

鳴門市国民健康保険
第 3 期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

第 4 期特定健康診査等実施計画
令和 6 年度～令和 11 年度

鳴門市国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章	保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方	1
1.	背景・目的	1
2.	計画の位置付けと基本的な考え方	2
3.	計画期間	8
4.	関係者が果たすべき役割と連携	8
1)	市町村国保の役割	8
2)	関係機関との連携	10
3)	被保険者の役割	10
5.	保険者努力支援制度	10
第2章	第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化	12
1.	保険者の特性	12
2.	第2期計画に係る評価及び考察	14
1)	第2期計画に係る評価	14
(1)	中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況	14
(2)	短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況	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	24
(3)	第2期計画目標の達成状況一覧	25
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
第3章	特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	38
1.	第4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	41
(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	43
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	61
4.	脳血管疾患重症化予防	67
III.	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	73
IV.	発症予防	75
V.	ポピュレーションアプローチ	76
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

参考資料 80

参考資料 1	様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた鳴門市の位置.....	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^{※1}」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取り組みを行うことを推進する。」とされました。平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)において、市町村国保は健康・医療情報を活用してPDCAサイクル^{※2}に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

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

このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取り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、「特定健康診査等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健康診査(以下、「特定健診という。」及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画(データヘルス計画)と一体的に策定することとします。ただし、保健事業実施計画(データヘルス計画)の対象者は、被保険者全員とします。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)^{※5}」(以下「プログラム」という。)は、高確法に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。(図表2・3・4・5)

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

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

なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

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

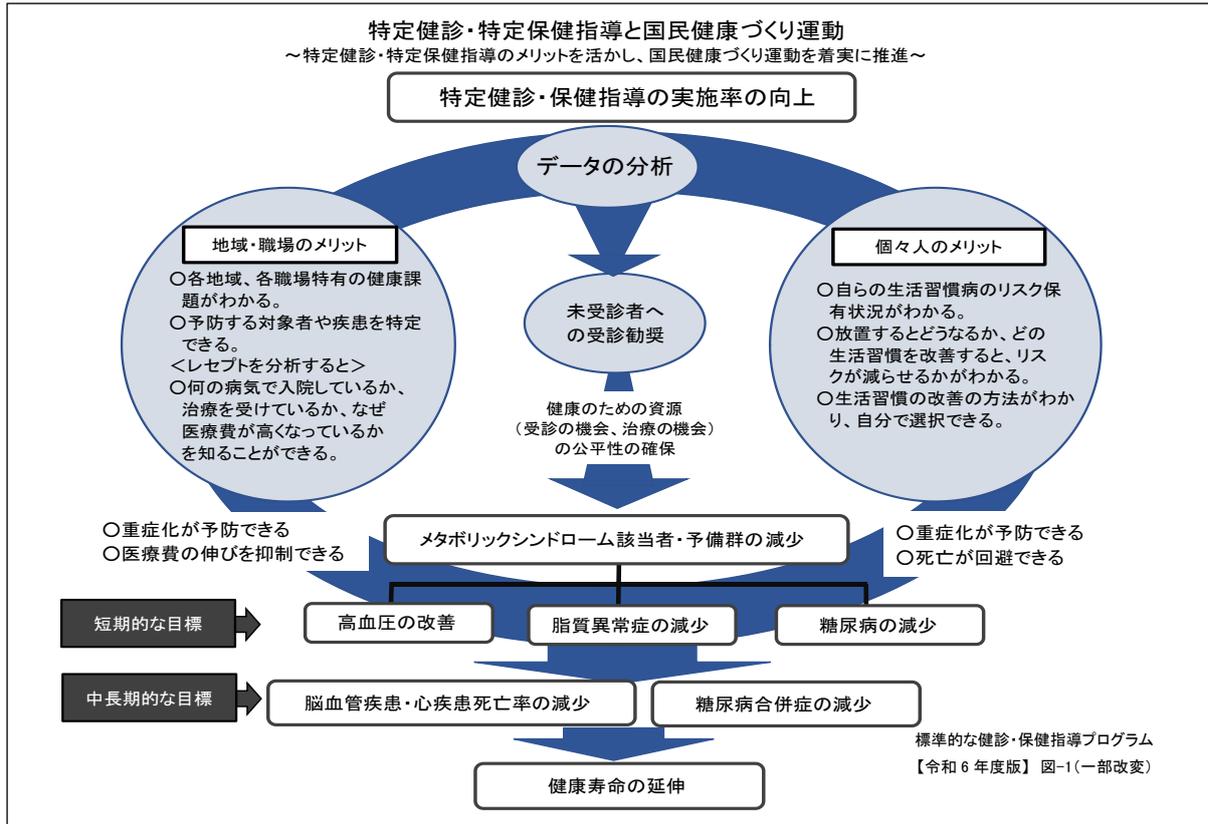
図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法		
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等実施計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 健康保険法 高確法 第82条 第150条 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務
基本的な考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生活できる 持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り 残さない健康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健康の増進 の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的に、健康・医 療情報を活用しPDCAサイクルに沿った効果的 かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健 事業実施計画を策定、保健事業の実施及び評価 を行う。	加入者の年齢構成、地域的条件等の実情を考 慮し、特定健康診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ(胎児期から老齢期 まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える 現在の若年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、 小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳
対象疾病	<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>
	<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)</p>		
評 価	<p>「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」</p> <p>51目標項目</p> <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 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 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</p> <p>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</p> <p>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ビ ス提供体制の確保及び地域支援事業の計 画的な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・重度化防止
対象年齢	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳(※) 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、骨折+骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の重症化予防	5疾病 糖 尿 病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳 卒 中 が ん 精神疾患	要介護状態となることの予防 要介護状態の軽減・悪化防止 生活習慣病 虚血性心疾患・心不全 脳血管疾患 認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養
評 価	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防の推進 ・高齢者の心身機能の低下等に起因 した疾病予防・介護予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・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

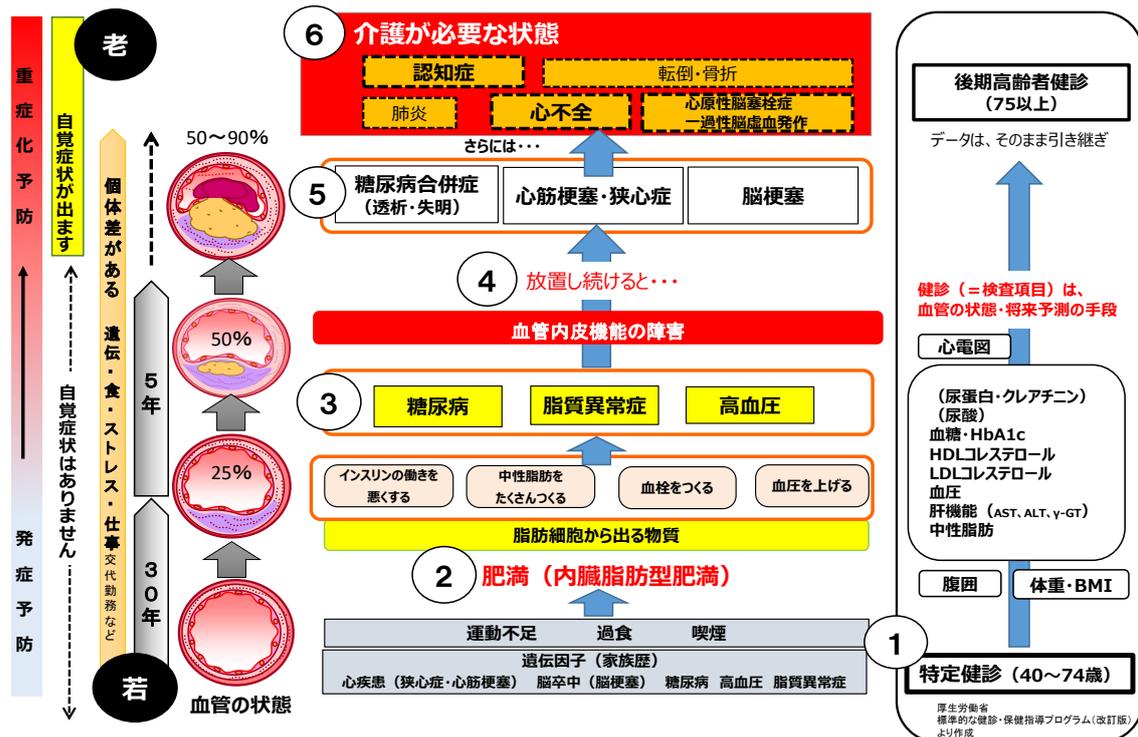
図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



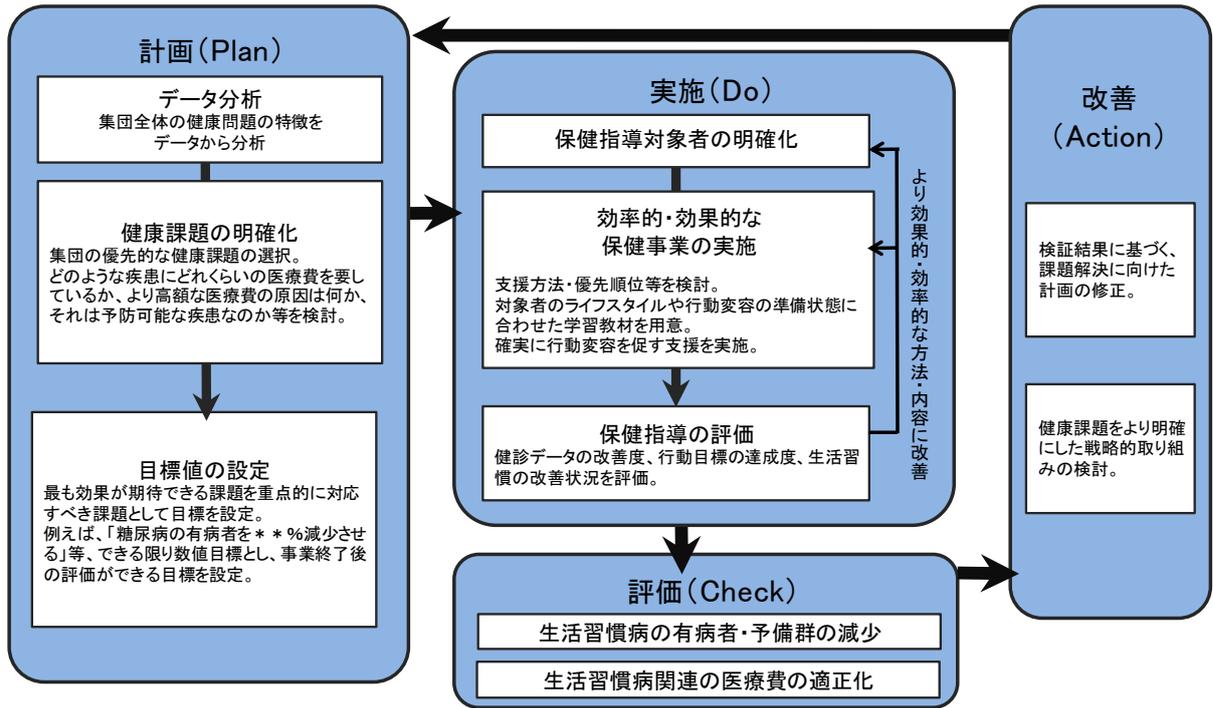
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

【参考資料】「特定健診の意義」住民との共通資料

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

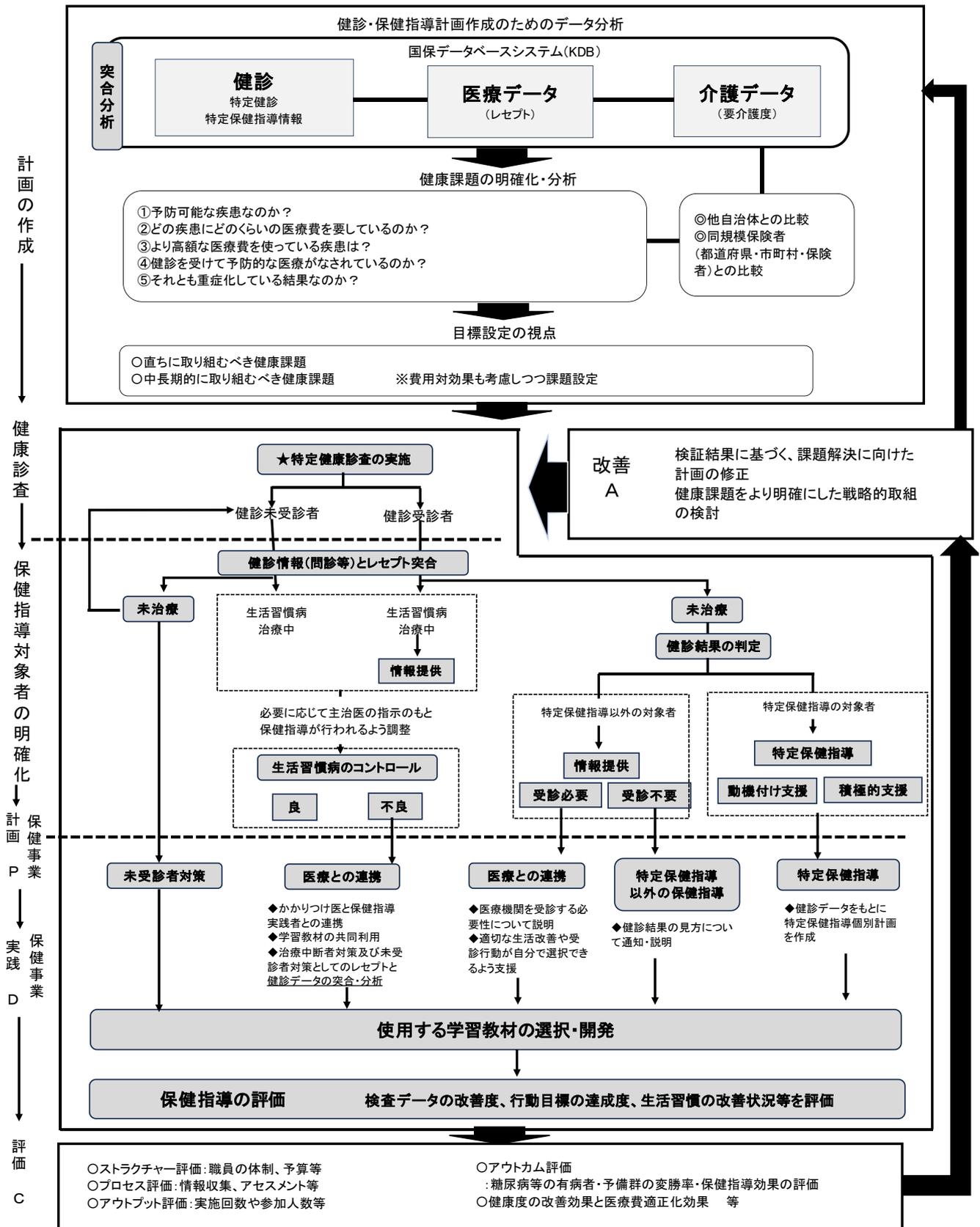


図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



標準的な健診・保健指導プログラム[R6年度版]、厚生労働省様式5-5参考

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

図表 5 標準的な健診・保健指導プログラム(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
健診・保健指導の関係	かつての健診・保健指導 健診に付加した保健指導	<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;"> 最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン) </div> <div style="font-size: 2em; margin: 10px 0;">➔</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;"> 行動変容を促す手法 </div>	現在の健診・保健指導 内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体メカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らを選択し、実施する。
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村	医療保険者	

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

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

データヘルス計画の期間については、国指針第5の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされています。また、国民健康保険事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引きにおいて、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、特定健康診査等実施計画、医療費適正化計画や医療計画とが6年を一期としていることから、これらとの整合性を踏まえて設定しています。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

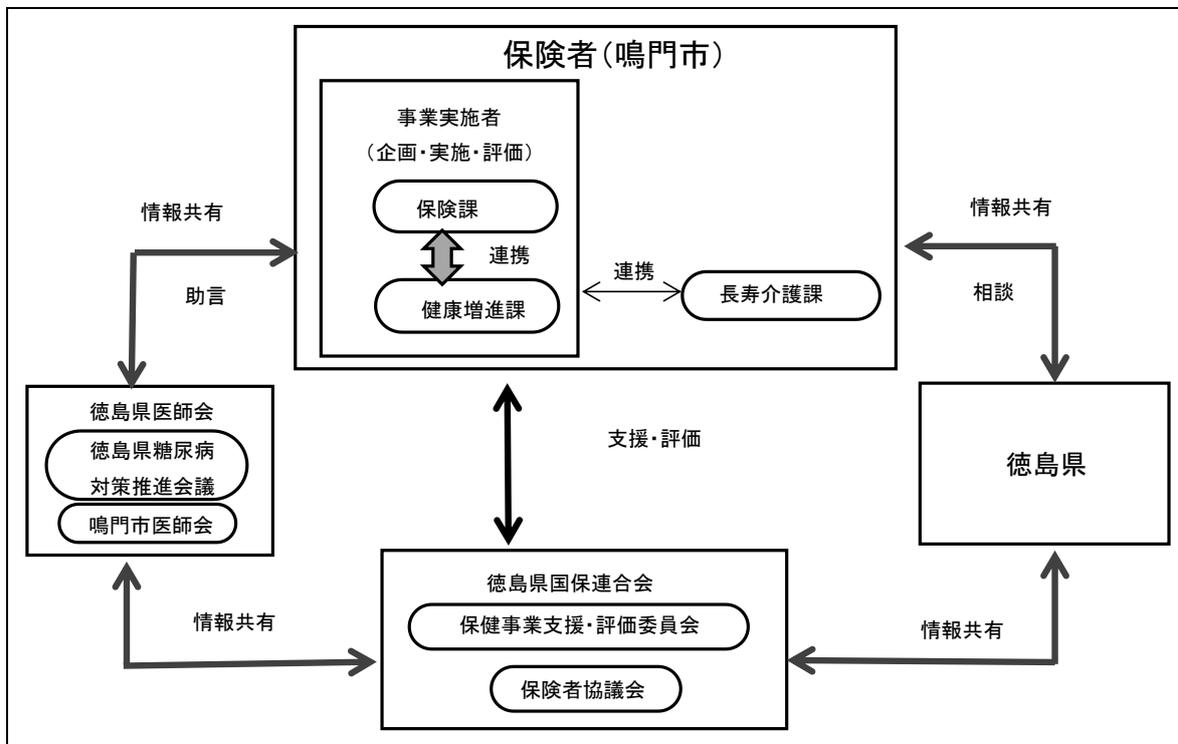
1) 市町村国保の役割

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

具体的には、市内の医療機関とも十分連携を図ることとします。さらに、計画期間を通じて PDCA

サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務をマニュアル化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整えます。（図表 6・7）

図表 6 鳴門市の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

◎…主担当 ○…副担当

	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、受診券送付等)	◎	○					

2) 関係機関との連携

<参考> 手引きより抜粋

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

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

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

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

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

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

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、計画の推進にあたり、鳴門市国保運営協議会において、被保険者の代表として意見等を伺います。

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取り組み等に対する支援を行うため、保険者の取り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り組みを後押しする(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、取り組みをすすめます。

図表 8 保険者努力支援制度(評価指標:市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点		
			鳴門市	配点	鳴門市	配点	鳴門市	配点	
交付額(千円)			24,367		20,564		22,402		
全国順位(1,741市町村中)			689位		1121位		908位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	60	70	95	70	110	70	
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70	
		(3)メタリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	20	40	20	40	17	40	
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35	
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	90	120	70	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	50	90	65	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		20	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	20	50	35	50	
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	10	130	30	130	10	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	55	100	50	100	70	100
		②	データヘルス計画の実施状況	40	40	25	30	25	25
③		医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15	
④		地域包括ケア・一体的実施	20	30	20	30	20	40	
⑤		第三者求償の取組	35	40	38	50	43	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	74	95	68	100	70	100	
合計点			589	1,000	526	960	550	940	

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5万4千人で、高齢化率は35.4%(令和2年度国勢調査)です。全国と同規模、徳島県と比較すると、65歳以上の高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢も55.9歳と高く、出生率は5.0、死亡率14.0となっています。産業においては、第1次産業が10.2%と同規模より高く、農業・漁業など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23.4%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49%を占め、平成30年と比較して1.9%増加しています。(図表10)

図表9 同規模・県・国と比較した鳴門市の特性

	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
鳴門市	53,995	35.4 ↑	12,613 (23.4)	55.9	5.0 ↓	14.0	0.6	10.2 ↑	25.4	64.4
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、鳴門市と同規模保険者(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	14,512		14,032		13,831		13,411		12,613	
65～74歳	6,801	46.9	6,691	47.7	6,758	48.9	6,699	50.0	6,160	48.8
40～64歳	4,658	32.1	4,456	31.8	4,367	31.6	4,203	31.3	4,051	32.1
39歳以下	3,053	21.0	2,885	20.6	2,706	19.6	2,509	18.7	2,402	19.0
加入率	24.7		23.9		23.5		22.8		23.4	

(医療の状況)

また本市には7つの病院、50の診療所があり、いずれも同規模と比較しても多く、病床数も多いことから、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、平成30年度と比較すると、外来患者数は増加しています。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	7	0.5	7	0.6	0.3	0.7
診療所数	52	3.6	50	3.6	50	3.6	51	3.8	50	4.0	3.6	4.6
病床数	1,387	95.6	1,283	91.4	1,283	92.8	1,283	95.7	1,169	92.7	59.4	88.4
医師数	148	10.2	148	10.5	146	10.6	146	10.9	138	10.9	10.0	16.6
外来患者数	748.7		755.8		729.3		757.7		777.4		719.9	737.2
入院患者数	25.2		25.4		23.5		24.3		25.1		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段階で設定します。

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)を設定します。

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64人(認定率0.36%)、1号(65歳以上)被保険者で3,685人(認定率19.3%)と同規模と比較すると高く、平成30年度と比べるとほぼ横ばいで推移しています。

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

	鳴門市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	18,448人	31.4%	19,121人	35.4%	30.4%	34.5%	28.7%
2号認定者	70人	0.36%	64人	0.36%	0.36%	0.38%	0.38%
新規認定者	18人		8人		--	--	--
1号認定者	3,683人	20.0%	3,685人	19.3%	18.1%	20.7%	19.4%
新規認定者	461人		486人		--	--	--
再掲	65～74歳		364人		3.8%	--	--
新規認定者	87人		83人		--	--	--
再掲	75歳以上		3,321人		34.8%	--	--
新規認定者	374人		403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56億円から57億円に伸びています。一人あたり給付費をみると、平成30年度より約5千円減少しており、介護保険料をみると、県・全国と比較すると高くなっています。(図表13)

図表 13 介護給付費の変化

	鳴門市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	56億1757万円	57億2851万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	304,508	299,593	274,536	320,304	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	61,378	60,667	63,298	63,005	59,662
居室サービス	38,486	37,790	41,822	41,316	41,272
施設サービス	282,539	293,587	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	
鳴門市(県内21位)	4,800円	鳴門市(県内11位)	5,760円	鳴門市(県内7位)	6,360円	鳴門市(県内10位)	6,500円
徳島県	5,282円	徳島県	5,681円	徳島県	6,285円	徳島県	6,477円
全国	4,972円	全国	5,514円	全国	5,869円	全国	6,014円

出典:介護保険事業報告

要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代においても、脳卒中(脳出血・脳梗塞)と虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)が上位を占めています。基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症の有病状況は、全年齢で 95.5%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(R04 年度)

受給者区分		2号				1号				合計				
年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上		計						
介護件数(全体)		64		364		3,323		3,687		3,751				
再)国保・後期		28		289		3,165		3,454		3,482				
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数		疾病	件数		疾病	件数				
				割合			割合			割合				
	循環器疾患	1	脳卒中	15	53.6%	脳卒中	118	40.8%	虚血性心疾患	1,626	51.4%	虚血性心疾患	1,721	49.8%
		2	虚血性心疾患	4	14.3%	虚血性心疾患	95	32.9%	脳卒中	1,326	41.9%	脳卒中	1,444	41.8%
		3	腎不全	2	7.1%	腎不全	46	15.9%	腎不全	659	20.8%	腎不全	705	20.4%
		4	糖尿病合併症	5	17.9%	糖尿病合併症	60	20.8%	糖尿病合併症	513	16.2%	糖尿病合併症	573	16.6%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		25	89.3%	基礎疾患	254	87.9%	基礎疾患	3,046	96.2%	基礎疾患	3,300	95.5%	
	血管疾患合計		26	92.9%	合計	263	91.0%	合計	3,089	97.6%	合計	3,352	97.0%	
	認知症		4	14.3%	認知症	66	22.8%	認知症	1,499	47.4%	認知症	1,565	45.3%	
	筋・骨格疾患		24	85.7%	筋骨格系	253	87.5%	筋骨格系	3,058	96.6%	筋骨格系	3,311	95.9%	
糖尿病合併症		5	17.9%	糖尿病合併症	60	20.8%	糖尿病合併症	513	16.2%	糖尿病合併症	578	16.6%		
基礎疾患		25	89.3%	基礎疾患	254	87.9%	基礎疾患	3,046	96.2%	基礎疾患	3,325	95.5%		

※新規認定者についてはNO.49_要介護実合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

出典:ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本市の令和4年度の医療費は、国保加入者の減少とともに総医療費は減少しているものの、一人あたり医療費は高くなっており、同規模保険者と比べて約3万円高く、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40%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4万円も高くなっています。(図表15)

また、令和2年度の地域差指数(年齢調整後)でも、全国平均の1を超えているものの、県平均よりは低くなっています。(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

	鳴門市		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)	14,512人	12,613人	--	--	--	
前期高齢者割合	6,801人 (46.9%)	6,160人 (48.8%)	--	--	--	
総医療費	51億9315万円	50億5099万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	357,852 県内17位 同規模60位	400,459 県内16位 同規模54位	366,294	389,015	339,680	
入院	1件あたり費用額(円)	510,520	↑ 554,560	610,160	567,420	617,950
	費用の割合	43.6%	43.3%	40.5%	45.1%	39.6%
	件数の割合	3.3%	3.1%	2.7%	3.3%	2.5%
外来	1件あたり費用額(円)	22,150	23,500	24,470	23,430	24,220
	費用の割合	56.4%	56.7%	59.5%	54.9%	60.4%
	件数の割合	96.7%	96.9%	97.3%	96.7%	97.5%
受診率	773.851	802.488	739.503	762.201	705.439	

※同規模順位は鳴門市と同規模保険者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			
	鳴門市 (県内市町村中)		県 (47県中)	鳴門市 (県内市町村中)		県 (47県中)	
	H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度	
地域差指数・順位	全体	1.071	1.049	1.118	1.130	1.161	1.104
		(14位)	(18位)	(10位)	(3位)	(3位)	(10位)
	入院	1.140	1.131	1.287	1.262	1.316	1.192
		(18位)	(20位)	(9位)	(4位)	(5位)	(11位)
	外来	1.016	0.975	0.999	0.988	0.993	1.011
		(4位)	(14位)	(25位)	(14位)	(12位)	(13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、県と比較すると高くなっています。(図表 17)

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			鳴門市		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)			51億9315万円	50億5099万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			3億9471万円	3億0895万円	--	--	--
			7.60%	→ 6.12%	7.95%	5.92%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.01%	1.23%	2.08%	1.44%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.65%	1.41%	1.42%	1.80%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.71%	3.15%	4.16%	2.34%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.24%	→ 0.33%	0.29%	0.34%	0.29%
そ 疾 患 の 他 の	悪性新生物		16.97%	17.13%	17.03%	16.11%	16.69%
	筋・骨疾患		8.70%	8.57%	8.72%	8.54%	8.68%
	精神疾患		11.09%	10.27%	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)が、患者数及び割合と減少していますが、人工透析については、横ばいです。(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	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	14,512	12,613	a	870	698	1,280	1,024	57	53	
				a/A	6.0%	5.5%	8.8%	8.1%	0.4%	0.4%	
40歳以上	B	11,459	10,211	b	857	686	1,267	1,012	52	52	
	B/A	79.0%	81.0%	b/B	7.5%	6.7%	11.1%	9.9%	0.5%	0.5%	
再掲	40~64歳	D	4,658	4,051	d	172	146	247	214	36	38
		D/A	32.1%	32.1%	d/D	3.7%	3.6%	5.3%	5.3%	0.8%	0.9%
	65~74歳	C	6,801	6,160	c	685	540	1,020	798	16	14
		C/A	46.9%	48.8%	c/C	10.1%	8.8%	15.0%	13.0%	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

慢性腎臓病の発症や進行には、高血圧、糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病が強く関係するほか、肥満、食塩の過剰摂取、過度の飲酒、喫煙などの生活習慣も深く関係しています。

(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	4,666	4,215	1,085	988	3,581	3,227	
	A/被保数	40.7%	41.3%	23.3%	24.4%	52.7%	52.4%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	474	367	88	74	386	293
		B/A	10.2%	8.7%	8.1%	7.5%	10.8%	9.1%
	虚血性心疾患	C	970	757	170	142	800	615
		C/A	20.8%	18.0%	15.7%	14.4%	22.3%	19.1%
	人工透析	D	48	48	35	35	13	13
		D/A	1.0%	1.1%	3.2%	3.5%	0.4%	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

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	2,874	2,696	764	732	2,110	1,964	
	A/被保数	25.1%	26.4%	16.4%	18.1%	31.0%	31.9%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	290	214	55	40	235	174
		B/A	10.1%	7.9%	7.2%	5.5%	11.1%	8.9%
	虚血性心疾患	C	628	539	112	110	516	429
		C/A	21.9%	20.0%	14.7%	15.0%	24.5%	21.8%
	人工透析	D	32	38	24	27	8	11
		D/A	1.1%	1.4%	3.1%	3.7%	0.4%	0.6%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	461	409	119	119	342	290
		E/A	16.0%	15.2%	15.6%	16.3%	16.2%	14.8%
	糖尿病性網膜症	F	351	329	85	95	266	234
		F/A	12.2%	12.2%	11.1%	13.0%	12.6%	11.9%
	糖尿病性神経障害	G	155	141	49	60	106	81
		G/A	5.4%	5.2%	6.4%	8.2%	5.0%	4.1%

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

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
脂質異常症治療者(人)		A	4,075	3,655	1,044	950	3,031	2,705
		A/被保数	35.6%	35.8%	22.4%	23.5%	44.6%	43.9%
(中長期 合併症 目標疾患)	脳血管疾患	B	382	290	61	50	321	240
		B/A	9.4%	7.9%	5.8%	5.3%	10.6%	8.9%
	虚血性心疾患	C	844	676	151	133	693	543
		C/A	20.7%	18.5%	14.5%	14.0%	22.9%	20.1%
	人工透析	D	21	24	16	17	5	7
		D/A	0.5%	0.7%	1.5%	1.8%	0.2%	0.3%

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

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧(収縮期 160-179/拡張期 100-109)と、HbA1c7.0 以上の対象者を平成30年度と令和3年度で比較してみたところ、Ⅱ度高血圧は有所見者の割合が増加しており、HbA1c7.0以上の割合も上がっています。

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、今後重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 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	G	G/E	H	H/E
鳴門市	3,329	31.7	3,878	39.0	149	4.5	94	63.1	211	5.4	127	60.2	78	37.0	10	4.7	
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	M	M/K	N	N/K
鳴門市	3,329	100.0	3,876	99.9	128	3.8	42	32.8	168	4.3	52	31.0	9	5.4	6	3.6	
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症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。

本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は増加し、予備群の対象者数・割合はほぼ横ばいです。(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	3,329 (31.7%)	627 (18.8%)	179 (5.4%)	448 (13.5%)	407 (12.2%)
R04年度	3,569 (38.4%)	743 (20.8%)	235 (6.6%)	508 (14.2%)	425 (11.9%)

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、HbA1c6.5 以上の割合及びⅡ度高血圧・LDL-C160 は増加しています。令和 3 年と令和 4 年の改善率をみると、LDL コレステロールが 6 ポイント伸びており、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 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			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	258 (7.8%)	53 (20.5%)	89 (34.5%)	27 (10.5%)	89 (34.5%)
R03→R04	338 (8.7%)	72 (21.3%)	113 (33.4%)	31 (9.2%)	122 (36.1%)

図表 25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	149 (4.5%)	70 (47.0%)	23 (15.4%)	2 (1.3%)	54 (36.2%)
R03→R04	211 (5.4%)	101 (47.9%)	26 (12.3%)	6 (2.8%)	78 (37.0%)

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			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	423 (12.7%)	156 (36.9%)	103 (24.3%)	34 (8.0%)	130 (30.7%)
R03→R04	480 (12.4%)	206 (42.9%)	104 (21.7%)	25 (5.2%)	145 (30.2%)

④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、平成30年度以降受診率は増加していましたが、令和4年度は前年度から0.6ポイント減少し、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表27)

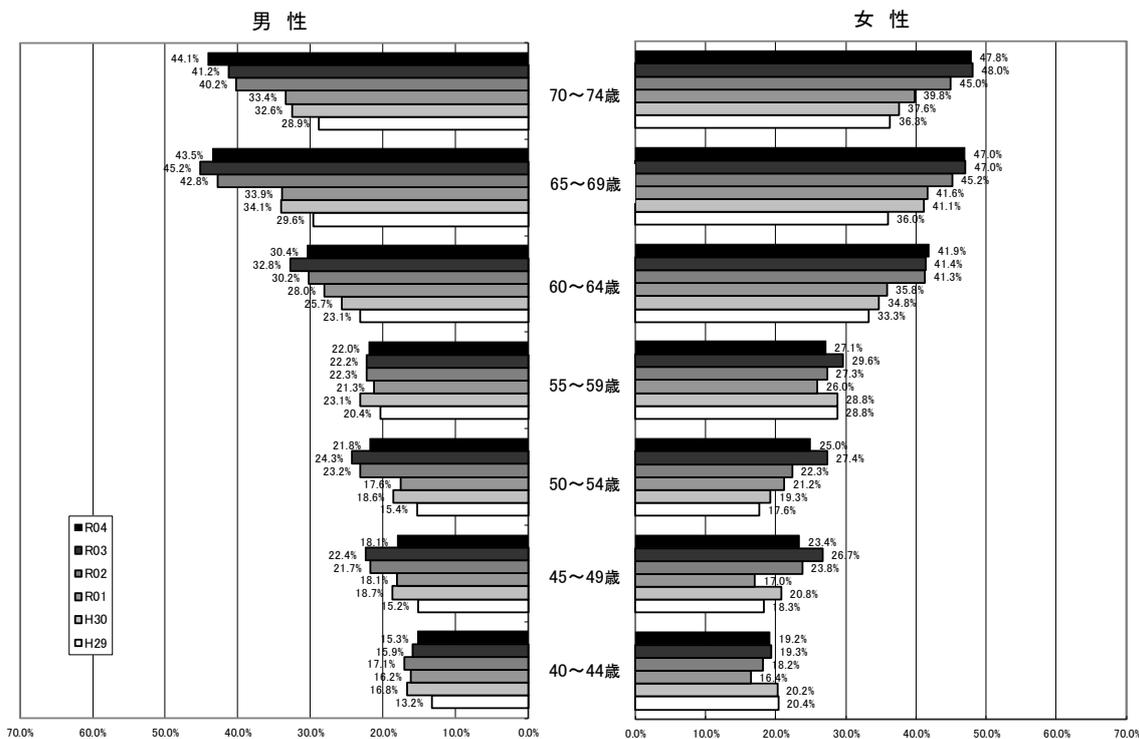
またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に40歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40代は少しずつ受診者が増えていますが、50代の男性は減少しており、受診率全体をみると低い状況が続いています。(図表28)

特定保健指導についても、令和元年度以降、目標値を上回っています。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	3,329	3,291	3,793	3,878	3,569	健診受診率 60%
	受診率	31.7%	32.2%	37.1%	39.0%	38.4%	
特定保健指導	該当者数	472	460	517	480	440	特定保健指導実施率 60%
	割合	14.2%	14.0%	13.6%	12.4%	12.3%	
	実施者数	279	352	329	317	313	
	実施率	59.1%	76.5%	63.6%	66.0%	71.1%	

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

健診受診者のうち血糖値有所見者の割合は、8%台を推移している。事業対象者に対する保健指導実施者の割合は減少傾向となっているが、糖尿病性腎症の対象者は、継続的に支援している方が多く、その結果として特定健診の継続受診や既に治療を開始している方の増加に繋がっている。

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	(a)	3,483人	3,416人	3,913人	4,078人	3,850人
血糖値有所見者 *2	(b)	273人	285人	320人	355人	335人
	(b/a)	7.8%	8.3%	8.2%	8.7%	8.7%
事業対象者 *3	(c)	92人	123人	127人	98人	125人
保健指導実施者 *4	(d)	76人	106人	92人	60人	72人
	(d/c)	82.6%	86.2%	72.4%	61.2%	57.6%
次年度健診結果評価: 改善		-	-	16人	14人	12人
次年度健診結果評価: 維持		-	-	23人	11人	35人
次年度健診結果評価: 悪化		-	-	14人	8人	7人

*1 国保途中加入および喪失した者も含む

*2 HbA1c 6.5以上の者

*3 糖尿病成人症病期分類第2期(早期腎症期)から第4期に該当する可能性のある者

*4 保健指導は訪問・電話・来所等による面談実施者を計上

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、心電図検査はほぼ全数実施できています。

有所見者の割合は、平成30年度と比較して3.6ポイント減少しているが、対象者が増加したことにより、全員への保健指導が実施できていないのが現状である。

今後も虚血性心疾患リスクを示す心電図所見が確認できた者については、かかりつけ医や循環器専門医への受診勧奨を行うとともに、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いきます。

表2 特定健診心電図検査の実施状況 有所見者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	a	3,483人	3,416人	3,913人	4,078人	3,850人
心電図実施者	b	785人	777人	3,871人	4,034人	3,825人
	b/a	22.5%	22.7%	98.9%	98.9%	99.4%
有所見者	c	306人	303人	1,343人	1,374人	1,334人
	c/b	39.0%	39.0%	34.7%	34.1%	34.9%
要精査対象者 心房細動、異常Q波、ST低下、陰性T波、左脚ブロック	d	-	-	117人	139人	60人
	d/c	-	-	8.7%	10.1%	4.5%
保健指導実施者	e	-	-	52人	44人	21人
	e/d	-	-	44.4%	31.7%	35.0%
	次年度健診結果評価:改善	-	-	11人	6人	7人
	次年度健診結果評価:維持	-	-	44人	21人	11人
	次年度健診結果評価:悪化	-	-	0人	1人	0人

心電図有所見者への保健指導はR2より実施

③脳血管疾患重症化予防対策

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。令和4年度において、高血圧Ⅱ度以上の者の割合は約3%で、8%が未治療でした。

また、表8は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。①高リスクの未治療者、②中等リスクで第3層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の者においても、家庭での血圧測定を勧め、血圧手帳の活用を促していきます。

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)	3,483	3,416	3,913	4,078	3,850	
Ⅱ度高血圧以上者	人(b)	94	96	115	133	125	
	(b/a)	2.7%	2.8%	2.9%	3.3%	3.2%	
治療あり *2	人(c)	78	89	102	113	115	
	(c/b)	83.0%	92.7%	88.7%	85.0%	92.0%	
治療なし *2	人(d)	16	7	13	20	10	
	(d/b)	17.0%	7.3%	11.3%	15.0%	8.0%	
治療開始 *3	人(e)	4	0	2	2	0	
	(e/d)	25.0%	0.0%	15.4%	10.0%	0.0%	
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	14	13	10	22	17
		(f/a)	0.4%	0.4%	0.3%	0.5%	0.4%
	治療あり *2	人	11	13	10	17	17
	治療なし *2	人	3	0	0	5	0

*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)	血圧分類			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	1,153	595 51.6%	459 39.8%	82 7.1%	17 1.5%
	リスク第1層 予後影響因子がない	48 4.2%	C 33 5.5%	B 13 2.8%	B 1 1.2%
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	639 55.4%	C 344 57.8%	B 242 52.7%	A 45 54.9%	A 8 47.1%
	リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	466 40.4%	B 218 36.6%	A 204 44.4%	A 36 43.9%

区分	該当者数
A ただちに薬物療法を開始	302 26.2%
B 概ね1ヵ月後に再評価	474 41.1%
C 概ね3ヵ月後に再評価	377 32.7%

※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程されることも大きい。」とされています。

本市においては、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受けた実践ができるよう支援していきます。

健診結果説明会において、本市の健康課題等を伝え、住民自身の健診結果や体成分(体組成)を確認し、自分の健康状態に関心を持ってもらうとともに、フレイル予防のために生活習慣病を重症化させないこと、健康診査受診の必要性や健康課題解決のために必要な健康指標(家庭血圧等)を把握する必要性を伝えていきます。

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	定義 (データの抽出先)	実績			データの把握方法 (活用データ年度)	
				初年度 H30 (H30)	中間評価 R2 (R2)	最終評価 R5 (R4)		
データヘルス計画	中長期目標 脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	データヘルス計画支援ツール	2.02%	1.62%	1.23%	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	(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)	1.66%	2.06%	1.41%		
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持		3.7%	2.9%	3.2%		
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	データヘルス計画支援ツール	16.0%	18.2%	14.0%		
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少	各市町村	1人	0人	0人		鳴門市調べ
	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	保健指導実践ツール(集計ツール)	31.4%	33.9%	33.0%	鳴門市 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)		4.5%	4.3%	5.1%		
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	保健指導実践ツール(評価ツール)	12.5%	12.3%	11.0%		
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)		7.8%	8.2%	8.7%		
		健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少		0.1%	0.2%	0.2%		
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	各市町村	67.3%	37.1%	38.1%		
		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 特定保健指導実施率60%以上 特定保健指導対象者の割合の減少	法定報告値(特定健診等データ管理システム)	31.7 59.1 14.2	37.1 63.6 13.6		38.4 71.1 12.3
	努力支援制度 その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	各市町村	3.0	2.6	3.8	地域保健 事業報告
			肺がん検診受診者の増加	各市町村	2.4	1.3	1.6	
			大腸がん検診受診者の増加	各市町村	3.1	2.9	3.1	
子宮がん検診受診者の増加			各市町村	9.8	9.2	7.5		
乳がん検診受診者の増加			各市町村	11.0	9.6	8.1		
5つのがん検診の平均受診率の増加			各市町村	5.9	5.1	4.8		
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	各市町村	62.6%	71.4%	73.4%	厚生労働省	

データヘルス計画の目標値設定

鳴門市

主計画		健康課題解決に向けた目標・指標		目標	統計元	基準年	中間評価				
						H28	R2 (実績はR1)	R3 (R2)	R4 (R3)	R5 (R4)	
特定健診 等計画	短期目標	1	特定健診受診率	60%以上	法定報告データ	28.3%	32.2%	37.1%	39.0%	38.4%	
		2	特定保健指導実施率	60%以上		57.4%	76.5%	63.6%	66.0%	71.1%	
		3	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	25%減少		30.3%	31.6%	33.7%	32.0%	32.7%	
データヘルス計画	短期目標	4	健診受診者の高血圧者(160/100)割合の減少			4.7%	4.2%	4.3%	5.4%	5.1%	
		5	健診受診者の血糖異常者(HbA1c6.5%以上)割合の減少			7.1%	8.2%	8.2%	8.7%	8.7%	
		6	健診受診者の血糖異常者(HbA1c8.0%以上)割合の減少			1.1%	1.2%	1.2%	1.1%	1.3%	
	7	健診受診者の脂質異常者(LDL180以上)割合の減少		3.5%		4.3%	4.2%	4.5%	3.7%		
	中長期目標	8	脳血管疾患の総医療費の割合の減少		KDB システム	1.5%	1.7%	1.6%	2.4%	1.2%	
		9	虚血性心疾患の総医療費の割合の減少			1.9%	2.3%	2.1%	2.0%	1.4%	
		10-1	慢性透析患者数(うち新規患者数)			24人 (3人)	24人 (0人)	22人 (2人)	19人 (1人)	19人 (1人)	
10-2		糖尿病性腎症新規透析導入患者数の減少		6人		1人	0人	0人	0人		
保険者努力支援制度	短期目標	がん検診受診率	11	胃がん	25%以上	地域保健事業計画	1.7%	2.2%	2.6%	2.6%	3.8%
			12	肺がん	25%以上		1.5%	1.7%	1.3%	1.9%	1.6%
			13	大腸がん	25%以上		2.3%	2.4%	2.9%	3.3%	3.1%
			14	子宮頸がん	25%以上		8.4%	8.2%	9.2%	9.3%	7.5%
			15	乳がん	25%以上		8.6%	8.2%	9.6%	9.9%	8.1%
	16	歯科検診受診率									
	追加	17	地域包括ケアの取組	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な取組準備(実態把握)、事業委託	令和5年度まで		実態把握				
全体評価						H28	R2	R3	R4	R5	
健康寿命の延伸	平均余命	男性(徳島県)80.8			KDB 国・県 R2年度	78.5	80.3	80.2	80.8	81.1	
		女性(徳島県)87.3				85.4	86.7	86.5	86.5	86.7	
	平均自立期間 (要介護2以上)	男性(徳島県)79.3				77.7	78.9	78.7	79.3	79.6	
		女性(徳島県)83.9				83.0	83.1	83.2	83.1	83.4	
医療費	地域差指数 (年齢調整後医療費)	(国)1.00・(徳島国保)1.13				1.068	1.05	1.04			

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、特定健診結果等分析し、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。

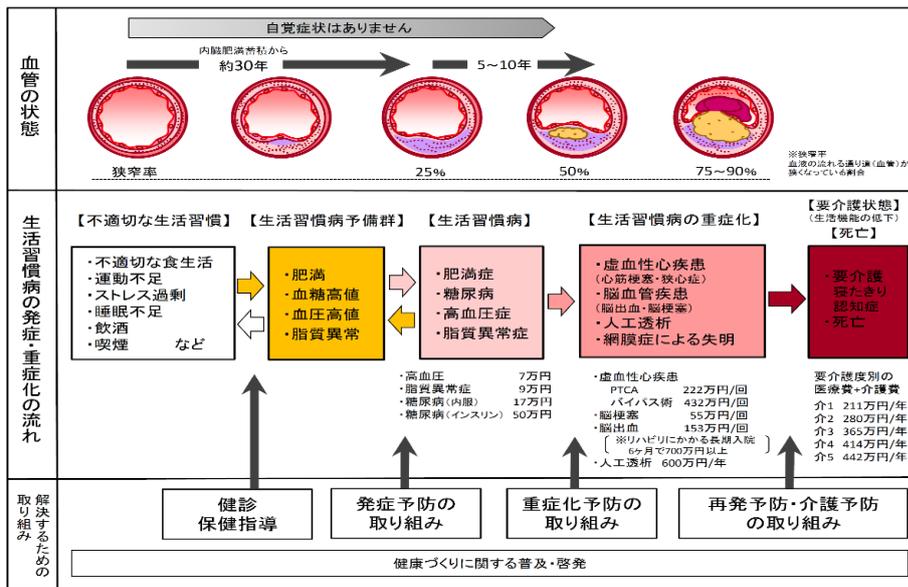
また、適正な医療に繋げるためには、被保険者が自らの身体の状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率向上に向けた対策を講じ、加えて医療費の抑制のために糖尿病の重症化予防に向けたさらなる取り組みが必要と考えられます。

3. 第3期における健康課題(生活習慣病)の明確化

1) 基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となります。

図表 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ
生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

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

保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により市の支援担当者や事業内容等が引き継がれていないという課題があります。

国保で、被保険者の年代をみても65歳以上の前期高齢者の割合が高く、医療費も前期高齢者に係る医療費割合が過半数を占めており、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながっているケースも多いため、市町村国保及び広域連合は、図表31に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、連携に努めることが重要です。健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため40歳未満の健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

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

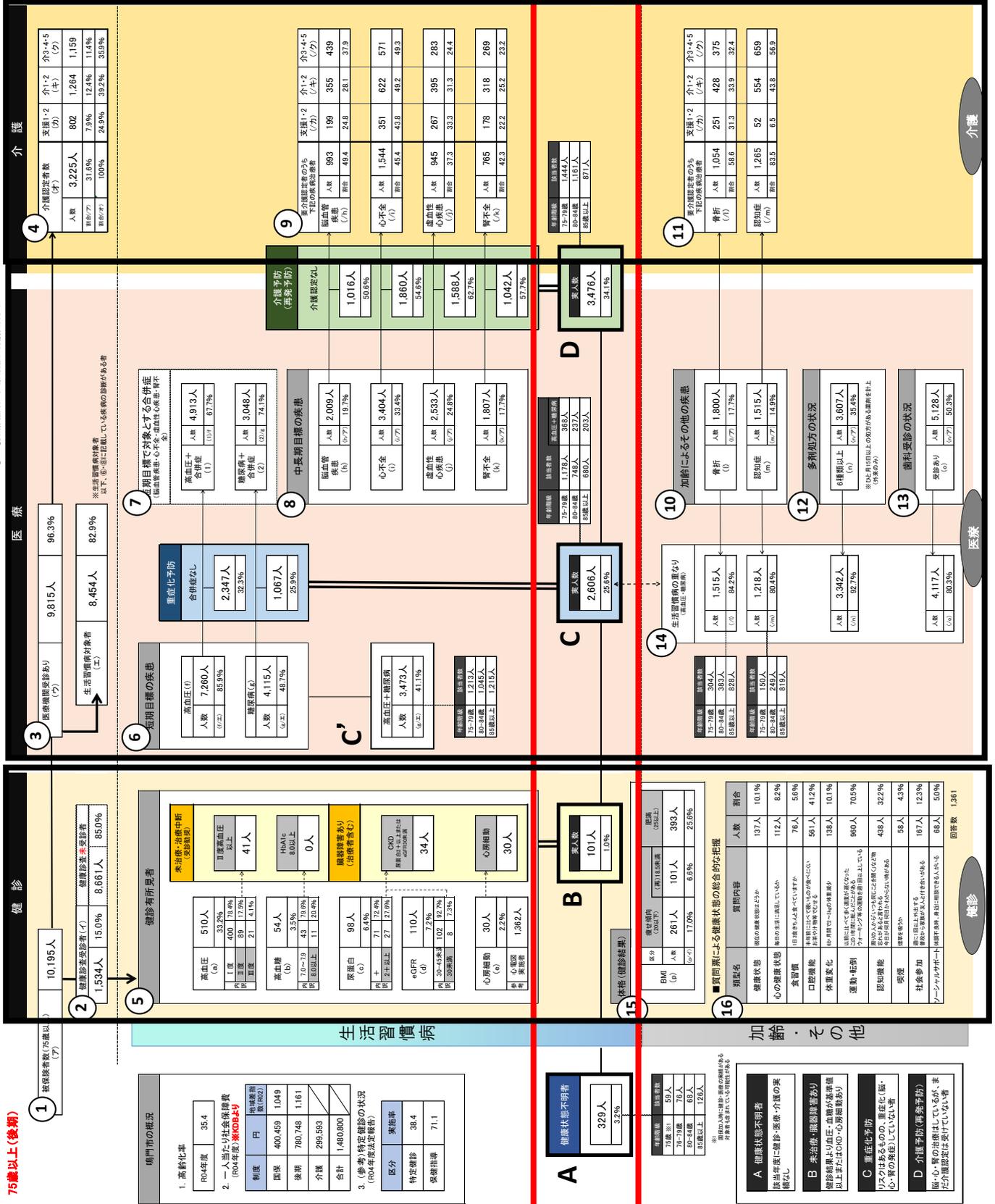
図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析

【KOB】厚生労働省調査「1-1
【特定健診等データベース管理システム】FAC171

参考：【KOB】介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)
【KOB】介入支援対象者一覧(栄養管理)
【KOB】後期高齢者の医療(健診・介護)実態調査

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

75歳以上(後期)



(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50.5億円で、後期は100.8億円で約2倍となり、被保険者一人あたり医療費も後期では2.4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		14,512人	14,032人	13,831人	13,411人	12,613人	10,480人
総件数及び 総費用額	件数	136,553件	133,908件	125,920件	128,846件	125,879件	161,091件
	費用額	51億9315万円	51億7098万円	48億9569万円	50億6955万円	50億5099万円	100億8408万円
一人あたり医療費		35.8万円	36.9万円	35.4万円	37.8万円	40.0万円	96.2万円

出典：ヘルスサポートラボツール

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

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1.8倍、脳梗塞・脳出血が3.2倍に加え、後期の筋・骨疾患が1.7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	鳴門市	50億5099万円	32,200	3.15%	0.33%	1.23%	1.41%	6.20%	2.97%	1.93%	8億6955万円	17.22%	17.13%	10.27%	8.57%
	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	鳴門市	100億8408万円	82,150	5.79%	0.45%	3.92%	1.53%	3.81%	2.47%	1.25%	19億3724万円	19.21%	11.03%	4.41%	14.67%
	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

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

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

80万円以上の高額レセプトは、国保では毎年約800件のレセプトが発生しており、後期高齢になると、約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	460人	487人	493人	468人	471人	1,188人
		B	830件	873件	870件	875件	870件	2,603件
	件数	B/総件数	0.61%	0.65%	0.69%	0.68%	0.69%	1.62%
		C	11億2078万円	12億0512万円	11億5810万円	12億2431万円	12億4758万円	30億7845万円
	費用額	C/総費用	21.6%	23.3%	23.7%	24.2%	24.7%	30.5%

出典：ヘルスサポートラボツール

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3年の7,915万円を最高に、令和4年は約2,600万円となっており、約5,000万円減っています。しかし、後期高齢になると費用額は国保の9.3倍となっており、脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要するケースも多いため、長期にわたり医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳梗塞や脳出血を発症させないために高血圧の重症化予防に力を入れる必要があります。

図表 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	25人	18人	23人	30人	20人	88人							
		D/A	5.4%	3.7%	4.7%	6.4%	4.2%	7.4%							
	件数	E	48件	35件	47件	67件	24件	217件							
		E/B	5.8%	4.0%	5.4%	7.7%	2.8%	8.3%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	1	1.5%	1	4.2%	65-69歳	0	0.0%		
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	4.2%	70-74歳	12	5.5%
		50代	5	10.4%	4	11.4%	1	2.1%	3	4.5%	1	4.2%	75-80歳	34	15.7%
		60代	18	37.5%	15	42.9%	16	34.0%	16	23.9%	3	12.5%	80代	139	64.1%
		70-74歳	25	52.1%	16	45.7%	30	63.8%	47	70.1%	18	75.0%	90歳以上	32	14.7%
	費用額	F	5429万円	3761万円	5730万円	7915万円	2569万円	2億3922万円							
		F/C	4.8%	3.1%	4.9%	6.5%	2.1%	7.8%							

出典：ヘルスサポートラボツール

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	22人		45人		37人		33人		23人		43人		
		G/A	4.8%		9.2%		7.5%		7.1%		4.9%		3.6%		
	件数	H	26件		48件		40件		40件		25件		52件		
		H/B	3.1%		5.5%		4.6%		4.6%		2.9%		2.0%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	1	2.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	1	2.1%	4	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	2	3.8%
		50代	1	3.8%	5	10.4%	3	7.5%	6	15.0%	4	16.0%	75-80歳	18	34.6%
		60代	18	69.2%	23	47.9%	9	22.5%	7	17.5%	5	20.0%	80代	29	55.8%
		70-74歳	7	26.9%	18	37.5%	24	60.0%	27	67.5%	16	64.0%	90歳以上	3	5.8%
	費用額	I	3052万円		7297万円		5629万円		5550万円		4168万円		7136万円		
I/C		2.7%		6.1%		4.9%		4.5%		3.3%		2.3%			

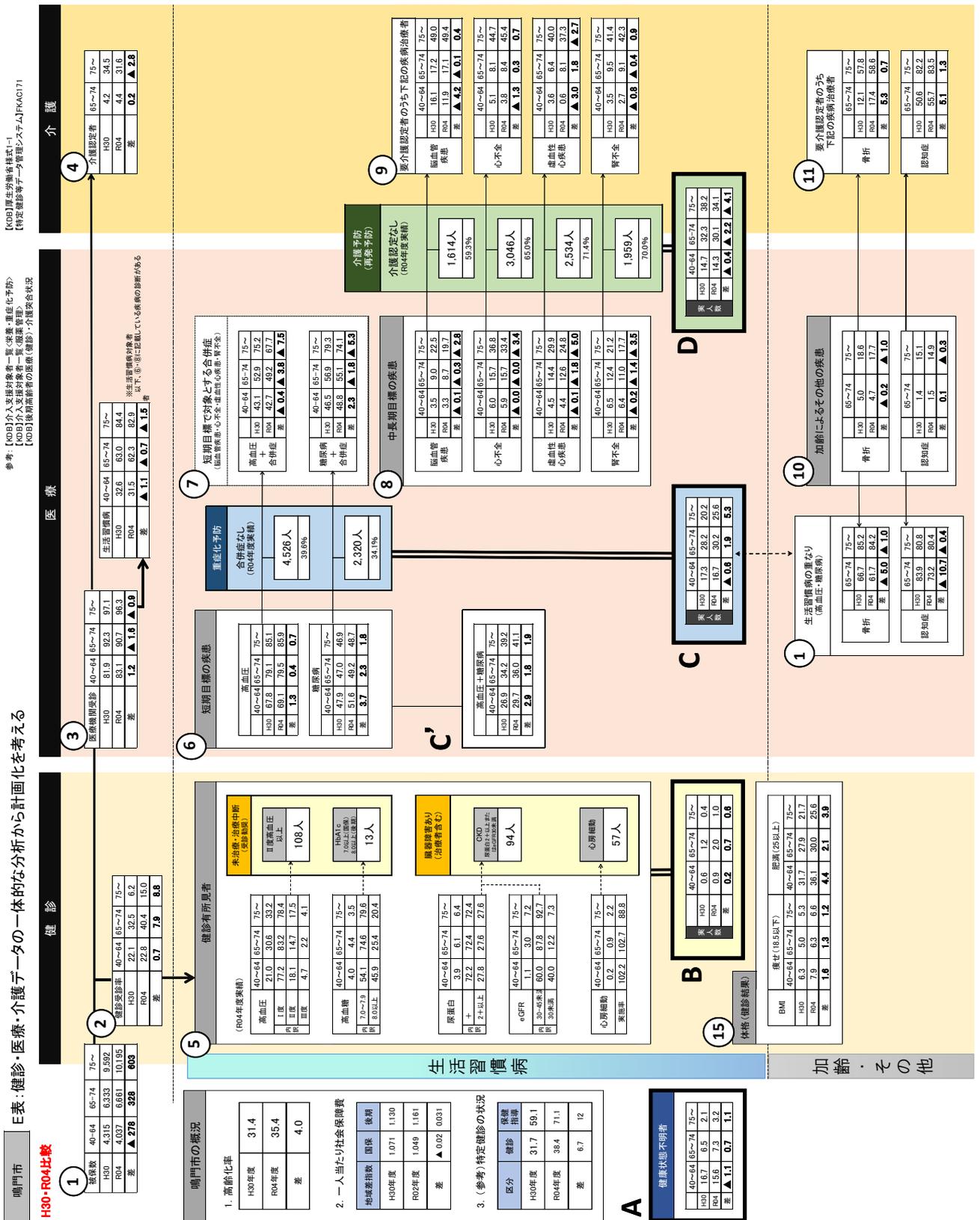
出典:ヘルスサポードラボツール

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

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

(図表 37)

図表 37 「健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える」



(3)健康課題の明確化(図表 32~42)

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、本市でも 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 以上の対象者はすべて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	34.5	4,315	6,333	9,592	22.1	32.5	6.2	6.3	5.0	5.3	31.7	27.9	21.7
R04	31.6	4,037	6,661	10,195	22.8	40.4	15.0	7.9	6.3	6.6	36.1	30.0	25.6

健診有所見状況では、⑤未治療者・治療中断者の状況を見ると、Ⅱ度高血圧対象者は、40-64 歳及び 65-74 歳の年代で増加している反面、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-							
年度	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)
H30	28	2.9	(17)	97	4.7	(30)	47	7.8	(28)	29	3.0	(2)	88	4.3	(7)	4	0.7	(0)	9	0.9	43	2.1	10	1.7	0	--	0	--	0	--
R04	44	4.8	(18)	139	5.2	(49)	110	7.2	(41)	37	4.0	(5)	118	4.4	(8)	11	0.7	(0)	11	1.2	49	1.8	34	2.2	2	0.2	25	0.9	30	2.0

※徳島県では心電図検査を令和 2 年度から全数実施

令和 4 年度の生活習慣病患者をみると、高血圧・糖尿病ともにすべての年代で患者数が増加しています。しかし合併症がある者については、糖尿病の 40-64 歳で 2.3 ポイントの増加がみられますが、他は減少しており、治療対象者は増えているが重症化していないのではないかなど、健診データのコントロールとあ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 医療機関 受診						⑥ 短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									⑦ 短期目標の疾患とする 合併症					
	生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)						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		
	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	81.9	92.3	97.1	32.6	63.0	84.4	67.8	79.1	85.1	47.9	47.0	46.9	26.9	34.2	39.2	43.1	52.9	75.2	46.5	56.9	79.3
R04	83.1	90.7	96.3	31.5	62.3	82.9	69.1	79.5	85.9	51.6	49.2	48.7	29.7	36.0	41.1	42.7	49.2	67.7	48.8	55.1	74.1

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、脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全ともに、75 歳以上になると発症している対象者が増えており、介護認定者をみると、ほとんどの疾患が 40%台後半の割合で重なっており、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	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険者割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	3.5	9.0	22.5	4.5	14.4	29.9	6.0	15.7	36.8	6.5	12.4	21.2	16.1	17.2	49.0	3.6	6.4	40.0	5.1	8.1	44.7	3.5	9.5	41.4
R04	3.3	8.7	19.7	4.4	12.6	24.8	5.9	15.7	33.4	6.4	11.0	17.7	11.9	17.1	49.4	0.6	8.1	37.3	3.8	8.4	45.4	2.7	9.1	42.3

⑩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 年度を比較し、5 ポイント減少しており、認知症は同じ年代で 10.7 ポイント減少しています。認知症予防と高血圧・糖尿病のリスクについて確認しなければいけません。

図表 42 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
年度	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	66.7	85.2	83.9	80.8	5.0	18.6	1.4	15.1	12.1	57.8	50.6	82.2
R04	61.7	84.2	73.2	80.4	4.7	17.7	1.5	14.9	17.4	58.6	55.7	83.5

図表 38～42 出典:KDB システムデータ

(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取り組み方法については、第 4 章に記載していきます。

2) 目標の設定

(1) 成果目標

①データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、計画から見直します。改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できます。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から

明確にします。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 43)設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

②中長期的な目標の設定

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

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

また、軽症時に通院せず、重症化して入院することから、重症化予防、医療費適正化へつなげるには、適切な時期での受診を促し、入院に係る医療費を抑えることを目指します。

③短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群が減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。

また、根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられるが、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、日本人の食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であるため、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

(2) 管理目標の設定

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	1.2			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	1.4			
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	3.2			
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	14			
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少	0人			
	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の減少率	32.7			鳴門市健康増進課
			健診受診者の高血圧者の割合減少 (160/100以上)	5.1			
			健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL160以上)	11			
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1C6.5%以上)	8.7			
			★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	1.3			
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	38.1			
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	38.4			法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	71.1			
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	12.3			

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

	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	45%	50%	55%	60%	60%	60%
特定保健指導実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%

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	9,634人	9,094人	8,416人	7,804人	7,234人	6,745人
	受診者数	4,335人	4,547人	4,629人	4,682人	4,340人	4,047人
特定保健指導	対象者数	581人	609人	620人	627人	582人	542人
	受診者数	349人	366人	372人	376人	349人	325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(とくしま未来健康づくり機構他)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

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

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施期間については、徳島県国保連合会(もしくは鳴門市)のホームページに掲載します。

(参照)URL : <https://tokushima-kokuhoren.or.jp/specific/shealth/>

(4) 特定健診実施項目

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

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

図表 46 特定健診検査項目

○鳴門市特定健診検査項目

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

○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、●…いずれの項目の実施で可

(5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

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

(7) 代行機関

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

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 47 特定健診実施スケジュール

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

5. 特定保健指導の実施

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

○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	440人 (12.3%)	60%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	642人 (18.0%)	HbA1c6.5以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	5,726人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	637人 (17.8%)	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		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月			◎がん検診開始
6月	◎受診券の送付 ◎特定健康診査の開始		◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月	↓		◎後期高齢者健診開始
8月		◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始	
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月	◎診療情報提供の依頼	◎利用券の登録	
11月			
12月			
1月	◎健診の終了		
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鳴門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、鳴門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

本市の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、1,378人(38.6%)です。そのうち治療なしが441人(25.5%)を占め、さらに臓器障害があり、直ちにに取り組むべき対象者が289人(65.5%)です。すでに治療中の937人(50.9%)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。

本市においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、1,378人中209人(15.2%)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-

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少		虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少		糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		令和04年度 <参考> 健診受診者(受診率)		
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(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)	3,569人	38.4%	
↓ 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							■各疾患の治療状況		
							治療中	治療なし	
							高血圧	1,354	2,215
							脂質異常症	995	2,574
							糖尿病	313	3,252
							3疾患 いずれか	1,840	1,729
							※問診結果による		
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)		
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)		
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者		
該当者数	180 5.0%	25 0.7%	137 3.8%	116 3.3%	743 20.8%	225 6.3%	444 12.4%		
治療なし	99 4.5%	9 0.5%	123 4.8%	86 3.3%	128 7.4%	111 3.4%	158 9.1%		
(再掲) 特定保健指導	40 22.2%	4 16.0%	33 24.1%	25 21.6%	128 17.2%	27 12.0%	53 11.9%		
治療中	81 6.0%	16 0.9%	14 1.4%	30 3.0%	615 33.4%	114 36.4%	286 15.5%		
臓器障害 あり	64 64.6%	9 100.0%	55 44.7%	46 53.5%	73 57.0%	57 51.4%	158 100.0%		
CKD(専門医対象者)	16	1	17	19	21	24	158		
心電図所見あり	55	9	47	33	61	42	61		
臓器障害 なし	35 35.4%	—	68 55.3%	40 46.5%	55 43.0%	54 48.6%	—		
重症化予防対象者 (実人数)							1,378	38.6%	
							441	25.5%	
							209	15.2%	
							937	50.9%	

治療中

臓器障害 あり	43 53.1%	16 100.0%	3 21.4%	17 56.7%	317 51.5%	52 45.6%	286 100.0%	536 57.2%
CKD(専門医対象者)	20	7	1	7	123	23	286	286
心電図所見あり	35	16	2	12	243	36	111	361
臓器障害 なし	38 46.9%	—	11 78.6%	13 43.3%	298 48.5%	62 54.4%	—	—

【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(法廷報告)ほか

1. 糖尿病性腎症重症化予防

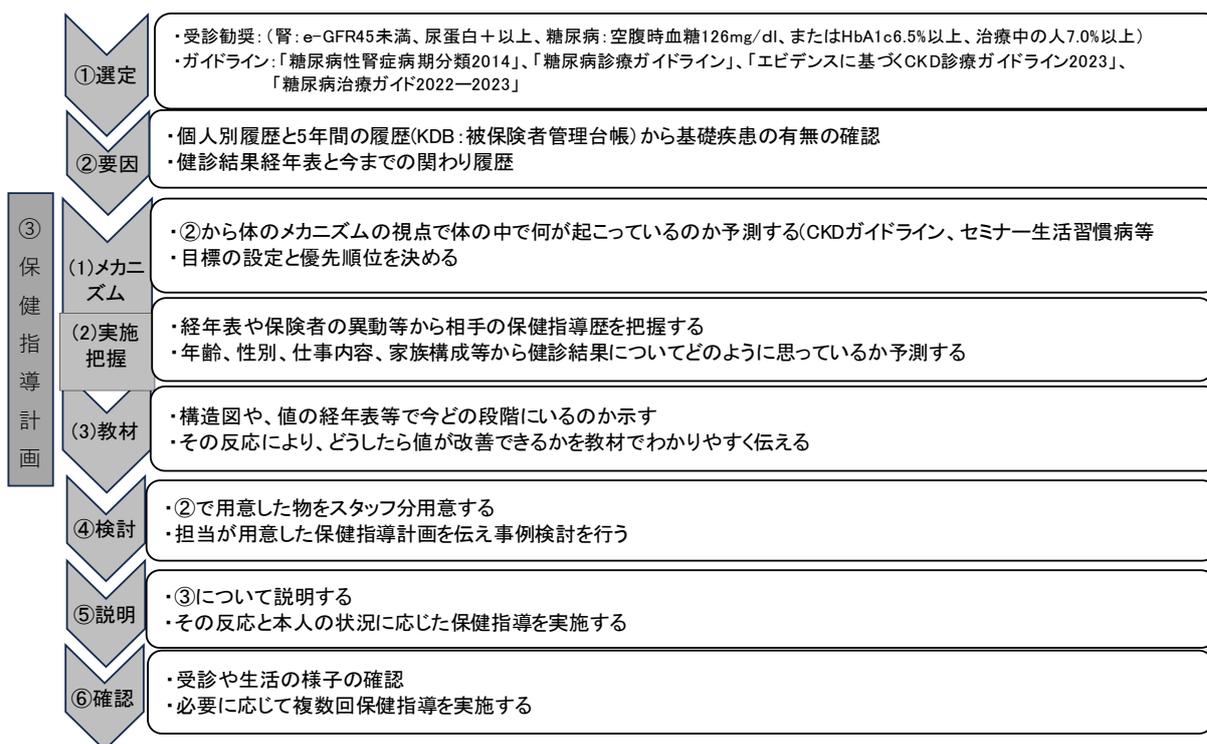
1) 基本的な考え方

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」(令和 6 年 3 月 28 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 を参照とします。

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

図表 52 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

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

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

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

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

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。

本市においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

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)

本市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、133人(29.8%・F)でした。また、40~74歳における糖尿病治療者3,042人のうち、特定健診受診者が313人(70.2%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者2,651人(89.4%・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

本市における介入方法を以下のとおりとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・133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)・・・145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】

- ・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

3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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

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

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

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診受診者で、糖尿病の疑いが否定できない者及び将来糖尿病を発症するリスクが高い者に対し、75g糖負荷試験を行うことにより、適切な治療及び保健指導につながるよう努めます。

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

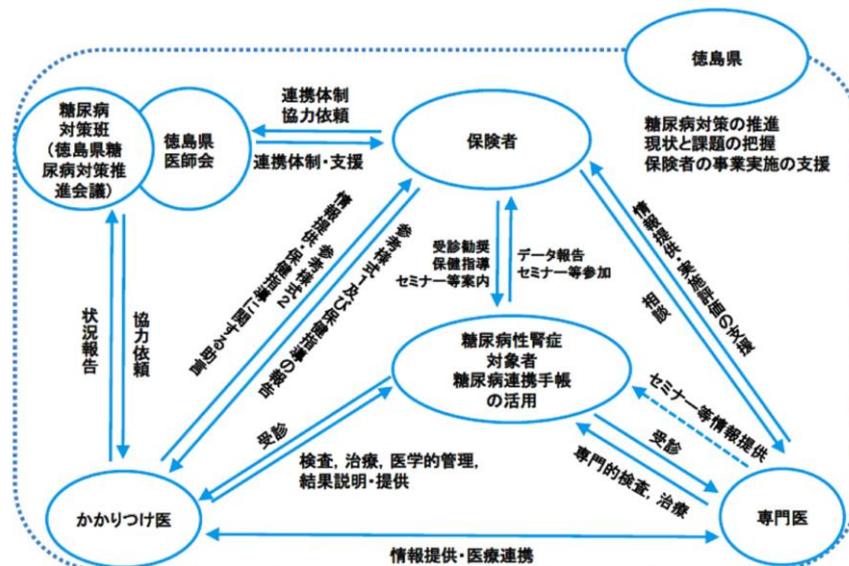
医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用します。

(2) 治療中の者への対応

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

【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、長寿介護課や地域包括支援センター等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 回行うものとします。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表 56 糖尿病性腎症

重症化予防の取組み評価を用いて行っていきます。

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

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

②保健指導対象者に対する評価

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

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

項目		統合表	鳴門市										同規模保険者(平均)		
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	14,882人		14,501人		14,034人		13,901人		13,390人				
	② (再掲)40-74歳		11,746人		11,500人		11,221人		11,232人		10,934人				
2	① 対象者数	B	10,493人		10,231人		10,226人		9,951人		9,295人				
	② 特定健診 受診者数	C	3,329人		3,291人		3,793人		3,878人		3,569人				
	③ 受診率		31.7%		32.2%		37.1%		39.0%		38.4%				
3	① 特定保健指導 対象者数		472人		460人		517人		480人		440人				
	② 実施率		59.1%		76.5%		63.6%		66.0%		71.1%				
4	健診データ	① 糖尿病型	E	381人	11.4%	405人	12.3%	469人	12.4%	497人	12.8%	463人	12.6%		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	139人	36.5%	122人	30.1%	134人	28.6%	166人	33.4%	140人	30.2%		
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	242人	63.5%	283人	69.9%	335人	71.4%	331人	66.6%	323人	69.8%		
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	117人		141人		152人		159人		151人		151人	
		⑤ 血圧 130/80以上		78人		90人		99人		101人		90人		90人	
		⑥ 肥満 BMI25以上		59人		63人		80人		86人		87人		87人	
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	125人		142人		183人		172人		172人		172人	
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	274人		284人		331人		362人		337人		337人	
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		63人		73人		81人		84人		73人		73人	
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		40人		44人		49人		45人		49人		49人	
		⑪ 第4期 eGFR30未満		4人		4人		7人		6人		3人		3人	
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		137.8人		137.5人		134.7人		137.1人		140.4人			
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		171.3人		170.5人		165.5人		166.6人		168.7人			
		③ レセプト件数(40-74歳) (1)内は糖尿病千対	入院外(件数)	11,048件 (964.1)		11,242件 (1008.5)		11,122件 (999.7)		11,496件 (1054.5)		10,977件 (1075.0)		2,480,774件	(911.6)
		④ 入院(件数)		84件 (7.3)		76件 (6.8)		44件 (4.0)		56件 (5.1)		50件 (4.9)		10,514件	(3.9)
		⑤ 糖尿病治療中	H	2,050人		1,994人		1,891人		1,906人		1,880人		1,880人	
		⑥ (再掲)40-74歳		2,012人		1,961人		1,857人		1,871人		1,845人		1,845人	
		⑦ 健診未受診者	I	1,770人		1,719人		1,522人		1,540人		1,522人		1,522人	
		⑧ インスリン治療	O	197人		185人		167人		173人		184人		184人	
		⑨ (再掲)40-74歳		192人		179人		165人		172人		181人		181人	
		⑩ 糖尿病性腎症	L	329人		313人		345人		349人		263人		263人	
		⑪ (再掲)40-74歳		322人		307人		339人		343人		257人		257人	
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		24人		24人		22人		19人		19人		19人	
		⑬ (再掲)40-74歳		21人		21人		21人		18人		18人		18人	
		⑭ 新規透析患者数		1人	4.2%	1人	4.2%	2人	9.1%	1人	5.3%	1人	5.3%		
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		1人	4.2%	1人	4.2%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%		
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		78人		78人		77人		78人		66人		66人	
6	医療費	① 総医療費		51億9315万円		51億7098万円		48億9569万円		50億6955万円		50億5099万円		50億8753万円	
		② 生活習慣病総医療費		29億7959万円		28億4586万円		26億5335万円		28億3874万円		27億0056万円		27億0662万円	
		③ (総医療費に占める割合)		57.4%		55.0%		54.2%		56.0%		53.5%		53.2%	
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	4,470円		4,776円		5,976円		5,058円		5,485円		6,937円	
		⑤ 健診未受診者		38,417円		38,627円		35,646円		37,978円		38,378円		38,519円	
		⑥ 糖尿病医療費		3億2426万円		3億2975万円		3億1623万円		3億3236万円		3億1319万円		2億9434万円	
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		10.9%		11.6%		11.9%		11.7%		11.6%		10.9%	
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		8億7306万円		8億7693万円		8億7677万円		8億9245万円		8億5755万円		8億5755万円	
		⑨ 1件あたり		33,638円		34,033円		34,506円		34,691円		34,754円		34,754円	
		⑩ 糖尿病入院総医療費		5億9367万円		6億5929万円		5億5667万円		4億6411万円		5億2808万円		5億2808万円	
		⑪ 1件あたり		536,288円		584,992円		578,062円		537,787円		597,374円		597,374円	
		⑫ 在院日数		19日		18日		18日		18日		18日		18日	
		⑬ 慢性腎不全医療費		2億0475万円		1億7534万円		1億5493万円		1億5813万円		1億7573万円		2億2640万円	
		⑭ 透析有り		1億9253万円		1億6120万円		1億4050万円		1億4272万円		1億5898万円		2億1152万円	
		⑮ 透析なし		1222万円		1414万円		1443万円		1541万円		1675万円		1487万円	
7	介護	① 介護給付費		56億1757万円		56億2965万円		58億6735万円		58億5731万円		57億2851万円		56億7154万円	
		② (2号認定者)糖尿病合併症		13件		10件		7件		4件		5件			
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		11人		16人		21人		11人		13人		3,958人	

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順次、対象者へ介入(通年)

図表 57 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール

(~2週間)	業務担当	対象者の抽出 ・前年度受診データより対象者を抽出(年度に1回処理) (健康管理システムよりデータを取り出し、さらに条件を絞って抽出) ↓ ・重症化予防対象者名簿の作成 ↓ ・重症化予防対象者への通知準備・送付(受診勧奨含む) ↓
(~1週間)	業務担当 各地区担当	レセプト・検診結果経年表の準備 ・健康管理システムから経年表を印刷(3日) ↓ ・対象者カルテをキャビネットから取り出す(1日) ↓ ・KDB・つなまる等から個人履歴等を印刷(3日) ↓
年度中の訪問指導を実施	各地区担当	保健指導計画の作成と記録 ・個人ごとに保健指導教材の準備(ヘルスサポートラポツール・治療ガイド等より) ↓ ・訪問、保健指導(1件あたり30分前後) ↓ ・保健指導の記録作成及びシステム入力(1件あたり15分前後)

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

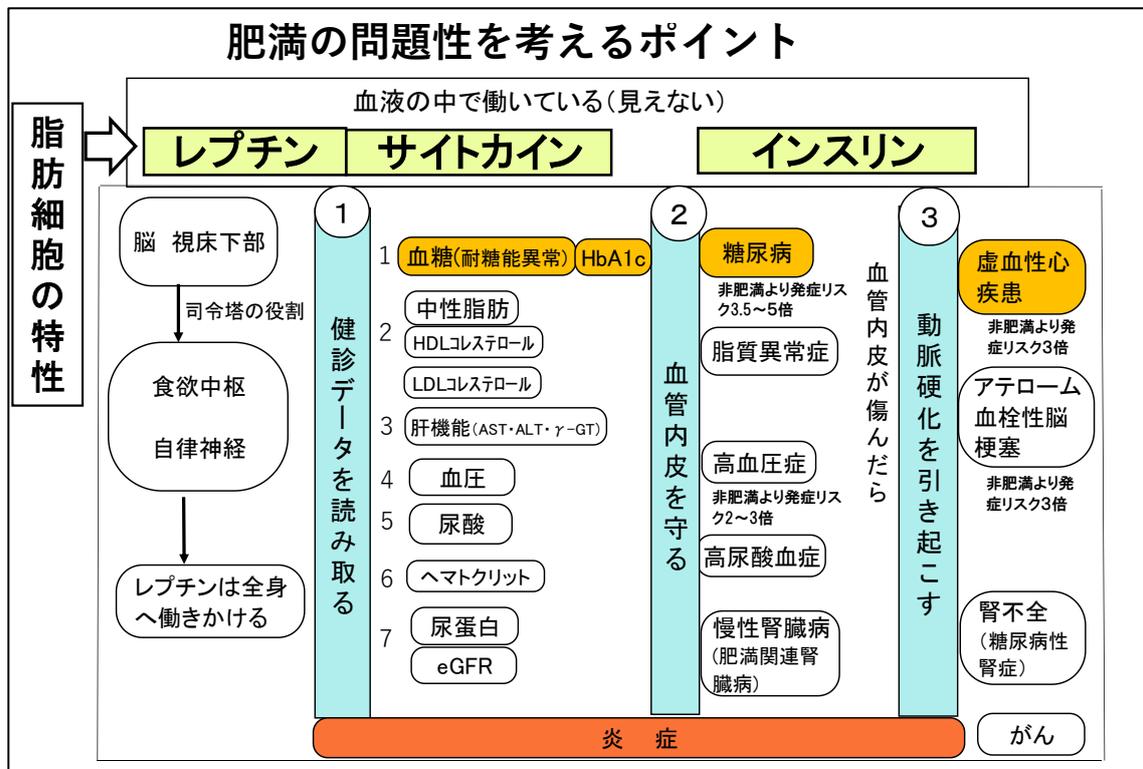
メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を合併する心血管病易発症状態です。取組みにあたっては図表 58 に基づいて考えていきます。

(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から本市の対象者を把握します。
また、経年で肥満対象者をみていきます。

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

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳
総数	913	2,656	330	796	248	674	66	108	11	13	5	1	
			36.1%	30.0%	27.2%	25.4%	7.2%	4.1%	1.2%	0.5%	0.5%	0.0%	
再掲	男性	403	1,151	197	421	145	369	40	49	8	3	4	0
	女性	510	1,505	133	375	103	305	26	59	3	10	1	1
			26.1%	24.9%	20.2%	20.3%	5.1%	3.9%	0.6%	0.7%	0.2%	0.1%	

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 優先順位

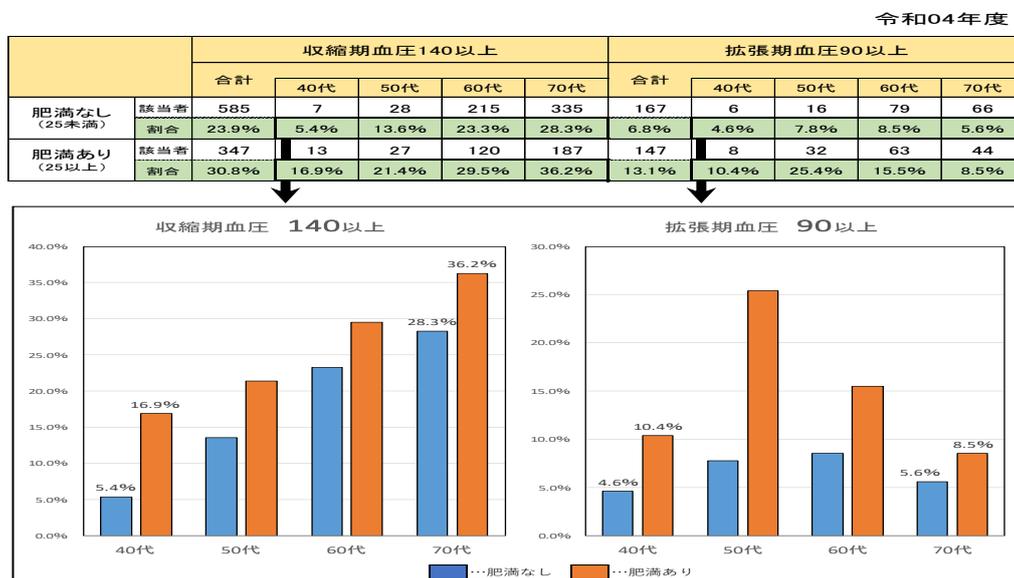
肥満を解決するためには、どの年齢・どの段階が改善しやすいのか、効率がいいのかを科学的な根拠(EBM)「肥満症診療ガイドライン 2022」に基づき、優先順位をつけます。

① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのか

下図は、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分かります。

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

図表 60 高血圧と肥満の関係を年代別にみる



3) 対象者の明確化

年代別のメタボリックシンドローム該当者は、女性では50代・60代・70代で1割程度であるのに対し、男性は40代で24%、60代・70代で35%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に関わることが効率的であると考えます。(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	1,554	110	153	545	746	2,015	97	179	786	953	
メタボ該当者	B	529	26	48	191	264	214	1	20	75	118	
	B/A	34.0%	23.6%	31.4%	35.0%	35.4%	10.6%	1.0%	11.2%	9.5%	12.4%	
再掲	① 3項目全て	C	162	7	14	55	86	73	1	4	26	42
		C/B	30.6%	26.9%	29.2%	28.8%	32.6%	34.1%	100.0%	20.0%	34.7%	35.6%
	② 血糖+血圧	D	71	4	5	33	29	27	0	3	12	12
		D/B	13.4%	15.4%	10.4%	17.3%	11.0%	12.6%	0.0%	15.0%	16.0%	10.2%
	③ 血圧+脂質	E	271	15	24	92	140	110	0	12	37	61
		E/B	51.2%	57.7%	50.0%	48.2%	53.0%	51.4%	0.0%	60.0%	49.3%	51.7%
	④ 血糖+脂質	F	25	0	5	11	9	4	0	1	0	3
		F/B	4.7%	0.0%	10.4%	5.8%	3.4%	1.9%	0.0%	5.0%	0.0%	2.5%

出典：ヘルスサポートラボツール

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、男女とも半数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					
				あり		なし					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	1,554	529	34.0%	426	80.5%	103	19.5%	2,015	214	10.6%	189	88.3%	25	11.7%		
40代	110	26	23.6%	10	38.5%	16	61.5%	97	1	1.0%	1	100.0%	0	0.0%		
50代	153	48	31.4%	29	60.4%	19	39.6%	179	20	11.2%	12	60.0%	8	40.0%		
60代	545	191	35.0%	157	82.2%	34	17.8%	786	75	9.5%	66	88.0%	9	12.0%		
70~74歳	746	264	35.4%	230	87.1%	34	12.9%	953	118	12.4%	110	93.2%	8	6.8%		

出典：ヘルスサポートラボツール

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

対象者の進捗管理は、担当地区ごとに管理します。

4)保健指導の実施

(1)最新の脳科学を活用した保健指導

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

図表 65 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

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

(2) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。

本市においても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、75g 糖負荷検査)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)
- ④75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

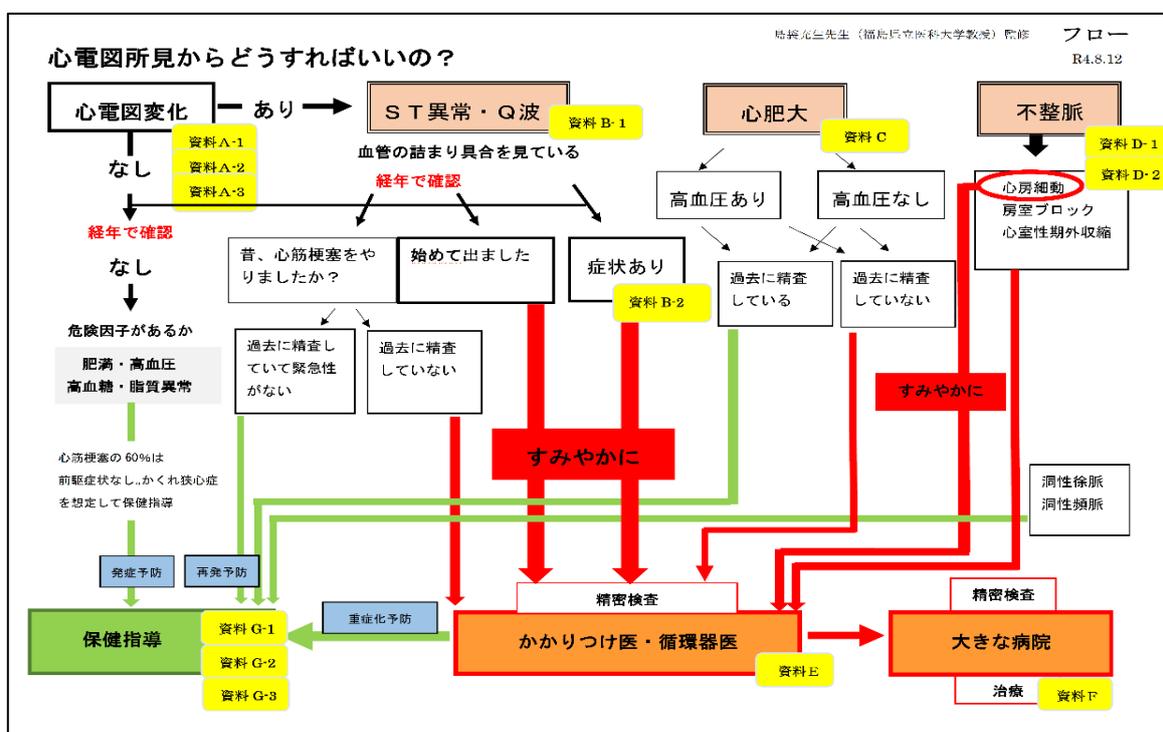
虚血性心疾患重症化予防の取組みにあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 66 に基づいて考えます。

図表 66 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



(2) 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

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

本市においては、心電図検査を 852 人(100%)に実施し、そのうち有所見者が 231 人(27.1%)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っており、

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)

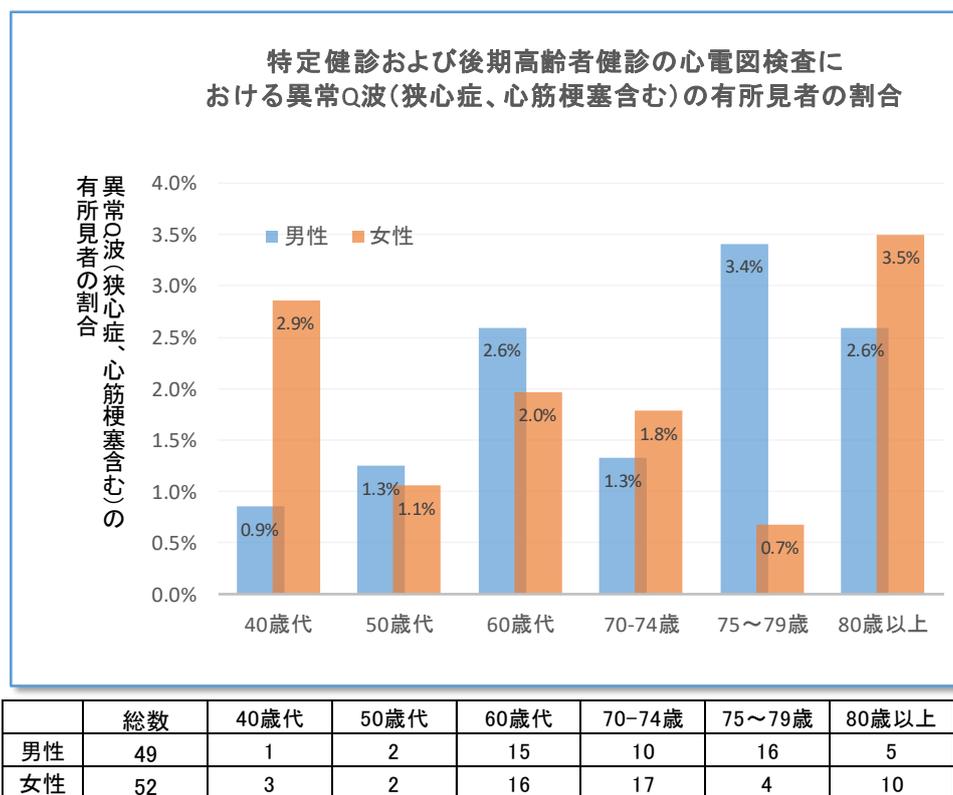
医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じた受診勧奨を行う必要があります。

図表 67 心電図検査結果(令和4年度)

心電図結果				鳴門市国保		(徳島県国保)		鳴門市後期		(徳島県後期)		
				人	%	人	%	人	%	人	%	
健診受診者数(特定健診受診率)				3,846	36.9%	43,425	36.3%	1,391		15,671		
再掲	65歳未満			973	25.3%	10,654	24.5%	23	1.7%	255	1.6%	
	65歳以上			2,873	74.7%	32,771	75.5%	1,368	98.3%	15,416	98.4%	
心電図実施者数(心電図実施率)				3,820	99.32%	42,912	98.82%	1,390	99.93%	15,668	99.98%	
心電図実施者のうち 所見のあった者(実数)				1,340	35.1%	13,606	31.7%	638	45.9%	6,678	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	10	0.3%	96	0.2%	3	0.2%	52	0.3%	
			① 異常Q波	60	1.6%	454	1.1%	30	2.2%	220	1.4%	
			② R波増高不良	20	0.5%	268	0.6%	8	0.6%	94	0.6%	
		心筋虚血	③ ST異常	86	2.3%	1,106	2.6%	52	3.7%	563	3.6%	
			④ 冠不全	1	0.0%	75	0.2%	0	0.0%	31	0.2%	
心筋異常	⑤ T波異常	146	3.8%	1,544	3.6%	80	5.8%	726	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	119	3.1%	1,586	3.7%	48	3.5%	601	3.8%	
			⑦ 洞不全症候群	0	0.0%	6	0.0%	1	0.1%	6	0.0%	
		刺激伝導系異常	房室伝導障害	⑧ 房室ブロック	79	2.1%	837	2.0%	49	3.5%	609	3.9%
				⑨ WPW症候群	3	0.1%	45	0.1%	1	0.1%	8	0.1%
		心室内伝導障害	⑩ PR短縮	16	0.4%	125	0.3%	3	0.2%	30	0.2%	
			⑪ 脚ブロック	270	7.1%	2,852	6.6%	143	10.3%	1,501	9.6%	
	頻脈性不整脈	心室性不整脈	⑫ 心室伝導障害	34	0.9%	241	0.6%	10	0.7%	86	0.5%	
			⑬ 心室期外収縮	91	2.4%	898	2.1%	47	3.4%	537	3.4%	
			⑭ 心室細動	1	0.0%	6	0.0%	0	0.0%	2	0.0%	
			⑮ QT延長	12	0.3%	196	0.5%	9	0.6%	87	0.6%	
		上室性不整脈	⑯ プルガタ症候群	4	0.1%	108	0.3%	0	0.0%	21	0.1%	
			⑰ 上室性期外収縮	66	1.7%	860	2.0%	67	4.8%	633	4.0%	
高血圧による心臓の虚血	心肥大・負荷所見	心室肥大	⑱ 心房細動	28	0.7%	321	0.7%	30	2.2%	276	1.8%	
			⑲ 心房粗動	2	0.1%	12	0.0%	3	0.2%	10	0.1%	
			⑳ 左室肥大	29	0.8%	354	0.8%	15	1.1%	179	1.1%	
			㉑ 高電位	10	0.3%	104	0.2%	4	0.3%	50	0.3%	
その他			㉒ 軸偏位	185	4.8%	1,397	3.3%	104	7.5%	772	4.9%	
			㉓ 右室肥大	6	0.2%	38	0.1%	1	0.1%	27	0.2%	
			㉔ 移行帯の変化	141	3.7%	924	2.2%	39	2.8%	388	2.5%	
			㉕ その他不整脈	18	0.5%	272	0.6%	9	0.6%	112	0.7%	
			㉖ その他	84	2.2%	831	1.9%	52	3.7%	407	2.6%	
			㉗ パースメーカー調律	3	0.1%	24	0.1%	3	0.2%	57	0.4%	
㉘ 「異常あり」のみ	40	1.0%	52	0.1%	23	1.7%	26	0.2%				

出典：つなまる(保健事業医療・介護連携システム)

参考 異常 Q 波(心筋壊死を予測する有所見)有所見者の割合(国保・後期)



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(b)		受診なし(c)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	293	7.6%	241	82.3%	52	17.7%
男性	117	6.9%	107	91.5%	10	8.5%
女性	176	8.0%	134	76.1%	42	23.9%

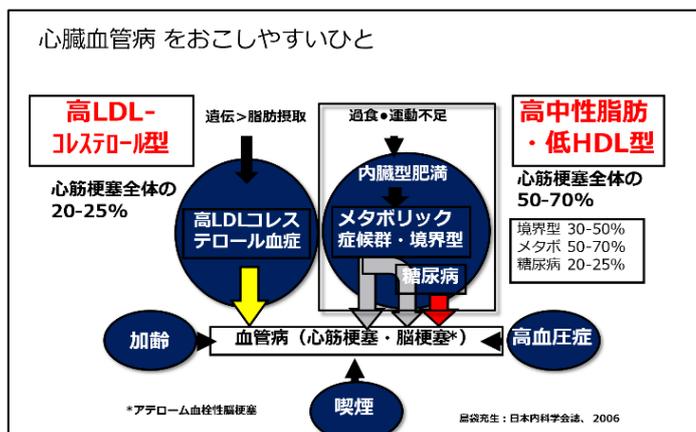
鳴門市調べ

②心電図以外からの把握

心電図検査で異常がないまたは心電図検査を実施していないが、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して(心筋梗塞の60%は前駆症状ないため)積極的に保健指導を行う必要があります。

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表 69)

図表 69 心血管病をおこしやすいひと



図表 69 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

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

B:LDL コレステロールタイプ^{o)}(図表 70)

図表 70 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定				令和04年度							
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)				健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別			
管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			1,551	120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳
			1,551	687	499	242	123	27	51	139	148
				44.3%	32.2%	15.6%	7.9%	7.4%	14.0%	38.1%	40.5%
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)	145	71	40	18	16	12	22	0	0
			9.3%	10.3%	8.0%	7.4%	13.0%	44.4%	43.1%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	598	244	209	96	49	5	12	73	55
			38.6%	35.5%	41.9%	39.7%	39.8%	18.5%	23.5%	52.5%	37.2%
高リスク	120未満 (150未満)	707	324	216	117	50	10	17	58	82	
			45.6%	47.2%	43.3%	48.3%	40.7%	37.0%	33.3%	41.7%	55.4%
再掲	100未満 (130未満) ※1	42	26	5	8	3	2	2	4	3	
			2.7%	3.8%	1.0%	3.3%	2.4%	7.4%	3.9%	2.9%	2.0%
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)	101	48	34	11	8	0	0	8	11
			6.5%	7.0%	6.8%	4.5%	6.5%	0.0%	0.0%	5.8%	7.4%

※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

本市では、特定保健指導対象の 65 歳未満の者のうち、希望者に対して頸動脈エコー検査を実施し、早期に頸動脈の肥厚やプラークの状況を把握し、生活改善につなげます。

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集します。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、長寿介護課や地域包括支援センターと連携していきます。

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

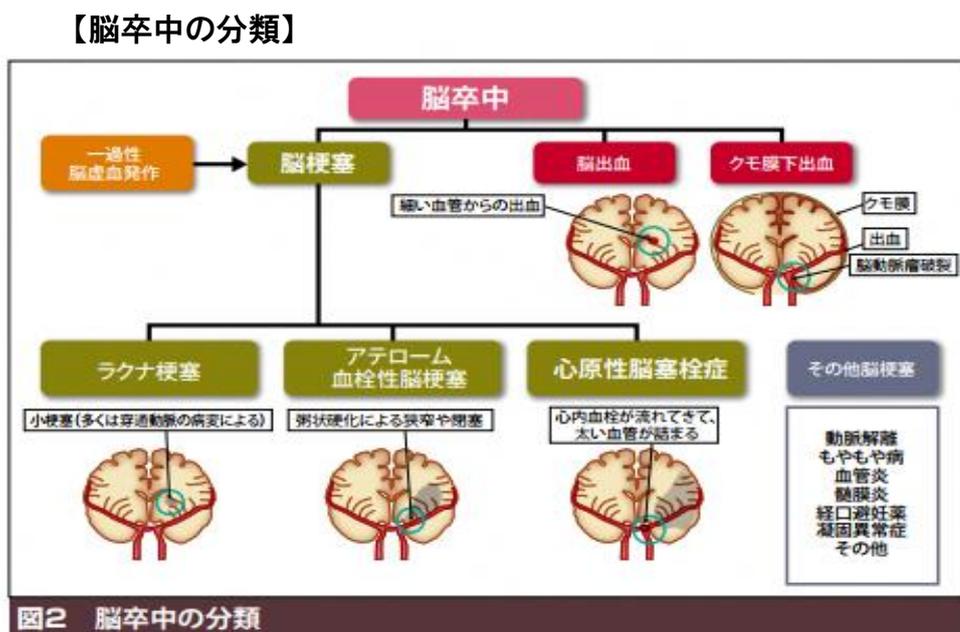
5月～特定健診結果が届き次第順次、対象者へ介入(通年)

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	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳塞栓症	●			●			○	○
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 4,728 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 421 人(8.9%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 180 人(17.8%)であり、そのうち 99 人(9.8%)は未治療者です。

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

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 81 人(18%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

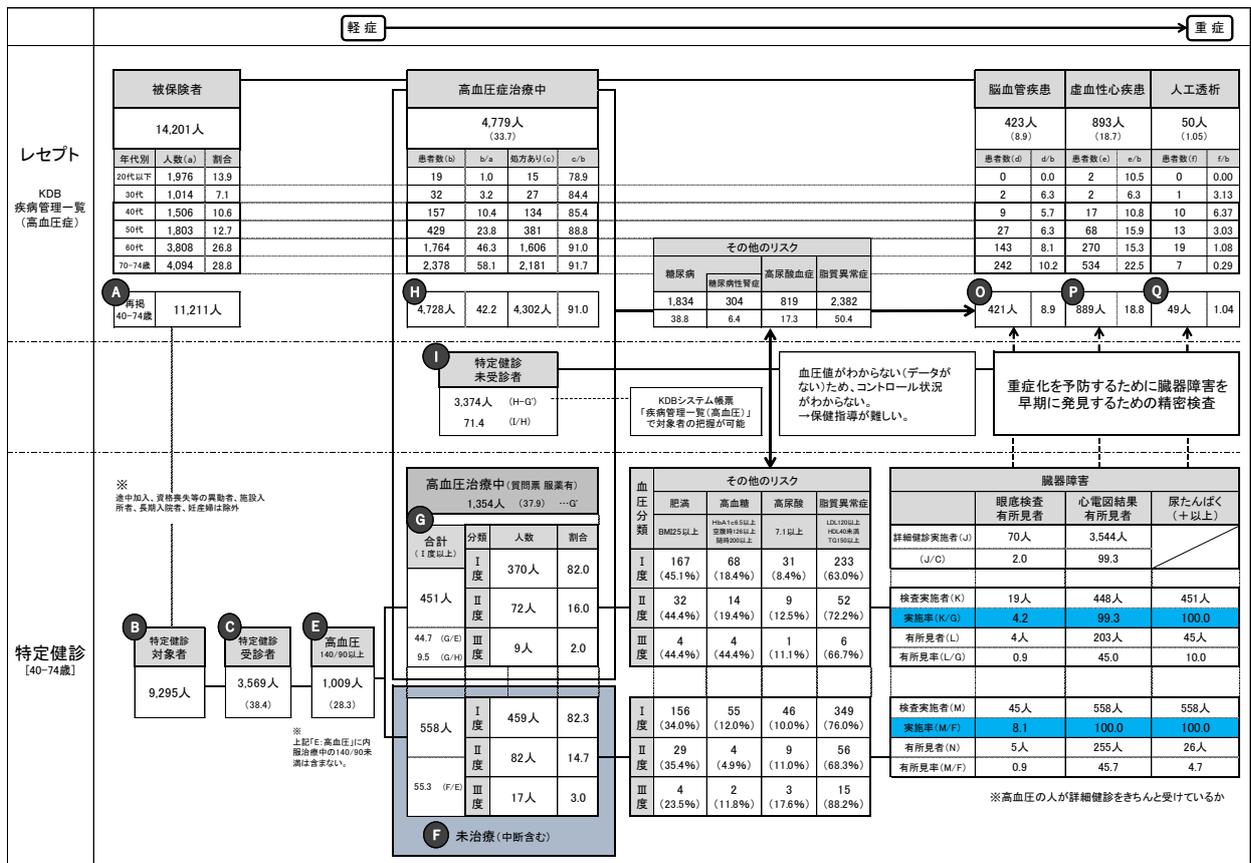
重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)が、わずか 70 人(2.0%)しか実施していない状況です。しかし、眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから、1,009 人(28.3%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。

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

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



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

出典:KDB システム(レセプト情報)・特定健診(法定報告)

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要があります。

図表 75 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

図表 75 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

(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)

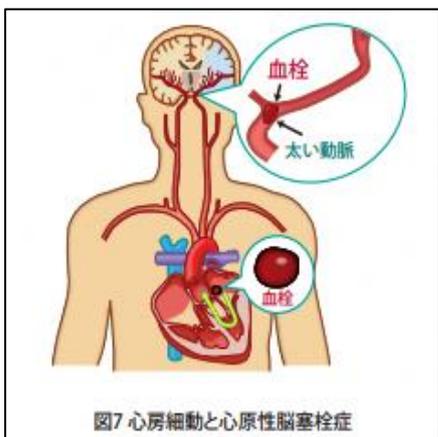
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	1,153	高血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	51.6%	39.8%	7.1%	1.5%
			130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上				
リスク第1層 予後影響因子がない	48	4.2%	C 33	B 13	B 1	A 1	5.5%	2.8%	1.2%	5.9%
			リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	639	55.4%	C 344	B 242	A 45	A 8	57.8%
リスク第3層 脳心血管病既往、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	466	40.4%	B 218	A 204	A 36	A 8	36.6%	44.4%	43.9%	47.1%
			区分		該当者数					
A		ただちに薬物療法を開始	302	26.2%						
B		概ね1ヵ月後に再評価	474	41.1%						
C		概ね3ヵ月後に再評価	377	32.7%						

…高リスク
 …中等リスク
 …低リスク

- ※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。

出典:特定健診(法定報告)

(3)心電図検査における心房細動の実態



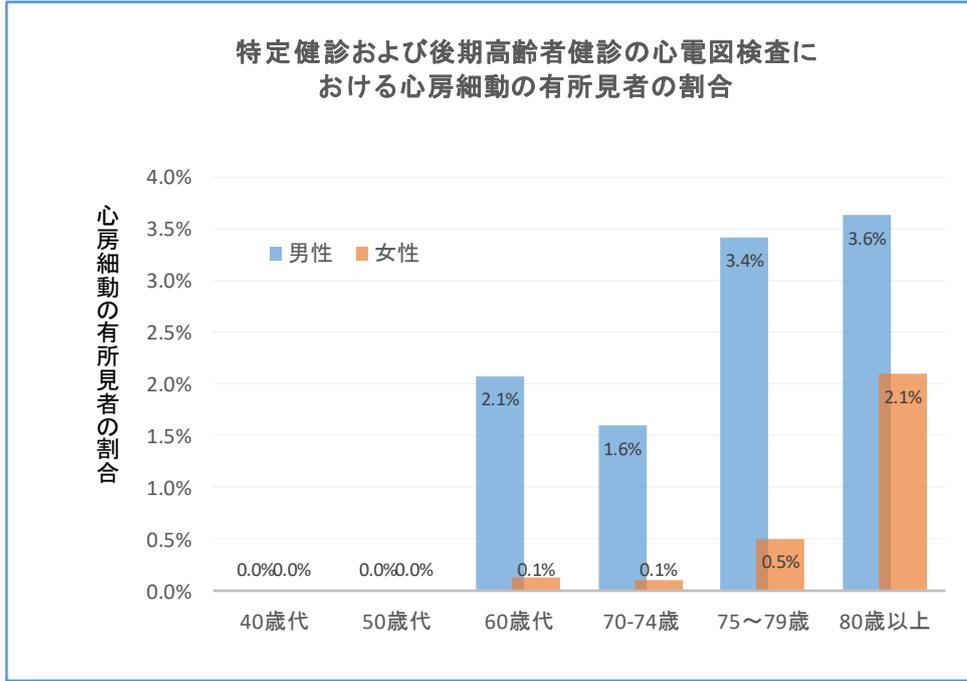
心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。

しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

図表 76 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 76 心房細動有所見者の割合(国保・後期)



	総数	40歳代	50歳代	60歳代	70-74歳	75~79歳	80歳以上
男性	47	0	0	12	12	16	7
女性	11	0	0	1	1	3	6

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

心房細動有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
28	3	10.7%	25	89.3%

鳴門市調べ(R4年度特定健診結果より)

心電図検査において国保では 58 人に心房細動の所見が認められました。後期は 32 名ですが、令和 6 年度より後期健診の対象者が 79 歳まで拡大されるため、新規対象者の発見につながると想定します。有所見率は、年齢が高くなるにつれ増加しており、心電図有所見者 28 人のうち 25 人は既に治療が開始されていましたが、2 人はまだ治療につながっていません。

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

本市では、特定保健指導対象の65歳未満の者のうち、希望者に対して頸動脈エコー検査を実施し、早期に頸動脈の肥厚やプラークの状況を把握し、生活改善につなげます。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB等を活用しデータを収集していきます。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、長寿介護課や地域包括支援センターと連携していきます。

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

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

本市は、令和6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、重症化予防の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。

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

IV. 発症予防

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

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

生活習慣病の種類として2型糖尿病、高血圧、脂質異常症等がありますが、それらの多くは肥満症/メタボリックシンドロームに伴うものです。このため幼少期からの肥満予防・肥満改善は重要となります。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点から関係者と情報共有し対策を考えていく必要があります。

本市においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、なお且つデータヘルス計画の対象者は被保険者全員であることから、全住民の健康データをライフサイクルの視点で整理し、取組みを検討していきます。

図表 79 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病(耐糖能異常)の問題を解決するためにライフサイクルで考える															
—基本的考え方— (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)															
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 発症予防 → 重症化予防 </div>															
1 根拠法	健康増進法														
6条 健康増進事業実施者	母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)		高齢者の医療の確保に関する法律 (介護保険)				
2 計画	健康増進計画(県)(市町村努力義務)【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】 データヘルス計画【保健事業実施計画】(各保険者)														
3 年代	妊婦(胎児期)		産婦	0歳~5歳			6歳~14歳		15~18歳	~29歳	30歳~39歳	40歳~64歳	65歳~74歳	75歳以上	
4 健康診査 (根拠法)	妊婦健康診査 (13条)		産婦健康診査 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診査 (11・12条)		児童・生徒の定期健康診断 (第13・14条)		定期健康診断 (第66条)		特定健康診査 (第18・20・21条)		後期高齢者健康診査 (第125条)
	妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 (第13・44条)		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)		
5 対象者 健診内容	血糖	95mg/dl以上			空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上										
	HbA1c	6.5%以上			6.5%以上										
	50GCT	1時間値140mg/dl以上													
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上			空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上										
	(診断)妊婦糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①~③の1点以上満たすもの													
	身長 体重														
	BMI	25以上													
	肥満度	加7 18以上			肥満度15%以上			肥満度20%以上							
尿糖	(+)以上			(+)以上											
糖尿病家族歴															

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 80.81)

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



課題

厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム 30年度版(図1) 改定」

出典
 ※1 R3国保事業年齢
 ※2 R2年度後期高齢者医療費社会状況報告
 ※3 R3介護保険事業状況報告より
 ※4 R4特定健診・特定保健指導 実定報告集要
 ※5 R3特定健診結果より
 ※6 R2R3人口、世帯数、年齢構成(3-1(令和5年7月時点)・県(令和4年))
 ※7 R3徳島県健康増進統計年報 人口10万別
 ※8 R4人口動態統計(推定数) 世帯数・世帯員数別(推定) 人口10万別
 ※9 R3R4介護認定率(推定)・介護・医療・介護の一体的な対応(令和4年)
 ※10 KDBシステム 地域の全体像の把握(R4年度)
 ※11 徳島県 市町村別医師数2022
 ※12 徳島県(国保)より
 ※13 県庁保健課の実態をみる実態資料

図表 81 統計からみえる地域の食

総務省統計局 家計調査 品目別県庁所在地市ランキング 2021年(令和3年)～2023年(令和5年)平均

食品名	全国ランキング
さつまいも(購入金額・購入量)	1位
スポーツドリンク(購入金額)	2位
干しのり(購入金額)	2位
ソース(購入量)	2位
他の柑橘類(購入金額)	5位

【統計からわかる食の傾向】

- ・特産品であるさつまいもやすだち(他の柑橘類)は上位となっている。
 - ・麺類のなかでは、パスタや中華麺よりも乾うどん・そばが食べられている傾向がある。
 - ・豚肉の購入量は低く、豚肉よりも牛肉が食べられている傾向がある。
 - ・野菜の購入金額・購入量は全体的に少なく、特にピーマンやブロッコリーなどの緑黄色野菜が少ない。
 - ・生鮮魚介類が手に入りやすい環境にあるが、魚肉練製品の購入金額は高い。
 - ・価格の変動が少なく使いやすいきのこ類の購入量が多い。
 - ・食塩の購入金額は低いですが、ソースの購入量が上位であり、ソースなどの調味料から糖質や塩分を摂っていることが考えられる。
 - ・飲料のなかでは、スポーツドリンクが多く飲まれており、農作業の合間にスポーツドリンクを飲むという市民の声も多く聞く。
- 以前は炭酸飲料や清涼飲料水、野菜ジュースも多かったが、近年では減少傾向にある。

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

また、計画の最終年度の令和11年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none">・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む)・保健指導実施のための専門職の配置・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none">・保健指導等の手順・教材はそろっているか・必要なデータは入手できているか。・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none">・特定健診受診率、特定保健指導率・計画した保健事業を実施したか。・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none">・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

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

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価していきます。

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要です。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料 1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた鳴門市の位置

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鳴門市の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた鳴門市の位置 (H30～R04年度)

項目	鳴門市												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	58,811		58,811		58,811		58,811		53,995		16,969,503		691,132		123,214,261		
		65歳以上(高齢化率)	18,448	31.4	18,448	31.4	18,448	31.4	18,448	31.4	19,121	35.4	5,164,670	30.4	238,346	34.5	35,335,805	28.7	
		75歳以上	9,018	15.3	9,018	15.3	9,018	15.3	9,018	15.3	9,554	17.7	---	---	122,672	17.7	18,248,742	14.8	
		65～74歳	9,430	16.0	9,430	16.0	9,430	16.0	9,430	16.0	9,567	17.7	---	---	115,674	16.7	17,087,063	13.9	
		40～64歳	19,686	33.5	19,686	33.5	19,686	33.5	19,686	33.5	17,901	33.2	---	---	224,837	32.5	41,545,893	33.7	
	39歳以下	20,677	35.2	20,677	35.2	20,677	35.2	20,677	35.2	16,973	31.4	---	---	227,949	33.0	46,332,563	37.6		
	② 産業構成	第1次産業	10.2		10.2		10.2		10.2		10.2		5.6		8.5		4.0		
	第2次産業	25.4		25.4		25.4		25.4		25.4		28.6		24.1		25.0			
	第3次産業	64.4		64.4		64.4		64.4		64.4		65.8		67.4		71.0			
	③ 平均寿命	男性	80.3		80.3		80.3		80.3		80.3		80.7		80.3		80.8		
女性	86.7		86.7		86.7		86.7		86.7		87.0		86.7		87.0				
④ 平均自活期間(※介助2以上)	男性	78.6		78.9		78.9		78.7		79.3		80.1		79.7		80.1			
女性	83.4		83.1		83.1		83.2		83.1		84.4		83.8		84.4				
2 死亡	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)	98.8		98.8		98.8		106.6		106.6		100.3		105.1		100.0		
		男性	106.5		106.5		106.5		108.6		108.6		101.2		103.3		100.0		
		女性	98.8		98.8		98.8		106.6		106.6		100.3		105.1		100.0		
		がん	197	52.1	232	51.7	189	47.3	211	49.9	194	47.8	53,892	49.4	2,446	48.8	378,272	50.6	
		心臓病	88	23.3	110	24.5	92	23.0	115	27.2	110	27.1	30,362	27.8	1,415	28.2	205,485	27.5	
	脳疾患	61	16.1	64	14.3	73	18.3	53	12.5	67	16.5	16,001	14.7	687	13.7	102,900	13.8		
	糖尿病	11	2.9	16	3.6	21	5.3	11	2.6	13	3.2	2,063	1.9	119	2.4	13,896	1.9		
	腎不全	12	3.2	19	4.2	19	4.8	22	5.2	15	3.7	3,959	3.6	233	4.7	26,946	3.6		
	自殺	9	2.4	6	1.8	6	1.5	11	2.6	7	1.7	2,854	2.6	110	2.2	20,171	2.7		
	② 早世予防からみた死亡(65歳未満)	合計	63	8.1	45	5.5	62	8.2	47	5.6	---	---	---	---	707	6.8	125,187	8.7	
男性	45	11.5	28	7.5	37	10.0	35	8.2	---	---	---	---	500	9.7	82,832	11.2			
女性	18	4.7	17	4.1	25	6.5	12	2.9	---	---	---	---	207	3.9	42,355	6.0			
3 介護	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	3,683	20.0	3,684	20.0	3,889	20.1	3,719	20.1	3,685	19.4	932,725	18.1	49,183	20.7	6,724,030	19.4	
		新規認定者	51	0.2	53	0.2	54	0.2	40	0.3	61	0.3	15,476	0.3	864	0.3	11,028	0.3	
		介護度別総件数	要支援1.2	10,720	11.7	12,109	13.0	11,742	12.5	11,934	12.6	12,221	12.9	2,980,586	13.3	172,153	14.2	21,785,044	12.9
		要介護1.2	45,552	49.8	46,614	49.9	46,824	49.9	46,764	49.5	47,125	49.9	10,389,684	46.4	574,015	47.4	78,107,378	46.3	
		要介護3以上	35,252	38.5	34,635	37.1	35,341	37.6	35,699	37.8	35,079	37.2	9,019,898	40.3	465,525	38.4	68,963,503	40.8	
	2号認定者	70	0.4	66	0.3	67	0.3	62	0.3	64	0.4	20,146	0.4	844	0.4	156,107	0.4		
	② 有病状況	糖尿病	1,071	28.3	1,078	28.5	1,075	28.8	1,084	28.8	1,128	28.7	237,003	24.2	14,411	27.9	1,712,613	24.3	
		高血圧症	2,139	58.3	2,164	57.3	2,172	58.2	2,155	56.7	2,186	56.7	523,600	53.8	29,284	57.7	3,744,672	53.3	
		脂質異常症	1,222	31.9	1,232	32.9	1,223	32.4	1,203	32.1	1,210	31.8	312,282	31.8	16,551	32.3	2,308,216	32.6	
		心臓病	2,461	64.7	2,484	65.8	2,446	64.4	2,448	64.6	2,496	63.7	590,733	60.8	32,830	64.7	4,224,628	60.3	
脳疾患		836	22.5	845	22.5	816	21.5	807	21.1	787	20.5	221,742	23.1	11,243	22.5	1,568,292	22.6		
がん	512	14.0	538	14.2	512	14.0	538	13.8	529	13.3	111,991	11.3	6,412	12.3	837,410	11.8			
筋・骨格	2,207	58.8	2,250	59.4	2,215	58.4	2,198	58.3	2,208	57.1	516,731	53.1	29,971	59.1	3,748,372	53.4			
精神	1,428	38.0	1,443	38.3	1,467	38.2	1,492	38.6	1,511	38.4	358,088	37.0	19,884	39.1	2,569,149	36.8			
③ 介護給付費	一人当たり給付費(総給付費)	304,508	5,617,570,808	305,163	5,629,645,396	318,048	5,867,354,944	317,504	5,857,313,461	299,593	5,728,513,315	274,536	320,304	290,668					
	1件当たり給付費(全体)	61,378		60,302		62,480		62,050		60,667		63,298		63,005		59,662			
	居宅サービス	38,486		38,535		39,712		38,926		37,790		41,822		41,316		41,272			
	施設サービス	282,539		285,385		294,647		296,120		293,587		292,502		297,684		296,364			
	要介護認定別医療費(40歳以上)	8,037		8,295		8,418		8,637		8,454		8,654		8,871		8,610			
認定あり	4,414		4,495		4,505		4,456		4,448		4,013		4,497		4,020				
認定なし																			
4 医療	① 国保の状況	被保険者数	14,512		14,032		13,831		13,411		12,613		3,472,300		154,837		27,488,882		
		65～74歳	6,801	46.9	6,691	47.7	6,758	48.9	6,699	50.0	6,160	48.8	---	---	73,617	47.5	11,129,271	40.5	
		40～64歳	4,658	32.1	4,456	31.8	4,367	31.6	4,203	31.3	4,051	32.1	---	---	49,424	31.9	9,088,015	33.1	
		39歳以下	3,053	21.0	2,885	20.6	2,706	19.6	2,509	18.7	2,402	19.0	---	---	31,796	20.5	7,271,596	26.5	
		加入率	24.7		23.9		23.5		22.8		23.4		20.5		22.4		22.3		
	② 医療の概況(人口千対)	病院数	7	0.5	7	0.5	7	0.5	7	0.5	7	0.6	1,146	0.3	107	0.7	8,237	0.3	
		診療所数	52	3.6	50	3.6	50	3.6	51	3.8	50	4.0	12,477	3.6	708	4.6	102,599	3.7	
		病床数	1,387	95.6	1,283	91.4	1,283	92.8	1,283	95.7	1,169	92.7	206,222	59.4	13,691	88.4	1,507,411	54.8	
		医師数	148	10.2	148	10.5	146	10.6	146	10.9	138	10.9	34,837	10.0	2,567	16.6	33,611	12.4	
		外来患者数	748.7		755.8		729.3		757.7		777.4		719.9		737.2		687.8		
入院患者数	25.2		25.4		23.5		24.3		25.1		19.6		25.0		17.7				
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	357,852		368,513		353,965		378,014		400,459		366,294		389,015		339,680			
	受診率	773.9		781,133		752,862		781,918		802,488		739,503		762,201		705,439			
	外費用の割合	56.4		55.0		56.0		56.9		56.7		59.5		54.9		60.4			
	未件数の割合	96.7		96.8		96.9		96.9		96.9		97.3		96.7		97.5			
	入院費用の割合	43.6		45.0		44.0		43.1		43.3		40.5		45.1		39.6			
入院件数の割合	3.3		3.2		3.1		3.1		3.1		2.7		3.1		2.5				
1件あたり入院日数	18.0日		17.7日		18.1日		17.8日		17.4日		16.3日		18.5日		15.7日				
④ 医療費分析(生活習慣病に占める割合)	がん	881,199,830	29.6	872,126,970	30.6	784,381,230	29.6	872,869,550	30.7	865,392,140	32.0	32.0		30.5		32.2			
	慢性腎不全(透析あり)	192,534,780	6.5	161,200,280	5.7	140,504,890	5.3	142,719,720	5.0	158,981,480	5.9	7.8		4.4		8.2			
	糖尿病	324,264,710	10.9	329,748,100	11.6	316,228,040	11.9	332,360,340	11.7	313,189,090	11.6	10.9		10.8		10.4			
	高血圧症	204,106,060	6.9	193,672,420	6.5	170,669,790	6.4	162,373,090	5.7	149,765,450	5.5	6.2		6.0		5.9			
	脂質異常症	132,282,380	4.4	130,787,710	4.6	116,913,850	4.4	113,457,640	4.0	97,650,490	3.6	4.0		3.7		4.1			
	脳梗塞・脳出血	104,198,680	3.5	87,505,090	3.1	79,269,950	2.9	120,605,190	4.3	61,977,780	2.3	3.9		2.7		3.9			
	狭心症・心筋梗塞	85,755,540	2.8	117,694,020	4.2	101,040,570	3.8	99,507,970	3.5	71,239,960	2.7	2.7		3.4		2.8			
	精神	575,840,150	19.3	510,354,86															

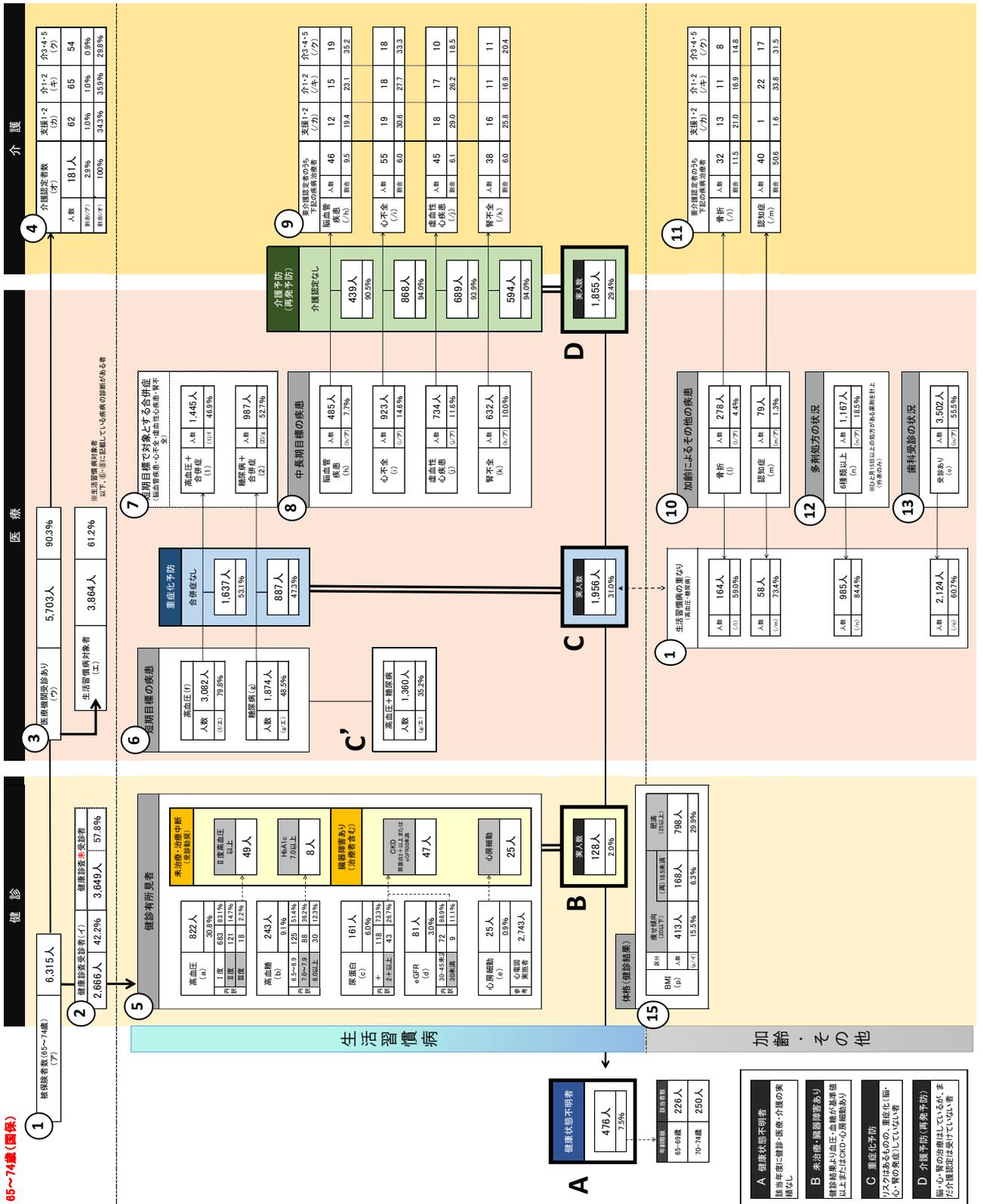
5 健診	①	健診受診者	3,342	3,298	3,796	3,880	3,571	975,931	43,802	6,503,152											
	②	受診率	31.7	32.1	37.0	38.9	38.3	39.4	39.2	全国18位	35.3										
	③	特定保健指導終了者(実施率)	301	362	358	325	0	0	15,006	13.4	297	5.5	69,327	9.0							
	④	非肥満高血糖	272	276	276	271	7.6	99,147	10.2	3,532	8.1	588,083	9.0								
	⑤	特定健診の 状況	メタボ	該当者	631	626	19.0	792	20.9	784	20.2	743	20.8	202,995	20.8	9,180	21.0	1,321,197	20.3		
	⑥			男性	437	437	31.1	544	32.2	542	32.1	529	34.0	140,027	32.7	6,496	33.1	923,222	32.0		
	⑦			女性	194	189	10.0	248	11.8	242	11.1	214	10.6	62,969	11.5	2,684	11.1	397,975	11.0		
	⑧			予備群	410	416	12.6	489	12.9	458	11.8	425	11.9	107,776	11.0	5,182	11.8	730,607	11.2		
	⑨			男性	277	280	19.9	336	19.9	311	18.4	297	19.1	74,927	17.5	3,648	18.6	515,813	17.9		
	⑩			女性	133	136	7.2	153	7.3	147	6.7	128	6.4	32,849	6.0	1,534	6.3	214,794	5.9		
	⑪	県内市町村数 26市町村	メタボ 該当・ 予備群レ ベル	総数	総数	1,161	1,168	35.4	1,420	37.4	1,376	35.5	1,278	35.8	341,075	34.9	15,805	36.1	2,273,296	35.0	
	⑫				男性	794	798	56.8	979	58.0	937	55.4	898	57.7	235,684	55.0	11,158	56.9	1,592,747	55.3	
	⑬				女性	367	370	19.5	441	20.9	439	20.1	380	18.9	105,391	19.3	4,647	19.2	680,549	18.8	
	⑭				総数	212	224	6.8	250	6.6	260	6.7	245	6.9	47,100	4.8	2,385	5.4	304,276	4.7	
	⑮				男性	36	41	2.9	34	2.0	40	2.4	41	2.6	6,704	1.6	368	1.9	48,780	1.7	
	⑯				女性	176	183	9.7	216	10.2	220	10.1	204	10.1	40,404	7.4	2,017	8.3	255,496	7.1	
	⑰	6 問診	問診の状況	薬 服	血糖のみ	28	34	1.0	21	0.6	34	0.9	26	0.7	6,572	0.7	264	0.6	41,541	0.6	
	⑱				血圧のみ	285	297	9.0	362	9.5	317	8.2	291	8.1	76,046	7.9	3,727	8.5	514,593	7.9	
	⑲				脂質のみ	97	85	2.6	106	2.8	107	2.8	108	3.0	25,158	2.6	1,191	2.7	174,473	2.7	
⑳	血糖・血圧				80	84	2.5	99	2.6	117	3.0	98	2.7	30,455	3.1	1,335	3.0	193,722	3.0		
㉑	血糖・脂質				38	39	1.2	31	0.8	26	0.7	29	0.8	10,434	1.1	450	1.0	67,212	1.0		
㉒	血圧・脂質				333	319	9.7	410	10.8	416	10.7	381	10.7	94,702	9.7	4,666	10.7	630,648	9.7		
㉓	血糖・血圧・脂質				180	184	5.6	252	6.6	225	5.8	235	6.6	67,404	6.9	2,729	6.2	429,615	6.6		
㉔	高血圧				1,140	1,118	33.9	1,421	37.4	1,476	38.0	1,355	37.9	363,954	37.3	16,935	38.7	2,324,538	35.8		
㉕	糖尿病				237	278	8.4	331	8.7	325	8.4	313	8.8	89,991	9.2	3,764	8.6	564,473	8.7		
㉖	脂質異常症				822	823	25.0	999	26.3	1,072	27.6	995	27.9	281,962	28.9	11,822	27.0	1,817,350	28.0		
㉗	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)				94	92	2.8	107	2.8	104	2.7	103	2.9	30,566	3.2	1,329	3.1	199,003	3.1		
㉘	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)				233	231	7.0	261	6.9	267	6.9	234	6.6	56,507	6.0	2,531	5.8	349,845	5.5		
㉙	腎不全				31	39	1.2	44	1.2	44	1.1	42	1.2	7,718	0.8	511	1.2	51,680	0.8		
㉚	貧血				285	306	9.3	328	8.8	317	8.3	320	9.1	100,062	10.6	4,733	11.0	669,737	10.6		
㉛	喫煙				344	327	9.9	396	10.4	398	10.3	347	9.7	123,934	12.7	5,368	12.3	896,676	13.8		
㉜	週3回以上朝食を抜く				231	215	6.7	264	7.3	267	7.2	244	7.3	76,524	8.5	3,890	9.1	609,166	10.3		
㉝	週3回以上夜後間食(～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
㉞	週3回以上夜後間食(～H30～)				485	490	15.0	593	16.4	535	14.5	501	14.9	131,966	14.4	7,259	17.0	932,218	15.7		
㉟	食べる速度が遅い				1,060	1,043	32.5	1,210	33.3	1,195	32.2	1,109	32.8	233,332	25.8	13,138	30.7	1,590,713	26.8		
㊱	20歳時体重から10kg以上増加	1,185	1,182	36.9	1,386	38.1	1,391	37.5	1,236	36.6	312,790	34.4	15,365	36.0	2,083,152	34.9					
㊲	1回30分以上運動習慣なし	1,804	1,766	55.0	2,077	57.1	2,137	57.6	1,951	57.8	542,996	59.6	25,071	58.7	3,589,415	60.3					
㊳	1日1時間以上運動なし	1,737	1,733	54.0	1,929	53.1	1,957	52.8	1,790	53.1	425,177	46.4	21,798	51.0	2,858,913	48.0					
㊴	睡眠不足	944	944	29.5	977	27.0	994	27.0	923	27.5	228,349	25.0	11,333	26.8	1,521,685	25.6					
㊵	毎日飲酒	805	779	23.7	897	24.0	908	23.6	837	23.6	229,841	24.4	10,658	24.7	1,585,206	25.5					
㊶	時々飲酒	557	530	16.1	588	15.7	615	16.0	576	16.2	201,018	21.3	7,699	17.8	1,393,154	22.4					
㊷	一 日 飲 酒 量	1会未満	1,348	1,314	66.1	1,534	67.3	1,518	66.2	1,469	67.9	409,029	65.2	17,015	63.9	2,851,798	64.2				
㊸		1～2会	464	463	23.3	506	22.2	526	22.9	476	22.0	147,595	23.5	6,226	23.4	1,053,317	23.7				
㊹		2～3会	185	165	8.3	201	8.8	185	8.1	171	7.9	55,826	8.9	2,624	9.9	414,658	9.3				
㊺		3会以上	44	47	2.4	40	1.8	63	2.7	47	2.2	14,446	2.3	754	2.8	122,039	2.7				

②65～74歳(国保)

参考：【OD】介入支援対象者一覧<診断・重症化予防> 【OD】重症化支援対象者一覧<診断・重症化予防> 【OD】介入支援対象者一覧<診断・重症化予防> 【OD】介入支援対象者一覧<診断・重症化予防>

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

町門市 65～74歳(国保)



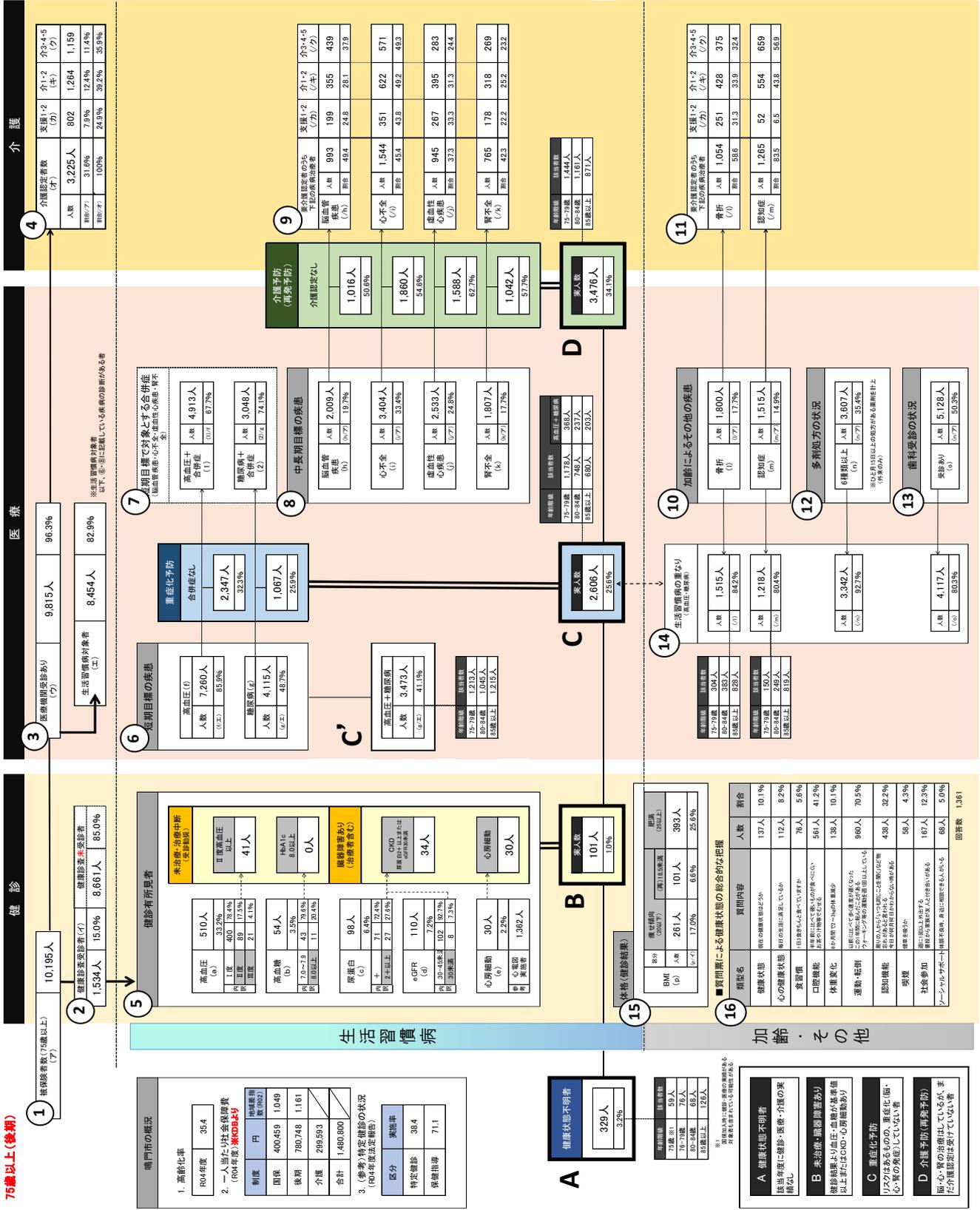
④75歳以上(後期)

【KOB】厚生労働省様式1-1
【特定保健指導】一斉管理システムJFKAC171

参考:【KOB】介入支援対象者一斉管理・重症化予防
【KOB】介入支援対象者一斉管理・重症化予防
【KOB】後期高齢者の医療(健診)・介護受診状況

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

75歳以上(後期)



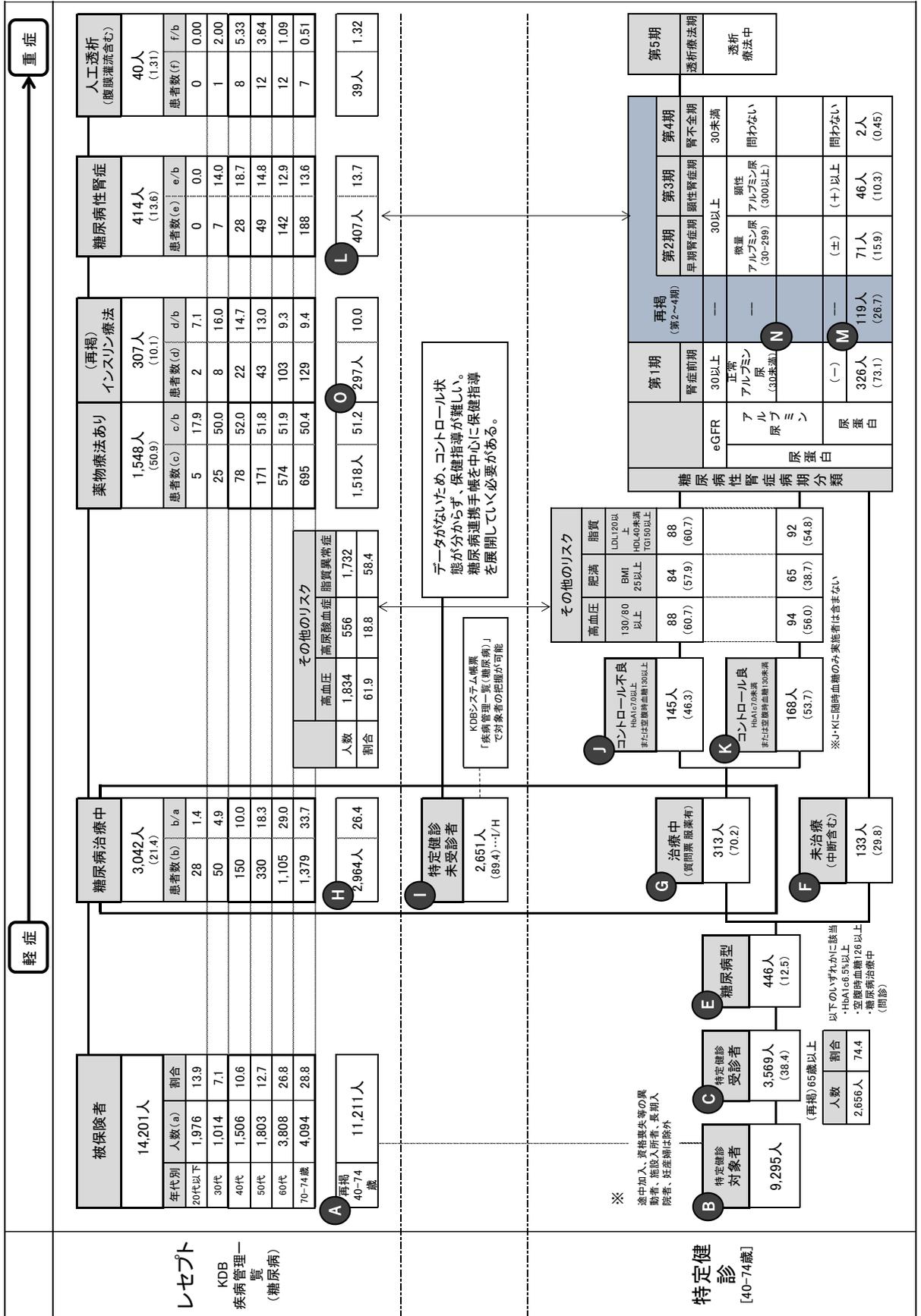
(参考資料3) 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

項目		突合表	鳴門市										同規模保険者(平均)	
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
1	①	被保険者数	14,882人		14,501人		14,034人		13,901人		13,390人			
	②	(再掲)40-74歳	11,746人		11,500人		11,221人		11,232人		10,934人			
2	①	対象者数	10,493人		10,231人		10,226人		9,951人		9,295人			
	②	特定健診受診者数	3,329人		3,291人		3,793人		3,878人		3,569人			
	③	受診率	31.7%		32.2%		37.1%		39.0%		38.4%			
3	①	特定保健指導対象者数	472人		460人		517人		480人		440人			
	②	実施率	59.1%		76.5%		63.6%		66.0%		71.1%			
4	①	糖尿病型	381人 11.4%		405人 12.3%		469人 12.4%		497人 12.8%		463人 12.6%			
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	139人 36.5%		122人 30.1%		134人 28.6%		166人 33.4%		140人 30.2%			
	③	治療中(質問票 服薬あり)	242人 63.5%		283人 69.9%		335人 71.4%		331人 66.6%		323人 69.8%			
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	117人 48.3%		141人 49.8%		152人 45.4%		159人 48.0%		151人 46.7%			
	⑤	血圧 130/80以上	78人 66.7%		90人 63.8%		99人 65.1%		101人 63.5%		90人 59.6%			
	⑥	肥満 BMI25以上	59人 50.4%		63人 44.7%		80人 52.6%		86人 54.1%		87人 57.6%			
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	125人 51.7%		142人 50.2%		183人 54.6%		172人 52.0%		172人 53.3%			
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	274人 71.9%		284人 70.1%		331人 70.6%		362人 72.8%		337人 72.8%			
	⑨	第2期 尿蛋白(±)	63人 16.5%		73人 18.0%		81人 17.3%		84人 16.9%		73人 15.8%			
	⑩	第3期 尿蛋白(+)以上	40人 10.5%		44人 10.9%		49人 10.4%		45人 9.1%		49人 10.6%			
	⑪	第4期 eGFR30未満	4人 1.0%		4人 1.0%		7人 1.5%		6人 1.2%		3人 0.6%			
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)	137.8人		137.5人		134.7人		137.1人		140.4人			
	②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)	171.3人		170.5人		165.5人		166.6人		168.7人			
	③	レセプト件数(40-74歳)	11,048件 (964.1)		11,242件 (1008.5)		11,122件 (999.7)		11,496件 (1054.5)		10,977件 (1075.0)		2,480,774件 (911.6)	
	④	入院外(件数)	84件 (7.3)		76件 (6.8)		44件 (4.0)		56件 (5.1)		50件 (4.9)		10,514件 (3.9)	
	⑤	糖尿病治療中	2,050人 13.8%		1,994人 13.8%		1,891人 13.5%		1,906人 13.7%		1,880人 14.0%			
	⑥	(再掲)40-74歳	2,012人 17.1%		1,961人 17.1%		1,857人 16.5%		1,871人 16.7%		1,845人 16.9%			
	⑦	健診未受診者	1,770人 88.0%		1,719人 87.7%		1,522人 82.0%		1,540人 82.3%		1,522人 82.5%			
	⑧	インスリン治療	197人 9.6%		185人 9.3%		167人 8.8%		173人 9.1%		184人 9.8%			
	⑨	(再掲)40-74歳	192人 9.5%		179人 9.1%		165人 8.9%		172人 9.2%		181人 9.8%			
	⑩	糖尿病性腎症	329人 16.0%		313人 15.7%		345人 18.2%		349人 18.3%		263人 14.0%			
	⑪	(再掲)40-74歳	322人 16.0%		307人 15.7%		339人 18.3%		343人 18.3%		257人 13.9%			
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	24人 1.2%		24人 1.2%		22人 1.2%		19人 1.0%		19人 1.0%			
	⑬	(再掲)40-74歳	21人 1.0%		21人 1.1%		21人 1.1%		18人 1.0%		18人 1.0%			
	⑭	新規透析患者数	1人 4.2%		1人 4.2%		2人 9.1%		1人 5.3%		1人 5.3%			
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症	1人 4.2%		1人 4.2%		0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%			
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	78人 2.8%		78人 2.8%		77人 2.7%		78人 2.6%		66人 2.2%			
6	①	総医療費	51億9315万円		51億7098万円		48億9569万円		50億6955万円		50億5099万円		50億8753万円	
	②	生活習慣病総医療費	29億7959万円		28億4586万円		26億5335万円		28億3874万円		27億0056万円		27億0662万円	
	③	(総医療費に占める割合)	57.4%		55.0%		54.2%		56.0%		53.5%		53.2%	
	④	生活習慣病対象者一人あたり	4,470円		4,776円		5,976円		5,058円		5,485円		6,937円	
	⑤	健診未受診者	38,417円		38,627円		35,646円		37,978円		38,378円		38,519円	
	⑥	糖尿病医療費	3億2426万円		3億2975万円		3億1623万円		3億3236万円		3億1319万円		2億9434万円	
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	10.9%		11.6%		11.9%		11.7%		11.6%		10.9%	
	⑧	糖尿病入院外総医療費	8億7306万円		8億7693万円		8億7677万円		8億9245万円		8億5755万円			
	⑨	1件あたり	33,638円		34,033円		34,506円		34,691円		34,754円			
	⑩	糖尿病入院総医療費	5億9367万円		6億5929万円		5億5667万円		4億6411万円		5億2808万円			
	⑪	1件あたり	536,288円		584,992円		578,062円		537,787円		597,374円			
	⑫	在院日数	19日		18日		18日		18日		18日			
	⑬	慢性腎不全医療費	2億0475万円		1億7534万円		1億5493万円		1億5813万円		1億7573万円		2億2640万円	
	⑭	透析有り	1億9253万円		1億6120万円		1億4050万円		1億4272万円		1億5898万円		2億1152万円	
	⑮	透析なし	1222万円		1414万円		1443万円		1541万円		1675万円		1487万円	
7	①	介護給付費	56億1757万円		56億2965万円		58億6735万円		58億5731万円		57億2851万円		56億7154万円	
	②	(2号認定者)糖尿病合併症	13件 32.5%		10件 27.8%		7件 19.4%		4件 12.9%		5件 17.9%			
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)	11人 1.4%		16人 2.1%		21人 2.8%		11人 1.4%		13人 1.7%		3,958人 1.0%	

(参考資料 4) 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

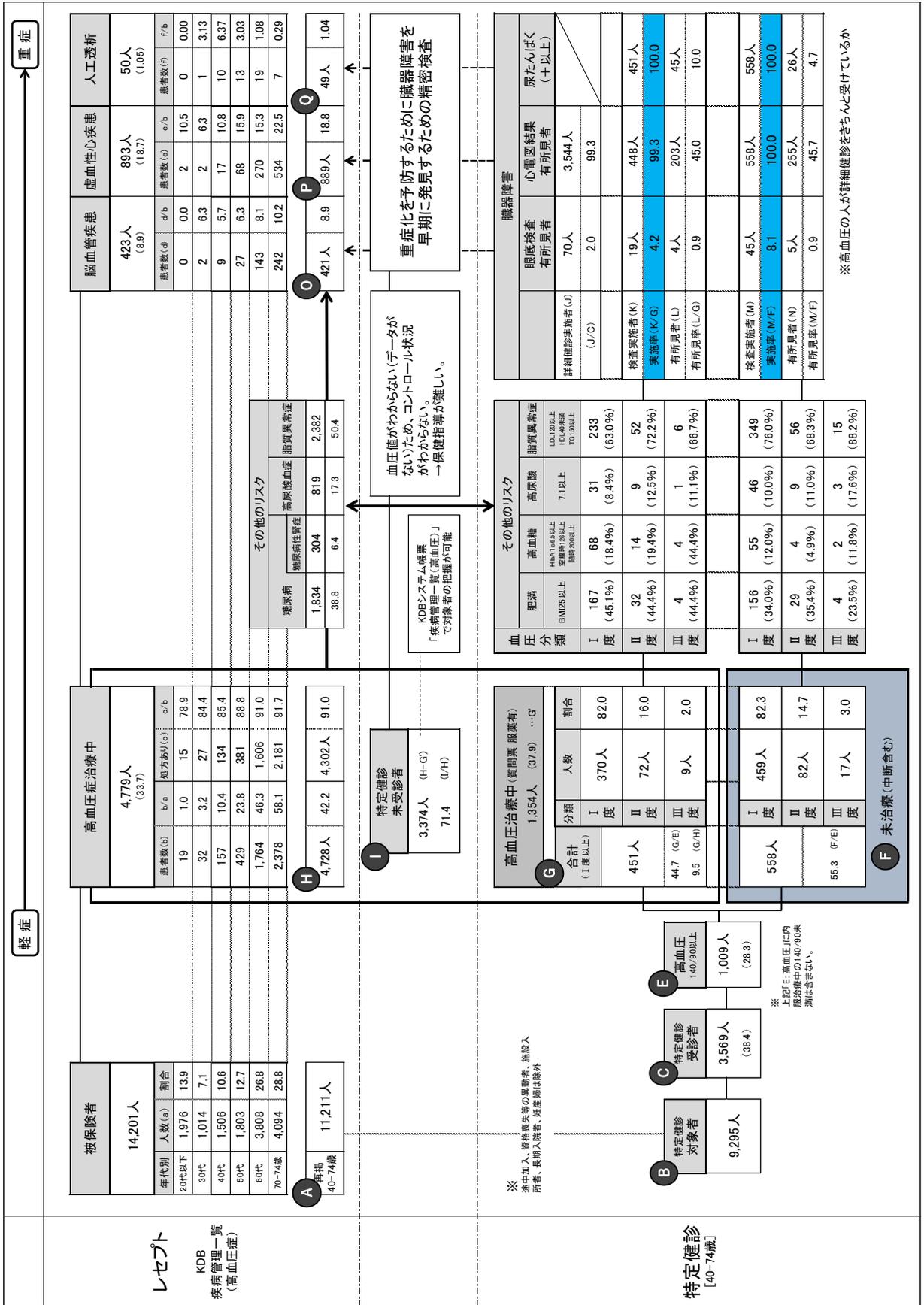
糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



(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

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

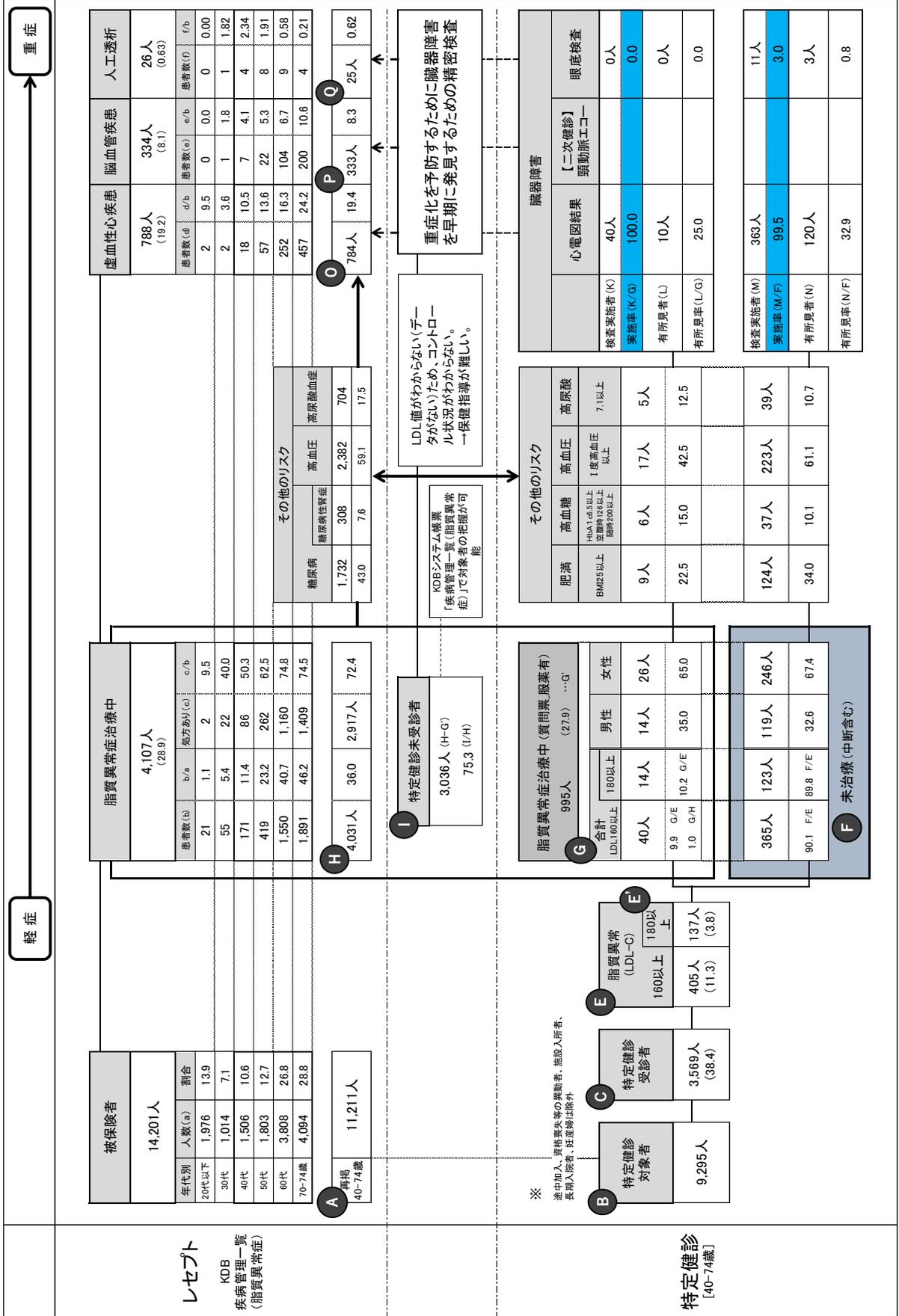
令和04年度



(参考資料6) 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



(参考資料 7) HbA1c の年次比較

HbA1c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						
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H29	3,081	1,494	48.5%	1,019	33.1%	327	10.6%	120	3.9%	75	2.4%	46	1.5%	90	2.9%	35	1.1%
H30	3,329	1,436	43.1%	1,207	36.3%	428	12.9%	130	3.9%	85	2.6%	43	1.3%	75	2.3%	28	0.8%
R01	3,290	1,365	41.5%	1,206	36.7%	449	13.6%	138	4.2%	94	2.9%	38	1.2%	80	2.4%	28	0.9%
R02	3,793	1,783	47.0%	1,216	32.1%	477	12.6%	153	4.0%	117	3.1%	47	1.2%	105	2.8%	34	0.9%
R03	3,876	1,788	46.1%	1,273	32.8%	477	12.3%	170	4.4%	124	3.2%	44	1.1%	105	2.7%	32	0.8%
R04	3,565	1,420	39.8%	1,294	36.3%	547	15.3%	150	4.2%	110	3.1%	44	1.2%	102	2.9%	26	0.7%

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)7.0以上	未治療	治療					
H29	3,081	1,494 48.5%	1,019 33.1%	327 10.6%	241	106	135	7.8%	44.0%	56.0%	3.9%	7.8%
					121	35	86	3.9%	28.9%	71.1%		
H30	3,329	1,436 43.1%	1,207 36.3%	428 12.9%	258	108	150	7.8%	41.9%	58.1%	3.8%	7.8%
					128	42	86	3.8%	32.8%	67.2%		
R01	3,290	1,365 41.5%	1,206 36.7%	449 13.6%	270	93	177	8.2%	34.4%	65.6%	4.0%	8.2%
					132	23	109	4.0%	17.4%	82.6%		
R02	3,793	1,783 47.0%	1,216 32.1%	477 12.6%	317	106	211	8.4%	33.4%	66.6%	4.3%	8.4%
					164	45	119	4.3%	27.4%	72.6%		
R03	3,876	1,788 46.1%	1,273 32.8%	477 12.3%	338	132	206	8.7%	39.1%	60.9%	4.3%	8.7%
					168	52	116	4.3%	31.0%	69.0%		
R04	3,565	1,420 39.8%	1,294 36.3%	547 15.3%	304	111	193	8.5%	36.5%	63.5%	4.3%	8.5%
					154	40	114	4.3%	26.0%	74.0%		

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							合併症の危険が更に大きくなる	
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A		
治療中	H29	206	6.7%	7	3.4%	25	12.1%	39	18.9%	49	23.8%	54	26.2%	32	15.5%	65	31.6%	24	11.7%
	H30	234	7.0%	11	4.7%	22	9.4%	51	21.8%	64	27.4%	60	25.6%	26	11.1%	50	21.4%	16	6.8%
	R01	276	8.4%	10	3.6%	29	10.5%	60	21.7%	68	24.6%	80	29.0%	29	10.5%	65	23.6%	20	7.2%
	R02	331	8.7%	10	3.0%	25	7.6%	85	25.7%	92	27.8%	83	25.1%	36	10.9%	77	23.3%	24	7.3%
	R03	325	8.4%	12	3.7%	35	10.8%	72	22.2%	90	27.7%	91	28.0%	25	7.7%	72	22.2%	18	5.5%
	R04	313	8.8%	8	2.6%	27	8.6%	85	27.2%	79	25.2%	85	27.2%	29	9.3%	72	23.0%	15	4.8%
治療なし	H29	2,875	93.3%	1,487	51.7%	994	34.6%	288	10.0%	71	2.5%	21	0.7%	14	0.5%	25	0.9%	11	0.4%
	H30	3,095	93.0%	1,425	46.0%	1,185	38.3%	377	12.2%	66	2.1%	25	0.8%	17	0.5%	25	0.8%	12	0.4%
	R01	3,014	91.6%	1,355	45.0%	1,177	39.1%	389	12.9%	70	2.3%	14	0.5%	9	0.3%	15	0.5%	8	0.3%
	R02	3,462	91.3%	1,773	51.2%	1,191	34.4%	392	11.3%	61	1.8%	34	1.0%	11	0.3%	28	0.8%	10	0.3%
	R03	3,551	91.6%	1,776	50.0%	1,238	34.9%	405	11.4%	80	2.3%	33	0.9%	19	0.5%	33	0.9%	14	0.4%
	R04	3,252	91.2%	1,412	43.4%	1,267	39.0%	462	14.2%	71	2.2%	25	0.8%	15	0.5%	30	0.9%	11	0.3%

(参考資料 8) 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	3,081	720	23.4%	671	21.8%	917	29.8%	628	20.4%	131	4.3%	14	0.5%
H30	3,329	747	22.4%	688	20.7%	1,057	31.8%	688	20.7%	125	3.8%	24	0.7%
R01	3,291	798	24.2%	702	21.3%	1,017	30.9%	635	19.3%	121	3.7%	18	0.5%
R02	3,793	801	21.1%	778	20.5%	1,181	31.1%	868	22.9%	143	3.8%	22	0.6%
R03	3,878	829	21.4%	806	20.8%	1,164	30.0%	868	22.4%	179	4.6%	32	0.8%
R04	3,569	800	22.4%	701	19.6%	1,059	29.7%	829	23.2%	154	4.3%	26	0.7%

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		再Ⅲ度高血圧	割合
					再Ⅲ度高血圧	再掲					
						未治療	治療				
H29	3,081	1,391 45.1%	917 29.8%	628 20.4%	145	92	53	4.7%	0.5%	4.7%	
					14	9	5				
H30	3,329	1,435 43.1%	1,057 31.8%	688 20.7%	149	94	55	4.5%	0.7%	4.5%	
					24	18	6				
R01	3,291	1,500 45.6%	1,017 30.9%	635 19.3%	139	86	53	4.2%	0.5%	4.2%	
					18	12	6				
R02	3,793	1,579 41.6%	1,181 31.1%	868 22.9%	165	93	72	4.4%	0.6%	4.4%	
					22	19	3				
R03	3,878	1,635 42.2%	1,164 30.0%	868 22.4%	211	127	84	5.4%	0.8%	5.4%	
					32	23	9				
R04	3,569	1,501 42.1%	1,059 29.7%	829 23.2%	180	99	81	5.0%	0.7%	5.0%	
					26	17	9				

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	1,046	34.0%	116	11.1%	219	20.9%	372	35.6%	286	27.3%	48	4.6%	5	0.5%
	H30	1,133	34.0%	113	10.0%	226	19.9%	422	37.2%	317	28.0%	49	4.3%	6	0.5%
	R01	1,115	33.9%	142	12.7%	226	20.3%	409	36.7%	285	25.6%	47	4.2%	6	0.5%
	R02	1,421	37.5%	154	10.8%	269	18.9%	510	35.9%	416	29.3%	69	4.9%	3	0.2%
	R03	1,476	38.1%	155	10.5%	301	20.4%	518	35.1%	418	28.3%	75	5.1%	9	0.6%
	R04	1,354	37.9%	178	13.1%	261	19.3%	464	34.3%	370	27.3%	72	5.3%	9	0.7%
治療なし	H29	2,035	66.0%	604	29.7%	452	22.2%	545	26.8%	342	16.8%	83	4.1%	9	0.4%
	H30	2,196	66.0%	634	28.9%	462	21.0%	635	28.9%	371	16.9%	76	3.5%	18	0.8%
	R01	2,176	66.1%	656	30.1%	476	21.9%	608	27.9%	350	16.1%	74	3.4%	12	0.6%
	R02	2,372	62.5%	647	27.3%	509	21.5%	671	28.3%	452	19.1%	74	3.1%	19	0.8%
	R03	2,402	61.9%	674	28.1%	505	21.0%	646	26.9%	450	18.7%	104	4.3%	23	1.0%
	R04	2,215	62.1%	622	28.1%	440	19.9%	595	26.9%	459	20.7%	82	3.7%	17	0.8%

(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	3,081	1,396	45.3%	735	23.9%	569	18.5%	251	8.1%	130	4.2%
	H30	3,329	1,530	46.0%	833	25.0%	543	16.3%	276	8.3%	147	4.4%
	R01	3,291	1,516	46.1%	796	24.2%	575	17.5%	263	8.0%	141	4.3%
	R02	3,793	1,801	47.5%	912	24.0%	614	16.2%	307	8.1%	159	4.2%
	R03	3,878	1,769	45.6%	969	25.0%	660	17.0%	310	8.0%	170	4.4%
男性	H29	1,265	633	50.0%	283	22.4%	225	17.8%	82	6.5%	42	3.3%
	H30	1,422	723	50.8%	345	24.3%	209	14.7%	97	6.8%	48	3.4%
	R01	1,401	737	52.6%	321	22.9%	210	15.0%	86	6.1%	47	3.4%
	R02	1,688	873	51.7%	418	24.8%	233	13.8%	101	6.0%	63	3.7%
	R03	1,690	861	50.9%	422	25.0%	262	15.5%	101	6.0%	44	2.6%
女性	H29	1,816	763	42.0%	452	24.9%	344	18.9%	169	9.3%	88	4.8%
	H30	1,907	807	42.3%	488	25.6%	334	17.5%	179	9.4%	99	5.2%
	R01	1,890	779	41.2%	475	25.1%	365	19.3%	177	9.4%	94	5.0%
	R02	2,105	928	44.1%	494	23.5%	381	18.1%	206	9.8%	96	4.6%
	R03	2,188	908	41.5%	547	25.0%	398	18.2%	209	9.6%	126	5.8%
R04	2,015	871	43.2%	480	23.8%	392	19.5%	176	8.7%	96	4.8%	

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲	割合
					再)180以上	未治療	治療		
H29	3,081	1,396	735	569	381	341	40	12.4%	12.4%
H30	3,329	1,530	833	543	423	382	41	12.7%	12.7%
R01	3,291	1,516	796	575	404	362	42	12.3%	12.3%
R02	3,793	1,801	912	614	466	422	44	12.3%	12.3%
R03	3,878	1,769	969	660	480	435	45	12.4%	12.4%
R04	3,569	1,680	887	597	405	365	40	11.3%	11.3%

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
治療中	H29	746	24.2%	485	65.0%	150	20.1%	71	9.5%	26	3.5%	14	1.9%
	H30	818	24.6%	549	67.1%	165	20.2%	63	7.7%	27	3.3%	14	1.7%
	R01	821	24.9%	544	66.3%	166	20.2%	69	8.4%	27	3.3%	15	1.8%
	R02	999	26.3%	679	68.0%	198	19.8%	78	7.8%	25	2.5%	19	1.9%
	R03	1,072	27.6%	707	66.0%	223	20.8%	97	9.0%	30	2.8%	15	1.4%
R04	995	27.9%	657	66.0%	200	20.1%	98	9.8%	26	2.6%	14	1.4%	
治療なし	H29	2,335	75.8%	911	39.0%	585	25.1%	498	21.3%	225	9.6%	116	5.0%
	H30	2,511	75.4%	981	39.1%	668	26.6%	480	19.1%	249	9.9%	133	5.3%
	R01	2,470	75.1%	972	39.4%	630	25.5%	506	20.5%	236	9.6%	126	5.1%
	R02	2,794	73.7%	1,122	40.2%	714	25.6%	536	19.2%	282	10.1%	140	5.0%
	R03	2,806	72.4%	1,062	37.8%	746	26.6%	563	20.1%	280	10.0%	155	5.5%
R04	2,574	72.1%	1,023	39.7%	687	26.7%	499	19.4%	242	9.4%	123	4.8%	