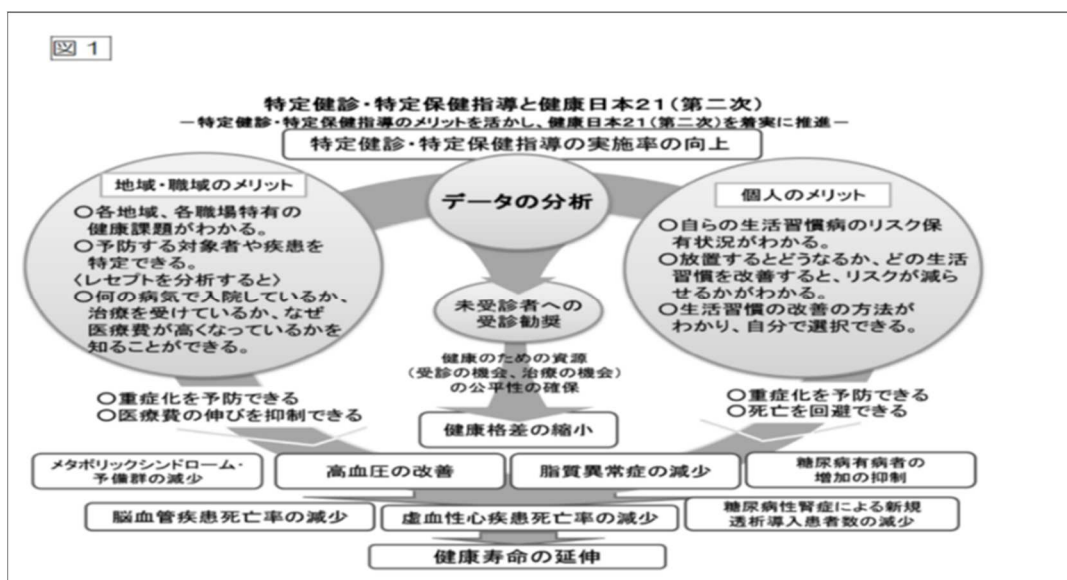


## 第1章 データヘルス計画の概要

厚生労働省においては、保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国の指針」という。)の一部を改正する等により、保険者等は健康・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ための保健事業の実施計画(データヘルス計画)(以下「計画」という。)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとしております。

本市においては、国の指針に基づき、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図ることを目的として「第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を平成30年3月に策定しました。計画期間は平成30年度から令和5年度までの6年間です。



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

## 第2章 中間評価の趣旨

第2期データヘルス計画では、毎年度の進捗状況を確認するとともに、本計画の最終年度において総合的に評価します。計画の最終年度(令和5年度)において次期計画の策定を円滑に行うため上半期に限り、中間評価を行います。

### 1 中間評価の方法

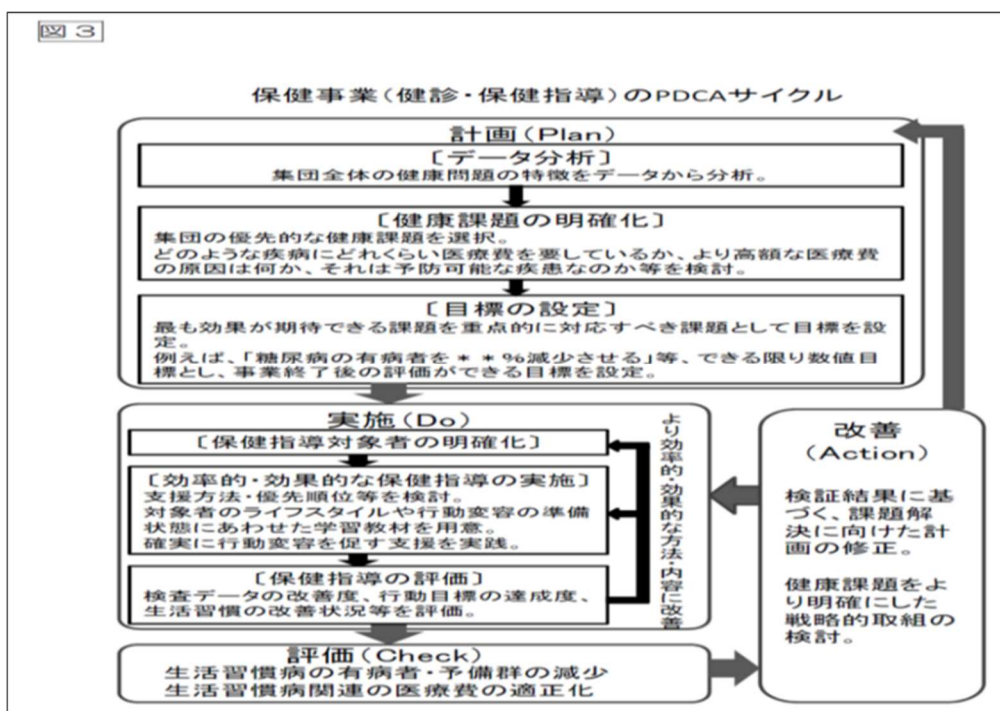
保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められています。

具体的には、KDBに収載される健診・医療・介護のデータを用い、受診率・受療率、医療の動向等を実評価します。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ます。特に優先すべき課題である重症化予防事業実施状況は、毎年とりまとめ評価します。中間評価については、熊本県や玉名市国保運

営協議会、国保連合会に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとします。

※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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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)</li> <li>・保健指導実施のための専門職の配置</li> <li>・KDB 活用環境の確保</li> </ul>
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導等の手順・教材はそろっているか</li> <li>・必要なデータは入手できているか。</li> <li>・スケジュールどおり行われているか。</li> </ul>
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診受診率、特定保健指導率</li> <li>・計画した保健事業を実施したか。</li> <li>・保健指導実施数、受診勧奨実施数など</li> </ul>
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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)</li> </ul>



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

### 第3章 中間評価の結果

#### 1 中長期目標、短期目標(アウトカム、アウトプット)の進捗状況

「目標管理一覧表」【資料1】を用いて、各指標の進捗状況を評価します。

中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患の件数は減少がみられますが、人工透析患者数の件数は増加しています。

短期目標疾患について、健診受診者の糖尿病者の割合は減少しておりますが、高血圧Ⅱ度以上の割合、脂質異常症(LDL160以上)の割合、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合は増加しており、引き続きメタボを含めた肥満症の解決が優先課題です。

#### 【資料1】

データヘルス計画の目標管理一覧表		第2期データヘルス計画(P59)参考資料7									
評価項目	達成すべき目的	課題を解決するための目標(評価指標)	実績		目標値				現状値の把握方法		
			初期値 H28	中間評価 R元	中間目標 R元	R2	R3	R4		最終評価 R5	
成果目標	医療費の伸び率	医療費の伸びの抑制	標準化医療費	1.099%							
中長期目標	入院の伸び率	入院の伸びの抑制	レセプトに占める入院費用の割合	42.7%	<b>44.2%</b>	39.0%				37.0%	KDBシステム (様式6-1)
	重症化した結果の 疾患の発生状況	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	脳血管疾患患者数高額(100万円)以上のレセプト件数の減少	3.3%(13人)	<b>4.1%(8人)</b>	10人				8人	KDBシステム (様式1-1.3-7)
			虚血性心疾患患者数高額(100万円)以上のレセプト件数の減少	5.0%(20人)	<b>6.7%(13人)</b>	17人				15人	
			人工透析患者数	75人	<b>77人</b>	70人				65人	
			新規人工透析患者数	8人	<b>7人</b>	3人				2人	
短期目標	特定健診・特定保健指導の実施率	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率	35.4%	<b>39.1%</b>	47.0%		50.0%	53.0%	56.0%	法定報告値
			特定保健指導実施率	42.0%	<b>75.2%</b>	77.0%		78.0%	79.0%	80.0%	
			特定保健指導対象者の減少率	18.5%	<b>16.9%</b>	19.0%				20.0%	
	基礎疾患の重症化予防	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	①メタボリックシンドローム該当者の割合	20.1%	<b>23.0%</b>	17.0%				15.0%	健康たまな21 ①②法定報告値 ③~⑦KDB評価ツール ⑧重症化積上げ(実績集計)
			②メタボリックシンドローム予備群の割合	13.0%	<b>14.4%</b>	10.0%				8.0%	
			③健診受診者の高血圧者の割合(160/100以上)	5.5%	<b>6.5%</b>	5.3%				5.0%	
			④健診受診者の脂質異常者の割合(LDL160以上)	12.2%	<b>13.4%</b>	11.0%				10.0%	
			⑤健診受診者の糖尿病者の割合(未治療HbA1c6.5以上)	4.7%	<b>4.4%</b>	4.4%				4.0%	
			⑥健診受診者の糖尿病者の割合(治療中HbA1c7.0以上)	0.4%	<b>0.4%</b>	0.3%				0.2%	
			⑦健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合	3.3%	<b>3.2%</b>	3.1%				3.0%	
⑧糖尿病の保健指導を実施した割合	12.0%	<b>49.1%</b>	75.0%				85.0%				
	がんの早期発見・早期治療	5つのがん検診の平均受診率	19.2%	<b>9.20%</b>	50.0%				50.0%		

(1)医療費の状況

総医療費に占める慢性腎不全(透析あり)は 6.31%から 5.65%に減少したものの、県平均より高く、いずれ透析になる恐れのある慢性腎不全(透析無)は、0.17%から 0.38%に増加し、県国平均よりも高い状況です。一方、短期目標疾患の高血圧と脂質異常症の医療費は減っていますが、治療中断や未治療のまま経過している可能性も考えられるため、それにより脳血管疾患が 1.62%から 2.00%に増加していることも考えられます。後に述べる有所見者の未治療率をみても、脳血管疾患や腎不全を予防するために保健指導と受診勧奨が必要となります。

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

市町村名	総医療費	1人あたり医療費			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	中長期目標疾患					
		金額	順位			慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳 脳梗塞・ 脳出血	心 狭心症・ 心筋梗塞		
			同規模	県内							
玉名市	H28	6,482,664,780	28,308	56位	22位	1,478,432,150	22.81%	6.31%	0.17%	1.62%	1.67%
	R1	6,359,888,560	30,455	53位	29位	1,337,468,070	21.03%	↓ 5.65%	↑ 0.38%	↑ 2.00%	1.50%
熊本県	R1	157,758,090,470	31,371			32,203,711,760	20.41%	5.61%	0.33%	1.97%	1.30%
国		9,500,761,396,250	26,100			1,915,570,779,320	20.16%	4.43%	0.35%	2.12%	1.70%

市町村名	短期目標疾患			新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
	糖尿病	高血圧	脂質異常症				
玉名市	H28	5.51%	4.80%	2.73%	12.34%	11.97%	8.00%
	R1	↑ 5.54%	↓ 3.50%	↓ 2.46%	12.46%	10.59%	8.62%
熊本県	R1	5.50%	3.50%	2.12%	13.40%	9.93%	8.63%
国		5.43%	3.54%	2.59%	16.06%	8.02%	8.83%

(2)糖尿病性腎症による透析導入の状況

糖尿病性腎症による透析導入者の割合はH28と比べR1は、人数が53.3%から59.7%、費用額2億4722万円から2億5670万円とすべて増加しています。また、新規透析導入に占める糖尿病性腎症の割合は年々増加しR1年度は86%を占めています。

糖尿病性腎症による人工透析導入者の状況

		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
H28	人数	75人	40人	16人	24人
			53.3%	9.7%	32.0%
	件数	1,019件	565件	129件	256件
			55.4%	7.9%	25.10%
	費用額	4億4407万円	2億4722万円	8964万円	1億1928万円
			55.7%	20.2%	26.90%
H29	人数	80人	48人	18人	26人
			60.0%	22.5%	32.5%
	件数	1,034件	567人	215件	277件
			54.8%	20.8%	26.8%
	費用額	4億6476万円	2億3918万人	1億0475万人	1億3260万人
			51.5%	22.5%	28.50%
H30	人数	82人	48人	25人	31人
			58.5%	30.5%	37.8%
	件数	1057件	616件	245件	304件
			58.3%	23.2%	28.8%
	費用額	4億7005万円	2億7317万円	1億3108万人	1億3108万人
			58.1%	23.3%	27.90%
R1	人数	77人	46人	19人	26人
			59.7%	24.7%	33.8%
	件数	996件	608件	240件	316件
			61.0%	24.1%	31.7%
	費用額	4億5670万円	↑2億5670万円	1億2032万円	1億5058万円
			61.9%	26.3%	33.00%

様式2-2、3-7 人工透析患者(長期化する疾患)の状況

糖尿病性腎症による新規透析導入者の状況

年 度		H28	H29	H30	R1
新規透析者数		8人	5人	8人	7人
DM腎症 (再掲)	人数	2人	3人	4人	6人
	割合	25%	60%	50%	86%

(3)短期目標(高血圧、HbA1c、LDL コレステロール、メタボリックシンドロームの状況)

高血圧Ⅱ度、Ⅲ度以上の割合及び LDL180 以上の割合は増えている状況にあります。

また、HbA1c7.0 以上の割合は減少傾向にあります。今後重症化の可能性のある糖尿病予備軍(6.0 以上)が増加傾向にあります。また、糖尿病の発症リスク要因であるメタボリックシンドローム該当者及び予備軍の割合が増えています。メタボを含めた肥満症は、糖尿病・高血圧・脂質異常症の発症だけでなく、虚血性心疾患・脳血管疾患、慢性腎不全のハイリスク要因であり、肥満症及びメタボの解決に向けた保健指導が課題となっています。

[高血圧の状況]

	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	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H28	4,609	1,143	24.8%	738	16.0%	1,465	31.8%	1,009	21.9%	220	4.8%	34	0.7%
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%
R1	4,723	1,209	25.6%	774	16.4%	1,405	29.7%	1,028	21.8%	266	5.6%	41	0.9%

[HbA1c(血糖値)の状況]

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値					
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上	
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0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
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A
H28	4,609	1,600	34.7%	1,801	39.1%	735	15.9%	257	5.6%	160	3.5%	56	1.2%
H29	4,452	1,386	31.1%	1,806	40.6%	788	17.7%	253	5.7%	160	3.6%	59	1.3%
H30	4,802	1,750	36.4%	1,773	36.9%	821	17.1%	241	5.0%	162	3.4%	55	1.1%
R1	4,723	1,558	33.0%	1,796	38.0%	888	18.8%	274	5.8%	151	3.2%	56	1.2%

[LDL コレステロール(脂質)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
H28	4,609	2,116	45.9%	1,175	25.5%	758	16.4%	363	7.9%	197	4.3%
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%
R1	4,723	2,070	43.8%	1,204	25.5%	814	17.2%	388	8.2%	247	5.2%

[メタボリックシンドロームの状況]

項目	特定健診				特定保健指導			内臓脂肪症候群 該当者 (メタボ該当)		内臓脂肪症候群 予備群 (メタボ予備群)		受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	実施率	該当者数	該当率	該当者数	該当率	医療機関受診率	
													玉名市
H28年度	12,703	4,492	35.4%		616	259	42.0%	903	20.1%	582	13.0%		
H29年度	12,339	4,431	35.9%	118位	601	573	95.3%	915	20.6%	589	13.3%	53.7%	51.8%
H30年度	12,054	4,891	40.6%	133位	762	536	70.3%	1114	22.8%	673	13.8%	55.9%	52.7%
R元年度	11,831	4,630	39.1%		636	478	75.2%	1067	23.0%	668	14.4%	56.4%	52.5%

熊本県市町村国保法定報告値及びKDBより



## 2 ストラクチャー、プロセス評価

全体評価表		参考資料2 (データヘルズ計画P59)																																																																																					
目標	ストラクチャー (構造)	プロセス (実践経理)	アウトカム (結果)																																																																																				
<p>特定健診受診率の向上</p> <p>● 肥満・高血圧・糖尿病の予防</p> <p>● 生活習慣病の予防</p> <p>● がんの早期発見</p> <p>● がんの予防</p> <p>● がんの早期発見</p> <p>● がんの予防</p>	<p>専門職(保健師、管理栄養士、看護士)12人</p> <p>体制:補充員位をつけて、個別訪問。</p> <p>医療機関での特定健診実施期間を7ヶ月間実施。</p>	<p>事務職による動員通知</p> <p>6月:約1万通</p> <p>10月:8591通</p> <p>受診勧奨対象者(ハイリスク者)へ動員。</p> <p>ハイリスク者</p> <p>①過去5年間で1度もHbA1cが12.0%以上であった患者</p> <p>②糖尿病管理台帳で未治療、中絶者を優先。</p>	<p>課題</p> <p>● 地区担当が対象者を体系的に把握しながら、重症化を見逃さないよう受診勧奨できる体制づくり</p> <p>→糖尿病管理台帳、血圧管理台帳の活用</p> <p>→地区担当者の人対人へのフォロー体制</p> <p>● 医療機関健診の期間延長に伴う受診率アップにより、保健指導対象者の増加と年度を越えて連年での対象者が発生することへの対応</p>																																																																																				
<p>特定健診受診率の向上</p> <p>● 肥満・高血圧・糖尿病の予防</p> <p>● 生活習慣病の予防</p> <p>● がんの早期発見</p> <p>● がんの予防</p> <p>● がんの早期発見</p> <p>● がんの予防</p>	<p>専門職(保健師、管理栄養士、看護士)12人</p> <p>体制:補充員位をつけて、個別訪問。</p> <p>医療機関での特定健診実施期間を7ヶ月間実施。</p>	<p>事務職による動員通知</p> <p>6月:約1万通</p> <p>10月:8591通</p> <p>受診勧奨対象者(ハイリスク者)へ動員。</p> <p>ハイリスク者</p> <p>①過去5年間で1度もHbA1cが12.0%以上であった患者</p> <p>②糖尿病管理台帳で未治療、中絶者を優先。</p>	<p>特定健診受診率</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>H28</th> <th>H29</th> <th>H30</th> <th>R1</th> <th>R5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>対象者数</td> <td>12,703</td> <td>12,339</td> <td>12,054</td> <td>11,831</td> <td></td> </tr> <tr> <td>受診者数</td> <td>4,492</td> <td>4,431</td> <td>4,891</td> <td>4,630</td> <td></td> </tr> <tr> <td>受診率</td> <td>35.4</td> <td>35.9</td> <td>40.8</td> <td>39.1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>目標値</td> <td></td> <td></td> <td>41</td> <td>44</td> <td>56</td> </tr> </tbody> </table>		H28	H29	H30	R1	R5	対象者数	12,703	12,339	12,054	11,831		受診者数	4,492	4,431	4,891	4,630		受診率	35.4	35.9	40.8	39.1		目標値			41	44	56																																																						
	H28	H29	H30	R1	R5																																																																																		
対象者数	12,703	12,339	12,054	11,831																																																																																			
受診者数	4,492	4,431	4,891	4,630																																																																																			
受診率	35.4	35.9	40.8	39.1																																																																																			
目標値			41	44	56																																																																																		
<p>メタボリックシンドローム該当者及び予備者を減少させ、内臓脂肪型肥満を減少とした重症化を予防する。</p>	<p>管理栄養士1人</p> <p>保健師1人</p> <p>看護師1人</p> <p>保健師12人</p>	<p>集団面談時に特定保健指導の初回面談の分割実施を行う。</p> <p>健診結果を持って家庭訪問を行い対象者に応じた保健指導を行う。</p>	<p>●メタボ予備軍が増加しているため、保健指導の実施数だけでなく指導の質の向上が必要</p>																																																																																				
<p>脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎臓病等の罹患率の減少</p>	<p>＜メンバー＞</p> <p>保健師10人</p> <p>管理栄養士2人</p> <p>保健師1人</p> <p>＜体制＞</p> <p>健診日をもつ、地区担当保健師が中心で個別保健指導。対象者の多い地区は少ない地区の保健師が協力する。</p> <p>管理栄養士は、栄養指導が必要な対象者への指導を実施。</p> <p>＜関係機関＞</p> <p>糖尿病性腎症重症化予防ワーキンググループ</p> <p>メタボ1医師参事、糖尿病専門医、腎専門医、成人担当保健師</p>	<p>＜重症化対象者＞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・II度以上高血圧者</li> <li>・HbA1c6.5%以上者</li> <li>・空腹時血糖126以上者</li> <li>・専門医紹介対象者</li> <li>・未治療、中断者優先</li> </ul> <p>＜期間＞</p> <p>R1:14年4月～14年6月</p> <p>＜手段・方法＞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病管理台帳(HbA1c6.5以上)を作成し、レポートにて治療状況を確認し、未治療中断者を優先的に訪問する。</li> <li>・今年度特定健診受診者で重症化対象者へ、対象者に対しては保健指導(VOBSツール、からだノート、糖尿病ノート)等や糖尿病連携手帳を活用し個別保健指導を実施。</li> <li>＜関係機関との連携＞</li> <li>・糖尿病連携手帳を利用し、情報の共有を図る。必要な場合、医療機関へ相談し出向く。</li> <li>・糖尿病重症化予防ワーキンググループ委嘱にて、現状や課題の共有、対策について検討する。</li> </ul> <p>＜力重形成＞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・スタッフ研修会の実施(事例検討会)</li> <li>・学習教材の組み合わせ実施</li> </ul>	<p>重症化予防対象者への保健指導</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">II度以上高血圧</th> <th colspan="2">II度以上HbA1c</th> </tr> <tr> <th>対象者数</th> <th>受診者数</th> <th>対象者数</th> <th>受診者数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H28</td> <td>34</td> <td>19</td> <td>55%</td> <td>226</td> <td>33</td> <td>14.7%</td> </tr> <tr> <td>H29</td> <td>48</td> <td>41</td> <td>85.4%</td> <td>204</td> <td>164</td> <td>80.4%</td> </tr> <tr> <td>H30</td> <td>48</td> <td>37</td> <td>77.1%</td> <td>303</td> <td>212</td> <td>70.0%</td> </tr> <tr> <td>23月末現在</td> <td>42</td> <td>27</td> <td>64.3%</td> <td>274</td> <td>183</td> <td>66.8%</td> </tr> <tr> <td>目標</td> <td></td> <td>100%</td> <td></td> <td></td> <td>100%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">慢性腎臓病(NOD)</th> <th colspan="2">HbA1c6.5以上(NCSP)</th> </tr> <tr> <th>対象者数</th> <th>受診者数</th> <th>対象者数</th> <th>受診者数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H28</td> <td>172</td> <td>38</td> <td>22.0%</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>H29</td> <td>243</td> <td>171</td> <td>70.4%</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>H30</td> <td>228</td> <td>100</td> <td>43.7%</td> <td>498</td> <td>259</td> <td>59.1%</td> </tr> <tr> <td>23月末現在</td> <td>437</td> <td>181</td> <td>41.4%</td> <td>508</td> <td>277</td> <td>54.4%</td> </tr> <tr> <td>目標</td> <td></td> <td>80%</td> <td></td> <td></td> <td>80%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	II度以上高血圧		II度以上HbA1c		対象者数	受診者数	対象者数	受診者数	H28	34	19	55%	226	33	14.7%	H29	48	41	85.4%	204	164	80.4%	H30	48	37	77.1%	303	212	70.0%	23月末現在	42	27	64.3%	274	183	66.8%	目標		100%			100%		慢性腎臓病(NOD)		HbA1c6.5以上(NCSP)		対象者数	受診者数	対象者数	受診者数	H28	172	38	22.0%	-	-	H29	243	171	70.4%	-	-	H30	228	100	43.7%	498	259	59.1%	23月末現在	437	181	41.4%	508	277	54.4%	目標		80%			80%	
II度以上高血圧		II度以上HbA1c																																																																																					
対象者数	受診者数	対象者数	受診者数																																																																																				
H28	34	19	55%	226	33	14.7%																																																																																	
H29	48	41	85.4%	204	164	80.4%																																																																																	
H30	48	37	77.1%	303	212	70.0%																																																																																	
23月末現在	42	27	64.3%	274	183	66.8%																																																																																	
目標		100%			100%																																																																																		
慢性腎臓病(NOD)		HbA1c6.5以上(NCSP)																																																																																					
対象者数	受診者数	対象者数	受診者数																																																																																				
H28	172	38	22.0%	-	-																																																																																		
H29	243	171	70.4%	-	-																																																																																		
H30	228	100	43.7%	498	259	59.1%																																																																																	
23月末現在	437	181	41.4%	508	277	54.4%																																																																																	
目標		80%			80%																																																																																		
<p>メタボリックシンドローム該当者及び予備者を減少させ、内臓脂肪型肥満を減少とした重症化を予防する。</p>	<p>管理栄養士1人</p> <p>保健師1人</p> <p>看護師1人</p> <p>保健師12人</p>	<p>集団面談時に特定保健指導の初回面談の分割実施を行う。</p> <p>健診結果を持って家庭訪問を行い対象者に応じた保健指導を行う。</p>	<p>特定保健指導</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">特定保健指導対象者</th> <th colspan="2">特定保健指導実施者</th> </tr> <tr> <th>H28</th> <th>H30</th> <th>R1</th> <th>R5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>対象者数</td> <td>382</td> <td>376</td> <td>374</td> </tr> <tr> <td>実施件数</td> <td>443</td> <td>386</td> <td>783</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>42.0</td> <td>95.3</td> <td>70.3</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>75.2</td> <td>77.0</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>80.0</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	特定保健指導対象者		特定保健指導実施者		H28	H30	R1	R5	対象者数	382	376	374	実施件数	443	386	783	合計	42.0	95.3	70.3			75.2	77.0			80.0																																																									
特定保健指導対象者		特定保健指導実施者																																																																																					
H28	H30	R1	R5																																																																																				
対象者数	382	376	374																																																																																				
実施件数	443	386	783																																																																																				
合計	42.0	95.3	70.3																																																																																				
		75.2	77.0																																																																																				
		80.0																																																																																					
<p>脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎臓病等の罹患率の減少</p>	<p>＜メンバー＞</p> <p>保健師10人</p> <p>管理栄養士2人</p> <p>保健師1人</p> <p>＜体制＞</p> <p>健診日をもつ、地区担当保健師が中心で個別保健指導。対象者の多い地区は少ない地区の保健師が協力する。</p> <p>管理栄養士は、栄養指導が必要な対象者への指導を実施。</p> <p>＜関係機関＞</p> <p>糖尿病性腎症重症化予防ワーキンググループ</p> <p>メタボ1医師参事、糖尿病専門医、腎専門医、成人担当保健師</p>	<p>＜重症化対象者＞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・II度以上高血圧者</li> <li>・HbA1c6.5%以上者</li> <li>・空腹時血糖126以上者</li> <li>・専門医紹介対象者</li> <li>・未治療、中断者優先</li> </ul> <p>＜期間＞</p> <p>R1:14年4月～14年6月</p> <p>＜手段・方法＞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病管理台帳(HbA1c6.5以上)を作成し、レポートにて治療状況を確認し、未治療中断者を優先的に訪問する。</li> <li>・今年度特定健診受診者で重症化対象者へ、対象者に対しては保健指導(VOBSツール、からだノート、糖尿病ノート)等や糖尿病連携手帳を活用し個別保健指導を実施。</li> <li>＜関係機関との連携＞</li> <li>・糖尿病連携手帳を利用し、情報の共有を図る。必要な場合、医療機関へ相談し出向く。</li> <li>・糖尿病重症化予防ワーキンググループ委嘱にて、現状や課題の共有、対策について検討する。</li> </ul> <p>＜力重形成＞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・スタッフ研修会の実施(事例検討会)</li> <li>・学習教材の組み合わせ実施</li> </ul>	<p>● 保健指導実施率及び治療開始率の向上</p> <p>● 糖尿病管理台帳や重症化対象者の未治療中断に対する受診勧奨や改善に向けて継続した保健指導の実施</p> <p>● 各担当地区の対象者について地域の先生方と共有しながら実践を繰り返していく</p>																																																																																				

### 3 主な個別事業の評価と課題

#### (1) 重症化予防の取り組み

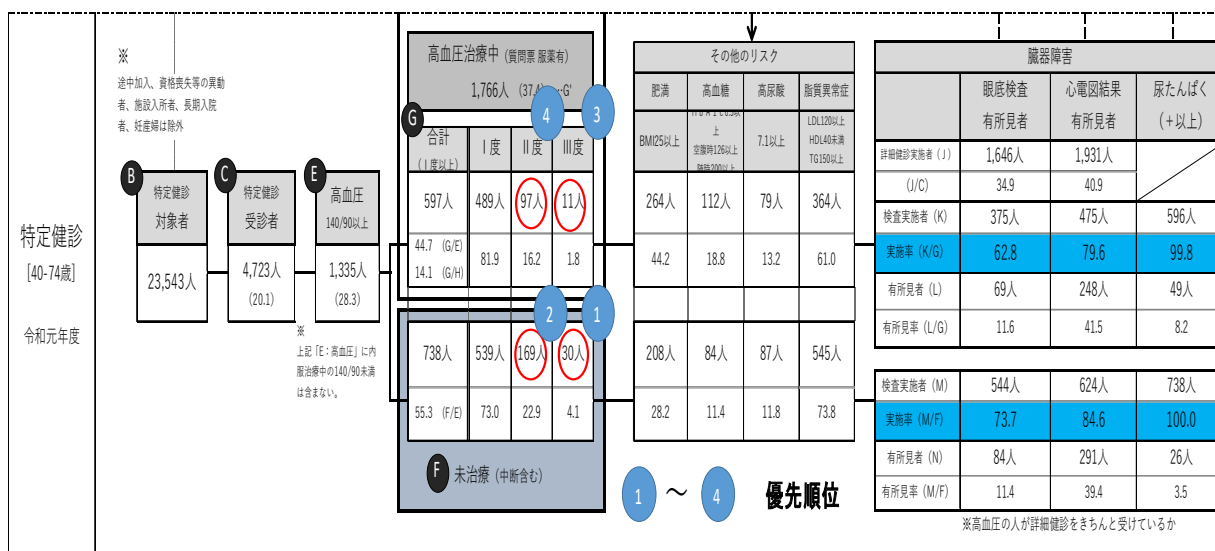
##### ① 血圧Ⅱ度以上の状況

R 元年度はⅡ度以上高血圧者が 6.5%と増加しており【資料 1】(P3)、下記の図表のFを見ると、Ⅲ度未治療者が 30 人、Ⅱ度未治療者が 169 人でした。

高血圧は脳心血管疾患において最大の危険因子です。脳血管疾患は要介護認定の原因のひとつでもあり、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。血圧Ⅲ度、Ⅱ度の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援と適切な受診勧奨に取り組んでいきます。

また、血圧の治療をしているのにもかかわらず、コントロール不良の者(下記図表 G)がⅢ度 11 人、Ⅱ度 97 人でした。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導を行っていきます。

高値血圧の者においても、家庭血圧測定及び記録を促していきます。



##### ② 糖尿病性腎症重症化予防

H29 年度からHbA1c7.0 以上、H30 年度からはHbA1c6.5 以上の未治療中断者を優先に糖尿病連携手帳等を活用し医療機関と連携をとりながら保健指導を実施してきました。その結果、未治療者・中断者はH28 年度 45.8%から R 元年度 39.4%に減少しており、コントロール不良者も減少傾向にあります。

肥満があるとインスリン抵抗性(\*1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療の方については医療と連携して行政においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い血糖改善の支援を強化していきます。

また、新規透析患者数に占める糖尿病性腎症の人数は増加傾向にあります。DKD 重症度ヒートマップより、腎専門医紹介相当の 88 人の実態を確認し引き続き重症化予防の取組を継続していきます。 \*1 インスリン抵抗性: 血中インスリン濃度に見合ったインスリン作用が得られない状態



項目		28年度		29年度		30年度		R1年度	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
健診データ	糖尿病型	605人	13.2%	592人	13.0%	635人	12.7%	644人	13.6%
	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	277人	45.8%	266人	44.9%	276人	43.5%	254人	39.4%
	治療中(質問票 服薬あり)	328人	54.2%	326人	55.1%	359人	56.5%	390人	60.6%
	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	184人	56.1%	196人	60.1%	210人	58.5%	216人	55.4%
	血圧 130/80以上	118人	64.1%	121人	61.7%	130人	61.9%	127人	58.8%
	肥満 BMI25以上	76人	41.3%	83人	42.3%	98人	46.7%	91人	42.1%
	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	145人	44.2%	130人	39.9%	149人	41.5%	174人	44.6%
	第1期 尿蛋白(-)	512人	84.6%	478人	80.7%	490人	77.2%	496人	77.0%
	第2期 尿蛋白(±)	44人	7.3%	73人	12.3%	82人	12.9%	87人	13.5%
	第3期 尿蛋白(+)以上	46人	7.6%	37人	6.3%	58人	9.1%	56人	8.7%
	第4期 eGFR30未満	4人	0.7%	4人	0.7%	4人	0.6%	4人	0.6%

項目		28年度		29年度		30年度		R1年度		データ基
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
レセプト	糖尿病性腎症	202人	9.2%	203人	9.2%	238人	10.4%	245人	10.9%	KDB 厚生労働省様式 様式3-2
	(再掲)40-74歳	199人	9.2%	199人	9.1%	235人	10.4%	242人	10.9%	
	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	40人	1.82%	48人	2.17%	48人	2.10%	46人	2.05%	
	(再掲)40-74歳	40人	1.84%	48人	2.19%	48人	2.12%	46人	2.07%	
	新規透析患者数	8		5		8		7		
	(再掲)糖尿病性腎症	2		3		4		6		
【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)	50人	1.9%	55人	2.0%	54人	1.9%	59人	2.0%	KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	

### 耐糖能異常者におけるDKD重症度のヒートマップ

耐糖能異常 (HbA1c6.5以上)			尿蛋白定性検査	A1	A2	A3
				(-)	(±)	(+)以上
eGFR 区分	G1	≥90	正常又は高値	34	11	5
	G2	60~89	正常又は軽度低下	332	51	23
	G3a	45~59	軽度~中等度低下	95	15	18
	G3b	30~44	中等度~高度低下	13	4	7
	G4	15~29	高度低下	0	0	2
	G5	>15	末期腎不全	0	0	1

計611人

- ... 366人(59.9%)
- ... 157人(25.7%)
- ... 88人(14.4%) ⇒ 腎専門医紹介相当

### ③ CKD 対策

CKD 診療ガイドライン 2018 より腎専門医紹介対象者が尿蛋白±以上 (G1G2 は血尿+)となり、該当者が大幅に増えました。現在、集団健診と人間ドックは定量検査が実施できていますが、全対象にはできていない状況です。かかりつけ医や腎専門医との情報共有のためのツールとして、CKD 連絡票や健診結果経年表を活用し未治療者への受診勧奨、尿蛋白定量検査等での再検査の実施、腎専門医紹介基準対象者への保健指導を継続して取り組みます。

#### 1. かかりつけ医から腎臓専門医への紹介基準対象者 ■…紹介基準対象456人

原疾患			糖尿病	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	
			高血圧・腎炎など	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿	
GFR区分 (ml/分/1.73㎡)			尿蛋白区分		A1	A2	A3
			尿検査・GFR 共に実施 4,718 人	(-)	(±)	【再掲】 尿潜血+以上	(+) 以上
G1	正常 または高値	90以上		301 人	261 人	26 人	3 人
			6.4%	5.5%	0.6%	11.5%	0.3%
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	3,496 人	3,035 人	353 人	37 人	108 人
			74.1%	64.3%	7.5%	10.5%	2.3%
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	815 人	646 人	113 人	17 人	56 人
			17.3%	13.7%	2.4%	15.0%	1.2%
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	98 人	61 人	23 人	2 人	14 人
			2.1%	1.3%	0.5%	8.7%	0.3%
G4	高度低下	15-30 未満	6 人	2 人	1 人	0 人	3 人
			0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	2 人	0 人	0 人	0 人	2 人
			0.0%	0.0%	0.0%	--	0.0%

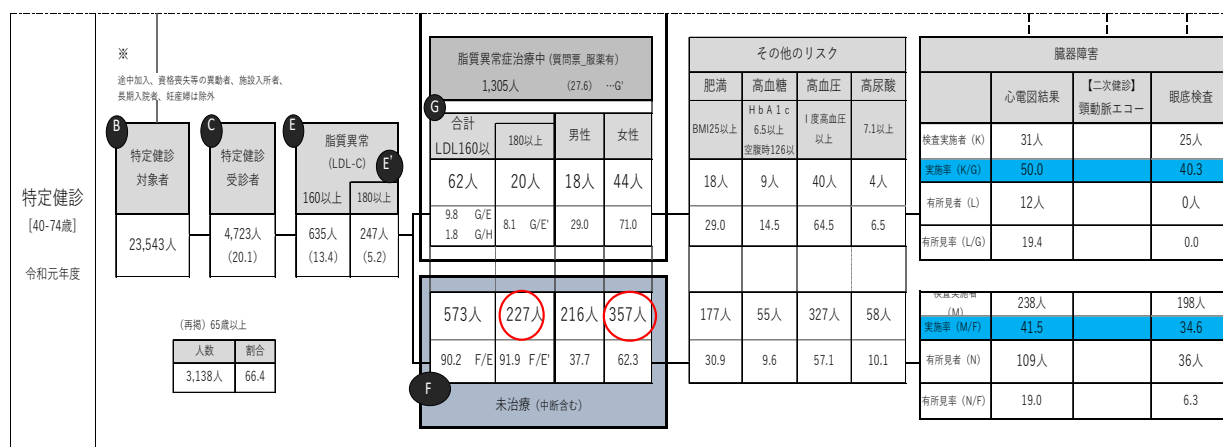
④ LDL コレステロール 180 mg/dl 以上の状況

LDL コレステロール 180 mg/dl 以上の割合は増加傾向にあり、R 元年度は 5.11%と県下でワースト 1 位となっています。特に未治療者が 91.9%と高く、女性が 62.3%を占めています。

また、LDL 高値者上位 10 人の状況を見ると、1~2 位は 300 を超えており、10 位までの全てが未治療です。脂質異常症は動脈硬化を促進し脳血管疾患や心疾患の危険因子です。治療の必要性和内服継続の必要性を理解してもらうよう、リスクの重なりのある対象者を優先してポピュレーションと両方からアプローチしていきます。

LDL180以上者割合の経年変化（県内同規模市町比較）

保険者名	H29			保険者名	H30			保険者名	R1		
	県内順位	人数	割合		県内順位	人数	割合		県内順位	人数	割合
A市	7位	114	4.37%	A市	3位	147	5.65%	玉名市	1位	249	5.11%
玉名市	9位	195	4.17%	玉名市	9位	248	4.84%	A市	3位	126	4.96%
B市	13位	151	3.99%	B市	12位	165	4.41%	B市	6位	172	4.60%
C市	15位	270	3.71%	C市	13位	283	4.09%	C市	23位	224	3.34%
D市	20位	150	3.31%	D市	26位	138	3.01%	E市	24位	143	3.30%
E市	36位	107	2.37%	E市	31位	122	2.81%	D市	31位	135	2.94%



LDL高値者上位10人の状況(R元年度)

	性別	年齢	BMI	腹囲	LDL コレス テロー ル	中性脂 肪	HDL コレス テロー ル	服薬_ 脂質	AST	ALT	γ-G T	収縮期 血圧	拡張期 血圧	空腹時 血糖	HbA 1c(N GSP)
1	女	68	28.3	98.6	314	110	62	×	27	18	17	141	83	93	5.7
2	女	60	23.0	90.0	303	265	74	×	88	131	37	135	75	106	6.5
3	女	51	24.6	89.8	252	255	42	×	33	55	87	122	74	124	6.3
4	女	76	20.2		248	111	95	×	21	16	29	130	82	114	6.3
5	男	53	29.0	89.5	245	128	62	×	22	27	37	135	71	117	5.5
6	男	72	26.2		241	145	59	×	85	111	63	158	96	82	5.7
7	女	72	16.1	65.8	241	97	103	×	21	13	11	121	70	82	5.7
8	女	74	22.7	80.5	239	120	73	×	20	13	24	128	82	128	5.6
9	女	69	20.6	80.0	239	131	56	×	18	14	27	135	76	90	6.0
10	男	74	25.2	95.5	238	246	62	×	19	15	45	138	70	92	5.7

### ⑤ 心電図検査

H30年度の第3期見直しによりI度高血圧者若しくは問診等で不整脈が疑われる者で医師が必要と認めた者に対象者が拡大したことで、受診者は増えましたが、R元年度現在36.9%の実施に留まっています。現対象者での実施状況を見てみると、実施者数が増えたことで虚血性心疾患の原因となる有所見者も増加しています。その中でもメタボ及びメタボ予備軍の者の有所見者が増加しています。全数実施となれば更に有所見率も増加し、心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化を防ぐことができると思われます。今後も心電図検査全数実施を目指し有所見者に対する保健指導を実施していきます。

	メタボ該当者		メタボ予備群		メタボなし	
<b>心電図実施 (1,801人36.9%)</b>	<b>503</b>	<b>27.9%</b>	251	13.9%	1047	58.1%
心電図未 (3,082人63.1%)	<b>634</b>	<b>20.6%</b>	458	14.9%	1990	64.6%

心電図実施	1,800	虚血関係										その他の変化		異常なし	
		ST変化		異常Q波		心房細動		その他		692	38.4%	815	44.6%		
		293	13.3%	241	13.4%	15	1.1%	16	1.1%					21	1.5%
メタボ該当者	503	94	18.7%	75	14.9%	6	1.2%	6	1.2%	7	1.4%	203	40.4%	206	41.0%
メタボ予備群	251	49	19.5%	41	16.3%	4	1.6%	2	0.8%	2	0.8%	105	41.8%	97	38.6%
メタボなし	1046	150	14.3%	125	12.0%	5	0.5%	8	0.8%	12	1.1%	384	36.7%	512	48.9%

### (2) ポピュレーションアプローチ

たまな食育フェアでは、食生活改善推進員コーナーにおいて野菜の基準量を知るためのコーナーを設け一般市民の方へのアプローチを行いました。

今後は、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている熊本県の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、各種団体等含め広く住民へ周知を行っていきます。

また、LDLコレステロール180mg/dl以上者が増え、9割以上が未治療者であることから(P13参照)、受診勧奨用のチラシを作成し、健診受診者へ配布し啓発受診勧奨を行っていきます。

# 熊本県食の実態

## ①血管の材料になるもの

食品		購入・消費量	たんぱく質 g	必須アミノ酸 g	カルシウム mg	ビタミンA μg	生産量
牛乳	牛乳	43位	3	1	110	38	牛乳生産量 4位
卵	卵	33位	12	5	51	150	鶏卵生産量 23位

可食部100gあたりの数値

## 糖質等の摂り方

食品	購入・消費量の順位 (全52市中)	糖質 g	エネルギー kcal	備考
芋類	さといも 2位	11	58	
	さつまいも 4位	30	140	皮つき/生
果物	スイカ 2位	9	37	廃棄率40%
	みかん 4位	11	46	
酒類	焼酎 4位	0	206	連続式(甲類)
飲料類	炭酸飲料 6位	11	46	コーラ
	その他和生菓子 9位	47	221	蜂蜜饅頭
お菓子	まんじゅう 10位	56	260	蒸し饅頭
	ケーキ 11位	43	327	ショートケーキ
穀類	小麦粉 4位	72	367	中力粉
	米 13位	37	168	水稲めし/精白米
	即席めん 13位	59	458	イスタンパナ/油揚げ
外食等	飲酒代 3位			
	焼肉店 5位			
	弁当 6位			

(炭水化物を多く含む食品)

(エネルギーが多い食品)

## ②たんぱく質を血管に作り変えるのに必要なもの

野菜 摂取量	購入・消費量	水分 g	食物繊維 g	ビタミン			生産量
				A μg	C mg	E mg	
緑黄色野菜	30位						
トマト	31位	94	1	45	15	1	トマト 1位 ミニトマト 1位
ほうれん草	51位	92	3	350	35	2	11位
かぼちゃ	46位	76	4	730	43	5	15位
ブロッコリー	50位	89	4	67	120	2	12位
淡色野菜							
ねぎ	48位	90	3	7	14	0	28位
はくさい	45位	95	1	8	19	0	13位
レタス	48位	96	1	20	5	0	9位
大根	48位	95	1	0	12	0	12位
なす	36位	93	2	8	4	0	2位

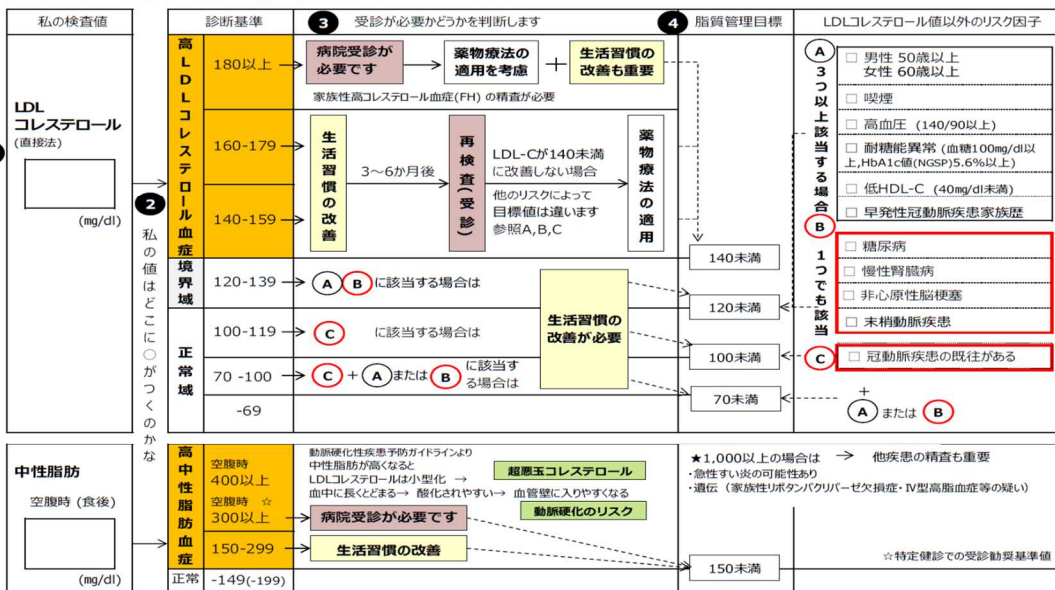
総務省 家計調査 地域の入れ物2017 (H29)年

## 【玉名市食材等の購入・飲食店】

菓子店 8 件、飴類店 3 件、洋菓子店 7 件、和菓子店 7 件、ラーメン店 14 件、弁当・仕出し 10 件、コンビニ 23 件、居酒屋 40 件、健康食品 5 件

## 健診で「脂質異常症」と言われたのですが・・・

★自分の数値をあてはめて①～④の順にみてください。



R1年度玉名市特定健診結果ではLDLコレステロール180mg/dL以上者の割合が多く、そのうち9割以上が未治療です。

※詳細は地区担当保健師にご相談ください。

## 第4章 特定健診及び特定保健指導の中間評価と課題

### 1 目標値に対する進捗状況

特定健診受診率は、H30年度から個別医療機関健診の実施期間を2か月間から7か月間に延長し玉名郡市医師会の協力により受診率が向上しています。

特定保健指導実施率はR元年度75.2%で目標値76%に近づいていますが、特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率は伸び悩んでいます。

### 2 特定健診の実施

R元年度に受診率が下がっていることから、健診で把握した重症化予防対象者の台帳を活用し、前年度未受診者への受診勧奨を強化していきます。

R元年度から集団健診に加え人間ドック受診者にも尿蛋白定量検査を実施しています。尿の濃縮状態によらず正確な尿蛋白量がわかるため、慢性腎臓病(CKD)重症化予防の対象者を把握して早期の介入に努めます。また、心電図検査についても、心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防のためにも全数実施を目指し体制を整備していきます。

### 3 特定保健指導の実施

保健指導実施率はほぼ目標達成していますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しているため(3章1(3)参照)、引き続き肥満症を含めたメタボ解決に向けて保健指導を実施していきます。

#### 特定健診・特定保健指導の実施状況

			H28	H29	H30	R1
特定健診対象者数			12,703	12,339	12,054	11,831
特定健診受診者数			4,492	4,431	4,891	4,630
特定健診受診率		割合	<b>35.4</b>	<b>35.9</b>	<b>40.6</b>	<b>39.1</b>
特定保健指導	積極的支援	対象者数	199	178	230	184
		割合	4.4	4	4.7	4
		実施者数	72	156	122	124
		割合	36.2	87.6	53	67.4
	動機付け支援	対象者数	417	423	532	452
		割合	9.3	9.5	10.9	9.8
		実施者数	187	417	414	354
		割合	44.8	98.6	77.8	78.3
	合計	対象者数	616	601	762	636
		割合	13.7	13.5	15.6	13.8
		実施者数	259	573	536	478
		割合	<b>42.0</b>	<b>95.3</b>	<b>70.3</b>	<b>75.2</b>
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率		割合	<b>18.5</b>	<b>21.0</b>	<b>12.5</b>	<b>16.9</b>



## 第5章 中間評価、新たな課題を踏まえた目標値の見直し

保険者努力支援制度評価指標や新たな課題等を踏まえ、「健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合減少」、「5つのがん検診の平均受診率」の2つの目標値について追加しました。(第5章4参照)

### 1 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

首相官邸に「全世代型社会保障検討会議」が設置され、人生100年時代に向けた医療・介護のあるべき姿と給付・負担のあり方が議論されています。高齢者の医療を支える働き手が激減する中で健康寿命を延ばすことによって働きたい高齢者が長く就労できる取組みが求められ、また、国が新たに導入する健康寿命の算出方法(補完的指標)では要介護2以上の期間が考慮されるため今後、重症化予防が益々重要になってきます。

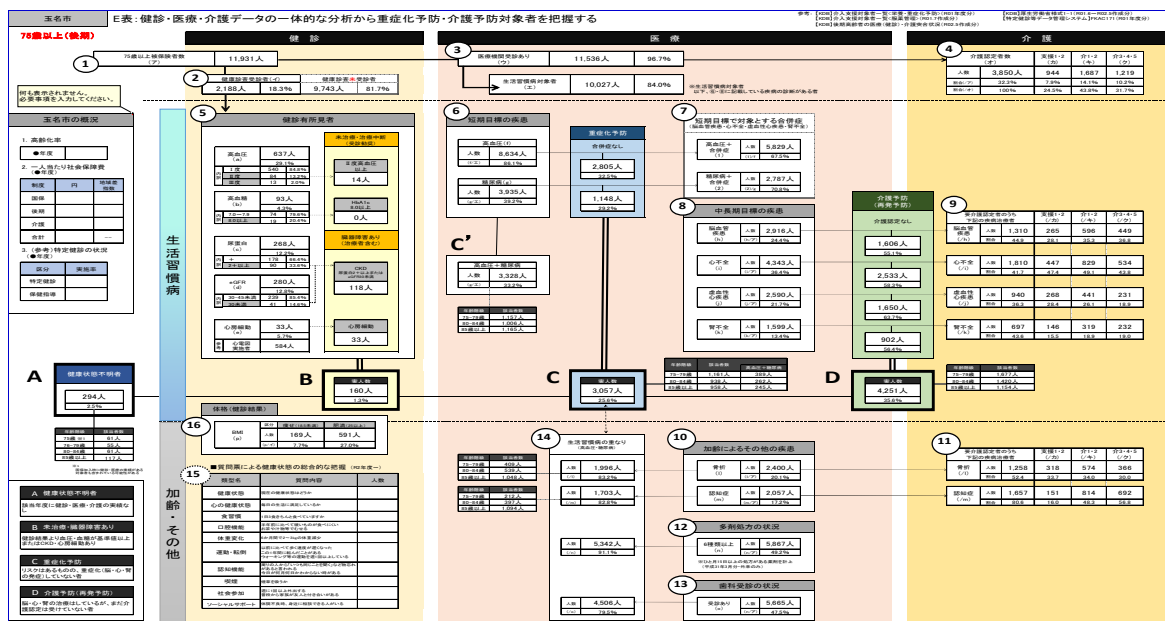
そこで本市においても令和2年10月より、熊本県後期高齢者広域連合から市が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和3年度以降も引き続き推進していきます。具体的には、

#### ① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置し

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(E表)、医療・介護などの関係機関との連絡調整を行います。

② 地域を担当する保健師を配置し、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糖尿病管理台帳等を基に、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のため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 (E表)



名簿作成 年度区分	並び替え	対象者区分				初診院者 証番号	氏名 (漢字)	性別	年齢	特定検診結果																
		A	B	C	D					血圧		糖代謝		脂質代謝			腎臓			腎臓の機能		内臓脂肪		肝機能		
										収縮期	拡張期	空腹時	随時	HbA1c	LDL	LDL	中性	HDL	尿酸	eGFR	Fr/Fr-L	尿蛋白	腰肉	BMI	GOT	GPT
女 88 Ⅱ度	180	84	132	6.8	122	179	68	5.1	81.6	0.52	89.5	24.4	18	12	27											
女 76 Ⅱ度	172	84	92	5.7	84	175	32	6.6	93.8	1.33	83.8	24.9	32	29	28											
男 77 Ⅱ度	169	92	104	5.6	161	92	84	9.1	67.5	0.84	89	25.6	29	19	30											
女 80 Ⅱ度	167	77	115	6.8	70	102	66	5.8	40.8	1	82	24.2	18	13	32											
男 79 Ⅱ度	166	89	109	6.2	111	61	49	6.2	84.4	0.68	79	21.8	21	24	36											
女 78 Ⅱ度	166	77	114	5.9	104	140	180	66	4.5	66.9	0.64	103	25.1	25	19	39										
女 84 Ⅱ度	165	63	93	5.8	92	84	79	3.9	60.5	0.69	89.7	23.9	20	15	11											
女 77 Ⅱ度	164	60	113	6.8	135	130	42	4.1	72.1	0.6	22.4	22	23	25												
女 75 Ⅱ度	161	103	110	6.2	111	43	79	4.8	53.7	0.79	83	19.8	25	20	22											
男 78 Ⅱ度	160	76	110	6.2	111	225	51	5	73.2	0.78	93.5	28	15	10	27											
男 81 Ⅱ度	160	60	139	6.1	98	70	88	6.1	60.4	0.92	94	26.2	17	12	27											
男 77 Ⅱ度	159	60	106	6.4	138	58	81	4.5	64.4	0.85	77.2	23.9	24	20	23											
女 75 Ⅰ度	159	83	115	5.7	124	125	55	4.5	97.1	0.46	74	20	19	15	16											
男 77 Ⅰ度	158	82	160	7.0	98	130	36	5.3	77.5	0.74	93	26.3	21	19	22											
男 78 Ⅰ度	158	81	86	6.1	138	46	54	8.4	55.6	1	92.5	23.2	25	15	28											
男 80 Ⅰ度	158	96	74	5	65	66	49	5.5	68.5	0.82	76	22.1	25	24	25											
女 82 Ⅰ度	157	73	122	8.8	113	90	59	6.3	61.7	0.68	77	18.9	22	27	68											
男 88 Ⅰ度	157	67	96	5.6	81	76	52	6.9	29.2	1.75	79	20.8	19	12	35											
男 86 Ⅰ度	156	81	94	5.8	101	72	51	4.5	38.4	1.4	90.2	26.6	23	20	22											

(KDB システム等を活用したデータから市の実態をみる)

健診・医療・介護の一体的な分析については、本市と熊本県で比較してみました。本市は若い頃から後期に至るまで肥満が高い状況です。その結果、高血圧、糖尿病、脳血管疾患を発症し、認知症や骨折も高い状況です。医療費の地域差指数や要介護認定率が高くない割に虚血性心疾患や腎不全の割合が多く重症化しています。

今後、高齢者の医療費の伸びの抑制や介護費用適正化のため、若い世代から肥満の改善に取り組み 75 歳を過ぎても継続支援していきます。

(表1)高齢化率、医療費、介護の状況

	医療費 (地域差指数)		高齢 化率	介護認 定率 75~
	国保	後期		
玉名市	1.12	1.11	33.7	32.3
熊本県	1.14	1.11	31.1	32.4

(表2)肥満や基礎疾患の受診状況

	健診受診率			体格(健診結果)			基礎疾患の医療機関受診率								
	特定健診		後期高 齢健診	BMI25以上			高血圧			糖尿病			糖尿病+高血圧		
	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~
玉名市	29.1	41.6	18.3	32.5	27.2	28.4	72.5	81.7	86.1	46.9	46.6	39.2	27.7	34.5	33.2
熊本県	30.6	43.3	17.4	28.9	25.5	23.2	74.5	81.8	86.9	44.6	45.3	38.0	28.3	34.1	32.4

(表3)重症化疾患の医療機関の受診状況

	中長期疾患の医療機関受診率								
	脳血管疾患			虚血性心疾患			腎不全		
	40~64	65~74	75~	40~64	65~74	75~	40~64	65~74	75~
玉名市	5.6	12.1	24.4	4.0	10.2	21.7	3.8	7.6	13.4
熊本県	4.4	11.0	23.8	4.0	10.2	20.4	5.3	8.9	15.8

(表4)重症化疾患のうち介護認定を受けている割合

中長期疾患の介護認定率									
	脳血管疾患			虚血性心疾患			腎不全		
	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～	40～64	65～74	75～
玉名市	9.0	9.8	44.9	4.7	5.1	36.3	5.0	7.0	43.6
熊本県	10.8	11.8	47.5	3.0	4.7	38.0	3.2	6.7	42.7

(表5)フレイルに関する医療・介護の状況

	医療レセプト								介護レセプト			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢によるその他の疾患 (被保数割)				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～
玉名市	56.7	83.2	71.9	82.8	5.4	20.1	1.6	17.2	8.6	52.4	52.1	80.6
熊本県	62.6	83.6	71.7	82.0	4.3	16.7	1.4	16.8	10.5	55.7	52.3	81.2

## 2 がん検診の状況

がん検診受診率をみると、すべての検診において低い状況です。集団健診では、特定健診とがん検診の同時実施を行い、がん検診受診率向上を図っていますが、更なる未受診者対策が必要です。

がん検診受診率の推移 (H28～R1)					
項目	算出基礎	28年度	29年度	30年度	R元年度
胃がん	対象者	24,486	42,422	43,311	43,133
	受診者数	2,487	2,764	2,556	1,781
	受診率	10	7	6	4
子宮頸がん	対象者	16,606	29,357	29,894	29,649
	受診者数	2,795	2,937	3,051	2,252
	受診率	17	10	10	8
乳がん	対象者	14,550	23,057	23,476	23,367
	受診者数	2,405	2,484	2,461	2,107
	受診率	17	11	10	9
大腸がん	対象者	24,486	42,422	43,311	43,133
	受診者数	4,364	4,605	4,525	3,806
	受診率	18	11	10	9
肺がん	対象者	24,486	42,422	43,311	43,133
	受診者数	8,402	8,517	8,196	7,086
	受診率	34	20	19	16

## 3 歯科検診(歯周病検診含む)の実施

現在、人間ドックの節目検診にて歯周病健診を実施しています。今後も対象者の選定、健診機関との調整等に取り組みます。

4 見直し後の目標管理一覧表

データヘルス計画の目標管理一覧表																
第2期データヘルス計画(P59)参考資料7																
評価項目	達成すべき目的	課題を解決するための目標(評価指標)	実績		目標値					現状値の把握方法						
			初期値 H28	中間評価 R元	中間目標 R元	R2	R3	R4	最終評価 R5							
成果目標	医療費の伸び率	医療費の伸びの抑制	標準化医療費	1.099%												
中長期目標	入院の伸び率	入院の伸びの抑制	レセプトに占める入院費用の割合	42.7%	44.2%	39.0%					37.0%	KDBシステム (様式6-1)				
	重症化した結果の 疾患の発生状況	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	脳血管疾患患者数高額(100万円)以上のレセプト件数の減少	3.3%(13人)	4.1%(8人)	10人					8人					
			虚血性心疾患患者数高額(100万円)以上のレセプト件数の減少	5.0%(20人)	6.7%(13人)	17人						15人	KDBシステム (様式1-1,3-7)			
			人工透析患者数	75人	77人	70人						65人				
			新規人工透析患者数	8人	7人	3人				2人						
短期目標	特定健診・特定保 健指導の実施率	医療費削減のために、 特定健診受診率、特定 保健指導の実施率の向 上により、重症化予防 対象者を減らす	特定健診受診率	35.4%	39.1%	47.0%	50.0%	53.0%		56.0%						
			特定保健指導実施率	42.0%	75.2%	77.0%		78.0%			80.0%			法定報告値		
			特定保健指導対象者の減少率	18.5%	16.9%	19.0%						20.0%				
	基礎疾患の重症 化予防	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	①メタボリックシンドローム該当者の割合 ②メタボリックシンドローム予備群の割合 ③健診受診者の高血圧者の割合(160/100以上) ④健診受診者の脂質異常者の割合(LDL160以上) ⑤健診受診者の糖尿病者の割合(未治療HbA1c6.5以上) ⑥健診受診者の糖尿病者の割合(治療中HbA1c7.0以上) ⑦健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合 ⑧糖尿病の保健指導を実施した割合	①メタボリックシンドローム該当者の割合	20.1%	23.0%	17.0%				15.0%					
				②メタボリックシンドローム予備群の割合	13.0%	14.4%	10.0%					8.0%				
				③健診受診者の高血圧者の割合(160/100以上)	5.5%	6.5%	5.3%						5.0%			健康なまま21
				④健診受診者の脂質異常者の割合(LDL160以上)	12.2%	13.4%	11.0%						10.0%			①②法定報告値 ③～⑦KDB評価 ツール ⑧重症化積上げ(実 績累計)
				⑤健診受診者の糖尿病者の割合(未治療HbA1c6.5以上)	4.7%	4.4%	4.4%						4.0%			
				⑥健診受診者の糖尿病者の割合(治療中HbA1c7.0以上)	0.4%	0.4%	0.3%						0.2%			
				⑦健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合	3.3%	3.2%	3.1%						3.0%			
⑧糖尿病の保健指導を実施した割合	12.0%	49.1%	75.0%						85.0%							
がんの早期発見・早期 治療		5つのがん検診の平均受診率		19.2%	9.20%	50.0%				50.0%						