

玉名市国民健康保険 第3期保健事業実施計画

(データヘルス計画)

及び

第4期特定健康診査等実施計画
令和6年度～令和11年度



熊本県 玉名市

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方	1
1 背景・目的	
2 計画の位置付けと基本的な考え方	
3 計画期間	
4 関係者が果たすべき役割と連携	
1)市町村国保の役割	
2)関係機関との連携	
5 保険者努力支援制度	
第2章 第2期計画の考察及び第3期計画の健康課題の明確化	9
1 保険者の特性	
2 第2期計画にかかる評価及び考察	
1)第2期データヘルス計画の評価	
2)主な個別事業の評価と課題	
3)第2期データヘルス計画にかかる考察	
3 第3期における健康課題の明確化	
1)基本的な考え方	
2)健康課題の明確化	
3)目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	30
1 第4期特定健康診査等実施計画について	
2 目標値の設定	
3 対象者の見込み	
4 特定健診の実施	
5 特定保健指導の実施	
6 個人情報保護	

- 7 結果の報告
- 8 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章 課題解決するための個別保健事業36

- I 保健事業の方向性
- II 重症化予防の取組
 - 1 糖尿病性腎症重症化予防
 - 1) 基本的な考え方
 - 2) 対象者の明確化
 - 3) 保健指導の実施
 - 4) 医療との連携
 - 5) 評価
 - 2 脳血管疾患重症化予防
 - 1) 基本的な考え方
 - 2) 対象者の明確化
 - 3) 保健指導の実施
 - 4) 医療との連携
 - 5) 評価
 - 3 虚血性心疾患重症化予防
 - 1) 基本的な考え方
 - 2) 対象者の明確化
 - 3) 保健指導の実施
 - 4) 医療との連携
 - 5) 評価
 - 4 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
 - 1) 基本的な考え方
 - 2) 対象者の明確化
 - 3) 保健指導の実施
 - 4) 医療との連携
 - 5) 評価
- III 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
- IV 発症予防
- V ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し64

- 1 評価の時期
- 2 評価方法・体制

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い65

- 1 計画の公表・周知
- 2 個人情報の取扱い

参考資料66

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略^{※1}」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)において市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル^{※2}に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

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

このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。

このような国の動きや本市の課題等を踏まえ、本市では、保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づいて、「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。

※1 日本再興戦略:我が国の経済再生に向けて、産業基盤の強化、医療・エネルギー等の市場創出、国際経済連携の推進や海外市場の獲得等、第二次安倍内閣が掲げた成長戦略のこと(H25.6 閣議決定)

※2 PDCA サイクル:P(計画)→D(実施)→C(評価)→A(改善)を繰り返し行うこと

※3 経済財政運営と改革の基本方針:政府の経済財政政策に関する基本的な方針を示すとともに、経済、財政、行政、社会などの分野における改革の重要性とその方向性を示すもの

※4 新経済・財政再生計画 改革行程表:新経済・財政再生計画に掲げられた主要分野ごとの重要課題への対応と KPI(重要業績評価指標)、それぞれの政策目標とのつながりを明示することにより、目指す成果への道筋を示すもの

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、第2次玉名市総合計画後期計画及び熊本県健康増進計画や玉名市健康増進計画、玉名市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画、特定健康診査等実施計画、熊本県における医療費の見通しに関する計画と調和のとれたものとする必要があります。(図表1)

また、「特定健診等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画(データヘルス計画)と一体的に策定することとします。ただし、保健事業実施計画(データヘルス計画)の対象者は、被保険者全員とします。

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

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

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

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

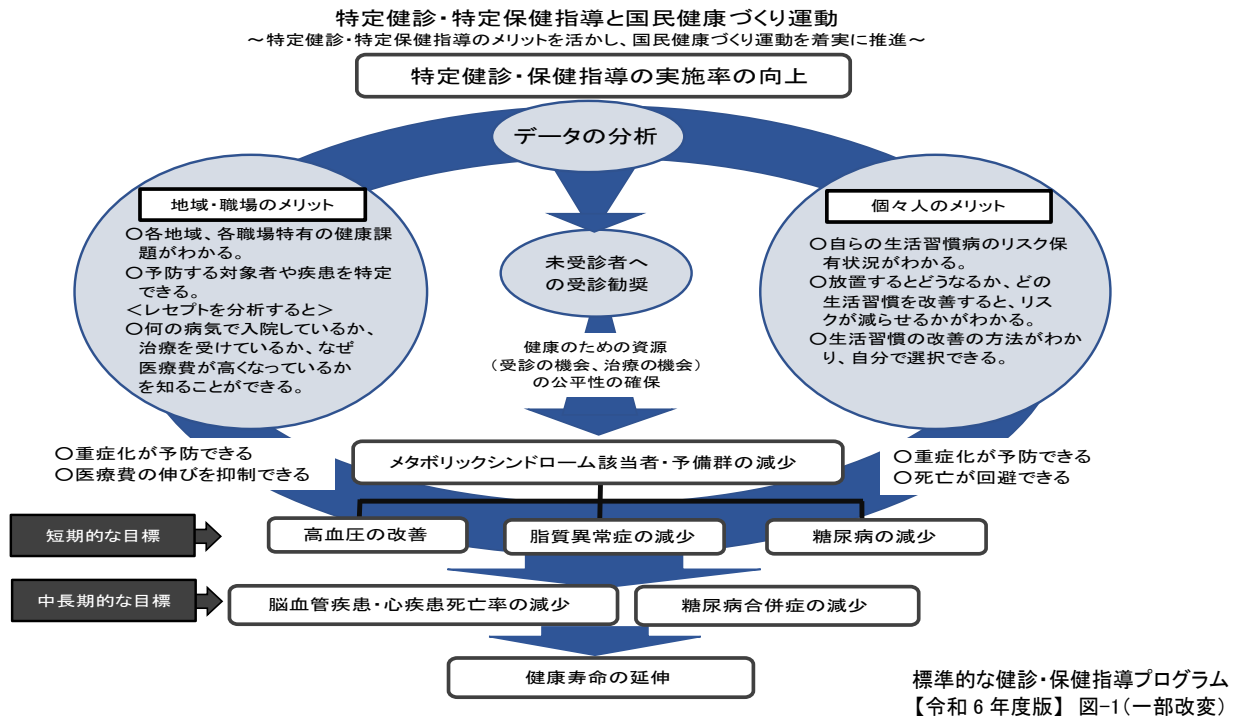
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

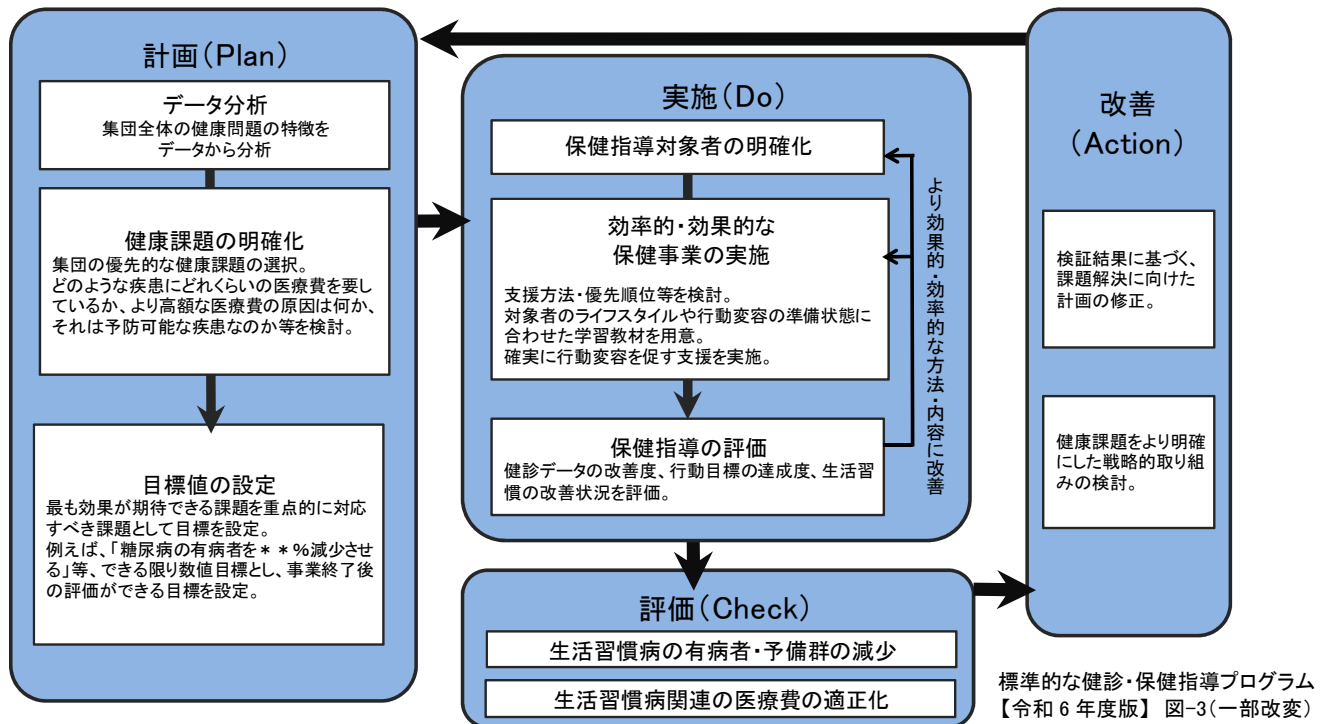
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6~17年(12年) 2024年~2035年	指針 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~8年(3年) 2024~2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳~74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳 特定疾病(※) ※初期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)			がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養	
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 子ども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健康診査実施率	①特定健康診査 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健康診査実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



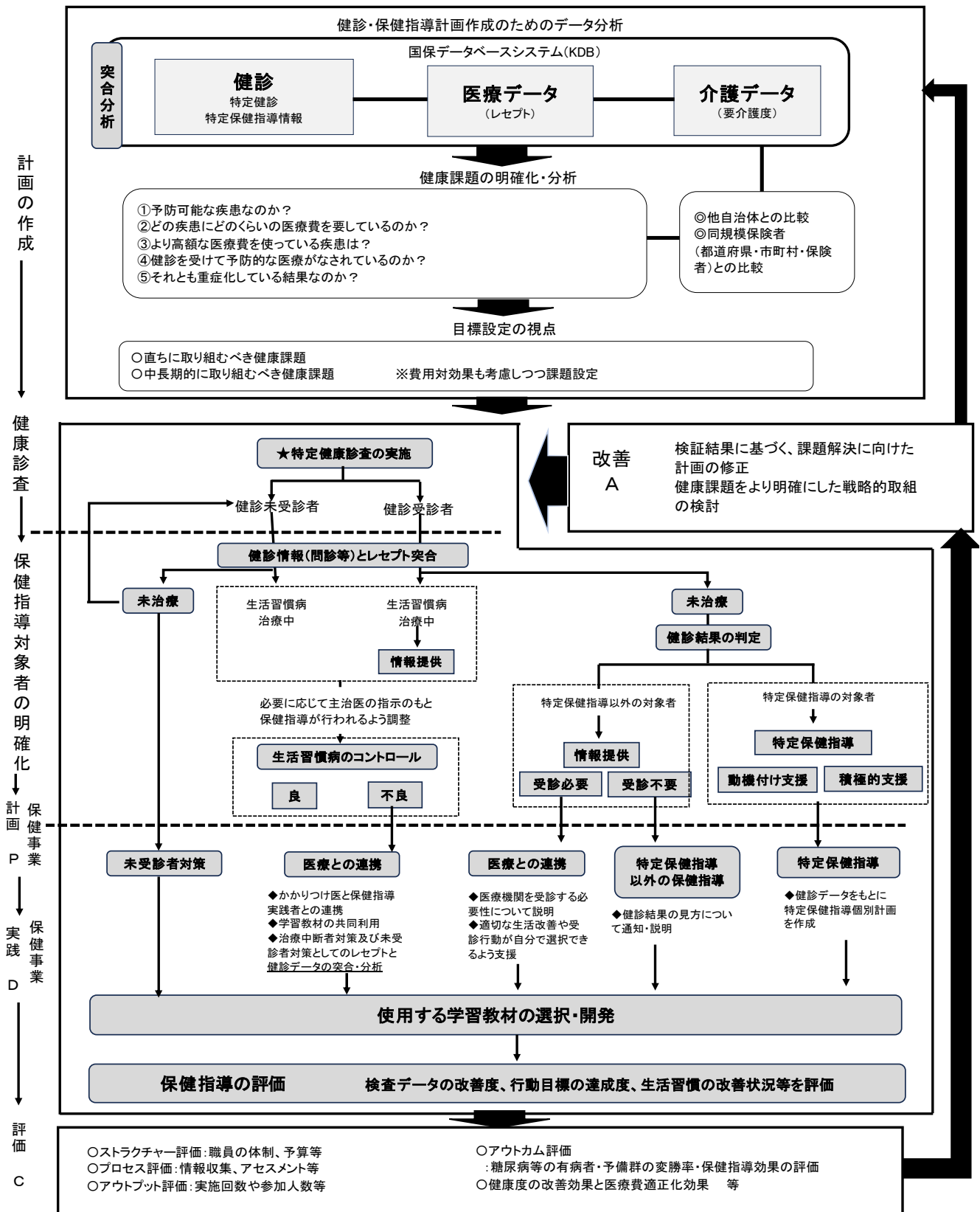
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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

図表 5 標準的な健診・保健指導プログラム(H30 年度版)における基本的な考え方(一部改変)

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

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)

→

行動変容を促す手法

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

3. 計画期間

本計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

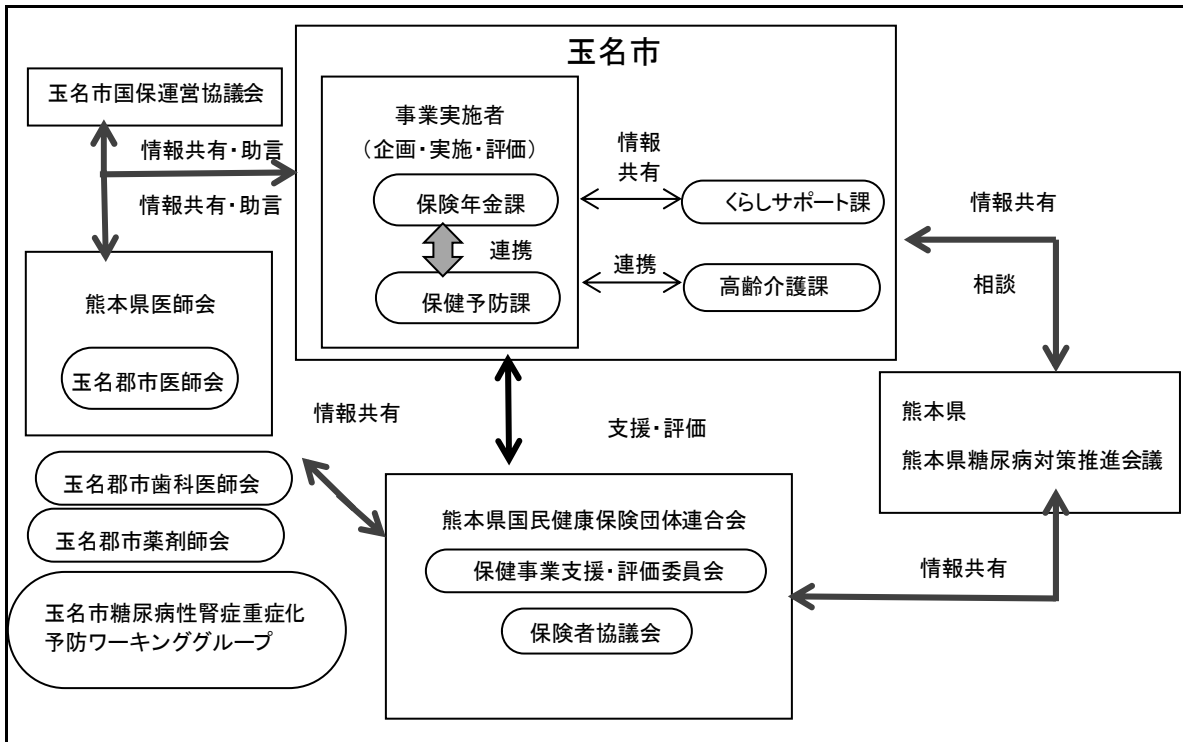
1) 市町村国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保の統括部門である保険年金課と住民の健康の保持増進のための保健事業を所管する保健予防課が連携し、保険者の健康課題を分析し、市一体となって本計画を策定し、計画に基づき効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて計画の見直しや次期計画に反映させます。

また、高齢者医療部局(保険年金課後期高齢者医療係)、介護保険部局(高齢介護課)、生活保護部局(くらしサポート課)とも十分連携を図ることとします。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、事業担当者の業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整えることも重要です。(図表 6・7)

図表 6 玉名市の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

係名	◎・・・主担当 ○・・・副担当				
	保健総務係	成人保健係		母子保健係	
人員配置	事務職	保健師	管理栄養士	保健師	助産師
		係長1名 担当4名	係長1名 担当6名	3名	係長1名 担当8名
国保事務	◎	○	○		
特定健診	◎	○	○		
がん検診	◎				
保健指導 (特定・重症化予防・ 一体的事業)		◎	◎	○	
母子保健		○	○	◎	◎
予防接種	○			◎	
新型コロナワクチン	◎			◎	
精神保健		◎		○	
歯科保健		○	○	◎	
食育		○	◎		

* 国保健診事務スタッフとして会計年度事務1名
 特定保健指導専属スタッフとして会計年度管理栄養士 1名、看護師 2名
 一体的実施事業専属スタッフとして会計年度看護師2名

2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となります。計画の策定等を進めるに当たっては、熊本県国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、玉名郡市医師会、

玉名市糖尿病性腎症重症化予防ワーキンググループ、玉名市国民健康保険事業の運営に関する協議会等との連携・協力を図ります。

また、熊本県は玉名市(市町村)の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、保健事業の推進、保険者機能の強化に向けて連携・協力を図ります。

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成30年度より本格的に実施されています。(図表8)

令和2年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押しする(事業費分・事業費連動分)保険者努力支援制度(事業費分)では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しています。また都道府県は、交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

図表8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点			
		玉名市	配点	玉名市	配点	玉名市	配点		
交付額(万円)									
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	75	70	70	70	70		
		(2)特定保健指導実施率		70		70	70		
		(3)メタリックシントローム該当者・予備群の減少率		50		50	50		
	②	(1)がん検診受診率等	38	40	25	40	25		
		(2)歯科健診受診率等		30		30	35		
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	100		
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	105	90	60	45	65	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	50		
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	105	130	80	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	55	100	85	100	70	100
		②	データヘルス計画の実施状況	40	40	25	30	25	25
③		医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15	
④		地域包括ケア・一体的実施	25	30	35	40	35	40	
⑤		第三者求償の取組	35	40	24	50	40	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	80	95	66	100	65	100	
合計点		728	1,000	685	960	640	940		

第2章 第2期計画の考察及び第3期計画の健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本市は、人口約 63,000 人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 34.4%と、同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は高いです。被保険者の平均年齢は 53 歳と同規模と比べて若く、出生率は同規模並みで財政指数は同規模より低いですが、県より高い市となっています。産業においては、第 1 次産業が 16.8%と同規模、県、国と比較しても高く、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが時期によって不規則である可能性が高いため、若い年代からの健康課題を明確にすることが重要です。(図表 9)

国保加入率は 24.8%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が約 45%を占めています。(図表 10)

また本市内には 5 つの病院、62 の診療所があり、これはいずれも同規模と比較しても多く、病床数も多いことから、医療資源に恵まれている一方で、外来患者数及び入院患者数も同規模と比較して高い傾向にあります。(図表 11)

図表 9 同規模・県・国と比較した玉名市の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者 数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千 対)	死亡率 (人口千 対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
玉名市	63,993	34.4	15,895 (24.8)	53.3	6.5	13.5	0.5	16.8	25.5	57.8
同規模	--	30.4	20.5	54.7	6.5	11.8	0.7	5.6	28.6	65.8
県	--	31.6	22.4	53.6	7.6	12.3	0.4	9.8	21.1	69.1
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム、健診・医療・介護データからみる地域の健康課題(R4)、国勢調査(R2)

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、玉名市と同規模保険者(250市町村)の平均値を表す

図表 10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	17,616		17,167		17,061		16,381		15,895	
65～74歳	7,381	41.9	7,390	43.0	7,609	44.6	7,502	45.8	7,227	45.5
40～64歳	5,659	32.1	5,351	31.2	5,178	30.3	4,898	29.9	4,661	29.3
39歳以下	4,576	26.0	4,426	25.8	4,274	25.1	3,981	24.3	4,007	25.2
加入率	26.4		25.8		25.6		24.6		24.8	

出典：KDBシステム、人口及び被保険者の状況
健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模 割合	県 割合
病院数	5	0.3	5	0.3	5	0.3	5	0.3	5	0.3	0.3	0.5
診療所数	62	3.5	63	3.7	61	3.6	61	3.7	62	3.9	3.6	3.8
病床数	1,004	57.0	1,004	58.5	1,004	58.8	950	58.0	950	59.8	59.4	85.4
医師数	152	8.6	152	8.9	166	9.7	166	10.1	124	7.8	10.0	14.1
外来患者数	794.1		800.0		753.3		780.7		795.8		719.9	768.9
入院患者数	26.3		25.3		23.1		24.3		24.0		19.6	26.2

出典：KDBシステム、地域の全体像の把握

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

1 つ目は中長期的な目標として、計画最終年度までに達成を目指す目標を設定し、具体的には、社会保障費(医療費・介護費)の変化及び脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全を設定しました。

2 つ目は短期的な目標として、年度ごとに中長期的な目標を達成するために必要な目標疾患として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を設定しました。(図表 2 参照)

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全)の達成状況

① 介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、第2号(40~64歳)被保険者で60人(認定率0.31%)と同規模・県・国と比較すると低く、第1号(65歳以上)被保険者で4,240人(認定率19.3%)と同規模より高く、県・国と比較すると低く、平成30年度と比べると減少しています。(図表12)

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行しており、介護給付費は、約65億円から約69億円に伸びています。(図表13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳卒中が上位を占めており、第2号被保険者で6割以上、第1号被保険者でも約4割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	玉名市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	20,826人	31.3%	21,983人	34.4%	30.4%	31.6%	28.7%
第2号認定者	83人	0.39%	60人	0.31%	0.36%	0.35%	0.38%
新規認定者	19人		15人		--	--	--
第1号認定者	4,130人	19.8%	4,240人	19.3%	18.1%	20.2%	19.4%
新規認定者	462人		518人		--	--	--
再掲	65~74歳	298人	3.2%	381人	3.7%	--	--
	新規認定者	71人		94人		--	--
	75歳以上	3,832人	33.4%	3,859人	32.7%	--	--
新規認定者	391人		424人		--	--	--

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

	玉名市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	65億7556万円	69億3299万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	315,738	315,379	274,536	310,858	290,668
1件あたり給付費(円)全体	65,119	63,365	63,298	62,823	59,662
居室サービス	40,183	39,821	41,822	42,088	41,272
施設サービス	297,201	307,209	292,502	303,857	296,364

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 年度)

受給者区分		第2号				第1号				合計					
年齢		40～64歳				65～74歳				75歳以上		計			
介護件数(全体)		60				381				3,859		4,240		4,300	
再)国保・後期		34				312				3,754		4,066		4,100	
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数			
			割合	割合	割合	割合	割合	割合							
	循環器疾患	1	脳卒中	23	脳卒中	130	脳卒中	1,623	脳卒中	1,753	脳卒中	1,776			
				67.6%		41.7%		43.2%		43.1%		43.3%			
		2	虚血性心疾患	8	虚血性心疾患	89	虚血性心疾患	1,458	虚血性心疾患	1,547	虚血性心疾患	1,555			
	合併症	3	腎不全	6	腎不全	36	腎不全	733	腎不全	769	腎不全	775			
				17.6%		11.5%		19.5%		18.9%		18.9%			
	4	糖尿病合併症	9	糖尿病合併症	61	糖尿病合併症	432	糖尿病合併症	493	糖尿病合併症	502				
			26.5%		19.6%		11.5%		12.1%		12.2%				
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		33	基礎疾患	281	基礎疾患	3,607	基礎疾患	3,888	基礎疾患	3,921				
		97.1%		90.1%		96.1%		95.6%		95.6%					
血管疾患合計		33	合計	291	合計	3,657	合計	3,948	合計	3,981					
		97.1%		93.3%		97.4%		97.1%		97.1%					
認知症		3	認知症	108	認知症	2,094	認知症	2,202	認知症	2,205					
		8.8%		34.6%		55.8%		54.2%		53.8%					
筋・骨格疾患		26	筋骨格系	285	筋骨格系	3,632	筋骨格系	3,917	筋骨格系	3,943					
		76.5%		91.3%		96.8%		96.3%		96.2%					

出典：ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者の減少に比例して総医療費も減少しており、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約2万円高く、平成30年度と比較しても約2万円伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか3%程度にも関わらず、医療費全体の約43%を占めており、1件あたりの入院医療費も平成30年度と比較しても4万円も高くなっています。

また年齢調整をした地域差指数でも、入院は全国平均の1を大きく超えています。一方、外来の地域差指数は県平均より低く、入院の地域差指数は平成30年度よりも減少しています。一方、外来の地域差指数は県平均より高く、平成30年度より伸びています。

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、外来医療費の伸びは適切な医療につなぐためには必要な場合もあるため、引き続き適切な医療受診を含めた重症化予防の取組に力を入れる必要があります。(図表15, 16)

図表 15 医療費の推移

		玉名市		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		17,616人	15,895人	--	--	--
前期高齢者割合		7,381人 (41.9%)	7,227人 (45.5%)	--	--	--
総医療費		64億9475万円	62億0583万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		368,685 県内21位 同規模39位	390,427 県内34位 同規模66位	366,294	407,772	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	532,460	579,300	610,160	574,060	617,950
	費用の割合	46.2	43.8	40.5	45.5	39.6
	件数の割合	3.2	2.9	2.7	3.3	2.5
外来	1件あたり費用額	20,530	22,400	24,470	23,430	24,220
	費用の割合	53.8	56.2	59.5	54.5	60.4
	件数の割合	96.8	97.1	97.3	96.7	97.5
受診率		820.398	819.768	739.503	795.102	705.439

出典:ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は玉名市と同規模保険者250市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		玉名市 (県内市町村中)		県 (47県中)	玉名市 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差 指数・ 順位	全体	1.123	1.113	1.139	1.105	1.069	1.130
		(16位)	(26位)	(9位)	(15位)	(26位)	(7位)
	入院	1.275	1.205	1.309	1.219	1.150	1.277
		(18位)	(32位)	(8位)	(21位)	(33位)	(6位)
	外来	1.032	1.061	1.036	0.990	0.988	0.982
		(19位)	(16位)	(12位)	(12位)	(12位)	(22位)

出典:地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成30年度と比較すると減少していますが、脳血管疾患については、平成30年度より若干伸びており、同規模、県、国よりも高くなっています。(図表17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成30年度と比較してみると、虚血性心疾患・腎不全が患者数及び割合と減少していますが、脳血管疾患については割合が伸びていました。(図表18)

脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護給付費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。(図表19,20,21)

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

		玉名市		同規模	県	国	
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
総医療費(円)		64億9475万円	62億0583万円	--	--	--	
中長期目標疾患 医療費合計(円)		6億3351万円	5億4257万円	--	--	--	
		9.754185983	8.74%	7.95%	8.69%	8.03%	
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.17%	2.24%	2.08%	1.89%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.42%	1.27%	1.42%	1.02%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	5.88%	5.04%	4.16%	5.52%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.29%	0.20%	0.29%	0.26%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		12.18%	13.32%	17.03%	14.11%	16.69%
	筋・骨疾患		8.85%	9.13%	8.72%	8.56%	8.68%
	精神疾患		10.87%	11.15%	8.04%	9.62%	7.63%

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

(最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名)

注)KDBシステムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上。

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	17,616	15,895	a	1,456	1,378	1,140	998	90	74	
				a/A	8.3%	8.7%	6.5%	6.3%	0.5%	0.5%	
40歳以上	B	13,040	11,888	b	1,448	1,373	1,130	991	88	74	
	B/A	74.0%	74.8%	b/B	11.1%	11.5%	8.7%	8.3%	0.7%	0.6%	
再掲	40~64歳	C	5,659	4,661	c	367	290	270	230	44	33
		C/A	32.1%	29.3%	c/C	6.5%	6.2%	4.8%	4.9%	0.8%	0.7%
	65~74歳	D	7,381	7,227	d	1,081	1,083	860	761	44	41
		D/A	41.9%	45.5%	d/D	14.6%	15.0%	11.7%	10.5%	0.6%	0.6%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)

地域の全体像の把握、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

(2)短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

①短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合は減っています。

本市は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられます。(図表 19,20,21)

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)		A	5,561	5,440	1,534	1,353	4,027	4,087
		A/被保数	42.6%	45.8%	27.1%	29.0%	54.6%	56.6%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	584	520	144	111	440	409
		B/A	10.5%	9.6%	9.4%	8.2%	10.9%	10.0%
	虚血性心疾患	C	817	732	177	155	640	577
		C/A	14.7%	13.5%	11.5%	11.5%	15.9%	14.1%
	人工透析	D	87	72	43	32	44	40
		D/A	1.6%	1.3%	2.8%	2.4%	1.1%	1.0%

出典: KDBシステム、疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)
地域の全体像の把握、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)		A	3,356	3,331	988	883	2,368	2,448
		A/被保数	25.7%	28.0%	17.5%	18.9%	32.1%	33.9%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	357	315	90	66	267	249
		B/A	10.6%	9.5%	9.1%	7.5%	11.3%	10.2%
	虚血性心疾患	C	523	512	120	106	403	406
		C/A	15.6%	15.4%	12.1%	12.0%	17.0%	16.6%
	人工透析	D	58	50	29	22	29	28
		D/A	1.7%	1.5%	2.9%	2.5%	1.2%	1.1%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	381	453	101	139	280	314
		E/A	11.4%	13.6%	10.2%	15.7%	11.8%	12.8%
	糖尿病性網膜症	F	499	458	141	138	358	320
		F/A	14.9%	13.7%	14.3%	15.6%	15.1%	13.1%
	糖尿病性神経障害	G	126	109	34	32	92	77
		G/A	3.8%	3.3%	3.4%	3.6%	3.9%	3.1%

出典: KDBシステム、疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)
地域の全体像の把握、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)		A	4,797	4,855	1,346	1,284	3,451	3,571
		A/被保数	36.8%	40.8%	23.8%	27.5%	46.8%	49.4%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	418	423	99	91	319	332
		B/A	8.7%	8.7%	7.4%	7.1%	9.2%	9.3%
	虚血性心疾患	C	730	684	156	144	574	540
		C/A	15.2%	14.1%	11.6%	11.2%	16.6%	15.1%
	人工透析	D	44	49	20	19	24	30
		D/A	0.9%	1.0%	1.5%	1.5%	0.7%	0.8%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)
地域の全体像の把握、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上を平成30年度と令和03年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。問診結果による未治療者をみると、高血圧で2.9%、糖尿病で8.1%減少しているものの、令和3年度の健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約40%、糖尿病で9%ほどおり、同規模と比較しても多い状況のため引き続き未治療中断者対策を徹底していく必要があります。(図表22)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減ってきていますが、新型コロナウイルス感染症の影響で受診率が低迷している中、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後也要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧													
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)						医療のかかり方							
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報(R03.4~R04.3)					
	受診者A	受診率	受診者B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	未治療	治療中断	G	G/E	H	H/E
玉名市	4,802	23.3	3,986	31.6	333	6.9	214	64.3	290	7.3	178	61.4	120	41.4	14	4.8		
同規模	309,485	40.3	278,818	36.9	16,067	5.2	9,448	58.8	16,799	6.0	9,823	58.5	6,164	36.7	869	5.2		

	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0以上の推移													
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)						医療のかかり方							
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報(R03.4~R04.3)					
	HbA1c実施者A	実施率	HbA1c実施者B	実施率	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	未治療	治療中断	M	M/K	N	N/K
玉名市	4,802	100.0	3,986	100.0	217	4.5	81	37.3	195	4.9	57	29.2	19	9.7	6	3.1		
同規模	307,071	99.2	276,405	99.1	14,053	4.6	3,869	27.5	13,660	4.9	3,554	26.0	947	6.9	435	3.2		

出典:ヘルスサポートラボツール

- ①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者
- ②中断…高血圧(または糖尿病)のレセプトがある者のうち、直近(年度末の3月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない者

③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指します。その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果において、平成30年度と令和4年度を比較したところ、健診受診率は減少していますが、メタボリックシンドロームの該当者は、0.9%増えており、その中でも3項目すべての危険因子が重なっている割合が増加しています。また、40代においてはメタボ該当者は1.5%、予備群は3.4%増えています。

次に、重症化予防の観点から、継続受診者の、LDL160以上の有所見割合を見ると、いずれも微増しています。翌年度の結果を見ると、LDLについては改善率は伸び悪化者が減少していますが、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上については、悪化者は減少したものの改善率は伸び悩んでいます。

また、翌年度健診を受診していない方がいずれも3割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、継続受診を勧める働きかけを行っていきます。(図23, 24, 25, 26)

図表23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者		予備群	
		3項目	2項目		
H30年度	4,802	1,097	319	778	658
	(39.8%)	(22.8%)	(18.2%)	(14.8%)	(13.7%)
R04年度	3,803	902	276	626	541
	(35.0%)	(23.7%)	(19.1%)	(14.5%)	(14.2%)

年度	40代受診者 (受診率)			50代受診者 (受診率)		
	該当者	予備群		該当者	予備群	
H30年度	342	57	47	614	127	95
	(24.4%)	(16.7%)	(13.7%)	(34.4%)	(20.7%)	(15.5%)
R04年度	275	50	47	458	96	67
	(22.4%)	(18.2%)	(17.1%)	(29.6%)	(21.0%)	(14.6%)

出典：ヘルスサポートラボ集計ツール(様式5-3)

図表24 HbA1c6.5以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	458 (9.5%)	114 (24.9%)	167 (36.5%)	59 (12.9%)	118 (25.8%)
R03→R04	410 (10.3%)	102 (24.9%)	136 (33.2%)	41 (10.0%)	131 (32.0%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25 II 度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II 度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	333 (6.9%)	169 (50.8%)	56 (16.8%)	14 (4.2%)	94 (28.2%)
R03→R04	290 (7.3%)	131 (45.2%)	51 (17.6%)	7 (2.4%)	101 (34.8%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	640 (13.3%)	240 (37.5%)	179 (28.0%)	46 (7.2%)	175 (27.3%)
R03→R04	488 (12.2%)	220 (45.1%)	95 (19.5%)	14 (2.9%)	159 (32.6%)

出典:ヘルスサポートラボツール

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、平成 30 年度には 40.6%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和元年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの若人健診・若人人間ドックも実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。(図表 28)

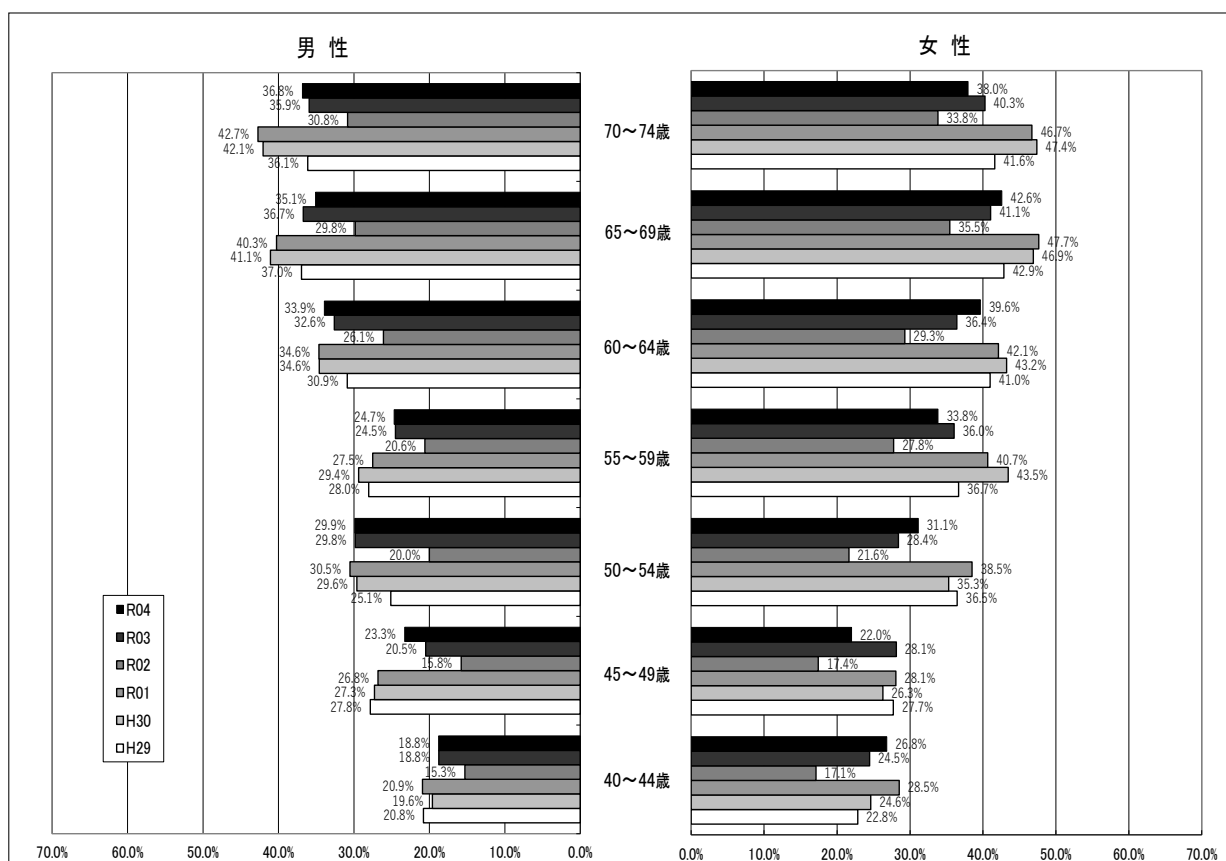
特定保健指導については、平均 75%の実施率で推移しています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値(玉名市)	R05年度 目標値(国)
特定健診	受診者数	4,891	4,630	3,312	3,757	3,627	健診受診率 56%	健診受診率 60%
	受診率	40.6%	39.1%	28.0%	33.0%	33.3%		
特定保健指導	該当者数	762	636	386	516	512	特定保健指導 実施率 80%	特定保健指 導実施率 60%
	割合	15.6%	13.7%	11.7%	13.7%	14.1%		
	実施者数	536	478	323	371	388		
	実施率	70.3%	75.2%	83.7%	71.9%	75.8%		

出典:特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボ評価ツール

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病性腎症重症化予防については、「熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の対象者にに基づき、特に、特定健診受診者のうち HbA1c6.5 以上者や CKD 腎専門医紹介基準該当者について、個別面談にて保健指導を実施しています。(表 1) 特定健診受診者で糖尿病未治療(中断を含む)の割合や新規透析導入者数・割合も減少・横ばい傾向と増加は押さえられているものの、特定健診受診者の中で糖尿病型の割合は増加していることから、今後も糖尿病対策に注力していく必要があると考えます。(表 2) また、糖尿病管理台帳や評価表で把握できている健診未受診者、未治療中断者については継続的な医療機関受診に繋げ必要な保健指導を実施するためにも、フォローを行えるよう体制の検討を行う必要があります。

表 1 重症化予防保健指導実績

	HbA1c6.5以上			Ⅱ度Ⅲ度高血圧			慢性腎臓病(CKD)		
	対象者数	実施者数	実施率	対象者数	実施者数	実施率	対象者数	実施者数	実施率
R4年度	409	300	73.3%	278	227	81.7%	329	193	58.7%
目標	80%			100%			80%		

表 2 特定健診受診者の中で糖尿病型及び未治療中断者、コントロール不良者の割合

健診データ	H30年度		R元年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
糖尿病型 HbA1c6.5以上、空腹時血糖126以上、糖尿病治療中(問診)	636	12.7%	644	13.6%	458	13.6%	579	15.4%	535	14.1%
未治療・中断者 (質問票 服薬なし)	276	43.5%	254	39.4%	173	37.8%	213	36.8%	204	38.1%
治療中 (質問票 服薬あり)	360	56.6%	390	60.6%	285	62.2%	366	63.2%	331	61.9%
コントロール不良 (HbA1c7.0以上又 空腹時血糖130以上)	211	58.6%	216	55.4%	137	48.1%	182	49.7%	163	49.2%

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、心電図検査を実施していますが、実施状況は 64.4%と市町村計よりも低い状況です。(表 3)

心房細動有所見者については、0.8%と低いですが、脳梗塞の種類のうち心房細動が原因でもある心原性脳梗塞やアテローム血栓性脳塞栓症の割合が高いことから、健診受診率を上げ、心電図実施率を上げることで、脳・心血管疾患リスクを軽減させ、有所見者に対しては、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っていくことが大切です。(表 3,4)

表 3 心電図検査実施状況と心房細動有所見状況

R4年度	健診受診者	心電図実施者		心房細動	
	A	B	B/A	C	C/B
玉名市	3,803	2,449	64.4%	21	0.8%
市町村計	106,632	73,551	69%	797	1.1%

表 4 脳梗塞の種類を見る

R4年度	国保 被保険者数	脳梗塞人数		ラクナ梗塞		アテローム血栓性脳塞栓		心原性脳梗塞	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	玉名市	16,804	96	0.6%	21	21.9%	18	18.8%	12
市町村計	402,744	2,513	0.6%	737	29.3%	363	14.4%	279	11.1%

データヘルス支援システムICD10コードでの抽出

③脳血管疾患重症化予防

高血圧は、脳血管疾患において最大の危険因子であり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害と深く関与しています。

現在本市では、健診でⅡ度高血圧以上であった 8 割の方に個別の保健指導を行っています。血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)を参考に、保健指導の対象者について再検討が必要です。(表 1・5) また、血圧手帳を活用し、家庭血圧測定の普及に努め、市民が血圧の学習を深め、脳血管疾患の発症予防行動がとれるよう、ポピュレーションアプローチも併せて実施していきます。

表 5 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会
p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子
p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	人数	高血圧分類			
			高血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	Ⅱ度高血圧 160~179 /100~109	Ⅲ度高血圧 180以上 /110以上
		1,237	671 54.2%	430 34.8%	118 9.5%	18 1.5%
リスク第1層 予後影響因子がない		72	52 C	14 B	4 B	2 A
			5.8%	7.7%	3.3%	3.4%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある		709	391 C	237 B	72 A	9 A
			57.3%	58.3%	55.1%	61.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある		456	228 B	179 A	42 A	7 A
			36.9%	34.0%	41.6%	35.6%

①高リスク (赤)

②中等リスク (黄)

③低リスク (緑)

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	311
		25.1%
B	概ね1か月後に再評価	483
		39.0%
C	概ね3か月後に再評価	443
		35.8%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳心血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

(2)ポピュレーションアプローチ

標準的な健診・保健指導(令和6年度版)によると、「保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、個人の生活習慣を改善するための支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業等の社会的要因や経済的要因に規程されることも大きい。」とされています。

本市においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの市民が、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援していきます。

取組内容としては、生活習慣病重症化予防のために、高血圧や糖尿病、メタボ等についての情報や市の現状について、市ホームページや広報紙、市公式 LINE 等で広く市民へ周知を行っています。また、集団健診会場の保健指導コーナーで動脈硬化の血管模型や、野菜の1日摂取量の目安を食品サンプルで展示し、健診結果説明会を40代50代の若い世代を対象に実施しています。

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初年度	中間評価		最終評価		データの		
			H30	R2		R5		把握方法		
			(H30)	(R2)		(R4)		(活用データ)		
			実績	目標値	実績	目標値	実績			
データヘルス計画	成果目標	医療費の伸びの抑制	標準化医療費(地域差指数)	1.12	—	1.11	—	—	厚労省IP医療保険データベース	
	中長期目標	入院の伸びの抑制	レセプトに占める入院の割合	(46.2)	39.0%	(43.6)	37.0%	(43.8)	2次加工ツール4-③	
			高額(100万円)以上のレセプト 脳血管疾患患者数	13人	10人	11人	8人	16人	KDBシステム 「高額医療費の視点で見る」	
			虚血性心疾患患者数	17人	17人	6人	15人	8人		
			慢性人工透析患者数	90人	70人	88人	65人	81人		
			新規人工透析患者数	9人	3人	11人	2人	5人		
	短期目標	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率	40.6	47.0%	28.0	56.0%	33.3	法定報告値	
			特定保健指導実施率	70.3	77.0%	83.7	80.0%	75.8		
		脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす(健診受診者)	内臓脂肪症候群該当者の割合	22.8%	17.0%	25.4%	15.0%	23.9%		
			内臓脂肪症候群予備群の割合	13.8%	10.0%	13.4%	8.0%	14.3%		
			血圧Ⅱ度以上者(160/100以上)の割合	6.8%	5.3%	5.5%	5.0%	6.2%		健康たまな21 ①②特定健診・特定保健指導結果 ③④あなみツール ⑤⑥マルチ⑦糖尿病管理台帳集計
			脂質異常者(LDL160以上)の割合	13.3%	11.0%	12.1%	10.0%	8.8%		
			健診受診者の糖尿病者の割合(未治療HbA1c6.5以上)	4.4%	4.4%	4.0%	4.0%	4.5%		
			健診受診者の糖尿病者の割合(治療中HbA1c7.0以上)	2.8%	3.1%	2.7%	3.0%	3.1%		
	糖尿病の保健指導を実施した割合	59.1%	75.0%	64.0%	85.0%	73.3%	重症化積上げ(実績集計)			

3) 第2期データヘルス計画にかかる考察

第2期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきました。その結果、入院医療費や中長期疾患(虚血性心疾患及び慢性腎不全)にかかる医療費の伸びの抑制など、医療費適正化に繋がったと思われます。しかし、脳血管疾患医療費の増加や基礎疾患である高血圧の未治療中断者がレセプトデータにおいては4割と高いことがわかりました。治療につながった後も継続した治療ができているか、コントロール状態はどうか等、重症化予防の視点として医療機関受診後の継続支援も取り組むべき重要な課題です。

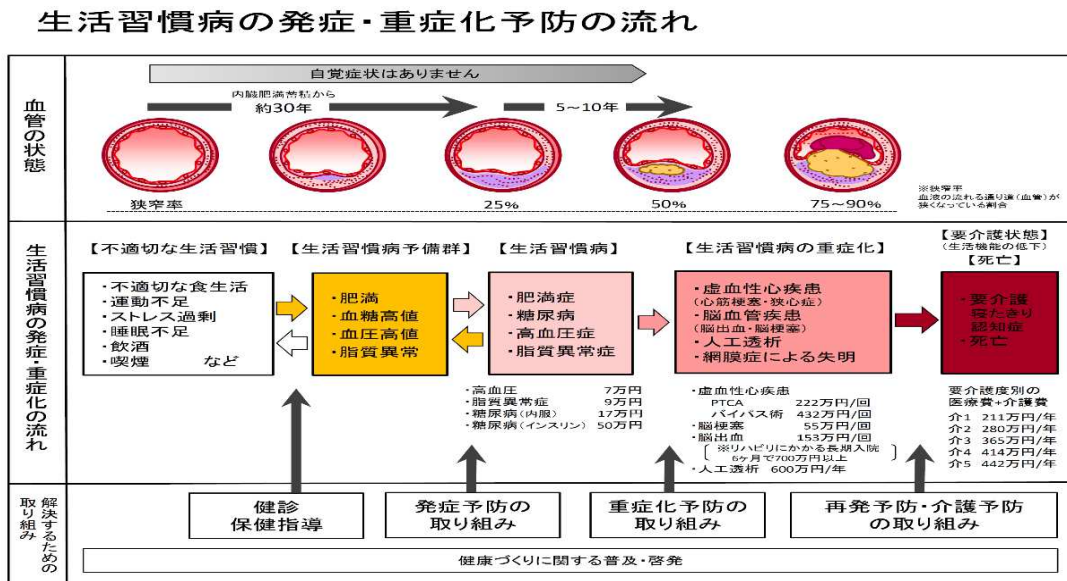
また、メタボリックシンドローム該当者が40代50代の若い世代でも増えており、市民自らの状態を確認できる場として、又、早世予防のためにも特定健診は重要であり、受診率向上に取り組む必要があります。また、内臓脂肪型肥満を基盤とした重症化を予防するためにも、特定保健指導の質の向上を図り、結果の出る保健指導に努めていく必要があります。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的な考え方

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

図表 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

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

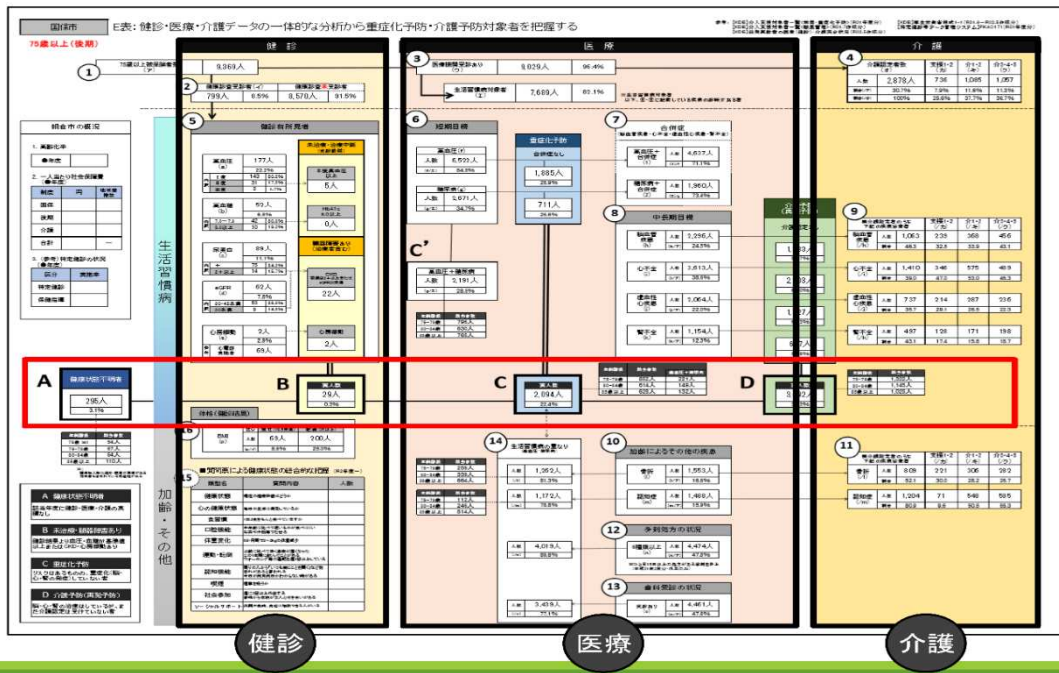
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表 31 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。更に若い世代から健診への意識を高めるため40歳未満の健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

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

図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

図表 32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数	17,616人	17,167人	17,061人	16,381人	15,895人	12,224人
総件数及び 総費用額	件数 175,785件	172,337件	159,497件	162,716件	160,363件	211,781件
	費用額 64億9475万円	63億5989万円	61億5858万円	62億9815万円	62億0583万円	111億5983万円
一人あたり医療費	36.9万円	37.0万円	36.1万円	↑ 38.4万円	↑ 39.0万円	91.3万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合（R4 年度）

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患		
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			慢性 腎不全 (透析 有)	慢性 腎不全 (透析 無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗 塞									
① 国保	玉西市	62億0583万円	31,724	5.04%	0.20%	2.24%	1.27%	5.82%	3.17%	2.02%	12億2540万円	19.7%	13.3%	11.15%	9.13%
	同規模	---	29,595	4.16%	0.29%	2.08%	1.42%	5.79%	3.28%	2.15%	---	19.2%	17.0%	8.04%	8.72%
	県	---	33,050	5.52%	0.26%	1.89%	1.02%	5.62%	3.12%	1.72%	---	19.2%	14.1%	9.62%	8.56%
	国	---	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	---	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	玉西市	111億5983万円	76,633	4.89%	0.46%	4.16%	0.98%	3.72%	2.85%	1.15%	20億3044万円	18.2%	8.9%	6.71%	13.8%
	同規模	---	68,448	4.63%	0.47%	3.89%	1.57%	4.23%	3.13%	1.40%	---	19.3%	11.2%	3.74%	12.1%
	県	---	81,455	4.72%	0.47%	3.74%	1.12%	3.70%	2.88%	1.07%	---	17.7%	9.2%	4.70%	13.2%
	国	---	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	---	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

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

図表 34 高額レセプト(100万円/件)以上の推移

対象年度			H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
高額レセプト (100万円 以上/件)	人数	A	207人	194人	197人	202人	198人	612人
		B	258件	258件	288件	292件	286件	898件
	件数	B/総件数	0.15%	0.15%	0.18%	0.18%	0.18%	0.42%
		C	4億0710万円	4億1809万円	5億1991万円	5億0908万円	4億5902万円	9億1040万円
		C/総費用	6.3%	6.6%	8.4%	8.1%	7.4%	8.2%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 35 高額レセプト(100万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度			H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度							
脳血管疾患	人数	D	13人	8人	11人	11人	16人	45人							
		D/A	6.3%	4.1%	5.6%	5.4%	8.1%	7.4%							
	件数	E	17件	9件	17件	17件	27件	77件							
		E/B	6.6%	3.5%	5.9%	5.8%	9.4%	8.6%							
	年代別	40歳未満	1	5.9%	0	0.0%	0	0.0%	2	11.8%	0	0.0%	65-69歳	77	100.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	11.1%	70-74歳	0	0.0%
		50代	1	5.9%	1	11.1%	6	35.3%	2	11.8%	6	22.2%	75-80歳	19	24.7%
		60代	6	35.3%	4	44.4%	2	11.8%	7	41.2%	8	29.6%	80代	39	50.6%
		70-74歳	9	52.9%	4	44.4%	9	52.9%	6	35.3%	10	37.0%	90歳以上	18	23.4%
	費用額	F	2029万円	1410万円	2502万円	2334万円	4126万円	6424万円							
F/C		5.0%	3.4%	4.8%	4.6%	9.0%	7.1%								

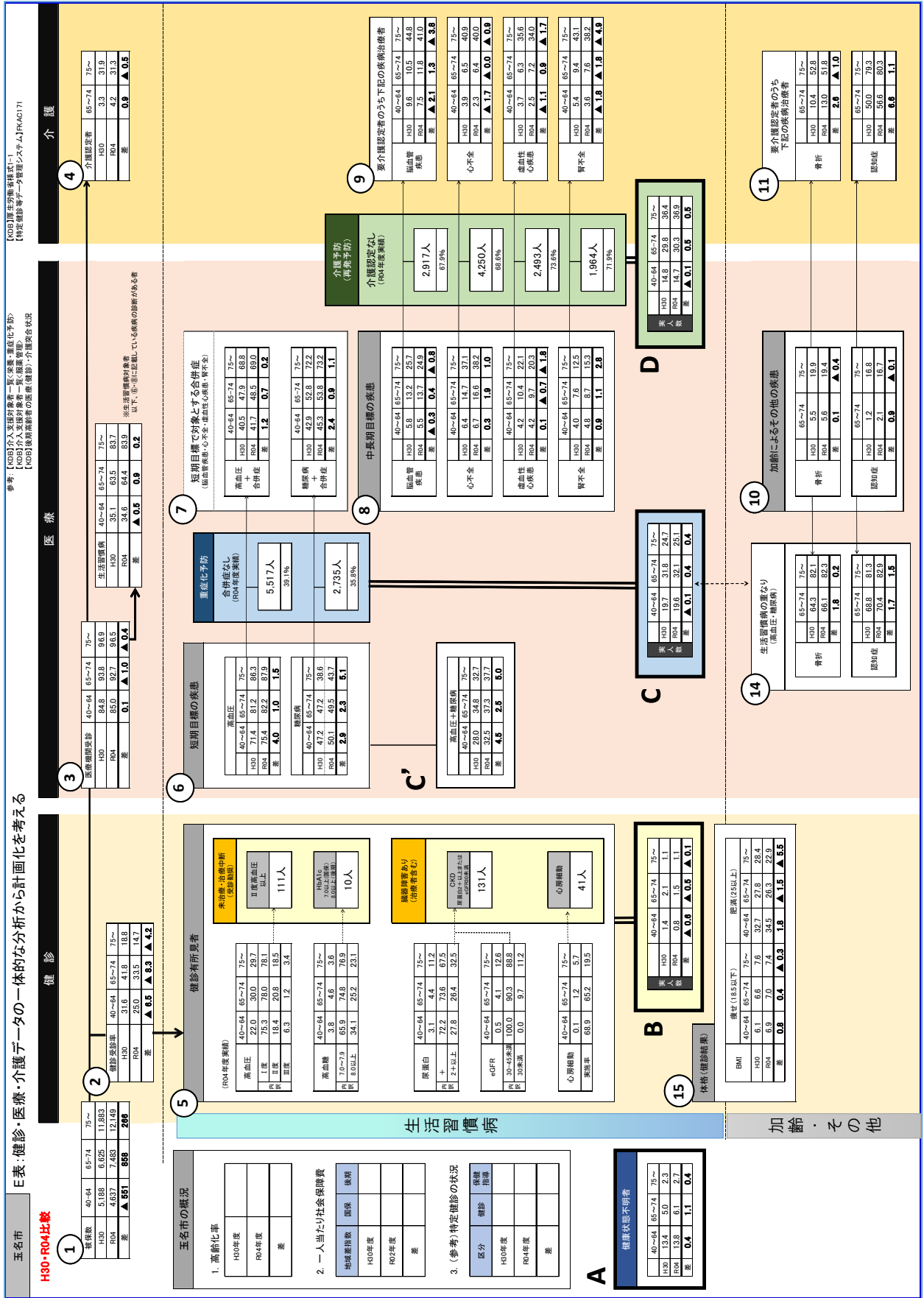
出典：ヘルスサポートラボツール

図表 36 高額レセプト(100万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度			H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度							
虚血性心疾患	人数	G	17人	13人	6人	4人	8人	16人							
		G/A	8.2%	6.7%	3.0%	2.0%	4.0%	2.6%							
	件数	H	18件	13件	6件	4件	8件	19件							
		H/B	7.0%	0.0%	2.1%	1.4%	2.8%	2.1%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	50.0%	1	12.5%	70-74歳	1	5.3%
		50代	2	11.1%	1	7.7%	1	16.7%	1	25.0%	1	12.5%	75-80歳	5	26.3%
		60代	10	55.6%	5	38.5%	3	50.0%	0	0.0%	2	25.0%	80代	11	57.9%
		70-74歳	6	33.3%	6	46.2%	2	33.3%	1	25.0%	4	50.0%	90歳以上	2	10.5%
	費用額	I	3832万円	2175万円	1302万円	625万円	1791万円	2228万円							
I/C		9.4%	5.2%	2.5%	1.2%	3.9%	2.4%								

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 37 健診・医療・介護データの一体的な分析



図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数				② 健診受診率			⑬ 体格(健診結果)					
						特定健診		後期健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	31.9	5,188	6,625	11,883	31.6	41.8	18.8	6.1	6.6	7.6	32.7	27.8	28.4	
R04	31.3	4,637	7,483	12,149	25.0	33.5	14.7	6.9	7.0	7.4	34.5	26.3	22.9	

図表 39 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動											
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-							
人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%					
H30	93	5.7	(40)	212	7.7	(80)	121	5.4	(27)	69	4.2	(12)	131	4.7	(7)	20	0.9	(0)	17	1.0	39	1.4	109	4.9	7	0.4	17	0.6	0	--
R04	63	5.4	(27)	165	6.6	(58)	116	6.5	(26)	44	3.8	(1)	115	4.6	(9)	15	0.8	(0)	10	0.9	35	1.4	86	4.8	1	0.1	20	0.8	20	1.1

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③							⑥									⑦					
	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)				高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	
H30	84.8	93.8	96.9	35.1	63.5	83.7	71.4	81.2	86.3	47.2	47.2	38.6	28.0	34.8	32.7	40.5	47.9	68.8	42.9	52.8	72.2	
R04	85.0	92.7	96.5	34.6	64.4	83.9	75.4	82.2	87.9	50.1	49.5	43.7	32.5	37.3	37.7	41.7	48.5	69.0	45.3	53.8	73.2	

注)合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

図表 41 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表	⑧ 中長期目標の疾患(被保険者数)												⑨ 中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	5.8	13.2	25.7	4.2	10.4	22.1	6.4	14.7	37.1	4.0	7.6	12.5	9.6	10.5	44.8	3.7	6.3	35.6	3.9	6.5	40.9	5.4	9.4	43.1
R04	5.5	13.7	24.9	4.2	9.7	20.3	6.7	16.6	38.2	4.8	8.7	15.3	7.5	11.8	41.0	2.5	7.2	34.0	2.3	6.4	40.0	3.6	7.6	38.2

図表 42 骨折・認知症の状況

E表	⑩ 生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				⑪ 加齢による その他の疾患 (被保険者数)				⑫ 加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	64.3	82.1	68.8	81.3	5.5	19.9	1.2	16.8	10.4	52.8	50.0	79.3
R04	66.1	82.3	70.4	82.9	5.6	19.4	2.1	16.7	13.0	51.8	56.6	80.3

出典：ヘルスサポートラボツール

(3)健康課題の明確化(図表 32~42)

国保の被保険者数は年々減っているが、一人あたり医療費は令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和3年以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり90万円を超え、国保の約2.3倍も高い状況です。(図表32)

本市は、短期的目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合が、国保において同規模・県・国と比べて高い状況です。これは、糖尿病、特に未治療中断者を医療につなげることに重点をおいて保健事業に取り組んできた結果とも考えられます。これにより、腎不全の医療費に占める割合が、国保において、慢性人工透析患者数全国2位の熊本県と比べて低いのではないかと考えられます。一方、中長期目標疾患の脳梗塞脳出血については、国保及び後期において同規模・県・国と比べて高い状況で、後期の慢性人工透析についても同じく高い状況です。(図表33)

高額レセプトについては、国保においては毎年約280件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約3倍に増えることがわかります。

高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和4年度が一番多く27件で4,000万円以上の費用がかかっていますが、後期高齢においては、77件発生し、約6,400万円の費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表34、35)

健診・医療・介護のデータをH30年度とR4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表38の①被保険者数は、40~64歳は減っていますが、65歳~74歳で858名、75歳以上では266名増え、本市では75歳以上の後期高齢者が確実に増えていくことがわかります。

⑮の体格をみると、40~64歳の若い年齢層で、BMI25以上の率が1.8%も高くなってきています。図表39 健診有所見の状況をみると、各年代で対象人数が減っており、受診勧奨及び保健指導の効果が表れてきたと考えられます。今後も引き続き取り組んでいく必要があります。

図表40の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、どの項目も割合が増えています。今後はコントロール不良者の継続した保健指導の徹底が課題となります。

図表41の⑧中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、H30年度とR4年度を比較すると、心不全と腎不全においてどの年代も割合が上がっており、今後の要介護認定の要因として懸念され、原因疾患である短期目標疾患の高血圧や糖尿病と、その合併症について一体的分析においても課題であることがわかります。図表42の骨折・認知症の状況を見ると、⑭生活習慣の重なり(高血圧・糖尿病)において、骨折・認知症の割合が高くなっています。

(4)優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておきます。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておきます。

(図表 43)

② 中長期的な目標の設定

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

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

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

③ 短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

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

(2) 管理目標の設定

図表 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値	初年度	中間評価	最終評価		データの把握方法 (活用データ)				
			R5	R6	R8	R11						
			(R4)	(R5)	(R7)	(R10)						
			実績	目標値	実績	目標値	実績	最終目標 (R5-R10)				
中長期目標 (レセプト)	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	新規 脳血管疾患患者数(脳梗塞)	161人	160人		140人		115人		45人減	データヘルス 支援システム	
		新規 脳血管疾患患者数(脳出血)	36人	35人		33人		30人		5人減		
		新規 虚血性心疾患患者数	272人	270人		250人		220人		50人減		
		新規人工透析患者数	5人	5人		5人		5人		維持		
		糖尿病性腎症による新規人工透析患者数	4人	4人		4人		3人		1人減		
データヘルス計画	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率	33.3%	34.0%		35.0%		38.0%		4%増	法定報告値	
		40代、50代の特定健診受診率	24.2%	25.0%		26.0%		27.0%		2%増		
		特定保健指導実施率	75.8%	75.0%		76.0%		79.0%		4%増		
	短期目標 (特定健診データ)	特定健診受診者において、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	内臓脂肪症候群該当者の割合	23.9%	23.5%		23.0%		22.5%		1%減	ラボツール (評価ツール・ 様式5-1)
			内臓脂肪症候群予備群の割合	14.3%	14.0%		13.5%		13.0%			
			血圧Ⅱ度以上者(160/100以上)の割合	6.2%	6.0%		5.5%		5.0%			
			脂質異常者(LDL180以上)の割合	3.1%	3.0%		2.5%		2.0%		0.2%減	
			HbA1c8.0以上者の割合	1.23%	1.2%		1.1%		1.0%			
			糖尿病*1の未治療中断者の割合	38.1%	38.0%		37.0%		36.0%		2%減	
			特定保健指導対象者の減少率	15.6%	16.0%		16.5%		17.0%		1%増	
内臓脂肪症候群該当者の減少率	21.1%	22.0%		22.5%		23.0%						

*1 糖尿病: 特定健診受診者のうち、HbA1c6.5%以上又は空腹時血糖126以上、または糖尿病治療中(問診)

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。

なお、第1期及び第2期は5年を1期としていたが、医療費適正化計画等が6年1期に改正されたことを踏まえ、第3期以降は実施計画も6年を1期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 44 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	34%	35%	36%	37%	38%	39%
特定保健指導実施率	75%	76%	77%	78%	79%	80%

3. 対象者の見込み

図表 45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	10,522人	10,261人	10,000人	9,739人	9,478人	9,217人
	受診者数	3,577人	3,591人	3,600人	3,603人	3,601人	3,594人
特定保健指導	対象者数	465人	467人	468人	469人	468人	467人
	実施者数	349人	355人	361人	366人	370人	374人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である国保連合会が集合契約を行います。

- ① 集団健診(くまもと県北病院附属健康管理センター)
- ② 個別健診(委託医療機関)
- ③ 人間ドック(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び特定健診及び特定保健指導の実施に関する基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施期間については、市のホームページに掲載します。

(参照) URL : <http://www.city.tamana.lg.jp>

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え追加の検査(ヘモグロビン A1c・血清クレアチニン・血清尿酸・尿潜血)を実施します。※1

また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上または食後採血の場合は、non-HDL コレステロールの測定にかえられます。(実施基準第 1 条第 4 項)※2

市独自の項目として、集団健診及び人間ドックについては、受診者全員に心電図検査を、尿蛋白±以上者には尿蛋白定量検査・尿中クレアチニン検査・p/c 比を実施します。※3

図表 46 特定健診検査項目

区 分		内 容	
特定 健康 診査 ※1	基本的な 健診の項目	既往歴の調査(服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む)	
		自覚症状及び他覚症状の検査	
		身体計測	身長
			体重
			腹囲
			BMI
		血圧	収縮期血圧
			拡張期血圧
		肝機能検査	GOT
			GPT
	γ-GTP		
	血中脂質検査	中性脂肪	
		HDL-コレステロール	
		LDL-コレステロール※2	
		(Non-HDLコレステロール) ※2	
血糖検査 (いずれかの項目の実施で可)	空腹時血糖		
	(随時血糖)		
尿検査 ※4	糖		
	蛋白		
詳細な 健診の項目 (医師の判断による追加項目)	貧血検査	ヘマトクリット値	
		血色素量	
		赤血球数	
	心電図検査※6		
	眼底検査		
保険者独自の追加健診項目	追加 健診	ヘモグロビンA1c ※1	
		血清クレアチニン(eGFRを含む)	
		血清尿酸	
		尿潜血	
		心電図検査※3	
尿蛋白定量検査・尿中クレアチニン検査・P/C比(尿蛋白判定±以上に実施) ※3			

(5) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

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

(7) 代行機関

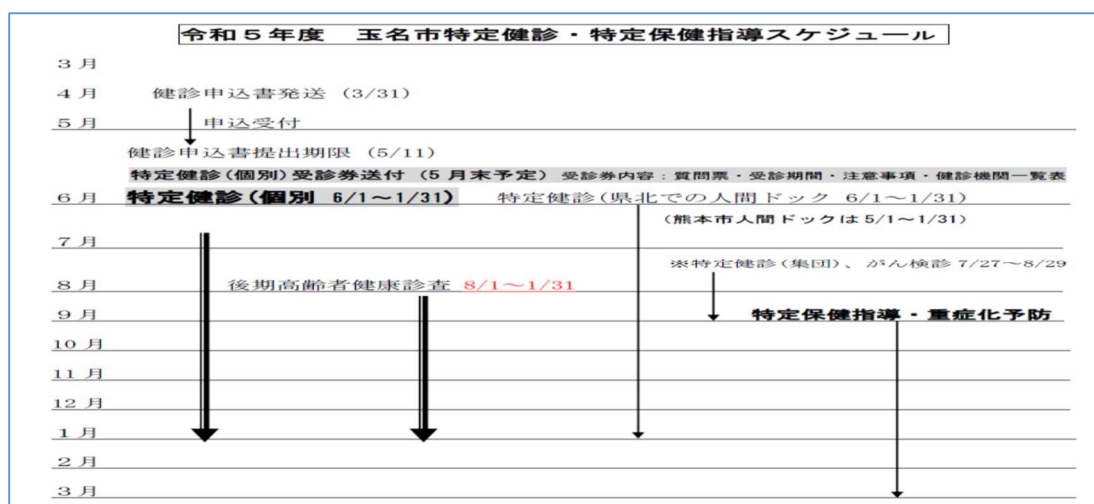
特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、熊本県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

受診方法として、集団健診、個別医療機関健診、人間ドック(玉名市内、熊本市内)があり、申込がなかった方には、個別医療機関健診の受診勧奨を行います。さらに期間を空けて、集団健診、個別医療機関健診、玉名市内人間ドックについて受診勧奨を行います。また、県内統一の事業として特定健診の情報提供事業(みなし健診)を実施予定です。

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

図表 47 特定健診実施スケジュール(例示)



5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、保健予防課にて行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

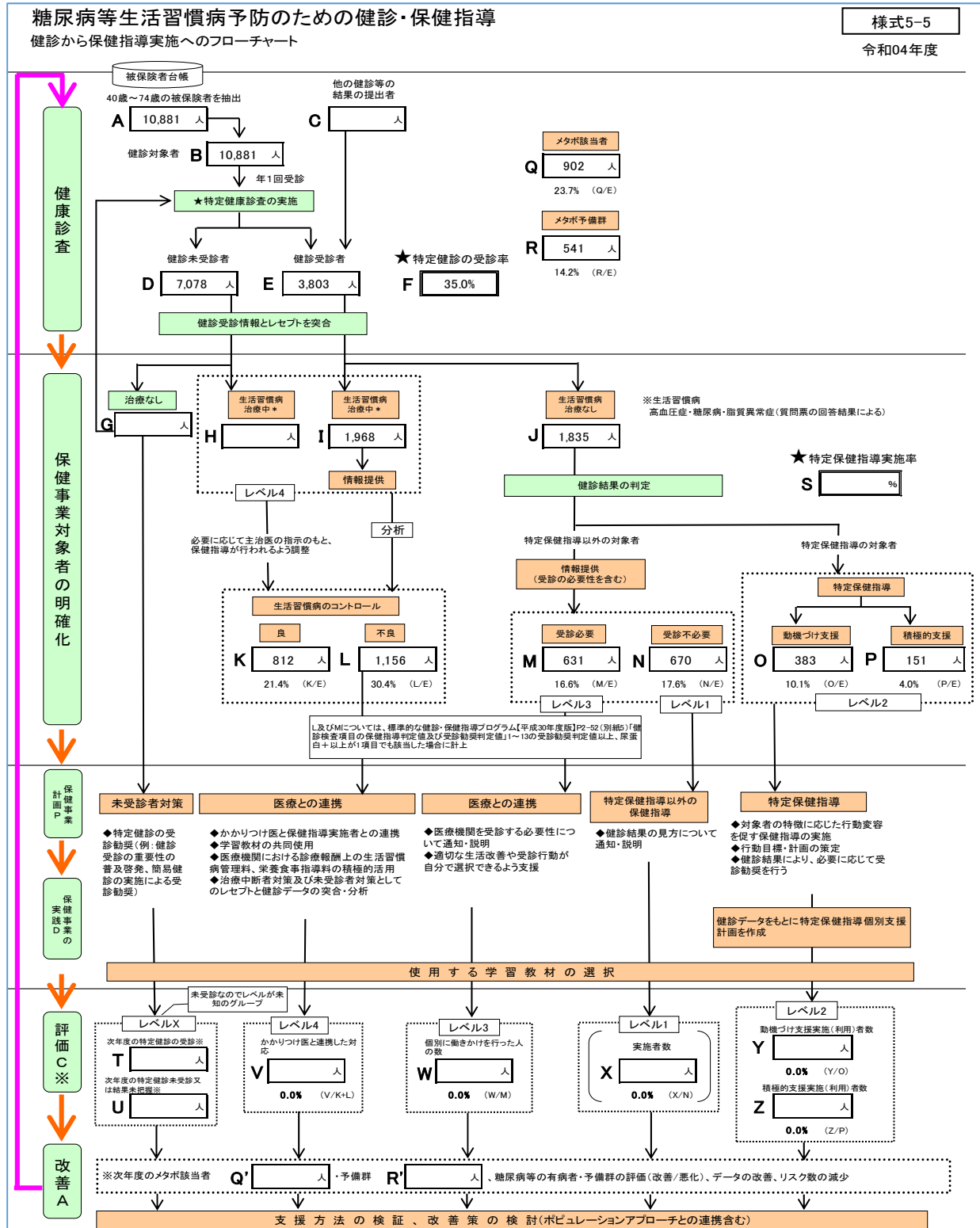
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



出典:ヘルサポートラボ集計ツール

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 保健指導対象者の見込み(図表 48 様式 5-5 より)

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	目標実施率
1	OP	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	534人 (14.1%)	80%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携(糖尿病連携手帳・GFRシール・血圧手帳等を通しての連携) ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	631人 (16.6%)	Ⅱ度以上高血圧 100% HbA1c8.0以上 100% HbA1c6.5以上 80% CKD該当者 80%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(健診受診の重要性の普及啓発、医療機関健診の受診券の送付)	7078人 ※受診率目標達成までにあと1963人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方等について通知・説明	670人 (17.6%)	100%
5	I	情報提供 (治療中)	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携(糖尿病連携手帳・GFRシール・血圧手帳等を通しての連携) ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	1,968人 (51.7%)	Ⅱ度以上高血圧 100% HbA1c8.0以上 100% HbA1c6.5以上 80% CKD該当者 80%

(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成していきます。

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
集団健診	集団健診				7月末~8月末								
	結果データ到着						2~3週間後						
	特定保健指導				健診会場にて初回面談分割実施		中間評価		3~6ヵ月後評価				
人間ドック (県北C)	人間ドック(県北C)												
	結果データ到着				6月分	7月分	8月分	9月分	10月分	11月分	12月分	1月分	
	特定保健指導 (初回面談)					6月初回	7月初回	8月初回	9月初回	10月初回	11月初回	12月初回	1月初回
	特定保健指導 (最終評価)	11月評価	12月評価	1月評価					6月評価	7月評価	8月評価	9月評価	10月評価
人間ドック (日赤・済生会・厚生連)	人間ドック (日赤・済生会・厚生連)												
	医療機関												
	結果データ到着	1月分				5月分	6月分	7月分	8月分	9月分	10月分	11月分	12月分
	特定保健指導 (初回面談)	12月初回	1月初回				5月初回	6月初回	7月初回	8月初回	9月初回	10月初回	11月初回
特定保健指導 (最終評価)	9月評価	10月評価	11月評価	12月評価	1月評価				5月評価	6月評価	7月評価	8月評価	

6. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律および玉名市個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理します。

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行います。

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 11 月 1 日までに報告します。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項(保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない)に基づく計画は、市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては、糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診結果を基に、発症及び重症化予防の取組について、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを組み合わせ実施します。

ハイリスクアプローチとしては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患予防・脳血管疾患予防等の取組を行います。

具体的には、医療受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方には、医療機関と連携し、臓器障害を防ぐための保健指導や栄養指導を実施します。

また、ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により、自分自身の生活や将来設計にも支障を及ぼしてしまうことや、高額な医療費や介護費用がかかることで、社会全体に及ぼす影響等について、広く住民へ周知していくことで、住民が自らの健康管理の大切さや、予防可能な生活習慣病の発症予防に関心を向けることができるように努めます。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上に努め、健診と保健指導により、多くの住民に、現在の自分の身体の状態を把握していただく必要があります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

II. 重症化予防の取組

本市の脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、令和4年度の特定健診受診者3,803人のうち、1,468人(38.6%)です。治療なし者(高血圧・糖尿病・脂質異常症の3疾患で内服がないと問診で答えた者)は475人(25.9%)で、そのうち、特定保健指導対象者が261人と、治療なし者の半数にあたります。このことから、特定保健指導に注力することは重症化予防にもつながり、効率的であるといえます。

さらに、治療なし者の48.0%にあたる228人は、すでに臓器障害があり、直ちにに取り組むべき対象者であることや、血圧Ⅱ度以上者・HbA1c6.5以上者の半数以上は治療なし者にあたることから、医療機関への定期的な受診に繋げるための保健指導が重要といえます。

図表 51 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-										令和04年度		
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			<参考> 健診受診者(受診率)		
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器科の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)		3,803人	35.0%
↓ 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				心筋梗塞、労作性狭心症、安静狭心症							■各疾患の治療状況	
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)					治療中	治療なし
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)					重症化予防対象者 (実人数)	
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者					
該当者数	235 6.2%	21 0.6%	119 3.1%	91 2.4%	902 23.7%	288 7.6%	329 8.7%				1,468	38.6%
治療なし	136 5.7%	8 0.4%	106 3.9%	63 2.3%	173 9.4%	171 4.9%	106 5.8%				475	25.9%
(再掲) 特定保健指導	51 21.7%	2 9.5%	32 26.9%	28 30.8%	173 19.2%	40 13.9%	42 12.8%				261	17.8%
治療中	99 7.0%	13 0.7%	13 1.2%	28 2.5%	729 37.0%	117 35.3%	223 11.3%				993	50.5%
臓器障害 あり	73 53.7%	8 100.0%	31 29.2%	26 41.3%	61 35.3%	73 42.7%	106 100.0%				228	48.0%
CKD(専門医対象者)	14	2	8	5	15	20	106				106	
心電図所見あり	67	8	24	24	54	63	34				156	
臓器障害 なし	63 46.3%	--	75 70.8%	37 58.7%	112 64.7%	98 57.3%	--				--	
治療中	臓器障害 あり	58 58.6%	13 100.0%	7 53.8%	17 60.7%	358 49.1%	65 55.6%		223 100.0%		533	53.7%
CKD(専門医対象者)	16	3	4	6	112	23	223				223	
心電図所見あり	49	13	4	13	277	46	66				376	
臓器障害 なし	41 41.4%	--	6 46.2%	11 39.3%	371 50.9%	52 44.4%	--				--	

出典:ヘルスサポートラボ集計ツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成 31 年 4 月 25 日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(以下、「熊本県版プログラム」とする)に基づき実施します。

プログラムは、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・治療中断者を適切な受診勧奨によって医療に結びつけるとともに、糖尿病で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して、医療機関と連携した保健指導等を行い、人工透析等への移行を防止することが目的です。

2) 対象者の明確化

(1)人工透析患者の実態をみる(図表 52)

透析患者数										
		H30			R2			R4		
		被保険者数	透析患者数	割合	被保険者数	透析患者数	割合	被保険者数	透析患者数	割合
国保	玉名市	18,500	90	0.49%	17,568	88	0.50%	16,804	77	0.46%
	市町村計	451,989	2,455	0.54%	423,336	2,361	0.56%	402,744	2,232	0.55%
後期	玉名市	11,943	150	1.26%	12,006	142	1.18%	11,955	144	1.20%
	市町村計	279,004	3,592	1.29%	282,718	3,587	1.27%	284,602	3,675	1.29%

新規透析患者数								糖尿病性腎症							
		H30		R2		R4				H30		R2		R4	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合			人数	割合	人数	割合	人数	割合
国保	玉名市	9	0.05%	11	0.06%	5	0.03%	国保	玉名市	6	66.70%	7	63.60%	4	80.00%
	市町村計	189	0.04%	195	0.05%	152	0.04%		市町村計	104	55.00%	97	49.70%	90	59.20%
後期	玉名市	14	0.12%	10	0.08%	12	0.10%	後期	玉名市	6	42.90%	4	40.00%	7	58.30%
	市町村計	257	0.09%	249	0.09%	226	0.08%		市町村計	87	33.90%	86	34.50%	81	35.80%

出典：保険者データヘルス支援システム

本市における人工透析の実態をみると、国保・後期の透析者割合は市町村平均より低いものの、後期高齢者になると被保険者に占める透析者の割合は1%程度となっており、今後も維持・改善していくことが課題となります。また、後期高齢者の透析予防は、国保世代からの予防活動が大変重要となります。

次に、新規透析者の状況を見ると、平成30年度と比較すると微減傾向にあり、増加していません。しかし、国保・後期の新規透析患者における糖尿病性腎症の割合は市町村計と比較すると高い状況です。

そのため、本市においても、熊本県版プログラムに基づき、糖尿病性腎症重症化予防への取組を重点的に進めていきます。

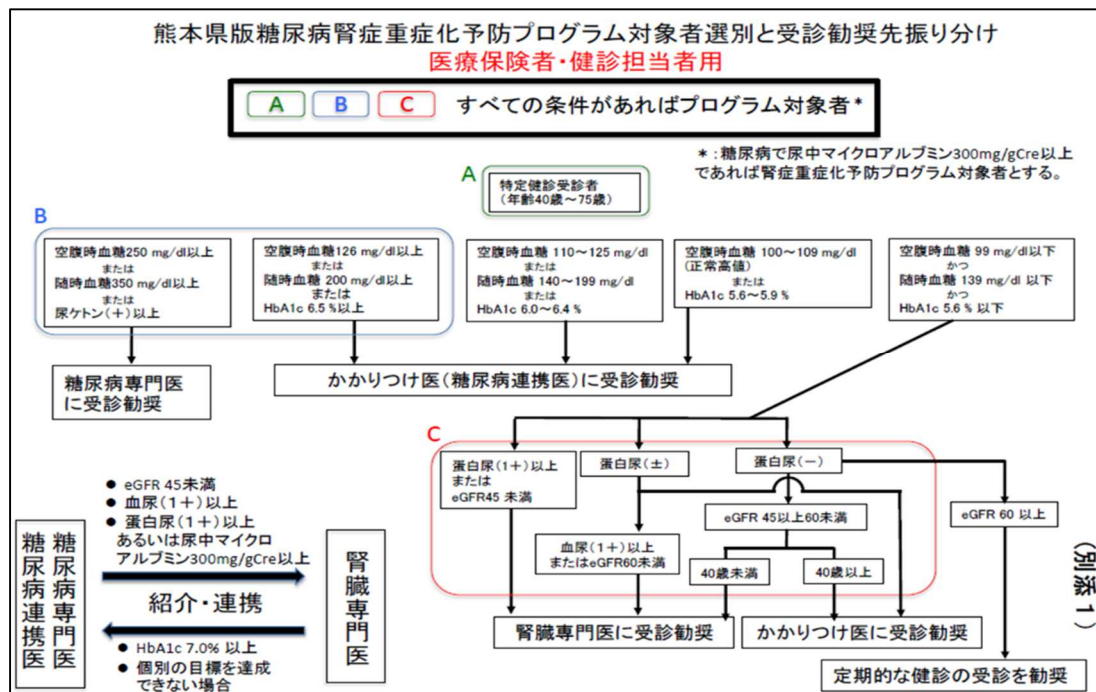
(2) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を基盤とします。(図表 53)

- ① 健診を受診した者のうち医療機関未受診者(早期に積極的に受診勧奨が必要な者)
- ② 治療中断者(最終の受診日から6ヶ月以上経過している者)
- ③ 重症化するリスクの高い者

健診データ、本人・医療機関からの情報提供により、糖尿病治療中で血糖コントロール目標を達成できていない者や、尿アルブミン、尿たんぱく、eGFR等により腎症と診断された者及び腎症が疑われる者

図表 53 熊本県版糖尿病重症化予防プログラム対象者選別と受診勧奨先振り分け

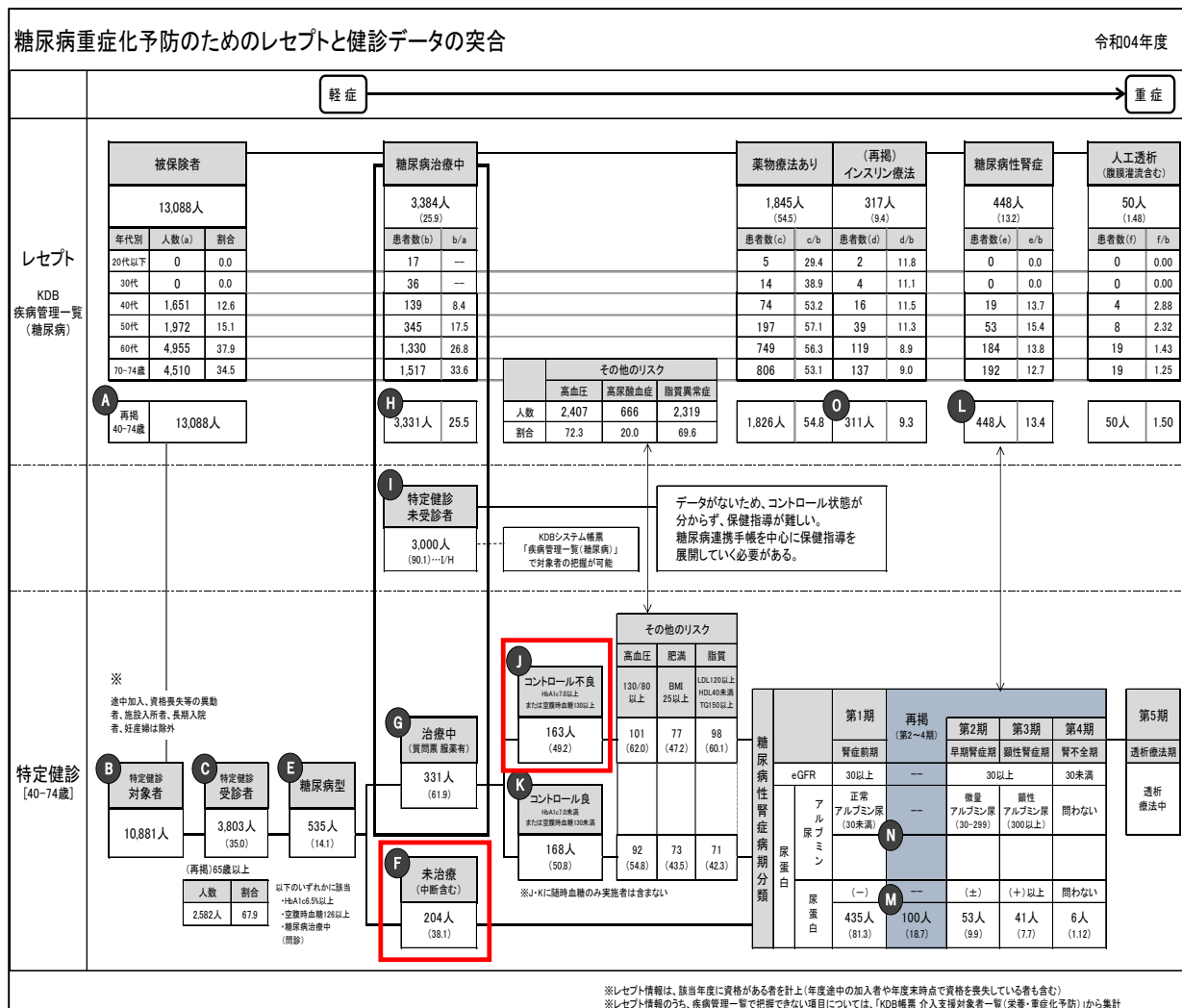


(3) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

対象者の抽出については、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、把握及び抽出を行います。(図表 54)

図表 54 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典：ヘルスサポートラボ集計ツール

②介入方法と優先順位

【優先順位1】 健診を受診した者のうち未治療・中断者(早期に積極的に受診勧奨が必要な者)

(図表 54 F)・・・204人

【受診勧奨】

- ・訪問による受診勧奨を実施

【保健指導】

- ・健診結果を基に糖尿病連携手帳、HbA1c・GFRシールを活用し保健指導を実施し治療開始・治療再開に繋げる。
- ・健診未受診者については、過去の健診受診歴がある者を優先して訪問等を行う。
- ・治療中断となる対象者等、地域でフォローが必要な対象者について医療機関との情報共有を行い、連携した保健指導を実施する。

優先順位2 糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者

- ・特定健診受診者の中で、コントロール不良の者(図表 54 J)・・・163 人
- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(HbA1c 評価表で把握)

【保健指導】

- ・健診結果を基に保健指導を実施し、血糖値やその他のリスク因子の数値が上がっている要因に気づき、数値の改善に繋がるよう保健指導に努める。
- ・前年度に受診歴がある HbA1c 評価表対象者に訪問し、現在の状況を確認し、必要な保健指導や関わりを行う。
- ・地域でフォローが必要な対象者について医療機関との情報共有を行い、連携した保健指導を実施する。

3) 保健指導の実施

(1) 実施期間及びスケジュール

年度当初、対象者の選定基準、介入方法、実施方法を決定します。特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施(通年)します。スケジュールに関しては、図表 50 の健診・保健指導年間スケジュールを参照ください。

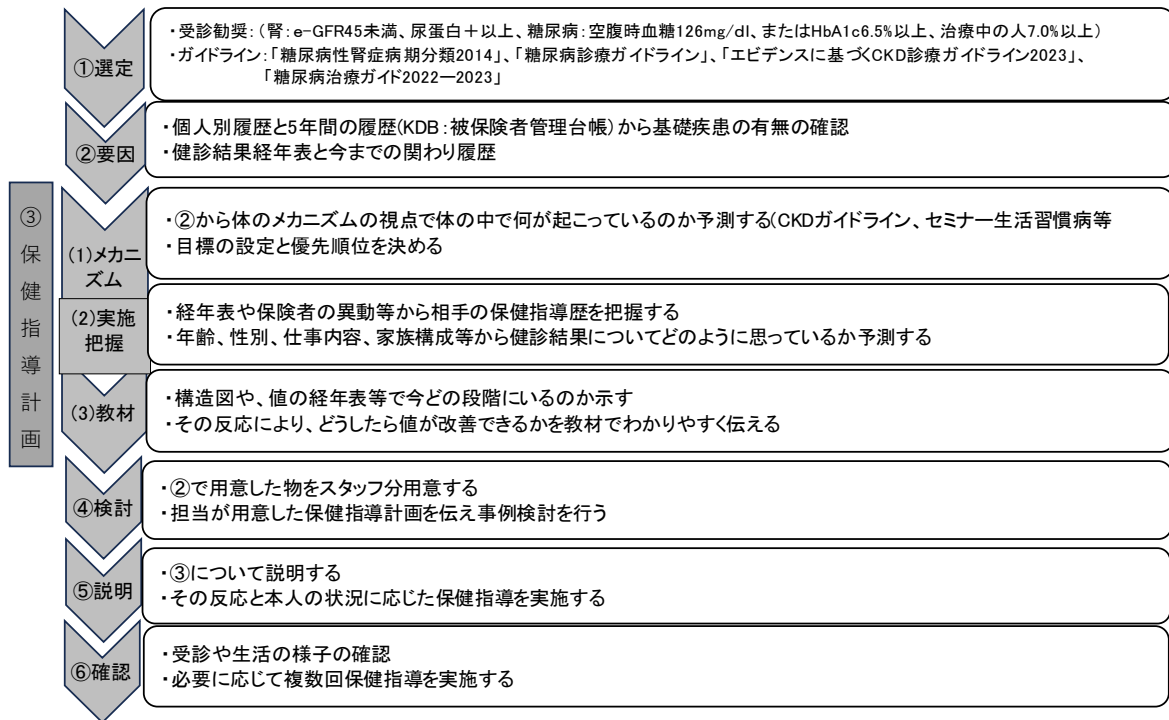
(2) 糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。本市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を行います。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用します。

(3) 二次検査等を活用した重症化予防対策

本市の特定健診では集団健診及び人間ドックにおいてのみ、尿検査では尿蛋白±以上者には尿蛋白定量検査・尿中クレアチニン検査・p/c 比検査を実施している状況ですが、可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を逃す恐れがあります。現在実施している二次検査での微量アルブミン尿検査の継続、尿蛋白定量検査の実施を行う等、腎症ハイリスク者へ早期介入のための取り組みや定量検査の実施対象者の枠を広げられるよう関係機関と調整を図っていきます。

図表 55 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、健診結果経年表や糖尿病連携手帳を使用します。糖尿病連携手帳を持っていない方には、その後の自己管理に繋げることができるよう、手帳の使い方等について、丁寧な説明を行います。

(2) 治療中の者への対応

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

(3) CKD該当者について

CKD該当者については、CKD精密検査紹介様式等を活用し、かかりつけ医や専門医との連携にあたっては熊本県版プログラムを基盤に行っていきます。

(4)糖尿病性腎症重症化予防ワーキング会議の開催

本市の糖尿病性腎症を取り巻く現状や課題の共有のため、腎専門医、糖尿病専門医、地域担当理事、薬剤師等と共に年2～3回会議を開催していきます。

(5)ツールの活用について

治療目標値を対象者と関係機関で共有できるよう、HbA1c・eGFR シールを作成し、糖尿病連携手帳等の表に貼り、目標値の見える化をしていきます。

5) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。

短期的評価については、熊本県版プログラムのアウトカム評価指標に加え、データヘルス計画の評価について、年 1 回行うものとします。その際は KDB システムや保険者データヘルス支援システム等の情報を活用します。また、中長期的評価については、図表 55 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価も行います。

【短期的評価】

- ・健診受診者の HbA1c6.5%以上未治療者の割合
- ・健診受診者の HbA1c7.0%以上治療中の割合
- ・健診受診者の HbA1c8.0%以上の割合

【中長期的評価】

- ・新規人工透析患者数
- ・糖尿病性腎症による新規人工透析患者数

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目			統合表	玉名市									
				H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
1	①	被保険者数	A	18,066人		17,564人		17,159人		17,125人		16,544人	
	②	(再掲)40-74歳		13,420人		13,106人		12,846人		12,938人		12,510人	
2	①	対象者数	B	12,054人		11,831人		11,824人		11,398人		10,881人	
	②	特定健診 受診者数	C	4,891人		4,630人		3,312人		3,757人		3,627人	
	③	受診率		40.6%		39.1%		28.0%		33.0%		33.3%	
3	①	特定 保健指導 対象者数		762人		636人		386人		516人		512人	
	②	実施率		70.3%		75.2%		83.7%		71.9%		75.8%	
4	①	糖尿病型	E	636人	12.7%	644人	13.6%	458人	13.6%	579人	14.7%	535人	14.1%
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	276人	43.4%	254人	39.4%	173人	37.8%	213人	36.8%	204人	38.1%
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	360人	56.6%	390人	60.6%	285人	62.2%	366人	63.2%	331人	61.9%
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	211人	58.6%	216人	55.4%	137人	48.1%	182人	49.7%	163人	49.2%
	⑤	血圧 130/80以上		136人	64.5%	134人	62.0%	93人	67.9%	117人	64.3%	101人	62.0%
	⑥	肥満 BMI25以上		100人	47.4%	91人	42.1%	63人	46.0%	78人	42.9%	77人	42.2%
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	149人	41.4%	174人	44.6%	148人	51.9%	184人	50.3%	168人	50.8%
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	438人	68.9%	460人	71.4%	367人	80.1%	479人	82.7%	435人	81.3%
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		71人	11.2%	74人	11.5%	42人	9.2%	41人	7.1%	53人	9.9%
	⑩	第3期 尿蛋白(+)		44人	6.9%	46人	7.1%	43人	9.4%	57人	9.8%	41人	7.7%
	⑪	第4期 eGFR30未満		3人	0.5%	4人	0.6%	6人	1.3%	2人	0.3%	6人	1.1%
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)		126.5人		127.9人		120.1人		133.1人		135.4人	
	②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)		168.4人		169.8人		158.6人		174.5人		178.3人	
	③	レセプト件数 (40-74歳) ()内は被保険者千対	入院外(件数)	12,779件	(980.0)	12,521件	(982.7)	12,781件	(999.5)	13,372件	(1078.4)	13,462件	(1132.4)
	④		入院(件数)	85件	(6.5)	85件	(6.7)	67件	(5.2)	72件	(5.8)	57件	(4.8)
	⑤	糖尿病治療中	H	2,286人	12.7%	2,247人	12.8%	2,060人	12.0%	2,279人	13.3%	2,240人	13.5%
	⑥	(再掲)40-74歳		2,260人	16.8%	2,225人	17.0%	2,037人	15.9%	2,258人	17.5%	2,231人	17.8%
	⑦	健診未受診者	I	1,900人	84.1%	1,865人	83.8%	1,752人	86.0%	1,892人	83.8%	1,900人	85.2%
	⑧	インスリン治療	O	225人	9.8%	214人	9.5%	188人	9.1%	198人	8.7%	191人	8.5%
	⑨	(再掲)40-74歳		222人	9.8%	210人	9.4%	186人	9.1%	193人	8.5%	188人	8.4%
	⑩	糖尿病性腎症	L	238人	10.4%	245人	10.9%	248人	12.0%	310人	13.6%	303人	13.5%
	⑪	(再掲)40-74歳		235人	10.4%	242人	10.9%	245人	12.0%	306人	13.6%	302人	13.5%
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		48人	2.1%	46人	2.0%	48人	2.3%	45人	2.0%	41人	1.8%
	⑬	(再掲)40-74歳		48人	2.1%	46人	2.1%	48人	2.4%	44人	1.9%	41人	1.8%
	⑭	新規透析患者数		9人	0.4%	7人	0.3%	11人	0.5%	8人	0.4%	5人	0.2%
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		6人	66.7%	6人	85.7%	7人	63.6%	4人	50.0%	4人	80%
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)				59人	2.0%			54人	1.7%	56人	1.7%
6	①	総医療費		64億9475万円		63億5989万円		61億5858万円		62億9815万円		62億0583万円	
	②	生活習慣病総医療費		34億7702万円		33億6713万円		32億8637万円		33億3768万円		33億2472万円	
	③	(総医療費に占める割合)		53.5%		52.9%		53.4%		53.0%		53.6%	
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	5,911円		5,846円		3,989円		5,134円		5,796円	
	⑤		健診未受診者	33,059円		32,344円		35,748円		35,112円		36,149円	
	⑥	糖尿病医療費		3億6049万円		3億5236万円		3億5546万円		3億6403万円		3億6095万円	
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		10.4%		10.5%		10.8%		10.9%		10.9%	
	⑧	糖尿病入院外総医療費		10億5693万円		10億4546万円		10億5002万円		10億6815万円		10億2138万円	
	⑨	1件あたり		35,562円		35,628円		35,720円		35,369円		34,690円	
	⑩	糖尿病入院総医療費		7億5727万円		7億5991万円		6億8779万円		6億8957万円		6億3072万円	
	⑪	1件あたり		607,763円		618,817円		624,125円		661,142円		649,554円	
	⑫	在院日数		18日		18日		18日		19日		18日	
	⑬	慢性腎不全医療費		4億0052万円		3億8371万円		3億5176万円		3億3025万円		3億2477万円	
	⑭	透析有り		3億8159万円		3億5942万円		3億3799万円		3億2043万円		3億1250万円	
	⑮	透析なし		1893万円		2428万円		1377万円		982万円		1228万円	
7	①	介護給付費		65億7556万円		67億2660万円		69億0138万円		70億1325万円		69億3299万円	
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		10件	20.8%	9件	17.6%	7件	14.9%	6件	18.2%	9件	26.5%
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		3人	0.4%	6人	0.7%	10人	1.2%	10人	1.2%	9人	1.0%

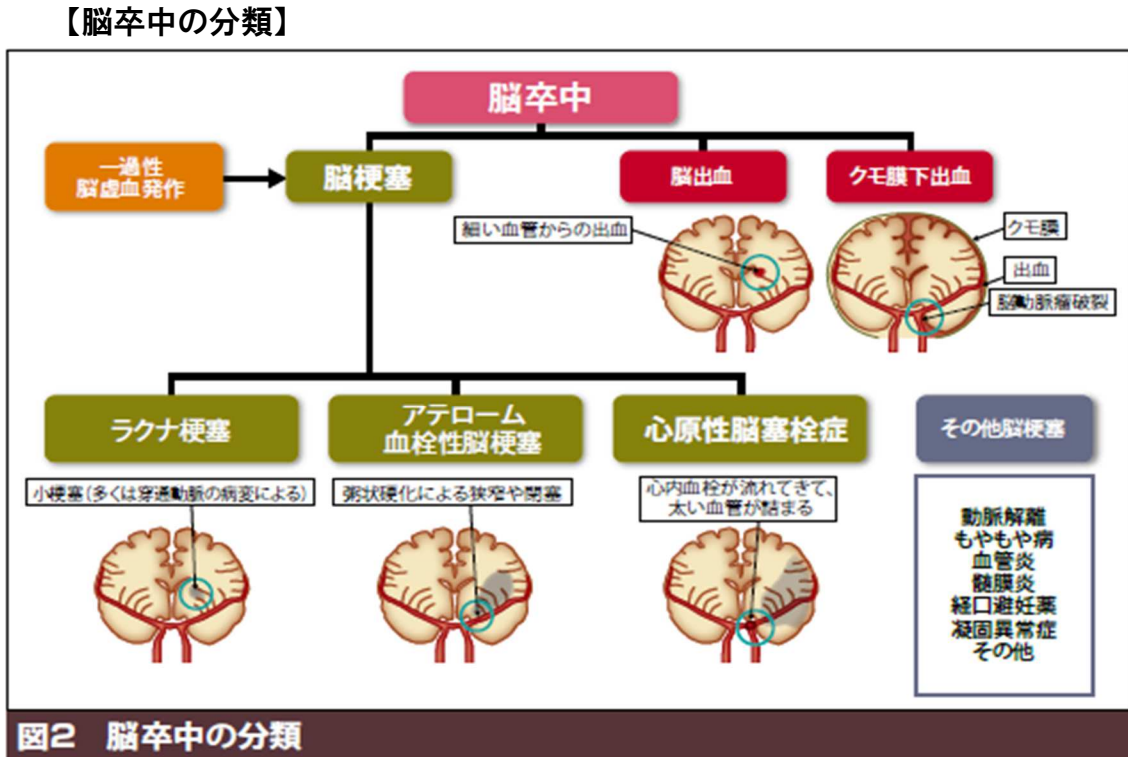
出典:ヘルスサポートラボツール

2. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます(図表 57)。

図表 57 脳卒中の分類、脳血管疾患とリスク因子



(脳卒中予防への提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

2) 対象者の明確化

(1) 脳血管疾患発症の実態をみる

本市の脳血管疾患の種類をみてみると、国保及び後期高齢者において脳梗塞の割合が最も多い状況でした。市町村平均との割合比較においては、後期高齢者は、脳梗塞とくも膜下出血において割合が若干高くなっている状況がみえました。(図表 58)

脳梗塞の種類をみると、国保と後期高齢者、介護認定者において、ラクナ梗塞の割合が最も高く、市町村比較ではアテローム血栓性脳梗塞と心原性脳塞栓症の割合が高い状況でした。(図表 59)

介護認定者において、心原性脳塞栓症の割合は市町村平均を 2.3%上回っており、心原性脳塞栓症の発症において課題がみえました。

図表 58 脳血管疾患の種類をみる (令和 4 年度)

国保		脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
被保険者数		人数	割合	人数	割合	人数	割合
玉名市	16,804	96	0.57%	24	0.14%	5	0.03%
市町村計	402,744	2,512	0.62%	639	0.16%	163	0.04%

後期高齢者		脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
被保険者数		人数	割合	人数	割合	人数	割合
玉名市	11,955	406	3.40%	55	0.46%	17	0.14%
市町村計	284,602	8,874	3.12%	1,333	0.47%	270	0.09%

図表 59 脳梗塞の種類をみる (令和 4 年度)

国保		脳梗塞人数							
被保険者数		人数		ラクナ梗塞		アテローム血栓性脳梗塞		心原性脳塞栓症	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
玉名市	16,804	96	0.6%	21	21.9%	18	18.8%	12	12.5%
市町村計	402,744	2,513	0.62%	737	29.3%	363	14.4%	279	11.1%

後期高齢者		脳梗塞人数							
被保険者数		人数		ラクナ梗塞		アテローム血栓性脳梗塞		心原性脳塞栓症	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
玉名市	11,955	406	3.4%	97	23.9%	56	13.8%	69	17.0%
市町村計	284,602	8,874	3.1%	2,407	27.1%	1,103	12.4%	1,502	16.9%

介護認定者		脳梗塞人数							
被保険者数		人数		ラクナ梗塞		アテローム血栓性脳梗塞		心原性脳塞栓症	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
玉名市	880	158	18.0%	97	11.0%	126	14.3%		
市町村計	21,139	5,524	26.1%	2,227	10.5%	2,543	12.0%		

(2) 重症化予防対象者の実態

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。また、心原性脳塞栓症の原因となる心房細動の発症においても、高血圧はリスクとなります。また、高血圧治療者(H)5,440人のうち、既に脳血管疾患を起こしている人(O)が520人(9.6%)でした。

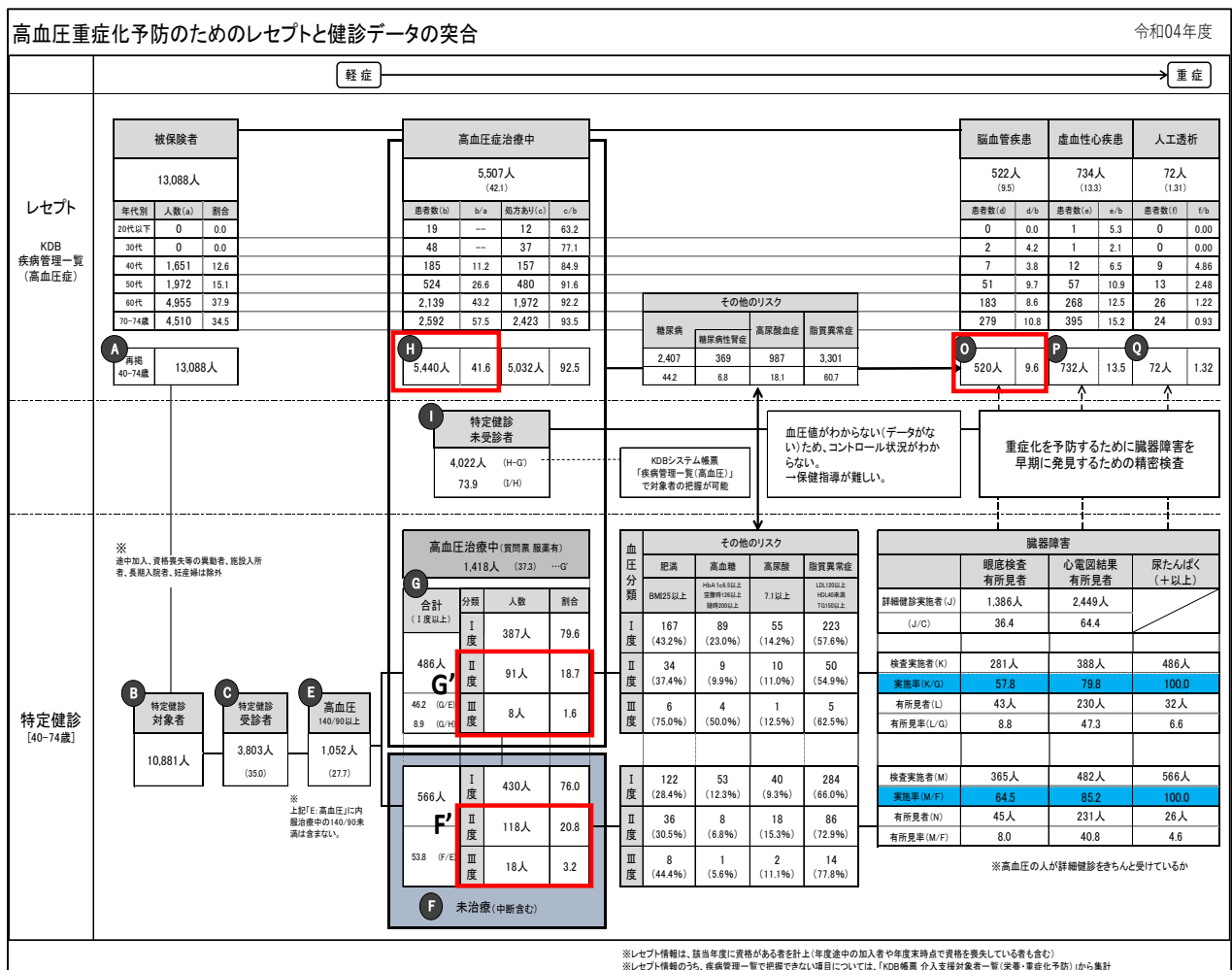
健診結果をみると、Ⅱ度高血圧以上(G'+F')が235人(約6.2%)であり、そのうち未治療者(F')は136人(57.9%)です。

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

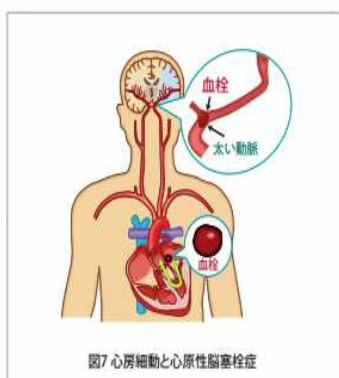
また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上の者(G')が99人(7.0%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。(図表60)

本市では、臓器障害を早期に発見するための眼底検査や心電図検査(詳細検査)の実施を行っていますが、その結果をその後の対象者抽出や保健指導に十分に生かしていない状況にあります。特に若い世代で脳血管疾患の発症や医療費割合が高くなっていることから、健診結果におけるハイリスク者については、重点的に取り組んでいく必要があると考えます。(図表60)

図表 60 血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



(3)心電図検査における心房細動者の把握



心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。その原因となる心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみてみました。(図表 61,62)

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 61 特定健診における心房細動有所見者状況(R4 年度)

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	1,786	2,017	1,189	66.6%	1,260	62.5%	18	1.5%	3	0.2%	--	--
40代	152	123	109	71.7%	83	67.5%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	230	228	170	73.9%	148	64.9%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	673	886	434	64.5%	544	61.4%	8	1.8%	1	0.2%	1.9%	0.4%
70～74歳	731	780	476	65.1%	485	62.2%	10	2.1%	2	0.4%	3.4%	1.1%

※1 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率
日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は、70～79歳

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 62 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
21	8	38.1%	13	61.9%

出典:ヘルスサポートラボツール

令和4年度健診における心電図検査において、21人に心房細動の所見がありました。特に男性に多く、全て60歳以上の方でした。その発生率は日循疫学調査の割合よりも低い状況ですが、心原性脳塞栓症の発症割合が多い本市としては、心房細動所見者の未治療者については、すみやかに医療機関受診に繋げるとともに、治療中者についても、治療中断が引き起こすリスクについて十分な説明を行い、治療や内服の中断を防ぐ必要があります。また、心房細動等の不整脈の早期発見のために、自己検脈の周知についても行っていきます。

第3期計画においても、心電図検査の全数実施に努め、心電図検査結果で把握できるハイリスク者について、確実に必要な受診勧奨や保健指導を実施していきます。

(4) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

第2期計画では、保健指導の対象者をⅡ度高血圧以上者としていましたが、リスク第3層に該当する高値血圧者やⅠ度高血圧者などは高リスク者にあたるため、より脳心疾患リスクの高い対象者に保健指導を実施できるよう、対象者の見直しを行っていきます。(図表 63)

図表 63 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会
p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子
p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高値血圧	Ⅰ度高血圧	Ⅱ度高血圧	Ⅲ度高血圧
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
	1,237	671 54.2%	430 34.8%	118 9.5%	18 1.5%
リスク第1層 予後影響因子がない	72 5.8%	C 52 7.7%	B 14 3.3%	B 4 3.4%	A 2 11.1%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	709 57.3%	C 391 58.3%	B 237 55.1%	A 72 61.0%	A 9 50.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	456 36.9%	B 228 34.0%	A 179 41.6%	A 42 35.6%	A 7 38.9%

①高リスク (赤)

②中等リスク (黄)

③低リスク (緑)

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	311
		25.1%
B	概ね1か月後に再評価	483
		39.0%
C	概ね3か月後に再評価	443
		35.8%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳心血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

出典：ヘルスサポートラボツール

3) 保健指導の実施

(1) 実施期間及びスケジュール

年度当初、対象者の選定基準、介入方法、実施方法を決定します。特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施(通年)します。スケジュールに関しては、図表 50 の健診・保健指導年間スケジュールを参照ください。

(2) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診であ

る場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、脳心血管リスク層別化の高リスク者の未治療者・治療中断者を対象に、血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況等の経過を確認し、受診勧奨を行います。

② 心房細動者の管理

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

4) 医療との連携

脳血管疾患発症予防のためには、血圧をはじめとするリスク因子のコントロールが重要となります。すでに医療機関に受診中であっても、健診結果においてコントロールが不十分な方については、健診結果(経年表)やその他の連携ツール(糖尿病連携手帳、血圧記録手帳等)等を基に、対象者本人を介して医療機関と連携することとします。また、コントロール状況に課題が大きい方や治療中断が心配される方については、直接医療機関へ出向き連携を図る等、対象者の状況に応じた連携を行っていきます。

5) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価については、データヘルス計画評価等と合わせて年1回行います。その際は、KDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・虚血性心疾患と合わせて行っていきます。

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

2) 対象者の明確化

(1) 本市の実態

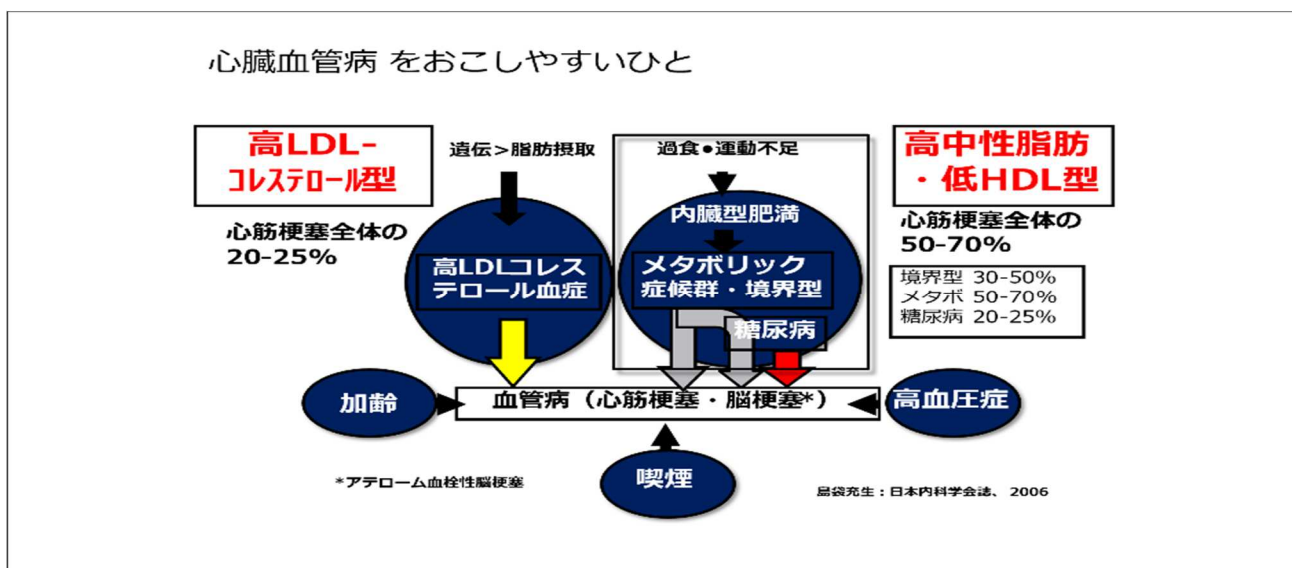
第2章での分析結果のとおり、虚血性心疾患で高額になったレセプトは、件数・費用額ともに令和4年度は平成30年度と比較すると半数以下の件数、費用額となっていました。(図表36) 一方、介護認定者における虚血性心疾患の保有率は、特に前期高齢者で高くなっている現状があります。(図表41)

今後も、引き続き虚血性心疾患のリスク因子を持つ方の把握とともに、発症・重症化予防に向けた保健指導を行うことが重要であると考えます。

(2) 対象者選定基準の考え方

虚血性心疾患重症化予防の対象者は、メタボリックシンドローム又はLDLコレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表64) また、心電図所見からのフロー図を活用します。(図表66)

図表 64 心血管病をおこしやすいひと



(3) 重症化予防対象者の抽出

A. メタボタイプ

第4章「3. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」を参照 (図表 70,71)

B. 高 LDL コレステロールタイプ

心筋梗塞全体の 20～25%を占める高 LDL コレステロール者については、これまで重症化予防保健指導を実施する中で受診勧奨をしてきましたが、なかなか治療に繋がらない状況にあります。第3期においては、高リスク者にあたる者について優先的に関わり、確実な医療機関受診や服薬による管理に繋がるよう、効果的な保健指導の実施を目指します。(参考資料 6、図表 65)

図表 65 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

令和04年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た
LDLコレステロール管理目標

(参考)
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別				
			120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70～74歳	
1,596			786	503	200	107	29	48	135	95	
			49.2%	31.5%	12.5%	6.7%	9.4%	15.6%	44.0%	30.9%	
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	176	101	41	23	11	14	20	0	0
			11.0%	12.8%	8.2%	11.5%	10.3%	48.3%	41.7%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	646	310	209	81	46	8	17	76	26
			40.5%	39.4%	41.6%	40.5%	43.0%	27.6%	35.4%	56.3%	27.4%
高リスク	再掲	120未満 (150未満)	774	375	253	96	50	7	11	59	69
			48.5%	47.7%	50.3%	48.0%	46.7%	24.1%	22.9%	43.7%	72.6%
		100未満 (130未満) ※1	49	27	17	3	2	1	1	1	2
			3.1%	3.4%	3.4%	1.5%	1.9%	3.4%	2.1%	0.7%	2.1%
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病＋喫煙ありの場合に考慮

※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

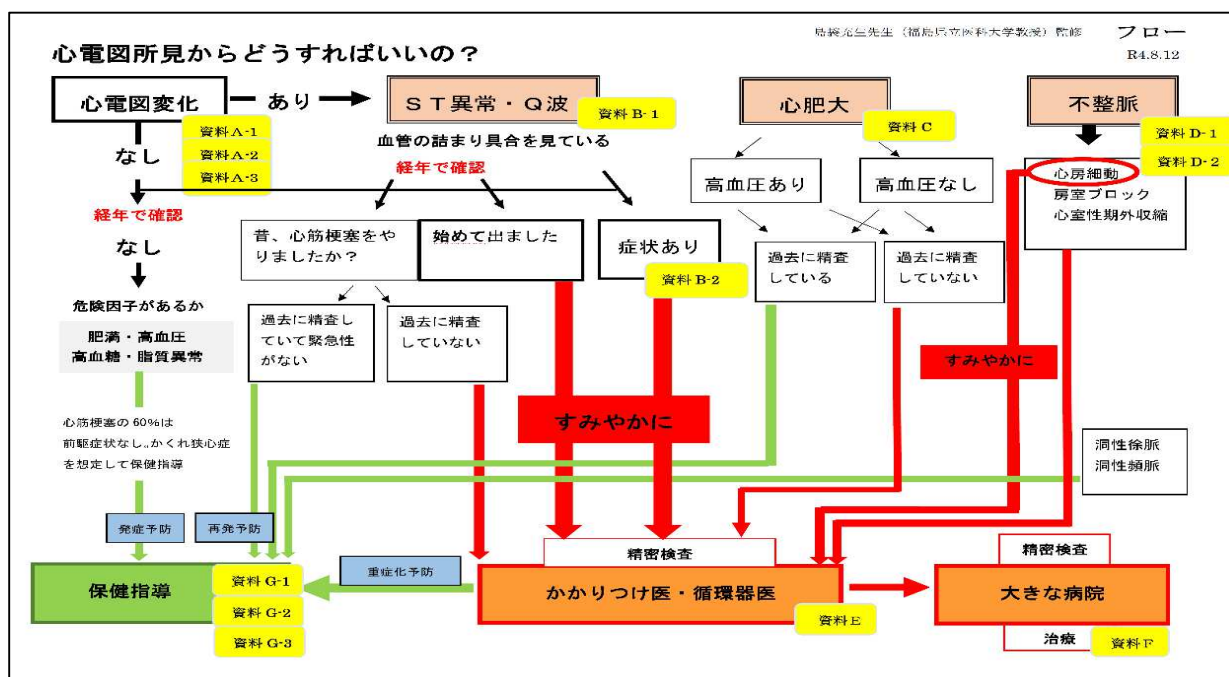
C. 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防においても重要な検査の1つです。心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は適切な受診勧奨や保健指導を実施します。(図表 66)

本市においては、心電図検査を 3,803 人(64.4%)に実施し、そのうち有所見者が 1,272 人(33.4%)でした。有所見率は市町村計と比較すると男女ともに軸偏位が高く、男性は ST-T 変化や期外収縮が高い状況となっており、メタボリックシンドロームの影響や心筋虚血、高血圧による影響が考えられます。(図表 67)

これまでは、心電図検査結果からの対象者としては心房細動の有所見者のみとしていたため、その他の異常所見についても、必要な方への受診勧奨や保健指導を実施します。(図表 66)

図表 66 心電図所見からのフロー図



図表 67 心電図検査結果【R4 年度】

性別・年齢	所見	心電図検査		所見内訳																	
				ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈									
		実施者数 A	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮		
					人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B	
玉名市	40~74歳	3,803	64.4	1,272	33.4%	17	1.3%	126	9.9%	42	3.3%	241	18.9%	23	1.8%	172	13.5%	21	1.7%	152	11.9%
	内訳 男性	1,786	66.6	656	36.7%	11	1.7%	69	10.5%	22	3.4%	131	20.0%	15	2.3%	114	17.4%	18	2.7%	90	13.7%
	内訳 女性	2,017	62.5	616	30.5%	6	1.0%	57	9.3%	20	3.2%	110	17.9%	8	1.3%	58	9.4%	3	0.5%	62	10.1%
市町村計	40~74歳	101,313	68.9	22,973	22.7%	836	3.6%	2,502	10.9%	869	3.8%	3,140	13.7%	838	3.6%	4,150	18.1%	721	3.1%	3,213	14.0%
	内訳 男性	45,541	70.7	11,907	26.1%	501	4.2%	1,111	9.3%	486	4.1%	1,798	15.1%	644	5.4%	2,590	21.8%	605	5.1%	1,681	14.1%
	内訳 女性	55,772	67.4	11,066	19.8%	335	3.0%	1,391	12.6%	373	3.4%	1,342	12.1%	194	1.8%	1,560	14.1%	116	1.0%	1,532	13.8%

3) 保健指導の実施

(1) 実施期間及びスケジュール

年度当初、対象者の選定基準、介入方法、実施方法を決定します。特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施(通年)します。スケジュールに関しては、図表 50 の健診・保健指導年間スケジュールを参照ください。

(2) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。(図表 68)

図表 68 心電図所見からの保健指導教材

心電図所見からの保健指導教材	
もくじ	
心電図所見からどうすればいいの？ フロー図	
資料A-1	休むことなく動き続ける臓器は『心臓』だけです
資料A-2	私の心電図があらわすもの・・・心筋梗塞や心房細動を発症する前に
資料A-3	心電図検査は、最も簡単に心臓の様子を見ることができる検査です！
資料B-1	心電図所見に「ST」の異常が出ました。「ST」って何？
資料B-2	心電図では異常がなかったけど、症状も大事なサインです！！
資料C	左室肥大って？
資料D-1	不整脈・・・このくらいなら大丈夫って言われたけど、本当に大丈夫なの？
資料D-2	心房細動から脳梗塞を起こさないために、優れた予防薬があるんです
資料E	ST変化・異常Q波 所見がある方へ
資料F	精密検査を受けて治療が必要になった方へ
資料G-1	狭心症になった人から学びました
資料G-2	健診データの色がついているところに○を試みましょう
資料G-3	心臓の血管を守るために、今できることは何だろうか？
資料G-4	肥満(BMI25以上)になると心臓はどうなるの？

(3) 重症化予防対象者の管理

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

4) 医療との連携

虚血性心疾患発症予防のためには、LDL やメタボをはじめとするリスク因子のコントロールが重要となります。すでに医療機関に受診中であっても、健診結果においてコントロールが不十分な方については、健診結果(経年表)やその他の連携ツール(糖尿病連携手帳、血圧記録手帳等)を基に、対象者本人を介して医療機関と連携することとします。また、コントロール状況に課題が大きい方や治療中断が心配される方については、直接医療機関へ出向き連携を図る等、対象者の状況に応じた連携を行っていきます。

5) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行います。その際はKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていきます。

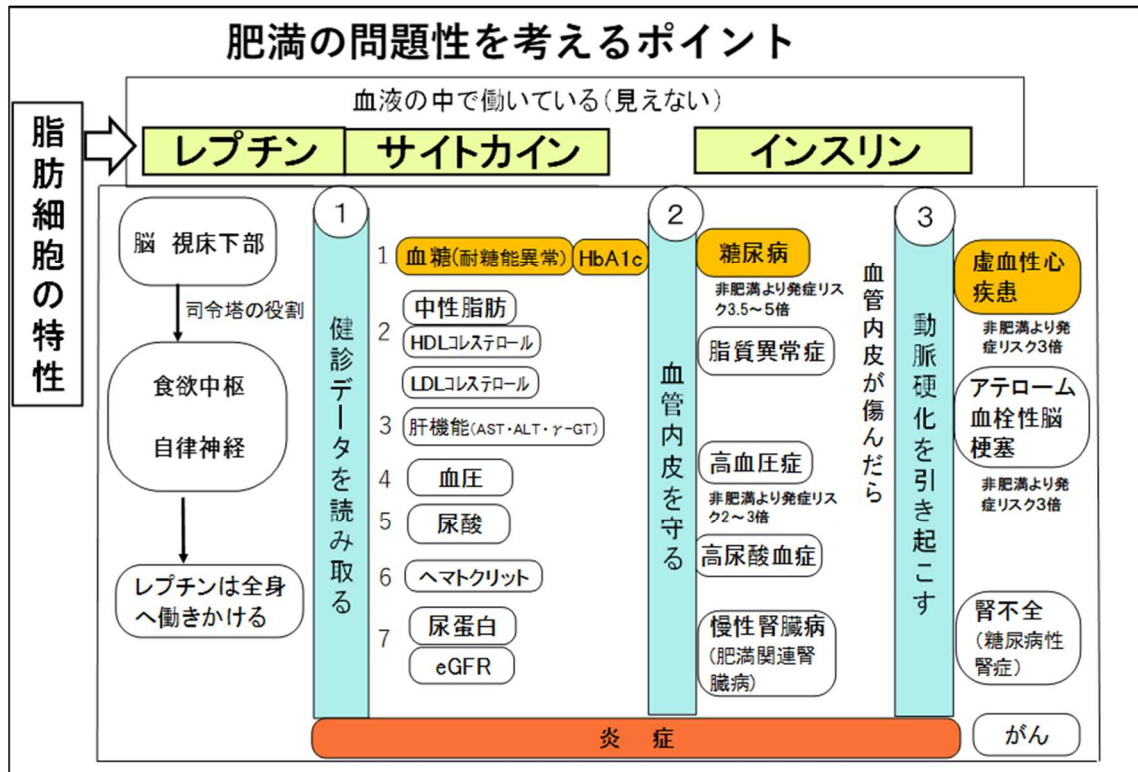
4. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

1) 基本的な考え方

メタボリックシンドロームは、インスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態であり、心血管病の重要な予防ターゲットとなっていることに加え、ライフスタイルが関与する多くの病態を含んでいます。

メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することです。また、メタボリックシンドロームを呈する多くの人々はインスリン抵抗性をもち、2型糖尿病の発症リスクも高く、このようにして発症した糖尿病は特に心血管疾患の基盤としての認識が必要です。【参考:「メタボリックシンドロームの定義と診断基準」標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)添付資料】

図表 69 肥満の問題性を考えるポイント



2) 対象者の明確化

(1) 肥満・メタボリックシンドロームの実態

本市における健診受診者のうちの肥満者(BMI25以上者)の割合は、第2章の3で分析したとおり、40~64歳の若い年齢層で、BMI25以上の率が1.8%も高くなっています。(図表38)各年齢層で、BMI25以上者が増加しているのは、この若い年齢層のみであり、若い世代で肥満が進んでいる状況

が見えます。

また、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合は、市町村平均よりも高く、平成 26 年度と比較すると令和 4 年度はメタボリックシンドローム該当者が 6.4%伸びており、予備群の割合も市町村計よりも高く、年々増加していることがわかります。(図表 70)

男性で 40 代からメタボリックシンドローム該当者が健診受診者の 2~3 割を超えますが、女性では 50 代から 70 代で 1 割程度でした。また男女ともに血圧+脂質異常の組み合わせが多いことがわかります。(図表 71) 50 代以上のメタボリックシンドローム該当者の半数以上の方は、高血圧、脂質異常、糖尿病のいずれかの疾患で治療中の状況にあります。(図表 72)

図表 70 メタボリックシンドローム該当者及び予備群割合の経年変化

		H26	H28	H30	R2	R4
メタボ該当者(%)	玉名市	17.5	20.1	22.8	25.4	23.9
	市町村計			18.7	20.6	20.8
メタボ予備群(%)	玉名市	9.9	13.0	13.8	13.4	14.3
	市町村計			12.0	12.1	12.0

図表 71 年代別メタボリックシンドローム該当者の状況(R04 年度)

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70~74歳	総数	40代	50代	60代	70~74歳	
健診受診者	A	1,786	152	230	673	731	2,017	123	228	886	780	
メタボ該当者	B	629	44	70	251	264	273	6	26	110	131	
	B/A	35.2%	28.9%	30.4%	37.3%	36.1%	13.5%	4.9%	11.4%	12.4%	16.8%	
再掲	① 3項目全て	C	204	5	17	87	95	72	1	11	28	32
		C/B	20.5%	6.3%	14.7%	22.0%	23.5%	16.1%	5.9%	23.4%	14.8%	16.5%
	② 血糖+血圧	D	92	3	10	35	44	32	1	1	17	13
		D/B	9.2%	3.8%	8.6%	8.9%	10.9%	7.2%	5.9%	2.1%	9.0%	6.7%
	③ 血圧+脂質	E	305	35	37	116	117	163	4	13	62	84
		E/B	30.6%	43.8%	31.9%	29.4%	28.9%	36.5%	23.5%	27.7%	32.8%	43.3%
	④ 血糖+脂質	F	28	1	6	13	8	6	0	1	3	2
		F/B	2.8%	1.3%	5.2%	3.3%	2.0%	1.3%	0.0%	2.1%	1.6%	1.0%

出典：ヘルスサポートラボ集計ツール(様式5-3)

図表 72 メタボリックシンドローム該当者の治療状況(R04 年度)

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
		人数	割合	あり	なし	あり	なし		あり	なし	あり	なし				
総数	1,786	629	35.2%	491	78.1%	138	21.9%	2,017	273	13.5%	238	87.2%	35	12.8%		
40代	152	44	28.9%	20	45.5%	24	54.5%	123	6	4.9%	3	50.0%	3	50.0%		
50代	230	70	30.4%	38	54.3%	32	45.7%	228	26	11.4%	19	73.1%	7	26.9%		
60代	673	251	37.3%	212	84.5%	39	15.5%	886	110	12.4%	91	82.7%	19	17.3%		
70~74歳	731	264	36.1%	221	83.7%	43	16.3%	780	131	16.8%	125	95.4%	6	4.6%		

出典：ヘルスサポートラボ集計ツール(様式5-3)

図表 73 肥満度分類による実態(R04 年度)

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数	1,221	2,582	417	681	324	598	76	74	14	7	3	2	
				34.2%	26.4%	26.5%	23.2%	6.2%	2.9%	1.1%	0.3%	0.2%	0.1%
再掲	男性	591	1,195	265	375	213	338	43	34	8	3	1	0
	女性	630	1,387	152	306	111	260	33	40	6	4	2	2
				44.8%	31.4%	36.0%	28.3%	7.3%	2.8%	1.4%	0.3%	0.2%	0.0%
				24.1%	22.1%	17.6%	18.7%	5.2%	2.9%	1.0%	0.3%	0.3%	0.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 保健指導対象者の優先順位

保健指導対象者については、図表 71 のとおり、メタボリックシンドローム該当者は男性が多くを占めること、若い男性に心血管病は多いことを踏まえ、若い世代の男性を最優先の対象者とするものとします。

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

まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満 3 度・4 度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種 of 医療者が連携してフォローアップを行う必要があるとされています。そのため、肥満 3 度、4 度については、適正に医療機関受診を勧めることで対応します。(図表 73)

3) 保健指導の実施

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況は、総数は男女ともに 7 割～8 割が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。(図表 72)

このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

(1) 対象者の選定基準の考え方

- ① メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ② 治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。
- ③ 特定保健指導対象者の保健指導については、第3章 特定健康診査等実施計画のとおり実施します。

(2) 対象者の管理

特定保健指導対象者及び他の重症化予防対象者の管理と同様とします。

(3) 実施期間及びスケジュール

年度当初、対象者の選定基準、介入方法、実施方法を決定します。特定健診結果が届き次第、対象者へ保健指導等を実施(通年)します。スケジュールに関しては、図表 50 の健診・保健指導年間スケジュールを参照ください。

(4) 最新の脳科学を活用した保健指導

対象者への保健指導については、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン 2022 等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っていきます。(図表 74)

図表 74 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

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

(5) 二次健診(フォローアップ健診)の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。本市においても国保ヘルスアップ事業を活用して、二次健診の実施を継続します。

二次健診の検査内容(動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査)

- (ア) 頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- (イ) 微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- (ウ) 75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

(6) 若人健診・若人人間ドックの実施

メタボリックシンドロームは若いころからの生活習慣が影響するため、40歳未満からの生活習慣病の発症予防及び重症化予防のために若人健診・若人人間ドックの実施を継続します。

4) 医療との連携

メタボリックシンドローム重症化予防のためには、減量(適正体重の維持)に加え、血圧、血糖、脂質等リスク因子のコントロールが重要となります。

メタボリックシンドロームの該当者については、特定保健指導対象者や他の重症化予防対象者と重複すると考えられるため、他の事業と同様の対応とします。

5) 評価

データヘルス計画の短期目標・中長期目標の評価指標について年に1回評価します。

個々の評価については、特定保健指導対象者や他の重症化予防対象者と重複すると考えられるため、他の事業の中で実施していきます。

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組みと、生活機能の低下を防止する取組みの双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

2) 事業の実施

本市は、令和2年10月より熊本県後期高齢者広域連合から、事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。

具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

KDBシステム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

② 地域を担当する保健師等を配置し、健診結果から高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう国保の保健事業で活用している糖尿病管理台帳や重症化予防対象者の台帳をもとに、継続した保健指導を実施します。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のために健診の受診勧奨、健診結果の見方、血圧管理等の健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

3) 関係者間での連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行うにあたっては、関係部署(国保・後期・介護・包括支援センター)との連携が重要となります。

必要な情報及び実態の共有、対象者の引継ぎ等が円滑に進むよう、年度内の関係者間でのミーティングに加え、必要時連携を図ることとします。

IV. 発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題です。生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防の重要性は容易に想起されます。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されています。

本市においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見ることが必要です。

図表 75 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

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

V. ポピュレーションアプローチ

令和5年度に実施したよく食べるものアンケートの集計結果から、熊本県でよく購入・消費されている食品は、本市でもよく摂取されており、特に焼酎や乳酸菌飲料は高齢者に多く、ファストフードやお肉、チョコレート等は30代以下の若い世代で多いことが分かりました。若いうちから動物性脂肪や塩分の多い食事をしており、40歳以降のメタボリックシンドロームを基盤とした生活習慣病の発症リスクが懸念されます。(図表76)

図表76 よく食べるものアンケート（玉名市LINEアンケート R5.7.27～9.15実施）

よく食べるものアンケート集計結果（年代別）

▼回答状況

男性	328人	
女性	657人	
無回答	8人	
合計	993人	

▼男女別・年代別

	全体	男性	女性	無回答
30代以下	168	28	138	2
40代	197	58	136	3
50代	216	72	143	1
60代	239	82	155	2
70代以上	173	88	85	0
合計	993	328	657	8

ジュース		回答率	1位	2位	3位
1	乳酸飲料	33.2%	70代 (38.7%)	30代以下 (36.9%)	60代 (36.8%)
2	炭酸飲料	22.1%	30代以下 (33.9%)	40代 (27.9%)	50代 (23.1%)
3	スポーツドリンク	15.1%	60代 (17.2%)	70代以上 (16.8%)	30代以下 (14.9%)

お酒		回答率	1位	2位	3位
1	ビール	32.4%	70代以上 (40.5%)	40代 (37.6%)	50代 (37.0%)
2	焼酎・ハイボール	20.1%	70代以上 (26.6%)	60代 (22.6%)	50代 (22.2%)
3	果実酒	16.0%	30代以下 (22.6%)	50代 (21.3%)	40代 (20.8%)
4	日本酒	6.0%	70代以上 (14.5%)	60代 (7.1%)	50代 (5.1%)

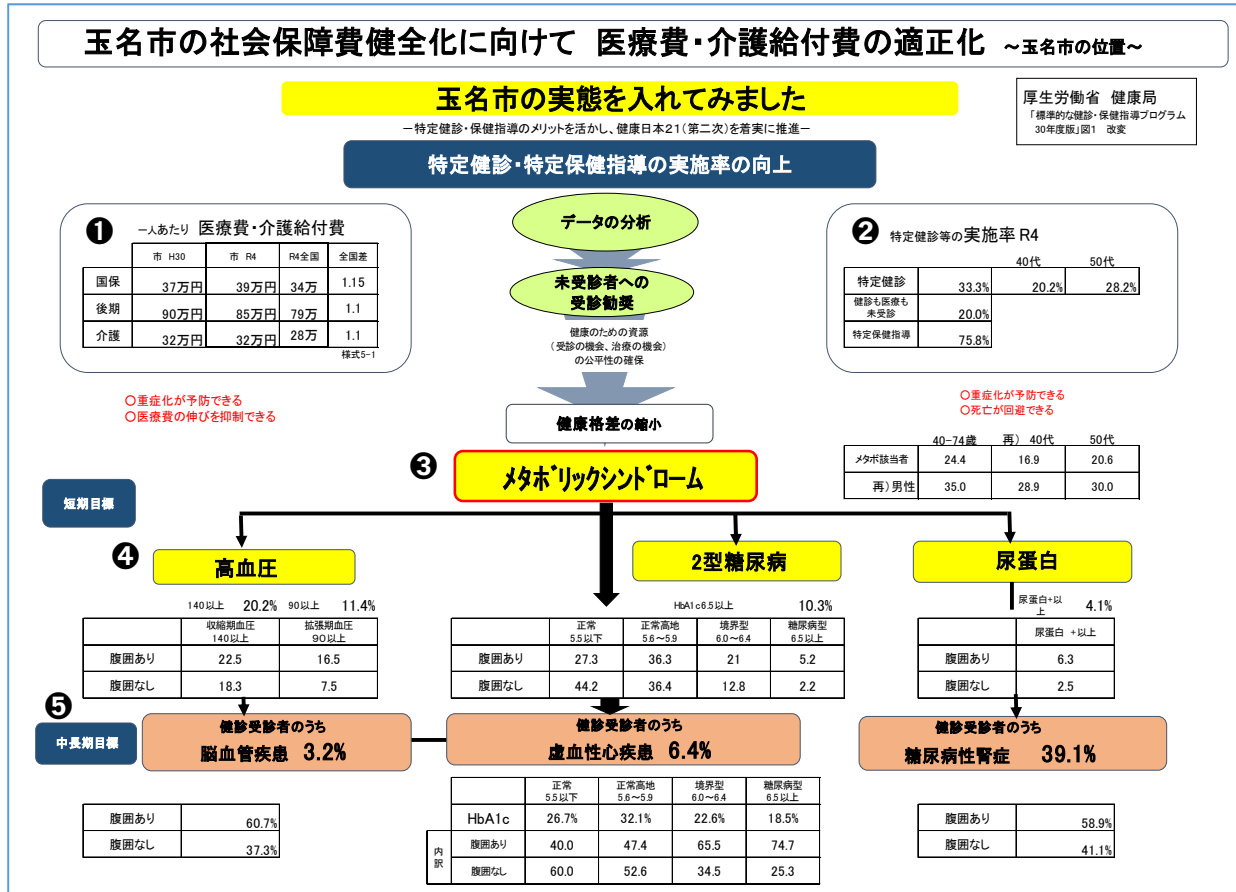
お菓子		回答率	1位	2位	3位
1	アイス	38.8%	30代以下 (53.0%)	40代 (42.6%)	50代 (36.6%)
2	チョコ	38.3%	30代以下 (59.5%)	40代 (44.7%)	50代 (34.3%)
3	スナック	34.5%	30代以下 (54.2%)	40代 (50.3%)	50代 (38.9%)

おかず		回答率	1位	2位	3位
1	肉	56.9%	30代以下 (68.5%)	40代 (65.5%)	70代以上 (56.6%)
2	揚げ物	47.4%	40代 (61.9%)	30代以下 (54.8%)	50代 (43.5%)
3	加工品	32.4%	30代以下 (48.8%)	40代 (42.1%)	50代 (31.0%)

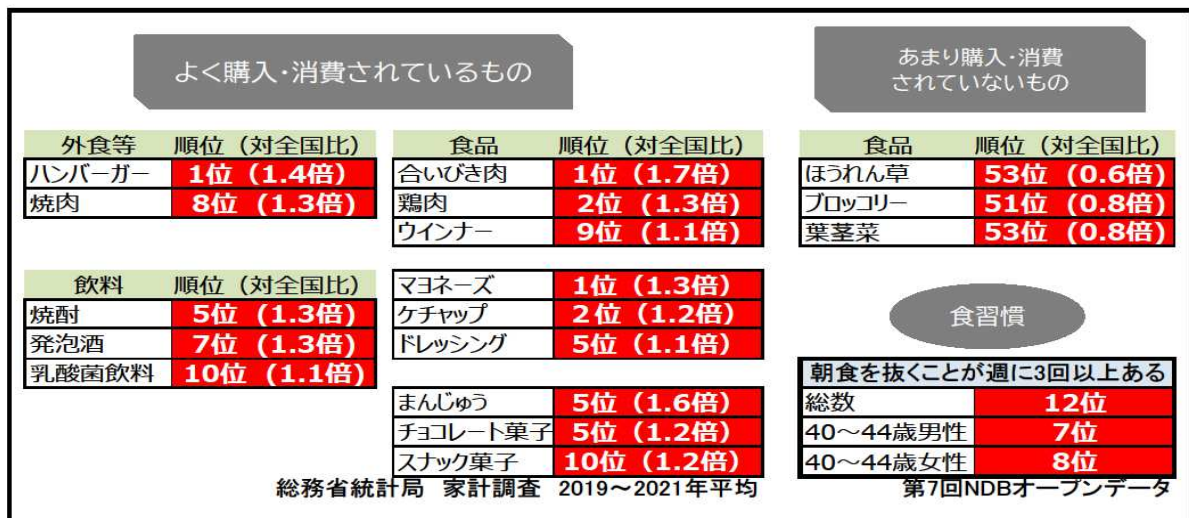
外食		回答率	1位	2位	3位
1	寿司	38.4%	30代以下 (50.6%)	40代 (42.1%)	50代 (37.5%)
2	ファストフード	26.0%	30代以下 (53.0%)	40代 (41.6%)	50代 (26.4%)
3	ラーメン	26.0%	30代以下 (32.1%)	40代 (29.4%)	50代 (29.2%)

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護給付費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。(図表 77,78)

図表 77 社会保障費健全化に向けて医療費・介護給付費の適正化



図表 78 統計からみえる熊本の食



第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。
また、計画の最終年度の令和11年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

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

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた玉名市の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

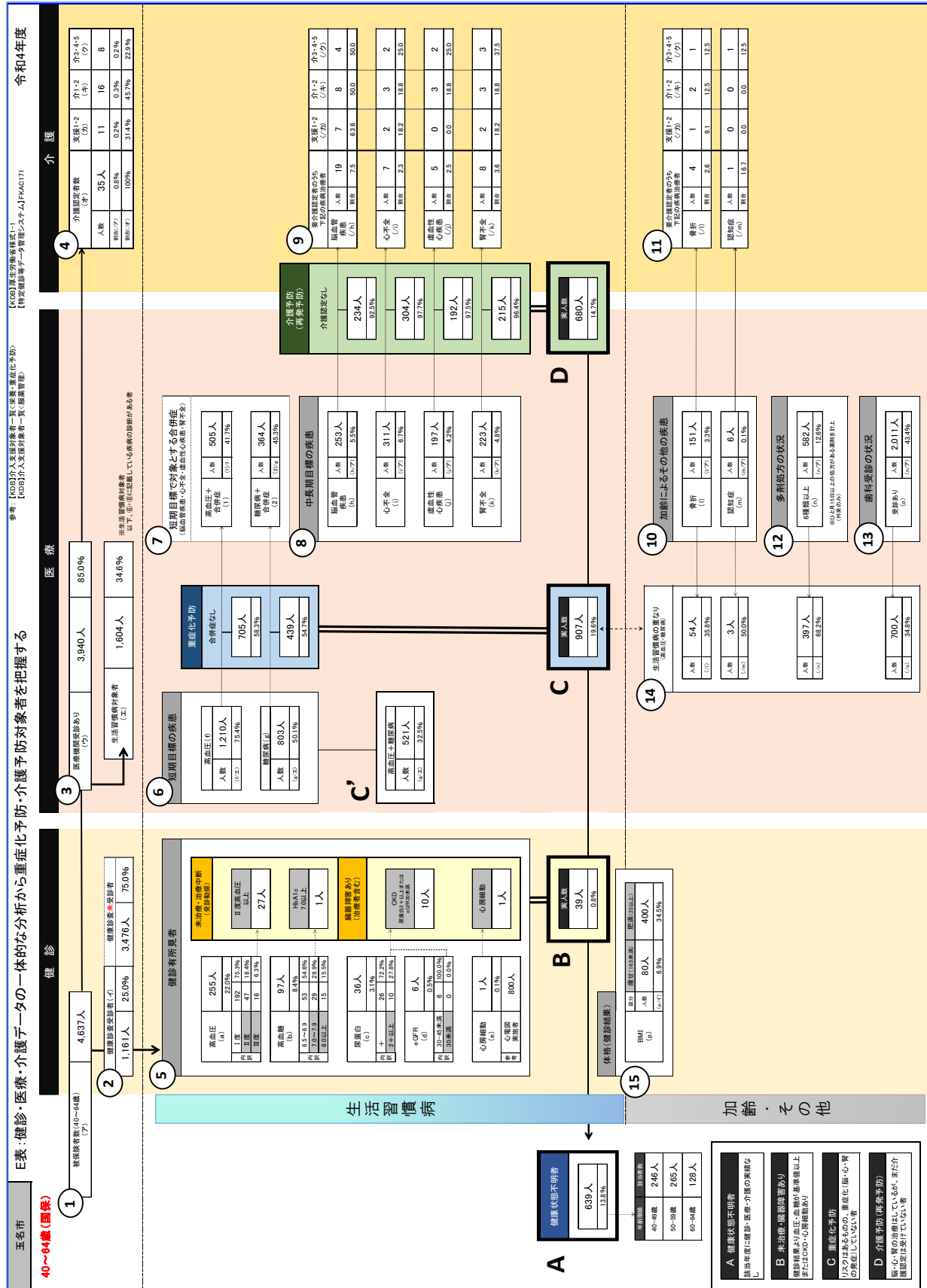
参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた玉名市の位置(R4 年度)

項目			保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	人口構成	総人口		63,993		16,969,503		1,713,102		123,214,261		
			65歳以上(高齢化率)	21,983	34.4	5,164,670	30.4	540,538	31.6	35,335,805	28.7	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
			75歳以上	11,792	18.4	---	---	282,460	16.5	18,248,742	14.8		
			65~74歳	10,191	15.9	---	---	258,078	15.1	17,087,063	13.9		
			40~64歳	19,419	30.3	---	---	543,167	31.7	41,545,893	33.7		
	39歳以下	22,591	35.3	---	---	629,397	36.7	46,332,563	37.6				
	②	産業構成	第1次産業	16.8		5.6		9.8		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
			第2次産業	25.5		28.6		21.1		25.0			
			第3次産業	57.8		65.8		69.1		71.0			
	③	平均寿命	男性	81.4		80.7		81.2		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性			87.5		87.0		87.5		87.0				
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性	80.8		80.1		80.4		80.1				
		女性	84.5		84.4		85.0		84.4				
2	①	死亡の状況	標準化死亡比(SMR)		94.4		100.3		94.9		100		
					男性		101.2		94.5		100		
			死因	がん	205	47.0	53,892	49.4	5,349	48.2	378,272	50.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				心臓病	129	29.6	30,362	27.8	3,242	29.2	205,485	27.5	
				脳疾患	62	14.2	16,001	14.7	1,547	13.9	102,900	13.8	
				糖尿病	9	2.1	2,063	1.9	202	1.8	13,896	1.9	
				腎不全	25	5.7	3,958	3.6	476	4.3	26,946	3.6	
	自殺	6		1.4	2,854	2.6	282	2.5	20,171	2.7			
	②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	67		6.7		1,730		7.1		129,016	
			男性	42		8.8		---		1,124		9.6	
女性			25		4.8		---		606		4.8		
3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		4,240		19.5		932,725		18.1		
			新規認定者		68		0.2		15,476		0.3		
			介護度別 総件数	要支援1.2	17,287	15.8	2,980,586	13.3	380,309	14.2	21,785,044	12.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				要介護1.2	57,983	53.0	10,399,684	46.4	1,309,567	49.0	78,107,378	46.3	
				要介護3以上	34,144	31.2	9,019,896	40.3	984,793	36.8	68,963,503	40.8	
	2号認定者		60		0.31		20,148		0.36				
	1人当たり給付費/総給付費		315,379		6,932,986,399		274,536		1,417,885,670,317		310,858		
	②	有病状況	糖尿病	1,047		24.3		237,003		24.2		25,945	
			高血圧症	2,609		60.0		523,600		53.8		65,761	
			脂質異常症	1,485		33.8		312,282		31.8		37,156	
			心臓病	2,917		67.1		590,733		60.8		73,556	
			脳疾患	1,002		22.8		221,742		23.1		25,387	
			がん	551		12.2		111,991		11.3		13,445	
筋・骨格			2,563		58.1		516,731		53.1		66,287		
③	介護給付費	1人当たり給付費(全体)		63,365		63,298		62,823		59,662			
		居室サービス		39,821		41,822		42,088		41,272			
		施設サービス		307,209		292,502		303,857		296,364			
		④	医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	8,821		8,654		9,463		8,610		
認定あり 認定なし	3,877			4,013		4,221		4,020					
4	①	国保の状況	被保険者数		15,895		3,472,300		383,407		27,488,882		
			65~74歳	7,227		45.5		---		174,230		45.4	
			40~64歳	4,661		29.3		---		118,490		30.9	
			39歳以下	4,007		25.2		---		90,687		23.7	
	加入率		24.8		20.5		22.4		22.3		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況		
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	5		0.3		1146		0.3			
			診療所数	62		3.9		12,471		3.6			
			病床数	950		59.8		206,222		59.4			
			医師数	124		7.8		34,837		10.0			
			外来患者数	795.8		719.9		768.9		687.8			
			入院患者数	24.0		19.6		26.2		17.7			
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費		390,427		366,294		407,772		339,680		
			受診率		819,768		739,503		795,102		705,439		
外 来			費用の割合	56.2		59.5		54.5		60.4			
			件数の割合	97.1		97.3		96.7		97.5			
入 院			費用の割合	43.8		40.5		45.5		39.6			
			件数の割合	2.9		2.7		3.3		2.5			
1件あたり在院日数		18.8日		16.3日		18.1日		15.7日					

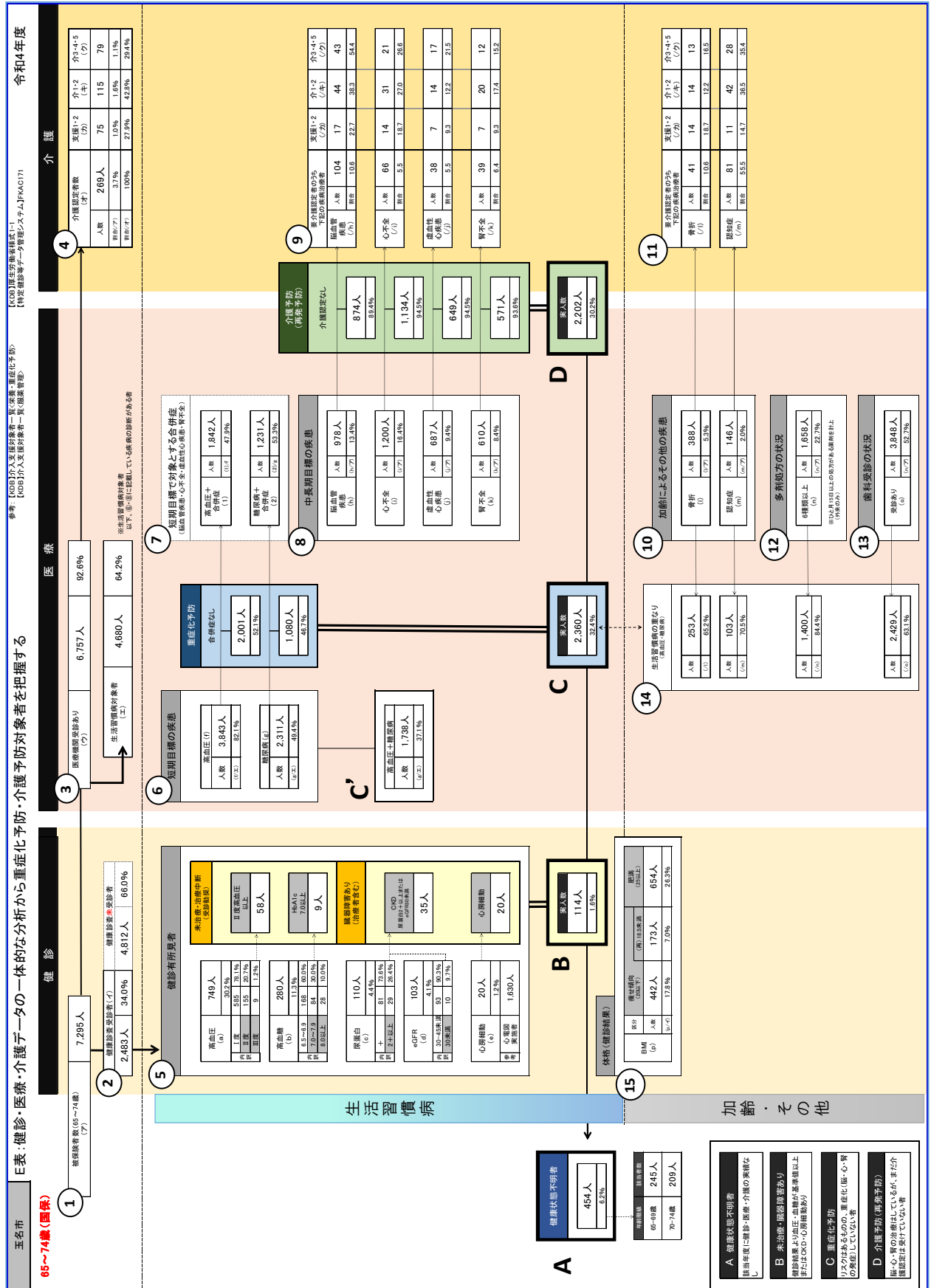
項目	保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)				
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合					
④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源(傷病名 に占める割合)	がん	826,622,420	24.9	32.0	27.3	32.2			KDB_NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康課題				
	慢性腎不全(透析あり)	312,495,810	9.4	7.8	10.7	8.2							
	糖尿病	360,951,520	10.9	10.9	10.9	10.4							
	高血圧症	196,692,710	5.9	6.2	6.0	5.9							
	脂質異常症	125,181,050	3.8	4.0	3.3	4.1							
	脳梗塞・脳出血	139,227,520	4.2	3.9	3.6	3.9							
	狭心症・心筋梗塞	78,572,690	2.4	2.7	2.0	2.8							
	精神	692,230,450	20.8	15.1	18.6	14.7							
	筋・骨格	566,414,700	17.0	16.4	16.6	16.7							
	⑤ 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	入院	高血圧症	322	0.2	299	0.2	435		0.2	256	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)
糖尿病			1,608	0.9	1,297	0.9	2,168	1.2	1,144	0.9			
脂質異常症			562	0.3	61	0.0	117	0.1	53	0.0			
脳梗塞・脳出血			8,084	4.7	6,621	4.5	7,036	3.8	5,993	4.5			
虚血性心疾患			4,290	2.5	4,143	2.8	3,398	1.8	3,942	2.9			
腎不全		4,704	2.8	4,389	3.0	5,404	2.9	4,051	3.0				
外来		高血圧症	12,052	5.5	11,711	5.4	12,283	5.5	10,143	4.9			
		糖尿病	21,603	9.8	20,415	9.4	21,299	9.6	17,720	8.6			
		脂質異常症	7,313	3.3	7,802	3.6	6,890	3.1	7,092	3.5			
		脳梗塞・脳出血	670	0.3	937	0.4	625	0.3	825	0.4			
	虚血性心疾患	1,707	0.8	1,875	0.9	1,621	0.7	1,722	0.8				
腎不全	19,475	8.9	17,220	7.9	23,648	10.6	15,781	7.7					
⑥ 健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	2,248		2,421		2,450		2,031	KDB_NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康課題			
		健診未受診者	14,022		13,441		13,484		13,295				
	生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	5,796		6,937		6,758		6,142				
		健診未受診者	36,149		38,519		37,197		40,210				
⑦ 健診・レセ 突合	受診勧奨者	2,045	56.3	564,124	57.0	57,075	56.9	3,835,832	57.0	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
	医療機関受診率	1,912	52.6	511,459	51.7	51,573	51.4	3,501,508	52.0				
	医療機関非受診率	133	3.7	52,665	5.3	5,502	5.5	334,324	5.0				
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	特定健診の 状況	健診受診者	3,633		990,213		100,345		6,735,405	KDB_NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		受診率	33.2		県内44位 同規模208位	40.0	37.3	全国25位	36.7				
		特定保健指導終了者(実施率)	0	0.0	20,055	17.6	3,840	32.0	91,478		11.5		
		非肥満高血糖	264	7.3	100,690	10.2	8,908	8.9	608,503		9.0		
		メタボ	該当者	867	23.9	206,207	20.8	20,824	20.8		1,366,220	20.3	
			男性	605	35.3	142,239	32.7	14,539	32.4		953,975	32.0	
			女性	262	13.7	63,968	11.5	6,285	11.3		412,245	11.0	
			予備群	521	14.3	109,386	11.0	12,091	12.0		756,692	11.2	
		県内市町村数 47市町村	男性	353	20.6	76,022	17.5	8,297	18.5		533,553	17.9	
			女性	168	8.8	33,364	6.0	3,794	6.8		223,139	5.9	
		メタボ該当・予 備群レ ベル	腹囲	総数	1,544	42.5	346,347	35.0	36,480		36.4	2,352,941	34.9
				男性	1,066	62.2	239,284	55.0	25,195		56.1	1,646,925	55.3
			女性	478	24.9	107,063	19.3	11,285	20.4		706,016	18.8	
			BMI	総数	126	3.5	47,861	4.8	4,276		4.3	316,378	4.7
				男性	13	0.8	6,810	1.6	631		1.4	50,602	1.7
			女性	113	5.9	41,051	7.4	3,645	6.6		265,776	7.1	
			血糖のみ	37	1.0	6,675	0.7	725	0.7		43,022	0.6	
			血圧のみ	374	10.3	77,195	7.8	8,770	8.7		533,361	7.9	
			脂質のみ	110	3.0	25,516	2.6	2,596	2.6		180,309	2.7	
血糖・血圧	122		3.4	30,968	3.1	3,625	3.6	200,700	3.0				
血糖・脂質	30	0.8	10,598	1.1	1,026	1.0	69,468	1.0					
血圧・脂質	448	12.3	96,031	9.7	9,418	9.4	651,885	9.7					
血糖・血圧・脂質	267	7.3	68,610	6.9	6,755	6.7	444,167	6.6					
① ②	問診の状況	服薬	高血圧	1,361	37.5	369,548	37.3	38,030	37.9	2,401,322	35.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			糖尿病	322	8.9	91,570	9.3	9,308	9.3	582,344	8.6		
		脂質異常症	1,076	29.6	286,429	28.9	26,909	26.8	1,877,854	27.9			
		既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	109	3.0	30,931	3.2	2,985	3.0	205,223	3.1		
心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	178		4.9	57,289	6.0	5,601	5.6	361,423	5.5				
腎不全	25	0.7	7,805	0.8	672	0.7	53,281	0.8					
貧血	610	16.8	101,300	10.6	10,832	11.0	694,361	10.7					
③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	喫煙	568	15.6	125,652	12.7	13,650	13.6	927,614	13.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		週3回以上朝食を抜く	188	9.1	77,371	8.5	9,473	10.4	633,871	10.3			
		週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
		週3回以上就寝前夕食(H30～)	268	12.9	133,382	14.4	13,769	14.9	964,244	15.7			
		週3回以上就寝前夕食	268	12.9	133,382	14.4	13,769	14.9	964,244	15.7			
		食べる速度が速い	501	24.1	235,836	25.8	25,396	27.4	1,640,770	26.8			
		20歳時体重から10kg以上増加	730	35.1	316,289	34.4	32,939	36.1	2,149,988	34.9			
		1回30分以上運動習慣なし	1,357	65.3	548,873	59.7	57,059	61.7	3,707,647	60.4			
		1日1時間以上運動なし	1,119	53.9	429,802	46.5	47,060	50.9	2,949,573	48.0			
		睡眠不足	501	24.1	230,586	25.0	22,910	24.7	1,569,769	25.6			
		毎日飲酒	1,005	27.7	232,725	24.4	25,909	26.2	1,639,941	25.5			
		時々飲酒	900	24.8	203,714	21.4	23,659	24.0	1,446,573	22.5			
		日 飲 酒 量	1合未満	546	48.7	413,555	65.2	54,350	68.5	2,944,274		64.2	
			1～2合	410	36.6	149,192	23.5	17,847	22.5	1,088,435		23.7	
2～3合	122		10.9	56,491	8.9	5,660	7.1	428,995	9.3				
3合以上	43		3.8	14,607	2.3	1,463	1.8	126,933	2.8				

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

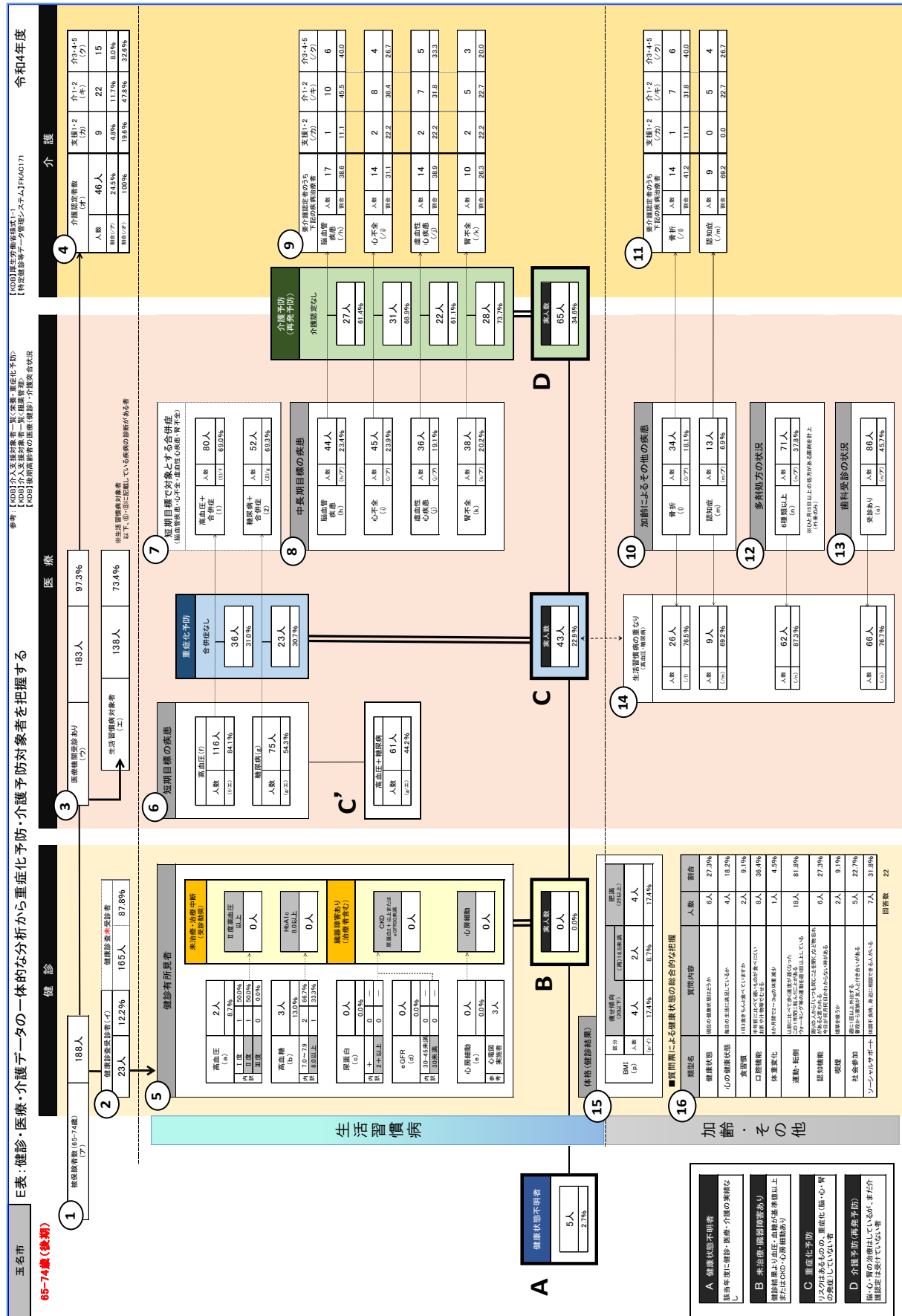
① 40～64歳(国保)



② 65～74歳(国保)



③ 65～74 歳(後期)



④75歳以上(後期)

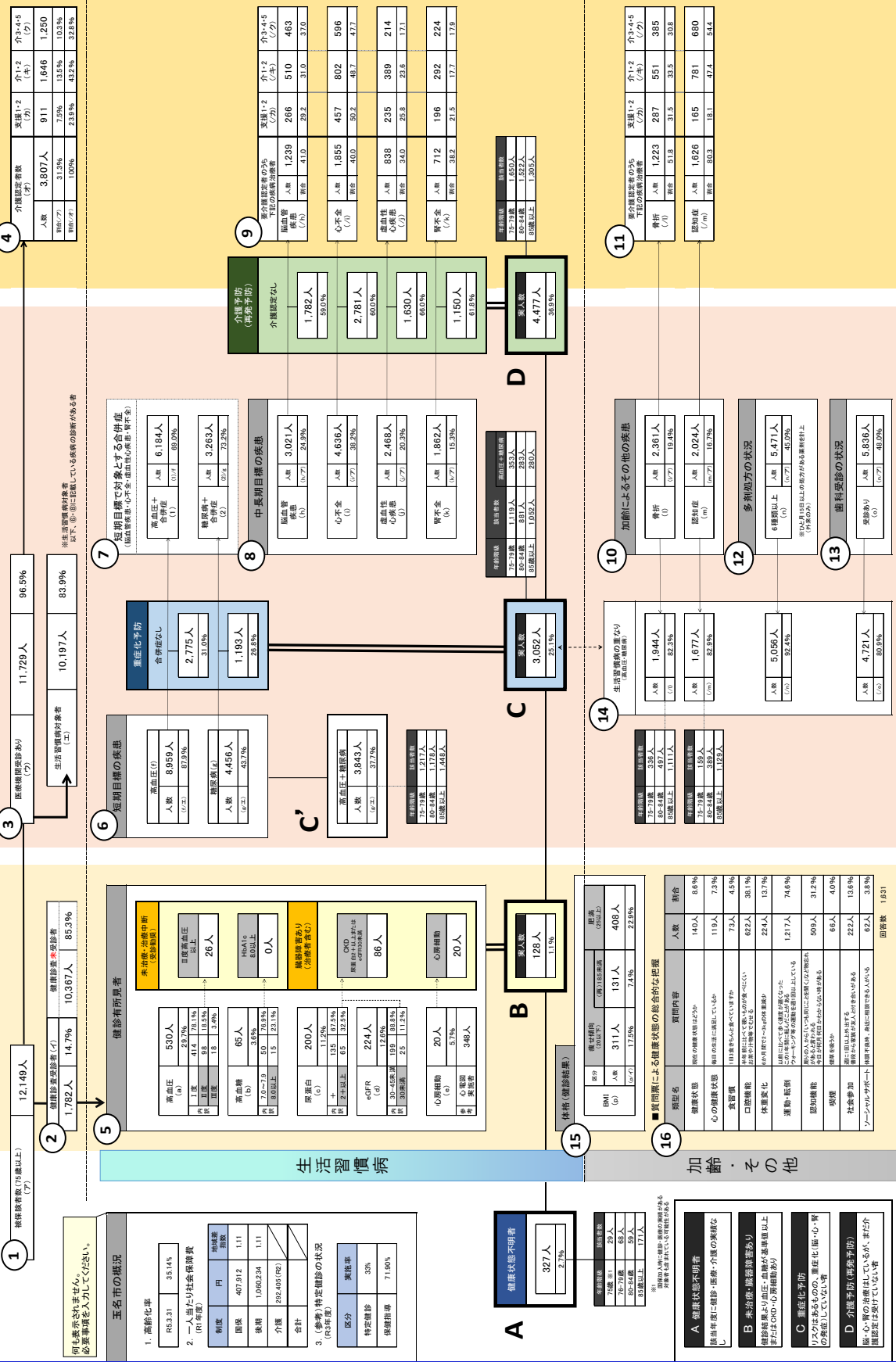
令和4年度

【KOD厚生労働省様式1-1】
【特定高齢者一斉管理システム】TKAG171

参考: 【KOD】介入支援対象者一斉(栄養、重症化予防)
【KOD】介入支援対象者一斉(介護支援)
【KOD】高齢者生活の質(認知・介護)調査結果

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

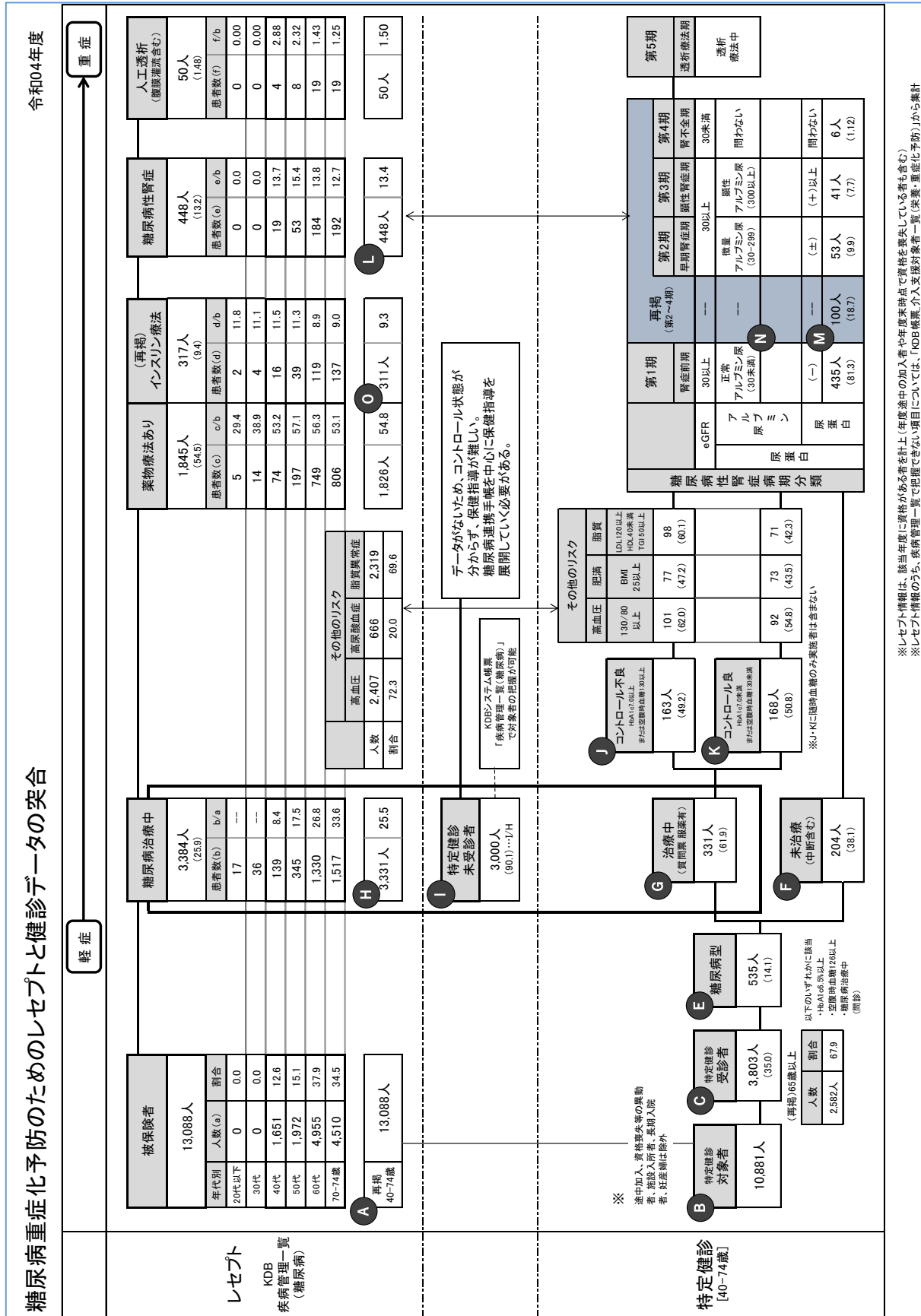
75歳以上(後期)

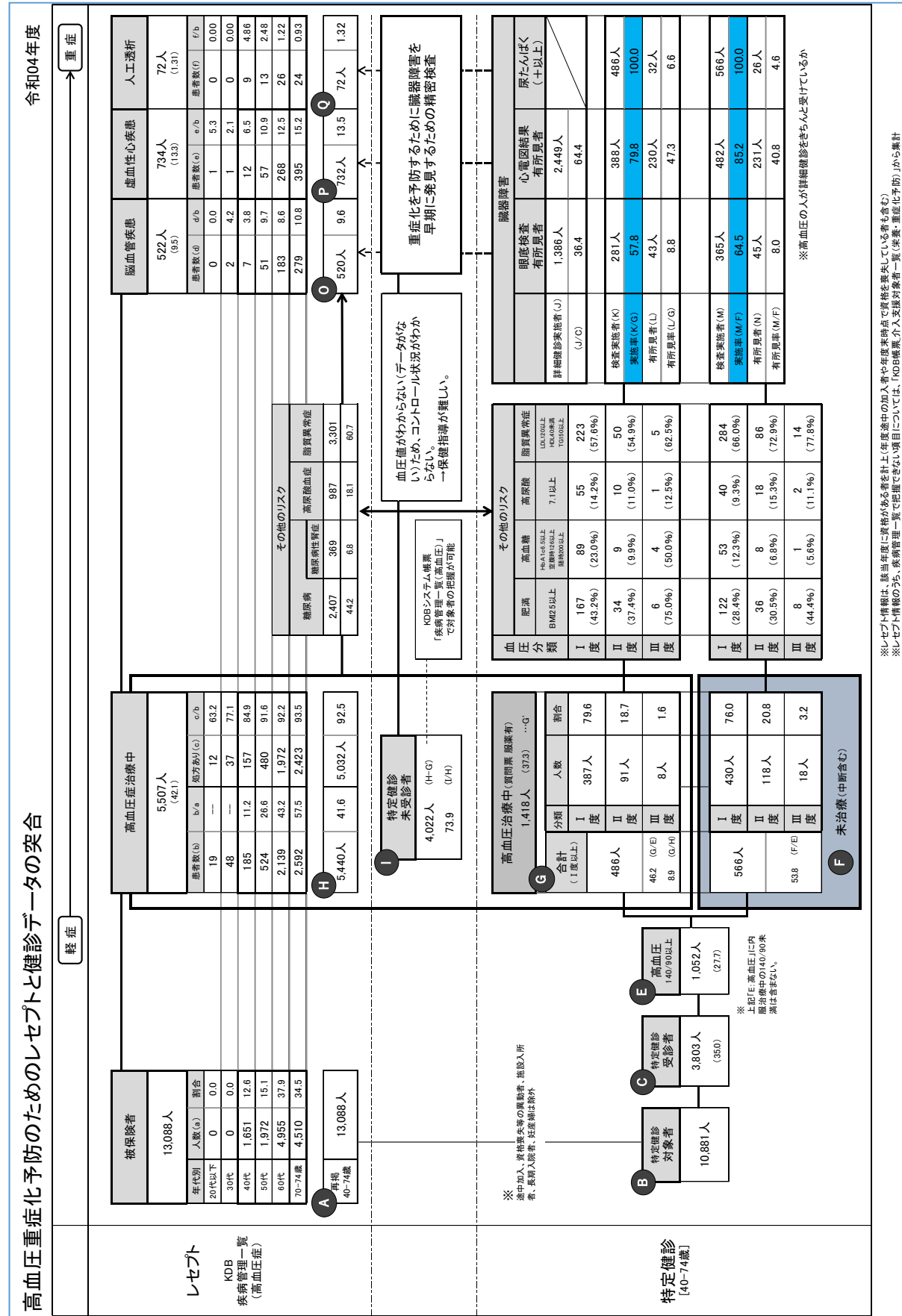


参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		突合表	玉名市										同規模保険者(平均)																
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度																
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合															
1	①	被保険者数	A	18,066人		17,564人		17,159人		17,125人		16,544人																	
	②			(再掲)40-74歳		13,420人		13,106人		12,846人		12,938人		12,510人															
2	①	特定健診	B	12,054人		11,831人		11,824人		11,398人		10,881人																	
	②			対象者数		4,891人		4,630人		3,312人		3,757人		3,803人															
	③			受診率		40.6%		39.1%		28.0%		33.0%		33.3%															
3	①	特定保健指導	C	762人		636人		386人		516人		512人																	
	②			実施率		70.3%		75.2%		83.7%		71.9%		75.8%															
4	①	健診データ	E	636人		12.7%		644人		13.6%		458人		13.6%		579人		14.7%		535人		14.1%							
	②			未治療・中断者(質問票 服薬なし)		276人		43.4%		254人		39.4%		173人		37.8%		213人		36.8%		204人		38.1%					
	③			治療中(質問票 服薬あり)		360人		56.6%		390人		60.6%		285人		62.2%		366人		63.2%		331人		61.9%					
	④			コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上		211人		58.6%		216人		55.4%		137人		48.1%		182人		49.7%		163人		49.2%					
	⑤			血圧 130/80以上		136人		64.5%		134人		62.0%		93人		67.9%		117人		64.3%		101人		62.0%					
	⑥			肥満 BMI25以上		100人		47.4%		91人		42.1%		63人		46.0%		78人		42.9%		77人		47.2%					
	⑦			コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		149人		41.4%		174人		44.6%		148人		51.9%		184人		50.3%		168人		50.8%					
	⑧			第1期 尿蛋白(-)		438人		68.9%		460人		71.4%		367人		80.1%		479人		82.7%		435人		81.3%					
	⑨			第2期 尿蛋白(±)		71人		11.2%		74人		11.5%		42人		9.2%		41人		7.1%		53人		9.9%					
	⑩			第3期 尿蛋白(+)		44人		6.9%		46人		7.1%		43人		9.4%		57人		9.8%		41人		7.7%					
	⑪			第4期 eGFR30未満		3人		0.5%		4人		0.6%		6人		1.3%		2人		0.3%		6人		1.1%					
5	①	レセプト	H	糖尿病受療率(被保険者千対)		126.5人		127.9人		120.1人		133.1人		135.4人															
	②			(再掲)40-74歳(被保険者千対)		168.4人		169.8人		158.6人		174.5人		178.3人															
	③			レセプト件数(40-74歳)		12,779件 (980.0)		12,521件 (982.7)		12,781件 (999.5)		13,372件 (1078.4)		13,462件 (1132.4)		2,480,774件 (911.6)													
	④			入院外(件数)		85件 (6.5)		85件 (6.7)		67件 (5.2)		72件 (5.8)		57件 (4.8)		10,514件 (3.9)													
	⑤			糖尿病治療中		2,286人		12.7%		2,247人		12.8%		2,060人		12.0%		2,279人		13.3%		2,240人		13.5%					
	⑥			(再掲)40-74歳		2,260人		16.8%		2,225人		17.0%		2,037人		15.9%		2,258人		17.5%		2,231人		17.8%					
	⑦			健診未受診者		1,900人		84.1%		1,865人		83.8%		1,752人		86.0%		1,892人		83.8%		1,900人		85.2%					
	⑧			インスリン治療		225人		9.8%		214人		9.5%		188人		9.1%		198人		8.7%		191人		8.5%					
	⑨			(再掲)40-74歳		222人		9.8%		210人		9.4%		186人		9.1%		193人		8.5%		188人		8.4%					
	⑩			糖尿病性腎症		238人		10.4%		245人		10.9%		248人		12.0%		310人		13.6%		303人		13.5%					
	⑪			(再掲)40-74歳		235人		10.4%		242人		10.9%		245人		12.0%		306人		13.6%		302人		13.5%					
	⑫			慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		48人		2.1%		46人		2.0%		48人		2.3%		45人		2.0%		41人		1.8%					
	⑬			(再掲)40-74歳		48人		2.1%		46人		2.1%		48人		2.4%		44人		1.9%		41人		1.8%					
	⑭			新規透析患者数		9人		0.4%		7人		0.3%		11人		0.5%		8人		0.4%		5人		0.2%					
	⑮			(再掲)糖尿病性腎症		6人		66.7%		6人		85.7%		7人		63.6%		4人		50.0%		4人		80.0%					
	⑯			【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)				59人		2.0%				54人		1.7%		56人		1.7%									
6	①	医療費		総医療費		64億9475万円		63億5989万円		61億5858万円		62億9815万円		62億0583万円		50億8753万円													
	②			生活習慣病総医療費		34億7702万円		33億6713万円		32億8637万円		33億3768万円		33億2472万円		27億0662万円													
	③			(総医療費に占める割合)		53.5%		52.9%		53.4%		53.0%		53.6%		53.2%													
	④			生活習慣病対象者一人あたり		5,911円		5,846円		3,989円		5,134円		5,796円		6,937円													
	⑤			健診未受診者		33,059円		32,344円		35,748円		35,112円		36,149円		38,519円													
	⑥			糖尿病医療費		3億6049万円		3億5236万円		3億5546万円		3億6403万円		3億6095万円		2億9434万円													
	⑦			(生活習慣病総医療費に占める割合)		10.4%		10.5%		10.8%		10.9%		10.9%		10.9%													
	⑧			糖尿病入院外総医療費		10億5693万円		10億4546万円		10億5002万円		10億6815万円		10億2138万円															
	⑨			1件あたり		35,562円		35,628円		35,720円		35,369円		34,690円															
	⑩			糖尿病入院総医療費		7億5727万円		7億5991万円		6億8779万円		6億8957万円		6億3072万円															
	⑪			1件あたり		607,763円		618,817円		624,125円		661,142円		649,554円															
	⑫			在院日数		18日		18日		18日		19日		18日															
	⑬			慢性腎不全医療費		4億0052万円		3億8371万円		3億5176万円		3億3025万円		3億2477万円		2億2640万円													
	⑭			透析有り		3億8159万円		3億5942万円		3億3799万円		3億2043万円		3億1250万円		2億1152万円													
	⑮			透析なし		1,893万円		2,428万円		1,377万円		982万円		1,228万円		1,487万円													
7	①	介護		介護給付費		65億7556万円		67億2660万円		69億0138万円		70億1325万円		69億3299万円		56億7154万円													
	②			(2号認定者)糖尿病合併症		10件		20.8%		9件		17.6%		7件		14.9%		6件		18.2%		9件		26.5%					
8	①	死亡		糖尿病(死因別死亡数)		3人		0.4%		6人		0.7%		10人		1.2%		10人		1.2%		9人		1.0%		3,958人		1.0%	

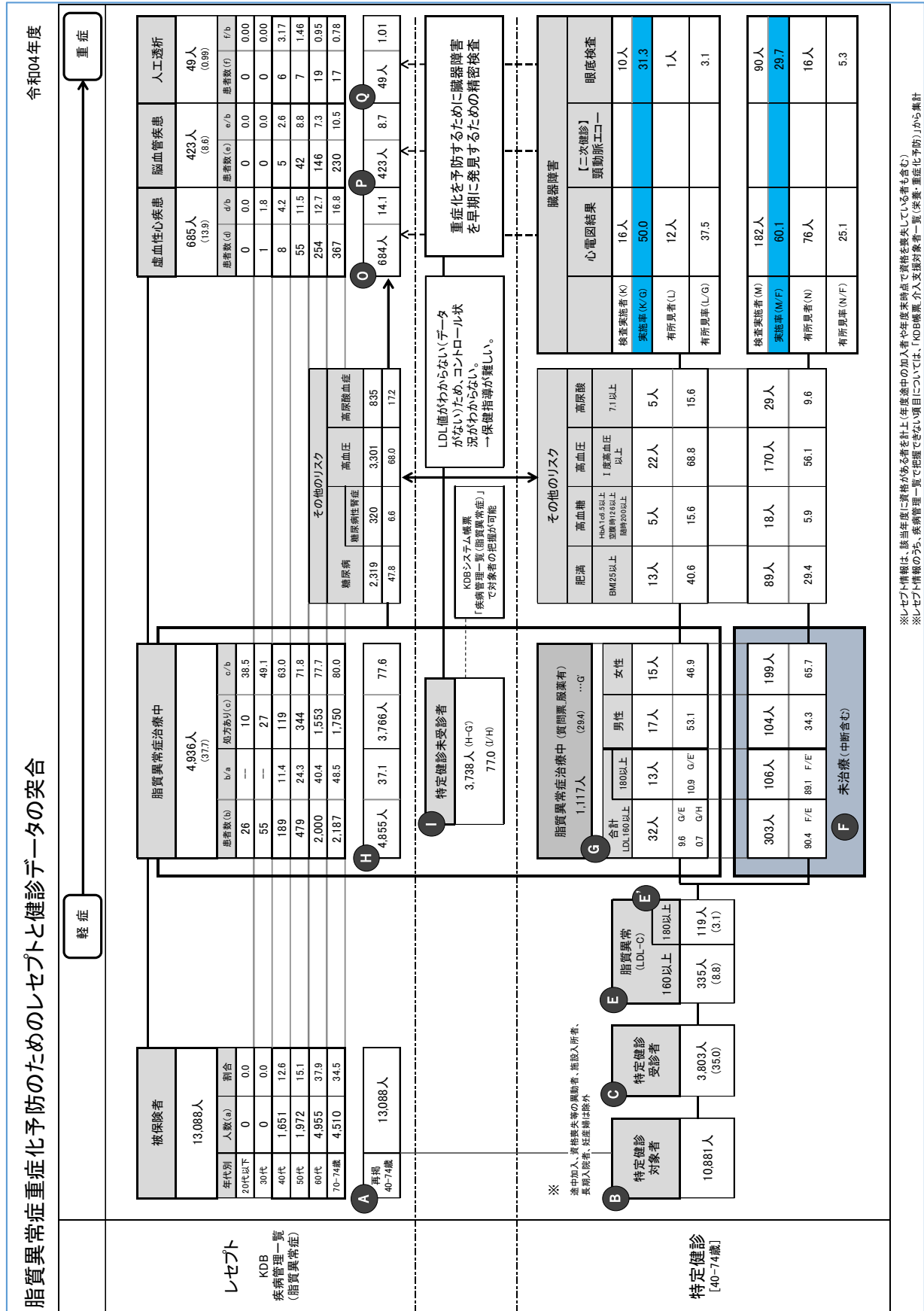
参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合





※レセプト情報は、該当年度に資格がある者定計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)
※レセプト情報のみで把握できない項目については、KOB検索(介入支援対象者一覧(薬業(重症化予防))から集計

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



参考資料7 HbA1Cの年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
			正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
			5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A		B		C		D		E		F		G		H		I		
H29	4,452	1,386	31.1%	1,806	40.6%	788	17.7%	253	5.7%	160	3.6%	59	1.3%	114	2.6%	44	1.0%	
H30	4,802	1,750	36.4%	1,773	36.9%	821	17.1%	241	5.0%	162	3.4%	55	1.1%	123	2.6%	38	0.8%	
R01	4,728	1,559	33.0%	1,797	38.0%	890	18.8%	274	5.8%	151	3.2%	57	1.2%	117	2.5%	41	0.9%	
R02	3,388	1,531	45.2%	1,045	30.8%	490	14.5%	179	5.3%	102	3.0%	41	1.2%	75	2.2%	26	0.8%	
R03	3,986	1,479	37.1%	1,389	34.8%	708	17.8%	215	5.4%	147	3.7%	48	1.2%	105	2.6%	31	0.8%	
R04	3,803	1,409	37.0%	1,385	36.4%	618	16.3%	226	5.9%	118	3.1%	47	1.2%	91	2.4%	30	0.8%	

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		10.6%	
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	割合		
											人数
H29	4,452	1,386 31.1%	1,806 40.6%	788 17.7%	472 10.6%	219 4.9%	218 46.2%	254 53.8%	148 32.4%	4.9%	10.6%
H30	4,802	1,750 36.4%	1,773 36.9%	821 17.1%	458 9.5%	217 4.5%	210 45.9%	248 54.1%	136 37.3%	4.5%	9.5%
R01	4,728	1,559 33.0%	1,797 38.0%	890 18.8%	482 10.2%	208 4.4%	209 43.4%	273 56.6%	150 27.9%	4.4%	10.2%
R02	3,388	1,531 45.2%	1,045 30.8%	490 14.5%	322 9.5%	143 4.2%	136 42.2%	186 57.8%	93 35.0%	4.2%	9.5%
R03	3,986	1,479 37.1%	1,389 34.8%	708 17.8%	410 10.3%	195 4.9%	175 42.7%	235 57.3%	138 29.2%	4.9%	10.3%
R04	3,803	1,409 37.0%	1,385 36.4%	618 16.3%	391 10.3%	165 4.3%	171 43.7%	220 56.3%	117 29.1%	4.3%	10.3%

治療と未治療の状況

	HbA1c測定		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲				
			正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病										
			5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上		
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
A		B		C		D		E		F		G		H		I			
治療中	H29	322	7.2%	1	0.3%	14	4.3%	53	16.5%	106	32.9%	105	32.6%	43	13.4%	83	25.8%	31	9.6%
	H30	342	7.1%	6	1.8%	22	6.4%	66	19.3%	112	32.7%	101	29.5%	35	10.2%	82	24.0%	25	7.3%
	R01	390	8.2%	7	1.8%	27	6.9%	83	21.3%	123	31.5%	112	28.7%	38	9.7%	88	22.6%	27	6.9%
	R02	286	8.4%	11	3.8%	28	9.8%	61	21.3%	93	32.5%	68	23.8%	25	8.7%	45	15.7%	13	4.5%
	R03	371	9.3%	6	1.6%	47	12.7%	83	22.4%	97	26.1%	104	28.0%	34	9.2%	79	21.3%	19	5.1%
治療なし	H29	4,130	92.8%	1,385	33.5%	1,792	43.4%	735	17.8%	147	3.6%	55	1.3%	16	0.4%	31	0.8%	13	0.3%
	H30	4,460	92.9%	1,744	39.1%	1,751	39.3%	755	16.9%	129	2.9%	61	1.4%	20	0.4%	41	0.9%	13	0.3%
	R01	4,338	91.8%	1,552	35.8%	1,770	40.8%	807	18.6%	151	3.5%	39	0.9%	19	0.4%	29	0.7%	14	0.3%
	R02	3,102	91.6%	1,520	49.0%	1,017	32.8%	429	13.8%	86	2.8%	34	1.1%	16	0.5%	30	1.0%	13	0.4%
	R03	3,615	90.7%	1,473	40.7%	1,342	37.1%	625	17.3%	118	3.3%	43	1.2%	14	0.4%	26	0.7%	12	0.3%
R04	3,472	91.3%	1,403	40.4%	1,362	39.2%	536	15.4%	123	3.5%	35	1.0%	13	0.4%	24	0.7%	9	0.3%	

参考資料8 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	4,453	1,159	26.0%	702	15.8%	1,424	32.0%	922	20.7%	199	4.5%	47	1.1%
H30	4,802	1,231	25.6%	711	14.8%	1,473	30.7%	1,054	21.9%	290	6.0%	43	0.9%
R01	4,728	1,210	25.6%	775	16.4%	1,406	29.7%	1,030	21.8%	266	5.6%	41	0.9%
R02	3,388	821	24.2%	587	17.3%	1,062	31.3%	733	21.6%	160	4.7%	25	0.7%
R03	3,986	908	22.8%	608	15.3%	1,277	32.0%	903	22.7%	233	5.8%	57	1.4%
R04	3,803	940	24.7%	620	16.3%	1,191	31.3%	817	21.5%	209	5.5%	26	0.7%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲		再掲 Ⅱ度高血圧以上
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療	再掲 Ⅱ度高血圧以上	割合	
H29	4,453	1,861 41.8%	1,424 32.0%	922 20.7%	246 5.5%	159 64.6%	87 35.4%	47 1.1%	5.5%	
H30	4,802	1,942 40.4%	1,473 30.7%	1,054 21.9%	333 6.9%	214 64.3%	119 35.7%	43 0.9%	6.9%	
R01	4,728	1,985 42.0%	1,406 29.7%	1,030 21.8%	307 6.5%	199 64.8%	108 35.2%	41 0.9%	6.5%	
R02	3,388	1,408 41.6%	1,062 31.3%	733 21.6%	185 5.5%	101 54.6%	84 45.4%	25 0.7%	5.5%	
R03	3,986	1,516 38.0%	1,277 32.0%	903 22.7%	290 7.3%	178 61.4%	112 38.6%	57 1.4%	7.3%	
R04	3,803	1,560 41.0%	1,191 31.3%	817 21.5%	235 6.2%	136 57.9%	99 42.1%	26 0.7%	6.2%	

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	1,534	34.4%	192	12.5%	261	17.0%	569	37.1%	425	27.7%	74	4.8%	13	0.8%
	H30	1,735	36.1%	239	13.8%	268	15.4%	610	35.2%	499	28.8%	104	6.0%	15	0.9%
	R01	1,763	37.3%	260	14.7%	305	17.3%	603	34.2%	487	27.6%	97	5.5%	11	0.6%
	R02	1,389	41.0%	201	14.5%	234	16.8%	494	35.6%	376	27.1%	74	5.3%	10	0.7%
	R03	1,545	38.8%	193	12.5%	221	14.3%	585	37.9%	434	28.1%	98	6.3%	14	0.9%
	R04	1,418	37.3%	200	14.1%	212	15.0%	520	36.7%	387	27.3%	91	6.4%	8	0.6%
治療なし	H29	2,919	65.6%	967	33.1%	441	15.1%	855	29.3%	497	17.0%	125	4.3%	34	1.2%
	H30	3,067	63.9%	992	32.3%	443	14.4%	863	28.1%	555	18.1%	186	6.1%	28	0.9%
	R01	2,965	62.7%	950	32.0%	470	15.9%	803	27.1%	543	18.3%	169	5.7%	30	1.0%
	R02	1,999	59.0%	620	31.0%	353	17.7%	568	28.4%	357	17.9%	86	4.3%	15	0.8%
	R03	2,441	61.2%	715	29.3%	387	15.9%	692	28.3%	469	19.2%	135	5.5%	43	1.8%
	R04	2,385	62.7%	740	31.0%	408	17.1%	671	28.1%	430	18.0%	118	4.9%	18	0.8%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常			保健指導判定値		受診勧奨判定値					
		120未満			120～139		140～159		160～179		180以上	
		人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
総数	H29	4,452	2,063	46.3%	1,128	25.3%	752	16.9%	315	7.1%	194	4.4%
	H30	4,802	2,078	43.3%	1,220	25.4%	864	18.0%	412	8.6%	228	4.7%
	R01	4,728	2,073	43.8%	1,204	25.5%	815	17.2%	388	8.2%	248	5.2%
	R02	3,388	1,594	47.0%	847	25.0%	538	15.9%	255	7.5%	154	4.5%
	R03	3,986	1,881	47.2%	966	24.2%	651	16.3%	319	8.0%	169	4.2%
男性	H29	3,803	1,942	51.1%	967	25.4%	559	14.7%	216	5.7%	119	3.1%
	H30	1,981	1,026	51.8%	484	24.4%	293	14.8%	121	6.1%	57	2.9%
	H30	2,155	1,048	48.6%	519	24.1%	350	16.2%	161	7.5%	77	3.6%
	R01	2,133	1,035	48.5%	532	24.9%	332	15.6%	147	6.9%	87	4.1%
	R02	1,554	806	51.9%	375	24.1%	232	14.9%	88	5.7%	53	3.4%
女性	R03	1,844	951	51.6%	428	23.2%	276	15.0%	115	6.2%	74	4.0%
	R04	1,786	977	54.7%	448	25.1%	240	13.4%	82	4.6%	39	2.2%
	H29	2,471	1,037	42.0%	644	26.1%	459	18.6%	194	7.9%	137	5.5%
	H30	2,647	1,030	38.9%	701	26.5%	514	19.4%	251	9.5%	151	5.7%
	R01	2,595	1,038	40.0%	672	25.9%	483	18.6%	241	9.3%	161	6.2%
女性	R02	1,834	788	43.0%	472	25.7%	306	16.7%	167	9.1%	101	5.5%
	R03	2,142	930	43.4%	538	25.1%	375	17.5%	204	9.5%	95	4.4%
	R04	2,017	965	47.8%	519	25.7%	319	15.8%	134	6.6%	80	4.0%

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲	割合		
					再)180以上	未治療	治療				
H29	4,452	2,063 46.3%	1,128 25.3%	752 16.9%	509	467	42	11.4%	91.7%	8.3%	11.4%
					194	184	10				
H30	4,802	2,078 43.3%	1,220 25.4%	864 18.0%	640	594	46	13.3%	92.8%	7.2%	13.3%
					228	214	14				
R01	4,728	2,073 43.8%	1,204 25.5%	815 17.2%	636	574	62	13.5%	90.3%	9.7%	13.5%
					248	228	20				
R02	3,388	1,594 47.0%	847 25.0%	538 15.9%	409	366	43	12.1%	89.5%	10.5%	12.1%
					154	139	15				
R03	3,986	1,881 47.2%	966 24.2%	651 16.3%	488	446	42	12.2%	91.4%	8.6%	12.2%
					169	157	12				
R04	3,803	1,942 51.1%	967 25.4%	559 14.7%	335	303	32	8.8%	90.4%	9.6%	8.8%
					119	106	13				

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常			保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満			120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
治療中	H29	1,088	24.4%	713	65.5%	240	22.1%	93	8.5%	32	2.9%	10	0.9%
	H30	1,213	25.3%	760	62.7%	282	23.2%	125	10.3%	32	2.6%	14	1.2%
	R01	1,307	27.6%	830	63.5%	297	22.7%	118	9.0%	42	3.2%	20	1.5%
	R02	1,027	30.3%	697	67.9%	206	20.1%	81	7.9%	28	2.7%	15	1.5%
	R03	1,173	29.4%	805	68.6%	238	20.3%	88	7.5%	30	2.6%	12	1.0%
R04	1,117	29.4%	815	73.0%	202	18.1%	68	6.1%	19	1.7%	13	1.2%	
治療なし	H29	3,364	75.6%	1,350	40.1%	888	26.4%	659	19.6%	283	8.4%	184	5.5%
	H30	3,589	74.7%	1,318	36.7%	938	26.1%	739	20.6%	380	10.6%	214	6.0%
	R01	3,421	72.4%	1,243	36.3%	907	26.5%	697	20.4%	346	10.1%	228	6.7%
	R02	2,361	69.7%	897	38.0%	641	27.1%	457	19.4%	227	9.6%	139	5.9%
	R03	2,813	70.6%	1,076	38.3%	728	25.9%	563	20.0%	289	10.3%	157	5.6%
R04	2,686	70.6%	1,127	42.0%	765	28.5%	491	18.3%	197	7.3%	106	3.9%	

第3期玉名市保健事業実施計画
(データヘルス計画)

第4期特定健康診査等実施計画

発行日 令和6年3月

発行 熊本県玉名市
保険年金課・保健予防課