

阿南市 第2期データヘルス計画中間評価

(令和2年度)

令和2年12月

1. 目的・評価方法

第2期データヘルス計画(平成30年から令和5年の6年間)の中間評価・見直しは令和2年度に行い、評価に応じた計画の改善を図ることとする。

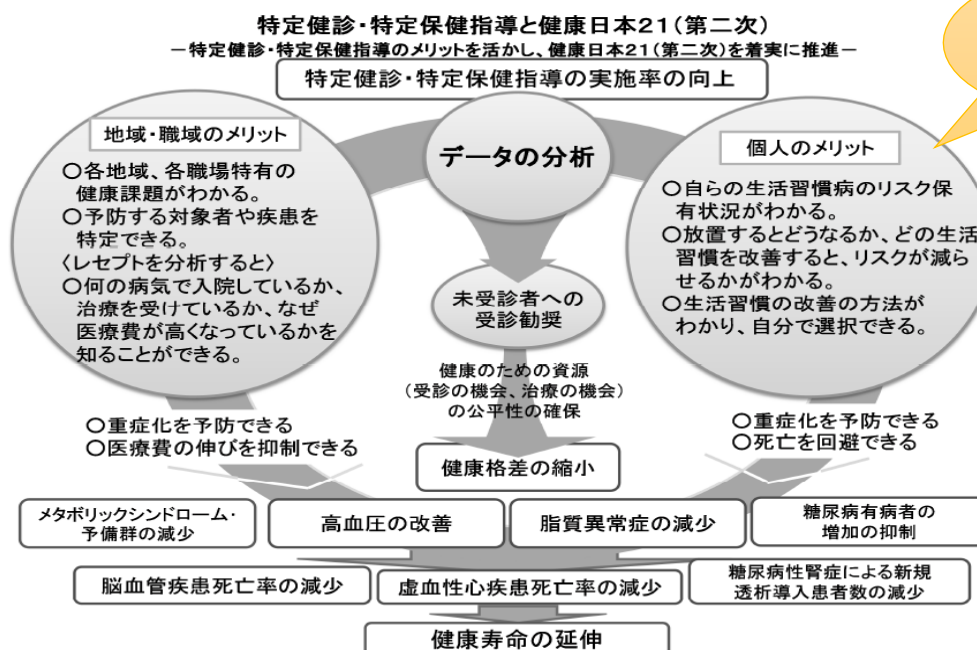
計画全体の評価を行うために、データヘルス計画を構成する個別保健事業計画に基づいて実施された事業等を振り返り、計画の目的・目標の達成状況・指標のあり方について、データ分析等をもとに次の4つの観点(※1)で整理し、評価することが求められている。

なお、第2期データヘルス計画は「特定健康診査等実施計画」も合わせて一体的に策定したことから、評価の視点は、計画の流れでもある「標準的健診保健指導プログラム」(※2)を基に、保険者努力支援制度の固有指標②「データヘルス計画の実施状況」等の加点獲得及び、情勢等を加味し、必要に応じて個々の事業見直し等を行う。

※1 評価における4つの観点

	ストラクチャー (計画立案体制・実施構成・評価体制)	プロセス (保健事業の実施過程)	アウトプット (保健事業の実施状況・実施量)	アウトカム (成果)
データヘルス計画	計画の目的・目標を達成するためのしくみや体制のこと。 ⇒計画を策定するために十分な人員や予算が確保できたか、事業運営委員会などを設置する等、関係者との連携ができたか、など。	計画策定手順のこと。 ⇒健診・医療・介護データ、その他の統計資料、日頃の活動の中で収集した質的情報等のデータに基づいて現状分析したか、現状分析を踏まえたうえで、課題抽出、事業選択ができたか、など。	計画に記載した事業の実施状況に関すること。 ⇒重症化予防事業の実施の有無を含め、データヘルス計画に記載した保健事業をどの程度実施したか、など。	計画を実行することにより目指す目標・目的のこと。 ⇒健康寿命が何年延長したか、データヘルス計画の目的・目標に達することができたか、など。

※2 標準的健診保健指導プログラム



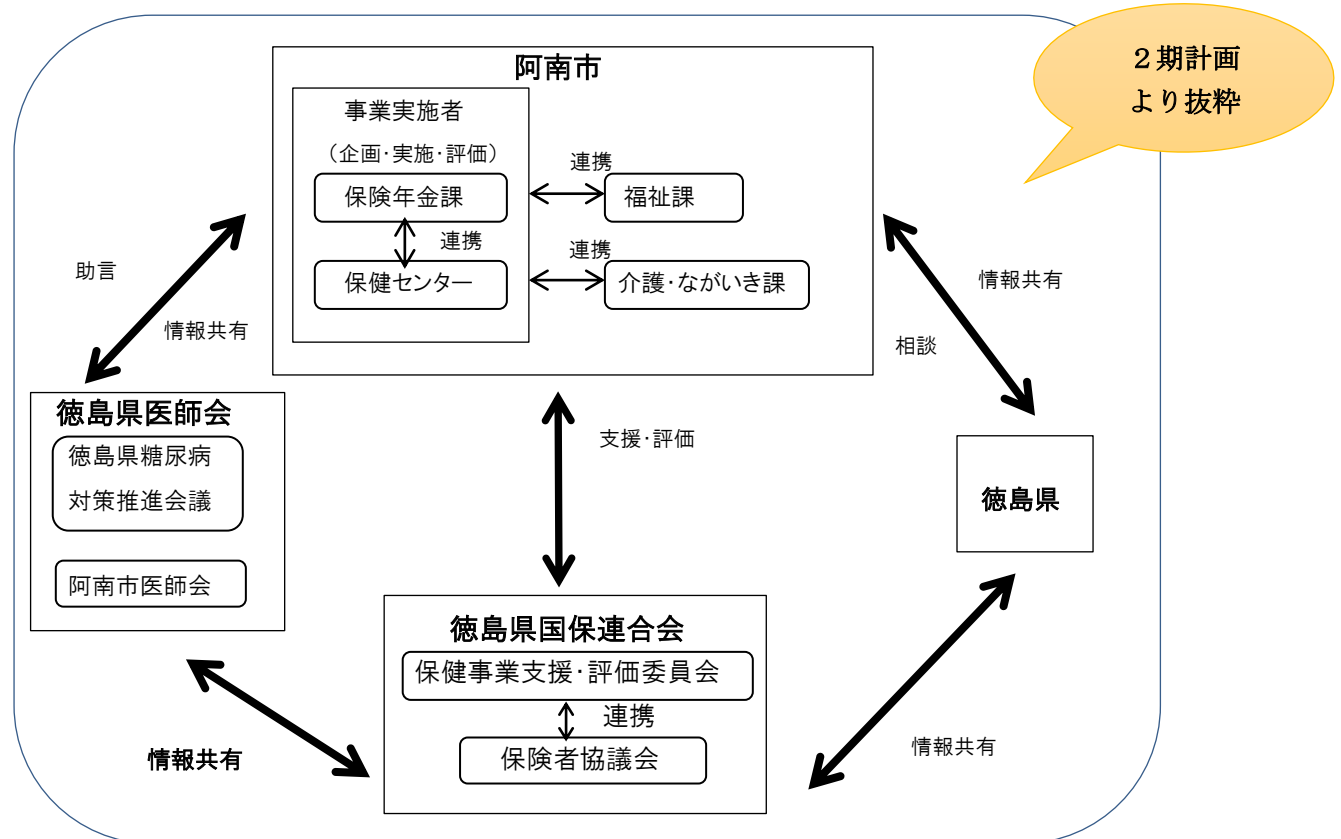
第2期計画より抜粋

2. 評価の流れ

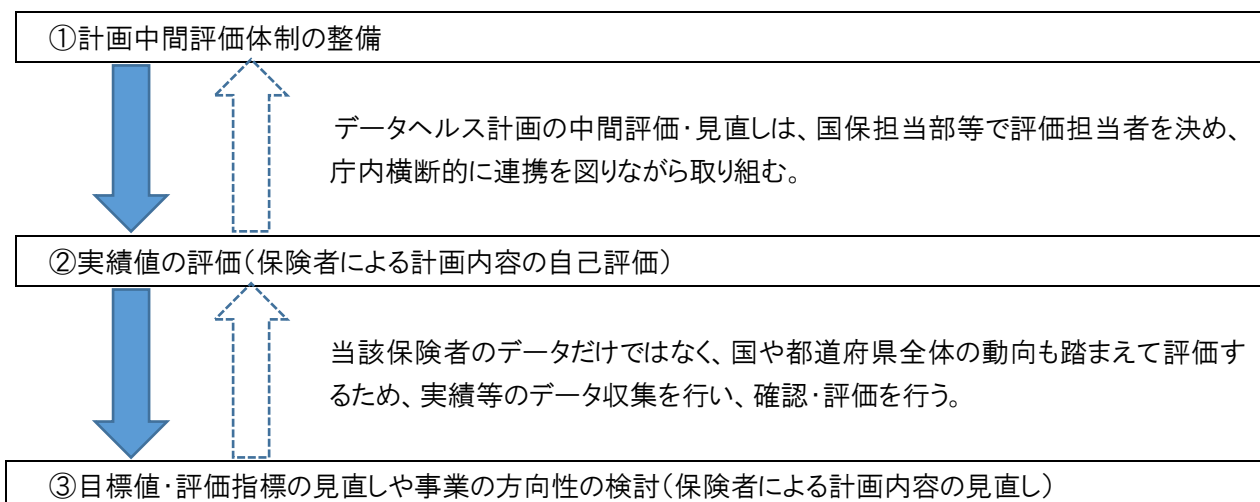
データヘルス計画の個別事業の進捗については、年度ごとに保険者が取りまとめているため、計画の中間評価は次のとおりとする。なお、個別の保健事業に係る評価と併せて毎年度、データヘルス計画の評価を行っている場合についても、適切に評価を行っていれば中間評価の扱いとなることから、整理している実績資料等を十分に活用していく。

また、評価にあたっては、庁内関係者による横断的連携を図り、保健事業・支援評価委員会及び国保連合会との連携を図る。

庁内関係者による横断的連携（国保・保健・介護部署等）



※第2期データヘルス計画より抜粋



必要に応じて、保健事業の内容・見直しに反映する。保健・介護部署に事業委任している場合は各部署と連携を図り、今後の事業や方向性等を共有する。

3. 中間評価の指標

【別添 全体評価】

計画の評価に必要な指標やデータについて、次のとおり整理し様式に整理する

別添 評価・見直しに必要な資料

(資料) 標準的健診保健指導プログラム【平成30年度版】の 阿南市版「図1」..... p4

(資料) 様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた阿南市の位置..... p5

(全体評価)

①データヘルス計画全体(医療費・介護給付費・保険者努力支援制度) p6

総医療費および1人あたり医療費・伸び率【図表1】

ひと月あたり医療費の国・県・同規模自治体との比較【図表2】

介護給付費の変化【図表3】

保険者努力支援制度の加点状況【図表4】

②特定健診・特定保健指導の状況 p7

特定健診・特定保健指導の実施状況(法定報告結果)【図表5】【図表7】

費用対効果: 令和2年度特定健診の受診の有無と生活習慣病治療にかかっているお金【図表6】

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)【図表8】

健診有所見割合(厚生労働省様式6-2~6-7)【図表9】

③短期目標・中長期目標 p8~9

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【図表10】

【短期目標】

糖尿病のレセプト分析(厚生労働省様式3-2)【図表11】

高血圧症のレセプト分析(厚生労働省様式3-3)【図表11】

脂質異常症のレセプト分析(厚生労働省様式3-4)【図表11】

何の疾患で治療を受けているのか(令和2年5月診療分)【図表12】

【中長期目標】

疾病の発症状況と経年変化(厚生労働省様式3-1)【図表13】

脳・心・腎レセプト分析(厚生労働省様式3-2、3-5、3-6、3-7)【図表14】

参考資料 p10~11

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

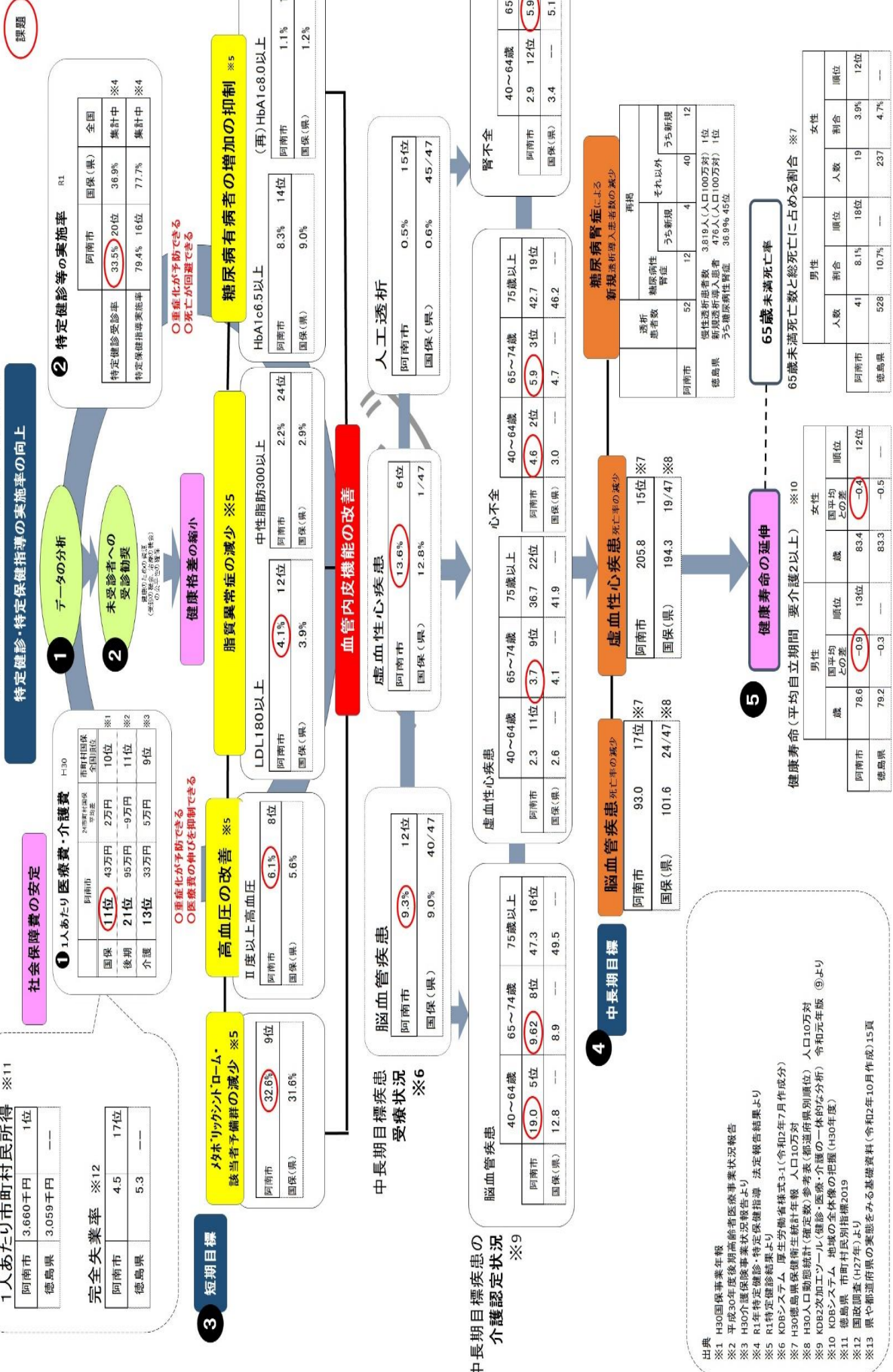
地域特性資料

(資料) 標準的健診保健指導プログラム【平成30年度版】の 阿南市版「図1」

阿南市の社会保障健全化に向けて、医療費・介護費の適正化 ～制度から見た阿南市の実態～

特定健診・特定保健指導と健康日本21(第二次)

※1 特定健診・保健指導の進捗状況は、健康日本21(第二次)を背景に推進



出典
 ※1 H30国保事業年報
 ※2 平成30年度後期高齢者医療事業状況報告
 ※3 H30介護保険事業状況報告より
 ※4 R1年特定健診・特定保健指導
 ※5 R1特定健診結果より
 ※6 KDBシステム 厚生労働省様式3-1(令和2年7月作成分)
 ※7 H30国保事業年報 人口10万対
 ※8 KDBシステム 地域の実体像の把握(H30年度)
 ※9 KDBシステム 地域の実体像の把握(H30年度)
 ※10 徳島県 市町村別指標2019
 ※11 徳島県 市町村別指標2019
 ※12 国政調査(H27年)より
 ※13 県や都道府県の実態をみる基礎資料(令和2年10月作成)15頁

第2期データヘルス計画中間評価

標準的な健診・保健指導プログラム【H30版】図表1の流れでPDCAの指標で整理

阿南市

課題・目標

データヘルス計画全体の目標

生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図る。

①医療費について

一人あたり医療費が、同規模平均より高い。生活習慣病は予防可能な疾患であり、生活習慣病が起因する疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の医療費の占める割合が高い。医療費の増大を抑えるためには、生活習慣病予防及び重症化予防が重要である。

②介護給付費について

一人あたり給付費は、同規模平均に比べ高い。循環器疾患である虚血性心疾患、脳卒中、腎不全が原因となり介護保険を受けている割合が高く、特に40~74歳では脳卒中が一層大きな原因となっている。基礎疾患である糖尿病、高血圧、脂質異常症等生活習慣病の発症及び重症化予防が介護予防及び医療費の適正化において重要である。

③保険者努力支援制度について

医療費適正化や健康づくりに取り組み、自治体へのインセンティブ制度として被保険者努力支援制度が創設されており、評価指標については、毎年の実績や実施状況を基に、医療費の適正化を進めるため、獲得割合を増やすよう取り組む。

評価指標の経年評価

総医療費および年間1人あたり医療費、伸び率【図表1】

項目	全体				入院				入院外			
	費用額	伸び率	伸び率	伸び率	費用額	増減	伸び率	伸び率	費用額	増減	伸び率	伸び率
	阿南市	同規模	阿南市	同規模	阿南市	同規模	阿南市	同規模	阿南市	同規模	阿南市	同規模
H25年度	57億7,449万円		26億2,054万円		31億7,307万円							
H28年度	54億5,219万円	-5.6	30億2,039万円	-0.3	-19,475万円	-7.4	-12,760万円	-4.1	0.7			
H29年度	54億9,325万円	0.8	30億3,122万円	-0.9	3,023万円	1.2	1,088万円	0.4	-2.0			
H30年度	55億2,065万円	0.7	30億1,854万円	-0.3	5,011万円	2.0	-1,268万円	-0.4	-5.2			
R1年度	57億4,719万円	3.9	31億1,465万円	4.8	11億2,091万円	12.2	9,632万円	3.2	-1.5			
H25年度	316,931		144,157		172,774							
H28年度	338,096	7.3	150,800	6.6	187,296	14,522	8.4	60.3				
H29年度	354,334	4.8	158,810	5.3	195,524	8,229	4.4	2.5				
H30年度	370,590	4.6	168,329	6.0	202,261	6,736	3.4	0.4				
R1年度	393,396	6.2	180,210	7.1	213,186	10,925	5.4	3.2				

【出典】KDB健康No.1地域の全体像の把握】

ひと月1人あたり医療費の国・県・同規模自治体との比較【図表2】

令和5年度一人あたり医療費	保険者	同規模平均	国
32,381円	27,784円	30,604円	27,349円

【出典】KDB健康No.1地域の全体像の把握、No.3健診・医療・介護一からみ地域の健康課題】

介護給付費の変化【図表3】

年度	阿南市		同規模平均	
	介護給付費(万円)	(1人あたり給付費)	介護サービス(1人あたり給付費)	施設サービス(1人あたり給付費)
H25年度	69億7,821万円	66,268	42,044	288,458
H28年度	72億1,645万円	66,946	41,432	286,666
H29年度	72億6,105万円	73,914	45,175	288,158
H30年度	73億6,170万円	72,848	45,143	292,620
R1年度	76億1,463万円	73,625	45,787	295,686

【出典】KDB健康「地域の全体像の把握」

保険者努力支援制度の加点状況【図表4】

評価指標	H28		H29		H30		R1		R2	
	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)	161	58.5%	270	66.6%	435	79.0%	549	88.0%	681	99.5%
獲得割合(%)	58.5%		66.6%		79.0%		88.0%		99.5%	
交付額(千円)	892		13,523		18,292		29,465		34,958	
一人あたり交付額(円)	850		1,707		1,915		2,357		2,357	
市町村数(24市町村中)	7		12		12		8		4	
① 特定健診受診率	0	20	0	35	0	50	0	50	0	70
② 特定保健指導実施率	20	20	20	35	30	50	50	50	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	0	20	0	35	0	50	0	50	0	50
④ (1)がん検診受診率	0	10	0	20	0	30	0	30	0	40
(2)歯科健診実施状況	10	10	15	15	25	25	25	25	25	30
⑤ 重症化予防の取組	40	40	70	70	100	100	100	100	120	120
⑥ データヘルス計画の取組	10	10	25	30	33	40	50	50	40	40
⑦ (1)個人のインセンティブ提供	0	20	0	45	0	70	55	70	90	90
(2)個人へのインセンティブ提供	20	20	15	15	25	25	20	20	20	20
⑧ 重複・多発症者に対する取組	10	10	25	25	35	35	50	50	50	50
⑨ (1)後発医薬品の促進の取組	11	15	14	25	20	35	20	35	10	10
(2)後発医薬品の使用割合	0	15	10	30	15	40	0	100	45	120
⑩ 収率向上	15	40	30	70	50	100	60	100	65	100
⑪ 医療費通知の取組	10	10	15	15	25	25	25	25	25	25
⑫ 地域包括ケア推進・一体的実施	5	5	7	15	9	25	25	25	25	25
⑬ 第三者求償の取組	10	10	24	30	32	40	21	40	22	40
⑭ 適正かつ健全な事業運営の実施状況	70	70	70	70	60	60	40	40	40	40
⑮ 体制構築加点	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

特定健診・特定保健指導の状況

課題・目標

1. 特定健診受診率について

特定健診受診率が低い。平成28年度の徳島県の市町村国保では24自治体中18位、同県生活習慣病の発生予防、重症化予防をすすめていくため、意識付けを進め、平成31年度は健診受診率の向上を図る必要であるため、まずは受診率の向上を図る必要がある。

目標：平成30年度35%令和12年度45%、令和5年度60%。

2. 特定保健指導実施率について

生活習慣を改善し、生活習慣病の発症及び重症化予防を図ること、で、生活習慣病に起因する発症の抑制を図る。

目標：平成30年度70%令和2年度72%、令和5年度75%。

3. メタボ予備群・該当者について

生活習慣病の発症及び重症化予防のため、メタボ予備群・該当者を減らすことを短期目標とする。

① 未受診者対策

・健診受診率向上（諸市医師会別では3層目が多い）が多いに7割からず、特定健診受診率が高い。（令和2年度受診率43.3、5自治体中22位、同県徳島自治体では25自治体中21位）

・若年層の受診率が低い。（令和5年度年齢別受診率は、40から44歳13.0%、45から49歳11.4%）

・若年層の健診未受診者が多い。（平成30年度健診未受診者の53.5%が医療機関を受診しており、24自治体中上位6位）

・新病発症者が少ない（平成29年度受診率、2%で県内自治体中1番低い。県平均新病発症者は13.3、3.8〜7.0）

①プロセス（実施過程）

継続受診・若年層・治療中の受診者が少ないため、健診の時期を毎年7月から12月とし、意識付けを進め、平成31年度は健診受診率の向上を図る必要であるため、まずは受診率の向上を図る必要がある。

令和2年度は、関係ヘルスメタボ予備群として、業者委託し、10月と11月に受診率向上を促すこととして、電話指導を実施。

特定保健指導の実施状況（法定報告結果）【図表7】

特定保健指導の実施状況（法定報告結果）【図表7】

②アウトプット（事業実施状況・業績）

対受診者数	4,015
対未受診者数	3,908
対全人口	11,551
対30歳未満	11,331
対30歳以上	11,403

令和2年度は、関係ヘルスメタボ予備群として、業者委託し、10月と11月に受診率向上を促すこととして、電話指導を実施。

③アウトカム（結果）

特定健診の実施状況（法定報告結果）【図表5】

項目	平成25年度	平成28年度	令和1年度
対受診者数	4,015	3,908	3,704
受診率	31.5%	32.8%	33.5%
対全人口	11,901	11,551	11,403
対30歳未満	11,331	11,331	11,331
対30歳以上	11,403	11,403	11,403

特定保健指導の実施状況（法定報告結果）【図表7】

項目	平成25年度	平成28年度	令和1年度
対受診者数	495	304	350
実施率	73.4%	61.5%	79.4%
対全人口	486	307	351
対30歳未満	485	371	350
対30歳以上	498	393	350

特定保健指導の実施状況（法定報告結果）【図表7】

項目	平成25年度	平成28年度	令和1年度
対受診者数	495	304	350
実施率	73.4%	61.5%	79.4%
対全人口	486	307	351
対30歳未満	485	371	350
対30歳以上	498	393	350

④ストラクチャー（構造）

費用対効果、令和元年度特定健診の受診者無と生活習慣病治療にかかっているお金の【図表6】



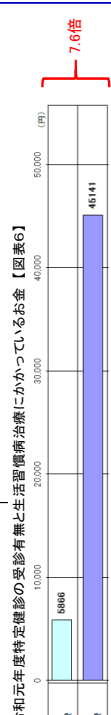
【出典】KDB2次加工データのR01年度の「特徴の把握」

項目	令和1年度	令和2年度
対受診者数	4,015	3,908
対未受診者数	3,908	3,704
対全人口	11,551	11,331
対30歳未満	11,331	11,331
対30歳以上	11,403	11,403

【出典】KDB2次加工データのR01年度の「特徴の把握」

項目	令和1年度	令和2年度
対受診者数	4,015	3,908
対未受診者数	3,908	3,704
対全人口	11,551	11,331
対30歳未満	11,331	11,331
対30歳以上	11,403	11,403

⑤効果（効果）



【出典】KDB2次加工データのR01年度の「特徴の把握」

項目	令和1年度	令和2年度
対受診者数	4,015	3,908
対未受診者数	3,908	3,704
対全人口	11,551	11,331
対30歳未満	11,331	11,331
対30歳以上	11,403	11,403

【出典】KDB2次加工データのR01年度の「特徴の把握」

項目	令和1年度	令和2年度
対受診者数	4,015	3,908
対未受診者数	3,908	3,704
対全人口	11,551	11,331
対30歳未満	11,331	11,331
対30歳以上	11,403	11,403

⑥未受診者対策

・健診受診率向上（諸市医師会別では3層目が多い）が多いに7割からず、特定健診受診率が高い。（令和2年度受診率43.3、5自治体中22位、同県徳島自治体では25自治体中21位）

・若年層の受診率が低い。（令和5年度年齢別受診率は、40から44歳13.0%、45から49歳11.4%）

・若年層の健診未受診者が多い。（平成30年度健診未受診者の53.5%が医療機関を受診しており、24自治体中上位6位）

・新病発症者が少ない（平成29年度受診率、2%で県内自治体中1番低い。県平均新病発症者は13.3、3.8〜7.0）

短期目標・中長期目標

課題・目標

4. 短期目標について

糖尿病

中長期目標として、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無状況の多い疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を減らすため、血管変化における共通のリスクとなる、糖尿病を減らしていくことを短期的な目標とする。

具体的な目標は、糖尿病の検査結果を改善していく。

高血圧

中長期目標として、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無状況の多い疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を減らすため、血管変化における共通のリスクとなる、高血圧を減らしていくことを短期的な目標とする。

具体的な目標は、高血圧の検査結果を改善していく。

脂質異常症

中長期目標として、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無状況の多い疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を減らすため、血管変化における共通のリスクとなる、脂質異常症を減らしていくことを短期的な目標とする。

具体的な目標は、脂質異常症の検査結果を改善していく。

①プロセス (実施過程)

②アウトカム (結果)

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【図表10】

疾患	医療費	割合	1人あたり医療費	割合
H26	5,774,476,830	26.11%	176	59
H29	4,521,228,820	27.97%	146	81
H30	5,433,246,260	29.28%	166	81
H30	5,530,683,680	30.25%	172	40
H1	5,747,906,920	32.3%	176	2.6%
H1	9,500,791,396,250	26.10%	--	--
H1	9,584,313,700	30.45%	--	--
H1	12,167,818,220	80.07%	--	--

糖尿病のレセプト分析 (厚生労働省様式3-2) 【図表11】

薬剤	糖尿病			高血圧			脂質異常症		
	人数	割合	単価	人数	割合	単価	人数	割合	単価
全体	18,454	2.64	128	165	7.0	1,640	65.4	1,518	64.2
H26	11,544	1.28	98	501	44.4	715	63.4	197	17.5
H29	6,310	1,243	224	397	6.3	1,103	71.4	1,017	65.3
H30	17,017	2,219	140	63	1.47	1,408	63.5	655	20.7
H30	17,017	2,219	140	63	1.47	1,408	63.5	655	20.7
H1	3,651	569	64	51	8.5	383	63.9	376	68
H1	3,651	569	64	51	8.5	383	63.9	376	68
H1	8,431	1,599	178	81	1.529	1,687	1,412	437	13.9
H1	7,584	1,554	209	123	7.7	1,155	72.5	1,059	61.9
H1	15,521	2,229	144	164	7.4	1,550	65.5	1,380	61.9
H1	7,870	569	75	62	10.4	379	63.4	602	100
H1	7,870	569	75	62	10.4	379	63.4	602	100
H1	15,019	2,147	143	189	7.3	1,527	1,141	1,331	120.4
H1	7,407	546	73	66	12.2	351	62.0	384	65.3
H1	7,612	1,607	211	103	6.4	1,176	73.2	1,027	63.3

脂質異常症のレセプト分析 (厚生労働省様式3-4) 【図表11】

薬剤	糖尿病			高血圧			脂質異常症		
	人数	割合	単価	人数	割合	単価	人数	割合	単価
全体	18,454	2.64	128	165	7.0	1,640	65.4	1,518	64.2
H26	11,544	1.28	98	501	44.4	715	63.4	197	17.5
H29	6,310	1,243	224	397	6.3	1,103	71.4	1,017	65.3
H30	17,017	2,219	140	63	1.47	1,408	63.5	655	20.7
H30	17,017	2,219	140	63	1.47	1,408	63.5	655	20.7
H1	3,651	569	64	51	8.5	383	63.9	376	68
H1	3,651	569	64	51	8.5	383	63.9	376	68
H1	8,431	1,599	178	81	1.529	1,687	1,412	437	13.9
H1	7,584	1,554	209	123	7.7	1,155	72.5	1,059	61.9
H1	15,521	2,229	144	164	7.4	1,550	65.5	1,380	61.9
H1	7,870	569	75	62	10.4	379	63.4	602	100
H1	7,870	569	75	62	10.4	379	63.4	602	100
H1	15,019	2,147	143	189	7.3	1,527	1,141	1,331	120.4
H1	7,407	546	73	66	12.2	351	62.0	384	65.3
H1	7,612	1,607	211	103	6.4	1,176	73.2	1,027	63.3

④ストラクチャー (構造)

第2期後半に向けての課題・見直し内容等

項目	糖尿病	高血圧	脂質異常症
総人数	69,485	12,620	21.2
H26	39,177	4,271	10.9
H29	20,288	8,349	41.2
H30	67,947	12,210	21.1
H30	67,947	12,210	21.1
H1	36,481	3,336	9.4
H1	36,481	3,336	9.4
H1	65,435	11,747	21.2
H1	65,435	11,747	21.2
H1	63,552	11,477	21.4
H1	22,223	8,655	38.9
H1	22,129	8,556	38.7
H1	52,060	10,946	21.0
H1	30,145	2,694	8.9
H1	21,915	8,252	37.7

高血圧症のレセプト分析 (厚生労働省様式3-3) 【図表11】

薬剤	糖尿病			高血圧			脂質異常症		
	人数	割合	単価	人数	割合	単価	人数	割合	単価
全体	69,485	12,620	21.2	4,445	36.2	6,410	50.8	2,447	19.4
H26	39,177	4,271	10.9	1,389	32.5	1,973	46.2	656	15.4
H29	20,288	8,349	41.2	3,056	36.6	4,437	53.1	1,791	21.5
H30	67,947	12,210	21.1	4,375	36.8	6,697	54.0	2,260	18.4
H30	67,947	12,210	21.1	4,375	36.8	6,697	54.0	2,260	18.4
H1	36,481	3,336	9.4	1,126	33.6	1,649	49.4	485	14.5
H1	36,481	3,336	9.4	1,126	33.6	1,649	49.4	485	14.5
H1	65,435	11,747	21.2	4,280	36.4	6,361	54.1	2,161	18.4
H1	65,435	11,747	21.2	4,280	36.4	6,361	54.1	2,161	18.4
H1	63,552	11,477	21.4	4,279	37.3	6,344	55.3	2,134	18.6
H1	22,223	8,655	38.9	3,210	37.1	4,844	56.0	1,717	19.8
H1	22,129	8,556	38.7	3,270	38.2	4,903	57.3	1,704	19.7
H1	52,060	10,946	21.0	4,188	38.3	6,202	18.5	2,025	14.6
H1	30,145	2,694	8.9	942	35.0	1,400	52.0	395	14.7
H1	21,915	8,252	37.7	3,246	39.3	4,804	58.2	1,630	19.8

【出典】KDBシステム、様式3-2、様式3-3、様式3-3、H25~H28~R1年月作成

- 令和2年度職員体制
- 【保健センター(職員のみ)】
- 保健センター 15人(1人育休)
- 保険年金課 1人
- 福祉課 1人
- 介護・ながいき課 1人
- 保健課 1人
- 保健課 1人
- 教育委員会 2人
- こども課 1人

【保健指導実施体制(補助員含む)】

- 管理職 1人
- 法人保健係
- 保健師7人(うち嘱託1人、訪問指導員1人)
- 管理栄養士3人(うち補助員2人)
- 母子保健係
- 保健師7人(うち1人育休)
- 健康増進係
- 保健師5人(うち補助員2人)
- 管理栄養士1人

※令和2年度より各地区に保健師を、管理栄養士1名を配置した完全な地区担当制とした。

第2期後半に向けての課題・見直し内容等

KDBシステム、健診・医療・介護データから見る地域の健康課題

項目	糖尿病	高血圧	脂質異常症
総人数	69,485	12,620	21.2
H26	39,177	4,271	10.9
H29	20,288	8,349	41.2
H30	67,947	12,210	21.1
H30	67,947	12,210	21.1
H1	36,481	3,336	9.4
H1	36,481	3,336	9.4
H1	65,435	11,747	21.2
H1	65,435	11,747	21.2
H1	63,552	11,477	21.4
H1	22,223	8,655	38.9
H1	22,129	8,556	38.7
H1	52,060	10,946	21.0
H1	30,145	2,694	8.9
H1	21,915	8,252	37.7

【出典】KDBシステム、様式3-2、様式3-3、様式3-3、H25~H28~R1年月作成

糖尿病、高血圧、脂質異常症3疾患すべて、令和元年度医療費の占める割合は平成29年度に比べて減少している。国・県と比べると高い。また、レセプト分析結果では糖尿病、高血圧、脂質異常症の割合は平成25年度から維持あるいは増加傾向にあり、さらに3疾患の重なりが多いことから、一人当たり医療費が高くなる要因となっているのではないかと考える。

これらの疾患の重なりが多い対象者が、これまでの積み重ねてきた生活習慣の改善に取り組むこと、また継続することの難しさを理解し行動変容につなげていくためには、まずは相手の意識や考え方を理解し、対象者に応じた効果的な保健指導が実施できるような力重視に向けた学習会を継続していくことも重要である。

また、3疾患減少の具体的な目標数値として、各町元年度医療費の占める割合を平成29年度に比べて減少している。国・県と比べると高い。また、レセプト分析結果では糖尿病、高血圧、脂質異常症の割合は平成25年度から維持あるいは増加傾向にあり、さらに3疾患の重なりが多いことから、一人当たり医療費が高くなる要因となっているのではないかと考える。

また、医療費に占める疾患では、3疾患の中では糖尿病が1番高く、透析ありの慢性腎不全に占める医療費も高いことから高血圧の管理と併せて腎臓を守るための適切な取り組みも重要であると考えます。

課題・目標

5. 中長期目標

虚血性心疾患について

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有病状況の多い疾患である、虚血性心疾患の削減を図っていく。具体的には令和5年度には平成30年度と比較して5%減少させる。

脳血管疾患について

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有病状況の多い疾患である、脳血管疾患の削減を図っていく。具体的には令和5年度には平成30年度と比較して5%減少させる。

糖尿病性腎症について

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有病状況の多い疾患である、糖尿病性腎症の削減を図っていく。具体的には令和5年度には平成30年度と比較して5%減少させる。

心臓病について

心臓病は、糖尿病性腎症と同様に、人工透析となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者有病状況の多い疾患である、心臓病の削減を図っていく。具体的には令和5年度には平成30年度と比較して5%減少させる。

がんについて

がんは、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有病状況の多い疾患である、がんの削減を図っていく。具体的には令和5年度には平成30年度と比較して5%減少させる。

認知症について

認知症は、介護認定者となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者有病状況の多い疾患である、認知症の削減を図っていく。具体的には令和5年度には平成30年度と比較して5%減少させる。

重症化予防-早期介入

医療費分析(平成30年度)では1件当たり費用の異なる疾患、糖尿病、入院2位、外来13位、腎不全、入院12位、外来5位、心疾患、入院5位、外来18位と重症化予防可能な疾患の医療費が高い。特に入院の順位が高く、生活習慣病が悪化してから受診している可能性があるため、重症化予防-早期介入の取り組みを強化を図ることが必要である。

長期的な目標として、脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症を減少し、医療費の伸びを抑える。

医療連携

重症化予防においては医師との連携が必要。脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の活用を通じた連携・治療の重症化予防の連携、栄養指導の具体的な指示。治療の指示。かかりつけ医から専門医への紹介から受診までがスムーズにいく体制づくりの構築。

課題・見直し内容等

第2期後半に向けての課題・見直し内容等

中長期目標である虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の人数は直近4年間で減少している。若年の患者は増加傾向にあり、令和5年度には平成30年度と比較して5%減少を目指す。また、人工透析となる疾患及び介護認定者有病状況の多い疾患である、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の削減を図っていく。具体的には令和5年度には平成30年度と比較して5%減少させる。

なお、医療費が高額となる人工透析については基礎疾患として糖尿病より高血圧の割合が多く、また、平成30年度に人工透析となる疾患のうち糖尿病より高血圧では脳血管疾患2.4%、心疾患2.3%に比べて腎不全等腎臓の疾患が4.3%と高く、これらのことから糖尿病性腎症だけでなく脳血管疾患の取り組みが必要であると考えられる。

評価

②アウトプット(事業実績状況・実績)

③アウトカム(結果)

④ストラクチャー(構造)

疾病の発症状況と経年変化【図表13】

疾患	虚血性心疾患		脳血管疾患		糖尿病性腎症		心臓病			
	患者数	伸び率	患者数	伸び率	患者数	伸び率	患者数	伸び率		
平成28年	974	-16	747	3.80	66	8,753	83,546,500	5.7	10,541,730	118.7
平成29年	905	-54	673	3.58	57	8,018	81,222,090	2.8	13,499,080	180.0
平成30年	936	-69	711	4.96	35.7	7,611	66,135,710	-20.8	20,516,170	94.6
令和1年	883	-53	511	3.71	45.7	6,787	82,359,330	2.1	19,939,590	-85.6

疾患	虚血性心疾患		脳血管疾患		糖尿病性腎症		心臓病			
	患者数	伸び率	患者数	伸び率	患者数	伸び率	患者数	伸び率		
平成28年	681	-51	2,60	3.34	23	7,700	79,314,050	-34.2		
平成29年	705	24	3.5	3.37	21	7,546	61,065,070	-45.6		
平成30年	662	-43	2.42	3.34	20	7,116	43,254,030	-29.2		
令和1年	569	-93	3.86	3.23	31	6,504	69,785,160	61.3	32,890,730	34.2

疾患	虚血性心疾患		脳血管疾患		糖尿病性腎症		心臓病		
	患者数	伸び率	患者数	伸び率	患者数	伸び率	患者数	伸び率	
平成28年	191	17	9.8	0.79	0.75	7	1,724	40,295,100	29.3
平成29年	185	-6	-3.1	1.30	0.80	11	1,796	37,553,020	-6.8
平成30年	209	24	13.0	1.09	0.87	9	1,854	22,232,830	-40.8
令和1年	201	-8	-3.8	0.75	0.88	6	1,767	27,121,960	22.0

【出典】KOB健康No13 厚労省様式3-1、No40 医療費分析(1)細小分類、No41 医療費分析(2)大・中・細小分類

虚血性心疾患のレセプト分析(厚労省様式3-5)【図表14】

厚労省様式 様式3-5	虚血性心疾患		脳血管疾患		糖尿病性腎症		心臓病							
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合						
全体	18,454	1.074	6	0.05	839	78.1	542	50.5	697	64.9				
HD	11,544	305	2.6	20	2.23	731	145	27.5	197	64.5				
H2	6,910	151	168	2.1	616	80.1	397	51.6	500	65.0				
全体	17,017	691	4.0	187	19.2	8	0.8	796	91.7	655	64.5			
HD	9,351	209	22	10.5	6	2.9	157	75.1	98	46.9	126	61.7		
H2	7,666	382	103	16.5	216	2	0.3	639	83.3	397	46.7	516	67.3	
全体	16,065	936	196	20	13	769	92.2	437	46.7	648	69.2			
HD	8,431	205	24	30	14.6	12	5.9	159	71.6	103	50.2	153	65.9	
H2	7,634	731	96	166	22	0	0	0	0	834	334	45.7	515	70.2
全体	15,521	905	58	178	19.7	10	1.1	743	92.1	423	46.7	632	65.8	
HD	7,970	204	26	34	16.7	10	4.9	159	77.9	100	48.0	134	61.7	
H2	7,551	701	92	144	20.5	0	0	584	83.9	323	46.1	498	71.0	
全体	15,019	939	59	147	16.6	12	1.4	730	92.7	412	46.7	600	68.0	
HD	7,807	189	26	23	11.9	12	6.2	148	76.7	92	47.7	122	63.2	
H2	7,212	750	33	124	18.0	0	0	582	84.3	320	46.4	478	69.3	

糖尿病性心疾患のレセプト分析(厚労省様式3-6)【図表14】

厚労省様式 様式3-6	虚血性心疾患		脳血管疾患		糖尿病性腎症		心臓病						
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合					
全体	18,454	791	4.3	223	28.2	4	0.5	606	76.6	359	45.4	490	61.9
HD	11,544	242	2.1	178	73.6	97	40.1	144	58.5				
H2	6,910	549	7.9	105	428	78.0	262	47.7	346	63.0			
全体	17,017	691	4.0	187	27.5	6	0.9	512	75.2	297	43.6	416	61.1
HD	9,351	145	1.6	22	10.2	4	2.8	98	67.2	59	40.7	74	51.0
H2	7,666	546	7.1	165	30.8	2	0.4	414	77.6	238	44.4	342	63.3
全体	16,065	705	4.4	196	27.8	11	1.6	523	74.2	340	48.2	455	64.5
HD	8,431	150	1.8	106	59.9	9	5.0	101	67.5	75	50.0	82	64.2
H2	7,634	555	7.3	166	28.9	2	0.4	422	76.0	265	47.7	373	67.2
全体	15,521	692	4.3	178	28.9	8	1.2	496	74.9	322	48.6	424	64.0
HD	7,970	146	1.9	34	23.3	6	4.1	108	74.0	72	49.3	84	67.5
H2	7,551	546	7.3	144	27.9	2	0.4	388	75.2	250	48.4	340	65.9
全体	15,019	939	3.8	147	25.8	8	1.4	440	77.3	298	43.3	366	64.3
HD	7,807	120	1.6	23	19.2	8	6.7	82	68.3	53	44.2	69	57.5
H2	7,212	819	11.3	124	27.6	0	0.0	358	79.7	205	45.7	297	61.1

人工透析のレセプト分析(厚労省様式3-7)【図表14】

厚労省様式 様式3-7	虚血性心疾患		脳血管疾患		糖尿病性腎症		心臓病						
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合					
全体	18,454	35	0.2	4	11.4	6	17.1	30	85.7	14	40.0	9	25.7
HD	11,544	31	0.3	4	12.9	6	19.4	21	67.1	12	38.7	8	25.8
H2	6,910	4	0.1	0	0.0	0	0.0	3	75.0	2	50.0	1	25.0
全体	17,017	39	0.2	6	15.4	8	20.5	30	76.9	23	59.0	6	15.4
HD	9,351	31	0.3	4	12.9	6	19.4	25	80.6	19	61.3	6	19.4
H2	7,666	8	0.1	2	25.0	2	23.0	5	62.5	4	50.0	0	0.0
全体	16,065	38	0.2	11	28.9	12	31.6	32	84.2	21	55.3	9	23.7
HD	8,431	32	0.4	2	38.1	12	37.5	27	84.4	18	56.3	9	28.1
H2	7,634	6	0.1	2	26.3	0	0.0	5	83.3	3	50.0	0	0.0
全体	15,521	36	0.2	8	22.2	10	27.8	33	91.7	21	58.3	11	30.6
HD	7,970	31	0.4	6	19.4	10	32.3	39	93.5	19	61.3	8	25.8
H2	7,551	5	0.1	2	26.3	0	0.0	4	80.0	2	40.0	3	60.0
全体	15,019	34	0.2	8	23.5	12	35.3	33	97.1	21	61.6	11	32.4
HD	7,807	31	0.4	8	25.9	12	38.7	40	96.3	20	64.5	11	35.5
H2	7,212	3	0.0	0	0.0	0	0.0	3	100.0	1	33.3	0	0.0

糖尿病性心疾患のレセプト分析(厚労省様式3-7)【図表14】

厚労省様式 様式3-7	虚血性心疾患		脳血管疾患		糖尿病性腎症		心臓病						
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合					
全体	18,454	35	0.2	4	11.4	6	17.1	30	85.7	14	40.0	9	25.7
HD	11,544	31	0.3	4	12.9	6	19.4	21	67.1	12	38.7	8	25.8
H2	6,910	4	0.1	0	0.0	0	0.0	3	75.0	2	50.0	1	25.0
全体	17,017	39	0.2	6	15.4	8	20.5	30	76.9	23	59.0	6	15.4
HD	9,351	31	0.3	4	12.9	6	19.4	25	80.6	19	61.3	6	19.4
H2	7,666	8	0.1	2	25.0	2	23.0	5	62.5	4	50.0	0	0.0
全体	16,065	38	0.2	11	28.9	12	31.6	32	84.2	21	55.3	9	23.7
HD	8,431	32	0.4	2	38.1	12	37.5	27	84.4	18	56.3	9	28.1
H2	7,634	6	0.1	2	26.3	0	0.0	5	83.3	3	50.0	0	0.0
全体	15,521	36	0.2	8	22.2	10	27.8	33	91.7	21	58.3	11	30.6
HD	7,970	31	0.4	6	19.4	10	32.3	39	93.5	19	61.3	8	25.8
H2	7,551	5	0.1	2	26.3	0	0.0	4	80.0	2	40.0	3	60.0
全体	15,019	34	0.2	8	23.5	12	35.3	33	97.1	21	61.6	11	32.4
HD	7,807	31	0.4	8	25.9	12	38.7	40	96.3	20	64.5	11	35.5
H2	7,212	3	0.0	0	0.0	0	0.0	3	100.0	1	33.3	0	0.0

【出典】KOB健康No13 厚労省様式3-5、No40 医療費分析(1)細小分類、No41 医療費分析(2)大・中・細小分類

【出典】KOB健康No13 厚労省様式3-6、No40 医療費分析(2)大・中・細小分類

【出典】KOB健康No13 厚労省様式3-7、H25-H29-R17/7月作成

参考資料

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

項目	H28年度		H29年度		H30年度		R1年度		R2年度		同規模5 R1年度		データ元		
	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 被保険者数	(再掲)40才~74歳	17017人	16065人	15919人	15919人	15919人	161615人	28,025,913人	4,027,885人	KDB厚生労働省様式 様式3-2(対象年7月)					
	健診対象者数	13567人	13021人	12732人	12436人	12369人	128369人	21,039,140人	3,116,742人						
	健診受診者数	11901人	11551人	11331人	11043人	112937人	18,833,084人	6,591,351人	2,779,007人						
2 特定健診 保健指導	健診受診率	32.8%	33.2%	34.0%	33.5%	36.9%	35.0%	40.2%	特定健診受診率 状況調査報告書						
	保健指導対象者数	486人	485人	498人	441人	494人	762,547人	134,059人	11.8%						
3 糖尿病性腎症重症化予防 取組状況	糖尿病型	447人	11.4%	470人	12.3%	483人	12.0%	443人	12.0%	5,487人	13.2%				
	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	151人	33.8%	188人	40.0%	180人	35.2%	156人	35.2%	1,781人	32.5%				
	治療中(質問票 服薬有)	296人	66.2%	282人	60.0%	303人	64.8%	287人	64.8%	3,706人	67.5%				
	コトロール未満 (HbA1c 6.0以上、空腹時血糖130以上)	149人	50.3%	149人	52.8%	144人	47.0%	135人	47.0%	1,653人	44.6%				
	血圧 130/80以上	99人	62.4%	98人	65.8%	87人	60.4%	90人	66.7%	993人	60.1%				
	肥満 BMI25.0以上	71人	47.7%	75人	50.3%	66人	45.8%	62人	45.9%	777人	47.0%				
	コトロール未満 (HbA1c 6.0未満、空腹時血糖130未満)	147人	49.7%	133人	47.2%	159人	52.5%	152人	53.0%	2,050人	55.3%				
	第1期 尿蛋白(-)	310人	69.4%	307人	65.3%	328人	67.9%	314人	70.9%	3,813人	69.5%				
	第2期 尿蛋白(±)	74人	16.6%	69人	14.7%	83人	17.2%	60人	13.5%	855人	15.6%				
	第3期 尿蛋白(+)以上	62人	13.9%	91人	19.4%	66人	13.7%	65人	14.7%	764人	13.9%				
	第4期 eGFR(30未満)	1人	0.2%	3人	0.64%	3人	0.62%	4人	0.90%	48人	0.87%				
	糖尿病受療率(被保険者対)	130.4人	161.5人	136.5人	143.6人	143.6人	143.6人	170.7人	170.7人	165.2人	165.2人				
	(再掲)40才~74才(被保険者対)	164人	164人	173.4人	170.7人	170.7人	170.7人	116,981件	(936.5)	2,553,700件	(845.7)	KDB厚生労働省様式 様式3-2(対象年7月)			
	レセプト枚数 (40~74歳) (0件は被保険者対)	10,828件	(9345)	10,888件	(9028)	11,080件	(926.4)	11,263件	(926.4)	116,981件	(936.5)	KDB個別別医療機関分析 (生活習慣病)			
	入院(件数)	103件	(7.9)	96件	(6.6)	81件	(6.6)	80件	(6.6)	755件	(6.04)	93,324件	(4.58)	14,117件	(4.7)
	糖尿病治療中	2,219人	13.0%	2,193人	13.7%	2,229人	14.4%	2,147人	14.3%	21,504人	13.3%	212,006人	15.5%		
	(再掲)40才~74才	2,191人	16.1%	2,167人	16.6%	2,208人	17.3%	2,123人	17.1%	21,206人	15.5%	212,006人	15.5%		
インスリン療法	140人	6.3%	178人	8.1%	164人	7.4%	169人	7.9%	1,859人	8.6%	17,197人	8.2%			
(再掲)40才~74才	137人	6.3%	173人	8.0%	158人	7.2%	165人	7.8%	1,822人	8.6%	17,197人	8.2%			
糖尿病性腎症	191人	8.6%	185人	8.4%	209人	9.4%	201人	9.4%	2,299人	10.7%	2,269人	10.7%			
(再掲)40才~74才	190人	8.7%	184人	8.5%	207人	9.4%	199人	9.4%	2,269人	10.7%	2,269人	10.7%			
慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)	23人	1.0%	21人	0.96%	20人	0.94%	21人	1.0%	229人	1.1%	229人	1.1%			
(再掲)40才~74才	22人	1.0%	20人	0.92%	20人	0.91%	21人	1.0%	222人	1.0%	222人	1.0%			
新規透析患者数(0件は被保険者対)	2人	(0.147)	1人	(0.077)	2人	(0.157)	0人	(0.000)	14人	(0.109)	175人	(0.084)	256人	(0.083)	
(再掲)糖尿病性腎症	7人	0.32%	8人	0.37%	8人	0.36%	4人	0.19%	61人	15.3%	61人	15.3%			
【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)	52人	1.5%	52人	1.4%	59人	1.6%	58人	1.6%	847人	2.4%	847人	2.4%			
慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	20人	1.74%	23人	2.02%	27人	2.27%	26人	2.17%	377人	24.0%	377人	24.0%			
総医療費	54,522億円	27,411億円	27,501億円	54,933億円	55,312億円	57,486億円	58,300億円	90,379,333億円	13,196.17億円	585,300億円	2,339,766億円	36,457.51億円	40.3%	40.8%	
生活習慣病総医療費	27,411億円	27,501億円	27,501億円	54,933億円	55,312億円	57,486億円	58,300億円	90,379,333億円	13,196.17億円	585,300億円	2,339,766億円	36,457.51億円	40.3%	40.8%	
(総医療費に占める割合)	50.3%	50.3%	50.1%	50.1%	45.7%	46.9%	46.9%	46.9%	41.0%	41.0%	40.3%	40.3%	40.8%		
生活習慣病対象 1人当たり	5,142円	5,142円	5,531円	5,268円	5,268円	5,883円	5,883円	6,186円	6,186円	6,186円	6,186円	7,136円	7,136円		
健診未受診者	422,422円	436,533円	417,331円	436,533円	417,331円	451,141円	436,533円	38,945円	38,945円	38,945円	36,709円	36,709円			
糖尿病医療費	3,366億円	3,366億円	3,366億円	3,366億円	3,366億円	3,366億円	3,366億円	3,366億円	3,366億円	3,366億円	3,366億円	3,366億円	3,366億円		
(生活習慣病総医療費に占める割合)	12.3%	12.3%	12.2%	12.5%	12.5%	12.3%	12.3%	14.1%	14.1%	14.1%	13.5%	13.5%	14.2%		
糖尿病入院外総医療費	9,172億円	9,172億円	9,172億円	9,172億円	9,172億円	9,172億円	9,172億円	9,172億円	9,172億円	9,172億円	9,172億円	9,172億円	9,172億円		
1件当たり	31,954円	32,503円	32,503円	32,503円	32,503円	32,503円	32,503円	32,503円	32,503円	32,503円	32,503円	32,503円	32,503円		
糖尿病入院総医療費	6,000億円	6,000億円	6,000億円	6,000億円	6,000億円	6,000億円	6,000億円	6,000億円	6,000億円	6,000億円	6,000億円	6,000億円	6,000億円		
1件当たり	497,167円	531,042円	531,042円	609,710円	609,710円	607,646円	607,646円	607,646円	607,646円	607,646円	607,646円	607,646円	607,646円		
慢性腎不全医療費	2,133億円	1,800億円	1,800億円	1,740億円	1,740億円	1,555億円	1,555億円	1,555億円	1,555億円	1,555億円	1,555億円	1,555億円	1,555億円		
透析有し	206,800万円	200,710万円	200,710万円	324,617万円	324,617万円	324,617万円	324,617万円	324,617万円	324,617万円	324,617万円	324,617万円	324,617万円	324,617万円		
透析なし	72,166億円	72,166億円	72,166億円	73,625億円	73,625億円	76,165億円	76,165億円	76,165億円	76,165億円	76,165億円	76,165億円	76,165億円	76,165億円		
介護給付費	66,946万円	73,914万円	73,914万円	72,848万円	72,848万円	73,625万円	73,625万円	73,625万円	73,625万円	73,625万円	73,625万円	73,625万円	73,625万円		
1件当たり給付費	16人	15.3人	13人	12人	12人	14人	14人	14人	14人	130人	15.4人	15.4人	15.4人		
糖尿病	3人	2.9%	4人	2.6%	2人	2.8%	2人	2.6%	33人	4.5%	33人	4.5%	4.5%		
糖尿病合併症	7人	1.3%	13人	2.7%	13人	2.7%	16人	3.6%	146人	2.8%	146人	2.8%	2.8%		
糖尿病(死因別死亡者数)	7人	1.3%	13人	2.7%	13人	2.7%	16人	3.6%	146人	2.8%	146人	2.8%	2.8%		
糖尿病(死因別死亡者数)	7人	1.3%	13人	2.7%	13人	2.7%	16人	3.6%	146人	2.8%	146人	2.8%	2.8%		

参考資料

ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の重症化により医療費や介護給付費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために趣人の実態と社会環境等について広く住民へ周知していく。

阿南市の食の实態と身体の実態を考える(H20.12)

地勢・風土
 位置 島根南部、四国山系に連なる山地と、東部の瀬戸川水系により形成された沖積平野と三角州からなる。面積は島全体のおよそ67%を占め、年平均気温16.6℃、年間降水量2,095mm(平成28年度阿南市統計書)(平成28年度阿南市統計書)

歴史
 昭和29年からの12町制の合併、編入の後、昭和33年に市制が施行された。平成18年には新阿南町、羽ノ浦町と合併した。

人口
 人口 72,366人
 年少人口割合 19.8%
 生産年齢人口割合 55.9%
 老年人口割合 31.3%
 (平成28年阿南市健康づくり推進協議会)
 就業構造(平成24年2月):
 第1次産業人口割合 1.4%
 第2次産業人口割合 42.6%
 第3次産業人口割合 56.3%

産菜
 瀬戸リアス式海岸は古代から天然の良港として漁港の拠点であった。港は阿波三港のひとつ。
 農業 山間部ではハウス栽培が盛んで一年を繰り返し行われている。
 工業 工業立地及び西日本を代表とする製造立地の拠点。
 製造業が盛んで、古墳時代には全国唯一の灰鈔の採掘が行われていた。阿南市各地で採掘された大理石が国会議事堂でも使われている。

各地域の食の特徴
 山、川に囲まれ自然豊かな環境の中で、様々な食品が手に入る。商店も多く食べたいものが手軽に手に入る環境にある。
 各地域で、生活習慣や産菜が異なり、食文化にも違いがある。
産菜が盛んな地域(産菜)構成
 ・寒いときや寒いお歳さんもお魚を食べてはいる。
 ・1日1食は魚を食べる。
 ・わかめや魚介類など塩分の多い食品をとる。
 ・産物の油に換えて、日中寝るために昼間からアルコールを摂取する。
産菜が盛んな地域(加工産菜)
 ・ハウス内では産物が上がり、汗を多量にかく、汗で濡れた塩分を補給しようと、農作業の合間にスポーツドリンクを飲む。
 ・住民同士の繋がりが強く、飲み会の頻度が多い。
 ・山間部では移動販売の利用者が多く、週に2回の頻度で自分の好きな食品を買い置きする。

食の状況(保健活動からの気付き)
糖質
 ・果物類 自宅や産物を育てており、身体に良い果物を食べさせたい大量に食べる。
 ・果物に砂糖を加え、相棒子やゆず味糖を作る。
 ・糖は干し柿を冷蔵保存し食べている。
 ・炭酸飲料やエナジードリンク等、買い置きする。いも、野菜など思っている。
 ・砂糖、1kgの袋をすぐに使い切る。
 ・はちみつ、様々な料理に入れる。
 ・特産品(栗の甘露煮)
 ・開業回数(H28特定診療施設)
 ・夕食後に菓子3回以上消費をえる 15.8%

コレステロール
 ・菓子パン、スライスパンに山椒みになり売られており、各家庭にお菓子が買い置きされている。
 ・お菓子、お礼として供することが多い。
 ・菓子店 9件(洋菓子)
 ・菓子店 18件(和菓子)
 ・特に高齢者は卵の買い置きをしている。

アルコール
 ・ちりめん、濃湯が多く、ご新にかけで食べる。
 ・酒店、居酒屋、焼き鳥店が多い。
 居酒屋 29件
 焼き鳥 12件
 酒店 48件
 (H28版 電話帳)

糖類
 ・回転しやらし寿司がよくなる。
 ・手作りの餅の個が大きい。
 ・うどん、お好み焼き、すし店が多い。
 ・うどん、そば 14件
 ・お好み焼き店 14件
 ・乳店 10件
 (H28版 電話帳)

野菜
 ・自宅で作っているが、自分で食べる量は少ない。
 ・3世帯で同居している家庭では、同じ食内容のため、若年層の食生活に合わせて例が多く、野菜が少なくなる。

産分
 ・味噌 樽で購入する。
 ・醤油 一升瓶で購入する。

食の状況(統計資料に基づ)
 (H29年度徳島県健康栄養調査における66保健所比較※阿南市保健所、阿南市市原町、新阿南町)
果物類 1位/6位
嗜好飲料類 6位/6位
いも類 3位/6位
菓子類 2位/6位
卵 1位/6位
乳類 2位/6位
油脂類 2位/6位
魚介類 4位/6位
肉類 2位/6位
焼酎/アルコール60%以上飲酒 (H25年 阿南市調査)
 阿南市 男性 6.5% 女性 1.7%
 県調査時 男性 5.4% 女性 0.5%
米・米加工品 4位/6位
小麦・甘味料類 5位/6位
野菜類 4位/6位
食塩(H25年 健康阿南21)
 阿南市 男性 10.2g 女性 8.9g
 県調査時 男性 10.7g 女性 9.1g

からだの実態
 阿南市・保健所健康調査(H23年度)阿南市保健所
 ※小学5年生の男女肥満率(20%以上)
 阿南市 男性 11.6% 女性 5.1%
 県 男性 12.6% 女性 11.0%
 果 男性 9.4% 女性 7.7%
検診結果(KOB H28年度)特定検診 有所見者状況※県・市と比較し多い項目
【男性】
 中性脂肪 尿酸 収縮期血圧
【女性】
 BMI 腹囲 ALT 尿酸 収縮期血圧 LDL
医療の状況(KOB H28年度)特定医療費分析
 医療外天医療費に占める割合
 1位 糖尿病 10.0%
 2位 高血圧 9.4%
 3位 脳血管疾患 5.5%
 4位 関節疾患 3.0%
 5位 認知症 2.3%
介護の状況(KOB H28年度)要介護・支援者認定状況
 1号認定率 22.0% 2号認定率 0.4%
要介護認定者の疾病状況(H28年度)要介護(KOB)
 1位 心臓病 62.7%
 2位 脳・神経疾患 55.6%
 3位 精神疾患 33.8%
 4位 糖尿病 28.9%
 5位 脳血管疾患 27.1%
死亡の状況(H27年 徳島県保健・衛生統計年報)
 1位 悪性新生物 6位 不慮の事故
 2位 心疾患 7位 腎不全
 3位 肺炎 8位 肝疾患
 4位 老衰 9位 糖尿病
 5位 脳血管疾患 10位 慢性閉塞性肺疾患

毎年健康診断を期に、血糖やHbA1c、動脈硬化測定等を実施し、生活習慣病の関心を高めるとともに、糖尿病等の講演会や体験教室、また医師、保健師による個別相談を随時実施し、食生活の改善や運動習慣の助成、禁煙等生活習慣病予防に対する普及啓発活動を実施してきた。
 しかし、阿南市全体での健康課題としては異なる状況がある。地区毎に異なる状況がある。地区毎に異なる状況がある。健康課題を考えると、個別・集団の両面から健康づくりに取り組んでいくことが将来的には公共健康の減少、健康寿命の延伸につながるべく考えられる。引き続き、地区毎に健康づくりを推進して、健康寿命を伸ばすことに取り組んでいく。

4. データヘルス計画の目標値設定

データヘルス計画、保険者努力支援制度各指標、情勢等から、次の項目をおき、目標値を設定する。

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 (H33)	R4 (H34)	R5 (H35)	
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	32.8%	33.5%	37.5%	41.5%	50.0%
	2	特定保健指導実施率	75%以上		73.5%	79.4%	80.0%	80.0%	80.0%
	3	健診受診者のメタボ該当者及び予備群の減少	減少		31.1%	32.6%	31.6%	30.6%	29.6%
データヘルス計画	短期目標	4	健診受診者の高血圧者(160/100)の割合	減少	5.4%	6.1%	6.0%	5.9%	5.8%
		5	健診受診者の血糖異常者(HbA1c6.5%以上)の割合	減少	8.0%	8.3%	8.1%	7.9%	7.7%
		6	健診受診者の血糖異常者(HbA1c8.0%以上)の割合	減少	1.3%	1.1%	1.0%	0.9%	0.8%
	中長期目標	7	健診受診者の脂質異常者(LDL180以上)の割合	減少	3.8%	4.1%	4.0%	3.9%	3.8%
		8	脳血管疾患の総医療費の割合	減少	2.2%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%
		9	虚血性心疾患の総医療費の割合	減少	2.4%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%
		10-1	慢性透析患者数(うち新規患者数)	減少	※47人(17人)	42人(9人)	41人(8人)	40人(7人)	39人(6人)
10-2	糖尿病性腎症の割合	減少	8.6%	9.4%	9.3%	9.2%	9.1%		
10-3	糖尿病性腎症新規透析導入患者数	減少	※4人	2人	2人	1人	1人		
保険者努力支援制度	短期目標	がん検診受診率	胃がん	増加	3.9%	4.1%	4.2%	4.3%	4.4%
			肺がん	増加	4.2%	4.5%	4.6%	4.7%	4.8%
			大腸がん	増加	7.1%	6.6%	6.7%	6.8%	6.9%
			子宮頸がん	増加	14.0%	14.5%	15.5%	16.5%	17.5%
			乳がん	増加	12.3%	12.3%	13.3%	14.3%	15.3%
	16	歯科検診受診率	増加	13.6%	11.7%	12.7%	13.7%	14.7%	
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6年度まで		実態把握		事業開始予定	
全体評価				H28	R2 (実績はR1)	R3	R4	R5	
健康寿命の延伸	平均余命	男性(徳島県)80.8		KDB 国・県 R2年度	79.8	80.6			81.4
		女性(徳島県)87.3			86.2	87.0			87.8
	平均自立期間(要介護2以上)	男性(徳島県)79.3			78.3	79.1			79.9
		女性(徳島県)83.9			83.1	83.7			84.3
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		1.025	1.023(M29)				

※10-1、10-3は、基準年は平成29、R2の中間評価は平成30で算出

5. 令和3年以降に向けた保健事業の内容と見直し【別添 事業等評価資料】

計画の目標値を達するための、各保健事業内容の方向性の確認と、必要に応じて見直しを図る。

重点項目として「1. 特定健康診査受診率の向上」、「2. 重症化予防」、「3. 医療との連携」、「4. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」を掲げ保健事業を実施。

1. 特定健康診査受診率の向上

阿南市は受診率が低く、平成28年度から県内自治体下位7位以内を推移している状況であり、まずは受診率の向上を図ることが最重要課題である。

目標値については、第2期データヘルス計画の最終年度である令和5年度は60%と設定していたが、令和元年度33.5パーセントと目標値とは遠く及ばない状況であり、1年約4%向上を目指し、令和5年度の目標値は50%に修正する。

① 国保ヘルスアップ事業の活用

受診率の低い若年層、新規加入者、治療中の者等ターゲットを絞り、対象者に応じた勧奨資材を使用した効果的な受診勧奨を継続。また、電話勧奨時に未受診理由を聞き取り、データ収集をすることで効果的な受診勧奨に生かす。

② 医療機関との連携

治療中の者の受診勧奨として、主治医との連携を図る。効果がみられなければみなし健診導入を検討。

③ 個人へのインセンティブ制度の継続・普及

健診受診者へのメリットを設け周知することで、受診及び継続受診のきっかけづくりとする。

④ 特定健康診査の周知の徹底と効果的な周知

広報あなん、ホームページだけでなく、講演会や高齢者サロン等あらゆる機会を活用し周知するとともに、健診費用無料化(市内委託先医療機関及び集団健診受診の場合の自己負担無料)等効果的な周知(いくらもののがいくらになるのかお得感が伝わる方法)に努める。

⑤ 受診環境の整備

がん検診との同時実施(集団健診)及び集団健診の休日開催やへき地での健診の開催。

⑥ ドック募集人数の増員

令和3年度から日帰り人間ドックは360人から380人、脳ドックは110人から120人、計30人増加し、特定健診としての受診者数を増やす。

2. 重症化予防

第2期データヘルス計画の中長期目標である「令和5年度において、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を平成30年度と比較して5%減少する」については、達成に向け着実に効果を上げているものの、千人当たりの新規患者数は平成30年度と比較すると脳血管疾患、虚血性心疾患ともに増加、また入院医療費は心筋梗塞以外は増加している状況である。

人工透析を軸に見ると、短期的・中長期的目標の各疾患の割合が増加している状況であり、人工透析を予防していく上では糖尿病性腎症だけでなく、関係する各疾患の重症化予防が重要である。

また、死因順位では癌に次いで心疾患が多いが、令和2年度から心電図検査が全数実施になったため、異常所見の見られた者への積極的な保健指導も実施していく。

目標値の設定については、阿南市は65歳以上75歳未満の国保加入者の割合が県平均より高く、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

3、医療との連携

受診率の向上及び重症化予防において、医療機関と保険者の連携は極めて重要であるが、個々の医療機関との具体的な連携は十分とは言えないのが現状である。昨年度から各地区担当が医療機関にあいさつ回りを実施しており、まずは顔の見える関係づくりから、未受診者対策、重症化予防事業それぞれのかかわりの中で、医療機関とのつながりを進めていく。

4、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

我が国の医療保険制度においては、75歳に到達すると、それまで加入していた国民健康保険制度から、後期高齢者医療保険制度の保険者に移動することになっている。この結果、保健事業の実施主体についても市町村から後期高齢者医療広域連合に移ることとなり、74歳までと75歳以降の保健事業が適切に継続されてこなかったという課題がみられる。このことから、「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法の一部を改正する法律」が令和2年4月1日に施行され、今年度から全国の自治体で高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に取り組むこととなり、令和6年度にはすべての市町村で開始することが求められている。

阿南市では令和3年度実施に向け準備を進めており、データヘルス計画においても一体的な実施を踏まえて事業内容等を整理することが望ましいため、重点課題として追加し、今後は地域での一体的実施に係る取り組み状況の確認を行い、必要に応じて目標値等の見直しを行う。

5、その他

保険者努力支援制度において、制度創設後より加点されていないがん検診受診率及びメタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率については、保険者の財政基盤強化を図る上でも引き続き取り組んでいく

別添 参考資料

個別事業の確認見直し

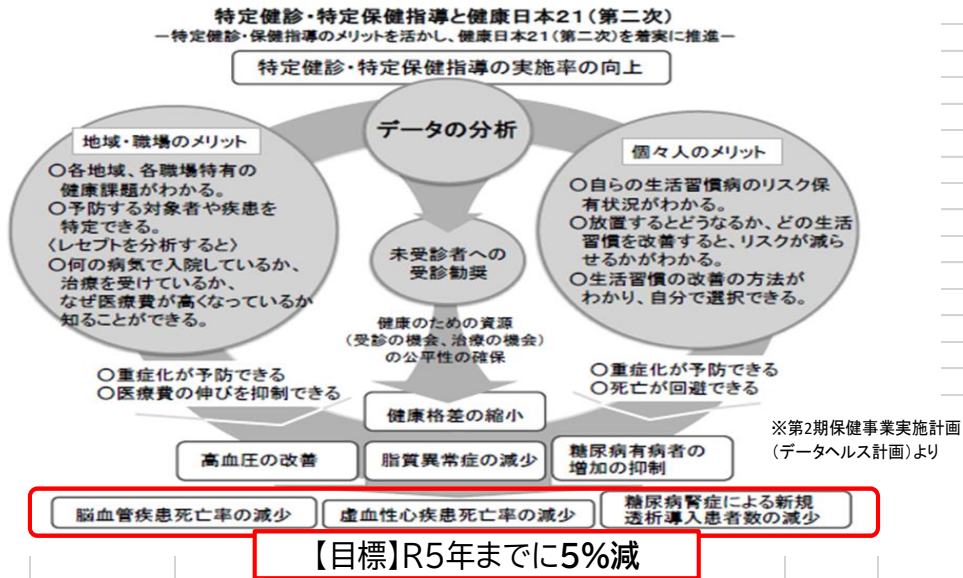
○保健事業の年間スケジュール（令和2年度）.....	p15～16
○平成30年度～令和2年度 保健事業評価表.....	p17～21
○評価台帳「高血圧・糖尿病評価ツール～未治療・中断者の把握一覧」.....	p22
○様式5-1 地域の健康課題の把握（阿南市全15地区別）.....	p23～24

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

○「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な取組み」に向けた、対象者の階層化と集計表.....	p25
---	-----

生活習慣病予防のための健診・保健指導の目標・実践スケジュール(令和2年度)

①目標



【脳】
 長期目標:脳血管疾患発症者の減少:H30年度(669人※1)と比較して5%減らす。(→R5年度に635人へ)
 短期目標:特定健診受診者のうち、前年度と比較してⅠ～Ⅲ度高血圧の者の割合を1%下げる。
 これに加え、R2年度より全数実施となる心電図検査の所見(心房細動等)についての目標も検討する。
 参考:脳卒中治療ガイドライン

【心】
 長期目標:虚血性心疾患発症者の減少:H30年度(941人※1)と比較して5%減らす。(→R5年度に894人へ)
 短期目標:特定健診受診者のうち、前年度と比較して以下に該当する者の割合を下げる。
 ①Ⅰ～Ⅲ度高血圧の者を1%減
 ②LDL-c140mg/dl以上の者を1%減
 ③HDL-c40mg/未満の者を0.5%減
 参考:虚血性心疾患一次予防ガイドライン

【腎】
 長期目標:糖尿病による透析患者数※2の減少:H30年度(16人)と比較して5%減らす。(→R5年度に15.2人へ)
 短期目標:特定健診受診者のうち、前年度と比較して以下に該当する者の割合を下げる。
 ①糖尿病未治療者※3を0.5%減
 ②糖尿病コントロール不良者※4を0.5%減
 ③eGFR45未満または尿蛋白2+以上の者を0.5%減
 参考:糖尿病治療ガイドライン

※1 KDB 厚生労働省様式3-1 5月診療分より算出
 ※2 KDB 厚生労働省様式2-2 5月診療分より算出
 ※3 糖尿病型 (HbA1c6.5%以上or空腹時126/随時200mg/dL以上)の者のうち、質問票で「血糖服薬なし」と回答した者。
 ※4 質問票で「血糖服薬あり」と回答した者のうち、HbA1c7.0%以上の者。
 (※1～4以外の数値はすべてマルチマーカーより算出。)

<実績と目標> ※網掛け部分はR2年度重点課題

		H30	R1	R2目標
脳	長期 脳血管疾患	669人	582人	
	短期 Ⅰ～Ⅲ度高血圧	30.1%	31.4%	⇒1%減
腎	長期 糖尿病による透析	16人	19人	
	短期① 糖尿病未治療	4.7%	4.3%	⇒それぞれ 0.5%減
	短期② 糖尿病コントロール不良	2.9%	2.7%	
短期③ eGFRおよび尿蛋白	3.2%	3.8%		

		H30	R1	R2目標
心	長期 虚血性心疾患	941人	913人	
	短期① Ⅰ～Ⅲ度高血圧	30.1%	31.4%	⇒それぞれ 1%減
	短期② LDL-c	29.0%	28.1%	
	短期③ HDL-c	3.9%	3.7%	⇒0.5%減

R1年度で割合が増加していた
 高血圧・CKDについて、
 R2年度は特に力を入れて取り組んでいく。

②実践スケジュール

	特定健診	受診勧奨	特定保健指導	重症化予防		
4月						
5月						
6月						
7月	<p>集団健診 ・期間：7月～12月末の平日及び土曜日(がん検診も同時に受診可能な総合健診として実施) ・費用：無料 ・保険年金課と連携し、受診当日に受診券を再発行可能。</p> <p>医療機関での健診 ・期間：7月～12月末 ・市内医療機では無料実施。 ・市内医療機関には、治療中の未受診者に向けての受診勧奨を依頼。</p>	<p>重点を絞った個別への働きかけ 国保ヘルスアップ事業(保険年金課)を活用し、以下に該当する方に対し効果的なはがき送付・電話での受診勧奨を行う。 ①阿南市の国保に新規加入した方 ②40歳、50歳に到達した方 ③糖尿病・高血圧治療者で昨年度未受診の方 ④直近3年間未受診の方</p> <p>個人へのインセンティブ 下記3点すべてを満たす方(先着150名)に対し、商工観光課と協議した品物をプレゼントする。 ①阿南市国保の令和2年度特定健診を受診した方 ②がん検診等受診券を用いていずれか2種類のがん検診等を受診した方 ③5日分の歩数と野菜摂取量を記録した方</p> <p>住民さんと接するあらゆる機会を活用する 下記のような機会に積極的に受診勧奨を行う。 ①集団健診および婦人がん検診 ②講演会等、保健センターの事業の場 ③保健指導実施時(受診者へは継続受診勧奨し、その家族や親族へも勧奨する)</p>	<p>地域の実情の把握 ・前年度に作成した糖尿病管理台帳を地区担当者が責任を持って引き継ぎ、重症化予防対象者を把握する。 ・医療費分析の結果やハイリスク者の抽出から、優先して訪問すべき対象者や保健指導の方法を検討する。</p>			
8月						
9月						
10月						
11月						
12月						
1月						
2月						
3月						

地域の実情の把握

- ・前年度に作成した糖尿病管理台帳を地区担当者が責任を持って引き継ぎ、重症化予防対象者を把握する。
- ・医療費分析の結果やハイリスク者の抽出から、優先して訪問すべき対象者や保健指導の方法を検討する。

対象者への訪問(前年度)

評価訪問・電話等を実施。

特定保健指導対象者の抽出

国保データ専用ソフトを使用し、特定保健指導対象者を抽出。

特定保健指導の事前準備

- ①毎月、対象者の名簿を抽出し、地区ごとに振り分ける。
- ②個々の経年結果と構造図を抽出。
- ③医師による講義や運動・栄養教室の案内通知を行う。

個別指導の実施

- ①担当保健師・栄養士は責任を持って対象者に訪問する。
- ②保健指導では、住民が健診結果から自らの健康状態を認識する。身体のメカニズムと生活習慣の関係を理解し、生活習慣の改善や行動変容につながるよう支援する。
- ③必要な方に運動・栄養教室を案内し、参加を促す。

集団指導の実施

- ①医師講義(全8回)
- ②運動教室(全8回)
- ③栄養教室(全4回)

対象者への訪問

【対象者抽出基準】

- 糖尿病
①HbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上
 - ②糖尿病治療中
 - ③糖尿病管理台帳で、健診未受診者かつ未治療
 - 高血圧：Ⅱ度高血圧以上
 - 脂質異常症：LDLコレステロール180mg/dl以上または中性脂肪250mg/dl以上
 - 腎臓病：eGFR45未満または尿蛋白++以上
(腎専門医への紹介が必要な方の抽出基準も再検討)
- 上記対象者へ、地区担当の保健師・栄養士が優先順位をみて訪問する。
また、令和2年度より心電図検査が全数実施となったため、Q波や心房細動等の所見がみられた方への積極的な保健指導(精密検査への勧奨等)も検討していく。

集団指導の実施

- ①医師による講義を毎月実施。
- ②運動・栄養教室を実施。

保健指導のスキルアップ

保健師・栄養士がグループとなり、勉強会を実施。
期間：令和2年6月～令和3年2(2週間に1回)
テーマ：①特定健診とメタボ
②高血糖③高血圧④脂質異常症
⑤治療者⑥担当地区の疾病構造等

継続支援

家庭訪問、電話等で3か月後の評価につなげる。

平成 30 年度保健事業評価表（平成 30 年 9 月 4 日評価委員会）

①課題、現場で困っていること（保健指導 10 名）	②実施可能なこと、担当、実施時期	③解決にむけた案（保健指導 10 名、保険年金）
<p>【担当者の力量形成】</p> <p>①学習時間が十分に確保できない。</p> <p>②準備や整理に時間がかかる。</p> <p>③KDB が H30 年 7 月まで保健センターには設置しておらず、レセプト情報と健診データを関連付け説明しにくい。</p> <p>④管理栄養士として、保健指導の現場から、ずいぶん離れており、保健指導をするにあたり、保健指導技術が不十分であると感じる。短期間でその業務にあたるのは困難。</p> <p>⑤医療機関とどのように連絡したらよいか。具体的に実践したら事例の検討や共有が必要。</p> <p>【訪問の日がとれない】</p> <p>・不在の家庭が多く、せっかく訪問できても効率が悪い。</p> <p>・糖尿病重症化管理台帳の対象者は電話もわからず、自宅も壊れている等連絡が取りにくい。</p> <p>【個別対応】</p> <p>⑥こなすのではなく、住民の貴重な時間を頂く気持ちで、保健指導したいが、時間の割に効果的な保健指導ができていない。</p> <p>⑦初回は「頑張ります！」と話されても、6 か月後にお会いすると、話した内容を忘れてる。</p> <p>⑧伝えた内容が誤解され、話した内容への住民の解釈について確認が必要。</p> <p>⑨数値は悪いが、医療機関を受診されない。</p> <p>⑩病院で説明をきいているしと、訪問の意図が理解してもらえない。こちらの力量不足もあると思うが・・・</p> <p>⑪平日の日中の時間帯に会うことができない。</p> <p>⑫訪問や健診の受診勧奨を快く思われていない住民さんへの対応の仕</p>	<p>訪問回数はどうすればあがるか？</p> <p>①力量形成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・勉強会、研修復命、事例検討 昼休み 12:40（原田、8月21日～） <p>②訪問指導の流れマニュアル化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問前、電話し、訪問の約束。 ・訪問時、具体的な目標を決める。 ・週、月単位で訪問指導の回数を決める。 ・2週間に1回、保健指導担当者で何名保健指導できたかを回覧し、各自記入。 ・H30 年度重症化予防保健指導対象者：（榊井、9月～） <p>ア.糖尿病管理台帳 HbA1c6.5%以上</p> <p>イ.高血圧 収縮期 160 以上 or 拡張期 100 以上</p> <p>ウ.脂質異常症 LDL180 以上 or 中性脂肪 300 以上</p> <p>エ.腎性重症化 GFR45 未満 or 尿蛋白 2+以上</p> <p>③お会いしやすい工夫</p> <ul style="list-style-type: none"> ・土日、祝日や夕方から夜間の訪問 ・地区ごとで住民を集める ・高齢者のあななんサロンやいきいき 100 歳体操の会場へ伺う ・JA や食活の方等つながりのある方からアプローチ <p>④保健センターの周知</p> <p>⑤事業整理</p> <p>⑥物品購入</p> <ul style="list-style-type: none"> ・電話 ・自動車 	<p>①～⑩</p> <p>訪問回数を増やし経験を積む。事例検討を行い、何が上手くいかないか振り返る。</p> <p>① 業務内容の整理・効率化、どのように時間を確保するか？</p> <p>② 研修会（良かったものだけでも）の復命を短くても、必ず顔を合せて実施。力量アップ</p> <p>③ とにかくレセプト確認する習慣づけ。I 表活用し、とにかく空白を埋める練習。訪問前にレセプト確認する習慣づけ。</p> <p>④ 事前に電話し、2件でも少しずつ訪問。</p> <p>⑤ 保健師では、難しい気がする。</p> <p>⑦ 半年の間に「はげまし電話」できればいいが、ケースが増えると難しい。定期健康診断の結果表に、目標とすることや、パンフレットを一緒にはさみ渡しておく。初回面接で具体的な目標を本人と考える。</p> <p>⑧ 初回から少し時間をおき電話確認。</p> <p>⑨ パンフレットを用いて、現在の数値にマーカーを引くなりして視覚化し、病院に行くべきと気づいてもらう。かなり困っている。自分の問題として、考えてもらうことが重要。</p> <p>⑩ 土日の訪問を検討。</p> <p>⑬ 職員が違いを知る。保健センターの事業説明用チラシ（H30.7 広報掲載分）を配布。</p> <p>⑭ 本人が納得できるような保健指導を行う。それでも、健診を受けており保健センターにデータもあるので、その人に合う説明の仕方を模索する。ケース会議など。コントロール不良者（薬の作用説明）、治療するつもりがない（その方の健康感とは？）。関わりはすごく大切と研修でも学んだ…JA や漁協、食改、婦人会役員、セニア会（高齢者会）等その方のつながりがある方からアプローチしては。</p>

<p>方、受診勧奨の仕方（特に、認知症疑いや引きこもり・精神疾患の方は、家族も面会を快く思っていない。検診以前に問題ケースとなることもある）</p> <p>⑬高齢者お世話センターと保健センターの違いを理解してもらえず、困ることがあった。</p> <p>⑭コントロール不良者や治療するつもりがない方への対応（血糖値が高いにも関わらず、病院受診しない方等）</p> <p>【マンパワー不足】</p> <p>ツ.保健指導に専従できる体制が整っていない。</p> <p>テ.訪問の時間がとれない。</p> <p>ト.補助員さんが中心となって訪問している。</p> <p>ナ.担当者間で温度差がある。</p> <p>ニ.地区が広く、他業務と重なると、どうしても訪問に割く時間が短くなる。</p> <p>【体制】</p> <p>シ.公用車が9台と少ない</p> <p>ス.電話の回線が3本しかないために、電話での受診勧奨や保健指導ができない。</p> <p>セ.保健センター全体で一丸となって、健診受診率を上げようといった意識が育てられていない。</p> <p>ソ.今までは、保健指導をこなすことに必死であったが、重症化予防の対象者も増え、今後受診者も増加することを考えると、腎機能悪い方は医療機関から腎専門医に紹介してもらうなどの体制を整えるべきと思う。しかし、それぞれに役割を振らなければ、こちらの主担当だけでは非常に厳しい。</p> <p>タ.長年地域で活動されている先輩方の人脈を生かし、より良い体制やシステムを作れたらと思う。</p> <p>チ.管理栄養士の業務が、乳幼児から高齢者まで幅広く、保健指導に専念できない。保健指導は知識や積み上げが必要であるが、他業務について</p>		<p>ツ～二</p> <p>訪問の時間を作る。</p> <p>事業の見直し。</p> <p>組織の体制整備。補助員が訪問して、職員がそれを管理する。保健指導も大きな業務の一つであるので、できれば週・月単位で業務に取り入れる。</p> <p>訪問月や時間を設定すると訪問しやすい。</p> <p>ツ 温度差→定期的にカンファレンス。主担当が副担当の様子確認し、情報交換。</p> <p>二 小松島市のように来所。効率化図る。主担当、副担当で相互の情報分担、共有する情報を話し合うよう意識づける。</p> <p>シ 車増やしてほしい。クーラーのよく効く、走行中トントんいわない車。地区担当が必要性を伝える。台数確保のため、予算要求する。実績を理解してもらい、何度もアタック。</p> <p>ス 予算要求し、回線を増やす。</p> <p>セ 保険年金課も同様の状況。特定健診対象者が窓口等で各種手続きに来所した際に、受診勧奨の声掛け、あるいはチラシを手渡ししてもらう。訪問担当の方へのねぎらいの機会を。皆さんそれぞれにとっても頑張ってください。</p> <p>チ H31年度には、管理栄養士の採用があるので、業務分担を検討。</p>
---	--	---

<p>いたので、なかなか対応できない。 ツ.対応する職員が確保できない。</p>		
--	--	--

その他、他機関から御助言、御支援をおおぎたいこと

- ①腎機能低下者の腎専門医への紹介の流れ、対象
- ②特定健診受診率向上への効果的な取り組み

令和元年度保健事業評価表

令和元年度
課題

①平成30年度 残っている課題をふまえ、
やってきた実践事項を振り返ってみる
(プロセス)

未受診者対策

地区によって、特定健診受診率にばらつきがある。
治療の方で健診未受診者の割合が高い。
40歳代、50歳代の受診率が低い。

【未受診者への受診勧奨】
・R1.6月 糖尿病管理台帳対象者(1031人)で、H30年度特定健診未受診者へ糖尿病当事者が訪問等で受診勧奨を実施。その際、事業担当者が作成した勧奨用チラシを使用。(別紙参照)
・R1.7月～R1.12月
①これまで一度も特定健診を受けたことがない人
②特定健診2年間未受診
③糖尿病治療中かつ、特定健診5年間未受診者
【個人へのインセンティブの活用】
特定健診受診かつがん検診を4つ受診した方へ、非常食と歯ブラシセットを報酬として付与するため、該当者を抽出し、地区担当者が電話にて案内を実施したり、訪問で付与している。
【その他取り組み】
・柳屋包括支援センター連絡会等、関係者へ受診勧奨を依頼。
・生保健診を実施し、生活困難者へも健診勧奨を設けている。
・各健康イベントにて、参加者に勧奨用のチラシを配布。
・(広野)各種保健事業実施時、医師顧問、保険年金課転入者等に健診の勧奨案内する。
・心臓病や透析者の実態把握を実施した結果、特定健診未受診者が大半であった。その実態把握をした結果をもとに、受診勧奨の必要性を当事者と再度確認した。

【未受診者への受診勧奨】
・R1.6月 糖尿病管理台帳対象者(1031人)で、H30年度特定健診未受診者へ糖尿病当事者が訪問等で受診勧奨を実施。その際、事業担当者が作成した勧奨用チラシを使用。(別紙参照)
・R1.7月～R1.12月
①これまで一度も特定健診を受けたことがない人
②特定健診2年間未受診
③糖尿病治療中かつ、特定健診5年間未受診者
【個人へのインセンティブ報酬配布数:12件(R1.1.29時点)】
重症化予防(R1.1.29時点)
～糖尿病性慢性重症化予防対象者～
①糖尿病コントロール不良者
②GFR45未満または尿蛋白(2+以上)
③糖尿病未治療者への保健指導実績(R1)

【保健師体制】※臨時職員含まず
・保健センター 13人(1人育休、1人自己啓発休業)
・保健師 1人
・保健士 1人
・介護がいき課 3人(1人育休)
【管理栄養士体制】
・保健センター 2人
・教育委員会 1人
・こども課 1人

⑤残っている課題
○継続受診者を増やせる取り組みが不十分。
○40歳代、50歳代に向けた効果的な受診勧奨方法の検討。
○受診勧奨を実施するにも、地区担当者が実施するには限りがある。他説と連携して勧奨したり、国保ヘルスアップ事業実施を検討する必要がある。
○高血圧や腎機能低下者への栄養指導
・職員一人ひとりの資質向上が必要。
・医師から栄養指示をいただいたための医師連携が十分に進んでいない。
○一歩医療機関から専門医への連携体制ができていない。
○糖尿病連携手帳は積極的に配布しているが、医療機関との十分な連携に至るまでの活用はできていない。

重症化予防

優先順位を付けて訪問すると決めているが、ケースが割れて来ると目先の訪問で優先順位を付けているようである。行が難しくなっている。
阿南市は、糖尿病にかかると治療費の割合が県下でも上位である。

重症化予防
【担当者間での共通認識を固める】
・年間の事業目標を心・腎にそれぞれ分けて設定した。
・糖尿病管理台帳の人力項目・入力時期のルールを設けた。
・研修終了後には、文庫職員への復命を実施した。
【担当者へのスキルアップ】
・R1.11月～R2.11月まで心臓病の勉強会を実施した。
【その他】
R1.6月に実施した心臓病の実態把握から、重症化予防抽出条件を中性脂肪300mg/dl以上から250mg/dl以上へと変更した。

重症化予防(R1.1.29時点)

対象者	訪問数	対患者数	訪問率
①糖尿病コントロール不良者	28	139	20.1%
②GFR45未満または尿蛋白(2+以上)	37	129	28.7%
③糖尿病未治療者への保健指導実績(R1)	64	273	23.4%

④ストラクチャー(構造)
【保健師体制】※臨時職員含まず
・保健センター 13人(1人育休、1人自己啓発休業)
・保健師 1人
・保健士 1人
・介護がいき課 3人(1人育休)
【管理栄養士体制】
・保健センター 2人
・教育委員会 1人
・こども課 1人

医療との連携

糖尿病連携手帳の活用が不十分。
医療機関の医師とケースごとでなかなか連携が取れていない。

重症化予防
【担当者間での共通認識を固める】
・年間の事業目標を心・腎にそれぞれ分けて設定した。
・糖尿病管理台帳の人力項目・入力時期のルールを設けた。
・研修終了後には、文庫職員への復命を実施した。
【担当者へのスキルアップ】
・R1.11月～R2.11月まで心臓病の勉強会を実施した。
【その他】
R1.6月に実施した心臓病の実態把握から、重症化予防抽出条件を中性脂肪300mg/dl以上から250mg/dl以上へと変更した。

重症化予防
【担当者間での共通認識を固める】
・年間の事業目標を心・腎にそれぞれ分けて設定した。
・糖尿病管理台帳の人力項目・入力時期のルールを設けた。
・研修終了後には、文庫職員への復命を実施した。
【担当者へのスキルアップ】
・R1.11月～R2.11月まで心臓病の勉強会を実施した。
【その他】
R1.6月に実施した心臓病の実態把握から、重症化予防抽出条件を中性脂肪300mg/dl以上から250mg/dl以上へと変更した。

③アウトカム(結果)
受診勧奨結果(R1.1.29時点)
これまで電話番号がない人への受診勧奨を実施してはなかったため、今年度は電話番号がない人へも訪問にて勧奨を行った。
電話 821人 198人 24.1%
訪問 1591人 156人 9.8%

⑤残っている課題
○継続受診者を増やせる取り組みが不十分。
○40歳代、50歳代に向けた効果的な受診勧奨方法の検討。
○受診勧奨を実施するにも、地区担当者が実施するには限りがある。他説と連携して勧奨したり、国保ヘルスアップ事業実施を検討する必要がある。
○高血圧や腎機能低下者への栄養指導
・職員一人ひとりの資質向上が必要。
・医師から栄養指示をいただいたための医師連携が十分に進んでいない。
○一歩医療機関から専門医への連携体制ができていない。
○糖尿病連携手帳は積極的に配布しているが、医療機関との十分な連携に至るまでの活用はできていない。

医療との連携

糖尿病連携手帳の活用が不十分。
医療機関の医師とケースごとでなかなか連携が取れていない。

重症化予防
【担当者間での共通認識を固める】
・年間の事業目標を心・腎にそれぞれ分けて設定した。
・糖尿病管理台帳の人力項目・入力時期のルールを設けた。
・研修終了後には、文庫職員への復命を実施した。
【担当者へのスキルアップ】
・R1.11月～R2.11月まで心臓病の勉強会を実施した。
【その他】
R1.6月に実施した心臓病の実態把握から、重症化予防抽出条件を中性脂肪300mg/dl以上から250mg/dl以上へと変更した。

重症化予防
【担当者間での共通認識を固める】
・年間の事業目標を心・腎にそれぞれ分けて設定した。
・糖尿病管理台帳の人力項目・入力時期のルールを設けた。
・研修終了後には、文庫職員への復命を実施した。
【担当者へのスキルアップ】
・R1.11月～R2.11月まで心臓病の勉強会を実施した。
【その他】
R1.6月に実施した心臓病の実態把握から、重症化予防抽出条件を中性脂肪300mg/dl以上から250mg/dl以上へと変更した。

④ストラクチャー(構造)
【保健師体制】※臨時職員含まず
・保健センター 13人(1人育休、1人自己啓発休業)
・保健師 1人
・保健士 1人
・介護がいき課 3人(1人育休)
【管理栄養士体制】
・保健センター 2人
・教育委員会 1人
・こども課 1人

医療との連携

糖尿病連携手帳の活用が不十分。
医療機関の医師とケースごとでなかなか連携が取れていない。

重症化予防
【担当者間での共通認識を固める】
・年間の事業目標を心・腎にそれぞれ分けて設定した。
・糖尿病管理台帳の人力項目・入力時期のルールを設けた。
・研修終了後には、文庫職員への復命を実施した。
【担当者へのスキルアップ】
・R1.11月～R2.11月まで心臓病の勉強会を実施した。
【その他】
R1.6月に実施した心臓病の実態把握から、重症化予防抽出条件を中性脂肪300mg/dl以上から250mg/dl以上へと変更した。

重症化予防
【担当者間での共通認識を固める】
・年間の事業目標を心・腎にそれぞれ分けて設定した。
・糖尿病管理台帳の人力項目・入力時期のルールを設けた。
・研修終了後には、文庫職員への復命を実施した。
【担当者へのスキルアップ】
・R1.11月～R2.11月まで心臓病の勉強会を実施した。
【その他】
R1.6月に実施した心臓病の実態把握から、重症化予防抽出条件を中性脂肪300mg/dl以上から250mg/dl以上へと変更した。

⑤残っている課題
○継続受診者を増やせる取り組みが不十分。
○40歳代、50歳代に向けた効果的な受診勧奨方法の検討。
○受診勧奨を実施するにも、地区担当者が実施するには限りがある。他説と連携して勧奨したり、国保ヘルスアップ事業実施を検討する必要がある。
○高血圧や腎機能低下者への栄養指導
・職員一人ひとりの資質向上が必要。
・医師から栄養指示をいただいたための医師連携が十分に進んでいない。
○一歩医療機関から専門医への連携体制ができていない。
○糖尿病連携手帳は積極的に配布しているが、医療機関との十分な連携に至るまでの活用はできていない。

医療との連携

糖尿病連携手帳の活用が不十分。
医療機関の医師とケースごとでなかなか連携が取れていない。

重症化予防
【担当者間での共通認識を固める】
・年間の事業目標を心・腎にそれぞれ分けて設定した。
・糖尿病管理台帳の人力項目・入力時期のルールを設けた。
・研修終了後には、文庫職員への復命を実施した。
【担当者へのスキルアップ】
・R1.11月～R2.11月まで心臓病の勉強会を実施した。
【その他】
R1.6月に実施した心臓病の実態把握から、重症化予防抽出条件を中性脂肪300mg/dl以上から250mg/dl以上へと変更した。

重症化予防
【担当者間での共通認識を固める】
・年間の事業目標を心・腎にそれぞれ分けて設定した。
・糖尿病管理台帳の人力項目・入力時期のルールを設けた。
・研修終了後には、文庫職員への復命を実施した。
【担当者へのスキルアップ】
・R1.11月～R2.11月まで心臓病の勉強会を実施した。
【その他】
R1.6月に実施した心臓病の実態把握から、重症化予防抽出条件を中性脂肪300mg/dl以上から250mg/dl以上へと変更した。

⑤残っている課題
○継続受診者を増やせる取り組みが不十分。
○40歳代、50歳代に向けた効果的な受診勧奨方法の検討。
○受診勧奨を実施するにも、地区担当者が実施するには限りがある。他説と連携して勧奨したり、国保ヘルスアップ事業実施を検討する必要がある。
○高血圧や腎機能低下者への栄養指導
・職員一人ひとりの資質向上が必要。
・医師から栄養指示をいただいたための医師連携が十分に進んでいない。
○一歩医療機関から専門医への連携体制ができていない。
○糖尿病連携手帳は積極的に配布しているが、医療機関との十分な連携に至るまでの活用はできていない。

医療との連携

糖尿病連携手帳の活用が不十分。
医療機関の医師とケースごとでなかなか連携が取れていない。

重症化予防
【担当者間での共通認識を固める】
・年間の事業目標を心・腎にそれぞれ分けて設定した。
・糖尿病管理台帳の人力項目・入力時期のルールを設けた。
・研修終了後には、文庫職員への復命を実施した。
【担当者へのスキルアップ】
・R1.11月～R2.11月まで心臓病の勉強会を実施した。
【その他】
R1.6月に実施した心臓病の実態把握から、重症化予防抽出条件を中性脂肪300mg/dl以上から250mg/dl以上へと変更した。

重症化予防
【担当者間での共通認識を固める】
・年間の事業目標を心・腎にそれぞれ分けて設定した。
・糖尿病管理台帳の人力項目・入力時期のルールを設けた。
・研修終了後には、文庫職員への復命を実施した。
【担当者へのスキルアップ】
・R1.11月～R2.11月まで心臓病の勉強会を実施した。
【その他】
R1.6月に実施した心臓病の実態把握から、重症化予防抽出条件を中性脂肪300mg/dl以上から250mg/dl以上へと変更した。

⑤残っている課題
○継続受診者を増やせる取り組みが不十分。
○40歳代、50歳代に向けた効果的な受診勧奨方法の検討。
○受診勧奨を実施するにも、地区担当者が実施するには限りがある。他説と連携して勧奨したり、国保ヘルスアップ事業実施を検討する必要がある。
○高血圧や腎機能低下者への栄養指導
・職員一人ひとりの資質向上が必要。
・医師から栄養指示をいただいたための医師連携が十分に進んでいない。
○一歩医療機関から専門医への連携体制ができていない。
○糖尿病連携手帳は積極的に配布しているが、医療機関との十分な連携に至るまでの活用はできていない。

令和2年度保健事業評価表

<p>令和2年度 課題</p>	<p>令和2年度 残っている課題をふまえ、取組んでいくこと (プロセス)</p>	<p>評価 (良くなったところ)</p>	<p>①アウトカム (結果)</p>	<p>④ストラクチャー (構造)</p>	<p>⑤残っている課題</p>																																																																				
<p>健診受診率の向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ●継続受診者を増加させる。 ●生活習慣病治療中の方にも受診してもらう。 ●若年層(40歳・50歳代)への効果的な受診勧奨をする。 ●地区による受診率の差を縮める。 	<p>健診受診率の向上</p> <p>【医療ヘルスアップ事業(保険年金庫)の活用】 以下に該当する方へ、はがき、電話での受診勧奨実施予定。</p> <ul style="list-style-type: none"> ①前年の国民健康保険に新規加入した方 ②40歳、50歳に到達した方 ③糖尿病、高血圧治療者で前年度未受診の方 ④重症3年間未受診の方 <p>【職人へのインセンティブの活用】 下記3点すべてを満たす方(先着150名)に対し、商品労働保険と協議した品物をプレゼントする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ①前年国民健康保険の令和2年度特定健診を受診した方 ②がん検診受診券を用い、いずれか2種類のがん検診を受診した方 ③5日分の歩数と野菜摂取量を記録した方 <p>【その他】 集団健診や講演会等の保健センター、事業場の場、保健指導活動時(受診者へは個別受診勧奨し、その家族や親族へも勧奨する)での積極的な勧奨。</p>	<p>特定健診受診率(H24~R1)</p> <p>継続受診状況(H26~R1)</p>	<p>②アウトカム (結果)</p> <p>継続受診率(H26~R1)</p> <p>年齢別特定健診受診率(R1)</p> <p>40.50歳代の受診率が低い。</p>	<p>【保健師体制(職員のみのみ)】 保健センター 15人(11人専任) 福祉課 1人 保険年金庫 1人 介護・ながいさ課 1人</p> <p>【保健事業士体制(職員のみのみ)】 保健センター 2人 教育委員会 1人 こども課 1人</p> <p>【保健指導実務体制(補助員含む)】 ・成人保健係 保健師 7人 (うち専任1人、訪問指導員1人) 管理栄養士 3人(うち補助員2人) 母子保健係 保健師 7人(うち1人専任) ・保健指導係 保健師 3人(うち補助員1人) 管理栄養士 1人</p>	<p>●PC・コミュニケーションアプリの活用がまだ十分でない。現在実施していることの効果検証とともに、他の方法も検討していく。</p> <p>●糖尿病指導手帳の活用がまだ十分でない。今後は、保健指導した結果の記録や、処方箋などの連携のひとつの手段として活用を深めていきたい。</p> <p>●糖尿病管理台帳は地区担当者で管理できつつあるが、CKD治療者を台帳で把握できていないため、今後の受診率4.5%を目標とし、これまでに以上に積極的に取り組んでいきたい。</p> <p>●糖尿病化予防対象者の訪問があまり実施できていないため、今後受診率4.5%を目標とし、これまでに以上に積極的に取り組んでいきたい。</p>																																																																				
<p>重症化予防</p> <p><令和2年度 重症化予防対象者></p> <ul style="list-style-type: none"> ●糖尿病: 前年度で血糖値が126mg/dL以上の者 または空腹血糖126mg/dL以上の者 ●高血圧: 収縮圧が160mmHg以上の者 またはLDL160mg/dL以上の者 ●腎臓: eGFR45未満 ●尿蛋白と血尿がともに1+以上 ●心: 心電図で有所見の者(所見については検討中) <p>・血圧および糖質の対象者は未治療の者を優先して訪問する。 ・前年の対象者には受診勧奨及び補助員による電話による積極的な勧奨。 ・令和2年度より心電図検査が全受診者となったため、所見が明らかになった方への積極的な保健指導(腎臓病への勧奨等)を実施し、その後の治療状況や経過を追っていく。 ・糖尿病化予防は上記に加え、糖尿病管理台帳を地区担当者かつかり管理し、継続未受診者、未治療者、血糖コントロール不良の者を積極的にフォローする。</p>	<p>特定健診受診率(H24~R1)</p> <p>年齢別特定健診受診率(R1)</p> <p>40.50歳代の受診率が低い。</p>	<p>R1地区別受診率(R1.5月時点)</p> <table border="1"> <tr><th>順位</th><th>地区</th><th>受診率</th></tr> <tr><td>1</td><td>森野</td><td>38.7%</td></tr> <tr><td>2</td><td>中野島</td><td>36.6%</td></tr> <tr><td>15</td><td>飛騨川</td><td>29.9%</td></tr> <tr><td>16</td><td>高岡</td><td>28.5%</td></tr> </table> <p>有所属状況(H30,R1)</p> <table border="1"> <tr><th>種別</th><th>H30</th><th>R1</th></tr> <tr><td>脳血管障害(7ヶ月前)</td><td>669件</td><td>582件</td></tr> <tr><td>心臓病(7ヶ月前)</td><td>30.1%</td><td>31.4%</td></tr> <tr><td>糖尿病(7ヶ月前)</td><td>94件</td><td>913件</td></tr> <tr><td>LDL140mg/dL以上</td><td>30.1%</td><td>31.4%</td></tr> <tr><td>HDL40mg/dL未満</td><td>29.0%</td><td>28.1%</td></tr> <tr><td>糖質(7ヶ月前)</td><td>3.9%</td><td>3.7%</td></tr> <tr><td>腎臓病(7ヶ月前)</td><td>16人</td><td>19人</td></tr> <tr><td>糖尿病治療</td><td>4.7%</td><td>4.3%</td></tr> <tr><td>糖尿病コントロール不良</td><td>2.9%</td><td>2.7%</td></tr> <tr><td>eGFR45未満または尿蛋白++以上</td><td>3.2%</td><td>3.8%</td></tr> </table>	順位	地区	受診率	1	森野	38.7%	2	中野島	36.6%	15	飛騨川	29.9%	16	高岡	28.5%	種別	H30	R1	脳血管障害(7ヶ月前)	669件	582件	心臓病(7ヶ月前)	30.1%	31.4%	糖尿病(7ヶ月前)	94件	913件	LDL140mg/dL以上	30.1%	31.4%	HDL40mg/dL未満	29.0%	28.1%	糖質(7ヶ月前)	3.9%	3.7%	腎臓病(7ヶ月前)	16人	19人	糖尿病治療	4.7%	4.3%	糖尿病コントロール不良	2.9%	2.7%	eGFR45未満または尿蛋白++以上	3.2%	3.8%	<p>R1重症化予防訪問数(R2.6月時点)</p> <table border="1"> <tr><th>抽出基準</th><th>対象者数</th><th>受診者数</th><th>受診率</th></tr> <tr><td>HbA1c6.5%以上 または 空腹血糖126mg/dL以上 または 糖尿病治療中</td><td>447</td><td>198人</td><td>24.1%</td></tr> <tr><td>160/100mmHg以上</td><td>194</td><td>156人</td><td>9.8%</td></tr> <tr><td>LDL180mg/dL以上 または 中性脂肪50mg/dL以上</td><td>253</td><td>93</td><td>36.8%</td></tr> <tr><td>eGFR45未満 または 尿蛋白++以上</td><td>139</td><td>51</td><td>36.7%</td></tr> </table> <p>※特定保健指導対象者への保健指導は続く。 ※糖尿病治療中は前年度から把握。</p>	抽出基準	対象者数	受診者数	受診率	HbA1c6.5%以上 または 空腹血糖126mg/dL以上 または 糖尿病治療中	447	198人	24.1%	160/100mmHg以上	194	156人	9.8%	LDL180mg/dL以上 または 中性脂肪50mg/dL以上	253	93	36.8%	eGFR45未満 または 尿蛋白++以上	139	51	36.7%	<p>【保健師体制(職員のみのみ)】 保健センター 15人(11人専任) 福祉課 1人 保険年金庫 1人 介護・ながいさ課 1人</p> <p>【保健事業士体制(職員のみのみ)】 保健センター 2人 教育委員会 1人 こども課 1人</p> <p>【保健指導実務体制(補助員含む)】 ・成人保健係 保健師 7人 (うち専任1人、訪問指導員1人) 管理栄養士 3人(うち補助員2人) 母子保健係 保健師 7人(うち1人専任) ・保健指導係 保健師 3人(うち補助員1人) 管理栄養士 1人</p>	<p>●令和2年度より、各地区に保健師1名、管理栄養士を1名を配置した完全な地区担当制とした。</p>
順位	地区	受診率																																																																							
1	森野	38.7%																																																																							
2	中野島	36.6%																																																																							
15	飛騨川	29.9%																																																																							
16	高岡	28.5%																																																																							
種別	H30	R1																																																																							
脳血管障害(7ヶ月前)	669件	582件																																																																							
心臓病(7ヶ月前)	30.1%	31.4%																																																																							
糖尿病(7ヶ月前)	94件	913件																																																																							
LDL140mg/dL以上	30.1%	31.4%																																																																							
HDL40mg/dL未満	29.0%	28.1%																																																																							
糖質(7ヶ月前)	3.9%	3.7%																																																																							
腎臓病(7ヶ月前)	16人	19人																																																																							
糖尿病治療	4.7%	4.3%																																																																							
糖尿病コントロール不良	2.9%	2.7%																																																																							
eGFR45未満または尿蛋白++以上	3.2%	3.8%																																																																							
抽出基準	対象者数	受診者数	受診率																																																																						
HbA1c6.5%以上 または 空腹血糖126mg/dL以上 または 糖尿病治療中	447	198人	24.1%																																																																						
160/100mmHg以上	194	156人	9.8%																																																																						
LDL180mg/dL以上 または 中性脂肪50mg/dL以上	253	93	36.8%																																																																						
eGFR45未満 または 尿蛋白++以上	139	51	36.7%																																																																						
<p>重症化予防</p> <p><令和2年度 重症化予防対象者></p> <ul style="list-style-type: none"> ●糖尿病: 前年度で血糖値が126mg/dL以上の者 または空腹血糖126mg/dL以上の者 ●高血圧: 収縮圧が160mmHg以上の者 またはLDL160mg/dL以上の者 ●腎臓: eGFR45未満 ●尿蛋白と血尿がともに1+以上 ●心: 心電図で有所見の者(所見については検討中) <p>・血圧および糖質の対象者は未治療の者を優先して訪問する。 ・前年の対象者には受診勧奨及び補助員による電話による積極的な勧奨。 ・令和2年度より心電図検査が全受診者となったため、所見が明らかになった方への積極的な保健指導(腎臓病への勧奨等)を実施し、その後の治療状況や経過を追っていく。 ・糖尿病化予防は上記に加え、糖尿病管理台帳を地区担当者かつかり管理し、継続未受診者、未治療者、血糖コントロール不良の者を積極的にフォローする。</p>	<p>特定健診受診率(H24~R1)</p> <p>年齢別特定健診受診率(R1)</p> <p>40.50歳代の受診率が低い。</p>	<p>R1地区別受診率(R1.5月時点)</p> <table border="1"> <tr><th>順位</th><th>地区</th><th>受診率</th></tr> <tr><td>1</td><td>森野</td><td>38.7%</td></tr> <tr><td>2</td><td>中野島</td><td>36.6%</td></tr> <tr><td>15</td><td>飛騨川</td><td>29.9%</td></tr> <tr><td>16</td><td>高岡</td><td>28.5%</td></tr> </table> <p>有所属状況(H30,R1)</p> <table border="1"> <tr><th>種別</th><th>H30</th><th>R1</th></tr> <tr><td>脳血管障害(7ヶ月前)</td><td>669件</td><td>582件</td></tr> <tr><td>心臓病(7ヶ月前)</td><td>30.1%</td><td>31.4%</td></tr> <tr><td>糖尿病(7ヶ月前)</td><td>94件</td><td>913件</td></tr> <tr><td>LDL140mg/dL以上</td><td>30.1%</td><td>31.4%</td></tr> <tr><td>HDL40mg/dL未満</td><td>29.0%</td><td>28.1%</td></tr> <tr><td>糖質(7ヶ月前)</td><td>3.9%</td><td>3.7%</td></tr> <tr><td>腎臓病(7ヶ月前)</td><td>16人</td><td>19人</td></tr> <tr><td>糖尿病治療</td><td>4.7%</td><td>4.3%</td></tr> <tr><td>糖尿病コントロール不良</td><td>2.9%</td><td>2.7%</td></tr> <tr><td>eGFR45未満または尿蛋白++以上</td><td>3.2%</td><td>3.8%</td></tr> </table>	順位	地区	受診率	1	森野	38.7%	2	中野島	36.6%	15	飛騨川	29.9%	16	高岡	28.5%	種別	H30	R1	脳血管障害(7ヶ月前)	669件	582件	心臓病(7ヶ月前)	30.1%	31.4%	糖尿病(7ヶ月前)	94件	913件	LDL140mg/dL以上	30.1%	31.4%	HDL40mg/dL未満	29.0%	28.1%	糖質(7ヶ月前)	3.9%	3.7%	腎臓病(7ヶ月前)	16人	19人	糖尿病治療	4.7%	4.3%	糖尿病コントロール不良	2.9%	2.7%	eGFR45未満または尿蛋白++以上	3.2%	3.8%	<p>R1重症化予防訪問数(R2.6月時点)</p> <table border="1"> <tr><th>抽出基準</th><th>対象者数</th><th>受診者数</th><th>受診率</th></tr> <tr><td>HbA1c6.5%以上 または 空腹血糖126mg/dL以上 または 糖尿病治療中</td><td>447</td><td>198人</td><td>24.1%</td></tr> <tr><td>160/100mmHg以上</td><td>194</td><td>156人</td><td>9.8%</td></tr> <tr><td>LDL180mg/dL以上 または 中性脂肪50mg/dL以上</td><td>253</td><td>93</td><td>36.8%</td></tr> <tr><td>eGFR45未満 または 尿蛋白++以上</td><td>139</td><td>51</td><td>36.7%</td></tr> </table> <p>※特定保健指導対象者への保健指導は続く。 ※糖尿病治療中は前年度から把握。</p>	抽出基準	対象者数	受診者数	受診率	HbA1c6.5%以上 または 空腹血糖126mg/dL以上 または 糖尿病治療中	447	198人	24.1%	160/100mmHg以上	194	156人	9.8%	LDL180mg/dL以上 または 中性脂肪50mg/dL以上	253	93	36.8%	eGFR45未満 または 尿蛋白++以上	139	51	36.7%	<p>【保健師体制(職員のみのみ)】 保健センター 15人(11人専任) 福祉課 1人 保険年金庫 1人 介護・ながいさ課 1人</p> <p>【保健事業士体制(職員のみのみ)】 保健センター 2人 教育委員会 1人 こども課 1人</p> <p>【保健指導実務体制(補助員含む)】 ・成人保健係 保健師 7人 (うち専任1人、訪問指導員1人) 管理栄養士 3人(うち補助員2人) 母子保健係 保健師 7人(うち1人専任) ・保健指導係 保健師 3人(うち補助員1人) 管理栄養士 1人</p>	<p>●令和2年度より、各地区に保健師1名、管理栄養士を1名を配置した完全な地区担当制とした。</p>
順位	地区	受診率																																																																							
1	森野	38.7%																																																																							
2	中野島	36.6%																																																																							
15	飛騨川	29.9%																																																																							
16	高岡	28.5%																																																																							
種別	H30	R1																																																																							
脳血管障害(7ヶ月前)	669件	582件																																																																							
心臓病(7ヶ月前)	30.1%	31.4%																																																																							
糖尿病(7ヶ月前)	94件	913件																																																																							
LDL140mg/dL以上	30.1%	31.4%																																																																							
HDL40mg/dL未満	29.0%	28.1%																																																																							
糖質(7ヶ月前)	3.9%	3.7%																																																																							
腎臓病(7ヶ月前)	16人	19人																																																																							
糖尿病治療	4.7%	4.3%																																																																							
糖尿病コントロール不良	2.9%	2.7%																																																																							
eGFR45未満または尿蛋白++以上	3.2%	3.8%																																																																							
抽出基準	対象者数	受診者数	受診率																																																																						
HbA1c6.5%以上 または 空腹血糖126mg/dL以上 または 糖尿病治療中	447	198人	24.1%																																																																						
160/100mmHg以上	194	156人	9.8%																																																																						
LDL180mg/dL以上 または 中性脂肪50mg/dL以上	253	93	36.8%																																																																						
eGFR45未満 または 尿蛋白++以上	139	51	36.7%																																																																						
<p>医療連携</p> <p>市内の医療機関を訪問し、地域の特性や特定健診受診率、有所見者の状況等の情報共有を図るとともに、地区担当者や医師の見ええ関係づくりを進める。また、最新患者情報の交換等の情報共有をし、一次医療機関から専門医への紹介を依頼する。</p> <p>また、特定健診を希望する患者が40歳以上は紹介していただき、保健センターの保健師、栄養士がその後の継続的なフォローを行っていきけるよう体制づくりを進めて技術向上を予定。</p>	<p>特定健診受診率(H24~R1)</p> <p>年齢別特定健診受診率(R1)</p> <p>40.50歳代の受診率が低い。</p>	<p>R1地区別受診率(R1.5月時点)</p> <table border="1"> <tr><th>順位</th><th>地区</th><th>受診率</th></tr> <tr><td>1</td><td>森野</td><td>38.7%</td></tr> <tr><td>2</td><td>中野島</td><td>36.6%</td></tr> <tr><td>15</td><td>飛騨川</td><td>29.9%</td></tr> <tr><td>16</td><td>高岡</td><td>28.5%</td></tr> </table> <p>有所属状況(H30,R1)</p> <table border="1"> <tr><th>種別</th><th>H30</th><th>R1</th></tr> <tr><td>脳血管障害(7ヶ月前)</td><td>669件</td><td>582件</td></tr> <tr><td>心臓病(7ヶ月前)</td><td>30.1%</td><td>31.4%</td></tr> <tr><td>糖尿病(7ヶ月前)</td><td>94件</td><td>913件</td></tr> <tr><td>LDL140mg/dL以上</td><td>30.1%</td><td>31.4%</td></tr> <tr><td>HDL40mg/dL未満</td><td>29.0%</td><td>28.1%</td></tr> <tr><td>糖質(7ヶ月前)</td><td>3.9%</td><td>3.7%</td></tr> <tr><td>腎臓病(7ヶ月前)</td><td>16人</td><td>19人</td></tr> <tr><td>糖尿病治療</td><td>4.7%</td><td>4.3%</td></tr> <tr><td>糖尿病コントロール不良</td><td>2.9%</td><td>2.7%</td></tr> <tr><td>eGFR45未満または尿蛋白++以上</td><td>3.2%</td><td>3.8%</td></tr> </table>	順位	地区	受診率	1	森野	38.7%	2	中野島	36.6%	15	飛騨川	29.9%	16	高岡	28.5%	種別	H30	R1	脳血管障害(7ヶ月前)	669件	582件	心臓病(7ヶ月前)	30.1%	31.4%	糖尿病(7ヶ月前)	94件	913件	LDL140mg/dL以上	30.1%	31.4%	HDL40mg/dL未満	29.0%	28.1%	糖質(7ヶ月前)	3.9%	3.7%	腎臓病(7ヶ月前)	16人	19人	糖尿病治療	4.7%	4.3%	糖尿病コントロール不良	2.9%	2.7%	eGFR45未満または尿蛋白++以上	3.2%	3.8%	<p>R1重症化予防訪問数(R2.6月時点)</p> <table border="1"> <tr><th>抽出基準</th><th>対象者数</th><th>受診者数</th><th>受診率</th></tr> <tr><td>HbA1c6.5%以上 または 空腹血糖126mg/dL以上 または 糖尿病治療中</td><td>447</td><td>198人</td><td>24.1%</td></tr> <tr><td>160/100mmHg以上</td><td>194</td><td>156人</td><td>9.8%</td></tr> <tr><td>LDL180mg/dL以上 または 中性脂肪50mg/dL以上</td><td>253</td><td>93</td><td>36.8%</td></tr> <tr><td>eGFR45未満 または 尿蛋白++以上</td><td>139</td><td>51</td><td>36.7%</td></tr> </table> <p>※特定保健指導対象者への保健指導は続く。 ※糖尿病治療中は前年度から把握。</p>	抽出基準	対象者数	受診者数	受診率	HbA1c6.5%以上 または 空腹血糖126mg/dL以上 または 糖尿病治療中	447	198人	24.1%	160/100mmHg以上	194	156人	9.8%	LDL180mg/dL以上 または 中性脂肪50mg/dL以上	253	93	36.8%	eGFR45未満 または 尿蛋白++以上	139	51	36.7%	<p>【保健師体制(職員のみのみ)】 保健センター 15人(11人専任) 福祉課 1人 保険年金庫 1人 介護・ながいさ課 1人</p> <p>【保健事業士体制(職員のみのみ)】 保健センター 2人 教育委員会 1人 こども課 1人</p> <p>【保健指導実務体制(補助員含む)】 ・成人保健係 保健師 7人 (うち専任1人、訪問指導員1人) 管理栄養士 3人(うち補助員2人) 母子保健係 保健師 7人(うち1人専任) ・保健指導係 保健師 3人(うち補助員1人) 管理栄養士 1人</p>	<p>●令和2年度より、各地区に保健師1名、管理栄養士を1名を配置した完全な地区担当制とした。</p>
順位	地区	受診率																																																																							
1	森野	38.7%																																																																							
2	中野島	36.6%																																																																							
15	飛騨川	29.9%																																																																							
16	高岡	28.5%																																																																							
種別	H30	R1																																																																							
脳血管障害(7ヶ月前)	669件	582件																																																																							
心臓病(7ヶ月前)	30.1%	31.4%																																																																							
糖尿病(7ヶ月前)	94件	913件																																																																							
LDL140mg/dL以上	30.1%	31.4%																																																																							
HDL40mg/dL未満	29.0%	28.1%																																																																							
糖質(7ヶ月前)	3.9%	3.7%																																																																							
腎臓病(7ヶ月前)	16人	19人																																																																							
糖尿病治療	4.7%	4.3%																																																																							
糖尿病コントロール不良	2.9%	2.7%																																																																							
eGFR45未満または尿蛋白++以上	3.2%	3.8%																																																																							
抽出基準	対象者数	受診者数	受診率																																																																						
HbA1c6.5%以上 または 空腹血糖126mg/dL以上 または 糖尿病治療中	447	198人	24.1%																																																																						
160/100mmHg以上	194	156人	9.8%																																																																						
LDL180mg/dL以上 または 中性脂肪50mg/dL以上	253	93	36.8%																																																																						
eGFR45未満 または 尿蛋白++以上	139	51	36.7%																																																																						

評価台帳「高血圧・糖尿病評価ツール～未治療・中断者の把握一覧」

都道府県	市町村名	KDB 同規模 区分	高血圧・高血糖者の医療のかかり方										R01年度									
			特定健診					血圧						HbA1c								
			対象者	受診者	HbA1c 実施者	受診率	Ⅱ度以上		未治療	治療中断	不定期受診	7.0%以上			未治療	治療中断	不定期受診					
							A	B				C		B/A				D	D/B	E	E/D	F
徳島県	阿南市	5	11,043	3,704	3,704	33.5	225	6.1	77	34.2	14	6.2	35	15.6	158	4.3	10	6.3	2	1.3	16	10.1

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧のレセプトがない

②中断…高血圧(HbA1cの場合)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。

③不定期受診…②以外で直近半年の受診が3回以下(ただし、治療開始と考慮される者を除く)

表式5-1 地域の健康課題の把握 阿南市 (全15地区) その1

項目	阿南市 (全体)		阿南市(後期)		013 羽ノ浦	011 那賀川	015 見能井	009 富岡	012 中野島	005 桑野	001 新野	006 宝田	各都庁年度 (CSV)			
	数値	割合	数値	割合												
1 人口概況	総人口	72,705	22,230	100.0	29,057	16.4	15.5	22,709	12.8	12,146	6.8	10,101	5.7	7,526	4.1	
	人口構成															
	65歳以上 (高齢者)	30.6	22,250	100.0	909,524,780	15.8	750,029,910	12.1	677,778,620	11.8	485,935,880	7.6	363,278,620	6.3	238,738,560	4.2
	75歳以上	15.6	11,370	100.0	501,227,060	55.1	413,036,330	56.2	379,073,890	55.9	295,900,410	47.2	195,800,410	49.0	139,032,200	58.2
	65~74歳	15.0	10,880	48.9	408,297,710	44.9	322,423,580	45.3	298,704,730	44.1	229,985,000	52.8	167,478,110	46.1	96,706,360	41.8
	75~84歳	7.8	5,650	34.4	375,617	367,800	354,405	200,312	169,375	183,570	168,777	185,791	163,219	163,319	163,319	
	85~94歳	3.2	2,322	16.5	1,006	50.5	591	51.5	472	46.2	314	31.4	270	27.0	240	24.0
	95歳以上	0.2	146	0.2	62	4.2	34	2.3	18	1.2	11	0.7	7	0.5	5	0.3
	100歳以上	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	105歳以上	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
2 健康課題の状況	健康寿命期待値	72.705	147,058	100.0	72,705	16.4	15.5	22,709	12.8	12,146	6.8	10,101	5.7	7,526	4.1	
	健康寿命期待値(男性)	72.705	147,058	100.0	72,705	16.4	15.5	22,709	12.8	12,146	6.8	10,101	5.7	7,526	4.1	
	健康寿命期待値(女性)	72.705	147,058	100.0	72,705	16.4	15.5	22,709	12.8	12,146	6.8	10,101	5.7	7,526	4.1	
	健康寿命期待値(平均)	72.705	147,058	100.0	72,705	16.4	15.5	22,709	12.8	12,146	6.8	10,101	5.7	7,526	4.1	
	健康寿命期待値(年齢別)	72.705	147,058	100.0	72,705	16.4	15.5	22,709	12.8	12,146	6.8	10,101	5.7	7,526	4.1	
	健康寿命期待値(性別別)	72.705	147,058	100.0	72,705	16.4	15.5	22,709	12.8	12,146	6.8	10,101	5.7	7,526	4.1	
	健康寿命期待値(地域別)	72.705	147,058	100.0	72,705	16.4	15.5	22,709	12.8	12,146	6.8	10,101	5.7	7,526	4.1	
	健康寿命期待値(年齢・性別別)	72.705	147,058	100.0	72,705	16.4	15.5	22,709	12.8	12,146	6.8	10,101	5.7	7,526	4.1	
	健康寿命期待値(年齢・性別・地域別)	72.705	147,058	100.0	72,705	16.4	15.5	22,709	12.8	12,146	6.8	10,101	5.7	7,526	4.1	
	健康寿命期待値(年齢・性別・地域・健康状態別)	72.705	147,058	100.0	72,705	16.4	15.5	22,709	12.8	12,146	6.8	10,101	5.7	7,526	4.1	
3 地域の特徴と課題	人口構成	30.6	22,250	100.0	909,524,780	15.8	750,029,910	12.1	677,778,620	11.8	485,935,880	7.6	363,278,620	6.3	238,738,560	4.2
	人口構成	30.6	22,250	100.0	909,524,780	15.8	750,029,910	12.1	677,778,620	11.8	485,935,880	7.6	363,278,620	6.3	238,738,560	4.2
	人口構成	30.6	22,250	100.0	909,524,780	15.8	750,029,910	12.1	677,778,620	11.8	485,935,880	7.6	363,278,620	6.3	238,738,560	4.2
	人口構成	30.6	22,250	100.0	909,524,780	15.8	750,029,910	12.1	677,778,620	11.8	485,935,880	7.6	363,278,620	6.3	238,738,560	4.2
	人口構成	30.6	22,250	100.0	909,524,780	15.8	750,029,910	12.1	677,778,620	11.8	485,935,880	7.6	363,278,620	6.3	238,738,560	4.2
	人口構成	30.6	22,250	100.0	909,524,780	15.8	750,029,910	12.1	677,778,620	11.8	485,935,880	7.6	363,278,620	6.3	238,738,560	4.2
	人口構成	30.6	22,250	100.0	909,524,780	15.8	750,029,910	12.1	677,778,620	11.8	485,935,880	7.6	363,278,620	6.3	238,738,560	4.2
	人口構成	30.6	22,250	100.0	909,524,780	15.8	750,029,910	12.1	677,778,620	11.8	485,935,880	7.6	363,278,620	6.3	238,738,560	4.2
	人口構成	30.6	22,250	100.0	909,524,780	15.8	750,029,910	12.1	677,778,620	11.8	485,935,880	7.6	363,278,620	6.3	238,738,560	4.2
	人口構成	30.6	22,250	100.0	909,524,780	15.8	750,029,910	12.1	677,778,620	11.8	485,935,880	7.6	363,278,620	6.3	238,738,560	4.2
人口構成	30.6	22,250	100.0	909,524,780	15.8	750,029,910	12.1	677,778,620	11.8	485,935,880	7.6	363,278,620	6.3	238,738,560	4.2	

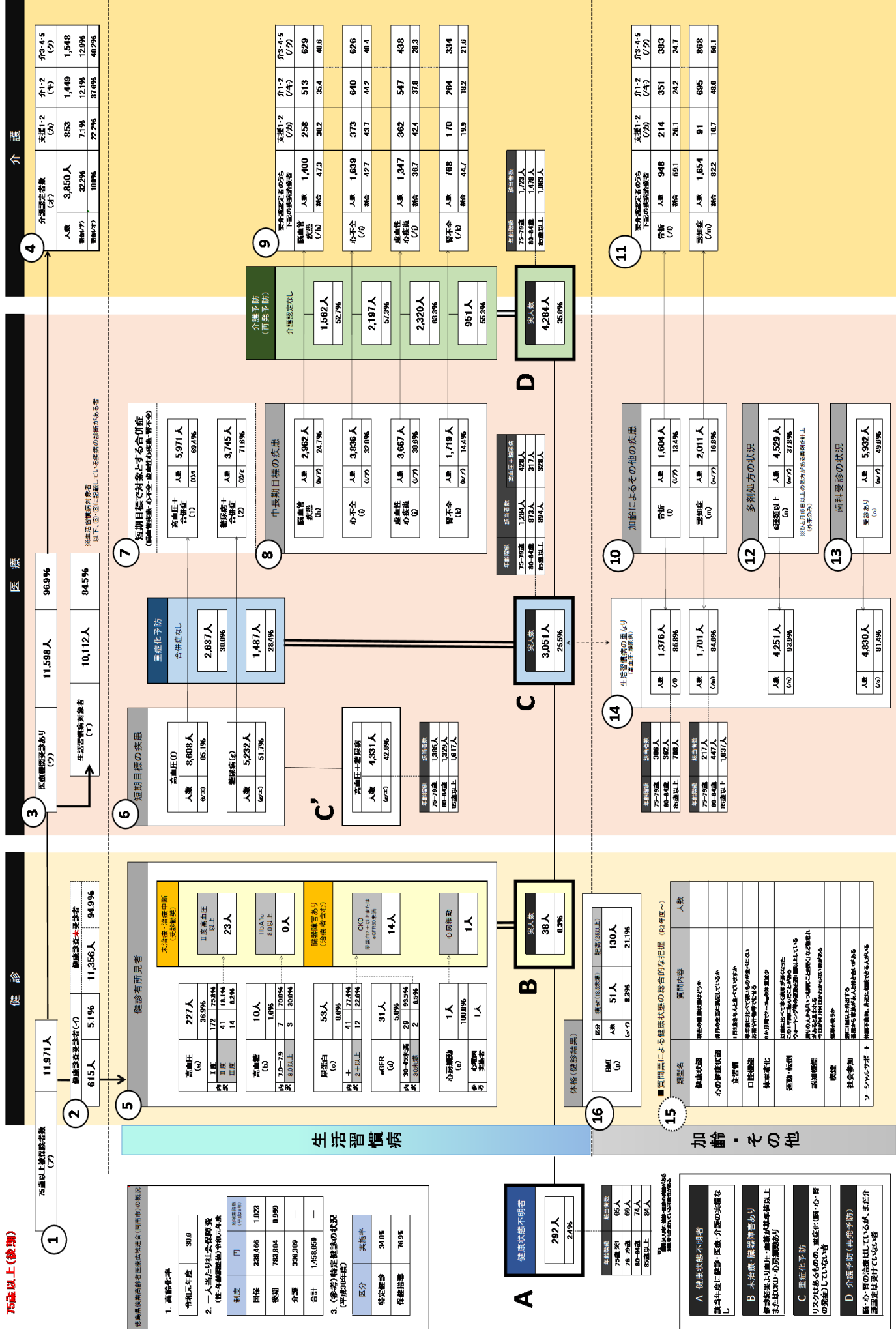
様式5-1 地域の健康課題の把握 阿南市 (全15地区) その2

項目	阿南市 (全体)		阿南市後期		010 長生		003 大野		014 福井		004 加高谷		007 歳		008 樽・泊		002 伊島		その他		子・タ元 (CSV)	
	数値	割合	数値	割合	数値	割合	数値	割合	数値	割合	数値	割合	数値	割合	数値	割合	数値	割合	数値	割合		
1 人口	総人口	72,705	22,250	30.6	1,000	1.4	1,383	1.9	1,181	1.6	1,676	2.3	1,704	2.3	5,330	7.3	1,077	1.5	614	0.8	KOB NO.5	
	75歳以上 (高齢者)	22,250	30.6	1,000	1.4	1,383	1.9	1,181	1.6	1,676	2.3	1,704	2.3	5,330	7.3	1,077	1.5	614	0.8	380	0.5	KOB NO.5
	75歳以上 (高齢者)	11,370	15.6	489	0.7	658	0.9	571	0.8	829	1.1	1,040	1.4	1,130	1.6	3,530	4.8	593	0.8	311	0.4	KOB NO.3
	65-74歳	10,890	15.0	449	0.6	618	0.8	531	0.7	771	1.0	989	1.4	1,069	1.5	3,299	4.5	500	0.7	262	0.4	KOB NO.3
	55-64歳	23,422	32.2	931	1.3	1,283	1.8	1,118	1.5	1,597	2.2	2,017	2.8	2,143	2.9	6,530	9.0	1,111	1.5	632	0.9	KOB NO.3
	45-54歳	14,811	20.4	563	0.8	783	1.1	683	0.9	957	1.3	1,243	1.7	1,313	1.8	4,063	5.6	611	0.8	357	0.5	KOB NO.3
	35-44歳	7,895	10.9	308	0.4	438	0.6	388	0.5	531	0.7	683	0.9	723	1.0	2,293	3.1	341	0.5	207	0.3	KOB NO.3
	25-34歳	4,953	6.8	186	0.3	266	0.4	236	0.3	329	0.5	438	0.6	463	0.6	1,433	2.0	211	0.3	131	0.2	KOB NO.3
	15-24歳	2,453	3.4	93	0.1	131	0.2	116	0.2	159	0.2	211	0.3	223	0.3	700	1.0	107	0.1	63	0.1	KOB NO.3
	10歳以下	1,775	2.4	66	0.1	93	0.1	83	0.1	116	0.2	159	0.2	171	0.2	530	0.7	73	0.1	47	0.1	KOB NO.3
100歳以上	147,058	0.2	55	0.0	76	0.1	68	0.1	93	0.1	126	0.2	136	0.2	411	0.6	61	0.1	32	0.0	KOB NO.3	
2 健康診断	健康診断受診率 (市町村別)	177,509	100.0	147,058	82.9	1,775	1.0	2,021	1.2	2,423	1.4	2,836	1.6	3,250	1.8	9,836	5.5	1,405	0.8	1,033	0.6	KOB NO.1
	健康診断受診率 (市町村別)	5,747,996	97.0	4,824,340	84.0	57,485	0.9	66,311	1.0	79,829	1.2	91,894	1.3	105,313	1.5	333,341	5.8	49,574	0.7	36,221	0.5	KOB NO.1
	健康診断受診率 (市町村別)	3,114,854	51.0	2,620,700	84.3	31,630	0.5	36,539	0.6	44,138	0.7	51,438	0.8	59,829	0.9	182,375	2.9	26,474	0.4	19,472	0.3	KOB NO.1
	健康診断受診率 (市町村別)	2,832,092	41.0	2,402,592	84.8	29,121	0.4	34,006	0.5	41,383	0.6	49,390	0.7	58,326	0.8	182,375	2.9	26,474	0.4	19,472	0.3	KOB NO.1
	健康診断受診率 (市町村別)	388,571	0.5	388,571	0.5	4,854	0.0	5,972	0.0	7,445	0.0	9,155	0.0	10,884	0.0	33,341	0.1	4,979	0.0	3,621	0.0	KOB NO.1
	健康診断受診率 (市町村別)	210,571	0.3	210,571	0.3	2,620	0.0	3,250	0.0	4,017	0.0	5,000	0.0	6,084	0.0	18,375	0.3	2,423	0.0	3,250	0.0	KOB NO.1
	健康診断受診率 (市町村別)	133,419	0.2	133,419	0.2	1,630	0.0	2,021	0.0	2,514	0.0	3,187	0.0	3,869	0.0	11,894	0.2	1,405	0.0	1,704	0.0	KOB NO.1
	健康診断受診率 (市町村別)	4,827	0.0	4,827	0.0	59	0.0	73	0.0	93	0.0	116	0.0	143	0.0	453	0.0	61	0.0	47	0.0	KOB NO.1
	健康診断受診率 (市町村別)	4,952	0.0	4,952	0.0	62	0.0	76	0.0	96	0.0	119	0.0	143	0.0	453	0.0	61	0.0	47	0.0	KOB NO.1
	健康診断受診率 (市町村別)	1,791	0.0	1,791	0.0	22	0.0	27	0.0	34	0.0	42	0.0	51	0.0	159	0.0	21	0.0	15	0.0	KOB NO.1
3 医療費	1人あたり医療費 (市町村別)	177,509	100.0	147,058	82.9	1,775	1.0	2,021	1.2	2,423	1.4	2,836	1.6	3,250	1.8	9,836	5.5	1,405	0.8	1,033	0.6	KOB NO.1
	1人あたり医療費 (市町村別)	5,747,996	97.0	4,824,340	84.0	57,485	0.9	66,311	1.0	79,829	1.2	91,894	1.3	105,313	1.5	333,341	5.8	49,574	0.7	36,221	0.5	KOB NO.1
	1人あたり医療費 (市町村別)	3,114,854	51.0	2,620,700	84.3	31,630	0.5	36,539	0.6	44,138	0.7	51,438	0.8	59,829	0.9	182,375	2.9	26,474	0.4	19,472	0.3	KOB NO.1
	1人あたり医療費 (市町村別)	2,832,092	41.0	2,402,592	84.8	29,121	0.4	34,006	0.5	41,383	0.6	49,390	0.7	58,326	0.8	182,375	2.9	26,474	0.4	19,472	0.3	KOB NO.1
	1人あたり医療費 (市町村別)	388,571	0.5	388,571	0.5	4,854	0.0	5,972	0.0	7,445	0.0	9,155	0.0	10,884	0.0	33,341	0.1	4,979	0.0	3,621	0.0	KOB NO.1
	1人あたり医療費 (市町村別)	210,571	0.3	210,571	0.3	2,620	0.0	3,250	0.0	4,017	0.0	5,000	0.0	6,084	0.0	18,375	0.3	2,423	0.0	3,250	0.0	KOB NO.1
	1人あたり医療費 (市町村別)	133,419	0.2	133,419	0.2	1,630	0.0	2,021	0.0	2,514	0.0	3,187	0.0	3,869	0.0	11,894	0.2	1,405	0.0	1,704	0.0	KOB NO.1
	1人あたり医療費 (市町村別)	4,827	0.0	4,827	0.0	59	0.0	73	0.0	93	0.0	116	0.0	143	0.0	453	0.0	61	0.0	47	0.0	KOB NO.1
	1人あたり医療費 (市町村別)	4,952	0.0	4,952	0.0	62	0.0	76	0.0	96	0.0	119	0.0	143	0.0	453	0.0	61	0.0	47	0.0	KOB NO.1
	1人あたり医療費 (市町村別)	1,791	0.0	1,791	0.0	22	0.0	27	0.0	34	0.0	42	0.0	51	0.0	159	0.0	21	0.0	15	0.0	KOB NO.1
4 特定健康診査	特定健康診査受診率 (市町村別)	177,509	100.0	147,058	82.9	1,775	1.0	2,021	1.2	2,423	1.4	2,836	1.6	3,250	1.8	9,836	5.5	1,405	0.8	1,033	0.6	KOB NO.1
	特定健康診査受診率 (市町村別)	5,747,996	97.0	4,824,340	84.0	57,485	0.9	66,311	1.0	79,829	1.2	91,894	1.3	105,313	1.5	333,341	5.8	49,574	0.7	36,221	0.5	KOB NO.1
	特定健康診査受診率 (市町村別)	3,114,854	51.0	2,620,700	84.3	31,630	0.5	36,539	0.6	44,138	0.7	51,438	0.8	59,829	0.9	182,375	2.9	26,474	0.4	19,472	0.3	KOB NO.1
	特定健康診査受診率 (市町村別)	2,832,092	41.0	2,402,592	84.8	29,121	0.4	34,006	0.5	41,383	0.6	49,390	0.7	58,326	0.8	182,375	2.9	26,474	0.4	19,472	0.3	KOB NO.1
	特定健康診査受診率 (市町村別)	388,571	0.5	388,571	0.5	4,854	0.0	5,972	0.0	7,445	0.0	9,155	0.0	10,884	0.0	33,341	0.1	4,979	0.0	3,621	0.0	KOB NO.1
	特定健康診査受診率 (市町村別)	210,571	0.3	210,571	0.3	2,620	0.0	3,250	0.0	4,017	0.0	5,000	0.0	6,084	0.0	18,375	0.3	2,423	0.0	3,250	0.0	KOB NO.1
	特定健康診査受診率 (市町村別)	133,419	0.2	133,419	0.2	1,630	0.0	2,021	0.0	2,514	0.0	3,187	0.0	3,869	0.0	11,894	0.2	1,405	0.0	1,704	0.0	KOB NO.1
	特定健康診査受診率 (市町村別)	4,827	0.0	4,827	0.0	59	0.0	73	0.0	93	0.0	116	0.0	143	0.0	453	0.0	61	0.0	47	0.0	KOB NO.1
	特定健康診査受診率 (市町村別)	4,952	0.0	4,952	0.0	62	0.0	76	0.0	96	0.0	119	0.0	143	0.0	453	0.0	61	0.0	47	0.0	KOB NO.1
	特定健康診査受診率 (市町村別)	1,791	0.0	1,791	0.0	22	0.0	27	0.0	34	0.0	42	0.0	51	0.0	159	0.0	21	0.0	15	0.0	KOB NO.1

特定健康診査実施回数 地域の特徴と課題

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

【注】(1)～(4)は入居支援対象者・重症化予防対象者・介護予防対象者(100名未満)
 【注】(5)～(8)は入居支援対象者・重症化予防対象者・介護予防対象者(100名未満)
 【注】(9)～(11)は入居支援対象者・重症化予防対象者・介護予防対象者(100名未満)
 【注】(12)～(13)は入居支援対象者・重症化予防対象者・介護予防対象者(100名未満)



A 健康状態不明者
 減当年に健康診査・医療・介護の実績なし

B 未治療・臓器障害あり
 健康診断、血圧、血糖値、コレステロール値、またはCKD・心臓病あり

C 重症化予防
 リスクはあるものの、重症化(脳・心・腎)の発症はしていない者

D 介護予防(再発予防)
 脳・心・腎の発症はしているが、まだ介護認定は受けていない者