

奥出雲町国民健康保険

第2期データヘルス計画

第3期特定健康診査等実施計画

(平成30年度～平成35年度)

平成30年3月

奥出雲町

— 目次 —

第1章 計画策定の概要

1. 計画策定の趣旨・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
2. 計画の位置づけ・・ 1
3. 計画の期間・・ 2
4. 推進体制・・ 2

第2章 国民健康保険加入者を取り巻く状況

1. 奥出雲町の特性・・ 3
2. 国民健康保険加入者の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1 2
3. 国民健康保険医療費等の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1 2
4. 特定健診からみた疾病の状況・生活状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1 7
5. 介護保険の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2 3
6. 人工透析患者の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2 4

第3章 第1期計画の評価と課題

1. 第1期計画の保健事業実施の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2 5
2. 分析結果からみえてきた現状と課題・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4 4
3. 対策と目標の設定・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4 6
4. 保健事業の内容・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4 7

第4章 計画の推進に向けて

1. 計画の評価・見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4 9
2. 計画の公表・周知・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4 9
3. 個人情報の取り扱い・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4 9

第5章 第3期特定健康診査等実施計画

1. 第2期特定健康診査等実施計画の取り組みから・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5 0
2. 達成しようとする目標と対象者数・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6 0
3. 具体的な取組(特定健康診査・特定保健指導の実施方法)・・・・・・・・・・・・ 6 1
4. 個人情報の保護・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6 8
5. 特定健康診査実施計画の公表・周知・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6 8
6. 特定健康診査等実施計画の期間、評価及び見直し・・・・・・・・・・・・・・ 6 8
7. その他・・ 6 8

第1章 計画策定の概要

1. 計画策定の趣旨

平成25年6月閣議決定された「日本再興戦略」にある「国民の健康寿命の延伸」を受けて、保険者は、「保健事業実施計画（データヘルス計画）」の策定と、それに基づく保健事業の実施及び評価が求められ、奥出雲町においても、平成28年3月に「第一期データヘルス計画（平成27年度～平成29年度）」を策定し、健康・医療情報等のデータ分析に基づいた被保険者の健康保持増進に向けて保健事業に取り組んできました。この第1期計画に基づき、町の健康増進計画である「奥出雲町げんきプラン21（第2期計画）」で掲げている「健康寿命の延伸、生涯を通じた健康づくりや生きがいの活動の推進による生活の質の向上を基本目標とし、すべての町民が健康で明るく生きがいをもって生活できる社会の実現を目指す」という目的を達成するため、データ分析により浮き彫りとなった課題に対応した保健事業を推進してきました。

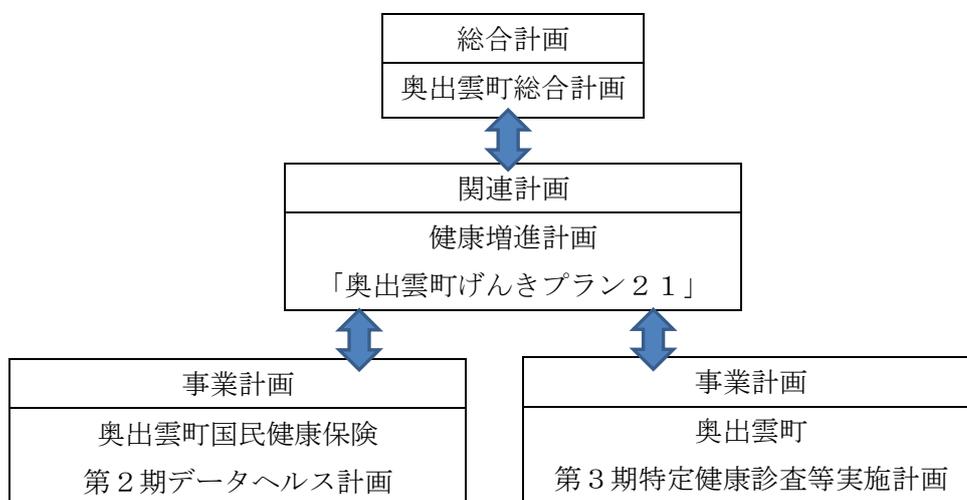
また、生活習慣病に係る医療費の伸びを抑制することを目的に、平成25年に「奥出雲町第2期特定健康診査等実施計画」を策定し、特定健康診査及び特定保健指導を実施してきました。平成29年度をもって両計画の期間が満了することから、健康寿命の延伸と医療費適正化を目指し保険事業として必要な取り組みを進めるため、平成30年度から35年度までの6年間における次期計画を策定します。

なお両計画は、計画期間が一致する場合には一体的に作成することが可能とされていることから、このたび一本化し策定することとしました。

2. 計画の位置づけ

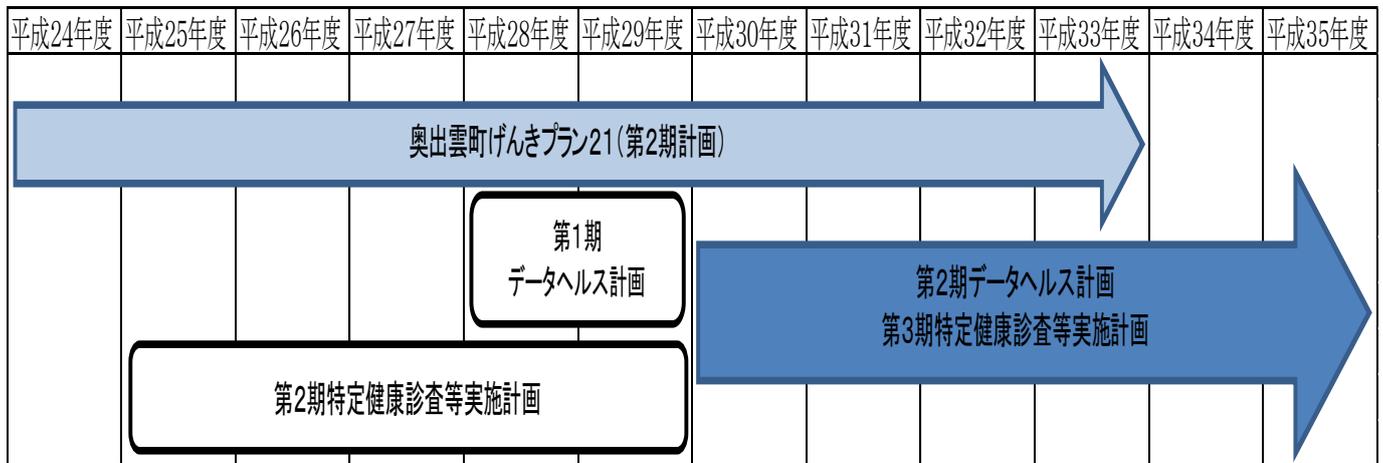
「データヘルス計画」は、国民健康保険法第82条第4項の規定により厚生労働大臣が定める「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」に基づき奥出雲町が策定する、奥出雲町国民健康保険加入者の健康の保持増進のための計画です。一方、「特定健康診査等実施計画」は、「高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健康診査等基本指針」に即し、保健事業の中核である特定健康診査及び特定保健指導に関する事項を定めています。

両計画の策定にあたっては、本町が定めるまちづくりの基本的な方針である「奥出雲町総合計画」を上位計画とし、健康増進計画である「奥出雲町げんきプラン21（第2期計画）」等との整合性を図ります。



3. 計画の期間

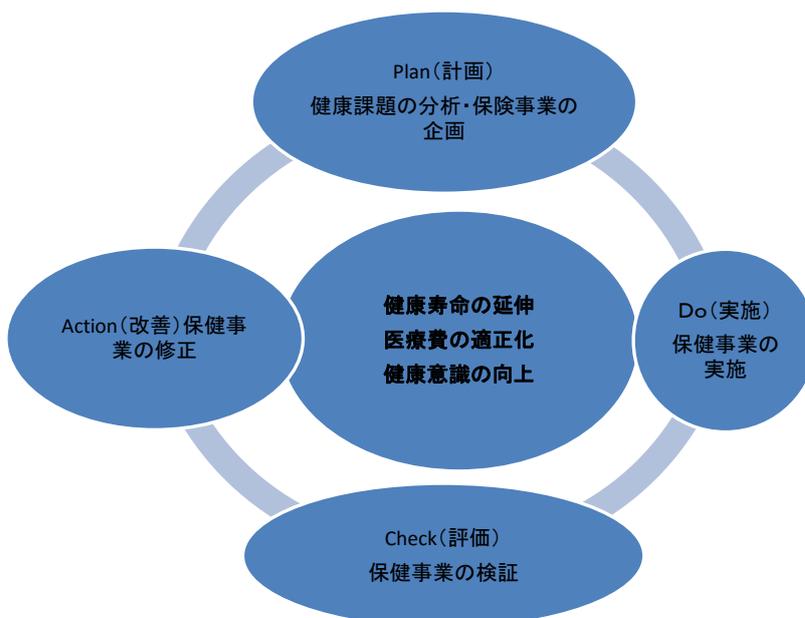
平成30（2018）年度から平成35（2023）年度までの6年間とします。



4. 推進体制

保健事業の推進・評価にあたっては、国民健康保険を所管する部署と保健事業を所管する部署が中心となって随時検討し、関係部署と連携して事業を推進します。PDCAサイクル*に基づいた保健事業の展開を進めていきます。また、町民の健康意識を醸成し、地域をあげて健康づくりに取り組むために、健康づくり推進協議会を通じて対象者への働きかけを行います。

*PDCA サイクルとは

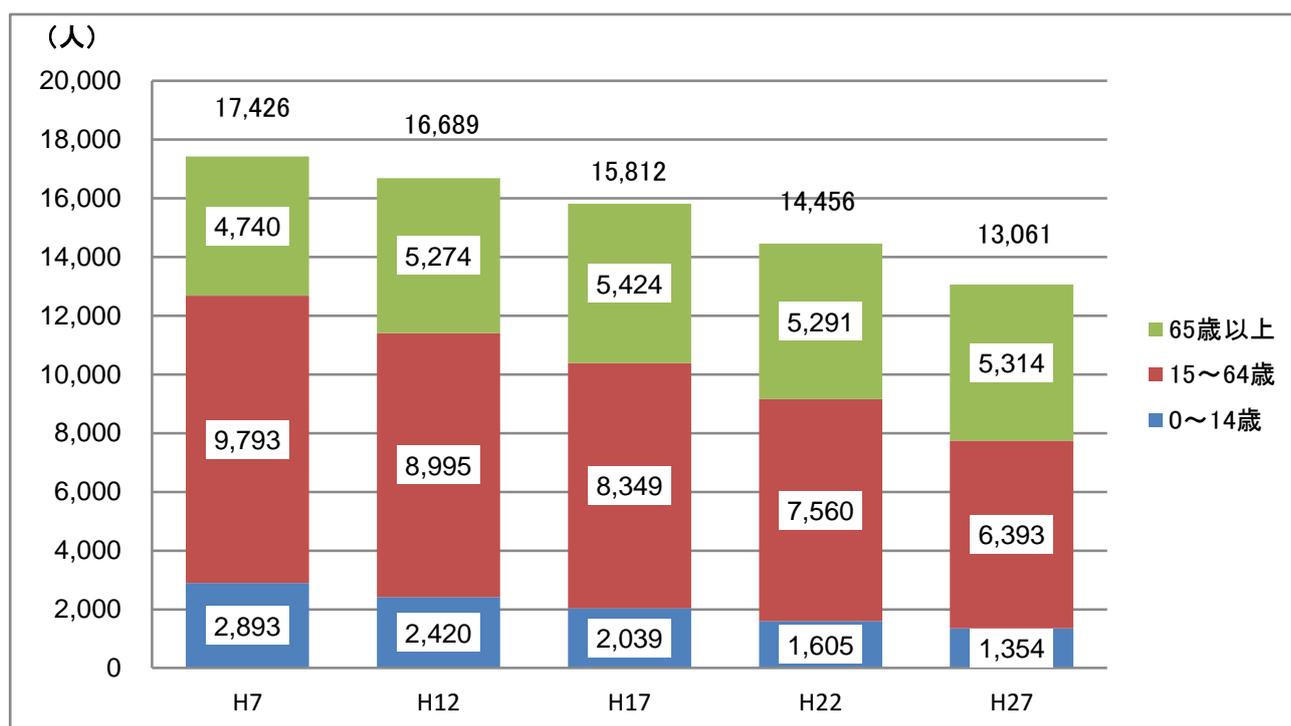


第2章 国民健康保険加入者を取り巻く状況

1. 奥出雲町の特性

(1) 奥出雲町の人口構成

町総人口が減少傾向にある一方、65歳以上の人口が占める割合（=高齢化率）は増えており、少子高齢化が進んでいます。医療費は、年齢が上がるにつれて増加する傾向があるため、このような人口構成の変化が後期高齢者医療も含めた医療費増加や、介護費用増加の大きな要因につながると考えられます。



(人)

	平成7年	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年
町人口	17,426	16,689	15,812	14,456	13,061
0~14歳	2,893	2,420	2,039	1,605	1,354
15~64歳	9,793	8,995	8,349	7,560	6,393
65歳以上	4,740	5,274	5,424	5,291	5,314

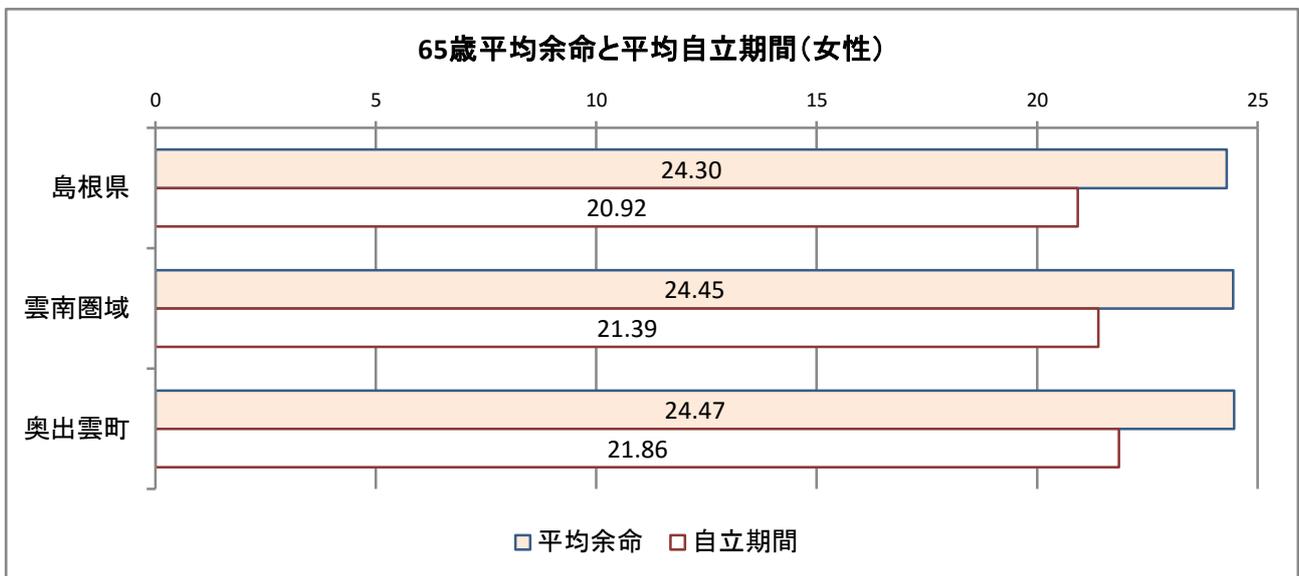
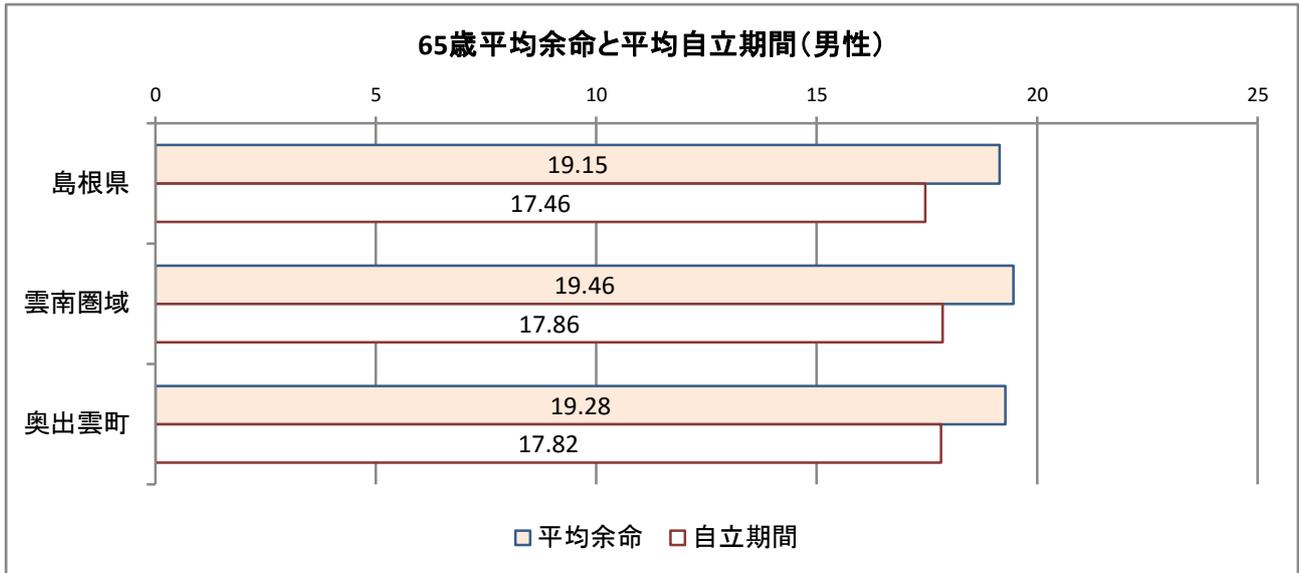
資料：平成27年国勢調査

(2) 65歳の平均余命と平均自立期間

本町の65歳の平均余命は男性で19.28（島根県で8位）、女性で24.47（島根県で9位）です。男性・女性共に島根県とほとんど差がありませんが、65歳の平均自立期間（自立した生活が期待できる期間）をみると女性が島根県と比べて長くなっています。

奥出雲町は平成33年までに、平均余命、平均自立期間を延ばし島根県で1位になることを目指しています。

(平成25年度 平成23年度～27年度の5年間平均)

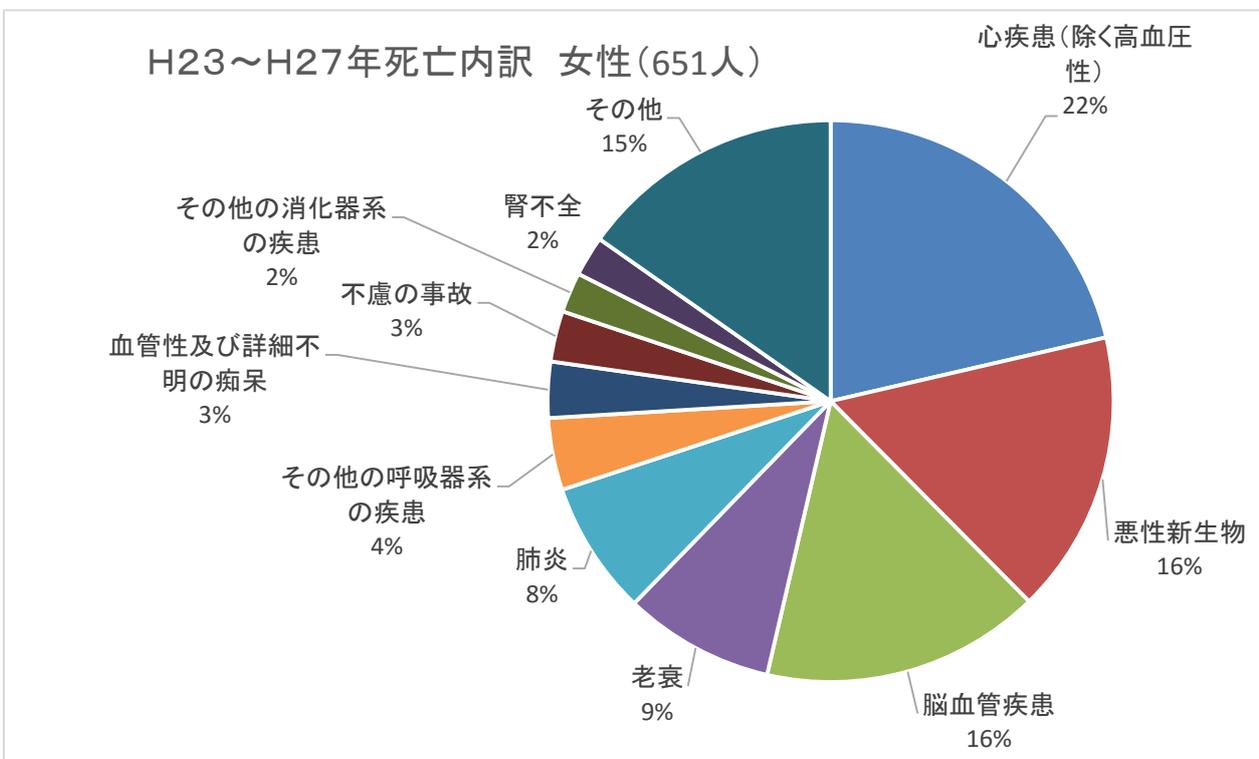
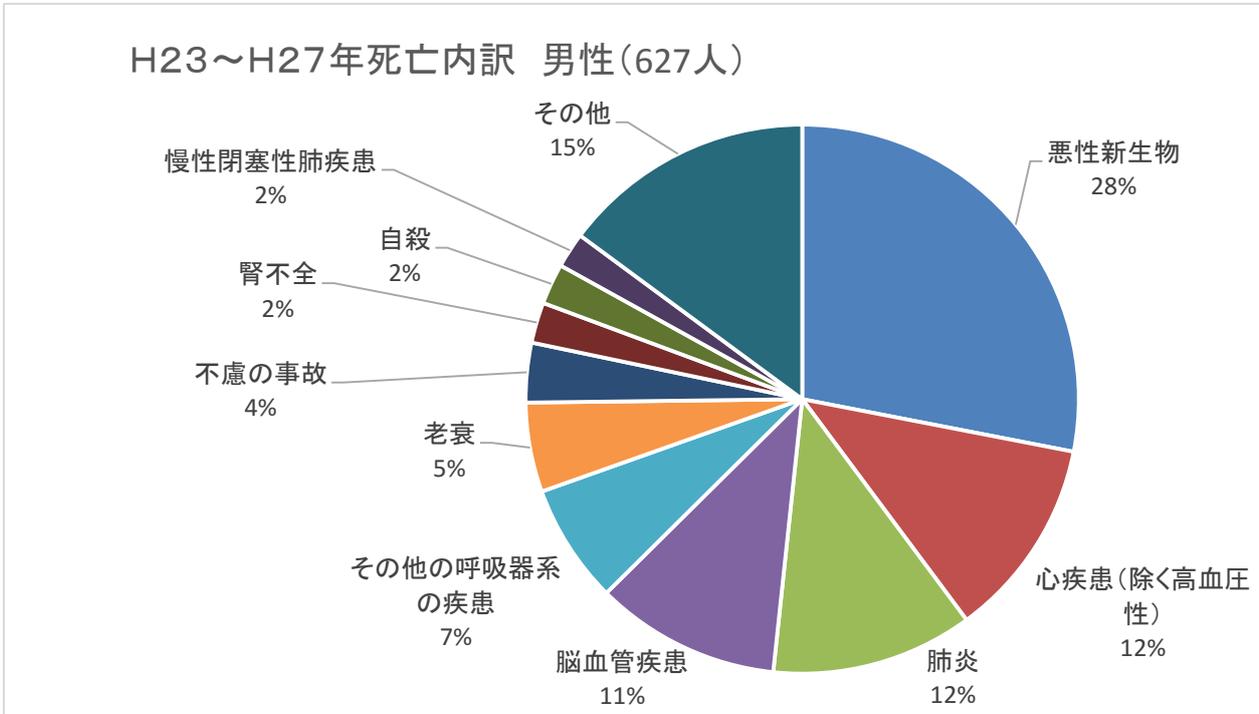


資料：島根県健康指標データベースシステム

(3) 死亡の状況

①死因別死亡割合

死因別死亡割合をみると、悪性新生物（がん）、心疾患、脳血管疾患、腎不全の生活習慣病が男性で53%、女性で56%を占めています。男性は悪性新生物が最も多く28%で全体の1/4を占めています。女性は、心疾患が最も多く22%、続いて悪性新生物と脳血管疾患が同率です。

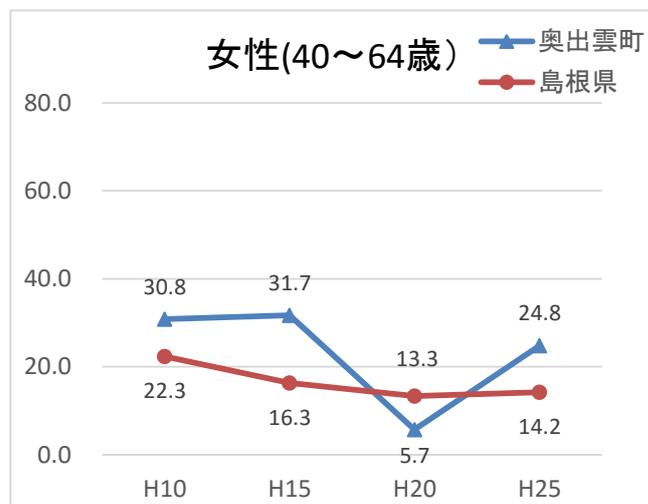
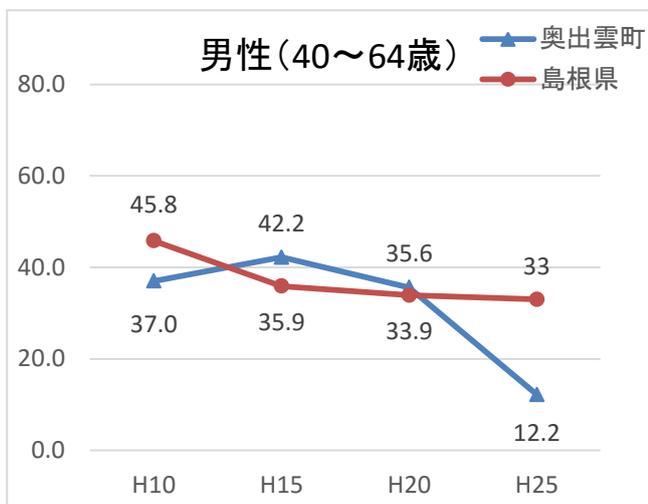
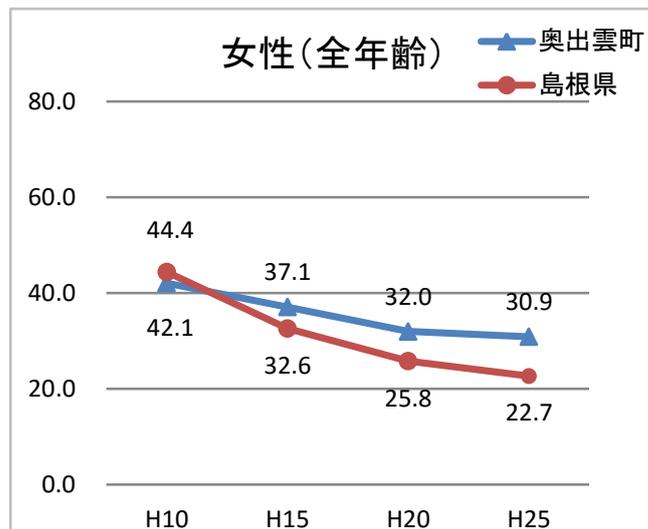
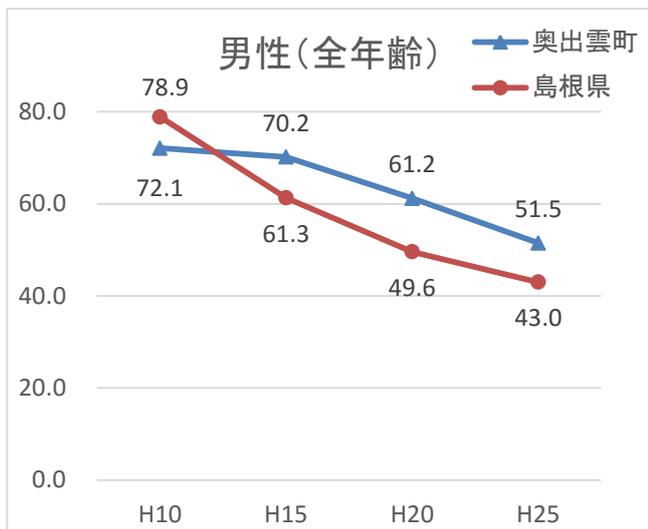


資料：島根県健康指標データシステム

②主要死因の年齢調整別死亡率の推移（各年を中心とした5年平均の年齢調整率）

◇脳血管疾患

脳血管疾患の年齢調整死亡率は、男女ともに減少傾向ですが島根県よりも高いです。壮年期の男性は減少、女性は年によりばらつきがありますが、男女ともに目標値（男性7.3、女性の5.5には達していません）。



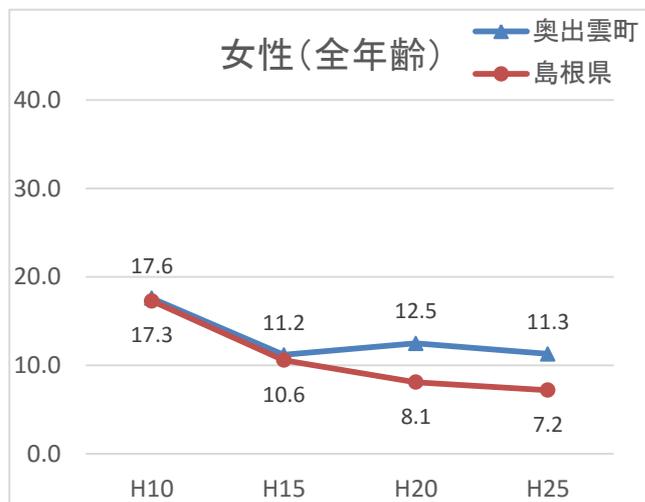
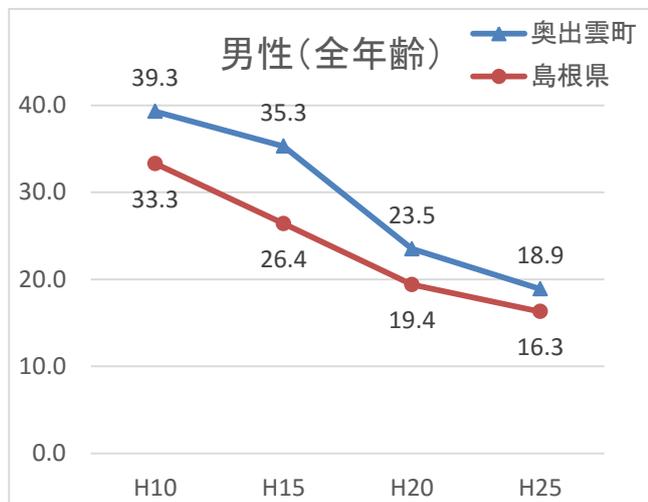
資料：島根県健康指標データベースシステム

◇アウトカム指標：年齢調整死亡率（奥出雲町げんきプラン21 平成33年目標値）

壮年期(40～64歳)	男性	女性
脳血管疾患	7.3	5.5

◇虚血性心疾患

虚血性心疾患の年齢調整死亡率は、男女ともに減少傾向ですが島根県より高い状況です。男女ともに、目標値（男性9.3 女性7.8）には達していません。

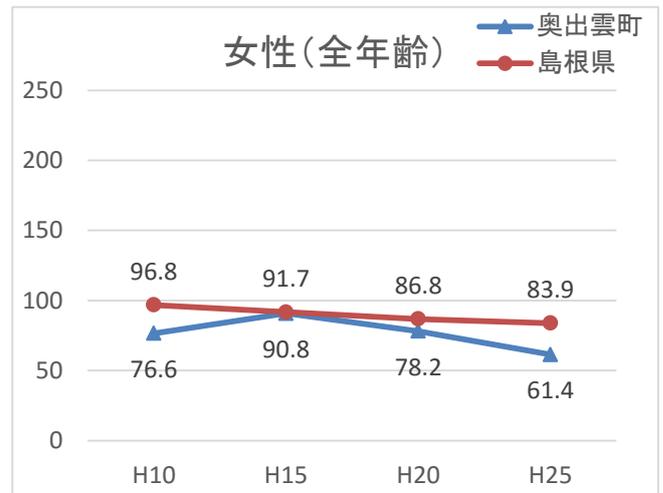
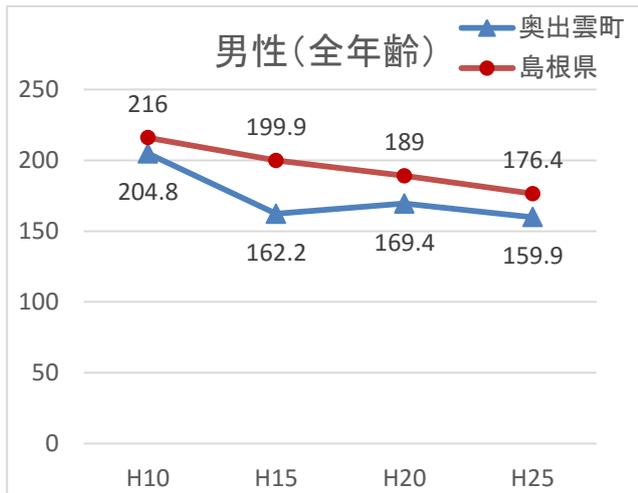


資料：島根県健康指標データベースシステム

◇アウトカム指標：年齢調整死亡率（奥出雲町げんきプラン21 平成33年目標値）

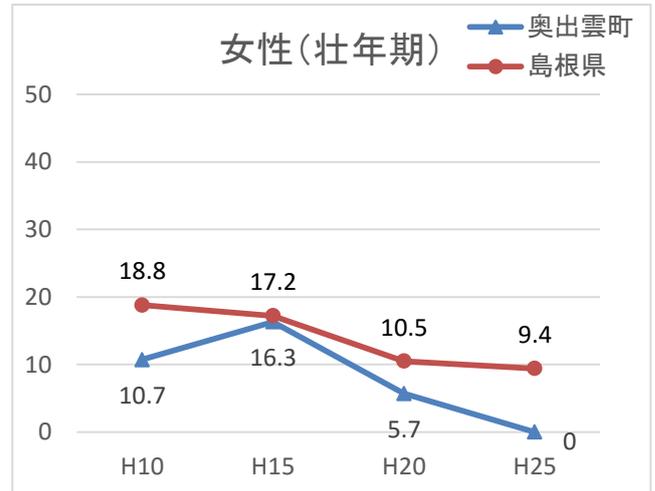
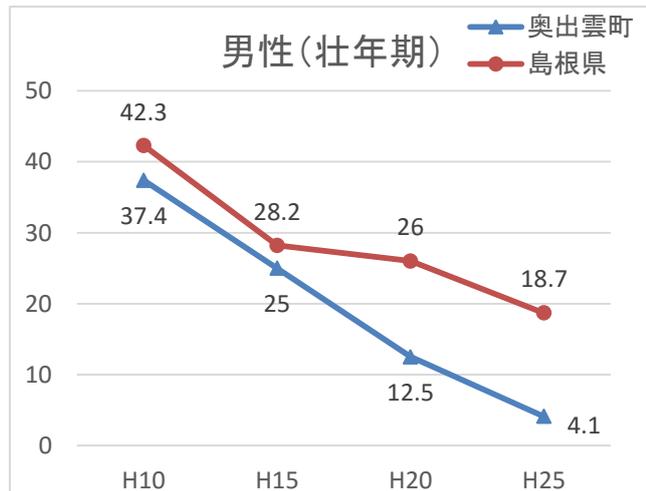
全年齢	男性	女性
虚血性心疾患	9.3	7.8

◇全がん



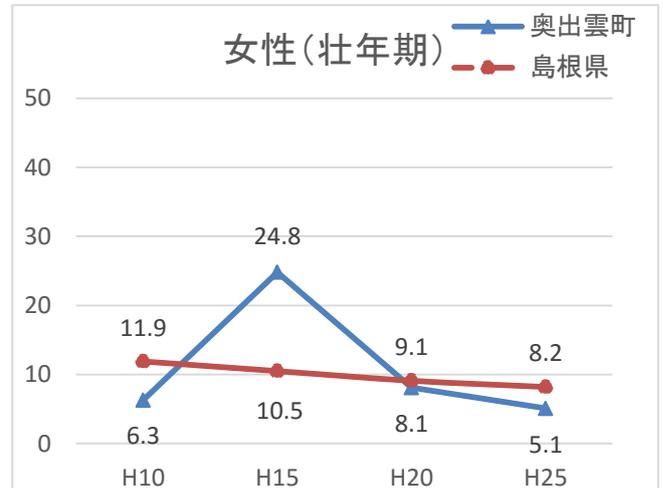
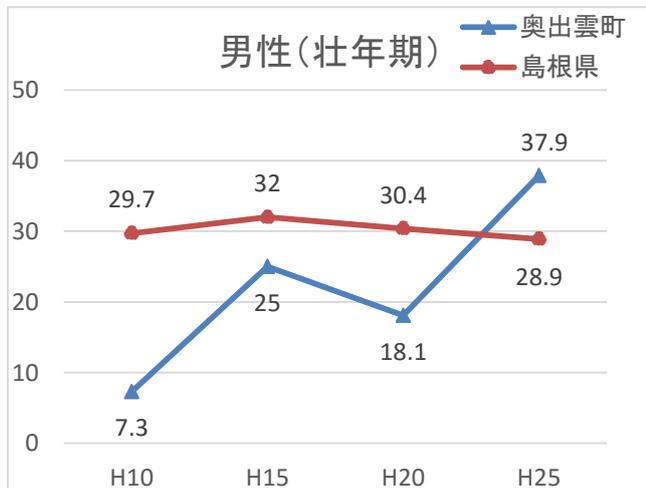
◇胃がん

壮年期男性、女性共に胃がん年齢調整死亡率は減少しています。壮年期女性は、平成25年には死亡者はゼロになりました。



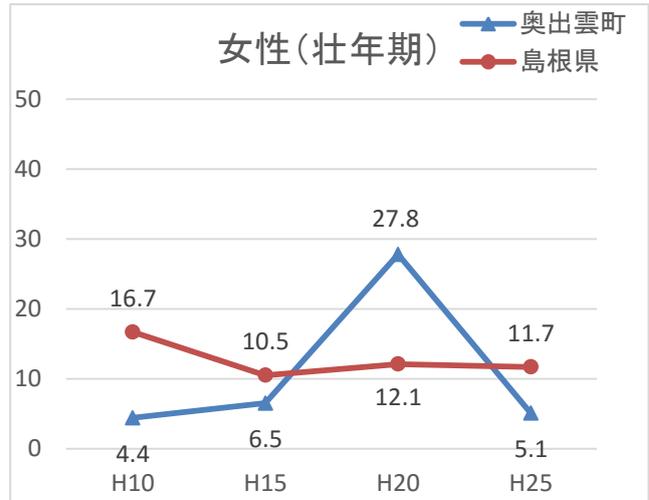
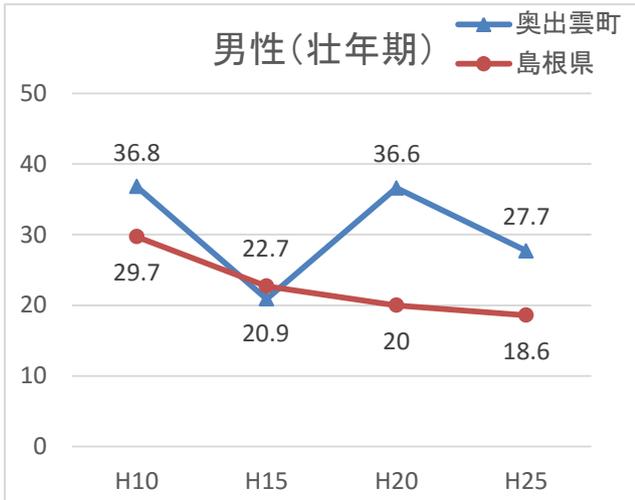
◇肺がん

壮年期男性の肺がん年齢調整死亡率は上昇傾向にあり、平成25年では島根県より高くなりました。壮年期女性は、減少傾向にあります。



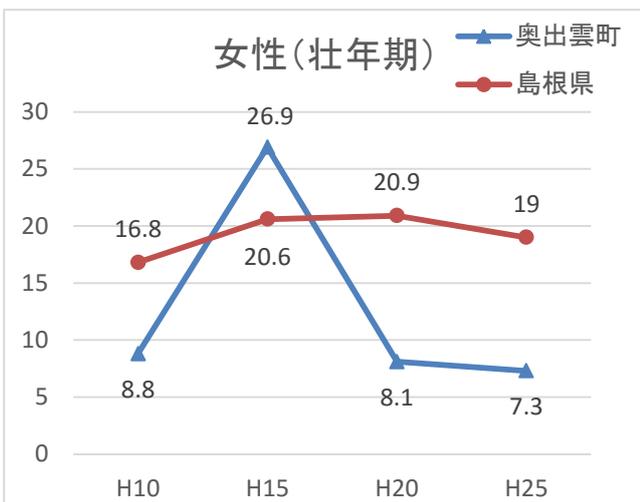
◇大腸がん

壮年期男性の大腸がん年齢調整死亡率は、近年島根県より高い状況にあります。



◇乳がん

壮年期女性の乳がん年齢調整死亡率は、近年島根県より低く減少傾向にあります。



資料：島根県健康指標データベースシステム

◇アウトカム指標：年齢調整死亡率（奥出雲町げんきプラン21 平成33年目標値）

壮年期（40～64歳）	男性	女性
胃がん	2.8	3.9
肺がん	19.2	3.4
大腸がん	18	2.9
乳がん		0

(4) 脳卒中発症者状況調査の状況

脳血管疾患の状況を詳しくみるために、島根県が2年に1回行っている脳卒中発症者状況の結果を示します。

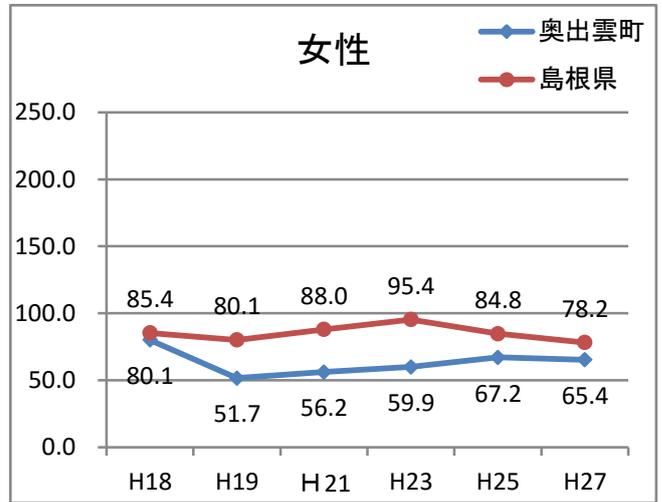
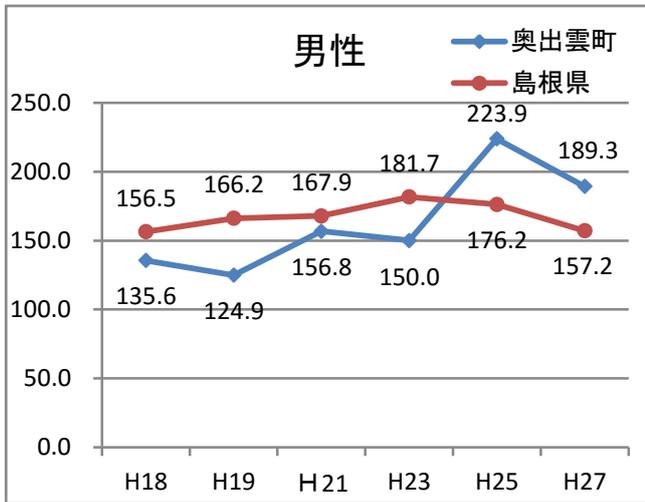
標準化死亡比は、島根県よりも高く、脳卒中の発症状況をみても特に男性が高い状況です。

①脳血管疾患の標準化死亡比（SMR）

（H25年を中心とした5年平均の値 島根県を100とした場合）

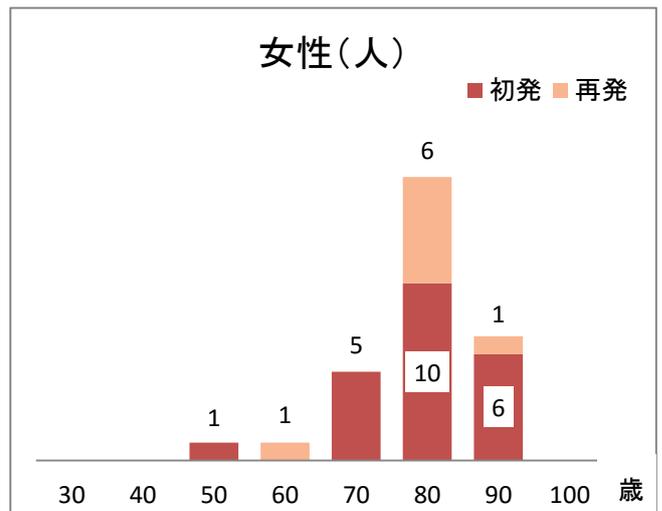
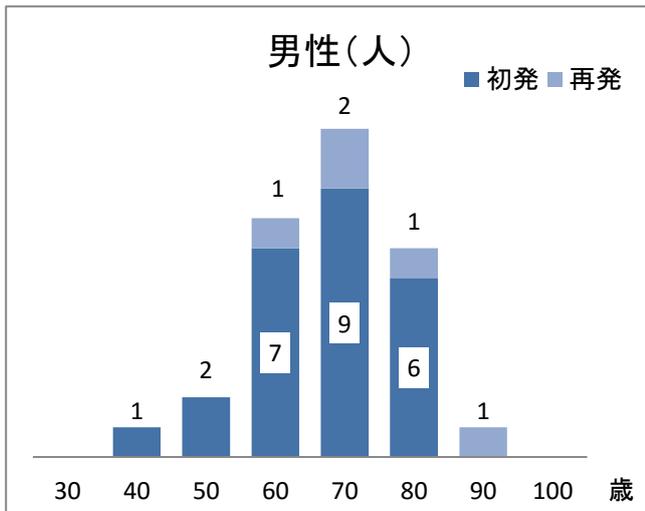
全年齢	男性	女性
島根県	100	
奥出雲町	123.1	146.0

②脳卒中の年齢調整発症率（全年齢 人口10万対 初発+再発+不明）



資料：島根県脳卒中発症者状況調査

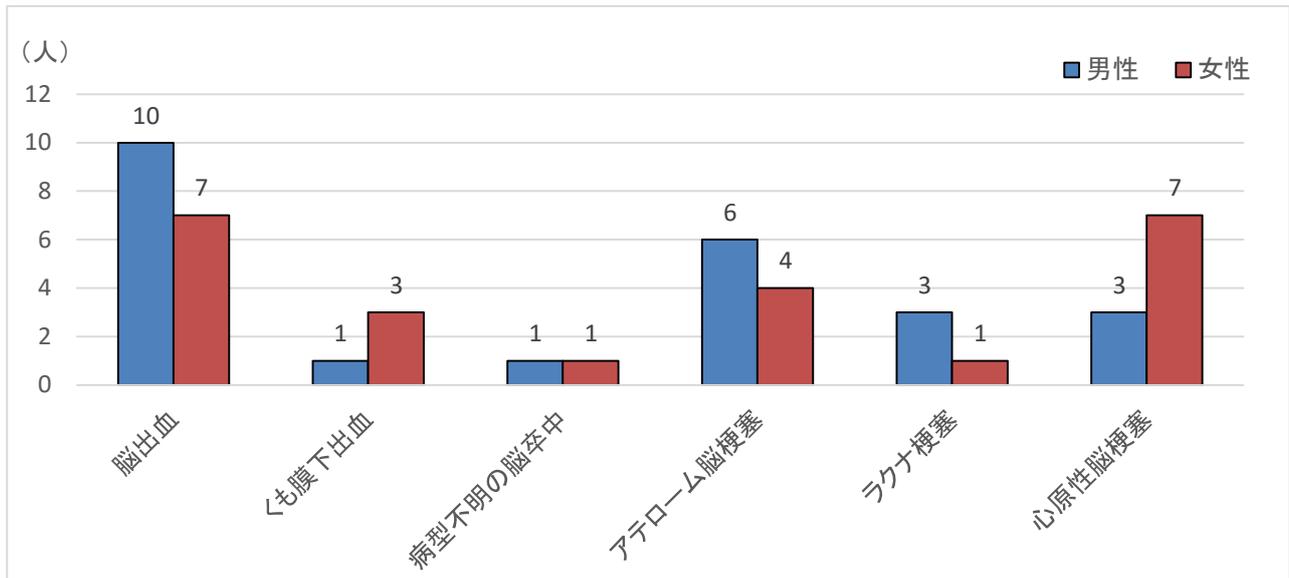
③発症者数（平成27年）



資料：島根県脳卒中発症者状況調査

④発症者の病型別人数（平成27年）

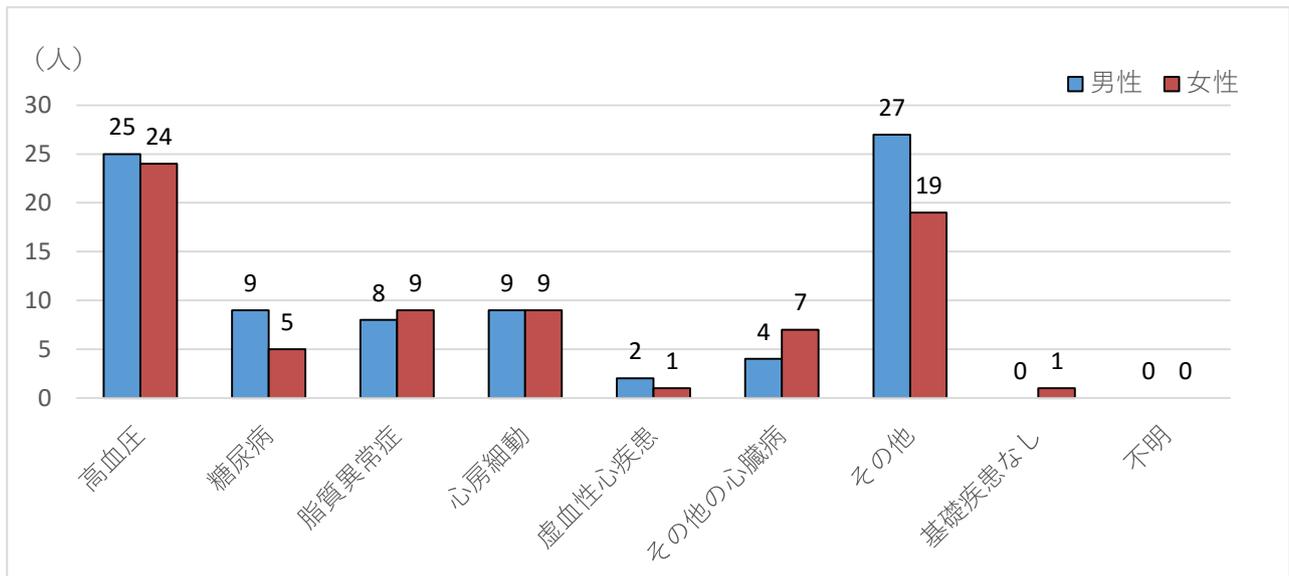
病型別に発症人数をみると、男性は特に脳出血が多く、女性は脳出血と心原性脳梗塞が多い状況です。



資料：島根県脳卒中発症者状況調査

⑤発症者の基礎疾患保有数（平成27年）

脳血管疾患の基礎疾患保有数は、高血圧が最も多く7割以上を占めています。

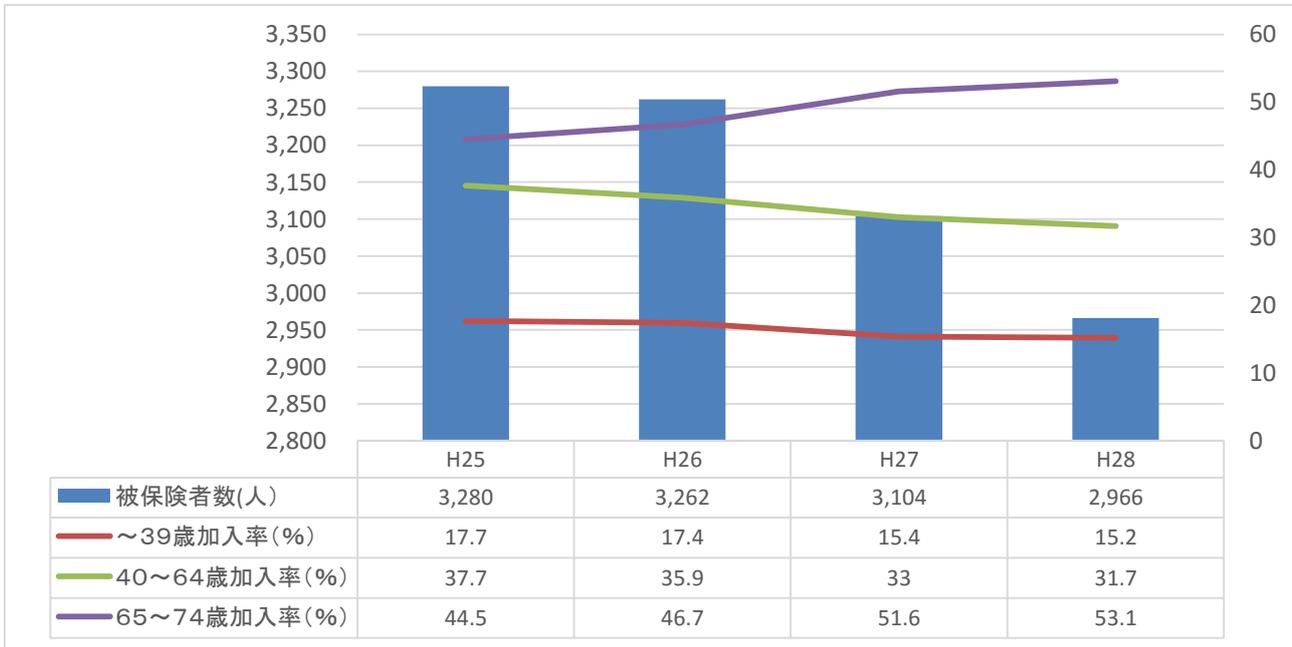


資料：島根県脳卒中発症者状況調査

2. 国民健康保険加入者の状況

(1) 国民健康保険加入者数の推移

町人口における国民健康保険加入者数の推移をみると、年々加入者は減少しており、平成28年度で2,966人となっています。また、加入率も65～74歳以外は年々減少しています。

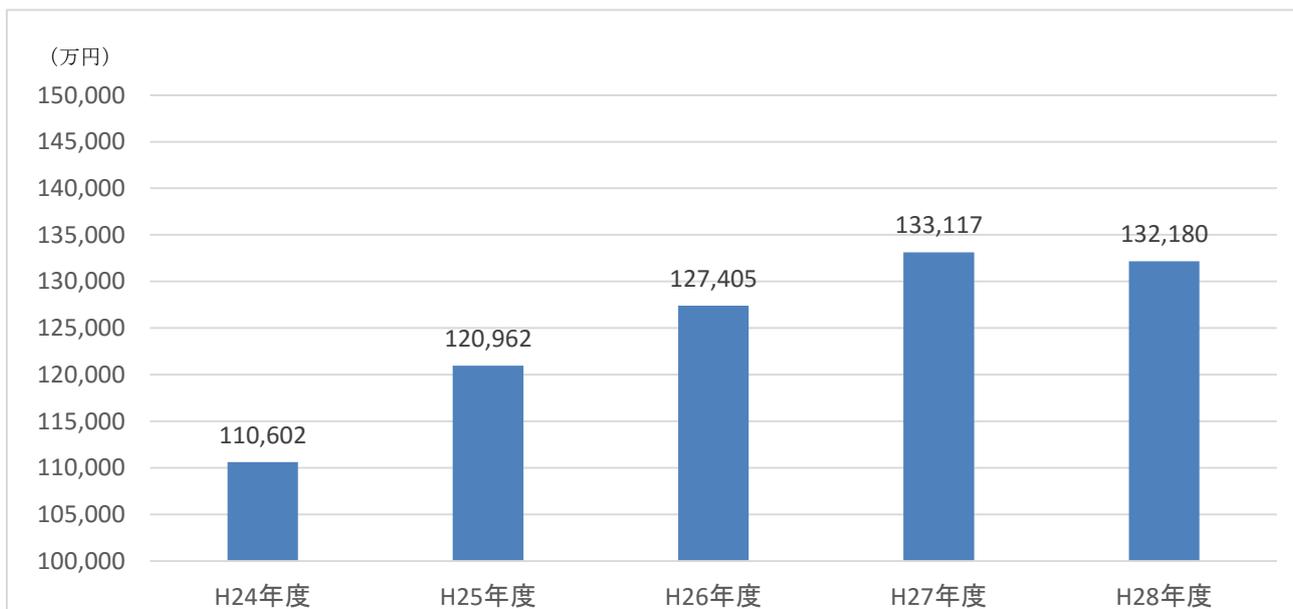


資料：KDBシステム

3. 国民健康保険医療費等の状況

(1) 奥出雲町国保医療費

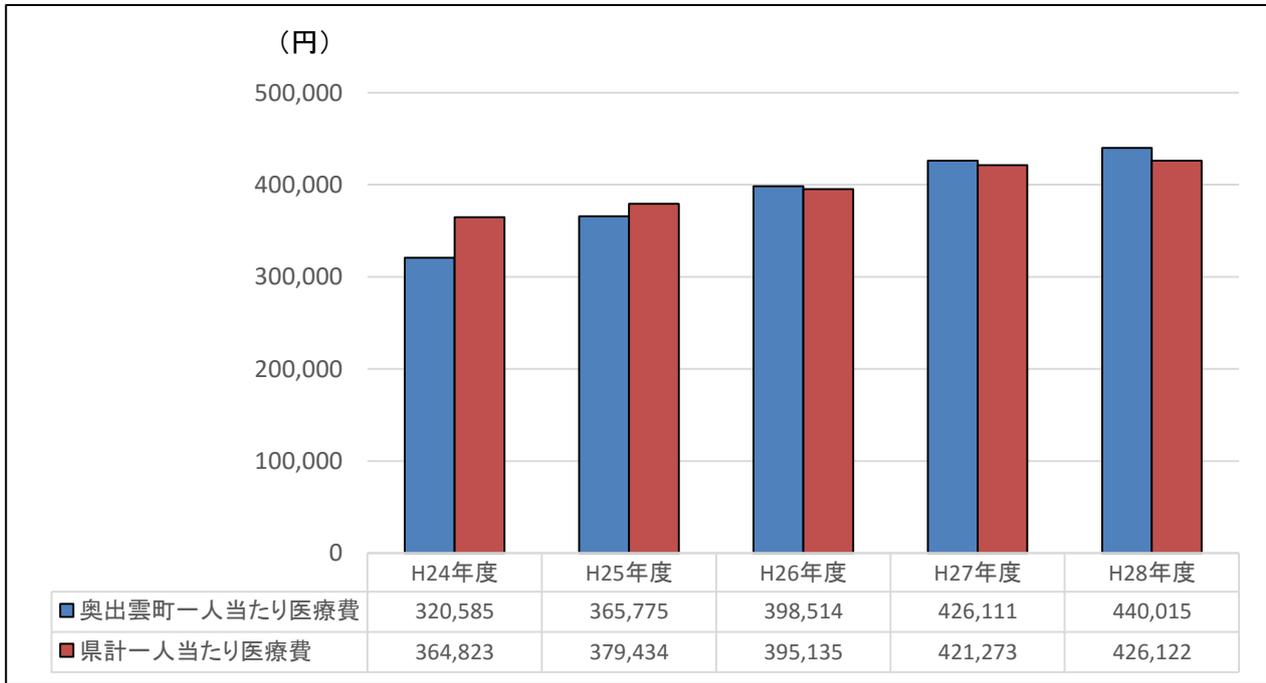
奥出雲町国保の医療費は、平成27年度の13億3,117万をピークに横ばいです。



資料：医療費分析ツール「Focus」

(2) 被保険者1人あたり医療費の推移

被保険者1人あたりの医療費の推移をみると、年々増加し平成28年度で440,015円となっています。島根県と比較しても高い状況です。

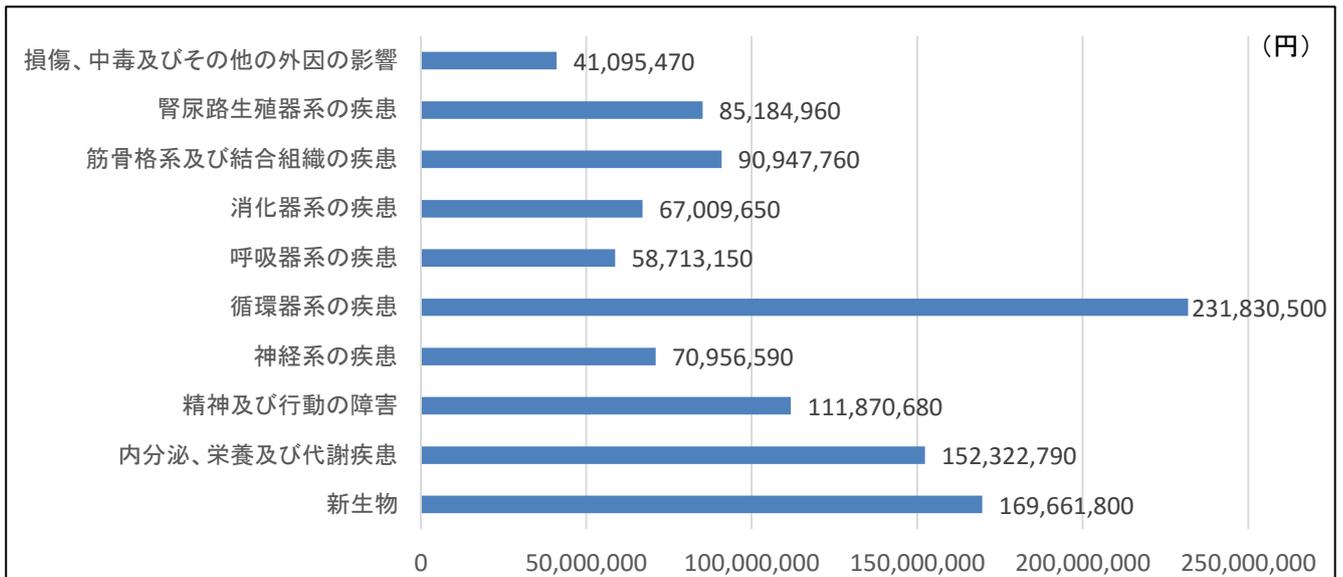


資料：医療費分析ツール「Focus」

(3) 疾病別医療費の状況

疾病別に費用額をみたところ、「循環器系の疾患」が最も多く、次いで「新生物」「内分泌・代謝疾患」となっています。生活習慣病関連の医療費が高くなっていることがわかります。

疾病別医療費（入院＋入院外＋調剤 平成28年度）



資料：医療費分析ツール「Focus」

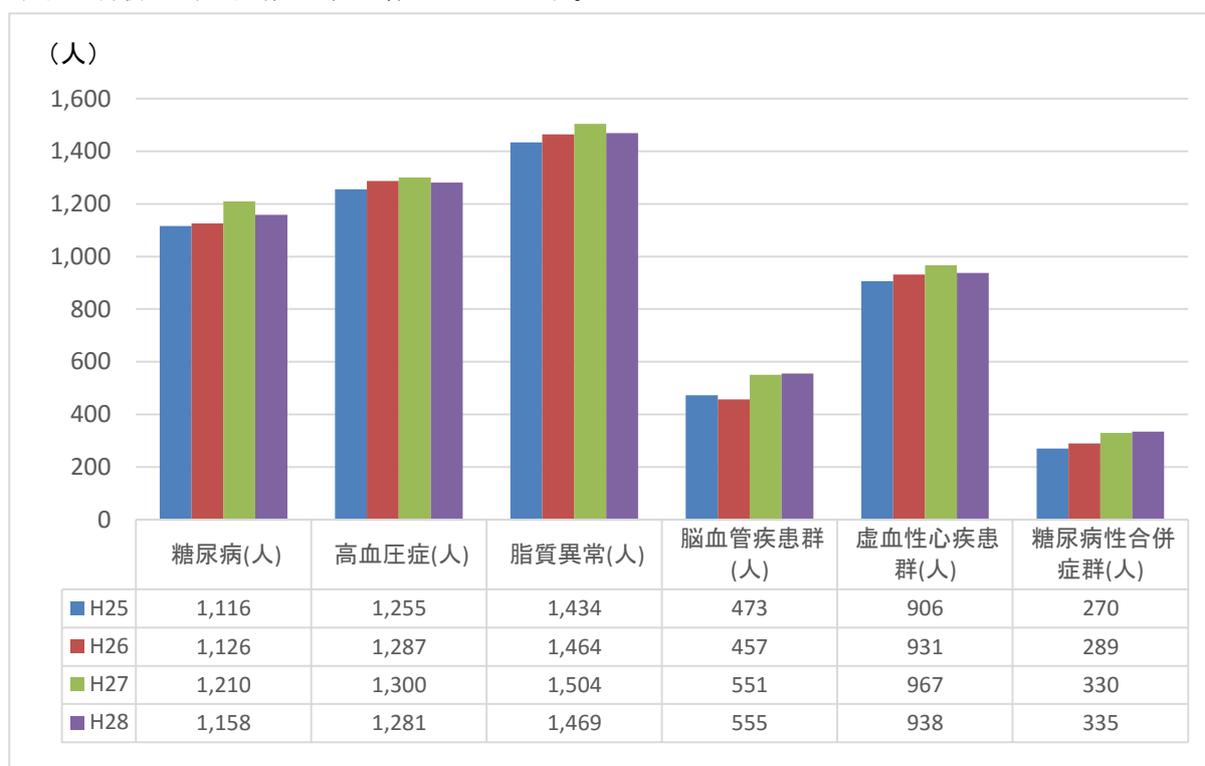
(4) 主な生活習慣病別の医療費等の状況

重症化疾患群の重症化疾患

脳血管疾患群	脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳血管疾患(その他)、血管性認知症
虚血性疾患群	狭心症、心筋梗塞、虚血性心疾患(その他)、心筋症、心肥大、心不全
糖尿病性合併症群	糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、糖尿病性神経障害、糖尿病性潰瘍・壊疽、糖尿病性合併症(その他)、高血圧性網膜症、腎不全

①生活習慣病・重症化症候群の人数の推移 (入院+入院外)

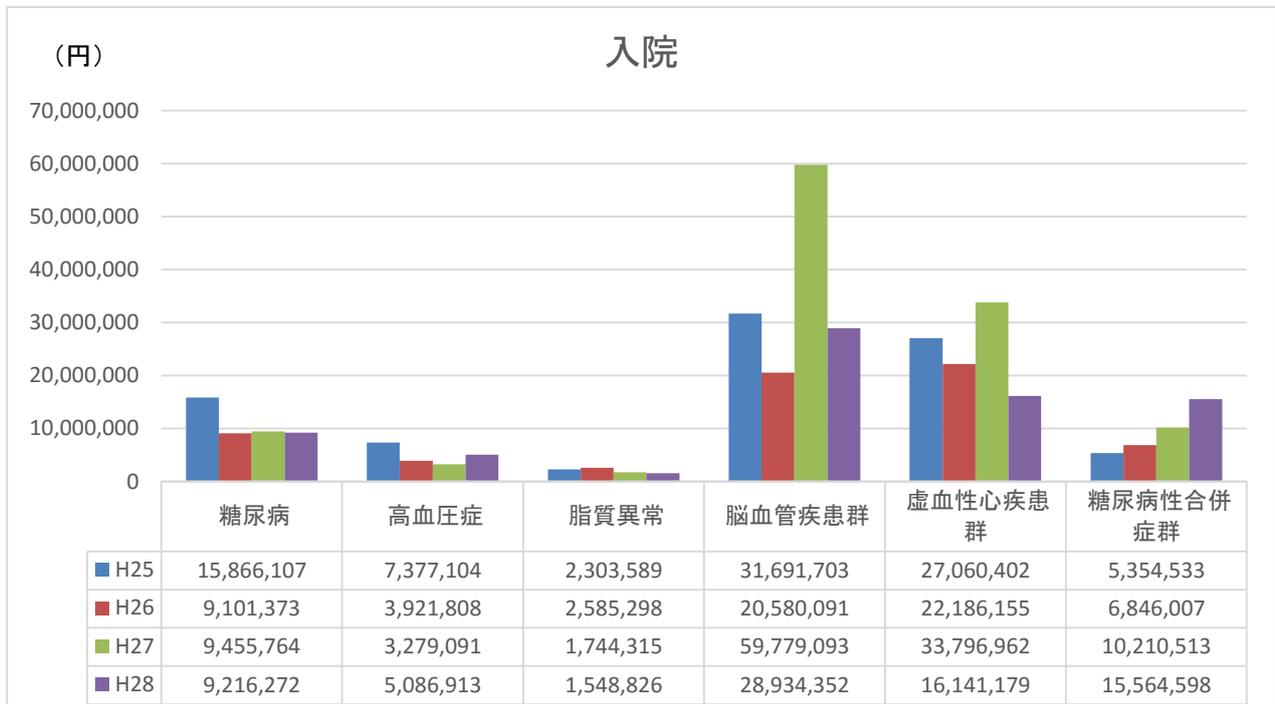
生活習慣病・重症化疾患群別の人数では、脂質異常症が最も多く平成28年度は1,469人です。糖尿病性合併症群の人数も年々増加しています。



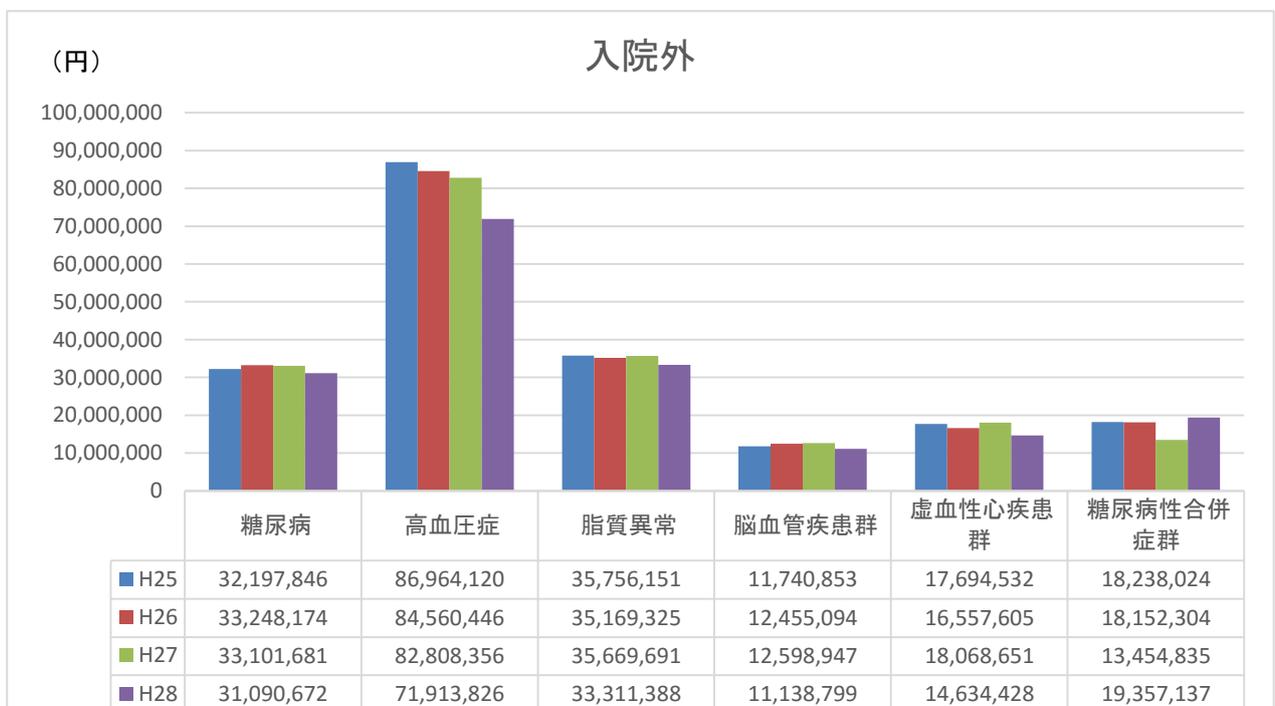
資料：医療費分析ツール「Focus」

②生活習慣病・重症化疾患群にかかる医療費

生活習慣病・重症化疾患群別の医療費では、入院外の高血圧症が年々減少しているものの最も高額で、7千191万3,826円となっています。入院の糖尿病性合併症群も年々増えています。



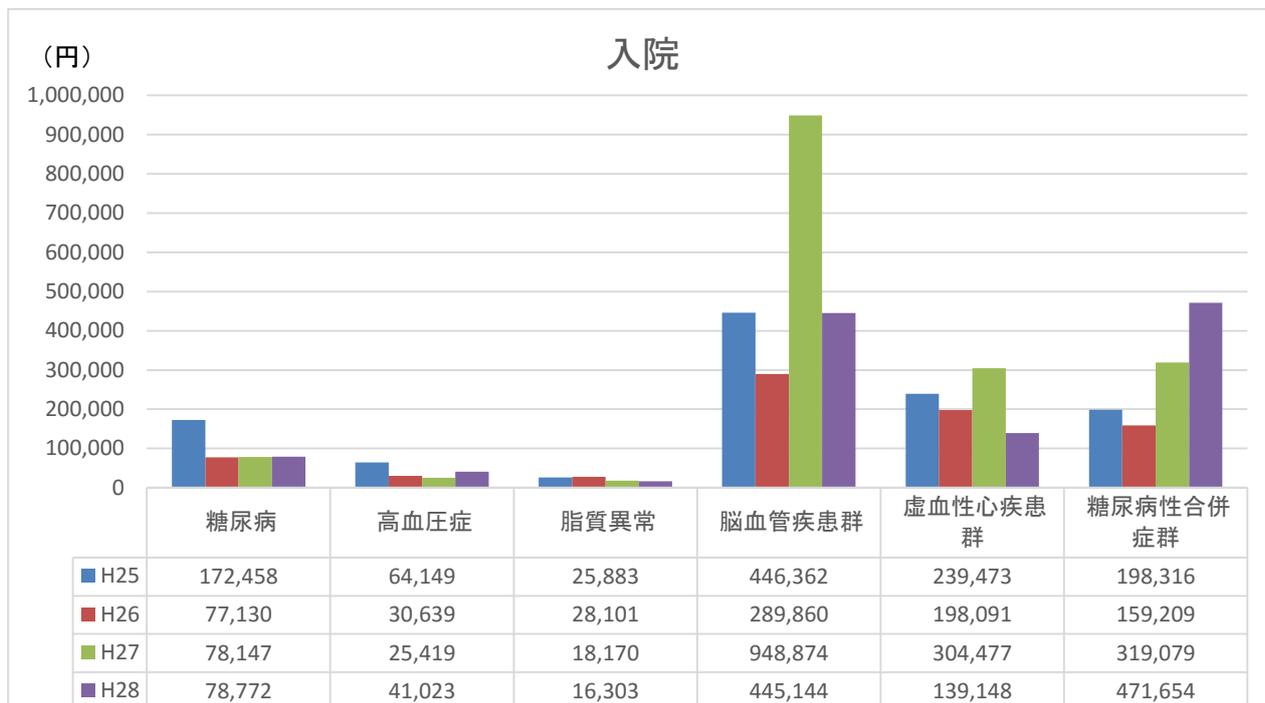
資料：医療費分析ツール「Focus」



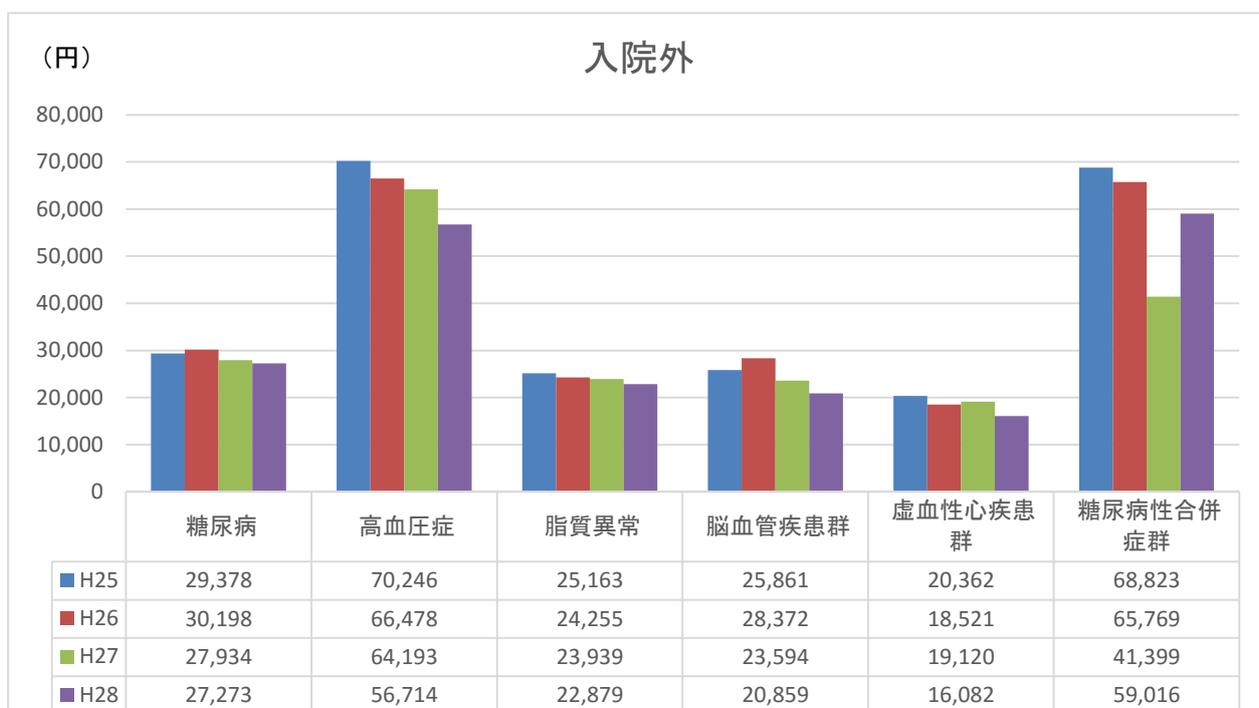
資料：医療費分析ツール「Focus」

③生活習慣病・重症化疾患群にかかる1人あたり医療費

生活習慣病の1人あたり医療費は、入院外の高血圧症が一番高く、重症化疾患群では、入院の糖尿病性合併症群が最も高額の47万1,654円になりました。



資料：医療費分析ツール「Focus」



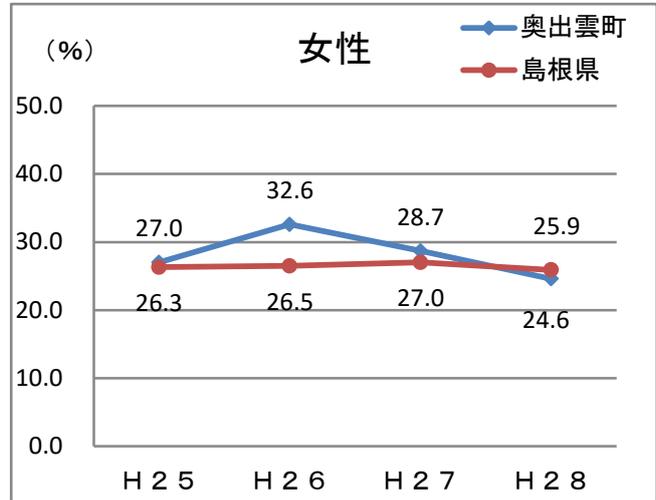
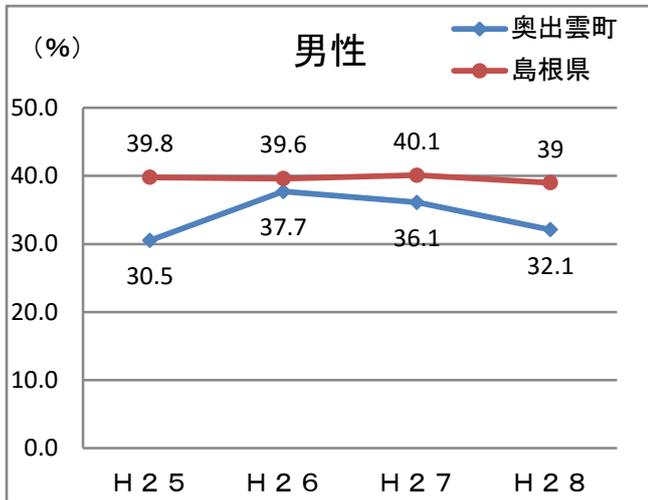
資料：医療費分析ツール「Focus」

4. 特定健診からみた疾病状況・生活状況

(1) 高血圧の状況

①年齢調整有病率

年によりばらつきがありますが、男女ともに平成26年度より減少傾向です。男女で比べると男性は女性に比べ高血圧の有病率が高いです。



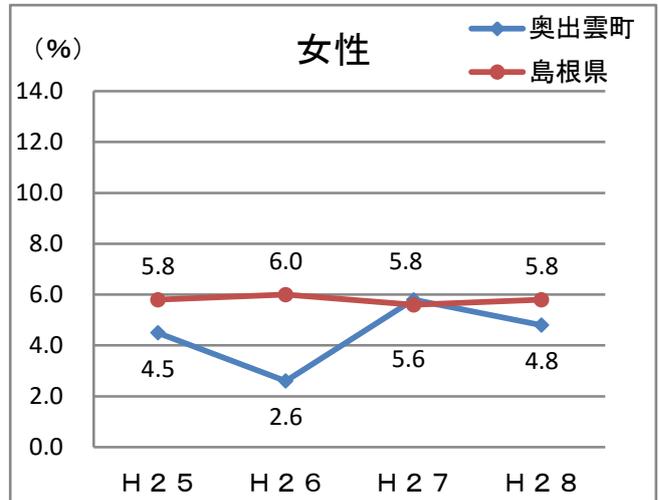
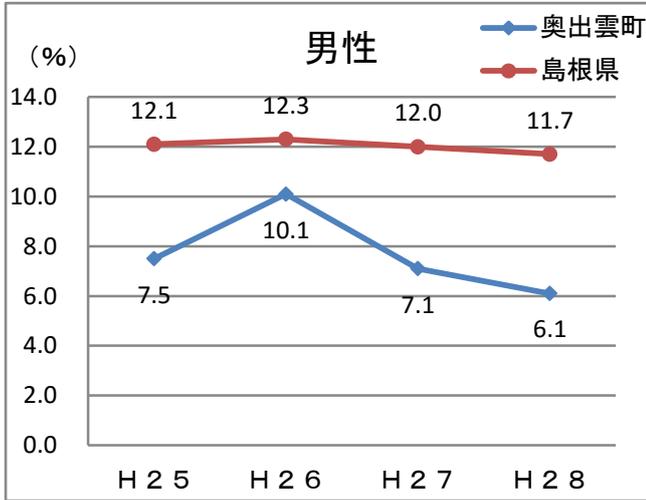
資料：市町村国保特定健康診査等結果データ

有病者（高血圧）	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬あり ・服薬なしで収縮期血圧 140 以上または拡張期血圧 90 以上の人
----------	---

(2) 糖尿病の状況

①年齢調整有病率

糖尿病は、男性は島根県より低く平成28年度には減少しています。女性も年度により変動がありますが、島根県より低い状況です。

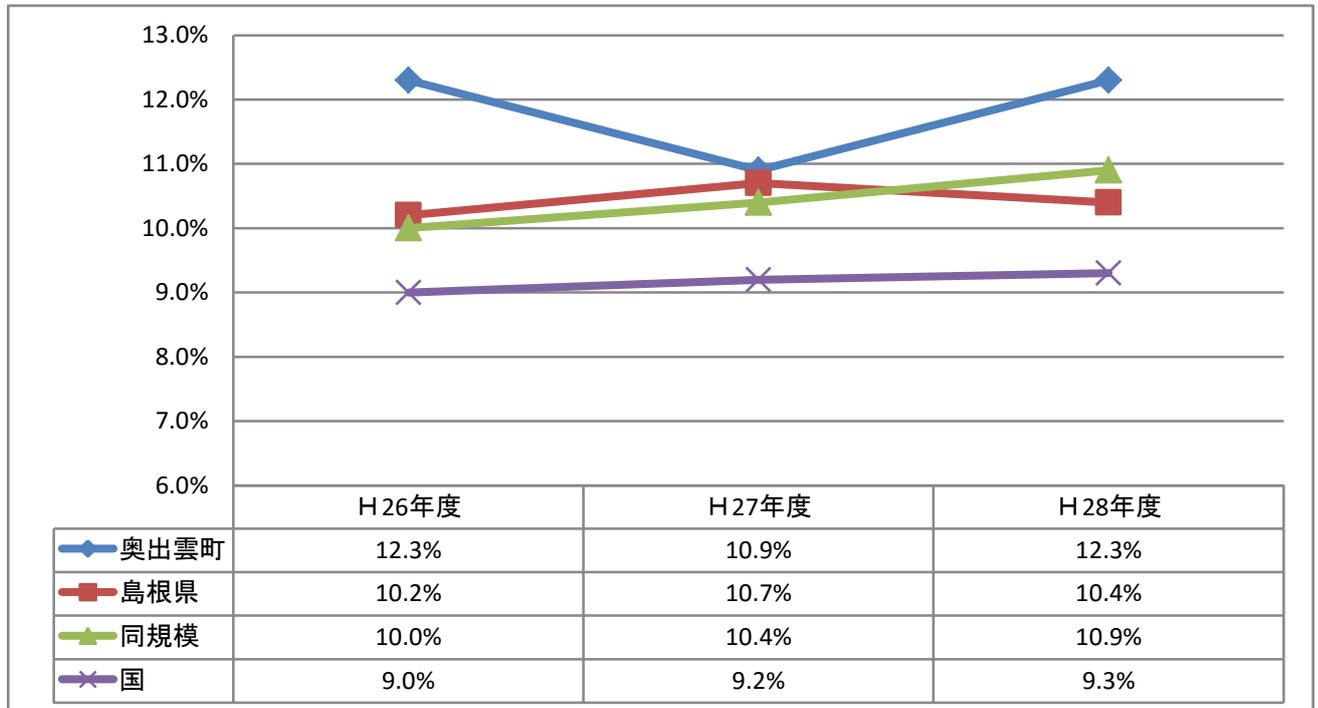


資料：市町村国保特定健康診査等結果データ

有病者（糖尿病） 要再検査者を含む	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬あり ・服薬なしで空腹時血圧 126 以上またはHbA1c 6.5 以上の人
----------------------	--

②非肥満高血糖者の推移

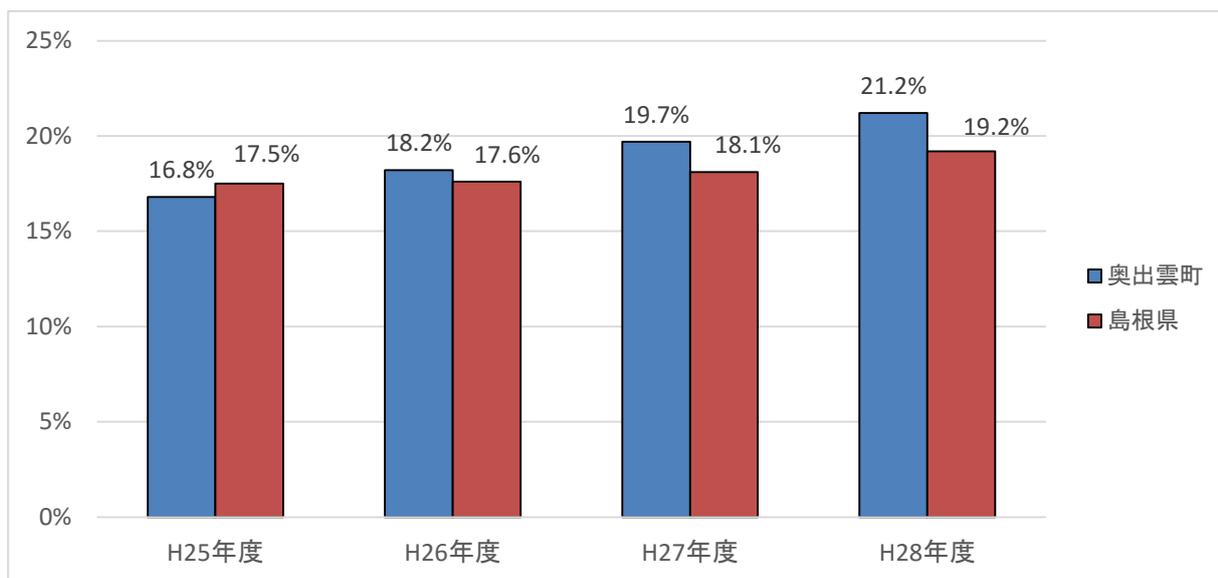
非肥満高血糖者の割合は、島根県、国と比較して高い状況です。



資料：KDBシステム

③糖尿病予備群推定数の割合

糖尿病予備群の割合は年々増加しており、島根県と比較して高い状況です。



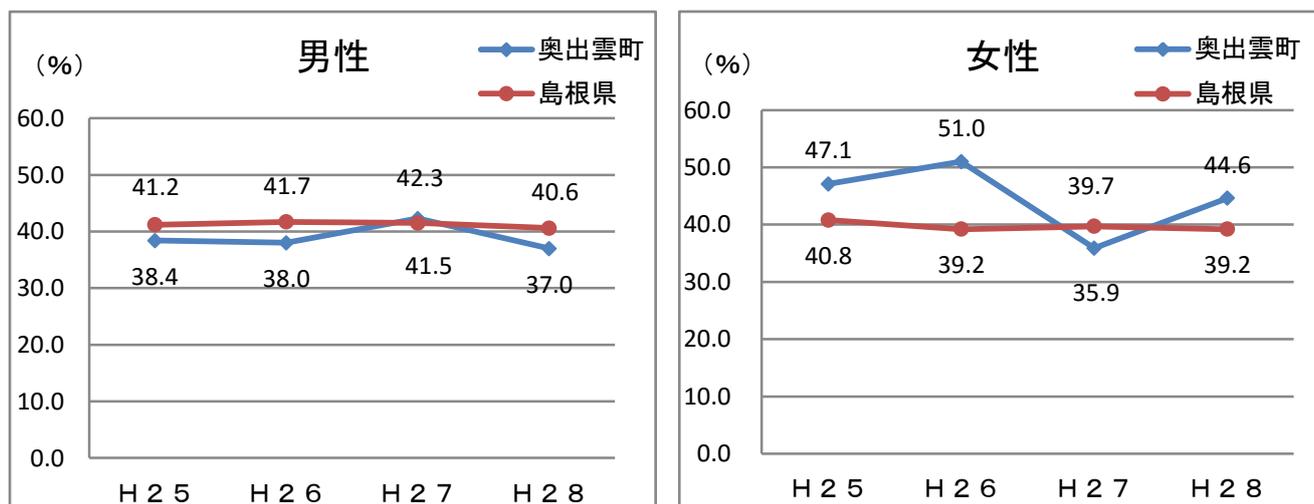
資料：市町村国保特定健康診査等結果データ

糖尿病予備群	空腹時血糖 110 以上 126 未満、またはHbA1c 6.0 以上 6.5 未満
--------	--

(3) 脂質異常症の状況

①年齢調整有病率

脂質異常は、高血圧、糖尿病と比べると最も割合が高いです。特に女性は男性に比べて高く、島根県よりも高い状況です。



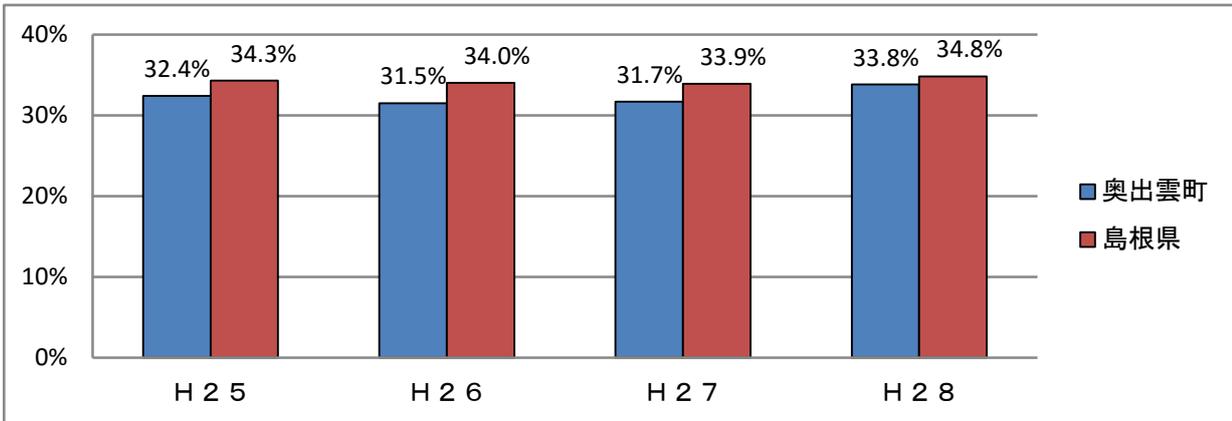
資料：市町村国保特定健康診査等結果データ

有病者（脂質異常症）	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬あり ・服薬なしで中性脂肪 300 以上またはHDL 34 未満またはLDL 140 以上の人
------------	---

(4) 問診項目からみた生活状況

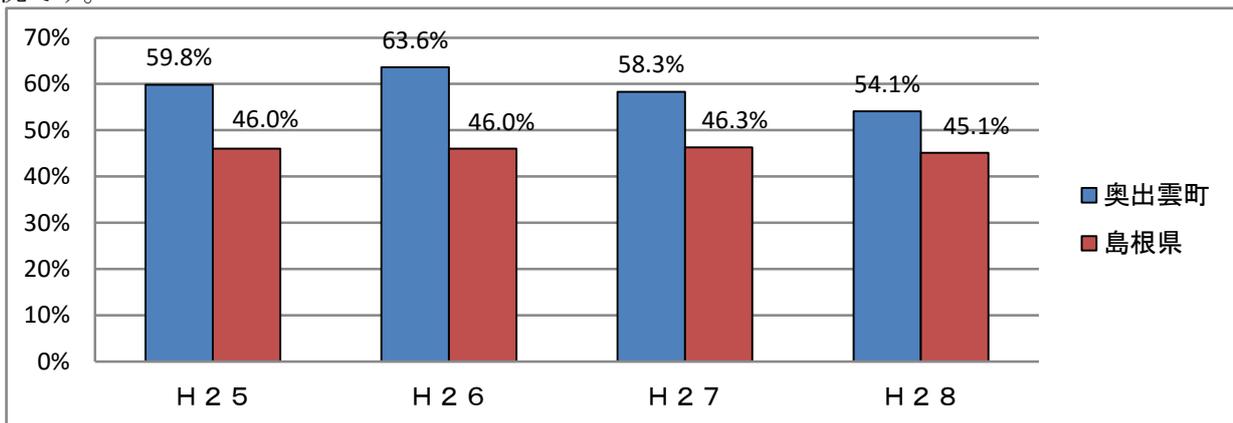
①運動習慣あり

運動習慣がある人は、約3割で島根県よりも低い状況です。



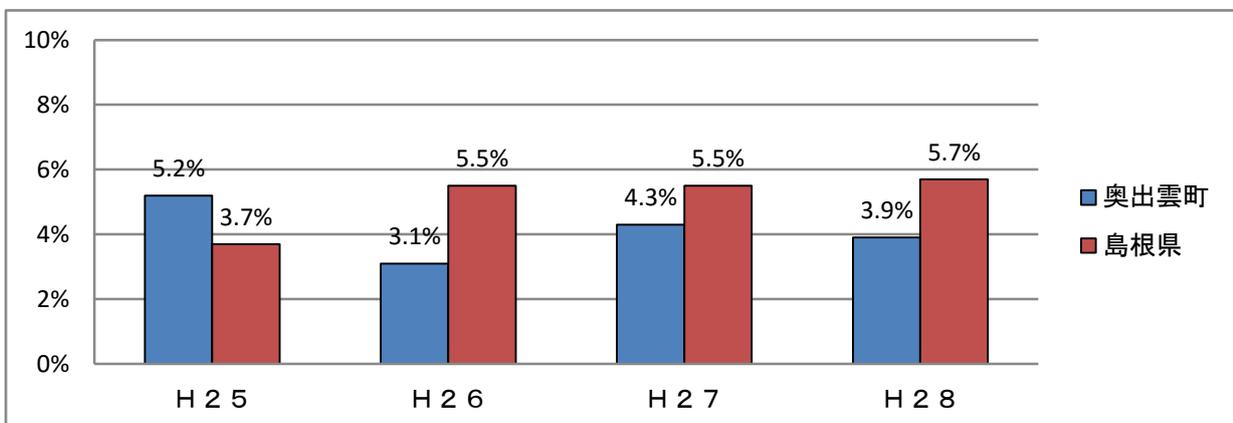
②歩行または身体活動1日1時間以上実施

歩行または、家事や農作業等の身体活動を1日1時間以上する割合は、島根県と比較して高い状況です。

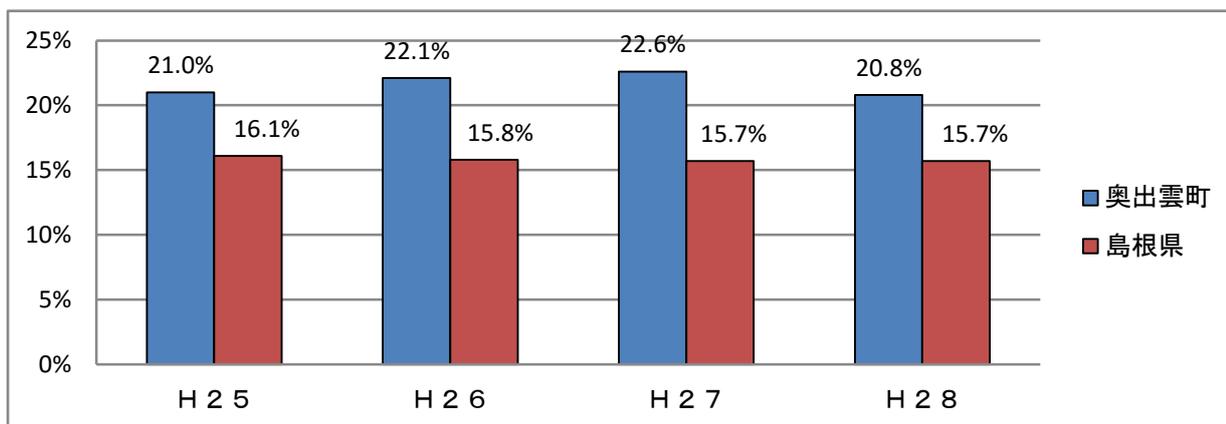


③朝食を週3回以上欠食する

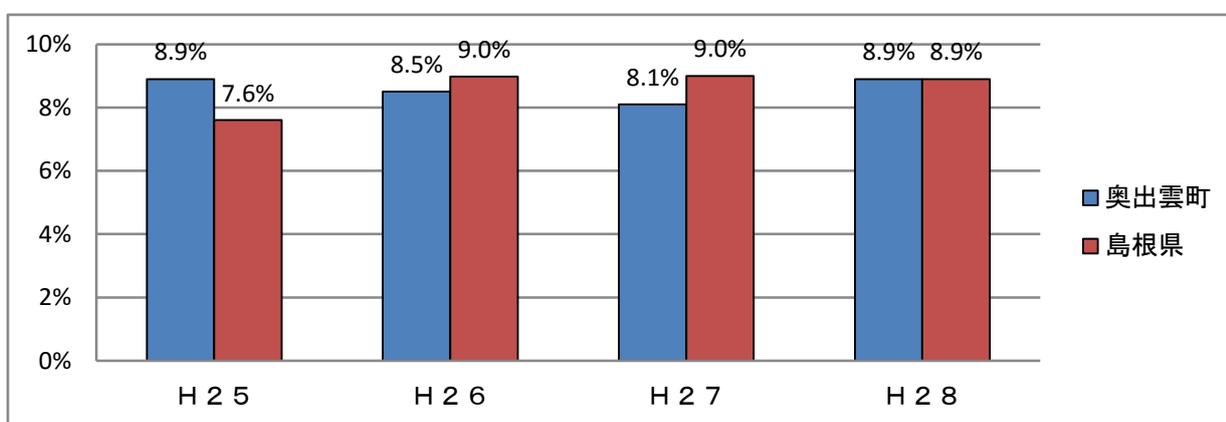
島根県よりも低い状況です。



④就寝前の2時間以内に夕食をとることが週3回以上
町では約2割で島根県より高い状況です。

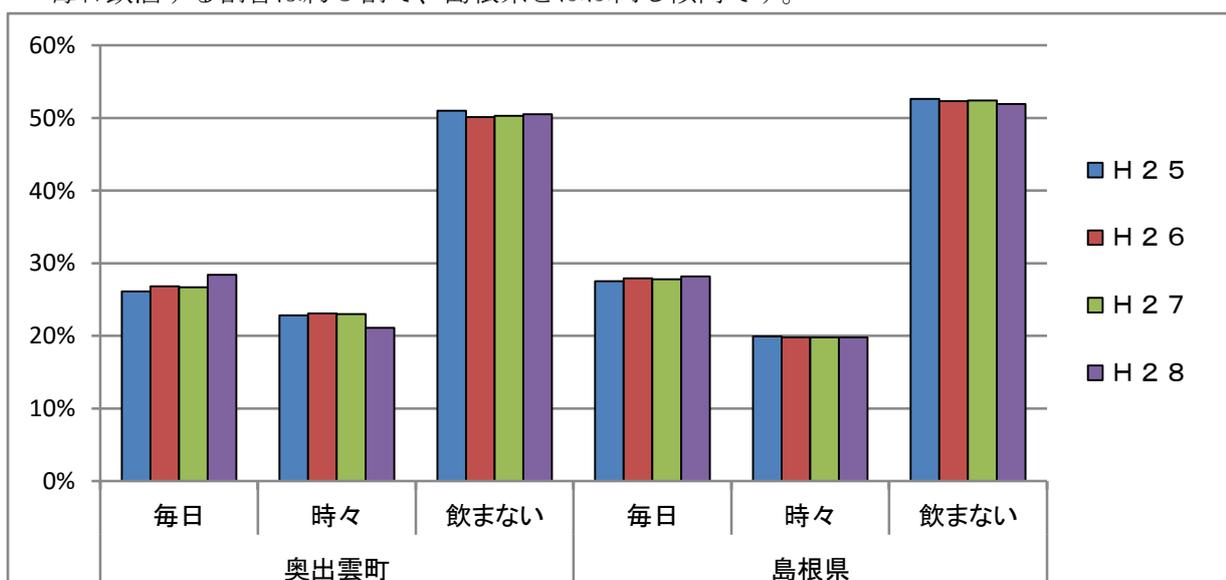


⑤夕食後に間食（夜食）をとることが週3回以上

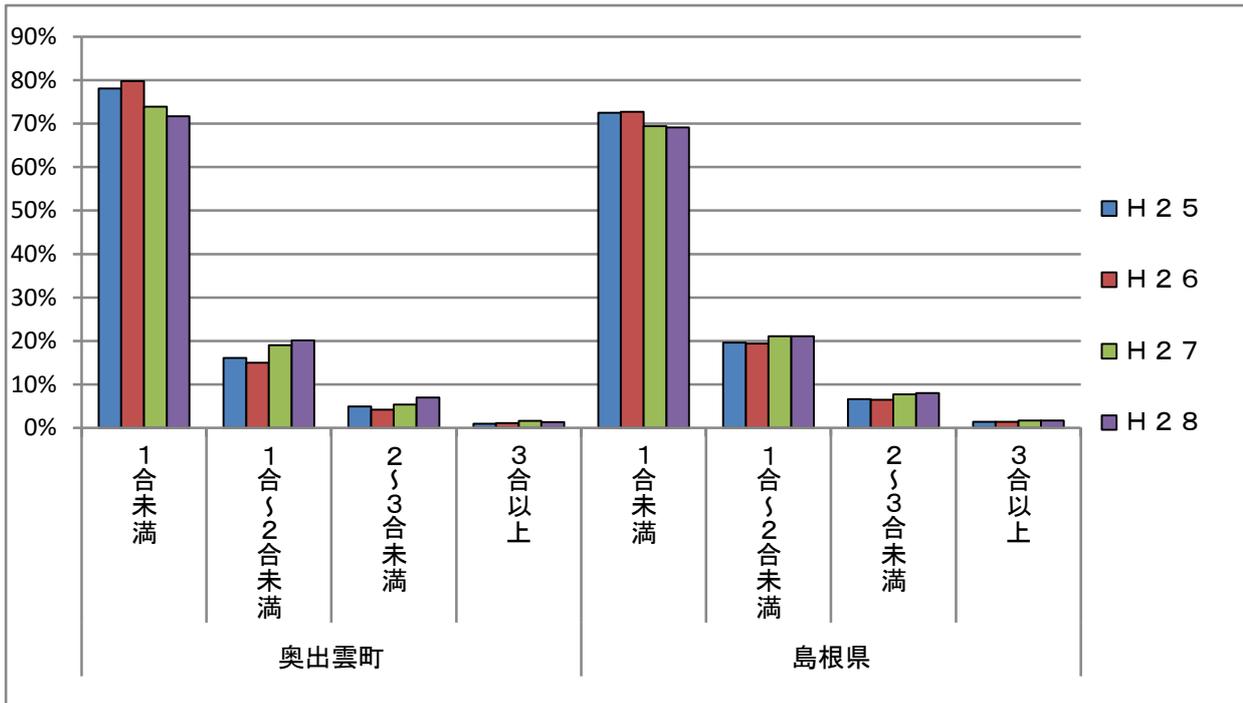


⑥飲酒の機会

毎日飲酒する割合は約3割で、島根県とほぼ同じ傾向です。

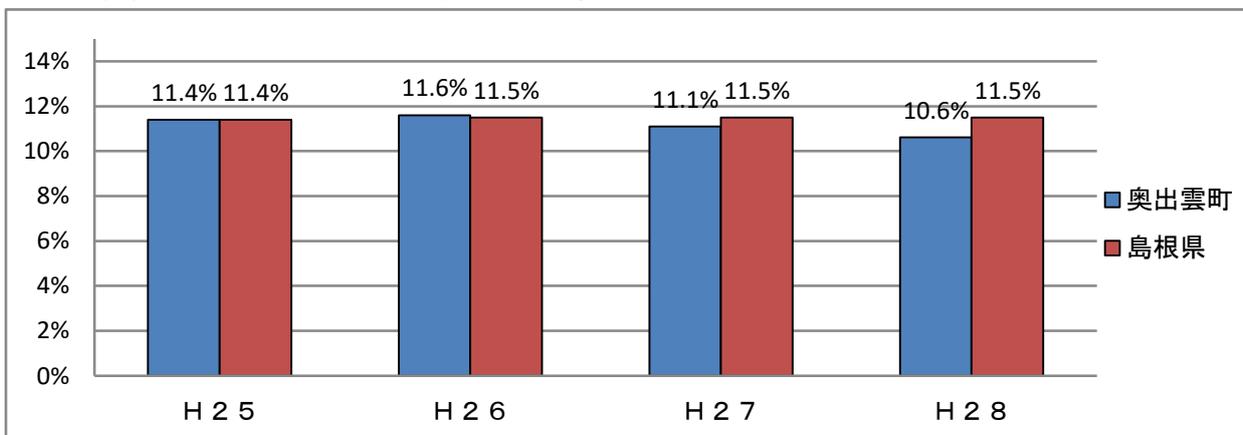


⑦ 1日当たりの飲酒量



⑧ 喫煙習慣

喫煙習慣のある割合は約1割で横ばいです。



資料：市町村国保特定健康診査等結果データ

5. 介護保険の状況

(1) 介護認定の状況

高齢化が進んでいますが、認定者の割合は、島根県や同規模自治体と比較すると低い状況です。

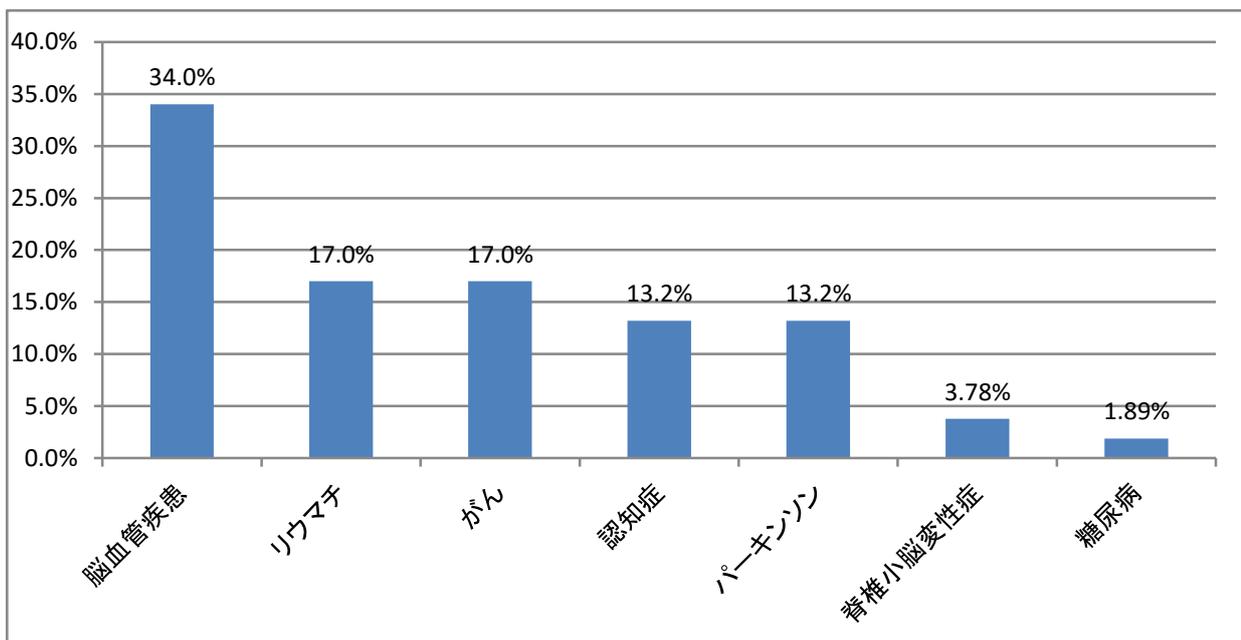
	1号認定率	2号認定率
奥出雲町	17.7%	0.3%
島根県	24.4%	0.4%
同規模	20.2%	0.4%
国	21.2%	0.4%

資料：KDBシステム地域の全体像の把握（平成30.2.6現在）

(2) 認定者の原因疾患状況

40歳～64歳までの第2号保険者で要介護認定者の原因疾患をみると、脳血管疾患が1位となっています。

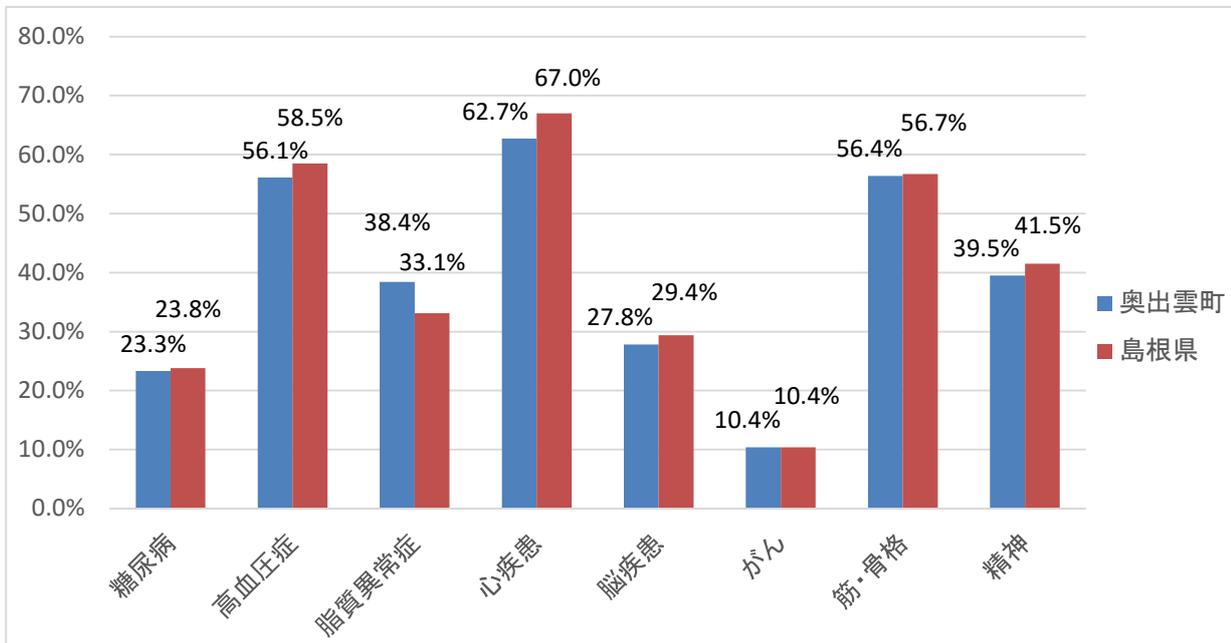
第2号保険者のうち要介護認定者の原因疾患の割合（平成23年～平成28年度）



資料：奥出雲町介護認定調査結果

(3) 要介護認定者の疾病別有病状況（平成28年度）

要介護認定者の有病状況をみると、割合が最も高いのは心疾患で、島根県も同様の傾向です。また、脂質異常症は県と比較して高い状況です。



6. 人工透析患者の状況

人工透析患者は年間ほぼ変動がなく、8～9人で推移しています。糖尿病治療者は約4割ですが、糖尿病性腎症を合併している人は0人です

	平成26年5月	平成27年5月	平成28年5月	平成29年5月
人工透析患者数	9人	8人	9人	9人
うち糖尿病治療者	4人	3人	4人	4人
うち糖尿病性腎症を合併した者	0人	0人	0人	0人

資料：KDBシステム

第3章 第1期計画の評価と課題

1. 第1期計画の保健事業実施の評価

第1期計画において、データ分析に基づき浮き彫りとなった課題に対応した具体的な事業内容の検討を行いました。実績の把握により、事業目標の達成状況を確認することで、第1期計画策定後の取り組みについて振り返るとともに、評価を行います。

No.	事業名	事業の目的及び概要
1	「奥出雲町げんきプラン21計画」 健康づくり活動	【目的】町民の健康保持・増進 【概要】自治会、公民館、企業等を会場に運動・栄養・口腔等の健康教室
2	いきいき元気教室	【目的】生活習慣病予防・重症化予防 【概要】健康教室、栄養指導、運動指導、血液検査
3	食育の推進	【目的】よりよい食生活の習得 【概要】食に関する健康教室、講演会、啓発活動、食生活改善推進員の活動支援
4	健康・栄養相談日	【目的】生活習慣病予防・重症化予防 【概要】保健師・管理栄養士による生活改善の支援
5	特定健康診査受診勧奨	【目的】特定健康診査受診率の向上 【概要】未受診者対策、健康づくり推進員と連携した受診勧奨の強化
6	特定保健指導	【目的】メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少 【概要】積極的支援プログラム、動機づけ支援プログラム実施
7	健診結果報告会	【目的】生活習慣病予防・重症化予防 【概要】保健師・管理栄養士による情報提供、個別指導
8	早期介入保健指導事業にかかる 健康診査	【目的】生活習慣病予防・重症化予防 【概要】30歳代の健康診査を実施
9	がん対策	【目的】がんの早期発見・早期治療 【概要】各種がん検診・精密検査の受診勧奨
10	脳卒中対策	【目的】脳血管疾患の発症予防 【概要】脳ドック検診、住民への知識普及、脳卒中予防の啓発
11	生活習慣病重症化予防対策 (体制整備途中にて実施できず)	【目的】生活習慣病重症化予防 【概要】医療機関と連携した生活・栄養指導の実施 KDBシステムや健診結果からハイリスク者の選定
12	ジェネリック医療費差額通知	【目的】医療費の抑制 【概要】ジェネリック医薬品差額通知送付

実施年度	実施項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	1. 住民参加の健康づくり推進事業	健康づくり推進委員会 →	地区別 →				実施					地区別 →	健康づくり推進協議会(評価・計画)
	2. いきいき元気教室					健康教室6~9回							
	3. 食育推進活動	食育の日の取り組み(毎月19日)	食育月間	食育推進委員会等の開催、食育講演会・展示会等の開催									
	・奥出雲町食生活改善推進員と協力した活動	総会 →				地域での調理実習 40回	ヘルスマイト研修会4回						
平成28年度	4. 健康栄養相談					隔月に1回							
~	5. 特定健康診査			受診勧奨	集団健診 →	個別健診				フォローアップ集団健診	精密検査受診勧奨		
平成29年度	6. 特定保健指導			保健指導、生活改善の支援									
	7. 健診結果報告会事業			結果報告会 →									
	8. 早期介入保健指導にかかる健診			集団健診・個別健診									
	9. がん対策事業			がん検診の実施と受診勧奨				精密検査受診勧奨					
	10. 脳卒中予防対策	健康教室での脳卒中予防の啓発		指定医療機関 脳ドックの実施と評価									
	11. 重症化予防事業			予備群の把握及び医療機関と連携し対応									
	12. ジェネリック医薬品等通知事業			レセプト調査と患者へ通知									

①「奥出雲町げんきプラン21計画」に基づく健康づくり活動

1) 目的・目標・事業評価と効果確認

健康寿命の延伸を図ることを目標に、各関係機関で健康づくり活動を推進するとともに、健康づくりを支援する環境づくりを進める

目 標
<ul style="list-style-type: none"> ・健康教室開催回数を増やす ・自治会集会所禁煙実施率 80%をめざす

2) 対象者

- ・全町民
- ・関係機関：自治会、各種団体、事業所、幼稚園、小・中学校、高校

3) 実施内容・実施方法

【実施内容】

- ・各機関において年度計画の立案と活動の実践
- ・CATVによる健康づくりの啓発（月1回）
- ・健康教室・健康相談の実施
- ・自治会集会所の禁煙を奨励
- ・各機関における実績評価と報告
- ・奥出雲町健康づくり推進協議会（全体会）において実績評価と次年度の計画承認

【実施時期・場所等】

- ・自治会・関係機関等の計画に基づき実施する。

【実施者及び関係機関】

- ・奥出雲町保健師・管理栄養士
- ・各関係機関、自治会

4) 評価

【健康教育の実績】

健康教室の実施回数	平成26年度	平成27年度	平成28年度
自治会	93回	88回	126回
各団体	25回	39回	23回
幼稚園・学校	32回	59回	46回
合 計	150回	185回	195回

【自治会集会所禁煙状況】

	平成25年度	平成26年度	平成28年度
自治会集会所 禁煙実施率	71.4%	70.1%	73.1%

本町の健康増進計画である「奥出雲町げんきプラン21」に基づき、生活習慣病の発症や重症化予防に取り組んでいます。健康意識の向上による健康の維持・増進を図るため、各自治会や関係機関と一緒に、食や運動等の観点から様々な健康教室や講演会を企画し開催しています。こうした取り組みの結果、自治会での健康教室の実施回数や自治会集会所の禁煙実施率は増加していますが、目標達成には至りませんでした。一方で若い世代から生活習慣病予防・重症化予防に取り組めるよう企業や学校（PTA 保護者も含め）など各団体でも健康教室が増えるよう今後も継続的な取り組みが求められます。

②いきいき元気教室

1) 目的・目標・事業評価と効果確認

生活習慣病予備群の健康意識の向上、生活習慣の改善を図ることにより、生活習慣病の発症を予防する。

目 標
<ul style="list-style-type: none"> ・教室の継続参加率を増やす ・血液検査等の数値の改善及び参加者の生活習慣等の行動変容

2) 対象者

特定健康診査受診者で、脂質・血糖値等リスクを有しており、将来生活習慣病の発症が予測される40～69歳の生活習慣病予備群者（内服治療・特定保健指導該当者は除く）

3) 実施内容・実施方法

【実施内容】

- ・対象者を抽出し訪問による受講勧奨を行う。受講希望者に対して6～8か月間の保健指導を行う。
- ・生活習慣の振り返り・目標設定
- ・体組成測定、体力測定
- ・栄養指導（集団指導、個別指導、調理実習等）
- ・運動指導（島根リハビリテーション学院等と協力し、集団指導等実施）
- ・血液検査2回（特定健診、6か月後）

【実施時期・場所等】

- ・年度計画に基づき、健康センター等で実施する。

【実施者及び関係機関】

- ・奥出雲町保健師・管理栄養士・健康運動指導士
- ・医療機関、島根リハビリテーション学院

4) 評価

【生活習慣病予防教室の実績】

	平成26年度	平成27年度	平成28年度
教室の開催回数	8回	9回	7回
事業への参加率	28.7%	23.0%	20.1%
教室の参加率	32回	59回	46回
継続参加率	150回	185回	195回

※継続参加率：欠席なし、あるいは欠席1回だけだった参加者の割合

生活習慣病予備群者を対象に、保健師・管理栄養士による講話や調理実習、健康運動指導士による運動指導や体力測定を実施し、健康管理に関する自己管理能力向上を支援し、疾病の予防につながる取り組みを行っています。年度ごとに教室の開催回数や内容を工夫し、教室の参加率も伸びています。また、参加者からは「参加してよかった」という意見が多く、継続して取り組まれた方の中には検査データが改善した方もおられます。しかし、事業への参加率は増加せず、参加を希望しない生活習慣病予備群者についてのアプローチ方法や対策について体制を整備する必要があります。

③食育の推進

1) 目的・目標・事業評価と効果確認

食育推進活動を通じ、食生活改善に対する考え方と知識の普及を図り、よりよい食生活の習得につなげ、奥出雲町民の健康づくり活動に役立てる。また、食生活改善推進員が食生活改善に対する考え方と知識を普及できるよう、会員の資質向上を図る。

目 標
<ul style="list-style-type: none"> ・食育に関心を持つ人を増やす ・食の教室の開催回数・参加人数を増やす ・食生活改善推進員の地域での調理実習の回数を増やす ・食生活改善推進員研修会の参加率を増やす

2) 対象者

全町民、関係機関、食育推進委員、食生活改善推進員

3) 実施内容・実施方法

【実施内容】

- ・食育推進委員会等の開催
- ・食育講演会、展示会等の開催
- ・食生活改善のための講演会、研修会の開催
- ・食育月間（6月）・食育の日（毎月19日）の取り組みの実施
- ・地域・幼児園・学校・公民館等での食に関する健康教室の実施

（CATV、広報、ブログによる普及啓発）

- ・地域での料理教室の実施

【実施時期・場所等】

- ・食育推進委員会 年2回、専門部会 年1回、食育担当者会 年8～10回
- ・食育講演会や展示会 年1回以上
- ・年度計画に基づき、健康センター、各地区公民館、小学校等で食生活改善の講演会や調理実習を実施する。

【実施者及び関係機関】

- ・奥出雲町保健師・管理栄養士
- ・各関係機関・団体
- ・奥出雲町食生活改善推進協議会

4) 評価

【食に関する教室の実績】

	平成26年度	平成27年度	平成28年度
食の教室の開催回数	43回	10回	8回
参加人数	685人	276人	132人

【奥出雲町食生活推進協議会会員数】

	平成26年度	平成27年度	平成28年度
食生活改善推進員数	94人	79人	74人

【食生活改善推進員の活動実績】

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
食生活改善推進員の地域での調理実習の回数	25 回	38 回	34 回

【食生活改善推進員研修会の実績】

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
研修会の回数	3 回	4 回	4 回
参加率（平均）	31.2%	35.3%	37.5%

町の健康増進計画「奥出雲町げんきプラン21」に掲げる9つの取り組み目標の中で、重点目標として取り扱った年度は、食の教室の開催回数も増えました。食の教室の開催回数や参加人数を増加するために、自治会や幼稚園・学校、公民館等で開催された食に関する健康教室の様子について、広報やケーブルTVの他にブログを活用した情報発信を行うなど、広報・啓発活動に努めています。

食生活改善推進員は、高齢化等により会員数は年々減ってはいますが、幼稚園や小学校、公民館や作業所等のグループでの活動は定着してきました。引き続き、研修会にて定期的に知識と技術向上の場を提供し、活動の活性化を推進していきます。合わせて、脱会者数を減らすためにも、研修会ばかりでなく会員同士の交流会も継続して実施していきます。今後の養成講座開催に向け、入会希望者数の増加を図るためにも食生活推進員の活動についてよりPR及び広報活動を行っていく必要があります。

④健康・栄養相談日

- 1) 目的・目標・事業評価と効果確認
健康診断等の結果を正常値に保てるよう、相談者のよりよい生活習慣の習得につなげる。

目 標
・年間相談件数を増やす ・紹介医療機関数を増やす

- 2) 対象者
特定保健指導対象者、いきいき元気教室参加者他

- 3) 実施内容・実施方法

【実施内容】

- ・町民：広報・CATV・保健カレンダーによる日程の周知
- ・特定保健指導・いきいき元気教室参加者：相談日の紹介
- ・血圧測定・問診・体組成測定・食事記録による聞き取りから保健師・管理栄養士による生活改善の支援

【実施時期・場所等】

- ・年度計画に基づき、年6回（2か月に1回）健康センター等で実施する。

【実施者及び関係機関】

- ・奥出雲町保健師・管理栄養士
- ・医療機関

- 4) 評価

【健康・栄養相談日の実績】

		平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
実施回数		6 回	11 回	12 回
実施延べ人数		15 人	18 人	16 人
利用者内訳	生活習慣病予防教室の参加者	8 人	2 人	5 人
	開業医からの紹介	5 人	7 人	2 人
	特定保健指導者	0 人	2 人	1 人
	妊婦・離乳食	0 人	2 人	2 人
	その他 (窓口来所、保健師からの紹介等)	2 人	5 人	6 人

「健康・栄養相談日」は年度計画では相談日は、2か月に1回、年6回の開催で周知しています。しかし、特定健診の対象外の人や特定保健指導の対象外を受診者についても、自ら希望する場合は相談に応じ、平成27年度より利用者の都合に合わせて相談日以外にも柔軟に対応したことにより、実施回数と利用者が増えました。現在、特定健診受診者を「健康・栄養相談日」に紹介される町内医療機関は1つだけであり（町内にある7つの医療機関のうち管理栄養士が栄養指導を実施している医療機関は3つ）、今後医療機関との連携を強化していく必要があります。そのために、町民、町内医療機関への事業の周知を行うと共に、各医療機関での状況の調査や紹介しやすい体制づくりを勧めていきます。

⑤特定健康診査受診勧奨

1) 目的・目標・事業評価と効果確認

対象者自らが生活習慣等の問題点を発見・意識し、疾病予防及び早期発見に効果的に
つなぐことができる。

目 標
・健診受診率60%（平成29年）を目指す 平成28年度 50%を目指し、実施状況により、目標を見直していく
・前年度（前々年度）精密検査未受診者受診率100%
・継続未受診者数 減少
・40代～50代の受診率 30%

・年度末に各対象者名簿と受診者を比較し、どれくらいの方が受診に結びついたか確認
する。また、チラシの内容・受診勧奨方法もついて検討し、効果的な受診勧奨となる
よう工夫する。

2) 対象者

- ・40歳～74歳までの国保加入者
- ・前年度・前々年度要精密検査未受診者
- ・5年間未受診者
- ・40～50歳代の働き盛りの世代の方
- ・医療機関で治療中の方（個別健診対象者）

3) 実施内容・実施方法

【実施内容】

- ・前年度精密検査未受診者・5年間に1回以上未受診者に個別健診の通知をする。
- ・健康づくり推進員と連携した受診勧奨の強化。チラシの工夫。
- ・医療機関で治療中の方に対して、主治医と連携しながら受診勧奨を実施する。
- ・申し込み状況を把握しながら、申し込みのない方に対して、地区担当保健師から訪問・
電話等による受診勧奨を行う。

【実施方法】

①特定健診受診機会の確保

- ・節目総合健診（年度末に次年度の人間ドックの実施案内）
- ・集団健診の実施（予約制、がん検診とのセット健診）
- ・個別健診の実施（健診実施期間の延長）
- ・フォローアップ健診（受診勧奨も併せて実施）

②受診勧奨

- ・集団健診・個別健診等の実施にあわせ受診勧奨（訪問・電話・健康教室等）
- ・健康づくり推進員を通して自治会や各団体への受診勧奨
（健康教室等でのPRチラシの配布等声かけ）
- ・受診券送付時に受診勧奨チラシの配布

③PR活動

- ・CATV、自治会回覧や町広報紙によるPR
- ・町医師会への協力要請（治療中の患者や定期検査受診者への特定健診受診勧奨）
- ・商工会を通して、町内小規模事業所へのPR

④健診受診者また未受診者に対し健診アンケート実施

⑤脳ドック受診にあわせ、特定健診実施

【実施時期・場所等】

- ・年度計画に基づき実施する。
 集団健診：6月～7月、12月頃（フォローアップ健診）
 奥出雲健康センター、各地区コミュニティセンター等
 個別健診：6月～12月 町内医療機関
 節目総合健診（個別）：4月～3月 町内医療機関

【実施者及び関係機関】

- ・奥出雲町保健師・管理栄養士・国保事務担当者
- ・医療機関、JAしまね厚生連

4) 評価

【特定健康診査の目標値と実績】

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
目標値	45.0%	49.0%	53.0%	50.0%
受診率	38.1%	39.3%	39.8%	39.6%

【40～50歳代の受診率】

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
受診率	24.0%	23.7%	25.4%	25.7%

【継続未受診者の状況】

	平成 25 年度	平成 28 年度
不定期受診者 (過去2年間で1度でも受診している方)	21.7%	21.6%
継続未受診者 (直近3年連続で未受診の方)	78.3%	78.4%

資料：医療費分析ツール「Focus」

保健事業の中核を担う特定健康診査及び特定保健指導については、被保険者における生活習慣病有病者及びその予備軍の減少と健康の保持増進を図るため、平成20年度から継続して実施しています。第1期計画を踏まえ、特に実施率の向上に力を入れて取り組んでいます。健診未受診者アンケートの結果を参考に、平成27年度より12月の休日にフォローアップ健診を実施、平成28年度より脳ドック健診との同時実施を開始し、受診しやすい体制づくりを勧めてきました。

しかし、全体の受診率は伸び悩んでいる状況です。40～50歳代の受診率は微増していますが、目標値30%には達しませんでした。今後も受診率向上を目指し、ターゲットをしばった受診勧奨、ニーズ調査、商工会との連携やインセンティブ制度の導入等を検討していく必要があります。

⑥特定保健指導

1) 目的・目標・事業評価と効果確認

対象者自らが課題を認識し、行動変容に向けて実践し、健康的な生活を維持するため生活習慣病を予防することができる。

目 標
・ 特定保健指導実施率 60% (平成29年度) を目指す 平成28年度 50% を目指し、実施状況により、目標を見直していく。
・ 特定保健指導利用者の改善率の上昇

2) 対象者

- ・ 特定健診の結果、特定保健指導対象者の基準に該当した方。
(平成26年度) ・ 積極的支援レベル 21名、動機づけ支援レベル 75名

3) 実施内容・実施方法

【実施内容】

- ・ 特定保健指導対象者に対して適切な保健指導を行い、生活改善を図る。また、次年度も特定健診の受診を促し、生活改善状況を把握する。

【実施方法】

- ・ 指導対象者を特定した後、厚生労働省より通達の「標準的な健診・保健指導プログラム」に則った指導を行う。
- ・ 特定健診(集団)当日または後日の健診結果報告会、訪問において、初回面接を実施。
- ・ その後は、訪問・電話・面談等により個別支援を行う。保健師、管理栄養士の支援のもと対象者本人が自分の生活習慣の改善点・伸ばすべき行動等に気づき、目標を設定し行動に移すことができる計画を作成し、6か月後に実績の評価を行う。
- ・ 積極的支援プログラム
個別支援B：電話等による支援 2～3回
(初回面接から2週間後、1.5か月後、4.5か月後)
個別支援A：訪問・面談による支援 2回(初回面接から3か月後、6か月後)
- ・ 動機づけ支援プログラム
訪問・電話・面談による支援(初回面接から3か月後、6か月後)
- ・ 特定保健指導終了率の増加のため面談方法や集団指導を他の教室にあわせて実施。
- ・ 特定保健指導を受けることによる成果(効果)をデータで示す等媒体や支援方法を工夫する。

【実施時期・場所等】・随時

- ・ 年度計画に基づき、奥出雲健康センター、各地区コミュニティセンター等で実施する。

【実施者及び関係機関】・奥出雲町保健師・管理栄養士、医療機関

4) 評価

【特定保健指導の目標値と実績】

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
目標値	45.0%	49.0%	53.0%	57.0%
実施率	21.4%	29.2%	34.1%	24.6%

【特定保健指導利用者の改善率】

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
昨年度の特定保健指導の利用者数	76人	47人	36人	34人
上記のうち今年度は特定保健指導の対象でなくなった者の数	17人	16人	6人	16人
特定保健指導対象者の減少率	22.4%	34.0%	16.7%	47.1%

特定保健指導は、利用者に対し保健師・管理栄養士が確実、丁寧な個別指導を行い、生活習慣改善のきっかけとなっています。実際に特定保健指導対象者の減少率は平成28年度で47.1%となり、平成25年度と比べると増加しました。しかし、特定保健指導の必要性をアピールし利用を促しているが、利用を拒否される方もおられ、実施率は伸び悩んでいます。保健指導の重要性を理解し利用してもらうことで、生活習慣病の予防及び重症化予防につなげるため、実施率が向上しない要因の分析とより効果的な利用勧奨方法についての検討が必要です。

⑦健診結果報告会

1) 目的・目標・事業評価と効果確認

特定健診受診者の継続受診の必要性について説明を行い、特定健診の実施率の向上を図る。また、精密検査対象者の精密検査受診率の向上を図り、疾病の早期発見・重症化予防につなぐことができる。

目 標
・精密検査受診率100%（平成29年度）を目指す ・健診結果報告への出席率75%を目指す

・特定健診受診者のメタボリックシンドローム該当者、特定保健指導該当者の減少状況を確認する。精密検査対象者名簿と受診状況を確認する。

2) 対象者 ・ 国保特定健康診査受診者

3) 実施内容・実施方法

【実施内容】

- ・特定健診（集団）当日または後日の健診結果報告会を実施。
- ・後日の結果報告会の案内は健診当日と要指導者・要精検者には個別通知する。
- ・結果報告会の欠席者には訪問にて結果返しを行う。
- ・精密検査未受診者に精密検査の受診勧奨を行う。
- ・個別の具体的な支援が行えるように結果報告会の利用を高める周知方法の工夫をする。

【実施方法】

- ・特定健診受診者に対し、受診結果についての丁寧な情報提供や継続受診の必要性について説明を行う。
- ・健診結果をもとに、保健師または管理栄養士による健診受診者個々に丁寧な情報提供および指導を行う。
- ・生活改善継続の手段として、各種教室等健康づくり事業の紹介
- ・受診状況の把握（自治会健康教室、電話、訪問）
- ・生活習慣病予備群に対し、早期からの働きかけ（いきいき元気教室や地域での健康教室などポピュレーションアプローチを実施する）

【実施時期・場所等】

- ・年度計画に基づき実施する。
 集団の特定健診当日及び後日の結果報告会 6月～8月、1月頃
 奥出雲健康センター、各地区コミュニティセンター等
 電話・訪問による精密検査受診勧奨 年間

【実施者及び関係機関】・奥出雲町保健師・管理栄養士

4) 評価

【健診結果報告会への出席率】

	平成26年度	平成27年度	平成28年度
目標値	—	—	75.0%
出席率	64.4%	74.6%	67.0%

結果報告会に出席された方には、短時間の中でも生活習慣の振り返りや情報提供を行うことができます。利用しやすいように、予約制とし、夕方にも実施しています。また、結果報告会に予約がなかった方に電話等で利用勧奨をしましたが、出席率は向上せず目標を達成しませんでした。

平成28年度に出席率がさらに低下したのは、当日に結果がわかり、受診者への結果返しができる健診日が減ったためだと思われます。引き続き結果報告会を利用しやすい体制や利用を促す周知方法の工夫が必要と考えられます。精密検査未受診者の方には、電話や訪問で受診勧奨を行っています。

⑧早期介入保健指導事業にかかる健康診査

1) 目的・目標・事業評価と効果確認

生活習慣病予備群である生活習慣病の発症が増加する前の30歳代の早期に健診を受ける機会を持ち、生活習慣病の早期発見、早期治療及び健康的な生活習慣の習慣化、健康意識の向上を図ることにより、生活習慣病の発症を予防する。

目 標	
・健診受診率	50%（平成29年度）を目指す

2) 対象者

奥出雲町に住所を有し、30歳～39歳までの国保加入者（対象者数：150名程度）

3) 実施内容・実施方法

【実施内容】

- ・健康診査を実施。

【実施方法】

- ・健康診査（集団健診・個別健診）を実施。健診の当日または後日の健診結果報告会に、健診結果をもとに保健師または管理栄養士による健診受診者個々に丁寧な情報提供および指導を行う。
- ・精密検査対象者に電話・訪問にて精密検査の受診勧奨を行う。

【実施時期・場所等】

- ・年度計画に基づき、特定健康診査の実施に合わせ実施する。

【実施者及び関係機関】

- ・奥出雲町保健師・管理栄養士・国保事務担当者
- ・医療機関、JAしまね厚生連

4) 評価

【30歳～39歳の受診状況】

	平成27年度	平成28年度
受診率	17.2%	13.5%

事業開始の平成27年度は集団健診のみの実施でしたが、平成28年度からは受診率向上のため個別健診も追加しました。今後受診率を向上させるためにも、引き続き健診の内容や体制・周知方法などの工夫をしていく必要があります。

⑨がん対策

1) 目的・目標・事業評価と効果確認

がん等疾病の早期発見・早期治療により健康保持増進を図る。

目 標
・がん検診受診率の向上 胃がん45%、大腸がん45%、肺がん45%、 乳がん50%、子宮がん20%
・精密検査受診率の向上 胃がん80%、大腸がん50%、肺がん100%、 乳がん100%、子宮がん100%

2) 対象者

- ・勤務先等で受診機会がない40歳以上の町民（子宮頸がん検診については20歳以上）
- ・がん検診受診者で精密検査未受診者（精検受診勧奨）

3) 実施内容・実施方法

【実施内容】

- ・がん検診の実施
胃がん検診、大腸がん検診、肺がん検診、乳がん検診、子宮頸がん検診、

【実施方法】

- ・医療機関で受診する個別検診、また健康センター、各地区公民館で受診する集団検診を実施する。
- ・検診受診者への継続受診の必要性について説明を行う。
- ・精密検査を未受診者に精密検査の受診勧奨を行う。

【実施時期・場所等】

- ・年度計画に基づき、医療機関、奥出雲健康センター、各地区コミュニティセンター、自治会館等で実施する。

【実施者及び関係機関】

- ・奥出雲町保健師・管理栄養士
- ・町立奥出雲病院、島根県環境保健公社、JAしまね厚生連、町外指定医療機関、自治会、商工会、婦人会

4) 評価

【がん検診の受診率】

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
胃がん検診	13.3%	8.0%	8.0%
大腸がん検診	32.5%	20.3%	19.7%
肺がん検診	12.8%	7.5%	6.7%
乳がん検診	10.2%	12.7%	15.9%
子宮頸がん検診	6.7%	20.6%	11.3%

【精密検査受診の状況】

	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度
胃がん検診	70.2%	78.9%	77.5%
大腸がん検診	34.6%	42.1%	47.9%
肺がん検診	77.1%	79.3%	71.4%
乳がん検診	90.5%	90.9%	88.2%
子宮頸がん検診	100.0%	71.4%	80.0%

健康増進法に基づく各種がん検診については、これまでも特定健康診査との同時実施や休日の集団検診実施などにより被保険者の利便性を考慮して受診しやすい体制づくりに努めてきましたが、検診及び精密検査の受診率が伸びず、目標は達成しませんでした。第1期計画でも対策として取り上げているように、引き続き地域や職域においてがんについての啓発に取り組み、町民の健診に対する意識向上を図る必要があります。

また、大腸がん検診の精密検査受診率が特に低く、紹介状発行者には個別に受診勧奨を行っていますが、受診率向上のためにさらに取り組みを強化していきます。

⑩脳卒中对策

1) 目的・目標・事業評価と効果確認

脳血管疾患の発症予防、早期発見、早期治療および要介護状態の予防

目 標
・ 高血圧年齢調整有病率の低下

2) 対象者

- ・ 健康診査・健康教室等で把握した脳血管疾患の既往のある者
- ・ 健康診査・脳ドック・健康教室等での血圧高値者、高血圧等の生活習慣病有病者

3) 実施内容・実施方法

【実施内容】

- ・ 脳ドック検診を実施（医療機関委託）
- ・ 脳ドック検診受診者の要指導者への脳血管疾患を含む生活習慣病予防についての指導の充実
- ・ 健診データやレセプトデータ等から脳卒中発症状況の把握（発症状況調査等の検討）
- ・ 脳卒中や原因疾患（高血圧等）の発症予防・重症化予防の取組の検討

【実施方法】

- ・ 減塩等発症の一次予防・血圧管理（健診時や結果報告会、健康教室などでの個別指導、パンフレットでの啓発など）
- ・ 発症時の早期受診勧奨、再発予防（健診時や健康教室、訪問などでの指導）
- ・ 特定健診への受診勧奨、健診要精検者への受診勧奨
- ・ 住民への知識普及、脳卒中予防の啓発（自治会の健康教室、CATVや広報等）

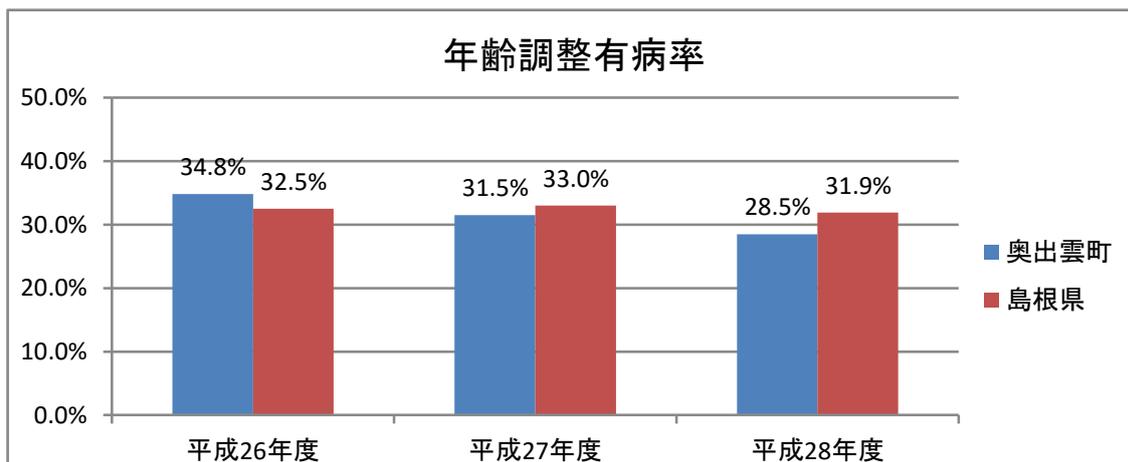
【実施時期・場所等】

- ・ 随時、脳ドック検診、特定健康診査、健康教室等で実施。

【実施者及び関係機関】

- ・ 奥出雲町保健師、管理栄養士
- ・ 医療機関

4) 評価



本町は脳血管疾患の発症、死亡状況が高く、医療費割合をみても高血圧症が多いといった状況から、第1期計画の課題として掲げ取り組んできました。脳卒中对策として、脳ドックの継続実施や要指導者への保健指導、地域での健康教室や啓発等を行っています。こうした取り組みの結果、第1期計画策定時には島根県よりも若干高かった高血圧の有病率は、以後年々低下し県よりも低くなりました。

⑪生活習慣病重症化予防対策

- 1) 目的・目標・事業評価と効果確認
生活習慣病重症化予防

目 標
・ 紹介医療機関数を増やす ・ 健診結果から「管理不十分」を減らす

- 2) 対象者
生活習慣病で受診中（服薬中）もしくは特定健診の受診勧奨判定値を超えている者等で、指導を受けることに同意のあった者

- 3) 実施内容・実施方法

【実施内容】

- ・ 医療機関と連携による生活指導・栄養指導の実施
- ・ K D B システム・健診結果からハイリスク者等の選定

【実施方法】

- ・ 国保データベース等を活用した医療費分析による 実態把握
- ・ 健診データ・レセプトデータから選定した対象者へ、主治医と連携した保健指導の実施
- ・ 地域医療関係者連絡会の開催
- ・ 町内医療機関等との情報交換、関係機関とのネットワークの強化
- ・ 生活習慣病重症化予防のための対策の検討
- ・ 地域連携 I T システム支援についての検討
(適正受診・生活指導等)
- ・ 町内医療機関との連携による地域医療、在宅医療体制整備

【実施時期・場所等】

- ・ 対象者に応じて実施。

【実施者及び関係機関】

- ・ 奥出雲町保健師、管理栄養士
- ・ 医療機関

平成28年度からCKD（慢性腎臓病）対策として、対象者の抽出基準を定め、健診からのフロー図等を作成し取り組んでいるところです。各医療機関との連携方法については方向性が未定であり、合わせて医療機関に対して事業周知もすすめていく必要があります。今後、医師会と連携して事業をすすめていく予定です。

⑫ジェネリック医薬品差額通知

- 1) 目的・目標・事業評価と効果確認
医療費削減に向けての適正受診と生活習慣病予防

目 標
・ジェネリック医薬品普及率の上昇
※厚生労働省は新たな目標として、平成29年度までにジェネリック医薬品普及率（数量ベース・新指標）を60%以上とした。

- 2) 対象者
入院・通院中の服薬患者

- 3) 実施内容・実施方法

【実施内容】

- ・該当者にジェネリック医薬品差額通知を送付する。
- ・国保連合会へ委託し、レセプトを調査し、該当患者へ個別に削減効果を通知する。
- ・結果を確認、評価する。

【実施時期・場所等】

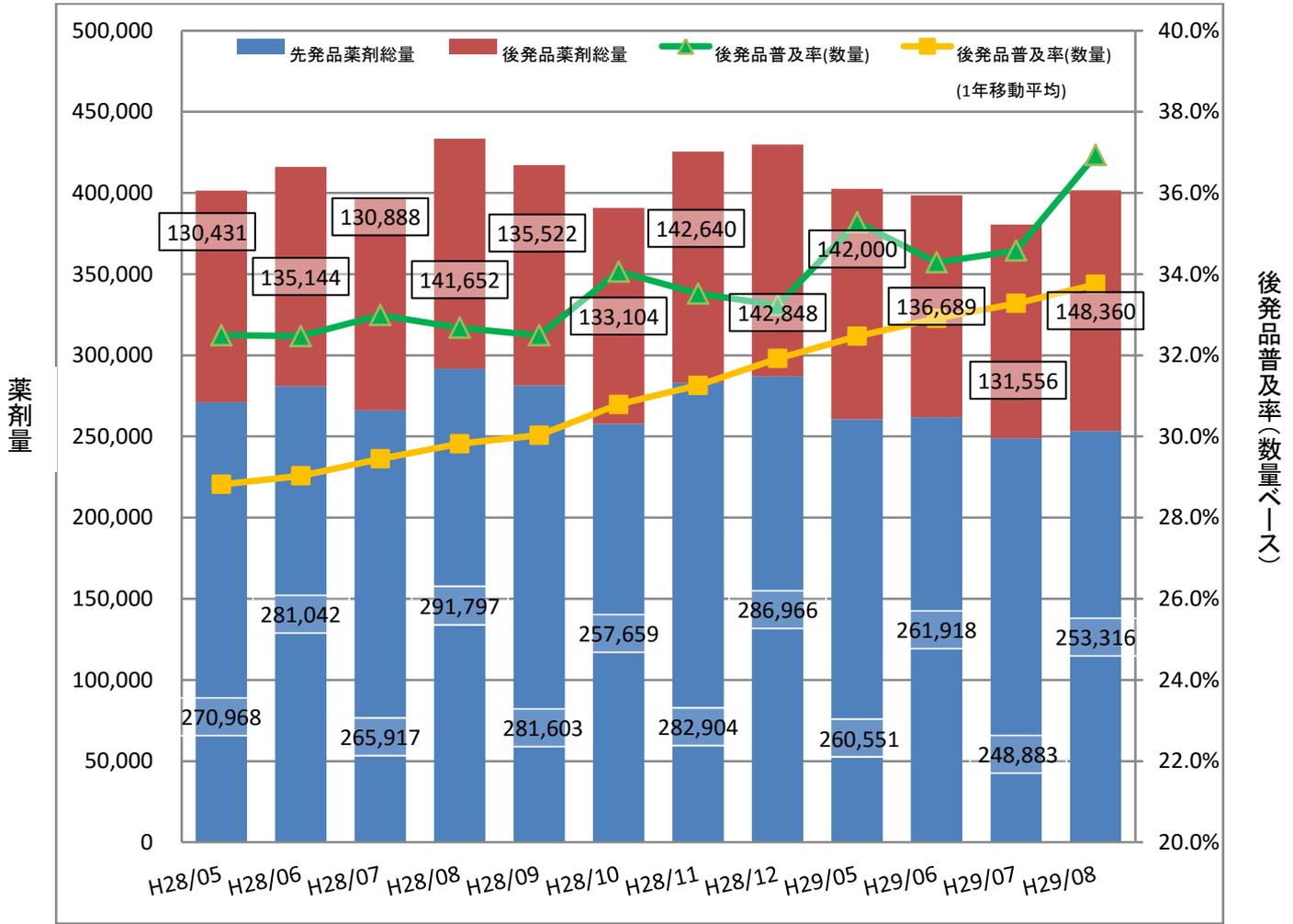
- ・年度計画に基づき実施する。

【実施者及び関係機関】

- ・国保事務担当者 ・医療機関

4) 評価

ジェネリック医薬品の普及率（数量ベース）



診療年月	H28/05	H28/06	H28/07	H28/08	H28/09	H28/10	H28/11	H28/12	H29/05	H29/06	H29/07	H29/08
薬剤総量	401,399	416,186	396,805	433,449	417,125	390,763	425,544	429,814	402,551	398,607	380,439	401,676
先発品薬剤総量	270,968	281,042	265,917	291,797	281,603	257,659	282,904	286,966	260,551	261,918	248,883	253,316
後発品薬剤総量	130,431	135,144	130,888	141,652	135,522	133,104	142,640	142,848	142,000	136,689	131,556	148,360
後発品普及率(数量)	32.49%	32.47%	32.99%	32.68%	32.49%	34.06%	33.52%	33.23%	35.28%	34.29%	34.58%	36.94%
後発品普及率(数量) (1年移動平均)	28.82%	29.03%	29.45%	29.82%	30.03%	30.79%	31.26%	31.92%	32.47%	32.91%	33.28%	33.75%

資料：国保データ連携システム（株式会社データホライズン集計）

国の目標数値は、平成29年度までにジェネリック医薬品普及率（数量ベース）を60%以上となっています。奥出雲町のジェネリック医薬品の普及率は増加傾向にあり、平成29年8月は33.75%ですが、目標値には達成しませんでした。

2. 分析結果からみえてきた現状と課題

(1) 分析結果からみえてきた現状

奥出雲町の国民健康保険の現状は次のとおりです。

分析項目	分析結果からみえてきた現状
死亡の状況 要介護の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・死因別死亡割合は、生活習慣病が男性で53%、女性で56%と半数以上を占めている。 ・脳血管疾患の死亡率が男女ともに最も高く、男性は51.5、女性は30.9で島根県に比べ高い。壮年期の男性は12.2で県より低い、女性は24.8で県より高い。 ・脳血管疾患の標準化死亡比は男女ともに県より高い。 ・虚血性心疾患の死亡率が男性は18.9、女性は11.3で県より高い。 ・壮年期男性の肺がん死亡率は上昇傾向で37.9となり、県より高い。 ・壮年期男性の大腸がん死亡率は27.7で県より高い。 ・64歳までの要介護の原因疾患1位は脳血管疾患。
生活習慣病の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・脳卒中発症者の基礎疾患で最も多いのは高血圧。 ・脳血管疾患の発症率は男性で増加しており、県より高い。 ・高血圧の年齢調整有病率の割合は、女性に比べ男性が高い。 ・脂質異常症の割合が、高血圧、糖尿病と比べると最も高く、特に男性より女性が高い。しかし、医療費は糖尿病・高血圧より低い。 ・非肥満高血糖者の割合は、12.3%で県、国に比べ高い。 ・糖尿病予備群者の割合は年々増加し、21.2%となり県と比べ高い。
生活習慣の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・運動習慣がある人の割合は県よりも低い、歩行または身体活動を1日1時間以上実施している人は5割以上で県よりも高い。 ・就寝前の2時間以内に夕食をとることが週3回以上の人割合は、約2割で県より高い。
医療費の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・平成28年度の奥出雲町国保医療費は13億2,180万円で横ばいだが、被保険者1人あたり医療費は年々増加し約44万円となり、県より高い。 ・疾病別医療費の上位3位疾患は、1位循環器系疾患、2位新生物、3位内分泌・栄養及び代謝疾患と生活習慣病に関連した疾患である。 ・生活習慣病別医療費では、入院外の高血圧症が最も高額だったが、患者1人あたり医療費では、入院の糖尿病性合併症群が最も高額であった。
健（検）診の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診の受診率は横ばいで、平成28年度は39.6%と県に比べて低く、第2期特定保健診査等実施計画目標値には達していない。 ・未受診者の理由として、「治療中である」と答えた人が30.7%と最も多かった。 ・年齢区分別にみると、40～50歳代の受診率が18.0%と低い。 ・特定健診の受診者の有所見者割合をみると、BMI、腹囲は男性が女性に比べて高いが、HbA1c、血圧、LDLコレステロールは女性のほうが高い。 ・血圧の有所見者割合は男女ともに50歳以上、LDLコレステロールは40歳以上で増加率が高い。 ・がん検診の受診率が伸び悩んでおり、目標値に達していない。 ・他のがんに比べ、大腸がん精密検査受診率が低い。

(2) 健康課題の抽出

分析結果からみえてきた奥出雲町国保の現状は、高齢化が進み、1人あたり医療費は年々増えており、島根県と比較して高い状況です。また、医療費のうち、「循環器系疾患」「新生物（がん）」「内分泌・栄養及び代謝疾患」といった生活習慣病に関連する疾患の医療費が高額であることがわかりました。中でも「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常」が高額医療を占めており、この3疾患の発症を防ぐことが医療費の抑制につながるため、積極的に発症予防に努める必要があります。

本町は、脳卒中の年齢調整死亡率、脳血管疾患の標準化死亡比（SMR）が、県に比べ男女ともに高い状況ですが、脳卒中死亡率は改善傾向です。しかし、脳卒中の発症者は特に男性で増加しています。また、脳卒中発症者のうち、9割以上は「高血圧」「糖尿病」「脂質異常症」の基礎疾患を有している状況です。特定健康診査で生活習慣病リスクの高い人を早期に発見し、特定保健指導等で生活習慣の改善を促し、重症化させない取り組みが大切です。要介護になる原因疾患をみても、脳血管疾患が一番多い状況であり、脳卒中对策は、健康増進の面からだけでなく介護予防の面からも重要です。

全国的に対策が必要と言われている糖尿病においては、糖尿病有病率は県に比べ低いものの、特定健康診査受診者の有所見者の割合で一番高いのは、HbA1cであり血糖値にリスクを抱えている人が多いのも現状です。また、糖尿病予備群推定数の割合は年々上昇し県より高く、非肥満高血糖者の割合も県と比べて高いのも特徴的です。糖尿病合併症は発症するとQOL（生活の質）の影響も大きく、入院、入院外共に1人あたり医療費が最も高額であり、医療費適正化の観点からも糖尿病対策は重要な課題です。

がんにおいては、医療費は2番目に高額な状況です。特に、壮年期男性の肺がんにおいては死亡率が上昇傾向の中、肺がん検診の受診率は減少傾向です。また、壮年期男性の大腸がんの死亡率も高いですが、精密検査受診率が低い状況にあります。がん検診受診率向上のため受診しやすい体制整備や、精密検査の受診勧奨を確実にいき、疾病の早期発見に努めていくことが重要です。

特定健康診査の受診率は伸び悩んでおり、毎年県を下回り目標値に達していません。特に40歳～50歳代受診率が低い状況です。また、特定健康診査の結果からも、血圧の有所見者の割合は男女ともに50歳代から上昇し、LDLコレステロールについては40歳からすでに高いため、若いうちから継続して健診を受診し、生活習慣病の発症リスクを早期に発見することで将来的な生活習慣病医療費を抑制することにつながります。よって、40～50歳代の若い世代が受診しやすい健診のあり方について検討し、職域と連携した生活習慣病対策を図る必要があります。

以上のことから、奥出雲町が重点的に取り組む必要がある健康課題を次のとおりとします。

【健康課題1】 特に男性で、脳血管疾患による発症者が増えている。

【健康課題2】 血糖値にリスクを抱えている人が多い。

【健康課題3】 壮年期男性の肺がん、大腸がんによる死亡が高い。

【健康課題4】 40歳～50歳代の壮年期の健診受診率が低く、すでに基礎疾患のリスクを抱えている。

3. 対策と目標の設定

これまでの取り組みの評価や分析により健康課題を踏まえ、次のとおり短期目標・中長期目標を設定しました。

対策	目的	短期目標（年度ごと）	中長期目標（平成35年度）
生活習慣病 予防対策	町民が健康づくりに関心を持ち、生活習慣病とその予防策について知ること、生活習慣病の発症及び重症化を防ぐ。	<ul style="list-style-type: none"> 健康教室の開催の維持あるいは増加（各自治会、公民館、団体、等） 健康教室や健康相談を開催した事業所を増やす 自治会集会所の禁煙実施率を増やす。 	<ul style="list-style-type: none"> 運動習慣のある人の割合 35% 成人の喫煙率 男性 20.0% 女性 2.0% 自治会集会所の禁煙実施率 80%（H33年目標値） 高血圧、糖尿病、脂質異常症の増加率を0にする（H28年基準）
健診受診率 向上対策	健診受診者を増やし、生活習慣病のリスクを早期に発見し発症を防ぐ。	<ul style="list-style-type: none"> 40～50歳代の受診者を増やす 継続受診者の割合を増やす 	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診受診率 60%以上
がん検診未 受診者対策	未受診者ががん検診の必要性を理解し、定期的に受診するようになることで、早期発見・早期治療に繋げる。	<ul style="list-style-type: none"> がん検診受診率を増やす 精密検査受診率を増やす 	<ul style="list-style-type: none"> がん検診受診率 胃がん、肺がん、大腸がん 45% 乳がん 50% 子宮頸がん 30% 精密検査受診率 胃がん 80% 大腸がん 50% 肺がん、乳がん、子宮頸がん 100% 壮年期のがんによる年齢調整死亡率（H33年目標値） 胃がん 男性 2.8 女性 3.9 肺がん 男性 19.2 女性 3.4 大腸がん 男性 18.0 女性 2.9 乳がん 0
ハイリスク 者対策	生活習慣病の重症化予防のため、対象者へ個別にアプローチし、適切な受診を勧奨する。	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診の精密検査受診勧奨実施率 100% 	<ul style="list-style-type: none"> 勧奨により医療機関受診に繋がった割合の増加
脳卒中発症 予防対策	町民に脳卒中予防や早期発見、早期治療の重要性を啓発し、脳ドック受診により脳卒中のリスクを早期に発見し、発症を予防する。	<ul style="list-style-type: none"> 高血圧者の割合を減らす 糖尿病患者の割合を減らす 脂質異常症者の割合を減らす 	<ul style="list-style-type: none"> 高血圧年齢調整有病率の増加率を0にする（H28年基準） 壮年期の脳血管疾患年齢調整死亡率（H33年目標値）男性 7.5 女性 5.5
糖尿病性腎 症重症化 予防対策	糖尿病予防の重要性や町の現状等について町民に啓発する。また、関係機関と連携し、効果的に町民の疾病管理をサポートすることで、糖尿病並びに慢性腎臓病（CKD）予防と重症化予防を図る。	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病患者の割合を減らす 精密検査受診率の向上 慢性腎臓病（CKD）ハイリスク者の受診率を増やす 	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病有病者数 男女共に 5.9（H33年目標値） 糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数 0人
生活習慣病 予備群対策	生活習慣病予防及び重症化予防のため、対象者が自身の健康状態を正しく理解し、生活習慣改善に取り組むことができるよう支援する。	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診結果報告会の参加者数を増やす 特定保健指導実施率を増やす 特定保健指導対象者を減らす 	<ul style="list-style-type: none"> 結果報告会参加率 75% 特定保健指導実施率 60% 特定保健指導対象者の減少率 25%
医療費適正 化対策	ジェネリック医薬品の普及啓発を図るとともに、重複多受診者に適切な受診を促し、医療費を抑制する。	<ul style="list-style-type: none"> ジェネリック医薬品の普及率を増やす 重複多受診者を減らす 	<ul style="list-style-type: none"> ジェネリック医薬品普及率（数量シェア） 80%以上

*H33年の目標値を設定している項目については、「第2期奥出雲町げんきプラン21」の最終評価で評価した後、H35年の目標値を設定します。

4. 保健事業の内容

対策	事業名	対象者	事業内容・体制	実施スケジュール	
生活習慣病予防対策	奥出雲町元気プラン21計画に基づく健康づくり活動	全町民	生活習慣病、食生活・栄養、身体活動・運動、こころの健康、飲酒、喫煙、歯・口腔の各分野に関して、自治会や公民館、企業や教育機関とともに町民の健康づくりを支援する。 壮年期対策：町内事業所での健康教室・健康相談開催のアプローチ 各教育機関と連携し、子育て世代に対して食育を通じた食生活の学習会の開催	4月～翌年3月まで で、各機関の年度計画に基づき実施。	平成31年度以降継続
	生活習慣病予防のため健康教室（仮題）	・特定保健指導対象者 ・脳ドック受診後要フォロー者 ・特定健診にて精密検査で受診したが、治療にならなかった者	生活習慣病予防を目的とした内容の健康教室を実施。より多くの方に予防意識をもってもらうため、一般公開とする。 参加者増加のため、たたらスタンプの導入を今後検討。	8月～12月 年6回	平成30年度の評価を行い、実施の継続を検討
	健康・栄養相談日	全町民 以下の者は地区担当保健師から紹介する ・特定保健指導対象者 ・脳ドック受診後要フォロー者 ・特定健診にて精密検査で受診したが、治療にならなかった者	血圧測定や体組成測定や問診、食事記録による聞き取りから、地区担当保健師や管理栄養士が必要な指導及び助言を行う。	2か月に1回 年6回 必要に応じて個別に相談日を設ける。	平成31年度以降継続
	早期介入保健事業にかかる健康診査	町民の内30～39歳までの国保加入者	健康診査（集団健診・個別健診）の実施。 健診当日または後日の結果報告会にて、保健師や管理栄養士が必要な指導及び助言を行う。 精密検査対象者には、電話や訪問にて受診勧奨を行う。	特定健康診査に合わせて実施。	平成31年度以降継続
健診受診率向上対策	特定健康診査	国保被保険者（実施年度中に40～74歳となる加入者で除外規定の該当者を除く者）	第5章に記載しています。	第5章に記載しています。	平成31年度以降継続
生活習慣病予備群対策 ハイリスク者対策	特定保健指導	国が示している階層化基準に基づき、特定健康診査の対象者の内動機づけ支援、積極的支援に該当した者	第5章に記載しています。	第5章に記載しています。	平成31年度以降継続
脳卒中発症予防対策	脳卒中発症予防対策事業	全町民 町民の内、40歳以上で過去5年間脳ドックを受けていない者かつ75歳以上で生活習慣病で医療機関を受診していない者 ・脳ドック受診後要フォロー者	健康教室や広報等で脳卒中予防のための血圧管理や発症時の早期受診等の知識普及。 壮年期対策：町内事業所や自治会、公民館等での健康教室の内容に組み込み実施。 ・脳ドック検診の実施 ・脳ドック検診受診者で要指導者へ保健指導や健康教室等を誘い、生活習慣改善の支援	4月～翌年3月まで	平成31年度以降継続

対策	事業名	対象者	事業内容・体制	実施スケジュール	
糖尿病性腎症重症化予防対策	糖尿病性腎症重症化予防事業	<p>特定健康診査を受診した被保険者のうち、①または②に該当する者</p> <p>*判定基準 ①HbA1c6.5%以上または、空腹時血糖 126mg/dl (随時血糖 200mg/dl) 以上または、糖尿病治療中</p> <p>②尿蛋白 2+以上 または、eGFR : 50ml/分/1.73 m²未満 (70 歳以上は eGFR : 40ml/分/1.73 m²未満)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病が重症化するリスクの高い、医療機関未受診者・受診中断者を受診勧奨によって医療に結びつけるとともに、かかりつけ医と連携して、専門医受診や保健指導につなげ、腎不全や人工透析への移行を予防する。 ・健診結果よりハイリスク者台帳を作成し、対象者へ精密検査の受診勧奨や保健指導を行う。 ・かかりつけ医と連携し、診療情報提供書により必要者を健康・栄養相談等の保健事業につなげる。 	4月～翌年3月まで	平成31年度以降継続
がん検診未受診者対策	がん対策事業	<p>【胃・肺・大腸・乳がん】 職場等で受診機会がない40歳以上の町民</p> <p>【子宮頸がん】 20歳以上の町民</p> <p>・がん検診受診者で精密検査未受診者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・受診者の利便性向上 (特定健診との同日実施、休日や夕方の検診実施、受診者へのアンケート調査でニーズ把握) ・受診率向上のため、商工会と連携し、たたらスタンプの導入を検討。 ・協会けんぽと協定し、国民健康保険以外の被扶養者も集団特定健診と同日にがん検診受診を実施 (H30年度～) ・検診受診者に対し、検診内容・精密検査受診の必要性についてリーフレットを活用した働きかけ <p>・精密検査未受診者への受診勧奨強化</p> <p>・大腸がん検診精検査未受診者への受診状況調査の実施</p>	4月～翌年3月まで	平成31年度以降継続
医療費適正化対策	重複多受診者への指導	重複多受診者	<ul style="list-style-type: none"> ・重複多受診者に対して、電話や訪問で状況を把握し適切な受診行動を促す。 	4月～翌年3月まで	平成31年度以降継続
	ジェネリック医薬品の普及	入院・通院中の服薬患者	<ul style="list-style-type: none"> ・ジェネリック医薬品の利用について広報啓発を行う ・対象者に差額通知を送付する。 	4月～翌年3月まで	平成31年度以降継続

第4章 計画の推進に向けて

1. 計画の評価・見直し

本計画に掲げる目標の達成状況及び事業の実施状況については、年度ごとに評価を行います。年度ごとの評価には、KDBや医療費分析ツール「Focus」等を活用します。評価の結果から、本計画の目標設定、取り組むべき事業の実施方法、スケジュール等の見直しを行っていきます。計画の最終年度には総合的に評価を行い、次期計画で効果的な保健事業の運営が行えるよう見直しを図ります。

2. 計画の公表・周知

本計画は、町ホームページ等で住民や関係機関へ周知します。

3. 個人情報の取り扱い

特定健康診査、がん検診及び特定保健指導並びに各保健事業に関わる個人情報については、「個人情報の保護に関する法律」「国民健康保険組合における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」「個人情報保護条例」「情報セキュリティポリシー」に基づき管理します。

保健指導事業等を外部に委託する際は、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定めます。

第5章 第3期特定健康診査等実施計画

計画作成の背景

奥出雲町では、町の総人口が減少傾向にある中少子高齢化が進んでおり、将来にわたり医療保険制度を堅持し持続可能なものとしていくためには、死亡原因でも約6割を占め、医療費に占める生活習慣病の割合も国民医療費の約3分の1である、生活習慣病対策が求められています。生活習慣病は、内臓脂肪の蓄積に起因する 경우가多く、これに高血圧症、高血糖等が重複した場合動脈硬化が急速に進み、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症の危険が高くなります。このため、メタボリックシンドロームとその予防に着目した、特定健康診査（※1）及び特定保健指導（※2）を平成20年度より実施しています。

奥出雲町国民健康保険では、平成25年に策定した「奥出雲町国民健康保険第2期特定健康診査等実施計画」についての取組みを評価検討し、課題を整理したうえで、特定健康診査及び特定保健指導の目標値や実施方法等具体的な取り組みについても整理しました。これを平成35年度までの第3期計画とし、生活習慣病予防に力を入れ、奥出雲町国民健康保険の医療費適正化を推進していくこととします。

（※1） <特定健康診査とは>

平成20年4月から、医療保険者が、40～74歳の加入者を対象として、毎年度計画的に実施する内臓脂肪型肥満に着目した検査項目での健康診査です。その目的は、メタボリックシンドロームの該当者とその予備群を減少させるための特定保健指導対象者を抽出するために行なうものです。

（※2） <特定保健指導とは>

平成20年4月から、医療保険者が、特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者に対して毎年度計画的に実施する、動機づけ支援・積極的支援をいいます。生活習慣の改善に向けて保健指導を行なうことにより、対象者自ら課題を認識し、行動変容に向けて実践し健康的な生活を維持することが出来るようになることを通じ、生活習慣病を予防することを目的とするものです。

1. 第2期特定健康診査等実施計画の取り組みから

(1) 特定健康診査の実施状況

特定健康診査（以後特定健診）の受診率の推移を表1、図1に示しました。各年度の目標値にはいずれも届かず、県内平均との対比でも平成28年度までの各年度ですべて下回っていました。市町村国保についても平成27年度の実績率（法定報告速報値）は全国平均が36.3%、県内平均が43.4%にとどまっており、各保険者とも国が示した参酌標準に達してはいませんでした。

また、平成28年度特定健診受診者の年齢区分別割合を見ると、そのほとんどが60歳以上でした。同年度の性・年齢階級別受診状況と、受診年齢区分による年代別対象者の割合からも、40～50代の受診率が低く、その内女性より男性の受診率が低いことが分かります（図2、3）。さらに、年代別受診傾向区分では、最も多い継続受診者の50%を60～70代が占めており、働き盛り世代の健診受診が定着していません（図4）。

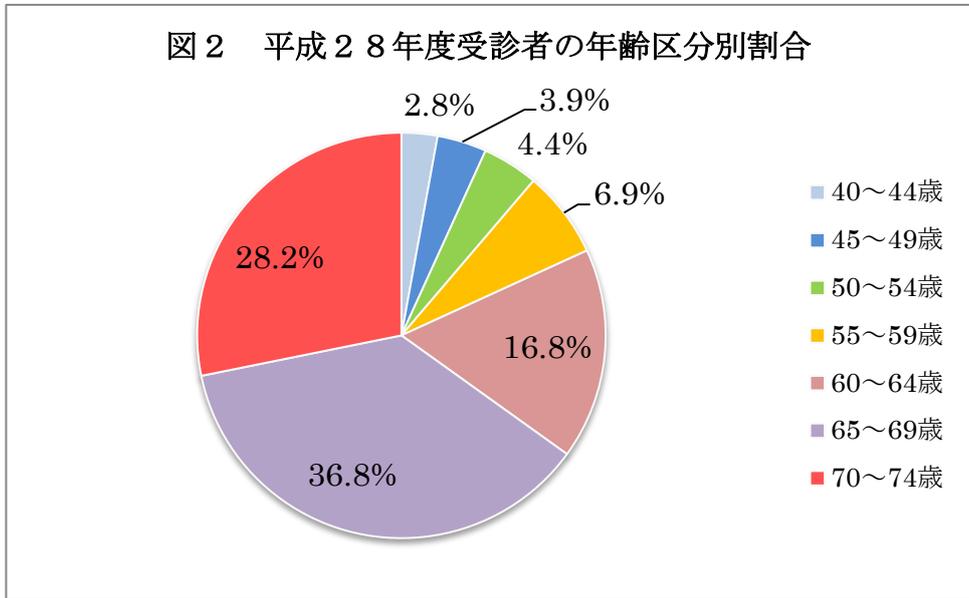
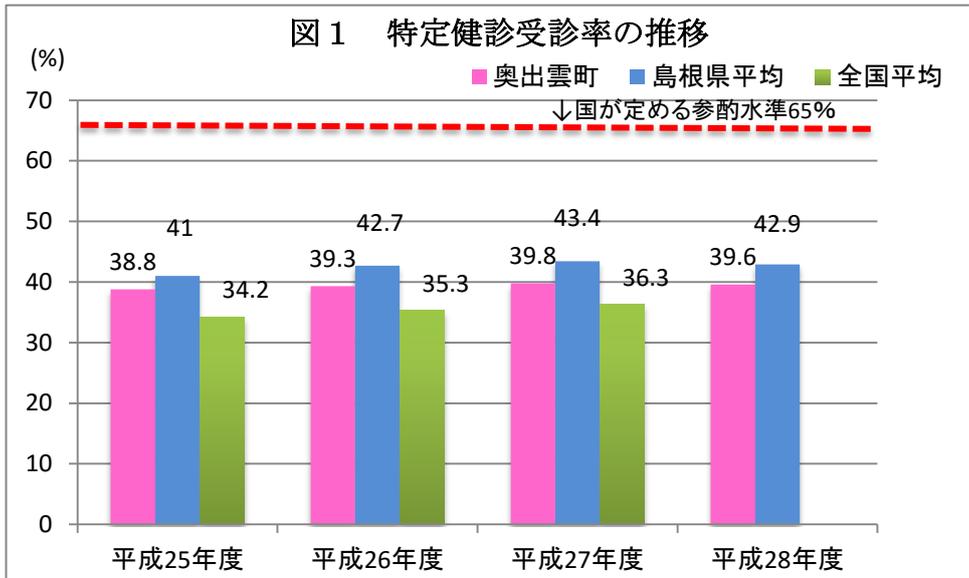
平成27年度に奥出雲町で特定健診未受診者を対象とした郵送によるアンケート結果では、「治療中である」と答えた人が30.7%と最も高い理由でした（表2）。同年度の奥出雲町国保の特定健診受診と医療機関受診の関係図でも、未受診者では医療機関受診が有る者の割合が一番高く49.3%でした（表3）。

特定健診の受診方法の割合は、集団健診は減少傾向ですが、町内の医療機関等で受診される個別健診での受診者割合は上昇傾向です（図5）。

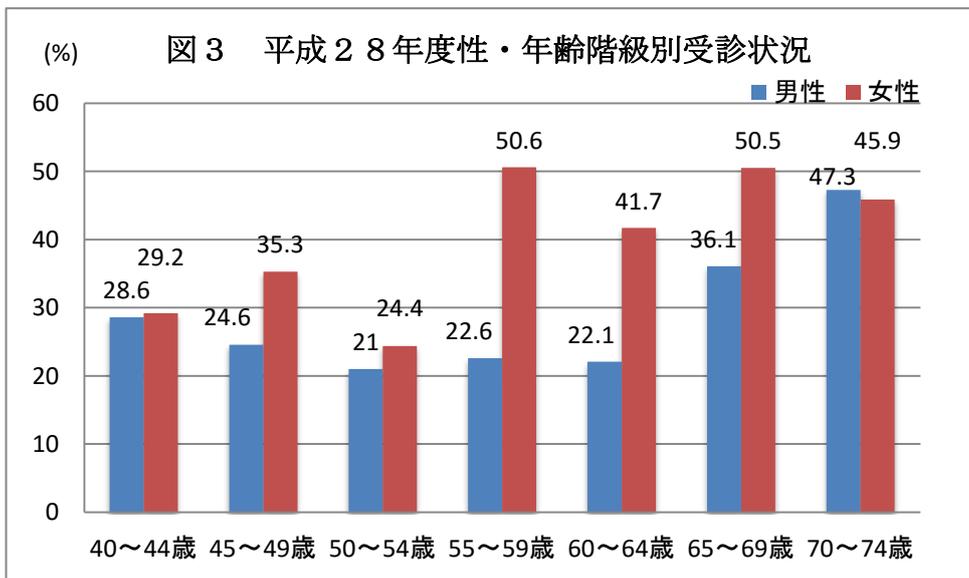
表1 特定健康診査の受診率の推移

	区分	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	参酌標準
	対象者	2,616人	2,537人	2,474人	2,438人	2,403人	2,323人	
目標	実施率	55%	65%	45%	49%	53%	57%	65%
	受診者数	1,871人	2,235人	1,218人	1,285人	1,347人	1,404人	
実績	実施率	35.6%	38.7%	38.8%	39.3%	39.8%	39.6%	
	受診者数	932人	981人	961人	958人	956人	920人	
参考	市町村国保 全国平均	32.7%	33.7%	34.2%	35.3%	36.3%	未集計	65%
	市町村国保 島根県平均	37.9%	39.1%	41.0%	42.7%	43.4%	42.9%	65%

資料：特定健康診査・特定保健指導に係る法定報告集計結果（以後法定報告）
（平成23～27年度は確定値、平成28年度は速報値）

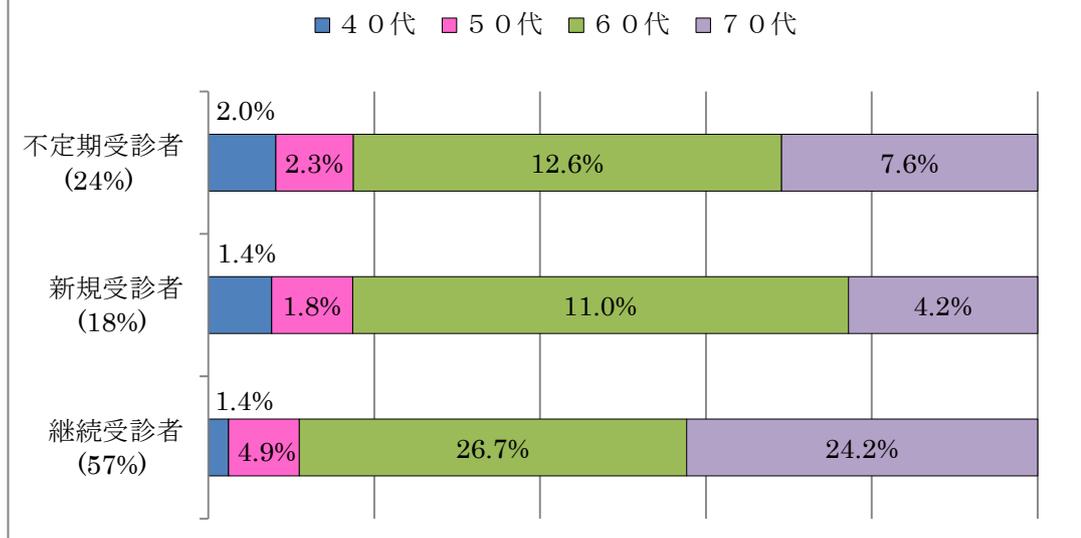


資料：平成28年度法定報告（速報値）



資料：平成28年度法定報告（速報値）

図4 平成28年度特定健診受診者の年代別受診傾向区分



資料：KDBシステム

表2 特定健診未受診理由

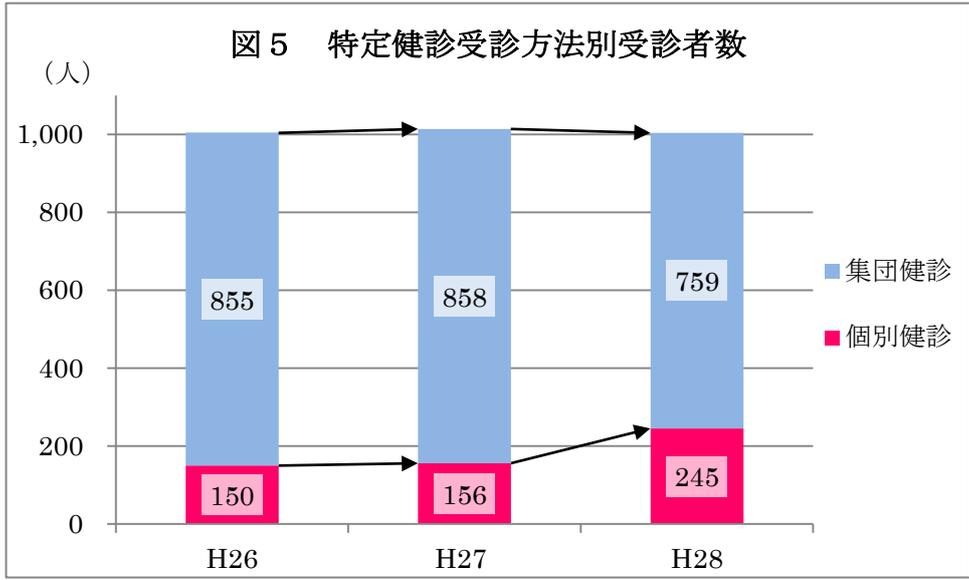
実施数 a	回答数 b (% b/a)	未受診理由		
		1位	2位	3位
1,694	287 (16.9%)	治療中である (30.7%)	特に理由なし (10.9%)	健康だから (10.1%)

資料：平成27年度奥出雲町特定健診未受診者アンケート結果

表3 平成27年度奥出雲町国保の特定健診対象者における特定健診受診と医療機関受診の関係図

		医療機関への受診			
		有	無	合計	
特定健診の受診	有	受診者数	918人	60人	978人
		健診対象者に占める割合	35.6%	2.3%	38.0%
	うち生活習慣病有	受診者数	672人		672人
		受診者数に占める割合	73.2%		68.7%
	無	未受診者数	1,270人	329人	1,599人
		健診対象者に占める割合	49.3%	12.8%	62.0%
うち生活習慣病有	未受診者数	971人		971人	
	未受診者数に占める割合	76.5%		60.7%	
合計	合計人数	2,188人	389人	2,577人	
	健診対象者に占める割合	84.9%	15.1%	100.0%	
合計	うち生活習慣病有	1,643人		1,643人	
	合計人数に占める割合	75.1%		63.8%	

資料：KDBシステム



資料：特定健診システムより（特定健診受診者抽出条件登録）

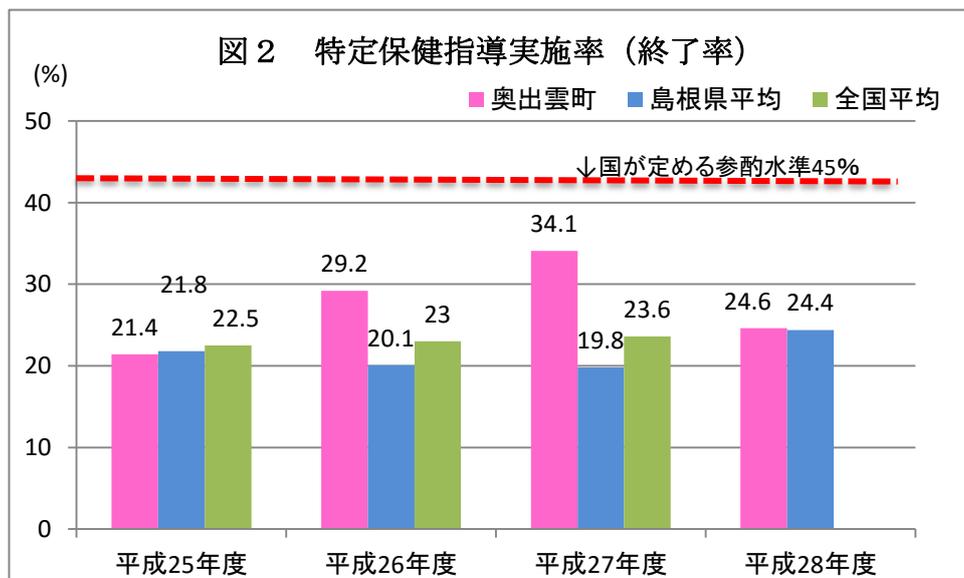
(2) 特定保健指導の実施状況

特定保健指導については、平成 26 年度以降全国や県内平均を上回る実施率で推移していますが、いずれの年度も目標を上回ることはありませんでした（表 4、図 6）。

表 4 特定保健指導の実施率（終了率）

区分		平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	参酌標準	
目標	実施率	43%	45%	45%	49%	53%	57%	60%	
	支援者数	119 人	150 人	70 人	81 人	91 人	102 人		
実績	対象	動機付け支援	85 人	85 人	71 人	75 人	63 人	51 人	
		積極的支援	34 人	37 人	27 人	21 人	19 人	10 人	
	実施	動機付け支援	32 人	41 人	20 人	28 人	24 人	15 人	
		積極的支援	1 人	9 人	1 人	0 人	4 人	0 人	
	実施率	27.7%	41.0%	21.4%	29.2%	34.1%	24.6%		
参考	市町村国保 全国平均	19.4%	19.9%	22.5%	23.0%	23.6%	未集計	45%	
	市町村国保 島根県内平均	19.4%	18.7%	21.8%	20.1%	19.8%	24.4%	45%	

資料：法定報告（平成 23～27 年度は確定値、平成 28 年度は速報値）



(3) メタボリックシンドロームの該当者および予備群者の状況

前年度のメタボリックシンドロームの該当者又は予備群者のうち、①該当者から予備群又は非該当へした者、②予備群から非該当へ改善した者を合計した者の割合を「メタボリックシンドロームの減少率」と言い、特定健診等の実績を判断する指標の一つになっています。

メタボリックシンドローム該当者および予備群の減少率は、目標としていた25%以上の減少率を、年度で変動はあるものの概ね達成しています(表5)。

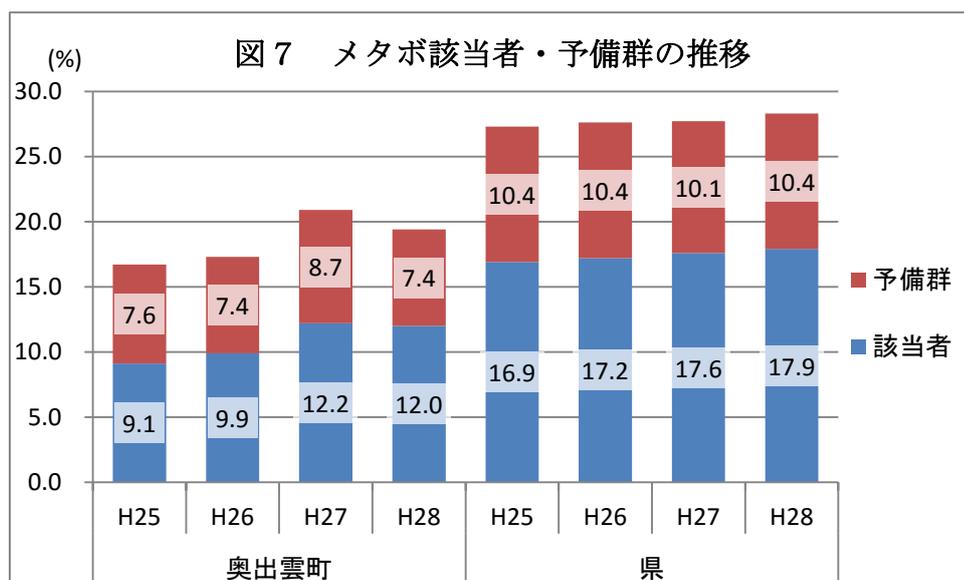
またメタボリックシンドロームの該当者は若干増加傾向ですが、予備群はほぼ横ばいであり、県と比較しても低く推移しています(図7)。

これらの理由として、①対象者が医療機関を受診し適切な治療を受け改善したこと、②健診結果に基づいて生活習慣を改善したことが考えられます。

表5 メタボリックシンドローム減少率

	①メタボリックシンドロームの該当者の状況				②メタボリックシンドロームの予備群者の状況		
	前年度	当年度		減少率	前年度	当年度	減少率
	該当者	予備群へ改善	非該当へ改善		予備群	非該当へ改善	
平成25年度	91人	14人	15人	31.9%	82人	24人	29.3%
平成26年度	79人	10人	12人	27.8%	68人	18人	26.5%
平成27年度	86人	3人	8人	12.8%	67人	12人	17.9%
平成28年度	100人	10人	15人	25.0%	78人	17人	21.8%
平成29年度目標	25% (20年度を基準として確定する)						

資料：法定報告(平成25～27年度は確定値、28年度は速報値)

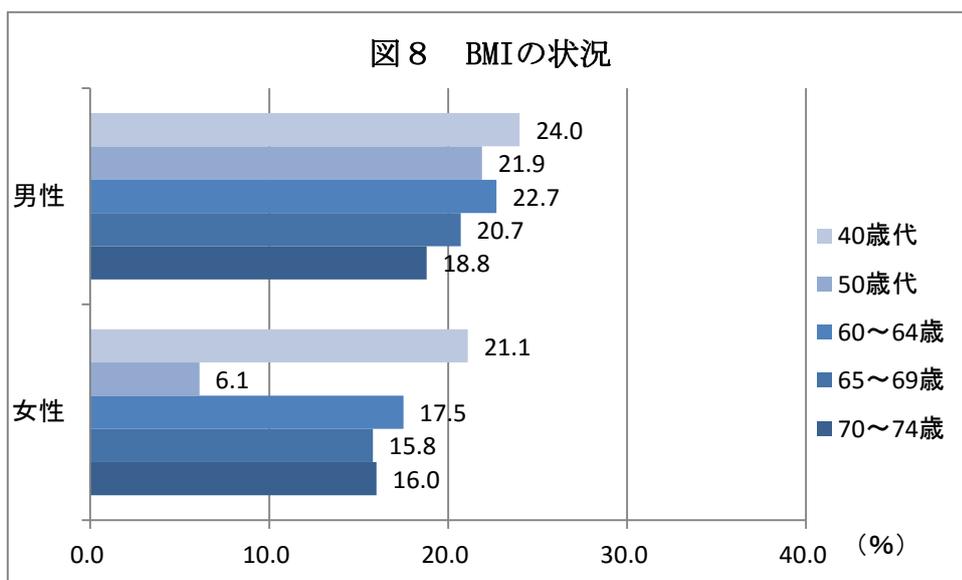


資料：法定報告(平成25～27年度は確定値、28年度は速報値)

(4) 健診有所見者状況

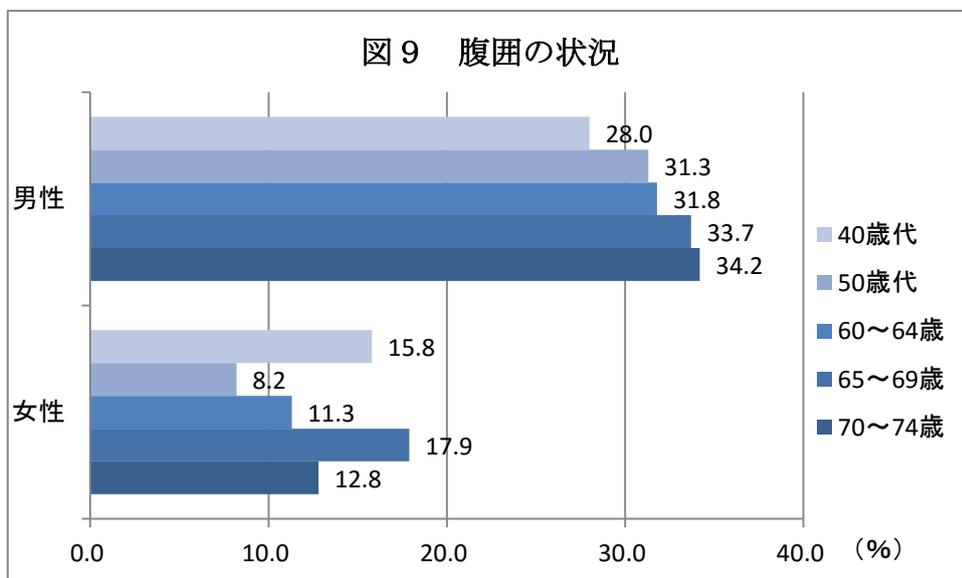
平成 28 年度の特定健診結果から、性・年齢階層別に健診有所見者の状況について以下の図 8～12 にまとめました。その結果、男性は BMI と腹囲がどの年代でも高いこと、HbA1c と LDL コレステロールは男女とも高いが、特に HbA1c については 60 歳代の女性が約 7 割と高いことが分かります。また血圧については男女とも 50 歳代から上昇し、70 歳代では 5 割に達しています。

以上のことから、男性は肥満予防、女性には非肥満であっても高血糖・糖尿病予防に注力していくこと、また男女共に高血圧には早期から介入していく必要があると考えられます。



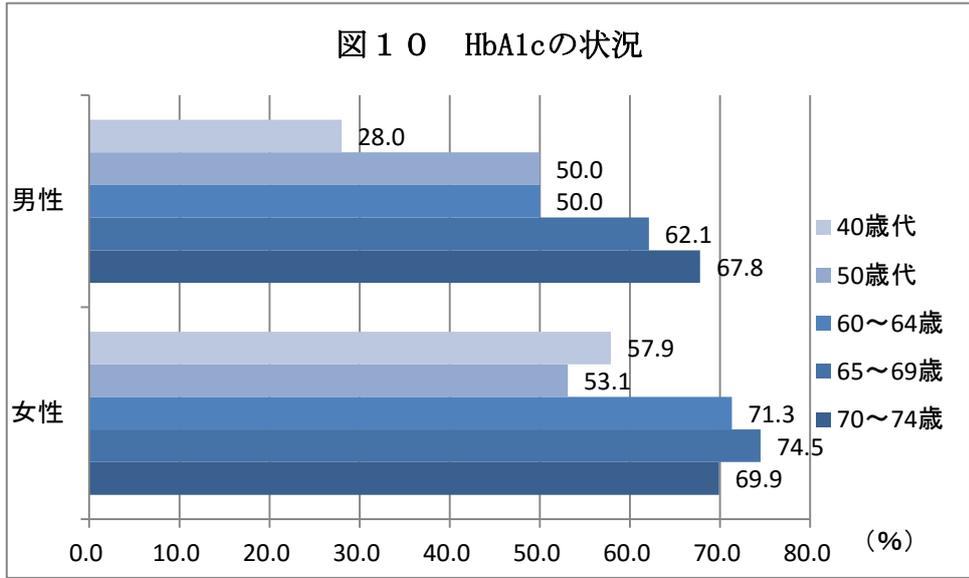
※有所見者判定基準

・BMI: 25 以上

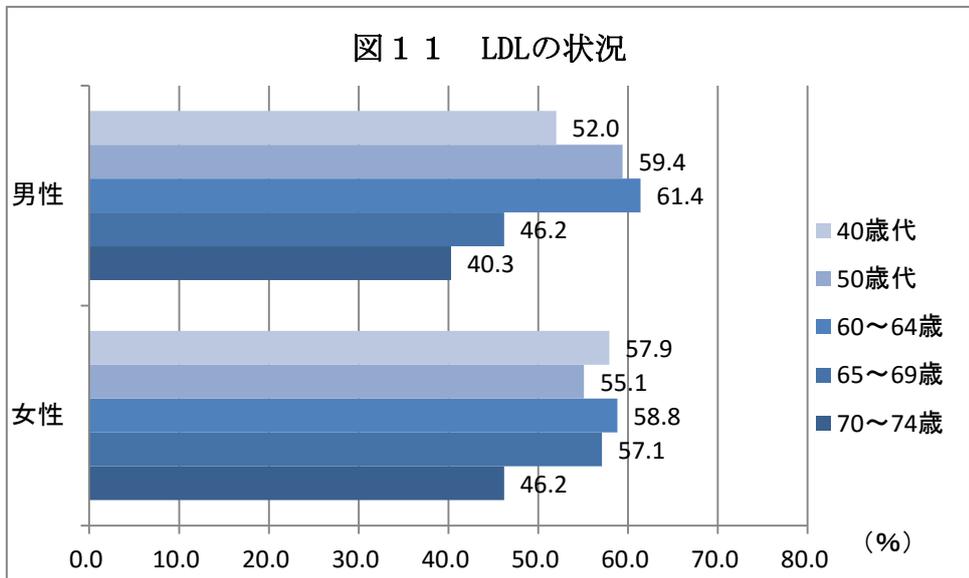


※有所見者判定基準

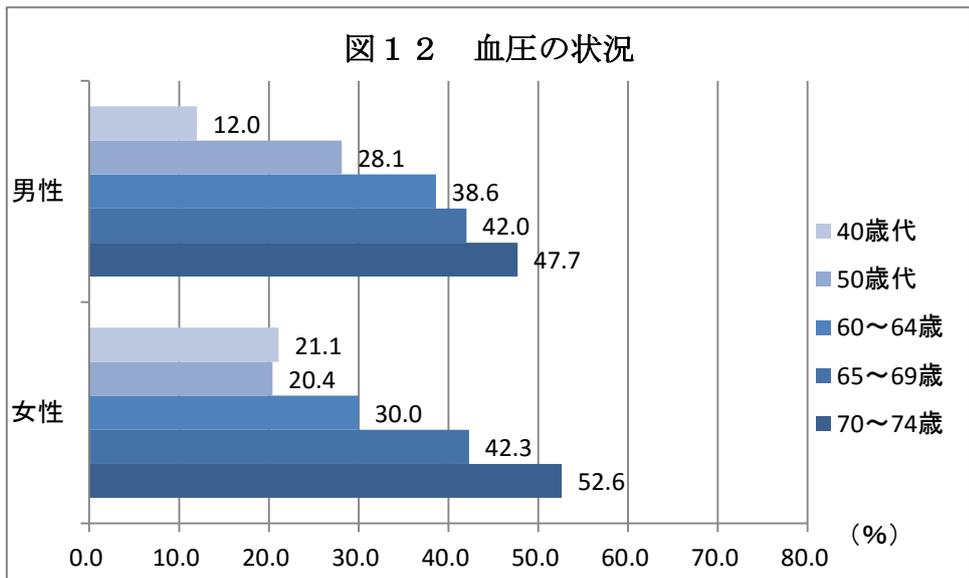
・腹囲：
男性 85cm 以上
女性 90cm 以上



※有所見者判定基準
 ・HbA1c: 5.6%以上



※有所見者判定基準
 ・LDL コレステロール : 120mg/dl 以上



※有所見者判定基準
 ・血圧:
 収縮期血圧
 130mmHg 以上

*図 8 ~ 1 2 資料 : KDB システム

(5) 課題

奥出雲町では平成 27 年度から特定健診の無料化、予約制による待ち時間の短縮、また土曜日のフォローアップ健診を開始する等、受診者が受けやすい健診の体制整備を行ってきました。しかし特定健診受診率は、国が示した参酌標準または各年度の目標値にはいずれも届きませんでした。

実施率が低調で、目標が未達成となった原因として、未受診者対象のアンケート結果で、「治療中である」が最も高い理由だったことや、特定健診受診と医療機関受診の関係図でも、未受診者では医療機関受診が有る者の割合が一番高かったことから、生活習慣病またはそれ以外の疾患で治療中の場合は受診しなくてよいという、誤った認識が大きな原因の一つではないかと思われます。

また働き盛り世代の男性の受診率が低いことについては、①職場全体で受診する被用者保険と異なり、被保険者が様々な就労形態をとり、健診の受診を徹底することが困難であること、②自営業者も多く、仕事を休むにあたって商売への影響（収入減）を懸念して受診しない、といった原因が考えられます。

これらのことから、特定健診受診の重要性について幅広く周知し、特に働き盛り世代への受診しやすい体制づくりも求められると思われます。そのためには受けやすい日程での集団健診の実施や、個人の都合が合わせやすい個別健診を、町内の医療機関とも連携し実施していく必要があります。

更に、未受診者への受診勧奨もより効果的なものとなるよう、未受診期間や受診時の問診結果等から未受診者の個別性を分類し、それらの特性に合わせて実施していく必要があります。

特定保健指導についても、いずれの年度も実施率が目標を上回ることはありませんでした。特定保健指導は委託せず、結果報告会での初回面接後は、地区担当保健師が対象者に保健指導をする方法をとっていましたが、積極的支援の終了者が 0 人という年度もあり、継続可能な特定保健指導体制を整備していく必要があります。

奥出雲町の健診結果から、生活習慣病の予防には早期からの高血圧予防や、男性の肥満予防、女性には高血糖・糖尿病予防が必要であることが分かりました。予防の対象者となる方の状況把握のためには、まずは特定健診の受診率を向上させる必要があります。そして特定保健指導の対象となった方へは、生活習慣予防となる継続的な支援を行っていくため、特定保健指導の実施率を向上させる必要があります、それらが現在の奥出雲町の課題であると考えます。

【まとめ】

- ・ 特定健診受診率が目標に達していない
- ・ 特定保健指導の実施率が目標に達していない

2. 達成しようとする目標と対象者数

(1) 特定健康診査の実施率向上

■特定健康診査の実施率目標

評価指標	H28 (現状値)	H30	H31	H32	H33	H34	H35
対象者(人)	(2,323)	2,157	2,077	2,000	1,926	1,855	1,787
実施率(%)	(39.6)	40	44	48	52	56	60
実施目標人数	(920)	863	914	960	1,002	1,039	1,073

(参考) 年次別特定健康診査対象者数推計

(人)

	H30		H31		H32		H33		H34		H35	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
40～64歳	403	329	388	317	374	305	360	294	347	283	334	273
65～74歳	756	669	728	644	701	620	675	597	650	575	626	554
計	1,159	998	1,116	961	1,075	925	1,035	891	997	858	960	827

※ 被保険者数推計＝前年度被保険者数×平均伸率(△3.7%)

(2) 特定保健指導の実施率向上

■特定保健指導の実施率目標

評価指標	H28 (現状値)	H30	H31	H32	H33	H34	H35
実施率(%)	(24.6)	40	44	48	52	56	60
実施目標人数	(15)	24	27	31	35	39	44

(参考) 特定保健指導実施対象者数

(人)

H30	H31	H32	H33	H34	H35
58	61	64	67	69	72

※ 特定保健指導対象者数は、H30～35年度の特定健康診査実施目標数に、特定保健指導対象者の発生率(H28年度：6.63%)を乗じて算出。

(3) 特定保健指導対象者の減少率

■特定保健指導対象者の減少率目標

	H30～35
減少率目標	25%以上
対象者数	H20年を基準として確定する
H20 特定保健指導対象者数	136人

3. 具体的な取組（特定健康診査・特定保健指導の実施方法）

（1）特定健康診査の実施方法

①実施方法及び実施場所

節目健診対象者（40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳）は、町内医療機関での個別健診とする。節目健診対象者以外は、町内各地区公民館及び奥出雲健康センターを会場に行う集団健診及び町内指定医療機関での個別健診により実施する。

②実施項目

1) 基本的な健診項目

項目	内容
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査（質問票）を含む
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）
身体測定	身長、体重、腹囲
BMIの測定	$BMI = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)}^2$
血圧測定	収縮期、拡張期
肝機能検査	AST (GOT)、ALT (GPT)、 γ -GT (γ -GTP)
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
血糖検査	空腹時血糖 または HbA1c または 随時血糖
尿検査	尿糖、尿蛋白

2) 詳細な健診項目（医師が必要と判断）

項目	内容
貧血検査	ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定
心電図検査	12誘導心電図
眼底検査	
腎機能検査	血清クレアチニン（e-GFRによる腎機能の評価を含む）

*貧血検査、心電図検査、血清クレアチニン検査に関しては奥出雲町特定健診追加項目として全員実施し、対象となれば詳細な健診とする。

3) その他の検診項目

追加項目	内容
腎機能検査	尿酸（奥出雲町特定健診追加項目として全員実施）

必要に応じ他の検診（がん検診等）と同時実施。

③実施時期

集団健診：受診日を指定し実施（6～7月）。

個別健診：一定の受診期間を指定して実施（6～12月）。

フォローアップ健診（集団健診）：未受診者を対象に土曜日に実施（11月）。

④外部委託の有無・契約形態

1) 委託の有無

島根県医師会、町立奥出雲病院、島根県厚生農業協同組合連合会に委託する。

2) 契約形態

契約の形態は集合契約及び個別（随意）契約とし、単価契約とする。

⑤受診方法

受診券を持参の上、指定された場所（個別健診受託医療機関を含む）で受診する。

⑥データ受領・管理方法

1) 特定健康診査データは、原則として実施機関が国の定める電子的標準様式により、島根県国保連合会に送付する。

2) 特定健康診査データは、原則5年間保存とし、島根県国保連合会に管理・保管を委託する。

⑦周知・案内方法

1) 有線放送または広報等により周知

2) 年度当初に該当者へ受診券・案内用紙を配布（配布方法：該当者へ直送）

3) 未受診者への受診勧奨（通知及び電話）

4) その他

⑧受診券・利用券

受診券は年度当初、国保連合会に委託し作成する。

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利用券を発行する。

⑨健診結果報告会

集団健診受診者に対しては、健診結果報告会にて健診結果について情報提供を行う。後述。

⑩脳ドックへの代替

奥出雲町で実施する脳ドック受診者で、特定健康診査受診結果について、保険者への情報提供を同意された方については、特定健康診査の実施に代え脳ドックを実施する。受診後の対応については特定健受診者と同様とする。

(2) 特定保健指導の実施方法

①実施場所

町内各地区公民館・奥出雲健康センターにて初回面接と、積極的支援での個別支援を行う。

②実施時期

特定健康診査受診後、一定の期間を指定して実施。

③委託の有無

外部委託はせず、保健部門（健康福祉課健康づくり推進グループ）で実施。

④指導方法

動機付け支援

1) 対象者

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）による保健指導対象者の選定と階層化の方法に準じて選定された者で、生活改善の支援を要する者。

2) 支援期間

原則1回

3) 内容

保健師、管理栄養士の指導のもと対象者本人が自分の生活習慣の改善点・伸ばすべき行動等に気づき、目標を設定し行動に移すことができる計画を作成し、6ヵ月後に実績の評価を行う。

積極的支援

1) 対象者

標準的な健診・保健指導プログラム（平成30年度版）による保健指導対象者の選定と階層化の方法に準じて選定された者で、継続的な支援が必要な者。

2) 支援期間

3ヶ月以上継続的に支援する。

3) 内容

保健師、管理栄養士の指導のもと、対象者本人が自分の生活習慣の改善点に気づき目標を設定し行動に移すことができる計画を作成する。

作成した支援計画が継続できるように定期的・継続的に働きかけ、最低3ヵ月経過後に実績の評価を行う。積極的支援期間が終了する時は、対象者が改善した行動を継続できるように支援する。

⑤指導の流れ

1) 集団健診受診者

仁多地域：特定健康診査当日に動機づけ支援、積極的支援の選定を行い、初回面接を実施する。その後積極的支援者は訪問・電話にて支援を行う。

横田地域：特定健康診査当日に腹囲またはBMIが階層化の基準値に満たしている方に対し、分割初回面接（1回目）を行う。後日その他の検査結果も保健指導の基準値を満たす方に対してのみ初回面接（2回目）を行う。その後は訪問・電話にて支援を行う。

2) 節目健診・個別健診受診者

特定健康診査後、訪問にて初回面接を行う。その後積極的支援者は訪問、電話等の通信手段により支援する。

⑥周知・案内方法

個人毎に案内を行なう。又、有線テレビ、広報等により周知を図る。

⑦データの管理方法

- 1) 国の定める電子的標準様式により、島根県国保連合会に送付。
- 2) 特定保健指導データは、原則5年間保存とし、島根県国保連合会に管理・保管を委託。

⑧特定定保健指導対象者の抽出（重点化）の方法

原則全対象者に実施する。但し実施人数、効果等を踏まえ優先順位をつけ実施が必要な場合は以下の基準にて選定する。

- ・ 健診結果が前年度と比較して悪化し、より緻密な保健指導が必要となった者。
- ・ 若年齢層。

(3) 健診結果報告会事業

①目的

特定健診受診者の継続受診の必要性について説明を行うことで、特定健診の実施率向上を図る。また同様に精密検査対象者の精密検査受診率の向上を図り、疾病の早期発見・重症化予防につなぐことができる。

②実施内容

特定健診受診者に対し、受診結果についての情報提供および継続受診の必要性について説明を行う。また、精密検査対象者へは、精密検査の受診勧奨を行う。それらに加え、保健師または管理栄養士から健診結果を元に受診者個々に対し丁寧な情報提供及び指導を行う。

③実施方法

- ・ 特定健診（集団）当日または後日に健診結果報告会を実施する。
- ・ 後日の結果報告会の案内は、健診当日と要指導者・要精密検査受診者には個別通知を行う。
- ・ 健診結果報告会の欠席者には、訪問にて結果返しを行う。
- ・ 精密検査未受診者には、電話等で受診勧奨を行う。
- ・ 情報提供では、生活習慣改善の手段として、各種健康教室等健康づくりの事業を紹介する。

(4) 特定健診受診率向上・未受診者対策

①健診体制の整備

1) 健診実施期間の見直し

受診期間を長期とすることで、対象者の受診機会を増やし受診率向上につなげる。

- ・ 平成30年度より受診可能期間を12月まで延長する。
- ・ 平成31年度以降、年度末までの延長を検討していく。

2) スピード健診実施の検討

受診率の低い働き盛り世代が受診しやすい健診体制を整備する。

- ・ 健診実施時間を受診しやすい夕方に設定し、短時間で行えるスピード健診の実施を検討する。

②受診勧奨

1) 受診勧奨対象者の抽出

受診勧奨の対象を、未受診者の内から更に受診率向上につながる対象に絞って実施する。

- ・受診につながりやすいと思われる、2～3年未受診者。
- ・受診にはつながりにくいが、状況調査も含め5年継続未受診者。

2) 受診勧奨内容の工夫

受診勧奨対象者へ、より効果のある受診勧奨となるよう、対象者それぞれにあった通知内容となるよう工夫する。

- ・2～3年未受診者へは、直近の特定健診受診時の質問票の結果から、傾向を分析し、対象にあった通知ハガキの送付。
- ・5年未受診者へは、受診勧奨ハガキの送付と共に電話による受診勧奨を行う。

3) 受診者・未受診者調査

健診受診結果やアンケート等から、受診動機や未受診理由等を調査分析し、課題に対する対策を検討する。

- ・集団健診受診者に、健診時受診動機等についてアンケート調査を行う。
- ・未受診者に対し、未受診調査アンケートを送付する。
- ・5年未受診者に対し、受診勧奨時に未受診理由を聞き取り調査する。

4) 医師会との連携

町内医療機関と町の健診実態等について情報共有を行うことで連携を強化し、治療中患者等への受診勧奨や健診後のフォローアップの充実強化を図る。

- ・特定健診とCKDフォロー体制の実施、及び保健事業体制に関する検討会議の開催
- ・町内医療機関での特定健診及び精密検査実施状況について調査・意見交換の実施
- ・町内医療機関にて受診勧奨用ポスターの掲示依頼

③その他

上記以外にも、受診率向上・未受診者対策については年度毎に検討、実施していく。

(5) 実施におけるスケジュール

①計画実施における全体スケジュール

次ページ参照

②年間・月間スケジュール

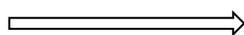
		特定健診	特定保健指導
年間スケジュール	年度当初	健診委託機関との契約 受診券の発行や案内発送	当該年度の実施体制の検討
	年度の前半	前年度の実施結果の検証と評価 事業実績報告 健診開始	前年度特定保健指導実施者の最終評価 対象者階層化、特定保健指導の開始
	年度の後半	当該年度の中間評価 次年度に向けた検討	当該年度特定保健指導実施者の評価 次年度に向けた検討
月間スケジュール		請求支払い 受診券の再発行処理等	対象者の階層化及び利用券の発行 実施内容のシステム入力作業

全体スケジュール

		H30	H31	H32	H33	H34	H35	備考	
事業計画	1. 第3期特定健康診査等実施計画				中間評価	評価			第4期計画策定
	2. 「奥出雲町げんきプラン21」健康づくり活動				評価	計画策定			
保健事業	1. 特定健康診査 2. 結果報告会事業 3. 特定保健指導	各年度毎に評価、計画修正							
	4. 未受診者対策 (1) 健診体制整備								
	① 健診期間の延長	期間延長の検討	年度末まで期間延長				評価		
	② スピード健診の導入	導入の検討	実施開始				評価		
	健診受診勧奨								
	(2) 未受診者対策								
	① 対象者の抽出	各年度毎に抽出、内容を検討し実施							
	② 受診勧奨内容の工夫								
	③ 受診者・未受診者調査	受診者調査の実施、分析					受診者または未受診者調査、分析		
		未受診者への受診勧奨に合わせ、未受診理由の調査実施							
④ 医師会との連携	各年度毎に会議等で情報交換、意見交換を実施								

当該年度に実施

いずれかの年度に実施



4. 個人情報の保護

特定健康診査、特定保健指導で得られた健康情報等の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律をふまえた対応を行うとともに、同法に基づく医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン及び奥出雲町個人情報保護条例を遵守します。

また、特定健康診査を委託した者に対しても、同様の取り扱うよう指導し、契約により遵守義務を課するとともに、守秘義務を徹底し、業務終了後も同様とします。

さらに、情報の保管・管理についても細心の注意を払い、これを取り扱う者に対してその周知徹底を図ります。

5. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

本計画の周知は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項の規定に基づき公表することとし、町ホームページ等に掲載する等住民が閲覧できるよう配慮します。

6. 特定健康診査等実施計画の期間、評価及び見直し

本計画は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に定める「特定健康診査等実施計画」として奥出雲町国民健康保険が策定する計画です。なお、島根県医療費適正計画、奥出雲町国民健康保険第2期データヘルス計画、奥出雲町げんきプラン21と整合性を図るものとします。本計画は平成30年度から平成35年度とし、6年毎に見直しを行いません。なお、評価は目標値（特定健康診査受診率、特定保健指導実施率、内臓脂肪症候群該当者・予備群の減少率）に加え、国保医療費、高血圧・糖尿病・高脂血症の有病率などの客観的指標の動向をもとに行うとともに、PDCAサイクルに沿って事業評価・改善を図ります。また、周知方法、実施体制等についても必要に応じて関係者の意見を聴取します。

7. その他

特定健康診査等は、健康増進法、介護保険法及び国保保健事業において実施する検診等と可能な限り連携して実施します。また、奥出雲町国民健康保険以外の医療保険者が行う被扶養者の特定健康診査、特定保健指導との連携については、今後の国民健康保健事業の実施状況を勘案し対応を図ります。

なお、本実施計画に基づき、各年度の実施計画については別途策定します。