

女川町国民健康保険
保健事業実施計画
(データヘルス計画)(第3期)・
特定健康診査等実施計画(第4期)
令和6年度～令和11年度

女川町

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
 - 1) 市町村国保の役割
 - 2) 関係機関との連携
 - 3) 被保険者の役割
5. 保険者努力支援制度

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 ……12

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……………38

1. 特定健康診査等実施計画(第4期)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
7. 結果の報告
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章 課題解決するための個別保健事業45

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) 脳血管疾患重症化予防
 - 3) 虚血性心疾患重症化予防
 - 4) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
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73

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74

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料75

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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

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

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

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

データヘルス計画(第3期)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、特定健康診査(以下「特定健診」という。)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。

データヘルス計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業(支援)計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。(図表1・2)

また、「特定健康診査等実施計画」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に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。(図表3・4・5・6)

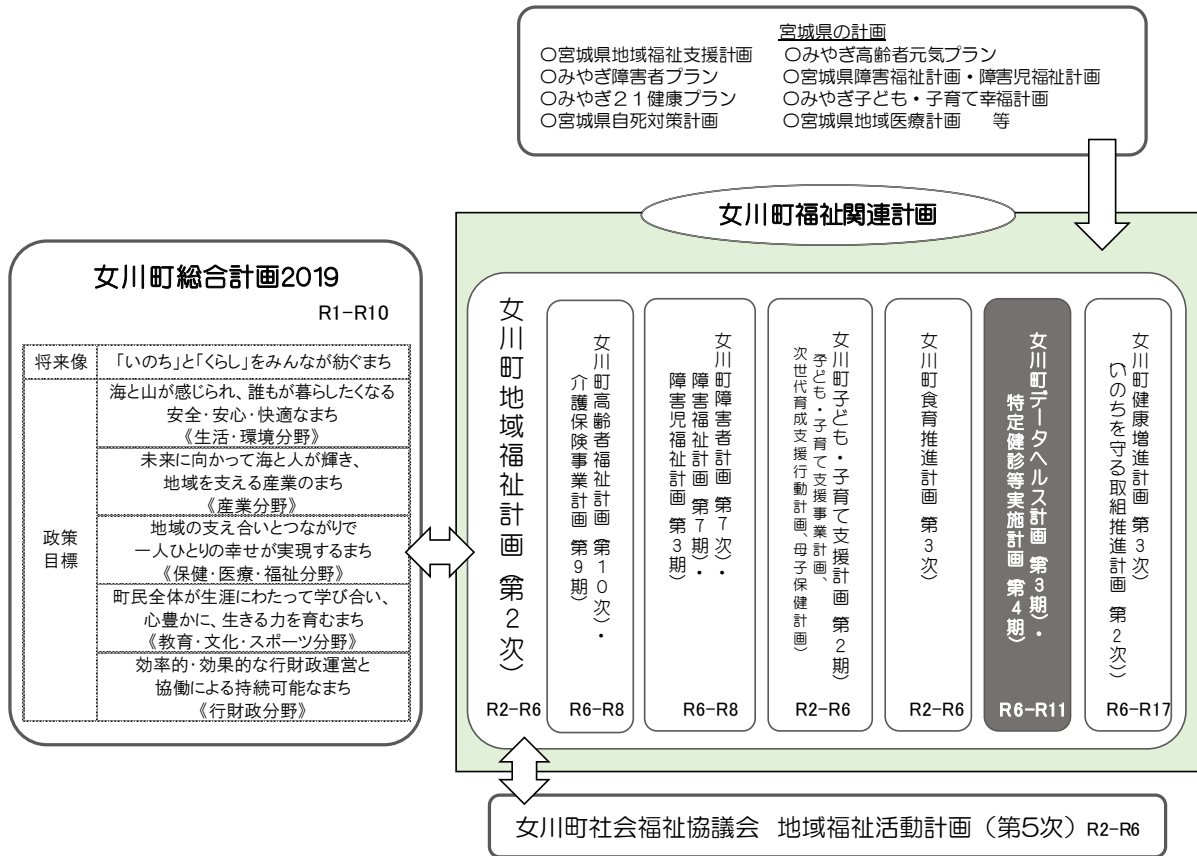
本町では、以上の事も踏まえ、国保データベースシステム(以下「KDB システム」^{※6}という。)を活用して特定健診の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

※5 標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版):このプログラム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3参照)

なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施計画(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 システム: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。

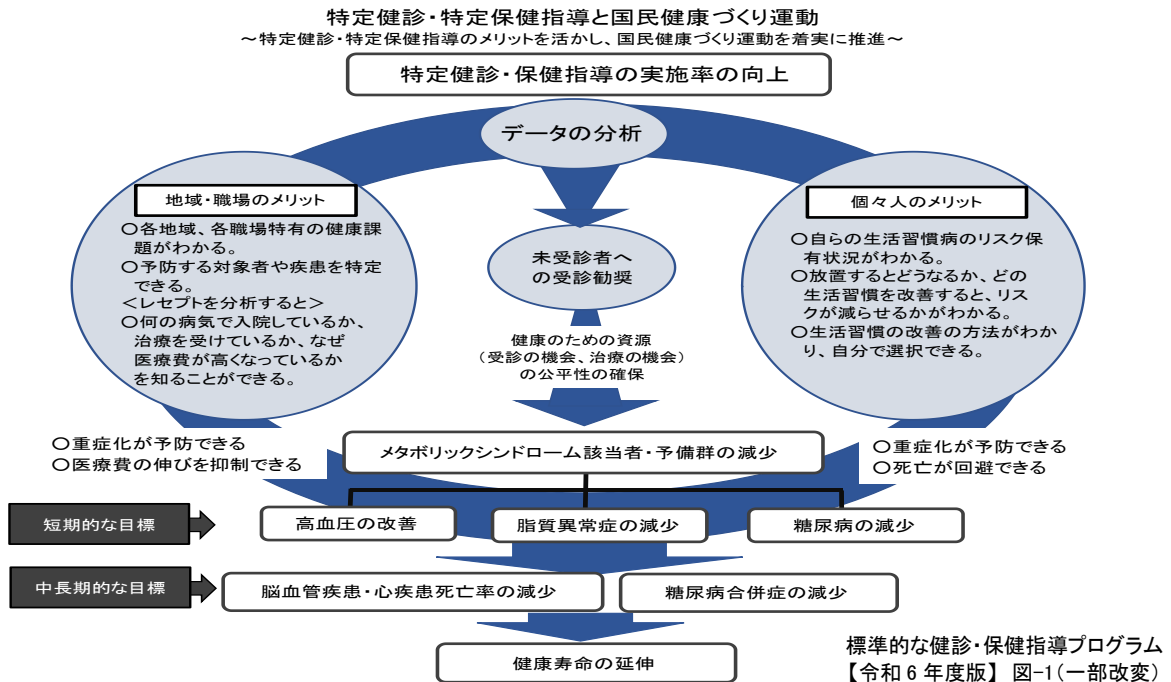
図表1 データヘルス計画とその他女川町の計画との位置づけ



図表2 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

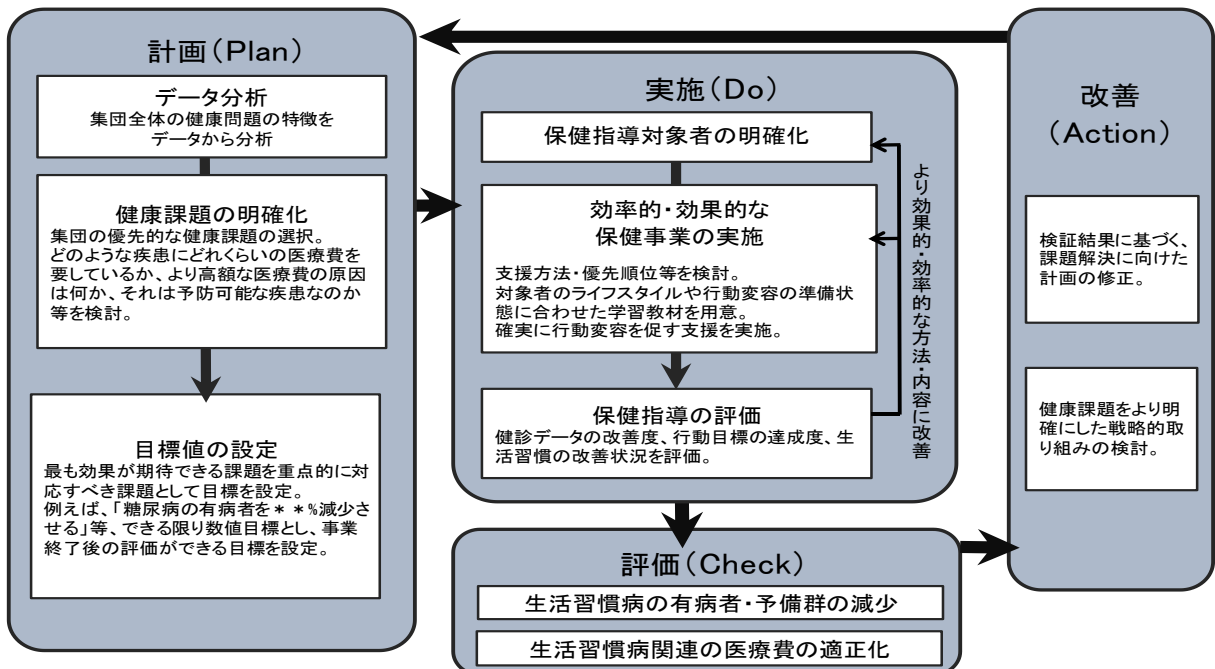
	健康増進計画		医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画	
	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画				
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5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、青年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	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
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子ども、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 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の状況に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県・国保連合会)を通じて、 保険者との連携	地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金	

図表3 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



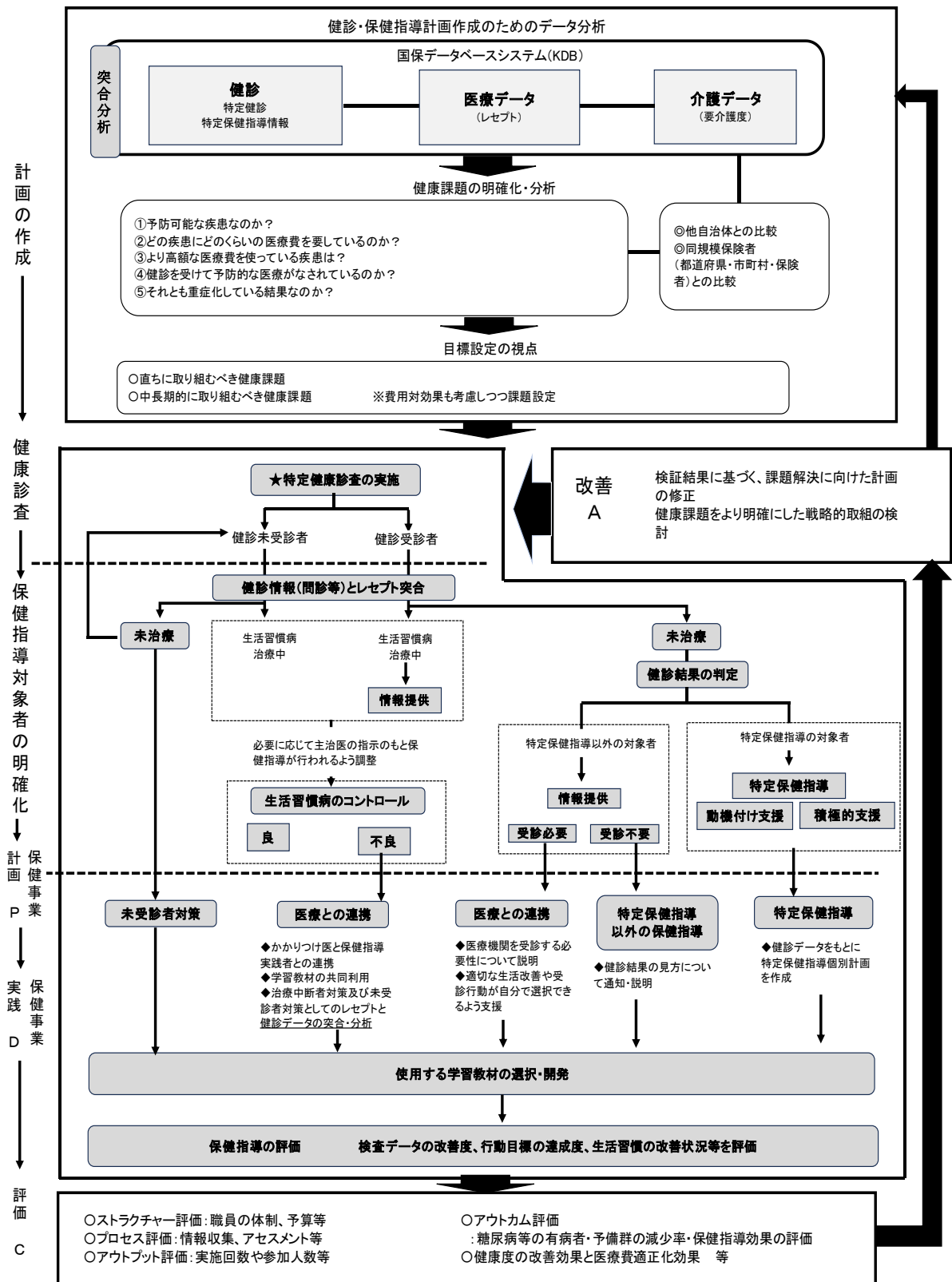
注) プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組が明確となり、分析に基づく取組を実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表4 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

図表5 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6 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		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)	高齢者の医療の確保に関する法律	
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がる保健指導を行う	
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、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	

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

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

図表7 計画の期間

	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	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
女川町復興計画 女川町総合計画	女川町復興計画 H23～ 30年度	女川町総合計画2019 R1～10年度										
地域福祉計画	地域福祉計画 (第1次)	地域福祉計画(第2次)						地域福祉計画(第3次)				
高齢者福祉計画 ・介護保険事業計画	高齢者福祉計画(第8次)・ 介護保険事業計画(第7期)	高齢者福祉計画(第9次)・ 介護保険事業計画(第8期)			高齢者福祉計画(第10次)・ 介護保険事業計画(第9期)							
障害者計画・障害福祉計画・ 障害児福祉計画	障害者計画(第5次)・ 障害福祉計画(第5期)・ 障害児福祉計画(第1期)	障害者計画(第6次)・ 障害福祉計画(第6期)・ 障害児福祉計画(第2期)			障害者計画(第7次)・ 障害福祉計画(第7期)・ 障害児福祉計画(第3期)							
子ども・子育て支援計画 (子ども・子育て支援事業計 画、次世代育成支援行動計 画、母子保健計画)	子ども・子育て支 援計画(第1期)	子ども・子育て支援計画(第2期) (子ども・子育て支援事業計画、 次世代育成支援行動計画、母子保健計画)					子ども・子育て支援計画(第3期) (子ども・子育て支援事業計画、 次世代育成支援行動計画、母子保健計画)					
健康増進計画 (いのちを守る取組推進計 画(自殺対策計画))	健康増進計画(第2次)						健康増進計画(第3次) (いのちを守る取組推進計画(第2次))R6～R17年度					
データヘルス計画・ 特定健診等実施計画	データヘルス計画(第2期)・ 特定健診等実施計画(第3期)						データヘルス計画(第3期)・ 特定健診等実施計画(第4期)					
食育推進計画	食育推進計 画(第2次)	食育推進計画(第3次)					食育推進計画(第4次)					
女川町社会福祉協議会 地域福祉活動計画	地域福祉活動計 画(第4次)	地域福祉活動計画(第5次)					地域福祉活動計画(第6次)					

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

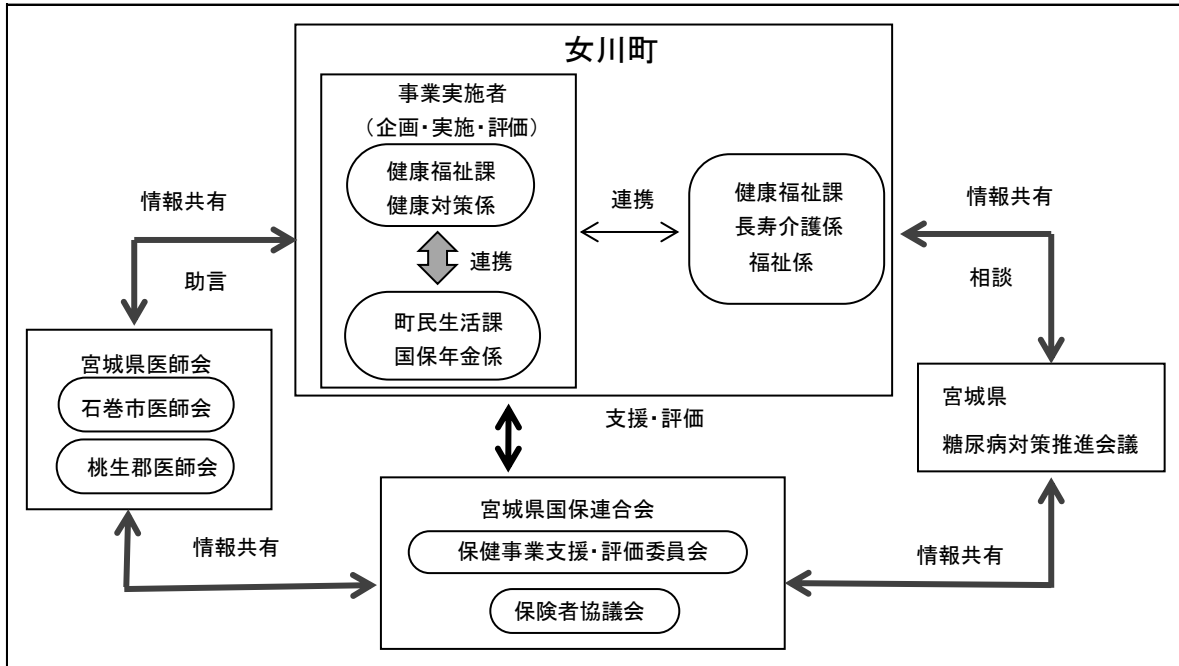
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、国保医療・高齢者医療部局(町民生活課国保年金係)、介護保険部局(健康福祉課長寿介護係)、生活保護部局(健康福祉課福祉係)とも十分連携を図ることとします。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・係内の

業務をマニュアル化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整えます。（図表8・9）

図表8 女川町の実施体制図



図表9 保健事業体制と主な保健事業の分担(令和5年度)

保…保健師 管栄…管理栄養士 事…事務 ◎…主担当 ○…副担当

	保	保	保	保	管栄	管栄	事 (係長)	事	事
国保事務 (特定健診・保健指導)		○					◎		
健康診査 保健指導	○	◎	○		◎	○			
高齢者の保健事業と介護 予防の一体的実施		◎		○	○				
母子保健	○	○	◎		○	○			
がん検診							◎		○
健康づくり					◎	○			
歯科保健			○			◎			
精神保健	◎		○						
予防接種								◎	○
新型コロナ ワクチン								◎	○

2) 関係機関との連携

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

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

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

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

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、計画策定にあたっては、国保運営協議会の委員として、被保険者から参画を得て、意見交換等を行います。

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度より本格的に実施されています。(図表 10)

令和2年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」として交付する部分を創設し、「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組を後押ししています(事業費分・事業費連動分)。

保険者努力支援制度(事業費分)では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、また都道府県は、交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

図表 10 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		
		女川町	配点	女川町	配点	女川町	配点	
交付額(万円)		478		389		385		
全国順位(1,741市町村中)		51位		152位		360位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70
		(2)特定保健指導実施率	125	70	115	70	115	70
		(3)メタリックシート・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	38	40	58	40	57	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	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	60	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	50	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	130	130	130	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	0	100	0	100	0	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	25	30	20	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	38	40	38	50	33	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	68	95	69	100	65	100
合計点		769	1,000	710	960	645	940	

第2章 第2期計画にかかる考察及び第2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、令和2年国勢調査で人口は6,408人で、高齢化率は36.4%でした。高齢者の割合は、同規模と比較すると低いですが、県、国と比較すると高くなっています。被保険者の平均年齢は53歳と同規模と比べて若く、出生率も同規模よりは高く、財政指数も高い町となっています。産業においては、第2次産業が40.1%と同規模、県、国と比較しても高く、第1次産業は県、国よりも高くなっています。第1次産業では、漁業の割合が多く、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くなっています。(図表11)

国保加入率は令和4年度23.7%で、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46.2%を占めています。(図表12)

また本町に診療所は2か所のみであり、医療機関数、病床数ともに少ないことから、近隣の医療機関を受診される方も多くなっています。(図表13)

図表11 同規模・県・国と比較した女川町の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数(人) (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(%)
女川町	6,408	36.4	1,516 (23.7)	53.4	5.1	14.7	1.0	10.9	40.1	49.1
同規模	--	39.4	25.6	55.7	4.9	17.2	0.4	17.0	25.3	57.7
県	--	28.3	20.4	54.1	6.4	10.9	0.6	4.5	23.4	72.1
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

注) 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、女川町と同規模保険者(240市町村)の平均値を表す。

注) 令和2年国勢調査報告での人口は6,430人であるが、KDB システムでは回答者のうち年齢不詳を除いて表示される。

図表12 国保の加入状況

	H30年度		R元年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)
被保険者数	1,845		1,783		1,710		1,632		1,516	
65～74歳	793	43.0	769	43.1	777	45.4	755	46.3	700	46.2
40～64歳	570	30.9	550	30.8	513	30.0	494	30.3	463	30.5
39歳以下	482	26.1	464	26.0	420	24.6	383	23.5	353	23.3
加入率	29.1		28.2		27.0		25.8		23.7	

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 13 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R元年度		R2年度		R3年度		R4年度		参考(R4)	
	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	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	0.4	0.3
診療所数	2	1.1	2	1.1	2	1.2	2	1.2	2	1.3	2.7	3.7
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	37.4	53.9
医師数	4	2.2	4	2.2	4	2.3	4	2.5	5	3.3	4.2	12.9
外来患者数	659.8		657.6		609.6		641.4		659.0		692.2	742.1
入院患者数	22.1		19.5		17.8		19.0		19.3		22.7	19.0

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・介護給付費)の変化及び脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)を設定しました。

2つ目は短期的な目標として、年度ごとに中長期的な目標を達成するために必要な目標疾患として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を設定しました。(図表3参照)

(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標準化死亡比(SMR)の状況

標準化死亡比とは、全国平均を 100 とした場合に、標準化死亡比が 100 以上の場合は全国平均より死亡率が高いとされ、100 以下の場合は死亡率が低いとされます。

本町の標準化死亡比(SMR)は、平成 20~24 年、平成 25~29 年ともに、脳内出血は全国よりも高く、心不全は、宮城県、全国よりも高くなっています。(図表 14)

図表 14 標準化死亡比(SMR)の状況

脳内出血								心不全							
H20~24年				H25~29年				H20~24年				H25~29年			
男		女		男		女		男		女		男		女	
宮城県	124.8	女川町	124.1	宮城県	126.5	宮城県	129.7	女川町	120.0	女川町	190.2	女川町	124.1	女川町	104.0
女川町	120.5	宮城県	122.4	女川町	105.8	女川町	124.4	全国	100.0	全国	100.0	全国	100.0	全国	100.0
全国	100.0	全国	100.0	全国	100.0	全国	100.0	宮城県	88.8	宮城県	90.4	宮城県	90.3	宮城県	88.1

出典:人口動態特殊報告 人口動態保健所・市町村別統計

②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)認定者6人(認定率 0.31%)で、同規模、県、国に比べても低いです。1号(65 歳以上)認定者は 543 人(認定率 23.3%)で平成 30 年度よりは減少しているものの、同規模・県・国と比較すると高くなっています。(図表 15)

団塊の世代が後期高齢者医療へ移行したものの、75歳以上の認定者割合は減少しており、介護給付費も、平成30年度に比べて減少しています。しかし、施設サービスの給付費が増加しています。(図表16)

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、74歳以下は脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が最上位となっており、75歳以上では虚血性心疾患が最上位となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであるといえます。(図表17)

図表15 要介護認定者(率)の状況

	女川町				同規模	県	国
	H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
高齢化率	2,126人	33.6%	2,333人	36.4%	39.4%	28.3%	28.7%
2号認定者	7人	0.32%	6人	0.31%	0.39%	0.39%	0.38%
新規認定者	2人		1人		--	--	--
1号認定者	545人	25.6%	543人	23.3%	19.4%	19.3%	19.4%
新規認定者	73人		74人		--	--	--
再掲	65～74歳	48人	4.6%	37人	3.6%	--	--
新規認定者	9人		11人		--	--	--
75歳以上	497人	45.8%	506人	38.7%	--	--	--
新規認定者	64人		63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16 介護給付費の変化

	女川町		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	7億2343万円	7億0092万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	340,279	300,438	314,188	283,181	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	69,782	72,998	74,986	64,123	59,662
居宅サービス	35,183	34,733	43,722	42,075	41,272
施設サービス	283,926	301,559	289,312	296,026	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 17 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)(件)		6		37		506		543		549								
再)国保・後期		2		32		479		511		513								
レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	疾患	順位	疾病	件数(件)	割合(%)	疾病	件数(件)	割合(%)	疾病	件数(件)	割合(%)	疾病	件数(件)	割合(%)				
			疾病	割合(%)	疾病	割合(%)	疾病	割合(%)	疾病	割合(%)	疾病	割合(%)						
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	2	100.0	脳卒中	10	31.3	虚血性心疾患	181	37.8	虚血性心疾患	189	37.0	虚血性心疾患	189	36.8
			2	虚血性心疾患	0	0.0	虚血性心疾患	8	25.0	脳卒中	143	29.9	脳卒中	153	29.9	脳卒中	155	30.2
			3	腎不全	0	0.0	腎不全	3	9.4	腎不全	75	15.7	腎不全	78	15.3	腎不全	78	15.2
		4	糖尿病合併症	0	0.0	糖尿病合併症	7	21.9	糖尿病合併症	45	9.4	糖尿病合併症	52	10.2	糖尿病合併症	52	10.1	
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			1	50.0	基礎疾患	30	93.8	基礎疾患	464	96.9	基礎疾患	494	96.7	基礎疾患	495	96.5	
	血管疾患合計			2	100.0	合計	30	93.8	合計	466	97.3	合計	496	97.1	合計	498	97.1	
	認知症		認知症	0	0.0	認知症	3	9.4	認知症	155	32.4	認知症	158	30.9	認知症	158	30.8	
	筋・骨格疾患		筋骨格系	0	0.0	筋骨格系	28	87.5	筋骨格系	458	95.6	筋骨格系	486	95.1	筋骨格系	486	94.7	

出典：ヘルスサポートラボツール

③医療費の状況

本町の医療費は、国保加入者の減少に合わせ総医療費も減少しているものの、一人あたり医療費は、令和4年度で同規模保険者と比べて1万円高く、平成 30 年度と比較しても4万円伸びています。

また入院医療費は、令和4年度で全体のレセプトのわずか2.8%にも関わらず、医療費全体の46.9%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22万円も高くなっています。(図表18)

しかし、平成30年度と令和3年度で年齢調整をした地域差指数をみると、令和3年度は入院、外来ともに全国平均の1を下回っていました。

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、高額な医療費がかかる方が一人でも増えることで一人あたりの医療費の地域差が変わってきます。入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。(図表19)

図表 18 医療費の推移

		女川町		同規模	県	国
		H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
被保険者数		1,845人	1,516人	--	--	--
前期高齢者割合		793人 (43.0%)	700人 (46.2%)	--	--	--
総医療費		6億3861万円	5億8656万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		346,130 県内21位 同規模113位	386,912 県内25位 同規模111位	376,732	364,684	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	530,420	758,630	588,690	604,740	617,950
	費用の割合(%)	41.8	46.9	43.7	38.7	39.6
	件数の割合(%)	3.2	2.8	3.2	2.5	2.5
外来	1件あたり費用額(円)	24,790	25,110	24,870	24,460	24,220
	費用の割合(%)	58.2	53.1	56.3	61.3	60.4
	件数の割合(%)	96.8	97.2	96.8	97.5	97.5
受診率		681.978	678.33	714.851	761.032	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

注) 同規模順位は女川町と同規模保険者 240 市町村の平均値を表す。

図表 19 地域差指数^{※7}の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		女川町 (県内市町村中)		県 (47県中)	女川町 (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	1.025	0.885	1.012	0.810	0.791	0.904
		(18位)	(34位)	(25位)	(31位)	(32位)	(37位)
	入院	1.109	0.862	0.993	0.726	0.717	0.844
		(6位)	(33位)	(31位)	(31位)	(31位)	(39位)
	外来	1.016	0.933	1.041	0.934	0.893	0.975
		(21位)	(34位)	(10位)	(21位)	(26位)	(22位)

出典：地域差分析(厚労省)

※7 地域差指数：一人あたり医療費について、人口の年齢構成の相違分を補正し、全国平均を1として指数化したもの。

④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は、平成 30 年度と比較すると令和4年度は減少していますが、脳血管疾患、虚血性心疾患については、平成 30 年度よりも伸びており、同規模、県、国よりも高くなっています。(図表 20)

次に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令和4年度は脳血管疾患、虚血性心疾患で、患者数及び割合は減少していますが、人工透析については、

どちらも増加しました。(図表 21)

人工透析は、頻繁な医療受診や、合併症の危険等、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣病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 20 中長期目標疾患の医療費の推移

			女川町		同規模	県	国
			H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費			6億3861万円	5億8656万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計			6483万円	5430万円	--	--	--
			10.15%	9.26%	7.67%	9.07%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.02%	2.87%	2.06%	1.83%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.89%	2.20%	1.47%	1.64%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	5.86%	3.71%	3.83%	5.33%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.38%	0.47%	0.32%	0.27%	0.29%
その 他の 疾患	悪性新生物		11.60%	15.50%	16.76%	17.31%	16.69%
	筋・骨疾患		9.07%	9.75%	9.27%	8.09%	8.68%
	精神疾患		9.91%	10.55%	7.98%	6.92%	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 21 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	R4年度		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
治療者 0~74歳	A	1,845人	1,516人	a	82人	57人	159人	104人	7人	8人	
				a/A	4.4%	3.8%	8.6%	6.9%	0.4%	0.5%	
40歳以上	B	1,363人	1,163人	b	81人	56人	159人	104人	6人	8人	
	B/A	73.9%	76.7%	b/B	5.9%	4.8%	11.7%	8.9%	0.4%	0.7%	
再掲 40~64歳	C	570人	463人	c	23人	15人	39人	23人	4人	3人	
	C/A	30.9%	30.5%	c/C	4.0%	3.2%	6.8%	5.0%	0.7%	0.6%	
	65~74歳	D	793人	700人	d	58人	41人	120人	81人	2人	5人
		D/A	43.0%	46.2%	d/D	7.3%	5.9%	15.1%	11.6%	0.3%	0.7%

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、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

①短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標である高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は減っている一方で、合併症(重症化)でもある人工透析や糖尿病性腎症の割合は増加しています。

本町は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、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、脳血管疾患や虚血性心疾患の重症化予防につながっていることが考えられます。しかし、人工透析や糖尿病性腎症の割合は増加しているため、より重症化予防を実施していくことが必要です。(図表 22・23・24)

図表 22 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	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
高血圧症治療者	A(人)	676	555	181	137	495	418	
	A/被保数(%)	49.6	47.7	31.8	29.6	62.4	59.7	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B(人)	51	34	10	9	41	25
		B/A(%)	7.5	6.1	5.5	6.6	8.3	6.0
	虚血性心疾患	C(人)	119	78	29	16	90	62
		C/A(%)	17.6	14.1	16.0	11.7	18.2	14.8
	人工透析	D(人)	6	8	4	3	2	5
		D/A(%)	0.9	1.4	2.2	2.2	0.4	1.2

出典:KDB システム 疾病管理一覧(高血圧)、地域の全体像の把握、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 23 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
糖尿病治療者	A(人)	551	362	152	91	399	271	
	A/被保数(%)	40.4	31.1	26.7	19.7	50.3	38.7	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B(人)	34	21	6	3	28	18
		B/A(%)	6.2	5.8	3.9	3.3	7.0	6.6
	虚血性心疾患	C(人)	102	59	23	13	79	46
		C/A(%)	18.5	16.3	15.1	14.3	19.8	17.0
	人工透析	D(人)	3	6	3	3	0	3
		D/A(%)	0.5	1.7	2.0	3.3	0.0	1.1
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E(人)	20	17	5	4	15	13
		E/A(%)	3.6	4.7	3.3	4.4	3.8	4.8
	糖尿病性網膜症	F(人)	39	32	11	5	28	27
		F/A(%)	7.1	8.8	7.2	5.5	7.0	10.0
	糖尿病性神経障害	G(人)	17	17	8	2	9	15
		G/A(%)	3.1	4.7	5.3	2.2	2.3	5.5

出典:KDB システム 疾病管理一覽(糖尿病)、地域の全体像の把握、介入支援対象者一覽(栄養・重症化予防等)

図表 24 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	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
脂質異常症治療者	A(人)	524	443	147	105	377	338	
	A/被保数(%)	38.4	38.1	25.8	22.7	47.5	48.3	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B(人)	31	22	7	2	24	20
		B/A(%)	5.9	5.0	4.8	1.9	6.4	5.9
	虚血性心疾患	C(人)	96	65	26	12	70	53
		C/A(%)	18.3	14.7	17.7	11.4	18.6	15.7
	人工透析	D(人)	3	6	3	2	0	4
		D/A(%)	0.6	1.4	2.0	1.9	0.0	1.2

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、介入支援対象者一覽(栄養・重症化予防等)

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧以上とHbA1c7.0%以上を平成30年度と令和3年度で比較したところ、Ⅱ度高血圧以上の有所見者割合は減少していますが、HbA1c7.0%以上の有所見者割合は増加しました。また未治療者が健診後、医療につながったかを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Ⅱ度高血圧以上で26.2%、HbA1c7.0%以上で4.8%おり、その割合は同規模と比較すると低くなっていますが、HbA1c7.0%以上の方の治療中断者は同規模と比較

すると高くなっています。(図表 25)

前述したとおり、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の脳血管疾患、虚血性心疾患の割合は減ってきていますが、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、今後も受診が必要な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 25 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧 II度高血圧以上																		
					II度高血圧以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方										
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報(R3.4~R4.3)										
	受診者 A(人)	受診率 (%)	受診者 B(人)	受診率 (%)	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断								
C(人)		C/A(%)		D(人)		D/C(%)		E(人)		E/B(%)		F(人)		F/E(%)		G(人)		G/E(%)		H(人)		H/E(%)	
女川町	750	55.1	695	56.1	64	8.5	32	50.0	42	6.0	22	52.4	11	26.2	1	2.4							
同規模 合計	54,202	49.9	48,234	47.8	3,080	5.7	1,679	54.5	3,073	6.4	1,655	53.9	1,007	32.8	148	4.8							

	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										
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報(R3.4~R4.3)										
	HbA1c 実施者 A(人)	実施率 (%)	HbA1c 実施者 B(人)	実施率 (%)	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断								
I(人)		I/実施 者A(%)		J(人)		J/I(%)		K(人)		K/実施 者B(%)		L(人)		L/K(%)		M(人)		M/K(%)		N(人)		N/K(%)	
女川町	748	99.7	690	99.3	54	7.2	18	33.3	63	9.1	18	28.6	3	4.8	4	6.3							
同規模 合計	53,508	98.7	47,572	98.6	2,606	4.9	605	23.2	2,677	5.6	621	23.2	182	6.8	105	3.9							

出典:ヘルスサポートラボツール

注) 同規模市町村のうちヘルスサポートラボツールを使用している市町村合計との比較

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。本町の特定健診結果において、平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、6.3ポイントも伸びており、危険因子の重なりは2項目、3項目とも割合が増加しています。(図表 26)

また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 160mg/dl 以上の有所見割合を見ると、HbA1c6.5%以上、LDL コレステロール 160mg/dl 以上は増加しています。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 160mg/dl 以上は改善率が上がってきていますが、HbA1c は改善率が低下しています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも 2~3 割程度存在し、結果が把握できていない方もおります。今後も結果の改善につながる保健指導の実施に努めると共に、重症化予防対象者に継続受診を勧める働きかけを行っていきます。(図表 27・28・29)

図表 26 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者			予備群
		3項目	2項目		
H30年度	750人 (55.1%)	168人 (22.4%)	70人 (9.3%)	98人 (13.1%)	131人 (17.5%)
R4年度	645人 (56.0%)	185人 (28.7%)	76人 (11.8%)	109人 (16.9%)	88人 (13.6%)

出典：ヘルスサポートラボツール

注) 受診者データは、マルチマーカータを使用。

図表 27 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			
		改善	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R元	118人 (15.8%)	30人 (25.4%)	48人 (40.7%)	19人 (16.1%)	21人 (17.8%)
R3→R4	111人 (16.1%)	24人 (21.6%)	45人 (40.5%)	11人 (9.9%)	31人 (27.9%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 28 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	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R元	64人 (8.5%)	26人 (40.6%)	23人 (35.9%)	2人 (3.1%)	13人 (20.3%)
R3→R4	42人 (6.1%)	19人 (45.2%)	4人 (9.5%)	1人 (2.4%)	18人 (42.9%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 29 LDL コレステロール 160mg/dl以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160mg/dl以上	翌年度健診結果			
		改善	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R元	77人 (10.3%)	32人 (41.6%)	24人 (31.2%)	3人 (3.9%)	18人 (23.4%)
R3→R4	96人 (13.8%)	44人 (45.8%)	20人 (20.8%)	6人 (6.3%)	26人 (27.1%)

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

本町の特定健診受診率は、新型コロナウイルス感染症の影響がある令和2年度を除き、徐々に伸びてきていますが、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 30)

また、特定健診の年代別の受診率は、60～70代に比べると40～50代は低くなっています。(図表 31)

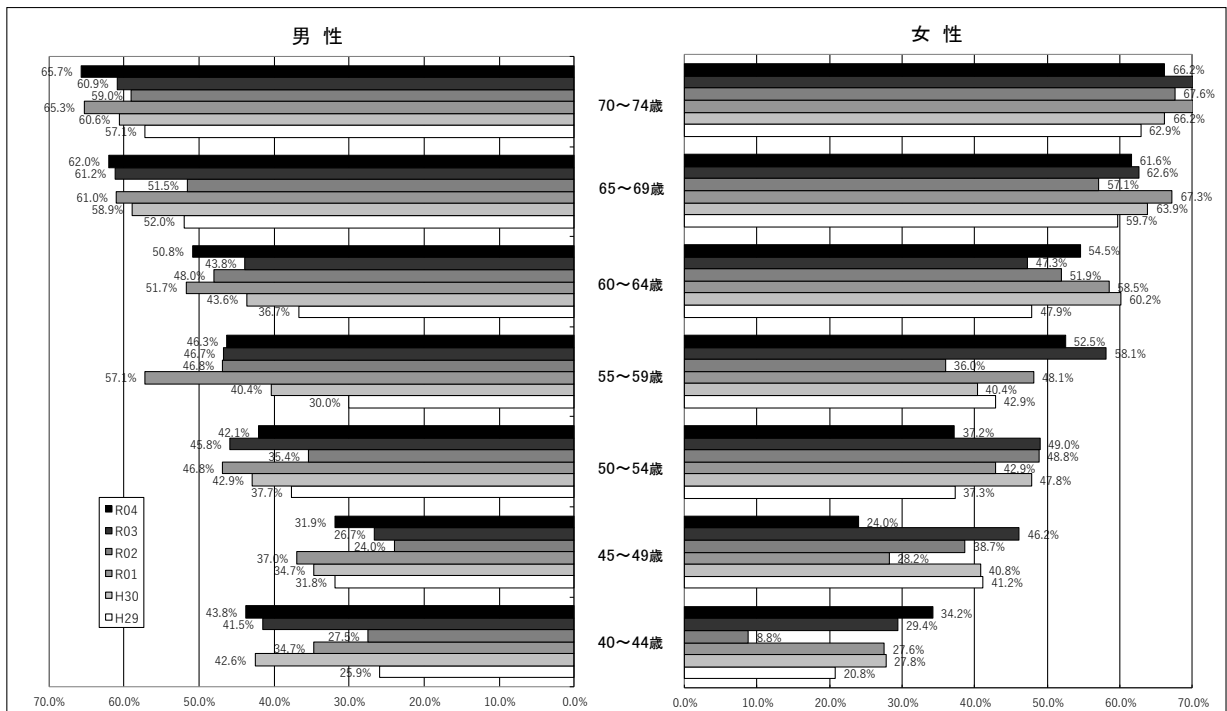
特定保健指導については、令和2年度、令和3年度と大きく実施率が下がりましたが、令和4年度は再び高くなりました。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防のために重要であると考えます。

図表 30 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度 目標値
特定健診	受診者数	717人	721人	635人	667人	616人	健診受診率 70%
	受診率	56.1%	58.7%	53.3%	58.6%	58.3%	
特定 保健指導	該当者数	112人	115人	100人	97人	87人	特定保健指 導実施率 80%
	割合	15.6%	16.0%	15.7%	14.5%	14.1%	
	実施者数	82人	86人	65人	60人	63人	
	実施率	73.2%	74.8%	65.0%	61.9%	72.4%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 31 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

HbA1c6.5%以上の血糖値有所見者への保健指導は毎年実施しているものの、血糖値有所見者割合、未治療・中断の割合も増加傾向にあります。(図表 32・33)

その中で、HbA1c8.0%以上の高血糖者への保健指導については、毎年8割以上実施しており、未治療者の半数以上が治療に繋がりました。今後も、治療が必要な方には優先的に保健指導を実施し、合わせてコントロール不良の方にも、一人ひとりの生活実態を確認しながら、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。(図表 34)

さらに、肥満があるとインスリン抵抗性^{※8}を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方については医療と連携して行政においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。

※8 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 32 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)	750	759	659	695	646
血糖値有所見者 ^{※9}	人(b)	118	128	110	111	120
	%(b/a)	15.7	16.9	16.7	16	18.6
保健指導実施者	人(c)	70	83	58	65	90
	%(c/b)	59.3	64.8	52.7	58.6	75

※9 HbA1c6.5%以上のもの

図表 33 血糖値有所見者のうちの未治療・治療中断者状況

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 ^{※9}	人(a)	118	128	110	111	120
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 ^{※10}	人(b)	54	48	41	40	47
	%(b/a)	45.8	37.5	37.3	36	39.2
受診した者	人(c)		32	29	30	31
	%(c/b)		66.7	70.7	75	66

※10 HbA1c6.5%以上で問診にて糖尿病の治療なしと回答した者

図表 34 HbA1c8.0%以上者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	750	759	659	695	646
HbA1c8.0%以上	人(b)	14	19	11	12	11
	%(b/a)	1.9	2.5	1.7	1.7	1.7
保健指導実施者	人(c)	12	18	9	12	10
	%(c/b)	85.7	94.7	81.8	100	90.9
HbA1c8.0%以上の 未治療者	人(d)	3	8	2	5	3
	%(d/b)	21.4	42.1	18.2	41.7	27.3
内服治療開始	人(e)	2	5	1	4	2
	%(e/d)	66.7	62.5	50	80	66.7

②心原性脳塞栓症及び虚血性心疾患重症化予防

本町では、以前から心原性脳塞栓症や虚血性心疾患の重症化予防を目的として、心電図検査を全員に実施しています。

有所見者のうち心房細動の方をみると、治療開始となった方は多くなっていますが、治療に繋がっていない方も数名おります。

有所見者のうち ST 所見の方をみると、医療機関で精密検査を受診した割合は少ないです。心臓の変化を詳細に確認するためにも、専門の医療機関を受診していただく方を増やせるように保健指導を継続して行っています。(図表 35)

また、令和2年度から、脳血管疾患による死亡・介護予防のためにⅡ度高血圧以上の方への保健指導を重点的に実施してきました。その結果、Ⅱ度高血圧以上の割合、未治療者の割合は減少してきています。(図表 36)

高血圧は、脳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ます。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。今後も、血圧記録手帳を活用しながら、治療の必要性を理解してもらうための支援や治療と合わせて減塩をはじめとした生活習慣の見直しができるような保健指導を継続して行っています。

また、本町のメタボリックシンドローム該当者・予備群割合は、横ばいとなっています。メタボリックシンドロームによる脳心血管疾患予防のためには、メタボリックシンドロームの危険性を理解し、町民一人ひとりが生活習慣の見直しができるような保健指導ができるように、保健指導の質の向上を図っていきます。(図表 37)

あわせて、動脈硬化予防のために LDL コレステロールや中性脂肪が高値の方にも受診勧奨を継続して実施してきます。(図表 38・39)

図表 35 心電図有所見者、心房細動有所見者状況、ST 異常有所見者状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	750	759	659	695	646
心電図有所見者 (要精密検査)	人(b)	78	68	73	58	47
	% (b/a)	10.4	9	11.1	8.3	7.3
心房細動	人(c)	20	15	11	9	14
	% (c/a)	2.7	2	1.7	1.3	2.2
未治療者	人(d)		6	1	2	2
	% (d/c)		40	9.1	22.2	14.3
治療開始	人(e)		4	0	0	2
	% (e/d)		66.7	0	0	100

		H30	R1	R2	R3	R4
ST異常有所見者 (要精密検査)	人(f)	24	9	19	13	6
	% (f/a)	3.2	1.2	2.9	1.9	0.9
医療機関受診 (心エコー、ホルター心電図実施)	人(g)		4	3	5	0
	% (g/f)		44.4	15.8	38.5	0

		H30	R1	R2	R3	R4
保健指導実施者	人(h)	30	47	36	44	32
	% (h/b)	38.5	69.1	49.3	75.9	68.1

図表 36 II 度高血圧以上の者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	750	759	659	695	646
II 度高血圧以上の者	人(b)	64	73	44	42	34
	% (b/a)	8.5	9.6	6.7	6	5.3
治療なし	人(c)	32	41	18	20	14
	% (c/b)	50	56.2	40.9	47.6	41.2
治療開始	人(d)		7	6	7	3
	% (d/c)		17.5	33.3	35	21.4

II 度高血圧以上者への保健指導実施者数

保健指導実施者	人(e)	29	41	16	32	30
	% (e/b)	45.3	56.2	36.4	76.2	88.2

図表 37 メタボリックシンドローム該当者・予備群

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	750	759	659	695	646
メタボリックシンドローム 該当者	人(b)	168	211	197	180	185
	%(b/a)	22.4	27.8	30	25.9	28.6
メタボリックシンドローム 予備群該当者	人(c)	131	107	73	97	88
	%(c/a)	17.5	14.1	11.1	14	13.6
メタボリックシンドローム・ 予備群合計	人(d)	299	318	270	277	273
	%(d/a)	39.9	41.9	41.0	39.9	42.3
保健指導実施者	人(e)	136	167	96	124	143
	%(e/d)	45.5	52.5	35.6	44.8	52.4

図表 38 LDL コレステロール 180mg/dl 以上

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	750	759	659	695	646
LDLコレステロール 180mg/dl以上	人(b)	34	31	23	30	30
	%(b/a)	4.5	4.1	3.5	4.3	4.6
治療なし	人(c)	29	28	22	27	27
	%(c/b)	85.3	90.3	95.7	90	90
治療開始	人(d)		3	3	5	5
	%(d/c)		10.7	13.6	18.5	18.5

図表 39 中性脂肪 300mg/dl 以上

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	750	759	659	695	646
中性脂肪300mg/dl以上	人(b)	25	29	22	20	26
	%(b/a)	3.3	3.8	3.3	2.9	4
治療なし	人(c)	19	26	17	14	19
	%(c/b)	76	89.7	77.3	70	73.1
治療開始	人(d)		2	0	2	1
	%(d/c)		7.7	0	14.3	5.3

(2)ポピュレーションアプローチ

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

本町においては、一人ひとりの町民が、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ます。

そのために、高血圧や糖尿病の重症化が医療費や介護給付費の増大に繋がること、それを防ぐためには特定健診を受診し、自分の体の現在の状態を知り、生活習慣の見直しをすることが必要であることを特定健診会場や各種団体、行政区での健康教室で、広く町民へ周知を行いました。

今後も、様々な場所、機会で周知を行っていくことが必要であると考えます。

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 40 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				
			(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10%減少	2.02%	1.16%	2.87%	KDBシステム		
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合10%減少	1.89%	1.40%	2.20%			
			慢性腎不全の総医療費に占める割合10%減少	6.24%	5.67%	4.18%			
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合10%減少	37.5%	80.0%	83.3%			
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少	-	1人	1人	女川町調べ		
	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該当者・予備群の割合25%減少(H20年度比)	39.8%	41.0%	42.3%	女川町健康福祉課		
			健診受診者の高血圧者の割合10%減少(160/100mmHg以上)	8.5%	6.7%	5.3%			
			健診受診者の脂質異常者の割合10%減少(LDL180mg/dl以上)	4.5%	3.5%	4.6%			
			健診受診者の血糖異常者の割合10%減少(HbA1c6.5%以上)	15.8%	16.7%	18.6%			
			健診受診者のHbA1c8.0%以上で未治療者の割合20%減少	0.4%	0.3%	0.4%			
			糖尿病の未治療者・中断者のうち医療に結びついた割合50%以上	-	70.7%	66.0%			
			糖尿病(HbA1c6.5%以上)の保健指導実施率90%以上(国保)	59.3%	52.7%	75.0%			
		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70%以上	56.1%	53.3%	58.3%	法定報告値		
			特定保健指導実施率80%以上	73.2%	65.0%	72.4%			
			特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率25%以上	17.4%	8.7%	13.2%			
		努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診率40%以上(40歳以上)	26.6%	4.9%	23.2%	地域保健事業報告 (R4年度データがないため、R3年度を記載)
					肺がん検診受診率40%以上(40歳以上)	35.2%	28.5%	40.9%	
					大腸がん検診受診率40%以上(40歳以上)	25.8%	27.5%	30.0%	
					子宮頸がん検診受診率50%以上(20歳以上)	32.6%	24.7%	33.0%	
乳がん検診受診率50%以上(40歳以上)	34.9%				23.7%	27.6%			
5つのがん検診の平均受診率44%以上	31.0%				21.9%	30.9%			
その他	歯科検診受診		歯周疾患検診受診率15%以上	7.3%	8.2%	4.6%	女川町健康福祉課		
			個人の健康に関心を持つ住民が増える	個人へのインセンティブ事業参加者割合20%以上	3.0%	2.7%		0.4%	
			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90%以上	83.2%	87.5%	87.3%	厚生労働省	

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

最終評価で、目標を達成できたものは、健診受診者の高血圧者の割合の減少でした。

これは、令和2年度から健康課題の優先順位を再確認し、死亡、介護給付費、医療費を効果的に減らすためには脳血管疾患を解決することが最優先であることを、保健指導を行う保健師・管理栄養士で共有し、Ⅱ度高血圧以上の方に優先的に保健指導を実施し、高血圧未治療の方が服薬を開始する等、コントロール不良の方が減少したことが原因と考えられます。

しかし、令和3年度にⅡ度高血圧以上となった方の令和4年度の継続受診率が低いため、重症化予防対象者の改善状況を把握するためにも、今後は継続受診する方が増えるように、未受診者訪問の対象者として前年度重症化予防対象者にも未受診者訪問を実施することが必要であると考えます。

また、脳内出血、心不全の標準化死亡比(SMR)は男女とも全国より高い状態が続いており、脳血管疾患、虚血性心疾患の総医療費に占める割合は、平成30年度より増加しています。あわせて、75歳以上の要介護者の有病状況を血管疾患の視点で見ると、虚血性心疾患が上位を占めているため、今後は、脳血管疾患と併せて虚血性心疾患を予防できる取組に重点を置いて実施していく必要があります。

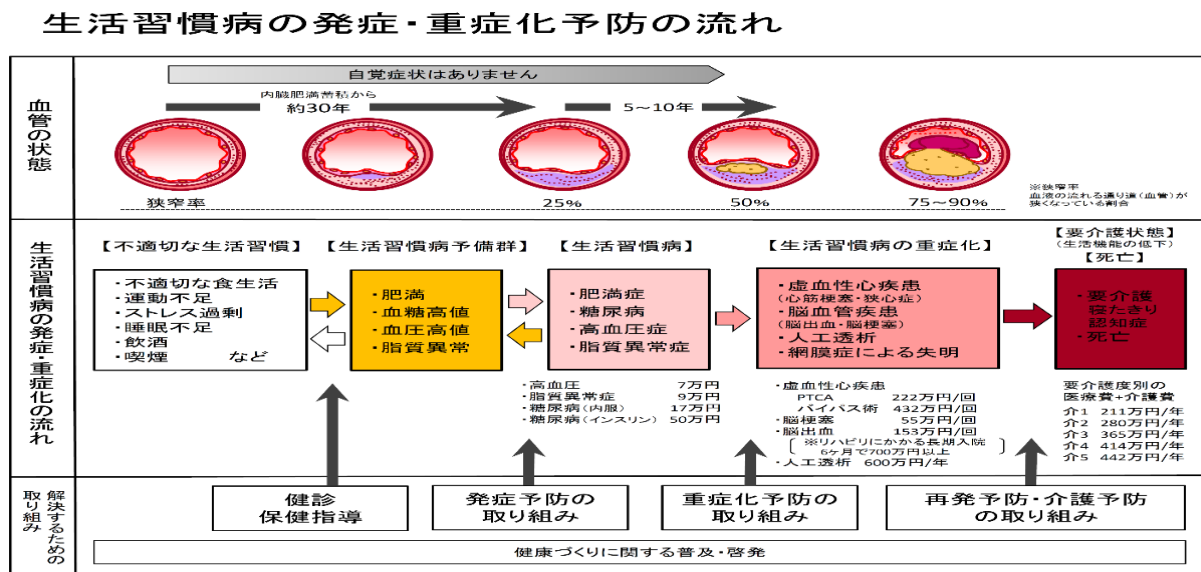
そのためには、高血圧対策を継続しながら、糖尿病対策、メタボリックシンドローム対策も実施していき、保健指導を行う保健師・管理栄養士が体のメカニズムや事例検討等の学習を通して、一人ひとりに合わせた保健指導が実施できるように、保健指導の質の向上を図る必要があります。

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 41)

図表 41 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。

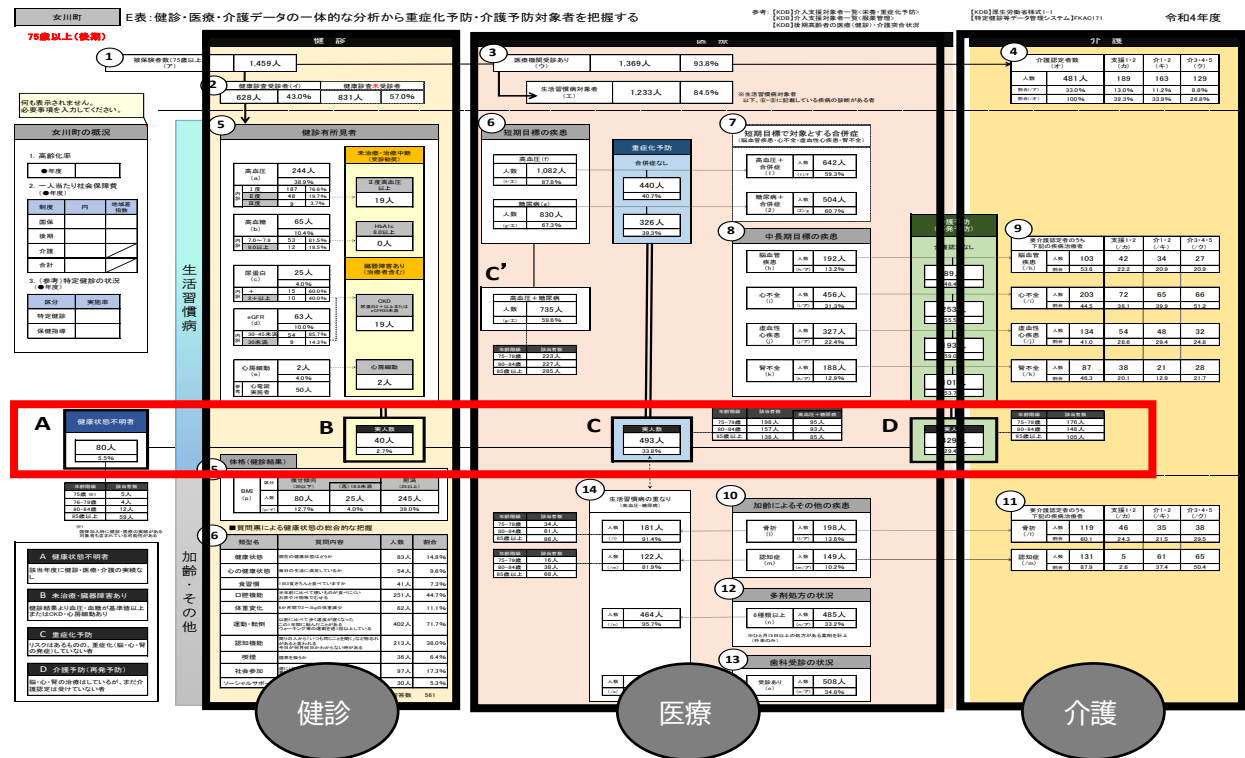
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいといわれています。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、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 42 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため40歳未満の健診を継続して実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる方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 42 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

図表 43 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度	
被保険者数	1,845人	1,783人	1,710人	1,632人	1,516人	1,387人	
総件数及び 総費用額	件数	15,500件	14,850件	13,005件	13,141件	12,756件	17,681件
	費用額	6億3861万円	5億5261万円	5億0171万円	5億2969万円	5億8656万円	9億3795万円
一人あたり医療費	34.6万円	31.0万円	29.3万円	32.5万円	38.7万円	67.6万円	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 44 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) (円)	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	女川町	5億8656万円	31,192	3.71%	0.47%	2.87%	2.20%	5.78%	3.51%	1.29%	1億1634万円	19.8%	15.5%	10.55%	9.75%
	同規模	--	30,571	3.83%	0.32%	2.06%	1.47%	6.06%	3.51%	2.04%	--	19.3%	16.8%	7.98%	9.27%
	県	--	29,626	5.33%	0.27%	1.83%	1.64%	6.11%	3.47%	2.17%	--	20.8%	17.3%	6.92%	8.09%
	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	女川町	9億3795万円	57,342	5.01%	0.48%	3.04%	2.19%	4.00%	3.25%	0.91%	1億7715万円	18.9%	17.6%	1.47%	10.5%
	同規模	--	68,038	4.14%	0.54%	4.01%	1.51%	4.11%	3.28%	1.17%	--	18.8%	10.3%	3.53%	12.4%
	県	--	63,998	4.52%	0.45%	3.57%	1.69%	4.73%	3.46%	1.45%	--	19.9%	12.0%	3.33%	10.7%
	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

注) 最大医療資源傷病^{※11}による分類結果。

※11 「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 45 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度		
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	63人	47人	49人	51人	56人	116人	
		B	96件	63件	60件	82件	106件	198件	
	件数	B/総件数	0.62%	0.42%	0.46%	0.62%	0.83%	1.12%	
		費用額	C	1億3497万円	8,129万円	8,335万円	1億1176万円	1億9311万円	2億4523万円
			C/総費用	21.1%	14.7%	16.6%	21.1%	32.9%	26.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 46 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	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度						
脳血管疾患	人数	D	1人	1人	1人	1人	4人	5人					
		D/A	1.6%	2.1%	2.0%	2.0%	7.1%	4.3%					
	件数	E	6件	2件	2件	1件	8件	16件					
		E/B	6.3%	3.2%	3.3%	1.2%	7.5%	8.1%					
	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	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%	5	62.5%	75-80歳	8	50.0%
		60代	6	100.0%	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	80代	6	37.5%
		70-74歳	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%	1	12.5%	90歳以上	2	12.5%
	費用額	F	735万円	260万円	232万円	80万円	1,885万円	2,019万円					
		F/C	5.4%	3.2%	2.8%	0.7%	9.8%	8.2%					

出典：ヘルスサポートラボツール

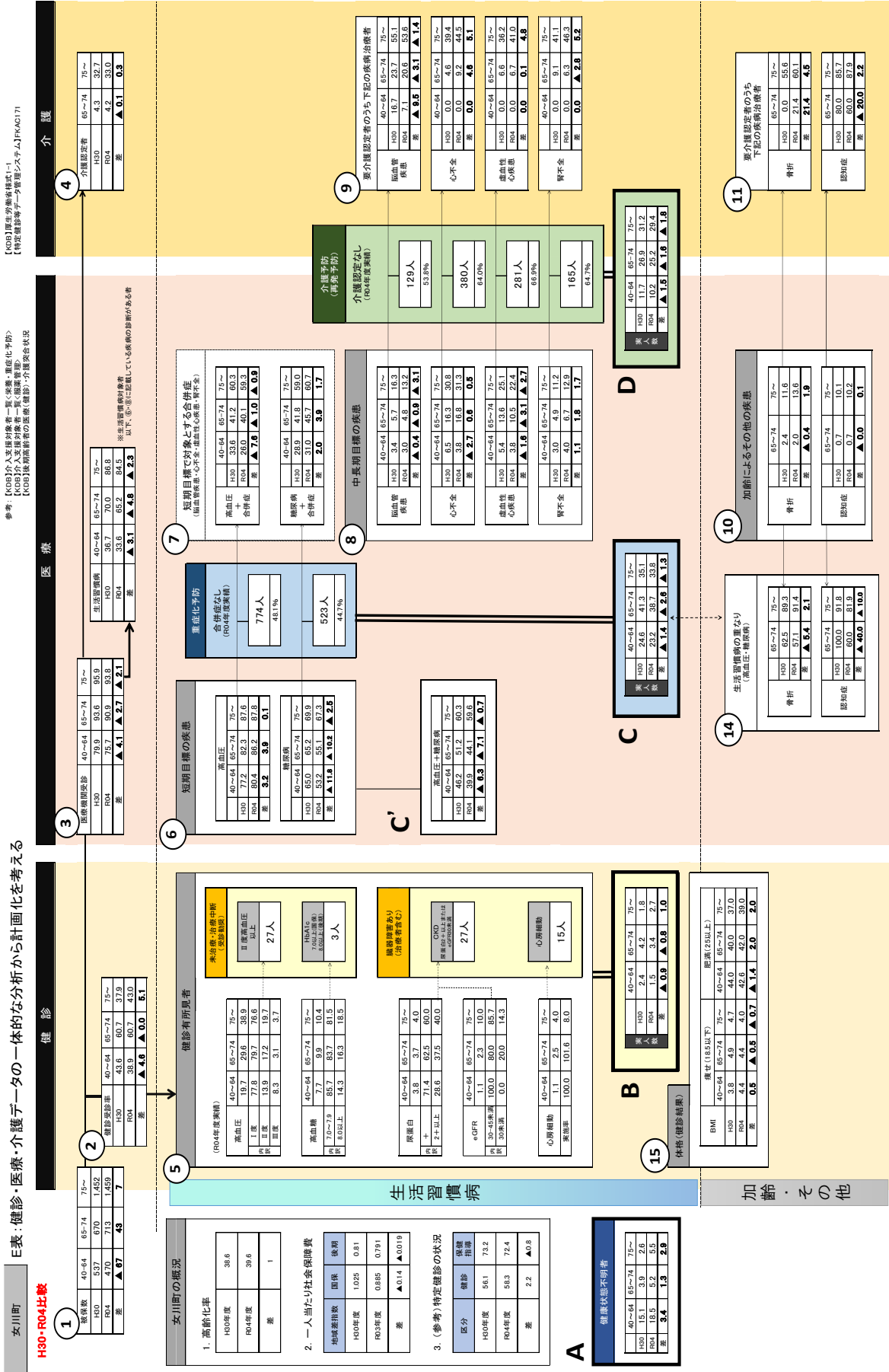
図表 47 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度						
虚血性心疾患	人数	G	3人	5人	2人	2人	3人	7人					
		G/A	4.8%	10.6%	4.1%	3.9%	5.4%	6.0%					
	件数	H	4件	5件	2件	2件	5件	7件					
		H/B	4.2%	7.9%	3.3%	2.4%	4.7%	3.5%					
	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	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	2	50.0%	1	20.0%	0	0.0%	1	50.0%	75-80歳	4	57.1%
		60代	1	25.0%	2	40.0%	2	100.0%	0	0.0%	80代	2	28.6%
		70-74歳	1	25.0%	2	40.0%	0	0.0%	1	20.0%	90歳以上	1	14.3%
	費用額	I	649万円	710万円	309万円	202万円	865万円	1,104万円					
		I/C	4.8%	8.7%	3.7%	1.8%	4.5%	4.5%					

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

図表 48 健診・医療・介護データの一体的な分析



図表 49 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			⑬ 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	75-
H30	32.7	537	670	1,452	43.6	60.7	37.9	3.8	4.9	4.7	44.0	40.0	37.0	
R4	33.0	470	713	1,459	38.9	60.7	43.0	4.4	4.4	4.0	42.6	42.0	39.0	

図表 50 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) 注) 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	%	人	%	人	%					
H30	19	8.1	(7)	33	8.1	(6)	55	10.0	(19)	14	6.0	(2)	31	7.6	(2)	2	0.4	(0)	3	1.3	2	0.5	7	1.3	1	0.4	18	4.4	0	--
R4	8	4.4	(3)	26	6.0	(5)	57	9.1	(19)	14	7.7	(1)	43	9.9	(2)	12	1.9	(0)	2	1.1	6	1.4	19	3.0	2	1.1	11	2.5	2	0.3

図表 51 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症^{※12}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)			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		
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	79.9	93.6	95.9	36.7	70.0	86.8	77.2	82.3	87.6	65.0	65.2	69.9	46.2	51.2	60.3	33.6	41.2	60.3	28.9	41.8	59.0
R4	75.7	90.9	93.8	33.6	65.2	84.5	80.4	86.2	87.8	53.2	55.1	67.3	39.9	44.1	59.6	26.0	40.1	59.3	31.0	45.7	60.7

※12 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 52 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		
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	3.4	5.7	16.3	5.4	13.6	25.1	6.5	16.3	30.8	3.0	4.9	11.2	16.7	23.7	55.1	0.0	6.6	36.2	0.0	4.6	39.4	0.0	9.1	41.1
R4	3.0	4.8	13.2	3.8	10.5	22.4	3.8	16.8	31.3	4.0	6.7	12.9	7.1	20.6	53.6	0.0	6.7	41.0	0.0	9.2	44.5	0.0	6.3	46.3

図表 53 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 (被保険者割)				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	62.5	89.3	100.0	91.8	2.4	11.6	0.7	10.1	0.0	55.6	80.0	85.7
R4	57.1	91.4	60.0	81.9	2.0	13.6	0.7	10.2	21.4	60.1	60.0	87.9

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 43~53)

国保の被保険者数は年々減っているものの、一人あたり医療費は令和3年度から増加しています。図表 45 に示している高額レセプトの件数の増加により、一人あたり医療費が増大しているものと思われます。また、後期高齢者になると一人あたり医療費は国保の約2倍となっています。(図表 43・44・45)

本町は、これまで高血圧に重点をおいて保健事業に取り組んでおり、重症化予防のために、まずは服薬につなげることによってコントロール不良者を減らす対策を行ってきたため、短期目標疾患の高血圧の総医療費に占める割合は、県、国と比べて高くなっています。また、第2期の評価でも課題とした、中長期目標疾患のうち心疾患に占める医療費は、同規模、県、国と比較しても高くなっています。(図表 44)

高額レセプト(1件 80 万円以上)をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和4年度が8件で 1,885 万円の費用がかかっています。後期高齢者では 16 件で、2,019 万円の費用がかかっています。また、虚血性心疾患で高額になったレセプトは、国保で令和4年度は5件で 865 万円の費用がかかっています。脳血管疾患、虚血性心疾患は、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給付費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患、虚血性心疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防については、今後も継続して行っていく必要があります。また、国保については、令和4年度は特定健診未受診の方で脳血管疾患を発症していた方が多かったため、未受診者対策についても力を入れる必要があります。(図表 46・47)

健診・医療・介護のデータを平成 30 年度と令和4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 49 の①被保険者数は、40~64 歳では減っていますが、65~74 歳、75 歳以上では増加し、高齢化率が上がっていることが分かります。

⑮の体格をみると、65~74 歳、75 歳以上で BMI25 以上の率が2ポイント高くなってきています。図表 50 の健診有所見の状況をみると、HbA1c7.0%以上、CKD で対象人数が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 51 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症をみると、高血圧においては、若干割合が減っていますが、糖尿病においては、各年代高くなっています。

図表 52 の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、平成 30 年度と令和

4年度を比較すると、心不全、腎不全においては、65～74歳の令和4年度の割合が増えており、高額レセプト分析において入院費が伸びている要因が、一体的分析においても課題であることが分かります。

(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)に共通して高血圧、糖尿病等が重症化したために起こったものと考えられます。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨やコントロール状態が改善できるような一人ひとりに合わせた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、糖尿病性腎症への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められているため、計画を見直します。また、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ておきます。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(図表 54)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。

② 中長期的な目標の設定

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

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

また、軽症時に通院せず、重症化して入院することによって医療費が増加するため、適切な時期での医療受診を促し、入院に係る医療費を抑えることで重症化予防、医療費適正化を図ります。

③ 短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、

医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な方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方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、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であるため、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

(2)管理目標の設定

図表 54 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)
			初期値 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R 11 (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する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.87%		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	2.20%		
			慢性腎不全の総医療費に占める割合の維持	4.18%		
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	83.3%		
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少 最終目標0人	1人		
	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群割合の減少	42.3%		女川町健康福祉課
			健診受診者の高血圧者の割合減少 (160/100mmHg以上)	5.3%		
			健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL160mg/dl以上)	12.1%		
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1c6.5%以上) 最終目標12%	18.6%		
			★健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合の減少 最終目標0%	1.7%		
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	66.0%		
	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、重症化予防対象者が減少する	★特定健診受診率60%以上	58.3%		法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	72.4%		
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	13.2%		

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 特定健康診査等実施計画(第4期)について

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。

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

2. 目標値の設定

図表 55 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	60	61	62	63	64	65以上
特定保健指導実施率	75	76	77	78	79	80以上

3. 対象者の見込み

図表 56 特定健診・特定保健指導対象者の見込み (人)

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	1,000	950	900	850	800	750
	受診者数	600	580	558	536	512	488
特定保健指導	対象者数	70	65	60	55	50	45
	受診者数	53	49	46	43	40	36

4. 特定健診の実施

1) 実施方法

健診については、集団健診を宮城県成人病予防協会、個別健診を女川町地域医療センターに委託して実施します。

2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、及び実施基準第 16 条第1項に基づき、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) 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・尿潜血・貧血検査・心電図・眼底検査・血清クレアチニン・尿酸)を

実施します。

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

図表 57 特定健診検査項目

○女川町特定健診検査項目

健診項目		女川町	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

4) 実施時期

集団健診は、6月と9月に実施します。

個別健診は、6月1日から1月中旬まで実施します。

5) 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、かかりつけ医との協力及び連携を行います。

6) 代行機関

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

7) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、対象者全員に受診票を配布します。また、医療保険者として加入者に対する基本的な周知啓発活動を年間を通して行います。

図表 58 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度		翌年度
4月		健診機関との契約 集団健診①対象者抽出 受診票作成依頼		前年度分の検査結果データ等、 特定保健指導結果を特定健診等 データ管理システムに入力 保健指導の実施
5月		受診票配布		↓
6月		集団健診①実施	個別健診実施	
7月		健診結果データ受領 集団健診②対象者抽出 受診票作成依頼	保健指導対象者の抽出 保健指導の開始	随時保健指導 対象者の抽出
8月				随時費用決済
9月		費用決済 受診票配布 集団健診②実施		当該年度特定保健指導結果を 特定健診等データ管理システムに入力
10月		健診結果データ受領	保健指導 対象者の抽出	特定受診・特定保健指導実施率実績 の算出
11月	予算作成	費用決済		国保連合会への報告
12月				
1月		随時検査結果データ等受領		
2月		随時検査結果データ等入力		
3月	契約準備	随時費用決済		

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導は、町(健康福祉課健康対策係)の職員が行います。

図表 59 第4期(2024年以降)における変更点

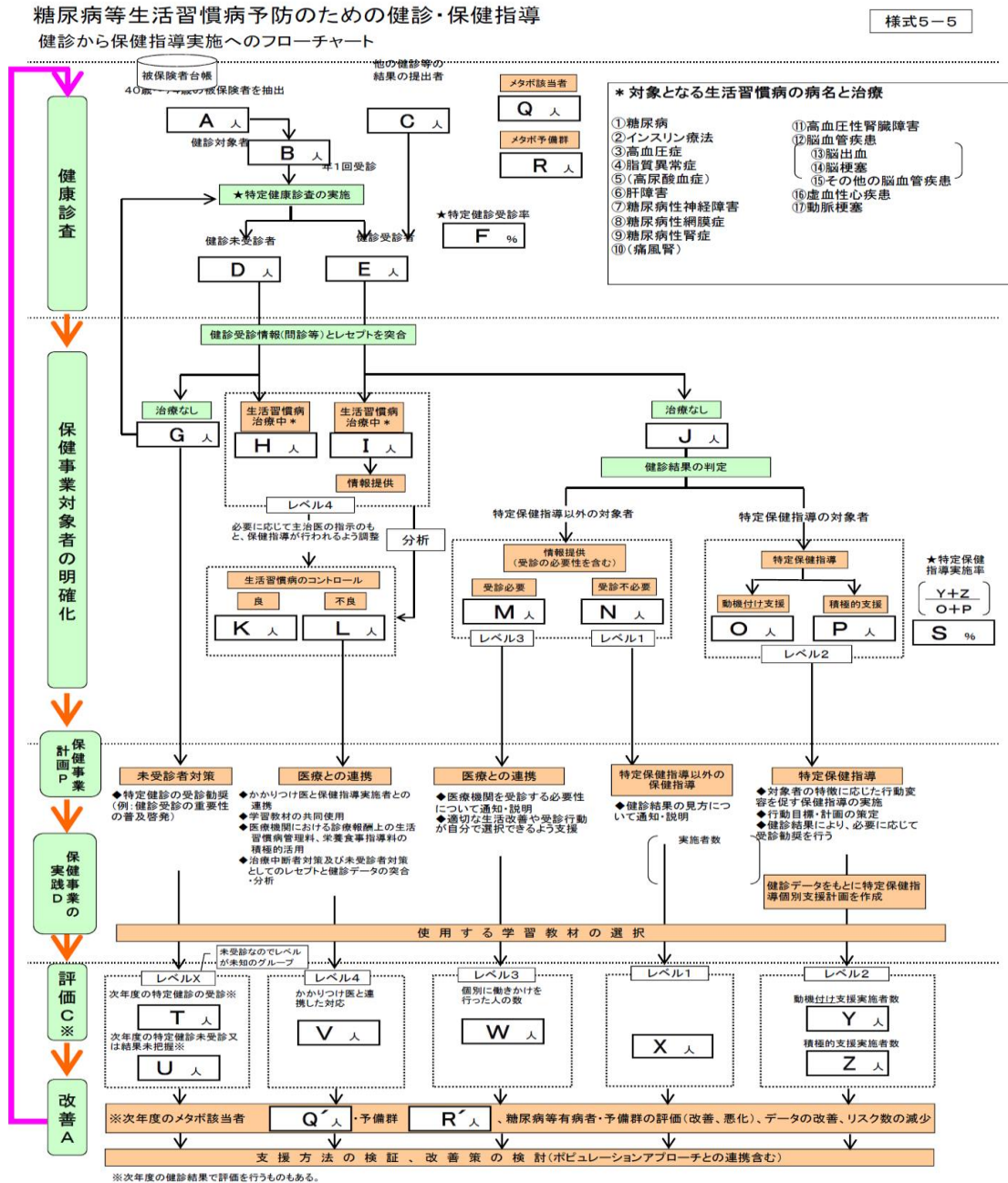
特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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とした。
	(4) 糖尿病等の生活習慣病に係る服薬中の者に対する服薬状況の確認及び特定保健指導対象者からの除外 服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に当たって、確認する医薬品の種類、確認手順を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外であっても対象者本人への事実関係の再確認と同意の取得を行えることとした。
	(5) その他の運用の改善 看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第4期期間においても延長することとした。

1) 健診から保健指導実施の流れ

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

図表 60 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



出典:ヘルス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 61 要保健指導対象者の見込み（数値は令和6年度計画値）

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	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	◆体内のメカニズムと健診結果の関係性について学習する ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	70人	75%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆重症化予防の必要性について、体内のメカニズムとともに伝える ◆医療機関を受診する必要性について学習する ◆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する	100人	80% HbA1c6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上については100%
3	L	生活習慣病のコントロール (不良)	◆重症化予防の必要性について、体内のメカニズムとともに伝える ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆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	250人	80% HbA1c6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上については100%
4	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨のための未受診者訪問を行う(特定健診の目的、特定健診受診の重要性の普及啓発、検査データ等受領) ◆前年度重症化予防対象者のうち今年度未受診者に対しては、継続受診のための受診勧奨を行う	430人 ※健診受診率目標を達成するにはあと20人の受診が必要	80%

3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実施スケジュール

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 62 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	健診対象者の抽出		特定健診をはじめとした各種健診・健康情報についての周知(随時)
5月			
6月	特定健診 集団① 個別健診開始	初回面談①	後期高齢者健診、生活習慣病予防健診開始
7月		対象者の抽出 保健指導の開始	
8月			
9月	特定健診 集団②	初回面談②	
10月			前年度特定健診・特定保健指導実績国保連報告
11月			
12月			
1月	個別健診終了	利用券の登録	
2月			
3月			

6. 個人情報の保護

1) 基本的な考え方

特定健診・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女川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、特定健診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

特定健診・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。

特定健診・特定保健指導の記録の保存期間は、最低5年間としますが、本人の健康管理や効果的な保健指導、加入者全体の経年変化等の分析、中長期的な発症予測等への活用等の観点から、できる限り長期に保管できるようにします。

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

本計画は、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）に基づき、女川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、メタリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していきます。そのためには、重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせて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、糖尿病性腎症重症化予防・脳血管疾患重症化予防・虚血性心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への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方には、医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

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

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。そのため特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

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は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、278人(44.1%)です。そのうち治療なしが77人(28.1%)を占め、さらに臓器障害があり直ちに取り組むべき対象者が26人です。

また、本町においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者で重なる人が、治療なし77人中46人と多いため、特定保健指導の徹底も合わせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。

図表 63 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		令和4年度 <参考> 健診受診者(受診率)																
	科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		630人 54.7%															
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>クモ膜下出血 (5.6%)</div> <div>脳出血 (18.5%)</div> <div>脳梗塞 (75.9%)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div>心原性 脳塞栓症 (27.7)</div> <div>ラクナ 梗塞 (31.2)</div> <div>アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2)</div> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">※脳卒中 データ(心ク 2023年3月)</p>		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>心筋梗塞</div> <div>労作性 狭心症</div> <div>安静 狭心症</div> </div>				■各疾患の治療状況 <table border="1" style="font-size: x-small;"> <tr><th></th><th>治療中</th><th>治療なし</th></tr> <tr><td>高血圧</td><td>280</td><td>350</td></tr> <tr><td>脂質異常症</td><td>180</td><td>450</td></tr> <tr><td>糖尿病</td><td>77</td><td>549</td></tr> <tr><td>3疾患 いづれか</td><td>356</td><td>274</td></tr> </table> <p style="font-size: x-small;">※問診結果による</p>			治療中	治療なし	高血圧	280	350	脂質異常症	180	450	糖尿病	77	549	3疾患 いづれか	356	274
	治療中	治療なし																					
高血圧	280	350																					
脂質異常症	180	450																					
糖尿病	77	549																					
3疾患 いづれか	356	274																					
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	34 5.4%	14 2.2%	30 4.8%	26 4.1%	178 28.3%	99 15.7%	43 6.8%	278 44.1%															
治療なし	15 4.3%	4 1.5%	27 6.0%	19 4.2%	31 11.3%	56 10.2%	8 2.9%	77 28.1%															
(再掲) 特定保健指導	6 17.6%	3 21.4%	8 26.7%	7 26.9%	31 17.4%	14 14.1%	3 7.0%	46 16.5%															
治療中	19 6.8%	10 2.8%	3 1.7%	7 3.9%	147 41.3%	43 55.8%	35 9.8%	201 56.5%															
臓器障害 あり	4 26.7%	4 100.0%	9 33.3%	8 42.1%	8 25.8%	21 37.5%	8 100.0%	26 33.8%															
CKD(専門医対象者)	1	0	2	3	2	7	8	8															
心電図所見あり	4	4	7	6	7	18	3	21															
臓器障害 なし	11 73.3%	--	18 66.7%	11 57.9%	23 74.2%	35 62.5%	--	--															

出典:ヘルスサポートトラボツール

注) 受診者データは、特定健診等データ管理システムデータを使用

1) 糖尿病性腎症重症化予防

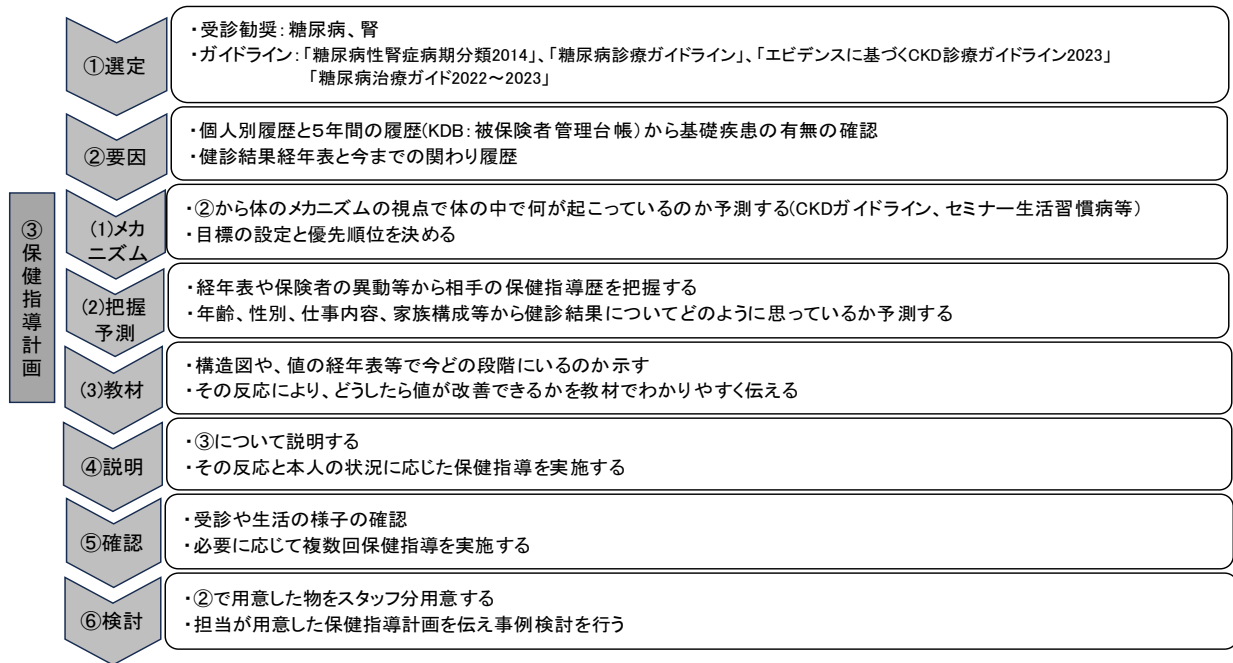
(1) 基本的な考え方

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)及び宮城県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

なお、取組にあたっては図表 64に沿って実施します。

- ①健診・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する医療受診勧奨、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 64 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、女川町糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- ・医療機関未受診者、治療中断者
 - 糖尿病:HbA1c6.5%以上
 - 腎症:尿蛋白(+)以上
 - 尿蛋白(±)で eGFR60mL/分/1.73m² 未満
 - 尿蛋白(-)で eGFR45mL/分/1.73m² 未満
 - 尿蛋白(±)で尿潜血(+)以上
- ・糖尿病治療者
 - HbA1c7.0%以上

②選定基準に基づく該当者の把握

・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・糖尿病性腎症病期分類改定ワーキンググループ)を基盤とします。

図表 65 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類 2023 ^{※13}

病 期	尿中アルブミン・クレアチニン比(UACR、mg/g) あるいは 尿中蛋白・クレアチニン比(UPCR、g/g)	推算糸球体濾過量 ^{※15} (eGFR、ml/分/1.73m ²)
正常アルブミン尿期(第1期) ^{※14}	UACR30未満	30以上
微量アルブミン尿期(第2期) ^{※16}	UACR30～299	30以上
顕性アルブミン尿期(第3期) ^{※17}	UACR300以上あるいはUPCR0.5以上	30以上
GFR高度低下・末期腎不全期(第4期)	問わない	30未満
腎代替療法期(第5期)	透析療法中あるいは腎移植後	

※13 糖尿病性腎症は必ずしも第1期から順次第5期まで進行するものではない。また評価の際には、腎症病期とともに、慢性腎臓病(CKD)重症度分類も併記することが望ましい。

※14 正常アルブミン尿期は糖尿病性腎症の存在を否定するものではなく、この病期でも糖尿病性腎症に特有の組織変化を呈している場合がある。

※15 eGFR60mL/分/1.73m²未満の症例はCKDに該当し、糖尿病性腎症以外のCKDが存在しうるため、他のCKDとの鑑別診断が必要である。なお血清クレアチニンに基づくeGFRの低下を認めた場合、血清シスタチンCに基づくeGFRを算出することで、より正確な腎機能の評価できる場合がある。

※16 微量アルブミン尿を認めた患者では、糖尿病性腎症早期診断基準にしたがって鑑別診断を行ったうえで、微量アルブミン尿期と診断する。微量アルブミン量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である。GFR60mL/分/1.73m²以上であっても微量アルブミン尿の早期発見が重要である。

※17 顕性アルブミン尿の患者では、eGFR60mL/分/1.73m²未満からGFRの低下に伴い腎イベント(eGFRの半減、透析導入)が増加するため注意が必要である。

糖尿病性腎症病期分類 2023 では尿中アルブミン・クレアチニン比(第3期では尿中蛋白・クレアチニン比)及び推算糸球体濾過量(eGFR)で把握していきます。

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、推算糸球体濾過量(eGFR)の把握は可能です。微量アルブミン尿検査については、糖尿病性腎症の早期発見のため、今後二次健診で実施をしていきます。

・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す。

令和4年度では、本町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、58人(42.6%・F)でした。

また、40～74歳における糖尿病治療者362人のうち、特定健診受診者が78人(57.4%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者284人(78.5%・I)については、治療中ですが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。(図表 66)

・介入方法と優先順位確認

図表 66 より本町に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)・・・58人

優先順位2

【保健指導】

・糖尿病治療中の患者のうち重症化するリスクの高い者(J)・・・46人
医療機関と連携した保健指導を実施する。

優先順位3

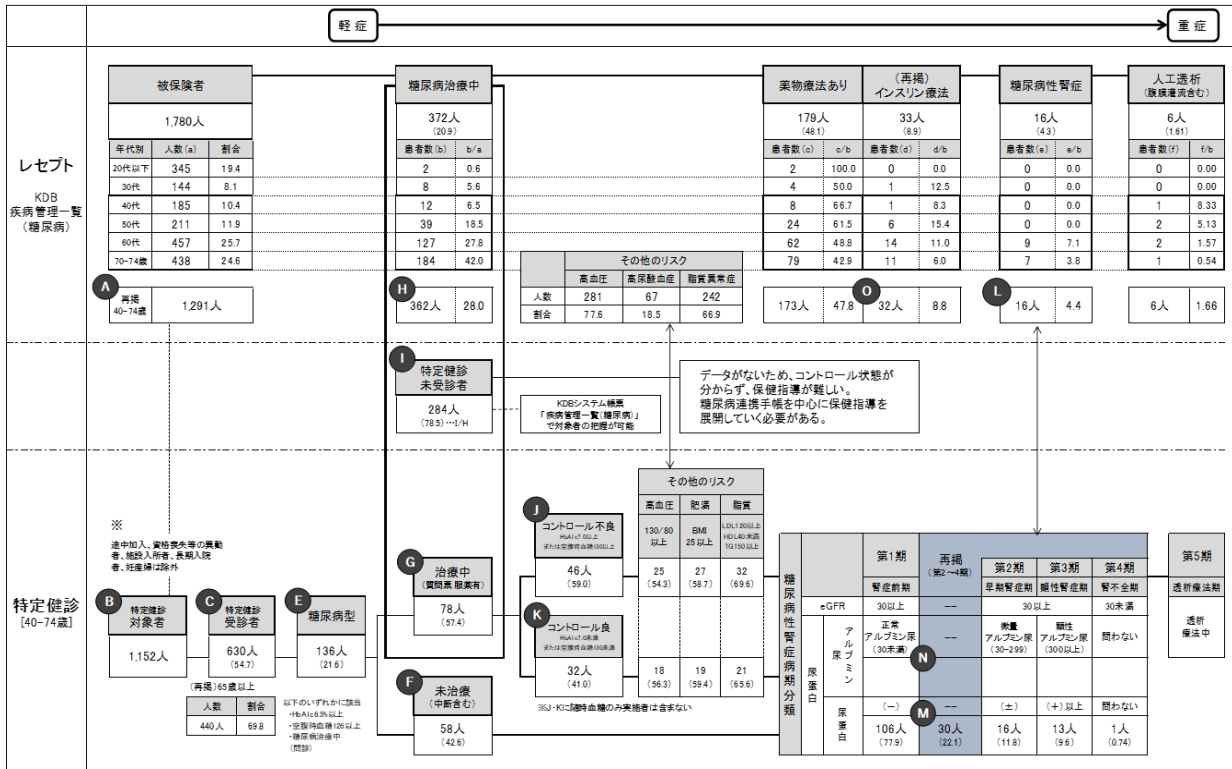
【未受診者訪問】

・糖尿病治療中の患者のうち特定健診未受診者の方(I)・・・284人

図表 66 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4年度



※レセプト情報は、該当年度に属している者を計上(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結果、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

注) 受診者データは、特定健診等データ管理システムデータを使用

(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・重症化予防のためには、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症リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。

対象者への保健指導については、糖尿病治療ガイド、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ます。

② 二次健診を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を見逃す恐れがあります。糖尿病性腎症重症化予防のため、特定健診受診者のうち HbA1c6.5%以上かつ尿蛋白(-)の方へは、二次健診で微量アルブミン尿検査を実施し、結果に基づき早期介入を行います。

(4) 医療との連携

① 医療機関未受診者、糖尿病性腎症重症化予防対象者について

医療機関未受診者・治療中断者で以下に該当する方に受診勧奨する場合には、石巻管内で協議した紹介状を使用します。

・糖尿病・高血圧・脂質異常症の服薬をされていない方で、HbA1c6.5%以上の方、I度高血圧以上の方

・HbA1c6.5%以上かつ eGFR60mL/分/1.73m²未満の方

② 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をいただき、重症化予防のための保健指導を行っています。

(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を行っていく中で、健康福祉課長寿介護係、女川町地域包括支援センターと連携していきます。

(6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせて年1回行うものとし、その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDBシステム等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表 67 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っています。

図表 67 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	実数	割合	女川町										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	1,958人		1,868人		1,743人		1,681人		1,612人				
	② (再掲)40-74歳	1,470人		1,373人		1,305人		1,284人		1,235人				
2	① 対象者数	1,279人		1,228人		1,191人		1,139人		1,056人				
	② 特定健診 受診者数	717人		721人		635人		667人		616人				
	③ 受診率	56.1%		58.7%		53.3%		58.6%		58.3%				
3	① 特定保健指導 対象者数	112人		115人		100人		97人		87人				
	② 実施率	73.2%		74.8%		65.0%		61.9%		72.4%				
4	① 健診データ 糖尿病型	136人	18.2%	142人	18.9%	126人	19.2%	127人	18.4%	136人	21.3%			
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	55人	40.4%	55人	38.7%	51人	40.5%	49人	38.6%	58人	42.6%			
	③ 治療中(質問票 服薬あり)	81人	59.6%	87人	61.3%	75人	59.5%	78人	61.4%	78人	57.4%			
	④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	43人	53.1%	42人	48.3%	44人	58.7%	50人	64.1%	46人	59.0%			
	⑤ 血圧 130/80以上	24人	55.8%	24人	57.1%	25人	56.8%	32人	64.0%	25人	54.3%			
	⑥ 肥満 BMI25以上	27人	62.8%	26人	61.9%	26人	59.1%	29人	58.0%	27人	58.7%			
	⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	38人	46.9%	45人	51.7%	31人	41.3%	28人	35.9%	32人	41.0%			
	⑧ 第1期 尿蛋白(-)	116人	85.3%	125人	88.0%	108人	85.7%	106人	83.5%	106人	77.9%			
	⑨ 第2期 尿蛋白(±)	11人	8.1%	9人	6.3%	8人	6.3%	10人	7.9%	16人	11.8%			
	⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上	8人	5.9%	7人	4.9%	10人	7.9%	10人	7.9%	13人	9.6%			
	⑪ 第4期 eGFR30未満	1人	0.7%	1人	0.7%	0人	0.0%	1人	0.8%	1人	0.7%			
5	① 糖尿病受診率(被保険者千対)	192.5人		177.2人		140.6人		152.9人		142.1人				
	② (再掲)40-74歳(被保険者千対)	251.7人		238.2人		184.7人		196.3人		182.2人				
	③ レセプト件数(40-74歳)	1,390件(1019.8)		1,330件(1008.3)		1,158件(897.7)		1,172件(938.4)		1,056件(908.0)		319,711件	(930.6)	
	④ 入院外(件数)	10件(7.3)		8件(6.1)		8件(6.2)		10件(8.0)				1,521件	(4.4)	
	⑤ 糖尿病治療中	377人		331人		245人		257人		229人		14.2%		
	⑥ (再掲)40-74歳	370人		327人		241人		252人		225人		18.2%		
	⑦ 健診未受診者	289人		246人		166人		174人		147人		65.3%		
	⑧ インスリン治療	30人		28人		24人		27人		17人		7.4%		
	⑨ (再掲)40-74歳	30人		28人		24人		27人		16人		7.1%		
	⑩ 糖尿病性腎症	9人		12人		8人		6人		14人		6.1%		
	⑪ (再掲)40-74歳	9人		12人		8人		6人		14人		6.2%		
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	3人		4人		4人		4人		5人		2.2%		
	⑬ (再掲)40-74歳	2人		3人		3人		3人		4人		1.8%		
	⑭ 新規透析患者数	2人		0人		1人		2人		2人				
	⑮ (再掲)糖尿病性腎症	2人		0人		1人		2人		1人				
	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		6人		8人		4人		6人		1.1%		
6	① 総医療費	6億3861万円		5億5261万円		5億0171万円		5億2969万円		5億8656万円		6億7051万円		
	② 生活習慣病総医療費	3億4718万円		3億3117万円		2億9885万円		3億2957万円		3億2720万円		3億5898万円		
	③ (総医療費に占める割合)	54.4%		59.9%		59.6%		62.2%		55.8%		53.5%		
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	13,299円		14,639円		8,858円		17,604円		18,066円		9,063円		
	⑤ 健診受診者	30,495円		28,131円		36,453円		30,641円		37,830円		37,482円		
	⑥ 健診未受診者	448万円		4615万円		4249万円		4255万円		3391万円		4061万円		
	⑦ 糖尿病医療費 (生活習慣病総医療費に占める割合)	12.8%		13.9%		14.2%		12.9%		10.4%		11.3%		
	⑧ 糖尿病入院外総医療費	1億4473万円		1億3823万円		1億2189万円		1億2406万円		1億2522万円				
	⑨ 1件あたり	31,641円		33,334円		34,510円		37,593円		41,642円				
	⑩ 糖尿病入院総医療費	6573万円		5770万円		4298万円		5037万円		8989万円				
	⑪ 1件あたり	462,858円		484,872円		494,016円		614,242円		1,152,419円				
	⑫ 在院日数	16日		16日		15日		13日		18日				
	⑬ 慢性腎不全医療費	3989万円		2975万円		2847万円		2277万円		2452万円		2783万円		
	⑭ 透析有り	3744万円		2815万円		2726万円		2227万円		2175万円		2567万円		
	⑮ 透析なし	245万円		160万円		121万円		50万円		276万円		216万円		
7	① 介護給付費	7億2343万円		7億3470万円		7億5537万円		7億3291万円		7億0092万円		8億6719万円		
	② (2号認定者)糖尿病合併症	1件		0件		0件		0件		0件				
8	① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)	0人		1人		2人		0人		2人		622人	1.0%	

出典：ヘルスサポートラボツール

(7)実施期間及びスケジュール

4月 保健指導対象者の選定基準の決定

5月 介入方法、実施方法の決定

6月～ 特定健診結果が届き次第、保健指導対象者に保健指導を実施(通年)

図表 68 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール

担当者	時期	内容		時間
主担当	7月上旬 10月下旬	の 対 象 出 者	1. 健診データを町民総合サポートシステム(電算)に取り組む	30分
			2. ヘルスサポート・ラボのラボツールに取り込んで階層化	30分
			3. 重症化対象者の名簿作成	2時間
保健指導担当者		保健 成 指 導 計 画 の	4. 地区ごとに対象者を確認し、保健指導担当者を決める	2時間
			5. 保健指導担当者が、KDBシステムから5年間の履歴を印刷する	随時
			6. マルチマーカ―やヘルスサポート・ラボのラボツールから経年表、構造図等を印刷する	随時
			7. 保健指導担当者が、保健指導計画を作成する	1人 15分～30分
			8. 訪問後、町民総合サポートシステムに訪問内容を記入する その後、訪問管理台帳に関わった日付と方法と次回関わる 予定月を記入する	1人 15分～30分

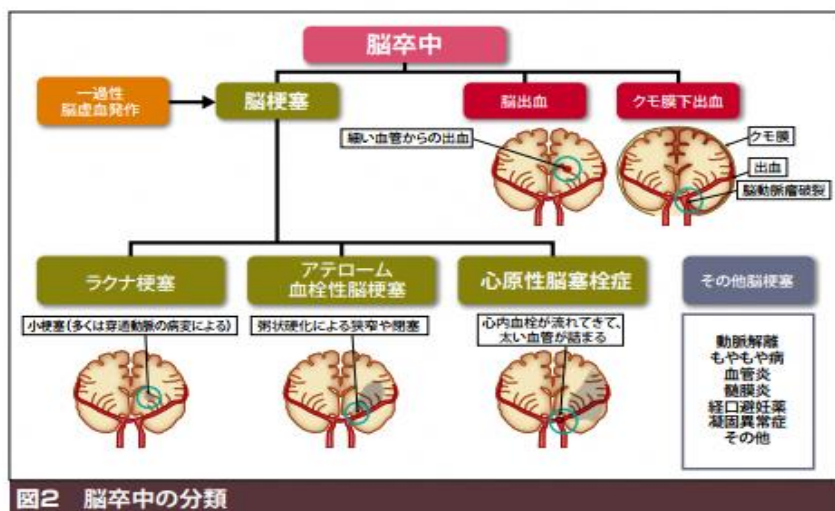
このほか、個別健診受診者がいた場合は、結果を受領次第上記の方法で保健指導を行う。

2) 脳血管疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 69・70)

図表 69 脳卒中の分類



脳卒中予防の提言より引用

図表 70 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

(2)対象者の明確化

①重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 71 でみると、高血圧治療者 555 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 34 人(6.1%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 34 人であり、そのうち 15 人は未治療者です。

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 19 人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。

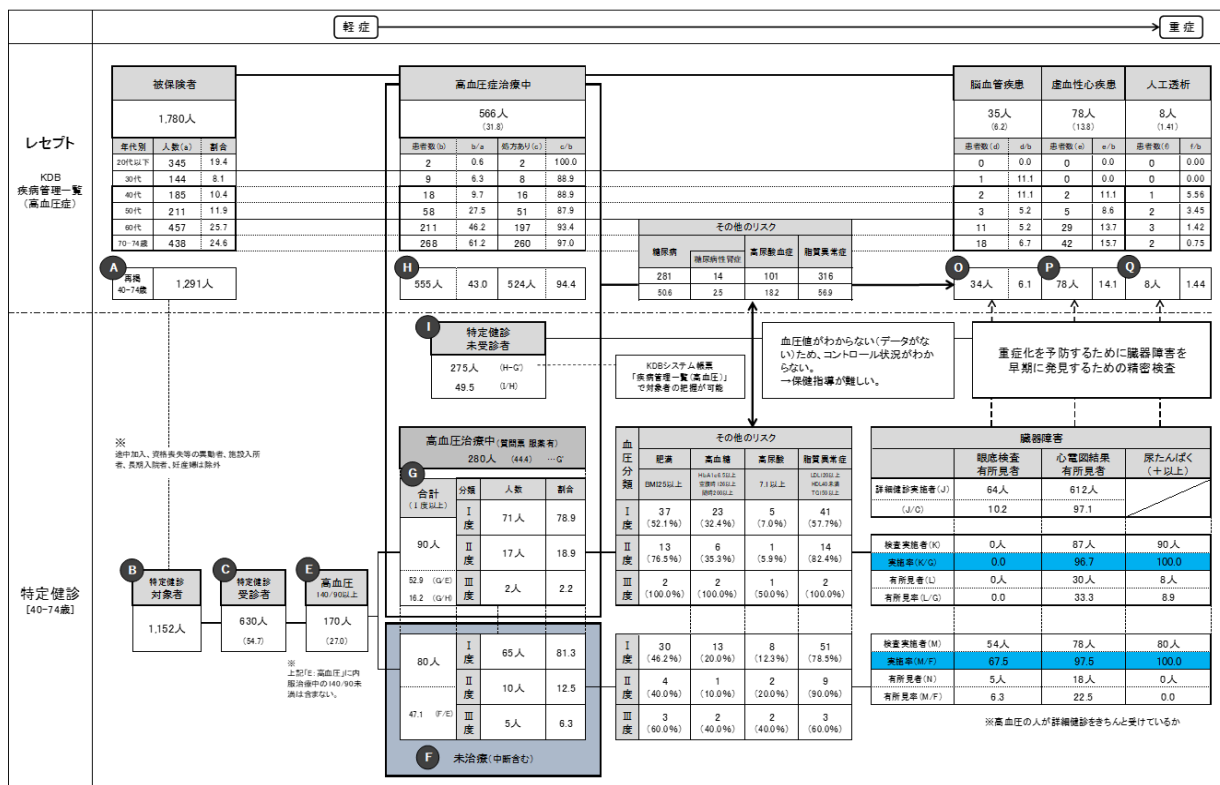
現在、臓器障害を早期に発見し、重症化を予防するための眼底検査(詳細検査)を、わずか 64 人(10.2%)しか実施していない状況です。

今後は、脳血管疾患予防のために、眼底検査を全員に実施していきます。

図表 71 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 4 年度



出典:ヘルスサポートラボツール

注) 受診者データは、特定健診等データ管理システムデータを使用

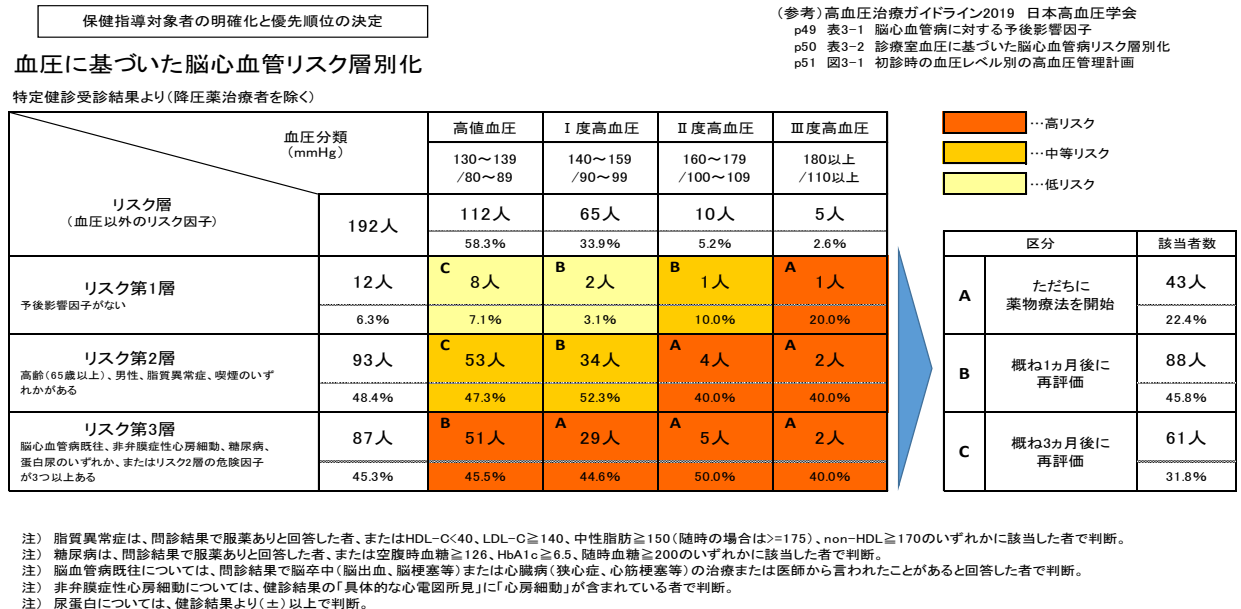
②保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子ですが、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 72 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和4年度



出典:ヘルスサポートラボツール

図表 72 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

③心電図検査における心房細動の実態

心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流に乗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するもので、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。心原性脳塞栓症は、心房細動が原因となることが多いですが、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7 心房細動と心原性脳塞栓症

脳卒中予防の提言より引用

図表 73 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。

図表 73 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※18	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数(人)	人数(人)	人数(人)	実施率(%)	人数(人)	実施率(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	割合(%)	割合(%)
総数	319	326	300	94	312	95.7	11	3.7	3	1	--	--
40代	36	19	34	94.4	18	94.7	0	0	0	0	0.2	0.04
50代	41	37	37	90.2	34	91.9	0	0	0	0	0.8	0.1
60代	110	129	101	91.8	125	96.9	2	2	1	0.8	1.9	0.4
70～74歳	132	141	128	97	135	95.7	9	7	2	1.5	3.4	1.1

出典：ヘルスサポートラボツール

※18 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。

図表 74 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	%
14	2	14.3%	12	85.7%

女川町調べ

心電図検査において14人に心房細動の所見がありました。また、心房細動有所見者2人は、健診時未治療でした。(図表74)

心房細動は心原性脳塞栓症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今後も心電図検査の全数実施を行っていきます。

(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対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるもののリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

② 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と併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。対象者へは、二次健診として今後次の検査を実施していきます。

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

- ・形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))
- ・血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)

③対象者の管理

・高血圧者の管理

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

・心房細動者の管理

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

(4)医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の方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。

医療機関未受診者・治療中断者で下記に該当する方を受診勧奨する場合には、石巻管内で協議した紹介状を使用します。

- ・糖尿病・高血圧・脂質異常症の服薬をされていない方で、Ⅰ度高血圧以上の方、HbA1c6.5%以上の方
- ・HbA1c6.5%以上かつ eGFR60mL/分/1.73m²未満の方

医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB システム等を活用しデータを収集していきます。

(5)高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、健康福祉課長寿介護係、女川町地域包括支援センターと連携していきます。

(6)評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせて年1回行います。その際は KDB システム等の情報を活用します。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・虚血性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

5月 介入方法、実施方法の決定

6月～ 特定健診結果が届き次第保健指導対象者に保健指導を実施(通年)

3) 虚血性心疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方

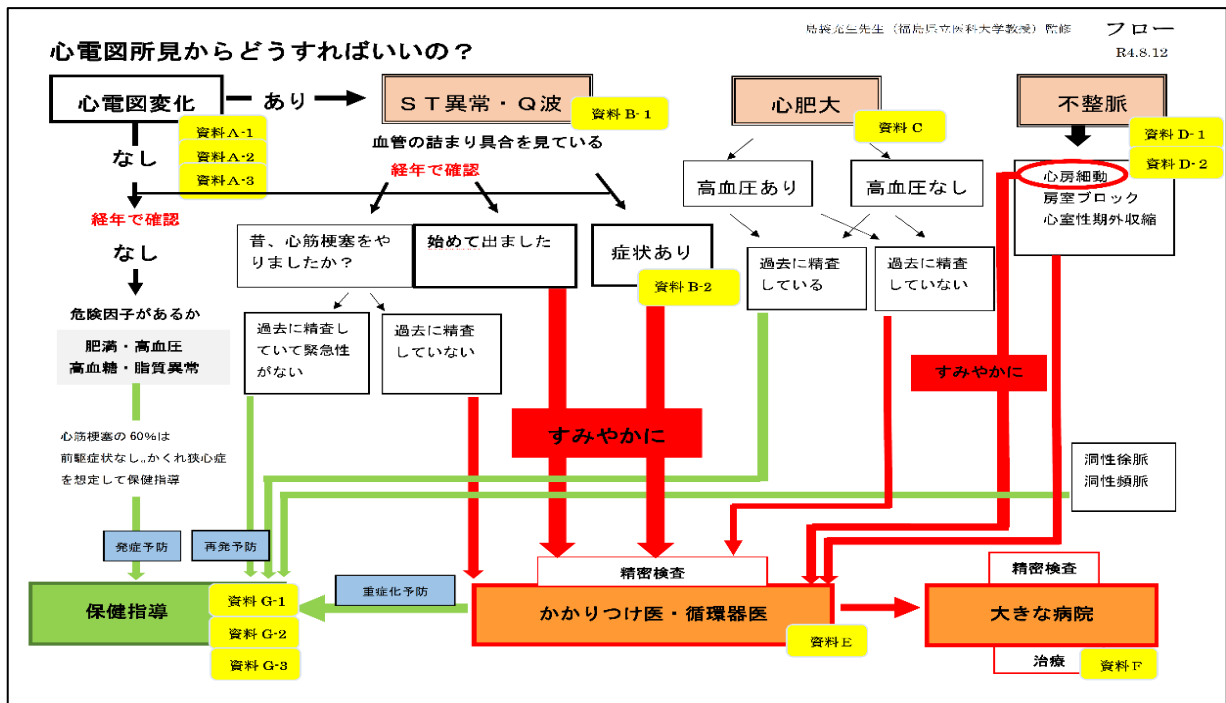
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

(2) 対象者の明確化

① 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 75 に基づいて考えます。

図表 75 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



② 重症化予防対象者の抽出

・心電図検査からの把握

心電図検査は最も基本的な心臓の検査で、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心肥大などの評価に用いられます。また、虚血性心疾患重症化予防においても重要な検査の1つであり、「安静時心電図に ST 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

本町においては、心電図検査は、特定健診受診者には全員に実施しており、所見の中でも ST 変化は 39 人(22.7%)(図表 76)でした。要精密検査対象の 47 人のその後の受診状況をみ

ると心エコー等精密検査を医療機関で実施した人は 17 人(36.2%)でした。(図表 77)。

医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する方もいることから対象者の状態に応じた受診勧奨を行う必要があります。あわせて、速やかに精密検査をする必要がある方については、重症化予防のために精密検査を実施する必要があることをより伝えていく必要があります。

図表 76 心電図検査結果

性別・年齢	心電図検査				所見内訳																
					ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
	実施者数 A(人)	実施率 (%)	有所見者数 B(人)	有所見率 B/A(%)	異常Q波		ST変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮		
					人数C (人)	割合 C/B (%)	人数D (人)	割合 D/B (%)	人数E (人)	割合 E/B (%)	人数F (人)	割合 F/B (%)	人数G (人)	割合 G/B (%)	人数H (人)	割合 H/B (%)	人数I (人)	割合 I/B (%)	人数J (人)	割合 J/B (%)	
40～74歳	613	100.0	172	28.1	4	2.3	39	22.7	0	0.0	1	0.6	14	8.1	47	27.3	14	8.1	41	23.8	
内訳	男性	303	100.0	95	31.4	1	1.1	15	15.8	0	0.0	0	0.0	11	11.6	31	32.6	11	11.6	26	27.4
内訳	女性	310	100.0	77	24.8	3	3.9	24	31.2	0	0.0	1	1.3	3	3.9	16	20.8	3	3.9	15	19.5

女川町調べ

注) データ受領者のうち心電図検査を実施していない者を除く。

図表 77 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精密検査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
全体	172		47	27.3	17	36.2	30	63.8
男性	95	55.2	33	34.7	11	33.3	22	66.7
女性	77	44.8	14	18.2	6	42.9	8	57.1

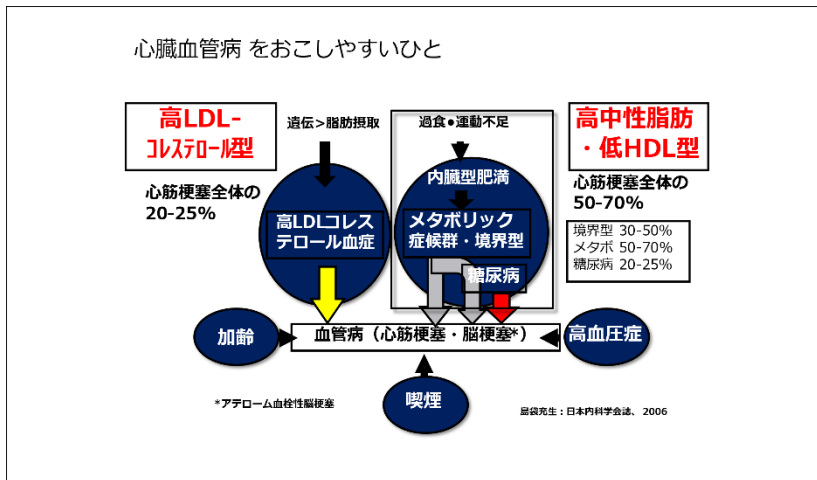
女川町調べ

・心電図以外からの把握

心電図検査では異常がないものの肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して(心筋梗塞の 60%は前駆症状ないため)積極的に保健指導を行う必要があります。

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把握します。(図表 78)

図表 78 心血管病をおこしやすいひと



図表 78 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A:メタボタイプについては、第4章「4. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 86・87)を参照します。

B: LDL コレステロールタイプ(図表 79)

図表 79 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設定

令和4年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た LDLコレステロール管理目標 (参考) 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL				健診結果 (LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別			
				120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳
283人				117人	99人	40人	27人	3人	11人	26人	27人
				41.3%	35.0%	14.1%	9.5%	4.5%	16.4%	38.8%	40.3%
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)	33人	21人	10人	1人	1人	1人	1人	0人	0人
			11.7%	17.9%	10.1%	2.5%	3.7%	33.3%	9.1%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	123人	39人	49人	20人	15人	2人	6人	16人	11人
			43.5%	33.3%	49.5%	50.0%	55.6%	66.7%	54.5%	61.5%	40.7%
高リスク	120未満 (150未満)	107人	48人	34人	16人	9人	0人	4人	10人	11人	
		37.8%	41.0%	34.3%	40.0%	33.3%	0.0%	36.4%	38.5%	40.7%	
	再掲	100未満 (130未満) ※19	15人	5人	6人	1人	3人	0人	1人	2人	1人
			5.3%	4.3%	6.1%	2.5%	11.1%	0.0%	9.1%	7.7%	3.7%
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患またはアテローム血栓性脳梗塞の既往 ※20	100未満 (130未満)	20人	9人	6人	3人	2人	0人	0人	0人	5人
			7.1%	7.7%	6.1%	7.5%	7.4%	0.0%	0.0%	0.0%	18.5%

※19 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

※20 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。(図表 80) 治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中でリスクがある場合は、医療機関と連携した保健指導を行います。

図表 80 心電図所見からの保健指導教材

心電図所見からの保健指導教材
もくじ
心電図所見からどうすればいいの？ フロー図
資料A-1 休むことなく動き続ける臓器は「心臓」だけです
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
資料A-3 心電図検査は、最も簡単に心臓の様子を見ることができる検査です！
資料B-1 心電図所見に「ST」の異常が出ました。「ST」って何？
資料B-2 心電図所見の有無だけでなく、症状も大事なサインです！！
資料C 左室肥大って？
資料D-1 不整脈・・・このくらいなら大丈夫って言われてたけど、その段階？
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
資料E 心電図だけでは精密検査とは言えないんです
資料F 治療することで、再び心臓に血液を通すことができます。どんな治療をするのでしょうか？
資料G-1 狭心症になった人から学びました
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
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？
資料G-4 肥満になると心臓はどうなるの？
資料H 心不全は突然おこるのでしょうか？

② 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、対象者へは、二次健診として今後次の検査を実施していきます。

「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」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、以下の検査方法が用いられています。

- ・形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))
- ・血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)

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

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の方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。

医療機関未受診者・治療中断者で以下に該当する方に受診勧奨する場合には、石巻管内で協議した紹介状を使用します。

- ・糖尿病・高血圧・脂質異常症の服薬をされていない方で、I度高血圧以上の方、HbA1c6.5%以上の方
- ・HbA1c6.5%以上かつeGFR60mL/分/1.73m²未満の方

医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDBシステム等を活用しデータを収集していきます。

(5)高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、健康福祉課長寿介護係、女川町地域包括支援センターと連携していきます。

(6)評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行います。その際はKDBシステム等の情報を利用する。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていきます。

(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

5月 介入方法、実施方法の決定

6月～ 特定健診結果が届き次第保健指導対象者に保健指導を実施(通年)

4) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

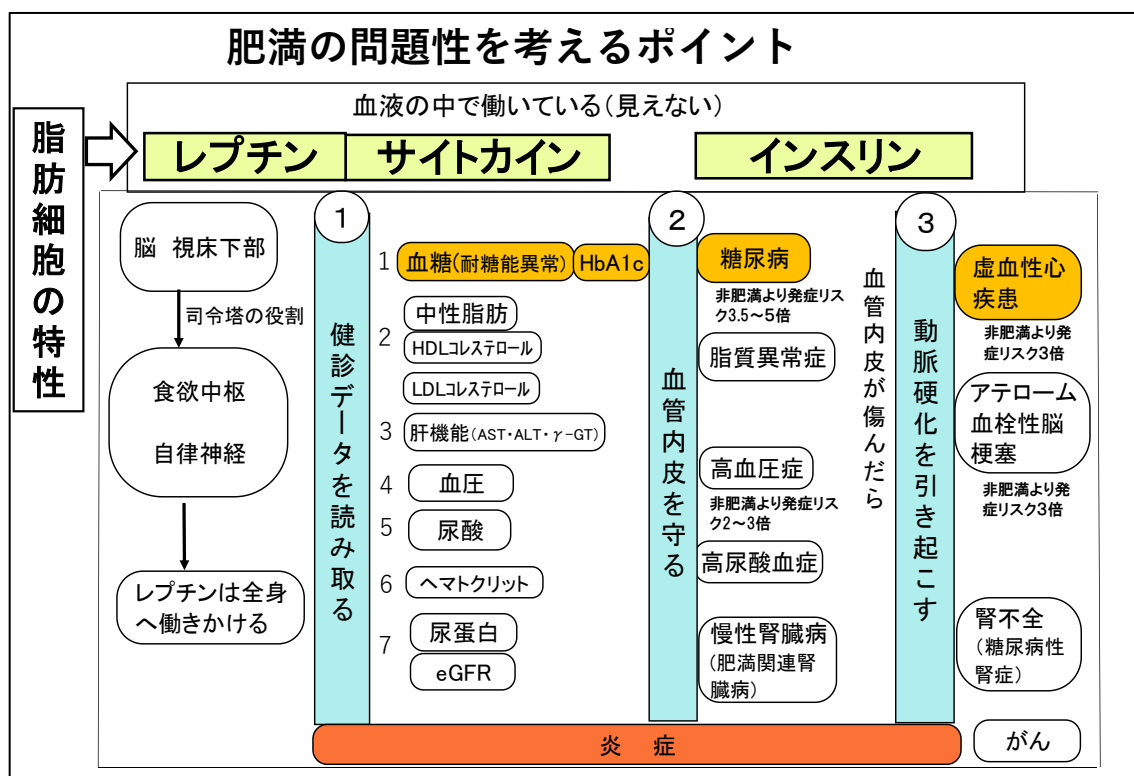
(1) 基本的な考え方

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

なお、取組にあたっては図表 81 に基づいて考えていきます。

図表 81 肥満の問題性を考えるポイント



(2) 肥満の状況

① 肥満度分類に基づく、実態把握

肥満度分類に基づき、実態把握を行います。

図表 82 肥満度分類による実態

	受診者数 (人)		BMI25以上 (人)		(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	199	446	86	189	62	153	20	33	4	3	0	0	
			43.2%	42.4%	31.2%	34.3%	10.1%	7.4%	2.0%	0.7%	0.0%	0.0%	
再掲	男性	107	212	53	107	43	87	9	18	1	2	0	0
				49.5%	50.5%	40.2%	41.0%	8.4%	8.5%	0.9%	0.9%	0.0%	0.0%
再掲	女性	92	234	33	82	19	66	11	15	3	1	0	0
				35.9%	35.0%	20.7%	28.2%	12.0%	6.4%	3.3%	0.4%	0.0%	0.0%

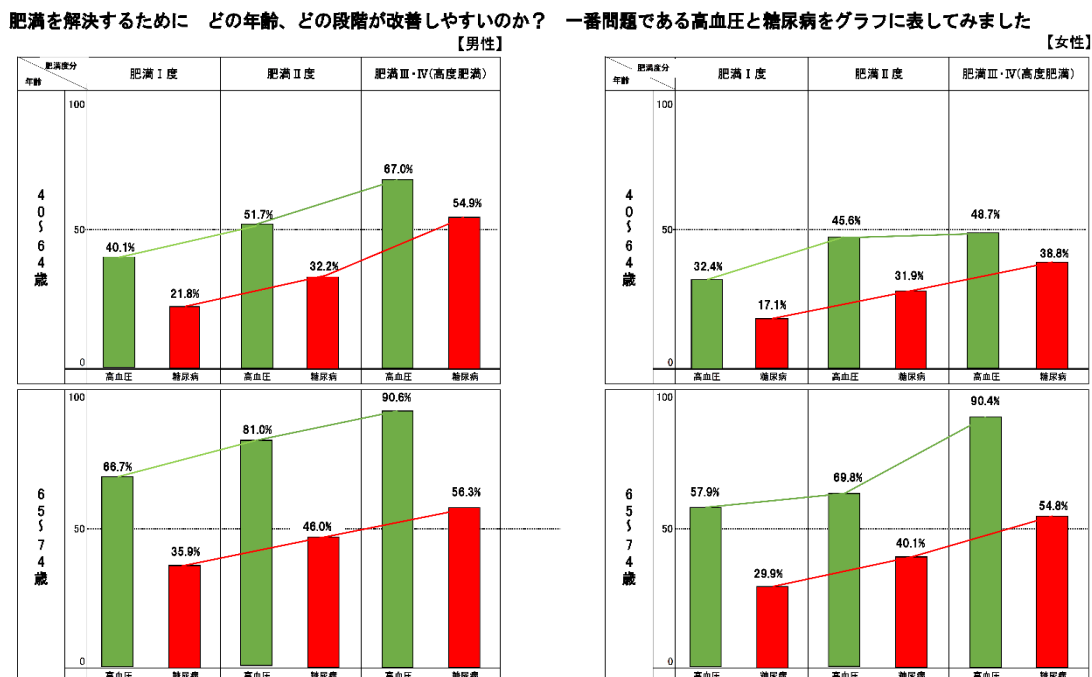
出典：ヘルスサポートラボツール

② 保健指導の優先順位

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、効率がいいのかを科学的な根拠(EBM)「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。

・肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考える

図表 83 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？



・肥満の方が「日常生活」で困っていることを整理する

図表 84 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		肥満度 BMI			
		I 度 25~29.9	II 度 30~34.9	III 度 35~39.9	IV 度 40~
食事	食欲	・満腹感なく食べ過ぎてしまう。 ・心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない	・夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない	・食べ始めたら止まらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べたくなる ・食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う	・食欲が抑えられない ・夜中起きると食べてしまう ・食欲が止まらない ・食欲をコントロールできない
	胃腸	・食べるとお腹が張って苦しくなる		・太っているからか腸の痙攣もおこるよ	・逆流性食道炎になった。
排泄	排便			・便秘になって大変	・便器に座ると便座が割れる
	排尿	・横になるとトイレに行きたくなる	・尿意を感じて夜中に3回起きる	・トイレに何度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	・尿漏れする ・起きてトイレに行くまで間に合わない
動作	歩行	・疲労感がある	・長く歩くと息切れがする ・階段を上るとき息切れする ・坂道は息が切れる ・運動するとすぐ息切れする	・体重で足裏が痛い ・階段を降りる時に体を支えられず転びそうになる ・ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない ・歩く足がしびれる	・200m歩くのにも呼吸が苦しい ・歩いたら苦しくなるので横になっている ・だるくて寝ていることが多い
	日常動作		・屈めず、足の爪を切ることができない ・朝起きると体重で手がしびれて色が変わっている ・運動すると数日だるくなる ・身体が動かづらい		・お腹が邪魔で前に屈めない ・シャワーがづらい ・手が届かないので排泄の後始末ができない
身体	胸	・2~3年前から胸の変な感じがある ・仕事中時々胸の息苦しさ ・1年前から動悸あり、休憩しながら仕事していた ・胸が痛くなることある。止まるんじゃないかとグツと	・動悸がする ・胸が締め付けられる感じ、6年前から時々起こる ・心臓が大きくなっているといわれた ・少し動いただけでも心臓がきつい	・仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める ・仰向けには寝れないいつも横向きに寝ている ・心臓はスピードのある作業するとバクバクする	・左を向いて寝ると動悸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	・蜂窩織炎になる		・風邪をひきやすい	・よく風邪をひく ・よく体調を崩す
	皮膚	・背中がかゆい ・皮膚が赤くなる	・湿疹ができる ・痒い	・皮膚が赤く炎症を起こしてる ・炎症で体毛が生えなくなる	・足の皮膚が硬くなるので、よく皮を削っている。 ・全身の湿疹がづらい ・皮膚科に毎月通院している

「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(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、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が連携してフォローアップを行う必要があります。そのことは、図表 84 の「日常生活」で困っている住民の声からも深刻です。

次に図表 83 をみると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることより、未だ両疾患の発症が50%に満たない肥満Ⅰ度の方、特に若い年代(40~64歳)を対象とすることが効率的であることがわかります。

・心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

図表 85 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								介護	特定健診	転帰	
			レセプト											
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患							
			脳出血	脳梗塞	狭心症	急性心筋梗塞	高血圧	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症				
1	男	70代	●					●				要介護5	メタボ	
2	男	60代		●				●	●		●	要支援2	メタボ	
3	男	60代				●		●		●			メタボ	
4	男	50代		●				●	●				メタボ	死亡

女川町調べ

また、図表 85 心・脳血管疾患を発症した事例を整理すると、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た結果であると考えます。

(3)対象者の明確化

図表 86 年代別メタボリックシンドローム該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70~74歳	総数	40代	50代	60代	70~74歳	
健診受診者	A(人)	319	36	41	110	132	326	19	37	129	141	
メタボ該当者	B(人)	140	7	20	52	61	45	2	3	22	18	
	B/A(%)	43.9	19.4	48.8	47.3	46.2	13.8	10.5	8.1	17.1	12.8	
再掲	① 3項目全て	C(人)	57	2	4	23	28	19	2	2	11	4
		C/B(%)	40.7	28.6	20.0	44.2	45.9	42.2	100.0	66.7	50.0	22.2
	② 血糖+血圧	D(人)	24	2	4	8	10	4	0	1	2	1
		D/B(%)	17.1	28.6	20.0	15.4	16.4	8.9	0.0	33.3	9.1	5.6
	③ 血圧+脂質	E(人)	48	1	11	19	17	19	0	0	8	11
		E/B(%)	34.3	14.3	55.0	36.5	27.9	42.2	0.0	0.0	36.4	61.1
	④ 血糖+脂質	F(人)	11	2	1	2	6	3	0	0	1	2
		F/B(%)	7.9	28.6	5.0	3.8	9.8	6.7	0.0	0.0	4.5	11.1

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 87 メタボリックシンドローム該当者の治療状況

	男性							女性						
	受診者 (人)	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者 (人)	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
		人数(人)	割合(%)	あり		なし			人数(人)	割合(%)	あり		なし	
総数	319	140	43.9	115	82.1	25	17.9	326	45	13.8	38	84.4	7	15.6
40代	36	7	19.4	3	42.9	4	57.1	19	2	10.5	2	100.0	0	0.0
50代	41	20	48.8	14	70.0	6	30.0	37	3	8.1	3	100.0	0	0.0
60代	110	52	47.3	44	84.6	8	15.4	129	22	17.1	16	72.7	6	27.3
70～74歳	132	61	46.2	54	88.5	7	11.5	141	18	12.8	17	94.4	1	5.6

出典：ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 86)は、男性で 50 代から受診者の 4 割を超えますが、女性では 1 割程度であるため、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 87)は、男女とも 8 割以上が治療中となっており、治療だけでは解決できないことがわかります。

そのため、メタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

①対象者の選定基準の考え方

- ・特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)を行います。
- ・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方には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ・治療中の方へは、心血管疾患を起こさないための保健指導と合わせて減量のための保健指導(食事指導)を行います。

②対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボリックシンドローム該当者台帳を作成し、管理します。

(4)保健指導の実施

①保健指導

対象者への保健指導については、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン 2022 等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っています。

②二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、本町においても二次健診として今後次の検査を実施して行きます。

動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ・ 頸動脈エコー検査
- ・ 微量アルブミン尿検査
- ・ 75 g 糖負荷検査（高インスリン状態を見る検査）

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

本町は、令和4年度より宮城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、

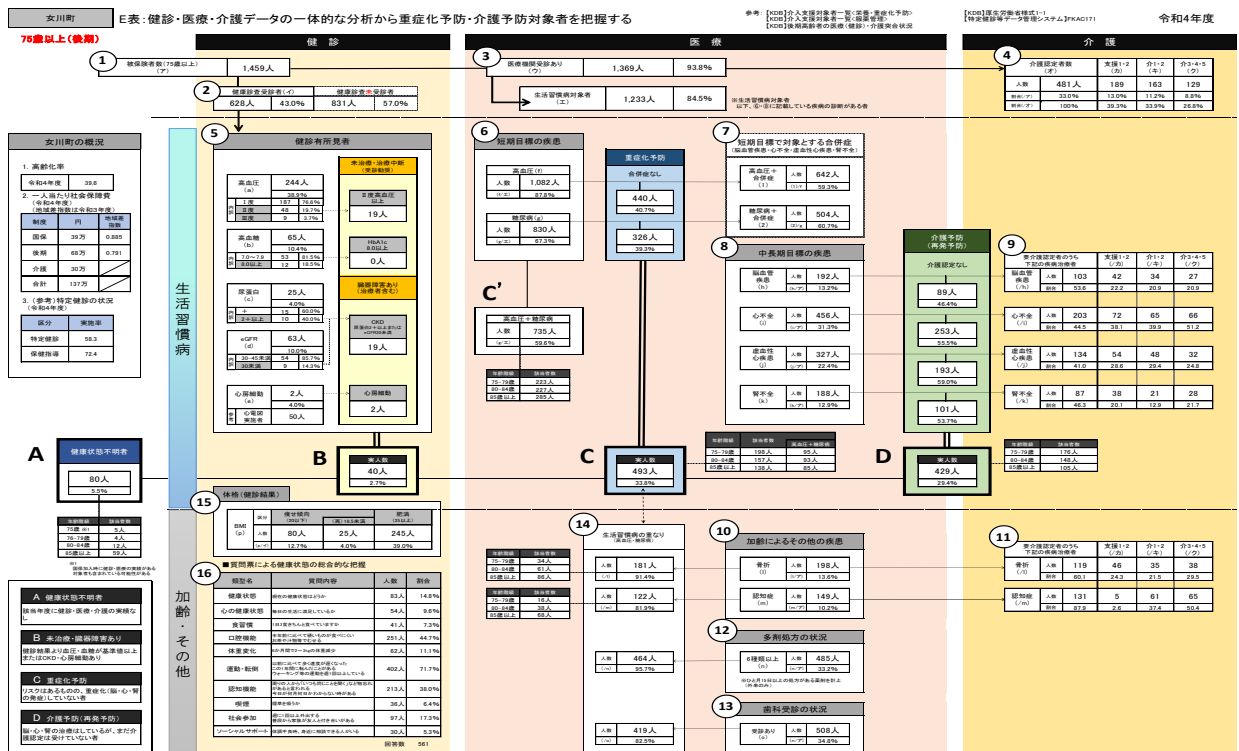
(1) 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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。

(2) 地域を担当する医療専門職(保健師)を配置

脳血管疾患や虚血性心疾患等の既往があるものの、まだ介護認定を受けていない方や、高血圧や糖尿病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、生活習慣病重症化による介護認定者を増やさないために、糖尿病のコントロール不良者等への健康教育を実施していきます(ポピュレーションアプローチ)。

図表 88 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となっています。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、特に肥満予防の重要性は容易に想起されます。小児期の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されています。

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見えていきます。

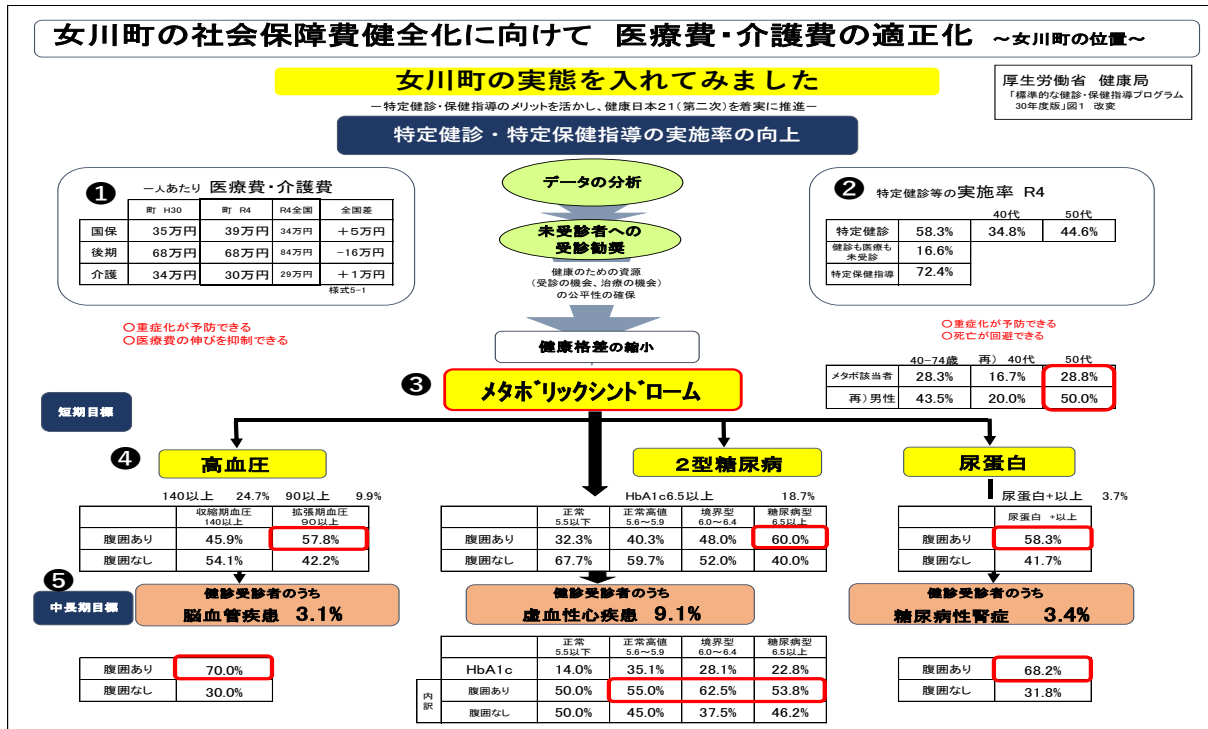
図表 89 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

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

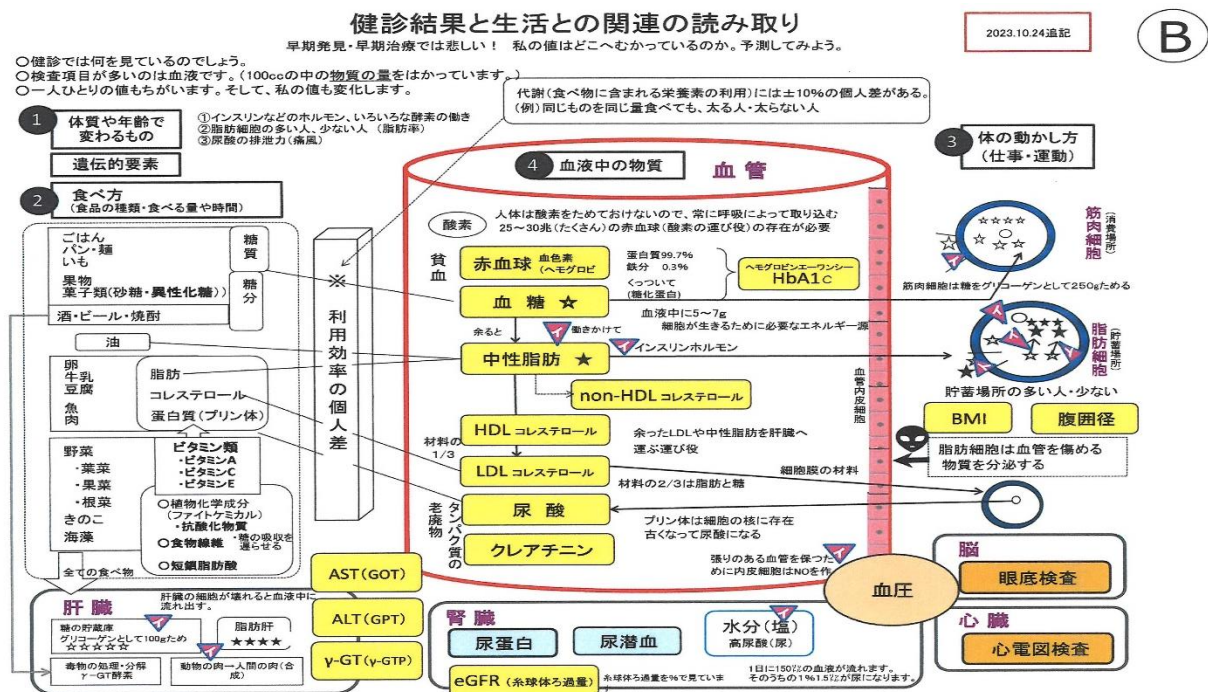
5. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、今後も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給付費等社会保障費の増大につながっている実態や、生活習慣病を予防するために健診結果と生活との関連について広く町民へ周知していきます。(図表 90・91・92)

図表 90 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 91 健診結果と生活との関連の読み取り



図表 92 健診データと食品と栄養素

基礎編6

健診データと食品と栄養素

【この表の使い方】

健診結果と食品に含まれる栄養素と生活習慣病が強く関係する項目と同じ色を付けてあります。

- 1 健診結果より、どの項目にH(高)もしくは低(L)印がついていますか？
- 2 なぜこの項目が低い(少ない)のか、関係する食品に含まれる栄養素は何でしょう？
- 3 下の食品の目安量をもとに自分の食生活を参考に自分の食生活をみてみましょう。

脳血管疾患

虚血性心疾患

慢性腎臓病(透析)

血管内皮障害

① 肥満(内臓脂肪)

② 糖尿病

③ 脂質異常症

④ 高尿酸血症

⑤ 高血圧症

⑥ 高血圧症

⑦ 高血圧症

血管内皮機能の低下

※ 参考値(必ずお読みください) ※ 栄養素の代謝に必要なビタミンやミネラル

肥満(内臓脂肪)		糖尿病		脂質異常症		高尿酸血症		高血圧症		高血圧症		高血圧症	
項目	単位	項目	単位	項目	単位	項目	単位	項目	単位	項目	単位	項目	単位
空腹血糖	mg/dL	LDLコレステロール	mg/dL	総コレステロール	mg/dL	尿酸	mg/dL	収縮血圧	mmHg	収縮血圧	mmHg	収縮血圧	mmHg
75	以下	130	以下	200	以下	7.0	以下	130	以下	130	以下	130	以下

血中の物質名(100cc中の単位)		特定脂質の基準値(要留意)	
食品	単位	項目	単位
1 群	エネルギー kcal	LDLコレステロール	mg/dL
2 群	エネルギー kcal	中性脂肪	mg/dL
3 群	エネルギー kcal	トリグリセリド	mg/dL
4 群	エネルギー kcal	尿酸	mg/dL

食品	エネルギー kcal	血中の物質名(100cc中の単位)		特定の脂質の基準値(要留意)
		LDLコレステロール mg/dL	中性脂肪 mg/dL	
1 群	1935	314	145	130
2 群	1935	314	145	130
3 群	1935	314	145	130
4 群	1935	314	145	130

① 肥満(内臓脂肪)

② 糖尿病

③ 脂質異常症

④ 高尿酸血症

⑤ 高血圧症

⑥ 高血圧症

⑦ 高血圧症

糖化から守る

酸化を防ぐ

水分量の調節

ビタミンA C E

β-カロテン

ビタミンB1 B2 B6 B12

ミネラル

水分

糖化から守る

酸化を防ぐ

水分量の調節

脳血管疾患

虚血性心疾患

慢性腎臓病(透析)

血管内皮機能の低下

血管内皮機能の低下

血管内皮機能の低下

脳血管疾患

虚血性心疾患

慢性腎臓病(透析)

食品	エネルギー kcal	血中の物質名(100cc中の単位)		特定の脂質の基準値(要留意)
		LDLコレステロール mg/dL	中性脂肪 mg/dL	
1 群	1935	314	145	130
2 群	1935	314	145	130
3 群	1935	314	145	130
4 群	1935	314	145	130

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

また、計画の最終年度の令和11年度においては、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮した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。

図表 93 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システム活用環境の確保
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ため、受診率・受療率、医療の動向等を用いて、保健指導の担当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。

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得るべきものとするのが重要であることから、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページや広報紙を通じた周知のほか、地域の医師会や医療機関等に周知します。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫を行います。

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 国・県・同規模自治体と比べてみた女川町の位置
- 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 コレステロールの年次比較

参考資料1 国・県・同規模自治体と比べてみた女川町の位置

R4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	6,408		1,680,058		2,254,257		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)	2,333	36.4	662,426	39.4	638,984	28.3	35,335,805	28.7											
		75歳以上	1,306	20.4	--	--	319,558	14.2	18,248,742	14.8											
		65~74歳	1,027	16.0	--	--	319,426	14.2	17,087,063	13.9											
		40~64歳	1,961	30.6	--	--	757,847	33.6	41,545,893	33.7											
	39歳以下	2,114	33.0	--	--	857,426	38.0	46,332,563	37.6												
	② 産業構成	第1次産業	10.9		17.0		4.5		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	40.1		25.3		23.4		25.0												
		第3次産業	49.1		57.7		72.1		71.0												
	③ 平均寿命	男性	80.7		80.4		81.0		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握										
女性		87.0		86.9		87.2		87.0													
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性	79.3		79.5		80.3		80.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握											
	女性	82.9		84.2		84.4		84.4													
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)	男性	105.3		103.1		96.4		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握									
			女性	105.9		101.3		99.0		100											
		死因	がん	24	43.6	7,089	46.3	6,845	48.8	378,272	50.6										
			心臓病	19	34.5	4,562	29.8	3,824	27.3	205,485	27.5										
			脳疾患	7	12.7	2,404	15.7	2,275	16.2	102,900	13.8										
			糖尿病	2	3.6	283	1.8	233	1.7	13,896	1.9										
	腎不全		3	5.5	622	4.1	445	3.2	26,946	3.6											
	自殺	0	0.0	346	2.3	411	2.9	20,171	2.7												
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	10		8.1		2,403		8.6		129,016		厚労省HP 人口動態調査								
		男性	7		10.3		1,593		11.4		84,891										
	女性	3		5.5		810		5.8		44,125											
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	543		23.3		127,161		19.4		123,353		19.3		6,724,030		19.4				
		新規認定者	要支援1.2	2,145		22.3		365,856		13.2		390,196		13.8		21,785,044		12.9			
			要介護1.2	4,305		44.8		1,297,770		46.8		1,278,201		45.3		78,107,378		46.3			
			要介護3以上	3,152		32.8		1,111,908		40.1		1,153,489		40.9		68,963,503		40.8			
			2号認定者	6		0.31		2,073		0.39		2,948		0.39		156,107		0.38			
	② 有病状況	糖尿病	221		39.7		30,162		22.6		32,641		25.1		1,712,613		24.3				
		高血圧症	292		52.7		71,773		54.3		68,483		53.0		3,744,672		53.3				
		脂質異常症	159		28.3		39,654		29.6		43,919		33.8		2,308,216		32.6				
		心臓病	323		58.1		80,304		60.9		76,256		59.0		4,224,628		60.3				
		脳疾患	72		14.2		30,910		23.8		25,789		20.2		1,568,292		22.6				
		がん	52		10.5		14,782		11.0		14,584		11.1		837,410		11.8				
		筋・骨格	288		51.1		71,540		54.1		62,389		48.3		3,748,372		53.4				
		精神	173		32.2		49,589		37.8		44,118		34.3		2,569,149		36.8				
	③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	300,438		700,922,497		314,188		208,126,001,519		283,181		180,948,218,583		290,668		100,742,274,226,899				
		1件当たり給付費(全体)	72,998		74,986		64,123		59,662												
		居宅サービス	34,733		43,722		42,075		41,272												
施設サービス		301,559		289,312		296,026		296,364													
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	7,668		認定あり		9,224		7,604		8,610		認定なし		4,456		4,375		3,758		4,020	
4	① 国保の状況	被保険者数	1,516		427,153		460,898		27,488,882												
		加入率	65~74歳	700		46.2		212,804		46.2		11,129,271		40.5							
			40~64歳	463		30.5		141,551		30.7		9,088,015		33.1							
			39歳以下	353		23.3		106,543		23.1		7,271,596		26.5							
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	0		0.0		150		0.4		136		0.3		8,237		0.3				
		診療所数	2		1.3		1,147		2.7		1,686		3.7		102,599		3.7				
		病床数	0		0.0		15,964		37.4		24,859		53.9		1,507,471		54.8				
		医師数	5		3.3		1,780		4.2		5,950		12.9		339,611		12.4				
		外来患者数	659.0		692.2		742.1		687.8												
		入院患者数	19.3		22.7		19.0		17.7												
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	386,912		県内25位 同規模111位		376,732		364,684		339,680											
	受診率	678.33		714.851		761.032		705.439													
	外来	費用の割合	53.1		56.3		61.3		60.4												
		件数の割合	97.2		96.8		97.5		97.5												
	入院	費用の割合	46.9		43.7		38.7		39.6												
		件数の割合	2.8		3.2		2.5		2.5												
1件あたり在院日数	15.8日		16.4日		15.4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	90,888,750	27.8	31.3	32.4	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)	21,753,900	6.6	7.2	10.0	8.2							
			糖尿病	33,912,990	10.4	11.3	11.5	10.4							
			高血圧症	20,582,780	6.3	6.6	6.5	5.9							
			脂質異常症	7,541,210	2.3	3.8	4.1	4.1							
			脳梗塞・脳出血	16,862,640	5.2	3.9	3.5	3.9							
			狭心症・心筋梗塞	12,925,970	3.9	2.8	3.1	2.8							
			精神	61,878,950	18.9	14.9	13.0	14.7							
	筋・骨格	57,167,800	17.5	17.3	15.2	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	275	0.2	430	0.3	292	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費分析(中分類)			
糖尿病					--	--	1,426	0.9	1,309	0.9	1,144		0.9		
脂質異常症					69	0.0	69	0.0	60	0.0	53		0.0		
脳梗塞・脳出血					10,705	5.9	6,762	4.1	5,824	4.1	5,993		4.5		
虚血性心疾患					6,975	3.8	4,422	2.7	4,976	3.5	3,942		2.9		
腎不全		2,359	1.3	4,755	2.9	5,025	3.6	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	13,302	6.5	12,793	6.0	12,348	5.5	10,143	4.9				
			糖尿病	22,764	11.1	21,925	10.3	21,476	9.6	17,720	8.6				
			脂質異常症	4,905	2.4	7,608	3.6	7,862	3.5	7,092	3.5				
			脳梗塞・脳出血	333	0.2	943	0.4	768	0.3	825	0.4				
	虚血性心疾患		2,074	1.0	1,933	0.9	1,812	0.8	1,722	0.8					
⑥	健診の有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	健診受診者	5,852		3,122		2,612		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	12,254		12,911		12,906		13,295					
		生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	18,066		9,063		7,431		6,142					
			健診未受診者	37,830		37,482		36,712		40,210					
⑦	健診・レセ突合	受診勧奨受者	399	64.6	83,183	58.2	83,641	55.6	3,881,055	57.0	KDB_NO.1 地域全体像の把握				
		医療機関受診率	355	57.4	74,754	52.3	75,216	50.0	3,543,116	52.0					
5	①-⑱	特定健診の状況 県内市町村数 38市町村 同規模市区町村数 240市町村	健診受診者	健診受診者	618		142,832		150,432		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	57.8	県内5位 同規模33位	45.7	46.3	全国3位	37.1					
				特定保健指導終了者(実施率)	43	46.2	4,122	24.0	2,903	14.6	107,925		13.4		
			④	非肥満高血糖	該当者	173	28.0	30,946	21.7	36,605	24.3		1,382,506	20.3	
					男性	132	43.4	21,803	32.2	24,803	37.6		965,486	32.0	
			⑤	メタボ	女性	41	13.1	9,143	12.2	11,802	14.0		417,020	11.0	
					予備群	85	13.8	16,570	11.6	16,058	10.7		765,405	11.2	
			⑥	男性	男性	62	20.4	11,708	17.3	11,161	16.9		539,738	17.9	
					女性	23	7.3	4,862	6.5	4,897	5.8		225,667	5.9	
			⑦	メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	269	43.5	52,255	36.6	57,029		37.9	2,380,778	34.9
						男性	203	66.8	36,735	54.3	38,860		58.9	1,666,592	55.3
			⑧	BMI	女性	総数	57	9.2	8,339	5.8	7,947		5.3	320,038	4.7
						男性	5	1.6	1,408	2.1	1,048		1.6	51,248	1.7
			⑨	血糖のみ	女性	女性	66	21.0	15,520	20.7	18,169		21.5	714,186	18.8
						男性	57	9.2	8,339	5.8	7,947		5.3	320,038	4.7
			⑩	血圧のみ	男性	男性	5	1.6	1,408	2.1	1,048		1.6	51,248	1.7
						女性	52	16.6	6,931	9.2	6,899		8.2	268,790	7.1
			⑪	脂質のみ	女性	女性	6	1.0	988	0.7	1,387		0.9	43,519	0.6
						男性	62	10.0	12,098	8.5	11,237		7.5	539,490	7.9
⑫	血糖・血圧	男性	男性	17	2.8	3,484	2.4	3,434	2.3	182,396	2.7				
			女性	23	3.7	5,238	3.7	6,351	4.2	203,072	3.0				
⑬	血糖・脂質	男性	男性	13	2.1	1,494	1.0	2,329	1.5	70,267	1.0				
			女性	64	10.4	13,843	9.7	13,148	8.7	659,446	9.7				
⑭	血圧・脂質	男性	男性	73	11.8	10,371	7.3	14,777	9.8	449,721	6.6				
			女性	73	11.8	10,371	7.3	14,777	9.8	449,721	6.6				
⑮	血糖・血圧・脂質	女性	女性	6	1.0	988	0.7	1,387	0.9	43,519	0.6				
			男性	62	10.0	12,098	8.5	11,237	7.5	539,490	7.9				
⑯	服薬	高血圧	高血圧	275	44.5	56,464	39.5	59,007	39.2	2,428,038	35.6				
			糖尿病	75	12.1	15,013	10.5	15,218	10.1	589,470	8.7				
⑰	脂質異常症	脂質異常症	脂質異常症	178	28.8	39,703	27.8	45,462	30.2	1,899,637	27.9				
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	18	2.9	4,468	3.3	4,724	3.2	207,385	3.1				
⑱	既往歴	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	57	9.2	8,449	6.2	10,219	6.8	365,407	5.5				
			腎不全	5	0.8	1,305	0.9	1,272	0.8	53,898	0.8				
⑳	貧血	貧血	貧血	59	9.5	12,438	9.0	18,401	12.3	702,088	10.7				
			喫煙	125	20.2	21,523	15.1	21,598	14.4	939,212	13.8				
6	③-⑱	生活習慣の状況	週3回以上朝食を抜く	58	9.4	11,653	8.6	12,592	8.4	642,886	10.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
			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～)	93	15.0	22,065	16.4	22,520	15.1	976,348	15.7				
			週3回以上就寝前夕食	93	15.0	22,065	16.4	22,520	15.1	976,348	15.7				
			食べる速度が速い	139	22.5	35,701	26.4	37,035	24.7	1,659,705	26.8				
			20歳時体重から10kg以上増加	240	38.8	48,538	35.9	53,281	35.6	2,175,065	35.0				
			1日30分以上運動習慣なし	444	71.8	88,417	65.2	93,550	62.4	3,749,069	60.4				
			1日1時間以上運動なし	395	63.9	63,680	47.0	68,552	45.8	2,982,100	48.0				
			睡眠不足	218	35.3	32,768	24.2	39,463	26.4	1,587,311	25.6				
			毎日飲酒	147	23.8	36,601	26.4	37,810	25.2	1,658,999	25.5				
			時々飲酒	106	17.2	29,121	21.0	34,978	23.3	1,463,468	22.5				
			⑱	一日飲酒量	1合未満	104	40.6	54,805	59.9	65,457	59.7		2,978,351	64.1	
					1～2合	93	36.3	24,287	26.5	29,147	26.6		1,101,465	23.7	
					2～3合	43	16.8	9,527	10.4	12,416	11.3		434,461	9.4	
3合以上	16	6.3			2,893	3.2	2,619	2.4	128,716	2.8					

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

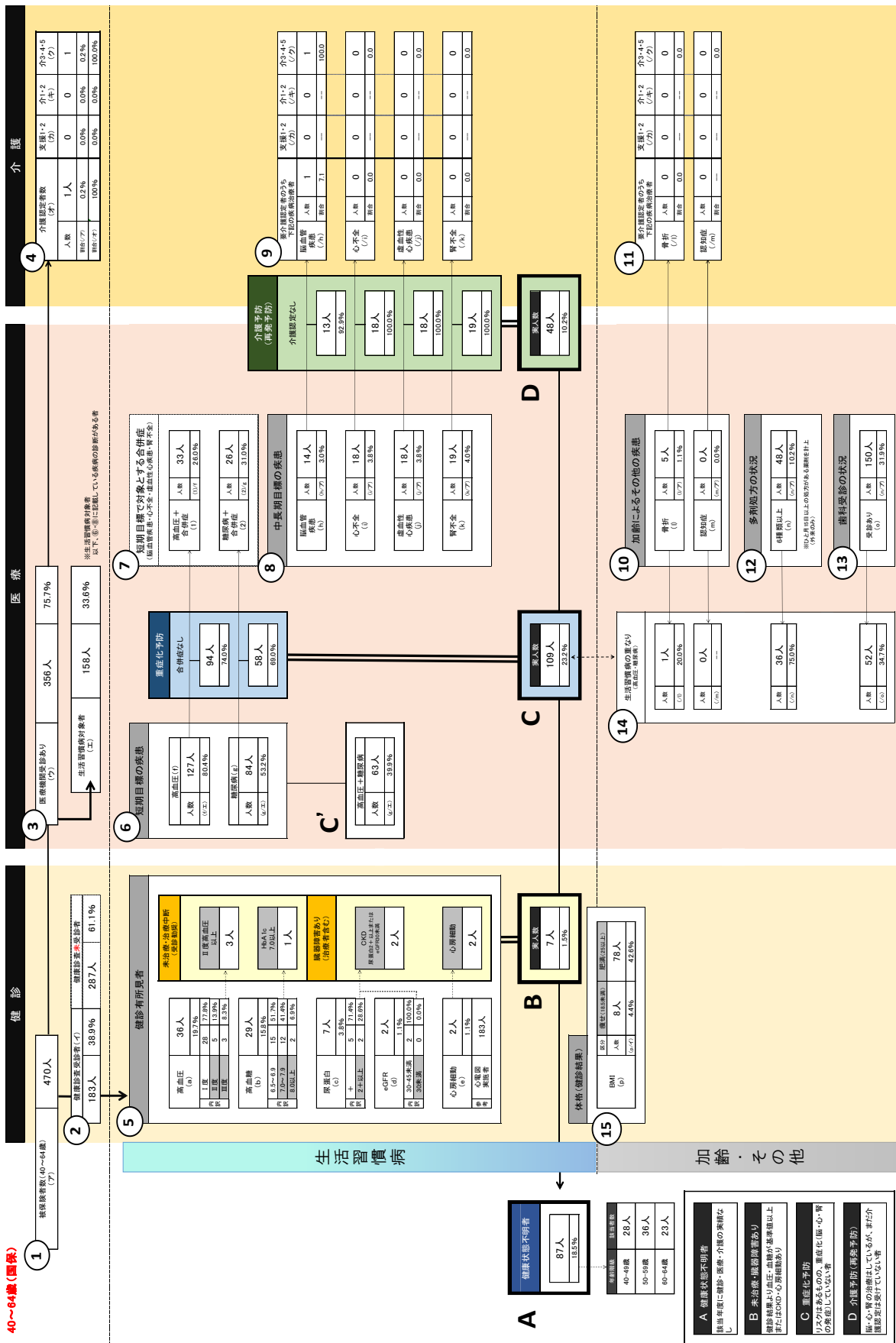
① 40～64歳(国保)

令和4年度

【KOD】厚生労働省標準値1-1
【特定高齢者】75歳以上かつ75歳未満

【KOD】厚生労働省標準値1-1
【特定高齢者】75歳以上かつ75歳未満

E表: 健診・医療・介護予防対象者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



② 65～74 歳(国保)

令和4年度

【QIB】厚生労働省様式1-1
【特定高齢者等一歩管理システム】PKAG171

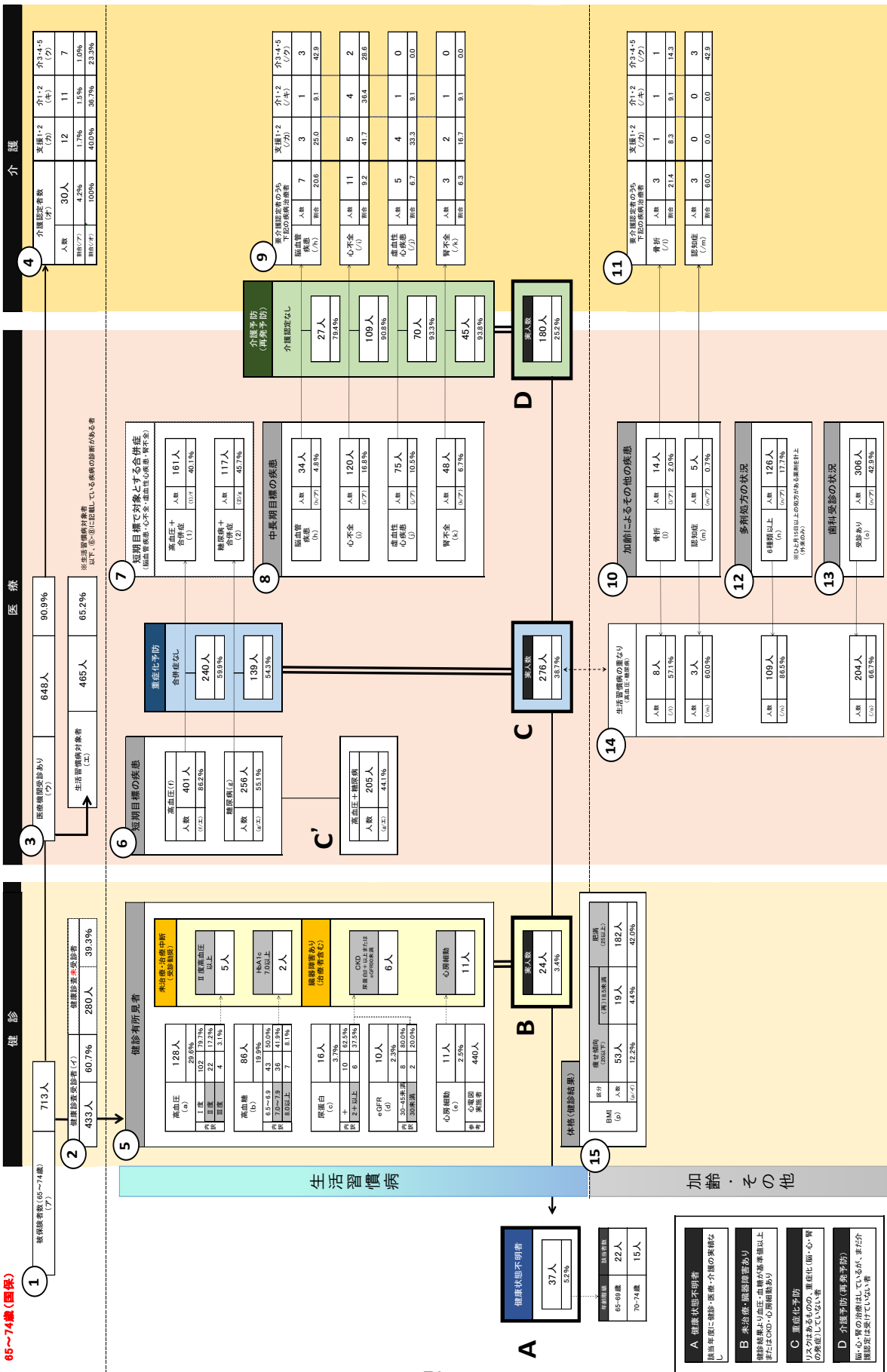
参考：【QIB】介入支援対象者一家・健康・重症化予防・
【QIB】介入支援対象者一家(医療管理)

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

健診

医療

介護



③65～74歳(後期)

令和4年度

介護

医療

健診

65～74歳(後期)

女川町

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

【KOB】厚生労働省標準コード「1」
【特定高齢者データベース】JF6AC171

【KOB】加入支援対象者一覧(後援・重化予防)
【KOB】加入支援対象者一覧(介護管理)
【KOB】後援高齢者の医療(健診)・介護受診状況



④75歳以上(後期)

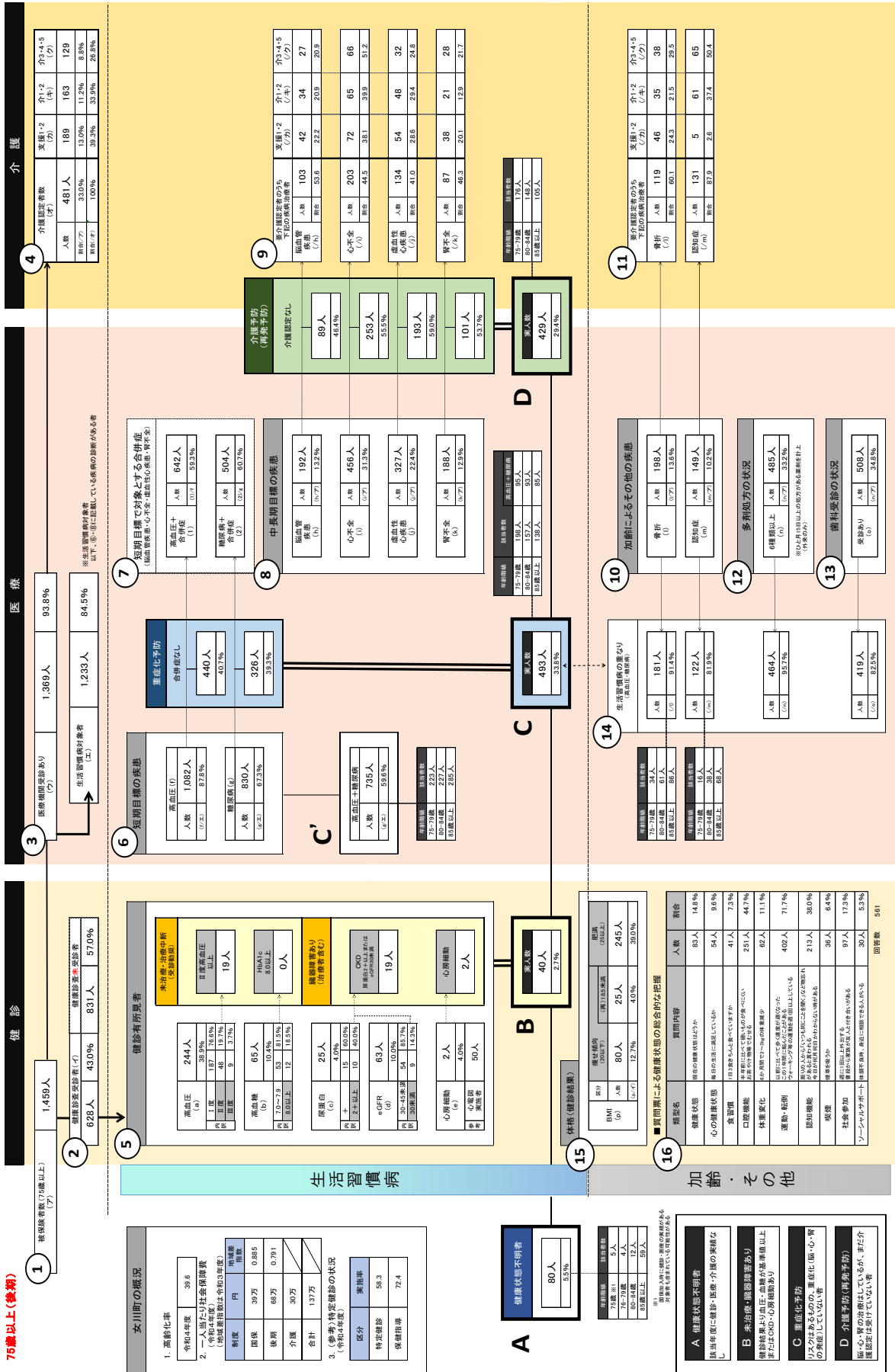
令和4年度

【(A)】居住世帯世帯数(世帯)1
【(B)】居住世帯世帯数(世帯)1
【(C)】居住世帯世帯数(世帯)1
【(D)】居住世帯世帯数(世帯)1

参考: 【(A)】入居世帯世帯数(世帯)1
【(B)】入居世帯世帯数(世帯)1
【(C)】入居世帯世帯数(世帯)1
【(D)】入居世帯世帯数(世帯)1

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

75歳以上(後期)



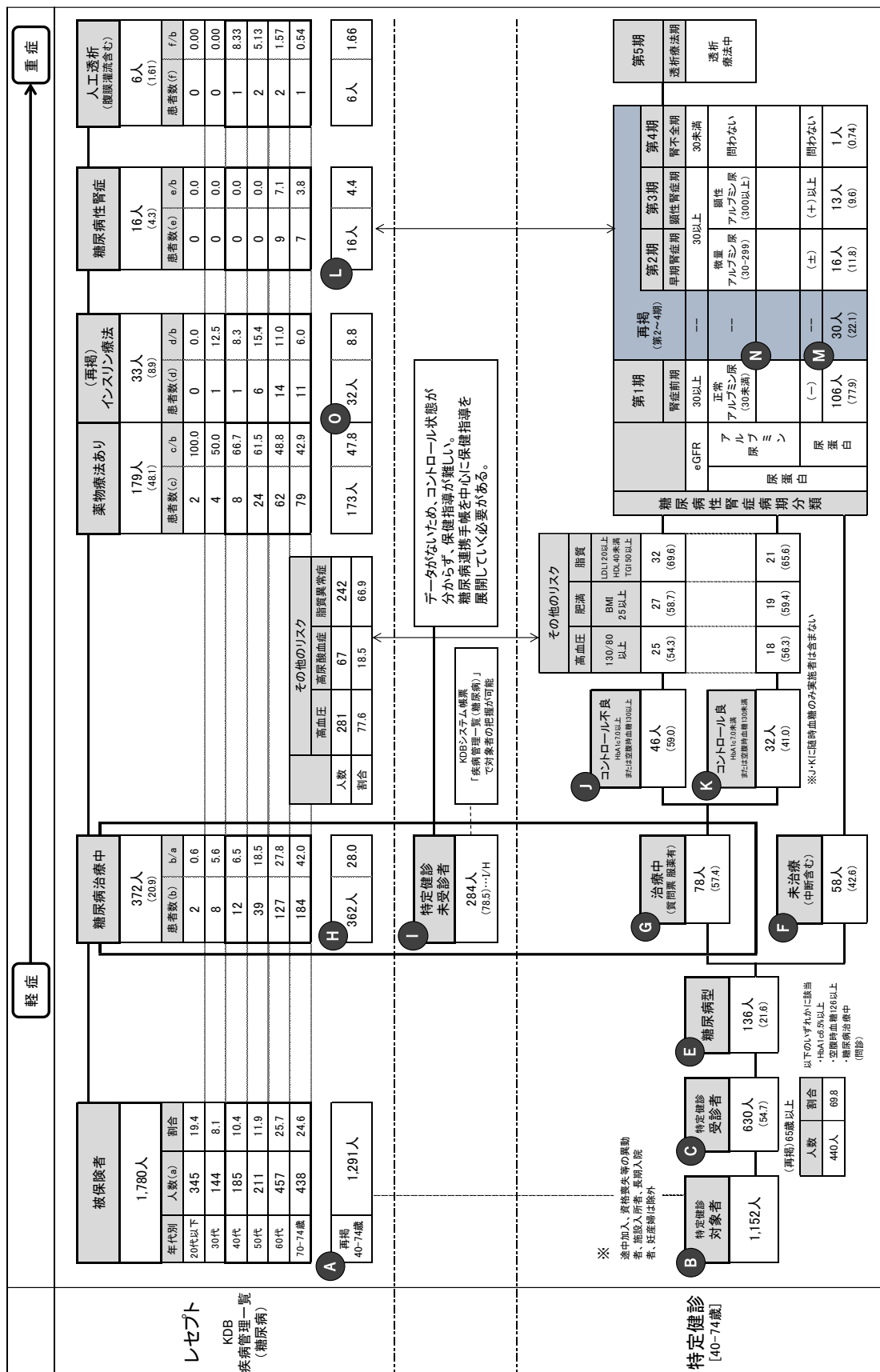
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		実合表	女川町										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	1,958人		1,868人		1,743人		1,681人		1,612人						
	② (再掲)40-74歳		1,470人		1,373人		1,305人		1,284人		1,235人						
2	② 特定健診	B	対象者数		1,279人		1,228人		1,191人		1,139人		1,056人				
			C	受診者数		717人		721人		635人		667人		616人			
③	受診率	56.1%		58.7%		53.3%		58.6%		58.3%							
3	② 特定保健指導		対象者数		112人		115人		100人		97人		87人				
			実施率		73.2%		74.8%		65.0%		61.9%		72.4%				
4	② 健診データ	E	糖尿病型		136人 18.2%		142人 18.9%		126人 19.2%		127人 18.4%		136人 21.3%				
			F	未治療・中断者(質問票 服薬なし)		55人 40.4%		55人 38.7%		51人 40.5%		49人 38.6%		58人 42.6%			
				G	治療中(質問票 服薬あり)		81人 59.6%		87人 61.3%		75人 59.5%		78人 61.4%		78人 57.4%		
			J		コントロール不良 HbA1c7.0%以上または空腹時血糖180以上		43人 53.1%		42人 48.3%		44人 58.7%		50人 64.1%		46人 59.0%		
				K	血圧 130/80以上		24人 55.8%		24人 57.1%		25人 56.8%		32人 64.0%		25人 54.3%		
			M		肥満 BMI25以上		27人 62.8%		26人 61.9%		26人 59.1%		29人 58.0%		27人 58.7%		
				M	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖180未満		38人 46.9%		45人 51.7%		31人 41.3%		28人 35.9%		32人 41.0%		
			第1期 尿蛋白(-)		116人 85.3%		125人 88.0%		108人 85.7%		106人 83.5%		106人 77.9%				
			第2期 尿蛋白(±)		11人 8.1%		9人 6.3%		8人 6.3%		10人 7.9%		16人 11.8%				
			第3期 尿蛋白(+)		8人 5.9%		7人 4.9%		10人 7.9%		10人 7.9%		13人 9.6%				
			M	第4期 eGFR30未満		1人 0.7%		1人 0.7%		0人 0.0%		1人 0.8%		1人 0.7%			
5	② レセプト	H	糖尿病受療率(被保険者対)		192.5人		177.2人		140.6人		152.9人		142.1人				
			(再掲)40-74歳(被保険者対)		251.7人		238.2人		184.7人		196.3人		182.2人				
			I	レセプト件数(40-74歳) (1)両は被保険者対		1,390件 (1019.8)		1,330件 (1008.3)		1,156件 (897.7)		1,172件 (938.4)		1,056件 (908.0)		319,711件 (930.6)	
				入院外(件数)		10件 (7.3)		8件 (6.1)		8件 (6.2)		10件 (8.0)				1,521件 (4.4)	
			入院(件数)														
			糖尿病治療中		377人 19.3%		331人 17.7%		245人 14.1%		257人 15.3%		229人 14.2%				
			(再掲)40-74歳		370人 25.2%		327人 23.8%		241人 18.5%		252人 19.6%		225人 18.2%				
			健診未受診者		289人 78.1%		246人 75.2%		166人 68.9%		174人 69.0%		147人 65.3%				
			インスリン治療		30人 8.0%		28人 8.5%		24人 9.8%		27人 10.5%		17人 7.4%				
			(再掲)40-74歳		30人 8.1%		28人 8.6%		24人 10.0%		27人 10.7%		16人 7.1%				
			糖尿病性腎症		9人 2.4%		12人 3.6%		8人 3.3%		6人 2.3%		14人 6.1%				
			(再掲)40-74歳		9人 2.4%		12人 3.7%		8人 3.3%		6人 2.4%		14人 6.2%				
			慢性人工透析患者数 (慢性腎不全中に占める割合)		3人 0.8%		4人 1.2%		4人 1.6%		4人 1.6%		5人 2.2%				
			(再掲)40-74歳		2人 0.5%		3人 0.9%		3人 1.2%		3人 1.2%		4人 1.8%				
			新規透析患者数		2人		0人		1人		2人		2人				
(再掲)糖尿病性腎症		2人		0人		1人		2人		1人							
【参考】後期高齢者慢性人工透析患者数 (慢性腎不全中に占める割合)		6人 0.8%		6人 0.8%		8人 1.5%		4人 0.7%		6人 1.1%							
6	② 医療費	総医療費		6億3861万円		5億5261万円		5億0171万円		5億2969万円		5億8656万円		6億7051万円			
		生活習慣病総医療費		3億4718万円		3億3117万円		2億9885万円		3億2957万円		3億2720万円		3億5898万円			
		(総医療費に占める割合)		54.4%		59.9%		59.6%		62.2%		55.8%		53.5%			
		J	生活習慣病対象者一人あたり		13,299円		14,639円		8,858円		17,604円		18,066円		9,063円		
			健診未受診者		30,495円		28,131円		36,453円		30,641円		37,830円		37,482円		
		糖尿病医療費		4448万円		4615万円		4249万円		4255万円		3391万円		4061万円			
		(生活習慣病総医療費に占める割合)		12.8%		13.9%		14.2%		12.9%		10.4%		11.3%			
		糖尿病入院外総医療費		1億4473万円		1億3823万円		1億2189万円		1億2406万円		1億2522万円					
		1件あたり		31,641円		33,334円		34,510円		37,593円		41,642円					
		糖尿病入院総医療費		6573万円		5770万円		4298万円		5037万円		8989万円					
		1件あたり		462,858円		484,872円		494,016円		614,242円		1,152,419円					
		在院日数		16日		16日		15日		13日		18日					
		慢性腎不全医療費		3989万円		2975万円		2847万円		2277万円		2452万円		2783万円			
		透析有り		3744万円		2815万円		2726万円		2227万円		2175万円		2567万円			
		透析なし		245万円		160万円		121万円		50万円		276万円		216万円			
7	② 介護	介護給付費		7億2343万円		7億3470万円		7億5537万円		7億3291万円		7億0092万円		8億6719万円			
		(2号認定者)糖尿病合併症		1件 16.7%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%		0件 0.0%					
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		0人 0.0%		1人 1.0%		2人 2.0%		0人 0.0%		2人 2.1%		622人 1.0%			

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

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4年度

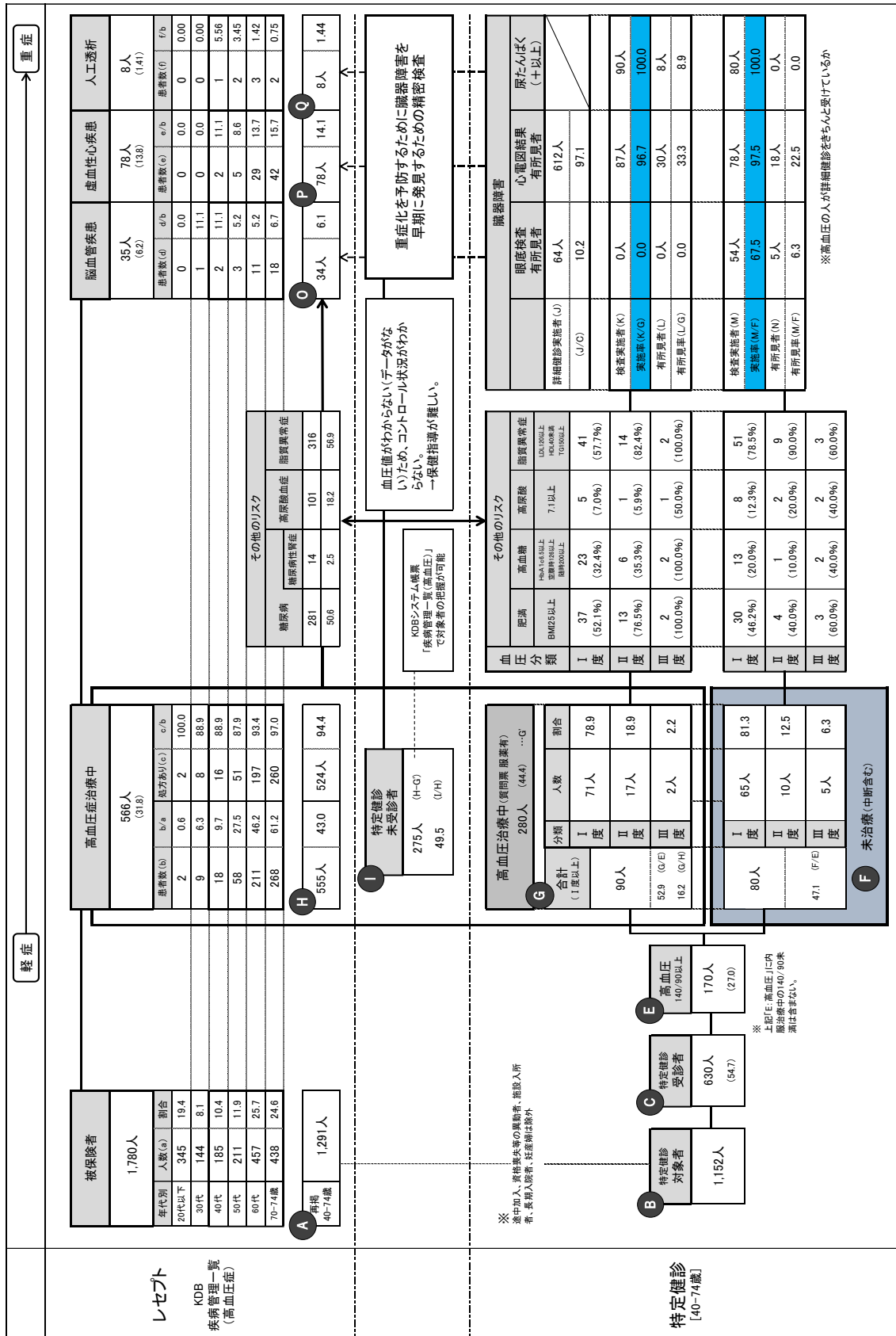


注) 対象者データは、特定健診等データ管理システムデータを使用

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

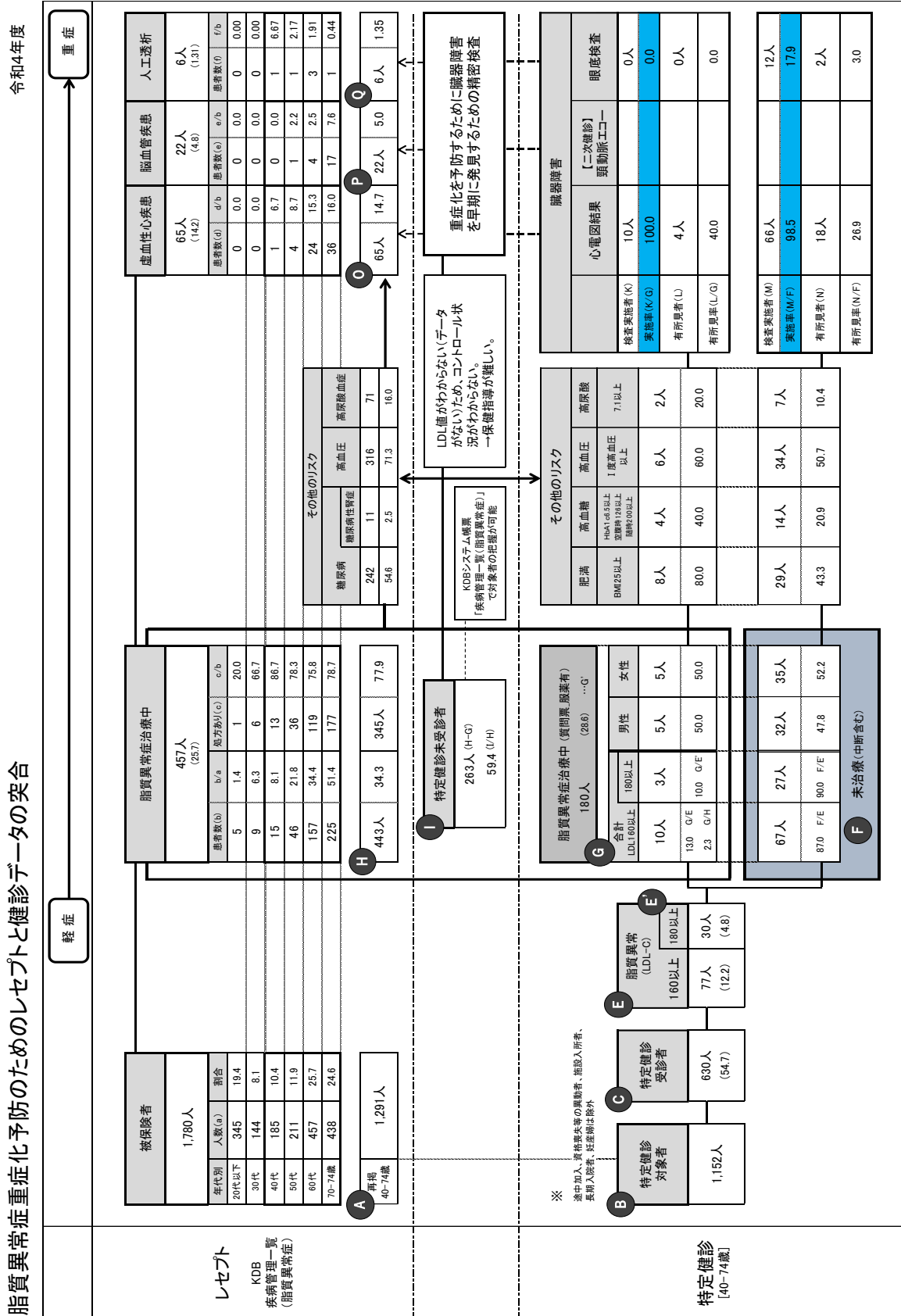
令和4年度

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



注) 対象者データは、特定健診等データ管理システムデータを使用

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



注) 受診者データは、特定健診等データ管理システムデータを使用

※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途中で資格を喪失している者も含む)
※レセプト情報の一覧で把握できない項目については、「KDB帳票-介入支援対象者一覧(治療・重症化予防)」から確認

参考資料7 HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
		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		合併症の危険が更に大きくなる		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	729	116	15.9%	277	38.0%	209	28.7%	70	9.6%	42	5.8%	15	2.1%	30	4.1%	9	1.2%
H30	748	191	25.5%	292	39.0%	147	19.7%	64	8.6%	40	5.3%	14	1.9%	30	4.0%	8	1.1%
R01	754	130	17.2%	320	42.4%	176	23.3%	73	9.7%	36	4.8%	19	2.5%	34	4.5%	15	2.0%
R02	650	133	20.5%	262	40.3%	145	22.3%	51	7.8%	48	7.4%	11	1.7%	27	4.2%	6	0.9%
R03	690	119	17.2%	268	38.8%	192	27.8%	48	7.0%	51	7.4%	12	1.7%	29	4.2%	9	1.3%
R04	641	130	20.3%	243	37.9%	148	23.1%	60	9.4%	49	7.6%	11	1.7%	34	5.3%	8	1.2%

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	割合		
H29	729	116 15.9%	277 38.0%	209 28.7%	127	65	62	17.4%	51.2%	48.8%	17.4%
					57 7.8%	18 31.6%	39 68.4%	7.8%			
H30	748	191 25.5%	292 39.0%	147 19.7%	118	54	64	15.8%	45.8%	54.2%	15.8%
					54 7.2%	18 33.3%	36 66.7%	7.2%			
R01	754	130 17.2%	320 42.4%	176 23.3%	128	53	75	17.0%	41.4%	58.6%	17.0%
					55 7.3%	18 32.7%	37 67.3%	7.3%			
R02	650	133 20.5%	262 40.3%	145 22.3%	110	50	60	16.9%	45.5%	54.5%	16.9%
					59 9.1%	17 28.8%	42 71.2%	9.1%			
R03	690	119 17.2%	268 38.8%	192 27.8%	111	48	63	16.1%	43.2%	56.8%	16.1%
					63 9.1%	18 28.6%	45 71.4%	9.1%			
R04	641	130 20.3%	243 37.9%	148 23.1%	120	56	64	18.7%	46.7%	53.3%	18.7%
					60 9.4%	17 28.3%	43 71.7%	9.4%			

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常				保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H29	74	10.2%	0	0.0%	2	2.7%	10	13.5%	23	31.1%	28	37.8%	11	14.9%	21	28.4%	7	9.5%
	H30	80	10.7%	0	0.0%	2	2.5%	14	17.5%	28	35.0%	25	31.3%	11	13.8%	20	25.0%	6	7.5%
	R01	88	11.7%	0	0.0%	3	3.4%	10	11.4%	38	43.2%	26	29.5%	11	12.5%	23	26.1%	7	8.0%
	R02	73	11.2%	1	1.4%	3	4.1%	9	12.3%	18	24.7%	33	45.2%	9	12.3%	23	31.5%	4	5.5%
	R03	77	11.2%	1	1.3%	3	3.9%	10	13.0%	18	23.4%	38	49.4%	7	9.1%	21	27.3%	5	6.5%
	R04	77	12.0%	2	2.6%	4	5.2%	7	9.1%	21	27.3%	36	46.8%	7	9.1%	24	31.2%	5	6.5%
治療なし	H29	655	89.8%	116	17.7%	275	42.0%	199	30.4%	47	7.2%	14	2.1%	4	0.6%	9	1.4%	2	0.3%
	H30	668	89.3%	191	28.6%	290	43.4%	133	19.9%	36	5.4%	15	2.2%	3	0.4%	10	1.5%	2	0.3%
	R01	666	88.3%	130	19.5%	317	47.6%	166	24.9%	35	5.3%	10	1.5%	8	1.2%	11	1.7%	8	1.2%
	R02	577	88.8%	132	22.9%	259	44.9%	136	23.6%	33	5.7%	15	2.6%	2	0.3%	4	0.7%	2	0.3%
	R03	613	88.8%	118	19.2%	265	43.2%	182	29.7%	30	4.9%	13	2.1%	5	0.8%	8	1.3%	4	0.7%
	R04	564	88.0%	128	22.7%	239	42.4%	141	25.0%	39	6.9%	13	2.3%	4	0.7%	10	1.8%	3	0.5%

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	730	197	27.0%	123	16.8%	241	33.0%	135	18.5%	23	3.2%	11	1.5%
H30	750	211	28.1%	114	15.2%	208	27.7%	153	20.4%	56	7.5%	8	1.1%
R01	757	178	23.5%	101	13.3%	204	26.9%	201	26.6%	65	8.6%	8	1.1%
R02	659	161	24.4%	107	16.2%	212	32.2%	135	20.5%	40	6.1%	4	0.6%
R03	694	166	23.9%	123	17.7%	218	31.4%	145	20.9%	33	4.8%	9	1.3%
R04	645	147	22.8%	106	16.4%	219	34.0%	139	21.6%	27	4.2%	7	1.1%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上												
					再)Ⅱ度高血圧	再掲											
						未治療	治療										
H29	730	320 43.8%	241 33.0%	135 18.5%	34 4.7%	19 55.9%	15 44.1%	4.7%									
					11 1.5%	7 63.6%	4 36.4%	1.5%									
H30	750	325 43.3%	208 27.7%	153 20.4%	64 8.5%	32 50.0%	32 50.0%	8.5%									
					8 1.1%	4 50.0%	4 50.0%	1.1%									
R01	757	279 36.9%	204 26.9%	201 26.6%	73 9.6%	41 56.2%	32 43.8%	9.6%									
					8 1.1%	6 75.0%	2 25.0%	1.1%									
R02	659	268 40.7%	212 32.2%	135 20.5%	44 6.7%	19 43.2%	25 56.8%	6.7%									
					4 0.6%	3 75.0%	1 25.0%	0.6%									
R03	694	289 41.6%	218 31.4%	145 20.9%	42 6.1%	22 52.4%	20 47.6%	6.1%									
					9 1.3%	4 44.4%	5 55.6%	1.3%									
R04	645	253 39.2%	219 34.0%	139 21.6%	34 5.3%	15 44.1%	19 55.9%	5.3%									
					7 1.1%	5 71.4%	2 28.6%	1.1%									

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	284	38.9%	62	21.8%	49	17.3%	102	35.9%	56	19.7%	11	3.9%	4	1.4%
	H30	314	41.9%	67	21.3%	54	17.2%	85	27.1%	76	24.2%	28	8.9%	4	1.3%
	R01	334	44.1%	56	16.8%	44	13.2%	85	25.4%	117	35.0%	30	9.0%	2	0.6%
	R02	304	46.1%	51	16.8%	54	17.8%	100	32.9%	74	24.3%	24	7.9%	1	0.3%
	R03	302	43.5%	51	16.9%	51	16.9%	96	31.8%	84	27.8%	15	5.0%	5	1.7%
	R04	288	44.7%	42	14.6%	49	17.0%	105	36.5%	73	25.3%	17	5.9%	2	0.7%
治療なし	H29	446	61.1%	135	30.3%	74	16.6%	139	31.2%	79	17.7%	12	2.7%	7	1.6%
	H30	436	58.1%	144	33.0%	60	13.8%	123	28.2%	77	17.7%	28	6.4%	4	0.9%
	R01	423	55.9%	122	28.8%	57	13.5%	119	28.1%	84	19.9%	35	8.3%	6	1.4%
	R02	355	53.9%	110	31.0%	53	14.9%	112	31.5%	61	17.2%	16	4.5%	3	0.8%
	R03	392	56.5%	115	29.3%	72	18.4%	122	31.1%	61	15.6%	18	4.6%	4	1.0%
	R04	357	55.3%	105	29.4%	57	16.0%	114	31.9%	66	18.5%	10	2.8%	5	1.4%

参考資料9 LDLコレステロールの年次比較

	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	730	373	51.1%	169	23.2%	118	16.2%	47	6.4%	23	3.2%
	H30	750	365	48.7%	162	21.6%	146	19.5%	43	5.7%	34	4.5%
	R01	759	362	47.7%	177	23.3%	129	17.0%	60	7.9%	31	4.1%
	R02	658	316	48.0%	151	22.9%	107	16.3%	61	9.3%	23	3.5%
	R03	695	333	47.9%	151	21.7%	115	16.5%	66	9.5%	30	4.3%
R04	645	282	43.7%	165	25.6%	120	18.6%	48	7.4%	30	4.7%	
男性	H29	337	188	55.8%	65	19.3%	49	14.5%	25	7.4%	10	3.0%
	H30	354	187	52.8%	66	18.6%	61	17.2%	23	6.5%	17	4.8%
	R01	365	192	52.6%	71	19.5%	59	16.2%	25	6.8%	18	4.9%
	R02	307	169	55.0%	63	20.5%	34	11.1%	34	11.1%	7	2.3%
	R03	328	171	52.1%	71	21.6%	53	16.2%	21	6.4%	12	3.7%
R04	319	151	47.3%	89	27.9%	41	12.9%	22	6.9%	16	5.0%	
女性	H29	393	185	47.1%	104	26.5%	69	17.6%	22	5.6%	13	3.3%
	H30	396	178	44.9%	96	24.2%	85	21.5%	20	5.1%	17	4.3%
	R01	394	170	43.1%	106	26.9%	70	17.8%	35	8.9%	13	3.3%
	R02	351	147	41.9%	88	25.1%	73	20.8%	27	7.7%	16	4.6%
	R03	367	162	44.1%	80	21.8%	62	16.9%	45	12.3%	18	4.9%
R04	326	131	40.2%	76	23.3%	79	24.2%	26	8.0%	14	4.3%	

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		割合
					再)180以上	未治療	治療	割合	割合	
H29	730	373	169	118	70	63	7	9.6%	10.0%	3.2%
H30	750	365	162	146	77	68	9	10.3%	11.7%	4.5%
R01	759	362	177	129	91	82	9	12.0%	9.9%	4.1%
R02	658	316	151	107	84	76	8	12.8%	9.5%	3.5%
R03	695	333	151	115	96	88	8	13.8%	8.3%	4.3%
R04	645	282	165	120	78	68	10	12.1%	12.8%	4.7%

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	185	25.3%	130	70.3%	36	19.5%	12	6.5%	6	3.2%	1	0.5%
	H30	188	25.1%	120	63.8%	41	21.8%	18	9.6%	4	2.1%	5	2.7%
	R01	197	26.0%	133	67.5%	37	18.8%	18	9.1%	6	3.0%	3	1.5%
	R02	184	28.0%	126	68.5%	39	21.2%	11	6.0%	7	3.8%	1	0.5%
	R03	180	25.9%	123	68.3%	37	20.6%	12	6.7%	5	2.8%	3	1.7%
R04	183	28.4%	108	59.0%	47	25.7%	18	9.8%	7	3.8%	3	1.6%	
治療なし	H29	545	74.7%	243	44.6%	133	24.4%	106	19.4%	41	7.5%	22	4.0%
	H30	562	74.9%	245	43.6%	121	21.5%	128	22.8%	39	6.9%	29	5.2%
	R01	562	74.0%	229	40.7%	140	24.9%	111	19.8%	54	9.6%	28	5.0%
	R02	474	72.0%	190	40.1%	112	23.6%	96	20.3%	54	11.4%	22	4.6%
	R03	515	74.1%	210	40.8%	114	22.1%	103	20.0%	61	11.8%	27	5.2%
R04	462	71.6%	174	37.7%	118	25.5%	102	22.1%	41	8.9%	27	5.8%	

女川町国民健康保険
保健事業実施計画
(データヘルス計画)(第3期)・
特定健康診査等実施計画(第4期)

令和6年3月

発行:女川町(健康福祉課・町民生活課)

〒986-2265

宮城県牡鹿郡女川町女川一丁目1番地1

電話:0225-54-3131(代表)