

竹富町国民健康保険

第3期保健事業実施計画 (データヘルス計画)

第4期特定健康診査等実施計画

令和6年3月

目 次

第 1 章	保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項	1
1 - 1	背景・目的	1
1 - 2	計画位置づけと基本的な考え方	3
1 - 3	計画期間	7
1 - 4	関係者が果たすべき役割と連携	7
1 - 5	保険者努力支援制度	9
1 - 6	竹富町国民健康保険等の概況	11
第 2 章	第 2 期計画に係る評価と第 3 期計画における健康課題の 明確化	15
2 - 1	第 2 期計画に係る評価	15
2 - 2	第 3 期計画における健康課題の明確化	33
2 - 3	目標の設定	34
第 3 章	特定健診・特定保健指導の実施	37
3 - 1	第 4 期特定健診等実施計画について	37
3 - 2	対象者の見込み	37
3 - 3	目標値の設定	37
3 - 4	特定健診の実施	40
3 - 5	特定保健指導の実施	45
3 - 6	個人情報の取り扱い	48
3 - 7	結果の報告	48
3 - 8	特定健康診査等実施計画の公表・周知	48
第 4 章	保健事業の内容	49
4 - 1	保健事業の方向性	49
4 - 2	重症化予防の取り組み	49
4 - 3	重症化予防の取り組みの実際	54
4 - 4	広く町民に周知・啓発する取り組み	55
4 - 5	医療費適正化に向けた取り組み	55
第 5 章	地域包括ケアシステムに係る取組	57
5 - 1	介護予防・重症化予防の取組（高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施） ..	57
5 - 2	地域で支えあう仕組みづくりの推進	58
5 - 3	地域包括支援センターの機能強化	58

第 6 章	計画の評価・見直し	59
6 - 1	評価の時期	59
6 - 2	評価方法と体制	59
第 7 章	計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	61
7 - 1	計画の公表・周知	61
7 - 2	個人情報の取扱い	61

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1-1 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」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「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取り組み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（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PDA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実施計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善策を行うことが求められています。

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、令和伊2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」において、保険者におけるデータヘルス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・財政再生計画改革工程表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定等を行うとともに、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切な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、標準化の取組推進や評価指標の設定が進められています。

本町では、平成20年3月に「竹富町国民健康保険特定健診診査等実施計画」を策定し、数値目標を設定して、国保被保険者に対する特定健診・特定保健指導に取り組むとともに、平成27年3月に「竹富町保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定し、町民の健康実態に応じた健康増進及び疾病予防を効果的に推進するため、実証データに基づき、予防可能な生活習慣病を中心とした保健事業を実施してきました。その後、平成30年3月には、保健事業の実施及

び評価、事業内容の見直しを行い、保健事業の実効性をより高めていくために、これら2つの計画を一体的な計画とした「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）・第3期特定健康診査等実施計画」（以下「第2期計画」という。）を策定しました。

今後も幅広い年代の被保険者の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上を図るため、国の指針等に基づき「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」（以下「本計画」という。）を策定します。

1-2 計画位置づけと基本的な考え方

本計画は、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、効果的・効率的な保健事業の推進を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果や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していきます。

計画の策定に当たっては、国が示す「国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き」（以下「手引き」という。）に基づき、県内の共通指標を設定するなど標準化の推進に努めます。【図表 1-1】

また、本計画は、健康増進法（平成14年法律第103号）に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、健康おきなわ21（沖縄県健康増進計画）、沖縄県医療計画、竹富町健康増進計画、竹富町第9期介護保険事業計画及び沖縄県国民健康保険運営方針と調和・連携を図ります。【図表 1-2】

「特定健康診査等実施計画」は保健事業の中核を成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年版）」（以下「プログラム」という。）は、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当たり、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、プログラムの基本的な考え方に基づいて保健事業を展開します。

【図表 1-3】

以上を踏まえ、本町では、国保データベースシステム（以下「KDB」という。）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、国保被保険者の健康の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。

図表 1-1 沖縄県国民健康保険における共通の評価指標

<基本理念>

健康寿命の延伸、医療費の適正化

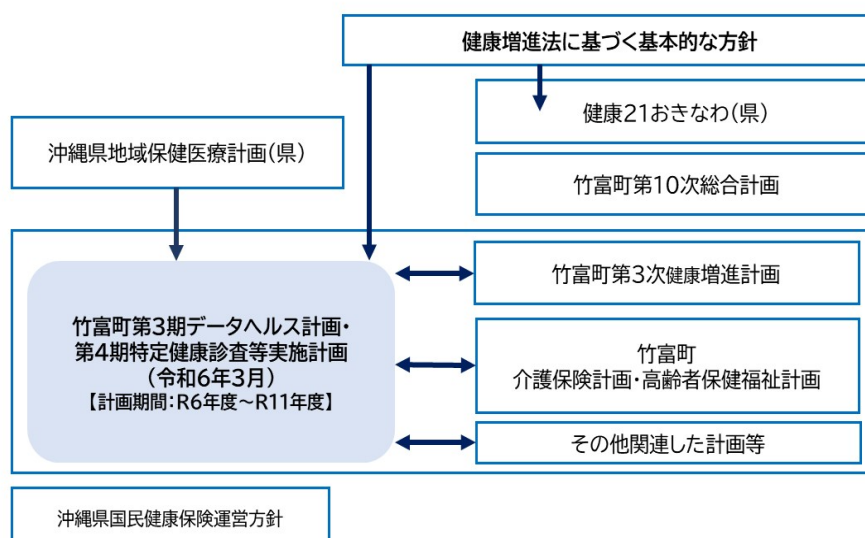
<取組の方向性>

脳血管疾患の発症と重症化を予防する、糖尿病の重症化を予防する

中長期的指標	1	高血圧の受診判定値である収縮期血圧 140 mm Hg 以上、または拡張期血圧 90 mm Hg 以上の者の割合
	2	HbA1c6.5%以上の者の割合
	3	HbA1c8.0%以上の者の割合 ◎
	4	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の割合
短期的指標	5	特定健康診査受診率 ◎
	6	特定保健指導実施率 ◎
	7	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 ◎
	8	未治療高血圧判定者の割合
	9	未治療糖尿病判定者の割合
	10	習慣的に喫煙している者の割合

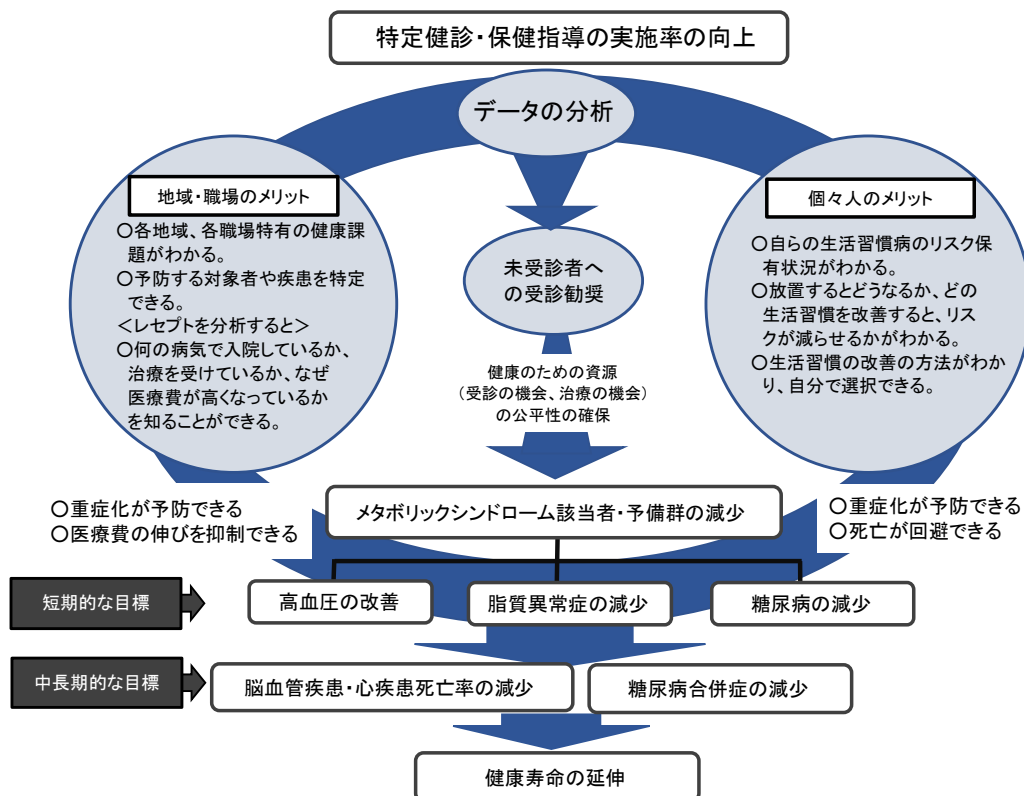
◎：全ての都道府県で設定することが望ましい指標

図表 1-1 他の法定計画との関連性



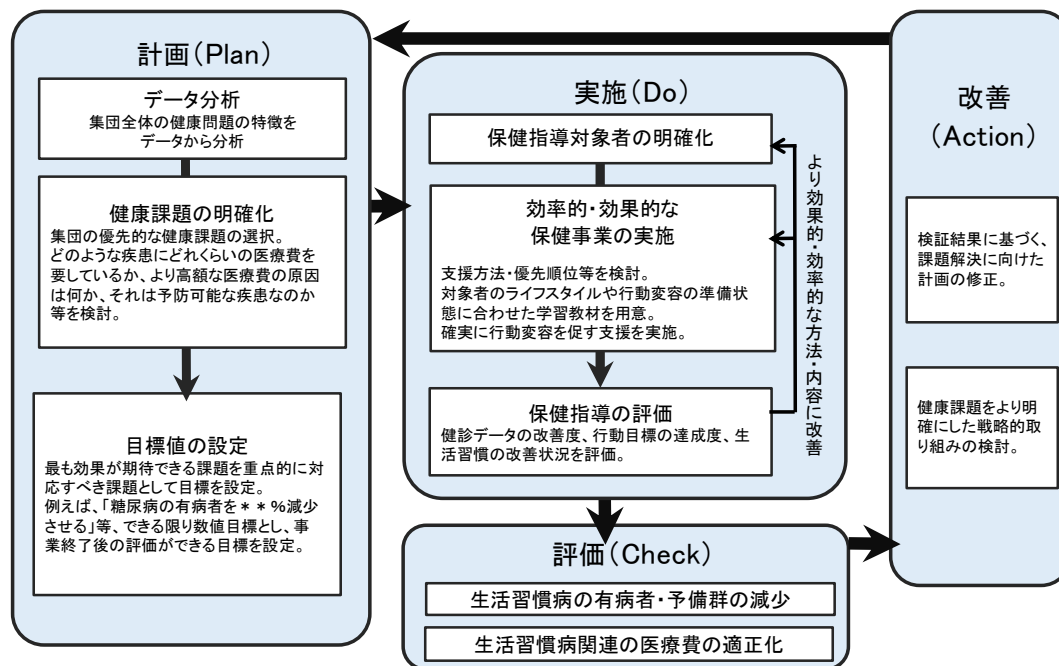
図表 1-2

特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動
～特定健診・特定保健指導のメリットを活かし、国民健康づくり運動を着実に推進～

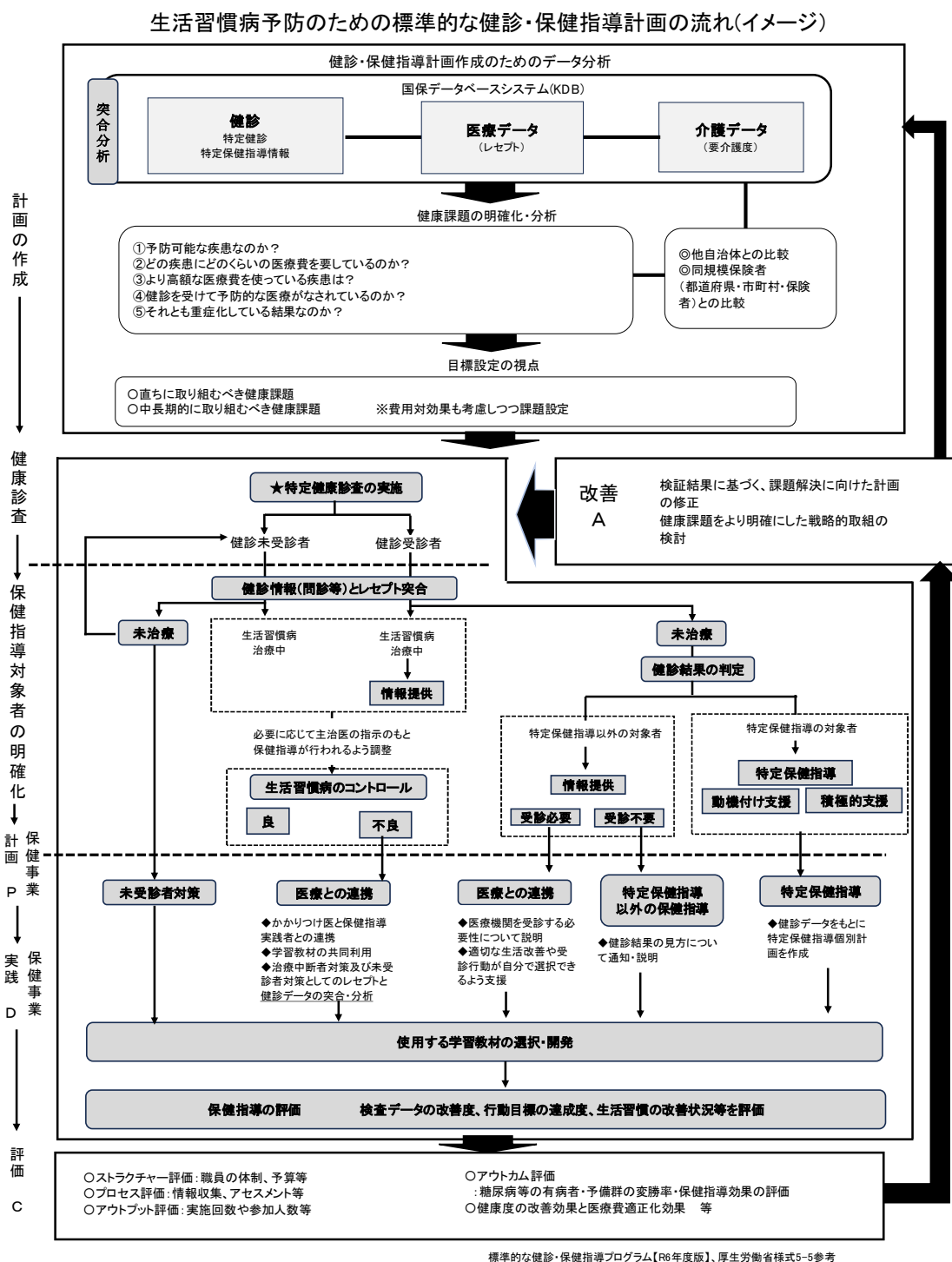


出典：標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年版）

図表 1-3 保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル



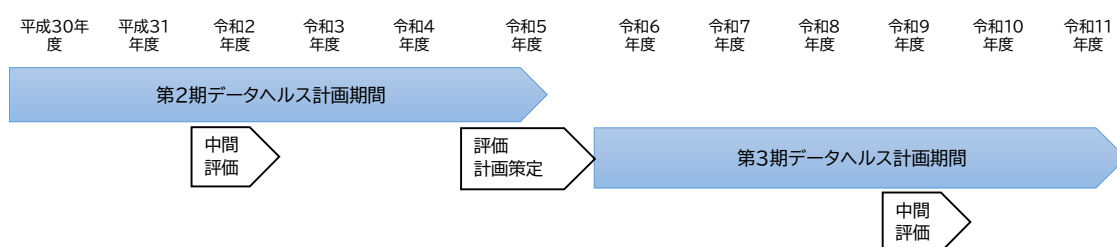
図表 1-4



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。

1-3 計画期間

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されており、特定健康診査等実施計画、医療費適正化計画や医療計画が6年を1期としていることから、これらとの整合性を図るため、本計画の計画期間は令和6年度から令和11年度までの6年間とします。



1-4 関係者が果たすべき役割と連携

(1) 実施主体・関係部局との役割

竹富町国民健康保険における健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実績、評価等は、保健予防部門の協力を得て、国保部門が主体となって行います。国民健康保険には幅広い年代の被保険者が属し、その健康課題もさまざまであることから、後期高齢者医療部門や介護保険部門等と連携してそれぞれの健康課題を共有しながら保健事業を展開します。

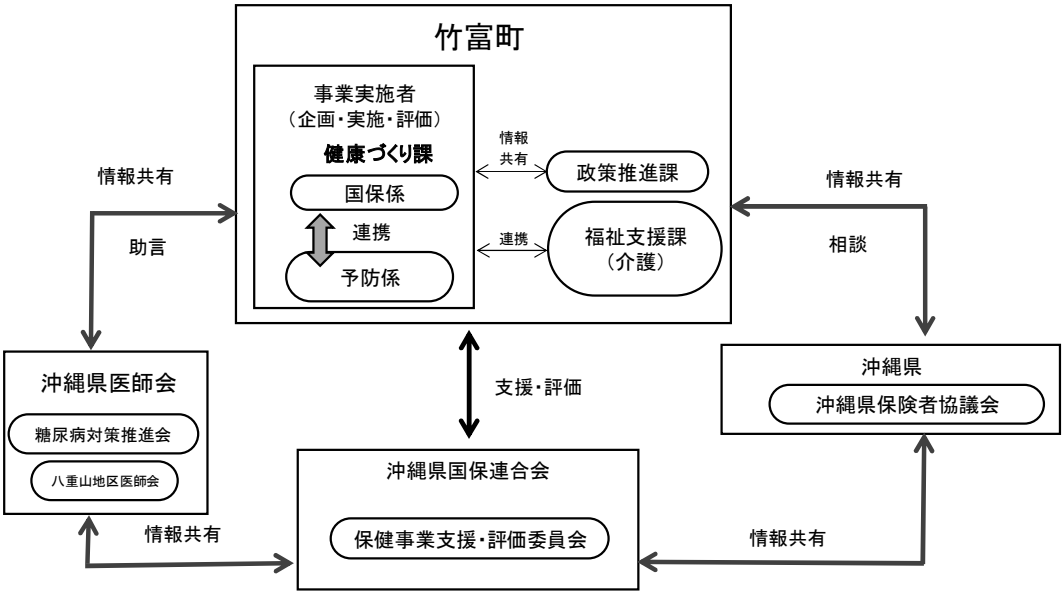
保健事業の実施主体である保健予防部門は、研修等による職員の資質向上に努め、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った計画運用ができるよう、体制を確保します。

(2) 外部有識者等との連携

計画の実行性を高めるためには、関係機関との連携・協力が重要となります。共同保険者である沖縄県のほか、国民健康保険団体連合会や連合会内に設置される支援・評価委員会、地域の医療機関等の保健医療関係者等、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、地域の医療機関や社会資源と健康課題を共有し、連携強化に努めます。

図表 1-5 実施体制



1-5 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や健康づくりの取り組み等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて国が交付金を交付する制度として、平成30年度から本格的に実施されています（取組評価分）。

令和2年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」として交付する部分を創設し、「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り組みを後押ししています（事業費分・事業費連動分）。

保険者努力支援制度は、健康増進と医療費適正化に取り組むことで、交付額が傾斜配分される制度で、特定健診受診率・特定保健指導実施率向上や生活習慣病の発症・重症化予防の取り組み、保険料（税）収納率向上に関する取り組みの実施状況を高く評価する配点となっています。毎年の実績や実施状況を見ながら配点の見直しが行われており、全国順位が毎年公表されています。本町は、令和4年度では全国1,741市町村中343位（県内市町村中17位）で、838万円交付されました。【図表 】

計画に沿って質の高い保健事業を展開するためには、保険者努力支援制度の座減が必要不可欠であることから、今後も、本制度を積極的かつ効果的・効率的に活用していきます。

図表 1-6 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	
			竹富町	配点	竹富町	配点	竹富町	配点
交付額(万円)					838		702	
全国順位(1,741市町村中)			541位		343位		64位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	125	70	115	70	150	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	20	40	17	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	105	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	10	90	40	90	45	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	40	50	35	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	120	130	95	130	130	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	0	100	50	100	50	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	15	30	40	30	40	40
	⑤	第三者求償の取組	32	40	45	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	71	95	63	100	70	100
合計点			618	1,000	658	960	742	940

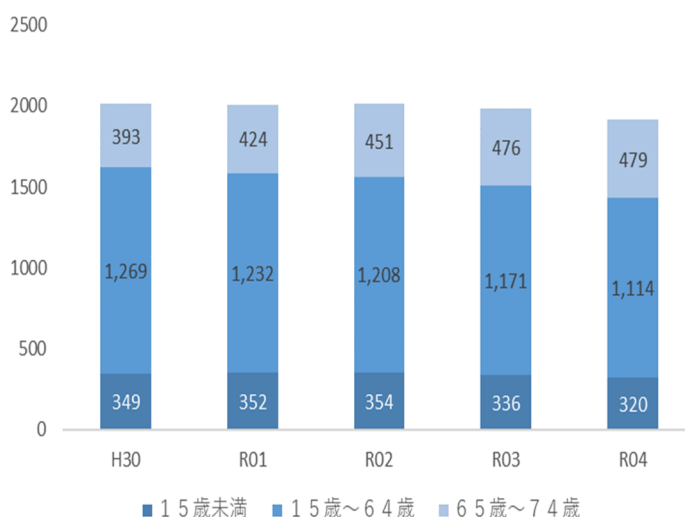
1-6 竹富町国民健康保険等の概況

(1) 被保険者数の推移と今後の見通し

図表 1-7 被保険者数の推移

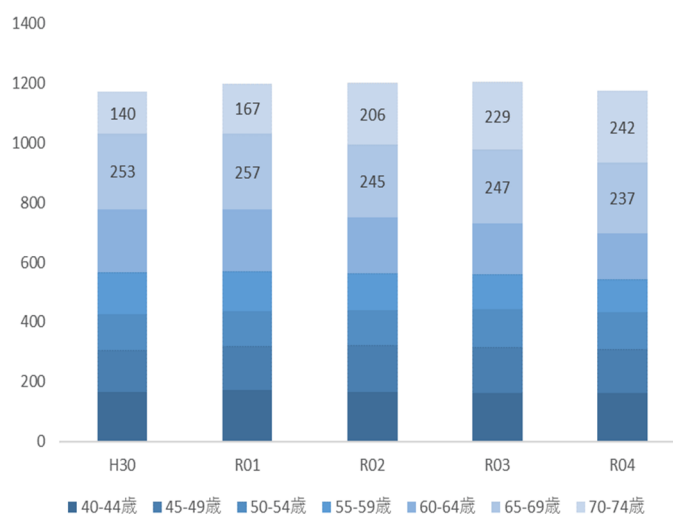
竹富町国民健康保険の被保険者数は、出産数の減少による人口減少や被用者保険の適用拡大の適用、後期高齢者医療へ移行する世代が増加していることなどにより、減少してきました。この傾向は今後も続く見込みです。

このうち、前期高齢者（65歳～74歳）は、令和4年度479人と被保険者全体（1,913人）のうち1/4を占めています。【図表 1-7】



特定健診の対象となる40歳から74歳の今後の被保険者数は、これまで増加傾向にあった70歳から74歳の前期高齢者においても、団塊の世代の後期高齢者医療制度への移行を契機に減少していくと予測できます。【図表 1-8】

図表 1-8 年齢階級別保険者数



(2) 医療費の推移

① 国保の状況

ア 医療費と1人あたり医療費の推移

本町の総医療費は、令和2年度は新型コロナウイルス感染症（以下「感染症」という。）の影響による受診控えなどに伴い減少しました。令和3年度は受診控えが回復し、その後増加傾向にあります。また、医療費のうち、前期高齢者（65歳～74歳）の医療費は令和4年度に4割を大きく超えています。

【図表 1-9】

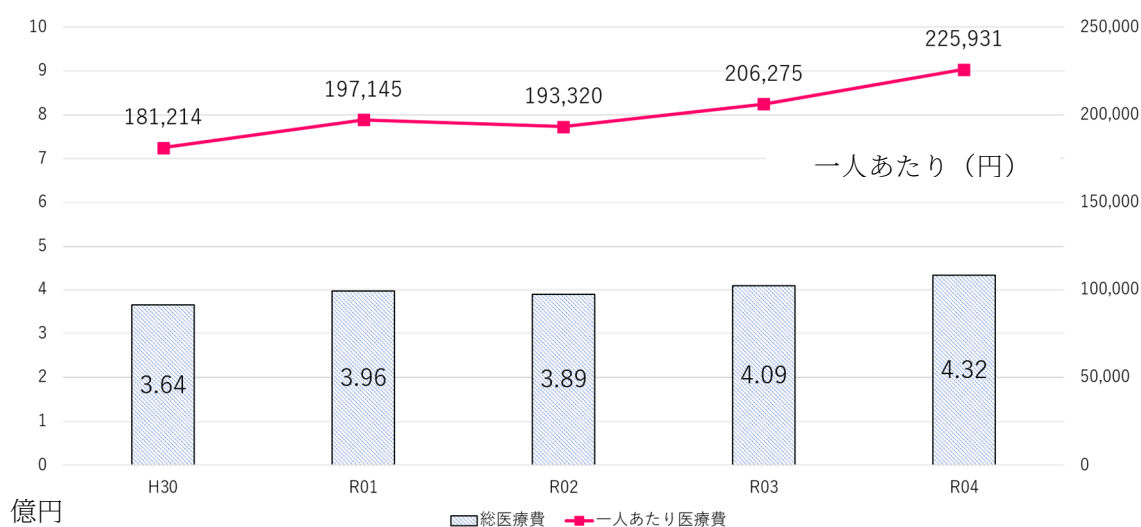
一方、1人あたり医療費は、令和2年度は感染症などの影響により減少しましたが、高齢化などにより増加傾向にあり、令和4年度の一人あたり医療費は平成30年度よりおよそ4万5千円増加しています。【図表 1-10】

図表 1-9 医療費の状況

	H30	R01	R02	R03	R04
国 保	3億7,533万円	4億6,606万円	4億4,274万円	4億7,683万円	4億8,084万円
前期高齢者 (65歳～74歳)	1億5,901万円 42.4%	1億9,584万円 42.0%	1億6,634万円 37.6%	1億9,740万円 41.4%	2億2,424万円 46.6%

国保事業状況報告（事業年報）より

図表 1-10 1人あたり医療費の状況



② 後期高齢者の状況

ア 保険給付費と1人あたり医療費の推移

75歳以上の後期高齢者の総医療費も、令和2年度は感染症の影響による受診控えなどに伴い大幅に減少しましたが、徐々に増加傾向にあります。

なお、1人あたり医療費は、令和2年度は感染症などの影響により減少しましたが、国保の1人あたり医療費【図表1-10】と比較すると3倍以上の水準となっています。【図表1-11】

図表 1-11 医療費の状況（後期高齢者）

区 分	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度
全体	4億928万円	4億4960万円	3億2117万円	3億49万円	3億4417万円
被保険者数	488人	471人	447人	430人	438人
1人あたり医療費	838,680円	954,572円	718,496円	698,824円	785,767円

(3) 介護給付費の推移

令和4年度の要介護認定率は、第2号被保険者で0.15%、第1号被保険者で21.0%となっており、第1号被保険者の認定率は同規模・県・国と比較すると高い状況ですが、平成30年度と比較すると第1号、第2号いずれも減少しています。【図表1-12】

介護給付費の総給付費は平成30年度と比較して増加しています。一方で、本町の1人当たり介護給付費は、同規模・県・国と比較して高いものの、平成30年度と比較すると減少しています。【図表1-13】

図表 1-13 要介護認定者（率）の状況

	竹富町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04	R04	R04
高齢化率	798人	20.2%	905人	23.1%	41.4%	22.6%	28.7%
2号認定者	3人	0.22%	2人	0.15%	0.4%	0.5%	0.4%
新規認定者	0人		0人		--	--	--
1号認定者	196人	24.6%	190人	21.0%	19.9%	19.0%	19.4%
新規認定者	35人		21人		--	--	--
再掲	65-74歳	19人	5.8%	20人	4.1%	--	--
新規認定者	2人		2人		--	--	--
75歳以上	177人	37.4%	170人	40.9%	--	--	--
新規認定者	33人		19人		--	--	--

図表 1-12 介護給付費の変化

	竹富町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	3億2694万円	3億4941万円	--	--	--
1人あたり給付費（円）	409,695	386,092	323,222	324,737	290,668
1件あたり給付費（円）	80,646	79,089	80,543	69,211	59,662
全体					
居宅サービス	44,632	41,545	42,864	51,518	41,272
施設サービス	280,112	304,830	288,059	301,929	296,364

第2章 第2期計画に係る評価と第3期計画における健康課題の明確化

2-1 第2期計画に係る評価

(1) 第2期計画に係る状況

③ 中長期目標に係る状況

ア 医療費の状況

本町の総医療費は、第1章6(2)に記載のとおり国保被保険者は減少していますが、年々増加傾向にあり、1人あたり医療費も増加しています。一人あたり医療費は県内市町村で最も低い状況ですが、被保険者の年齢構成が平成30年度より5.5ポイント高くなってきており、今後1人あたり医療費は年々増加していくことが予測されます。

入院医療費は、全体のレセプト件数のわずか2.9%にもかかわらず、医療費全体の約5割を占めており、令和4年度の1件あたり入院医療費は平成30年度と比較して約2割増加しています。【図表2-1】

人口の年齢調整の相違分を補正し、全国平均を1として指数化した地域差指数をみると、沖縄県の入院が全国平均を上回っているのに対し、本町は全国平均を下回っています。しかし、1人あたり医療費を上げる要因が入院であり、入院を抑制するには、引き続き生活習慣病の重症化予防の取り組みに力を入れる必要があります。【図表2-2】

図表 2-1 医療費の推移

		竹富町		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数（人）		2,011人	1,913人	--	--	--
前期高齢者割合		393人（19.5%）	479人（25.0%）	--	--	--
総医療費		3億6442万円	4億3221万円 ↑	--	--	--
一人あたり医療費（円）		181,214 県内41位 同規模251位	225,931 県内41位 同規模268位	367,527	318,310	339,680
入院	1件あたり費用額（円）	550,790	656,600 ↑	588,220	634,340	617,950
	費用の割合	48.1	48.2	44.9	46.4	39.6
	件数の割合	2.8	2.9	3.4	3.4	2.5
外来	1件あたり費用額	16,950	21,050 ↑	25,290	25,820	24,220
	費用の割合	51.9	51.8	55.1	53.6	60.4
	件数の割合	97.2	97.1	96.6	96.6	97.5
受診率		473.702	464.154	676.49	560.174	705.439

図表 2-21 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		
		竹富町（県内市町村中）		県（47県中）	竹富町（県内市町村中）		県（47県中）
		H30年度	R02年度	R02年度	H30年度	R02年度	R02年度
地域差指数・順位	全体	0.650 (41位)	0.765 (40位)	1.070 (14位)	0.925 (38位)	0.790 (40位)	1.092 (14位)
	入院	0.683 (41位)	0.918 (40位)	1.259 (10位)	1.078 (38位)	0.842 (40位)	1.286 (5位)
	外来	0.628 (38位)	0.657 (35位)	0.965 (40位)	0.770 (32位)	0.752 (30位)	0.910 (43位)

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費が総医療費に占める割合は、令和4年度は平成30年度と比較すると、脳血管疾患が0.61ポイント減の1.76%、虚血性心疾患は0.78ポイント増の1.99%、腎疾患は慢性腎不全（透析有）で1.59ポイント減の0.06%、合計では0.84ポイント減の

4.54%と減少しています。このうち、虚血性心疾患は同規模・県・国と比較して高いことが特徴です。【図表 2-3】

また、これらの疾患の治療状況を平成30年度と比較すると、40歳以上では脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合は減少しています。【図表 2-4】

虚血性心疾患の医療費は増加し、治療人数は減少していることから、治療1件あたりの医療費が高いことが予測できます。虚血性心疾患は発症時の急性期のみならず、再発予防のために長期的な薬物治療や定期検査などの医療費、また、重症化により心不全や呼吸困難などの症状が出現し日常生活の自立が困難になる可能性があり、長期にわたり患者本人や家族の日常生活に大きな負担を強いる疾患です。その原因となる動脈硬化を予防するため、危険因子である高血圧、高脂血症、糖尿病、喫煙、肥満の改善、発症予防及び重症化予防の対策が重要です。

図表 2-3 中長期目標医療費の変化（総医療費に占める割合）

			竹富町		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費（円）			3億6442万円	4億3221万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計（円）			1960万円	1963万円	--	--	--
			5.38%	4.54%	7.24%	10.08%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	2.37%	1.76%	2.12%	2.40%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.21%	1.99%	1.46%	1.61%	1.45%
	腎	慢性腎不全（透析有）	1.65%	0.06%	3.29%	5.80%	4.26%
		慢性腎不全（透析無）	0.15%	0.74%	0.37%	0.27%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		17.27%	21.11%	17.57%	12.57%	16.69%
	筋・骨疾患		10.27%	11.18%	9.33%	7.73%	8.68%
	精神疾患		2.90%	2.50%	7.82%	10.14%	7.63%

図表 2-4 中長期目標疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析）の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者（人） 0～74歳	A	2,011	1,913	a	108	81	91	81	3	1	
				a/A	5.4%	4.2%	4.5%	4.2%	0.1%	0.1%	
40歳以上	B	1,172	1,176	b	108	81	91	80	3	1	
	B/A	58.3%	61.5%	b/B	9.2%	6.9%	7.8%	6.8%	0.3%	0.1%	
再掲	40～64歳	D	779	697	d	44	23	31	18	0	0
		D/A	38.7%	36.4%	d/D	5.6%	3.3%	4.0%	2.6%	0.0%	0.0%
	65～74歳	C	393	479	c	64	58	60	62	3	1
		C/A	19.5%	25.0%	c/C	16.3%	12.1%	15.3%	12.9%	0.8%	0.2%

虚血性心疾患の治療者のうち、約9割の人が高血圧を有し、約7割の人が脂質異常症を有しています【図表 2-5】。高血圧以外の危険因子も加わることで、虚血性心疾患等の臓器障害の発症とも関係しています。一方、脳血管疾患の治療者のうち、約7割超の人も高血圧を有しています。【図表 2-6】

図表 2-5 虚血性心疾患治療状況の変化

	被保険者数	中長期的な目標						短期的な目標					
		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H30年度	2,037	55	2.7%	20	36.4%	1	1.8%	51	92.7%	26	47.3%	39	70.9%
R01年度	2,035	44	2.2%	11	25.0%	1	2.3%	39	88.6%	18	40.9%	29	65.9%
R02年度	2,010	31	1.5%	9	29.0%	0	0.0%	27	87.1%	11	35.5%	21	67.7%
R03年度	2,029	43	2.1%	12	27.9%	0	0.0%	39	90.7%	18	41.9%	34	79.1%
R04年度	1,981	46	2.3%	14	30.4%	0	0.0%	38	82.6%	15	32.6%	29	63.0%

図表 2-6 脳血管疾患治療状況の変化

	被保険者数	中長期的な目標						短期的な目標					
		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H30年度	2,037	54	2.7%	20	37.0%	0	0.0%	43	79.6%	25	46.3%	36	66.7%
R01年度	2,035	57	2.8%	11	19.3%	1	1.8%	41	71.9%	20	35.1%	33	57.9%
R02年度	2,010	40	2.0%	9	22.5%	0	0.0%	29	72.5%	17	42.5%	23	57.5%
R03年度	2,029	40	2.0%	12	30.0%	0	0.0%	29	72.5%	13	32.5%	25	62.5%
R04年度	1,981	38	1.9%	14	36.8%	0	0.0%	29	76.3%	10	26.3%	23	60.5%

イ 介護の状況

第1章6（3）のとおり、令和4年度の要介護認定率は、第2号保険者で0.15%、第1号保険者で21.0%と同規模・県・国と比較すると高い状況ですが、平成30年度の第1号介護認定率24.6%と比べて減少しています。【図表1-12】

また、介護給付費の総給付費は平成30年度と比較して増加しています。一方で、本町の1人あたり介護給付費は、同規模・県・国と比較して高いものの、平成30年度と比較すると減少しています。【図表1-13】

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、65歳以上では脳血管疾患が8割近い有病状況で上位を占め、他の疾患を大きく上回っています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は全年齢で9割を超え、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2-7】

図表 2-7 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況

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)			2		20		170		190		192				
			再)国保・後期		2		19		147		166				
有 病 状 況 (レセプトの診断名より重複して計上)			疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合		
			循環器疾患		1	脳血管疾患	0 0.0%	脳血管疾患	12 63.2%	脳血管疾患	116 78.9%	脳血管疾患	128 77.1%	脳血管疾患	128 76.2%
						2	虚血性心疾患	0 0.0%	虚血性心疾患	8 42.1%	虚血性心疾患	73 49.7%	虚血性心疾患	81 48.8%	虚血性心疾患
					3		腎不全	0 0.0%	腎不全	2 10.5%	腎不全	35 23.8%	腎不全	37 22.3%	腎不全
			合併症			4	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	2 10.5%	糖尿病合併症	19 12.9%	糖尿病合併症	21 12.7%	糖尿病合併症
			基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			2 100.0%	基礎疾患	18 94.7%	基礎疾患	144 98.0%	基礎疾患	162 97.6%	基礎疾患	164 97.6%	
			血管疾患合計			2 100.0%	合計	18 94.7%	合計	144 98.0%	合計	162 97.6%	合計	164 97.6%	
			認知症			0 0.0%	認知症	9 47.4%	認知症	93 63.3%	認知症	102 61.4%	認知症	102 60.7%	
			筋・骨格疾患			2 100.0%	筋骨格系	19 100.0%	筋骨格系	143 97.3%	筋骨格系	162 97.6%	筋骨格系	164 97.6%	

④ 短期目標に係る状況

ア 高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況の変化

有所見者割合を減らすことを短期目標とした高血圧のほか、糖尿病、脂質異常症の治療状況をみると、治療者の割合は微増していますが、重症化による脳血管疾患・人工透析を合併している人の割合は減少傾向で、虚血性心疾患は2ポイント増加しています。【図表 2-8】

本町では特定健診の結果から治療が必要な値の人に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化予防につながっていると考えられます。

健診結果からⅡ度高血圧以上・HbA1c7.0 以上の該当者を平成 30 年度と令和 3 年度で比較すると、該当者の割合はわずかに増加しています。また、未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されて者が高血圧で 48%、糖尿病でおよそ 12%います。【図表 2-9】

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、治療が必要な人には医療受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要です。

図表 2-8 高血圧・糖尿病・脂質異常症治療者の経年変化

疾病管理一覧 (40歳以上)		高血圧症		糖尿病		脂質異常症	
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
治療者	A	414	439	210	203	268	288
	A/被保数	35.3%	37.3%	17.9%	17.3%	22.9%	24.5%
(中長期合併症目標疾患)	脳血管疾患	B	55	40	35	19	43
		B/A	13.3%	9.1%	16.7%	9.4%	16.0%
	虚血性心疾患	C	56	54	28	31	46
		C/A	13.5%	12.3%	13.3%	15.3%	17.2%
	人工透析	D	3	1	1	0	2
		D/A	0.7%	0.2%	0.5%	0.0%	0.0%

図表 2-9 高血圧・高血糖者の健診結果の改善及び医療のかかり方

	健診結果の改善										医療のかかり方			
	H30年度					R03年度								
	受診者	該当者		問診結果		受診者	該当者		問診結果		レセプト情報（R3.4～R4.3）			
				未治療 （内服なし）					未治療 （内服なし）		未治療＊1		治療中断＊2	
				D	D/C				F	F/E	G	G/E	H	H/E
A	C	C/A	D	D/C	B	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E	
Ⅱ度高血圧以上の推移	643	21	3.3%	12	57.1%	682	25	3.7%	13	52.0%	12	48.0%	1	4.0%
HbA1c7.0%以上の推移	643	24	3.7%	3	12.5%	682	26	3.8%	7	26.9%	3	11.5%	0	0.0%

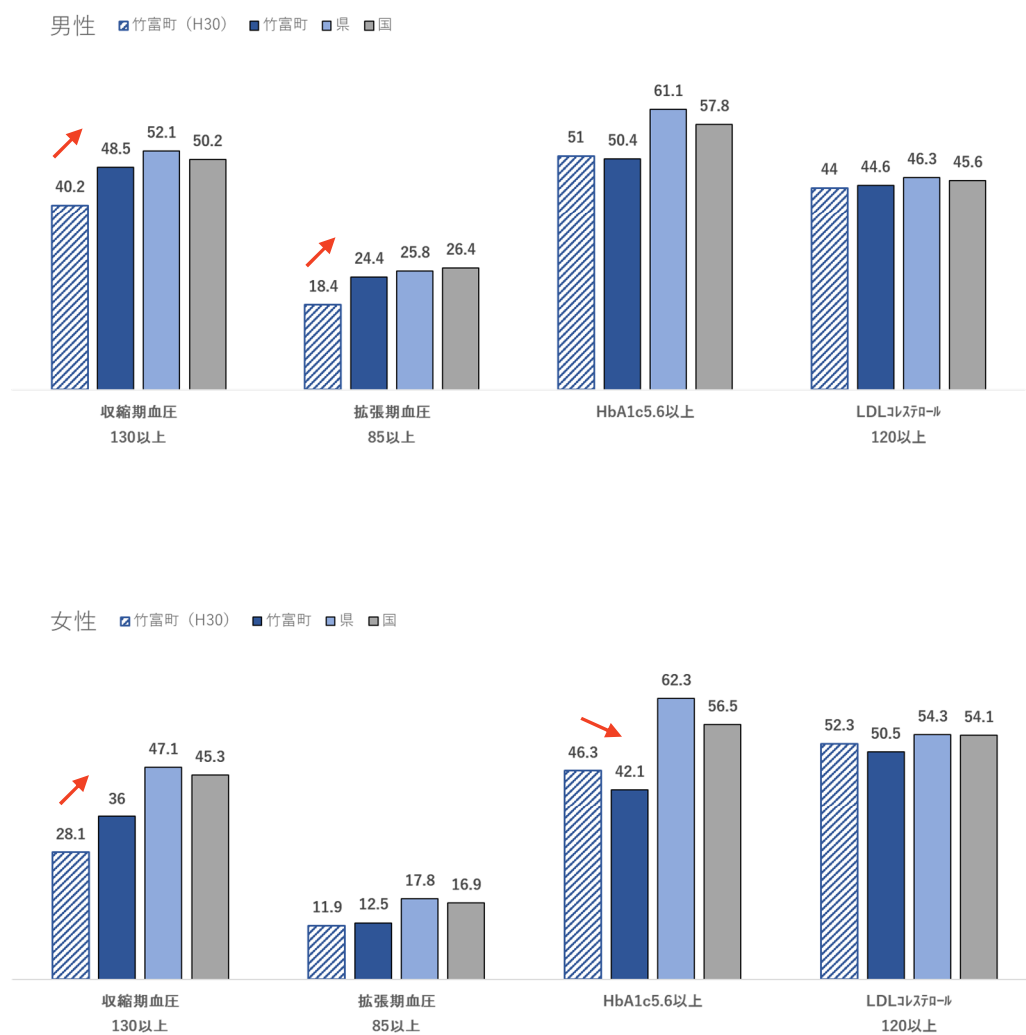
イ 健診結果の有所見者割合の件年変化

特定健診結果の有所見者（保健指導判定値以上の者）割合の経年変化をみると、男性では HbA1c 以外の項目で増加していますが、県・国と比較して低い状況です。女性では収縮期血圧・拡張期血圧ともに割合は増加していますが、県・国と比較すると各項目で有所見割合は低い状況です。【図表 2-10・11】

図表 2-10 特定健診の有所見者（保健指導判定値以上の者）の割合

			特定健診（40～74歳）							
			高血圧				糖尿病		脂質異常	
			収縮期血圧		拡張期血圧		HbA1c		LDLコレステロール	
			130mmHg		85mmHg		5.6%以上		120mg/dl	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男 性	H30年度	竹富町	138	40.2%	63	18.4%	175	51.0%	151	44.0%
		竹富町	175	48.5%	88	24.4%	182	50.4%	161	44.6%
	R04年度	県	19,481	52.1%	9,647	25.8%	22,865	61.1%	17,317	46.3%
		国		50.2%		26.4%		57.8%		45.6%
女 性	H30年度	竹富町	80	28.1%	34	11.9%	132	46.3%	149	52.3%
		竹富町	107	36.0%	37	12.5%	125	42.1%	150	50.5%
	R04年度	県	18,939	47.1%	7,171	17.8%	25,058	62.3%	21,835	54.3%
		国		45.3%		16.9%		56.5%		54.1%

図表 2-11 特定健診有所見者の割合

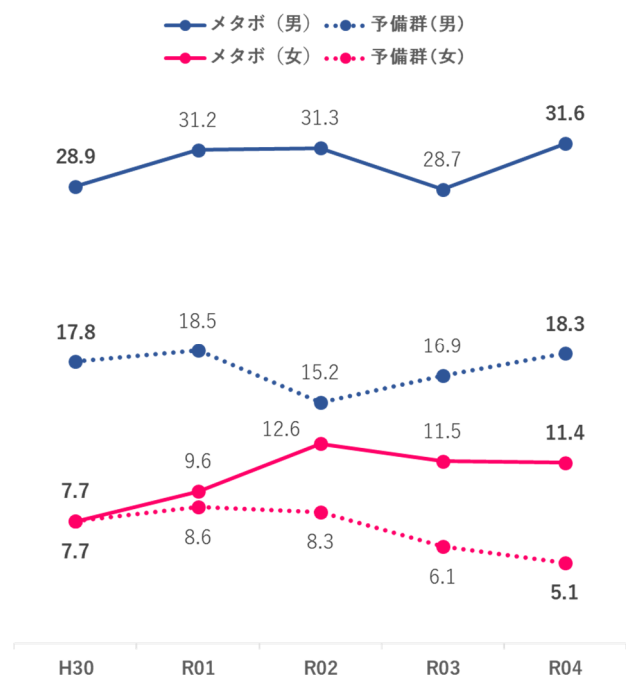


図表 2-12 メタボリックシンドローム該当者割合

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、高血圧等の危険因子を複数保有することで動脈硬化を原因とする心筋梗塞や脳卒中などの心血管疾患を発症するリスクが高くなることがわかっています。これらの危険因子の一つひとは“ごく軽度”でも、危険因子が重なることで互いに影響し合い、急速に動脈硬化が進みます。本町の特定健診結果において、平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタボ該当者の割合は男女ともに増加しています。同規模や県より低い状況ですが、女性の割合が3.7ポイント増と急に増えています。【図表 2-12】

の経年変化

	竹富町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
該当者	19.3%	22.5%	22.3%	25.9%	20.3%
男性	28.9%	31.6%	32.5%	37.3%	32.0%
女性	7.7%	11.4%	12.8%	15.3%	11.0%
予備軍	13.2%	12.3%	12.4%	14.7%	11.2%



重症化予防の観点から、Ⅱ度高血圧以上、HbA1c6.5%以上、LDL コレステロール 160 mm/dl 以上の該当者の割合をみると、いずれも増加しています。翌年度の結果を見ると、LDL コレステロール 16 mg/dl 以上で改善率が上がっていますが、Ⅱ度高血圧以上、HbA1c6.5%以上では改善率は低下し変化なしや悪化した人が増えています。一方で、翌年健診を受診していない人が2～3割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めるとともに、年度当初に重症化予防対象者に対して健診の継続受診を勧める働きかけが必要です。【図表 2-13・14・15】

図表 2-13 II度高血圧以上の者の前年度からの変化

年度	Ⅱ度高血圧 以上		翌年度の健診結果をみる				
			年度	改善	変化なし	悪化	未受診
H30	18 3.2%	➡	R01	7 38.9%	5 27.8%	1 5.6%	6 33.3%
R03	23 3.9%		R04	6 26.1%	9 39.1%	1 4.3%	7 30.4%

図表 2-14 HbA1c6.5%以上の者の前年度からの変化

年度	HbA1c 6.5以上		翌年度の健診結果をみる				
			年度	改善	変化なし	悪化	未受診
H30	38 6.4%	➡	R01	12 31.6%	11 28.9%	4 10.5%	11 28.9%
R03	48 8.1%		R04	12 25.0%	19 39.6%	8 16.7%	9 18.8%

図表 2-15 LDL コレステロール 160 mm以上の者の前年度からの変化

年度	LDLコレステロール 160以上		翌年度の健診結果をみる				
			年度	改善	変化なし	悪化	未受診
H30	55 9.3%	➡	R01	18 32.7%	23 41.8%	4 7.3%	10 18.2%
R03	66 11.2%		R04	26 39.4%	21 31.8%	8 12.1%	11 16.7%

ウ 特定健診受診率・特定保健指導実施率

特定健診受診率は、令和元年度には59.1%と6割近くまで伸びましたが、感染症の影響で令和2年度は受診率が低下し、その後回復傾向にあります。令和4年度は59.2%とわずかに第2期特定健診等実施計画の目標に到達できませんでした。また、特定保健指導実施率についても、感染症の影響で令和2年度

は低下しましたが、令和3年度は以前の水準に回復しています。しかし令和4年度は指導実施者の人材確保ができず保健指導実施率は低下しました。【図表2-16】

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 2-16 特定健診受診率・特定保健指導実施率の推移（法定報告値）

		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	627	656	618	662	657	健診受診率 60%
	受診率	57.6%	59.1%	55.5%	58.8%	59.2%	
特定保健 指導	該当者数	96	106	90	87	95	特定保健指 導実施率 60%
	割合	15.3%	16.2%	14.6%	13.1%	14.5%	
	実施者数	69	80	59	67	63	
	実施率	71.9%	75.5%	65.6%	77.0%	66.3%	

(2) 保健事業の取組状況

① 重症化予防の取組

ア 保健指導の実施

健診の受診率向上のため、未受診者への受診勧奨通知や地区担当保健師による訪問等での受診勧奨を実施しています。また、国民健康保険の加入手続き時の受診勧奨、がん検診等と同時開催や地域健診を継続実施していきます。

健診受診後は、健診結果から保健指導対象者の優先順位を決め、より重症化しやすい対象者から保健指導を実施しています。保健指導に当たっては、健診結果と生活を結びつけて考えられるように保健指導教材を活用するなど、それぞれの対象者に応じた指導が行えるように工夫しています。特に、脳血管疾患等の原因となっている高血圧や糖尿病の重症化予防対象者については、随時、

受診状況や服薬情報の確認を行い、保健指導実施状況等の進捗管理も実施しています。

Ⅱ度高血圧以上の者の割合は、経年変化をみると増加傾向にあります。また、人数でみても平成30年度19人から32人と増えています。そのうち治療なしの人の割合は46.9%と、平成30年度と比べて減少していますが人数は増えています。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導の実施が必要です。【図表 2-17】

図表 2-17 Ⅱ度高血圧以上の者の推移と治療状況

		H 30	R01	R02	R03	R04
健診受診者	人(a)	591	617	563	591	587
Ⅱ度高血圧以上	人(b)	19	29	27	23	32
	(b/a)	3.2%	4.7%	4.8%	3.9%	5.5%
	治療中	人(c)	11	11	12	17
	(c/b)	42.1%	41.4%	40.7%	52.2%	53.1%
治療なし	人(d)	11	17	16	11	15
	(d/b)	57.9%	58.6%	59.3%	47.8%	46.9%

HbA1c6.5 以上の者の割合は、平成30年度と比較してわずかに増加しています。そのうち、治療なしの人は令和3年度から16%台で推移しています。医療機関未受診者の保健指導を優先的に実施するとともに、治療中断とならないよう継続した関りができる支援が必要です。【図表 2-18】

図表 2-18 HbA1c6.5%以上の者の推移と治療状況

		H 30	R01	R02	R03	R04
健診受診者	人(a)	591	617	563	591	587
HbA1c6.5%以上	人(b)	38	41	46	48	43
	(b/a)	6.4%	6.6%	8.2%	8.1%	7.3%
	治療中	人(c)	31	35	40	36
	(c/b)	81.6%	75.6%	76.1%	83.3%	83.7%
	治療なし	人(d)	7	11	8	7
	(d/b)	18.4%	24.4%	23.9%	16.7%	16.3%
再掲	HbA1c8.0以上	人(e)	9	6	6	9
	(e/a)	1.5%	1.5%	1.1%	1.0%	1.5%

LDL コレステロール 160 mm/dl 以上の者の割合は、増減はあるものの 10% から 11% と横ばいで推移しています。そのうち、治療なしの人が約 9 割と高い状況です。血液検査結果以外の心血管系疾患リスク因子を確認しながら、保健指導することが必要です。【図表 2-19】

図表 2-19 LDL コレステロール 160 mm以上の者の治療状況

		H 30	R01	R02	R03	R04
健診受診者	人(a)	591	617	563	591	587
LDLコレステロール160 mg/dl以上	人(b)	55	68	53	66	60
	(b/a)	9.3%	11.0%	9.4%	11.2%	10.2%
	治療中	人(c)	3	4	6	5
	(c/b)	10.9%	4.4%	7.5%	9.1%	8.3%
	治療なし	人(d)	65	49	60	55
	(d/b)	89.1%	95.6%	92.5%	90.9%	91.7%

② 発症予防、広く町民に周知・啓発する取り組み

妊娠期、乳幼児期に生涯を通じた生活習慣病の発症予防を意識した保健指導を実施し、肥満や血液検査の有所見者に個別の保健指導を実施しています。

また、39歳以下の地域健診受診者に対しても、将来における重症化が予想される対象者へ個別保健指導を実施しています。

町民自ら健康づくりに対する取り組みや疾病予防に向けた行動を促すため、各種健康診査の受診や健康講話への参加、食事や運動習慣の継続した取り組みに対してポイントを付与する健康づくりポイント事業を実施しています。

今後も、町民が町の健康課題を身近に考えられるように、保健指導教材を活用した啓発等を継続していく必要があります。

(3) 第2期計画に係る考察

特定健診受診率の向上に向けた取り組みを継続し、受診率は微増傾向にありますが、国が目標とする60%には到達していません。さらに、国保被保険者のうち特定健診受診率が比較的高い世代が今後75歳となり後期高齢者医療制度に移行していくことから、受診率の低い働き盛り世代の受診率向上が課題となっています。(第3章参照)

医療費は、国保被保険者のうち前期高齢者の占める割合の増加に伴い増加傾向にあり、1人あたり医療費も増加しています。医療費が高額となる心不全・腎不全の割合が増加する一方で、脳血管疾患・虚血性心疾患はどの年代でも減少しています。また、第1号介護認定率は前期高齢者で増加傾向にあり、介護の原因として脳血管疾患の割合が高いことがわかっています。脳血管疾患等発症者や人工透析者は、高血圧、糖尿病、脂質異常症等の基礎疾患を併せ持っていることから、生活習慣病重症化予防の取り組みを継続していく必要があります。

健診結果では、男女ともにメタボ該当者の割合が増加傾向となっており、肥満・血圧対策の継続が必要です。【図表 2-20】

図表 2-20 第2期データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画		達成すべき目的	課題解決のための目標	目標値	H30	R02	R04	評価	
特定 健 診 等 計		メタボリックシンドローム改善・減少	特定健診受診率	60.0	57.6	55.5	59.2	○	
		特定保健指導実施率	60.0	71.9	65.5	66.3	◎		
		特定保健指導対象者の減少率25%（H20比）	減少	15.3	14.6	14.5	○		
データヘルス計画	中長期	生活習慣病の重症化予防	脳血管疾患の総医療費に占める割合	減少	2.37		1.76	◎	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合	減少	1.21		1.99	△	
			慢性腎不全（透析あり）の総医療費に占める割合	減少	1.65		0.06	◎	
			糖尿病性腎症による新規透析者数の減少（人数）	0	1	0	0	◎	
	短期	生活習慣病の発症予防・重症化予防	メタボリックシンドローム該当・予備群の割合H20と比較して25%減少（H20_％）	減少	32.5	35.1	34.8	△	
			健診受診者の高血圧の割合減少（140/90以上）	21.0	23.5	23.8	27.1	△	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL160以上）	10.2	9.3	9.4	10.2	△	
			健診受診者の糖尿病有病者の割合減少（HbA1c6.5以上）	5.0	6.4	8.2	7.3	△	
			健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合減少	減少	0.2	0	0	◎	
			糖尿病の未受診者が医療機関受診した割合の増加	増加		27.3	69.2	◎	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	80.0		52.2	83.6	◎	
	保険者 努力 支 援 制 度	その他	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率　胃がん検診	10.0	11.5	8.3	5.4	△
				肺がん検診	31.0	47.9	45.5	43.3	◎
大腸がん検診				18.0	25.7	21.6	20.4	◎	
子宮がん検診				18.0	24.8	18.6		○	
乳がん検診				30.0	31.1		33.9	◎	
5つのがん検診の平均受診率				21.0	28.2	18.8	21.6	○	
歯科検診		歯科健診（歯周病健診含む）の受診率	実施	未実施	未実施	未実施	△		
自己の健康に関心を持つ住民が増える		健康ポイントの取組みを行う実施者の割合	実施	未実施	未実施	実施	◎		
後発医薬品の使用により医療費の削減		後発医薬品の使用割合	80.0	85.1	90.9	90.3	◎		

評価の方法

◎	達成
○	改善傾向
△	悪化

<○：課題、●：目標>

○未受診者対策

課題・目標	○受診率が約半数で、半数が未受診。 ○40・50 歳代の受診率が低い。 ○医療機関治療中で健診未受診者が多い。 ●特定健診受診率 令和 5 年度 60.0%を目指す (令和 4 年度 59.2%)					
評価	①ストラクチャー (構造)	・ 地区別の受診率や未受診者の把握や受診勧奨方法を月例会議で共有した。				
	②プロセス (やってきた実践の過程)	・ 未受診者訪問を地区単位で実施した。 ・ 前年度の特定保健指導対象者や DM 台帳の健診未受診者へ訪問で受診勧奨を実施した。				
	③アウトプット (事業実施量)	受診勧奨実施数 (訪問・電話)				
		年度	R01	R02	R03	R04
		実施件数	13	12	48	38
④アウトカム (結果)	特定健診受診率					
	年度	R01	R02	R03	R04	
	受診率 (%)	59.1	55.5	58.8	59.2	
残っている課題		○受診率向上の取り組みの工夫と継続が必要。				

○重症化予防対策

課題・目標	○国保被保険者全体で、脳血管疾患等の割合が増加している。 ○脳血管疾患・虚血性心疾患等の基礎疾患に高血圧や糖尿病等の生活習慣病を併せ持っている人が多い。 ○男性のメタボ該当者が多い。 ●Ⅱ度高血圧以上の者の割合を減らす																								
評価	①ストラクチャー (構造)	・健康課題や保健指導実施方法等を月例会議で検討し共有した。 ・保健指導スタッフ全員が保健指導研修を受講した。 ・管理栄養士を増員した。																							
	②プロセス (やってきた実践の過程)	・特定健診結果から生活習慣病重症化予防対象者を抽出し、訪問等の個別保健指導を実施した。 ・DM 管理台帳を地区ごとに作成し、医療機関未受診者や中断者を含めて、継続した支援を実施した。 ・DM 連携手帳や血圧手帳を活用し、必要な情報共有を図るなど、医療との連携に取り組んだ。																							
	③アウトプット (事業実施量)	重症化予防対象者への保健指導実施者数 <table><tr><td>年 度</td><td>R01</td><td>R02</td><td>R03</td><td>R04</td></tr><tr><td>実施数 (人)</td><td>46</td><td>24</td><td>144</td><td>197</td></tr></table> 糖尿病未治療者が治療につながった割合 <table><tr><td>年 度</td><td>R01</td><td>R02</td><td>R03</td><td>R04</td></tr><tr><td>割合 (%)</td><td>57.1</td><td>37.5</td><td>75.0</td><td>69.2</td></tr></table>				年 度	R01	R02	R03	R04	実施数 (人)	46	24	144	197	年 度	R01	R02	R03	R04	割合 (%)	57.1	37.5	75.0	69.2
	年 度	R01	R02	R03	R04																				
実施数 (人)	46	24	144	197																					
年 度	R01	R02	R03	R04																					
割合 (%)	57.1	37.5	75.0	69.2																					
④アウトカム (結果)	Ⅱ度高血圧以上の者の割合 <table><tr><td>年 度</td><td>R01</td><td>R02</td><td>R03</td><td>R04</td></tr><tr><td>割合 (%)</td><td>4.7</td><td>4.8</td><td>3.9</td><td>5.5</td></tr></table> HbA1c6.5%以上の者の割合 <table><tr><td>年 度</td><td>R01</td><td>R02</td><td>R03</td><td>R04</td></tr><tr><td>割合 (%)</td><td>6.6</td><td>8.2</td><td>8.1</td><td>7.3</td></tr></table>				年 度	R01	R02	R03	R04	割合 (%)	4.7	4.8	3.9	5.5	年 度	R01	R02	R03	R04	割合 (%)	6.6	8.2	8.1	7.3	
年 度	R01	R02	R03	R04																					
割合 (%)	4.7	4.8	3.9	5.5																					
年 度	R01	R02	R03	R04																					
割合 (%)	6.6	8.2	8.1	7.3																					
残っている課題	○重症化予防訪問の継続と健診結果改善に向けた効果的なアプローチを検討していく。																								

○ポピュレーションアプローチ

課題・目標	○メタボ・肥満率が全国と比べ高い。 ○脳血管疾患・虚血性心疾患の基礎疾患に高血圧や糖尿病等の生活習慣病併せ持っている人が多い。 ○健診受診率が60%達成できず、働き世代の受診率が低い。 ●特定健診受診率 令和5年度に60.0%を目指す。(R04年度59.2%)																																											
	①ストラクチャー (構造)	・ 町の健康課題について、地域や関係機関、関係課に周知した。																																										
	②プロセス (やってきた実践の過程)	・ KDBシステムの町の医療や介護等の分析から健康実態を共有するための資料を作成した。 ・ 集団健診受診者に対し、健診当日や結果説明会等の保健指導の機会を設けた。 ・ 健康管理等の継続した取組の推進のため、健康づくりポイント事業を実施し、広く町民に周知した。 ・ 広報誌を活用し町の健康課題を町民に周知した。																																										
	③アウトプット (事業実施量)	健診時の保健指導実施者数 <table border="1"> <tr> <th>年 度</th><th>R01</th><th>R02</th><th>R03</th><th>R04</th></tr> <tr> <td>回数(回)</td><td>10</td><td>10</td><td>10</td><td>10</td></tr> <tr> <td>人数(人)</td><td>682</td><td>494</td><td>459</td><td>505</td></tr> </table> 健診結果説明会実施者数 <table border="1"> <tr> <th>年 度</th><th>R01</th><th>R02</th><th>R03</th><th>R04</th></tr> <tr> <td>回数(回)</td><td>10</td><td>15</td><td>11</td><td>15</td></tr> <tr> <td>人数(人)</td><td>391</td><td>365</td><td>372</td><td>404</td></tr> </table> 広報誌の活用 <table border="1"> <tr> <th>年 度</th><th>R01</th><th>R02</th><th>R03</th><th>R04</th></tr> <tr> <td>広報掲載数</td><td>3</td><td>5</td><td>11</td><td>8</td></tr> </table>			年 度	R01	R02	R03	R04	回数(回)	10	10	10	10	人数(人)	682	494	459	505	年 度	R01	R02	R03	R04	回数(回)	10	15	11	15	人数(人)	391	365	372	404	年 度	R01	R02	R03	R04	広報掲載数	3	5	11	8
年 度	R01	R02	R03	R04																																								
回数(回)	10	10	10	10																																								
人数(人)	682	494	459	505																																								
年 度	R01	R02	R03	R04																																								
回数(回)	10	15	11	15																																								
人数(人)	391	365	372	404																																								
年 度	R01	R02	R03	R04																																								
広報掲載数	3	5	11	8																																								
	④アウトカム (結果)	健診受診率 <table border="1"> <tr> <th>年 度</th><th>R01</th><th>R02</th><th>R03</th><th>R04</th></tr> <tr> <td>受診率(%)</td><td>59.1</td><td>55.5</td><td>58.8</td><td>59.2</td></tr> </table>			年 度	R01	R02	R03	R04	受診率(%)	59.1	55.5	58.8	59.2																														
年 度	R01	R02	R03	R04																																								
受診率(%)	59.1	55.5	58.8	59.2																																								
残っている課題		○住民が町の健康課題を身近に考えられるように資料作成し、啓発を継続していく。																																										

2-2 第3期計画における健康課題の明確化

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、健康課題を抽出し、費用対効果の観点から保健指導対象者の優先順位を決定します。

第2期計画において脳血管疾患等による治療者割合を増やさないことを中長期目標としました。脳血管疾患等の中長期目標疾患の治療者のうち、7割以上が高血圧を有していることから、これまで高血圧に重点をおいた重症化予防に取り組んできましたが、国保では虚血性心疾患の総医療費に占める割合は同規模・県・国と比べて高い状況です。一方、後期高齢者医療では脳血管疾患の総医療費に占める割合同規模・県・国と比べ高い状況で、若い頃からの高血圧の治療、コントロールが大切だということがわかります。【図表 2-21】

図表 2-21 データヘルス計画の目標疾患が医療費に占める割合（R4 年度）

市町村名	総医療費	1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									
国保	竹富町	4億3220万円	18,302円	0.06%	0.74%	1.76%	1.99%	4.02%	2.56%	1.34%	53,873,250円	12.46%	21.11%	2.50%	11.18%
	同規模	—	29,993円	3.29%	0.37%	2.12%	1.46%	6.01%	3.48%	1.83%	—	18.56%	17.57%	7.82%	9.33%
	県	—	26,050円	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円	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	—	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
後期	竹富町	3億4417万円	66,498円	0.04%	1.35%	5.18%	0.28%	2.53%	2.57%	1.08%	44,817,780円	13.02%	10.09%	4.51%	20.04%
	同規模	—	66,525円	3.76%	0.64%	4.27%	1.56%	3.98%	3.49%	1.08%	—	18.78%	10.21%	3.61%	12.15%
	県	—	79,275円	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円	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	—	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

1件80万円以上の高額レセプトにおける疾病では、令和4年度に脳血管疾患で高額となったレセプトは、4件・446万円、脳血管疾患は虚血性心疾患と比べての高額レセ発生件数が5年間で32件と多いため、医療費が多額となっています。【図表 2-22】

脳血管疾患を発症すると、要介護状態となり、長期にわたって医療費と介護給付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を始めとす

る生活習慣病の重症化予防を引き続き実施していく必要があります。

医療保険制度においては、75歳に到達し後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険から、後期高齢者医療保険制度へ移行することになるため、保健事業においても、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必要があります。

図表 2-22 高額レセプト（80万円以上/件）

対象年度			H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	
高額レセプト (80万円以上/件)		人数	A	46人	52人	60人	45人	55人
		件数	B	68件	87件	85件	83件	95件
			B/総件数	0.59%	0.77%	0.85%	0.77%	0.87%
		費用額	C	1億0250万円	1億1667万円	1億2469万円	1億1261万円	1億4376万円
C/総医療	28.1%		29.5%	32.0%	27.5%	33.3%		
脳血管疾患	人数	D	4人	5人	3人	3人	2人	
		D/A	8.7%	9.6%	5.0%	6.7%	3.6%	
	件数	E	7件	11件	5件	5件	4件	
		E/B	10.3%	12.6%	5.9%	6.0%	4.2%	
	費用額	F	991万円	1704万円	564万円	520万円	446万円	
		F/C	9.7%	14.6%	4.5%	4.6%	3.1%	
虚血性心疾患	人数	G	3人	4人	6人	3人	4人	
		G/A	6.5%	30.8%	10.0%	6.7%	7.3%	
	件数	H	3件	5件	7件	3件	5件	
		H/B	4.4%	5.7%	8.2%	3.6%	5.3%	
	費用額	I	387万円	516万円	788万円	570万円	539万円	
		I/C	3.8%	4.4%	6.3%	5.1%	3.8%	

2-3 目標の設定

第3期計画における目標は、第2期計画の評価や県が示す共通の評価指標（図表 1-1）を踏まえ、次のとおり設定することとし、第3章及び第4章に記載する取り組みを展開することにより、目標達成を目指します。

① 中長期的な目標の設定

第2期計画の評価委を踏まえ、医療費が高額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、虚血性心疾患、慢性腎不全（透析）の総医療費に占める割合を減少させることを目標とします。

また、軽症の段階で医療受診せず、重症化することで入院などの医療費の高額化にもつながることから、重症化予防、医療費適正化へつなげるため、適切な時期での受診を促し、入院に係る医療費を抑えることを目指します。

② 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少させることを目標とします。

特に、本町の課題である脳血管疾患へつながるⅡ度高血圧以上やHbA1c6.5%以上の有所見者の割合が減少することを目指します。そのためには、医療受診が必要な人への受診の働きかけや治療継続への支援を行います。

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、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ことから、健診受診率の向上に係る目標値を設定します。目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施」において記載します。

図表 2-23 第3期データヘルス計画の目標管理一覧表

	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績	目標値		データ 把握方法 (活用データ年度)
			現状値 R04	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R10)	
中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	1.76	前年度より減少	現状値より減少	KDBシステム
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	1.99	前年度より減少	現状値より減少	
		慢性腎不全(透析あり)の総医療費に占める割合の減少	0.06	前年度より減少	現状値より減少	
短期目標	アウトカム評価 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少	健診受診者の高血圧受診勧奨判定値(140/90mmHg)以上の者の割合の減少	27.1	前年度より減少	25%台	竹富町 特定健診結果
		健診受診者の高血圧受診勧奨判定値以上者の未治療者割合の減少	22.5	前年度より減少	20%台	
		健診受診者のⅡ度高血圧以上者の割合の減少	5.5	前年度より減少	5.0	
		健診受診者のHbA1c6.5%以上の割合の減少	7.3	前年度より減少	5.0	
		HbA1c6.5%以上者の未治療者割合の減少	16.3	15.0	14.0	
		健診受診者のHbA1c8%以上の割合の減少	1.5	前年度より減少	現状値より減少	
		健診受診者のLDL160mg/dl以上者の割合の減少	10.2	前年度より減少	8.0	
		メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合減少	34.8	前年度より減少	32.0	
		特定保健指導対象者の減少率 ※ (減少率:前年度の特定保健指導対象者のうち今年度に特保対象者でなくなった者の割合)	14.5	前年度より減少	現状値より減少	
アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上させ、メタボリックシンドローム該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	59.2	59.0	60.0	法定報告値
		特手保健指導実施率70%以上	66.3	69.0	72.0	

※ 「特定保健指導対象者の減少率」は、評価年度において確定している前々年度の法定報告値をもって評価を行うこととし、「n-3年度の特定保健指導対象者のうちn-2年度に特定保健指導の対象者でなくなった者の割合」により評価する。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施

3-1 第4期特定健診等実施計画について

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めるものとされています。

なお、本計画の計画期間は、沖縄県地域保健医療計画の次期計画期間と整合を図り、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

3-2 対象者の見込み

被保険者数の推移と今後の見通し（第1章6（1））を踏まえ、特定健診・特定保健指導の対象者を次のように見込みます。【図表3-1】

図表 3-1 特定健診・特定保健指導対象者の見込み （単位：人）

	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
特定健診	1,100	1,100	1,100	1,100	1,100	1,100
特定保健指導	90	90	90	90	90	90

※年度途中脱退・加入等を除く

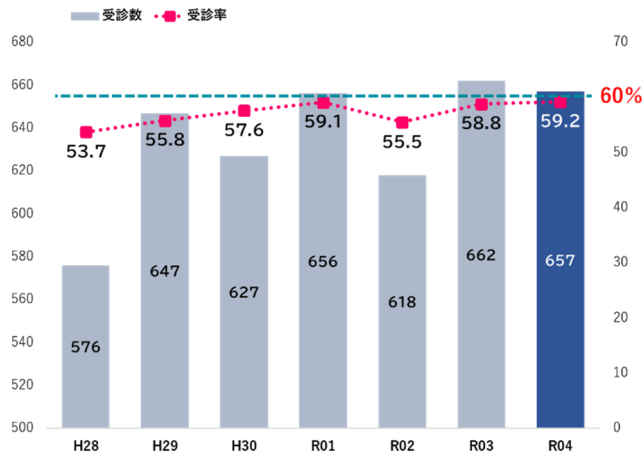
3-3 目標値の設定

（1）健診受診率の推移

① 全体

第3期計画期間の受診率をみると、令和元年度までは増加傾向にあったが、感染症などの影響による健診の受診控えに伴い、令和2年度の受診率は大きく減少しました。その後は回復傾向にあり、令和4年度の受診率は59.2%と目標値まであとわずかでした。【図表3-2】

図表 3-2 特定健診受診率の推移（法定報告値）

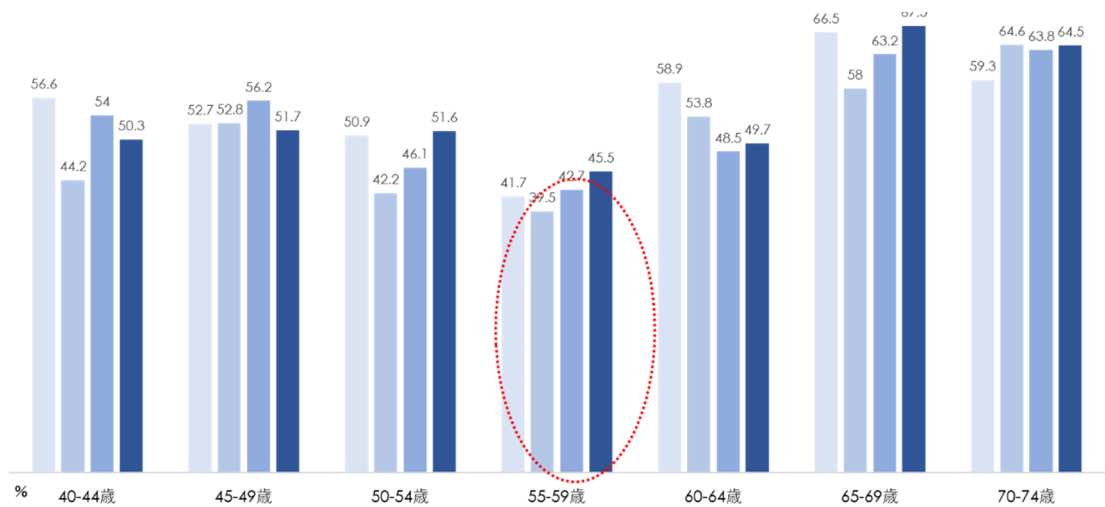


② 年齢階級別

各年度の受診率を年齢階級別にみると、年齢が高くなるにつれ受診率が高くなっており、65 歳以上では 60%を超えています。一方、60 歳未満の受診率は低く、年代によっては 50%を下回っています。特に、50 歳代の受診率は低い状況が続いています。

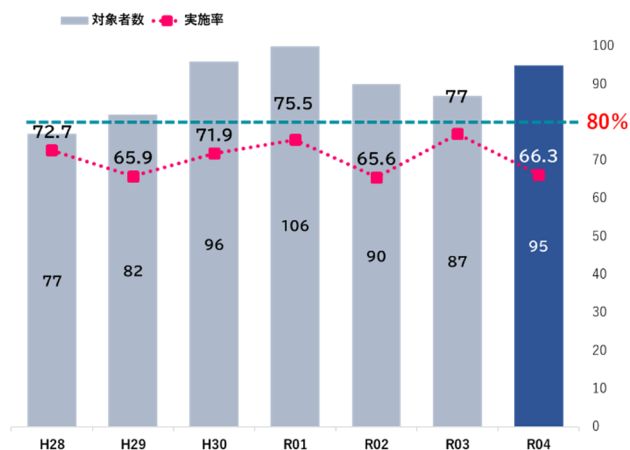
コロナ禍前からの回復傾向を見ると、40 歳代前半と 60 歳代前半では令和 4 年度時点でコロナ禍前の水準までには回復していません。【図表 3-3】

図表 3-3 特定健診受診率の推移（年齢化級別）



(2) 保健指導実施率の推移

特定保健指導実施率は、平成28年度から高い水準を維持し、国の目標である60%以上を達成していますが、本町の目標80%には達していません。また、特定保健指導対象者の数は減少傾向とはいえない状況です。



図表 3-4 特定保健指導実施率の推移

(3) 目標値

① 特定健診受診率

被保険者数や健診受診率の推移を踏まえ、目標は国が示す目標値の60.0%に設定し、できるだけ早期に達成できるよう、ページに際する受診率向上に向けた取り組みを推進します。【図表 3-5】

図表 3-5 特定健診受診率の推移

	R06年度	R07年度	R08年度	R09年度	R10年度	R11年度
対象者（人）	1,100	1,100	1,100	1,100	1,100	1,100
受診者（人）	638	649	660	660	660	660
受診率（%）	58	59	60	60	60	60

【目標設定の要点】

特定健診受診率を毎年平均1ポイントずつ上げることを目指します。

また、60歳未満の働き盛り世代の受診率が低いことから、ナッジ理論等を活用した受診勧奨通知などの効果的な取り組みも検討しながら、60歳未満の受診率は50.0%を目標に底上げを図り、受診率全体の維持向上を目指します。

② 特定保健指導実施率

平成28年度以降の平均実施率はおよそ70%であることを踏まえ、70%を目標とし、実施率の維持向上を目指します。なお、「標準的な健診・保健指導プログラム」の改定により、令和6年度からアウトカム評価を基本とする評価方法が導入されることに伴い、実施者数の算定方法が変更になることから、中間評価時点において、実績を踏まえ以後の目標値を見直します。【図表3-6】

図表 3-6 特定保健指導実施率の目標値

	R06 年度	R07 年度	R08 年度	R09 年度	R10 年度	R11 年度
対象者数（人）	90	90	90	90	90	90
受診者数（人）	61	62	63	65	66	66
受診率（%）	68.0	69.0	70.0	71.0	72.0	73.0

【目標設定の要点】

特定健診対象者の減少に伴い、特定保健指導の対象者も減少する見込みですが、令和4年度の実施率（66.3%）を踏まえ、令和6年度の見込みを68.0%とし、毎年1%ずつ向上することを目標とします。

3-4 特定健診の実施

(1) 実施方法

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

① 集団健診（町内施設）

② 個別健診（委託医療機関）

(2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条及び実施基準第16条第1項に基づき、特定健診を委託できる者の具体的な基準は厚生労働大臣の告示で定められています。

(3) 実施場所及び時期

特定健診を実施する会場や日時は、町のホームページや広報師、LINEによる個別通知等で被保険者へお知らせします。【図表3-7】

図表 3-7 健診実施場所

健診の種類		実施場所	実施時期
集団健診	委託先の健診機関が、公民館などの町内各所の施設で行う健診	町内公民館または公共施設	5月～6月
個別健診	各医療機関の施設で行う健診	県内各医療機関	4月～翌年3月

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目して国が定めた実施基準に基づく健診項目を実施するほか、本町の国保被保険者の健康実態を踏まえ、必要に応じて町独自の検査項目を追加して健診を実施します。【図表3-8】

図表 3-8 健診項目

○竹富町特定健診検査項目

健診項目		竹富町	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) 対象者

特定健診の対象者は、本町の国保被保険者のうち、実施年度中に40歳から74歳に到達する人としします。ただし、厚生労働大臣が定める人（妊産婦や特別

養護老人ホーム入所者、長期入院等の人）は対象外とします。

また、18 歳から 39 歳までの人及び 75 歳以上の人には特定健診の基本的な必須健診項目と同じ内容で、健康づくり課が主体となって実施します。

(6) 実施時期

年度当初の 4 月から翌年 3 月末まで実施します。

(7) 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協力を依頼します。

また、本人同意の下で、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、かかりつけ医と協力及び連携を行います。

(8) 請求・支払い事務の代行機関

特定健診に係る費用（自己負担額を除く）の請求・支払事務は、国保連に委託して行います。

(9) 健診の案内方法

受診率を向上させるためには、対象者に認知してもらうことが重要です。そのため、年間を通じて受診案内の送付や加入者への基本的な広報活動を行います。

(10) 受診率向上に向けた取り組み

受診率向上に向け、より予防効果の高い若い世代から定期健診受診を定着化し、将来の疾病の重症化を予防するため、未受診者対策を次のように行います。

【図表 3-9】

図表 3-9 受診率向上に向けた取組

目 的	受診率向上に向けた取り組み
各年代の受診率を上げる	・ 前年度受診者への案内通知（採尿スピッツ入） ・ 集団健診未受診者への個別健診受診勧奨（広報誌、LINE） ・ 40 歳新規健診対象者への案内通知（ハガキ） ・ 若い世代から健診の意識を高めるため 30 歳代を対象とした健診の実施 ・ 国保加入手続き時の健診案内 ・ 健康づくりポイントの活用 ・ 人間ドックの結果提供依頼 ・ 受診しやすい環境づくり（地域健診、年齢区分での実施、がん検診同時開催など）
リピート率を上げる	・ 健診結果説明会や訪問等で保健指導を実施 ・ エビデンスに基づく保健指導の質の向上 ・ 前年度特定保健指導対象者への受診勧奨（地区担当）
治療中の人の受診率を上げる	・ 医療機関に受診率向上に向けた協力を依頼 ・ 治療中であっても特定健診受診できることを周知（広報誌、LINE、ポスター掲示）

3-5 特定保健指導の実施

(1) 対象者の明確化と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を基に、健診結果ら保健指導対象者を明確にし、保健指導計画の策定・実践を次のように行います。【巻末図表1、図表3-10】

図表 3-10 要保健指導対象者の優先順位

優先 順位	保健指導レベル	支援方法	R4年度 対象者見込 (受診者割合)
1	特定保健指導 ・動機付け支援 ・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実施	99人 (14.4%)
2	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	128人 (18.7%)
3	健診未受診者	○ 特定健診の受診勧奨 ○ (例：健診受診の必要性の普及啓発)	492人
4	情報提供 (受診必要なし)	○ 健診結果の見方について通知・説明	185人 (27.0%)
5	情報提供(治療中・コントロール不良)	○ かかりつけ医との連携 ○ 学習教材の共同使用 ○ 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	187人 (27.3%)

(2) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者は、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、特定保健指導対象者には、積極的に二次健診（動脈硬化検診）を勧め、必要時、受診勧奨を行い、生活習慣病の発症予防・重症化予防を行います。

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（心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査）
- ②75 g糖負荷検査（インスリン分泌状態を見る検査）
- ③微量アルブミン検査（尿で腎臓の状態を見る検査）

(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理と PDCA サイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成していきます。【図表 3-11】

図表 3-11 年間実施スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	受診率向上に向けた取組
3月	○ 健診対象者の抽出 ○ 健診実施に向けて実施委託機関との調整		
4月	○ 実施機関との契約等 ○ 受診券発送 ○ 特定健診の開始		○ 特定健診をはじめとした各種健診の広報 ○ 特保対象者への継続受診勧奨（地区担当）
5月			○ 代行機関（国保連）を通して費用決裁の開始 ○ 継続受診勧奨通知 ○ 40歳受診勧奨通知
6月			
7月	○ 健診データ受取 ○ 国保連を通して費用決裁の開始	○ 対象者抽出 ○ 結果説明会及び特定保健指導開始	○ 個別健診周知（広報・LINE）
8月			
9月	○ 前年度の特定健診及び特定保健指導の実施報告終了		
10月			
11月			
12月			○ 個別健診受診勧奨（広報・LINE）
1月			
2月			
3月	○ 健診終了		
翌年度	○ 費用決裁終了	○ 翌年度5月まで実施	

3-6 個人情報取り扱い

(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り扱いについては、個人情報の保護に関する関係法令等を踏まえた対応を行います。

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

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

生活習慣病は、検査数値の異常が現れてから10年以上を経過して発症することも多いことから、国保被保険者である期間は継続してデータを保存します。

3-7 結果の報告

特定健康診査等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日までに実績報告を行います。

3-8 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章 保健事業の内容

4-1 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては、脳血管疾患、虚血性心疾患、尿病性腎症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の該当者割合の減少を目指し、特定健診における血糖、血圧、肥満の有所見率を改善していきます。そのために、生活習慣病の重症化予防の取り組みとして個人の健診結果に基づいた保健指導を行います。

ポピュレーションアプローチの取り組みとしては、生活習慣病の重症化による医療費や介護費用等の社会保障費の増大につながる実態や、その背景にある地域の健康課題について広く町民へ周知していきます。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診を受けていただき、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努める必要があります。実施に当たっては、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。

4-2 重症化予防の取り組み

本町の令和4年度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を各学会のガイドラインに基づき抽出すると、239人（34.9%）です。そのうち治療なしが88人（21.4%）、さらに臓器障害ありで直ちにに取り組むべき対象者が28人でした。

また、重症化予防対象（未治療）と特定保健指導対象の両方に該当する者が、239人中50人（56.8%）と高い割合になっています。このような現状から、特定保健指導を重点的に行うことが重症化予防にもつながり、効果的であると考えます。【図表4-1】



図表 4-1 脳・心・腎を守るために

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

令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少		虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少		糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		<参考> 健診受診者(受診率)										
科学的根拠に基づき ↓ 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	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(2023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)	684人 58.2%										
	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%) 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										
	※脳卒中 データセンタ 2013.4.1						<table><tr><td>治療中</td><td>治療なし</td></tr><tr><td>高血圧</td><td>0 684</td></tr><tr><td>脳血管疾患</td><td>235 449</td></tr><tr><td>糖尿病</td><td>0 413</td></tr><tr><td>3疾患 いずれか</td><td>235 449</td></tr></table>	治療中	治療なし	高血圧	0 684	脳血管疾患	235 449	糖尿病	0 413	3疾患 いずれか	235 449
治療中	治療なし																
高血圧	0 684																
脳血管疾患	235 449																
糖尿病	0 413																
3疾患 いずれか	235 449																
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 2022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	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者										
該当者数	36 5.3%	0 0.0%	27 3.9%	43 6.3%	195 28.5%	413 60.4%	0 0.0%										
治療なし	36 5.3%	0 0.0%	21 4.7%	23 5.1%	73 16.3%	413 100.0%	0 0.0%										
(再掲) 特定保健指導	7 19.4%	0 --	8 29.6%	17 39.5%	73 37.4%	75 18.2%	0 --										
治療中	0 --	0 0.0%	6 2.6%	20 8.5%	122 51.9%	0 --	0 0.0%										
臓器障害あり	4 11.1%	0 --	3 14.3%	2 8.7%	4 5.5%	71 17.2%	0 --										
CKD(専門医対象者)	0	0	0	0	0	0	0										
心電図所見あり	4	0	3	2	4	71	0										
臓器障害なし	32 88.9%	--	18 85.7%	21 91.3%	69 94.5%	342 82.8%	--										

治療中	491 71.8%
治療なし	297 66.1%
(再掲) 特定保健指導	107 21.8%
治療中	194 82.6%
臓器障害あり	56 18.9%
CKD(専門医対象者)	0
心電図所見あり	56
臓器障害なし	--

臓器障害あり	0 --	0 --	2 33.3%	2 10.0%	13 10.7%	0 --	0 --	24 12.4%
CKD(専門医対象者)	0	0	0	0	0	0	0	0
心電図所見あり	0	0	2	2	13	0	0	24
臓器障害なし	0 --	--	4 66.7%	18 90.0%	109 89.3%	0 --	--	--

(1) 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り組みにあたっては、脳卒中予防への提言、脳卒中治療ガイドライン、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。【図表 4-2】

図表 4-2 脳血管疾患とリスク因子

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

② 対象者の明確化

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子であり、高血圧者の中でもより重症化しやすいⅡ度高血圧以上の者から優先的に保健指導を実施します。また、Ⅱ度高血圧以上の者のうち約5割は未治療であり、併せてメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じた受診勧奨を行う必要があります。【巻末図表3、4】

脳血管疾患のリスク因子であ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なため、本町の集団健診では心電図検査を詳細な健診項目としてハイリスク者に実施しています。

心電図検査における心房細動の有所見者については、医療機関の受診状況を確認し、継続受診の指導や未治療者への受診勧奨を行います。

あわせて、生活習慣病のリスクを高める喫煙や飲酒の生活習慣についても、健診結果と関連付けて保健指導を行います。

(2) 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り組みにあたっては、「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「竹富町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実施していきます。

② 対象者の明確化

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

医療機関未受診者

医療機関受診中断者

糖尿病治療中者（糖尿病性腎症で通院している方、糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当等リスクを有する者）

③ 対象者の把握

対象者を選定するにあたり、沖縄県版プログラムに準じ、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対象者の把握を行います。腎症重症化ハイリスク者の選定には「糖尿病性腎症病期分類」を用います。【図表 4-3】

特定健診未受診者の中で、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者は糖尿病管理台帳で把握し、継続受診勧奨や健診の受診勧奨を行っていきます。【巻末図表 5】

ア 医療機関未受診者

健診結果が以下のいずれかに該当

○空腹時血糖 126 mg/dl（随時血糖 200 mg/dl）以上

○HbA1c6.5%以上

イ 治療中断者

健診結果およびレセプト情報から、過去に糖尿病治療歴があり、直近1年間に糖尿病治療歴がない

ウ 糖尿病治療中

糖尿病治療中で、健診結果等が以下のいずれかに該当

○HbA1c7.0%以上

○その他、保健指導が必要

※ただし、以下に該当する者は保健指導対象外とする

がん等の終末期、認知機能障害、かかりつけ医が除外することが望ましいと判断した者、その他保健指導等での介入が困難と思われる者

図表 4-3 糖尿病性腎症病気分類

病 期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/f Cr)	G F R (eGFR) (ml/分/1.73m)
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)	透析療養中	

(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り組みにあたっては、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版等の各ガイドラインに基づいて進めていきます。

② 対象者の明確化

虚血性心疾患は、高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満、喫煙との関係が明らかになっているため、健診結果から保健指導対象者として把握していきます。

特に、脂質異常者の中でも重症化しやすい LDL コレステロール 160 mm/dl 以上の者を優先的な保健指導対象とします。また、LDL コレステロール 160 mm/dl 以上の者のうち約 割は未治療であり、高血圧や糖尿病等のリスクを有する者のいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行っていきます。【巻末図表 6】

4-3 重症化予防の取り組みの実際

(1) 保健指導の実施（脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症予防）

保健指導の実施にあたっては、健診の経年結果や受診状況等を確認し、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、対象者が生活習慣の改善などイメージしやすいように心がけます。

特定健診受診者は、地区ごとに健診結果や保健指導対象者をわかるように一覧表で管理していきます。地区担当の保健師等は、対象者の生活状況や受診状況を確認し、必要に応じて継続した保健指導を行います。一覧表には、保健指導の実施状況を入力し、進捗管理していきます。

(2) 関係機関との連携

医療の情報については、KDB等を活用しデータを収集していきます。健診結果から治療が必要にもかかわらず医療機関の未受診や中断が把握された場合には、受診勧奨を行います。また、治療中であっても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。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施では、国保から後期高齢者医療制度に移行後も、健診結果等に応じた保健指導を継続していく必要があるため、必要に応じて地域包括支援センター等と連携していきます。

(3) 評価

評価は、短期的評価・中長期的評価の視点で行います。評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ、短期的評価は年1回、中長期的評価は中間評価及び最終評価において行います。その際はKDB等の情報を活用します。

(4) 実施機関及びスケジュール

4月対象者の選定基準、実施方法等の決定

7月～特定健診結果が届き次第、地区ごとの大腸に記載。記載後、対象者へ

の保健指導を実施（通年）

4-4 広く町民に周知・啓発する取り組み

生涯を通じた健康づくりの取り組みとして、生活習慣病の発症予防・重症化予防を意識した健康教育や保健指導を実施していきます。生活習慣病の重症化から医療受診や介護サービスの利用につながり、社会保障費の増大につながっていく実態や町の健康課題についても周知し、町民一人一人何ができるかを自身で考え、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ます。

健康増進計画や本計画の目標である健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現を目指し、保険者努力支援制度を活用した町民の健康づくりへの取り組み等の推進を図ります。

4-5 医療費適正化に向けた取り組み

(1) 重複・頻回受診者及び多剤投薬者に対する保健指導

同じ症状に対して複数の医療機関で受診すること（重複受診）や、頻繁に医療機関を受診すること（頻回受診）は、医療費を増加させ、国保財政を圧迫することにつながります。

また、受診頻度が多くなることで、処方される薬剤の種類が増え、重複投薬や併用禁忌薬剤となるリスクが高まり、副作用や薬物有害事象を起こすおそれがあります。

こうした課題に対応するため、レセプトデータにより定期的に対象者を抽出し、保健師等が訪問等により健康状態・健康不安を聴き取り、受診行動の改善を促します。また、かかりつけ医やかかりつけ薬局を持つことの重要性やお薬手帳の活用についても、広く周知・啓発を図ります。

事業の実施にあたっては、受診状況のみでなく心身の状態把握に努め、適切な医療受診につながるよう情報提供を行います。また、関係各課との連携のもと、訪問記録等による情報共有を図る他、その後の受診状況についても把握します。

(2) 後発医薬品の利用促進に向けた普及啓発

後発医薬品（ジェネリック医薬品）は、先発医薬品と同じ有効成分を使用し、品質や効果、安全性が同等として国の承認を受けた医薬品です。先発医薬品と比べ費用が安価であることから、ジェネリック医薬品の使用を促進することで、自己負担の軽減につながるほか、国保財政の負担軽減にもつながります。

ジェネリック医薬品の使用促進をめぐっては、令和3年6月の閣議決定において、後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性確保を図りつつ、令和5年度末までに全ての都道府県で80%以上とする新たな目標が定められました。

令和5年3月診療分の県内市町村の平均普及率は88.9%で、竹富町は91.2%と県の平均普及率を上回っています。

本町では、被保険者が安心してジェネリック医薬品を使用できるよう、リーフレットやシール等の活用や「ジェネリック医薬品利用差額通知」を年2回送付しているほか、「ジェネリック医薬品希望カード」を町窓口を設置し使用促進を図ってきました。

今後もこうした取り組みを継続することで、医療費の適正化につなげます。

図表 4-4 ジェネリック医薬品の普及目標

区 分	R4 実績値	R8 計画中間年度	R11 計画最終年度
ジェネリック医薬品普及率（数量ベース）	91.2%	91.7%	92.2%

※「ジェネリック医薬品に変更済みの医薬品」の数量を「全医療用医薬品のうち、ジェネリック医薬品に変更済みと変更可能な医薬品」の数量で除した値。

※今後、国が示す普及目標が見直された場合は、中間評価において見直すこととする。

第5章 地域包括ケアシステムに係る取組

本町では、竹富町第10次基本計画の基本理念である「 」を目指し、竹富町第10次高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画では3つの基本目標と、「竹富町版地域包括ケアシステム」の深化に向けた取り組みを促進します。

【基本目標1】

高齢者を地域で支えあう仕組みをつくります

【基本目標2】

高齢者が生きがいをもち、健康に暮らすことを支援します。

【基本目標3】

高齢者が安心して福祉・介護サービスを受けることができる環境をつくりま
す。

5-1 介護予防・重症化予防の取組（高齢者の保健事業と介護予防 の一体的実施）

本町では、高齢化の進行に伴い、後期高齢者人口や認知症高齢者の増加が見込まれています。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り組みと、生活機能の低下を防止する取り組みの双方を一体的に実施する必要があります。

本町は、令和2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うとともに、フレイルのリスクがある高齢者を把握して「通いの場」につなぐなど、関係部署が連携した介護予防の取り組みを推進します。

KDB や見える化システムを活用し、若い年代から高齢期までの健診・医療・介護データを一体的に分析することで効率的・効果的な保健事業を展開し、介護予防・重度化防止につなげます。また、対象者を明確にした個別支援と健康教育・相談支援の双方の取り組みを行います。

5-2 地域で支えあう仕組みづくりの推進

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けていくためには。高齢者自身を含めた多様な世代が主体的に地域の担い手となって支え合い、高齢者の介護予防活動や日常生活を支援する体制の整備を進めていく必要があります。多様な社会資源と、地域で活動する多くの人々による「地域活力」を活かし、行政を町民等が一体となって、高齢者を地域で支え合う体制づくりを一層推進していきます。

5-3 地域包括支援センターの機能強化

高齢者等が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、地域包括支援センターの総合相談機能を強化し、きめ細やかな相談対応や一人ひとりの状態に応じた支援を行っていきます。また、地域における多職種相互の連携・協働の体制づくりや介護支援専門員に対する支援など、個々の高齢者の状況や変化に応じた包括的・継続的ケアマネジメントを強化します。

第6章 計画の評価・見直し

6-1 評価の時期

KDB等の情報を活用し、毎年、評価を行います。また、3年後の令和8年度に中間評価を行い、必要に応じて本計画の見直しを行います。

計画の最終年度の令和11年度においては、次期計画の策定に向けた評価を行います。

なお、評価指標によっては翌年度に実績値が確定するものがあることから、中間評価及び最終評価にあたっては、それぞれ令和7年度を中間評価、令和10年度を最終評価値として評価を行うこととします。（ただし、「特定保健指導対象者の減少率」については、[ページ](#)に記載のとおり評価を行います。）

6-2 評価方法と体制

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。中間評価及び最終評価においては、4つの指標による評価も併せて行います。

図表 6-1 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、特定保健指導実施率 ・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）	・背一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）

KDB システムの健診医療・介護データを基に、地区担当の保健師・栄養士等が健診の受診状況や治療の状況等について定期的に評価を行います。

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7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

7-1 計画の公表・周知

本計画は、被保険者や保健医療営業者等に広く周知することが重要であることから、国指針において、公表するものとされています。

具体的には、ホームページ等を通じた周知のほか、地域の診療所等に周知します。

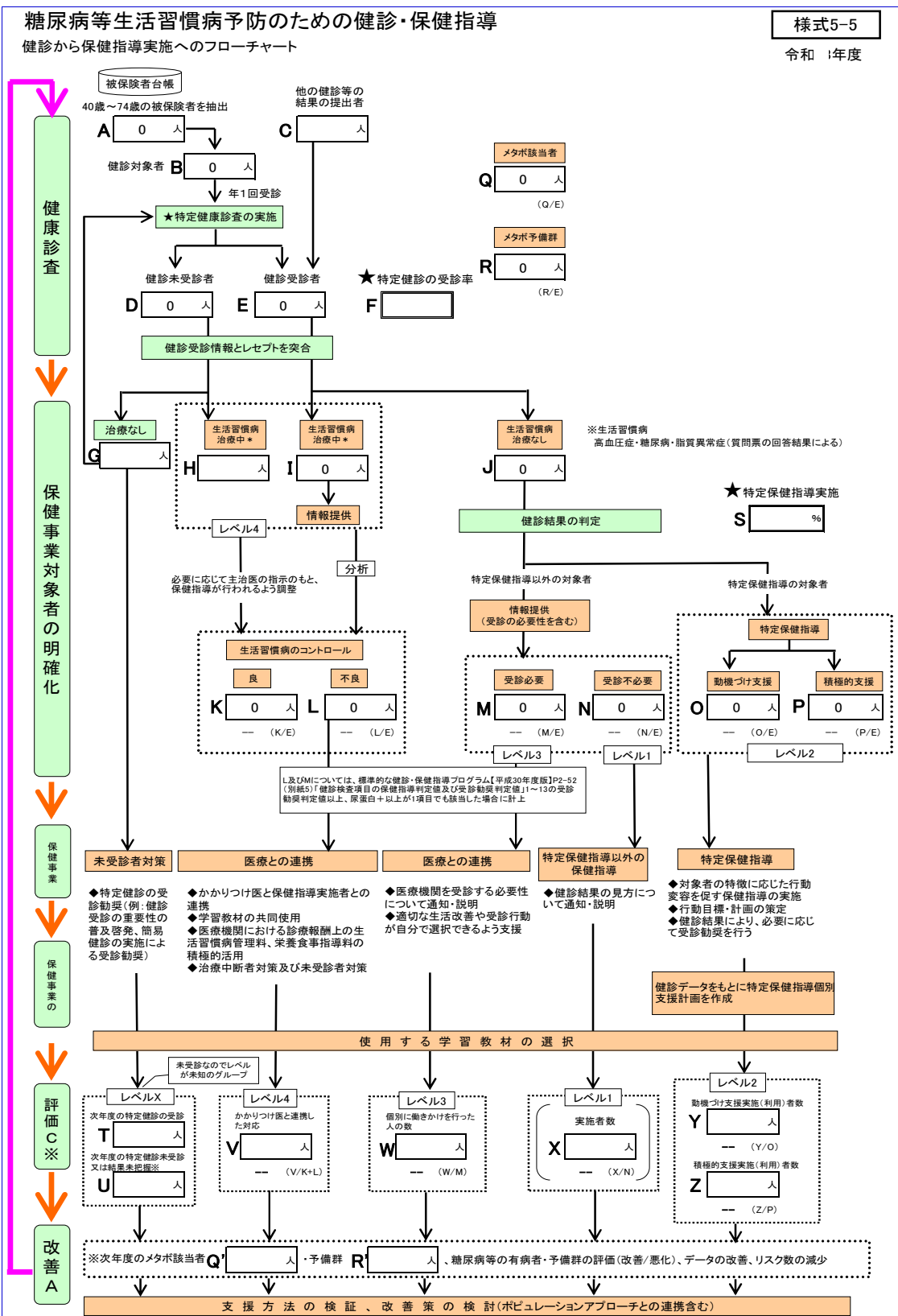
公表・周知にあたっては、計画の要旨等をまとめた概要版を用いるなど、被保険者や保健利用関係者の理解の促進に努めます。

7-2 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正な取扱いが確保されるよう措置を講じます。

資料（保健事業の実施における対象者の明確化等のための資料）

巻末図表 1 健診から保健指導へのフローチャート（様式5-5）



巻末図表 2 保健指導対象者の計画化

脳・心・腎を守るためにー重症化予防の観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ー

令和1年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年間新規発症率の減少	虚血性心疾患 の年間新規発症率の減少	糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少	健康診受診者 (受診率)	健康診受診者 (受診率)	
科学的根拠に基づき 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	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年度同時改訂版))	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	0人	---	
優先すべき 課題の明確化	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 血管性 梗塞・塞栓 (33.2%) 非心原性脳梗塞	心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓学会)	0人	---	
	高血圧症	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 健康保険から 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)	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	0人	---	
重症化予防対象	II度高血圧以上	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	0人	---
該当者数	0	0	0	0	0	0
治療なし	0	0	0	0	0	0
(再掲) 特定保健指導	0	0	0	0	0	0
治療中	0	0	0	0	0	0
臓器障害 あり	0	0	0	0	0	0
CKD(専門医対象者)	0	0	0	0	0	0
心電図所見あり	0	0	0	0	0	0
臓器障害 なし	0	0	0	0	0	0

※各疾患の治療状況

治療中	治療なし
高血圧	0
脂質異常症	0
糖尿病	0
慢性腎臓病	0
3疾患 いずれか	0

※開診結果による

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度末時点まで資格を喪失している者も含む）
※レセプト情報の一覧で把握できない項目については、「KOB票集 介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防）」から集計

巻末図表 4 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和 年度

(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

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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)		高値血圧 130～139 /80～89	Ⅰ度高血圧 140～159 /90～99	Ⅱ度高血圧 160～179 /100～109	Ⅲ度高血圧 180以上 /110以上	区分		該当者数
						A	ただちに 薬物療法を開始	
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	0	0	0	0	0			0
リスク第1層 予後影響因子がない	0	C 0	B 0	B 0	A 0			0
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のい ずれかがある	0	C 0	B 0	A 0	A 0			0
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿 病、 蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子 が3つ以上ある	0	B 0	A 0	A 0	A 0			0

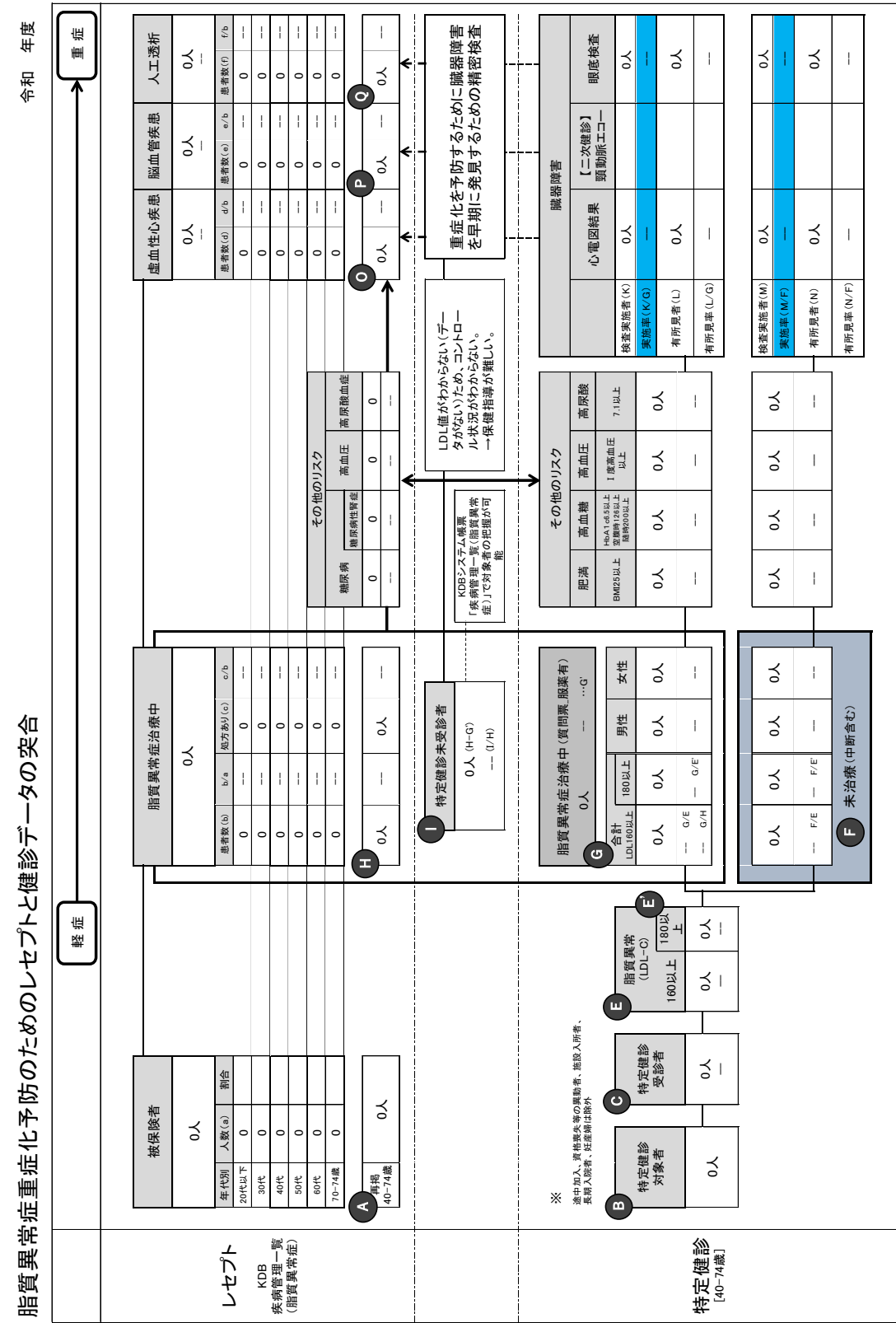
区分		該当者数
A	ただちに 薬物療法を開始	
B	概ね1カ月後に 再評価	0
C	概ね3カ月後に 再評価	0

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

糖尿病重症化予防のためのセプトと健診データの実合

※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ま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・介護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

巻末図表 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



竹富町国民健康保険
第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)
第4期特定健康診査等実施計画

令和6年3月

発行 沖縄県竹富町
編集 竹富町健康づくり課