

様式6-1 年度ごとに比べてみた徳島市の位置

項目		H30		R1		R2		R3		R4			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 人口構成	総人口	255,433		253,250		252,304		251,005		227,476		
		65歳以上（高齢化率）	73,128	28.6	72,711	28.7	73,406	29.1	69,378	27.6	70,811	31.1	
		75歳以上	37,291	14.6	36,856	14.6	37,411	14.8	33,947	13.5	36,470	16.0	
		65～74歳	35,837	14.0	35,855	14.2	35,995	14.2	35,431	14.1	34,341	15.1	
		40～64歳	82,689	32.4	84,979	33.6	84,665	33.6	84,838	33.8	75,581	33.2	
		39歳以下	92,067	36.0	95,560	37.7	94,233	37.3	96,789	38.6	81,084	35.6	
	② 産業構成	第1次産業	3.9		3.9		3.9		3.9		3.9		
		第2次産業	19.8		19.8		19.8		19.8		19.8		
		第3次産業	76.3		76.3		76.3		76.3		76.3		
	③ 平均寿命	男性	80.9		80.9		80.9		80.9		80.9		
		女性	86.8		86.8		86.8		86.8		86.8		
	④ 健康寿命 R3より平均 自立期間	男性	65.1		65.1		65.1		80.0		80.1		
		女性	66.6		66.6		66.6		83.6		84.4		
2	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)	男性	96.8		96.8		96.8		101.1		101.1	
			女性	97.5		97.5		97.5		100.1		100.1	
		死 因	がん	719	48.3	756	48.0	741	48.5	748	49.3	712	48.8
			心臓病	387	26.0	426	27.1	415	27.2	426	28.1	401	27.5
			脳疾患	244	16.4	249	15.8	218	14.3	222	14.6	214	14.7
			糖尿病	18	1.2	34	2.2	39	2.60	31	2.0	30	2.1
			腎不全	73	4.9	72	4.6	88	5.80	59	3.9	66	4.5
	自殺		49	3.3	37	2.4	27	1.80	31	2.0	36	2.5	
	② 早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計	270 9.16										
		男性	177 11.8										
		女性	93 6.4										
	3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）	16,055	23.1	16,048	23.1	16,253	23.3	16,007	23.2	15,888	22.6
			新規認定者	217	0.3	200	0.3	209	0.2	170	0.3	262	0.3
2号認定者			310	0.4	310	0.4	227	0.4	333	0.39	301	0.4	
② 有病状況		糖尿病	4,445	27.6	4,578	278.0	1,449	28.0	4,770	28.8	4,823	29.1	
		高血圧症	9,122	56.7	9,311	56.7	9,589	56.4	9,435	57	9,359	57.2	
		脂質異常症	5,208	32.2	5,431	32.8	5,525	32.7	5,494	33.1	5,528	33.7	
		心臓病	10,336	64.3	10,518	64.1	10,850	63.9	10,612	64.3	10,535	64.4	
		脳疾患	4,301	27.0	4,267	26.3	4,270	25.3	4,100	25.1	3,957	24.3	
		がん	1,971	12.1	2,047	12.4	2,178	12.5	2,138	12.9	2,140	13.1	
		筋・骨格	9,679	60.4	9,792	60.0	10,005	59.1	9,701	59	9,640	59.1	
		精神	5,949	36.9	6,160	37.4	6,538	38.2	6,424	38.6	6,297	38.7	
③ 介護給付費		1件当たり給付費（全体）	571,119		56,955		56,871		55,817		54,984		
		居宅サービス	41,509		41,138		41,257		40,783		40,234		
	施設サービス	304,880		309,597		312,260		308,904		309,238			
④ 医療費等	要介護認定別 医療費（40歳以上）	認定あり	8,182		8,496		9,061		9,206		9,175		
		認定なし	4,210		4,256		4,338		4,424		4,459		
4	① 国保の状況	被保険者数	52,107		50,688		50,385		49,246		46,813		
		65～74歳	21,809	41.9	21,617	42.6	22,417	43.8	21,760	44.2	20,323	43.4	
		40～64歳	17,257	33.1	16,552	32.7	16,269	32.4	15,950	32.4	15,564	33.2	
		39歳以下	13,041	25.0	12,519	24.7	11,626	23.8	11,536	23.4	10,926	23.3	
		加入率	20.8		20.2		20.1		19.6		20.6		
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	48	0.9	46	0.9	46	0.9	46	0.9	46	1.0	
		診療所数	299	5.7	290	5.7	290	5.8	285	5.8	278	5.9	
		病床数	6,299	120.9	6,222	122.8	6,222	123.5	6,212	126.1	6,125	130.8	
		医師数	1,405	27.0	1,405	27.7	1,430	28.4	1,430	29.0	1,441	30.8	
		外来患者数	702.0		704.3		692.4		697.3		713.0		
		入院患者数	23.4		23.4		22.8		23.2		22.5		
	③ 医療費の 状況	一人当たり医療費	27,434	県内21位 同規模14位	28,063	県内22位 同規模16位	27,748		358,815	県内22位 同規模13位	362,567	県内23位 同規模19位	
		受診率	725337		727757		691229		720541		735515		
		外 来	費用の割合	54.6		54.5		59.2		54.5		55.8	
			件数の割合	96.8		96.8				96.8		96.9	
		入 院	費用の割合	45.4		45.5		40.8		45.5		44.2	
			件数の割合	3.2		3.2				3.2		3.1	
		1件あたり在院日数	18.7日		18.4日		16.4日		18.5日		18.6日		
④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病 名（調剤含む）	がん	2,333,199,970	26.8	2,549,694,950	27.5	2,666,441,030	28.7	2,710,059,400	29.1	2,564,842,950	29.1		
	慢性腎不全（透析あり）	575,162,700	6.6	597,927,940	6.4	567,283,540	6.1	466,938,210	5.0	386,875,950	4.4		
	糖尿病	843,984,550	9.7	912,812,670	9.8	909,628,930	9.8	957,863,060	10.3	918,576,020	10.4		
	高血圧症	616,858,620	7.1	621,613,330	6.7	584,251,220	6.3	566,947,660	6.1	510,172,160	5.8		
	精神	1,900,372,600	21.9	2,001,457,580	21.6	2,115,677,850	22.8	1,986,664,840	21.3	1,865,384,740	21.2		
	筋・骨格	1,377,377,740	15.8	1,468,896,780	158.0	1,391,836,650	15.0	1,535,857,730	16.5	1,559,620,850	17.7		

項目				H30		R1		R2		R3		R4							
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合						
4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	557,052	10位	(18)	559,935	13位	(18)	569,191	15位	(19)	615,919	8位	(19)	610,051	11位	(19)
				高血圧	567,188	7位	(19)	583,103	9位	(20)	577,459	16位	(20)	612,552	7位	(20)	616,171	9位	(20)
				脂質異常症	536,316	14位	(19)	569,090	12位	(20)	571,756	16位	(20)	609,051	8位	(20)	595,486	12位	(20)
				脳血管疾患	615,800	9位	(21)	657,911	10位	(21)	649,372	17位	(22)	646,491	8位	(21)	643,968	18位	(21)
				心疾患	640,292	10位	(14)	661,634	11位	(14)	610,814	18位	(15)	692,517	6位	(16)	670,511	14位	(15)
				腎不全	682,116	8位	(16)	660,011	11位	(17)	651,757	13位	(18)	791,583	6位	(16)	715,339	8位	(17)
				精神	453,027	10位	(27)	471,671	5位	(27)	480,695	9位	(27)	506,199	4位	(27)	494,574	11位	(27)
		悪性新生物	668,328	10位	(14)	677,670	12位	(14)	689,978	12位	(14)	748,149	3位	(14)	742,241	6位	(14)		
		県内順位 順位総数25	外来	糖尿病	33,733	9位		34,057	10位		35,416	8位		36,245	5位		36,475	8位	
				高血圧	26,568	12位		27,449	10位		27,785	11位		28,624	5位		28,402	7位	
				脂質異常症	24,026	14位		24,789	12位		25,651	11位		26,577	8位		26,145	8位	
				脳血管疾患	33,408	7位		33,561	7位		34,129	9位		34,243	9位		35,614	5位	
				心疾患	38,248	11位		40,532	10位		41,546	11位		40,692	15位		40,619	14位	
				腎不全	109,173	13位		111,816	13位		103,733	14位		99,634	14位		98,595	9位	
	精神			27,781	12位		28,952	10位		28,625	8位		26,829	16位		26,027	17位		
	悪性新生物	57,271	11位		57,935	14位		62,550	13位		62,236	15位		62,639	14位				
	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	1,624		1,847		1,861		2,115		1,879						
				健診未受診者	15,759		15,731		15,845		15,855		16,052						
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	4,469		5,087		5,266		5,944		5,368						
				健診未受診者	43,354		43,337		44,841		44,547		45,860						
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	6,873	60.3	6,490	59.1	6,449	59.4	6,982	59.5	6,218	57.2							
		医療機関受診率	6,471	56.8	6,163	56.2	6,098	56.1	6,593	56.1	5,925	54.5							
		医療機関非受診率	402	3.5	327	3.0	351	3.2	389	3.3	293	2.7							
5	特定健診の 状況	県内順位 順位総数25	メタボ該当・予備群レベル	健診受診者	11,392		10,973		10,862		11,744		10,878						
				受診率	32.8	県内23位 同規模42位	31.7	県内24位 同規模48位	31.2		33.7	県内23位 同規模33位	33.8	県内23位 同規模38位					
				特定保健指導終了者(実施率)	914	62.3	832	59.1	608	47.7			54	4.0					
				非肥満高血糖	866	7.6	827	7.5	767	7.1	880	7.5	807	7.4					
				メタボ	該当者	2,023	17.8	2,003	18.3	2,056	18.9	2,111	18.0	2,051	18.9				
					男性	1,341	29.6	1,327	30.2	1,376	31.7	1,416	30.4	1,392	32.1				
					女性	682	9.9	676	10.3	680	10.4	695	9.8	659	10.1				
					予備群	1,342	11.7	1,271	11.6	1,343	12.4	1,452	12.4	1,259	11.6				
					男性	904	20.0	857	19.5	914	21.6	962	20.6	838	19.3				
					女性	438	6.4	414	6.3	429	6.6	490	6.9	421	6.4				
				メタボ 該当・予備群 レベル	腹囲	総数	3,800	33.4	3,725	33.9	3,777	34.8	4,008	34.1	3,690	33.9			
						男性	2,523	55.8	2,493	56.8	2,541	58.5	2,686	57.6	2,493	57.4			
						女性	1,277	18.6	1,232	18.7	1,236	19.0	1,322	18.7	1,197	18.3			
					BMI	総数	665	5.8	585	5.3	571	5.3	637	5.4	549	5.0			
						男性	70	1.5	62	1.4	57	1.3	65	1.4	67	1.5			
						女性	595	8.7	523	7.9	514	7.9	572	8.1	482	7.4			
					血糖のみ	87	0.8	83	0.8	96	0.9	82	0.7	62	0.6				
					血圧のみ	945	8.3	888	8.1	928	8.5	1,038	8.8	905	8.3				
					脂質のみ	310	2.7	300	2.7	319	2.9	332	2.8	292	2.7				
血糖・血圧	317	2.8	306		2.8	299	2.8	300	2.6	283	2.6								
血糖・脂質	106	0.9	107		1.0	116	1.1	105	0.9	131	1.2								
血圧・脂質	1,062	9.3	1,006		9.2	1,064	9.8	1,068	9.1	1,055	9.7								
血糖・血圧・脂質	538	4.7	584		5.3	577	5.3	638	5.4	582	5.4								
6	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	3,878	34.0	3,807	34.7	3,882	35.7	4,194	35.7	3,834	35.2						
			糖尿病	710	6.2	719	6.6	768	7.1	800	6.8	725	6.7						
			脂質異常症	2,454	21.5	2,498	22.8	2,572	23.7	2,759	23.5	2,651	24.4						
		既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	355	3.2	351	3.2	350	5.3	365	3.2	327	3.0						
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	634	5.7	644	6.0	628	5.9	687	5.9	582	5.4						
			腎不全	100	0.9	102	0.9	114	1.1	115	1.0	128	1.2						
			貧血	1,450	12.9	1,438	13.3	1,406	13.2	1,446	12.5	1,325	12.4						
		喫煙	1,243	10.9	1,160	10.6	1,123	10.3	1,262	10.7	1,194	11.0							
		週3回以上朝食を抜く	987	8.9	911	8.6	974	9.3	1,128	10.0	1,043	10.0							
		週3回以上食後間食																	
		週3回以上就寝前夕食	2,195	19.9	2,094	19.6	1,953	18.7	2,222	19.6	2,044	19.4							
		食べる速度が速い	3,591	32.4	3,429	32.1	3,344	31.9	3,651	32.1	3,336	31.6							
		20歳時体重から10kg以上増加	3,716	33.5	3,653	34.1	3,550	33.8	3,924	34.5	3,603	34.2							
		1回30分以上運動習慣なし	6,169	55.6	5,842	54.6	5,843	55.8	6,323	55.7	5,803	55.1							
1日1時間以上運動なし	5,466	49.3	5,249	49.1	5,255	50.2	5,690	50.1	5,223	49.6									
睡眠不足	3,132	28.4	3,015	28.4	2,869	27.6	3,192	28.4	2,960	28.4									
毎日飲酒	2,691	24.0	2,639	24.4	2,496	23.3	2,692	23.1	2,527	23.5									
時々飲酒	2,062	18.4	1,964	18.1	1,913	17.9	2,145	18.4	1,966	18.3									
一日飲酒量	1合未満	4,800	66.2	4,459	64.8	4,440	66.4	4,718	66.0	4,289	65.0								
	1～2合	1,576	21.7	1,578	22.9	1,438	21.5	1,601	22.4	1,526	23.1								
	2～3合	655	9.0	651	9.5	627	9.4	640	8.9	595	9.0								
	3合以上	215	3.0	193	2.8	182	2.7	194	2.7	186	2.8								

令和4年度の取組みと課題整理(令和4年度進捗状況)

令和4年度の課題・目標 (令和3年度からの継続)	評価				⑤残っている課題 ↓ 令和5年度へ
	①令和4年度の課題をふまえた、 取組みの計画・内容 (プロセス)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)	

未受診者対策

◆特定健康診査受診率が低い
◆若い世代の受診率が低い

◆未受診者の対策
・対象者の整理
・未受診者対策の中でも、保健指導を受けたことのない者は受診率は低い

◆治療中の健診受診者が少ない

◆みなし健診の実施

重症化予防対策

●徳島市はメタボリックシンドローム該当者・予備軍が男女ともに高い

●教室への参加者が少ない

●心電図所見の分析をし、虚血性心疾患対策に取り組む。

●各疾患ごとの評価指標の検討
●未治療者が多い

医療とのつながり

◆未受診者対策・重症化予防対策両方に共通している課題

●受診勧奨の広報のため、健診のポスターを掲示する。
・(新規)薬剤師会：各店舗で受診勧奨ポスターを掲示する。
・マルナカ・キューエイ・イオンでポスターを来客用に掲示する。
●若い世代の受診率は低く、有所見割合が高い。生活習慣病の発症と重症化を予防するため、また40歳からの特定健診に繋がる様に今年度39歳になる者に健診案内をする。希望者に6月中旬～8月末までに受診してもらい保健指導を行う。

●AIによる未受診者の受診勧奨通知を年2回行う。
●過去保健指導を受けたことのある未受診者、前年度保健指導を受けた者のアプローチ後の受診率は高いため、今後も通知や電話等を行う。また、継続受診を促すため、初めて受診した者への通知も引き続き行い、受診勧奨していく。
●治療中の者はすでに医療にかかっていることで健診受診が難しい。治療中の限定検査とは異なるため、健診やみなし健診をかかりつけ医から始めてもらう体制づくりを引き続き行う。(重症化予防連携医療機関へPR)

●国保データベースを活用し対象者を抽出する。医療機関に依頼し、本人同意を得た上でかかりつけ医の検査データを健診データとして利用していく。(7～8月)

●健診受診行動を促す取り組みを実施(保険年金課と協同実施)
《参加型》・・・保険年金課
・今年度の特定健診及びがん検診を受診し、且つ健康づくりの取組みを行っている被保険者から応募を募り、1000円の商品券を、抽選で1200人に贈呈する。(応募用紙は、受診券に同封して対象者全員に送付。)
《成果型》・・・健康長寿課
・一昨年の保健指導実施者で、昨年の健診結果に改善がみられた者に、1000円の商品券と賞状を贈呈。

●地区担当者による全数アプローチを目標としており、できる限り対象者と会い、保健指導を実施する。自分の体を経年観察すること、健診(検査)・通院・治療の重要性を理解してもらう必要があり、継続受診率の向上に向けた取り組みも重要である。そのため保健指導を実施する際には各疾患別に理解してほしい内容を職員間で話し合い、保健指導用教材を選定し、指導にあたる。

●重症化予防対象者へ通知勧誘を行い、さらに効率的に実施するため訪問勧誘を行う。

●健診にて「心房細動」の心電図検査結果は重症化予防対象者とし、管理台帳を作成する。心電図所見(ST低下、陰性T波、異常Q波、左脚ブロック)の者で健診後再検査をしない時は訪問し状況を聞き取る。必要に応じて専門医受診を勧める。心臓を守るための保健指導を通じ、自己管理する重要性を伝える。

●行政地区ごとの実態や健康課題について把握し、個別・集団の両面から健康づくりに取り組む。そして住民が自らの健康課題を理解し解決していくことに努める。

●適正な医療受診が重要であることから、未受診や中断状況の確認(アプローチ後、3～6か月のフォロー)を必ず行い、治療の重要性を伝えていく。

●CKD診療ガイドライン改定により、尿蛋白±から二次検査対象者としていたが、結果データを検討し、尿蛋白+以上及びeGFR60未満者に二次検査として尿蛋白定量検査を勧める。

●未受診者対策及び重症化予防対策についての協力依頼のため、医療機関に対し、特定保健指導対象者や事業内容、健診受診者数の地区別状況、2次検査や心電図検査の状況等、本市の実態についての資料を作成し、送付または訪問し地区について情報共有する。また、治療中の者への健診の継続受診を依頼する。

●地域住民の色々な理解や協力を得るためには、地域の中で活動してきた地域の病院の協力が重要となってくる。今後地域に密着した医療機関への働きかけが課題であり、「顔が見える連携」を継続していく。

未受診者対策

AIによる受診勧奨通知 R4)

R4年度	1回目 7月末 未受診者のうち、過去5年間で3年連続受診者を除く	2回目 10月末 1回目通知者も含む未受診者
通知数	26,892	20,638

受診勧奨対策 (R4) R5.1現在

R4年度	①R2年度健診受診者、HbA1c6.5以上の糖尿病未治療者でR3年度健診未受診者	②R3年度健診受診者、HbA1c6.5以上の糖尿病未治療者でR4年度3月31日時点の糖尿病未治療者	③糖尿病管理台帳で3年間特定健診未受診かつ未治療者	④R3年度39歳健診検査の保健指導実施者
対象者	10人	100人	39人	100人
アプローチ済受診(予定)	7人	73人	13人	93人
不在・拒否など	3人	21人	11人	
資格喪失など	0人	6人	15人	7人

年度	保健指導対象者数	指導実施				指導未実施					
		申込	割合	勧誘訪問	割合	希望なし拒否等	割合	不在	割合	未アプローチ	割合
平成30年度	1,436	398	27.7%	461	32.1%	191	13.3%	241	16.8%	0	0.0%
令和1年度	1,575	387	24.6%	388	24.6%	234	14.9%	237	15.0%	9	0.6%
令和2年度	1,575	414	26.3%	381	24.2%	244	15.5%	248	15.7%	7	0.4%
令和3年度	1,471	405	27.5%	420	28.6%	336	22.8%	306	20.8%	0	0.0%
令和4年度	812	169	20.8%	113	13.9%	139	17.1%	126	15.5%	277	34.1%

R3年度みなし健診数 80人

●R4年度39歳健診受診数 84人(通知412、申込み115)

●R4年度初めて受診通知対象者 774人(R4.9月～R5.1月分)

●参加型：R4年度応募者 664人 (R3:695人)

●成果型：R3年度対象者 199人 (R2:121人)

重症化予防対策

令和4年度 重症化予防対象者数 R5.1現在

疾患別	令和4年度 重症化予防対象者数										計					
	糖尿病	LDLコレステロール	CKD	高血圧	中性脂肪	尿酸	ヘモグロビン	心臓病	心電図所見	計						
対象者数	202	116	53	73	134	269	191	42	31	21	28	58	26	179	743	1423

R5.1現在

重症化予防教室	H30	R1	R2	R3	R4
ストップ！ザ糖尿病教室	70(9)	21(4)	43(9)	38(8)	(9)
腎臓を守るための減塩教室	28(3)	20(2)	27(3)	12(2)	(3)
糖尿病予防重症化予防707-R777教室	28(2)	12(4)	2(1)	5(6)	(6)

()は教室数

二次検査

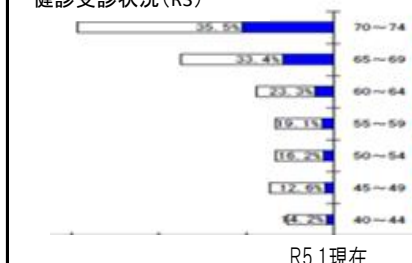
R4年度 二次検査実施数 R5.1現在

R4年度	二次検査実施数				R5.1現在
	頸動脈エコー検査	75g糖負荷検査	尿中微量アルブミン定量検査	尿蛋白定量検査	
申込数	32	4	4	47	
検査済数	22	3	4	37	

●R4年度協力医療機関数：115

特定健診受診率

項目	対象者数	受診者数	受診率
平成29年	35,636	11,608	32.6%
平成30年	34,740	11,381	32.8%
令和元年	33,983	10,954	32.2%
令和2年	33,885	10,813	31.9%
令和3年	33,205	11,809	35.6%



●各対象者を地区別に分けた台帳を整備し、各地区での未受診の状況を把握する。

●アプローチ結果を入力。未アプローチ者に色付けをし、確実にアプローチできる体制を整える。

●アプローチ方法をフローチャートで示し、地区担当でアプローチ方法に偏りがないように、ルールを作成する。

●各対象者を地区別に分けた台帳を整備し、各地区での未受診の状況を把握する。

●地区別・対象者別に台帳を管理し、評価指標を各対象疾患別に設けることで、評価の視点を標準化でき、比較できている。

●評価指標は、ガイドライン等の評価指標を確認し作成しており、毎年検討している。表の横軸には、評価指標だけでなく、評価の時期や保健指導で理解してもらいたいこと、次年度に向けて受診勧奨の方法や確認内容などを記載し、各疾患別で、何に重点を置くべきかを標準化している。この一覧表によって、保健指導の目的が明確化できている。

R4年度 二次検査結果

	頸動脈エコー検査	75g糖負荷検査
異常なし	2 9%	2 67%
要指導	20 91%	1 33%
要精密	0 0%	0 0%

尿中微量アルブミン定量検査/推定1日食塩量

検査結果	推定1日食塩量		
	6g未満	～10g	10g以上
正常	3 75%	0 1	2
微量アルブミン	1 25%	0 1	0
顕性アルブミン	0 0%	0 0	0

尿蛋白定量検査/推定1日食塩量

検査結果	推定1日食塩量		
	6g未満	～10g	10g以上
正常	28 76%	0 18	10
軽度	5 14%	1 2	2
高度	0 0%	0 0	0

●各対象者を地区別に分けた台帳を整備し、各地区での未受診の状況を把握する。

●アプローチ結果を入力。未アプローチ者に色付けをし、確実にアプローチできる体制を整える。

●アプローチ方法をフローチャートで示し、地区担当でアプローチ方法に偏りがないように、ルールを作成する。

●各対象者を地区別に分けた台帳を整備し、各地区での未受診の状況を把握する。

●地区別・対象者別に台帳を管理し、評価指標を各対象疾患別に設けることで、評価の視点を標準化でき、比較できている。

●評価指標は、ガイドライン等の評価指標を確認し作成しており、毎年検討している。表の横軸には、評価指標だけでなく、評価の時期や保健指導で理解してもらいたいこと、次年度に向けて受診勧奨の方法や確認内容などを記載し、各疾患別で、何に重点を置くべきかを標準化している。この一覧表によって、保健指導の目的が明確化できている。

●二次検査の尿蛋白定量検査を受けた後、生活改善による変化が見えるように作成した「あなたの腎臓のための検査カード」や「CKD連携手帳」を活用してもらう。

●地域住民の色々な理解や協力を得るためには、地域の中で活動してきた地域の病院の協力が重要となってくる。健診受診、保健指導など医療機関の理解・協力・連携があればスムーズに浸透していくのではないかと考えられる。今後地域に密着した医療機関への働きかけが課題であり、「顔が見える連携」を継続していく。また、医療機関への協力依頼については、コロナのため、訪問ではなく送付となっていたが、訪問し直接伝えていくことが必要である。

●各医療機関に健康長寿課の事業案内を紹介し、周知をした。

●未受診者対策として、令和3年より業者委託し、AIによる受診勧奨通知を開始したことも要因の一つとなり、R3年度は受診率が上がっているが、若い世代の受診率は低く、引き続き、受診率向上について検討していくことが必要である。

●受診勧奨対策として、健診や医療などの未受診者や未治療者について、電話や訪問、通知などのアプローチを行うことにより受診へとつなげていく。しかし、不在や拒否等も多く、今後も受診勧奨対象者やアプローチ方法等を検討していく。

●医療機関の協力も不可欠であり、住民と医療機関双方に健診への理解を伝える働きかけていく。また、引き続き、主治医から治療中の方への受診勧奨および、みなし健診を依頼していく。

●重症化対象者も含め、特に若い世代等に対して、アプローチしていくことが重要である。そのためには、訪問対象者の優先順位やアプローチ方法等を検討していく必要がある。

●重症化予防において未治療の者が多く、自分の体を経年観察し大切にしていける旨を伝え、そのサポートとして健診(検査)・通院・治療の重要性を理解してもらう保健指導もしていくことが重要である。

●行政地区ごとの実態や健康課題について把握し、個別・集団の両面から健康づくりに取り組む。そして住民が自らの健康課題を理解し解決していくことに努める。

●CKDについて、腎専門医への紹介基準や、腎障害時に調整の必要な薬など確実に住民に伝えていくことにより、住民側から主治医へ相談してもらえるような体制作りが必要。また医療機関への協力依頼の際に、腎専門医への紹介基準や2次検査の結果の資料などを渡すことにより、必要性をさらに伝えていく。

令和5年度の取組みと課題整理(令和5年度進捗状況)

徳島市

令和5年度の課題・目標 (令和4年度からの継続)	評 価				⑤残っている課題 ↓ 令和6年度へ
	①令和4年度の課題をふまえた、 取組みの計画・内容 (プロセス)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)	

未受診者対策

●未受診者対策

- ・特定健康診査受診率が低い
- ・特に若い世代の受診率が低く、有所見割合が高い。
- ・健診受診者や保健指導を受けたことのあるものは、未受診者に比べて継続受診する割合が高いため、一度でも受診や保健指導の経験のあるものを継続受診へとつなげるため、受診勧奨の対象者の整理を行う。
- ・治療中の健診受診者が少ない

重症化予防対策

●徳島市はメタボリックシンドローム該当者・予備群が男女ともに高い

●教室への参加者が少ない

●心電図所見の分析をし、虚血性心疾患対策に取り組む。

●各疾患ごとの評価指標の検討

●未治療者が多い

医療とのつながり

◆未受診者対策・重症化予防対策両方に共通している課題

●広報や国保だより、ケーブルテレビ、ホームページ、SNS等で受診勧奨

●受診勧奨のポスターを掲示(支所、コミセン、JA、スーパー、商工会議所、シビックセンター、薬剤師会:各薬局配布等)また特定健診・保健指導の情報提供ちらしを医療機関に渡し、受診者全員に配布

●新規の国保加入者には、窓口で受診勧奨ちらしを渡す等、広報をしていく

●AIによるタイプ別に分けた未受診者の受診勧奨通知を年2回(7月と10月)行う。

●若い世代の生活習慣病の発症と重症化を予防し、40歳からの特定健診に繋がれる様に39歳健診を実施し、受診者全員に対し、結果説明と保健指導を行う。受診率が低いいため、土日祝の健診実施や電子申込みを実施する。

●未受診者対策対象者を抽出し、継続受診へとつなげていくよう訪問、電話、通知等を行い、受診勧奨を行い継続受診を促す。

●初めて健診を受診した者へ健診結果の見方や健診の必要性などの案内を送付し、継続受診を促す。

●健診受診行動を促す取り組み(インセンティブ事業)を実施(保険年金課と協同)
〈参加型〉・・・保険年金課
・今年度の特定健診及びがん検診を受診し、且つ健康づくりの取組みを行っている被保険者から応募を募り、1000円の商品券を、抽選で1200人に贈呈する。(応募用紙は、受診券に同封して対象者全員に送付。)
〈成果型〉・・・健康長寿課
・一昨年の保健指導実施者で、昨年の健診結果に改善がみられた者に、1000円の商品券と賞状を贈呈。

●治療中の者はすでに医療にかかっているため健診受診が難しい。治療中の限定検査とは異なるため、健診をかかりつけ医から始めてもらう体制づくりを引き続き行う。(重症化予防連携医療機関へPR)またAIによる未受診者通知でも、通院中未受診の方に向けた内容で通知。

●みなし健診の実施:国保データベースを活用し対象者を抽出する。医療機関に依頼し、本人同意を得た上でかかりつけ医の検査データを健診データとして利用していく。(7～9月)

●地区担当者による全数アプローチを目標としているが、中には不在で連絡のつかない者や希望なし等もあり全数会うことは難しいが、できる限り対象者と会い、保健指導を実施する。自分の体を経年観察すること、健診(検査)・通院・治療の重要性を理解してもらう必要があり、継続受診率の向上に向けた取り組みも重要である。そのため保健指導を実施する際には各疾患別に理解してほしい内容を職員間で話し合い、保健指導用教材を選定し、指導にあたる。

●重症化予防対象者へ通知勧誘を行い、さらに効率的に実施するため訪問勧誘を行う。

●健診にて「心房細動」の心電図検査結果は重症化予防対象者とし、管理台帳を作成する。心電図所見(ST低下、陰性T波、異常Q波、左脚ブロック)の者で健診後再検査をしていない時は訪問し状況を聞き取る。必要に応じて専門医受診を勧める。心臓を守るための保健指導を通じ、自己管理する重要性を伝える。

●行政地区ごとの実態や健康課題について把握し、個別・集団の両面から健康づくりに取り組む。そして住民が自らの健康課題を理解し解決していくことに努める。

●適正な医療受診が重要であることから、未受診や中断状況の確認(アプローチ後、3～6か月のフォロー)を必ず行い、治療の重要性を伝えていく。

●特定および重症化対象者のうち、必要なものに対し、二次検査として頸動脈エコー、75g糖負荷検査、尿中微量アルブミン定量検査、尿蛋白定量検査を実施する。

●未受診者対策及び重症化予防対策についての協力依頼のため、医療機関に対し、特定保健指導対象者や事業内容、健診受診者数の地区別状況、2次検査や心電図検査の状況等、本市の実態についての資料を作成し、送付または訪問し地区について情報共有する。また、治療中の者への健診の継続受診を依頼する。

●地域住民の色々な理解や協力を得るためには、地域の中で活動してきた地域の病院の協力が重要となってくる。今後地域に密着した医療機関への働きかけが課題であり、「顔が見える連携」を継続していく。

●未受診者対策

AIによる受診勧奨通知		R5年度	
	1回目 7月末	2回目 10月末	
R5年度	未受診者のうち、過去5年間で3年連続受診者を除く	1回目通知者も含む未受診者	
通知数			

継続受診勧奨対象者 (R5)

R5年度	①R3年度健診受診者、HbA1c6.5以上の糖尿病未治療者でR4年度健診未受診者	②高血圧治療者のうちR2・3年度健診受診者かつR4年度健診未受診者	③糖尿病管理台帳で3年間特定健診未受診かつ未治療者	④R3年度積極的支援対象者でR4年度健診未受診者	⑤R4年度39歳健診検査の保健指導実施者
対象者					
アプローチ済(電話・訪問・手紙)					
拒否等					
資格喪失など					

R5.5.1現在

年度	保健指導対象者数	指導実施				指導未実施					
		申込	割合	勧誘訪問	割合	希望なし拒否等	割合	不在	割合	未アプローチ	割合
令和3年度	1,471	405	27.5%	420	28.6%	336	22.8%	306	20.8%	0	0.0%
令和4年度	1,255	300	23.9%	337	26.9%	267	21.3%	238	19.0%	108	8.6%
令和5年度											

・R4年度みなし健診数 (R3:80人)

・R5年度39歳健診数 (R4:84人通知412人)

・R5年度初めて受診通知対象者数 (R4:1197人)

・インセンティブ事業参加型:R5年度応募者 (R4:664人)

・インセンティブ事業成果型:R4年度対象者 (R3:199人)

●重症化予防対策

重症化予防対象者数		R5.5.8時点															
		糖尿病		LDLコレステロール		CKD		高血圧		中性脂肪	尿酸	ヘルプアップ	心房細動	心電図所見	計		
		DM未治療 HbA1c6.5以上	DM治療中 HbA1c7.0以上 70代は8.0以上	脂質未治療 180以上 重症リスクあり	脂質未治療180以上、重症リスクなし、HbA1c5.6～6.4(男40歳、女60歳以上)	3疾患未治療ステージ 赤&オレンジ	3疾患いずれか治療中 ステージ 赤、オレンジ	11.1以上5.7未満以上、eGFR60以上90未満以上 130/90以上160/100未満以上、かつLDL、LDL、LDLいずれかが基準外70未満	血圧未治療 180/110以上	血圧未治療 160～179/ 100～109 かつLDL、LDL、LDLいずれかが基準外70未満	500以上 脂質未治療	9.0以上	HbA1c6.5以上または空腹血糖126以上のもので、eGFR45～59	心房細動	心房細動	異常Q波、ST低下、陰性T波、左脚ブロック	
R5	対象者数																0
	指導者数																0
R4	対象者数	286	163	81	110	197	376	238	63	66	26	52	80	41	268	2047	
	指導者数	154	87	43	61	85	217		40	25	6	17	43	18	161	957	
R3	対象者数	341	187	115	114	168	390	171	70	62	36	31	67	43	265	2060	
	指導者数	217	112	80	73	98	267		44	31	18	18	37	25	165	1185	
R2	対象者数	298	148	86	119	165	385	217	30	48	27	44	75	43	259	1944	
	指導者数	216	99	60	84	96	264		23	26	14	24	44	27	180	1157	

重症化予防教室 (単位:回、人)

内容	30年度		元年度		2年度		3年度		4年度		5年度	
	回数	延人数	回数	延人数	回数	延人数	回数	延人数	回数	延人数	回数	延人数
ストップ!ザ糖尿病教室	9	70	4	21	9	43	8	38	7	25		
腎臓を守るための減塩教室	3	26	2	20	3	27	2	12	3	19		
糖尿病予防重症化予防フォローアップ教室	2	28	4	12	6	2	6	5	6	3		

二次検査実施数

R5.4現在				
	頸動脈エコー検査	75g糖負荷検査	尿中微量アルブミン定量検査	
R4	90人	10人	6人	83人
R5				

●R5年度協力医療機関数: (R4:118)

●特定健診受診率

	対象者数	受診者数	受診率	保健指導実施率
令和元年	33,983	10,954	32.2%	66.1%
令和2年	33,885	10,813	31.9%	63.1%
令和3年	33,205	11,809	35.6%	54.1%
令和4年	32,237	10,830	33.6%	57.6%
令和5年				

継続受診勧奨対象者 (R4)

R4年度	①R2年度健診受診者、HbA1c6.5以上の糖尿病未治療者でR3年度健診未受診者	②R2年度健診受診者、HbA1c6.5以上の糖尿病未治療者でR4年3月31日時点の糖尿病未治療者	③糖尿病管理台帳で3年間特定健診未受診かつ未治療者	④R3年度39歳健診検査の保健指導実施者
対象者	10人	100人	39人	100人
資格喪失等	0人	3人	19人	21人
健診受診	7人	71人	2人	36人
治療中	3人	22人	8人	
未受診・未治療	0人	4人	10人	
受診率(健診・医療)	100%	96%	50%	46%

R5.5.1現在

年度	保健指導対象者数	指導実施				指導未実施					
		申込	割合	勧誘訪問	割合	希望なし拒否等	割合	不在	割合	未アプローチ	割合
令和3年度	1,471	405	27.5%	420	28.6%	336	22.8%	306	20.8%	0	0.0%
令和4年度	1,255	300	23.9%	337	26.9%	267	21.3%	238	19.0%	108	8.6%
令和5年度											

R2年度保健指導対象者のR3年度受診結果割合

対象疾患	R3年度健診未受診率	R3年度健診受診率(継続受診)	R2年度保健指導対象者かつ、R3年度健診受診者の内訳				
			改善状況		治療状況		
			改善	維持	悪化	治療	未治療
糖尿病I	31.5	68.4	53.8	20.5	25.6	42.7	57.3
糖尿病II	25.6	74.3	53.6	20.0	26.3		
高血圧I	26.6	73.3	86.3		13.6	9.0	91.0
高血圧II	35.4	64.5	74.1		25.8	12.9	87.1
LDL I	20.0	79.0	44.1		55.8	15.1	84.9
LDL II	18.6	80.6	44.7		55.2	5.2	94.8
CKD I	18.0	80.0	71.2	25.7	3.0	9.8	90.2
CKD II	25.6	72.9	50.5	42.7	6.7		
中性脂肪	34.6	62.9	17.6		82.3	23.5	76.5
尿酸	34.8	63.6	21.4		78.5		

健診・保健指導体制

●保健師の体制

- ・成人担当 14名 (時短2名、ハート職員2名)
- ・予防接種担当 3名 (ハート職員1名)
- ・地域ケア推進担当 1名

●管理栄養士の体制

- ・成人担当 2名 (ハート職員1名)

地区担当体制

●対象者別に地区別台帳を作成し、各地区担当が状況を把握する。

●アプローチ結果を入力。未アプローチ者には、確実にアプローチできる体制を整える。

●アプローチ方法をフローチャートで示し、地区担当で偏りがないように、ルールを作成する。

評価指標の標準化

●重症化予防対象者については、対象疾患別に評価指標を定め、標準化する。

●評価指標は、ガイドライン等の評価指標を確認し作成。評価指標だけでなく、目的、保健指導、評価の時期、次年度へ向けての対策等記載し、各疾患別で何に重点を置くべきかを標準化し、保健指導の目的が明確化している。

●継続的な学習を定期的に行う。

重症化予防の取組み

特定保健指導非該当であっても、糖尿病合併症や腎不全、心筋梗塞・脳梗塞等の動脈硬化性疾患のリスクが高い者には、適正な医療につなげ重症化を予防するための保健指導を実施している。

各疾患の保健指導対象者基準は、糖尿病治療ガイド、CKD診療ガイド、動脈硬化性疾患治療ガイドライン等をもとに、毎年検討を行っている。

① 対象者

R5.6.19時点

		令和3年度		令和4年度	
糖尿病	対象者	対象者①：糖尿病未治療で、HbA1c (NGSP) 6.5%以上 対象者②：糖尿病治療中で、40～69歳 7.0%以上 70歳以上 8.0%以上	528人 ①341人 ②187人	対象者①：糖尿病未治療で、HbA1c (NGSP) 6.5%以上 対象者②：糖尿病治療中で、40～69歳 7.0%以上 70歳以上 8.0%以上	431人 ①268人 ②163人
	アプローチ方法	「ストップ!ザ・糖尿病教室」・個別相談の案内を通知 対象者①の希望者には頸動脈エコー検査を実施 対象者①②のうち、申込や返事がない者には、家庭訪問での個別指導を実施		「ストップ!ザ・糖尿病教室」・個別相談の案内を通知 対象者①の希望者には頸動脈エコー検査を実施 対象者①②のうち、申込や返事がない者には、家庭訪問での個別指導を実施	
LDLコレステロール	対象者	脂質異常症未治療でLDLコレステロール180mg/dl以上 対象者①：上記かつ①～④いずれかに該当する者 ①冠動脈疾患の既往あり ②HbA1c (NGSP) 6.5%以上 ③eGFR60未満 ④尿蛋白++以上 対象者②：①～④のリスクがない、かつHbA1c5.6～6.4% (男性：40歳、女性：60歳以上)	229人 ①115人 ②114人	脂質異常症未治療でLDLコレステロール180mg/dl以上 対象者①：上記かつ①～④いずれかに該当する者 ①冠動脈疾患の既往あり ②HbA1c (NGSP) 6.5%以上 ③eGFR60未満 ④尿蛋白++以上 対象者②：①～④のリスクがない、かつHbA1c5.6～6.4% (男性：40歳、女性：60歳以上)	191人 ①81人 ②110人
	アプローチ方法	個別相談の案内を通知 対象者①の希望者には頸動脈エコー検査を実施 対象者①②のうち、申込や返事がない者には、家庭訪問での個別指導を実施		個別相談の案内を通知 対象者①の希望者には頸動脈エコー検査を実施 対象者①②のうち、申込や返事がない者には、家庭訪問での個別指導を実施	
CKD	対象者	CKD重症度分類で、ステージが赤とオレンジに該当する者で ステージ赤：G4A1・G5A1・G3bA2・G4A2・G5A2・G3aA3 G3bA3・G4A3・G5A3 ステージオレンジ：G3bA1・G3aA2・G1A3・G2A3 対象者①：高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療なし 対象者②：高血圧・糖尿病・脂質異常症のいずれか治療中 ①、②それぞれに下記条件を追加し抽出。 *70歳以上でeGFR40未満 *70歳以上、eGFR40以上だがeGFR前年度比較し、5以上低下した急速低下ケース	729人 ①168人 ②390人 ③171人	CKD重症度分類で、ステージが赤とオレンジに該当する者で ステージ赤：G4A1・G5A1・G3bA2・G4A2・G5A2・G3aA3 G3bA3・G4A3・G5A3 ステージオレンジ：G3bA1・G3aA2・G1A3・G2A3 対象者①：高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療なし 対象者②：高血圧・糖尿病・脂質異常症のいずれか治療中 ※40～69歳は全員	811人 ①197人 ②376人 ③238人
	対象者	対象者③：【I】と【II】のうち、70歳以上、eGFR40以上尿蛋白(+)以上 【I】のうち、40～69歳、尿蛋白(+)以上、健診結果		対象者③：【I】と【II】のうち、70歳以上、eGFR40以上尿蛋白(+)以上 【I】のうち、40～69歳、尿蛋白(+)以上、健診結果異常な【II】でG3aA2のうち3疾患の管理目標達成者 (血圧130/80mmHg未満かつHbA1c7.0%未満かつLDL120mg/dl未満)	
	アプローチ方法	対象者①②は個別相談の案内を通知し、申込や返事がない者には、家庭訪問での個別指導を実施 ステージがオレンジの者には、「腎臓を守るための減塩教室」の案内を通知 対象者③は通知のみ		対象者①②は個別相談の案内を通知し、申込や返事がない者には、家庭訪問での個別指導を実施 ステージがオレンジの者には、「腎臓を守るための減塩教室」の案内を通知 対象者③は通知のみ	
高血圧	対象者	高血圧治療の有無に関わらず、 対象者①：Ⅲ度高血圧 収縮期180mmHg以上または拡張期110mmHg以上 対象者②：Ⅱ度高血圧 収縮期160～179mmHg以上または拡張期100～109mmHg以上かつ、脂質異常がある70歳未満	132人 ①70人 ②62人	高血圧治療の有無に関わらず、 対象者①：Ⅲ度高血圧 収縮期180mmHg以上または拡張期110mmHg以上 対象者②：Ⅱ度高血圧 収縮期160～179mmHg以上または拡張期100～109mmHg以上かつ、脂質異常がある70歳未満	129人 ①63人 ②66人
	アプローチ方法	個別相談の案内を通知及び家庭訪問での個別指導を実施		個別相談の案内を通知及び家庭訪問での個別指導を実施	
中性脂肪	対象者	脂質異常症未治療で中性脂肪500mg/dl以上	36人	脂質異常症未治療で中性脂肪500mg/dl以上	26人
	アプローチ方法	家庭訪問での個別指導を実施		家庭訪問での個別指導を実施	
尿酸	対象者	尿酸9.0mg/dl以上	31人	尿酸9.0mg/dl以上	52人
	アプローチ方法	家庭訪問での個別指導を実施		家庭訪問での個別指導を実施	
心房細動	対象者	心電図検査にて「心房細動」	43人	心電図検査にて「心房細動」	41人
	アプローチ方法	家庭訪問での個別指導を実施		家庭訪問での個別指導を実施	
心電図所見	対象者	心電図検査にて「異常Q波」「ST低下」「陰性T」「左脚ブロック」	265人	心電図検査にて「異常Q波」「ST低下」「陰性T」「左脚ブロック」	268人
	アプローチ方法	家庭訪問での個別指導を実施		家庭訪問での個別指導を実施	

② 令和3年度 重症化予防保健指導 実施状況 (令和5年6月19日現在)

	対象者数		指導実施		希望なし・拒否		不在		その他		未アプローチ	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
糖尿病①	341	217	63.6%	11	3.2%	105	30.8%	8	2.3%	0	0.0%	
②	187	112	59.9%	6	3.2%	68	36.4%	1	0.5%	0	0.0%	
LDL①	115	82	71.3%	1	0.9%	28	24.3%	4	3.5%	0	0.0%	
②	114	76	66.7%	4	3.5%	26	22.8%	8	7.0%	0	0.0%	
CKD①	168	102	60.7%	5	3.0%	40	23.8%	21	12.5%	0	0.0%	
②	390	268	68.7%	15	3.8%	100	25.6%	7	1.8%	0	0.0%	
高血圧①	70	45	64.3%	5	7.1%	19	27.1%	1	1.4%	0	0.0%	
②	62	31	50.0%	4	6.5%	25	40.3%	2	3.2%	0	0.0%	
中性脂肪	36	20	55.6%	2	5.6%	13	36.1%	1	2.8%	0	0.0%	
尿酸	31	18	58.1%	1	3.2%	12	38.7%	0	0.0%	0	0.0%	

重症化予防対象者には、全員アプローチを実施している。
特に糖尿病重症化予防対策として、未治療者に対するアプローチ、28年度からは糖尿病治療中でコントロール不良の者に対して積極的にアプローチするとともに糖尿病連携バス・糖尿病連携手帳を活用し医療機関との連携を強化し、健診受診・治療の継続に向けて支援を行っている。
さらに、HbA1c・CKDを経年評価できる糖尿病管理台帳を地区別に作成し、重症化予防対象者を放置しないよう未受診者対策を行っている。
また、29年度からは対象疾患毎に保健指導後の評価指標の検討を行い、保健指導の目標を明確にすることで保健指導内容を標準化、さらに今年度も前年度の実施を踏まえ評価指標の見直しを検討し、対象者個人の改善状況等を継続的に確認していくことで、さらなる重症化予防に取り組んでいく。
なお、令和2年度からは心電図検査の結果も踏まえ重症化予防の保健指導を実施している。毎年、重症化予防対象者対象者を再検討し、保健指導対象者の優先順位を設定し、重症化予防に取り組んでいく。