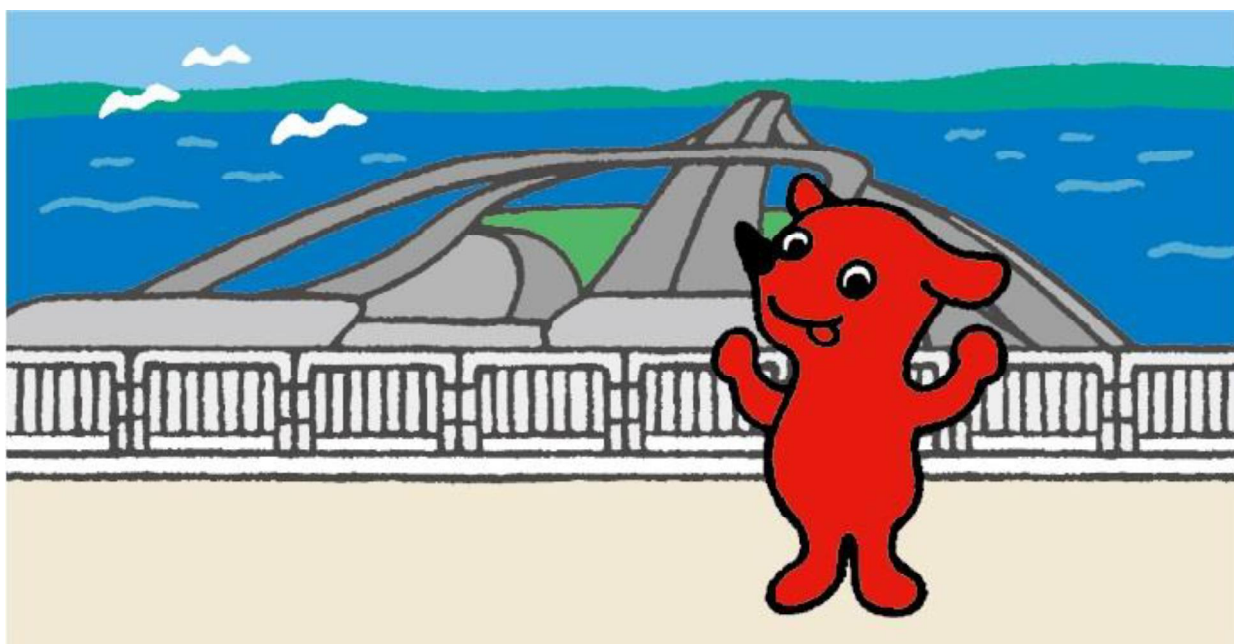


# 健康ちば21（第3次）

※糖尿病CKD関連部分抜粋



千葉県マスコットキャラクター チーバくん

令和6年4月

千葉県

## はじめに

生涯を通じて健康で充実した生活を送りたいということは、全ての県民の願いです。人生100年時代を迎え、健康で生き生きと生活することは、一人一人の幸せと同時に、心豊かに生活できる社会の実現につながります。



本県でも、急速な少子高齢化の進行により、医療や介護の負担が一層増すと予想されている中で、心豊かに生活できる社会を実現するには、生活習慣病を予防するとともに、社会生活を営むために必要な環境を維持・向上させ、健康づくりを推進することが重要です。

県ではこのたび、「全ての県民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現」を基本理念とし、健康寿命の延伸、健康格差の縮小を総合目標とした健康ちば21（第3次）（令和6年度～17年度）を策定いたしました。この計画は、県民の皆様が生涯健康であり続けられるよう、健康づくりに関する施策について基本的な事項を定めたものです。

健康づくりは、一人一人が健康の大切さを認識し、生活習慣の改善や健診・検診の受診などに主体的に取り組むことが基本です。本計画では、そうした個人の取組と密接に関係する家庭・地域・職場などの環境整備の視点を取り入れて健康づくりを進めることとしています。

また、従来から発症予防に取り組んできた、がん、循環器病、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患に加え、新たに脳卒中や心不全等のリスクが高いCKD（慢性腎臓病）も重要な課題と位置づけるとともに、健康への関心が薄い層も含め、誰もが自然に健康な行動をとることができるような環境づくりを推進します。さらに、現在の健康状態はこれまでの自らの生活習慣や社会環境等の影響を受ける可能性があることや次世代の健康にも影響を及ぼす可能性があることから、胎児期から高齢期に至るまでの生涯を経時的に捉えたライフコースアプローチの考えを導入します。これらの取組の推進に当たり、他の健康づくりに関連する計画等と連携しつつ、県民の健康増進の総合的な推進を図ってまいります。

結びに、計画策定に当たり、多大な御尽力をいただきました「健康ちば地域・職域連携推進協議会」及び「健康ちば21（第3次）計画策定作業部会」の委員の皆様をはじめ、御意見、御提案をいただきました県民の皆様、市町村、各団体の皆様に心から御礼を申し上げます。

令和6年4月

千葉県知事 熊谷 俊人

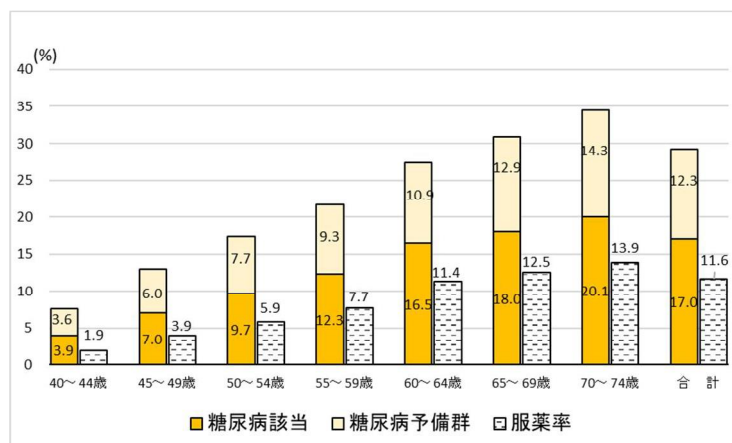
オ 糖尿病

糖尿病該当の割合は、男性が女性より多く、男女とも年齢が上がるにしたがい増加しています。男性は40～44歳が3.9%であり、70～74歳では20.1%となっています。女性は40～44歳が1.8%、70～74歳では10.4%となっています。

糖尿病予備群の割合も、男女とも年齢が上がるにしたがい増加しています。男性は40～44歳が3.6%、70～74歳が14.3%となっており、女性は40～44歳が2.3%、70～74歳は14.8%と、男性より女性のほうが加齢に伴い予備群が大きく増加しています。

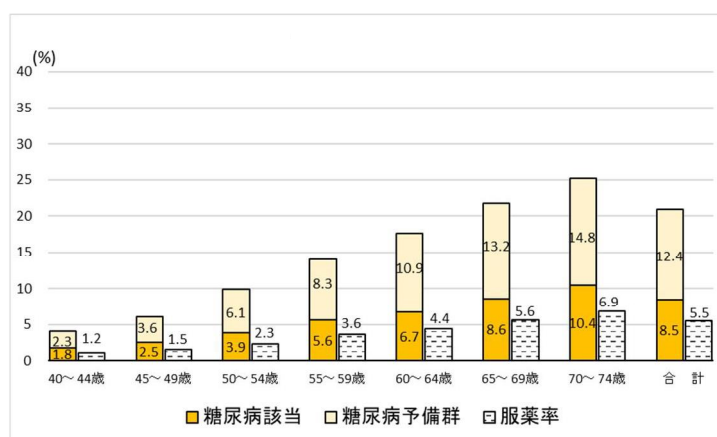
血糖を下げる薬の服薬率は、男女とも加齢に伴い増加し、70～74歳は男性が13.9%、女性は6.9%となっています。

糖尿病該当及び予備群の割合と服薬率 市町村国保（男性）



(出典：令和3年度千葉県 特定健診・特定保健指導のデータ集計結果)

糖尿病該当及び予備群の割合と服薬率 市町村国保（女性）



(出典：令和3年度千葉県 特定健診・特定保健指導のデータ集計結果)

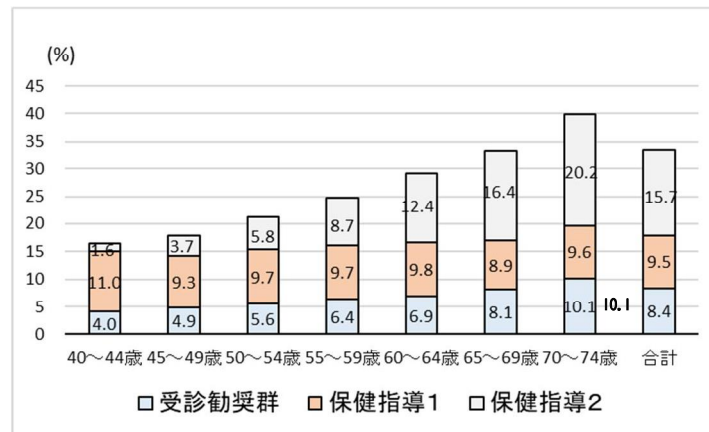
## キ 慢性腎臓病

慢性腎臓病該当（受診勧奨群と保健指導群）の割合は、男性は40～44歳が16.6%、70～74歳で39.9%となっています。女性は40～44歳が13.0%、70～74歳で30.8%となっています。

慢性腎臓病の受診勧奨群の割合は、男性は40～44歳が4.0%、70～74歳で10.1%となっています。女性は40～44歳が3.0%、70～74歳で5.2%となっています。

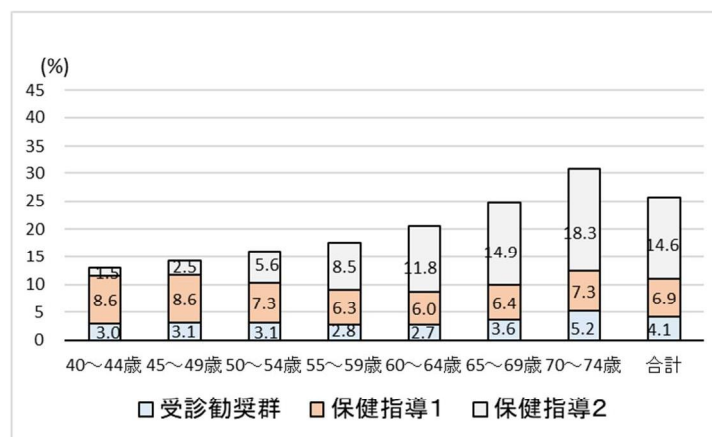
慢性腎臓病の保健指導群（保健指導1及び2）の割合は、男性は40～44歳が12.5%、70～74歳で29.8%となっています。女性は40～44歳が10.0%、70～74歳で25.6%となっています。

慢性腎臓病該当の割合 市町村国保（男性）



（出典：令和3年度千葉県 特定健診・特定保健指導のデータ集計結果）

慢性腎臓病該当の割合 市町村国保（女性）



（出典：令和3年度千葉県 特定健診・特定保健指導のデータ集計結果）

Point!

保健指導1・・・45≦eGFR (ml/min/1.73m<sup>2</sup>) かつ尿蛋白(±)

保健指導2・・・45≦eGFR<60 (ml/min/1.73m<sup>2</sup>) かつ尿蛋白(ー)

第3章 健康ちば21（第3次）の目指すもの

3 具体的な目標

(2) 社会的な目標

イー生活習慣病（NCDs）の発症予防と重症化予防

(ウ) 糖尿病

糖尿病は過食、運動不足、肥満などの生活習慣によりインスリンの正常な作用が障害されることが原因で発症することから、これらの生活習慣の改善に取り組む必要があります。

糖尿病になると、心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、壊疽などによって、QOLの著しい低下を招き、社会的な影響も大きい疾患であることから、その発症や重症化を予防することは重要な課題です。

また、自覚症状がないことが多いため、受診しようとする意識が少なく、結果的に放置することにより悪化を招く可能性が高く、健診による早期発見が欠かされません。

<県の現状> ※健康ちば21（第2次）の最終評価から抜粋

「合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数）の減少」  
微増しており、目標値に達していません。

計画策定時 (H22)	中間評価(H27)	最終評価 (R3)	第2次目標値(R4)
802人	839人	806人	738人

(データソース：(一社)日本透析医学会「慢性透析患者に関する基礎調査」患者調査における年度末患者数)

「治療継続者の割合の増加」

微増していますが、目標値に達していません。

計画策定時 (H23)	中間評価(H29)	最終評価 (R3)	第2次目標値(R4)
88.1%	88.9%	88.8%	95.0%

(データソース：生活習慣に関するアンケート調査)

「血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合（40～74歳）の減少」\*

男女ともに改善し、目標値を達成しました。

\*HbA1cがJDS値8.0%(NGSP値8.4%)以上の者

	計画策定時 (H25)	中間評価 (H27)	最終評価 (R1)	第2次目標値 (R4)
男性	1.6%	1.2%	1.2%	1.4%
女性	0.7%	0.5%	0.5%	0.6%

(データソース：特定健診・特定保健指導に係るデータ収集、評価・分析事業報告書)

#### <県の課題>

- 糖尿病性腎症重症化予防の推進のため、生活習慣の改善による発症予防が必要です。
- 千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの周知や関係機関との連携強化をしていくことが必要です。

#### <県が実施する具体的施策・取組の方向性>

「千葉県保健医療計画」「千葉県における健康福祉の取組と医療費の見通しに関する計画」と連携して推進します。

##### 1 生活習慣と糖尿病の関係についての周知

- 糖尿病の発症を予防するために、適切な食生活、適度な身体活動や運動習慣の重要性について周知します。
- 糖尿病は、初期段階では自覚症状が乏しく、気づいた時には病状が進行している恐れがあることから、その予防のために、年1回の健診で健康管理を行う必要性を周知します。

##### 2 特定健康診査・特定保健指導の効果的な実施を支援

- 特定健康診査・特定保健指導の効果的な実施に向け、受診率を高めることができるよう、効果的な実践例の紹介、広域的な関係機関の調整、情報提供などにより、医療保険者を支援します。
- 今後の取組に生かせるよう県内の特定健診データを収集・分析し、その結果を情報発信するとともに、特定保健指導の実施率を高めるため、指導者のスキルアップをはじめ、保健指導の向上を図るための人材育成を実施します。

##### 3 重症化予防に向けた取組を支援

- 千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを活用し、糖尿病性腎症発症のリスクを有する者へ受診や継続受診の勧奨と保健指導による、重症化予防のための市町村等医療保険者の取組を支援します。
- 重症化予防の先駆的事例に関する情報提供とともに、糖尿病に係る医療連携について充実を図ります。
- ハイリスクアプローチとして、特定保健指導において一人ひとりの状態にあった運動指導や食事指導が効果的に実施できるよう、指導者に対する研修を実施します。

##### 4 対策推進のための支援体制の整備

- 平成29（2017）年度に設置した千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会において、糖尿病性腎症重症化予防について検討し、市町村・各関係機関と連携して取組を推進していきます。
- 生活習慣改善を支援する保健と、治療を行う医療の間の相談支援のための協働・連携を図ります。

○ 治療と就労の両立支援に向け、職域との協働・連携を図ります。

<目標>

No	目標項目	現状値	目標値 (R14年度)
1	合併症(糖尿病性腎症の年間新規透析導入患者数)の減少	806人 (R3年末)	740人 ※衛研推計
2	治療継続者の増加	88.8% (R3年度)	95%
3	血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の減少	男性	2.1% (R2年度)
		女性	0.8% (R2年度)
4	【新】糖尿病有病者の増加の抑制	330,000人 (R4年度)	393,400人 (R13年度) ※衛研推計
5	【再掲】 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	男性	632,670人 (R3年度)
		女性	192,522人 (R3年度)
6	【再掲】 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	特定健康診査	55.8% (R3年度)
		特定保健指導	22.7% (R3年度)
			国目標値を 踏まえて今後設定
			国目標値を 踏まえて今後設定
			70%以上 (R11年度)
			45%以上 (R11年度)

※No.6の目標値は、国の第4期医療費適正化計画の見直しに合わせて更新予定

## (エ) CKD（慢性腎臓病）

CKDは、腎臓の働きが徐々に低下していく様々な腎臓病を包括した総称で、腎臓の異常が続いている状態を言います。

具体的には、①「尿蛋白が出ているなど尿に異常がある」、②「GFR（糸球体ろ過量）60ml/分/1.73㎡未満に低下」のいずれか又は両方が3か月以上続く状態のときに診断されます。

日本のCKD患者数は、1,330万人（20歳以上の8人に1人）と推計されており、新たな国民病とも言われています。このことから、本県のCKD患者数は66万人と推計されます（令和3年4月1日現在千葉県年齢別・町丁字別人口による20歳以上人口から推計）。

CKDの発症には、運動不足、肥満、飲酒、喫煙、ストレスなどの生活習慣が大きく関与していると言われ、腎臓の機能は一度失われると回復しない場合が多く、これらの生活習慣の改善に取り組む必要があります。

また、腎硬化症による透析導入者も増えてきており、高血圧の改善にも取り組む必要があります。

### <県の現状>

- 令和3年度千葉県特定健診・特定保健指導のデータ集計結果によると、eGFR（推算糸球体ろ過量）45ml/分/1.73㎡未満の受診勧奨者は、受診者全体の5.9%を占めており、生活改善が必要な保健指導対象者は、男性が25.2%、女性が21.5%となっています。
- CKDの状態にあると、脳卒中や心不全、心筋梗塞などのリスクが高まり、死亡率が上昇することが分かっています。
- 適切な治療や生活習慣の見直しをしないで状態が進行すると、人工透析や腎移植が必要になることもあります。

### <県の課題>

- CKDは自覚症状がほとんどなく、症状が現れた時にはかなり進行している可能性があるため、CKDについての周知や、定期的に健診や検査を受けて早期発見することが重要です。
- 関係機関の連携強化をしていくことが必要です。

### <県が実施する具体的施策・取組の方向性>

「千葉県保健医療計画」「千葉県における健康福祉の取組と医療費の見通しに関する計画」と連携して推進します。

県では、千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会のもとに、令和元（2019）年度に「千葉県慢性腎臓病（CKD）重症化予防対策部会」を設置し、市町村・各関係機関と連携し、CKD重症化予防の取組を推進しています。



1 県民への普及啓発

- 対象に応じた普及啓発資材の開発と研修会の開催等により、CKD重症化予防の必要性について、普及啓発を図ります。

2 特定健康診査・特定保健指導の効果的な実施を支援

- 千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを活用し、健診結果において腎機能が低下している者に対して受診勧奨を行い、早期受診による重症化予防を行う市町村等医療保険者の取組を支援します。

3 医療連携体制の構築

- かかりつけ医（CKD対策協力医\*）と腎臓専門医との医療連携体制を推進します。

\*CKD対策協力医は、千葉県医師会協力のもとCKDの診療を適切に行うための講習を受け登録された医師で、腎臓専門医と連携し診療を行う。

4 多職種連携による療養指導及び両立支援の実施に向けた支援

- 「お薬手帳」へ貼付するCKDシールを活用した薬剤師による服薬指導や管理栄養士等による栄養指導、産業保健医療分野等多職種連携により、患者のCKD重症化を予防し、ニーズに合った療養生活（就労との両立を含む）を支えていくとともに、保健医療従事者のスキルアップを図ります。

<目標>

No	目標項目		現状値	目標値 (R14年度)
1	【新】CKD保健指導対象者率の減少（国保） （ $45 \leq eGFR < 60$ (ml/分/1.73m <sup>2</sup> ) かつ尿蛋白(-) 及び $45 \leq eGFR$ (ml/分/1.73m <sup>2</sup> ) かつ尿蛋白(±)）	男性	25.2% (R3年度)	減少
		女性	21.5% (R3年度)	減少
2	【新】CKD重症化予防対策に取り組む市町村の増加		22市町村 (R4年度)	54市町村
3	【再掲】 高血圧の改善 (収縮期血圧平均値、40歳以上、内服加療中の者を含む)	男性	127.6mmHg (R2年度)	ベースライン値 から5mmHgの低下
		女性	123.1mmHg (R2年度)	ベースライン値 から5mmHgの低下



## 「CKD(慢性腎臓病)を知っていますか？」

(担当:健康福祉部健康づくり支援課地域健康づくり班)

CKD(慢性腎臓病)は、腎臓の異常が続いている状態で、20歳以上の8人に1人がCKDだと推計されています。

CKDの状態にあると、脳卒中や心不全、心筋梗塞などのリスクが高まり、死亡率が上昇するなど、様々な病気の重大な危険因子です。

CKDは自覚症状がほとんどなく、症状が現れた時にはかなり進行している可能性があります。腎臓の機能は一度失われると元に戻らないので、定期的に健診や検査を受け、早期発見することが重要です。

シークーディー  
**CKD** (慢性腎臓病)  
を知っていますか?

1 CKDとは慢性腎臓病のことです  
CKD (Chronic Kidney Disease: 慢性腎臓病)は、**腎臓の異常が続いている状態**です。  
具体的には…  
①尿蛋白がでている ②GFR(糸球体ろ過量)\*が60mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満に低下している  
③①②のいずれか、または両方が3か月以上続いているときに診断されます。  
\*GFR(糸球体ろ過量)とは、腎臓が1分間にどれくらい血液をろ過し尿を作るのかという腎機能を表す数値で、一般的には、年齢・性別・血清クレアチニン値から算出される「eGFR」という数値が用いられます。

2 8人に1人がCKDです  
日本のCKDの患者さんは1,330万人(20歳以上の8人に1人)と推計されています。そのため、CKDは新たな国民病とされています。

3 CKDは様々な病気の重大な危険因子です  
CKDの状態にあると、**脳卒中や心不全、心筋梗塞などのリスクが高まり、死亡率が上昇することがわかっています。**  
適切な治療や生活習慣の見直しをせず、状態が進行すると、**人工透析や腎移植が必要になる**こともあります。  
早期発見、適切な治療や生活習慣の見直しは、CKDの進行を遅やかにし、脳卒中や心筋梗塞などのリスクを下げることに繋がります。

千葉県



- 腎臓を守るため、日々の生活習慣を見直しましょう。
- 高血圧や糖尿病等で治療を受けている方も、年1回は健診を受けましょう。

# 資料

- ・健康ちば21（第3次）指標

## (ウ)糖尿病

No	目標項目	現状値	目標値 (R14年度)	データソース	
1	合併症(糖尿病性腎症の年間新規透析導入患者数)の減少	806人 (R3年末)	740人 ※術研推計	(一社)日本透析医学会「慢性透析患者に関する基礎調査」 ※患者調査における年末患者数	
2	治療継続者の増加	88.8% (R3年度)	95%	生活習慣に関するアンケート調査	
3	血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の減少	男性	2.1% (R2年度)	1.0%  厚生労働省NDBオープンデータ特定健診情報 (年齢調整値) ※現状値は年齢調整していない値	
		女性	0.8% (R2年度)		0.6%
4	【新】糖尿病有病者の増加の抑制	330,000人 (R4年度)	393,400人 (R13年度) ※術研推計	国民生活基礎調査	
5	【再掲】 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	男性	632,670人 (R3年度)	国目標値を 踏まえて今後設定  国目標値を 踏まえて今後設定	厚生労働省特定健康診査・特定保健指導の実施 状況(年齢調整値)
		女性	192,522人 (R3年度)		
6	【再掲】 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	特定健康診査	55.8% (R3年度)	70%以上 (R11年度)	厚生労働省特定健康診査・特定保健指導の実施 状況
		特定保健指導	22.7% (R3年度)	45%以上 (R11年度)	

※No.6の目標値は、国の第4期医療費適正化計画の見直しに合わせて更新予定

## (エ)CKD(慢性腎臓病)

No	目標項目	現状値	目標値 (R14年度)	データソース	
1	【新】CKD保健指導対象者率の減少(国保) ( $45 \leq eGFR < 60$ (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )かつ尿蛋白(-)及び $45 \leq eGFR$ (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )かつ尿蛋白(±))	男性	25.2% (R3年度)	減少	特定健診・特定保健指導に係るデータ収集、 評価・分析事業
		女性	21.5% (R3年度)	減少	
2	【新】CKD重症化予防対策に取り組む市町村の増加	22市町村 (R4年度)	54市町村	糖尿病重症化予防プログラム等取組状況調査	
3	【再掲】 高血圧の改善 (収縮期血圧平均値、40歳以上、内服加療中の者を含む)	男性	127.6mmHg (R2年度)	ベースライン値 から5mmHgの低下  ベースライン値 から5mmHgの低下	厚生労働省NDBオープンデータ特定健診情報 (年齢調整値) ※現状値は年齢調整していない値
		女性	123.1mmHg (R2年度)		

## (オ)COPD(慢性閉塞性肺疾患)

No	目標項目	現状値	目標値 (R14年度)	データソース
1	COPDの死亡率の減少(人口10万人当たり)	11.6 (R3年度)	10.0	厚生労働省「人口動態統計」