

平成26年度

レセプト・特定健診データ分析による
地 域 健 康 課 題
～循環器系を中心に～

岡山県国民健康保険団体連合会

はじめに

平成25年6月14日、「日本再興戦略」が閣議決定され、保険者はレセプト等のデータ分析や分析結果に基づき加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」を作成・公表、事業実施、評価等をする必要があるという方針を示されました。同時に閣議決定された経済財政運営の指針「経済財政運営と改革の基本方針（骨太の方針）」と健康・医療分野における成長戦略「健康・医療戦略」においても、保健情報の分析や、分析結果に基づく保健事業の促進が、健康・医療分野における主要な施策とされました。

これらの閣議決定を踏まえ、平成26年3月31日に国保におけるデータヘルス計画の推進を目指し、「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」の改正が行われました。この改正により国保保険者は、効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るために、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定し、実施及び評価を行うことが必要とされました。

本会においては、公衆衛生に造詣が深く、保健と医療の両サイドの専門的視点を持たれている、吉備国際大学大学院非常勤講師吉田健男氏の御指導を得て、平成19年度からレセプト分析、さらに平成23年度からは特定健康診査結果分析を行い、レセプトと特定健康診査結果の両方から地域課題を明らかにしてまいりました。これらの分析は、まさに今国がすすめている「データヘルス計画」に先駆けた分析であると自負しています。

今回は、「脳血管疾患」「虚血性心疾患」「高血圧」「糖尿病」の4疾患の平成24年～26年5月診療分国保及び後期高齢者医療レセプトデータと、平成23年度～25年度特定健康診査結果を新たに分析いただきました。

本資料は、岡山県全体の健康課題と、県内27市町村の課題について提示しており、さらに特定健康診査分析については地区別の課題を提示しています。各市町村が健康課題解決に向けた保健事業計画（データヘルス計画）策定及び、PDCAサイクルに沿った効率的・効果的な保健事業展開の一助としてご活用いただければ幸いです。

おわりに、本冊子作成のレセプト・特定健康診査結果分析にあたり、多大なるご尽力、ご指導いただいた吉田健男先生に心から感謝申し上げます。

平成27年3月

岡山県国民健康保険団体連合会

目 次

| | |
|----------------|---|
| I. 分析にあたって | 2 |
| II. 特定健診判定基準 | 5 |
| III. 市町村別の健康課題 | 6 |
| IV. 市町村別の結果 | 7 |

レセプト・特定健診分析結果

| | |
|--------|----|
| 岡山県 | 8 |
| 岡山市 | 10 |
| 倉敷市 | 14 |
| 津山市 | 16 |
| 玉野市 | 18 |
| 笠岡市 | 20 |
| 井原市 | 22 |
| 備前市 | 24 |
| 総社市 | 26 |
| 高梁市 | 28 |
| 新見市 | 30 |
| 和気町 | 32 |
| 早島町 | 34 |
| 里庄町 | 36 |
| 矢掛町 | 38 |
| 新庄村 | 40 |
| 勝央町 | 42 |
| 奈義町 | 44 |
| 美作市 | 46 |
| 西粟倉村 | 48 |
| 久米南町 | 50 |
| 吉備中央町 | 52 |
| 瀬戸内市 | 54 |
| 赤磐市 | 56 |
| 真庭市 | 58 |
| 鏡野町 | 60 |
| 美咲町 | 62 |
| 浅口市 | 64 |
| まとめ的感想 | 66 |

別 表

| | |
|---------------------------|----|
| 1. 疾病別性別・年齢別・受療率 | 68 |
| 2. 疾病別性別・60歳以上の入院割合 | 70 |
| 3. 年齢別特定健診受診者数（3年計）及び受診割合 | 72 |
| 4. HT群の年齢別所見者・率 | 74 |
| 5. DM群の年齢別所見者・率 | 76 |
| 6. その他群の年齢別所見者・率 | 78 |

I. 分析にあたって

吉備国際大学大学院 非常勤講師 吉田 健 男

1. 国保加入者と後期高齢者医療制度加入者を統合

平成20年度から「後期高齢者医療制度」が発足したため、それ以後の国保レセプトは原則74歳までの加入者に限られていたが、今回は後期高齢者医療広域連合のご協力で後期高齢者医療制度に加入している人達も含めて分析することができた。後期高齢者医療制度には65歳以上であれば**任意加入**が可能であるため、65歳か

ら74歳までの人に対しては両加入者を加算して、平成24年から3年間の5月診療分について分析した。循環器系の病気は**年齢依存的に増加**するため、表1に示すように、脳卒中や虚血性心疾患の受療割合は75歳以上が半数以上を占めている。高血圧や糖尿病も高い比率を占めている。そのため今回の分析はより詳細に地域の健康課題を把握できると言える。

なお、参考のために1件あたり、**1カ月の医療費**を表2に示している。外来医療費は国保と後期高齢者医療制度加入者との間で大きな差はないが、入院医療費は国保加入者の方が脳卒中や虚血性心疾患、高血圧で高額になっている。これは国保の場合、脳卒中や虚血性心疾患が主病名で、しかも急性期入院による者が多く、後期高齢者では余病等の治療のため

に入院する者が多かったのではないかとと思われる。また、高血圧の入院は高血圧性心不全が高血圧に含まれるため、高血圧の進展に伴う心不全による入院が多かったのではと思われる。

表1. 75歳以上の受療者割合 (%)

| | 男性 | 女性 |
|-----|------|------|
| 脳卒中 | 63.8 | 81.7 |
| 虚血 | 57.7 | 73.1 |
| 高血圧 | 47.6 | 60.4 |
| 糖尿病 | 40.9 | 47.0 |

表2. 1か月当たりの平均医療費 (万円)

| | 国 保 | | 高齢者医療 | |
|--------|------|-----|-------|-----|
| | 入院 | 外来 | 入院 | 外来 |
| 脳梗塞 | 57.3 | 1.9 | 49.4 | 2.0 |
| 脳内出血 | 62.8 | 2.3 | 57.5 | 2.2 |
| くも膜下出血 | 81.7 | 1.7 | 67.9 | 2.0 |
| 虚血性心疾患 | 68.7 | 2.3 | 55.6 | 2.4 |
| 高血圧 | 50.5 | 1.8 | 45.6 | 2.0 |
| 糖尿病 | 49.7 | 2.4 | 50.8 | 2.7 |

2. レセプト病名のピックアップの優先順位

平成17年からの3年間の分析は「主治医による主病名」をピックアップしたが、今回は**1人最大4病名**をピックアップしたため、**優先順位**をつける必要があった。地域の健康課題という観点から見ると脳卒中や虚血性心疾患の受療率の高低が問題になるため、脳卒中（脳梗塞 脳内出血 くも膜下出血）を第1に、ついで虚血性心疾患 高血圧 糖尿病の順番でピックアップした。従って受療率（有病率）の算出の分母は、脳卒中では40歳以上の加入者全員を、虚血性心疾患については脳卒中受療者数を減じた者を、高血圧についてはさらに虚血性心疾患受療者を減じたものを、糖尿病についてはその上高血圧受療者を減じた者とした。

3. 疾病別・年齢別受療率

この方法で集計したものを表3に提示した。40歳以上では**高血圧が3割前後**で、若い年代では男性の受療率が高いが、女性ホルモンの影響もあって70代以降は女性の受療率が高くなっている。若くして高血圧や糖尿病になりやすい男性は若い年代から脳卒中や虚血性心疾患に罹患しやすく、受療率も高くなっている。高血圧や糖尿病の受療率が低かったり、血圧や血糖の管理が悪いと脳卒中や虚血性心疾患の受療率が高くなる。また、**60歳以上**になると、受療率が増加するだけでなく、入院患者も増加するので、表4に入院受療者数と入院割合を示した。この表は県全体では男性の場合、脳卒中患者の9.5%が入院していることを示し、高齢になるほど入院率が高くなっている。

表3. 性別・年齢別受療者数と受療率

| 男性 | 年齢階層 | 脳卒中 | 率 | 虚血性 | 率 | 高血圧 | 率 | 糖尿病 | 率 |
|----|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|
| | 40代 | 198 | 0.8 | 211 | 0.8 | 1,212 | 4.8 | 876 | 3.7 |
| | 50代 | 556 | 2.2 | 564 | 2.3 | 3,367 | 14.0 | 1,410 | 6.8 |
| | 60代 | 3,889 | 4.9 | 3,934 | 5.2 | 19,999 | 27.7 | 6,652 | 8.3 |
| | 70代 | 6,411 | 7.0 | 7,577 | 9.1 | 28,140 | 35.2 | 9,120 | 10.5 |
| | 80以上 | 10,120 | 18.5 | 7,434 | 13.6 | 21,557 | 39.4 | 5,195 | 9.5 |
| | 計 | 21,174 | 8.6 | 19,720 | 7.5 | 74,275 | 29.0 | 23,253 | 8.7 |

| 女性 | 年齢階層 | 脳卒中 | 率 | 虚血性 | 率 | 高血圧 | 率 | 糖尿病 | 率 |
|----|------|--------|------|--------|------|---------|------|--------|-----|
| | 40代 | 97 | 0.4 | 82 | 0.4 | 732 | 3.3 | 442 | 2.0 |
| | 50代 | 330 | 1.2 | 303 | 1.1 | 3,218 | 12.0 | 1,034 | 4.4 |
| | 60代 | 2,720 | 2.9 | 2,554 | 2.8 | 22,562 | 24.2 | 5,670 | 6.1 |
| | 70代 | 12,856 | 4.3 | 6,179 | この表は | 37,403 | 35.5 | 7,782 | 7.4 |
| | 80以上 | 16,595 | 15.5 | 11,657 | 10.9 | 46,916 | 44.0 | 6,000 | 5.6 |
| | 計 | 32,598 | 6.0 | 20,774 | 5.9 | 110,830 | 31.3 | 20,929 | 6.0 |

表4. 性別・60歳以上の入院受療者数と入院割合

| 男性 | 年齢階層 | 脳卒中 | 率 | 虚血性 | 率 | 高血圧 | 率 | 糖尿病 | 率 |
|----|-------|-------|------|-------|-----|-------|-----|-------|-----|
| | 60代 | 313 | 8.1 | 191 | 4.8 | 312 | 1.6 | 354 | 5.3 |
| | 70代 | 683 | 8.0 | 386 | 5.1 | 636 | 2.3 | 525 | 5.8 |
| | 80歳以上 | 1,150 | 11.4 | 494 | 6.6 | 962 | 4.5 | 469 | 9.0 |
| | 計 | 2,146 | 9.5 | 1,071 | 5.7 | 1,910 | 2.7 | 1,348 | 6.4 |

| 女性 | 年齢階層 | 脳卒中 | 率 | 虚血性 | 率 | 高血圧 | 率 | 糖尿病 | 率 |
|----|-------|-------|------|-------|-----|-------|-----|-------|------|
| | 60代 | 160 | 5.9 | 75 | 2.9 | 224 | 1.0 | 222 | 3.9 |
| | 70代 | 474 | 6.6 | 234 | 3.8 | 616 | 1.6 | 380 | 4.9 |
| | 80歳以上 | 1,999 | 12.1 | 786 | 6.7 | 2,132 | 4.5 | 659 | 11.0 |
| | 計 | 2,633 | 10.0 | 1,095 | 5.4 | 2,973 | 2.8 | 1,261 | 6.5 |

高血圧や糖尿病の管理が悪いと、高血圧性心不全や糖尿病合併症が起こりやすいし、脳出血やくも膜下出血、心筋梗塞なども起こりやすいので、それぞれの病気は重症化しやすい。比較的若い年代の入院割合が高いと、高血圧や糖尿病の未治療期間が長い、管理が不十分な人が多いことになる。各地域の受療率や入院受療割合は別表1、2に示した。

4. 標準化受療比

各市町村の医療保険加入者の年齢構成が異なるので、一目で全体的な評価に役立つ標準化受療比も算出した。

対象年齢は**健康寿命**のことも考えて40歳から79歳までの人について、県の年齢別受療率を基準に計算している。その結果は表5に提示した。

脳卒中や虚血性心疾患の標準化受療比は、主に「過去」の高血圧や糖尿病対策が不十分であったことを反映しており、高血圧や糖尿病の受療比は「将来」の脳卒中や虚血性心疾患の受療率に影響を与えるものであるから、脳卒中や虚血性心疾患の受療比が高い地域では、高血圧や糖尿病の受療比が低いという**逆相関**を示した地域もある反面、**逆相関**が認められない地域もあった。

そこで、表5には参考までに平成17～19年の受療比を載せて、コメントを記した。平成17～19年は「主治医による主病名」をカウントしているので、今回とは選定方法が異なるが、平成17～19年当時は高血圧や糖尿病受療率が低かったことが反映している地域が認められたが、すべての地域で関連性があるとは言えな

表5. 40～79歳までの受療者数と標準化受療比

| | 平成24～26年 | | | | | | | | 平成17～19年 | | | |
|------|----------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|----------|-----|---------------|----------------|
| | 脳卒中 | | 虚血性心疾患 | | 高血圧 | | 糖尿病 | | 高血圧 | 糖尿病 | 受療比コメント | 特定健診結果 血圧課題 |
| | 受療者数 | 受療比 | 受療者数 | 受療比 | 受療者数 | 受療比 | 受療者数 | 受療比 | 受療比 | 受療比 | | |
| 岡山 | 6,968 | 96 | 6,580 | 99 | 35,985 | 99 | 10,205 | 99 | 98 | 103 | | |
| 倉敷 | 5,766 | 105 | 4,615 | 93 | 26,578 | 97 | 7,857 | 100 | 98 | 99 | | |
| 津山 | 1,186 | 99 | 1,145 | 105 | 6,651 | 113 | 1,604 | 104 | 109 | 108 | | |
| 玉野 | 1,057 | 115 | 864 | 104 | 4,501 | 100 | 1,253 | 100 | 104 | 112 | | |
| 笠岡 | 586 | 81 | 623 | 93 | 3,243 | 90 | 1,049 | 98 | 86 | 82 | | |
| 井原 | 612 | 100 | 587 | 106 | 2,994 | 101 | 942 | 114 | 96 | 97 | | |
| 備前 | 692 | 119 | 682 | 131 | 2,833 | 103 | 749 | 100 | 99 | 103 | | 女・未治療血圧高値・多 |
| 総社 | 907 | 115 | 640 | 90 | 3,755 | 96 | 1,142 | 101 | 93 | 101 | 以前はHT受療比：低 | 未治療HT：血圧高値・多 |
| 高梁 | 523 | 105 | 370 | 83 | 2,058 | 86 | 613 | 86 | 114 | 113 | | |
| 新見 | 526 | 104 | 391 | 87 | 2,657 | 109 | 577 | 91 | 103 | 89 | | |
| 和気 | 234 | 101 | 296 | 140 | 1,205 | 109 | 307 | 105 | 106 | 89 | 以前はDM受療比：低 | 血圧高値・治療中・未治療・多 |
| 早島 | 115 | 79 | 166 | 122 | 718 | 98 | 233 | 112 | 86 | 91 | 以前はHT・DM受療比：低 | |
| 里庄 | 112 | 78 | 160 | 120 | 695 | 98 | 220 | 109 | 89 | 88 | 以前はHT・DM受療比：低 | 治療中HT者：血圧高値・多 |
| 矢掛 | 205 | 92 | 191 | 94 | 1,039 | 95 | 331 | 107 | 103 | 96 | | |
| 新庄 | 10 | 60 | 20 | 128 | 84 | 104 | 18 | 83 | 123 | 88 | 従来よりDM受療比：低 | 血圧高値・治療中・未治療・多 |
| 勝央 | 104 | 77 | 214 | 171 | 651 | 101 | 169 | 95 | 103 | 94 | 従来よりDM受療比：低 | |
| 奈義 | 75 | 93 | 71 | 96 | 395 | 98 | 107 | 93 | 108 | 105 | | |
| 美作 | 388 | 87 | 528 | 130 | 2,314 | 108 | 572 | 100 | 101 | 102 | | |
| 西粟倉 | 32 | 151 | 16 | 88 | 97 | 97 | 24 | 84 | 104 | 79 | 従来よりDM受療比：低 | 血圧高値・治療中・未治療・多 |
| 久米南 | 75 | 88 | 98 | 126 | 475 | 116 | 110 | 108 | 119 | 117 | | |
| 吉備中央 | 175 | 94 | 216 | 128 | 799 | 90 | 254 | 97 | 103 | 103 | HT受療比：低 | 血圧高値・治療中・未治療・多 |
| 瀬戸内 | 588 | 114 | 589 | 127 | 2,528 | 101 | 765 | 109 | 105 | 104 | | 治療中HT者：血圧高値・多 |
| 赤磐 | 590 | 101 | 578 | 109 | 3,039 | 105 | 948 | 120 | 109 | 115 | | |
| 真庭 | 637 | 91 | 629 | 99 | 3,779 | 110 | 844 | 94 | 116 | 99 | | |
| 鏡野 | 197 | 100 | 189 | 106 | 1,078 | 113 | 286 | 116 | 117 | 107 | | |
| 美咲 | 259 | 110 | 196 | 93 | 1,319 | 116 | 276 | 96 | 115 | 96 | 以前はDM受療比：低 | 未治療血圧高値・多 |
| 浅口 | 555 | 103 | 521 | 106 | 2,666 | 100 | 805 | 108 | 101 | 91 | | |

かった。その理由としては受療率は数の大小を示しているため、受療率が高くても血圧や血糖の管理状態が不十分であれば、脳卒中や虚血性心疾患発症の抑制効果が減ずるからである。そこで管理状況の問題点について、平成17～19年度の特定健診結果から高血圧に対する課題も載せた。

それでも説明できない地域があるが、その理由としては、健診受診率が低くなるほど、受診者に偏り（バイアス）が生じ、健康意識が高い人が多く受診し、問題の人が受診しない場合である。

そこで、今回の分析では、このバイアスの問題についても留意して分析している。

5. 特定健診

特定健診受診者については、平成23年度から25年度の受診者を対象とし、「高血圧」で治療しているグループ（HT群）、「糖尿病」（含む高血圧）のグループ（DM群）、高血圧や糖尿病の治療をしていない、未治療者を「その他」グループ（その他群）に分けて分析した。

それぞれのグループの受診率については、3年平均受療者を分母にして、単年毎の受診者を分子にして計算した。異常所見率については人数が少なくなるので、3年間の異常所見者数の合計で算出している。

個別健診方式が普及しつつある現在、異常所見の指導は医療機関に任せていることが多いと思われるが、異常所見率が高い地域では、その実態を元に医療機関との連携により、改善に努めて頂きたい。

未治療高血圧や高HbA1cの人には、治療の必要性が理解できるような情報提供を行うことが欠かせない

が、高血圧や糖尿病で治療中の人に対しても、血圧や血糖の管理が健康寿命の延伸に重要であることや肥満や運動不足が病状に及ぼす悪影響を「チラシ」等の媒体で知ってもらうのも1つの改善方法になろう。

また、各地域の受診割合・年齢別所見率は別表3・4・5・6に示した。

Ⅱ. 特定健診判定基準

1. 高血圧判定：日本高血圧学会による血圧の判定基準は以下の通りである。

JSH2016年の改定

| | 診察室 | 家庭血圧 |
|---------------|----------|----------|
| 若年・中年 | 140／90未満 | 135／85未満 |
| 後期高齢者 | 150／90未満 | 145／85未満 |
| DM・慢性腎炎・心筋梗塞後 | 130／80未満 | 125／75未満 |
| 脳血管障害 | 140／90未満 | 135／85未満 |

※診察室血圧より朝夕2回ずつの家庭血圧を優先

しかし、健診時1回の測定であるため、年齢や疾病状況を無視して、一律に160/100mgHg以上を「血圧高値」とした。

高血圧の受療率には市町村格差がある。高血圧受療率が高い地域では、その他群の未治療血圧高値率は低くなるはずである。そのため県との高血圧受療率の差を出し、県の未治療血圧高値率を基準に、それぞれ未治療血圧高値率の「期待値」を算出した。

そして受診者の未治療血圧高値率と「期待値」の差を表示した。従って、高血圧受療率が高い地域でありながら、未治療血圧高値率が高い地域は**高血圧者が多い地域**と評価でき、高血圧受療率が低い地域でありながら、未治療血圧高値率低く、脳卒中や虚血性心疾患の受療率が高い場合は、**問題の人が健診受診していない地域**ということになる。

このような地域では未受診者対策を積極的に行なわなければ、地域の健康指標が改善しにくい。

2. HbA1cの判定：平成24年まではJDS値（日本でこれまで使われていた数値）が記入され、平成25年度からNGSP値（世界標準の数値）に変更された。

糖尿病の血糖管理目標はNGSP値が6.9未満に努め、NGSP値が6.5以上は「糖尿病の疑い」と判定される。

そこで糖尿グループでは7.0以上を「**血糖高値**」、その他群では6.0以上を「**血糖高値**」とした。

3. 肥満の判定：BMIが25以上を「**肥満**」とした。肥満は高血圧や糖尿病の発病促進や血圧・血糖管理を困難にする点を理解してもらう必要がある。特に糖尿病群では腹部肥満が肝臓機能の低下により、肝臓の血糖プール力を低下させやすいし、肥満に低HDLが加わると筋肉の萎縮により筋肉の血糖プール力も低下する点も知ってもらうことが大切である。

4. 低HDL：49mg/dl以下を「**低HDL**」とした。メタボ基準では40mg/dl未満を問題にするが、肥満度と低HDL率に相関が認められた（H24年度こくは岡山特別号掲載）ため、HDL49mg/dl以下の人には運動普及が必要と判断して、49mg/dl以下を低HDLとした。

5. 高LDL：160mg/dl以上を「高LDL」とした。高LDLは動脈硬化を促進するため、特に脳心血管リスクが重積している、糖尿病に高血圧が合併している人では高LDLによる弊害を理解してもらい、正しい食生活を会得してもらいたい。

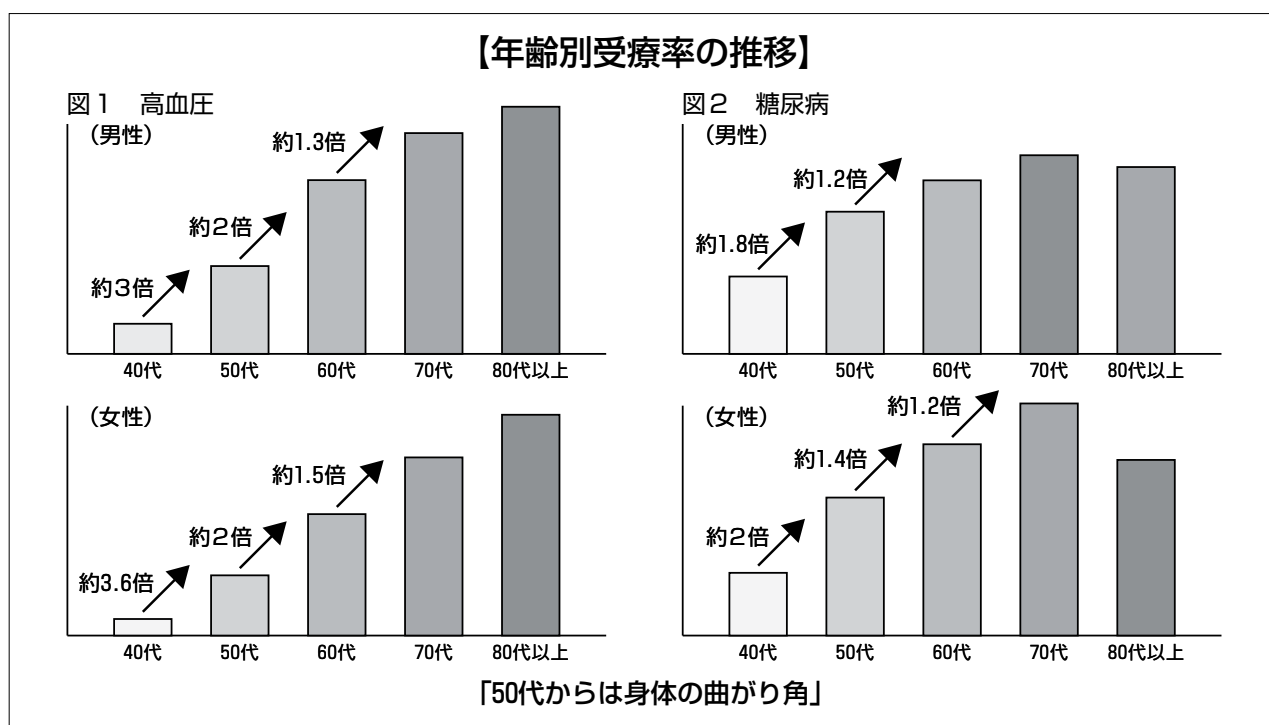
Ⅲ. 市町村別の健康課題

1. レセプトによる評価

レセプトによる受療率は量的な評価である。従って脳卒中や虚血性心疾患は日常生活の質（QOL）を低下させるので、これらの受療率が高いほど問題で、低いほど問題が少ない地域と評価できる。

高血圧や糖尿病の発症には生活習慣が関与するが、その詳細は不明であるが、一部の例外を除いて**受療率が低い**ほど、将来脳卒中や虚血性心疾患の発症が増加する可能性が高いと判断し、問題と評価する。

受療率が低い場合、図1、2に示すように高血圧や糖尿病の受療率は50代から急増するので(表3参照)、「**50代からは身体の曲り角**」という認識を深め、肥満は高血圧や糖尿病の発症促進（老化の促進）作用があること、ストレスは血圧や血糖を上昇させること、肥満が増加していることに伴い「**睡眠時無呼吸症候群**」が増えていると指摘されているが、睡眠時無呼吸症候群は酸素不足が1晩に何回も起きるので、強いストレスになり、血圧上昇や心臓負担が起こりやすいこと等を知ってもらい、受診・受療促進の働きかけが必要になる。



しかし、高血圧群や糖尿病群の受療率が高くても、血圧や血糖が高い（管理が悪い）状態であれば、脳卒中や虚血性心疾患の予防効果が不十分となるので、受療率だけでは判断できない。

そこで、今回は入院受療率が増加する60歳以上について、入院割合を出している。入院は医療や家庭の状況も反映しているため、病状の重軽とは必ずしも一致しないが、80歳以上の高齢者を除けば、高血圧や糖尿病の入院割合が高い地域では血圧や血糖の管理が悪い人が多いと判断した。さらに、糖尿病の入院受療率が高い場合は「**腎透析患者**」が多くなる可能性もある。腎透析は各市町村で把握することが可能のため、確認が可能である。

2. 特定健診による評価

特定健診受診者は3群（HT群・DM群・その他群）に分けて分析しているが、合併した市町では「旧市町村」単位でも同様の分類で分析している。健診受診者の結果は地域の循環器系疾患の質の評価に役立つ。ただし、健診を受ける人は一般的には健康に対する意識や関心が高い人が多く、知識や関心が乏しい人は受診しない傾向がある。その点が地域評価をする上では問題である。そのため血圧や血糖の管理が良く、食事・運動にも気をつけている人が多数受診すれば受診者の結果は良くても地域全体として「良い」と判断するのは慎重でなければならない。しかし、未受診者が問題の人かどうかを判断するためには、訪問診査で確認しないと判明できないので、実際には実施が困難になる。そこで、今回は平成21～22年度（前回）の健診受診者についても、同様の分析をし、**推移**を見ることにした。推移を見ても、やはり未受診者の問題は把握できないが、前は異常所見であったが、今回は改善している人が多い場合は健康指標が改善していると判断できるし、前回異常所見の人が未受診になっている人が多い場合は、未受診者への啓発を強化しなければ、地域指標が改善できないと判断することが可能になるからである。

しかし、それには、個別に前回の異常所見者を**ピックアップ**して、今回受診したか否かを**マッチング**しなければならない。それは**健診の評価**にもつながるし、「健康日本21」以来「目標値」を設定して、保健事業を推進する気運が高まり、近年は「メタボ該当者の〇%減少」や「糖尿病罹患者の〇%減少」が唱えられるようになった。したがって、未受診者に移行した人を放置したのでは、目標をかかげること自体が無意味になってしまうので、**ぜひ行ってほしい**。

3. 両者を加味した評価年齢階層別の受療率で脳卒中や虚血性心疾患は低いか、県と同等ぐらいで、高血圧や糖尿病は入院割合も含めて受療率に特段の問題もなく、しかも健診受診率も高く、受診者の異常所見率も低い場合は、**健康度の「良い」**地域と判断できる。しかし、このような条件を満たしている地域はほとんど無く、受療率や健診結果に問題がある地域がほとんどである。特に40代、50代の若い年代では知識や関心が低いために未受診者が多い。

その年齢層をターゲットにした未受診者の掘り起こしが今後の鍵になるが、そういう人達には従来通りの受診勧奨では適切な情報が届き難いと判断して、新たな方策を取り入れ、改善を試みなければならない。

IV. 市町村別の結果

1. 結果の評価基準

一応の目安として、年代別受療率については、県と比較して脳卒中と虚血性心疾患は**±1%**で、高血圧と糖尿病は**±2%**で高低を評価し、健診の異常所見率は県平均と比較して、血圧高値率、高LDL率、高HbA1c率について**±2%**で、肥満率、低HDL率は**±3%**で、高低を評価し、高い場合はピンク色、低い場合は黄色で示した。但し、受診者が10人未満の地域では少人数すぎるため、旧町村単位では人数が少なくなるので、色は付していない。また、合併した市町での旧市町村単位は異常所見者が健診継続しているか、未受診に移行したのかを**マッチングして検討**していただく資料のため、色は付していない。

今後は個々の受診者について、異常所見の推移を把握できる方法をとると、健診評価を**継続的にチェック**することが可能になるので、その方法を確立してほしいし、健診未受診になる人が多くなれば、健診後の指導方法の改善についても検討していただきたい。