

第3期保健事業実施計画 (データヘルス計画)

令和6年度～令和11年度



令和6年3月
愛媛県松野町

保健事業実施計画（データヘルス計画）目次

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的な考え方	1
1 背景・目的	
2 計画の位置付けと基本的な考え方	
3 計画期間	
4 関係者が果たすべき役割と連携	
5 保険者努力支援制度	
第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化	10
1 保険者の特性	
2 第2期計画にかかる評価及び考察	
3 第3期における健康課題の明確化	
4 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）	32
1 第4期特定健康診査等実施計画について	
2 目標値の設定	
3 対象者の見込み	
4 特定健診の実施	
5 特定保健指導の実施	
6 個人情報保護の確保	
7 結果の報告	
8 特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第4章 課題解決するための個別保健事業	39
1 保健事業の方向性	
2 重症化予防の取組み	
3 重症化予防事業の取組み	
Ⅰ 糖尿病性腎症重症化予防	
Ⅱ 虚血性心疾患重症化予防	
Ⅲ 脳血管疾患重症化予防	
4 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	
5 発症予防	
6 ポピュレーションアプローチ	
第5章 計画の評価・見直し	55
1 評価・見直しの時期	

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 56

1 計画の公表・周知

2 個人情報の取扱い

参考資料 57

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的な考え方

1 背景・目的

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

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

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

このような国の動きや町の課題等を踏まえ、保健事業を引き続き実施するにあたり、松野町においても国の指針に基づいて、「第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）」（以下「データヘルス計画」という。）を策定します。

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

（H25.6 閣議決定）

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

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

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

2 計画の位置付けと基本的な考え方

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

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、県計画である「えひめ健康づくり21」や「第3期愛媛県医療費適正化計画」、町の計画である「森の国まつの健康づくり計画（第3次）」、「松野町高齢者福祉計画及び松野町第9期介護保険事業計画」、松野町高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施基本方針、松野町国民健康保険事業計画、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。（図表1）

また、「特定健診等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、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（以下「高確法」という。）に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め健診・保健指導に関わる専門職が、理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。（図表2、3、4、5）

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

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

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

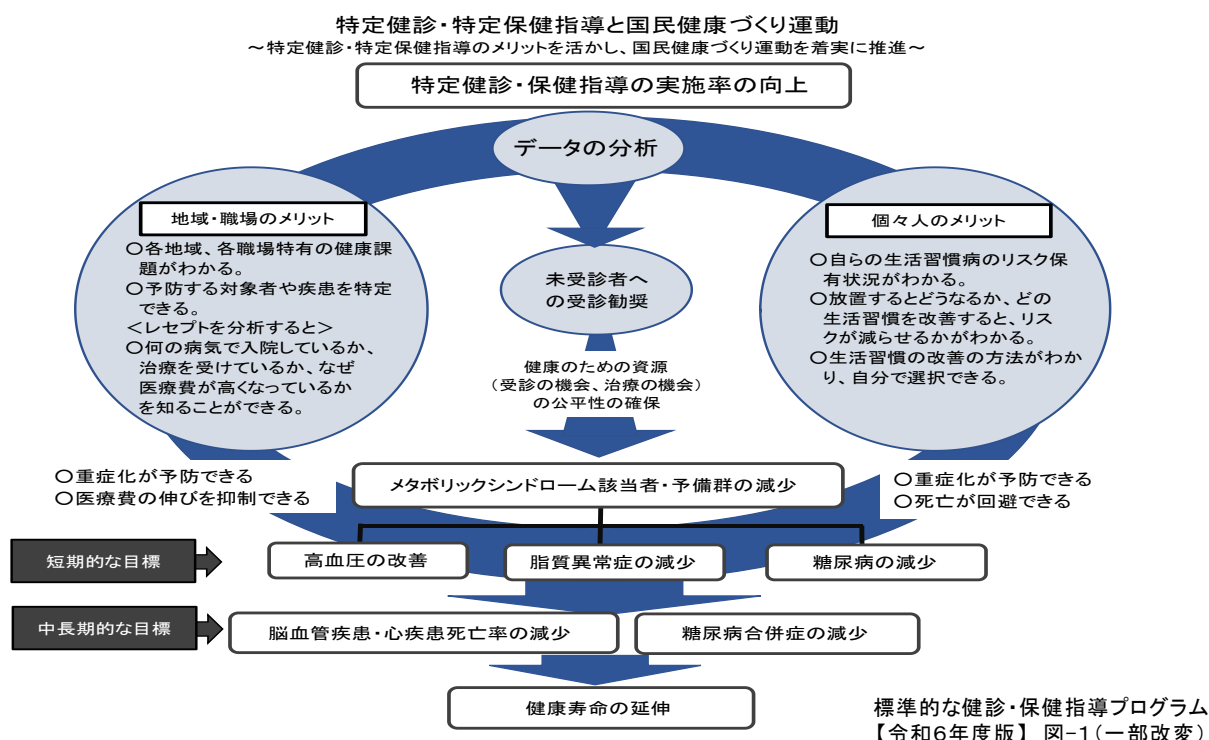
※6 KDB：国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

【図表1】データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

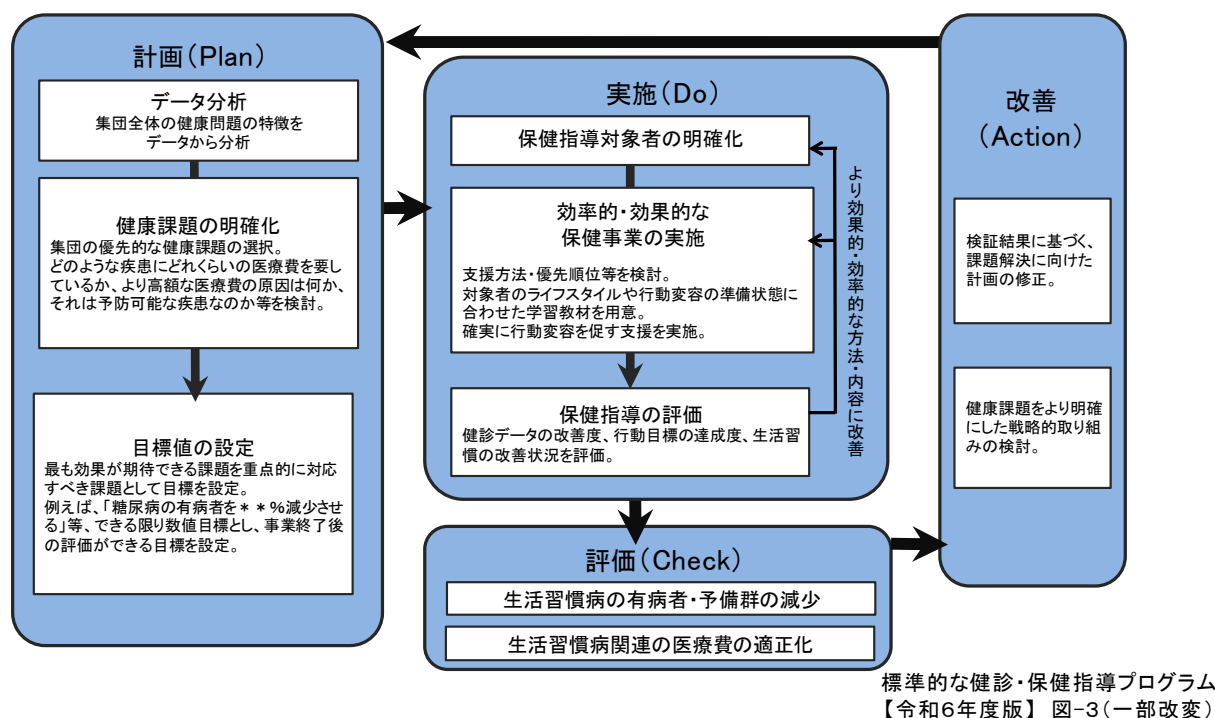
	健康増進計画	※健康増進事業実施者とは「健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法」		医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効 率的な保健事業の実施を図るため の保健事業実施計画を策定、保健 事業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域の条 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も配慮	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、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病合併症 (糖尿病性腎症) 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 がん 精神疾患	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患 認 知 症 フレイル 口腔機能低下、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 とも、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・事業費適正化)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

【図表2】特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



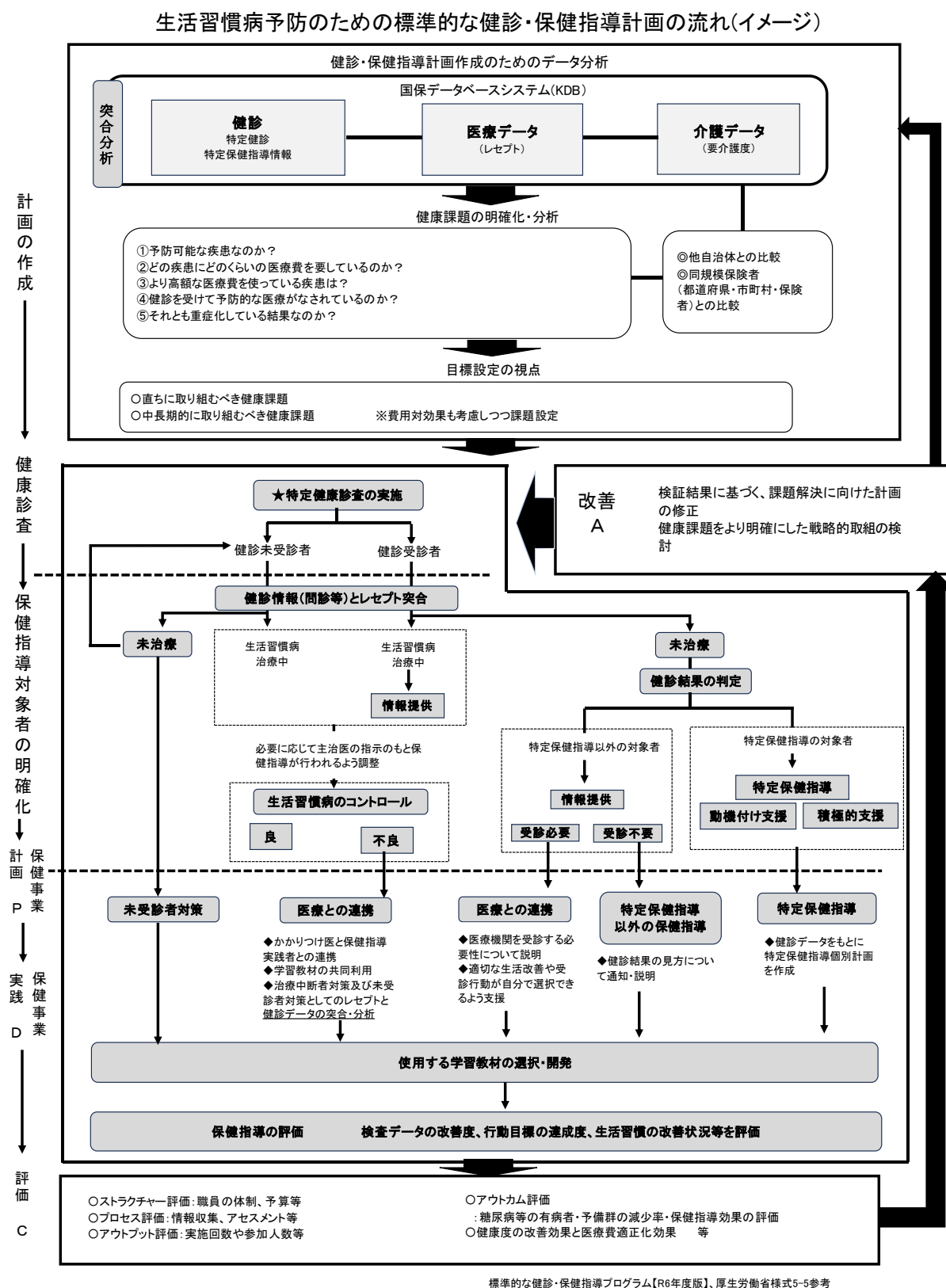
注) プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸、ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

【図表3】保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル



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

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



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（平成30年度版）における基本的な考え方（一部改変）

	老人保健法		高齢者の医療を確保する法律
	かつての健診・保健指導		現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導		内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につなげる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体メカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、実施する。
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を読み解くとともに、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

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析（生活習慣病に関するガイドライン）

行動変容を促す手法

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

3 計画期間

データヘルス計画の期間については、国指針第5の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされています。また、国民健康保険事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引きにおいて、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、特定健康診査等実施計画、医療費適正化計画や医療計画が6年を一期としていることから、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

4 関係者が果たすべき役割と連携

1 国保の役割

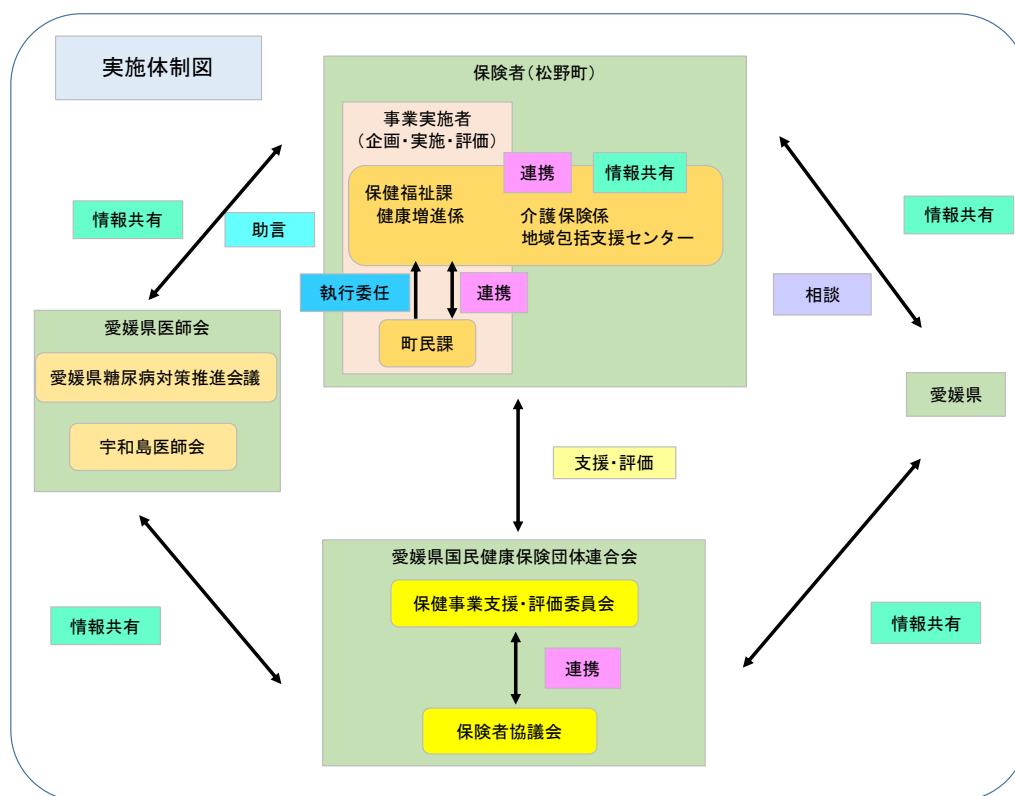
このデータヘルス計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の推進を図るために、町民課（国保担当課）から保健事業の執行委任を受けている保健福祉課が主体となって保険者の健康課題を分析し策定等を進めます。また計画に基づき、関係機関と連携し、実施した保健事業の評価や計画評価を行い、必要に応じて計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、国保担当課の町民課、保健福祉課内の介護保険係（高齢者福祉も所管）、

地域包括支援センターとも十分連携を図ることとします。

さらに、計画期間を通じてP D C Aサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、事業の体制を整えます。（図表6）

【図表6】松野町の実施体制図（令和5年12月時点）



2 関係機関との連携

外部有識者とは、「愛媛県国民健康保険団体連合会」（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される「支援・評価委員会」等のことをいいます。

「国保連」は、保険者である市町等の共同連合体として、計画策定においては健診データやレセプトデータ等による課題抽出、事業実施後の評価分析などにおいてはK D Bの活用によるデータ分析や技術支援を行っており、保険者への研修の充実に努めることも期待されています。

「支援・評価委員会」は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援などを積極的に行うことが期待されています。

また、県においても、平成30年度から市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となっており、市町村国保の保険者機能の強化については県の関与がさらに重要となります。市町村国保は計画案などについて県の関係課と意見交換や助言を求め、連携に努めていくことが求められます。

さらに、保険者と郡市医師会等、地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、県が県医師会等との連携を推進することも重要であり、国保連と都道府県は、とも

に市町村等の保険者等の支援をする立場にあることから、松野町としても、愛媛県及び国保連との連携を積極的に努めていきます。

保険者は、年齢到達による後期高齢者医療への移行、退職等による被保険者の往来が多いことから他の医療保険者との連携、協力が必要で、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努め、国保連が運営する「保険者協議会」等を活用することも有用であると考えます。

3 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、計画策定にあたっては、国保運営協議会の委員でもある被保険者からも意見等をいただきました。

5 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組み等に対する支援を行うため、保険者の取組み状況に応じて交付金を交付する制度として、平成30年度より本格的に実施されています。(図表7)

松野町では令和2年度以降、新型コロナウイルス感染症に関する緊急事態宣言による事業の中止、新型コロナワクチン接種の迅速な対応などが優先となる中で、健康診断やがん検診などの健康づくりに関する事業を実施しましたが、保健師不足が顕著であった第2期計画の後半は、その後の十分な事業展開ができていませんでした。

共通指標①の評価点数の低さは、保健指導実施率が年々低下しているため、評価として下がっています。また、一体的事業についても、企画調整担当の医療専門職確保が困難な実情から令和5年度まで取組んでおらず、評価点が低くなっています。

【図表 7】 保険者努力支援制度評価指標（市町村分）

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点	
			松野町	配点	松野町	配点	松野町	配点
交付額(千円)			2394		1699		1826	
全国順位(1,741市町村中)			406位		1242位		1173位	
共通 の 指 標	①	(1)特定健康診査受診率	25	70	30	70	10	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	30	40	55	40	47	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	90	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	90	90	35	90	45	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	40	50	35	50	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	130	130	80	130	80	130
固有 の 指 標	①	保険料(税)収納率	25	100	25	100	25	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	15	30	5	40	12	40
	⑤	第三者求償の取組	38	40	43	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	69	95	57	100	60	100
合計点			647	1,000	505	960	509	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

令和5年9月末現在の松野町は人口約3,600人、高齢化率は約47%の県内最小で高齢の町です。被保険者の平均年齢も59歳を超えており、同規模、県、国と比較しても高齢者の割合は高く、出生率は低くなっています。

産業においては、第1次産業の従事者割合は16.2%と県、国の割合よりも高く、第2次産業は18.7%、第3次産業は65.0%で、町の財政指数は県、国と比較しても低くなっています。(図表8)

当町の国保加入率は25.3%で、加入者の年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約60%を占めています。(図表9) このことから、当町の被保険者の収入が公的年金中心の方が多数であることが見えてきます。

また松野町内には、唯一の入院施設でもある1か所の国保中央診療所、3か所の出張診療所がありますが、建物の老朽化などもあり、3か所の出張診療所は閉鎖することが決まっています。

同規模と比較しても、医師の数、病床数も少なく、医療資源が乏しく町外での受診加療の高い傾向が伺えます。(図表10)

【図表8】同規模・県・国と比較した松野町の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
松野町	3,671	47.2	927 (25.3)	59.2	3.5	24.2	0.2	16.2	18.7	65.0
同規模	--	41.4	27.1	54.5	4.9	18.9	0.2	22.3	20.6	57.2
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、松野町と同規模保険者(274市町村)の平均値を表す

【図表9】国保の加入状況

	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4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	1,095		1,049		1,020		964		927	
65～74歳	609	55.6	595	56.7	601	58.9	580	60.2	551	59.4
40～64歳	327	29.9	307	29.3	281	27.5	254	26.3	244	26.3
39歳以下	159	14.5	147	14.0	138	13.5	130	13.5	132	14.2
加入率	26.9		25.8		25.1		23.7		25.3	

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 1 0】医療の状況（被保険者千人あたり）

	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		参考(R4)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
											割合	割合
病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.3	0.5
診療所数	6	5.5	6	5.7	6	5.9	6	6.2	6	6.5	3.6	4.3
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	21.9	73.4
医師数	3	2.7	3	2.9	2	2.0	2	2.1	3	3.2	3.3	13.7
外来患者数	724.4		748.6		660.9		699.9		719.2		653.6	748.2
入院患者数	30.6		34.8		27.9		31.7		32.0		22.9	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期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

2つ目は短期的な目標として、年度ごとに中長期的な目標を達成するために必要な目標疾患として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症の改善・減少を設定しました。（P 4 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

ア 介護給付費の状況

松野町における令和4年度の要介護認定者は、2号被保険者（40～64歳）で0人、1号被保険者（65歳以上）で385人（認定率22.2%）となっています。同規模・県・国と比較すると高い状況ですが、平成30年度からは減少しています。（図表 1 1）

人口減少などの影響も考えられますが、介護給付費総額も6億3000万円から5億8000万円に減少する中、1人あたりの給付費も下がっています。（図表 1 2）

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、脳血管疾患（脳出血・脳梗塞）が、1号被保険者での約5割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症の有病状況は、全年齢で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適正化においても重要な位置づけであるといえます。（図表 1 3）

【図表 1 1】要介護認定者（率）の状況

	松野町				同規模	県	国
	平成30年度		令和4年度		令和4年度	令和4年度	令和4年度
高齢化率	1,726人	42.5%	1,733人	47.2%	41.4%	33.4%	28.7%
2号認定者	5人	0.37%	0人	0.00%	0.38%	0.41%	0.38%
新規認定者					--	--	--
1号認定者	425人	24.6%	385人	22.2%	19.9%	21.6%	19.4%
新規認定者	50人		36人		--	--	--
65～74歳	45人	6.2%	34人	4.4%	--	--	--
新規認定者	9人		7人		--	--	--
75歳以上	380人	38.0%	351人	36.4%	--	--	--
新規認定者	41人		29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 1 2】介護給付費の変化

	松野町		同規模	県	国
	平成30年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度
総給付費	6億3038万円	5億7793万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	365,224	333,488	323,222	320,144	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	78,065	75,864	80,543	62,527	59,662
居宅サービス	57,114	55,051	42,864	44,617	41,272
施設サービス	281,490	288,224	288,059	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 1 3】血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況（令和4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)			0		34		351		385		385		
再)国保・後期			0		28		302		330		330		
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
	循環器疾患	1	脳卒中	0 --	脳卒中	14 50.0%	脳卒中	139 46.0%	脳卒中	153 46.4%	脳卒中	153 46.4%	
		2	虚血性心疾患	0 --	虚血性心疾患	5 17.9%	虚血性心疾患	139 46.0%	虚血性心疾患	144 43.6%	虚血性心疾患	144 43.6%	
		3	腎不全	0 --	腎不全	2 7.1%	腎不全	43 14.2%	腎不全	45 13.6%	腎不全	45 13.6%	
	合併症		4	糖尿病合併症	0 --	糖尿病合併症	2 7.1%	糖尿病合併症	21 7.0%	糖尿病合併症	23 7.0%	糖尿病合併症	23 7.0%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			0 --	基礎疾患	27 96.4%	基礎疾患	293 97.0%	基礎疾患	320 97.0%	基礎疾患	320 97.0%	
	血管疾患合計			0 --	合計	28 100.0%	合計	298 98.7%	合計	326 98.8%	合計	326 98.8%	
	認知症			認知症	0 --	認知症	3 10.7%	認知症	122 40.4%	認知症	125 37.9%	認知症	125 37.9%
	筋・骨格疾患			筋骨格系	0 --	筋骨格系	27 96.4%	筋骨格系	296 98.0%	筋骨格系	323 97.9%	筋骨格系	323 97.9%

※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

イ 医療費の状況

松野町の医療費は、国保加入者の減少に伴い、総医療費も約5,000万円減少しています。一人あたりの医療費は約39万円で同規模平均値より約2.3万円高く、平成30年度と比較しても約1.3万円伸びています。

入院医療費は、レセプト件数全体のわずか4.3%程度にも関わらず、医療費全体の48%を占めており、1件あたりの入院医療費も平成30年度と比較しても2万円高くなっています。(図表14)

また年齢調整をした地域差指数でみても、入院は全国平均の1を大きく超えて県内1位となっており、地域差指数が平成30年度よりも伸びています。逆に、外来受診は全国平均より下がって県内19位となっています。後期でみると、入院は少なく外来受診が増えていることが伺えます。(図表15)

一人あたり医療費の高さは、件数割合に比べて費用割合の高い入院が主要因であり、入院の疾病分析も必要です。生活習慣病の重症化による入院を防ぐには、予防可能な生活習慣病の発症予防、重症化予防が重要であり、未治療者についても取組む必要があります。

【図表14】医療費の推移

		松野町		同規模	県	国
		平成30年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度
被保険者数(人)		1,095人	927人	--	--	--
前期高齢者割合		609人 (55.6%)	551人 (59.4%)	--	--	--
総医療費		4億1352万円	3億6225万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		377,647 県内5位 同規模86位	390,774 県内13位 同規模108位	367,527	390,048	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	460,490	480,040	588,220	580,300	617,950
	費用の割合	45.7	48.0	44.9	42.3	39.6
	件数の割合	4.1	4.3	3.4	3.0	2.5
外来	1件あたり費用額	23,180	23,150	25,290	24,300	24,220
	費用の割合	54.3	52.0	55.1	57.7	60.4
	件数の割合	95.9	95.7	96.6	97.0	97.5
受診率		755.024	751.126	676.49	771.192	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は松野町と同規模保険者274市町村の平均値を表す

【図表 1 5】 一人あたり（年齢調整後）地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		松野町（県内市町村中）		県（47県中）	松野町（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	1.037	1.019	1.027	0.799	0.754	1.014
		(10位)	(13位)	(21位)	(19位)	(20位)	(19位)
	入院	1.220	1.254	1.089	0.730	0.549	1.037
		(5位)	(1位)	(20位)	(19位)	(20位)	(21位)
	外来	0.939	0.870	0.993	0.897	1.017	1.001
		(17位)	(19位)	(23位)	(16位)	(8位)	(14位)

出典：地域差分析(厚生労働省)

ウ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が総医療費に占める割合については、平成30年度と比較すると減少しています。また、中長期目標の疾患についても、慢性腎不全（透析無）以外は減少しています。同規模、県よりも低い割合となっています。（図表16）

患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成30年度と比較してみると、脳血管疾患は患者数及び割合が減少したものの、虚血性心疾患と人工透析については、患者数は減少していますが割合は横ばいでした。（図表17）

脳血管疾患は発症時の急性期、リハビリ等による慢性期、退院後の介護など、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患です。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 1 6】 中長期目標疾患の医療費の推移

			松野町		同規模	県	国
			平成30年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度
総医療費(円)			4億1352万円	3億6225万円	--	--	--
中長期目標疾患医療費合計(円)			3227万円	1974万円	--	--	--
			7.80%	5.45%	7.24%	7.91%	8.03%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.72%	0.78%	2.12%	2.30%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.07%	0.91%	1.46%	1.58%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.72%	3.21%	3.29%	3.75%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.29%	0.56%	0.37%	0.27%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		10.69%	13.22%	17.57%	17.44%	16.69%
	筋・骨疾患		9.44%	8.99%	9.33%	9.80%	8.68%
	精神疾患		14.52%	15.26%	7.82%	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 1 7】 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		疾患別	中長期目標の疾患					
					脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
		平成30年度	令和4年度		平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度
治療者(人) 0～74歳	A	1,095	927	a	95	71	71	61	6	4
				a/A	8.7%	7.7%	6.5%	6.6%	0.5%	0.4%
40歳以上	B	936	795	b	95	71	70	60	6	4
	B/A	85.5%	85.8%	b/B	10.1%	8.9%	7.5%	7.5%	0.6%	0.5%
再掲	40～64歳	C	327	c	21	7	15	8	5	2
		C/A	29.9%	c/C	6.4%	2.9%	4.6%	3.3%	1.5%	0.8%
	65～74歳	D	609	d	74	64	55	52	1	2
		D/A	55.6%	d/D	12.2%	11.6%	9.0%	9.4%	0.2%	0.4%

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

ア 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えている一方で、合併症（重症化）でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合は減っています。また、糖尿病合併症である、腎症、網膜症について治療者割合は減少していますが、神経障害の割合は微増です。特に、40～64歳の重症化人数も減少していることから、早期の治療は重症化を予防し、医療費の適正化につながることもうかがえます。

松野町では、特定健診の結果説明において、特に治療が必要な値の方に対して受診勧奨も含めた保健指導を個別で実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるよう今後も継続していきます。(図表 1 8、1 9、2 0)

【図表 1 8】 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	
		平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度
被保険者数		936	795	327	244	609	551
高血圧症治療者(人)	A	423	378	80	60	343	318
	A/被保数	45.2%	47.5%	24.5%	24.6%	56.3%	57.7%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	39	12	2	44	37
		B/A	10.3%	15.0%	3.3%	12.8%	11.6%
	虚血性心疾患	C	41	8	5	46	36
		C/A	10.8%	10.0%	8.3%	13.4%	11.3%
	人工透析	D	4	4	2	1	2
		D/A	1.1%	5.0%	3.3%	0.3%	0.6%

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 1 9】 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	
			平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度
糖尿病治療者(人)		A	209	205	53	42	156	163
		A/被保数	22.3%	25.8%	16.2%	17.2%	25.6%	29.6%
(中長期合併症目標疾患)	脳血管疾患	B	29	21	7	1	22	20
		B/A	13.9%	10.2%	13.2%	2.4%	14.1%	12.3%
	虚血性心疾患	C	37	32	9	6	28	26
		C/A	17.7%	15.6%	17.0%	14.3%	17.9%	16.0%
	人工透析	D	5	2	4	1	1	1
		D/A	2.4%	1.0%	7.5%	2.4%	0.6%	0.6%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	19	15	6	1	13	14
		E/A	9.1%	7.3%	11.3%	2.4%	8.3%	8.6%
	糖尿病性網膜症	F	33	15	7	3	26	12
		F/A	15.8%	7.3%	13.2%	7.1%	16.7%	7.4%
	糖尿病性神経障害	G	8	9	1	1	7	8
		G/A	3.8%	4.4%	1.9%	2.4%	4.5%	4.9%

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 2 0】 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度
脂質異常症治療者(人)		A	367	342	87	62	280	280
		A/被保数	39.2%	43.0%	26.6%	25.4%	46.0%	50.8%
(中長期合併症目標疾患)	脳血管疾患	B	37	34	9	1	28	33
		B/A	10.1%	9.9%	10.3%	1.6%	10.0%	11.8%
	虚血性心疾患	C	48	42	11	6	37	36
		C/A	13.1%	12.3%	12.6%	9.7%	13.2%	12.9%
	人工透析	D	5	3	4	2	1	1
		D/A	1.4%	0.9%	4.6%	3.2%	0.4%	0.4%

出典：KDBシステム_疾病管理一覧(脂質異常症)
地域の全体像の把握

イ 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c 7.0以上を平成30年度と令和3年度と比較してみたところ、有所見者の割合が伸びています。また令和3年度の有所見者のうち未治療者について、健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約40%、糖尿病では0%でした。

(図表 2 1)

治療中断については、医師の指示によるものなのか自己判断なのか確認が必要ですが、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、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

【図表 2 1】 結果の改善と医療のかかり方

	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			
	平成30年度		令和3年度		平成30年度		問診結果		令和3年度		問診結果		レセプト情報(R3.4～R4.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	平成30年度		未治療 (内服なし)		令和3年度		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
松野町	424	52.5	373	51.7	43	10.1	24	55.8	46	12.3	26	56.5	18	39.1	1	2.2
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

	健診受診率				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			
	平成30年度		令和3年度		平成30年度		問診結果		令和3年度		問診結果		レセプト情報(R3.4～R4.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	平成30年度		未治療 (内服なし)		令和3年度		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					I	I/A	J	J/I	K	K/B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
松野町	421	52.5	373	51.7	23	5.5	8	34.8	26	7.0	5	19.2	0	0.0	0	0.0
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、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。

松野町の特健診結果において平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は約20%、さらに3項目すべての危険因子が重なっている該当者割合は約6～7%と、ほぼ横ばいです。(図表22)

重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDLコレステロール160以上の有所見割合を見ると、いずれも微増しているものの、翌年度の結果を見ると、Ⅱ度高血圧以上、LDLコレステロール160以上の方の改善率は高く、悪化率も低くなっています。一方、糖尿病については、悪化率が2～3割と高く、改善率よりも高い状態です。また、翌年度の健診を受診していない方がいずれも1～2割程度存在しており、資格異動も考えられますが結果把握ができていません。

今後も、結果の改善につながる保健指導の実施、継続受診の働きかけを行う必要性があります。(図表23、24、25)

【図表 2 2】メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者			予備群
			3項目	2項目	
平成30年度	424 (52.5%)	98 (23.1%)	32 (7.5%)	66 (15.6%)	57 (13.4%)
令和4年度	367 (53.8%)	81 (22.1%)	23 (6.3%)	58 (15.8%)	27 (7.4%)

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表 2 3】HbA1c 6.5 以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	HbA1c 6.5 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30 → R1	52 (12.4%)	12 (23.1%)	13 (25.0%)	17 (32.7%)	10 (19.2%)
R3 → R4	53 (14.2%)	8 (15.1%)	26 (49.1%)	10 (18.9%)	9 (17.0%)

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表 2 4】Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30 → R1	43 (10.1%)	19 (44.2%)	9 (20.9%)	2 (4.7%)	13 (30.2%)
R3 → R4	46 (12.3%)	27 (58.7%)	8 (17.4%)	1 (2.2%)	10 (21.7%)

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表 2 5】LDL 160 以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30 → R1	43 (10.1%)	19 (44.2%)	9 (20.9%)	2 (4.7%)	13 (30.2%)
R3 → R4	46 (12.3%)	27 (58.7%)	8 (17.4%)	1 (2.2%)	10 (21.7%)

出典：ヘルスサポートラボツール

（4）健診受診率及び保健指導実施率の推移

松野町の特定健診受診率は、平成30年度には52.5%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、受診前の行動確認を行っていた令和2年度は受診率が低下しました。受診率はその後回復しましたが、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。（図表26）

特定健診の年代別の受診率では、対象者数自体が少なく、1人の受診による変動が大きい40～50代は、年ごとに受診率のバラつきがあります。（図表27）また、早期からの生活習慣病対策を目的に40歳未満の若年者健診も実施しています。

特定保健指導については、令和2年度以降、実施率が下がっています。これは、特定

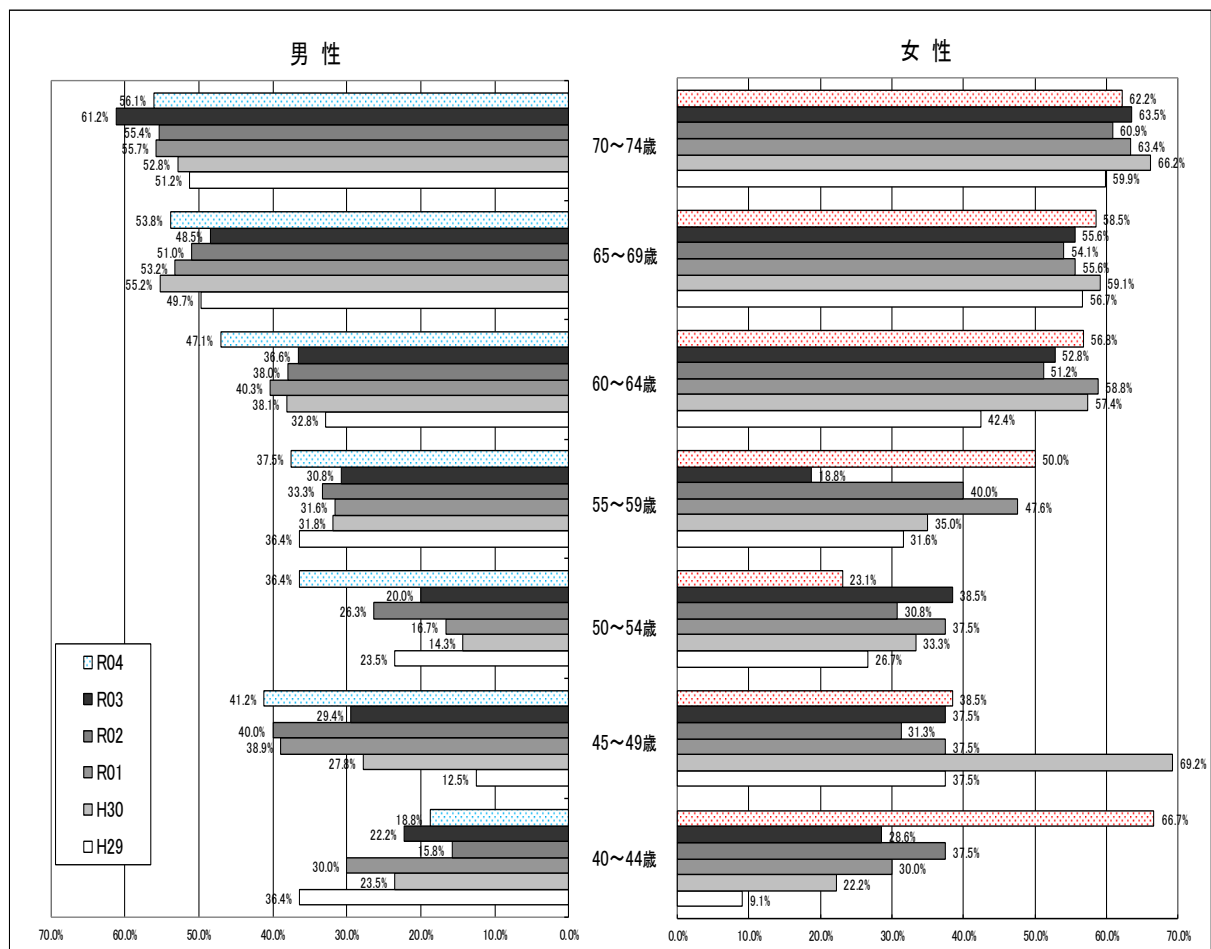
保健指導対象者が「糖尿病性腎症等重症化予防事業」の対象と重なり、受診勧奨優先で対応したこと、前年度終了者が続けて対象となった場合、マンパワーの不足から新規の保健指導対象者を優先し、継続対象者に積極的に働きかけてこなかったことにも原因があると考えます。さらに、個別健診受診者に対しての特定保健指導がほとんど取組めておらず、今後の課題でもあります。

【図表 2 6】 特定健診・特定保健指導の推移

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 目標値
特定健診	受診者数	424	415	392	373	367	健診受診率 60%
	受診率	52.5%	52.2%	50.3%	51.7%	53.8%	
特定保健指導	該当者数	53	51	47	40	28	特定保健指導 実施率 60%
	割合	12.5%	12.3%	12.0%	10.7%	7.6%	
	実施者数	23	22	16	11	7	
	実施率	43.4%	43.1%	34.0%	27.5%	25%	

出典：特定健診法定報告データ

【図表 2 7】 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 保健事業の評価と課題

(1) 糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病性腎症重症化予防事業では、健診結果から抽出した対象者を優先的に支援してきました。まず、検査値が受診勧奨値を越えていること、このままだと身体にどんな変化を起こすのかなどのメカニズムを説明し、「生活習慣病連絡票」を活用しての受診を勧めています。受診勧奨者の中には、例えば高血圧治療中で血糖もあわせて経過観察をしている方もいますが、医療機関から連絡票の返信で受診確認もでき、情報共有しながら支援できるよう努めています。(図表28)

治療中のコントロール不良者もいるため、重症化につながらないよう「わがこと」として生活習慣改善につながるよう支援していきたいと考えます。(参考資料6)

【図表28】糖尿病性腎症重症化予防対象者

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
健診受診者	人(a)	421	414	391	373	367
血糖値有所見者 ※1	人(b)	16	19	11	15	16
	(b/a)	3.8%	4.6%	2.8%	4.0%	4.4%
保健指導実施者 ※2	人(c)	12	15	7	13	12
	(c/b)	75.0%	78.9%	63.6%	86.7%	75.0%

※1 HbA1c6.5%以上の未治療者

※2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

(2) 虚血性心疾患予防

松野町では、地区健診において加入保険や年齢に関わらず、健診受診の希望者全員に心電図を実施しています。

心電図検査の結果、要精査・要医療と判定を受けた方には、保健師による訪問で医療機関の受診勧奨、既医療者であった方には受診状況確認を行っています。

今後は、どのような心電図所見が多いか、データ分析をして対策に取り組む必要があると考えます。また、治療中断を防ぎ、個別のリスク（肥満、高血圧等）に応じた保健指導を継続して行っていきます。

(3) 脳血管疾患予防

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、毎年1割あり、そのうち約6割が未治療者です。令和2～3年度は、Ⅱ度以上の高血圧者数が増加しました。健診結果報告会で糖尿病と同様に高血圧のメカニズムや血圧管理、減塩等について説明しますが、服薬治療につながる方はわずかです。

高血圧は、脳心血管疾患において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。松野町での重症化予防事業の対象はⅡ度以上です。そこで、Ⅰ度の方には家庭血圧を正しく理解して継続して計測することを重点的に説明し、Ⅱ度以上の方には保健指導後に連絡票を活用して受診勧奨を行ってきました。

Ⅲ度以上の方は、重症化予防事業で強めの受診勧奨を行っており、医療機関の受診につながっています。(図表29)

今後は、家庭での血圧測定、血圧手帳への記録も含めて、生活習慣改善につながるような事業展開も考えていく必要があります。また、未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援と適切な受診勧奨に取り組んでいきます。

【図表29】高血圧Ⅱ度以上未治療者の状況

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度		
健診受診者		人(a)	424	415	392	373	367	
血圧Ⅱ度以上の者		人(b)	43	43	62	46	39	
		(b/a)	10.1%	10.4%	15.8%	12.3%	10.6%	
		治療あり	人(c)	19	13	26	26	17
			(c/b)	44.2%	30.2%	41.9%	56.5%	43.6%
		治療なし	人(d)	24	30	36	20	22
			(d/b)	55.8%	69.8%	58.1%	43.5%	56.4%
(再掲)	血圧Ⅲ度の者		人(f)	11	8	6	7	4
			(f/a)	2.6%	1.9%	1.5%	1.9%	1.1%
		治療あり	人	4	1	3	3	1
		治療なし	人	7	7	3	4	4

(4) ポピュレーションアプローチ

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

松野町においては、生涯を通じた健康づくりの取組みとして、「いつまでも住み慣れた地域で過ごすために」を目標に、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援していきたいと考えます。

取組み内容としては、生活習慣改善のきっかけとなるようなツールの導入、生活習慣病など健康に関する松野町の県内位置や、重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がることなど、広報等や各地区の保健推進会などでの周知に取り組みたいと考えています。

(5) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表30は、第2期の計画目標の達成状況一覧です。中長期目標については達成できましたが、短期目標のアウトカム指標については悪化してしまいました。重症化予防には、生活習慣病での介入が重要なため、住民にも行動変容につながる情報提供をしていかなければならないと考えます。

【図表30】第2期データヘルス計画目標管理一覧

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	目標	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績				データの把握方法
				初期値 H28	中間評価 R元	R2	R3	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	脳血管疾患の総医療費に占める割合 5 %以下	3.9%	2.0%			0.78%
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合 5 %以下	1.5%	1.1%			0.91%
	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	糖尿病性腎症による透析導入者を出さない	3人	0人	0人	0人	0人
			メタボリックシンドローム・予備群の割合 25%以下	29.8%	32.3%			29.3%
			健診受診者の高血圧者の割合 5%以下 (160/100以上)	5.0%	10.4%			10.7%
			健診受診者の脂質異常者の割合 15%以下 (LDL140以上)	21.2%	24.8%			26.4%
			健診受診者の血糖異常者の割合 5%以下 (HbA1c6.5以上)	11.4%	12.6%			14.1%
			★ 健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合 3 %以下	1.4%	1.7%			1.6%
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合 100%	75.0%	78.9%	63.6%	86.7%	
			特定保健指導対象者の減少率 25%	16.5%	19.9%	16.5%	16.0%	28.6%
特定健診計画	短期目標	特定健診受診率、特定保健指導の実施率を向上し、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	48.8%	52.2%	50.3%	51.7%	53.8%
			特定保健指導実施率 60%以上	50.0%	43.1%	34.0%	27.5%	25.0%
	アウットプット指標	がんの早期発見、早期治療	糖尿病の保健指導を実施した割合 90%以上		90.4%			
			がん検診受診率 胃がん検診 40%以上	14.9%	10.4%	9.8%	8.8%	9.2%
			肺がん検診 40%以上	39.4%	15.2%	10.8%	10.1%	11.9%
			大腸がん検診 40%以上	31.0%	19.5%	17.1%	15.7%	16.1%
			子宮頸がん検診 50%以上	31.8%	27.4%	28.8%	27.3%	27.2%
			乳がん検診 50%以上	48.7%	20.4%	36.7%	35.0%	35.8%
			★ 5つのがん検診の平均受診率 25%以上(国保対象)		20.8%	26.1%	27.2%	38.4%
			★ 歯科健診(歯周病健診)の受診者			2人	13人	9人
努力支援制度	アウットプット指標	自己の健康に関心を持つ住民が増える 後発医薬品の使用により、医療費の削減	ウォーキングマップの利用者 10%以上		1.2%	1.2%	1.0%	0.5%
			★ ウォーキングマップを活用した「やる気サポートプラン」の参加者			初年度		14人
			★ 健康アプリの登録者数			初年度		35人
			後発医薬品の使用割合 80%以上	74.8%	82.6%	83.4%		84.9%

※ ★印 中間評価で新たに追加した指標

3 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期の計画では、重症化予防の取組みと、ポピュレーションアプローチを組合せて取り組む事業実施の方向性を計画しました。

重症化予防については、「松野町糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、糖尿病を中心に高血圧・脂質異常など、生活習慣病に関する疾患について取り組んできました。

ポピュレーションアプローチについては、データ分析を行う中で、町の健康課題の1つが「糖尿病」であると見えてきたため、糖尿病予防教室「とう・げん・きょう」を国保中央診療所と連携して開催し、少人数実施の利点を活かした内容で取り組みました。

しかし、町の健康課題を住民に周知することなどは不十分であり、また計画後半には新型コロナウイルス感染症関連の対応を優先し、限られたマンパワーでは最低限の事業を実施することで精一杯であり、医療専門職としての介入は限られた事業のみとなっていました。

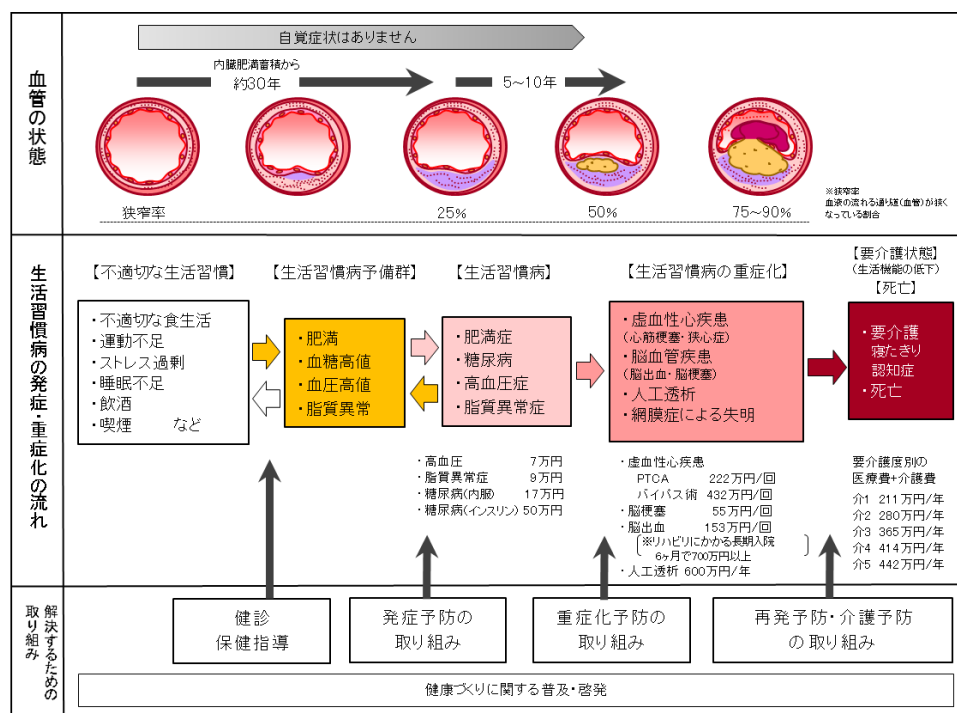
このような中で、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な事業についても実施を求められ、医療専門職の専従配置も難しい状況で保健事業を今後どのように実施していくのか、既存の事業についても見直しを行いながら全体で考えていく必要があります。

3 第3期における健康課題の明確化

1 基本的な考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となります。(図表31)

【図表31】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、75歳に到達し後期高齢者となると、全員が後期高齢者医療制度の被保険者に異動します。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中、制度的な背景により保健事業の内容等が変わってしまうという課題があります。

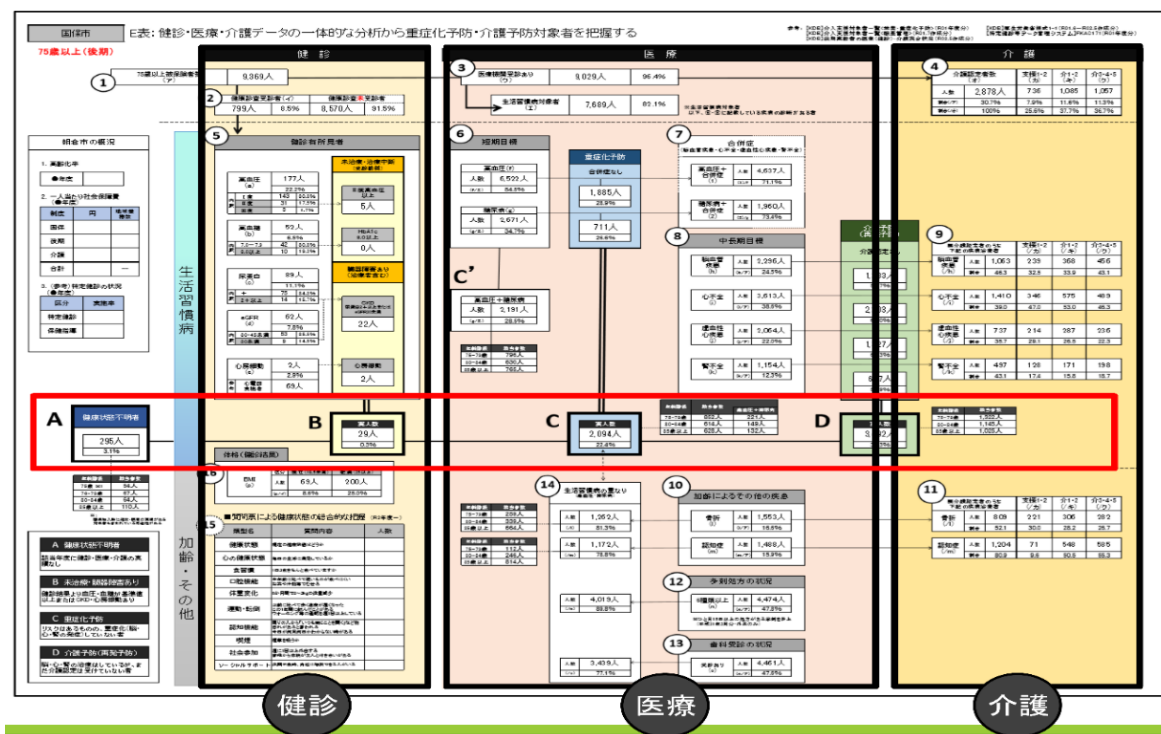
一方、全国的にみても国保では、被保険者のうち65歳以上の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る割合も半分を超える傾向にあります。

また、若年期からの生活習慣の結果が、高齢期での複数の慢性疾患や重症化事例につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表32に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の視点を持って優先順位を決定します。さらに、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、40歳未満の健診を実施し、健診結果を活用し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。

特定保健指導についても、対象者を減らすために若年期から適正な体重の維持に向けた保健指導、啓発を行うなど、40歳未満の生活習慣病対策も重要であると考えます。

【図表32】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（例）



(1) 医療費の分析

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人あたり医療費について令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、第2期の期間に大きな変化はありませんでした。後期高齢者になると一人あたり60万円を超え、国保よりも高い状況です。

(図表33)

松野町は、これまで高血圧、糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできましたが、短期的目標疾患の高血圧、糖尿病の総医療費に占める割合は、国・県と比べて高く、後期においても同じ状況です。(図表34)

高額レセプトについて、国保において、人数はほぼ横ばいですが、件数は年差が大きく費用も変動しています。後期高齢になると、人数、件数、費用も増加しています。

脳血管疾患の高額レセプトを見てみると、国保においては、令和3年度以降発生がありません。しかし、後期高齢においては7件発生し、約750万円の費用がかかっています。

虚血性心疾患の高額レセプトを見てみると、国保においては、令和2年度は0件でしたが、ほぼ毎年高額レセプトの発生があります。後期も令和4年度は4件発生しました。

脳血管疾患は、発症後に介護を要する状態となる可能性があります。また、心疾患も高血圧との関連もあるため、高額レセプト発生リスクとなる高血圧の重症化予防についても、取り組む必要があります。(図表35、36、37)

【図表33】被保険者及びレセプトの推移

対象年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	後期：R4年度
被保険者数	1,095人	1,049人	1,020人	964人	927人	960人
総件数及び 総費用額	件数	10,106件	10,166件	8,584件	8,663件	8,505件
	費用額	4億1352万円	4億6022万円	3億7652万円	3億8898万円	3億6225万円
一人あたり医療費	37.8万円	43.9万円	36.9万円	40.4万円	39.1万円	62.0万円

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表34】データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名		総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患	
				腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
				慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
① 国保	松野町	3億6225万円	31.99%	3.21%	0.56%	0.78%	0.91%	6.09%	3.70%	1.52%	6070万円	16.8%	13.2%	15.26%	8.99%
	同規模	—	29,993	3.29%	0.37%	2.12%	1.46%	6.01%	3.48%	1.83%	—	18.6%	17.6%	7.82%	9.33%
	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	松野町	5億9480万円	51.75%	2.54%	1.28%	3.24%	2.10%	4.66%	3.68%	0.99%	1億0992万円	18.5%	8.3%	2.49%	14.3%
	同規模	—	66,525	3.76%	0.64%	4.27%	1.56%	3.98%	3.49%	1.08%	—	18.8%	10.2%	3.61%	12.1%
	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35】高額レセプト（80万円／件）以上の推移

対象年度			平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	後期：R4年度
高額レセプト (80万円以上 /件)	人数	A	32人	39人	34人	37人	39人	61人
		B	45件	71件	50件	60件	51件	85件
	B/総件数		0.45%	0.70%	0.58%	0.69%	0.60%	0.64%
	費用額	C	5629万円	8938万円	6295万円	7207万円	5801万円	1億1512万円
		C/総費用	13.6%	19.4%	16.7%	18.5%	16.0%	19.4%

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表36】高額レセプト（80万円／件）以上の推移（脳血管疾患）

対象年度			平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		後期：R4年度			
脳血管疾患	人数		D	1人		2人		1人		0人		0人		3人		
			D/A	3.1%		5.1%		2.9%		0.0%		0.0%		4.9%		
	件数		E	1件		2件		1件		0件		0件		7件		
			E/B	2.2%		2.8%		2.0%		0.0%		0.0%		8.2%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	--	0	--	65-69歳	0	0.0%	
		40代	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	--	0	--	70-74歳	0	0.0%	
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	--	0	--	75-80歳	2	28.6%	
		60代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	--	0	--	80代	4	57.1%	
		70-74歳	0	0.0%	2	100.0%	1	100.0%	0	--	0	--	90歳以上	1	14.3%	
	費用額		F	96万円		206万円		133万円						746万円		
F/C			1.7%		2.3%		2.1%		—		—		6.5%			

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表37】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			平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		後期：R4年度			
虚血性心疾患	人数		G	1人		2人		0人		2人		1人		4人		
			G/A	3.1%		5.1%		0.0%		5.4%		2.6%		6.6%		
	件数		H	1件		2件		0件		2件		1件		4件		
			H/B	2.2%		2.8%		0.0%		3.3%		2.0%		4.7%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	--	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%	
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	--	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%	
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	--	0	0.0%	1	100.0%	75-80歳	1	25.0%	
		60代	1	100.0%	2	100.0%	0	--	1	50.0%	0	0.0%	80代	3	75.0%	
		70-74歳	0	0.0%	0	0.0%	0	--	1	50.0%	0	0.0%	90歳以上	0	0.0%	
	費用額		I	123万円		198万円				395万円		106万円		470万円		
I/C			2.2%		2.2%		—		5.5%		1.8%		4.1%			

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表38】 健診・医療・介護データの一体的な分析

0-R04比較

3 西宮機関区診 40~64 65~74 75~

	40~64	65~74	75~
H30	83.8	91.0	94.7
R04	84.2	92.7	92.9
差	0.3	1.7	▲1.8

生活習慣病 40~64 65~74 75~

	40~64	65~74	75~
H30	30.0	32.4	31.4
R04	31.7	37.2	31.6
差	1.7	4.9	0.2

介護認定者	65～74	75～
H30	4.8	31.4
R04	4.5	31.6
差	▲0.3	0.2

↑

餘診有所量著

(95Q年度実績)

	40~64	65~74	75~
高血圧	296	408	47.2
1度	83.6	70.7	71.2
2度	16.7	26.7	21.9
3度	0.0	3.3	6.8

	40~64	65~74	75~
高脂血症	2.5	8.2	5.5
LDL-C	70.0~79.9	50.0	79.2
LDL-C	50.0	20.8	23.5

	40~64	65~74	75~
尿蛋白	4.0	4.0	4.0
+	50.0	68.7	66.7
++以上	50.0	33.3	33.3

	40~64	65~74	75~
eGFR	0.0	4.4	14.6
30~59未満	—	76.9	88.9
30未満	—	23.1	11.1

	40~64	65~74	75~
心臓病	3.4	3.8	3.8
糖尿病	35.8	45.2	51.1

本診療科・診療内容
(受診数単位)

日常薬管理 上・上上	26人
---------------	-----

NSAIDs TADによる副作用 上・上上	1人
-----------------------------	----

臨床研究費(本)
(診療費含む)

OAD 糖尿病による合併症 上・上上	17人
--------------------------	-----

心臓病	10人
-----	-----

	40~64	65~74	75~
H30	12.8	7.0	4.7
R04	14.2	5.6	6.8
差	1.4	▲1.4	2.1

15

体检(体检前服)

B

男

40~64

65~74

75~

1000

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

女

40~64

65~74

75~

1000

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

男

40~64

65~74

75~

1000

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

女

40~64

65~74

75~

1000

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

		40~64	65~74	75~
其人 数	H80	16.2	35.6	33.0
	R04	17.5	36.1	24.6
	差	1.3	0.4	▲ 8.3

	40~64	65~74	75~
H30	13.5	23.7	27.5
R04	14.2	28.7	33.1
差	0.7	5.0	5.6

生活習慣病の発症率
(高血圧・糖尿病)

	65~74		75~	
発症	100	72.7	83.7	
	104	65.2	66.7	
差		▲ 7.5	2.9	

	65~74		75~	
発症	100	72.7	83.7	
	104	65.2	66.7	
差		▲ 7.5	2.9	

	65~74		75~	
認知症	100	40.0	57.5	
	104	38.9	53.2	
差		1.4	2.1	

	65~74		75~	
発症	100	3.7	12.8	
	104	4.0	12.1	
差		0.3	▲ 0.7	

	65~74		75~	
認知症	100	1.6	14.5	
	104	1.6	12.0	
差		0.2	▲ 2.2	

加齢によるその他の疾患

要介護認定者のうち 下記の疾病治療者		65～74	75～
骨折	H30	13.6	58.1
	R04	8.7	50.0
	差	▲4.9	▲8.1
認知症	H30	62.5	68.4
	R04	33.3	71.4
	差	▲29.2	5.0

認知症		65~74	75~
	H30	62.5	66.4
	R04	33.3	71.4
	率	▲29.2	50

図表 3 8 の健診・医療・介護のデータを、平成 3 0 年度と令和 4 年度の結果を一体的に分析すると、図表 3 9 の被保険者数と健診受診状況①の被保険者数は各年代で減少しており、人口減少が進行しています。⑮の体格をみると、4 0 ～ 6 4 歳の若い年齢層で、BMI 2 5 以上の割合が6ポイントも高くなってきています。

図表 4 0 の健診有所見の状況⑤をみると、4 0 ～ 6 4 歳はCKD（慢性腎臓病）、心房細動などの重症疾患、6 5 ～ 7 4 歳は高血圧、糖尿病の割合が増えており、早期介入の必要性があります。

図表 4 1 の短期目標疾患（高血圧・糖尿病）と合併症の状況をみると、⑥の高血圧は各年代横ばいですが糖尿病は各年代高くなっており、高血圧と糖尿病が重なっている方が増加しています。

図表 4 2 の中長期疾患（脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全）では、⑧の心不全が各年代で増加しています。脳血管疾患も、6 5 ～ 7 4 歳の前期高齢者でも発症しています。

【図表 3 9】被保険者数と健診受診状況

E表	④	①			②			⑮					
年度	介護認定率	被保険者数			健診受診率			体格(健診結果)					
					特定健診		後期健診	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	31.4	297	598	1,007	34.0	52.5	29.1	11.9	8.3	7.2	29.7	22.9	21.5
R4	31.6	240	574	990	33.8	51.2	31.2	8.6	9.9	9.7	35.8	21.8	22.7

【図表 4 0】健診有所見状況

E表		⑤																												
年度	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(慢性腎臓病) 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	%	
H30	7	6.9	(6)	34	10.8	(18)	47	16.0	(16)	4	4.0	(0)	18	5.7	(0)	4	1.4	(0)	0	—	5	1.6	10	3.4	0	—	4	1.3	3	1.0
R4	4	4.9	(3)	36	12.2	(10)	42	13.6	(13)	2	2.5	(0)	24	8.2	(0)	4	1.3	(1)	1	1.2	6	2.0	10	3.2	1	1.2	3	1.0	6	1.9

【図表 4 1】短期目標疾患（高血圧・糖尿病）と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦								
年度	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症								
							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-	40-64	65-74	75-
H30	83.8	91.0	94.7	30.0	62.4	81.4	69.7	84.7	85.9	43.8	37.8	30.9	24.7	28.7	24.5	38.7	39.6	57.4	43.6	48.9	63.2			
R4	84.2	92.7	92.9	31.7	67.2	81.6	69.7	84.5	86.5	50.0	43.3	40.5	30.3	34.2	32.9	41.5	43.9	70.0	47.4	46.7	73.7			

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 4 2】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(被保険割合)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	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	6.1	10.4	23.5	4.4	7.5	21.6	7.1	11.4	24.0	4.0	6.7	8.4	11.1	22.6	46.8	0.0	11.1	40.4	0.0	10.3	47.1	0.0	5.0	47.1
R4	2.5	10.6	21.1	2.9	9.2	21.2	8.3	15.7	36.7	4.2	8.5	9.9	0.0	16.4	50.7	0.0	3.8	42.4	0.0	6.7	45.2	0.0	4.1	46.9

【図表 4 3】骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	72.7	83.7	87.5	81.1	3.7	12.8	1.3	14.2	13.6	58.1	62.5	66.4
R4	65.2	86.7	88.9	83.2	4.0	12.1	1.6	12.0	8.7	50.0	33.3	71.4

出典：ヘルスサポートラボツール

（３）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、図表 4 1 の短期目標疾患の⑦にもあるように、合併症（脳血管疾患等）でも高血圧、糖尿病の重なりがあります。図表 4 2 の中長期目標疾患⑨の介護認定者と合わせて考えると、75 歳以上で脳・心・腎の重症化疾患での介護認定が増加していることから、高血圧や糖尿病等への取組みが健康課題の優先度が高いといえます。

具体的な取組み方法については、第 4 章に記載しています。

4 目標の設定

1 成果目標

（１）データヘルス計画（保健事業全体）の目的・目標、目標を達成するための方策

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

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、評価指標については、まず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を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておきます。（図表 4 4）

（２）中長期的な目標の設定

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

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

また、軽症時に通院せず、重症化のイベント後に入院すると医療費も上がることから、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、入院にかかる医療費を抑えることを目指します。

（３）短期的な目標の設定

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

特に、高血圧、糖尿病、脂質異常症については、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても、受診再開、薬物療法も含めた適切な保健指導を行う必要があります。

またメタボリックシンドロームについては、食事や運動といった生活習慣改善が効果的であると考えられるため、栄養などの保健指導も有効であると考えます。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、ＣＫＤ（慢性腎臓病）の検査結果の改善を目指します。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供して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。その目標値については、第３章の「特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）」に記載します。

2 管理目標の設定

【図表4-4】第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画	達成すべき目的	指標	課題を解決するための目標	データの把握方法 (活用データ)	実績		
					初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R10)
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	1 ★ 心疾患による死亡の割合の減少		26.8		
			2 ★ 脳血管疾患による死亡の割合の減少		4.9		
			3 脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	KDBシステム	0.78		
			4 虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持		0.91		
			5 慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持		3.21		
			6 新規透析導入者を増やさない(※ 人数での評価)		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	7 メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率25%以上	DHPシステム	13.4		
			8 健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	特定健診結果 (法定報告 値)	10.7		
			9 健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)		13.6		
			10 健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)		14.1		
			11 ★ 健診受診者のHbA1C8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少		10.3		
			12 糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合(受診勧奨実施率)	自町把握	13.0		
			13 高血圧の未治療者を治療に結び付ける割合(受診勧奨実施率)		—		
特定健診等計画	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	アウトプット アウトカム	14 ★ 特定健診受診率60%以上	特定健診結果 (法定報告 値)	53.8		
			15 ★ 特定保健指導実施率60%以上		25.0		
			16 特定保健指導対象者の減少率25%以上		28.6		
			17 ★ 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率		36.4		

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

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

医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことをふまえ、特定健康診査等実施計画も6年を一期として策定します。

2 目標値の設定

【図表4-5】特定健診受診率・特定保健指導実施率

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診受診率	55.0%	58.0%	58.0%	58.0%	60.0%	60%以上
特定保健指導実施率	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	60%以上

3 対象者の見込み

【図表4-6】特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診	対象者数	730人	703人	673人	642人	613人	585人
	受診者数	402人	408人	390人	372人	368人	351人
特定保健指導	対象者数	36人	35人	31人	28人	26人	25人
	受診者数	11人	12人	12人	12人	13人	15人

4 特定健診の実施

1 実施方法

町で実施する集団健診については特定健診実施機関に、個別健診については愛媛県医師会が実施医療機関の取りまとめを行い、県内市町国保等の代表保険者が特定健診実施機関・愛媛県医師会とそれぞれ集合契約を行い委託して実施します。

- (1) 集団健診（松野町保健センター、町内公共施設 等）
- (2) 個別健診（実施医療機関）

2 特定健診委託基準

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

3 健診実施機関

- (1) 公益財団法人 愛媛県総合保健協会
- (2) 愛媛県厚生農業協同組合連合会
- (3) 個別健診実施医療機関

(宇和島・北宇和郡内の特定健診実施医療機関については、松野町のホームページに掲載します。)

4 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した、生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血）を実施します。また、詳細項目である貧血、心電図、眼底検査は希望者実施項目とします。

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

【図表4-7】特定健診検査項目

松野町特定健診検査項目

健診項目		松野町	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

■…希望者実施項目(町実施) ●…いずれの項目の実施で可

5 実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

6 医療機関との適切な連携

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

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

7 健診の案内方法・健診実施スケジュール

松野町では、毎年2～3月に「健康診査・がん検診受診希望調査」を実施しており、24時間対応可能なWeb予約のQRコードも案内しています。また、転入者や加入保険を異動された方にも受診の機会を知っていただくよう、「広報まつの」や町ホームページでの日程の掲載、地区健診実施前に回覧、町内放送等を行います。回覧等で受診を希望された方も随時受け付けており、希望する町内実施場所での受診を可能としています。

個別健診については、年間を通して受診できるよう県医師会とも委託契約しており、個別健診受診希望者へは、随時対応していきます。また、集団健診終了後に、未受診者の方への訪問や郵送等で個別健診の案内をしています。

【図表48】特定健診実施スケジュール

	(n-1)年度	n年度	(n+1)年度
4月		健診機関と契約(集合契約) 特定健診の開始(集団・個別)	特定保健指導の実施
5月			
6月		健診データ受取 費用決裁	
7月		保健指導対象者の抽出 ↓ 特定保健指導の開始	
8月			健診データ抽出(前年度) ↓
9月	次年度健診日程調整		受診・実施率実績の算出 支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
10月			
11月	健診に係る予算業務 Web予約打合せ 受診希望調査準備	地区健診終了 未受診者に個別健診通知	
12月			
1月	健診対象者の抽出 受診希望調査発送・受付		
2月	健診に係る契約準備		
3月		特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了	

8 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事務処理を委託します。

5 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、保健福祉課健康増進係への執行委任の形態で行います。

第4期は、評価体系を中心に見直されるため、保健指導を担当する専門職も計画的に研修を受けられる体制を整えます。

1 健診から保健指導実施の流れ

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

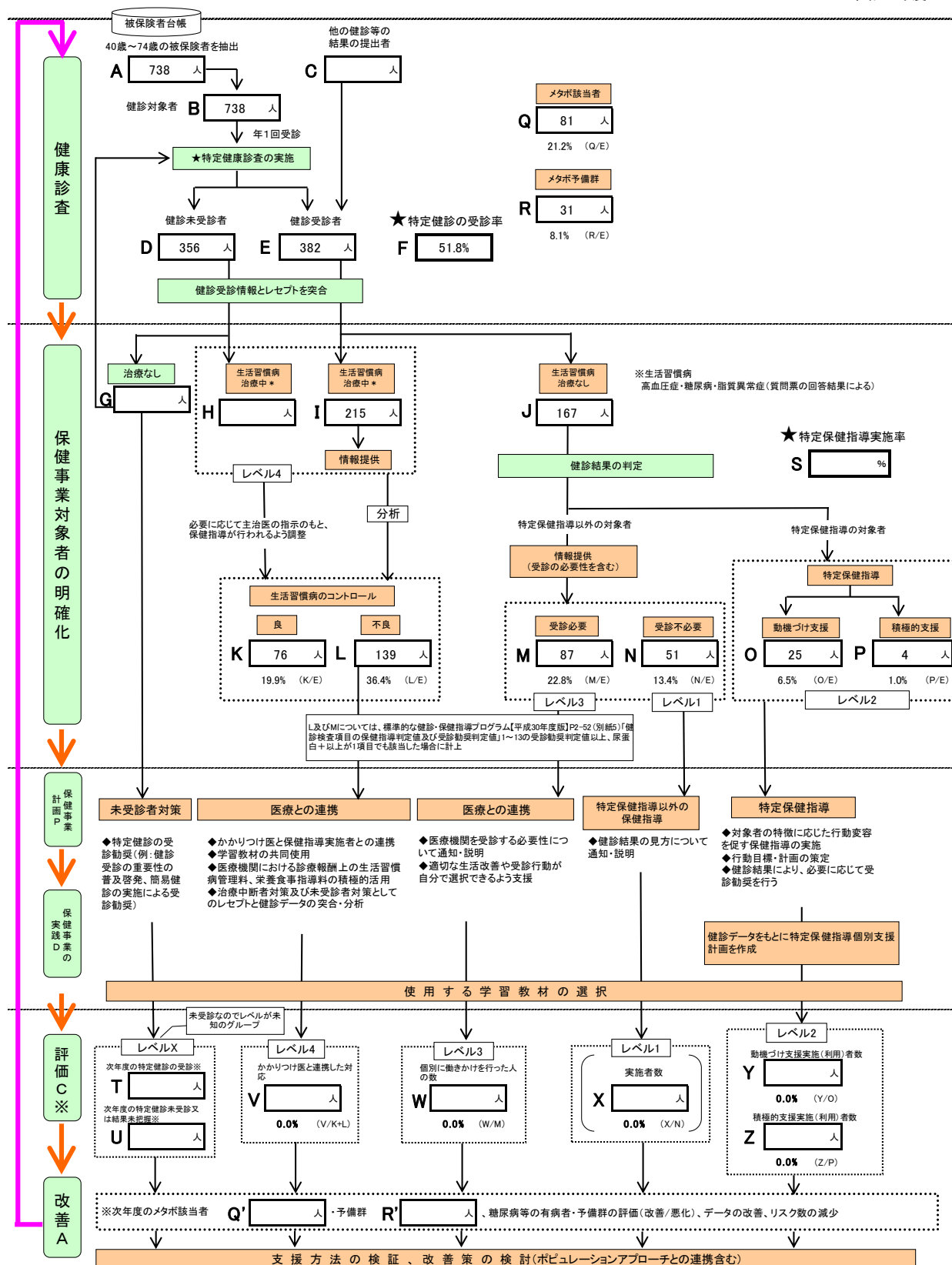
【図表 4 9】 健診から保健指導へのフローチャート（様式 5-5）

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5

令和04年度



出典：ヘルサポートラボツール

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50】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(受診者割合)	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	29人	60%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	87人	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)	356人 ※受診率目標達成までにあと43人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	51人	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆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	215人	60%

3 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成していきます。(図表51)

【図表51】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	◎ 特定健診対象者の抽出 ◎ 診療情報提供の依頼 ◎ 個別健診開始		◎ 健診・がん検診の広報掲載
5月			
6月	◎ 地区健診開始		◎ 費用決裁の開始
7月		◎ 対象者の抽出 ◎ 保健指導の開始	
8月			
9月			◎ 前年度特定健診・保健指導実績報告終了
10月	◎ 地区健診終了		
11月			◎ 法定報告確定
12月			
1月		◎ 利用券の登録	
2月			
3月	◎ 個別健診の終了		

6 個人情報の保護

1 基本的な考え方

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

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

2 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行います。保存期間については、法定報告終了後、5年度間保管とします。

7 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度11月1日までに報告します。

8 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章 課題解決する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すために、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していきます。そのためには、重症化予防の取組みとポピュレーションアプローチを組み合わせ実施していく必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、宇和島医師会の協力のもと、糖尿病性腎症等重症化予防事業を行うことで、虚血性心疾患、脳血管疾患、腎疾患等の取組みを行います。

具体的には、医療受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方には医療機関と連携した保健指導や受診状況確認を実施することで、重症化予防につなげていきます。

ポピュレーションアプローチの取組みとしては、町内の健診受診状況や疾病状況などの情報について周知していき、発症予防の事業についての検討も行います。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

2 重症化予防の取組み

松野町の令和4年度の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、158人（41.4%）です。そのうち治療なしが40人（24.0%）を占め、さらに臓器障害あり直ちにに取り組むべき対象者が158人中15人いますが、まずは受診勧奨を行い、その後のフォローに取組みたいと考えます。（図表52）

【図表5 2】脳・心・腎を守るために

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

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少				虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少				糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少				<参考> 健診受診者(受診率)							
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)								虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究報告))				糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)		382人	51.8%		
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性 脳塞栓症 (27.7%) ラクナ 梗塞 (31.2%) アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%) 非心原性脳梗塞 ※脳卒中 データバンク 2013より								心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症										■各疾患の治療状況	
													治療中		治療なし					
													高血圧		160		222			
													脂質異常症		108		274			
													糖尿病		50		332			
													3疾患 いずれも		215		167			
																	※問診結果による			
優先すべき 課題の明確化	高血圧症		心房細動		脂質異常症		メタボリック シンドローム		糖尿病		慢性腎臓病 (CKD)									
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)				動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)									
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上		心房細動		LDL-C 180mg/d以上		中性脂肪 300mg/d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				重症化予防対象者 (実人数)			
該当者数	41	10.7%	4	1.0%	13	3.4%	7	1.8%	81	21.2%	39	10.2%	28	7.3%	158	41.4%				
治療なし	23	10.4%	1	0.6%	12	4.4%	3	1.1%	11	6.6%	17	5.1%	4	2.4%	40	24.0%				
(再掲) 特定保健指導	7	17.1%	1	25.0%	3	23.1%	1	14.3%	11	13.6%	1	2.6%	0	0.0%	15	9.5%				
治療中	18	11.3%	3	1.4%	1	0.9%	4	3.7%	70	32.6%	22	44.0%	24	11.2%	118	54.9%				
臓器障害 あり	10	43.5%	1	100.0%	2	16.7%	1	33.3%	4	36.4%	6	35.3%	4	100.0%	15	37.5%				
CKD(専門医対象者)	0		0		0		1		0		1		4		4					
心電図所見あり	10		1		2		1		4		5		1		12					
臓器障害 なし	13	56.5%	—		10	83.3%	2	66.7%	7	63.6%	11	64.7%	—		—					

出典：ヘルサポートラボツール

3 重症化予防事業の取組み

I 糖尿病性腎症重症化予防

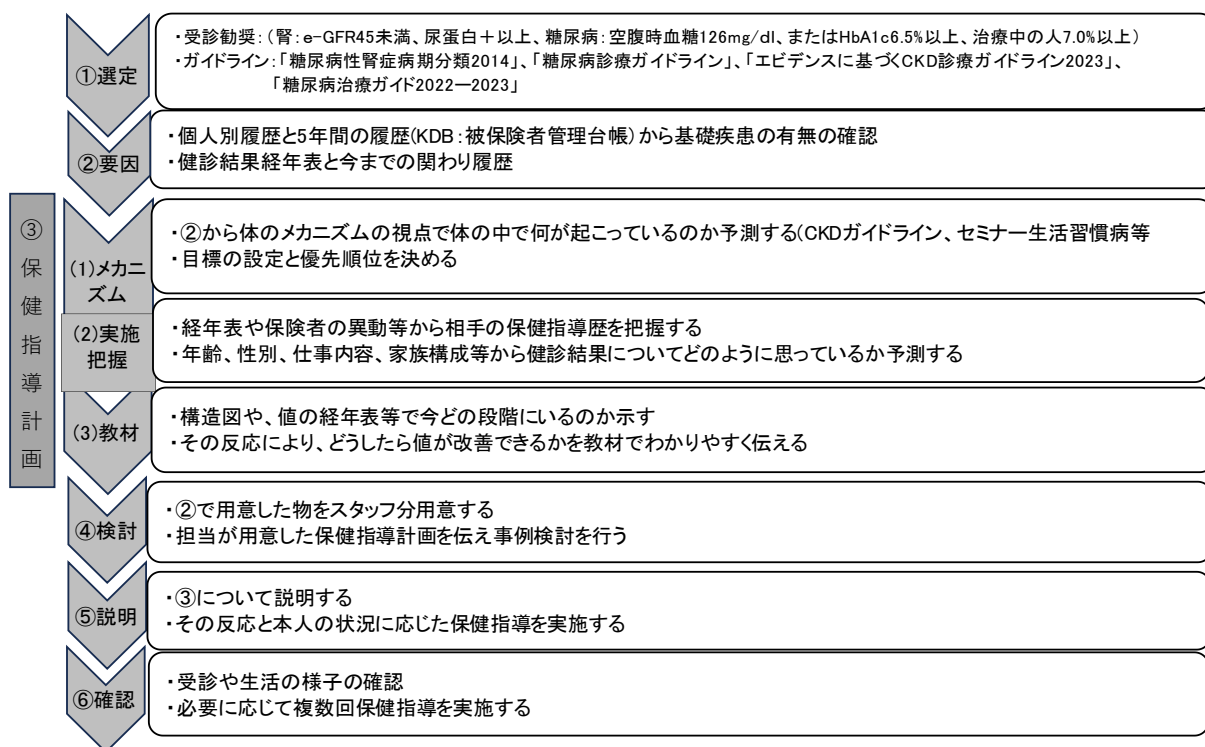
1 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組みにあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成31年4月25日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づいて松野版を作成し、以下の視点でPDCAに沿って実施していきます。

なお、取組みにあたっては、図表5 3に沿って実施します。

- (1) 健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- (2) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- (3) 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

【図表 5 3】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、愛媛県糖尿病性腎症等重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

ア 医療機関未受診者

イ 医療機関受診中断者

ウ 糖尿病治療中断者

① 糖尿病性腎症で通院している者

② 糖尿病性腎症を発症していないが、高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

ア 対象者の抽出

取組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」（糖尿病性腎症合同委員会）を基盤とします。（図表 5 4）

【図表 5 4】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	

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

松野町では、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）の把握は可能ですが、尿アルブミンについては検査を実施していません。CKD診療ガイド2012では、尿アルブミン定量（mg/dl）に対する尿蛋白を、正常アルブミン尿と尿蛋白（－）、微量アルブミン尿と尿蛋白（±）、顕性アルブミン尿（＋）としていることから、尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となります。

イ 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。（図表 5 5）

松野町において、特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、20人（28.6％・F）でした。また、40～74歳における糖尿病治療者203人のうち、特定健診受診者が50人（G）でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者153人（75.4％・I）については、治療中ではあるけれど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。

ウ 介入方法と優先順位

図表 5 5 より、松野町おいての介入方法を以下のとおりとします。

【優先順位 1】：受診勧奨

糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）・・・20人

介入方法：訪問、健診結果報告会、電話等に対応。

【優先順位 2】：治療中断しない（継続受診）のための保健指導

糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・26人

医療機関と連携した保健指導。

【優先順位 3】：保健指導

1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→管理台帳

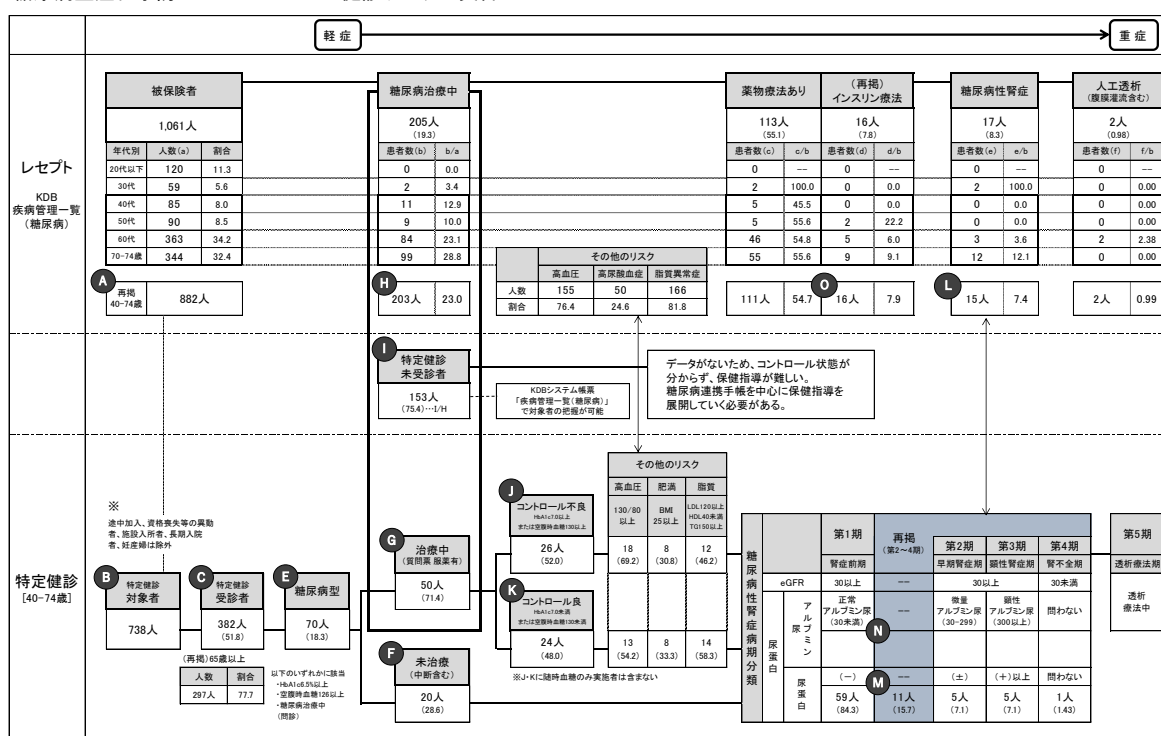
介入方法：訪問、健診結果報告会、電話等で対応。

医療機関と連携した保健指導。

【図表55】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

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

令和04年度



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

出典：ヘルスサポートラボツール

3 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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

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・治療中断者を医療機関につなぐ場合、宇和島医師会等と協議した連絡票等を使用します。

(2) 治療中の方について

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をいただきます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては愛媛県重症化予防プログラムに準じ行っていきます。

5 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

高齢者の保健事業と介護予防事業を一体的に実施していく中で、必要に応じて地域包括支援センターと連携していきます。

6 評価

評価にあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。

短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせて、糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用し、年1回行います。また中長期的評価においては、糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価（図表5-6）を用いて行っていきます。

【短期的評価】

(1) 受診勧奨者に対する評価

- ア 受診勧奨対象者への介入率
- イ 医療機関受診率
- ウ 医療機関未受診者への再勧奨数

(2) 保健指導対象者に対する評価

- ア 保健指導実施率
- イ 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - ① HbA1cの変化
 - ② eGFRの変化
(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下)
 - ③ 尿蛋白の変化
 - ④ 服薬状況の変化

7 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定。

7月～ 特定健診実施後、結果が届いたのち対象者を抽出、介入方法、実施方法の決定。健診結果報告会后、台帳に記載。順次、対象者へ介入。(通年)

【図表5 6】糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

項目			実 合 表	松野町										同規模保険者(平均)	
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
1	①	被保険者数	A	1,121人		1,099人		1,044人		1,000人		963人			
	②	(再掲)40-74歳		965人		943人		898人		871人		831人			
2	①	対象者数	B	808人		795人		779人		722人		682人			
	②	特定健診受診者数	C	446人		423人		397人		384人		382人			
	③	受診率		--		--		--		--		--			
3	①	特定保健指導対象者数		53人		51人		47人		40人		28人			
	②	実施率		43.4%		43.1%		34.0%		27.5%		25.0%			
4	①	糖尿病型	E	63人	14.1%	62人	14.7%	73人	18.4%	75人	19.5%	70人	18.3%		
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	19人	30.2%	22人	35.5%	21人	28.8%	20人	26.7%	20人	28.6%		
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	44人	69.8%	40人	64.5%	52人	71.2%	55人	73.3%	50人	71.4%		
	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	25人	56.8%	23人	57.5%	29人	55.8%	28人	50.9%	26人	52.0%		
	⑤	血圧 130/80以上		20人	80.0%	15人	65.2%	24人	82.8%	23人	82.1%	18人	69.2%		
	⑥	肥満 BMI25以上		8人	32.0%	10人	43.5%	12人	41.4%	11人	39.3%	8人	30.8%		
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	19人	43.2%	17人	42.5%	23人	44.2%	27人	49.1%	24人	48.0%		
	⑧	第1期 尿蛋白(一)	M	52人	82.5%	50人	80.6%	60人	82.2%	65人	86.7%	59人	84.3%		
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		4人	6.3%	6人	9.7%	4人	5.5%	3人	4.0%	5人	7.1%		
	⑩	第3期 尿蛋白(+)以上		5人	7.9%	3人	4.8%	8人	11.0%	6人	8.0%	5人	7.1%		
	⑪	第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	1人	1.6%	1人	1.4%	1人	1.3%	1人	1.4%		
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)		126.7人		130.1人		130.3人		127.0人		138.1人			
	②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)		145.1人		150.6人		149.2人		144.7人		157.6人			
	③	レセプト件数 (40-74歳) (1)内は受療率千対		765件	(817.3)	848件	(940.1)	713件	(808.4)	682件	(817.7)	635件	(798.7)	136,930件	(893.2)
	④	入院外(件数)		5件	(5.3)	22件	(24.4)	15件	(17.0)	16件	(19.2)	10件	(12.6)	658件	(4.3)
	⑤	糖尿病治療中	H	142人	12.7%	143人	13.0%	136人	13.0%	127人	12.7%	133人	13.8%		
	⑥	(再掲)40-74歳		140人	14.5%	142人	15.1%	134人	14.9%	126人	14.5%	131人	15.8%		
	⑦	健診未受診者	I	96人	68.6%	98人	69.0%	82人	61.2%	71人	56.3%	81人	61.8%		
	⑧	インスリン治療	O	15人	10.6%	20人	14.0%	12人	8.8%	8人	6.3%	9人	6.8%		
	⑨	(再掲)40-74歳		15人	10.7%	20人	14.1%	12人	9.0%	8人	6.3%	9人	6.9%		
	⑩	糖尿病性腎症	L	6人	4.2%	8人	5.6%	8人	5.9%	5人	3.9%	7人	5.3%		
	⑪	(再掲)40-74歳		6人	4.3%	8人	5.6%	8人	6.0%	5人	4.0%	6人	4.6%		
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		5人	3.5%	3人	2.1%	1人	0.7%	2人	1.6%	1人	0.8%		
	⑬	(再掲)40-74歳		5人	3.6%	3人	2.1%	1人	0.7%	2人	1.6%	1人	0.8%		
	⑭	新規透析患者数				0	0	0	0	0	0	0	0		
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症				0	0	0	0	0	0	0	0		
	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)		6人	3.1%	5人	2.5%	5人	2.6%	5人	2.4%	4人	1.8%		
6	①	総医療費		4億1352万円		4億6022万円		3億7652万円		3億8898万円		3億6225万円		2億6175万円	
	②	生活習慣病総医療費		2億2694万円		2億4681万円		1億9997万円		2億2318万円		1億9711万円		1億4021万円	
	③	(総医療費に占める割合)		54.9%		53.6%		53.1%		57.4%		54.4%		53.6%	
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり		8,383円		8,636円		8,654円		7,524円		8,284円		8,820円	
	⑤	健診受診者		34,288円		41,127円		30,512円		37,171円		31,713円		40,357円	
	⑥	健診未受診者													
	⑦	糖尿病医療費		2515万円		3238万円		2904万円		2703万円		2207万円		1572万円	
	⑧	(生活習慣病総医療費に占める割合)		11.1%		13.1%		14.5%		12.1%		11.2%		11.2%	
	⑨	糖尿病入院外総医療費		6835万円		6598万円		5728万円		5947万円		5553万円			
	⑩	1件あたり		35,880円		32,537円		32,956円		34,438円		33,552円			
	⑪	糖尿病入院総医療費		5417万円		6159万円		4100万円		5677万円		4109万円			
	⑫	1件あたり		525,896円		500,695円		455,549円		545,892円		437,165円			
	⑬	在院日数		15日		17日		21日		21日		20日			
	⑭	慢性腎不全医療費		2072万円		1681万円		1318万円		1760万円		1363万円		957万円	
	⑮	透析有り		1953万円		1444万円		1158万円		1524万円		1162万円		862万円	
	⑯	透析なし		119万円		237万円		160万円		235万円		202万円		96万円	
7	①	介護給付費		6億3038万円		6億1549万円		6億0546万円		6億2231万円		5億7793万円		3億5514万円	
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%			
8	①	死亡		2人 2.4%		0人 0.0%		1人 1.2%		0人 0.0%		0人 0.0%		267人 1.0%	
		糖尿病(死因別死亡数)													

出典：ヘルスサポートラボツール

松野町では、地区健診での心電図検査を、詳細対象者だけでなく希望者全員実施で取組んでいます。今後は、年齢層や男女別でどのような所見があるのか、重症化予防につながるようデータ把握や分析に努めていきます。

また、心電図検査で所見がなくても、肥満、高血圧、高血糖、脂質異常のリスクがある場合は保健指導を行う必要があるため、第3章にある特定保健指導の実施に基づき取組んでいます。

3 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

地区健診の心電図検査で、要精密検査と判定が出た際には、保健師による受診状況確認と保健指導、受診勧奨を行います。治療中でリスクがある場合は、医療機関と連携した保健指導を行います。

(2) 対象者の管理

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方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

松野町では、糖尿病性腎症重症化予防事業と同様に、心電図所見でも連絡票を用いた受診勧奨を実施しています。虚血性心疾患重症化予防のために、医療機関から返ってきた連絡票をもとに、対象者の治療等の状況把握に努めていきます。

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事業を一体的に実施していく中で、必要に応じて地域包括支援センターと連携していきます。

6 評価

評価にあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。

短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせてKDB等の情報を活用し、年1回行います。また、中長期的評価においては糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っています。

7 実施期間及びスケジュール

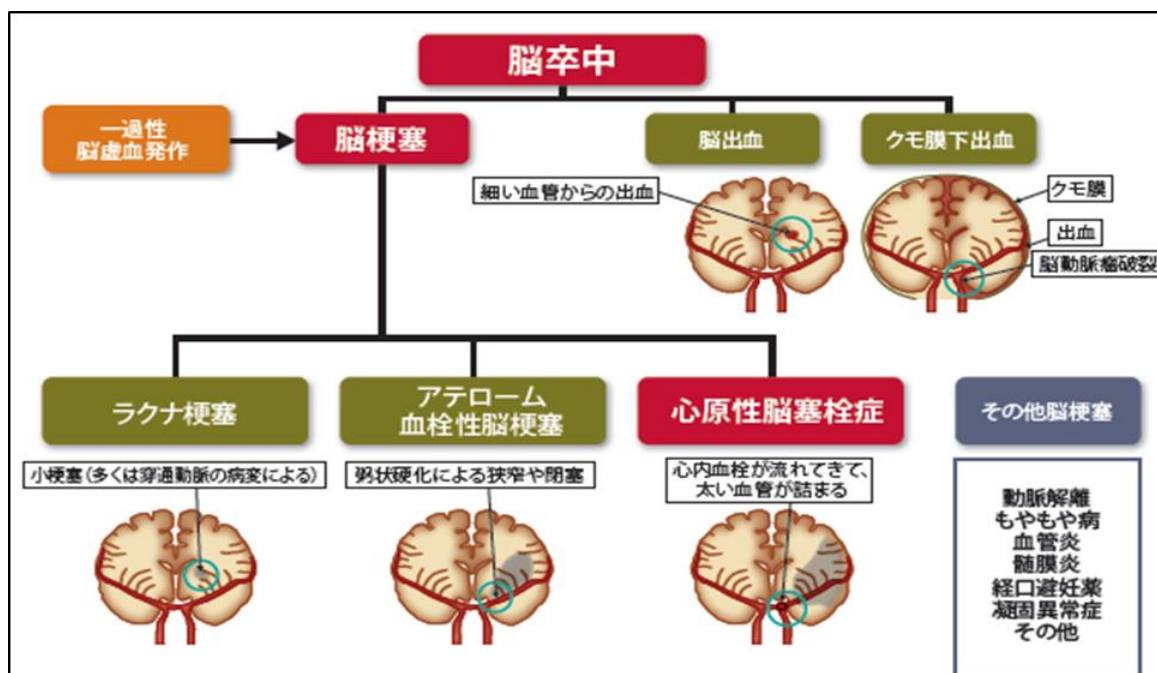
7月～ 特定健診実施後、結果が届いたのち対象者を抽出、介入方法、実施方法の決定。健診結果報告会后、台帳に記載。順次、対象者へ介入（通年）

Ⅲ 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みにあたっては、脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。（図表５８、５９）

【図表５８】脳卒中の分類



【図表５９】脳血管疾患とリスク因子

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

（脳卒中予防の提言より引用）

2 対象者の明確化

（１）重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表６０でみると、高血圧治療者３６４人（Ｈ）のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が３５人（９．６％・０）でした。健診受診者をみるとⅡ度高血圧以上が４１人（２７．７％）であり、そのうち２３人（５６．１％）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方もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

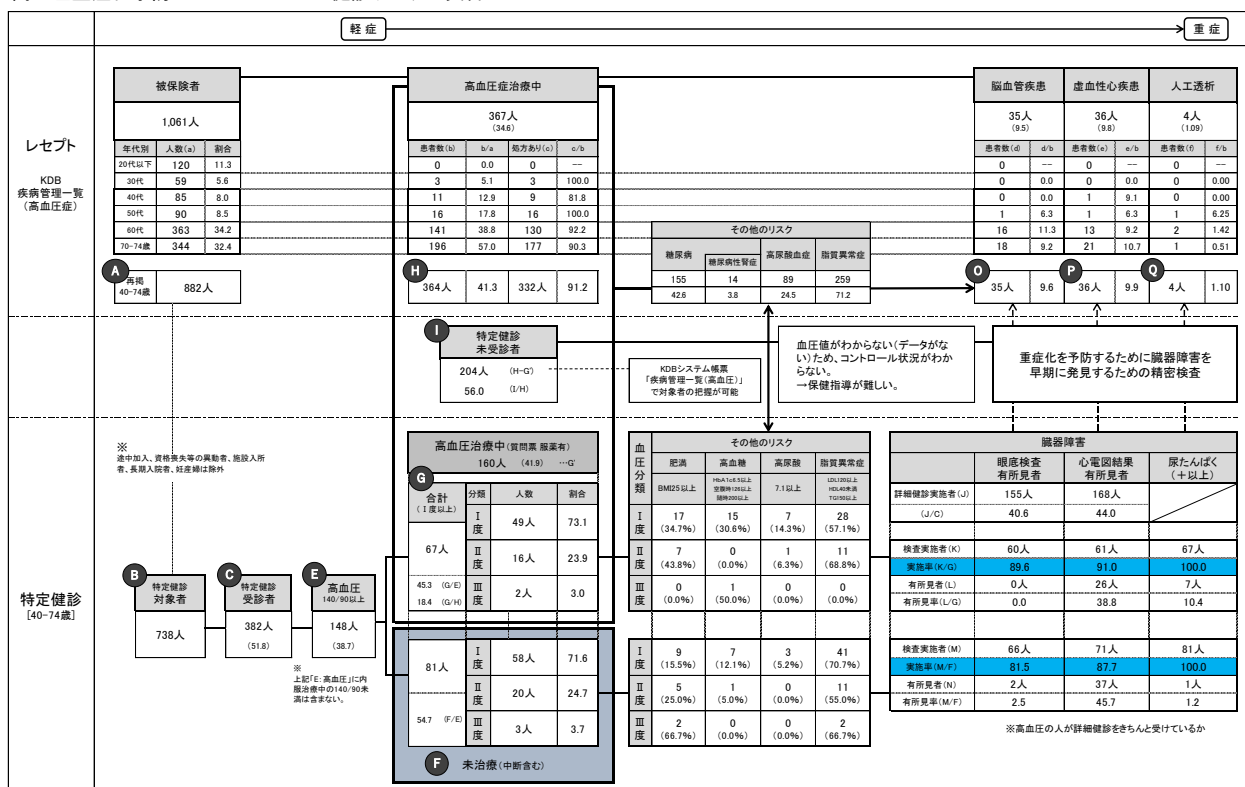
また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が18人(26.9%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細項目)について、地区健診では心電図と同様に、詳細対象外の希望者全員に実施していますが、保健指導では、これらのデータも活用した指導に取り組む必要があります。

【図表60】高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



【図表6 1】 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

血圧分類 (mmHg)		高血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
		130～139 /80～89	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	130	49 37.7%	58 44.6%	20 15.4%	3 2.3%
	9	C 4 6.9%	B 5 8.6%	B 0 0.0%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	75	C 24 57.7%	B 36 62.1%	A 13 65.0%	A 2 66.7%
	46	B 21 35.4%	A 17 29.3%	A 7 35.0%	A 1 33.3%

…高リスク
 …中等リスク
 …低リスク

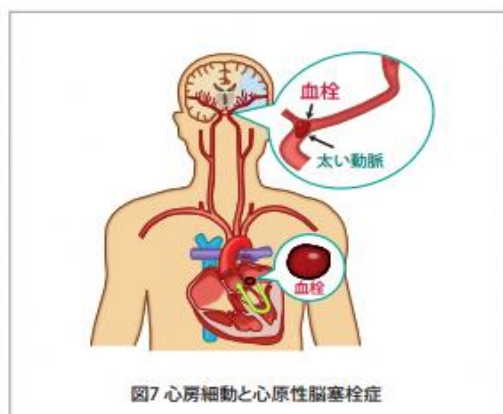
区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	40
		30.8%
B	概ね1カ月後に再評価	62
		47.7%
C	概ね3カ月後に再評価	28
		21.5%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

(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のって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。しかし心房細動は、心電図検査によって早期に発見することが可能です。



(脳卒中予防の提言より引用)

【図表 6 2】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				日循環疫学調査 (※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	177	205	75	42.4%	93	45.4%	3	4.0%	1	1.1%	--	--
40代	11	11	3	27.3%	3	27.3%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	14	12	1	7.1%	4	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	66	81	28	42.4%	37	45.7%	2	7.1%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	86	101	43	50.0%	49	48.5%	1	2.3%	1	2.0%	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ツール

【図表 6 3】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	%
4	0	0.0%	4	100.0%

松野町調べ

図表 6 2、6 3 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。
(詳細項目対象者)

有所見率を見るとわずかですが、4 人に心房細動の所見がありました。レセプトを確認すると、全員治療中で医療につながっています。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも、心電図検査の希望者全員実施を今後も継続していきます。

3 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては、イメージしやすいよう保健指導教材を活用して、対象者に応じた保健指導を行います。

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には、受診勧奨を行います。

治療中であってもリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

(2) 対象者の管理

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。

4 医療との連携

松野町では、糖尿病性腎症重症化予防事業と同様に、Ⅱ度以上高血圧所見の場合、連絡票を用いた受診勧奨を実施しています。脳血管疾患重症化予防のために、医療機関から返ってきた連絡票をもとに医療機関と連携した保健指導を実施し、対象者の治療等の状況把握に努めていきます。

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事業を一体的に実施していく中で、必要に応じて地域包括支援センターと連携していきます。

6 評価

評価にあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。

短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせてKDB等の情報を活用し、年1回行います。また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・心疾患等と合わせて行っていきます。

7 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

7月～ 特定健診実施後、結果が届いたのち対象者を抽出、介入方法、実施方法の決定。健診結果報告会后、台帳に記載。順次、対象者へ介入（通年）

4 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行くためには、生活習慣病などの重症化を予防する取組みと、生活機能の低下を防止する取組みの双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

2 事業の実施

松野町は、令和5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」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。

具体的には、

ア 企画・調整等を担当する医療専門職（保健師・管理栄養士）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行います。

イ 地域を担当する医療専門職（保健師・管理栄養士等）を配置

高血圧や高血糖で未治療者等の対象者、健康不明者等を抽出し、高齢者に対する

【図表64】 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



5 発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題です。生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児期における生活習慣病対策、特に肥満予防は保護者の健康とも関係し、重要性は高くなります。また、小児肥満は子どもたちの健康だけでなく、成長に従って成人期の生活習慣病につながるため、それに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されています。

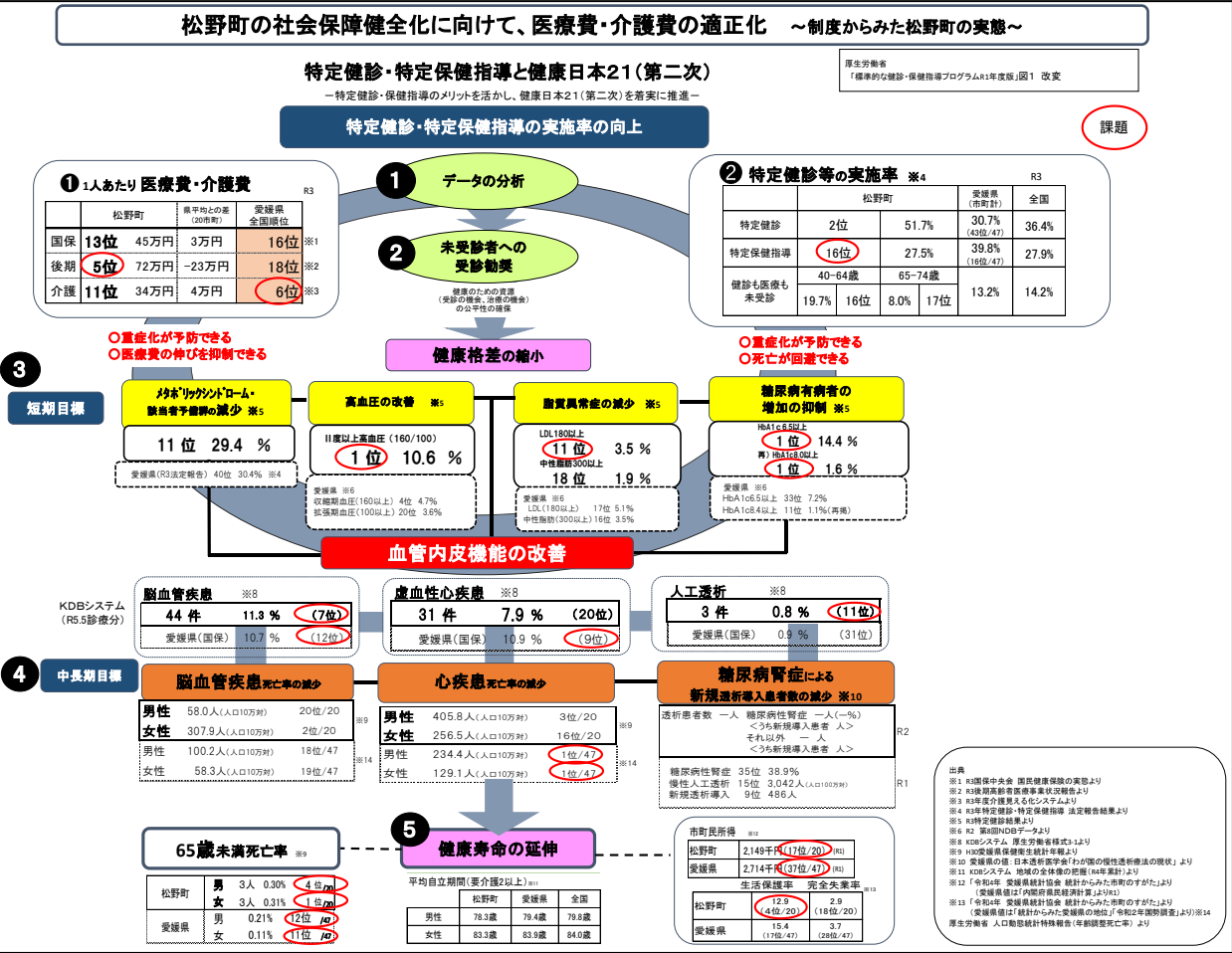
松野町では健康づくり計画等と合わせて、各年代の保健事業の中で母子から高齢者まで連続して関わることが小さな町の強みでもあります。その中で、発症予防の視点を持ったかかわりも心掛けていきたいと考えます。

6 ポピュレーションアプローチ

松野町の健康課題などの情報提供を行い、生活習慣病の重症化が医療費や介護費につながるなど、その背景にある地域特性について広く周知していきます。

生活習慣病の発症予防に向け、実態を知ること生活習慣改善につながるようポピュレーションアプローチにも取り組みます。(図表65)

【図表65】社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



第5章 計画の評価・見直し

1 評価・見直しの時期

計画について、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、次期の計画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。

具体的な評価方法は、毎月KDBに、健診・医療・介護のデータが収載されるため、受診率、受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・管理栄養士が定期的に行います。

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

※ 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)

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、松野町ホームページ等で周知していきます。

これらの公表等に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫も検討していきます。

2 個人情報の取扱い

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、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じます。

参考資料

- 参考資料 1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた松野町の位置
- 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 4 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 5 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 6 H b A 1 c の年次比較
- 参考資料 7 血圧の年次比較
- 参考資料 8 L D L - C の年次比較

参考資料 1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた松野町の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた松野町の位置

R04年度

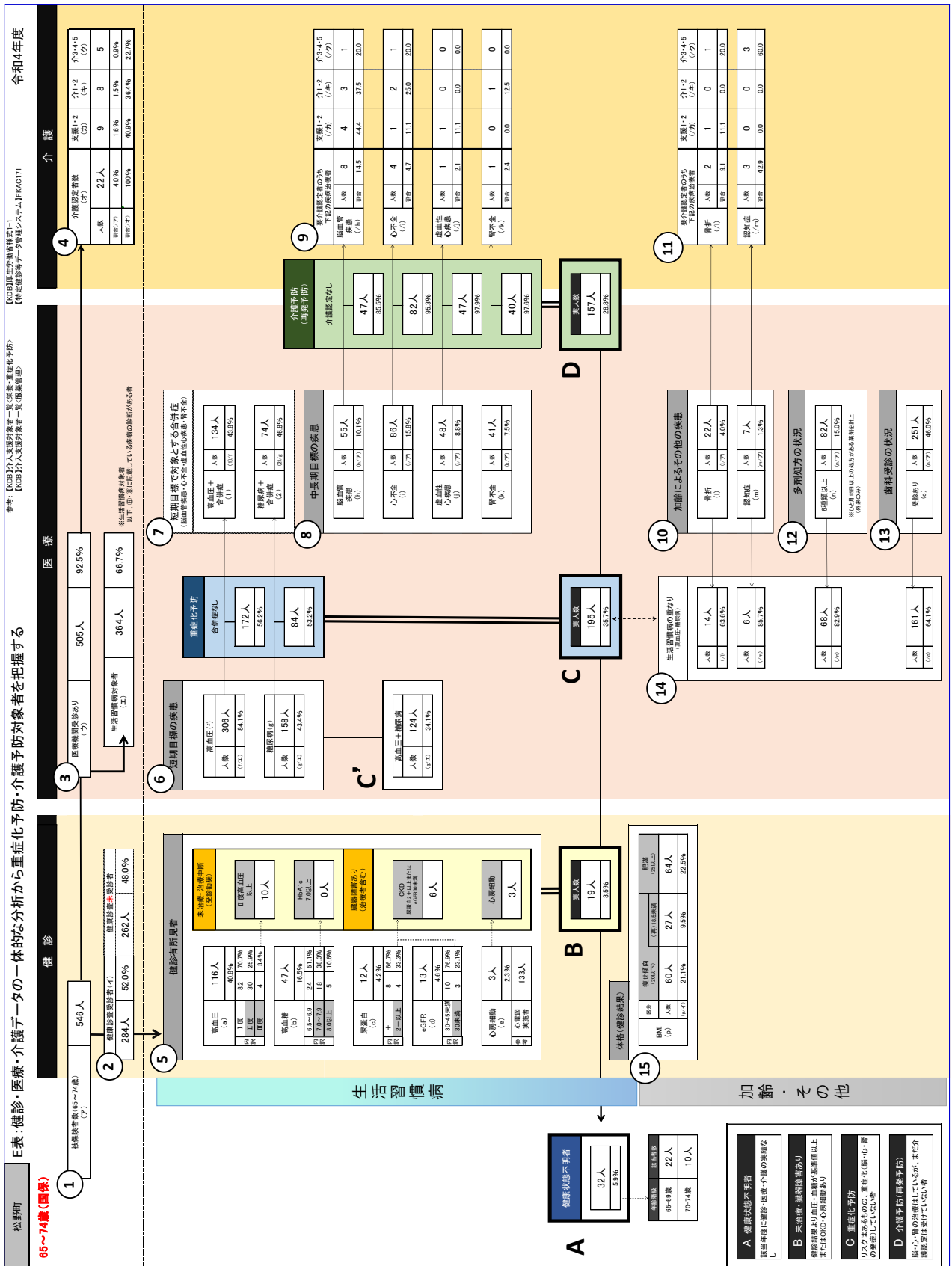
項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	人口構成	総人口		3,671		727,328		1,299,781		123,214,261		KDB,NO.5 人口の状況 KDB,NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
			65歳以上（高齢化率）		1,733	47.2	301,058	41.4	434,279	33.4	35,335,805	28.7		
			75歳以上		963	26.2	--	--	226,536	17.4	18,248,742	14.8		
			65～74歳		770	21.0	--	--	207,743	16.0	17,087,063	13.9		
			40～64歳		1,106	30.1	--	--	425,925	32.8	41,545,893	33.7		
	39歳以下		832	22.7	--	--	439,577	33.8	46,332,563	37.6				
	②	産業構成	第1次産業		16.2		22.3		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		18.7		20.6		24.2		25.0			
			第3次産業		65.0		57.2		68.0		71.0			
	③	平均寿命	男性		80.2		80.5		80.2		80.8		KDB,NO.1 地域全体像の把握	
女性			86.5		87.0		86.8		87.0					
④	平均自立期間 （要介護2以上）	男性 ※保険者欄は二次医療圏データ		79.1		79.3		79.9		80.1				
		女性 ※保険者欄は二次医療圏データ		83.2		84.2		84.1		84.4				
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)		男性		101.2		103.6		100		KDB,NO.1 地域全体像の把握	
					女性		108.7		99.9		101.6			
			死 因	がん		27	65.9	3,423	47.4	4,549	46.0	378,272		50.6
				心臓病		11	26.8	2,064	28.6	3,204	32.4	205,485		27.5
				脳疾患		2	4.9	1,188	16.4	1,376	13.9	102,900		13.8
				糖尿病		0	0.0	138	1.9	211	2.1	13,896		1.9
				腎不全		0	0.0	267	3.7	332	3.4	26,946		3.6
				自殺		1	2.4	146	2.0	221	2.2	20,171		2.7
	②	早世予防からみた死亡 （65歳未満）	合計										厚労省HP 人口動態調査	
			男性											
			女性											
	3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）		385	23.3	59,331	19.9	93,101	21.6	6,724,030	19.4	
				新規認定者		5	0.2	933	0.3	1,396	0.3	110,289	0.3	
介護度別 総件数				要支援1.2		984	12.9	162,745	13.5	378,847	17.0	21,785,044	12.9	
				要介護1.2		3,978	52.2	568,999	47.1	1,014,715	45.6	78,107,378	46.3	
				要介護3以上		2,656	34.9	476,421	39.4	829,972	37.3	68,963,503	40.8	
2号認定者		0	--	856	0.38	1,752	0.41	156,107	0.38					
②		有病状況	糖尿病		86	22.3	13,461	21.6	24,592	25.2	1,712,613	24.3	KDB,NO.1 地域全体像の把握	
			高血圧症		196	49.3	33,454	54.3	53,626	55.3	3,744,672	53.3		
			脂質異常症		127	33.8	18,421	29.6	36,861	37.9	2,308,216	32.6		
			心臓病		225	57.2	37,325	60.8	60,516	62.6	4,224,628	60.3		
			脳疾患		80	21.3	13,424	22.1	25,615	26.7	1,568,292	22.6		
			がん		32	8.2	6,308	10.3	11,323	11.6	837,410	11.8		
			筋・骨格		212	54.3	33,542	54.6	56,168	58.1	3,748,372	53.4		
			精神		119	32.3	22,904	37.4	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		333,488	577,934,027	323,222	97,308,660,154	320,144	139,031,909,784	290,668	100,742,274,226,869		
			1件当たり給付費（全体）		75,864		80,543		62,527		59,662			
			居宅サービス		55,051		42,864		44,617		41,272			
			施設サービス		288,224		288,059		293,644		296,364			
④	医療費等	要介護認定別 医療費（40歳以上）		認定あり	6,500	9,108	8,073	8,610						
		認定なし		3,828	4,544	4,125	4,020							
4	①	国保の状況	被保険者数		927		195,140		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		551	59.4			137,232	48.9	11,129,271	40.5		
			40～64歳		244	26.3			86,793	30.9	9,088,015	33.1		
			39歳以下		132	14.2			56,701	20.2	7,271,596	26.5		
	加入率		25.3		27.1		21.6		22.3					
	②	医療の概況 （人口千対）	病院数		0	0.0	54	0.3	134	0.5	8,237	0.3		
			診療所数		6	6.5	703	3.6	1,213	4.3	102,599	3.7		
			病床数		0	0.0	4,267	21.9	20,594	73.4	1,507,471	54.8		
			医師数		3	3.2	641	3.3	3,847	13.7	339,611	12.4		
			外来患者数		719.2		653.6		748.2		687.8			
			入院患者数		32.0		22.9		23.0		17.7			
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費		390,774	県内13位 同規模108位	367,527		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		751.126		676.49		771.192		705.439			
			外 来	費用の割合		52.0		55.1		57.7		60.4		
				件数の割合		95.7		96.6		97.0		97.5		
			入 院	費用の割合		48.0		44.9		42.3		39.6		
				件数の割合		4.3		3.4		3.0		2.5		
1件あたり在院日数			18.8日		16.2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	47,904,770	24.3	32.8	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)	11,614,950	5.9	6.1	6.9	8.2					
				糖尿病	22,069,100	11.2	11.2	10.2	10.4					
				高血圧症	13,403,660	6.8	6.5	5.7	5.9					
				脂質異常症	5,491,550	2.8	3.4	3.5	4.1					
				脳梗塞・脳出血	2,816,650	1.5	4.0	4.3	3.9					
				狭心症・心筋梗塞	3,289,480	1.7	2.8	2.9	2.8					
				精神	55,290,550	28.1	14.6	15.4	14.7					
				筋・骨格	32,583,460	16.5	17.4	18.0	16.7					
	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	542	0.3	363	0.2	308	0.2	256	0.2	KDB.NO.43 疾病別医療費分析(中分類)	
				糖尿病	3,069	1.6	1,389	0.8	1,400	0.8	1,144	0.9		
				脂質異常症	--	--	76	0.0	95	0.1	53	0.0		
				脳梗塞・脳出血	2,068	1.1	6,827	4.1	7,522	4.6	5,993	4.5		
				虚血性心疾患	2,138	1.1	4,500	2.7	4,360	2.6	3,942	2.9		
		医療費分析 一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	外来	腎不全	2,892	1.5	4,305	2.6	4,689	2.8	4,051	3.0		
				高血圧症	13,917	6.8	12,436	6.1	11,793	5.2	10,143	4.9		
				糖尿病	20,738	10.2	21,206	10.5	20,683	9.2	17,720	8.6		
				脂質異常症	5,924	2.9	6,646	3.3	7,354	3.3	7,092	3.5		
				脳梗塞・脳出血	970	0.5	934	0.5	1,383	0.6	825	0.4		
	虚血性心疾患	1,498	0.7	1,857	0.9	2,728	1.2	1,722	0.8					
	腎不全	16,489	8.1	14,043	6.9	17,187	7.6	15,781	7.7					
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	2,761	2,915	1,855	2,031	KDB.NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康課題						
		健診未受診者	10,569	13,340	15,257	13,295								
	生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	8,284	8,820	5,151	6,142	KDB.NO.1 地域全体像の把握							
		健診未受診者	31,713	40,357	42,378	40,210								
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨受者	240	65.4	39,089	58.4	40,660	59.2	3,916,059	57.0	KDB.NO.1 地域全体像の把握			
		医療機関受診率	209	56.9	34,893	52.2	36,956	53.8	3,574,558	52.0				
		医療機関非受診率	31	8.4	4,196	6.3	3,704	5.4	341,501	5.0				
	5	特定健診の 状況	県内市町村数 22市町村 同規模市区町村数 274市町村	健診受診者	367	66,906	68,704	6,875,056	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				53.7	県内2位 同規模108位	48.5	33.4	全国42位		37.6				
特定保健指導終了者(実施率)				8	27.6	4035	48.1	2,926		203,239	24.9			
非肥満高血糖				48	13.1	6,431	9.6	6,512		9.5	620,953	9.0		
メタボ				該当者	81	22.1	14,922	22.3		13,146	19.1	1,394,769	20.3	
				男性	56	32.6	10,484	32.5		9,093	30.8	974,828	32.0	
				女性	25	12.8	4,438	12.8		4,053	10.4	419,941	11.0	
				予備群	27	7.4	8,281	12.4		7,513	10.9	772,619	11.2	
				男性	20	11.6	5,902	18.3		5,157	17.4	545,330	17.9	
				女性	7	3.6	2,379	6.9		2,356	6.0	227,289	5.9	
メタボ該当・予備群レベル				腹囲	総数	118	32.2	25,637		38.3	22,793	33.2	2,402,902	35.0
					男性	85	49.4	18,049		55.9	15,694	53.1	1,683,473	55.3
					女性	33	16.9	7,588		21.9	7,099	18.1	719,429	18.8
				BMI	総数	16	4.4	4,009		6.0	3,508	5.1	323,057	4.7
					男性	1	0.6	756		2.3	582	2.0	51,841	1.7
					女性	15	7.7	3,253		9.4	2,926	7.5	271,216	7.1
				血糖のみ	2	0.5	459	0.7		427	0.6	43,987	0.6	
				血圧のみ	20	5.4	6,061	9.1		5,451	7.9	544,518	7.9	
				脂質のみ	5	1.4	1,761	2.6		1,635	2.4	184,114	2.7	
	血糖・血圧	13	3.5	2,455	3.7	1,990	2.9	205,065	3.0					
	血糖・脂質	6	1.6	743	1.1	653	1.0	70,937	1.0					
	血圧・脂質	39	10.6	6,671	10.0	6,288	9.2	664,878	9.7					
	血糖・血圧・脂質	23	6.3	5,053	7.6	4,215	6.1	453,889	6.6					
①	服薬	高血圧	154	42.0	26,329	39.4	23,400	34.1	2,447,146	35.6	KDB.NO.1 地域全体像の把握			
		糖尿病	50	13.6	7,268	10.9	5,256	7.7	594,927	8.7				
	既往歴	脂質異常症	105	28.6	18,483	27.6	18,552	27.0	1,914,847	27.9				
		脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	10	2.7	2,180	3.3	2,045	3.0	208,635	3.1				
		心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	28	7.6	3,893	6.0	5,342	7.9	367,822	5.5				
		腎不全	4	1.1	619	0.9	886	1.3	54,302	0.8				
		貧血	118	32.2	5,730	8.8	11,396	16.8	706,680	10.7				
		6	生活習慣の 状況	喫煙	40	10.9	10,997	16.4	7,593	11.1	948,575	13.8	KDB.NO.1 地域全体像の把握	
週3回以上朝食を抜く	26			7.8	5,942	9.5	4,158	8.9	648,865	10.4				
週3回以上食後間食(～H29)	0			0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
週3回以上就寝前夕食(H30～)	61			18.2	10,743	17.1	6,793	14.5	985,252	15.8				
週3回以上就寝前夕食	61			18.2	10,743	17.1	6,793	14.5	985,252	15.8				
食べる速度が速い	95			28.4	17,502	27.9	12,912	27.6	1,672,168	26.8				
20歳時体重から10kg以上増加	131			39.1	23,086	36.7	16,625	35.5	2,191,006	35.0				
1回30分以上運動習慣なし	198			59.1	42,776	67.6	25,918	55.4	3,777,161	60.4				
1日1時間以上運動なし	67			20.0	30,230	47.9	16,725	35.7	3,004,820	48.0				
睡眠不足	95			28.4	15,301	24.4	13,257	28.3	1,599,841	25.6				
毎日飲酒	100			29.9	16,889	26.4	10,429	22.2	1,671,521	25.5				
時々飲酒	73			21.8	14,683	23.0	10,107	21.5	1,475,568	22.5				
⑭	一日飲酒量			1合未満	114	51.8	22,853	55.0	24,967	66.5	2,997,543	64.1		
		1～2合	70	31.8	11,680	28.1	8,752	23.3	1,110,600	23.7				
		2～3合	31	14.1	5,250	12.6	3,056	8.1	438,425	9.4				
		3合以上	5	2.3	1,773	4.3	772	2.1	130,129	2.8				

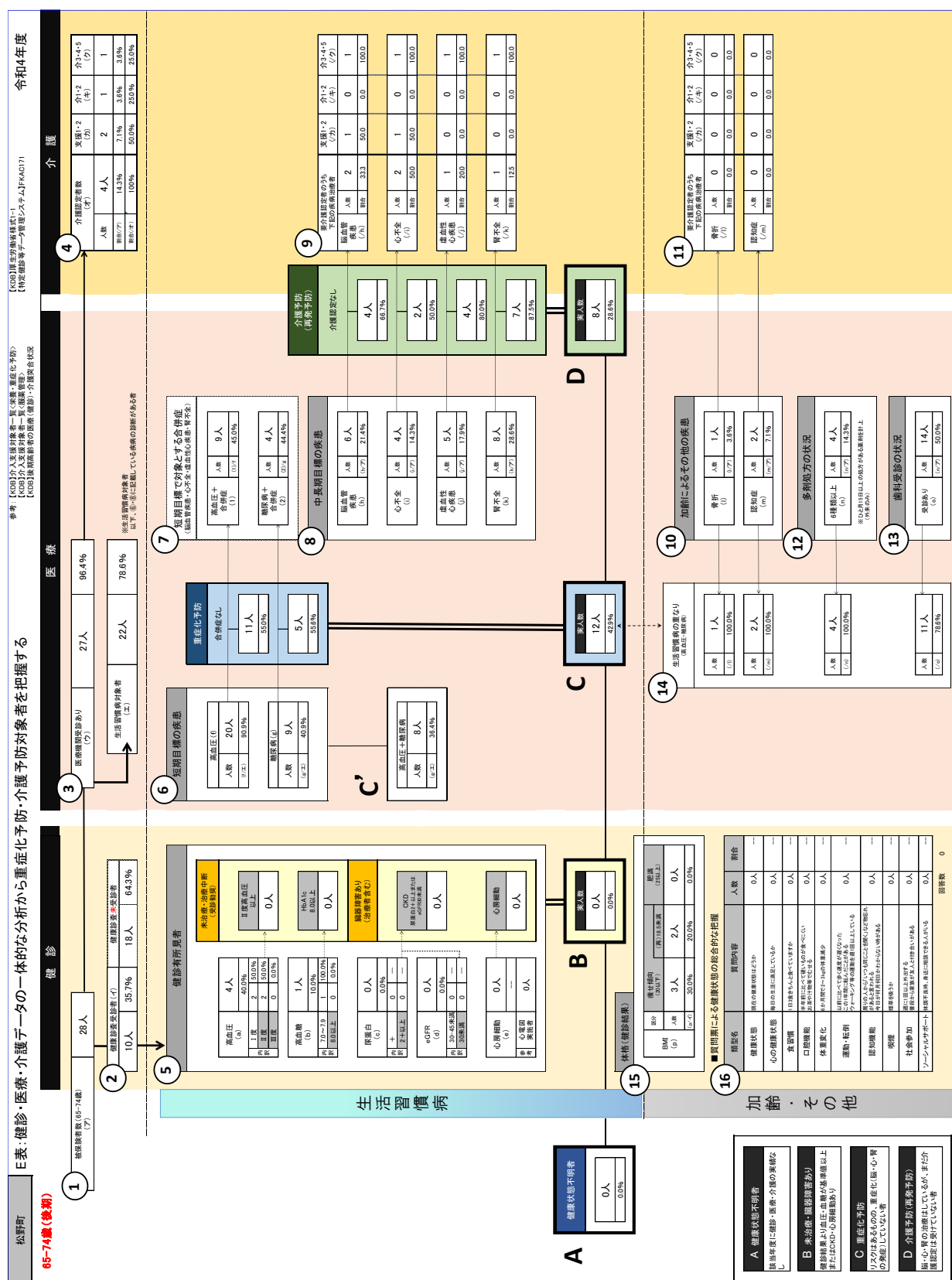
(1) 40~64歳(国保)



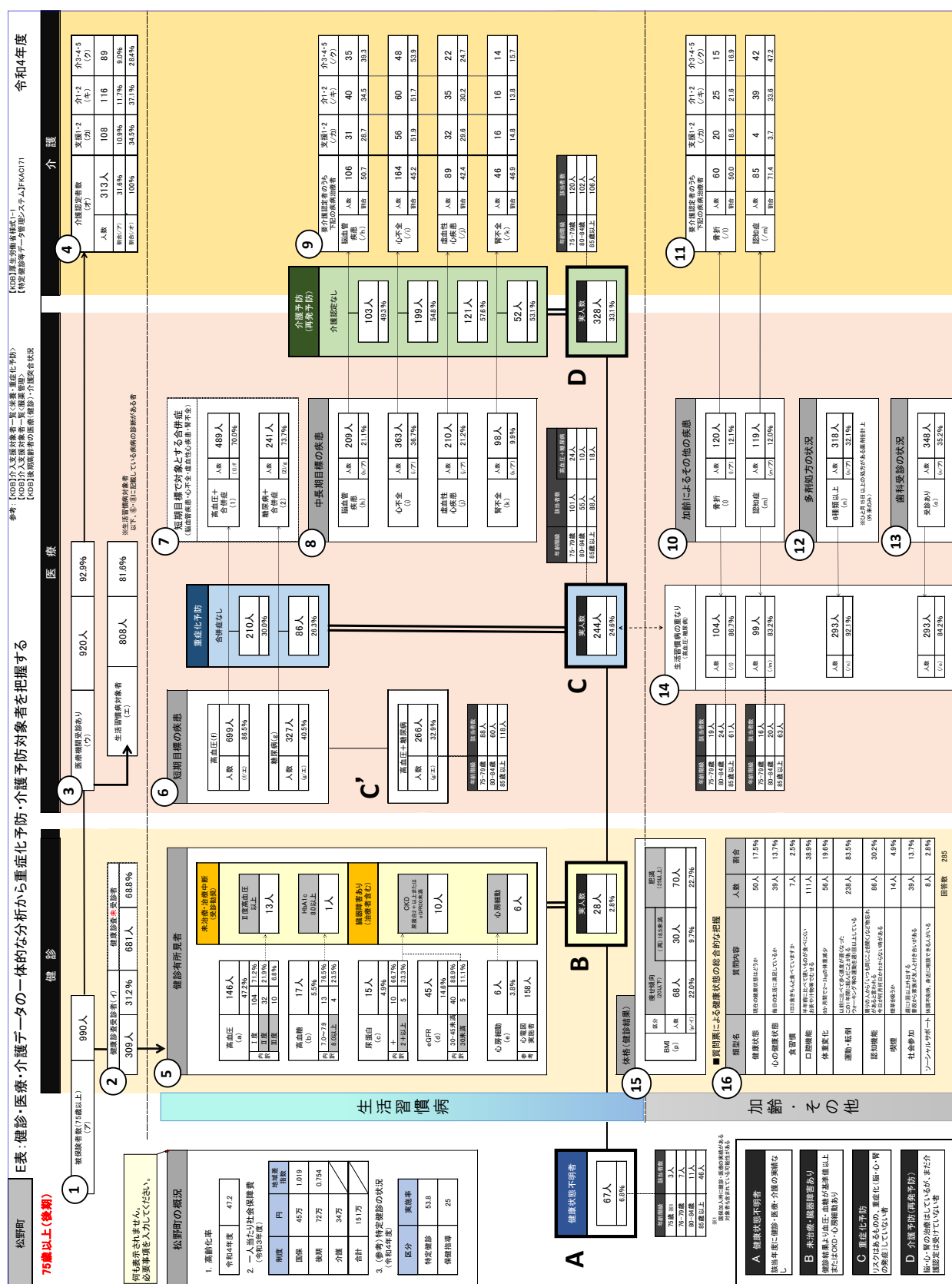
(2) 65～74歳(国保)



(3) 65~74歳(後期)

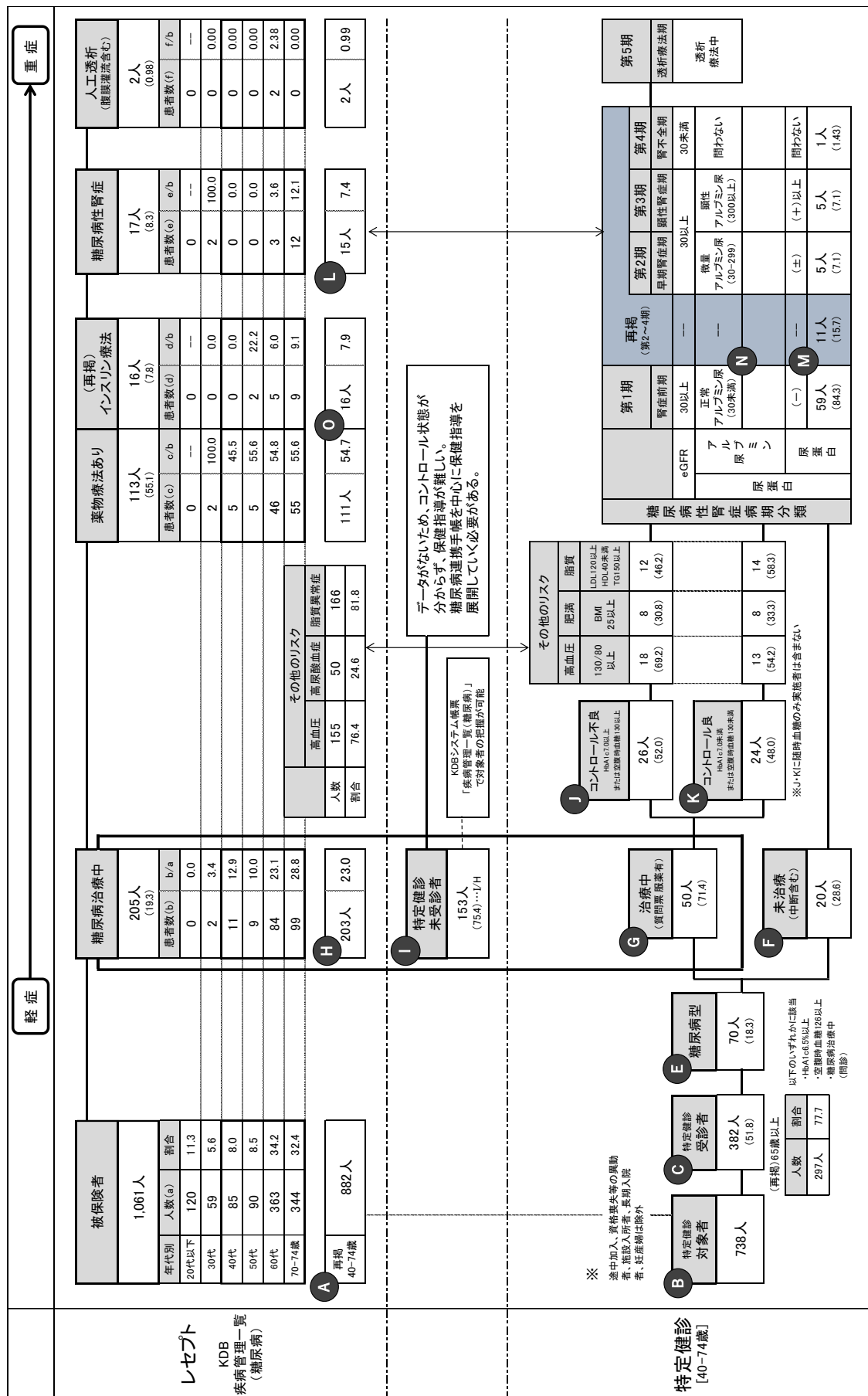


(4) 75歳以上（後期）



参考資料3 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

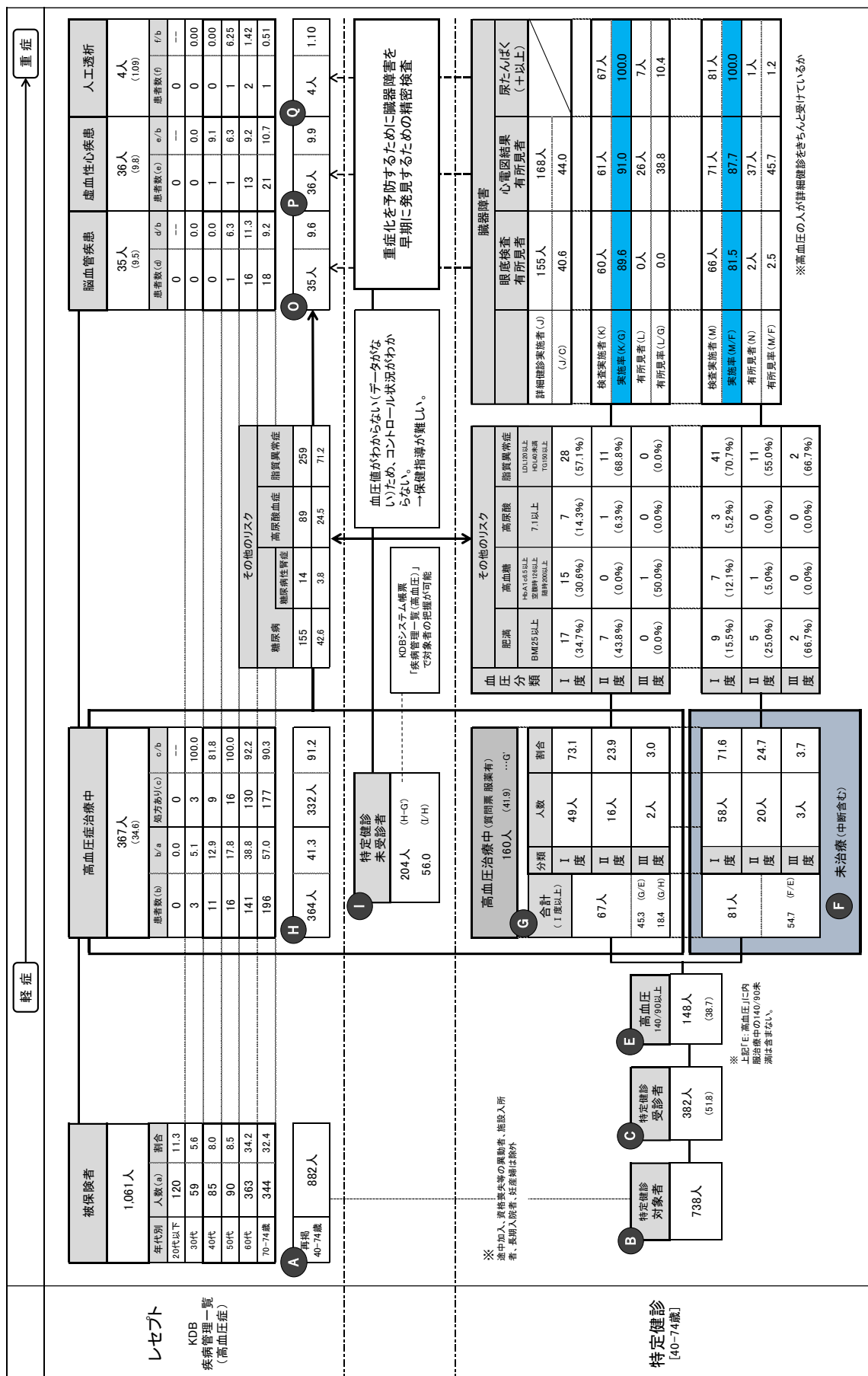
糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



参考資料4 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

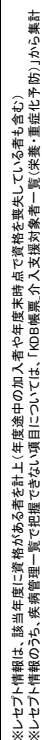
令和04年度

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



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

令和04年度



参考資料6 HbA1cの年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値								再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病											
								合併症予防の ための目標		最低限度達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる							
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A		
H29	410	140	34.1%	154	37.6%	67	16.3%	21	5.1%	21	5.1%	7	1.7%	15	3.7%	2	0.5%		
H30	421	174	41.3%	146	34.7%	49	11.6%	29	6.9%	21	5.0%	2	0.5%	12	2.9%	1	0.2%		
R01	414	119	28.7%	169	40.8%	74	17.9%	25	6.0%	20	4.8%	7	1.7%	16	3.9%	3	0.7%		
R02	391	125	32.0%	147	37.6%	66	16.9%	28	7.2%	20	5.1%	5	1.3%	18	4.6%	2	0.5%		
R03	373	102	27.3%	154	41.3%	64	17.2%	27	7.2%	25	6.7%	1	0.3%	12	3.2%	1	0.3%		
R04	382	108	28.3%	150	39.3%	70	18.3%	28	7.3%	20	5.2%	6	1.6%	12	3.1%	0	0.0%		

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c 測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上												
					再掲												
					再)7.0以上	未治療	治療										
H29	410	140 34.1%	154 37.6%	67 16.3%	49	19	30										
					12.0%	38.8%	61.2%										
					28 6.8%	10 35.7%	18 64.3%	12.0%									
H30	421	174 41.3%	146 34.7%	49 11.6%	52	17	35										
					12.4%	32.7%	67.3%										
					23 5.5%	8 34.8%	15 65.2%	5.5%									
R01	414	119 28.7%	169 40.8%	74 17.9%	52	20	32										
					12.6%	38.5%	61.5%										
					27 6.5%	10 37.0%	17 63.0%	6.5%									
R02	391	125 32.0%	147 37.6%	66 16.9%	53	15	38										
					13.6%	28.3%	71.7%										
					25 6.4%	5 20.0%	20 80.0%	6.4%									
R03	373	102 27.3%	154 41.3%	64 17.2%	53	15	38										
					14.2%	28.3%	71.7%										
					26 7.0%	5 19.2%	21 80.8%	7.0%									
R04	382	108 28.3%	150 39.3%	70 18.3%	54	17	37										
					14.1%	31.5%	68.5%										
					26 6.8%	4 15.4%	22 84.6%	6.8%									

治療と未治療の状況

HbA1c測定				正常		保健指導判定値						受診勧奨判定値								再掲			
						正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病													
										合併症予防の ための目標		最低限度達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる									
				5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上					
				A		人数 B	割合 B/A	人数 C	割合 C/A	人数 D	割合 D/A	人数 E	割合 E/A	人数 F	割合 F/A	人数 G	割合 G/A	人数 H	割合 H/A	人数 I	割合 I/A		
治療中	H29	41	10.0%	1	2.4%	2	4.9%	8	19.5%	12	29.3%	12	29.3%	6	14.6%	11	26.8%	1	2.4%				
	H30	43	10.2%	0	0.0%	2	4.7%	6	14.0%	20	46.5%	14	32.6%	1	2.3%	8	18.6%	0	0.0%				
	R01	40	9.7%	0	0.0%	0	0.0%	8	20.0%	15	37.5%	13	32.5%	4	10.0%	10	25.0%	0	0.0%				
	R02	51	13.0%	1	2.0%	4	7.8%	8	15.7%	18	35.3%	15	29.4%	5	9.8%	14	27.5%	2	3.9%				
	R03	54	14.5%	0	0.0%	5	9.3%	11	20.4%	17	31.5%	20	37.0%	1	1.9%	10	18.5%	1	1.9%				
	R04	50	13.1%	0	0.0%	2	4.0%	11	22.0%	15	30.0%	17	34.0%	5	10.0%	11	22.0%	0	0.0%				
治療なし	H29	369	90.0%	139	37.7%	152	41.2%	59	16.0%	9	2.4%	9	2.4%	1	0.3%	4	1.1%	1	0.3%				
	H30	378	89.8%	174	46.0%	144	38.1%	43	11.4%	9	2.4%	7	1.9%	1	0.3%	4	1.1%	1	0.3%				
	R01	374	90.3%	119	31.8%	169	45.2%	66	17.6%	10	2.7%	7	1.9%	3	0.8%	6	1.6%	3	0.8%				
	R02	340	87.0%	124	36.5%	143	42.1%	58	17.1%	10	2.9%	5	1.5%	0	0.0%	4	1.2%	0	0.0%				
	R03	319	85.5%	102	32.0%	149	46.7%	53	16.6%	10	3.1%	5	1.6%	0	0.0%	2	0.6%	0	0.0%				
	R04	332	86.9%	108	32.5%	148	44.6%	59	17.8%	13	3.9%	3	0.9%	1	0.3%	1	0.3%	0	0.0%				

参考資料 7 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H29	412	84	20.4%	71	17.2%	98	23.8%	133	32.3%	21	5.1%	5	1.2%
H30	424	74	17.5%	72	17.0%	104	24.5%	131	30.9%	32	7.5%	11	2.6%
R01	415	102	24.6%	49	11.8%	105	25.3%	116	28.0%	35	8.4%	8	1.9%
R02	392	63	16.1%	51	13.0%	90	23.0%	126	32.1%	56	14.3%	6	1.5%
R03	373	63	16.9%	64	17.2%	95	25.5%	105	28.2%	39	10.5%	7	1.9%
R04	382	84	22.0%	55	14.4%	95	24.9%	107	28.0%	36	9.4%	5	1.3%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上														
					再掲														
					再Ⅲ度高血圧	未治療	治療												
H29	412	155 37.6%	98 23.8%	133 32.3%	26 6.3%	17 65.4%	9 34.6%												
					5 1.2%	3 60.0%	2 40.0%												
H30	424	146 34.4%	104 24.5%	131 30.9%	43 10.1%	24 55.8%	19 44.2%												
					11 2.6%	7 63.6%	4 36.4%												
R01	415	151 36.4%	105 25.3%	116 28.0%	43 10.4%	30 69.8%	13 30.2%												
					8 1.9%	7 87.5%	1 12.5%												
R02	392	114 29.1%	90 23.0%	126 32.1%	62 15.8%	36 58.1%	26 41.9%												
					6 1.5%	3 50.0%	3 50.0%												
R03	373	127 34.0%	95 25.5%	105 28.2%	46 12.3%	26 56.5%	20 43.5%												
					7 1.9%	3 42.9%	4 57.1%												
R04	382	139 36.4%	95 24.9%	107 28.0%	41 10.7%	23 56.1%	18 43.9%												
					5 1.3%	3 60.0%	2 40.0%												

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
治療中	A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
	H29	159	38.6%	22	13.8%	30	18.9%	32	20.1%	66	41.5%	7	4.4%
	H30	170	40.1%	20	11.8%	29	17.1%	52	30.6%	50	29.4%	15	8.8%
	R01	162	39.0%	33	20.4%	15	9.3%	45	27.8%	56	34.6%	12	7.4%
	R02	151	38.5%	19	12.6%	20	13.2%	29	19.2%	57	37.7%	23	15.2%
	R03	157	42.1%	20	12.7%	24	15.3%	49	31.2%	44	28.0%	16	10.2%
治療なし	R04	160	41.9%	26	16.3%	21	13.1%	46	28.8%	49	30.6%	16	10.0%
	H29	253	61.4%	62	24.5%	41	16.2%	66	26.1%	67	26.5%	14	5.5%
	H30	254	59.9%	54	21.3%	43	16.9%	52	20.5%	81	31.9%	17	6.7%
	R01	253	61.0%	69	27.3%	34	13.4%	60	23.7%	60	23.7%	23	9.1%
	R02	241	61.5%	44	18.3%	31	12.9%	61	25.3%	69	28.6%	33	13.7%
	R03	216	57.9%	43	19.9%	40	18.5%	46	21.3%	61	28.2%	23	10.6%
	R04	222	58.1%	58	26.1%	34	15.3%	49	22.1%	58	26.1%	20	9.0%

参考資料 8 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

		LDL 測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F
総数	H29	412	229	55.6%	86	20.9%	54	13.1%	23	5.6%	20	4.9%
	H30	424	220	51.9%	85	20.0%	80	18.9%	27	6.4%	12	2.8%
	R01	415	196	47.2%	116	28.0%	69	16.6%	20	4.8%	14	3.4%
	R02	392	198	50.5%	101	25.8%	53	13.5%	32	8.2%	8	2.0%
	R03	373	189	50.7%	88	23.6%	58	15.5%	29	7.8%	9	2.4%
	R04	382	194	50.8%	87	22.8%	49	12.8%	39	10.2%	13	3.4%
男性	H29	190	119	62.6%	33	17.4%	24	12.6%	7	3.7%	7	3.7%
	H30	187	113	60.4%	31	16.6%	32	17.1%	7	3.7%	4	2.1%
	R01	187	100	53.5%	52	27.8%	20	10.7%	9	4.8%	6	3.2%
	R02	181	104	57.5%	45	24.9%	16	8.8%	13	7.2%	3	1.7%
	R03	172	96	55.8%	35	20.3%	27	15.7%	11	6.4%	3	1.7%
	R04	177	101	57.1%	33	18.6%	27	15.3%	14	7.9%	2	1.1%
女性	H29	222	110	49.5%	53	23.9%	30	13.5%	16	7.2%	13	5.9%
	H30	237	107	45.1%	54	22.8%	48	20.3%	20	8.4%	8	3.4%
	R01	228	96	42.1%	64	28.1%	49	21.5%	11	4.8%	8	3.5%
	R02	211	94	44.5%	56	26.5%	37	17.5%	19	9.0%	5	2.4%
	R03	201	93	46.3%	53	26.4%	31	15.4%	18	9.0%	6	3.0%
	R04	205	93	45.4%	54	26.3%	22	10.7%	25	12.2%	11	5.4%

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)180以上	未治療	治療						
H29	412	229 55.6%	86 20.9%	54 13.1%	43 10.4%	37 86.0%	6 14.0%						
					20 4.9%	16 80.0%	4 20.0%	4.9%					
					10.4%								
H30	424	220 51.9%	85 20.0%	80 18.9%	39 9.2%	32 82.1%	7 17.9%						
					12 2.8%	9 75.0%	3 25.0%	2.8%					
					9.2%								
R01	415	196 47.2%	116 28.0%	69 16.6%	34 8.2%	28 82.4%	6 17.6%						
					14 3.4%	10 71.4%	4 28.6%	3.4%					
					8.2%								
R02	392	198 50.5%	101 25.8%	53 13.5%	40 10.2%	36 90.0%	4 10.0%						
					8 2.0%	6 75.0%	2 25.0%	2.0%					
					10.2%								
R03	373	189 50.7%	88 23.6%	58 15.5%	38 10.2%	36 94.7%	2 5.3%						
					9 2.4%	8 88.9%	1 11.1%	2.4%					
					10.2%								
R04	382	194 50.8%	87 22.8%	49 12.8%	52 13.6%	46 88.5%	6 11.5%						
					13 3.4%	12 92.3%	1 7.7%	3.4%					
					13.6%								

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	人数	割合
治療中	H29	115	27.9%	79	68.7%	21	18.3%	9	7.8%	2	1.7%	4	3.5%
	H30	116	27.4%	78	67.2%	22	19.0%	9	7.8%	4	3.4%	3	2.6%
	R01	120	28.9%	80	66.7%	28	23.3%	6	5.0%	2	1.7%	4	3.3%
	R02	115	29.3%	85	73.9%	19	16.5%	7	6.1%	2	1.7%	2	1.7%
	R03	118	31.6%	86	72.9%	22	18.6%	8	6.8%	1	0.8%	1	0.8%
	R04	108	28.3%	76	70.4%	21	19.4%	5	4.6%	5	4.6%	1	0.9%
治療なし	H29	297	72.1%	150	50.5%	65	21.9%	45	15.2%	21	7.1%	16	5.4%
	H30	308	72.6%	142	46.1%	63	20.5%	71	23.1%	23	7.5%	9	2.9%
	R01	295	71.1%	116	39.3%	88	29.8%	63	21.4%	18	6.1%	10	3.4%
	R02	277	70.7%	113	40.8%	82	29.6%	46	16.6%	30	10.8%	6	2.2%
	R03	255	68.4%	103	40.4%	66	25.9%	50	19.6%	28	11.0%	8	3.1%
	R04	274	71.7%	118	43.1%	66	24.1%	44	16.1%	34	12.4%	12	4.4%

第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）

発行年月	令和6年3月
発 行	松野町
編 集	松野町保健福祉課 〒798-2102 愛媛県北宇和郡松野町大字延野々1406番地4 TEL 0895-42-0708 FAX 0895-42-1550 E-mail m-hoken@town.matsuno.ehime.jp