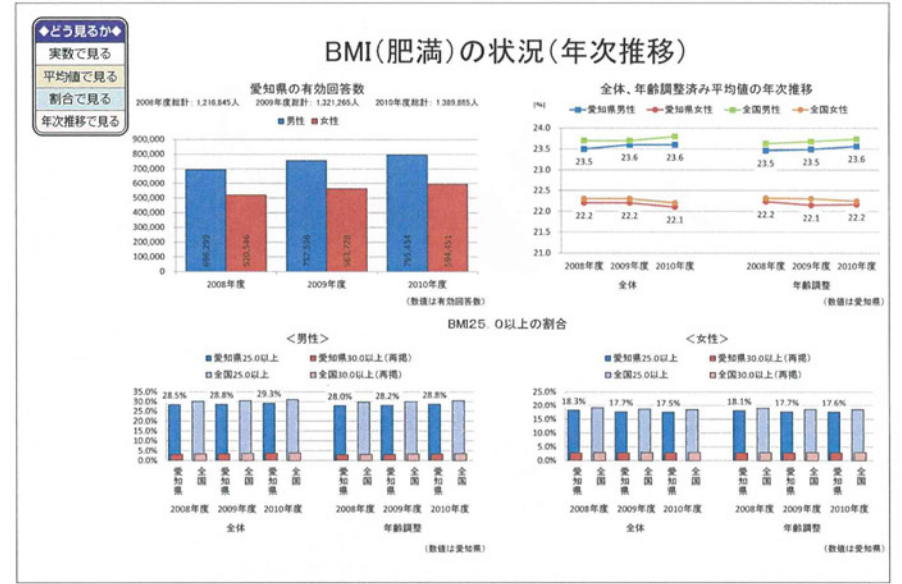
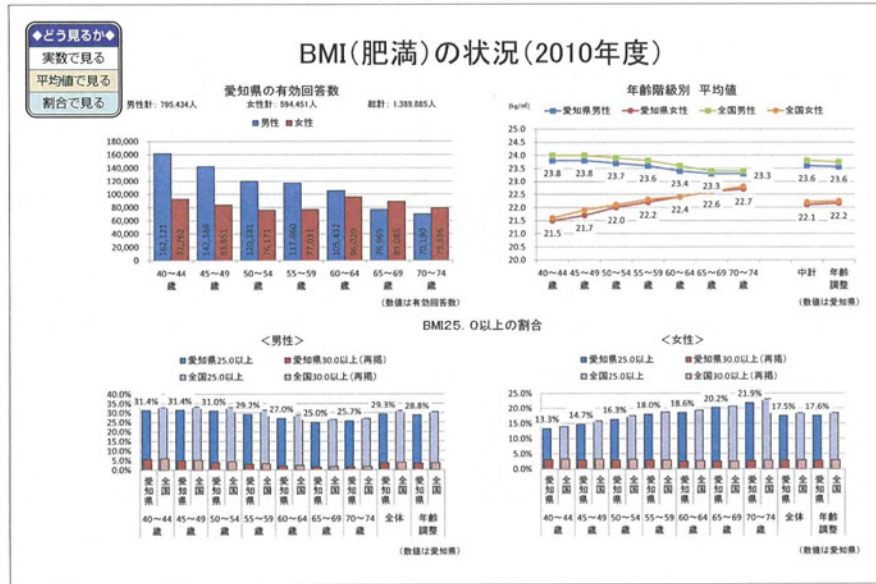


①BMI(肥満)



検査の意味

BMIとはBody Mass Indexの略で国際的に通用する体格指数です。
 体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)で計算し、やせ、普通体重、肥満を判定します。

判定値

	18.5	25.0	30.0	35.0	40.0
18.5未満 やせ (低体重)	18.5以上 25.0未満 普通体重	25.0以上 30.0未満 肥満(1度)	30.0以上 35.0未満 肥満(2度)	35.0以上 40.0未満 肥満(3度)	40.0以上 肥満(4度)

健康日本21目標値

20歳～60歳代男性の肥満者の割合
 31.2% (平成22年) ▶ 28% (平成34年度)

40歳～60歳代女性の肥満者の割合
 22.2% (平成22年) ▶ 19% (平成34年度)

◆データを見てわかること

- BMIは特定健診の必須項目であることから、有効回答率のグラフより県内で約140万件のデータを保有しており、各性・年齢階級において捕捉率が高いことを示しています。
- 平均値のグラフ：男性においては40歳代の平均値が最も高く、加齢とともにやや低下する傾向がみられます。女性においては40歳代の方が平均値が低く、加齢とともに高くなる傾向がみられます。愛知県は性・年齢階級別にみて、全国平均よりもやや平均値が低く、年齢調整値も低くなっています。
- BMI25以上の割合：男性においては有見率も40歳代で高く、加齢とともに低下、女性においては有見率は加齢とともに上昇する傾向がみられます。各年齢階級において、愛知県は全国よりも有見率が低くなっています(年齢調整値：愛知県男性28.8%、女性17.6%)。
- 全国の平均値は健康日本21(第二次)の現状値よりも低い値となっています。これは特定健診受診者のデータに限定されることから、対象者の偏りがある可能性があり、判断には注意を要します(健診未受診者の方がBMIが高い可能性あり)。

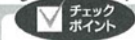
年次推移

- 3年間の平均値、有見率の推移をみたグラフです。年々、健診受診者の微増がみられます。
- 年齢調整済み平均値の年次推移：2010年全国基準人口をもとに算出した年齢調整済み平均値の年次推移をみると、男女ともほぼ安定した数値となっています。
- BMI25以上の年齢調整済み有見率は男性ではやや増加傾向、女性では減少傾向がみられます。
- BMI30以上については、男性の3.3%、女性の2.8%が該当し、3年間での変化はみられません。
- 平均値の変化と有見率の変化を総合すると、男性においては肥満については横ばいかやや増加傾向であるが、女性では横ばいかやや減少傾向であることがわかります。愛知県は全国よりも肥満者が男女ともやや少ない状況です。

ひとこと・ヒント

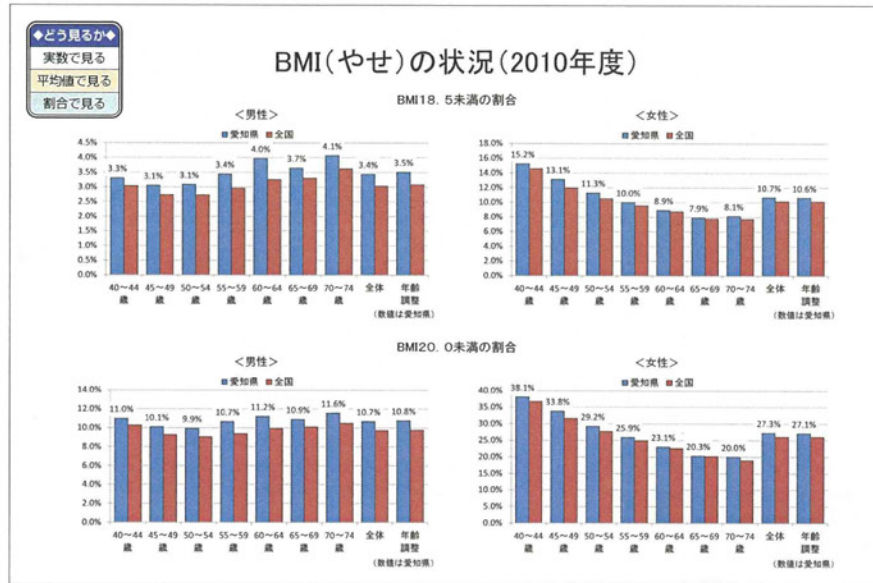
- 肥満は高血圧、脂質異常症、糖尿病、高尿酸血症などの原因となるだけでなく、腰痛や膝関節障害などロコモティブシンドロームのもとになるなど、健康寿命の延伸を損なう要因となります。
- 40～70歳の男性において改善傾向がみられないこと、すでに40歳代でBMI有見率が高いことから40歳未満への対策が必要です。女性では全体の有見率は低下していますが、BMI30以上は変わらないなど、高度肥満者への対応も必要です。

あなたの地域は?



- どの年齢階級も偏りなくデータがありますか。
- 年齢調整値が全国と比較して高い? 低い?
- 各性・年齢階級で全国よりも高い階級がありますか。
- この3年間の平均値、有見率の変化は?
- 特定健診メタボ該当率や標準問診の食生活、運動習慣、飲酒習慣などの結果を確認し、その原因について話し合ってみましょう。

②BMI(やせ)



◆データを見てわかること

- 40歳代女性のやせ：BMI18.5未満の女性は年齢が低いほど多い傾向にあり、愛知県の40～44歳階級で15.2%です。国民健康・栄養調査の40歳代平均値(11.3%)よりも有意率が高くなっています。
- 国民健康・栄養調査では20歳代の方が40歳代よりもやせが多い(20歳代29.0%、40歳代11.3%)ことから、愛知県の20歳代女性にはさらに多いことが予想されるため、高校、大学等の健診データを活用して調査することが必要です。
- 高齢者のBMI20未満については男性で約10%、女性で20%程度、18.5未満の低栄養と考えられる人は男性で約4%、女性で8%であり、愛知県では全国よりもやや高い結果となっています。介護予防(栄養改善)につなげる必要があります。

健康日本21目標値

20歳代女性のやせの者の割合
 29.0%(平成22年) ▶ 20%(平成34年度)

低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制
 17.4%(平成22年) ▶ 22%(平成34年度)

特定健診では20歳代のデータがないため、40歳代の数値を参考にしてください。
 高齢者では65～74歳の数値を参考値としますが、75歳以上で低栄養状態が増加することに留意します。

ひとこと・ヒント

- 女性では体型と認識のずれがあることが指摘されています。若い女性のやせ願望に警鐘を鳴らす必要があります。また拒食症(神経性食欠不摂症)では低血糖、肝機能障害、電解質異常等で命にかかわる場合もある上、骨粗鬆症や不妊の原因ともなることから早く専門医への受診につなげます。
- 高齢期の低栄養状態は、閉じこもり、うつ傾向などとも関係があります。食の大切さについての啓発や介護予防、食環境の改善などの対策につなげます。

あなたの地域は?

チェックポイント

- 40歳前半女性のやせの割合に注目。全国と比較して高いですか。
- 年次推移グラフで増加傾向があれば、より若年者のデータを調べる必要があります。大学、高校、職場のデータを取り寄せて確認してみましょう。
- 高齢者のやせの状態についてはBMI20未満で要注意レベル。対象者をまずは一次予防事業につなげる必要があります。要因について話し合ってみましょう。

STEP UP

愛知県における「見える化」事例

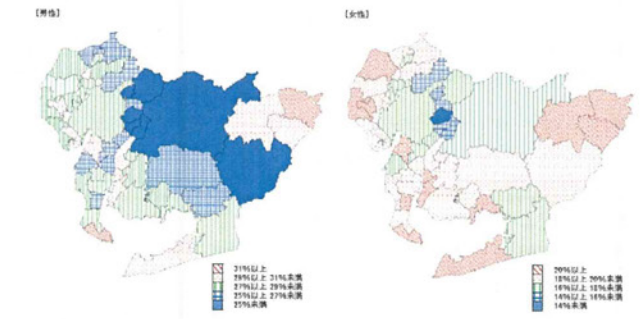
愛知県では特定健診制度開始と同時に、地域職域連携協議会、衛生研究所の協力のもと、特定健診データの分析・評価事業を開始しました。平成21年度には県下の全市町村国保(54)、全国保組合(5)、健康保険組合(75/104)、共済組合(2/5)、全国健康保険組合愛知県支部より917,555件分のデータを収集し、性・年齢階級別の有所見率、年齢調整済の地域別有所見率を算出し、市町村、保険者等に提供してきました。

以下の図は、BMI25以上の割合、メタボ・予備群該当率をマップ表示したものです(男女で配色が異なることに留意してください)。

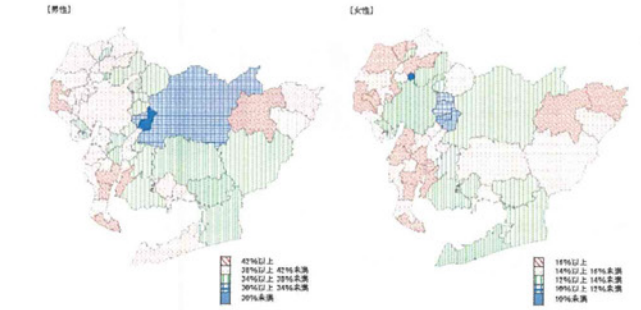
これによると、知多半島、渥美半島などに肥満者が多い傾向にあること、女性では比較的尾張東部地区も肥満者の割合が高いことがわかります。

県内でも食習慣や運動習慣、考え方などの違い、保健サービスの提供状況に違いがあることから、このようなデータをもとに、各市町村ではこれから重点化するべき対策を考えています。

BMI 25以上の割合(年齢調整済)

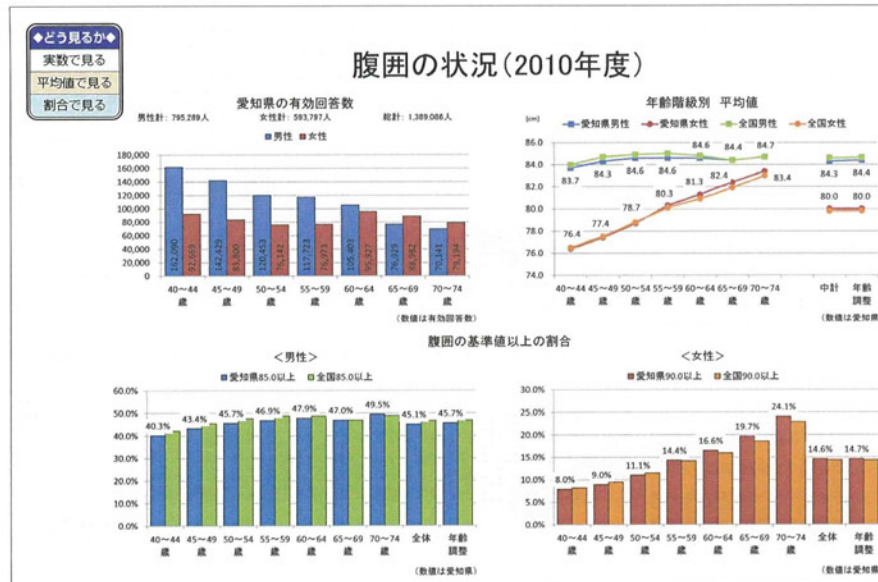


「メタボ該当+予備群」該当率



資料：平成21年愛知県「特定健診・特定保健指導情報データ分析・評価」

③ 腹囲 (肥満)



検査の意味

メタボリックシンドロームの原因となる内臓脂肪を簡便に測定する方法として腹囲を測定*。測定方法はおへその高さで測ったウエスト周囲長で、洋服のウエストサイズとは違います。
 *両足を揃えた立位、両腕を身体の脇に自然に垂らす。腹壁の緊張を取り除き、息を吐いた状態で計測。

判定値

男性85cm以上、女性90cm以上(内臓脂肪面積が100cm²に相当)を内臓脂肪の蓄積とする。これは日本内科学会など8学会により、メタボリックシンドロームの診断基準の必須項目である内臓脂肪の蓄積の指標として、CT検査より簡便にスクリーニングする方法として示されたものである。(女性の相対リスクとして「80cm以上」は要注意:P.29のひとこと・ヒント参照)

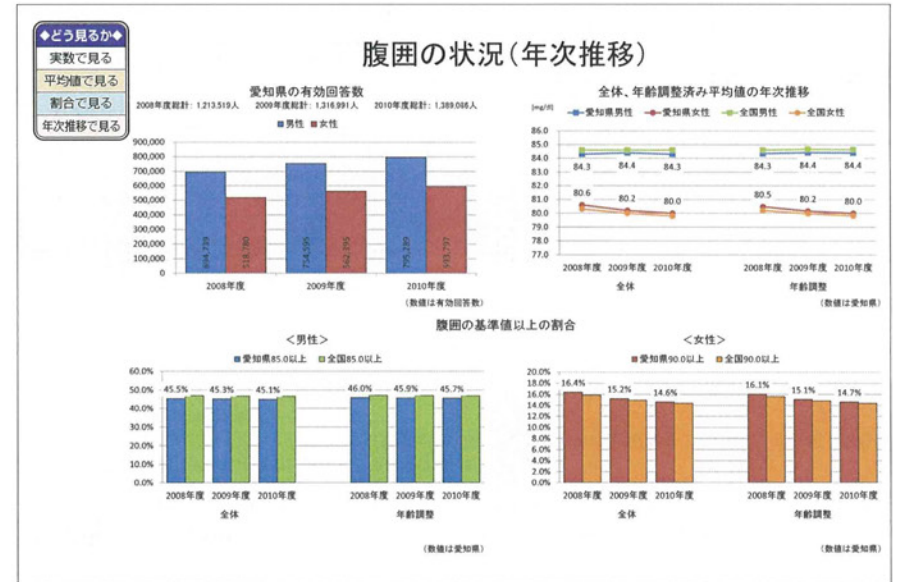
◆データを見てわかること

- 腹囲は特定健診の必須項目であることから、有効回答率のグラフより県内で約140万件のデータを保有しており、各性・年齢階級において捕捉率が高いことを示しています。
- 平均値のグラフ：男性においては40歳代よりも50歳代の方が腹囲の平均値が大きく、BMIとは異なるパターンを示しています。腹囲は内臓脂肪量の増加を示すのに対し、BMIは筋肉量を含む体重の指標であることがその要因と考えられます(加齢とともに筋肉量が減少し、内臓脂肪が増加する)。
- 愛知県は性・年齢階級別にて、男性では全国平均よりもやや平均値が低く、年齢調整値も低くなっています。女性では60~70歳代でやや内臓脂肪型肥満が高い傾向がみられます。
- 腹囲が基準値以上の割合：男性においては加齢とともに有所見率が高くなる傾向がみられ、約半数が基準該当となっています。BMIによる有所見率とは異なった結果が得られている理由は上述の通りです。女性においては有所見率は加齢とともに上昇する傾向がみられます。
- 各年齢階級において、愛知県は男性の有所見率は全国より低いですが、中高年女性ではやや高くなっています。中高年女性では肥満対策が必要な可能性を示唆しています。

健康日本21目標値

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少
 1,400万人(平成20年度) ▶
 平成20年度と比べて25%減少(平成27年度)

腹囲についての目標値はありませんが、BMI 25以上を補充する指標として確認してください。メタボリックシンドロームの該当者及び予備群については、平成20年と比べて25%の減少をめざしています。



年次推移

- 3年間の平均値、有所見率の推移をみたグラフです。年々、健診受診者数の増加がみられます。
- 年齢調整済み平均値の年次推移：2010年全国基準人口をもとに算出した年齢調整済み平均値の年次推移をみると、男性では変化がありませんが、女性ではやや低下傾向がみられます。メタボについて女性の方が敏感に反応している可能性があります(若年層から非肥満女性が多く流入している可能性も考慮する必要があります)。
- 年齢調整済み有所見率は、全国では男性はやや増加傾向、女性は減少傾向がみられます。
- 平均値の変化と有所見率の変化を総合すると、男性においては内臓脂肪型肥満については横ばいですが、女性では横ばいかやや減少傾向であることがわかります。
- 愛知県は全国よりも男性は内臓脂肪型肥満者が少なめ、女性ではやや多めの傾向が3年間の一貫した結果として観察されました。

ひとこと・ヒント

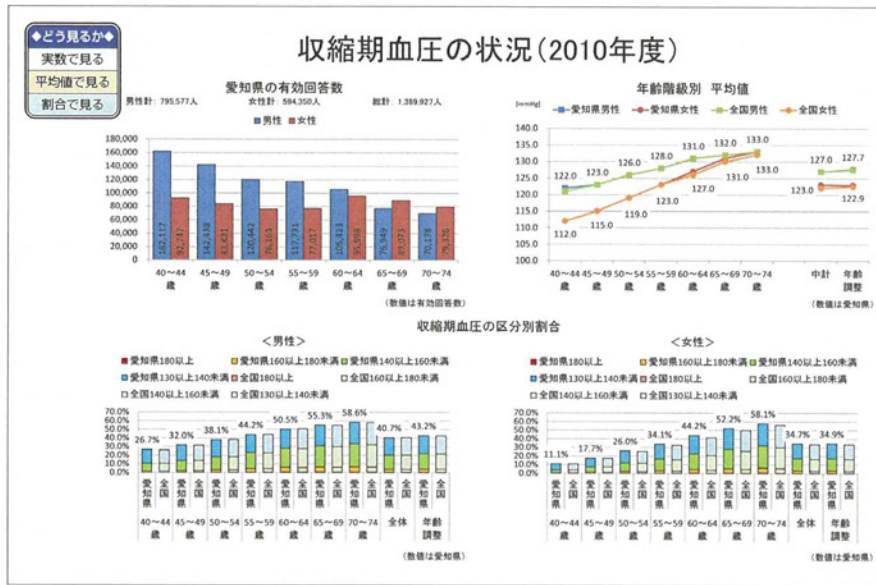
腹囲について、女性では年齢が低い方が平均値が低く、加齢とともに直線的に大きくなる傾向がみられます。循環器疾患リスクを男女合わせてみると、男性85cmと同程度のリスクで考えると女性は90cmですが、女性だけで比較すると、80cmを超えると循環器疾患リスクが増えてくることが指摘されています。

あなたの地域は?

チェックポイント

- 腹囲は「健康日本21(第二次)」の指標ではありませんが、食生活、運動習慣と密接な関係があることから、性・年齢階級の有所見率、平均値の変化をチェック。
- 男性では40歳代前半で、すでに40%が腹囲85cm以上に該当していることから、40歳未満をターゲットにした対策を。

4 収縮期血圧



検査の意味

血圧とは、心臓が全身に血液を送り出したときに血管壁にかかる圧力のこと。収縮期血圧は心臓が収縮したときの数値で、最高血圧ともいわれます。心臓から押し出される血液の量(循環血液量)が多い、血管が硬くて広がりにくい場合に収縮期血圧は高くなります。食塩摂取量が多い、腎機能が低下したなどの理由で循環血液量が増加します。運動により心拍数が増加すると一時的に血圧が上昇しますので、血圧測定は数分間の安静を保ってから測定します。

判定値

※血圧値は変動しやすく、信頼あるデータ分析のためにも測定現場での精度管理が重要です。

130mmHg	140mmHg	160mmHg	180mmHg
保健指導判定値	受診勧奨判定値		
正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧 III度高血圧

◆データを見てわかること

- 平均値のグラフ: 男性では女性より高く、40歳代の平均値がすでに至適血圧を超え、加齢とともにほぼ直線的に上昇、60歳代は平均値が正常高値(保健指導判定値)に入っています。女性では40歳代の平均値は低いのですが加齢とともに上昇、高齢者では男性とほぼ同等の数値にまで高くなります。
- 有病率も加齢とともに上昇、男性では140 mmHg以上の高血圧症と考えられる人が40歳代では約10%、50歳代では約20%、60歳代では30%であり、高齢者の約半数が血圧異常値であることがわかります。
- 国民健康・栄養調査(平成22年)では、高血圧症有病者を「収縮期血圧140mmHg以上、または拡張期血圧90mmHg以上、もしくは血圧を下げる薬を服用している人」と判定していますが、上記の結果は服薬の有無によらず、収縮期血圧の値だけで判定していることに留意してください。特定健診データの全国の平均値は健康日本21(第二次)の現状値よりも低い値となっていますが、それはこうした調査項目の違いを反映していると考えられます。

PPT

健康日本21目標値

高血圧の改善(収縮期血圧の平均値の低下)

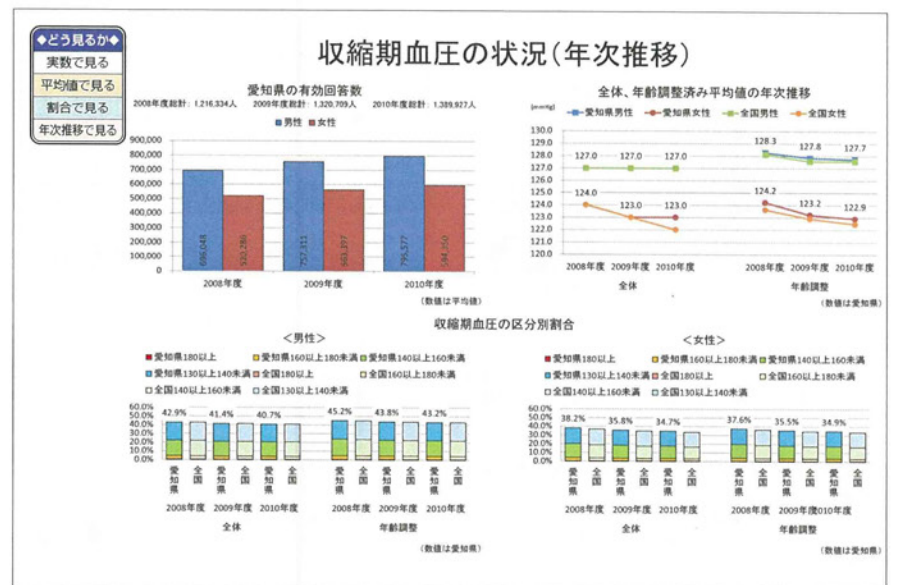
男性138mmHg 女性133mmHg
 (平成22年)

▼

男性134mmHg 女性129mmHg
 (平成34年度)

関連項目

- ①栄養分野(食塩、野菜、果物の各摂取量、肥満)
- ②運動(歩数、習慣者)
- ③飲酒(多量飲酒者)



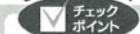
年次推移

- 3年間の平均値、有病率の推移をみたグラフです。年々、健診受診者数の増加がみられます。
- 年齢調整済み平均値の年次推移: 2010年全国基準人口をもとに算出した年齢調整済み平均値の年次推移をみると、男性では変化がありませんが、女性ではやや低下傾向がみられます。
- 年齢調整済み有病率は男女ともやや減少傾向がみられます。160mmHg以上のハイリスク者が5%程度、140mmHg以上が20%程度であることから、健診後の保健指導、受診勧奨の徹底が必要です。
- 平均値の変化と有病率の変化を総合すると、血圧については男女ともやや改善傾向であると考えられます。
- 愛知県は、男女とも全国とほぼ同様の結果が観察されました。

ひとこと・ヒント

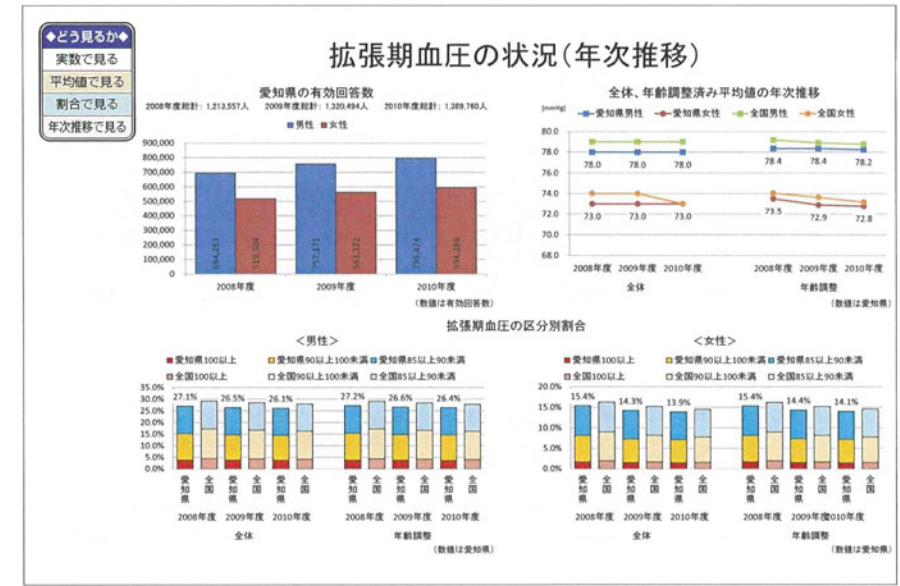
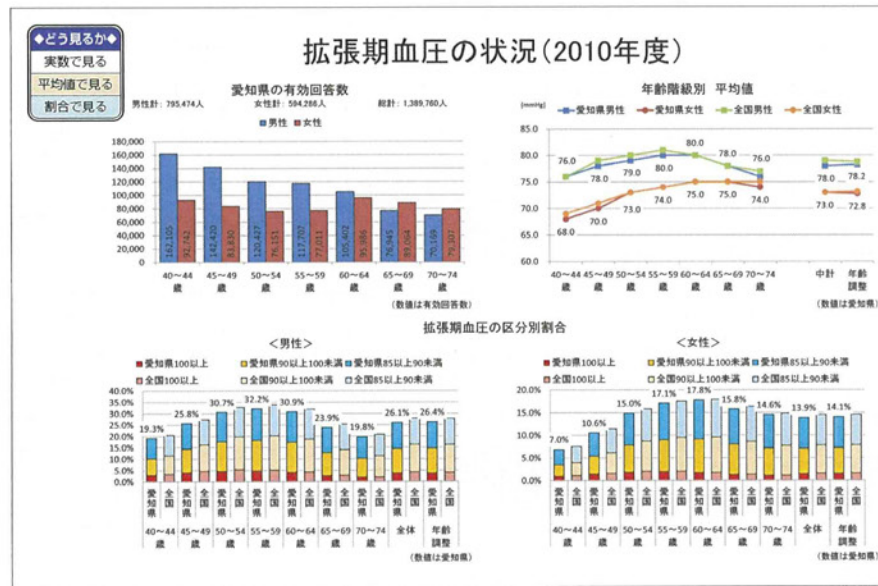
- 血圧は脳血管疾患、虚血性心疾患のリスク因子であり、十分な管理が求められます。至適血圧と比較して、I度高血圧では約3倍、II度では約5倍、脳卒中や心臓病を起こしやすいこと、喫煙、糖尿病、脂質異常症などの重複により発症頻度が高まることに留意します。
- 食塩摂取量は現状の1日10.6gから8.0gへ2.6gの減少を目指しています。このためには、個人の努力だけでは限界があり、加工食品中の食塩の低減や地域の飲食店での減塩メニューの推進、及び栄養成分表示の普及など環境整備が不可欠です。

あなたの地域は?



- 血圧は循環器疾患を予防するための指標として、また食生活や運動習慣、飲酒、服薬などの総合的な生活習慣病対策の結果指標として重要。他の指標の状況もあわせて確認を。
- 男性では40歳代前半ですでに正常高値血圧(保健指導判定値)が多いことから、40歳未満のデータも確認できるとよいでしょう。
- 血圧の測定値について、精度管理できていますか。

⑤ 拡張期血圧



143

検査の意味

拡張期血圧(最低血圧、下の血圧)とは、心臓が収縮を終えて心室が広がり、全身から心臓へ血液が戻っていく時の血圧です。収縮期血圧と同様、循環血液量の増加と血管抵抗により高くなります。拡張期血圧は高くなると注意が必要ですが、高齢期になると、血管の弾力性が失われ、低下する傾向がみられます。

判定値

※血圧値は変動しやすく、信頼あるデータ分析のためにも測定現場での精度管理が重要です。

85mmHg	90mmHg	100mmHg	110mmHg
保健指導判定値	受診勧奨判定値		
正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧
			III度高血圧

◆データを見てわかること

- 平均値のグラフ: 男性では40歳代で女性より高く、50歳代後半にピークを迎えています。60歳代後半以降で低下の傾向がみられますが、これは血管の弾力性の低下によるものと考えられ、脈圧(収縮期と拡張期の差)の増大をきたしていると考えられます(高齢者高血圧の特徴)。女性では40歳代の平均値は低いのですが加齢とともに上昇しています。愛知県は性・年齢階級別平均値、年齢調整値では、全国平均と同等の結果でした。
- 有所見率も加齢とともにいったんは上昇しますが、高齢期ではやや低下傾向を認めます。
- 血圧値は変動しやすく、信頼あるデータ分析のためにも測定現場での精度管理が重要です。とくに高齢者では血圧動揺や白衣高血圧が多いことが指摘されています。
- 上記結果は血圧値だけの判定です。服薬率を考慮した検証も必要です。

健康日本21目標値

拡張期血圧についての目標値はありませんが、収縮期血圧を補完する指標として確認してください。

年次推移

- 3年間の平均値、有所見率の推移をみたグラフです。年々、健診受診者数の増加がみられます。
- 年齢調整済み平均値の年次推移: 2010年全国基準人口をもとに算出した年齢調整済み平均値の年次推移をみると、男性では変化がありませんが、女性ではやや低下傾向がみられます。
- 年齢調整み有所見率も男性では横ばいですが、女性ではやや減少傾向がみられます。100mmHg以上のハイリスク者が男性で5%、女性で2%程度、90mmHg以上が男性で15%程度、女性で8%程度であることから、健診後の保健指導、受診勧奨の徹底が必要です。
- 平均値の変化と有所見率の変化を総合すると、血圧については男女とも横ばいか、やや改善傾向であると考えられます。
- 愛知県は、男女とも全国とほぼ同様の結果が観察されました。

ひとこと・ヒント

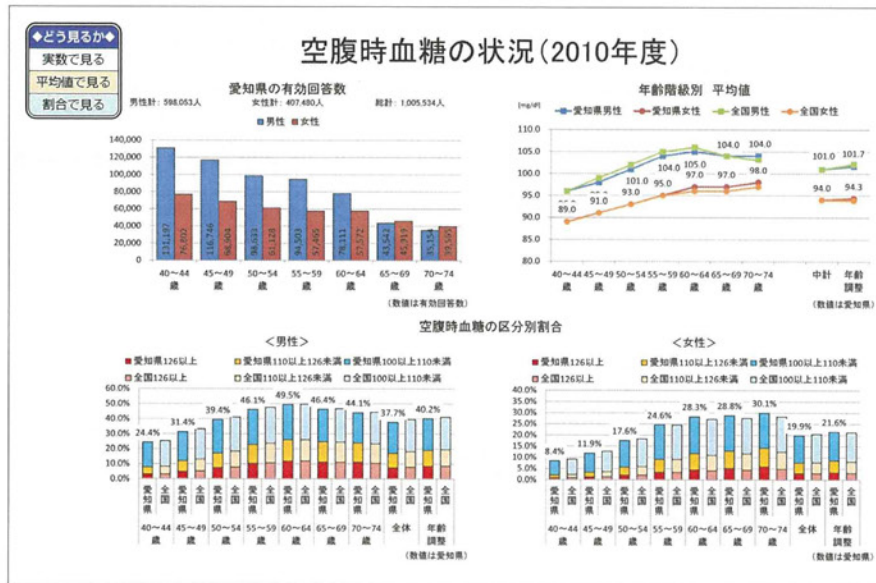
- 健診や診察時だけ血圧が高い白衣高血圧、健診時は正常だけれども普段の血圧が高い仮面高血圧。仮面高血圧が脳・心血管疾患に結びつくリスクが高いことに注意します。健診時だけでなく、普段の血圧(職場での血圧)を知ることが健康管理には有効です。
- 白衣高血圧の診断のためには家庭血圧の測定が必要です。白衣高血圧は無害というわけではなく、将来真性高血圧への移行確率が高いことをお知らせしましょう。

あなたの地域は?

チェックポイント

- 拡張期血圧は「健康日本21(第二次)」の指標ではありませんが、食生活、運動習慣と密接な関係があることから、性・年齢階級の有所見率、平均値の変化をチェック。
- 個人データがある場合には、脈圧(収縮期血圧-拡張期血圧)を計算し、性・年齢階級別分布をみると、動脈硬化度が高い集団がわかります。
- 健診時だけでなく、家庭血圧や職場などでの血圧測定を普及させるにはどうすればよいかなど話し合しましょう。

⑥ 空腹時血糖



PPT

検査の意味

血液中のブドウ糖である血糖の濃度を測定します。血糖が高い状態が続くと血管が傷みやすく、そのまま放置すると糖尿病腎症、糖尿病網膜症、糖尿病神経障害など患者のQOLを大きく下げる病気を引き起こします。また医療費も増大します。

判定値

空腹時血糖 ≥ 126 mg/dlとHbA1c (NGSP値) $\geq 6.5\%$ (2010年度まで使用したJDS値では6.1%)の両者を満たす場合、糖尿病と判定、いずれか一方の場合には再検査にて判定する。空腹時血糖110~125mg/dlを境界域、100~109mg/dlを正常高値とする。

特定健診の判定値

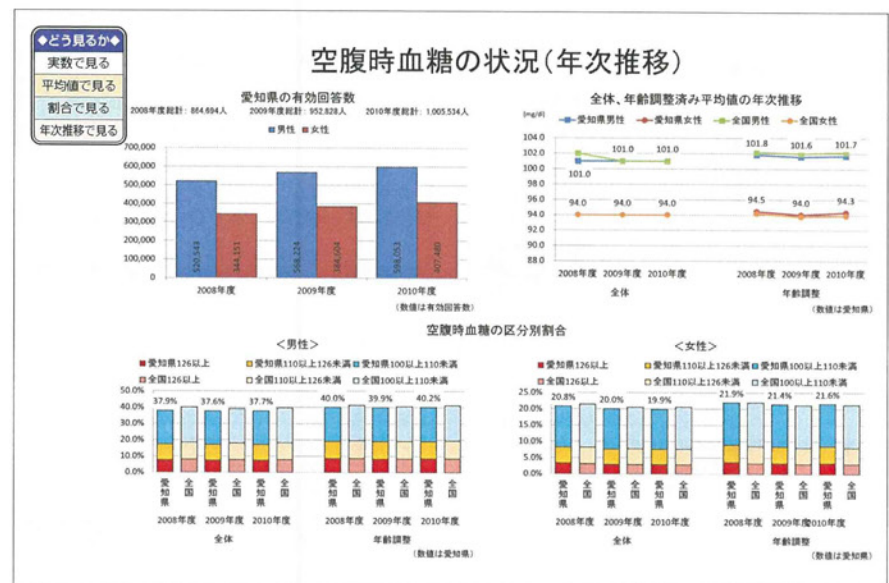
保健指導判定値 100mg/dl以上 受診勧奨判定値 126mg/dl以上

◆データを見てわかること

- 特定健診では空腹時血糖またはHbA1cのいずれかを必須としていることから、空腹時血糖の捕捉率はBMI、腹囲、血圧と比較して低くなっています。とくに国保加入者であることが多い高齢者では低い傾向にあることに留意します。
- 平均値のグラフ：男性では女性より40歳代から一貫して高く、50歳代の平均値が正常高値を超えています。60歳代後半~70歳代にかけてやや低下していますが、その原因として、①糖尿病になった人の健診からの脱落（重大疾病等の発症、医療機関にて検査を受けているために健診を受診しない）、②退職後にストレスの減少、運動習慣の増加など健康的なライフスタイルが変わった、または医療機関を受診するようになってコントロールが改善したなどの理由が考えられます。女性では加齢とともに上昇しています。
- 有所見率をみると、男性では40歳代から予備群（高値正常）が多く、加齢とともに境界域、糖尿病域が増加しています。

健康日本21目標値

- 糖尿病合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少)
 16,247人(平成22年)
 ▶15,000人(平成34年度)
- 糖尿病の治療継続者の割合の増加
 63.7%(平成22年)
 ▶75%(平成34年度)
- 糖尿病有病者の増加の抑制
 890万人(平成19年)
 ▶1000万人(平成34年度)



PPT

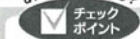
年次推移

- 3年間の平均値、有所見率の推移をみたグラフです。年々、健診受診者数の増加がみられますが、空腹時血糖測定の実施割合はやや低下しており、HbA1c単独実施または食後のために採用されなかったためと考えられます。
- 年齢調整済み平均値の年次推移：2010年全国基準人口をもとに算出した年齢調整済み平均値の年次推移をみると、男女ともほぼ横ばいでした。
- 年齢調整済み有所見率は、男女も3年間であまり変化がなく、126mg/dl以上の人の減少もみられていません。
- 平均値の変化と有所見率の変化を総合すると、血糖値の改善がみられていないことを示しています。
- 愛知県は、男女とも全国とほぼ同様の結果が観察されました。

ひとこと・ヒント

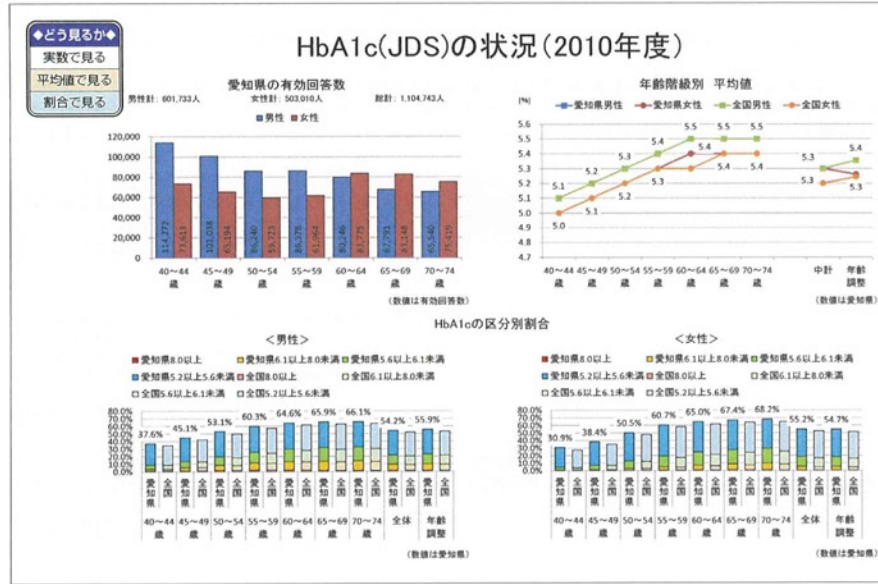
愛知県の特定健診データを用いて、治療中の患者さんの血糖コントロール状況を検討したところ、HbA1c (JDS値)8.0%以上が糖尿病治療中の人の13%、HbA1c (JDS値)7.0%以上が34%もありました。糖尿病合併症を減らすためには治療中の患者さんの血糖コントロール状況の改善が重要であり、治療を継続しやすい環境づくりや糖尿病患者さんへの食事や身体活動などの生活習慣改善支援などがもっと必要です。

あなたの地域は?



- 血糖の平均値、有所見率は全国と比較して高くありませんか？
- 性・年齢階級別にみて、とくに気になる階級は？
- 血糖の高い人について、未治療者では受診勧奨を徹底していますか？
- 糖尿病に対する地域の関心度は？ 患者さんだけでなく、一般住民への啓発事業を行っていますか？
- 治療を継続しやすい環境づくりをするためにはどうすればいいか、工夫について地域で検討していますか？

7 HbA1c



PPT

◆データを見てわかること

- 特定健診では空腹時血糖またはHbA1cのいずれかを必須としていることから、HbA1cの捕捉率はBMI、腹囲、血圧と比較して低くなっています。国保加入者であることが多い高齢者では実施率が高い傾向にあることに留意します。
- 平均値のグラフ：男性では女性よりも各年齢階級で0.1%程度高く、60歳前半まで加齢とともに高くなっていきます。愛知県も全国と同様の結果です。
- 有所見率をみると、40歳代から予備群（5.2以上5.6未満）が男女とも多く、加齢とともに5.6%以上が増加しています。
- 糖尿病の合併症は、血糖コントロールと罹病期間に関係しています。糖尿病と診断後10年ごろから合併症が増えるため、40歳～50歳代で6.1%（JDS値）以上の場合、網膜症や腎症につながる恐れが大きいと考えられます。
- 脳卒中、心筋梗塞のリスクファクターとしては、軽症糖尿病でも脂質異常症、高血圧症、喫煙と重複することによりリスクが高まります。個別リスクだけでなく、リスク重複に着目した分析が必要です。

健康日本21目標値

糖尿病合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数)の減少
16,247人(平成22年)
▶15,000人(平成34年度)

糖尿病の治療継続者の割合の増加
63.7%(平成22年)
▶75%(平成34年度)

糖尿病有病者の増加の抑制
890万人(平成19年)
▶1000万人(平成34年度)

ひとこと・ヒント

- 肥満者では、インスリン抵抗性のため長期間にわたるインスリンの過剰分泌を引き起こします。そのため、膵β細胞の疲弊をきたし、インスリン分泌低下へと進行、糖尿病の発症に至ります。一方、肥満ではない糖尿病では、加齢・遺伝によるインスリン分泌能の低下、身体活動量や筋肉量の低下などが原因です。タイプにあわせた対策が必要です。
- 高齢者では低血糖も高血糖も認知症の危険因子です。

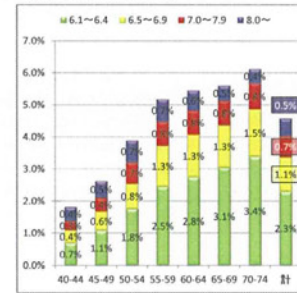
STEP UP

糖尿病の重症化を防ぐために

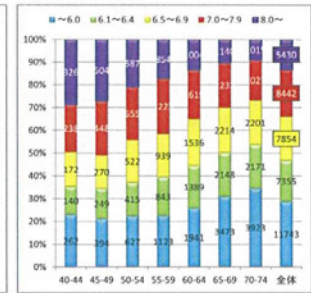
特定健診問診における「インスリン注射又は血糖を下げる薬の現在の使用」の有無別にみたHbA1c区分の状況です(愛知県特定健診データ分析・評価より)。治療を受けていない人を区別して、糖尿病について治療中である患者さんの血糖コントロール状況を見ることができます。

糖尿病治療の有無別HbA1c(JDS)の状況

糖尿病の薬物治療を行っていない人のHbA1c



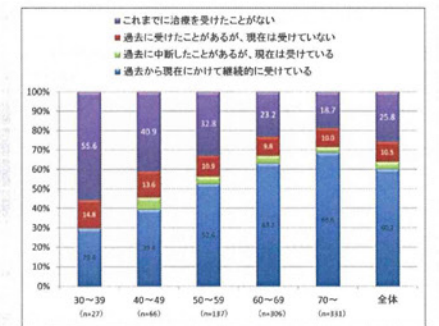
糖尿病の薬物治療を行っている人のHbA1c



(平成21年愛知県「特定健診・特定保健指導情報データ分析・評価」)

PPT

医療機関や健診で糖尿病といわれたことがある者における治療の状況

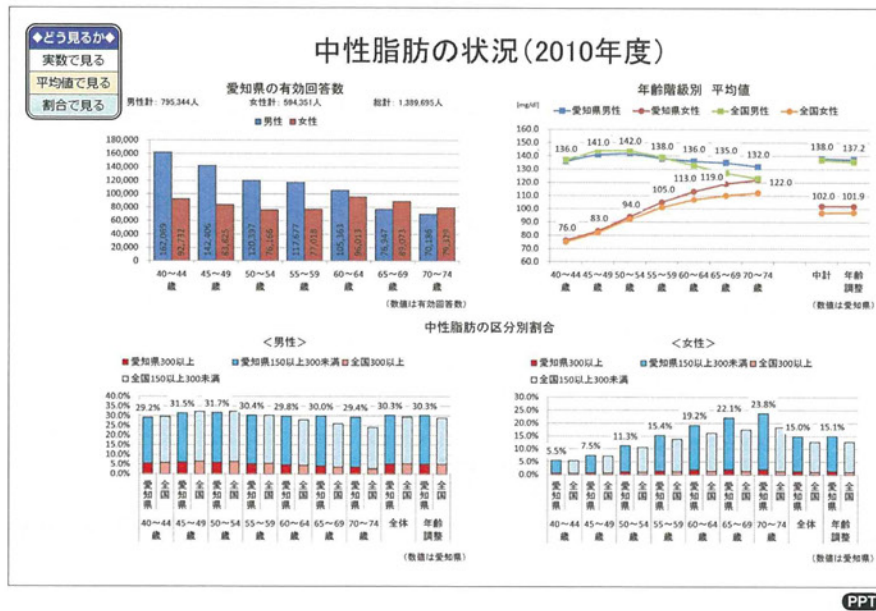


(平成22年国民健康・栄養調査)

PPT

- 上図の左のグラフについて、糖尿病の薬物治療を現在行っていない人約69万人のうち、4.58%がHbA1c6.1%（JDS値、NGSP値では6.5%）以上に該当していました。糖尿病の薬物治療を行っていない人のなかにもHbA1c7.0%以上のコントロール不良者が1.2%（8,318人）に上りました。国民健康・栄養調査によれば、「糖尿病といわれたことがある」人の3分の1以上が治療を受けていない状況であり、健診の機会を活用した受診勧奨が必要です。
- 上図の右グラフは糖尿病の薬物治療を行っている人約4万人の血糖コントロール状況を示したものです。治療中でもHbA1c（JDS値）7%以上が34%、8%以上も13%もあることから、治療中の人のコントロール改善が望まれます。薬物治療だけでなく、食事・身体活動・禁煙・減酒など生活習慣改善支援を確実に与える体制が必要です。

⑧ 中性脂肪



検査の意味

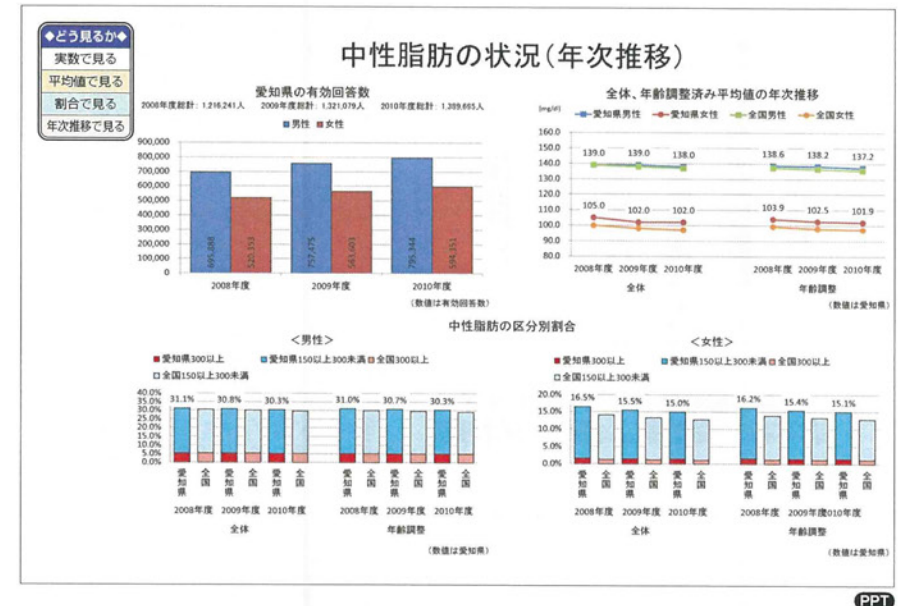
血液中の中性脂肪はエネルギー収支の短期的な動向を示します。メタボリックシンドローム構成要素の一つです。食事や前日のアルコールの影響を受けるため、12時間以上の絶食下で採血することが大切ですが、食後の上がりやすさは個人差があります。

判定値

脂質異常症の診断基準（薬物治療の開始基準ではない）
 中性脂肪（トリグリセライド: TG） $\geq 150\text{mg/dl}$
 特定健診の判定値
 保健指導判定値 150mg/dl以上 受診勧奨判定値 300mg/dl以上

◆データを見てわかること

- 特定健診では中性脂肪（TG）を必須としていることから、捕捉率は良好です。
- 中性脂肪を上昇させる要因として、摂取エネルギー過多、アルコールや炭水化物、脂肪の量と質が代表的です。アルコールは中性脂肪に転換されることに注意します。
- 平均値のグラフ：男性では40～50歳代で中性脂肪が高く、高齢化とともに低下する傾向がみられます。摂取エネルギー量の減少を反映しているものと考えられます。女性では加齢とともに増加しています。BMIや腹囲の変化と同様の動きで、エネルギー消費量の減少のため、相対的に摂取過剰になっている可能性があります。愛知県も全国と同様の結果です。
- 有所見率をみると、男性では年齢階級によらずほぼ一定で30%程度ですが、女性では加齢とともに有所見率が高くなっています。愛知県では各年齢階級において全国よりも高い傾向です。



年次推移

- 3年間の平均値、有所見率の推移をみたグラフです。年々、実施者数の増加がみられます。
- 年齢調整済み平均値の年次推移：2010年全国基準人口をもとに算出した年齢調整済み平均値の年次推移をみると、男女ともやや低下傾向を示しています。
- 年齢調整済み有所見率は全国では男女ともやや減少傾向です。
- 平均値の変化と有所見率の変化を総合すると、高中性脂肪血症はやや減少方向です。
- 愛知県は、男女とも全国よりも有所見率がやや高い傾向がみられました。食生活、飲酒等の生活習慣の状況の確認が重要です。

ひとこと・ヒント

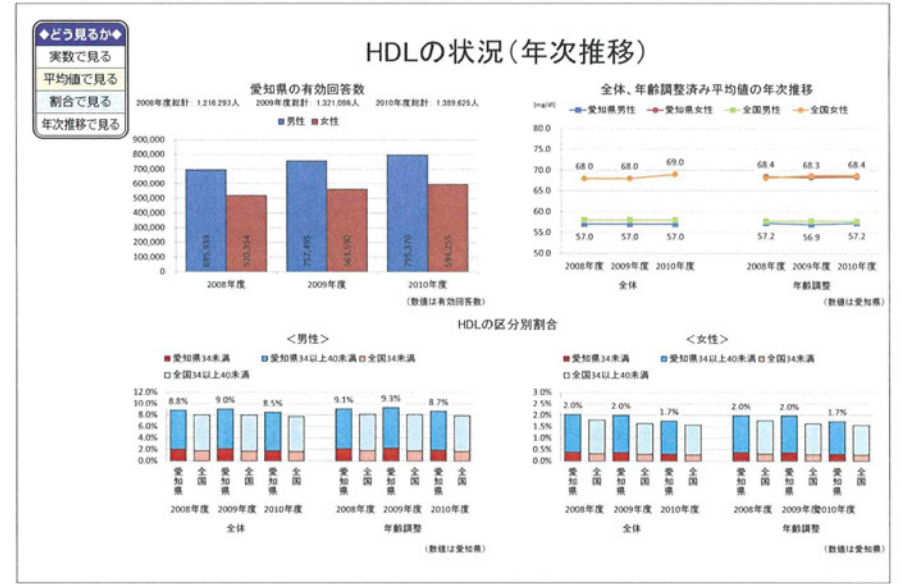
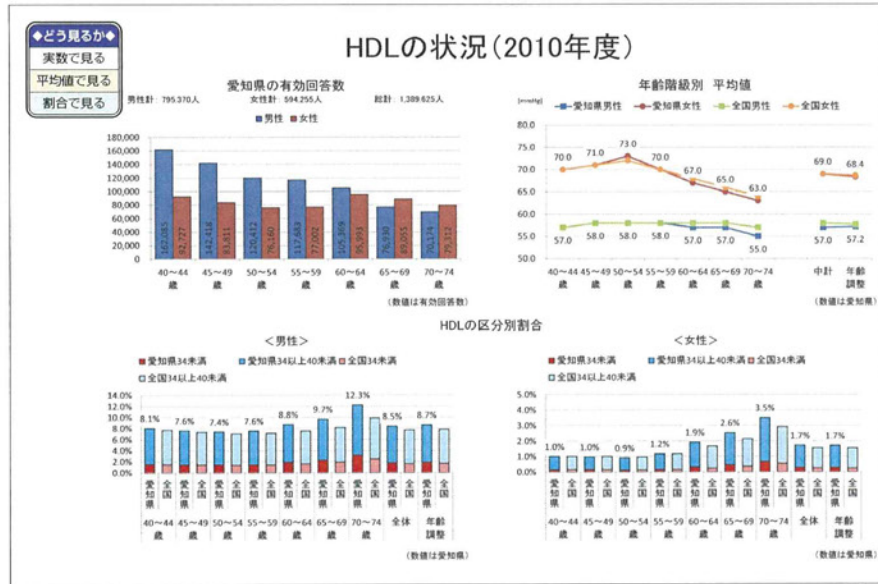
中性脂肪は食生活の変化を反映しやすく、減量や飲酒量の減少の結果として改善してきます。保健指導の効果判定として有用な検査です。高中性脂肪血症自体が動脈硬化を促進させるかは未だ意見が分かれているところですが、高中性脂肪血症ではsmall dense LDL-Cが増加しやすく、マクロファージの泡沫化が進みやすいため、動脈硬化を進展させる恐れがあります。

あなたの地域はっ

チェックポイント

- 中性脂肪の平均値、有所見率は全国と比較して高くありませんか？
- 性・年齢階級別にみて、とくに気になる階級は？ 有所見率が高い場合、食生活や飲酒量などの要因の確認を。中性脂肪と γ -GTPの両者が高い人では飲酒過多の可能性がありますが、頻度を把握していますか？
- 脂質異常症の服薬率を確認していますか？

⑨ HDLコレステロール



147

検査の意味

HDLコレステロール(以下HDL-C)は、余分なコレステロールを回収し、肝臓に戻すという動脈硬化を抑制する働きをするため、善玉コレステロールとも呼ばれます。検査値が低いと動脈硬化が進行することを意味します。

判定値

脂質異常症の診断基準(薬物治療の開始基準ではない)
 HDL-C < 40mg/dl
 特定健診の判定値
 保健指導判定値 39mg/dl以下 受診勧奨判定値 34mg/dl以下

◆データを見てわかること

- 特定健診ではHDL-Cを必須としていることから、捕捉率は良好です。
- HDL-Cを低下させる要因として、摂取エネルギーの過剰、運動不足、喫煙が代表的です。HDL-Cは一般的に善玉といわれています。HDL-Cを増加させる要因として、運動、飲酒、遺伝等が知られています。ただし、過度の飲酒に伴って増加するHDL-Cには抗動脈硬化作用がないことが指摘されています。
- 平均値のグラフ：女性は男性よりもHDL-Cが高値ですが、更年期以降低下する傾向がみられます(女性ホルモン減少の影響)。しかし70歳代においても、依然男性より高値です。男性では年齢階級によらず、ほぼ一定の値をとっています。愛知県も全国と同様の結果です。
- 有所見率をみると、男性では65歳まではほぼ一定で8%程度ですが、高齢者では低HDL-Cが増加する傾向があります。高齢期には高LDL-Cが減少する傾向がみられており、食事摂取量の低下によるコレステロール全体の縮小を反映している可能性があります。女性では低HDL-C血症を呈する人は中年では1%程度ですが、高齢期には同様に増加しています。
- 脳血管疾患(脳卒中)、心疾患(心臓病)のリスクファクターとしては、低HDL-Cは重要な因子です。HDL-Cを高める薬はなく、禁煙、身体活動不足の解消が欠かせません。

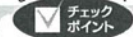
年次推移

- 3年間の平均値、有所見率の推移をみたグラフです。年々、実施者数の増加がみられます。
- 年齢調整済み平均値の年次推移：2010年全国基準人口をもとに算出した年齢調整済み平均値の年次推移をみると、男女ともほぼ横ばいでした。
- 年齢調整済み有所見率は全国では男女もやや減少傾向です。
- 平均値の変化と有所見率の変化を総合すると、低HDL-C血症はほぼ横ばいかやや減少方向です。
- 愛知県は、男女とも全国よりも有所見率がやや高い傾向がみられました。身体活動を増やし、禁煙を推進することが必要です。

ひとこと・ヒント

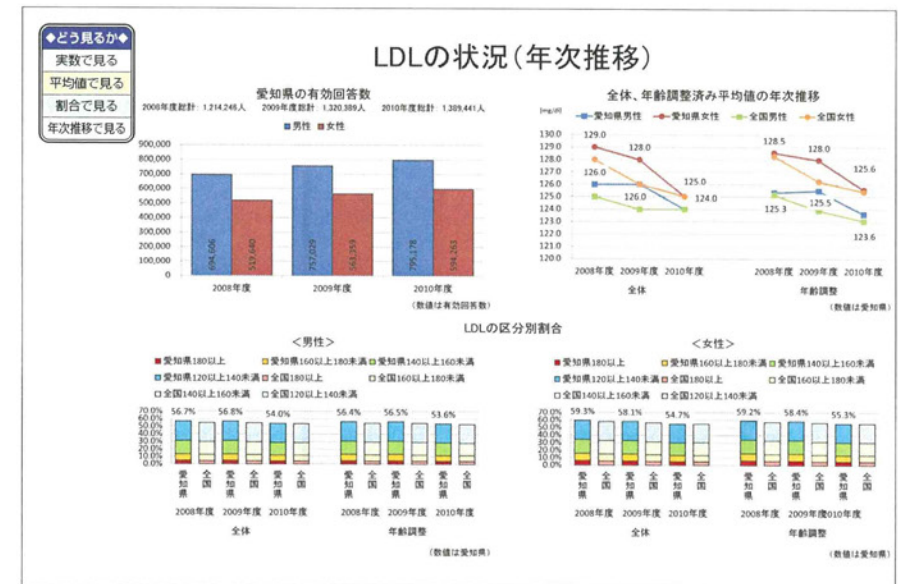
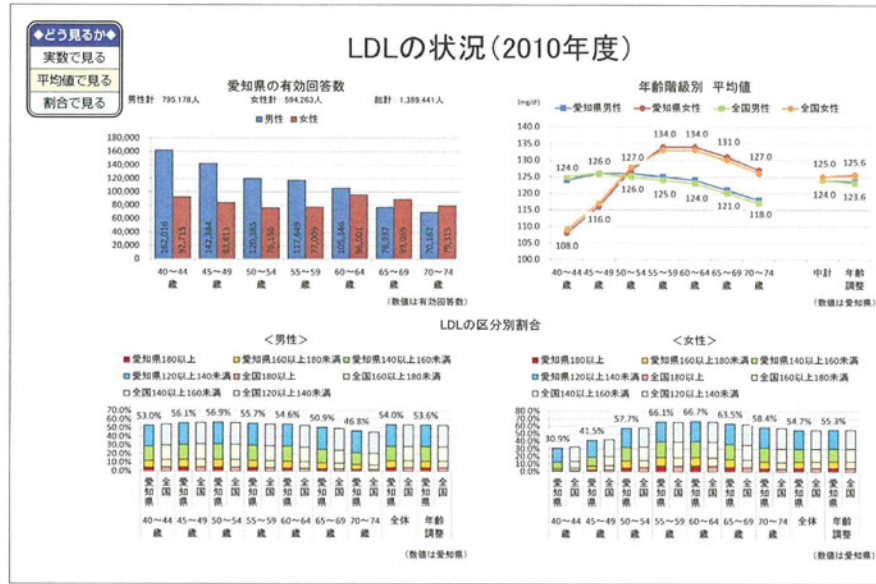
コレステロールは動脈硬化を引き起こす患者のように思われますが、細胞膜やホルモンの材料として、なくてはならない成分です。コレステロールを体内で合成するだけでは足りないので、リサイクルして使われます。LDL-Cは肝臓から出て細胞へ運ぶ方のリポ蛋白(Low Density Lipoprotein)で、脂肪を満載しているために比重が軽いのですが、末梢細胞で脂肪を抜き取られ、肝臓へ戻るほうのHDL-Cは脂肪含有量が少なく、比重が重くなる(High Density Lipoprotein)のです。

あなたの地域は?



- HDL-Cの平均値、有所見率は全国と比較して高くありませんか。
- 性・年齢階級別にみて、とくに気になる階級は? 有所見率が高い場合、喫煙や運動習慣などの要因の確認を。
- 高齢者では総コレステロール低下に伴うHDL-C低下の可能性もありますが、有所見率はどうなっていますか。

10 LDLコレステロール



検査の意味

LDLコレステロール（以下LDL-C）は、コレステロールを全身に運ぶ役割をしています。増えすぎると、血管壁にたまり、動脈硬化を進行させるため、悪玉コレステロールとも呼ばれます。

判定値

脂質異常症の診断基準（薬物治療の開始基準ではない）
 LDL-C ≥ 140 mg/dl
 特定健診の判定値
 保健指導判定値 120mg/dl以上 受診勧奨判定値 140mg/dl以上

健康日本21目標値

脂質異常症の減少
 総コレステロール 240mg/dl以上の者の割合
 男性13.8% 女性22.0%(平成22年)
 ▶男性10% 女性17%(平成34年度)

LDLコレステロール 160mg/dl以上の者の割合
 男性8.3% 女性11.7%(平成22年)
 ▶男性6.2% 女性8.8%(平成34年度)

◆データを見てわかること

- 特定健診ではLDL-Cを必須としていることから、捕捉率は良好です。
- LDL-Cを上昇させる要因として、摂取エネルギー過多、摂取した脂肪の量と質、コレステロールならびに食物繊維の摂取量が代表的です。原発性高脂血症など、遺伝子異常に基づき発症するタイプもあることに注意します。LDL-Cは直接測定法のほか、空腹時採血をしていて、中性脂肪が400を超えていなければ以下の式で計算できます(Friedewald式)。
 $LDL-C = \text{総コレステロール} - HDL-C - (\text{中性脂肪} \div 5)$
- 平均値のグラフ：男性では40～50歳代でLDL-Cが高く、高齢化とともに低下する傾向がみられます。摂取エネルギー量の減少を反映しているものと考えられます。女性では40～50歳代に減少し急上昇しています。女性ホルモン減少の影響やBMIや腹囲の変化と関連があります。愛知県も全国と同様の結果です。
- 有病率をみると、男性では50歳代が最も高く、女性では60歳代が最も高くなっています。

年次推移

- 3年間の平均値、有所見率の推移をみたグラフです。年々、実施者数の増加がみられます。
- 年齢調整済み平均値の年次推移：2010年全国基準人口をもとに算出した年齢調整済み平均値の年次推移をみると、男女ともやや低下傾向を示しています。
- 年齢調整済み有所見率は全国では男女もやや減少傾向です。
- 平均値の変化と有所見率の変化を総合すると、高LDL-C血症はやや減少方向です。
- 愛知県は、男女とも全国よりも有所見率がやや高い傾向がみられました。服薬率もあわせて検討する必要があります。

ひとこと・ヒント

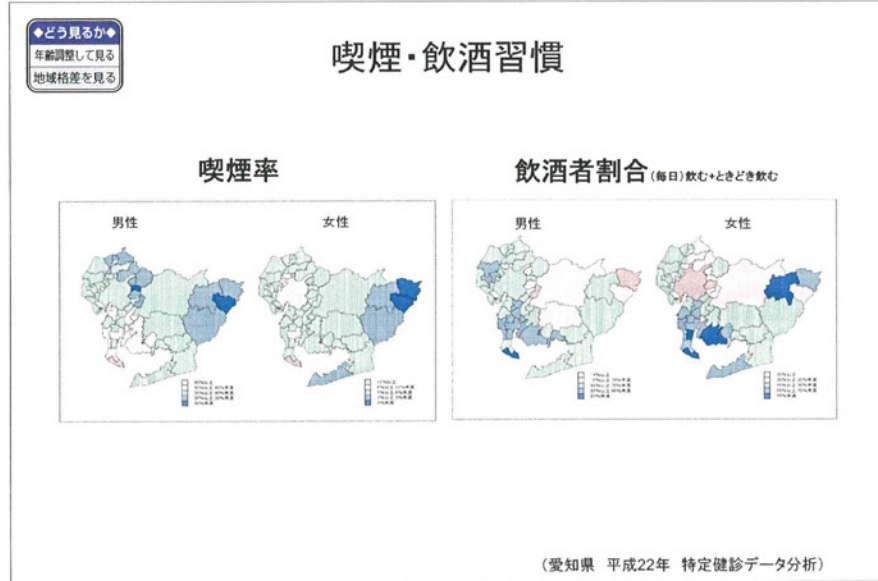
- LDL-C以外にも、VLDLレムナント、small dense LDL、Lp(a)、変性LDLなどが動脈硬化を促進します。そこでnonHDL-C（総コレステロール-HDL-C）を指標として管理されることがあります。nonHDL-Cの管理目安としては「130mg/dl以下」が提唱されています。
- 脂質異常症の治療開始は、LDL-C値だけでなく、性・年齢・高血圧・糖尿病・喫煙等、他のリスクの保有状況にあわせて考慮します。特定健診の受診勧奨判定値が、即薬物治療の対象ではないことに留意します。詳しくは「標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）」のフィードバック文例集を参照してください。

あなたの地域は?



- LDL-Cの平均値、有所見率は全国と比較して高くありませんか。
- 性・年齢階級別にみて、とくに気になる階級は？
- 脂質異常症の服薬率を確認していますか？
- 脂質異常症では生活習慣改善が第一であることを啓発していますか？
- 生活習慣を改善してもLDL-Cが180mg/dl以上の場合薬物治療を考慮します。健診・保健指導の現場でそのような対応をしていますか。

⑪生活習慣



生活習慣の状況を把握するためには、これまでアンケート調査を実施しなければなりません。特定健診では「標準的な質問票」により、形式をそろえたデータが取得可能です。

この分野における分析はこれからのため、今回は愛知県「特定健診・特定保健指導情報データ分析・評価」の結果を掲載します。

本分析では、該当率について年齢調整後マップ表示を行っています。

喫煙

特定健診の「標準的な質問票」では、喫煙に関する問診として「現在、たばこを習慣的に吸っている」かどうかについて個人に確認しています。

この結果についても、いづれ公表されるものと思えます。

今回は愛知県での分析例を示します。性・年齢階級別喫煙率、年齢調整該当率を算出し、マップ表示しました。男性では南部(海寄り)で、女性では名古屋市など都市部で喫煙率の高い傾向がみられました。

飲酒

飲酒についての問診は必須項目ではないため、回答率が低いことに留意します。

今回は、習慣的に飲酒していると答えた人の割合を比較しましたが、飲酒量もあわせて分析する必要があります。女性では、名古屋市の飲酒者割合が高い傾向がみられました。

健康日本21目標値

<喫煙>

成人の喫煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる)
19.5%(平成22年)▶12%(平成34年度)

未成年者の喫煙をなくす
中7年生: 男11.6% 女9.0%
高校3年生: 男8.6% 女3.8%(平成22年)

▼

妊婦中の喫煙をなくす
5.0%(平成22年)▶0%(平成26年)

受動喫煙(家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関)の機会を有する者の割合の減少
行政機関: 16.9%(平成20年)
医療機関: 13.3%(平成20年)
職 場: 64%(平成23年)
家 庭: 10.7%(平成22年)
飲 食 店: 50.1%(平成22年)

▼

行政機関: 0%(平成34年度)
医療機関: 0%(平成34年度)
職 場: 受動喫煙の無い職場の実現(平成32年)
家 庭: 3%(平成34年度)
飲 食 店: 15%(平成34年度)

<飲酒>

生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者(1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者)の割合の減少
男性15.3% 女性7.5%(平成22年)

▼

男性13% 女性6.4%(平成34年度)

未成年者の飲酒をなくす
中7年生: 男10.5% 女11.7%
高校3年生: 男21.7% 女19.9%(平成22年)

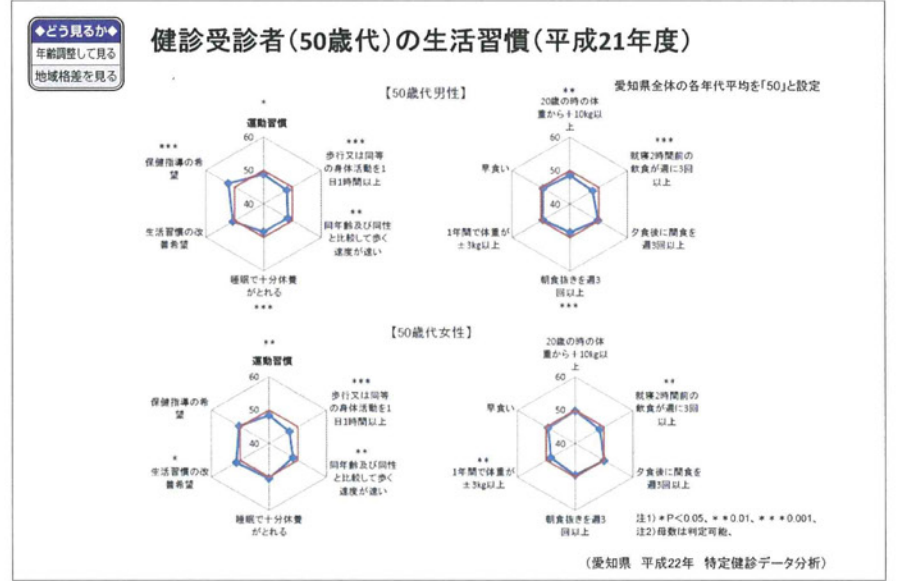
▼

0%(平成34年度)

妊婦中の飲酒をなくす
行政機関: 16.9%(平成20年)▶0%(平成26年)

●主な酒類の換算の目安

お酒の種類	アルコール度数	純アルコール量
ビール(中瓶本300ml)	5%	20g
清酒(1合180ml)	15%	22g
ウイスキー(ブレンダー/ダブル60ml)	43%	20g
焼酎(25度/1合180ml)	25%	36g
ワイン(1杯120ml)	12%	12g



栄養・食生活
身体活動・運動
休 養
特定保健指導

栄養・食生活、身体活動・運動、休養等の各目標値も、特定健診「標準的な質問票」から情報を得ることができ。ただし、これらの項目も必須ではないことからデータ数、偏りに留意しなければなりません。

上図は、愛知県での分析例です。県全体の平均値(赤色の線)とある自治体の平均値(青色の線)について一日と比較することができます。この結果から、この自治体では男女とも県平均より歩行習慣が少ない傾向があることがわかり、対策を進めることになりました。

健康日本21目標値

<栄養・食生活>

主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合の増加
68.1%(平成23年度)▶80%(平成34年度)

食塩摂取量の減少
10.6g(平成22年)▶8g(平成34年度)

野菜と果物の摂取量の増加
野菜摂取量の平均値282g 果物摂取量100g未満の者の割合61.4%(平成22年)

▼

野菜摂取量の平均値350g 果物摂取量100g未満の者の割合30%(平成34年度)

<身体活動・運動>

日常生活における歩数の増加
20歳~64歳: 男性7,841歩 女性6,883歩
65歳以上: 男性5,628歩 女性4,584歩(平成22年)

▼

20歳~64歳: 男性9,000歩 女性8,500歩
65歳以上: 男性7,000歩 女性6,000歩(平成34年度)

運動習慣者の割合の増加
20歳~64歳: 男性26.3% 女性22.9%
65歳以上: 男性47.6% 女性37.6%(平成22年)

▼

20歳~64歳: 男性36% 女性33%
65歳以上: 男性58% 女性48%(平成34年度)

<休 養>

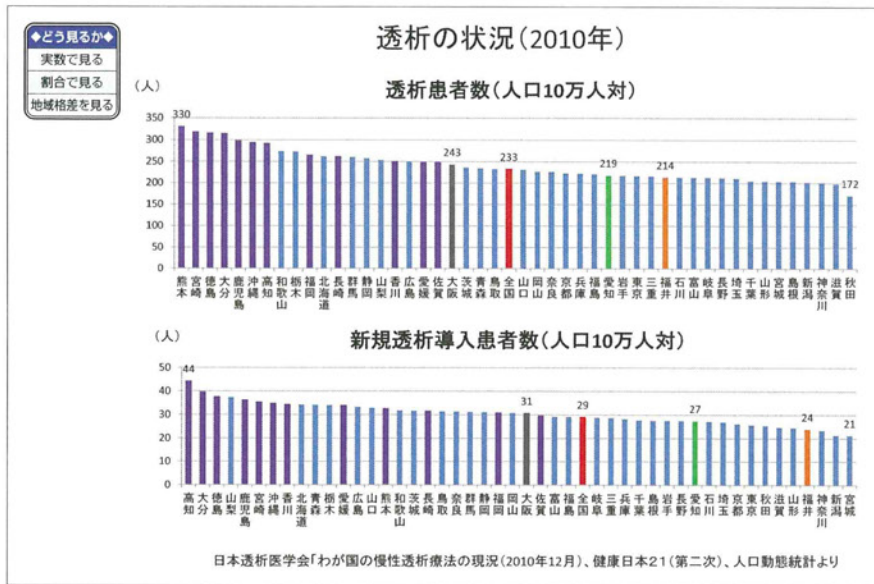
睡眠による休養を十分にとれていない者の割合の減少
18.4%(平成21年)▶15%(平成34年度)

週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少
9.3%(平成23年)▶5.0%(平成32年)

<特定保健指導>

特定保健指導の実施率の向上
12.3%(平成21年度)▶平成25年度から開始する第2期医療費適正化計画に合わせて設定(平成29年度)

見える化⑤人工透析の状況



PPT

糖尿病腎症における治療の一つである人工透析(血液透析療法)に関するデータは、糖尿病の重症化予防対策を考える上で重要です。まずは原因を限定せず、すべての人工透析の患者数と新規導入人数について、都道府県ごとにそれぞれグラフ化しました。

◆データを見てわかること

①10万人対透析患者数、新規導入数には、地域差が大きいです。

【透析患者数】

多い県 ①熊本 ②宮崎 ③徳島

少ない県 ①秋田 ②滋賀 ③神奈川

【新規導入数】

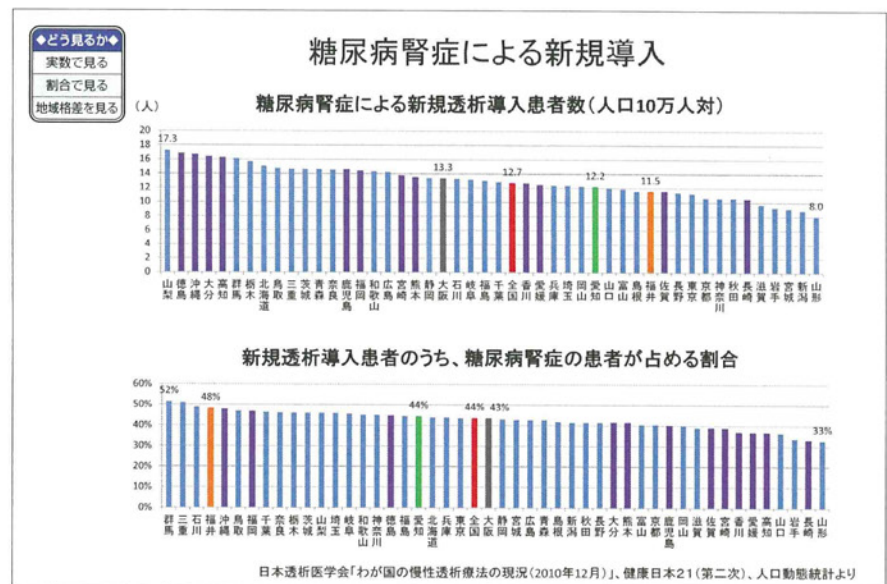
多い県 ①高知 ②大分 ③徳島

少ない県 ①宮城 ②新潟 ③神奈川

④透析患者数は九州地区、四国地区(棒グラフの紫色で示した)に多く、東北地区、北陸地区で少ない傾向がみられます。

⑤平成22年に新規に透析導入に至った人は、四国、九州地区で高い傾向がみられます。

⑥透析導入の原因疾病は、①糖尿病腎症(44.2%)、②慢性糸球体腎炎(20.4%)、③腎硬化症(11.7%)等で、この3つの疾患により全透析の3/4以上を占めます。腎硬化症は、主に高血圧を原因として発症する腎臓病で、徐々に増加しています。



PPT

次に挙げたのは、糖尿病(腎症)による人工透析導入に関するデータです。

糖尿病による導入が多い地域では、糖尿病対策(健診・保健指導の実施率向上、受診勧奨徹底、治療中断防止キャンペーンなど)が必要です。血糖ならびに血圧のコントロールが不良の場合、特に腎不全に至りやすいため、糖尿病の管理だけでなく、血圧の管理も重要です。

◆データを見てわかること

①糖尿病が原因で透析に至る割合についても、都道府県格差がみられます。

【糖尿病による新規導入】

多い県 ①山梨 ②徳島 ③沖縄

少ない県 ①山形 ②新潟 ③宮城

【糖尿病腎症による透析の割合】

多い県 ①群馬 ②三重 ③石川

少ない県 ①山形 ②長崎 ③岩手

九州・四国地域は、全体の透析患者数、新規透析導入患者数は多いですが、沖縄県、福岡県、徳島県を除き、透析導入に占める糖尿病腎症の割合は比較的低く、ほかの理由での透析導入が多い可能性が考えられます。



知っておきたい 透析導入、その後

慢性腎不全による人工透析:1人月額医療費約40万円(年間約500万)、年間医療費総額約1.4兆円(2009年)「第13回透析医療費実態調査報告(日本透析医学会)」より

透析期間は、5年以上10年未満は25.3%、10年以上15年未満は12.7%、15年以上20年未満は6.6%、20年以上は7.6%で、5年以上の長期透析患者は全体の52.2%であり、漸増傾向が認められています。

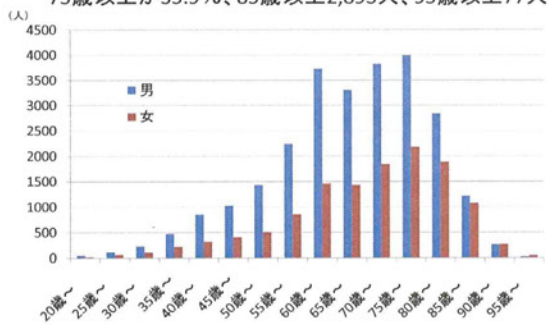
25年以上の長期透析患者は11,802人で前年度より569人増加しています。(日本透析医学会、「わが国の慢性透析療法の現況、2011年末の慢性透析患者に関する基礎集計」より)

透析の新規導入は、高齢者に多いことから、高齢化による影響も考えられます。腎不全のどの段階で透析導入しているのか、何歳まで透析導入の適応としているのかといった要素のほか、透析施設数などによる影響も考えられます。また、透析導入時の患者の年齢は、年々高齢化しています。

透析導入患者の性・年齢分布 PPT

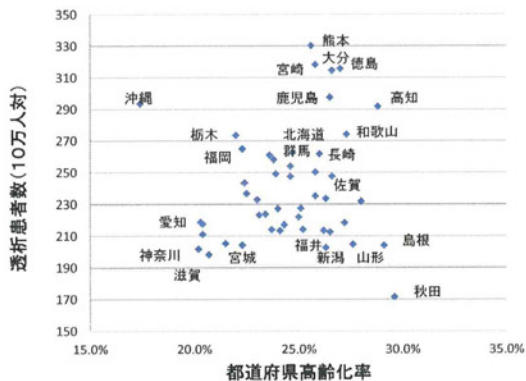
(38,392人)

透析導入のピークは75～79歳階級 男性は女性の2倍、75歳以上が35.9%、85歳以上2,893人、95歳以上77人



(日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現状(2011年12月)」より)

高齢化率と透析患者数の関連



日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現状(2010年12月)、健康日本21(第二次)、人口動態統計より

PPT

これは都道府県の高齢化率を横軸に、人口10万人対透析患者数を縦軸にとって作成した散布図です。高齢化率が高いほど透析患者が多いのでは、という予測に反して、両者の相関はみられず、きわめてばらつきの大きい状況であることがわかりました。

透析の多い地域では、その原因を医療、予防、サービス提供体制など、さまざまな観点で分析していく必要があります。

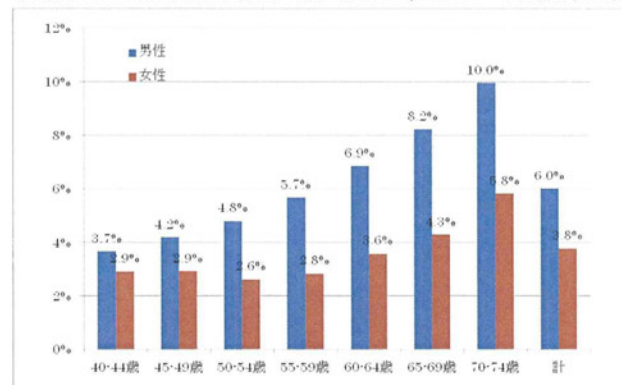
ひとこと・ヒント

腎不全を予防するために

特定健診では尿蛋白検査が必須項目であり、(+) 以上の場合にはすぐに医療機関受診を勧めます。クレアチンを測定している場合には、尿蛋白が陰性でもeGFRが50mL/min/1.73m²未満の場合、医療機関受診を勧めます。医療機関では、腎臓障害のステージにあわせて、糖尿病や高血圧の管理、減塩や低たんぱく食、運動制限を行い、腎機能の悪化を防ぎます。詳細は「CKD診療ガイド」を参照してください。日本腎臓学会ホームページ (<http://www.jsn.or.jp/>) から閲覧、ダウンロードできます。

特定健診データ分析からみた性・年齢階級別有所見率(+)は以下の通りです。

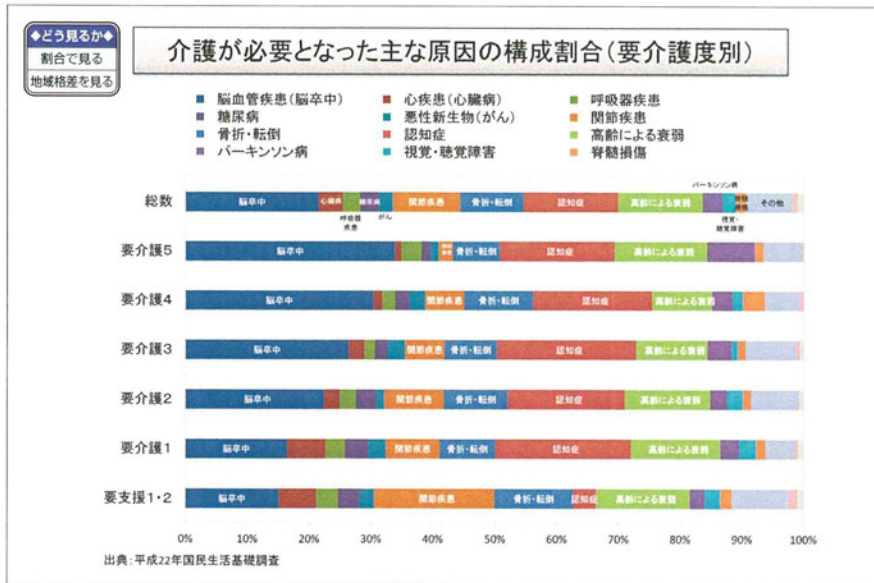
特定健診における尿蛋白陽性率(平成22年度 愛知県882,425人のデータ分析結果より)



透析の見合わせについての学会提言

- 日本透析医学会は、2012年度(平成24年度)に「慢性血液透析療法の実施/継続中止(見合わせ)」に関する血液透析療法ガイドラインワーキンググループからの提言(案)2012』を発表しました。
- この提言案では、透析導入にあたり、①十分な情報提供と自己決定の援助 ②自己決定の尊重・事前指示書の作成 ③同意書の取得が必要、としています。
- 一定の状況を満たす終末期患者では、透析療法の導入または継続を見合わせることを提案しています。すなわち、①医療チームがあらゆる対策を講じても透析が医療技術的に危険が困難で、実施することが生命予後へ悪影響を及ぼす ②意思決定能力のある患者が透析を拒否している ③意思決定能力がない患者の家族が透析を拒否している場合、などにおいて、一定の検討プロセスを経て見合わせ、効果的な緩和ケアを提供することを提案しています。
- 詳細は、日本透析医学会ホームページ (<http://www.jsdt.or.jp/>) を参照してください。

見える化⑥ 要介護の状況



PPT

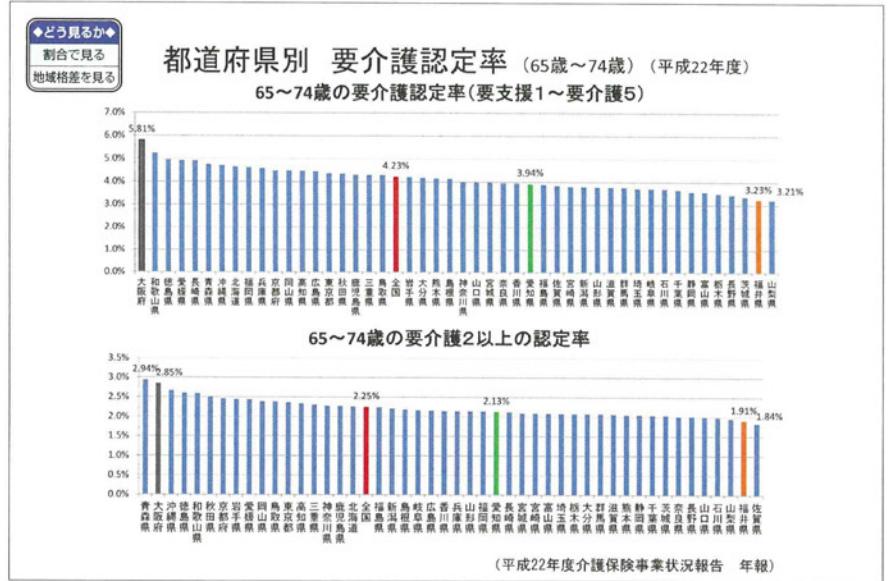
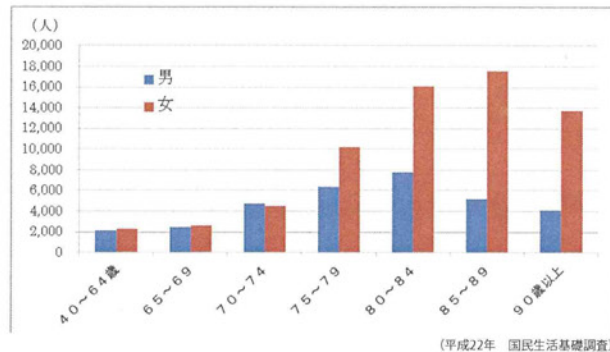
生活習慣病は、要介護状況と関連があります。そこで介護に関するデータから、要介護状況について調べます。

◆データを見てわかること

介護を要する原因として、①脳血管疾患(脳卒中)、②認知症、③高齢による衰弱、④関節疾患、⑤骨折・転倒の順ですが、要介護3以上の重度では脳血管疾患(脳卒中)、認知症、高齢による衰弱が多いのに対し、軽度では関節疾患が多い傾向がみられます。

介護を要する人の性・年齢階級別内訳を示すグラフ(下図)から前期高齢者では男性がやや多く、後期高齢者では女性が多いことがわかります。全体では、介護を要する人の67%は女性です。

介護を要する人の性・年齢階級別内訳(介護を要する人口10万人対)



PPT

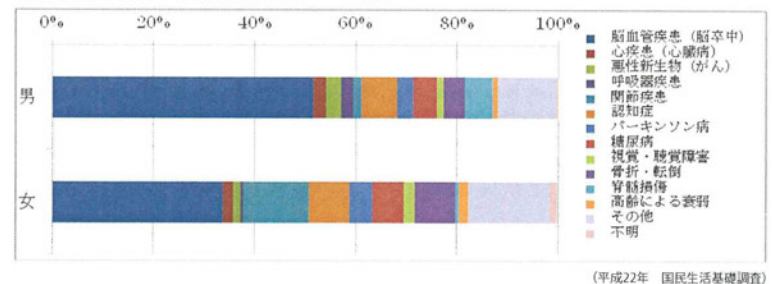
65~74歳の介護状況です。健康寿命の算定には「要介護2以上にならない」ことを定義としているものもあることから、要介護2以上の認定率について、都道府県格差をグラフ化しました。

◆データを見てわかること

- 前期高齢者(65~74歳)での要介護認定は、大阪府、和歌山県、徳島県などで高いです。
- 要介護2以上の認定率で見ると、青森県、大阪府、沖縄県の順となっています。

75歳未満で要介護認定を受けた人の原因をみると(下のグラフ参照)、男女とも脳血管疾患(脳卒中)が最も多く、男性では50%を超えています。脳血管疾患(脳卒中)は高血圧、糖尿病などの生活習慣病や喫煙、食塩摂取過多、多量飲酒等が主要な原因ともなっていることから生活習慣病対策が重要です。女性では関節疾患の割合も高くなっており、ロコモティブシンドローム予防対策の重要性を示しています。

介護が必要となった主な原因(65~74歳)

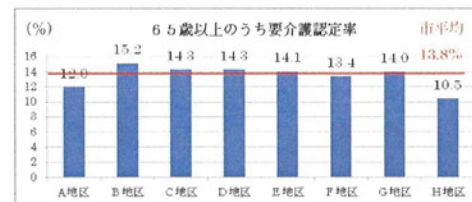
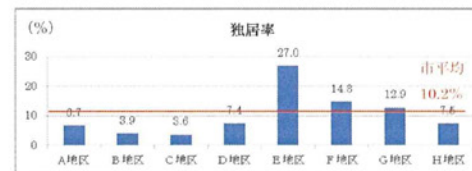
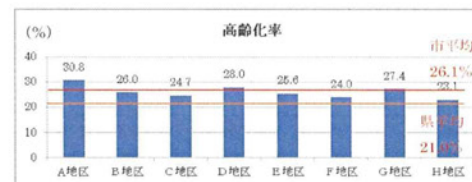


STEP UP

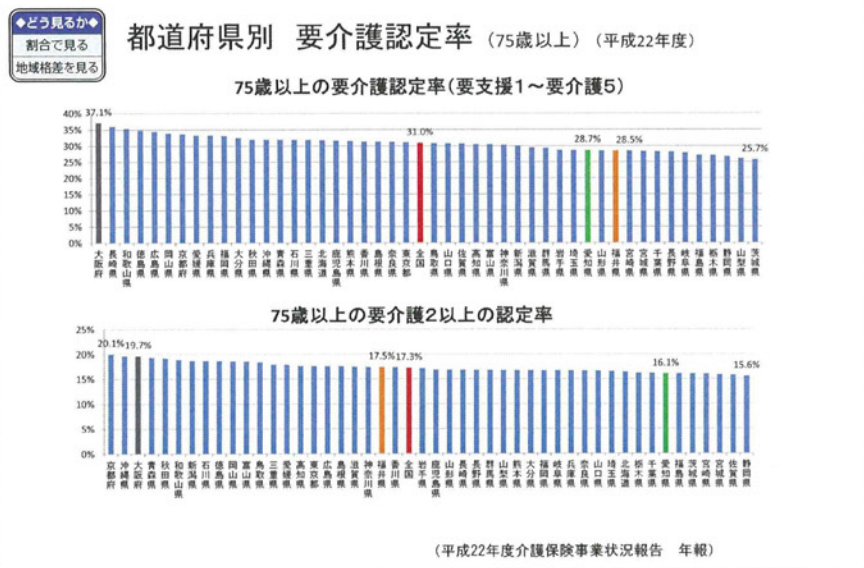
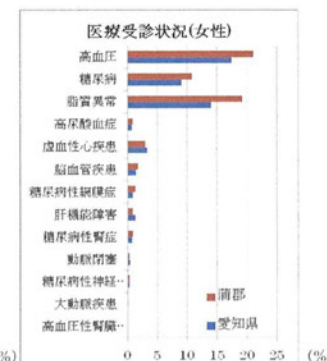
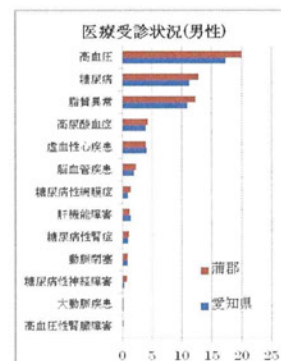
地域の介護保険データ等を活用した分析例(愛知県蒲郡市の取り組み)

蒲郡市は人口8万2,000人、高齢化率25.3%で、県下では高齢化が進んだ地域です。近年の高齢化の進展による社会保障費の増大や、県全体と比較して透析患者数、糖尿病等の受療率、メタボ該当率が高いことから、健康日本21の策定をよい機会として、健康づくり対策を見直すことになり、

市内で部局横断的にデータを持ち寄り、地域の健康課題を考えることになりました。高齢化率、独居率、要介護認定率の地区別分析や、国保医療費、特定健診データで県平均よりも多い病気を抽出、対策につなげていきます。



- A地区は漁業を主体とする地区で、高齢化率は市内で最も高いが、独居率は比較的低い。そのためか要介護認定率も低い。
- B地区では高齢者の施設が増えてきている。その結果、独居率は低いが、要介護認定率が高くなっているのではないかと考えられる。
- E地区は町の中心部で、独居率が高い。要介護1までの軽度な認定を受けている人が多い(少しの援助で独居生活が可能なお地域ともいえる)。
- H地区は新興住宅地があるので高齢化率は市内では低い。市全体では特定健診結果でメタボ率が高いこと、高血圧、糖尿病等の受療率も高いこと、健診受診率に地域差があるなどの課題があり、食生活や運動習慣への働きかけが必要。(市の勉強会 2013.02.07より)

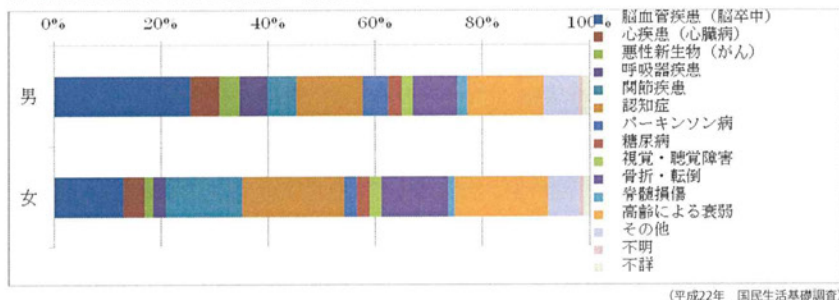


75歳以上の介護状況(2010年度)についてもグラフ化しました。

◆データを見てわかること

- 75歳以上に限定してみると
- 要介護認定率が高いのは大阪府、長崎県、和歌山県の順となっています。
- 要介護2以上では京都府、沖縄県、大阪府の順となっています。
- 大阪府は前期高齢者、後期高齢者とも要介護認定率が高く、「2以上」の割合も多いことが課題と考えられます。要介護認定を受けやすい社会基盤となっているのか、高齢者の生活機能が実際に低下しているのか、検証が必要ではないかと考えられます。
- 福井県は前期高齢者の要介護認定率は低いが、75歳以上の割合では中位となっています。75歳以上人口に占める85歳以上人口の割合が高い(P.10) こともその要因として考えられます。

介護が必要となった主な原因(75歳以上)



事例2 大阪府

市町村国保の医療費と特定健診等データを分析、健康課題を明らかにして改善策の提案・実践までをトータルに支援する

●行動変容推進事業

大阪府は、循環器病の調査・研究機関である大阪がん循環器病予防センターと共に、府内の市町村国民健康保険に関する医療費や特定健診データを分析して、府内市町村（国保）の健康・医療に係る課題を明確化し、課題に対する取り組みを提案するとともに実践を支援していく「行動変容推進事業（2010-2013年度）」を行っています。

各市町村が「医療費が高い」「受診率が低い」「ハイリスク者が多い」などの現状を正しく認識し、改善策を計画・実行・評価というPDCAサイクルを実施することに加え、被保険者、保険者、関係者などの問題意識を高め行動変容につなげることで、予防の推進、受診率向上、医療費の適正化を図ることを目的とした取り組みです。

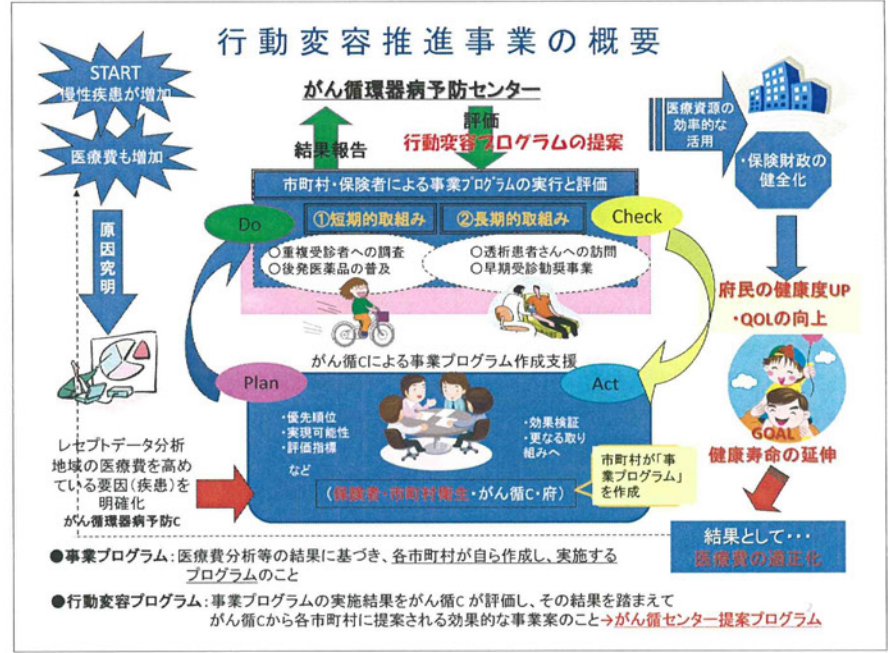
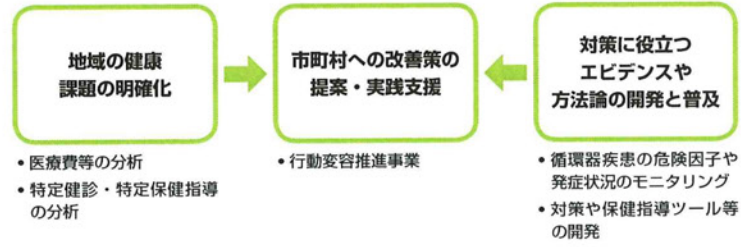
●医療費と特定健診データ分析から始まる行動変容推進事業の取り組み経過

2010-2011年度については、モデル事業として、泉佐野市等9市町で先行実施しました。医療費分析の結果、各保健所圏域、あるいは各市町村において、調剤医療費や柔整の医療費が高いといった医療種別の傾向や、腎不全や脳卒中の医療費が高いといった疾患別の特徴などが明らかとなり、それらの課題解決のための実態調査や背景調査を実施しました。その結果を、大阪がん循環器病予防センターと共に評価し、新たな取り組みへと繋げました。

翌2012年度は、本事業の対象を府内の全市町村に拡大し、全市町村別の医療費と特定健診データを分析し、その読み取り方についての研修と共に各市町村に結果を返しました。そして課題の明確化や課題解決に必要な取り組みを保健所と共に検討できるよう、保健所へも管内市町村のデータを提供しました。

各市町村は、課題解決に必要な取り組みを実施・評価し、その結果をがん循環器病予防センターが確認して、最終的に専門的知見を踏まえた取り組みの提案をすることとなっています。

2013年度は、引き続き課題解決のためのフォローアップをはじめ、事業の評価結果を踏まえた汎用性の高いプログラムの開発を進めていく予定です。



月	22年		23年			24年		25年(案)	
目	9-12月	1-3月	9-11月	12-1月	2-3月	4-7月	8-11月	12-3月	
泉佐野HC(6市町)	データ分析の結果を踏まえ、プログラムの提案と各市町村での実施方法の検討	市町村でのプログラムの(長期・短期)の実施	研修等により、実施したプログラムを他市町村へ紹介(事業の普及)	各市町でプログラムを実施した結果明らかとなった課題解決のための取り組みを検討		課題解決のための取り組みを実施・評価。大阪がん循環器病予防センターの過去の知見等を踏まえ政策提言を含めた助言・評価			
寝屋川HC(1市町)									
【以下、2市の選定理由】	1. 実施のなかった圏域に拡大 2. 医療費分析に意欲的で、衛生部門で生活習慣病予防への取り組みが積極的に実施されている 3. 南高安地区での効果の検証と市内の他地域への効果の波及								
箕面市(池田HC)									
八尾市(八尾HC)			データ分析の結果を踏まえ、プログラムの提案と各市町での実施方法の検討	市町村でのプログラムの(長期・短期)の実施	実施したプログラムの結果を評価	実施したプログラムの結果を報告	プログラムを実施した結果明らかとなった課題解決のための取り組みを実施		
【府内全域へ拡大理由】	1. 当初からの3年計画で全市町村への拡大を目指す 2. 25年度の各保険者における特定健診等実施計画の評価に役立てる 3. 同じフォーマットで府下の全市町村の分析を実施することで正しく比較ができる								
モデル実施以外の29市町村(堺5市町)						全市町村分のデータ分析の結果を提示。モデル市の報告や府の循環器予防センター主催で府内4か所で開催。各市町村で分析結果を読み取り、必要な事業を計画して行うための研修をがん循環器病予防センターよりブロック別に開催。	各市町村で事業を計画、実施、評価。大阪がん循環器病予防センターよりプログラムの提案		

事例3
愛知県

健康づくり技術を活用した派遣型の支援によって、市町村の健康づくり技術の向上及び市町村間の健康格差の縮小を図る。

●あいち健康プラザの技術を活用した市町村健康づくり技術支援事業

愛知県は、「あいち健康の森健康科学総合センター（通称：あいち健康プラザ）」を健康づくりの中核施設と位置付け、①運動施設の運営による一人ひとりに合った健康づくりプログラムの研究開発や提案、②研究成果や情報を活用した行政・企業・健康保険組合・民間施設への指導者の養成、交流支援などの取り組みを行っています。

平成24年度から、「あいち健康プラザ」で培われた健康づくり技術等を活用し、市町村に対して健康づくり施策に関する全面的な相談や技術支援を行い、県民の健康づくりの環境整備を図っています（P.59参照）。

●市町村の求めに応じたタイプ別の技術支援

市町村健康づくり技術支援事業は、「あいち健康プラザ」より医師・運動指導員・管理栄養士等の多職種チームを市町村へ派遣し、市町村の健康づくり事業や健診データ分析・評価、市町村健康増進計画の見直し、健康関連施設の有効活用等に関して助言を行います。

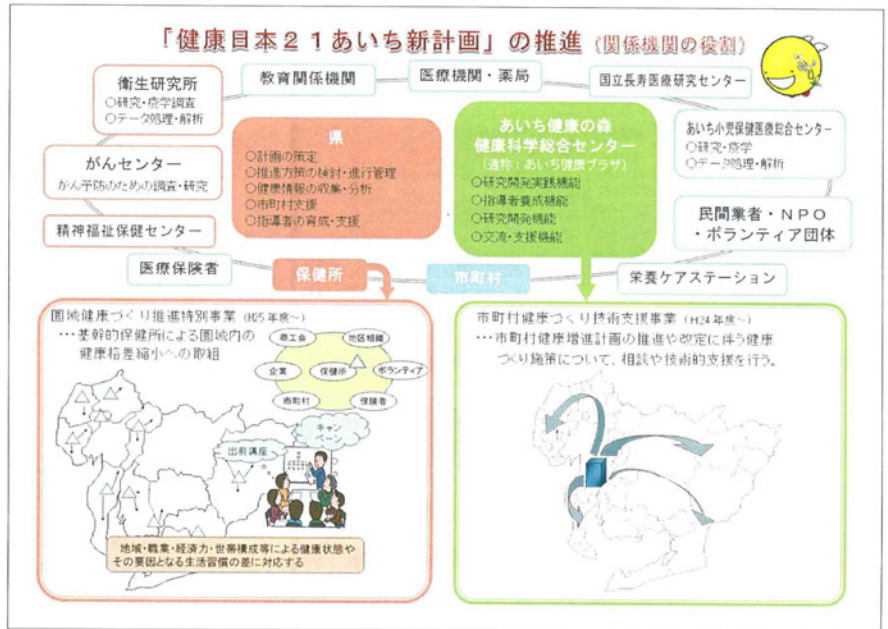
事前に、市町村より種別に応じた「希望調書」の提出及び実施団体の選定を行います。事業開始にあたっては現状調査・ヒアリング等により支援プランの検討を行い、検討結果に基づき、派遣された多職種チームが市町村職員と一緒に実践活動を行います。

平成24年度は、選定の結果、県内54市町村のうち8市町村（「希望調書」の提出は15市町村）、種別B：2団体、種別C：6団体に対して支援を行っています。

次年度からは、新たな健康づくり計画がスタートすることから、新体制（P.59参照）によって構造的に取り組めます。

平成24年度の主な支援内容

- 種別B**
 - 健康づくり推進員を養成するための効果的な活用方法の検討
 - 効果的な保健指導プログラムの検討
- 種別C**
 - 市町村健康増進計画の評価策定にあたってのデータ収集、分析方法への助言
 - 部局横断的な健康づくり施策の取り組み支援（市町村幹部職員及び他課を含めた勉強会、講演会の実施）
 - 糖尿病予防対策事業の評価方法の支援



4章 既存データを活用したツール

健康日本21（第二次）を推進するためには、住民一人ひとりの心に届くメッセージが必要です。本研究ではおおよそ20～50歳代の男性及び女性に向けたリーフレット（A4サイズ・4ページ）を作成しました。

基本データは、付属のDVDに収録されています。そのまま使用することができますが、既存データ（グラフ）の部分等を、オリジナルデータに差し替えてカスタマイズして使用いただくこともできます。ぜひ、ご利用の上、配付対象者からの反響等お知らせください。

(1) 健康づくり啓発リーフレット（男性版）

あなたは何かからはじめますか?

栄養・食生活

- 肉類は適量を食べる
- 野菜・果物を積極的に食べる
- 食生活の改善は、健康づくりの第一歩
- 食生活の改善は、健康づくりの第一歩

身体活動・運動

- 毎日30分程度の運動を続ける
- 歩く・走る・泳ぐなどの有酸素運動を続ける
- 歩く・走る・泳ぐなどの有酸素運動を続ける

健康・検診

- 健康診断を受ける
- がん検診を受ける
- がん検診を受ける

喫煙・飲酒

- 禁煙を心がける
- 禁煙を心がける
- 禁煙を心がける

歯・口腔の健康

- 歯磨きを続ける
- 歯磨きを続ける
- 歯磨きを続ける

ランキング!

あなたの「これから」を健康が支えます

あなたの「これから」を健康が支えます

この部分は地方自治体独自のデータに入れ替えることができます。

あなたの「これから」を健康が支えます

20歳代 ついつい不規則な生活に陥りがち

40歳代 仕事・家庭生活による負担からストレス増

30歳代 運動不足や食べ過ぎによる太り過ぎに要注意

50歳代 日頃の健康管理を見直して次なるステージへ!

(2) 健康づくり啓発リーフレット（女性版）

あなたは何かからはじめますか?

栄養・食生活

- 肉類は適量を食べる
- 野菜・果物を積極的に食べる
- 食生活の改善は、健康づくりの第一歩
- 食生活の改善は、健康づくりの第一歩

身体活動・運動

- 毎日30分程度の運動を続ける
- 歩く・走る・泳ぐなどの有酸素運動を続ける
- 歩く・走る・泳ぐなどの有酸素運動を続ける

健康・検診

- 健康診断を受ける
- がん検診を受ける
- がん検診を受ける

喫煙・飲酒

- 禁煙を心がける
- 禁煙を心がける
- 禁煙を心がける

歯・口腔の健康

- 歯磨きを続ける
- 歯磨きを続ける
- 歯磨きを続ける

ランキング!

あなたの「これから」を健康が支えます

あなたの「これから」を健康が支えます

この部分は地方自治体独自のデータに入れ替えることができます。

あなたの「これから」を健康が支えます

20歳代 ファッションや体型のためにダイエットをし過ぎていませんか?

40歳代 仕事や家庭生活の忙しから自分の健康管理を忘れがち

30歳代 気になる体調不良、運動不足や食べ過ぎが原因かも?

50歳代 日頃の健康管理を見直して次なるステージへ!

資料編

※内容はすべて付属DVDに収録。

- 厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業の研究班による市民啓発ツール一覧表…………… P.62
- 「健康日本21(第二次)」大臣告示：英語版…………… P.64
- 特定健診データ(全国版)…………… P.81

以下は、表題のみの掲載です。内容については付属DVDをご覧ください。

- 健康日本21(第二次) 参考資料関係スライド集
- 健康日本21(第二次) 参考資料関係スライド集(英語版)
- 厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業の研究班による市民啓発ツール

健康日本21(第二次) 推進の一環として、自治体等における生活習慣病対策の取り組みを支援するため、これまでに様々な研究班が研究成果として作成した啓発ツール(電子媒体)を収録しました(以下は一覧表)。厚生労働省 健康局 がん対策・健康増進課から平成23～24年度の研究代表者にご協力を依頼し、任意で提供いただいた電子媒体をとりまとめしています。市民講座や健康教室、各種健診・検診会場での配布等にご活用ください。ただし、著作権は各研究班にありますので、この内容のお問い合わせは研究代表者(または各電子媒体に明記のある連絡先)をお願いします。なお、無断で営利目的の冊子等へ転載することは禁じられています。

厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業の研究班による市民啓発ツール一覧表

番号	研究代表者(所属)	研究課題名	啓発ツールの内容 キーワード 等
1	三浦 克之 (滋賀医科大学)	2010年国民健康・栄養調査対象者の追跡開始(NIPPON DATA2010)とNIPPON DATA80/90の追跡継続に関する研究	NIPPON DATA リスク評価チャート 循環器疾患危険因子、長寿、ADL
2	磯 博康 (大阪大学)	離島・農村地域における効果的な生活習慣病対策の運用と展開に関する研究(H21～23)	糖尿病、脳卒中等危険度予測シート、受診勧奨、脳卒中予防対策と医療費
3	岡村 智教 (慶應義塾大学)	大規模コホート共同研究の発展による危険因子管理の優先順位の把握と個人リスク評価に関するエビデンスの構築	喫煙、血圧、コレステロールと死亡率、冠動脈疾患死亡等
4	大井田 隆 (日本大学)	未成年の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究	中高生の喫煙及び飲酒行動の実態と関連要因
5	大和 浩 (産業医科大学)	わが国の今後の喫煙対策と受動喫煙対策の方向性とその推進に関する研究	職場内禁煙マニュアル

番号	研究代表者(所属)	研究課題名	啓発ツールの内容 キーワード 等
6	徳留 信寛 (国立健康・栄養研究所)	日本人の食事摂取基準の改定と活用に関する総合的研究	食事摂取基準を知る、使う、伝える(専門家向け)
7	門脇 孝 (東京大学)	特定健診・保健指導におけるメタボリックシンドロームの診断・管理のエビデンス創出に関する横断・縦断研究	心血管疾患発症を効果的に予防するためのウエスト周囲長等の最適基準値の検討
8	津下 一代 (あいち健康の森 (健康科学総合センター))	生活習慣病予防活動・疾病管理による健康指標に及ぼす影響と医療費適正化効果に関する研究	保健指導のエッセンス 運動指導の安全対策
9	北川 道弘 (国立成育医療研究センター)	女性における生活習慣病戦略の確立—妊娠中のイベントにより生活習慣病ハイリスク群をいかに効果的に選定し予防するか	妊娠中の高血糖、高血圧の人に対する産後配布用リーフレット
10	宮本 恵宏 (国立循環器病研究センター)	慢性期ハイリスク者、脳卒中および心疾患患者に適切な早期受診を促すための地域啓発研究	糖尿病予防啓発ポスター、AED関連ホームページの紹介等
11	豊田 一則 (国立循環器病研究センター)	急性期脳卒中への内科複合治療の確立に関する研究	脳卒中の予防、治療に関する講演(PDF)
12	野々木 宏 (国立循環器病研究センター)	急性心筋梗塞に対する病院前救護や遠隔医療等を含めた超急性期診療体制の構築に関する研究	心臓発作啓発リーフレット 心肺蘇生法
13	峰松 一夫 (国立循環器病研究センター)	一過性脳虚血発作(TIA)の診断基準の再検討、ならびにわが国の医療環境に則した適切な診断・治療システムの確立に関する研究	TIAに関する講演資料
14	飯原 弘二 (国立循環器病研究センター)	包括的脳卒中センターの整備に向けた脳卒中の救急医療に関する研究	脳卒中医療の救急体制(実態調査)(専門家向け)
15	吉永 正夫 (鹿児島医療センター)	未成年者、特に幼児、小・中学生の糖尿病等の生活習慣病予防のための総合検診のあり方に関する研究	小児のメタボリックシンドローム
16	田村 功一 (横浜市立大学)	肥満を伴う高血圧症に対する防風通聖散の併用投与による、24時間自由行動下血圧及び糖脂質代謝・酸化ストレスの改善効果についての研究	肥満を伴う高血圧症(専門家向け)
17	陳 和夫 (京都大学)	肥満残存高血圧合併睡眠時無呼吸患者に対する防風通聖散及び大柴胡湯の治療効果の比較と病態生理の解明	睡眠呼吸障害(専門家向け)

(敬称略、順不同)