

山鹿市 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)
第4期特定健康診査等実施計画
(案)

2024(令和6)年度～2029(令和11)年度

2024(令和6)年●月
山鹿市

目次

第1章 基本的事項	1
1 背景・目的	
2 計画の位置付け	
3 計画期間	
4 計画の実施体制	
第2章 山鹿市国民健康保険の現状	3
1 山鹿市の現状	
2 山鹿市国民健康保険の現状	
第3章 健康課題の明確化	6
1 主な個別事業の実績	
2 山鹿市国民健康保険の健康課題	
3 第3期における健康課題の明確化	
第4章 保健事業の方向性	40
1 基本的な考え方	
2 目標の設定	

第5章 特定健診・特定保健指導の実施計画	42
1 特定(若年)健診及び特定保健指導の実施	
第6章 個別保健事業の実施計画	45
1 早期介入保健事業(生活習慣病発症予防)	
2 糖尿病性腎症重症化予防	
3 虚血性心疾患・脳血管疾患予防	
4 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	
5 ポピュレーションアプローチ	
6 計画の評価・見直しスケジュール	
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	55
1 計画の公表・周知	
2 個人情報の取扱い	
参考資料	56
用語集	58

第1章 基本的事項

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。これにより、市町村国保が健康・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実施計画(データヘルス計画)及び特定健康診査等実施計画(以下「計画」という。)を策定した上で、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。

このような国の動きや山鹿市(以下「本市」という。)の課題等を踏まえ、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、本計画を策定します。

なお、本計画に定める保健事業の中核を成す特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法については、「特定健康診査等実施計画」に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「特定健康診査等実施計画」を一体的に策定します。

2 計画の位置付け

本計画は、国保被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が保健事業の効果的かつ効率的な実施を図るために定め、本市の健康増進計画や介護保険事業計画、熊本県の医療費適正化計画等との調和を図ります。

また、運用に当たっては、厚生労働省が定める「標準的な健診・保健指導プログラム」(以下「プログラム」という。)^{※3}に示される基本的な考え方や実施する際の留意点等を把握した上で、国保データベースシステム(KDB)^{※4}やレセプトデータ等の健康・医療情報を活用します。

※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を掲げた成長戦略

※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 標準的な健診・保健指導プログラム:脳血管疾患・心疾患死亡率の減少及び糖尿病合併症の減少により健康寿命の延伸を目的とするプログラム。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(虚血性心疾患を対象とする。)対策を実施することで心疾患死亡率を減少させることを目指す。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)と大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響が大きい糖尿病性腎症に着目することとする。

※4 国保データベース(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提供する情報システム

3 計画期間

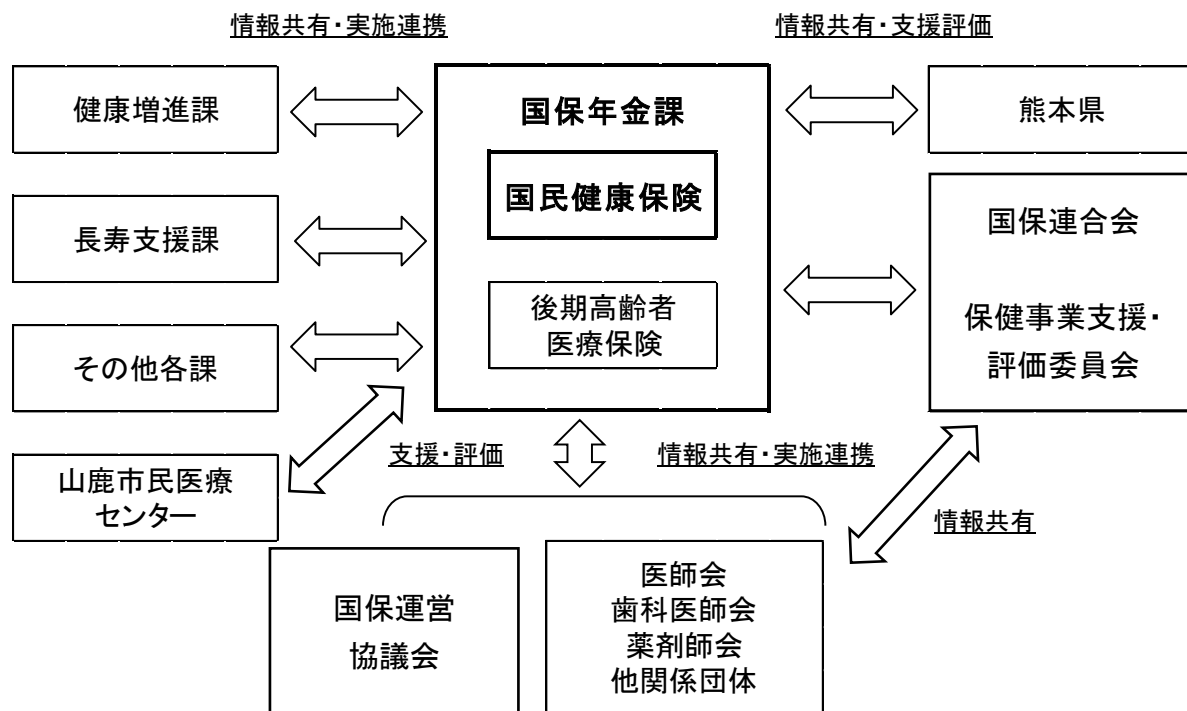
データヘルス計画策定の手引きにおいて、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮することが求められており、特定健康診査等実施計画、医療費適正化計画や医療計画が6年を一期としていることから、本計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

4 計画の実施体制

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のために、国保部局が中心となり、庁内各課や関係機関等と十分連携を図りながら保険者の健康課題を分析し、一体となって策定等を進めます。また本計画に基づき、保健事業を効果的・効率的に実施し、個別の保健事業の計画や評価を行い、必要に応じて、個別の保健事業の見直しや本計画への反映を行います。（図表1）

本計画の策定、評価、見直しに当たっては、山鹿市国民健康保険運営協議会における医師会、歯科医師会、薬剤師会等をはじめとした外部有識者や被保険者の意見を反映します。あわせて、熊本県国民健康保険団体連合会及び保健事業支援・評価委員会等や共同保険者である熊本県との密接な連携、協力体制の下に本計画の推進を図ります。

図表1 本市の実施体制図



第2章 山鹿市国民健康保険の現状

1 山鹿市の現状

令和2年国勢調査における本市の人口は49,025人で、減少傾向にあります。また、65歳以上の老年人口が18,601人(37.9%)、14歳以下の年少人口が5,867人(12.0%)で、少子高齢化が進んでいます。(図表2)

世帯状況では、一般世帯19,013世帯のうち単独世帯が5,368世帯(28.2%)で増加傾向にあり、1世帯当たりの人員は2.49人と、世帯員数の減少が進んでいます。

産業構成は、サービス業等の第3次産業に従事する人の割合が57.8%と最も高く、農業を中心とした第1次産業に従事する人の割合は15.4%で減少傾向です。(図表3)

図表2 本市年齢構成別人口

	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年	令和2年
年少人口 (0～14歳)	8,911人	7,774人	6,882人	6,332人	5,867人
	15.0%	13.5%	12.4%	12.1%	12.0%
生産年齢人口 (15～64歳)	34,945人	33,157人	31,217人	27,848人	24,416人
	58.7%	57.4%	56.3%	53.3%	49.8%
老年人口 (65歳以上)	15,635人	16,696人	17,125人	18,054人	18,601人
	26.3%	28.9%	30.9%	34.5%	37.9%
不詳	0人	99人	167人	30人	141人
	0%	0.2%	0.3%	0.1%	0.3%
合計	59,491人	57,726人	55,391人	52,264人	49,025人

※割合…小数第2位で四捨五入しているため、合計が100%にならない場合がある。

出典：国勢調査

図表3 産業別15歳以上就業者構成比

	第1次産業	第2次産業	第3次産業	分類不能	合計
就業者数	3,761人	6,324人	14,084人	213人	24,382人
就業者構成比	15.4%	25.9%	57.8%	0.9%	100.0%

出典：国勢調査

2 山鹿市国民健康保険の現状

令和4年5月末の本市国保の被保険者は12,749人で、加入割合は人口比25.6%、世帯比36.4%となっており、被保険者数及び国保世帯数は人口減少と社会保険加入者の増加により減少傾向にあります。また、国保被保険者の年齢構成は、65～74歳の前期高齢者の占める割合が増加傾向にあります。(図表4)

所得階層別では、世帯所得100万円未満の世帯が62.3%となっています。(図表5)

図表4 国保被保険者の年齢構成推移の表(各年5月時点) (人)

		平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
0～6歳 (未就学児)	人数	329	318	294	294	277
	割合	2.3%	2.3%	2.2%	2.2%	2.2%
7～39歳	人数	2,803	2,696	2,605	2,492	2,357
	割合	19.7%	19.6%	19.3%	18.7%	18.5%
40～64歳 (介護保険2号 被保険者)	人数	4,703	4,379	4,225	4,026	3,744
	割合	33.1%	31.8%	31.2%	30.3%	29.4%
65～74歳 (前期高齢者)	人数	6,393	6,362	6,407	6,496	6,371
	割合	44.9%	46.3%	47.4%	48.8%	50.0%
合計		14,228	13,755	13,531	13,308	12,749

※割合…小数第2位で四捨五入しているため、合計が100%にならない場合がある。

図表5 所得階層別国保世帯数(令和5年5月時点)

金額 (単位:万円)	100未満	200未満	300未満	400未満	400以上	計
世帯数	5,174	1,696	729	304	398	8,301
割合	62.3%	20.4%	8.8%	3.7%	4.8%	100.0%

被保険者数は減少傾向ですが、一人当たり医療費は増加傾向にあります。(図表 6)

医療の必要度が高くなる前期高齢者の占める割合の増加や、医療技術の進歩による高度な医療の提供などが要因と考えられます。なお、令和2年度の一人当たり医療費の減少は、新型コロナウイルス感染症による医療機関の受診控えによるものと考えられます。

図表 6 国保医療費の額と伸び率

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
医療費(10 割分)		57.9 億円	58.7 億円	56 億円	55.5 億円	56.7 億円
一人 当たり	医療費	413,503 円	429,680 円	417,865 円	437,792 円	469,481 円
	対前年度 伸び率	—	3.9%	-2.7%	4.8%	7.2%

第3章 健康課題の明確化

1 主な個別事業の実績

(1) 発症予防対策

① 健診未受診者対策

【実施内容】

- ・健診対象者全員への受診券の発送
- ・糖尿病管理台帳登録者(HbA1c6.5以上の被保険者)への訪問等
- ・みなし健診対象者への訪問等
- ・健診未受診者への受診勧奨通知の発送(令和3年度～)
- ・41、46、51歳の被保険者への無料クーポンの配布(令和4年度～)
- ・転入による新規国保資格取得者への無料クーポンの配布(令和5年度～)

【実績】

図表7 訪問等による特定健診受診勧奨実施者数及び勧奨後受診率 (人)

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
対象者の選定	糖尿病管理台帳登録者で前年度健診未受診者	○	○	○	○	○
	みなし健診対象者			○	○	○
対象者数(A)		247	227	929	865	904
受診勧奨者数		193	163	605	800	601
健診受診につながった人数(B)		45	5	153	236	200
受診勧奨後受診率(B/A)		18.2%	2.2%	16.5%	27.3%	22.1%

糖尿病性腎症重症化予防の取組も兼ねて、平成30年度からは糖尿病管理台帳登録者への受診勧奨を重点的に取り組んできました。その結果、令和3年度以降の受診率は20%を超えてきています。

令和4年度に、40～74歳の特定健診未受診者から無作為抽出した811人に、はがき又はWEBによる特定健診に関するアンケートを実施しました。回答者は163人(20.1%)でした。

図表8 特定健診未受診者原因分析結果(人)

質問1 市が実施する特定健診についてどう思いますか?(複数回答可)

(人)

年齢	健康のために必要	健康に自信があるから受けない	通院しているから受けない	時間がない、忙しいから受けない	通知を見ていない、健診のことを知らない	健診を受けたくないわけではないが、何となく受けていない
40～44歳	0	0	0	0	0	0
45～49歳	9	0	1	2	0	4
50～54歳	8	1	2	1	0	6
55～59歳	13	0	5	2	0	5
60～64歳	17	1	3	2	0	9
65～69歳	25	1	16	1	1	10
70～74歳	29	0	23	3	0	14
合計	101	3	50	11	1	48
回答者に占める割合	62.0%	1.8%	30.7%	6.7%	0.6%	29.4%

質問2 健診を受けるなら何月頃が受けやすいですか?(複数回答可)

(人)

年齢	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
40～44歳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
45～49歳	5	2	4	3	2	2	5	5	1	2	2	2
50～54歳	3	1	3	0	2	4	4	3	0	2	1	1
55～59歳	5	4	5	2	2	5	6	4	1	1	5	1
60～64歳	6	7	4	4	1	2	9	6	2	4	1	2
65～69歳	7	9	4	1	0	3	7	10	1	0	0	1
70～74歳	8	9	9	4	3	6	10	4	0	0	1	1
合計	34	32	29	14	10	22	41	32	5	9	10	8
回答者に占める割合	20.9%	19.6%	17.8%	8.6%	6.1%	13.5%	25.2%	19.6%	3.1%	5.5%	6.1%	4.9%

質問3 健診を受けやすいのは何曜日ですか？(複数回答可) (人)

年齢	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	日曜
40～44 歳	0	0	0	0	0	0	0
45～49 歳	5	5	4	4	4	3	4
50～54 歳	5	1	2	2	2	4	4
55～59 歳	4	3	5	4	3	7	2
60～64 歳	8	9	7	6	5	5	7
65～69 歳	6	6	15	4	3	5	3
70～74 歳	10	12	12	11	3	2	4
合計	38	36	45	31	20	26	24
回答者に占める割合	23.3%	22.1%	27.6%	19.0%	12.3%	16.0%	14.7%

質問4 健診を受けやすい時間帯は何時頃ですか？(複数回答可) (人)

年齢	午前中	12～14 時	15～17 時	18～20 時
40～44 歳	0	0	0	0
45～49 歳	7	4	4	2
50～54 歳	6	9	0	0
55～59 歳	13	1	3	3
60～64 歳	17	3	2	2
65～69 歳	27	1	4	2
70～74 歳	26	9	4	0
合計	96	27	17	9
回答者に占める割合	58.9%	16.6%	10.4%	5.5%

出典：データホライゾン分析結果

回答者のうち 62.0%が、「特定健診は健康のために必要」と回答していました。また、「通院しているから受けない」が 30.7%、「何となく受けていない」が 29.4%でした。(図表 8 の質問 1)

質問 2・3 の結果から、特定健診を通年実施(4～5 月は人間ドックのみ)していることや、土・日曜日の開催(集団検診の場合)もあること等が広く知られていないことが分かりました。(図表 8 の質問 2・3) また、質問 4 の結果から、特定健診を実施していない午後や夕方からの時間が受けやすいとする方が 32.5%いることが分かりました。(図表 8 の質問 4) 特定健診の検査項目は食事に影響を受ける項目があるため午前中の実施としていますが、健診の周知方法や実施体制について検討していく必要があります。

②若年世代(19～39 歳)への対策

【実施内容】

・19～39 歳の健診対象者全員への受診券の発送・健診の実施

【実績】

若い世代から健康への関心を高め、生活習慣病予防につなげるため、19～39 歳の被保険者に対する健診(特定健診と同内容)を平成 20 年度から実施しています。合計受診率はおおむね 10%台で、特に 19～29 歳は低い傾向にあります。(図表 9)

また、令和 4 年度の受診者のうち 37 人(22.1%)が要保健指導判定値、6 人(3.6%)が要医療機関受診勧奨判定値となっており、生活習慣病のリスクを有していました。今後も、継続して若年層に対する受診勧奨や保健指導を実施していく必要があります。(図表 10)

図表 9 40 歳未満被保険者の年代別健診受診率推移及び健診結果 (人)

年齢	平成 30 年度			令和元年度			令和 2 年度			令和 3 年度			令和 4 年度		
	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率
19 歳	53	1	1.9%	76	2	2.6%	64	1	1.6%	66	5	7.6%	67	2	3.0%
20～24 歳	240	11	4.6%	299	10	3.3%	294	13	4.4%	288	16	5.6%	273	19	7.0%
25～29 歳	313	25	8.0%	268	47	17.5%	291	28	9.6%	273	30	11.0%	319	23	7.2%
30～34 歳	376	36	9.6%	301	52	17.3%	362	43	11.9%	349	60	17.2%	269	57	21.2%
35～39 歳	491	108	22.0%	480	104	21.7%	431	56	13.0%	409	77	18.8%	382	66	17.3%
合計	1,473	181	12.3%	1,424	215	15.1%	1,442	141	9.8%	1,385	188	13.6%	1,310	167	12.7%

図表 10 令和 4 年度 40 歳未満受診者 167 人の健診結果

正常域の人数(割合)	124 人(74.3%)
要保健指導判定値の人数(割合)	37 人(22.1%)
要医療機関受診勧奨判定値の人数(割合)	6 人(3.6%)

(2) 特定保健指導による早期生活習慣改善と発症予防対策

【実施内容】

- ・特定保健指導対象者に対する保健指導

【実績】

特定保健指導率は、新型コロナウイルス感染症の影響により令和 2 年度は低下しましたが、その後は回復傾向にあります。また、令和 4 年度の特定保健指導率及び特定保健指導による次年度特定保健指導対象者の減少率は県平均を上回っています。(図表 11)

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につながります。そのため、特定保健指導率の維持・向上が可能な体制を整備することが重要です。

図表 11 本市及び熊本県における特定保健指導率とその成果

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
本市	特定保健指導率	95.3%	91.5%	86.4%	89.8%	87.8%
	特定保健指導による次年度 特定保健指導対象者の減少率	14.6%	17.4%	18.7%	18.2%	18.0%
県	特定保健指導率	50.1%	52.6%	50.4%	52.2%	50.9%
	特定保健指導による次年度 特定保健指導対象者の減少率	17.8%	17.6%	16.0%	18.6%	17.9%

出典：法定報告値

(3)重症化予防対策

①二次検査対象者に対する重症化予防

【実施内容】

・特定健診の結果により、血管の痛みや耐糖能(血糖の処理能力)のタイプを詳しく診る検査(頸部エコー検査・眼底検査・心電図検査・75g経口ブドウ糖負荷試験・微量アルブミン尿検査)の実施

【実績】

二次検査の対象者をメタボリックシンドローム(以下「メタボ」という。)^{※5} 予備群やメタボ非該当者まで拡大するため、令和2年度から二次検査の対象者に特定保健指導対象者を追加しました。検査受診率は平成30年度と比較して減少しており、過去に検査を受けたことがある人も多く、本人が二次検査の必要性を感じられないことが要因として挙げられます。(図表12)

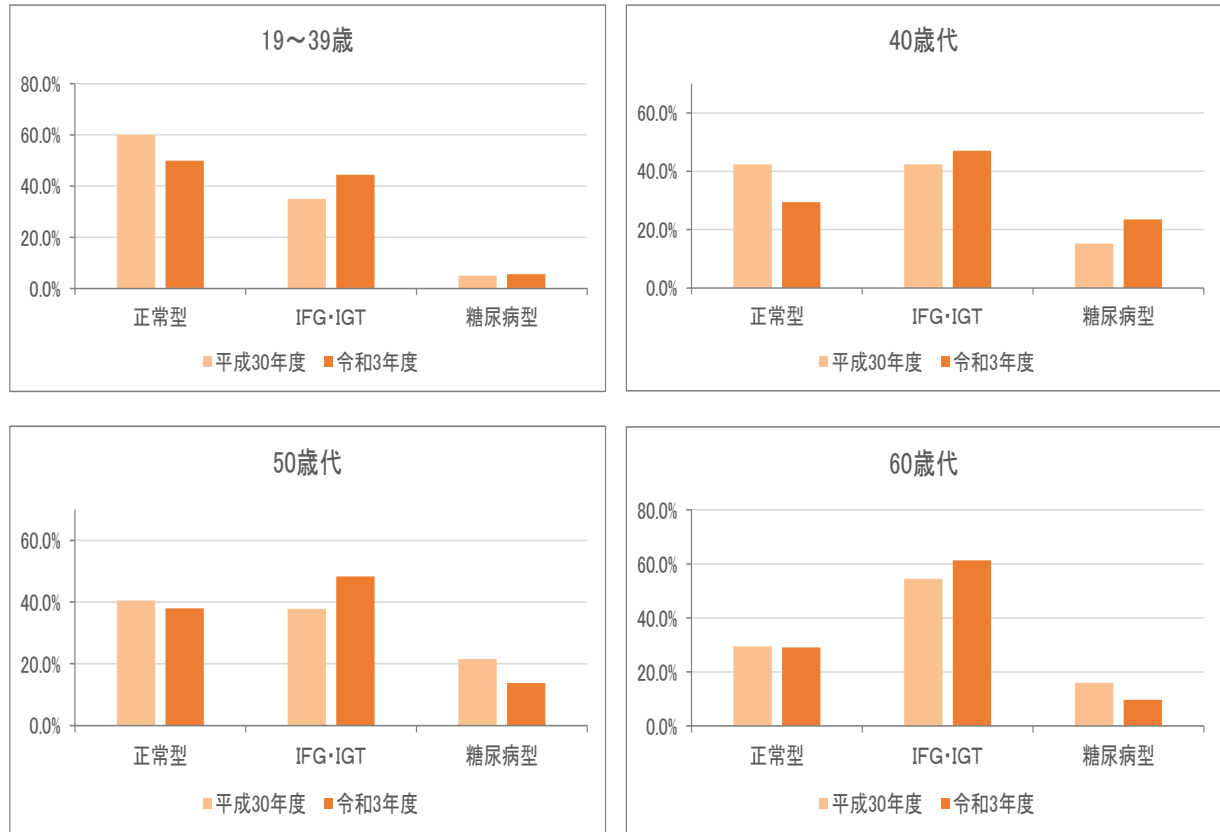
図表12 二次検査の対象者数及び受診者数の推移 (人)

年度	対象者	受診者	受診率
平成30年度	194	116	60.0%
令和元年度	151	74	62.3
令和2年度	186	71	38.2
令和3年度	212	99	46.7%
令和4年度	176	52	30.0%

※5 メタボリックシンドローム:内臓脂肪型肥満に高血糖・高血圧・脂質異常症等の症状を来している状況のことで、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

75g経口ブドウ糖負荷試験^{※6}を受けた人の結果は、どの年齢層も空腹時高血糖や耐糖能異常に該当する人の割合の増加がみられます。(図表 13)

図表 13 75g経口ブドウ糖負荷試験結果



※6 75g経口ブドウ糖負荷試験:ブドウ糖を経口負荷することで食後における「糖代謝の流れ」を再現し、食後高血糖状態を確認する検査のことで、耐糖能異常等の糖代謝異常を調べる最も鋭敏な検査法

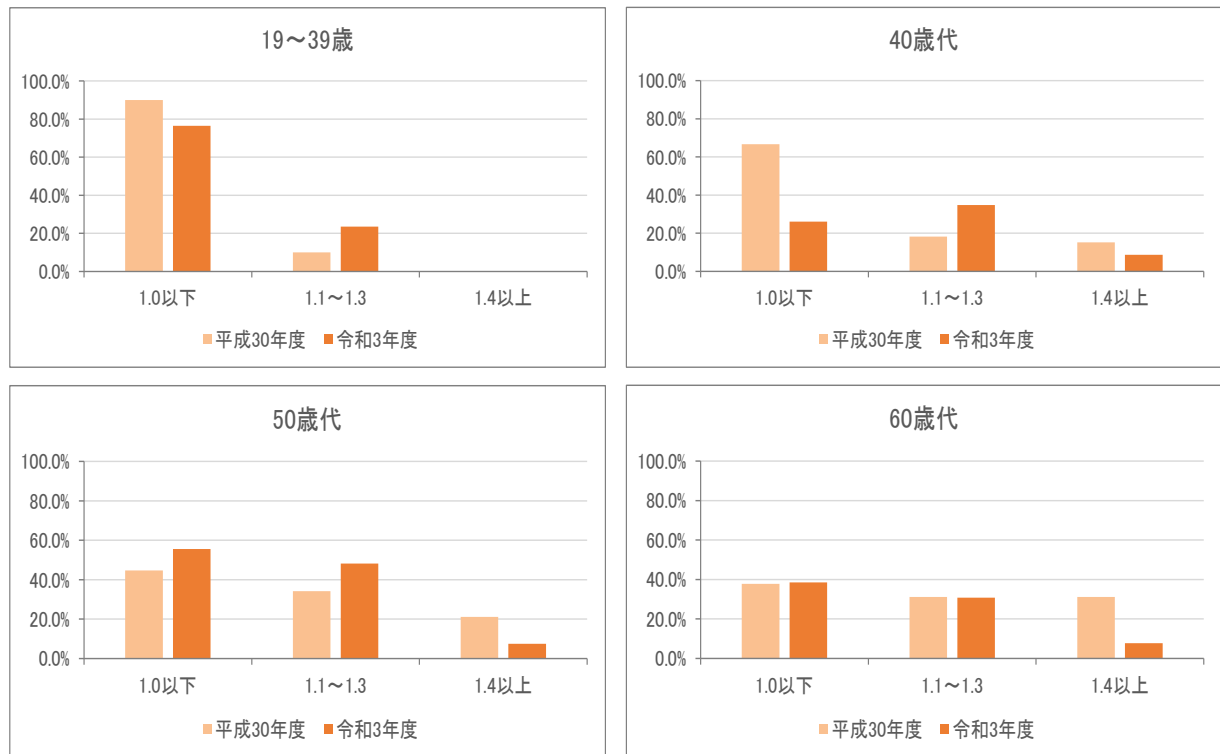
判定方法

判定項目	判定基準
正常型	正常範囲
糖尿病型	食後2時間の血糖値が200 mg/dl以上の人
耐糖能異常(IGT)	食後2時間の血糖値が140 mg/dl以上 200 mg/dl未満
空腹時高血糖(IFG)	空腹時血糖が110 mg/dl以上 126 mg/dl未満

頸部エコー検査の結果は、19～39歳の若年層と40～50歳代でプラーク※7ができたことによる病変1.1～1.3の判定となる人の割合の増加がみられます。(図表14)

生活習慣病の発症をしていない人に対し、二次検査や生活習慣改善のための保健指導の実施を継続することで、メタボの改善や生活習慣病の発症予防につなげていく必要があります。

図表14 頸部エコー検査結果(内頸動脈遠位部閉塞性病変判定)



※7 プラーク:血管の内壁に付着するもので血流を妨げるコレステロール等の脂質成分や炎症細胞

②生活習慣病が悪化するおそれのある人に対する重症化予防

【実施内容】

- ・HbA1c6.5%以上又は腎臓の働きが低下傾向にある人への保健指導
- ・血圧 160/100mmHg以上、LDLコレステロール 180 以上、中性脂肪 300 以上等の脂質異常と思われる人、心房細動の所見がある人への保健指導

【実績】

医療機関受診勧奨判定値だが未治療や治療中断となっている人に対する、訪問等による受診勧奨や治療継続支援を実施しました。

令和3年度は、新型コロナウイルス感染症関連業務が増大したため訪問対象者を絞り込みましたが、令和4年度は、LDLコレステロールと心房細動の検査項目該当の人への訪問等を再開しました。(図表 15)

図表 15 生活習慣病重症化予防訪問対象者数と実施数・実施率の推移 (人)

検査項目		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
HbA1c 6.5%以上	対象者数	437	483	379	377	319
	訪問実施数	360	237	305	332	251
	実施率	82.4%	49.1%	80.5%	88.1%	78.7%
腎臓の働き (尿蛋白 2+以上 eGFR45 (70 歳以上は 40)未満)	対象者数	179	72	90	82	103
	訪問実施数	136	41	73	50	94
	実施率	76.0%	56.9%	81.1%	61.0%	91.3%
血圧 160/100mmHg 以上	対象者数	207	233	172	217	220
	訪問実施数	175	136	134	200	190
	実施率	84.5%	58.4%	77.9%	92.2%	86.4%
LDLコレステロール 180 以上	対象者数	120	143	87		71
	訪問実施数	90	84	71		65
	実施率	75.0%	58.7%	81.6%		91.5%
心房細動	対象者数	26	35	22		25
	訪問実施数	25	24	18		21
	実施率	96.2%	68.6%	81.8%		84.0%
中性脂肪 300 以上	対象者数	136	114	80		
	訪問実施数	104	59	63		
	実施率	76.5%	51.8%	78.8%		

生活習慣病治療中断者の人数は、令和元年度に一時的な増加が見られるものの、その後は減少傾向です。(図表 16)

図表 16 生活習慣病治療中断者の推移 (人)

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度
生活習慣病治療中断者数	61	71	55	53

出典: データホライゾン分析結果

また、令和 4 年度は、各検査項目における訪問対象者のうち医療機関未受診者に対して優先的に受診勧奨を実施しました。(図表 17)

これらの検査項目に該当する対象者は要医療となるため、医療機関受診率が 100%となるような実施体制とすることが重要です。

図表 17 医療機関未受診者への訪問実施後の医療機関受診率

検査項目	医療機関未受診者数	訪問実施後の医療機関受診率
HbA1c6.5%以上	140 人	60.7%
腎臓の働き (尿蛋白 2+以上・eGFR45(70 歳以上は 40)未満)	13 人	70.9%
血圧 160/100mmHg 以上	123 人	43.9%
LDLコレステロール 180 以上	71 人	46.5%
心房細動	7 人	100.0%

(4)その他の保健事業

①子どもの生活習慣病対策

生活習慣病の一次予防対策として、小児期からの健康な生活習慣づくりにも力を入れています。

(山鹿市健康増進課 母子保健事業)

【実施内容】

・母子健康手帳交付や妊婦訪問・乳幼児健診等での生活習慣指導

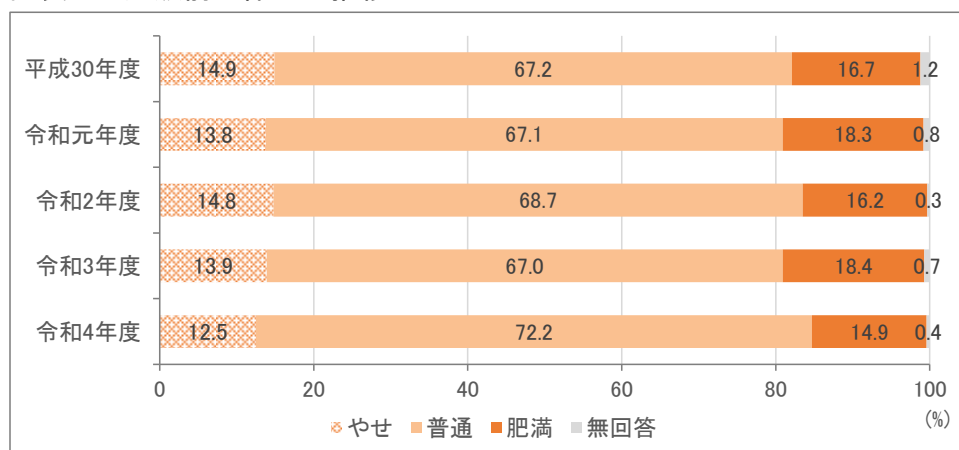
【実績】

妊娠前の体重の推移をみると、やせ・肥満ともに年度毎のばらつきはあるものの減少傾向にあり、適正体重の人の割合が増えています。(図表 18)

妊婦の喫煙率は、令和3年度に上昇しましたが、減少傾向にあります。(図表 19)

妊娠中の喫煙は、妊婦自身の血圧上昇など身体的影響や胎児への十分な酸素交換ができず、有害なニコチンにさらされることから、児の低体重や乳幼児突然死発症のリスクがあるといわれています。喫煙による身体的影響や胎児への影響についての普及啓発を引き続き行うことが重要です。

図表 18 妊娠前の体重の推移



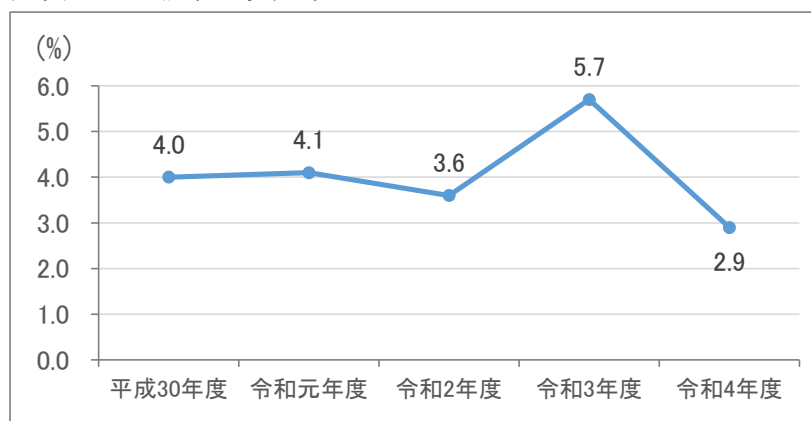
成人のやせ・肥満の計算方法

BMI(体格指数)で体格の判定を行い、体重(kg)/(身長(m))²で計算します。

日本肥満学会が決めた判定基準では、18.5未満をやせ、18.5~24.9をふつう、25.0以上を肥満として判定します。

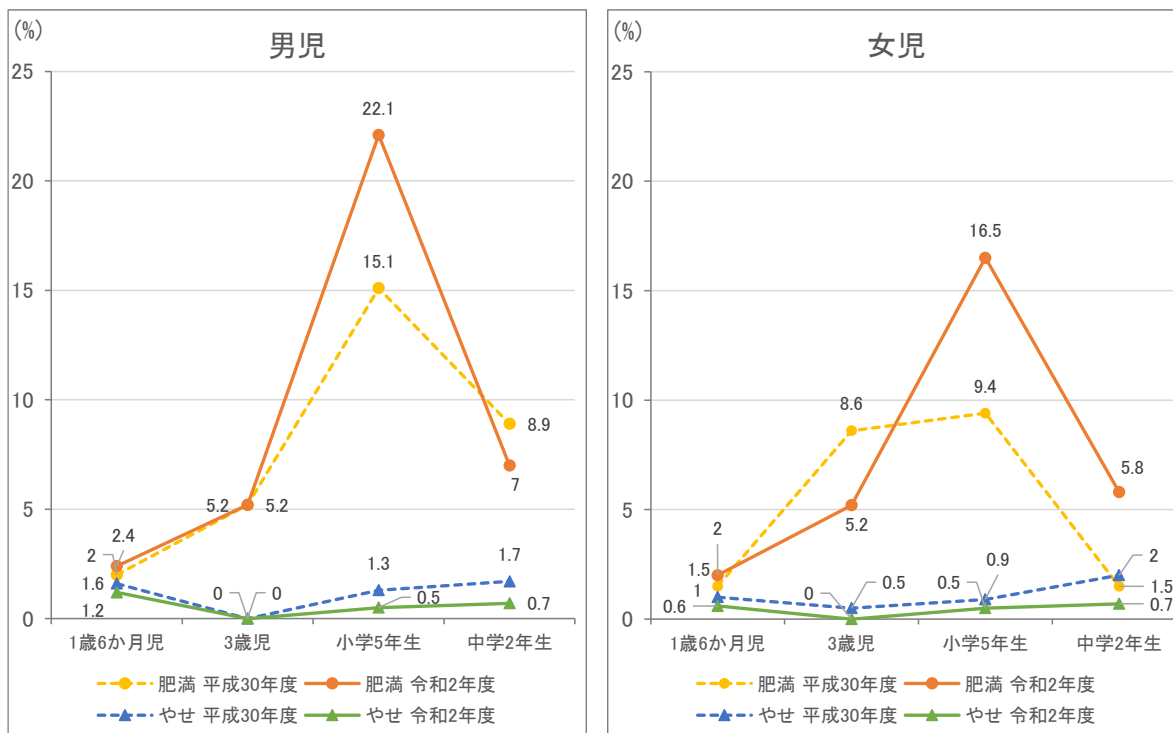
肥満度Ⅰ: 25以上30未満、肥満度Ⅱ: 30以上35未満、肥満度Ⅲ: 35以上40未満、肥満度Ⅳ: 40以上。

図表 19 妊娠中の喫煙率



男児・女児ともに肥満が小学5年生で急増する傾向にあります。(図表 20)

図表 20 肥満とやせ



肥満・やせ:1歳6か月児から中学3年生までの肥満とやせは、肥満度判定(体重-標準体重)÷標準体重×100)にて実施します。肥満度判定とは、標準体重に対してどのくらい体重がオーバーしているかをパーセントで算出し判定する指標です。標準体重は、健診などの全国の平均値を基に決められています。-20%以下をやせ傾向、-15%以上~15%未満を普通、15%以上を肥満として判定します。

②ジェネリック医薬品使用促進

【実施内容】

- ・ジェネリック使用による差額通知の送付
- ・保険証と合わせたジェネリック希望カード(シール)の配布

【実績】

利用率(数量シェア)は国の目標である 80%を上回っています。(図表 21・22)

図表 21 ジェネリック差額通知送付数

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
延べ通知件数	2,246	1,762	2,795	2,154	1,770

図表 22 ジェネリック利用率(数量シェア)の推移

	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
数量シェア	77.1%	79.6%	80.1%	80.4%

③重複・多剤等対策

【実施内容】

- ・重複受診者・重複多剤服薬者に対する薬剤師等と連携した適正化指導

【実績】

同一疾患で複数の医療機関を受診したり、薬剤処方数が多く多剤処方となると、副作用等の発生や内服間違い等のリスクが高まります。レセプトから抽出し選定した対象者に体調不良の有無等を確認し、必要時には薬剤師等と連携しながら継続的な指導を行う必要があります。

図表 23 重複受診・重複多剤服薬者への指導実施率推移

(人)

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
対象者数	52	56	52	39	48
指導実施者数	10	27	48	23	45
指導実施率	19.2%	48.2%	92.3%	59.0%	93.8%

(5) 第2期保健事業実施計画期間中の実績一覧

平成30年度と比較し、悪化しているものが3項目、改善しているものが7項目でした。(図表24)

図表24 第2期保健事業実施計画期間中の実績一覧

項目	指標	山鹿市		県(参考)		増減
		平成30年度	令和4年度 (直近値)	平成30年度	令和4年度 (直近値)	
医療費の伸びの抑制	標準化医療費※8	1.094 (22位)*	1.083 (令和3年度) (16位)	1.126	1.125 (令和3年度)	改善
入院費用の伸び率	レセプトに占める入院費用の割合	45.5%	47.3%	-	45.6%	悪化
基礎疾患が重症化した患者数の発生状況	新規 脳血管疾患患者数	144人	140人	5,610人	4,751人	改善
	新規 虚血性心疾患患者数	331人	330人	8,881人	7,148人	改善
	新規 人工透析患者数	8人	5人	180人	152人	改善
特定健診・特定保健指導の実施率	特定健診受診率	40.9% (3位)	42.8% (30位)	37.6%	35.3%	改善
	特定保健指導率	95.3% (1位)	87.8% (5位)	51.1%	50.9%	悪化
基礎疾患の患者の割合	血圧 160/100 以上の割合	4.8%	5.7%	5.1%	6.0%	悪化
	LDLコレステロール 180 以上の割合	3.9%	2.3%	4.0%	3.0%	改善
	HbA1c6.5 以上(未治療)の割合	4.68%	4.58%	7.30%	8.60%	改善

※第2期保健事業実施計画期間中の状況を県内統一した指標で比較。本市の順位は熊本県内45市町村中の順位

出典: 国保連合会資料

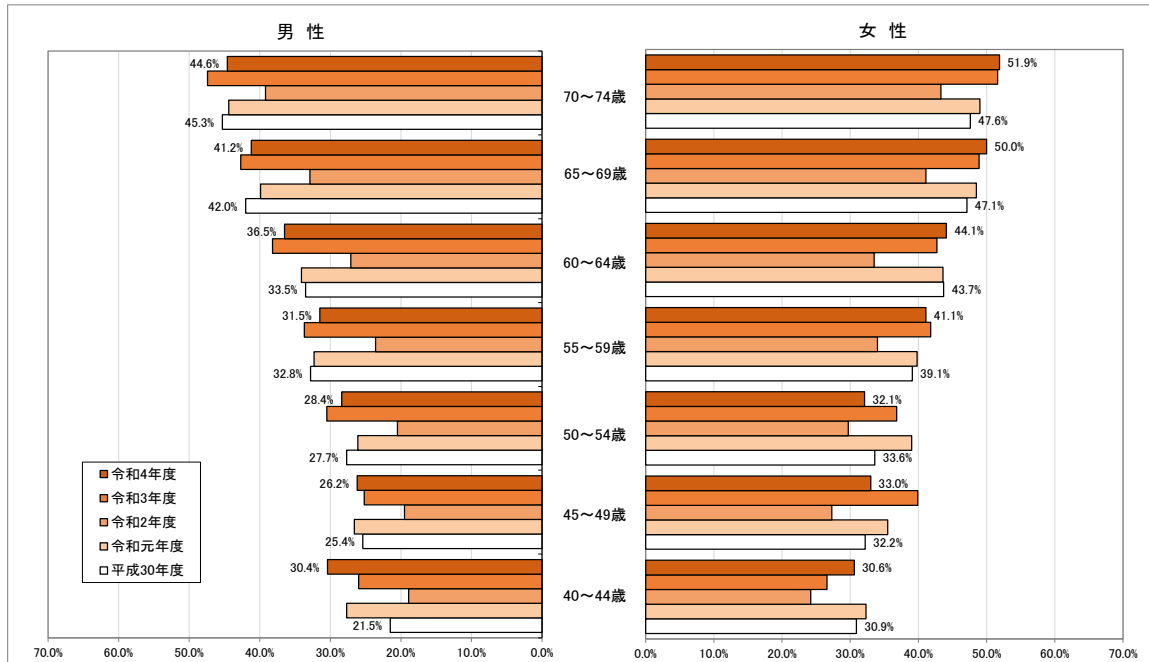
※8 標準化医療費: 年齢調整した医療費のことで、全国平均を1として指数化したもの。地域差指数ともいう。

2 山鹿市国民健康保険の健康課題

(1) 健診結果から見える現状

年代・性別毎の特定健診受診率推移は、どの年齢層も、新型コロナウイルス感染症の影響により令和2年度の受診率が減少しています。また、男女ともに年齢層が上がるにつれて受診率が上昇傾向にあります。(図表 25)

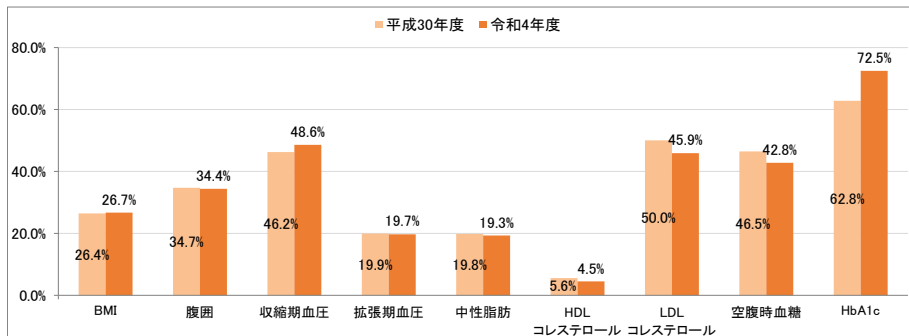
図表 25 年代・性別毎特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

健診受診者の有所見者割合をみると、収縮期血圧とHbA1cが増加傾向にあります。(図表 26)
 血圧・HbA1c とともに、脳血管疾患・心疾患・腎不全のリスク因子であるため、これらの有所見者への早期データ改善のための取組として、保健師や管理栄養士等多職種での連携や継続したアプローチが重要です。

図表 26 健診受診者の有所見者割合



出典：データホライゾン分析結果

収縮期血圧は40歳代女性が、HbA1cは40・50歳代男性・40歳代女性が急激に増加しています。
(図表 27)

また、メタボ該当者・予備群はほぼ横ばいです。(図表 28)メタボは、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、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分かっています。

図表 27 収縮期血圧とHbA1cの性別年代別有所見者割合 (%)

		収縮期血圧			HbA1c		
		平成 30 年度	令和 4 年度	平成 30 年度と 令和 4 年度の 比較増減	平成 30 年度	令和 4 年度	平成 30 年度と 令和 4 年度の 比較増減
男女合計	総数	46.3	48.6	2.3	62.9	72.5	9.6
	40 歳代	20.3	27.2	6.9	33.8	46.3	12.5
	50 歳代	36.2	30.9	-5.3	52.3	64.6	12.3
	60 歳代	47.3	47.2	-0.1	65.6	74.7	9.1
	70 歳代	53.5	57.6	4.1	68.6	76.9	8.3
男性	総数	48.7	49.7	1.0	60.9	70.9	10.0
	40 歳代	26.5	28.2	1.7	33.1	46.8	13.7
	50 歳代	43.4	36.7	-6.7	52.1	70	17.9
	60 歳代	48.9	51.9	3.0	63.5	72	8.5
	70 歳代	55.4	55.8	0.4	66.9	75.5	8.6
女性	総数	44.2	47.6	3.4	64.5	73.7	9.2
	40 歳代	13.8	26	12.2	34.5	45.7	11.2
	50 歳代	29.4	26.1	-3.3	52.6	60	7.4
	60 歳代	46	43.6	-2.4	67.3	76.7	9.4
	70 歳代	51.9	58.9	7.0	70	78	8.0

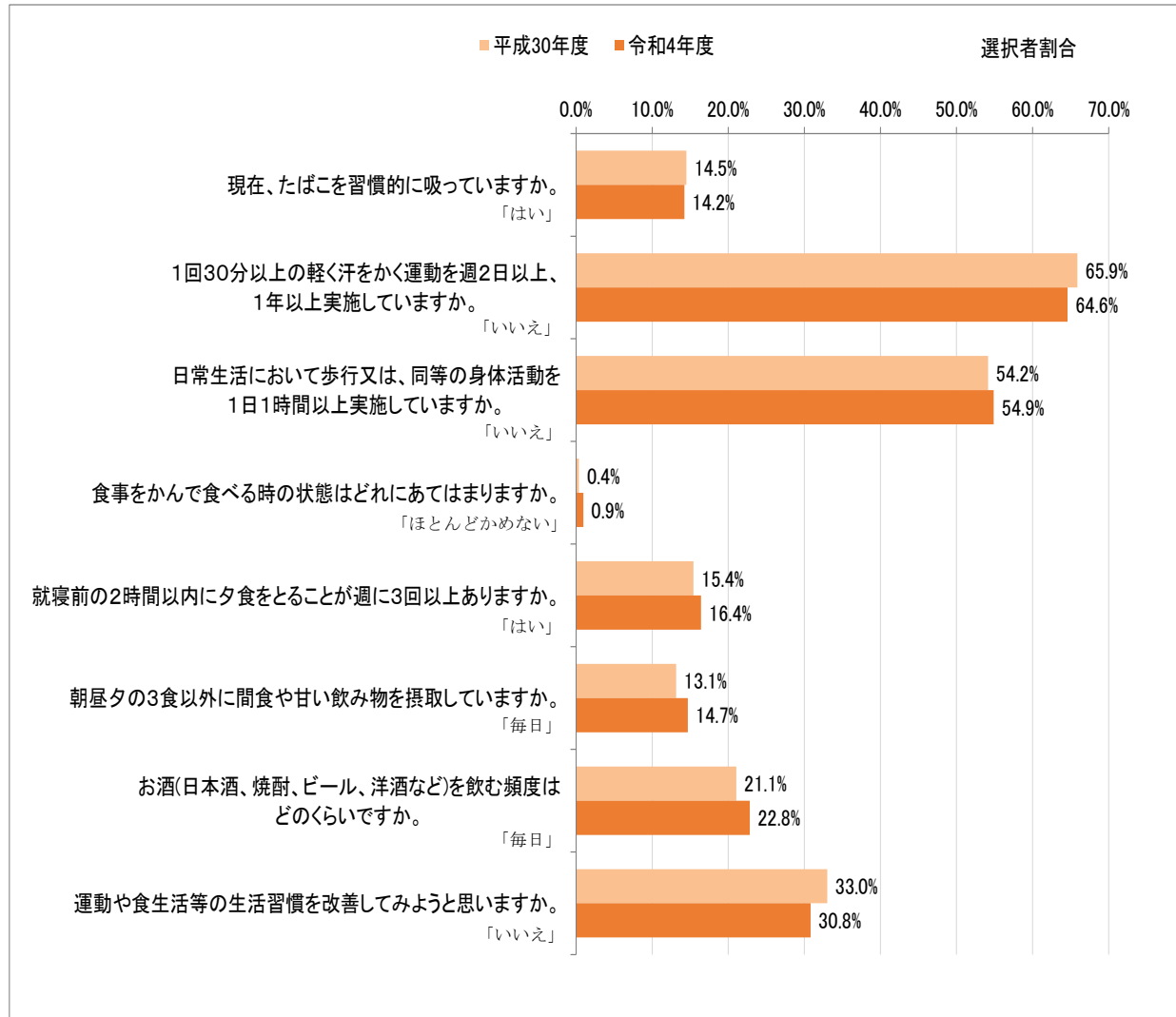
図表 28 メタボの経年変化 (%)

	メタボ該当者	メタボ予備群
平成 30 年度	20.0	11.5
令和 4 年度	20.1	11.5

出典：法定報告値

特定健診の質問票への回答結果では、運動の習慣がない人が 50～60%程度おり、また、就寝前 2 時間以内の夕食や間食をとる習慣がある人が増加傾向にあります。(図表 29)

図表 29 生活習慣に関連する質問項目への回答



出典：データホライゾン分析結果

(2) 医療費の状況

① 医療費の推移

本市では、国保加入者が減少しているにもかかわらず総医療費は増加しており、一人当たりの医療費も平成30年度と比較して3万円以上高くなっています。

また、本計画が目的としている予防可能な医療費分である生活習慣病医療費は、入院・入院外のいずれも減少しています。(図表30)

図表30 医療費の推移 (円)

		平成30年度	令和4年度
医療費	全体	5,094,232,620	5,255,873,340
	入院	2,316,793,590	2,488,824,580
	入院外	2,777,439,030	2,767,048,760
うち 生活習慣病医療費	全体	1,126,446,854 (22.1%)	1,073,695,158 (20.4%)
	入院	272,013,861 (11.7%)	256,816,267 (10.3%)
	入院外	854,432,993 (30.8%)	816,878,891 (29.5%)
被保険者一人当たりの医療費	全体	332,681	368,806
	入院	151,289	174,422
	入院外	181,392	194,384

平成30年度:平成30年3月～平成31年2月診療分

令和4年度:令和4年3月～令和5年2月診療分

生活習慣病…厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)」には、生活習慣病の明確な定義が記載されていないため、「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第2版)」に記載された以下の疾病中分類を生活習慣病の疾病項目としている。

0402 糖尿病、0403 脂質異常症、0901 高血圧性疾患、0902 虚血性心疾患、0904 くも膜下出血、0905 脳内出血、0906 脳梗塞、0907 脳動脈硬化(症)、0909 動脈硬化(症)、1402 腎不全

出典:データホライゾン分析結果

令和4年度の医療費を、疾病分類(大分類)ごとに集計した結果、「新生物<腫瘍>」が医療費合計の13.3%を占めていました。患者一人当たりの医療費が高額な疾病分類は、「周産期に発生した病態」となっています。(図表31)

図表31 大分類による疾病別医療費統計

疾病分類(大分類)	A			B		C		A/C	
	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数	順位	患者数(人)	順位	患者一人当たりの医療費(円)	順位
I. 感染症及び寄生虫症	97,642,891	1.9%	14	12,366	13	3,755	11	26,003	16
II. 新生物<腫瘍>	698,513,292	13.3%	1	14,770	12	3,830	10	182,379	3
III. 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	33,876,314	0.6%	16	6,078	16	1,674	16	20,237	18
IV. 内分泌、栄養及び代謝疾患	447,068,651	8.5%	7	59,816	2	6,237	2	71,680	9
V. 精神及び行動の障害	458,565,585	8.7%	5	16,796	10	1,741	15	263,392	2
VI. 神経系の疾患	473,234,158	9.0%	3	31,450	5	3,318	12	142,626	4
VII. 眼及び付属器の疾患	172,278,288	3.3%	11	17,492	9	3,846	9	44,794	13
VIII. 耳及び乳様突起の疾患	13,360,374	0.3%	18	2,957	18	871	18	15,339	21
IX. 循環器系の疾患	609,622,980	11.6%	2	65,125	1	6,342	1	96,125	7
X. 呼吸器系の疾患	299,571,586	5.7%	9	28,210	6	6,039	4	49,606	12
X I. 消化器系の疾患	410,016,821	7.8%	8	49,437	3	6,217	3	65,951	11
X II. 皮膚及び皮下組織の疾患	101,911,840	1.9%	13	16,271	11	4,021	7	25,345	17
X III. 筋骨格系及び結合組織の疾患	466,502,167	8.9%	4	43,627	4	5,609	5	83,170	8
X IV. 泌尿路生殖器系の疾患	456,406,594	8.7%	6	20,813	8	3,251	13	140,390	5
X V. 妊娠、分娩及び産じょく	11,379,275	0.2%	19	271	20	97	20	117,312	6
X VI. 周産期に発生した病態	8,920,742	0.2%	20	62	22	33	22	270,326	1
X VII. 先天奇形、変形及び染色体異常	6,166,126	0.1%	21	559	19	198	19	31,142	15
X VIII. 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	93,539,708	1.8%	15	22,115	7	4,778	6	19,577	19
X IX. 損傷、中毒及びその他の外因の影響	216,697,680	4.1%	10	9,887	14	3,097	14	69,970	10
X X I. 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	17,641,179	0.3%	17	5,883	17	930	17	18,969	20
X X II. 特殊目的用コード	162,655,468	3.1%	12	7,883	15	4,009	8	40,573	14
分類外	301,621	0.0%	22	209	21	41	21	7,357	22
合計	5,255,873,340			175,795		12,035		436,716	

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト

対象診療年月は令和4年3月～令和5年2月診療分(12カ月分)

年齢基準日…令和5年2月28日時点

患者数…各月、1日でも資格があれば分析対象としている。複数の疾病を持つ患者が存在するため、合計人数は縦の合計と一致しない。

出典: データホライゾン分析結果

②生活習慣病医療費の変化

虚血性心疾患は、有病率も患者一人当たりの医療費も増加しています。糖尿病・脂質異常症・高血圧性疾患は、有病率は増加しているものの患者一人当たりの医療費は減少しており、早期治療につながったことで一人当たりの医療費が抑えられたと考えられ、特定健診を受診した人のうち医療機関受診勧奨判定値の人を受診につなげる取組を継続することが重要と考えられます。(図表 32)

図表 32 生活習慣病医療費の推移

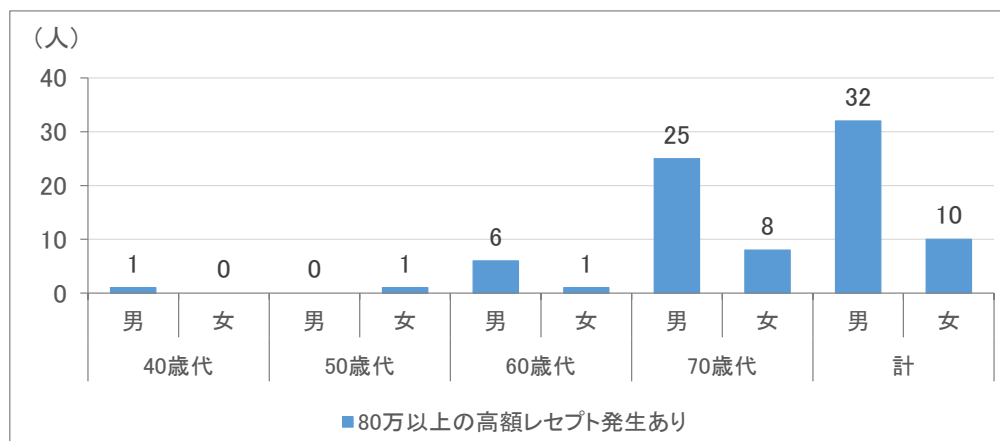
疾病分類(中分類)		有病率(%)		患者一人当たりの医療費(円)	
		平成 30 年度	令和 4 年度	平成 30 年度	令和 4 年度
0402	糖尿病	21.7%	26.4%	75,582	66,885
0403	脂質異常症	22.2%	24.3%	33,672	27,379
0901	高血圧性疾患	31.3%	34.1%	43,204	36,296
0902	虚血性心疾患	9.4%	9.9%	40,238	54,415
0904	くも膜下出血	0.3%	0.3%	416,446	358,456
0905	脳内出血	1.5%	1.4%	198,183	264,363
0906	脳梗塞	4.8%	4.4%	84,611	80,806
1402	腎不全	2.6%	3.2%	890,737	766,029

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。対象診療年月は各年度分
疾病分類…令和 6 年度版 標準的な健診・保健指導プログラムに記載の疾病中分類を記載項目としている。

出典:データホライゾン分析結果

心疾患に関連する診断名がついた被保険者について、特定健診受診状況とレセプトデータを紐づけてみると、80万円以上の高額レセプトが発生した人は42人となっており、属性で見ると、70歳男性が多いです。(図表 33)

図表 33 心疾患で高額レセプトが発生した人の属性(人)



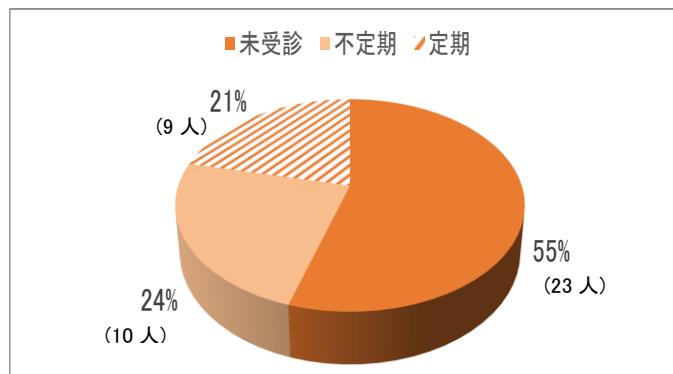
対象診療年月は令和3年3月～令和5年2月診療分(24カ月分)
 健診データは平成30年4月～令和5年3月健診分(60カ月分)
 高額レセプト:80万以上

出典:データホライゾン分析結果

また、この42人の特定健診受診状況を見ると、79%が特定健診未受診と不定期受診者でした。特定健診未受診者 55%(23人)のうち、生活習慣病治療の有無で心疾患医療費平均を比較すると、200万円以上の差がありました。(図表 34)このことから、生活習慣病治療の継続の重要性がよくわかります。

血管変化の共通リスクである高血圧・脂質異常症・糖尿病といった生活習慣病要医療域の人を健診で発見し、医療機関受診勧奨を行い早期加療につなげることが重要です。また、健診未受診で、かつ、医療機関の定期的な受診がない人の心疾患に関する医療費が高額であり、生活習慣病の初期は自覚症状がないことから、特定健診未受診者対策を継続して実施していく必要があります。

図表 34 高額レセプトが発生した人の特定健診受診状況と医療費の平均



	心疾患医療費の平均
生活習慣病の治療なし	389 万円
生活習慣病の治療あり	164 万円

対象診療年月は令和 3 年 3 月～令和 5 年 2 月診療分(24 カ月分)

健診データは平成 30 年 4 月～令和 5 年 3 月健診分(60 カ月分)

出典: データホライゾン分析結果

(参考)心疾患医療費が発生した人のうち、80 万円以上の高額レセプトが発生した人としていない人の割合と心疾患に関連する医療費

	割合	心疾患医療費平均
高額レセプト発生あり	1.7%	228 万円
高額レセプト発生なし	98.3%	1.7 万円

対象診療年月は令和 3 年 3 月～令和 5 年 2 月診療分(24 カ月分)

健診データは平成 30 年 4 月～令和 5 年 3 月健診分(60 カ月分)

出典: データホライゾン分析結果

特定健診定期受診者 21%(9 人)の健診有所見状況をみると、そのうち 6 人が腹囲該当(□部分)で、残りの 3 人も血圧・糖尿病・脂質異常症のいずれか該当あるいは加療中でした。また、眼底検査では、データなしの 3 人を除いて全員(□部分)所見がありました。(図表 35)

脂肪細胞から分泌されるサイトカインが、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、循環器疾患へ直接影響を与えた結果であると考えます。また、メタボがない人でも、血圧や糖・脂質異常症などのリスクが重なり合うことで、長年にわたり血管へのダメージを受け、心疾患を発症しています。これらのことから、生活習慣病重症化予防対策を継続するとともに、治療中断者を医療につなげるかかわり等を実施していく必要があります。これは、心疾患の予防だけでなく、脳血管疾患・腎不全を予防するためにも重要です。

図表 35 特定健診定期受診者の有所見状況

	事例1	事例2	事例3	事例4	事例5	事例6	事例7	事例8	事例9
I 度高血圧(140/90)以上	■	■	■	■	■	—	■	—	■
糖尿病(境界型)HbA1c5.6%以上	■	■	■	■	—	■	■	■	■
脂質異常症 LDLコレステロール120以上	■	■	■	■	■	■	■	■	■
腹囲 男性≥85cm・女性≥90cm以上	□	□	□	□	□	□	—	—	—
眼底検査	データなし	データなし	データなし	■	■	■	■	■	■
喫煙	—	—	—	—	—	—	—	—	—

■	該当あり
—	該当なし
■	以前該当

対象診療年月は令和 3 年 3 月～令和 5 年 2 月診療分(24 カ月分)

健診データは平成 30 年 4 月～令和 5 年 3 月健診分(60 カ月分)

出典: データホライゾン分析結果

令和4年度に透析療法を受けた人のレセプト分析結果では、透析を実施した人は85人で、61.2%が生活習慣に起因していました。内訳は、58.8%がⅡ型糖尿病を起因として透析となる糖尿病性腎症、2.4%が本態性高血圧となっており、高血圧を起因とする人の割合が平成30年度と比較し増加傾向にあります。(図表36・37・38)

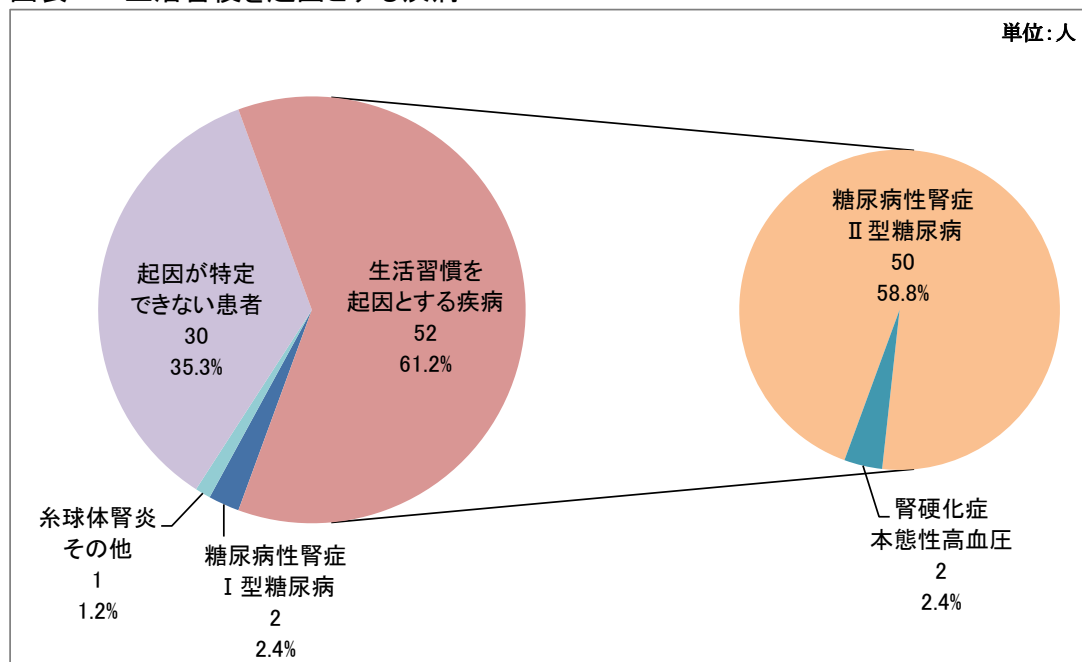
図表36 透析に関する診療行為が行われている人数

透析療法の種類	透析患者数 (人)
血液透析のみ	84
腹膜透析のみ	1
血液透析及び腹膜透析	0
透析患者合計	85

対象診療年月は令和4年3月～令和5年2月診療分(12カ月分)。緊急透析と思われる患者は除く。

出典：データホライゾン分析結果

図表37 生活習慣を起因とする疾病



対象診療年月は令和4年3月～令和5年2月診療分(12カ月分)。緊急透析と思われる患者は除く。
※割合…小数第2位で四捨五入しているため、合計が100%にならない場合がある。

出典：データホライゾン分析結果

図表 38 透析患者の起因

透析に至った起因		平成 30 年度		令和 4 年度		生活習慣を起因とする疾病	食事療法等を指導することで重症化を遅延できる可能性が高い疾病
		透析患者数(人)	割合※(%)	透析患者数(人)	割合※(%)		
①	糖尿病性腎症 I型糖尿病	0	0.0%	2	2.4%	-	-
②	糖尿病性腎症 II型糖尿病	46	54.8%	50	58.8%	●	●
③	糸球体腎炎 IgA 腎症	0	0.0%	0	0.0%	-	-
④	糸球体腎炎 その他	3	3.6%	1	1.2%	-	●
⑤	腎硬化症 本態性高血圧	1	1.2%	2	2.4%	●	●
⑥	腎硬化症 その他	1	1.2%	0	0.0%	-	-
⑦	痛風腎	0	0.0%	0	0.0%	●	●
⑧	起因が特定できない患者 ※	33	39.3%	30	35.3%	-	-
透析患者合計		84		85			

対象診療年月は各年度分

※割合…小数第 2 位で四捨五入しているため、合計が 100%にならない場合がある。

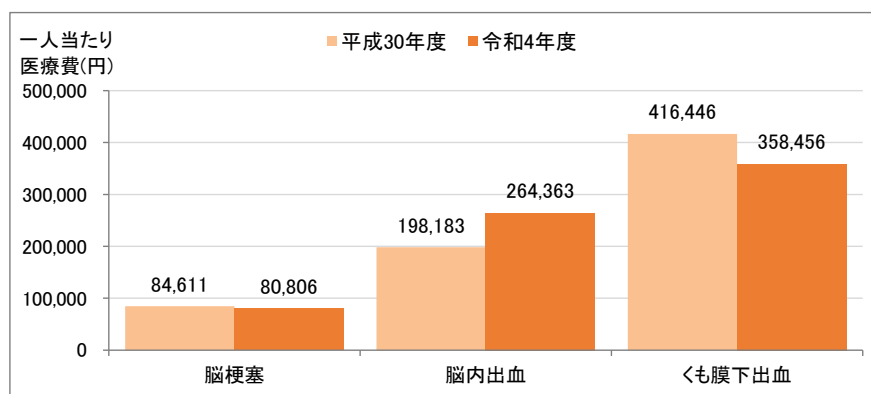
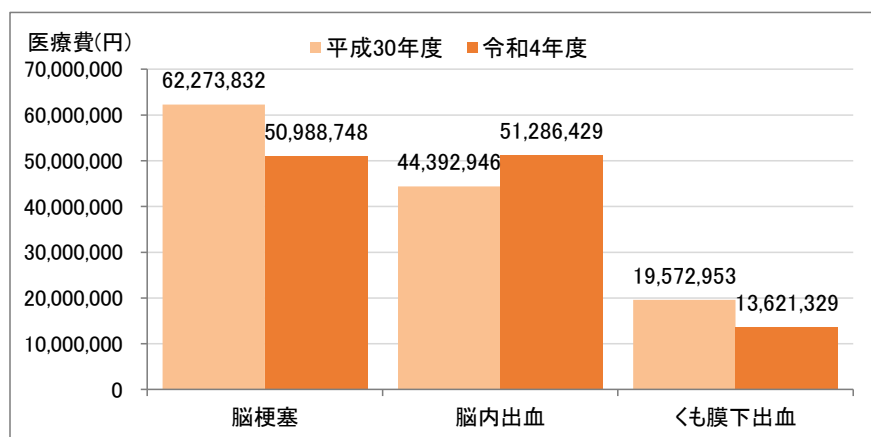
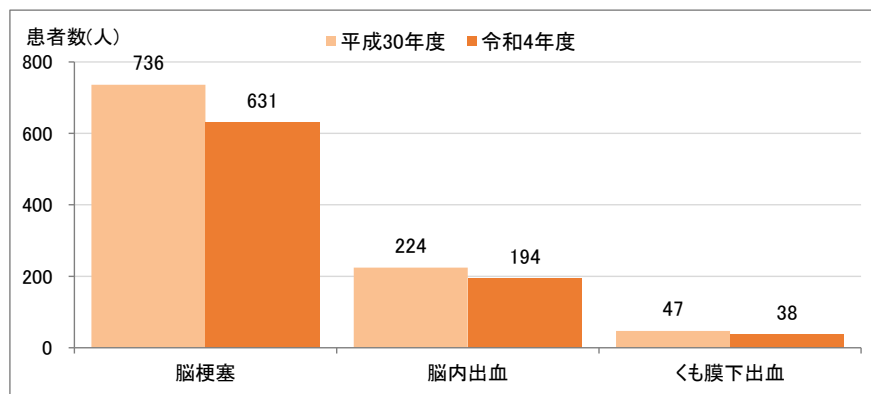
※⑧起因が特定できない患者…①～⑦の傷病名組合せに該当しない患者

出典: データホライゾン分析結果

脳血管疾患(脳梗塞・脳内出血・くも膜下出血)の医療費・患者数の状況を見ると、脳梗塞の患者数が多く、一人当たり医療費ではくも膜下出血が高くなっています。(図表 39)

これらの疾患は、再発率が高いため、治療後の継続加療と生活習慣の改善が重要となりますが、医療機関受診を中断する人もおり、継続加療の重要性についての認識の向上も課題です。

図表 39 脳血管疾患の疾患別患者数・医療費・一人当たり医療費



入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。対象診療年月は各年度分

出典：データホライゾン分析結果

HbA1c7.0 以上・Ⅱ度高血圧以上・LDLコレステロール 180 以上の有所見者の年度比較をみると未治療者が減少しており、適切な医療を早期に受けることで患者一人当たりの医療費の減少につながっていることが考えられます。(図表 40・41・42)

今後も要医療域の人への医療機関受診勧奨を実施し、生活習慣病重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 40 HbA1cの年度比較

	HbA1c 測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲	
					再)7.0以上	再掲			
						未治療	治療		
平成 30 年度	4,062	1,509 37.1%	1,511 37.2%	628 15.5%	414 10.2%	128 30.9%	286 69.1%	4.9%	10.2%
令和 元 年度	4,052	1,227 30.3%	1,647 40.6%	734 18.1%	444 11.0%	153 34.5%	291 65.5%	5.1%	11.0%
令和 2 年度	3,362	1,140 33.9%	1,248 37.1%	616 18.3%	358 10.6%	98 27.4%	260 72.6%	5.0%	10.6%
令和 3 年度	4,066	1,160 28.5%	1,618 39.8%	830 20.4%	458 11.3%	160 34.9%	298 65.1%	5.1%	11.3%
令和 4 年度	3,729	1,027 27.5%	1,486 39.8%	805 21.6%	411 11.0%	139 33.8%	272 66.2%	5.1%	11.0%

※割合…小数第 2 位で四捨五入しているため、合計が 100%にならない場合がある。

出典：KDBデータシステム

図表 41 血圧の年度比較

	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)Ⅱ度高血圧	再掲			
						未治療	治療		
平成 30 年度	4,062	1,924 47.4%	1,070 26.3%	873 21.5%	195 4.8%	119 61.0%	76 39.0%	0.7%	4.8%
令和 元 年度	4,052	2,007 49.5%	1,134 28.0%	737 18.2%	174 4.3%	98 56.3%	76 43.7%	0.5%	4.3%
令和 2 年度	3,362	1,507 44.8%	964 28.7%	736 21.9%	155 4.6%	79 51.0%	76 49.0%	0.6%	4.6%
令和 3 年度	4,067	1,736 42.7%	1,149 28.3%	936 23.0%	246 6.0%	135 54.9%	111 45.1%	1.1%	6.0%
令和 4 年度	3,730	1,671 44.8%	994 26.6%	858 23.0%	207 5.5%	112 54.1%	95 45.9%	0.9%	5.5%

※割合…小数第 2 位で四捨五入しているため、合計が 100%にならない場合がある。

出典：KDBデータシステム

図表 42 LDLコレステロールの年度比較

	健診 受診者	120未満	120~139	140~159	160以上			再掲
					再)180以上	未治療	治療	
平成 30 年度	4,062	2,031 50.0%	963 23.7%	662 16.3%	406 10.0%	358 88.2%	48 11.8%	10.0%
					114 2.8%	102 89.5%	12 10.5%	2.8%
令和 元 年度	4,052	1,961 48.4%	1,018 25.1%	655 16.2%	418 10.3%	379 90.7%	39 9.3%	10.3%
					129 3.2%	114 88.4%	15 11.6%	3.2%
令和 2 年度	3,361	1,702 50.6%	852 25.3%	509 15.1%	298 8.9%	270 90.6%	28 9.4%	8.9%
					78 2.3%	69 88.5%	9 11.5%	2.3%
令和 3 年度	4,067	2,077 51.1%	1,003 24.7%	614 15.1%	373 9.2%	327 87.7%	46 12.3%	9.2%
					107 2.6%	91 85.0%	16 15.0%	2.6%
令和 4 年度	3,730	2,018 54.1%	899 24.1%	527 14.1%	286 7.7%	245 85.7%	41 14.3%	7.7%
					92 2.5%	78 84.8%	14 15.2%	2.5%

※割合…小数第2位で四捨五入しているため、合計が100%にならない場合がある。

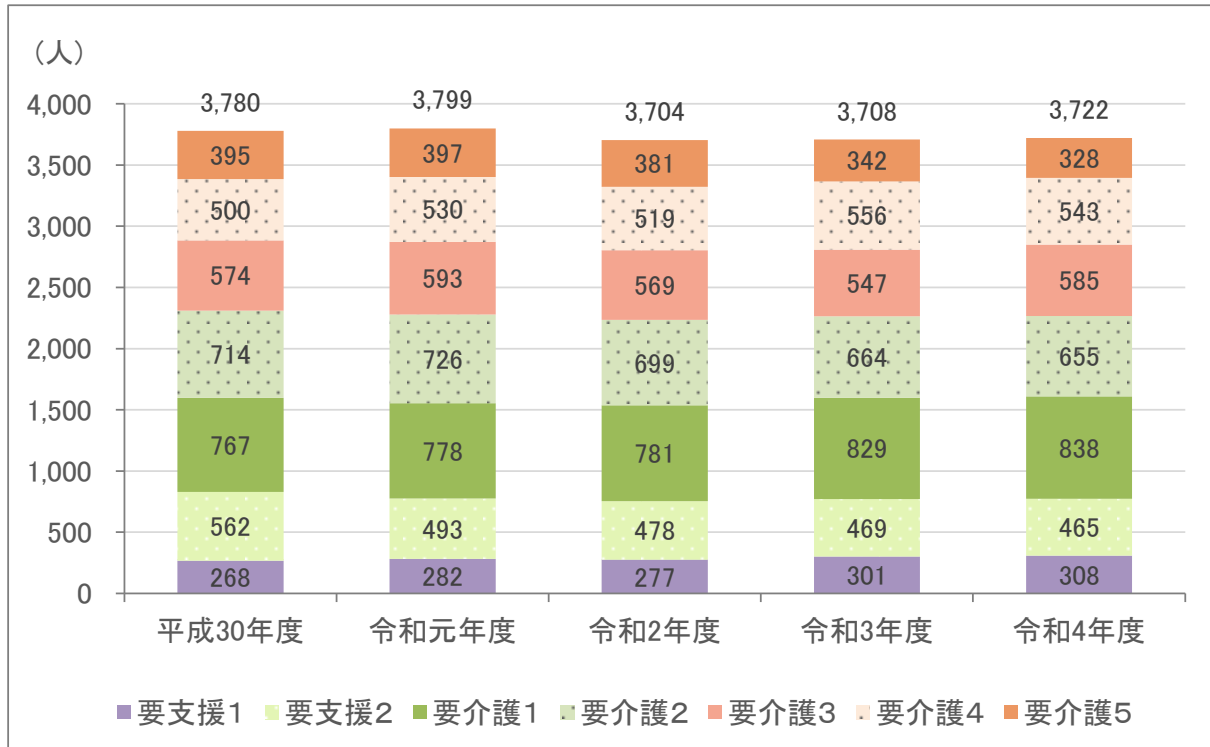
出典:KDBデータシステム

(3) 介護給付費の状況

本市の高齢化率は上がっているものの、介護保険第1号被保険者(65歳以上)の要介護・要支援認定者数、介護保険第2号(40～64歳)被保険者の要介護・要支援認定者率・認定者数のいずれも平成30年度と比較し令和4年度は減少しています。(図表43・44・45)

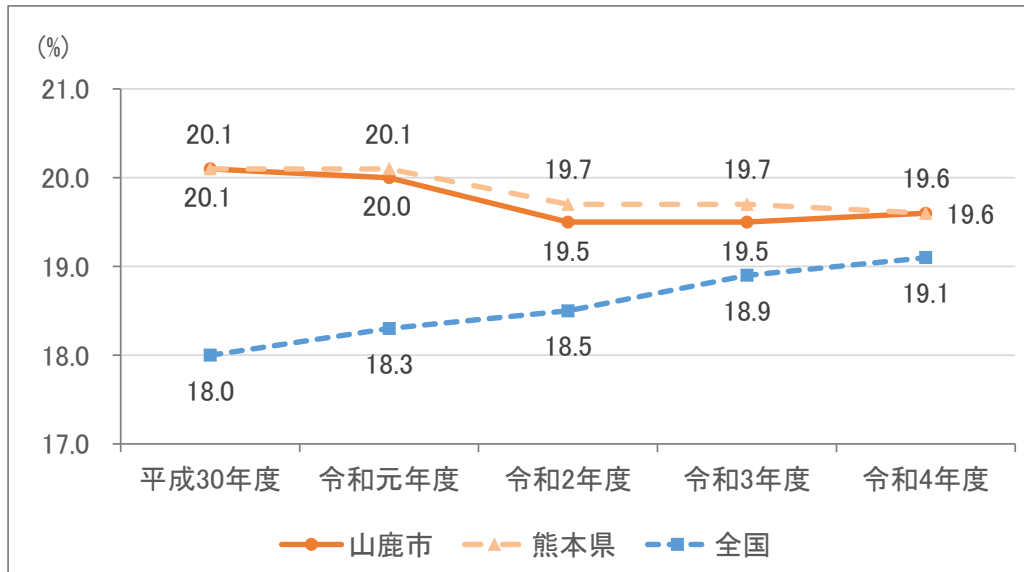
図表43 第1号被保険者の要介護・要支援認定者数の推移

(人)



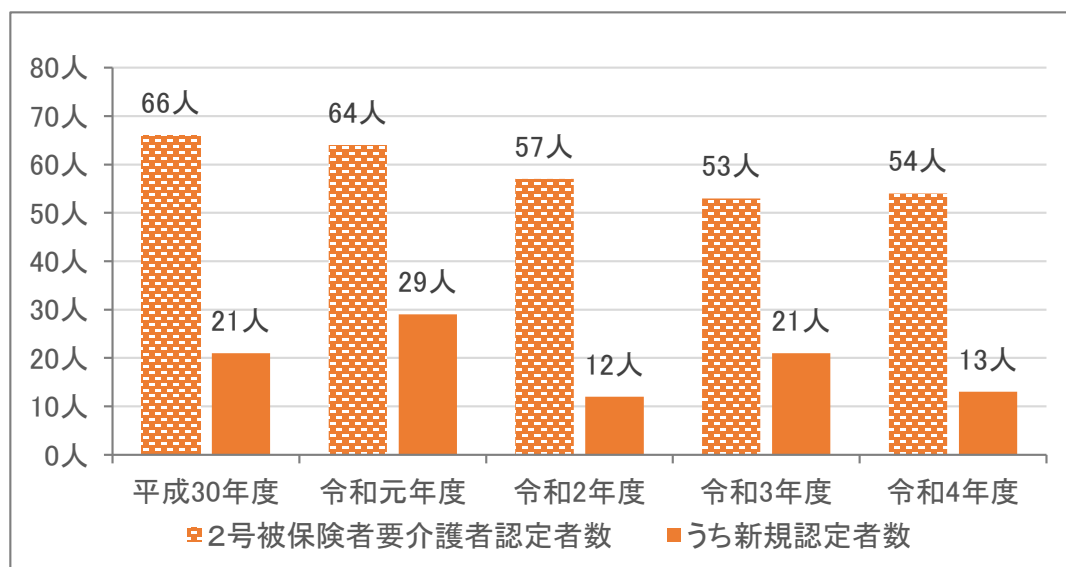
図表44 第2号被保険者の要介護・要支援認定率の推移

(%)



出典:KDBデータベース

図表 45 第2号被保険者の要介護・要支援認定者の推移



一人当たり給付費を国・県と比較すると、国よりも高く県よりは低い状況です。また、1 件当たり給付費をみると、施設サービスよりも居宅サービスの方が低く、国・県と比較していずれも高い傾向にあります。(図表 46)

図表 46 令和 4 年度の介護給付費 (円)

	本市	熊本県	国
一人当たり給付費	308,695	310,858	290,668
1 件当たり給付費(全体)	71,169	62,823	59,662
居宅サービス	43,969	42,088	41,272
施設サービス	299,115	303,857	296,364

出典：KDBデータシステム

要介護認定者の有病状況をみると、どの年度も最も割合が多い順に心臓病、高血圧症、筋・骨格系疾患となっており、経年でみると、筋・骨格系疾患は減少傾向にあります。(図表 47)

図表 47 介護認定者の有病状況

(人)

疾病分類 (中分類)	本市									
	平成 30 年度		令和元年度		令和 2 年度		令和 3 年度		令和 4 年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
糖尿病	809	20.3%	756	20.5%	773	19.6%	779	19.9%	821	21.1%
高血圧症	2,287	58.0%	2,211	57.5%	2,176	56.0%	2,203	56.7%	2,237	57.9%
脂質異常症	1,133	28.4%	1,103	28.1%	1,073	27.3%	1,097	28.3%	1,112	28.9%
心臓病	2,674	67.5%	2,585	67.0%	2,529	65.5%	2,542	65.9%	2,569	66.7%
脳疾患	888	22.7%	829	22.0%	791	20.6%	771	20.5%	757	19.6%
がん	489	12.0%	471	12.0%	459	11.7%	492	12.3%	497	12.8%
筋・骨格	2,223	56.9%	2,139	55.9%	2,129	54.6%	2,113	54.9%	2,073	54.5%
精神	1,623	40.0%	1,580	40.6%	1,571	40.2%	1,584	41.4%	1,534	40.6%

(参考)令和 4 年度の国・県の有病状況

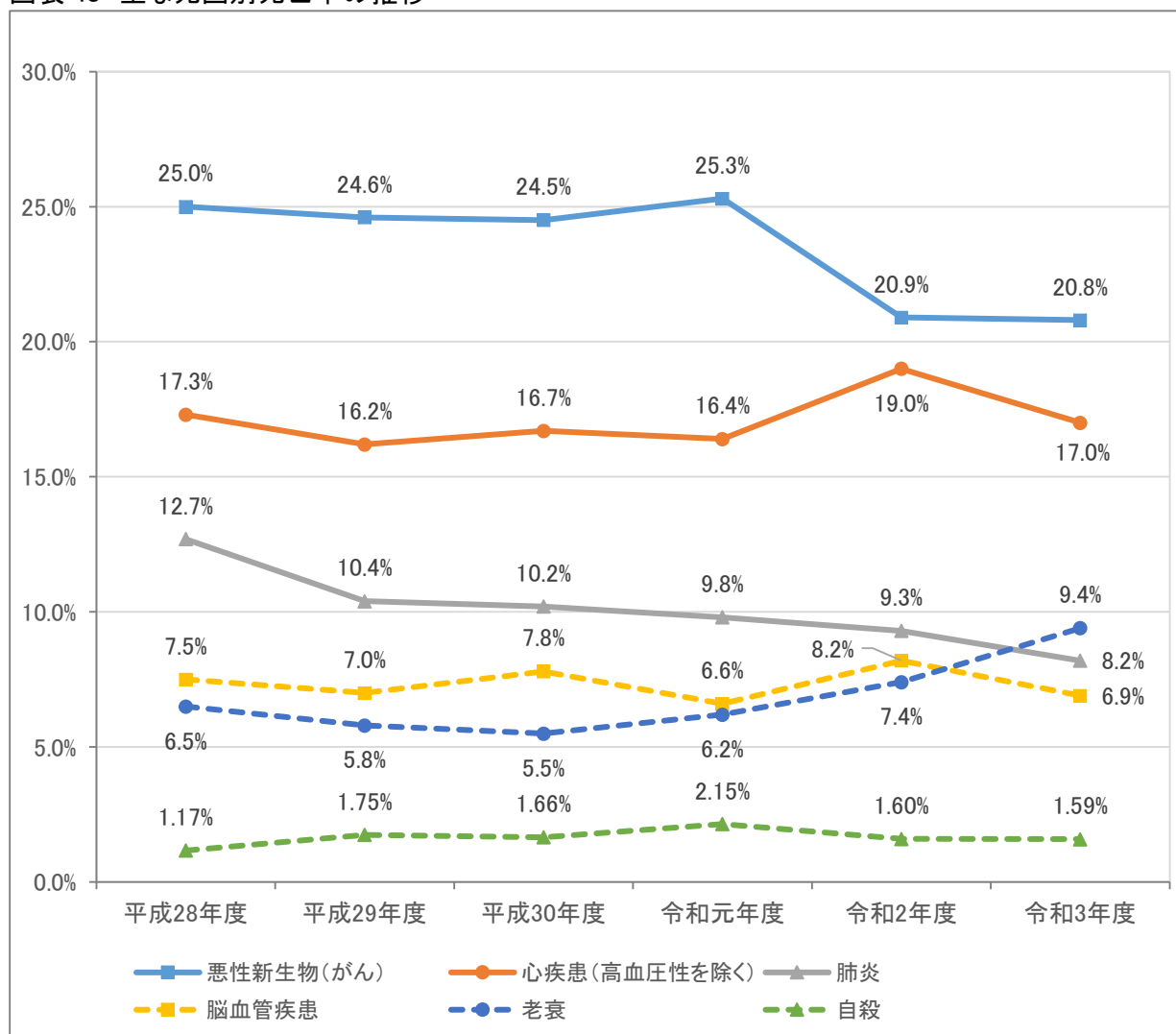
疾病分類 (中分類)	熊本県		国	
	実数	割合	実数	割合
糖尿病	25,945	23.1%	1,712,613	24.3%
高血圧症	65,761	58.7%	3,744,672	53.3%
脂質異常症	37,156	32.8%	2,308,216	32.6%
心臓病	73,556	65.7%	4,224,628	60.3%
脳疾患	25,387	22.8%	1,568,292	22.6%
がん	13,445	12.0%	837,410	11.8%
筋・骨格	66,287	59.2%	3,748,372	53.4%
精神	45,259	40.5%	2,569,149	36.8%

出典: KDBデータシステム

(4) 死亡の状況

主な死因別死亡率^{※9}の推移では、悪性新生物(がん)が最上位を占めています。生活習慣病に関連するものの中で最も高いものは、心疾患(高血圧性を除く)で、次いで脳血管疾患となっています。(図表 48)

図表 48 主な死因別死亡率の推移

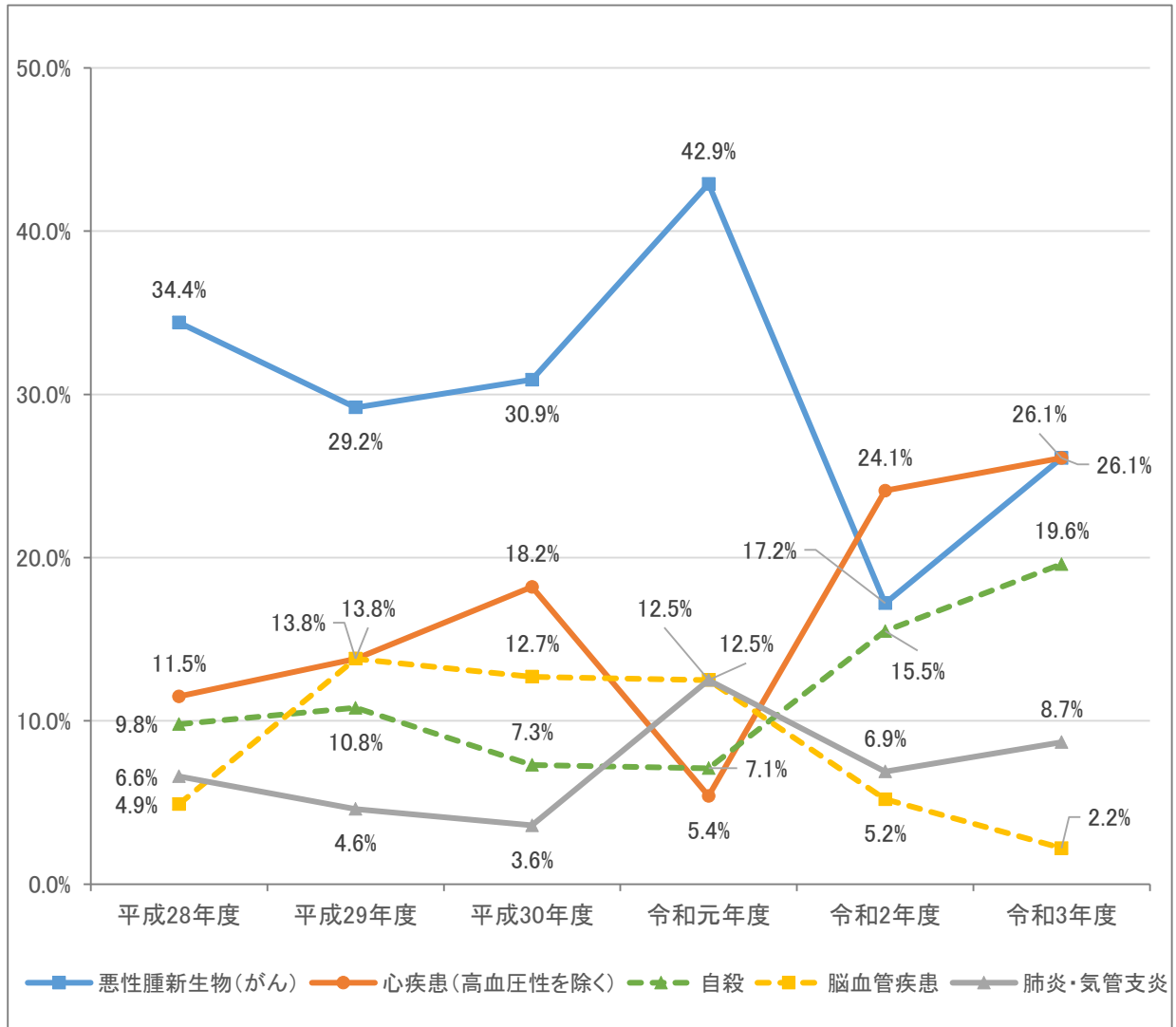


出典: 熊本県人口動態統計調査報告

※9 死亡率: 件数/人口×1,000

64歳以下の死亡原因別死亡率をみると、悪性新生物(がん)が高い割合となっていますがやや減少傾向にあります。一方、心疾患(高血圧性を除く)は増加傾向にあります。(図表 49)

図表 49 64歳以下の死亡原因別死亡率の推移



出典:山鹿市人口動態統計

3 第3期における健康課題の明確化

(1)本市国保被保険者の現状

これまでのデータや分析結果からみえる本市国保被保険者の現状は以下のとおりです。

[健診結果]

- ・特定健診受診率は平成30年度と比較すると増加しています。
- ・40～50歳代の比較的若い年齢層の受診率は、60～70歳代と比較すると低い状況で推移しています。
- ・19～39歳を対象とした若年健診の結果、約25%は要保健指導判定値あるいは要医療機関受診勧奨判定値となっています。
- ・特定保健指導による次年度特定保健指導対象者の減少率は平成30年度と比較して増加しており、メタボの解消や有所見の改善につながっている人が増えています。
- ・特定健診受診者の有所見者割合では、収縮期血圧とHbA1cが増加傾向です。
- ・二次検査の結果から、空腹時血糖や耐糖能異常に該当している人の割合の増加等が見られ、メタボの改善や生活習慣病の発症予防につなげる取組の継続が必要です。
- ・生活習慣病重症化予防の取組により、未治療や治療中断者の減少がみられます。

[医療データ]

- ・医療費は増加していますが、生活習慣病医療費は減少しています。
- ・医療費のうち、占める割合が多い順に、新生物、循環器系疾患、神経系疾患、筋骨格系及び結合組織疾患、精神及び行動の障害となっています。
- ・一人当たりの医療費が高い順に、周産期に発生した病態、精神及び行動の障害、新生物、神経系疾患、腎尿路生殖器系の疾患となっています。
- ・生活習慣病関連医療費のうち、一人当たり医療費が最も高いのは腎不全です。
- ・虚血性心疾患は、有病率も一人当たり医療費も増加しています。
- ・虚血性心疾患医療費で80万円以上の高額レセプトが発生した人のうち、79%は特定健診未受診と不定期受診者です。
- ・透析の起因の58.8%が糖尿病性(Ⅱ型糖尿病)です。また、高血圧による腎硬化症を起因とする人の割合も平成30年度と比較し増加しています。
- ・高血圧・糖尿病・脂質異常症の患者数は増加していますが、全ての疾病分類で一人当たり医療費は低くなっています。

[介護保険データ]

- ・第1号被保険者の要介護・要支援認定率・第2号被保険者の要介護・要支援新規認定者数はいずれも減少しています。
- ・介護認定者の有病状況では、生活習慣病に関連するものでは糖尿病と脂質異常症が、それ以外では筋・骨格系疾患が多い状況です。

[その他の指標]

- ・妊娠中の喫煙率は減少しています。
- ・学童期の肥満が男児・女児ともに増加しています。
- ・死因別死亡率では、悪性新生物(がん)が上位を占めています。生活習慣病に関連するものでは、高い順に心疾患、脳血管疾患となります。

(2)本市の健康課題

現状から整理した健康課題は次のとおりです。

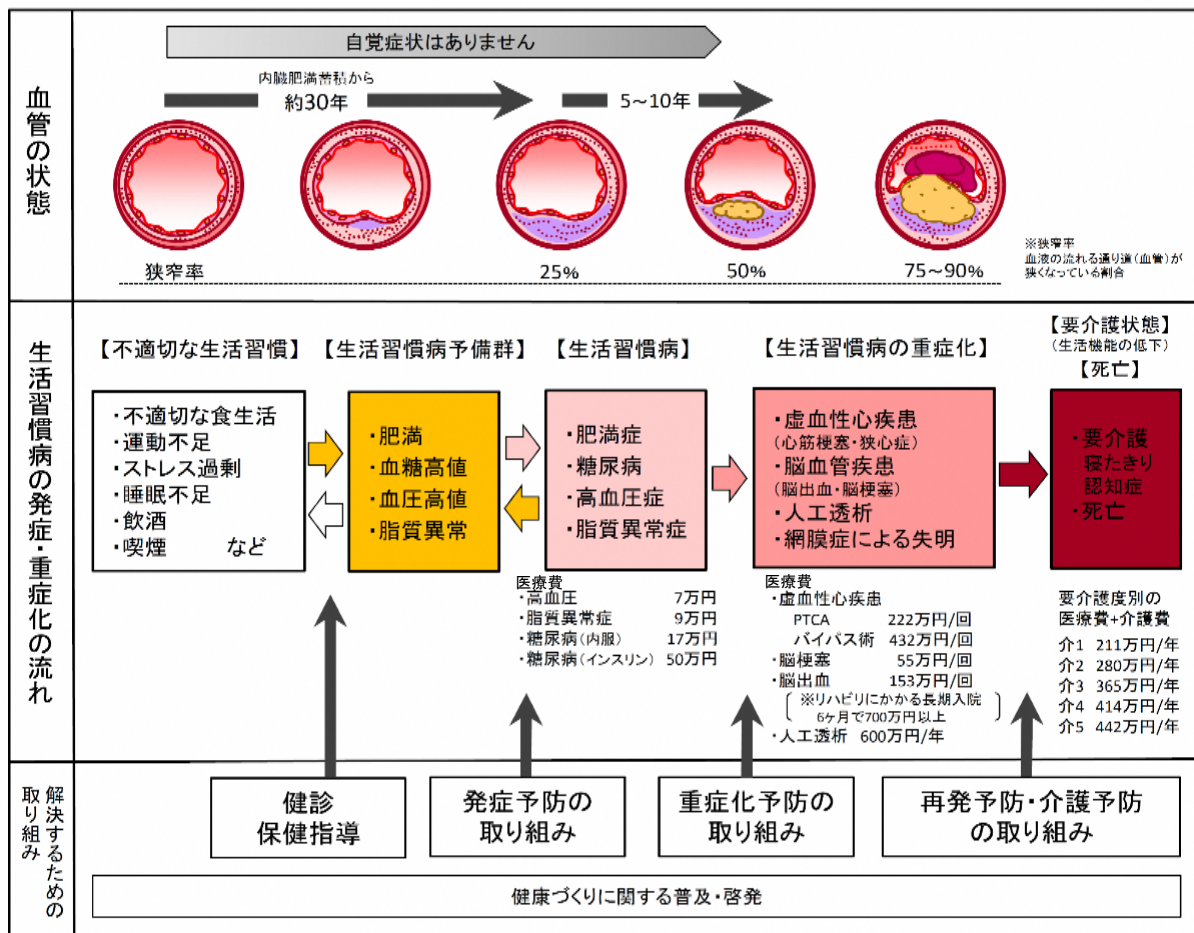
- ①子どもの肥満が増加し、将来の生活習慣病につながるおそれがあります。
⇒子どもの頃からの生活習慣病予防
 - ②若年層の特定(若年)健診受診率が低いため、健康への関心を持つためのアプローチが必要です。
⇒健康意識の醸成
 - ③健康への関心を持つだけでなく、その後の健康習慣(特定(若年)健診受診や適性飲酒・運動など)の定着化をはかる取組が必要です。
⇒健康習慣の定着化
 - ④糖尿病・高血圧・脂質異常症の未治療者が減少し、早期に医療機関受診につながることで、それらによって引き起こされる脳血管疾患・心疾患・腎不全等を含めた生活習慣病医療費の減少につながっており、今後も継続した取組が必要です。
⇒生活習慣病の発症予防及び重症化予防
 - ⑤健診有所見者の増加により、生活習慣病を発症するリスクがある人が増加していると考えられます。早期に健康習慣改善に取り組んでもらえるような仕組みづくりが必要です。
⇒生活習慣病の発症予防
 - ⑥死亡原因として悪性新生物(がん)が最も多く医療費も高額であることから、がん予防や早期発見が重要です。
⇒がん予防対策
- ①と⑥については、関連計画である「山鹿市健康増進計画」において取り組みます。
②～⑤については、本計画において取り組みます。

第4章 保健事業の方向性

1 基本的な考え方

被保険者が自分の健康状態を把握して、自ら健康づくりにつなげる行動がとれるようになることが重要です。そのため、生活習慣病予備軍に対する生活習慣の改善を促す取組や、生活習慣病発症直後の重症化予防の取組を行います。これらの取組により医療費適正化にもつながります。

図表 50 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



出典：ヘルスサポートラボツール

2 目標の設定

(1) 成果目標

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCA サイクルに沿った保健事業の効果的かつ効率的な実施を図ることが求められています。そこで、評価指標として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(図表 51)を設定します。

① 中長期的な目標の設定

長期入院により医療費が高額となる可能性が高い脳血管疾患や虚血性心疾患及び糖尿病性腎症の患者数を減少させることを目指します。

② 短期的な目標の設定

脳血管疾患や虚血性心疾患及び糖尿病性腎症の共通の要因となる高血圧、糖尿病、脂質異常症を減らしていくことを短期的な目標とします。生活習慣病重症化予防のためには、医療機関受診判定値で基準値を上回る人を早期治療につなげることが重要であるため、そのような人への医療機関受診勧奨や治療継続への働きかけを実施します。また、生活習慣病は自覚症状がないため、特定健診を受けることで客観的に自分の健康状態を知ってもらうよう働きかけをします。

(2) 管理目標の設定

図表 51 目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

	達成すべき目的	課題を解決するための目標	目標			データの把握方法
			初期値	中間評価	最終評価	
中長期目標	アウトカム 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	標準化医療費	1.083	1.076	1.068	厚生労働省ホームページ KDBシステム
		レセプトに占める入院費用の割合	47.30%	48.02%	48.56%	
		新規 脳血管疾患患者数の減少	140人	138人	136人	
		新規 虚血性心疾患患者数の減少	330人	329人	328人	
		新規 糖尿病性腎症による透析導入者数の減少	5人	3人	1人	
短期目標	アウトカム 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、糖尿病の対象者を減らす	健診受診者の高血圧者の割合減少 (160/100以上)	5.70%	5.93%	6.15%	
		健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL180以上)	2.30%	1.50%	0.70%	
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1C6.5%以上)	4.58%	4.08%	3.58%	
	アウトカム 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60%以上	42.80%	51.40%	60.00%	法定報告値
		★特定保健指導実施率60%以上	80.70%	81.00%	82.00%	
		★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	18.00%	19.70%	21.40%	

第5章 特定健診・特定保健指導の実施計画

1 特定(若年)健診及び特定保健指導の実施

(1)目的

特定(若年)健診及び特定保健指導は、糖尿病等の生活習慣病の発症から重症化予防のためにメタボに着目した健康診査を行い、その結果から生活習慣病のリスクの高い人を抽出し、その対象者に対して生活習慣の改善のための保健指導を行うものです。

「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(厚生労働省発出第4版)」に基づき実施していきます。

(2)特定健診の実施

①対象者

国民健康保険に加入する40～74歳までの被保険者

※19～39歳の被保険者についても、特定健診と同様の健診受診ができるものとします。

②実施方法

本市が委託する実施機関(集団検診・個別医療機関・人間ドック)において、当該年度のマニュアルに基づき実施するものとします。また、特定健診未受診者で、かかりつけ医療機関にて特定健診と同等の検査を実施していると思われる人を対象に、情報提供事業(みなし健診)の案内を実施します。

③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(HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

また、更に詳しい検査の必要があるときは二次検査(心電図・眼底検査・頸動脈超音波検査・耐糖能精密検査・空腹時血糖検査・微量アルブミン尿検査)を実施します。

④実施時期

6月～翌年3月末まで実施します。

⑤案内・周知方法

5月に特定(若年)健診対象者全員に健診のお知らせと受診券を、若年層等の無料クーポン対象者に対しても個別通知を郵送するとともに、広報紙やホームページへの掲載を実施します。また、特定健診未受診者への受診勧奨通知の発送を行います。

⑥特定(若年)健診受診者への結果説明

結果説明会を各地域毎に開催します。

⑦評価

法定報告時実績評価を実施します。

(3) 特定保健指導の実施

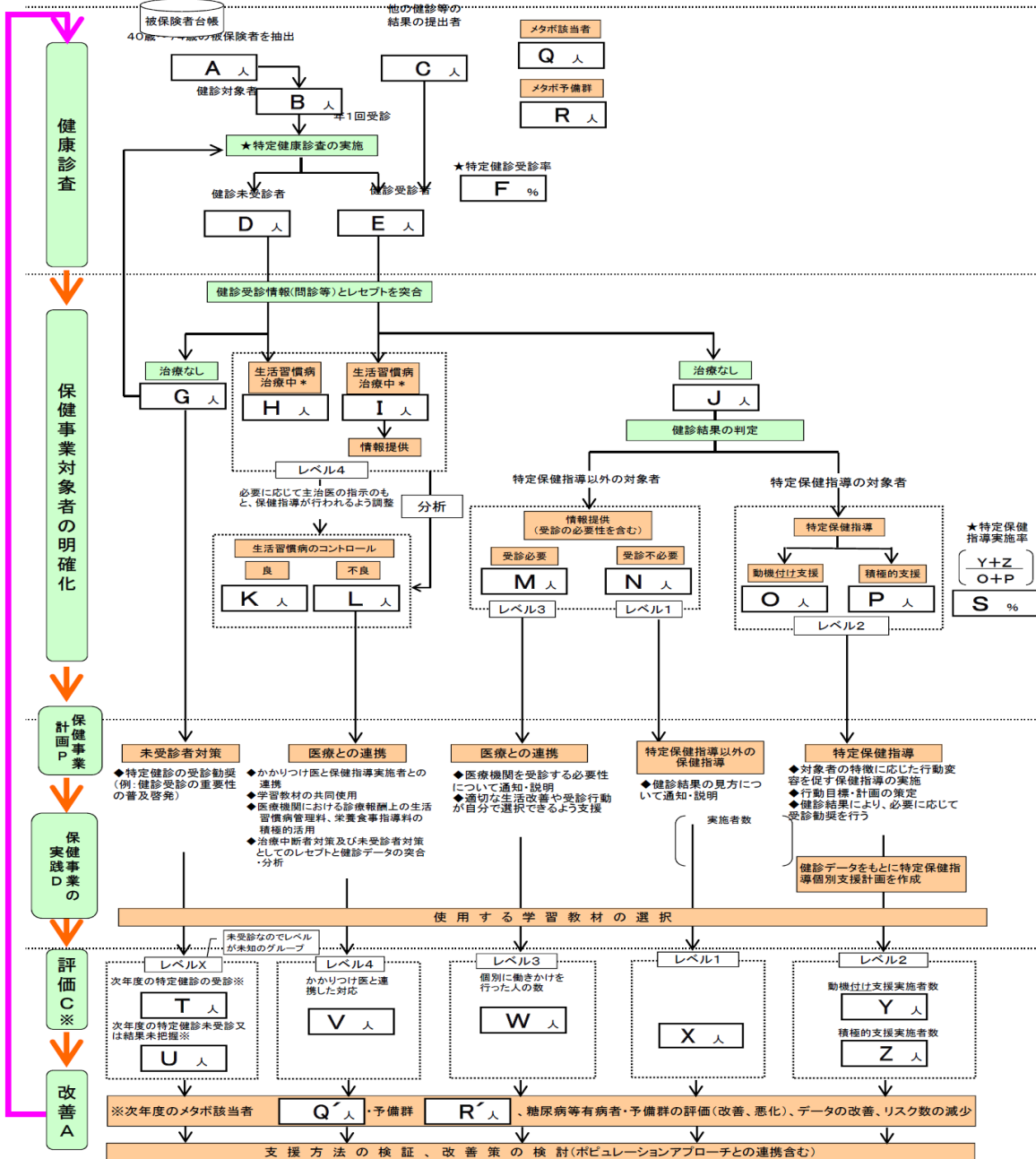
①対象者

プログラム様式 5-5(図表 52)に準じて対象者を抽出します。

図表 52 プログラム様式 5-5

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5



出典:ヘルスサポートラボツール

②実施方法

保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任、本市からの業務委託にて実施します。

③実施内容

対象者自身が自分の生活習慣の改善すべき点を自覚することで行動目標を設定し、目標達成に向けた取組ができるよう、保健師・看護師・管理栄養士等が支援します。

④実施時期

4月～翌年3月末までの通年実施とします。前年度特定保健指導対象者の評価は、9月末までに実施します。

⑤指導方法

訪問、来所や電話等により介入します。また、特定保健指導率の低下を抑制するため委託先との連携を密にする体制とします。

⑥評価

法定報告時実績評価を実施します。

⑦本計画における変更点

「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」の変更点について示します。(図表53)

図表 53 特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第4版)

○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。	

第6章 個別保健事業の実施計画

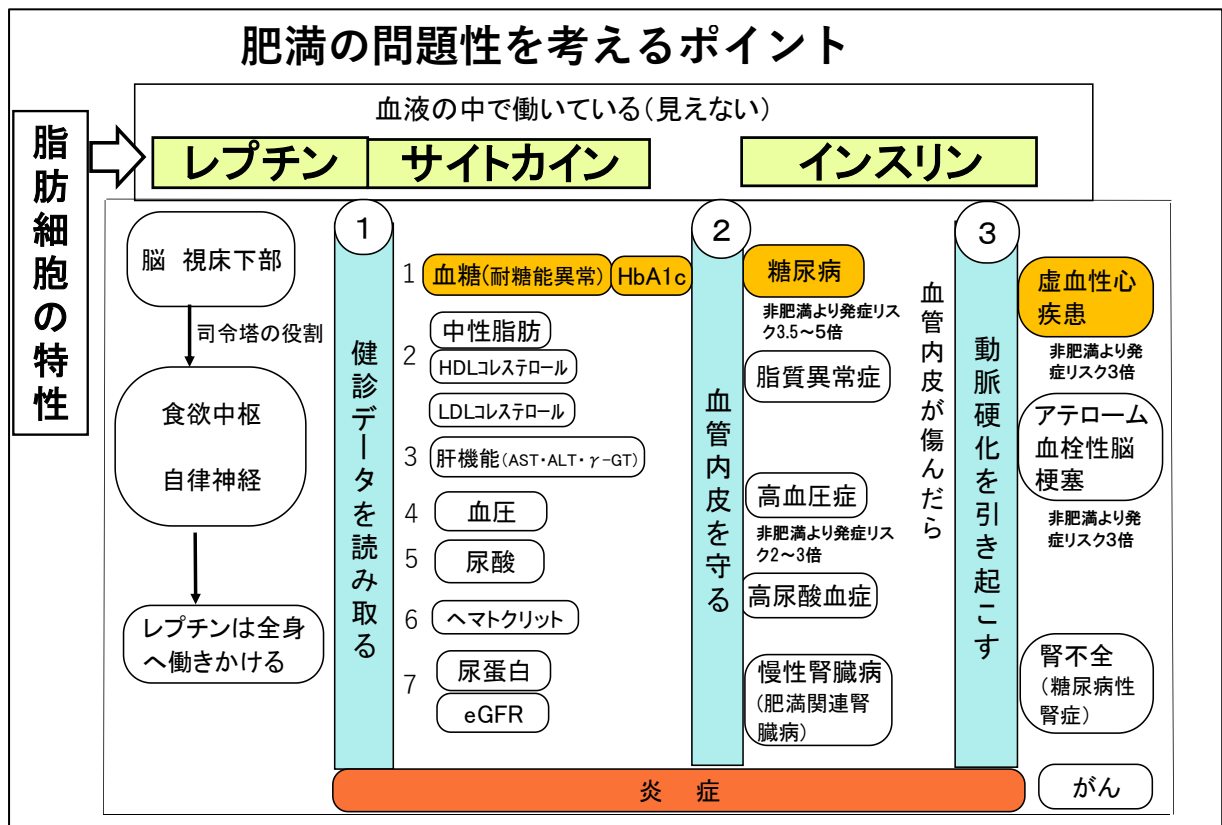
1 早期介入保健事業(生活習慣病発症予防)

(1) 基本的な考え方

メタボ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す。(図表 54)

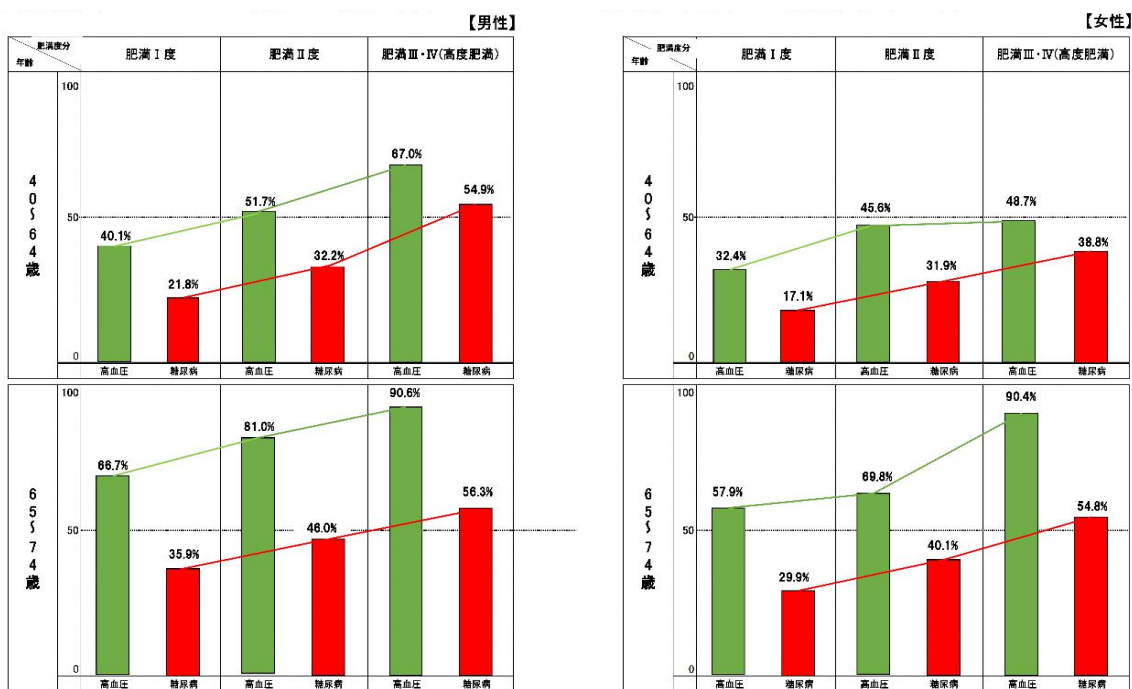
メタボの定義と診断基準としては、「メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することである。従ってメタボの第1の臨床的帰結は心血管病であり、診断は心血管病予防のためにおこなう。また、メタボは2型糖尿病発症のリスクも高いとされており、本診断基準を用いた保健指導が現在我が国で急増している2型糖尿病予防さらには糖尿病性大血管症の予防にも適用しうれば望ましい。」とあり、早期に介入することで生活習慣病発症予防につなげることができます。

図表 54 肥満の問題性を考えるポイント



出典:ヘルスサポートラボツール

図表 55 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？



出典：国保連合会

図表 55 をみると、肥満度及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなること が分かります。そのため、19～39 歳の国保被保険者を対象とした特定健診と同一項目での若年健診 を実施し、個別の保健指導を実施することで早期生活習慣改善につながる仕組みが必要です。

(2) 事業の実施

① 対象者

若年健診を受診した人のうち、プログラム様式 5-5 (図表 52) に準じて対象者を抽出します。具体的 には、特定保健指導と同等な状況にある人(O・P)と医療機関受診が必要な状況にある人(M)を対象 者とします。

② 実施の流れ

若年健診の結果が医療機関から届いたら、保健指導対象者の階層化判定を実施します。その後、 地区担当が担当者を決め、訪問による個別指導や医療機関受診勧奨を実施します。また、対象者 (O・P) に該当する人については、食事も含めた生活習慣改善が必要となるため、保健師のみならず 管理栄養士等多職種での連携や継続したアプローチを実施します。保険者直接実施、一般衛生部 門への執行委任、本市からの業務委託にて実施します。

③ 評価

年度末に、実施体制・プロセス・アウトプット(実施量)・アウトカム(成果)の各評価指標に従って事業 評価を実施し、翌年度の事業実施方法の見直しを行います。

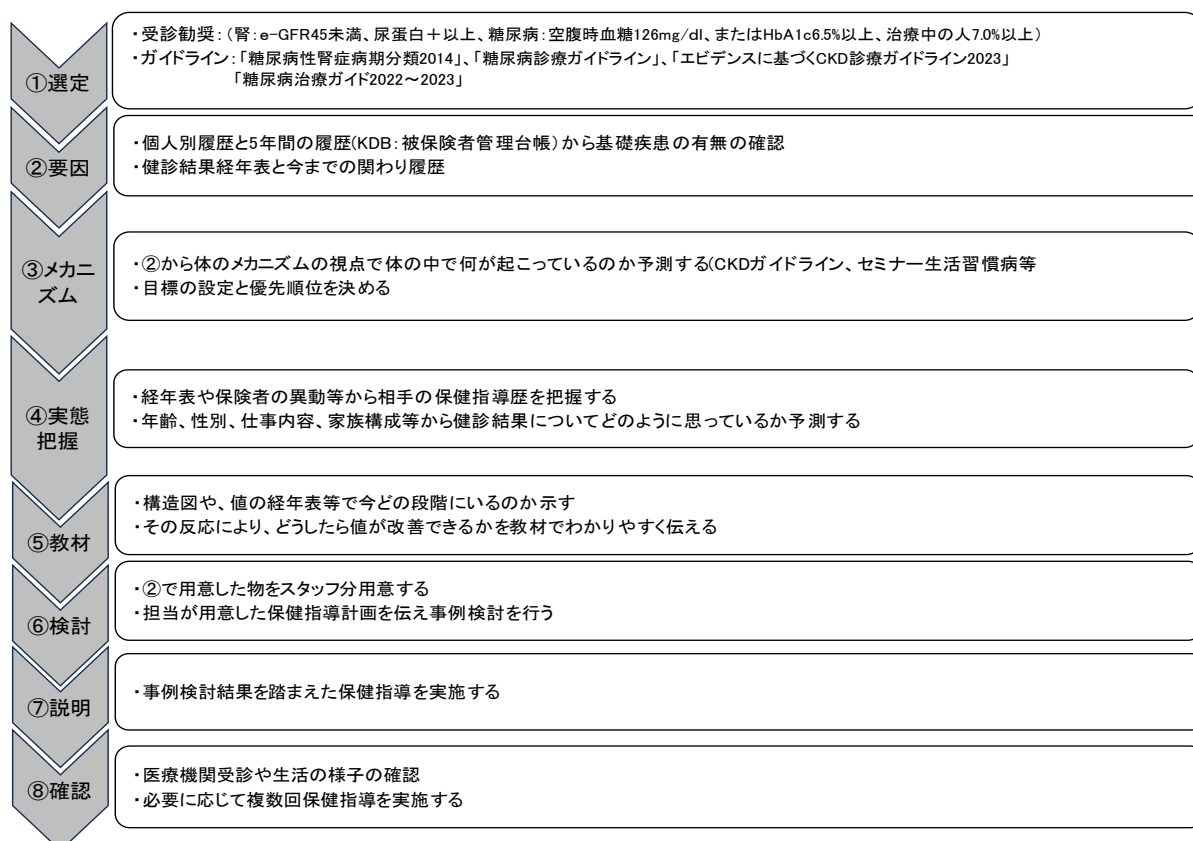
2 糖尿病性腎症重症化予防

(1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組に当たっては「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に基づき、PDCAサイクルに沿って実施していきます。

なお、取組に当たっては図表 56 に沿って実施します。

図表 56 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



出典:ヘルスサポートラボツール

(2)事業の実施

①対象者

対象者の選定基準に当たっては、熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者に優先順位をつけて抽出します。

また、腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」(図表 57)(糖尿病性腎症合同委員会策定)を基盤とします。

図表 57 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類(改訂)		
病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

出典:ヘルスサポートラボツール

②実施の流れ

糖尿病性腎症の発症・進行抑制には、血糖値のコントロールが重要です。しかし、本市の実態からも分かるように、必要な治療につながっていない健診有所見者もいるため、糖尿病治療ガイド、CKD診療ガイド等を参考に医療機関受診勧奨を優先的に行います。

その際、連絡表や糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医や専門医、その他の医療関係者と連携し、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任、本市からの業務委託にて実施します。

また、事業実施に当たっては、鹿本地域糖尿病保健医療連携会議にて本市のデータに関する集積や評価を行い、実施方法や連携体制の見直しを図ります。

③評価

年度末に、実施体制・プロセス・アウトプット(実施量)・アウトカム(成果)の各評価指標に従って事業評価を実施し、翌年度の事業実施方法の見直しを行います。

3 虚血性心疾患・脳血管疾患予防

(1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組に当たっては「脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャートや冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン」、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン」等に基づいて進めていきます。

また、脳血管疾患重症化予防の取組に当たっては「脳卒中治療ガイドライン」、「脳卒中予防への提言」、「血圧治療ガイドライン」等に基づいて進めていきます。(図表 58)

図表 58 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	●							

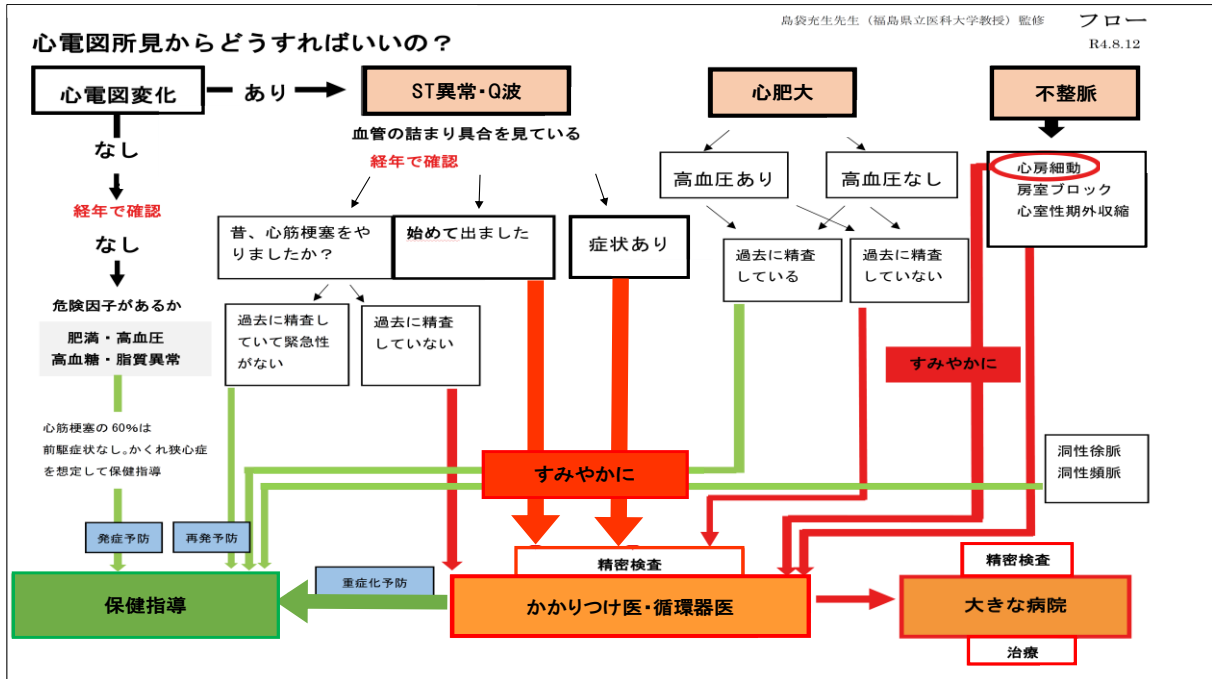
出典：ヘルスサポートラボツール

(2)事業の実施

①対象者

受診勧奨者及び保健指導対象者については、心電図所見からのフローに従って抽出します。(図表 59)

図表 59 心電図所見からのフロー図 (保健指導教材)



出典:ヘルスサポートラボツール

心電図検査は最も基本的な心臓の検査で、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心肥大などの評価に用いられます。虚血性心疾患重症化予防においても重要な検査の1つであり、「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから、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、血圧・血糖等のリスクと併せて医療機関で判断を受ける必要があります。

また、「心原性脳塞栓症は、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る疾患ですが、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」(脳卒中予防の提言から引用)であり、特に、心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります。(図表 60)

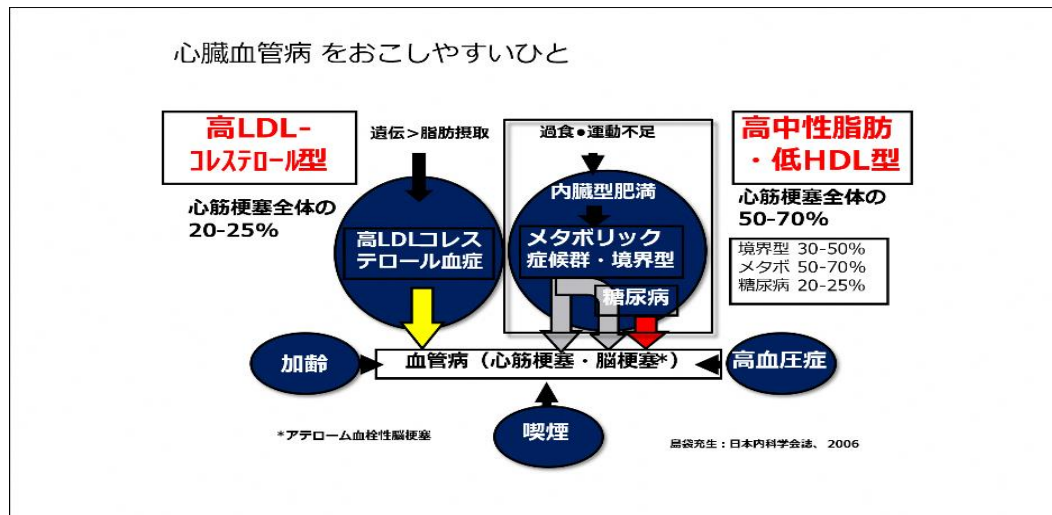
図表 60 心房細動と心原性脳塞栓症



出典:ヘルスサポートラボツール

虚血性心疾患はメタボ又は 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 61・62)

図表 61 心臓血管病をおこしやすいひと



出典:ヘルスサポートラボツール

図表 62 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設定

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)				
				120-139	140-159	160-179	180以上	
				1,466	731	480	175	80
				49.9%	32.7%	11.9%	5.5%	
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)	186	100	56	19	11	
			12.7%	13.7%	11.7%	10.9%	13.8%	
	中リスク	140未満 (170未満)	598	285	203	71	39	
			40.8%	39.0%	42.3%	40.6%	48.8%	
高リスク	120未満 (150未満)	617	309	200	81	27		
		42.1%	42.3%	41.7%	46.3%	33.8%		
	再掲	100未満 (130未満) ※1	35	19	9	7	0	
			2.4%	2.6%	1.9%	4.0%	0.0%	
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)	65	37	21	4	3	
			4.4%	5.1%	4.4%	2.3%	3.8%	

※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。

出典:ヘルスサポートラボツール

脳血管疾患において高血圧は、最も重大な危険因子です。(図表 61)

医療機関未受診者の中にはメタボ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(図表 63)。

図表 63 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

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		高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	1,104	577 52.3%	411 37.2%	97 8.8%	19 1.7%
リスク第1層 予後影響因子がない	55 5.0%	C 32 5.5%	B 17 4.1%	B 6 6.2%	A 0 0.0%
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	636 57.6%	C 317 54.9%	B 250 60.8%	A 59 60.8%	A 10 52.6%
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	413 37.4%	B 228 39.5%	A 144 35.0%	A 32 33.0%	A 9 47.4%

…高リスク (赤)

…中等リスク (黄)

…低リスク (白)

区分	該当者数
A	254 23.0%
B	501 45.4%
C	349 31.6%

※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 蛋白尿については、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

②実施の流れ

保健指導の実施に当たっては対象者に応じた保健指導を行います。特に、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最優先で医療機関受診勧奨を行います。また、過去に治療中であつ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。保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任、本市からの業務委託にて実施します。

③評価

年度末に、実施体制・プロセス・アウトプット(実施量)・アウトカム(成果)の各評価指標に従って事業評価を実施し、翌年度の事業実施方法の見直しを行います。

4 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

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ですが、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。若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化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、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。

その際、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と、生活機能の低下を防止する取組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) 実施の流れ

本市では、熊本県後期高齢者広域連合の業務を受託し、令和2年度から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」に取り組んでいます。

具体的には、企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)の配置、KDB システム等の活用、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っています。地区を担当する保健師等は、75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳に基づき、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、個別的支援(ハイリスクアプローチ)を実施します。また、生活習慣病からのフレイル^{※10}や認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育(ポピュレーションアプローチ)を実施していきます。なお、直営での実施体制が困難な場合には、業務委託による実施体制の整備を行います。

※10 フレイル:健康な状態と要介護状態の中間の段階の状態であり、身体機能障害に陥りやすい状態のこと

5 ポピュレーションアプローチ

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。特定(若年)健診の地域ごとの受診状況や有所見状況、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態、適正飲酒や運動の必要性等を、ホームページ・広報紙・出前講座等を活用して広く市民へ周知していきます。

6 計画の評価・見直しスケジュール

(1) 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、以下の4つの指標で評価を実施します。

※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">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・医療機関受診率・健診有所見の改善率・医療費など中長期目標として設定した指標

特に、アウトカム評価の項目については、国保データベース(KDB)システムのデータを活用し、毎年事業評価を行います。

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。

(2) 中間評価の時期

令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

第7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得るべきものとするのが重要であり、このため、国指針に基づき、ホームページ等で公表するものとします。

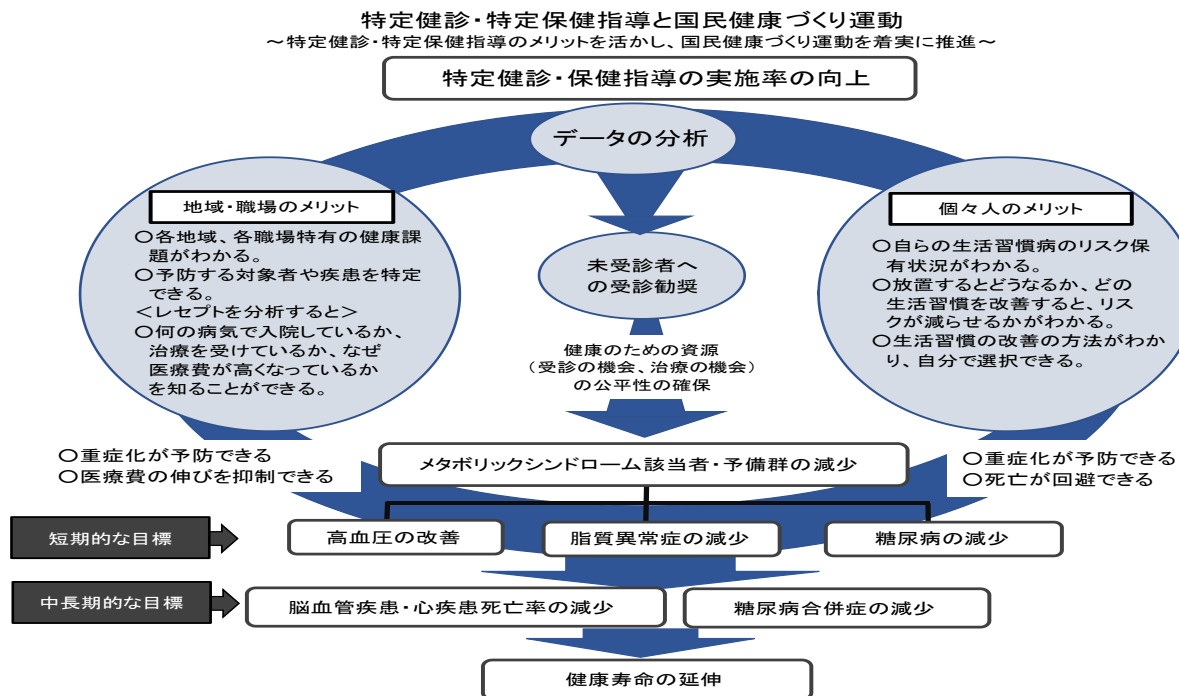
2 個人情報の取扱い

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山鹿市個人情報保護法施行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に定めるとともに、委託先の実施状況を管理します。

参考資料

参考資料1 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動の図



出典：標準的な健診・保健指導プログラム(厚生労働省)

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。糖尿病合併症は複数あるが、健康日本 21 の目標項目のうち、特定健診・特定保健指導に関連する目標項目のうちこれに該当するものは腎症であることから、本計画も同様とする。データ分析を行い解決すべき課題や取組が明確となり、分析に基づく取組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。

参考資料2 健診検査項目の保健指導判定値及び受診勧奨判定値

				(正常値)	保健指導判定値	受診勧奨判定値	備考	
基本的な健診の項目 ※追加健診項目	身体 の 大き さ	BMI		～24.9	25.0～		メタボリックシンドローム 診断基準検討委員会： メタボリックシンドローム の定義と診断基準	
		腹 囲	男性	～84.9	85.0～			
			女性	～89.9	90.0～			
	内 臓 脂 肪 の 蓄 積	中性脂肪 ※空腹時を原則とした判定値		～149	150～299	300～	日本動脈硬化学会： 動脈硬化性疾患予防ガイ ドライン	
		HDLコレステロール		40～	35～39	～34		
		AST (GOT)		～30	31～50	51～		
		ALT (GPT)		～30	31～50	51～		
		γ-GT (γ-GTP)		～50	51～100	101～		
	内 皮 障 害	血 圧	収縮期	～129	130～139	140～	日本高血圧学会： 高血圧治療ガイドライン	
			拡張期	～84	85～89	90～		
		尿酸※		～7.0	7.1～7.9	8.0～	日本通風・核酸代謝学 会：高尿酸血症・痛風の 治療ガイドライン	
	抵 抗 性 イン ス リ ン	空腹時血糖		～99	100～125	126～	日本糖尿病学会： 糖尿病治療ガイド	
		随時血糖		～99	100～125	126～		
		HbA1c(NGSP値)		～5.5	5.6～6.4	6.5～		
		尿糖		(-)	(+)	(++)～		
	腎 臓	血 清 ク レ ア チ ニン※	男性	～1.00	1.01～1.29	1.3～	人間ドック学会： 判定区分	
			女性	～0.70	0.71～0.99	1.0～		
		eGFR (糸球体ろ過量)		90～	89～51	～50 70歳以上 ～40	日本腎臓学会： CKD診療ガイド	
		尿蛋白		(-)	(+)	(++)～		
	尿潜血※		(-)	(+)	(++)～			
その 他 の 動 脈 硬 化 危 険 因 子	LDLコレステロール		～119	120～139	140～	日本動脈硬化学会： 動脈硬化性疾患予防ガイ ドライン		
	Non-HDLコレステロール		～144	150～169	170～			
詳細な健診の項目	血 管 変 化	心 臓	心電図	正常	軽度異常	異常	日本循環器管理研究協 議会 循環器病予防ハンドブ ック	
		脳	眼底検査	HOSO	H1S1	H2S2～H3S3		
		腎 臓	血 清 ク レ ア チ ニン	男性	～1.00	1.01～1.29	1.3～	人間ドック学会： 判定区分
				女性	～0.70	0.71～0.99	1.0～	
	eGFR (糸球体ろ過量)		90～	89～51	～50 70歳以上 ～40	日本腎臓学会： CKD診療ガイド		
	易 血 管 の 栓 化	ヘマトクリット		男性	38.5～48.9	35.4～38.4、49.0～50.9	～35.3、51.0～	WHO貧血判定基準 日本人間ドック学会： 人間ドック成績判定及び 事後指導に関するガイ ドライン
				女性	35.5～43.9	32.4～35.4、44.0～47.9	～32.3、48.0～	
		血色素量 (ヘモグロビン値)		男性	13.1～16.6	12.0～13.0、16.7～17.9	～11.9、18.0～	
				女性	12.1～14.6	11.0～12.0、14.7～15.9	～10.9、16.0～	

出典：標準的な健診・保健指導プログラム(厚生労働省)

用語集

用語	説明
あ行	
アテローム血栓性脳梗塞 (P44)	動脈硬化が原因で引き起こされる脳梗塞の一種で、生活習慣病のコントロールが重要となる。
安静時心電図 (P50)	安静にした状態で行われる心電図検査で、心筋の収縮に発生する電気エネルギーの変化を記録するものである。P波、QRS波、T波などの波形やリズムの乱れから不整脈や心肥大、心筋梗塞などがわかる。 ⇨運動負荷心電図は心臓に負荷がかかった場合の波形を記録できる。
易炎症性状態 (P27)	免疫系の機能が弱まり、病気の感染しやすい状態。
インスリン抵抗性 (P27)	インスリンが十分に作用しておらず、血糖値を調整する役割を果たせていない状態。
か行	
眼底検査 (P11)	目の奥の状態を調べる検査。通常眼底写真にて検査する。 動脈硬化の程度、高血圧、糖尿病による眼の合併症や緑内障・白内障の有無などを調べるもの。
虚血性心疾患 (P1)	心臓の冠動脈の閉塞や狭窄などにより心筋への血流が阻害されて心臓の筋肉に必要な酸素が不足することで心臓の働きが弱まることで起こる疾患の総称で、狭心症や心筋梗塞などが含まれる。狭心症は狭くなるだけで完全に血管がふさがってはならず、発作も数分で収まるのが一般的だが、心筋梗塞は血栓が詰まることで冠動脈が閉塞し心筋が壊死する。
居宅サービス (P34)	自宅などで生活する人を対象としたサービスの総称。
クレアチニン (P42)	アミノ酸の一種であるクレアチンが代謝されたあとの老廃物。腎臓でろ過されて尿中に排泄される。血清クレアチニンの値が高いと、老廃物の排泄機能としての腎臓の機能が低下していることを意味する。
頸部エコー (P11)	頸動脈をエコーでみることでプラークや血栓などについて調べる検査で動脈硬化の程度を測定するもの。
血圧 (P14)	血管にかかる圧力のこと。心臓が血液を送り出すときに示す最大血圧を収縮期血圧、全身から戻った血液が心臓にたまっているときに示す最小血圧を拡張期血圧という。

	血糖(P11)	血液内のブドウ糖の濃度。 食前・食後で変動する。低すぎると低血糖、高すぎると高血糖を引き起こす。
	健康寿命 (P53)	健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間。
さ行	サイトカイン (P27)	細胞から分泌されるタンパク質で、細胞間の情報伝達や生理作用を担う生理活性物質の総称。ここでは、インスリン抵抗性の発現に関与しているとされる炎症性サイトカインのことを指す。インスリンの働きを低下させる。
	糸球体腎炎 (P29)	腎臓の糸球体に炎症が起こる疾患で、血尿や蛋白尿などの症状が続く。
	ジェネリック医薬品(P18)	後発医薬品のこと。先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安い医薬品。
	脂質異常症 (P25)	血液中の脂質の値が基準値から外れた状態で、LDLコレステロールやHDLコレステロールなどの異常を指す。動脈硬化の原因となる。
	視床下部 (P45)	間脳に位置し、自律神経や内分泌系を調整する役割をもつ。
	施設サービス (P34)	介護保険施設に入居してして受けるサービスの総称。
	疾病分類 (P24)	「疾病、傷害及び死因の統計分類」の「ICD-10(2013年版)準拠 疾病分類表」を使用。
	脂肪細胞 (P27)	細胞質内に脂肪滴を有する細胞のことで、サイトカイン(アディポサイトカイン)等を分泌する。脂肪細胞が肥大すると、悪玉が増えて善玉が減る。
	自律神経 (P45)	交感神経と副交感神経からなる、内臓・血管などの機能を自動的に調節する神経系。
	周産期 (P24)	出産前後の期間のことで、妊娠 22 週から出生後 7 日未満の期間を指す。
	循環器疾患 (P27)	心臓と血管の疾患(心血管疾患と脳卒中)。肥満、喫煙、多量飲酒、睡眠不足、高血圧、糖尿病、脂質異常症などにより引き起こす。
腎硬化症 (P29)	高血圧が原因で腎臓の血管がもろくなり腎臓の機能低下を引き起こす疾患。	

	人工透析 (P19)	腎臓の機能を人工的に代替する治療法で、機械に血液を通す血液透析と腹膜を利用する腹膜透析の2つに大きく分けられる。
	心室性期外収縮 (P50)	心室から生じる正常な拍動の間に不規則な拍動があらわれる不整脈。基礎疾患や生活習慣が原因となり引き起こされる場合がある。
	心電図(P42)	心臓の筋肉に流れる電流を体表面から記録する検査。電流の流れ具合に異常がないかがわかる。 また1分間に電気が発生する回数である心拍数も測定される。
	心肥大(P49)	高血圧が主な原因で、心臓の筋肉が通常よりも厚くなった状態で進行すると心臓の機能が低下する。
	腎不全(P20)	腎臓の機能が低下して正常にはたらかなくなった状態のことで、IgA腎症などの糸球体腎炎だけでなく、糖尿病や高血圧などの生活習慣病も原因となる。
	心房細動 (P14)	心臓の心房が異常に働くことで不整脈を起こした状態。加齢や高血圧が原因で、心房内で血液がよどむため血栓ができやすくなる。
	数量シェア (P18)	どの程度後発医薬品が使われているかの割合のこと。
	生活習慣病 (P9)	食事や運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が深く関与し、それらが発症の要因となる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。
た行	中性脂肪 (P14)	肉や魚・食用油など食品中の脂質や、体脂肪の大部分を占める物質。単に脂肪とも呼ばれる。
	痛風腎(P28)	痛風の原因となる尿酸の結晶が腎臓にたまって炎症を起こしている状態。
	洞性徐脈 (P50)	不整脈の一種で、心拍数が遅くなること。
	洞性頻脈 (P50)	不整脈の一種で、心拍数が早くなること。
	糖尿病 (P6)	血液中の血糖が増えてしまう疾患で、高血糖によって血管が傷ついたり様々な合併症を引き起こす。I型とII型がある。I型は自分自身でインスリン分泌ができず発症するもの、II型は、インスリンの分泌が少なくなったり効きにくくなったりすることで発症するもの。
	糖尿病管理台帳 (P6)	過去5年間の特定健診の検査結果からHbA1c6.5以上の人を台帳として管理し、治療状況や健診受診状況を継続的に確認するもの。

	糖尿病性腎症 (P6)	糖尿病の合併症の一つで、糖尿病が腎臓の細い血管を損傷し、時間の経過とともに腎機能が損なわれることで発生する。
	動脈硬化 (P27)	動脈の内側の壁の中にプラークができたりすることで血管が狭くなって固くなる状態。脂質異常症や内臓脂肪型肥満、高血圧、糖尿病などが原因となる。
	動脈硬化惹起性リポ蛋白異常 (P45)	動脈の内側に主に脂肪からなる粥のようなドロドロした粥状物質(アテローム)が沈着し血管壁が肥厚する粥状硬化に関与するリポ蛋白異常。
	特定健康診査 (P1)	平成 20 年 4 月から開始された、生活習慣予防のためのメタボリックシンドロームに着目した健康診査のこと。特定健診。40 歳～74 歳の医療保険加入者を対象とする。
	特定保健指導 (P10)	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高く、生活改善により生活習慣病の予防効果が期待できる人に対して行う保健指導のこと。特定保健指導対象者の選定方法により「動機付け支援」「積極的支援」に該当した人に対し実施される。
な行	内臓脂肪型肥満 (P42)	腹腔内の腸間膜などに脂肪が過剰に蓄積しているタイプの肥満で、下半身よりもウエスト周りが大きくなる体形を指す。生活習慣病のリスクが高いとされている。
	乳幼児突然死 (P16)	睡眠中の赤ちゃんが突然死亡する病気で原因不明。窒息や喫煙などの危険因子があるといわれている。
	尿酸 (P42)	食べ物に含まれるプリン体という物質が肝臓で分解されてできる、体には必要のない老廃物。主に腎臓からの尿に交じって体外に排出される。
	尿酸 (P44)	蛋白質の一種であるプリン体から作られる物質で、血液中の尿酸値が増えると痛風発作や尿路結石、腎障害などを発症するリスクが高くなる。
	尿潜血 (P42)	腎・膀胱炎や結石などが原因となって尿に血液中の赤血球が含まれている状態。
	尿蛋白 (P14)	尿中に血液中の蛋白質が漏れ出ている状態で、腎機能の低下や尿路感染症などが原因で発症する。
	脳血管疾患 (P19)	脳血管に関する病気の総称で、脳の血管が詰まる脳梗塞、脳の中の細い血管が破れて出血する脳出血、脳動脈瘤という血管にできたこぶ(脳動脈瘤)が破裂して出血するくも膜下出血がある。

	脳梗塞(P25)	血栓が脳の血管に詰まるために引き起こされる疾患で、脳の神経細胞に十分な血液が供給されなくなることで様々な障害を引き起こす。動脈硬化や心房細動があると血栓ができやすい。血管の詰まり方によって様々な分類があり、ラクナ梗塞やアテローム血栓性脳梗塞は動脈硬化が原因であり、生活習慣病のコントロールが重要となる。また、心原性脳塞栓は不整脈など心臓の病気が原因となるため、心疾患の予防も重要である。
	脳内出血(P25)	主な原因に高血圧がある。血圧のコントロールが重要である。
	微量アルブミン尿(P11)	腎臓機能の障害の程度を知る検査項目で、腎症の早期発見に役立つもの。
	腹囲(P27)	へその高さで計る腰回りの大きさ。内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボリックシンドロームを診断する指標のひとつ。
	ヘマトクリット(P45)	血球が血液の中で占める容積の割合。貧血を診断する指標となる。腎臓の機能が低下すると赤血球を作る能力が低下し貧血になる腎性貧血を引き起こすこともある。
	房室ブロック(P50)	心臓の電気刺激伝達に異常が起こり、心房から心室への刺激の遅れや途切れが生じる不整脈の一種。完全房室ブロックは、ペースメーカーの植え込みが必要な場合がある。
	本態性高血圧(P28)	高血圧症のうち、血圧が高くなるはっきりとした原因が特定できない場合に診断される。日本人の高血圧症の9割以上を占めるものであり、一般的に加齢とともに増加する。
や行	有所見(P31)	検査の結果、何らかの異常(検査基準値を上回っている等)が認められたことをいう。
	有病率(P25)	ある時点で特定の疾患を有する人の割合。
ら行	レセプト(P1)	診療報酬明細書の通称。
	レプチン(P45)	脂肪細胞によって作り出されるホルモンで、食欲と代謝の調整を行う。満腹中枢を刺激し満腹を感じる。
A ~ Z	AST/ALT(P45)	AST(GOTともいう)は、心臓、筋肉、肝臓に多く存在する酵素である。ALT(GPTともいう)は、肝臓に多く存在する酵素である。 数値が高い場合は急性肝炎、慢性肝炎、脂肪肝、肝臓がん、アルコール性肝炎などが疑われる。

eGFR(P14)	腎臓機能を示す指標で、クレアチニン値を性別、年齢で補正して算出する。腎臓の中にある毛細血管の集合体である「糸球体」が1分間にどれくらいの血液を濾過して尿を作れるかを示す値。 数値が低いと腎臓の機能が低下していることを意味する。
γGT(P45)	肝臓の解毒作用に関与する酵素の一つで、肝臓の機能を評価できる指標の一つ。
HbA1c(P6)	ブドウ糖と血液中のヘモグロビンが結びついたもので、過去1～2カ月の平均的な血糖の状態を示す検査に使用される。
HDL コレステロール(P45)	余分なコレステロールを回収して肝臓に運び、動脈硬化を抑える。善玉コレステロール。
IgA腎症(P29)	腎臓の糸球体に免疫グロブリンであるIgAというタンパク質が沈着することで慢性的な炎症が起こる疾患。難病。
LDL コレステロール(P14)	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる。悪玉コレステロール。