

松前町国民健康保険 第3期保健事業の実施計画 (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



松前町国民健康保険
令和6年3月

保健事業の実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業の実施計画(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(庁内関係部局)の役割
 - 2) 関係機関との連携
 - 3) 被保険者の役割と働きかけ
- 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期計画における健康課題の明確化

……………10

- 1 保険者の特性
- 2 第2期データヘルス計画に係る評価及び考察
 - 1) 第2期データヘルス計画の評価
 - 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期データヘルス計画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) ……34

- 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 特定健診の実施
- 4 特定保健指導の実施
- 5 個人情報保護
- 6 結果の報告
- 7 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章 課題解決のための個別保健事業40

1 保健事業の方向性

2 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

3 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

4 発症予防

5 ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し67

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68

1 計画の公表・周知

2 個人情報の取扱い

参考資料69

第1章 保健事業の実施計画(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「データヘルス計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保等が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。また、平成26年3月には、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)(以下「データヘルス計画」という。)を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められました。

その後、平成30年4月からは、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を踏まえ、本町では、町の課題等に対する効果的かつ効率的な保健事業を実施するにあたり、国の指針に基づいて、「第3期保健事業の実施計画(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期データヘルス計画とは、被保険者の健康保持増進に資することを目的として、保険者が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果をはじめ、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。

本計画では、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、健康増進計画(県民健康づくり計画「えひめ健康づくり21」・松前町健康づくり計画)、県の医療費適正化計画、介護保険事業(支援)計画(愛媛県高齢者福祉計画(介護保険事業支援計画)・松前町高齢者福祉計画(介護保健事業計画))との調和を図ります。(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、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、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(昭和57年法律第80号)(以下「高確法」という。)に基づく特定健康診査(以下「特定健診」という。)・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康診査(以下「健診」という。)・保健指導を実施するにあたり、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、効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための基本的な考え方については、プログラムに準じて展開することが求められています。(図表2・3・4・5)

以上のことから、本町では、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、国保被保険者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、及び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、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。

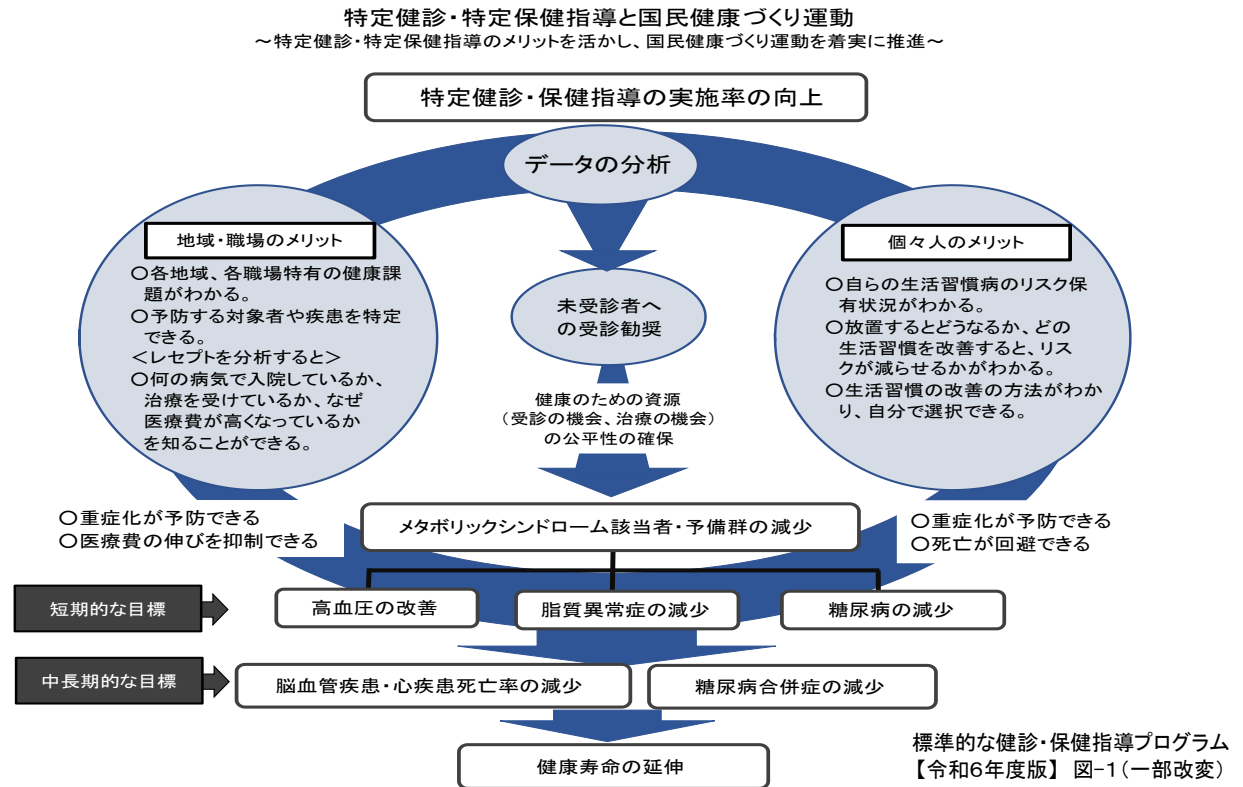
※6 国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

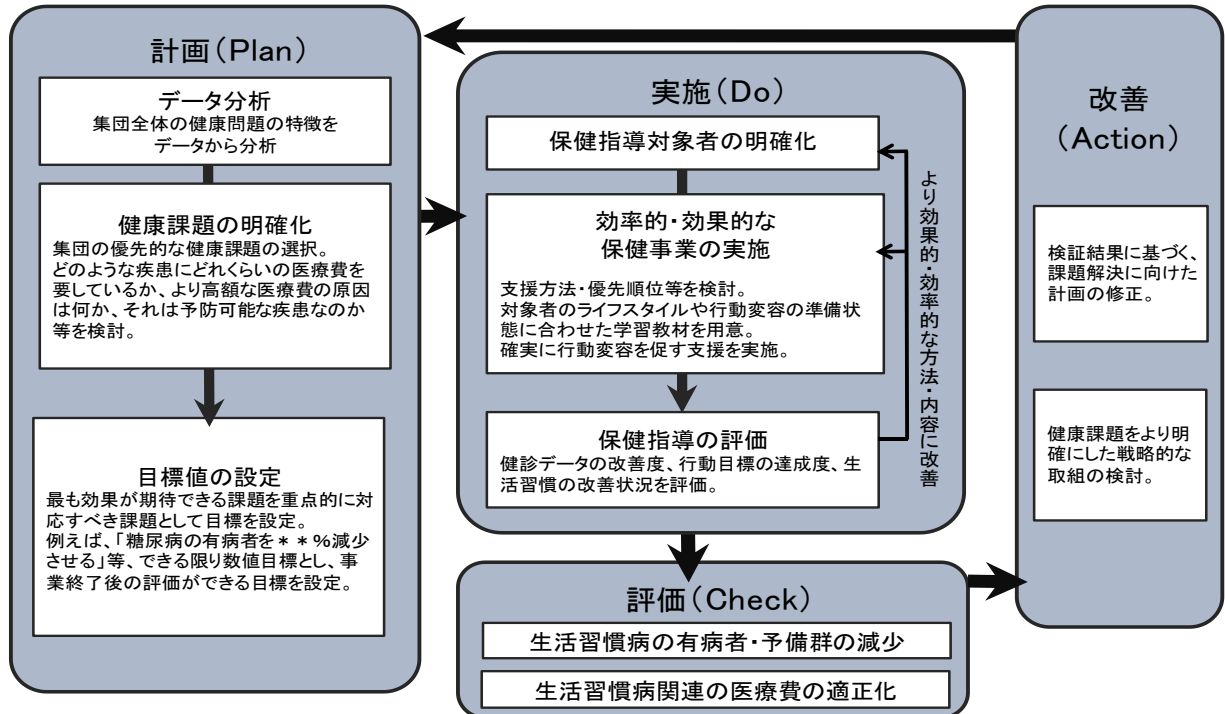
法定計画等の位置づけ

		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の効率的かつ効果的に実 施す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 康づくりの展開により実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効 率的な保健事業の実施を図るた めの保健事業実施計画を策定、保健 事業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給 付等サービス提供体制の確 保及び地域支援事業の計 画的な実施を図る。 保険者機能強化 高齢者の自立支援・重 度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の若年期、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	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨質・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病合併症 (糖尿病性腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖 尿 病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳 卒 中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) が ん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				が ん 精神疾患	認 知 症 フレイル 口腔機能低下、低栄養
評 価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

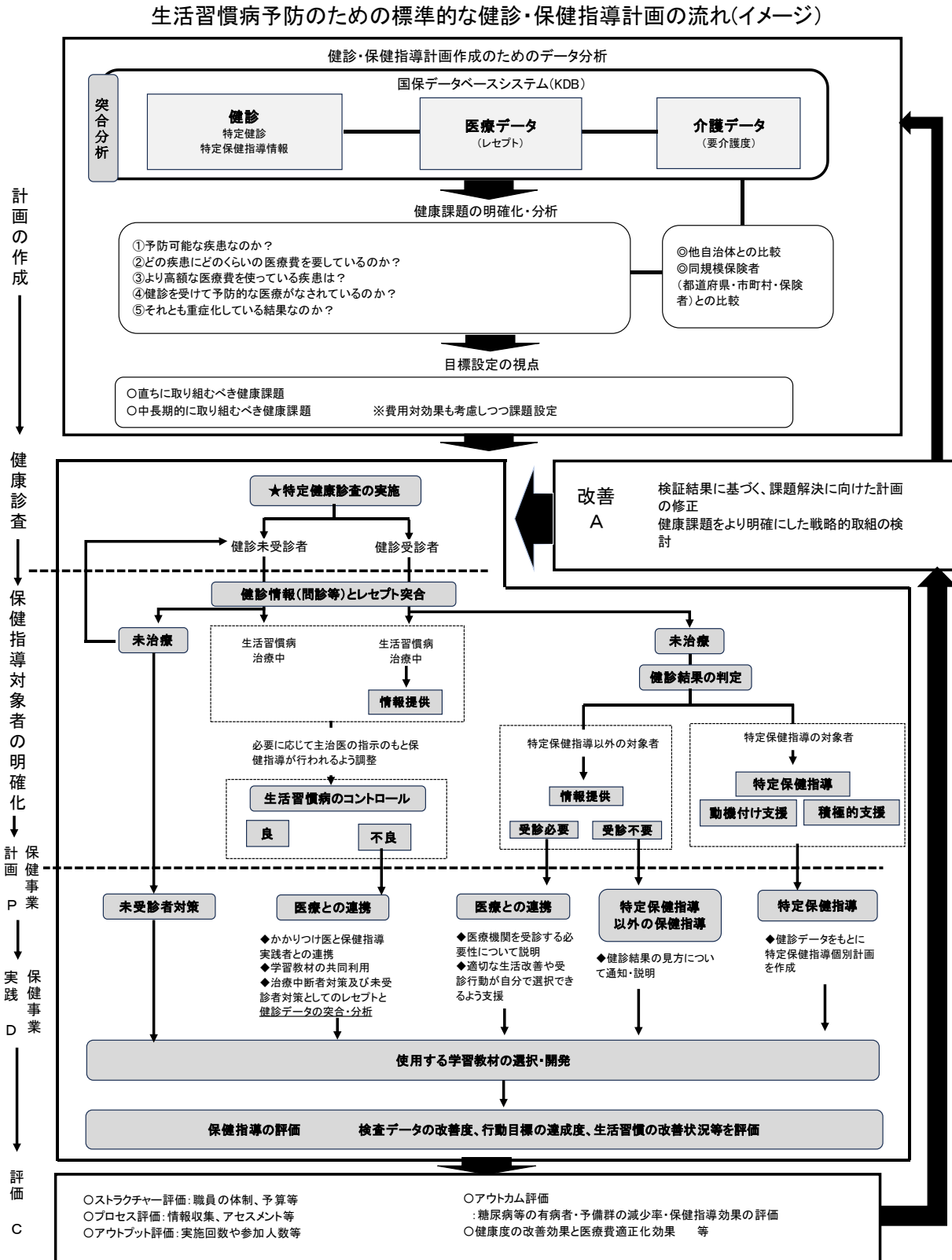
図表2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



図表3 保健事業（健診・保健指導）のPDCA サイクル



図表4 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(一部改変)



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	<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;"> 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) </div> <div style="text-align: center; font-size: 2em; margin: 10px 0;">➔</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;"> 行動変容を促す手法 </div>	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が選択し、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、必要に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村		医療保険者

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

3 計画期間

第3期データヘルス計画の計画期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<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も踏まえ、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、医療費適正化計画及び医療計画が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

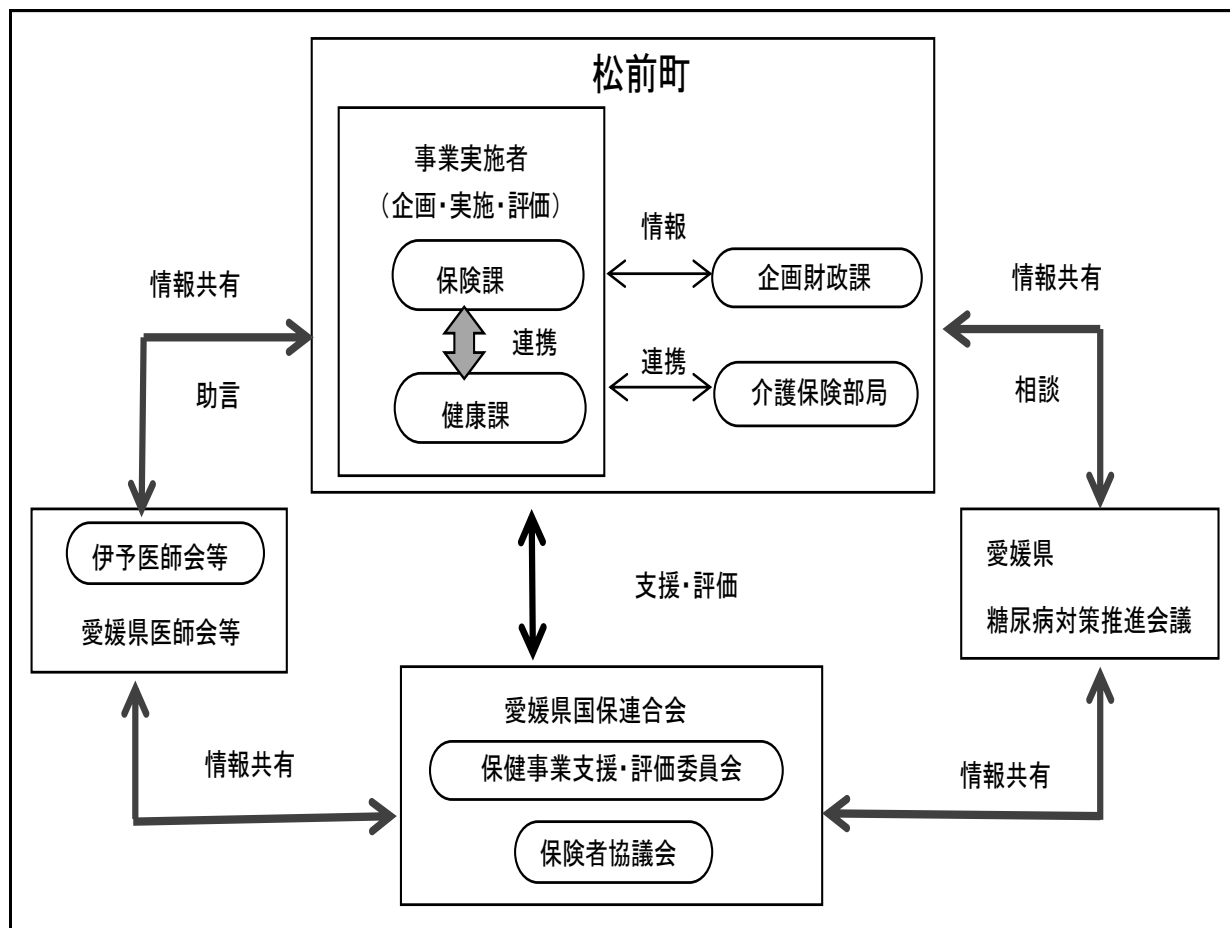
1) 市町村国保(庁内関係部局)の役割

本計画においては、被保険者の健康保持増進を目的とした保健事業の積極的な推進を図るため、本町では、保健事業の主管である保健衛生部局の健康課が中心となって、国保主管部局である保険課や介護予防・生活保護部局である福祉課と連携し、協力しながら策定等を進めます。

また、計画に基づく事業を効果的・効率的に展開しながら、各保健事業や計画の評価を行い、必要に応じて、データヘルス計画の見直しや次期データヘルス計画策定に反映させます。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者及び関係部局の業務を明確化・標準化する体制を整えます。(図表 6)

図表6 松前町の実施体制図



2) 関係機関との連携

本計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、庁内外問わず、関係機関との連携・協力が重要となります。

愛媛県国民健康保険団体連合会(以下、「国保連」という。)は、市町村の共同体として、健診データやレセプトデータ等による課題抽出及び分析等技術支援を行っており、本町でも計画策定から評価において国保連から提供されるデータを有効活用し、効果的・効率的な保健事業を実施します。

また、データを見える化し、被保険者へ医療を提供する伊予医師会はじめ、地域の医師会や歯科医師会、各医療機関等と、被保険者の実態や健康課題等を共有し、医療方針に合わせた効果的な保健指導を目指します。

そして、財政責任の運営主体かつ共同保険者である愛媛県、愛媛県後期高齢者医療広域連合、国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の伊予地区保健福祉協議会や松前町国民健康保険運営協議会(以下「国保運営協議会」という。)等、幅広い機関とも連携を強化し、専門的知見を保健事業に活用します。

3) 被保険者の役割と働きかけ

本計画の最大の目的は、被保険者の健康保持増進であり、その実効性を高めるためには、被保険者が、毎年受診する特定健診やがん検診等の結果を踏まえ、自身の健康状態等をよく理解した上で、主体的かつ積極的に、より健康的な生活習慣に向けた取組を実践していくことが重要です。

そこで、本町の健康課題の分析結果等について被保険者に周知し、正すべき生活習慣に向けた行動変容を広く促すほか、被保険者の代表委員が参加する国保運営協議会において、計画に基づく保健事業の推進状況等を報告し、議論に参画します。

また、被保険者の転職や加齢等による医療保険者間の加入・離脱が多いことから、他の医療保険者との連携強化に努めていきます。

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、平成 27 年の国民健康保険法等の改正により、保険者(都道府県・市町村)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創設されました。保険者における医療費適正化の取組等を評価する指標等を設定し、達成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(取組評価分)。(図表8)

令和2年度からは上記に加え、予防・健康づくり事業の「事業費」として交付する部分を設け、「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が後押しされています(事業費分・事業費連動分を新設)。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がされており、また県は、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るため、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もつながることから、今後も積極的かつ効果的・効率的な保険者努力支援制度の活用を行っていきます。

図表8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点		
			松前町	配点	松前町	配点	松前町	配点	
交付額(万円)			1,292		1,350		1,285		
全国順位(1,741市町村中)			856位		705位		861位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	50	70	60	70	45	70	
		(2)特定保健指導実施率		70		70			
		(3)メタリックシフト・予備群の減少率		50		50			
	②	(1)がん検診受診率等	20	40	40	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	110	90	50	45	65	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	40	50	45	50	45	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	10	130	10	130	10	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	30	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	35	40	40	40	
⑤		第三者求償の取組	38	40	45	50	50	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	83	95	74	100	81	100	
合計点			556	1,000	594	960	556	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

本町は、人口3万人弱で、高齢化率は令和2年度国勢調査で 31.4%でした。県と比較すると出生率はほぼ同様、高齢者の割合はやや低いですが、被保険者の平均年齢は 56.3 歳と、同規模自治体(以下「同規模」という。)や県、国と比べて高く、財政指数も高い町となっています。産業においては、農業や漁業の第1次産業が 5.7%、サービス業等の第3次産業が 67.5%と、ともに同規模と比較しても高く、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、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 19.9%であり、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で、年齢構成については 65～74歳の前期高齢者が 52.0%を占めています。(図表 10)

また町内には2つの病院、23 の診療所があり、診療所は同規模と比較しても多いが、病床数や医師数は少ないことから、より豊かな医療資源を望む一方で、外来患者数及び入院患者数の割合は、同規模と比較して高い傾向にあります。県と比較しても外来患者数の割合は高いです。(図表 11)

図表 9 同規模・県・国と比較した松前町の特性 (R4年度)

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者 数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千 対)	死亡率 (人口千 対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
松前町	29,523	31.4	5,886 (19.9)	56.3	6.3	11.7	0.8	5.7	26.8	67.5
同規模	--	29.1	20.6	54.2	6.8	10.7	0.7	5.4	28.7	66.0
県	--	33.4	21.6	55.4	6.2	13.9	0.5	7.7	24.2	68.0
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典: KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、松前町と同規模保険者(147市町村)の平均値を表す

図表 10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	6,582		6,439		6,409		6,172		5,886	
65～74歳	3,305	50.2	3,236	50.3	3,290	51.3	3,216	52.1	3,062	52.0
40～64歳	1,962	29.8	1,901	29.5	1,879	29.3	1,762	28.5	1,673	28.4
39歳以下	1,315	20.0	1,302	20.2	1,240	19.3	1,194	19.3	1,151	19.6
加入率	21.9		21.5		21.4		20.6		19.9	

出典: KDBシステム_人口及び被保険者の状況

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
病院数	2	0.3	2	0.3	2	0.3	2	0.3	2	0.3	0.3	0.5
診療所数	25	3.8	25	3.9	25	3.9	25	4.1	23	3.9	3.1	4.3
病床数	209	31.8	209	32.5	209	32.6	209	33.9	209	35.5	56.1	73.4
医師数	33	5.0	33	5.1	34	5.3	34	5.5	33	5.6	11.1	13.7
外来患者数	779.9		779.8		731.4		752.3		766.6		716.1	748.2
入院患者数	21.4		21.5		21.6		19.7		20.8		19.2	23.0

出典: KDBシステム_地域の全体像の把握

2 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期データヘルス計画において、社会保障費(医療費・介護費)の変化を主眼とした、以下の2つの目標を設定しました。

1つ目は、計画最終年度までの中長期的な達成目標として、脳血管疾患や心疾患死亡率及び糖尿病合併症の減少、具体的な疾患として、脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析(糖尿病性腎症、慢性腎不全)の減少を目指した医療費の抑制を設定しました。

2つ目は、1つ目の中長期的な目標を達成するための年度ごとの短期的な目標として、高血圧の改善、脂質異常症及び糖尿病の減少、具体的な疾患として、メタボリックシンドローム、高血圧、脂質異常症、糖尿病の減少を設定しました。(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

本町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者では43人(認定率0.45%)、1号(65歳以上)被保険者では1,792人(認定率19.3%)と、同規模と比較するとどちらも高く、H30年度と比べても増加傾向です。(図表12)

また、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するに当たり、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約24億円から、約26億円まで増加しています。(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てみると、どの年代でも脳血管疾患である脳卒中(脳出血・脳梗塞)が約6割を占めています。

基礎疾患である高血圧・糖尿病及び脂質異常症の有病状況は、第2号被保険者で8割以上、第1号被保険者では9割を超える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削減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

	松前町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	8,703人	29.0%	9,267人	31.4%	29.1%	33.4%	28.7%
2号認定者	38人	0.38%	43人	0.45%	0.35%	0.41%	0.38%
新規認定者	9人		13人		--	--	--
1号認定者	1,634人	18.8%	1,792人	19.3%	17.0%	21.6%	19.4%
新規認定者	253人		270人		--	--	--
再掲	65～74歳	150人	3.4%	186人	4.2%	--	--
		新規認定者	38人		35人		--
	75歳以上	1,484人	34.6%	1,606人	33.5%	--	--
		新規認定者	215人		235人		--

出典: KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

	松前町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	24億1333万円	25億9148万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	277,298	279,646	259,723	320,144	290,668
1件あたり給付費(円) 畵体	67,192	59,757	63,000	62,527	59,662
居宅サービス	47,223	42,520	41,449	44,617	41,272
施設サービス	289,365	288,895	292,001	293,644	296,364

出典: KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 年度)

受給者区分		2号		1号				合計					
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計					
介護件数(全体)		45		186		1,607		1,793		1,838			
再)国保・後期		23		127		1,505		1,632		1,655			
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	14 60.9%	脳卒中	73 57.5%	脳卒中	961 63.9%	脳卒中	1,034 63.4%	脳卒中	1,048 63.3%
			2	虚血性心疾患	5 21.7%	虚血性心疾患	43 33.9%	虚血性心疾患	634 42.1%	虚血性心疾患	677 41.5%	虚血性心疾患	682 41.2%
			3	腎不全	1 4.3%	腎不全	18 14.2%	腎不全	250 16.6%	腎不全	268 16.4%	腎不全	269 16.3%
	合併症	4	糖尿病合併症	2 8.7%	糖尿病合併症	26 20.5%	糖尿病合併症	219 14.6%	糖尿病合併症	245 15.0%	糖尿病合併症	247 14.9%	
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)				19 82.6%	基礎疾患	114 89.8%	基礎疾患	1,464 97.3%	基礎疾患	1,578 96.7%	基礎疾患	1,597 96.5%
	血管疾患合計				21 91.3%	合計	119 93.7%	合計	1,480 98.3%	合計	1,599 98.0%	合計	1,620 97.9%
	認知症			認知症	3 13.0%	認知症	32 25.2%	認知症	699 46.4%	認知症	731 44.8%	認知症	734 44.4%
	筋・骨格疾患			筋骨格系	20 87.0%	筋骨格系	111 87.4%	筋骨格系	1,459 96.9%	筋骨格系	1,570 96.2%	筋骨格系	1,590 96.1%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本町の医療費は、国保加入者の減少により総医療費は減少しているが、一人当たり医療費は、同規模と比べても約4万円高く、H30 年度と比較しても約3万円増加しています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 2.6%にも関わらず、医療費全体の約4割を占めており、1件あたりの入院医療費も H30 年度と比較しても6万円以上高くなっています。(図表 15)

年齢調整をした医療費の地域差指数をみると、全国平均を超えてはいるものの、県内順位はH30 年度より下がっており、入院の地域差指数のR3年度は全国平均以下となっています。

入院より外来の方が費用も件数も高い割合である傾向は変わりありませんが、外来でより入院が抑えられているのであれば、良い傾向と考えます。(図表 16)

中長期的な目標疾患の重症化を防ぐためには、短期的な目標疾患である高血圧や糖尿病等の基礎疾患の予防管理が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

図表 15 医療費の推移

		松前町		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)		6,582人	5,886人	--	--	--
前期高齢者割合		3,305人 (50.2%)	3,062人 (52.0%)	--	--	--
総医療費		24億4233万円	23億6008万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		371,062 県内9位 同規模26位	400,965 県内9位 同規模23位	361,243	390,048	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	548,950	612,690	613,590	580,300	617,950
	費用の割合	38.7	39.3	40.4	42.3	39.6
	件数の割合	2.7	2.6	2.6	3.0	2.5
外来	1件あたり費用額	23,860	25,620	24,230	24,300	24,220
	費用の割合	61.3	60.7	59.6	57.7	60.4
	件数の割合	97.3	97.4	97.4	97.0	97.5
受診率		801.343	787.385	735.303	771.192	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は松前町と同規模保険者147市町村の平均値を表す

図表 16 一人当たり(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		
		松前町 (県内市町村中)		県 (47県中)	松前町 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度
地域差指数・順位	全体	1.064	1.020	1.027	1.027	1.050	1.014
		(7位)	(12位)	(21位)	(4位)	(2位)	(19位)
	入院	1.009	0.958	1.089	0.987	1.017	1.037
		(16位)	(16位)	(20位)	(11位)	(13位)	(21位)
	外来	1.102	1.056	0.993	1.067	1.084	1.001
		(2位)	(2位)	(23位)	(3位)	(2位)	(14位)

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である虚血性心疾患・腎疾患(透析有)の医療費合計の総医療費に占める割合は、H30年度と比較すると減少していますが、脳血管疾患及び慢性腎不全(透析無)については、H30年度より伸びており、特に脳血管疾患は同規模、国よりも高くなっています。

慢性腎不全(透析無)の伸びについては、これまでの経年的な糖尿病性腎症重症化予防対策の取組において、医療機関に対し腎機能の指標となる尿アルブミン検査の導入を推進してきたこともあり、H30年度当初に比べ、より早期の段階で診断される慢性腎不全が増えたことが要因の一つと推測されます。(図表17)(図表32)

次に、中長期目標疾患の治療状況をH30年度と比較してみると、脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析(腎不全)全ての患者数及び割合が減少していました。(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、また退院後の介護費等、長期にわたって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あるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表17 中長期目標疾患の医療費の推移

		松前町		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)		24億4233万円	23億6008万円	--	--	--	
中長期目標疾患 医療費合計(円)		2億2556万円	1億8823万円	--	--	--	
		9.235454188	7.98%	8.08%	7.91%	8.03%	
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	1.98%	2.07%	2.01%	2.30%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.18%	1.19%	1.52%	1.58%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.88%	4.49%	4.24%	3.75%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.20%	0.23%	0.31%	0.27%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		14.66%	20.15%	16.85%	17.44%	16.69%
	筋・骨疾患		10.38%	8.62%	8.78%	9.80%	8.68%
	精神疾患		6.35%	7.36%	7.71%	8.34%	7.63%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				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	6,582	5,886	a	671	528	532	416	35	25	
				a/A	10.2%	9.0%	8.1%	7.1%	0.5%	0.4%	
40歳以上	B	5,267	4,735	b	664	522	522	409	35	25	
	B/A	80.0%	80.4%	b/B	12.6%	11.0%	9.9%	8.6%	0.7%	0.5%	
再掲	40~64歳	C	1,962	1,673	c	109	84	105	74	16	10
		C/A	29.8%	28.4%	c/C	5.6%	5.0%	5.4%	4.4%	0.8%	0.6%
	65~74歳	D	3,305	3,062	d	555	438	417	335	19	15
		D/A	50.2%	52.0%	d/D	16.8%	14.3%	12.6%	10.9%	0.6%	0.5%

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

(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

短期目標である高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、H30 年度と比較してそれぞれ治療者数は減っており、人工透析と糖尿病合併症の一部を除いて、中長期的な合併症(重症化)である脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析(腎不全)の治療者の割合が減少しています。(図表 19～21)

本町は、特定健診の結果から治療が必要な方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、短期的にも中長期的にも、治療者が減ってきているのは良い傾向であり、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられます。

図表 19 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	2,174	2,057	483	426	1,691	1,631	
	A/被保数	41.3%	43.4%	24.6%	25.5%	51.2%	53.3%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	394	312	62	55	332	257
		B/A	18.1%	15.2%	12.8%	12.9%	19.6%	15.8%
	虚血性心疾患	C	369	290	69	52	300	238
		C/A	17.0%	14.1%	14.3%	12.2%	17.7%	14.6%
	人工透析	D	32	23	16	10	16	13
		D/A	1.5%	1.1%	3.3%	2.3%	0.9%	0.8%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(高血圧症)
地域の全体像の把握

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)	A	1,349	1,192	310	272	1,039	920	
	A/被保数	25.6%	25.2%	15.8%	16.3%	31.4%	30.0%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	244	168	39	29	205	139
		B/A	18.1%	14.1%	12.6%	10.7%	19.7%	15.1%
	虚血性心疾患	C	288	201	56	32	232	169
		C/A	21.3%	16.9%	18.1%	11.8%	22.3%	18.4%
	人工透析	D	19	15	11	7	8	8
		D/A	1.4%	1.3%	3.5%	2.6%	0.8%	0.9%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	201	194	49	36	152	158
		E/A	14.9%	16.3%	15.8%	13.2%	14.6%	17.2%
	糖尿病性網膜症	F	200	194	55	42	145	152
		F/A	14.8%	16.3%	17.7%	15.4%	14.0%	16.5%
	糖尿病性神経障害	G	55	49	13	15	42	34
		G/A	4.1%	4.1%	4.2%	5.5%	4.0%	3.7%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(糖尿病)
地域の全体像の把握

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)	A	2,388	2,149	552	490	1,836	1,659	
	A/被保数	45.3%	45.4%	28.1%	29.3%	55.6%	54.2%	
（中長期 合併症 目標疾患）	脳血管疾患	B	386	304	56	45	330	259
		B/A	16.2%	14.1%	10.1%	9.2%	18.0%	15.6%
	虚血性心疾患	C	384	285	72	51	312	234
		C/A	16.1%	13.3%	13.0%	10.4%	17.0%	14.1%
	人工透析	D	24	17	10	5	14	12
		D/A	1.0%	0.8%	1.8%	1.0%	0.8%	0.7%

出典：KDBシステム、疾病管理一覽（脂質異常症）
地域の全体像の把握

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

H30年度とR03年度の健診結果からⅡ度高血圧の者及びHbA1c7.0以上の者を比較してみたところ、Ⅱ度高血圧の有所見者の割合が増加しています。また健診後の有所見者のレセプトを照会したところ、未治療のまま放置されている人の割合は高血圧で48.7%、糖尿病で11.8%となっており、県と比較しても高い水準となっています。（図表22）

前述したとおり、基礎疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）の合併症の割合は減少していますが、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の新規受診者の獲得等受診率の向上を図り、健診の結果、有所見者には、医療機関を受診するよう保健指導等での勧奨を徹底し、重症化予防を図っていくことが医療費を削減するためには重要であると考えます。

図表 22 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A	未治療 (内服なし)		E	E/B	未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
						D	D/C			F	F/E	G	G/E	H	H/E	
松前町	2,033	41.7	1,449	31.6	108	5.3	71	65.7	113	7.8	76	67.3	55	48.7	10	8.8
愛媛県	76,277	33.1	65,894	30.7	5,189	6.8	3,198	61.6	5,234	7.9	3,206	61.3	2,103	40.2	216	4.1

	HbA1c 実施率				糖尿病_HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	I	I/実施 者A	未治療 (内服なし)		K	K/実施 者B	未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
				J	J/I			L	L/K	M	M/K	N	N/K			
松前町	2,033	100.0	1,449	100.0	72	3.5	22	30.6	51	3.5	21	41.2	6	11.8	2	3.9
愛媛県	76,227	99.9	65,844	99.9	2,938	3.9	942	32.1	2,943	4.5	888	30.2	221	7.5	72	2.4

出典：ヘルスサポートラボツール

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

③ 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、程度によらず心疾患や脳血管疾患等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、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の発症率、ひいては死亡率が高くなることがわかっています。本町の H30 年度と R04 年度の特定健診結果を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、危険因子が3項目該当した者の割合は減少しているものの、2項目該当した者の割合が増加したことから、メタボリックシンドロームに該当する者の割合が増加しています。(図表 23)

継続受診者の前年度からの変化を見ると、HbA1c6.5%以上の者の割合はわずかながら減少傾向であります。Ⅱ度高血圧以上の者、LDL-C160 mg/dl以上の者の割合は、増加傾向となっておりますが、翌年度の改善率は上がってきています。

翌年度の健診未受診者数は、いずれも減少しているものの、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、年度当初から重症化予防対象者への継続受診を勧奨していきます。(図表 24～26)

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	該当者		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	2,033 (41.7%)	336 (16.5%)	116 (5.7%)	220 (10.8%)	242 (11.9%)
R04年度	1,584 (36.0%)	273 (17.2%)	82 (5.2%)	191 (12.1%)	171 (10.8%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c6.5%以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	162 (8.0%)	29 (17.9%)	45 (27.8%)	15 (9.3%)	73 (45.1%)
R03→R04	113 (7.8%)	28 (24.8%)	36 (31.9%)	9 (8.0%)	40 (35.4%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	108 (5.3%)	30 (27.8%)	24 (22.2%)	4 (3.7%)	50 (46.3%)
R03→R04	113 (7.8%)	40 (35.4%)	26 (23.0%)	5 (4.4%)	42 (37.2%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 mg/dl以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	193 (9.5%)	73 (37.8%)	40 (20.7%)	8 (4.1%)	72 (37.3%)
R03→R04	168 (11.6%)	68 (40.5%)	33 (19.6%)	9 (5.4%)	58 (34.5%)

出典：ヘルスサポートラボツール

④ 健診受診率及び特定保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率は、平成 30 年度 41.7%でしたが、新型コロナウイルス感染症の影響等で R01 年度以降は受診率が低迷しており、第3期特定健康診査等実施計画の目標である 60%は達成できていません。また、特定保健指導についても、R02 年度をピークに実施率が下がっています。(図表 27)年代別の受診率を見ると、40～50 代は特に低い状況が続いています。(図表 28)

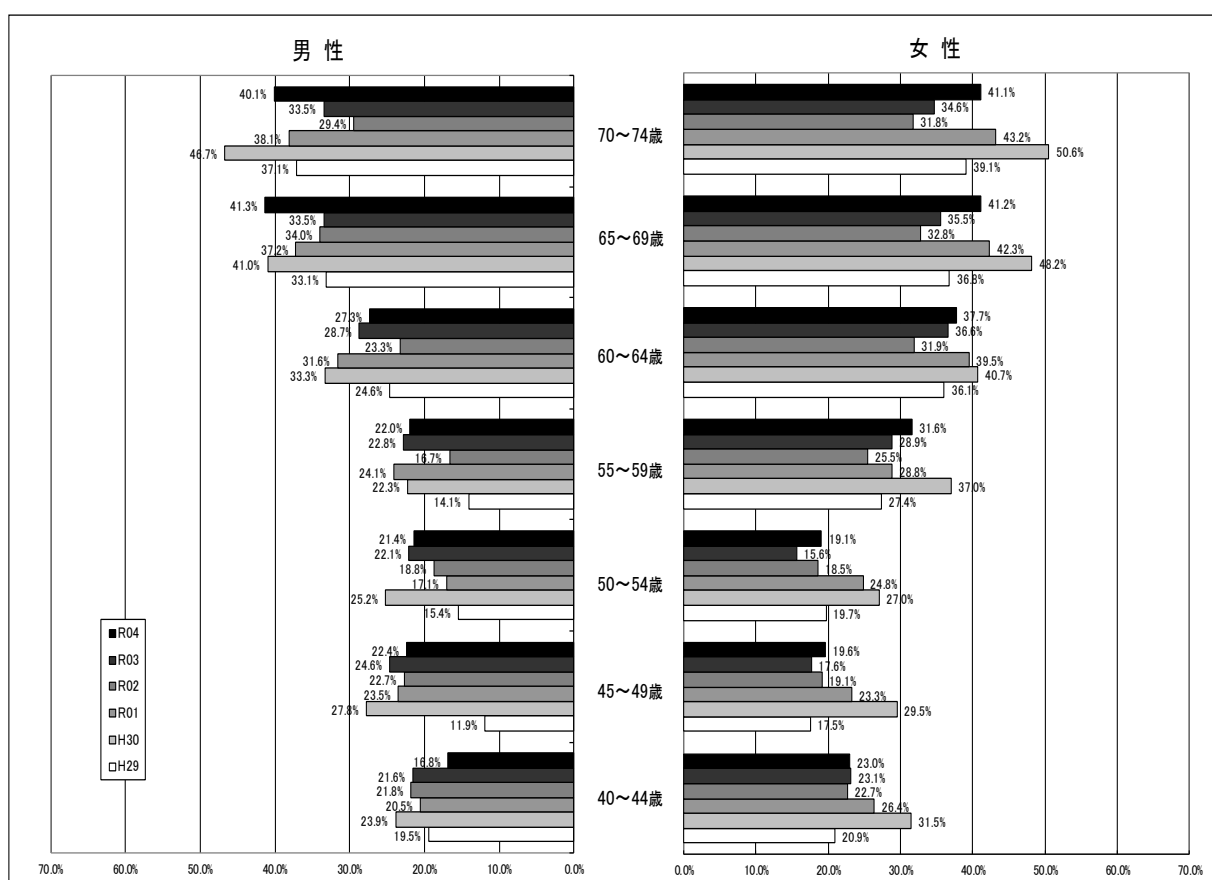
生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供するとともに、健康状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

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	2,033	1,726	1,365	1,449	1,584	健診受診率 60%
	受診率	41.7%	36.4%	29%	31.6%	36%	
特定保健指導	該当者数	272	209	166	165	174	特定保健指 導実施率 60%
	割合	13.4%	12.1%	12.1%	11.4%	11%	
	実施者数	76	74	71	70	36	
	実施率	27.9%	35.4%	42.8%	42.4%	20.7%	

出典：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：ヘルスサポートラボツール

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組

① 糖尿病性腎症重症化予防

新型コロナウイルス感染症の影響もあり、健診受診者の増減と並行して、血糖値有所見者も増減が見られます。保健指導実施者の割合は、コロナ禍ではあったものの経年的に取組を進め、R3年度63.7%になりましたが、R4年度は実施割合が減少しています。(図表 29)

また、血糖値有所見者のうち、R2年度の未治療者・治療中断者の割合は、コロナ禍による受診控えの影響を受けてか、36.2%と高い割合となっていました。受診勧奨を強化して行った結果、未治療者・治療中断者のうち41.2%が治療の開始に至り、R3年度は継続的に治療が行われていたことで、未治療者・治療中断者の割合が減少したと推測します。(図表 30)

H30年度からHbA1c8.0%以上の高血糖者を優先対象者として、保健師と管理栄養士で個別訪問を行い、専門医への受診勧奨や保健指導等重点的な支援を行っています。その結果、H30年度は10人だったHbA1c8.0%以上の未治療者は、R4年度は5人に減少しています。特にR3年度は、有所見者の9割弱の方に受診勧奨を含めた保健指導を実施し、未治療者全員が治療につながりました。(図表 31)

また、受診勧奨の際、糖尿病性腎症病期の診断基準となるアルブミン尿検査を受診先の医師に依頼し、糖尿病連携手帳の無料配布とその活用を進めており、H30年度以降、アルブミン尿検査数、糖尿病連携手帳の活用数がともに増加しています。(図表 32)

今後も有所見者の全数把握を目指して、健診の継続受診を勧奨するとともに、未治療者への医療機関の受診勧奨を経続的に実施します。また、治療中の者も治療中断とならないよう、医療機関等と情報共有しながら治療状況等を確認するとともに、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖値悪化の原因となるため、治療中の者については医療と連携して、必要なタイミングで保健師・管理栄養士が効果的な保健指導・栄養指導を行い、血糖値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 29 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)	2,033	1,726	1,365	1,449	1,584
血糖値有所見者 *1	人(b)	162	122	94	113	121
	(b/a)	8.0%	7.1%	6.9%	7.8%	7.6%
保健指導実施者 *2	人(c)	11	17	34	72	33
	(c/b)	6.8%	13.9%	36.2%	63.7%	27.3%

*1 HbA1c6.5%以上のもの

*2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

図表 30 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)	162	122	94	113	121
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 *3	人(b)	23	27	34	15	48
	(b/a)	14.2%	22.1%	36.2%	13.3%	39.7%
受診した者	人(c)	8	7	14	2	16
	(c/b)	34.8%	25.9%	41.2%	13.3%	33.3%
治療開始した者	人(c)	6	7	14	2	16
	(c/b)	26.1%	25.9%	41.2%	13.3%	33.3%

*3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

図表 31 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)	2,033	1,726	1,365	1,449	1,584
HbA1c8.0%以上	人(b)	30	18	13	16	17
	(b/a)	1.5%	1.0%	1.0%	1.1%	1.1%
保健指導実施	人(c)	9	5	9	14	5
	(c/b)	30.0%	27.8%	69.2%	87.5%	29.4%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	10	3	6	4	5
	(b/a)	33.3%	16.7%	46.2%	25.0%	29.4%

	↓		↓	↓
内服治療開始	1人	5人	4人	
元々治療中	0人	0人	0人	
死亡、転出	0人	0人	0人	

図表 32 医療連携の状況

	H29	H30	R1	R2	R3
アルブミン尿検査 *1 の実施 (件)	0	2	3	17	26
糖尿病連携手帳*2 の活用 (件)	1	6	7	27	26

*1 糖尿病性腎症病気分類 2023 より

微量アルブミン尿は糖尿病性腎症の早期診断に必須のバイオマーカーであるのみならず、顕性アルブミン尿への移行及び大血管障害のリスクとされ、微量アルブミン尿の早期発見が重要である。

*2 公益社団法人日本糖尿病学会が発行し、患者に無料配布されるツールであり、患者本人と、かかりつけの医療機関や医療関係者（専門医、歯科医、眼科医、看護師、薬剤師、保健師、管理栄養士、ケアマネジャー等）それぞれが、患者の検査結果や治療方針等を記入し情報を共有しながら連携を図る。

② 心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、集団健診において、心電図検査の全数実施を県下 13 市町 (R5年度) が実施しています。本町は、医師の判断による詳細項目としての実施及び個人負担による希望者への実施となっています。

ST所見で要精査・要医療以外の判定の者や、心房細動治療中の者に対しては、治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を実施しています。

今後は他市町の実施状況も確認しながら、心電図の全数実施を検討していきます。

③ 脳血管疾患重症化予防対策

R2年度の高血圧Ⅱ度以上の者の割合は、例年6月～翌年1月に実施している集団健診が、新型コロナウイルス感染症の影響で9月～翌年3月の実施となったことで、季節性の血圧の変化が生じたこと及びコロナ禍の3密対策による慎重な健診体制のストレス環境となったことで、高い割合となったと推測されます。また、未治療者も6～7割で推移しています。R3年度において高血圧Ⅱ度以上の未治療者 76 人のうち、保健指導後、治療につながったものは、26 人(34.2%)でした。高血圧Ⅲ度においては、25 人のうち 19 人が未治療者でした。

また、R4年度は、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 34.5%いました。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っていきます。(図表 33)そして、早期的な取組として、高値血圧レベルの者においても、家庭血圧の測定をすすめ、血圧手帳の積極的な活用を促していきます。

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。図表 34 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)を示します。①高リスクの未治療者、②高リスクのコントロール不良者を最優先に、治療の必要性を理解してもらい適切な医療機関の受診に繋がられるよう保健指導を行っていきます。

図表 33 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)	2,033	1,726	1,365	1,449	1,584	
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	108	98	115	113	116	
	(b/a)	5.3%	5.7%	8.4%	7.8%	7.3%	
	治療あり	人(c)	37	24	42	37	40
		(c/b)	34.3%	24.5%	36.5%	32.7%	34.5%
	治療なし	人(d)	71	74	73	76	76
		(d/b)	65.7%	75.5%	63.5%	67.3%	65.5%
治療開始	人(e)	30	35	26	26	14	
	(e/d)	42.3%	47.3%	35.6%	34.2%	18.4%	
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	17	15	25	25	24
		(f/a)	0.8%	0.9%	1.8%	1.7%	1.5%
	治療あり	人	4	3	7	6	7
	治療なし	人	13	12	18	19	17

図表 34 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

(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)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	511	223 43.6%	212 41.5%	59 11.5%	17 3.3%
	リスク第1層 予後影響因子がない	23 4.5%	13 6.1%	1 1.7%	1 5.9%
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	319 62.4%	140 62.8%	134 63.2%	37 62.7%	8 47.1%
	リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿 病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の 危険因子が3つ以上ある	169 33.1%	75 33.6%	65 30.7%	21 35.6%

■	…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	140 27.4%
	概ね1か月後に 再評価	223 43.6%
B	概ね3か月後に 再評価	148 29.0%

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

(2) ポピュレーションアプローチ

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

本町の健康づくり計画では、「松前 まっさき！笑顔で生き生き 健康づくり」をスローガンに、全ての町民がともに支えあい、生涯にわたって健康で生き生きと暮らせる社会の実現を目指しています。

町民が生涯を通じた健康づくりの取組として、地域の実情を知り、必ず年に1回健診を受け、その健診結果から自身の生活習慣を振り返り、今後の健康管理に向け、より良い生活習慣に改善できるような支援を心掛けています。

取組内容としては、町民の生活習慣病の重症化により、医療費や介護保険料等社会保障費の増大に繋がっている町の実態や、食生活、生活リズム等の生活背景と生活習慣病の関連について、各種団体やサロン等で出前講座を行い、啓発記事を広報に掲載し、広く周知を行いました。

また、肥満の改善を目的とし、健康イベントや集団健康教育等で、体脂肪率測定はじめ、フードモデルや脂肪模型等を活用し、啓発を行いました。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 35 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)	
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5		
			最終 目標値 (H30)	(R2)	(R4)		
データヘルス計画	中長期目標 脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	増やさない	1.98%	2.24%	2.07%	KDBシステム
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持		2.18%	1.89%	1.19%	
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持		4.88%	4.12%	4.49%	
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少		63.0%	13.0%	12.0%	
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少		(3人) 11.1%	(2人) 8.6%	(1人) 4.0%	DHPシステム 新患集計リスト
	短期目標 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	25.0%	22.8%	15.0%	15.1%	松前町健康課
		健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	5.0%	5.3%	8.4%	7.3%	
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)		9.5%	12.6%	9.4%	
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	3.0%	8.0%	6.9%	7.6%	
		健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少		33.3%	46.2%	29.4%	
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合		26.1%	41.2%	33.3%	
		糖尿病の保健指導を実施した割合		6.7%	48.5%	35.0%	
	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	60.0%	41.7%	29.0%	36.0%	法定報告値
		特定保健指導実施率60%以上	60.0%	27.9%	42.8%	20.7%	
		特定保健指導対象者の割合の減少		26.1%	11.8%	15.3%	
努力支援制度 その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	40.0%	22.4%	13.5%	11.9%	地域保健事業報告 (データがないためH30年度(R01年度)R04年度(R03年度)を記載)
		肺がん検診受診者の増加		12.7%	9.3%	10.0%	
		大腸がん検診受診者の増加		15.5%	11.7	11.5	
		子宮がん検診受診者の増加	50.0%	16.3	12.6	12.1	
		乳がん検診受診者の増加		23.1	17.6	16.2	
		5つのがん検診の平均受診率の増加	45.0%	18.0	12.9	12.3	
	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上		73.6%	77.6%	79.6%	厚生労働省

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期においては、優先すべき重要課題としていた特定健診受診率の向上を目指し、厚生労働省推奨のナッジ理論を活用し新たな特定健診の未受診者勧奨事業を実施し、H30年度は41.7%と国や県よりも高い受診率となりました。

その後、予期せぬ新型コロナウイルス感染症拡大が影響し、R2～R4年度は受診率の低迷が続き、目標とは乖離した結果となりました。

新型コロナウイルス感染症の影響は大きく、さまざまな分野に拡大し、健診だけでなく医療の受診控えや対面による訪問指導や来所相談控え等、保健事業も新たな取組改革を探究するきっかけになりました。ICTを活用した健診Web予約システムの導入をはじめ、さまざまな町民ニーズに対応できる保健事業の展開について、今後も更なる検討をし続けていかななくてはなりません。

また重症化予防について、コロナの影響も否定できませんが、R2年度の中間評価時に上昇していた中長期目標の脳血管疾患、短期目標の高血圧、脂質異常症、糖尿病の有病者率について、R4年度は減少傾向となりましたが、総医療費に占める脳血管疾患に係る医療費の割合は、第2期データヘルス計画の初年度よりも増加しています。長期的な見解が必要とされるため、引き続き基礎疾患である高血圧、糖尿病、脂質異常症の予防管理、疾病管理で重症化予防の対策を行っていかなくてはなりません。

そして、第1期データヘルス計画の評価で課題とされていた、慢性腎不全(透析有)の割合について、代表的な原因疾患であり、予防対策が可能とされる糖尿病性腎症重症化対策を重点的に行った結果、糖尿病性腎症の新規透析導入者は減少しています。新規透析導入者をなくすことが最終目標であるため、今後も継続した取組を続けていきます。

図表35の管理一覧のとおり、中長期目標並びに短期目標で掲げる概ねの疾患が減少傾向となっており、今後も管理目標を主眼とした、健診受診後の適切な保健指導を心掛け、町民の健康保持増進と医療費適正化につなげていきます。

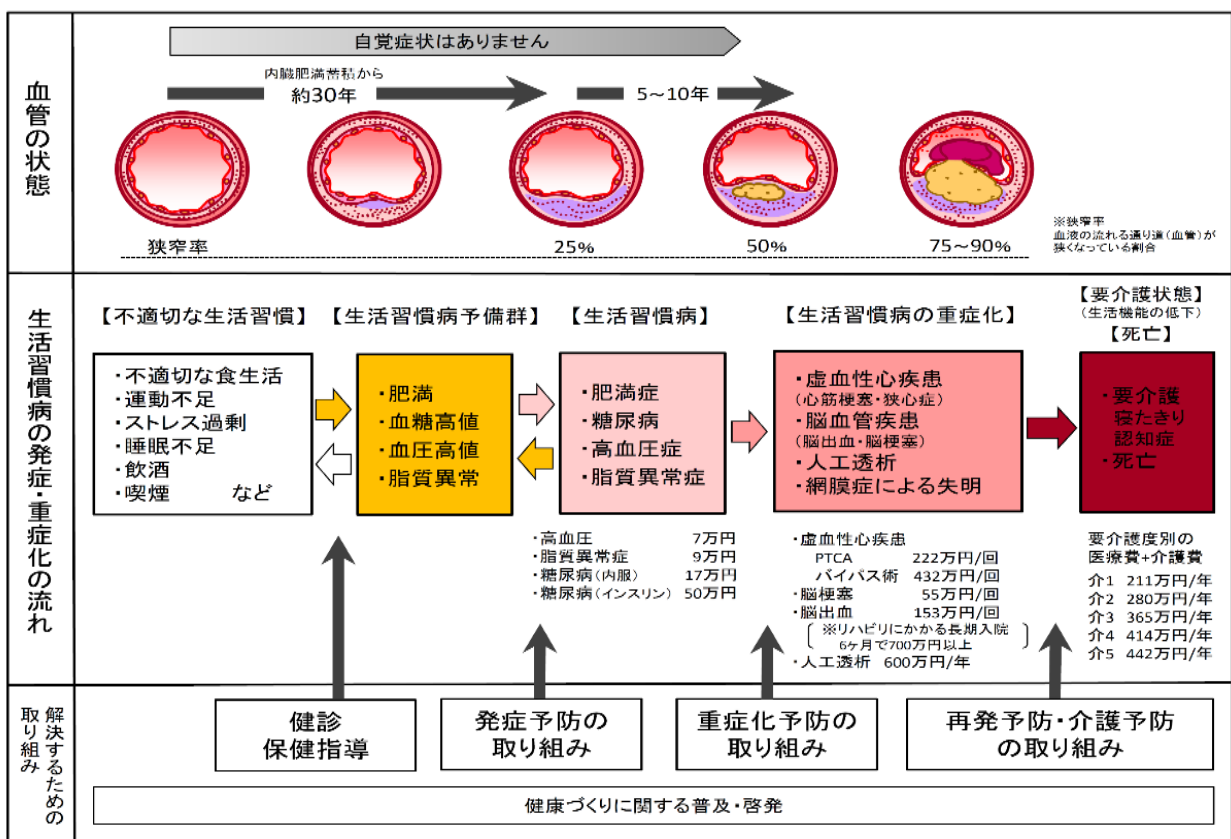
3 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病の発症、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、生活習慣病の有病者から予備群、そして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 36 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ

生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



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となると、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。

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

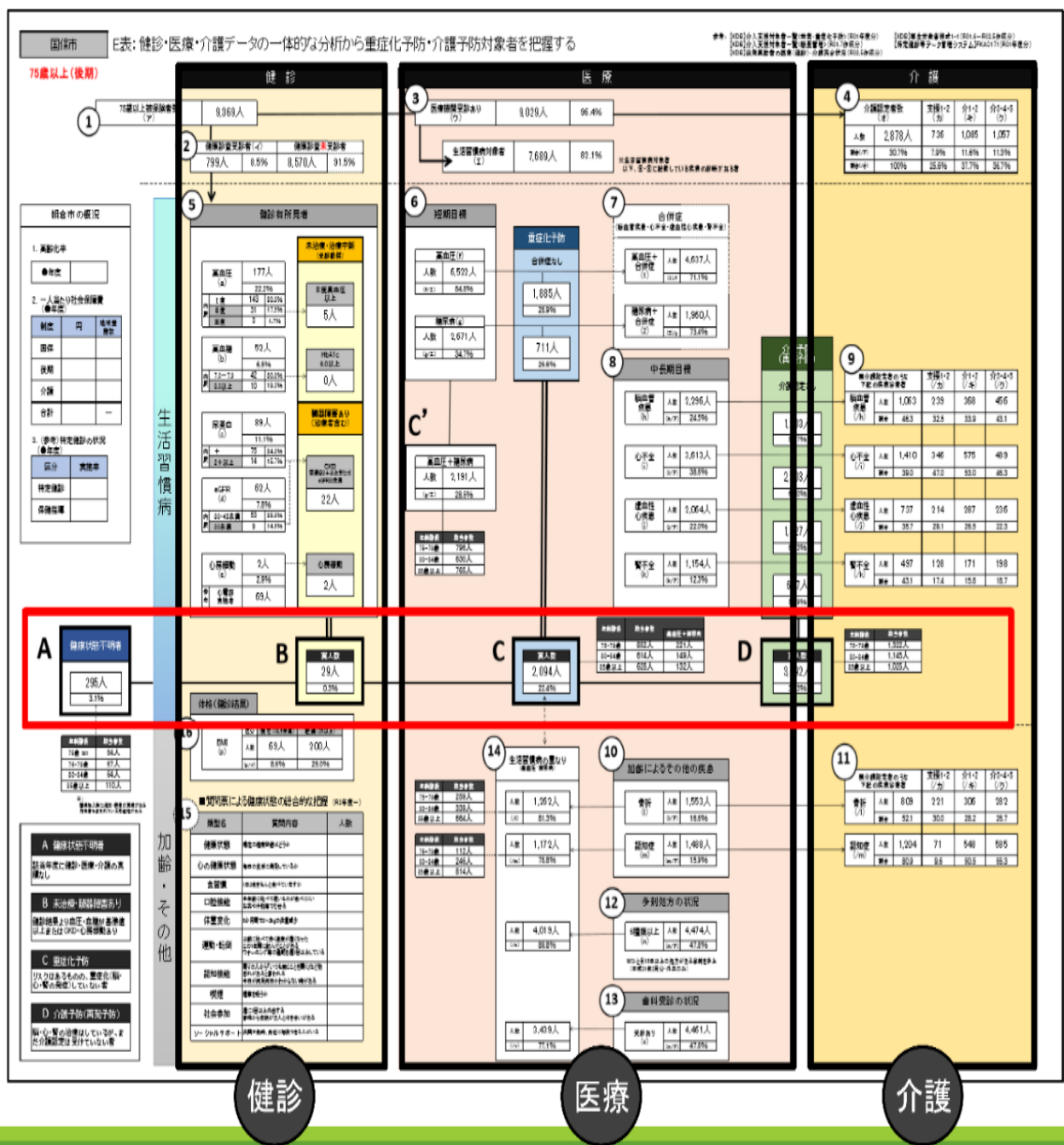
一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者(以下「前期高齢者」という。)の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連

合は、図表 37 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期データヘルス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 37 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(イメージ図)



(1)医療費分析

図表 38 国保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		6,582人	6,439人	6,409人	6,172人	5,886人	5,225人
総件数及び 総費用額	件数	64,440件	62,912件	58,487件	58,381件	57,413件	83,282件
	費用額	24億4233万円	24億1162万円	24億5256万円	23億6131万円	23億6008万円	44億9508万円
一人あたり医療費(年額)		37.1万円	37.5万円	38.3万円	38.3万円	40.1万円	86.0万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 39 総医療費に占めるデータヘルス計画のターゲットとなる疾患の医療費の割合

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	松前町	23億6008万円	32,367	4.49%	0.23%	2.07%	1.19%	5.59%	3.22%	2.11%	4億4596万円	18.9%	20.1%	7.36%	8.62%
	同規模	—	29,136	4.24%	0.31%	2.01%	1.52%	5.81%	3.22%	2.20%	—	19.3%	16.9%	7.71%	8.78%
	県	—	31,528	3.75%	0.27%	2.30%	1.58%	5.53%	3.10%	1.91%	—	18.5%	17.4%	8.34%	9.80%
	国	—	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	—	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	松前町	44億9508万円	72,664	4.13%	0.54%	5.97%	1.25%	4.52%	2.95%	1.65%	9億4504万円	21.0%	10.0%	5.45%	12.1%
	同規模	—	69,832	4.97%	0.47%	3.89%	1.64%	4.23%	2.97%	1.41%	—	19.6%	11.1%	3.50%	12.4%
	県	—	72,588	4.43%	0.50%	4.32%	1.80%	4.12%	3.07%	1.39%	—	19.6%	10.5%	3.60%	14.0%
	国	—	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	—	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 40 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	234人	243人	251人	233人	231人	442人
	件数	B	402件	412件	511件	475件	466件	935件
		B/総件数	0.62%	0.65%	0.87%	0.81%	0.81%	1.12%
	費用額	C	5億3927万円	5億7515万円	6億7159万円	6億4361万円	6億4727万円	11億5210万円
		C/総費用	22.1%	23.8%	27.4%	27.3%	27.4%	25.6%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 41 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	9人	9人	20人	8人	11人	43人							
		D/A	3.8%	3.7%	8.0%	3.4%	4.8%	9.7%							
	件数	E	16件	15件	46件	9件	23件	87件							
		E/B	4.0%	3.6%	9.0%	1.9%	4.9%	9.3%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	26.1%	65-69歳	0	0.0%		
		40代	1	6.3%	1	6.7%	0	0.0%	1	11.1%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	6	13.0%	0	0.0%	8	34.8%	75-80歳	24	27.6%
		60代	13	81.3%	11	73.3%	17	37.0%	3	33.3%	8	34.8%	80代	39	44.8%
		70-74歳	2	12.5%	3	20.0%	23	50.0%	5	55.6%	1	4.3%	90歳以上	24	27.6%
	費用額	F	2050万円	1645万円	5471万円	979万円	2768万円	9912万円							
F/C		3.8%	2.9%	8.1%	1.5%	4.3%	8.6%								

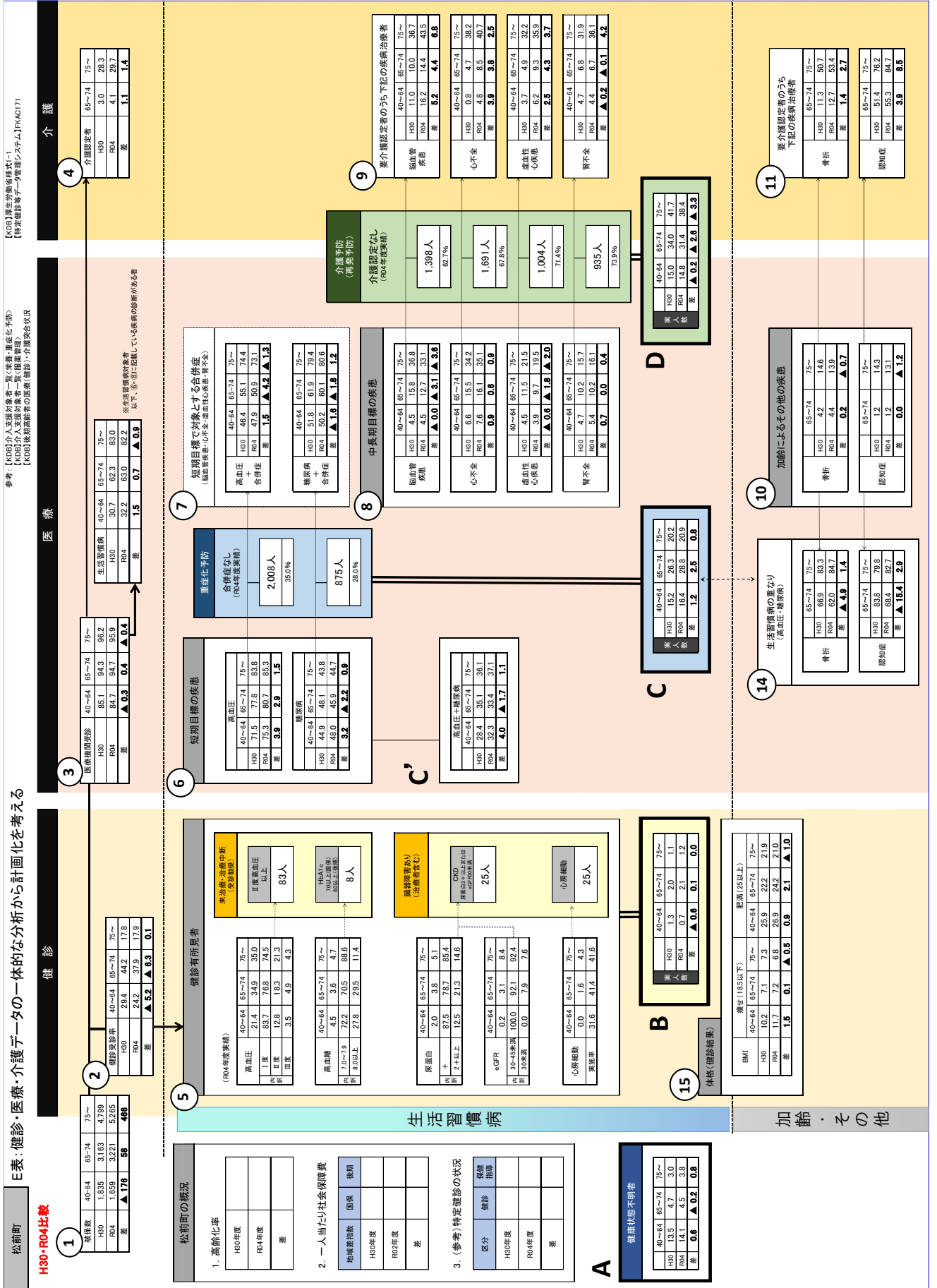
出典：ヘルスサポートラボツール

図表 42 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	18人	13人	13人	11人	10人	13人							
		G/A	7.7%	5.3%	5.2%	4.7%	4.3%	2.9%							
	件数	H	19件	15件	13件	12件	12件	17件							
		H/B	4.7%	3.6%	2.5%	2.5%	2.6%	1.8%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%		
		40代	3	15.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	8.3%	70-74歳	0	0.0%
		50代	2	10.5%	0	0.0%	1	7.7%	1	8.3%	0	0.0%	75-80歳	7	41.2%
		60代	10	52.6%	9	60.0%	7	53.8%	3	25.0%	5	41.7%	80代	8	47.1%
		70-74歳	4	21.1%	6	40.0%	5	38.5%	8	66.7%	6	50.0%	90歳以上	2	11.8%
	費用額	I	3151万円	2849万円	2008万円	2378万円	2205万円	2352万円							
I/C		5.8%	5.0%	3.0%	3.7%	3.4%	2.0%								

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 43 健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える



(2) 健診・医療・介護の一体的分析

図表 44 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑤ 体格(健診結果)					
					特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	28.3	1,835	3,163	4,799	29.4	44.2	17.8	10.2	7.1	7.3	25.9	22.2	21.9
R04	29.7	1,659	3,221	5,265	24.2	37.9	17.9	11.7	7.2	6.8	26.9	24.2	21.0

図表 45 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満			心房細動														
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-												
人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%									
H30	27	5.0	(15)	76	5.4	(30)	54	6.3	(11)	13	2.4	(2)	58	4.1	(4)	8	0.9	(0)	5	0.9	23	1.6	25	2.9	2	0.4	8	0.6	19	2.2
R04	14	3.5	(9)	99	8.1	(43)	84	8.9	(31)	18	4.5	(2)	44	3.6	(5)	5	0.5	(1)	1	0.2	12	1.0	12	1.3	0	--	8	0.7	17	1.8

図表 46 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
	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)			高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	85.1	94.3	96.2	30.7	62.3	83.0	71.5	77.8	83.8	44.9	48.1	43.8	28.4	35.1	36.1	46.4	55.1	74.4	51.8	61.9	79.4
R04	84.7	94.7	95.9	32.2	63.0	82.2	75.3	80.7	85.3	48.0	45.9	44.7	32.3	33.4	37.1	47.9	50.9	73.1	50.2	60.1	80.6

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

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険者割)												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	4.5	15.8	36.8	4.5	11.5	21.5	6.6	15.5	34.2	4.7	10.2	15.7	11.0	10.0	36.7	3.7	4.9	32.2	0.8	4.7	38.2	4.7	6.8	31.9
R04	4.5	12.7	33.1	3.9	9.7	19.5	7.6	16.1	35.1	5.4	10.2	16.1	16.2	14.4	43.5	6.2	9.3	35.9	4.8	8.5	40.7	4.4	6.7	36.1

図表 48 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保数割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	66.9	83.3	83.8	79.8	4.2	14.6	1.2	14.3	11.3	50.7	51.4	76.2
R04	62.0	84.7	68.4	82.7	4.4	13.9	1.2	13.1	12.7	53.4	55.3	84.7

出典：ヘルスサポートラボツール

(3) 健康課題の明確化(図表 38～48)

国保の被保険者数は年々減っているが、一人あたり医療費は年々高くなっており、後期高齢者になると一人あたり 86.0 万円で、国保の約2倍も高い状況です。(図表 38)

本町は、これまで糖尿病をはじめとする短期的目標疾患の保健事業に取り組んできており、その結果、国保においては脳血管疾患と心不全、後期においては腎不全(透析有)と心不全の医療費に占める割合が、県と比べて低い状況です。(図表 39)

高額レセプトについては、国保においては毎年約 400 件以上のレセプトが発生していますが、後期高齢者になると、約2倍に増えることがわかります。

高額レセプトにおける疾病をみると、脳血管疾患では、コロナ禍のストレスが影響したのか、国保で令和 02 年度が一番多く 46 件で 5,400 万円以上の費用がかかっていましたが、令和 04 年度は 23 件と件数が減り、費用額も約 2,800 万円と減っています。しかし、後期高齢者においては、87 件発生し、約1億円弱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 40、41)

健診・医療・介護の H30 年度と R04 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 43 の①被保険者数は、40～64 歳は減っていますが、75 歳以上では 466 名増え、県下でも比較的高齢化率の低い本町でも後期高齢者が確実に増えていることがわかります。

⑮の体格(健診結果)をみると、65～74 歳の年齢層で、BMI25 以上の率が2ポイント高くなっています。

図表 45 健診有所見の状況をみると、Ⅱ度高血圧以上(未治療・治療中断者)において 65～74 歳、75 歳以上の年代で対象人数が増えており、さらなる医療機関の受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 46 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症をみると、高血圧において、どの年代も割合が増えています。

(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・腎不全）の原因として高血圧、糖尿病等が共通しており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章に記載します。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画の目的、目標を達成するための方策

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

このため、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、すべ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 49)を設定し、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、総医療費に占める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、虚血性心疾患及び慢性腎不全にかかる医療費の割合を、最終年度までに減少させることを目指します。

しかし、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、高齢化が進行する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の増加を抑制し、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、重症化してから入院することで医療費が高額になることから、重症化予防、医療費適正化へつなげるには、適切な時期での受診を促し、入院に係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させることを目指し、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の働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020年版)の

基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

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

(2) 管理目標の設定

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

☆県独自指標

町独自指標

図表 49 第3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)
			初期値 R6 (R4)	中間評価 (R7)	最終評価 (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	☆心疾患による死亡の割合の減少	36.1%		KDBシステム 様式5-1 2-①死亡の 状況
			☆脳血管疾患による死亡の割合の減少	8.2%		
			☆脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	2.07%		KDBシステム ラボツール 占める割合
			☆虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	1.19%		
			☆慢性腎不全(透析有)総医療費に占める割合の減少	4.49%		
			新規透析導入者の割合の減少	0.06%		
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	12.0%		
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	4.0%		
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	☆メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	15.1%		松前町 健康課
			☆健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	7.3%		
			☆健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	9.4%		
			☆健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	7.6%		
			★健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合の減少	29.4%		
			☆糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	33.3%		
			☆高血圧の未治療者を治療に結び付ける割合	18.4%		
			アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	
	★特定保健指導実施率60%以上	20.7%				
	☆特定保健指導対象者の減少率25%	15.3%				
	★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	20.9%				

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

2 目標値の設定

図表 50 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	40.0%	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%以上
特定保健指導実施率	27.5%	34.0%	40.5%	47.0%	53.5%	60.0%以上

3 特定健診の実施

(1)実施方法

松前町総合福祉センター等で実施する集団健診は、集団健診実施医療機関に委託して実施します。個別医療機関で実施する特定健診については、県医師会と市町村国保側である県下 20 市町で、集合契約を行い、県医師会が取りまとめた実施医療機関で実施します。

- ① 集団健診(松前町総合福祉センター他)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

高確法第 28 条及び特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(以下「実施基準」という。)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

松前町内の特定健診実施機関については、松前町公式ホームページに掲載します。

(参照) URL: <https://www.town.masaki.ehime.jp/soshiki/52/27845.html>

(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。

腹囲の測定は内臓脂肪面積の測定に代えられる(実施基準第1条第3項)ほか、一定の基準と医師の判断により省略できる場合もある(実施基準第1条第2項)。また、血中脂質検査のうち LDL コ

コレステロールについては、空腹時中性脂肪または随時中性脂肪が 400mg/dl 以上、食後採血の場合は、non-HDL コレステロールの測定に代えられます。(実施基準第1条第4項)。なお、生理中の女性に対する尿検査は、測定しても結果が大きく意味を成さないこと、メタボリックシンドロームの判定や保健指導対象者の抽出(階層化)への影響が大きくないことから、その場合は測定不可能という扱いでも差し支えない。原則としてこの例外事項以外は認めない(全ての検査項目を受診していなければ特定健康診査を実施したとはみなされない)(令和5年3月31日付け保発 0331 第4号厚生労働省保険局長通知「保険者が社会保険診療報酬支払基金に提出する令和6年度以降に実施した特定健康診査等の実施状況に関する結果について」)こととなっています。

図表 51 特定健診検査項目

○松前町特定健診検査項目

健診項目		松前町	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)実施時期

毎年6月から翌年3月31日まで

(6)医療機関との適切な連携

治療中の者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うよう、医療機関に十分な説明を実施します。

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、かかりつけ医との協力及び連携を行います。

(7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、愛媛県国民健康保険団体連合会に委託します。

(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、健診について認知してもらうことが不可欠であることから、年度初めの受診案内の各戸配布にとどまらず、年間を通じて、国保または後期高齢者医療保険加入者に対して周知広報活動を複数回行います。

図表 52 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診案内・申し込み開始 健診機関と打合せ・契約 ↓ 健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時可)	(特定保健指導の実施)
5月		(特定健診(総合健診)の開始)	健診データ抽出(前年度)
6月		健診データ受取 費用決裁 → 保健指導対象者の抽出	
7月		健診未受診者勧奨① (特定保健指導の開始)	
8月		↓ 健診未受診者勧奨②	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	契約に関わる		受診・実施率実績の算出
11月	予算手続き		支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
12月			
1月			
2月			
3月	契約準備	(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

4 特定保健指導の実施

特定保健指導は、本町の保健師、管理栄養士または委託機関で実施します。

○第4期(2024年以降)における変更点

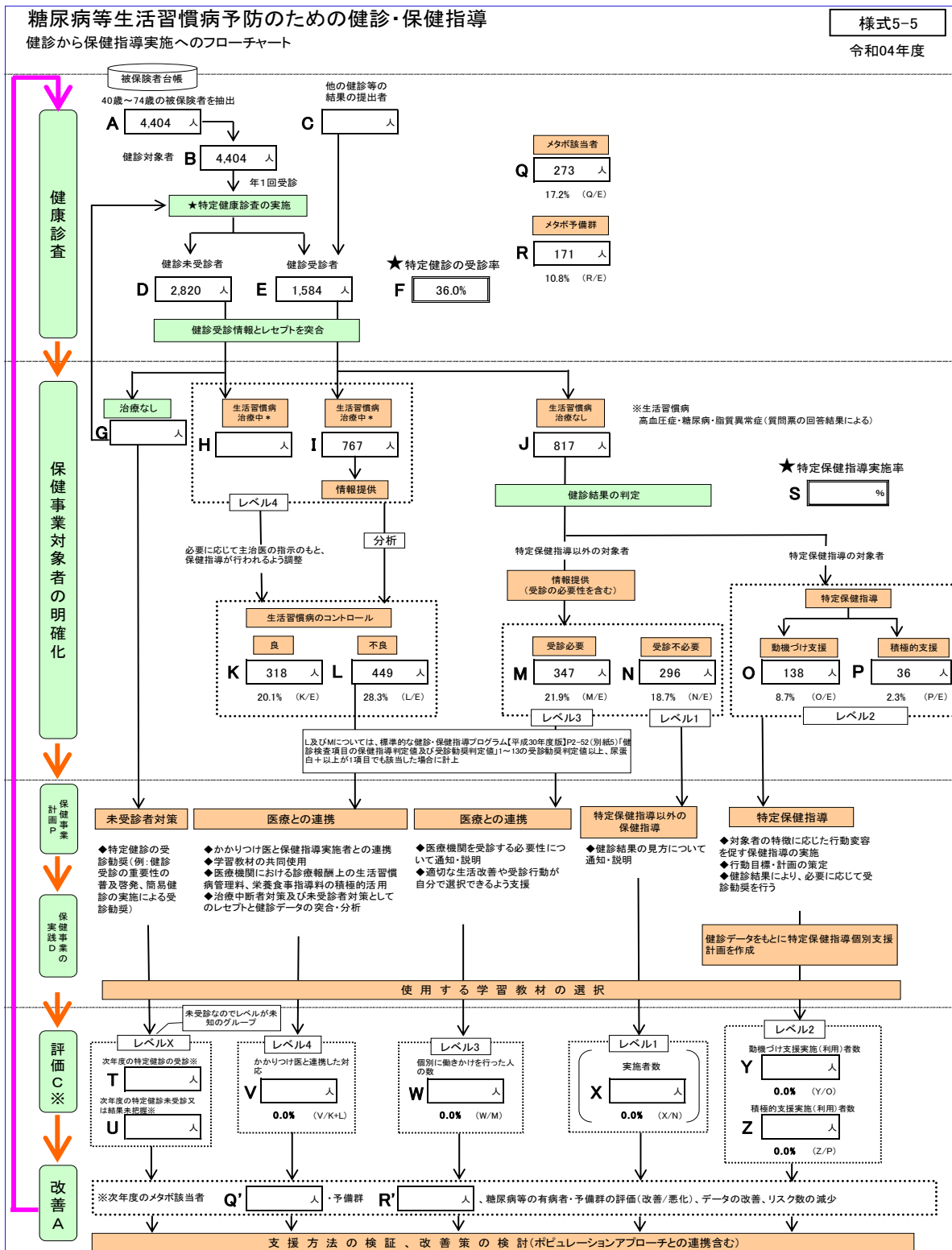
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

プログラム様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化及び保健指導計画の策定・実践評価を行います。

図表 53 健診から保健指導へのフローチャート



(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 54 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	264人 (10%)	60%以上
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	548人 (20%)	HbA1c6.5以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	※受診率目標達成まであと 1,761人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	500人	19.0%
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	1,200人	45.0%

(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ます。

図表 55 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	◎申し込み開始		◎特定健康診査をはじめとした各種健診(総合健診)の広報
5月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎個別健康診査実施の依頼		
6月	◎特定健康診査の開始	◎対象者の抽出	◎健診、後期高齢者健診、がん検診開始
7月		◎保健指導の開始	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
8月			
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月			
11月			
12月			
1月	◎集団健診の終了		
2月	◎施設健診の終了		
3月	◎個別健診の終了		

5 個人情報保護

(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(平成 15 年法律第 57 号)及び松前町個人情報の保護に関する法律施行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、委託先の個人情報の管理状況を確認します。

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、国民健康保険団体連合会が管理する特定健康診査等データ管理システムで行います。

6 結果の報告

厚生労働大臣が定める事項の報告(法定報告)については、健診実施年度の翌年度9月30日までに報告します。

7 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高確法第 19 条第3項に基づき、松前町ホームページへの掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決のための個別保健事業

1 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します。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・進行抑制を目指し、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、医療受診が必要な方には適切な受診を促す受診勧奨を、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ます。

ポピュレーションアプローチとしては、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町民へ周知します。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、健康状態に応じた保健指導の実施が重要となり、第3章の特定健康診査等実施計画に準じて、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上に努めます。

2 重症化予防の取組

本町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者を各学会^{※7}のガイドラインに基づき抽出すると、520人(32.8%)でそのうち195人(23.9%)が治療なしです。さらにそのうち78人(40.0%)が臓器障害ありで直ちに重症化予防に取り組むべき対象者です。

また、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものの割合が、195人中87人と高いため、特定保健指導を徹底することで効率的に重症化予防を行えることが分かります。(図表56)

※7 高血圧治療ガイドライン 2019(日本高血圧学会)、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版(日本動脈硬化学会)、メタボリックシンドロームの診断基準、糖尿病治療ガイド 2022-2023(日本糖尿病学会)、CKD診療ガイドライン 2018(日本腎臓病学会) (図表 56 参照)

図表 56 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 -

R04 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 による年間新発透析導入患者数の減少	重症化予防対象者
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 委員案)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	重症化予防対象者 (実人数)
	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン 委員案)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	520
	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン 委員案)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	195
	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン 委員案)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	87
	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン 委員案)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	325
	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン 委員案)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	78
	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン 委員案)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	36
	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン 委員案)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	49
	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン 委員案)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	--

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)	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)
重症化予防対象	II度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	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	116	7	58	273	88	110
治療なし	76	1	55	53	48	36
(再掲) 特定保健指導	29	1	15	53	8	9
治療中	40	6	3	220	40	74
臓器障害 あり	33	1	11	15	15	36
CKD(専門医対象者)	12	0	4	2	4	36
心電図所見あり	26	1	8	15	12	7
臓器障害 なし	43	--	44	38	33	--
	56.6%		80.0%	71.7%	68.8%	

<参考>	
健診受診者(受診率)	36.0%
1,584人	

■各疾患の治療状況	
治療中	治療なし
高血圧	568
脂質異常症	427
糖尿病	106
3疾患 いずれか	767
	817

※問診結果による

出典：ヘルサポータラボツール

1) 糖尿病性腎症重症化予防

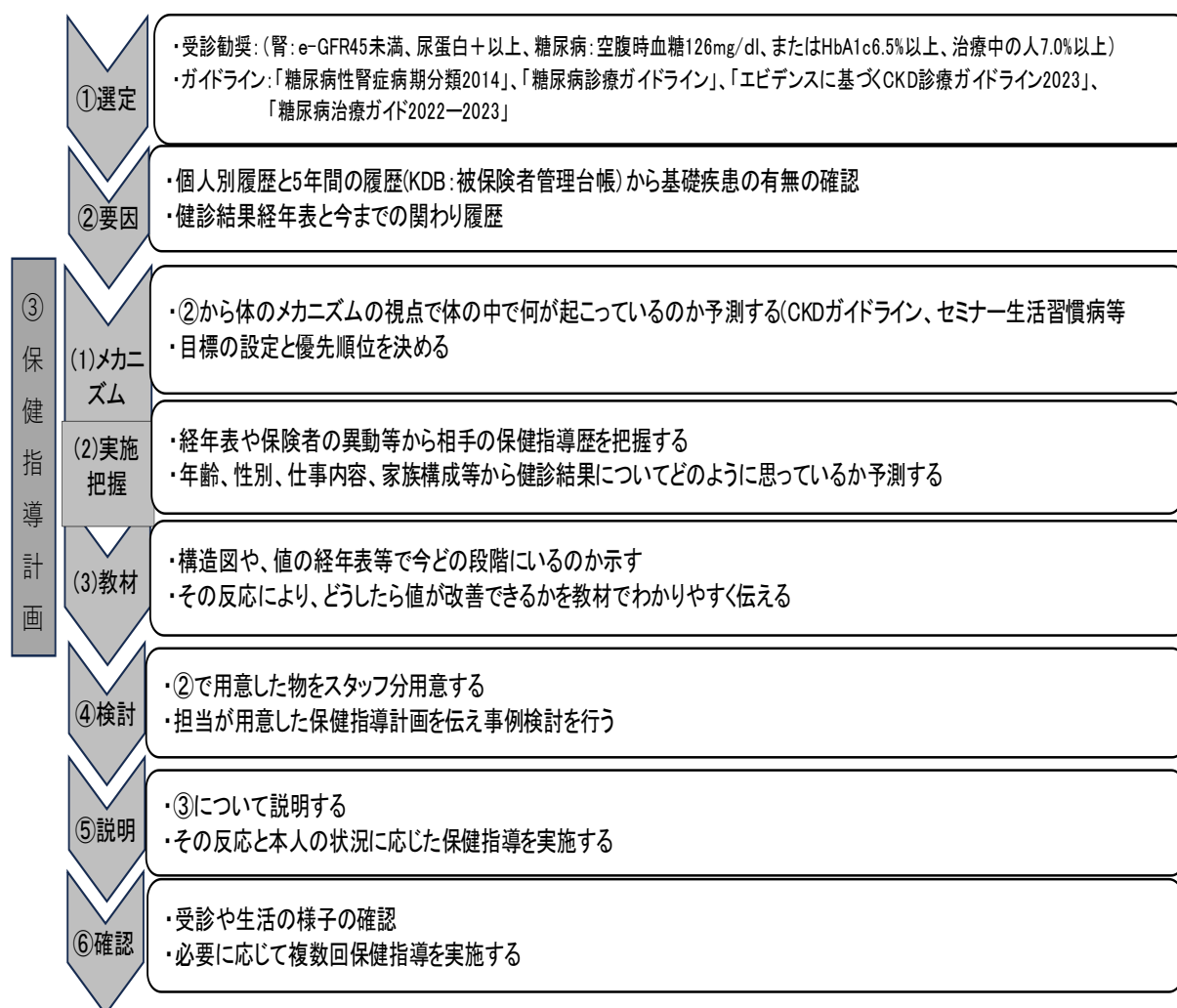
(1) 基本的な考え方

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)及び愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを踏まえ、松前町糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき次の事項について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 57 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糖尿病ハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- ② 糖尿病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 57 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、松前町糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、次のとおりとします。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関の受診を中断している者
- ③ 糖尿病治療中の者
- ア 糖尿病性腎症で通院している者
- イ 高血圧、メタボリックシンドローム該当者等糖尿病性腎症発症のリスクを有する者

② 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し、該当者数を把握します。糖尿病性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」(図表 58)を基盤とします。

図表 58 糖尿病性腎症病期分類

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

出典: 糖尿病性腎症合同委員会

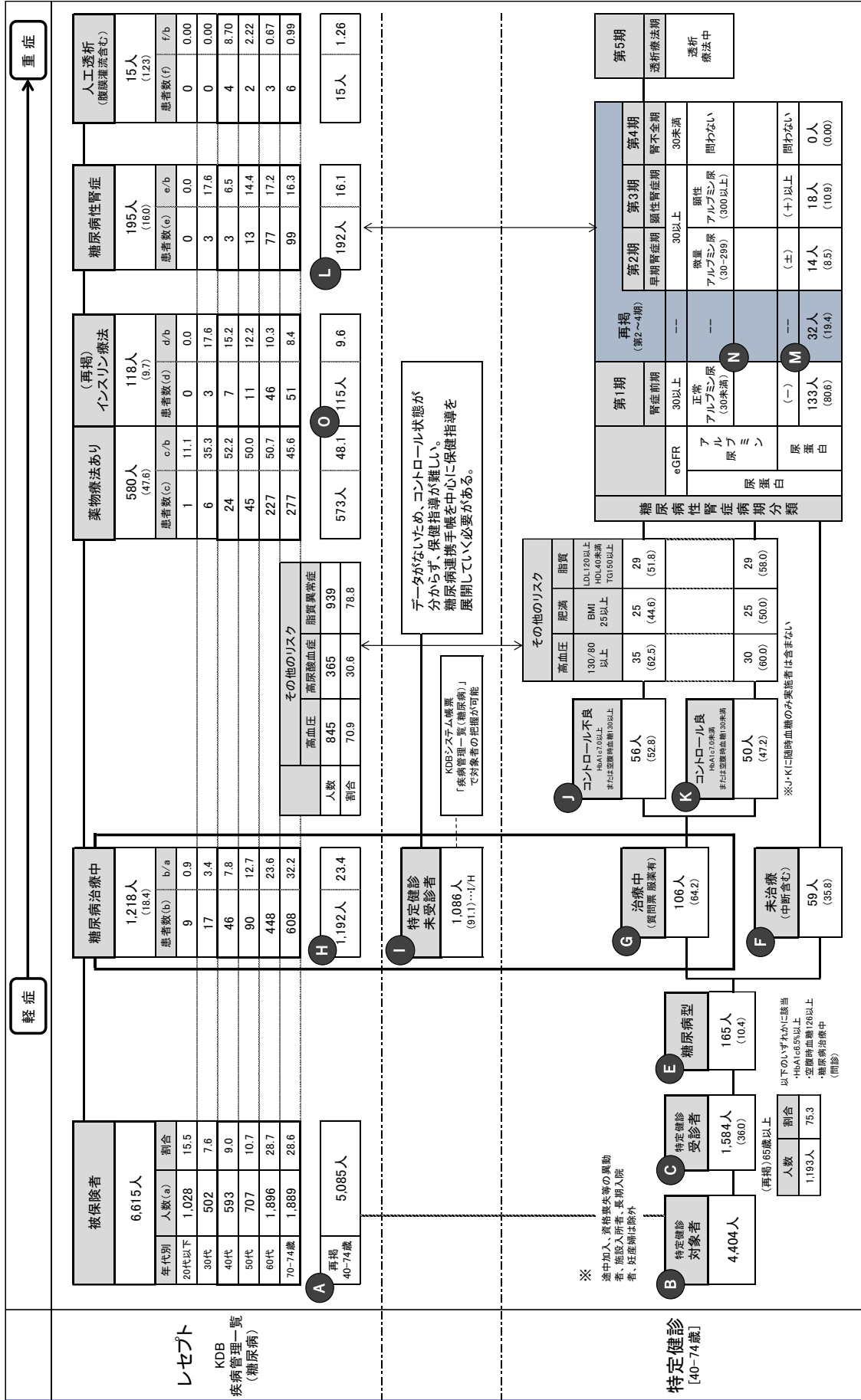
糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で病期を把握します。

本町においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が困難です。ただし、CKD診療ガイド2012(一般社団法人 日本腎臓学会)では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白(定性)検査の結果を、正常アルブミン尿を尿蛋白(-)、微量アルブミン尿を尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿を尿蛋白(+)として相関付けていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測は可能となります。

② 基準に基づく該当者数の把握

令和4年度の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 59 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの統合



※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構築 介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計

本町において特定健診受診者のうち糖尿病型と判定されたもので未治療者は、59人(35.8%・F)でした。

また、40～74歳における糖尿病治療者1,192人(23.4%・H)のうち、特定健診受診者が106人(64.2%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者1,086人(91.1%・I)については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

(図表 59)

③ 優先順位及び介入方法

図表 59 より本町における優先順位及び介入方法を以下のとおりとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）・・・59人

- ・医療機関（かかりつけ医・専門医）受診勧奨の保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位 2

【保健指導】

糖尿病で治療している患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・56人

- ・治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

Iの中から、過去に特定健診受診歴のある糖尿病治療者を把握し、台帳で管理

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

(3) 保健指導の実施

① 糖尿病性腎症における病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進行抑制には、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、喫煙などのリスク因子の管理も重要となってきます。本町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症における病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を実施します。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用します（図表 60）。

図表 60 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける（保健指導教材）

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援	2 高血糖を解決するための食
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかりわかりません 何うことから始まります
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	3 薬物療法
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもととの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすずみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きているのでしょうか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	4 参考資料
1-21 糖尿病治療の進め方	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	

② 二次検査等を活用した重症化予防対策

特定健診では糖尿病性腎症にかかる検査は尿蛋白定性検査のみの実施のため、比較的狀態が回復しやすい糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。糖尿病性腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白(定性)検査の結果が(±)だった者には、二次検査等で尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

(4) 医療との連携

① 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者に対し、個別訪問等で、事前に伊予医師会等と協議した受診時に主治医に提出する通知文書を渡す等受診又は治療の必要性を説明し、受診勧奨を行います。

② 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医から対象者の検査データ及び保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携に当たっては松前町糖尿病性腎症重症化プログラムに準じて行います。

(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における高齢者の特性を踏まえた事業展開については、庁内関係部局の福祉課(地域包括支援センター係)、保険課(医療保険課係・介護保険係)と情報を共有しながら連携し、協力していきます。

(6) 評価

短期的評価・中長期的評価を行います。短期的評価は、データヘルス計画の全体の評価等と併せ、年1回行います。その際、糖尿病管理台帳及びKDB等の情報を活用します。

また、中長期的評価は、図表 61 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を行います。

短期的評価

① 受診勧奨対象者に対する評価

- ① 受診勧奨対象者への介入率
- ② 医療機関受診率
- ③ 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

- ① 保健指導実施率
- ② 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - ア HbA1c
 - イ eGFR
 - ウ 尿蛋白
 - エ 服薬状況

中長期的評価

図表 61 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	実施表	松前町										同規模保険者(平均)		データ基		
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 被保険者数	A	6,766人		6,607人		6,498人		6,402人		6,218人			KDB_厚生労働省様式様式3-2		
		② (再掲)40-74歳	5,429人		5,296人		5,218人		5,199人		5,032人					
2	① 対象者数	B	4,878人		4,748人		4,699人		4,579人		4,404人			市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書		
		② 特定健診	受診者数	2,033人		1,726人		1,365人		1,449人		1,584人				
③ 受診率	C	—		—		—		—		—						
④ 対象者数		272人		209人		166人		165人		174人						
3	② 特定保健指導	実施率	27.9%		35.4%		42.8%		42.4%		20.7%					
4	① 健診データ	① 糖尿病型	E	217人	10.4%	172人	9.7%	131人	9.3%	159人	10.6%	178人	10.8%	特定健診結果		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	73人	33.6%	73人	42.4%	55人	42.0%	69人	43.4%	64人	36.0%			
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	144人	66.4%	99人	57.6%	76人	58.0%	90人	56.6%	114人	64.0%			
		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	69人	47.9%	59人	59.6%	39人	51.3%	43人	47.8%	59人	51.8%			
		⑤ 血圧 130/80以上		35人	50.7%	34人	57.6%	29人	74.4%	27人	62.8%	35人	59.3%			
		⑥ 肥満 BMI25以上		30人	43.5%	31人	52.5%	21人	53.8%	23人	53.5%	25人	42.4%			
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0%未満かつ空腹時血糖130%未満	K	75人	52.1%	40人	40.4%	37人	48.7%	47人	52.2%	55人	48.2%			
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	156人	71.9%	122人	70.9%	110人	84.0%	141人	88.7%	145人	81.5%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		19人	8.8%	15人	8.7%	11人	8.4%	5人	3.1%	14人	7.9%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		41人	18.9%	33人	19.2%	10人	7.6%	13人	8.2%	19人	10.7%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	1人	0.6%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%			
5	① レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		126.1人		122.3人		106.2人		120.0人		117.9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)		155.5人		150.9人		130.9人		145.8人		144.1人				
		③ レセプト件数 (40-74歳)	入院外(件数)	4,674件	(887.4)	4,575件	(890.6)	4,430件	(857.0)	4,529件	(909.8)	4,437件	(937.1)	630,975件	(921.9)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		④ (再掲)40-74歳 (1000被保険者千対)	入院(件数)	31件	(5.9)	25件	(4.9)	15件	(2.9)	22件	(4.4)	26件	(5.5)	2,654件	(3.9)	
		⑤ 糖尿病治療中	H	853人	12.6%	808人	12.2%	690人	10.6%	768人	12.0%	733人	11.8%	KDB_厚生労働省様式様式3-2		
		⑥ (再掲)40-74歳		844人	15.5%	799人	15.1%	683人	13.1%	758人	14.6%	725人	14.4%			
		⑦ 健診未受診者	I	700人	82.9%	655人	82.0%	607人	88.9%	668人	88.1%	611人	84.3%			
		⑧ インスリン治療	O	83人	9.7%	82人	10.1%	80人	11.6%	101人	13.2%	91人	12.4%			
		⑨ (再掲)40-74歳		81人	9.6%	81人	10.1%	79人	11.6%	99人	13.1%	90人	12.4%			
		⑩ 糖尿病性腎症	L	124人	14.5%	137人	17.0%	106人	15.4%	115人	15.0%	114人	15.6%			
		⑪ (再掲)40-74歳		124人	14.7%	136人	17.0%	106人	15.5%	115人	15.2%	114人	15.7%			
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		15人	1.8%	15人	1.9%	12人	1.7%	14人	1.8%	13人	1.8%			
		⑬ (再掲)40-74歳		15人	1.8%	15人	1.9%	12人	1.8%	14人	1.8%	13人	1.8%			
		⑭ 新規透析患者数		4人	0.5%	3人	0.4%	3人	0.4%	3人	0.4%	4人	0.5%			
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		3人	0.4%	2人	0.2%	2人	0.3%	1人	0.1%	1人	0.1%			
		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)		21人	1.8%	29人	2.4%	25人	2.3%	23人	2.0%	27人	2.3%			
6	① 医療費	① 総医療費		24億4233万円		24億1162万円		24億5256万円		23億6131万円		23億6008万円			21億6943万円	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		12億9618万円		13億7114万円		14億7916万円		13億5767万円		13億0978万円			11億4738万円	
		③ (総医療費に占める割合)		53.1%		56.9%		60.3%		57.5%		55.5%			52.9%	
		④ 生活習慣病 受療者 一人あたり	健診受診者	6,225円		6,121円		2,711円		4,686円		5,683円			7,199円	
		⑤ 健診未受診者	36,471円		41,516円		49,188円		41,831円		40,284円		37,856円			
		⑥ 糖尿病医療費		1億3508万円		1億3365万円		1億3050万円		1億3277万円		1億3187万円		1億2598万円		
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		10.4%		9.7%		8.8%		9.8%		10.1%		11.0%		
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		4億5650万円		4億3474万円		4億6424万円		4億6860万円		4億3496万円				
		⑨ 1件あたり		40,370円		39,702円		45,523円		45,487円		43,737円				
		⑩ 糖尿病入院総医療費		2億5561万円		2億2077万円		2億4379万円		2億3795万円		2億0757万円				
		⑪ 1件あたり		662,213円		671,042円		673,448円		657,332円		652,735円				
		⑫ 在院日数		16日		15日		14日		15日		15日				
		⑬ 慢性腎不全医療費		1億2405万円		1億0455万円		1億1825万円		1億2155万円		1億1126万円		9872万円		
		⑭ 透析有り		1億1907万円		9948万円		1億1116万円		1億1419万円		1億0587万円		9197万円		
		⑮ 透析なし		498万円		508万円		709万円		736万円		539万円		675万円		
7	① 介護	介護給付費		24億1333万円		24億3507万円		24億7743万円		25億6423万円		25億9148万円		21億9980万円		
		② (2号認定者)糖尿病合併症		5件	29.4%	2件	15.4%	2件	13.3%	2件	11.8%	2件	8.7%			
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		5人	1.5%	2人	0.6%	4人	1.2%	6人	1.8%	5人	1.4%	926人	1.1%	KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題

出典:ヘルスサポートラボツール

(7) 保健指導の実施期間及びスケジュール

5月 対象者の選定基準の決定

6月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

7月~特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

2) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

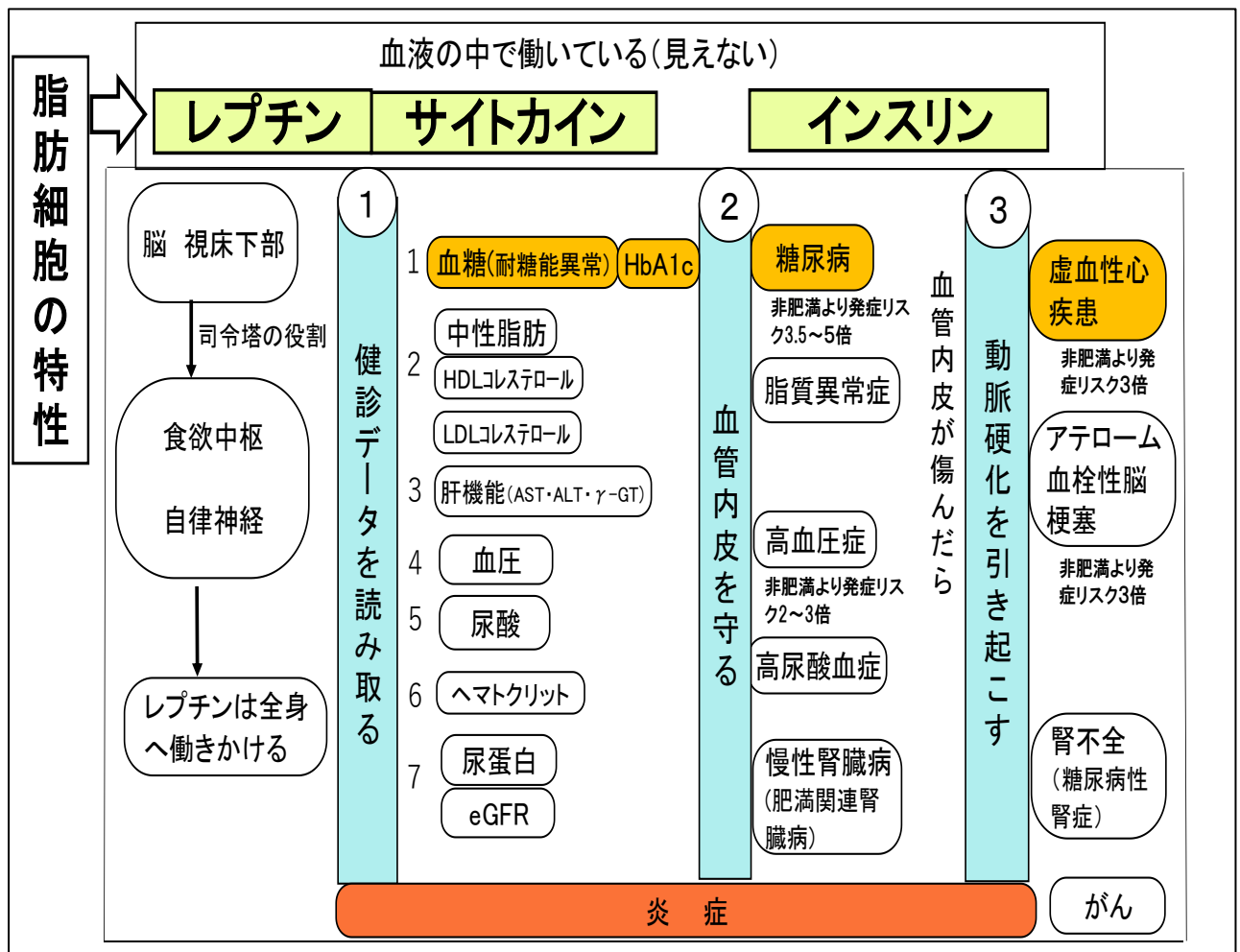
(1) 基本的な考え方

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

メタボリックシンドローム診断基準検討委員会によるメタボリックシンドロームの定義と診断基準は、「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(Clinical Outcome)は心血管病であり、診断は心血管病予防のためにおこなう。」また、「メタボリックシンドロームは2型糖尿病発症のリスクも高いとされており、本診断基準を用いた保健指導が現在我が国で急増している2型糖尿病予防さらには糖尿病性大血管症の予防にも適用しうれば望ましい。」とあることから、生活習慣病の重症化予防としてメタボリックシンドロームの対策が必要です。

なお、取組に当たっては図表 62 に基づいて考えます。

図表 62 肥満の問題性を考えるポイント



(2) 肥満の状況

① 肥満度分類（図表 63）に基づき、実態把握をします。

図表 63 肥満度分類による実態

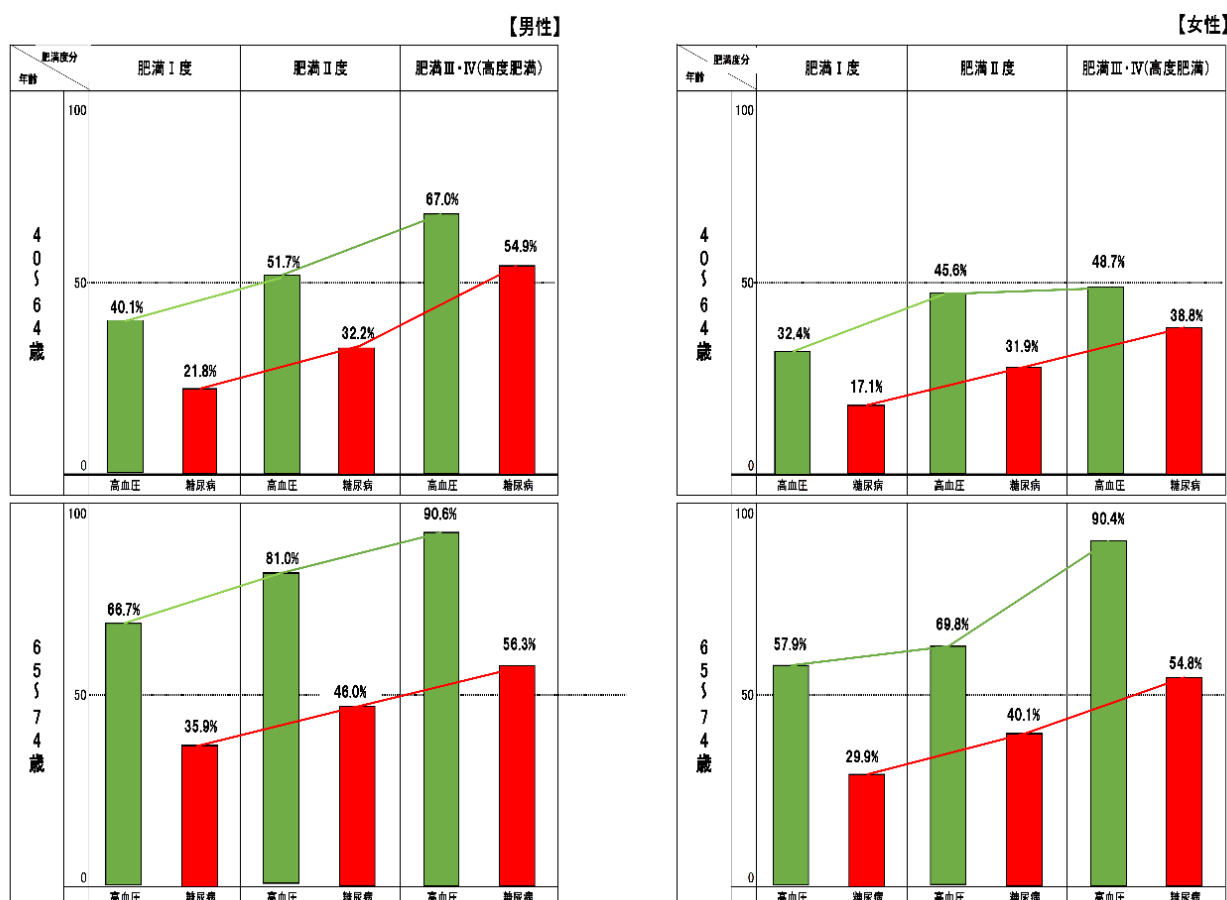
	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数	418	1,228	108	300	83	256	21	41	4	3	0	0	
				25.8%	24.4%	19.9%	20.8%	5.0%	3.3%	1.0%	0.2%	0.0%	0.0%
再掲	男性	172	539	64	154	52	135	11	18	1	1	0	0
	女性	246	689	44	146	31	121	10	23	3	2	0	0
				17.9%	21.2%	12.6%	17.6%	4.1%	3.3%	1.2%	0.3%	0.0%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

② 優先順位をつけます。

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

図表 64 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか



図表 65 肥満になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

生活	I度 25~29.9		II度 30~34.9		III度 35~39.9		IV度 40~	
	食事	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 			
排便	<ul style="list-style-type: none"> 食べるとお腹が張って苦しくなる 		<ul style="list-style-type: none"> 太っているからか腸の蠕動もおこるよ 	<ul style="list-style-type: none"> 逆流性食道炎になった。 				
排泄	<ul style="list-style-type: none"> 横になるとトイレに行きたくなる 	<ul style="list-style-type: none"> 尿意を感じて夜中に目覚める 	<ul style="list-style-type: none"> トイレに何度も起きて寝た感じがしない むくみがあって5年間くらい夜間頻尿が続いている。 膀胱炎になりやすい 	<ul style="list-style-type: none"> 尿漏れする 歩いてトイレに行くまで間に合わない 				
動作	<ul style="list-style-type: none"> 疲労感がある 	<ul style="list-style-type: none"> 長く歩くと息切れがする 階段を上るとき息切れする 夜道は息が切れる 運動するとすぐ息切れする 	<ul style="list-style-type: none"> 体重で足裏が痛い 階段を降りる時に体を支えられず転びそうになる ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない 歩くと足がしびれる 	<ul style="list-style-type: none"> 200m歩くのにも呼吸が苦しい 歩いたら至しな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		<ul style="list-style-type: none"> 困めず、足の爪を切ることができない 断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 身体が動かすづらい 		<ul style="list-style-type: none"> 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 				
胸	<ul style="list-style-type: none"> 2~3年前から胸の変な感じがある 仕事中時々胸の息苦しさ 1年前から動機あり、休憩しながら仕事していた 胸が痛くなることある。止まるんじゃないかとグッと 	<ul style="list-style-type: none"> 動機がする 胸が締め付けられる感じ、8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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 左を向いて寝ると動機が激しく寝れなかった 心臓の圧迫感で10年前狭心症カテーテル 今も段差上がったとき苦しくなる 心臓、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	<ul style="list-style-type: none"> 蜂窩織炎になる 		<ul style="list-style-type: none"> 風邪をひきやすい 	<ul style="list-style-type: none"> よく風邪をひく よく体調を崩す 				
皮膚	<ul style="list-style-type: none"> 背中がかゆい 皮膚が赤くなる 	<ul style="list-style-type: none"> 湿疹ができる 痒い 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 足の皮膚が痒くなるので、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 				

図表 64 をみると、男女ともに肥満度及び年齢が高くなるほど、高血圧または糖尿病を発症する割合が高くなることを考慮すると、年齢及び肥満度が上がることで高血圧等発症するリスクが高まることから、若い世代でかつ肥満度の低いうちに、肥満を解消することが重要と考えます。

「肥満症診療ガイドライン 2022」(日本肥満学会)によると、6か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満Ⅲ度・Ⅳ度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示し、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 医療従事者が連携してフォローアップを行う必要があるとのことであり、住民の声からも明確です。(図表 65)

(3) 対象者の明確化

図表 66 心・脳血管疾患を発症した事例

事例 No.	性別	発症年齢	KDBから把握								特定健診	転帰	
			レセプト										
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患						介護
			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
2	男	50代	●		●			●	●		要介護3		メタボ
3	男	50代		●	●			●	●	●			メタボ
5	男	40代			●				●				メタボ

図表 67 年代別メタボリックシンドローム該当者の状況(性・年代別)

		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	711	49	60	275	327	935	49	77	406	403	
メタボ該当者	B	190	8	18	83	81	97	1	6	41	49	
	B/A	26.7%	16.3%	30.0%	30.2%	24.8%	10.4%	2.0%	7.8%	10.1%	12.2%	
再掲	① 3項目全て	C	60	1	6	27	26	27	1	1	9	16
		C/B	31.6%	12.5%	33.3%	32.5%	32.1%	27.8%	100.0%	16.7%	22.0%	32.7%
	② 血糖＋血圧	D	30	0	0	11	19	15	0	1	8	6
		D/B	15.8%	0.0%	0.0%	13.3%	23.5%	15.5%	0.0%	16.7%	19.5%	12.2%
	③ 血圧＋脂質	E	93	6	11	40	36	49	0	3	22	24
		E/B	48.9%	75.0%	61.1%	48.2%	44.4%	50.5%	0.0%	50.0%	53.7%	49.0%
	④ 血糖＋脂質	F	7	1	1	5	0	6	0	1	2	3
		F/B	3.7%	12.5%	5.6%	6.0%	0.0%	6.2%	0.0%	16.7%	4.9%	6.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 68 メタボリックシンドローム該当者の治療状況(性・年代別)

	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			
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし	
総数	711	190	26.7%	146	76.8%	44	23.2%	935	97	10.4%	88	90.7%	9	9.3%
40代	49	8	16.3%	2	25.0%	6	75.0%	49	1	2.0%	1	100.0%	0	0.0%
50代	60	18	30.0%	16	88.9%	2	11.1%	77	6	7.8%	5	83.3%	1	16.7%
60代	275	83	30.2%	62	74.7%	21	25.3%	406	41	10.1%	35	85.4%	6	14.6%
70～74歳	327	81	24.8%	66	81.5%	15	18.5%	403	49	12.2%	47	95.9%	2	4.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 66 で心・脳血管疾患を発症したR4年度の本町の事例を整理すると、全員がメタボリックシンドローム該当者であり、脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えていることから、メタボリックシンドロームの解消は、心・脳血管疾患の発症予防に有用であると考えます。

また、健診受診者の年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 67)の40～60代の該当者数をみると、男女ともに年代が高くなるほど増加しており、男女で比較すると、男性は女性の2倍以上の該当者がいることから、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 68)は、40代男性を除く全てで7割以上の高い割合を示しており、肥満度を進行させない取組が重要であり、メタボリックシンドローム解消に向けて、食事療法や運動療法による生活習慣の改善と併せて、治療中の者については、医療機関への継続的な受診勧奨が重要であると考えます。

① 保健指導の実施方法

- ア 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、適切な受診のための保健指導を行います。
- イ 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(栄養指導)を行います。
- ウ 特定保健指導対象者への保健指導(栄養指導)を行います。

② 対象者の管理

対象者の進捗管理は台帳を作成し、管理します。

(4)保健指導の実施

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(図表 69)を活用して行います。

図表 69 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

1 国の施策	6 脂肪細胞の特性
1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導	6-1 肥満の問題性を考えるポイント
1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方	6-2 脂肪細胞ってね①
1-3 特定保健指導対象者	6-3 脂肪細胞ってね②
1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて	6-4 脂肪細胞から分泌される物質
1-5 肥満症診療ガイドライン2022 第1章P1-P2、第3章P19から抜粋	6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中
1-6 メタボリックシンドローム ~心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群~	6-6 食欲が抑えられない
2 保健指導対象者の明確化	6-7 脳の変調を起こす原因は？
2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表	6-8 脂肪細胞が増え続けている間はレプチンが出ています
2-2 おたずね	7 健診データ・検査
2-3 健診結果みる肥満のリスク	7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
2-4 肥満がもたらすもの	7-2 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
3 肥満の症状	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体の中で起こっていることは？
3-2 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	7-5 脂肪細胞の中身は何だと思いますか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
3-3-2 「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます	7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの？	7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)	7-9 ヘマトクリットの値はいくつでしたか？
3-4 喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい(気管支喘息)	7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起きているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いときよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？	7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
3-5-2 膝のどこが痛いですか？	7-12 労災保険二次健康診断給付制度
3-5-3 膝に圧力がかからないトレーニング	7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
3-6-1 たくさん背が出るので、いつも首にタオルをまかないと大変！	7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。
3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)	8 食事療法
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
4 高度肥満	8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
4-1 外科手術という治療があります	8-3-1 短鎖脂肪酸
4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧	8-3-7 肥満の推移とその背景と原因
4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合	9 運動療法
4-4 外科手術による体重の変化で健康障害が改善したBさん	9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといいの？
5 保健指導教材で減量できた事例	9-2 体重測定
5-1 20歳から肥満が続いて、40歳代で糖尿病を発症した事例	10 参考資料
5-2 住民の体重変化	

② 二次検査等を活用した重症化予防対策

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、二次検査等で動脈硬化の有無や進行の程度を確認し、重症化予防を図ります。

- ①頸動脈エコー検査
- ②負荷心電図
- ③微量アルブミン検査
- ④75g糖負荷検査

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当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(一般社団法人日本内科学会)、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(一般社団法人日本循環器学会)、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版(一般社団法人日本動脈硬化学会)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。

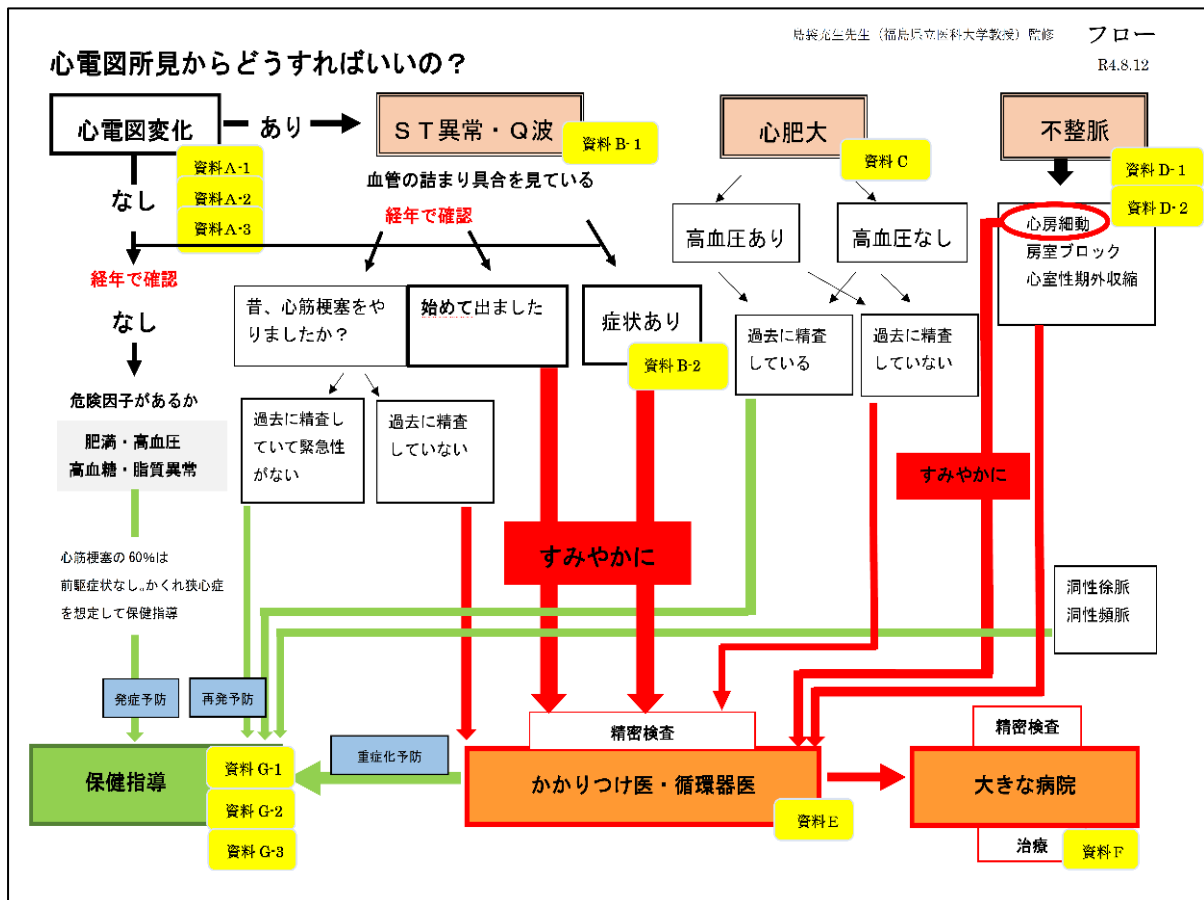
また令和6年度より、松前町高血圧重症化予防プログラムを作成し、伊予医師会はじめ、地域の医療機関と連携し、医療機関未受診者への受診勧奨や高リスク者への保健指導等の重症化予防を行います。

(2) 対象者の明確化

① 受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準に当たっては、図表70に基づき選定します。

図表70 心電図所見からのフロー図 (保健指導教材)



※資料A-1等は図表71参照

② 重症化予防対象者の抽出

ア 心電図検査からの把握

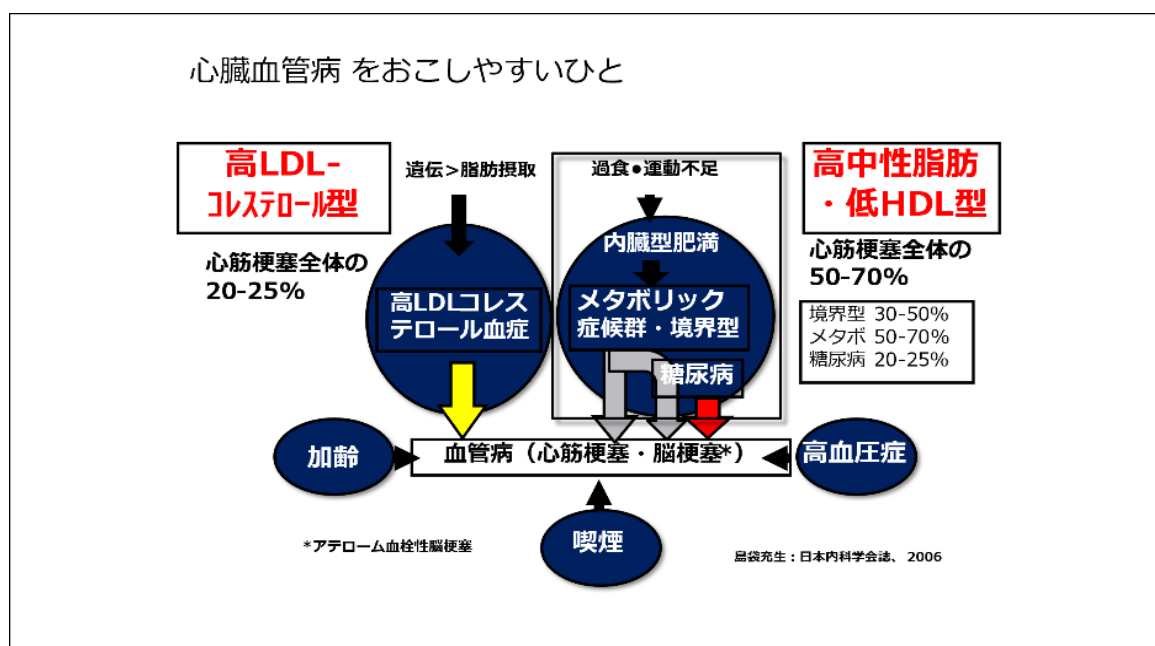
心電図検査は基本的な心臓の検査で、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心肥大などの評価に用いられます。また、虚血性心疾患重症化予防においても重要な検査の1つであり、「安静時心電図に ST-T 異常、異常 Q 波などがある場合は生命予後の予測指標となることが知られている」（心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会）とあることから、心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血の可能性を示唆する指標となり、血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があるため、メタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者の状態に応じた受診勧奨を行う必要があります。

③ 心電図以外からの把握

前駆症状のない心筋梗塞もあるといわれることから、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場合でも、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は隠れ狭心症を想定して、積極的に保健指導を行う必要があります。

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に対象者を分類します。(図表 71)

図表 71 心血管病をおこしやすいひと



①メタボタイプについては、第4章「(2)2 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 67・68)を参照します。

②LDL コレステロールタイプ(図表 72)

図表 72 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定				令和04年度									
動脈硬化性心血管疾患の予防から見たLDLコレステロール管理目標				(参考) 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版									
特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)				健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別					
管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL				120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳		
687				306	245	81	55	5	17	62	52		
				44.5%	35.7%	11.8%	8.0%	3.7%	12.5%	45.6%	38.2%		
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 (190未満)	72	42	18	7	5	3	9	0	0		
			10.5%	13.7%	7.3%	8.6%	9.1%	60.0%	52.9%	0.0%	0.0%		
	中リスク	140未満 (170未満)	322	126	132	39	25	1	5	37	21		
			46.9%	41.2%	53.9%	48.1%	45.5%	20.0%	29.4%	59.7%	40.4%		
高リスク	120未満 (150未満)	254	119	80	32	23	1	1	23	30			
		37.0%	38.9%	32.7%	39.5%	41.8%	20.0%	5.9%	37.1%	57.7%			
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	17	11	5	0	1	0	1	0	0		
			2.5%	3.6%	2.0%	0.0%	1.8%	0.0%	5.9%	0.0%	0.0%		
		100未満 (130未満)	39	19	15	3	2	0	2	2	1		
			5.7%	6.2%	6.1%	3.7%	3.6%	0.0%	11.8%	3.2%	1.9%		

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

(3) 保健指導の実施

① 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は、受診勧奨を行います。治療中の高リスク者は、医療機関から発行される指示書に基づき保健指導を行い、血圧手帳を活用して医療機関等と連携した指導を展開していきます。

図表 73 心電図所見からの保健指導教材 (例示)

心電図所見からの保健指導教材
<p>もくじ</p> <p>心電図所見からどうすればいいの？ フロー図</p> <p>資料A-1 休むことなく動き続ける臓器は『心臓』だけです</p> <p>資料A-2 私の心電図があらわすもの・・・心筋梗塞や心房細動を発症する前に</p> <p>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出来る検査です！</p> <p>資料B-1 心電図所見に「ST」の異常が出ました。「ST」って何？</p> <p>資料B-2 心電図では異常がなかったけど、症状も大事なサインです！！</p> <p>資料C 左室肥大って？</p> <p>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？</p> <p>資料D-2 心房細動から脳梗塞を起こさないために、優れた予防薬があるんです</p> <p>資料E ST変化・異常Q波 所見がある方へ</p> <p>資料F 精密検査を受けて治療が必要になった方へ</p> <p>資料G-1 狭心症になった人から学びました</p> <p>資料G-2 健診データの色がついているところに○をしてみましょう</p> <p>資料G-3 心臓の血管を守るために、今できることは何だろう？</p> <p>資料G-4 肥満(BMI25以上)になると心臓はどうなるの？</p>

② 二次検査の必要性

虚血性心疾患重症化予防対象者においては、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え介入していく必要があります、二次検査の受診を勧奨していく必要性があります。

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」には、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心となると記載されており、下記の検査方法が用いられています(冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版及び動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版)。

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

③ 対象者の管理

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

(4) 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療者や治療中断者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 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における高齢者の特性を踏まえた事業展開については、庁内関係部局の福祉課(地域包括支援センター係)、保険課(医療保険課係・介護保険係)と情報を共有しながら連携し、協力していきます。

(6) 評価

短期的評価・中長期的評価を行います。短期的評価は、データヘルス計画の全体の評価等と併せ、年 1 回行います。その際、台帳及び K D B 等の情報を活用します。

(7) 保健指導の実施期間及びスケジュール

5月 対象者の選定基準の決定

6月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

7月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

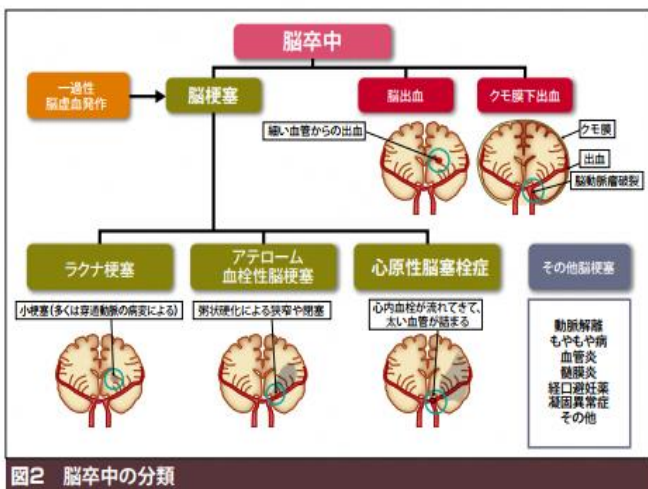
4) 脳血管疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン 2021(一般社団法人日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会)、脳卒中予防への提言(公益社団法人日本脳卒中学会)、高血圧治療ガイドライン(特定非営利活動法人日本高血圧学会)等に基づいて進めます。(図表 74、75)

また令和6年度より、松前町高血圧重症化予防プログラムを作成し、伊予医師会はじめ、地域の医療機関と連携し、未受診者への受診勧奨や高リスク者への保健指導等重症化予防を行います。

図表 74 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 75 脳血管疾患とリスク因子

リスク因子 (0はハイリスク群)		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	●						0	0
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	0	0
	心原性脳梗塞	●			●			0	0
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

(2) 対象者の明確化

① 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、重要な危険因子の一つです。図表 76 でみると、高血圧治療者 2,057 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 312 人(15.2%・O)でした。

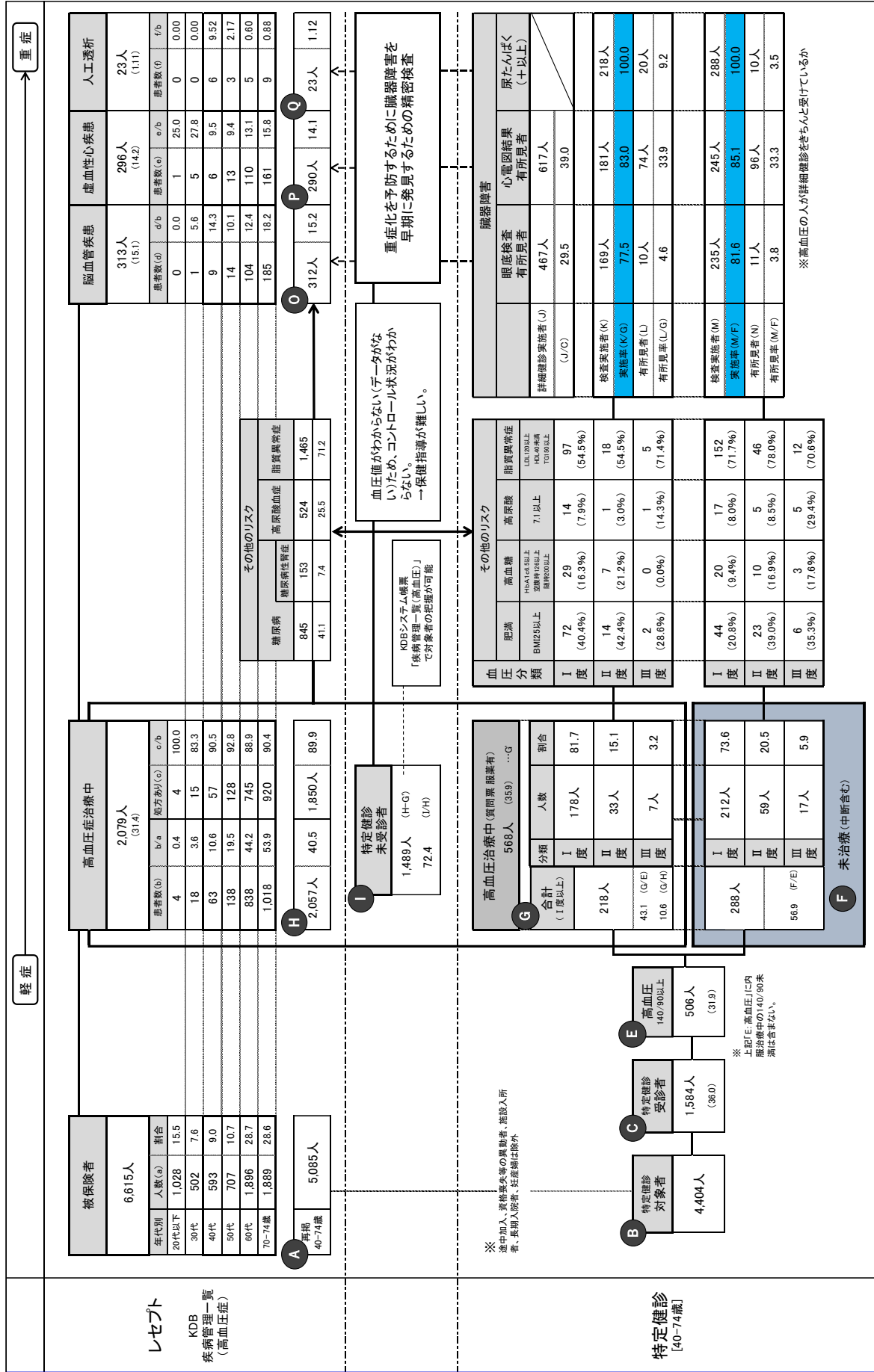
健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 116 人(7.3%)であり、そのうち 76 人(65.5%)は未治療者です。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上の者が 40 人(2.5%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要です。

図表 76 の生活習慣病の重症化を予防するために臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)は、R4年度の特健診受診者 1,584 人のうち、467 人(29.5%)の実施状況です。これは検査の対象条件が、Ⅰ度高血圧以上の場合となっているためです。R4年度はその条件に該当する 506 人(31.9%・E)が検査対象でしたが、眼底検査ができない個別健診実施医療機関もあることから、検査がされていない対象者に対しては、第3期計画期間中に、医療機関等と情報共有しながら眼底検査の受診について勧奨していく必要があります。

図表 76 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和 04 年度



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

② 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は重要な危険因子の一つですが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要があります。図表 77 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

図表 77 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

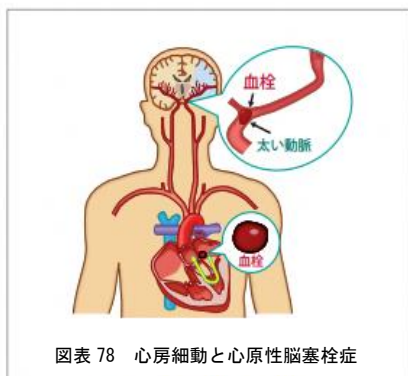
リスク層 (血圧以外のリスク因子)		血圧分類 (mmHg)			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
511		223 43.6%	212 41.5%	59 11.5%	17 3.3%
リスク第1層 予後影響因子がない	23	C 8 3.6%	B 13 6.1%	B 1 1.7%	A 1 5.9%
	319	C 140 62.4%	B 134 62.8%	A 37 62.7%	A 8 47.1%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	169	B 75 33.1%	A 65 30.7%	A 21 35.6%	A 8 47.1%
	511	223 43.6%	212 41.5%	59 11.5%	17 3.3%

…高リスク
 …中等リスク
 …低リスク

区分	該当者数
A	140 27.4%
B	223 43.6%
C	148 29.0%

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

③ 心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症(図表 78)し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

図表 79 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 79 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	711	935	295	41.5%	340	36.4%	8	2.7%	0	0.0%	--	--
40代	49	49	11	22.4%	11	22.4%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	60	77	19	31.7%	17	22.1%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	275	406	115	41.8%	144	35.5%	4	3.5%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	327	403	150	45.9%	168	41.7%	4	2.7%	0	0.0%	3.4%	1.1%

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

出典：ヘルスサポートラボソール

図表 80 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
8	5	62.5%	3	37.5%

松前町調べ

心電図検査において8人が心房細動の所見がありました。有所見率をみると、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心房細動有所見者8人のうち3人は既に治療が開始されていましたが、5人はまだ治療につながっていません。(図表 80)

心房細動は脳梗塞のリスク因子であるため、継続受診及び医療機関の受診勧奨を行う必要があります。そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施を検討します。

(3) 保健指導の実施

① 受診勧奨及び保健指導

保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように対象者に応じた保健指導を心がけます。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。治療中の高リスク者は、医療機関から発行される指示書に基づき保健指導を行い、血圧手帳を活用して医療機関等と連携した指導を展開していきます。

② 二次検査の必要性

脳血管疾患重症化予防対象者においては、健診結果と合わせて、血管変化を早期に捉え介入していく必要があります。二次検査の受診を勧奨していく必要性があります。

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」には、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心となると記載されており、下記の検査方法が用いられています(冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版及び動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版)。

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

③ 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は、医療機関に継続的に受診できるように台帳を作成し経過を把握します。

(4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療者や治療中断者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専門医、血圧手帳の記録、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における高齢者の特性を踏まえた事業展開については、庁内関係部局の福祉課(地域包括支援センター係)、保険課(医療保険課係・介護保険係)と情報を共有しながら連携し、協力していきます。

(6) 評価

短期的評価・中長期的評価を行います。短期的評価は、データヘルス計画の全体の評価等と併せ、年1回行います。その際、台帳及びKDB等の情報を活用します。

(7) 保健指導の実施期間及びスケジュール

5月 対象者の選定基準の決定

6月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

7月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

3 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と、生活機能の低下を防止する取組を一体的に実施する必要が高く、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

本町は、令和2年度より愛媛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」を実施しており、令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。

事業体制

① 企画・調整等を専任で担当する医療専門職(保健師または管理栄養士)1名を配置

KDB システム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を図りながら、事業計画を行い、実施管理や事業評価を行います。

② 地域を担当する医療専門職(保健師または管理栄養士)1名以上を配置

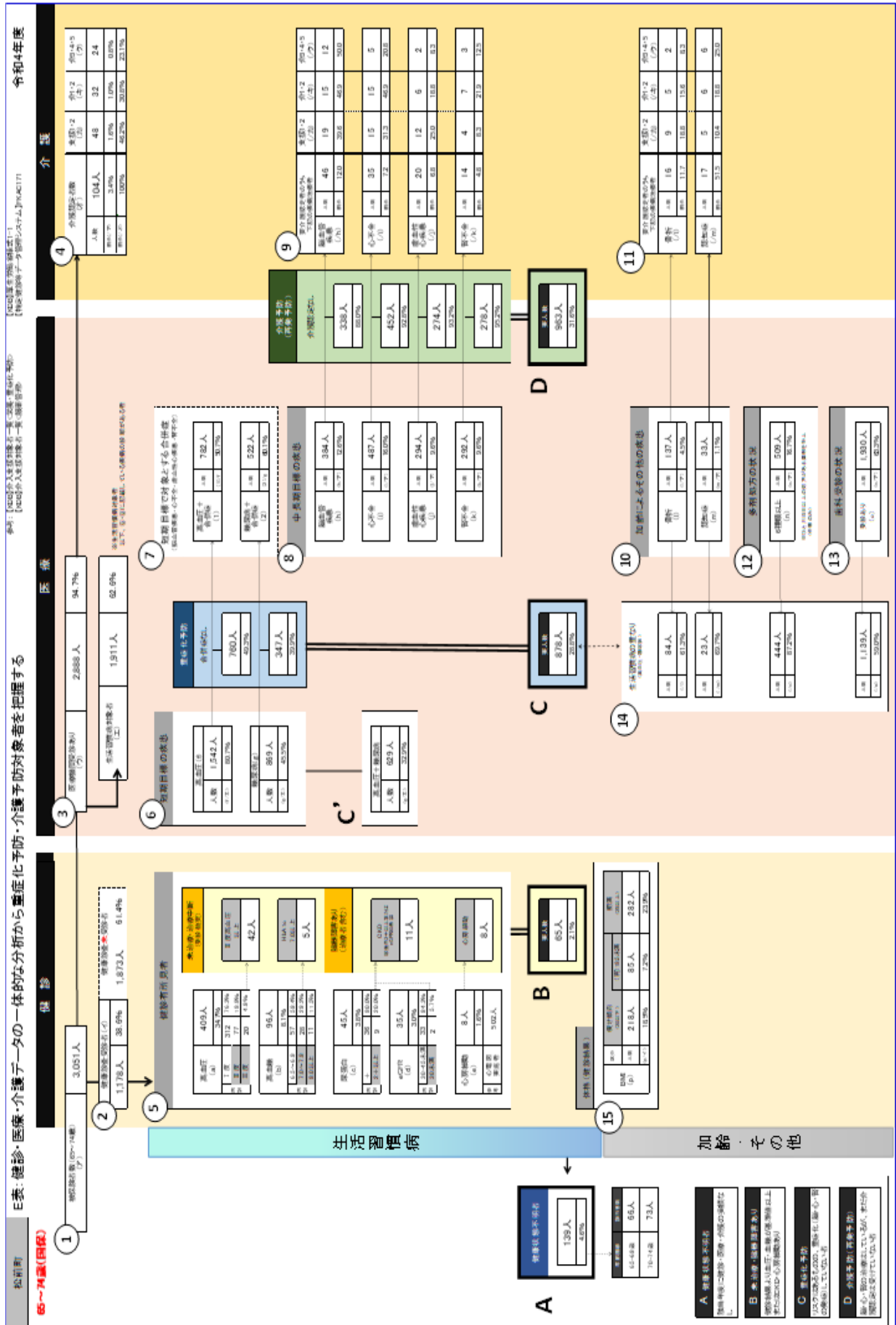
企画・調整担当の医療専門職の事業計画に基づき、高血圧や高血糖等で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。

また、75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。

そして、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための教室など、集団健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

ポピュレーションアプローチにより、ハイリスクが疑われる者については、ハイリスクアプローチに切り替えて、支援を実施します。

図表 81 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



4 発症予防

生活習慣病は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は子ども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等の予防に重要と考えます。

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

図表 82 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	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】(各被保険者)				
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)		産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診査 (11・12条)		児童・生徒の定期健康診査 (第1・13・14条)		定期健康診査 (第66条)		特定健康診査 (第18・20・21条)		後期高齢者健康診査 (第125条)	
	妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 (第13・44条)		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)			
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)妊婦糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c 6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの														
	身長															
	BMI											25以上				
	肥満度			かつ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																

5 ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していきます。(図表 83)

図表 83 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化

松前町の社会保障健全化に向けて、医療費・介護費の適正化 ～制度からみた松前町の実態～

特定健診・特定保健指導と健康日本21（第二次）

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

特定健診・特定保健指導の実施率の向上

① 1人あたり医療費・介護費

	松前町	県平均との差 (20市町)	愛媛県 全国順位
国保	12位	0万円	※1 16位
後期	6位	97万円	※2 18位
介護	19位	26万円	※3 6位

② 特定健診等の実施率 ※4

	松前町	R3 愛媛県 (市町計)	全国
特定健診	31.6%	30.7% (43位/47)	36.4%
特定保健指導	42.4%	39.8% (16位/47)	27.9%
健診も医療も 未受診	23.6%	65-74歳 9.3% 2位	14.2%

○重症化が予防できる
○医療費の伸びを抑制できる

短期目標

健康格差の縮小

③

- 14位 28.0% ※5
約ホリカグシントローム・
該当者予備群の減少 ※5
- 11位以上高血圧 (160/100)
14位 7.3% ※5
愛媛県 ※6
高血圧 (160以上) 4位 4.7%
LDL (180以上) 17位 5.1%
拡張期血圧 (100以上) 20位 3.6%
LDL (180以上) 17位 5.1%
中性脂肪 (300以上) 16位 3.5%
- 10位 3.7% ※5
脂質異常症の減少 ※5
LDL (180以上) 17位 5.1%
中性脂肪 (300以上) 16位 3.5%
- 11位 1.1% ※5
糖尿病有病者の
増加の抑制 ※5
HbA1c (6.5以上) 再
HbA1c (6.0以上) 11位 1.1%
愛媛県 ※6
HbA1c (6.5以上) 33位 7.2%
HbA1c (6.4以上) 11位 1.1% (再掲)

○重症化が予防できる
○死亡が回避できる

血管内皮機能の改善

④ 中期目標

KDBシステム
(R5.5診療分)

脳血管疾患 ※8	愛媛県(国保)	松前町
290件	12.0%	10.7%
(3位)	(12位)	(9位)

虚血性心疾患 ※8	愛媛県(国保)	松前町
240件	10.0%	10.9%
(12位)	(9位)	(9位)

人工透析 ※8	愛媛県(国保)	松前町
20件	0.8%	0.9%
(12位)	(31位)	(31位)

④ 中期目標

脳血管疾患死亡率の減少 ※9	愛媛県	松前町
男性	25.4人(人口10万対)	20位/20
女性	100.2人(人口10万対)	18位/47
男性	19位/47	19位/47
女性	19位/47	19位/47

心疾患死亡率の減少 ※9	愛媛県	松前町
男性	172.5人(人口10万対)	19位/20
女性	311.7人(人口10万対)	10位/20
男性	234.4人(人口10万対)	1位/47
女性	129.1人(人口10万対)	1位/47

糖尿病腎症による 新規透析導入患者数の減少 ※10	愛媛県	松前町
透析患者数20人	糖尿病性腎症10人(50.0%) ＜うち新規導入患者2人＞	それ以外10人 ＜うち新規導入患者2人＞
透析患者数35位	38.9%	39位
慢性人工透析15位	3,042人(人口10万対)	9位
新規透析導入9位	486人	9位

⑤ 健康寿命の延伸

65歳未満死亡率 ※9	愛媛県	松前町
男性	21人 0.21%	13位/20
女性	11人 0.11%	14位/20
男性	0.21%	12位/47
女性	0.11%	11位/47

平均自立期間(要介護2以上) ※11	愛媛県	松前町
男性	79.9歳	80.1歳
女性	83.9歳	84.1歳

出典 国民健康保険法 国民健康保険の集計より
 ※1 国保加入者数(国民健康保険法第10条第1項)
 ※2 R3後期高齢者医療費(愛媛県保健医療課報告書より)
 ※3 R3後期高齢者医療費(愛媛県保健医療課報告書より)
 ※4 R3特定健診・保健指導実施率(愛媛県保健医療課報告書より)
 ※5 R3特定健診結果より
 ※6 R2 愛媛県(市町計) 統計データより
 ※7 R2 愛媛県(市町計) 統計データより
 ※8 R3愛媛県(国保) 日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現状」より
 ※9 R3愛媛県(国保) 地域の実体後の把握(8年累計)より
 ※10 KORシステム 地域の全体後の把握(8年累計)より
 ※11 (令和4年 愛媛県統計協会 統計からみた市町のすがた)より
 (愛媛県道庁「四国府県長府県長(市町)」より)
 ※12 (愛媛県道庁「統計からみた市町のすがた」より)
 ※13 (愛媛県道庁「統計からみた市町のすがた」より)
 厚生労働省 人口動態統計特殊報告(年齢調整死亡率)より

第5章 計画の評価・見直し

1 評価の時期

計画は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、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、医療の動向等を、保健指導に係る保健師・管理栄養士が定期的に確認することで行います。

また、特定健診の結果の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。

具体的には、町ホームページ掲載のほか、国保運営協議会等の関係団体経由で周知をします。

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松前町の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

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

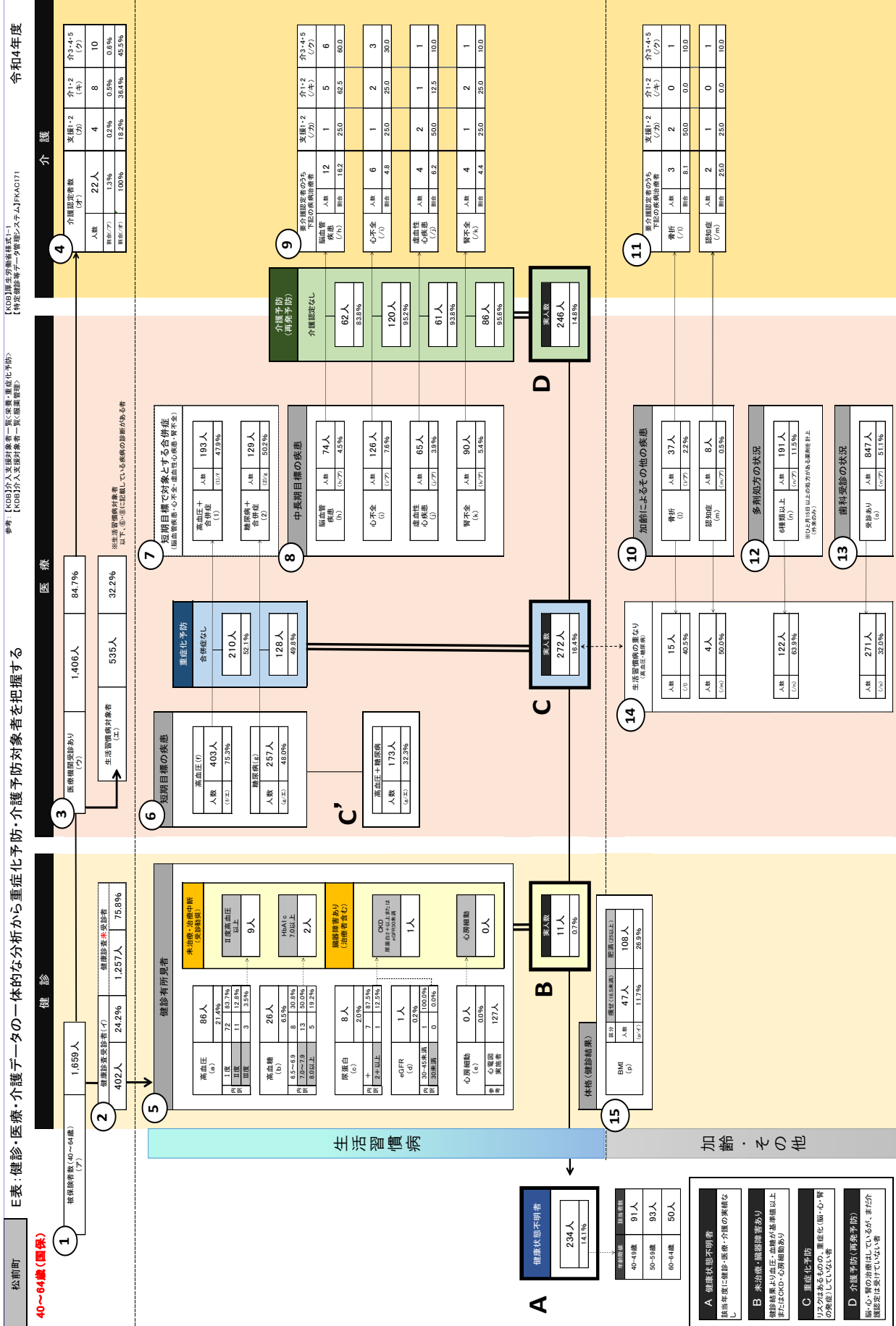
参考資料9 LDL-C の年次比較

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	29,523		4,284,839		1,299,781		123,214,261		KDB NO.5 人口の状況 KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		65歳以上(高齢化率)	9,267	31.4	1,245,056	29.1	434,279	33.4	35,335,805	28.7		
		75歳以上	4,799	16.3	--	--	226,536	17.4	18,248,742	14.8		
		65~74歳	4,468	15.1	--	--	207,743	16.0	17,087,063	13.9		
		40~64歳	9,594	32.5	--	--	425,925	32.8	41,545,893	33.7		
	39歳以下	10,662	36.1	--	--	439,577	33.8	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業	5.7		5.4		7.7		4.0		KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		第2次産業	26.8		28.7		24.2		25.0			
		第3次産業	67.5		66.0		68.0		71.0			
	③ 平均寿命	男性	80.5		80.8		80.2		80.8		KDB NO.1 地域全体像の把握	
女性		87.2		87.1		86.8		87.0				
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性					79.9		80.1		KDB NO.1 地域全体像の把握		
	女性					84.1		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)	男性	99.1		98.7		103.6		100		KDB NO.1 地域全体像の把握
			女性	92.6		99.7		101.6		100		
		死因	がん	90	49.2	12,696	50.6	4,549	46.0	378,272	50.6	
			心臓病	66	36.1	6,874	27.4	3,204	32.4	205,485	27.5	
			脳疾患	15	8.2	3,420	13.6	1,376	13.9	102,900	13.8	
			糖尿病	5	2.7	485	1.9	211	2.1	13,896	1.9	
			腎不全	5	2.7	926	3.7	332	3.4	26,946	3.6	
	自殺	2	1.1	686	2.7	221	2.2	20,171	2.7			
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	29	0.14%			1,361	0.15%	129,016	0.14%	厚労省HP 人口動態調査 R4	
	男性	20	0.20%			874	0.20%	84,891	0.19%			
女性	9	0.09%			487	0.11%	44,125	0.10%				
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	1,792	19.3	211,456	17.0	93,101	21.6	6,724,030	19.4	KDB NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者	要支援1.2	25	0.3	3,785	0.3	1,396	0.3	110,289		0.3
			要介護1.2	6,452	14.9	712,630	13.9	378,847	17.0	21,785,044		12.9
			要介護2.2	21,318	49.2	2,355,997	45.9	1,014,715	45.6	78,107,378		46.3
			要介護3以上	15,597	36.0	2,064,273	40.2	829,972	37.3	68,963,503		40.8
	2号認定者	43	0.45	5,015	0.35	1,752	0.41	156,107	0.38			
	② 有病状況	糖尿病	418	22.5	54,717	24.5	24,592	25.2	1,712,613	24.3		
		高血圧症	1,008	55.1	117,224	52.9	53,626	55.3	3,744,672	53.3		
		脂質異常症	739	39.9	70,399	31.5	36,861	37.9	2,308,216	32.6		
		心臓病	1,157	62.5	132,327	59.8	60,516	62.6	4,224,628	60.3		
		脳疾患	569	30.9	50,122	22.9	25,615	26.7	1,568,292	22.6		
		がん	193	9.6	24,937	11.1	11,323	11.6	837,410	11.8		
		筋・骨格	995	53.4	116,014	52.5	56,168	58.1	3,748,372	53.4		
	精神	700	38.2	80,119	36.4	36,931	38.3	2,569,149	36.8			
	③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	279,646	2,591,475,490	259,723	323,370,248,294	320,144	139,031,908,784	290,668	100,742,74,226,889		
		1件当たり給付費(全体)	59,757		63,000		62,527		59,662			
			居宅サービス	42,520		41,449		44,617		41,272		
施設サービス			288,895		292,001		293,644		296,364			
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	8,235		8,999		8,073		8,610				
	認定あり 認定なし	4,164		4,040		4,125		4,020				
4	① 国保の状況	被保険者数	5,886		882,802		280,726		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	3,062	52.0			137,232	48.9	11,129,271	40.5		
			40~64歳	1,673	28.4			86,793	30.9	9,088,015		33.1
			39歳以下	1,151	19.6			56,701	20.2	7,271,596		26.5
	加入率	19.9		20.6		21.6		22.3				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	2	0.3	265	0.3	134	0.5	8,237	0.3		
		診療所数	23	3.9	2,753	3.1	1,213	4.3	102,599	3.7		
		病床数	209	35.5	49,546	56.1	20,594	73.4	1,507,471	54.8		
		医師数	33	5.6	9,765	11.1	3,847	13.7	339,611	12.4		
		外来患者数	766.6		716.1		748.2		687.8			
入院患者数	20.8		19.2		23.0		17.7					
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	400,965		361,243		390,048		339,680		KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握		
	受診率	787,385	県内9位 同規模23位	735,303		771,192		705,439				
		外来	費用の割合	60.7	59.6	57.7	60.4					
	件数の割合	97.4	97.4	97.0	97.5							
	入院	費用の割合	39.3	40.4	42.3	39.6						
		件数の割合	2.6	2.6	3.0	2.5						
1件あたり在院日数	14.9日		16.0日		16.5日		15.7日					

4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合	最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	475,486,850	36.3	31.9	32.1	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)	105,873,730	8.1	8.0	6.9	8.2					
				糖尿病	131,867,010	10.1	11.0	10.2	10.4					
				高血圧症	76,044,140	5.8	6.1	5.7	5.9					
				脂質異常症	49,818,250	3.8	4.2	3.5	4.1					
				脳梗塞・脳出血	48,838,760	3.8	3.8	4.3	3.9					
				狭心症・心筋梗塞	28,129,760	2.1	2.9	2.9	2.8					
				精神	173,813,990	13.3	14.6	15.4	14.7					
				筋・骨格	203,367,400	15.5	16.6	18.0	16.7					
				5	⑤	一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	53		0.0	310	0.2	308
糖尿病	1,844	1.2	1,270					0.9	1,400	0.8	1,144	0.9		
脂質異常症	51	0.0	61					0.0	95	0.1	53	0.0		
脳梗塞・脳出血	4,809	3.0	6,294					4.3	7,522	4.6	5,993	4.5		
虚血性心疾患	4,799	3.0	4,413					3.0	4,360	2.6	3,942	2.9		
腎不全	2,506	1.6	4,223			2.9	4,689	2.8	4,051	3.0				
一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	外来	高血圧症	12,866			5.3	11,332	5.3	11,793	5.2	10,143	4.9		
		糖尿病	20,916			8.6	20,232	9.4	20,683	9.2	17,720	8.6		
		脂質異常症	8,413			3.5	7,876	3.7	7,354	3.3	7,092	3.5		
		脳梗塞・脳出血	2,118			0.9	916	0.4	1,383	0.6	825	0.4		
		虚血性心疾患	2,536	1.0	1,870	0.9	2,728	1.2	1,722	0.8				
腎不全	21,193	8.7	17,044	7.9	17,187	7.6	15,781	7.7						
6	⑥	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	健診受診者	2,115		2,440		1,855		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	14,993		12,830		15,257			13,295		
			生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	5,683		7,199		5,151			6,142		
				健診未受診者	40,284		37,856		42,378			40,210		
7	⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者	916	57.8	146,963	57.9	40,463	59.3	3,881,055	57.0	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			医療機関受診率	824	52.0	132,796	52.3	36,976	54.2	3,543,116	52.0			
			医療機関非受診率	92	5.8	14,167	5.6	3,487	5.1	337,939	5.0			
5	①-⑱	特定健診の状況	メタボ該当・予備群レベル	健診受診者	1,586		254,008		68,216		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	36.0	県内10位 同規模111位	39.9	32.9	全国43位	37.1				
				特定保健指導終了者(実施率)	15	8.6	6917	22.9	1,969	23.7	107,925		13.4	
				非肥満高血糖	150	9.5	25,560	10.1	6,471	9.5	615,549		9.0	
				メタボ	該当者	272	17.2	53,050	20.9	13,073	19.2		1,382,506	20.3
					男性	182	26.7	36,295	32.5	9,026	30.8		965,486	32.0
					女性	90	10.0	16,755	11.8	4,047	10.4		417,020	11.0
					予備群	171	10.8	28,583	11.3	7,459	10.9		765,405	11.2
				県内市町村数	男性	118	17.3	19,735	17.7	5,111	17.4		539,738	17.9
					女性	53	5.9	8,848	6.2	2,348	6.0		225,667	5.9
				22市町村	総数	490	30.9	90,064	35.5	22,649	33.2		2,380,778	34.9
					男性	336	49.3	61,736	55.3	15,569	53.1		1,666,592	55.3
				同規模市区町村数	女性	154	17.0	28,328	19.9	7,080	18.2		714,186	18.8
					147市町村	総数	61	3.8	12,518	4.9	3,479		5.1	320,038
				予備群	男性	9	1.3	1,740	1.6	576	2.0		51,248	1.7
					女性	52	5.8	10,778	7.6	2,903	7.5		268,790	7.1
				レベル	血糖のみ	14	0.9	1,768	0.7	425	0.6		43,519	0.6
					血圧のみ	132	8.3	20,286	8.0	5,415	7.9		539,490	7.9
				予備群	脂質のみ	25	1.6	6,529	2.6	1,619	2.4		182,396	2.7
血糖・血圧	43	2.7	8,213		3.2	1,985	2.9	203,072	3.0					
予備群	血糖・脂質	10	0.6	2,676	1.1	649	1.0	70,267	1.0					
	血圧・脂質	138	8.7	24,455	9.6	6,246	9.2	659,446	9.7					
予備群	血糖・血圧・脂質	81	5.1	17,706	7.0	4,193	6.1	449,721	6.6					
	高血圧	568	35.8	94,121	37.1	23,276	34.1	2,428,038	35.6					
6	①-③	問診の状況	服薬	糖尿病	105	6.6	23,753	9.4	5,231	7.7	589,470	8.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				脂質異常症	427	26.9	72,193	28.4	18,399	27.0	1,899,637	27.9		
				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	46	2.9	7,705	3.2	2,048	3.0	207,385	3.1		
既往歴	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	112	7.1	14,425	5.9	5,340	7.9	365,407	5.5					
	腎不全	41	2.6	2,051	0.8	890	1.3	53,898	0.8					
	貧血	239	15.1	25,474	10.4	11,405	16.8	702,088	10.7					
7	③-⑭	生活習慣の状況	喫煙	170	10.7	32,532	12.8	7,587	11.1	939,212	13.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			週3回以上朝食を抜く	103	7.7	20,314	8.7	4,163	8.9	642,886	10.4			
			週3回以上食後開食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
			週3回以上就寝前夕食(H30～)	156	11.6	33,881	14.3	6,796	14.5	976,348	15.7			
			週3回以上就寝前夕食	156	11.6	33,881	14.3	6,796	14.5	976,348	15.7			
			食べる速度が速い	355	26.4	60,504	25.9	12,912	27.6	1,659,705	26.8			
			20歳時体重から10kg以上増加	454	33.8	84,121	35.5	16,628	35.5	2,175,065	35.0			
			1回30分以上運動習慣なし	687	51.2	139,270	59.6	25,933	55.4	3,749,069	60.4			
			1日1時間以上運動なし	467	34.8	112,424	47.4	16,734	35.7	2,982,100	48.0			
			睡眠不足	382	28.4	60,465	25.6	13,268	28.3	1,587,311	25.6			
			毎日飲酒	279	20.8	56,946	23.6	10,430	22.2	1,658,999	25.5			
			時々飲酒	272	20.3	51,766	21.5	10,112	21.5	1,463,468	22.5			
			一日飲酒量	1合未満	850	70.9	105,121	65.6	24,975	66.5	2,978,351		64.1	
				1～2合	249	20.8	37,790	23.6	8,752	23.3	1,101,465		23.7	
2～3合	82	6.8		13,792	8.6	3,059	8.1	434,461	9.4					
3合以上	18	1.5		3,561	2.2	773	2.1	128,716	2.8					

参考資料 2 健診・医療・介護の一体的な分析

① 40～64歳(国保)



③65～74歳(後期)

松前町

E表：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する

参考：【K09】介護予防対象者一宮(介護・重症化予防) 【特定高齢者ケア一宮型】シブム4JF64C171

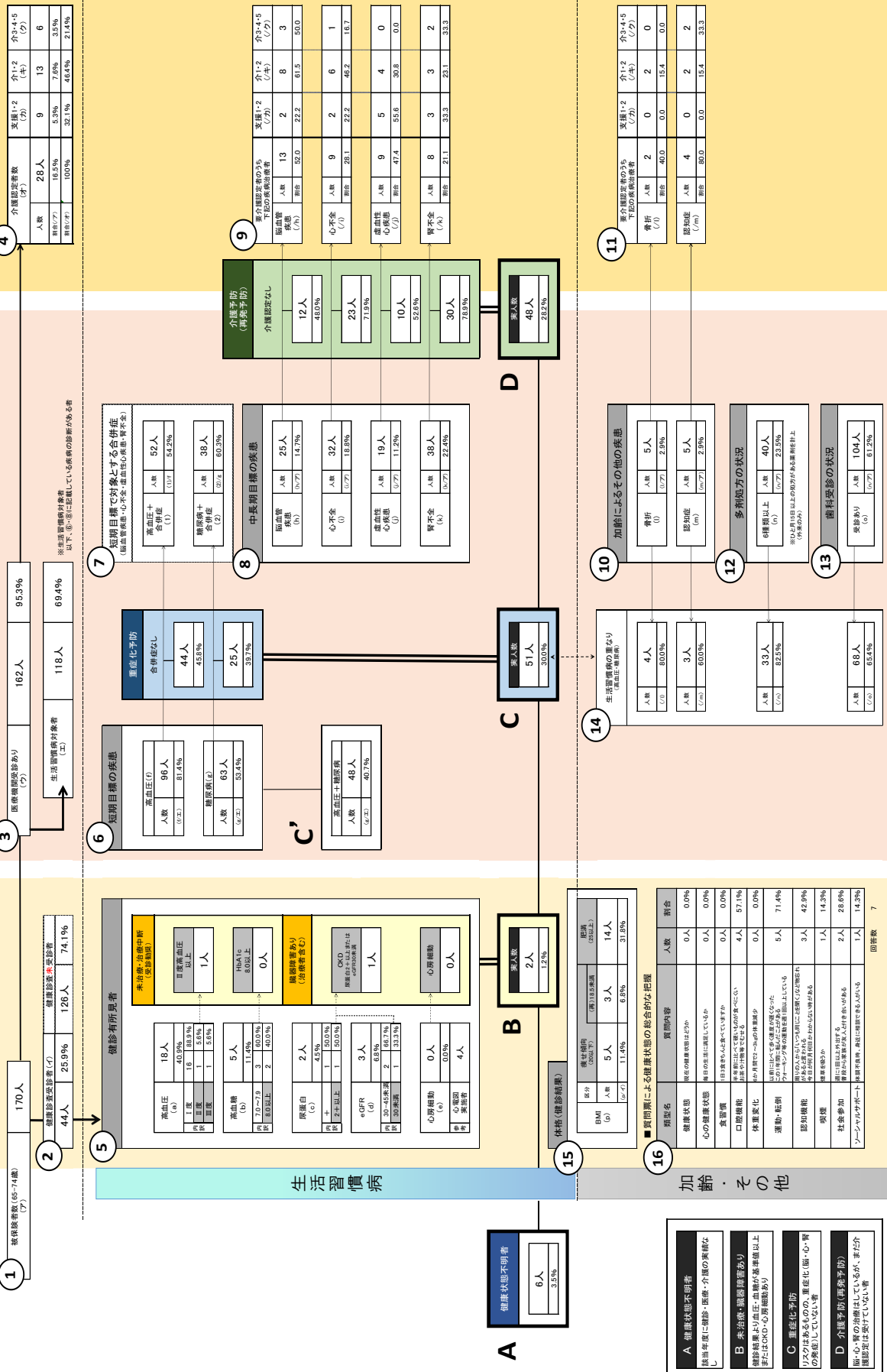
令和4年度

65～74歳(後期)

介護

医療

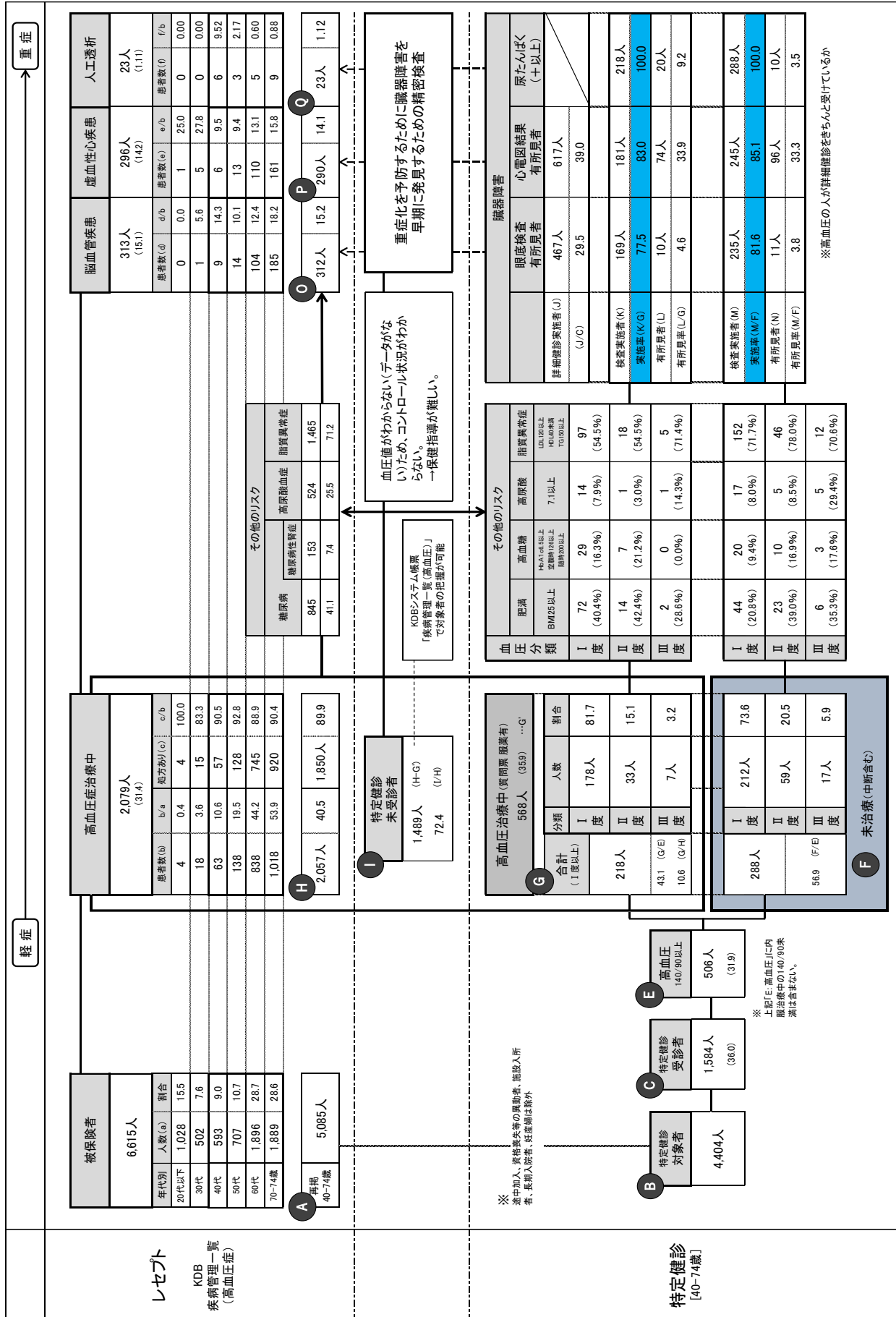
健診



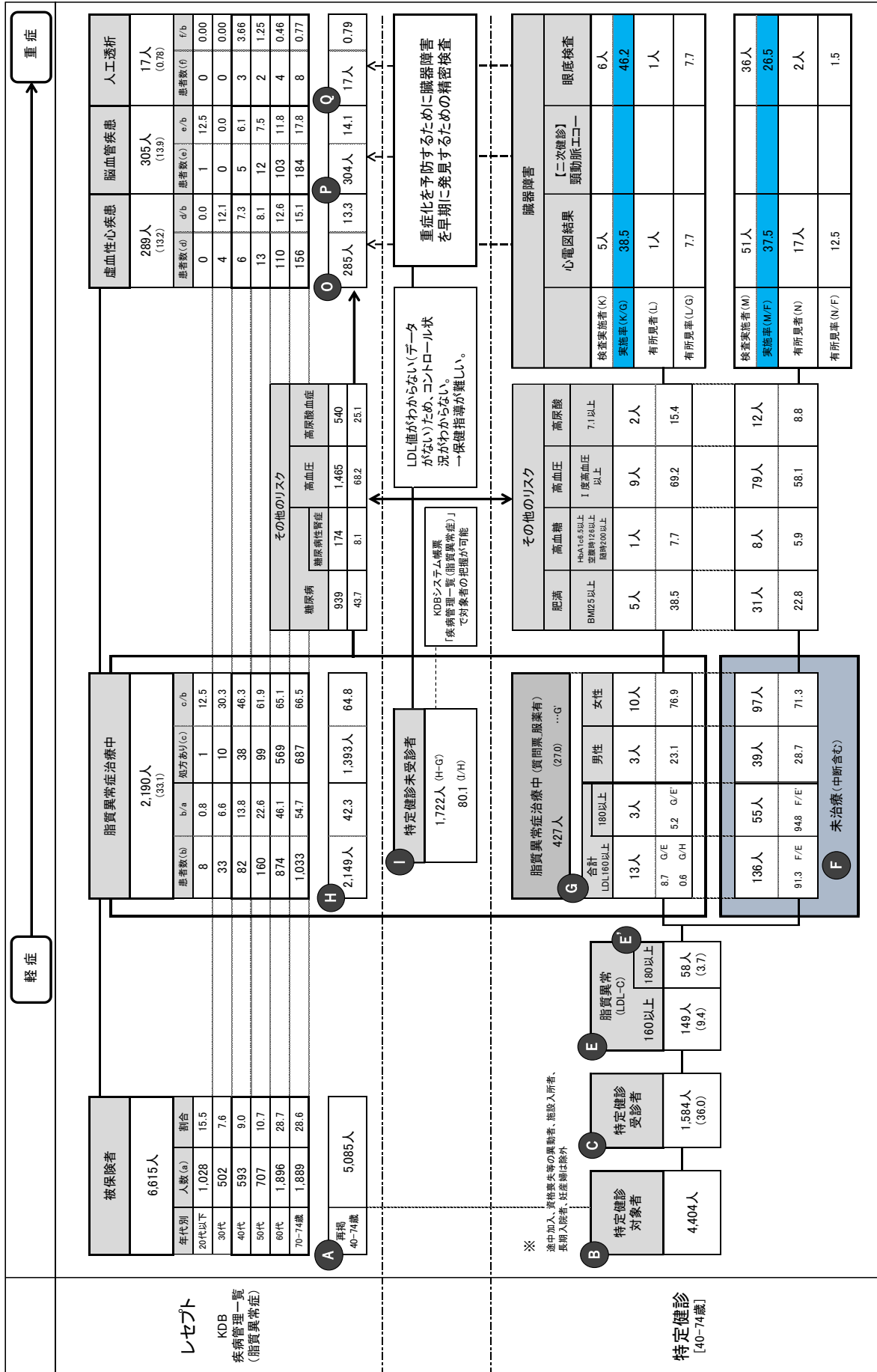
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	突合表	松前町										同規模保険者(平均)		データ基		
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1 ① 被保険者数	A	6,766人		6,807人		6,498人		6,402人		6,218人				KDB_厚生労働省様式様式3-2		
		(再掲)40-74歳		5,429人		5,296人		5,218人		5,199人		5,032人				
2 ① 特定健診	B	4,878人		4,748人		4,699人		4,579人		4,404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		
	C	2,033人		1,726人		1,365人		1,449人		1,584人						
		受診率		--		--		--		--						
3 ① 特定保健指導		272人		209人		166人		165人		174人						
		実施率		27.9%		35.4%		42.8%		42.4%		20.7%				
4 ① 健診データ	E	217人	10.4%	172人	9.7%	131人	9.3%	159人	10.6%	178人	10.8%			特定健診結果		
	F	73人	33.6%	73人	42.4%	55人	42.0%	69人	43.4%	64人	36.0%					
	G	144人	66.4%	99人	57.6%	76人	58.0%	90人	56.6%	114人	64.0%					
	J	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上		69人	47.9%	59人	59.6%	39人	51.3%	43人	47.8%	59人	51.8%			
		血圧 130/80以上		35人	50.7%	34人	57.6%	29人	74.4%	27人	62.8%	35人	59.3%			
		肥満 BMI25以上		30人	43.5%	31人	52.5%	21人	53.8%	23人	53.5%	25人	42.4%			
	M	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		75人	52.1%	40人	40.4%	37人	48.7%	47人	52.2%	55人	48.2%			
		第1期 尿蛋白(-)		156人	71.9%	122人	70.9%	110人	84.0%	141人	88.7%	145人	81.5%			
		第2期 尿蛋白(±)		19人	8.8%	15人	8.7%	11人	8.4%	5人	3.1%	14人	7.9%			
		第3期 尿蛋白(+)		41人	18.9%	33人	19.2%	10人	7.6%	13人	8.2%	19人	10.7%			
	⑩	第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	1人	0.6%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%			
5 ① レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		126.1人		122.3人		106.9人		120.0人		117.9人				KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	(再掲)40-74歳(被保険者千対)		155.5人		150.9人		130.9人		145.8人		144.1人					
	レセプト件数(40-74歳) (1)以内被保険者千対		4,674件 (887.4)		4,575件 (890.6)		4,430件 (857.0)		4,529件 (909.8)		4,437件 (937.1)		630,975件 (921.9)		KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	入院外(件数)		31件 (5.9)		25件 (4.9)		15件 (2.9)		22件 (4.4)		26件 (5.5)		2,654件 (3.9)			
	糖尿病治療中		853人 12.6%		808人 12.2%		690人 10.6%		768人 12.0%		733人 11.8%				KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	(再掲)40-74歳		844人 15.5%		799人 15.1%		683人 13.1%		758人 14.6%		725人 14.4%					
	健診未受診者		700人 82.9%		655人 82.0%		607人 88.9%		668人 88.1%		611人 84.3%					
	インスリン治療		83人 9.7%		82人 10.1%		80人 11.6%		101人 13.2%		91人 12.4%					
	(再掲)40-74歳		81人 9.6%		81人 10.1%		79人 11.6%		99人 13.1%		90人 12.4%					
	糖尿病性腎症		124人 14.5%		137人 17.0%		106人 15.4%		115人 15.0%		114人 15.6%					
	(再掲)40-74歳		124人 14.7%		136人 17.0%		106人 15.5%		115人 15.2%		114人 15.7%					
	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		15人 1.8%		15人 1.9%		12人 1.7%		14人 1.8%		13人 1.8%					
	(再掲)40-74歳		15人 1.8%		15人 1.9%		12人 1.8%		14人 1.8%		13人 1.8%					
	新規透析患者数		4人 0.5%		3人 0.4%		3人 0.4%		3人 0.4%		4人 0.5%					
	(再掲)糖尿病性腎症		3人 0.4%		2人 0.2%		2人 0.3%		1人 0.1%		1人 0.1%					
	【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)		21人 1.8%		29人 2.4%		25人 2.3%		23人 2.0%		27人 2.3%					
6 ① 医療費	総医療費		24億4233万円		24億1162万円		24億5256万円		23億6131万円		23億6008万円		21億6943万円			KDB 健診・健診・介護データから みる地域の健康課題
	生活習慣病総医療費		12億9618万円		13億7114万円		14億7916万円		13億5767万円		13億0978万円		11億4738万円			
	(総医療費に占める割合)		53.1%		56.9%		60.3%		57.5%		55.5%		52.9%			
	生活習慣病対象者一人あたり		6,225円		6,121円		2,711円		4,686円		5,683円		7,199円			
	健診未受診者		36,471円		41,516円		49,168円		41,831円		40,284円		37,856円			
	糖尿病医療費		1億3508万円		1億3365万円		1億3050万円		1億3277万円		1億3187万円		1億2598万円			
	(生活習慣病総医療費に占める割合)		10.4%		9.7%		8.8%		9.8%		10.1%		11.0%			
	糖尿病入院外総医療費		4億5650万円		4億3474万円		4億6424万円		4億6860万円		4億3496万円					
	1件あたり		40,370円		39,702円		45,523円		45,487円		43,737円					
	糖尿病入院総医療費		2億5561万円		2億2077万円		2億4379万円		2億3795万円		2億0757万円					
	1件あたり		662,213円		671,042円		673,448円		657,332円		652,735円					
	在院日数		16日		15日		14日		15日		15日					
	慢性腎不全医療費		1億2405万円		1億0455万円		1億1825万円		1億2155万円		1億1126万円		9872万円			
	透析有り		1億1907万円		9948万円		1億1116万円		1億1419万円		1億0587万円		9197万円			
	透析なし		498万円		508万円		709万円		736万円		539万円		675万円			
7 ① 介護	介護給付費		24億1333万円		24億7743万円		24億7743万円		25億6423万円		25億9148万円		21億9980万円			
	(2号認定者)糖尿病合併症		5件 29.4%		2件 15.4%		2件 13.3%		2件 11.8%		2件 8.7%					
8 ① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		5人 1.5%		2人 0.6%		4人 1.2%		6人 1.8%		5人 1.4%		926人 1.1%		KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題	

参考資料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

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病			合併症の危険が更に大きくなる						
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		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	1,574	743	47.2%	570	36.2%	162	10.3%	50	3.2%	34	2.2%	15	1.0%	32	2.0%	12	0.8%
H30	2,033	980	48.2%	683	33.6%	208	10.2%	90	4.4%	42	2.1%	30	1.5%	47	2.3%	18	0.9%
R01	1,726	815	47.2%	603	34.9%	186	10.8%	67	3.9%	37	2.1%	18	1.0%	29	1.7%	10	0.6%
R02	1,365	590	43.2%	530	38.8%	151	11.1%	51	3.7%	30	2.2%	13	1.0%	26	1.9%	6	0.4%
R03	1,449	627	43.3%	549	37.9%	160	11.0%	62	4.3%	35	2.4%	16	1.1%	33	2.3%	11	0.8%
R04	1,584	648	40.9%	604	38.1%	211	13.3%	66	4.2%	38	2.4%	17	1.1%	30	1.9%	14	0.9%

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		再掲率	
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲率	治療率		
											人数
H29	1,574	743	570	162	99	45	54	6.3%	45.5%	54.5%	6.3%
					49	20	29	3.1%	40.8%	59.2%	
H30	2,033	980	683	208	162	60	102	8.0%	37.0%	63.0%	8.0%
					72	22	50	3.5%	30.6%	69.4%	
R01	1,726	815	603	186	122	49	73	7.1%	40.2%	59.8%	7.1%
					55	11	44	3.2%	20.0%	80.0%	
R02	1,365	590	530	151	94	44	50	6.9%	46.8%	53.2%	6.9%
					43	13	30	3.2%	30.2%	69.8%	
R03	1,449	627	549	160	113	57	56	7.8%	50.4%	49.6%	7.8%
					51	21	30	3.5%	41.2%	58.8%	
R04	1,584	648	604	211	121	48	73	7.6%	39.7%	60.3%	7.6%
					55	15	40	3.5%	27.3%	72.7%	

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病			合併症の危険が更に大きくなる								
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		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			
治療中	H29	82	5.2%	3	3.7%	3	3.7%	22	26.8%	25	30.5%	20	24.4%	9	11.0%	20	24.4%	6	7.3%
	H30	141	6.9%	2	1.4%	14	9.9%	23	16.3%	52	36.9%	29	20.6%	21	14.9%	33	23.4%	9	6.4%
	R01	99	5.7%	4	4.0%	6	6.1%	16	16.2%	29	29.3%	31	31.3%	13	13.1%	22	22.2%	6	6.1%
	R02	73	5.3%	3	4.1%	5	6.8%	15	20.5%	20	27.4%	24	32.9%	6	8.2%	19	26.0%	3	4.1%
	R03	85	5.9%	2	2.4%	9	10.6%	18	21.2%	26	30.6%	22	25.9%	8	9.4%	20	23.5%	4	4.7%
	R04	106	6.7%	2	1.9%	9	8.5%	22	20.8%	33	31.1%	28	26.4%	12	11.3%	22	20.8%	10	9.4%
治療なし	H29	1,492	94.8%	740	49.6%	567	38.0%	140	9.4%	25	1.7%	14	0.9%	6	0.4%	12	0.8%	6	0.4%
	H30	1,892	93.1%	978	51.7%	669	35.4%	185	9.8%	38	2.0%	13	0.7%	9	0.5%	14	0.7%	9	0.5%
	R01	1,627	94.3%	811	49.8%	597	36.7%	170	10.4%	38	2.3%	6	0.4%	5	0.3%	7	0.4%	4	0.2%
	R02	1,292	94.7%	587	45.4%	525	40.6%	136	10.5%	31	2.4%	6	0.5%	7	0.5%	7	0.5%	3	0.2%
	R03	1,364	94.1%	625	45.8%	540	39.6%	142	10.4%	36	2.6%	13	1.0%	8	0.6%	13	1.0%	7	0.5%
	R04	1,478	93.3%	646	43.7%	595	40.3%	189	12.8%	33	2.2%	10	0.7%	5	0.3%	8	0.5%	4	0.3%

参考資料8 血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	1,574	510	32.4%	263	16.7%	386	24.5%	340	21.6%	61	3.9%	14	0.9%
H30	2,033	650	32.0%	327	16.1%	507	24.9%	441	21.7%	91	4.5%	17	0.8%
R01	1,726	526	30.5%	288	16.7%	444	25.7%	370	21.4%	83	4.8%	15	0.9%
R02	1,365	344	25.2%	201	14.7%	346	25.3%	359	26.3%	90	6.6%	25	1.8%
R03	1,449	397	27.4%	232	16.0%	353	24.4%	354	24.4%	88	6.1%	25	1.7%
R04	1,584	425	26.8%	265	16.7%	388	24.5%	390	24.6%	92	5.8%	24	1.5%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲		再Ⅲ度高血圧	未治療	治療	割合
					再Ⅱ度高血圧	割合	再Ⅲ度高血圧	割合					
									人数				
H29	1,574	773 49.1%	386 24.5%	340 21.6%	75 4.8%	48 64.0%	27 36.0%	14 0.9%	4.8%				
H30	2,033	977 48.1%	507 24.9%	441 21.7%	108 5.3%	71 65.7%	37 34.3%	17 0.8%	5.3%				
R01	1,726	814 47.2%	444 25.7%	370 21.4%	98 5.7%	74 75.5%	24 24.5%	15 0.9%	5.7%				
R02	1,365	545 39.9%	346 25.3%	359 26.3%	115 8.4%	73 63.5%	42 36.5%	25 1.8%	8.4%				
R03	1,449	629 43.4%	353 24.4%	354 24.4%	113 7.8%	76 67.3%	37 32.7%	25 1.7%	7.8%				
R04	1,584	690 43.6%	388 24.5%	390 24.6%	116 7.3%	76 65.5%	40 34.5%	24 1.5%	7.3%				

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	444	28.2%	67	15.1%	83	18.7%	136	30.6%	131	29.5%	23	5.2%	4	0.9%
	H30	597	29.4%	117	19.6%	109	18.3%	166	27.8%	168	28.1%	33	5.5%	4	0.7%
	R01	529	30.6%	87	16.4%	101	19.1%	174	32.9%	143	27.0%	21	4.0%	3	0.6%
	R02	442	32.4%	58	13.1%	54	12.2%	125	28.3%	163	36.9%	35	7.9%	7	1.6%
	R03	474	32.7%	83	17.5%	72	15.2%	149	31.4%	133	28.1%	31	6.5%	6	1.3%
	R04	568	35.9%	82	14.4%	103	18.1%	165	29.0%	178	31.3%	33	5.8%	7	1.2%
治療なし	H29	1,130	71.8%	443	39.2%	180	15.9%	250	22.1%	209	18.5%	38	3.4%	10	0.9%
	H30	1,436	70.6%	533	37.1%	218	15.2%	341	23.7%	273	19.0%	58	4.0%	13	0.9%
	R01	1,197	69.4%	439	36.7%	187	15.6%	270	22.6%	227	19.0%	62	5.2%	12	1.0%
	R02	923	67.6%	286	31.0%	147	15.9%	221	23.9%	196	21.2%	55	6.0%	18	2.0%
	R03	975	67.3%	314	32.2%	160	16.4%	204	20.9%	221	22.7%	57	5.8%	19	1.9%
	R04	1,016	64.1%	343	33.8%	162	15.9%	223	21.9%	212	20.9%	59	5.8%	17	1.7%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
総数	H29	1,574	764	48.5%	443	28.1%	231	14.7%	76	4.8%	60	3.8%
	H30	2,033	1,014	49.9%	498	24.5%	328	16.1%	119	5.9%	74	3.6%
	R01	1,726	842	48.8%	457	26.5%	274	15.9%	99	5.7%	54	3.1%
	R02	1,365	606	44.4%	350	25.6%	237	17.4%	114	8.4%	58	4.2%
	R04	1,584	767	48.4%	399	25.2%	269	17.0%	91	5.7%	58	3.7%
男性	H29	641	361	56.3%	164	25.6%	74	11.5%	21	3.3%	21	3.3%
	H30	832	492	59.1%	179	21.5%	102	12.3%	39	4.7%	20	2.4%
	R01	700	400	57.1%	179	25.6%	80	11.4%	26	3.7%	15	2.1%
	R02	582	283	48.6%	152	26.1%	95	16.3%	33	5.7%	19	3.3%
	R04	682	369	54.1%	172	25.2%	99	14.5%	33	3.7%	17	2.5%
女性	H29	933	403	43.2%	279	29.9%	157	16.8%	55	5.9%	39	4.2%
	H30	1,201	522	43.5%	319	26.6%	226	18.8%	80	6.7%	54	4.5%
	R01	1,026	442	43.1%	278	27.1%	194	18.9%	73	7.1%	39	3.8%
	R02	783	323	41.3%	198	25.3%	142	18.1%	81	10.3%	39	5.0%
	R04	902	398	44.1%	227	25.2%	170	18.8%	66	7.3%	41	4.5%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲	再)180以上	未治療	治療	割合
					人数	割合	割合					
H29	1,574	764 48.5%	443 28.1%	231 14.7%	136	122	14	3.8%	8.6%	10.3%	8.6%	3.8%
					60	53	7					
H30	2,033	1,014 49.9%	498 24.5%	328 16.1%	193	172	21	3.6%	9.5%	10.9%	9.5%	3.6%
					74	68	6					
R01	1,726	842 48.8%	457 26.5%	274 15.9%	153	139	14	3.1%	8.9%	9.2%	8.9%	3.1%
					54	51	3					
R02	1,365	606 44.4%	350 25.6%	237 17.4%	172	163	9	4.2%	12.6%	5.2%	12.6%	4.2%
					58	53	5					
R03	1,449	673 46.4%	353 24.4%	255 17.6%	168	158	10	3.4%	11.6%	6.0%	11.6%	3.4%
					49	47	2					
R04	1,584	767 48.4%	399 25.2%	269 17.0%	149	136	13	3.7%	9.4%	8.7%	9.4%	3.7%
					58	55	3					

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	379	24.1%	244	64.4%	92	24.3%	29	7.7%	7	1.8%	7	1.8%
	H30	505	24.8%	332	65.7%	115	22.8%	37	7.3%	15	3.0%	6	1.2%
	R01	451	26.1%	307	68.1%	91	20.2%	39	8.6%	11	2.4%	3	0.7%
	R02	325	23.8%	223	68.6%	71	21.8%	22	6.8%	4	1.2%	5	1.5%
	R04	427	27.0%	297	69.6%	93	21.8%	24	5.6%	10	2.3%	3	0.7%
治療なし	H29	1,195	75.9%	520	43.5%	351	29.4%	202	16.9%	69	5.8%	53	4.4%
	H30	1,528	75.2%	682	44.6%	383	25.1%	291	19.0%	104	6.8%	68	4.5%
	R01	1,275	73.9%	535	42.0%	366	28.7%	235	18.4%	88	6.9%	51	4.0%
	R02	1,040	76.2%	383	36.8%	279	26.8%	215	20.7%	110	10.6%	53	5.1%
	R04	1,157	73.0%	470	40.6%	306	26.4%	245	21.2%	81	7.0%	55	4.8%