

延岡市国民健康保険

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第3期特定健康診査等実施計画

平成30年5月

延岡市

延岡市国民健康保険
第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)
第3期特定健康診査等実施計画

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1 背景・目的	1
2 計画の位置付け	2
3 計画期間	5
4 関係者が果たすべき役割と連携	5
(1) 実施主体・関係部局の役割	5
(2) 外部有識者等の役割	5
(3) 被保険者の役割	6
5 保険者努力支援制度	6
第2章 第1期計画に係る評価及び考察と 第2期計画における健康課題の明確化	8
1 第1期計画に係る評価及び考察	8
(1) 第1期計画に係る評価	8
(2) 第1期計画に係る考察	18
2 第2期計画における健康課題の明確化	19
(1) 本市の地域特性	19
(2) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況	19
(3) 健診受診者の実態	22
(4) 未受診者の把握	22
3 目標の設定	24
第3章 特定健診・特定保健指導の実施	25
1 第3期特定健診等実施計画について	25
2 目標値の設定	25
3 対象者の見込み	25
4 特定健診の実施	25
(1) 実施方法	25
(2) 特定健診委託基準	25
(3) 特定健診の実施場所及び実施期間	26

(4)	特定健診実施項目	26
(5)	特定健診の実施時期	26
(6)	医療機関との適切な連携	27
(7)	請求・支払い事務の代行機関	27
(8)	健診の案内方法	27
5	特定保健指導の実施	27
(1)	実施方法	27
(2)	健診から保健指導実施の流れ	28
(3)	要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法	29
(4)	生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール	30
6	個人情報の取り扱い	31
(1)	基本的な考え方	31
(2)	特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について	31
7	結果の報告	31
8	特定健康診査等実施計画の公表・周知	31
第4章	保健事業の内容	32
1	保健事業の方向性	32
2	重症化予防の取組	32
(1)	慢性腎臓病・糖尿病性腎症重症化予防	32
(2)	虚血性心疾患重症化予防	39
(3)	脳血管疾患重症化予防	42
3	その他の保健事業	47
(1)	適正受診、適正服薬の促進	47
(2)	普及啓発事業	47
第5章	地域包括ケアシステムに係る取組	48
第6章	計画の評価・見直し	49
第7章	計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	50

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1 背景・目的

近年、特定健康診査（以下「特定健診等」という。）の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）の電子化の進展、国保データベースシステム（以下「KDB」という。）の整備等により、保険者が健診や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んできました。

こうした中、平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」では、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成、公表、事業実施、評価等の取組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取組みを行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等のデータを活用した保健事業を推進することとされました。

また、平成27年5月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険（以下「国保」という。）については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村と共に保険者となって運営を担うこととされ、保健事業などの医療費適正化の取組みについては、これまでどおり市町村が主な実施主体となります。

さらに、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援を拡充する一環として被保険者の重症化予防と健康づくりを進め、医療費の適正化を図るための新たなインセンティブ制度となる保険者努力支援制度が平成30年度に創設されることとなりました。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示、以下「国指針」という。）の一部が改正され、保険者は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的で効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされました。

本市においては、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を含む慢性腎臓病等を減らすことを中長期目標とし、これらの疾患の共通のリスクとなる高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム該当者等を減らすことを短期目標と定め、保健事業に取り組むことで被保険者の健康保持増進を図り、結果として医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化につなげることを目的として「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定します。

2 計画の位置付け

本市では、平成20年3月に「延岡市国民健康保険特定健康診査等実施計画」を策定し、健診受診率などの数値目標を設定して、特定健診、特定保健指導に取り組んできました。

また、市民の健康実態に応じた健康増進及び疾病予防を効果的に推進するため、平成27年3月に「延岡市国保保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定し、実証データに基づき、生活習慣病予防を中心とした保健事業を実施してきました。

このように、特定健康診査等実施計画と保健事業実施計画（データヘルス計画）の二つの計画を両輪として保健事業を実施してきましたが、データヘルス計画の改定に当たり事業の実施内容及び評価等の見直しを行い、保健事業の実効性をより高めていくために、これらの二つを一体的な計画として第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定します。

本計画は、効果的で効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果や、レセプトデータ等の健診、医療情報を活用し、PDCAサイクルに沿って運用します。

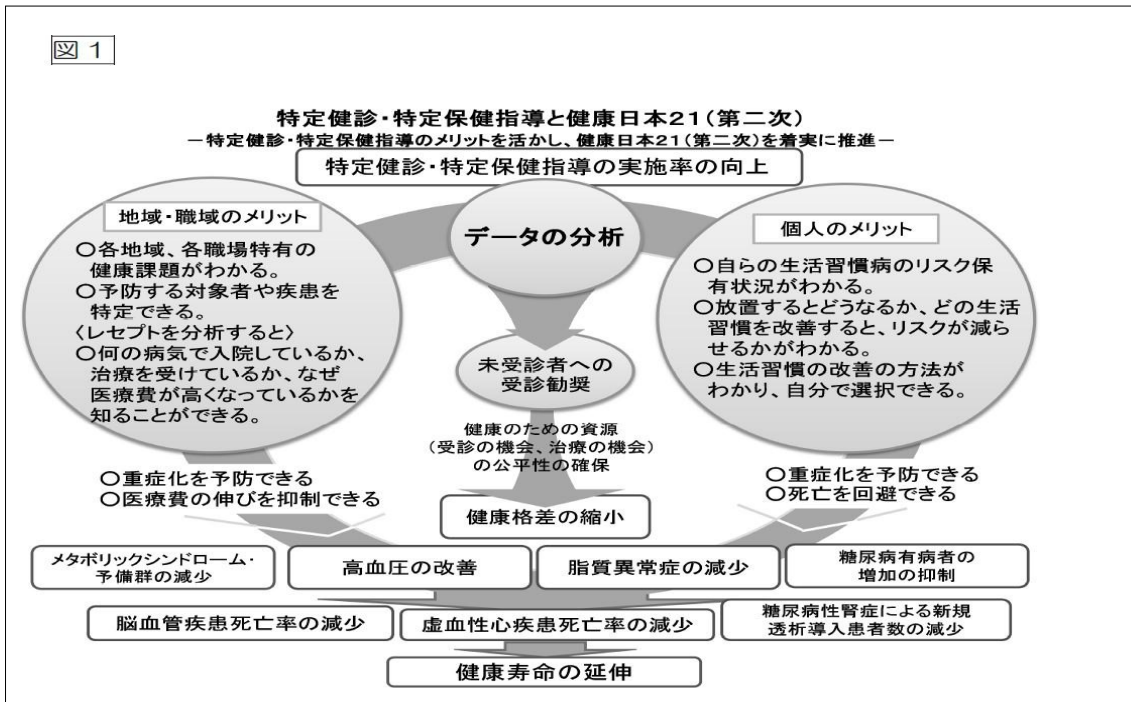
また、本計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、健康みやざき21（宮崎県健康増進計画）や宮崎県医療費適正化計画、健康のべおか21（延岡市健康増進計画）、ハートフルプラン21（第7期延岡市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画）と調和を図ります。

これに伴い、平成27年3月に策定した計画を「第1期保健事業実施計画（データヘルス計画）」と位置付けます。

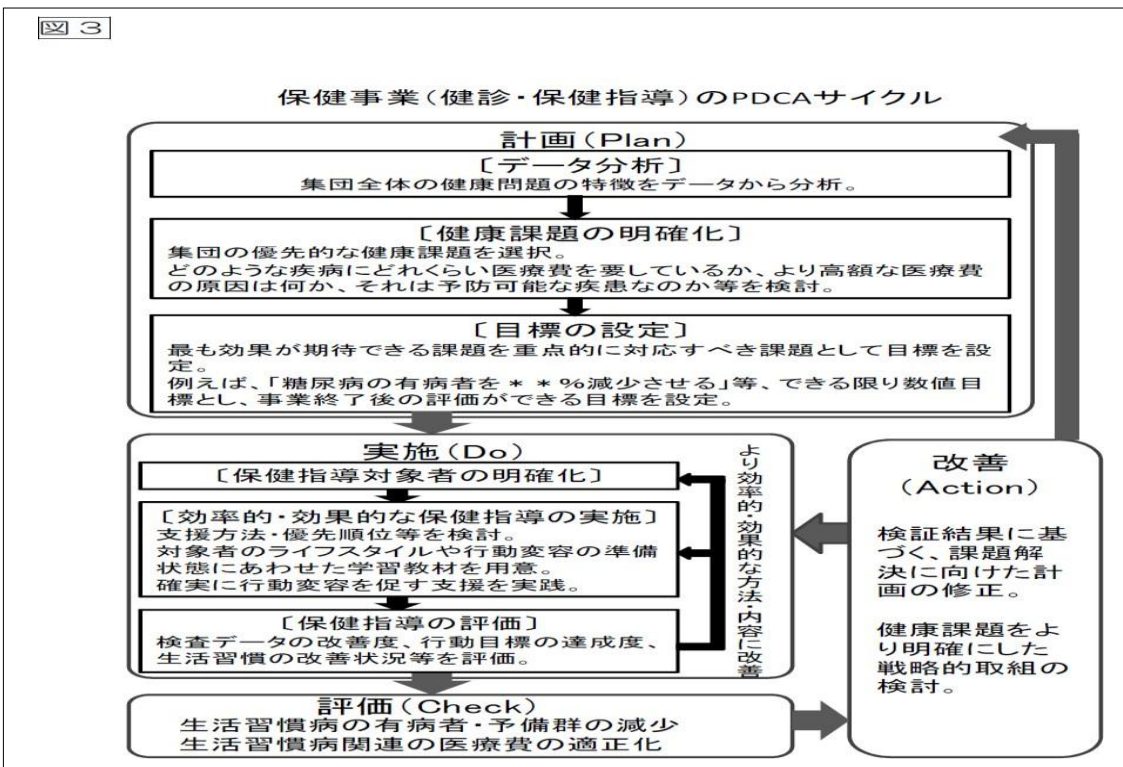
【図表1-1】平成30年度に向けた法定計画等の位置づけ

	「健康日本21」	※健康増進事業実施者とは健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			「医療費適正化計画」	「医療計画」
		「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」		
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者※)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」	厚生労働省 保険局 平成29年8月 「特定健康診査及び特定保健指導の適切で有効な実施を図るための基本的な指針」	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成29年 「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」	厚生労働省 保険局 平成28年3月 「医療費適正化に関する施策について基本指針【全部改正】」	厚生労働省 医政局 平成29年3月 「医療提供体制の確保に関する基本指針」
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30年～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会保障制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を抑えれば、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持及び向上を図りながら医療の伸びの抑制を実現することが可能となる。 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を、的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、保険者がその支援の中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指すものである。 被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤の強化が図られることは、保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態となることの予防又は、要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を理念としている。	国民皆保険を堅持し続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期・青年期・高齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の 青年期・壮年期世代・小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム※³⁰ 認知症 メンタルヘルス※³¹ </div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 </div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん </div>	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症※ ²⁹ 慢性閉塞性肺疾患(COPD)がんと 初老期の認知症、早老症、骨折+骨粗鬆症、パーキンソン病関連疾患、脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症、関節リウマチ、変形性関節症、多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症、後縦靭帯硬化症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> 糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患 </div>
評価項目	※53項目中 特定健診の関係する項目15項目 1. 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 2. 合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数) 3. 治療継続者の割合の増加 4. 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 5. 糖尿病有病者 6. 特定健診・特定保健指導の実施率 7. メタボ予備群・メタボ該当者 8. 高血圧 9. 脂質異常症 10. 適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) 11. 適切な量と質の食事をとる 12. 日常生活における歩数 13. 運動習慣者の割合 14. 成人の喫煙率 15. 飲酒している者	(1)特定健診受診率 (2)特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して費用対効果の観点も考慮 1. 生活習慣の状況(特定健診の質問票を参照) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 2. 健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 3. 医療費等 ①医療費 ②介護費	1. 地域における自立した日常生活の支援 2. 要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 3. 介護給付費※ ³² の適正化	●医療費適正化の取組 - 外来 - 1. あたり外来医療費の地域差の縮減 2. 特定健診・特定保健指導の実施率の向上 3. メタボ該当者・予備群の減少 4. 糖尿病重症化予防の推進 - 入院 - 病床機能分化・連携の推進	1. 5 疾病・5 事業 2. 在宅医療連携体制(地域の実状に応じて設定)
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度分】を減額し、保健料率決定				保険事業支援・評価委員会※ ³³ (事務局・国保連合会※ ³⁴)による計画作成支援 保険者協議会(事務局・国保連合会)を通じて、保険者との連携

【図表 1-2】 特定健診・特定保健指導と健康日本 21（第二次）



【図表 1-3】 保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル



3 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされています。また、保健事業の実施計画（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」とされており、宮崎県における医療費適正化計画や医療計画が平成30年度から平成35年度までを計画期間としていることから、これらの計画との整合性を図るため、平成30年度から平成35年度の6年間を計画期間とします。

4 関係者が果たすべき役割と連携

(1) 実施主体関係部局の役割

本市においては、国民健康保険課が主体となりデータヘルス計画を策定しますが、市民の健康保持増進には幅広い部局が関わっています。特に健康増進課の保健師等の専門職と連携し、一体となって取組む必要があります。

また、健康長寿のまちづくり課、高齢福祉課、介護保険課、生活福祉課、こども家庭課、障がい福祉課、地域医療対策室等の関係課室とも十分な連携が必要です。

さらに、計画期間を通してPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者、関係課の業務を明確化、標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行うなど、体制を整えていきます。

(2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、宮崎県国民健康保険団体連合会（以下「宮崎県国保連」という。）及び宮崎県国保連に設置される保健事業支援・評価委員会（以下、「支援・評価委員会」という）などの外部有識者との連携、協力が重要です。

これまで、支援・評価委員会から委員の幅広い専門的知見を活用し、データヘルス計画の策定や保健事業実施についての支援を受けており、今後も保健事業の取組内容や評価について支援を要請します。

また、平成30年度から都道府県が市町村国保の財政運営の責任主体となり、市町村と共に保険者となることから、保険者機能の強化について宮崎県との連携に努めます。

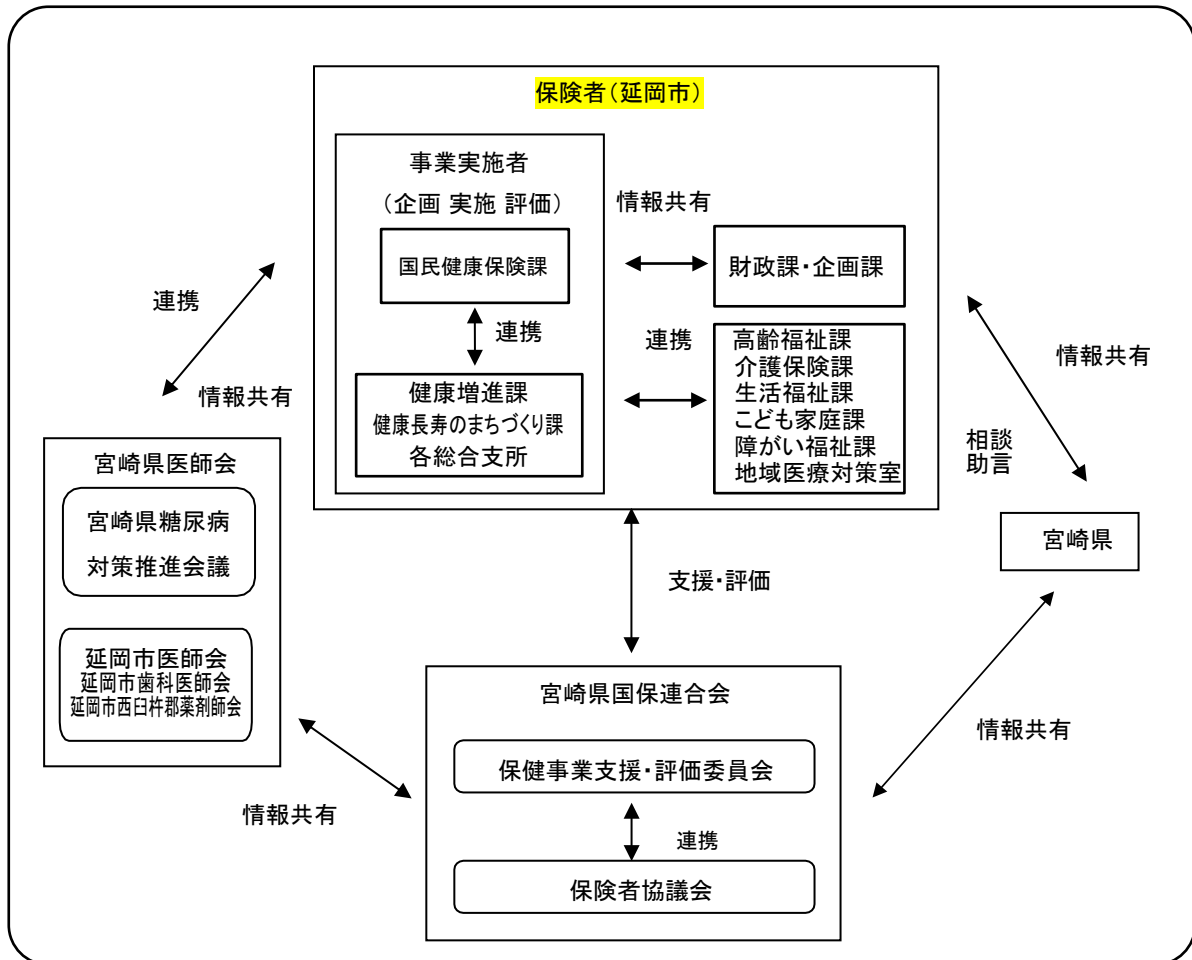
あわせて、延岡市国保と地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うため、本市では国民健康保険運営協議会に延岡市医師会、延岡市歯科医師会、延岡市西臼杵郡薬剤師会から委員を選任していただき、連携を図っています。

保険者間では、転職や転出、転入等により被保険者の加入、脱退があることから、他の医療保険者と健診や医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努める必要があります。そのため、宮崎県保険者協議会等を活用していきます。

(3) 被保険者の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図ることが最終的な目的であることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康づくりの重要性を理解して、主体的、積極的に取り組む必要があります。

【図表 1-4】延岡市の実施体制



5 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、新たに保険者努力支援制度が創設されました。この支援制度は平成30年度から本格実施となり、平成28年度から特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施されています。

国は保険者努力支援制度の評価指標について、各保険者の取り組み実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は糖尿病等の重症化予防や保険税収納率向上に関する取り組みの実施状況を高く評価する配点となっています。

【図表1-5】 保険者努力支援制度の評価指標

評価指標		H28 年度		H29 年度		H30 年度
		配点	延岡市	配点	延岡市	配点
満 点		345		580		850
交付額(万円)			1,966			
総得点(体制構築加点含む)			251		372	
全国順位(1,741 市町村中)			166			
共通①	特定健診受診率	20	0	35	0	50
	特定保健指導実施率	20	15	35	10	50
	メタボ該当者及び予備群の減少率	20	0	35	0	50
共通②	がん検診受診率	10	0	20	0	30
	歯周疾患(病)検診	10	10	15	15	25
共通③	重症化予防の取組	40	40	70	55	100
共通④	個人のインセンティブ提供	20	20	45	45	70
	個人への分かりやすい情報提供	20	20	15	15	25
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10	10	25	25	35
共通⑥	後発医薬品の促進の取組	15	11	25	25	35
	後発医薬品の使用割合	15	10	30	15	40
固有①	収納率向上	40	10	70	25	100
固有②	データヘルス計画の取組	10	10	30	30	40
固有③	医療費通知の取組	10	10	15	15	25
固有④	地域包括ケアの推進	5	5	15	7	25
固有⑤	第三者求償の取組	10	10	30	20	40
固有⑥	適正、健全な事業運営の実施					50
体制構築加点		70		70		60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化

1 第1期計画に係る評価及び考察

(1) 第1期計画に係る評価

① 全体の経年変化

本市の死因別に見る死亡割合は平成28年度が、がん47.5%、心臓病28.9%、脳疾患16.3%、腎不全3.3%、糖尿病2.1%となっています。平成25年度と比較すると、がん(-0.6%)、心臓病(+0.9%)、脳疾患(-1.0%)、糖尿病(+0.8%)とがんと脳疾患が微減となり、心臓病と糖尿病が微増している状況です。(【図表2-1】以下同表(項目2-①))

要介護認定率は第1号が増加しており国、県、同規模市と比べても高い状況です。(項目3-①)

医療費に占める入院費用、件数の割合は減少しているものの国、県、同規模市の平均よりも高い状態です。(項目4-③)

また、1件当たりの入院費用額は県内で比較するとほとんどの疾患で中位に位置していますが、8疾患中、腎不全を除く7疾患で県内順位が低下しています。1件当たりの費用額が抑えられ、重症化した場合も以前ほど高額な医療費を要する状態が少なくなっていると考えられます。(項目4-⑤)

要介護認定者の有病状況や特定健診の結果から、高血糖の人が増加傾向にあり、メタボリックシンドローム、特に腹囲が基準を上回り、その他の基礎疾患を併せ持っている人の割合が平成25年度より上昇していることから、今後の重症化予防は心臓病、脳血管疾患等の原因となるメタボリックシンドローム該当者等を減らし、高血圧症を改善する取組みを継続するとともに、慢性腎臓病にもつながる糖尿病対策を実施していく必要があります。(項目3-② 項目5-⑬~⑰)

(用語解説) ※同規模市

KDBには同規模市町村と比較できる機能があり、人口規模に応じて13段階に区分され、本市は「同規模区分」6に分類されています。

【「同規模区分6」の市・全102市】

小樽市、北見市、江別市、一関市、奥州市、石巻市、大崎市、鶴岡市、酒田市、会津若松市、土浦市、古河市、取手市、筑西市、佐野市、那須塩原市、桐生市、加須市、鴻巣市、深谷市、戸田市、入間市、朝霞市、富士見市、三郷市、坂戸市、ふじみ野市、木更津市、成田市、我孫子市、鎌ヶ谷市、武蔵野市、青梅市、昭島市、小金井市、国分寺市、東久留米市、多摩市、蛇老名市、座間市、三条市、新発田市、小松市、白山市、飯田市、多治見市、各務原市、可児市、三島市、富士宮市、島田市、焼津市、掛川市、藤枝市、瀬戸市、半田市、刈谷市、江南市、稲沢市、東海市、伊勢市、桑名市、彦根市、長浜市、草津市、池田市、守口市、泉佐野市、富田林市、河内長野市、松原市、大東市、箕面市、羽曳野市、門真市、橿原市、生駒市、米子市、津山市、尾道市、廿日市市、防府市、岩国市、周南市、丸亀市、新居浜市、西条市、大牟田市、飯塚市、筑紫野市、春日市、糸島市、唐津市、諫早市、八代市、別府市、延岡市、鹿屋市、霧島市、浦添市、沖縄市、うるま市

【図表2-1】延岡市の地域特性

出典：KDB<地域全体の把握 / 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題(累計)>
 (注意) 本図表の項目1、人口構成等についてはKDBシステムの帳票仕様によりH28の数値が表示されていません。
 また、その他の項目についても独自の集計を行っているため他の統計情報の数値と異なる場合があります。
 本図表は疾病状況や健診結果等の傾向を把握するために掲載しています。

同規模市平均と比較して悪い値に○、良い値に■、経年変化で上昇↑、下降↓を付けています。

項目	H25				H28								
	延岡市		延岡市		同規模平均		県		国				
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 人口構成	総人口		130,669		130,669		12,672,078		1,125,360		124,852,975	
		65歳以上(高齢化率)		35,673	27.3	35,673	27.3	2,924,766	23.1	290,839	25.8	29,020,766	23.2
		75歳以上		19,206	14.7	19,206	14.7			156,418	13.9	13,989,864	11.2
		65~74歳		16,467	12.6	16,467	12.6			134,421	11.9	15,030,902	12.0
		40~64歳		44,166	33.8	44,166	33.8			383,847	34.1	42,411,922	34.0
	39歳以下		50,830	38.9	50,830	38.9			450,674	40.0	53,420,287	42.8	
	② 産業構成	第1次産業		5.6		5.6		3.8		11.8		4.2	
		第2次産業		29.0		29.0		27.7		21.6		25.2	
		第3次産業		65.3		65.3		68.5		66.6		70.6	
	③ 平均寿命	男性		79.9		79.9		79.7		79.7		79.6	
女性		86.1		86.1		86.4		86.6		86.4			
④ 健康寿命	男性		65.4		65.4		65.3		65.2		65.2		
	女性		66.3		66.3		66.9		66.8		66.8		
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)		102.5		101.5	↓	99.1		99.7		100	
		男性											
		女性		95.4		95.8	↑	100.7		96.2		100	
		がん		452	48.1	426	47.5	36,947	49.6	3,469	45.2	367,905	49.6
		心臓病		263	28.0	259	28.9	19,873	26.7	2,242	29.2	196,768	26.5
		脳疾患		163	17.3	146	16.3	11,361	15.3	1,301	16.9	114,122	15.4
		糖尿病		12	1.3	19	2.1	1,352	1.8	128	1.7	13,658	1.8
	腎不全		31	3.3	30	3.3	2,517	3.4	276	3.6	24,763	3.3	
	自殺		19	2.0	16	1.8	2,408	3.2	265	3.5	24,294	3.3	
	② 早予防からみた死亡(65歳未満)	合計											
女性													
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		7,614	21.1	8,245	22.5	606,911	20.6	59,315	20.4	5,885,270	21.2
		新規認定者		187	0.3	138	0.3	10,532	0.3	1,066	0.3	105,636	0.3
		2号認定者		194	0.4	173	0.4	16,126	0.4	1,424	0.4	151,813	0.4
	② 有病状況	糖尿病		1,337	16.5	1,421	17.0	131,492	20.8	12,987	21.1	1,350,152	22.1
		高血圧症		4,152	53.1	4,361	52.5	305,339	48.4	35,357	57.9	3,101,200	50.9
		脂質異常症		1,925	24.1	2,139	25.2	170,230	26.9	16,825	27.4	1,741,866	28.4
		心臓病		4,715	60.7	5,000	60.2	348,224	55.2	40,235	65.9	3,529,682	58.0
		脳疾患		2,050	26.4	2,056	25.2	154,233	24.7	19,122	31.4	1,538,683	25.5
		がん		587	7.3	669	7.6	59,555	9.3	5,852	9.4	631,950	10.3
		筋・骨格		3,903	49.4	4,179	50.3	298,840	47.4	35,171	57.7	3,067,196	50.3
精神		2,924	36.6	3,284	38.9	212,198	33.5	25,297	40.9	2,154,214	35.2		
③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)		66,221		63,528	↓	58,724		66,242		58,284		
	居宅サービス		45,794		45,490	↓	39,936		47,239		39,662		
	施設サービス		289,566		284,473	↓	280,447		282,096		281,186		
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)		7,614		7,048	↓	7,890		7,149		7,980		
	認定なし		3,873		3,872	↓	3,777		3,962		3,816		
4	① 国保の状況	被保険者数		37,002		32,768	↓	3,125,566		300,107		32,587,866	
		65~74歳		13,344	36.1	14,161	43.2			119,981	40.0	12,461,613	38.2
		40~64歳		14,022	37.9	10,987	33.5			103,073	34.3	10,946,712	33.6
		39歳以下		9,636	26.0	7,620	23.3			77,053	25.7	9,179,541	28.2
	加入率		28.3		25.1	↓	24.7		26.7		26.9		
	② 医療の概況(人口千対)	病院数		16	0.4	16	0.5	859	0.3	140	0.5	8,255	0.3
		診療所数		84	2.3	85	2.6	9,318	3.0	891	3.0	96,727	3.0
		病床数		2,253	60.9	2,249	68.6	160,666	51.4	19,245	64.1	1,524,378	46.8
		医師数		251	6.8	233	7.1	26,206	8.4	2,730	9.1	299,792	9.2
		外来患者数		612.1		645.1	↑	686.1		677.3		668.1	
入院患者数		25.1		25.1	↑	19.2		24.7		18.2			
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		24,917	県内15位 同規模26位	25,854	↑	25,233	県内20位 同規模43位	26,707		24,245		
	受診率		637.213		670.276	↑	705.382		702.012		686.286		
	外来	費用の割合		52.7		54.6	↑	59.7		55.1		60.1	
		件数の割合		96.1		96.2	↑	97.3		96.5		97.4	
	入院	費用の割合		47.3		45.4	↓	40.3		44.9		39.9	
		件数の割合		3.9		3.8	↓	2.7		3.5		2.6	
1件あたり在院日数		19.3日		18.9日	↓	16.1日		17.8日		15.6日			
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源 傷病名※46 (調剤含む)	がん		1,203,606,190	17.8	1,292,093,250	20.4	25.2		22.0		25.6		
	慢性腎不全(透析あり)		812,943,570	12.0	756,420,490	11.9	9.9		11.2		9.7		
	糖尿病		534,111,570	7.9	526,978,340	8.3	9.7		8.6		9.7		
	高血圧症		680,872,140	10.1	507,659,470	8.0	8.6		8.7		8.6		
	精神		1,681,136,660	24.9	1,601,799,450	25.3	17.7		22.3		16.9		
	筋・骨格		904,801,480	13.4	858,062,260	13.5	14.6		14.6		15.2		

4	⑤	費用額 (1件あたり) 県内順位 順位総数28	入院	糖尿病	530,701	4位	(18)	523,655	10位	(19)↑									
				高血圧	505,707	13位	(20)	527,937	16位	(20)↑									
				脂質異常症	466,556	12位	(21)	492,456	13位	(20)↑									
				脳血管疾患	524,516	13位	(23)	530,883	16位	(23)↑									
				心疾患	645,381	5位	(16)	645,138	8位	(15)↑									
				腎不全	549,612	22位	(17)	585,609	18位	(17)↓									
				精神	418,226	12位	(26)	414,399	19位	(26)↑									
				悪性新生物	622,853	8位	(15)	615,105	13位	(15)↑									
	外来	糖尿病	33,585	10位		34,211	13位	↑											
		高血圧	29,256	8位		29,396	9位	↑											
		脂質異常症	25,438	14位		26,778	10位	↓											
		脳血管疾患	32,704	18位		33,537	18位												
		心疾患	38,961	15位		40,330	15位												
		腎不全	192,380	14位		191,905	10位	↓											
		精神	28,444	18位		30,231	12位	↓											
		悪性新生物	49,131	10位		53,139	16位	↑											
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者曰人当たり	健診受診者	1,941			2,048		↑	2,644	3,164	2,346							
			健診未受診者	10,805			11,972		↑	12,275	11,427	12,339							
		生活習慣病対象者曰人当たり	健診受診者	5,672			5,976		↓	7,366	8,696	6,742							
			健診未受診者	31,582			34,931		↑	34,199	31,410	35,459							
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	5,085	58.7	4,795	58.3	↓	459,110	56.2	38,800	54.9	4,427,360	56.1						
		医療機関受診率	4,714	54.4	4,479	54.5	↑	428,089	52.4	36,267	51.4	4,069,618	51.5						
		医療機関非受診率	371	4.3	316	3.8	↓	31,021	3.8	2,533	3.6	357,742	4.5						
5	特定健診の 状況 県内順位 順位総数28	健診受診者	8,669		8,219		↓	816,649		70,610		7,898,427							
		受診率	33.9	県内16位 同規模47位	35.4	↑	38.1		34.5	全国32位		36.4							
		特定保健指導終了者(実施率)	498	40.0	80	6.8	↑	23770	25.1	3,465	40.8	198,683	21.1						
		非肥満高血糖	506	5.8	526	6.4	↑	80,374	9.8	5,442	7.7	737,886	9.3						
		メタボ	該当者	1,500	17.3	1,506	18.3	↑	143,656	17.6	12,794	18.1	1,365,855	17.3					
			男性	943	26.1	969	27.5	↑	97,174	27.9	8,493	27.9	940,335	27.5					
			女性	557	11.0	537	11.4	↑	46,482	9.9	4,301	10.7	425,520	9.5					
			予備群	1,242	14.3	1,198	14.6	↑	86,963	10.6	8,838	12.5	847,733	10.7					
		BMI	男性	762	21.1	725	20.6	↓	59,568	17.1	5,505	18.1	588,308	17.2					
			女性	480	9.5	473	10.1	↑	27,395	5.8	3,333	8.3	259,425	5.8					
		メタボ該当・ 予備群レ ベル	総数	3,131	36.1	3,072	37.4	↑	257,908	31.6	24,452	34.6	2,490,581	31.5					
			腹囲	男性	1,914	52.9	1,909	54.2	↑	174,806	50.3	15,692	51.6	1,714,251	50.2				
				女性	1,217	24.1	1,163	24.8	↑	83,102	17.7	8,760	21.8	776,330	17.3				
			BMI	総数	311	3.6	287	3.5	↓	38,944	4.8	3,286	4.7	372,685	4.7				
				男性	48	1.3	45	1.3		5,769	1.7	532	1.8	59,615	1.7				
			女性	263	5.2	242	5.2		33,175	7.1	2,754	6.8	313,070	7.0					
			血糖のみ	41	0.5	63	0.8	↑	5,346	0.7	467	0.7	52,296	0.7					
			血圧のみ	985	11.4	935	11.4		60,298	7.4	6,643	9.4	587,214	7.4					
			脂質のみ	216	2.5	200	2.4	↓	21,319	2.6	1,728	2.4	208,214	2.6					
血糖・血圧	231		2.7	221	2.7		21,665	2.7	2,194	3.1	212,002	2.7							
血糖・脂質	53		0.6	57	0.7	↑	7,896	1.0	528	0.7	75,032	0.9							
血圧・脂質	811		9.4	840	10.2	↑	69,601	8.5	6,424	9.1	663,512	8.4							
血糖・血圧・脂質	405	4.7	388	4.7		44,494	5.4	3,648	5.2	415,310	5.3								
6	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	2,970	34.3	2,798	34.0	↓	283,574	34.7	26,712	37.8	2,650,283	33.6					
			糖尿病	586	6.8	574	7.0	↑	64,128	7.9	5,470	7.7	589,711	7.5					
			脂質異常症	1,741	20.1	1,758	21.4	↑	203,875	25.0	14,669	20.8	1,861,221	23.6					
		既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	382	4.6	385	4.8	↑	26,393	3.5	2,695	3.9	246,252	3.3					
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	422	5.1	449	5.5	↑	42,955	5.7	3,636	5.3	417,378	5.5					
			腎不全	17	0.2	26	0.3	↑	3,558	0.5	240	0.3	39,184	0.5					
			貧血	1,002	12.2	973	12.1	↓	77,916	10.5	7,036	10.3	761,573	10.2					
		喫煙	995	11.5	1,044	12.7	↑	106,332	13.0	8,574	12.1	1,122,649	14.2						
		週3回以上朝食を抜く	670	8.1	725	9.0	↑	49,905	7.7	5,418	7.9	585,344	8.7						
		週3回以上食後間食	1,124	13.6	1,108	13.7	↑	73,477	11.3	8,357	12.2	803,966	11.9						
		週3回以上就寝前夕食	1,022	12.4	984	12.2	↓	92,491	14.2	10,362	15.1	1,054,516	15.5						
		食べる速度が速い	2,053	24.9	2,082	25.8	↑	161,704	25.0	17,240	25.2	1,755,597	26.0						
		20歳時体重から10kg以上増加	2,746	33.3	2,772	34.3	↑	208,703	32.1	23,064	33.7	2,192,264	32.1						
		1回30分以上運動習慣なし	4,272	51.8	4,270	52.8	↑	371,402	57.2	37,367	54.5	4,026,105	58.8						
1日1時間以上運動なし	3,962	48.0	4,092	50.7	↑	305,765	46.8	32,220	47.0	3,209,187	47.0								
睡眠不足	1,847	22.5	1,928	24.0	↑	152,056	23.7	15,474	22.6	1,698,104	25.1								
毎日飲酒	1,995	24.1	2,045	25.3	↑	176,973	24.5	18,528	26.9	1,886,293	25.6								
時々飲酒	1,939	23.5	1,903	23.5		152,085	21.1	15,909	23.1	1,628,466	22.1								
一日飲酒量	1合未満	3,088	61.4	3,474	63.9	↑	339,498	67.1	24,369	58.8	3,333,836	64.0							
	1~2合	1,406	28.0	1,462	26.9	↓	114,077	22.5	12,302	29.7	1,245,341	23.9							
	2~3合	444	8.8	418	7.7	↓	41,560	8.2	3,985	9.6	486,491	9.3							
	3合以上	91	1.8	80	1.5	↓	11,194	2.2	765	1.8	142,733	2.7							

② 中長期目標の達成状況

中長期的な目標：「虚血性心疾患」「脳血管疾患」「人工透析」を減少させる。

ア 介護の状況

生活習慣病等の重症化の指標の一つとなる要介護認定率については、平成 25 年度と平成28年度の比較で、第2号認定率は横ばいですが、認定者数と中重度である要介護 3・4・5 の人数は減少しています。第1号認定者数、認定率はともに増加していますが、新規認定者数、要介護 3・4・5 の人数は減少しています。同規模市と比べると、本市の認定率は高くなっています。

【図表 2-2、2-3】

介護給付費、1人当たりの給付費ともに増加しており、同規模市と比較しても高い状況にあります。【図表 2-4】

【図表 2-2】要介護認定率の変化

年度	延岡市				同規模市			
	2号(40~64歳)		1号(65歳以上)		2号(40~64歳)		1号(65歳以上)	
	認定率	認定者数	認定率	認定者数	認定率	認定者数	認定率	認定者数
H25	0.4%	194人	21.1%	7,614人	0.4%	15,661人	19.1%	490,020人
H28	0.4%	173人	22.5%	8,245人	0.4%	16,126人	20.6%	606,911人
差	0	-21人	1.4ポイント	631人	0	465人	1.5ポイント	116,891人

出典：KDB<要介護・支援者認定状況(累計)>

【図表 2-3】要介護認定者数の変化

年度	2号		1号		
	要介護認定者数	要介護3・4・5	要介護認定者数	新規認定者数	要介護3・4・5
H25	194人	76人	7,614人	187人	3,150人
H28	173人	64人	8,245人	138人	2,903人
差	-21人	-12人	631人	-49人	-247人

出典：KDB<要介護・支援者認定状況(累計)>

【図表 2-4】介護給付費の変化

年度	延岡市				同規模市			
	介護給付費(万円)	1人当給付費	1件当給付費		1人当給付費	1件当給付費		
			居宅	施設		居宅	施設	
H25	117億1,311万円	328,352円	45,732円	288,729円	283,148円	40,700円	286,602円	
H28	121億8,754万円	341,646円	45,490円	284,473円	303,514円	39,936円	280,447円	
差	4億7,423万円	13,294円	-242円	-4,256円	20,366円	-764円	-6,155円	

出典：KDB<地域全体の把握 / 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題(累計)>

要介護認定率の違いについて

本市が公表している(ハートフルプランより)第1号被保険者要介護認定率は20.1%(平成30年1月19日現在)でKDBの認定率22.5%と開きがあります。その理由は、KDBでは平成22年の国勢調査の人口を対象者としていることと、生活保護受給者を要介護認定者に含むことから、本市が公表している要介護認定率と開きがあります。KDBは同規模市・国・県と比較できるため、データヘルス計画ではKDBの数値を用いています。

イ 医療費の状況

総医療費は減少しており、被保険者数の減少による影響が大きいと考えられます。一人当たり医療費は増加しているものの、伸び率は低く抑えられています。同規模市と比べても低く、特に入院費用額の伸びが抑えられています。

【図表 2-5】

【図表 2-5】 国保医療費の変化

項目		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				市	同規模			市	同規模			市	同規模
総医療費	H25	112億8063万円				53億4110万円				59億3953万円			
	H28	104億8280万円	-7億9783万円	-7.1	0.3	47億6148万円	-5億7962万円	-10.9	0.2	57億2132万円	-2億1821万円	-3.7	0.4
一人当医療費	H25	24,920円				11,800円				13,120円			
	H28	25,850円	930円	3.7	8.5	11,740円	-60円	-0.5	8.4	14,110円	990円	7.5	8.6

出典：KDB<健診・医療・介護データからみる地域の健康課題(累計)>

※1人当医療費は月単位

ウ 中長期的及び短期的な目標疾患の変化（最大医療資源）

平成28年度の総医療費に占める中長期目標疾患（慢性腎不全、脳血管疾患、虚血性心疾患）の医療費割合は、横ばいもしくは、減少しています。しかし、これらの重症化した疾患の基礎となる短期目標疾患（糖尿病、高血圧、脂質異常症）のうち糖尿病の割合が増加しています。また、平成28年度の医療費割合を県、全国と比べると、中長期目標疾患である3疾患の医療費割合のうち、県や全国を大きく上回っているものは慢性腎不全となっています。

重症化した結果である中長期目標疾患（慢性腎不全）の医療費を適正化するためには健診結果をもとに短期目標疾患（糖尿病、高血圧、脂質異常症）の段階で適切な治療や保健指導を実施する必要があります。【図表 2-6】

【図表 2-6】 国保のデータヘルス計画対象疾病が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人当り医療費			中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
		金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
			同規模	県内	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
H25	延岡市	112億8,063万円	24,917円	26位	15位	7.2%	0.6%	2.2%	2.4%	4.8%	6.0%	2.6%	29億1,491万円	25.8%	10.7%	14.9%	8.0%
H28		104億8,280万円	25,854円	43位	20位	7.2%	0.4%	2.2%	2.2%	5.0%	4.8%	2.4%	25億4,452万円	24.3%	12.3%	15.3%	8.2%
H28	宮崎県	988億2,361万円	26,707円	--	--	6.5%	0.3%	2.4%	2.2%	4.9%	5.0%	2.1%	230億4,444万円	23.4%	12.6%	12.8%	8.4%
	全国	9兆6,879億円	24,253円	--	--	5.4%	0.3%	2.2%	2.0%	5.4%	4.8%	2.9%	2兆2,370億円	23.1%	14.2%	9.4%	8.4%

出典：KDB<健診・医療・介護データからみる地域の健康課題(累計)>

脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析の治療状況をレセプト件数の変化で見ると、被保険者数は65歳以上の割合が平成25年度の34%（12,967人）から、平成28年度は41%（14,274人）となり、4年間で7ポイント増加しています。脳血管疾患、虚血性心疾患における65歳以上の割合は減少し、脳血管疾患治療者の減少が、介護保険の第1号認定者のうち、中重度の要介護認定者の減少につながっていると推測されます。また、64歳以下は脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析ともに人数は減っているものの、割合は平成25年と横ばいもしくは増加傾向にあります。

また、共通のリスクである高血圧、糖尿病等の治療者の割合は増加し、基礎疾患として8割から9割が高血圧を併せ持っているため、引き続き高血圧対策を含めた生活習慣病予防の取組みを継続する必要があります。【図表2-7、2-8、2-9】

【図表2-7】脳血管疾患治療状況（レセプト件数）の変化

	被保険者数	中長期的な目標疾患						短期的な目標疾患						
		脳血管疾患		(虚血性心疾患)		(人工透析)		(高血圧)		(糖尿病)		(脂質異常症)		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	38,064	1,165	3.1	141	12.1	25	2.1	913	78.4	328	28.2	579	49.7
	64歳以下	25,097	294	1.2	32	10.9	15	5.1	222	75.5	79	26.9	127	43.2
	65歳以上	12,967	871	6.7	109	12.5	10	1.1	691	79.3	249	28.6	452	51.9
H28	全体	34,519	1,093	3.2	133	12.2	27	2.5	850	77.8	363	33.2	572	52.3
	64歳以下	20,272	261	1.3	31	11.9	11	4.2	190	72.8	76	29.1	118	45.2
	65歳以上	14,247	832	5.8	102	12.3	16	1.9	660	79.3	287	34.5	454	54.6

出典：KDB<厚労省様式3-6(7月診療分)>

【図表2-8】虚血性心疾患治療状況（レセプト件数）の変化

	被保険者数	中長期的な目標疾患						短期的な目標疾患						
		虚血性心疾患		(脳血管疾患)		(人工透析)		(高血圧)		(糖尿病)		(脂質異常症)		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	38,064	1,071	2.8	141	13.2	40	3.7	850	79.4	428	40.0	684	63.9
	64歳以下	25,097	315	1.3	32	10.2	24	7.6	245	77.8	130	41.3	209	66.3
	65歳以上	12,967	756	5.8	109	14.4	16	2.1	605	80.0	298	39.4	475	62.8
H28	全体	34,519	1,015	2.9	133	13.1	38	3.7	809	79.7	429	42.3	704	69.4
	64歳以下	20,272	240	1.2	31	12.9	19	7.9	188	78.3	98	40.8	162	67.5
	65歳以上	14,247	775	5.4	102	13.2	19	2.5	621	80.1	331	42.7	542	69.9

出典：KDB<厚労省様式3-5(7月診療分)>

【図表2-9】人工透析治療状況（レセプト件数）の変化

	被保険者数	中長期的な目標疾患						短期的な目標疾患						
		人工透析		(脳血管疾患)		(虚血性心疾患)		(高血圧)		(糖尿病)		(脂質異常症)		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	38,064	142	0.4	25	17.6	40	28.2	128	90.1	55	38.7	39	27.5
	64歳以下	25,097	90	0.4	15	16.7	24	26.7	79	87.8	31	34.4	23	25.6
	65歳以上	12,967	52	0.4	10	19.2	16	30.8	49	94.2	24	46.2	16	30.8
H28	全体	34,519	152	0.4	27	17.8	38	25.0	142	93.4	64	42.1	60	39.5
	64歳以下	20,272	74	0.4	11	14.9	19	25.7	70	94.6	27	36.5	26	35.1
	65歳以上	14,247	78	0.5	16	20.5	19	24.4	72	92.3	37	47.4	34	43.6

出典：KDB<厚労省様式3-7(7月診療分)>

③ 短期目標の達成状況

短期的な目標：「メタボリックシンドローム該当者」等を減らし「高血圧症」を改善する。

ア 糖尿病・高血圧・脂質異常症の治療状況の変化

短期目標疾患である糖尿病・高血圧・脂質異常症の治療状況を見ると、糖尿病治療者の割合が増加する一方で、インスリン療法の割合が減少していることから、早期の治療が重症化の予防につながっていると推測されます。年代別にみると、高血圧と糖尿病について65歳以上のレセプト件数の割合が減少しています。しかし、糖尿病性腎症においては糖尿病と同様に65歳以上の治療者割合が減っているのに対し、64歳以下の治療者の伸び率が大きくなっています。また、糖尿病と脂質異常症の7割近い人が高血圧を併せ持っていることから、高血圧対策の継続と若い世代への糖尿病重症化予防の取組みが必要です。【図表 2-10、2-11、2-12】

【図表 2-10】糖尿病の治療状況（レセプト件数）の変化

		短期的な目標疾患								中長期的な目標疾患								
		糖尿病		(インスリン療法)		(高血圧)		(脂質異常症)		(虚血性心疾患)		(脳血管疾患)		(人工透析)		(糖尿病性腎症)		
		被保険者数	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
H25	全体	38,064	3,097	8.1	267	8.6	2,122	68.5	1,769	57.1	428	13.8	328	10.6	55	1.8	240	7.7
	64歳以下	25,097	1,093	4.4	123	11.3	686	62.8	612	56.0	130	11.9	79	7.2	31	2.8	81	7.4
	65歳以上	12,967	2,004	15.5	144	7.2	1,436	71.7	1,157	57.7	298	14.9	249	12.4	24	1.2	159	7.9
H28	全体	34,519	3,106	9.0↑	255	8.2↓	2,163	69.6↑	1,834	59.0↑	429	13.8	363	11.7↑	64	2.1↑	216	7.0↓
	64歳以下	20,272	911	4.5	97	10.6	571	62.7	518	56.9	98	10.8	76	8.3	27	3.0	74	8.1↑
	65歳以上	14,247	2,195	15.4↓	158	7.2	1,592	72.5	1,316	60.0	331	15.1	287	13.1	37	1.7	142	6.5↓

出典：KDB<厚労省様式3-2(7月診療分)>

【図表 2-11】高血圧の治療状況（レセプト件数）の変化

		短期的な目標疾患						中長期的な目標疾患						
		高血圧		(糖尿病)		(脂質異常症)		(虚血性心疾患)		(脳血管疾患)		(人工透析)		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	38,064	7,358	19.3	2,122	28.8	3,586	48.7	850	11.6	913	12.4	128	1.7
	64歳以下	25,097	2,545	10.1	686	27.0	1,177	46.2	245	9.6	222	8.7	79	3.1
	65歳以上	12,967	4,813	37.1	1,436	29.8	2,409	50.1	605	12.6	691	14.4	49	1.0
H28	全体	34,519	6,779	19.6↑	2,163	31.9↑	3,432	50.6↑	809	11.9↑	850	12.5↑	142	2.1↑
	64歳以下	20,272	1,927	9.5	571	29.6	877	45.5	188	9.8	190	9.9	70	3.6↑
	65歳以上	14,247	4,852	34.1↓	1,592	32.8	2,555	52.7	621	12.8	660	13.6	72	1.5↑

出典：KDB<厚労省様式3-3(7月診療分)>

【図表 2-12】脂質異常症の治療状況（レセプト件数）の変化

		短期的な目標疾患						中長期的な目標疾患						
		脂質異常症		(糖尿病)		(高血圧)		(虚血性心疾患)		(脳血管疾患)		(人工透析)		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	38,064	5,354	14.1	1,769	33.0	3,586	67.0	684	12.8	579	10.8	39	0.7
	64歳以下	25,097	1,974	7.9	612	31.0	1,177	59.6	209	10.6	127	6.4	23	1.2
	65歳以上	12,967	3,380	26.1	1,157	34.2	2,409	71.3	475	14.1	452	13.4	16	0.5
H28	全体	34,519	5,109	14.8↑	1,834	35.9↑	3,432	67.2↑	704	13.8↑	572	11.2↑	60	1.2↑
	64歳以下	20,272	1,536	7.6	518	33.7	877	57.1	162	10.5	118	7.7	26	1.7
	65歳以上	14,247	3,573	25.1	1,316	36.8	2,555	71.5	542	15.2	454	12.7	34	1.0

出典：KDB<厚労省様式3-4(7月診療分)>

イ 健診結果の有所見者割合の経年変化

健診結果の有所見者割合の経年変化を見ると、男女ともに BMI、腹囲、GPT、HbA1c、尿酸の有所見者が増加し、内臓脂肪の過多(肥満)によるインスリンの働きが低下している状態(インスリン抵抗性)がこれらの項目の増加につながっていると推測されます。また、腹囲GPT、収縮期血圧、拡張期血圧の有所見者は、全国、県と比べて高く、男女ともに同じ状況となっています。男性ではクレアチニンの有所見者割合が高くなっています。

【図表 2-13】

【図表 2-13】 有所見者割合の経年変化

【男性】

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	1,071	29.7	1,903	52.8	884	24.5	736	20.4	361	10.0	1,104	30.6	1,527	42.4	651	18.1	2,083	57.8	938	26.0	1,679	46.6	69	1.9
	40-64歳	450	34.3	717	54.7	391	29.8	350	26.7	125	9.5	364	27.8	460	35.1	257	19.6	677	51.6	422	32.2	691	52.7	10	0.8
	65-74歳	621	27.1	1,186	51.7	493	21.5	386	16.8	236	10.3	740	32.3	1,067	46.6	394	17.2	1,406	61.3	516	22.5	988	43.1	59	2.6
H28	合計	1,080	30.7	1,905	54.2	851	24.2	736	21.0	344	9.8	1,180	33.6	1,835	52.2	731	20.8	2,007	57.1	882	25.1	1,582	45.0	81	2.3
	40-64歳	381	36.9	570	55.2	318	30.8	312	30.2	96	9.3	293	28.4	421	40.8	242	23.4	500	48.4	309	29.9	517	50.0	11	1.1
	65-74歳	699	28.2	1,335	53.8	533	21.5	424	17.1	248	10.0	887	35.8	1,414	57.0	489	19.7	1,507	60.8	573	23.1	1,065	42.9	70	2.8
	全国		30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8
	宮崎県	9,619	31.6	15,692	51.6	7,839	25.8	6,273	20.6	3,251	10.7	11,564	38.0	16,949	55.8	6,828	22.5	15,925	52.4	6,576	21.6	13,301	43.8	691	2.3

【女性】

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	1,098	21.8	1,209	24.0	683	13.6	434	8.6	137	2.7	854	17.0	2,153	42.8	90	1.8	2,571	51.1	712	14.1	2,978	59.1	15	0.3
	40-64歳	376	20.4	382	20.7	255	13.8	198	10.7	38	2.1	251	13.6	643	34.9	18	1.0	748	40.5	271	14.7	1,131	61.3	5	0.3
	65-74歳	722	22.6	827	25.9	428	13.4	236	7.4	99	3.1	603	18.9	1,510	47.3	72	2.3	1,823	57.1	441	13.8	1,847	57.9	10	0.3
H28	合計	1,057	22.6	1,158	24.7	678	14.5	473	10.1	118	2.5	905	19.3	2,607	55.7	111	2.4	2,369	50.6	675	14.4	2,830	60.4	11	0.2
	40-64歳	316	22.6	306	21.9	206	14.7	166	11.9	31	2.2	240	17.2	648	46.3	27	1.9	533	38.1	219	15.7	819	58.5	2	0.1
	65-74歳	741	22.6	852	26.0	472	14.4	307	9.4	87	2.7	665	20.3	1,959	59.7	84	2.6	1,836	55.9	456	13.9	2,011	61.3	9	0.3
	全国		20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2
	宮崎県	9,411	23.4	8,760	21.8	5,725	14.2	3,689	9.2	1,098	2.7	9,408	23.4	23,539	58.5	1,130	2.8	18,551	46.1	4,951	12.3	22,442	55.8	131	0.3

出典：KDB<厚労省様式6-2~6-7(7月診療分)>

健診受診率は、男性は増加していますが、女性はやや減少しています。メタボリックシンドローム該当者の割合は男女ともに増加しています。

また、予備群については男性は横ばいですが、女性は増加しており、男女ともに高血糖の有所見者割合が増加しています。【図表 2-14】

【図表 2-14】メタボリックシンドローム該当者・予備群の変化

【男性】

男性	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者												
	人数	割合	人数	割合	高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て						
					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			
H25	合計	3,603	30.9	209	5.8%	756	21.0%	33	0.9%	594	16.5%	129	3.6%	938	26.0%	167	4.6%	35	1.0%	480	13.3%	256	7.1%
	40-64	1,311	22.1	98	7.5%	281	21.4%	16	1.2%	200	15.3%	65	5.0%	338	25.8%	46	3.5%	15	1.1%	193	14.7%	84	6.4%
	65-74	2,292	40.0	111	4.8%	475	20.7%	17	0.7%	394	17.2%	64	2.8%	600	26.2%	121	5.3%	20	0.9%	287	12.5%	172	7.5%
H28	合計	3,513	32.5	215	6.1%	722	20.6%	43	1.2%	561	16.0%	118	3.4%	968	27.6%	148	4.2%	41	1.2%	523	14.9%	256	7.3%
	40-64	1,033	22.1	103	10.0%	195	18.9%	10	1.0%	127	12.3%	58	5.6%	272	26.3%	32	3.1%	15	1.5%	154	14.9%	71	6.9%
	65-74	2,480	40.4	112	4.5%	527	21.3%	33	1.3%	434	17.5%	60	2.4%	696	28.1%	116	4.7%	26	1.0%	369	14.9%	185	7.5%

【女性】

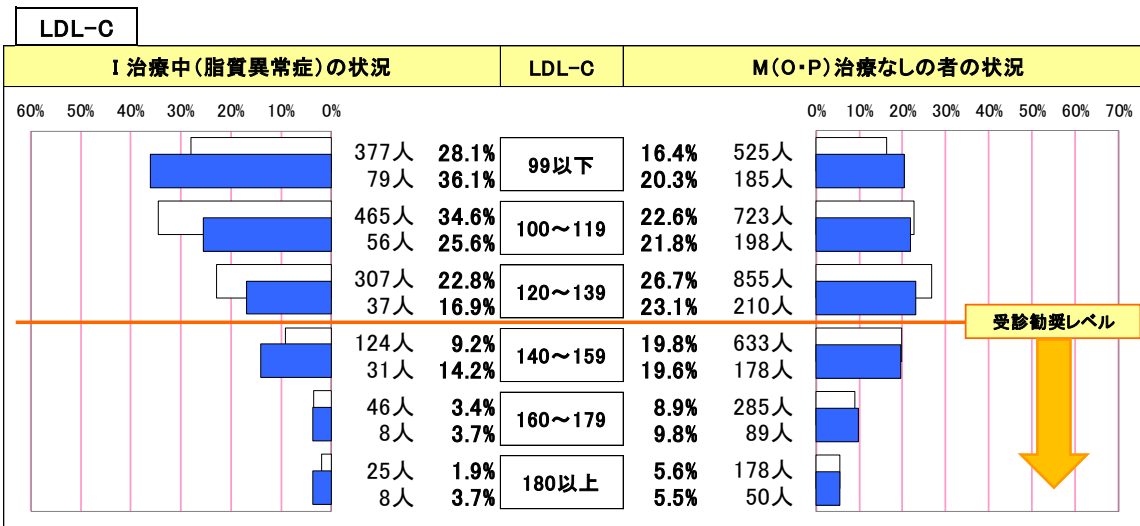
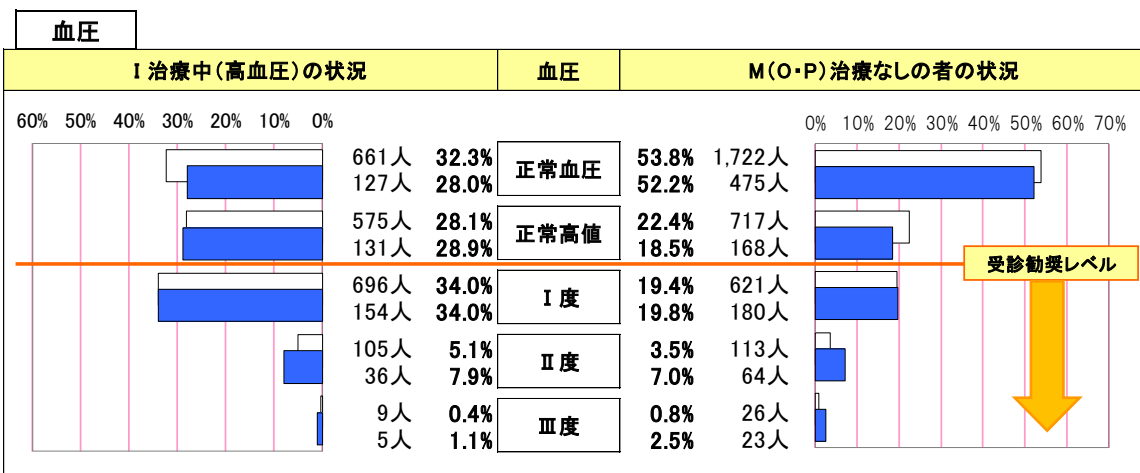
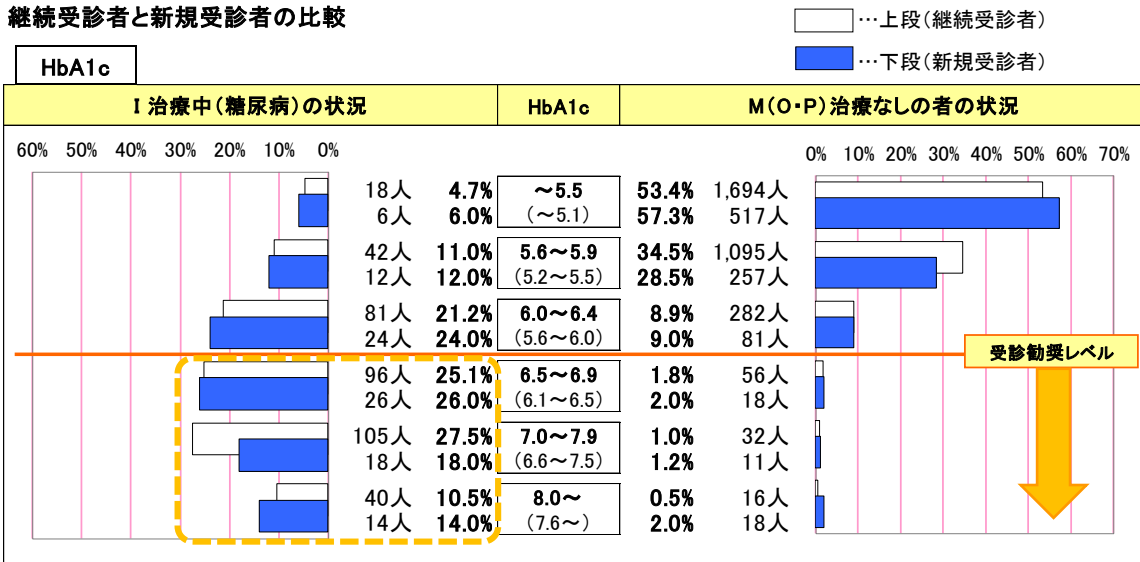
女性	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者												
	人数	割合	人数	割合	高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て						
					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
H25	合計	5,036	38.2	176	3.5%	478	9.5%	8	0.2%	385	7.6%	85	1.7%	555	11.0%	63	1.3%	18	0.4%	325	6.5%	149	3.0%
	40-64	1,845	29.6	84	4.6%	139	7.5%	1	0.1%	105	5.7%	33	1.8%	159	8.6%	22	1.2%	9	0.5%	91	4.9%	37	2.0%
	65-74	3,191	45.9	92	2.9%	339	10.6%	7	0.2%	280	8.8%	52	1.6%	396	12.4%	41	1.3%	9	0.3%	234	7.3%	112	3.5%
H28	合計	4,682	38.1	153	3.3%	471	10.1%	20	0.4%	371	7.9%	80	1.7%	534	11.4%	73	1.6%	15	0.3%	315	6.7%	131	2.8%
	40-64	1,399	28.3	56	4.0%	132	9.4%	9	0.6%	97	6.9%	26	1.9%	118	8.4%	20	1.4%	4	0.3%	66	4.7%	28	2.0%
	65-74	3,283	44.7	97	3.0%	339	10.3%	11	0.3%	274	8.3%	54	1.6%	416	12.7%	53	1.6%	11	0.3%	249	7.6%	103	3.1%

出典：KDB<厚労省様式6-8(7月診療分)>

健診の継続受診者と新規受診者を比較すると新規受診者に HbA1c、血圧、LDLコレステロールの値がいずれも受診勧奨レベル以上の人が多いことが分かります。また、糖尿病治療中でもHbA1cのコントロールができていない人がいることから、医療機関と連携した保健指導が必要です。【図表 2-15】

【図表 2-15】 継続受診者と新規受診者の比較 (H28 年度)

継続受診者と新規受診者の比較



出典：延岡市特定健診結果より

ウ 特定健診受診率・特定保健指導実施率

特定健診受診率は平成25年度と比較して平成28年度は0.7ポイント上昇し、同規模市の中では中位に位置していますが、特定保健指導の実施率については低下しています。引き続き特定健診受診率と特定保健指導実施率の向上に取り組む必要があります。【図表 2-16】

【図表 2-16】

	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								延岡市	同規模平均
H25	24,858人	8,582人	34.5%	56位	1,243人	530人	42.6%	54.4%	52.6%
H28	23,056人	8,189人	35.5%	65位	1,128人	363人	32.2%	54.5%	52.4%
差	-1,802人	-393人	1.0%	-9位	-115人	-167人	-10.4%	0.1%	-0.2%

同規模保険者102位中

資料：法定報告値、受診勧奨者・同規模数値はKDBデータ

特定健診受診率には、三つの数値がありますが、用途に合わせて数値を使い分けています。

- ①法定報告値：国に報告する数値、年度途中の国保脱退、加入者を除く数値です。
- ②KDB：国保中央会から出される数値で、年度途中の国保脱退、加入者を除いていますが、法定報告値とは差異があります。同規模市との比較が可能です。
- ③暫定値：年度途中の国保脱退、加入者を含む数値で、毎月の地区別受診率等を算出する際に使用します。

(2) 第1期計画に係る考察

第1期計画では、虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析に重点を置いて重症化予防を進めてきました。特に基礎疾患である高血圧の対策は、減塩運動や地域での学習会などの啓発とあわせて高血圧の対象者への訪問指導等に取り組んできました。

その結果、虚血性心疾患、脳血管疾患等の大幅な増加は抑えられており、医療費の伸びも鈍化していることから、健康寿命の延伸と医療費の適正化に一定の効果が出ていると考えられます。

しかしながら、依然として高血圧の対象者が多いことや、メタボリックシンドローム該当者等及び血糖値の高い糖尿病ハイリスク者が増加傾向にあることなどから、今後、虚血性心疾患や糖尿病性腎症などの重症者が増加すると予想されます。また、被用者保険加入時からの人工透析の継続者や、国保加入直後に重症化する人もいることから、働き盛りの世代から重症化予防の取り組みを進めていくことが重要です。

今後は高齢化がさらに進展し、医療費が増加する一方で若い世代の人口が減る傾向が続くため、青・壮年期から予防可能な生活習慣病の発症と重症化予防を進め、健康寿命の延伸を図ることが重要です。そのためにも、より多くの皆さんが健診を受診し、健診結果を理解した上で生活習慣を振り返るとともに、適正な保健指導と医療機関受診につなげていく必要があります。

2 第2期計画における健康課題の明確化

(1) 本市の地域特性

平成22年度の国勢調査によると、本市の高齢化率は27.3%（KDB）で、同規模市と比較して高齢化が進んでいます。（【図表2-1】以下同表（項目1-①）住民基本台帳による平成29年10月末現在の高齢化率は32.9%であり、高齢化の進展が顕著です。

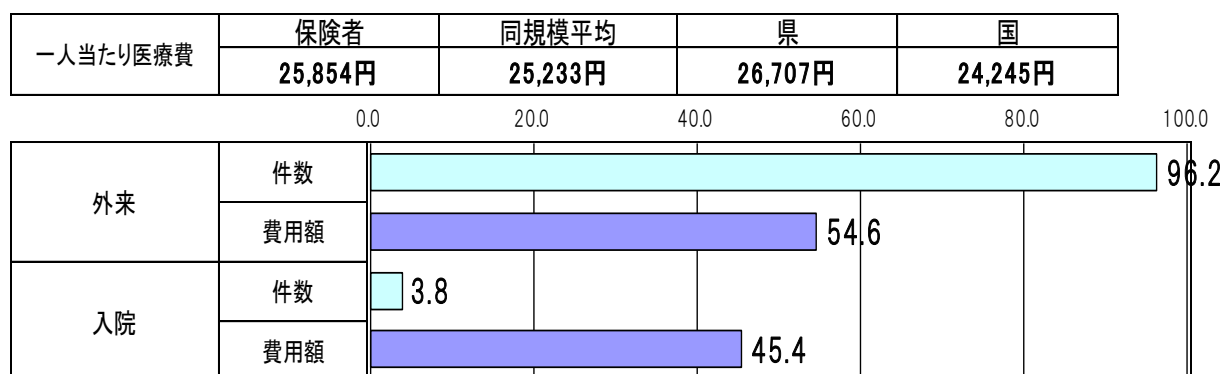
国保も同様の傾向にあり、加入者の平均年齢が53.2歳と高く、特に65歳以上の加入率が43.2%（14,161人）と、全国・県と比べても高くなっている一方で、被保険者数は32,768人、加入割合は25.1%で、全国・県と比べて低くはありますが、同規模市と比べるとやや高い状況にあります。（項目4-①）

産業構成を見ると、第2次産業の就業率が29.0%と、同規模市や県より高い状況にあることから被用者保険加入者が多いと推測され、将来、これらの人が国保に加入してくると思われる。（項目1-②）

(2) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

本市では、入院医療費の伸び率は抑えられているものの、入院件数はレセプト件数全体の3.8%、また、費用額全体の45.4%を占めています。重症化予防の取組みにより入院を減らすことで、結果として医療費の適正化につながると考えられます【図表2-17】

【図表2-17】入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（H28年度）



○入院を重症化した結果としてとらえる

出典：KDBシステム

1か月当たり80万円以上の高額になる疾患では、脳血管疾患、虚血性心疾患が費用全体の1割強、約2億8千万円を占めていることがわかりました。

6か月以上の長期入院レセプトを見ると、脳血管疾患、虚血性心疾患は長期入院の2割強約3億3千万円を占めていますが、精神疾患の長期入院患者が多く、件数も費用額も全体の約7割、約9億7千万円となっています。

長期化する疾患である人工透析は、糖尿病性腎症が人工透析費用全体の43%、約3億6千万円を占めており、1人当たり年間約500万円の医療費がかかり、糖尿病由来の合併症により著しいQOLの低下を招くことから、新規人工透析導入者を減少させる必要があります。糖尿病の重症化を予防することが腎臓を守り、新規人工透析導入者を減らすことにつながり、脳血管疾患や心疾患の予防にも効果があります。これらの疾患の基礎疾患である高血圧、糖尿病、脂質異常症の人に早期受診勧奨を行い、治療を継続させることが、脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析への移行防止などの重症化予防につながります。【図表 2-18】

【図表 2-18】疾患別医療費・件数の状況

対象レセプト(H 28 年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	精神疾患
高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	1,431件	107件 7.5%	93件 6.5%		
	費用額	19億4868万円	1億1873万円 6.1%	1億5925万円 8.2%		
長期入院 (6か月以上の入院)	件数	3,659件	657件 18.0%	167件 4.6%		2,688件 73.5%
	費用額	14億0040万円	2億6288万円 18.8%	6640万円 4.7%		9億7268万円 69.5%
人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	1,928件	302件 15.7%	497件 25.8%	796件 41.3%	
	費用額	8億3793万円	1億2769万円 15.2%	2億3378万円 27.9%	3億6129万円 43.1%	

対象レセプト(H28年7月診療分)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
生活習慣病の治療者数 構成割合		11,966人	1,093人 9.1%	1,015人 8.5%	216人 1.8%
	の基 重 礎 な 疾 り 患	高血圧	850人 77.8%	809人 79.7%	162人 75.0%
		糖尿病	363人 33.2%	429人 42.3%	216人 100.0%
		脂質異常症	572人 52.3%	704人 69.4%	147人 68.1%
		高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
		6,779人 56.7%	3,106人 26.0%	5,109人 42.7%	1,189人 9.9%

出典：KDBシステム

要介護認定者のレセプトから有病状況を分析すると、血管疾患によるものが93.3%で筋・骨格疾患の89.5%を上回っていました。要介護認定の有無で医療費を比較すると要介護認定を受けている人の医療費が要介護認定を受けていない人の医療費よりも1件当たり 3,100円程高いことが分かっています。特定健診を受診し、血管疾患共通のリスクである高血圧、糖尿病、脂質異常症の重症化を防ぐことが、介護予防と医療費適正化につながると言えます。

【図表 2-19、2-20】

【図表 2-19】要介護認定者の状況（H28年度）

受給者区分		2号		1号				合計					
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計					
被保険者数		44,166人		16,467人		19,206人		35,673人		79,839人			
認定者数		172人		785人		7,102人		7,887人		8,059人			
認定率		0.39%		4.8%		37.0%		22.1%		10.1%			
新規認定者数(*1)		21人		100人		915人		1,015人		1,036人			
介護 度別 人数	要支援1・2	33	19.2%	191	24.3%	1,630	23.0%	1,821	23.1%	1,854	23.0%		
	要介護1・2	76	44.2%	334	42.5%	2,803	39.5%	3,137	39.8%	3,213	39.9%		
	要介護3～5	63	36.6%	260	33.1%	2,669	37.6%	2,929	37.1%	2,992	37.1%		
受給者区分		2号		1号				合計					
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計					
介護件数(全体)		93		518		6,515		7,033		7,126			
再)国保・後期		93		518		6,515		7,033		7,126			
(レセプトの 診断名より 重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	
	血管 疾患	循環器 疾患	1	脳卒中	56 60.2%	脳卒中	250 48.3%	脳卒中	2,825 43.4%	脳卒中	3,075 43.7%	脳卒中	3,131 43.9%
			2	虚血性 心疾患	13 14.0%	虚血性 心疾患	103 19.9%	虚血性 心疾患	1,834 28.2%	虚血性 心疾患	1,937 27.5%	虚血性 心疾患	1,950 27.4%
			3	腎不全	8 8.6%	腎不全	64 12.4%	腎不全	758 11.6%	腎不全	822 11.7%	腎不全	830 11.6%
		合併症	4	糖尿病 合併症	12 12.9%	糖尿病 合併症	72 13.9%	糖尿病 合併症	449 6.9%	糖尿病 合併症	521 7.4%	糖尿病 合併症	533 7.5%
	(基礎疾患) 高血圧・糖尿病 脂質異常症		75		449		5,880		6,329		6,404		
	血管疾患 合計		81		470		6,096		6,566		6,647		
			87.1%		90.7%		93.6%		93.4%		93.3%		
	認知症		11		125		2,788		2,913		2,924		
			11.8%		24.1%		42.8%		41.4%		41.0%		
筋・骨格疾患		65		440		5,874		6,314		6,379			
		69.9%		84.9%		90.2%		89.8%		89.5%			

*1) 基礎疾患の糖尿病については、糖尿病の合併症（網膜症・神経障害・腎症）も含む

出典：KDB<要介護・認定者突合状況>

【図表 2-20】要介護認定の有無別 1 件当たり医療費の比較（H28年度）

	0	2,000	4,000	6,000	8,000
要介護認定者 医療費 (40歳以上)	7,045				
要介護認定なし 医療費 (40歳以上)	3,872				

※要介護認定者医療費：介護受給者の医科レセプト総点数×10 円÷介護受給者の医科レセプト

出典：KDB<要介護・認定者突合状況>

平成28年度の新規の人工透析者は21人で、そのうち協会けんぽ等の被用者保険からの継続透析者が6人、約3割となっています。また、基礎疾患の有病率が平成27年度と比べて低く基礎疾患の治療をせずに透析導入に至っている傾向が見られました。

透析は、基礎疾患の高値状態を10～15年放置することで導入に至ると言われています。

新規導入患者の平均年齢は60代前半であるため、発症予防は40～50代前半のうちから行う必要があります。働き盛りの世代に健診受診の必要性を含めた意識啓発を行い、基礎疾患の重症化予防の取組みを進めていく必要があります。【図表 2-21】

【図表 2-21】新規人工透析患者の状況

	新規認定者数		継続者				併発疾患		基礎疾患			平均年齢
	男性	女性	合計	被用者 保険	協会 けんぽ	他市	虚血性 心疾患	脳血管 疾患	高血圧	糖尿病	高尿酸	
H27	22	15	7	3	3	1	2	2	14	12	9	66.5歳
H28	21↓	11	6	1	4	1	2	1	7	5	5	63.1歳↓
%		52%	48%	31%	5%	19%	5%	10%	5%	33%	10%	10%

出典：KDBシステム/特定疾病認定管理台帳

(3) 健診受診者の実態

本市の健診受診者の結果から、男女ともに BMI、腹囲、GPT、HbA1c、尿酸の有所見者が多いことから内臓脂肪の過多(肥満)、蓄積によるものと考えられます。

また、腹囲、GPT、収縮期血圧、拡張期血圧の有所見者割合は、全国、県と比べて高く、男女ともに同じ状況となっています。男性ではクレアチニンの有所見者割合が高くなっています。【図表 2-13】

血圧や血糖値、内臓脂肪の過多等の複数の有所見項目の重なりは、血管障害から動脈硬化症を引き起こし、脳卒中や虚血性心疾患等の血管疾患につながる危険性が大きいと言えます。

市全体では、メタボリックシンドロームに関する有所見者割合が高く、若い世代の有所見者割合も増加傾向にあることから、10年後、20年後に健康寿命に影響することや、医療費の増加により国保財政を圧迫する要因となる可能性があります。【図表 2-14】

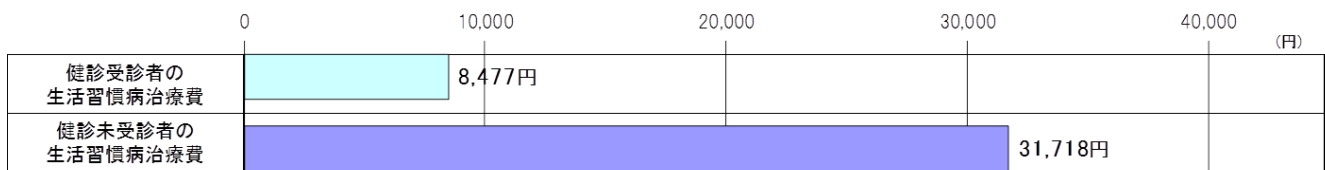
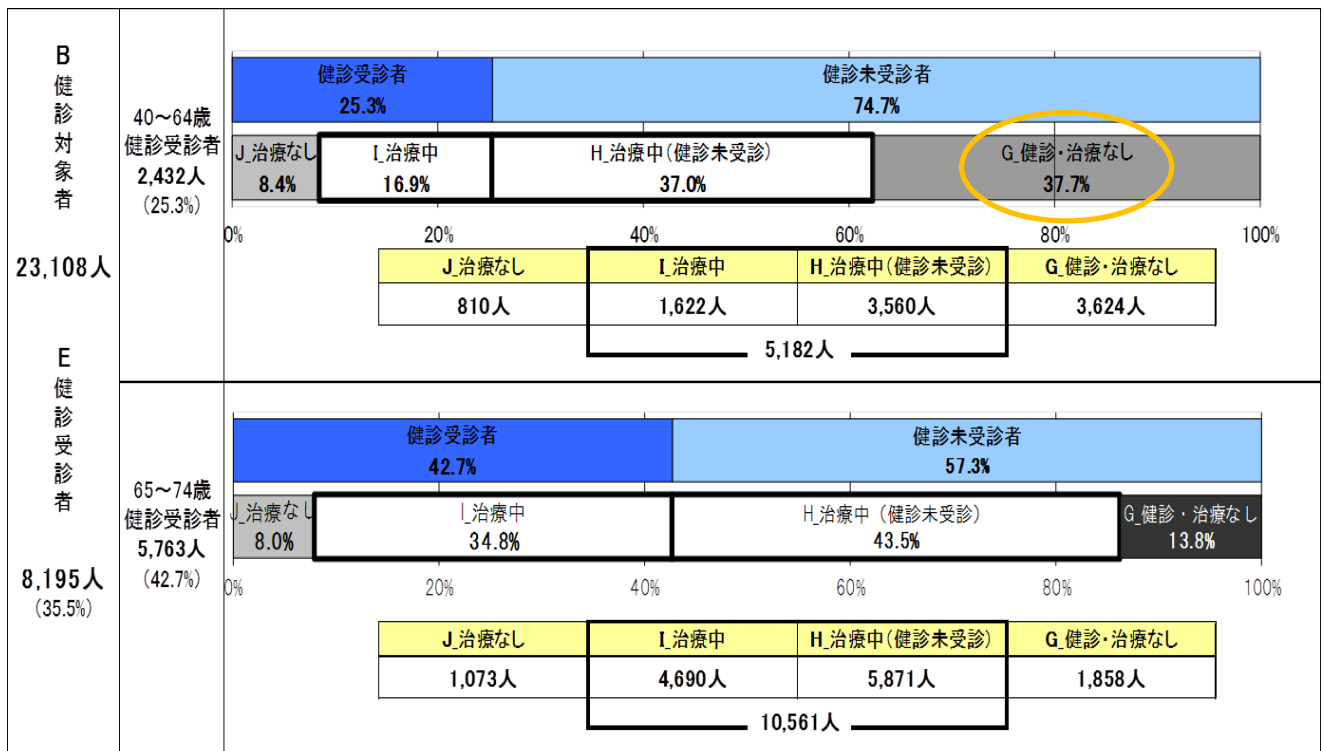
(4) 未受診者の把握

医療費適正化において重症化予防の取組みが重要となるものの、健診未受診者のうち、健診も治療も受けていない人の割合は、年齢が若い40歳から64歳で37.7%と高くなっています。

これは、健診も治療も受けていないため、健康状態が全くわからない人が非常に多い状況と言えます。また、健診受診者と未受診者の生活習慣病治療費の比較では、健診の受診が医療費適正化の面において有用であることがわかります。

生活習慣病は自覚症状がないため健診の機会を提供し、受診率を向上させ、保健指導につなげることが非常に重要です。【図表 2-22】

【図表 2-22】 健診未受診者の状況



出典：KDBシステム

3 目標の設定

中長期的な目標の設定

これまでの健診や医療情報を分析した結果、虚血性心疾患、脳血管疾患は6か月以上入院することが多く、慢性腎臓病（糖尿病性腎症を含む）は長期化することで医療費が高額となるほか、要介護認定者に有病者が多い状況が明らかとなりました。これらのことから本計画では、2023年度（平成35年度）までの中期的な目標として「2023年度（平成35年度）には2018年度（平成30年度）と比較して、虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎臓病（糖尿病性腎症を含む）の3つの疾患を減少させる」こととします。

年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの血管も傷んでくることを考えると、今後、高齢化がさらに進展する中で、医療費そのものを抑えることは難しいと考えられることから、重症化による医療費の増加を抑えることに重点を置き、長期的な目標を「1人当たり医療費の伸びを抑えること」とします。

短期的な目標の設定

虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎臓病の血管変化における共通のリスクとなる「高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム該当者等を減少させる」ことを目標とします。高血圧については、虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎臓病になっている人の約8割の人の基礎疾患となっていることから「高血圧Ⅱ度以上者（160/110以上）の割合を前年度より減少させる」ことを目標とします。

目標を達成するためには、医療機関の受診が必要な人への適切な受診勧奨や、治療を継続するための働きかけを行うとともに、継続的な治療が必要であるにも係わらず、医療機関の受診を中断している人への保健指導を行います。その際には、必要に応じて医療機関と連携を図ります。

また、治療におけるデータを見ると、医療機関を受診していても改善していない事例が多い疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があります。これらは、薬物療法による治療だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であることから、栄養指導等の保健指導を行っていきます。具体的には、各種ガイドラインや日本人の食事摂取基準（2015年版）の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病（CKD）の改善に向けた支援をしていきます。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供するとともに、状態に応じた保健指導を実施して、発症予防・重症化予防につなげていくことが重要であることから、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上に努めます。

個々の目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施」に記載します。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1 第3期特定健診等実施計画について

医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条において、実施計画を定めるものとされています。

なお、第1期及び第2期は計画期間を5年間としていましたが、宮崎県医療費適正化計画等が見直されたことを踏まえ、第3期（平成30年度以降）からは6年間の計画期間として策定します。

2 目標値の設定

【図表 3-1】

	2018 (H30)	2019 (H31)	2020 (H32)	2021 (H33)	2022 (H34)	2023 (H35)
特定健診受診率	40%	44%	48%	52%	56%	60%
特定保健指導実施率	35%	40%	45%	50%	55%	60%

3 対象者の見込み

【図表 3-2】

		2018 (H30)	2019 (H31)	2020 (H32)	2021 (H33)	2022 (H34)	2023 (H35)
特定健診	対象者	22,378人	21,671人	20,964人	20,257人	19,550人	18,843人
	受診者	8,951人	9,535人	10,062人	10,533人	10,948人	11,305人
特定保健指導	対象者	1,253人	1,334人	1,408人	1,474人	1,532人	1,582人
	実施者	438人	533人	633人	737人	842人	949人

4 特定健診の実施

(1) 実施方法

特定健診は、公共施設などの市が指定する会場において実施する「集団健診」と、各医療機関で個別に実施する「個別健診」の2方式で実施します。

集団健診、個別健診ともに特定健診実施機関に委託して行います。

(2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められています。

(3) 特定健診の実施場所及び実施期間

特定健診の会場や日時は、延岡市健診ガイド及び受診券、延岡市ホームページ等に掲載します。

健診の区分	実施場所	実施期間
個別健診	市内の各医療機関	5月～翌年1月
集団健診	市内の公共施設等（コミュニティセンター等）	6月～翌年1月
	福岡労働衛生研究所延岡健診センター	7月～翌年1月

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（血清尿酸、尿潜血）を実施します。また、詳細な健診項目のうち腎機能検査（血清クレアチニン）は全員に実施します。

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

【図表 3-3】

健診の検査項目【図表 3-3】

基本的な健診項目 ※追加項目を含む	<ul style="list-style-type: none"> ・ 問診 ・ 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲） ・ 理学的検査（診察） ・ 血圧測定 ・ 血中脂質検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール） ・ 肝機能検査 AST (GOT)、ALT (GPT)、γ-GT (γ-GTP) ・ 血糖検査（空腹時血糖、HbA1c 検査） ・ 尿検査（尿糖、尿蛋白、尿潜血） ・ 腎機能検査（血清尿酸）
詳細な健診項目 (※)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 心電図検査 ・ 腎機能検査（血清クレアチニン）※ ・ 貧血検査（赤血球、血色素量、ヘマクリット値）

※詳細な健診項目の腎機能検査（血清クレアチニン）は全員に実施します。

(5) 特定健診の実施時期

毎年度、概ね5月から翌年1月まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、延岡市医師会等と連携を図り、かかりつけ医から対象者に健診の受診勧奨を行うよう協力を依頼します。

(7) 請求・支払い事務の代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、宮崎県国保連に事務処理を委託します。

(8) 健診の案内方法

国保特定健診対象者に4月下旬に受診券を一斉送付し受診を案内するとともに、「延岡市健診ガイド」を区加入世帯に配布します。また、市の広報誌や公式ホームページ、地元夕刊紙、FM放送等を活用した広報活動のほか区長会をはじめとする組織や団体を通して広く特定健診の受診を案内します。

5 特定保健指導の実施

(1) 実施方法

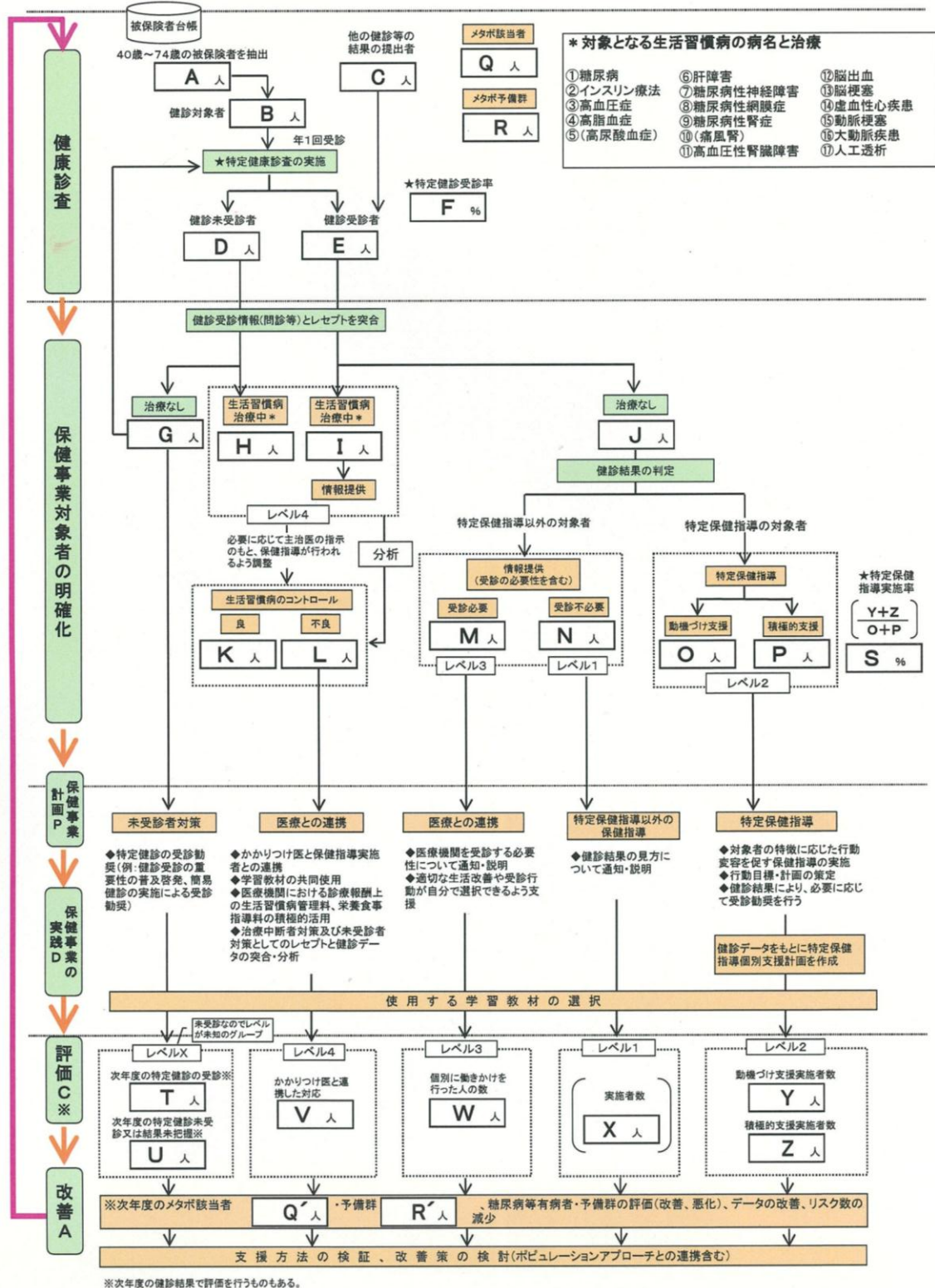
特定保健指導は、市内の健康増進施設等と医療機関に委託するとともに訪問指導員による直営方式で実施します。

(2) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成 30 年版)」をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

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

【図表3-4】



(3) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

【図表3-5】

優先順位	様式5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	1,222人 (14.1)	35%
2	M	情報提供（受診必要）	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	1,776人 (20.5)	HbA1c6.1以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨）	15,999人 ※受診率目標達成までにあと1,208人	40%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	1,749人 (20.2)	
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	3,905人 (45.1)	

(4) 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

健診・保健指導年間スケジュール

【図表3-6】

		特定健診	特定保健指導	その他
当 該 年 度	4月	健診対象者の抽出 受診券発送		広報活動開始
	5月	特定健診開始（個別健診）		健診ガイド配布 がん検診等開始
	6月	特定健診開始（集団健診）		
	7月		特定保健指導開始 利用案内発送開始	受診勧奨コール事業開始
	8月			
	9月			
	10月			
	11月			受診勧奨通知発送 ↓
	12月			
	1月	特定健診終了（1月末） ↓		受診勧奨（最終）実施
	2月			
	3月	翌年度受診券作成準備		
翌 年 度	4月		利用案内最終発送	
	～			
	11月			前年度分法定報告
	12月		初回面接最終期限	
	～			
	3月		実績評価最終期限	

6 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる個人情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び延岡市個人情報保護条例に基づき適正な取り扱いを行います。

また、特定健康診査を外部委託する場合は、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の個人情報取り扱い状況を管理します。

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7 結果の報告

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

8 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章 保健事業の内容

1 保健事業の方向性

保健事業の実施については、虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎臓病（糖尿病性腎症を含む）における共通のリスクとなる高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム該当者等の減少を目指すものとし、特定健診における血圧、血糖、脂質の有所見率を改善していきます。

そのためには生活習慣病の重症化予防の取組みと広く市民に周知、啓発する取組みをあわせて実施する必要があります。

生活習慣病の重症化による合併症の発症、進行の抑制を目指し、虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎臓病（糖尿病性腎症を含む）の重症化予防の取組みを行います。具体的には医療機関の受診が必要な人への受診勧奨、治療中の人には状況に応じて医療機関と連携した保健指導を実施していきます。

市民全体には、生活習慣病を予防することが健康寿命の延伸と、医療費や介護費用等の低減にもつながることなどを周知、啓発していきます。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが重要です。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上させる必要があることから、第3章の特定健診等実施計画に基づいて計画的に実施します。

当市においては男女ともに、メタボリックシンドローム該当者等が多い傾向があり、有所見項目を複数保有している場合、将来的に重症化が進むことが予測されます。また、重症化した状態で国保に加入する人もいるため、保険者協議会等を活用し被用者保険等と健康課題の共有や保健指導の取組みなどについて連携を図ることも重要です。

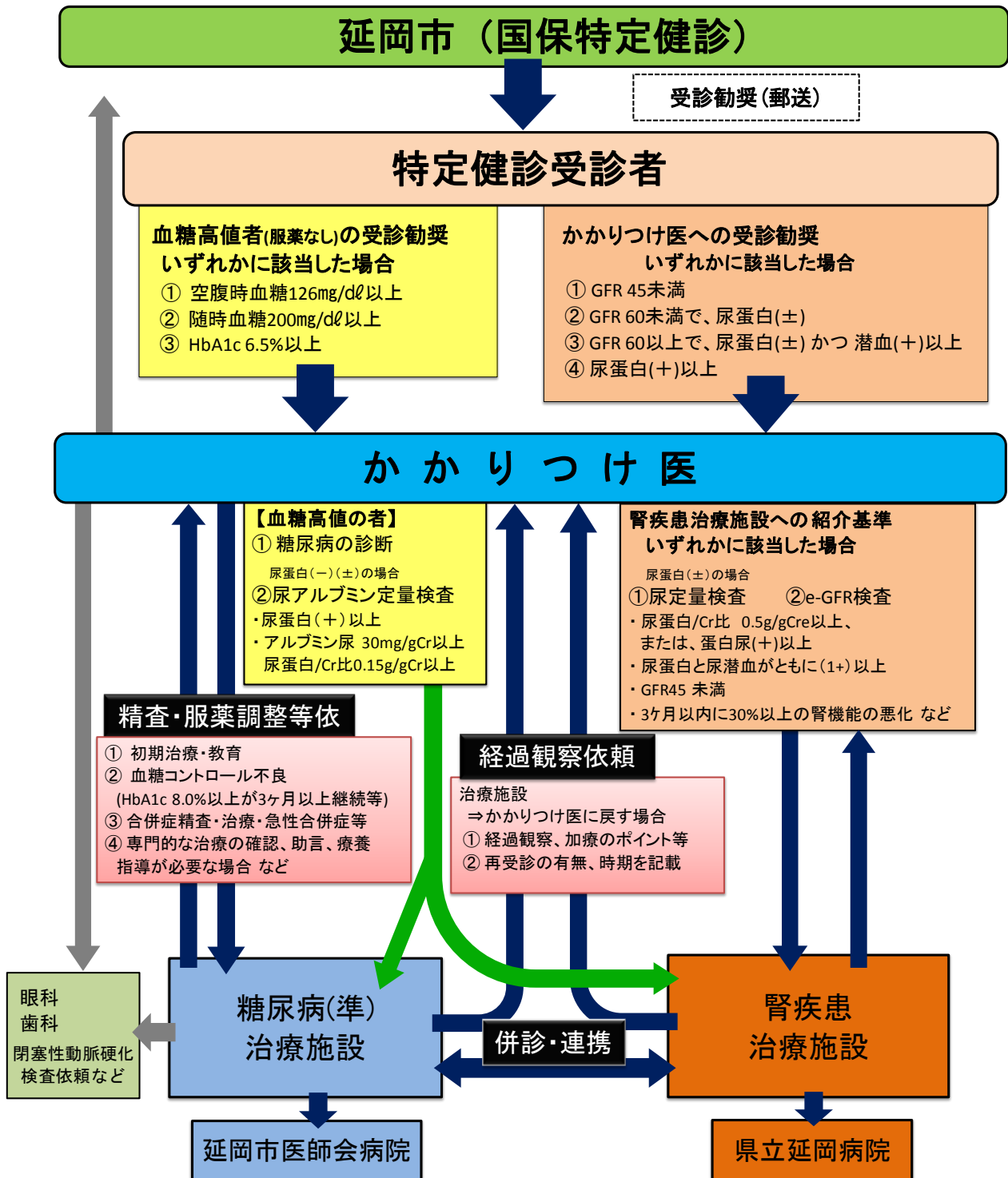
2 重症化予防の取組

(1) 慢性腎臓病・糖尿病性腎症重症化予防

① 基本的な考え方

慢性腎臓病・糖尿病性腎症重症化予防の取組みにあたっては、延岡市医師会の協力を得て開催している「延岡市慢性腎臓病（CKD）対策会議」の意見をもとに「宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防指針（第1期）」及び「生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言」等を参考に「延岡市慢性腎臓病・糖尿病重症化予防連携システム」を構築し、かかりつけ医と専門治療施設及びその他の関係機関が連携して重症化予防の取組みをPDCAに沿って実施します。【図表 4-1】 【図表 4-2】

【図表 4-1】 延岡市慢性腎臓病・糖尿病重症化予防連携システムの流れ



出典：延岡市国民健康保険課

② 対象者の明確化

ア 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準は「延岡市慢性腎臓病（CKD）対策会議」での検討に基づき、以下の通りとします。

○ 慢性腎臓病

- ・ GFR 45未満
- ・ GFR 60未満で、尿蛋白(±)
- ・ GFR 60以上で、尿蛋白(±) かつ 潜血(+)以上
- ・ 尿蛋白(+)以上

○ 糖尿病性腎症（糖尿病）

- ・ 空腹時血糖 126 mg/dℓ以上
- ・ 随時血糖 200 mg/dℓ以上
- ・ HbA1c 6.5%以上
- ・ 未治療者及び治療中断者

イ 選定基準に基づく対象者の把握

・ 対象者の抽出

取組みの実施にあたり、選定基準に基づく対象者を把握する必要があるため、特定健診データ及びレセプトデータ等を活用し、対象者を推計しました。

その結果、紹介基準対象者は慢性腎臓病が750人、糖尿病が350人となりました。

○ 慢性腎臓病

- ・ GFR 45未満
- ・ GFR 60未満で、尿蛋白(±)
- ・ GFR 60以上で、尿蛋白(±) かつ 潜血(+)以上
- ・ 尿蛋白(+)以上

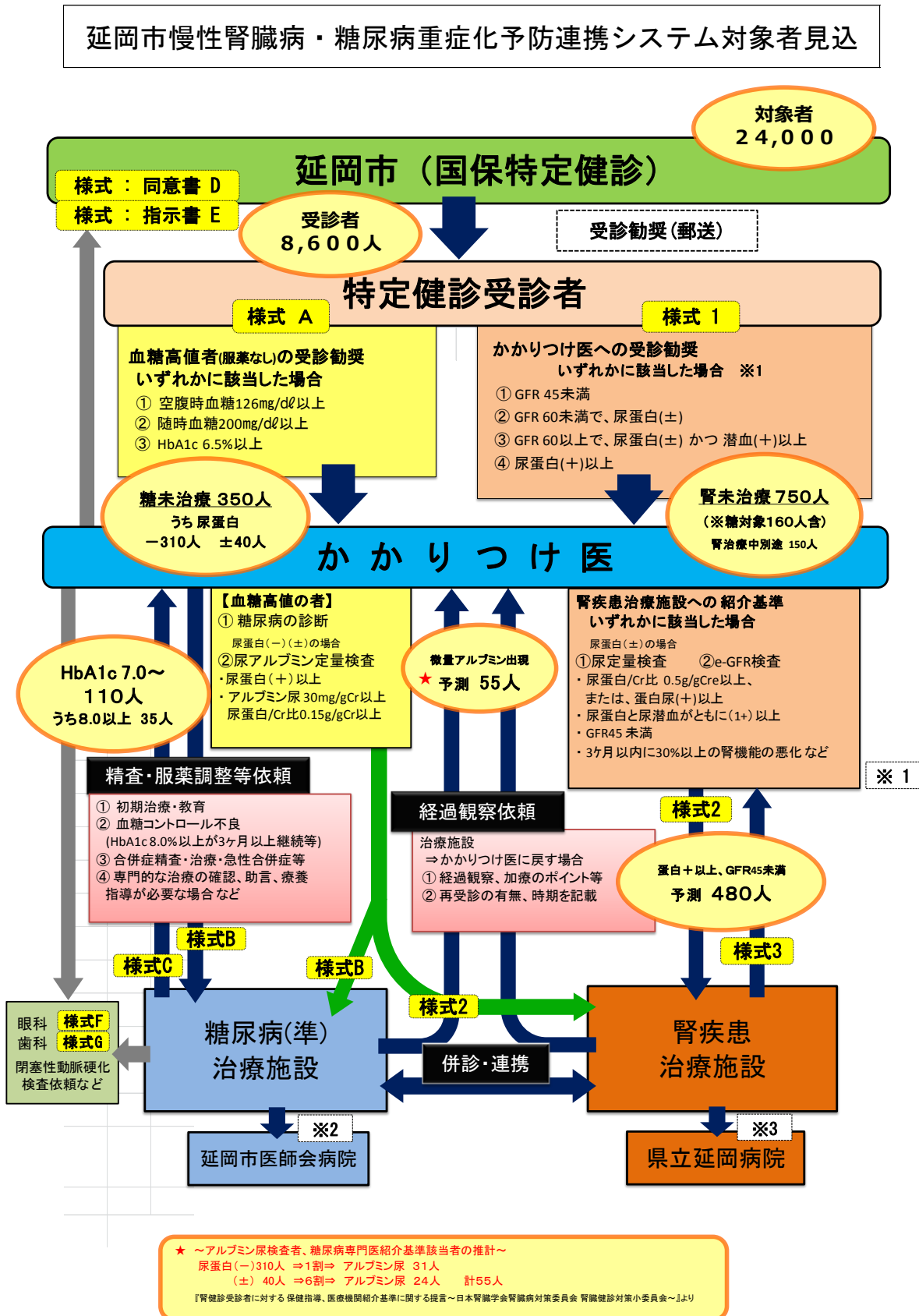
対象者750人（腎未治療者）
（高血糖対象者160人を含む）
※腎治療中、別途150人

○ 糖尿病性腎症

- ・ 空腹時血糖 126 mg/dℓ以上
- ・ 随時血糖200mg/dℓ以上
- ・ HbA1c 6.5%以上
- ・ 未治療者及び治療中断者

対象者350人（糖未治療者）
（うち尿蛋白-310人、±40人）
※糖治療中、別途400人

【図表 4-2】 延岡市慢性腎臓病・糖尿病重症化予防連携システム対象者の見込
 (平成28年度特定健診結果等による)



③ 対象者の重症化予防の取組みの進捗管理

ア 「糖尿病管理台帳」の作成

重症化予防の取組みの進捗状況は「糖尿病管理台帳」を作成し、管理します。

【図表4-3】

【図表 4-3】 糖尿病管理台帳（イメージ）

糖尿病管理台帳(永年)																	
番号	追加年度	地区	氏名	性別	年度 年齢	診療開始日 合併症の有無		項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出 死亡	備考	
						糖尿病		糖	服薬								
						高血圧			HbA1c								
						虚血性心疾患		糖 以外	体重								
						脳血管疾患			BMI								
						糖尿病性腎症		CKD	血圧								
									GFR								
									尿蛋白								
						糖尿病		糖	服薬								
						高血圧			HbA1c								
						虚血性心疾患		糖 以外	体重								
						脳血管疾患			BMI								
						糖尿病性腎症		CKD	血圧								
									GFR								
									尿蛋白								

「糖尿病管理台帳」活用方法等

○ 記載内容

健診データ受領後、治療の有無にかかわらず HbA1c6.5%以上の対象者について、次の情報を管理台帳に記載します。

- ①服薬状況 ②HbA1c ③体重 ④ BMI ⑤血圧 ⑥eGFR ⑦尿蛋白

*HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

*HbA1c 6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上の場合は記載

*当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c 6.5%以上になった場合は記載

○ 活用方法

過去5年間の記録をもとにレセプト情報や健診受診状況を確認し、未治療者、治療中断者健診未受診者等を把握し、優先順位を検討した上で状況に応じた保健指導を実施します。

④ 保健指導の実施

ア 慢性腎臓病病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

慢性腎臓病（糖尿病性腎症）の発症・進行の抑制には、血圧と血糖値のコントロールが重要となります。また、腎症の進行とともに大血管障害のリスクが高くなるため肥満、脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となります。当市においては、特定健診受診者の慢性腎臓病病期分類及び生活習慣病のリスク因子の状況を合わせて確認し、対象者に応じた保健指導を行います。また、保健指導の実施にあたっては糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を活用します。

イ かかりつけ医による二次検査を活用した重症化予防対策

特定健診では、尿蛋白定性検査のみの実施のため、可逆的な糖尿病性腎症第2期の対象者を見逃すおそれがあります。慢性腎臓病ハイリスク者に対して二次検査の案内文書を送付し、尿中アルブミン検査等を実施して結果に基づき早期介入を行うことで慢性腎臓病の重症化予防につなげます。

⑤ 医療との連携

ア 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者の受診勧奨については、「糖尿病管理台帳」等を活用し健康増進課及び延岡市医師会と連携して実施します。

イ 治療中の人への対応

延岡市慢性腎臓病・糖尿病重症化予防連携システムにおいて、血糖コントロールや合併症の管理が必要な対象者に「糖尿病連携手帳」を配布し活用を促します。また本手帳を利用して保健指導の実施内容等についてかかりつけ医に情報提供を行います。

⑥ 高齢者福祉部門（高齢福祉課、介護保険課）との連携

受診勧奨や保健指導を実施する中で、生活支援等の必要が生じた場合は、関係課や地域包括支援センター等と連携を図ります。

⑦ 評価

評価にあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点を設けます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価とあわせて年1回行うものとし、糖尿病管理台帳及びKDB等の情報を活用します。

ア 短期的評価

○ 受診勧奨者に対する評価

- ・ 受診勧奨対象者への介入率
- ・ 医療機関受診率
- ・ 医療機関未受診者への再勧奨数

○ 保健指導対象者に対する評価

- ・ 保健指導実施率
- ・ 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
- ・ HbA1c の変化
- ・ eGFR の変化（1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73 m²以上低下）
- ・ 尿蛋白の変化
- ・ 服薬状況の変化

イ 中長期的評価

虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎臓病（糖尿病性腎症）の総医療費に占める割合で評価します。

(2) 虚血性心疾患重症化予防

① 基本的な考え方

虚血性心疾患の重症化予防の取組みにあたっては、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン等に基づき実施します。

② 対象者の明確化

ア 重症化予防対象者の抽出

○ 心電図検査からの実態把握

心電図検査は、虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の1つです。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、その所見があった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

当市では、健診受診者 8,525 人のうち、心電図検査実施者は144人で、ST所見があったのは6人(4.2%)でした。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患の危険因子ですが、ST所見があった人のうち4人(67%)はメタボリックシンドローム該当者でした。

【図表4-4】

また、国保加入者のうち心疾患治療者は、1,000人程となっています。【図表2-8】

新規の心疾患患者を減らすためには早期発見、早期介入が必要であることから、心電図検査の重要性が高まっています。

【図表 4-4】心電図検査結果

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)							
	人	%	ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)			
			人	%	人	%	人	%		
H28	8,525	100	144	1.7	6	4.2	35	24.3	103	71.5
メタボ該当者	1,564	18.3	95	6.1	4	0.3	24	1.5	67	4.3

出典：延岡市特定健診結果

○ 保健指導対象者の把握

ガイドライン等に基づき虚血性心疾患の重症化予防の保健指導対象者を抽出したものが【図表 4-5】です。当市において健診受診者 8,525 人のうち重症化予防対象者は2,694 人(31.6%)であり、そのうち未治療者は 1,029 人(21.8%)となっているため医療機関への受診勧奨が必要となります。また、1,665 人(43.9%)は治療中のため医療機関と連携した保健指導を実施する必要があります。

【図表 4-5】 脳・心・腎を守るために

-重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-

健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少		虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少		糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少				
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2009 (脳卒中合同ガイドライン委員会)		虚血性心疾患一次予防ガイドライン(2006改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン (2005年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2014-2015 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)			
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料 に基づいて 健康課題を分析	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">クモ膜下出血(7%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">脳出血(18%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">脳梗塞(75%)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">心原性脳塞栓症(27%*)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ラクナ梗塞(31.9%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">アテローム血栓性脳梗塞(33.9%)</div> </div> <p style="font-size: small;">※脳卒中データバンク2009より</p> <p style="text-align: center;">非心原性脳梗塞</p>		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">心筋梗塞</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">労作性狭心症</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">安静狭心症</div> </div>						
優先すべき課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリックシンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)		
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2009 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2012-2013 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)		
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	蛋白尿*(2+)以上 eGFR50未満 70歳以上40未満		
受診者数 8,525 対象者数	485 5.7%	6 0.1%	352 4.1%	230 2.7%	1,564 18.3%	561 6.6%	156 1.8%	229 2.7%	重症化予防対象者 (実人数)
治療なし	308 5.5%	1 0.0%	315 4.7%	182 2.7%	394 8.3%	344 4.4%	39 0.8%	69 1.5%	1,029 21.8%
(再掲) 特定保健指導	143 29.5%	1 16.7%	93 26.4%	77 33.5%	394 25.2%	114 20.3%	19 12.2%	15 6.6%	582 21.6%
治療中	177 6.1%	5 0.1%	37 2.1%	48 2.7%	1,170 30.8%	217 37.0%	117 3.1%	160 4.3%	1,665 43.9%
臓器障害あり	20 6.5%	1 100.0%	18 5.7%	28 15.4%	28 7.1%	38 11.0%	39 100.0%	69 100.0%	134 13.0%
CKD(専門医対象者)	18	0	18	24	19	33	39	69	124
尿蛋白(2+)以上	5	0	5	12	8	22	39	1	39
尿蛋白(+) and 尿潜血(+)以上	9	0	7	3	7	4	0	1	18
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	5	0	6	11	4	10	1	69	69
心電図所見あり	2	1	0	4	9	5	0	0	10
臓器障害なし	288 93.5%	--	297 94.3%	154 84.6%	366 92.9%	306 89.0%	--	--	--

③ 保健指導の実施

ア 受診勧奨及び保健指導

保健指導にあたっては、メタボリックシンドローム該当者には体重の増加が体に及ぼす影響などをイメージしやすいように保健指導教材を活用し、対象者に応じた指導を行います。

治療が必要であるにもかかわらず医療機関未受診である場合や治療を中断している場合は受診勧奨を行い、医療機関と連携した保健指導を実施します。

イ 二次健診の実施

虚血性心疾患の重症化予防対象者は、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。そのため、血管機能検査の実施を検討します。

ウ 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDLコレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフローチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン2017)によると、糖尿病、慢性腎臓病(CKD)が高リスクであることから、虚血性心疾患重症化予防対象者の管理は「糖尿病管理台帳」で行います。糖尿病管理台帳には、合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日を記載します。

④ 医療との連携

虚血性心疾患の重症化を予防するため、未治療や治療中断者が把握された場合は受診勧奨を行い、治療中の人には血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施します。医療の情報については、対象者本人からの聴取やKDB等を活用しデータ収集を行います。

⑤ 高齢者福祉部門(高齢福祉課、介護保険課)との連携

受診勧奨や保健指導を実施する中で、生活支援等の必要が生じた場合は、関係課や地域包括支援センター等と連携を図ります。

⑥ 評価

評価にあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点を設けます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価とあわせて年1回行うものとし、糖尿病管理台帳及びKDB等の情報を活用します。

ア 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム該当者等の重症化予防対象者の減少で評価します。

イ 中長期的評価

虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎臓病(糖尿病性腎症)の総医療費に占める割合で評価します。

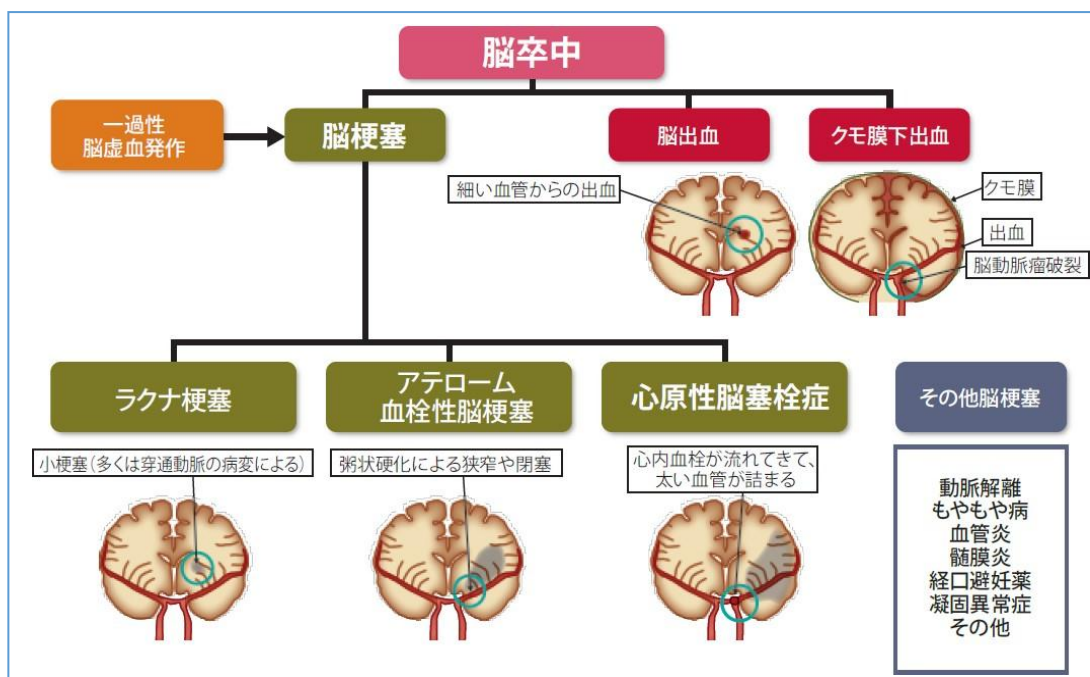
(3) 脳血管疾患重症化予防

① 基本的な考え方

脳血管疾患の重症化予防の取組みは、脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていきます。【図表 4-6、4-7】

当市は脳血管疾患による要介護認定率が高いため、脳血管疾患のリスク因子に基づき予防対策に取組みます。

【図表 4-6】脳卒中の分類



出典：脳卒中予防の提言

【図表 4-7】脳血管疾患のリスク因子

リスク因子		高血圧	糖尿病	脂質異常症	心房細動	喫煙	飲酒	メタボ	慢性腎臓病
●・・・危険因子 ○・・・ハイリスク因子									
脳梗塞	ラクナ梗塞	●	●					○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳塞栓症	●			●			○	○
脳出血	脳出血	●	●				●		
	くも膜下出血	●	●			●	●		

出典：脳卒中治療ガイドライン 2015

② 対象者の明確化

ア 重症化予防対象者の抽出

対象者の抽出にあたっては、特定健診受診者の健診データから実態を把握します。その際、治療の有無を考慮して分析することで、受診勧奨の対象者を把握することができます。

脳血管疾患においては、高血圧が最も重要な危険因子であり、重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が485人（5.7%）で、このうち未治療者は308人でした。また未治療者308人のうち20人（6.1%）は臓器障害の所見が見られたため早急な受診が必要です。治療中のⅡ度高血圧の人が143人（29.5%）いることから、医療機関と連携した保健指導を行う必要があります。【図表 4-8】

【図表 4-8】脳卒中ガイドライン 2015 に基づく重症化予防対象者数

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	●													
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 <small>※検査者うち 有所見者 41/144人</small>	メタボリックシンドローム	慢性腎臓病(CDK)								
特定健診受診者における重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上	HbA1c6.5以上 (治療中7.0%以上)	LDL180mg/dl 以上	心房細動	メタボ該当者	尿蛋白(2+)以上	eGFR50未満 (70歳以上40未満)							
受診者数 8,525人		485人	5.7%	561人	6.6%	352人	4.1%	6人	0.1%	1564人	18.3%	156人	1.8%	230人	2.7%
治療なし		308人	5.5%	344人	4.4%	315人	4.7%	1人	0.0%	394人	8.3%	39人	0.8%	69人	1.5%
治療あり		143人	29.5%	114人	20.3%	93人	26.4%	1人	16.7%	394人	25.2%	19人	12.2%	15人	6.5%
臓器障害あり		20人	6.1%	38人	37.0%	18人	2.1%	1人	0.1%	28人	30.8%	39人	3.1%	69人	4.3%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	18人		33人		18人		0人		19人		39人		69人	
	尿蛋白(2+)以上	5人		22人		5人		0人		8人		39人		1人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	9人		4人		7人		0人		7人		0人		1人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	5人		10人		6人		0人		4人		1人		69人	
	心電図所見あり	2人		5人		0人		1人		9人		0人		0人	

*臓器障害ありの割合：治療なしの人に対する割合

出典：延岡市特定健診結果

イ リスク因子の層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子ですが、高血圧以外の危険因子との組み合わせと脳・心・腎疾患など臓器障害は深く関与しています。そのため健診受診者においても高血圧と他のリスク因子で層別化し、対象者を明確にする必要があります。図表4-9は降圧薬治療者を除いているため、重症化予防対象者の高リスク群に当たる①のⅡ度、Ⅲ度高血圧患者308人と、②のⅠ度高血圧に他の疾患リスク因子を複数併せ持つ498人、計806人については、早急な受診勧奨及び降圧治療を開始する必要があります。早期介入することで脳血管疾患の発症予防につながるができると考えられます。【図表 4-9】

【図表 4-9】 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設定		特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）						低リスク群	中リスク群	高リスク群
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I度 高血圧	II度 高血圧	III度 高血圧			
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	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)	5,636	1,737	1,227	1,251	1,113	247	61	3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬 治療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬 治療	ただちに 降圧薬治療
		30.8%	21.8%	22.2%	19.7%	4.4%	1.1%	65	560	796
					5.8%	4.0%	0.0%	1.2%	9.9%	14.1%
リスク第1層	554	289	106	84	65	10	0	100%	1.8%	0.0%
		9.8%	16.6%	8.6%	6.7%	5.8%	4.0%			
リスク第2層	3,022	967	694	677	550	110	24	--	550	134
		53.6%	55.7%	56.6%	54.1%	49.4%	44.5%		98.2%	16.8%
リスク第3層	2,060	481	427	490	498	127	37	--	--	662
		36.6%	27.7%	34.8%	39.2%	44.7%	51.4%			83.2%
再掲) 重複あり	糖尿病	439	96	92	109	103	29			
		21.3%	20.0%	21.5%	22.2%	20.7%	22.8%			
	慢性腎臓病 (CKD)	1,034	265	227	226	242	56			
		50.2%	55.1%	53.2%	46.1%	48.6%	44.1%			
	3個以上の危険因子	1,040	186	202	250	290	87			
		50.5%	38.7%	47.3%	51.0%	58.2%	68.5%			

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

出典：延岡市特定健診結果

ウ 心電図検査における心房細動の実態

心原性脳塞栓症は心房細動により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ることにより発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

【図表4-11】は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況です。

【図表 4-10】

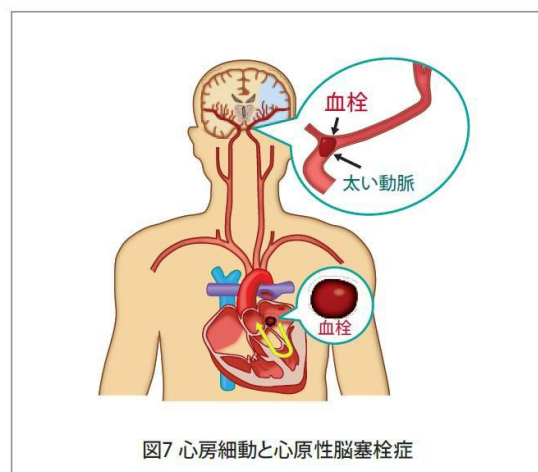


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

出典：脳卒中予防の提言

【図表 4-11】 特定健診 心房細動有所見率（H28 年度）

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	98	46	5	5.1	1	2.2	-	-
40歳代	3	1	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	5	3	0	0.0	0	0	0.8	0.1
60歳代	60	27	4	6.7	0	0.0	1.9	0.4
70～74歳	30	15	1	3.3	1	6.7	3.4	1.1

※ 日本循環器学会疫学調査（2006年）による心房細動有病率

出典：延岡市特定健診結果

心房細動の所見のあった6人のうち5人が治療を開始していましたが、1人は特定健診の心電図検査を受け発見できた人で、受診勧奨の対象者です。【図表4-12】

国保加入者のうち脳血管疾患患者数は、1,000人程度となっています。【図表2-7】

新規の脳血管疾患患者を減らすためには早期発見、早期介入が必要であることから、心電図検査の重要性が高まっています。

【図表 4-12】 心房細動有所見者の治療有無

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
6	100	1	16.7	5	83.3

出典：延岡市国民健康保険課

③ 保健指導の実施

ア 受診勧奨及び保健指導

保健指導にあたっては、血圧の高い人には高血圧の状態が続くことで血管に大きなダメージを与えることがイメージできる内容とし、心房細動がある人には服薬管理の重要性が理解できる内容とするなど、それぞれの対象者に応じた指導を行うとともに、保健指導教材を活用するなどの工夫をします。また、治療が必要であるにもかかわらず医療機関を受診していない人や治療を中断している人への受診勧奨を行い、医療機関と連携した保健指導を行います。

イ 二次検査の実施

脳血管疾患の重症化予防対象者には、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドラインJCS2013 には「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の二つの側面がある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT（内膜中膜複合厚）測定がある。」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境変化を示すバイオマーカーの中にも心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる。」とあることから、対象者へのこれらの検査の実施を検討します。

ウ 対象者の管理

○ 高血圧者の管理

Ⅱ度、Ⅲ度高血圧者に対しては、情報提供レベルの対象者であっても医療機関への受診勧奨を含めた訪問指導を行ってきましたが、今後、さらに未治療者や治療中断者の把握に努め訪問指導等を行います。

④ 医療との連携

脳血管疾患の重症化予防のために、未受診や治療中断者であることを把握した場合は受診勧奨を行い、治療中の人には医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療の情報については、対象者本人からの聴取やKDB等を活用しデータ収集を行います。

⑤ 高齢者福祉部門（高齢福祉課、介護保険課）との連携

受診勧奨や保健指導を実施する中で、生活支援等の必要が生じた場合は、関係課や地域包括支援センター等と連携を図ります。

⑥ 評価

評価にあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点を設けます。

短期的評価についてはⅡ度、Ⅲ度高血圧者や心房細動有所見者の状況をKDB等の情報を活用し、データヘルス計画の評価とあわせて年1回行います。また、中長期的評価においては他の慢性腎臓病、虚血性心疾患等の評価と合わせて行います。

ア 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム該当者等の重症化予防対象者の減少で評価します。

イ 中長期的評価

虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎臓病（糖尿病性腎症）の総医療費に占める割合で評価します。

3 その他の保健事業

(1) 適正受診、適正服薬の促進

被保険者の健康保持を目的として、検査や薬剤処方重複などによる健康被害を防止し医療費の適正化につなげるため医療機関を重複、頻回に受診している被保険者や、重複処方や残薬等の課題を抱える被保険者に訪問指導等を行い適正受診、適正服薬を促進します。

具体的には、宮崎県国保連から提供される重複多受診一覧表やレセプト情報等を参考に対象者を抽出し保健師や管理栄養士、薬剤師等の専門職が個別に訪問指導等を行います。

服薬管理指導が必要な対象者については延岡市西臼杵郡薬剤師会の協力のもとで訪問指導等を実施することで、地域の調剤薬局や医療機関等と連携した取組みが可能となります。

(2) 普及啓発事業

特定健診の広報、PR活動や出前講座、各種市民公開講座などの様々な機会を捉えて幅広く市民への健康づくりの意識啓発に取り組めます。

また、健康長寿のまちづくり課、健康増進課等の関係課と連携して「1に運動・2に食事・3にみんなで健診受診」のスローガンのもとで取組む「健康長寿のまちづくり」を推進します。

第5章 地域包括ケアに係る取組

本市では、第6期延岡市高齢者保健福祉計画、介護保険事業計画に基づき、地域の実情に応じて高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じて自立した日常生活を営めるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を目指してきました。

要介護者は心臓病や脳疾患などの循環器系疾患と筋骨格系の疾患、糖尿病の有病率が高いことから、要介護状態になる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めています。そのため、生活習慣病の重症化予防に取組むことで、要介護状態になり住み慣れた地域で日常生活を送ることができなくなる人を減少させることができ、健康寿命の延伸につながると考えられます。

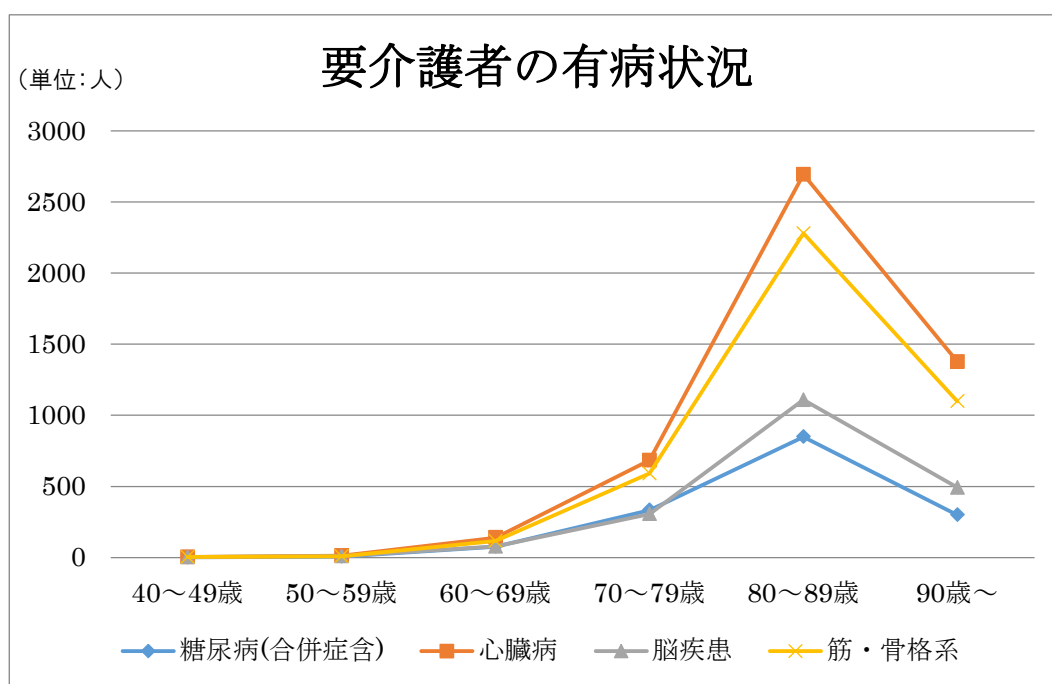
このようなことから第7期延岡市高齢者保健福祉計画、介護保険事業計画においても「健康で生きがいに満ちた生活を送ることができるまちづくり」を基本目標の一つに掲げ、生活習慣病の重症化予防及び運動器の機能低下を予防する取組みに重点を置いた施策を展開することとしています。

また、個人、家庭、地域、学校、職場、保険者、行政などが連携して健康づくりを推進するための地域づくり運動として「健康長寿のまちづくり」に継続して取組むこととなっています。

国民健康保険課では、国保特定健康診査、後期高齢者健康診査の受診率を向上させ、効果的な保健指導を行い生活習慣病の発症、重症化を予防するとともに、必要に応じて地域ケア会議等に参加し医療、介護、保健、福祉サービス等の関係者と情報共有を図ります。

あわせて、健康長寿推進市民会議及び代表者会等に参画し、「1に運動・2に食事・3にみんなで健診受診」をスローガンとする「健康長寿のまちづくり」を推進します。

【図表5-1】



(KDB平成29年7月診療分)

第6章 計画の評価・見直し

1 評価の時期

年度ごとに進捗状況を管理し、KDB システム等を活用して評価を行います。また、計画の見直しは原則として6年間の計画期間が終了する2023年度（平成35年度）に行うものとし、必要に応じて6年の経過を待たずに見直すことも可能とします。

2 評価方法・体制

保険者は、健診や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4つの指標で評価します。

※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。・スケジュール管理が行われているか。
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、特定保健指導実施率・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">・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は国保データベース（KDB）システムの健診、医療、介護データ等を基に健診の受診状況や治療状況等について定期的に評価を行います。

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ます。特に、直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の実施状況は、年度ごとにとりまとめ、宮崎県国保連に設置されている保健事業支援・評価委員会の指導、助言を受けるものとし、

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に広く周知することが重要であるため、国の指針において、公表するものとされています。

具体的には、市の公式ホームページなどを活用して広く市民に周知するほか、地域の医師会等の関係団体を通して医療機関等にも周知します。

これらの公表、周知に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨をまとめた概要版を策定します。

2 個人情報の取扱い

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

延岡市国民健康保険
第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）
第3期特定健康診査等実施計画
平成30年5月

延岡市市民環境部国民健康保険課

延岡市東本小路2番地 1

電話 0982-22-7051

FAX 0982-33-5839