

# 尼崎市国民健康保険保健事業実施計画 (データヘルス計画)

## 第1期

平成27年5月

尼 崎 市

# 目 次

## 序章 計画策定にあたって

1. 計画策定の趣旨	1
2. 計画の位置づけ	1
3. 計画期間	1

## 第1章 総論～尼崎市国民健康保険における死亡、介護、医療の状況と課題

1. 死亡の状況	3
(1) 平均寿命の比較	3
(2) 主要な死因別死亡の5年ごとの比較	3
(3) 早世の状況～65歳未満死亡者の死因別割合の比較～	4
2. 尼崎市国民健康保険における介護の状況	5
(1) 要介護認定状況と要介護者の受療状況	5
(2) 国民健康保険要介護認定者の健診受診状況と健診結果	7
3. 尼崎市国民健康保険の医療費の状況	8
(1) 総医療費の推移	8
(2) 1人あたり医療費の推移	8
(3) 平成24年度の受療の状況	9
ア 国民健康保険の受療状況と一人あたり医療費（5歳刻み集計）	9
イ 疾病ごとの受療者数と総医療費、一人あたり医療費	10
(4) 尼崎市国民健康保険における高額な医療費の状況	11
ア 高額な医療費を要した疾病の年度別件数の推移	11
イ 平成24年度の高額な医療を要した被保険者の健診受診状況	12
ウ 人工透析を含む腎臓疾患の状況	13
4. 頻回・重複受療者の状況	14
(1) 頻回・重複受療者数と医療費の状況	14
5. 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の利用状況	15

## 第2章 各論～具体的な健康実態と課題

1. 悪性新生物の状況	17
(1) 悪性新生物による部位別死亡の5年ごとの比較	17

(2) 悪性新生物死亡の標準化死亡比（SMR）による比較	17
(3) 平成 24 年度の悪性新生物による受療の状況	18
ア 悪性新生物の年代別有病率	18
イ 各種がんによる入院者のがん検診受診状況	19
(4) 尼崎市のがん検診受診率	20
ア 尼崎市民のがん検診受診率と、尼崎市国民健康保険被保険者の受診率の比較	20
イ 尼崎市国民健康保険被保険者のがん検診受診後の受療状況	21
2. 尼崎市国民健康保険における生活習慣病の状況	25
(1) 平成 24 年度的生活習慣病による受療の状況	25
ア 生活習慣病の受療者数と医療費、一人当たり医療費、並びに年代別有病率	25
(2) 人工透析を含む腎臓疾患の状況	27
ア 腎疾患受療者の状況	27
イ 新規人工透析導入者の状況	27
ウ 腎機能低下者の状況	28
(3) 平成 24 年度的生活習慣病に関する健診結果の状況	29
ア 平成 24 年度有所見の状況と県との比較	29
イ 重症化ハイリスク者の状況	32
ウ 平成 20 年度重症化ハイリスク者の 5 年後の改善状況	33
エ ライフステージでみた有所見の状況	35
オ メタボリックシンドロームの予備群・該当者の状況	40
カ 耐糖能異常の状況	42
キ 頸部エコー検査結果の状況	44
ク 有所見状況の変化	46
ケ 健診、保健指導	48
3. その他の健康課題	53
(1) 認知症	53
(2) 慢性閉塞性肺疾患（COPD）	53
ア 喫煙率	53
イ COPD の治療状況	54
ウ 現在行っている禁煙対策	55
(3) 若年者の健康実態	56
ア 妊娠高血圧症候群等	56
イ 子どもの健康実態	57

第3章 保健事業の基本的な考え方と評価指標	60
1. がん対策	60
(1) がん検診受診率の向上	60
(2) 要精密検査該当者の未受療の防止	60
(3) より精密ながん検診の導入の検討	60
2. 生活習慣病対策	61
(1) 未治療、治療中断の確実な防止(重症化ハイリスク者への確実な介入)	61
(2) 重症化予防のための予備群対策(健診結果にもとづく保健指導の徹底)	62
(3) メタボリックシンドロームの該当者、予備群対策	62
(4) 受診率向上対策(未受診者対策、継続受診率向上)	63
3. その他の対策	63
(1) 認知症対策	63
(2) COPD・喫煙対策	63
(3) 若年者対策	64
資料1 平成24年度年代別血圧の分布	67
資料2 平成24年度年代別HbA1cの分布	68
資料3 平成24年度年代別LDLコレステロールの分布	69
資料4 平成24年度肥満の有無による有所見の変化	
【血圧、HbA1c、LDLコレステロール】	70
資料5 平成24年度重症化ハイリスク者の出現状況	71
資料6 平成20年度から5か年の健診受診者の血圧区分	72
資料7 平成20年度から5か年の健診受診者のHbA1cの分布	73
資料8 平成20年度から5か年の健診受診者のLDLコレステロールの分布	74
資料9 血圧、血糖(HbA1c)、LDLコレステロールの5か年の変化	75
用語説明	81

この計画書で扱われる HbA1c 値は JDS 値としています。

## 序章 計画策定にあたって

### 1 計画策定の趣旨

平成37年度には団塊の世代が後期高齢者に達します。超高齢社会にあっても持続可能なまちであり続けるため、本市では行財政改革計画『あまがさき「未来へつなぐ」プロジェクト～持続可能な行財政基盤の確立に向けて～』の推進など様々な取り組みが進められています。その中でも、将来に向け健康で自立した生活の確保に向けた取組みの一つとして、健康寿命の延伸を図るため、すべての市民が全ライフステージで健康的な生活習慣づくりを行えるよう、全庁横断的に推進することを目標に掲げています。

国においても、持続可能な社会保障制度の堅持のために、すべての国民の健康寿命の延伸を基本的な考え方として、「自らの健康は自ら維持するという「自助」を基本としながら、高齢や疾病・介護を始めとする生活上のリスクに対しては、共同してリスクに備える仕組みである「共助」が自助を支え、自助や共助では対応できない状況について「公助」が補完する仕組みとする（社会保障制度国民会議による報告書;平成25年8月6日）」という考えが示され、生涯にわたって自立した生活を送ることができるための施策として、健康づくりにかかる制度づくりが進められています。

その一つとして、医療保険者では、レセプト等データを分析するとともに、結果に基づき、被保険者が自発的に健康づくりを行えるようサポートしながら、被保険者の健康維持・疾病予防に積極的に取り組み、健康寿命の延伸と平均寿命との差の短縮を目指すことが求められています。

このような動きの中、国民健康保険法第82条で規定された保健事業について、平成26年3月に「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」が改正され、国民健康保険では、健康・医療情報を活用しPDCAサイクルに沿った保健事業の実施計画（以下「データヘルス計画」という。）を策定し、これに基づく保健事業の実施と評価を行うこととなっています。

本市では現在、「第2次地域いきいき健康プランあまがさき（平成25年4月）、以下、「第2次いきいき健康プラン」という。）」に基づく健康増進の取組み、国民健康保険においては、尼崎市国民健康保険被保険者（以下、「国保被保険者」という。）を対象にした「尼崎市国民健康保険特定健康診査等第2期実施計画（平成25年4月）、以下、「第2期特定健診実施計画」という。）」に基づく、健康寿命の延伸に向けた取組みを進めてきています。平成23年度には、これらの取組みをより推進するため、全庁横断的な生活習慣病対策の指針となる「尼崎市生活習慣病予防ガイドライン（平成23年12月、以下、「ガイドライン」という。）」を策定し、全てのライフステージを対象にした施策を、市長が座長である「ヘルスアップ尼崎戦略推進会議」で組織を越えて協議、実施しながら進めてきていますが、今回、これら各計画やガイドラインと整合性を図りながら、国保被保険者0歳から74歳までの全てを対象にした、健康実態分析、健康課題及び対策の考え方を示した尼崎市国保データヘルス計画を策定します。

### 2. 計画の位置づけ

尼崎市国保データヘルス計画は、尼崎市総合計画の目指す施策の展開方向を推進するものとして位置づけられるとともに、市行財政改革計画「未来へつなぐプロジェクト」及び「ガイドライン」の目的及び「第2次いきいき健康プラン」、「第2期特定健診実施計画」と整合性を図るものとしします。

### 3. 計画期間

計画期間は、第2期特定健診実施計画（平成25年度～平成29年度）の最終年度と整合させ、平成

29年度までの3か年とします。

次期尼崎市国保データヘルス計画は、第3期特定健診実施計画と一体的に作成します。

## 第1章 総論～尼崎市国民健康保険における死亡、介護、医療の状況と課題

### 1. 死亡の状況

#### (1) 平均寿命の比較

平成17年の全市平均寿命は男女とも、県下最下位であったが、平成22年においても同様の結果で、男性で県及び全国より1.5歳、女性では県より0.7歳、全国より1歳短い状況でした（表1）。国の調べでは、健康寿命は平均寿命より男性で9.13歳、女性で12.68歳（※）短いことから、健康寿命の延伸のためには、寿命の延伸を阻んでいる原因の中でも予防可能な疾病対策をさらに強化していく必要があります。（※出典：厚生労働科学研究「健康寿命における将来予測と生活習慣対策の費用対効果に関する研究」）

表1 尼崎市と兵庫県・全国の平均寿命

性別	平成17年		平成22年	
	平均寿命	順位	平均寿命	順位
男性				
尼崎市	77.6	兵庫県下41市町中41位	78.1	兵庫県下41市町中41位
兵庫県	78.7	全国47都道府県中24位	79.6	全国47都道府県中24位
全国	78.8	—	79.6	—
女性				
尼崎市	84.6	兵庫県下41市町中41位	85.4	兵庫県下41市町中41位
兵庫県	85.6	全国47都道府県中33位	86.1	全国47都道府県中35位
全国	85.8	—	86.4	—

※ 順位はいずれも平均寿命の長い順に算出  
出典：平成17年、平成22年国勢調査結果より

(参考)

表171 死因順位の年次変動（死亡率・人口10万対）

順位	年次	
	死因	平成24年
第1位	死因	悪性新生物
	死亡率	1,477
	人口10万対	315.1
第2位	死因	心疾患 (高血圧症を除く)
	死亡率	702
	人口10万対	149.8
第3位	死因	肺炎
	死亡率	453
	人口10万対	96.7
第4位	死因	脳血管疾患
	死亡率	424
	人口10万対	90.5

保健行政の概要'13(平成24年度統計)より抜粋

#### (2) 主要な死因別死亡の5年ごとの比較

～特定健診開始前5年間（平成15～19年）と、開始後5年間（平成20～24年）の主要死因の比較～

平成24年の本市死因別死亡のうち、肺炎を除く第1位から第3位の悪性新生物、心疾患のうちの急性心筋梗塞、脳血管疾患のうちの脳梗塞、脳出血について、死亡率の推移を調べたのが表2です。

この結果からは平成19年までの5年間に比べ、平成20年からの5年間では、男女とも、急性心筋梗塞による死亡率は減少しており、減少率は県や全国と比べ上回る結果でした。脳血管疾患の死亡率については、男性では脳梗塞の死亡率は減少しているものの、脳出血では増加しています。女性は、脳梗塞、脳出血とも県や全国と比べ減少しています。急性心筋梗塞や脳血管疾患は、保健行政の概要（平成24年度版）からも、60歳代以降での発症頻度が高いことを考えると、60歳以上人口の7割を占める国民健康保険での心血管疾患の発症予防対策が、全市の心血管疾患死亡の減少に寄与した可能性があるものと考えられます。

一方、悪性新生物は男女とも増加しており、特に女性では県の1.6倍、全国の1.5倍増加しています。これを改善するためには今後、国民健康保険においても、悪性新生物の発症予防対策、早期発見などの重症化予防対策を強化することが必要です。



表2 尼崎市と兵庫県・全国の主要な死因別死亡の5年ごとの比較（人口10万対死亡率）

性別	悪性新生物			急性心筋梗塞			脳梗塞			脳出血		
	15～19年	20～24年	増減	15～19年	20～24年	増減	15～19年	20～24年	増減	15～19年	20～24年	増減
男性	386.5	407.6	21.1	49.3	37.5	-11.8	51.3	49.7	-1.6	29.2	30.2	1.0
兵庫県	336.2	360.6	24.4	43.5	42.8	-0.7	53.4	49	-4.4	24.4	26.3	1.9
全国	316.9	341.5	24.6	40.1	38.4	-1.7	59.8	56	-3.8	29.2	30.1	0.9
女性	224.7	252	27.3	38.4	29.1	-9.3	58.4	47.8	-10.6	20.3	17.3	-3.0
兵庫県	200.8	217.5	16.7	33.9	33.3	-0.6	56.2	49.8	-6.4	18.6	19.4	0.8
全国	199.4	217.9	18.5	32.0	29.7	-2.3	64.8	59.7	-5.1	22.9	23.1	0.2

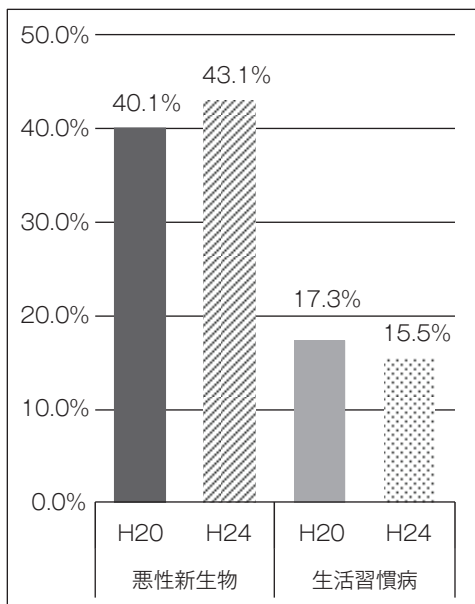
出典：政府統計の総合窓口 統計表一覧 平成15年～19年、平成20～24年  
人口動態保健所・市区町村別統計 第4表 死亡率（男性・女性人口10万対）、主要死因・性・都道府県・保健所・市区町村別

※人口10万対死亡率とは～人口を10万人とした時にどれくらいの人数が亡くなっているかを表したものです。人口が異なる集団同士を比較する時などに使います。

（3）早世の状況～65歳未満死亡者の死因別割合の比較～

65歳未満の死因別死亡割合の推移でも、平成20年に比べ、虚血性心疾患など生活習慣病の割合は減少し、悪性新生物は増加しています（図1、表3）。国保被保険者に対する心血管疾患の発症予防を中心とした対策が寄与した可能性があるものと考えられます。

さらに早世を予防するためには、若年層の潜在的な重症者の掘り起こしが重要であり、国民健康保険においては、若年層の未受療者に対する特定健診の受診勧奨の取組みが必要です。



出典：平成20年度、24年度保健行政の概要 表179 死因（単分類）・行政区・性・年齢階級別死亡数より作成

図1 悪性新生物と生活習慣病の死因別割合の比較

表3 65歳未満死亡者の死因別割合と、5か年の変化

順位	死因	65歳未満死亡				死亡割合の変化
		平成20年度		平成24年度		
		死亡数	割合	死亡数	割合	
1	悪性新生物	315	40.1%	300	43.1%	3.0%
2	生活習慣病合計	139	17.3%	107	15.5%	-1.8%
(再掲)	虚血性心疾患	63	8.0%	45	6.5%	-1.5%
	脳出血	41	5.2%	38	5.5%	0.3%
	脳梗塞	13	1.7%	13	1.9%	0.2%
	大動脈瘤及び解離及び高血圧性疾患	12	1.5%	6	0.9%	-0.6%
	糖尿病	7	0.9%	5	0.7%	-0.2%
3	自殺	77	9.8%	66	9.5%	-0.3%
4	肝疾患（ウイルス性肝炎含む）	64	8.1%	46	6.6%	-1.5%
5	不慮の事故	45	5.7%	23	3.3%	-2.4%
6	肺炎	15	1.9%	21	3.0%	1.1%

出典：平成20年度、24年度保健行政の概要 表179 死因（単分類）・行政区・性・年齢階級別死亡数より作成

## 2. 尼崎市国民健康保険における介護の状況

### (1) 要介護認定状況と要介護者の受療状況

国民健康保険で要介護認定を受けている人の割合は2%で、全市の要介護認定者数の40.8%を占めています。

中でも、40～64歳（介護保険第2号被保険者）では、全市の要介護認定者672人のうち、国民健康保険の要介護認定者が344人で51.2%を占めており、この年代の国民健康保険加入率が25.2%であることと比較しても、要介護認定率が高いことがわかります。

国民健康保険の40～64歳の要介護認定者では、要介護5の割合が18%で、65～74歳の要介護5の割合7%の2倍以上であるなど、重度者の割合が高いことが特徴です。これら40～64歳の要介護5の認定に至った原因疾病は脳血管疾患が62%と最も多い状況にあります。

このような重度の要介護者を減らすためには、40歳未満を対象とした生活習慣病予防健診（※1）の受診率を上げ、健診結果に基づき自らのリスクを把握してもらうとともに、生活習慣改善など、リスクコントロールに取り組んでもらえるよう保健指導を充実させることが必要です。また、40～64歳の軽度者のうち、要介護2が27%で多く、要介護認定に至った理由は糖尿病合併症が12%、脳血管疾患が57%でした。今後、さらに重度化させない対策が必要です。

一方、65～74歳（第1号被保険者）では、要支援1、2が要介護認定者の約半数を占めています。糖尿病治療中の割合が多いことから（表4）、現在実施している要介護健診（※2）を活用して、自らのリスク因子とその程度を把握してもらい、必要な生活習慣改善に取り組んでもらえるよう保健指導を行うことで、糖尿病合併症や脳血管疾患の発症による重度化を予防していく必要があります。

※1 40歳未満を対象に行う健診

※2 軽度要介護認定者（要支援1、2及び要介護1、2）を対象に行う健診

表4 国保における要介護認定率と介護度の内訳

年代	被保険者数	要介護認定者		軽度								重度									
						要支援1		要支援2		要介護1		要介護2				要介護3		要介護4		要介護5	
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
計	82,191	1,680	2.0%	1,239	74%	419	25%	320	19%	210	13%	290	17%	441	26%	174	10%	117	7%	150	9%
65-74歳	42,536	1,336	3.1%	1,027	77%	391	29%	261	20%	177	13%	198	15%	309	23%	138	10%	82	6%	89	7%
40-64歳	39,655	344	0.9%	212	62%	28	8%	59	17%	33	10%	92	27%	132	38%	36	10%	35	10%	61	18%

出典：要介護認定者は平成25年6月現在の認定者

国保被保険者は、平成25年度年間を通じ、国保に加入していた40歳～74歳の被保険者

(参考) 尼崎市における要介護認定率

年代	尼崎市全体		
	介護保険被保険者数	要介護認定者	
		人	%
計	218,799	4,555	2.1%
65-74歳	61,299	3,883	6.3%
40-64歳	157,500	672	0.4%

出典：要介護認定者は平成25年6月現在の認定者

介護保険被保険者は、平成25年3月31日現在住民基本台帳人口より

国保被保険者は、平成25年度年間を通じ、国保に加入していた40歳～74歳の被保険者

表5 国保における要介護認定者（40-64歳）の認定理由

	要介護認定者		軽度								重度					
			要支援1		要支援2		要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
計	344	100%	28	100%	59	100%	33	100%	92	100%	36	100%	35	100%	61	100%
脳血管疾患	194	56%	9	32%	29	49%	22	67%	52	57%	24	67%	20	57%	38	62%
糖尿病合併症	25	7%	4	14%	5	8%	2	6%	11	12%	1	3%	1	3%	1	2%
筋骨格系疾患	21	6%	6	21%	7	12%	1	3%	4	4%	0	—	2	6%	1	2%
難病	56	16%	5	18%	14	24%	2	6%	16	17%	6	17%	5	14%	8	13%
認知症	19	6%	2	7%	0	—	3	9%	2	2%	3	8%	2	6%	7	11%
その他	29	8%	2	7%	4	7%	3	9%	7	8%	2	6%	5	14%	6	10%

出典：平成25年6月現在の要介護認定状況より集計

表6 国保における要介護認定者の認定1年前の受療状況

65-74歳	総計		軽度				重度			
			要支援1, 2		要介護1, 2		要介護3		要介護4, 5	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
要介護認定者	1,336	—	652	—	375	—	138	—	171	—
受療者	1,308	98%	651	100%	358	95%	134	97%	165	96%
【受療中の疾病の内訳】 ※1										
悪性新生物	632	48%	337	52%	165	46%	55	41%	75	45%
筋骨格系疾患	990	76%	540	83%	241	67%	99	74%	110	67%
生活習慣病	1,195	91%	595	91%	332	93%	118	88%	150	91%
【生活習慣病の内訳】 ※2										
脳血管疾患	626	52%	263	44%	202	61%	60	51%	101	67%
再掲										
脳梗塞	495	41%	204	34%	167	50%	50	42%	74	49%
脳出血	141	12%	49	8%	40	12%	19	16%	33	22%
糖尿病	831	70%	440	74%	232	70%	78	66%	81	54%
腎臓病（人工透析を含む）	152	13%	75	13%	31	9%	20	17%	26	17%
40-64歳	総計		軽度				重度			
			要支援1, 2		要介護1, 2		要介護3		要介護4, 5	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
要介護認定者	344	—	87	—	125	—	36	—	96	—
受療者	334	97%	86	99%	122	98%	34	94%	92	96%
【受療中の疾病の内訳】 ※1										
悪性新生物	111	33%	27	31%	46	38%	9	26%	29	32%
筋骨格系疾患	219	66%	62	72%	85	70%	23	68%	49	53%
生活習慣病	301	90%	80	93%	110	90%	30	88%	81	88%
【生活習慣病の内訳】 ※2										
脳血管疾患	210	70%	47	59%	77	70%	27	90%	59	73%
再掲										
脳梗塞	134	45%	30	38%	53	48%	18	60%	33	41%
脳出血	94	31%	18	23%	29	26%	12	40%	35	43%
糖尿病	195	65%	62	78%	74	67%	19	63%	40	49%
腎臓病（人工透析を含む）	43	14%	13	16%	13	12%	3	10%	14	17%

※1 割合の母数は受療者 ※2 割合の母数は生活習慣病受療者 いずれも受療者には重複あり

出典：要介護認定者は平成25年6月現在の認定者

受療者は、尼崎市国民健康保険診療報酬明細書「平成24年4月診療6月請求分～平成25年3月診療5月請求分」における、医科分（入院・入院外・調剤）を人寄せし集計

(2) 国民健康保険要介護認定者の健診受診状況と健診結果

介護の重度化予防のためには、高血圧や糖尿病、脂質異常など、脳血管疾患などのリスク因子のコントロールと筋量、筋力を低下させない生活習慣の選択が重要となるため、これらリスク因子等の状況を要介護認定者自身が定期的にモニタリングする機会となる特定健診の受診が重要です。要介護認定者の健診受診率は27.1%で、国民健康保険全体の特定健診受診率39.2%（平成24年度）より低い状況です。要介護度が進むにつれて健診受診率が低くなりますが、要介護1、2の受診率が26.8%にとどまっていることは重度化予防の観点からも課題です。治療中であっても健診受診を勧め、自らリスクコントロールに努めてもらえるよう支援するなど、積極的な重度化予防が必要です。

表7 国保被保険者のうち、要介護認定者の介護度別健診受診状況（平成24年度）

		総計			軽度						重度						
		要介護認定者(人)	健診受診者(人)	受診率(%)	要支援1, 2			要介護1, 2			要介護3			要介護4, 5			
					要介護認定者(人)	健診受診者(人)	受診率(%)	要介護認定者(人)	健診受診者(人)	受診率(%)	要介護認定者(人)	健診受診者(人)	受診率(%)	要介護認定者(人)	健診受診者(人)	受診率(%)	
計		1,680	456	27.1%	739	272	36.8%	500	134	26.8%	174	28	16.1%	267	22	8.2%	
65-74歳	要介護認定者	1,336	376	28.1%	652	236	36.2%	375	104	27.7%	138	21	15.2%	171	15	8.8%	
	【再掲】	男性	562	142	25.3%	230	72	31.3%	192	52	27.1%	66	9	13.6%	74	9	12.2%
		女性	774	234	30.2%	422	164	38.9%	183	52	28.4%	72	12	16.7%	97	6	6.2%
40-64歳	要介護認定者	344	80	23.3%	87	36	41.4%	125	30	24.0%	36	7	19.4%	96	7	7.3%	
	【再掲】	男性	203	41	20.2%	47	17	36.2%	72	14	19.4%	22	5	22.7%	62	5	8.1%
		女性	141	39	27.7%	40	19	47.5%	53	16	30.2%	14	2	14.3%	34	2	5.9%

出典：要介護認定者は平成25年6月現在の認定者  
健診受診者は、平成24年度年間の特定健診(結果把握は除く)、生活習慣病予防健診受診者

健診受診結果（表8）では、軽度要介護者（要支援1、2、要介護1、2）で血圧値、HbA1c値で受診勧奨域にある者が、介護非認定の国保被保険者より高率です。一方、肥満の割合が男性6割、女性4割を占め、軽度要介護者でより割合が高くなっています。これらは重度化の原因になる脳血管疾患や糖尿病重症化のリスク因子になるだけでなく、筋骨格系疾患の発症や重症化の要因にもなるため、生活習慣改善支援が必要です。

表8 国保要介護認定者の有所見状況（男女別）

性別		総計		介護度								国保非認定者の有所見状況		
				軽度				重度						
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	
男性	要介護認定者	183	—	89	—	66	—	14	—	14	—	9,044	—	
	肥満 *1	109	59.6%	55	61.8%	39	59.1%	8	57.1%	7	50.0%	4,760	52.6%	
	血圧	Ⅱ度 (160/100以上)	9	4.9%	5	5.6%	2	3.0%	1	7.1%	1	7.1%	683	7.6%
		Ⅲ度 (180/110以上)	3	1.6%	0	—	2	3.0%	1	7.1%	0	—	144	1.6%
	HbA1c	7.0~7.9%	9	4.9%	3	3.4%	2	3.0%	2	14.3%	2	14.3%	294	3.3%
		8%以上	5	2.7%	4	4.5%	1	1.5%	0	—	0	—	140	1.5%
女性	要介護認定者	273	—	183	—	68	—	14	—	8	—	12,402	—	
	肥満 *1	110	40.3%	81	44.3%	22	32.4%	4	28.6%	3	37.5%	3,555	28.7%	
	血圧	Ⅱ度 (160/100以上)	19	7.0%	10	5.5%	6	8.8%	2	14.3%	1	12.5%	638	5.1%
		Ⅲ度 (180/110以上)	2	0.7%	1	0.5%	1	1.5%	0	—	0	—	122	1.0%
	HbA1c	7.0~7.9%	13	4.8%	8	4.4%	2	2.9%	3	21.4%	0	—	204	1.6%
		8%以上	11	4.0%	6	3.3%	4	5.9%	1	7.1%	0	—	107	0.9%

\*1 肥満は、BMI25以上又は、腹囲 男性85以上・女性90以上  
国保非認定者の有所見状況は、介護認定のない、国保被保険者65-74歳の有所見率

出典：要介護認定者は平成25年6月現在の認定者  
健診受診者は、平成24年度年間の特定健診(結果把握は除く)、生活習慣病予防健診受診者

### 3. 尼崎市国民健康保険の医療費の状況

#### (1) 総医療費の推移

特定健診を開始した平成20年度と5年後の24年度の医療費を比較したものが表9です。平成20年度に対し24年度は、総件数は22,999件の減少（1.1%減）、総医療費は13億8,320万3,910円増加（3.4%増）しています。しかしながら、平成20年度に比べて入院、入院外の件数は減少し、入院外の総医療費は4億967万4,922円減少しています。一方、調剤は平成20年度に比べて2,709件の増加ですが、総医療費は20年度の2倍以上、37億4,786万6,341円増加しています。

表9 平成20年度と24年度の診療内容別医療費と占有率

診療内容	平成20年度			平成24年度		
	件数	総医療費(円)	占有率	件数	総医療費(円)	占有率
合計	2,032,507	41,118,666,046	100%	2,009,508	42,501,869,956	100%
入院	29,809	14,173,618,534	34%	28,622	15,222,233,045	36%
入院外	1,175,603	16,152,924,925	39%	1,115,214	15,743,250,003	37%
調剤	220,511	3,476,229,564	8%	223,220	7,224,095,905	17%
歯科	576,910	6,406,186,065	16%	613,085	3,377,484,409	8%
その他 (食事療養費・ 訪問看護等)	29,674	909,706,958	2%	29,367	934,806,594	2%

出典：国民健康保険事業年報より

#### (2) 1人あたり医療費の推移

平成24年度の1人あたり医療費（※）は290,333円で、20年度と比較すると1人あたり増加額は29,271円、伸び率は11.2%でした（表10）。この伸び率は、県よりも2.3%、全国より1.9%低く、類似7市平均、阪神間7市平均と比較しても最も低い状況でした。

1人あたり入院医療費の伸びも県、類似7市平均、阪神7市と比較して低くなっていましたが、特に入院外医療費で、伸び率が4.3%と低くなっています。

※1人あたり医療費～入院、入院外、調剤のみの医療費をいう。

表10 平成20年度と24年度の一人当たり医療費

総医療費 (入院・入院外・ 調剤合算分)	平成20年度	平成24年度	対20年度 伸び率	対20年度 増加額
	医療費/ 被保険者(円)	医療費/ 被保険者(円)		
尼崎市国民健康保険	261,062	290,333	11.2%	29,271
兵庫県	259,115	294,038	13.5%	34,923
全 国	247,781	280,309	13.1%	32,528
類似7市平均	254,139	287,221	13.0%	33,082
阪神間7市平均	256,075	291,479	13.8%	35,404

【再掲】

入院総医療費	平成20年度	平成24年度	対20年度 伸び率	対20年度 増加額
	医療費/ 被保険者(円)	医療費/ 被保険者(円)		
尼崎市国民健康保険	100,733	115,726	14.9%	14,993
兵庫県	100,916	117,494	16.4%	16,578
全 国	99,626	113,813	14.2%	14,187
類似7市平均	98,604	113,488	15.1%	14,884
阪神間7市平均	97,315	114,797	18.0%	17,482

入院外総医療費	平成20年度	平成24年度	対20年度 伸び率	対20年度 増加額
	医療費/ 被保険者(円)	医療費/ 被保険者(円)		
尼崎市国民健康保険	114,800	119,687	4.3%	4,887
兵庫県	111,258	119,433	7.4%	8,175
全 国	103,020	111,926	8.7%	8,906
類似7市平均	112,023	121,053	8.1%	9,030
阪神間7市平均	111,044	118,506	6.7%	7,461

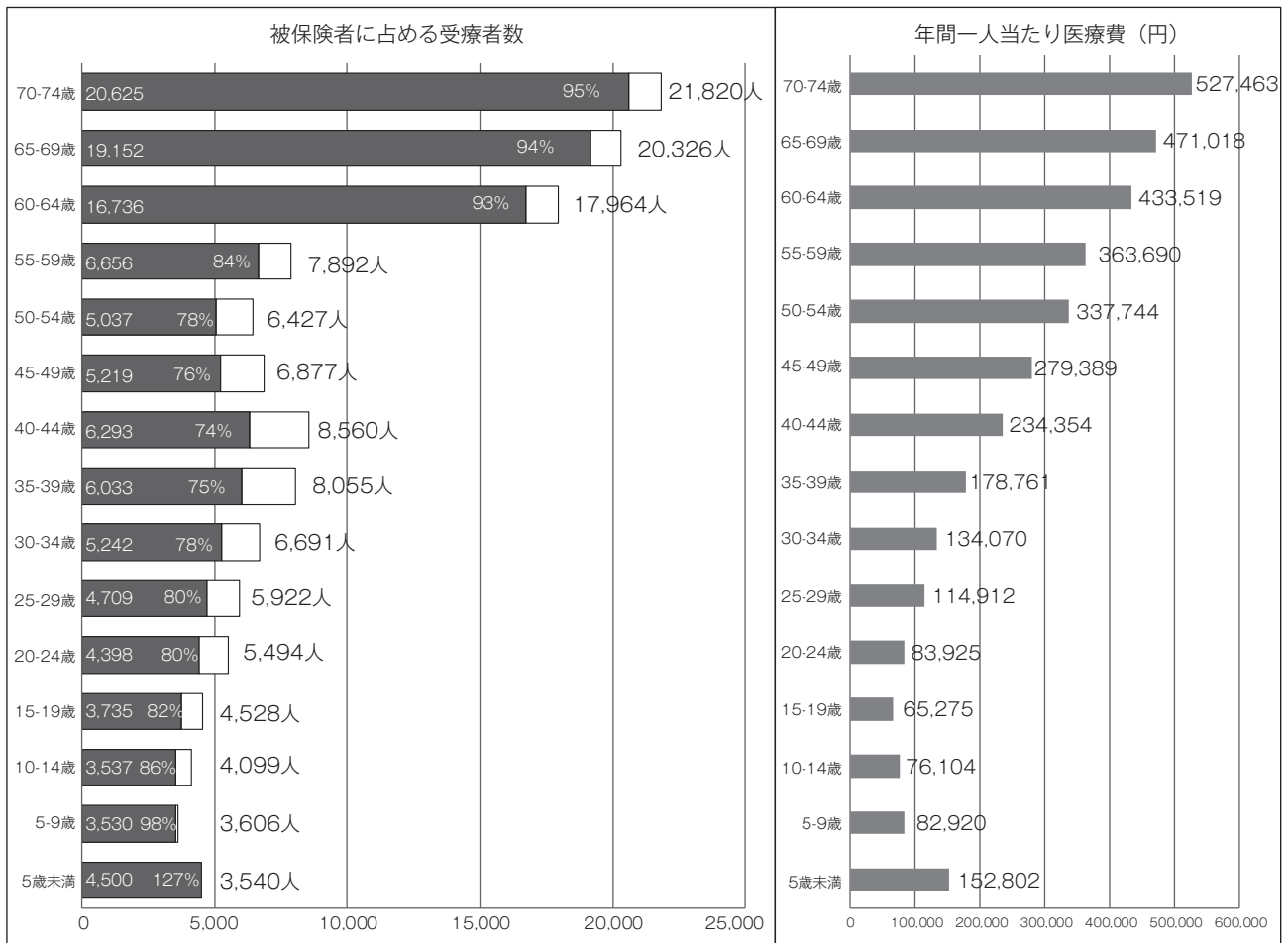
※類似7市とは、横須賀市、東大阪市、姫路市、西宮市、福山市、倉敷市、船橋市をいう。  
 ※阪神間7市とは、神戸市、西宮市、芦屋市、伊丹市、宝塚市、川西市、三田市をいう。  
 出典：国民健康保険事業年報

(3) 平成24年度の受療の状況

ア 国民健康保険の受療状況と一人当たり医療費（5歳刻み集計）

60～74歳の加入者割合が32%を占めているため、60歳以上の受療状況や医療費の状況が全体の医療費に大きく影響します。

各年代とも受療率には大きな差はなく、概ね8割程度が受療していますが、60歳以上の受療率は9割を超えています（図2）。1人あたり医療費は15～19歳で最も低く、年代を追うごとに高額になっています。受療率が上がる60歳以上では1人あたり医療費も最も高くなることから、全体の医療費を大きく押し上げることになっています。



※尼崎市国民健康保険被保険者は、平成24年3月31日現在国保被保険者マスターより抽出  
 ※受療者と費用額は、尼崎市国民健康保険診療報酬明細書「平成24年度年間入院・通院・調剤合算分 0-74歳で人寄せ後データより受療者の割合は、被保険者数に対し、年間分のレセプトから人寄せした患者数を集計しているため、100%を超える世代がある。

図2 国保被保険者に占める受療者数と一人当たり医療費

- ※（3）以降の受療状況の評価に使用する数字の出し方
- ① 当計画で分析に使用する医療費は、尼崎市国民健康保険診療報酬明細書「平成24年4月診療6月請求分～平成25年3月診療5月請求分」における、医科（入院・入院外・調剤）分の1枚当たり請求のあった総費用額を、被保険者毎に足して人寄せし、診療行為のあった疾病ごとに、かかった費用を分解し計上している。
  - ② 受療件数は、受療者が複数の疾病で受療している場合、すべて計上するため、重複がある。
  - ③ 医療費は、受療者が複数の疾病で受療していても、疾病ごとにかかる医療費を分解し計上しているため重複はない。

### イ 疾病ごとの受療者数と総医療費、一人当たり医療費

受療している疾病ごとに件数や総医療費を見てみると、総受療件数では生活習慣病が最も多く、次いで筋骨格系疾患でした。入院を要した疾病では悪性新生物が生活習慣病に次いで2番目に多い状況でした（図3）。

総医療費では、生活習慣病が多く、次いで悪性新生物でした。一人あたり医療費のうち入院外では、生活習慣病が最も高額で、筋骨格系疾患の2倍以上になっています。入院では、悪性新生物が最も高額でした。

医療費適正化のためには生活習慣病による入院外医療費が高額化しないよう、重症化予防が必要です。

		生活習慣病		悪性新生物		筋骨格系疾患	
総受療件数	入院	3,861件	7%	3,222件	11%	2,669件	6%
	入院外	57,872件	99%	28,644件	98%	45,760件	99%
	合計	58,488件	100%	29,239件	100%	46,405件	100%
被保険者に占める受療割合		44.4%		22.2%		35.2%	
一人当たり医療費	入院	620,673円		815,142円		514,308円	
	入院外	100,064円		67,032円		49,590円	
総医療費	入院	2,396,419,130円	29%	2,626,387,446円	58%	1,372,688,692円	38%
	入院外	5,790,896,943円	71%	1,920,061,555円	42%	2,269,222,908円	62%
	合計	8,187,316,073円	100%	4,546,449,001円	100%	3,641,911,600円	100%

年代別受療者数

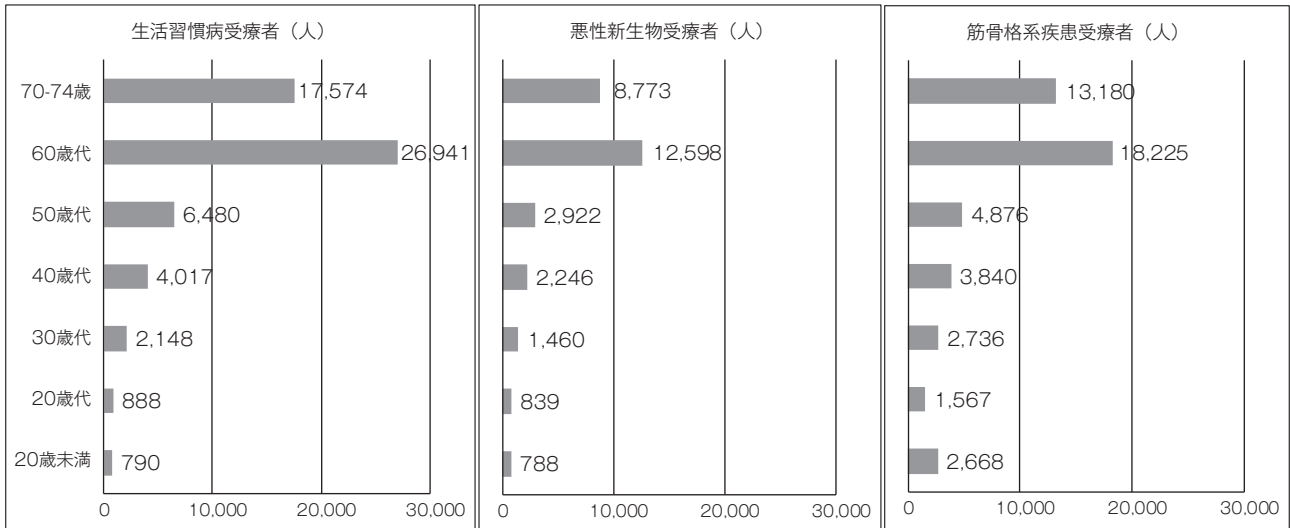


図3 平成24年度年間の疾病別医療費と年代別受療者数

#### (4) 尼崎市国民健康保険における高額な医療費の状況

##### ア 高額な医療費を要した疾病の年度別件数の推移

1か月の医療費が200万円以上を要した疾病は、緊急搬送や手術、特殊な処置が必要など、重症な状態である場合がほとんどです。医療費適正化のためにはこれらのうち、予防可能な疾病の重症化を防ぐことが重要です。

1か月200万円以上を要した診療報酬明細書（レセプト）が平成20年度総件数555件で、そのうち生活習慣病に関するものは193件（35%）でした。24年度は690件で総件数は増加しているものの、生活習慣病に関するものは161件（23%）と減少しています（表11）。

中でも、虚血性心疾患では平成20年度130件から24年度86件に、年間の発生が44件減少しています。一方、脳血管疾患は平成20年度20件から24年度31件と増加傾向にあり、脳血管疾患の発症予防が課題です。

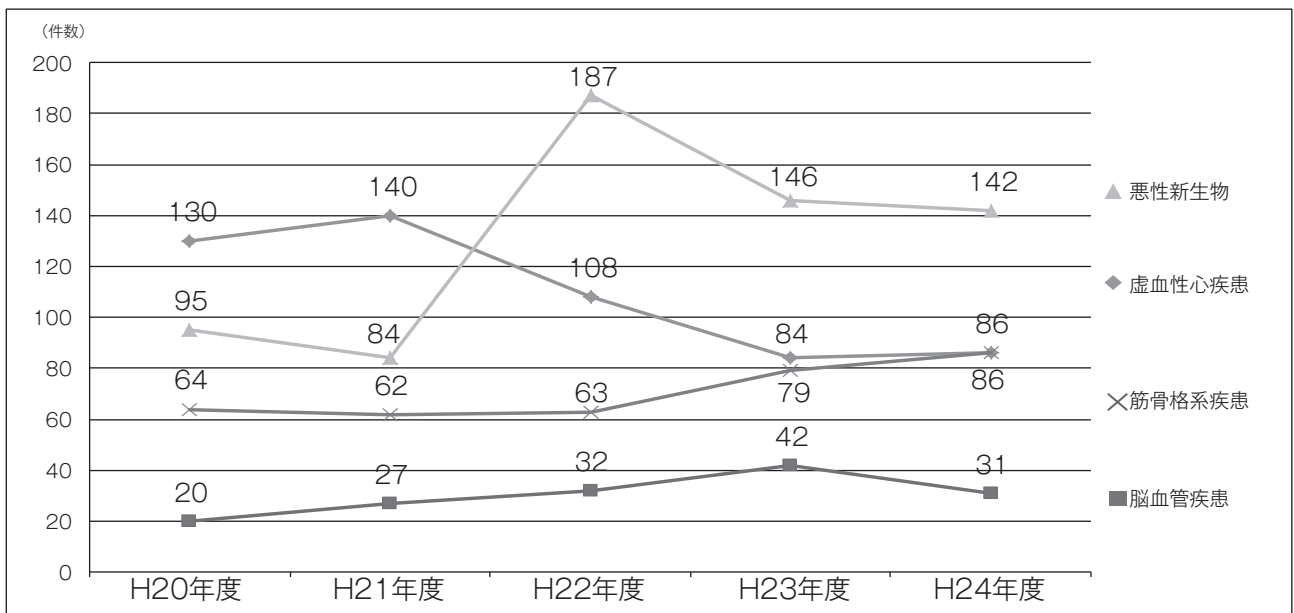


また、悪性新生物は平成20年度の95件から24年度142件に年間発生が47件増加しています。より処置が多い手術を要したなど、重症化した状態で受療した可能性が示唆されます。より早期発見できるための対策が必要です。

表11 1件200万円以上を要した全疾病の発生件数の推移

疾病件数の推移	H20年度		H21年度		H22年度		H23年度		H24年度	
計	555	100%	545	100%	662	100%	620	100%	690	100%
生活習慣病	193	35%	215	39%	189	29%	165	27%	161	23%
虚血性心疾患	130	23%	140	26%	108	16%	84	14%	86	12%
脳血管疾患	20	4%	27	5%	32	5%	42	7%	31	4%
大動脈瘤・解離	30	5%	23	4%	35	5%	23	4%	25	4%
その他	13	2%	25	5%	14	2%	16	3%	19	3%
悪性新生物	95	17%	84	15%	187	28%	146	24%	142	21%
筋骨格系	64	12%	62	11%	63	10%	79	13%	86	12%
その他の疾病	203	37%	184	34%	223	34%	230	37%	301	44%

出典：各年ともに、尼崎市国民健康保険診療報酬明細書の年間請求分の内、1枚当たり200万円以上の診療報酬明細書で集計



出典：各年ともに、尼崎市国民健康保険診療報酬明細書の年間請求分の内、1枚当たり200万円以上の診療報酬明細書で集計

図4 1件200万円以上の医療費を要した主要な疾病の発生件数の推移

イ 平成24年度の高額な医療を要した被保険者の健診受診状況

平成24年度に200万円以上の医療費を要した虚血性心疾患や脳血管疾患発症者の前年度（平成23年度）の健診受診状況を調べると、虚血性心疾患発症者86人中、健診受診者は20人（23%）、脳血管疾患発症者31人中、健診受診者は7人（23%）で、両疾病併せて90人（77%）が健診未受診の状況でした（表12）。

重症者を出さないためには、健診受診率のさらなる向上が必要です。

表12 1件200万円以上を要した生活習慣病発症者の健診受診状況

	平成24年度高額件数				
		健診受診者		健診未受診者	
生活習慣病	161	31	19%	130	81%
虚血性心疾患	86	20	23%	66	77%
脳血管疾患	31	7	23%	24	77%
大動脈瘤・解離	25	2	8%	23	92%
その他	19	2	11%	17	89%

出典：平成24年度尼崎市国民健康保険診療報酬明細書の年間請求分の内、1枚当たり200万円以上の診療報酬明細書と、平成23年度特定健診(結果把握を除く)で集計

### ウ 人工透析を含む腎臓疾患の状況

高額な医療になる疾病の一つが人工透析を要する慢性腎不全です。人工透析療法に要する医療費は1人あたり年間516万2,610円(表13)であるため、人工透析導入者が増加すると全体の医療費も増加します。このような観点からも腎機能低下の予防が重要です。腎臓疾患による受療者は全体の3.5%程度ですが(表14)、腎臓疾患受療者のうち、すでに人工透析導入者を除く4,169人が人工透析導入に至らないような対策が必要です。

表13 人工透析導入者の年間分の総医療費と、一人当たり平均医療費

年代別	人工透析導入者 人	年間総医療費 円	一人当たり平均医療費	
			年間分	1か月あたり
			円	円
計	413	2,132,157,848	5,162,610	430,217
70-74歳	38	156,450,452	4,117,117	343,093
60歳代	231	1,184,856,152	5,129,247	427,437
50歳代	81	449,093,954	5,544,370	462,031
40歳代	41	225,744,430	5,505,962	458,830
40歳未満	22	116,012,860	5,273,312	439,443

出典：尼崎市国民健康保険診療報酬明細書 平成24年度年間分入院・通院・調剤合算分 0-74歳で人寄せし集計

表14 国保被保険者の年代別腎疾患の治療状況と、人工透析導入状況

年代別	国保被保険者 人 a	腎臓系疾患治療者 人 b		【再掲】					
				人工透析導入者		糖尿病合併		高血圧症合併	
				人 c	% c/b	人 d	% d/c	人 e	% e/c
計	131,801	4,582	3.5%	413	9%	268	65%	364	88%
70-74歳	21,820	1,247	5.7%	38	3%	26	68%	32	84%
60歳代	38,290	1,863	4.9%	231	12%	157	68%	204	88%
50歳代	14,319	485	3.4%	81	17%	51	63%	75	93%
40歳代	15,437	364	2.4%	41	11%	27	66%	37	90%
40歳未満	41,935	623	1.5%	22	4%	7	32%	16	73%

出典：尼崎市国民健康保険診療報酬明細書 平成24年度年間分入院・通院・調剤合算分 0-74歳で人寄せし集計

## 4. 頻回・重複受療者の状況

### (1) 頻回・重複受療者数と医療費の状況

平成24年度に同一月内に同一診療科に15回以上受療した頻回受療者数は入院外全数の2.8%で、同一月内に4か所以上の医療機関を受療する重複受療者数は入院外全数の0.6%、医療費は両方を併せて総医療費の3%、4億1,856万2,470円、一人あたり医療費15万5,483円でした。

図5から、頻回受療者は筋骨格系疾患が多く、重複受療者は生活習慣病が多いことが特徴です。筋骨格系疾患はリハビリテーション等の治療の性質上、頻回受療を要することが一般的であること、生活習慣病は重症化により複数の代謝異常や血管障害が現れるため、重症化を予防するため複数の診療科にわたっての受療を要することがあります。

したがって、頻回、重複受療を減少させるためには、生活習慣病の重症化予防と筋量、筋力の低下予防及び肥満予防による筋骨格系疾患の発症予防をより若年から行うことが必要です。

表15 平成24年度国保通院者に占める頻回・重複受療者数と医療費

年代別	入院外		頻回受療者 ※1				重複受療者 ※2			
	受療者	医療費	受療者		医療費		受療者		医療費	
	人	円	人	%	円	%	人	%	円	%
計	79,114	13,933,173,880	2,185	2.8%	349,150,510	2.5%	507	0.6%	69,411,960	0.5%
70-74歳	20,501	4,434,203,940	1,028	5.0%	161,820,650	3.6%	178	0.9%	20,077,770	0.5%
60歳代	35,616	6,679,442,810	857	2.4%	135,037,410	2.0%	260	0.7%	39,740,350	0.6%
50歳代	11,582	1,663,008,540	178	1.5%	31,525,360	1.9%	50	0.4%	6,294,120	0.4%
40歳代	11,415	1,156,518,590	122	1.1%	20,767,090	1.8%	19	0.2%	3,299,720	0.3%

※1 頻回受療者とは、同一月内に同一診療科目を15回以上受療した者

※2 重複受療者とは、同一月内に4以上の医療機関を受療した者

出典：通院者は、尼崎市国民健康保険診療報酬明細書 平成24年度年間分 通院レセプトから0-74歳で人寄せし集計

頻回・重複受療者は、尼崎市国民健康保険診療報酬明細書平成24年度年間分 通院レセプトからそれぞれの基準を満たす対象者を抽出。ただし、精神疾患、産科系疾患による通院者は除く。

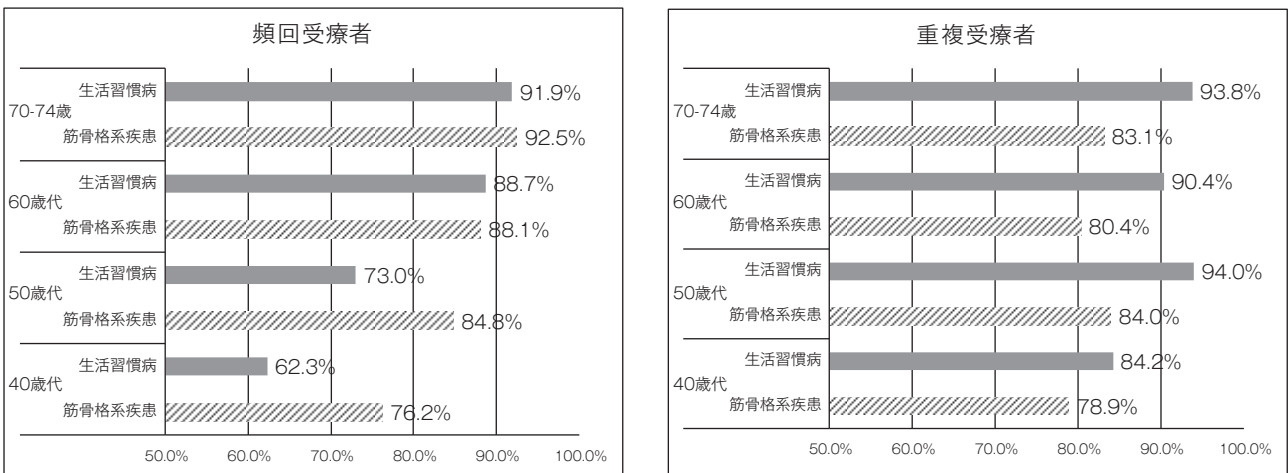


図5 頻回・重複受療者とそれ以外の受療者の生活習慣病と筋骨格系疾患による受療割合の比較

表16 平成24年度頻回・重複受療者の特定健診受診状況と肥満の状況

年代別	頻回受療者 人	健診受診者			
		人	受診率	肥満あり ※1	
				人	受診率
計	2,185	962	44%	431	45%
70-74歳	1,028	485	47%	223	46%
60歳代	857	389	45%	161	41%
50歳代	178	53	30%	26	49%
40歳代	122	35	29%	21	60%

年代別	重複受療者 人	健診受診者			
		人	受診率	肥満あり ※1	
				人	受診率
計	507	199	39%	84	42%
70-74歳	178	67	38%	29	43%
60歳代	260	108	42%	43	40%
50歳代	50	22	44%	10	45%
40歳代	19	2	11%	2	100%

※1 肥満は、BMI25以上又は、腹囲（男性85cm、女性90cm）以上のいずれかに該当するもの

## 5. 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の利用状況

医療費適正化のためには、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の利用促進が重要になります。そのため平成23年度から、悪性新生物等を除き、生活習慣病をはじめとした慢性疾患について、処方された医薬品を後発医薬品に変薬した場合の差額を記載し、通知しています。

これらの通知による効果は、表17のとおりで、差額通知をスタートした平成23年11月から平成26年3月までの2年5か月の間で、総額4億1,344万8千円の医療費適正化効果額を試算しています。

現在の後発医薬品使用状況は、平成26年9月診療分で、数量シェア57.85%で、全国46.9%（平成25年9月厚生労働省報告）より約11%高い状況にあります。国の示す目標値、数量シェアの60%以上に向け、引き続き利用促進対策に取り組むことが必要です（表18）。

表17 後発医薬品の利用促進通知実績

通知実施	通知者数	後発医薬品への変薬者		削減効果額 (千円)
		人	割合	
平成23年度 ※	13,638	4,948	36.3%	32,610
平成24年度	19,767	7,146	36.2%	158,410
平成25年度	24,178	8,670	35.9%	222,428
削減効果額計				413,448

※ 平成23年度は11月から通知開始のため、5か月分の実績値

表18 尼崎市の数量シェアと国の目標

	数量シェア
尼崎市国保 H25.9診療分レセプトより	57.85%
全国 H25.9厚生労働省報告	46.90%
国の示す目標値	60%

(平成25年4月厚生労働省より示された新指標)

## まとめ

### 1 死亡の状況

- ・平成22年の平均寿命は県下最下位です。65歳未満の死因別死亡割合では、虚血性心疾患などの生活習慣病によるものが減少し、悪性新生物が増加しています。
- ・平成20年からの5年間の人口10万対死亡率では、男女とも、急性心筋梗塞による死亡率は減少しており、県や全国と比べ減少率が上回る結果でした。
- ・脳血管疾患の死亡率については、男性では脳梗塞の死亡率は減少しているものの、脳出血では増加しています。女性は、脳梗塞、脳出血とも県や全国と比べ減少しています。
- ・悪性新生物の死亡率は男女とも増加しており、特に女性で顕著でした。

### 2 介護の状況

- ・国保の40～64歳（介護保険第2号被保険者）では、要介護5の割合が65～74歳の2倍以上であるなど重度者の割合が高く、その原因疾病は脳血管疾患が最も多い状況です。
- ・一方、65～74歳（介護保険第1号被保険者）では、要支援1、2が約半数を占めており、糖尿病治療中の割合が多い状況です。

### 3 受療の状況

- ・総受療件数では生活習慣病が最も多く、次いで筋骨格系疾患でした。入院件数は、生活習慣病が最も多く、次いで悪性新生物でした。
- ・総医療費では、生活習慣病が最も多く、次いで悪性新生物でした。一人あたり医療費のうち入院外では、生活習慣病が最も高額で、筋骨格系疾患の2倍以上でした。入院では、悪性新生物が最も高額でした。
- ・200万円以上の医療費を要する疾病では、虚血性心疾患が、平成20年度に対し24年度は年間の発生が減少しています。一方、脳血管疾患と悪性新生物は平成20年度に対し24年度は増加しています。

## 第2章 各論～具体的な健康実態と課題

ここでは、第1章で課題が明確になった悪性新生物や、脳血管疾患などの生活習慣病等の詳細な実態から講ずるべき対策を考えます。

### 1. 悪性新生物の状況

#### (1) 悪性新生物による部位別死亡の5年ごとの比較

～検診のある悪性新生物の平成15～19年までの5か年と、平成20～24年までの5年刻みの比較～

悪性新生物による本市の人口10万対死亡率は、県、全国よりも高く、平成20年からの5年間では、その前の5年間に比べ、男性で21.1%、女性で27.3%増加しています。特に女性では県に比べ1.6倍増加しています。

男性では気管、気管支及び肺のがんで死亡率の増加が大きく、増加率は県の1.8倍でした。次いで、大腸がんも県の1.7倍増加しています。女性ではいずれのがんも増加しており、特に気管、気管支及び肺のがんで県の2倍以上増加しています。

表19 悪性新生物の人口10万対死亡率の比較（5年刻み、尼崎市と県、全国の比較）

(人)

男性	部位別														
	悪性新生物			気管、気管支及び肺			胃			大腸			肝及び肝内胆管		
	15～19年	20～24年	増減	15～19年	20～24年	増減	15～19年	20～24年	増減	15～19年	20～24年	増減	15～19年	20～24年	増減
尼崎市	386.5	408	21.1	85.6	103	17.7	57.9	56.3	-1.6	39.6	46.3	6.7	65.1	53.1	-12.0
兵庫県	336.2	361	24.4	78.3	88	9.7	55.4	55.6	0.2	34.5	38.4	3.9	48.6	42.8	-5.8
全国	316.9	342	24.6	72.8	81.2	8.4	53.0	53.1	0.1	35.7	39.1	3.4	37.2	34.6	-2.6

(人)

女性	部位別														
	悪性新生物			気管、気管支及び肺			胃			大腸			肝及び肝内胆管		
	15～19年	20～24年	増減	15～19年	20～24年	増減	15～19年	20～24年	増減	15～19年	20～24年	増減	15～19年	20～24年	増減
尼崎市	224.7	252	27.3	30.5	37.4	6.9	28.5	29.3	0.8	29.2	31.8	2.6	26.7	27.6	0.9
兵庫県	200.8	218	16.7	27.5	30.6	3.1	27.3	27.1	-0.2	27.3	30.3	3.0	21.4	20	-1.4
全国	199.4	218	18.5	25.8	29.6	3.8	27.2	26.4	-0.8	28.6	31.5	2.9	17.1	17	-0.1

出典：政府統計の総合窓口 統計表一覧 平成15年～19年、平成20～24年

人口動態保健所・市区町村別統計 第4表 死亡率（男性・女性人口10万対）、主要死因・性・都道府県・保健所・市区町村別

#### (2) 悪性新生物死亡の標準化死亡比（SMR）による比較

集団の年齢構成による影響を反映しないよう、平成15～19年までの5か年と、平成20～24年までの5か年を標準化死亡比で、悪性新生物総数、及び部位別死亡状況について比較しました（表20）。

男性では平成15～19年と比べ平成20～24年の5か年で総数では減少しているものの、気管、気管支及び肺のがんと大腸がんで増加しています。女性で総数が増加しており、大腸がんによる死亡は減少しているものの、他の部位のがんによる死亡はすべて増加しています。

表20 尼崎市における悪性新生物の各種SMR

	悪性新生物		(再掲) 部位別								(参考) ※1			
			気管、気管支及び肺		胃		大腸		肝及び肝内胆管		乳房		子宮	
	15～19年	20～24年	15～19年	20～24年	15～19年	20～24年	15～19年	20～24年	15～19年	20～24年	H19	H24	H19	H24
男性	125.2	122.5	121.7	130.8	112.2	108.8	113.2	121	175.1	154.8	—	—	—	—
女性	119.3	121.6	126.1	132.9	112.4	118.6	109	107.5	163.8	168.5	114	121	188	118

出典：政府統計の総合窓口 統計表一覧 平成15年～19年、平成20～24年  
人口動態保健所・市区町村別統計 第5表 標準化死亡比、主要死因・性・都道府県・保健所・市区町村別

※1 国統計に報告ないため、下記にて算出  
厚生労働省 人口動態統計 年報 平成19年 死亡 第9表 年齢階級別にみた選択死因分類・性別死亡数  
政府統計の総合窓口 統計表一覧 平成24年 人口動態調査 下巻 死亡 第2表 死亡数、性・年齢（5歳階級）・死因（死因簡単分類）別  
平成19年度保健行政の概要 表175 死因（簡単分類）・行政区・性・年齢階級別死亡数  
平成24年度保健行政の概要 表179 死因（簡単分類）・行政区・性・年齢階級別死亡数  
・子宮は「子宮頸がん、子宮体がん」合算

※標準化死亡比（SMR）とは～死亡率は通常年齢によって大きな違いがあることから、異なった年齢構成を、持つ地域の死亡率を、そのまま比較することはできない。比較を可能にするためには、標準的な年齢構成に合わせて、地域別の年齢階級の死亡率を算出して比較する必要がある。

標準死亡比は、基準死亡人口（人口10万対の死亡数）を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待死亡数と実際に観察された死亡数を比較するものである。我が国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は我が国の平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。（厚生労働省ホームページより引用）

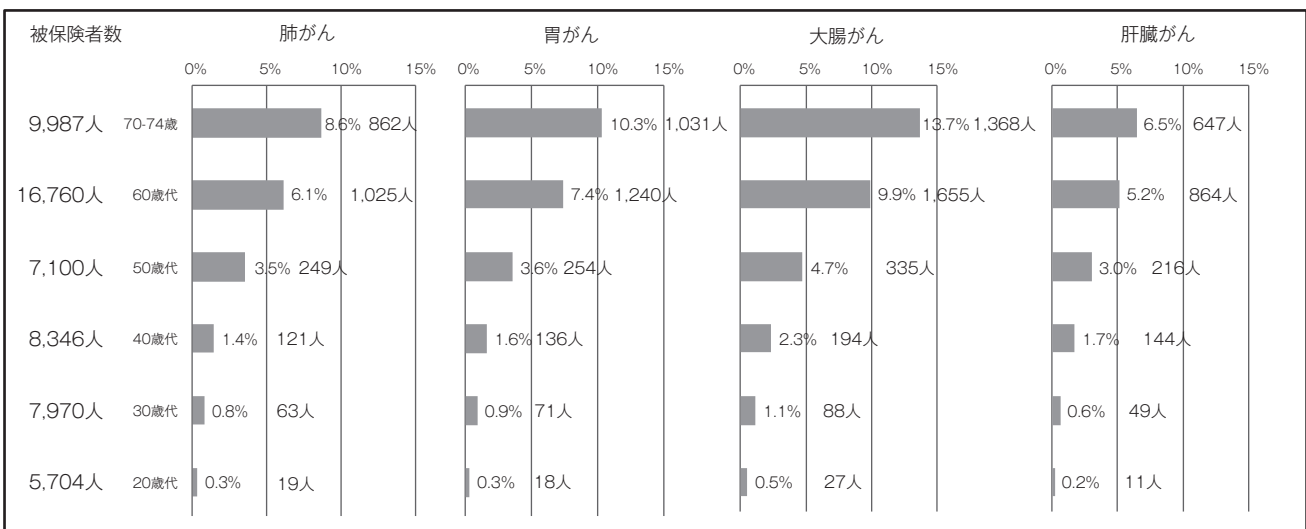
### （3）平成24年度の悪性新生物による受療の状況

#### ア 悪性新生物の年代別有病率

肺がん、胃がん、大腸がん、肝臓がんの有病率は、男女とも年代を追うごとに増加しますが、どの年代でも女性に比べ男性の有病率が高い状況にあります。

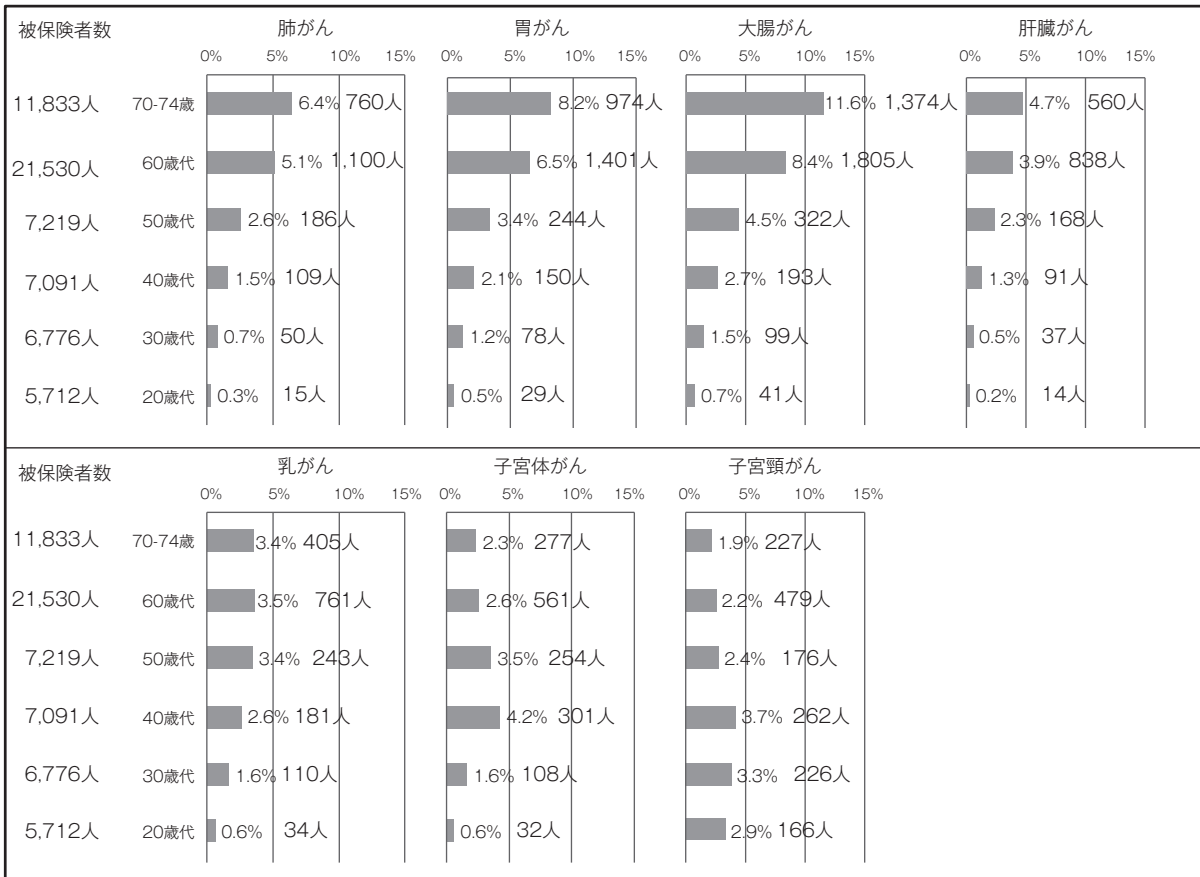
一方、女性の乳がんでは50歳以上の有病率は横ばい、子宮体がん、子宮頸がんでは有病率が最も高い年代が40歳代と、発症頻度に年齢の特徴があります。

悪性新生物の重症化や死亡を防ぐためには早期発見が重要であるため、有病率が上がる年代でのがん検診受診が何より重要ですが、乳がんは50歳代、子宮体がん、子宮頸がんは40歳代と、より若年で検診を受診してもらえような対策が必要です。



出典：尼崎市国民健康保険診療報酬明細書 平成24年度年間分入院・通院・調剤合算分 0-74歳で人寄せし集計

図6 男性の年代別有病率



出典：尼崎市国民健康保険診療報酬明細書 平成24年度年間分入院・通院・調剤合算分 0-74歳で人寄せし集計

図7 女性の年代別有病率

### イ 各種がんによる入院者の、がん検診受診状況

がん検診の対象部位（肺、胃、大腸、乳、子宮頸部）のがんで、平成24年度中に入院している者を国保診療報酬明細書（レセプト）から抽出し、その入院受療者のがん検診受診履歴と突合し、入院のきっかけががん検診の結果によるものか、他の要因によりがんを発見、入院に至ったものかを確認しました。その結果、がん検診によって発見されたと考えられる者は少なく、大腸がん、乳がんでは9%程度、他のがんは男女併せて0～6%程度にとどまっています（表21）。

これらの結果から、入院受療者は何らかの自覚症状があって受療しているものと考えられ、より重症化していた可能性があります。潜在的な早期がんの発見のためには、検診受診率の向上が課題です。

表21 国保被保険者の入院者のがん検診受診状況

	肺がん			胃がん			大腸がん			乳がん			子宮頸がん		
	入院者	検診受診		入院者	検診受診		入院者	検診受診		入院者	検診受診		入院者	検診受診	
	人	人	割合	人	人	割合	人	人	割合	人	人	割合	人	人	割合
男性	305	12	4%	266	4	2%	510	41	8%	—	—	—	—	—	—
女性	159	9	6%	143	1	1%	350	40	11%	88	8	9%	15	0	—

出典：尼崎市国民健康保険診療報酬明細書 平成24年度年間分の入院レセプトを人寄せし、健康増進課提供のがん検診受診者データと突合し集計

※がん検診対象の内訳

- ・肺・胃・大腸 40歳以上の入院者
- ・乳 40歳以上で4月1日現在偶数年齢の入院者
- ・子宮 20歳以上で4月1日現在偶数年齢の入院者



(4) 尼崎市のがん検診受診率

ア 尼崎市民のがん検診受診率と、尼崎市国民健康保険被保険者の受診率の比較

平成24年度の全市のがん検診の受診率は、大腸がん検診で男性11.6%、女性12.5%で最も高く、次いで、乳がん検診が12.1%、子宮頸がん検診10.7%の状況です。最も低いのが胃がん検診で、男性3.5%、女性2.4%にとどまっています。

このうち、国保被保険者のがん検診受診率では、大腸がん検診が男性7.5%、女性10.4%、乳がん検診5.2%、子宮頸がん検診3.8%と全市と比較して低くなっています。胃がん検診受診率も男女とも2.5%と全市よりも低い状況です。

一方、肺がん検診受診率は全市で男性8.9%、女性7.3%に対し、国保被保険者では8.1%、9.2%と、特に女性の受診率が高くなっています。これは、平成23年度から、特定健診等の会場に胸部X線車を配置し、肺がん検診を受診しやすい環境づくりを行ったことの影響が大きいと考えられます。同様に、特定健診等会場で大腸がん検診用の便潜血反応検査キットの配布を行っていますが、大腸がん検診は全市の受診率より低い状況にあるため、健診会場でさらにPRをしていくことが必要です。

乳がん及び子宮頸がん検診の受診率が全市の半分に満たない状況にあるため、国保総合健診でのレディース健診デイなど、女性のがん検診のPRの強化が必要です。

表 22 男女別がん検診受診率

	男性									
	肺がん検診		胃がん検診		大腸がん検診					
	受診者数	受診率	受診者数	受診率	受診者数	受診率				
平成19年度	5,175	11.3%	2,098	4.6%	5,501	12.0%				
平成20年度	3,534	7.7%	1,258	2.8%	3,969	8.7%				
平成21年度	3,153	6.9%	1,710	3.7%	4,202	9.2%				
平成22年度	3,009	5.8%	1,950	3.7%	4,440	8.5%				
平成23年度	3,422	6.5%	1,784	3.4%	5,610	10.7%				
平成24年度	4,673	8.9%	1,850	3.5%	6,066	11.6%				
<b>【再掲 国保被保険者の受診率】</b>										
平成24年度	3,817	8.1%	1,169	2.5%	3,552	7.5%				
	女性									
	肺がん検診		胃がん検診		大腸がん検診		乳がん検診		子宮頸がん検診	
	受診者数	受診率	受診者数	受診率	受診者数	受診率	受診者数	受診率	受診者数	受診率
平成19年度	9,178	11.2%	2,500	3.0%	8,714	10.6%	1,528	2.9%	2,424	4.1%
平成20年度	5,369	6.5%	1,781	2.2%	6,731	8.2%	1,666	3.9%	1,948	4.0%
平成21年度	4,597	5.6%	1,976	2.4%	7,242	8.8%	5,645	8.7%	5,489	6.8%
平成22年度	4,298	5.0%	1,744	2.0%	7,304	8.6%	5,562	12.8%	6,345	10.7%
平成23年度	4,842	5.7%	1,963	2.3%	9,832	11.5%	5,246	12.3%	6,096	11.1%
平成24年度	6,246	7.3%	2,090	2.4%	10,631	12.5%	5,231	12.1%	5,670	10.7%
<b>【再掲 国保被保険者の受診率】</b>										
平成24年度	4,857	9.2%	1,331	2.5%	5,480	10.4%	1,418	5.2%	1,338	3.8%

※対象者数は、公表されている直近の国勢調査より算出する

対象者数 = 対象年齢の市民人口 - 対象年齢の就業人口 + 対象年齢の第1次産業従事者数

※子宮頸がん検診と乳がん検診の受診率の算出方法は以下のとおり

子宮頸がん検診・乳がん検診受診率 = (当該年度受診者数 + 前年度受診者数 - 2年連続受診者数) ÷ 対象者数 × 100

※国保における受診者数は、平成24年度中に国保に加入していた者のうち、各種がん検診を受診した者

※肝炎ウイルス検診の受診者数は尼崎市保健所において未公表のため、未掲載

イ 尼崎市国民健康保険被保険者のがん検診受診後の受療状況

がん検診受診者のうち、要精密検査となった割合は、表23-1、23-2のとおりです。そのうち、精密検査目的で受療した者の割合は、男性では、肺がんの精密検査のために88%が受療していますが、胃がんでは67.9%、大腸がんでは69.8%にとどまっています。女性ではいずれのがんの精密検査目的の受療も85%以上ありますが、大腸がんでは72.2%にとどまっています。

このように男女とも大腸がんの精査目的の受療割合が低く、また、いずれのがんも精査目的の受療割合が100%でないため、これらの中のがん罹患者がいることが考えられます。精査の必要性を十分理解してもらえよう説明や、受療できる医療機関等の情報提供など、受療につながるような対策が必要です。

一方、肝炎ウイルス検査結果陽性者のうち、未受療者の割合が高く、特にC型肝炎ウイルス検査結果陽性者は男女とも半数が未受療です。未受療者には、検査結果の見方や受療の必要性について説明する機会を作るなど、陽性者が確実に受療するための支援が必要です。

また、現行のがん検診によるがんの発見率は0.3%程度であることから、がん罹患者を多数発見するためには、がん検診受診率を上げることが何より重要です。

表23-1 各種がん検診の受診結果と、その後の受療状況

			肺がん検診		胃がん健診		大腸がん検診					
男性	被保険者		a	47,393	47,393	47,393						
	検診受診者		b	b/a	3,817	8.1%	1,169	2.5%	3,552	7.5%		
	検診結果	異常なし		c	c/b	3,666	96.0%	1,116	95.5%	3,254	91.6%	
		要精密検査		d	d/b	151	4.0%	53	4.5%	298	8.4%	
	医療機関受診状況	受療済み		e	e/d	133	88.1%	36	67.9%	208	69.8%	
		受療結果	異常なし		f	f/e	126	94.7%	33	91.7%	187	89.9%
			がんの診断あり		g	g/e	7	5.3%	3	8.3%	21	10.1%
			発見率		h	g/b	—	0.2%	—	0.3%	—	0.6%
		未受療者		i	i/d	18	11.9%	17	32.1%	90	30.2%	

			肺がん検診		胃がん健診		大腸がん検診		乳がん検診		子宮頸がん検診					
女性	被保険者		a	52,877	52,877	52,877	27,015	34,982								
	検診受診者		b	b/a	4,857	9.2%	1,331	2.5%	5,480	10.4%	1,418	5.2%	1,338	3.8%		
	検診結果	異常なし		c	c/b	4,706	96.9%	1,281	96.2%	5,178	94.5%	1,336	94.2%	1,313	98.1%	
		要精密検査		d	d/b	151	3.1%	50	3.8%	302	5.5%	82	5.8%	25	1.9%	
	医療機関受診状況	受療済み		e	e/d	139	92.1%	44	88.0%	218	72.2%	70	85.4%	23	92.0%	
		受療結果	異常なし		f	f/e	134	96.4%	44	100%	202	92.7%	62	88.6%	22	95.7%
			がんの診断あり		g	g/e	5	3.6%	0	—	16	7.3%	8	11.4%	1	4.3%
			発見率		h	g/b	—	0.1%	—	—	—	0.3%	—	0.6%	—	0.1%
		未受療者		i	i/d	12	7.9%	6	12.0%	84	27.8%	12	14.6%	2	8.0%	

出典：がん検診受診状況は健康増進課提供データより、平成24年度年間のがん検診を受診した者  
 国保被保険者は、平成24年度中に国保に加入していた者

※受療済みの定義は、健康増進課において要精密検査者に対して発出した検査依頼に対し、医療機関から返書があった者  
 又は、返書がなかった場合でも、国保において診療報酬明細書で、受療が確認できた者

表23-2 肝炎ウイルス検診の受診結果と、その後の受療状況

		B型肝炎ウイルス検診		C型肝炎ウイルス検診					
男性	被保険者	a	47,393		47,393				
	検診受診者	b	1,250		1,250				
	検診結果	陽性以外	c	c/b	1,236	98.9%	1,216	97.3%	
		陽性	d	d/b	14	1.1%	34	2.7%	
	医療機関受診状況	受療済み	e	e/d	10	71.4%	14	41.2%	
		受療結果	異常なし	f	f/e	0	—	0	—
			肝炎の診断	g	g/e	10	100%	14	100%
			発見率	h	g/b		0.8%		1.1%
		未受療者	i	i/d	4	28.6%	20	58.8%	

		B型肝炎ウイルス検診		C型肝炎ウイルス検診					
女性	被保険者	a	52,877		52,877				
	検診受診者	b	1,600		1,600				
	検診結果	陽性以外	c	c/b	1,580	98.8%	1,571	98.2%	
		陽性	d	d/b	20	1.3%	29	1.8%	
	医療機関受診状況	受療済み	e	e/d	18	90.0%	15	51.7%	
		受療結果	異常なし	f	f/e	0	—	2	13.3%
			肝炎の診断	g	g/e	18	100%	13	86.7%
			発見率	h	g/b		1.1%		0.8%
		未受療者	i	i/d	2	10.0%	14	48.3%	

出典：がん検診受診状況は健康増進課提供データより、平成24年度年間のがん検診を受診した者

国保被保険者は、平成24年度中に国保に加入していた者

※受療済みの定義は、健康増進課において要精密検査者に対して発出した検査依頼に対し、医療機関から返書があった者又は、返書がなかった場合でも、国保において診療報酬明細書で、受療が確認できた者

<参考>国の状況（平成24年度受診者について 男女別なし 70歳以上は除く）

		肺がん検診		胃がん検診		大腸がん検診				
検診受診者 ※1		a	3,978,830	16.2%	2,430,249	9.9%	4,704,400	18.7%		
検診受診者 ※2		b	3,984,878		2,426,903		4,714,042			
検診結果	異常なし（要精密検査以外）	c	c/b	3,968,031	99.6%	2,387,262	98.4%	4,609,829	97.8%	
	要精密検査 ※3	d	d/b	78,727	2.0%	196,169	8.1%	292,848	6.2%	
受診済み		e	e/d	61,880	78.6%	156,528	79.8%	188,635	64.4%	
医療機関受診状況	受療結果	異常なし	f	f/e	60,361	97.5%	153,975	98.4%	179,916	95.4%
		がんの診断あり	g	g/e	1,519	2.45%	2,553	1.63%	8,719	4.62%
	発見率	h	g/b		0.04%		0.11%		0.18%	
未受療者および未把握者		i	i/d	16,847	21.4%	39,641	20.2%	104,213	35.6%	
受診率等算定対象者		40歳から69歳の男女								
受診率算定方法		(受診者数/対象者数) × 100								

		乳がん検診		子宮頸がん検診		B型肝炎ウイルス検診		C型肝炎ウイルス検診			
検診受診者 ※1		a	2,038,273	25.9%	4,022,053	31.2%					
検診受診者 ※2		b	2,030,258		4,021,402		886,698		884,324		
検診結果	異常なし（要精密検査以外）	c	c/b	2,003,128	98.7%	3,996,556	99.4%	877,615	99%	877,251	99%
	要精密検査 ※3	d	d/b	176,584	8.7%	81,764	2.0%	9,083	1.0%	7,073	0.8%
受診済み		e	e/d	149,454	84.6%	56,918	69.6%				
医療機関受診状況	受療結果	異常なし	f	f/e	142,977	95.7%	53,839	94.6%			
		がんの診断あり	g	g/e	6,477	4.33%	3,079	5.41%			
	発見率	h	g/b		0.32%		0.08%				
未受療者および未把握者		i	i/d	27,130	15.4%	24,846	30.4%				
受診率等算定対象者		40歳から69歳の女		20歳から69歳の女		40歳以上の男女(75歳以上も含む)					
受診率算定方法		(前年度の受診者数+当該年度の受診者数-2年連続の受診者数) / (当該年度の対象者数) × 100									

※1 受診率算定時の人数 平成24年度報告によるもの

※2 平成24年度受診者を平成25年度報告で改めて把握したもので、受診率算定時の人数とは異なる

※3 B型肝炎ウイルス検診は「陽性」と判定された者 C型肝炎ウイルス検診は「現在C型肝炎ウイルスに感染している可能性が極めて高い」と判定された者を指す。

出典 平成24年度地域保健健康増進事業報告の概況（厚生労働省）

平成25年度地域保健健康増進事業報告の概況（厚生労働省）

<参考>科学的根拠に基づくがん予防

部位	1次予防	2次予防						
	がんの発生要因の学習と予防	検診での早期発見によるがん死亡の予防						
	リスク要因	検診対象者	検診の方法	推奨グレード*1	判定結果 <sup>2</sup>		実施体制別の推奨	
					死亡率減少効果の証拠*3	不利益の大きさ*4,*5	対策型検診(住民検診等)	任意型検診(人間ドック等)
肺	・喫煙 ・受動喫煙 ・果物不足 ・飲料水中の砒素 ・β-カロテンのサプリメント	40歳以上男女	非高危険群に対する胸部X線検査、及び高危険群に対する胸部X線検査と喀痰細胞診併用法	B	あり	利益より小	推奨する <sup>10</sup>	推奨する
			低線量CT	I	不十分	利益より大の可能性	推奨しない <sup>6</sup>	個人の判断により実施可 <sup>7</sup>
胃	・喫煙 ・野菜不足 ・果物不足 ・塩分摂取 ・ヘリコバクターピロリ菌の感染	40歳以上男女	胃X線検査	B	あり	利益より小	推奨する	推奨する
			胃内視鏡検査	I	不十分	利益より小	推奨しない <sup>6</sup>	個人の判断により実施可 <sup>7</sup>
			ペプシノゲン法	I	不十分	利益より小	推奨しない <sup>6</sup>	個人の判断により実施可 <sup>7</sup>
			ヘリコバクターピロリ抗体	I	不十分	利益より小	推奨しない <sup>6</sup>	個人の判断により実施可 <sup>7</sup>
大腸	・喫煙 ・飲酒 ・肥満 ・運動不足 ・赤身、加工肉	40歳以上男女	便潜血検査	A	あり	利益より小	推奨する <sup>8</sup>	推奨する
			S状結腸内視鏡検査	C	あり	利益と同等の可能性	推奨しない	推奨する
			S状結腸内視鏡検査+便潜血検査	C	あり	利益と同等の可能性	推奨しない	実施可 <sup>9</sup>
			全大腸内視鏡検査	C	あり	利益と同等の可能性	推奨しない	実施可 <sup>9</sup>
			注腸X線検査	C	あり	利益と同等の可能性	推奨しない	実施可 <sup>9</sup>
			直腸指診	D	なし	—	推奨しない	推奨しない
乳房	・飲酒 ・肥満(閉経後) ・高身長(閉経前) ・出生時過体重 ・運動不足 ・ホルモン補充療法 ・授乳歴なし	40-74歳	マンモグラフィ単独法	B	あり	利益より小	推奨する	推奨する
		40-64歳	マンモグラフィと視触診の併用法	B	あり	利益より小	推奨する	推奨する
		40歳未満	マンモグラフィ単独法及びマンモグラフィと視触診の併用法	I	不十分	利益より大の可能性	推奨しない <sup>6</sup>	個人の判断により実施可 <sup>7</sup>
		全年齢	視触診単独法	I	不十分	利益より大の可能性	推奨しない <sup>6</sup>	個人の判断により実施可 <sup>7</sup>
		全年齢	超音波検査(単独法・マンモグラフィ併用法)	I	不十分	利益より大の可能性	推奨しない <sup>6</sup>	個人の判断
		子宮頸部	・喫煙 ・ヒトパピローマウイルスの感染	20歳以上女	細胞診(従来法)	B	あり	利益より小
細胞診(液状検体法)	B				あり	利益より小	推奨する	推奨する
HPV検査を含む方法 <sup>11</sup>	I				不十分	利益より大の可能性	推奨しない <sup>6</sup>	個人の判断により実施可 <sup>7</sup>

- \*1 推奨Iの判断はガイドライン作成時の判断であり、現状では証拠不十分だが、将来的には判定が変わりうる可能性がある。
- \*2 死亡率減少効果及び不利益に関する根拠の詳細は各種ガイドラインを参照。
- \*3 死亡率減少効果の有無を判断する証拠が不十分と判定された検診の実施は、有効性評価を目的とした研究を行う場合に限定することが望ましい。
- \*4 がん検診の不利益とは、偽陰性や偽陽性だけではなく、病気がある場合でも必ずしも必要ではない精密検査が行われることや、精神的不安、本来必要としない医療費が追加となることなども含む。また、たとえがんであっても精密検査や治療を受けた結果、予期できない重度の合併症が生じたり過剰診断にあたる場合も不利益とする。ただし、検査による医療事故や過誤そのものは不利益に入らない。
- \*5 がん検診の利益(死亡率減少効果)に比べ、不利益がどの程度に大きさを比べる。
- \*6 死亡率減少効果の有無を判断する証拠が不十分であるため、対策型検診として実施することは勧められない。
- \*7 がん検診提供者は死亡率減少効果が証明されていないこと、及び当該検診による不利益について十分説明する責任を有する。任意型検診として実施する場合には、現時点では効果が不明で、効果の有無が明らかになるにはまだ時間を要する状況にあることと不利益について十分説明する必要がある。その説明に基づく個人の判断による受診は妨げない。
- \*8 化学法に比べて免疫法は感度・特異度ともに同等以上で、受診者の食事・薬制限を必要としないことから便潜血検査は免疫法が望ましい。
- \*9 安全性を確保するとともに、不利益について十分説明する必要がある。
- \*10 死亡率減少効果を認めるのは、二重読影、比較読影などを含む標準的な方法を行った場合に限定される。標準的な方法が行われていない場合には、死亡率減少効果の根拠があるとは言えず、肺がん検診としては勧められない。また、事前に不利益に関する十分な説明が必要である。
- \*11 HPV検査を含む方法にはHPV検査単独・HPV検査と細胞診の同時併用法・HPV検査陽性者への細胞診トリアージ法がある。細胞診によるスクリーニング後にトリアージとして行うHPV検査は検診ではなく、臨床診断として取り扱われているため本ガイドラインの対象には含まれない。任意型検診において、特に若年者にHPV検査(単独法)あるいはHPV検査と細胞診の同時併用法を行う場合、若年者には一過性の感染HPV感染率が高いため、慎重な対応が必要である。

出典：科学的根拠に基づくがん検診推進のページ がん検診ガイドラインより  
 国立がん研究センター がん対策情報センター がん情報サービス 日本人のためのがん予防法 現状において推奨できる科学的根拠に基づくがん予防法より

## まとめ

- ・ SMR（標準化死亡比）では、男性では気管、気管支及び大腸のがんで増加、女性では悪性新生物総数で増加しており、大腸がんによる死亡は減少しているものの、他の部位のがんによる死亡はすべて増加しています。
- ・ 肺がん、胃がん、大腸がんの有病率は、男女とも年代を追うごとに増加しますが、どの年代でも女性に比べ男性の有病率が高い状況にあります。女性の乳がんは50歳以上の有病率は横ばい、子宮体がん、子宮頸がんは40歳代の有病率が最も高いなど、発症頻度に年齢の特徴があります。
- ・ 国保レセプト調べでは、がん検診によって発見されたと考えられる入院者は少なく、大腸がん、乳がんでは9%程度、他のがんは男女併せて0～5%程度にとどまっています
- ・ 国保被保険者のがん検診受診率は全市よりも低い状況です。一方、肺がん検診受診率は全市に比べ女性の受診率が高くなっています。
- ・ 精密検査目的で受療した者の割合は、男性では、肺がんで88%、胃がんで67.9%、大腸がんで69.8%にとどまっています。女性ではいずれのがんの精密検査目的の受療も85%以上ありますが、大腸がんでは72.2%にとどまっています。

## 2. 尼崎市国民健康保険における生活習慣病の状況

### (1) 平成24年度の生活習慣病による受療の状況

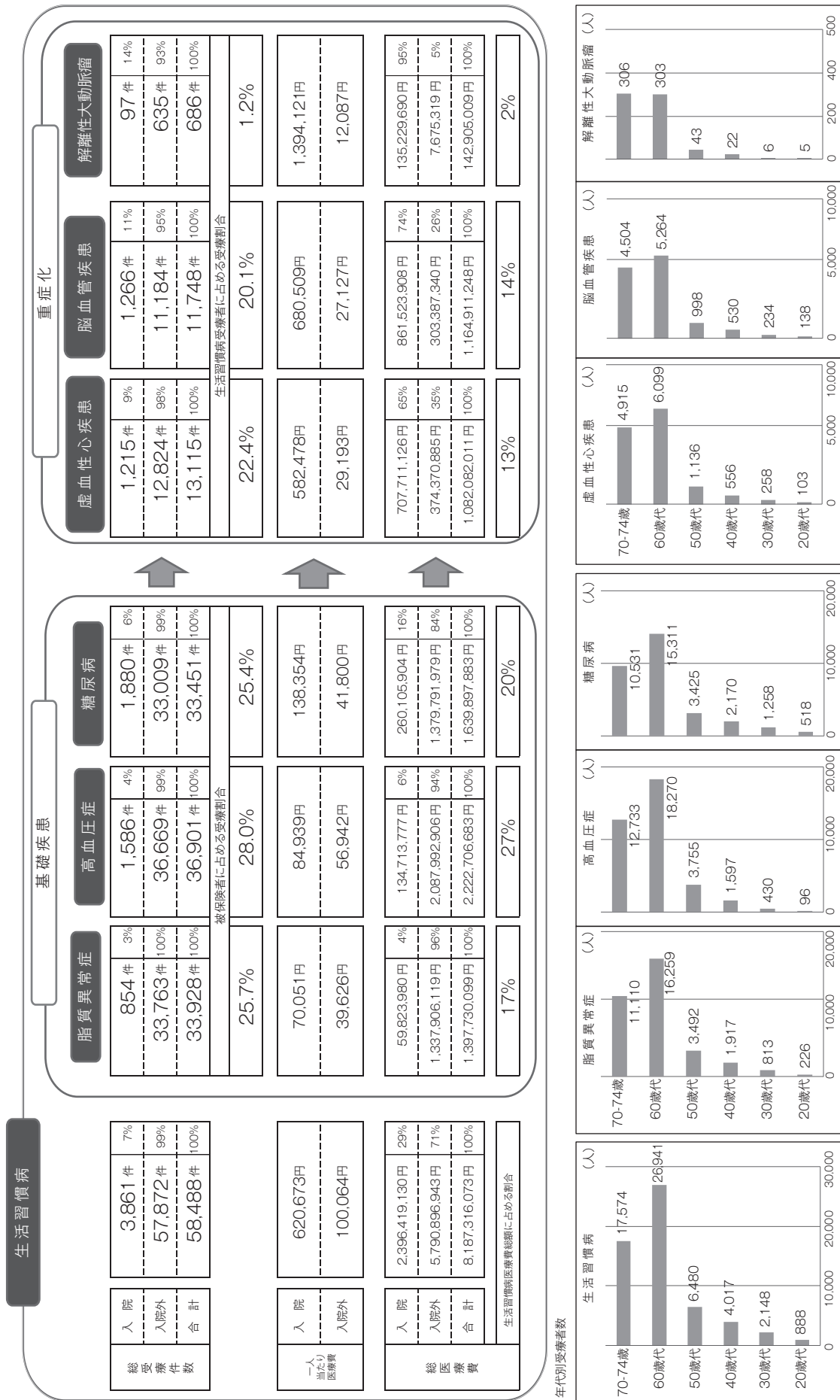
#### ア 生活習慣病の受療者数と医療費、一人当たり医療費、並びに年代別有病率

図8は生活習慣病とその重症化の段階にある者を入院、入院外に区分した件数と医療費です。入院にかかる1人あたり医療費は手術などの処置の多さや難しさを表すと考えられます。したがって、高額な疾病ほど重症と考えられますが、入院の一人あたり医療費が最も高額であったのは解離性大動脈瘤139万4,121円で、次いで脳血管疾患68万509円、虚血性心疾患58万2,478円でした。その基礎疾患と考えられる疾病の入院では、糖尿病が13万8,354円、高血圧症8万4,939円、脂質異常症7万511円の順になっています。

生活習慣病受療者のうち、重症化に至った疾病の受療割合は、虚血性心疾患22.4%、脳血管疾患20.1%、解離性大動脈瘤1.2%で、虚血性心疾患の受療者が最も多い状況でした。これら疾患の受療数は40歳代から50歳代で倍増していることから、40歳代からのリスクコントロールが重要です。

一方、これらの基礎疾患となる生活習慣病の受療状況では、国保被保険者の3人に1人(28.0%)が高血圧、4人に1人が脂質異常症(25.7%)糖尿病(25.4%)で受療しています。

国保被保険者の健康寿命の延伸、医療費適正化のためには、これら基礎疾患の発症予防や重症化予防が必要です。



出典：尼崎市国民健康保険診療報酬明細書「平成24年4月診療6月請求分～平成25年3月診療5月請求分」の医科分（入院・入院外・調剤）を人寄せし集計医療費に重複はないが、受療者数は重複あり

図8 生活習慣病による医療費と年代別受療状況

(2) 人工透析を含む腎臓疾患の状況

ア 腎疾患受療者の状況

腎疾患のうち2次性のものについて、糖尿病や高血圧など、基礎疾患のコントロールによる腎機能低下予防が必要です。人工透析導入者の65%が糖尿病を合併していますが、糖尿病腎症による人工透析までには、糖尿病発症からおおよそ20年を要することが明らかになっていることから、糖尿病のより早期段階から、血糖コントロールの支援を行えるような対策が必要です。

(再掲) 表14 国保被保険者の年代別腎疾患の治療状況と、人工透析導入状況

年代別	国保被保険者			腎臓系疾患治療者		【再掲】			
	人 a	人 b	% b/a	人工透析導入者		糖尿病合併		高血圧症合併	
				人 c	% c/b	人 d	% d/c	人 e	% e/c
計	131,801	4,582	3.5%	413	9%	268	65%	364	88%
70-74歳	21,820	1,247	5.7%	38	3%	26	68%	32	84%
60歳代	38,290	1,863	4.9%	231	12%	157	68%	204	88%
50歳代	14,319	485	3.4%	81	17%	51	63%	75	93%
40歳代	15,437	364	2.4%	41	11%	27	66%	37	90%
40歳未満	41,935	623	1.5%	22	4%	7	32%	16	73%

出典：尼崎市国民健康保険診療報酬明細書 平成24年度年間分入院・通院・調剤合算分 0-74歳で人寄せし集計

イ 新規人工透析導入者の状況

ここでいう新規人工透析者には、新たに透析導入した人と、透析導入状態で他医療保険から国民健康保険に加入した人の二通りを含んでいます。

新規透析導入者の以前の加入医療保険は、社会保険（組合健保・協会けんぽ・共済組合・国保組合など）が70%を占め、国民健康保険に継続加入していた者は17%にとどまっています（表24）。特に社会保険脱退者の39%は国民健康保険加入の前に透析導入を開始（表24）し、国民健康保険に加入しているため、予防対策が講じられる状態にありません。

したがって、医療保険を超えた糖尿病の重症化予防及び高血圧予防対策が必要です。

表24 平成24年度新規人工透析導入者の件数と国保加入前の医療保険など

	計	内訳						
		計		加入前から透析導入		加入後透析開始		
		人	占有率	人	%	人	%	
総計	81	100%	27	33%	54	67%		
尼崎市国民健康保険	14	17%	0	—	14	100%		
国保以外計	67	83%	27	40%	40	60%		
内訳	他の医療保険脱退者	健康保険組合	12	15%	9	75%	3	25%
		全国健康保険協会	10	12%	9	90%	1	10%
		共済・国保組合	3	4%	3	100%	0	—
		その他※	32	40%	1	3%	31	97%
	転入者	他市国保	4	5%	3	75%	1	25%
		全国健康保険協会	1	1%	1	100%	0	—
		その他※	2	2%	0	—	2	100%
		生保廃止	3	4%	1	33%	2	67%

出典：各年ともに、毎月の尼崎市国民健康保険診療報酬明細書から抽出し、年間分を集計  
 ※抽出方法（毎月、診療報酬明細書から人工透析導入者を全件抽出し、前月までの診療報酬明細書との突合確認により、新規導入者を抽出）

※加入後1年以上経過しているため、加入前の医療保険の記録なし



ウ 腎機能低下者の状況

(ア) 腎機能低下者の出現状況

腎機能低下は、尿蛋白検査及び血清クレアチニン検査結果から推算するeGFR（糸球体ろ過量）で評価し、尿蛋白陽性（蛋白定量検査で0.15g/g・Cr）またはGFR60（ml/分/1.73m<sup>2</sup>）未満のどちらか、または両方が3ヶ月以上持続する場合を慢性腎臓病（CKD）と評価します（日本腎臓学会CKDガイド）。通常、尿に蛋白はほとんど出ないため、試験紙法で尿蛋白陰性になります。

平成26年度の尿蛋白検査結果では、腎機能低下を疑われる尿蛋白陽性（+）以上が4.8%（636人）ありました（表25）。

表26は、平成26年度の集団健診受診者の結果を、CKD重症度分類に基づいて集計したものです。最も人工透析導入等のリスクが高い④にある人は、136人（1.0%）でした。eGFRによる腎機能低下はそれほどではないが尿蛋白がでてくるか、尿蛋白は出ていないが腎機能が低下している③の人は325人（2.5%）でした。いずれも腎機能を低下させている疾病の診断のための受療や、腎機能低下を防ぐための減塩、減量などの生活習慣改善が重要であるため、保健指導による個別対応が必要です。

表25 集団健診受診者の尿蛋白検査（定性）結果

	計	尿蛋白定性検査									
		-		±		+		++		+++	
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
総計	13,332	11,517	86.4%	1,179	8.8%	435	3.3%	179	1.3%	22	0.2%
40歳代	1,527	1,305	85.5%	156	10.2%	52	3.4%	12	0.8%	2	0.1%
50歳代	1,455	1,270	87.3%	135	9.3%	33	2.3%	13	0.9%	4	0.3%
60歳代	5,816	5,004	86.0%	521	9.0%	210	3.6%	70	1.2%	11	0.2%
70-74歳	4,534	3,938	86.9%	367	8.1%	140	3.1%	84	1.9%	5	0.1%

出典 平成26年度特定健診結果（集団実施分）より（2月末時点データ納品分） 結果把握、人工透析導入者を除く

表26 集団健診受診者のCKD重症度分類

	尿蛋白/Cr比 (g/g・Cr)	CKD重症度分類			総計	
		A1	A2	A3		
		0.15未満	0.15~0.49	0.50以上	人	割合
GFR区分 (ml/分/ 1.73m <sup>2</sup> )	G1 90以上	① 1,015	② 34	③ 6	1,055	8.0%
	G2 60~89	① 9,264	② 230	③ 85	9,579	73.0%
	G3a 45~59	② 2,118	③ 77	④ 50	2,245	17.1%
	G3b 30~44	③ 157	④ 26	④ 28	211	1.6%
	G4 15~29	④ 5	④ 3	④ 21	29	0.2%
	G5 15未満	④ 0	④ 0	④ 3	3	0.0%
計	人	12,559	370	193	13,122	100%
	割合	95.7%	2.8%	1.5%	100%	

出典：平成26年度特定健診結果（集団実施分）より（2月末時点データ納品分）結果把握、人工透析導入者を除く  
また、尿蛋白定性で±以上の者のうち、定量検査未実施者210人は除く  
210人の内訳は次のとおり。

(参考) 除外した210人の内訳

		尿蛋白定性検査					計	
		±	+	++	+++	人	割合	
		人	人	人	人			
GFR区分 (ml/分 /1.73m)	G1	90以上	18	5			23	11%
	G2	60~89	109	23	1	1	134	64%
	G3a	45~59	35	9	3	1	48	23%
	G3b	30~44	2	1			3	1%
	G4	15~29	1		1		2	1%
計			165	38	5	2	210	100%

## (イ) 尿蛋白を調べる検査

特定健診では尿検査として尿蛋白定性検査を実施していますが、腎機能低下者をより確実に抽出するため、平成26年度集団健診では尿蛋白擬陽性（+-）以上の人に尿蛋白定量検査を実施しました。尿蛋白定性検査と尿蛋白定量検査の結果の関係をみたのが表27です。

尿蛋白定性検査で擬陽性（+-）となった人のうち、尿蛋白定量検査で尿に0.50g/g・Cr以上蛋白が出ていた人が2%あり、尿蛋白定性検査だけでは蛋白が尿に出ていないものとして保健指導の対象にしていませんでした。一方、尿蛋白定性検査で陽性（+）以上となった人のうち、尿蛋白定量検査で尿に0.15g/g・Cr未満しか蛋白が出ていない人は、（+）で47%、（++）で5%ありました。また、（++）（+++）だった人のうち、尿蛋白定量検査で0.15~0.49g/g・Crの、いわゆる微量しか蛋白が出ていなかった人は、両方合わせて34%ありました。

このように、尿蛋白定性検査だけでは、問題のある人を十分に抽出できなかつたり、問題のない人まで受療をすすめ、不要な心配や負担をかけることにつながったりすることが明らかとなったため、今後は市独自に、尿蛋白定性検査で擬陽性以上だった人に対し、尿蛋白定量検査を実施する必要があります。

表27 尿蛋白定性検査と尿蛋白定量検査

		計		尿蛋白定性検査							
		人	±		+		++		+++		
			人	%	人	%	人	%	人	%	
総計		1,605	1,014	100%	397	100%	174	100%	20	100%	
尿蛋白 定量 検査	0.15未満	1,042	847	84%	187	47%	8	5%	0	0%	
	0.15-0.49	370	147	14%	158	40%	63	36%	2	10%	
	0.50以上	193	20	2%	52	13%	103	59%	18	90%	

出典：平成26年度 尼崎市国民健康保険集団健診結果

### (3) 平成24年度の生活習慣病に関する健診結果の状況

#### ア 平成24年度有所見の状況と県との比較

男女とも収縮期血圧、HbA1c、LDLコレステロールの有所見率が高く、健診受診者2人に1人が有所見の状況にあります。中でも、収縮期血圧、HbA1cの有所見率は県国保平均よりも高率です。また、男性で腹囲有所見が51.2%で県よりも高い状況です。

いずれの有所見も心血管疾患など重症化を進めるリスク因子となるため、確実なリスクコントロールが重要であり、保健指導により必要な受療や生活習慣改善を選択してもらえよう支援が必要です。

表28 平成24年度 特定健診有所見の状況

受診者(人)	摂取エネルギーの過剰										血管を傷つける										内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因	
	腹囲		BMI		中性脂肪		ALT(GPT)		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c(JDS)		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C	
	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	人数	割合	人数	割合	人数	割合
尼崎市	男85cm以上		25以上		150以上		31以上		40未満		空腹時100以上		5.2以上		7.1以上		130以上		85以上		120以上	
	女90cm以上																					
13,095	6,711	51.2%	3,902	29.8%	3,625	27.7%	2,592	19.8%	1,245	9.5%	4,955	37.9%	7,968	61.4%	2,752	21.2%	7,258	55.4%	3,277	25.0%	6,387	48.8%
126,380	60,946	48.2%	34,186	27.0%	34,169	27.0%	121	19.2%	11,024	8.7%	43,838	43.3%	70,699	56.2%	19,146	19.0%	64,761	51.2%	29,689	23.5%	64,434	51.0%
41市町中の 尼崎市順位	6位		3位		9位		12位		16位		36位		8位		14位		7位		10位		29位	
18,627	3,655	19.6%	4,032	21.6%	2,836	15.2%	1,571	8.4%	390	2.1%	4,322	23.2%	11,212	60.8%	540	2.9%	8,545	45.9%	2,678	14.4%	11,046	59.3%
180,726	28,099	15.5%	32,040	17.7%	27,176	15.0%	15,031	8.3%	3,257	1.8%	37,087	25.6%	99,432	55.3%	2,855	2.0%	79,325	43.9%	25,266	14.0%	110,732	61.2%
41市町中の 尼崎市順位	2位		4位		19位		16位		22位		33位		9位		1位		18位		16位		30位	

出典：平成24年度特定健診結果より（結果把握を除く）

イ 重症化ハイリスク者の状況

(ア) 重症化ハイリスク者の出現頻度

有所見率が高かったそれぞれのリスク因子について、リスクの程度ごとの割合を調べたのが表29、30、31です。重症化ハイリスクの段階はⅡ度以上の高血圧、HbA1c7%以上、LDLコレステロール180mg/dl以上です。

Ⅱ度以上の高血圧は、男性65～74歳で9.1%、40～64歳で7.2%、女性でそれぞれ6.2%、4%を占める合計2,249人でした。いずれも心血管疾患の恐れが極めて高い対象者です。男女とも65歳以上で重症化ハイリスク者の割合が高く、加齢による動脈硬化の進展が背景にあると考えられることから、65歳未満で血圧のコントロールをしておくことが必要です。受療に併せて、減塩、減量など確実なリスクコントロールにつながる保健指導が必要です。

HbA1c7%以上の高血糖者は、男性65～74歳で4.9%、40～64歳で4.9%、女性でそれぞれ2.6%、1.8%を占め、男性にHbA1cによる重症化ハイリスク者が多いことが特徴です。HbA1cによる重症化ハイリスク者に該当するのは合計1,131人で、いずれも糖尿病合併症と心血管疾患発症の可能性が高く、受療に併せて減量など、継続的な生活習慣改善の支援が必要です。

LDLコレステロール180mg/dl以上は、男性65～74歳で2.8%、40～64歳で4.7%、女性でそれぞれ5.7%、6.7%を占めています。LDLコレステロール180mg/dl以上は、家族性高コレステロール血症が高率に含まれることが様々な研究で明らかにされており、生活習慣改善だけによるデータ改善は難しい場合が多いことから、受療勧奨が重要です。特に男性のLDLコレステロール180mg/dl以上は心血管疾患発症リスクが高いことから、確実な受療につながる保健指導が必要です。

表29 血圧値区分

性別	年代	血圧測定者 a	正常 130/85未満		保健指導判定値 正常高値 130/85以上		Ⅰ度 140/90以上		受診勧奨判定値			
			Ⅱ度 160/100以上		Ⅲ度 180/110以上							
			人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
		b	b/a	c	c/a	d	d/a	e	e/a	f	f/a	
男性	65～75歳	9,223	3,570	38.7%	2,301	24.9%	2,511	27.2%	695	7.5%	146	1.6%
	40～64歳	4,782	2,405	50.3%	1,042	21.8%	990	20.7%	269	5.6%	76	1.6%
女性	65～75歳	12,676	6,020	47.5%	2,998	23.7%	2,878	22.7%	657	5.2%	123	1.0%
	40～64歳	7,048	4,510	64.0%	1,218	17.3%	1,037	14.7%	233	3.3%	50	0.7%

出典：平成24年度特定健診結果より（結果把握を除く）

表30 HbA1c値区分

性別	年代	HbA1c 測定者 a	正常 5.2未満		保健指導判定値				受診勧奨判定値					
			正常高値 5.2-5.4		糖尿病の可能性が 否定できない 5.5-6.0		糖尿病 6.1-6.9		合併症の恐れ					
			人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	7.0-7.9		8.0以上	
		b	b/a	c	c/a	d	d/a	e	e/a	f	f/a	g	g/a	
男性	65～75歳	9,182	3,221	35.1%	2,396	26.1%	2,200	24.0%	920	10.0%	301	3.3%	144	1.6%
	40～64歳	4,782	2,267	47.4%	1,187	24.8%	798	16.7%	297	6.2%	143	3.0%	90	1.9%
女性	65～75歳	12,626	4,280	33.9%	4,129	32.7%	3,089	24.5%	797	6.3%	215	1.7%	116	0.9%
	40～64歳	7,048	3,510	49.8%	2,086	29.6%	1,095	15.5%	235	3.3%	68	1.0%	54	0.8%

出典：平成24年度特定健診結果より（結果把握を除く）

表31 LDLコレステロール値区分

性別	年代	LDL-c 測定者 a	LDL-c区分							
			120未満		120以上 139未満		140以上 179未満		180以上	
			人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
			b	b/a	c	c/a	d	d/a	e	e/a
男性	65～75歳	9,223	4,884	53.0%	2,191	23.8%	1,893	20.5%	255	2.8%
	40～64歳	4,782	2,246	47.0%	1,112	23.3%	1,201	25.1%	223	4.7%
女性	65～75歳	12,676	5,185	40.9%	3,264	25.7%	3,510	27.7%	717	5.7%
	40～64歳	7,048	2,829	40.1%	1,756	24.9%	1,993	28.3%	470	6.7%

出典：平成24年度特定健診結果より（結果把握を除く）

（イ）重症状態の集積状況

重症化ハイリスク者が他の重症なリスク因子を併せ持っているかどうか調べたのが表32です。男女とも重症なリスク因子を単独で持っている人の割合9割を超えることが特徴です。これは肥満あり、なしに分けて調べても同様でした。重症化ハイリスク項目では、男女ともLDLコレステロールによるものが最も多くなっていますが、特に肥満なしで7割を超える高率です。

表32 重症化ハイリスク項目の集積状況

血圧 Ⅱ度以上	HbA1c 7%以上	LDL-c 180以上	男性						女性					
					肥満あり		肥満なし				肥満あり		肥満なし	
			人	占有率	人	占有率	人	占有率	人	占有率	人	占有率	人	占有率
計			2,974	100%	1,789	100%	2,804	100%	4,241	100%	1,437	100%	2,804	100%
●	●	●	13	0.4%	10	0.6%	4	0.1%	12	0.3%	8	0.6%	4	0.1%
●	●		55	1.8%	42	2.3%	18	0.6%	44	1.0%	26	1.8%	18	0.6%
●		●	145	4.9%	100	5.6%	132	4.7%	215	5.1%	83	5.8%	132	4.7%
	●	●	77	2.6%	51	2.9%	33	1.2%	74	1.7%	41	2.9%	33	1.2%
●			973	32.7%	549	30.7%	484	17.3%	792	18.7%	308	21.4%	484	17.3%
	●		533	17.9%	365	20.4%	119	4.2%	323	7.6%	204	14.2%	119	4.2%
		●	1,178	39.6%	672	37.6%	2,014	71.8%	2,781	65.6%	767	53.4%	2,014	71.8%

単独リスクの保有者90%

単独リスクの保有者92%

出典：平成24年度特定健診結果より（結果把握を除く）

ウ 平成20年度重症化ハイリスク者の5年後の改善状況

平成20年度に重症化ハイリスクの状態にあった者の24年度の改善状況を調べたのが表33、34、35です。

平成20年度Ⅲ度高血圧者179人が、24年度には9人（5%）に減少し、45%が正常高値以下に改善していました。平成20年度の未受療者137人が24年度は19人（14%）に減少しています。

同様に、平成20年度HbA1c 7%以上430人が、24年度には207人（48%）に減少し、平成20年度の未受療者187人が24年度は11人（6%）に減少しています。LDLコレステロール180mg/dl以上も平成20年度772人が24年度は229人（30%）に、未受療者は平成20年度723人が24年度は123人（17%）に減少しています。

これまで、重症化ハイリスク者を家庭訪問などにより優先的に保健指導介入を行ったことが、受療や生活習慣改善につながった結果と考えられます。これら重症者は心血管疾患のリスクが高いことから、今後も引き続き、同様の対策を講じていく必要があります。

表33 重症者の5年後の改善と受療状況【血圧】

平成20年度			平成24年度										
Ⅲ度			計		正常高値以下		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度		
人			人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	
計	179		179		80	45%	61	34%	29	16%	9	5%	
内訳	治療中	42	治療中	41	98%	19	45%	15	36%	5	12%	2	5%
			未治療	1	2%	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%
	未治療	137	治療中	118	86%	59	43%	39	28%	17	12%	3	2%
			未治療	19	14%	2	1%	7	5%	6	4%	4	3%

表34 重症者の5年後の改善と受療状況【HbA1c】

平成20年度			平成24年度								
HbA1c 7%以上			計		6.0%以下		6.1~6.9%		7%以上		
人			人	%	人	%	人	%	人	%	
計	430		430		66	15%	157	37%	207	48%	
内訳	治療中	243	治療中	242	100%	29	12%	80	33%	133	55%
			未治療	1	0%	0	0%	0	0%	1	0%
	未治療	187	治療中	169	90%	34	18%	73	39%	62	33%
			未治療	18	10%	3	2%	4	2%	11	6%

表35 重症者の5年後の改善と受療状況【LDLコレステロール】

平成20年度			平成24年度								
LDL-c 180以上			計		140未満		140~179		180以上		
人			人	%	人	%	人	%	人	%	
計	772		772		273	35%	270	35%	229	30%	
内訳	治療中	49	治療中	48	98%	20	41%	20	41%	8	16%
			未治療	1	2%	0	0%	1	2%	0	0%
	未治療	723	治療中	459	63%	238	33%	123	17%	98	14%
			未治療	264	37%	15	2%	126	17%	123	17%

出典：いずれも、各年特定健診データより（結果把握は除く）2か年ともに健診を受診した被保険者の健診結果の改善状況

## エ ライフステージでみた有所見の状況

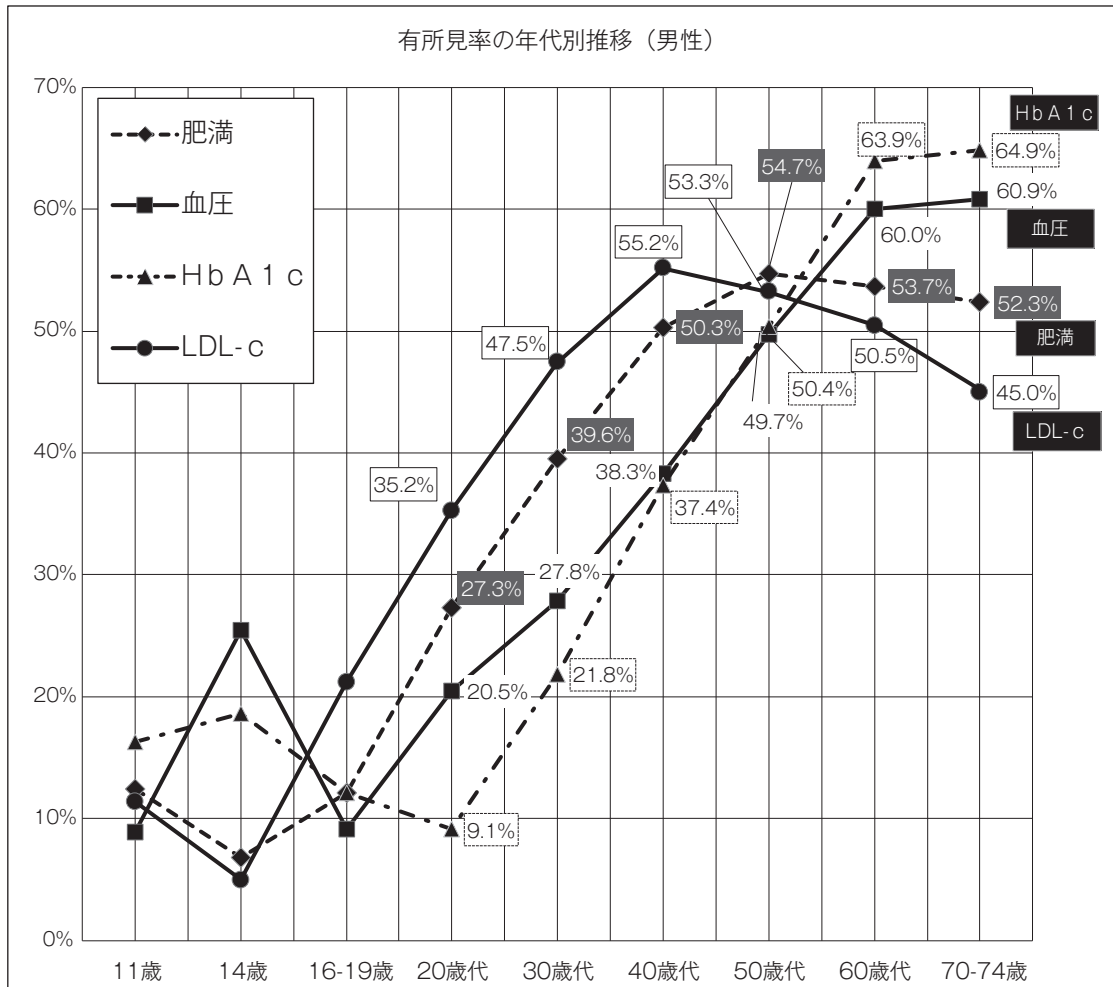
### (ア) ライフステージごとの有所見率の状況

11歳、14歳、16～39歳の生活習慣病予防健診結果、40～74歳の特定健診結果のうち、肥満、血圧、HbA1c、LDLコレステロールの有所見率について、年代ごとに推移を見たのが図9、10です。

男性では20歳代から年代を追うごとに肥満、LDLコレステロールの有所見率が増加し、40歳代では2人に1人が有所見になっています。50歳代ではこれらリスク因子に加えて、血圧、HbA1cも2人に1人が有所見となり、心血管疾患を発症しやすいリスク因子がある人の割合が高くなります(図9)。肥満を背景に生じたリスク因子は、肥満の改善でリスクを回避できることから、改めて肥満対策の強化が必要です。併せて、子どもの頃から、肥満にならない生活習慣の選択と、受療行動につながるような学習の機会を積極的に作る必要があります。

一方女性では、肥満の割合が男性に比べて低く、40歳代で19%、50歳代で22%、60歳代で26%にとどまっています。肥満に関係なく40歳代からHbA1c、LDLコレステロールの有所見率が増加し、更年期にあたる50歳代ではLDLコレステロールの有所見率が62%、HbA1cでは50%と男性以上に有所見率が高くなっています。さらに、更年期以降の60歳代になると血圧の有所見率も48%となり、心血管疾患などのリスク因子のある者の割合が増加しています(図10)。女性では、肥満の有無に関係なくリスク因子の集積が心血管疾患の発症リスクになることを知ってもらう学習機会を増やす必要があります。





生活習慣病予防健診	特定健診
-----------	------

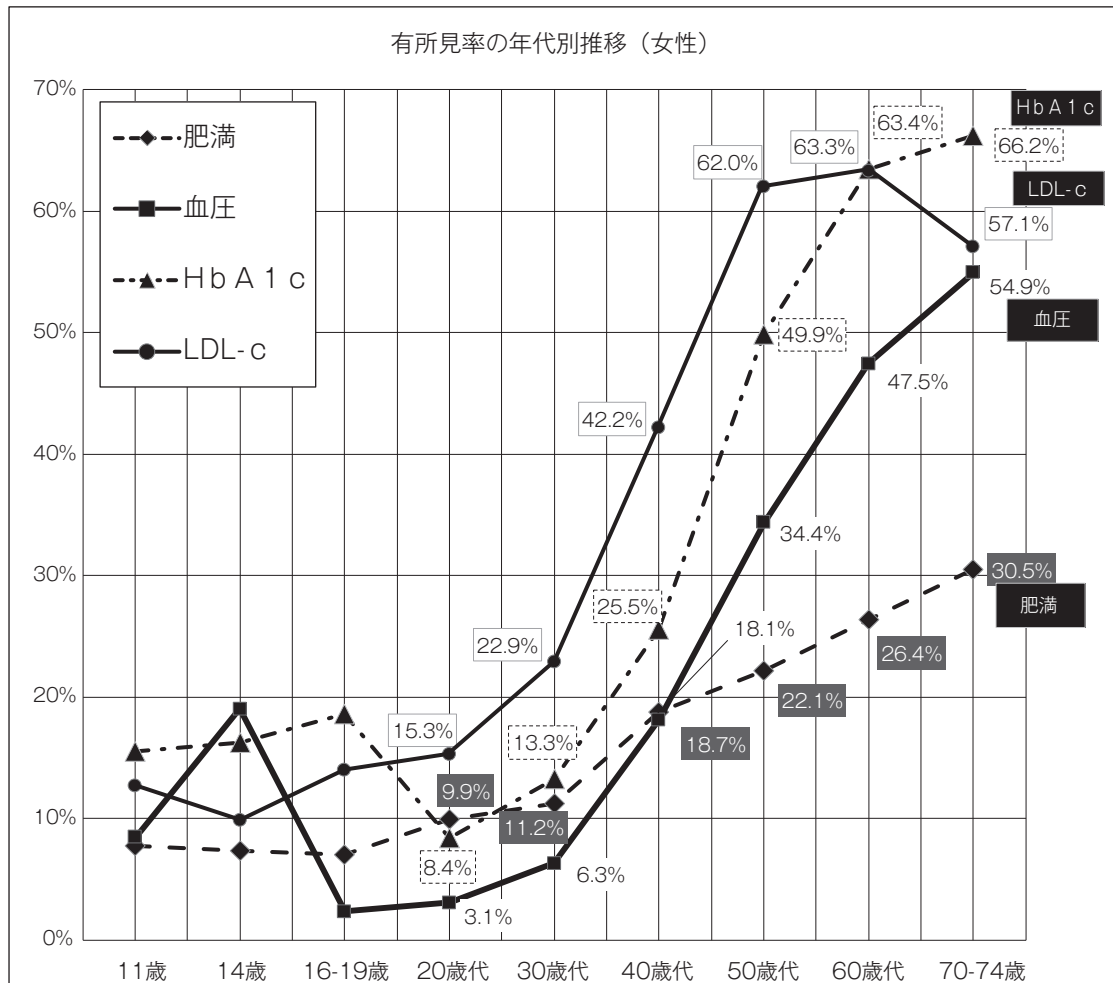
	11歳	14歳	16-19歳	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70-74歳
HbA1c 5.2%以上	16.3%	18.6%	12.1%	9.1%	21.8%	37.4%	50.4%	63.9%	64.9%
血圧 135/85以上	8.9%	25.4%	9.1%	20.5%	27.8%	38.3%	49.7%	60.0%	60.9%
LDL-c 120以上	11.4%	4.9%	21.2%	35.2%	47.5%	55.2%	53.3%	50.5%	45.0%
肥満 ※1	12.4%	6.8%	12.1%	27.3%	39.6%	50.3%	54.7%	53.7%	52.3%

※肥満の判定 11歳、14歳は 肥満度20%以上、腹囲、腹囲/身長比0.5以上のいずれかが基準を超えている場合

腹囲の基準：11歳75cm以上、14歳80cm以上

16歳以上は、BMI25以上、腹囲（男性85cm、女性90cm）以上のいずれかが基準を超えている場合

図9 男性の年代別有所見割合の推移



生活習慣病予防健診                      特定健診

	11歳	14歳	16-19歳	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70-74歳
HbA1c 5.2%以上	15.5%	16.3%	18.6%	8.4%	13.3%	25.5%	49.9%	63.4%	66.2%
血圧 135/85以上	8.4%	19.0%	2.3%	3.1%	6.3%	18.1%	34.4%	47.5%	54.9%
LDL-c 120以上	12.7%	9.9%	14.0%	15.3%	22.9%	42.2%	62.0%	63.3%	57.1%
肥満 ※1	7.8%	7.3%	7.0%	9.9%	11.2%	18.7%	22.1%	26.4%	30.5%

※肥満の判定 11歳、14歳は 肥満度20%以上、腹囲、腹囲/身長比0.5以上のいずれかが基準を超えている場合  
 腹囲の基準：11歳75cm以上、14歳80cm以上  
 16歳以上は、BMI25以上、腹囲（男性85cm、女性90cm）以上のいずれかが基準を超えている場合

図10 女性の年代別有所見割合の推移

(イ) リスク集積者割合及び肥満の有無によるリスク集積者割合の推移

年代別にリスク集積状況を見たのが、図11です。

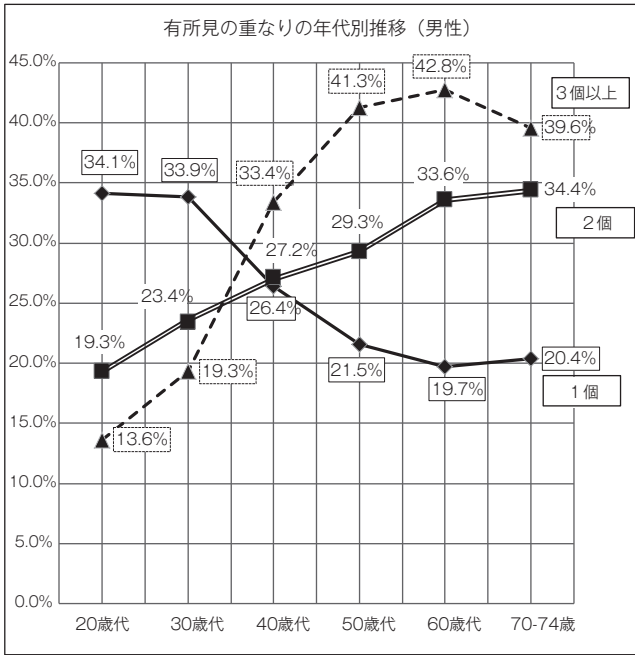
男性では、リスク個数1個は20歳代、30歳代で3割ですが、40歳代でリスク個数3個以上の者の割合と逆転します。リスク個数3個以上ある者の割合は、20歳代で13.6%、30歳代で19.3%、40歳代で33.4%、50歳代で41.3%と年代を追うごとに増加しています。

リスク集積個数と肥満の有無を調べたのが図12で、リスク個数3個以上を、「肥満に加え他のリスク個数2個以上ある」者と、「肥満なしでそれ以外のリスク個数3個以上ある」者に分け、年代別の推移を調べました。

男性の「肥満あり」では20歳代からリスク集積割合が75%を占め、年代を追っても7割から8割の横ばいです。一方、「肥満なし」では、リスク集積割合が20歳代で3.1%しかなく、年代を追って増加し、50歳代で3割に達するものの、「肥満あり」に比べてリスク集積割合は低率です。わずかな異常であっても個人にリスクが集積する状態が、心血管疾患易発症状態であることから、特にリスク個数3個以上の者の割合が増加する前の、40歳までの若年層を対象にした対策が必要です。

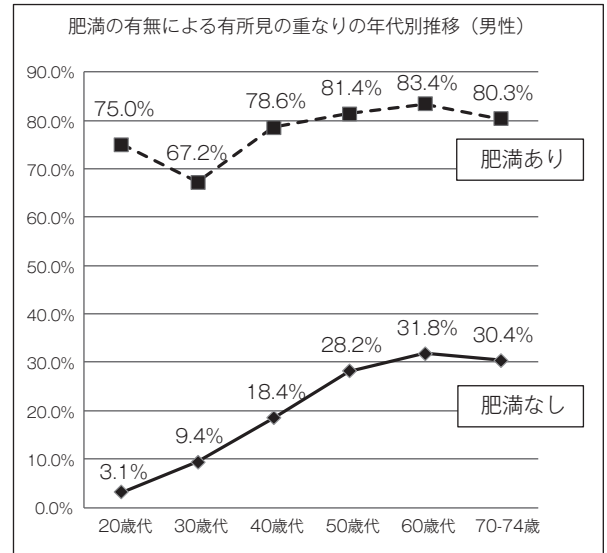
女性では、リスク個数1個が20歳代26%、30歳代29%、40歳代37.4%ですが、40歳代からリスク集積者割合が増加し、50歳代でリスク個数2個が34.1%、60歳代で38.3%に達します。心血管疾患発症リスクが高くなるリスク個数3個以上は50歳代で20.2%、60歳代で29%と更年期以降でリスク集積者が増加しています（図13）。中でも「肥満なし」のリスク集積者割合では、50歳代で34.2%、60歳代で59.1%と更年期以降にリスクが集積しています。しかし、「肥満あり」では20歳代からリスク集積者割合が23.1%あり、30歳代では34%、40歳代55.4%と年代を追うごとに増加し、50歳代に至ると75.2%、60歳代79.9%と男性と同様に8割の人がリスク集積しています（図14）。

これらのことから、女性もより若年から、リスク集積を招く肥満を解消できるような対策が必要です。併せて、肥満の有無に関わらず更年期以降にリスクを増やさない対策が必要です。



有所見個数	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70-74歳
1個	19.3%	23.4%	26.4%	21.5%	19.7%	20.4%
2個	34.1%	33.9%	27.2%	29.3%	33.6%	34.4%
3個以上	13.6%	19.3%	33.4%	41.3%	42.8%	39.6%

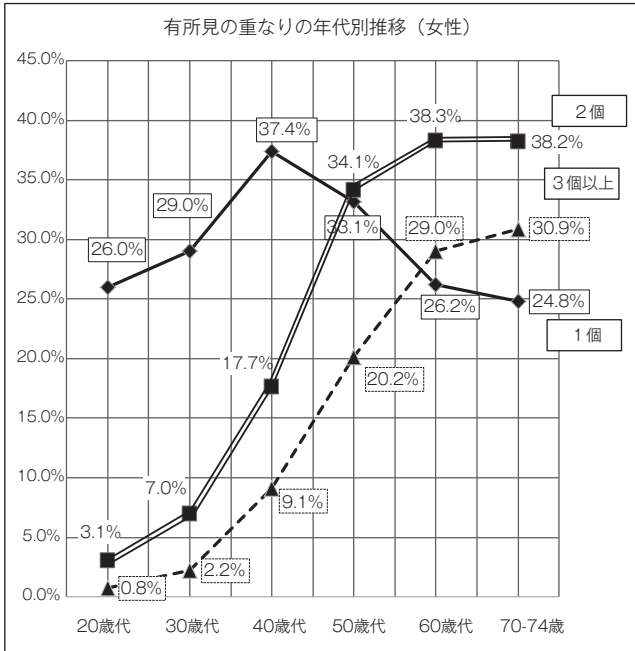
図11 リスク個数ごとの年代別割合の推移(男性)



	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70-74歳
肥満あり	75.0%	67.2%	78.6%	81.4%	83.4%	80.3%
肥満なし	3.1%	9.4%	18.4%	28.2%	31.8%	30.4%

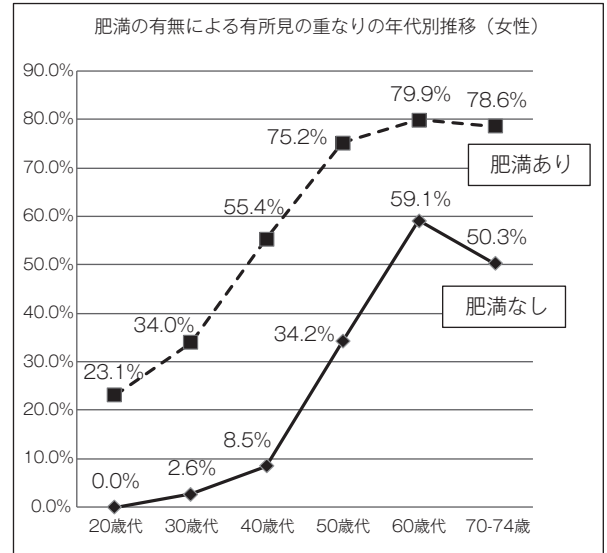
・肥満ありは、BMI25以上又は、腹囲（男性85cm、女性90cm）以上のいずれかに該当しており、かつ有所見の重なりが2個以上  
 ・肥満なしは、上記肥満ありの基準を超えておらず、かつ有所見の重なりが3個以上

図12 肥満の有無と年代別リスク集積者割合(男性)



有所見個数	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70-74歳
1個	3.1%	7.0%	17.7%	20.2%	26.2%	24.8%
2個	26.0%	29.0%	37.4%	34.1%	38.3%	38.2%
3個以上	0.8%	2.2%	9.1%	33.1%	29.0%	30.9%

図13 リスク個数ごとの年代別割合の推移(女性)



	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70-74歳
肥満あり	23.1%	34.0%	55.4%	75.2%	79.9%	78.6%
肥満なし	0.0%	2.6%	8.5%	34.2%	59.1%	50.3%

・肥満ありは、BMI25以上又は、腹囲（男性85cm、女性90cm）以上のいずれかに該当しており、かつ有所見の重なりが2個以上  
 ・肥満なしは、上記肥満ありの基準を超えておらず、かつ有所見の重なりが3個以上

図14 肥満の有無と年代別リスク集積者割合(女性)

### オ メタボリックシンドロームの予備群・該当者の状況

メタボリックシンドロームは心血管疾患の易発症状態にあるリスク因子集積状態ですが、内臓脂肪蓄積を解消することでリスクを回避することができるため、重症化予防のためにも肥満改善の取り組みが重要です。

平成24年度のメタボリックシンドローム予備群・該当者の出現割合は、男性でそれぞれ14.8%、32%、女性で6.3%、11.1%で、平成20年度と比較すると、男性ではいずれも横ばい、女性ではわずかに減少しています（表36）。これまでの対策は緊急性の高い重症者に対する保健指導を優先化してきたことから、特に男性の肥満者が増加しているなど、十分に改善していません。今後は肥満改善に向けた取り組みにも重点を置くことが必要です。

また、これらのうち、集積するリスク因子の状況をみると、男性では、内臓脂肪＋血压＋血糖＋脂質（3項目すべて）の組合せが最も多く、23.5%、女性では、内臓脂肪＋血压24.7%でした。次いで、男性では、内臓脂肪＋血压＋血糖が20.4%、女性では、内臓脂肪＋血压＋血糖＋脂質（3項目すべて）が23.4%でした。

男女とも内臓脂肪に加えてリスク因子3項目すべてが集積している割合が増加しており、内臓脂肪蓄積量の増加や内臓脂肪蓄積期間の長期化などに伴うリスク因子の集積が考えられます。この者は心血管疾患発症リスクが高いことから、保健指導や学習会による早期の肥満改善が必要です。

表36 メタボリックシンドロームの予備群・該当者の平成20年度と24年度の比較

	被保険者数	健診受診者		肥満 男性85cm以上 女性90cm以上		腹囲のみ		メタボリック予備群			メタボリック該当者			有所見の重複状況													
		a	b	b/a	c	c/b	d	d/c	e	e/b	(腹囲+1項目)		メタボリック該当者		3項目全て												
											血圧	血糖	脂質	血糖+血圧	血圧+脂質	血糖+脂質	j	k	l	m							
H20年度	85,210	35,204	41.3%	11,596	32.9%	1,049	9.0%	3,555	10.1%	2,337	22.2%	591	5.6%	627	5.9%	6,992	19.9%	2,279	21.6%	1,824	17.3%	497	4.7%	2,392	22.7%		
H24年度	80,978	33,176	41.0%	10,865	32.7%	1,028	9.5%	3,271	9.9%	2,114	21.5%	515	5.2%	642	6.5%	6,561	19.8%	1,934	19.7%	1,868	19.0%	487	5.0%	2,272	23.1%		
再掲	男性	H20	39,989	14,196	35.5%	7,047	49.6%	536	7.6%	2,084	14.7%	1,315	20.2%	375	5.8%	394	6.1%	4,427	31.2%	1,429	21.9%	1,135	17.4%	344	5.3%	1,519	23.3%
		H24	37,884	13,746	36.3%	7,043	51.2%	598	8.5%	2,040	14.8%	1,276	19.8%	363	5.6%	401	6.2%	4,405	32.0%	1,313	20.4%	1,221	18.4%	358	5.6%	1,513	23.5%
	女性	H20	45,221	21,008	46.5%	4,549	21.7%	513	11.3%	1,471	7.0%	1,022	25.3%	216	5.4%	233	5.8%	2,565	12.2%	850	21.1%	689	17.1%	153	3.8%	873	21.6%
		H24	43,094	19,430	45.1%	3,817	19.6%	430	11.3%	1,231	6.3%	838	24.7%	152	4.5%	241	7.1%	2,156	11.1%	621	18.3%	647	19.1%	129	3.8%	759	22.4%

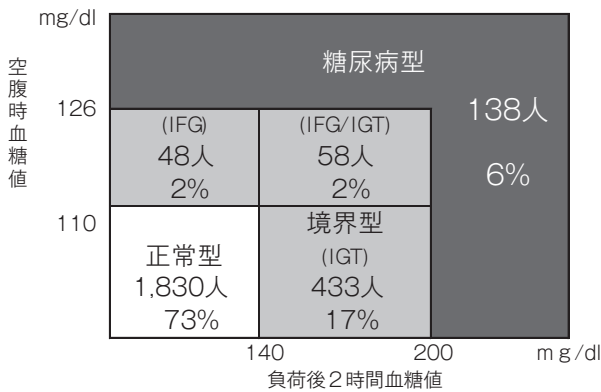
出典：いずれも、各年特定健診データより（結果把握は除く）

カ 耐糖能異常の状況

(ア) O G T T受検者の糖尿病判定区分

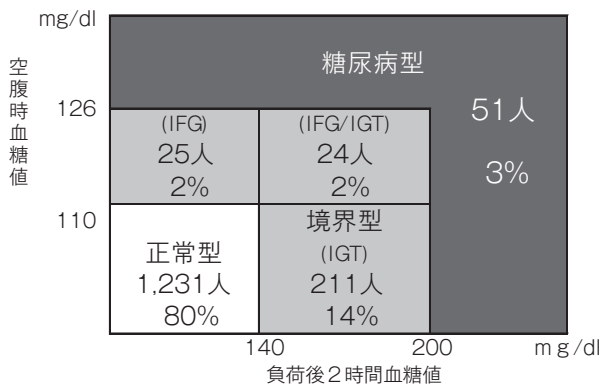
糖尿病の発症及び重症化予防を目的に、自分の糖代謝能力を知ってもらい、それにあった生活習慣を選択してもらえよう、平成18年度から、肥満又はH b A 1 c ( J D S 値) 6.4%以下のうち、希望者を対象に75 g 糖負荷試験 ( Oral glucose tolerance test, O G T T) を実施しています。

その結果は図15のとおりで、H b A 1 c 6.4%以下の対象者のうち、6%が糖尿病型、17%がI G Tでした。H b A 1 c では明らかな異常値を呈していない者の中から、糖尿病型や境界型を発見し、早期に重症化を予防するための保健指導を実施するため、O G T T 検査は重要です。



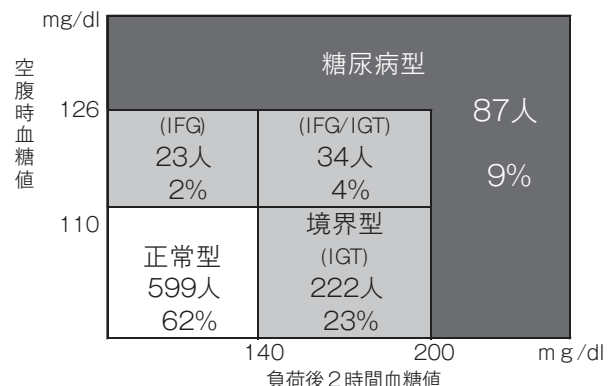
出典：平成21年度ハイリスク健診結果 (OGTT検査) より

図15 尼崎市国民健康保険75 g 糖負荷試験結果



出典：平成21年度ハイリスク健診結果 (OGTT検査) より

図16 肥満者の75 g 糖負荷試験結果



出典：平成21年度ハイリスク健診結果 (OGTT検査) より

図17 肥満なしの75 g 糖負荷試験結果

糖尿病型：空腹時血糖が126mg/dl以上かつ、あるいは又は負荷後2時間値が200mg/dl以上の場合  
 (どちらか一つでも満たせば糖尿病と判定する)

- ・正常型：空腹時血糖が110mg/dl未満かつ負荷後2時間値が140mg/dl未満  
 (両者を満たせば正常とする。ただし負荷後1時間値が180mg/dl以上の場合は境界型に準じた扱いとする)
- ・境界型：糖尿病型、正常型どちらにも属さないもの  
 I F G ~ 空腹時血糖値異常、 I G T ~ 食後血糖異常

(イ) O G T T 受検者によるインスリン分泌能の状況

インスリン分泌量に対してインスリン作用が低いインスリン抵抗性の指標がH O M A - R で1.7以上を「インスリン抵抗性あり」と判断します。また、インスリン反応の指標がI . I (insulinorenic index) で0.4以下は血糖上昇に対するインスリン反応が悪いと判断します。

OGTT検査受検者の結果を見ると、I.I低下者が4割で、HOMA-R高値者よりも多いことが明らかです（表37）。

年代別では、年齢を追うごとにインスリン分泌能低下者が増加し、特にI.I異常で顕著です。インスリン分泌能の低下は加齢による変化が大きいものの、自らのインスリン分泌能に合わせた食生活を選択することで、糖尿病発症を防ぐことができることから、引き続きOGTT検査を行い、インスリン分泌能に併せた保健指導が必要です。

一方、インスリン抵抗性があると考えられるHOMA-R高値者は30～50歳代で多く、インスリン作用不足から代償的にインスリン過剰分泌が起こり、その状態を継続することで、結果的に将来、インスリン分泌不全、I.I低下につながる可能性が考えられます。したがって、将来の糖尿病発症予防のためには、若年層のHOMA-R高値者に対する減量や運動習慣の定着化などの保健指導が必要です。

表37 OGTT結果によるインスリン分泌能の状況

	受検者	HOMA-R1.7以上 且つ I.I0.4以下		HOMA-R1.7以上		I.I0.4以下		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	
		b	b/a	b	b/a	b	b/a	
計	2,507	108	4%	198	8%	1,021	41%	
正常型	1,830	22	1%	125	7%	650	36%	
境界型	539	46	9%	60	11%	291	54%	
【再掲】	境界型(IFG)	48	10	21%	6	13%	26	54%
	境界型(IFG/IGT)	58	11	19%	8	14%	37	64%
	境界型(IGT)	433	25	6%	46	11%	228	53%
糖尿病型	138	40	29%	13	9%	80	58%	

出典：平成21年度ハイリスク健診結果（OGTT検査）より

表38 年代別インスリン分泌能の状況

年齢	受検者		HOMA-R1.7以上		I.I0.4以下	
	人数	占有率	人数	割合	人数	割合
	a		b	b/a	b	b/a
計	2,507	100%	306	12%	1,129	45%
70-74歳	644	26%	78	12%	305	47%
60歳代	1,344	54%	142	11%	634	47%
50歳代	278	11%	40	14%	108	39%
40歳代	151	6%	30	20%	57	38%
30歳代	90	4%	16	18%	25	28%

出典：平成21年度ハイリスク健診結果（OGTT検査）より

#### （ウ）肥満者のOGTT受検の有無と翌年の体重減少効果

30～74歳で肥満又はHbA1c6.4%以下のうち、OGTT検査を受けた者とそれ以外との翌年の5%体重減少を比較したものが表39です。OGTT受検者は、未受検者と比較して、5%以上体重減少した者の割合が多く、OGTT結果に基づく保健指導により、体重減少の動機付けにつながったと考えられます。

耐糖能異常の状態にある対象者に対する減量効果を上げるためには、OGTT検査を今後も引き続き実施することが重要です。



表39 肥満者のOGTT受検の有無と翌年の体重減少効果

	H21 肥満者	H22 5%以上 体重減少	
		人数	割合
計	3,198	300	9%
OGTT受診	643	76	12%
OGTT受診なし	2,555	224	9%

※ 肥満の定義は、BMI25以上又は、腹囲（男性85cm、女性90cm）以上のいずれかに該当するもの  
 出典：平成21ハイリスク健診結果（OGTT検査）受診者の内、平成22年度特定健診（結果把握を除く）より

（エ）OGTT受検者の翌年のHbA1c改善状況

30～74歳で肥満又はHbA1c 6.4%以下のうち、OGTT検査を受けた者とそれ以外との翌年のHbA1c値の改善割合を見たのが表40です。OGTT受検者は55.8%で翌年のHbA1c値が改善していますが、未受検者は30.3%にとどまっています。これは減量による効果に加え、自らのインスリン分泌能を確認したことで、1回の食事量やショ糖や果糖の摂取量をコントロールしたことによるHbA1c値改善効果も含まれるものと考えられます。糖尿病や心血管疾患の発症予防のためにも、OGTT検査は重要です。

表40 HbA1c 6.1～6.4%でOGTT受検者の翌年のHbA1c改善状況

平成21年度		平成22年度									
HbA1c 6.1～6.4%		改善者計		5.2～5.4%		5.5～6.0%		6.1～6.4%		6.5%以上	
人		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
OGTT実施者	52	29	55.8%	0	—	29	55.8%	17	32.7%	6	11.5%
OGTT未実施者	287	87	30.3%	2	0.7%	85	29.6%	107	37.3%	93	32.4%

出典：平成21年度、特定健診（結果把握を除く）、ハイリスク健診（OGTT検査）受診者の内、平成22年度特定健診受診者（結果把握を除く）より

キ 頸部エコー検査結果の状況

（ア）リスク因子個数及び年代別の頸部プラーク及びIMT肥厚の状況

自らの血管変化の状況を知り、確実なリスクコントロールのために必要な医療や生活習慣改善を選択してもらえるよう、平成18年度から、国民健康保険独自に頸部エコー検査を実施しています。

頸部エコー検査受検者の結果のうち、年代別の状況では、年齢が進むほど頸部プラークあり、及びIMT1.1mm以上の割合が増加しています（表41）。加齢による血管変化と考えられますが、リスク因子数と頸部プラークあり、及びIMT1.1mm以上の割合をみると、リスク因子数が増加するほど、いずれかの有所見率が増加する（表42）ことから、加齢に加えてリスク因子数が頸動脈の変化を進めると考えられます。

表41 年代別頸部プラーク及びIMT肥厚の状況

	受診者		プラークあり		IMT1.1mm以上	
	人数	占有率	人数	%	人数	%
計	4,665	100%	1,677	36%	700	15%
70-74歳	1,360	29%	676	50%	273	20%
60歳代	2,502	54%	876	35%	371	15%
50歳代	510	11%	108	21%	48	9%
40歳代	293	6%	17	6%	8	3%

出典：平成21年度ハイリスク健診結果（頸部エコー検査）より

表42 リスク因子個数と頸部プラーク及びIMT肥厚の状況

リスク個数別	受診者	プラークあり		IMT 1.1mm以上	
		人数	割合	人数	割合
計	4,665	1,677	36%	700	15%
なし	404	96	24%	17	4%
1個	1,169	363	31%	127	11%
2個	1,303	487	37%	183	14%
3個以上	1,789	731	41%	373	21%

リスク個数とは

①腹囲orBMI有所見 ②TG150以上orHDL40未満 ③血圧正常高値以上  
④HbA1c5.2%以上or空腹時血糖100以上 随時血糖140以上 ⑤LDL120以上 ⑥尿酸7.0以上  
にあてはまるものの個数

出典：平成21年度ハイリスク健診結果（頸部エコー検査）より

（イ）肥満者の頸部エコー検査の有無と翌年の体重減少効果

肥満者のうち、頸部エコー検査の有無と翌年の5%体重減少の状況を見たのが表43です。頸部エコー検査の受検及び結果説明が、リスクコントロールのための減量の必要性について、より強力に伝わった可能性があります。

表43 頸部エコー検査の有無と翌年の体重減少効果

	H21 肥満者	H22 5%以上 体重減少	
		人数	割合
計	3,388	316	9%
頸部エコー受診	1,134	121	11%
頸部エコー受診なし	2,254	195	9%

※ 肥満の定義は、BMI25以上又は、腹囲（男性85cm、女性90cm）以上のいずれかに該当するもの

出典：平成21ハイリスク健診（頸部エコー検査）受診者の内、平成22年度  
特定健診（結果把握を除く）受診者の結果から集計

（ウ）肥満者の頸部エコー検査の有無と翌年のリスク個数の変化

肥満者のうち、頸部エコー検査の有無と翌年のリスク個数の状況を見たのが表44です。頸部エコー検査受検者のうち、翌年リスク個数が減少した割合は37.7%で、未受検者32.7%より高率です。

このような結果から、頸部エコー検査及びその後の保健指導が、血管障害を進めないためにも、リスク因子個数を減少させる必要があることに気づいてもらうきっかけになったものと考えられます。頸部エコー検査の結果は、血管変化の結果を表しており、検査結果でプラーク所見やIMT肥厚が見つかって、その改善は難しいですが、さらに血管障害を進めないためのリスクコントロールにつながっているものと考えられます。非侵襲性の検査であるため、リスクコントロールを促進するツールとして、今後も活用することが必要です。

表44 リスク因子3個以上の頸部エコー検査の有無と翌年のリスク因子個数の状況

平成21年度		平成22年度							
リスク個数 3個以上	人	改善者計		なし		1~2個		3個以上	
		人	%	人	%	人	%	人	%
頸部エコー実施者	1,133	427	37.7%	18	1.6%	409	36.1%	706	62.3%
頸部エコー未実施者	2,194	718	32.7%	21	1.0%	697	31.8%	1,476	67.3%

出典：平成21年度、特定健診（結果把握を除く）、ハイリスク健診（頸部エコー検査）受診者の内、平成22年度特定健診受診者（結果把握を除く）より

#### ク 有所見状況の変化

平成20年度と比較して24年度は、男性の腹囲、BMIの割合が増加しているものの、女性の腹囲、BMIの割合は減少しており、血管を傷つけるリスク因子となる血糖、血圧、LDLコレステロールや中性脂肪のいずれの有所見率も減少しています。

重症者対策による効果に併せて、集団健診受診者の約9割に、結果説明会や保健指導を実施してきたことなどが、有所見率の減少につながったものと考えられます。

表45 特定健診結果の有所見状況の平成20年度と24年度の比較

年度	受診者	摂取エネルギーの過剰										血管を傷つける						内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因					
		腹囲		BMI		中性脂肪		ALT(GPT)		HDL		空腹時血糖		HbA1c(JDS)		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-c	
		男85cm以上 女90cm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	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H20	14,196	7,047	49.7%	4,205	29.6%	4,125	29.1%	2,778	19.6%	1,300	9.2%	5,851	41.2%	9,724	68.5%	2,917	20.6%	8,290	58.4%	4,359	30.7%	7,218	50.8%
		6,711	51.2%	3,902	29.8%	3,625	27.7%	2,592	19.8%	1,245	9.5%	4,955	37.9%	7,968	61.4%	2,752	21.2%	7,258	55.4%	3,277	25.0%	6,387	48.8%
H24	21,008	4,549	21.7%	4,930	23.5%	3,515	16.7%	2,372	11.3%	485	2.3%	5,646	26.9%	15,173	72.2%	480	2.3%	10,492	49.9%	4,061	19.3%	13,386	63.7%
		3,655	19.6%	4,032	21.6%	2,836	15.2%	1,571	8.4%	390	2.1%	4,322	23.2%	11,212	60.8%	540	2.9%	8,545	45.9%	2,678	14.4%	11,046	59.3%

※欠損値も含むため、有所見割合は、検査実施者で算出  
出典：各年ともに特定健診結果より（結果把握は除く）

ケ 健診、保健指導

(ア) 特定健診受診率

国保被保険者が、健診を通じて、糖尿病や心血管疾患、慢性腎不全などのリスクの状況や、生活習慣改善の結果などを自ら年1回確認してもらうため、また、重症化の恐れのある未受診者に健診を受けてもらうため、健診受診率の向上対策は最重要な課題です。

平成24年度の受診率は39.2%で対象者の4割が受診してくれていますが、表47をみると、これまで健診を受診したことのない、いわゆる「初めて受診者」で重症者の割合が継続受診者よりも多いことから、今後もあらゆる方法を活用した受診率向上対策に取り組む必要があります。

表46 特定健診法定報告対象者の受診率

	20年度		21年度		22年度		23年度		24年度		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
特定健診受診率	36,012	42.3%	29,736	35.6%	26,713	32.9%	31,952	39.1%	31,727	39.2%	
うち、結果把握率	1,483	1.7%	760	0.9%	645	0.8%	1,312	1.5%	821	1.0%	
再掲	男性	14,567	36.4%	12,062	31.1%	17,674	28.7%	13,054	34.3%	13,099	34.6%
	女性	21,445	47.4%	10,810	39.5%	15,903	36.5%	18,843	43.4%	18,628	43.2%
計画上の受診率目標	40%		50%		60%		60%		65%		

出典：各年ともに、特定健診結果より

表47 初めて健診受診者の状況

	20年度		21年度		22年度		23年度		24年度	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
はじめて受診者	34,529	100%	7,198	24.8%	4,532	17.4%	6,961	22.7%	5,771	18.7%
うち重症者	6,487	18.8%	1,429	19.9%	885	19.5%	1,428	20.5%	1,141	19.7%
(参考) 継続受診者の重症者			3,407	15.6%	3,386	15.7%	3,679	15.5%	4,015	16.0%

出典：各年ともに、特定健診結果より（結果把握は除く）

(イ) 健診未受診者の状況

① 健診未受診者の受療状況

平成24年度の特定健診対象者（40～74歳）の過去の受診履歴や、未受診者の状況をさらに詳しく調べたのが表48です。

平成20年度から23年度まで連続4年間健診を受診している者は11%で、受診断続受診者は23%、過去一度も受診したことがない者は、平成24年度に特定健診の新規対象となる10%を除くと、56%に及んでいます。これら未受診者のうち、医療機関に受療中の者は72%で、そのうち生活習慣病で受療中の者は63%でした。

健診未受診でかつ医療機関も受療していない者は22%で、健康実態が把握できていないこれら未受診者への対策が必要です。

表48 過去の健診受診動向によるセグメント分けした対象の平成24年度健診受診動向と、未受診者の状況

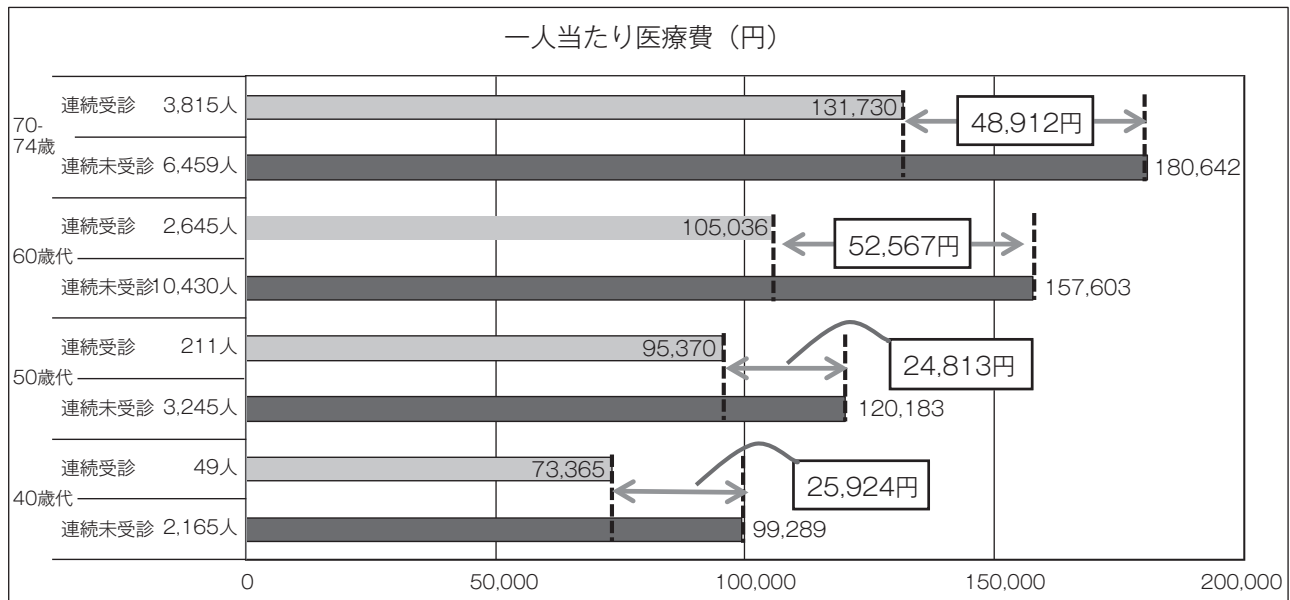
	健診対象者		健診受診者		健診未受診者		医療機関受療中				内、生活習慣病で受療		健診未受診 且つ、医療機関未受療		
	人 a	占有率	人 b	% b/a	人 c	% c/a	人 d	% d/c	人 e	% e/d	人 f	% f/a			
													人	%	
総計	80,978	100%	30,883	38%	50,095	62%	37,894	76%	24,408	64%	12,201	15%			
H20～23 4年連続健診受診者	9,082	11%	8,497	94%	585	6%	545	93%	450	83%	40	0.4%			
H20～23 の間で1～3回受診者	18,895	23%	10,509	56%	8,386	44%	7,480	89%	5,608	75%	906	5%			
過去一度も健診未受診者	53,001	65%	11,877	22%	41,124	78%	29,869	73%	18,350	61%	11,255	21%			
【再掲】	対象年齢（40歳）到達者	1,502	2%	226	15%	1,276	85%	833	65%	212	25%	443	29%		
	H23年度中に国保に新規加入者	6,265	8%	2,389	38%	3,876	62%	3,005	78%	1,827	61%	871	14%		
	これまでからずっと国保に加入者	45,234	56%	9,262	20%	35,972	80%	26,031	72%	16,311	63%	9,941	22%		

出典：健診対象者は、平成24年度特定健診法定対象者（40歳～74歳で年間を通じて国保に加入していた者）  
 健診受診者は平成24年度特定健診受診者40歳～74歳（結果把握は除く）  
 医療機関の受療は、尼崎市国民健康保険診療報酬明細書 平成24年度年間分入院・通院・調剤合算分 0-74歳で人寄せし集計

② 健診受診状況による医療費の差

平成24年度の特定期健診対象者（40～74歳）のうち、連続4年健診を受診した者と、一度も健診を受診していない者で生活習慣病にかかる年間医療費の差をみたのが図18です。

いずれも健診受診者の医療費が低額で、年代を追うごとに医療費の差が大きくなり、60歳代以降では5万円程度の差となっています。医療費適正化の観点からも受診率向上は重要な課題です。



出典：健診対象者は、平成24年度特定健診法定対象者（40歳～74歳で年間を通じて国保に加入していた者）  
 健診受診者は平成24年度特定健診受診者40歳～74歳（結果把握は除く）  
 医療機関の受療は、尼崎市国民健康保険診療報酬明細書 平成24年度年間分入院・通院・調剤合算分 0-74歳で人寄せし集計

図18 4年連続健診受診者と、未受診者の一人当たり生活習慣病にかかる医療費の差

## (ウ) 保健指導実施率

保健指導が必要な対象者を抽出する目的で健診を実施していることから、保健指導実施率は重要です。個別健診受診者の保健指導実施率は低調でしたが、集団健診受診者には健診結果の交付と保健指導の実施を同日に行ったため、約9割には保健指導を実施できています。さらに、平成24年度の特定保健指導完了率は、国の示した特定保健指導の参酌目標45%を上回る45.2%でした。

保健指導実施率の向上に向けては、医療機関との連携とともに、継続保健指導のプログラム化を図り、確実な減量や減塩につなげる必要があります。

表49 保健指導の実施率

	20年度		21年度		22年度		23年度		24年度		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
集団健診受診者	14,703	88.0%	13,154	89.7%	11,225	89.0%	12,651	87.9%	12,255	88.0%	
個別健診受診者	2,002	1.8%	1,512	4.1%	1,386	3.4%	1,748	2.1%	387	2.3%	
特定保健指導	実施率	3,174	53.1%	2,753	56.8%	2,176	53.8%	2,332	60.9%	1,954	63.6%
	完了率	1,743	29.2%	1,391	28.7%	1,042	25.8%	1,511	39.5%	1,389	45.2%
計画上の目標値	45%		45%		45%		45%		45%		

出典：各年ともに、特定健診結果（結果把握は除く）に基づく保健指導実施結果より

## まとめ

### 1 生活習慣病の医療状況

- ・生活習慣病の受療で最も高額は解離性大動脈瘤139万4,121円で、次いで脳血管疾患68万509円、虚血性心疾患58万2,478円でした。その基礎疾患の入院では、糖尿病が13万8,354円、高血圧症8万4,939円、脂質異常症7万51円の順になっています。
- ・生活習慣病の受療割合は虚血性心疾患22.4%、脳血管疾患20.1%、解離性大動脈瘤1.2%で、受療数は40歳代から50歳代で倍増しています。
- ・基礎疾患の受療状況では、高血圧28.1%、糖尿病25.5%、脂質異常症25.7%でした。

### 2 人工透析

- ・人工透析導入者の65%が糖尿病を合併しています
- ・新規透析導入者の以前の加入医療保険は、社会保険（組合健保・協会けんぽ・共済組合・国保組合など）が70%を占め、社会保険脱退者の39%は国保加入の前に透析導入を開始しています。

### 3 健診結果の状況

- ・男女とも健診受診者2人に1人が収縮期血圧、HbA1c、LDLコレステロールの有所見率が高く、収縮期血圧、HbA1cの有所見率は県国保平均よりも高率です。また、男性で腹囲有所見が51.2%で県よりも高い状況です。

#### 【重症者の状況】

- ・Ⅱ度以上の高血圧は、男性65～74歳で9.1%、40～64歳で7.2%、女性でそれぞれ6.2%、4%を占める合計2,262人。
- ・HbA1c 7%以上の高血糖者は、男性65～74歳で4.9%、40～64歳で4.9%、女性でそれぞれ2.6%、1.8%を占め、男性にHbA1cによる重症化ハイリスク者が多いことが特徴です。
- ・LDLコレステロール180mg/dl以上は、男性65～74歳で2.8%、40～64歳で4.7%、女性でそれぞれ5.7%、6.7%でした。
- ・重症なりリスク因子を単独で持っている人の割合は9割を超えることが特徴です。これは肥満あり、なしに分けても同様でした。
- ・人工透析導入等のリスクが最も高い人は、140人（1.1%）で、eGFRによる腎機能低下はそれほどではないが尿蛋白がでていないか、尿蛋白は出ていないが腎機能が低下している③の人は340人（2.6%）でした。

#### 【ライフステージごとの状況】

- ・男性では20歳代から年代を追うごとに肥満、LDLコレステロールの有所見率が増加、50歳代では血圧、HbA1cも2人に1人が有所見
- ・女性では、肥満の割合が男性に比べて低く、肥満に関係なく40歳代からHbA1c、LDLコレステロールの有所見率が増加、更年期にあたる50歳代ではLDLコレステロール、HbA1cが男性以上に高くなっています。
- ・男性のリスク3個以上の割合は、年代を追うごとに増加し、「肥満あり」では20歳代から年代に関係なく7割から8割の横ばい、「肥満なし」は年代を追って増加しますが、「肥満あ



り」に比べてリスク集積割合は低率です

- ・女性のリスク3個以上の割合は、40歳代から増加し、「肥満あり」では年代を追うごとにリスク集積者割合が増加し、50歳代以降では男性と同様に8割の人がリスク集積、「肥満なし」では更年期以降にリスクが集積しています。

#### 【重症者の改善状況】

- ・平成20年度重症化ハイリスク者の24年度の健診結果はいずれも改善し、未受療者割合が減少しています。

#### 【健診・保健指導】

- ・平成24年度の健診受診率は39.2%、特定保健指導は国の参酌目標を上回る45.2%でした。
- ・「初めて受診者」で重症者の割合が継続受診者よりも多い
- ・連続4年間健診を受診している者は11%で、受診断続受診者は23%、新規対象者10%、未受診者56%。
- ・健診未受診でかつ医療機関も受療していない者は22%。
- ・どの年代も健診未受診者に比べて健診連続受診者の年間医療費が低額でした。

### 3. その他の健康課題

#### (1) 認知症

平成24年度年間分の国保診療報酬明細書（レセプト）で認知症の傷病名の記載があるものを集計したのが表50です。有病率は0.24%で、国が示す推計有病率より低い状況にあります。認知症患者が必要な医療を受けていない可能性が推測できます。認知症は早期の段階で治療することで進行を遅らせることが可能なことが、医学的にも明らかになっていることから、健診結果説明会や地域での学習会などの機会に、認知症の治療や予防についての情報提供を行うことが必要です。

表50 国保被保険者における認知症での受療割合と潜在的な有病者

年代	被保険者数	受療者		国の示す認知症有病率※1	本市国保の認知症有病者数の推計値※2
		人	有病率		
70-74歳	21,820	165	0.76%	3.6%	786
60歳代	38,290	96	0.25%	1.5%	574
50歳代	14,319	10	0.07%		
20-49歳	41,599	5	0.01%		
合計	116,028	276	0.24%		

出典：尼崎市国民健康保険診療報酬明細書 平成24年度年間分入院・通院・調剤合算分 0-74歳で人寄せし集計

※1 厚生労働省：第19回新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム 朝田構成員報告資料より

※2 ※1の有病率を国保被保険者に掛け合わせ算出

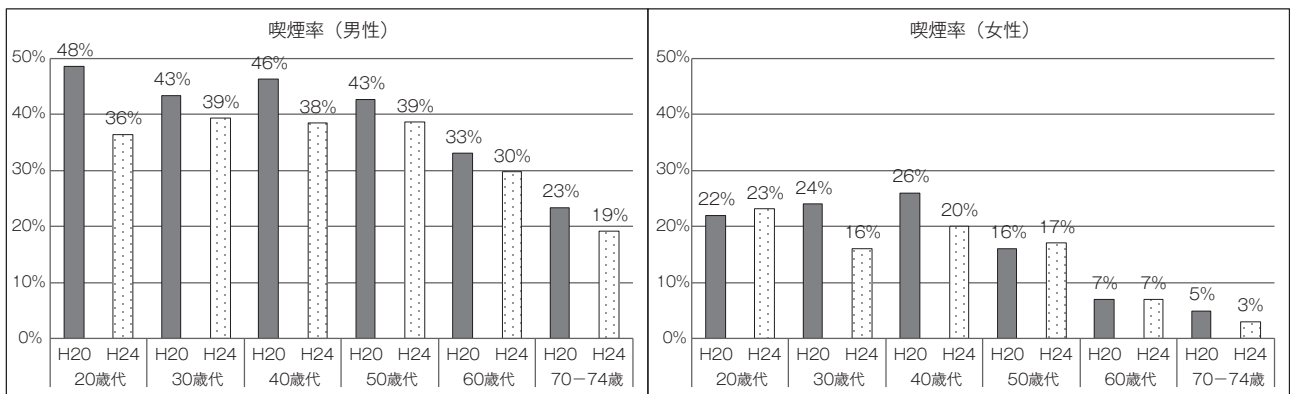
#### (2) 慢性閉塞性肺疾患（COPD）

##### ア 喫煙率

平成24年度の喫煙率は男性で28%、女性で8%でした。平成20年度と24年度の喫煙率を比較すると、男性ではどの年代でも減少していますが、女性では20歳代、50歳代で増加しています（図19、20）。表52では20歳代女性の喫煙率が顕著で、50歳代女性でも増加しています。

一方、特定健診受診者のうち、初めて受診者は継続受診者と比べて喫煙率が高く、平成24年度の男性では11%、女性では6%上回る結果です。

喫煙はCOPD発症リスクであるとともに、単一でも動脈硬化を進める危険因子であることから、健診結果説明会などにおいて、喫煙による健康障害についての学習機会を確保していくことが必要です。



出典：各年ともに、特定健診、生活習慣病予防健診受診者より、質問票にて喫煙ありと回答のあった者を集計

図19 平成20年度と平成24年度の喫煙率の比較（男性） 図20 平成20年度と平成24年度の喫煙率の比較（女性）

表51 平成20年度から5か年の喫煙率の変化（男性）

男性	H20		H21		H22		H23		H24	
	喫煙者	率	喫煙者	率	喫煙者	率	喫煙者	率	喫煙者	率
年代										
総計	4,823	32%	3,968	30%	3,407	28%	3,827	27%	3,986	28%
70-74歳	1,119	23%	946	21%	843	20%	964	19%	1,031	19%
60歳代	2,235	33%	1,786	31%	1,492	30%	1,712	29%	1,770	30%
50歳代	712	43%	558	41%	465	40%	525	38%	523	39%
40歳代	582	46%	502	44%	428	42%	500	39%	499	38%
30歳代	158	43%	152	41%	147	39%	109	35%	124	39%
20歳代	16	48%	18	39%	27	33%	14	22%	32	36%

【再掲】 40～74歳喫煙者

	喫煙者	率	喫煙者	率	喫煙者	率	喫煙者	率	喫煙者	率
初めて受診	—	—	1,281	38%	894	40%	1,202	35%	1,123	36%
継続受診	—	—	2,511	27%	2,334	25%	2,499	24%	2,700	25%

出典：各年ともに、特定健診、生活習慣病予防健診受診者より、質問票にて喫煙ありと回答のあった者を集計

表52 平成20年度から5か年の喫煙率の変化（女性）

女性	H20		H21		H22		H23		H24	
	喫煙者	率	喫煙者	率	喫煙者	率	喫煙者	率	喫煙者	率
年代										
総計	1,958	9%	1,570	8%	1,340	8%	1,612	8%	1,621	8%
70-74歳	295	5%	253	4%	190	3%	231	3%	225	3%
60歳代	722	7%	639	7%	539	6%	651	7%	674	7%
50歳代	416	16%	290	14%	239	14%	312	16%	320	17%
40歳代	356	26%	285	23%	241	21%	317	21%	298	20%
30歳代	107	24%	89	20%	87	19%	73	16%	70	16%
20歳代	12	22%	13	14%	42	25%	26	22%	30	23%

【再掲】 40～74歳喫煙者

	喫煙者	率	喫煙者	率	喫煙者	率	喫煙者	率	喫煙者	率
初めて受診	—	—	583	13%	373	14%	555	14%	468	13%
継続受診	—	—	884	6%	836	6%	956	6%	1,049	7%

出典：各年ともに、特定健診、生活習慣病予防健診受診者より、質問票にて喫煙ありと回答のあった者を集計

### イ COPDの治療状況

平成24年度年間分の国保診療報酬明細書（レセプト）でCOPDの傷病名の記載があるものを集計したのが表53のとおりです。40歳以上の有病率は0.9%で、国が示す40歳以上の推計有病率8.6%より低い状況にあることから、COPD患者が必要な医療を受けていない可能性が推測できます。COPDは身体活動を低下させ、代謝障害やサルコペニアにつながる可能性が高いことから、発症予防と重症化予防につながる禁煙対策が重要です。

表53 国保被保険者におけるCOPDでの受療割合と潜在的な有病者

年代	被保険者数	受療者		ガイドラインで示されるCOPD有病率 ※1	本市国保のCOPD有病者数の推計値 ※2
		人	%		
70-74歳	21,820	339	1.6%	8.6%	7,728
60歳代	38,290	407	1.1%		
50歳代	14,319	62	0.4%		
40歳代	15,437	38	0.2%		
40-74歳小計	89,866	846	0.9%		
30歳代	14,746	18	0.1%		
30歳未満	27,189	5	0.02%		
合計	131,801	1,715	1.3%		

出典：尼崎市国民健康保険診療報酬明細書 平成24年度年間分入院・通院・調剤合算分 0-74歳で人寄せし集計

※1 COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドラインより

※2 ※1の有病率を国保被保険者に掛け合わせ算出

### ウ 現在行っている禁煙対策

現在、特定健診等の結果で、喫煙者のうち、リスク集積があるなど血管内皮障害がある可能性が高い者を対象に、スパイロメーターを使用して肺機能を測定し、心血管疾患の発症などを予防するための保健指導を実施していますが、表54のとおり、2割の者に肺機能低下の結果が出ています。そのうち、88%が中度以上の肺機能低下でした。これらの者の診療報酬明細書（レセプト）を調べてみると、80%が肺気腫やCOPD、ニコチン依存症などで受療しています。喫煙はCOPDに加え、心血管疾患発症のリスクの一つでもあることから、今後はさらに禁煙対策の強化が必要です。

表54 平成23年度 健診受診者の内、喫煙者に対するスパイロメーター実施結果とその後の受療状況

	受診者計 人	1秒率70%以下		(内訳) COPD病期分類※							
				さわめて重度		重度		中度		軽度	
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
総計	387	76	20%	2	3%	18	24%	46	61%	10	13%
70-74歳	75	23	31%	1	4%	5	22%	12	52%	5	22%
60歳代	181	41	23%	1	2%	11	27%	25	61%	4	10%
50歳代	57	7	12%					6	86%	1	14%
40歳代	54	4	7%			2	50%	2	50%		
30歳代	19	1	5%					1	100%		
20歳代	1	0	—								
(再掲) 重症者の受療状況		計		さわめて重度		重度		中度			
重症者 (さわめて重症～中度)		66	—	2	—	18	—	46	—		
内受療者		53	80%	2	100%	15	83%	36	78%		

※COPD病期分類

さわめて重度：咳、痰がたくさん出る。日常生活に大きな支障をきたすほどの息切れ、疲れやすさを感じる。  
 重度：咳や痰が多くなり、息切れがよく起こる。感染症が治りにくくなる。  
 中度：咳や痰が多くなり、息切れがよく起こる。かぜが治りにくい。  
 軽度：咳が多く、痰も出る。速足で歩くと、軽い息切れを起こす。

(3) 若年者の健康実態

より若年から望ましい生活習慣を獲得すること、及び自らの健診結果を生活習慣改善の指標とする意識を定着化させ、将来の生活習慣病を予防し、結果として将来の医療費を適正化することを目的に、特定健診の対象外となる16～39歳や、平成22年度からは11歳（小5）、14歳（中2）に対しても健診、保健指導を実施しています。

表55 健診受診者数

健診		平成20年度		平成21年度		平成22年度		平成23年度		平成24年度		
		受診者(人)	受診率(%)	受診者(人)	受診率(%)	受診者(人)	受診率(%)	受診者(人)	受診率(%)	受診者(人)	受診率(%)	
11歳	全体	/	/	/	/	1,466	35.8%	1,359	34.8%	1,522	38.5%	
	内訳	国保	/	/	/	/	165	19.3%	164	21.9%	182	23.0%
		国保以外	/	/	/	/	1,301	40.1%	1,195	37.8%	1,340	42.4%
14歳	全体	/	/	/	/	739	18.4%	804	19.9%	807	19.8%	
	内訳	国保	/	/	/	/	75	8.8%	117	13.1%	123	14.6%
		国保以外	/	/	/	/	664	21.1%	687	21.8%	684	21.2%
16～39歳	全体	895	9.8%	1,047	3.2%	3,332	2.4%	2,916	2.1%	2,733	2.1%	
	内訳	国保	895	9.8%	1,047	3.2%	1,137	3.6%	1,011	3.4%	1,057	3.6%
		国保以外	/	/	/	/	2,195	2.0%	1,905	1.8%	1,676	1.6%
	【再掲】国保35～39歳	895	9.8%	695	7.8%	625	7.3%	595	7.3%	564	7.2%	
途中加入者		680	19.6%	684	12.6%	316	4.5%	787	11.6%	552	12.8%	

出典：各年とも生活習慣病予防健診受診者データより

表56 保健指導利用者数

保健指導		平成20年度		平成21年度		平成22年度		平成23年度		平成24年度		
		利用者(人)	実施率(%)	利用者(人)	実施率(%)	利用者(人)	実施率(%)	利用者(人)	実施率(%)	利用者(人)	実施率(%)	
11歳	全体	/	/	/	/	1,407	96.0%	1,333	98.1%	1,417	93.1%	
	内訳	国保	/	/	/	/	156	94.5%	162	98.8%	171	94.0%
		国保以外	/	/	/	/	1,251	96.2%	1,171	98.0%	1,246	93.0%
14歳	全体	/	/	/	/	693	93.8%	786	97.8%	743	92.1%	
	内訳	国保	/	/	/	/	69	92.0%	113	96.6%	113	91.9%
		国保以外	/	/	/	/	624	94.0%	673	98.0%	630	92.1%
16～39歳	全体	716	80.0%	865	82.6%	2,756	82.7%	2,469	84.7%	2,122	77.6%	
	内訳	国保	716	80.0%	865	82.6%	953	83.8%	854	84.5%	844	79.8%
		国保以外	/	/	/	/	1,803	82.1%	1,615	84.8%	1,278	76.3%
	【再掲】国保35～39歳	561	81.3%	595	85.6%	540	86.4%	503	84.5%	461	81.7%	
途中加入者		576	84.7%	636	93.0%	281	88.9%	529	67.2%	443	80.3%	

出典：各年とも生活習慣病予防健診結果に基づく保健指導実施結果より

ア 妊娠高血圧症候群等

平成24年度の国民健康保険出産育児一時金申請者の診療報酬明細書（レセプト）から、出産にかかる傷病の状況を調べたのが表57です。

妊娠、出産に伴い何らかの医療が必要だった者は全体の92%で、そのうち、ガイドラインに基づき予防対策が必要であると考えられる疾病（妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病など）は受療者の12.8%で、妊娠糖尿病が4.4%、妊娠高血圧が2.2%で、これらに関連する妊娠尿蛋白、腎臓関連疾患を併せると2.9%でした。また基礎疾患として糖尿病がある者3.1%、高血圧症1%と、妊娠以前

から生活習慣病を罹患している者が4%を超えています。これら疾病は出産に伴う妊産婦死亡等につながるだけでなく、胎児の発育不全や出生後の易肥満にもつながることが医学的に明らかとなっています。

このような妊娠経過を減らすためには、生活習慣病予防健診を活用し、妊娠前から生活習慣病を予防するよう望ましい生活習慣を獲得してもらうことが重要です。そのため、保健指導などを通じて、より早期から健診結果に基づく生活習慣改善ができるよう支援が必要です。

表57 平成24年度出産育児一時金申請者の受療状況

平成24年度 出産育児 一時金 申請者数	妊娠中の 受療者数		予防必要な疾病 での受療者数※		内訳													
					妊娠糖尿病		糖尿病		妊娠高血圧 (妊娠中毒症)		高血圧		腎臓関連疾患		妊娠尿蛋白		浮腫	
					人 a	% b/a	人 c	% c/b	人 d	% d/b	人 e	% e/b	人 f	% f/b	人 g	% g/b	人 h	% h/b
640	586	92%	75	12.8%	26	4.4%	18	3.1%	13	2.2%	6	1.0%	11	1.9%	6	1.0%	12	2.0%

※尼崎市生活習慣病予防ガイドラインに基づき予防対策が必要であると考えられる疾病・妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病  
出典：平成24年度出産育児一時金申請者のうち、診療報酬明細書の請求があった者から集計

## イ 子どもの健康実態

11歳、14歳を対象にした生活習慣病予防健診（尼っこ健診）結果では、何等かの有所見があるものが国民健康保険加入の11歳で48%、14歳で54%と高率でした。有所見率の高い項目の順では、11歳が中性脂肪18.1%、HbA1c 17%、尿酸16.5%でした。14歳では、血圧26.8%、尿酸15.5%、HbA1c 13.8%でした。

有所見の有無と肥満の有無の関係を調べたのが表60で、11歳では肥満がある者がいない者に比べて有所見率が高く、肥満ありが77%であったものに対し、肥満なしは43%でした。14歳では肥満ありの有所見率が36%、肥満なしの有所見率が56%で、国民健康保険以外の肥満あり69%、肥満なし40%と逆転する結果でした。

表58 平成24年度にっ健康の有所見の状況

年齢	性別	摂取エネルギーの過剰										血管を傷つける										内臓脂肪・糖質以外の動脈硬化要因							
		肥満			(再掲) 腹囲			中性脂肪		HDL-c		GPT		血圧		収縮期血圧		拡張期血圧		血糖		HbA1c		尿酸		LDL-c			
		肥満度	腹囲	腹囲/身長比	中性脂肪	HDL-c	GPT	血圧	収縮期血圧	拡張期血圧	血糖	HbA1c	尿酸	LDL-c	LDL-c	LDL-c													
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%		
11歳	総数																												
	肥満度	20以上																											
	腹囲	11歳75cm以上 14歳80cm以上																											
	腹囲/身長比	0.5以上																											
11歳	男性	82	18.3%	9	11.0%	10	12.2%	15	18.3%	12	14.6%	1	1.2%	5	6.1%	13	15.9%	5	6.1%	9	11.0%	0	0.0%	14	17.1%	17	20.7%	9	11.0%
	国保以外	81	11.7%	42	6.1%	46	6.7%	76	11.0%	110	15.9%	9	1.3%	23	3.3%	56	8.1%	13	1.9%	47	6.8%	8	1.2%	112	16.2%	94	13.6%	79	11.4%
	国保	100	11.0%	2	2.0%	4	4.0%	10	10.0%	21	21.0%	2	2.0%	1	1.0%	8	8.0%	4	4.0%	5	5.0%	1	1.0%	17	17.0%	13	13.0%	7	7.0%
	国保以外	647	7.3%	25	3.9%	20	3.1%	39	6.0%	109	16.8%	17	2.6%	15	2.3%	55	8.5%	15	2.3%	48	7.4%	5	0.8%	99	15.3%	62	9.6%	88	13.6%
14歳	男性	63	7.9%	4	6.3%	5	7.9%	3	4.8%	7	11.1%	3	4.8%	1	1.6%	19	30.2%	11	17.5%	11	17.5%	1	1.6%	11	17.5%	18	28.6%	3	4.8%
	国保以外	303	6.6%	15	5.0%	14	4.6%	14	4.6%	34	11.2%	8	2.6%	14	4.6%	74	24.4%	49	16.2%	42	13.9%	6	2.0%	57	18.8%	98	32.3%	15	5.0%
	国保	60	10.0%	3	5.0%	4	6.7%	6	10.0%	6	10.0%	1	1.7%	0	0.0%	14	23.3%	7	11.7%	11	18.3%	0	0.0%	6	10.0%	1	1.7%	7	11.7%
	国保以外	376	6.9%	16	4.3%	11	2.9%	22	5.9%	45	12.0%	9	2.4%	6	1.6%	69	18.4%	25	6.6%	59	15.7%	4	1.1%	65	17.3%	12	3.2%	36	9.6%

※欠損値も含むため、有所見割合は、検査実施者で算出

表59 平成24年度にっ健康の有所見の順位

順位	11歳			14歳		
	有所見内容	国保有所見率	(参考) 国保以外有所見率	有所見内容	国保有所見率	(参考) 国保以外有所見率
1位	中性脂肪	18.1%	16.4%	血圧	26.8%	21.1%
2位	HbA1c	17.0%	15.8%	尿酸	15.5%	16.2%
3位	尿酸	16.5%	11.7%	HbA1c	13.8%	18.0%
4位	肥満	14.3%	9.6%	中性脂肪	10.6%	11.6%
5位	血圧	11.5%	8.3%	肥満	8.9%	6.8%
6位	LDLコレステロール	8.8%	12.5%	LDLコレステロール	8.1%	7.5%
7位	GPT	3.3%	2.8%	HDLコレステロール	3.3%	2.5%
8位	HDLコレステロール	1.7%	1.9%	GPT	0.8%	3.0%

表60 平成24年度尼っこ健診受診者の有所見の重なり

		総数	有所見の重なり										
			なし		あり		再掲						
			人	%	人	%	1個		2個		3個以上		
							人	%	人	%	人	%	
11歳	国保	計	182	95	52%	87	48%	63	35%	18	10%	6	3%
		肥満あり	26	6	23%	20	77%	11	42%	6	23%	3	12%
		肥満なし	156	89	57%	67	43%	52	33%	12	8%	3	2%
	国保以外	計	1,338	763	57%	575	43%	429	32%	127	9%	19	1%
		肥満あり	128	40	31%	88	69%	47	37%	31	24%	10	8%
		肥満なし	1,210	723	60%	487	40%	382	32%	96	8%	9	1%
14歳	国保	計	123	56	46%	67	54%	50	41%	14	11%	3	2%
		肥満あり	11	7	64%	4	36%	1	9%	3	27%	—	0%
		肥満なし	112	49	44%	63	56%	49	44%	11	10%	3	3%
	国保以外	計	679	321	47%	358	53%	265	39%	71	10%	22	3%
		肥満あり	46	12	26%	34	74%	20	43%	3	7%	11	24%
		肥満なし	633	309	49%	324	51%	245	39%	68	11%	11	2%

## まとめ

- ・ 認知症の有病率は0.24%で、国が示す推計有病率より低い状況にあります。
- ・ COPDの有病率は40歳以上の有病率は0.9%で、国が示す40歳以上の推計有病率8.6%より低い状況です。
- ・ 平成24年度の喫煙率は男性で28%、女性で8%で、平成20年度の喫煙率と比較すると、男性ではどの年代でも減少していますが、女性では20歳代、50歳代で増加しています。
- ・ 喫煙者でリスク集積者を対象に、スパイロメーターで肺機能を測定した結果、2割の者に肺機能低下の結果で、そのうち87%がCOPD分類中度以上の肺機能低下がありました。
- ・ 妊娠、出産に伴い何らかの医療要した者は全体の92%で、そのうち、妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病など予防対策が必要な疾病は12.8%でした。詳細は、妊娠糖尿病4.4%、妊娠高血圧2.2%で、これらに関連する妊娠尿蛋白、腎臓関連疾患の合計2.9%でした。また基礎疾患に糖尿病がある者3.1%、高血圧症がある者1%でした。
- ・ 11歳、14歳対象の健診（尼っこ健診）結果では、何等かの有所見があるものが11歳で48%、14歳で54%と高率で、有所見率の高い項目順では、11歳が中性脂肪18.1%、HbA1c 17%、尿酸16.5%、14歳では、血圧26.8%、尿酸15.5%、HbA1c 13.8%でした。



## 第3章 保健事業の基本的な考え方と評価指標

尼崎市国保の健康実態を踏まえ、がん対策並びに脳血管疾患や心筋梗塞をはじめとする生活習慣病予対策等を実施し、結果として医療費適正化と国保被保険者の健康寿命の延伸につながるよう、重点化方策を次のとおり定めます。

項目、現状、目標は下記を除いて 第2次いきいき健康プランと整合性をとっています。  
 ※1 第2次いきいき健康プランと同項目ですが、現状と目標値の算定方法が異なるもの  
 ※2 新規項目

### 1. がん対策

#### (1) がん検診受診率の向上 (※1)

項目	対策の考え方	項目	現状 (H24)	目標	達成年度
がん検診	<ul style="list-style-type: none"> <li>がん検診受診率を上げることが何より重要</li> <li>乳がんは50歳代、子宮体がん、子宮頸がんは40歳代と、より若年で検診を受診してもらえるような対策が必要</li> <li>乳がん及び子宮頸がん検診の受診率が全市の半分に満たない状況にあるため、国保総合健診でのレディース健診デイなど、女性のがん検診のPRの強化が必要</li> <li>大腸がん検診は全市の受診率より低い状況にあるため、健診会場でさらにPRをしていくことが必要</li> </ul>	受診率の向上	肺がん 男性 8.1% 女性 9.2% 胃がん 男性 2.5% 女性 2.5% 大腸がん 男性 7.5% 女性 10.4% 乳がん 女性 5.2% 子宮頸がん 女性 3.8% (平成24年度国保被保険者の受診率)	肺がん 男性 12.3% 女性 16.0% 胃がん 男性 2.7% 女性 3.5% 大腸がん 男性 10.7% 女性 17.4% 乳がん 女性 6.6% 子宮頸がん 女性 5.0% (目標設定は、国の示す現状値から目標値への伸び率を、国保被保険者の現在の受診率に掛け合わせ算出)	29年度 (国の達成目標は28年度だが、第2次健康プランに整合)

※1 数値は国保被保険者の実績に基づく。第2次いきいき健康プランはアンケート結果による。

#### (2) 要精密検査該当者の未受療の防止 (※2)

項目	対策の考え方	項目	現状 (H24)	目標	達成年度
がん検診	精査の必要性を十分理解してもらえるような説明や、受療できる医療機関等の情報提供など、受療につながるような対策が必要。	要精密検査該当者の未受療の防止	肺がん 男性 88.1% 女性 92.1% 胃がん 男性 67.9% 女性 88% 大腸がん 男性 69.8% 女性 71.3% 乳がん 女性 85.4% 子宮頸がん 女性 92% (平成24年度 受療率)	要精密検査該当者の受療率 100%	29年度

#### (3) より精密ながん検診の導入の検討 (※2)

市の実施するがん検診だけでなく、それ以外のがん検診についても、必要に応じ情報提供していく。

## 2. 生活習慣病対策

## (1) 未治療、治療中断の確実な防止（重症化ハイリスク者への確実な介入）

重症化ハイリスク	対策の考え方	項目	現状（H24）	目標	達成年度
Ⅱ度以上高血圧	<ul style="list-style-type: none"> <li>・65歳以上で増加する状況から、65歳未満で血圧のコントロールをしておくことが必要。</li> <li>・受療に併せて、減塩、減量など確実なリスクコントロールにつながる保健指導が必要。</li> </ul>	高血圧の改善（Ⅱ、Ⅲ度高血圧者の改善率の向上）	6.7% (24年度 40歳以上)	25年度に 対する29 年度の改 善率90%	29年度
LDL-c180 mg / dL 以上	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族性高コレステロール血症が高率に含まれることが様々な研究で明らかにされており、生活習慣改善だけによるデータ改善は難しいことから、受療勧奨が重要。</li> <li>・特に男性のLDLコレステロール180mg/dL以上は心血管疾患発症リスクが高く、確実な受療につながる保健指導が必要</li> </ul>	脂質異常症の減少（男性のLDL-c180mg/dL以上の割合の減少）（※1）	3.4% (40歳以上 男性)	2.6%	29年度
HbA1c 7%以上	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受療に併せて減量など、継続的な生活習慣改善の支援が必要。</li> <li>・糖尿病発症からおよそ20年を要して糖尿病腎症を発症することが明らかになっている。国民健康保険の人工透析導入者の65%が糖尿病を合併しており、糖尿病のより早期段階から、血糖コントロールの支援を行えるような対策が必要。</li> </ul>	血糖コントロール不良者の割合の減少（HbA1cが8.4%以上(NGSP)の者の割合の減少）	1.2% (40歳以上)	1%	34年度
		治療継続者の割合の増加（25年度HbA1c8%以上の未治療者の減少）	HbA1c8% 以上404人 中未治療 37人 (40歳以上)	減少率の 維持	34年度
		糖尿病有病者の増加の抑制	31,437人 (40歳以上 糖尿病 有病者)	35,209人 (1.12倍)	34年度
		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	24年度 新規透析 導入者 81人中、 糖尿病性 腎症32人 (40歳以上)	糖尿病腎 症による 年間新規 透析導入 患者数の 減少	34年度
腎機能 低下者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・腎機能を低下させている原疾病の診断のための受療や、腎機能低下を防ぐための減塩、減量などの生活習慣改善のため、保健指導による個別対応が必要。</li> <li>・尿蛋白定性検査だけでは、問題のある人を十分に抽出できなかつたり、問題のない人まで受療をすすめる、不要な心配や負担をかけることにつながつたりするため、市独自に、尿蛋白定性検査で擬陽性以上だった人に対し、尿蛋白定量検査の実施が必要。</li> </ul>				

※1 虚血性心疾患発症リスクとして、エビデンスのある男性のみに絞った目標値とした

(2) 重症化予防のための予備群対策（健診結果にもとづく保健指導の徹底）

項目	対策の考え方	項目	現状（H24）	目標	達成年度
メタボリックシンドローム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国保被保険者の28.0%が高血圧、25.4%が糖尿病、25.7%脂質異常症で受療しており、これら基礎疾患の発症予防や重症化予防が必要。</li> <li>・男女とも収縮期血圧、HbA1c、LDLコレステロールの有所見率が高く、収縮期血圧、HbA1cの有所見率は県国保平均よりも高率。男性で腹囲有所見が51.2%で県よりも高い状況。これらの確実なリスクコントロールが重要であり、必要な受療や生活習慣改善を選択してもらえるような保健指導が必要。</li> </ul>	メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の減少	29.7% (40歳以上)	22%	29年度
特定保健指導	<p>保健指導実施率の向上に向けては、医療機関との連携とともに、継続保健指導のプログラム化を図り、確実な減量や減塩につなげる必要があります。</p>	特定保健指導の完了率の向上	特定保健指導 45.2%	60%	29年度
その他の保健指導	<ul style="list-style-type: none"> <li>・女性では、肥満の有無に関係なくリスク因子の集積が心血管疾患の発症リスクになることを知ってもらう学習機会を増やすことや、更年期以降にリスクを増やさない対策が必要</li> </ul>	保健指導実施率の向上（※2）	83%	90%	29年度

(3) メタボリックシンドロームの該当者、予備群対策

項目	対策の考え方	項目	現状（H24）	目標	達成年度
メタボリックシンドローム対策	<ul style="list-style-type: none"> <li>・肥満を背景に生じたリスク因子は、肥満の改善でリスクを回避できることから、改めて肥満対策の強化が必要。</li> <li>・男性で腹囲有所見が51.2%で県よりも高い。</li> <li>・男女とも年代を追うごとに、内臓脂肪＋リスク因子3項目集積する易心血管疾患発症状態にある割合が増加。保健指導や学習会による早期の肥満改善が必要。</li> </ul>	メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の減少	29.7% (40歳以上)	22%	29年度

## (4) 受診率向上対策（未受診者対策、継続受診率向上）

項目	対策の考え方	項目	現状（H24）	目標	達成年度
受診率向上	・健診受診率がさらに向上するよう多様な方策を講じるとともに、治療の有無にかかわらず健診が自分にとって意義があると感じてもらい、継続的に健診を受けてもらえるよう、保健指導を充実させる。	特定健診受診率の向上	特定健診 39.2%	60%	29年度

## 3. その他の対策

## (1) 認知症対策

項目	対策の考え方	項目	現状（H24）	目標	達成年度
学習の 機会の 確保	健診結果説明会や地域での学習会などの機会に、認知症の治療や予防についての情報提供を行うことが必要。	認知症有病率 (※2)	70～74歳 0.76% 60歳代 0.25%	70～74歳	34年度
医療との 連携	認知症は早期の段階で治療することで進行を遅らせることが可能なため、早期に受療につながるよう支援する。			3.6% 60歳代 1.5% (国並み)	

## (2) COPD・喫煙対策

項目	対策の考え方	項目	現状（H24）	目標	達成年度
学習の 機会の 確保	・健診結果説明会等において、喫煙と血管の障害との関係など健康障害についての学習機会を確保する。 ・禁煙対策が重要。	喫煙率(※1)	特定健診 受診の 男性28% 女性8%	男性25% 女性7%	34年度
		COPD受療率 (※2)	40～79歳 0.9%	8.6% (国並み)	34年度
	・COPDは身体活動を低下させ、代謝障害やサルコペニアにつながる可能性が高いことを様々な機会伝えることが必要。	COPDの認知率 の向上		80%	34年度
医療との 連携	・スパイロメーターの実施結果に応じ呼吸器内科や禁煙治療実施医療機関への受療勧奨が必要。	スパイロメーターで1秒率70%未満者のうち、COPD分類中重度以上の受療勧奨(※2)	受療率 80%	100%	29年度

※1 実績と国の減少率に基づいた目標値を採用

(3) 若年者対策

項目	対策の考え方	項目	現状 (H24)	目標	達成年度
子ども	・子どもの頃から、肥満にならない生活習慣の選択と、受療行動につながるような学習の機会を積極的に作ることが必要。	尼っこ健診受診率 (※2)	11歳 39% 14歳 20%	11歳 43% 14歳 22%	29年度
医療保険を超えた対策	・医療保険を超えた糖尿病の重症化予防及び高血圧予防対策が必要。	生活習慣病予防健診受診率、保健指導実施率 (※2)	健診受診率 4% 保健指導実施率 80%	健診受診率 6% 保健指導実施率 90%	29年度
16～39歳	・40歳までの若年層を対象にした生活習慣病予防対策が必要です。 ・女性もより若年から、リスク集積を招く肥満を解消できるような対策が必要。				

# 資料



資料1 平成24年度年代別血圧の分布

		血圧測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
			正常 130/85未満		正常高値 130/85以上		Ⅰ度 140/90以上		Ⅱ度 160/100以上		Ⅲ度 180/110以上		
			人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	
			a	b	b/a	c	c/a	d	d/a	e	e/a	f	f/a
男性	尼っこ 健診	11歳	82	81	98.8%	1	1.2%	0	—	0	—	0	—
		14歳	63	58	92.1%	4	6.3%	1	1.6%	0	—	0	—
	生活習慣病 予防 健診	16-19歳	33	30	90.9%	2	6.1%	1	3.0%	0	—	0	—
		20歳代	88	70	79.5%	13	14.8%	5	5.7%	0	—	0	—
		30歳代	316	228	72.2%	53	16.8%	28	8.9%	5	1.6%	2	0.6%
	特定健診	40歳代	1,300	802	61.7%	257	19.8%	187	14.4%	39	3.0%	15	1.2%
		50歳代	1,355	681	50.3%	283	20.9%	280	20.7%	87	6.4%	24	1.8%
		60歳代	5,959	2,382	40.0%	1,465	24.6%	1,547	26.0%	449	7.5%	116	1.9%
70-74歳		5,391	2,110	39.1%	1,338	24.8%	1,487	27.6%	389	7.2%	67	1.2%	
女性	尼っこ 健診	11歳	100	98	98.0%	2	2.0%	0	—	0	—	0	—
		14歳	60	59	98.3%	1	1.7%	0	—	0	—	0	—
	生活習慣病 予防 健診	16-19歳	43	42	97.7%	1	2.3%	0	—	0	—	0	—
		20歳代	131	127	96.9%	3	2.3%	1	0.8%	0	—	0	—
		30歳代	445	417	93.7%	21	4.7%	6	1.3%	0	—	1	0.2%
	特定健診	40歳代	1,483	1,214	81.9%	131	8.8%	102	6.9%	24	1.6%	12	0.8%
		50歳代	1,935	1,270	55.6%	335	17.3%	270	14.0%	49	2.5%	11	0.6%
		60歳代	9,304	4,889	52.5%	2,016	21.7%	1,871	20.1%	443	4.8%	85	0.9%
70-74歳		7,001	3,156	45.1%	1,734	24.8%	1,672	23.9%	374	5.3%	65	0.9%	



資料2 平成24年度年代別HbA1cの分布

			HbA1c 測定者	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値					
						正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病		合併症の恐れ			
				5.2未満		5.2-5.4		5.5-6.0		6.1-6.9		7.0-7.9		8.0以上	
				人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
			a	b	b/a	c	c/a	d	d/a	e	e/a	f	f/a	g	g/a
男性	健診 尼っこ	11歳	82	68	82.9%	11	13.4%	2	2.4%	1	1.2%	0	—	0	—
		14歳	63	52	82.5%	10	15.9%	1	1.6%	0	—	0	—	0	—
	生活習慣病予防 健診	16-19歳	33	29	88%	4	12.1%	0	—	0	—	0	—	0	—
		20歳代	88	80	91%	8	9.1%	0	—	0	—	0	—	0	—
		30歳代	316	247	78.2%	57	18.0%	9	2.8%	1	0.3%	0	—	2	0.6%
	特定健診	40歳代	1,300	814	62.6%	294	22.6%	122	9.4%	35	2.7%	12	0.9%	23	1.8%
		50歳代	1,355	672	49.6%	330	24.4%	217	16.0%	82	6.1%	34	2.5%	20	1.5%
		60歳代	5,959	2,149	36.1%	1,544	25.9%	1,390	23.3%	542	9.1%	228	3.8%	106	1.8%
70-74歳		5,350	1,853	34.6%	1,415	26.4%	1,269	23.7%	558	10.4%	170	3.2%	85	1.6%	
女性	健診 尼っこ	11歳	100	83	83.0%	17	17.0%	0	—	0	—	0	—	0	—
		14歳	60	53	88.3%	6	10.0%	0	—	0	—	0	—	0	—
	生活習慣病予防 健診	16-19歳	43	35	81%	8	18.6%	0	—	0	—	0	—	0	—
		20歳代	131	120	91.6%	9	6.9%	2	1.5%	0	—	0	—	0	—
		30歳代	445	386	86.7%	49	11.0%	9	2.0%	0	—	1	0.2%	0	—
	特定健診	40歳代	1,483	1,105	74.5%	275	18.5%	81	5.5%	10	0.7%	6	0.4%	7	0.5%
		50歳代	1,935	970	50.1%	593	30.6%	283	14.6%	53	2.7%	18	0.9%	18	0.9%
		60歳代	9,301	3,398	36.5%	3,075	33.1%	2,084	22.4%	526	5.7%	138	1.5%	80	0.9%
70-74歳		6,954	2,317	33.3%	2,272	32.7%	1,736	25.0%	443	6.4%	121	1.7%	65	0.9%	

資料3 平成24年度年代別LDLコレステロールの分布

			LDL-c 測定者	LDL-c区分									
				120未満		120以上	140未満		140以上	180未満		180以上	
				人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
				a	b	b/a	c	c/a	d	d/a	e	e/a	
男性	健診 尼っこ	11歳	82	73	89.0%	5	6.1%	4	4.9%	0	—		
		14歳	63	60	95.2%	3	4.8%	0	—	0	—		
	健診 生活習慣病 予防	16-19歳	33	26	78.8%	7	21.2%	0	—	0	—		
		20歳代	88	57	64.8%	17	19.3%	14	15.9%	0	—		
		30歳代	316	166	52.5%	64	20.3%	70	22.2%	16	5.1%		
	特定健診	40歳代	1,300	582	44.8%	299	23.0%	350	26.9%	69	5.3%		
		50歳代	1,355	633	46.7%	324	23.9%	326	24.1%	72	5.3%		
		60歳代	5,959	2,951	49.5%	1,426	23.9%	1,373	23.0%	209	3.5%		
		70-74歳	5,391	2,964	55.0%	1,254	23.3%	1,045	19.4%	128	2.4%		
	女性	健診 尼っこ	11歳	100	93	93.0%	7	7.0%	0	—	0	—	
14歳			60	52	86.7%	3	5.0%	4	6.7%	1	1.7%		
健診 生活習慣病 予防		16-19歳	43	37	86.0%	3	7.0%	3	7.0%	0	—		
		20歳代	131	111	84.7%	13	9.9%	7	5.3%	0	—		
		30歳代	445	343	77.1%	68	15.3%	29	6.5%	5	1.1%		
特定健診		40歳代	1,483	857	57.8%	307	20.7%	276	18.6%	43	2.9%		
		50歳代	1,935	735	38.0%	487	25.2%	562	29.0%	151	7.8%		
		60歳代	9,304	3,415	36.7%	2,403	25.8%	2,822	30.3%	664	7.1%		
		70-74歳	7,001	3,006	42.9%	1,823	26.0%	1,843	26.3%	329	4.7%		

資料4 平成24年度肥満の有無による有所見の変化【血圧、HbA1c、LDLコレステロール】

性別	年代	肥満の有無	血圧測定者 a	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
				正常 130/85未満		正常高値 130/85以上		Ⅰ度 140/90以上		Ⅱ度 160/100以上		Ⅲ度 180/110以上		
				人数 b	% b/a	人数 c	% c/a	人数 d	% d/a	人数 e	% e/a	人数 f	% f/a	
男性	65～75歳	計	9,223	3,570	38.7%	2,301	24.9%	2,511	27.2%	695	7.5%	146	1.6%	カイ2乗値 P<.0001
		あり	4,861	1,643	33.8%	1,261	25.9%	1,477	30.4%	383	7.9%	97	2.0%	
		なし	4,362	1,927	44.2%	1,040	23.8%	1,034	23.7%	312	7.2%	49	1.1%	
	40～64歳	計	4,782	2,405	50.3%	1,042	21.8%	990	20.7%	269	5.6%	76	1.6%	カイ2乗値 P<.0001
		あり	2,555	1,102	43.1%	615	24.1%	617	24.1%	171	6.7%	50	2.0%	
		なし	2,227	1,303	58.5%	427	19.2%	373	16.7%	98	4.4%	26	1.2%	
女性	65～75歳	計	12,676	6,020	47.5%	2,998	23.7%	2,878	22.7%	657	5.2%	123	1.0%	カイ2乗値 P<.0001
		あり	3,659	1,340	36.6%	986	26.9%	1,020	27.9%	260	7.1%	53	1.4%	
		なし	9,017	4,680	51.9%	2,012	22.3%	1,858	20.6%	397	4.4%	70	0.8%	
	40～64歳	計	7,048	4,510	64.0%	1,218	17.3%	1,037	14.7%	233	3.3%	50	0.7%	カイ2乗値 P<.0001
		あり	1,635	743	45.4%	395	24.2%	385	23.5%	82	5.0%	30	1.8%	
		なし	5,413	3,767	69.6%	823	15.2%	652	12.0%	151	2.8%	20	0.4%	

性別	年代	肥満の有無	HbA1c測定者 a	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						
				5.2未満		5.2-5.4		糖尿病の可能性が 否定できない 5.5-6.0		糖尿病 6.1-6.9		合併症の恐れ				
				人数 b	% b/a	人数 c	% c/a	人数 d	% d/a	人数 e	% e/a	7.0-7.9		8.0以上		
				人数 b	% b/a	人数 c	% c/a	人数 d	% d/a	人数 e	% e/a	人数 f	% f/a	人数 g	% g/a	
男性	65～75歳	計	9,182	3,221	35.1%	2,396	26.1%	2,200	24.0%	920	10.0%	301	3.3%	144	1.6%	カイ2乗値 P<.0001
		あり	4,840	1,464	30.2%	1,251	25.8%	1,271	26.3%	554	11.4%	211	4.4%	89	1.8%	
		なし	4,342	1,757	40.5%	1,145	26.4%	929	21.4%	366	8.4%	90	2.1%	55	1.3%	
	40～64歳	計	4,782	2,267	47.4%	1,187	24.8%	798	16.7%	297	6.2%	143	3.0%	90	1.9%	カイ2乗値 P<.0001
		あり	2,555	1,028	40.2%	600	23.5%	544	21.3%	215	8.4%	103	4.0%	65	2.5%	
		なし	2,227	1,239	55.6%	587	26.4%	254	11.4%	82	3.7%	40	1.8%	25	1.1%	
女性	65～75歳	計	12,626	4,280	33.9%	4,129	32.7%	3,089	24.5%	797	6.3%	215	1.7%	116	0.9%	カイ2乗値 P<.0001
		あり	3,644	903	24.8%	1,121	30.8%	1,034	28.4%	389	10.7%	129	3.5%	68	1.9%	
		なし	8,982	3,377	37.6%	3,008	33.5%	2,055	22.9%	408	4.5%	86	1.0%	48	0.5%	
	40～64歳	計	7,048	3,510	49.8%	2,086	29.6%	1,095	15.5%	235	3.3%	68	1.0%	54	0.8%	カイ2乗値 P<.0001
		あり	1,635	553	33.8%	467	28.6%	407	24.9%	126	7.7%	44	2.7%	38	2.3%	
		なし	5,413	2,957	54.6%	1,619	29.9%	688	12.7%	109	2.0%	24	0.4%	16	0.3%	

性別	年代	肥満の有無	LDL-c測定者 a	LDL-c区分								
				120未満		120以上 139未満		140以上 179未満		180以上		
				人数 b	% b/a	人数 c	% c/a	人数 d	% d/a	人数 e	% e/a	
男性	65～75歳	計	9,223	4,884	53.0%	2,191	23.8%	1,893	20.5%	255	2.8%	カイ2乗値 P=0.0088
		あり	4,861	2,508	51.6%	1,150	23.7%	1,055	21.7%	148	3.0%	
		なし	4,362	2,376	54.5%	1,041	23.9%	838	19.2%	107	2.5%	
	40～64歳	計	4,782	2,246	47.0%	1,112	23.3%	1,201	25.1%	223	4.7%	カイ2乗値 P<.0001
		あり	2,555	1,103	43.2%	606	23.7%	699	27.4%	147	5.8%	
		なし	2,227	1,143	51.3%	506	22.7%	502	22.5%	76	3.4%	
女性	65～75歳	計	12,676	5,185	40.9%	3,264	25.7%	3,510	27.7%	717	5.7%	カイ2乗値 P=0.3626
		あり	3,659	1,539	42.1%	907	24.8%	998	27.3%	215	5.9%	
		なし	9,017	3,646	40.4%	2,357	26.1%	2,512	27.9%	502	5.6%	
	40～64歳	計	7,048	2,829	40.1%	1,756	24.9%	1,993	28.3%	470	6.7%	カイ2乗値 P<.0001
		あり	1,635	551	33.7%	405	24.8%	536	32.8%	143	8.7%	
		なし	5,413	2,278	42.1%	1,351	25.0%	1,457	26.9%	327	6.0%	

出典：平成24年度特定健診結果より（結果把握は除く）

※1 肥満の有無は、BMI>=25 又は、腹囲【男性85cm 女性90cm以上】を有りとす

資料5 平成24年度重症化ハイリスク者の出現状況

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											
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2009 (脳卒中合同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 (2006年改訂版) (循環器病の診断と治療に関する ガイドライン (2005年度合同研究班報告))				糖尿病治療ガイド 2012-2013 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイド 2012 (日本腎臓病学会)									
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	クモ膜下出血 (7%)	脳出血 (18%)	脳梗塞 (75%)	心筋梗塞	労作性 狭心症	安静狭心症	ラクナ 梗塞 (31.9%)	アテローム 血栓性脳梗塞 (33.9%)										
優先すべき課題の 明確化	高血圧症		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		重症化予防対象者 (実人数)							
健診結果から 対象者の抽出	Ⅱ度高血圧		LDL-c 180mg/dl以上(男)		中性脂肪 300mg/dl以上		メタボ該当者 (3項目以上)		HbA1c (NGSP) 7.0%以上		蛋白尿 (2+) 以上		eGFR45未満 70歳以上30未満		重症化予防対象者 (実人数)			
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%		
集団	受診者数	15,633	1,880	12.0%	258	1.7%	393	2.5%	587	3.8%	580	3.7%	209	1.3%	131	0.8%	3,249	20.8%
	治療中		567	30.2%	9	3.5%	40	10.2%	276	47.0%	355	61.2%	20	9.6%	27	20.6%	1,342	41.3%
	治療なし		1,313	69.8%	245	95.0%	353	89.8%	311	53.0%	225	38.8%	189	90.4%	104	79.4%	1,907	58.7%
	未治療者のうち 保健指導あり		1,225	93.3%	227	92.7%	325	92.1%	291	93.6%	206	91.6%	167	88.4%	95	91.3%	1,764	92.5%
個別	受診者数	18,096	1,502	8.3%	220	1.2%	548	3.0%	882	4.9%	1,231	6.8%	354	2.0%	221	1.2%	3,867	21.4%
	治療中		525	35.0%	13	5.9%	71	13.0%	402	45.6%	599	48.7%	22	6.2%	35	15.8%	1,670	43.2%
	治療なし		977	65.0%	207	94.1%	477	87.0%	480	54.4%	632	51.3%	332	93.8%	186	84.2%	2,197	56.8%
	未治療者のうち 保健指導あり		61	6.2%	23	11.1%	21	4.4%	24	5.0%	66	10.4%	37	11.1%	20	10.8%	138	6.3%

資料6 平成20年度から5か年の健診受診者の血圧区分

	血圧測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		正常 130/85未満		正常高値 130/85以上		Ⅰ度 140/90以上		Ⅱ度 160/100以上		Ⅲ度 180/110以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
男性	65-74歳	H20	9,414	3,336	35.4%	2,104	22.3%	2,902	30.8%	858	9.1%	214	2.3%
		H21	8,466	3,356	39.6%	1,851	21.9%	2,415	28.5%	713	8.4%	131	1.5%
		H22	7,626	2,960	38.8%	1,745	22.9%	2,203	28.9%	614	8.1%	104	1.4%
		H23	8,796	3,485	39.6%	2,063	23.5%	2,481	28.2%	642	7.3%	125	1.4%
		H24	9,223	3,570	38.7%	2,301	24.9%	2,511	27.2%	695	7.5%	146	1.6%
	40-64歳	H20	5080	2,379	46.8%	996	19.6%	1,193	23.5%	394	7.8%	118	2.3%
		H21	4,321	2,120	49.1%	850	19.7%	976	22.6%	291	6.7%	84	1.9%
		H22	3,899	1,924	49.3%	762	19.5%	897	23.0%	253	6.5%	63	1.6%
		H23	4,914	2,416	49.2%	963	19.6%	1,105	22.5%	337	6.9%	93	1.9%
		H24	4,782	2,405	50.3%	1,042	21.8%	990	20.7%	269	5.6%	76	1.6%
	16-39歳	H20	398	307	77.1%	55	13.8%	30	7.5%	4	1.0%	2	0.5%
		H21	457	351	76.8%	57	12.5%	46	10.1%	2	0.4%	1	0.2%
		H22	477	365	76.5%	69	14.5%	35	7.3%	6	1.3%	2	0.4%
		H23	397	306	77.1%	52	13.1%	33	8.3%	4	1.0%	2	0.5%
		H24	437	328	75.1%	68	15.6%	34	7.8%	5	1.1%	2	0.5%
女性	65-74歳	H20	13,054	5,549	42.5%	3,104	23.8%	3,347	25.6%	872	6.7%	182	1.4%
		H21	11,695	5,577	47.7%	2,547	21.8%	2,817	24.1%	647	5.5%	107	0.9%
		H22	10,513	4,930	46.9%	2,429	23.1%	2,510	23.9%	558	5.3%	86	0.8%
		H23	12,197	5,743	47.1%	2,873	23.6%	2,800	23.0%	647	5.3%	134	1.1%
		H24	12,676	6,020	47.5%	2,998	23.7%	2,878	22.7%	657	5.2%	123	1.0%
	40-64歳	H20	8,333	4,917	59.0%	1,488	17.9%	1,474	17.7%	372	4.5%	82	1.0%
		H21	6,901	4,355	63.1%	1,157	16.8%	1,104	16.0%	247	3.6%	38	0.6%
		H22	6,223	3,931	63.2%	1,075	17.3%	964	15.5%	209	3.4%	44	0.7%
		H23	7,454	4,770	64.0%	1,265	17.0%	1,113	14.9%	254	3.4%	52	0.7%
		H24	7,047	4,509	64.0%	1,218	17.3%	1,037	14.7%	233	3.3%	50	0.7%
	16-39歳	H20	494	469	94.9%	10	2.0%	9	1.8%	5	1.0%	1	0.2%
		H21	590	562	95.3%	18	3.1%	8	1.4%	2	0.3%	0	—
		H22	660	626	94.8%	27	4.1%	5	0.8%	1	0.2%	1	0.2%
		H23	614	583	95.0%	23	3.7%	7	1.1%	0	—	1	0.2%
		H24	619	586	94.7%	25	4.0%	7	1.1%	0	—	1	0.2%

資料7 平成20年度から5か年の健診受診者のHbA1cの分布

		HbA1c 測定者	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						
					正常高値		糖尿病の可能性 が否定できない		糖尿病		合併症の恐れ				
			5.2未満		5.2-5.4		5.5-6.0		6.1-6.9		7.0-7.9		8.0以上		
			人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	
男性	65-74歳	H20	9,413	2,547	27.1%	2,719	28.9%	2,613	27.8%	957	10.2%	381	4.0%	196	2.1%
		H21	8,466	2,305	27.2%	2,388	28.2%	2,457	29.0%	849	10.0%	306	3.6%	161	1.9%
		H22	7,601	2,110	27.8%	2,144	28.2%	2,155	28.4%	788	10.4%	262	3.4%	142	1.9%
		H23	8,794	2,321	26.4%	2,394	27.2%	2,595	29.5%	1,005	11.4%	318	3.6%	161	1.8%
		H24	9,182	3,221	35.1%	2,396	26.1%	2,200	24.0%	920	10.0%	301	3.3%	144	1.6%
	40-64歳	H20	5,080	2,039	40.1%	1,370	27.0%	1,103	21.7%	305	6.0%	137	2.7%	126	2.5%
		H21	4,320	1,727	40.0%	1,226	28.4%	911	21.1%	248	5.7%	107	2.5%	101	2.3%
		H22	3,898	1,553	39.8%	1,126	28.9%	791	20.3%	244	6.3%	98	2.5%	86	2.2%
		H23	4,913	1,907	38.8%	1,411	28.7%	982	20.0%	365	7.4%	126	2.6%	122	2.5%
		H24	4,782	2,267	47.4%	1,187	24.8%	798	16.7%	297	6.2%	143	3.0%	90	1.9%
	16-39歳	H20	398	306	76.9%	71	17.8%	17	4.3%	2	0.5%	1	0.3%	1	0.3%
		H21	457	338	74.0%	98	21.4%	15	3.3%	1	0.2%	3	0.7%	2	0.4%
		H22	477	357	74.8%	84	17.6%	31	6.5%	2	0.4%	0	—	3	0.6%
		H23	397	296	74.6%	77	19.4%	21	5.3%	2	0.5%	1	0.3%	0	—
		H24	437	356	81.5%	69	15.8%	9	2.1%	1	0.2%	0	—	2	0.5%
女性	65-74歳	H20	13,050	3,109	23.8%	4,517	34.6%	4,006	30.7%	984	7.5%	288	2.2%	146	1.1%
		H21	11,694	2,726	23.3%	3,939	33.7%	3,829	32.7%	856	7.3%	229	2.0%	115	1.0%
		H22	10,484	2,567	24.5%	3,559	33.9%	3,316	31.6%	767	7.3%	194	1.9%	81	0.8%
		H23	12,194	2,899	23.8%	4,056	33.3%	3,981	32.6%	908	7.4%	239	2.0%	111	0.9%
		H24	12,626	4,280	33.9%	4,129	32.7%	3,089	24.5%	797	6.3%	215	1.7%	116	0.9%
	40-64歳	H20	8,333	2,883	34.6%	2,890	34.7%	2,005	24.1%	360	4.3%	108	1.3%	87	1.0%
		H21	6,901	2,488	36.1%	2,365	34.3%	1,682	24.4%	251	3.6%	73	1.1%	42	0.6%
		H22	6,223	2,316	37.2%	2,113	34.0%	1,461	23.5%	233	3.7%	63	1.0%	37	0.6%
		H23	7,452	2,784	37.4%	2,498	33.5%	1,697	22.8%	312	4.2%	97	1.3%	64	0.9%
		H24	7,048	3,510	49.8%	2,086	29.6%	1,095	15.5%	235	3.3%	68	1.0%	54	0.8%
	16-39歳	H20	497	390	78.5%	86	17.3%	18	3.6%	0	—	2	0.4%	1	0.2%
		H21	590	473	80.2%	88	14.9%	26	4.4%	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%
		H22	660	494	74.8%	137	20.8%	28	4.2%	1	0.2%	0	—	0	—
		H23	614	456	74.3%	141	23.0%	14	2.3%	3	0.5%	0	—	0	—
		H24	619	541	87.4%	66	10.7%	11	1.8%	0	—	1	0.2%	0	—

資料8 平成20年度から5か年の健診受診者のLDLコレステロールの分布

		LDL-c 測定者	LDL-c区分												
			120未満		120以上	139未満		140以上	159未満		160以上	179未満		180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	
男性	65-74歳	H20	9,415	4,736	50.3%	2,274	24.2%	1,432	15.2%	672	7.1%	301	3.2%		
		H21	8,466	4,312	50.9%	2,038	24.1%	1,327	15.7%	532	6.3%	257	3.0%		
		H22	7,626	3,890	51.0%	1,898	24.9%	1,132	14.8%	481	6.3%	225	3.0%		
		H23	8,795	4,555	51.8%	2,127	24.2%	1,310	14.9%	539	6.1%	264	3.0%		
		H24	9,223	4,884	53.0%	2,191	23.8%	1,365	14.8%	528	5.7%	255	2.8%		
	40-64歳	H20	5,080	2,370	46.7%	1,151	22.7%	867	17.1%	441	8.7%	251	4.9%		
		H21	4,321	2,010	46.5%	1,006	23.3%	733	17.0%	377	8.7%	195	4.5%		
		H22	3,899	1,780	45.7%	925	23.7%	681	17.5%	327	8.4%	186	4.8%		
		H23	4,913	2,220	45.2%	1,172	23.9%	849	17.3%	417	8.5%	255	5.2%		
		H24	4,782	2,246	47.0%	1,112	23.3%	794	16.6%	407	8.5%	223	4.7%		
	16-39歳	H20	398	210	52.8%	94	23.6%	49	12.3%	28	7.0%	17	4.3%		
		H21	457	250	54.7%	114	24.9%	53	11.6%	28	6.1%	12	2.6%		
		H22	477	283	59.3%	110	23.1%	46	9.6%	24	5.0%	14	2.9%		
		H23	397	218	54.9%	89	22.4%	45	11.3%	31	7.8%	14	3.5%		
		H24	437	249	57.0%	88	20.1%	54	12.4%	30	6.9%	16	3.7%		

		LDL-c 測定者	LDL-c区分												
			120未満		120以上	139未満		140以上	159未満		160以上	179未満		180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	
女性	65-74歳	H20	13,052	4,632	35.5%	3,488	26.7%	2,748	21.1%	1,404	10.8%	780	6.0%		
		H21	11,694	4,369	37.4%	3,207	27.4%	2,317	19.8%	1,127	9.6%	674	5.8%		
		H22	10,512	4,007	38.1%	2,831	26.9%	2,029	19.3%	1,060	10.1%	585	5.6%		
		H23	12,197	4,718	38.7%	3,195	26.2%	2,383	19.5%	1,231	10.1%	670	5.5%		
		H24	12,676	5,185	40.9%	3,264	25.7%	2,324	18.3%	1,186	9.4%	717	5.7%		
	40-64歳	H20	8,334	3,112	37.3%	2,092	25.1%	1,618	19.4%	910	10.9%	602	7.2%		
		H21	6,901	2,675	38.8%	1,720	24.9%	1,301	18.9%	759	11.0%	446	6.5%		
		H22	6,223	2,400	38.6%	1,586	25.5%	1,184	19.0%	636	10.2%	417	6.7%		
		H23	7,452	2,892	38.8%	1,898	25.5%	1,390	18.7%	747	10.0%	525	7.0%		
		H24	7,047	2,828	40.1%	1,756	24.9%	1,284	18.2%	709	10.1%	470	6.7%		
	16-39歳	H20	497	344	69.2%	92	18.5%	44	8.9%	10	2.0%	7	1.4%		
		H21	590	431	73.1%	106	18.0%	37	6.3%	11	1.9%	5	0.8%		
		H22	660	493	74.7%	97	14.7%	50	7.6%	13	2.0%	7	1.1%		
		H23	614	461	75.1%	90	14.7%	37	6.0%	15	2.4%	11	1.8%		
		H24	619	491	79.3%	84	13.6%	31	5.0%	8	1.3%	5	0.8%		

資料9 血圧、血糖（HbA1c）、LDLコレステロールの5か年の変化

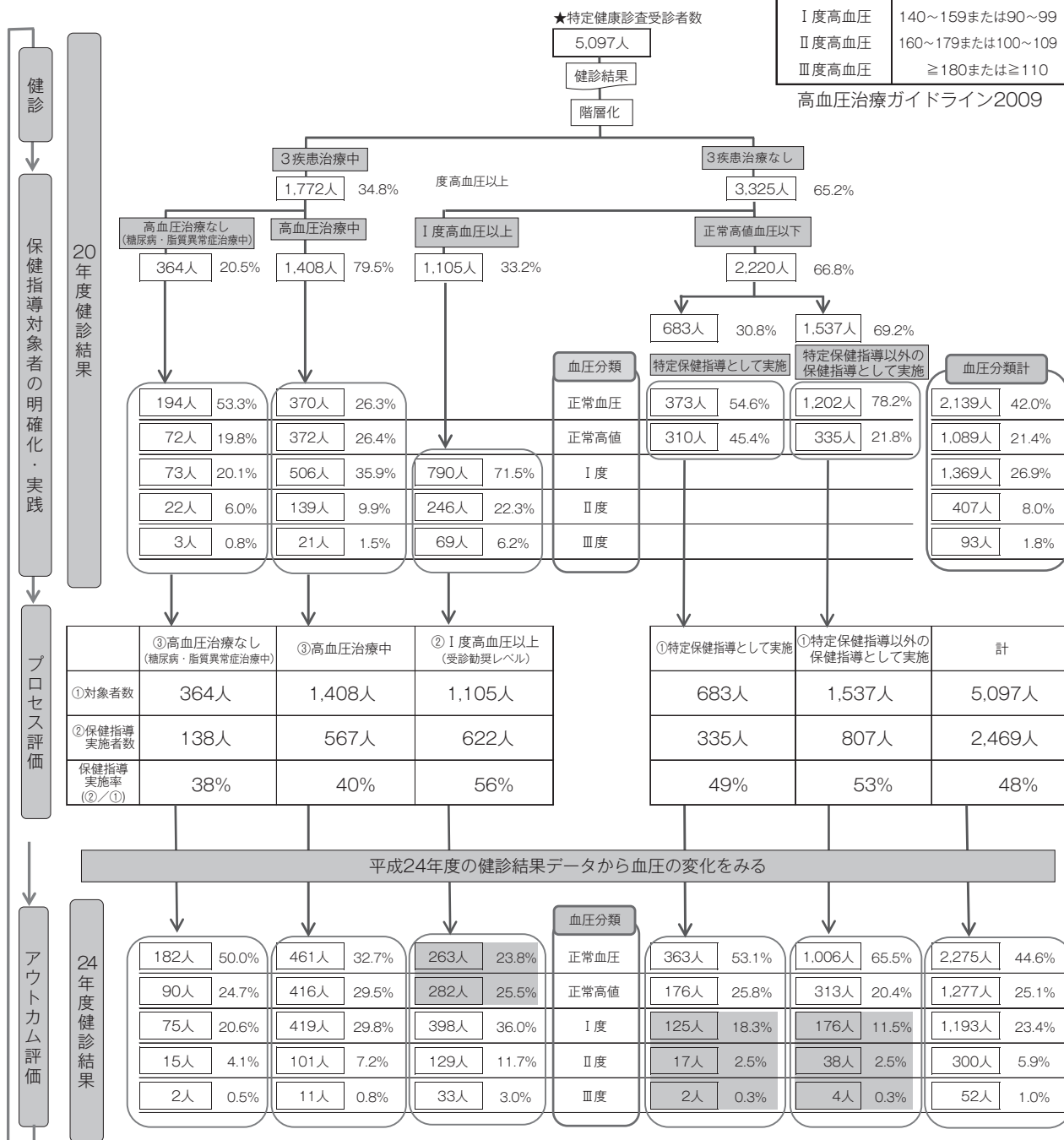
平成20年度検診受診者の、24年度の血圧変化

【男性】

成人における血圧値の分類 (mmHg)

分類	収縮期	拡張期
正常血圧	<130	かつ <85
正常高値血圧	130~139	または85~89
I度高血圧	140~159	または90~99
II度高血圧	160~179	または100~109
III度高血圧	≥180	または≥110

高血圧治療ガイドライン2009





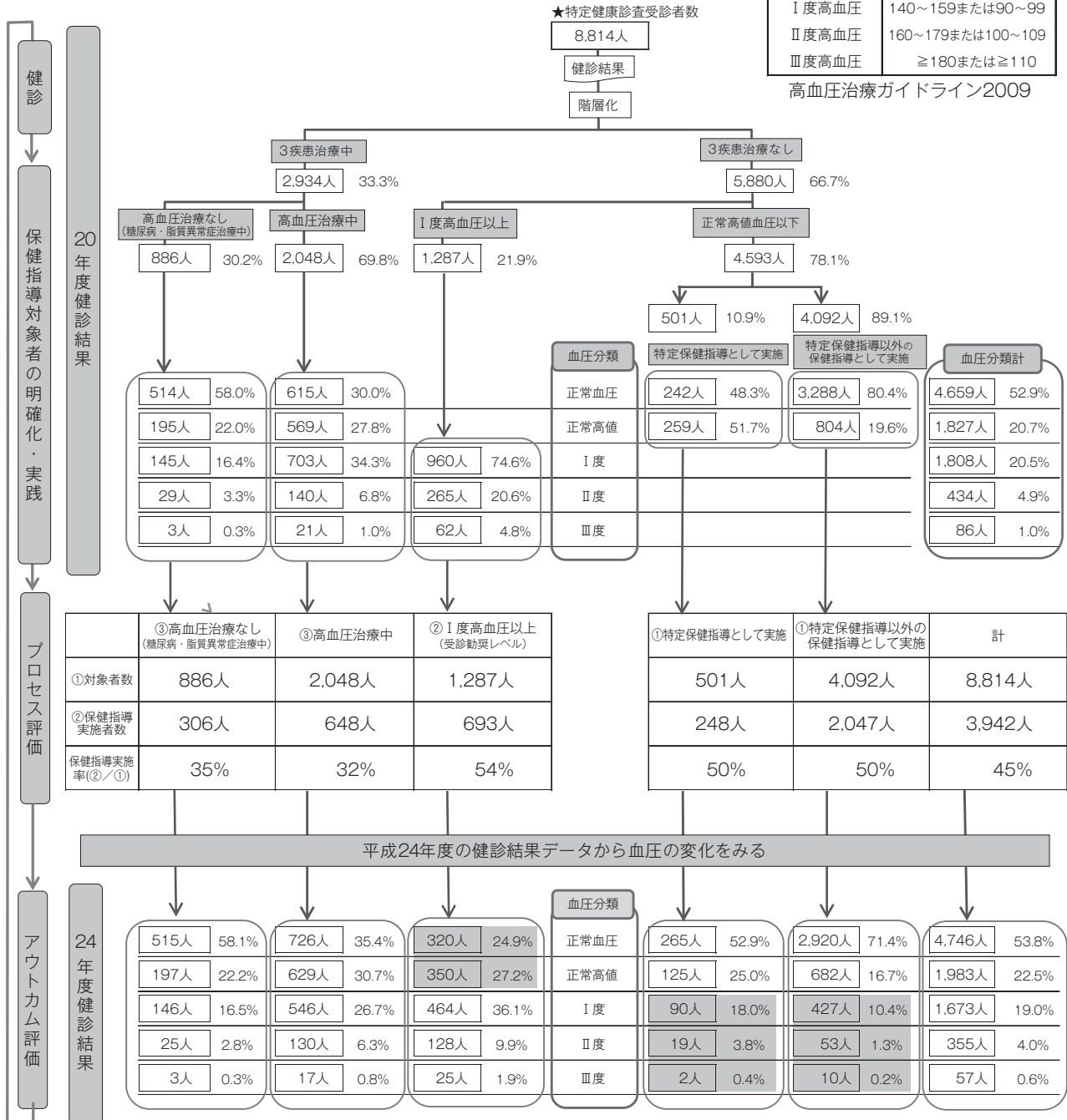
平成20年度健診受診者の、24年度の血圧変化

【女性】

成人における血圧値の分類 (mmHg)

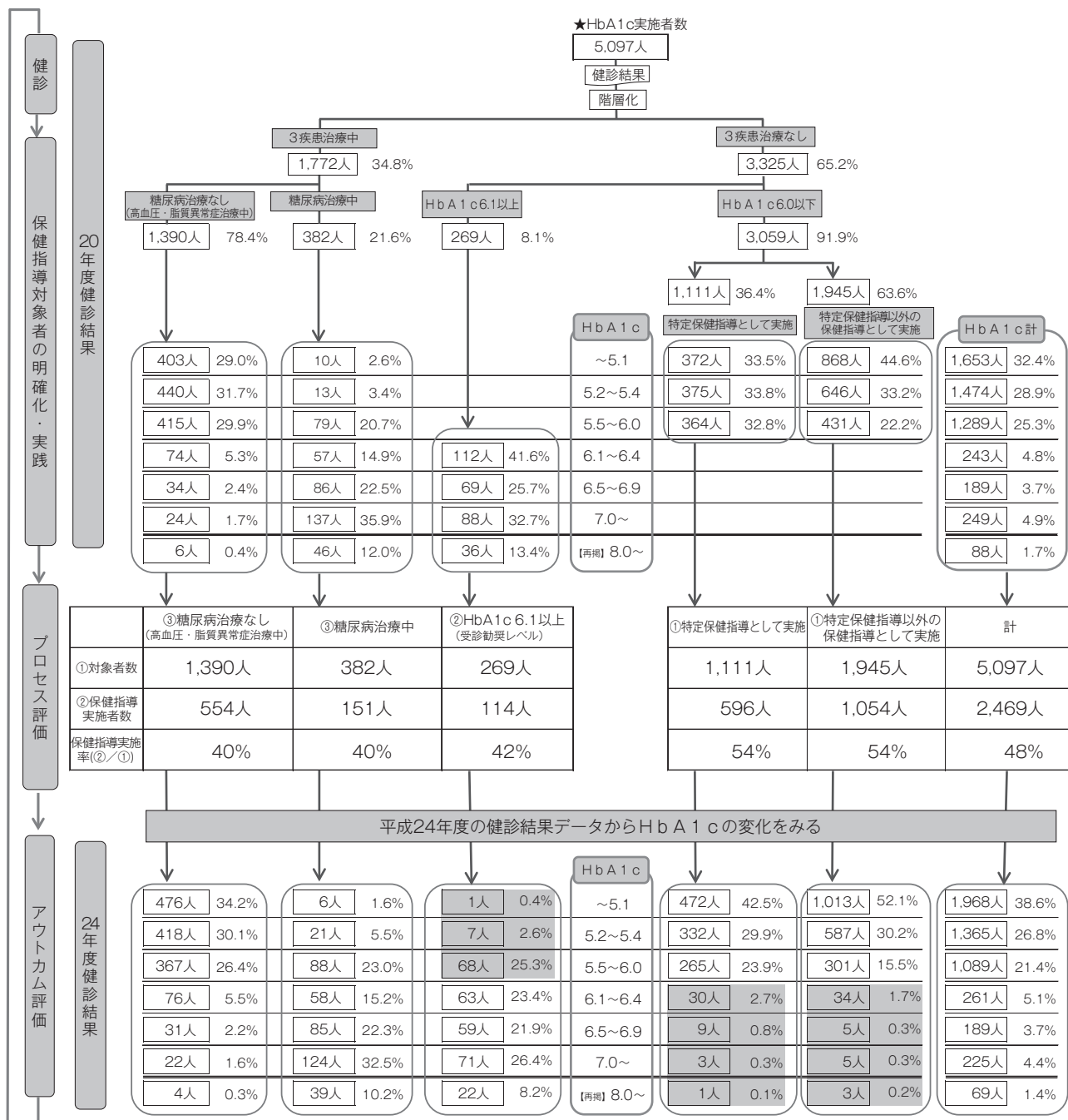
分類	収縮期	拡張期
正常血圧	<130	かつ <85
正常高値血圧	130~139	または85~89
I度高血圧	140~159	または90~99
II度高血圧	160~179	または100~109
III度高血圧	≥180	または≥110

高血圧治療ガイドライン2009



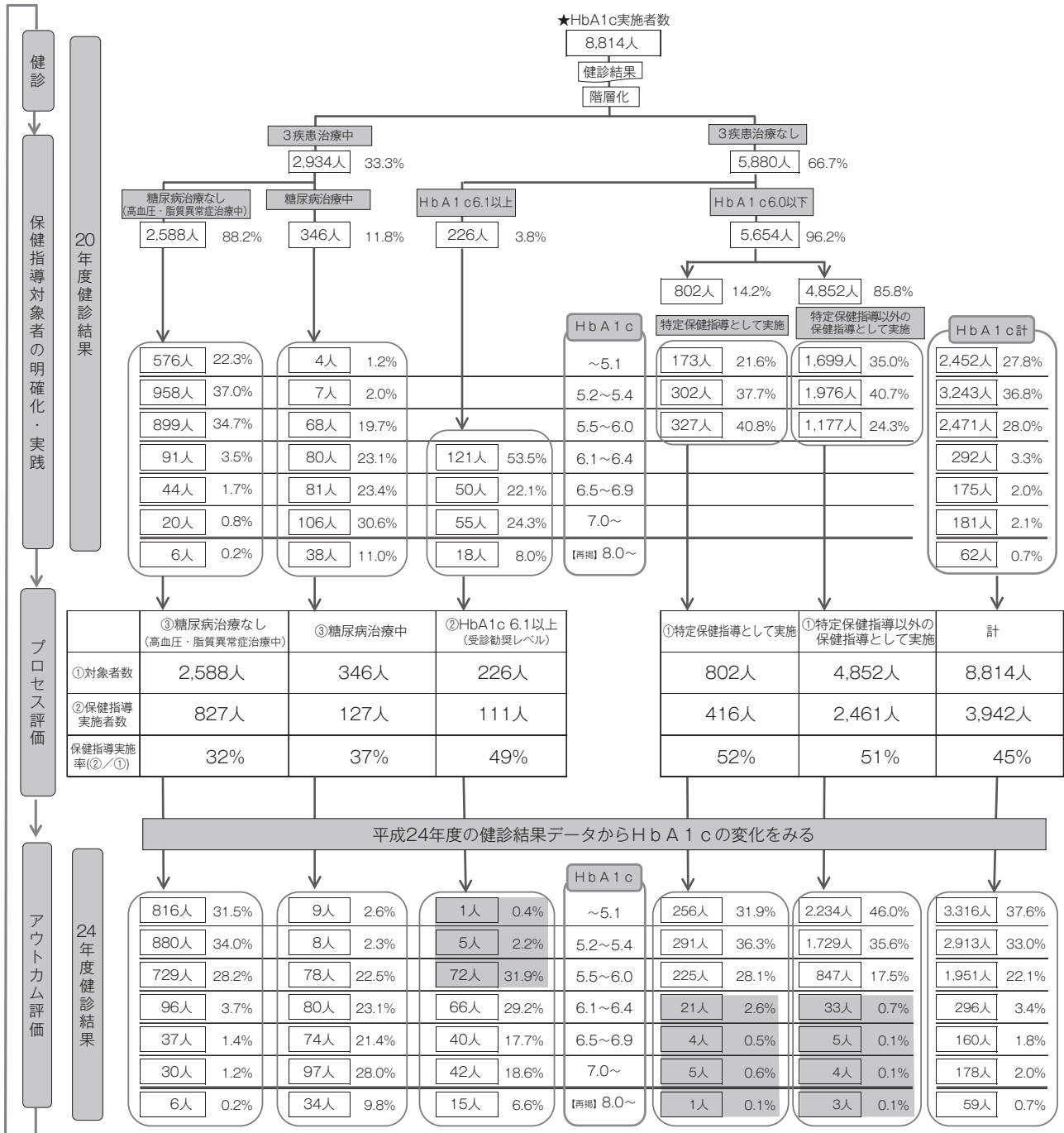
平成20年度健診受診者の、24年度のHbA1c変化

【男性】



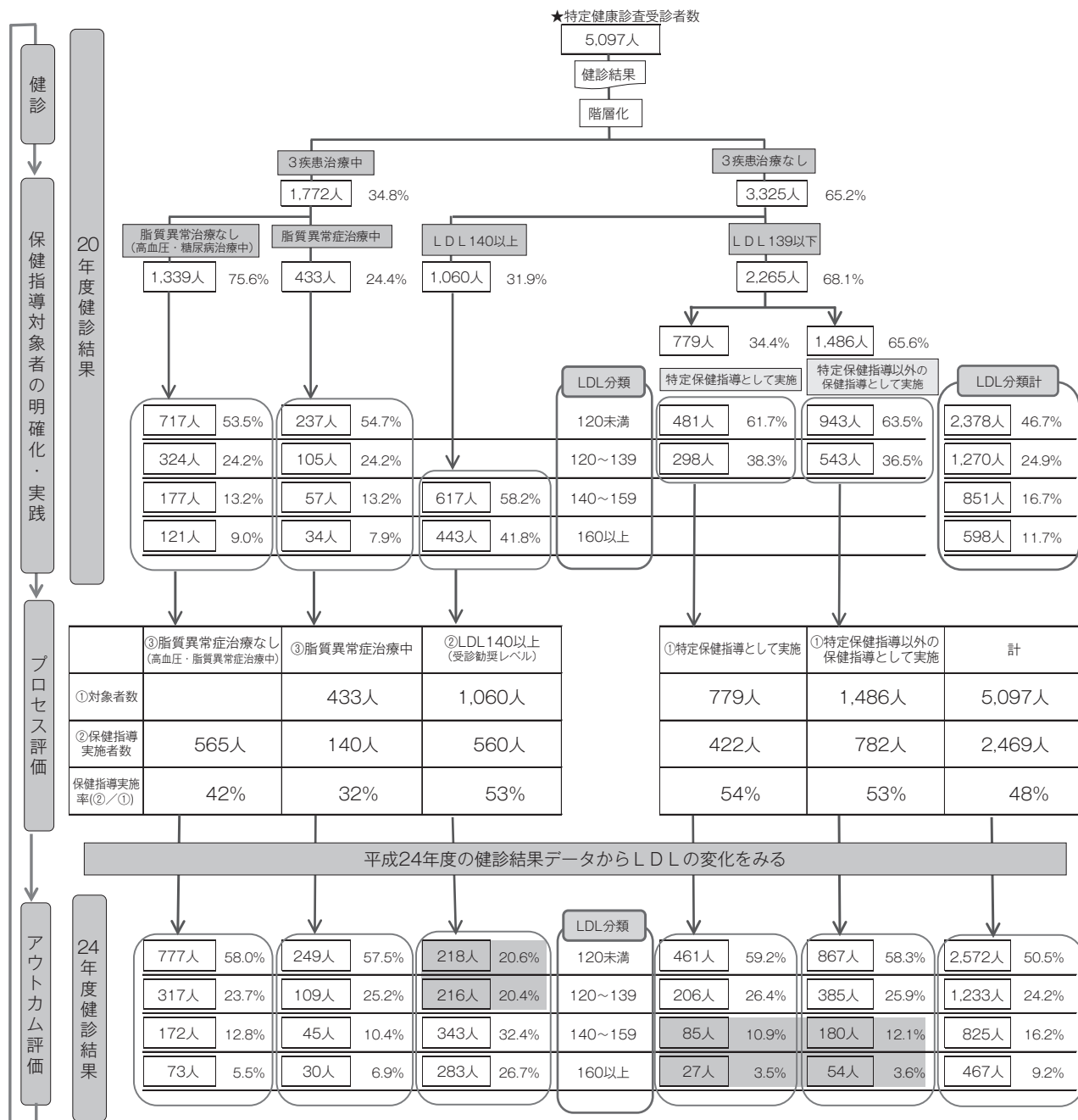
平成20年度健診受診者の、24年度のHbA1c変化

【女性】



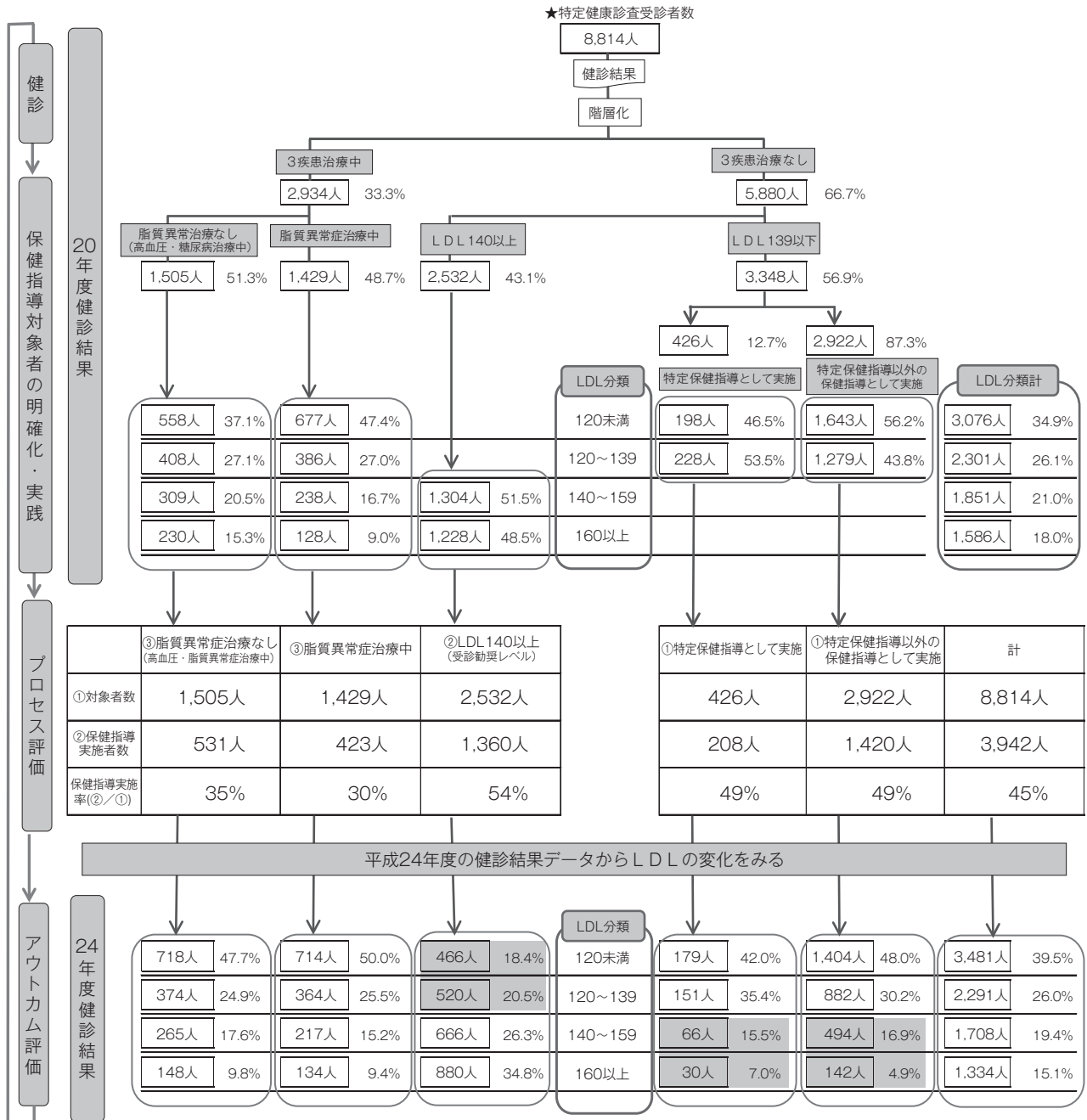
平成20年度健診受診者の、24年度のLDLコレステロール変化

【男性】



平成20年度健診受診者の、24年度のLDLコレステロール変化

【女性】



## 用語説明

### あ行

- ・ I M T 肥厚  
総頸動脈（心臓から脳につながる頸部の動脈）の血管の壁（内膜・中膜・外膜）のうち、内膜と中膜を併せた厚さが肥厚している状態。動脈硬化の指標となるもの。
- ・ 悪性新生物  
がんのこと。肉腫やリンパ腫も含まれる。
- ・ インスリン  
ブドウ糖の細胞内への取り込みや貯蔵などを行うホルモン。
- ・ インスリン作用  
インスリンが体で代謝・調節する機能を発揮すること。
- ・ インスリン抵抗性  
血中の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。
- ・ インスリン分泌能  
膵臓からインスリンが分泌される能力のこと。
- ・ インスリン分泌不全  
血糖値上昇に見合う量のインスリンが分泌されなかったり、分泌が遅れたりする状態。

### か行

- ・ 解離性大動脈瘤  
胸部または腹部大動脈壁の内膜が裂け、そこから入り込んだ血液が中膜を引き裂いて起こる病気。
- ・ 急性心筋梗塞  
心臓を養う冠動脈が急に詰まって、心筋（心臓を動かす筋肉）が壊死する病気。
- ・ 虚血性心疾患  
心筋に栄養や酸素が不足し、心臓の機能の低下や、心筋壊死が起こる病気。狭心症と心筋梗塞を総称したもの。
- ・ 頸部エコー検査  
超音波により頸動脈の肥厚度やプラークの有無を調べる検査。
- ・ 頸部プラーク  
血液中の余ったLDLコレステロールは酸化して血管壁の中に入ると、血管壁内の白血球の一種であるマクロファージに異物とみなされ食べられる。マクロファージは酸化したLDLコレステ

ロールを食べ続けることで、泡沫細胞（泡のようにふくれ上がった細胞）となり溜まっていき、血管の内側に盛り上がった粥状の塊ができる。この塊をプラークという。

・血管内皮障害

血液内のLDLコレステロール（悪玉コレステロール）の増加や、血圧上昇などにより、血管内皮細胞（血管の内側の壁）が傷つけられ、臓器としての血管の機能に障害が出た状態。

・健康寿命

人の寿命において「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」。平均寿命と健康寿命との差は、日常生活に制限のある「不健康な期間」を意味する。

## さ行

・サルコペニア

筋肉の量が減少していく現象のこと。

・心血管疾患

虚血性心疾患、脳血管疾患、末梢血管障害等のいずれかもしくは複合的なものを心血管疾患（Cardiovascular Disease: CVD）と総称する。

・スパイロメーター

吐き出す息の速度と肺活量を測定して、肺機能を調べる医療機器。

## た行

・代謝障害

代謝とは、私たちが食べた食べ物の栄養素（糖質・タンパク質・脂質など）を分解して、体をつくる材料を合成したり、エネルギーに変えて運動に使ったりすることで、代謝障害とは、それらの過程に異常が起こること。

## な行

・75g糖負荷試験（OGTT）

75gのブドウ糖を溶かした水を飲み、飲む前と飲んだ後で血糖値やインスリン分泌量がどのように変動するかを採血により調べ、インスリン反応やインスリン抵抗性をみる検査。

・尿蛋白定性検査

採取した一定量の尿に試験紙などを入れ、試験紙の変色の度合いによって蛋白の有無を調べる検査。検査結果が（-）の場合は尿蛋白陰性、（±）以上になると尿蛋白陽性となる。（+）が多くなるほど蛋白の量が多いことを示す。

・尿蛋白定量検査

尿蛋白排泄量を測定する検査。

- ・妊娠高血圧症候群

妊娠20週以降に高血圧があらわれ、産後12週までに血圧が正常になる場合をいう。高血圧に前後して蛋白尿（尿中に蛋白が1日当たり0.3g以上出ること、重症では2g以上）が出ることもあり、この場合も妊娠高血圧症候群と診断される。

- ・妊娠糖尿病

妊娠中にはじめて発見または発症した、糖尿病に至っていない糖代謝の異常。

- ・脳血管疾患

脳の血管が破れるか詰まるかして、脳に血液が届かなくなり、脳の神経細胞が障害される病気。原因によって、（1）脳梗塞（脳の血管が詰まる）、（2）脳出血（血管が破れる）、（3）くも膜下出血（動脈瘤が破れる）、（4）一過性脳虚血発作（T I A）（脳梗塞の症状が短時間で消失する）の4つに分類される。

- ・脳梗塞

脳動脈の閉塞ないし狭窄に伴って神経細胞に血液が十分に供給されなくなり、脳の神経細胞が障害される病気。

- ・脳出血

脳動脈が破れ、あふれでた血液により脳の神経細胞が障害される病気。

## は行

- ・H b A 1 c（J D S 値）

H b A 1 c（ヘモグロビンエーワンシー）とは、過去1，2か月間の平均血糖値を反映する指標。J D S 値は従来日本で使われてきた基準値であり、平成25年4月1日以降は国際基準値であるN G S P 値に統一された。

## ま行

- ・慢性腎不全

糖尿病や高血圧、腎炎などの病気により、血液を濾過する糸球体（腎臓の中の毛細血管）の網の目がつまってしまうことで老廃物を十分排泄できなくなった状態。

- ・慢性閉塞性肺疾患（C O P D）

空気の通り道である気道（気管支）や、酸素の交換を行う肺（肺胞）などに障害が生じる病気。肺への空気の流れが制限され、空気の出入りがうまくいかなくなるために、せき、たん、息切れなどの軽症から始まり、重症になると呼吸困難を起こす。

## ら行

- ・リスク因子

危険因子とも呼ばれる。ある病気を引き起こすのに関係する因子のこと。例えば、高血圧、高血糖、脂質異常などは心血管疾患のリスク因子となる。



## 尼崎市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）第1期

---

策定：平成27年5月

編集：尼崎市

○市民協働局 ヘルスアップ戦略担当

TEL 06-6489-6621

○市民協働局 市民サービス部 健康支援推進担当

TEL 06-6489-6797

〒660-8501 尼崎市東七松町1丁目23番1号