45.2	2,380,778	34.9
					男性	1,800	63.4	160,356		56.0	23,943	64.2	1,666,592	55.3
			血糖のみ	女性	928	30.0	74,511	19.7		11,059	27.6	714,186	18.8	
				総数	384	6.5	31,350	4.7		4,644	6.0	320,038	4.7	
				男性	67	2.4	4,640	1.6		717	1.9	51,248	1.7	
				女性	317	10.3	26,710	7.0		3,927	9.8	268,790	7.1	
				血糖のみ	39	0.7	4,049	0.6		568	0.7	43,519	0.6	
				血圧のみ	677	11.4	53,353	8.0		8,389	10.8	539,490	7.9	
				脂質のみ	160	2.7	17,648	2.7		2,454	3.2	182,396	2.7	
				血糖・血圧	249	4.2	19,785	3.0		2,911	3.8	203,072	3.0	
血糖・脂質	57	1.0		6,875	1.0	896	1.2	70,267	1.0					
血圧・脂質	718	12.1		66,601	10.0	9,610	12.4	659,446	9.7					
血糖・血圧・脂質	556	9.4	44,783	6.7	6,617	8.5	449,721	6.6						
6	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	問診の状況	服薬	高血圧	2,311	39.0	245,976	37.0	31,609	40.8	2,428,038	35.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				糖尿病	625	10.5	59,364	8.9	8,123	10.5	589,470	8.7		
				脂質異常症	1,445	24.4	194,894	29.3	20,477	26.5	1,899,637	27.9		
			既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	108	2.0	21,433	3.3	2,472	3.4	207,385	3.1		
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	174	3.1	37,041	5.8	4,890	6.8	365,407	5.5		
				腎不全	20	0.4	5,283	0.8	534	0.7	53,898	0.8		
			貧血	217	3.7	68,802	10.8	5,769	7.9	702,088	10.7			
			生活習慣の 状況	喫煙	832	14.0	81,520	12.3	11,101	14.3	939,212	13.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				週3日以上朝食を抜く	502	17.4	54,960	9.2	10,654	18.1	642,886	10.4		
				週3日以上夜間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
				週3日以上就寝前夕食(H30～)	615	21.3	84,709	14.2	13,687	23.2	976,348	15.7		
				週3日以上就寝前夕食	615	21.3	84,709	14.2	13,687	23.2	976,348	15.7		
食べる速度が遅い	878	30.3		154,975	26.0	17,745	30.1	1,659,705	26.8					
20歳時体重から10kg以上増加	1,506	52.0		207,995	34.9	27,557	46.4	2,175,065	35.0					
1日30分以上運動習慣なし	1,746	60.3		348,874	58.6	34,075	57.8	3,749,069	60.4					
1日1時間以上運動なし	1,367	47.3		289,150	48.5	26,211	44.3	2,982,100	48.0					
睡眠不足	784	27.3	144,596	24.4	16,453	28.9	1,587,311	25.6						
毎日飲酒	446	15.5	150,262	23.9	11,814	19.7	1,658,999	25.5						
時々飲酒	689	23.9	136,186	21.7	17,885	29.8	1,463,468	22.5						
⑭	一日飲酒量	1合未満	1,392	62.3	295,624	67.0	20,349	50.2	2,978,351	64.1				
		1～2合	448	20.1	98,762	22.4	12,112	29.9	1,101,465	23.7				
		2～3合	292	13.1	37,048	8.4	5,818	14.4	434,461	9.4				
		3合以上	102	4.6	9,659	2.2	2,219	5.5	128,716	2.8				

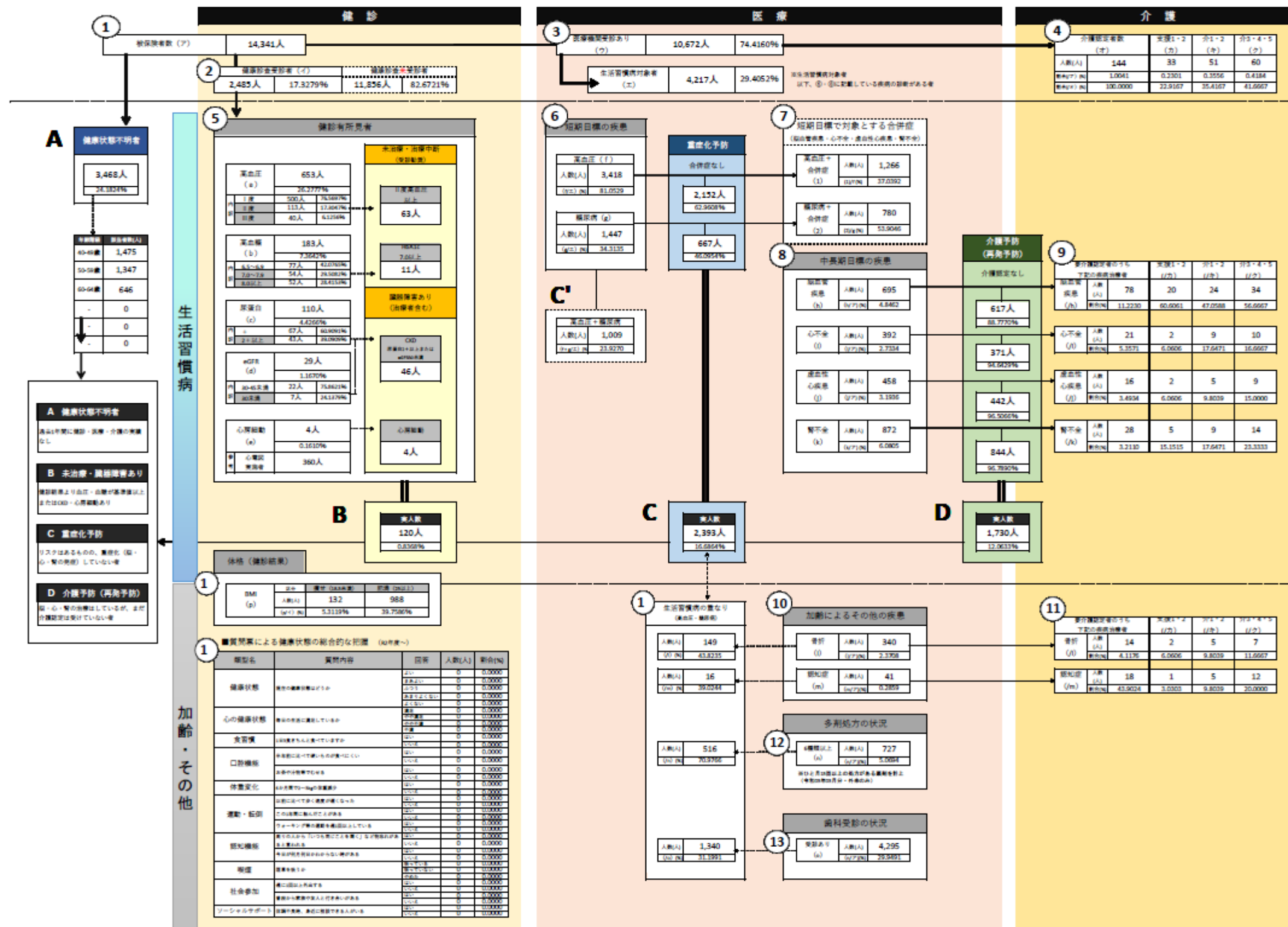
参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

①40～64 歳(国保)

ログイン
保険者番号: 00470039
[うるま市(国保)]

分析条件
保険者名: うるま市
地区:
対象年度: 令和04年

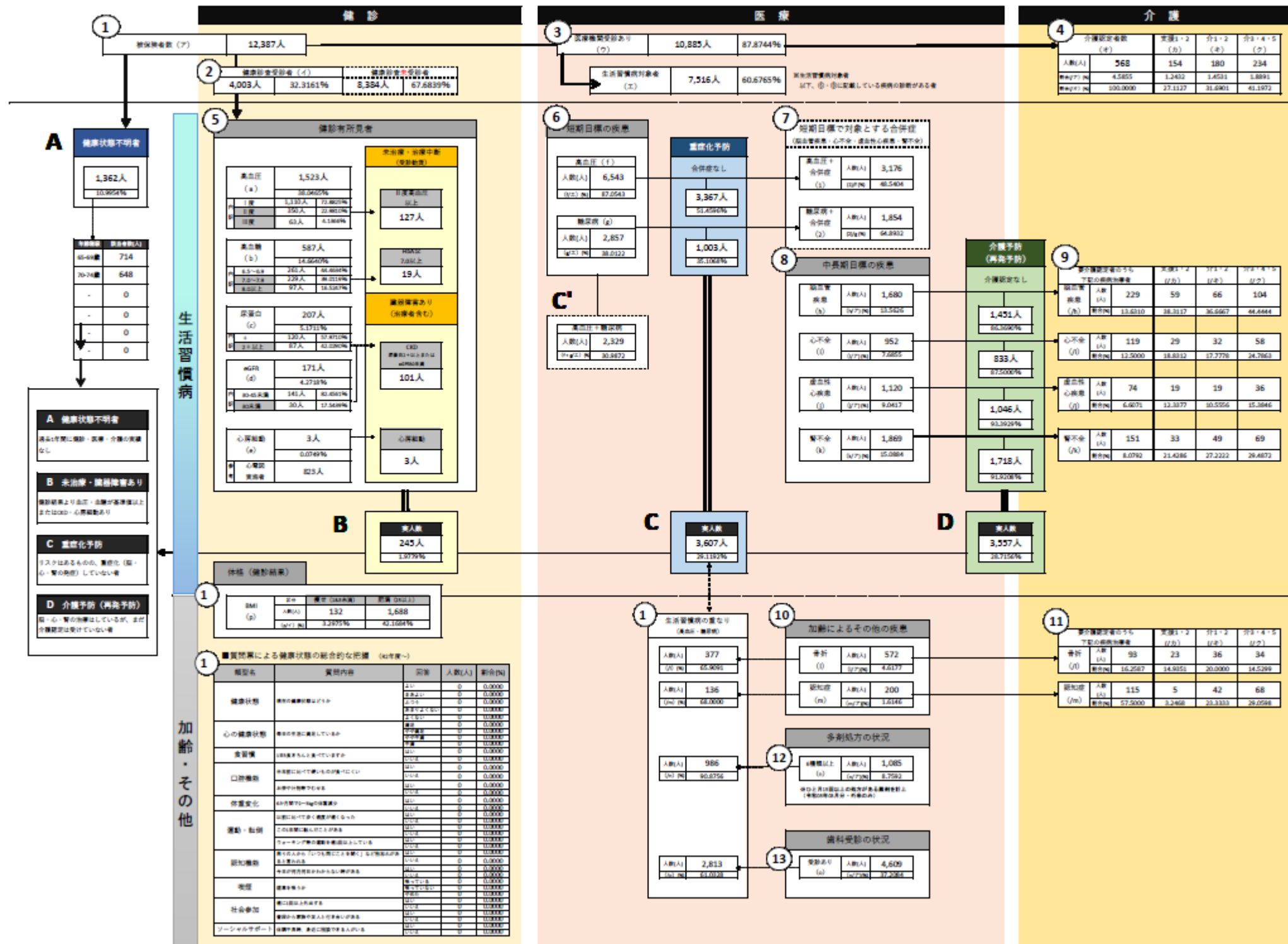
絞り込み条件
年齢層: 40～64歳



出典・参照: 保険者データヘルス支援システム

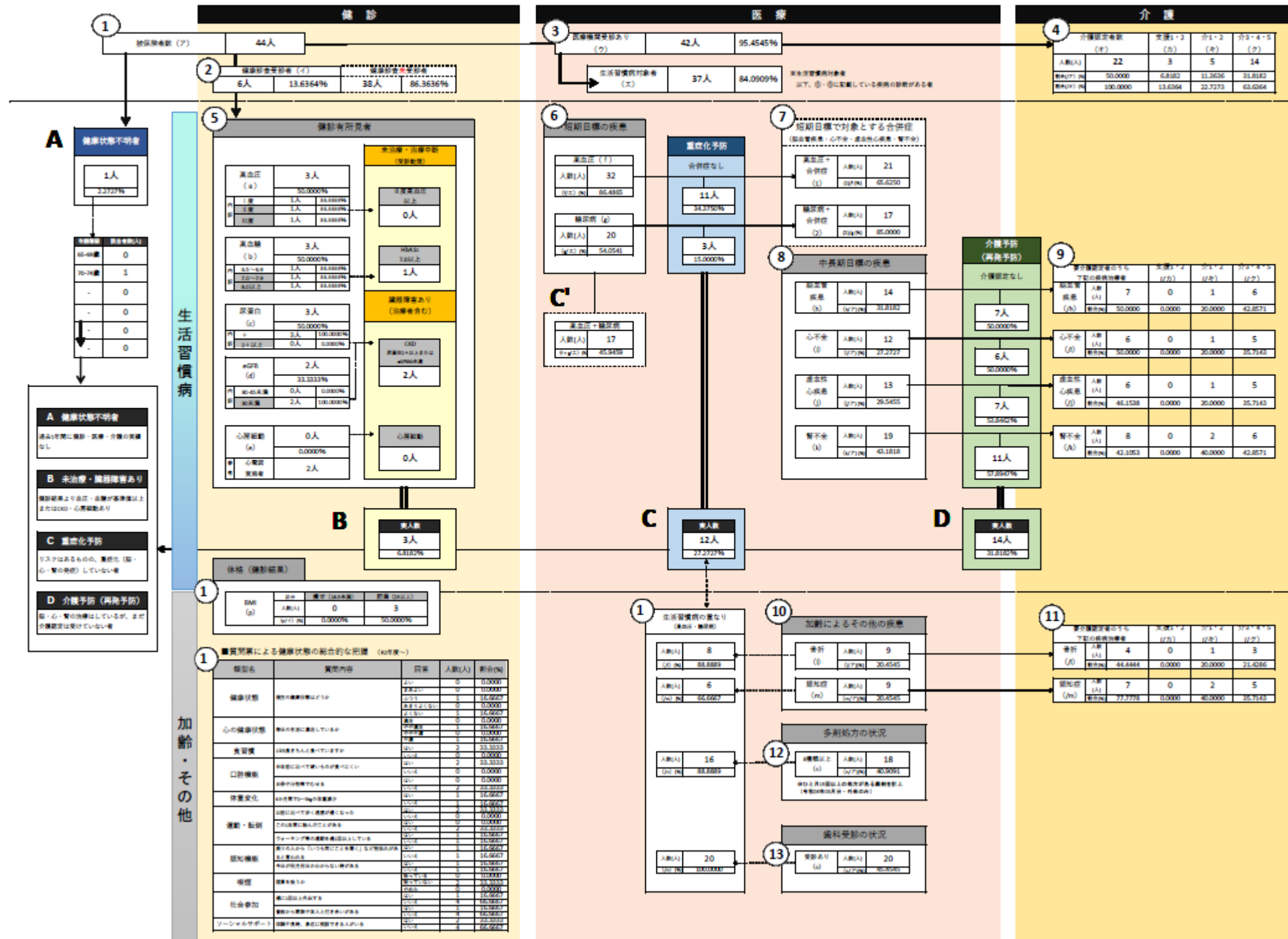
②65~74 歳(国保)

ログイン 保険者番号: 00400000 うるま市(国庫)	分析条件 保険者名 うるま市 地区	対象年度 平成24年
個別条件 年齢層 65歳~74歳(国庫)		



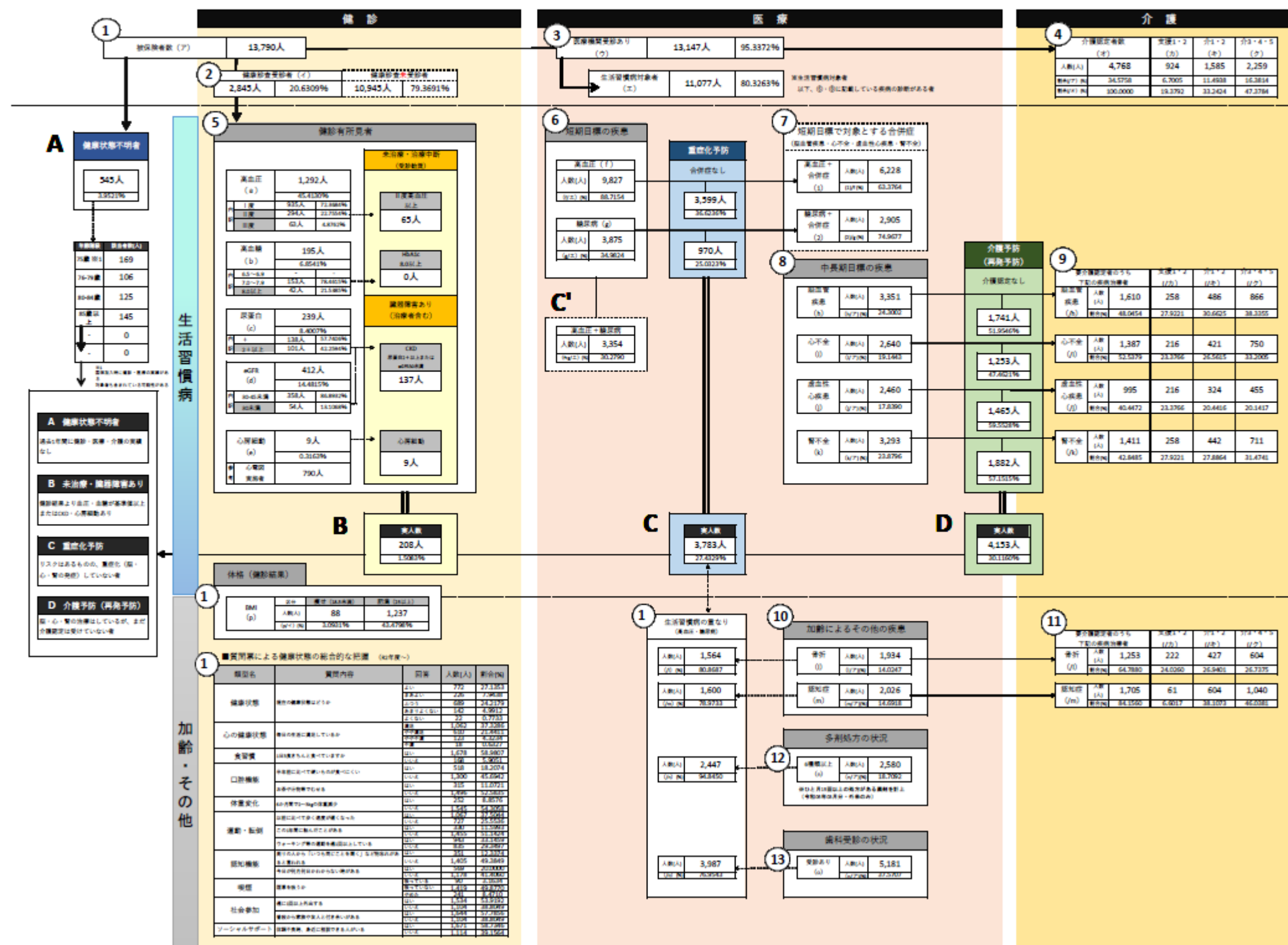
③65～74 歳(後期)

ロデザイン 保険者番号: 00470039 うる宮(国県):	分析条件 保険者名: うる宮市 地区:	対象年度: 令和04年
国別条件 年齢層: 04歳～74歳(3歳)		



④75 歳以上(後期)

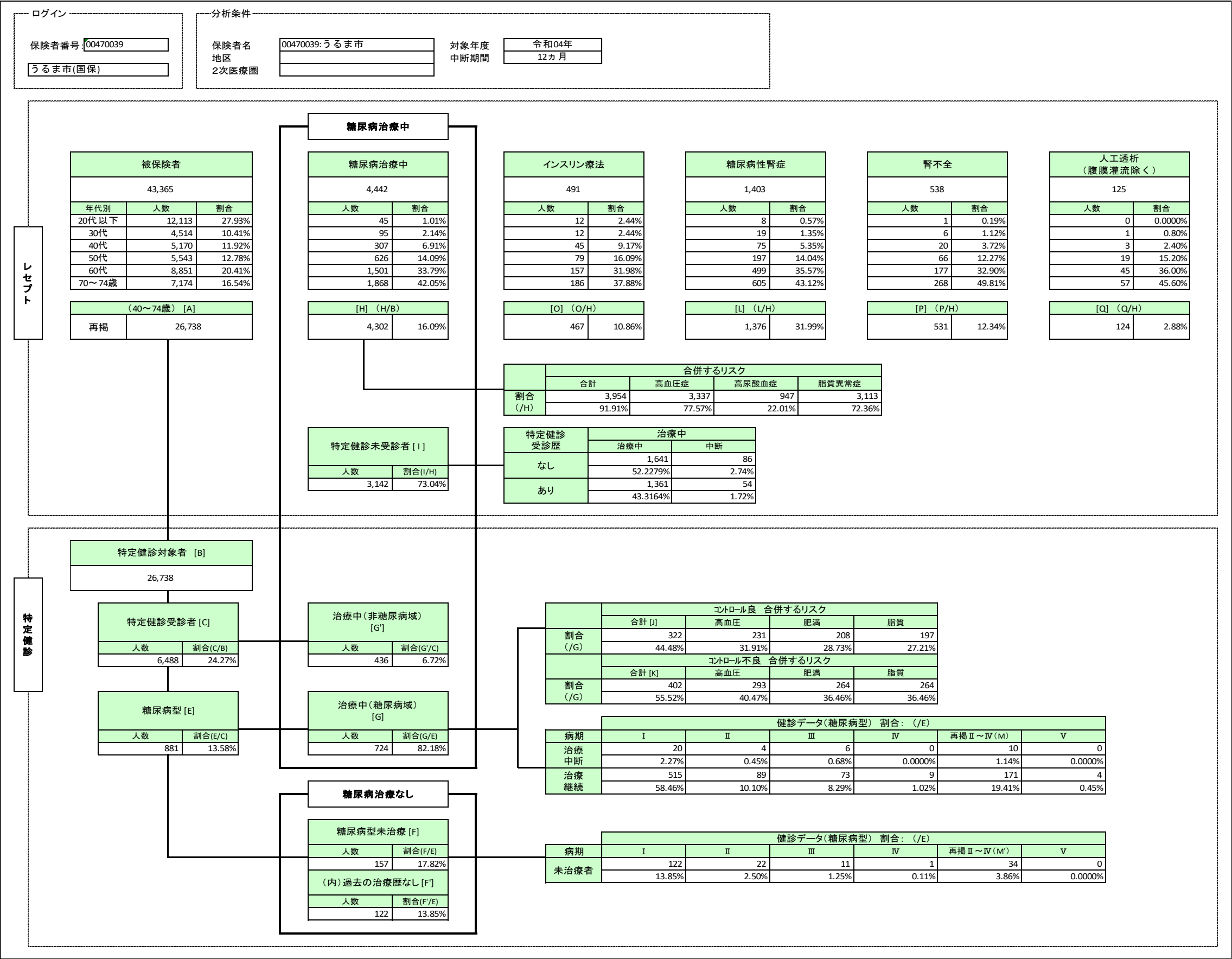
ロデザイン 保険者番号: 004700339 うるま市(国体)	分析条件 保険者名: うるま市 地区:	対象年度: 令和04年
選択条件 年齢層: 15歳以上		



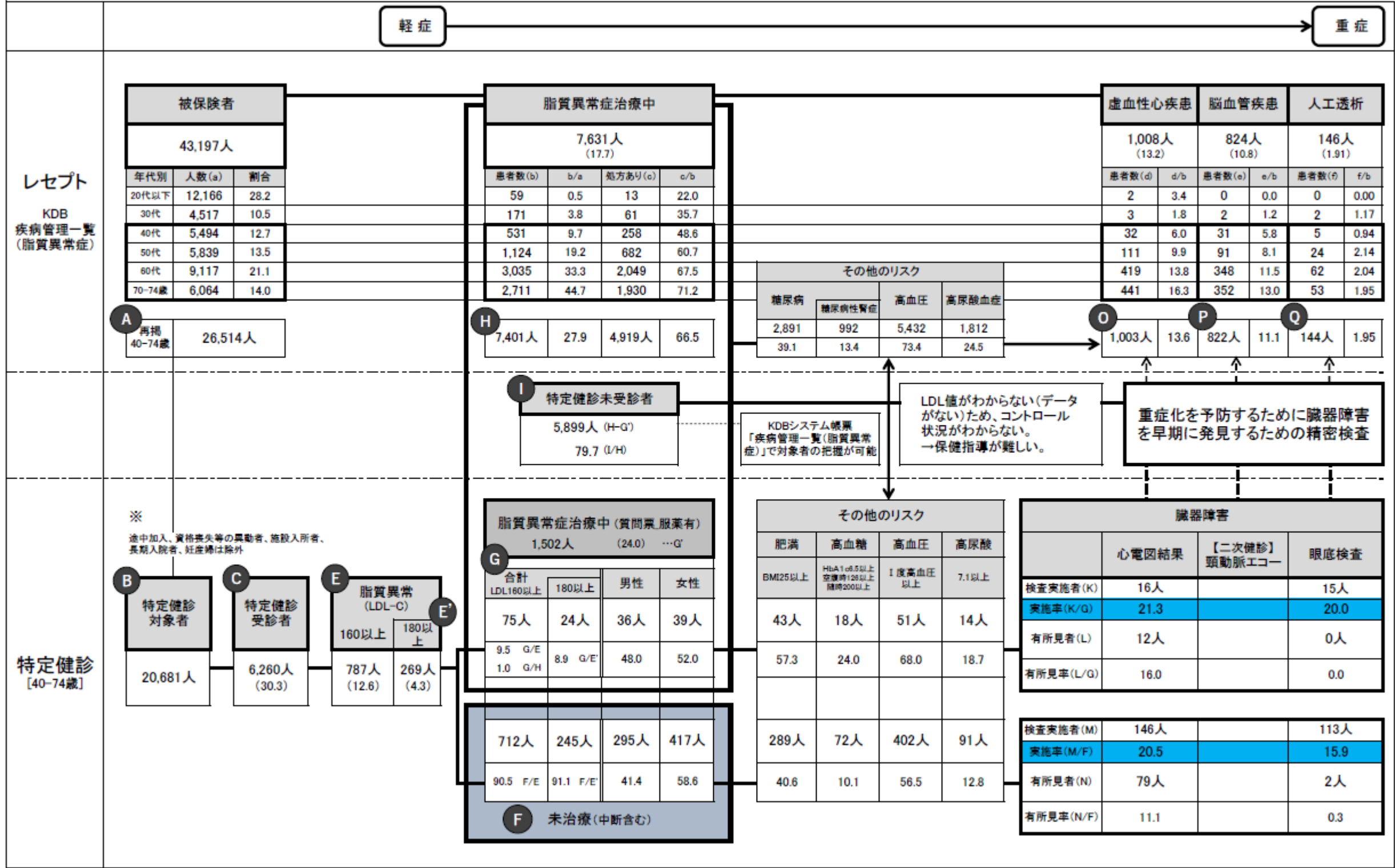
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目				実 合 表	うるま市										同規模保険者(平均)			
					H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	被保険者数	A	39,982人		39,098人		38,676人		38,422人		37,890人						
	②	(再掲)40-74歳		24,361人		24,030人		24,145人		24,355人		24,109人						
2	①	対象者数	B	21,711人		21,452人		21,132人		21,488人		20,515人						
	②	特定健診 受診者数	C	8,369人		8,089人		5,823人		5,966人		6,260人						
	③	受診率		--		--		--		--		--						
3	①	特定 保健指導 対象者数		1,416人		1,297人		957人		904人		970人						
	②	実施率		68.4%		67.2%		62.5%		55.8%		59.7%						
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	1,207人	14.4%	1,283人	15.9%	953人	16.4%	912人	15.3%	967人	15.4%				
	②		未治療・中断者(質問票 回答なし)	F	382人	31.6%	410人	32.0%	264人	27.7%	243人	26.6%	321人	33.2%				
	③		治療中(質問票 回答あり)	G	825人	68.4%	873人	68.0%	689人	72.3%	669人	73.4%	646人	66.8%				
	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	492人	59.6%	520人	59.6%	408人	59.2%	386人	57.7%	390人	60.4%				
	⑤				329人	66.9%	358人	68.8%	296人	72.5%	256人	66.3%	288人	73.8%				
	⑥				329人	66.9%	327人	62.9%	270人	66.2%	251人	65.0%	251人	64.4%				
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	333人	40.4%	353人	40.4%	281人	40.8%	283人	42.3%	256人	39.6%				
	⑧		第1期 尿蛋白(-)	M	884人	73.2%	931人	72.6%	705人	74.0%	685人	75.1%	725人	75.0%				
	⑨		第2期 尿蛋白(±)		127人	10.5%	157人	12.2%	117人	12.3%	92人	10.1%	123人	12.7%				
	⑩		第3期 尿蛋白(+)以上		166人	13.8%	160人	12.5%	106人	11.1%	106人	11.6%	100人	10.3%				
	⑪		第4期 eGFR30未満		24人	2.0%	27人	2.1%	20人	2.1%	25人	2.7%	14人	1.4%				
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者対)		60.3人		60.8人		52.5人		60.3人		59.7人					
	②		(再掲)40-74歳(被保険者対)		95.8人		96.3人		81.8人		92.7人		91.5人					
	③		レセプト件数 (40-74歳) (1人1回受療率対)		入院外(件数)		13,773件 (575.7)		14,181件 (593.5)		13,870件 (574.1)		14,699件 (614.1)		14,563件 (633.3)		1,662,960件 (868.5)	
	④				入院(件数)		72件 (3.0)		70件 (2.9)		56件 (2.3)		71件 (3.0)		62件 (2.7)		6,923件 (3.6)	
	⑤		糖尿病治療中		H	2,411人	6.0%	2,378人	6.1%	2,029人	5.2%	2,317人	6.0%	2,261人	6.0%			
	⑥		(再掲)40-74歳			2,335人	9.6%	2,313人	9.6%	1,974人	8.2%	2,258人	9.3%	2,206人	9.2%			
	⑦		健診未受診者		I	1,510人	64.7%	1,488人	64.3%	1,285人	65.1%	1,589人	70.4%	1,560人	70.7%			
	⑧		インスリン治療		O	183人	7.6%	193人	8.1%	165人	8.1%	181人	7.8%	194人	8.6%			
	⑨		(再掲)40-74歳			174人	7.5%	187人	8.1%	158人	8.0%	175人	7.8%	190人	8.6%			
	⑩		糖尿病性腎症		L	447人	18.5%	610人	25.7%	560人	27.6%	634人	27.4%	605人	26.8%			
	⑪		(再掲)40-74歳			438人	18.8%	599人	25.9%	548人	27.8%	623人	27.6%	597人	27.1%			
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病性腎症中に占める割合)			93人	3.9%	83人	3.5%	83人	4.1%	84人	3.6%	87人	3.8%			
	⑬		(再掲)40-74歳			93人	4.0%	83人	3.6%	82人	4.2%	83人	3.7%	86人	3.9%			
	⑭		新規透析患者数			15		12		12		19		23				
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症			11		3		5		11		13				
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病性腎症中に占める割合)					69人	2.9%	60人	3.0%	56人	2.6%	59人	2.8%			
6	①	医療費	総医療費		107億1891万円		110億0878万円		106億9082万円		112億3934万円		109億2392万円		87億1825万円			
	②		生活習慣病総医療費		55億0507万円		56億2976万円		57億3584万円		58億5938万円		55億4301万円		46億0048万円			
	③		(総医療費に占める割合)		51.4%		51.1%		53.7%		52.1%		50.7%		52.8%			
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり		健診受診者		7,405円		4,704円		5,440円		5,232円		6,461円			
	⑤				健診未受診者		39,539円		40,544円		47,177円		47,368円		44,386円		39,594円	
	⑥		糖尿病医療費		4億3191万円		4億5945万円		4億5809万円		4億8327万円		4億7032万円		4億7740万円			
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		7.8%		8.2%		8.0%		8.2%		8.5%		10.4%			
	⑧		糖尿病入院外総医療費		14億5039万円		14億8894万円		14億7907万円		15億4842万円		14億7123万円					
	⑨		1件あたり		46,740円		48,072円		50,014円		50,236円		48,682円					
	⑩		糖尿病入院総医療費		9億6879万円		9億9684万円		11億2746万円		11億7738万円		12億6706万円					
	⑪		1件あたり		606,253円		658,848円		729,746円		722,321円		766,056円					
	⑫		在院日数		17日		18日		19日		18日		19日					
	⑬		慢性腎不全医療費		8億4437万円		8億7979万円		8億4803万円		8億4393万円		8億3160万円		4億1714万円			
	⑭		透析有り		8億1138万円		8億4432万円		8億1379万円		8億1181万円		8億0179万円		3億9180万円			
	⑮		透析なし		3299万円		3547万円		3424万円		3212万円		2982万円		2534万円			
7	①	介護	介護給付費		87億8643万円		91億5377万円		93億5821万円		94億3327万円		93億4024万円		95億8144万円			
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		24件	17.9%	20件	15.9%	23件	18.4%	24件	20.9%	17件	15.6%				
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		12人	1.2%	15人	1.5%	19人	1.9%	16人	1.6%	21人	1.8%	2,639人	1.0%		

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



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



※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

参考資料7 HbA1c の年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
								合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる					
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
H29	8,506	3,101	36.5%	3,250	38.2%	1,183	13.9%	400	4.7%	370	4.3%	202	2.4%	366	4.3%	143	1.7%
H30	8,281	3,160	38.2%	3,105	37.5%	1,127	13.6%	377	4.6%	313	3.8%	199	2.4%	341	4.1%	141	1.7%
R01	7,998	2,286	28.6%	3,327	41.6%	1,400	17.5%	448	5.6%	355	4.4%	182	2.3%	345	4.3%	127	1.6%
R02	5,823	2,096	36.0%	2,180	37.4%	859	14.8%	290	5.0%	257	4.4%	141	2.4%	266	4.6%	93	1.6%
R03	5,966	2,329	39.0%	2,189	36.7%	797	13.4%	299	5.0%	231	3.9%	121	2.0%	223	3.7%	78	1.3%
R04	6,260	1,947	31.1%	2,542	40.6%	1,039	16.6%	323	5.2%	266	4.2%	143	2.3%	260	4.2%	93	1.5%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病率・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			再掲									
					再掲	7.0以上	未治療	治療									
H29	8,506	3,101	3,250	1,183	972	311	661										
		36.5%	38.2%	13.9%	11.4%	32.0%	68.0%										
					572	136	436										
					6.7%	23.8%	76.2%										
H30	8,281	3,160	3,105	1,127	889	299	590										
		38.2%	37.5%	13.6%	10.7%	33.6%	66.4%										
					512	129	383										
					6.2%	25.2%	74.8%										
R01	7,998	2,286	3,327	1,400	985	340	645										
		28.6%	41.6%	17.5%	12.3%	34.5%	65.5%										
					537	119	418										
					6.7%	22.2%	77.8%										
R02	5,823	2,096	2,180	859	688	207	481										
		36.0%	37.4%	14.8%	11.8%	30.1%	69.9%										
					398	85	313										
					6.8%	21.4%	78.6%										
R03	5,966	2,329	2,189	797	651	182	469										
		39.0%	36.7%	13.4%	10.9%	28.0%	72.0%										
					352	68	284										
					5.9%	19.3%	80.7%										
R04	6,260	1,947	2,542	1,039	732	253	479										
		31.1%	40.6%	16.6%	11.7%	34.6%	65.4%										
					409	105	304										
					6.5%	25.7%	74.3%										

治療と未治療の状況

		HbA1c測定				保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲															
						正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病																					
												合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる																	
						5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上													
						人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	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	910	10.7%	13	1.4%	54	5.9%	182	20.0%	225	24.7%	296	32.5%	140	15.4%	278	30.5%	94	10.3%														
	H30	820	9.9%	12	1.5%	52	6.3%	166	20.2%	207	25.2%	242	29.5%	141	17.2%	262	32.0%	92	11.2%														
	R01	870	10.9%	14	1.6%	42	4.8%	169	19.4%	227	26.1%	279	32.1%	139	16.0%	266	30.6%	94	10.8%														
	R02	689	11.8%	16	2.3%	46	6.7%	146	21.2%	168	24.4%	208	30.2%	105	15.2%	209	30.3%	66	9.6%														
	R03	669	11.2%	14	2.1%	48	7.2%	138	20.6%	185	27.7%	189	28.3%	95	14.2%	179	26.8%	54	8.1%														
	R04	646	10.3%	9	1.4%	34	5.3%	124	19.2%	175	27.1%	207	32.0%	97	15.0%	196	30.3%	55	8.5%														
治療なし	H29	7,596	89.3%	3,088	40.7%	3,196	42.1%	1,001	13.2%	175	2.3%	74	1.0%	62	0.8%	88	1.2%	49	0.6%														
	H30	7,461	90.1%	3,148	42.2%	3,053	40.9%	961	12.9%	170	2.3%	71	1.0%	58	0.8%	79	1.1%	49	0.7%														
	R01	7,128	89.1%	2,272	31.9%	3,285	46.1%	1,231	17.3%	221	3.1%	76	1.1%	43	0.6%	79	1.1%	33	0.5%														
	R02	5,134	88.2%	2,080	40.5%	2,134	41.6%	713	13.9%	122	2.4%	49	1.0%	36	0.7%	57	1.1%	27	0.5%														
	R03	5,297	88.8%	2,315	43.7%	2,141	40.4%	659	12.4%	114	2.2%	42	0.8%	26	0.5%	44	0.8%	24	0.5%														
	R04	5,614	89.7%	1,938	34.5%	2,508	44.7%	915	16.3%	148	2.6%	59	1.1%	46	0.8%	64	1.1%	38	0.7%														

出典・参照:特定健診等データ管理システム

参考資料8 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導				受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	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	8,588	2,541	29.6%	1,379	16.1%	2,416	28.1%	1,785	20.8%	389	4.5%	78	0.9%				
H30	8,369	2,332	27.9%	1,272	15.2%	2,231	26.7%	1,894	22.6%	527	6.3%	113	1.4%				
R01	8,089	2,133	26.4%	1,217	15.0%	2,269	28.1%	1,851	22.9%	508	6.3%	111	1.4%				
R02	5,823	1,347	23.1%	895	15.4%	1,651	28.4%	1,465	25.2%	384	6.6%	81	1.4%				
R03	5,966	1,395	23.4%	904	15.2%	1,755	29.4%	1,450	24.3%	392	6.6%	70	1.2%				
R04	6,260	1,549	24.7%	944	15.1%	1,676	26.8%	1,548	24.7%	441	7.0%	102	1.6%				

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病率・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)Ⅱ度高血圧	再指導											
						未治療	治療										
H29	8,588	3,920 45.6%	2,416 28.1%	1,785 20.8%	467	287	180										
					5.4%	61.5%	38.5%										
					78	48	30										
H30	8,369	3,604 43.1%	2,231 26.7%	1,894 22.6%	640	383	257										
					7.6%	59.8%	40.2%										
					113	80	33										
R01	8,089	3,350 41.4%	2,269 28.1%	1,851 22.9%	619	372	247										
					7.7%	60.1%	39.9%										
					111	74	37										
R02	5,823	2,242 38.5%	1,651 28.4%	1,465 25.2%	465	257	208										
					8.0%	55.3%	44.7%										
					81	54	27										
R03	5,966	2,299 38.5%	1,755 29.4%	1,450 24.3%	462	256	206										
					7.7%	55.4%	44.6%										
					70	48	22										
R04	6,260	2,493 39.8%	1,676 26.8%	1,548 24.7%	543	306	237										
					8.7%	56.4%	43.6%										
					102	68	34										

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	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	2,968	34.6%	448	15.1%	480	16.2%	1,009	34.0%	851	28.7%	150	5.1%	30	1.0%		
	H30	2,958	35.3%	402	13.6%	453	15.3%	909	30.7%	937	31.7%	224	7.6%	33	1.1%		
	R01	2,990	37.0%	393	13.1%	447	14.9%	970	32.4%	933	31.2%	210	7.0%	37	1.2%		
	R02	2,252	38.7%	250	11.1%	366	16.3%	692	30.7%	736	32.7%	181	8.0%	27	1.2%		
	R03	2,346	39.3%	297	12.7%	362	15.4%	760	32.4%	721	30.7%	184	7.8%	22	0.9%		
	R04	2,401	38.4%	306	12.7%	376	15.7%	726	30.2%	756	31.5%	203	8.5%	34	1.4%		
治療なし	H29	5,620	65.4%	2,093	37.2%	899	16.0%	1,407	25.0%	934	16.6%	239	4.3%	48	0.9%		
	H30	5,411	64.7%	1,930	35.7%	819	15.1%	1,322	24.4%	957	17.7%	303	5.6%	80	1.5%		
	R01	5,099	63.0%	1,740	34.1%	770	15.1%	1,299	25.5%	918	18.0%	298	5.8%	74	1.5%		
	R02	3,571	61.3%	1,097	30.7%	529	14.8%	959	26.9%	729	20.4%	203	5.7%	54	1.5%		
	R03	3,620	60.7%	1,098	30.3%	542	15.0%	995	27.5%	729	20.1%	208	5.7%	48	1.3%		
	R04	3,859	61.6%	1,243	32.2%	568	14.7%	950	24.6%	792	20.5%	238	6.2%	68	1.8%		

出典・参照:特定健診等データ管理システム

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

		LDL 測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
総 数	H29	8,588	4,170	48.6%	2,132	24.8%	1,338	15.6%	644	7.5%	304	3.5%
	H30	8,369	3,986	47.6%	2,044	24.4%	1,375	16.4%	652	7.8%	312	3.7%
	R01	8,089	3,690	45.6%	1,950	24.1%	1,372	17.0%	697	8.6%	380	4.7%
	R02	5,823	2,676	46.0%	1,419	24.4%	1,001	17.2%	476	8.2%	251	4.3%
	R03	5,966	2,717	45.5%	1,401	23.5%	1,024	17.2%	549	9.2%	275	4.6%
	R04	6,260	2,898	46.3%	1,519	24.3%	1,056	16.9%	518	8.3%	269	4.3%
男 性	H29	4,107	2,163	52.7%	1,011	24.6%	563	13.7%	259	6.3%	111	2.7%
	H30	4,015	2,079	51.8%	965	24.0%	593	14.8%	267	6.7%	111	2.8%
	R01	3,888	1,951	50.2%	908	23.4%	598	15.4%	290	7.5%	141	3.6%
	R02	2,749	1,371	49.9%	684	24.9%	416	15.1%	185	6.7%	93	3.4%
	R03	2,834	1,414	49.9%	682	24.1%	423	14.9%	220	7.8%	95	3.4%
	R04	2,992	1,508	50.4%	702	23.5%	451	15.1%	223	7.5%	108	3.6%
女 性	H29	4,481	2,007	44.8%	1,121	25.0%	775	17.3%	385	8.6%	193	4.3%
	H30	4,354	1,907	43.8%	1,079	24.8%	782	18.0%	385	8.8%	201	4.6%
	R01	4,201	1,739	41.4%	1,042	24.8%	774	18.4%	407	9.7%	239	5.7%
	R02	3,074	1,305	42.5%	735	23.9%	585	19.0%	291	9.5%	158	5.1%
	R03	3,132	1,303	41.6%	719	23.0%	601	19.2%	329	10.5%	180	5.7%
	R04	3,268	1,390	42.5%	817	25.0%	605	18.5%	295	9.0%	161	4.9%

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			再発					
					再180以上	未治療	治療	再発	再発				
H29	8,588	4,170	2,132	1,338	948	862	86	11.0%	9.1%	3.5%	11.0%		
					304	276	28	3.5%	9.2%				
H30	8,369	3,986	2,044	1,375	964	870	94	11.5%	9.8%	3.7%	11.5%		
					312	280	32	3.7%	10.3%				
R01	8,089	3,690	1,950	1,372	1,077	972	105	13.3%	9.7%	4.7%	13.3%		
					380	347	33	4.7%	8.7%				
R02	5,823	2,676	1,419	1,001	727	659	68	12.5%	9.4%	4.3%	12.5%		
					251	234	17	4.3%	6.8%				
R03	5,966	2,717	1,401	1,024	824	754	70	13.8%	8.5%	4.6%	13.8%		
					275	254	21	4.6%	7.6%				
R04	6,260	2,898	1,519	1,056	787	712	75	12.6%	9.5%	4.3%	12.6%		
					269	245	24	4.3%	8.9%				

治療と未治療の状況

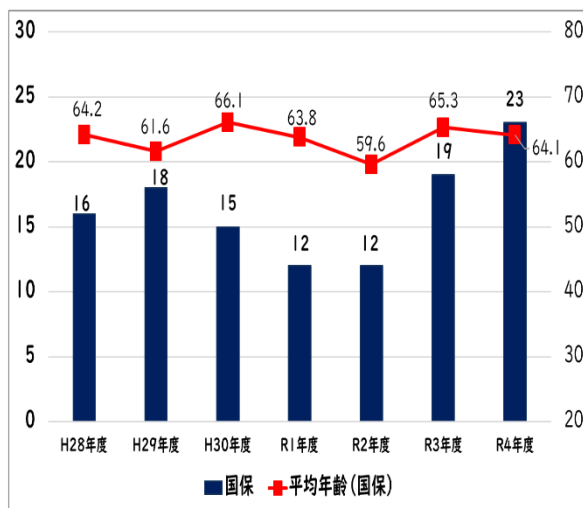
	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
治療中	H29	1,820	21.2%	1,175	64.6%	395	21.7%	164	9.0%	58	3.2%
	H30	1,788	21.4%	1,159	64.8%	394	22.0%	141	7.9%	62	3.5%
	R01	1,835	22.7%	1,183	64.5%	382	20.8%	165	9.0%	72	3.9%
	R02	1,405	24.1%	952	67.8%	259	18.4%	126	9.0%	51	3.6%
	R03	1,509	25.3%	1,002	66.4%	288	19.1%	149	9.9%	49	3.2%
治療なし	H29	6,768	78.8%	2,995	44.3%	1,737	25.7%	1,174	17.3%	586	8.7%
	H30	6,581	78.6%	2,827	43.0%	1,650	25.1%	1,234	18.8%	590	9.0%
	R01	6,254	77.3%	2,507	40.1%	1,568	25.1%	1,207	19.3%	625	10.0%
	R02	4,418	75.9%	1,724	39.0%	1,160	26.3%	875	19.8%	425	9.6%
	R03	4,457	74.7%	1,715	38.5%	1,113	25.0%	875	19.6%	500	11.2%
	R04	4,758	76.0%	1,897	39.9%	1,216	25.6%	933	19.6%	467	9.8%

出典・参照：特定健診等データ管理システム

過去4年間の国保医療費推移（うるま市）

	R1			R2			R3			R4		
	主傷病名	費用（円）	割合	主傷病名	費用（円）	割合	主傷病名	費用（円）	割合	主傷病名	費用（円）	割合
1	慢性腎不全 (透析あり)	844,194,150	7.7%	慢性腎不全 (透析あり)	813,788,800	7.7%	慢性腎不全 (透析あり)	811,805,600	7.3%	慢性腎不全 (透析あり)	801,787,790	7.4%
2	統合失調症	654,717,200	6.0%	統合失調症	651,566,770	6.1%	統合失調症	611,656,640	5.5%	統合失調症	542,637,950	5.0%
3	糖尿病	440,461,400	4.0%	糖尿病	441,505,040	4.2%	糖尿病	469,185,860	4.2%	糖尿病	462,412,750	4.3%
4	関節疾患	348,194,290	3.2%	うつ病	336,218,840	3.2%	関節疾患	388,774,380	3.5%	関節疾患	330,971,010	3.1%
5	うつ病	325,872,750	3.0%	関節疾患	332,218,110	3.1%	うつ病	317,871,290	2.8%	うつ病	325,236,320	3.0%
6	高血圧症	290,812,220	2.7%	高血圧症	277,697,110	2.6%	高血圧症	266,877,180	2.4%	高血圧症	262,739,730	2.4%
7	骨折	207,670,550	1.9%	大腸がん	228,291,060	2.1%	大腸がん	253,869,690	2.3%	大腸がん	228,678,170	2.1%
8	大腸がん	201,442,430	1.8%	骨折	190,664,980	1.8%	乳がん	203,589,570	1.8%	不整脈	206,128,050	1.9%
9	脂質異常症	173,544,390	1.6%	乳がん	160,791,700	1.5%	肺がん	181,535,740	1.6%	脳梗塞	184,466,570	1.7%
10	乳がん	150,243,250	1.4%	肺がん	156,452,670	1.5%	脳梗塞	180,302,830	1.6%	乳がん	179,352,800	1.7%
11	狭心症	118,770,540	1.1%	脂質異常症	155,573,990	1.5%	骨折	179,954,690	1.6%	骨折	166,114,660	1.5%
12	脳梗塞	113,043,800	1.0%	狭心症	143,633,860	1.4%	脂質異常症	155,498,550	1.4%	脂質異常症	134,901,400	1.2%
	総医療費	10,957,994,760		総医療費	10,633,985,490		総医療費	11,162,622,990		総医療費	10,830,542,600	

うるま市（国保）74歳以下
新規人工透析導入患者と導入平均年齢の推移



地区別 新規人工透析導入患者に占める
65歳未満の割合

