

第 2 期日田市国民健康保険保健事業実施計画
(第 2 期データヘルス計画)

平成 3 0 年 4 月～平成 3 6 年 3 月

日田市 福祉保健部 健康保険課

第2期日田市国民健康保険保健事業実施計画 (第2期データヘルス計画)

-目次-

第1章 計画の基本的事項.....	1
1. 背景・目的（趣旨）.....	1
2. 計画期間	1
3. 実施体制・関係団体の役割	1
第2章 現状の整理	2
1. 保険者等の特性	2
2. 前期計画等に係る評価と考察.....	4
第3章 健康・医療費情報等の分析と分析結果に基づく健康課題の整理.....	1 2
1. 健康・医療費情報等の分析.....	1 2
2. 分析結果に基づく健康課題の整理.....	3 1
第4章 目標	3 4
第5章 保健事業の内容	3 5
1. 特定健康診査実施率向上対策.....	3 5
2. 特定保健指導実施率向上対策.....	3 6
3. 生活習慣病重症化予防対策.....	3 7
4. 生活習慣病予防のための知識の普及啓発事業	4 4
第6章 計画の評価・見直し.....	4 7
第7章 計画の公表・周知.....	5 1
第8章 個人情報の取り扱い	5 1
第9章 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項.....	5 1
1. 地域包括ケアシステムを推進する取組.....	5 1
2. 医療費適正化の取組	5 2

第1章 計画の基本的事項

1. 背景・目的(趣旨)

日田市では、「※日本再興戦略」(平成25年6月14日閣議決定)を踏まえて、平成27年5月に日田市国民健康保険保健事業実施計画(以下、第1期データヘルス計画という。)を策定した。

平成30年度から保険者努力支援制度の評価項目においても、地方自治体の医療費の適正化に向けた取り組みの中で、データヘルス計画の実施状況は、重要な位置づけがなされている。

第1期データヘルス計画では、保健事業ごとに目標を設定し、目標達成に向けて事業展開してきたが、事業の優先順位や短期的な成果目標の設定を明確化していないなどの課題を残した。

今後、更なる被保険者の健康増進を図るため保有しているデータを活用しながら、被保険者全体を対象とした保健事業からリスク別に分けて対象者を絞った保健事業や重症化予防まで様々な角度から事業に取り組むことが求められている。

このような状況を踏まえ、第2期データヘルス計画では、共同保険者である大分県を始めとする関係部局・外部有識者と連携を図りながら、第1期データヘルス計画の分析・考察を行い効果的かつ効率的な保健事業に取り組み、被保険者の「健康寿命の延伸」を実現するために策定するものである。

※「日本再興戦略」

平成25年6月14日に閣議決定された成長戦略。その中で「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、評価の取り組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」として、厚生労働省は平成26年3月に保健事業の実施指針を改正した。

2. 計画期間

平成30年度から平成35年度の6年間とする。

3. 実施体制・関係団体の役割

①日田市の役割

計画の実施主体は、国保担当部門となることが基本ではあるが、高齢者医療部門・保健衛生部門・介護部門等との連携を強化して計画を実施していく。

②外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるために、日田市医師会、日田歯科医師会、日田薬剤師会などの外部有識者との連携を強化していく。

③官公庁(国保連・大分県)の役割

計画の実効性を高めるために、国保連に設置された支援・評価委員会に対し、積極的に指導・助言を求めていく。

また、広域化により大分県が市町村国保の運営主体となり共同保険者となることから意見交換・データの提供等により連携を強化していく。

第2章 現状の整理

1. 保険者等の特性

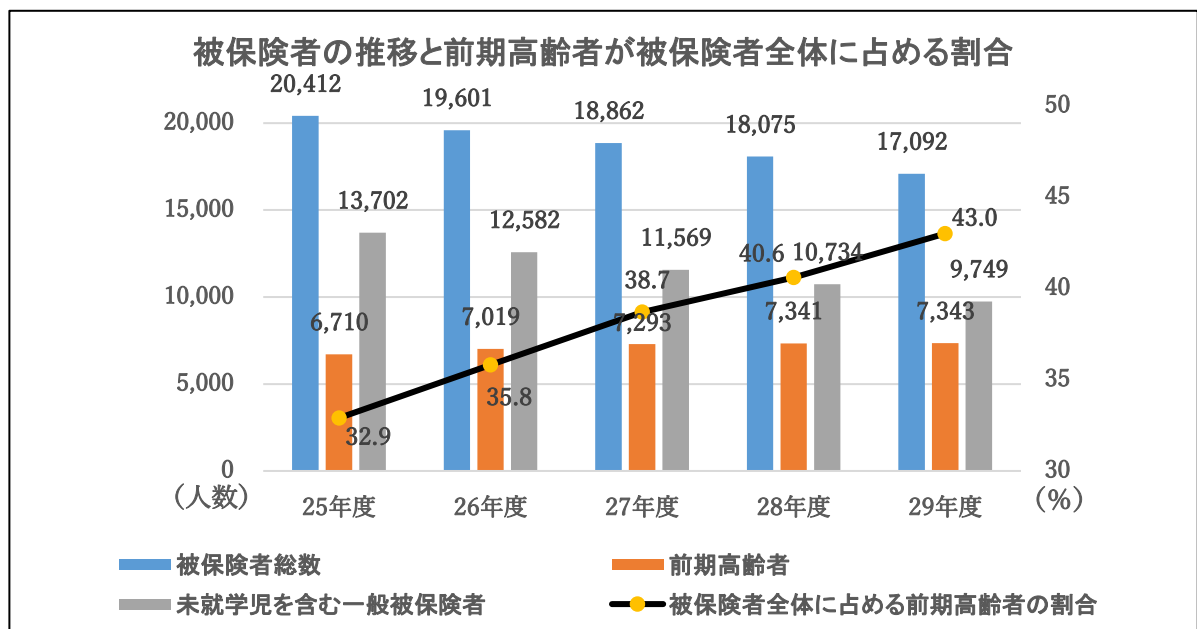
(1) 被保険者の推移

日田市の人口は66,873人、日田市国民健康保険の被保険者数は16,713人で、加入率は約25.0%となっている。

日田市国保の被保険者総数は平成29年度当初の時点では17,092人で、平成25年度当初の時点の被保険者総数20,412人と比べて4年間のうちに3,320人（約16.3%減）減少している。

こうした中、前期高齢者（65～74歳）の被保険者は年々増加傾向にあり、平成25年度当初の時点では被保険者全体に対し前期高齢者が占める割合は32.9%であったが、平成29年度当初の時点では43.0%に増加しており、被保険者の構成は著しい高齢化傾向にある。

図 2-1



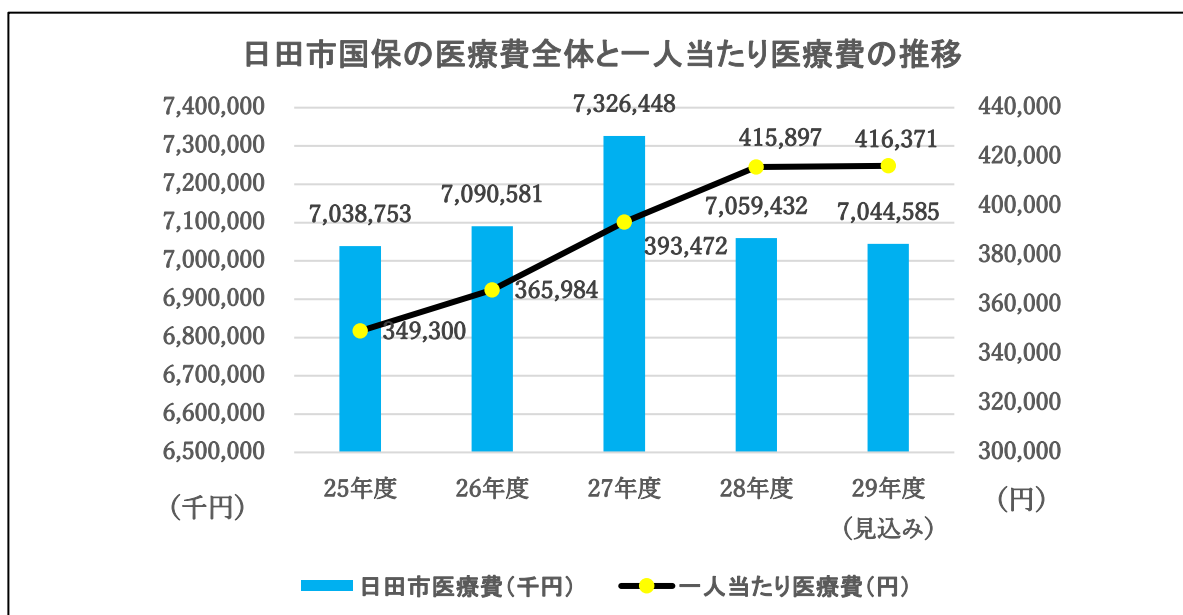
出典：H29.12.31現在：日田市 人口移動調査報告書、国保連 異動状況

（２）医療費の推移

平成２５年度から平成２９年度までの４年間の被保険者の減少にも関わらず、日田市全体の医療費はあまり減少していない。

つまり、一人当たり医療費は増加傾向にあり、平成２５年度の一人当たり医療費と平成２９年度の一人当たり医療費の決算見込み額を比較すると約６．７万円増加している。

図 2-2



出典：日田市 国保データ、国保連 医療給付の状況

2. 前期計画等に係る評価と考察

第1期データヘルス計画（平成27年度～平成29年度）における保健事業の実施状況及び目標の達成状況は下記のとおりである。

【保健事業1】 「特定健康診査（※1）・特定保健指導（※2）の実施率の向上」

目的：実施率向上のために、特定健康診査（以下、特定健診という）対象者のポイントを絞り受診の案内や保健指導を実施する

1）事業の実施状況及び目標の達成状況

評価の項目		特定健診実施率	40歳代実施率	特定保健指導実施率
対象		40～74歳	40歳代	40～74歳の特定保健指導該当者
実施方法 (内容・時期)		●特定健診未受診者へ勧奨 ・個人へハガキ通知 ・電話や訪問（夜間を含む）による勧奨 年間各1～2回		●特定保健指導対象者に個別に案内通知。日田市総合保健福祉センターや地区公民館等で保健指導を実施 ●40～50歳代の人へ健診結果の手渡しにより指導を行い、同日に特定保健指導を実施 ●年間通して随時実施
実施体制		保健師、管理栄養士、国保・年金係事務職員、在宅看護師（H29～）		保健師、管理栄養士、検診機関（日田検診センター、厚生連健康管理センター）、在宅保健師・管理栄養士（H29～）
評価	現状 (H25)	32.6%	男性 20.5% 女性 21.2%	14.3%
	目標	60.0%	男女ともに 50.0%	60.0%
	結果 (H28)	35.8%	男性 21.9% 女性 25.1%	24.1%

2）具体的な取組

①特定健診

項目	内容
対象者	当該年度の4月1日に日田市国民健康保険に加入している40～75歳未満の人
通知時期・方法	5月中旬に受診券を発送、受診券に「健診ガイド」を同封
実施時期	5月下旬～翌年2月末
実施場所	地区公民館、検診機関、市内委託医療機関(21か所)
実施方法	実施場所に受診券と保険証を持参して受診
実施内容	身体計測、血圧測定、血液検査、尿検査等
実施体制	検診機関、市内委託医療機関

②特定健診未受診者対策

項目	内容
目的	特定健診実施率の向上
対象者	年齢、地域など各年度に重点とする対象者
実施時期	7月～翌年2月 年1～2回
実施方法	当該年度の未受診者に対してハガキによる受診勧奨、電話や訪問（夜間を含む）
実施体制	保健師、管理栄養士、国保・年金係事務職員、在宅看護師（平成29年度～）

③特定保健指導（動機づけ支援・積極的支援）

項目	内容
対象者	特定健診受診の結果、特定保健指導の対象となった者
通知方法・時期	特定健診結果を階層化した後、対象者に個別通知、随時
実施時期	7月～翌年3月
実施場所	日田市総合保健福祉センター、地区公民館、個人の自宅
実施方法	対象者に個別通知後、本人が直接予約し利用
実施内容	動機づけ支援：初回面接、最終評価（6M後） 積極的支援：初回面接、3か月間の継続支援、中間評価（3M後）、最終評価（6M後）
実施体制	保健師、管理栄養士、検診機関、在宅保健師・管理栄養士（平成29年度～）

④特定保健指導未利用者対策

項目	内容
目的	特定保健指導実施率の向上
対象者	特定保健指導の未利用者
通知方法・時期	対象者に個別通知、7月～3月（随時）
実施方法	電話又は訪問により利用勧奨
実施体制	保健師、在宅保健師・管理栄養士（平成29年度～）

3）評価と考察

（1）特定健診実施率の向上について

第1期データヘルス計画期間中は、委託医療機関の拡大や平成28年度に導入した午後健診の実施、40～50歳代に対象者を絞った受診勧奨、わかりやすい健診ガイドの作成など実施率向上に向けて様々な対策を講じてきた。この中で、実施率の向上に影響した取り組みは「委託医療機関の拡大」と「40～50歳代にターゲットを絞った受診勧奨」と考えられる。

平成24年度から開始した医療機関での特定健診受診者数は徐々に増加し、平成27年度に最高577人（委託機関数21か所）に達している。健診対象者のうち約67%は生活習慣病治療中の人であり、今後も国保加入者の高齢化が見込まれるため、市内の医療機関と連携し医療機関で特定健診が受診できる体制を整備し、実施率の向上を図る。

また、若い年代の国保加入率が減少している中・長期的視点から生活習慣病を予防し、疾病の重症化予防や医療費抑制のためには若いころから特定健診を受診し、健診結果にもとづき生活習慣の改善に取り組むことが重要と考える。このため、「40～50 歳代の受診勧奨」は継続し、若い世代の実施率向上を図る。

(2) 特定保健指導実施率の向上について

市の特定健診は年間を通して実施期間が長く、年度の後半に健診受診者数が増加する傾向にあるため、次年度の上半期まで前年度分の特定保健指導を実施している状況であった。このことが実施率向上の妨げになっている最も大きい要因と考えられる。このため、特定保健指導が次年度まで持ち越しとなり、前年度から開始した特定保健指導が中断のまま終了となるケースも見受けられた。今後は特定健診の実施期間を検討し調整を行いながら、特定保健指導実施者を終了時期まで確実に支援できるよう、進捗状況など実施及び管理方法を見直す。

また、保健師による指導に加えて、平成 29 年度からは在宅保健師や管理栄養士による特定保健指導未利用者勧奨や特定保健指導を実施した結果、実施率は平成 25 年度から 3 年間で 10 ポイント向上した。今後も市民が特定保健指導を受ける必要性を理解するよう、未利用者の勧奨や特定保健指導を通して周知を行う必要がある。

40～50 歳代の受診者には、現在健診結果を直接手渡しで行っているため、特定保健指導の対象となった場合、健診結果の説明と同時に利用勧奨を行うなど利用しやすい体制を整備し、実施率の向上を図る。

【保健事業２】 「生活習慣改善のための保健事業の充実」

目的：運動習慣や適性飲酒、喫煙についての保健指導や運動教室を実施することで、生活習慣の改善を図る。また、要精密検査や要治療者と判定された人に対し、医療機関の受診勧奨を適切に行い、重症化を予防するとともに人工透析導入前の人への保健指導を行うことで人工透析導入を予防する

１）事業の実施状況及び目標の達成状況

評価の項目		生活習慣改善のための保健指導	要精密検査・要治療者の継続した保健指導	糖尿病性腎症重症化予防（平成 29 年度～）
対象		特定健診受診者のうち、 腹囲、HbA1c（※3）及び血圧が保健指導判定値の者、運動習慣のない者等	特定健診受診者で、 HbA1c6.5%以上、収縮期血圧 160 mm Hg 以上の者	特定健診受診者で 2 型糖尿病かつ人工透析導入前の者
実施方法 （内容・時期）		●地区健康相談、健診時保健指導、健診結果説明会（随時） ●生活習慣病予防教室（年 1 クール、6 回）、脱メタボ教室（年 2 クール、各 10 回）等 ●ステップ運動地域教室（年 13 教室） ●ひた市民健活ポイントサービス事業（H28～） ●市民への周知：広報、対象者へ個別通知、チラシを健診結果に同封	●保健師が電話又は訪問により受診勧奨 ●レセプトにて受診の確認	●かかりつけ医より対象者へ事業の紹介 ●生活支援プログラムの実施（保健師による 6 カ月間の保健指導） ●糖尿病重症化予防対策委員会の開催（年 2 回） ●糖尿病研修会（年 1 回）
実施体制		保健師、管理栄養士、歯科衛生士、健康運動指導士、運動実践指導士等	保健師	医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、看護師、保健師、糖尿病専門医など
評価	現状	① 1 回 30 分以上運動習慣なし 69.9% ② 夕食後の間食週 3 回以上 15.3% ③ 食べる速度が早い人の割合 30.3% ④ 飲酒量（2～3 合）の割合 10.6% ⑤ 喫煙率 12.1% ⑥ 非肥満高血糖者（※4）の割合 7.1% ⑦ メタボ予備群（※5）の割合 12.1%	① 糖尿病受診勧奨フォロー率 49.0% ② 高血圧受診勧奨フォロー率 57.1%	糖尿病による人工透析有病率 1.94%
	目標	①56.1% ②11.13% ③29.0% ④9.1% ⑤12.0% ⑥5.7% ⑦11.0%	①100% ②100%	1.84%
	結果 （H28）	①67.0% ②13.9% ③29.1% ④9.8% ⑤12.9% ⑥8.2% ⑦12.0%	①62.6% ②46.3%	2.37%

2) 具体的な取組

① 生活習慣病予防教室（糖尿病予防教室）

項目	内容
目的	正しい知識や適切な指導助言による生活習慣病の予防・改善
対象者	特定健診受診者 40～69 歳で、HbA1c（NGSP）値が 5.6～6.4%又は血圧値が収縮期血圧 130～140mmHg、拡張期血圧 85～90mmHg の者
通知方法・時期	対象者に対し、個別通知
実施時期	6 月～10 月
実施場所	日田市総合保健福祉センター、市役所
実施方法	講義（基礎、運動、栄養）、実技
実施体制	保健師、管理栄養士、健康運動指導士、運動実践指導士

② 脱メタボ教室

項目	内容
目的	生活習慣の行動変容を支援し、健康づくりを促進する
対象者	特定健診受診者で、腹囲が基準値以上又は運動習慣を身につけたい人
通知方法・時期	対象者に対し、個別通知
実施時期	6 月～翌年 1 月（2 クール、1 クール 10 回）
実施場所	日田市総合保健福祉センター、市役所
実施内容	講義（基礎、運動、栄養）、実技（ステップ運動、スロージョギング）
実施体制	保健師、管理栄養士、大学講師

③ 保健指導（健診時保健指導・健診結果説明会）

項目	内容
目的	正しい知識や適切な指導助言による生活習慣病の予防・改善
対象者	特定健診受診者のうち、 健診時保健指導：40～69 歳の国保加入者全員、 健診結果説明会：健診受診者のうち希望する人
周知方法	健診時保健指導：健診会場で対象者に案内 健診結果説明会：個人の健診結果に結果説明会の日程を同封し、周知
実施時期	6 月～翌年 3 月
実施場所	日田市総合保健福祉センター、地区公民館、日田検診センター
実施方法	個別保健指導
実施体制	保健師、管理栄養士

3) 評価と考察

「運動習慣の改善」については、平成 28 年度より開始した「ひた市民健活ポイントサービス事業」や公民館を拠点としたステップ運動リーダーの運営による「ステップ運動地域教室」の開催など、運動習慣のきっかけづくりや運動ができる場の拡大により改善が見られたと考えられた。

また、適正飲酒については、平成 28 年度から特定健診の検査項目に導入した尿酸値の検査データをもとに、飲酒量と生活習慣病との関係についてデータ分析を行い、飲酒量の多い人に対して生活習慣病予防と適正飲酒の観点から検査結果に基づいた指導を行ったことが、飲酒量（2～3 合）の割合の減少につながったと思われる。

一方、喫煙者に対しては健診時保健指導や健診結果説明会の時に、禁煙の必要性やそのメリットなどについて保健指導を行ったが、喫煙率は増加している状況であった。また、「非肥満高血糖者」は高血糖の状態が続くことによるからだの変化に気づかず、また、健診受診後も生活習慣の改善をしないままの生活を続けた結果、有所見者の割合が増加していることが予想された。今後はこれらの対象者にも自分のからだの変化が分かり、自らが生活習慣改善のための行動変容につながるよう、保健指導を行う必要がある。

また、必要な人には医療機関への早期受診を勧め、適切な受診や治療を開始するための働きかけを行うとともに、医療機関受診を中断している人に対しては関係機関と連携しながら、受診につながるための促しや保健指導を行うなど、きめ細かな管理とフォローを徹底し、重症化予防を図る必要がある。

【保健事業 3】 「健康意識の向上」

目的：健康づくりの必要性について周知啓発を充実し、健康意識の向上を図る

1) 事業の実施状況及び目標の達成状況

評価の項目	・ 広報の掲載 ・ 医療費や健診分析の結果の周知	健康づくりメニューの充実	個人へのインセンティブの提供（ひた市民健活ポイント事業）（平成 28.7 月～）
対象	市民		
実施方法 （内容・時期）	● 広報に健康づくりに関する内容を掲載（毎月 1 回） ● 分析結果チラシを作成し、自治会や健康教育、住民組織団体へ説明	● ふれあい宅配講座に項目を追加。希望する団体に対し、健康教育を実施	● 広報や自治体、健康づくり団体等を通して周知 ● 希望者は窓口で申請するとともに、アンケート調査を実施 ● 年度末にポイントを集計し、個人または自治会へた貯まったポイントを付与 ● 受付は随時
実施体制	保健師、管理栄養士	保健師、管理栄養士、国保・年金係事務職員	
評価	現状	月 1 回	—
	目標	月 1 回	—
	結果 (H28)	月 1 回	15 回
			登録者 2,000 人
			1,397 人（65 歳以上の登録者 786 人）

2) 評価と考察

健康相談や健康教育、組織団体などへの支援を通して市の健康課題や取り組み、生活習慣病予防や介護予防の必要性について周知に努めたが、これらの周知がどの程度市民の健康意識の変容や向上に関与してきたか実態がつかめていない状況であった。このため、市民の健康に対する意識や生活実態を把握しその効果の検証を行いながら、分かりやすく市の健康課題や取り組み状況を市民に伝え、生活習慣病予防や介護予防の観点から周知啓発を行う必要がある。

平成 27 年度から開始した「ひた市民健活ポイントサービス事業」は、参加者のうち約 6 割は 65 歳以上であったため、若い年代からの健康づくりのきっかけや運動習慣の形成、生活習慣病予防に取り組めるよう内容を工夫し、事業の周知啓発に努める必要がある。

- ※1 特定健康診査 40～74 歳を対象として毎年度実施する、メタボリックシンドロームに着目した健康診査
- ※2 特定保健指導 特定健康診査の結果をもとに実施する、生活習慣改善のために行う保健指導（動機付け支援・積極的支援）
- ※3 HbA1c 糖尿病の検査項目の一つ。過去 1～2 か月間の平均的な血糖の状態のこと
- ※4 非肥満高血糖者 腹囲、BMI は基準値以内で、血糖値が保健指導判定値以上の者
- ※5 メタボリックシンドローム予備群
内臓脂肪型肥満（腹囲が男性 85 cm 以上、女性 90 cm 以上）に加えて高血糖、高血圧、脂質異常のうち 1 つ以上の項目に該当する者
- ※6 メタボリックシンドローム該当者
内臓脂肪型肥満（腹囲が男性 85 cm 以上、女性 90 cm 以上）に加えて高血糖、高血圧、脂質異常のうち 2 つ以上の項目に該当する者

第3章 健康・医療費情報等の分析と分析結果に基づく健康課題の整理

1. 健康・医療費情報等の分析

(1) 死亡情報等

① 標準化死亡比（※7）

標準化死亡比（平成23～平成27年の平均）をみると性別では女性が有意に高く、疾患別では男女ともに老衰及び肺炎、悪性新生物が有意に高く、さらに女性は脳血管疾患が有意に高い状況にある。

図3-1 標準化死亡比（人口10万人対）

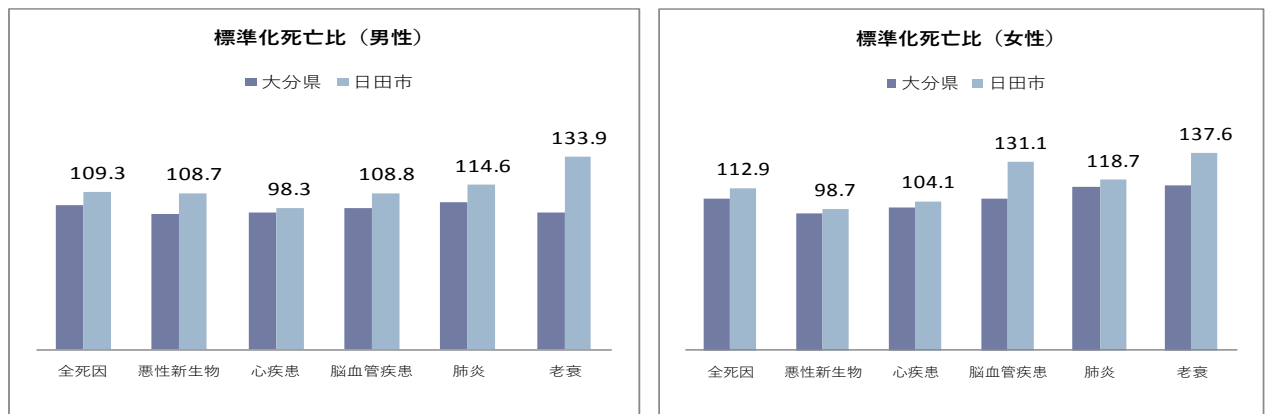


表3-1

<男性>							<女性>						
	全死因	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎	老衰		全死因	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎	老衰
大分県	100.0	94.6**	94.9**	98.5	102.5	95.3	大分県	105.3**	95.5**	99.7**	105.9**	114.5**	115.5**
日田市	109.3**	108.7*	98.3	108.8	114.6*	133.9*	日田市	112.9**	98.7*	104.1	131.1**	118.7**	137.6**

* 5%の危険率で有意差（※8）がある ** 1%の危険率で有意差がある

出典：大分県健康指標計算システム（県福祉保健企画課）H23～H27年の平均

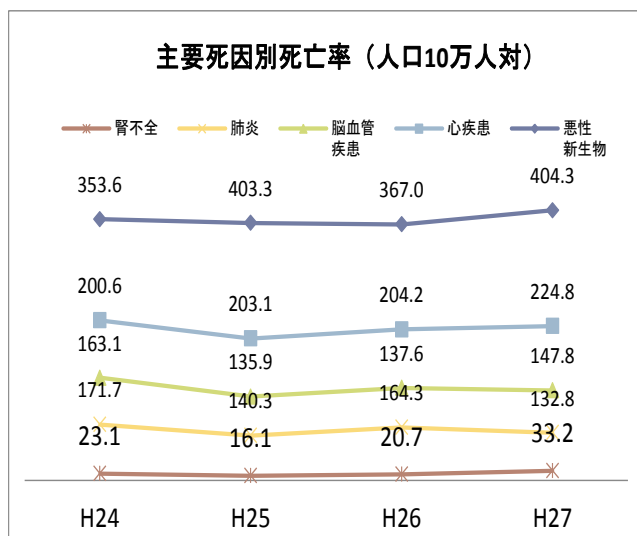
② 主要死因別死亡率（※9）の推移及び国・県との比較

<全体>

4年間の推移では悪性新生物、心疾患、腎不全が増加傾向にあり、脳血管疾患と肺炎は減少傾向にある。

平成27年度の主要死因別死亡率をみると、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の順で高く、国・県と比較しても高く、生活習慣病を起因とする心疾患、脳血管疾患、腎不全が上位を占めている。

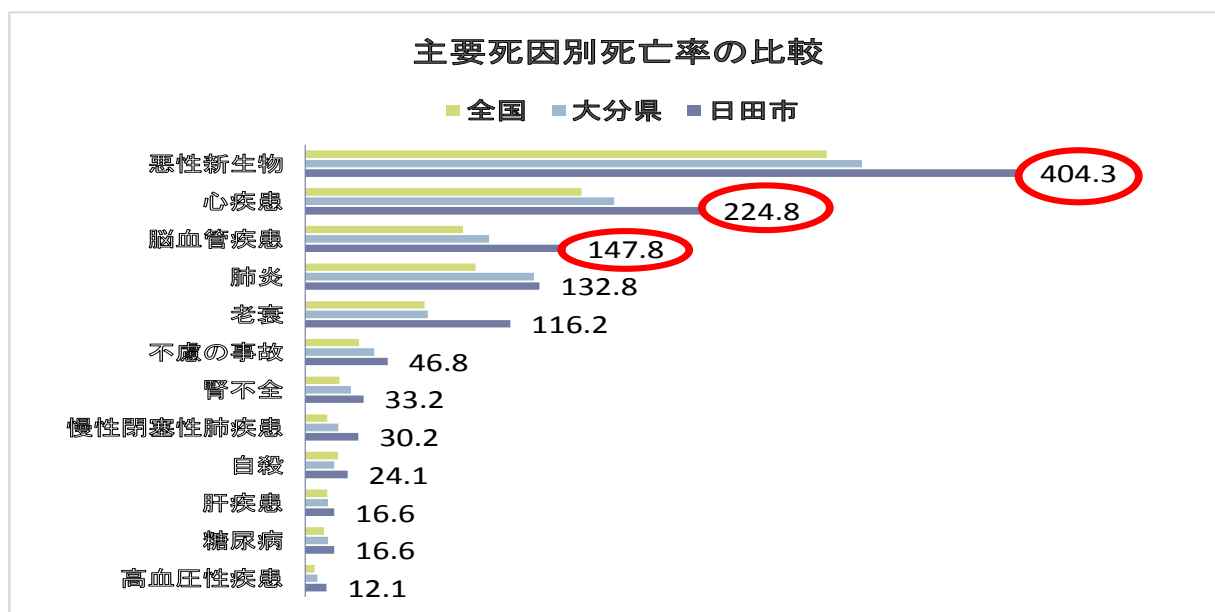
図 3-2 主要死因別死亡率の推移



	悪性 新生物	心疾患	脳血管 疾患	肺炎	腎不全
H24	353.6	200.6	163.1	171.7	23.1
H25	403.3	203.1	135.9	140.3	16.1
H26	367.0	204.2	137.6	164.3	20.7
H27	404.3	224.8	147.8	132.8	33.2

出典：人口動態調査都道府県標準結果（県福祉保健企画課）

図 3-3 平成 27 年度主要死因別死亡率の国・県・日田市の比較

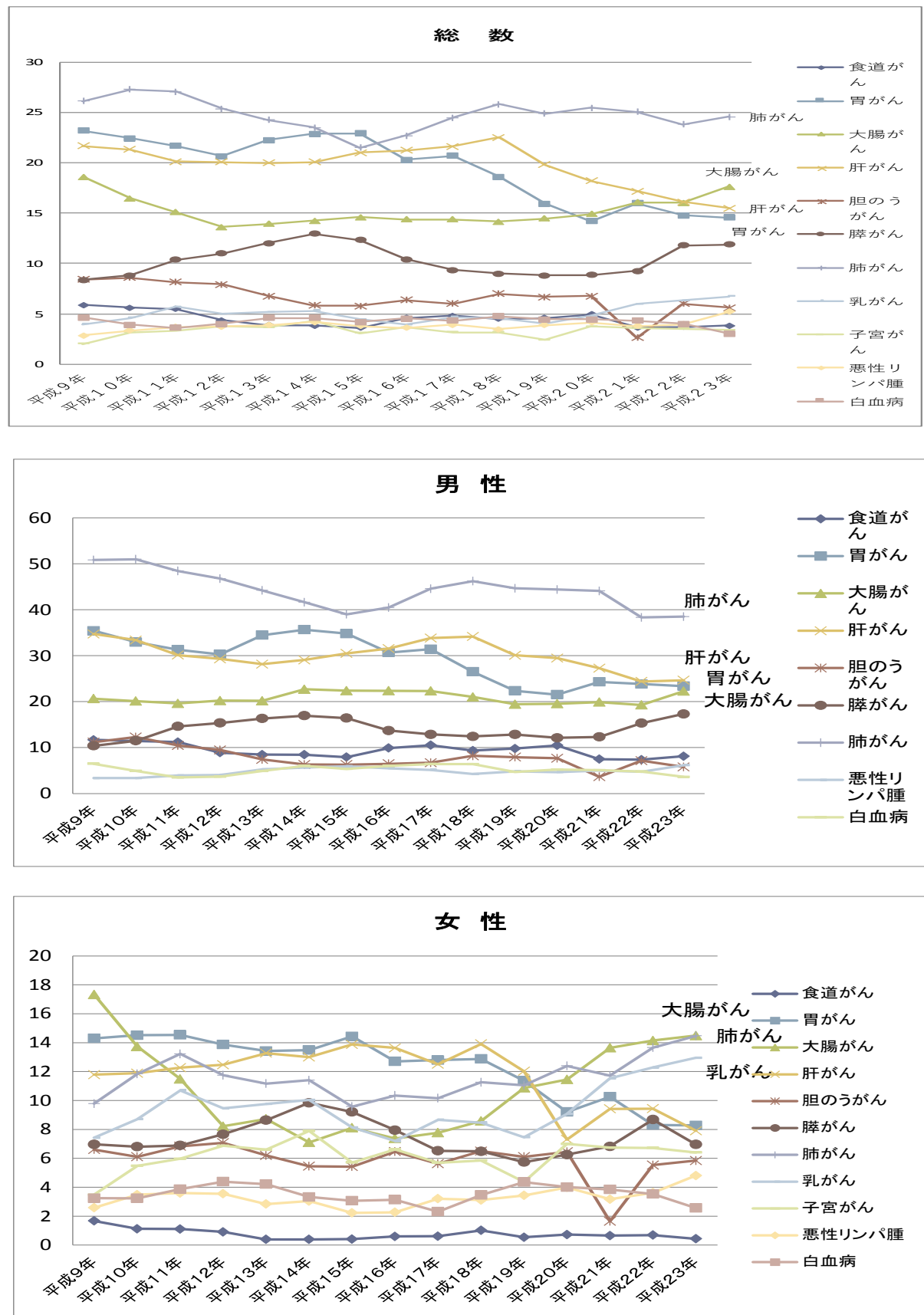


出典：大分県西部保健所報

<悪性新生物（がん）>

部位別年齢調整死亡率（※10）でみると、総数では肺がん、大腸がん、肝がんの順で高い状況である。男女別では、男性は肺がん、肝がん、胃がんの順で高く、女性は大腸がん、肺がん、乳がんの順で高い。また、胃がんと肝がんは減少傾向にあり、大腸がんと女性の肺がん、乳がんは増加傾向にある。

図 3-4 がんの部位別男女別年齢調整死亡率の推移



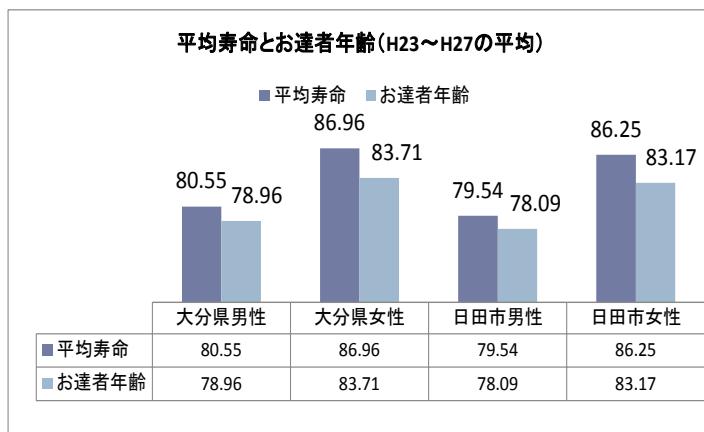
出典：厚生労働省人口動態統計

③ 平均寿命（※11）とお達者年齢（※12）、障がい期間（※13）

平均 23 年から平成 27 年を平均した「平均寿命」と「お達者年齢」は大分県、日田市とも女性の方が男性より長く、障がい期間も大分県、日田市ともに女性が男性の 2 倍長くなっている。

お達者年齢の年次推移を見ると、男性は徐々に伸びてきているが、女性は平成 23 年以降短くなっている。さらに、女性の障がい期間は平成 21 年～平成 25 年の平均と平成 23 年～平成 27 年の平均で比較すると、0.23 歳長くなっている。障がい期間は健康でない期間を意味するため、この期間をなるべく短くすることが大切である。

図 3-5 平均寿命とお達者年齢



出典：大分県健康指標計算システム（県福祉保健企画課）H23～27 年の平均

<H21～H25 年の平均>

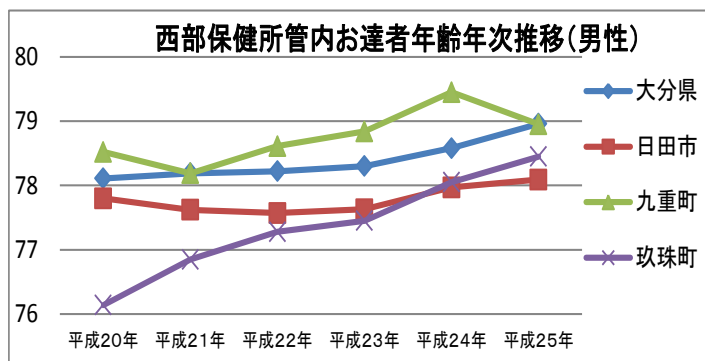
	平均寿命	お達者年齢	障がい期間
大分県男性	79.91	78.30	1.61
大分県女性	86.69	83.46	3.23
日田市男性	79.04	77.63	1.41
日田市女性	86.25	83.40	2.85

<H23～H27 年の平均>

	平均寿命	お達者年齢	障がい期間
大分県男性	80.55	78.96	1.59
大分県女性	86.96	83.71	3.25
日田市男性	79.54	78.09	1.45
日田市女性	86.25	83.17	3.08

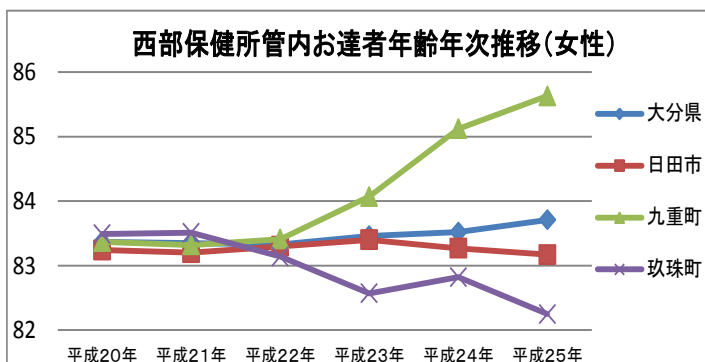
図 3-6 西部保健所管内お達者年齢ランキング

出典：大分県健康指標計算システム（県福祉保健企画課）



お達者年齢(男性)

	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年
大分県	78.11	78.19	78.22	78.30	78.58	78.96
日田市	77.8	77.62	77.57	77.63	77.97	78.09
九重町	78.52	78.19	78.61	78.84	79.45	78.95
玖珠町	76.14	76.85	77.28	77.45	78.05	78.45



お達者年齢(女性)

	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年
大分県	83.37	83.35	83.33	83.46	83.52	83.71
日田市	83.24	83.20	83.30	83.40	83.27	83.17
九重町	83.37	83.32	83.41	84.07	85.12	85.63
玖珠町	83.49	83.51	83.14	82.57	82.82	82.25

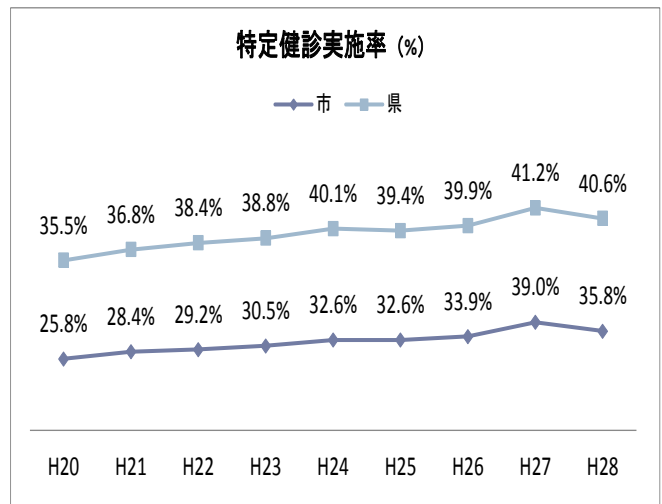
(2) 健康情報

① 特定健診実施率の推移

市の特定健診実施率は、平成 20 年度から徐々に増加し、10 年間で 10 ポイント伸びている。

しかし、県実施率を大きく下回り、国や市の第 1 期データヘルス計画に定めている目標値（60.0%）には達していない。

図 3-7 特定健診実施率の推移

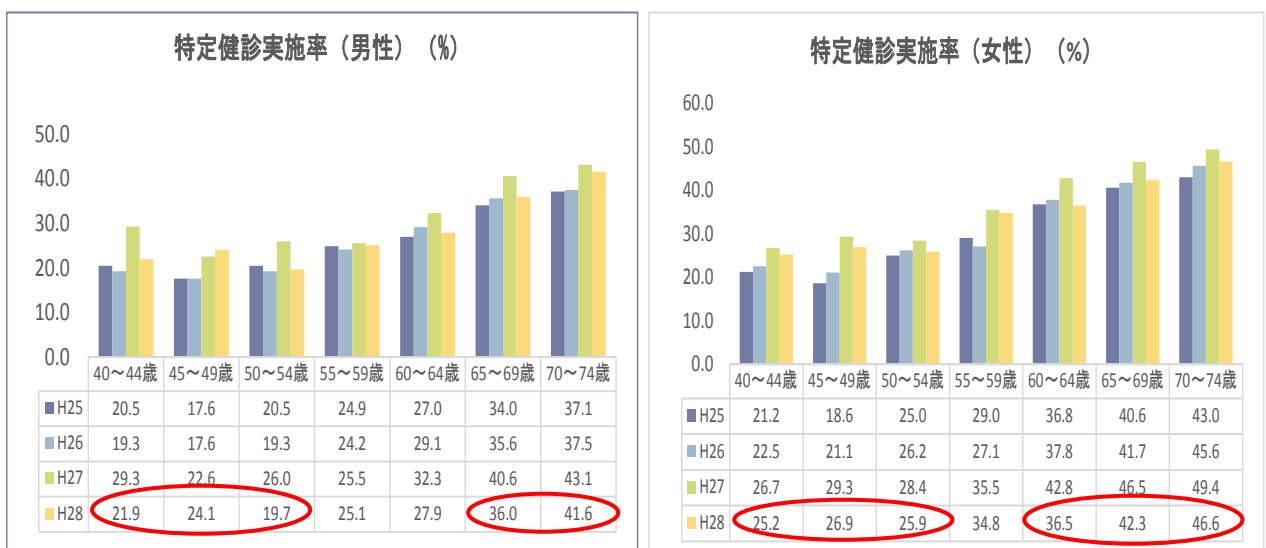


出典：特定健診等法定報告

② 特定健診年代・男女別実施率の推移

特定健診実施率を年代別でみると、市の実施率（平成 28 年度は 35.8%）を上回っている年代は男性では 65 歳以上、女性では 60 歳以上の年代である。また、男女とも 40～54 歳の実施率が低い。性別では女性が男性よりどの年代も概ね高い状況にある。

図 3-8 特定健診実施率（男女別）の推移

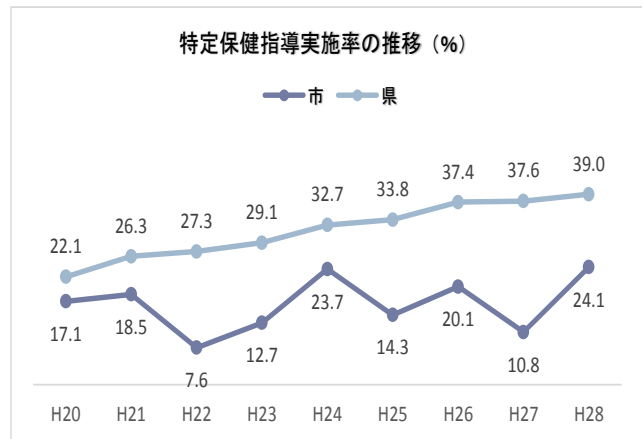


出典：特定健診等法定報告

③ 特定保健指導実施率の推移

特定保健指導対象者は毎年 500～600 人であり、平成 23 年度までは 10%前後で推移している。平成 24 年度は検診機関の委託に加えて保健師も特定保健指導を実施する体制を整備したことにより、実施率は 23.7%に上昇したが、その後 10～20%前半と実施率は伸び悩み、県や国の目標値（60.0%）に達していない。

図 3-9 特定保健指導実施率の推移

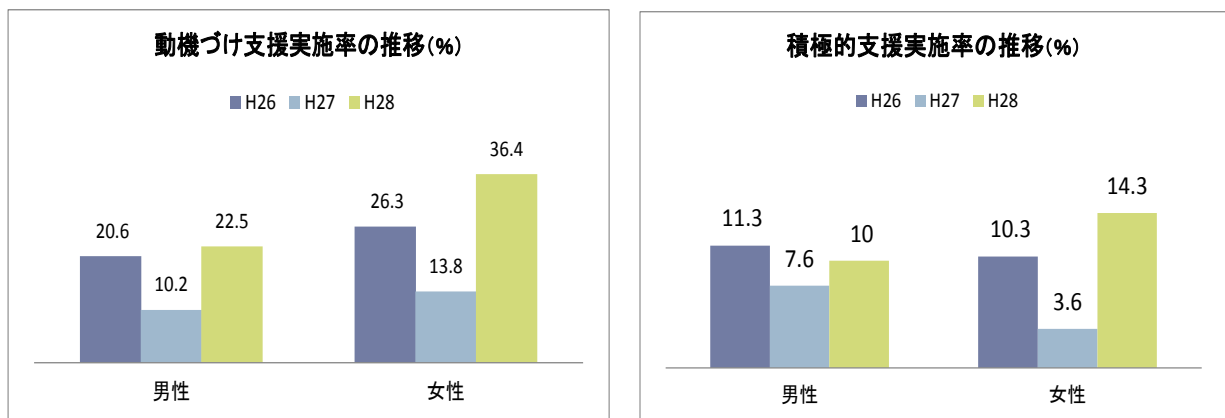


出典：特定健診等法定報告

表 3-2 特定保健指導実施率の推移と内訳

年度	特定健診		対象者数				終了者			終了率
	対象者数 A	評価対象 者数 B	動機づけ C	積極的	合計 E	該当率 (E) / (B)*100	動機づけ	積極的	合計F	(F)/ (E)*100
H20	3,919	3,919	426	134	560	14.3%	76	20	96	17.1%
H21	4,279	4,280	403	159	562	13.1%	79	25	104	18.5%
H22	4,284	4,284	438	157	595	13.9%	36	9	45	7.6%
H23	4,374	4,284	426	158	584	13.6%	61	13	74	12.7%
H24	4,573	4,573	425	187	612	13.4%	111	34	145	23.7%
H25	4,463	4,465	391	149	540	12.1%	58	19	77	14.3%
H26	4,553	4,555	429	144	573	12.6%	99	16	115	20.1%
H27	5,053	5,055	488	140	628	12.4%	57	11	68	10.8%
H28	4,423	4,423	406	122	528	11.9%	114	13	127	24.1%

図 3-10 市の特定保健指導（動機づけ支援及び積極的支援）実施率の推移



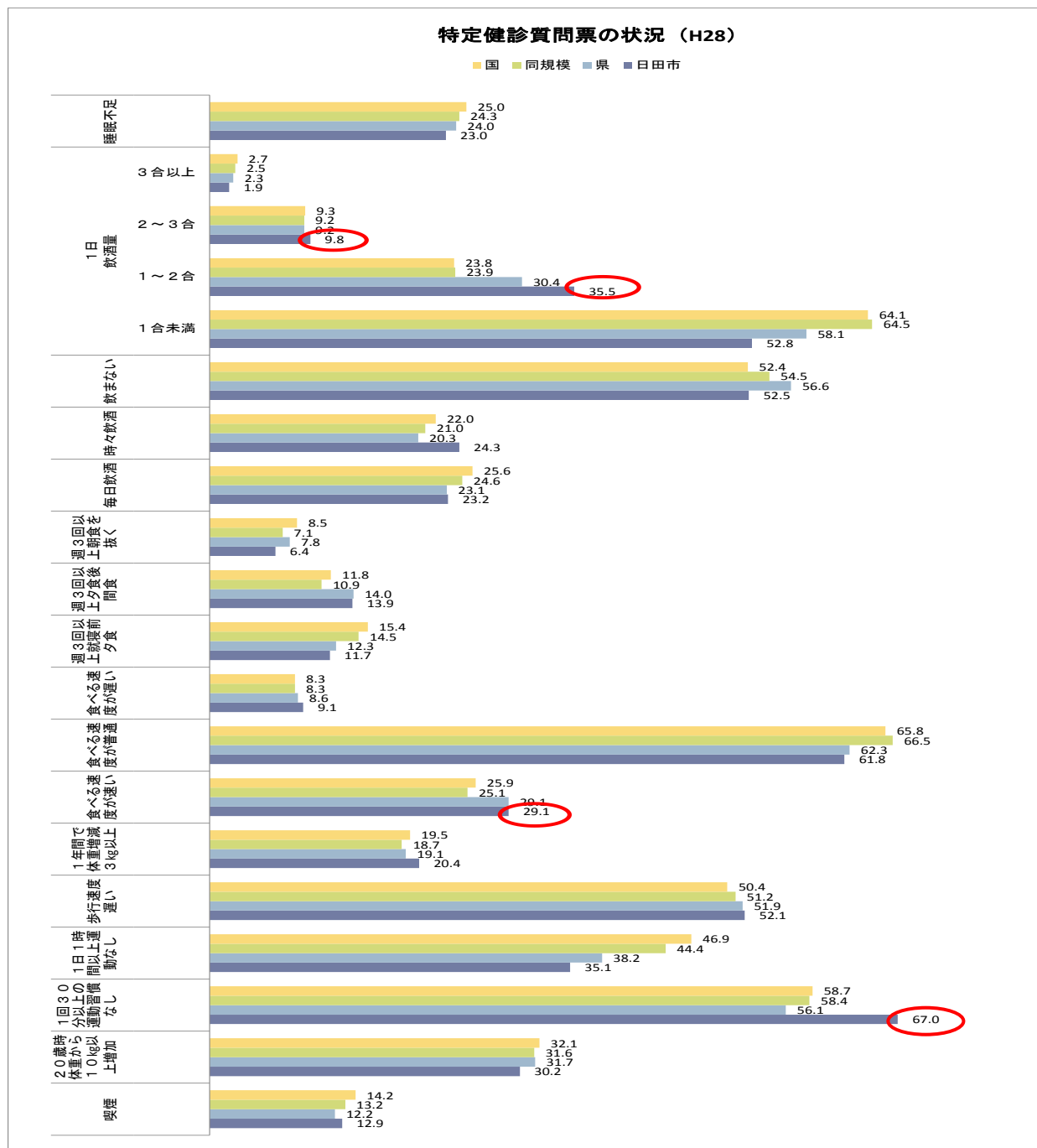
出典：特定健診等法定報告

④ 特定健診質問票調査結果

特定健診質問票 22 項目の中で、国、県、同規模市町村と比較し生活習慣病発症のリスクの高い項目は、「1 回 30 分以上の運動習慣がない」、「食べる速度が速い」、「1 日の飲酒量」であった。また、この 3 項目を年代別にみると、40 歳～50 歳代までは概ね全ての項目において高い割合を占めていた。

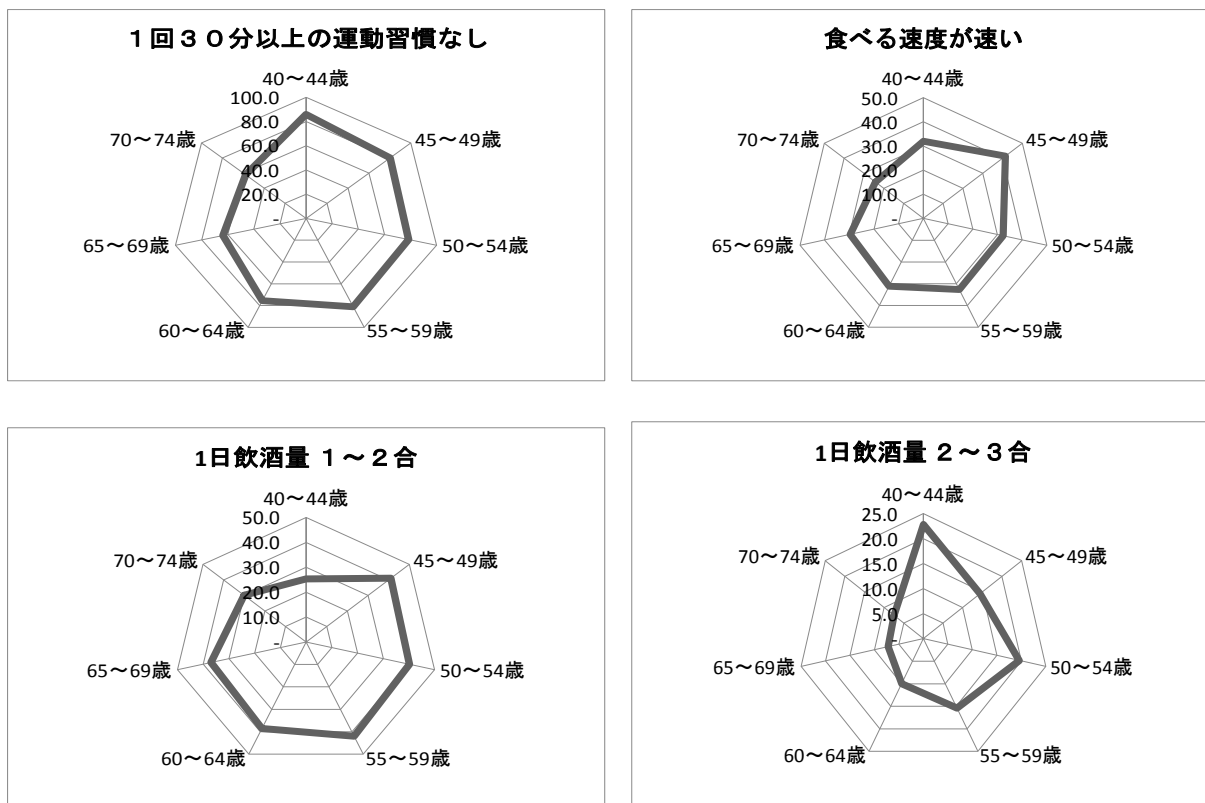
また、喫煙者も平成 25 年以降、人数、割合ともに増加傾向にあり、特に 40 歳～50 歳代の喫煙割合が 20%以上と高い。

図 3-11 特定健診質問票から見る国・県・同規模市町村との比較（％）



出典：KDB（※14） 質問票調査の状況

図 3-12 質問票のうち、日田市の生活習慣病発症リスクの割合の高い質問項目の年代別状況（％）



* グラフの外の向かうほど割合が高いことを示し、生活習慣の改善が必要です。

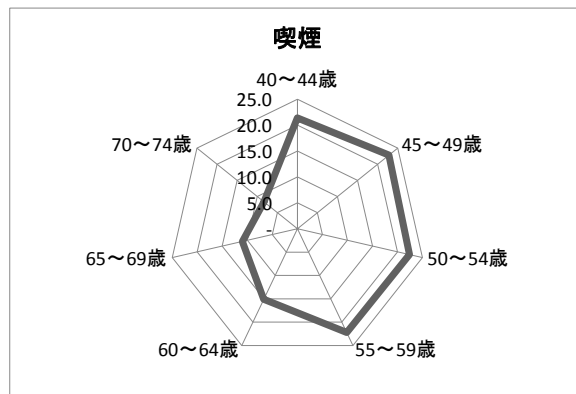
出典：KDB 質問票調査の状況

喫煙者の状況

喫煙者数及び割合の推移

	H25	H26	H27	H28
人数	554	553	703	574
割合 (%)	12.4	12.1	13.9	12.9

図 3-13 喫煙者の年代別割合



出典：KDB 質問票調査の状況

⑤ 特定健診有所見者の状況

平成 28 年度特定健診有所見者を国や県と比較すると、血糖、HbA1c、LDL コレステロールの項目が男女に共通して高い。また、平成 26 年度以降の推移では男性の BMI、腹囲、HbA1c、LDL コレステロール、クレアチニンと女性の HbA1c が増加傾向にある。

図 3-14 H28 年度特定健診有所見者の状況

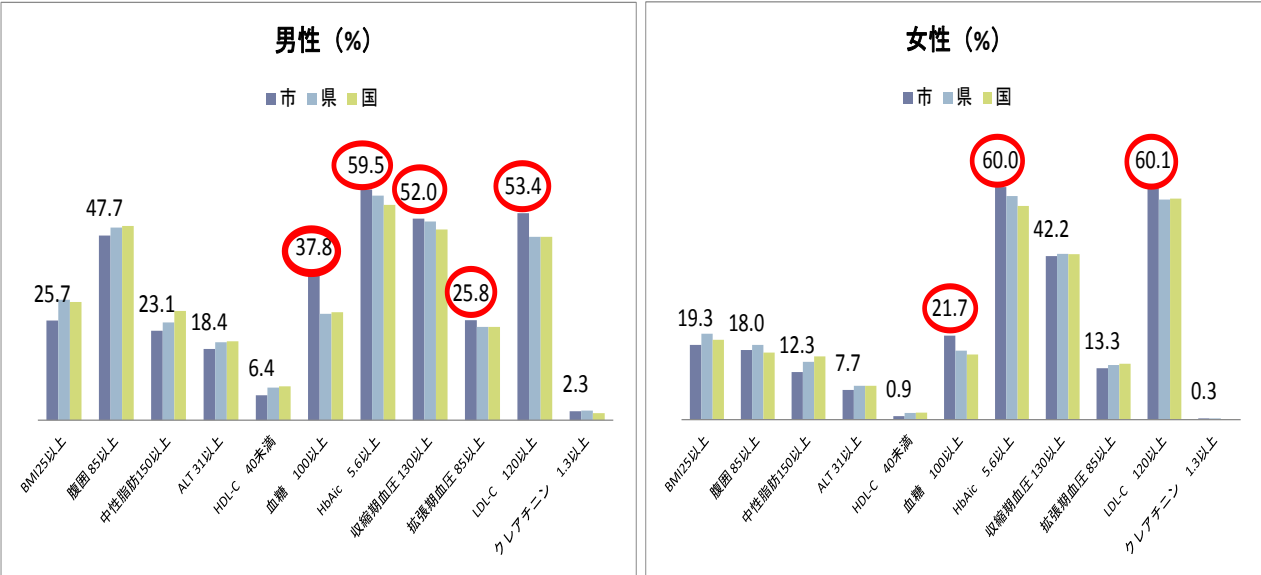


表 3-3 特定健診有所見者の推移 (H26~H28)

男性			H26	H27	H28
BMI 25以上	人数		494	566	504
	割合		24.8	25.2	25.7
腹囲 85以上	人数		897	1,023	933
	割合		45.1	45.5	47.7
中性脂肪 150以上	人数		455	489	452
	割合		22.9	21.8	23.1
ALT 31以上	人数		360	428	36
	割合		18.1	19.1	18.4
HDL-C 40未満	人数		138	162	125
	割合		6.9	7.2	6.4
血糖 100以上	人数		726	830	740
	割合		36.5	37.0	37.8
HbA1c 5.6以上	人数		861	1,246	1,165
	割合		43.2	55.5	59.5
収縮期血圧 130以上	人数		1,046	1,157	1,019
	割合		52.5	51.5	52.0
拡張期血圧 85以上	人数		509	552	506
	割合		25.6	24.6	25.8
LDL-C 120以上	人数		1,006	1,187	1,045
	割合		50.5	52.8	53.4
クレアチニン 1.3以上	人数		31	41	45
	割合		1.6	1.8	2.3

女性			H26	H27	H28
BMI 25以上	人数		506	557	476
	割合		19.7	19.8	19.3
腹囲 85以上	人数		459	510	444
	割合		17.8	18.1	18.0
中性脂肪 150以上	人数		309	364	304
	割合		12.0	12.9	12.3
ALT 31以上	人数		195	252	190
	割合		7.6	9.0	7.7
HDL-C 40未満	人数		45	36	23
	割合		1.7	1.3	0.9
血糖 100以上	人数		572	657	536
	割合		22.2	23.3	21.7
HbA1c 5.6以上	人数		1,114	1,599	1,479
	割合		43.3	56.8	60.0
収縮期血圧 130以上	人数		1,108	1,132	1,042
	割合		43.0	40.2	42.2
拡張期血圧 85以上	人数		393	411	328
	割合		15.3	14.6	13.3
LDL-C 120以上	人数		1,567	1,717	1,482
	割合		60.9	61.0	60.1
クレアチニン 1.3以上	人数		8	8	7
	割合		0.3	0.3	0.3

出典：KDB 健診有所見者状況（男女別・年代別）（厚労省様式 6-2-7）

⑥ メタボリックシンドローム該当者と予備群の割合の推移

メタボリックシンドローム（以下、「メタボ」という）は、そのまま生活習慣を改善せずにいると虚血性心疾患や脳血管疾患など循環器疾患の発症など重篤な症状を引き起こす。

平成 25 年度以降の推移をみると、メタボ該当者の割合は市では増加傾向にあるが、国・県・同規模市町村と比較すると低い。また、メタボ予備群の割合は市は横ばいであるが、国・県・同規模市町村と比較すると高い状況である。

メタボ該当者及び予備群の検査値を見ると、男性の腹囲の基準値以上の人数が増加傾向にあり、高血圧、高血糖、脂質のうち「血圧のみ」、「血糖＋血圧」、「血糖＋血圧＋脂質」の検査値が基準値以上の人数及び割合ともに増加傾向にある。

図 3-15 市のメタボリックシンドローム該当者・予備群の推移

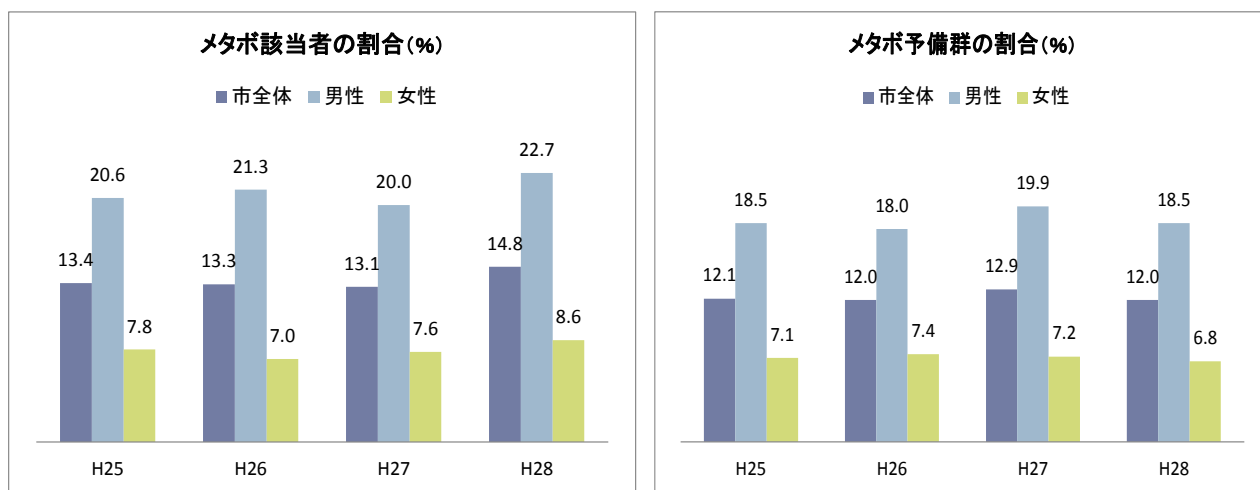
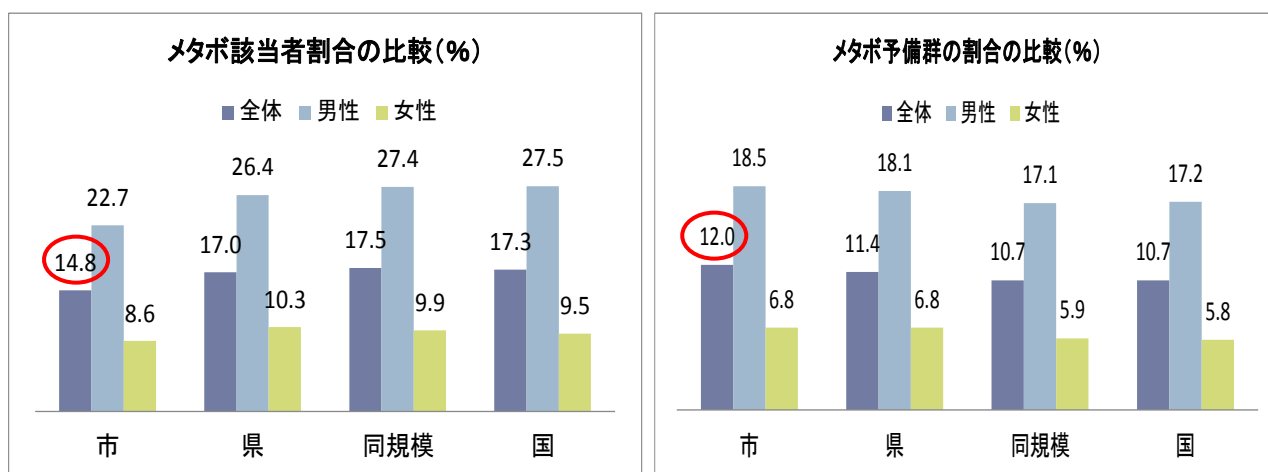


図 3-16 平成 28 年度メタボリックシンドローム該当者・予備群の国・県・同規模市町村との比較



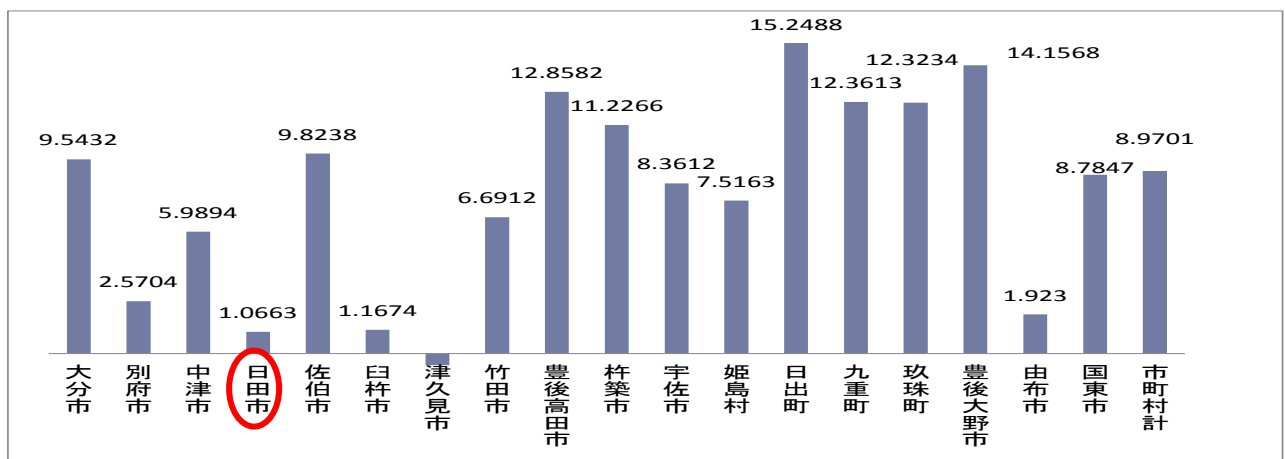
出典：KDB 地域の全体像の把握

表 3-4

<メタボ該当・予備群レベル>

		H25		H26		H27		H28		県 H28	国 H28
	総数	1,366	30.5	1,356	29.7	1,533	30.3	1,378	31.1	31.8	31.5
腹囲	男性	898	46.0	897	45.1	1,023	45.5	932	47.6	49.7	50.1
	女性	468	18.6	459	17.8	510	18.1	446	18.0	19.3	17.3
BMI	総数	186	4.2	180	3.9	202	4.0	166	3.7	4.8	4.7
	男性	31	1.6	26	1.3	32	1.4	29	1.5	1.8	1.7
	女性	155	6.2	154	6.0	170	6.0	137	5.5	6.9	7.0
血糖のみ		38	0.8	29	0.6	41	0.8	25	0.6	0.9	0.7
血圧のみ		396	8.9	413	9.0	485	9.6	409	9.2	8.2	7.4
脂質のみ		108	2.4	107	2.3	125	2.5	95	2.1	2.4	2.6
血糖＋血圧		116	2.6	131	2.9	155	3.1	137	3.1	3.4	2.7
血糖＋脂質		26	0.6	26	0.6	21	0.4	24	0.5	1.0	1.0
血圧＋脂質		313	7.0	316	6.9	294	5.8	327	7.4	7.4	8.4
血糖＋血圧＋脂質		144	3.2	133	2.9	193	3.8	168	3.8	5.1	5.2

図 3-17 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（20 年度比）の県内市町村との比較



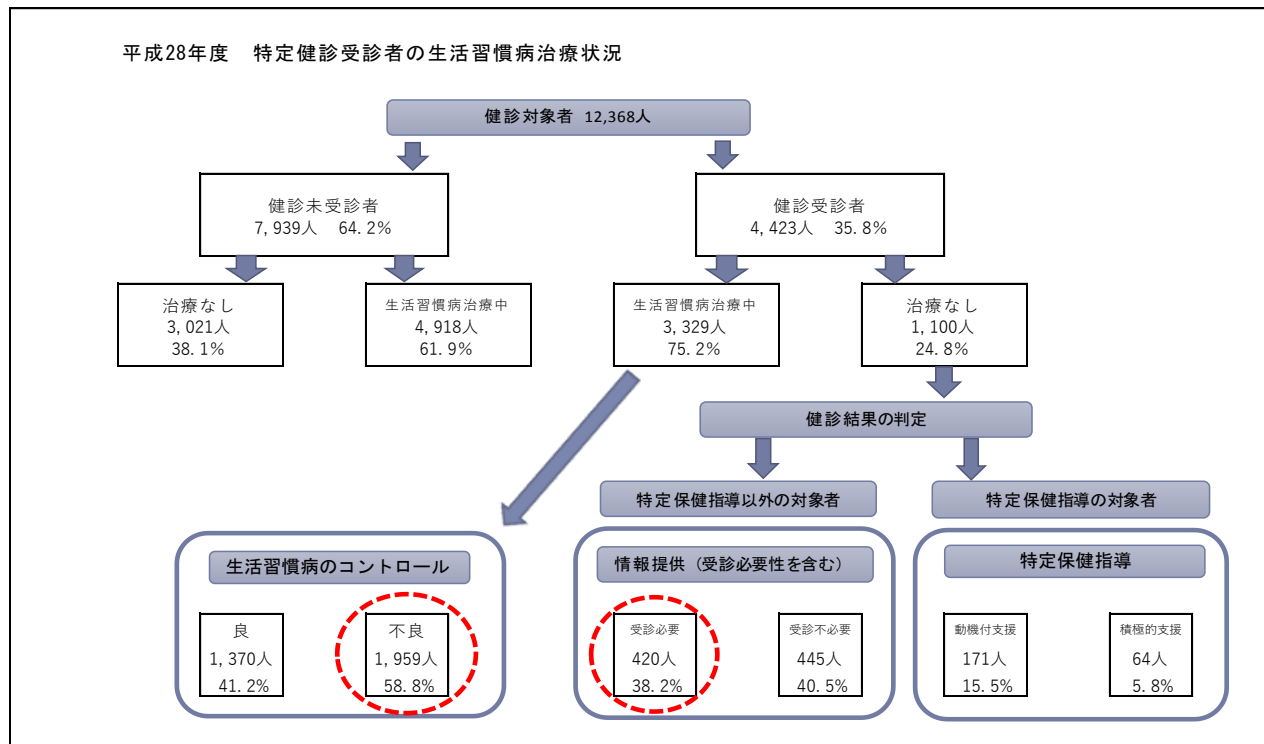
* 数値が大きいほど、メタボリックシンドローム該当者及び予備群者が減少（改善）していることを意味する

出典：大分県福祉保健部国保医療課

⑦ 特定健診受診者の生活習慣病治療状況

平成 28 年度の特定健診受診者のうち、生活習慣病治療中のコントロール不良者（※）は 58.8%、治療なしの人が健診の結果、医療機関受診が必要である人の割合は 38.2%であった。生活習慣病重症化を予防するためには、医療機関の受診や継続した治療の促しが必要である。

図 3-18



※生活習慣病のコントロール不良者 生活習慣病治療中の者のうち、血圧、血糖、脂質の検査値が医療機関受診勧奨レベルにある者

※医療機関受診勧奨レベル （血圧）収縮期 140 mg/Hg 以上、拡張期 90 mg/Hg 以上、（血糖）空腹時 126 mg/dl 以上、
HbA1c（NGSP 値）6.5%以上、（脂質）中性脂肪 300 mg/dl 以上、LDL コレステロール 140 mg/dl 以上

出典：KDB 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導（厚労省様式 6-10）

(3) 医療情報

① 一人当たり医療費の推移、国や県との比較

一人当たりの医療費は年々増加している。また、平成 28 年度は国や同規模より高くなっている。

表 3-5 1 か月一人当たりの医療費

(単位：円)

	H25	H26	H27	H28	H28		
					県	同規模	国
1人当たり医療費	26,551	27,467	29,236	29,139	29,603	25,582	24,253

出典：KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

② 医療費（入院と外来）の状況

平成 28 年度の医療費をみると、入院では精神、悪性新生物、循環器の順で高く、外来では循環器、内分泌、尿路性器の順で高い。入院と外来医療費の割合の合計では、生活習慣病に起因する糖尿病、高血圧、脂質異常症が上位を占めている。

図 3-19 平成 28 年度入院及び外来の医療費の内訳（各医療費全体を 100%として計算）

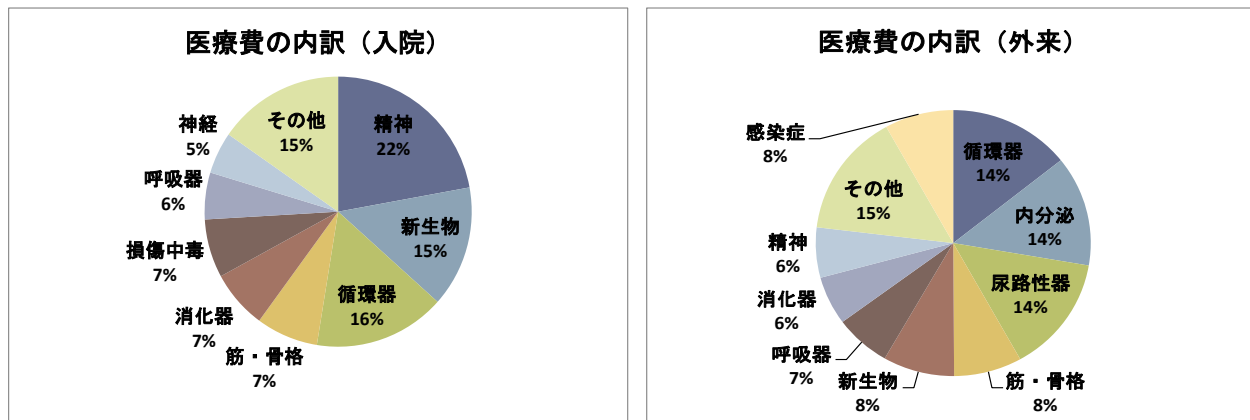


表 3-6 平成 28 年度医療費（入院及び外来の合計）内訳のうち上位 10 位までの疾患（入院+外来を 100%として計算）

入院+外来 (%)		
1位	統合失調症	8.1
2位	慢性腎不全（透有）	7.3
3位	糖尿病	5.2
4位	高血圧症	4.6
5位	C型肝炎	3.5
6位	関節疾患	3.1
7位	うつ病	2.9
8位	脂質異常症	2.2
9位	不整脈	2.0
10位	骨折	1.9

出典：KDB 医療費分析（2） 大、中、細小分類

③ 医療費（総額に占める割合）と疾病別医療費（患者千人当たり 30 万円以上レセプト患者数）

平成 28 年度の総額に占める疾患の割合をみると精神、がん、筋・骨格の順で高く、精神と慢性腎不全（透析有）は国、県、同規模市町村と比較し高い。

また、患者千人当たり 30 万円以上のレセプト患者数では高血圧、糖尿病、がんの順で多く、高血圧、がん、人工透析、脳出血、脂肪肝が国、県、同規模市町村と比較して患者数が多い。

図 3-20 平成 28 年度医療費総額に占める割合（高い疾病から）

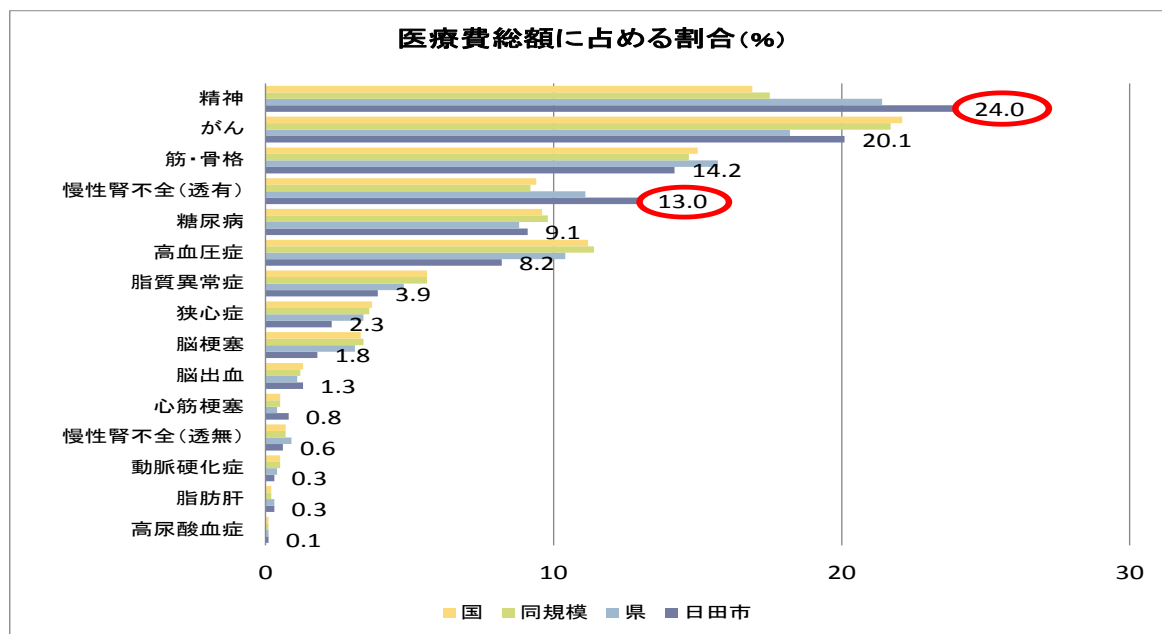
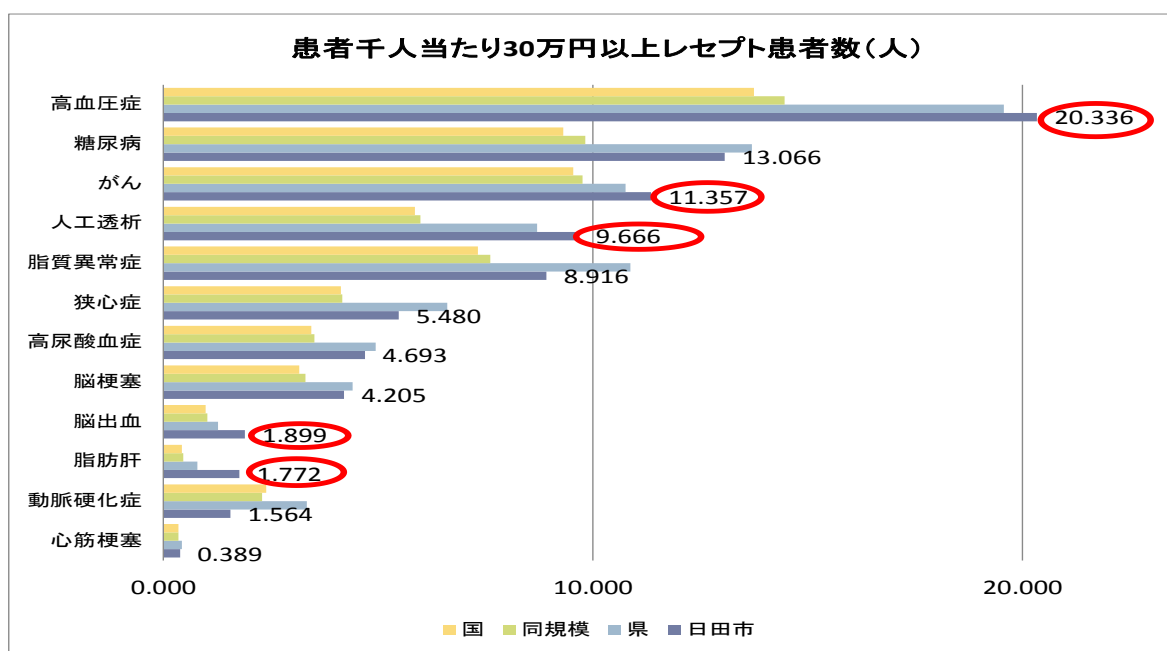


図 3-21 平成 28 年度疾病別医療費患者千人当たり 30 万円以上レセプト患者数



出典：KDB 医療費分析（1）細小分類

④ 大分県から見た生活習慣病の実態

平成 28 年度の疾病別有病率の順位をみると、糖尿病、高血圧、脂質異常症の順位は低く、脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析は高い状況である。

表 3-7

◆平成28年度 疾病別有病率順位表（対象被保険者 40～74歳）

順位	生活習慣病				糖尿病				高血圧症				脂質異常症				虚血性心疾患				脳血管疾患				人工透析				高尿酸血症				順位
	被保険者		有病率(%)		被保険者		有病率(%)		被保険者		有病率(%)		被保険者		有病率(%)		被保険者		有病率(%)		被保険者		有病率(%)		被保険者		有病率(%)		被保険者		有病率(%)		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
1	津久見市	56.35	54.70		津久見市	20.57	20.07		津久見市	38.43	37.13		津久見市	33.76	33.25		日 井 市	8.64	8.56		津久見市	6.38	6.55		竹 田 市	0.72	0.70		津久見市	8.12	7.68		1
		(2,235)	(2,279)			(816)	(836)			(1,524)	(1,547)			(1,339)	(1,385)			(733)	(755)			(253)	(273)			(40)	(40)			(322)	(320)		
2	日 井 市	53.25	52.85		由 布 市	19.81	20.59		国 東 市	36.24	36.30		日 井 市	31.31	31.37		津久見市	8.17	8.45		日 田 市	6.15	5.92		中 津 市	0.71	0.70		玖 珠 町	7.69	6.03		2
		(4,518)	(4,664)			(1,315)	(1,384)			(2,477)	(2,561)			(2,656)	(2,768)			(324)	(352)			(861)	(858)			(109)	(111)			(275)	(223)		
3	豊後大野市	49.99	48.53		日 井 市	19.40	18.86		豊後大野市	35.41	34.57		豊後大野市	29.80	28.82		由 布 市	8.07	7.81		玖 珠 町	5.95	5.38		国 東 市	0.67	0.65		竹 田 市	7.58	7.72		3
		(3,932)	(3,921)			(1,646)	(1,664)			(2,785)	(2,793)			(2,344)	(2,329)			(536)	(525)			(213)	(199)			(46)	(46)			(422)	(439)		
4	国 東 市	49.36	48.56		豊後大野市	18.90	18.50		日 井 市	35.29	34.69		国 東 市	28.85	27.14		大 分 市	7.56	7.27		九 重 町	5.66	4.95		豊後大野市	0.66	0.62		佐 伯 市	7.22	7.17		4
		(3,374)	(3,426)			(1,487)	(1,495)			(2,994)	(3,061)			(1,972)	(1,915)			(5,811)	(5,642)			(135)	(124)			(52)	(50)			(1,235)	(1,285)		
5	由 布 市	48.88	47.56		玖 珠 町	18.26	17.25		竹 田 市	35.24	34.76		由 布 市	28.80	27.36		豊後大野市	7.50	6.91		別 府 市	5.39	4.82		杵 築 市	0.64	0.52		九 重 町	7.21	6.15		5
		(3,245)	(3,197)			(653)	(638)			(1,962)	(1,976)			(1,912)	(1,839)			(590)	(558)			(1,165)	(1,078)			(41)	(34)			(172)	(154)		
6	玖 珠 町	48.56	46.36		大 分 市	18.14	17.76		姫 島 村	34.78	34.92		姫 島 村	26.54	26.84		国 東 市	7.20	7.16		日 井 市	5.19	5.28		大 分 市	0.62	0.60		日 出 町	7.18	7.17		6
		(1,737)	(1,715)			(13,934)	(13,786)			(232)	(242)			(177)	(186)			(492)	(505)			(440)	(466)			(480)	(464)			(368)	(375)		
7	竹 田 市	48.34	47.23		佐 伯 市	17.50	17.10		由 布 市	33.62	32.43		大 分 市	26.36	25.62		中 津 市	6.97	6.77		日 出 町	5.01	4.64		玖 珠 町	0.62	0.59		日 井 市	6.99	6.58		7
		(2,691)	(2,685)			(2,995)	(3,066)			(2,232)	(2,180)			(20,254)	(19,887)			(1,077)	(1,080)			(257)	(243)			(22)	(22)			(593)	(581)		
8	姫 島 村	47.68	48.63		国 東 市	17.19	17.01		豊後高田市	32.47	29.42		日 出 町	26.22	25.84		杵 築 市	6.77	6.45		佐 伯 市	4.93	4.84		日 田 市	0.61	0.55		宇 佐 市	6.73	5.88		8
		(318)	(337)			(1,175)	(1,200)			(1,606)	(1,509)			(1,344)	(1,352)			(431)	(419)			(844)	(868)			(85)	(80)			(765)	(689)		
9	佐 伯 市	46.14	45.40		宇 佐 市	16.99	15.51		宇 佐 市	32.42	30.74		竹 田 市	26.03	25.77		日 田 市	6.74	6.68		豊後大野市	4.79	4.42		日 出 町	0.60	0.55		豊後大野市	6.66	6.16		9
		(7,896)	(8,140)			(1,932)	(1,818)			(3,686)	(3,604)			(1,449)	(1,465)			(944)	(967)			(377)	(357)			(31)	(29)			(524)	(498)		
10	日 出 町	46.11	45.40		豊後高田市	16.94	15.19		日 出 町	32.29	31.78		別 府 市	26.00	24.80		宇 佐 市	6.70	6.17		由 布 市	4.73	4.00		由 布 市	0.59	0.62		由 布 市	6.60	6.41		10
		(2,363)	(2,376)			(838)	(779)			(1,655)	(1,663)			(5,622)	(5,553)			(762)	(723)			(314)	(269)			(39)	(42)			(438)	(431)		
11	九 重 町	45.93	43.47		中 津 市	16.74	16.07		佐 伯 市	31.90	31.44		杵 築 市	25.50	24.08		別 府 市	6.65	6.47		国 東 市	4.49	3.86		九 重 町	0.59	0.68		国 東 市	6.57	6.09		11
		(1,095)	(1,089)			(2,587)	(2,561)			(5,459)	(5,638)			(1,623)	(1,564)			(1,439)	(1,448)			(307)	(272)			(14)	(17)			(449)	(430)		
12	別 府 市	45.58	44.15		九 重 町	16.57	14.01		別 府 市	31.66	30.94		宇 佐 市	25.49	23.39		佐 伯 市	6.41	6.22		中 津 市	4.48	3.76		津久見市	0.55	0.50		杵 築 市	6.44	6.16		12
		(9,856)	(9,885)			(395)	(351)			(6,847)	(6,926)			(2,898)	(2,742)			(1,097)	(1,116)			(692)	(599)			(22)	(21)			(410)	(400)		
13	宇 佐 市	45.21	42.48		杵 築 市	16.51	15.55		中 津 市	31.61	31.11		佐 伯 市	25.44	24.62		九 重 町	6.38	6.35		杵 築 市	4.37	4.63		別 府 市	0.53	0.51		豊後高田市	6.25	5.15		13
		(5,140)	(4,980)			(1,051)	(1,010)			(4,884)	(4,959)			(4,354)	(4,414)			(152)	(159)			(278)	(301)			(115)	(114)			(309)	(264)		
14	中 津 市	45.04	44.59		竹 田 市	16.27	15.64		玖 珠 町	31.37	30.17		玖 珠 町	24.46	22.98		日 出 町	6.15	6.00		竹 田 市	4.13	3.73		宇 佐 市	0.48	0.53		中 津 市	6.19	5.51		14
		(6,958)	(7,108)			(906)	(889)			(1,122)	(1,116)			(875)	(850)			(315)	(314)			(230)	(212)			(55)	(62)			(957)	(879)		
15	大 分 市	44.96	44.22		別 府 市	15.94	15.52		杵 築 市	31.24	30.50		中 津 市	24.16	23.45		竹 田 市	6.07	6.16		大 分 市	3.93	3.78		豊後高田市	0.42	0.53		大 分 市	6.13	5.70		15
		(34,539)	(34,330)			(3,448)	(3,475)			(1,988)	(1,981)			(3,733)	(3,738)			(338)	(350)			(3,019)	(2,938)			(21)	(27)			(4,706)	(4,423)		
16	豊後高田市	44.24	39.23		日 出 町	15.94	15.65		日 田 市	30.43	29.58		豊後高田市	23.84	21.10		豊後高田市	5.56	5.21		宇 佐 市	3.75	3.47		佐 伯 市	0.42	0.48		日 田 市	6.11	5.32		16
		(2,188)	(2,012)			(817)	(819)			(4,263)	(4,285)			(1,179)	(1,082)			(275)	(267)			(426)	(407)			(72)	(86)			(856)	(771)		
17	日 田 市	44.04	43.11		日 田 市	15.67	15.32		九 重 町	30.41	28.74		九 重 町	22.82	22.04		姫 島 村	5.55	6.20		豊後高田市	3.58	3.29		日 井 市	0.32	0.45		別 府 市	5.80	5.15		17
		(6,168)	(6,245)			(2,195)	(2,219)			(725)	(720)			(544)	(552)			(37)	(43)			(177)	(169)			(27)	(40)			(1,255)	(1,153)		
18	杵 築 市	43.92	42.79		姫 島 村	14.99	13.85		大 分 市	30.31	29.98		日 田 市	21.67	21.32		玖 珠 町	4.78	4.68		姫 島 村	3.15	2.74		姫 島 村	0.30	0.43		姫 島 村	4.20	5.19		18
		(2,795)	(2,779)			(100)	(96)			(23,286)	(23,276)			(3,036)	(3,089)			(171)	(173)			(21)	(19)			(2)	(3)			(28)	(36)		

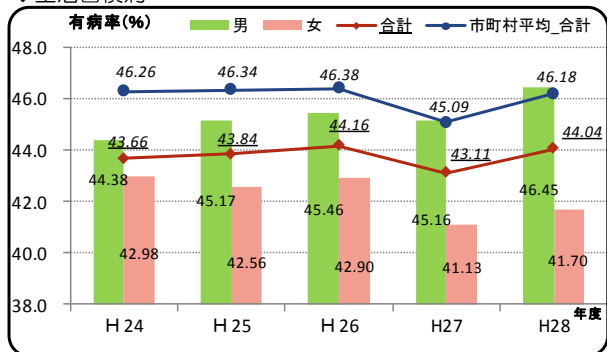
出典：大分県国民健康保険団体連合会 平成 28 年度生活習慣病の実態

⑤ 過去 5 年間有病率の推移

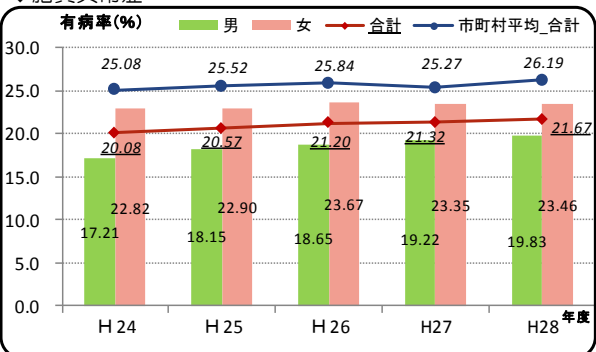
過去 5 年間の有病率の推移をみると、脳血管疾患は減少傾向にあるが、市町村平均より高い。また、人工透析の有病率は平成 28 年度に市町村平均を上回り、平成 24 年度以降、増加傾向にある。

図 3-22

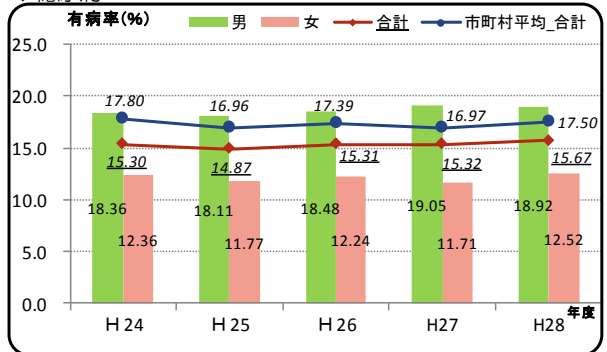
◆生活習慣病



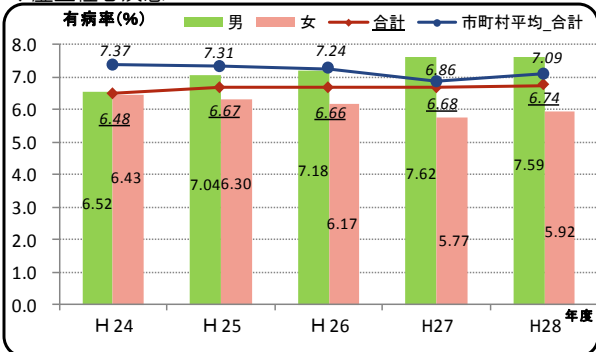
◆脂質異常症



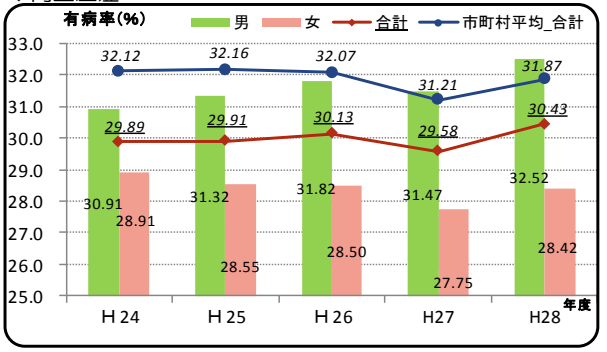
◆糖尿病



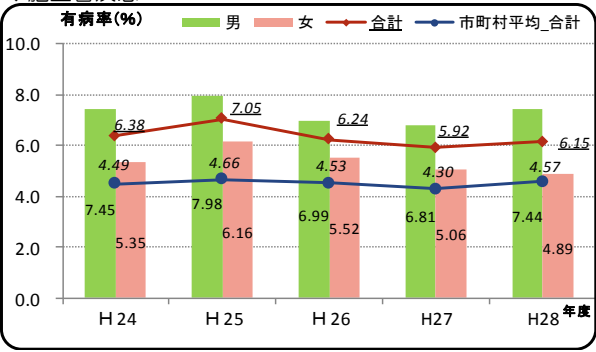
◆虚血性心疾患



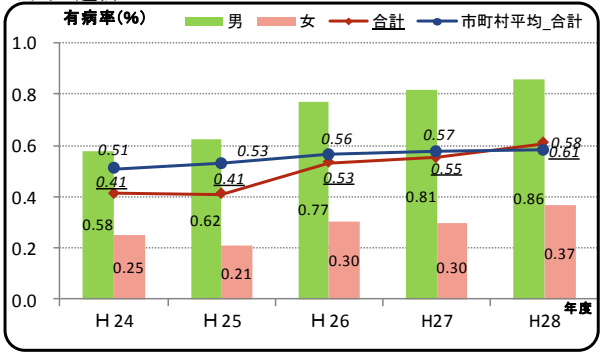
◆高血圧症



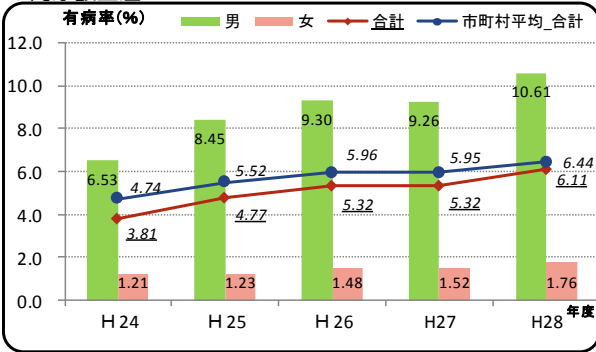
◆脳血管疾患



◆人工透析



◆高尿酸血症



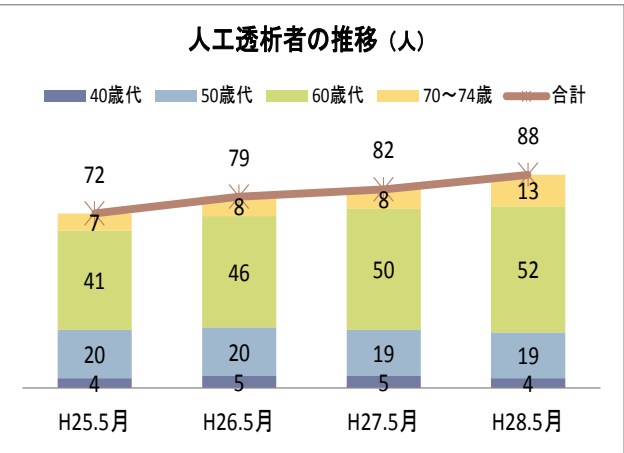
出典：大分県国民健康保険団体連合会 平成 28 年度生活習慣病の実態

⑥ 人工透析者の状況

人工透析患者のうち、60 歳から 70 歳代の患者数が増えている。

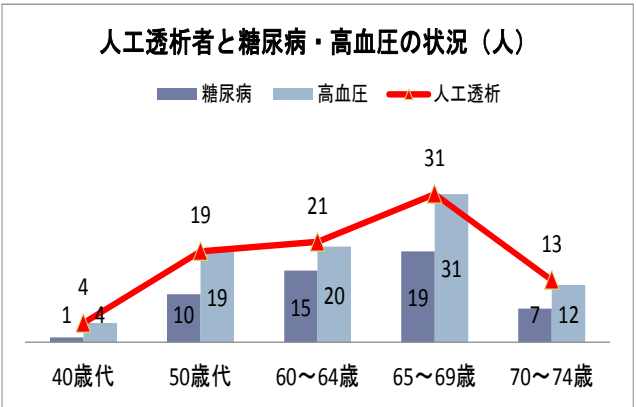
人工透析者は糖尿病や高血圧の疾患を持ち合わせているため、重症化を予防するためには糖尿病や高血圧といった生活習慣病予防の対策が重要である。この糖尿病や高血圧は 50 歳代以降に患者が増えている。

図 3-23 人工透析者の推移



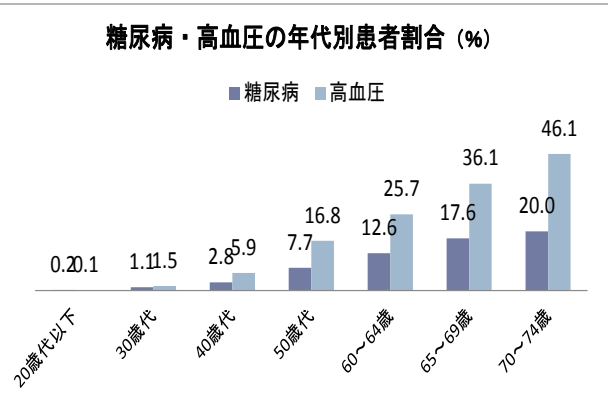
出典：KDB 人工透析のレセプト分析（厚労省様式 3-7）

図 3-24 平成 28 年度人工透析者と糖尿病・高血圧の状況



出典：KDB 糖尿病・高血圧・人工透析のレセプト分析（厚労省様式 3-2, 3-3, 3-7）

図 3-25 平成 28 年度糖尿病・高血圧の年代別患者割合



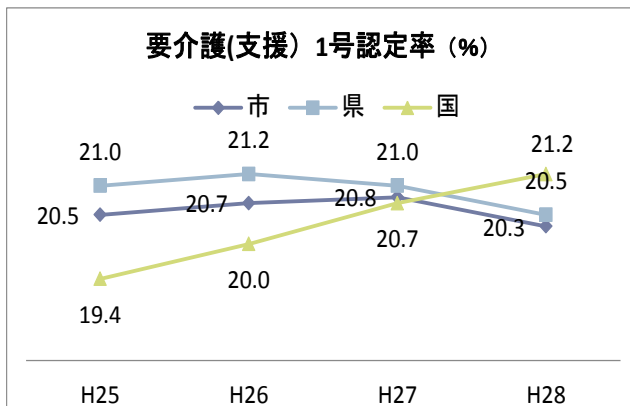
(4) 介護情報

① 要介護（支援）認定率の推移

市の要介護（支援）1号認定率は県と同様に減少傾向にある。

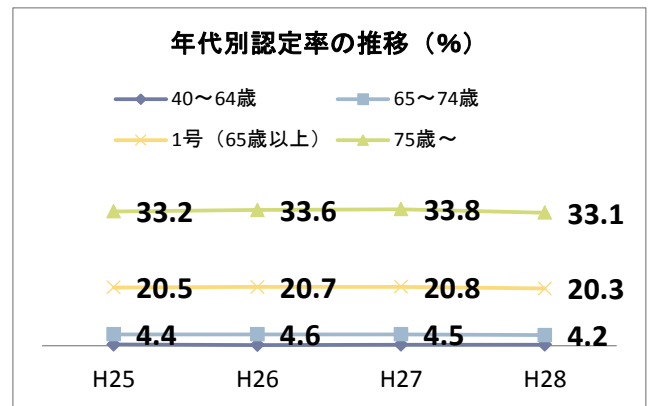
平成25年度から平成28年度の65歳以上（1号）の認定率は2割程度とほぼ横ばいで推移している。また、年代別では75歳以上の認定率が高い状況である。

図 3-26 要介護（支援）認定率の推移



出典：KDB 地域の全体像の把握、要介護（支援）者認定状況

図 3-27 年代別要介護（支援）認定率の推移

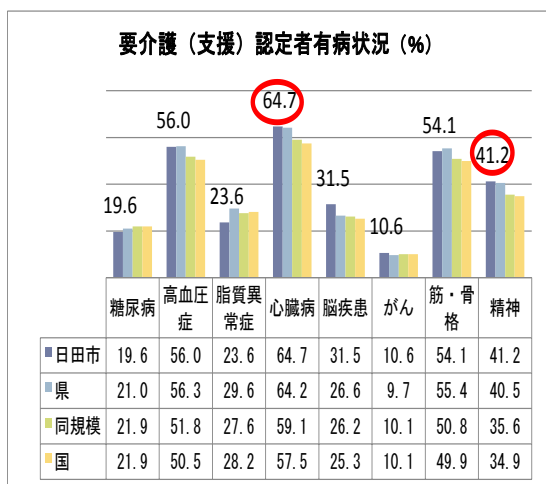


② 要介護（支援）認定者の有病状況

要介護（支援）認定者有病率の高い疾患は心臓病、高血圧症、筋・骨格となっている。また、国、県、同規模市町村と比較して有病率の高い疾患は、心臓病と精神疾患である。

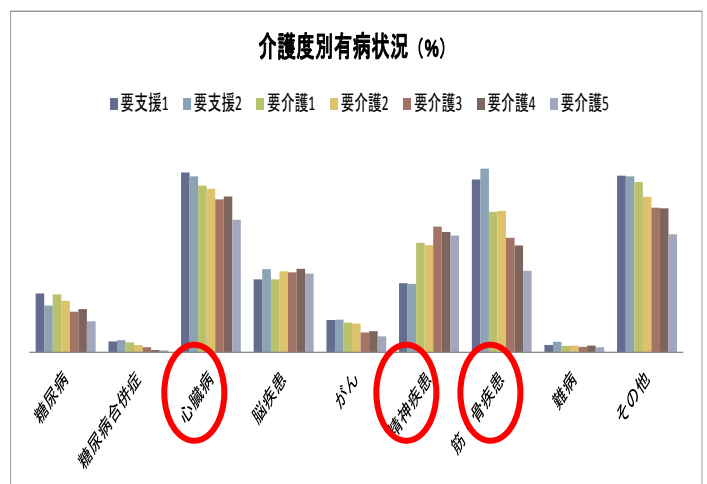
また、介護度別でみると要支援認定者では心臓病や筋・骨疾患の有病率が高く、介護度が高くなるとともに精神疾患の有病率が高くなっている。

図 3-28 要介護（支援）認定者の有病状況



出典：KDB 要介護（支援）者認定状況

図 3-29 平成28年度介護度別有病状況



③ 後期高齢者医療の状況

75 歳以上の高齢者の医療費の高い疾患は、入院では骨折、脳梗塞、アルツハイマーである。また、外来では高血圧性疾患、その他脳血管疾患、糖尿病の順で高い。

要支援・要介護状態とならないためには、加齢とともに心身の活力（筋力や認知機能等）が低下し、生活機能の障がい、要介護状態、死亡などの危険性が高まるフレイル（高齢者の虚弱※15）の対策が必要である。そのうち、運動器の障がいのために要介護になる危険性が高い状態（ロコモティブシンドローム※16）の対策も必要である。

表 3-8

< H28.5月診療分 >

（費用額：千円）

件数	1位		2位		3位		4位		5位	
	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数
		費用額		費用額		費用額		費用額		費用額
入院	骨折	94	脳梗塞	75	アルツハイマー	124	その他の心疾患	69	その他の損傷	42
		60,467		47,961		46,491		33,974		21,418
外来	高血圧性疾患	3,482	その他脳血管性疾患	940	糖尿病	770	脊椎障害	689	その他の損傷	550
		42,473		14,884		13,352		13,143		10,089

出典：大分県国民健康保険団体連合会 平成28年度生活習慣病の実態

※ 7 標準化死亡比 その地域が、全国並の死亡状況であった場合の死亡数に対して、実際の死亡数がどの程度か、日本での平均 100 を基準として指標化したもの。標準化死亡比が 100 以上の場合には「平均より死亡率が多い」と判断

※ 8 有意差 偶然や誤差が生じた差でない、「意味のある差」のこと

※ 9 死因別死亡率 死因別死亡率（年間）＝年間の死因別死亡数÷10 月 1 日現在の日本人人口×10 万

※10 年齢調整死亡率 年齢構成が著しく異なる人口集団の間での死亡率や、特定の年齢層に偏在する死亡率についてその年齢構成の差を取り除いて比較する場合に用いる死亡率

※11 平均寿命 0 歳のこどもが今後何年生きられるかを表したもの

※12 お達者年齢 介護保険制度による「要介護 2 以上の認定を受けていない方」を健康として定義し、大分県が毎年公表

※13 障がい期間 平均寿命とお達者年齢の差。健康でない期間のこと

※14 KDB 国保データベースシステムの略。国保連合会が給付情報（健診・医療・介護）等から統計情報（疾病別、健診、保健指導結果等）や個人の健康に関するデータを作成するシステム

※15 フレイル 加齢とともに心身の活力が低下し、複数の慢性疾患の併発の影響により、生活機能が障害され心身の脆弱性が出現された状態。フレイルに早く気づき、正しく介入（治療や予防）することが大切

※16 ロコモティブシンドローム 骨・関節・筋肉など運動器の働きが衰えると暮らしの中の自立度が低下し、介護が必要になったり、寝たきりになる可能性が高くなる

2. 分析結果に基づく健康課題の整理

(1) 現状のまとめ

項目	現状と課題
死亡情報等	1. 標準化死亡比では、女性が有意に高く、疾患別では悪性新生物、さらに女性の脳血管疾患が有意に高い。 2. 主要死因別死亡率は悪性新生物、心疾患、腎不全が増加傾向にある。 3. 悪性新生物では胃がんと肝がんは減少傾向、大腸がんと女性の肺がん、乳がんは増加傾向にある。 4. お達者年齢は男性は伸びているが、女性は短縮傾向にある。また、平均寿命とお達者年齢の差（障がい期間）は男性で 0.04 歳、女性は 0.23 歳といずれも長くなっている。
健康情報	1. 特定健診実施率は年々増加し、平成 28 年度は 35.8%だったが、国の示す目標値（60.0%）に到達していない。 2. 実施率はどの年代も女性の方が男性より高く、年代別では男女とも 40～54 歳の実施率が低い傾向にある。 3. 特定保健指導実施率は平成 20 年度以降 10～20%前半で伸び悩み、国の示す目標値である 60.0%に達していない。 4. 特定健診質問票から、「1 回 30 分以上の運動習慣がない」、「食べる速度が早い」、「飲酒量が多い」が国や県等に比較し割合が高く、喫煙率も増加傾向にある。いずれも、40～50 歳代の若い年代の割合が高い。 5. 特定健診結果から、血糖、HbA1c、LDL コレステロールの有所見者の割合が国・県等と比較し高い。 6. メタボ該当者・予備群者が増加している。特に、男性の腹囲の基準値以上の人が増加傾向にある。また、メタボ該当者・予備群のうち、「血圧」、「血糖＋血圧」、「血糖＋血圧＋脂質」に該当する人の割合が高い。 7. 特定健診受診者で 75.2%（3,329 人）は生活習慣病治療中であり、このうち 58.8%（1,959 人）はコントロール不良者であった。また、治療なしの人で特定健診の結果、医療機関受診が必要になった人の割合は 38.2%（420 人）である。
医療情報	1. 1 人当たりの医療費は年々増加傾向にあり、入院と外来の医療費の合計では生活習慣病である糖尿病、高血圧症、脂質異常症の医療費に占める割合が上位を占めている。 2. 疾病別患者千人当たり 30 万円以上のレセプト患者数は高血圧、がん、人工透析、脳出血、脂肪肝が国・県・同規模市町村より多い。 3. 有病率では脳血管疾患は減少傾向にあるが、県平均より高く、人工透析は平成 24 年度以降増加傾向にある。県内市町村と比較すると、糖尿病、高血圧、脂質異常症の有病率は低く、脳血管疾患（2 位）、人工透析（8 位）、虚血性心疾患（9 位）は高い。 4. 人工透析患者数は年々増加し、特に 60～70 歳代の患者数が増えている。

介護情報	1. 介護認定率は減少傾向にある。 2. 要介護認定者の有病率の高い疾患は、心臓病、高血圧症、筋・骨格疾患である。 3. 介護度別では、要支援認定者は心臓病や筋・骨疾患の有病率が高く、介護度が高くなるとともに精神疾患の有病率が高くなっている。
その他	1. ひた市民健活ポイントサービス事業登録者の年齢は、65 歳以上が全体の 6 割以上を占めており、若い年代の参加が少ない。

（２）健康課題の整理

以上の現状から、市の健康課題を 5 つの項目に整理しました。

1. 女性の脳血管疾患が有意に高いため、生活習慣病予防・改善のための対策が必要である。
2. 脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析の有病率が高いため、生活習慣病の予防とともに、適切な受診や治療継続の働きかけが必要である。
3. 主要死因別死亡率の 1 位は悪性新生物であり、このうち大腸がん、乳がんによる死亡割合が増加しているため予防対策を講じる必要がある。
4. 男性のメタボ該当者・予備群の割合が増加傾向にあり、また 40～54 歳代の健診実施率が低いため、40～50 歳代に重点を置いた生活習慣予防対策が必要である。
5. 特定健診受診者のうち、治療なしの人で特定健診の結果、医療機関受診が必要になった人は受診者全体の 1 割を占めている。健診結果に基づき必要な人は受診を促し、生活習慣の改善と自分で受診行動がとれるための支援が必要である。

基本方針と基本施策

市の健康課題を解決するため、以下の基本方針を揚げ、基本施策に基づいて保健事業を推進する。

【基本方針】 日田市民の「健康寿命の延伸」

【基本目標】

日田市民一人ひとりが自分らしく、健康でいきいきと生活することができるよう、被保険者の主体的な生活習慣病予防の取組みへの支援と健康の保持・増進を図る。

【基本施策】

1. 特定健診実施率向上のため、対象者の健診状況の分析を行うとともに、40～50歳代の受診勧奨を確実に行之、未受診者への勧奨の強化に取り組む。
2. 特定保健指導実施率向上を目指すとともに保健指導実施者の保健指導力の向上に努め、対象者の生活習慣の改善を図る。
3. 特定健康診査の結果、医療の必要な人と判断された人が確実に受診し、適切な治療につながるよう支援し、疾病の重症化を予防する。
4. 生活習慣病の重症化を予防するために、医療機関との連携体制の強化を図る。
5. 市民全体の健康づくりの意識の向上のための普及啓発を推進する。

第4章 目標

<目 的>

市の健康課題から生活習慣病の予防や脳血管疾患、虚血性疾患、糖尿病性腎症など重症化の予防が課題であり、その共通のリスクとなる高血糖、高血圧、脂質異常、メタボリックシンドロームに焦点をあてた取り組みを最優先項目として、中長期的（6年後）の目標と短期的（単年度）目標を定め、以下の保健事業に取り組む。

<目標の設定>

I 中長期的な目標

- 1 脳血管疾患・心疾患死亡率の減少
- 2 大腸がん・乳がんによる死因別死亡率の減少
- 3 脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析の有病率の減少

II 短期的な目標

- 1 特定健診実施率、特定保健指導実施率の向上
- 2 特定保健指導対象者の割合の減少
- 3 生活習慣病、糖尿病、高血圧、脂質異常症有病者（率）の減少
- 4 非肥満高血糖者の減少
- 5 運動習慣者の増加
- 6 飲酒量の減少
- 7 特定健診受診者で医療機関受診勧奨者のうち、医療機関受診につながった人の割合の増加（高血圧、高血糖の対象者）

<保健事業の内容>

- 1 特定健診実施率向上対策
- 2 特定保健指導実施率向上対策
- 3 生活習慣病重症化予防対策
 - （1）糖尿病重症化予防事業
 - （2）特定健診受診者で要精密・要治療者（高血糖、高血圧）の受診勧奨
 - （3）39歳以下健康診査受診者の保健指導
 - （4）糖尿病予防教室（非肥満高血糖者を含む）
 - （5）メタボ改善教室（メタボ該当者・予備群）
 - （6）保健指導（健診時保健指導、健診結果説明会）
 - （7）ひた市民健活ポイントサービス事業（健康づくりの動機づけ）
- 4 生活習慣病予防のための知識の普及啓発事業
 - （1）健康課題やデータの周知
 - （2）各種イベントや講演会での健康教育（がん予防、飲酒、喫煙）
 - （3）健康運動教室（運動習慣の形成）
 - （4）住民組織の育成及び住民組織と協働した生活習慣病予防の取り組み

第5章 保健事業の内容

1 特定健診実施率向上対策

【目的】生活習慣病の早期発見及び重症化予防を推進し、医療費の適正化を図る

【目標】特定健診実施率の向上、糖尿病や高血圧症など生活習慣病者の早期発見

【対象者】特定健診未受診者等

【事業内容】特定健診未受診者勧奨

【実施方法】

- ①当該年度特定健診未受診者に対し性別、年代、受診履歴に基づく個別勧奨（ハガキ）通知
- ②40～54歳の未受診者に対し、訪問又は電話による受診勧奨
- ③医師会との連携を強化し、医療機関による特定健診受診の勧め
- ④ひた市民健活ポイントサービス事業による実施率の向上
- ⑤分かりやすい健診ガイドの作成及び配布

【実施体制】保健師、管理栄養士、国保・年金係事務職員、在宅看護師、日田市医師会

【実施期間】4月～翌年3月

【実施スケジュール】

- ・4月～：ひた市民健活ポイントサービス事業の推進（翌年2月まで）
- ・5月中旬：健診ガイドの配布（広報に同封）
- ・7月～翌年1月：40～54歳の未受診者へ保健師や管理栄養士、在宅看護師による訪問又は電話での勧奨
- ・8月、11月：未受診対象者の抽出及び個別勧奨通知
- ・1月～3月：事業評価

【実施場所】対象者の自宅、日田市総合保健福祉センター（以下、「ウェルピア」）

【評価方法等】

評価項目	評価指標	現状*1	目標値*2	評価方法	評価時期
①特定健診実施率（40～74歳）の向上	実施率	35.8%	60.0%	・法定報告	法定報告の 時期及び計 画終了時
②40～54歳の実施率の向上 *3		19.7%	25.0%		
③医療機関での受診者数の増加	受診者数	433人	750人	・KDB	単年度
④ひた市民健活ポイントサービス事業登録者数の増加	登録者数	1,397人	1,500人	・市のデータ	

*1：平成28年度の値

*2：平成35年度の値

*3：50～54歳男性の数値

2 特定保健指導実施率向上対策

【目的】生活習慣の改善及び生活習慣病の重症化を予防する

【目標】特定保健指導実施率の向上、特定保健指導対象者の減少

【対象者】特定保健指導未利用者等

【事業内容】特定保健指導未利用者勧奨

【実施方法】

- ①当該年度特定保健指導対象者に対し、個別勧奨通知
- ②特定保健指導未利用者に対し、訪問又は電話による利用勧奨
- ③検診機関と連携し、利用者が保健指導を受けやすい時間設定や場所など体制の整備
- ④運動や栄養改善を取り入れた指導内容の充実
- ⑤保健指導の面接技術向上のための研修の開催
- ⑥特定保健指導拒否者の健診受診後の状況把握

【実施体制】保健師、管理栄養士、在宅保健師及び管理栄養士、検診機関

【実施期間】4月～翌年3月

【実施スケジュール】

- ・7月～翌年3月：対象者へ個別勧奨通知及び保健指導の実施
- ・1月～3月：事業評価、個別評価

【実施場所】対象者の自宅、ウェルピア、地区公民館、検診機関

【評価方法等】

評価項目	評価指標	現状*1	目標値*2	評価方法	評価時期
①特定保健指導実施率（40～74歳）の向上	実施率	24.1%	60.0%	・法定報告	法定報告の 時期及び計 画終了時
②特定保健指導対象者の割合の減少	特定保健指導対象者の割合	11.9%	11.0%		

*1：平成28年度の値

*2：平成35年度の値

3 生活習慣病重症化予防対策

【目的】生活習慣の改善及び生活習慣病の重症化を予防する。また治療が必要な人は、早期に適切な治療を受けることで重症化への移行を防止し、医療費の抑制を図る。

【目標】生活習慣の改善、治療中断者等の減少及び良好なコントロール

(1) 糖尿病重症化予防事業（糖尿病性腎症重症化予防事業）

【対象者】2型糖尿病で特定健診受診者のうち、

①HbA1c7.0%以上又は空腹時血糖 130 mg/dl 以上かつ尿蛋白 2+以上の者

②HbA1c7.0%以上又は空腹時血糖 130 mg/dl 以上かつ eGFR50 未満の者

【事業内容】

①対象者に対し、6 か月間の生活支援プログラム（個別指導）の実施

②専門職による糖尿病重症化対策委員会の開催

【実施方法】

①かかりつけ医の同意のもと対象者に対し事業説明及び利用勧奨、保健指導の実施

②糖尿病重症化予防対策委員会による専門職との連携、委員のための研修会の開催

③保健所や大分県糖尿病対策推進委員会との連携

④保健指導の面接技術向上のための研修

⑤事業未利用者への訪問や電話による受診状況、生活状況の把握及び受診勧奨

【実施体制】医師、歯科医師、薬剤師、保健師、管理栄養士、看護師、糖尿病専門医、西部保健所

【実施期間】4月～翌年3月

【実施スケジュール】

・5月～6月：対象者の抽出、かかりつけ医や本人の事業説明、対象者の決定

・7月～：糖尿病重症化予防対策委員会（1回目）、糖尿病研修会の開催、生活支援プログラムの実施

・1月～2月：生活支援プログラムの終了、糖尿病重症化予防対策委員会（2回目）

・2月～3月：事業評価、来年度の計画

【実施場所】対象者の自宅、ウェルピア

【評価方法等】

評価項目	評価指標	現状*1	目標値*2	評価方法	評価時期
①糖尿病有病率（40～74歳）の減少	糖尿病有病率	13.8%	13.0%	・KDB	年度末及び 計画終了時
②糖尿病による人工透析者の減少	人工透析者有病率	2.37%	1.84%	・国保連合会	
③糖尿病重症化対策委員会の開催	開催回数	2回	2回	のデータ ・市のデータ	

*1：平成28年度の値

*2：平成35年度の値

(2) 特定健診受診者で要精密・要治療者（高血糖、高血圧）の受診勧奨

【対象者】当該年度の特定健診受診者で、健診の結果、HbA1c（NGSP 値）が 6.5%以上又は収縮期血圧が 160mmHg 以上、拡張期血圧が 100mmHg 以上の人

【事業内容】対象者へ受診勧奨及び保健指導

【実施方法】

①健診結果に基づき対象者の抽出

②保健師より、訪問又は電話による受診勧奨及び保健指導

③受診勧奨から 2 か月後以降に、本人又はレセプト（*1）データにより受診の有無を確認

【実施体制】保健師

【実施期間】7 月～翌年 3 月

【実施スケジュール】

・7 月～翌年 3 月：対象者の抽出、保健師より訪問又は電話による受診勧奨

勧奨後 2 か月以降に、本人又はレセプトデータにより受診の有無を確認

・1 月～3 月：事業評価、来年度の計画

【実施場所】対象者の自宅、ウェルピア

【評価方法等】

評価項目	評価指標	現状*2	目標値*3	評価方法	評価時期
①HbA1c6.5%以上の人に受診勧奨した割合の増加	受診勧奨率	62.6%	100%	・KDB ・健診データ 分析支援ソフト ・市のデータ	年度末及び 計画終了時
②収縮期血圧が 160mmHg 以上又は拡張期血圧が 100mmHg 以上の人に受診勧奨した割合の増加		46.3%	100%		
③特定健診受診者で医療機関受診勧奨者のうち、医療機関の受診につながった人の割合の増加（血圧・血糖の対象者）	医療機関の受診につながった人の割合	—	100%		

*1：診療報酬請求明細書の通称。病院や診療所が医療費の保険負担分の支払いを公的機関に請求するために発行する

*2：平成 28 年度の値

*3：平成 35 年度の値

(3) 39 歳以下健康診査受診者の保健指導

【対象者】39 歳以下の健康診査受診者のうち、腹囲、BMI、血圧、血糖、脂質のいずれかが保健指導判定値（*1）以上の人

【事業内容】健康診査受診後の保健指導

【実施方法】

- ①健診結果に基づき対象者の抽出
- ②保健師等より、訪問や電話による生活習慣改善のための保健指導又は受診勧奨
- ③受診勧奨者は勧奨から 2 か月後以降に本人又はレセプトデータより受診の有無を確認

【実施体制】保健師

【実施期間】7 月～翌年 3 月

【実施スケジュール】

- ・7 月～翌年 3 月：対象者の抽出、保健師等より訪問や電話による保健指導
受診勧奨者は勧奨後 2 か月以降に、本人又はレセプトデータより確認
- ・1 月～3 月：事業評価

【実施場所】対象者の自宅、ウェルピア

【評価方法等】

評価項目	評価指標	現状*2	目標値*3	評価方法	評価時期
① 腹囲、BMI、血圧、血糖、脂質のいずれかが保健指導判定値*1 以上の人の保健指導率の向上	保健指導率	100%	100%	・健診データ 分析支援ソフト ・市のデータ	年度末及び計画終了時

*1：保健指導判定値：腹囲（男性 85 cm 以上、女性 90 cm 以上）、BMI（25 以上）、血圧（収縮期 130mm/Hg）、血糖（HbA1c 6.5% 以上）、脂質（中性脂肪 150mm/dl 以上、LDL コレステロール 120mm/dl 以上）

*2：平成 28 年度の値

*3：平成 35 年度の値

(4) 糖尿病予防教室（非肥満高血糖者を含む）

【対象者】前年度の特定健診受診者（40～69 歳）で、健診結果の HbA1c（NGSP 値）が 5.6～6.4% の人（糖尿病治療中の人を除く）

【事業内容】健康教育

【実施方法】

- ①健診結果に基づき対象者の抽出し、個別通知
- ②申込み者に医師、保健師、管理栄養士、健康運動指導士等による講義、実技をふまえた健康教育を 3 か月間実施
- ③事業実施後評価し、効果を確認

【実施体制】医師、保健師、管理栄養士、健康運動指導士、運動実践指導士

【実施期間】7 月～10 月、翌年 5 月、教室終了 6 か月後の評価

【実施スケジュール】

- ・7 月：対象者の抽出、個別通知、参加者の決定
- ・7 月～10 月：健康教育の実施（講義、実技）
- ・翌年 5 月：教室終了 6 か月後の状況把握
- ・2 月～3 月：事業評価、来年度の計画

【実施場所】市役所、ウェルピア

【評価方法等】

評価項目	評価指標	現状*1	目標値*2	評価方法	評価時期
①HbA1c の改善者の増加	HbA1c 改善者の割合	—	70.0%	・健診データ ・KDB ・アンケート 調査	・年度末 ・翌年度健診 結果で確認 ・計画終了時
②事業終了時運動・食事・飲酒等が行動変容した人の増加	行動変容した人の割合	—	70.0%		
③事業終了 6 か月後の行動変容が継続した人の割合の増加	合	—	70.0%		
④非肥満高血糖者の減少	非肥満高血糖者の割合 合	8.2%	7.0%		

*1：平成 28 年度の値

*2：平成 35 年度の値

(5) メタボ改善教室（メタボ該当者・予備群）

【対象者】当該年度の特定保健指導対象者

【事業内容】健康教育

【実施方法】

- ①健診結果に基づき対象者を抽出し、個別通知
- ②申込み者に保健師、管理栄養士、健康運動指導士等による講義、実技をふまえた健康教育を
2 か月間（全 5 回）実施
- ③事業実施後評価し、効果を確認

【実施体制】保健師、管理栄養士、健康運動指導士、運動実践指導士

【実施期間】7 月～3 月

【実施スケジュール】

- ・7 月～3 月（毎月）：対象者の抽出、個別通知、参加者の決定、健康教育の実施（講義、実技）
- ・1 月～翌年度 10 月：特定保健指導評価時に、運動継続の確認
- ・3 月：事業評価、来年度の計画

【実施場所】ウェルピア

【評価方法】

評価項目	評価指標	現状*1	目標値*2	評価方法	評価時期
①腹囲、BMI 改善者の増加	腹囲・BMI 改善者の割合	—	50.0%	・健診データ ・KDB ・特定保健指導実践状況 確認シート	・特定保健指導終了時 ・年度末 ・翌年度健診結果で確認 ・計画終了時
②血液検査（空腹時、HbA1c、中性脂肪、LDL-C）改善者の増加	血液検査（糖、脂質）改善者の割合	—	50.0%		
③事業終了時の運動・食事・飲酒等行動が変容した人の増加	生活習慣改善者の増加	—	70.0%		

*1：平成 28 年度の値

*2：平成 35 年度の値

(6) 保健指導（健診時保健指導、健診結果説明会）

【対象者】当該年度の特定健診受診者のうち国保加入者

【事業内容】保健指導

【実施方法】

①健診会場で対象者に個別指導（特定保健指導の該当になりそうな人はその会場で簡易な初回面談を実施）

②健診後の健診結果説明会の会場で、40～59 歳の人に個別保健指導を行う（特定保健指導該当者は同日に初回面談）

【実施体制】保健師、管理栄養士、在宅保健師及び（管理）栄養士

【実施期間】7 月～翌年 3 月

【実施スケジュール】

- ・5 月～翌年 3 月：対象者に対し保健指導を実施。要精密・要治療者には受診勧奨し、勧奨後 2 か月以降に本人又はレセプトデータより受診の有無を確認
- ・1 月～3 月：事業評価、来年度の計画

【実施場所】ウェルピア、地区公民館等

【評価方法】

評価項目	評価指標	現状*1	目標値*2	評価方法	評価時期
①40～59 歳の保健指導した人の割合の増加	保健指導を実施した人の割合	—	100%	・市のデータ ・KDB	年度末及び 計画終了時
②喫煙者の減少	喫煙者の割合	12.9%	12.0%		
	45～49 歳	35.4%	28.0%		
	50～54 歳	36.9%	28.0%		
③1 回 30 分以上の運動なしの人の減少	運動習慣なしの人の割合	67.0%	58.7%		
④1 日の飲酒量の減少（1～2 合）	飲酒者の割合	35.5%	32.0%	・市のデータ ・KDB	年度末及び 計画終了時
	45～49 歳	53.3%	43.0%		
	55～59 歳	48.1%	38.0%		
⑤非肥満高血糖者の減少	非肥満高血糖者の割合	8.2%	7.0%		

*1：平成 28 年度の値

*2：平成 35 年度の値

(7) ひた市民健活ポイントサービス事業（健康づくりの動機づけ）

【対象者】市内に住所を有する満 18 歳以上の人

【事業内容】健康づくりの推進、運動習慣の形成及び定着

【実施方法】

- ①市民に対し、市報やリーフレット等で周知
- ②申込み時アンケート調査を実施、1 年間の目標を決め健活記録手帳に記入
- ③登録者は健活記録手帳に日々の記録を記入。健診受診と市のイベント等に参加しながら、ポイントを貯める（カードリーダーは市役所、地区公民館、アオーゼ、ウェルピア等に設置）
- ④年度末に貯まったポイントを次年度に商品券と交換

【実施体制】保健師、事務職員

【実施期間】4 月～翌年 3 月

【実施スケジュール】

- ・4 月～：事業の受付（翌年 2 月末まで）、周知・啓発
- ・4 月～7 月：前年度のポイントを集計し、商品券と交換
- ・4 月～10 月：商品券を市内の商店で商品と交換
- ・1 月～3 月：当該年度の事業評価

【実施場所】対象者の自宅、ウェルピア

【評価方法】

評価項目	評価指標	現状*1	目標値*2	評価方法	評価時期
①登録者数の増加	登録者数	1,397 名	1,500 名	・KDB ・市のデータ ・アンケート調査	年度末及び 計画終了時
②1 回 30 分以上の運動なしの人の減少	運動習慣なしの人の割合	67.0%	58.7%		
③翌年度も継続して登録した人の割合*3 の増加	翌年度も継続して登録した人の割合	42.8%	60.0%		

*1：平成 28 年度の値

*2：平成 35 年度の値

*3：当該年度の登録者が翌年度も引き続き登録した人の割合（商品券の交換、自治会への寄付を問わない）

4 生活習慣病予防のための知識の普及啓発事業

【目的】市民の健康意識の向上及び生活習慣の改善が図れるよう、住民組織と協働して健康づくりを推進する。

【目標】健康意識の向上

(1) 健康課題やデータの周知

(2) 各種イベントや講演会での健康教育（がん予防、飲酒、喫煙等）

【対象者】市民

【事業内容】健康づくりの推進

【実施方法】

①市民に対し、市報（健康いちばん・特集号）やリーフレット、会議等で健康課題を周知

②講演会を開催し、市民に普及啓発

【実施体制】保健師、管理栄養士、事務職員

【実施期間】4月～翌年3月

【実施スケジュール】

・テーマ（がん予防、飲酒、喫煙等）を決め、講演会を開催（年1～2回）

・医療に関する情報提供（市報掲載、パンフレットでの周知）

【実施場所】市役所、パトリア

【評価方法】

評価項目	評価指標	現状*1	目標値*2	評価方法	評価時期
①イベント開催回数	開催回数	—	年2回	・KDB ・市のデータ	年度末及び 計画終了時
②1日の飲酒量の減少（1～2合）	飲酒者の割合	35.5%	32.0%		
	45～49歳	53.3%	43.0%		
	55～59歳	48.1%	38.0%		
③喫煙者の減少	喫煙者の割合	12.9%	12.0%		
	45～49歳	35.4%	28.0%		
	50～54歳	36.9%	28.0%		
④大腸がん検診受診率の向上	受診率	12.2%	50.0%		
⑤乳がん検診受診率の向上	受診率	13.0%	50.0%		

*1：平成28年度の値

*2：平成35年度の値

(3) 健康運動教室（運動習慣の形成）

【対象者】市民

【事業内容】健康づくりの推進、運動習慣の形成及び定着

【実施方法】

①市民に対し、市報やチラシで周知

②イベント（ウォーキング・スロージョギング教室等）を開催、市民に普及啓発

【実施体制】保健師、管理栄養士、事務職員

【実施期間】4月～翌年3月

【実施スケジュール】

- ・講演会の開催
- ・参加者へのアンケート調査の実施

【実施場所】地区公民館、市総合運動場等

【評価方法】

評価項目	評価指標	現状*1	目標値*2	評価方法	評価時期
①イベント開催回数	開催回数	—	年2回	・市のデータ ・KDB	年度末及び 計画終了時
②1回30分以上の運動なしの人の減少	運動習慣なしの人の割合	67.0%	58.7%		

*1：平成28年度の値

*2：平成35年度の値

(4) 住民組織の育成及び住民組織と協働した生活習慣病予防の取組み

【対象者】食生活改善推進協議会、ひた健康運動リーダーの会、にこにこステップ運動リーダーの会

【事業内容】住民組織の育成及び健康づくりの推進

【実施方法】

①住民組織の育成及び組織への活動支援

②住民組織と協働した生活習慣病予防・介護予防のための普及啓発活動

【実施体制】保健師、管理栄養士、健康運動指導士、運動実践指導士等

【実施期間】4月～翌年3月

【実施スケジュール】

- ・各組織会員の養成研修会及びフォローアップ研修会の開催
- ・生活習慣病（高血圧、糖尿病）予防のための普及啓発活動
- ・運動と食の推進、地域での普及活動

【実施場所】ウェルピア、地区公民館等

【評価方法】

評価項目	評価指標	現状*1	目標値*2	評価方法	評価時期
①組織会員数	会員数	332 人	440 人	・市のデータ	年度末及び 計画終了時
食生活改善推進協議会		184 人	240 人		
ひた健康運動リーダーの会		60 人	100 人		
にこにこステップ運動リーダーの会		86 人	100 人		
②フォローアップ研修会の開催回数	開催回数	59 回	61 回		
食生活改善推進協議会		33 回 573 人	35 回		
ひた健康運動リーダーの会		20 回 273 人	20 回		
にこにこステップ運動リーダーの会		6 回 290 人	6 回		
③地域の普及活動の回数等	活動回数	659 回	740 回		
食生活改善推進協議会		238 回 4,613 人	290 回		
ひた健康運動リーダーの会		421 回 6,707 人	450 回		
にこにこステップ運動リーダーの会	地域教室数	12 教室	20 教室		

*1：平成 28 年度の値

*2：平成 35 年度の値

第6章 計画の評価・見直し

事業の評価は、設定した評価項目及び指標に基づき、事業実施後に事業結果について単年度または中間の時期や最終年度に行うこととする。

また、評価の時期に限らず計画の期間の途中も進捗状況を確認し、必要に応じて翌年度の保健事業実施内容等の見直しを行うこととする。

【評価方法】

評価は、KDB（国保データベースシステム）等医療情報や健診情報等のデータを活用し、国・県・同規模市町村のデータと比較しながら評価する。

また、下記の4つの視点に立って、多角的に評価を行う。

評価の構造	評価の内容	評価の指標
ストラクチャー (構造)	保健事業を実施するための仕組みや体制	事業構成、予算、関係機関との連携体制、事業運営委員会の設置等
プロセス (過程)	事業の目標を達成するための実施過程	データに基づく集団特性の把握、実施方法、人員配置、参加者の声等
アウトプット (事業実施量)	事業の成果を上げるために立案した実施量	参加人数、実施率、健診受診率、勧奨ハガキ配布数、勧奨した回数等
アウトカム (成果)	事業の成果の達成度	検査値の改善率、病気の発症率、治療の中断率等

【評価体制】

保健事業の実施に当たっては、データヘルス計画の目標達成のために健康増進事業、介護予防事業等と調和を図りながら、他の関係部署と連携して事業に取り組む。

また、75歳に達すると後期高齢者医療制度の被保険者となることから、市保健事業の実施計画（データヘルス計画）の評価を大分県後期高齢者医療広域連合等と連携して行うなど、必要に応じて他の保険者等とも連携しながら事業に取り組み、評価する。

国保連合会に設置している「支援・評価委員会」にも保健事業の実施内容や実施方法、評価指標、評価方法等について指導・助言を求めるとともに、評価を受ける。

評価指標（目標の数値）

1. 中長期・短期目標

	項 目	現状	目標	評価時期	備考
		H28年度	H35年度		
中長期目標	脳血管疾患死亡率の減少（標準化死亡比 女性）	131.1	106.0	32年度 （中間評価） 35年度 （最終年度）	西部保健所報 大分県人口動態調査
	心疾患死亡率の減少（標準化死亡比 女性）	104.1	100.0		
	大腸がんによる死因別死亡率の減少（男女計）	36.6	34.0		
	乳がんによる死因別死亡率の減少	9.2	8.0		
	脳血管疾患有病率の減少	6.15	5.50		大分県国民健康保険 団体連合会「生活習慣病の実態」
	虚血性心疾患有病率の減少	6.74	6.50		
	人工透析有病率の減少	0.61	0.55		
短期目標	特定健診実施率の向上	35.8%	60.0%	32年度 （中間評価） 35年度 （最終年度）	法定報告
	特定保健指導実施率の向上	24.1%	60.0%		
	特定保健指導対象者の割合の減少	11.9%	11.0%		KDB：地域の全体像の把握
	生活習慣病有病者（率）の減少	48.4%	47.0%		KDB：厚生労働省様式 様式3-1～4
	糖尿病有病者（率）の減少	13.8%	13.0%		
	高血圧有病者（率）の減少	29.5%	28.5%		
	脂質異常症有病者（率）の減少	21.7%	20.0%		
	非肥満高血糖者の減少	8.2%	7.0%		KDB：質問票調査の経年比較
	運動習慣者の増加（1回30分以上の運動習慣なし）	67.0%	58.7%		
	飲酒量の減少（1日飲酒量2～3合）	9.8%	9.3%		
	特定健診受診者で医療機関受診勧奨者のうち、医療機関受診につながった人の割合の増加（高血圧・高血糖の対象者）	—	100%		KDB：厚生労働省様式 様式6-10

2. 保健事業ごとの目標

	項 目	現状	目標	評価時期	備考
		H28年度	H35年度		
指 導 定 受 健 診 率 ・ 向 特 上 対 保 策 健	①特定健診実施率（40～74歳）	35.8%	60.0%	各年度末 （単年度） 35年度 （最終年 度）	法定報告
	②40～54歳の実施率（男性 50～54歳）	19.7%	25.0%		市のデータ
	③医療機関での受診者数	433人	750人		
	④ひた市民健活ポイントサービス事業登録者数	1,397人	1,500人		
	⑤特定保健指導実施率（40～74歳）	24.1%	60.0%		
	⑥特定保健指導対象者の割合	11.9%	11.0%		
生 活 習 慣 病 重 症 化 予 防 対 策	(1)糖尿病重症化予防事業（糖尿病性腎症重症化予防事業）			各年度末 （単年度） 35年度 （最終年 度）	
	①糖尿病有病率（40～74歳）（各年の5月診療分）	13.8%	13.0%		厚労省様式
	②糖尿病による人工透析者の割合	2.37%	1.84%		生活習慣病の実態
	③糖尿病重症化対策委員会の開催回数	年2回	年2回		市のデータ
	(2)特定健診受診者で要精密・要治療者の受診勧奨				
	①HbA1c(NGSP値) 6.5%以上の人の受診勧奨した割合	62.6%	100.0%		健診データ 分析支援ソ フト
	②収縮期血圧160mmHg以上、又は拡張期血圧100mmHg以上の人に 受診勧奨した割合	46.3%	100.0%		
	③特定健診受診者で医療機関受診勧奨者のうち、医療機関受診 につながった人の割合（血圧・血糖の対象者）	—	100.0%		
	(3)39歳以下健康診査受診者の保健指導				
	①腹囲、BMI、血圧、血糖、脂質のいずれかが保健指導判定値 以上の人の保健指導率	100.0%	100.0%		健診データ分析支 援ソフト 市のデータ
	(4)糖尿病予防教室（非肥満高血糖者を含む）				
	①HbA1c(NGSP値)の改善者の割合	—	70.0%		健診データ
	②事業終了時運動・食事・飲酒等が行動変容した人の割合	—	70.0%		アンケート 調査
	③事業終了6か月後の行動変容が継続した人の割合	—	70.0%		KDB
	④非肥満高血糖者の割合	8.2%	7.0%		
	(5)メタボ改善教室（メタボ該当者・予備群）				
	①腹囲、BMI改善者の割合	—	50.0%		KDB、健診データ
	②血液検査（空腹時、HbA1c、中性脂肪、LDL-C）改善者の割合	—	50.0%		健診データ
	③事業終了時の運動・食事・飲酒等行動が変容した人の割合	—	70.0%		市の確認シート
	(6)保健指導（健診時保健指導、健診結果説明会）				
	①40～59歳の保健指導した人の割合	—	100.0%		市のデータ
	②喫煙率	12.9%	12.0%		KDB
	③1回30分以上の運動なしの人の割合	67.0%	58.7%		
	④1日飲酒量（1～2合）	35.5%	32.0%		
	⑤非肥満高血糖者の割合	8.2%	7.0%		
	(7)ひた市民健活ポイントサービス事業（健康づくりの動機づけ）				
	①登録者数	1,397人	1,500人		市のデータ
	②1回30分以上の運動なしの人の割合	67.0%	58.7%		KDB
	③翌年度も継続して登録した人の割合	42.8%	60.0%		アンケート調査

	項 目	現状	目標	評価時期	備考
		H28年度	H35年度		
生活習慣病予防の知識の普及啓発事業	(1)・(2)各種イベントや講演会での健康教育			各年度末 (単年度) 35年度 (最終年度)	
	①イベント開催回数	—	年2回		市のデータ
	②1日飲酒量（1～2合）	35.5%	32.0%		KDB
	③喫煙率	12.9%	12.0%		
	④大腸がん検診受診率	12.2%	50.0%		市のデータ
	⑤乳がん検診受診率	13.0%	50.0%		
	(3)健康運動教室			各年度末 (単年度) 35年度 (最終年度)	
	①イベント開催回数	—	年2回		市のデータ
	②1回30分以上の運動なしの人の割合	67.0%	58.7%		KDB
	(4)住民組織育成				
	①組織会員数	332人	440人		
	②フォローアップ研修会の開催回数	59回	61回		
	③地域の普及活動回数	659回	740回		市のデータ
	④地域教室数	12教室	20教室		

第7章 計画の公表・周知

本計画は、広報及びホームページに掲載して市民に広く公表する。また、市民、自治会長、医師会等を通じて、データヘルス計画に掲げる各保健事業の目的等の周知を図り、目標達成に努める。

第8章 個人情報の取り扱い

本計画で得られる健康情報等の取扱いについては、個人情報保護に関する法律を踏まえた対応を行うとともに、日田市個人情報保護に関する条例を遵守する。また、各保健事業などを委託した場合は、委託先の機関等についても、同様の取り扱いとするとともに業務により知り得た情報については、守秘義務を徹底し、業務終了後も同様とする。さらに、個人情報の管理（書類の紛失、盗難等）にも十分留意するとともに、これらの取り扱う者に対して、その内容を周知する。

第9章 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

1 地域包括ケアシステムを推進する取組

（1）在宅医療・福祉・介護の連携推進

医療・介護・福祉分野の関係機関の切れ目のない連携によるネットワーク構築のため、ひたメディアネット（在宅医療介護連携推進会議）を中心に関係機関との連携により推進していく。

また、市民公開講座や出前講座等の開催を通じて、在宅医療・介護の連携が円滑に進んでいくための市民への周知啓発に努める。

（2）認知症施策の推進

認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らしていくためには、本人や家族そして地域の人々が、認知症への理解を深めるとともに、地域における支援体制の構築が必要である。

今後、増加することが見込まれる認知症の人やその家族が住み慣れた地域で暮らし続けることができる地域づくりに向けて、医療、介護、福祉、地域など多職種と連携を図り、支援体制の構築・強化に努める。

（３）歯科保健事業推進に向けての取組

日田市は幼児期のむし歯保有率が県内でも高いことから、妊産婦、乳幼児から高齢者まで生涯を通じた歯科口腔保健推進に向けての取り組みが必要である。今後も以下の取り組みを継続し、ライフステージに対応した取り組みを継続していく。

- ・乳幼児健診の会場での歯科衛生士による歯科指導
- ・１歳６か月児健康診査及び３歳４か月児健康診査の会場でのフッ化物塗布
- ・親と子、高齢者のよい歯のコンクール（年１回）
- ・いい歯のイベント（年１回）：歯科医師会との連携による無料歯科検診・相談、フッ化物塗布
- ・歯周疾患検診：当該年度の４０・５０・６０・７０歳の対象者に歯科医院で歯科検診を実施
- ・歯科保健関係者研修会：歯科保健に携わる関係団体との情報交換や共通認識を図るための研修会（保育園、幼稚園、小中学校、在宅歯科衛生士会、地域活動栄養士等）

２ 医療費適正化の取組

（１）重複・頻回受診等を抑制する取組

- ・重複・頻回受診及び重複服薬の人に対して看護師等による訪問指導を行い、特定健診の勧奨とともに薬手帳の活用を促す。

（２）ジェネリック医薬品の推進

- ・新成人、７０歳到達時に負担区分が変わる人に送付する書類の中に、ジェネリック医薬品を推進するパンフレット・希望シールを同封し、周知啓発を図る。
- ・年に２回ジェネリック医薬品の未使用者に対して、ジェネリック医薬品を使用した場合の差額を通知してジェネリック医薬品の利用促進を図る。