

阿南市国民健康保険  
第3期保健事業実施計画  
(データヘルス計画)

第四期特定健康診査等実施計画  
令和6(2024)年度～令和11(2029)年度

令和6年3月  
阿南市国民健康保険



# 保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

<b>第1章</b>	<b>保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方</b>	<b>1</b>
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
<b>第2章</b>	<b>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</b>	<b>12</b>
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	18
2)	主な個別事業の評価と課題	22
(1)	重症化予防の取組み	22
(2)	ポピュレーションアプローチ	25
(3)	第2期計画目標の達成状況一覧	26
3)	第2期データヘルス計画に係る考察	27
3.	第3期における健康課題(生活習慣病)の明確化	28
1)	基本的な考え方	28
(1)	医療費分析	30
(2)	健診・医療・介護の一体的分析	32
(3)	健康課題の明確化	34
(4)	優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け	35
2)	目標の設定	35
(1)	成果目標	35
(2)	管理目標の設定	37
<b>第3章</b>	<b>特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)</b>	<b>38</b>
1.	第四期特定健康診査等実施計画について	38

2. 目標値の設定	38
3. 対象者の見込み	38
4. 特定健診の実施	38
5. 特定保健指導の実施	40
(1) 健診から保健指導実施の流れ	40
(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法	42
(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	43
6. 個人情報保護	43
7. 結果の報告	44
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	44

## **第4章 課題解決に向けた個別保健事業** **45**

I. 保健事業の方向性	45
II. 重症化予防の取組み	45
1. 糖尿病性腎症重症化予防	47
2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防	56
3. 虚血性心疾患重症化予防	62
4. 脳血管疾患重症化予防	68
III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	74
IV. 発症予防	76
V. ポピュレーションアプローチ	77

## **第5章 計画の評価・見直し** **78**

1. 評価の時期	78
2. 評価方法・体制	78

## **第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い** **79**

1. 計画の公表・周知	79
2. 個人情報の取扱い	79

<b>参考資料</b>	<b>80</b>
参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた阿南市の位置	81
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))	83
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価	87
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	88
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	89
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	90
参考資料7 HbA1c の年次比較	91
参考資料8 血圧の年次比較	92
参考資料9 LDL-C の年次比較	93

# 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<sup>※1</sup>」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<sup>※2</sup>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)<sup>※3</sup>」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<sup>※4</sup>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(H25.6 閣議決定)

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

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

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

## 2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業の実施計画(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)<sup>※5</sup>」(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<sup>※6</sup>)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

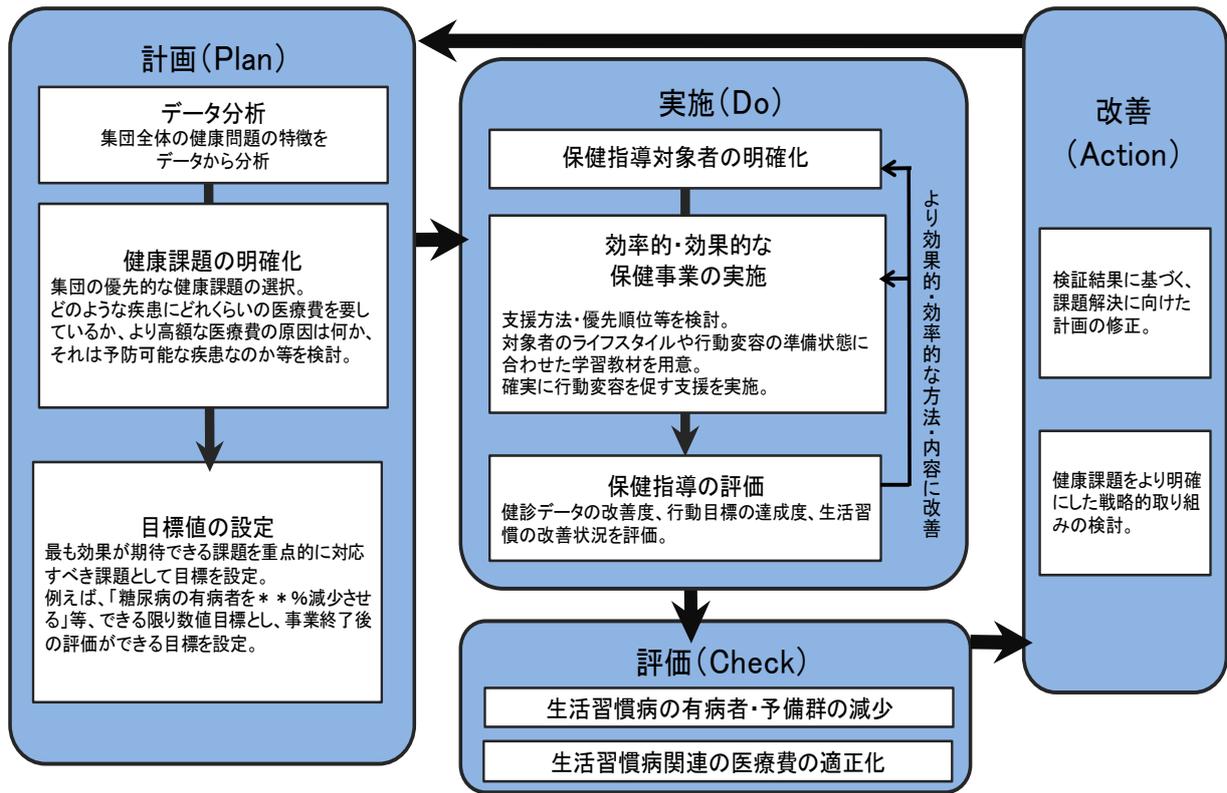
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法		
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等実施計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 健康保険法 高確法 第82条 第150条 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	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、青壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ(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 現在の青年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、 小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳
対象疾病	<p>メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満</p> <p>糖 尿 病 糖尿病合併症(糖尿病腎症)</p> <p>循環器病 高血圧 脂質異常症</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p>	<p>メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満</p> <p>糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p>	<p>メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満</p> <p>糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p>
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)			
「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」			
51目標項目	<p>○個人の行動と健康状態の改善に関する目標</p> <p>1生活習慣の改善</p> <p>2生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防</p> <p>3生活機能の維持・向上</p> <p>○社会環境の質の向上</p> <p>1社会とのつながり・心の健康の維持・向上</p> <p>2自然に健康になれる環境づくり</p> <p>3誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備</p> <p>○ライフコース</p> <p>1 こども、2 高齢者、3 女性</p>	<p>①事業全体の目標</p> <p>中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考</p> <p>②個別保健事業</p> <p>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</p> <p>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</p>	<p>①特定健診受診率</p> <p>②特定保健指導実施率</p> <p>③メタボリック該当者・予備群の減少</p>
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ピ 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(※) ※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	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)  6 事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクル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

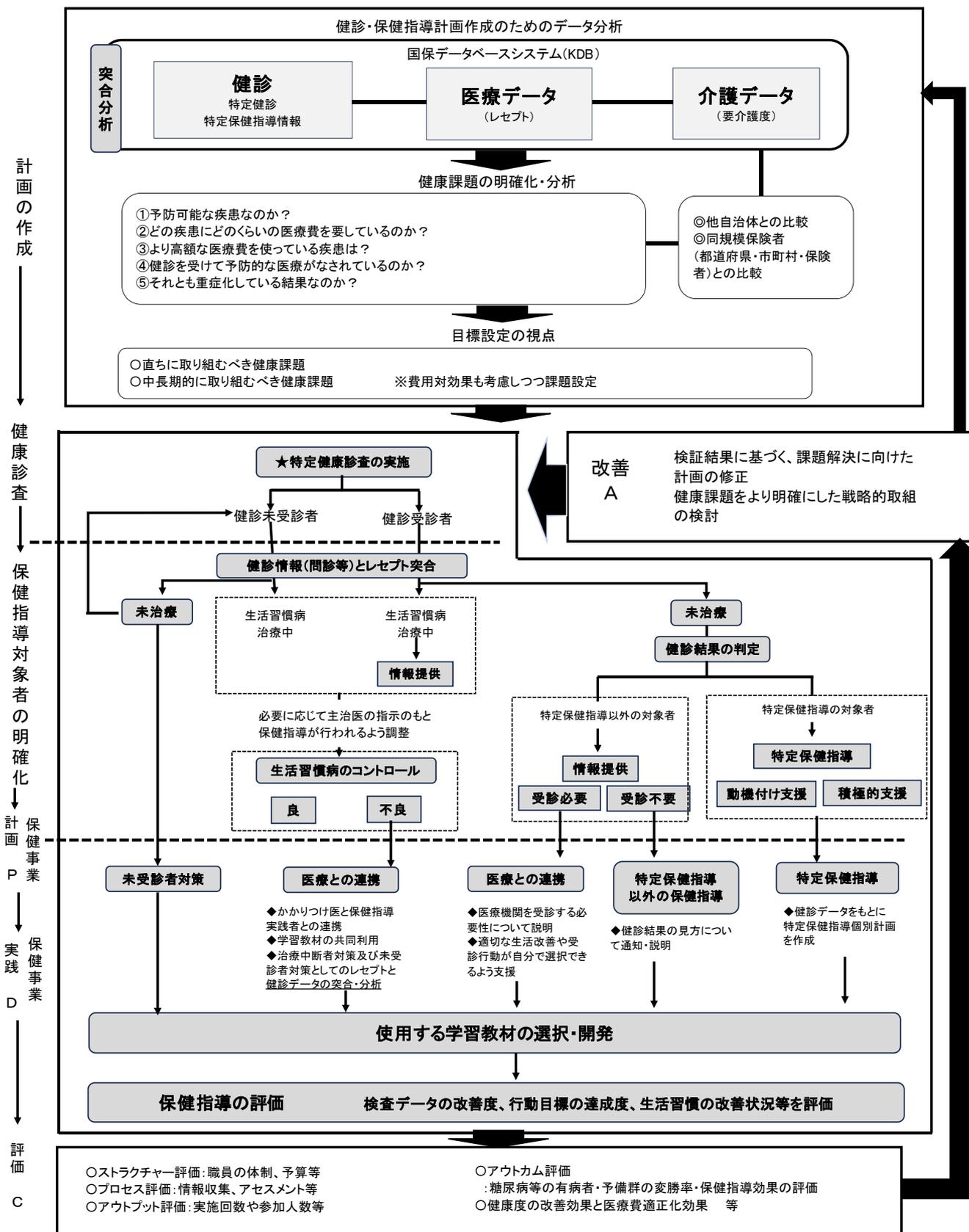


図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



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(H30 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	
	<b>かつての健診・保健指導</b>		<b>現在の健診・保健指導</b>	
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導		内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診	
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導	
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う	
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、実施する。	
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し情報提供、必要に応じて、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	

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)

→

行動変容を促す手法

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

### 3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度(2024年)から令和11年度(2029年)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

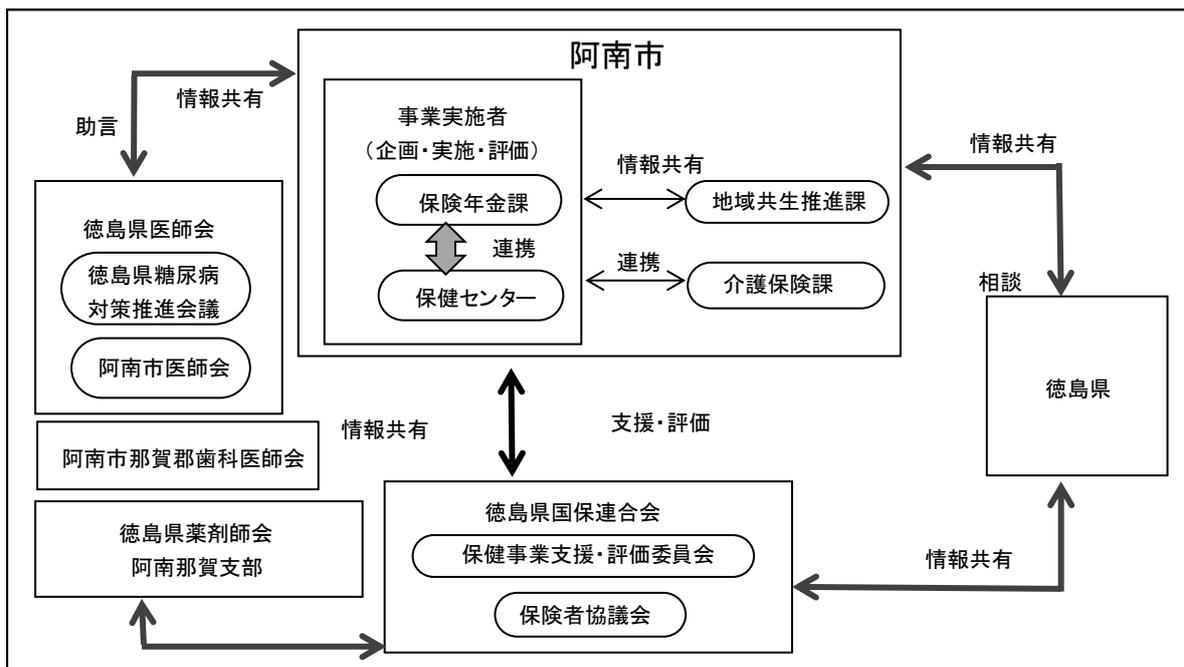
#### 1) 市町村国保の役割

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、保健福祉部保険年金課が中心となって、住民の健康の保持増進に関係する部局(保健センター等)に協力

を求め、保険者の健康課題を分析し、市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。

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 阿南市の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

◎・・・主担当 ○・・・担当

	国保事務	健康診断 保健指導	がん検診	予防接種	母子保健	精神保健	歯科保健
保健師	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
管理栄養士		○			○	○	
事務 (注: 支払い事務調整等)	○						

## 2) 関係機関との連携

計画の策定等において、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徳島県と連携をはかります。また、計画の実効性を高めるために、国保連合会や国保連合会に設置される保健事業支援・評価委員会の活用により、事業の適切な評価や助言を受けるとともに、阿南市医師会、阿南市那賀郡歯科医師会、徳島県薬剤師会阿南那賀支部、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等の保健医療関係者等とも意見交換や情報共有など連携をはかります。

## 3) 被保険者の役割

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

## 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)

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)		435	790	549	880	681	995	654	1,000	624	960	621	940		
獲得割合(%)		55.1%		62.4%		68.4%		65.4%		65.0%		66.1%			
交付額(千円)		18,292		29,465		34,958		34,299		32,144		32,399			
一人当たり交付額(円)		1,707		1,915		2,357		2,350		2,223		2,319			
市町村順位(24市町村中)		12位		8位		4位		7位		9位		6位			
共通①	(1) 特定健診受診率	0	50	0	50	0	70	0	70	0	70	25	70	予防 (保健師等)	
	(2) 特定保健指導実施率	30	50	50	50	70	70	70	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	0	50	0	50	0	50	0	50	0	50	0	50		
共通②	(1) がん検診受診率	0	30	0	30	0	40	5	40	5	40	12	40		
	(2) 歯科健診実施状況	25	25	25	25	25	30	20	30	20	30	35	35		
共通③	重症化予防の取組	100	100	100	100	120	120	120	120	120	120	100	100		
固有②	データヘルス計画の取組	33	40	50	50	40	40	40	40	30	30	25	25		332
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		455点
	個人のインセンティブ提供	0	70	55	70	90	90	90	90	45	45	45	45		53.5%
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	50	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	事務職	
	(2) 後発医薬品の使用割合	15	40	0	100	45	120	0	120	20	120	0	120		
固有①	収納率向上	50	100	60	100	65	100	70	100	85	100	85	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	9	25	25	25	25	25	30	30	40	40	40	40		
固有⑤	第三者求償の取組	32	40	21	40	22	40	24	40	29	50	26	50		299
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	36	50	48	60	74	95	80	95	65	100	73	100		485点
体制構築加点		60	60	40	40	-	-	-	-	-	-	-	-		48.1%

## 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6万8千人で、高齢化率は33.6%(令和2年度国勢調査)です。全国と同規模と比較すると、65歳以上の高齢者の割合、被保険者の平均年齢57.8歳とともに高く、出生率は5.9、死亡率13.7となっています。産業においては、第3次産業が59.8%を占め、サービス業にかかわる被保険者の健康実態を分析し、働き方や生活リズム等を把握し、若い年代からの健康課題を明確にすることや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、国保加入率は19.3%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2.6%増加しています。(図表10)

図表9 同規模・県・国と比較した阿南市の特性

	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
阿南市	68,787	33.6 ↑	13,257 (19.3)	57.8 ↑	5.9 ↓	13.7 ↑	0.8	9.8	30.4	59.8
同規模	--	30.4	20.5	54.7	6.5	11.8	0.7	5.6	28.6	65.8
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、阿南市と同規模保険者(250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								
被保険者数	14,924		14,611		14,542		14,066		13,257	
65～74歳	7,544	50.5	7,565	51.8	7,708	53.0	7,531	53.5	7,044	53.1
40～64歳	4,740	31.8	4,593	31.4	4,478	30.8	4,281	30.4	4,100	30.9
39歳以下	2,640	17.7	2,453	16.8	2,356	16.2	2,254	16.0	2,113	15.9
加入率	20.5		20.1		20.0		19.3		19.3 ↓	

出典:KDBシステム\_人口及び被保険者の状況

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

#### (医療の状況)

また本市には6つの病院、59の診療所があり、いずれも同規模と比較しても多く、医療資源に恵まれている一方で、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。また、外来・入院患者数とも、平成30年度と比較すると増加しており、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	同規模	県								
											割合	割合
病院数	7	0.5	7	0.5	7	0.5	6	0.4	6	0.5	0.3	0.7
診療所数	58	3.9	59	4.0	60	4.1	57	4.1	59	4.5	3.6	4.6
病床数	955	64.0	955	65.4	942	64.8	768	54.6	768	57.9	59.4	88.4
医師数	125	8.4	125	8.6	117	8.0	117	8.3	124	9.4	10.0	16.6
外来患者数	741.4		751.6		723.0		751.8		766.2		719.9	737.2
入院患者数	25.5		27.2		27.5		26.9		26.8		19.6	25.0

出典:KDBシステム\_地域の全体像の把握

## 2. 第2期計画にかかる評価及び考察

### 1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画の評価は、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)の変化及び脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)を設定しました。

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、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症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

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74人(認定率0.34%)と平成30年度と比べると減少していますが、1号(65歳以上)被保険者は4,483人(認定率19.4%)と増加しています。

団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており、新規認定者が増えていることから、何の疾患で要介護認定が必要になったのか確認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

	阿南市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	22,250人	30.6%	23,131人	33.6%	30.4%	34.5%	28.7%
2号認定者	91人	0.39%	74人	0.34%	0.36%	0.38%	0.38%
新規認定者	20人		16人		--	--	--
1号認定者	4,219人	19.0%	4,483人	19.4%	18.1%	20.7%	19.4%
新規認定者	490人		614人		--	--	--
再掲	65～74歳	374人	3.4%	414人	3.7%	--	--
新規認定者	82人		85人		--	--	--
75歳以上	3,845人	33.8%	4,069人	34.2%	--	--	--
新規認定者	408人		529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74億円から約77億円に伸びています。一人あたり給付費をみると、平成30年度より1,200円増えており、介護保険料(第6期)をみみると、県・全国と比較すると保険料が高いことがわかります。(図表13)

図表 13 介護給付費の変化

	阿南市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	73億6170万円	76億8184万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	330,863	332,101	274,536	320,304	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	72,848	71,016	63,298	63,005	59,662
居宅サービス	45,143	44,966	41,822	41,316	41,272
施設サービス	292,620	296,451	292,502	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		H30-32		R3-5	
阿南市	4,900円	阿南市	5,250円	阿南市	5,983円	阿南市	6,550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、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・脂質異常症の有病状況は、全年齢で96.3%と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表 14)

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R4 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)		74		414		4,069		4,483				
再)国保・後期		41		305		3,858		4,163				
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 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合		
	血管疾患	1	脳卒中	24 58.5%	脳卒中	152 49.8%	虚血性心疾患	2,156 55.9%	虚血性心疾患	2,262 54.3%	虚血性心疾患	2,271 54.0%
		2	糖尿病合併症	10 24.4%	虚血性心疾患	106 34.8%	脳卒中	1,752 45.4%	脳卒中	1,904 45.7%	脳卒中	1,928 45.9%
		3	虚血性心疾患	9 22.0%	糖尿病合併症	49 16.1%	腎不全	713 18.5%	腎不全	757 18.2%	腎不全	761 18.1%
		4	腎不全	4 9.8%	腎不全	44 14.4%	糖尿病合併症	446 11.6%	糖尿病合併症	495 11.9%	糖尿病合併症	505 12.0%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		38 92.7%	基礎疾患	270 88.5%	基礎疾患	3,742 97.0%	基礎疾患	4,012 96.4%	基礎疾患	4,050 96.3%
	血管疾患合計		41 100.0%	合計	281 92.1%	合計	3,790 98.2%	合計	4,071 97.8%	合計	4,112 97.8%	
認知症	認知症	8 19.5%	認知症	88 28.9%	認知症	2,015 52.2%	認知症	2,103 50.5%	認知症	2,111 50.2%		
筋・骨格疾患	筋骨格系	38 92.7%	筋骨格系	261 85.6%	筋骨格系	3,737 96.9%	筋骨格系	3,998 96.0%	筋骨格系	4,036 96.0%		

## ② 医療費の状況

本市の令和4年度の医療費は、国保加入者は減少していますが、総医療費は増加しており、一人あたり医療費は同規模保険者と比べて約6万円高く、県よりも高い状況です。

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45%を占めており、1件あたりの入院医療費も平成30年度と比較しても約3万円高くなっています。(図表15)

また令和3年度の地域差指数(年齢調整後)でも、全国平均の1を超えており、特に入院の地域差指数が1.235と平成30年度と比較しても高くなっています。(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管理が重要であり、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15 医療費の推移

	阿南市		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)	14,924人	13,257人	--	--	--
前期高齢者割合	7,544人 (50.5%)	7,044人 (53.1%)	--	--	--
総医療費	55億4880万円	56億4380万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)	371,804	425,722	366,294	389,015	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	539,780	610,160	567,420	617,950
	費用の割合	45.3	44.6	40.5	39.6
	件数の割合	3.3	3.4	2.7	2.5
外来	1件あたり費用額	22,410	24,470	23,430	24,220
	費用の割合	54.7	59.5	54.9	60.4
	件数の割合	96.7	97.3	96.7	97.5
受診率	766.9	793.008	739.503	762.201	705.439

※同規模順位は阿南市と同規模保険者250市町村の平均値を表す

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			
	阿南市(県内市町村中)		県(47県中)	阿南市(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	1.059	1.090	1.089	0.992	1.015	1.087
		(17位)	(8位)	(11位)	(20位)	(16位)	(12位)
	入院	1.172	1.235	1.248	1.004	1.028	1.175
		(16位)	(11位)	(9位)	(17位)	(18位)	(11位)
	外来	0.971	0.980	0.978	0.968	0.988	0.997
		(16位)	(7位)	(32位)	(16位)	(11位)	(15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・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成30年度と比較すると減少していますが、慢性腎不全(透析無)については割合が増加しています。(図表17)

図表17 中長期目標疾患の医療費の推移

			阿南市		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)			55億4880万円	56億4380万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			3億7328万円	2億8498万円	--	--	--
			6.73%	5.05% ↓	7.95%	5.92%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.46%	1.13% ↓	2.08%	1.44%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.15%	1.16% ↓	1.42%	1.80%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	2.67%	2.26% ↓	4.16%	2.34%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.45%	0.49% ↑	0.29%	0.34%	0.29%
そ 疾 の 他 の	悪性新生物		14.72%	16.94% ↑	17.03%	16.11%	16.69%
	筋・骨疾患		8.47%	8.12%	8.72%	8.54%	8.68%
	精神疾患		12.23%	12.45% ↑	8.04%	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、脳血管疾患(脳梗塞・脳出血)・虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)の患者数は減少していますが、人工透析については増加しています。(図表18)

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	
治療者(人) 0~74歳	A	14,924	13,257	a	1,136	1,004	1,627	1,365	48	51	
				a/A	7.6%	7.6%	10.9%	10.3%	0.3%	0.4%	
40歳以上	B	12,284	11,144	b	1,127	998	1,609	1,351	48	50	
	B/A	82.3%	84.1%	b/B	9.2%	9.0% ↓	13.1%	12.1% ↓	0.4%	0.4%	
再 掲	40~64歳	D	4,740	4,100	d	247	202	351	293	35	34
		D/A	31.8%	30.9%	d/D	5.2%	4.9%	7.4%	7.1%	0.7%	0.8%
	65~74歳	C	7,544	7,044	c	880	796	1,258	1,058	13	16
		C/A	50.5%	53.1%	c/C	11.7%	11.3%	16.7%	15.0%	0.2%	0.2%

出典:KDBシステム\_疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)

地域の全体像の把握、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

人工透析は、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。

## (2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

### ① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患の割合は減っています。

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おり、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられます。

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	5,173	4,962	1,283	1,123	3,890	3,839	
	A/被保数	42.1%	44.5%	27.1%	27.4%	51.6%	54.5%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	509	447	106	83	403	364
		B/A	9.8%	9.0%	8.3%	7.4%	10.4%	9.5%
	虚血性心疾患	C	1,057	898	228	187	829	711
		C/A	20.4%	18.1%	17.8%	16.7%	21.3%	18.5%
	人工透析	D	45	48	32	33	13	15
		D/A	0.9%	1.0%	2.5%	2.9%	0.3%	0.4%

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入支援対象者一覧(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	3,369	3,182	868	766	2,501	2,416	
	A/被保数	27.4%	28.6%	18.3%	18.7%	33.2%	34.3%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	303	276	63	48	240	228
		B/A	9.0%	8.7%	7.3%	6.3%	9.6%	9.4%
	虚血性心疾患	C	731	588	169	118	562	470
		C/A	21.7%	18.5%	19.5%	15.4%	22.5%	19.5%
	人工透析	D	29	32	23	24	6	8
		D/A	0.9%	1.0%	2.6%	3.1%	0.2%	0.3%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	323	375	92	103	231	272
		E/A	9.6%	11.8%	10.6%	13.4%	9.2%	11.3%
	糖尿病性網膜症	F	341	383	88	101	253	282
		F/A	10.1%	12.0%	10.1%	13.2%	10.1%	11.7%
	糖尿病性神経障害	G	120	83	38	26	82	57
		G/A	3.6%	2.6%	4.4%	3.4%	3.3%	2.4%

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入支援対象者一覧(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	4,328	4,280	1,120	1,034	3,208	3,246	
	A/被保数	35.2%	38.4%	23.6%	25.2%	42.5%	46.1%	
（中 長 期 目 標 疾 患）	脳血管疾患	B	402	360	86	66	316	294
		B/A	9.3%	8.4%	7.7%	6.4%	9.9%	9.1%
	虚血性心疾患	C	916	814	197	172	719	642
		C/A	21.2%	19.0%	17.6%	16.6%	22.4%	19.8%
	人工透析	D	21	23	14	15	7	8
		D/A	0.5%	0.5%	1.3%	1.5%	0.2%	0.2%

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入支援対象者一覧(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度高血圧以上(収縮期 160～/拡張期 100～)と、HbA1c7.0 以上の対象者を平成 30 年度と令和 3 年度で比較してみたところ、Ⅱ度高血圧以上は有所見者の割合が増加していますが、HbA1c7.0 以上は割合が減少しています。

生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、未治療者、治療中断対象者が減少するよう、健診結果とレセプトの確認を行い、適切な治療が継続できるよう努める必要があります。(図表 22)

図表 22 高血圧・高血糖者の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度高血圧以上の推移						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	未治療		治療中断	
													G	G/E	H	H/E
阿南市	3,853	34.0	4,427	41.3	232	6.0	127	54.7	294	6.6	170	57.8	99	33.7	15	5.1
448市町村合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				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		問診結果		R03年度		問診結果		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	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	未治療		治療中断	
													M	M/K	N	N/K
阿南市	3,853	100.0	4,427	100.0	183	4.7	68	37.2	201	4.5	68	33.8	11	5.5	1	0.5
448市町村合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

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ヶ月を基点として)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の対象者数・割合は増加しており、予備群は減少しています。(図表 23)

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	予備群		
			3項目	2項目	
H30年度	3,853 (34.0%)	742 (19.3%)	209 (5.4%)	533 (13.8%)	496 (12.9%)
R04年度	4,087 (40.1%)	886 (21.7%)	242 (5.9%)	644 (15.8%)	479 (11.7%)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL コレステロール 160 以上の有所見割合を見ると、Ⅱ度高血圧以上・LDL コレステロール 160 以上の割合は増加しており、HbA1c 6.5 以上の割合は微減しています。改善率をみると、HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL コレステロール 160 以上のすべてにおいて改善率の上昇がみられ、健診後、対象者に医療機関への受診勧奨をおこなったことが数値に反映されたと考えられます。

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。今後も、結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から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			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30	355 (9.2%)	81 (22.8%)	110 (31.0%)	36 (10.1%)	128 (36.1%)
R03	392 (8.9%)	91 (23.2%)	132 (33.7%)	44 (11.2%)	125 (31.9%)

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			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30	232 (6.0%)	101 (43.5%)	37 (15.9%)	9 (3.9%)	85 (36.6%)
R03	294 (6.6%)	139 (47.3%)	51 (17.3%)	8 (2.7%)	96 (32.7%)

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 160以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30	469 (12.3%)	184 (39.2%)	103 (22.0%)	28 (6.0%)	154 (32.8%)
R03	551 (12.5%)	256 (46.5%)	118 (21.4%)	26 (4.7%)	151 (27.4%)

#### 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、令和2年度以降は受診率が増加傾向にありますが、第三期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表27)

また、特定健診の年代別の受診率では、どの年代においても少しずつ受診者が増えていますが、受診率全体をみると40代、50代の受診率は低い状況が続いています。(図表28)

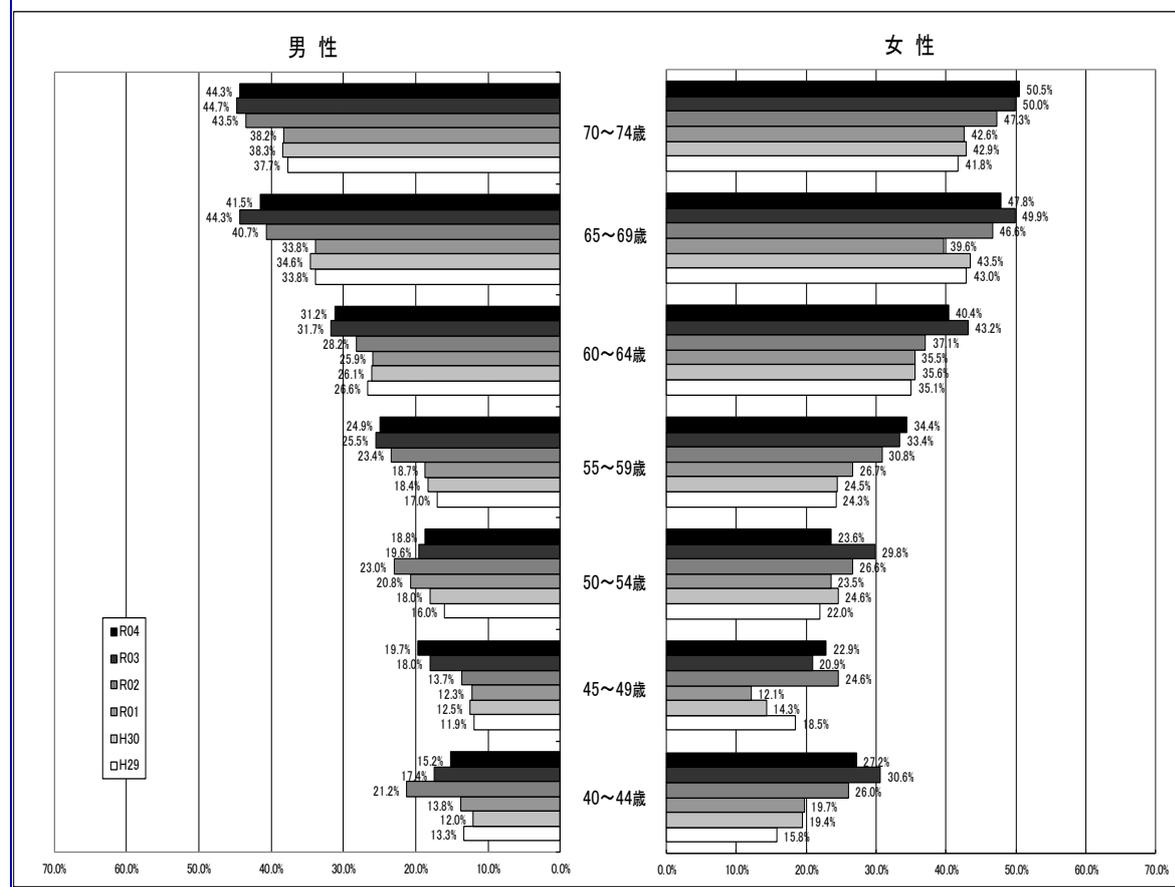
特定保健指導については、平成30年度以降徐々に実施率が上がっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

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	受診者数	3,853	3,704	4,298	4,427	4,087	健診受診率 50%
	受診率	34.0%	33.5%	38.8%	41.3%	40.1%	
特定保健指導	該当者数	498	441	535	514	424	特定保健指導実施率 80%
	割合	12.9%	11.9%	12.4%	11.6%	10.4%	
	実施者数	383	350	452	434	373	
	実施率	76.9%	79.4%	84.5%	84.4%	88.0%	

※中間評価時 目標値見直し。

図表28 年代別特定健診受診率の推移



図表23~28 出典: 特定健診受診率(法定報告分)

## 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

血糖値有所見者への保健指導実施の割合は、令和4年度 63.8%と増加しており、血糖値有所見者割合は横ばいとなっていますが、未治療・治療中断者の割合は減少傾向です。

HbA1c8.0 以上の高血糖者は、特に優先対象者とし重点的に支援してきました。その結果、HbA1c8.0 以上の未治療者は、平成30年 16人から令和4年 12人に減っています。受診勧奨のための保健指導実施数は令和3年度から大幅に増加しており、令和4年度には未治療者の割合も大幅に減少しています。今後も未治療者には優先的に保健指導を実施できるよう体制を強化し、また、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。

さらに、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方については医療と連携して行政においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。

※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対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者 *1	人(a)	4,133	3,978	4,555	4,764	4,395
血糖値有所見者 *2 ( )内は未治療・治療中断者	人(b)	394(158)	330(143)	421(178)	418(177)	390(150)
	(b/a)	9.5%	8.3%	9.2%	8.8%	8.9%
保健指導実施者 *3	人(c)	202(102)	201(94)	170(98)	207(95)	249(89)
	(c/b)	51.3%	60.9%	40.4%	49.5%	63.8%

\*1 国保途中加入および喪失した者も含む

\*2 HbA1c6.5 以上の者、このうち未治療・治療中断者は問診にて糖の治療なしと答えた者

\*3 保健指導は訪問・電話・来所等による面談実施者を計上

表2 HbA1c8.0 以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	4,133	3,978	4,555	4,764	4,395
HbA1c8.0以上	人(b)	47	44	54	57	49
	(b/a)	1.1%	1.1%	1.2%	1.2%	1.1%
保健指導実施	人(c)	32	29	26	42	42
	(c/b)	68.1%	65.9%	48.1%	73.7%	85.7%
HbA1c8.0以上の 未治療者	人(d)	16	16	18	26	12
	(d/b)	34.0%	36.4%	33.3%	45.6%	24.5%

	↓	↓	↓	↓	↓
治療開始	16	10	12	19	7
元々治療中	0	4	0	2	2
死亡、転出	0	0	1	1	0

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、令和 2 年度から心電図検査全数実施を目指し健診受診勧奨を実施しており、心電図検査はほぼ実施できています。

有所見者のうち ST 異常所見者については、健診後に受診および精密検査を実施した方の割合が減少しているため、今後も受診勧奨を積極的に行う必要があります。また、心房細動有所見者については受診及び検査もしていない方の割合が横ばいとなっており、こちらも同様に積極的な受診勧奨を行う必要があります。異常Q波有所見者については、心疾患発症後の方へは再発予防の保健指導を実施し、それ以外の方で特に受診及び検査をしていない方については積極的に受診勧奨を行います。

心疾患発症予防・再発予防のために治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っていく必要があります。

表 3 特定健診心電図検査の実施状況

	H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者(人) a	4,133	3,978	4,555	4,764	4,395
心電図実施者(人) b	1,136	1,096	4,549	4,758	4,395
心電図実施率 b/a	27.5%	27.6%	99.9%	99.9%	100.0%

表 4 心電図実施者のうち、ST 異常の状況

	H30		R1		R2		R3		R4	
心電図実施者	1,136		1,096		4,549		4,758		4,395	
ST異常有所見者	44	3.9%	55	5.0%	170	3.7%	190	4.0%	154	3.5%
受診・検査あり *1	26	59.1%	29	52.7%	78	45.9%	82	43.2%	60	39.0%
受診・検査なし	18	40.9%	26	47.3%	92	54.1%	108	56.8%	94	61.0%

\*1 ECG12、ホルター型心電図、負荷心電図、心臓超音波検査のいずれかを実施した者

表 5 心電図実施者のうち、心房細動の状況

	H30		R1		R2		R3		R4	
心電図実施者	1,136		1,096		4,549		4,758		4,395	
心房細動有所見者	35	3.1%	25	2.3%	48	1.1%	60	1.3%	44	1.0%
治療あり *1	11	31.4%	10	40.0%	22	45.8%	22	36.7%	17	38.6%
受診・検査あり	16	45.7%	5	20.0%	11	22.9%	22	36.7%	14	31.8%
受診・検査なし	8	22.9%	10	40.0%	15	31.3%	16	26.7%	13	29.5%

\*1 不整脈用剤を内服している者

表 6 心電図実施者のうち、異常 Q 波の状況

	H30		R1		R2		R3		R4	
心電図実施者	1,136		1,096		4,549		4,758		4,395	
異常Q波有所見者	10	0.9%	17	1.6%	64	1.4%	58	1.2%	54	1.2%
心疾患あり *1	5	50.0%	8	47.1%	16	25.0%	21	36.2%	15	27.8%
受診・検査あり	4	40.0%	5	29.4%	23	35.9%	11	19.0%	25	46.3%
受診・検査なし	1	10.0%	4	23.5%	25	39.1%	26	44.8%	14	25.9%

\*1 心不全または虚血性心疾患の診断がある者

### ③脳血管疾患重症化予防対策

Ⅱ度高血圧以上者の割合は、令和2年度に8.5%に上昇しましたが、翌年6.6%まで減少し、その後は横ばいで推移しています。約5～6割が未治療者です。令和4年度においてⅡ度高血圧以上の未治療者172人のうち、治療につながったものは、わずか47人(27.2%)でした。血圧Ⅲ度においては、50人のうち34人が未治療者でした。

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。阿南市では、Ⅱ度高血圧以上の者を重症化予防対象者として保健指導を行ってきました。今後も高血圧の危険性を理解してもらうための支援と適切な受診勧奨に取り組んでいきます。また、血圧手帳を活用して家庭血圧測定を促していきます。

表7 Ⅱ度高血圧以上者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者*1	人(a)	4,133	3,978	4,555	4,764	4,395	
Ⅱ度高血圧以上者	人(b)	246	244	385	314	288	
	(b/a)	6.0%	6.1%	8.5%	6.6%	6.6%	
	治療あり*2	人(c)	110	113	179	134	116
		(c/b)	44.7%	46.3%	46.5%	42.7%	40.3%
	治療なし*2	人(d)	136	131	206	180	172
		(d/b)	55.3%	53.7%	53.5%	57.3%	59.7%
	治療開始*3	人(e)	38	51	74	67	47
		(e/d)	27.5%	38.9%	35.9%	37.2%	27.2%
(再掲)	Ⅲ度高血圧者	人(c)	33	29	54	35	50
		(c/b)	0.8%	0.7%	1.2%	0.7%	1.1%
	治療あり*2	人	18	11	16	17	16
	治療なし*2	人	15	18	38	18	34

\*1 国保途中加入および喪失した者も含む

\*2 治療あり・なしは問診結果より計上

\*3 治療開始は次の年に降圧薬を処方されている者を抽出

表 8 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)		血圧分類 (mmHg)			
		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
1,354		684 50.5%	502 37.1%	134 9.9%	34 2.5%
リスク第1層 予後影響因子がない	63 4.7%	C 41 6.0%	B 16 3.2%	B 6 4.5%	A 0 0.0%
	741 54.7%	C 385 56.3%	B 269 53.6%	A 68 50.7%	A 19 55.9%
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	550 40.6%	B 258 37.7%	A 217 43.2%	A 60 44.8%	A 15 44.1%

…高リスク  
 …中等リスク  
 …低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	379 28.0%
	概ね1カ月後に再評価	549 40.5%
C	概ね3カ月後に再評価	426 31.5%

- ※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
- ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
- ※3 脳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

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

阿南市においては、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きました。

今後も阿南市の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景と生活習慣病との関連について、広く市民へ周知を行っています。

### (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

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法	
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5		
			(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ年度)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.46%	1.55%	1.13%	KDBシステム	
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	2.15%	1.99%	1.16%		
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	2.57%	2.55%	2.26%		
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	23.1%	10.7%	10.6%		
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少	4人	9人	3人		阿南市調べ
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	32.1%	36.4%	33.4%	阿南市 特定健診結果
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	6.0%	8.5%	6.6%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	12.1%	10.9%	10.7%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5以上)	9.5%	9.2%	8.9%	
			健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合減少	34.0%	33.3%	24.5%	
			糖尿病の未治療・治療中断者の割合の減少	3.8%	3.9%	3.4%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	51.3%	40.4%	63.8%	
	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(中間評価時に目標値50%へ)	34.0%	38.8%	40.1%	法定報告値	
		特定保健指導実施率75%以上(中間評価時に目標値80%へ)	76.9%	84.5%	88.0%		
		特定保健指導対象者の割合の減少	12.9%	12.5%	10.4%		
	保険者努力支援制度	その他	胃がん検診受診者の増加	12.2	10.5	10.3	地域保健 事業報告  (R04年度データがないため、R03年度を記載)
			肺がん検診受診者の増加	8.2	5.8	7.1	
			大腸がん検診受診者の増加	10.8	10.1	11.1	
子宮がん検診受診者の増加			15.0	13.4	15.0		
乳がん検診受診者の増加			16.6	14.9	16.1		
5つのがん検診の平均受診率の増加			12.6	10.9	11.9		
後発医薬品の使用により、医療費の削減		後発医薬品の使用割合80%以上	59.2%	67.6%	69.1%	厚生労働省	

### 3) 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期データヘルス計画では、中長期的な目標として、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病状況の多い疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくこと、短期的な目標としては、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糖、高血圧、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目標としていました。目標を達成するための保健事業の実施内容としては、重症化予防事業とポピュレーションアプローチを組み合わせ実施しました。また、健診結果等分析し、毎年、重症化予防対象者を明確にすることで、個に応じた保健指導の充実に取り組みました。

中長期的な目標の達成状況としては、脳血管疾患、虚血性心疾患の患者数は減少していますが、人工透析患者数は増加しています。

短期的な目標の達成状況としては、高血糖および脂質異常症の割合は減少していますが高血圧・メタボリックシンドロームの割合は増加しています。

特定健診受診率向上にむけて、受診率の低い地区へ重点的に訪問での受診勧奨を行いました。令和2年度からは国の補助金を活用し、はがき等での受診勧奨を行ったことで、受診率の向上につながりましたが、最終目標である50%は達成できませんでした。保険者として生活習慣病の発症予防・重症化予防をすすめていくためには、多くの対象者が特定健診を受診し、状況に応じた保健指導及び受診勧奨を行うことが重要であるため、未受診者対策については、引き続き実施していきます。

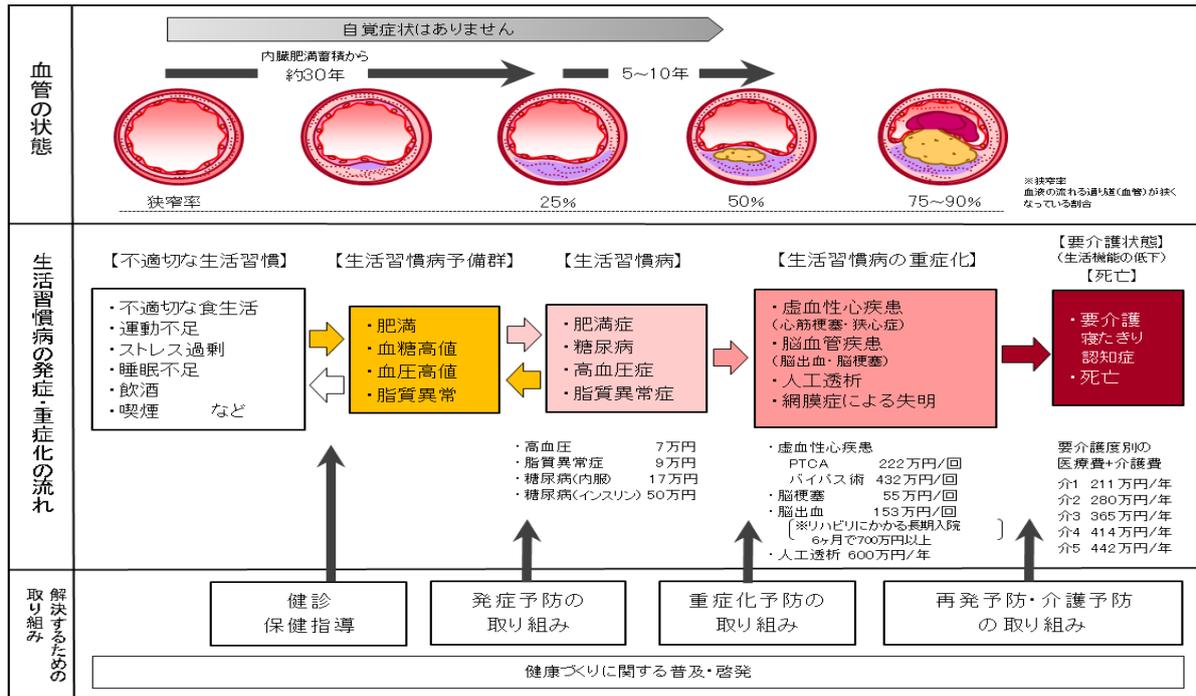
特定保健指導実施率については、最終目標である80%を達成することができました。これからも、個の問題解決のために一人でも多くの方への保健指導を実施することに力を注ぎ、医療機関の先生方との連携にも取り組む必要があります。また、効果的な保健指導を実施するとともに、重症化予防事業とポピュレーションアプローチを引き続き行っていきます。

### 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



医療保険制度においては、75歳に到達し後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動します。

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若年層の健診受診勧奨を強化し、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

令和4年度医療費総費用額をみると、国保は56.4億円で、後期は108.9億円で約1.9倍となり、被保険者一人あたり医療費も後期では約2倍高い状況です。

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		14,924人	14,611人	14,542人	14,066人	13,257人	12,872人
総件数及び 総費用額	件数	140,177件	138,246件	131,883件	134,744件	130,886件	192,716件
	費用額	55億4880万円	57億6520万円	56億8742万円	57億9950万円	56億4380万円	108億8583万円
一人あたり医療費		37.2万円	39.5万円	39.1万円	41.2万円	42.6万円	84.6万円

出典：KDBシステムデータ

阿南市はこれまで、糖尿病の重症化予防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の総医療費に占める割合は、県・同規模と比較しても低く、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。

また、生活習慣病疾患の医療費割合を国保と後期でみると、後期の透析患者の慢性腎不全が国保の2.2倍、脳梗塞・脳出血が2.8倍に加え、筋・骨疾患が1.5倍になっており、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 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	阿南市	56億4380万円	34,194	2.26%	0.49%	1.13%	1.16%	5.58%	3.12%	2.36%	9億0916万円	16.11%	16.94%	12.45%	8.12%
	同規模	--	29,595	4.16%	0.29%	2.08%	1.42%	5.79%	3.28%	2.15%	--	19.17%	17.03%	8.04%	8.72%
	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	阿南市	108億8583万円	71,820	4.91%	0.55%	3.19%	2.30%	4.14%	3.01%	1.48%	21億3229万円	19.59%	9.41%	4.66%	12.47%
	同規模	--	68,448	4.63%	0.47%	3.89%	1.57%	4.23%	3.13%	1.40%	--	19.32%	11.19%	3.74%	12.09%
	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

※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

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

80万円以上の高額レセプトは、国保では毎年約1000件のレセプトが発生しており、後期になると、約2.3倍に増えることがわかります。

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	490人	553人	563人	569人	551人	1,316人
	件数	B	856件	1,030件	1,028件	1,074件	992件	2,315件
		B/総件数	0.61%	0.75%	0.78%	0.80%	0.76%	1.20%
	費用額	C	12億5535万円	13億9762万円	13億7502万円	15億0934万円	14億1162万円	29億4466万円
		C/総費用	22.6%	24.2%	24.2%	26.0%	25.0%	27.1%

高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、患者人数と費用額は相関しており、令和元年度の7,187万円を最高に、令和4年度は4,399万円となっており、約2,800万円減っています。しかし、後期になると費用額は国保の3.8倍となっており、脳血管疾患及び虚血性心疾患は、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、心疾患を発症させないために基礎疾患(糖尿病・高血圧・脂質異常症)の重症化予防に力を入れる必要があります。(図表 35・36)

図表 35 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	18人	29人	30人	24人	24人	81人							
		D/A	3.7%	5.2%	5.3%	4.2%	4.4%	6.2%							
	件数	E	36件	50件	41件	42件	34件	136件							
		E/B	4.2%	4.9%	4.0%	3.9%	3.4%	5.9%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	4	2.9%		
		40代	0	0.0%	0	0.0%	3	7.3%	0	0.0%	3	8.8%	70-74歳	0	0.0%
		50代	15	41.7%	5	10.0%	2	4.9%	1	2.4%	1	2.9%	75-80歳	35	25.7%
		60代	8	22.2%	30	60.0%	14	34.1%	10	23.8%	9	26.5%	80代	71	52.2%
		70-74歳	13	36.1%	15	30.0%	22	53.7%	31	73.8%	21	61.8%	90歳以上	26	19.1%
	費用額	F	5365万円	7187万円	6172万円	4939万円	4399万円	1億6569万円							
		F/C	4.3%	5.1%	4.5%	3.3%	3.1%	5.6%							

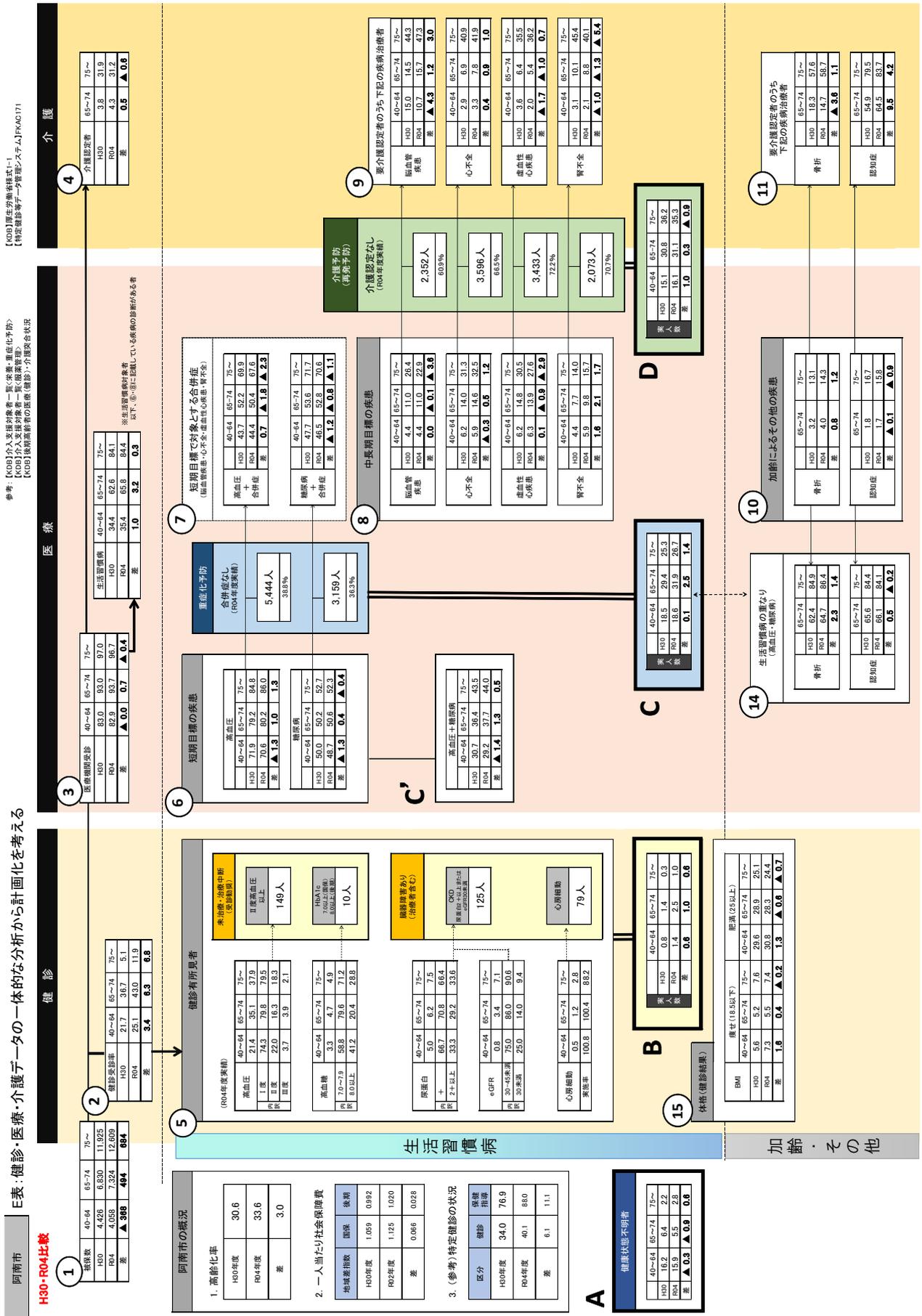
図表 36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

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	35人		34人		28人		38人		18人		76人		
		G/A	7.1%		6.1%		5.0%		6.7%		3.3%		5.8%		
	件数	H	40件		41件		42件		55件		20件		83件		
		H/B	4.7%		4.0%		4.1%		5.1%		2.0%		3.6%		
	年代別	40歳未満	1	2.5%	1	2.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	3	3.6%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.8%	0	0.0%	70-74歳	2	2.4%
		50代	4	10.0%	2	4.9%	3	7.1%	4	7.3%	2	10.0%	75-80歳	31	37.3%
		60代	18	45.0%	20	48.8%	7	16.7%	16	29.1%	10	50.0%	80代	42	50.6%
		70-74歳	17	42.5%	18	43.9%	32	76.2%	34	61.8%	8	40.0%	90歳以上	5	6.0%
	費用額	I	5837万円		5959万円		6071万円		6696万円		2442万円		1億3781万円		
I/C		4.6%		4.3%		4.4%		4.4%		1.7%		4.7%			

## (2) 健診・医療・介護の一体的分析

本市では、「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 「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」



### (3)健康課題の明確化

健診・医療・介護のデータを平成 30 年度と令和 4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、①被保険者は 65-74 歳と 75 歳以上の年代が増加し、阿南市でも 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健診受診率も同じ年代が受診率を伸ばしています。⑬体格をみると、BMI25 以上の対象者は 40-64 歳の年代で増加しています。(図表 38)

図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 認定 介護 率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑬ 体格(健診結果)					
					特定 健診		長寿 健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	31.9	4,426	6,830	11,925	21.7	36.7	5.1	5.6	5.2	7.6	29.6	28.9	25.1
R04	31.2	4,058	7,324	12,609	25.1	43.0	11.9	7.3	5.5	7.4	30.8	28.3	24.4

健診有所見状況では、⑤未治療者・治療中断者の状況をみると、Ⅱ度高血圧以上対象者は、40-64 歳及び 65-74 歳の年代で増加していますが、CKD はすべての年代で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	51	5.3	(22)	157	6.3	(55)	50	8.3	(23)	40	4.2	(3)	118	4.7	(6)	2	0.3	(0)	12	1.2	38	1.5	19	3.1	0	—	0	—		
R04	56	5.5	(29)	223	7.1	(78)	116	7.7	(42)	34	3.3	(4)	147	4.7	(5)	21	1.4	(1)	18	1.8	63	2.0	44	2.9	5	0.5	37	1.2	37	2.5

※徳島県では心電図検査を令和 2 年度から全数実施

生活習慣病患者をみると、高血圧・糖尿病ともに令和 4 年度をみると、40-64 歳で患者数が減少していることから、治療対象者の減少と健診データのコントロールと合わせてみていくことが重要です。

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	83.0	93.0	97.0	34.4	62.6	84.1	71.9	79.2	84.8	50.0	50.2	52.7	30.7	36.4	43.5	43.7	52.2	69.9	47.7	53.6	71.7
R04	82.9	93.7	96.7	35.4	65.8	84.4	70.6	80.2	86.0	48.7	50.6	52.3	29.2	37.7	44.0	44.4	50.4	67.6	46.5	52.8	70.6

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

中長期目標の疾患をみると、心不全・腎不全を 75 歳以上で発症している者が増えており、介護認定者をみると、脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全を発症している者が増えていることから、介護認定者の背景にはどの疾患が原因であったのかを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	㊸												㊹											
	中長期目標の疾患(被保険割合)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
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	4.4	11.0	26.4	6.2	14.8	30.5	6.2	14.0	31.3	4.4	7.7	14.0	15.0	14.5	44.3	3.6	6.4	35.5	2.9	6.9	40.9	3.1	10.1	45.4
R04	4.4	11.0	22.9	6.3	13.9	27.6	5.9	14.6	32.5	5.9	9.8	15.7	10.7	15.7	47.3	2.0	5.4	36.2	3.3	7.8	41.9	2.1	8.8	40.1

㊹骨折・認知症患者のうち高血圧と糖尿病の重なりをみてみると、65-74 歳では平成 30 年と令和 4 年度を比較すると、骨折は 2.3 ポイント、認知症は 0.5 ポイント増加しています。認知症予防と高血圧・糖尿病のリスクについて確認する必要があります。

図表 42 骨折・認知症の状況

E表	㊴				㊵				㊶			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知症		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	62.4	84.9	65.6	84.4	3.2	13.1	1.8	16.7	18.3	57.6	54.9	79.5
R04	64.7	86.4	66.1	84.1	4.0	14.3	1.7	15.8	14.7	58.7	64.5	83.7

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する必要があります。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)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

## 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が高くなっています。

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、医療受診が必要な方に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している方についても適切な保健指導を行います。

また、根本的な改善に至っていない疾患として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。

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ます。さらに、健診受診者には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ます。目標値については、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

## (2) 管理目標の設定

図表 43 データヘルス計画の目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)	
			初期値 R6 (R4)	中間評価 (R7)	最終評価 (R10)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.13%	1.13%	1.13%	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.16%	1.16%	1.16%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	2.26%	2.26%	2.26%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	10.6%	10.3%	10.0%	
	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・予備群の割合の減少	33.4%	32.9%	32.6%	阿南市特定健診結果
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	6.6%	6.5%	6.4%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	10.7%	10.6%	10.5%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5以上)	8.9%	8.8%	8.7%	
			★健診受診者のHbA1c8.0以上の者の割合の減少	24.5%	24.0%	23.5%	
			糖尿病の未治療・治療中断者の割合の減少	3.4%	3.2%	3.0%	
	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	40.1%	42.1%	45.1%	法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	88.0%	88.0%	88.0%	
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の割合の減少	10.4%	10.5%	9.0%	
その他	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回30分以上の運動を週2回以上、1年実施している人の割合	37.6%	37.8%	38.0%	標準的な質問票
			日常生活において歩行等の身体活動1時間/日以上実施している者の割合	44.3%	44.5%	44.7%	標準的な質問票

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1. 第四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、第一期及び第二期は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことを踏まえ、第三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の目標値

	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	41.1%	42.1%	43.1%	44.1%	45.1%	46.1%
特定保健指導実施率	88%	88%	88%	88%	88%	88%

### 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	9,670人	9,550人	9,430人	9,310人	9,191人	9,070人
	受診者数	3,975人	4,021人	4,065人	4,106人	4,146人	4,182人
特定保健指導	対象者数	437人	422人	406人	390人	373人	355人
	実施者数	385人	372人	358人	344人	329人	313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します。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(あなん健康づくりセンター他)
- 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

特定健診実施機関については、徳島県国保連合会(もしくは阿南市)のホームページに掲載します。

### (4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血・心電図)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

○阿南市特定健診検査項目

健診項目		阿南市	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。

## (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

	前年度	当該年度	翌年度
4月		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			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 支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
11月	契約に関わる 予算手続き		
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。

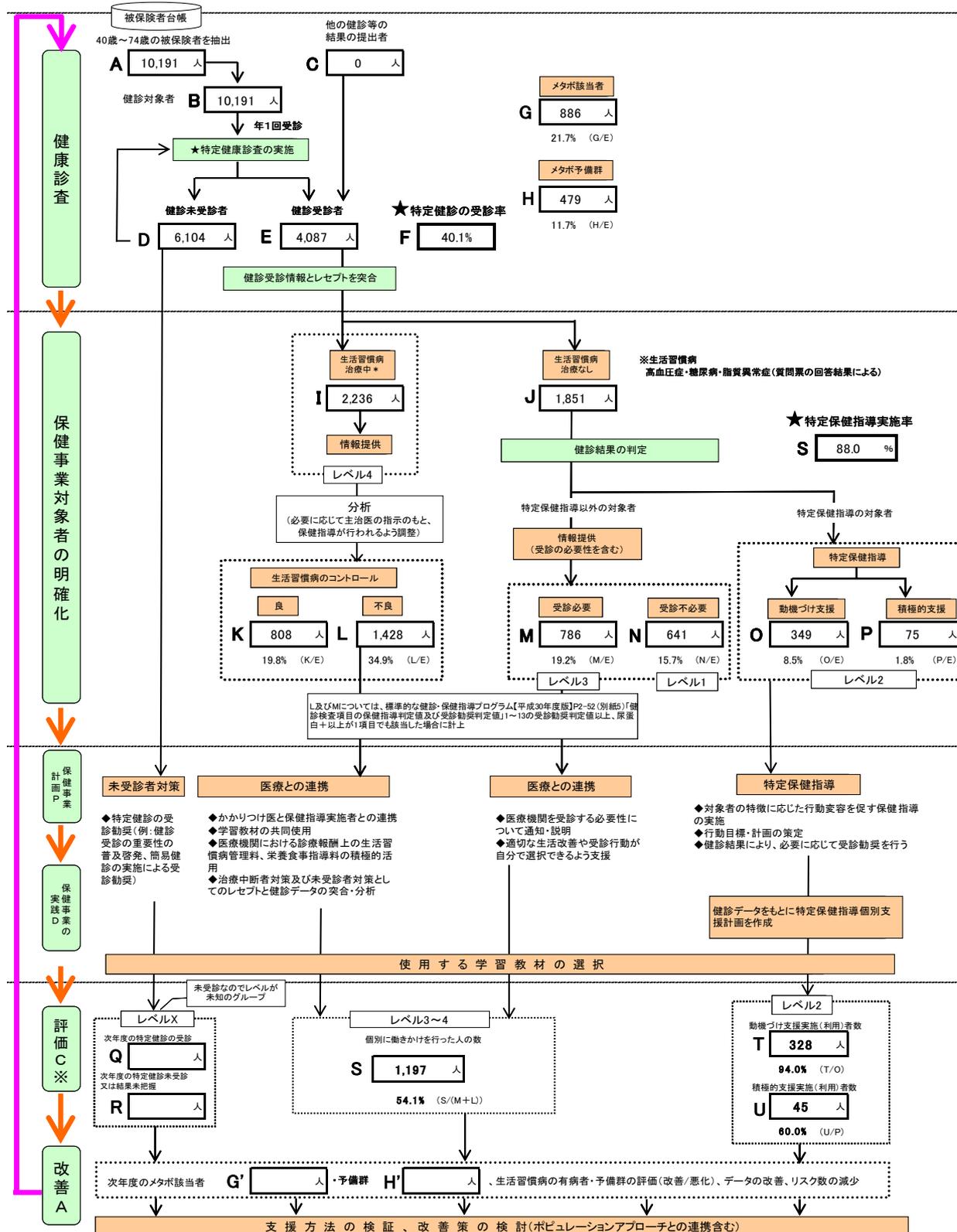
# (1) 健診から保健指導実施の流れ

「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 を参考にし、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

生活習慣病予防のための健診・保健指導  
健診から保健指導実施へのフローチャート

令和4年度



## (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	フローチャート	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者全体に対する割合)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施</li> <li>◆行動目標・計画の策定</li> <li>◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う</li> </ul>	424 人 (10.4%)	88%
2	M	情報提供 (受診必要)	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆医療機関を受診する必要性について通知・説明</li> <li>◆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</li> </ul>	786 人 (19.2%)	50%
3	L	情報提供 (治療中)	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携</li> <li>◆学習教材の共同使用</li> <li>◆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</li> </ul>	1,428 人 (34.9%)	50%
4	D	健診未受診者	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆特定健診の受診勧奨 (健診受診の重要性の普及啓発、広報、訪問、はがき勧奨等)</li> </ul>	6,104 人	100%

### (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		
5月	◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報 ◎個別健康診査実施の依頼		
6月	◎受診券の送付 ◎特定健康診査の開始		◎後期高齢者健診開始
7月			◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決済の開始 ◎がん検診開始
8月			
9月		◎対象者の抽出 ◎保健指導の実施	◎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	◎健診の終了		
1月			
2月			
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および阿南市個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

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

### (2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

## 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、阿南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、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していきます。そのためには、重症化予防の取組みとポピュレーションアプローチを組み合わせて実施していく必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・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り医療費や介護費用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

令和4年度の阿南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を各学会のガイドラインに基づき抽出すると、1,641人(40.2%)です。そのうち治療なしが531人(28.2%)を占め、さらに臓器障害があり、直ちに取組むべき対象者が305人(57.4%)です。すでに治療中の1,110人(50.4%)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、値の改善をめざさなければいけません。

阿南市においては、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、216人(13.2%)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)

図表 51 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-							令和04年度																
健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少		虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少		糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		<参考> 健診受診者(受診率)																
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	4,087人	40.1%															
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: 2px;">クモ膜下出血 (5.6%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">脳出血 (18.5%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">脳梗塞 (75.9%)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">心原性 脳塞栓症 (27.7%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ラクナ 梗塞 (31.2%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)</div> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">※脳卒中 データリンク 2016より</p>		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">心筋梗塞</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">労作性 狭心症</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">安静 狭心症</div> </div>				<b>■各疾患の治療状況</b> <table border="1" style="font-size: x-small; width: 100%;"> <tr><th></th><th>治療中</th><th>治療なし</th></tr> <tr><td>高血圧</td><td>1,658</td><td>2,429</td></tr> <tr><td>脂質異常症</td><td>1,174</td><td>2,881</td></tr> <tr><td>糖尿病</td><td>346</td><td>3,741</td></tr> <tr><td>3疾患 いずれの</td><td>2,201</td><td>1,886</td></tr> </table> <p style="font-size: x-small;">※問診結果による</p>			治療中	治療なし	高血圧	1,658	2,429	脂質異常症	1,174	2,881	糖尿病	346	3,741	3疾患 いずれの	2,201	1,886
	治療中	治療なし																					
高血圧	1,658	2,429																					
脂質異常症	1,174	2,881																					
糖尿病	346	3,741																					
3疾患 いずれの	2,201	1,886																					
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 (日本動脈硬化化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)																
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者	重症化予防対象者 (実人数)															
該当者数	273   6.7%	40   1.0%	142   3.5%	114   2.8%	886   21.7%	262   6.4%	499   12.2%	1,641   40.2%															
治療なし	164   6.8%	9   0.5%	135   4.7%	79   2.7%	157   8.3%	135   3.6%	174   9.2%	531   28.2%															
(再掲) 特定保健指導	48   17.6%	2   5.0%	31   21.8%	27   23.7%	157   17.7%	25   9.5%	44   8.8%	216   13.2%															
治療中	109   6.6%	31   1.4%	7   0.6%	35   3.0%	729   33.1%	127   36.7%	325   14.8%	1,110   50.4%															
臓器障害 あり	87   53.0%	9   100.0%	44   32.6%	37   46.8%	74   47.1%	68   50.4%	174   100.0%	305   57.4%															
CKD(専門医対象者)	27	2	8	13	21	19	174	174															
心電図所見あり	73	9	42	28	59	59	61	192															
臓器障害 なし	77   47.0%	--	91   67.4%	42   53.2%	83   52.9%	67   49.6%	--	--															

治療中

臓器障害 あり	62   56.9%	31   100.0%	2   28.6%	14   40.0%	369   50.6%	62   48.8%	325   100.0%	639   57.6%
CKD(専門医対象者)	18	12	0	3	140	30	325	325
心電図所見あり	56	31	2	13	301	49	155	469
臓器障害 なし	47   43.1%	--	5   71.4%	21   60.0%	360   49.4%	65   51.2%	--	--

【参考】腎臓専門医への紹介基準対象者

1. 高度の蛋白尿(A3区分(尿蛋白+以上))
2. 微量アルブミン尿(A2区分(尿蛋白±))でGFR区分がG3a以上
3. 尿蛋白が正常(A1区分(尿蛋白-))でGFR区分G3b以上
4. 尿蛋白がA2区分(尿蛋白±)であっても尿潜血が陽性(+以上)  
エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018

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

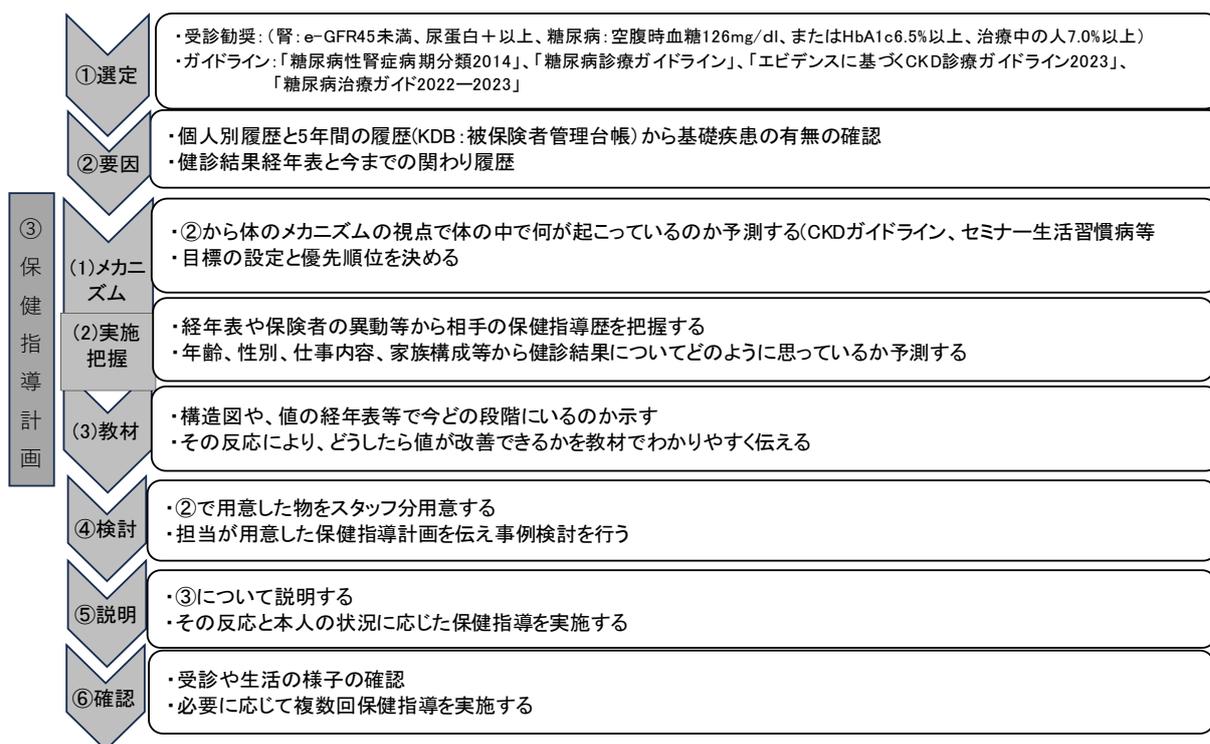
## 1) 基本的な考え方

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 医療機関未受診で HbA1c6.0%以上の者
- ② 40～64 歳で HbA1c6.5%以上の者
- ③ 65～74 歳で HbA1c7.0%以上の者
- ④ 糖尿病治療中で以下に該当するもの
  - ア. e-GFR45 未満
  - イ. メタボリックシンドローム予備群または該当者で尿蛋白+
  - ウ. 尿蛋白++以上
  - エ. 尿蛋白と尿潜血がともに+以上

## (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/1.73㎡)
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30～299)	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

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

阿南市においては、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ます。CKD 診療ガイド 2023 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(+)と尿たんぱく(+～)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

### 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。(図表 54)

阿南市において特定健診受診者で糖尿病型 515 人(E)のうち未治療者は、169 人(F)でし

た。

また、40～74 歳における糖尿病治療者 3,507 人(F)のうち、特定健診受診者が 346 人(G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者 3,161 人(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 より阿南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)・・・169 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)・・・161 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

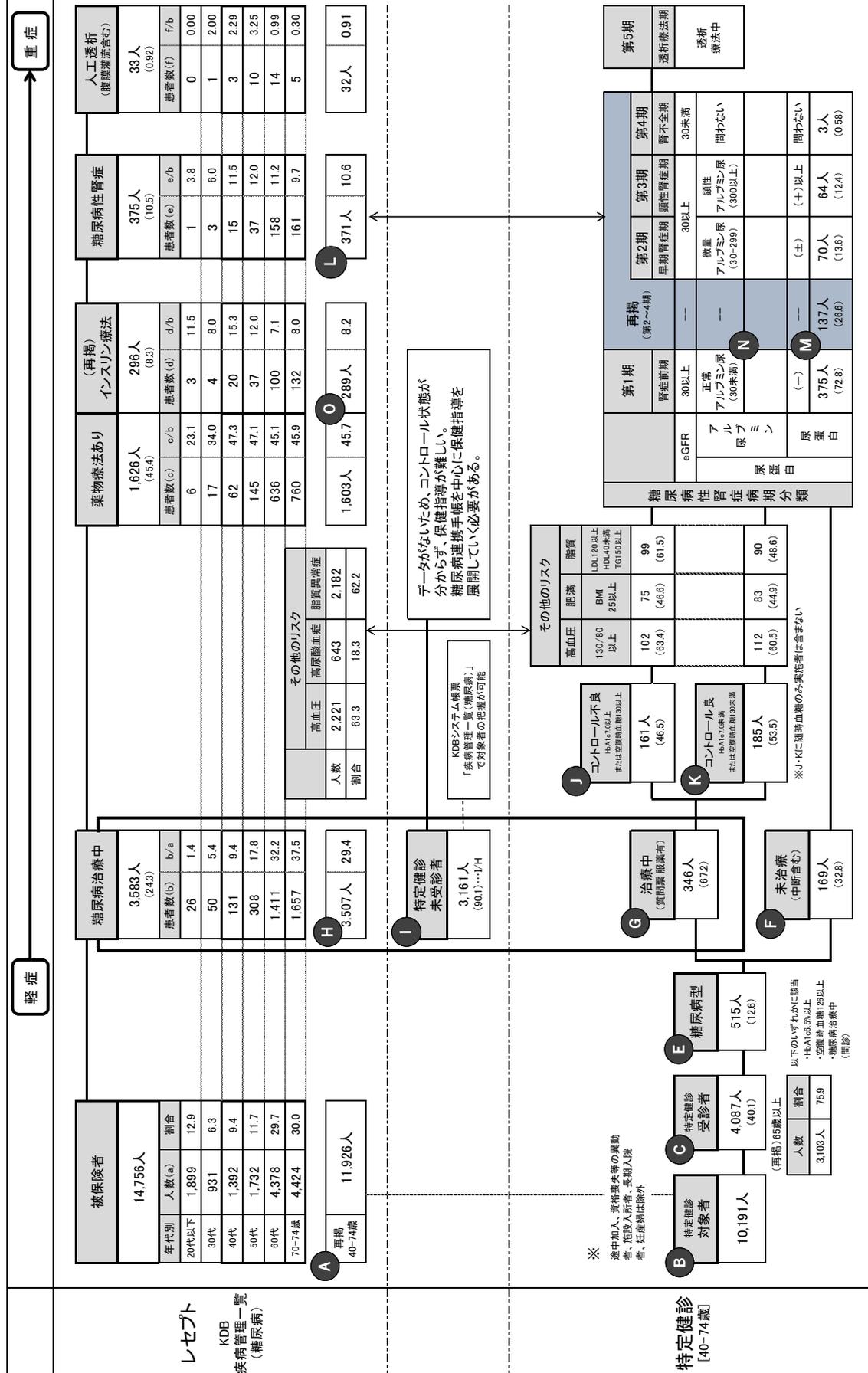
##### 【保健指導】

- ・特定健診未受診者 (I)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

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



### 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。阿南市においては、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行っていきます。

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	
<b>もくじ</b>	
<b>1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援</b>	<b>2 高血糖を解決するための食</b>
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 伺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？	<b>3 薬物療法</b>
1-12 糖尿病による網膜症	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
1-13 眼(網膜症)	3-2 私の飲んでる薬はどの薬ですか
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	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
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	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
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	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
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすずみ方	3-8 ビグアナイド薬とは
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	3-9 テアゾリジン薬とは？
1-21 糖尿病治療の進め方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きているでしょう
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	<b>4 参考資料</b>
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	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
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	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
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	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・腎臓機能・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。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、二次健診等で尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで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

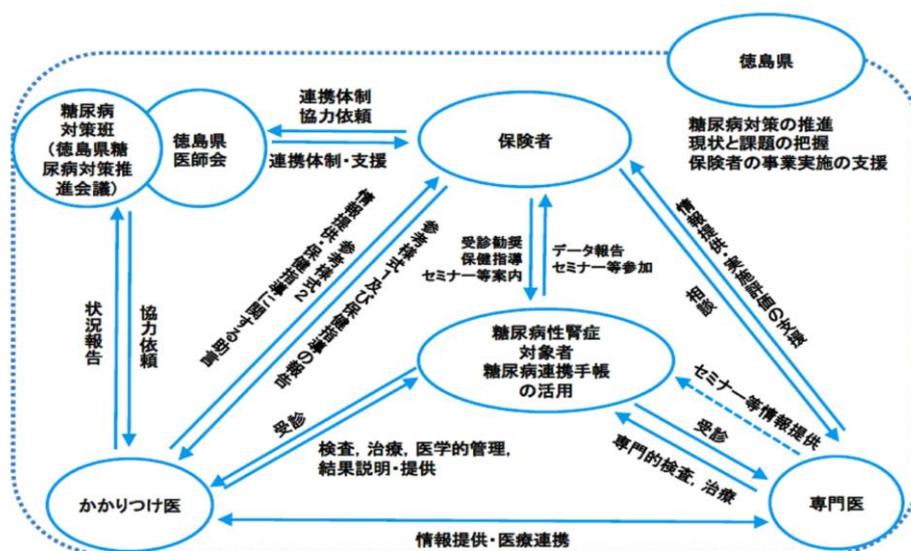
治療が必要にも関わらず、医療機関未受診である場合や治療を中断中である場合については、医療機関にかかるよう受診勧奨を行います。

### (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、地域包括支援センター(高齢者お世話センター)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 m<sup>2</sup>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

項目		突合表	阿南市										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									
1	① 被保険者数	A	15,521人		15,019人		14,736人		14,610人		14,159人		KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
	② (再掲)40-74歳		12,732人		12,436人		12,334人		12,340人		11,900人				
2	① 対象者数	B	11,331人		11,043人		11,072人		10,724人		10,191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	3,853人		3,704人		4,298人		4,427人		4,087人				
	③ 受診率		34.0%		33.5%		38.8%		41.3%		40.1%				
3	① 特定 保健指導 対象者数		498人		441人		535人		514人		424人				
	② 実施率		76.9%		79.4%		84.5%		84.4%		88.0%				
4	① 糖尿病型	E	494人	12.8%	454人	12.3%	586人	13.6%	590人	13.3%	534人	12.7%	特定健診結果		
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	184人	37.2%	162人	35.7%	205人	35.0%	203人	34.4%	179人	33.5%			
	③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	310人	62.8%	292人	64.3%	381人	65.0%	387人	65.6%	355人	66.5%			
	④ コントロール不良 HbA1c7.0以上かつ空腹時血糖130以上	J	147人		138人		175人		173人		168人				
	⑤ 血圧 130/80以上		92人		94人		126人		118人		106人				
	⑥ 肥満 BMI25以上		69人		63人		85人		86人		80人				
	⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖100未満	K	163人		154人		206人		214人		187人				
	⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	333人		321人		432人		423人		388人				
	⑨ 第2期 尿蛋白(±)		86人		61人		74人		90人		74人				
	⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		69人		68人		75人		71人		66人				
	⑪ 第4期 eGFR30未満		3人		4人		5人		4人		3人				
5	① 糖尿病受療率(被保険者対)		143.6人		143.0人		134.2人		148.4人		151.8人		KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
	② (再掲)40-74歳(被保険者対)		173.4人		170.7人		158.7人		173.7人		178.4人				
	③ レセプト件数 (40-74歳) (1件1被保険者対)	入院(件数)	11,090件 (902.8)		11,263件 (926.4)		11,231件 (921.6)		11,488件 (972.6)		10,828件 (971.6)		KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)		
	④ 入院(件数)		81件 (6.6)		80件 (6.6)		75件 (6.2)		44件 (3.7)		58件 (5.2)				
	⑤ 糖尿病治療中	H	2,229人		2,147人		1,977人		2,168人		2,149人		KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
	⑥ (再掲)40-74歳		2,208人		2,123人		1,958人		2,143人		2,123人				
	⑦ 健診未受診者	I	1,898人		1,813人		1,577人		1,756人		1,768人		KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
	⑧ インスリン治療	O	164人		169人		167人		187人		172人				
	⑨ (再掲)40-74歳		158人		165人		163人		185人		168人				
	⑩ 糖尿病性腎症	L	209人		201人		212人		274人		228人				
	⑪ (再掲)40-74歳		207人		199人		210人		273人		226人				
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		21人		21人		23人		23人		20人				
	⑬ (再掲)40-74歳		20人		21人		23人		23人		20人				
	⑭ 糖尿病性腎症による新規透析患者数		4人		2人		9人		3人		3人		阿南市調べ		
	⑮ 【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)		60人		58人		58人		62人		70人		KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期		
	6	① 総医療費		55億4880万円		57億6520万円		56億8742万円		57億9950万円		56億4380万円		50億8753万円	
② 生活習慣病総医療費			30億4161万円		32億6687万円		32億3609万円		32億4072万円		30億3882万円		27億0662万円		
③ (総医療費に占める割合)			54.8%		56.7%		56.9%		55.9%		53.8%		53.2%		
④ 生活習慣病 対象者 1人あたり		健診受診者	5,268円		5,866円		7,500円		7,173円		6,898円		6,937円		
⑤ 健診未受診者			41,731円		45,141円		44,368円		41,111円		44,276円		38,519円		
⑥ 糖尿病医療費			3億1583万円		3億3212万円		3億4063万円		3億4167万円		3億1508万円		2億9434万円		
⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)			10.4%		10.2%		10.5%		10.5%		10.4%		10.9%		
⑧ 糖尿病入院外総医療費			9億4179万円		9億7225万円		9億6187万円		9億6314万円		9億7382万円				
⑨ 1件あたり			33,463円		35,226円		35,173円		34,013円		35,628円				
⑩ 糖尿病入院総医療費			6億0727万円		6億3256万円		6億2387万円		6億2738万円		5億3340万円				
⑪ 1件あたり			609,710円		607,645円		585,241円		642,807円		576,647円				
⑫ 在院日数			18日		18日		17日		18日		18日				
⑬ 慢性腎不全医療費			1億7352万円		1億8701万円		1億6850万円		1億4905万円		1億5542万円		2億2640万円		
⑭ 透析有り			1億4830万円		1億5775万円		1億4508万円		1億2689万円		1億2767万円		2億1152万円		
⑮ 透析なし			2522万円		2926万円		2342万円		2217万円		2775万円		1487万円		
7	① 介護給付費		73億6170万円		76億1463万円		78億0143万円		77億5463万円		76億8184万円		56億7154万円		
	② (2号認定者)糖尿病合併症		5件 10.9%		6件 12.0%		6件 12.2%		8件 19.0%		10件 24.4%				
8	① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)		13人 1.4%		16人 1.7%		12人 1.3%		12人 1.3%		17人 1.8%		3,958人 1.0%		KDB 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題

出典：KDB システムデータ

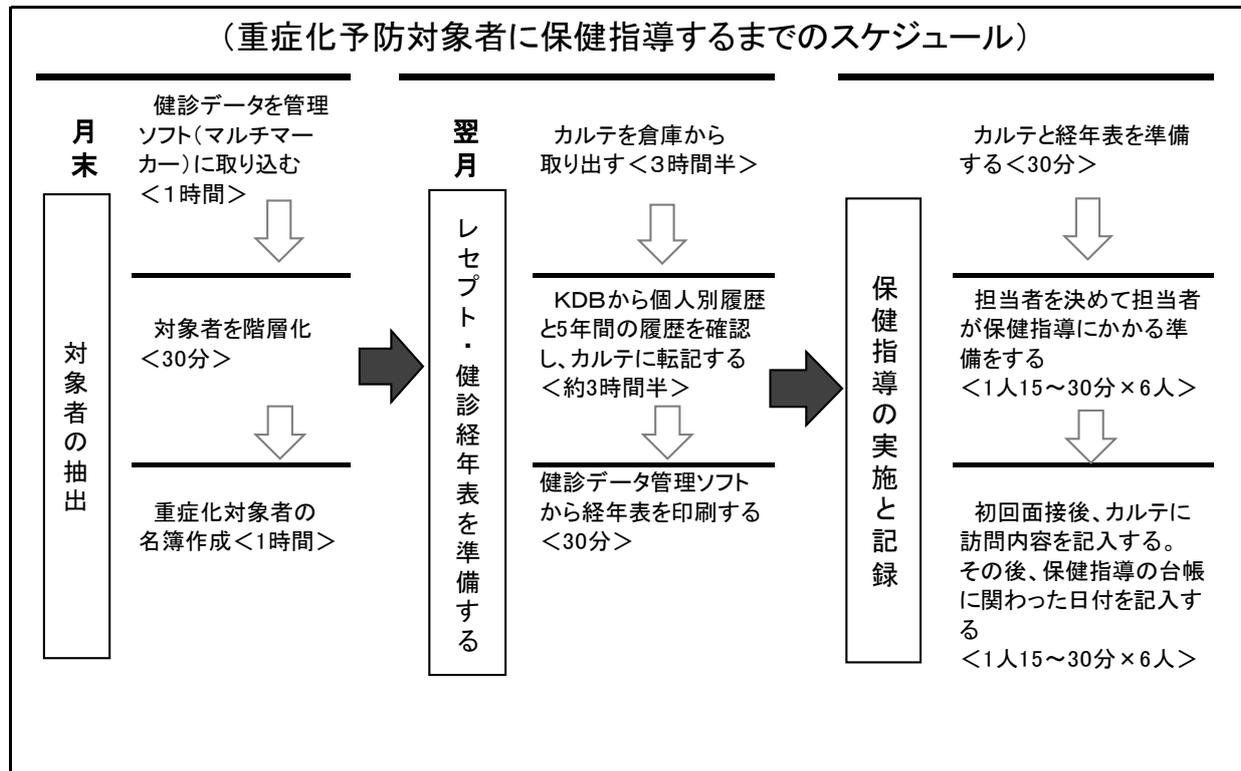
## 7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5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 重症化予防対象者に保健指導するまでのスケジュール



## 2. 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

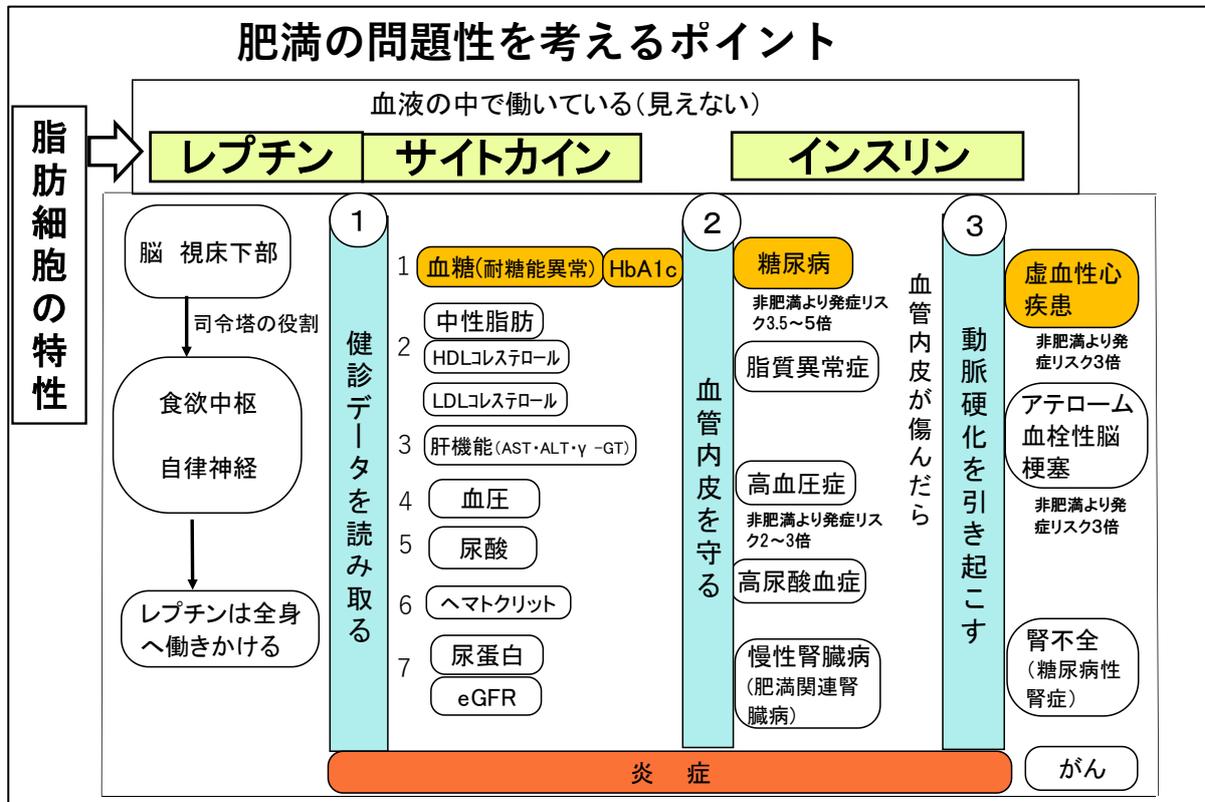
メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を合併する心血管病易発症状態です。取組みにあたっては図表 58 に基づいて考えていきます。

(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 から阿南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	
総数	984	3,103	308	875	232	756	57	104	15	15	4	0	
			31.3%	28.2%	23.6%	24.4%	5.8%	3.4%	1.5%	0.5%	0.4%	0.0%	
再掲	男性	428	1,322	174	441	138	396	28	41	6	4	2	0
				40.7%	33.4%	32.2%	30.0%	6.5%	3.1%	1.4%	0.3%	0.5%	0.0%
再掲	女性	556	1,781	134	434	94	360	29	63	9	11	2	0
				24.1%	24.4%	16.9%	20.2%	5.2%	3.5%	1.6%	0.6%	0.4%	0.0%

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。

図表 60 高血圧と肥満の関係を年代別にみる  
高血圧と肥満の関係を年代別にみる

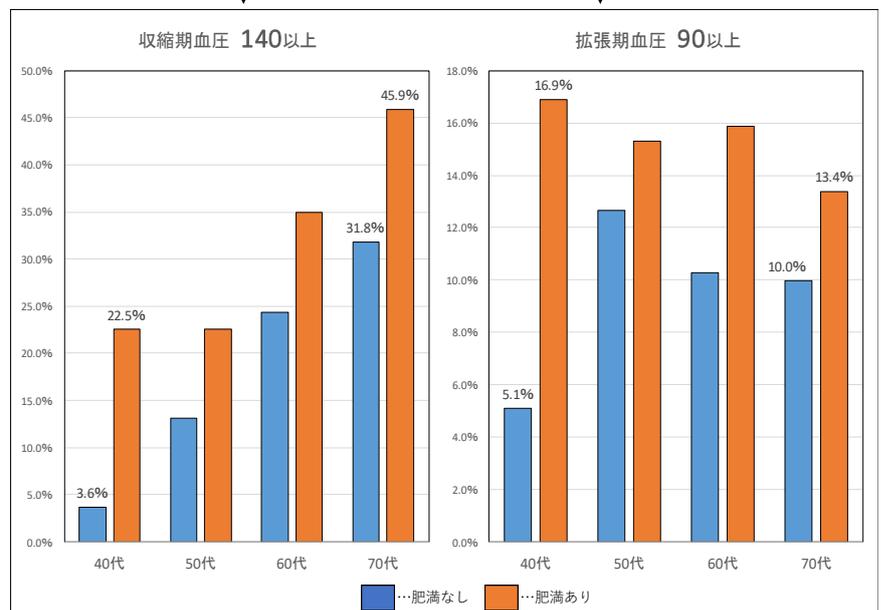
令和04年度

#### 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

右図は、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わかります。

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。

		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 758	5	29	277	447	292	7	28	117
	割合 26.1%	3.6%	13.1%	24.3%	31.8%	10.1%	5.1%	12.7%	10.3%	10.0%	
肥満あり(25以上)	該当者 452	16	25	154	257	174	12	17	70	75	
	割合 38.2%	22.5%	22.5%	34.9%	45.9%	14.7%	16.9%	15.3%	15.9%	13.4%	





### 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60代・70代で1割程度であるのに対し、男性は40代で24.0%、60代35.3%、70代で34.9%と女性の約3倍となっているため、若い年代から男性を優先して関わるのが重要であると考えます。(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	1,750	104	150	645	851	2,337	104	182	936	1,115	
メタボ該当者	B	593	25	43	228	297	293	3	16	112	162	
	B/A	33.9%	24.0%	28.7%	35.3%	34.9%	12.5%	2.9%	8.8%	12.0%	14.5%	
再掲	① 3項目全て	C	158	5	10	59	84	84	0	4	30	50
		C/B	26.6%	20.0%	23.3%	25.9%	28.3%	28.7%	0.0%	25.0%	26.8%	30.9%
	② 血糖+血圧	D	103	1	6	40	56	39	0	1	21	17
		D/B	17.4%	4.0%	14.0%	17.5%	18.9%	13.3%	0.0%	6.3%	18.8%	10.5%
	③ 血圧+脂質	E	305	14	24	119	148	162	1	10	60	91
		E/B	51.4%	56.0%	55.8%	52.2%	49.8%	55.3%	33.3%	62.5%	53.6%	56.2%
	④ 血糖+脂質	F	27	5	3	10	9	8	2	1	1	4
		F/B	4.6%	20.0%	7.0%	4.4%	3.0%	2.7%	66.7%	6.3%	0.9%	2.5%

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8割以上が治療中となっていますが、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。(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	人数	割合	人数	割合				
総数	1,750	593	33.9%	475	80.1%	118	19.9%	2,337	293	12.5%	254	86.7%	39	13.3%		
40代	104	25	24.0%	11	44.0%	14	56.0%	104	3	2.9%	1	33.3%	2	66.7%		
50代	150	43	28.7%	28	65.1%	15	34.9%	182	16	8.8%	13	81.3%	3	18.8%		
60代	645	228	35.3%	192	84.2%	36	15.8%	936	112	12.0%	92	82.1%	20	17.9%		
70~74歳	851	297	34.9%	244	82.2%	53	17.8%	1,115	162	14.5%	148	91.4%	14	8.6%		

出典:特定健診(法定報告)

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

## (1) 対象者の選定基準の考え方

- 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

対象者の受診の有無、保健指導の進捗状況の管理は、担当地区ごとに行います。

## 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。

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)	
<b>もくじ</b>	
<b>1 国の施策</b>	<b>6 脂肪細胞の特性</b>
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
<b>2 保健指導対象者の明確化</b>	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チンが出ています
2-2 おたずね	<b>7 健診データ・検査</b>
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
<b>3 肥満の症状</b>	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体の中で起こっていることは？
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)	<b>8 食事療法</b>
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
<b>4 高度肥満</b>	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	<b>9 運動療法</b>
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？
<b>5 保健指導教材で減量できた事例</b>	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	<b>10 参考資料</b>
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。

本市においても国保ヘルスアップ事業を活用して、二次健診の実施（頸動脈エコー検査、微量アルブミン尿検査等）を必要な対象者に行っていきます。

（参考）

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- 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）
- ②負荷心電図（心臓の状態を詳しく見る検査）
- ③微量アルブミン検査（尿で腎臓の状態を見る検査）



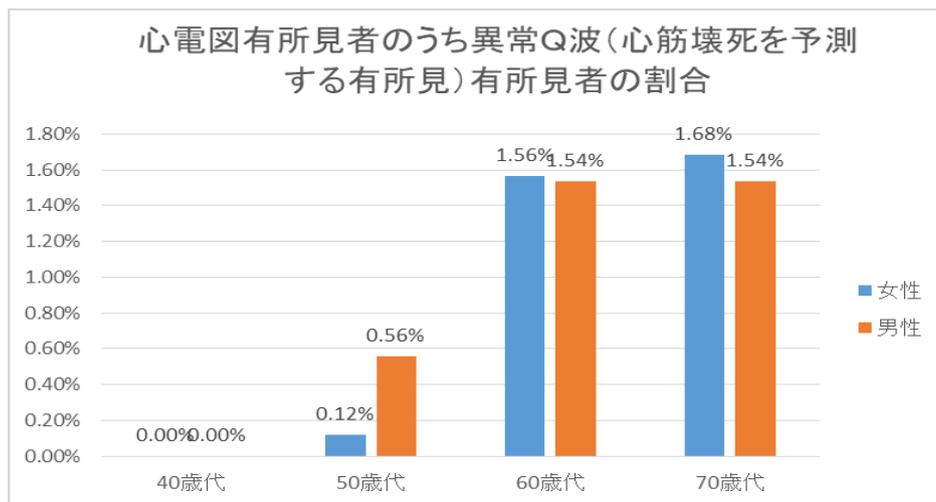
阿南市においては、心電図検査を 4,395 人に実施し、そのうち有所見者が 1,548 人でした。所見の中でも心筋壊死、心筋虚血のほか、心筋異常を予測する所見の対象者がみつかり、虚血性変化を起こしている対象者を優先に介入していく必要があります。(図表 67)

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			阿南市国保		(徳島県国保)		阿南市後期		(徳島県後期)			
			人	%	人	%	人	%	人	%		
健診受診者数 (特定健診受診率)			4,396	37.3%	43,423	36.3%	1,342		15,667			
再掲	65歳未満		1,054	24.0%	10,653	24.5%	14	1.0%	255	1.6%		
	65歳以上		3,342	76.0%	32,770	75.5%	1,328	99.0%	15,412	98.4%		
心電図実施者数 (心電図実施率)			4,395	99.98%	42,910	98.82%	1,342	100.00%	15,664	99.98%		
心電図実施者のうち 所見のあった者 (実数)			1,548	35.2%	13,604	31.7%	561	41.8%	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	19	0.4%	95	0.2%	6	0.4%	52	0.3%	
			① 異常Q波	54	1.2%	453	1.1%	12	0.9%	220	1.4%	
			② R波増高不良	44	1.0%	268	0.6%	7	0.5%	94	0.6%	
		心筋虚血	③ S T異常	154	3.5%	1,105	2.6%	57	4.2%	561	3.6%	
			④ 冠不全	0	0.0%	75	0.2%	1	0.1%	31	0.2%	
心筋異常	⑤ T波異常	177	4.0%	1,534	3.6%	64	4.8%	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	190	4.3%	1,584	3.7%	55	4.1%	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	98	2.2%	832	1.9%	48	3.6%	604	3.9%
				⑨ W P W症候群	4	0.1%	44	0.1%	0	0.0%	8	0.1%
				⑩ P R短縮	16	0.4%	125	0.3%	3	0.2%	30	0.2%
		心室内伝導障害	⑪ 脚ブロック	288	6.6%	2,851	6.6%	131	9.8%	1,499	9.6%	
			⑫ 心室伝導障害	32	0.7%	241	0.6%	3	0.2%	85	0.5%	
		頻脈性不整脈	心室性不整脈	⑬ 心室期外収縮	86	2.0%	895	2.1%	44	3.3%	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	26	0.6%	196	0.5%	11	0.8%	86	0.5%
				⑯ ブルガタ症候群	10	0.2%	107	0.2%	0	0.0%	21	0.1%
			上室性不整脈	⑰ 上室性期外収縮	109	2.5%	857	2.0%	51	3.8%	627	4.0%
		⑱ 心房細動		44	1.0%	319	0.7%	38	2.8%	275	1.8%	
⑲ 心房粗動	0	0.0%		12	0.0%	2	0.1%	9	0.1%			
高血圧による心臓の虚血	心肥大・負荷所見	⑳ 左室肥大	62	1.4%	353	0.8%	20	1.5%	179	1.1%		
		㉑ 高電位	21	0.5%	101	0.2%	5	0.4%	50	0.3%		
		㉒ 軸偏位	173	3.9%	1,393	3.2%	59	4.4%	766	4.9%		
		㉓ 右室肥大	9	0.2%	38	0.1%	3	0.2%	26	0.2%		
その他	その他	㉔ 移行帯の変化	107	2.4%	924	2.2%	30	2.2%	388	2.5%		
		㉕ その他不整脈	30	0.7%	270	0.6%	20	1.5%	111	0.7%		
		㉖ その他	106	2.4%	831	1.9%	19	1.4%	407	2.6%		
		㉗ ペースメーカー調律	4	0.1%	24	0.1%	5	0.4%	56	0.4%		
		㉘ 「異常あり」のみ	2	0.0%	50	0.1%	0	0.0%	26	0.2%		

参考 特定健診の心電図検査における異常Q波の有所見者の割合



	総数	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代
女性	832	0	1	13	14
男性	716	0	4	11	11

出典: つなまる(保健事業医療・介護連携システム)

図表 68 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	1,548		435	28.1%	1,113	71.9%
男性	716	46.3%	225	31.4%	491	68.6%
女性	832	53.7%	210	25.2%	622	74.8%

阿南市調べ

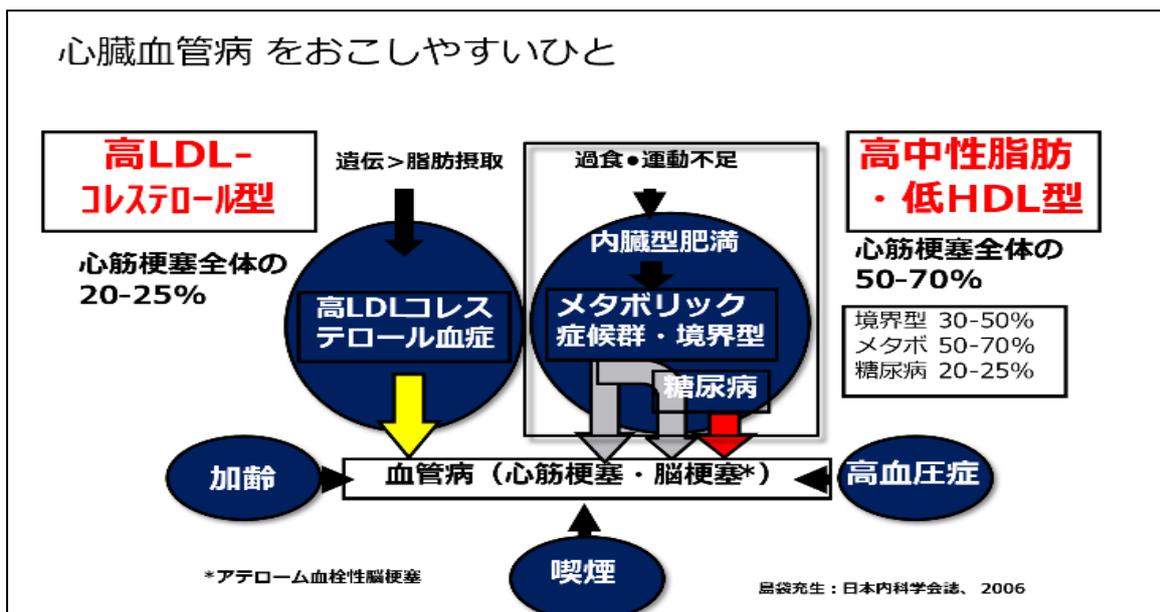
②心電図以外からの把握

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)

メタボタイプについては、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、LDL コレステロールタイプについては、図表 70を参照します。

図表 69 心血管病をおこしやすいひと



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

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

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ( )内はNon-HDL	健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別						
	120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳			
1,746	751	586	274	135	21	45	171	172			
	43.0%	33.6%	15.7%	7.7%	5.1%	11.0%	41.8%	42.1%			
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)	151	78	41	18	14	10	22	0	0	
		8.6%	10.4%	7.0%	6.6%	10.4%	47.6%	48.9%	0.0%	0.0%	
	中リスク 140未満 (170未満)	704	254	271	120	59	4	15	99	61	
		40.3%	33.8%	46.2%	43.8%	43.7%	19.0%	33.3%	57.9%	35.5%	
高リスク	120未満 (150未満)	805	368	253	125	59	7	8	66	103	
		46.1%	49.0%	43.2%	45.6%	43.7%	33.3%	17.8%	38.6%	59.9%	
再掲	100未満 (130未満) ※1	49	22	15	8	4	1	1	4	6	
		2.8%	2.9%	2.6%	2.9%	3.0%	4.8%	2.2%	2.3%	3.5%	
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	86	51	21	11	3	0	0	6	8
			4.9%	6.8%	3.6%	4.0%	2.2%	0.0%	0.0%	3.5%	4.7%

※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

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ます。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。

「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、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(高齢者お世話センター)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

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

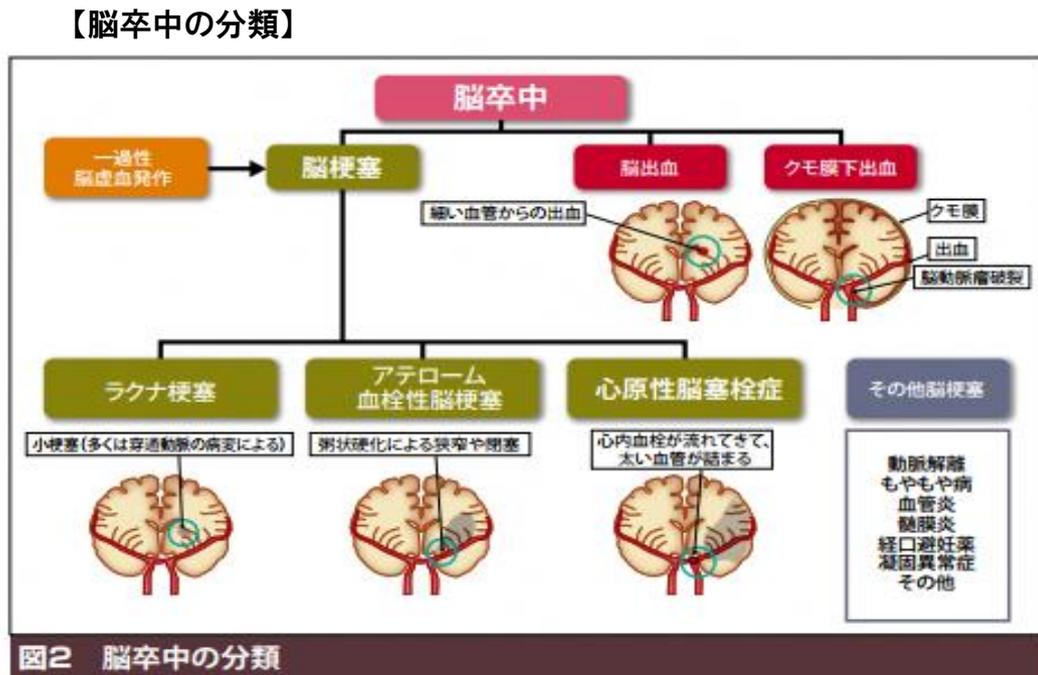
5月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

## 4. 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



(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 5,492 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 518 人(O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が273人であり、そのうち164人は未治療者です。

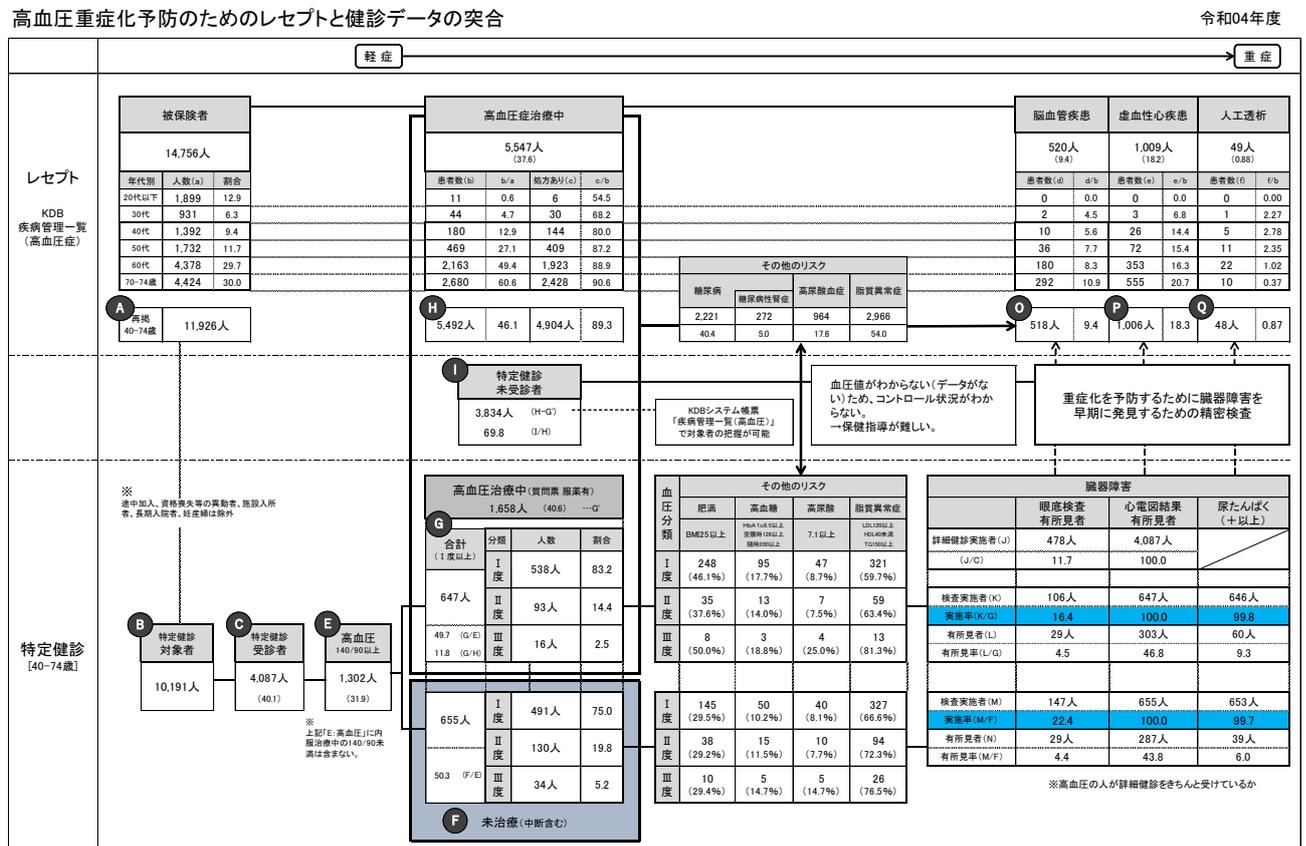
医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

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478人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、1302人(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



(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)		高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	区分	該当者数
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	A	B		
1,316		661	491	130	34			A ただちに 薬物療法を開始	370 28.1%
50.2%		37.3%	9.9%	2.6%					
リスク第1層 予後影響因子がない	61	C 39	B 16	B 6	A 0				
4.6%		5.9%	3.3%	4.6%	0.0%			B 概ね1か月後に 再評価	536 40.7%
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	718	C 371	B 263	A 65	A 19				
54.6%		56.1%	53.6%	50.0%	55.9%				
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	537	B 251	A 212	A 59	A 15			C 概ね3か月後に 再評価	410 31.2%
40.8%		38.0%	43.2%	45.4%	44.1%				

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。

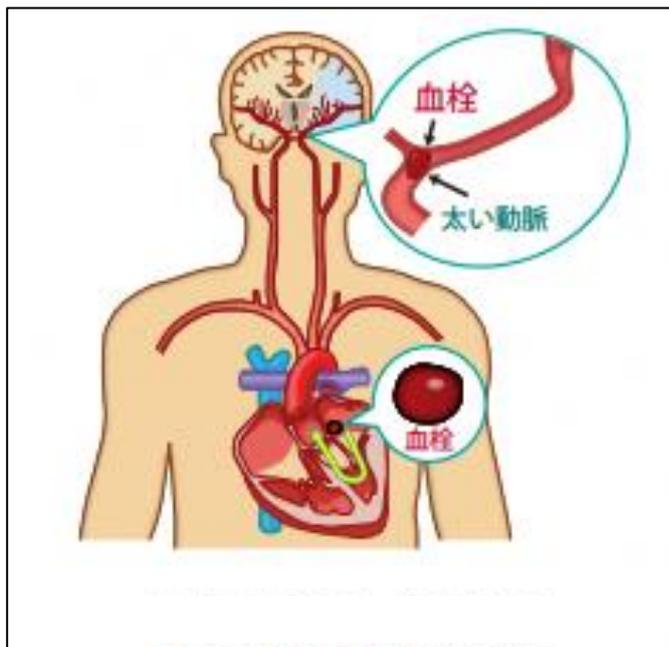
(3)心電図検査における心房細動の実態

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。

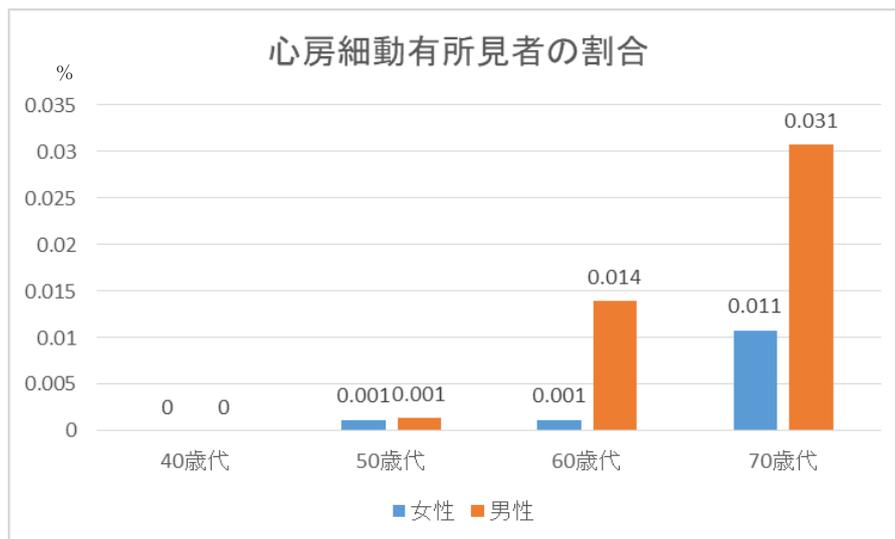
図表 76 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況を見ています。有所見率は、年齢が高くなるにつれ増加しており、心電図有所見者 44 人のうち 17 人は既に治療が開始されていましたが、27 人はまだ治療につながっていません。

参考: 心房細動と心原性脳塞栓症



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 76 特定健診の心電図検査における心房細動の有所見者の割合



	総数	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代
女性	11	0	1	1	9
男性	33	0	1	10	22

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					後期
心房細動 有所見者	治療の有無				心房細動 有所見者
	未治療者		治療中		
人	人	%	人	%	人
44	27	61.4	17	38.6	38

阿南市調べ

心電図検査において国保では 44 人に心房細動の所見が認められました。後期は 38 人ですが、令和 6 年度より後期健診の対象者が拡充されるため、新規対象者の発見につながると想定します。(図表 77)

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直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。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。

#### (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、e-GFR、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、地域包括支援センター(高齢者お世話センター)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

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5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

阿南市は、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、個別支援(ハイリスクアプローチ)と集団支援(ポピュレーションアプローチ)を行います。

ハイリスクアプローチにおいては、糖尿病や高血圧で治療中の方が重症化しないように個別に支援していきます。また、ポピュレーションアプローチにおいては、通いの場に出向き、参加者に口腔、栄養、運動等のフレイル予防や認知症予防の健康教室や健康相談を実施していきます。

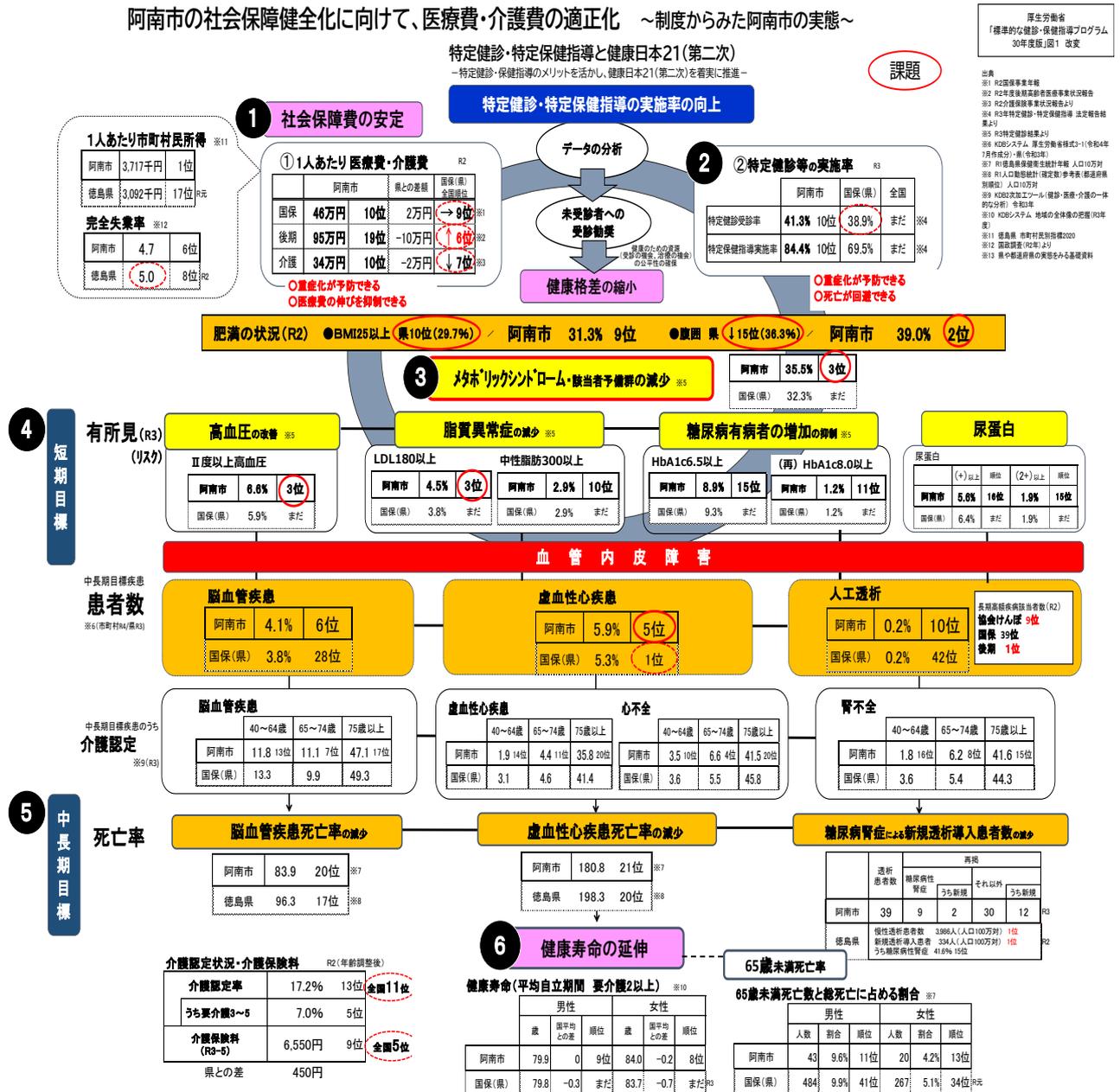




# V. ポピュレーションアプローチ

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

<b>ストラクチャー</b> (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"><li>・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)</li><li>・保健指導実施のための専門職の配置</li><li>・KDB活用環境の確保</li></ul>
<b>プロセス</b> (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"><li>・保健指導等の手順・教材はそろっているか</li><li>・必要なデータは入手できているか。</li><li>・スケジュールどおり行われているか。</li></ul>
<b>アウトプット</b> (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"><li>・特定健診受診率、特定保健指導率</li><li>・計画した保健事業を実施したか。</li><li>・保健指導実施数、受診勧奨実施数など</li></ul>
<b>アウトカム</b> (成果)	<ul style="list-style-type: none"><li>・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)</li></ul>

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・管理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します。

### 2. 個人情報の取扱い

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

## 参考資料

参考資料 1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた阿南市の位置

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1) 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた阿南市の位置

項目		阿南市										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	72,705		72,705		72,705		72,705		68,787		68,787		68,787		123,214,261		
		65歳以上(高齢化率)	22,250	30.6	22,250	30.6	22,250	30.6	22,250	30.6	23,131	33.6	5,164,670	30.4	238,346	34.5	35,335,805	28.7	
		75歳以上	11,370	15.6	11,370	15.6	11,370	15.6	11,370	15.6	11,908	17.3	--	--	122,672	17.7	18,248,742	14.8	
		65~74歳	10,880	15.0	10,880	15.0	10,880	15.0	10,880	15.0	11,223	16.3	--	--	115,674	16.7	17,087,063	13.9	
		40~64歳	23,422	32.2	23,422	32.2	23,422	32.2	23,422	32.2	22,045	32.0	--	--	224,837	32.5	41,545,893	33.7	
	39歳以下	27,033	37.2	27,033	37.2	27,033	37.2	27,033	37.2	23,611	34.3	--	--	227,849	33.0	46,332,563	37.6		
	② 産業構成	第1次産業	9.8		9.8		9.8		9.8		9.8		5.6		8.5		4.0		
	第2次産業	30.4		30.4		30.4		30.4		30.4		28.6		24.1		25.0			
	第3次産業	59.8		59.8		59.8		59.8		59.8		65.8		67.4		71.0			
	③ 平均寿命	男性	80.0		80.0		80.0		80.0		80.0		80.7		80.3		80.8		
女性	86.6		86.6		86.6		86.6		86.6		87.0		86.7		87.0				
④ 平均自覚期間(要介護以上)	男性	78.6		79.1		79.4		79.9		80.1		80.1		79.7		80.1			
女性	83.4		83.7		83.9		84.0		84.1		84.4		83.8		84.4				
2 死亡	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)	101.5		101.5		101.5		106.5		106.5		100.3		105.1		100.0		
		男性	101.8		101.8		101.8		103.9		103.9		101.2		103.3		100.0		
		女性	101.5		101.5		101.5		106.5		106.5		100.3		105.1		100.0		
		がん	237	50.1	212	48.0	232	47.9	223	47.0	216	48.2	53,892	49.4	2,446	48.8	378,272	50.6	
		心臓病	126	26.6	124	28.1	146	30.2	132	27.8	125	27.9	30,362	27.8	1,415	28.2	205,485	27.5	
		脳疾患	73	15.4	64	14.5	66	13.6	78	16.5	58	12.9	16,001	14.7	687	13.7	102,900	13.8	
		糖尿病	13	2.7	16	3.6	12	2.5	12	2.5	17	3.8	2,063	1.9	119	2.4	13,896	1.9	
		腎不全	15	3.2	11	2.5	20	4.1	17	3.6	18	4.0	3,958	3.6	233	4.7	26,946	3.6	
		自殺	9	1.9	15	3.4	8	1.7	12	2.5	14	3.1	2,854	2.6	110	2.2	20,171	2.7	
		合計	60	6.1	63	6.8	59	6.3	68	6.8	66	6.8	932,725	18.1	49,183	20.7	6,724,030	19.4	
② 早死予防からみた死亡(65歳未満)	男性	41	8.1	43	9.6	42	9.2	45	9.4	--	--	500	9.7	82,832	11.2				
女性	19	3.9	20	4.2	17	3.5	23	4.4	--	--	207	3.9	42,355	6.0					
3 介護	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	4,219	19.1	4,359	19.4	4,398	19.7	4,437	19.9	4,483	19.3	932,725	18.1	49,183	20.7	6,724,030	19.4	
		新規認定者	49	0.2	46	0.2	61	0.2	64	0.2	66	0.3	15,476	0.3	864	0.3	110,289	0.3	
		介護個別総件数	13,344	13.2	13,640	13.2	13,852	13.3	13,418	12.6	13,303	12.3	2,980,586	13.3	172,153	14.2	21,785,044	12.9	
		要支援1,2	46,941	46.5	48,420	46.8	48,792	46.8	49,067	46.2	49,455	45.7	10,399,684	46.4	574,015	47.4	78,107,378	46.3	
		要介護1,2	40,771	40.3	41,365	40.0	41,647	39.9	43,810	41.2	45,412	42.0	9,019,896	40.3	465,925	38.4	68,963,503	40.8	
		要介護3以上	91	0.4	90	0.4	89	0.4	78	0.3	74	0.3	20,148	0.4	844	0.4	156,107	0.4	
		2号認定者	1,281	30.0	1,304	29.2	1,351	28.4	1,371	28.9	1,365	29.3	237,003	24.2	14,411	27.9	1,712,613	24.3	
		糖尿病	2,391	54.1	2,446	54.9	2,485	54.2	2,468	54.1	2,505	54.7	523,600	53.8	29,294	57.7	3,744,672	53.3	
		高血圧症	1,228	28.3	1,302	28.5	1,321	28.6	1,364	29.1	1,427	30.5	312,282	31.8	16,551	32.3	2,308,216	32.6	
		脳疾患	2,712	61.6	2,780	62.1	2,808	61.5	2,805	61.7	2,844	62.0	590,733	60.8	32,930	64.7	422,628	60.3	
脳疾患	1,061	25.0	1,074	24.3	1,084	24.3	1,070	23.7	1,038	23.5	221,742	23.1	11,243	22.5	1,568,292	22.6			
がん	448	10.5	478	10.4	471	10.5	534	11.1	523	11.4	111,991	11.3	6,412	12.3	83,741	11.8			
筋・骨格	2,385	55.3	2,377	54.0	2,432	53.2	2,503	54.1	2,546	55.1	516,731	53.1	29,971	59.1	3,748,372	53.4			
精神	1,666	37.2	1,730	38.8	1,779	39.0	1,782	39.6	1,803	39.2	358,088	37.0	19,884	39.1	256,919	36.8			
② 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	330,863	7,361,696,457	342,231	7,614,630,023	350,626	7,801,430,177	348,523	7,754,629,114	332,101	7,861,835,282	274,536	320,304	280,868					
	1件当たり給付費(全体)	72,848	73,625	74,804	72,954	71,016	63,298	63,005	59,662										
	居宅サービス	45,143	45,787	46,138	45,540	44,966	41,822	44,966	41,272										
	施設サービス	29,220	29,686	30,132	29,868	29,651	29,202	29,064	29,364										
	④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	7,800	8,411	8,516	8,824	8,680	8,654	8,871	8,610									
		認定あり	4,114	4,266	4,269	4,274	4,013	4,497	4,020										
		認定なし	3,686	4,145	4,247	4,550	4,667	4,641	4,851										
		① 国保の状況	被保険者数	14,924	14,611	14,542	14,066	13,257	3,472,300	154,837	27,488,882								
			65~74歳	7,544	50.5	7,565	51.8	7,708	53.0	7,531	53.5	7,044	53.1	--	--	73,617	47.5	1,112,927	40.5
			40~64歳	4,740	31.8	4,593	31.4	4,478	30.8	4,281	30.4	4,100	30.9	--	--	49,424	31.9	9,088,015	33.1
39歳以下			2,640	17.7	2,453	16.8	2,356	16.2	2,254	16.0	2,113	15.9	--	--	31,796	20.5	7,271,596	26.5	
加入率			20.5		20.1		20.0		19.3		19.3		20.5		22.4		22.4		
② 医療の概況(人口千対)			病院数	7	0.5	7	0.5	7	0.5	6	0.4	6	0.5	1,146	0.3	107	0.7	8,237	0.3
			診療所数	58	3.9	59	4.0	60	4.1	57	4.1	59	4.5	12,471	3.6	708	4.6	102,599	3.7
	病床数		955	64.0	955	65.4	942	64.8	768	54.6	768	57.9	206,222	59.4	13,691	88.4	1,507,471	54.8	
	医師数		125	8.4	125	8.6	117	8.0	117	8.3	124	9.4	34,837	10.0	2,567	16.6	339,611	12.4	
	外来患者数		741.4		751.6		723.0		751.8		766.2		719.9		737.2		687.8		
	入院患者数	25.5		27.2		27.5		26.9		26.8		19.6		25.0		17.7			
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費	371,804	394,580	391,103	412,300	425,722	366,294	389,015	339,680									
		内12位同規模40位	766.9	778.811	750.491	778.687	793.008	739.503	762.201	705.439									
		内10位同規模28位	54.7	54.3	53.3	54.0	55.4	59.5	54.9	60.4									
		費用の割合	96.7	96.5	96.3	96.6	96.6	97.3	96.7	97.5									
件数の割合		45.3	45.7	46.7	46.0	44.6	40.5	45.1	39.6										
入院		3.3	3.5	3.7	3.4	3.4	2.7	3.3	2.5										
1件あたり在院日数		18.5日	18.8日	18.5日	18.5日	18.9日	16.3日	18.8日	15.7日										
④ 医療費分析(生活習慣病に占める割合)		がん	816,852,010	26.9	941,429,580	28.8	951,832,880	29.4	986,405,070	30.4	955,830,590	31.5	32.0	30.5	32.2				
		慢性腎不全(透析あり)	148,302,900	4.9	157,748,890	4.8	145,079,340	4.5	126,885,600	3.9	127,666,730	4.2	7.8	4.4	8.2				
		糖尿病	315,826,290	10.4	332,117,560	10.2	340,632,850	10.5	341,866,100	10.5	315,075,150	10.4	10.9	10.8	10.4				
	高血圧症	228,975,930	7.5	210,734,130	6.5	206,005,540	6.4	194,652,920	6.0	175,938,870	5.8	6.2	6.0	5.9					
	脂質異常症	144,968,050	4.8	151,524,160	4.6	140,174,450	4.3	146,846,420	4.5	133,165,930	4.4	4.0	4.0	4.1					
	脳梗塞・脳出血	80,739,880	2.6	114,185,470	3.4	88,001,460	2.8	90,508,700	2.8	63,942,240	2.1	3.9	2.7	3.9					
	狭心症・心筋梗塞	119,024,350	3.9	114,337,990	3.5	112,947,470	3.5	110,920,340	3.4	65,616,080	2.2	2.7	3.4	2.8					
	精神	678,532,590	22.3	685,627,990	21.0	720,581,000	22.3	671,817,950	20.7	702,535,020	23.1	15.1	21.1	14.7					
	筋・骨格	469,963,270	15.5	517,547,340	15.8	496,167,260	15.3	535,710,420	16.5	458,535,660	15.1	16.4	16.2	16.7					
	⑤ 医療費分析(一人当たり医療費/入院医療費に占める割合)	入院	494	0.3	214	0.1	394	0.2	154	0.1	284	0.1	299	0.2	233	0.1	256	0.2	
糖尿病		1,740	1.0	1,897	1.1														

5 診	①	健康受診者	3,857	3,709	4,310	4,437	4,096	975,931	43,802	6,503,152									
	②	受診率	33.8	県内19位 同規模214位	33.0	県内21位 同規模219位	38.6	県内15位 同規模90位	40.8	県内14位 同規模104位	39.6	県内15位 同規模121位	39.4	39.2	全国16位	35.3			
	③	特定保健指導終了者(実施率)	412	82.7	361	80.4	450	82.3	435	80.1	82	17.8	15,006	13.4	297	5.5	69,327	9.0	
	④	非肥満高血糖	303	7.9	282	7.6	318	7.4	327	7.4	311	7.6	99,147	10.2	3,532	8.1	588,083	9.0	
	⑤	特定健診の 状況	該当者	744	19.3	748	20.2	958	22.2	1,029	23.2	886	21.6	202,995	20.8	9,180	21.0	1,321,197	20.3
	⑥		男性	492	30.1	500	31.1	628	33.2	684	35.8	593	33.8	140,027	32.7	6,496	33.1	923,222	32.0
	⑦		女性	252	11.3	248	11.8	330	13.7	345	13.7	293	12.5	62,968	11.5	2,684	11.1	397,975	11.0
	⑧		予備群	496	12.9	463	12.5	609	14.1	546	12.3	481	11.7	107,776	11.0	5,182	11.8	730,607	11.2
	⑨		男性	320	19.6	324	20.2	420	22.2	361	18.9	319	18.2	74,927	17.5	3,648	18.6	515,813	17.9
	⑩	女性	176	7.9	139	6.6	189	7.8	185	7.3	162	6.9	32,849	6.0	1,534	6.3	214,794	5.9	
	⑪	メタボ 該当・ 予備群 レベル	総数	1,376	35.7	1,323	35.7	1,682	39.0	1,710	38.5	1,496	36.5	341,075	34.9	15,805	36.1	227,296	35.0
	⑫		腹囲	902	55.2	896	55.8	1,128	59.6	1,134	59.4	1,000	57.0	235,684	55.0	11,158	56.9	1,592,747	55.3
	⑬		男性	474	21.3	427	20.3	554	22.9	576	22.8	496	21.2	105,391	19.3	4,647	19.2	680,549	18.8
	⑭		女性	233	6.0	219	5.9	241	5.6	230	5.2	199	4.9	47,108	4.8	2,385	5.4	304,276	4.7
	⑮		BMI	26	1.6	21	1.3	28	1.5	28	1.5	28	1.6	6,704	1.6	368	1.9	48,780	1.7
	⑯		男性	26	1.6	21	1.3	28	1.5	28	1.5	28	1.6	6,704	1.6	368	1.9	48,780	1.7
	⑰		女性	207	9.3	198	9.4	213	8.8	202	8.0	171	7.3	40,404	7.4	2,017	8.3	255,496	7.1
	⑱		血糖のみ	27	0.7	22	0.6	17	0.4	26	0.6	20	0.5	6,572	0.7	264	0.6	41,541	0.6
	⑳		血圧のみ	376	9.7	344	9.3	482	11.2	432	9.7	367	9.0	76,046	7.8	3,727	8.5	514,593	7.9
㉑	脂質のみ		93	2.4	97	2.6	110	2.6	88	2.0	94	2.3	25,158	2.6	1,191	2.7	174,473	2.7	
㉒	血糖・血圧		140	3.6	118	3.2	141	3.3	166	3.7	142	3.5	30,455	3.1	1,335	3.0	193,722	3.0	
㉓	血糖・脂質		34	0.9	29	0.8	34	0.8	39	0.9	34	0.8	10,434	1.1	450	1.0	67,212	1.0	
㉔	血圧・脂質		361	9.4	378	10.2	507	11.8	536	12.1	468	11.4	94,702	9.7	4,666	10.7	630,648	9.7	
㉕	血糖・血圧・脂質		209	5.4	223	6.0	276	6.4	288	6.5	242	5.9	67,404	6.9	2,729	6.2	429,615	6.6	
6 問 診	①	服薬	高血圧	1,453	37.7	1,420	38.3	1,749	40.6	1,821	41.0	1,659	40.5	363,954	37.3	16,935	38.7	232,458	35.8
	②		糖尿病	303	7.9	287	7.7	369	8.6	378	8.5	346	8.4	89,991	9.2	3,764	8.6	564,473	8.7
	③		脂質異常症	917	23.8	967	26.1	1,149	26.7	1,202	27.1	1,178	28.8	281,962	28.9	11,822	27.0	1,817,350	28.0
	④	既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	115	3.0	133	3.6	147	3.5	147	3.4	122	3.0	30,566	3.2	1,329	3.1	199,003	3.1
	⑤		心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	226	6.0	239	6.5	283	6.7	291	6.7	266	6.6	56,507	6.0	2,531	5.8	349,845	5.5
	⑥		腎不全	36	0.9	35	1.0	49	1.2	44	1.0	49	1.2	7,718	0.8	511	1.2	51,680	0.8
	⑦		貧血	544	14.4	512	14.0	512	12.2	515	11.9	487	12.2	100,062	10.6	4,733	11.0	669,737	10.6
	⑧	生活習慣の 状況	喫煙	387	10.0	380	10.2	439	10.2	469	10.6	435	10.6	123,934	12.7	5,368	12.3	896,676	13.8
	⑨		週3回以上朝食を抜く	268	7.1	246	6.8	319	7.7	326	7.6	315	7.9	76,524	8.5	3,880	9.1	609,166	10.3
	⑩		週3回以上食後閉食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	⑪		週3回以上就寝前夕食(H30～)	657	17.5	630	17.4	724	17.3	727	16.9	620	15.6	131,966	14.4	7,259	17.0	932,218	15.7
	⑫		週3回以上就寝前夕食	657	17.5	630	17.4	724	17.3	727	16.9	620	15.6	131,966	14.4	7,259	17.0	932,218	15.7
	⑬		食べる速度が遅い	1,224	32.4	1,185	32.5	1,291	30.7	1,345	31.1	1,175	29.4	233,332	25.8	13,138	30.7	1,590,713	26.8
	⑭		20歳時体重から10kg以上増加	1,300	34.3	1,290	35.4	1,540	36.6	1,554	35.9	1,385	34.6	312,790	34.4	15,365	36.0	2,083,152	34.9
⑮	1回30分以上運動習慣なし		2,338	61.8	2,160	59.3	2,572	61.2	2,648	61.3	2,458	61.5	542,996	59.6	25,071	58.7	3,589,415	60.3	
⑯	1日1時間以上運動なし		2,109	55.8	2,015	55.3	2,322	55.4	2,369	54.8	2,185	54.7	425,177	46.4	21,798	51.0	2,858,913	48.0	
⑰	睡眠不足		1,042	27.7	1,018	28.1	1,124	27.0	1,205	28.1	1,146	28.9	228,349	25.0	11,333	26.8	1,521,685	25.6	
⑱	毎日飲酒	935	24.7	890	24.4	1,003	23.9	1,025	23.7	932	23.4	229,841	24.4	10,658	24.7	1,585,206	25.5		
㉑	時々飲酒	677	17.9	663	18.2	778	18.5	793	18.4	736	18.5	201,018	21.3	7,699	17.8	1,393,154	22.4		
㉒	一 日 飲 酒 量	1合未満	1,513	65.2	1,544	67.0	1,858	67.9	1,964	69.1	1,838	69.1	409,029	65.2	17,015	63.9	2,851,798	64.2	
㉓		1～2合	511	22.0	484	21.0	550	20.1	581	20.4	558	21.0	147,595	23.5	6,226	23.4	1,053,317	23.7	
㉔		2～3合	235	10.1	213	9.2	258	9.4	235	8.3	211	7.9	55,826	8.9	2,624	9.9	414,658	9.3	
㉕		3合以上	62	2.7	63	2.7	70	2.6	64	2.3	54	2.0	14,446	2.3	754	2.8	122,039	2.7	

(参考資料2) 健診・医療・介護の一体的な分析

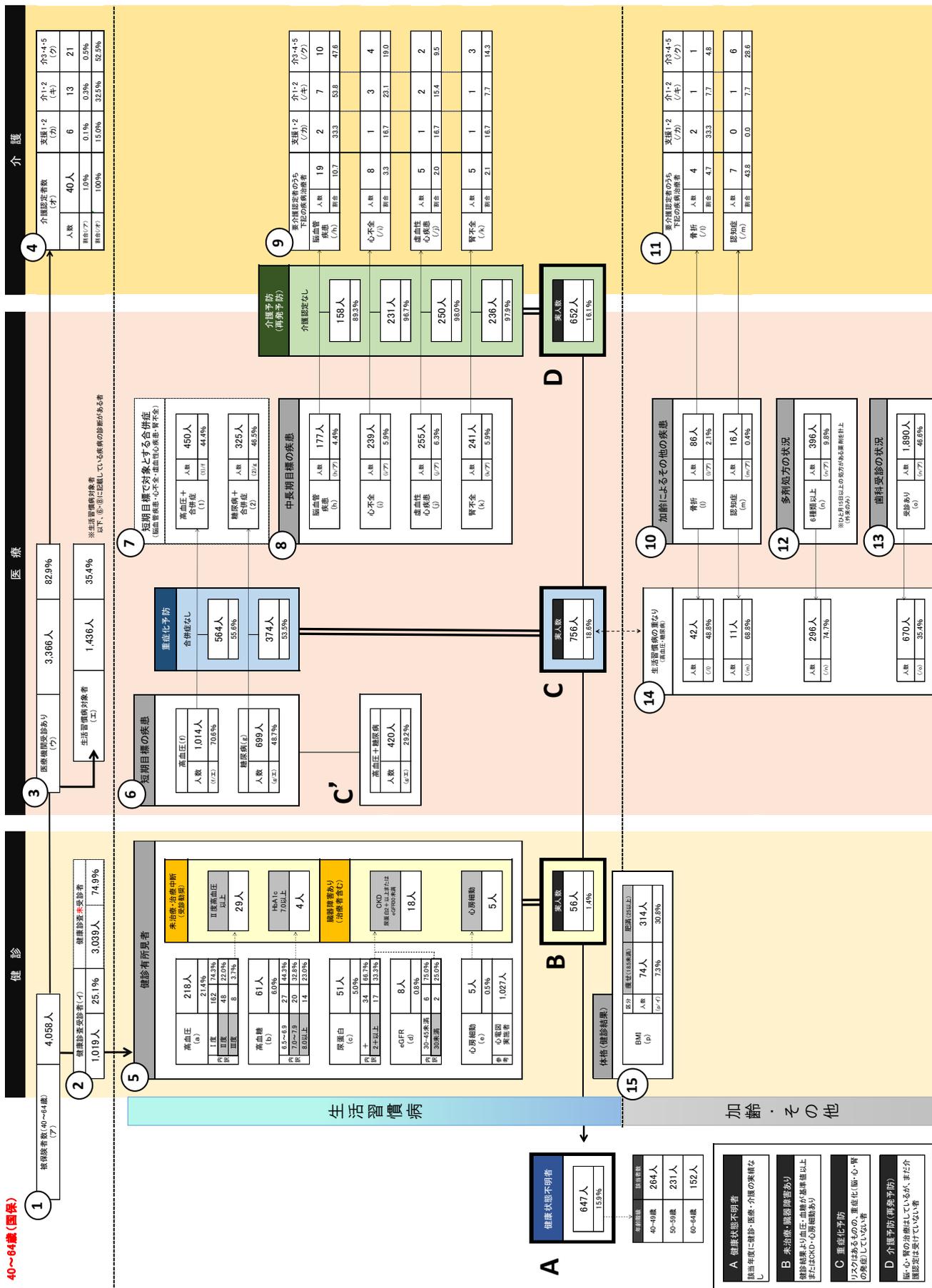
① 40～64歳(国保)

令和4年度

【KOB】厚生労働省標準式1-1  
【特定健診等電子データ管理システム】JKAC171

参考:【KOB】介入支援対象者一覧(治療・重症化予防)  
【KOB】介入支援対象者一覧(健康管理)

E表:健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する



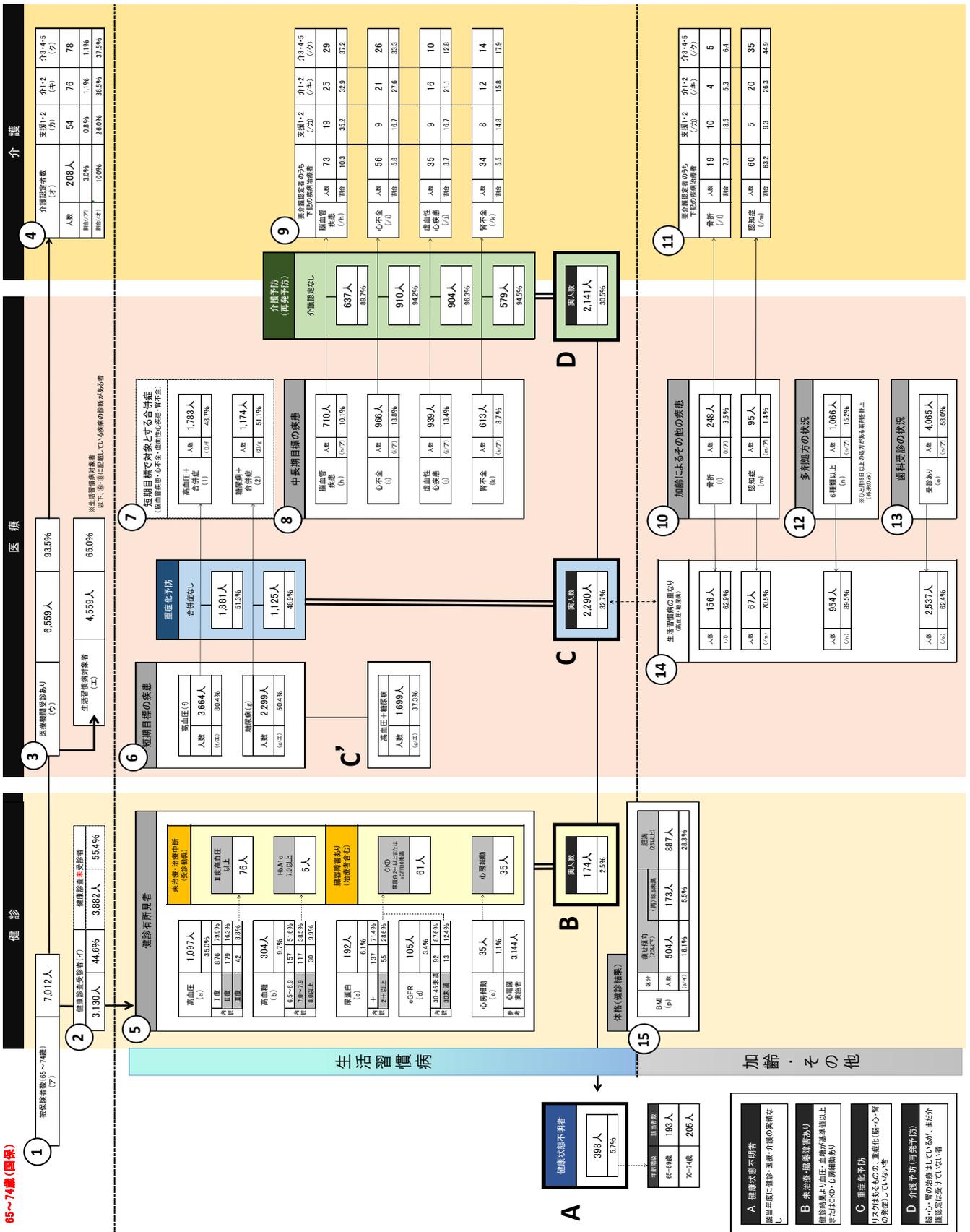
②65～74歳(国保)

阿南市

令和4年度

【Q9】厚生労働省公表資料①-1  
【特定高齢者一人暮らし支援サービス】  
【Q9】厚生労働省公表資料①-1  
【特定高齢者一人暮らし支援サービス】

参考：【Q9】の介入対象者を一時的に重症化予防・介護予防対象者と把握する  
【Q9】の介入対象者を一時的に重症化予防・介護予防対象者と把握する



**A 健康状態不明者**  
該当年度に健診・医療・介護・介護の未計な  
健康状態不明者

**B 未治療・医療改善あり**  
健診結果より血圧・血糖・脂質が基準値以上  
またはCO-CO・心臓機能改善あり

**C 重症化予防**  
リスクのあるものの、重症化(脳・心・腎)  
の発生していない者

**D 介護予防(併発予防)**  
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

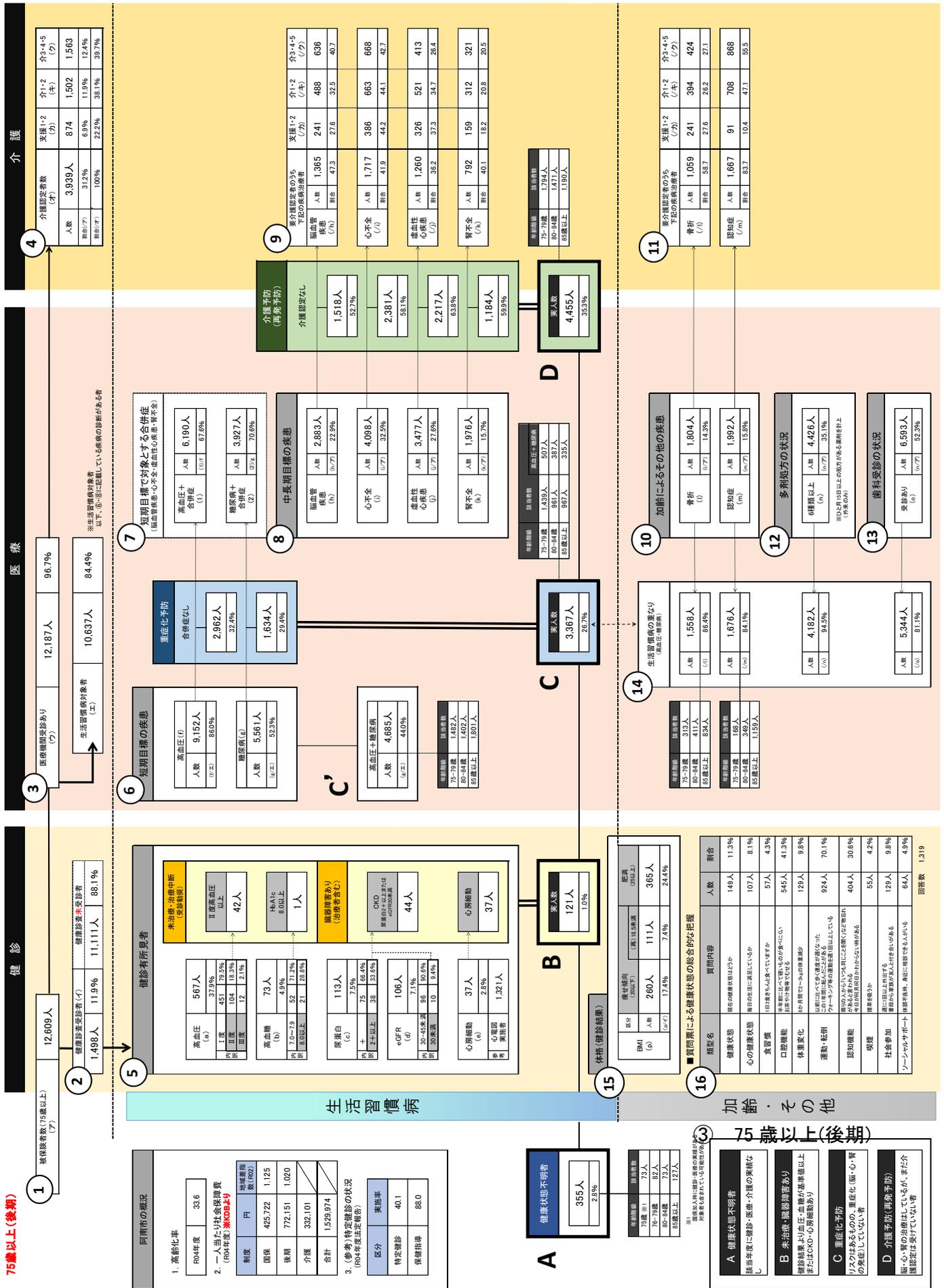


E表：健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する

【KOB】厚生労働省様式-1  
【特定保健指導一斉管理システム】PKAG171

参考：【KOB】介入支援対象者一覧<重症化予防>  
【KOB】介入支援対象者一覧<介護予防>  
【KOB】既病前診断の医師（健診）・介護受診状況

75歳以上（後期）



(参考資料3) 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

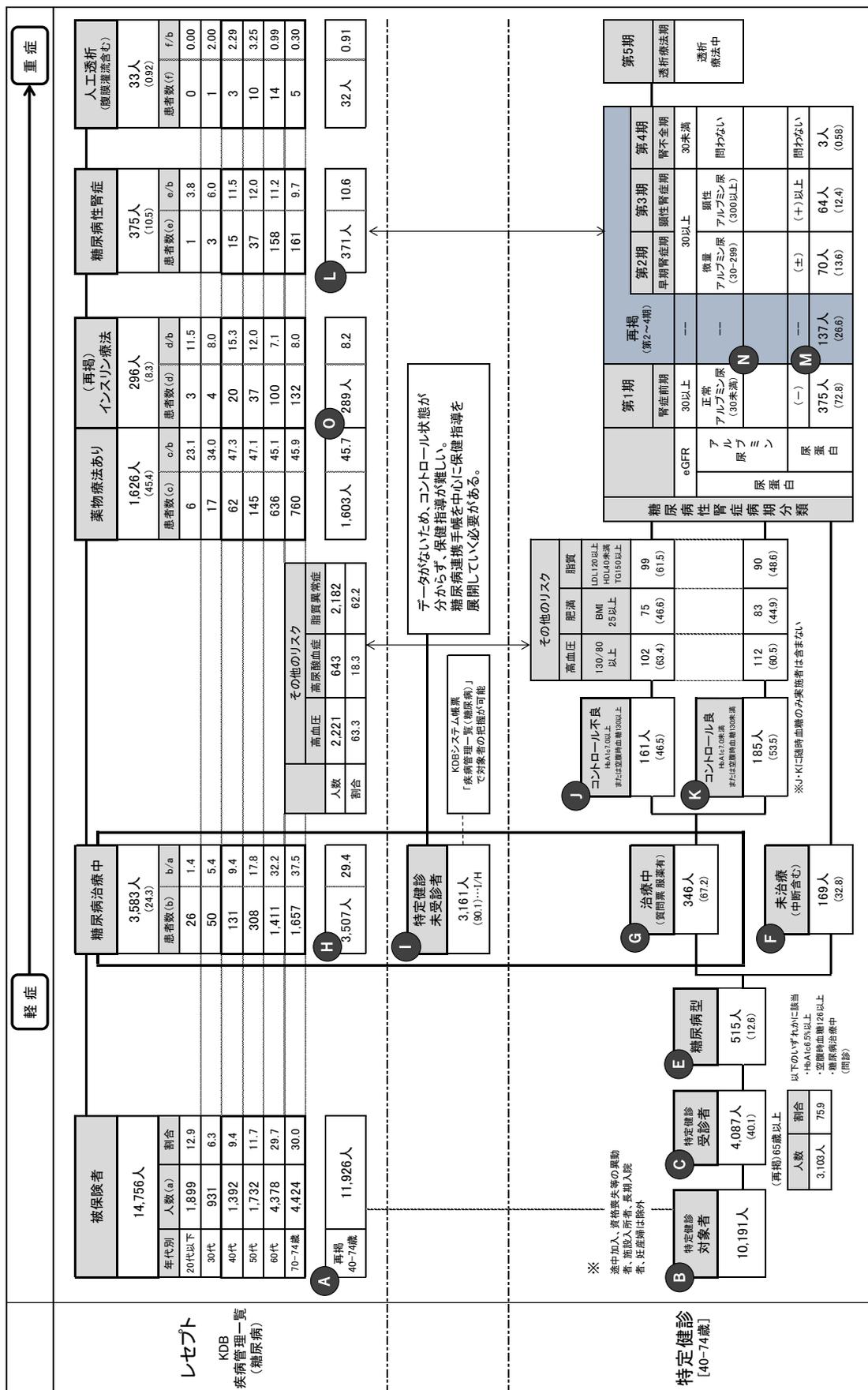
様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

項目	実数	割合	阿南市										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										
1	① 被保険者数	15,521人		15,019人		14,736人		14,610人		14,159人				KDB_厚生労働省様式様式3-2		
	② (再掲)40-74歳	12,732人		12,436人		12,334人		12,340人		11,900人						
2	① 対象者数	11,331人		11,043人		11,072人		10,724人		10,191人				市町村国民 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	3,853人		3,704人		4,298人		4,427人		4,087人						
	③ 受診率	34.0%		33.5%		38.8%		41.3%		40.1%						
3	① 特定 保健指導 対象者数	498人		441人		535人		514人		424人						
	② 実施率	76.9%		79.4%		84.5%		84.4%		88.0%						
4	健診 データ	① 糖尿病型	E	494人	12.8%	454人	12.3%	586人	13.6%	590人	13.3%	534人	12.7%		特定健診結果	
		② 未治療・中断者(質問票返答なし)	F	184人	37.2%	162人	35.7%	205人	35.0%	203人	34.4%	179人	33.5%			
		③ 治療中(質問票返答あり)	G	310人	62.8%	292人	64.3%	381人	65.0%	387人	65.6%	355人	66.5%			
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130未満	J	147人	47.4%	138人	47.3%	175人	45.9%	173人	44.7%	168人	47.3%			
		⑤ 血圧 130/80以上		92人	62.6%	94人	68.1%	126人	72.0%	118人	68.2%	106人	63.1%			
		⑥ 肥満 BMI25以上		69人	46.9%	63人	45.7%	85人	48.6%	86人	49.7%	80人	47.6%			
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	163人	52.6%	154人	52.7%	206人	54.1%	214人	55.3%	187人	52.7%			
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	333人	67.4%	321人	70.7%	432人	73.7%	423人	71.7%	368人	72.7%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		86人	17.4%	61人	13.4%	74人	12.6%	90人	15.3%	74人	13.9%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)		69人	14.0%	68人	15.0%	75人	12.8%	71人	12.0%	66人	12.4%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満		3人	0.6%	4人	0.9%	5人	0.9%	4人	0.7%	3人	0.6%			
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)		143.6人		143.0人		134.2人		148.4人		151.8人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		173.4人		170.7人		158.7人		173.7人		178.4人				
		③ レセプト件数 (40-74歳) 1件1被保険者対	入院外(件数)	11,090件	(902.8)	11,263件	(926.4)	11,231件	(921.6)	11,488件	(972.6)	10,828件	(971.6)	2,480.774件	(911.6)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		④ 入院(件数)	81件	(6.6)	80件	(6.6)	75件	(6.2)	44件	(3.7)	58件	(5.2)	10,514件	(3.9)		
		⑤ 糖尿病治療中	H	2,229人	14.4%	2,147人	14.3%	1,977人	13.4%	2,168人	14.8%	2,149人	15.2%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		⑥ (再掲)40-74歳		2,208人	17.3%	2,123人	17.1%	1,958人	15.9%	2,143人	17.4%	2,123人	17.8%			
		⑦ 健診未受診者	I	1,898人	86.0%	1,813人	85.4%	1,577人	80.5%	1,756人	81.9%	1,768人	83.3%			
		⑧ インスリン治療	O	164人	7.4%	169人	7.9%	167人	8.4%	187人	8.6%	172人	8.0%			
		⑨ (再掲)40-74歳		158人	7.2%	165人	7.8%	163人	8.3%	185人	8.6%	168人	7.9%			
		⑩ 糖尿病性腎症	L	209人	9.4%	201人	9.4%	212人	10.7%	274人	12.6%	228人	10.6%			
		⑪ (再掲)40-74歳		207人	9.4%	199人	9.4%	210人	10.7%	273人	12.7%	226人	10.6%			
		⑫ 慢性人工透析患者数 (透析施設数中に占める割合)		21人	0.9%	21人	1.0%	23人	1.2%	23人	1.1%	20人	0.9%			
		⑬ (再掲)40-74歳		20人	0.9%	21人	1.0%	23人	1.2%	23人	1.1%	20人	0.9%			
		⑭ 糖尿病性腎症による新規透析患者数		4人		2人		9人		3人		3人		阿南市調べ		
		⑮ 【参考】後期高齢者慢性人工透析患者数 (透析施設数中に占める割合)		60人	1.6%	58人	1.6%	58人	1.6%	62人	1.7%	70人	1.8%	KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期		
		6	医療費	① 総医療費		55億4880万円		57億6520万円		56億8742万円		57億9950万円		56億4380万円		
② 生活習慣病総医療費				30億4161万円		32億6687万円		32億3609万円		32億4072万円		30億3882万円		27億0662万円		
③ (総医療費に占める割合)				54.8%		56.7%		56.9%		55.9%		53.8%		53.2%		
④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者			5,268円		5,866円		7,500円		7,173円		6,898円		6,937円		
⑤ 健診未受診者	41,731円				45,141円		44,368円		41,111円		44,276円		38,519円			
⑥ 糖尿病医療費				3億1583万円		3億3212万円		3億4063万円		3億4167万円		3億1508万円		2億9434万円		
⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)				10.4%		10.2%		10.5%		10.5%		10.4%		10.9%		
⑧ 糖尿病入院外総医療費				9億4179万円		9億7225万円		9億6187万円		9億6314万円		9億7382万円				
⑨ 1件あたり				33,463円		35,226円		35,173円		34,013円		35,628円				
⑩ 糖尿病入院総医療費				6億0727万円		6億3256万円		6億2387万円		6億2738万円		5億3340万円				
⑪ 1件あたり				609,710円		607,645円		585,241円		642,807円		576,647円				
⑫ 在院日数				18日		18日		17日		18日		18日				
⑬ 慢性腎不全医療費				1億7352万円		1億8701万円		1億6850万円		1億4905万円		1億5542万円		2億2640万円		
⑭ 透析有り				1億4630万円		1億5775万円		1億4508万円		1億2689万円		1億2767万円		2億1152万円		
⑮ 透析なし				2522万円		2926万円		2342万円		2217万円		2775万円		1487万円		
7	介護	① 介護給付費		73億6170万円		76億1463万円		78億0143万円		77億5463万円		76億8184万円		56億7154万円		
		② (2号認定者)糖尿病合併症		5件	10.9%	6件	12.0%	6件	12.2%	8件	19.0%	10件	24.4%			
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)	13人	1.4%	16人	1.7%	12人	1.3%	12人	1.3%	17人	1.8%	3,958人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題	

(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

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







(参考資料 7) HbA1c の年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲				
					正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病										
									合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる						
					5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9						8.0以上
A		B		C		D		E		F		G		H		I			
人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
H29	3,832	1,762	46.0%	1,260	32.9%	463	12.1%	177	4.6%	117	3.1%	53	1.4%	102	2.7%	42	1.1%		
H30	3,853	1,611	41.8%	1,386	36.0%	501	13.0%	172	4.5%	139	3.6%	44	1.1%	107	2.8%	35	0.9%		
R01	3,704	1,610	43.5%	1,230	33.2%	557	15.0%	149	4.0%	116	3.1%	42	1.1%	88	2.4%	26	0.7%		
R02	4,298	1,975	46.0%	1,374	32.0%	552	12.8%	213	5.0%	131	3.0%	53	1.2%	97	2.3%	29	0.7%		
R03	4,427	2,025	45.7%	1,449	32.7%	561	12.7%	191	4.3%	147	3.3%	54	1.2%	120	2.7%	36	0.8%		
R04	4,087	1,765	43.2%	1,429	35.0%	538	13.2%	182	4.5%	133	3.3%	40	1.0%	98	2.4%	21	0.5%		

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して  
重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上			再掲		再掲率	
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	割合		
											人数
H29	3,832	1,762 46.0%	1,260 32.9%	463 12.1%	347 9.1%	150 4.4%	197 5.6%	170 4.4%	51 30.0%	119 70.0%	9.1%
H30	3,853	1,611 41.8%	1,386 36.0%	501 13.0%	355 9.2%	148 4.7%	207 5.8%	183 4.7%	68 37.2%	115 62.8%	9.2%
R01	3,704	1,610 43.5%	1,230 33.2%	557 15.0%	307 8.3%	130 4.3%	177 5.7%	158 4.3%	57 36.1%	101 63.9%	8.3%
R02	4,298	1,975 46.0%	1,374 32.0%	552 12.8%	397 9.2%	170 4.3%	227 5.7%	184 4.3%	63 34.2%	121 65.8%	9.2%
R03	4,427	2,025 45.7%	1,449 32.7%	561 12.7%	392 8.9%	167 4.5%	225 5.7%	201 4.5%	68 33.8%	133 66.2%	8.9%
R04	4,087	1,765 43.2%	1,429 35.0%	538 13.2%	355 8.7%	135 4.2%	220 6.2%	173 4.2%	46 26.6%	127 73.4%	8.7%

治療と未治療の状況

	HbA1c測定		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲				
					正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病										
									合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる						
					5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9						8.0以上
A		B		C		D		E		F		G		H		I			
人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
治療中	H29	283	7.4%	11	3.9%	21	7.4%	54	19.1%	78	27.6%	81	28.6%	38	13.4%	76	26.9%	28	9.9%
	H30	303	7.9%	10	3.3%	25	8.3%	61	20.1%	92	30.4%	86	28.4%	29	9.6%	71	23.4%	23	7.6%
	R01	287	7.7%	10	3.5%	20	7.0%	80	27.9%	76	26.5%	74	25.8%	27	9.4%	60	20.9%	16	5.6%
	R02	369	8.6%	13	3.5%	34	9.2%	95	25.7%	106	28.7%	86	23.3%	35	9.5%	65	17.6%	17	4.6%
	R03	378	8.5%	14	3.7%	42	11.1%	97	25.7%	92	24.3%	103	27.2%	30	7.9%	77	20.4%	18	4.8%
R04	346	8.5%	16	4.6%	31	9.0%	79	22.8%	93	26.9%	95	27.5%	32	9.2%	77	22.3%	15	4.3%	
治療なし	H29	3,549	92.6%	1,751	49.3%	1,239	34.9%	409	11.5%	99	2.8%	36	1.0%	15	0.4%	26	0.7%	14	0.4%
	H30	3,550	92.1%	1,601	45.1%	1,361	38.3%	440	12.4%	80	2.3%	53	1.5%	15	0.4%	36	1.0%	12	0.3%
	R01	3,417	92.3%	1,600	46.8%	1,210	35.4%	477	14.0%	73	2.1%	42	1.2%	15	0.4%	28	0.8%	10	0.3%
	R02	3,929	91.4%	1,962	49.9%	1,340	34.1%	457	11.6%	107	2.7%	45	1.1%	18	0.5%	32	0.8%	12	0.3%
	R03	4,049	91.5%	2,011	49.7%	1,407	34.7%	464	11.5%	99	2.4%	44	1.1%	24	0.6%	43	1.1%	18	0.4%
R04	3,741	91.5%	1,749	46.8%	1,398	37.4%	459	12.3%	89	2.4%	38	1.0%	8	0.2%	21	0.6%	6	0.2%	

(参考資料 8) 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者 A	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
	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	3,832	910	23.7%	720	18.8%	1,058	27.6%	929	24.2%	196	5.1%	19	0.5%
H30	3,853	919	23.9%	695	18.0%	1,063	27.6%	944	24.5%	202	5.2%	30	0.8%
R01	3,704	848	22.9%	656	17.7%	1,028	27.8%	947	25.6%	197	5.3%	28	0.8%
R02	4,298	835	19.4%	685	15.9%	1,206	28.1%	1,211	28.2%	310	7.2%	51	1.2%
R03	4,427	930	21.0%	752	17.0%	1,298	29.3%	1,153	26.0%	260	5.9%	34	0.8%
R04	4,087	891	21.8%	684	16.7%	1,210	29.6%	1,029	25.2%	223	5.5%	50	1.2%

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

重症化しやすい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		
H29	3,832	1,630 42.5%	1,058 27.6%	929 24.2%	215 5.6%	116 3.0%	99 2.6%	5.6%	
H30	3,853	1,614 41.9%	1,063 27.6%	944 24.5%	232 6.0%	127 3.3%	105 2.7%	6.0%	
R01	3,704	1,504 40.6%	1,028 27.8%	947 25.6%	225 6.1%	123 3.3%	102 2.8%	6.1%	
R02	4,298	1,520 35.4%	1,206 28.1%	1,211 28.2%	361 8.4%	195 4.5%	166 3.9%	8.4%	
R03	4,427	1,682 38.0%	1,298 29.3%	1,153 26.0%	294 6.6%	170 3.8%	124 2.8%	6.6%	
R04	4,087	1,575 38.5%	1,210 29.6%	1,029 25.2%	273 6.7%	164 4.0%	109 2.7%	6.7%	

治療と未治療の状況

	血圧測定者 A	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		
	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	1,398	36.5%	164	11.7%	252	18.0%	436	31.2%	447	32.0%	91	6.5%	8	0.6%
	H30	1,451	37.7%	177	12.2%	262	18.1%	447	30.8%	460	31.7%	88	6.1%	17	1.2%
	R01	1,417	38.3%	179	12.6%	232	16.4%	441	31.1%	463	32.7%	91	6.4%	11	0.8%
	R02	1,748	40.7%	177	10.1%	253	14.5%	522	29.9%	630	36.0%	147	8.4%	19	1.1%
	R03	1,819	41.1%	211	11.6%	311	17.1%	579	31.8%	594	32.7%	108	5.9%	16	0.9%
	R04	1,658	40.6%	205	12.4%	257	15.5%	549	33.1%	538	32.4%	93	5.6%	16	1.0%
治療なし	H29	2,434	63.5%	746	30.6%	468	19.2%	622	25.6%	482	19.8%	105	4.3%	11	0.5%
	H30	2,402	62.3%	742	30.9%	433	18.0%	616	25.6%	484	20.1%	114	4.7%	13	0.5%
	R01	2,287	61.7%	669	29.3%	424	18.5%	587	25.7%	484	21.2%	106	4.6%	17	0.7%
	R02	2,550	59.3%	658	25.8%	432	16.9%	684	26.8%	581	22.8%	163	6.4%	32	1.3%
	R03	2,608	58.9%	719	27.6%	441	16.9%	719	27.6%	559	21.4%	152	5.8%	18	0.7%
	R04	2,429	59.4%	686	28.2%	427	17.6%	661	27.2%	491	20.2%	130	5.4%	34	1.4%

(参考資料9) LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
総数	H29	3,832	1,725	45.0%	1,029	26.9%	614	16.0%	327	8.5%	137	3.6%
	H30	3,810	1,683	44.2%	1,007	26.4%	651	17.1%	295	7.7%	174	4.6%
	R01	3,664	1,698	46.3%	911	24.9%	608	16.6%	298	8.1%	149	4.1%
	R02	4,251	2,045	48.1%	1,024	24.1%	707	16.6%	321	7.6%	154	3.6%
	R03	4,393	2,003	45.6%	1,103	25.1%	736	16.8%	352	8.0%	199	4.5%
R04	4,055	1,958	48.3%	986	24.3%	671	16.5%	298	7.3%	142	3.5%	
男性	H29	1,617	838	51.8%	423	26.2%	229	14.2%	95	5.9%	32	2.0%
	H30	1,612	831	51.6%	410	25.4%	238	14.8%	90	5.6%	43	2.7%
	R01	1,587	833	52.5%	374	23.6%	235	14.8%	105	6.6%	40	2.5%
	R02	1,861	1,030	55.3%	421	22.6%	263	14.1%	104	5.6%	43	2.3%
	R03	1,886	981	52.0%	474	25.1%	260	13.8%	115	6.1%	56	3.0%
R04	1,732	920	53.1%	437	25.2%	243	14.0%	89	5.1%	43	2.5%	
女性	H29	2,215	887	40.0%	606	27.4%	385	17.4%	232	10.5%	105	4.7%
	H30	2,198	852	38.8%	597	27.2%	413	18.8%	205	9.3%	131	6.0%
	R01	2,077	865	41.6%	537	25.9%	373	18.0%	193	9.3%	109	5.2%
	R02	2,390	1,015	42.5%	603	25.2%	444	18.6%	217	9.1%	111	4.6%
	R03	2,507	1,022	40.8%	629	25.1%	476	19.0%	237	9.5%	143	5.7%
R04	2,323	1,038	44.7%	549	23.6%	428	18.4%	209	9.0%	99	4.3%	

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して  
重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲	
					再)180以上	未治療	治療		
H29	3,832	1,725 45.0%	1,029 26.9%	614 16.0%	464 12.1%	418 90.1%	46 9.9%	12.1%	
					137 3.6%	124 90.5%	13 9.5%	3.6%	
H30	3,810	1,683 44.2%	1,007 26.4%	651 17.1%	469 12.3%	428 91.3%	41 8.7%	12.3%	
					174 4.6%	159 91.4%	15 8.6%	4.6%	
R01	3,664	1,698 46.3%	911 24.9%	608 16.6%	447 12.2%	411 91.9%	36 8.1%	12.2%	
					149 4.1%	135 90.6%	14 9.4%	4.1%	
R02	4,251	2,045 48.1%	1,024 24.1%	707 16.6%	475 11.2%	435 91.6%	40 8.4%	11.2%	
					154 3.6%	144 93.5%	10 6.5%	3.6%	
R03	4,393	2,003 45.6%	1,103 25.1%	736 16.8%	551 12.5%	505 91.7%	46 8.3%	12.5%	
					199 4.5%	186 93.5%	13 6.5%	4.5%	
R04	4,055	1,958 48.3%	986 24.3%	671 16.5%	440 10.9%	409 93.0%	31 7.0%	10.9%	
					142 3.5%	135 95.1%	7 4.9%	3.5%	

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	891	23.3%	568	63.7%	192	21.5%	85	9.5%	33	3.7%	13	1.5%
	H30	911	23.9%	571	62.7%	205	22.5%	94	10.3%	26	2.9%	15	1.6%
	R01	962	26.3%	664	69.0%	181	18.8%	81	8.4%	22	2.3%	14	1.5%
	R02	1,141	26.8%	796	69.8%	218	19.1%	87	7.6%	30	2.6%	10	0.9%
	R03	1,197	27.2%	829	69.3%	222	18.5%	100	8.4%	33	2.8%	13	1.1%
R04	1,174	29.0%	823	70.1%	235	20.0%	85	7.2%	24	2.0%	7	0.6%	
治療なし	H29	2,941	76.7%	1,157	39.3%	837	28.5%	529	18.0%	294	10.0%	124	4.2%
	H30	2,899	76.1%	1,112	38.4%	802	27.7%	557	19.2%	269	9.3%	159	5.5%
	R01	2,702	73.7%	1,034	38.3%	730	27.0%	527	19.5%	276	10.2%	135	5.0%
	R02	3,110	73.2%	1,249	40.2%	806	25.9%	620	19.9%	291	9.4%	144	4.6%
	R03	3,196	72.8%	1,174	36.7%	881	27.6%	636	19.9%	319	10.0%	186	5.8%
R04	2,881	71.0%	1,135	39.4%	751	26.1%	586	20.3%	274	9.5%	135	4.7%	