

阿波市国民健康保険
第 3 期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

第 4 期特定健康診査等実施計画
令和 6 年度～令和 11 年度

阿波市

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	1
2.	計画の位置付けと基本的な考え方	2
3.	計画期間	8
4.	関係者が果たすべき役割と連携	8
1)	市町村国保の役割	8
2)	関係機関との連携	10
3)	被保険者の役割	10
5.	保険者努力支援制度	10
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	12
2.	第2期計画に係る評価及び考察	14
1)	第2期計画に係る評価	14
(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	14
(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	20
2)	主な個別事業の評価と課題	26
(1)	重症化予防の取組み	26
(2)	ポピュレーションアプローチ	31
(3)	第2期計画目標の達成状況一覧	32
3)	第2期データヘルス計画に係る考察	33
3.	第3期における健康課題(生活習慣病)の明確化	34
1)	基本的な考え方	35
(1)	医療費分析	36
(2)	健診・医療・介護の一体的分析	39
(3)	健康課題の明確化	40
(4)	優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け	42
2)	目標の設定	42
(1)	成果目標	42
(2)	管理目標の設定	44

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) 45

1. 第4期特定健康診査等実施計画について	45
2. 目標値の設定	45
3. 対象者の見込み	45
4. 特定健診の実施	45
5. 特定保健指導の実施	47
(1) 健診から保健指導実施の流れ	48
(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法	49
(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール	50
6. 個人情報保護	50
7. 結果の報告	50
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	51

第4章 課題解決に向けた個別保健事業 52

I. 保健事業の方向性	52
II. 重症化予防の取組み	52
1. 糖尿病性腎症重症化予防	54
2. 慢性腎臓病(CKD)重症化予防	63
3. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防	68
4. 虚血性心疾患重症化予防	75
5. 脳血管疾患重症化予防	81
III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	87
IV. 発症予防	89
V. ポピュレーションアプローチ	90

第5章 計画の評価・見直し 91

1. 評価の時期	91
2. 評価方法・体制	91

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い 92

1. 計画の公表・周知	92
2. 個人情報の取扱い	92

参考資料	93
参考資料 1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた阿波市の位置	94
参考資料 2 健診・医療・介護の一体的な分析 (①40～64 歳(国保)、②65～74 歳(国保)、③65～74 歳(後期)、④75 歳以上(後期))	95
参考資料 3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価	100
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	101
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	102
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	103
参考資料 7 HbA1c の年次比較	104
参考資料 8 血圧の年次比較	105
参考資料 9 LDL-C の年次比較	106
参考資料 10 阿波市の食の実態	107

注釈 : 各図表中(データ・集計表等に限る)の矢印について



(水色矢印)・・・「改善」と考察した数値



(赤色矢印)・・・「悪化」と考察した数値

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みを行うことを推進する。」とされました。平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)において、市町村国保は健康・医療情報を活用してPDCAサイクル^{※2}に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

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

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

このような国の動きや本市の課題等を踏まえ、本市では、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、「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。

※1 日本再興戦略:我が国の経済再生に向けて、産業基盤の強化、医療・エネルギー等の市場創出、国際経済連携の推進や海外市場の獲得等、第二次安倍内閣が掲げた成長戦略のこと(平成25年6月閣議決定)

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、「被保険者の健康の保持増進」が最終的な目的であり、その実効性を高めるうえでは、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、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)

また、「特定健診等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画(データヘルス計画)と一体的に策定することとします。ただし、保健事業実施計画(データヘルス計画)の対象者は、被保険者全員とします。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)^{※5}」(以下「プログラム」という。)は、高確法に基づく特定健診・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2・3・4・5)

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

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

なお、心疾患には健康づくりによ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(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

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

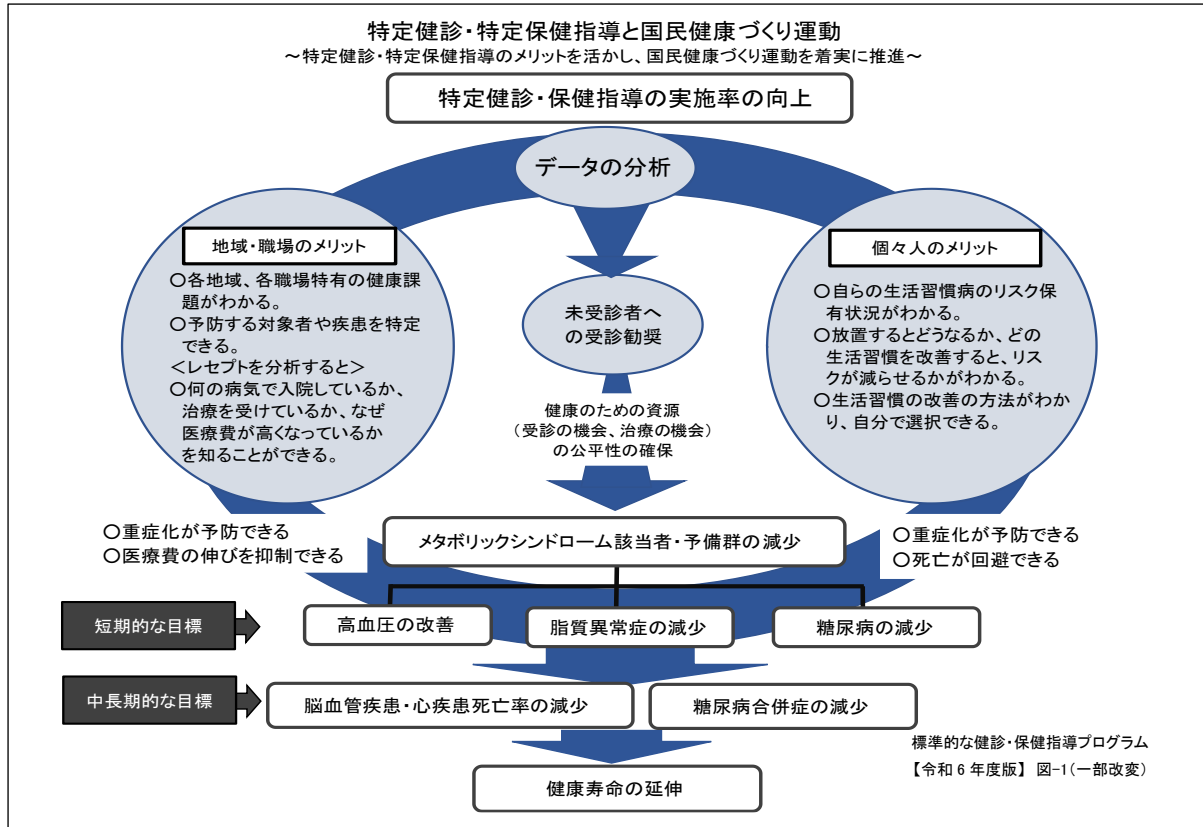
図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等実施計画
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 健康保険法 高確法 第82条 第150条 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19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
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
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
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。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ(胎児期から老齢期 まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える 現在の若年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、 小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳
★ 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・腎不全	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 高血圧 脂質異常症 慢性腎臓病(CKD) 虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病性腎症・腎不全	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 高血圧 脂質異常症 慢性腎臓病(CKD) 虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病性腎症・腎不全
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)		
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい指標例 アウトカム:メタボリックシンドローム減少率 HbA1C8.0以上者の割合 アウトプット:特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・予備群の減少
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	

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ(続き)

	医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業(支援)計画
法律	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 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6～11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	都道府県:義務	市町村:義務、都道府県:義務
基本的な考え方	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	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の重症化予防	5疾病 糖 尿 病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳 卒 中 が ん 精神疾患	要介護状態となることの予防 要介護状態の軽減・悪化防止 生活習慣病 虚血性心疾患・心不全 脳血管疾患 認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養
評価	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防の推進 ・高齢者の心身機能の低下等に起因 した疾病予防・介護予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・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	①6疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルの活用にする保険者 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	保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

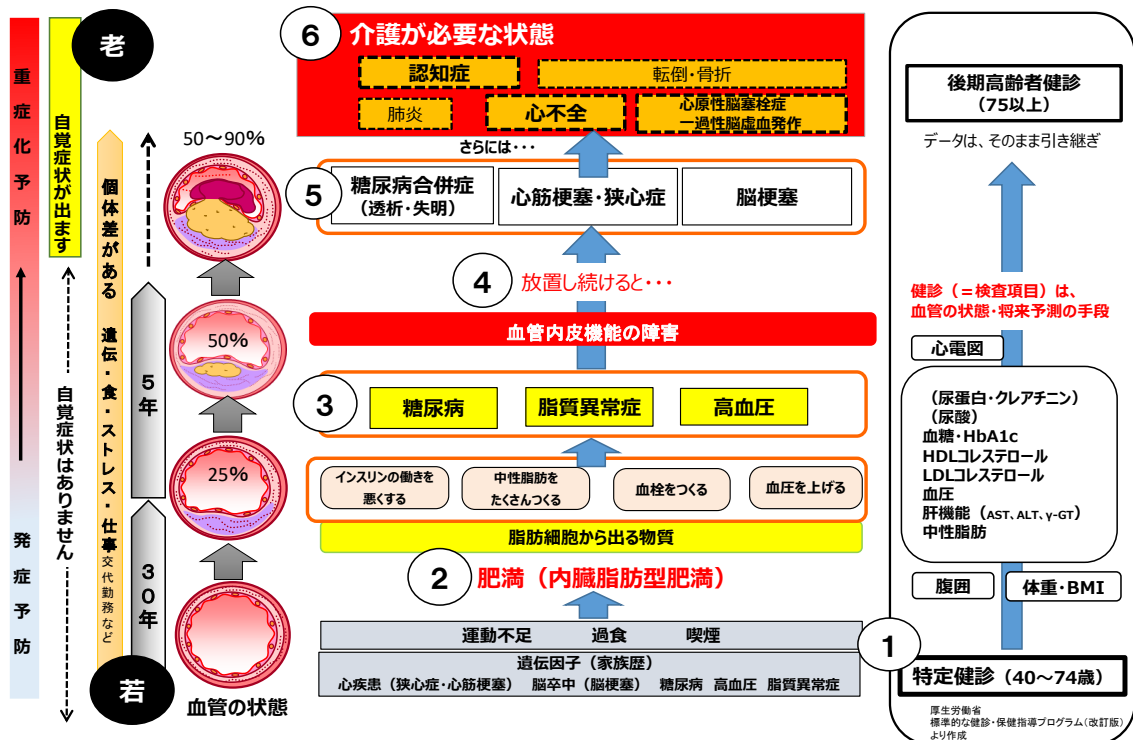
図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



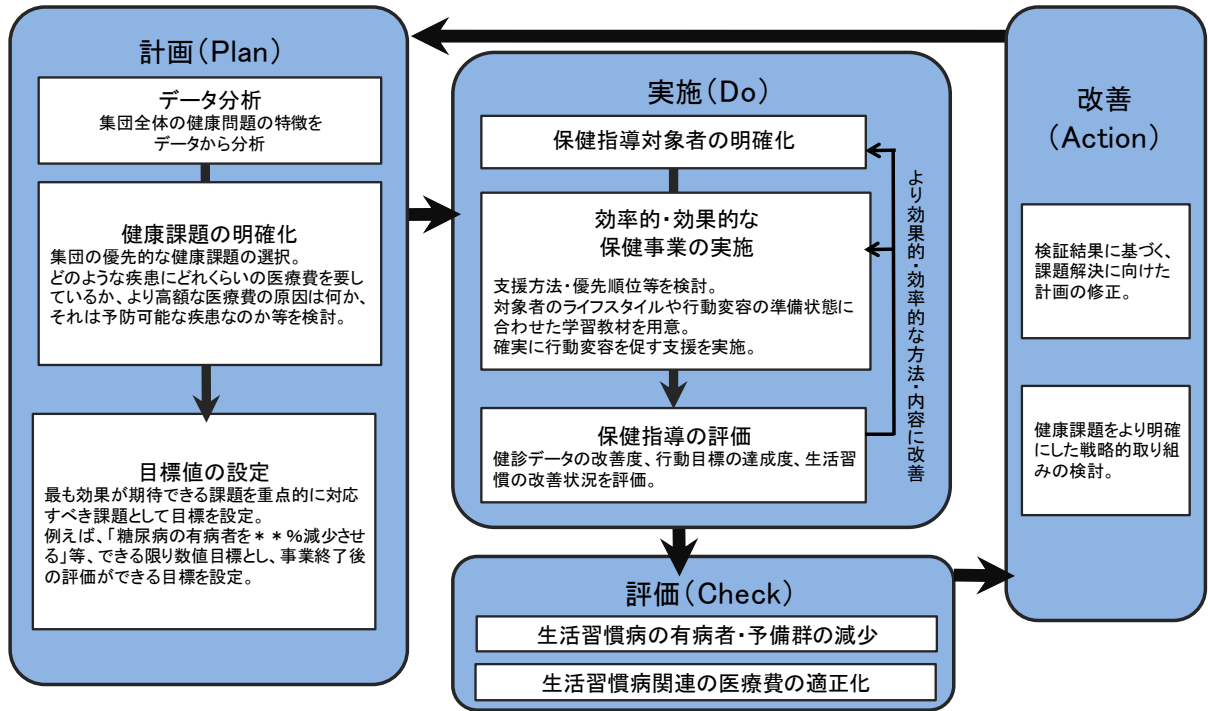
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

【参考資料】「特定健診の意義」住民との共通資料

特定健診の意義 ～内臓脂肪を減らすことで、心・血管疾患、糖尿病のリスクを抑えることが可能

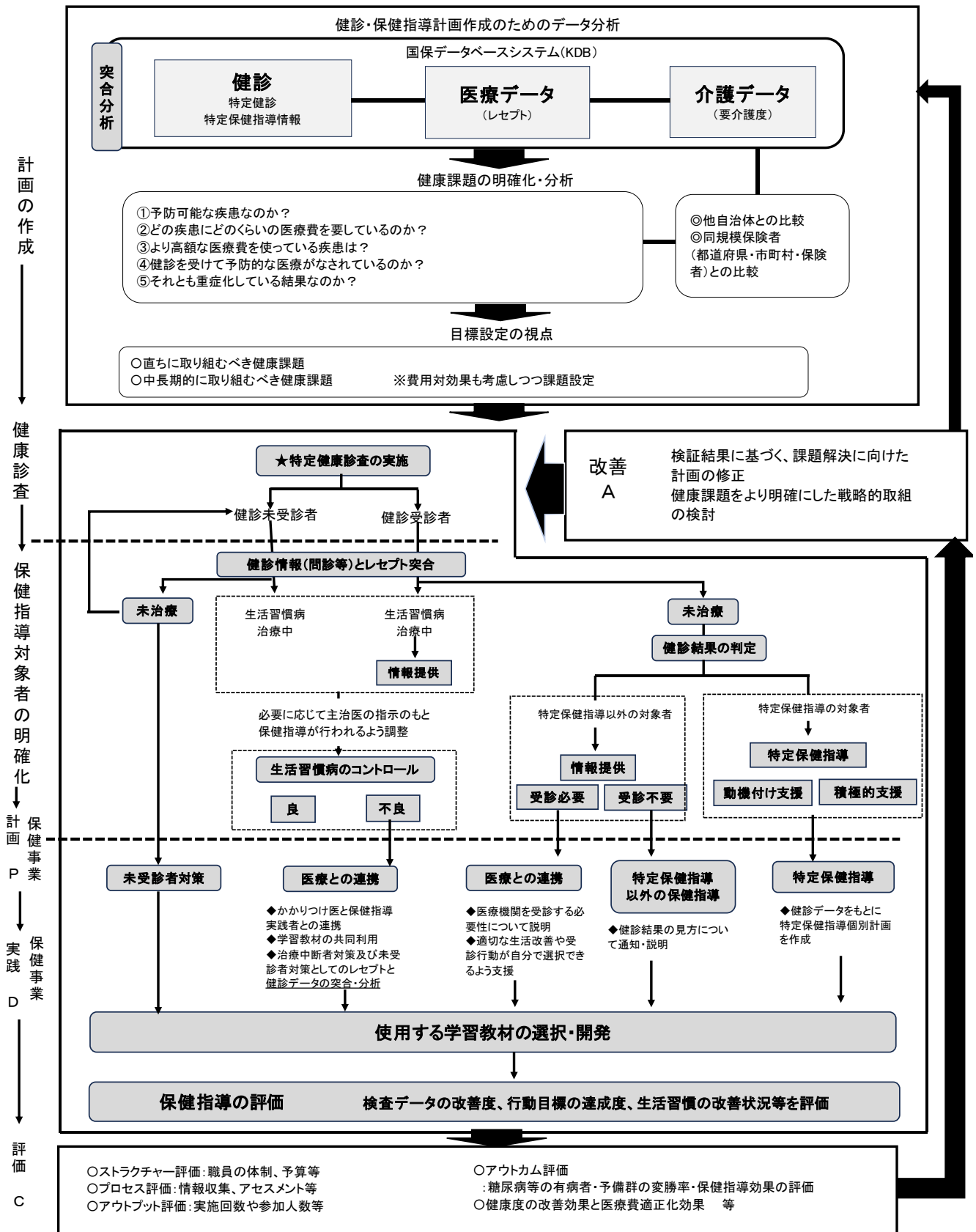


図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



注)生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的に、優先すべき健康課題を明確化しながら PDCA(計画(Plan)、実施(Do)、評価(Check)、改善(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 4 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(一部改変)



標準的な健診・保健指導プログラム[R6年度版]、厚生労働省様式5-5参考

注) 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(イメージ)を具体的な実践の流れでまとめたもの。

図表 5 標準的な健診・保健指導プログラム(平成 30 年度版)における基本的な考え方(一部改変)

標準的な健診・保健指導プログラム(H30年度版)における基本的な考え方 (一部改変)

	老人保健法		高齢者の医療を確保する法律
健診・保健指導の関係	かつての健診・保健指導 健診に付加した保健指導	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン) </div> <div style="font-size: 2em; margin: 10px 0;">➔</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 行動変容を促す手法 </div>	現在の健診・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を選択し、実施する。
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し情報提供、必要に応じて、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。

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

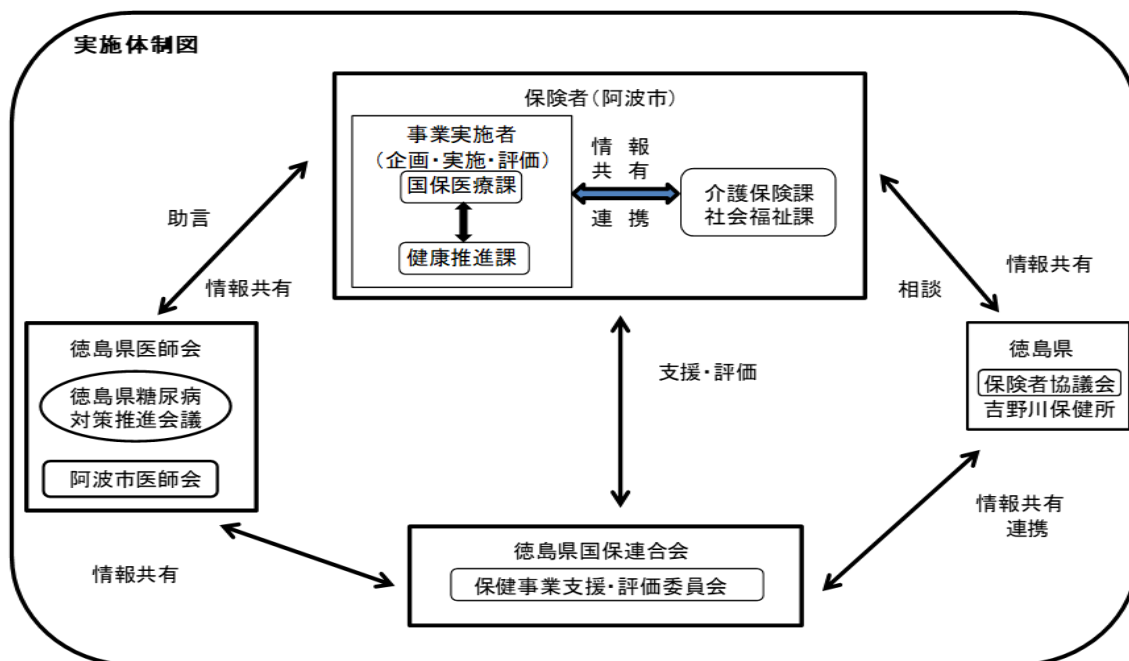
4. 関係者が果たすべき役割と連携

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や計画の評価をし、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、介護保険課、社会福祉課、市内医療機関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・チーム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 6・7）

図表 6 阿波市の実施体制図



2) 関係機関との連携

<参考> 手引きより抜粋

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・協力が重要となる。

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、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力する。

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となる。

さらに、保険者等と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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したりすることに努める。

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、阿波市国保運営協議会や阿波市健康づくり推進委員会において、被保険者から参画を得て、意見交換等を行っていきます。

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組み等に対する支援を行うため、保険者の取組み状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度より本格的に制度が開始されました。

令和 2 年度から、予防・健康づくり事業の「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みを後押しする(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、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。

本市の実績は 11 頁となっています。(図表 8) 特定健診受診率、後発医薬品促進に向けて、引き続き関係部署と連携し、取組みをすすめます。

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

*減点には補正係数を処理し確定した得点

評価指標		H30		R1		R2		R3		R4		R5	
		獲得点	満点	獲得点	満点	獲得点	満点	獲得点	満点	獲得点*	満点	獲得点*	満点
総得点(体制構築加点を除く)		421	790	493	880	610	995	588	1,000	571	960	519	940
獲得割合(%)		53.3%		56.0%		61.3%		58.8%		59.5%		55.2%	
交付額(千円)		10,506		15,671		18,734		18,291		17,499		16,173	
一人当たり交付額(円)		1,659		1,713		2,112		2,113		2,034		1,938	
市町村順位(24市町村中)		16位		18位		12位		19位		15位		18位	
共通①	(1) 特定健診受診率	20	50	0	50	0	70	0	70	0	70	0	70
	(2) 特定保健指導実施率	50	50	50	50	50	70	50	70	70	70	70	70
	(3) メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	20	50	20	50	15	50	15	50	40	50	20	50
共通②	(1) がん検診受診率	0	30	0	30	0	40	5	40	5	40	15	40
	(2) 歯科健診実施状況	25	25	25	25	28	30	18	30	18	30	15	35
共通③	重症化予防の取組	100	100	100	100	120	120	90	120	100	120	100	100
固有②	データヘルス計画の取組	40	40	50	50	40	40	40	40	30	30	25	25
共通④	個人への分かりやすい情報提供	25	25	20	20	20	20	20	20	15	15	20	20
	個人のインセンティブ提供	0	70	55	70	90	90	90	90	45	45	45	45
共通⑤	重複・多剤投与者に対する取組	35	35	50	50	50	50	50	50	50	50	35	50
共通⑥	(1) 後発医薬品の促進の取組	20	35	20	35	10	10	10	10	10	10	10	10
	(2) 後発医薬品の使用割合	0	40	0	100	45	120	45	120	0	120	0	120
固有①	収納率向上	0	100	0	100	0	100	10	100	35	100	50	100
固有③	医療費通知の取組	25	25	25	25	25	25	25	25	20	25	15	15
固有④	地域包括ケア推進・一体的実施	4	25	15	25	25	25	20	30	40	40	40	40
固有⑤	第三者求償の取組	32	40	27	40	24	40	24	40	17	50	12	50
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	25	50	36	60	68	95	81	95	75	100	57	100
体制構築加点		60	60	40	40	-	-	-	-	-	-	-	-
												予防(保健師等)	310
												455点	
												59.7%	
												事務職	
												219	
												485点	
												42.2%	

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

(人口・国保の加入状況)

本市の人口は約3万5千人で、高齢化率は38.1%(令和2年度国勢調査)です。全国と同規模、徳島県と比較すると、65歳以上の高齢者の割合は高く、出生率は4.8、死亡率17.8となっています。産業においては、第3次産業は54.9%と同規模より低いですが、1～3次産業の中で一番割合が高くなっています。同規模より高い1次産業そして、3次産業(サービス業等)にかかわる被保険者の働き方や生活リズム及び健康課題を把握し、取り組みを考えていくことが重要となっています。(図表9)

また、被保険者の平均年齢は57.3歳で国保加入率は23.2%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向にあり、年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約53%を占め、平成30年度と比較して5%増加しています。(図表10)

図表9 同規模・県・国と比較した阿波市の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
阿波市	34,641	38.1	8,043 (23.2)	57.3	4.8	17.8	0.4	19.6	25.6	54.9
同規模	--	36.2	22.4	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
県	--	34.5	22.4	55.1	6.5	14.3	0.3	8.5	24.1	67.4
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典: KDBシステム、健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、阿波市と同規模保険者(280市町村)の平均値を表す

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	8,980		8,732		8,614		8,403		8,043	
65～74歳	4,317	48.1	4,375	50.1	4,484	52.1	4,472	53.2	4,270	53.1
40～64歳	2,983	33.2	2,784	31.9	2,655	30.8	2,541	30.2	2,442	30.4
39歳以下	1,680	18.7	1,573	18.0	1,475	17.1	1,390	16.5	1,331	16.5
加入率	24.2		23.5		23.2		22.6		23.2	

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

（医療の状況）

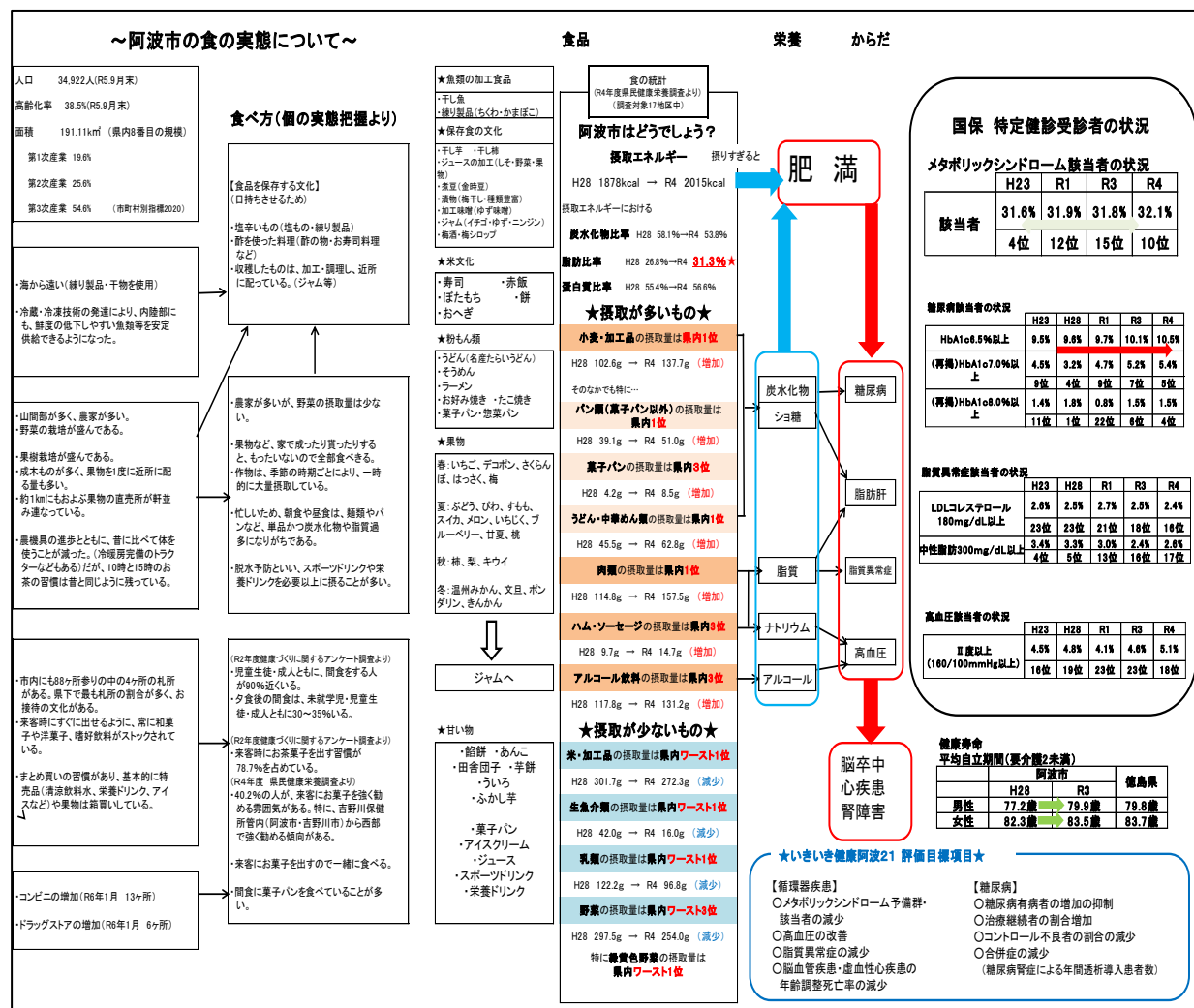
本市の医療状況をみると、いずれも同規模と同等の医療資源がある状況です。一方で、外来患者数及び入院患者数をみると、同規模と比較して高い傾向にあります。入院患者数は、平成30年度と比較すると減少していますが、外来患者数は増加しており、医療費と結び付けてみていく必要があります。（図表11）

図表 11 医療の状況（被保険者千人あたり）

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考（R04）	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
											割合	割合
病院数	3	0.3	3	0.3	3	0.3	3	0.4	3	0.4	0.4	0.7
診療所数	30	3.3	30	3.4	30	3.5	30	3.6	28	3.5	3.5	4.6
病床数	198	22.0	198	22.7	198	23.0	198	23.6	198	24.6	67.7	88.4
医師数	44	4.9	44	5.0	44	5.1	44	5.2	39	4.8	9.7	16.6
外来患者数	801.1		801.8		772.1		804.1		825.5		728.3	737.2
入院患者数	27.7		27.5		26.9		27.3		27.5		23.6	25.0

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

生活習慣の状況、地域の特徴（健康に影響する）など（参考資料 10）



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期計画の評価は、短期的な目標と中長期的な目標の2段階で設定しました。

まず、中長期的な目標としては、計画最終年度までに達成を目指す目標を設定し、具体的には、社会保障費(医療費・介護費)の推移及び脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)を目標疾患として設定しました。

そして、中長期的な目標を達成するために必要な短期的な目標として、高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドロームを目標疾患として設定しました。(5頁 図表2参照)

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

重症化の指標となる介護の状況ですが、本市の令和4年度の要介護認定者は、2号(40~64歳)被保険者で40人(認定率0.35%)、1号(65歳以上)被保険者で2,518人(認定率19.1%)です。2号認定者割合は、同規模と比べて低いですが、平成30年度と比べると増加しています。

何の疾患で要介護認定が必要になったのか確認し、関係機関と実態を共有していく必要があります。(図表12)

図表12 要介護認定者(率)の状況

	阿波市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	12,427人	33.4%	13,202人	38.1%	36.2%	34.5%	28.7%
2号認定者	38人	0.30%	40人	0.35%	0.37%	0.38%	0.38%
新規認定者	7人		10人		--	--	--
1号認定者	2,577人	20.7%	2,518人	19.1%	19.1%	20.7%	19.4%
新規認定者	343人		320人		--	--	--
65~74歳	239人	4.1%	251人	3.8%	--	--	--
新規認定者	49人		51人		--	--	--
75歳以上	2,338人	35.7%	2,267人	34.8%	--	--	--
新規認定者	294人		269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

介護給付費は、4年間で約39億5千万円から38億9千万円に減少しています。一人あたり給付費をみると、平成30年度より2万円減っています。

また、介護保険料をみると、徐々に増加しており、被保険者負担の軽減に向けてより介護予防を推進していく必要があります。(図表13)

図表13 介護給付費の変化

	阿波市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	39億5660万円	38億9519万円	↓ --	--	--
一人あたり給付費(円)	318,388	295,045	↓ 300,230	320,304	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	68,200	68,375	70,503	63,005	59,662
居室サービス	47,375	47,057	43,936	41,316	41,272
施設サービス	284,268	288,356	291,914	297,064	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

(参考 介護保険料)

第5期		第6期		第7期		第8期	
H24-26		H27-29		H30-R2		R3-5	
阿波市(県内6位)	5,310円	阿波市(県内3位)	5,800円	阿波市(県内11位)	6,100円	阿波市(県内13位)	6,100円
徳島県	5,282円	徳島県	5,681円	徳島県	6,285円	徳島県	6,477円
全国	4,972円	全国	5,514円	全国	5,869円	全国	6,014円

出典：介護保険事業報告

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、どの年代においても、脳卒中(脳出血・脳梗塞)と虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)が上位を占めています。基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症と循環器疾患・合併症を含めた血管疾患の有病状況は、97.1%と非常に高い割合となっており、筋・骨格系疾患の96.5%を上回っています。生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

また、2号認定者(国保)では健診受診歴がある人数が少ないため、健診受診率の向上は、介護予防においても重要です。

図表14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04年度)

受給者区分		2号		1号				合計					
年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上		計					
介護件数(全体)		40		251		2,267		2,518					
再)国保・後期		18		191		2,155		2,346					
(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	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数			
				割合		割合		割合		割合			
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	6	脳卒中	66	虚血性心疾患	1,175	虚血性心疾患	1,241	虚血性心疾患	1,246
					33.3%		34.6%		54.5%		52.9%		52.7%
			2	虚血性心疾患	5	虚血性心疾患	66	脳卒中	802	脳卒中	868	脳卒中	874
				27.8%		34.6%		37.2%		37.0%		37.0%	
		3	腎不全	3	腎不全	34	腎不全	447	腎不全	481	腎不全	484	
				16.7%		17.8%		20.7%		20.5%		20.5%	
		合併症	4	糖尿病合併症	3	糖尿病合併症	28	糖尿病合併症	268	糖尿病合併症	296	糖尿病合併症	299
				16.7%		14.7%		12.4%		12.6%		12.6%	
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		15	基礎疾患	169	基礎疾患	2,087	基礎疾患	2,256	基礎疾患	2,271		
			83.3%		88.5%		96.8%		96.2%		96.1%		
	血管疾患合計		17	合計	174	合計	2,105	合計	2,279	合計	2,296		
			94.4%		91.1%		97.7%		97.1%		97.1%		
	認知症	認知症	1	認知症	51	認知症	1,102	認知症	1,153	認知症	1,154		
			5.6%		26.7%		51.1%		49.1%		48.8%		
	筋・骨格疾患	筋骨格系	13	筋骨格系	172	筋骨格系	2,096	筋骨格系	2,268	筋骨格系	2,281		
			72.2%		90.1%		97.3%		96.7%		96.5%		

出典：ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

平成 30 年度から令和 4 年度にかけて国保加入者は減少していますが、総医療費は約 1 億円増加しています。背景として、前期高齢者割合の増加が考えられます。一人あたり医療費は平成 30 年度から約 5 万 6 千円増えており、県よりも若干高い状況で、県内及び同規模市町村の順位も上がっています。

また入院医療費のレセプト件数は、全体のわずか 3%程度にも関わらず、医療費では全体の約 46%を占めており、1 件あたりの入院医療費は平成 30 年度と比較しても約 6 万 5 千円高くなっています。

(図表 15)

図表 15 医療費の推移

	阿波市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)	8,980人	8,043人	--	--	--
前期高齢者割合	4,317人 (48.1%)	4,270人 (53.1%)	--	--	--
総医療費	33億3694万円	34億4340万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)	371,597 県内11位 同規模99位	428,123 県内8位 同規模69位	394,521	389,015	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	511,630	577,550	585,610	617,950
	費用の割合	46.3	45.8	43.3	45.1
	件数の割合	3.3	3.2	3.1	3.3
外来	1件あたり費用額	20,450	22,800	24,850	24,220
	費用の割合	53.7	54.2	56.7	54.9
	件数の割合	96.7	96.8	96.9	96.7
受診率	828.777	853.04	751.942	762.201	705.439

※同規模順位は阿波市と同規模被保険者280市町村の平均値を表す

医療費の地域差を表す指標である地域差指数(年齢調整後)は、全国を 1 としてみます。本市は、全国の 1 を超えており、令和 3 年度と平成 30 年度をみると、国保は増減なく、後期は増加しています。国保を入院と外来別にみると、入院は全国より高く、外来は低いことがわかります。(図表 16)

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、重症化を意味する入院を抑制するためには予防可能な生活習慣病、特に基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症のコントロールが重要です。引き続き本市は医療費適正化に向けた重症化予防の取組みに力を入れる必要があります。

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度	国民健康保険			後期高齢者医療		
	阿波市 (県内市町村中)		県 (47県中)	阿波市 (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	1.076	1.076	1.089	1.002	1.015
		(10位)	(11位)	(11位)	(18位)	(15位)
	入院	1.230	1.236	1.248	0.980	1.015
		(11位)	(10位)	(9位)	(19位)	(20位)
	外来	0.978	0.970	0.978	1.044	1.030
		(14位)	(12位)	(32位)	(6位)	(6位)

出典: 地域差分析(厚労省)

③中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)・腎不全の医療費合計が、総医療費に占める割合は、平成30年度と比較し減少しています。疾患内訳をみると、平成30年度から腎不全は減少しましたが、脳血管疾患(脳梗塞・出血)・虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)については、平成30年度より増加しており、特に虚血性心疾患は同規模・県と比べ高くなっています。(図表17)

図表17 中長期目標疾患の医療費の推移

			阿波市		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			33億3694万円	34億4340万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			2億6406万円	2億6256万円	--	--	--
			7.91%	7.63%	7.84%	5.92%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	1.69%	1.80%	2.10%	1.44%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.17%	2.20%	1.39%	1.80%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.74%	3.36%	4.05%	2.34%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.32%	0.26%	0.30%	0.34%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		14.53%	17.22%	16.91%	16.11%	16.69%
	筋・骨疾患		8.10%	7.63%	9.00%	8.54%	8.68%
	精神疾患		10.05%	10.09%	8.74%	11.18%	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。

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、患者割合は、脳血管疾患・腎不全は横ばいですが、虚血性心疾患は増加しています。(図表 18)

虚血性心疾患は発症時の急性期のみならず、再発や介護、死亡の問題もあります。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、その原因となる肥満、糖尿病、高血圧症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。

本市の虚血性心疾患について、令和4年度の新規発症者(123 人)をみてみると、健診受診歴のある発症者(58 人)のうち、約 60%がメタボリックシンドローム該当者・予備群でした。このことから、虚血性心疾患の解決のためには、メタボ該当者・予備群の減少に重点を置き保健指導を実施していきます。また、(図表 18)より年齢区分をみると、65～74 歳では 40～64 歳の 2 倍以上、発症割合が増加していることから、より若年者に重点を置く必要があります。

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0～74歳	A	8,980	8,043	a	538	471	740	672	49	41	
				a/A	6.0%	5.9%	8.2%	8.4%	0.5%	0.5%	
40歳以上	B	7,300	6,712	b	537	470	727	661	47	40	
	B/A	81.3%	83.5%	b/B	7.4%	7.0%	10.0%	9.9%	0.6%	0.6%	
再掲	40～64歳	D	2,983	2,442	d	128	99	172	132	36	27
		D/A	33.2%	30.4%	d/D	4.3%	4.1%	5.8%	5.4%	1.2%	1.1%
	65～74歳	C	4,317	4,270	c	409	371	555	529	11	13
		C/A	48.1%	53.1%	c/C	9.5%	8.7%	12.9%	12.4%	0.3%	0.3%

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・介護支援対象者一覧(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)及びメタボリックシンドロームの達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は3疾患共に増えており、合併症である脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析(糖尿病治療者における)の割合が減っています。(図表 19・20・21)このことは、高血圧や糖尿病等の治療が開始した事により、重症化が予防できていると考えることができます。本市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います。重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていると考えられます。

また、糖尿病からの人工透析予防を目的に、令和2年度より二次検査として、糖尿病性腎症の段階を早期に発見するための尿中アルブミン定量検査及び尿中推定一日塩分摂取量検査を始めました。(図表 20)から、合併症の一つである「糖尿病性腎症」の治療割合が増加していますが、これは、糖尿病性腎症重症化予防を目的に、治療や検査をする方が増加してきたと考えられます。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	3,288	3,194	874	691	2,414	2,503	
	A/被保数	45.0%	47.6%	29.3%	28.3%	55.9%	58.6%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	331	291	68	56	263	235
		B/A	10.1%	9.1%	7.8%	8.1%	10.9%	9.4%
	虚血性心疾患	C	553	499	121	90	432	409
		C/A	16.8%	15.6%	13.8%	13.0%	17.9%	16.3%
	人工透析	D	41	37	31	25	10	12
		D/A	1.2%	1.2%	3.5%	3.6%	0.4%	0.5%

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

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)	A	1,944	1,866	580	445	1,364	1,421	
	A/被保数	26.6%	27.8%	19.4%	18.2%	31.6%	33.3%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	194	156	39	28	155	128
		B/A	10.0%	8.4%	6.7%	6.3%	11.4%	9.0%
	虚血性心疾患	C	381	344	96	70	285	274
		C/A	19.6%	18.4%	16.6%	15.7%	20.9%	19.3%
	人工透析	D	34	25	26	16	8	9
		D/A	1.7%	1.3%	4.5%	3.6%	0.6%	0.6%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	126	185	37	49	89	136
		E/A	6.5%	9.9%	6.4%	11.0%	6.5%	9.6%
	糖尿病性網膜症	F	292	264	86	69	206	195
		F/A	15.0%	14.1%	14.8%	15.5%	15.1%	13.7%
	糖尿病性神経障害	G	77	75	28	23	49	52
G/A	4.0%	4.0%	4.8%	5.2%	3.6%	3.7%		

出典: KDBシステム、疾病管理一覧(糖尿病)
地域の全体像の把握介護支援対象者一覧
(栄養・重症化予防等)

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症 治療者(人)	A	2,655	2,707	714	598	1,941	2,109	
	A/被保数	36.4%	40.3%	23.9%	24.5%	45.0%	49.4%	
↓ (中 長 期 目 標 疾 患)	脳血管疾患	B	235	227	48	41	187	186
	B/A	8.9%	8.4%	↓6.7%	6.9%	9.6%	8.8%	
虚血性心疾患	C	486	460	106	82	380	378	
	C/A	18.3%	17.0%	↓14.8%	13.7%	19.6%	17.9%	
人工透析	D	21	23	14	15	7	8	
	D/A	0.8%	0.8%	2.0%	2.5%	0.4%	0.4%	

出典: KDBシステム_ 疾病管理一覧(脂質異常症)
地域の全体像の把握介護支援対象者一覧
(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(収縮期 160-179/拡張期 100-109)と、HbA1c7.0 以上の対象者を平成30年度と令和3年度で比較してみました。高血圧では7.7%、糖尿病では5.6%と未治療者の割合が減少してきていることが分かります。

糖尿病合併症予防のためには HbA1c のコントロールが重要となるため、HbA1c 7.0%以上割合を減少させていく必要があります。治療が必要な値の方には受診勧奨を徹底するとともに、治療中の方についてもかかりつけ医と連携し、食事療法等、血糖改善の支援に取り組んでいきます。(図表 22)

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧												
					結果の改善 Ⅱ度以上高血圧の推移								医療のかかり方				
	H30年度		R03年度		H30年度				R03年度				レセプト情報 (R03.4~R04.3)				
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	問診結果		問診結果		問診結果		問診結果		未治療		治療中断		
					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 (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)					
C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E						
阿波市	2,520	37.3	2,340	36.6	130	5.2	72	55.4	107	4.6	51	47.7	26	24.3	5	4.7	
徳島県	42,065	36.3	42,883	38.9	2,428	5.8	1,356	55.8	2,524	5.9	1,381	54.7	852	33.8	116	4.6	
																	-7.7%

	HbA1c 実施率				糖尿病												
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移								医療のかかり方				
	H30年度		R03年度		H30年度				R03年度				レセプト情報 (R03.4~R04.3)				
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	問診結果		問診結果		問診結果		問診結果		未治療		治療中断		
					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 (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)					
I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K						
阿波市	2,519	100.0	2,340	100.0	129	5.1	41	31.8	122	5.2	32	26.2	3	2.5	1	0.8	
徳島県	42,017	99.9	42,834	99.9	1,749	4.2	543	31.0	1,946	4.5	574	29.5	108	5.5	44	2.3	
																	-5.6%

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

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

③ 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発生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。

本市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と予備群の割合は横ばいで、減少していません。(図表 23)

現在、高血圧・糖尿病・脂質異常症で服薬中のメタボリックシンドローム該当者のうち、BMI25～29 の対象者は保健指導対象とならない方もいます。今後メタボリックシンドロームの改善を重点に置いた保健指導の優先順位を検討し、実施していきます。

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	該当者		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	2,520 (37.3%)	537 (21.3%)	157 (6.2%)	380 (15.1%)	295 (11.7%)
R04年度	2,259 (37.0%)	482 (21.3%)	148 (6.6%)	334 (14.8%)	257 (11.4%)

出典：特定健診(法定報告)

(参考)

◇メタボリックシンドローム(該当者・予備群)とは

内臓脂肪の蓄積(BMI・腹囲で判定) + ①脂質異常(中性脂肪・HDL コレステロール)
+ ②高血圧
+ ③高血糖

①～③が 2 つ以上 ⇒「メタボリックシンドローム該当者」

〃 1 つ ⇒「メタボリックシンドローム予備群」

◇特定保健指導対象者とは

メタボリックシンドローム該当者又は予備群のうち、脂質異常症・高血圧症・糖尿病で治療していない者。(治療中の方は対象外となる。)

この対象者への保健指導の実施は、平成 20 年 4 月より「高齢者の医療の確保に関する法律」により保険者に義務付けられている。

重症化予防の観点から、HbA1c6.5 以上(図表 24)、Ⅱ度高血圧以上(図表 25)、LDL コレステロール 160 以上(図表 26)の有所見割合を見ると、HbA1c6.5 以上の割合はほぼ横ばいですが、Ⅱ度高血圧・LDL-C160 は減少しています。改善率をみると、H30→R1 と比較し、R3→R4 は、HbA1c・Ⅱ度高血圧・LDL共に減少しています。結果の改善につながる保健指導の実施に努めていきます。

一方で、翌年度に健診未受診の方が、いずれも 2~3 割程度存在し、結果が把握できていません。継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表 24 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	260 (10.3%)	60 (23.1%)	92 (35.4%)	23 (8.8%)	85 (32.7%)
R03→R04	237 (10.1%)	54 (22.8%)	82 (34.6%)	35 (14.8%)	66 (27.8%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧※ 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	130 (5.2%)	75 (57.7%)	18 (13.8%)	2 (1.5%)	35 (26.9%)
R03→R04	107 (4.6%)	53 (49.5%)	15 (14.0%)	3 (2.8%)	36 (33.6%)

※血圧 160/100mmHg以上

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 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			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	244 (9.8%)	107 (43.9%)	56 (23.0%)	12 (4.9%)	69 (28.3%)
R03→R04	202 (8.7%)	85 (42.1%)	42 (20.8%)	14 (6.9%)	61 (30.2%)

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

本市の特定健診受診率は、平成 30 年度から低下し、県内順位も下がっており、目標の 60%を達成できていません。(図表 27)

また、新規受診者が減少しており、受診率向上に向けて、今まで健診を受けたことがない方への受診勧奨が必要です。

年代別の受診率をみると、40 代 50 代は受診率が低いことが分かります。推移をみても、40 代は受診率が増加していますが、50～54 代は減少しています。生活習慣病の早期予防の視点においても、若い年代の受診率向上が課題です。(図表 28)健診を受けやすい体制整備や、継続した健診受診勧奨、および健診に価値を置いてもらえる保健指導を実施していきます。

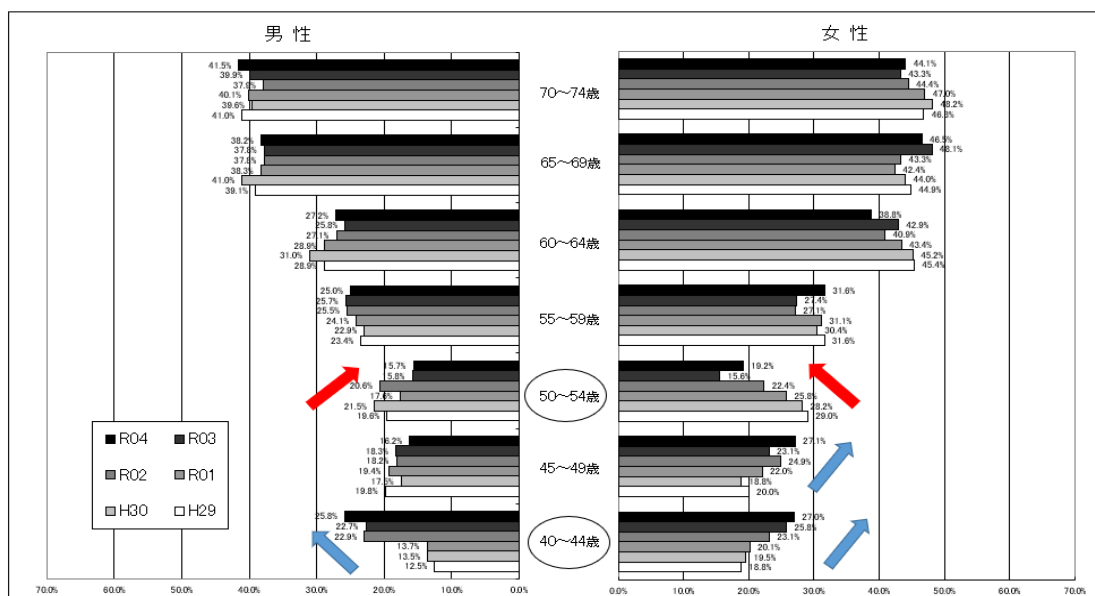
特定保健指導については、メタボ該当者・予備群の割合は減少していませんが、服薬中の対象者数の増加等により、該当者数が平成 30 年度から約 100 人減少しています。保健指導実施率は下がっており、対象者の生活に合わせた保健指導を検討し、実施していきます。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値	
特定健診	対象者数(40～74歳)	6,764	6,629	6,559	6,394	6,102	60%	
	受診者数	2,520	2,426	2,363	2,340	2,259		
	受診率 (県内順位)	37.3% (15位)	36.6% (17位)	36.0% (18位)	36.6% (19位)	37.0% (18位)		
	(再掲) ※	新規受診者数(人)	634	366	329	310		314
		割合(%)	25.2%	15.1%	13.9%	13.2%		13.9%
		継続受診者数(人)	1886	1884	1807	1765		1717
	割合(%)	74.5%	74.8%	74.5%	74.7%	73.4%		
特定保健指導	該当者数	319	268	244	212	222	95.3%	
	割合(%)	12.7%	11.0%	10.3%	9.1%	9.8%		
	実施者数	277	232	198	174	179		
	実施率(%)	86.8%	86.6%	81.1%	82.1%	80.6%		

※「新規受診者」…過去に一度も健診受診したことがない者、「継続受診者」…前年度健診受診した者
「不定期受診者」(掲載なし)…前年度は健診を受けていないが、過去に受診した事がある者

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防(表 1)

本市は、糖尿病を重点に保健指導を実施してきました。

血糖値有所見者への保健指導実施割合は、令和 4 年度 74%で、減少傾向です。

第 2 期計画では、血糖値有所見者のうち、未治療者・中断者を優先して約 8 割の方に受診勧奨の保健指導を実施してきました。そのうち、医療機関受診及び治療につながった者は約半数で、徐々にその割合が減少しています。第 3 期計画において、医療機関受診及び治療につながっていない方には、継続して保健指導を実施するようにさらに体制を強化し、治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援をおこないます。

また、糖尿病合併症リスクが高い HbA1c7.0%以上の治療中の高血糖者も優先対象者とし、重点的に支援してきました。しかし、年々HbA1c7.0%以上の対象者は増加しています。治療中の方については医療と連携して保健師・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。また、肥満はインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、糖尿病予防においても、肥満及びメタボリックシンドロームの解決を重点に行っていきます。

令和 2 年度より、特定健診だけでは見逃されている可能性のある腎障害を早期に発見するために、二次検査として微量アルブミン検査(市医師会委託検査)を開始しました。(表 2)

検査によって、早期の腎障害発見につながっています。第 3 期計画においても実施していきます。

※1 インスリン抵抗性: 血中インスリン濃度に見合ったインスリン作用が得られない状態

表 1 糖尿病性腎症重症化予防 保健指導状況及びアウトカム評価

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人 (a)	2520	2426	2363	2340	2259
血糖値有所見者※1	人(b)	290	284	267	273	285
	%(b/a)	11.5%	11.7%	11.3%	11.7%	12.6%
血糖値有所見者のうち 保健指導した人数	人 (c)	217	266	228	212	211
	%(c/b)	74.8%	93.7%	85.4%	77.7%	74.0%
血糖値有所見者のうち、 未治療者・中断者	人(c)	130	130	114	117	105
	%(c/b)	44.8%	45.8%	42.7%	42.9%	36.8%
未治療・中断者(c)のうち 保健指導した人数	人(d)	111	119	102	100	85
	%(d/c)	85.4%	91.5%	89.5%	85.5%	81.0%
保健指導した方(d)のうち 病院受診した者 ※2	人(e)	64	64	84	65	47
	%(e/d)	57.7%	53.8%	82.4%	65.0%	55.3%
保健指導した方(d)のうち 治療開始した者 ※3	人(f)	64	64	69	57	40
	%(f/d)	57.7%	53.8%	67.6%	57.0%	47.1%
血糖値有所見者のうち、 HbA1c7.0%以上対象者 ※4	人(g)	88	103	86	91	108
	%(g/b)	30.3%	36.3%	32.2%	33.3%	37.9%
HbA1c7.0%以上対象者(g)のうち 保健指導した人数	人(h)	67	99	61	68	77
	%(h/d)	76.1%	96.1%	70.9%	74.7%	71.3%

※1 HbA1c6.5%以上または空腹時血糖値126mg/dl以上または随時血糖値200mg/dl以上 (法廷報告健診受診者以外も含む)

※2 糖尿病目的で受診した者

※3 食事・運動療法のみを対象者も含める

※4 HbA1c7.0%以上かつ問診にて糖尿病治療ありと回答した者

表 2 糖尿病性腎症重症化予防二次検査結果(尿中アルブミン検査)

		R2	R3	R4
2次検査対象者 (人)		83	100	98
2次検査実施者 (人)		30	32	36
検査結果 「糖尿病性腎症病 期分類」	1期	28	29	35
	2期	2	3	1
	3期	0	0	0

【住民さんの反応】

<結果が2期の対象者>

- ・「それってすごい悪いんですか?」

<結果が1期の対象者>

- ・「良かった、私はまだ初期っていうことやな。」
- ・結果を待っていた様子が「どうだったんかいな!？」1期で安心した様子。
- ・「腎臓は気になっていたので良かったです。」

表 3 健診結果の改善・悪化の状況

1) H30・R01年度の比較

H30年度		R01年度の結果をみる					
		継続受診者 175人 67.3%				未受診 (中断)	75歳 到達者
HbA1c6.5以上	6.4以下	6.5~6.9	7.0~7.9	8.0以上			
260人 10.3%	36 13.8%	62 23.8%	66 25.4%	11 4.2%	85 32.7%	23 8.8%	
6.5~6.9 131	24 18.3%	49 37.4%	19 14.5%	2 1.5%	37 28.2%	13 9.9%	
7.0~7.9 88	12 13.6%	11 12.5%	36 40.9%	2 2.3%	27 30.7%	7 8.0%	
8.0以上 41	0 0.0%	2 4.9%	11 26.8%	7 17.1%	21 51.2%	3 7.3%	

	改善	変化なし	0.1以上の		悪化	未受診
			改善	悪化		
合計	60 23.1%	92 35.4%	38 14.6%	41 15.8%	23 8.8%	85 32.7%
6.5~6.9	24 18.3%	49 37.4%	18 13.7%	21 16.0%	21 16.0%	37 28.2%
7.0~7.9	23 26.1%	36 40.9%	19 21.6%	15 17.0%	2 2.3%	27 30.7%
8.0以上	13 31.7%	7 17.1%	1 2.4%	5 12.2%		21 51.2%

2) R03・R04年度の比較

R03年度		R04年度の結果をみる					
		継続受診者 171人 72.2%				未受診 (中断)	75歳 到達者
HbA1c6.5以上	6.4以下	6.5~6.9	7.0~7.9	8.0以上			
237人 10.1%	32 13.5%	49 20.7%	67 28.3%	23 9.7%	66 27.8%	21 8.9%	
6.5~6.9 115	25 21.7%	32 27.8%	23 20.0%	0 0.0%	35 30.4%	14 12.2%	
7.0~7.9 88	3 3.4%	14 15.9%	39 44.3%	12 13.6%	20 22.7%	6 6.8%	
8.0以上 34	4 11.8%	3 8.8%	5 14.7%	11 32.4%	11 32.4%	1 2.9%	

	改善	変化なし	0.1以上の		悪化	未受診
			改善	悪化		
合計	54 22.8%	82 34.6%	26 11.0%	43 18.1%	35 14.8%	66 27.8%
6.5~6.9	25 21.7%	32 27.8%	9 7.8%	20 17.4%	23 20.0%	35 30.4%
7.0~7.9	17 19.3%	39 44.3%	12 13.6%	17 19.3%	12 13.6%	20 22.7%
8.0以上	12 35.3%	11 32.4%	5 14.7%	6 17.6%		11 32.4%

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、徳島県国保では令和 2 年度から心電図検査全数実施となりました。その結果、初めて心電図異常が発見され、治療につながる方が増加しました。

第 2 期では、緊急性の高い心電図所見のうち、「心房細動」及び令和 4 年度より「異常 Q 波」有所見者への、医療機関への受診勧奨を実施してきました。また、保健指導において、自己検脈や虚血性心疾患の自覚症状及び発症時の対応についても周知してきました。

課題は、医療機関受診及び精密検査が必要な方の全員が、受診及び検査につながっていない事です。心電図所見および健診結果等から、自分の体の状態の理解につながる保健指導と共に、循環器専門医等との医療機関連携を取りながら必要な治療や検査につながるよう努めます。

また、「ST所見」等の対象者には保健指導ができていないため、第 3 期計画において検討していく必要があります。

表 4 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況(年度ごと)

	H30	R1	R2	R3	R4
心房細動 有所見者	2	4	23	23	24
うち、心房細動未治療者	0	1	3	9	5
受診後、診断あり、服薬治療等はなし	0	0	3	1	1
受診後、治療開始	0	1	0	8	3
医療機関未受診	0	0	0	0	1

表 5 異常 Q 波有所見者の状況(年度ごと)

	R2	R3	R4
異常Q波 有所見者	22	19	17
受診後、服薬治療等はなし (心疾患の既往あり等)	6	16	16
受診後、治療開始	0	0	0
医療機関未受診	2	0	1
未把握	14	3	0

③脳血管疾患重症化予防対策

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。このことから、血圧Ⅱ度以上の未治療者への保健指導を、令和1年度より実施しました。

その結果、徐々に未治療者が減少してきました。(表6)

令和4年度においては、血圧Ⅱ度以上の未治療者48人のうち41人に保健指導を行い、そのうち治療につながった者は16人(33%)でした。第3期計画においても、受診につながる保健指導を強化・継続して実施していきます。

また、保健指導した者のうち、34人(83%)が家庭血圧測定を実施しており、家庭血圧測定が普及してきていることが分かりました。若い年代の方は測定していない傾向があるので、若年層にむけて、家庭血圧測定の必要性や目的について普及啓発していきます。

(表8)は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。①高リスクの未治療者、②中等リスクで第3層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援に取り組んでいきます。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上の方が令和4年度は67人(6.9%)いました。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っていきます。(表6)

表6 健診受診者の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	986	38.9%	126	12.8%	189	19.2%	334	33.9%	274	27.8%	61	6.2%	2	0.2%
	H30	999	39.6%	147	14.7%	159	15.9%	355	35.5%	280	28.0%	54	5.4%	4	0.4%
	R01	961	39.6%	150	15.6%	135	14.0%	355	36.9%	280	29.1%	37	3.9%	4	0.4%
	R02	982	41.6%	134	13.6%	169	17.2%	315	32.1%	297	30.2%	59	6.0%	8	0.8%
	R03	1,011	43.2%	127	12.6%	182	18.0%	327	32.3%	319	31.6%	49	4.8%	7	0.7%
	R04	973	43.1%	128	13.2%	145	14.9%	341	35.0%	292	30.0%	64	6.6%	3	0.3%
治療なし	H29	1,546	61.1%	505	32.7%	285	18.4%	419	27.1%	261	16.9%	65	4.2%	11	0.7%
	H30	1,521	60.4%	512	33.7%	246	16.2%	428	28.1%	263	17.3%	57	3.7%	15	1.0%
	R01	1,465	60.4%	478	32.6%	252	17.2%	409	27.9%	267	18.2%	49	3.3%	10	0.7%
	R02	1,381	58.4%	434	31.4%	281	20.3%	328	23.8%	265	19.2%	65	4.7%	8	0.6%
	R03	1,329	56.8%	415	31.2%	249	18.7%	333	25.1%	281	21.1%	46	3.5%	5	0.4%
	R04	1,286	56.9%	436	33.9%	227	17.7%	323	25.1%	252	19.6%	37	2.9%	11	0.9%

表7 健診継続受診者の改善率

1) H30・R01年度の比較

H30年度		R01年度の結果をみる					
		継続受診者 481人 71.5%				未受診 (中断)	75歳 到達者
I度高血圧以上 673人 26.7%		正常高値 以下	I度	II度	III度		
		217	214	42	8	28.5%	6.8%
		32.2%	31.8%	6.2%	1.2%		
I度	543	195	168	18	5	157	41
		35.9%	30.9%	3.3%	0.9%	28.9%	7.6%
II度	111	18	44	17	2	30	5
		16.2%	39.6%	15.3%	1.8%	27.0%	4.5%
III度	19	4	2	7	1	5	0
		21.1%	10.5%	36.8%	5.3%	26.3%	0.0%

	改善	変化なし	悪化	未受診
合計	270 40.1%	186 27.6%	25 3.7%	192 28.5%
I度	195 35.9%	168 30.9%	23 4.2%	157 28.9%
II度	62 55.9%	17 15.3%	2 1.8%	30 27.0%
III度	13 68.4%	1 5.3%		5 26.3%

表8

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高血圧			
		高血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
	1,139	641 56.3%	381 33.5%	95 8.3%	22 1.9%
リスク第1層 予後影響因子がない	42 3.7%	C 30 4.7%	B 9 2.4%	B 3 3.2%	A 0 0.0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	617 54.2%	C 363 56.6%	B 203 53.3%	A 42 44.2%	A 9 40.9%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	480 42.1%	B 248 38.7%	A 169 44.4%	A 50 52.6%	A 13 59.1%

区分	該当者数
A ただちに薬物療法を開始	283 24.8%
B 概ね1カ月後に再評価	463 40.6%
C 概ね3カ月後に再評価	393 34.5%

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

(2)ポピュレーションアプローチ

取組み内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている県や市の実態や、食生活、生活リズムなどの生活背景と生活習慣病の関連について、機会をとらえ、市民へ周知を行いました。(国保だより・健診受診勧奨・ヘルスマイト・通いの場支援での健康教育・介護予防出前講座・広報誌等)

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程されることも大きい。」とされています。

阿波市においては、生涯を通じた健康づくりの取組みとして、一人ひとりの市民が、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援していきます。

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

主計画	健康課題解決に向けた目標・指標	目標	統計元	基準年	中間評価	目標値(%)及び取組について				
				H28	R2 (実績はR1)	R3 (R2)	R4 (R3)	R5 (R4)		
特定健診 等計画	1	特定健診受診率	60%以上	法定報告データ	37.2%	36.6%	36.0%	36.6%	37.0%	
	2	特定保健指導実施率	60%以上		95.3%	86.6%	81.1%	82.1%	80.6%	
	3	メタボ該当者及び予備群の減少	25%減少		32.5%	31.9%	32.8%	31.8%	32.7%	
	データヘルス計画	4	健診受診者の高血圧者(160/100)割合の減少		4.8%	4.1%	5.9%	4.6%	5.1%	
		5	健診受診者の血糖異常者(HbA1c6.5%以上)割合の減少		9.6%	9.7%	9.8%	10.1%	10.5%	
		6	健診受診者の血糖異常者(HbA1c8.0%以上)割合の減少		1.8%	0.8%	1.6%	1.5%	1.5%	
		7	健診受診者の脂質異常者(LDL180以上)割合の減少		2.5%	2.7%	3.1%	2.5%	2.4%	
データヘルス計画	8	脳血管疾患の総医療費の割合の減少		K D B システム	1.9%	1.97%	1.79%	1.06%	1.80%	
	9	虚血性心疾患の総医療費の割合の減少			3.1%	2.14%	2.20%	1.94%	2.20%	
	10①	慢性透析患者数(うち新規患者数)			51人(11人)	42人(9人)	34人(6人)	38人(8人)	39人(7人)	
	10②	糖尿病性腎症割合の減少			5.8%	6.6%	7.4%	8.8%	10.1%	
	10③	糖尿病性腎症による透析導入患者数の減少			1人	2人	3人	5人	6人	
保険者努力支援制度	短期目標	がん検診受診率	胃がん	25%以上	地域保健事業計画	5.9%	6.2%	6.6%	8.5%	9.9%
			肺がん	25%以上		12.6%	12.1%	14.1%	12.1%	12.4%
			大腸がん	25%以上		10.0%	9.8%	11.9%	11.7%	11.5%
			子宮頸がん	25%以上		13.9%	11.9%	9.5%	11.7%	11.8%
			乳がん	25%以上		14.3%	13.4%	12.2%	16.4%	17.7%
	16	歯科検診受診率				6.8%	5.8%	6.0%	5.6%	7.7%
追加	17	地域包括ケアの取組	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な取組準備(実態把握)、事業委託	令和5年度まで		実態把握	事業開始	事業実施		
全体評価					H28	R2 (実績はR1)	R3 (R2)	R4 (R3)	R5 (R4)	
健康寿命の延伸	平均余命	男性(徳島県)80.8		K D B 国・県 R2年度	79.1	79.8	79.8	79.8	79.8	
		女性(徳島県)87.3			86.3	85.6	85.6	85.6	85.6	
	平均自立期間 (要介護2以上)	男性(徳島県)79.3			77.2	79.0	79.7	79.9	79.4	
		女性(徳島県)83.9			82.3	82.3	82.8	83.5	83.5	
医療費	地域差指数 (年齢調整後医療費)	(国)1.00・(徳島国保)1.13		1.049	10.74	1.074	1.076			

3) 第 2 期データヘルス計画に係る考察

◆第 2 期計画評価において、計画の対象疾患の医療費割合が減少してきました。

◆中長期目標疾患の医療費割合のうち減少が確認できたのが、慢性腎不全です。

国保ドックにおける腎機能検査(尿検査)内容の充実や、二次検査の導入、市医師会との研修会および、重点的に実施してきた保健指導の効果があったと考えることができます。

透析治療及び腎不全は、身体的な負担や生活への影響が大きく、一人でも新規透析患者を減らしていく必要があります。そのため、現在の保健事業の継続および強化が必要です。そこで、第 3 期計画においては、個別保健事業として、糖尿病性腎症重症化予防に加え、慢性腎臓病(CKD)重症化予防を実施します。

◆対象疾患の医療費割合が減少した背景には、短期目標疾患である糖尿病・高血圧・脂質異常症の治療者が増えたことにより、重症化が予防できたことも考えられます。健診受診者においても、短期目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の未治療者が減少してきました。

◆課題として見えてきたのが、虚血性心疾患の増加です。虚血性心疾患の高額レセプト件数も増えており、高額な医療費が必要な疾患の一つであることが分かります。

本市の虚血性心疾患を発症した方を詳しく見ると、メタボリックシンドローム該当者と健診未受診者が多いことが分かりました。第 2 期評価においても、本市のメタボリックシンドローム割合は改善(減少)していません。このことから、特定健診・保健指導制度の重点目標である「メタボリックシンドロームからの心血管疾患予防」が充分でないといえます。

以上のことから、第 3 期計画においては、メタボリックシンドロームの改善を重点目標とします。マンパワーの確保、メタボ改善につながる保健指導の強化、および対象者の優先順位の再検討を実施していきます。

◆虚血性心疾患の実態から、健診受診率の向上が重要であることが明確になりました。

本市の虚血性心疾患は、65 歳以降で発症者数が増加しています。そのため、65 歳より前に支援する事が効果的ですが、若いほど健診受診率が低いのが課題です。第 2 期評価において、健診受診率が増加しておらず、県内順位も低下しています。

第 3 期計画においては、より若い年齢層の健診受診者を増やす事に重点を置き取り組んでいく必要があります。

◆第 3 期計画において、未治療者を治療につなげる支援にも重点をおき、実施していきます。

第 2 期評価では、保健指導した対象者のうち治療を開始したのは、高血糖 5 割、高血圧 3 割、脂質異常 2 割でした。未治療者を減少させていく事が重症化予防に繋がります。

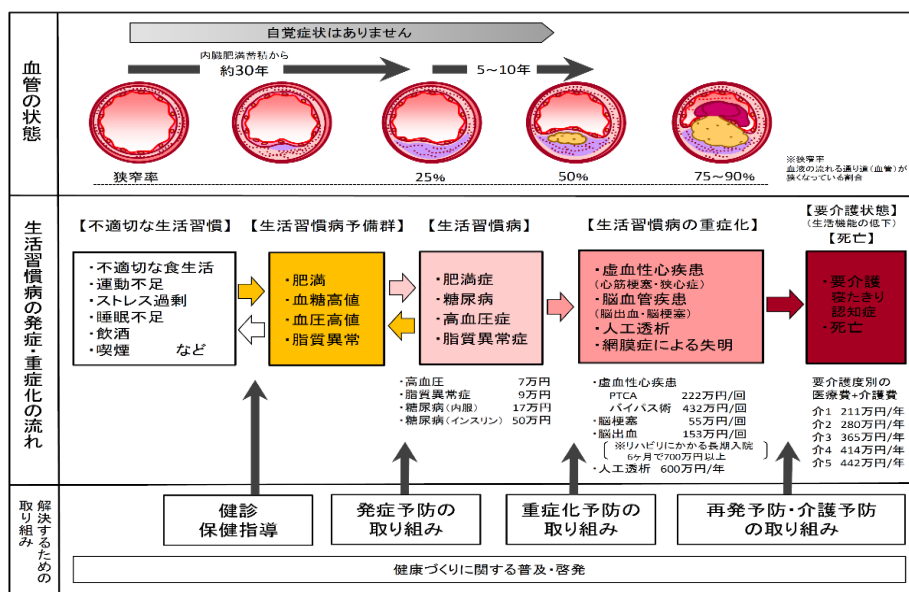
そこで、治療の必要性の理解を支援するため、特定健診よりさらに血管変化を詳細かつ早期に把握できる二次検査を充実させていく必要があります。新規導入として、頸部エコー検査を R6 年度から実施予定です。75g糖負荷検査等、他の検査についても検討していきます。

3. 第3期における健康課題(生活習慣病)の明確化

1) 基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、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 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ
生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

医療保険制度においては、75歳に到達した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します。

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ですが、制度的な背景により市の支援担当者や事業内容等が引き継がれていないという課題があります。

国保で、被保険者の年代をみても65歳以上の前期高齢者の割合が高く、医療費も前期高齢者に係る医療費割合が過半数を占めており、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っているケースも多いため、市町村国保及び広域連合は、図表 31 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、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歳未満の健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

なお、20歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との関連が明らかであることから、特定保健指導対象者を減らすためには、若年期から適正な体重の維持に向けた保健指導、啓発を行う等、40歳未満の肥満対策も重要であると考えます。

(1) 医療費分析

国保と後期のレセプトの推移をみると、被保険者数は国保に比べ後期が少ないですが、レセプト件数及び費用額は後期が上回っています。後期になると、複数の疾病が合併し、さらに重症化することで医療費が増えていく事が分かります。

図表 32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数		8,980人	8,732人	8,614人	8,403人	8,043人	6,930人
総件数及び 総費用額	件数	90,577件	88,168件	83,073件	85,525件	84,625件	110,187件
	費用額	33億3694万円	33億5259万円	32億7535万円	33億5433万円	34億4340万円	62億4343万円
一人あたり医療費		37.2万円	38.4万円	38.0万円	39.9万円	42.8万円	90.1万円

出典：ヘルスサポートラボツール

また、生活習慣病疾患の医療費割合を国保と後期で比較すると、慢性腎不全(透析あり)では後期は国保の約2倍、脳梗塞・脳出血は1.4倍、筋・骨疾患は1.6倍に増えています。国保からの健康管理・重症化予防の取組みで、後期医療費の負担を減らしていくことが重要です。(図表 33)

阿波市はこれまで、糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできました。短期的目標疾患の糖尿病及の総医療費に占める割合は、国と比較してもまだ高く、今後も糖尿病の重症化予防に向けた保健指導への取組みを強化していくとともに、治療者も特定健診を受診していただき、血糖コントロールやその他のリスクについて経年的に管理していく必要があります。

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患		
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
① 国保	阿波市	34億4340万円	34,710	3.36%	0.26%	1.80%	2.20%	5.72%	3.50%	2.19%	6億5564万円	19.04%	17.22%	10.09%	7.63%
	同規模	--	31,918	4.05%	0.30%	2.10%	1.39%	5.83%	3.39%	2.04%	--	19.11%	16.91%	8.74%	9.00%
	県	--	31,476	2.34%	0.34%	1.44%	1.80%	5.73%	3.16%	1.98%	--	16.79%	16.11%	11.18%	8.54%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
② 後期	阿波市	62億4343万円	76,163	6.62%	0.52%	2.50%	2.38%	3.79%	3.17%	1.43%	12億7520万円	20.42%	10.38%	2.80%	12.52%
	同規模	--	70,726	4.19%	0.51%	4.09%	1.45%	4.05%	3.15%	1.25%	--	18.69%	10.49%	4.11%	12.58%
	県	--	79,523	5.87%	0.55%	3.29%	1.95%	3.81%	2.75%	1.18%	--	19.40%	9.32%	3.86%	14.41%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

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

80万円以上の高額レセプトは毎年増加しており、令和4年度のレセプト件数は681件でした。また、後期になると、高額レセプトの人数・件数共に約2倍に増えることがわかります。(図表34)

図表34 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度	
高額レセプト (80万円以上/ 件)	人数	A	316人	331人	338人	339人	326人	769人
	件数	B	532件	582件	598件	645件	681件	1,396件
		B/総件数	0.59%	0.66%	0.72%	0.75%	0.80%	1.27%
	費用額	C	7億1469万円	7億2388万円	7億4576万円	8億2001万円	9億0906万円	17億1831万円
		C/総費用	21.4%	21.6%	22.8%	24.4%	26.4%	27.5%

出典:ヘルスサポートラボツール

虚血性心疾患の高額レセプトは、令和1年度以降、件数・人数及び費用額全てにおいて増加しています。

また、年代別にみると、50代以下の年齢の方がいることが分かります。

虚血性心疾患の背景となるメタボリックシンドロームを解決していくことが医療費適正化においても重要といえます。(図表35)

図表35 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度								
虚血性心疾患	人数	G	23人	21人	22人	21人	24人	44人							
		G/A	7.3%	6.3%	6.5%	6.2%	7.4%	5.7%							
	件数	H	26件	25件	25件	27件	33件	54件							
		H/B	4.9%	4.3%	4.2%	4.2%	4.8%	3.9%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	3	5.6%				
		40代	0	0.0%	0	0.0%	3	12.0%	0	0.0%	70-74歳	1	1.9%		
		50代	4	15.4%	7	28.0%	3	12.0%	2	7.4%	7	21.2%	75-80歳	24	44.4%
		60代	11	42.3%	15	60.0%	11	44.0%	14	51.9%	15	45.5%	80代	23	42.6%
		70-74歳	11	42.3%	3	12.0%	8	32.0%	11	40.7%	11	33.3%	90歳以上	3	5.6%
	費用額	I	3394万円	3495万円	3344万円	3324万円	4490万円	7099万円							
I/C		4.7%	4.8%	4.5%	4.1%	4.9%	4.1%								

出典:ヘルスサポートラボツール

脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要するケースも多いため、長期にわたり医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳梗塞や脳出血を発症させないために高血圧の重症化予防に力を入れる必要があります。(図表 36)

図表 36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

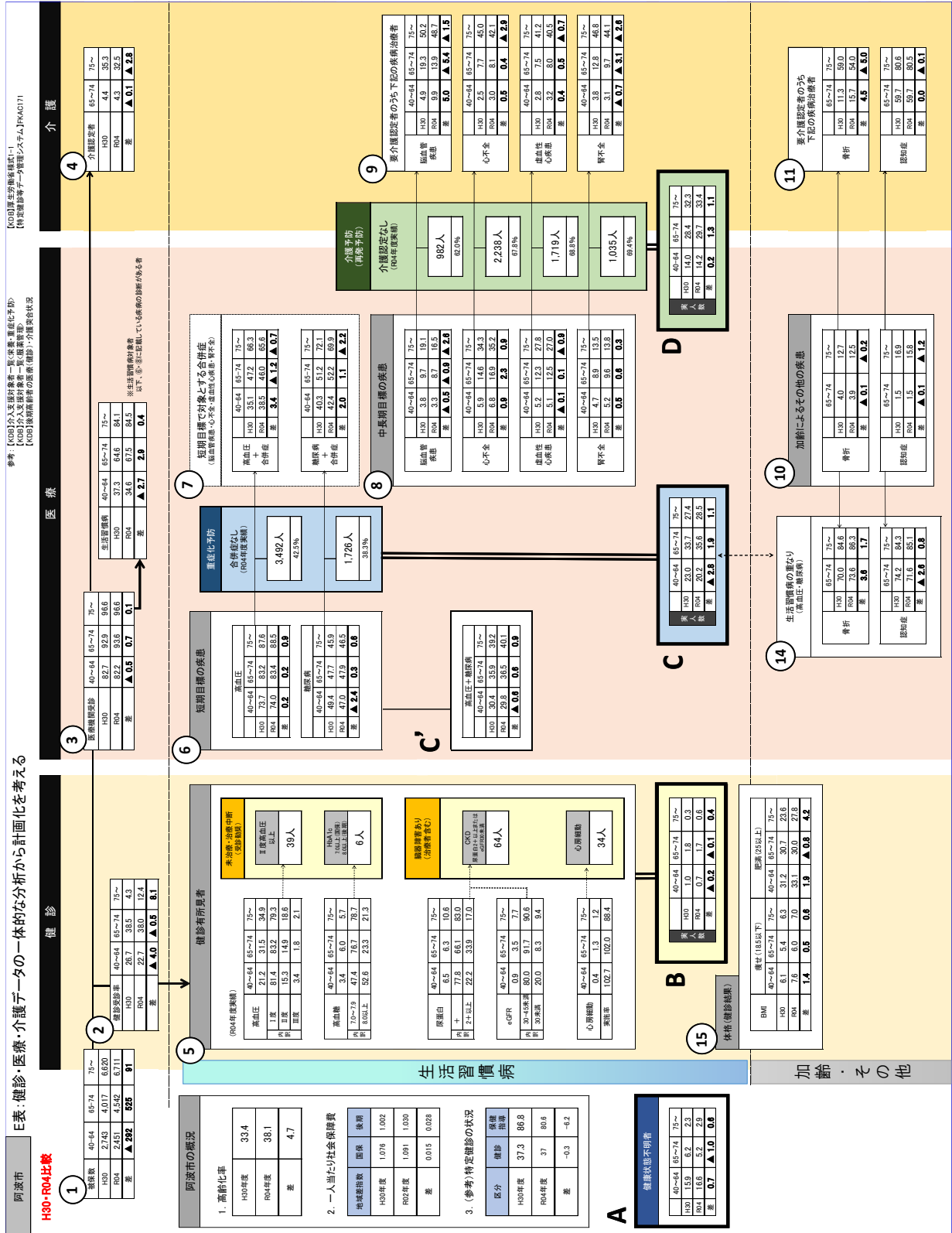
対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期:R04年度			
脳血管疾患	人数	D	13人		19人		13人		10人		14人		33人		
		D/A	4.1%		5.7%		3.8%		2.9%		4.3%		4.3%		
	件数	E	20件		26件		25件		13件		28件		64件		
		E/B	3.8%		4.5%		4.2%		2.0%		4.1%		4.6%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	7.1%	65-69歳	0	0.0%
		40代	1	5.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	3	11.5%	2	8.0%	1	7.7%	1	3.6%	75-80歳	10	15.6%
		60代	10	50.0%	14	53.8%	4	16.0%	1	7.7%	0	0.0%	80代	40	62.5%
		70-74歳	9	45.0%	9	34.6%	19	76.0%	11	84.6%	25	89.3%	90歳以上	14	21.9%
	費用額	F	2260万円		2699万円		3073万円		1391万円		3312万円		7755万円		
F/C		3.2%		3.7%		4.1%		1.7%		3.6%		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

本市では、(2)「健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える」帳票で、40-64 歳、65-74 歳(前前期高齢者)、75 歳以上(後期高齢者)の 3 つの年代で、健康・医療情報等を活用した被保険者の健康状態等の分析を行い、健康課題を明確化し、予防活動の優先順位を決定しています。(図表 37)

図表 37 健診・医療・介護データの一体的な分析



(3)健康課題の明確化(図表 32~42)

健診・医療・介護のデータについて、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しました。

①の被保険者数からは、65 歳以上の高齢者が確実に増えていることが分かります。

②の健診受診率を年代別にみると、「75 歳以上」の受診率が増加しています。これは、本市では R 令和 3 年度より後期高齢者の保健事業(一体化事業)を開始し、後期高齢者健診の受診勧奨を行ったためと考えられます。

⑮の体格をみると、BMI18.5 未満、BMI25 以上対象者が共に増加しており、適正体重の維持が困難になってきています。特に BMI25 以上は、「40-64 歳」と「75 歳以上」の年代で増加しており、若い年代と後期高齢者の肥満が特に課題となっています。(図表 38)

図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 認定 率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑮ 体格(健診結果)					
		被保険者数			健診受診率			BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	35.3	2,743	4,017	6,620	26.7	38.5	4.3	6.1	5.4	6.3	31.2	30.7	23.6
R04	32.5	2,451	4,542	6,711	22.7	38.0	12.4	7.6	6.0	7.0	33.1	30.0	27.8

健診有所見状況では、⑤の未治療者・治療中断者の状況を見ると、Ⅱ度高血圧対象者は、「40-64 歳」で増加しています。HbA1c7.0%以上は「65-74 歳」の年代が増加していることから、増加の背景についても市の実態を確認するとともに、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 39 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0%以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動											
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-							
H30	22	3.0	(8)	92	6.0	(33)	26	9.2	(13)	32	4.4	(4)	73	4.7	(6)	1	0.4	(0)	17	2.3	32	2.1	4	1.4	0	--	0	--	0	--
R04	22	4.0	(7)	91	5.3	(17)	60	7.2	(15)	19	3.4	(1)	103	6.0	(4)	10	1.2	(1)	8	1.4	38	2.2	18	2.2	2	0.4	23	1.3	9	1.1

※徳島県では心電図検査を令和 2 年度から全数実施

生活習慣病受診者をみると「高血圧+合併症」「糖尿病+合併症」のうち、40-64 歳の割合が共に平成 30 年度から令和 4 年度に増加しています。若い年齢層の重症化予防が急がれます。

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
	医療機関 受診			生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			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								
H30	82.7	92.9	96.6	37.3	64.6	84.1	73.7	83.2	87.6	49.4	47.7	45.9	30.4	35.9	39.2	35.1	47.2	66.3	40.3	51.2	72.1
R04	82.2	93.6	96.6	34.6	67.5	84.5	74.0	83.4	88.5	47.0	47.9	46.5	29.8	36.5	40.1	38.5	46.0	65.6	42.4	52.2	69.9

注)合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

⑧の中長期目標の疾患割合を年齢別にみると、脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全ともに、75歳以上になると増加しています。また、⑨の中長期疾患受診者の介護認定者割合をみると、75歳以上では40.5～48.7%方に介護認定があります。特に割合が高い疾患が脳血管疾患で、令和4年では脳血管疾患受診者のうち48.7%が介護認定を持っています。介護認定者の背景にはどの疾患が原因であったのかを具体的に確認する必要があります。

図表 41 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(被保険者割合)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
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	3.8	9.7	19.1	5.2	12.3	27.8	5.9	14.6	34.3	4.7	8.9	13.5	4.9	19.3	50.2	2.8	7.5	41.2	2.5	7.7	45.0	3.8	12.8	46.8
R04	3.3	8.7	16.5	5.1	12.5	27.0	6.8	16.9	35.2	5.2	9.6	13.8	9.9	13.9	48.7	3.2	8.0	40.5	3.0	8.1	42.1	3.1	9.7	44.1

⑩の骨折・認知症受診者のうち⑭の生活習慣病(高血圧・糖尿病)の重なりをみてみると、65-74歳では7割、75歳以上になると8割以上の方に重なりがあります。認知症予防と高血圧・糖尿病のリスクについて確認し、認知症予防や骨折予防の視点を持ち、保健事業を実施していきます。

図表 42 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
年度	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	70.0	84.6	74.2	84.3	4.0	12.7	1.5	16.9	11.3	59.0	59.7	80.6
R04	73.6	86.3	71.6	85.1	3.9	12.5	1.5	15.8	15.7	54.0	59.7	80.5

図表 38～42 出典:KDB システムデータ

(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）に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取り組み方法については、第4章に記載していきます。

2) 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おり、計画から見直します。改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できます。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておきます。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 43)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から、重症化予防、医療費適正化へつなげるには、適切な時期での受診を促し、入院に係る医療費を抑えることを目指します。

③ 短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少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、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。

また、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 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法		
			初期値	中間評価	最終評価			
			R6 (R4)	備 (R7)	備 (R10)	(活用データ)		
中長期目標	アウトカム指標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.80%	1.80%	1.80%	KDBシステム・阿波市健康推進課	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	2.20%	2.20%	2.20%		
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	3.36%	3.36%	3.36%		
			慢性人工透析患者数(うち新規透析患者数)の減少	39人 (7人)	35人 (6人)	30人 (5人)		
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	21.0%	20.0%	19.0%		
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少(割合)	18.2%	17.0%	16.0%		
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少(人数)	6人	5人	4人		
短期目標	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・予備群の減少率	32.7%	31.7%	30.7%	阿波市健康推進課	
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	5.1%	4.1%	3.1%		
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	8%	7%	6%		
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	10.5%	9.5%	8.0%		
			★健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合の減少	1.5%	1.3%	1.1%		
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	47.1%	55.0%	60.0%		
			その他	アウトプット指標	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上		37.0%
★特定保健指導実施率60%以上	80.6%	90.0%				95.0%		
★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少	9.8%	9.0%				8.0%		
その他	アウトプット指標	活動的な生活を送るための基本的な身体活動の増加	運動習慣のある者の割合の増加	1日30分以上の運動を週2回以上、1年実施している者の割合	41.1%	42.0%	43.0%	特定健診標準的な質問票より 質問10 質問11
				日常生活において歩行等の身体活動を1時間/日以上実施している者の割合	48.2%	49.0%	50.0%	

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高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年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 44 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	40%	45%	50%	55%	60%	60%
特定保健指導実施率	90%	90%	90%	95%	95%	95%

3. 対象者の見込み

図表 45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		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	6025人	5544人	5190人	5196人	4371人	4006人
	受診者数	2410人	2494人	2595人	2857人	2622人	2403人
特定保健指導	対象者数	241人	249人	259人	285人	262人	240人
	受診者数	216人	224人	233人	270人	248人	228人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

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

- ① 集団健診(市内保健センター他)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

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

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施期間については、徳島県国保連合会(もしくは阿波市)のホームページに掲載する。

徳島県国保連合会 URL : <https://tokushima-kokuhoren.or.jp/>

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1C・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

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

図表 46 特定健診検査項目

○阿波市特定健診検査項目

健診項目		阿波市	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1C	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	○
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	○	□
	血色素量	○	□
	赤血球数	○	□
その他	心電図	○	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	□

○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目

●…いずれの項目の実施で可

(5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

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

(7) 代行機関

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

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動を年間通して行います。

図表 47 特定健診実施スケジュール(例示)

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 ↓ 健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時可) (特定健診の開始)	(特定保健指導の実施)
5月		↓	健診データ抽出(前年度)
6月		健診データ受取 → 費用決裁 → 保健指導対象者の抽出	↓
7月		(特定保健指導の開始)	実施実績の分析実施方法、委託先機関の見直し等
8月		↓	↓
9月		(特定健診・特定保健指導の実施)	↓
10月		↓	受診・実施率実績の算出
11月	契約に関わる 予算手続き	↓	支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
12月		↓	
1月		↓	
2月		↓	
3月	契約準備	(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

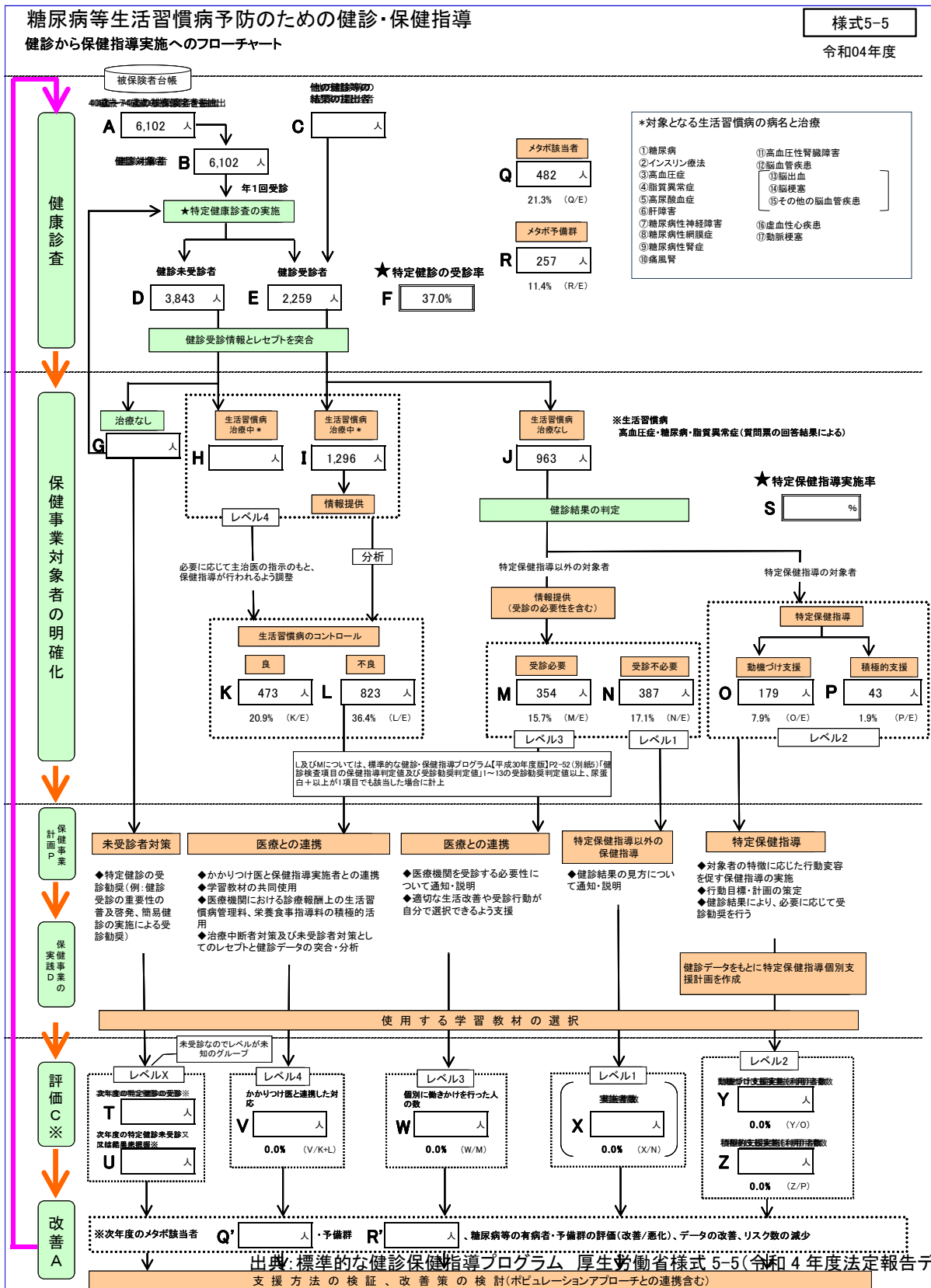
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「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 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



(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 49 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	222人 (9.8%)	95%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	354人 (15.7%)	◆HbA1c6.5%以上→100% ◆上記以外→100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	3,843人 ※受診率目標達成までにあと、約1400人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	387人 (17.1%)	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	1,296人 (57.4%)	◆HbA1c6.5%以上かつ治療中→80% ◆CKD→60%

(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 50 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	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎診療情報提供の依頼 ◎個別健康診査実施の依頼		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月	◎特定健康診査の開始		◎市民健診、後期高齢者健診、がん検診開始
6月		◎対象者の抽出	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月		◎保健指導の開始	
8月			
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月		◎利用券の登録	
11月			
12月			
1月			
2月	◎健診の終了		
3月			

6. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

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

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

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章 課題解決に向けた個別保健事業

I. 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、腎不全、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、慢性腎臓病(CKD)、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、重症化予防の取組みとポピュレーションアプローチを組み合わせる必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防等の取組みを行います。

具体的には、医療受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方には、医療機関と連携し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みとしては、生活習慣病の重症化による医療費や介護費等の実態を広く市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。

II. 重症化予防の取組み

本市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、図表 51 より 849 人(37.6%)です。そのうち治療なしが

222 人(22.6%)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 142 人(64.0%)です。すでに治療中の 627 人(49.1%)についても専門医への受診の有無や投薬状況、データの経年変化を確認し、値の改善を目指さなければいけません。

本市においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、222 人中 88 人(10.4%)であるため、特定保健指導の徹底もあ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 51 脳・心・腎を守るために

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少		虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少		糖尿病性腎症 による年間新発透析導入患者数の減少		<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(2023年改訂版) (循環器科の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	
↓ 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 style="border: 1px solid black; padding: 5px;">クモ膜下出血 (5.8%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">脳出血 (18.5%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">脳梗塞 (75.9%)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">心原性 脳塞栓症 (27.7%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">ラクナ 梗塞 (31.2%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)</div> </div> <p style="font-size: small;">※脳卒中 データリンク 2015より</p>		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">心筋梗塞</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">労作性 狭心症</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">安静 狭心症</div> </div>					
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)	
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)	
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者	重症化予防対象者 (実人数)
該当者数	115 5.1%	23 1.0%	54 2.4%	59 2.6%	482 21.3%	181 8.0%	303 13.4%	849 37.6%
治療なし	48 3.7%	3 0.3%	49 3.2%	38 2.5%	56 5.7%	79 3.9%	98 10.0%	222 22.6%
(再掲) 特定保健指導	16 13.9%	2 8.7%	9 16.7%	7 11.9%	56 11.6%	14 7.7%	29 9.6%	88 10.4%
治療中	67 6.9%	20 1.6%	5 0.7%	21 2.9%	426 33.3%	102 45.5%	205 16.0%	627 49.1%
臓器障害 あり	31 64.6%	3 100.0%	21 42.9%	20 52.6%	24 42.9%	42 53.2%	98 100.0%	142 64.0%
CKD(専門医対象者)	11	0	12	8	9	17	98	98
心電図所見あり	27	3	13	15	20	31	32	76
臓器障害 なし	17 35.4%	--	28 57.1%	18 47.4%	32 57.1%	37 46.8%	--	--

出典:KDB システム 疾病管理一覧 CSV、特定健診結果(法定報告)ほか

1. 糖尿病性腎症重症化予防

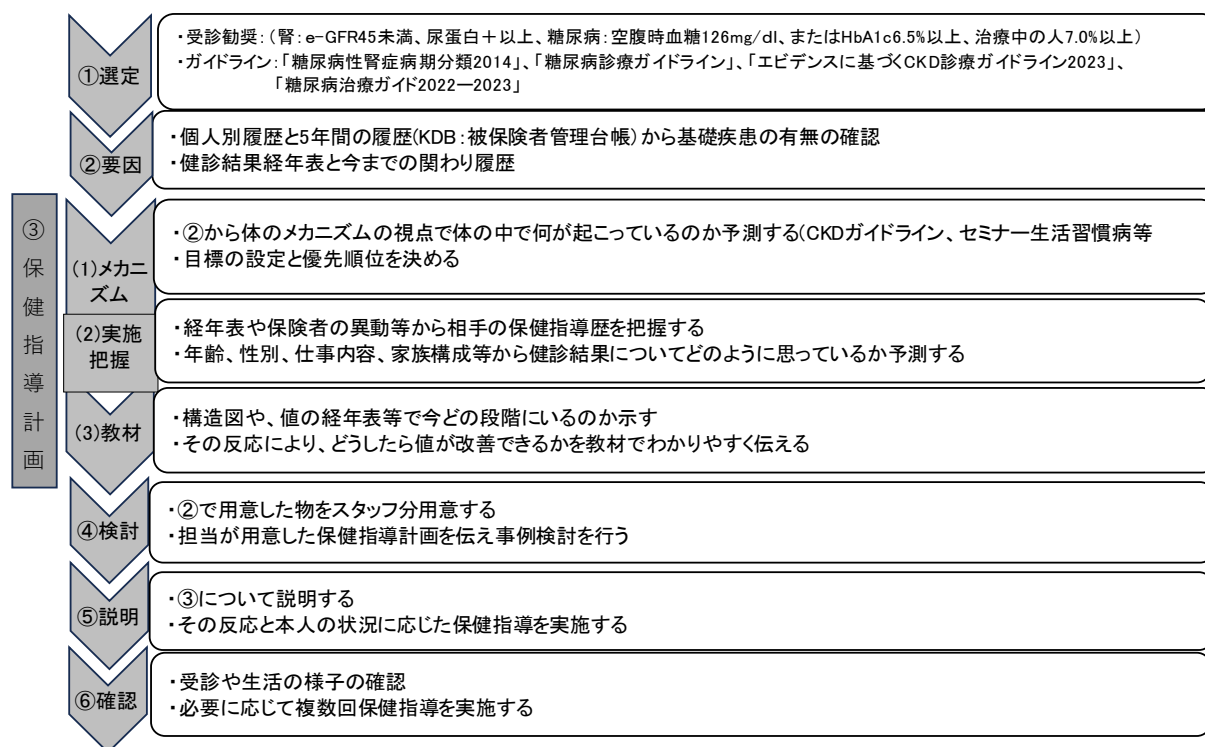
1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組みにあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成 31 年 4 月 25 日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(平成 29 年 3 月 29 日策定、令和 3 年 3 月 30 日改定)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、取組みにあたっては図表 52 に沿って実施します。

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

図表 52 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、徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者
- ア. 糖尿病性腎症で通院している者
- イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

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

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

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

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

本市においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能です。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となっていますが、阿波市では令和2年度より二次検査として、尿中アルブミン定量検査を開始し、より早期の段階の腎障害の発見が可能となっています。

② 基準に基づく該当者数の把握

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

本市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、93人(29.3%・F)でした。また、40~74歳における糖尿病治療者2,027人のうち、特定健診受診者が224人(70.7%・G)であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者1,803人(88.9%・I)については、治療中である

が、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要です。

③介入方法と優先順位

図表 54 より本市における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）・・・255人

優先順位 2

【保健指導】

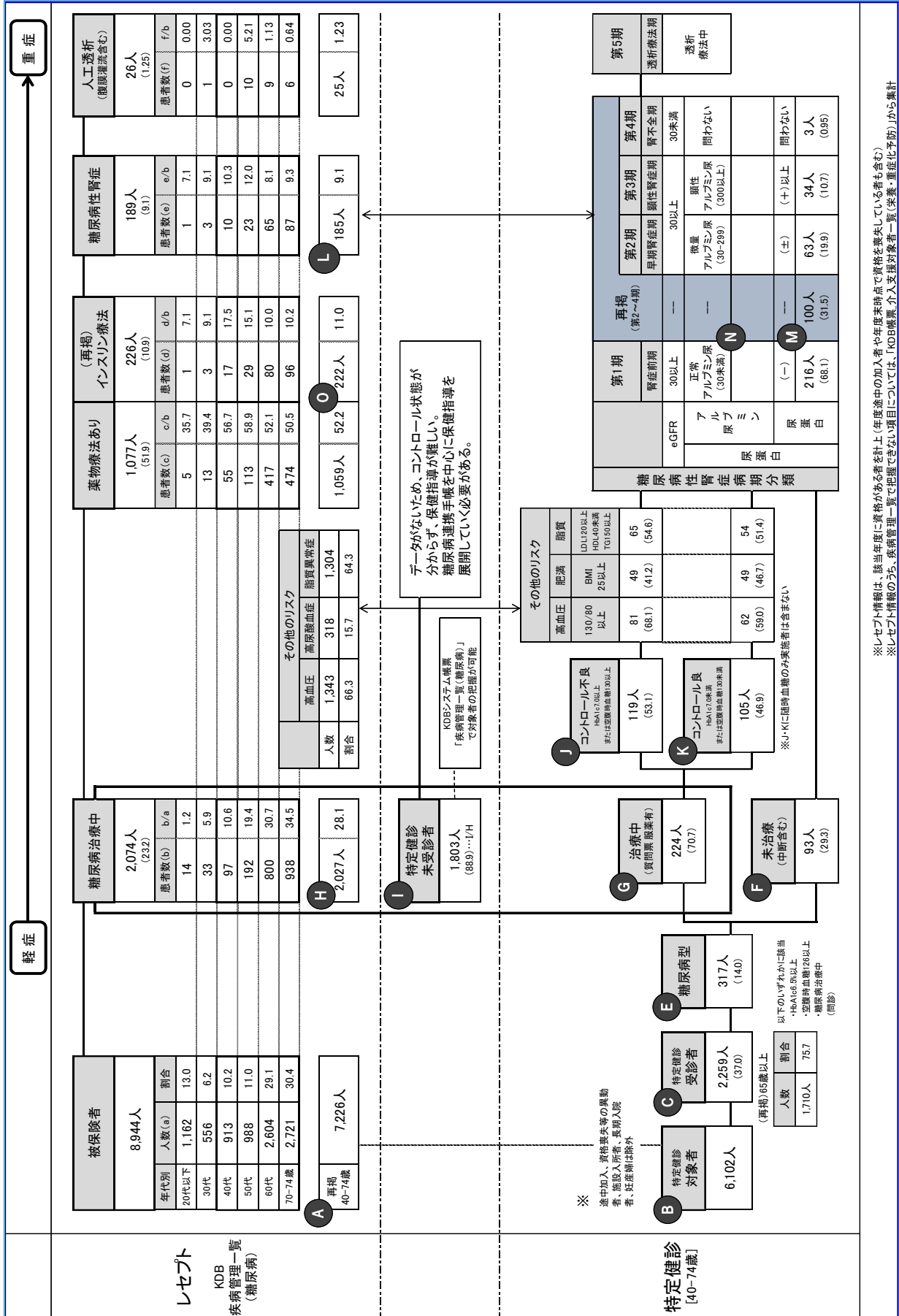
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・268人
治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

- ・1の中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→管理台帳
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

図表 54 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



3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。本市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。

また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っています。

図表 55 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける（保健指導教材）

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

(2) 二次健診等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期を逃す恐れがあります。本市では令和2年度より、糖尿病性腎症重症化ハイリスク者の増加抑制、ひいては新規透析導入の減少を目的に、糖尿病型かつ尿蛋白定性(一)(±)及び糖尿病未治療の対象者へ、二次検査として尿アルブミン検査・尿中塩分摂取量検査を実施しました。結果に基づき早期介入を行うことで糖尿病性腎症重症化予防を目指します。

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

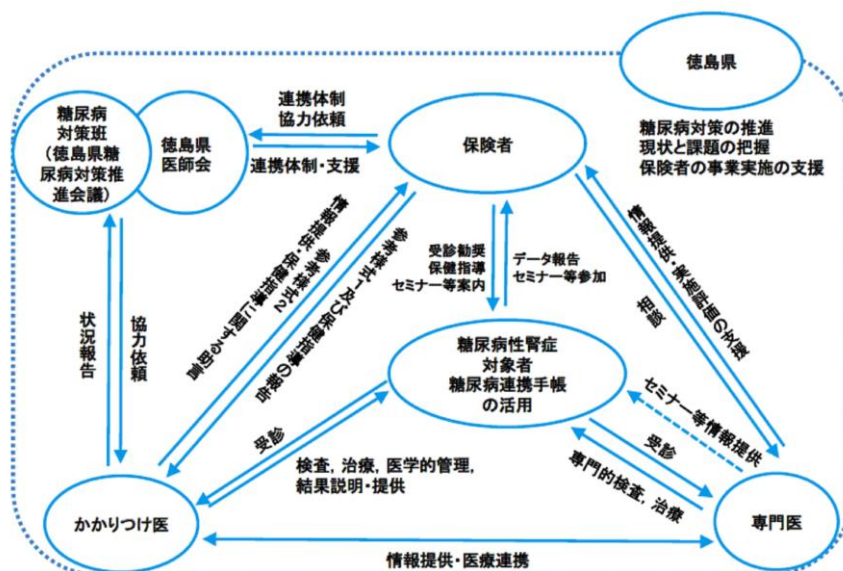
医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用します。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては徳島県のプログラムに準じて行っていきます。

【糖尿病対策推進連携協議会との連携】

糖尿病性腎症重症化予防において、徳島県における糖尿病対策の中心的役割を担う徳島県医師会糖尿病対策班、郡市医師会担当医と連携し、保険者と医療関係者が密接に連携した取り組みを行います。



出典:徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

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、介護保険課(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、年1回行うものとしします。その際は糖尿病管

理台帳の情報及び KDB 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 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価を用いて行っていきます。

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

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

②保健指導対象者に対する評価

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

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

出典：KDB システムデータ

項目	総合表	阿波市										同規模保険者(平均)		データ基		
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 被保険者数	9,210人		8,960人		8,736人		8,662人		8,406人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	② (再掲)40-74歳	7,484人		7,335人		7,235人		7,210人		7,049人						
2	① 対象者数	6,764人		6,629人		6,556人		6,394人		6,102人				市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書		
	② 特定健診 受診者数	2,520人		2,426人		2,363人		2,340人		2,259人						
	③ 受診率	37.3%		36.6%		36.0%		36.6%		37.0%						
3	① 特定 保健指導 対象者数	319人		268人		244人		212人		222人						
	② 実施率	86.8%		86.6%		81.1%		82.1%		80.6%						
4	健診 データ	① 糖尿病型	E	343人	13.6%	334人	13.8%	332人	14.0%	340人	14.5%	330人	14.2%			
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	131人	38.2%	133人	39.8%	110人	33.1%	113人	33.2%	99人	30.0%			
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	212人	61.8%	201人	60.2%	222人	66.9%	227人	66.8%	231人	70.0%			
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	110人	51.9%	99人	49.3%	107人	48.2%	112人	49.3%	121人	52.4%			
		⑤ 血圧 130/80以上		74人	67.3%	59人	59.6%	55人	51.4%	71人	63.4%	81人	66.9%			
		⑥ 肥満 BMI25以上		59人	53.6%	53人	53.5%	58人	54.2%	52人	46.4%	50人	41.3%			
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	102人	48.1%	102人	50.7%	115人	51.8%	115人	50.7%	110人	47.6%			
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	226人	65.9%	211人	63.2%	224人	67.5%	241人	70.9%	226人	68.5%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		64人	18.7%	74人	22.2%	69人	20.8%	54人	15.9%	66人	20.0%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)		53人	15.5%	48人	14.4%	35人	10.5%	44人	12.9%	34人	10.3%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	1人	0.3%	3人	0.9%	0人	0.0%	3人	0.9%			
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)	140.9人		144.9人		139.0人		149.2人		151.1人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)	170.5人		174.9人		164.9人		176.1人		177.6人					
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者対	7,359件	(1008.1)	7,642件	(1067.5)	7,731件	(1082.9)	8,014件	(1142.7)	7,951件	(1184.6)	1,557,522件	(95.6)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
		④ 入院外(件数)	44件	(6.0)	41件	(5.7)	41件	(5.7)	39件	(5.6)	32件	(4.8)	7,406件	(4.5)		
		⑤ 入院(件数)	44件	(6.0)	41件	(5.7)	41件	(5.7)	39件	(5.6)	32件	(4.8)	7,406件	(4.5)		
		⑥ 糖尿病治療中	H	1,298人	14.1%	1,298人	14.5%	1,214人	13.9%	1,292人	14.9%	1,270人	15.1%			
		⑦ (再掲)40-74歳	I	1,276人	17.0%	1,283人	17.5%	1,193人	16.5%	1,270人	17.6%	1,252人	17.8%			
		⑧ 健診未受診者	O	1,064人	83.4%	1,071人	83.5%	971人	81.4%	1,043人	82.1%	1,021人	81.5%			
		⑨ インスリン治療	L	138人	10.6%	136人	10.5%	125人	10.3%	124人	9.6%	110人	8.7%			
		⑩ (再掲)40-74歳		133人	10.4%	132人	10.3%	122人	10.2%	121人	9.5%	109人	8.7%			
		⑪ 糖尿病性腎症		82人	6.3%	86人	6.6%	90人	7.4%	114人	8.8%	128人	10.1%			
		⑫ (再掲)40-74歳		81人	6.3%	84人	6.5%	88人	7.4%	113人	8.9%	125人	10.0%			
		⑬ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		24人	1.8%	19人	1.5%	22人	1.8%	19人	1.5%	17人	1.3%			
		⑭ (再掲)40-74歳		24人	1.9%	19人	1.5%	21人	1.8%	18人	1.4%	16人	1.3%			
		⑮ 新規透析患者数		7人		9人		6人		8人		7人		阿波市作成透析台帳		
		⑯ (再掲)糖尿病性腎症		2人		2人		3人		5人		6人				
⑰ 【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)		66人	3.6%	61人	3.4%	55人	3.1%	52人	2.8%	57人	3.0%	KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期				
6	医療費	① 総医療費	33億3694万円		33億5259万円		32億7535万円		33億5433万円		34億4340万円		28億4626万円		KDB 健診・医療・介護データか らみられる地域の健康課題	
		② 生活習慣病総医療費	18億0572万円		18億3959万円		18億2827万円		18億2674万円		18億6434万円		15億3700万円			
		③ (総医療費に占める割合)	54.1%		54.9%		55.8%		54.5%		54.1%		54.0%			
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	5,258円		4,274円		5,258円		5,183円		4,661円		7,237円			
		⑤ 健診受診者	32,070円		34,790円		32,779円		32,797円		36,346円		38,862円			
		⑥ 健診未受診者	2億0183万円		2億0490万円		2億0277万円		2億0510万円		1億9703万円		1億6596万円			
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	11.2%		11.1%		11.1%		11.2%		10.6%		10.8%			
		⑧ 糖尿病入院外総医療費	5億7033万円		6億1012万円		5億8107万円		6億0802万円		6億0508万円					
		⑨ 1件あたり	33,636円		35,944円		33,985円		34,800円		35,395円					
		⑩ 糖尿病入院総医療費	4億2430万円		3億6622万円		4億2460万円		4億3175万円		4億0395万円					
		⑪ 1件あたり	553,189円		519,458円		569,166円		603,845円		594,040円					
		⑫ 在院日数	18日		19日		18日		18日		18日					
		⑬ 慢性腎不全医療費	1億3528万円		1億2889万円		1億3644万円		1億2400万円		1億2476万円		1億2396万円			
		⑭ 透析有り	1億2468万円		1億2433万円		1億3222万円		1億1721万円		1億1570万円		1億1532万円			
		⑮ 透析なし	1060万円		455万円		423万円		680万円		906万円		863万円			
7	介護	① 介護給付費	39億5660万円		40億5626万円		40億3293万円		39億8544万円		38億9519万円		34億9905万円			
		② (2号認定者)糖尿病合併症	4件		5件		4件		5件		3件		16.7%			
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)	7人		9人		7人		7人		8人		2,819人		1.0%	KDB_健診・医療・介護データ からみられる地域の健康課題

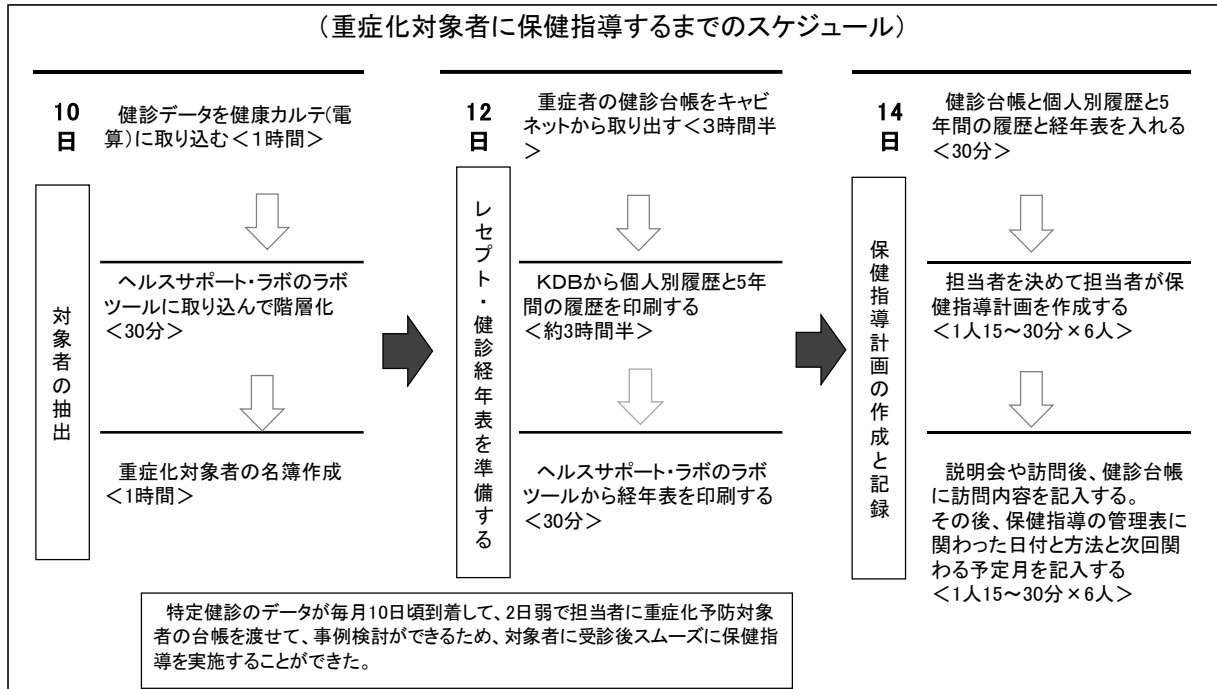
7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

7月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

図表 57 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2. 慢性腎臓病(CKD)重症化予防

1) 基本的な考え方

慢性腎臓病重症化予防の取り組みにあたっては、「生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言～CKD(慢性腎臓病)の発症予防・早期発見・重症化予防～」(平成28年3月31日 日本腎臓学会編 CKD 予防・早期発見・重症化予防に向けた提言 作成委員)、徳島県慢性腎臓病医療連携協議会およびCKD診療ガイドラインに基づき実施していきます。

表9

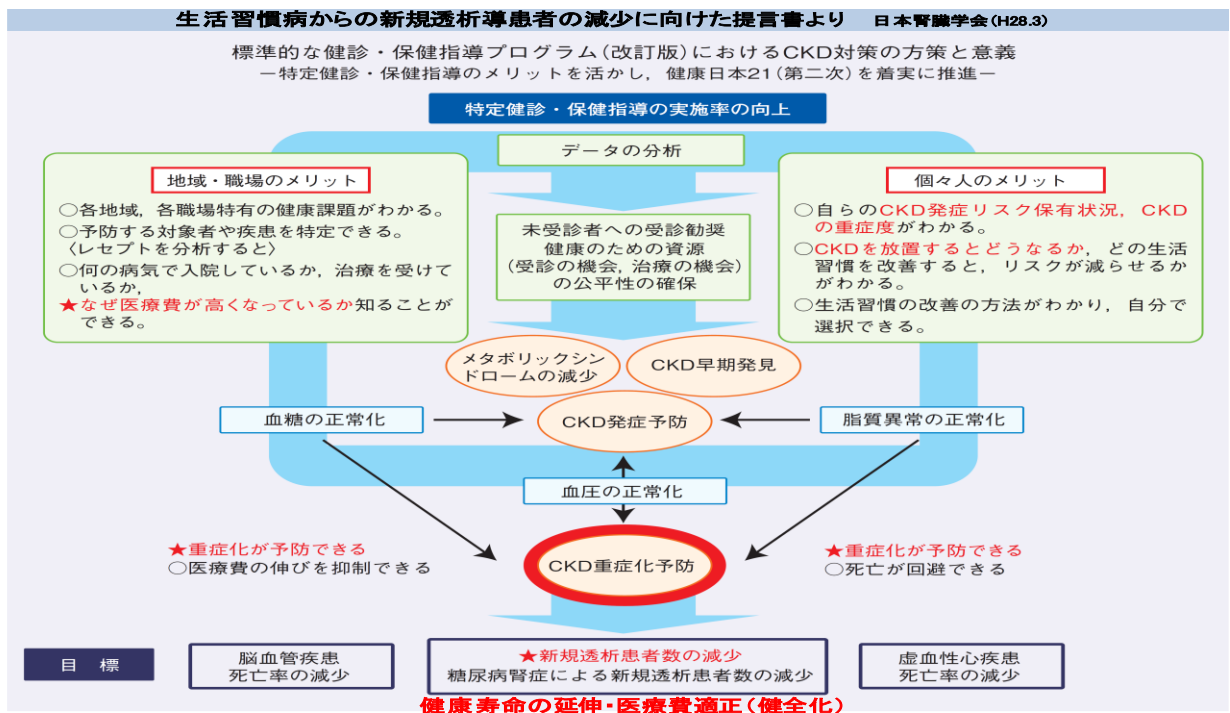


表10 特定健診・保健指導からの、CKDの発症予防・早期発見・重症化予防

	1) 発症予防	2) 早期発見	3) 重症化予防
	生活習慣を見直し 腎臓に不必要な負担をかけない	健診でCKDを早期に発見	みつかったCKDを放置せず、かかりつけ医や専門医によって適切な治療を実現
腎機能	過去の尿検査で尿蛋白陽性者 eGFR低下者(1年で5低下、25%低下)	腎障害 尿蛋白(定性検査) 腎機能 eGFR(定量検査)★ (血清クレアチニン)	尿蛋白定量検査(定量/Cr比)★ eGFR(血清クレアチニン) 尿アルブミン(定量/Cr比)
生活習慣病関連の検査	生活習慣病 耐糖能異常 肥満 高血圧 脂質異常 高尿酸血症 メタボリックシンドローム 高血圧 脂質異常症 高尿酸血症	重症化予防 糖尿病性腎症 腎硬化症 痛風腎	CKDの重症度分類 ステージごとの適切な治療 CKDの診療方針 CKD患者の管理目標 慢性腎不全 虚血性心疾患 脳血管疾患 CKD患者は、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患発症の危険性が極めて高い 医療機関の受診 ●CKDの原因精査、治療の判断 ●CVDを含む合併症の検査と治療 ●腎代替療法(透析・移植)の情報提供と準備 CKD進展管理 貧血・骨・ミネラル・カリウム・尿酸 尿毒素・薬剤
生活習慣など	過度の飲酒 喫煙 鎮痛剤の常用 食塩の過剰摂取 CKDの家族歴	徳島県CKD病診連携紹介基準 糖尿病連携手帳・CKD予防手帳	
	生活習慣病管理 血圧 血糖値 脂質コントロール 体重・食事・たばこ		

表 11 阿波市におけるライフサイクルにおける健診と対策

ライフサイクル	妊娠・出産	産婦	乳児期	幼児期	学童・青年期	若年期	中年期	高齢期
健診名	妊婦健診	産婦健診	乳児健診	1歳半・2歳児・3歳児健診	学校検尿	職域健診 フレッシュ健診 (20歳～39歳)	(40歳～) 特定健診 基本健診	(75歳～) 後期高齢者健診
根拠法	母子保健法				学校保健安全法	労働安全衛生法 健康増進法	高齢者の医療確保法 健康増進法	高齢者の医療確保法
腎臓の視点での健康実態把握	検査及び問診項目							
	世帯家族	<ul style="list-style-type: none"> 腎疾患の家族歴 生活習慣 						
	地域	<ul style="list-style-type: none"> 保健師は地域特有の生活習慣を把握 各種健診結果を把握、継続的に支援する体制づくり 健康に関する情報を集約 						

.....医療保険・健診種別によって実施の有無違いあり

妊娠期から高齢期にかけて、すべてのライフサイクルで、検尿をはじめ腎機能についての健診が実施されています。生涯にわたる健診・保健指導を実施する上で、慢性腎臓病（CKD）の発症予防、重症化予防の視点を持ち、取り組んでいきます。

2) 慢性腎臓病（CKD）の状況

表 12

CKD重症度分類及び特定健診受診者における該当者数 (R4年度)

原疾患	糖尿病		正常	微量アルブミン尿		顕性アルブミン尿	
	高血圧・腎炎など		正常	軽度蛋白尿		高度蛋白尿	
尿蛋白区分			A1	A2		A3	
GFR区分 (ml/分/1.73m ²)			(-)	(±)	【再掲】 尿潜血十以上	(+)以上	
尿検査・GFR 共に実施 2,256 人							
G1	正常 または高値	90以上	196 人 8.7%	152 人 6.7%	27 人 1.2%	6 人 22.2%	17 人 0.8%
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	1,553 人 68.8%	1,252 人 55.5%	216 人 9.6%	34 人 15.7%	85 人 3.8%
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	443 人 19.6%	346 人 15.3%	69 人 3.1%	14 人 20.3%	28 人 1.2%
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	59 人 2.6%	39 人 1.7%	6 人 0.3%	1 人 16.7%	14 人 0.6%
G4	高度低下	15-30 未満	5 人 0.2%	0 人 0.0%	1 人 0.0%	0 人 0.0%	4 人 0.2%
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	0 人 0.0%	0 人 0.0%	0 人 0.0%	0 人 —	0 人 0.0%

年代別 CKD該当者数 (CKD重症度分類別)

重症度分類	実施者数 2,256 人	総数				
		40代	50代	60代	70-74歳	
①グループ 重症度分類:赤	53 人 2.3%	1 人 1.9%	4 人 7.5%	15 人 28.3%	33 人 62.3%	
②グループ 重症度分類:オレンジ	210 人 9.3%	13 人 6.2%	14 人 6.7%	74 人 35.2%	109 人 51.9%	
③グループ 重症度分類:黄色	589 人 26.1%	31 人 5.3%	28 人 4.8%	211 人 35.8%	319 人 54.2%	
④グループ 重症度分類:緑	1,404 人 62.2%	112 人 8.0%	124 人 8.8%	572 人 40.7%	596 人 42.5%	

3) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

特定健診の結果、CKD 重症度分類に基づき、黄色・オレンジ・赤色の分類となる対象者のうち、肥満・血圧・血糖・脂質・尿酸の高値や未治療者など、リスクの重なりのある方を優先的に、保健指導を実施します。

(2) 重症化予防対象者の抽出

特定健診結果において重症化予防対象者の抽出を行います。

さらに、尿蛋白定量検査の実施により、より正確に重症化予防対象者を抽出します。

○尿蛋白定量検査の実施

- ・国保人間ドックの検査項目に追加…R3 年度より実施

- ・阿波市集団健診（国保・特定健診受診者）の検査項目に追加…R5 年度より実施

○尿蛋白定量検査の実施において、CKD 重症度分類におけるオレンジ・赤色の対象者数がかなり減少しました。このことにより、リスクの高い対象者が明確になり、保健指導を実施することができています。

また、腎臓専門医への紹介基準対象者数も減少しました。現在、本市には腎臓専門医はいないため、市外医療機関への受診・通院が必要となります。特定健診において尿蛋白定量検査体制を充実させていくことで、腎臓専門医受診が必要な対象者がより明確になり、このことによりかかりつけ医と腎臓専門医の診療連携を推進していきます。

表 13

R5年度 阿波市国保ドック・集団健診受診者546名の尿蛋白定性検査と尿蛋白定量検査のCKD重症度分類

尿蛋白		蛋白尿区分		A1	A2		A3
		尿蛋白定性		-	±		+
		尿蛋白定量 (g/日)	正常	軽度蛋白尿	【再掲】 尿潜血+	高度蛋白尿	
定性検査	尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	0.15未満	0.15~0.49	以上	0.50以上		
	eGFR区分 (ml/分/1.73m ²)						
eGFR区分 (ml/分/1.73m ²)	G1	正常または高値	≥90	55	8	1	1
	G2	正常または軽度低下	60~89	297	21	4	24
	G3a	軽度~中等度低下	45~59	103	11	3	16
	G3b	中等度~高度低下	30~44	6	0	0	3
	G4	高度低下	15~29	0	1	0	0
	G5	末期腎不全 (ESKD)	<15	0	0	0	0

尿蛋白		蛋白尿区分		A1	A2		A3
		尿蛋白定性		-	±		+
		尿蛋白定量 (g/日)	正常	軽度蛋白尿	【再掲】 尿潜血+	高度蛋白尿	
定量検査	尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	0.15未満	0.15~0.49	以上	0.50以上		
	eGFR区分 (ml/分/1.73m ²)						
eGFR区分 (ml/分/1.73m ²)	G1	正常または高値	≥90	51	12	2	1
	G2	正常または軽度低下	60~89	307	31	5	4
	G3a	軽度~中等度低下	45~59	119	7	1	4
	G3b	中等度~高度低下	30~44	5	3	0	1
	G4	高度低下	15~29	0	1	0	0
	G5	末期腎不全 (ESKD)	<15	0	0	0	0

尿蛋白定性検査結果	
352人	64.5%
132人	24.1%
42人	7.7%
20人	3.7%

尿蛋白定量検査結果	
358人	65.6%
162人	30.0%
17人	3.1%
9人	1.6%

専門医紹介基準対象者 (赤枠) ※	
67人	

33人

※エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018

4) 保健指導の実施

特定健診結果及び尿蛋白定量検査結果に基づき、保健指導を実施していきます。保健指導については、エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン等を参考に作成された「CKD進展予防のための保健指導教材」(※)等を活用し行います。

①自分の体や検査値を判断するための基準を示す

自分の健診結果がどうであったのか、自ら理解し判断できる保健指導教材を提示します。CKDの重症度分類のどの段階か、その段階の心血管死亡や末期腎不全の危険度、今までの段階と、今後の予測を確認します。

②自分の身体で起きていることの原因、生活背景を確認

CKDの発症や進行は、生活習慣病以外のリスクも多くあります。特定健診の問診項目では把握できないリスクの確認や、腎臓に影響を与える健診データ等を確認します。

③問題を解決していくための判断基準を示す

自分の健診結果とその原因が確認できたら、今後の見通しと課題を解決するために、保健指導教材を選択しながら提示していきます。どのような検査が必要か、予防のための目標値や日常生活のなかで意識すること等を確認します。本人が健康問題を解決していこうという意識が生まれるよう、保健指導を行います。

5) 栄養指導の実施

CKDが進行し腎機能が低下すると、腎臓から排出されるべき物質が体内に蓄積し、代謝異常を生じます。特にCKDの重症度分類ステージG3b以下に対しては、食事療法や薬物療法により対処することが必要です。そのためCKD重症化予防において、栄養・食事療法は重要な役割を担っています。また、原疾患を持っている場合は、総合的な栄養指導が必要となり、高度で個別性を重視した専門的な指導が必要となります。

そこで、市管理栄養士はかかりつけ医や専門医と連携し、透析予防のための継続した食事療法を支えていくことを目的とした栄養指導を実施していきます。

6) 医療との連携

徳島県慢性腎臓病(CKD)病診連携紹介基準(徳島県慢性腎臓病医療連携協議会 令和2年3月作成)に基づき、必要に応じて、かかりつけ医及び腎専門医と連携し、保健・栄養指導の実施及び受診勧奨を行います。連携においては、CKD予防連携手帳を活用していきます。

また、早期に発見・早期に治療介入、健診とかかりつけ医、専門医連携の強化、CKD対策として生活習慣病管理の充実、チーム医療の充実を行っていきます。そのために、市医師会等との研修会や事例検討会の機会を設け、連携強化を推進していきます。

7) 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、年1回行います。その際はKDB等の情報を利用します。

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

※CKD 進展予防のための学習教材

教材名
1 健診経年結果一覧
2 慢性腎臓病（CKD）は放置すると
3 腎機能の経過をみよう（GFRのグラフ）
4 年齢による腎機能（GFR）の低下速度～私の腎臓はこれからどうなるか～
5 CKDには健診結果以外にも 下のようなリスクが関係しています
6 前立腺肥大、結石と腎臓
7 腎臓は悪くなるまで自覚症状は出ません
8 尿検査、eGFRに異常が出た方へ
9 腎臓の働きと健診結果
10 進行を遅らせるための目標値
11 尿検査で蛋白尿が出た方へ ー蛋白尿が腎臓を悪くするんです
12 治療や食事の改善で腎機能の改善も期待できます
13 高血圧と腎臓（1）血圧の基準値はひとり一人違います
14 高血圧と腎臓（2）血圧が高いと腎臓は…
15 高血圧と腎臓（3）血圧値は どの値にするとよいでしょう？
16 高血圧と腎臓（4）高血圧の治療には2つの進め方があります
17 高血圧と腎臓（5）減塩だけでは血圧を下げられない人もいます
18 高血圧と腎臓（6）家庭血圧を計る目的は
19 糖尿病と腎臓（1）私は糖尿病の治療が必要か
20 糖尿病と腎臓（2）私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か
21 糖尿病と腎臓（3）糖尿病性腎症～いま、私はどの段階なのか
22 糖尿病と腎臓（4）HbA1c 値は どの値にするとよいでしょう？
23 糖尿病と腎臓（5）糖尿病の治療には段階があるんです
24 高尿酸血症と腎臓（1）高尿酸血症とは
25 高尿酸血症と腎臓（2）尿酸は食べ物には含まれていません
26 目標体重で私の食事量を計算してみよう
27 食事療法の基本（1）腎臓と食の代謝
28 食事療法の基本（2）腎臓とたんぱく代謝
29 食事療法の基本（3）腎臓と塩分
30 食事療法のポイント
31 食事療法の実際（1）食事量
32 食事療法の実際（2）日常食べる食品量
33 食事療法の実際（3）三大栄養素のエネルギー配分量
34 食事療法の実際（4）ごはんと油
35 食事療法の実際（5）たんぱく質量別の食品量
36 食事療法の実際（6）たんぱく質の選び方
37 食事療法の実際（7）カリウムの摂取制限が必要になった方へ
38 たばこと腎臓
39 腎臓をいたわるポイント
CKD 広報資料
慢性腎臓病（CKD）と言われたら
eGFR男女・年齢別早見表

3. 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

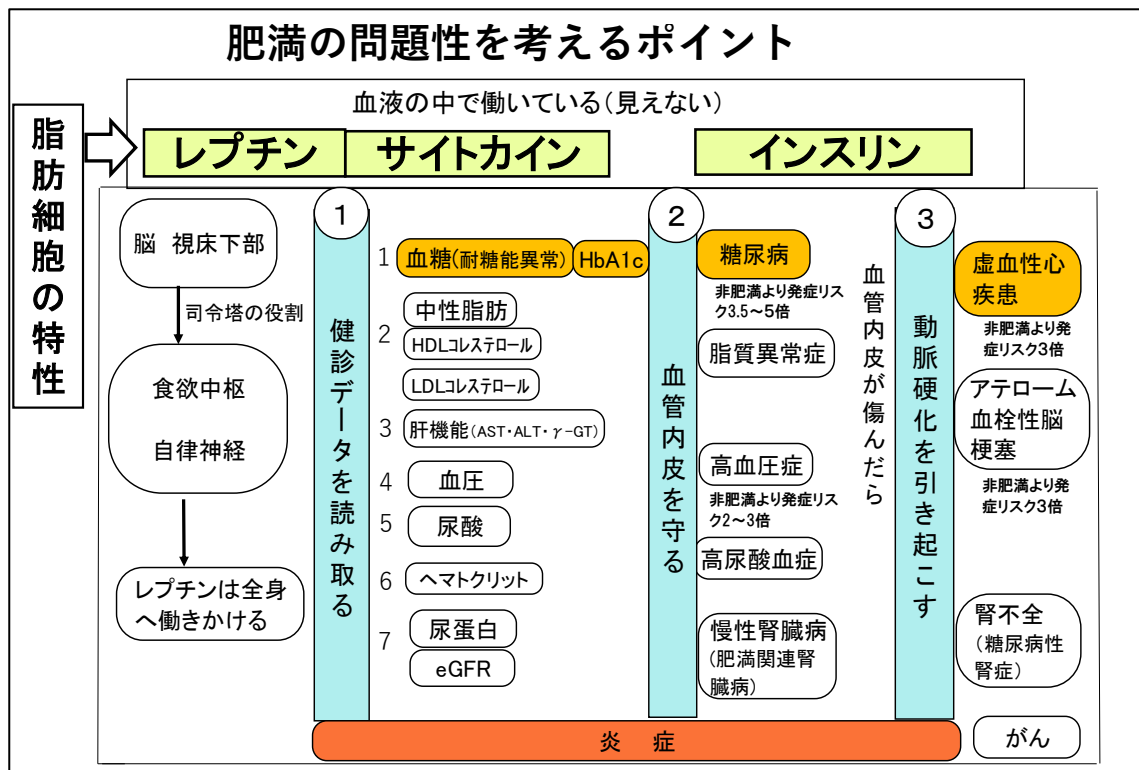
メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を合併する心血管病易発症状態です。取組みにあたっては図表 58 に基づいて考えていきます。

(メタボリックシンドロームの定義と診断基準より)

「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。」

また、肥満症は多様な健康障害の発症や増悪・進展の要因になることから、発症予防は被保険者の健康増進と QOL 向上につながるため、特定健診・保健指導制度を活用した取組みが重要となります。

図表 58 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 対象者の把握

肥満度分類に基づき、特定健診結果の BMI から阿波市の対象者を把握します。

また、経年で肥満対象者をみていきます。

図表 59 肥満度分類による実態（令和4年度健診受診者における BMI の状況）

	受診者数		BMI25以上		(再掲) 肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳
総数	549	1,710	182	517	138	432	35	71	8	11	1	3	
			33.2%	30.2%	25.1%	25.3%	6.4%	4.2%	1.5%	0.6%	0.2%	0.2%	
再掲	男性	242	749	101	262	78	225	19	34	4	3	0	0
				41.7%	35.0%	32.2%	30.0%	7.9%	4.5%	1.7%	0.4%	0.0%	0.0%
	女性	307	961	81	255	60	207	16	37	4	8	1	3
				26.4%	26.5%	19.5%	21.5%	5.2%	3.9%	1.3%	0.8%	0.3%	0.3%

出典：特定健診(法定報告)

(2) 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。

① 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

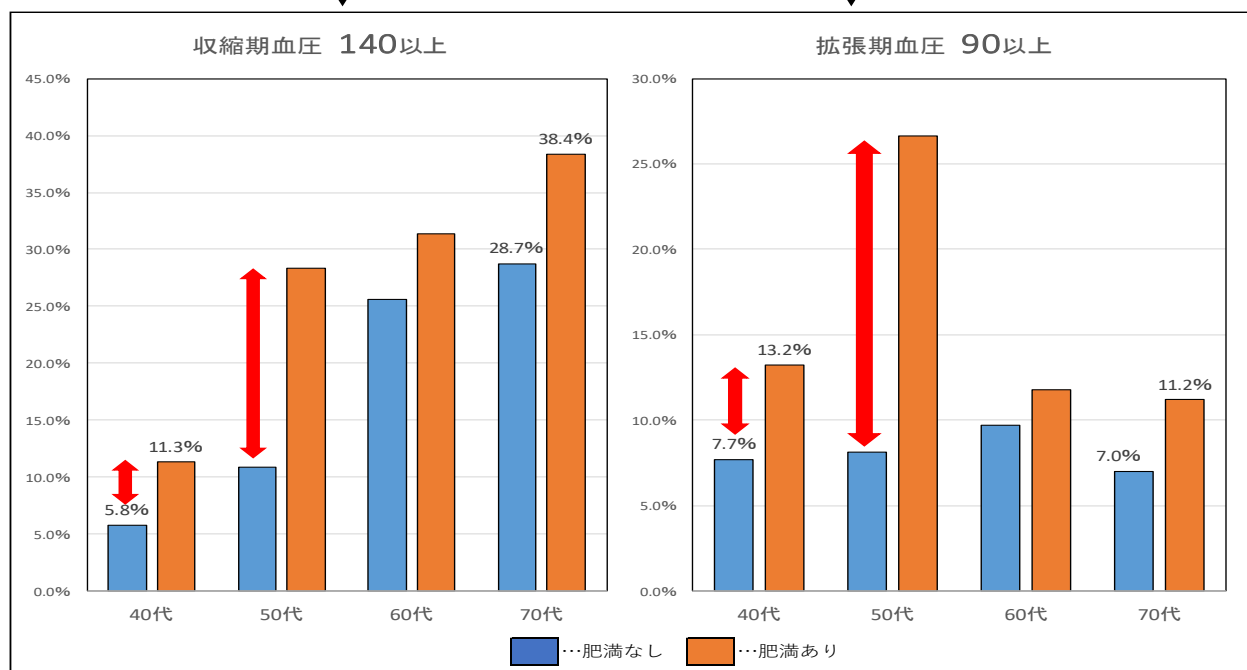
下図より、高血圧の対象者を肥満の有無と年代に分けてみると、圧倒的に肥満が高血圧に関連していることが分かります。

また、40代でも肥満に伴う高血圧対象者も確認できることから、対象者の少ない若い年代からの関わりを優先に、血管障害を予防していく必要があります。

高血圧と肥満の関係を年代別にみる

令和04年度

		収縮期血圧140以上					拡張期血圧90以上				
		合計	40代	50代	60代	70代	合計	40代	50代	60代	70代
肥満なし (25未満)	該当者	385	6	12	158	209	128	8	9	60	51
	割合	24.7%	5.8%	10.8%	25.6%	28.7%	8.2%	7.7%	8.1%	9.7%	7.0%
肥満あり (25以上)	該当者	230	6	17	80	127	90	7	16	30	37
	割合	32.9%	11.3%	28.3%	31.4%	38.4%	12.9%	13.2%	26.7%	11.8%	11.2%



		収縮期血圧140以上					拡張期血圧90以上					
		合計	40代	50代	60代	70代	合計	40代	50代	60代	70代	
肥満度別	1度 (25~29.9)	該当者	180	3	10	62	105	70	5	12	26	27
		割合	31.6%	7.9%	21.3%	29.2%	38.5%	12.3%	13.2%	25.5%	12.3%	9.9%
	2度 (30~34.9)	該当者	41	3	5	14	19	14	1	3	1	9
		割合	38.7%	25.0%	50.0%	41.2%	38.0%	13.2%	8.3%	30.0%	2.9%	18.0%
	3度以上 (35以上)	該当者	9	0	2	4	3	6	1	1	3	1
		割合	39.1%	0.0%	66.7%	44.4%	37.5%	26.1%	33.3%	33.3%	33.3%	12.5%

「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3度・4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の医療者が連携してフォローアップを行う必要があります。

② 肥満になった背景や思い・日常生活の中での困っていること

図表 61 「日常生活」の困りごとや肥満に対する思い・肥満になったきっかけや背景(訪問での聞き取り)

肥満に対する困りごと	<ul style="list-style-type: none"> ・胸やけ ・上を向いて寝られない ・膝に負担がかかって、動くことがしんどくなってきた ・夜中のトイレが近くなった、何度も起きてしまう ・満腹感がない ・外に出たくない ・からだが重たい
肥満に対する思い	<ul style="list-style-type: none"> ・食べるものに気を付ける時間さえないほど忙しい ・いくら食べても満足できない ・痩せたいのに痩せない ・家族みんなが大きいので、若い時から太っているという意識がなかった ・肥満が病気につながることを知らなかった
きっかけや背景	<ul style="list-style-type: none"> ・仕事で生活が不規則になり太った ・仕事に合わせて食べないといけない ・家族の介護 ・家事育児に追われて昼食をとばし、夜にドカ食いになる ・退職し、何もせずに過ごしていたら太った ・周りが間食する習慣があり、自分もその習慣に慣れた

理想的な生活習慣についてただ情報提供するのではなく、自分自身の身体の状態が健診結果からイメージでき、大切にしたいという思いに繋がる保健指導を実施します。また、改善への取り組みを、生活実態に合わせて自ら選択し、実践できるよう支援していきます。

➡訪問において、肥満になった背景や地域の特性等を把握し、一人ひとりの実態に沿った保健・栄養指導を実施していきます。

③ メタボリックシンドロームは心・脳血管疾患を発症するリスク

心・脳血管疾患を発症した事例をみるとメタボリックシンドロームが関連しています。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。

図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例

脳出血を起こし施設入所となった Bさん

年齢	52歳	59歳	65歳	66歳	67歳	68歳	69歳	70歳	71歳
医療保険	社保	国保							
医療費 + 介護費				12万円	17万円	140万円	545万円	367万円	356万円
医療費 / 介護費				12万円/0円	17万円/0円	140万円/0円	310万円/235万円	0円/367万円	2万円/354万円
入院						2月	7月		
介護サービス・介護認定								9月 要介護4・施設入所⇒要介護3	
診断名	高血圧								
	脳出血								
健診結果 (抜粋)	健診受診 月		10月	9月	10月				
	BMI		29.3	29.1	27.2				
	血圧		薬 160	薬 162	薬 160				
	LDLコレステロール		薬 90	薬 102	薬 96				
	尿蛋白		±	++	-				
保健指導		訪問	訪問	訪問					訪問なし

3) 対象者の明確化

年代別のメタボリックシンドローム該当者は、女性では50代・60代・70代で1割程度であるのに対し、男性は50代で22.9%、60代32.7%、70代で40.3%と女性の約3~4倍となっています。若い年代、特に男性の改善を優先することが必要と考えます。(図表 63)

図表 63 年代別メタボリック該当者の状況

		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	991	78	83	346	484	1,268	79	88	527	574	
メタボ該当者	B	341	14	19	113	195	141	2	9	55	75	
	B/A	34.4%	17.9%	22.9%	32.7%	40.3%	11.1%	2.5%	10.2%	10.4%	13.1%	
再掲	① 3項目全て	C	106	3	4	45	54	42	0	0	23	19
		C/B	31.1%	21.4%	21.1%	39.8%	27.7%	29.8%	0.0%	0.0%	41.8%	25.3%
	② 血糖+血圧	D	55	2	3	19	31	21	0	0	11	10
		D/B	16.1%	14.3%	15.8%	16.8%	15.9%	14.9%	0.0%	0.0%	20.0%	13.3%
	③ 血圧+脂質	E	169	8	12	45	104	74	2	9	18	45
		E/B	49.6%	57.1%	63.2%	39.8%	53.3%	52.5%	100.0%	100.0%	32.7%	60.0%
	④ 血糖+脂質	F	11	1	0	4	6	4	0	0	3	1
		F/B	3.2%	7.1%	0.0%	3.5%	3.1%	2.8%	0.0%	0.0%	5.5%	1.3%

出典: 特定健診(法定報告)

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は、男女ともに約9割が治療中となっており、男性では40歳代ですでに約6割の方が治療中です。メタボリックシンドローム該当者は年齢とともに増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。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。(図表 64)

図表 64 メタボリック該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし			
				人数	割合	人数	割合					人数	割合	人数	割合	
総数	991	341	34.4%	299	87.7%	42	12.3%	1,268	141	11.1%	127	90.1%	14	9.9%		
40代	78	14	17.9%	8	57.1%	6	42.9%	79	2	2.5%	1	50.0%	1	50.0%		
50代	83	19	22.9%	12	63.2%	7	36.8%	88	9	10.2%	7	77.8%	2	22.2%		
60代	346	113	32.7%	98	86.7%	15	13.3%	527	55	10.4%	49	89.1%	6	10.9%		
70~74歳	484	195	40.3%	181	92.8%	14	7.2%	574	75	13.1%	70	93.3%	5	6.7%		

出典: 特定健診(法定報告)

(1) 対象者の選定基準の考え方

- ① メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ② 治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。
- ③ 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

(2)対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

4)保健指導の実施

(1)最新の脳科学を活用した保健指導

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行います。

また、肥満の改善にむけて、継続支援および、肥満が及ぼす体への影響の理解を支える保健指導を強化していきます。

図表 65 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

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

(2) 二次健診の実施

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、社会保険においては、2001年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。

本市においても、第2期計画評価にて虚血性心疾患が増加していた事も踏まえ、二次健診として令和6年度より頸動脈エコー検査を実施します。また、75g糖負荷検査等他の検査についても検討していく必要があります。

◆動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査および本市の検査体制

- ①頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)

令和6年度より実施予定

- ②微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)

令和2年度より実施

- ③75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

- ④負荷心電図(心臓の状態を詳しく見る検査)

4. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

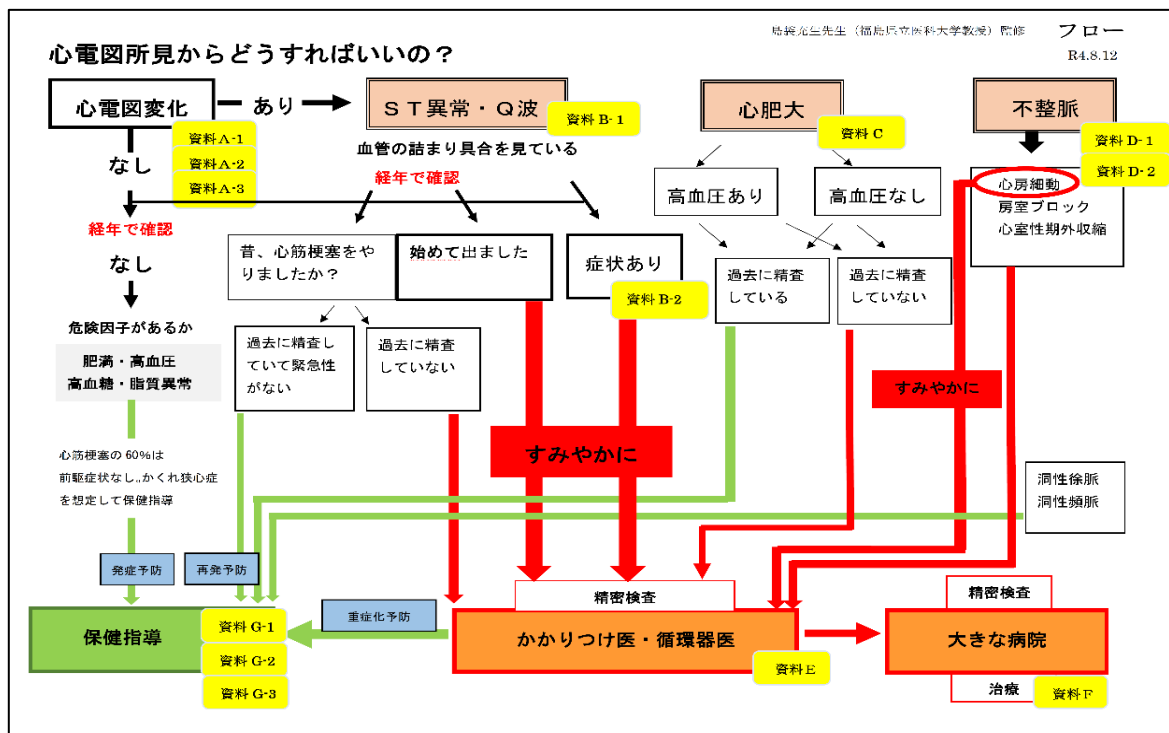
虚血性心疾患重症化予防の取組みにあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

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 66 に基づいて考えます。

図表 66 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

①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-T 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。

本市においては、心電図検査実を 2400 人(100%)に実施し、そのうち有所見者が 681 人(28.4%)でした。所見の中でも心筋壊死、心筋虚血のほか、心筋異常を予測する所見の対象者がみつかり、虚血性変化を起こしている対象者を優先に介入していく必要があります。(図表 67)

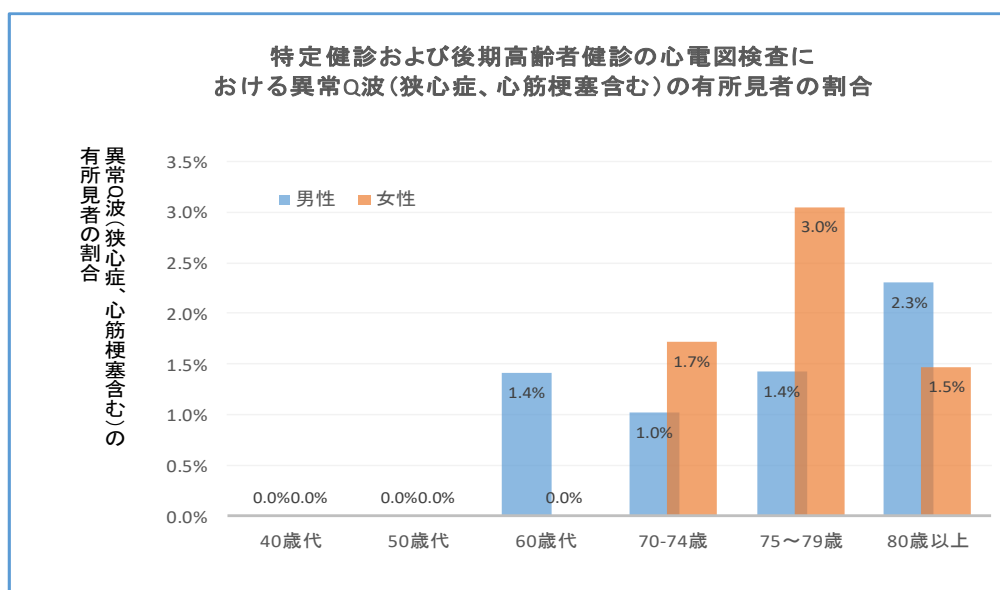
医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じた受診勧奨を行う必要があります。

図表 67 心電図検査結果(令和 4 年度)

心電図結果			阿波市		(徳島県国保)		阿波市		(徳島県後期)			
			人	%	人	%	人	%	人	%		
健診受診者数(特定健診受診率)			2,400	35.6%	43,402	36.3%	745		15,665			
再掲	65歳未満		572	23.8%	10,648	24.5%	10	1.3%	255	1.6%		
	65歳以上		1,828	76.2%	32,754	75.5%	735	98.7%	15,410	98.4%		
心電図実施者数(心電図実施率)			2,400	100.00%	42,908	98.86%	745	100.00%	15,662	99.98%		
心電図実施者のうち 所見のあった者(実数)			681	28.4%	13,604	31.7%	279	37.4%	6,675	42.6%		
心臓細胞の 虚血	虚血性 変化	心筋壊死 (心筋梗塞)	心筋梗塞・狭心症	5	0.2%	95	0.2%	3	0.4%	52	0.3%	
			① 異常Q波	17	0.7%	453	1.1%	15	2.0%	220	1.4%	
			② R波増高不良	9	0.4%	268	0.6%	6	0.8%	94	0.6%	
		心筋虚血	③ S T異常	65	2.7%	1,105	2.6%	24	3.2%	561	3.6%	
			④ 冠不全	25	1.0%	75	0.2%	8	1.1%	31	0.2%	
心筋異常	⑤ T波異常	95	4.0%	1,534	3.6%	34	4.6%	724	4.6%			
脈が打てる 心臓細胞の 問題(不整脈)	徐脈性 不整脈	洞結節の 異常	⑥ 洞性不整脈	88	3.7%	1,584	3.7%	21	2.8%	601	3.8%	
			⑦ 洞不全症候群	0	0.0%	6	0.0%	0	0.0%	6	0.0%	
		刺激伝導系 異常	房室 伝導障害	⑧ 房室ブロック	35	1.5%	832	1.9%	15	2.0%	604	3.9%
				⑨ W P W症候群	2	0.1%	44	0.1%	0	0.0%	8	0.1%
			心室内 伝導障害	⑩ P R短縮	3	0.1%	125	0.3%	2	0.3%	30	0.2%
				⑪ 脚ブロック	140	5.8%	2,851	6.6%	70	9.4%	1,499	9.6%
	頻脈性 不整脈	心室性 不整脈	⑫ 心室伝導障害	8	0.3%	241	0.6%	6	0.8%	85	0.5%	
			⑬ 心室期外収縮	50	2.1%	895	2.1%	27	3.6%	535	3.4%	
			⑭ 心室細動	0	0.0%	6	0.0%	0	0.0%	2	0.0%	
			⑮ Q T延長	10	0.4%	196	0.5%	2	0.3%	86	0.5%	
		上室性 不整脈	⑯ ブルガタ症候群	10	0.4%	107	0.2%	3	0.4%	21	0.1%	
			⑰ 上室性期外収縮	50	2.1%	857	2.0%	34	4.6%	627	4.0%	
高血圧による 心臓の 虚血	心肥大・ 負荷所見	心室肥大	⑱ 心房細動	24	1.0%	319	0.7%	8	1.1%	275	1.8%	
			⑲ 心房粗動	2	0.1%	12	0.0%	0	0.0%	9	0.1%	
			⑳ 左室肥大	24	1.0%	353	0.8%	5	0.7%	179	1.1%	
			㉑ 高電位	6	0.3%	101	0.2%	2	0.3%	50	0.3%	
その他			㉒ 軸偏位	51	2.1%	1,393	3.2%	23	3.1%	766	4.9%	
			㉓ 右室肥大	0	0.0%	38	0.1%	1	0.1%	26	0.2%	
			㉔ 移行帯の変化	32	1.3%	924	2.2%	21	2.8%	388	2.5%	
			㉕ その他不整脈	20	0.8%	270	0.6%	7	0.9%	111	0.7%	
			㉖ その他	33	1.4%	831	1.9%	12	1.6%	407	2.6%	
			㉗ ベースメーカー調律	1	0.0%	24	0.1%	3	0.4%	56	0.4%	
			㉘ 「異常あり」のみ	0	0.0%	50	0.1%	0	0.0%	26	0.2%	

出典: つなまる(保健事業医療・介護連携システム)

参考 異常 Q 波(心筋壊死を予測する有所見)有所見者の割合(国保・後期) (令和 4 年度)



	総数	40歳代	50歳代	60歳代	70-74歳	75~79歳	80歳以上
男性	16	0	0	5	5	4	2
女性	22	0	0	0	10	10	2

出典: つなまる(保健事業医療・介護連携システム)

図表 68 心電図有所見者(異常 Q 波)の医療機関受診状況 (令和 4 年度)

	有所見者 (a)		医療機関受診あり (b)		受診なし (c)	
	人数	割合	人数	割合 b/a	人数	割合 c/a
全体	17		16	94%	1	6%
男性	7	100%	6	86%	1	14%
女性	10	100%	10	100%	0	0%

阿波市調べ

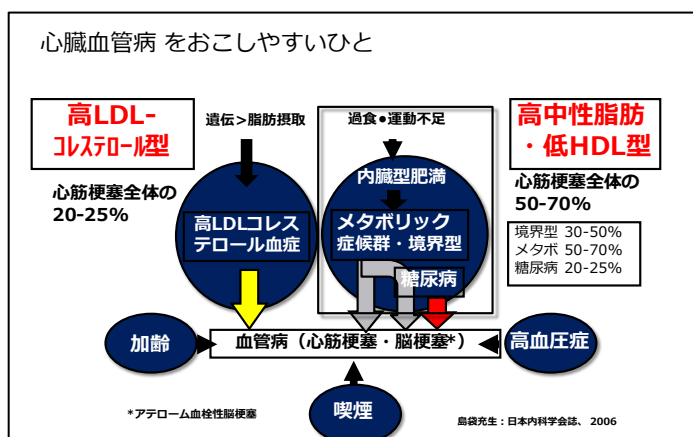
②心電図以外からの把握

心電図検査で異常がないまたは心電図検査を実施していないが、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 69)

図表 69 心血管病をおこしやすいひと



図表 69 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A:メタタイプについては、第 4 章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 63・64)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ^{o)}(図表 70)

図表 70 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定				令和04年度							
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
895				438	293	115	49	14	18	67	65
				48.9%	32.7%	12.8%	5.5%	8.5%	11.0%	40.9%	39.6%
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)	88	44	28	12	4	7	9	0	0
			9.8%	10.0%	9.6%	10.4%	8.2%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	359	164	124	50	21	2	5	34	30
			40.1%	37.4%	42.3%	43.5%	42.9%	14.3%	27.8%	50.7%	46.2%
高リスク	120未満 (150未満)	407	205	126	52	24	5	4	33	34	
		45.5%	46.8%	43.0%	45.2%	49.0%	35.7%	22.2%	49.3%	52.3%	
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	再掲	100未満 (130未満) ※1	29	15	9	4	1	0	0	2	3
			3.2%	3.4%	3.1%	3.5%	2.0%	0.0%	0.0%	3.0%	4.6%
	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	41	25	15	1	0	0	0	0	1
			4.6%	5.7%	5.1%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.5%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病＋喫煙ありの場合に考慮

※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合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。治療中であるが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 71 心電図所見からの保健指導教材（例示）

心電図所見からの保健指導教材	
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	心電図では異常がなかったけど、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たけど、本当に大丈夫なの？
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	ST変化・異常Q波 所見がある方へ
資料F	精密検査を受けて治療が必要になった方へ
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(BMI25以上)になると心臓はどうなるの？

(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、二次健診として検討していく必要があり、本市においては、令和6年度より二次検査として、頸動脈エコー検査を実施します。

「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、下記の検査方法が用いられています。

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

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療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、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集します。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、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・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

7月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

5. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組みにあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 72,73)

図表 72 脳卒中の分類

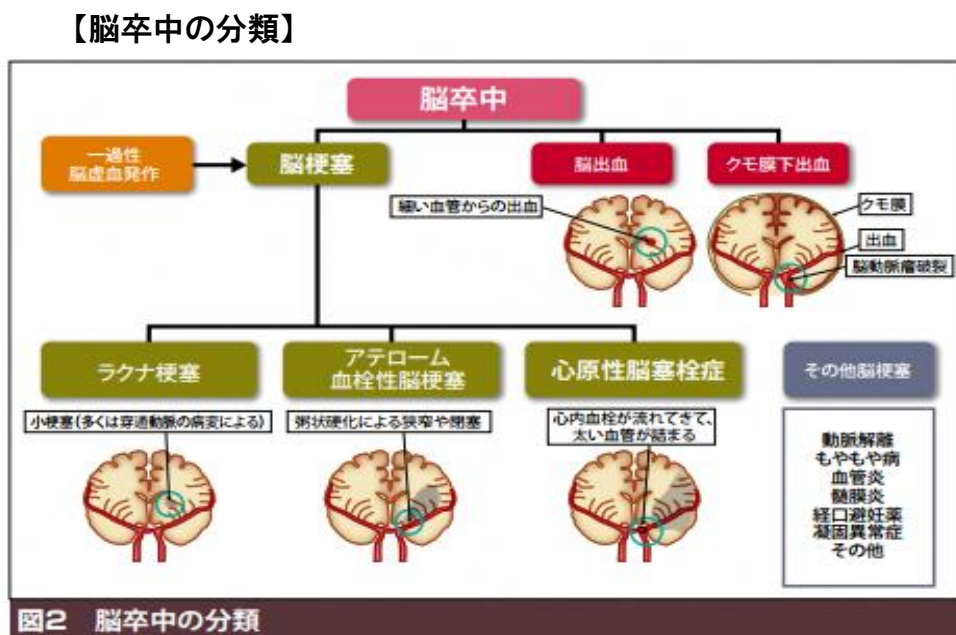


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 73 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 74 でみると、高血圧治療者 3,511 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 328 人(9.3%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 115 人(1.9%)であり、そのうち 48 人(42%)は未治療者です。

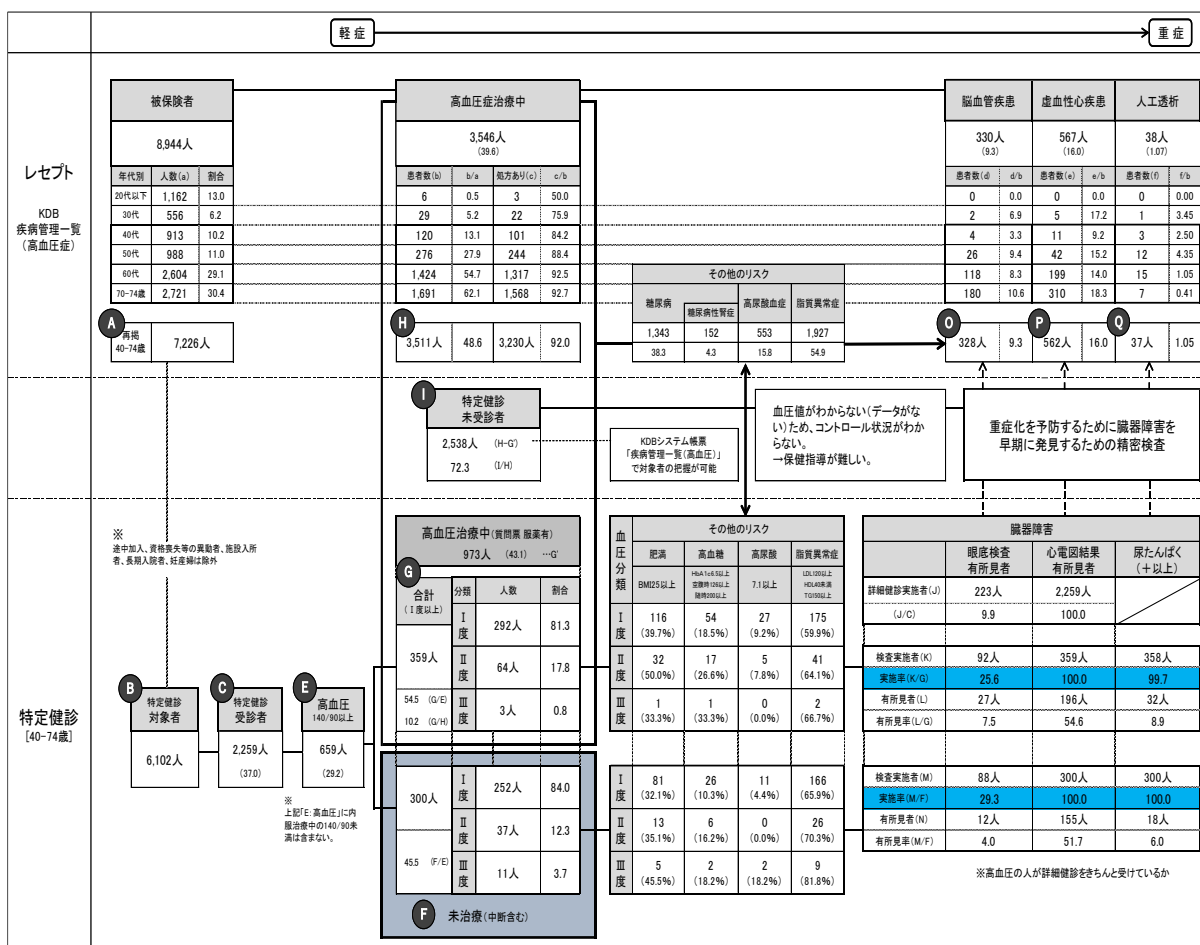
医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 67 人(18.7%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)が、わずか 223 人(9.9%)しか実施していない状況です。しかし、眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから、659 人(29.2%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。

第 3 期計画期間中に、眼底検査(詳細検査)の必要な方への実施について、関係機関と実態を共有し、働きかけをしていく必要があります。

図表 74 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)



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)
 ※レセプト情報のうち、疾病管理一貫で把握できない項目については、「KDB構築、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計

出典:KDB システム(レセプト情報)・特定健診(法定報告)

(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あるが、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 75 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。

図表 75 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

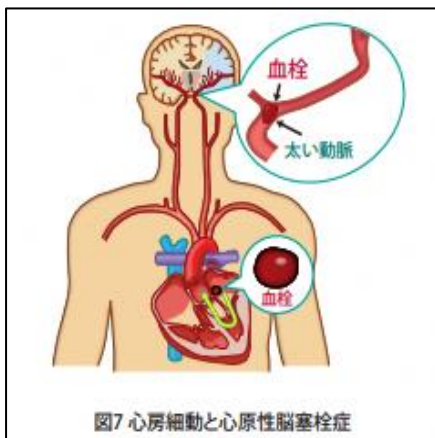
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
	623	323 51.8%	252 40.4%	37 5.9%	11 1.8%
リスク第1層 予後影響因子がない	30	C 17 5.3%	B 10 4.0%	B 3 8.1%	A 0 0.0%
	4.8%				
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	337	C 166 51.4%	B 155 61.5%	A 12 32.4%	A 4 36.4%
	54.1%				
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	256	B 140 43.3%	A 87 34.5%	A 22 59.5%	A 7 63.6%
	41.1%				

区分	該当者数
A ただちに薬物療法を開始	132
	21.2%
B 概ね1ヵ月後に再評価	308
	49.4%
C 概ね3ヵ月後に再評価	183
	29.4%

出典: 特定健診(法定報告)

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

(3)心電図検査における心房細動の実態



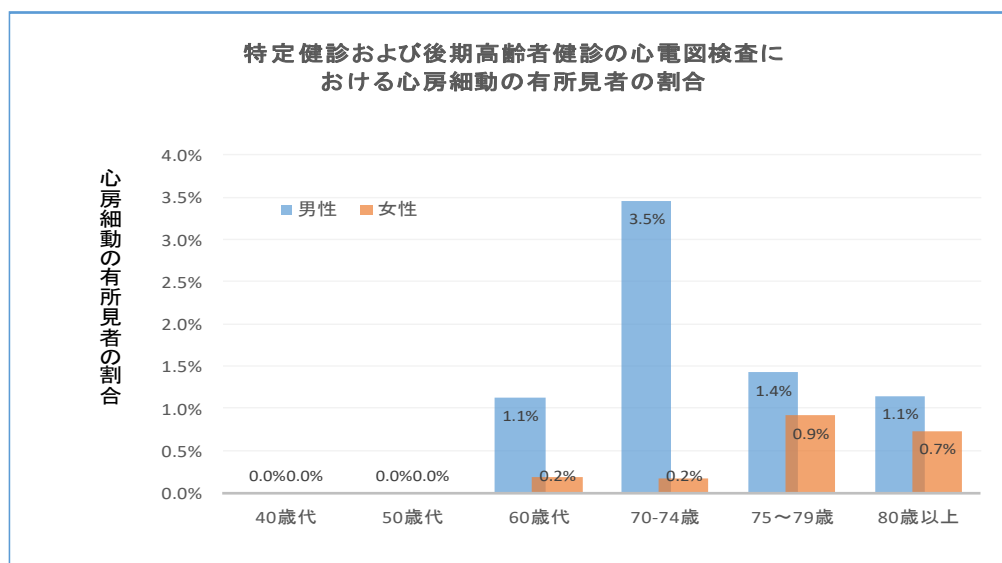
心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。

しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

図表 76 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 76 心房細動有所見者の割合(国保・後期) (令和4年度)



	総数	40歳代	50歳代	60歳代	70-74歳	75~79歳	80歳以上
男性	26	0	0	4	17	4	1
女性	6	0	0	1	1	3	1

出典: つなまる(保健事業医療・介護連携システム)

図表 77 心房細動有所見者の治療状況(国保) (令和4年度)

心房細動有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
24	5	20.8%	19	79.2%

阿波市調べ

心電図検査において国保では24人に心房細動の所見が認められました。後期は9名ですが、令和6年度より後期健診の対象者が79歳まで拡大されるため、さらに新規対象者の発見につながると想定します。有所見率は、年齢が高くなるにつれ増加しており、心電図有所見者24人のうち19人は既に治療が開始されていましたが、5人はまだ治療につながっていませんでした。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります。そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査からすぐに介入していくことが必要です。

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。高血圧は脳血管疾患の最大のリスクであるため、家庭血圧測定の実施を勧めます。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、過去に治療中していた方が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。治療中であるが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、二次健診として検討していく必要があります。

「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、下記の検査方法が用いられています。

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

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し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者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していきます。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、介護保険課(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・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

7月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

Ⅲ. 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みと、生活機能の低下を防止する取組みの双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

2) 事業の実施

阿波市は、令和3年度より徳島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、

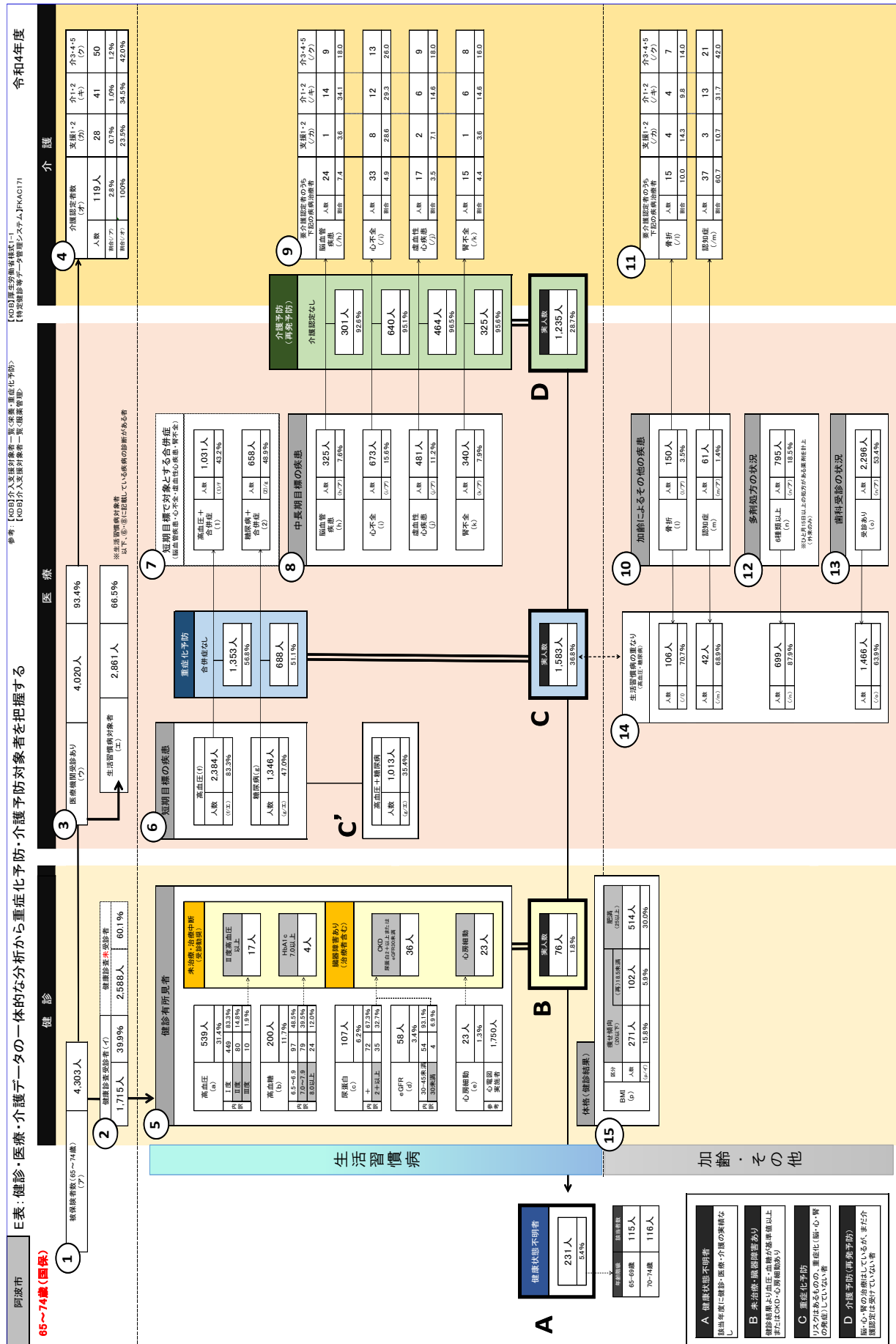
① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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 地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖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。

75歳を過ぎても支援が途切れないう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 78 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



IV. 発症予防

生活習慣病は自覚症状に現れないまま長年経過し、気づいた時には合併症(脳・心臓・腎臓など)により取返しのできないほど病状が深刻になっていることが多い疾病です。生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題であります。

また、子どものころから生活習慣病を発症すると罹病期間が長くなり、成人期以降に合併症が起こる頻度が高い傾向があります。生活習慣は幼少期から徐々に確立していくことを考えれば、子どもにおける生活習慣病対策は重要となります。

生活習慣病の種類として 2 型糖尿病、高血圧、脂質異常症等がありますが、それらの多くは肥満症やメタボリックシンドロームに伴うものです。このため幼少期からの肥満予防・肥満改善は重要となります。小児の肥満は、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関係者と情報共有し対策を考えていく必要があります。

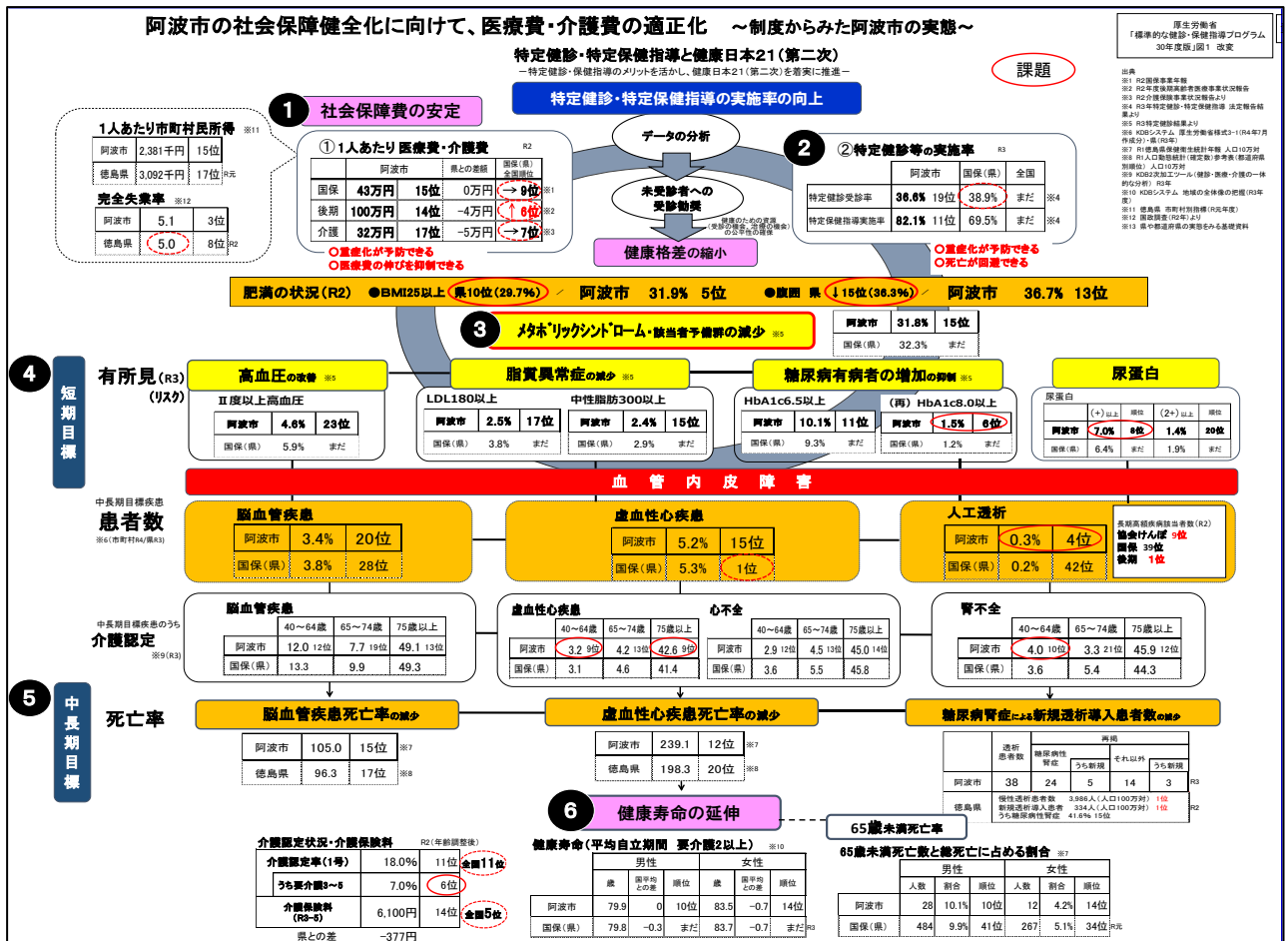
阿波市においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、なお且つデータヘルス計画の対象者は被保険者全員であることから、全住民の健康データをライフサイクルの視点で整理し、取組みを検討していきます。妊娠期は、妊婦健診の結果を把握し、将来の生活習慣病のリスクを捉え、保健指導を行います。また、産後はこどもの健診を通して、健康状態を把握し、必要な保健指導と健診の受診勧奨を行います。また、幼児健診にて肥満傾向となった対象児に対して健診後も継続した支援を行い、就学後も学校と連携し、肥満改善に取り組んでいきます。

本市では、20 歳から 39 歳を対象としたフレッシュ健診を実施しています。健診の受診者は少ない一方で、有所見者は多く、医療機関受診が必要な対象者もいます。発症予防にとって、フレッシュ健診の受診率向上は効果的であるため、重点を置き取り組んでいきます。

V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組めます。被保険者自身が健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって自らの健康状態を自覚するとともに、主体的・積極的に健康増進に取り組むことが重要です。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。(図表 80)

図表 80 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

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、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められています。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none">・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む)・保健指導実施のための専門職の配置・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収集されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行います。

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えるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。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が必要です。

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じます。

参考資料

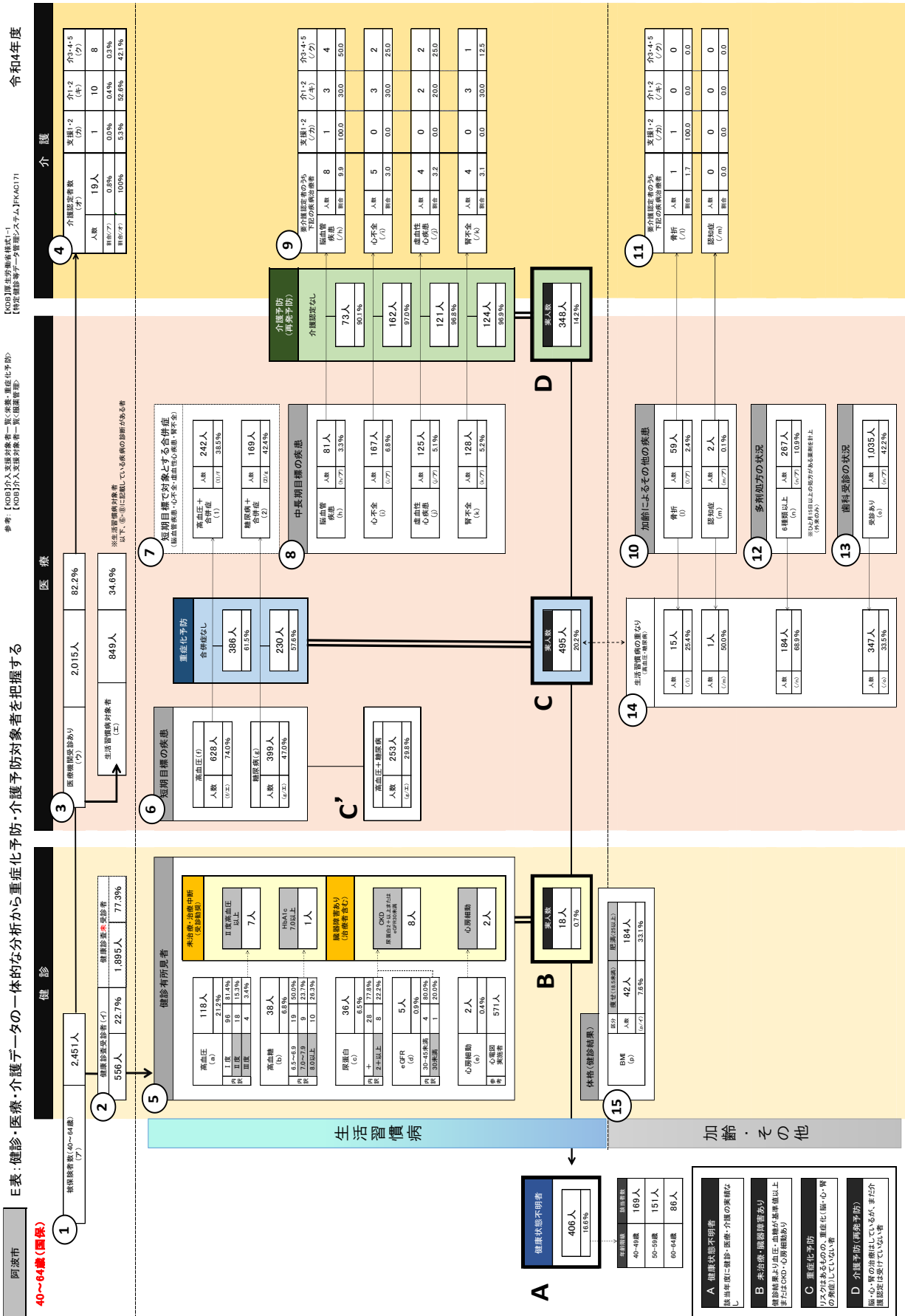
- 参考資料 1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた阿波市の位置
- 参考資料 2 健診・医療・介護の一体的な分析
- 参考資料 3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 7 HbA1c の年次比較
- 参考資料 8 血圧の年次比較
- 参考資料 9 LDL-C の年次比較
- 参考資料 10 阿波市の食の実態

(参考資料1) 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた阿波市の位置

項目		阿波市										同規模平均		徳島県		国					
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04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	実数	割合	実数	割合				
1 概況	① 人口構成	総人口	37,154		37,154		37,154		37,154		34,641		9,014,657		691,132		123,214,261				
		65歳以上(高齢化率)	12,427	33.4	12,427	33.4	12,427	33.4	12,427	33.4	13,202	38.1	3,263,279	36.2	238,346	34.5	35,335,805	28.7			
		75歳以上	6,543	17.6	6,543	17.6	6,543	17.6	6,543	17.6	6,519	18.8	--	--	122,672	17.7	18,248,742	14.8			
		65~74歳	5,884	15.8	5,884	15.8	5,884	15.8	5,884	15.8	6,683	19.3	--	--	115,674	16.7	17,087,063	13.9			
		40~64歳	12,586	33.9	12,586	33.9	12,586	33.9	12,586	33.9	11,305	32.6	--	--	224,837	32.5	41,545,893	33.7			
	39歳以下	12,141	32.7	12,141	32.7	12,141	32.7	12,141	32.7	10,134	29.3	--	--	227,949	33.0	46,332,563	37.6				
	② 産業構成	第1次産業	19.6		19.6		19.6		19.6		10.7		8.5		4.0						
	第2次産業	25.6		25.6		25.6		25.6		27.3		24.1		25.0							
	第3次産業	54.9		54.9		54.9		54.9		54.9		62.0		71.0							
	③ 平均寿命	男性	79.8		79.8		79.8		79.8		80.4		80.3		80.8						
女性	85.6		85.6		85.6		85.6		85.6		86.9		86.7		87.0						
④ 平均自立期間 (要介護以上)	男性	78.0		79.0		79.7		79.9		79.4		79.7		80.1							
女性	81.7		82.3		82.8		83.5		83.5		84.3		83.8		84.4						
2 死亡	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	109.5		109.5		109.5		109.1		109.1		103.4		105.1		100.0				
		男性	110.6		110.6		110.6		111.4		111.4		101.4		103.3		100.0				
		女性	110.6		110.6		110.6		111.4		111.4		101.4		103.3		100.0				
		がん	154	48.0	127	48.7	125	46.0	127	46.5	141	48.8	34,996	47.8	2,446	48.8	378,272	50.6			
		心臓病	86	26.8	61	23.4	77	28.3	74	27.1	82	28.4	21,437	29.3	1,415	28.2	205,485	27.5			
		脳疾患	56	17.4	49	18.8	53	19.5	48	17.6	36	12.5	10,886	14.9	687	13.7	102,900	13.8			
		糖尿病	7	2.2	9	3.4	7	2.6	7	2.6	8	2.8	1,391	1.9	119	2.4	13,896	1.9			
	腎不全	11	3.4	13	5.0	7	2.6	14	5.1	14	4.8	2,819	3.9	233	4.7	26,946	3.8				
	自殺	7	2.2	2	0.8	3	1.1	3	1.1	8	2.8	1,654	2.3	110	2.2	20,171	2.7				
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	36	6.5	40	7.1	41	6.6	30	5.0	42	7.0			761	6.9	129,016	8.2			
		男性	24	8.9	28	10.1	33	11.5	18	6.0	27	10.0			512	9.6	84,891	10.6			
女性		12	4.2	12	4.2	8	2.4	12	3.9	15	4.6			249	4.4	44,125	5.7				
3 介護	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	2,577		2,593		2,572		2,035		2,035		6,198		19.1		49,183				
		新規認定者	39		0.3		45		0.3		40		0.2		49		0.3		10,081		
		介護度別総件数	要支援1・2	5,063		8.7		5,261		8.9		5,597		9.7		5,817		10.1		5,970	
			要介護1・2	27,023		46.6		27,282		46.1		27,389		47.3		26,680		46.5		26,843	
			要介護3以上	25,929		44.7		26,576		45.0		24,926		43.0		24,865		43.3		24,155	
	2号認定者	38		0.3		38		0.3		38		0.3		40		0.4		10,759			
	② 有病状況	糖尿病	678		25.7		672		25.7		691		25.6		687		25.6		665		
		高血圧症	1,571		60.2		1,580		59.2		1,598		58.8		1,598		60.5		1,552		
		脂質異常症	816		30.9		853		31.7		896		32.8		886		34.0		864		
		心臓病	1,765		68.0		1,768		66.4		1,793		65.7		1,779		67.3		1,740		
		脳疾患	523		20.4		488		18.9		501		18.1		466		18.1		419		
		がん	261		9.6		261		10.2		291		10.6		271		10.2		312		
		筋・骨格	1,572		60.0		1,560		59.4		1,596		59.6		1,607		60.6		1,537		
		精神	1,032		38.8		1,021		39.3		1,044		38.9		1,051		39.1		1,030		
③ 介護給付費		一人当たり給付費/総給付費	318,388		3,956,604,405		326,407		4,056,258,363		324,530		4,032,929,011		320,708		3,985,443,912		295,045		
1件当たり給付費(全体)	68,200		68,612		69,639		69,479		69,479		68,375		70,503		63,005		59,662				
居宅サービス	47,375		48,121		47,970		48,302		47,057		49,936		41,316		41,272						
施設サービス	284,268		284,026		292,355		291,005		288,356		291,914		297,064		296,364						
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	7,189		7,663		7,630		7,520		8,030		9,043		8,871		8,610					
認定あり	4,039		4,166		4,270		4,302		4,324		4,284		4,497		4,020						
認定なし	3,150		3,500		3,360		3,218		3,706		4,759		4,374		4,590						
4 医療	① 国保の状況	被保険者数	8,980		8,732		8,614		8,403		8,043		2,020,054		154,837		27,488,882				
		65~74歳	4,317		48.1		4,375		50.1		4,484		52.1		4,472		53.2		4,270		
		40~64歳	2,983		33.2		2,784		31.9		2,855		30.8		2,541		30.2		2,442		
		39歳以下	1,680		18.7		1,573		18.0		1,475		17.1		1,390		16.5		1,331		
	加入率	24.2		23.5		23.2		22.6		23.2		22.4		22.4		22.3					
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	3		0.3		3		0.3		3		0.4		3		0.4		873		
		診療所数	30		3.3		30		3.4		30		3.5		30		3.6		28		
		病床数	198		22.0		198		22.7		198		23.0		198		23.6		198		
		医師数	44		4.9		44		5.0		44		5.1		44		5.2		39		
		外来患者数	801.1		801.8		772.1		772.1		804.1		825.5		728.3		737.2		687.8		
入院患者数		27.7		27.5		26.9		26.9		27.3		27.5		23.6		25.0		17.7			
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	371,597		県内11位 同規模99位		383,943		県内15位 同規模104位		380,235		県内19位 同規模99位		399,182		県内11位 同規模95位		428,123			
	県内8位 同規模88位	394,521		389,015		339,680															
	受診率	828.8		829.325		799.017		831.365		853.04		751.942		762.201		705.439					
	費用の割合	53.7		54.7		54.2		54.3		54.2		56.7		54.9		60.4					
	件数の割合	96.7		96.7		96.6		96.7		96.8		96.9		96.7		97.5					
	費用の割合	46.3		45.3		45.8		45.7		45.8		43.3		45.1		39.6					
件数の割合	3.3		3.3		3.4		3.3		3.2		3.1		3.3		2.5						
1件あたり入院日数	17.7日		18.4日		18.5日		18.0日		18.3日		17.1日		18.5日		15.7日						

(参考資料2) 健診・医療・介護の一体的な分析

① 40～64歳(国保)



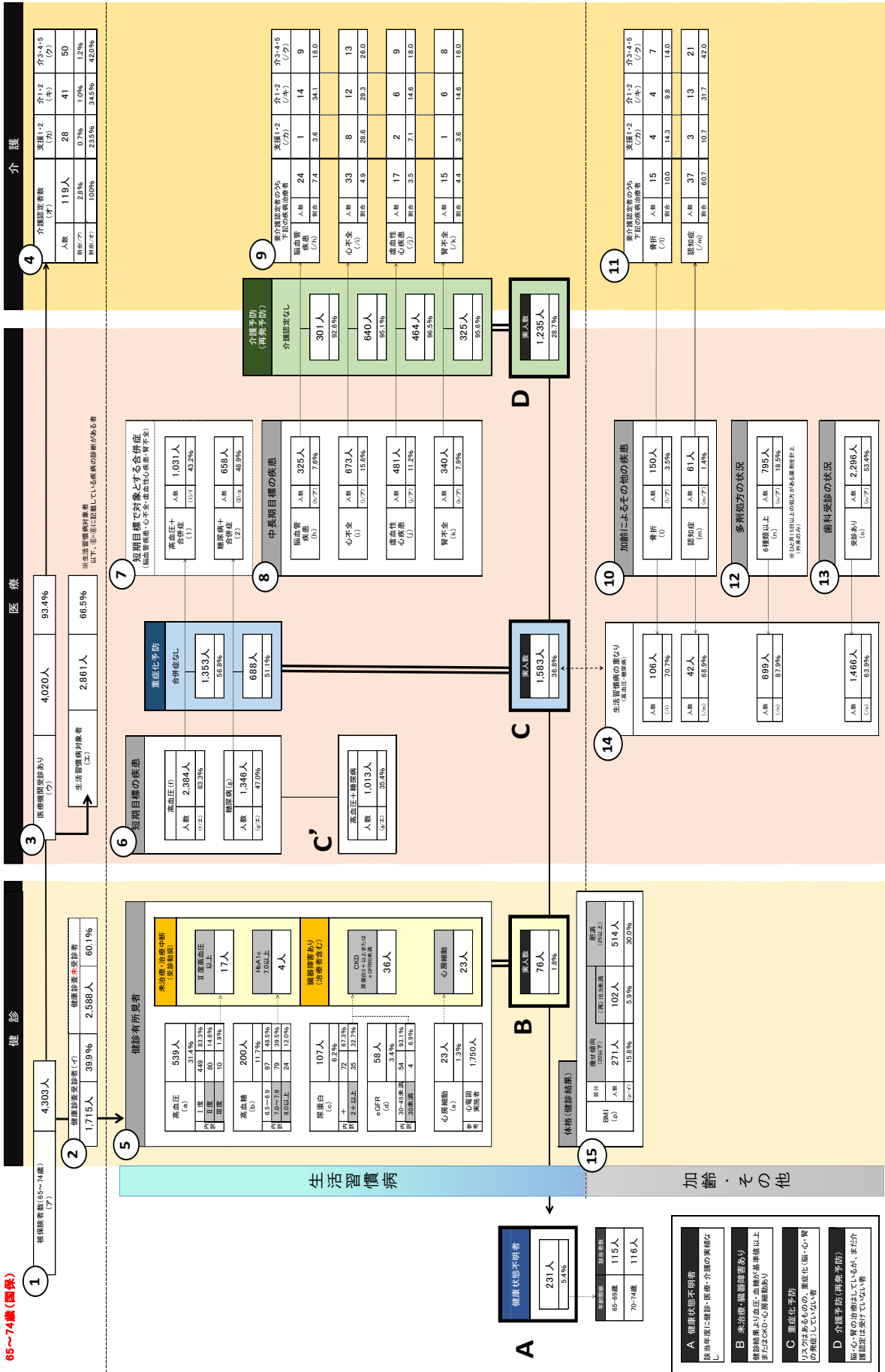
② 65～74歳(国保)

阿波市

令和4年度

【65】介護予防・介護予防・介護予防・介護予防
【66】介護予防・介護予防・介護予防・介護予防

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



③ 65～74歳(後期)

【OD9】厚生労働省標準式「1」
【特定】高齢者一歩管理システム「PMG0171」

参考: 【OD9】介入支援対象者一歩管理システム「PMG0171」
【OD9】介入支援対象者の医師(健康)・介護受診状況

E表: 健診・医療・介護予防対象者から重症化予防・介護予防対象者を把握する

65～74歳(後期)



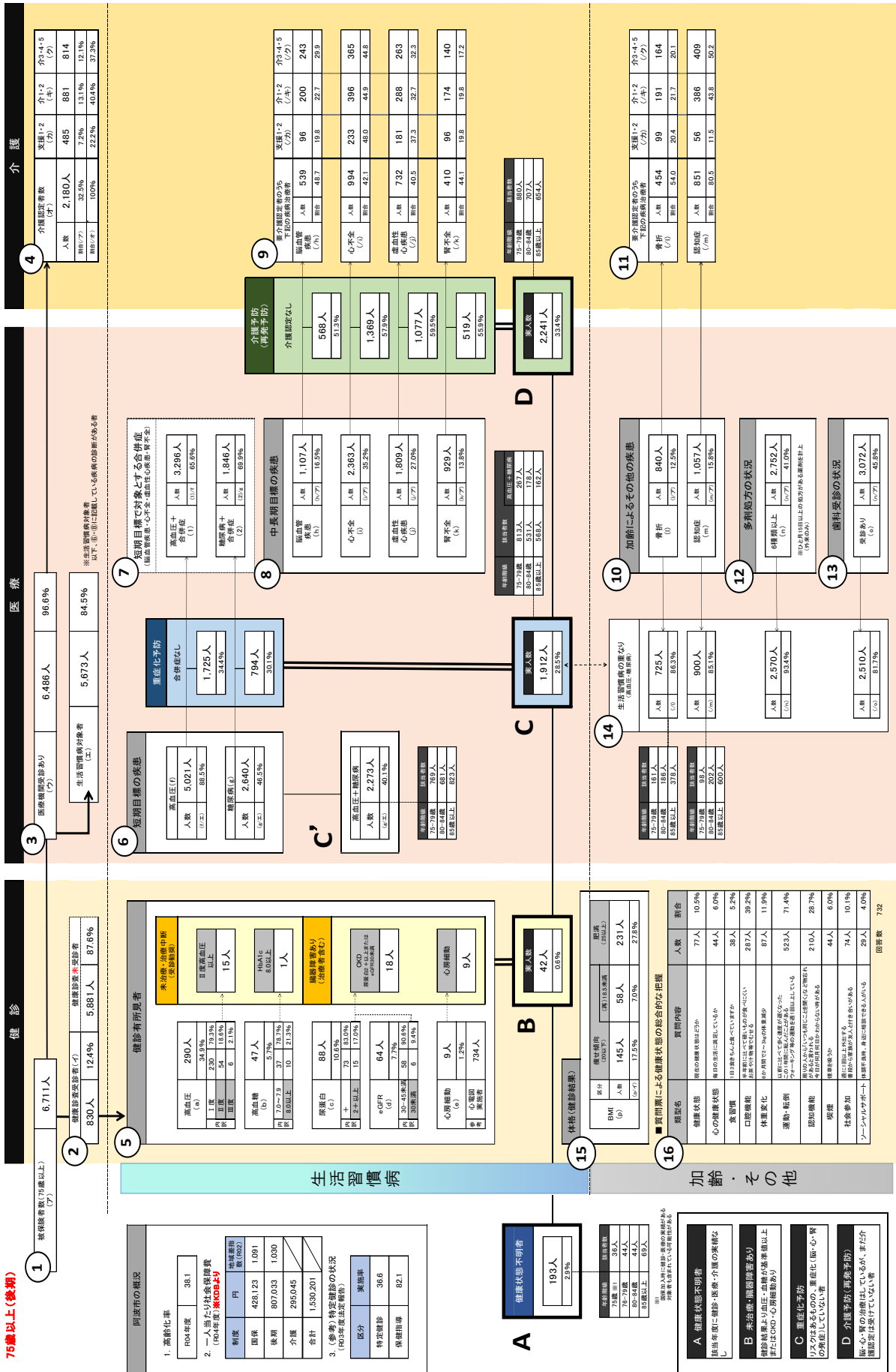
④75歳以上(後期)

【KOB】厚生労働省標準式-1
【特定高齢者ケア学習型システムJFAC171】

参考: 【KOB】介護予防対象者一宮・津島・重慶・重慶(化)予防
【KOB】後期高齢者の医療(健康)・介護(介護)状況

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

令和4年度



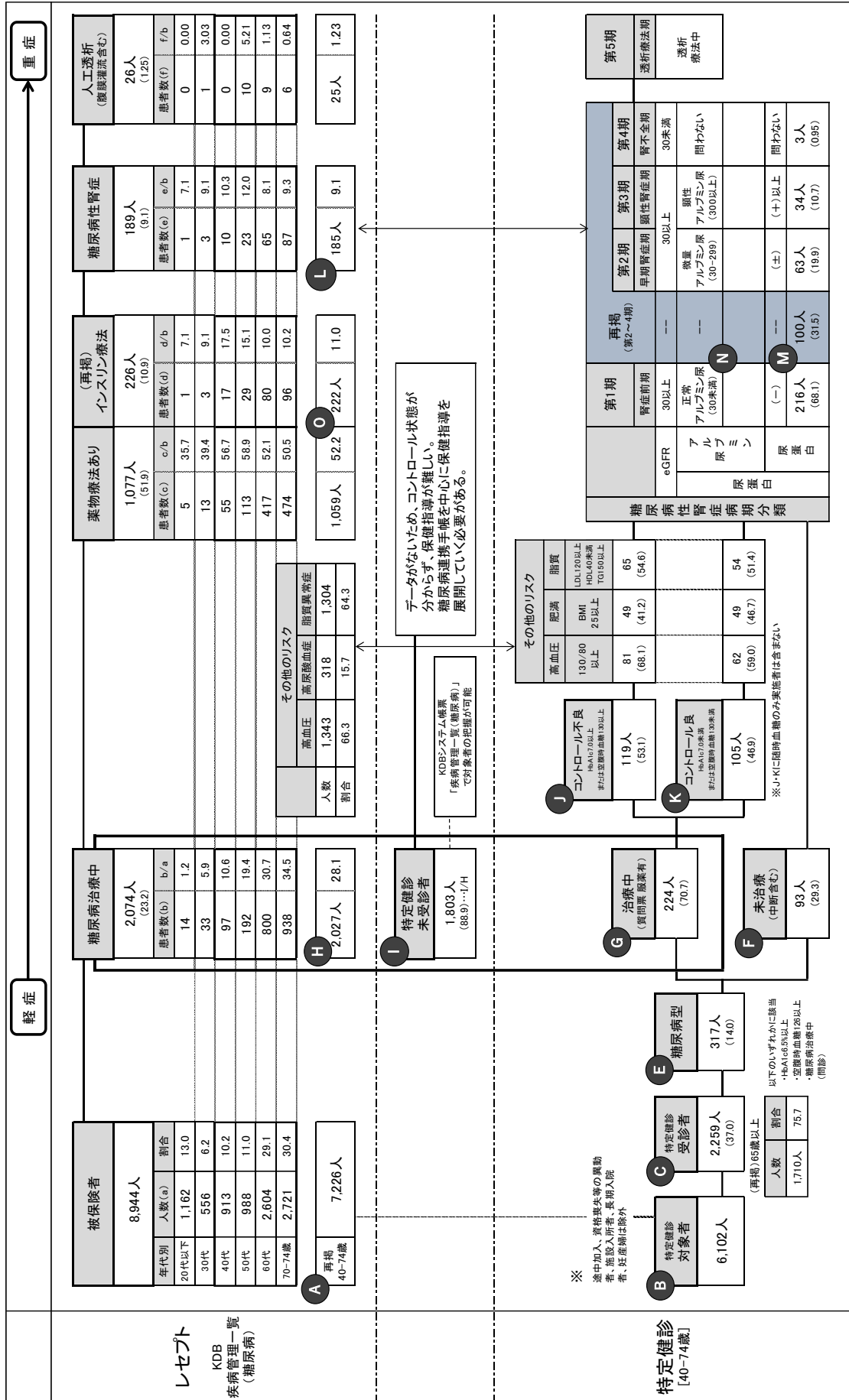
(参考資料3) 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

項目	突合表	阿波市										同規模保険者(平均)		データ基	
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	A	9,210人	8,960人	8,736人	8,662人	8,406人							KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲)40-74歳	A	7,484人	7,335人	7,235人	7,210人	7,049人								
2	① 対象者数	B	6,764人	6,629人	6,556人	6,394人	6,102人							市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書	
	② 特定健診 受診者数	C	2,520人	2,426人	2,363人	2,340人	2,259人								
	③ 受診率	C	37.3%	36.6%	36.0%	36.6%	37.0%								
3	① 特定保健指導 対象者数		319人	268人	244人	212人	222人								
	② 実施率		86.8%	86.6%	81.1%	82.1%	80.6%								
4	① 健診データ 糖尿病型	E	343人	13.6%	334人	13.8%	332人	14.0%	340人	14.5%	330人	14.2%		特定健診結果	
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	131人	38.2%	133人	39.8%	110人	33.1%	113人	33.2%	99人	30.0%			
	③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	212人	61.8%	201人	60.2%	222人	66.9%	227人	66.8%	231人	70.0%			
	④ コントロール不良 (HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上)	J	110人	51.9%	99人	49.3%	107人	48.2%	112人	49.3%	121人	52.4%			
	⑤ 血圧 130/80以上	J	74人	67.3%	59人	59.6%	55人	51.4%	71人	63.4%	81人	66.9%			
	⑥ 肥満 BMI25以上	J	59人	53.6%	53人	53.5%	58人	54.2%	52人	46.4%	50人	41.3%			
	⑦ コントロール良 (HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満)	K	102人	48.1%	102人	50.7%	115人	51.8%	115人	50.7%	110人	47.6%			
	⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	226人	65.9%	211人	63.2%	224人	67.5%	241人	70.9%	226人	68.5%			
	⑨ 第2期 尿蛋白(±)	M	64人	18.7%	74人	22.2%	69人	20.8%	54人	15.9%	66人	20.0%			
	⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上	M	53人	15.5%	48人	14.4%	35人	10.5%	44人	12.9%	34人	10.3%			
	⑪ 第4期 eGFR30未満	M	0人	0.0%	1人	0.3%	3人	0.9%	0人	0.0%	3人	0.9%			
5	① レセプト 糖尿病受療率(被保険者対)		140.9人	144.9人	139.0人	149.2人	151.1人						KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	② (再掲)40-74歳(被保険者対)		170.5人	174.9人	164.9人	176.1人	177.6人								
	③ レセプト件数 (40-74歳) (1件は再掲率対)	入院外(件数)	7,359件	(1008.1)	7,642件	(1067.5)	7,731件	(1082.9)	8,014件	(1142.7)	7,951件	(1184.6)	1,557,522件	(951.6)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④ 入院(件数)	44件	(6.0)	41件	(5.7)	41件	(5.7)	39件	(5.6)	32件	(4.8)	7,406件	(4.5)		
	⑤ 糖尿病治療中	H	1,298人	14.1%	1,298人	14.5%	1,214人	13.9%	1,292人	14.9%	1,270人	15.1%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥ (再掲)40-74歳	H	1,276人	17.0%	1,283人	17.5%	1,193人	16.5%	1,270人	17.6%	1,252人	17.8%			
	⑦ 健診未受診者	I	1,064人	83.4%	1,071人	83.5%	971人	81.4%	1,043人	82.1%	1,021人	81.5%			
	⑧ インスリン治療	O	138人	10.6%	136人	10.5%	125人	10.3%	124人	9.6%	110人	8.7%			
	⑨ (再掲)40-74歳	O	133人	10.4%	132人	10.3%	122人	10.2%	121人	9.5%	109人	8.7%			
	⑩ 糖尿病性腎症	L	82人	6.3%	86人	6.6%	90人	7.4%	114人	8.8%	128人	10.1%			
	⑪ (再掲)40-74歳	L	81人	6.3%	84人	6.5%	88人	7.4%	113人	8.9%	125人	10.0%			
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		24人	1.8%	19人	1.5%	22人	1.8%	19人	1.5%	17人	1.3%			
	⑬ (再掲)40-74歳		24人	1.9%	19人	1.5%	21人	1.8%	18人	1.4%	16人	1.3%			
	⑭ 新規透析患者数		7人		9人		6人		8人		7人				
	⑮ (再掲)糖尿病性腎症		2人		2人		3人		5人		6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)		66人	3.6%	61人	3.4%	55人	3.1%	52人	2.8%	57人	3.0%			
6	① 総医療費		33億3694万円	33億5259万円	32億7535万円	33億5433万円	34億4340万円	28億4626万円					KDB 健診・医療・介護データから みられる地域の健康課題		
	② 生活習慣病総医療費		18億0572万円	18億3959万円	18億2827万円	18億2674万円	18億6434万円	15億3700万円							
	③ (総医療費に占める割合)		54.1%	54.9%	55.8%	54.5%	54.1%	54.0%							
	④ 生活習慣病 対象者 1人あたり	健診受診者	5,258円	4,274円	5,258円	5,183円	4,661円	7,237円							
	⑤ 健診未受診者	32,070円	34,790円	32,779円	32,797円	36,346円	38,862円								
	⑥ 糖尿病医療費		2億0183万円	2億0490万円	2億0277万円	2億0510万円	1億9703万円	1億6596万円							
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		11.2%	11.1%	11.1%	11.2%	10.6%	10.8%							
	⑧ 糖尿病入院外総医療費		5億7033万円	6億1012万円	5億8107万円	6億0802万円	6億0508万円								
	⑨ 1件あたり		33,636円	35,944円	33,985円	34,800円	35,395円								
	⑩ 糖尿病入院総医療費		4億2430万円	3億6622万円	4億2460万円	4億3175万円	4億0395万円								
	⑪ 1件あたり		553,189円	519,458円	569,166円	603,845円	594,040円								
	⑫ 在院日数		18日	19日	18日	18日	18日								
	⑬ 慢性腎不全医療費		1億3528万円	1億2889万円	1億3644万円	1億2400万円	1億2476万円	1億2396万円							
	⑭ 透析有り		1億2468万円	1億2433万円	1億3222万円	1億1721万円	1億1570万円	1億1532万円							
	⑮ 透析なし		1060万円	455万円	423万円	680万円	906万円	863万円							
7	① 介護 介護給付費		39億5660万円	40億5626万円	40億3293万円	39億8544万円	38億9519万円	34億9905万円							
	② (2号認定者)糖尿病合併症		4件	18.2%	5件	25.0%	4件	20.0%	5件	23.8%	3件	16.7%			
8	① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)		7人	1.2%	9人	1.6%	7人	1.2%	7人	1.2%	8人	1.3%	2,819人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データ からみられる地域の健康課題

(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

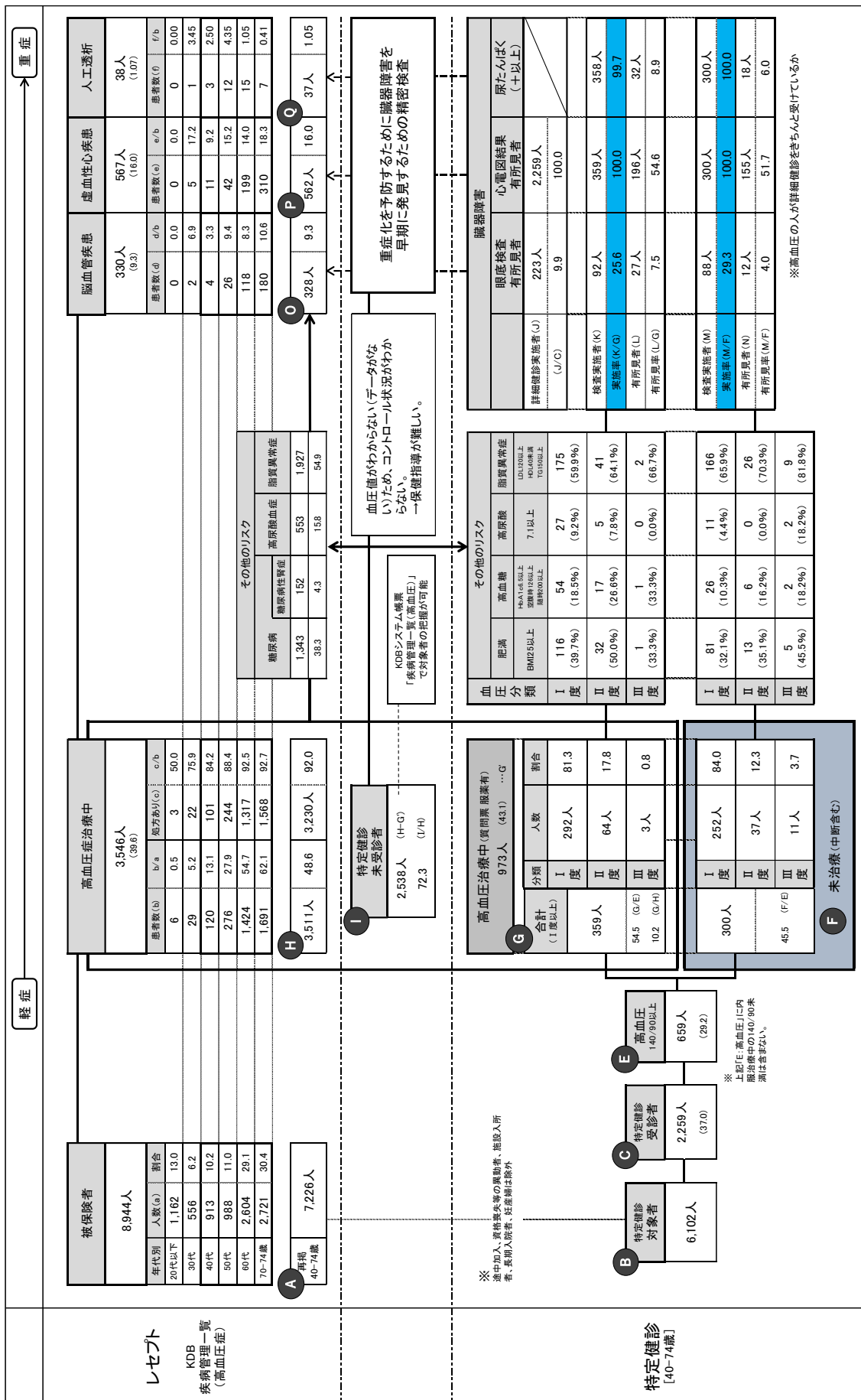
令和04年度

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



令和04年度

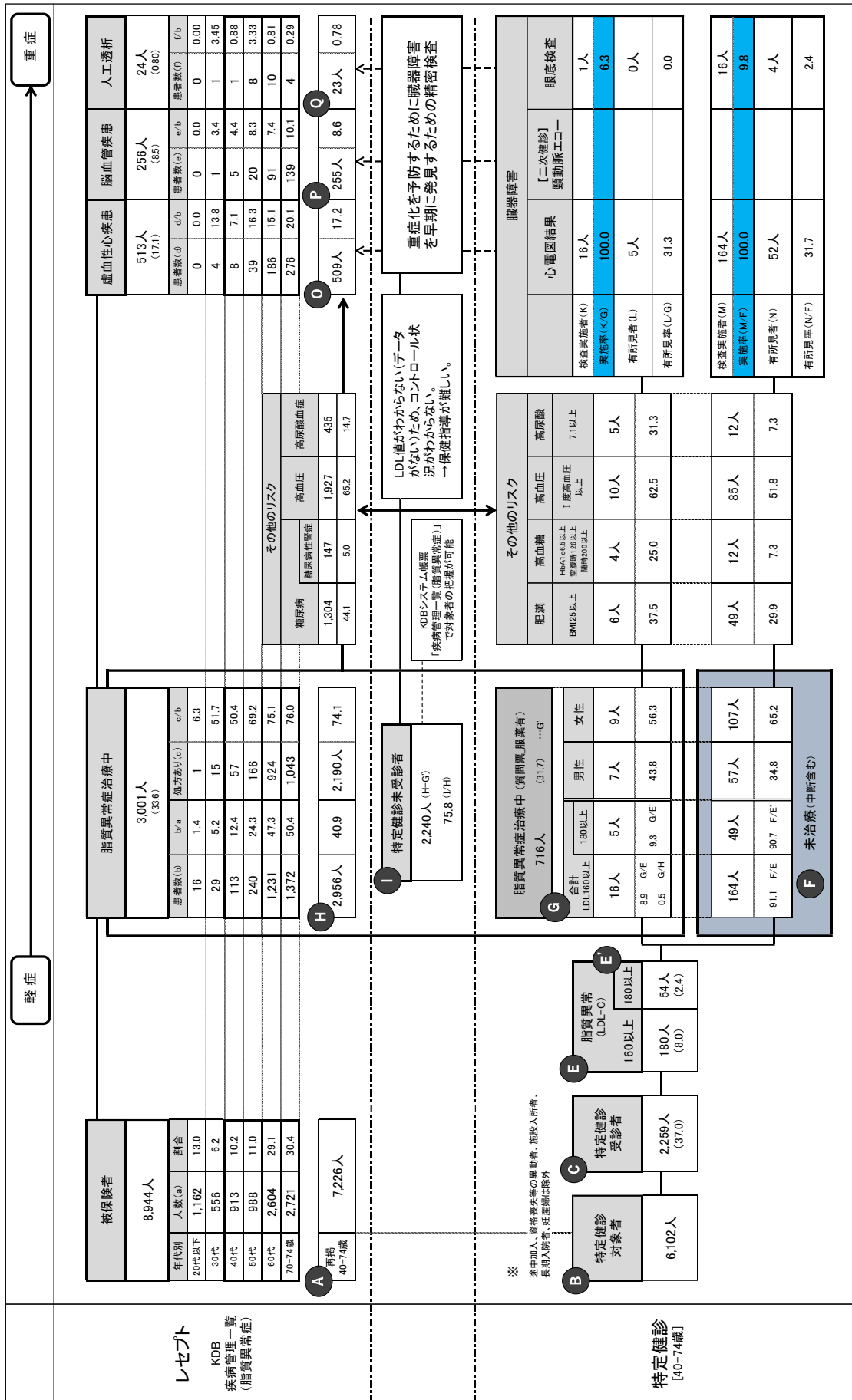
高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



(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

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

令和04年度



(参考資料 7) HbA1c の年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		合併症予防のための目標		糖尿病		合併症の危険が更に大きくなる					
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		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	
H29	2,532	1,017	40.2%	899	35.5%	351	13.9%	126	5.0%	95	3.8%	44	1.7%	85	3.4%	33	1.3%
H30	2,519	966	38.3%	950	37.7%	343	13.6%	131	5.2%	88	3.5%	41	1.6%	76	3.0%	22	0.9%
R01	2,426	966	39.8%	880	36.3%	344	14.2%	123	5.1%	93	3.8%	20	0.8%	55	2.3%	13	0.5%
R02	2,362	921	39.0%	856	36.2%	353	14.9%	112	4.7%	83	3.5%	37	1.6%	66	2.8%	21	0.9%
R03	2,340	937	40.0%	841	35.9%	325	13.9%	115	4.9%	88	3.8%	34	1.5%	71	3.0%	18	0.8%
R04	2,259	835	37.0%	836	37.0%	350	15.5%	117	5.2%	86	3.8%	35	1.5%	71	3.1%	23	1.0%

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上			再掲		割合
					再)7.0以上	未治療	治療	人数	割合	
H29	2,532	40.2%	35.5%	13.9%	265	117	148	10.5%	5.5%	10.5%
					10.5%	44.2%	55.8%			
H30	2,519	38.3%	37.7%	13.6%	260	112	148	10.3%	5.1%	10.8%
					10.3%	43.1%	56.9%			
R01	2,426	39.8%	36.3%	14.2%	236	106	130	9.7%	4.7%	9.7%
					9.7%	44.9%	55.1%			
R02	2,362	39.0%	36.2%	14.9%	232	90	142	9.8%	5.1%	9.8%
					9.8%	38.8%	61.2%			
R03	2,340	40.0%	35.9%	13.9%	237	88	149	10.1%	5.2%	10.1%
					10.1%	37.1%	62.9%			
R04	2,259	37.0%	37.0%	15.5%	238	79	159	10.5%	5.4%	10.5%
					10.5%	33.2%	66.8%			

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		合併症予防のための目標		糖尿病		合併症の危険が更に大きくなる							
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		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	208	8.2%	3	1.4%	15	7.2%	42	20.2%	60	28.8%	56	26.9%	32	15.4%	60	28.8%	23	11.1%
	H30	210	8.3%	5	2.4%	15	7.1%	42	20.0%	60	28.6%	58	27.6%	30	14.3%	52	24.8%	16	7.6%
	R01	195	8.0%	4	2.1%	12	6.2%	49	25.1%	49	25.1%	68	34.9%	13	6.7%	41	21.0%	7	3.6%
	R02	219	9.3%	3	1.4%	22	10.0%	52	23.7%	55	25.1%	62	28.3%	25	11.4%	51	23.3%	10	4.6%
	R03	223	9.5%	3	1.3%	30	13.5%	41	18.4%	59	26.5%	70	31.4%	20	9.0%	52	23.3%	8	3.6%
	R04	224	9.9%	4	1.8%	17	7.6%	44	19.6%	57	25.4%	73	32.6%	29	12.9%	61	27.2%	18	8.0%
治療なし	H29	2,324	91.8%	1,014	43.6%	884	38.0%	309	13.3%	66	2.8%	39	1.7%	12	0.5%	25	1.1%	10	0.4%
	H30	2,309	91.7%	961	41.6%	935	40.5%	301	13.0%	71	3.1%	30	1.3%	11	0.5%	24	1.0%	6	0.3%
	R01	2,231	92.0%	962	43.1%	868	38.9%	295	13.2%	74	3.3%	25	1.1%	7	0.3%	14	0.6%	6	0.3%
	R02	2,143	90.7%	918	42.8%	834	38.9%	301	14.0%	57	2.7%	21	1.0%	12	0.6%	15	0.7%	11	0.5%
	R03	2,117	90.5%	934	44.1%	811	38.3%	284	13.4%	56	2.6%	18	0.9%	14	0.7%	19	0.9%	10	0.5%
	R04	2,035	90.1%	831	40.8%	819	40.2%	306	15.0%	60	2.9%	13	0.6%	6	0.3%	10	0.5%	5	0.2%

(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	2,532	631	24.9%	474	18.7%	753	29.7%	535	21.1%	126	5.0%	13	0.5%
H30	2,520	659	26.2%	405	16.1%	783	31.1%	543	21.5%	111	4.4%	19	0.8%
R01	2,426	628	25.9%	387	16.0%	764	31.5%	547	22.5%	86	3.5%	14	0.6%
R02	2,363	568	24.0%	450	19.0%	643	27.2%	562	23.8%	124	5.2%	16	0.7%
R03	2,340	542	23.2%	431	18.4%	660	28.2%	600	25.6%	95	4.1%	12	0.5%
R04	2,259	564	25.0%	372	16.5%	664	29.4%	544	24.1%	101	4.5%	14	0.6%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲	割合		
					再Ⅲ度高血圧					未治療	治療
					人数	割合	割合				
H29	2,532	1,105 43.6%	753 29.7%	535 21.1%	139 5.5%	76 54.7%	63 45.3%	5.5%			
H30	2,520	1,064 42.2%	783 31.1%	543 21.5%	130 5.2%	72 55.4%	58 44.6%	5.2%			
R01	2,426	1,015 41.8%	764 31.5%	547 22.5%	100 4.1%	59 59.0%	41 41.0%	4.1%			
R02	2,363	1,018 43.1%	643 27.2%	562 23.8%	140 5.9%	73 52.1%	67 47.9%	5.9%			
R03	2,340	973 41.6%	660 28.2%	600 25.6%	107 4.6%	51 47.7%	56 52.3%	4.6%			
R04	2,259	936 41.4%	664 29.4%	544 24.1%	115 5.1%	48 41.7%	67 58.3%	5.1%			

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	986	38.9%	126	12.8%	189	19.2%	334	33.9%	274	27.8%	61	6.2%	2	0.2%
	H30	999	39.6%	147	14.7%	159	15.9%	355	35.5%	280	28.0%	54	5.4%	4	0.4%
	R01	961	39.6%	150	15.6%	135	14.0%	355	36.9%	280	29.1%	37	3.9%	4	0.4%
	R02	982	41.6%	134	13.6%	169	17.2%	315	32.1%	297	30.2%	59	6.0%	8	0.8%
	R03	1,011	43.2%	127	12.6%	182	18.0%	327	32.3%	319	31.6%	49	4.8%	7	0.7%
	R04	973	43.1%	128	13.2%	145	14.9%	341	35.0%	292	30.0%	64	6.6%	3	0.3%
治療なし	H29	1,546	61.1%	505	32.7%	285	18.4%	419	27.1%	261	16.9%	65	4.2%	11	0.7%
	H30	1,521	60.4%	512	33.7%	246	16.2%	428	28.1%	263	17.3%	57	3.7%	15	1.0%
	R01	1,465	60.4%	478	32.6%	252	17.2%	409	27.9%	267	18.2%	49	3.3%	10	0.7%
	R02	1,381	58.4%	434	31.4%	281	20.3%	328	23.8%	265	19.2%	65	4.7%	8	0.6%
	R03	1,329	56.8%	415	31.2%	249	18.7%	333	25.1%	281	21.1%	46	3.5%	5	0.4%
	R04	1,286	56.9%	436	33.9%	227	17.7%	323	25.1%	252	19.6%	37	2.9%	11	0.9%

(参考資料9) LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120~139		140~159		160~179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
総数	H29	2,532	1,311	51.8%	636	25.1%	382	15.1%	145	5.7%	58	2.3%
	H30	2,499	1,224	49.0%	618	24.7%	413	16.5%	173	6.9%	71	2.8%
	R01	2,409	1,186	49.2%	614	25.5%	384	15.9%	160	6.6%	65	2.7%
	R02	2,343	1,182	50.4%	602	25.7%	353	15.1%	134	5.7%	72	3.1%
	R03	2,331	1,147	49.2%	592	25.4%	390	16.7%	143	6.1%	59	2.5%
R04	2,254	1,167	51.8%	565	25.1%	342	15.2%	126	5.6%	54	2.4%	
男性	H29	1,113	623	56.0%	273	24.5%	162	14.6%	42	3.8%	13	1.2%
	H30	1,114	611	54.8%	271	24.3%	150	13.5%	60	5.4%	22	2.0%
	R01	1,072	592	55.2%	272	25.4%	149	13.9%	43	4.0%	16	1.5%
	R02	1,049	604	57.6%	249	23.7%	128	12.2%	40	3.8%	28	2.7%
	R03	1,023	568	55.5%	241	23.6%	141	13.8%	54	5.3%	19	1.9%
R04	990	566	57.2%	237	23.9%	123	12.4%	48	4.8%	16	1.6%	
女性	H29	1,419	688	48.5%	363	25.6%	220	15.5%	103	7.3%	45	3.2%
	H30	1,385	613	44.3%	347	25.1%	263	19.0%	113	8.2%	49	3.5%
	R01	1,337	594	44.4%	342	25.6%	235	17.6%	117	8.8%	49	3.7%
	R02	1,294	578	44.7%	353	27.3%	225	17.4%	94	7.3%	44	3.4%
	R03	1,308	579	44.3%	351	26.8%	249	19.0%	89	6.8%	40	3.1%
R04	1,264	601	47.5%	328	25.9%	219	17.3%	78	6.2%	38	3.0%	

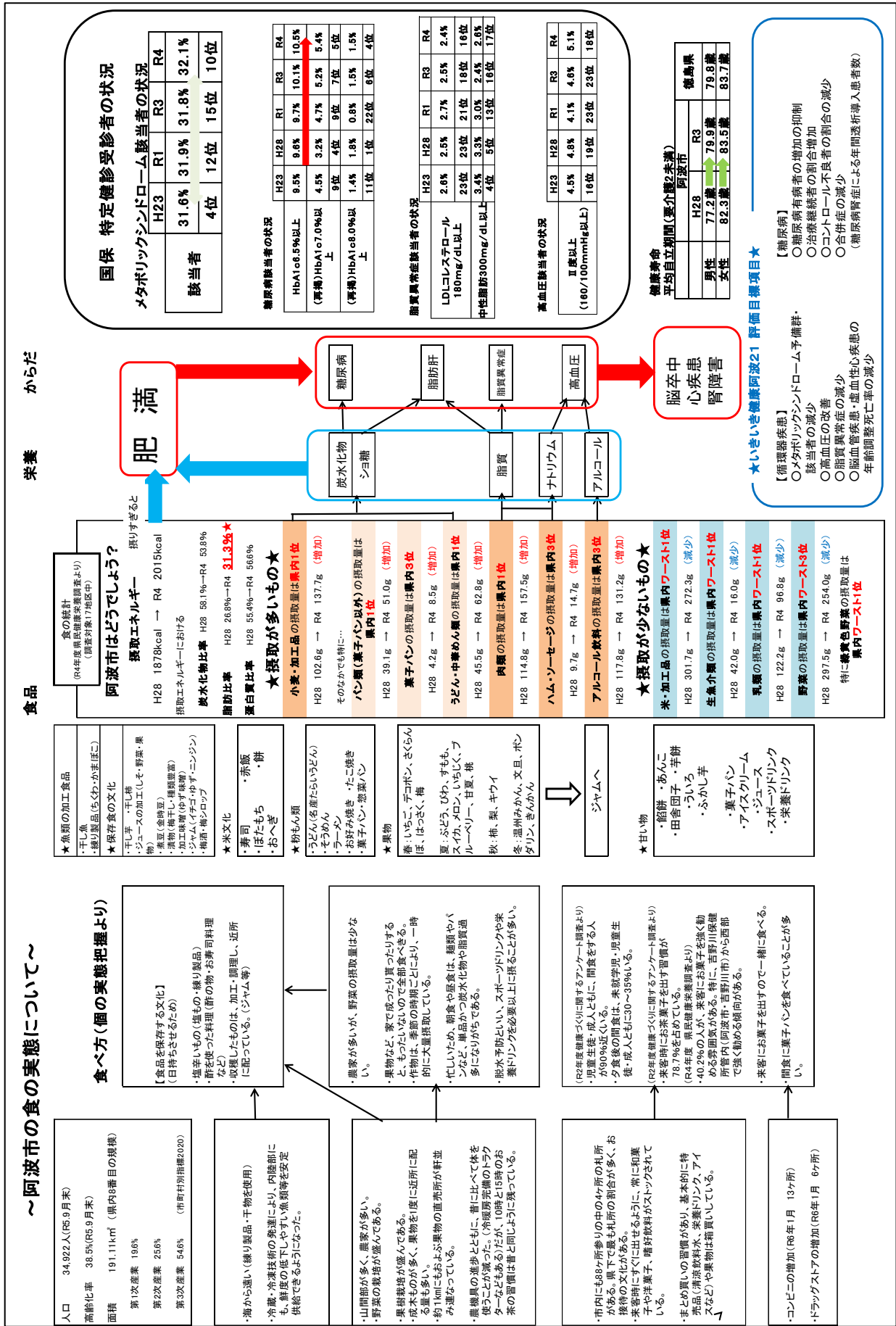
アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

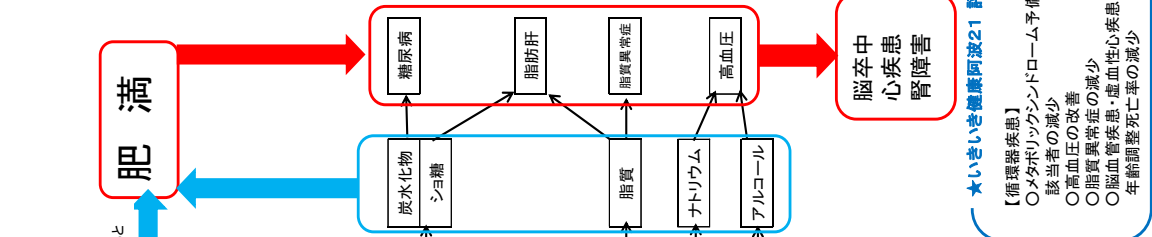
年度	健診受診者	120未満	120~139	140~159	160以上			再掲	再掲	再掲
					再)180以上	未治療	治療			
H29	2,532	1,311 51.8%	636 25.1%	382 15.1%	203 8.0%	186 91.6%	17 8.4%	2.3%	8.0%	58 2.3%
					58 2.3%	53 91.4%	5 8.6%			
H30	2,499	1,224 49.0%	618 24.7%	413 16.5%	244 9.8%	217 88.9%	27 11.1%	2.8%	9.8%	71 2.8%
					71 2.8%	63 88.7%	8 11.3%			
R01	2,409	1,186 49.2%	614 25.5%	384 15.9%	225 9.3%	213 94.7%	12 5.3%	2.7%	9.3%	65 2.7%
					65 2.7%	63 96.9%	2 3.1%			
R02	2,343	1,182 50.4%	602 25.7%	353 15.1%	206 8.8%	184 89.3%	22 10.7%	3.1%	8.8%	72 3.1%
					72 3.1%	64 88.9%	8 11.1%			
R03	2,331	1,147 49.2%	592 25.4%	390 16.7%	202 8.7%	184 91.1%	18 8.9%	2.5%	8.7%	59 2.5%
					59 2.5%	55 93.2%	4 6.8%			
R04	2,254	1,167 51.8%	565 25.1%	342 15.2%	180 8.0%	164 91.1%	16 8.9%	2.4%	8.0%	54 2.4%
					54 2.4%	49 90.7%	5 9.3%			

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120~139		140~159		160~179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	713	28.2%	499	70.0%	134	18.8%	63	8.8%	12	1.7%	5	0.7%
	H30	717	28.7%	485	67.6%	148	20.6%	57	7.9%	19	2.6%	8	1.1%
	R01	689	28.6%	482	70.0%	137	19.9%	58	8.4%	10	1.5%	2	0.3%
	R02	706	30.1%	506	71.7%	133	18.8%	45	6.4%	14	2.0%	8	1.1%
	R03	722	31.0%	509	70.5%	138	19.1%	57	7.9%	14	1.9%	4	0.6%
R04	716	31.8%	524	73.2%	127	17.7%	49	6.8%	11	1.5%	5	0.7%	
治療なし	H29	1,819	71.8%	812	44.6%	502	27.6%	319	17.5%	133	7.3%	53	2.9%
	H30	1,782	71.3%	739	41.5%	470	26.4%	356	20.0%	154	8.6%	63	3.5%
	R01	1,720	71.4%	704	40.9%	477	27.7%	326	19.0%	150	8.7%	63	3.7%
	R02	1,637	69.9%	676	41.3%	469	28.6%	308	18.8%	120	7.3%	64	3.9%
	R03	1,609	69.0%	638	39.7%	454	28.2%	333	20.7%	129	8.0%	55	3.4%
R04	1,538	68.2%	643	41.8%	438	28.5%	293	19.1%	115	7.5%	49	3.2%	



栄養 からだ



食品

阿波市はどうでしょう?

食の統計 (R4年度県民健康栄養調査より) (調査対象17地区中)

摂取エネルギー 振りすぎと

H28 1878kcal → R4 2015kcal

摂取エネルギー R4 2015kcal

炭水化物比率 H28 58.1% → R4 53.8%

脂肪比率 H28 26.8% → R4 31.3%★

蛋白質比率 H28 55.0% → R4 56.6%

★摂取が多いもの★

小麦・加工品の摂取量は県内1位

H28 102.6g → R4 137.7g (増加)

そのなかでも特に...

パン類(菓子パン以外)の摂取量は県内1位

H28 39.1g → R4 51.0g (増加)

菓子パンの摂取量は県内3位

H28 4.2g → R4 8.5g (増加)

うどん・中華めん類の摂取量は県内1位

H28 45.5g → R4 62.8g (増加)

肉類の摂取量は県内1位

H28 114.8g → R4 157.5g (増加)

ハム・ソーセージの摂取量は県内3位

H28 9.7g → R4 14.7g (増加)

アルコール飲料の摂取量は県内3位

H28 117.8g → R4 131.2g (増加)

★摂取が少ないもの★

米・加工品の摂取量は県内ワースト1位

H28 301.7g → R4 272.3g (減少)

生果介類の摂取量は県内ワースト1位

H28 42.0g → R4 16.0g (減少)

乳類の摂取量は県内ワースト1位

H28 122.2g → R4 96.8g (減少)

野菜の摂取量は県内ワースト3位

H28 297.5g → R4 254.0g (減少)

特に緑黄色野菜の摂取量は県内ワースト1位

加工食品

- ★ 高糖質の加工食品
 - ・干し巻
 - ・練り製品(生わか(まぼろし))
- ★ 保存食の文化
 - ・干し巻
 - ・干し巻
 - ・ジュースの加工(しそ、野菜、果物)
 - ・煮豆(金時豆)
 - ・漬物(梅干し、種蒔豆)
 - ・加工味噌(ゆず味噌)
 - ・ジャム(イチゴ、ゆず、ニンジン)
 - ・梅酒、梅シロップ
- ★ 本文化
 - ・寿司
 - ・赤飯
 - ・餅
 - ・ぼたもち
 - ・おへぎ
- ★ 粉もん類
 - ・うどん(名産)いっとう
 - ・そうめん
 - ・ラーメン
 - ・お好み焼き、たこ焼き
 - ・菓子パン、惣菜パン
- ★ 菓物
 - ・春、いちご、デコボコ、さくらんぼ、はっさく、梅
 - ・夏、ぶどう、ひび、すもも、スイカ、メロン、いちじく、フルーツ、りんご、甘栗、桃
 - ・秋、柿、梨、キウイ
 - ・冬、温州みかん、文旦、ポンカン、きんかん
- ★ ジャムへ
 - ・甘い物
 - ・餡餅・あんこ
 - ・田舎団子・芋餅
 - ・ういろ
 - ・ふかし芋
 - ・菓子パン
 - ・アイスクリーム
 - ・ジュース
 - ・スポーツドリンク
 - ・栄養ドリンク

健康寿命

健康寿命

平均自立期間(要介護未満)

阿波市	H28	H28	H28	H28
徳島県	77.2歳	77.2歳	77.2歳	77.2歳
男性	82.3歳	82.3歳	82.3歳	82.3歳
女性	83.5歳	83.5歳	83.5歳	83.5歳

【糖尿病】

- 糖尿病有病者の増加の抑制
- 治療継続者の割合増加
- コントロール不良者の割合の減少
- 合併症の減少 (糖尿病腎症による年間透析導入患者数)

国保 特定健診受診者の状況

国保 特定健診受診者の状況

メタボリックシンドローム該当者の状況

H23	H28	R1	R3	R4
31.6%	31.9%	31.8%	31.8%	32.1%
4位	12位	15位	10位	10位

該当者

糖尿病該当者の状況

H23	H28	R1	R3	R4
9.5%	9.6%	9.7%	10.1%	10.5%
HbA1c6.5%以上	4.5%	4.7%	5.2%	5.4%
(標準)HbA1c7.0%以上	1.4%	1.8%	0.8%	1.5%
(標準)HbA1c8.0%以上	11位	1位	22位	6位
上	4位	9位	7位	5位
上	11位	1位	22位	6位
上	11位	1位	22位	6位

脂質異常症該当者の状況

H23	H28	R1	R3	R4
2.6%	2.5%	2.7%	2.5%	2.4%
LDLコレステロール	23位	23位	21位	18位
180mg/dl以上	3.4%	3.3%	3.0%	2.5%
中性脂肪300mg/dl以上	4位	5位	13位	16位
4位	5位	13位	16位	17位

高血圧該当者の状況

H23	H28	R1	R3	R4
4.5%	4.8%	4.1%	4.9%	5.1%
Ⅱ度以上	16位	19位	23位	18位
(160/100mmHg以上)	16位	19位	23位	18位