

邑南町国民健康保険
第 3 期データヘルス計画
第 4 期特定健康診査等実施計画
(令和 6 年度～11 年度)



令和 6 年 3 月
邑南町

〈目次〉

第 1 章 基本的事項

- 1. 背景と趣旨 1
- 2. 計画の位置づけ・計画期間 2～3
- 3. 実施体制・関係機関 4

第 2 章 邑南町の概況

- 1. 国民健康保険の状況 5
- 2. 死亡と介護情報の状況 6～9

第 3 章 これまでの取り組みの評価

- 1. 目標値の評価 10
- 2. 個別保健事業の評価 11～14

第 4 章 分析結果から見える邑南町の健康課題

- 1. 医療費分析と生活習慣病の状況 15～21
- 2. 特定健診・特定保健指導の状況 22～33
- 3. 後期高齢者の状況 34～37
- 4. 分析に基づく健康課題 38～39

第 5 章 第3期データヘルス計画(生活習慣病対策)

- 1. 目標の考え方 40
- 2. 目標値の設定(中長期目標) 41
- 3. 保健事業の内容 42～51

第 6 章 地域包括ケアの取り組み

- 1. 趣旨 52
- 2. 高齢者の保健事業と介護の一体的な実施について(概要) 52

第7章 第 4 期特定健康診査実施事業計画

- 1. 目標・対象者と評価指標 53～54
- 2. 実施方法
 - (1) 特定健診 55～57
 - (2) 特定保健指導 58～60
 - (3) 年間スケジュール 61

第1章 基本的事項

1. 背景と趣旨

「日本再興戦略」(平成 25 年 6 月 14 日閣議決定)では、全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画の作成・公表、事業実施、評価などの取組を求めるとともに、市町村国保も同様の取組を行うことを推進することとしている。

平成 26 年 3 月に「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」で市町村国保においても、健康・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善を行うこととした。

平成 30 年からは、国民健康保険制度改革により、都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、「経済財政運営と改革の基本方針 2020(骨太方針 2020)」(令和 2 年 7 月閣議決定)において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられた。その後、「新経済・財政再生計画改革工程表 2022」(令和 4 年 12 月経済財政諮問会議)において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を検討するとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切な KPI の設定を推進する」と示され、すべての保険者にデータヘルス計画の策定が求められた。効率的・効果的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められている。

この度、令和 5 年度をもって「第 2 期 邑南町国民健康保険データヘルス計画」および「第 3 期 邑南町国民健康保険特定健康診査等実施計画」の計画期間が満了になることから、両計画の最終評価を行うとともに、新たに「第 3 期 邑南町国民健康保険データヘルス計画」および「第 4 期 邑南町国民健康保険特定健康診査等実施計画」を策定する。なお、策定にあたっては、より効果的に保健事業を推進するため、「第 3 期 邑南町国民健康保険データヘルス計画」に「第 4 期 邑南町国民健康保険特定健康診査等実施計画」を包含して一体的に策定する。

2. 計画の位置づけ・計画期間

(1) 計画の位置づけ

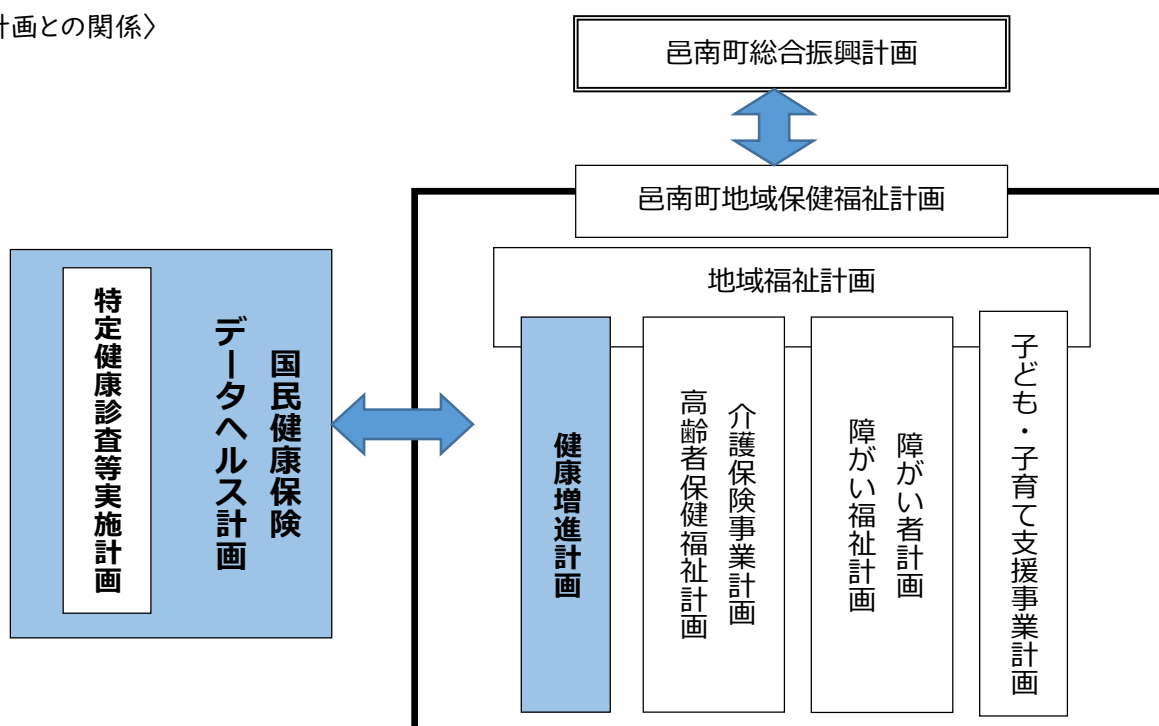
「データヘルス計画」は、被保険者の健康維持・増進に資する事を目的とし、保険者が効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCA サイクルに沿って運用するための事業計画である。

「特定健康診査等実施計画」は、特定健康診査等基本指針に基づき、保健事業の中核である特定健康診査及び特定保健指導に関する具体的な実施率目標や実施方法等を定めている。

「第3期 邑南町国民健康保険データヘルス計画」に「第4期 邑南町国民健康保険特定健康診査等実施計画」を包含して一体的に策定し、「島根県保健医療計画」「島根県医療費適正化計画」「介護保険事業計画」「高齢者保健事業計画」「邑南町健康増進計画」等との整合性を図る。

計画名	データヘルス計画	特定健康診査等実施計画	健康増進計画
根拠法令	国民健康保険法 第82条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	健康増進法 第8条 第9条
指針等	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	特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	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
計画策定者	医療保険者	医療保険者	市町村
対 象 者	被保険者	被保険者（40歳～74歳）	全住民

〈各計画との関係〉



(2) 計画期間

計画期間は、医療費適正化計画や医療計画等との整合性を図り、令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 年間とする。

令和 6 年度～令和 11 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
データヘルス計画 (第 3 期) (令和 6 年度～令和 11 年度)	データヘルス計画 (第 3 期) (令和 6～11 年度)					
特定健康診査等実施計画 (第 4 期) (令和 6 年度～令和 11 年度)	特定健康診査等実施計画 (第 4 期) (令和 6～11 年度)					
第 3 次健康増進計画 (前期) (令和 6 年度～令和 11 年度)	第 3 次健康増進計画 (前期) (令和 6～11 年度)					

(3) 計画の見直し

① 評価の時期

年度評価：本計画の事業や取り組みについて、KDB や Focus 等も活用して目標の達成状況を評価し、次年度の保健事業の内容等を見直しを行う。

中間評価：中間年度（令和 8 年度）に、評価指標に基づき進捗状況の確認と評価を行う。

最終評価：最終年度（令和 11 年度）に、計画に掲げた目標の達成状況の評価を行い、数値目標を含めた計画の見直しを行う。

② 評価方法・体制

保健課および町民課国保担当者を中心に、有識者として県央保健所関係者の参画により評価する。また、島根県国民健康保険団体連合会の保健事業支援・評価委員会における評価を受け、アウトカム（成果）指標を中心とした評価にて、見直しを行う。

(4) 計画の公表・周知

本計画書は、町ホームページ、広報、保健事業等で計画の趣旨や保健事業について周知する。また、本計画書を改定した場合も速やかに公表を行い、周知を図る。

(5) 個人情報の取り扱い

・本計画を実施するにあたり得られる個人情報については、邑南町個人情報保護条例を遵守するほか、その他個人情報保護に関する法律等に基づいて取扱う。

・事業を外部に委託する場合も同様の取扱いとし、契約の際は、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定める。また、業務によって知り得た情報についても、業務終了後も含め守秘義務を徹底するよう委託契約書に定める。

・個人情報を取扱う職員も管理（書類の紛失・盗難等）に十分留意するものとする。

3. 実施体制・関係機関

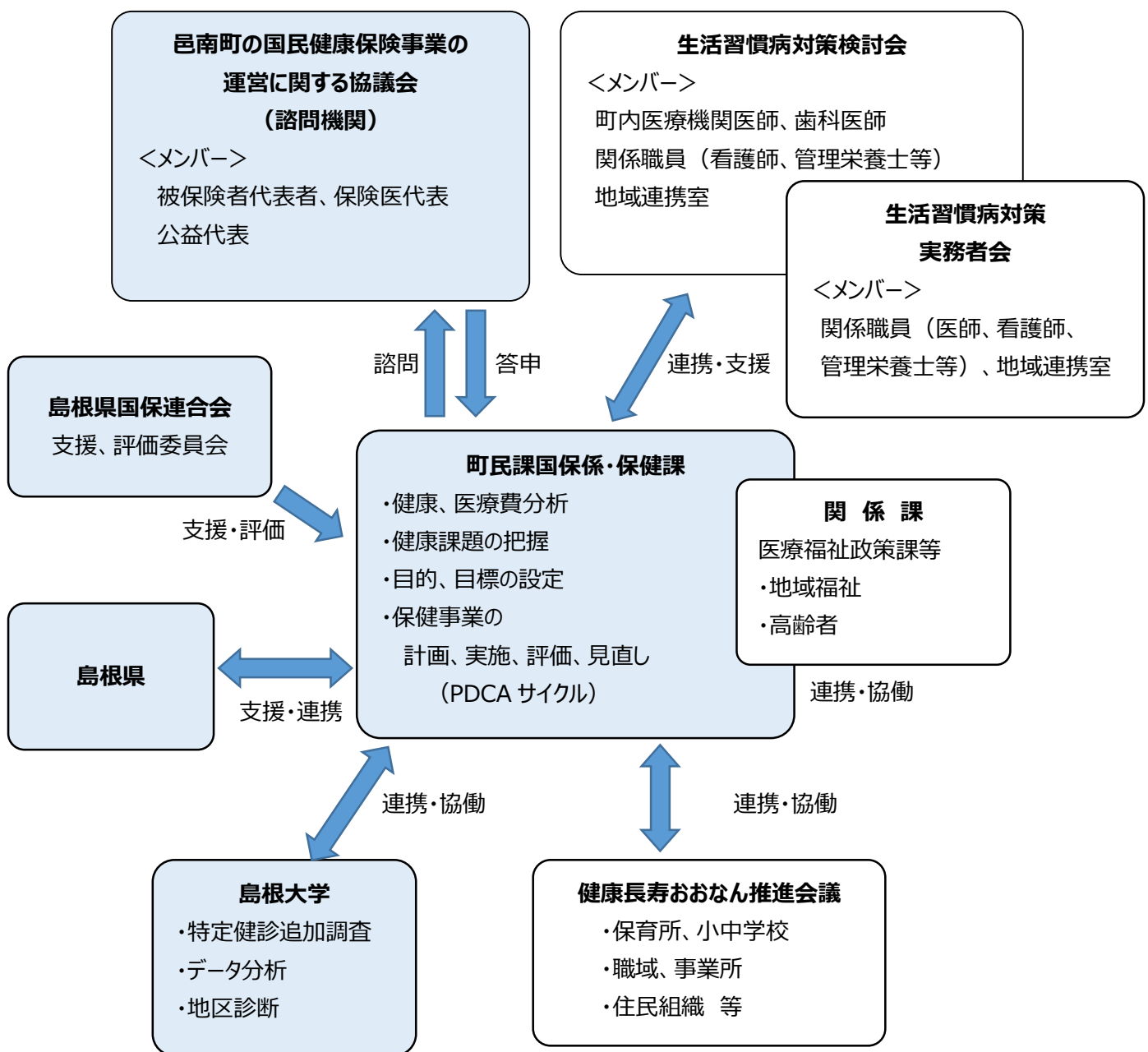
(1) 庁内体制

町民課国保係及び保健課を主体として、医療福祉政策課等内部部署間の連携を図り、保健事業を効率的かつ効果的に実施する。

(2) 関係機関との連携

町内医療機関医師等、関係機関との連携を図りつつ、島根県・島根県国民健康保険団体連合会の指導・支援を受けて実施する。また、邑南町国民健康保険運営協議会に随時報告し意見を求めて運用していく。

(3) 推進体制連携図



第 2 章 邑南町の現状

1. 国民健康保険の状況

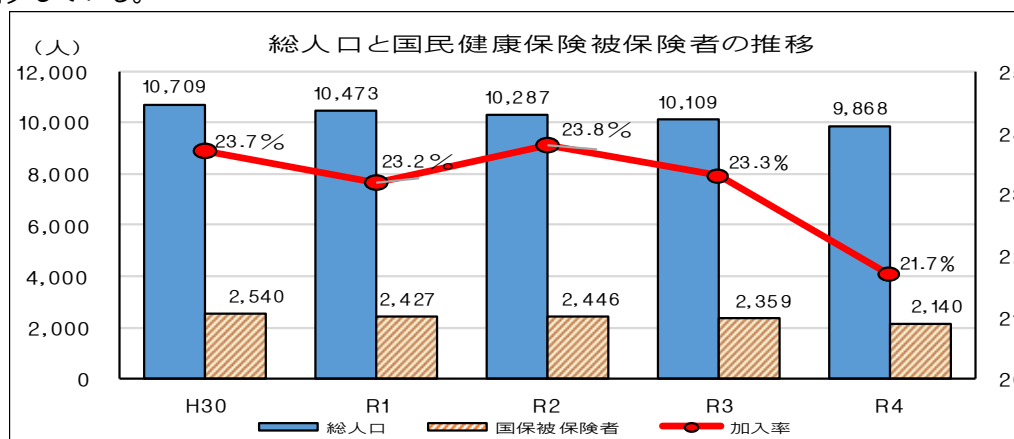
(1) 国民健康保険の特徴

総人口	国民健康保険 被保険者	加入率 (%)	うち 65 歳以上の状況		(参考)	
			被保険者	加入率(%)	後期高齢者保険 被保険者	加入率 (%)
9,868	2,140	21.7	1,249	58.4	2,672	27.0

◆ 住民基本台帳、国民健康保険被保険者集計、後期高齢者被保険者集(令和 5 年 3 月 31 日現在)

(2) 国民健康保険被保険者数の推移

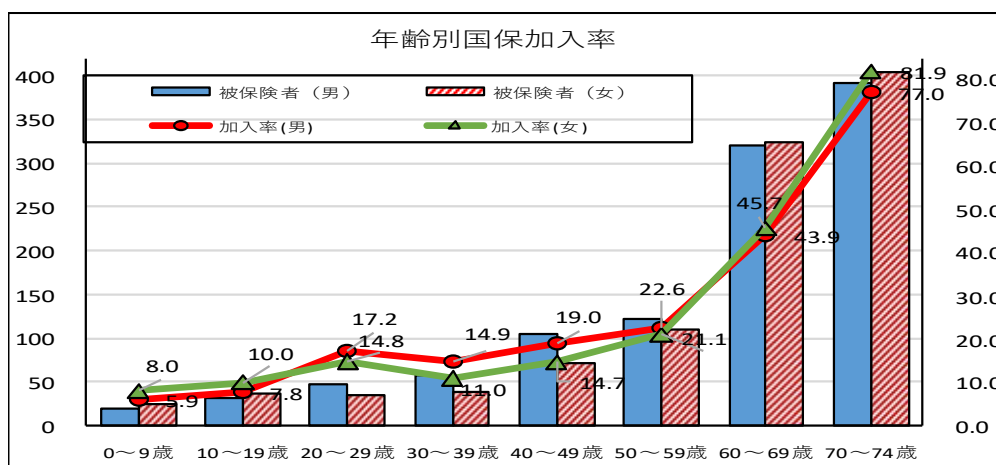
総人口は平成30年度から令和4年度にかけて841人減少しており、それに伴って被保険者数も減少傾向である。総人口に占める国民健康保険加入率は、令和4年度で21.7%となっており、平成30年度から2.0ポイント減少している。



◆ 住民基本台帳、国民健康保険被保険者集計(各年3月 31 日現在)

(3) 国民健康保険被保険者の年齢構成 (R4 年度)

年代別国保加入者率は、50歳代で男女ともに2割、60歳代では男女ともに4割となっている。70歳代になると約8割が加入している状況である。

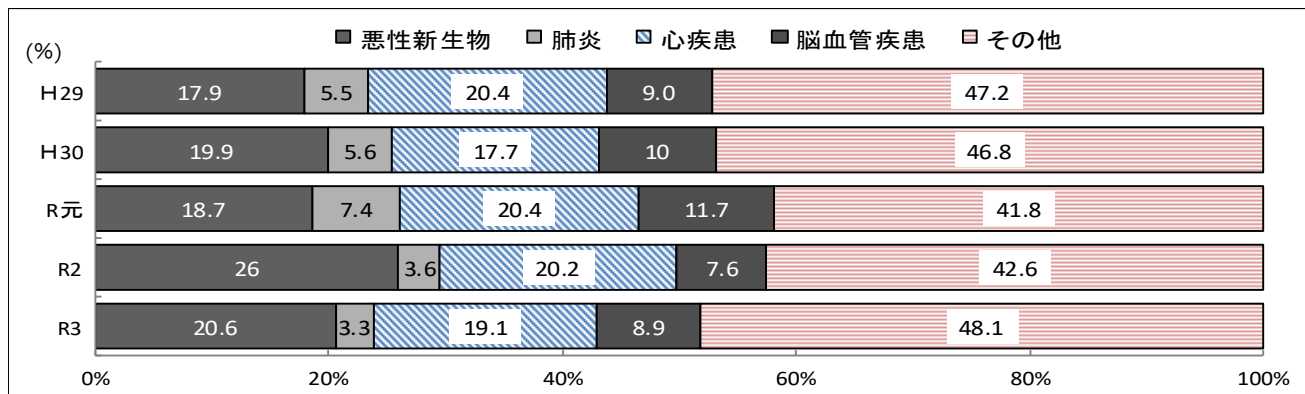


◆ 国民健康保険被保険者集計(令和 5 年 3 月 31 日現在)

2. 死亡と介護情報の状況

(1) 死因の状況

死因内訳を見ると、心疾患が2割、脳血管疾患が1割を占めている。

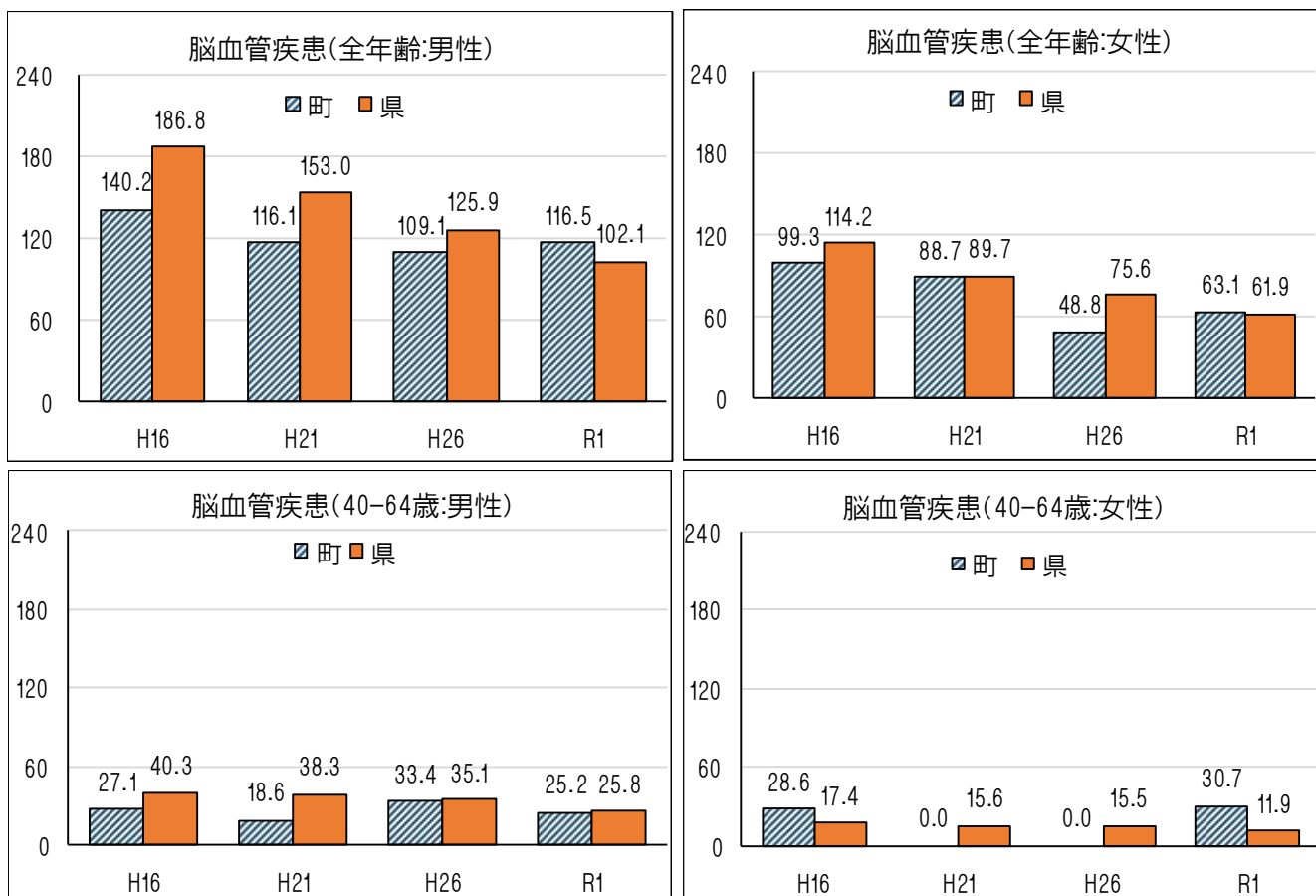


◆人口動態統計

(2) 主要死因の年齢調整死亡率の推移

① 脳血管疾患

脳血管疾患の年齢調整死亡率は令和1年で男女とも県よりも高い。40-64歳の女性においても増加している状況である。

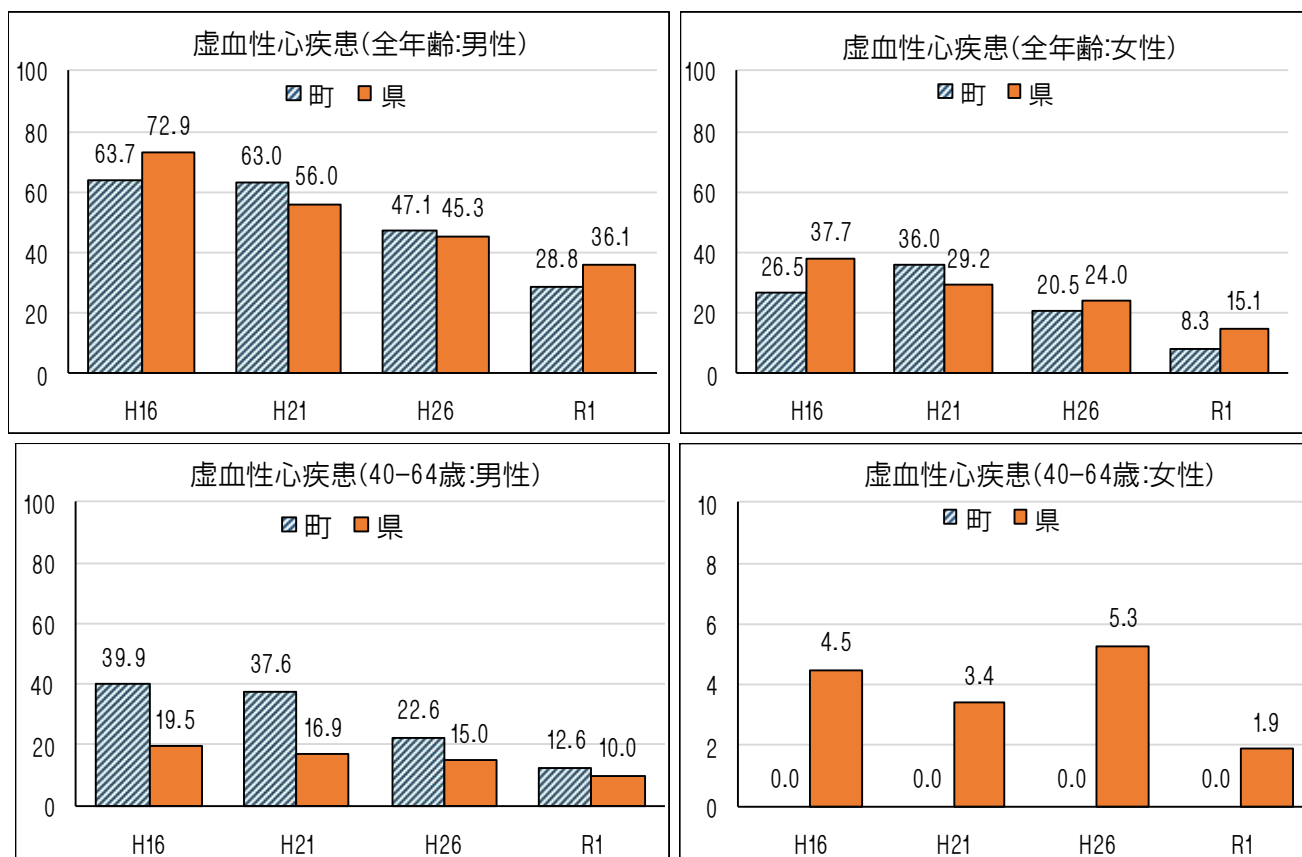


◆ 各年を中心とした5年平均の年齢調整死亡率(人口10万対)

◆ 島根県健康指標データシステム(SHIDS):H27年モデル人口

②虚血性心疾患

虚血性心疾患の年齢調整死亡率は、全年齢の男女共に減少傾向である。40-64歳の男性において県よりも高い状況である。



◆ 各年を中心とした5年平均の年齢調整死亡率(人口10万対)

◆ 島根県健康指標データシステム(SHIDS):H27年モデル人口

(3)平均寿命と65歳平均自立期間

平均寿命は男女ともに平成24年から平成28年時より延伸し、女性は県よりも長い。65歳平均自立期間においても、男女ともに平成24年から平成28年時より延伸し、県よりも長くなっている。

①平均寿命(歳)

	男		女	
	邑南町	県	邑南町	県
H24~H28	80.32	80.42	85.62	87.18
H29~R3	80.65	81.42	89.04	87.87

②65歳平均自立期間(年)

	男		女	
	邑南町	県	邑南町	県
H24~H28	18.52	17.68	21.02	21.05
H29~R3	18.89	18.26	21.80	21.49

◆ 島根県健康指標データシステム(SHIDS)

(4)介護情報

①要介護認定状況(R4 年度)

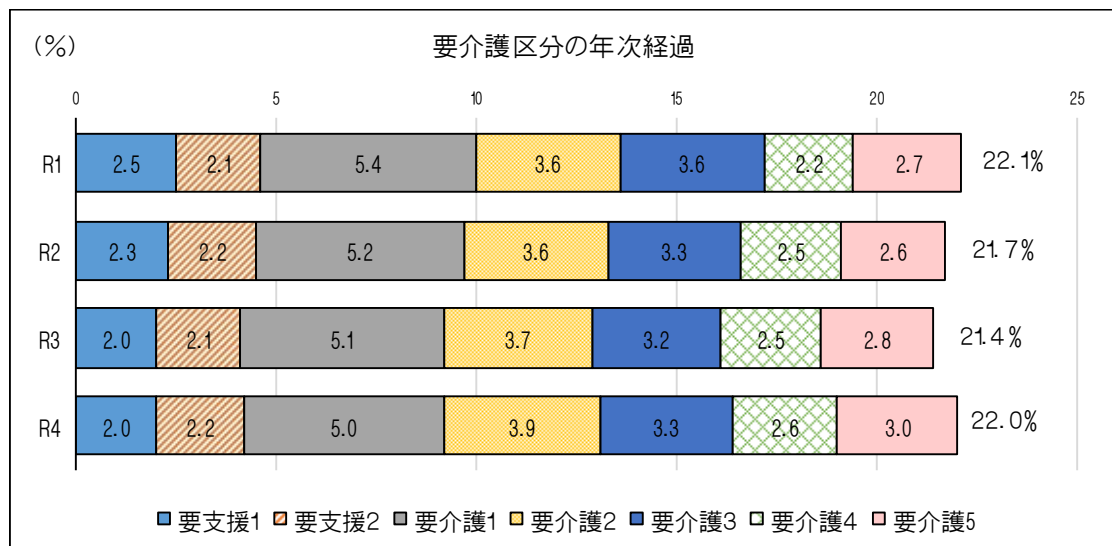
65 歳以上の第1号被保険者に占める要介護認定率は近年 20%台で推移し、割合は県とあまり差がない。

	邑南町	同規模町	島根県	全国
第1号認定率	22.0%	18.6%	21.2%	19.4%
第2号認定率	0.4%	0.4%	0.3%	0.4%
新規認定率	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%

◆国保データベース「KDB システム」

②介護認定者の状況

令和4年度の第1号被保険者の要介護認定率 22.0%を介護認定区分別にみると、要介護1が5.0%と最も多くを占め、次いで要介護2、要介護3である。



◆国保データベース「KDB システム」

③要支援・要介護の原因疾患

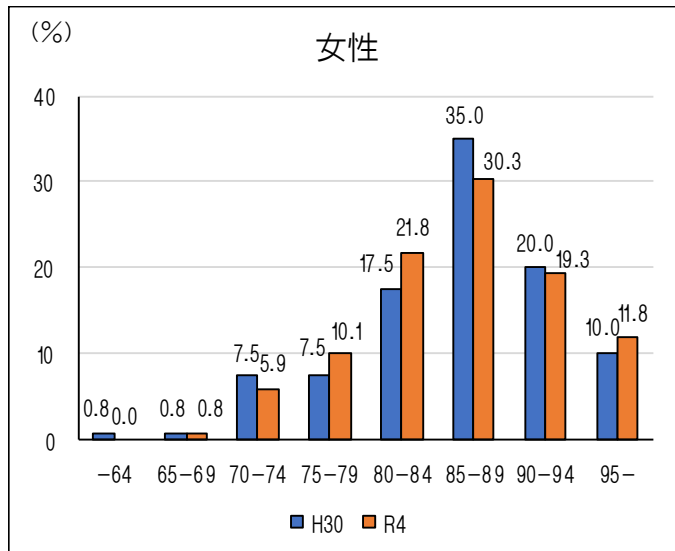
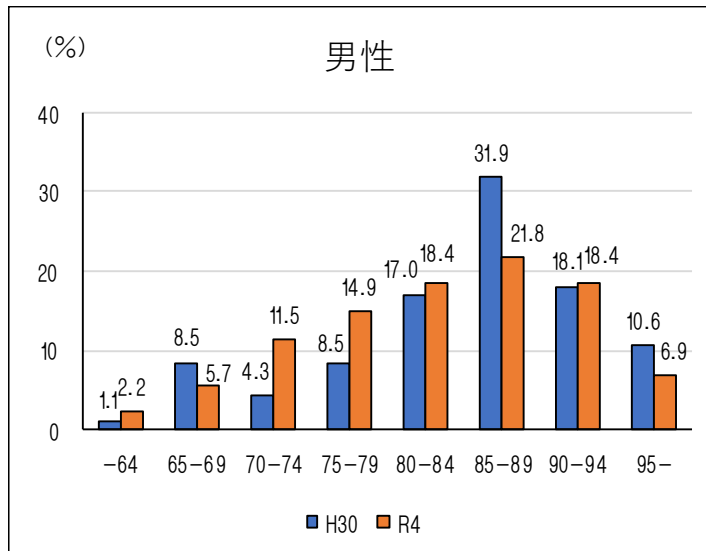
前期高齢者は主に脳卒中、後期高齢者は筋骨格系疾患、認知症、転倒・骨折等の外傷が多い。血压の適正管理とともに運動器の対策が必要である。

	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-
第1位	脳卒中 50%	脳卒中 25%	脳卒中 21%	がん 22%	筋骨格 23%	筋骨格 17%	筋骨格 22%
第2位	認知症 30%	がん 25%	がん 18%	転倒・骨折 筋骨格 14%	転倒・骨折 18%	認知症 16%	認知症 14%
第3位	呼吸器 10%	その他 20%	認知症 16%	認知症 脳卒中 14%	認知症 16%	転倒・骨折 15%	高血圧 その他 12%

◆ 邑南町 R2~4 年度新規申請者 577人主治医意見書疾病集計表

④新規認定者率の推移

男性の認定者率は、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、85 歳以上が 60.6%から 47.1%と低くなっており、新規認定者の年齢が早まっているが、女性は概ね同様の傾向である。壮年期からの健康意識を高め、要介護認定を遅らせる取り組みが必要である。



◆邑智郡介護保険課資料

⑤有病者状況

心疾患、次いで筋骨格系疾患を有している割合が高い。

	要支援Ⅰ	要支援Ⅱ	介護Ⅰ	介護Ⅱ	介護Ⅲ	介護Ⅳ	介護Ⅴ
心臓病	71.0%	73.6%	68.9%	64.1%	62.9%	57.3%	50.1%
筋・骨疾患	72.9%	79.1%	68.2%	63.9%	57.7%	51.3%	32.1%
精神疾患	29.5%	32.8%	42.8%	37.3%	48.6%	43.6%	37.5%
脳血管疾患	17.8%	20.1%	20.2%	24.2%	23.1%	26.0%	32.9%

◆国保データベース「KDB システム」

⑥介護給付費（R4 年度 1 件あたり）

他と比較し、施設サービス給付費が高い状況である。

	邑南町	同規模町	島根県	全国
居宅サービス	40,857 円	44,391 円	42,848 円	41,272 円
施設サービス	312,538 円	291,231 円	294,268 円	296,364 円

◆国保データベース「KDB システム」

第3章 これまでの取り組みの評価

1. 目標値の評価

第2期データヘルス計画では、1.生活習慣病対策、2.健診受診率向上対策、3.糖尿病・高血圧対策、4.ハイリスク者対策に重点をおき、以下の中長期目標を立て1次～3次予防まで切れ目のない取り組みとなるよう保健事業をすすめてきた。

●中長期目標

目標		実績値							評価
指標	目標値	ベースライン	H29	H30	R1	R2	R3	R4	
平均寿命	伸ばす	男性:80.78歳 女性:85.41歳	H28～R2(5年平均) 男性:80.26 女性:88.95						A
65歳平均自立期間	伸ばす	男性:18.12歳 女性:20.77歳	H28～R2(5年平均) 男性:18.87 女性:21.65						A
年齢調整脳血管疾患の死亡率(全年齢)※	男性:36.2 女性:16.4	男性:32.0 女性:15.3	H28～R2(5年平均) 男性:42.1 女性:23.9						C
年齢調整脳血管疾患の死亡率(40～64歳)※	男性:4.9 女性:2.0	男性:10.5 女性:0.0	H28～R2(5年平均) 男性:35.1 女性:33.7						C
年齢調整虚血性心疾患の死亡率(全年齢)※	男性:21.9 女性:7.1	男性:21.9 女性:7.1	H28～R2(5年平均) 男性:9.8 女性:2.5						A
年齢調整虚血性心疾患の死亡率(40～64歳)※	男性:19.1 女性:0.0	男性:17.6 女性:0.0	H28～R2(5年平均) 男性:15.9 女性:0.0						A
血糖コントロール不良者(HbA1c7.0以上)	4.3%	6.2%	6.1%	5.5%	6.3%	5.7%	6.2%	5.5%	B
高血圧ハイリスク者(高血圧Ⅱ度以上)	減らす	6.1%	7.5%	7.2%	7.1%	6.1%	6.6%	7.1%	C
糖尿病合併症	減らす	209人	195人	228人	222人	198人	207人	205人	A
人工透析新規導入者	0人		0人	2人	2人	2人	1人	1人	C
人工透析のうち、糖尿病性腎症	25%		33.3%	37.5%	30.0%	18.1%	12.5%	0%	A

※S60年モデル人口のため現状値とは異なる

評価基準

A 目標達成(現状値≧目標値) B 目標未達成(目標値>現状値≧ベース値) C 後退(目標値>ベース値>現状値)
D 比較・評価できない

2. 個別保健事業の評価

前記の中長期目標を達成するために取り組んだ個別保健事業について、成功要因と未達要因、今後の取り組みの方向性について以下の評価を行った。

評価指標

A(うまいいった) B(ある程度うまいいった) C(あまりうまいいかなかった) D(全くうまいいかなかった) E(分からない)

(1)生活習慣病対策

【ウォーキング】

目的	若い世代から健康意識を高め、早くから生活習慣病予防に取り組む人を増やす。				
アウトプット評価	目標		実施値		評価
	指標	目標値	平成 30 年度	令和 4 年度	
	参加者数	増やす	372 人	134 人	D
	壮年期 40－60 歳代の参加者(人)/割合(%)	増やす	106 人/28.5%	40 人/29.9%	
成功・未達要因	・地区公民館と連携し、地域の魅力の発信ができた。 ・スタンプラリーとして親子で参加しやすい内容で、壮年期の参加者の割合が高かった。 ・事業所や保育所、小学校への参加勧奨も図った。 ・コロナの流行などにより、実施回数が減少した。 ・新規参加者の増加が乏しく、無関心層への魅力的な働きかけが不十分であった。				
今後の方向性	・様々な年代が参加しやすい開催方法の実施、ウォーキングに代わる運動や運動を継続するためのツールの提案に取り組んでいく。				

(2)特定健診受診率向上対策

【特定健診】

目的	健診受診者を増やし、生活習慣病を予兆のうちに発見して発症を防ぐ。				
アウトプット評価	目標		実施値		評価
	指標	目標値	平成 30 年度	令和3年度	
	①受診率	①60%	①56.3%	①57.4%	①B ②A ③A
	②40～50 歳代の 受診率	②40%	②40 代 39.1% 50 代 48.2%	②40 代 46.2% 50 代 52.7%	
	③継続受診者の割合	③30%	③36.1%	③33.3%	
成功・未達要因	・集落保健衛生委員や地区担当保健師による勧奨を行った。 ・町内医療機関から通院者への受診勧奨を依頼して体制構築ができた。 ・個別健診の実施期間を延長し、治療中の方が受診しやすい体制となった。 ・島根大学健診を含めた健診内容の充実が図れた。 ・不定期受診者が減少しておらず、未受診理由別による効果的な受診勧奨ができていない。				
今後の方向性	・地区担当保健師、町内医療機関と連携した勧奨を実施する。 ・不定期受診者への対策など、ICT を活用した効果的な健診受診、受診勧奨方法を検討する。 ・若い世代が受診につながるような健診体制を検討していく。				

【特定保健指導】

目的	脳血管疾患や虚血性心疾患など重症化疾患のリスクを予兆のうちに防ぎ、生活改善によって発症を予防する。				
アウトプット評価	目標		実施値		評価
	指標	目標値	平成 30 年度	令和3年度	
	実施率	76%	52.3%	29.1%	C
成功・未達要因	・令和 2 年度より新型コロナウイルス感染症の影響により継続対象者や 70 歳以上の高齢者を対象外とし優先順位をつけながら指導したため実施率が低下した。 ・積極的支援の対象となる壮年期※¹ は就労していることが多く、面談の機会の調整が困難だった。				
今後の方向性	・継続対象者や年代に応じた指導等、どの対象を優先的に関わるのか検討しながら実施していく必要がある。若い世代の肥満者に対する介入を強化していく。 ・ICT 活用や、集団健診当日に初回面接を実施するなど、壮年期へ介入しやすい方法を検討していく。				

(3)糖尿病・高血圧対策(早期予防・生活改善・未治療・治療中断の防止)

【生活習慣病予防教室】

目的	早期の生活改善によって発症を予防し、脳血管疾患や虚血性心疾患、糖尿病性合併症への重症化を防ぐ。				
アウトプット評価	目標		実施値		評価
	指標	目標値	平成 30 年度	令和 4 年度	
	教室参加率(%) / 参加者数(人)	20%	15.9%/63 人	4.4%/延べ 24 人 実 18 人	E
	参加者の理解度(%)	80%	88.4%	1 回目 83.3% 2 回目 100%	A
	参加者の生活改善に 取り組む人の割合 (%)	50%	91.6%	80.9%	A
成功・未達要因	・毎回参加者にアンケートを実施し、対象者の関心に沿った取り組みうと思える内容が検討できた。 ・町内医療機関の医師・歯科医師の協力が得られ、主治医からの講演だったため満足度や行動目標に取り組む割合が高かった。 ・予備群を対象としており危機感が低いため参加率が低い。				
今後の方向性	・脳血管疾患の年齢調整死亡率や医療費が増加しており、基礎疾患である高血圧や糖尿病の発症予防を行っていく必要がある。早期からの疾病予防として減塩対策・野菜プラスⅠ・運動をポピュレーションアプローチとして全町へ働きかける。 ・対象をしっかりと分けて行うプログラムや継続ツール、開催時期、開催方法 (ICT を活用する等) を検討し、疾病予防行動を生活に取り入れてもらえるような周知・啓発方法を工夫していく。				

用語※Ⅰ 壮年期:40~64 歳のことを指す

【未治療・治療中断者対策】

目的	早期の生活改善によって発症を予防し、脳血管疾患や虚血性心疾患、糖尿病性合併症への重症化を防ぐ。					
アウトプット評価	目標			実施値		評価
	指標		目標値	平成 30 年度	令和 4 年度	
	受診勧奨実施率(%)		100%	100%	100%	C
	医療機関受診率(%)	血圧	100%	63.3%	54.8%	
		血糖	100%	84%	64.3%	
		腎機能	100%	92.3%	80%	
成功・未達要因	・受診につながるよう勧奨リーフレットの内容を工夫した。 ・地区担当保健師が電話等で個別に再勧奨を行った。 ・受診状況調査や再勧奨の時期が遅かった。 ・受診行動に至らない背景について調査できておらず、効果的な介入ができていない。 ・新型コロナウイルス感染症の影響による受診控えもあったと考えられる。					
今後の方向性	・受診状況のモニタリングや受診勧奨は継続し、受診行動に至らない背景の調査や効果的な勧奨方法を工夫しながら病院受診につながるまでの介入・保健指導を強化する。					

(4)ハイリスク者対策

【糖尿病ハイリスク者対策】

目的	生活習慣病の重症化を防ぎ、脳血管疾患や虚血性心疾患、人工透析への移行を防ぐ。医療機関と連携して、ハイリスク者の重症化を予防する。				
アウトプット評価	目標		実施値		評価
	指標	目標値	平成 30 年度	令和 3 年度	
	個別支援実施率(%) / 人数(人)	100%	100%/30 人	76.5%/13 人	D
	個別支援実施者の HbA1c 改善率(%) (翌年の健診結果で評価)	50%	50%	41.2%	C
成功・未達要因	・町内医療機関・薬局の協力を得て、歯科眼科キャンペーンを実施した。 ・町内の内科・眼科・歯科医師の協力を得て邑南町版糖尿病連携手帳を作成し、町内医療機関、薬局から対象者への配布・活用を依頼した。 ・受診の際の糖尿病連携手帳の所持者が増えてきている。 ・コロナの流行やマンパワー不足により、報告会欠席者への個別訪問やフォローが実施できなかった。 ・合併症悪化に対する危機感をもってもらえるような啓発ができなかった。				
今後の方向性	・対象者の基準は、引き続き HbA1c7%以上とする。健診結果報告会や地区担当保健師の訪問による保健指導等の取り組みを継続して行っていく。 ・内科・歯科・眼科の理解と協力を得ながら、引き続き糖尿病重症化予防への取り組みを実施していく。				

【CKDハイリスク者対策】

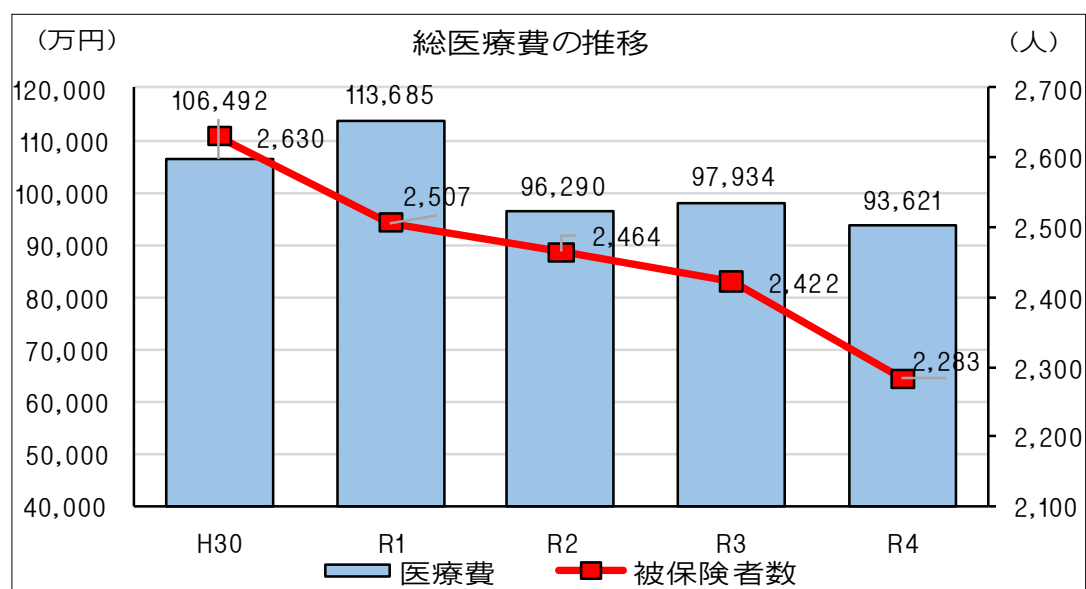
目的	生活習慣病の重症化を防ぎ、脳血管疾患や虚血性心疾患、人工透析への移行を防ぐ。医療機関と連携して、ハイリスク者の重症化を予防する。			
アウトプット評価	目標		実施値	
	指標	目標値	平成 30 年度	令和 4 年度
	受診勧奨実施率(%)	100%	100%	100%
	医療機関受診率(%)	100%	未実施	66.7%
成功・未達要因	・特定健診受診後にハイリスク者を抽出して台帳整理を行い、受診につながるよう勧奨のリーフレットを作成・送付した。 ・コロナの流行やマンパワー不足により、報告会欠席者への個別訪問やフォローが実施できなかった。 ・腎臓病に特化した事業が縮小され、生活習慣病のひとつである CKD に対する周知や認知度が低下したと考えられる。 ・町内の医療機関と腎臓病予防に対するすり合わせができていない。			
今後の方向性	・対象者の基準は、引き続き CKD 赤ステージとし、受診勧奨等の取り組みを継続していく。 ・CKD 患者の背景として糖尿病や高血圧といった基礎疾患を有している割合が高い。人工透析に移行させないためにかかりつけ医と連携し、糖尿病や高血圧の重症化予防に力を入れていく。			

第4章 分析結果から見える邑南町の健康課題

1. 医療費分析と生活習慣病の状況

(1) 総医療費の状況

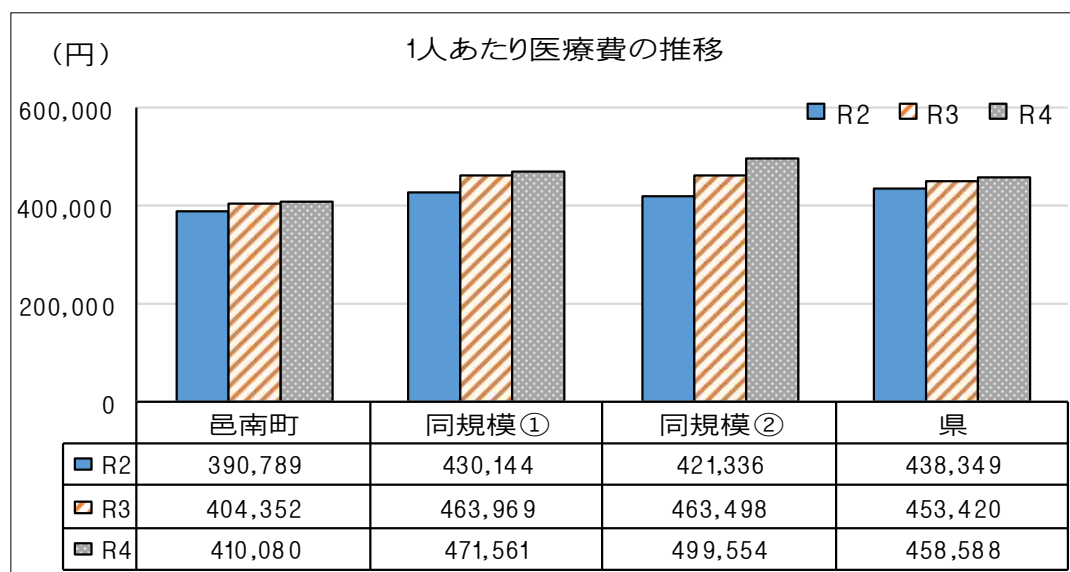
国民健康保険被保険者数は年々減少しており、今後も団塊の世代が75歳になる2025年に向けてさらなる被保険者の減少が見込まれる。令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響を受けて医療費が減少したが、令和3年度以降の総医療費は横ばいである。



◆ 医療費分析ツール「Focus」

(2) 1人あたり医療費の推移・他自治体との比較

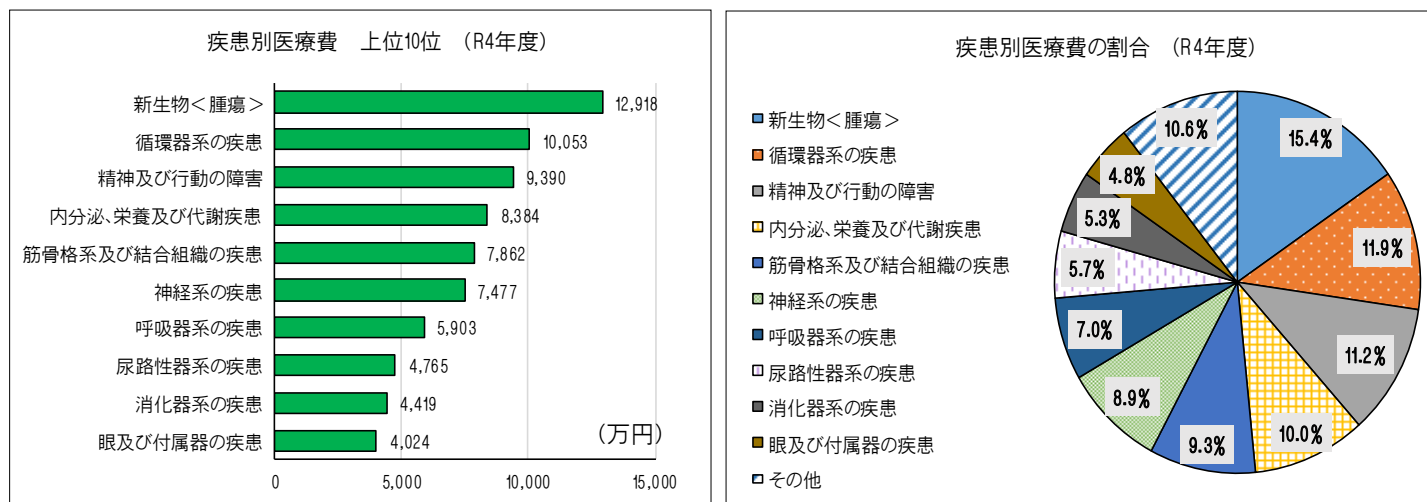
令和4年度の1人あたりの医療費は410,080円で、他同規模自治体及び県と比較しても低い。令和2年度から増加傾向である。



◆ 医療費分析ツール「Focus」

(3)疾患別医療費の状況

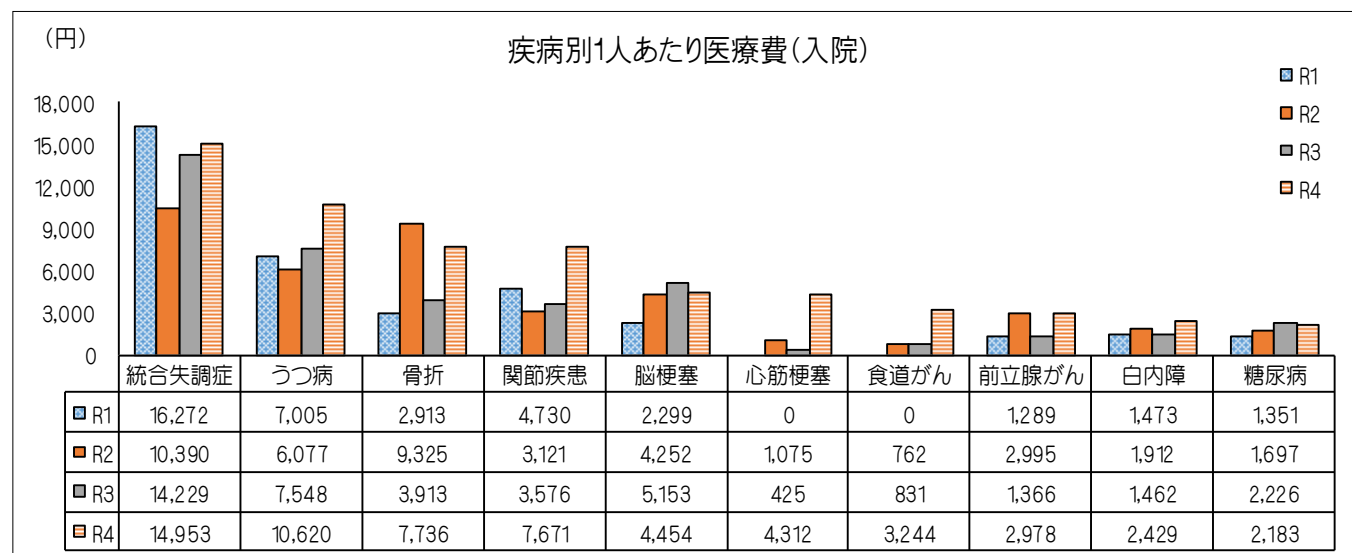
医療費を疾患別にみると最も高い疾患は「新生物(腫瘍)」で15.4%、次いで「循環器系の疾患」11.9%、「精神及び行動の障害」11.2%となった。生活習慣病の割合でみても「循環器系の疾患」11.9%、「内分泌、栄養及び代謝の疾患」10.0%を併せて21.9%と医療費の約1/5を占めている。



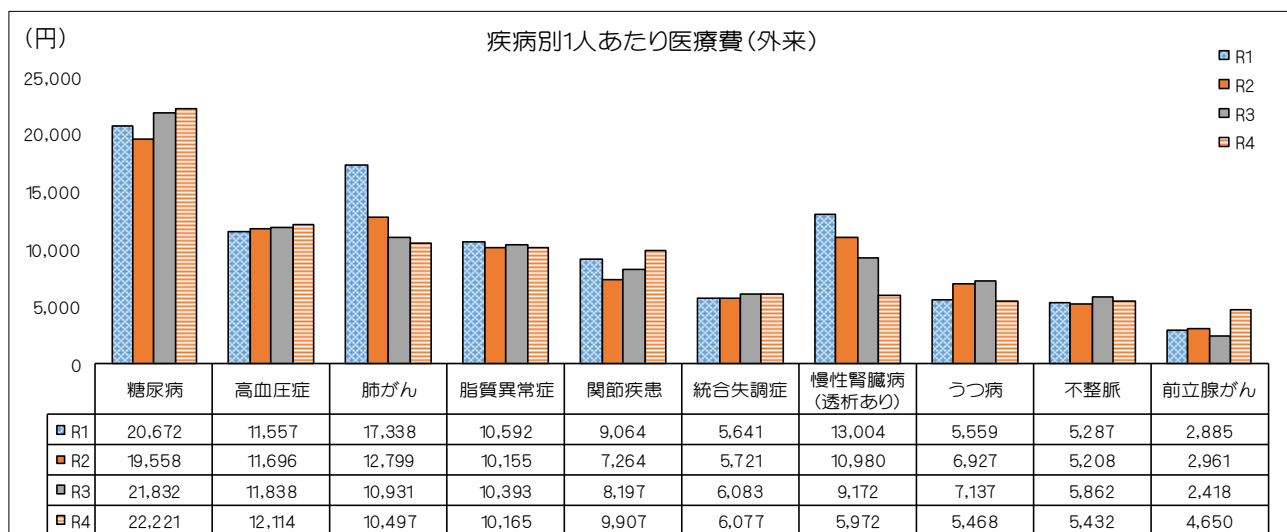
◆ 医療費分析ツール「Focus」

(4)疾病別1人あたり医療費の推移(疾病最小分類)

1人あたり医療費を経年でみると入院については骨折、関節疾患、脳梗塞、心筋梗塞、外来については糖尿病、高血圧、関節疾患の医療費が増加傾向である。



◆ 国保データベース「KDB システム」

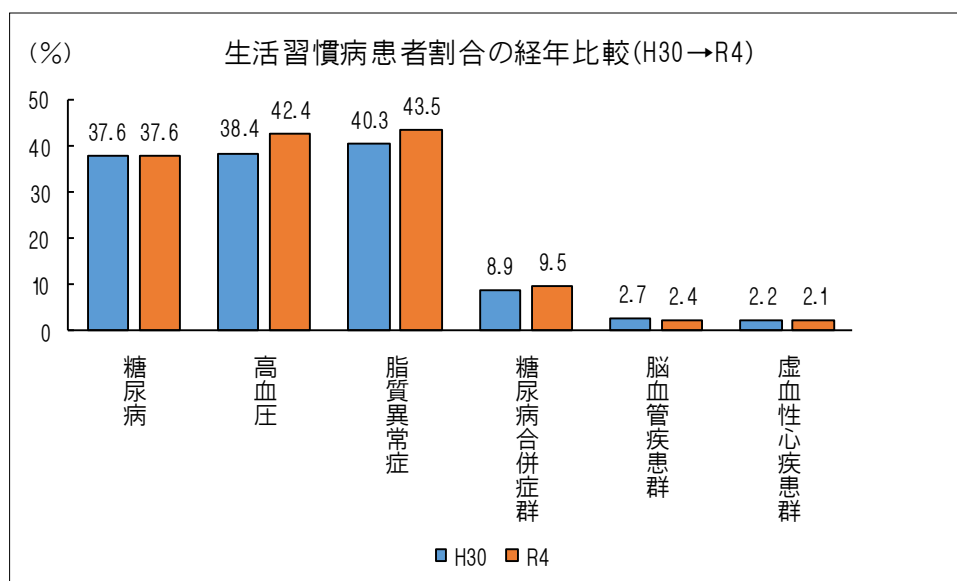


◆ 国保データベース「KDB システム」

(5) 生活習慣病の患者数と割合の経年変化の状況

平成30年度から令和4年度の患者数の変化みると生活習慣病においてすべての疾患で患者数が減少している。国民健康保険被保険者における生活習慣病有病者の割合をみると糖尿病については横ばいで、高血圧、脂質異常症については増加している。糖尿病は割合に変化はないが、1人あたり医療費は増加しているため引き続き早期から血糖コントロールによる重症化予防など糖尿病対策が必要である。

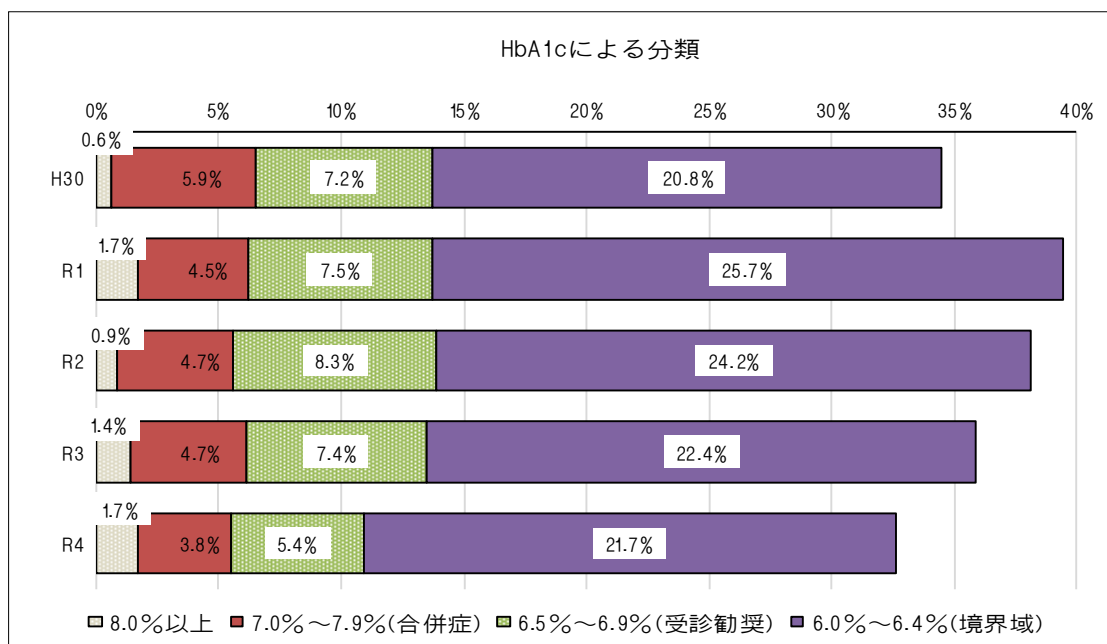
	糖尿病	高血圧	脂質異常症	糖尿病 合併症群	脳血管 疾患群	虚血性 心疾患群
H30	957 人	977 人	1026 人	228 人	70 人	57 人
R4	809 人	908 人	931 人	205 人	52 人	47 人



◆ 医療費分析ツール「Focus」

(6)HbA1c値の状況

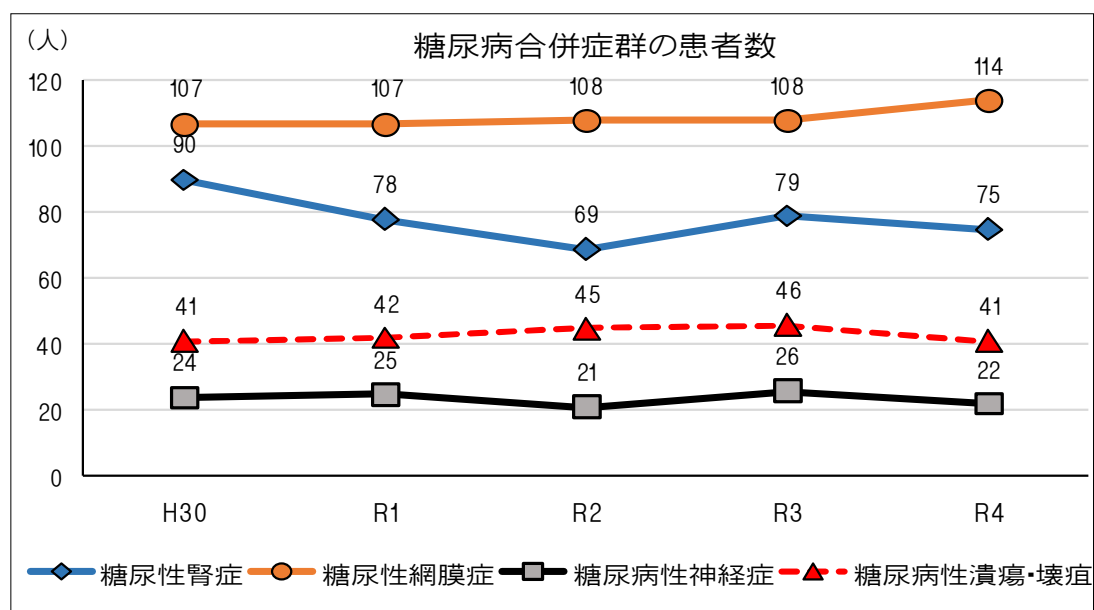
特定健診受診者の結果をHbA1c値で分類してみると、令和１年度より6.0%～6.4%の境界域の割合が減少傾向である。引き続き、糖尿病の重症化予防への取り組みを継続していく。



◆ 医療費分析ツール「Focus」

(7)糖尿病性合併症の状況

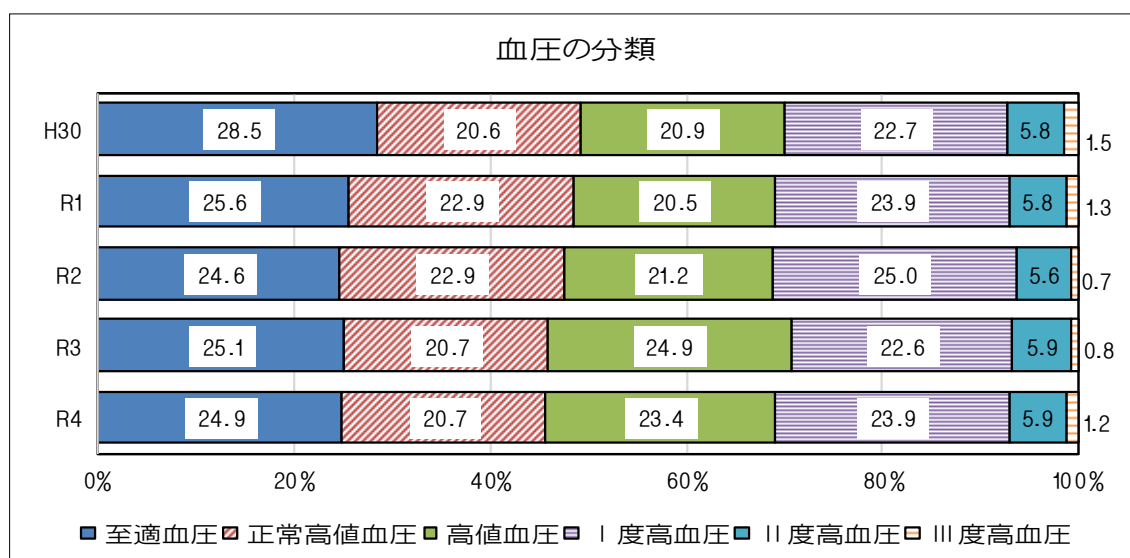
糖尿病性合併症の内訳をみると糖尿病性網膜症が最も多くなっている。糖尿病の治療については内科だけでなく眼科も含めた病状の管理が重要であるため、引き続き医療機関と連携していく必要がある。



◆ 医療費分析ツール「Focus」

(8) 高血圧の状況

令和4年度の特定健診受診者のうち、Ⅰ度からⅢ度高血圧が31.0%で3人に1人の割合である。早期からの血圧管理の必要性や生活習慣を見直していく啓発を行う必要がある。



【血圧分類】

分類	収縮期血圧		拡張期血圧	
至適血圧	120未満	かつ	80未満	
正常血圧	120～129	かつ/または	80～84	
正常高値血圧	130～139	かつ/または	85～89	
Ⅰ度高血圧	140～159	かつ/または	90～99	
Ⅱ度高血圧	160～179	かつ/または	100～109	
Ⅲ度高血圧	180以上	かつ/または	110以上	

◆医療費分析ツール「Focus」

(9) CKD重症度分類の状況(R4 年度)

特定健診受診者の結果をCKD重症度分類でみると、腎機能低下が257人で受診者の約3割を占めている。うち赤ステージ17人の保有疾患の背景をみると高血圧が1番多くなっている状況である。高血圧、糖尿病といった生活習慣病予防を引き続き行っていく。

GFR区分(ml/分/1.73m ²)			尿蛋白		
			(-)	(±)	≧(+)
G1	正常または高値	≧90	35人	2人	2人
G2	正常または軽度低下	60～89	420人	38人	26人
G3a	軽度～中等度低下	45～59	140人	12人	7人
G3b	中等度～高度低下	30～44	20人	4人	4人
G4	高度低下	15～29	0人	1人	1人
G5	末期腎不全	<15	0人	0人	0人

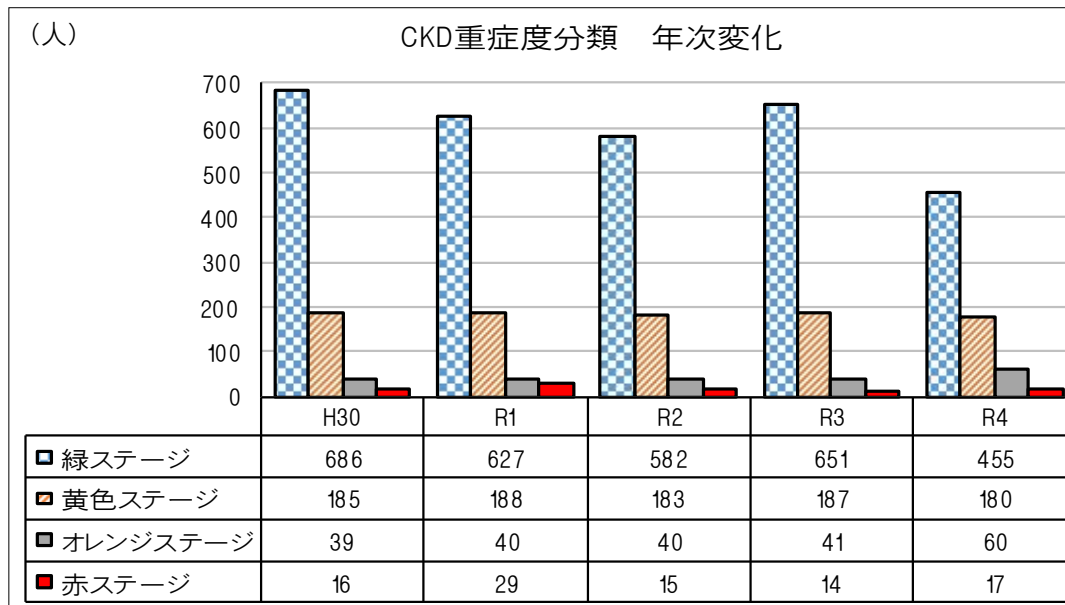
慢性腎臓病(CKD)の重症度 (腎不全、心血管疾患等による死亡の危険性)			人数	割合	保有疾患	
やや危険(黄ステージ)			180人	25.2%	糖尿病	10人
かなり危険(オレンジステージ)			60人	8.4%	高血圧	14人
非常に危険(赤ステージ)			17人	2.3%	脂質異常症	11人
					レセプトなし	1人

※うち赤ステージ17人の疾患背景

◆医療費分析ツール「Focus」

(10)CKDの状況

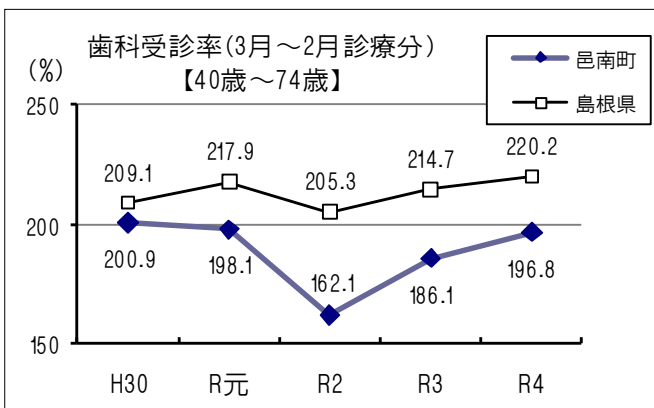
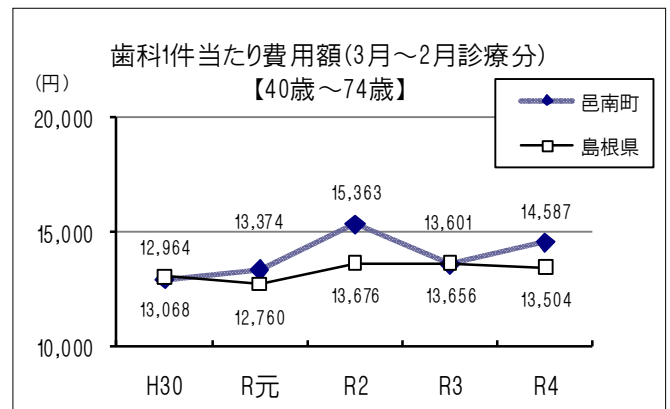
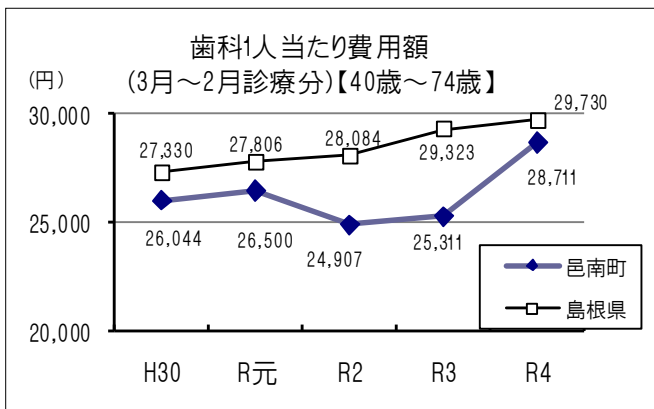
CKD 重症度分類を年次経過でみると、かなり危険(オレンジステージ)が増加している。また、令和4年度は赤ステージが17人いるため、基礎疾患の発症予防に加え、重症化予防が必要である。



◆医療費分析ツール「Focus」

(11)歯科医療費

歯科1人当たり費用額については、島根県より低い状況だが年々増加傾向である。また、歯科1件当たり費用額についても増加傾向である。歯科受診率も島根県より低く、糖尿病を含めた生活習慣病の予防のため、引き続き歯科受診の啓発を行っていく。

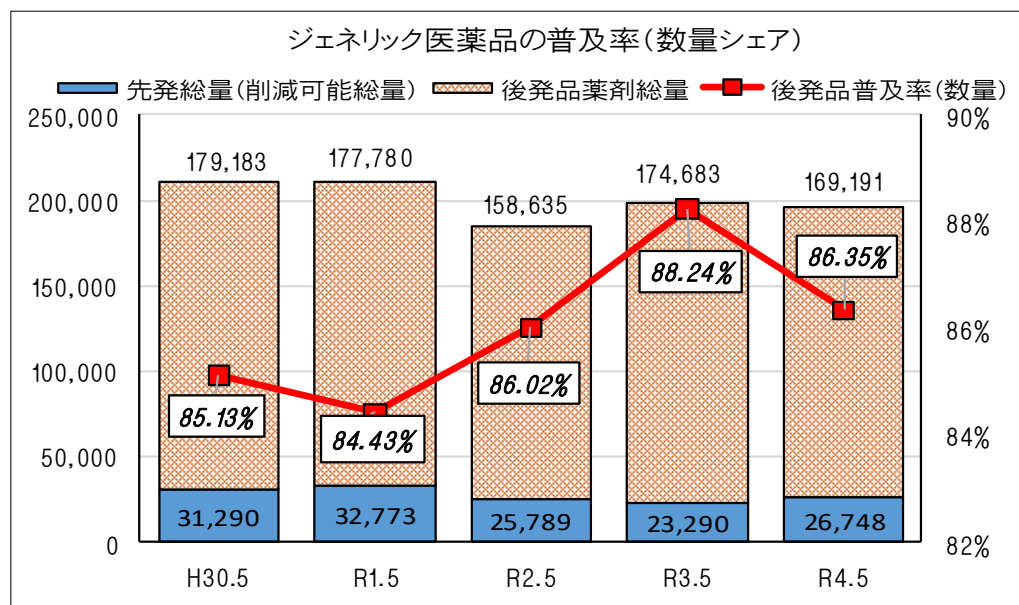


◆歯科受診率(40～74歳)

=1年間分受診件数÷国保被保険者数で算出したもの
の国保連合会データより

(12)ジェネリック医薬品の利用状況

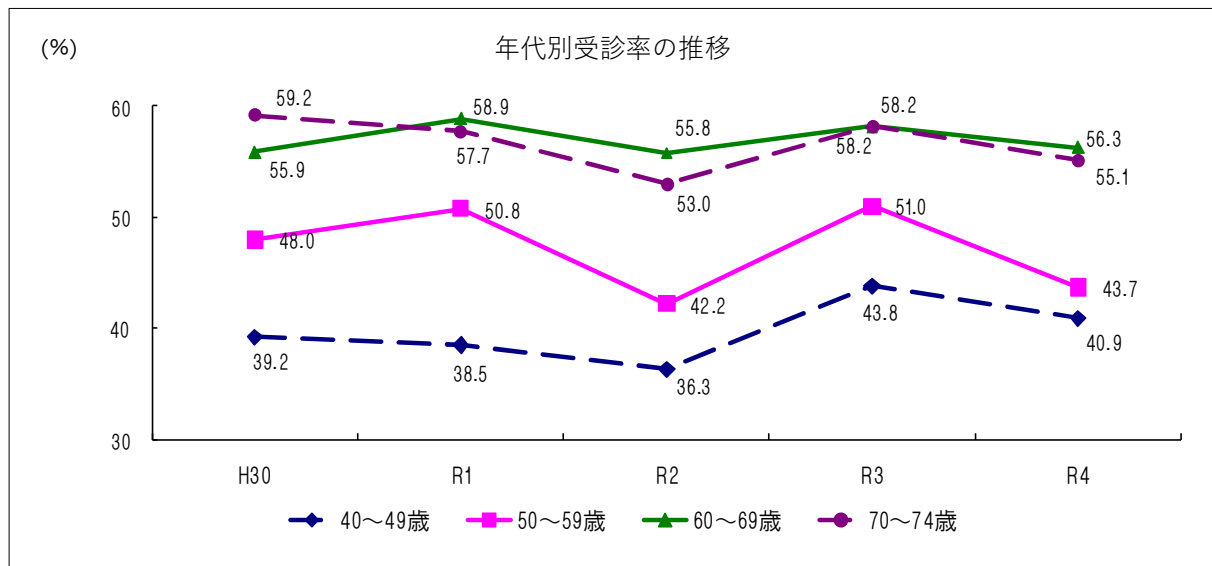
医療費適正化のためには、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の利用促進が重要になる。現在のジェネリック医薬品の使用状況は、令和4年5月診療分において普及率 86.35%であり、平成 30 年5月診療分診療分 85.13%と比べて上昇している。



◆島根県国保後発医薬品効果結果報告書

(2) 年代別受診率の推移

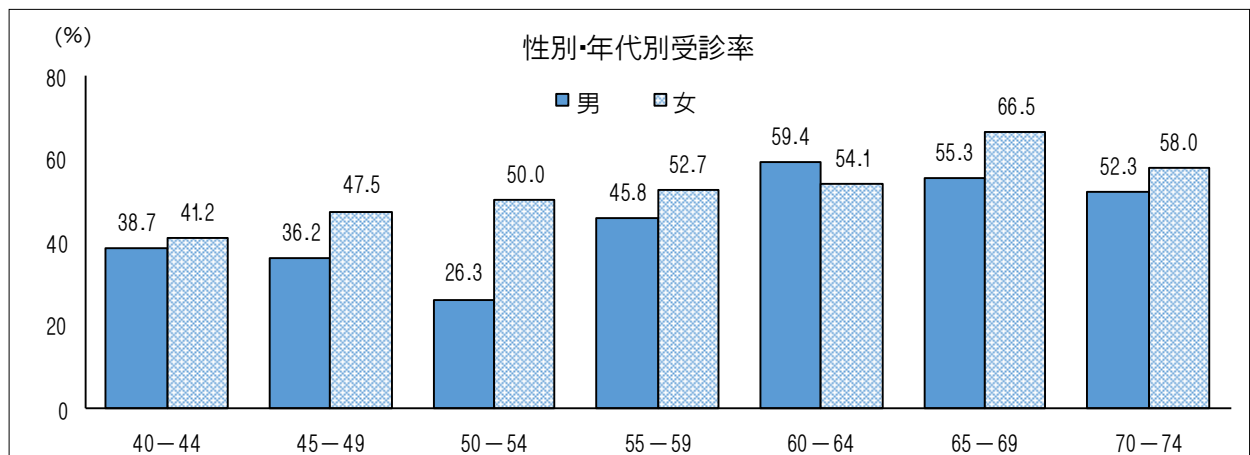
令和4年度は40歳代で40.9%、50歳代で43.7%の受診率であり、目標値の40%に達しているが60歳代に比べて低く、若い世代が受診しやすい体制を検討していく必要がある。



◆医療費分析ツール「Focus」

(3) 性別・年代別受診率(R4 年度)

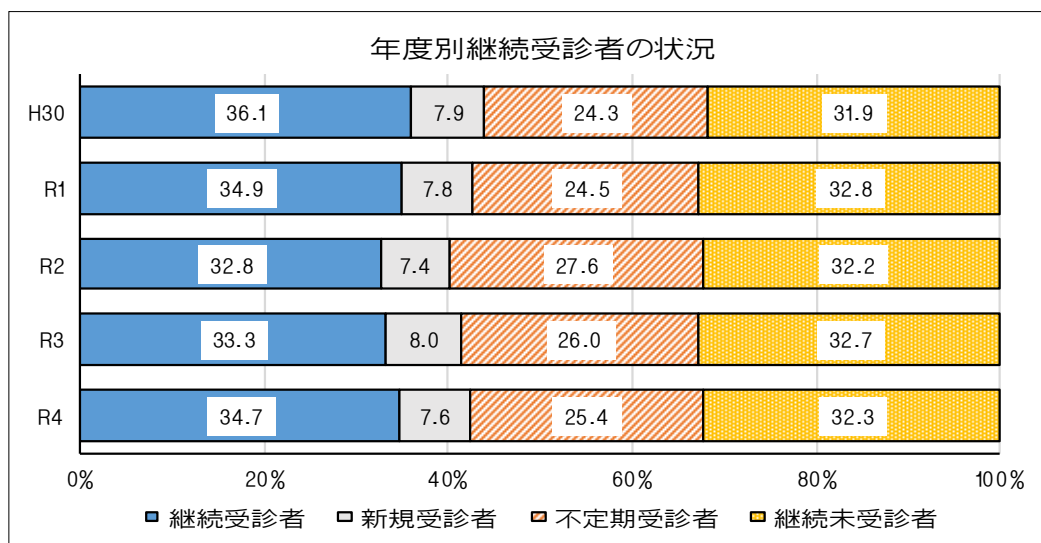
受診者の状況を見ると、50～54歳の男性の受診率が低い。40歳代・50歳代の受診率の向上は引き続きの課題であり、未受診理由を見ながら積極的な勧奨が必要である。



◆医療費分析ツール「Focus」

(4)年度別継続受診者の状況(R4 年度)

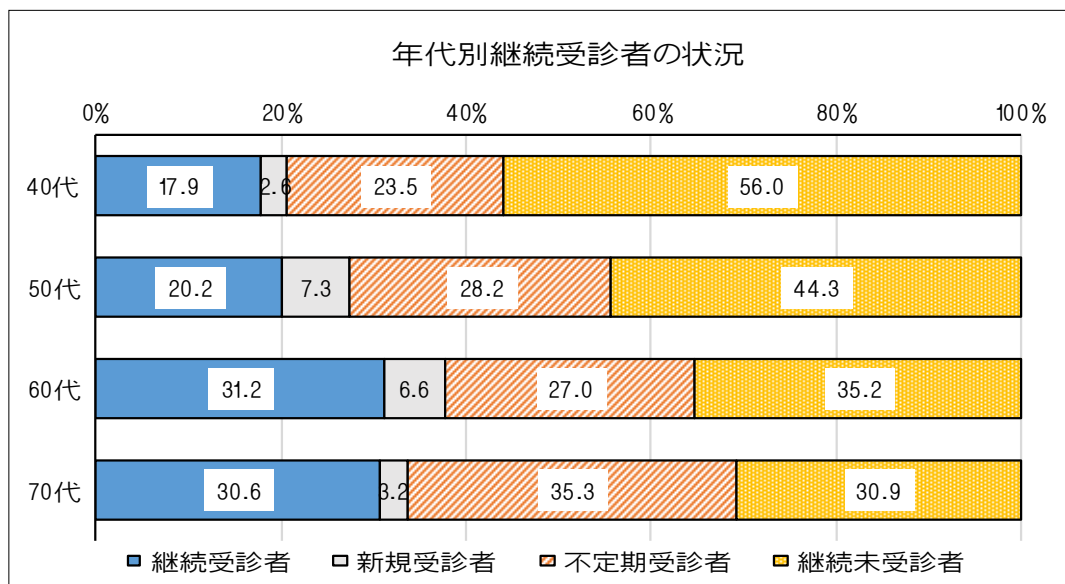
継続受診者の割合は横ばいであり、毎年同じ割合で不定期受診者が約30%おり、継続受診へつなげる取り組みが必要である。



◆医療費分析ツール「Focus」

(5)継続受診者の年代別の状況(R4年度)

年代があがるにつれて継続受診者の割合は増加傾向であるが、70歳代においても継続受診者の割合は30%である。40歳代では約半数が、50歳代でも約40%が継続未受診者となっており、継続受診につなげる取り組みが必要である。



継続受診者：直近3年連続で受診されている方

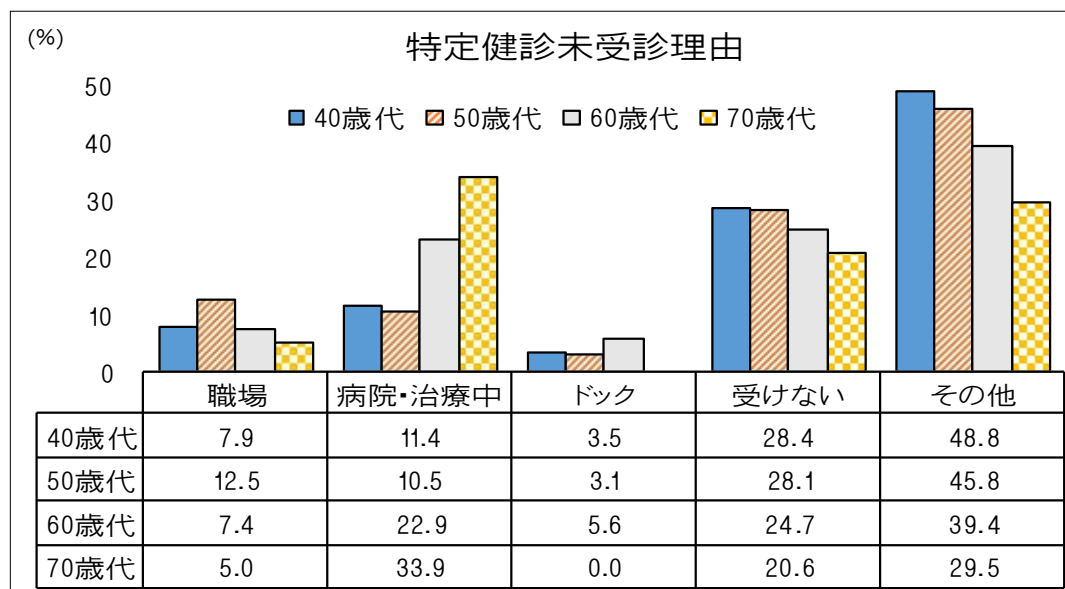
新規受診者：過去3年で初めて受診した方

不定期受診者：直近年に受診しており、過去2年間で1度でも受診している方

◆医療費分析ツール「Focus」

(6)特定健診未受診理由(R4年度)

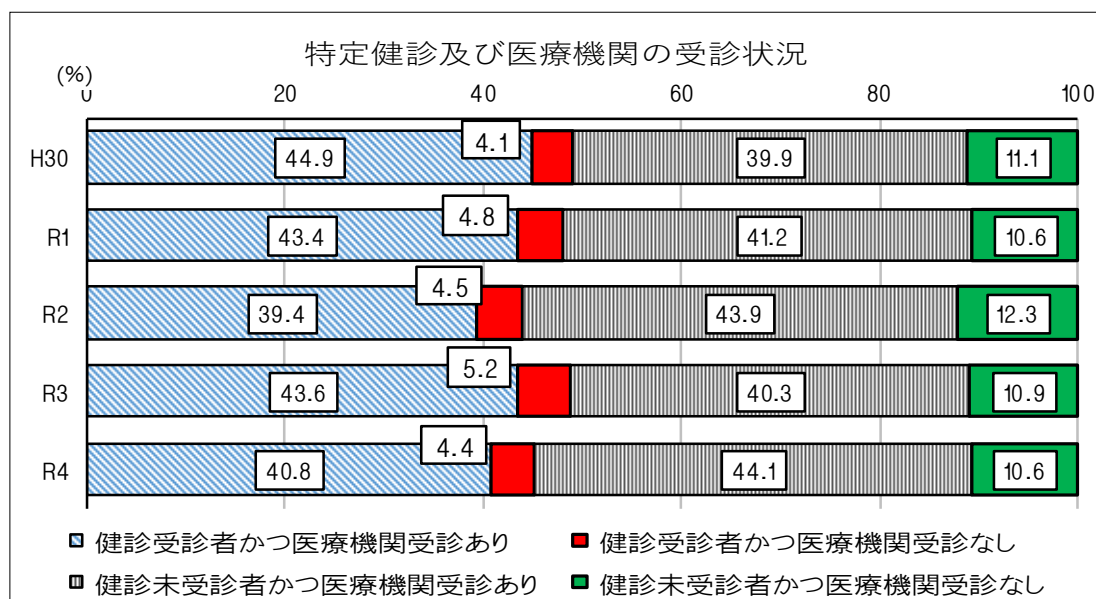
集団健診の申し込みと併せて受診しない方の未受診理由を把握し、個別健診の勧奨と情報提供の依頼に活用している。「職場で受ける」と回答した人は40～50歳代が約2/3を占め、「病院で受ける」と回答した人は60～70歳代が多かった。どの年代も「今年は受けない」と回答した人が2割以上いるため、健診を受ける必要性の啓発が必要である。



◆医療費分析ツール「Focus」

(7)特定健診及び医療機関の受診状況

特定健診受診者のうち、令和4年度に生活習慣病で受診している人は40.8%である。健診未受診者かつ医療機関受診ありの割合は約44%であるため、健診につながるよう医療機関と連携していく必要がある。また、健診未受診で医療機関を受診していない人も1割おり、対象者に応じた受診勧奨の方法を検討していく。

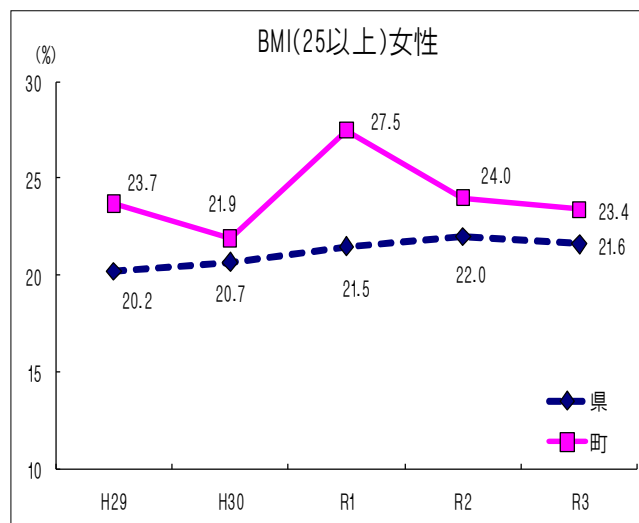
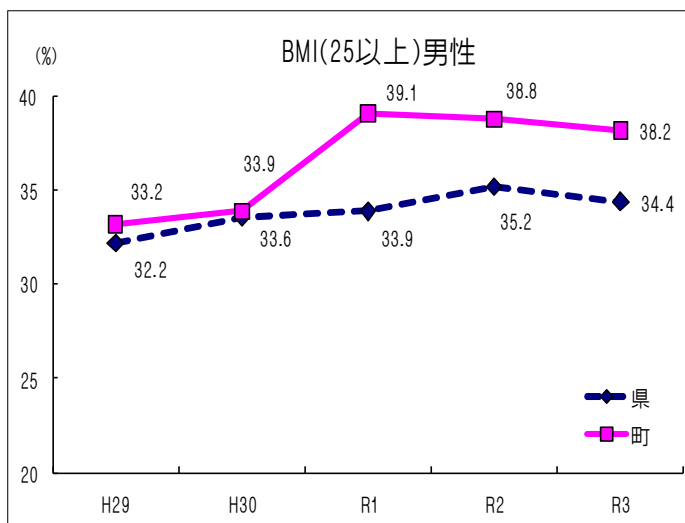


◆医療費分析ツール「Focus」

(8)特定健診からみた年齢調整有病率

①BMI25.0 以上

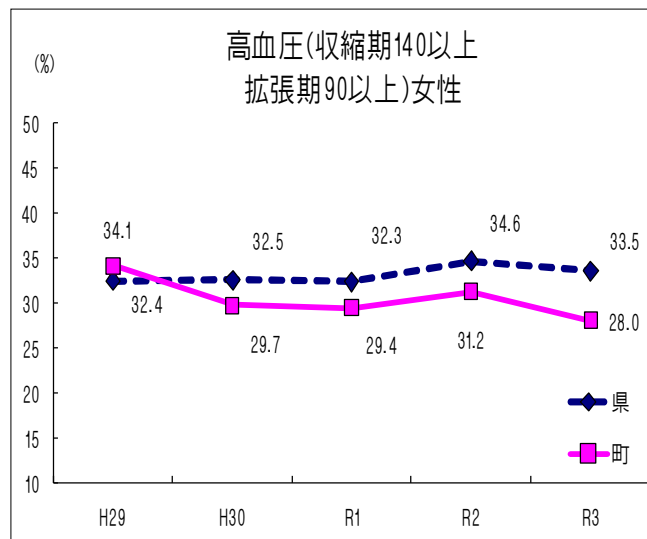
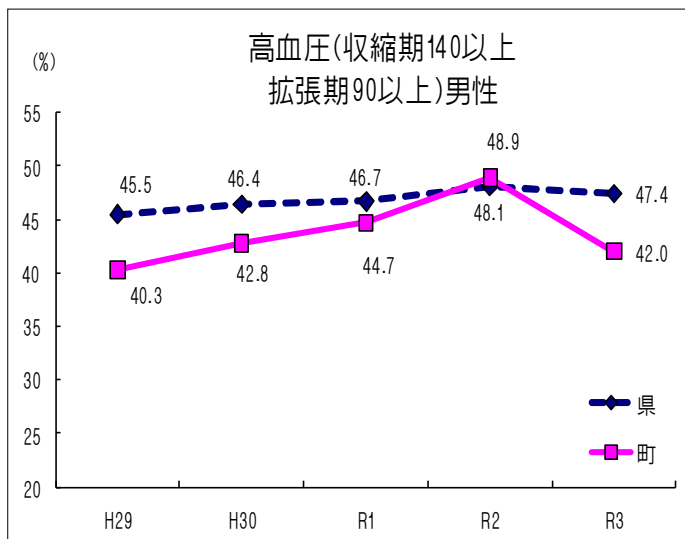
男女とも肥満者の割合は県よりも高く、男性においては増加傾向である。



◆市町村国保特定健康診査等結果データ：H27年モデル人口（島根県提供資料）

②高血圧(収縮期血圧 140mmHg 以上、拡張期血圧 90mmHg 以上)

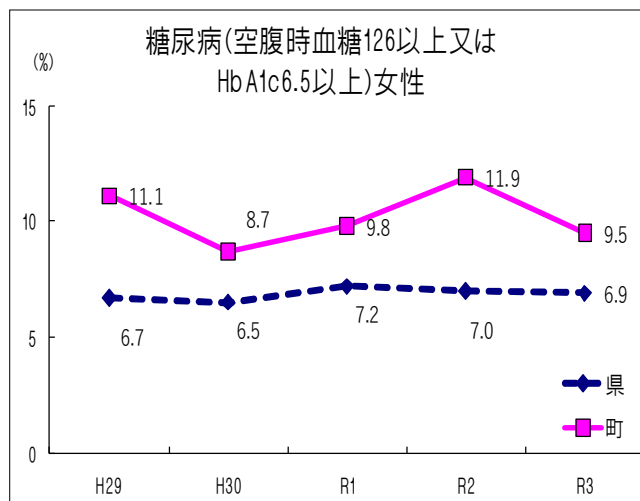
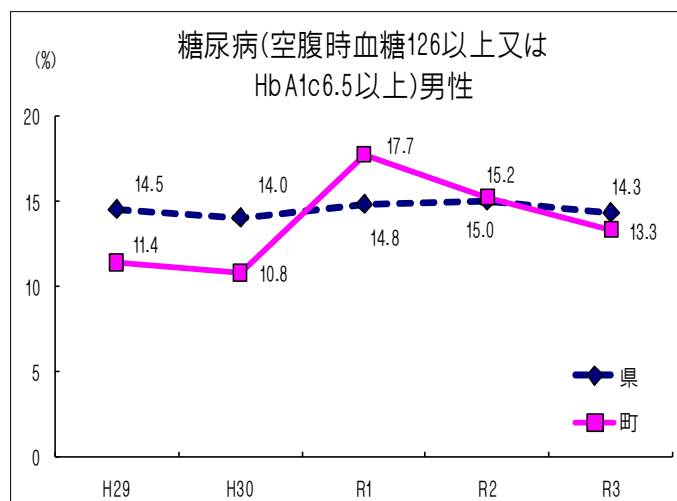
高血圧の割合は男性は令和2年度までは年々増加したが、令和3年度は減少し、県よりも低い。女性においては県より低く、年々減少傾向である。



◆市町村国保特定健康診査等結果データ：H27年モデル人口（島根県提供資料）

③糖尿病(空腹時血糖 126mg/dl 以上または HbA1c6.5%以上)

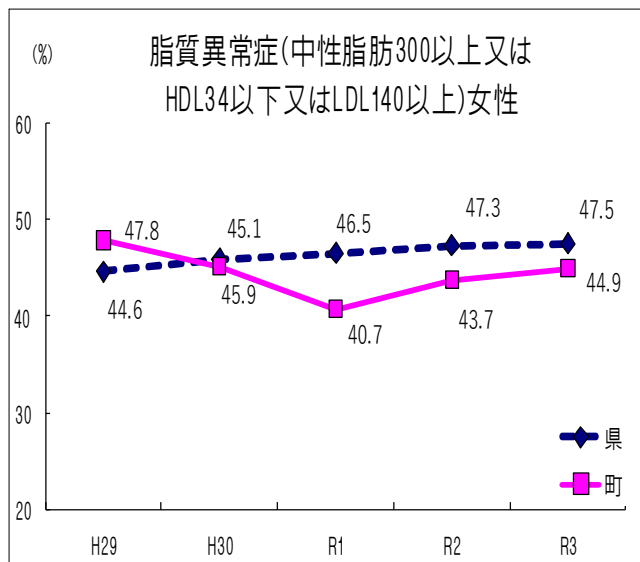
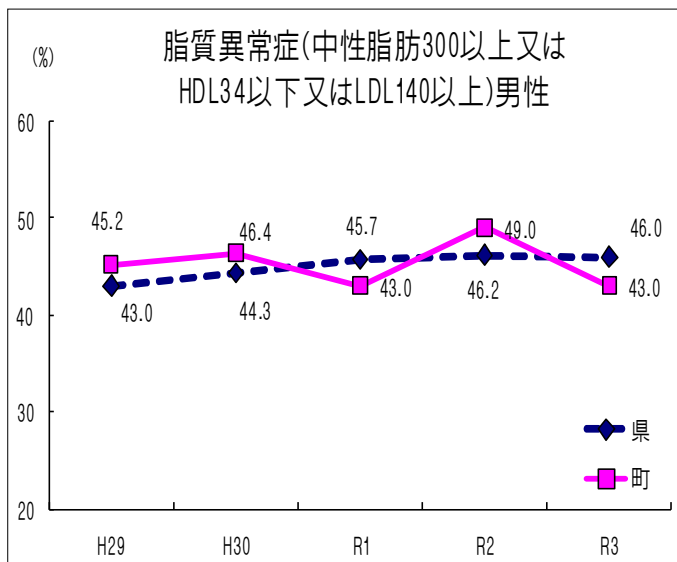
糖尿病の割合は、男性は令和 1 年度は増加したが、令和 2 年度以降減少している。女性は県よりも高い状況である。



◆市町村国保特定健康診査等結果データ:H27 年モデル人口(島根県提供資料)

④脂質異常症(中性脂肪 300mg/dl 以上または HDL34mg/dl 以下またはLDL140 mg/dl 以上)

脂質異常症は、男女ともに県と横ばいの傾向であるが、高血圧、糖尿病と比較し最も割合が高くなっている。

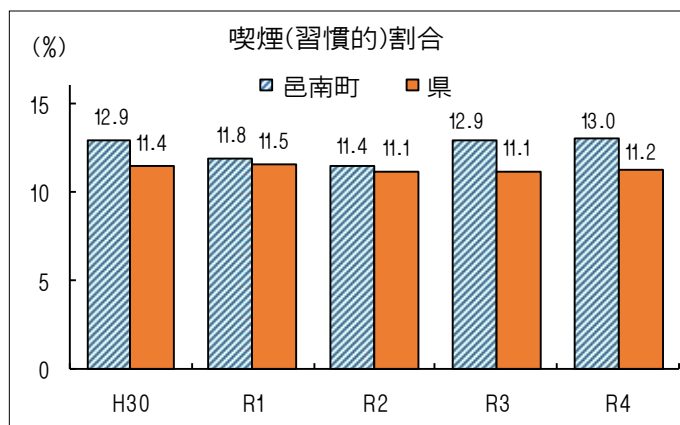


◆市町村国保特定健康診査等結果データ:H27 モデル人口(島根県提供資料)

(9) 特定健診問診票から見た生活状況

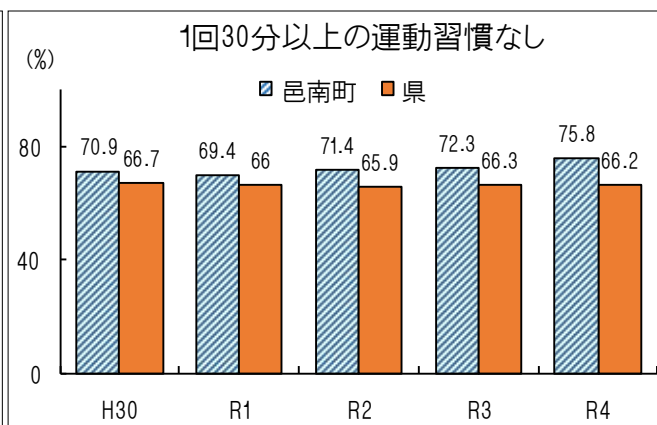
① 喫煙の習慣(割合)

平成 30 年度以降県より高く、横ばいである。



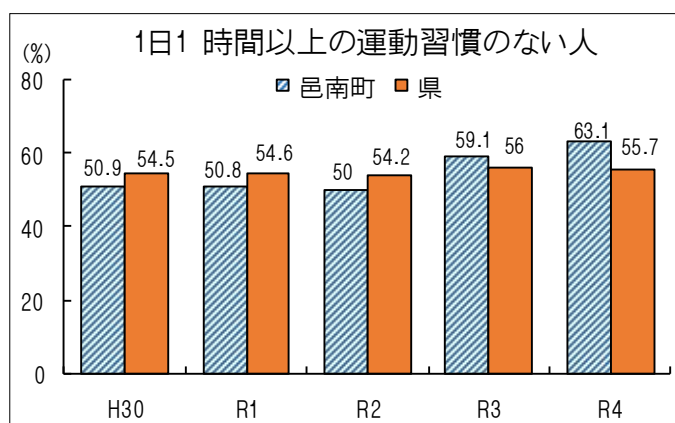
② 1 回 30 分以上の運動の習慣がない人

運動習慣のない人の割合は県より高く年々増加傾向である。



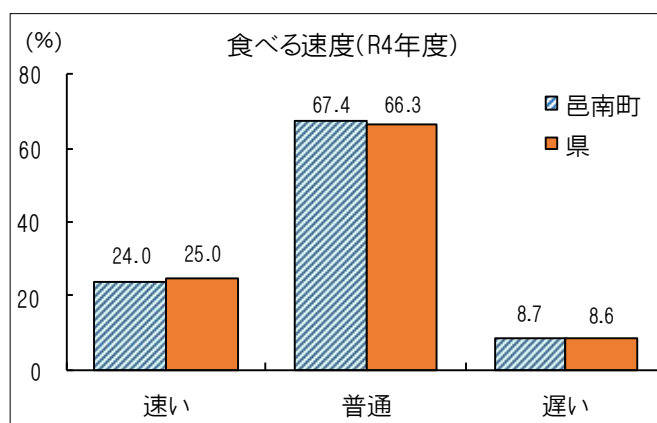
③ 1 日 1 時間以上の運動習慣のない人の割合

年々増加傾向で、県よりも高い。



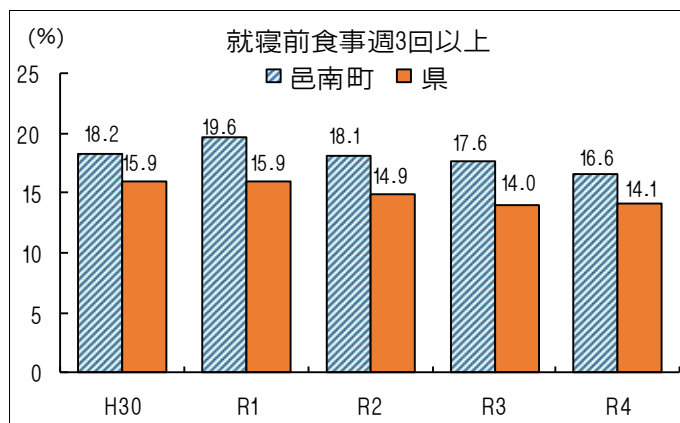
④ 食べる速度

食べる速度が速いと答えた人は 24.0% で 4 人に 1 人が速い状況である。



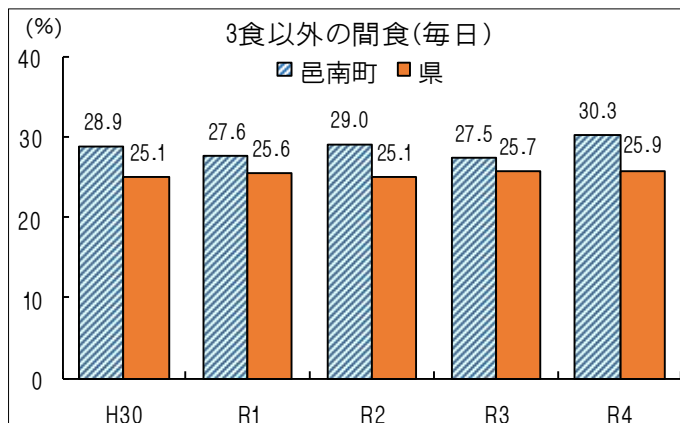
⑤ 就寝前の 2 時間以内に夕食をとることが週 3 回以上

県より高く、約 2 割が該当している状況である。



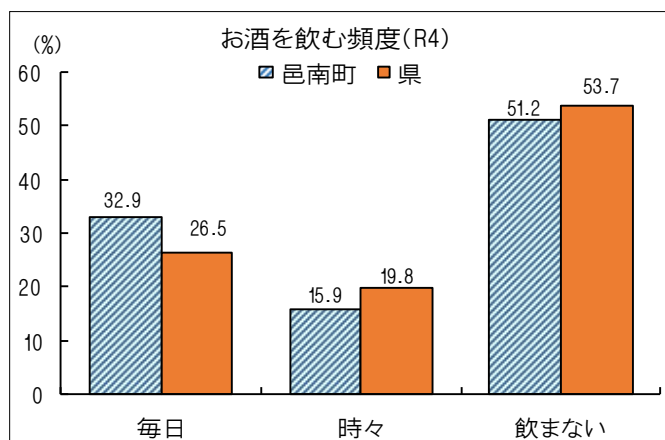
⑥ 朝昼夕 3 食以外の間食や甘い飲み物をとる人

県より高く、約 3 割が該当している。



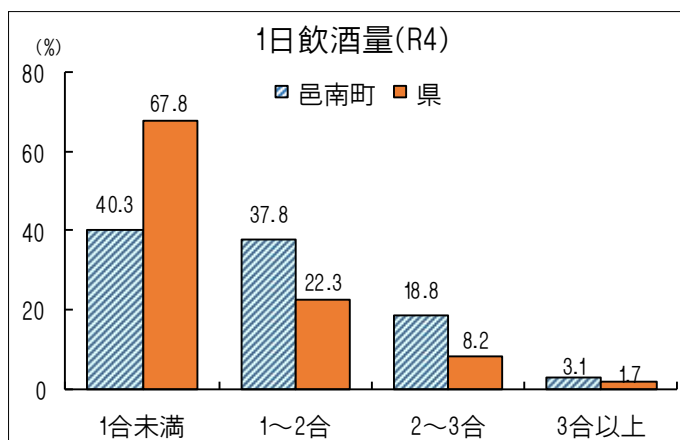
⑦お酒を飲む頻度

毎日飲酒する人の割合は約 3 割で県より高い状況である。



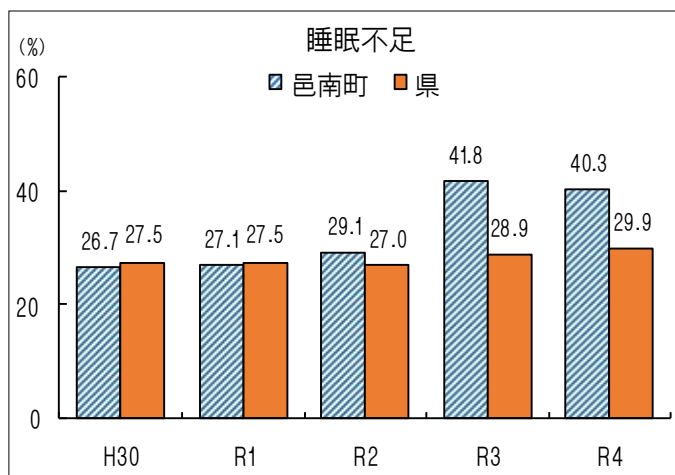
⑧1 日飲酒量

適正飲酒量の1合以上飲酒する人の割合は約 6 割で量が多い状況である。



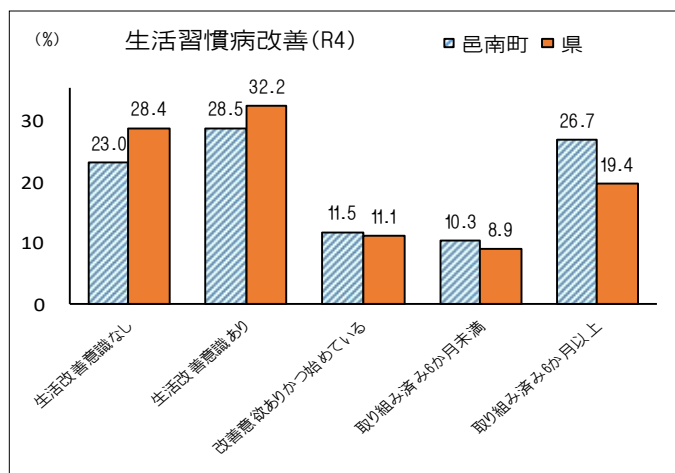
⑨睡眠不足と感じている人の割合

年々増加傾向で約4割が睡眠不足と感じ、県より高い傾向である。



⑩生活改善意識の状況

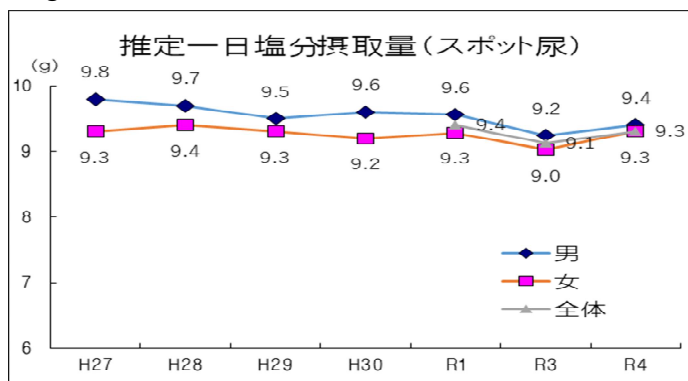
生活改善に取り組む意識のない割合は 23.0%、6 ヶ月以上取り組んでいる割合が 26.7%の状況である。



◆国保データベース「KDBシステム」

(10)島根大学健診の結果(塩分摂取量)

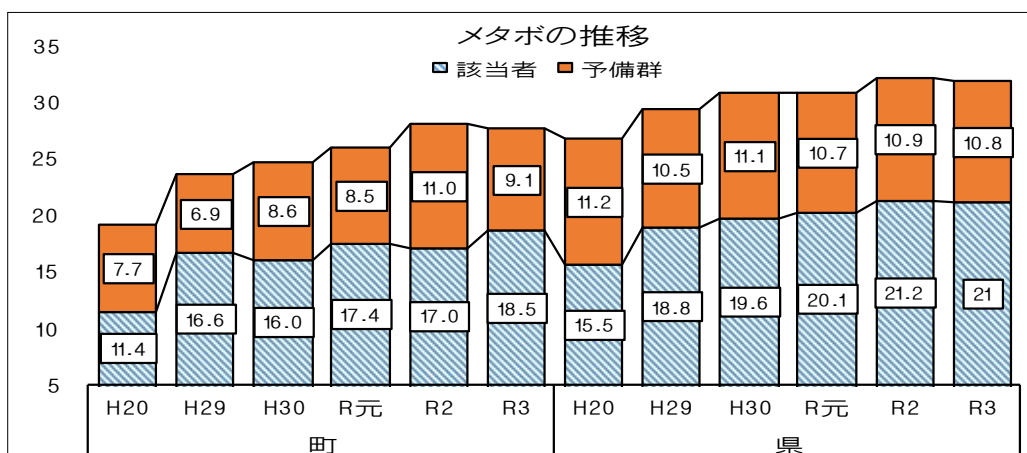
令和 4 年度の平均値は 9.3g であり、男性 9.4g、女性 9.3g となっている。年次推移でみると女性は横ばい、男性は減少傾向であるが、日本人の食事摂取基準(2020 年版)の目標値(男性 7.5g 未満、女性 6.5g 未満)には達していない。



(11)メタボリックシンドロームの状況

①メタボリックシンドローム判定

該当者・予備群の出現率は、県よりも低いが、年々増加傾向であり生活習慣改善の取り組みが必要である。



◆法定報告

②メタボリックシンドローム予備群該当者の保有疾患

メタボリックシンドローム予備群該当者の保有疾患をみると、男女ともに血圧が多い。

〈男性〉

		割合	予備群該当者保有疾患		
			高血糖	高血圧	脂質異常症
令和2年度	40-69	16.5%	0.9%	9.1%	4.9%
	70-74	12.1%	0.5%	10.3%	1.4%
	合計	14.5%	0.6%	11.2%	2.6%
令和3年度	40-69	15.5%	0.9%	9.1%	4.9%
	70-74	9.2%	2.1%	6.3%	0.8%
	合計	12.5%	0.9%	7.7%	2.9%
令和4年度	40-69	17.1%	0.9%	12.2%	4.0%
	70-74	10.5%	1.0%	7.5%	10.6%
	合計	14.0%	0.9%	10.0%	3.0%
3年平均		13.6%	0.8%	9.6%	2.8%

〈女性〉

		割合	予備群該当者保有疾患		
			高血糖	高血圧	脂質異常症
令和2年度	40-69	7.5%	0.9%	9.1%	4.9%
	70-74	8.2%	6.5%	5.2%	1.7%
	合計	7.8%	0.9%	4.5%	2.2%
令和3年度	40-69	4.1%	0.3%	3.0%	0.6%
	70-74	5.7%	0.4%	4.5%	0.8%
	合計	4.8%	0.3%	3.7%	0.7%
令和4年度	40-69	5.0%	0.0%	1.9%	3.0%
	70-74	5.8%	0.5%	3.2%	2.3%
	合計	5.4%	0.2%	2.4%	2.7%
3年平均		6.0%	0.4%	3.5%	1.8%

③メタボリックシンドローム該当者の保有疾患

メタボリックシンドローム該当者の保有疾患は男女共に血圧・脂質の2項目を保有している割合が高い。

〈男性〉

		割合	保有疾患			
			血糖+血圧	血糖+脂質	血圧+脂質	3項目すべて
令和2年度	40-69	26.5%	4.1%	1.2%	13.2%	7.8%
	70-74	22.8%	3.7%	1.4%	8.4%	9.3%
	合計	21.6%	3.9%	1.3%	10.9%	8.5%
令和3年度	40-69	25.4%	6.4%	0.7%	9.8%	8.3%
	70-74	29.2%	5.4%	1.7%	10.9%	11.3%
	合計	27.2%	5.9%	1.1%	10.3%	9.7%
令和4年度	40-69	28.5%	5.4%	0.9%	11.3%	10.8%
	70-74	29.6%	7.0%	1.5%	10.1%	11.1%
	合計	29.0%	6.1%	1.1%	10.7%	10.9%
3年平均		25.9%	5.3%	1.1%	10.6%	9.7%

〈女性〉

		割合	保有疾患			
			血糖+血圧	血糖+脂質	血圧+脂質	3項目すべて
令和2年度	40-69	9.6%	1.0%	0.3%	3.7%	4.4%
	70-74	10.8%	0.9%	0.9%	23.9%	21.7%
	合計	10.1%	0.9%	0.5%	4.2%	4.4%
令和3年度	40-69	8.9%	1.7%	0.3%	3.7%	3.0%
	70-74	11.9%	2.1%	0.8%	6.2%	2.9%
	合計	10.3%	1.8%	0.5%	4.8%	3.0%
令和4年度	40-69	10.0%	1.9%	0.0%	4.6%	3.4%
	70-74	13.5%	1.8%	0.0%	4.5%	7.2%
	合計	11.6%	0.9%	0.0%	4.5%	5.1%
3年平均		10.6%	1.2%	0.5%	4.5%	4.1%

(12)特定保健指導の状況

①特定保健指導終了率の推移(5年間)

令和2年度より、新型コロナウイルス感染症の影響から優先的に実施する者を選定して保健指導を実施したため、30%前後の終了率となった。

項目 \ 年度		H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度
保健指導対象者数		109人	109人	119人	90人	103人
出現率		9.5%	9.9%	11.1%	9.2%	9.9%
	積極的支援	1.5% (17人)	2.1% (23人)	2.6% (32人)	1.7% (17人)	2.0% (21人)
	動機づけ支援	8.0% (92人)	7.8% (86人)	8.2% (87人)	7.5% (73人)	7.9% (82人)
終了者数(人)		73人	57人	70人	27人	30人
終了率		67.0%	52.3%	60.9%	30.0%	29.1%
実施目標率		75.0%	75.0%	75.5%	75.5%	76.0%

◆法定報告値

②年代別の出現率(R4 年度)

年代別に見ると40～50歳代の特定保健指導出現率が高くなっている。若い世代に対する早期からのメタボックシンドロームの改善につながるよう支援方法等を検討していく必要がある。

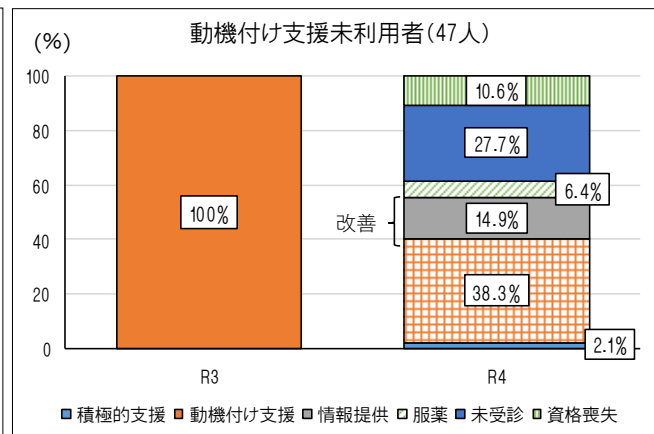
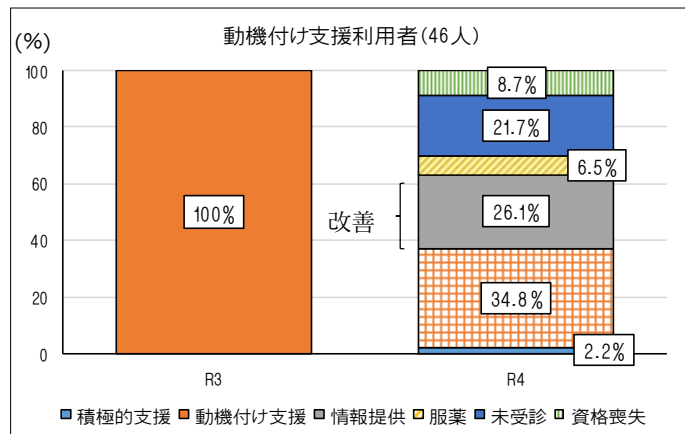
	男性			女性		
	積極的支援	動機付け支援	情報提供	積極的支援	動機付け支援	情報提供
40代	17.3%	13.7%	69.0%	0.0%	10.7%	89.3%
50代	13.5%	8.1%	78.4%	5.4%	3.7%	90.9%
60代	3.7%	15.4%	80.9%	0.5%	4.2%	95.3%
70代	0.0%	10.9%	89.1%	0.0%	5.1%	94.9%

◆医療費分析ツール「Focus」

③特定保健指導の効果(R3 年度対象者の経年変化)

1. 動機付け支援(対象者 93 人)

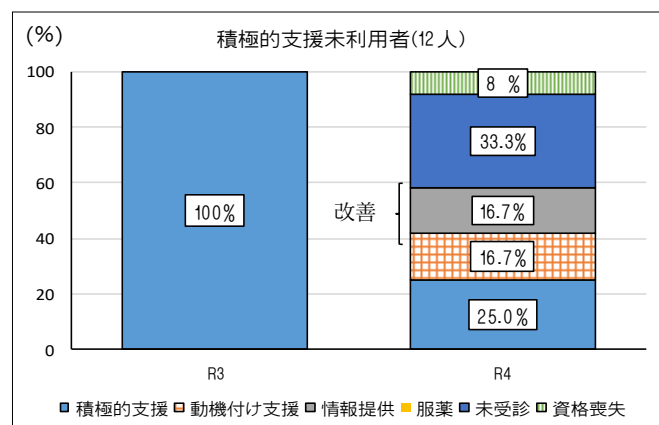
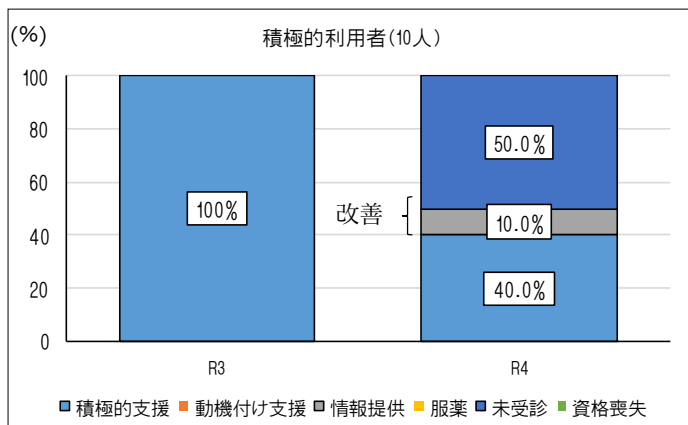
保健指導利用者 46 人のうち情報提供レベルに改善した人の割合は 26.1%で、未利用者と比べて改善した割合が高かった。



◆医療費分析ツール「Focus」

2. 積極的支援(対象者 22 人)

保健指導利用者 10 人のうち、動機付け支援や情報提供レベルに改善した人の割合は 10%で、未受診の割合が半数いた。積極的支援の人ほど、改善に結びつけることが難しいため、指導内容等を工夫し、生活改善の必要性を伝えていく必要がある。

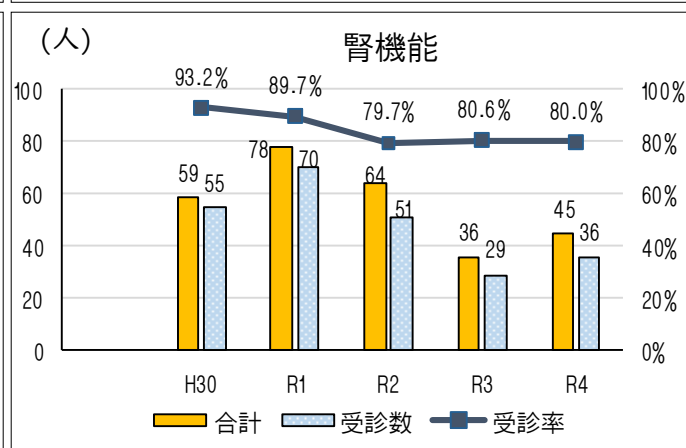
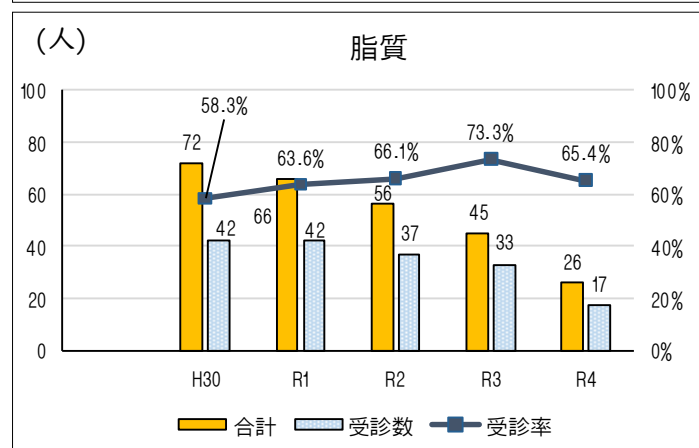
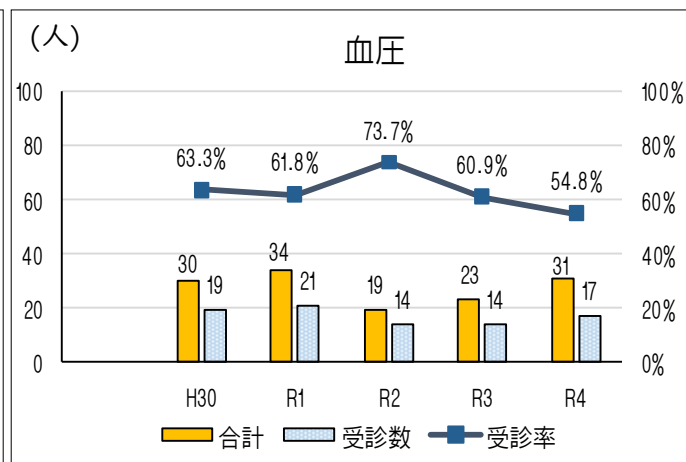
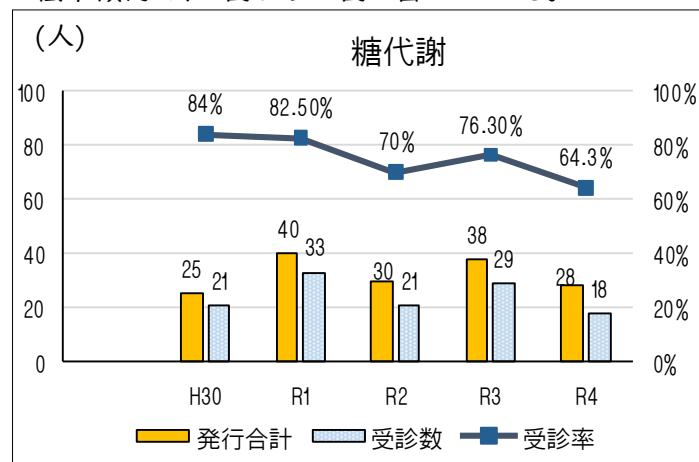


◆ 医療費分析ツール「Focus」

(13) 受診勧奨値以上の方の受診状況

① 集団健診紹介状発行者の精密検査受診状況

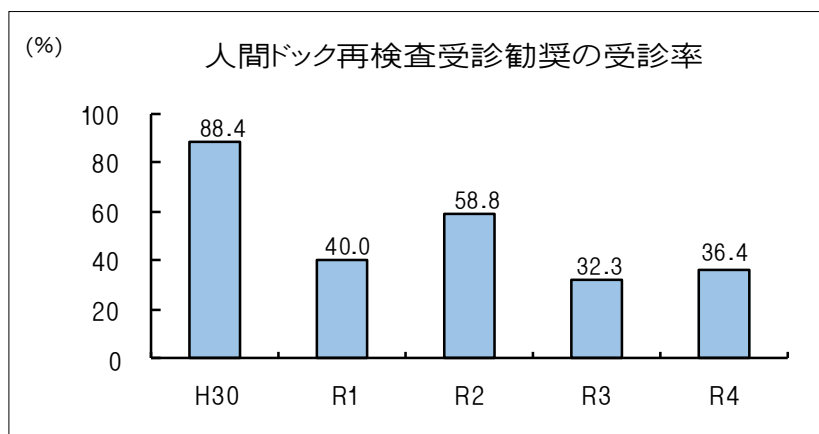
糖代謝、血圧、脂質、腎機能の 4 つの項目に重点を置いて受診勧奨を行っているが、受診率は横ばいまたは低下傾向で、6 割から 8 割に留まっている。



◆ 医療費分析ツール「Focus」

②人間ドック再検査受診勧奨の受診状況

人間ドックの糖代謝、血圧、脂質、腎機能の検査値で受診勧奨判定値を超えた方のレセプトを確認し、医療機関の受診がない方に対して個別通知で受診勧奨を行っている。しかし、受診率は低下しており、集団健診の精密検査受診率と比較しても低い。紹介状発行のない人間ドックの受診勧奨値以上の方に対しても、受診の必要性が伝わるような勧奨方法を工夫して実施していく必要がある。

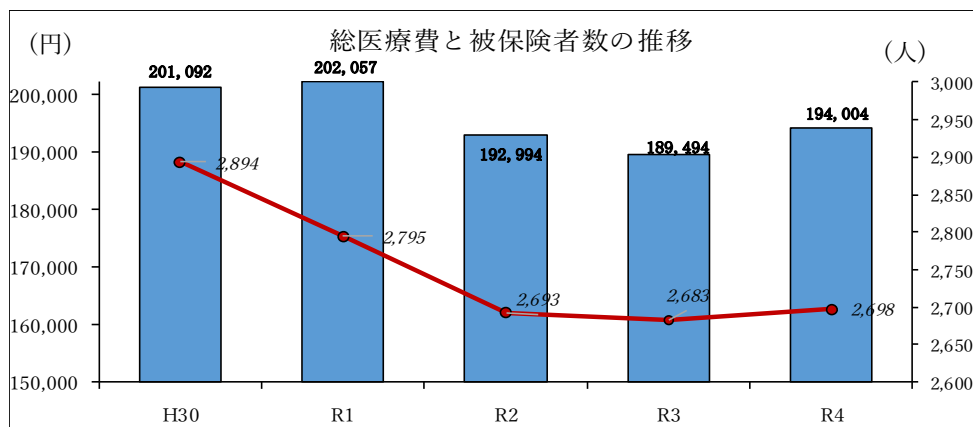


◆医療費分析ツール「Focus」

3. 後期高齢者の状況

(1) 総医療費と被保険者数

総医療費は令和2年度の新型コロナウイルス感染症の影響を受けて減少したが、令和4年度は増加している。被保険者数は、令和2年度より横ばいで推移している。

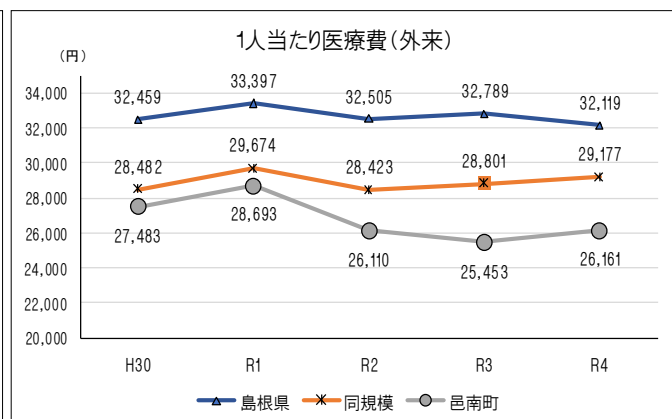
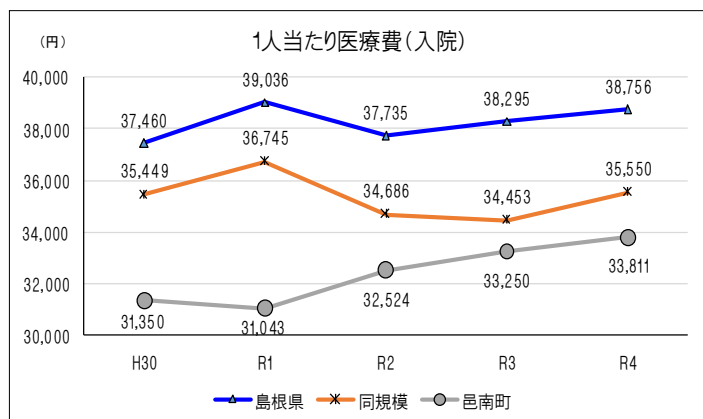


◆ 医療費：国保データベース「KDB システム」

◆ 被保険者数：後期高齢者医療広域連合データ

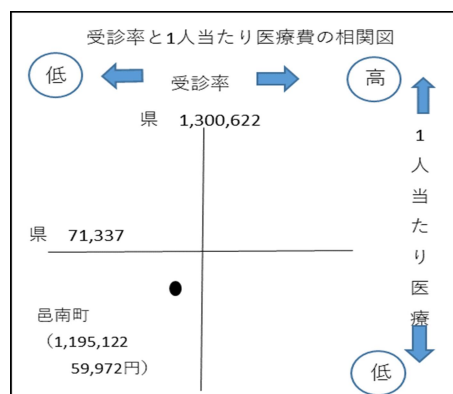
(2) 1人あたり医療費の推移

島根県、同規模市町村と比較すると一人あたり医療費は低い状況だが、入院は年々増加傾向である。受診率と1人あたり医療費の相関図において、県よりも受診率と医療費ともに低い状況である。



◆ 医科 1人あたりの医療費と受診率(R4 年度)

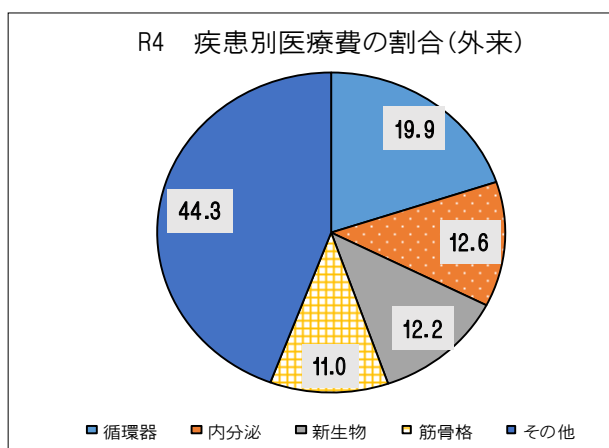
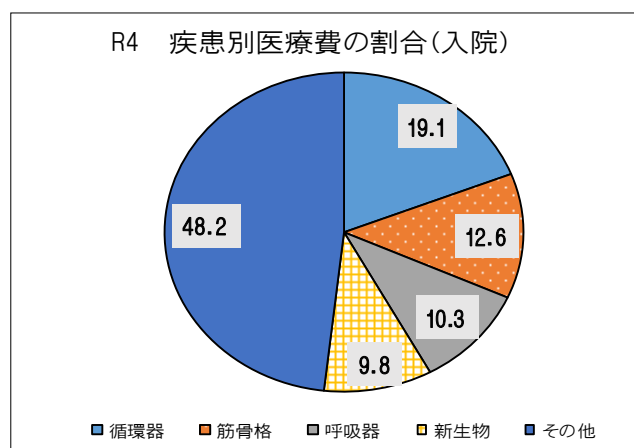
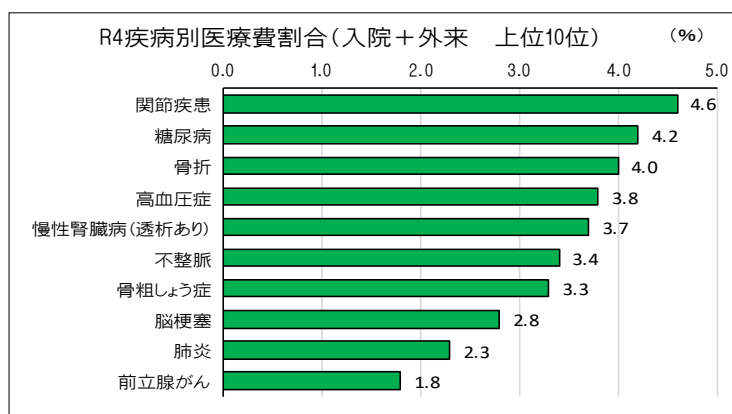
市区町村名	1人あたり医療費 (円)	受診率
邑南町	59,972	1,195,122
県内平均	71,337	1,300,622
国平均	71,162	1,308,885
同規模平均	66,508	1,183,777



◆ 国保データベース「KDB システム」

(3)疾病別医療費割合(R4年度)

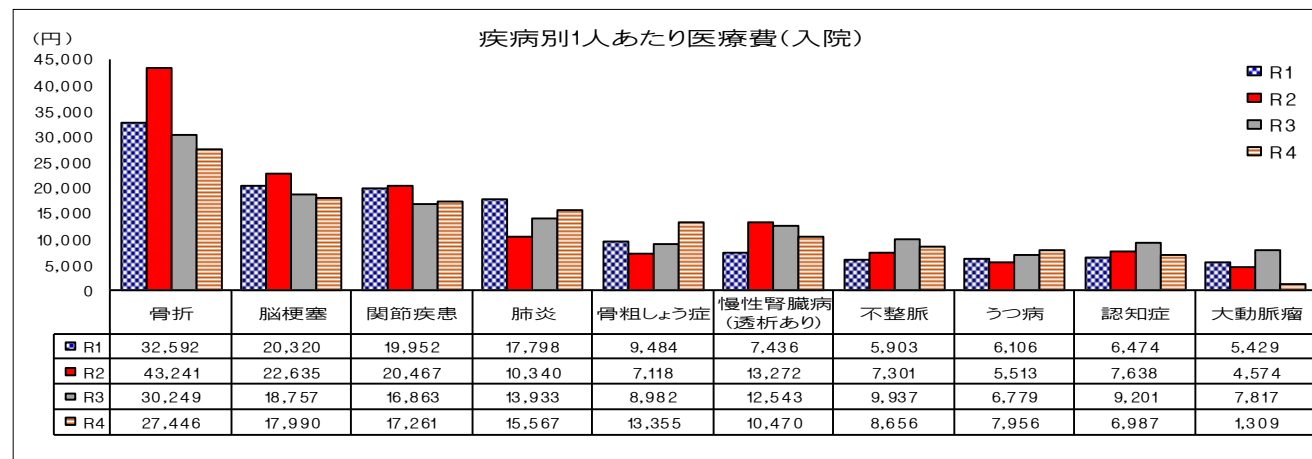
疾病別の医療費割合は、関節疾患、糖尿病、骨折が上位となっている。また、循環器の約2割に加え、入院では筋骨格系や呼吸器が1割強、外来では内分泌疾患が1割強を占めている。

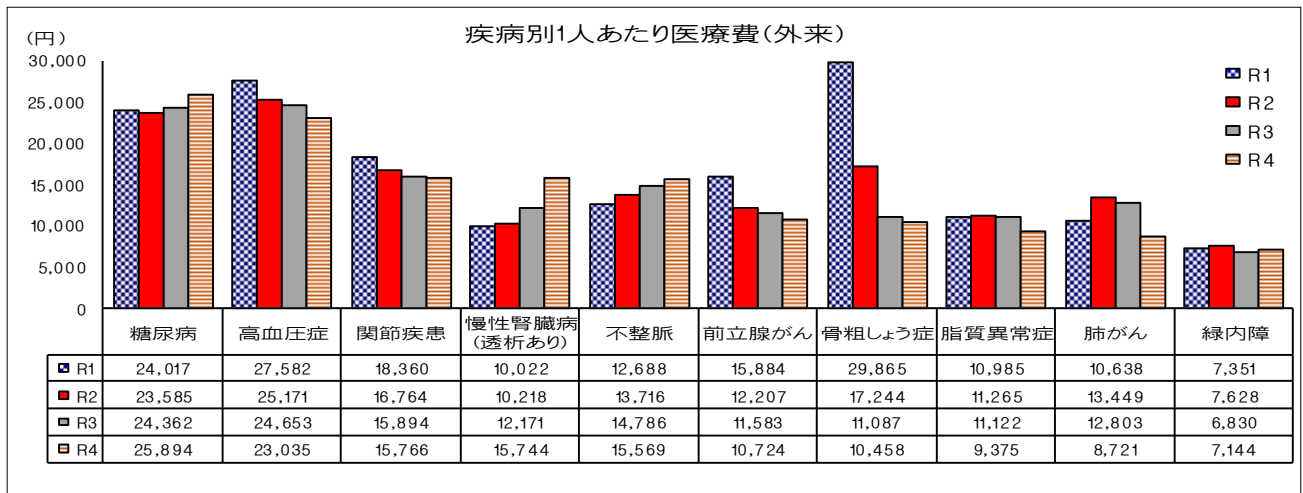


◆国保データベース「KDB システム」

(4)一人あたり医療費の推移(疾病別医療費:細小分類)

入院で多い医療費は骨折、脳梗塞、関節疾患で、減少～横ばい傾向である。逆に肺炎、骨粗しょう症は増加している。外来は糖尿病、慢性腎臓病(透析あり)が増加傾向で、骨粗しょう症は令和1年度をピークに減少傾向である。介護認定を送らせるためには、早期からの糖尿病・高血圧の適正管理と重症予防、肺炎や骨折を含めた筋骨格器系の対策が必要である。





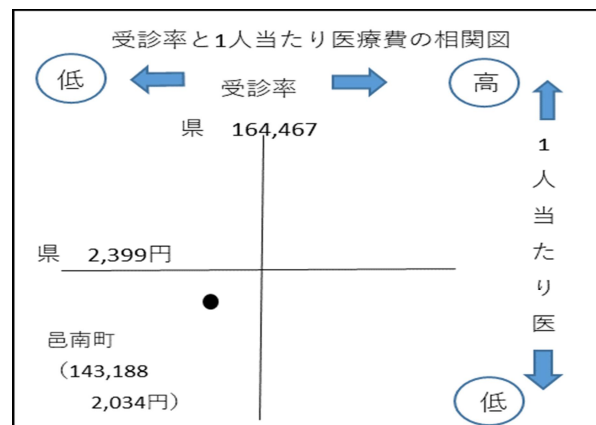
◆国保データベース「KDBシステム」

(5) 歯科1人あたり医療費と受診率

県と比較すると受診率と1人あたりの医療費ともに低い状況である。

◆歯科1人あたりの医療費と受診率(R4年度)

市区町村名	1人あたり 医療費 (円)	受診率
邑南町	2,034	143,188
県内平均	2,399	164,467
国平均	3,006	206,655
同規模平均	2,194	146,218



◆国保データベース「KDBシステム」

(6) 後期高齢者歯科口腔健診

◆受診率

	R2	R3	R4
対象者	1,342	1,266	1,268
受診者	215	169	184
受診率	16.0%	13.3%	14.5%
県平均	10.6%	11.6%	10.4%

◆診察結果(令和4年度)

	人数	割合
低栄養疑い	10	5.4%
衛生状態不良*1)	86	46.7%
治療必要者	88	47.8%

*1) 衛生状態不良：注意が必要～あまりよくない

◆問診結果（令和4年度）

	人数	割合
何でも噛める	147	79.9%

何でも噛めると回答した人のうち、
34.7%は咀嚼機能低下（疑い含む）
傾向だった。



◆咀嚼力検査

	人数	割合
若干弱い	20	13.6%
弱い	25	17.0%
かなり弱い	6	4.1%
合計	51	34.7%

(7) 高齢者の質問票の状況

口腔機能、運動器、心の健康状態の項目について、県と比較し有意差があった。口腔機能は低栄養や誤嚥性肺炎につながる恐れがありますが、歯科受診をしている人が半数以下と少なく、健診や受診につなげる必要がある。

■有意差のある項目（県との比較）

		男性			女性		
		邑南町	同規模	県	邑南町	同規模	県
【口腔機能】 固い物が食べにくい	R4	33.6	27.8	26.5	29.3	30.8	30.1
	R3	36.2	27.8	26.6	31.5	31.0	31.8
お茶や汁物でむせる	R4	20.8	18.8	20.9	24.7	20.8	22.3
	R3	26.2	18.3	21.0	23.8	20.5	22.2
【運動器】 1年間に転倒	R4	22.3	16.9	18.4	28.0	20.2	22.9
	R3	26	16.8	19.8	25.3	19.8	22.6
【心の健康状態】 毎日の生活にやや不満	R4	12.4	6.8	7.7	10.2	7.6	8.1
	R3	8.1	6.4	7.4	16.3	7.3	8
毎日の生活に不満	R4	0.7	1	1.1	3.6	1.1	1.3
	R3	1.6	1.1	1.0	1.3	1.1	1.1

■有意差のない項目（R4）

	男性			女性		
	邑南町	同規模	県	邑南町	同規模	県
身近に相談できる人がいる	91.9	93.0	92.9	93.5	96.0	94.7
家族や友人と付き合いがある	94.0	93.6	91.4	96.1	96.4	93.1
週に1回以上は外出	93.2	90.5	88.8	90.5	88.3	83.2
半年間の歯科受診	46.3	46.3	48.5	44.0	45.2	44.8
睡眠薬内服	21.9	17.6	21.5	30.0	29.1	32.3

◆国保データベース「KDBシステム」

4. 分析に基づく健康課題

医療費・健診・介護・生活状況等の分析を行い、邑南町の健康課題を抽出した。

	現状・分析	根拠
生活習慣	・運動習慣の習慣のない人の割合が県より高く、増加傾向である。	P28
	・食習慣に問題のある人の割合が多い。(週3回以上就寝前の夕食、間食、アルコール)	
	・40-50歳代の壮年期の健診受診率が低い。	P23
	・BMI25以上の割合が男女ともに県より高い。	P26
	・メタボリックシンドローム該当者・予備群共に年々増加傾向にある。また、保有疾患において高血圧を有している割合が高い。	P30
	・特定保健指導終了率が年々減少している。	P31
生活習慣病	・医療費は同規模の市町村と比べて低い。	P15
	・生活習慣病の医療費が総医療費の1/4を占めている。(循環器系および内分泌・栄養および代謝異常)	P16
	・糖尿病の患者数は減少しているが、医療費が増加している。	P17
	・女性において糖尿病を有している割合が県より多い。	P27
	・血糖コントロール不良者は減少しているが、高血圧ハイリスク者は横ばいの状況である。	P18, 19
	・紹介状発行者の精密検査受診率が目標値に達していない状況である。	P13, 32
重症化・合併症	・糖尿病の外来医療費、関節疾患、脳梗塞、心筋梗塞の入院医療費が増加している。	P16, 17
	・脳血管疾患(全年齢:男女、40-64歳:女性)の年齢調整死亡率が県より割合が高い。脳血管疾患を有している人の保有疾患に7割が高血圧、4割が糖尿病を有している。	P6
	・CKD 赤ステージ者の保有疾患として高血圧を有している割合が高い。	P19
	・糖尿病連携手帳の活用推進を通して医療機関との連携の基盤を構築できた。	P13
後期高齢・介護	・骨折、脳梗塞、関節疾患の入院医療費が高いが、減少から横ばい傾向、肺炎や骨粗しょう症は増加傾向である。	P35
	・糖尿病、慢性腎臓病(透析あり)の外来医療費が増加、骨粗しょう症は減少傾向である。	P36
	・歯科医療費、受診率が低い。高齢者の質問票において、口腔機能低下の割合が県より高い。	P36
	・要介護の原因疾患として、前期高齢者は脳卒中、後期高齢者は筋骨格器系疾患、転倒・骨折、認知症が多い。	P8
	・平均寿命、65歳平均自立期間が男女とも延伸している。女性は平均寿命、65歳平均自立期間ともに県と比較し長い。	P7

【健康課題】

生活習慣病対策

課題① 生活習慣病を助長する生活習慣を持つ人が多い

週3回以上就寝前の夕食、間食、アルコール等の食生活への課題、運動習慣のない人が多い状況である。若い世代の時から健康意識を高め、健康的な生活習慣を持つ人を増やし、適正な体重の維持等の啓発を行う必要がある。

課題② 健診受診をしておらず、自分の健康状態を把握できていない人が多い

壮年期の健診受診率が低く、不定期受診者が約30%いる。若い世代も受診しやすい体制を整え、健診の継続受診者を増やし、早期から生活習慣病を予兆のうちに発見して防ぐ必要がある。

課題③ メタボリックシンドローム該当者が増加しているが、特定保健指導を利用できていない人が多い

メタボリックシンドローム該当者が年々増加し、特に男性で多く、特定保健指導実施率も20%である。発症予防から重症化予防までの高血圧症・糖尿病対策のため、必要な方に対する特定保健指導の実施を強化していく必要がある。

課題④ 受診勧奨値以上と判定された健診受診者の中に、医療機関につながっていない人がいる

紹介状発行者の医療機関受診率が約60%の状況である。受診勧奨値以上の者がきちんと受診につながるまでの受診勧奨・保健指導を強化し、生活習慣病の発症、重症化予防に力を入れていく必要がある。

課題⑤ 脳血管疾患死亡率増加や透析導入者は横ばいであり、生活習慣病の重症化に至る人がいる

脳血管疾患、人工透析導入者の保有疾患に高血圧が多くを占めている。高血圧合併症予防に加え、糖尿病連携手帳の活用を通して医療機関と連携しながら重症化予防に取り組んでいく必要がある。

生活機能維持・向上対策

課題① 骨や関節、運動機能の低下を持つ人が多い

要介護の原因疾患として、後期高齢者で筋骨格系疾患、転倒・骨折が上位を占めている。青壮年期からの骨粗しょう症予防や、地域と連携した筋力維持、転倒・骨折予防等の運動器の対策が必要である。

課題② 口腔機能低下の割合が高く、フレイルや介護に至るリスクの高い人がいる

高齢者の質問票の項目において口腔機能が低下している割合が高い。口腔機能低下はフレイルの入り口であり、低栄養や誤嚥性肺炎等、身体機能低下につながる恐れがあるため、早期から予防に取り組んでいく必要がある。

第5章 第3期データヘルス計画(生活習慣病対策)

第2期データヘルス計画のこれまでの取り組みの評価や健康課題を踏まえ、第3期データヘルス計画では次のとおり重点取り組み、中長期目標を設定する。

1. 目標の考え方

目的

○健康寿命の延伸 ○医療費適正化

目標

■評価指標■

- 脳血管疾患、心疾患の年齢調整死亡率の減少
- 新規透析患者 0 人
- 有所見者（メタボリックシンドローム、肥満者、高血圧、糖尿病）の減少
- 特定健診受診率、特定保健指導実施率の増加

重点 取組

①健康的な生活習慣の獲得

⇒地域や職域と連携し、生活習慣病の改善、発症を予防する

②生活習慣病発症予防

⇒若い世代の健診受診者を増やし、特定保健指導の実施を強化する

③生活習慣病重症化予防

⇒かかりつけ医と連携し、継続した生活改善につなげる

対策 (保健 事業)

①健康的な生活習慣の獲得	・健康情報の啓発
②生活習慣病発症予防	・特定健診
	・特定保健指導
	・受診勧奨
③生活習慣病重症化予防	・ハイリスク者個別支援
	・体制整備
④医療費適正化対策	・受診行動適正化
	・ジェネリック医薬品の普及

2. 目標値の設定(中長期目標)

	項目	基準 (令和3年度)	目標値 (令和11年度)
生活習慣病予防対策	メタボリックシンドローム該当者・予備群域の該当者の減少率	27.3 ^{※3}	30.0
	肥満者(BMI25以上)	男性:38.2	男性:35.0
		女性:23.4	女性:21.0
	高血圧年齢調整有病者率の減少	男性:42.0	男性:38.0
		女性:28.0	女性:25.0
	糖尿病年齢調整有病者率の減少	男性:13.3	男性:12.0
		女性:9.5	女性:8.5
	脂質異常症年齢調整有病者率の減少	男性:43.0	男性:38.5
		女性:44.9	女性:40.5
生活習慣病発症予防	特定健診受診率の増加	57.4%	60.0%
	特定保健指導実施率の増加	29.1%	60.0%
生活習慣病重症化予防	脳血管疾患年齢調整死亡率の減少(全年齢) 男性(人口10万対) ^{※2}	116.5	99.2
	脳血管疾患年齢調整死亡率の減少(全年齢) 女性(人口10万対) ^{※2}	63.1	43.2
	虚血性心疾患年齢調整死亡率減少(全年齢) 男性(人口10万対) ^{※2}	28.8	11.1
	虚血性心疾患年齢調整死亡率の減少(全年齢) 女性(人口10万対) ^{※2}	8.3	3.1
	新規人工透析導入者	1人	0人
医療費適正化対策	ジェネリック医薬品の普及率の増加	88.2%	90.0%
	重複服薬者の減少	58人 ^{※4}	減少

※2 H27年モデル人口となるため実績値とは異なる。

※3 令和4年度の数値

※4 延べ人数

3. 保健事業の内容

第2期計画の評価や健康課題を踏まえ、健康寿命の延伸と医療費適正化にむけ、次のとおり保健事業をあげた。第3期データヘルス計画では、より早期からの高血圧・糖尿病予防、特定健診受診率や特定保健指導実施率の向上、受診勧奨値該当者の医療機関受診率向上に重点を置き、1次～3次予防まで切れ目のないリスク別に対象を絞った効果的な保健事業に取り組んでいく。

①健康的な生活習慣の獲得

目的: 若い世代から健康意識を高め、早期から生活習慣病予防に取り組む人を増やす。

事業	健康情報の啓発		
目標	地域や職域と連携し、様々な健康課題について関心をもつ人を増やすための取り組みを行い、生活改善への意識を高める。		
内容	対象者 町民 内容 ①糖尿病や高血圧予防を取り組みの柱とし、自分の適量（食事バランス、野菜、減塩）や適正体重の啓発の実施、血圧・体重測定による自己管理の促進を目指した取り組みを実施する。 ②青壮年期からの骨粗しょう症予防、筋力維持対策として食事や運動等の啓発、情報提供をする。 ③特定健診(集団)の場を活用し、血圧・体重測定の必要性の啓発を行う。 ④ICTの活用など性別や年代別の特徴をふまえた生活改善に結びつく効果的な場を提供する。 ⑤青壮年期については、町内事業所と連携しながら健康づくりへの取り組みを実施する。		
評価指標	区分	指標	指標の定義
	アウトプット	血圧・糖尿病・骨粗しょう症月間に合わせた健康情報の啓発	健康情報の啓発の実施回数
		ICTを活用した商工会通信での啓発	商工会通信での啓発の実施回数
		健康教室の開催	健康教室の実施回数
	アウトカム	体重測定に取り組む人の割合	島根大学健診問診表
		血圧測定に取り組む人の割合	
		1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年実施していない人の割合の減少	特定健診の標準的な質問票（KDB）
		就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある人の割合の減少	
		朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取している人の割合の減少	
		運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思う人の割合の増加	

評価指標	R4年度	目標値					
		R6	R7	R8 (中間評価)	R9	R10	R11 (最終評価)
体重測定に取り組む人の割合※	—						
血圧測定に取り組む人の割合※	—						
1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年実施していない人の割合	75.8%	74.0%	73.0%	72.0%	70.5	69.0%	68.5%
就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある人の割合	16.6%	16.4%	16.2%	16.0%	15.6%	15.2%	15.0%
朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取している人の割合	30.3%	30.0%	29.5%	29.0%	28.5%	28.0%	27.5%
運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思う人の割合	77.0%	78.0%	79.5%	81.5%	82.5%	83.5%	84.5%

※新たに調査を行う項目のため、R6年度実施後に目標値を設定する。

②生活習慣病発症予防

目的:健診受診者を増やし、生活習慣病を予兆のうちに発見し、生活改善によって発症を防ぐ。

事業名	特定健診		
目標	健診受診率の低い40～50歳代の未受診者対策と、不定期受診者を継続受診につなげる取り組みを行う。		
内容	対象者 国民健康保険被保険者 内容 ①個別性を踏まえた健診体制の充実を図る。 ②40歳以下の国保被保険者が受診できる健診体制を整備する。 ③ICTを取り入れた健診予約、受診勧奨を検討する。 ④不定期受診者を継続受診につなげる受診勧奨を検討する。 ※その他詳細は、特定健康診査実施事業計画に記載		
評価指標	区分	指標	指標の定義
	アウトプット	特定健診受診率	法定報告値
		40～50歳の代の受診率	Focus
		継続受診者の割合	Focus

評価指標	R3年度	目標値					
		R6	R7	R8 (中間評価)	R9	R10	R11 (最終評価)
受診率	57.4%	57.5%	58.0%	58.5%	59.0%	59.5%	60.0%
40～50歳代の受診率	46.2%	50%	50%	50%	50%	50%	50%
継続受診者の割合	33.3%	40%	40%	40%	40%	40%	40%

事業名	特定保健指導		
目標	特定保健指導の内容を充実させ、生活改善につなげる。		
内容	対象者 国が示している階層化基準に基づき抽出された、特定保健指導対象者（動機付け支援・積極的支援） 内容 ①集団健診当日の初回面接を実施する。 ②ICTを活用した健康情報の提供等、保健指導の充実を目指す。 ※その他詳細は、特定健康診査実施事業計画に記載。		
評価指標	区分	指標	指標の定義
	アウトプット	特定保健指導実施率	法定報告値
	アウトカム	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	法定報告値
		特定保健指導対象者の階層化改善率	翌年の健診結果

評価指標	R4年度	目標値					
		R6	R7	R8 (中間評価)	R9	R10	R11 (最終評価)
実施率	20.9%	45.0%	47.5%	50.0%	52.5%	55.0%	60.0%
メタボリックシンドローム 該当者・予備群の減少率	27.3%	27.5%	28.0%	28.5%	29.0%	29.5%	30.0%
特定保健指導対象者の 階層化改善率	20.8%	21.0%	21.5%	22.0%	22.5%	23.0%	23.0%

事業名	受診勧奨		
目標	受診勧奨の内容を充実させ、受診勧奨判定値の医療機関受診、生活改善につなげる。		
内容	【受診勧奨】 対象者 1. 集団健診の紹介状発行者 2. 個別健診、人間ドック受診者のうち、受診勧奨値該当項目で受療歴がない者（血糖、血圧、脂質、腎機能の項目に絞って抽出） 内容 【1の対象者】 ①集団健診の紹介状発行者のうち、血糖、血圧、脂質、腎機能の項目に該当する者に対し、対面での受診勧奨や動機付け、保健指導を行う。 ②一定期間経過の後、レセプト等で受療状況を確認し、未受診者に通知物または電話や訪問にて再度受診勧奨を行う。未受診の場合は未受診理由を確認し、理由把握に努める。 【2の対象者】 ①健診結果より受診勧奨者台帳を作成し、レセプト等で受療状況を確認する。 ②受診勧奨値該当項目に関して受療歴がない者（血糖、血圧、脂質、腎機能の項目に絞って抽出）に対し、通知物での受診勧奨を行う。 ③レセプトのない未受診者に対して、電話または訪問で受診状況の確認を行い、未受診理由の把握に努める。		
評価指標	区分	指標	指標の定義
	アウトプット	受診勧奨実施率	上記の受診勧奨対象者に対する通知、電話、面談の実施の割合
	アウトカム	医療機関受診率	紹介状発行者における医療機関へ受診した者の割合
	プロセス	未受診理由の把握	受診状況調査票や電話の聞き取り等で未受診理由を把握した割合
		1ヶ月以内の再勧奨の実施	集団健診受診者の精密検査受診勧奨後1ヶ月以内の再勧奨の実施
		医療機関での受診勧奨・再勧奨の協力依頼	人間ドックや個別健診での医療機関からの受診勧奨や再勧奨の協力依頼を実施する

評価指標		R4年度	目標値					
			R6	R7	R8 (中間評価)	R9	R10	R11 (最終評価)
受診勧奨実施率		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
集団健診	医療機関受診率(血圧)	54.8%	60%	65%	70%	75%	80%	80%
	医療機関受診率(血糖)	64.3%	65%	65%	70%	75%	80%	80%
	医療機関受診率(腎)	80.0%	80%	80%	80%	85%	85%	85%
	医療機関受診率(脂質)	65.4%	70%	70%	75%	75%	80%	80%
医療機関受診率 (人間ドック・個別健診)		36.4%	50%	55%	60%	65%	70%	80%
未受診理由の把握率 (集団健診)		10%	50%	80%	100%	100%	100%	100%
未受診理由の把握率 (人間ドック・個別健診)		50%	80%	80%	100%	100%	100%	100%
1ヶ月以内の再勧奨の実施		—	60%	70%	80%	90%	90%	100%

③生活習慣病重症化予防

目的：医療機関と連携した重症化予防に取り組み、脳血管疾患や虚血性心疾患、人工透析への移行を防ぐ。

事業名	ハイリスク者個別支援		
目標	生活状況や受療状況を確認し、医療機関と連携して継続した通院や生活改善につなげる。		
内容	対象者 集団健診、個別健診、人間ドックの結果から抽出した以下の者 1. 糖尿病ハイリスク者（HbA1cが7.0以上の者） 2. CKD ハイリスク者（CKD 重症度分類赤ステージ以上の者） 内容 ①健診結果より対象者台帳を作成し、レセプト等で受療状況を確認する。 ②糖尿病連携手帳や診療情報提供書の活用を通してかかりつけ医と連携し、対面や電話にて受療状況の確認や動機付け、保健指導や栄養指導を行う。 ③指導に合わせて、歯科・眼科への受診勧奨等を行う。		
評価指標	区分	指標	指標の定義
	アウトプット	個別指導実施率 ・糖尿病ハイリスク者 ・CKDハイリスク者	上記の保健指導対象者のうち、面談にて個別指導が実施できた者の割合
	アウトカム	医療機関受診率 ・糖尿病ハイリスク者 ・CKD ハイリスク者	上記の保健指導対象者のうち、レセプト等を活用し医療機関を受診した者の割合
		歯科眼科受診率 糖尿病者（HbA1c7.0%以上）の割合	糖尿病におけるレセプトがあるもののうち、歯科・眼科の受診が確認できる者の割合 Focus

評価指標	R4 年度	目標値					
		R6	R7	R8 (中間評価)	R9	R10	R11 (最終評価)
個別指導実施率 (糖尿病ハイリスク者)	76.5%※	100%	100%	100%	100%	100%	100%
個別指導実施率 (CKD ハイリスク者)	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%
医療機関受診率 (糖尿病ハイリスク者)	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%
医療機関受診率 (CKD ハイリスク者)	66.7%※	100%	100%	100%	100%	100%	100%
糖尿病治療中者の歯科受診率	48.4%	49.0%	49.5%	50.0%	50.5%	52.5%	53.5%
糖尿病治療中者の眼科受診率	39.4%	40.0%	40.5%	41.0%	41.5%	42.5%	43.5%
糖尿病患者 (HbA1c7.0%以上)の割合	5.5%	5.4%	5.3%	5.2%	5.1%	5.0%	5.0%

※7※8 R3年度の実績値とする

事業名	体制整備		
目標	効果的な保健事業をすすめるため、町内医師や町内医療機関との連携を強める。		
内容	【医療機関訪問】 対象者町内医療機関、診療所（内科、歯科、眼科） 内容 ①町の健康実態や保健事業の情報共有を行い、医療と保健の役割、連携、協力について共有する。 【生活習慣病対策検討会】 対象者町内診療所（内科、歯科、眼科）、公立邑智病院（医師、看護師、栄養士、地域連携室）、県央保健所 内容 ①町の健康実態や保健事業の情報共有を行い、町内における今後の生活習慣病予防対策について検討する。 ②保健・医療の連携、かかりつけ医・専門医の病診連携等重症化予防の体制づくりについて検討する。 【生活習慣病対策実務者会】 対象者公立邑智病院（医師、看護師、栄養士、地域連携室） 内容 ①町の健康実態や保健事業の情報共有を行い、医療と保健の役割、連携、協力について共有する。 【邑南町糖尿病対策連携フロー】 対象者町内診療所（内科、歯科、眼科）、公立邑智病院（医師、看護師、栄養士、地域連携室）、町内調剤薬局 内容 ①糖尿病連携手帳の活用推進を通し、患者・関係機関で情報を共有する。 ②医療機関と連携した個別支援を行うため、診療情報提供書を活用した保健指導や栄養指導を行う。また必要に応じ、ハイリスク者のケースカンファレンスを行う。		
評価指標	区分	指標	指標の定義、評価時期など
	ストラクチャー評価	医療機関訪問実施回数	年 2 回
		生活習慣病対策検討会の実施回数	年 1 回
		生活習慣病対策実務者会の実施回数	年 1 回

評価指標	R4 年度	目標値					
		R6	R7	R8 (中間評価)	R9	R10	R11 (最終評価)
医療機関訪問	2 回	2 回	2 回	2 回	2 回	2 回	2 回
生活習慣病対策検討会	1 回	1 回	1 回	1 回	1 回	1 回	1 回
生活習慣病対策実務者会	0 回	1 回	1 回	1 回	1 回	1 回	1 回

④医療費適正化対策

目的：受診行動適正化及び医療費適正化を図る。

事業名	受診行動適正化		
目標	重複服薬者の状況を確認し、適切な受診を促す。		
内容	対象者 重複・多剤投与者 内容 ①多くの薬剤を服用している者へ過去の服薬情報を通知し、かかりつけ医・かかりつけ薬剤師への相談を促すことにより、処方内容を見直す契機を作り、薬物有害事象の是正及び薬剤費の適正化を推進する。		
評価指標	区分	指標	指標の定義、評価時期など
	アウトプット	重複服薬者の減少	減少

評価指標	計画策定時	目標値					
		R6	R7	R8 (中間評価)	R9	R10	R11 (最終評価)
重複服薬者	58人	減少	減少	減少	減少	減少	減少

事業名	ジェネリック医薬品の普及		
目標	ジェネリック医薬品の利用を促進する。		
内容	対象者 先発薬品利用者で、ジェネリック医薬品への切替による医療費差額が発生する可能性がある者 内容 ①ジェネリック医薬品の利用について広報啓発を行う。 ②対象者に先発医薬品からジェネリック医薬品へ切り替えた場合の差額通知を送付する。		
評価指標	区分	指標	指標の定義、評価時期など
	アウトカム	ジェネリック医薬品の普及率の増加	90%

評価指標	R3年度	目標値					
		R6	R7	R8 (中間評価)	R9	R10	R11 (最終評価)
普及率	88.2%	88.4%	88.4%	88.6%	88.6%	88.8%	90.0%

第6章 地域包括ケアの取り組み

1. 趣旨

邑南町地域包括ケアシステムでは、「住み慣れた地域でみんなで支え合って安心して暮らすことができる」「いつまでも元気でいきいきと自分らしく生活できる」の実現のために、対象者を中心に、介護、医療、生活支援、健康づくり・生きがい・介護予防を地域全体で支える仕組みの構築を進めている。

令和2年度から開始した高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業を通して連携を図り、特に地域包括ケアシステムの中の「健康づくり・生きがい・介護予防」を中心に国保保健事業担当者として参画している。要介護の原因となる筋骨格系疾患、転倒・骨折対策については骨折要因となる骨粗しょう症予防のために、青壮年期からの食や運動を中心とした啓発・情報発信を行う。また、生活機能を維持するために地域と連携して通いの場等で筋力維持や口腔を切り口としたフレイル予防の効果的な取り組みについて実施する。庁内関係課や関係団体と連携し、国民健康保険事業や後期高齢者の保健事業、介護予防事業の切れ目ない支援に取り組んでいく。

2. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的に実施について（概要）

	一次予防	二次予防	三次予防	連携
生活習慣病 予防・重症化 対策	■基本的な生活習慣の獲得 ・青壮年期からの適正体重 血圧管理、骨粗鬆症対策 （減塩・運動習慣・バランス 食の啓発）	■疾病の早期発見・早期治療 ・特定健診、後期高齢者健診 受診率向上の取組 ・特定保健指導終了率向上の取組 ・受診勧奨値者の医療機関受診勧 奨の取組	■重症化予防 ・糖尿病の合併症予防の取組 ・脳血管疾患の発症・再発 予防の取組 ・人工透析移行防止の取組	 保健 医療 福祉・介護
生活機能 維持向上 対策	■高齢者の社会参加・生きがいづくりの推進 ・ボランティア活動への参加促進 ■地域・団体と連携したフレイル予防（筋力維持、オーラルフレイル予防） ・様々な場を活用したフレイル予防の啓発 ・通いの場に医療専門職が関与 ・地域で実践・継続できるしかけ ・地域に応じた身近な通いの場の拡充・整理 ・交通の便の確保 ■介護予防による医療・介護負担の軽減	■フレイルの早期発見 早期対応 ・通いの場や健診等、様々な機会 で高齢者の質問票を実施し、ハイリスク者の把握（特に口腔機能低下者） ・歯科口腔健診受診率向上の取組 ・通いの場における体力測定の実施 ・機能低下者に対する効果的な支援の検討と、つながるための仕組みづくり ・基本チェックリストからの総合事業対象者対策	■要介護状態の重度化予防 ・個別のケースに対する予防的な視点の関わり ・医療と介護の連携による入退院連携のしくみづくり ・医療・介護スタッフの口腔機能に対する意識の向上と口腔内の把握やケアの実施	
体制整備	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施、地域ケア会議、医療介護連携部会、第2層協議体			

第 7 章 第 4 期特定健康診査実施事業計画

1. 目標・対象者数と評価指標

実施目標については国から基準が示されており、その目標値を上回るよう設定しなければならない。令和 3 年度の特定健診・特定保健指導実施状況により現状を分析し、令和 11 年度までの数値を設定した。

【第 4 期計画における国の目標値(市町村国保)】

項目	令和 11 年度の目標
特定健診実施率	60%以上
特定保健指導実施率	60%以上
メタボリックシンドローム該当者及び予備群等の減少率※	25%以上(平成 20 年度比)

※第 3 期は特定保健指導対象者の減少率

①特定健康診査の実施率目標

令和 3 年度における特定健診受診率は 57.4%である。目標年度では、国が示している 60%以上を目標とする。特に年代別受診率の低い 40～50 歳代の受診率の向上、病気の予防・早期発見、重症化予防のために、若い世代が受診できる健診体制の整備や ICT を活用した健診予約、不定期受診者が健診につながるように関係機関と協力した受診勧奨の検討、受診しやすい実施体制を整えていく。

区分	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
受診率目標	57.5%	58.0%	58.5%	59.0%	59.5%	60.0%
受診目標数	926 人	905 人	845 人	864 人	844 人	825 人

■町独自の評価目標

評価項目	アウトプット目標(令和 11 年度)
40～50 歳代の受診率	50%
継続受診者の割合	40%

②特定保健指導の実施率目標

令和 3 年度における特定保健指導の実施率は 29.1%であり、新型コロナウイルス感染症の流行を除いても目標値に達していない状況である。国が示している目標実施率は市町村国保 60%以上であり、第 4 期では最終年度で 60%を目指す計画とする。また、第 4 期からは成果を重視した評価体系へと特定保健指導が見直されるため、集団健診当日の初回面接の実施、ICTを活用した健康情報の提供など、行動変容・改善につながる働きかけと工夫を図っていく。

区分	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
実施率目標	45.0%	47.5%	50.0%	52.5%	55.0%	60.0%
終了目標数	42 人	43 人	43 人	45 人	46 人	50 人

■町独自の目標

評価項目	アウトプット目標(令和 11 年度)
特定保健指導対象者の階層化改善率	23.0%

③メタボリックシンドローム該当者及び予備群等の減少率目標

第 4 期はメタボリックシンドローム該当者及び予備群等の減少率を目標とし、平成 20 年度を基準として 25% 以上減少を目指す。

区分	現状(R3 年度)	令和 11 年度
減少率目標	27.3%	30.0%

④特定健診・特定保健指導対象者・受診者数・終了者数 積算根拠

■第 4 期計画(見込み数)

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
保険者	被保険者(人)	2,089	1,987	1,889	1,796	1,707	1,623
	対前年度比率	95.1%で計算(平成30～令和4年度の平均値)					
健診	対象者(人)	1,611	1,561	1,512	1,465	1,419	1,375
	対前年度比率	96.9%で計算(平成29～令和3年度の平均値)					
	受診者数(人)	926	905	845	864	844	825
	目標受診率	57.5%	58.0%	58.5%	59.0%	59.5%	60.0%
指導	対象者(人)	93	91	85	86	84	82
	出現率	10.0%で計算(平成30～令和3年度の平均値)					
	終了者(人)	42	43	43	45	46	50
	目標実施率	45.0%	47.5%	50.0%	52.5%	55.0%	60.0%

■第 3 期計画<参考> ※健診受診率、保健指導終了率は法定報告値

		平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
保険者	被保険者(人)	2,540	2,427	2,446	2,359	2,140
	対前年度比率	92.1%	95.5%	100.7%	96.4%	90.7%
健診	対象者(人)	1,949	1,988	1,866	1,802	1,662
	対前年度比率	95.3%	102.0%	93.8%	96.5%	92.2%
	受診者数(人)	1,098	1,067	976	1,034	898
	受診率	56.3%	56.2%	51.7%	57.4%	54.0%
	目標受診率	57.5%	58.0%	58.5%	59.0%	59.5%
指導	対象者(人)	109	119	90	103	96
	出現率	9.9%	11.1%	9.2%	9.9%	5.8%
	終了者(人)	57	70	27	30	20
	実施率	52.3%	60.9%	30.0%	29.1%	20.8%
	目標実施率	75.0%	75.0%	75.0%	75.5%	75.5%

2. 実施方法

(1) 特定健診

集団健診・個別健診・人間ドック・結果の情報提供という4形態の受診勧奨を行い、受診機会の拡大と各個人の生活スタイルに合わせた受診しやすい体制を整え、受診率の向上を図る。若い世代が受診できる健診体制、ICTを活用した周知・申し込みの方法等を検討し、日中就労している方のニーズに沿ったタフスピード健診は引き続き実施する。また、対象者の減少に伴い会場集約等の健診体制見直しの必要性も検討する。

①実施場所・実施期間

a. 集団健診

実施場所	各地域単位(矢上交流センター・田所公民館・ロ羽公民館) ※矢上交流センターにてタフスピード健診
実施時期	6～7月上旬
実施機関	JA 島根厚生連

b. 個別健診

実施場所	(石見地域) 公立邑智病院、大隅医院、矢上診療所 (瑞穂地域) 上田医院、星ヶ丘クリニック、前眼科医院、三笠記念クリニック、三上医院 (羽須美地域) 阿須那診療所、河野医院
実施時期	6月～3月
健診形態	医療機関個別方式

c. 個別健診(人間ドック)

実施場所	公立邑智病院、三笠記念クリニック、浜田医療センター、三次地区医療センター、市立三次中央病院健診センター、北広島健診センター
実施時期	5月～1月
健診形態	医療機関一括方式

d. 他機関受診データ把握(情報提供依頼)

国民健康保険加入者で事業所健診を受診した方のデータや、個人的に実施した健診結果の情報把握に努める。具体的には、主に集団健診未受診理由から、「事業所で健診を受ける」「個人的にドックを受ける」と回答した方に対して、情報提供を依頼する。また、「個人的に医療機関で健診を受ける」と回答した方に対しては島根県保険者協議会が島根県医師会に委託・実施している特定健康診査に係る治療中患者の診療情報提供事業を通じて医療機関から町への結果の情報提供に努める。

②委託契約・受諾について

特定健康診査実施機関についてはこれまでのデータ管理の継続性等を考慮し、同一の健康診査機関で実施できるよう委託基準に沿って選定し契約する。集団健診については、特定健康診査業務を部分委託とし、医療機関人間ドックについては全面委託する。

※40歳以上75歳未満の被用者保険被扶養者の特定健診については、国民健康保険の枠組みを利用して集合契約し、可能な限り受諾する。

③データ受領方法

島根県国民健康保険団体連合会のデータ管理システムの契約により管理する。事業所健診など他の健診の受診者のデータについては、可能な限り健診終了後12月までに受領できるよう、本人及び事業主と協議し体制を整える。事業主からのデータでの受領が困難な場合は、本人から個別結果票で受領し、町でデータ化、管理する。

④実施項目

特定健診の基本項目・詳細項目に加え、町独自の追加検査を実施する。また、平成22年度より島根大学との包括連携の一環として大学健診を併せて実施している。検査項目を充実することで異常の早期発見と、魅力的な健診内容で受診者増加を目指す。

【基本的な健診】全員実施

健診項目		内容
質問(問診)		食事・運動習慣、服薬歴、既往歴、喫煙習慣、飲酒、特定保健指導の受診歴※ ¹
身体計測		身長・体重・BMI(体格指数)・腹囲(内臓脂肪面積)
自覚症状及び他覚症状の有無の検査		理学的検査(身体診察)
血圧検査		収縮期血圧、拡張期血圧
血液検査	脂質検査	空腹時中性脂肪または随時中性脂肪※ ¹ HDL コレステロール・LDL コレステロール
	血糖検査	HbA1cまたは空腹時血糖、やむを得ない場合は随時血糖
	肝機能検査	AST、ALT、 γ -GTP
尿検査		尿糖・尿蛋白

※¹ 第4期に変更になった項目

【詳細な健診】医師の指示で実施

健診項目	内容
心電図	
眼底検査	
貧血検査	赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値
腎機能検査	血清クレアチニン(e-GFR)

【町追加項目】※集団健診における全員実施項目
心電図、貧血検査、尿酸、血清クレアチニン(e-GFR)

【その他】

肝炎検査(満40歳・45歳希望者)

【島根大学検査】

咀嚼機能検査、尿中塩分摂取量、各年度で健康課題に沿った内容を検討し実施する。

⑤周知及び受診案内の方法

本計画書は、町ホームページ、広報、保健事業等で計画の趣旨や保健事業について周知し、本計画書を改定した場合も速やかに公表を行い、周知を図る。また、特定健診通知、特定健診申込書等を同時に発送し受診者の便宜を図るよう努める。ICTの導入も検討し、手軽に申込みを行える体制としていく。

⑥受診券の送付

受診券は年度当初、国保連合会に委託し作成する。各種健診の受診申込者に対して受診票と同封し、発送する。利用券については特定保健指導が町直営のため、国保連合会端末より発行する。

⑦健診結果の返却方法

集団健診後、個別に郵送し結果を送付する。特定保健指導、紹介状発行者、ハイリスク者については報告会にて直接結果説明を行い、生活改善に向けた保健指導、早期の受診勧奨を行う。また、人間ドックや個別健診については、受診した医療機関から当日結果説明をしていただき、後日結果票を郵送する。

⑧健診受診後の管理

主に集団健診の精密検査対象者の受診管理を徹底していく。具体的には、JA 島根厚生連から送付される精密検査受診状況を確認し、1月に受診確認と勧奨の個別通知を行う。また、人間ドックや個別健診受診者で受診勧奨レベルを超えている方に対しては、受診状況を確認し未受診の方に受診勧奨を行う。

(2) 特定保健指導

特定保健指導の実施率を向上するため、地区担当保健師の個別支援を中心に各対象者の意向にあわせて保健事業の場や ICT を活用し、保健指導を実施する。また、若い世代の早期の生活習慣の改善のために集団健診において当日の初回面接を実施していく。

① 特定保健指導対象者の選定と階層化

特定保健指導の対象者は、国が示している階層化基準に基づいて選定する。

ステップ 1: (内臓脂肪蓄積の蓄積リスク判定)

腹囲と BMI で内臓脂肪蓄積のリスクを判定する。

- ・腹囲 男性 85 cm 以上、女性 90 cm 以上
- ・上記以外で、BMI 25 以上



ステップ 2: (追加リスクの判定)

- ① 血圧 a 収縮期血圧 130mmHg 以上 又は b 拡張期血圧 85mmHg 以上
- ② 脂質 a 空腹時中性脂肪 150mg/dl 以上 (やむを得ない場合は随時中性脂肪 175mg/dl) 又は b HDL コレステロール 40mg/dl 未満
- ③ 血糖 空腹時 (やむを得ない場合は随時血糖) 100mg/dl 以上 又は HbA1c 5.6% 以上
- ④ 質問票より 喫煙歴あり (①～③のリスクが 1 つ以上の場合にカウント)

※質問票より、①、②又は③の治療に係る薬剤を服用している方は、特定保健指導の対象にはならない。

ステップ 3: (保健指導レベルの分類)



腹囲	追加リスク		④喫煙	対象者	
	①血糖	②脂質 ③血圧		40-64歳	65-74歳
男性85cm以上 女性90cm以上	2つ以上該当			積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当		あり なし		
上記以外で BMI 25 以上	3つ該当			積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当		あり なし		
	1つ該当				

※質問票において、「以前吸っていたが最近 1 か月は吸っていない」場合は「喫煙なし」として扱う

■ 保健指導を優先的に実施する者

- ・40～50 歳代の対象者
- ・健診結果が前年度と比較して悪化してきている者
(保健指導レベルが動機付け支援から積極的支援に移行した者等)
- ・受診勧奨者で未治療の者

②実施方法

1) 支援内容及び支援形態

目的							
特定健診の結果から、対象者が自らの生活習慣における課題に気づき、自らの意思による行動変容によって内臓脂肪の蓄積に起因する健康課題を改善する。また、健康的な生活を維持することで、生活習慣病への移行を予防する。							
支援レベル	支援内容	評価時期					
動機付け支援	○初回面接 1人あたり20分以上の個別面接(ICT含む)、または1グループ(1グループはおおむね8人以下)当たり80分以上のグループ支援(ICT含む)。 ○3か月以上経過後の評価 設定した行動目標が達成されているか並びに身体状況及び生活習慣に変化が見られたかどうかを評価する。面接または通信手段を利用して行う。	3か月以上経過後					
積極的支援	○初回面接 1人当たり20分以上の個別支援(ICT)を含む、または1グループ(1グループはおおむね8人以下)当たり80分以上のグループ支援(ICT含む)。 ○3か月以上の継続的な支援 アウトカム評価とプロセス評価を合計し、180ポイント以上の支援を実施することを条件とする。個別支援(ICT含む)の他、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせで行う。 ○3か月以上経過後の評価 アウトカム評価(成果が出たことへの評価)を原則とし、プロセス評価(保健指導実施の介入量)も併用して評価する。 アウトカム評価 <table><tr><td>主要達成目標</td><td>・腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少</td></tr><tr><td>目標未達成の場合の行動変容評価指標</td><td>・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)</td></tr></table> プロセス評価 <table><tr><td>・支援種別による評価(個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・健診後の早期保健指導実施の評価</td></tr></table>	主要達成目標	・腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少	目標未達成の場合の行動変容評価指標	・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)	・支援種別による評価(個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・健診後の早期保健指導実施の評価	3か月以上経過後
主要達成目標	・腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少						
目標未達成の場合の行動変容評価指標	・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)						
・支援種別による評価(個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・健診後の早期保健指導実施の評価							

2)実施体制

町保健師・管理栄養士の直接実施を基本とする。実施方法は個別支援を中心とし、集団健診からの対象者については早期からの生活習慣改善の意識づけのために健診当日の保健指導実施を行う。早期からのメタボリックシンドローム予防のために若い世代への指導を強化していく。

また、健康教室等の保健事業や ICT を活用し、より継続した効果的な指導となるよう検討する。

3)指導内容

指導内容はメタボリックシンドロームについての病態説明、適正体重の維持、栄養指導(食事バランス・カロリー・嗜好品・塩分等)、運動指導(運動の必要性や種類・運動実技等)、生活指導(自宅での血圧測定の習慣化、喫煙・睡眠等)、歯科指導(歯周疾患と生活習慣病の関連)を中心とし、対象者自身の気づきを促し、行動変容に結びつくプログラムを検討する。

(3) 年間スケジュール

月	毎年度実施項目	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
4月	・委託契約 ・健康診査対象者の把握 ・特定健康診査通知・申込み ・島根大学との打合せ	第 4 期 計画開始 ↓					
5月	・人間ドック実施開始(5月～12月) ・集団・個別健診受診票・受診券送付 ・前年度実績報告 ・医療機関訪問						次期計画 策定開始
6月	・集団健康診査開始(6～7月) ・個別健康診査実施開始(6月～3月) ・特定保健指導初回面接 ・当該年度補助金交付申請						
7月	・健診結果報告会開始 ・健診結果返却						
8月							
9月							
10月	・個別健診受診勧奨 ・医療機関訪問 ・法定報告						
11月	・庁内関係課との協議 (事業評価、次年度予算) ・報告会 2 回目 ・次年度予算			計画見直 し開始(中 間評価)			
12月	・情報提供依頼 ・集団健診分析検討会(島根大学)						
1月	・要治療者への受診勧奨						
2月							
3月	・実績まとめ、保健指導評価						