

# 出雲市国民健康保険 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(2018)～令和5年度(2023)】

平成30年(2018)3月

(令和3年(2021)3月 中間見直し)

出雲市

## 目次

<b>第1篇 データヘルス計画</b>	
<b>第1章 データヘルス計画の基本的事項</b>	3
1. 計画の趣旨（背景・目的）	3
2. データヘルス計画の位置づけ	3
3. 計画の全体像	4
4. 計画期間	5
<b>第2章 出雲市の現状</b>	6
1. 出雲市の特徴	6
2. 出雲市国民健康保険の状況	13
3. 特定健康診査の実施状況	25
4. 特定健康診査結果の分析	29
5. 特定保健指導の実施状況	32
6. がん対策の実施状況	34
<b>第3章 前期計画に係る考察</b>	36
1. 前期計画の振り返り	36
2. 前期計画の目標指標の達成状況	
<b>第4章 分析結果に基づく健康課題の抽出・明確化</b>	42
<b>第5章 目標</b>	44
<b>第6章 保健事業の方針・内容</b>	47
1. 対策の方向性	47
2. 事業計画	49
<b>第7章 計画の推進体制</b>	56
1. 計画の策定	56
2. 計画の推進体制	56
3. 計画の公表・周知	57
4. 個人情報の取扱い	57
5. その他の留意事項	57

## 第2編 第3期出雲市国民健康保険特定健康診査実施計画

1. 策定にあたって	58
2. 計画の期間	60
3. 特定健康診査及び特定保健指導の実施状況	60
4. 計画における方向性	61
5. 計画において達成すべき目標	61
6. 特定健康診査等の対象者数及び実施者目標数について	61
7. 特定健康診査及び特定保健指導の実施方法	62
8. 個人情報の保護について	62
9. 本計画の公表及び周知について	65
10. 本計画の評価及び見直しについて	65

## 巻末資料

### 用語説明

特定健康診査検査項目

疾病分類表

# 第1篇 データヘルス計画

## 第1章 データヘルス計画の基本的事項

### 1. 計画の趣旨（背景・目的）

近年、特定健康診査の実施やレセプトの電子化の進展、国保データベースシステム（以下「KDBシステム」という。）等の整備により、保険者が健康や医療に関する情報を活用して、被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進められている。

こうした中、「日本再興戦略」のなかで「すべての健康保険組合に対して「データヘルス計画」の作成・公表・事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者は医療・健診・介護データ等を活用した保健事業を推進することとされた。平成26年(2014)4月には、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」の一部が改正され、市町村国保は、健康・医療情報を活用したPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を実施するために、保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施及び評価を行うものとされた。

出雲市国民健康保険においても、平成27年度(2015)にデータヘルス計画（第1期：平成27年度(2015)～平成29年度(2017)）を策定し、生活習慣病をはじめとする被保険者の健康増進及び重症化予防等の保健事業を実施してきた。

また、保健事業の中核をなす特定健康診査及び特定保健指導の具体的な実施方法を定める「特定健康診査等実施計画」（第1期：平成20年度(2008)～平成24年度(2012)、第2期：平成25年度(2013)～平成29年度(2017)）を策定し、実施率の向上と生活習慣病の発症・重症化予防に取り組んできた。

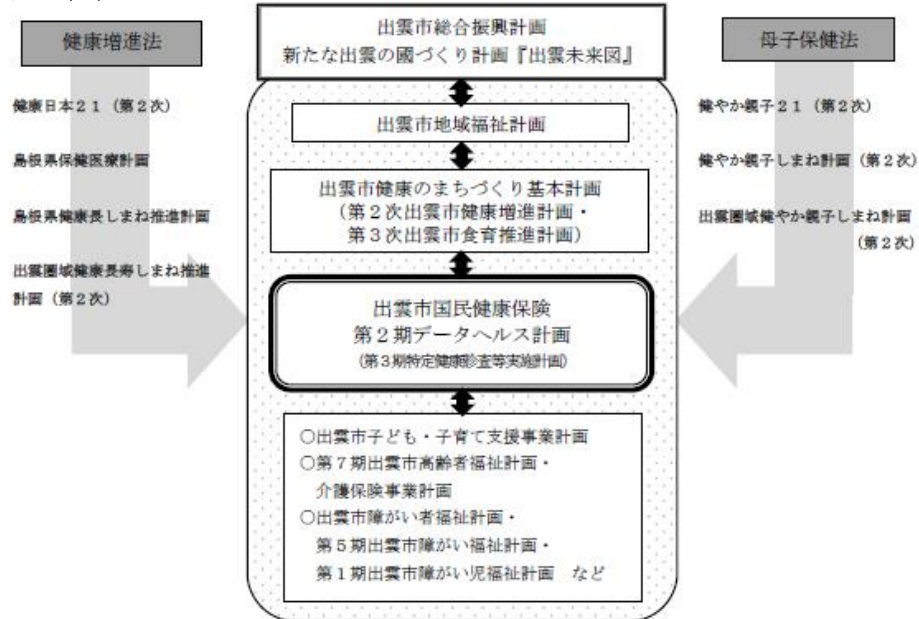
本計画では、第1期データヘルス計画と第2期特定健康診査等実施計画の二つの計画の実施結果を踏まえ、両計画を一体的に策定するものとし、第3期特定健康診査等実施計画については第2編に掲載する。

計画の種類	保健事業の実施計画 (データヘルス計画)	特定健康診査等実施計画
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
実施主体	保険者（努力義務）	保険者（義務）
対象者	被保険者	被保険者（40～74歳）

### 2. データヘルス計画の位置づけ

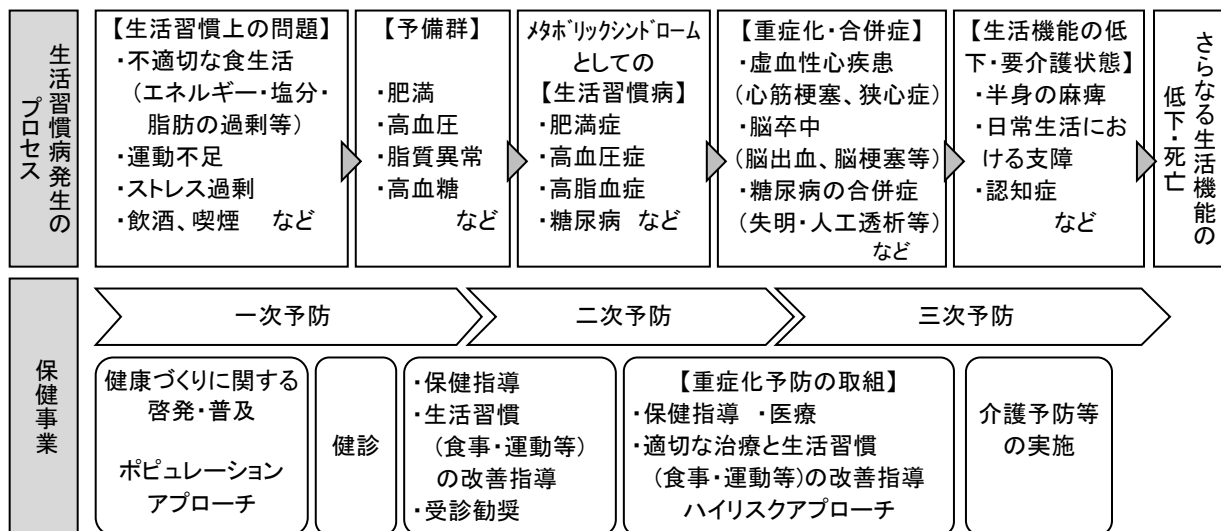
本計画は、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21（第2次）」（平成25年度(2013)～令和4年度(2022)）に示された基本方針を踏まえるとともに、「出雲市健康のまちづくり基本計画（第2次出雲市健康増進計画・第3次出雲市食育推進計画）」と整合性を図り、連携した事業の実施を進める。

<計画の位置づけ>



### 3. 計画の全体像

保健事業計画を立てるうえでは、生活習慣病による医療費の発生や患者数が増加する要因を理解するとともに、その対策について考えていくために、生活習慣病の発生から重症化までの一連のプロセスの理解が重要である。



資料：厚生労働省資料からの抜粋

高血圧症・脂質異常症・糖尿病などの生活習慣病の発症を予防するためには、特定健康診査を受診し、検査値を適切に管理していくことが重要であり、結果として、生活習慣病の重症化疾患の新規患者削減につながっていく。

保険者は、被保険者の健康保持増進に努めるため、ポピュレーションアプローチ※からハイリスクアプローチ※まで網羅的に保健事業を進めていくことが求められる。

※ポピュレーションアプローチ…対象を一部に限定しない、集団全体に対する予防方法

※ハイリスクアプローチ…疾患を発症しやすい高いリスクを持った個人に絞り込んだ予防方法

#### 4. 計画期間

計画期間については、特定健康診査等実施計画における計画期間が法定化されているため、整合性を図るうえから、平成30年度（2018）から令和5年度（2023）までの6年間とする。

また、計画期間中に法改正等が行われた場合には、必要に応じて計画の見直しを行う。

## 第2章 出雲市の現状

### 1. 出雲市の特徴

#### (1) 人口構成

平成29年(2017)9月末時点の男女別人口、65歳以上人口、高齢化率を以下に示す。また、平成25年度(2013)から平成28年度(2016)の推移も合わせて示す(各年度3月末日時点)。

[H29.9月末の出雲市の人口] (単位：人)

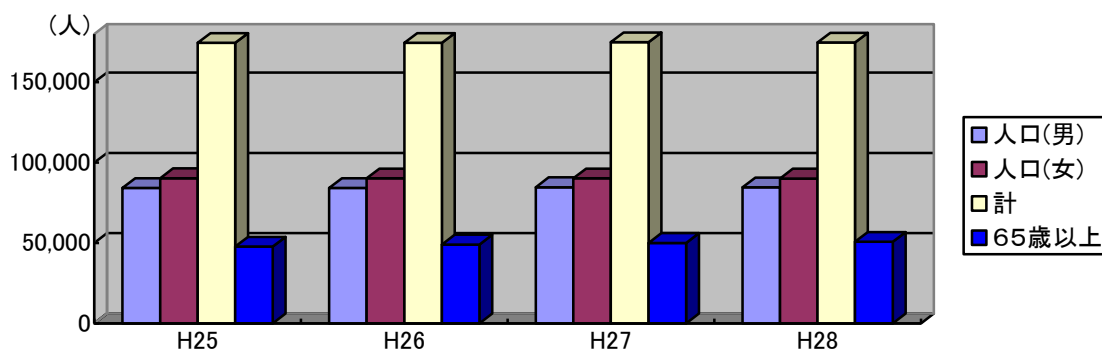
人口(男)	84,927
人口(女)	90,238
計	175,165
65歳以上	50,965
高齢化率	29.1%

資料：出雲市市民課

[年度末の出雲市の人口]

(単位：人)

年度	H25(2013)	H26(2014)	H27(2015)	H28(2016)
人口(男)	84,224	84,284	84,707	84,630
人口(女)	90,281	90,254	90,250	90,094
計	174,505	174,538	174,957	174,724
65歳以上	47,785	48,994	50,028	50,658
高齢化率	27.4%	28.1%	28.6%	29.0%



- ・人口はわずかながら増加傾向にある。
- ・平成29年(2017)9月末時点の高齢化率は29.1%であり、年々高くなっている。

(2) 健康寿命

健康寿命の指標として、65歳平均余命について、出雲市、島根県及び全国の状況、65歳平均自立期間及び65歳平均介護期間について、出雲市、島根県の状況を男女別に以下に示す。

なお、出雲市、島根県は平成23年(2011)～平成27年(2015)の平均値、全国は平成27年(2015)単年の値を示す。

[市・県・全国の健康寿命]

(単位：年)

男性	65歳平均余命	65歳平均自立期間	65歳平均介護期間
出雲市	19.32	17.54	1.78
島根県	19.15	17.46	1.69
全国	19.46	—	—

女性	65歳平均余命	65歳平均自立期間	65歳平均介護期間
出雲市	24.47	21.00	3.47
島根県	24.30	20.92	3.38
全国	24.30	—	—

資料：島根県健康指標データシステム

- ・65歳平均余命は、男女とも県より長い、男性は全国より短い。
- ・65歳平均自立期間は、男女とも県より長いものの、65歳平均介護期間は県より長い。

(3) 主要死因の状況

平成27年度(2015)の主要死因について、出雲市、島根県及び全国の死因順位上位5位の状況を以下に示す。

[平成27年度死因順位と割合 男性 (単位：%)]

[平成27年度死因順位と割合 女性 (単位：%)]

	出雲市	島根県	全国
1位	悪性新生物 (32.1)	悪性新生物 (32.6)	悪性新生物 (32.9)
2位	心疾患 (10.6)	心疾患 (12.5)	心疾患 (13.8)
3位	肺炎 (9.0)	肺炎 (8.5)	肺炎 (9.8)
4位	脳血管疾患 (8.7)	脳血管疾患 (8.0)	脳血管疾患 (8.0)
5位	老衰 (4.2)	老衰 (4.8)	老衰 (3.1)

	出雲市	島根県	全国
1位	悪性新生物 (21.4)	悪性新生物 (20.3)	悪性新生物 (24.2)
2位	心疾患 (15.5)	心疾患 (16.5)	心疾患 (16.7)
3位	老衰 (13.7)	老衰 (14.2)	老衰 (10.2)
4位	脳血管疾患 (10.2)	脳血管疾患 (10.3)	脳血管疾患 (9.4)
5位	肺炎 (8.6)	肺炎 (7.3)	肺炎 (8.9)

資料：人口動態統計

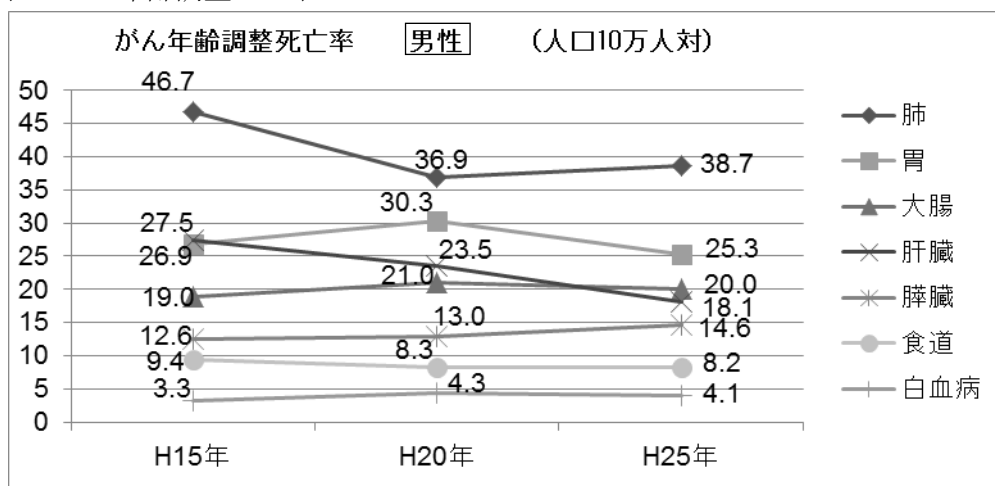
- ・男女とも主要死因順位の上位5位は、島根県及び全国と同一である。
- ・脳血管疾患の割合は、男性では県及び全国を、女性では全国の割合より多い。



(4) 悪性新生物の状況

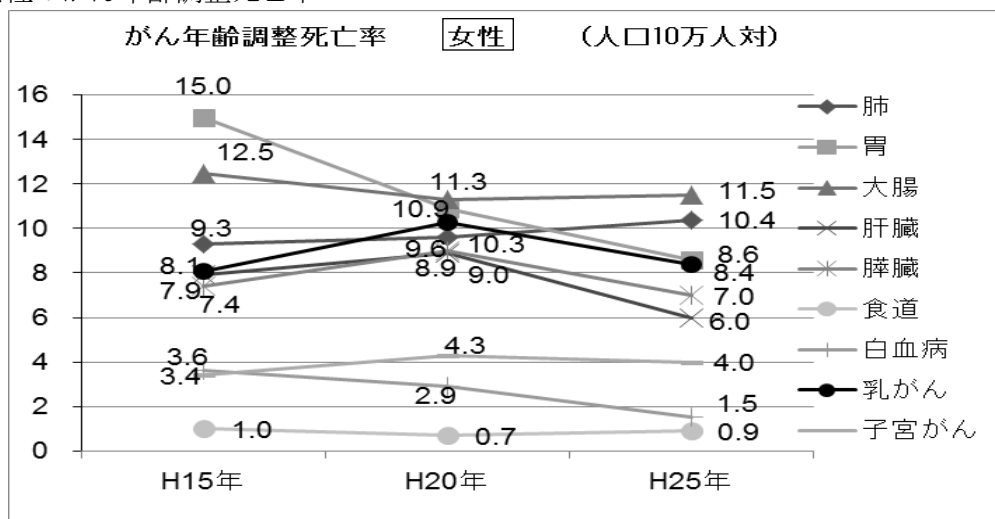
出雲市の死因順位1位である悪性新生物について、部位別の年齢調整死亡率の平成15年(2003)から平成25年(2013)までの5年間における平均の値を男女別に以下に示す。

① 男性のがん年齢調整死亡率



資料：島根県健康指標データシステム

② 女性のがん年齢調整死亡率



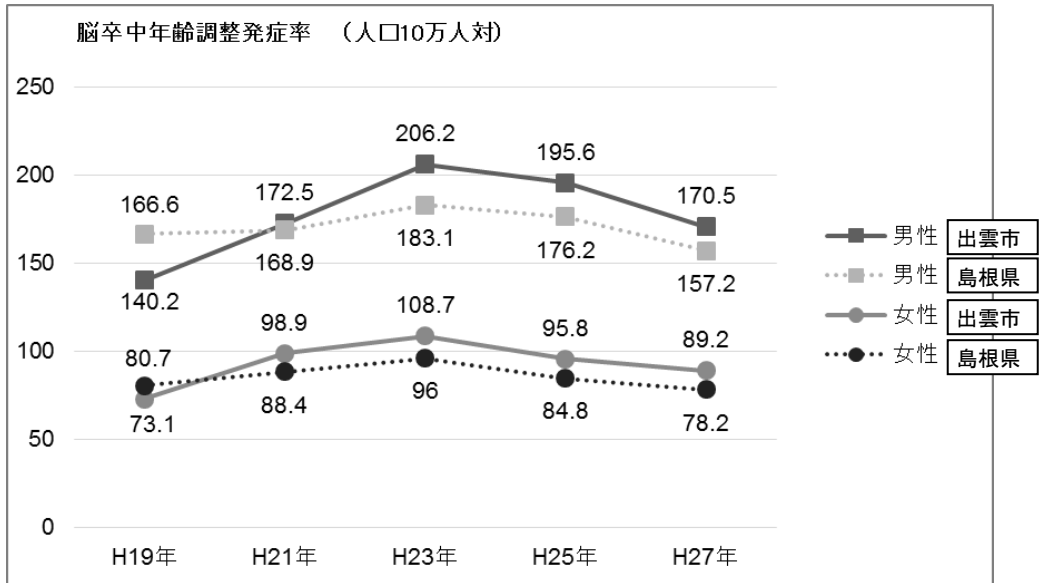
資料：島根県健康指標データシステム

- ・ 男性の年齢調整死亡率1位は、肺がんであり、他のがんと比較して割合が高い。
- ・ 女性の年齢調整死亡率1位は、平成15年(2003)は胃がんであったが、平成25年(2013)は、大腸がんであり、肺がんの割合も高い。

(5) 脳卒中の状況

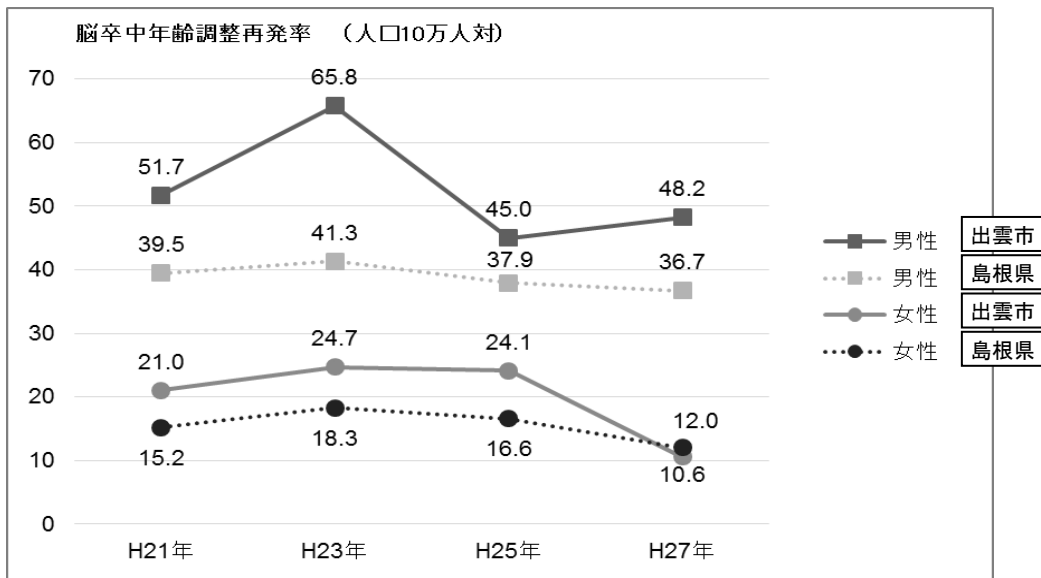
出雲市の死因順位上位である脳卒中について、平成17年(2005)から平成27年(2015)までの男女別の年齢調整発症率及び平成21年(2009)から平成27年(2015)までの男女別再発の割合を島根県のデータとともに以下に示す。

①脳卒中の年齢調整発症率



資料：島根県脳卒中発症者状況調査

②脳卒中の発症に占める再発の割合



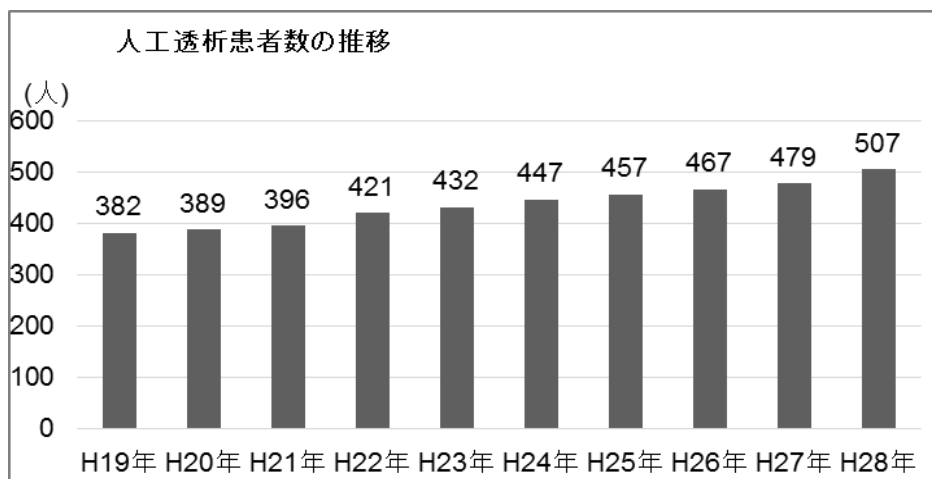
資料：島根県脳卒中発症者状況調査

- ・脳卒中の年齢調整発症率は、男女ともに減少傾向ではあるが、県の値と比較すると高い状況が続いている。
- ・脳卒中の再発率についても、男性が県より高い傾向が続いている。

(6) 慢性腎臓病の状況

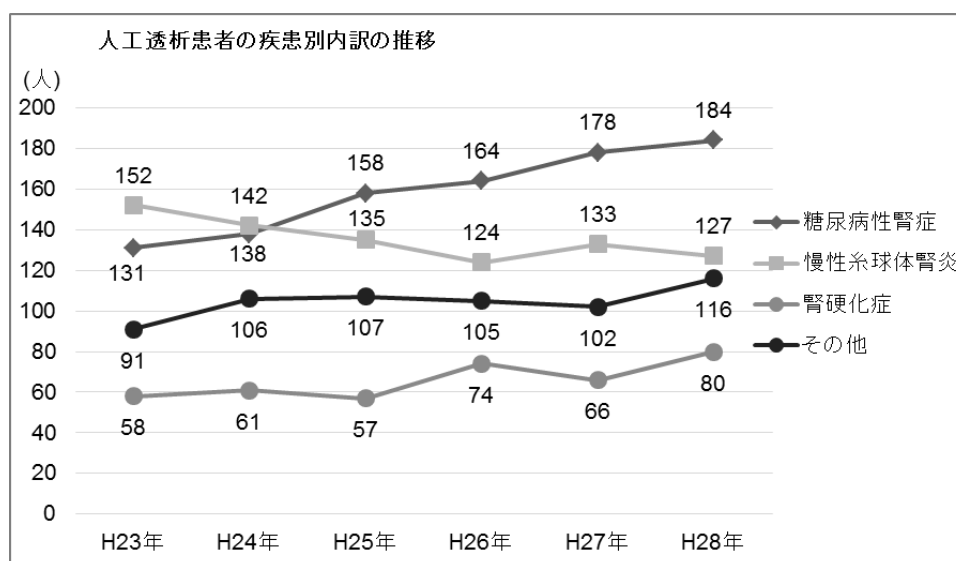
慢性腎臓病について、島根県の平成19年(2007)から平成29年(2017)までの人工透析患者数及び平成23年(2011)から平成28年(2016)までの人工透析患者の疾患別内訳を以下に示す。

①人工透析患者数の推移(島根県)



資料：島根県人工透析実施状況調査

②人工透析患者の疾患別内訳の推移(島根県)



資料：島根県人工透析実施状況調査

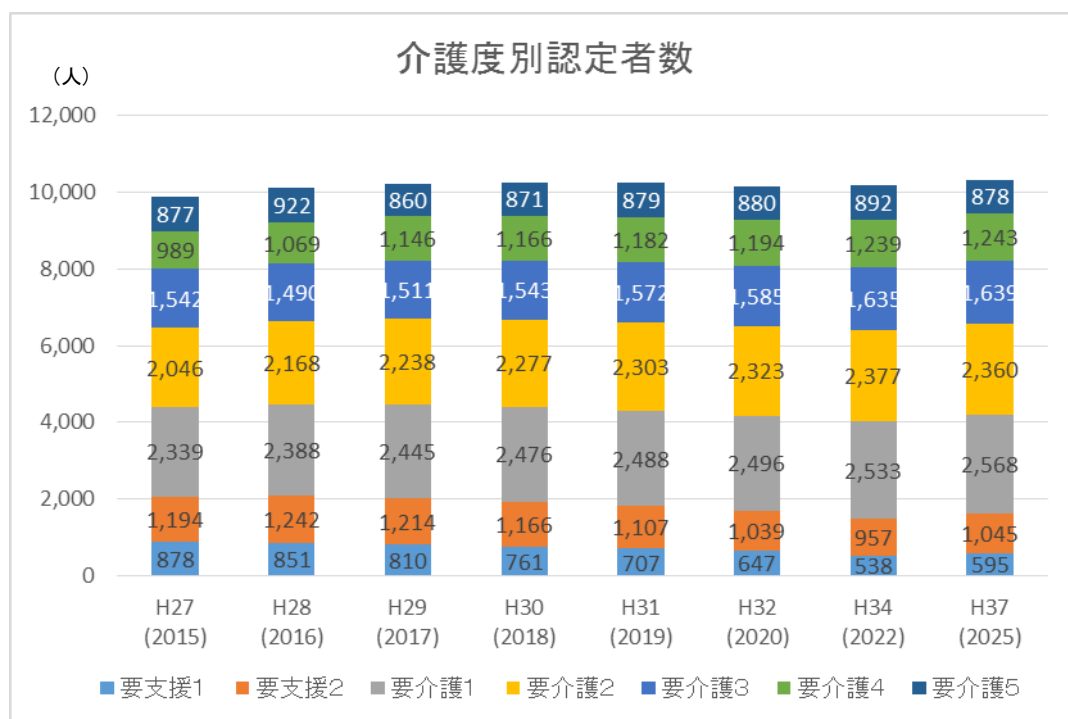
- ・人工透析患者数は、年々増加している。
- ・人工透析導入の原因疾患は、糖尿病性腎症が最も多く、年々増加している。

(7) 要支援・要介護認定者の状況

①要支援・要介護認定者推移と推計（第1号被保険者）

【出雲市の認定者数推計（平成30～37年）】 (人)

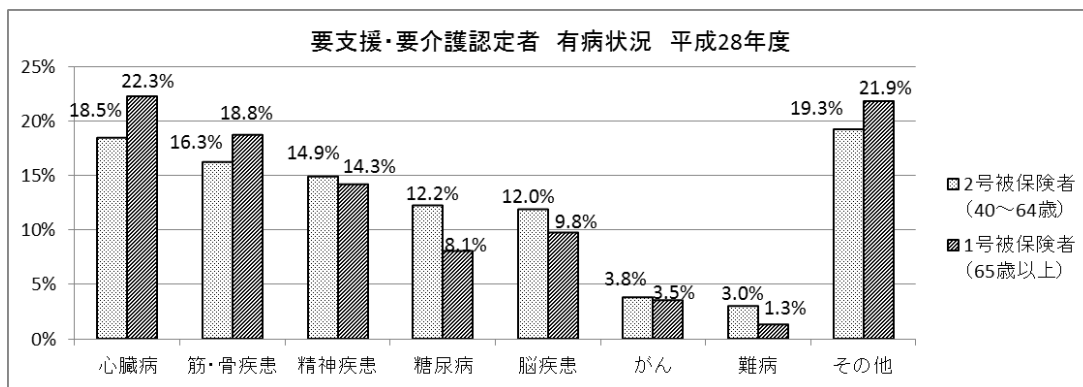
	H27 (2015)	H28 (2016)	H29 (2017)	H30 (2018)	R元 (2019)	R2 (2020)	R4 (2022)	R7 (2025)
要支援1	878	851	810	761	707	647	538	595
要支援2	1,194	1,242	1,214	1,166	1,107	1,039	957	1,045
要介護1	2,339	2,388	2,445	2,476	2,488	2,496	2,533	2,568
要介護2	2,046	2,168	2,238	2,277	2,303	2,323	2,377	2,360
要介護3	1,542	1,490	1,511	1,543	1,572	1,585	1,635	1,639
要介護4	989	1,069	1,146	1,166	1,182	1,194	1,239	1,243
要介護5	877	922	860	871	879	880	892	878
計	9,865	10,130	10,224	10,260	10,238	10,164	10,171	10,328



計画

- ・介護度別認定者の状況は、近年は要介護1・2が増えており、要介護5は減少傾向となっている。
- ・また、要支援認定者については、平成29年度(2017)から始まった「介護予防・日常生活支援総合事業」への移行が進み、減少している。
- ・要支援・要介護認定者数は、高齢者数の増加に伴い要介護認定者が増加する一方、総合事業の影響により要支援認定者が減少し、全体としてはほぼ横ばいで推移し、令和7年(2025)前後から増加すると推計している。

②要支援・要介護認定者の有病状況（平成 28 年度）



資料：KDB システム「要介護（支援）者有病状況」

- ・有病状況では、40～64 歳は、心臓病、筋骨疾患、精神疾患、糖尿病、脳疾患の順が多い。65 歳以上も、ほぼ同様である。
- ・40～64 歳と 65 歳以上とを比較して、心臓病、筋骨疾患は 65 歳以上が多く、糖尿病、脳疾患は 40～64 歳で多くなっている。

(8) 地域包括ケアシステムの現状

介護予防や生活支援、見守り等については、コミュニティセンターなどの小地域を単位として課題解決を図るため、住民への情報発信と情報共有を行い、住民や関係機関とともに包括的なネットワークを構築しつつある。

また、個別ケースの支援を行うとともに、高齢者のニーズや地域課題を把握し、関係者と共有する地域ケア会議を定期的に開催している。

(9) 医療資源について

年度	〔県・国・同規模との比較(平成 28 年度)〕			同規模
	出雲市	県	国	
病院数	0.3	0.4	0.3	0.3
診療所数	4.8	5	3	3
病床数	81.4	76.3	46.8	49.8
医師数	22.8	13.5	9.2	9.6

資料：KDB システム

- ・診療所数は、県より少ないが、国・同規模より 1.6 倍多い。
- ・病床数・医師数とも国・同規模と比較して多く、医療資源は充実している。

## 2. 出雲市国民健康保険の状況

### (1) 被保険者の状況

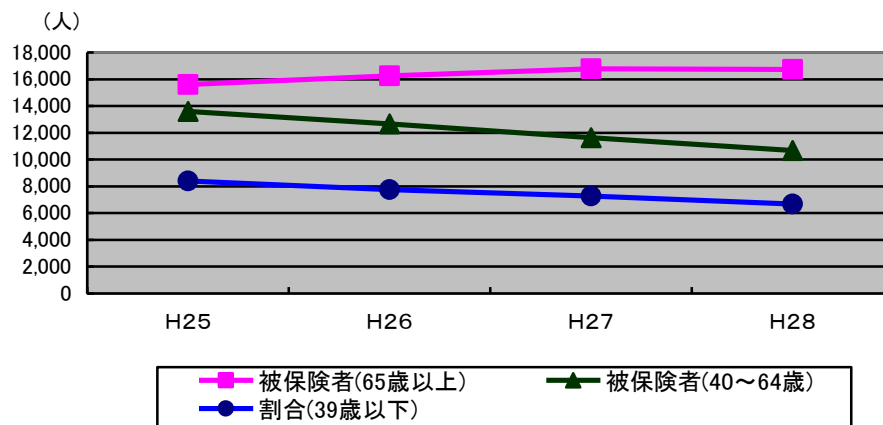
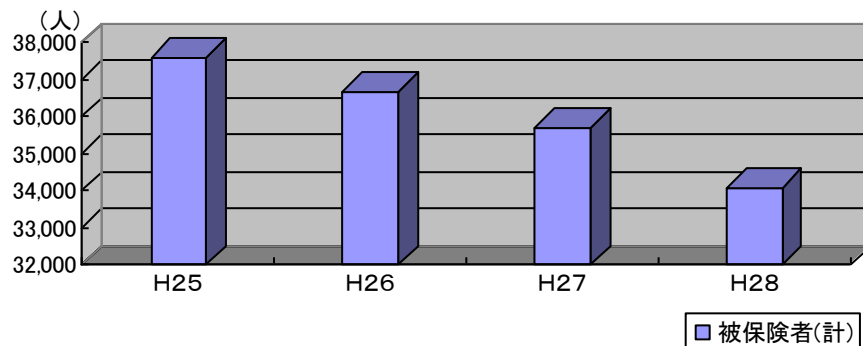
平成 25 年度 (2013) から平成 28 年度 (2016) までの被保険者数の推移を以下に示す。

[被保険者数の推移]

(単位: 人、%)

年度	H25 (2013)		H26 (2014)		H27 (2015)		H28 (2016)	
被保険者(計)	37,611		36,660		35,698		34,083	
被保険者(65歳以上)	15,617	41.5%	16,250	44.3%	16,783	47.0%	16,722	49.1%
被保険者(40~64歳)	13,588	36.1%	12,663	34.5%	11,635	32.6%	10,681	31.3%
被保険者(39歳以下)	8,406	22.3%	7,747	21.1%	7,280	20.4%	6,680	19.6%

資料: K D B システム



- ・被保険者数の減少が続いている。
- ・生活習慣病の発症や重症化しやすい年代である 65 歳以上の被保険者が、全被保険者数に占める割合が高く、年々増加している。

## (2) 医療費の状況

### ①1人当たり医療費及び受診率

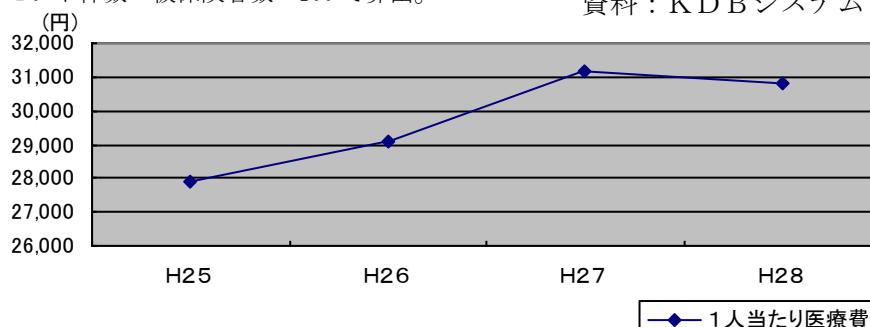
平成25年度(2013)から平成28年度(2016)までの1人当たり医療費※、受診率の年度推移、平成28年度(2016)の県・国・同規模保険者との比較を以下に示す。

[年度推移]

年度	H25(2013)	H26(2014)	H27(2015)	H28(2016)
1人当たり医療費(円)	27,909	29,071	31,193	30,840
受診率(%)	762.8%	775.3%	786.5%	792.8%

※受診率・・・レセプト件数÷被保険者数×100で算出。

資料：KDBシステム



[県・国・同規模保険者との比較(平成28年度)]

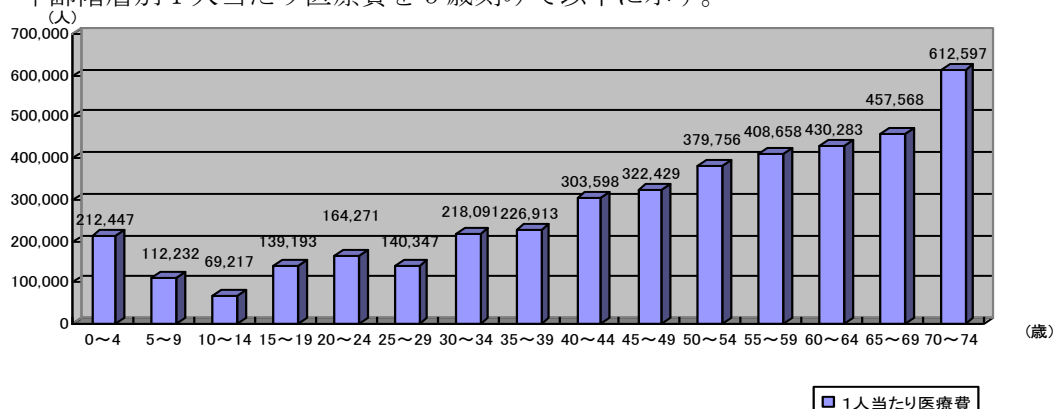
年度	出雲市	県	国	同規模保険者
1人当たり医療費(円)	30,840	31,534	24,253	24,344
受診率(%)	792.8%	800.8%	686.5%	701.3%

資料：KDBシステム

- 平成28年度(2016)の1人当たり医療費は対前年比で減少したが平成25年度(2013)と比較すると上昇傾向にあり、また、国・同規模保険者と比較し、6千円以上高い。
- 受診率は年々上昇しており、国・同規模保険者と比較しても高い。

### ②年齢階層別1人当たり医療費

年齢階層別1人当たり医療費を5歳刻みで以下に示す。



資料：FOCUSシステム

- 30歳以上は、年齢が上がるにつれ、1人当たり医療費が増加している。
- 55歳から1人当たり医療費が、40万円を超えている。

※1人当たり医療費・・・総費用額÷被保険者数(合計)の1月ごとの平均で算出。

### (3) 疾病別医療費

疾病別医療費について、平成 29 年(2017)5 月診療分における 20 項目疾病分類による総費用額上位 5 疾病を入院、外来、合計で示す。

また、総費用額(合計) 1 位である「新生物」、総費用額(外来) 1 位である「循環器系の疾患」についての分析を以下に示す。

加えて、119 項目疾病分類による 1 件当たり費用額上位 5 疾病も以下に示す。

#### ① - 1 総費用額上位 5 疾病(合計)

(平成 29 年 5 月診療分)

順位	疾病	件数	日数(日)	費用額(円)
1	新生物	1,293	3,755	210,215,245
2	循環器系の疾患	5,988	9,280	204,991,597
3	精神及び行動の障害	2,128	8,931	131,832,323
4	腎尿路生殖系の疾患	912	3,208	91,078,830
5	内分泌、栄養及び代謝疾患	3,395	4,745	88,121,613

資料：島根県国民健康保険疾病統計表

#### ① - 2 総費用額上位 5 疾病(入院)

(平成 29 年 5 月診療分)

順位	疾病	件数	日数(日)	費用額(円)	1 件当たり費用額(円)
1	新生物	171	1,913	129,506,845	757,350
2	循環器系の疾患	103	1,709	93,311,297	905,935
3	精神及び行動の障害	173	4,759	76,254,243	440,776
4	神経系の疾患	75	1,722	51,790,617	690,542
5	損傷、中毒及びその他の外因の影響	59	972	39,840,255	675,259

資料：島根県国民健康保険疾病統計表

#### ① - 3 総費用額上位 5 疾病(外来)

(平成 29 年 5 月診療分)

順位	疾病	件数	日数(日)	費用額(円)	1 件当たり費用額(円)
1	循環器系の疾患	5,885	7,571	111,680,300	18,977
2	新生物	1,122	1,842	80,708,400	71,933
3	内分泌、栄養及び代謝疾患	3,369	4,361	76,905,180	22,827
4	腎尿路生殖系の疾患	880	2,798	76,083,160	86,458
5	歯科	4,201	8,259	57,308,360	13,642

資料：島根県国民健康保険疾病統計表



① - 4 1件当たり費用額上位5疾病

(平成29年5月診療分)

順位	疾病	1件当たり費用額(円)
1	腎不全	397,303
2	その他の悪性新生物	217,388
3	その他の心疾患	114,727
4	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	111,148
5	その他の神経系の疾患	57,915

資料：島根県国民健康保険疾病統計表

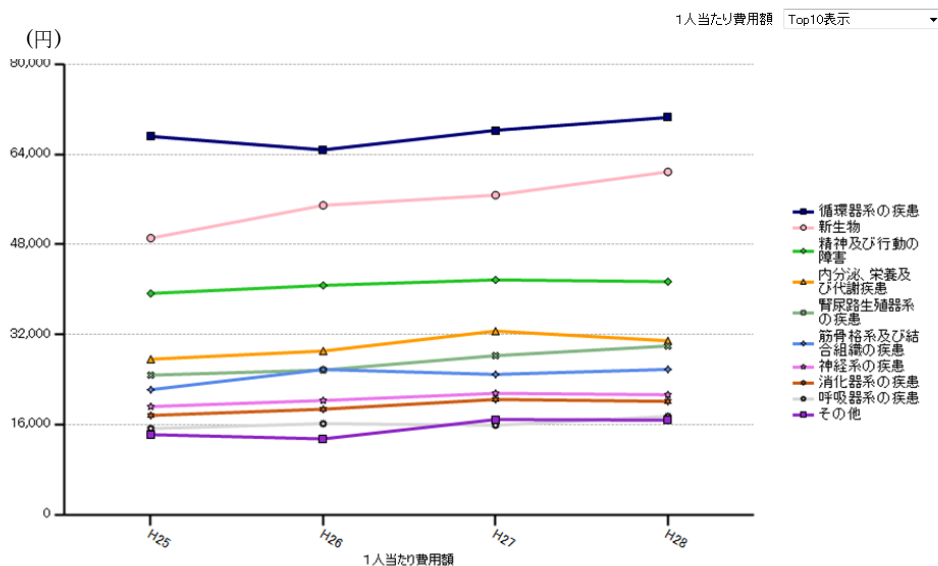
- ・「新生物」が最も費用額が多い。入院・外来ともに1件当たり費用額が多い。
- ・「循環器系の疾患」は、2番目に費用額が多く、外来では最も費用額が多い。入院では、1件当たりの費用額が多く、外来では、件数が多い。
- ・「精神及び行動の障害」は、入院日数が多いことで費用額が多くなっている。
- ・1件当たり費用額について、他の疾患と比較し、「腎不全」が突出して多い。

① - 5 疾病推移表

平成25年度(2013)から平成28年度(2016)までの20項目疾病分類による上位10疾病の1人当たり費用額の推移を以下に示す。

ST72 疾病統計 疾病推移表 出雲市 平成25年度分～平成28年度分

入院・入院外・男性女性・20分類・全年齢階層・1人当たり費用額(調剤金額を含む)



資料：FOCUSシステム

- ・いずれの年度においても、「循環器系の疾患」と「新生物」の1人当たり費用額が他の疾患と比較して高い。
- ・「新生物」については、1人当たり費用額が増加し続けている。

② 新生物にかかる分析

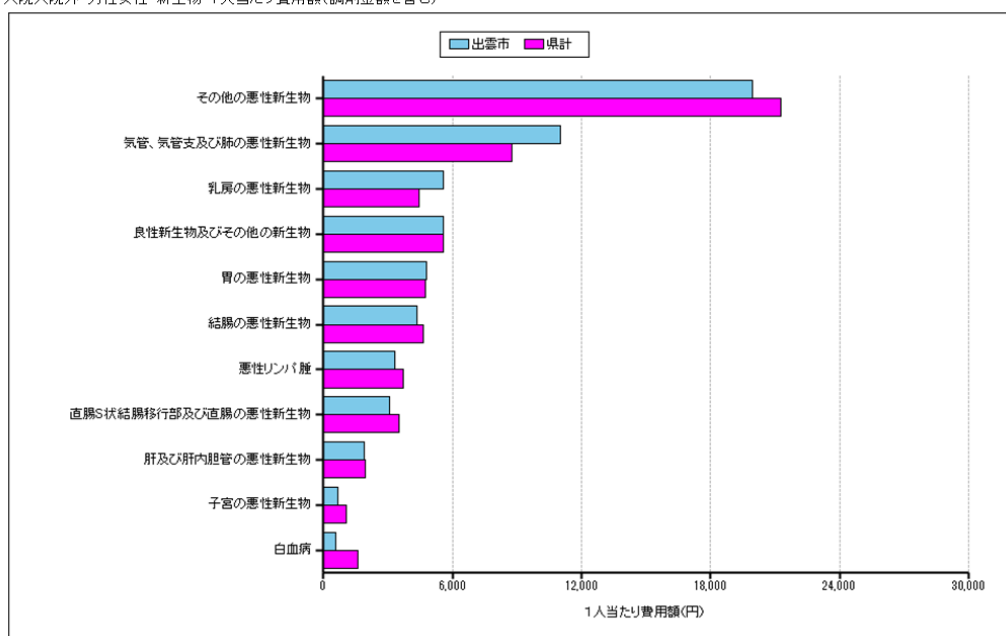
新生物について、平成 25 年度(2013)から平成 28 年度(2016)までの件数、1 人当たり費用額、1 件当たり費用額の年度推移、28 年度(2016)の県との比較を以下に示す。

[年度推移]

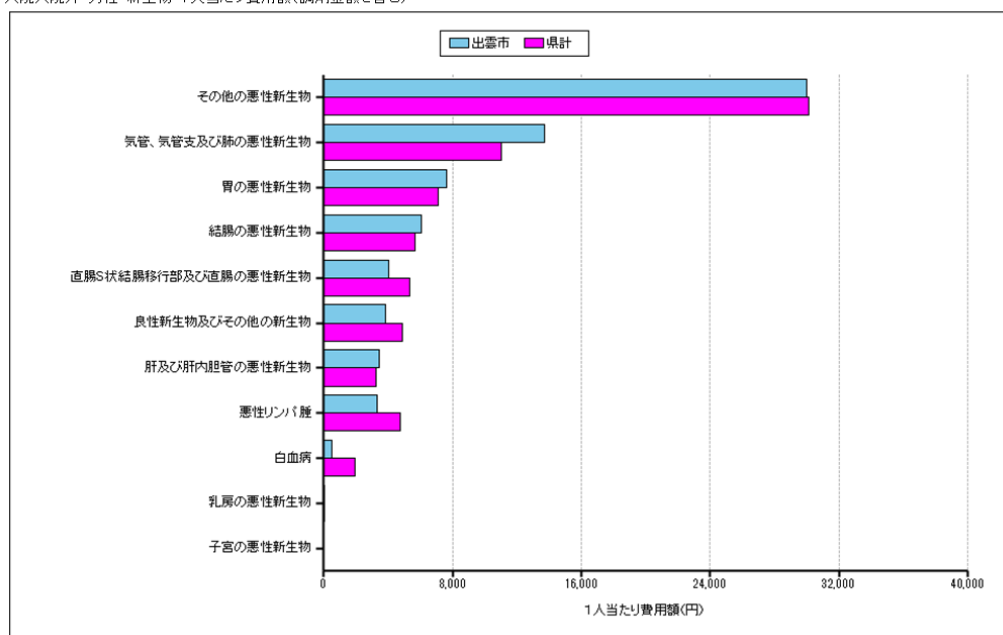
年度	H25(2013)	H26(2014)	H27(2015)	H28(2016)
件数	12,544	12,789	13,317	13,297
1 件当たり費用額(円)	148,459	159,146	153,751	159,535
1 人当たり費用額(出雲市) (円)	49,118	54,934	56,755	60,885
1 人当たり費用額(島根県) (円)	50,786	55,971	59,262	61,369

資料：FOCUSシステム

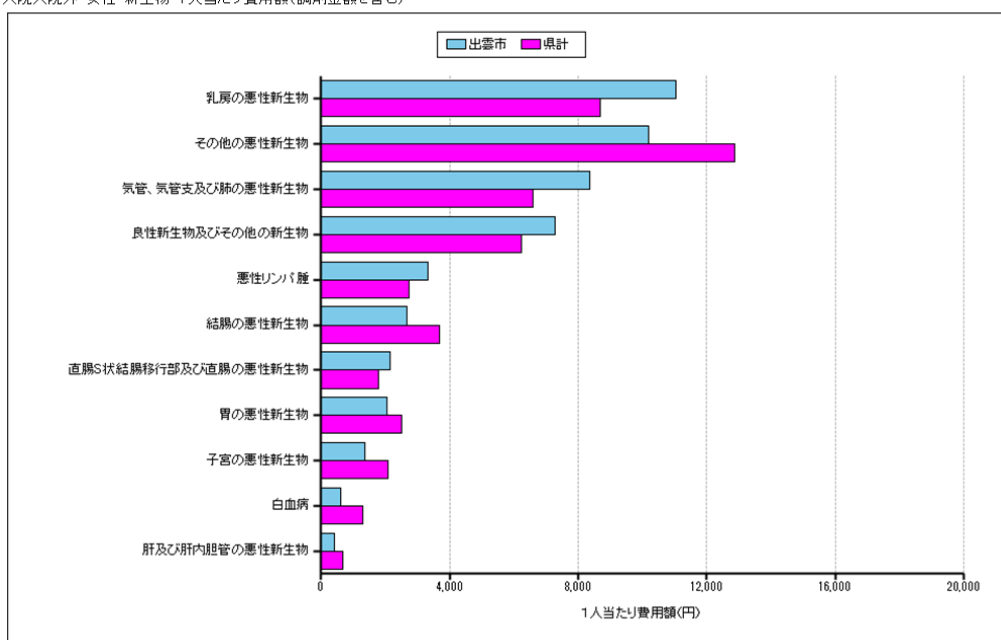
入院入院外・男性女性・新生物・1人当たり費用額(調剤金額を含む)



入院入院外・男性・新生物・1人当たり費用額(調剤金額を含む)



入院入院外・女性・新生物・1人当たり費用額(調剤金額を含む)

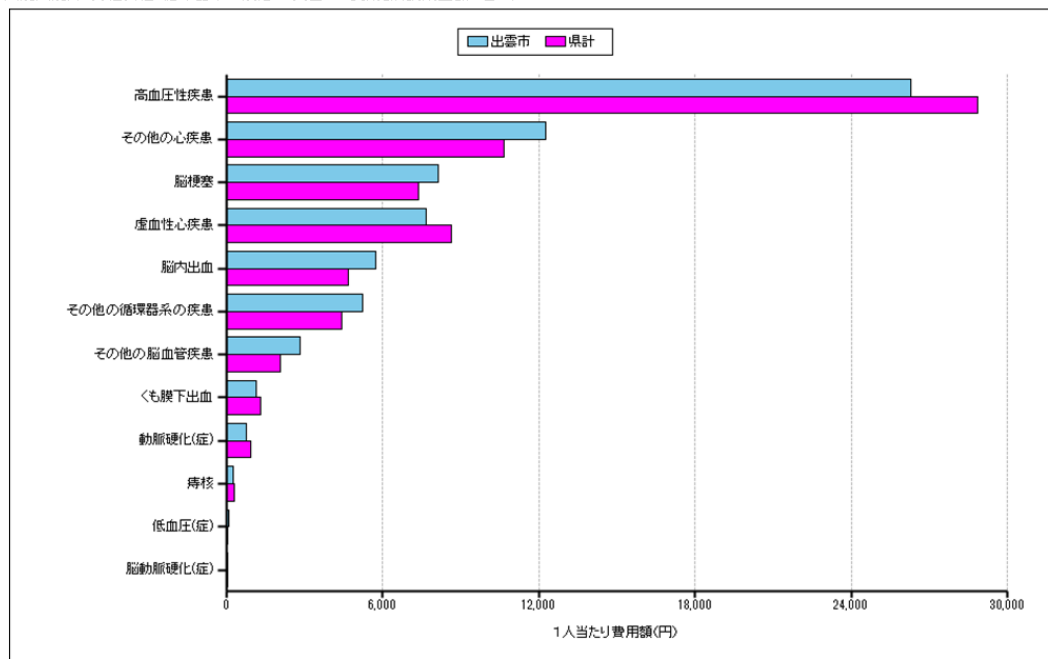


資料：FOCUSシステム

- 1人当たり費用額は、増加し続けており、県との差も縮まってきている。
- 件数、1件当たり費用額とも平成25年度(2013)と比較し増加している。
- 発症部位別では、気管、気管支及び肺、乳房、胃の悪性新生物の1人当たり費用額が県平均を上回っている。
- 男性ではその他、気管、気管支及び肺、胃の悪性新生物、女性では乳房、その他、気管、気管支及び肺の悪性新生物の1人当たり費用額が多い。

### ③ 循環器系の疾患にかかる分析

入院入院外・男性女性・循環器系の疾患・1人当たり費用額(調剤金額を含む)



資料：FOCUSシステム

#### ③-1 高血圧性疾患にかかる分析

高血圧性疾患について、平成25年度(2013)から平成28年度(2016)までの件数、1人当たり費用額、1件当たり費用額の年度推移、受診率※の経年変化、平成28年度(2016)の県との比較を以下に示す。

[年度推移]

年度	H25(2013)	H26(2014)	H27(2015)	H28(2016)
件数	59,335	59,113	58,083	56,411
1件当たり費用額(円)	16,554	16,486	16,457	16,240
1人当たり費用額(出雲市)(円)	25,906	26,304	26,497	26,293
1人当たり費用額(島根県)(円)	28,487	28,835	29,402	28,861
受診率(%)	156.5	159.55	167.69	161.91

資料：FOCUSシステム

- ・件数は年々減少傾向にあるが被保険者の減少による要因もあり、受診率は平成25年度(2013)と比較し、増加している。
- ・1人当たり費用額は、県と比較すると低いが、平成25年度(2013)と比較し、増加している。

※受診率・・・レセプト件数÷被保険者数×100で算出。

### ③－２ 心疾患にかかる分析

心疾患について、平成 25 年度(2013)から平成 28 年度(2016)までの件数、1 人当たり費用額、1 件当たり医療費の年度推移、平成 28 年度(2016)の県との比較を以下に示す。

[年度推移]

年度	H25(2013)	H26(2014)	H27(2015)	H28(2016)
件数	7,628	7,687	7,310	7,084
1 件当たり費用額(円)	79,372	76,419	86,760	98,075
1 人当たり費用額(出雲市)(円)	15,969	15,855	17,580	19,940
1 人当たり費用額(島根県)(円)	15,376	16,047	17,405	19,307

資料：FOCUSシステム

- ・1 人当たり費用額、1 件当たり費用額とも増加傾向にあり、平成 28 年度(2016)は対前年比で大きく増加した。
- ・1 人当たり費用額を県と比較した場合、平成 26 年度(2014)を除いては県より出雲市の方が高い。

### ④－３ 脳疾患にかかる分析

脳疾患について、平成 25 年度(2013)から平成 28 年度(2016)までの件数、1 人当たり医療費、1 件当たり医療費の年度推移、平成 28 年度(2016)の県との比較を以下に示す。

[年度推移]

年度	H25(2013)	H26(2014)	H27(2015)	H28(2016)
件数	7,771	7,250	7,064	6,793
1 件当たり費用額(円)	99,002	89,331	96,669	91,977
1 人当たり費用額(出雲市)(円)	20,292	17,480	18,929	17,932
1 人当たり費用額(島根県)(円)	15,691	15,354	16,348	15,507

資料：FOCUSシステム

- ・1 人当たり費用額、1 件当たり費用額とも減少傾向にあり、平成 28 年度(2016)の方が平成 25 年度(2013)より低い。
- ・1 人当たり費用額を県と比較すると、平成 25 年度(2013)と比べ差は縮まったが、依然として 2,425 円の開きがある。

⑤ 腎不全にかかる分析

総費用額(合計)で4位、1件当たり費用額で1位である慢性腎不全にかかる医療費について、人工透析にかかる1人当たり費用額推移、人工透析年齢階層別1人当たり費用額を以下に示す。

また、平成27年度(2015)、平成28年度(2016)に新規で人工透析を導入された被保険者について、レセプト病名に高血圧、糖尿病があった被保険者数を以下に示す。

〔人工透析にかかる1人当たり費用額推移〕

H25(2013)		H28(2016)	
出雲市	島根県	出雲市	島根県
24,495円	20,820円	29,117円	23,962円

資料：FOCUSシステム

〔人工透析年齢階層別1人当たり費用額(平成28年)〕

25～29歳	30～34歳	35～39歳	40～44歳	45～49歳
6,976円	8,085円	9,269円	27,885円	20,808円
50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳
37,461円	53,105円	44,912円	24,649円	45,280円

資料：FOCUSシステム

- ・平成28年度(2016)は、1人当たり費用額は県平均を5,155円上回っている。
- ・平成25年度(2013)に比べ4,622円1人当たり費用額が増加している。
- ・高齢者だけでなく、50～64歳の1人当たり費用額も多い。

新規透析導入者にかかる分析

年度	新規透析導入者	加入後透析導入者	高血圧あり	糖尿病あり
H27(2015)	25人	13人	10人	9人
H28(2016)	22人	15人	13人	9人

※新規透析導入者は、新たに特定疾病証を交付した被保険者の総数。

加入後透析導入者は、出雲市国保加入後に透析を導入した被保険者。

- ・新規透析導入者のほとんどが当初のレセプトに高血圧症病名があった。
- ・当初のレセプトに糖尿病があった被保険者も多い。

⑥ 糖尿病にかかる分析

糖尿病について、平成 25 年度(2013)から平成 28 年度(2016)までの件数、1 人当たり医療費、1 件当たり医療費の年度推移、平成 28 年度(2016)の県との比較を以下に示す。

[年度推移]

年度	H25(2013)	H26(2014)	H27(2015)	H28(2016)
件数	18,096	17,954	17,682	17,175
1 件当たり費用額(円)	33,959	35,257	39,527	35,446
1 人当たり費用額(出雲市)(円)	16,208	17,085	19,374	17,473
1 人当たり費用額(島根県)(円)	18,276	18,818	20,065	19,372

資料：FOCUSシステム

・1 人当たり費用額は県と比較すると低く、平成 28 年度(2016)は対前年比で減少したが、平成 25 年度(2013)と比較した場合、1,265 円増加している。

⑦ 精神疾患にかかる分析

精神疾患について、平成 25 年度(2013)から平成 28 年度(2016)までの件数、1 人当たり医療費、1 件当たり医療費の年度推移、平成 28 年度(2016)の県との比較を以下に示す。

[年度推移]

年度	H25(2013)	H26(2014)	H27(2015)	H28(2016)
件数	27,270	27,026	26,027	25,686
1 件当たり費用額(円)	54,648	55,836	57,803	56,142
1 人当たり費用額(出雲市)(円)	39,306	40,729	41,702	41,389
1 人当たり費用額(島根県)(円)	41,776	42,807	44,405	44,960

資料：FOCUSシステム

・1 人当たり費用額は県と比べて低く、1 件当たり医療費も対前年比で減少したが、平成 25 年度(2013)と比較して増加している。

⑧ 費用額 100 万円以上のレセプト分析

費用額 100 万円以上のレセプトについて、平成 28 年度(2016)中、月別で最も件数が多かった平成 28 年(2016)4 月処理分の分析を以下に示す。

[疾病内訳] (平成 28 年 4 月処理分)

疾病(20 項目分類)	件数(件)
新生物	51
循環器系の疾患	51
肝疾患	22
整形系の疾患	18
呼吸器系の疾患	8
その他	22
合計	172

[費用額上位レセプト 10 件の主傷病] (平成 28 年 4 月処理分)

順位	疾病(119 項目分類)	費用額(円)
1	急性大動脈解離	7,328,720
2	慢性心不全	6,484,700
3	急性心筋梗塞	6,421,230
4	弓部大動脈瘤	6,098,060
5	慢性心房細動	5,784,520
6	胸部大動脈瘤	4,904,900
7	胸部大動脈瘤	4,815,040
8	腰部脊柱管狭窄症	4,598,360
9	急性腎不全	4,347,720
10	うっ血性心不全	4,210,010

※平成 28 年 4 月処理分における、レセプト 1 件あたり費用額上位 10 名の主傷病名。

[上位疾病の有病率] (平成 28 年 4 月処理分)

疾病	件数(件)	高血圧	糖尿病	高脂血症
新生物	51	47.1%	41.2%	47.1%
循環器系の疾患	51	94.1%	70.6%	80.4%
肝疾患	22	59.1%	68.2%	50.0%

- ・疾病内訳では、新生物、循環器系の疾患が最も多い。
- ・費用額上位 10 疾病のうち、8 疾病が心疾患であった。
- ・循環器系の疾患では高血圧、高脂血症、糖尿病の有病率が高い。



(4) 医療費適正化の取組

① 後発医薬品の状況

平成 25 年度(2013)から平成 28 年度(2016)までの後発医薬品にかかる切替通知送付対象人数、切替人数、削減効果額を以下に示す。

年度	H25(2013)	H26(2014)	H27(2015)	H28(2016)
通知対象人数(人)	9,011	21,028	19,268	16,688
切替人数(人)	2,428	7,446	6,136	5,657
削減効果額(円)	4,105,553	12,849,859	9,001,365	8,455,163

・切替人数、削減効果額とも平成 26 年度(2014)をピークに減少しているものの、平成 27 年度(2015)、平成 28 年度(2016)においても 5,000 人以上の切替人数と 1,000 万円近い削減効果額をあげている。

② 重複・頻回受診対策

平成 25 年度(2013)から平成 28 年度(2016)までの重複・頻回受診による指導対象者を以下に示す。

年度	H25(2013)	H26(2014)	H27(2015)	H28(2016)
指導対象者(人)	2	17	2	16

・レセプト点検により、毎年重複・頻回受診者を抽出し、指導を行っている。

### 3. 特定健康診査の実施状況

特定健康診査の実施状況について、以下のとおり分析する。

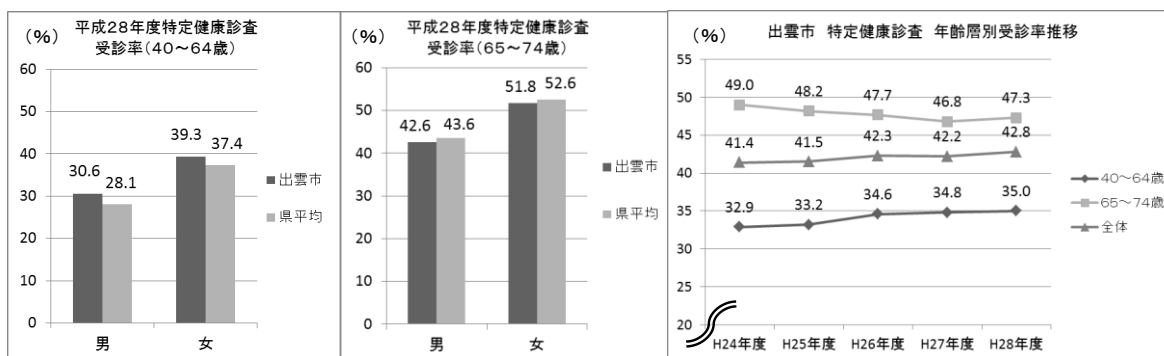
#### (1) 受診率の年度推移、全国及び島根県との比較

年度	第1期					第2期			
	平成20年度 (2008)	平成21年度 (2009)	平成22年度 (2010)	平成23年度 (2011)	平成24年度 (2012)	平成25年度 (2013)	平成26年度 (2014)	平成27年度 (2015)	平成28年度 (2016)
対象者(人)	28,520	28,430	27,794	27,531	27,193	27,052	26,752	26,113	25,168
実施者(人)	11,658	10,791	10,844	10,978	11,265	11,236	11,308	11,007	10,769
受診率	40.9%	38.0%	39.0%	39.9%	41.4%	41.5%	42.3%	42.2%	42.8%
目標値	45%	50%	55%	60%	65%	43%	47%	51%	55%
島根県 国保平均	36.3%	36.3%	37.6%	37.9%	39.1%	41.0%	42.7%	43.4%	42.9%
全国 国保平均	30.9%	31.4%	32.0%	32.7%	33.7%	34.3%	35.4%	36.3%	36.6%

資料：特定健康診査 法定報告

- ・特定健康診査の受診率は、平成28年度(2016)法定報告値42.8%で、県平均(42.9%)とほぼ同じとなっている。前年度から0.6ポイント増加したが、平成28年度(2016)の目標受診率55%には及ばない。
- ・受診率は、ここ数年、ほぼ横ばいとなっている。

#### (2) 平成28年度(2016)男女年齢層別受診率の県比較及び年齢層別受診率の年度推移



資料：特定健康診査 法定報告

- ・受診率は、年齢が若い層が低く、また男性の方が低い状況となっている。
- ・男女とも、40～64歳の受診率は、県平均より高く、65～74歳の受診率は、県平均よりも低くなっている。
- ・出雲市の40～64歳の受診率は、微増傾向にあり、65～74歳の受診率は、減少傾向にある。

### (3) 平成 28 年度 (2016) 新規対象者の健診受診状況

新規対象者（初めての受診案内をする者）と、継続対象者（前年度以前から受診案内をしている者）について、受診率の比較を以下に示す。

H28新規対象者のH28受診状況



H28継続対象者のH28受診状況

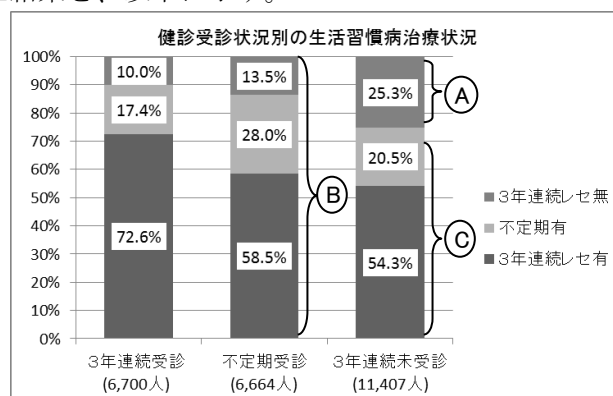
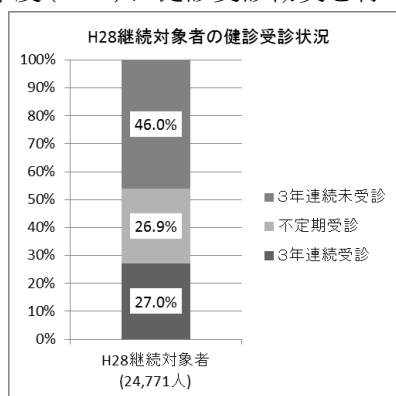


資料：KDBシステム被保険者台帳から集計

- ・新規対象者は、継続対象者と比べて受診率が低くなっている。

### (4) 継続対象者の過去の健診受診・治療状況及び健診受診勧奨後の健診受診状況

継続対象者（前年度以前から受診案内をしている者）について、過去の健診受診や生活習慣病治療状況を以下に示す。また、その状況別に区分けした①～③に対し、平成 29 年度 (2017) に健診受診勧奨を行った結果を、以下に示す。



3年連続未受診	H26～28の3年間、一度も、健診を受けていない*	3年連続しセ無	H26～28の3年間、一度も、治療を受けていない*
不定期受診	H26～28の3年間、1～2回、健診を受けている*	不定期有	H26～28の3年間、何回か、治療を受けている*
3年連続受診	H26～28の3年間、毎年、健診を受けている	3年連続しセ有	H26～28の3年間、毎年、生活習慣病治療を受けている

\*3年間のうち途中から加入した者を含む

\*3年間のうち途中から加入した者を含む ※レセ=レセプト(診療報酬明細書)

資料：KDBシステム被保険者台帳から集計

健診勧奨の区分け	健診勧奨の結果 (中間集計)	勧奨前 2 か月間 (7・8月) の受診率	勧奨後 2 か月間 (9・10月) 受診率	増加
① 健診 3年連続未受診かつ治療なし		0.7%	2.7%	2.1%
② 健診不定期受診者		7.3%	28.3%	21.1%
③ 健診 3年連続未受診かつ治療あり (65～68歳)		0.6%	6.1%	5.5%
受診者全体		14.8%	18.3%	3.6%

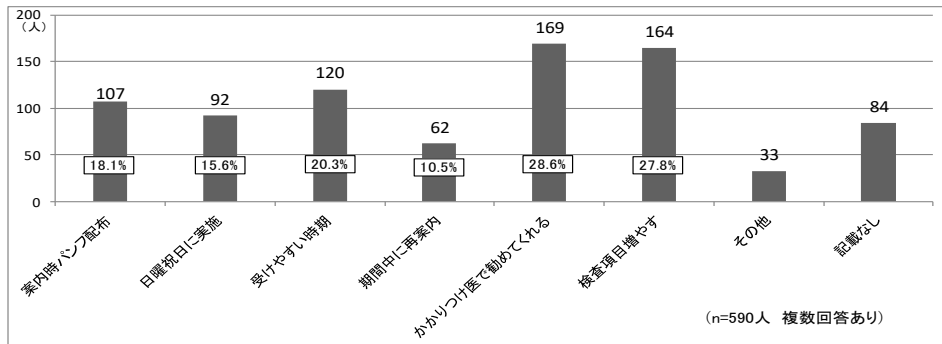
資料：特定健康診査システムから集計

- ・平成 26 年度 (2014) ～平成 28 年度 (2016) までの 3 年間の健診連続受診者は 27.0%、不定期受診は 26.9%、連続未受診者は 46.0% に及ぶ。
- ・健診連続未受診者のうち、25.3% は生活習慣病治療を受けていない人であり (図中①)、自身の健康状態を 3 年以上把握していない可能性がある。
- ・健診連続未受診者①③へ健診の勧奨を行ったところ、勧奨前の受診率はほぼ同じであったのに対し、勧奨後の 2 か月間の健診受診率は、③の方が高くなっている。もともと医療機関とのつながりがある者が、健診受診にもつながりやすいことが推測される。
- ・健診不定期受診者②へ健診の勧奨を行ったところ、受診者全体と比較して、勧奨前の受診率は低かったのに対し、勧奨後の受診率は高くなり、勧奨効果がうかがえる。

(5) 平成 28 年度 (2016) 未受診者アンケート結果の分析

平成 27 年度 (2015) の未受診者のうち、約 1 割にあたる 1,500 人に対し、平成 28 年度 (2016) にアンケートを実施し、590 人に回答を得た (回答率 39.3%)。その結果について、以下に示す。

① 今よりも特定健康診査を受けやすくするために何が必要か

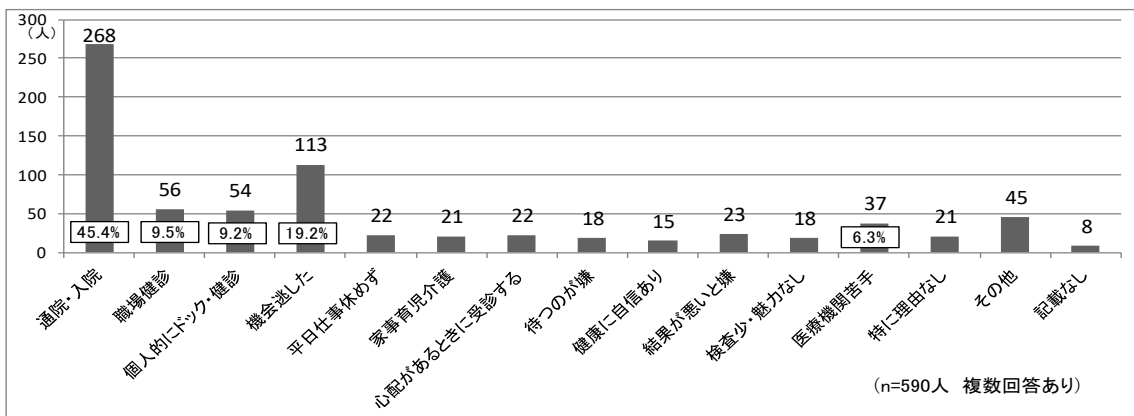


各年齢層別回答割合

※複数回答のため 100%を超える。

年齢(回答数)	案内時パンフ配布	日曜祝日に実施	受けやすい時期	期間中に再案内	かかりつけ医で勧められる	検査項目増やす	その他	記載なし
40-44 歳 (N=20)	10.0%	25.0%	20.0%	15.0%	20.0%	15.0%	10.0%	25.0%
45-49 歳 (N=29)	13.8%	44.8%	17.2%	27.6%	10.3%	17.2%	13.8%	17.2%
50-54 歳 (N=19)	10.5%	42.1%	31.6%	10.5%	10.5%	31.6%	0.0%	5.3%
55-59 歳 (N=43)	11.6%	27.9%	23.3%	7.0%	30.2%	25.6%	4.7%	11.6%
60-64 歳 (N=75)	18.7%	21.3%	21.3%	10.7%	26.7%	38.7%	4.0%	9.3%
65-69 歳 (N=253)	18.6%	9.1%	20.2%	9.9%	27.3%	30.4%	6.7%	15.4%
70-74 歳 (N=146)	21.9%	10.3%	17.8%	8.2%	39.0%	20.5%	3.4%	14.4%
全体 (N=590) ※年齢不詳 N=5 含む	18.1%	15.6%	20.3%	10.5%	28.6%	27.8%	5.6%	14.2%

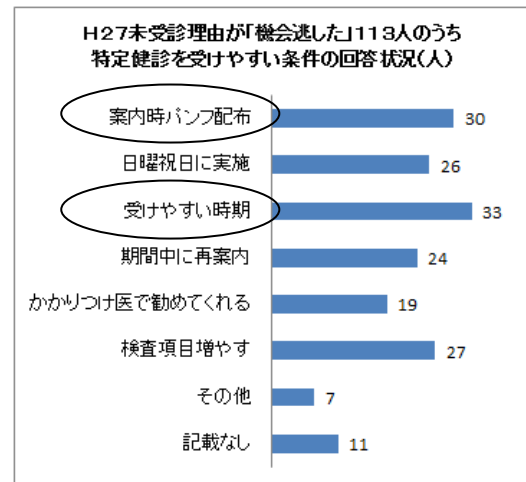
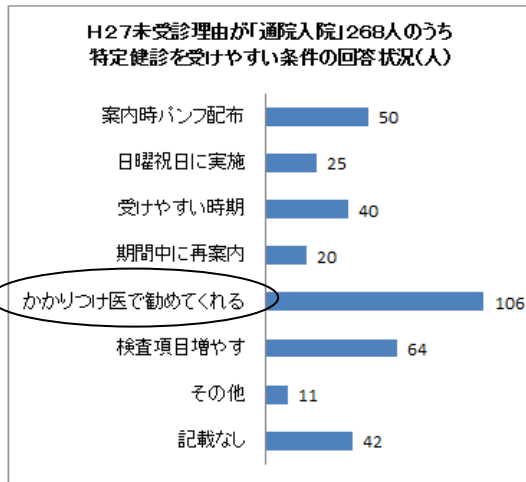
② 未受診理由



各年齢層別回答割合

※複数回答のため 100%を超える。

年齢(回答数)	通院・入院	職場健診	個人的にドック・健診	機会逃した	平日仕事休めず	家事育児介護	心配があるときに受診する	待つのが嫌	健康に自信あり	結果が悪いと嫌	検査少・魅力なし	医療機関苦手	特に理由なし	その他	無回答
40-44 歳 (N=20)	15.0%	15.0%	0.0%	30.0%	15.0%	0.0%	5.0%	0.0%	5.0%	10.0%	10.0%	15.0%	0.0%	10.0%	10.0%
45-49 歳 (N=29)	6.9%	20.7%	0.0%	51.7%	17.2%	17.2%	0.0%	10.3%	0.0%	3.4%	6.9%	13.8%	3.4%	3.4%	0.0%
50-54 歳 (N=19)	42.1%	5.3%	5.3%	15.8%	15.8%	10.5%	0.0%	5.3%	0.0%	10.5%	0.0%	10.5%	0.0%	5.3%	0.0%
55-59 歳 (N=43)	37.2%	16.3%	11.6%	20.9%	7.0%	4.7%	0.0%	9.3%	2.3%	7.0%	2.3%	11.6%	0.0%	7.0%	0.0%
60-64 歳 (N=75)	41.3%	16.0%	12.0%	17.3%	0.0%	2.7%	1.3%	1.3%	5.3%	2.7%	2.7%	5.3%	1.3%	8.0%	1.3%
65-69 歳 (N=253)	49.8%	6.7%	11.5%	17.4%	2.4%	3.6%	4.0%	2.8%	3.2%	3.6%	3.2%	5.9%	5.9%	7.5%	0.0%
70-74 歳 (N=146)	55.5%	6.2%	6.2%	15.1%	1.4%	0.7%	6.8%	1.4%	0.7%	2.7%	2.1%	2.7%	2.7%	8.2%	0.0%
全体 (N=590) ※年齢不詳 N=5 含む	45.4%	9.5%	9.2%	19.2%	3.7%	3.6%	3.7%	3.1%	2.5%	3.9%	3.1%	6.3%	3.6%	7.6%	0.5%



①今よりも健診を受けやすくするために何が必要か

- ・45歳から54歳を中心に若い世代では、「日祝日の健診」が必要との回答が多くみられた。
- ・全体では、上位から、「かかりつけ医からの勧め」「検査項目を増やす」「受けやすい時期に実施する」となっている。

②未受診理由

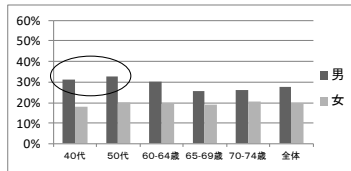
- ・「通院中」が最も多く、50代以降から増え、65歳以上では半数が未受診理由に挙げている。うち、4割が、今よりも健診を受けやすくするために「かかりつけ医からの勧め」を選択している。
- ・2位の「機会を逃した」の割合は、40代が30～50%と高いが、各年代でも15%～20%存在する。うち、3割の人が、今よりも健診を受けやすくするために「受けやすい時期に実施する」「案内時に、生活習慣病予防や健診結果の見方などのパンフを配布する」を選択している。
- ・「職場健診」「個人的に人間ドック・健診」の割合は、合わせて全体の約19%を占めている。これらは、「健診を受けているが、国民健康保険の特定健康診査の受診率としては反映されていない」こととなる。

## 4. 特定健康診査結果の分析

### (1) 平成 28 年度(2016)各年齢層の有所見率の状況

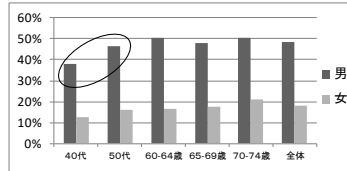
平成 28 年度(2016)の特定健康診査の受診者に占める基準値を超えた者の割合を、検査項目別に以下に示す。

BMI 25以上



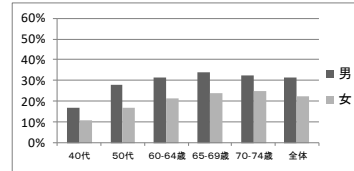
	男性		女性	
	人数	割合	人数	割合
40代	113	31.4%	59	18.2%
50代	139	32.7%	99	20.2%
60-64歳	188	30.1%	198	19.5%
65-69歳	453	25.4%	443	19.2%
70-74歳	399	26.3%	396	20.4%
全体	1,292	27.4%	1,195	19.7%

腹囲 男性85cm以上、女性90cm以上



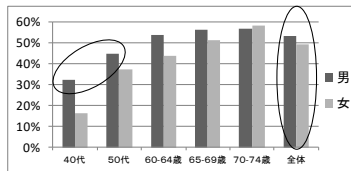
	男性		女性	
	人数	割合	人数	割合
40代	137	38.1%	41	12.7%
50代	198	46.6%	78	16.0%
60-64歳	316	50.6%	167	16.5%
65-69歳	856	48.0%	409	17.8%
70-74歳	763	50.3%	407	21.0%
全体	2,270	48.2%	1,102	18.2%

血糖値 100mg/dl以上



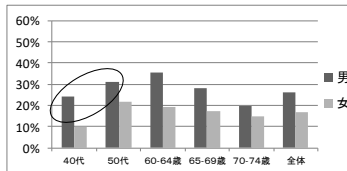
	男性		女性	
	人数	割合	人数	割合
40代	61	16.9%	35	10.8%
50代	118	27.8%	82	16.8%
60-64歳	197	31.5%	217	21.4%
65-69歳	607	34.1%	549	23.8%
70-74歳	492	32.4%	485	25.0%
全体	1,475	31.3%	1,368	22.5%

収縮期血圧 130mmHg以上



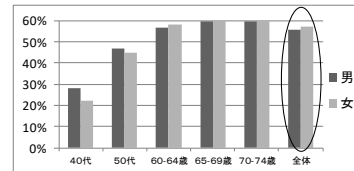
	男性		女性	
	人数	割合	人数	割合
40代	116	32.2%	53	16.4%
50代	190	44.7%	182	37.2%
60-64歳	336	53.8%	443	43.7%
65-69歳	997	55.9%	1,181	51.3%
70-74歳	860	56.7%	1,126	58.1%
全体	2,499	53.1%	2,985	49.2%

拡張期血圧 85mmHg以上



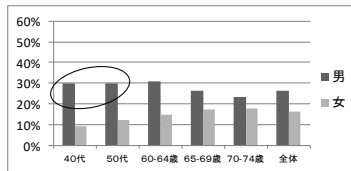
	男性		女性	
	人数	割合	人数	割合
40代	87	24.2%	32	9.9%
50代	133	31.3%	107	21.9%
60-64歳	223	35.7%	194	19.1%
65-69歳	502	28.2%	405	17.6%
70-74歳	297	19.6%	290	15.0%
全体	1,242	26.4%	1,028	16.9%

HbA1c(NGSP値) 5.6%以上



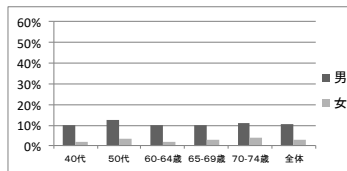
	男性		女性	
	人数	割合	人数	割合
40代	101	28.1%	73	22.5%
50代	199	46.8%	219	44.8%
60-64歳	354	56.6%	591	58.3%
65-69歳	1,064	59.7%	1,408	61.1%
70-74歳	907	59.8%	1,185	61.2%
全体	2,625	55.7%	3,476	57.3%

中性脂肪 150mg/dl以上



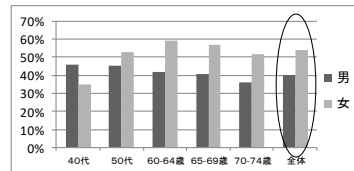
	男性		女性	
	人数	割合	人数	割合
40代	108	30.0%	30	9.3%
50代	128	30.1%	60	12.3%
60-64歳	194	31.0%	149	14.7%
65-69歳	475	26.7%	397	17.2%
70-74歳	354	23.3%	351	18.1%
全体	1,259	26.7%	987	16.3%

HDL 40mg/dl未満



	男性		女性	
	人数	割合	人数	割合
40代	37	10.3%	6	1.9%
50代	54	12.7%	16	3.3%
60-64歳	63	10.1%	21	2.1%
65-69歳	177	9.9%	74	3.2%
70-74歳	169	11.1%	79	4.1%
全体	500	10.6%	196	3.2%

LDL 120mg/dl以上



	男性		女性	
	人数	割合	人数	割合
40代	166	46.1%	114	35.2%
50代	193	45.4%	259	53.0%
60-64歳	263	42.1%	600	59.2%
65-69歳	722	40.5%	1,306	56.7%
70-74歳	545	35.9%	1,004	51.8%
全体	1,889	40.1%	3,283	54.1%

資料：KDBシステム

- ・収縮期血圧、HbA1c、LDL の項目において、受診者のおよそ半数が基準値を超えている。
- ・BMI、腹囲、血圧、中性脂肪などにおいて、男性が特に、40～50 代の若いうちから基準値を超える者が目立っている。LDL については、女性も、若いうちから基準値を超える者が目立っている。

(2) 保健指導の対象者把握と服薬の状況について

平成 28 年度(2016)特定健康診査結果 (N=11,665) から、血圧、脂質、血糖ごとの健診判定※レベル該当者数と、その服薬の状況※について、以下に示す。なお、服薬の状況別の、各健診判定レベル該当者の割合については、次頁にグラフ化する。

【血圧】

健診判定		服薬あり(治療中) 4,278 人		服薬なし 7,387 人		
		(mmHg) 収縮期血圧・拡張期血圧	指導内容	該当者 (人)	指導内容	該当者 (人)
受診勧奨判定値を超えるレベル	②	収縮期 160 以上 又は、 拡張期 100 以上 (Ⅱ度高血圧以上)	医療受診継続。 管理状況について 確認・相談を。	260	すぐに医療受診を。	422
	①	収縮期 140 以上 160 未満 又は、 拡張期 90 以上 100 未満		1,270	生活習慣の改善努力 で数値が改善しない場 合は、医療受診を。	1,460
保健指導判定値 を超えるレベル		収縮期 130 以上 140 未満 又は、 拡張期 85 以上 90 未満	医療受診継続。	1,304	生活習慣の改善を。	1,524
正常域		収縮期 130 未満 かつ 拡張期 85 未満	医療受診継続。	1,444	今後も継続して 健診受診を。	3,981

【脂質】

健診判定		服薬あり(治療中) 2,949 人		服薬なし 8,716 人		
		(mg/dl) LDL・中性脂肪・HDL	指導内容	該当者 (人)	指導内容	該当者 (人)
受診勧奨判定値を超えるレベル	②	LDL 180 以上 又は、 中性脂肪 500 以上	医療受診継続。 管理状況について 確認・相談を。	53	すぐに医療受診を。	333
	①	LDL 140 以上 180 未満 又は、 中性脂肪 300 以上 500 未満		399	生活習慣の改善努力 で数値が改善しない場 合は、医療受診を。	2,146
保健指導判定値 を超えるレベル		LDL 120 以上 140 未満 又は、 中性脂肪 150 以上 300 未満 又は、 HDL 40 未満	医療受診継続。	1,080	生活習慣の改善を。	2,940
正常域		LDL 120 未満 かつ、 中性脂肪 150 未満 かつ、 HDL 40 以上	医療受診継続。	1,417	今後も継続して 健診受診を。	3,297

【血糖】

健診判定	HbA1c(NGSP) (%)	服薬あり(治療中) 820 人		服薬なし 10,843 人	
		指導内容	該当者 (人)	指導内容	該当者 (人)
受診勧奨判定値 を超えるレベル	6.5 以上	医療受診継続。 血糖コントロールについて 確認・相談を。	★ 554	すぐに医療受診を。	520
保健指導判定値 を超えるレベル	5.6 以上 6.4 以下	医療受診継続。	243	生活習慣の改善を。 精密検査を。	5,326
正常域	5.5 以下	医療受診継続。	23	今後も継続して 健診受診を。	4,997

※HbA1c(NGSP)値のない者 2 人あり

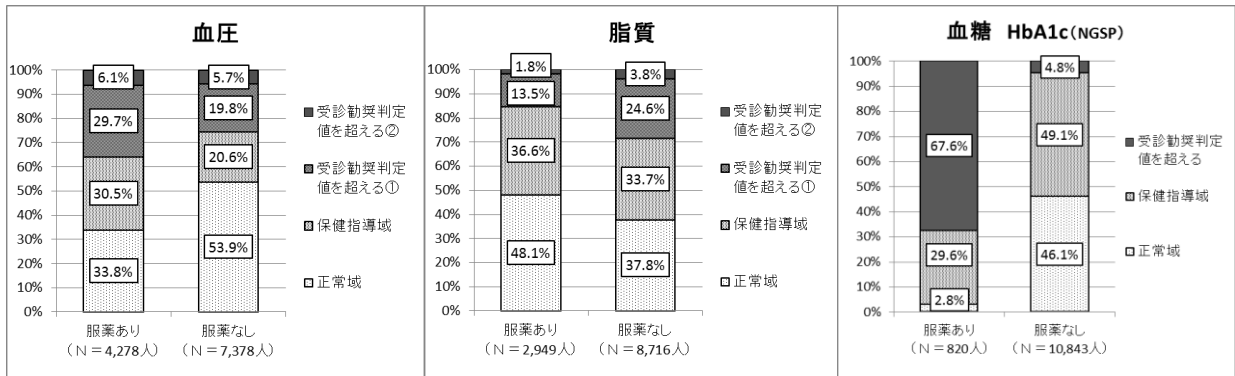
※服薬あり (治療中) 該当者で受診勧奨値を超える★554 人について、以下に、「島根県糖尿病予防・管理指針 (第3版)」における血糖コントロール指標の該当状況を示す。

目標	HbA1c(NGSP) (%)	該当者(人)
(下記目標に未到達)	8.0 以上	87
副作用等により、 治療強化が困難な際の目標	8.0 未満	241
合併症予防のための目標	7.0 未満	226
血糖正常化を目指す際の目標	6.0 未満	

資料：特定健康診査システムから集計

※健診判定…「標準的な健診・保健指導プログラム」内「フィードバック文例集」における健診判定を参考とした。  
※服薬の状況…質問票における服薬状況の回答による。血糖については、インスリン注射の使用も含む。

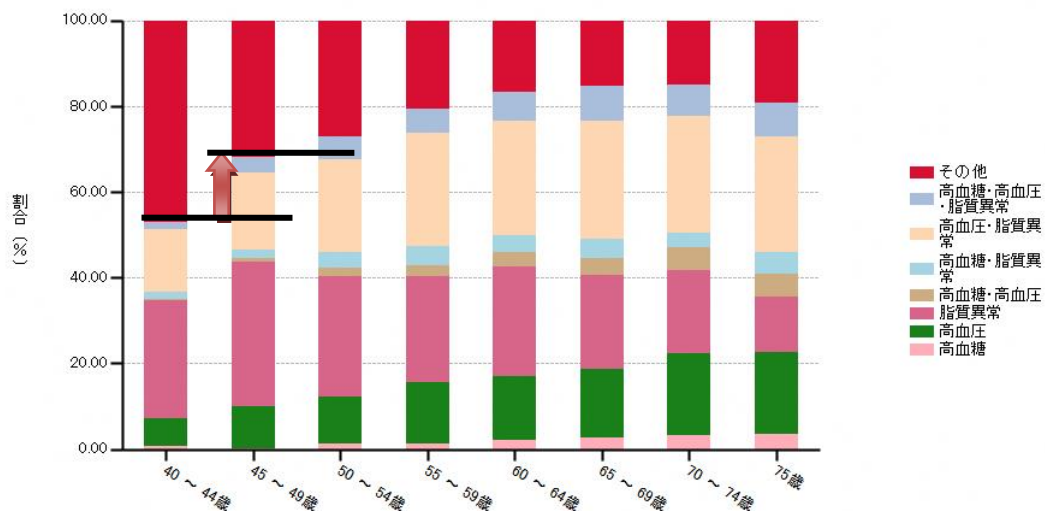
＜服薬状況別の健診判定レベル該当割合＞



資料：特定健康診査システムから集計

- ・服薬なし該当者で、指導内容が「すぐに医療受診を」の者は、血圧高値で422人（服薬なし該当者の5.7%）、脂質異常で333人（服薬なし該当者の3.8%）、血糖高値で520人（服薬なし該当者の4.8%）である。健診後の結果説明において、受診勧奨判定値を超える者へは、健診実施機関から治療の必要について指導を依頼している。しかし、その後の受診状況の把握や受診勧奨が十分にできていないことが課題である。
- ・治療中であっても、受診勧奨判定値を超える者が、血圧高値で1,530人（服薬あり該当者の6.1%）、脂質異常で452人（服薬ありの該当者の1.8%）だった。血糖高値では、554人で、服薬ありの回答者の67.6%が該当した。
- ・また、「島根県糖尿病予防・管理指針（第3版）」における血糖コントロール指標で、合併症予防のための目標値であるHbA1c7.0%を超える者は、328人に及んだ。

(3) 平成28年度(2016)リスク因子保有者の年齢階層別状況



資料：Focus システム

- ・44歳までと45歳以上を比較すると、生活習慣病にかかるリスク保有者割合が急激に高くなっており、若年層へのアプローチが重要である。



## 5. 特定保健指導の実施状況

特定保健指導の実施状況について、以下のとおり分析する。

### (1) 実施率の年度推移、全国及び島根県との比較

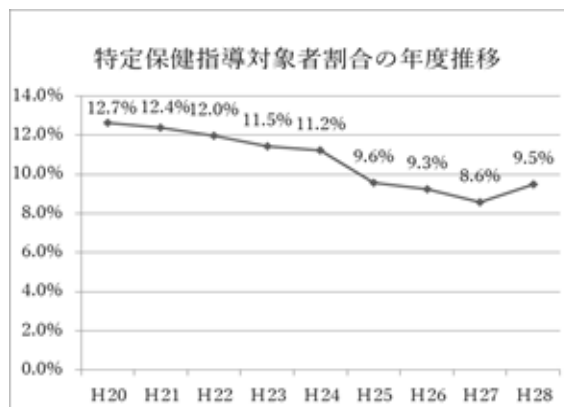
年度	第1期					第2期			
	平成20年度 (2008)	平成21年度 (2009)	平成22年度 (2010)	平成23年度 (2011)	平成24年度 (2012)	平成25年度 (2013)	平成26年度 (2014)	平成27年度 (2015)	平成28年度 (2016)
対象者(人)	1,475	1,338	1,299	1,257	1,267	1,075	1,046	943	1,022
終了者(人)	53	113	148	143	98	121	74	75	91
実施率(終了率)	3.6%	8.4%	11.4%	11.4%	7.7%	11.3%	7.1%	8.0%	8.9%
目標値	20%	30%	35%	40%	45%	18%	22%	40%	50%
島根県 国保平均	9.3%	16.5%	16.3%	19.5%	17.1%	18.5%	15.8%	20.6%	24.4%
全国 国保平均	14.1%	19.5%	20.8%	21.7%	23.2%	23.7%	24.4%	25.1%	26.3%

資料：特定健康診査 法定報告

- ・特定保健指導の終了率は、8.9%（平成28年度(2016)報告値）で、前年度から0.9ポイント増加したが、県平均（24.4%）と比較して低率で推移している。

### (2) 特定保健指導対象者割合の年度推移

	受診者数 (人)	特保対象者 数(人)	対象率
H20年度	11,658	1,475	12.7%
H21年度	10,791	1,338	12.4%
H22年度	10,844	1,299	12.0%
H23年度	10,978	1,257	11.5%
H24年度	11,265	1,267	11.2%
H25年度	11,236	1,075	9.6%
H26年度	11,308	1,046	9.3%
H27年度	11,007	943	8.6%
H28年度	10,769	1,022	9.5%

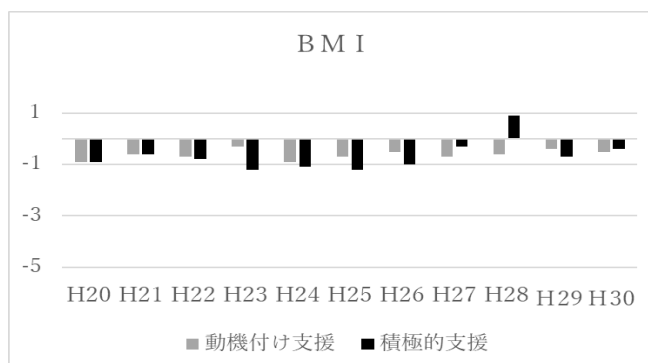
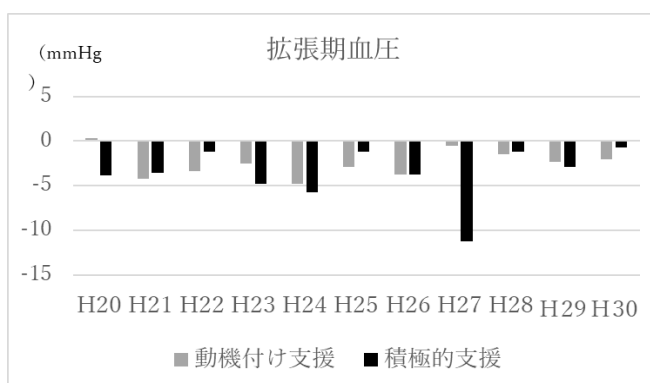
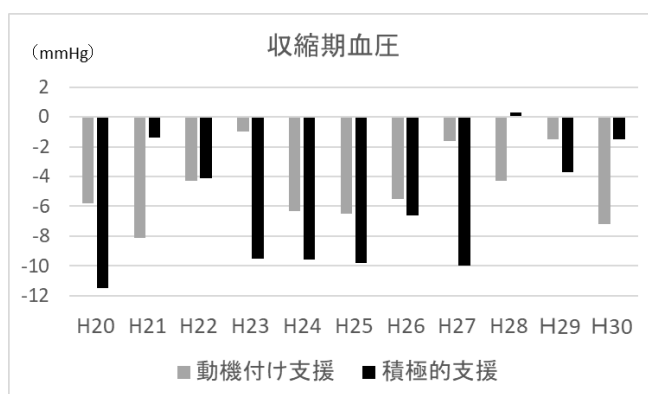
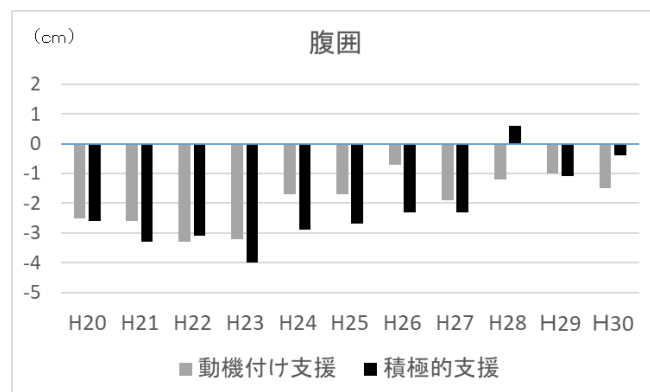
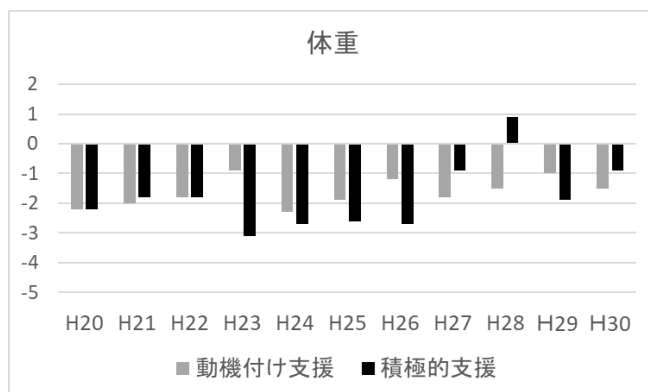


資料：特定健康診査 法定報告

- ・特定保健指導の対象者数は、ほぼ、減少傾向となっている。

### (3) 特定保健指導による検査値への改善効果分析

#### 検査値の増減における平均値の年度推移

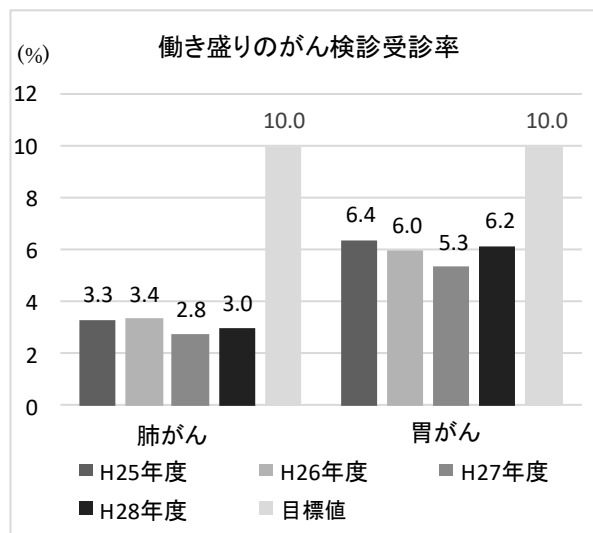
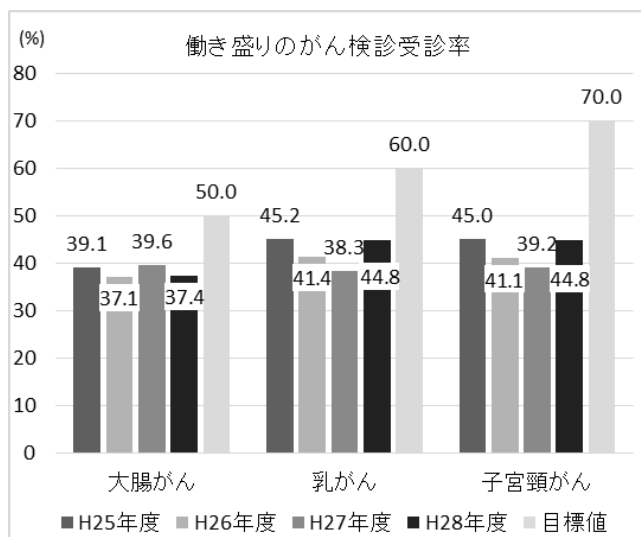


- ・動機付け支援・積極的支援ともに、初回面接時と6か月後評価時の体重・腹囲・BMI・血圧について、検査値の増減を平均値と比較すると、減少しているものが多く、改善効果がみられている。
- ・積極的支援と動機付け支援の改善幅を比較すると、積極的支援の方が大きい。
- ・平成28年度の積極的支援の効果がなかった理由として、利用者のうち精神疾患等の基礎疾患があり、保健指導期間中に、疾患による病状からの影響を受け、取組が十分にできず、改善が図れなかった。

## 6. がん対策の実施状況

### (1) がん検診受診の状況

働き盛り年代のがん検診受診率は、微増傾向にあるものの、目標には達していない。精密検査受診率は、子宮がん 77%、乳がん 95%、肺がん 97%、胃がん 93%、大腸がん 71%であり、100%の目標には達していない。各種がん検診の受診状況を以下に示す。



※働き盛り対象年齢

大腸がん検診(40歳～69歳)、乳がん検診(40歳～69歳)、子宮がん検診(20歳～69歳)、  
肺がん検診(50歳～69歳)、胃がん検診(40歳～69歳)

- ・検診の受診者数は、横ばいもしくは微増傾向にあるが、目標とする受診率には達していない。
- ・精密検査の受診率は、横ばいもしくは増加傾向にあるが、目標とする受診率には達していない。

### (2) 受診率向上対策

死因の第1位を占めるがん対策については、がん検診受診率の向上へ向けた取組み及び精密検査が必要な者への受診勧奨を実施している。

がん検診の周知、啓発に関するパンフレットを作成し、乳幼児健診、保育園等の保護者、成人式、国民健康保険新規加入者(保険年金課窓口)等への配布を行ったり、地区活動(健康教育)やがん予防キャンペーン等での予防啓発を行っている。また、出雲市健康づくり推進員やコミュニティセンター、薬局、事業所、美容組合等との連携により、がん検診の受診啓発も行っている。

精密検査未受診者に対しては、保健師が家庭訪問や電話により受診の確認と勧奨を行っている。

### (3) 受けやすい体制整備

各種がん検診が受けやすいように、医療機関への委託による個別検診と身近なコミュニティセンターで実施する集団検診を実施している。また、乳がん検診については休日検診

を実施し、働く女性が受けやすい体制を整えている。

乳がん、子宮がん、大腸がんについては、新規対象者へ無料クーポン等を個別に送付している。

## 7. 地域ぐるみですすめる健康づくり

地域ぐるみで健康づくりをすすめるため、コミュニティセンター単位に「健康づくり推進員」を選任し、保健師とともに地域での健康づくり活動に取り組んでいる。地区の健康課題をもとに「地区の健康目標」を決め、地区の実態にあわせた健康づくり活動が行われている。

平成26年度からは、市の健康づくり活動の重点目標をふまえ「健康づくり推進員活動目標」を、がん検診の受診勧奨と禁煙の呼びかけに決定し、平成29年度からは特定健診の受診勧奨も加えた目標として、全市一体となった健康づくり活動を推進している。活動目標を設定したことで、地域でのがん検診の受診勧奨の回数が年々増加し、また、町内会（自治会）の禁煙の実態調査や禁煙の呼びかけの取組が広がっている。

生活習慣病予防の正しい知識の普及を図るため、健康教育や健康相談等を通して、バランスの良い食事、減塩、運動、禁煙等についての啓発を行っている。また、あらゆる機会に、乳がん自己検診法の周知やいずも禁煙を考える会や禁煙治療実施医療機関等の紹介等の禁煙支援を行っている。

個人や家庭、地域を取り巻くさまざまな関係機関や団体等と連携を図りながら、地域ぐるみの健康づくりを推進している。

## 第3章 前期計画に係る考察

### 1. 前期計画の振り返り

第1期データヘルス計画では、糖尿病性腎症、脳血管疾患を減少させることで、患者数及び医療費の抑制を図ることを中長期的な目標として、特に、糖尿病性腎症重症化予防事業、脳卒中発症・再発予防対策、保健師のスキルアップ及び推進体制づくりを重点的に行った。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは被保険者へ健診の機会を提供し、継続して自身の健康状態を確認してもらうとともに、重症化の恐れのある受診者には個々の状態に応じた保健指導につなげるため、特定健康診査受診率、特定保健指導実施率の向上にも努めることとした。

#### (1) 特定健康診査の受診率向上対策

連続健診未受診者のうち生活習慣病の治療を受けていない者は、定期的な健康状態の把握ができていないため、特に健診受診を勧める必要があるとして、平成27年度(2015)から、個別健診期間中に健診勧奨ハガキの送付を開始した。

また、健康保険の異動によって受診機会が途切れることのないよう、新規国保加入者向けに、がん検診や特定健康診査の受診を呼び掛けるリーフレットを作成し、手続時に配布するとともに、平成28年度(2016)からは、国民健康保険の昨年度新規加入者への健診勧奨ハガキを送付した。

また、平成24年度(2012)から開始している若い世代の未受診者へ向けての休日集団健診も継続し、平成28年度(2016)からは2日間行った。なお、若い世代の健康意識を高めるために、従来から40歳未満の者を対象とする若年齢層健康診査を実施し、継続している。

平成28年度(2016)には、今後の取組の参考とするため、前年度健診未受診者へ、未受診理由や受診しやすい条件などを問うアンケートを実施した。アンケート結果等を踏まえ、従来、7月～9月としていた個別健診期間を、平成29年度(2017)は10月まで延長し、かかりつけ医からの健診受診の声かけについて医療機関へ協力をお願いした。

これらの取組により、平成28年度(2016)には、40歳から64歳の受診率は県平均よりも高くなっているが、全体の受診率は横ばいであり、目標値には及ばない状況である。

#### (2) 特定保健指導の利用率・終了率向上対策

特定保健指導については、対象者が利用しやすい環境づくりとして、保健指導実施機関の充実を図るため、医療機関への説明会において受託機関の増加促進を働きかけ、また、市役所各支所においても保健指導が受けられるよう体制づくりにも努めてきた。平成29年度(2017)には、受託機関の拡大を目的とした記録の負担軽減策や、市直営の保健指導の受け皿の拡充を行った。

保健指導未利用者に対しては、これまでの再勧奨通知や電話による勧奨にあわせて、平成27年度(2015)からは結果説明にあわせての初回面接を実施する取組も始め、平成29年度(2017)には家庭訪問を始め、取組の工夫に努めているが、目標値には及ばない状況である。

対象者が、自分の身体状況や生活習慣を改善する必要性の気づきにつなげ、自らの力で

取り組むことができるよう、未利用者への勧奨や、保健指導が受けやすい体制づくりを検討しながら、効果的な特定保健指導の実施をめざしている。

### (3) 糖尿病性腎症重症化予防事業

平成 27 年度(2015)から、新たに「糖尿病性腎症重症化予防教室」を糖尿病専門医や管理栄養士、健康運動指導士等を講師として 3 回シリーズで開催した。また、教室終了後の 4～5 か月後にはフォローアップ教室を開催し、健康意識や行動の継続支援を行った。

この教室の対象者選定基準等は、出雲圏域糖尿病予防対策検討委員会において検討を行い、対象者は、FOCUS システムにより抽出した。

個別通知、電話による参加勧奨を行ったが、教室対象 1,561 人に対し、参加者 149 人(延べ参加者 234 人)であり、1 割に満たない状況であった。仕事をしている者の参加を考慮して、平成 29 年度(2017)は、夜間開催にしたが、参加割合は変わらない状況だった。参加者の教室の満足度は、86.6%と高く、参加後の意識や行動変容につながるものだった。

ハイリスクアプローチ専任の栄養士を配置し、教室の参加勧奨、教室不参加者の状況確認や受診勧奨、生活指導等を 452 人(H29 途中)に電話や訪問を実施した。また、腎機能低下の 12 人に対し、受診や生活状況の確認及び保健指導を訪問や電話で行った。

教室参加者や不参加者には、特定健診後、腎機能低下についての説明を受けていない者、減塩と言われても、具体的にどうしてよいかわからない者等があり、腎機能にかかる再検査や専門医への紹介基準の明確化と保健指導体制の強化が課題である。

そこで、平成 29 年度(2017)、出雲保健所を事務局として年 2 回開催している出雲圏域糖尿病予防対策検討委員会において、CKD(慢性腎臓病)フォロー体制について検討を行い、CKD対策ワーキング会議を新たに立ち上げ、腎臓専門医や糖尿病専門医と協議を行った。

### (4) 脳卒中発症・再発予防対策事業

平成 28 年度(2016)から、新規事業として、脳卒中予防教室を開催した。

対象者は、FOCUS システムより抽出した。対象者 731 人に対し、44 人の参加(延べ 71 人)があった。理解度は、86.1%と高く、一度脳卒中を発症した者からは、「もっと早く教室を開催してほしかった」という意見もあった。

そのほか、脳卒中予防に関するチラシを作成し、脳卒中とその予防について地区活動等で広く市民に啓発を行った。また、血圧の自己測定法を周知し、自己管理できるように促した。さらに、減塩対策として、塩分チェックシートを活用し、また、食のボランティアグループと連携し、適塩味噌汁の試飲を実施することで、市民に自分の塩分摂取の傾向を知ってもらい改善へつながる取組を行った。

また、再発予防の視点で、医療機関からの情報提供をもとに、訪問を実施している。

### (5) 生活習慣病発症・重症化予防推進の体制づくりと資質向上

本市では、市内 43 地区のコミュニティセンター単位に「健康づくり推進員」を委嘱し、地区担当保健師とともに、地区の健康課題を考え、さまざまな社会資源を活用し、関係機関の協力を得ながら地区の実情にあった健康づくりを推進している。

地区担当保健師が保健事業を推進し、さらに効果的なアプローチを行うために、平成 27 年度から保健師等スキルアップ研修会を実施した。平成 29 年度(2017)は、すこやかライブ

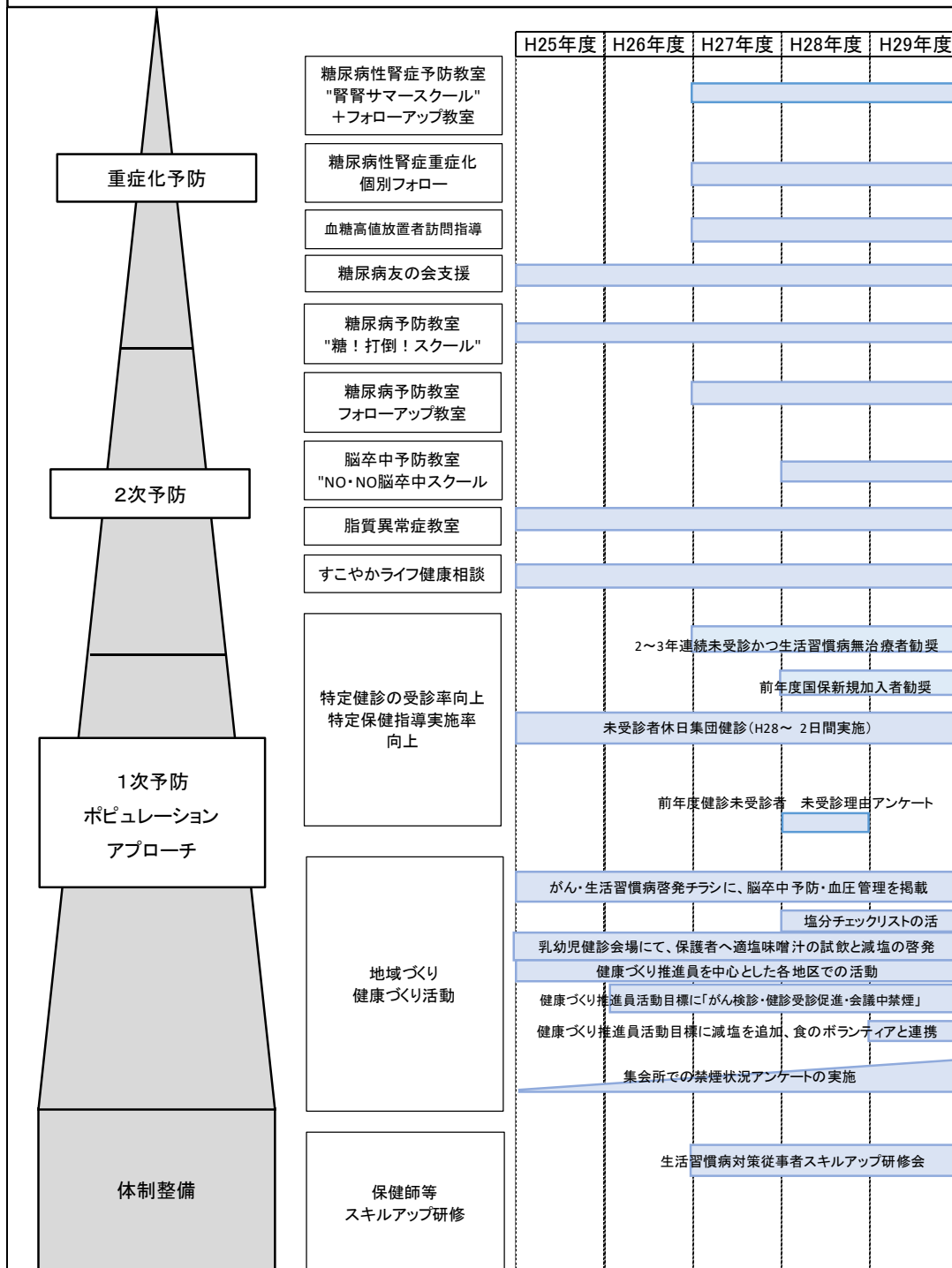
健康相談に携わる栄養士も対象に加えた。特に、糖尿病性腎症重症化予防のスキルアップをめざし、腎臓専門医を講師に、病態から生活指導のポイントまでを学ぶとともに、症例検討もグループで行い、専門性を高めている。

講師である腎臓専門医や、出雲圏域糖尿病予防対策会議の医師と、顔の見える関係を築き、生活習慣病発症・重症化予防のネットワークシステムを構築しつつある。

#### (6) 生活習慣病対策事業全体

対策	事業名	概要
1次予防 (健康啓発・予防等)	①地域力を活かした健康づくり事業	コミュニティセンター単位に健康づくり推進員を選任し、地域の健康課題解決に向けた活動を実施
	②関係団体機関と連携した健康教育事業	食のボランティア連絡協議会やいずも禁煙を考える会、糖尿病友の会等との活動連携
	③健康広報事業	生活習慣病予防等についての周知・啓発
	④特定健康診査事業	国保加入者 40～74 歳に対する生活習慣病の早期発見を目的とした健診
	⑤適正な受診・服薬指導	頻回受診・多受診者への訪問による適正受診指導、服薬の適正化による健康管理
2次予防 (疾病管理等)	⑥健康相談事業	日常生活上の健康管理や生活習慣病予防、健康増進のための個別相談。「すこやかライフ健康相談」の定期開催。連絡票を用いての医師との連携
	⑦訪問指導事業	家庭訪問による保健指導の実施
	⑧糖尿病教室・糖尿病教室フォローアップ教室	糖尿病予防について学び生活習慣改善を支援するための教室開催、継続支援のためのフォローアップ教室の開催
	⑨脂質異常症予防教室	脂質異常症予防について学び生活習慣改善を支援するための教室の開催
	⑩特定保健指導事業	メタボリックシンドローム該当者に対する健診結果に応じた生活改善指導の実施。未利用者への利用勧奨
3次予防 (重症化予防)	⑪血糖高値放置者訪問指導事業	血糖高値者の実施把握、受診勧奨及び糖尿病に関する訪問相談の実施
	⑫糖尿病性腎症重症化予防健康教室	糖尿病性腎症重症化ハイリスク者に対する教室の実施
	⑬糖尿病性腎症重症化予防個別フォロー事業	教室に参加しない人に対する、電話での受診状況や生活状況の確認、受診勧奨やすこやかライフ健康相談へのつなぎ
	⑭脳卒中発症・再発予防対策	脳卒中発症あるいは再発予防におけるハイリスク者に対する教室や訪問の開催
体制整備	⑮生活習慣病発症・重症化予防推進の体制づくりと資質向上	スタッフの資質向上をめざした腎臓専門医による研修会の開催
	⑯出雲市健康のまちづくり推進会議、地域健康づくりネットワーク会議(健康づくり推進員代表者会議)、青壮年・高齢者健康づくりネットワーク会議	健康増進計画の進捗管理、関係機関(者)との具体的な取組の検討や連携

出雲市生活習慣病予防対策事業の経年の取組





## 2. 前期計画の目標指標の達成状況

特定健康診査受診率向上対策、特定保健指導実施率向上対策、糖尿病性腎症重症化予防対策及び脳卒中対策について、特に力を入れて取組を行ってきた結果、目標指標の達成状況を以下に示す。

### (1) 有所見割合の年度推移（受診者中基準値を超える人の割合）

※KDBシステム P21-024厚生労働省様式6-2~7から

項目			H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)	H28 (2016)
摂取エネルギー 過剰	BMI	25以上	23.5%	23.3%	22.8%	23.1%
	腹囲	男85cm以上 女90cm以上	31.3%	31.0%	30.6%	31.3%
	中性脂肪	150mg/dl以上	21.0%	21.3%	20.2%	20.8%
	ALT	31IU/l以上	14.3%	13.3%	14.3%	13.6%
	HDL	40mg/dl未満	6.7%	7.2%	6.9%	6.5%
血管を傷つける	血糖値	100mg/dl以上	25.0%	28.6%	29.2%	26.4%
	HbA1c(NGSP値)	5.6%以上	56.1%	55.1%	52.8%	56.6%
	尿酸	70mg/dl以上	8.5%	8.6%	8.9%	8.7%
	収縮期血圧	130mmHg以上	51.1%	51.2%	52.4%	50.9%
	拡張期血圧	85mmHg以上	20.0%	21.3%	21.9%	21.1%
動脈硬化	LDL	120mg/dl以上	53.1%	50.8%	51.7%	48.0%
腎機能	クレアチニン	1.3mg/dl以上	0.7%	0.7%	0.8%	0.9%

### (2) 重症化予防対象者割合の年度推移

(受診者中、重症化予防対象者の占める割合)

※市健康管理システムから

項目			H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)	H28 (2016)
高血圧症	血圧	収縮期160以上または拡張期100以上	5.4%	5.6%	5.8%	5.8%
脂質異常症	LDL	180mg/dl以上	3.7%	3.2%	3.5%	2.8%
	中性脂肪	300mg/dl以上	2.6%	2.5%	2.6%	2.4%
メタボリック シンドローム	メタボリック シンドローム	基準該当	17.8%	14.0%	17.1%	18.2%
糖尿病	HbA1c(NGSP値)	6.5%以上	9.4%	9.0%	9.2%	9.2%
慢性腎臓病	蛋白尿	(+)以上	5.8%	5.6%	5.4%	5.8%
	蛋白尿	(2+)以上	1.7%	1.5%	1.6%	1.7%

(3) 出雲市健康増進計画 重点プロジェクト「糖尿病」目標指標の年度推移

①特定健康診査、特定保健指導実施率の増加

※法定報告値から

項目		(参考)中間値H22	H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)	H28 (2016)
特定健康診査	受診率	39.0%	41.5%	42.3%	42.2%	42.8%
特定保健指導	終了率	11.4%	11.3%	7.1%	8.0%	8.9%

②肥満者の割合の減少

※市健康管理システムから

項目		(参考)中間値H22	H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)	H28 (2016)
BMI 25以上	男性	25.5%	27.3%	27.2%	27.4%	27.5%
	女性	21.7%	20.8%	20.4%	19.4%	20.0%

③メタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合の減少

※市健康管理システムから

項目		(参考)中間値H22	H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)	H28 (2016)
メタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合	男性	43.0%	43.3%	34.2%	43.5%	43.7%
	女性	19.0%	17.9%	13.9%	16.0%	16.9%

④糖尿病管理不十分者の割合の減少

※市健康管理システムから

項目		(参考)中間値H22	H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)	H28 (2016)
HbA1c (NGSP) 7.9以上	男性	2.7%	2.7%	2.2%	2.1%	
	女性	1.3%	1.3%	1.2%	1.1%	

⑤糖尿病受療率(人口10万対)の減少

※島根県患者調査(H23.10月、H26.10月…3年に1回実施)から

項目	(参考)中間値H20	H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)	H28 (2016)
糖尿病受療率(人口10万対)	100	—	68	—	—

⑥脳卒中年齢調整初発率(人口10万対)の減少

※島根県脳卒中発症状況調査(2年に1回実施:ただし1月～12月区切)から

項目		(参考)中間値 H18.19.22の3年平均	H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)	H28 (2016)
初発率	男性	111.1	147.9	—	118.5	—
	女性	66.3	71.6	—	78.3	—
		(参考)島根県	男性 136.5			
			女性 67.6			

⑦脳卒中発症後1年以内の再発率の減少

※島根県脳卒中発症状況

項目	(参考)中間値	H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)	H28 (2016)
再発率	11.6%	未発表	—	6.3%	—

以上の目標について、第1期データヘルス計画の3年間では、明らかな改善は見られず、前段の医療費データや健診結果、今までの取組結果等から分析をし、次章において健康課題を明確化する。

## 第4章 分析結果に基づく健康課題の抽出・明確化

		掲載ページ
①	<p>45歳から生活習慣病にかかるリスク保有割合が高くなるなど、年齢を重ねるごとに、血圧、脂質、血糖等のリスク併せて持つ者が増えてきているため、早期から、生活習慣病に関する知識の普及と予防の啓発が必要である。特に若い年代の受診率は低い傾向にあるため、職域との連携を含めた、若年層へのアプローチが大切である。</p> <p>また、全体として、特定健康診査やがん検診が目標とする受診率に達していない状況であるため、様々な機会を捉え、検診・健診の受診勧奨や知識の普及啓発を通して健康への関心を高め、地域ぐるみで健康づくりを進める必要がある。</p>	25, 29, 31, 34, 35
②	<p>特定健康診査受診率は、伸び悩んでおり、受診率の低い若い層へ、また、年々受診率が低下している65歳以上の層へ、それぞれの対策が必要である。</p> <p>新規対象者の受診率が低いこと、また連続未受診者の割合が高いため、勧奨により新規受診者の増を図っていく必要があり、加えて、不定期受診を継続受診へと促す取組も大切である。</p> <p>未受診者アンケート結果から、65歳以上の未受診理由の半数は医療受診中であるため、かかりつけ医から健診受診への声かけを引き続き促進する。また、特定健康診査受診率として反映されていない職場健診等の受診者が一定数あることや、検査項目の充実についても検討していく必要がある。</p>	25～28, 36
③	<p>特定保健指導について、動機付け支援・積極的支援ともに利用者には効果がみられるが、特定保健指導実施率が低い状況であることが大きな課題である。より利用しやすい実施体制、利用勧奨の取組により、利用者の拡大を図っていく必要がある。</p>	32, 33, 36
④	<p>国保被保険者を含む人工透析患者数は増加しており、中でも糖尿病性腎症が最も多く、年々増加している状況があり、1件当たりの費用額も高い。1人当たり費用額が県に比べ高く、中でも50～64歳が高いため、早期からのアプローチが必要である。新規透析導入者に高血圧症や糖尿病の病名が多く、高血圧及び糖尿病の予防や重症化予防が必要である。また、健診受診後の精密検査未受診者については、早期の受診勧奨と生活習慣改善が必要である。腎症重症化予防対策事業の対象者からは、腎機能低下について初めて聞いたという声もあり、CKD医療フォローと保健指導体制の強化が必要である。</p>	10, 16, 21, 37
⑤	<p>糖尿病は、平成25年度(2013)と比べると1人当たり費用額、1件当たり費用額ともに増加しており、治療中であるが受診勧奨値を超える者は、7割弱を占め、糖尿病専門医との連携による医療体制の強化と保健指導等による生活習慣改善が必要である。</p>	22, 30, 31

⑥	脳血管疾患は、死因第4位で、脳卒中の発症率・再発率ともに、男性が特に県より高いため、その原因である高血圧症や糖尿病を予防していく必要がある。	7, 9, 15, 19, 20
⑦	心疾患は、死因第2位であり、1人当たり費用額、1件当たり費用額ともに増加しており、原因となる高血圧症や糖尿病、慢性腎疾患の重症化予防の取組をしていく必要がある。要支援・要介護認定者有病状況では、心疾患や脳血管疾患、糖尿病の割合が高いことから、生活習慣病対策の積み重ねが大切である。	7, 12, 15, 19, 20, 23
⑧	死因の第1位はがんであり、男性は約3割、女性は約2割を占め、医療費負担も大きい状況である。部位別死亡状況では、男性は、肺がんの死亡率が最も高く、次いで胃がん大腸がん、女性は、大腸がんの死亡率が最も高く、次いで肺がん、胃がんが高くなっている。がん検診受診率は、微増傾向にあるが、まだ目標に達していない状況があり、がん検診の受診率向上のため、引き続き、がん検診の周知及び受けやすい体制づくりが必要である。精密検査受診率は、(子宮がん77%、乳がん95%、肺がん97%、胃がん93%、大腸がん71%と)目標に達していない状況で、精密検査未受診者への受診勧奨を行う必要がある。	7, 8, 15~18, 23, 34, 35
⑨	精神疾患は、入院日数が多いことで費用額が多くなっていることから、地域生活への移行支援が重要である。 平成25年度(2013)と比べると1人当たり費用額、1件当たり費用額ともに増加していることから、心の健康に関する啓発や心の健康相談の充実を引き続き行っていくことが必要である。	15, 16, 22
⑩	「自己負担軽減例通知」を送付することで、毎年、後発医薬品に切り替える被保険者が存在し、削減効果額もあるため、引き続き、後発医薬品にかかる取組を行っていくことが必要である。	24
⑪	毎年、重複・頻回受診に該当する被保険者が存在するため、医療費適正化の観点から、引き続き、適切な受診を促す指導を行っていくことが必要である。	24

## 第5章 目標

---

前章の健康課題を解決するために、中長期目標および短期目標を次のように定める。

なお、本計画の中間年度にあたる令和2年度に中間評価を行い、最終年度に向けた目標及び取組について見直しを行った。(中間評価は別冊参照)

### 《計画の目標》 健康寿命の延伸

#### 《中長期目標》

- 脳血管疾患や糖尿病性腎症を減少させることで、患者数や医療費の抑制を図る。
  - ・糖尿病患者割合の減少
  - ・新規人工透析導入患者数の減少
  - ・脳血管疾患患者割合の減少
  - ・脳卒中年齢調整初発率の減少
  - ・脳卒中発症後1年以内の再発率の減少

#### 《短期目標》

- 一次予防から三次予防までの保健事業の取組を網羅的に取り組むことで、重症化や合併症への移行を防ぐ。
  - ・特定健康診査受診率、特定保健指導実施率の増加
  - ・肥満者の割合の減少
  - ・メタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合の減少
  - ・血糖コントロール不良の者の割合の減少
  - ・重症化予防対象者割合の減少
  - ・有所見者割合の減少
  - ・がん検診受診率の増加
  - ・ジェネリック医薬品使用割合の増加、重複・頻回受診者対策対象者数の減少

## 中長期目標値

### ★糖尿病患者割合の減少

項目	基準値 H28年度(2016)	H29年度 (2017)	H30年度 (2018)	R元年度 (2019)	目標値	出典
糖尿病患者の割合	12.9%	12.9%	13.2%	13.3%	減少	KDBシステム(様式3-2)

### 新規人工透析導入者数の減少

項目	基準値 H28年度(2016)	H29年度 (2017)	H30年度 (2018)	R元年度 (2019)	目標値	出典
新規人工透析導入者数	22人	18人	14人	15人	減少	保険年金課統計 (特定疾病証新規交付者数)

### ★脳血管疾患患者割合の減少

項目	基準値 H28年度(2016)	H29年度 (2017)	H30年度 (2018)	R元年度 (2019)	目標値	出典
脳血管疾患患者の割合	5.7%	5.7%	5.6%	5.4%	減少	KDBシステム(様式3-6)

### 脳卒中年齢調整初発率(人口10万対)の減少

項目	基準値 H27年度(2015)	H29年度 (2017)	H30年度 (2018)	R元年度 (2019)	目標値	出典	
初発率	男性	118.5	146.6	—	135.4	96.0	島根県脳卒中発症状況調査(2年に1回)
	女性	78.3	83.8	—	60.2	55.0	

### 脳卒中発症後1年以内の再発率の減少

項目	基準値 H27年度(2015)	H29年度 (2017)	H30年度 (2018)	R元年度 (2019)	目標値	出典	
再発率	男性	9.4%	6.9%	—	6.8%	減少	島根県脳卒中発症状況調査(2年に1回)
	女性	3.8%	4.7%	—	3.5%	減少	

(★は中間見直しにより新たに追加した指標)

## 短期目標値

### 特定健康診査受診率、特定保健指導実施率の増加

項目	基準値 H28年度(2016)	H29年度 (2017)	H30年度 (2018)	R元年度 (2019)	目標値	出典	
特定健康診査	受診率	42.8%	44.8%	45.6%	45.3%	60%	法定報告値
特定保健指導	終了率	8.9%	6.2%	23.1%	22.3%	60%	

### 肥満者の割合の減少

項目	基準値 H28年度(2016)	H29年度 (2017)	H30年度 (2018)	R元年度 (2019)	目標値	出典	
BMI25以上	男性	27.5%	28.6%	29.9%	29.8%	22%	Focusシステム
	女性	20.0%	21.2%	21.6%	21.2%	18%	

### メタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合の減少

項目	基準値 H28年度(2016)	H29年度 (2017)	H30年度 (2018)	R元年度 (2019)	目標値	出典	
メタボリックシンドローム 該当者・予備群の割合	男性	43.7%	46.4%	47.2%	47.7%	減少	Focusシステム
	女性	16.9%	17.3%	17.6%	17.8%	減少	

血糖コントロール不良の者の割合の減少

項目			基準値 H28年度(2016)	H29年度 (2017)	H30年度 (2018)	R元年度 (2019)	目標値	出典
HbA1c (NGSP) 7.0%以上	男性		5.9%	6.7%	6.7%	6.5%	減少	Focusシステム
	女性		3.1%	3.2%	3.5%	3.1%	減少	

重症化予防対象者割合の減少

項目			基準値 H28年度(2016)	H29年度 (2017)	H30年度 (2018)	R元年度 (2019)	目標値	出典
高血圧症	血圧	収縮期160以上 または 拡張期100以上	5.8%	6.5%	7.3%	7.0%	減少	Focusシステム
脂質異常症	LDL	180mg/dl以上	2.8%	2.9%	3.4%	2.8%	減少	
	中性脂肪	300mg/dl以上	2.4%	2.8%	2.5%	2.5%	減少	
糖尿病	HbA1c (NGSP値)	6.5%以上	9.2%	8.6%	9.4%	9.2%	減少	
慢性腎臓病	蛋白尿	(+) 以上	5.8%	6.4%	6.7%	6.9%	減少	
	蛋白尿	(2+) 以上	1.7%	1.7%	1.9%	2.1%	減少	

有所見割合の減少

項目			基準値 H28年度(2016)	H29年度 (2017)	H30年度 (2018)	R元年度 (2019)	目標値	出典
摂取 エネルギー 過剰	中性脂肪	150mg/dl以上	20.8%	21.7%	20.3%	20.5%	減少	KDBシステム (様式6-2~7)
	HDL	40mg/dl未満	6.5%	5.7%	5.3%	5.6%	減少	
血管を 傷つける	HbA1c (NGSP値)	5.6%以上	56.6%	53.1%	56.7%	60.8%	減少	
	収縮期血圧	130mmHg以上	50.9%	52.4%	54.6%	53.3%	減少	
	拡張期血圧	85mmHg以上	21.1%	22.8%	24.4%	24.4%	減少	
動脈硬化	LDL	120mg/dl以上	48.0%	48.7%	50.5%	48.4%	減少	
腎機能	クレアチニン	1.3mg/dl以上	0.9%	0.8%	0.9%	0.9%	減少	

がん検診受診率の増加

項目			基準値 H28年度(2016)	H29年度 (2017)	H30年度 (2018)	R元年度 (2019)	目標値	出典
胃がん検診受診率 (40~69歳)			6.2%	5.3%	4.5%	3.6%	10%	健康増進課統計 (厚生労働省方式)
大腸がん検診受診率(40~69歳)			37.4%	31.8%	30.6%	26.1%	50%	
乳がん検診受診率(40~69歳)			44.8%	42.0%	41.4%	42.6%	60%	
子宮(頸)がん検診受診率 (20~69歳)			44.8%	44.8%	44.2%	39.8%	70%	
★結核・肺がん検診受診率 (40~69歳)				—	—	5.5%	10%(見込)	健康増進計画評価時に決定

ジェネリック医薬品使用割合の増加、重複・頻回受診者対策対象者数の減少

項目			基準値 H28年度(2016)	H29年度 (2017)	H30年度 (2018)	R元年度 (2019)	目標値	出典
ジェネリック医薬品	使用割合		67.0%	71.3%	75.3%	79.4%	80.0%	保険年金課統計
重複・頻回受診者対象	対象者数		16人	9人	10人	6人	減少	

※目標値の設定は、出雲市健康のまちづくり基本計画に合わせている。

## 第6章 保健事業の方針・内容

上記目標を達成していくために、次のような保健事業の方針、内容とする。

### 1. 対策の方向性

<p>① 特定健康診査受診率の向上</p>	<p>特定健康診査は、継続的に受診することで自身の健康状態の傾向がつかめることから、健康意識を高める効果が期待できる。また、健診結果から、要指導・要治療者を抽出し働きかけを行い、生活習慣病の発症・重症化予防につなげていく。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・今後も健診実施機関等と連携を深め、効果的な実施体制について検討するとともに、かかりつけ医から健診受診への声かけを引き続き促進する。</li> <li>・対象者の受診状況（連続未受診・不定期受診・生活習慣病レセプトの有無など）に応じた個別勧奨通知の送付、電話や訪問等での個別勧奨を行う。</li> <li>・受診率の低い若い層（40-64歳）の受診率を高めるため、休日集団健診の実施及び健診実施機関への期間終了後の受け入れの協力を依頼する。</li> <li>・勧奨時期、通知内容、効果的な実施方法について、検討を重ねる。</li> <li>・職場健診等の結果の収集についても検討していく。</li> </ul>
<p>② 特定保健指導実施率の向上</p>	<p>特定保健指導該当者に保健指導を実施することで、生活習慣病の発症リスクを減らしていく。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・実施率向上に向けて、委託実施機関や医師会との更なる連携を強化する。</li> <li>・すべての未利用者に対し手紙や電話、訪問で、積極的に利用勧奨を行う。</li> <li>・効果的な保健指導の実施（質の向上、実施率向上）のため、利用者分析を行い、保健指導の目的や効果を広く周知する。</li> <li>・休日集団健診と特定保健指導の同日実施を行う。</li> </ul>
<p>③ 重症化予防対策</p>	<p><b>【腎症重症化予防対策】</b></p> <p>圏域糖尿病予防対策検討会におけるCKD対策ワーキングにて、関係者と検討を行い、特定健診から腎臓専門医へつなぎ、必要な者には市の保健指導を紹介するという一貫した腎症重症化予防の取組体制を構築している。</p> <p>健診受診者を増やすとともに、医療機関未受診者や治療中断者についても、受診勧奨によって医療につなぎ、医療機関と連携をして人工透析導入者を減らす。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・CKD（慢性腎臓病）の医療フォローと保健指導を定着化させる。</li> <li>・糖尿病性腎症重症化予防個別フォロー対象者への教室実施や情報提供、保健指導を実施する。</li> <li>・糖尿病の治療中断者への個別フォローを行う。</li> </ul> <p><b>【糖尿病重症化予防対策】</b></p> <p>糖尿病の自己管理を適切にすることで、合併症を予防することができることから、圏域糖尿病予防対策検討会等において、各機関と現状や課題を共有しながら、医科歯科連携を始め、さらに関係機関の連携を強化し、予防対策を継続する。</p>



	<p><b>【脳卒中発症・再発予防対策】</b></p> <p>高血圧予防、高血圧症管理等による脳卒中発症予防と、発症後の再発予防対策の強化が必要である。圏域脳卒中予防対策検討会等で、関係者と連携を図りながら、より効果的な脳卒中発症・再発予防の取組を推進していく。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月の特定健診結果から、脳卒中発症のハイリスク者を抽出し、保健指導の実施や情報提供による意識啓発を行う。必要に応じてすこやかライフ健康相談へのつなぎや、医療機関への受診勧奨を行う。</li> <li>・脳卒中の再発予防として、医療機関から情報提供のあった者へ訪問による相談を行う。(出雲圏域脳卒中再発予防事業) (R2 度～開始)</li> </ul> <p><b>【心疾患発症予防対策】</b></p> <p>上記事業と連動しての心疾患発症予防の取組、特に啓発や保健指導を実施する。</p>
<p>④ がん検診受診率 向上</p>	<p>健康増進計画に基づき、がん予防についての正しい知識の普及とライフスタイルに合わせたより良い生活習慣の定着支援を行う。また、働き盛りのがん検診受診率向上やがん精密検査受診率 100%を目指して、地域や産業保健等、関係機関と連携を図りながら啓発を行う。</p> <p>また、受けやすい、より良い検診体制の整備を図る。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新規対象者を中心とした受診勧奨と出雲市国民健康保険新規加入者に対する受診勧奨を行う。</li> <li>・包括連携協定を結んでいる企業や市内薬局及び理美容組合等の職域と連携による受診勧奨を行う。</li> <li>・SNS や出雲市ホームページを活用した啓発を行う。</li> <li>・休日集団検診(乳がん)の実施、胃がん検診胃内視鏡検査の導入、大腸がん検診の回収法による実施などの充実により、検診機会の拡大を図る。</li> <li>・精密検査未受診者への受診状況の確認を行い、未受診者へは受診勧奨し、早期発見、早期治療へつなげる。</li> </ul>
<p>⑤ 医療費適正化</p>	<p>ジェネリック医薬品に切り替えることで薬剤費の軽減が図られるため、先発品から変更した場合に、負担軽減の度合いを示す「自己負担軽減例通知」を送付することによって、一層の利用促進を図る。</p> <p>また、重複頻回受診者、重複多剤投与者の抽出を行い、適切な受診・投与に向けた働きかけを行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・レセプト点検により抽出した重複・頻回受診対象者に対して、電話や訪問を行い、適切な受診を行うよう指導する。</li> <li>・レセプトデータから抽出した重複・多剤投与対象者に対して、服薬情報の通知を送付し、注意を促す。(R3 度～開始)</li> </ul>

⑥ ポピュレーション アプローチ	<p>生活習慣病は、被保険者の生活習慣の見直しや改善により、発症の予防、重症化の予防、更には、特定保健指導対象者の減少にもつながる。年齢を重ねるごとに、血圧、脂質、血糖等のリスクを併せて持つ者が増えてきているため、早期から、生活習慣病に関する知識の普及と予防の啓発を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・各地区の健康課題に合った取組を地域や職域の関係機関と共に進める。</li> <li>・20～39 歳の出雲市国民健康保険加入者へ実施する若年齢層健診を継続し、早期からの健診機会の提供により、健康への関心を高める。</li> <li>・出雲市健康のまちづくり基本計画に基づいた地域ぐるみの健康づくりの取組をすすめる。毎年の健康のまちづくり推進会議及び各ネットワーク会議にて、進捗状況を確認する。</li> <li>・地域の健康教育の中で、重点的に糖尿病予防や脳卒中予防（減塩教育）の内容を組み込み、健康教材を充実させ、ポピュレーションアプローチとして、広く啓発する。</li> </ul>
⑦ 心の健康づくり	<p>健康増進計画に基づき、心の健康づくりに関する啓発や相談を行う。</p> <p>また、障がい福祉計画に基づき、精神科病院へ入院する精神障がい者等が地域で生活できるよう地域移行支援に取り組む。</p>

以上の対策の方向性の中で、特に力を入れていく保健事業の内容を下記に示す。

## 2. 事業計画

### ①特定健診受診率向上対策

<事業名> 特定健康診査

目的	健診受診者の増加
概要	個別勧奨通知の送付による受診勧奨
対象者	特定健診対象者（健診受診状況や治療状況等により勧奨対象者を選定）
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者の受診状況（連続未受診・不定期受診・生活習慣病レセプトの有無など）に応じた勧奨通知を送付する。</li> <li>・平日に受診しづらい若い年齢層を中心に休日健診を実施し、合わせて電話勧奨を行う。また、個別健診実施機関にも、受診希望者の受け入れを依頼する。</li> <li>・勧奨時期、通知内容、効果的な実施方法について検討を重ねる。</li> </ul>
評価指標 目標値	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診受診率60%</li> <li>・受診率の低い若い層（40～64歳）の受診率向上</li> </ul>
年度計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前年度未受診者へ受診勧奨通知（7月）</li> <li>・現年度未受診者へ受診勧奨通知（兼休日集団健診案内（10月～11月）</li> <li>・休日集団健診（2日間）の実施（12月または1月）</li> </ul>

## ②特定保健指導実施率向上対策

<事業名> 特定保健指導（ヘルシーサポート）

### 1) 未利用者勧奨

目的	未利用者への再勧奨を行い、実施率向上をめざす
概要	未利用者への利用勧奨
対象者	特定保健指導未利用者
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業担当、地区担当保健師により、すべての対象者に対して可能な手段（手紙、電話、訪問）で積極的な利用勧奨を行う。</li> <li>・ 利用勧奨、進行管理のための体制整備を行う。</li> <li>・ 過去の利用者分析を行い実績の見える化（医療機関や利用者向け）を行い、保健指導の目的を周知する。</li> <li>・ 医療機関との連携を継続する。</li> <li>・ 集団健診と特定保健指導の同日実施を継続する。</li> </ul>
評価指標 目標値	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 実施人数（実施率）目標実施率は法定報告の目標値</li> <li>・ 改善率（体重または腹囲の改善者、生活習慣の変化率）</li> </ul>
年度計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用対象者への個別通知</li> <li>・ 特定保健指導の開始・マニュアル作成</li> <li>・ 体制整備、積極的利用勧奨（電話、訪問）、連絡が取れない方へ再通知</li> <li>・ 利用者分析、保健指導効果分析</li> </ul>

### 2) 医療機関等の連携強化

目的	医療機関での実施者を増やし、実施率向上をめざす
概要	特定保健指導の医療機関委託による実施
対象者	特定保健指導委託医療機関
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 委託医療機関における特定保健指導の利用へのつなぎについて、効率的で効果的な方法を委託医療機関や医師会と検討する。</li> <li>・ 過去の利用者分析を行い、実績を医療機関へも情報提供し協力を得る。</li> <li>・ 医療機関との連携強化、担当者による実施医療機関訪問等を継続する。</li> <li>・ 実績回数の少ない医療機関や新規受け入れ医療機関等については、細やかに連絡をとり、保健事業が円滑に進むように連携をとる。</li> </ul>
評価指標 目標値	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療機関の受入れ件数 目標値（50件）</li> </ul>
年間計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 委託医療機関との連携のため、細やかな連絡体制や訪問の実施</li> <li>・ 出雲医師会を通じて、医師連絡会での情報提供</li> </ul>

### ③重症化予防対策

<事業名> 腎症重症化予防事業

#### 1) CKD（慢性腎臓病）医療フォロー

目的	健診医と腎臓専門医が連携し、重症化予防につなげる
概要	健診医から腎臓専門医へ精密検査依頼の実施
対象者	〔再検査基準〕 尿蛋白1+以上 または eGFR(推定糸球体ろ過量)50mL/分/1.73m <sup>2</sup> 未満 (※70歳以上：eGFR40mL/分/1.73m <sup>2</sup> 未満) 〔腎臓専門医への紹介基準〕 下記1)～3)のいずれかに該当する者 1) 尿蛋白/Cr比0.5g/gCr以上または尿蛋白2+以上 2) eGFR50 mL/分/1.73m <sup>2</sup> 未満 ※70歳以上：eGFR40mL/分/1.73m <sup>2</sup> 未満 3) 尿蛋白と尿潜血が共に陽性（+以上）
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診医が健診結果から基準該当者に再検査をし、基準該当の場合、腎臓専門医へ精密検査依頼をする。</li> <li>・市は健診受診者から該当者を抽出し、再検査通知を行い、再検査や精密検査の未受診者対策を行う。</li> </ul>
評価指標 目標値	・CKD重症化ハイリスク者割合の減少
年度計画	・毎月対象者を抽出し、再検査通知文書を発送、再検査を実施する。

#### 2) 保健指導

目的	CKD対象者へかかりつけ医と連携して保健指導を実施し、重症化予防につなげる
概要	保健指導の実施
対象者	尿蛋白1+以上 または eGFR(推定糸球体ろ過量)50mL/分/1.73m <sup>2</sup> 未満 (※70歳以上：eGFR40mL/分/1.73m <sup>2</sup> 未満)に該当で、 再検査後の上記1) 1)～3) 非該当および医師が必要と判断した者
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診医またはかかりつけ医の判断により、保健指導依頼書を市に送付し、すこやかライフ健康相談へ紹介する。</li> <li>・保健指導実施後に、市から医師へ返信を行う。</li> <li>・保健指導担当者の資質向上を図る。</li> </ul>
評価指標 目標値	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導後の知識や意識</li> <li>・行動の変化、継続性、本人の目標達成度</li> <li>・保健指導後の検査データの改善状況</li> </ul>
年度計画	・医療機関からの保健指導依頼時に保健指導を実施する。

<事業名> 糖尿病性腎症重症化予防事業

目的	正しい知識と生活習慣の改善による糖尿病性腎症重症化の予防
概要	教室の実施、受診勧奨、保健指導、情報提供
対象者	糖尿病性腎症重症化ハイリスク者 HbA1c6.5以上の者、HbA1c5.6～6.4でeGFR30～59mL/分/1.73m <sup>2</sup> 未満の者 (いずれも40～74歳の糖尿病レセプトなしの者)
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性腎症重症化ハイリスク者に対し、個別通知を行い、医師や栄養士による教室を実施することで、知識・意識・行動面の改善を促し、重症化予防につなげる。</li> <li>・必要な者には、訪問や電話での受診状況や生活状況の確認をし、保健指導の実施や情報提供による意識啓発を行う。必要に応じてすこやかライフ健康相談へのつなぎや、医療機関への受診勧奨を行う。</li> </ul>
評価指標 目標値	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性腎症重症化予防教室対象者数の減少</li> <li>・教室参加者数 ・不参加者状況把握 ・教室参加後の行動変容</li> <li>・教室参加次年度のHbA1c改善率</li> </ul>
年度計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者へ個別通知の発送</li> <li>・対象者の中で、重症化のリスクが高い者や状況未確認者へ状況確認</li> <li>・令和2年度のアンケート結果分析、事業評価をもとに、情報提供や教室の方法、内容の検討</li> </ul>

<事業名> 糖尿病治療中断者対策事業

目的	糖尿病治療中断者に対し、医療受診状況を確認、受診勧奨を行い、重症化予防につなげる。
概要	治療中断者に対し、医療受診状況を確認、受診勧奨の実施
対象者	直近1年間に糖尿病治療歴があり、直近4か月間に治療が確認できなかった者
実施方法	受診状況確認の通知を送付後、電話・訪問による状況確認、受診勧奨を行う。
評価指標 目標値	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診につながった人数</li> <li>・受診および保健指導後の検査データ改善状況（HbA1c、血糖値）</li> <li>・対象者数の減少</li> </ul>
年度計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年3回対象者を抽出し、状況確認、受診勧奨を行う。</li> <li>・受診確認ができない者について、継続して状況確認、受診勧奨を行う。</li> </ul>

<事業名> 脳卒中発症・再発予防事業

目的	脳卒中発症・再発予防
概要	情報提供および教室や訪問の実施
対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>①脳卒中発症あるいは再発ハイリスク者             <ul style="list-style-type: none"> <li>1)収縮期血圧140mmHgまたは拡張期血圧90mmHg以上であり、メタボリックシンドローム判定に該当する者</li> <li>2)収縮期血圧140mmHgまたは拡張期血圧90mmHg以上であり、<math>\gamma</math>-GTP101以上の者</li> </ul> </li> <li>②医療機関から再発予防のための情報提供があった者（出雲圏域脳卒中再発予防事業）</li> <li>③一般市民</li> </ul>
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>①特定健診結果から対象者を抽出し、脳卒中予防教材と生活習慣アンケートを個別送付し、重症化予防につなげる。必要な者には、電話等での受診状況や生活状況の確認をし、保健指導の実施や情報提供による意識啓発を行う。必要に応じてすこやかライフ健康相談へのつなぎや、医療機関への受診勧奨を行う。</li> <li>②再発予防事業の訪問、相談を実施し、再発予防に努める。</li> <li>③地域の健康教育に減塩教育を組み込み、広く啓発を行う。</li> </ul>
評価指標 目標値	①状況把握率 ②訪問・状況把握率 ③減塩ミニ教室の参加者数(前年比)
年度計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>①9月～5月まで毎月対象者を抽出し、資料送付する。電話にて状況確認する。</li> <li>②③随時</li> </ul>

※ハイリスク者の対象者選定基準については、変更する場合があります。

<事業名> 糖尿病予防事業

目的	糖尿病予防
概要	情報提供及び教室の実施
対象者	一般市民
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ポピュレーションアプローチとして、地域の健康教育に糖尿病予防の内容を組み込み、広く啓発を行う。糖尿病対策全体の分析評価を行い、教育媒体を整理し、地域の健康教育の内容に生かす。</li> <li>・糖尿病対策として個別フォローは、糖尿病性腎症重症化予防事業で行う。</li> </ul>
評価指標 目標値	・地域での健康教育（糖尿病予防）の回数、参加者数
年度計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診結果等の分析、評価。地域の健康教育のため資料や教材整理</li> <li>・地域での健康教育の実施（随時）</li> </ul>

#### ④がん検診受診率向上対策

<事業名> がん検診

##### 1) 検診の受診勧奨

目的	検診受診者の増加
概要	あらゆる機会をとらえた受診勧奨とがん予防の知識の普及を行う
対象者	検診対象者
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健事業や地域活動を通じた受診勧奨</li> <li>・新規対象者を中心とした受診勧奨と出雲市国民健康保険新規加入者に対する受診勧奨</li> <li>・職域と連携した受診勧奨</li> <li>・包括連携協定を結んでいる企業や関係組織団体等との連携による受診勧奨</li> <li>・がん検診受診日や受診方法について全市を網羅した「健康はつらつカレンダー」の全戸配布</li> <li>・SNS等や出雲市ホームページを活用した受診勧奨</li> </ul>
評価指標 目標値	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん検診受診率（働きざかり世代）</li> <li>胃がん：10% 大腸がん：50% 乳がん：60% 子宮頸がん：70%</li> <li>肺がん（ヘリカルCT）→結核・肺がん検診：10%（見込）</li> </ul>
年度計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診勧奨（4月～3月の通年）</li> <li>・がん検診受診日、受診方法を全市を網羅した「健康はつらつカレンダー」の全戸配布（4月）</li> <li>・新規対象者を中心とした受診勧奨（6月～7月）</li> <li>・市内職域等関係組織団体との連携による受診勧奨（6月、11月）</li> </ul>

##### 2) 受けやすい検診体制づくり

目的	検診の休日実施や検診方法の充実により、検診機会の拡大を図る。
概要	休日集団検診（乳がん）の実施、胃がん検診胃内視鏡検査の導入、回収法による大腸がん検診の実施
対象者	検診対象者
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市内大型商業施設等での休日集団検診</li> <li>・集団検診と個別検診の実施</li> <li>・個別医療機関等での胃内視鏡検査の導入と集団検診（胃透視検査）の併用</li> <li>・回収法での大腸がん検診の実施</li> </ul>
評価指標 目標値	<ul style="list-style-type: none"> <li>・胃内視鏡検査の導入</li> <li>・回収法での大腸がん検診の実施</li> </ul>
年度計画	・休日集団検診（9月、1月）

##### 3) 精密検査未受診者勧奨

目的	精密検査未受診者への受診状況の確認を行い、未受診者への受診勧奨により、早期発見、早期治療へつなげる。
概要	未受診者への受診勧奨
対象者	精密検査未受診者
実施方法	・未受診者アンケートを実施し、受診状況の確認を行う。未受診者へは訪問や電話による受診勧奨を行う。
評価指標 目標値	・精密検査受診率100%
年度計画	・受診勧奨 2月

### ⑤医療費適正化対策

<事業名> 医療費適正化事業

#### 1) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）利用啓発

目的	調剤費の抑制
概要	後発医薬品への切替を目的とした自己負担軽減例通知の発送
対象者	慢性疾患等に罹患し、使用している先発医薬品を後発医薬品に切り替えることで自己負担額が100円以上軽減される者 ただし、がん・その他特殊疾病及び精神疾患等は除く
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者に後発医薬品に切り替えた場合の自己負担軽減例通知を発送する。</li> <li>後発医薬品に関する被保険者からの問合せに対し、外部の専門スタッフが電話対応する。</li> </ul>
評価指標 目標値	ジェネリック医薬品の使用割合（数量ベース）80%
年間計画	対象者に自己負担軽減通知を発送する（年4回 8月～11月）

#### 2) 重複・多剤投与者対策

目的	医療費の抑制
概要	重複・多剤投与者を対象とした服薬情報の通知
対象者	薬剤種類数、処方日数、処方した医療機関数をもとに対象者を抽出する。 ※具体的な数値は未定
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>1月～4月のレセプトから通知対象者を抽出し、通知書を発送する。</li> <li>対象者からの問合せに対しコールセンターを設置して外部の専門スタッフが対応する。</li> <li>8月～11月のレセプトから通知対象者の効果測定を行う。</li> </ul>
評価指標 目標値	<ul style="list-style-type: none"> <li>通知対象者の減少</li> <li>通知対象者の薬剤費の減少</li> </ul>
年度計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>通知対象者を抽出する（6月頃）</li> <li>対象者へ通知書を発送する（7月）</li> <li>効果測定を行う（2月頃）</li> </ul>

#### 3) 重複・頻回受診者対策

目的	医療費の抑制
概要	重複・頻回受診者、重複投薬者等を対象とした保健師による訪問指導
対象者	<p>国保連から提供される「国民健康保険重複多受診者一覧表」にリストアップされている被保険者のうち、6か月間下記のいずれかの条件に継続して該当した被保険者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>同一診療月の外来レセプトの合計が15日以上</li> <li>不眠症で3か所以上から薬剤を処方</li> <li>処方制限がある薬剤を2か所以上から処方</li> </ul> <p>※「国民健康保険重複多受診者一覧表」（国保連提供）の抽出条件</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>複数の医療機関から同一診療月のレセプト請求が4件以上</li> <li>請求があった同一診療月の外来レセプトの合計が15日以上</li> </ul>
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問対象者を決定し文書または電話により事前通知を行う</li> <li>保健師による訪問指導を実施する</li> </ul>
評価指標 目標値	訪問指導対象者の減少
年間計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問対象者に事前通知を行う（10月～12月頃）</li> <li>保健師による訪問指導を実施する（1月～3月）</li> </ul>

## ⑥ポピュレーションアプローチ

<事業名> 市町村保健活動、食育のまちづくり、健康教育

### 1) 各地区での健康づくりの推進

目的	地域で健診等受診啓発や健康増進の活動、心の健康づくりの啓発を行い、地域の健康意識や活動を高める
概要	コミュニティセンター単位に健康づくり推進員を選任し、地域の健康課題解決に向け地域力を活かした健康づくり事業を展開する。
対象者	地区内の市民
実施方法	地区担当保健師は、地区内の健康づくり推進員や関係団体等と連携して、健康づくりの取組を健康課題に沿って計画し実施・評価を行う。
評価指標 目標値	・ 出雲市健康のまちづくり基本計画に基づく
年度計画	・ 随時

### 2) 生活習慣病予防の知識の普及啓発

目的	生活習慣病の発症予防・重症化予防
概要	生活習慣病予防等についての周知・啓発を行う。特に糖尿病予防、脳卒中予防の内容を取込み、減塩・血圧の自己測定法、禁煙等をすすめる。
対象者	被保険者を含む市民
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 広報、ホームページ、地域の教室等で生活習慣病予防・健診受診啓発等を実施する。</li> <li>・ 健康教材を充実させ、地域の教室等で活用する。</li> </ul>
評価指標 目標値	・ 地域での健康教育（糖尿病予防、減塩ミニ教室）の回数、参加者数
年度計画	・ 随時



## 第7章 計画の推進体制

### 1. 計画の策定

国民健康保険を所管する保険年金課と保健事業を所管する健康増進課が中心になって計画を策定し、適宜、保健所からの会への参画、データ提供や助言を得ている。また、出雲市国民健康保険運営協議会での審議・助言を得ること、必要時、関係機関や外部有識者の意見を求めることとした。

### 2. 計画の推進

出雲市健康のまちづくり基本計画の推進と合わせて健康づくりの取組を地域全体で推進する。また、出雲医師会、島根県及び、島根県国民健康保険団体連合会等の関係機関と連携した推進体制のもとで事業を推進する。

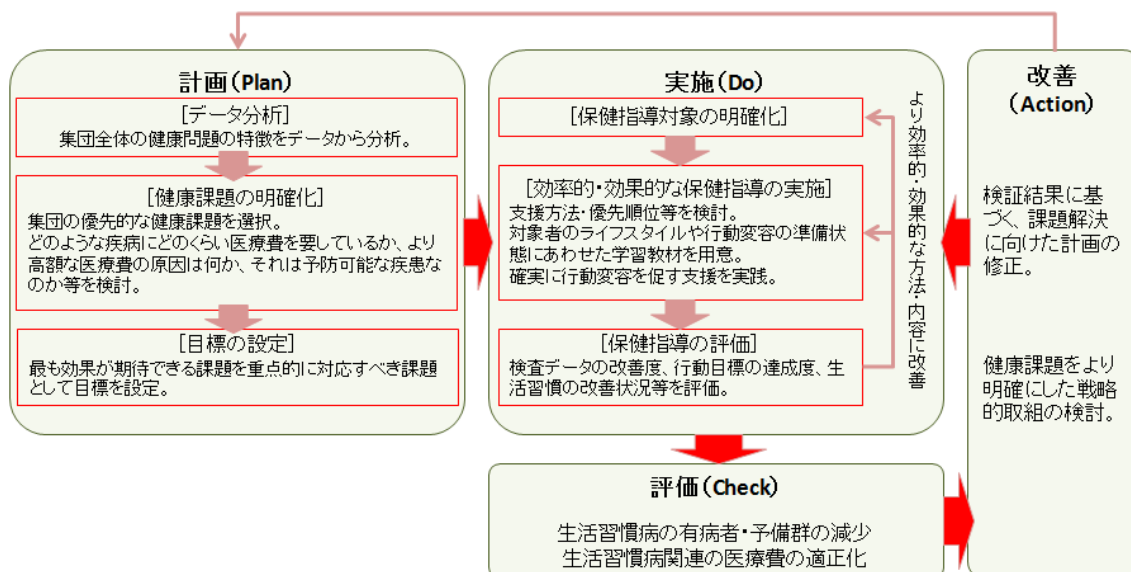
### 3. 計画の評価

最終年度となる令和5年度(2023)に、計画に掲げた目的・目標の達成状況の評価を行い、計画全体の見直しを行うこととする。ただし、毎年度評価をする中で、見直しの必要が生じた場合は、部分的な見直しを行うこととする。

毎年度、目標指標の経年比較を行うとともに、特定健康診査の個々の健診結果の改善度を評価、また、保健事業の実施状況を取りまとめ、PDCAサイクルに沿って事業評価・改善を図っていく。

保健事業実施状況等については、出雲医師会及び出雲市国民健康保険運営協議会へ報告し、適宜助言を受けるものとする。また、島根県国民健康保険団体連合会が設置する保健事業支援・評価委員会や有識者の指導・助言を受けるものとする。

#### 【保健事業のPDCAサイクル】



資料：公益社団法人 国民健康保険中央会「国保・後期高齢者ヘルスサポート事業 ガイドライン」

#### 4. 計画の公表

策定した計画は、市のホームページ等に掲載する。

#### 5. 個人情報の取扱い

出雲市における個人情報の取り扱いは、出雲市個人情報保護条例（平成 17 年出雲市条例第 5 号）によるものとする。

#### 6. その他の留意事項

データヘルス計画策定作業を通じて、他の保健事業（人間ドック等）も含めて、国民健康保険所管課と健康増進部門間の連携を強化するとともに、地域包括ケアの視点から介護部門等関係部署と共通認識をもって課題解決に取り組むよう努めるものとする。

データ分析に基づく保険者の特性を踏まえた計画を策定するため、島根県国民健康保険団体連合会が行うデータヘルスに関する研修に、事業運営にかかわる担当者（国民健康保険所管課、健康増進部門、介護部門等）が積極的に参加するとともに、事業推進に向けて協議する場を設けるものとする。

## 第2編 第3期出雲市国民健康保険特定健康診査実施計画

(平成30年度(2018)～令和5年度(2023))

### 1. 策定にあたって

我が国では、急速な人口の高齢化や生活習慣の変化により、疾病構造が変化し、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加し、医療費も増大し続けている。中でも、肥満、高血糖、高血圧、脂質異常症等の危険因子を複数併せ持つ場合、危険因子が重なるほど虚血性心疾患や脳血管疾患を発症する危険が増大すると言われている。

そのため、生活習慣病の発病や重症化を予防するために、メタボリックシンドロームの概念を導入し、運動、栄養、喫煙面での健全な生活習慣を形成することにより、メタボリックシンドローム該当者及びその予備群を減少させることを目的に、「高齢者の医療の確保に関する法律」(昭和57年法律第80号。以下「高確法」という。)により、各保険者に特定健康診査及び特定保健指導の実施が義務づけられた。

これにより、出雲市では、厚生労働大臣の定める特定健康診査等基本指針(以下「基本指針」という。)に即して、平成20年度(2008)から「出雲市国民健康保険特定健診等実施計画」第1期計画を策定、平成25年度(2013)から第2期計画を策定し、特定健康診査及び特定保健指導を実施してきた。

平成29年度(2017)の法改正により、平成30年度(2018)以降、特定健診等実施計画は6年ごとに策定することとなったため、今回、平成30年度(2018)～令和5年度(2023)までを計画期間とした「第3期出雲市国民健康保険特定健診等実施計画」を策定するものである。

#### メタボリックシンドロームとは

内臓脂肪型肥満(内臓肥満・腹部肥満)に高血糖・高血圧・高脂血症のうち2つ以上を合併した状態をいう。

日本では、平成17年(2005)に日本内科学会総会で発表されたものを基準としている。内臓肥満を必須項目とし、その基準は臍レベル腹部断面での内臓脂肪面積100cm<sup>2</sup>以上としているが、この面積を直接測定することは困難であるため、腹囲の測定により代用している。

これにより、腹囲男性85cm、女性90cm以上で、かつ

- ①収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上、
- ②中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロールが40mg/dl未満
- ③空腹時血糖110mg/dl以上

の3項目中2項目以上該当する人がメタボリックシンドロームと判定される。

### 特定健康診査とは

平成 19 年度(2007)以前に実施していた基本健康診査に代わって、「高齢者の医療の確保に関する法律」により、平成 20 年度(2008)から保険者に実施が義務付けられている健康診査である。メタボリックシンドロームの考え方を取り入れたもので、健康診査から保健指導までの流れが確立されている点の特徴である。

「特定健康診査」の健診項目は、医師の診察のほか、身長、体重、BMI、腹囲、血圧、検尿（尿糖、尿蛋白）、血液検査（中性脂肪、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、AST、ALT、γ-GTP、空腹時血糖またはHbA1c）である。このほか、質問表により、高血圧・糖尿病・高脂血症の既往歴や服薬状況、喫煙の状況などを確認する。

また、医師の判断により、貧血検査、健診の結果及び医師の判断により心電図検査・眼底検査・クレアチニン検査を実施することとなっている。

### 特定保健指導とは

上記の特定健康診査の結果、以下に該当する者に対して「特定保健指導」を行う。  
保健指導の必要性の度合いに応じて「動機付け支援」「積極的支援」に区分する。

#### ステップ 1

- 腹囲 男性 85cm 以上、女性 90cm 以上 …………… (1)  
男性 85cm 以下、女性 90cm 以下で BMI 25 以上 …………… (2)

↓

#### ステップ 2

- ①血糖 空腹時血糖 100mg/dl 以上、または HbA1c (NGSP) が 5.6%以上\*、または服薬治療中の者  
②脂質 中性脂肪 150mg/dl 以上、または HDL コレステロールが 40mg/dl 未満、または服薬治療中の者  
③血圧 収縮期血圧 130mmHg 以上、または拡張期血圧 85mmHg 以上、または服薬治療中の者  
④喫煙 喫煙歴あり……①～③までに一つ以上該当の場合にカウント

↓

#### ステップ 3

- ステップ 1 で (1) の者の場合、①～④リスクのうち追加リスクが  
2 つ以上の対象者は、「積極的支援レベル」、1 つの対象者は、「動機付け支援レベル」となる。  
ステップ 1 で (2) の者の場合、①～④リスクのうち追加リスクが  
3 つ以上の対象者は、「積極的支援レベル」、1～2 の対象者は、「動機付け支援レベル」となる。

なお、65 歳以上の者は「積極的支援レベル」であっても「動機付け支援レベル」に位置づけられる。  
また、糖尿病、高血圧または脂質異常の治療に係る薬剤を服用している場合は、対象外とする。

## 2. 計画の期間

平成30年度(2018)から令和5年度(2023)までの6年間とする。

## 3. 特定健康診査及び特定保健指導の実施状況

(1) 第2期計画での実施状況及び評価

特定健康診査	開始年度	第2期				達成率 (H28年度)	評価 (H28年度)
	H20年度 (2008)	H25年度 (2013)	H26年度 (2014)	H27年度 (2015)	H28年度 (2016)		
対象者(人)	28,520	27,052	26,752	26,113	25,168		
実施者(人)	11,658	11,236	11,308	11,007	10,769		
受診率	40.9%	41.5%	42.3%	42.2%	42.8%	77.8%	未達成
目標値	45%	43%	47%	51%	55%		
島根県国保平均	36.3%	41.0%	42.7%	43.4%	42.9%		
全国国保平均	30.9%	34.3%	35.4%	36.3%	36.6%		

特定保健指導	開始年度	第2期				達成率 (H28年度)	評価 (H28年度)
	H20年度 (2008)	H25年度 (2013)	H26年度 (2014)	H27年度 (2015)	H28年度 (2016)		
対象者(人)	1,475	1,075	1,046	943	1,022		
終了者(人)	53	121	74	75	91		
実施率(終了率)	3.6%	11.3%	7.1%	8.0%	8.9%	17.8%	未達成
目標値	20%	18%	22%	40%	50%		
島根県国保平均	9.3%	18.5%	15.8%	20.6%	24.4%		
全国国保平均	14.1%	23.7%	24.4%	25.1%	26.3%		

(2) 平成28年度(2016)特定健康診査結果

40～64歳被保険者		*終了者				(単位:人)		
男性	健診対象者(人)	4,599		健診受診者(人)	1,407		受診率(%)	30.6%
	保健指導対象者(人)			保健指導利用者(人)*			保健指導実施率(%)	
	積極的支援	145	積極的支援	10.3%	積極的支援	6	積極的支援	4.1%
	動機付け支援	88	動機付け支援	6.3%	動機付け支援	9	動機付け支援	10.2%
	服薬治療者	377	服薬治療者	26.8%				
女性	健診対象者(人)	4,628		健診受診者(人)	1,821		受診率(%)	39.3%
	保健指導対象者(人)			保健指導利用者(人)*			保健指導実施率(%)	
	積極的支援	36	積極的支援	2.0%	積極的支援	1	積極的支援	2.8%
	動機付け支援	89	動機付け支援	4.9%	動機付け支援	9	動機付け支援	10.1%
	服薬治療者	232	服薬治療者	12.7%				
65～74歳被保険者		(単位:人)						
男性	健診対象者(人)	7,748		健診受診者(人)	3,300		受診率(%)	42.6%
	保健指導対象者(人)			保健指導利用者(人)*			保健指導実施率(%)	
	動機付け支援	427	動機付け支援	12.9%	動機付け支援	34	動機付け支援	8.0%
	服薬治療者	1,152	服薬治療者	34.9%				
女性	健診対象者(人)	8,193		健診受診者(人)	4,241		受診率(%)	51.8%
	保健指導対象者(人)			保健指導利用者(人)*			保健指導実施率(%)	
	動機付け支援	237	動機付け支援	5.6%	動機付け支援	32	動機付け支援	13.5%
	服薬治療者	802	服薬治療者	18.9%				

資料: 特定健康診査 法定報告

平成28年度目標値に対する達成状況は、特定健康診査77.8%、特定保健指導17.8%であり、ともに未達成であった。

なお、特定健康診査及び特定保健指導の実施状況については、第1編データヘルス計画において、分析及び課題の抽出を行っている。

## 4. 計画における方向性

本計画の中間評価にあたる令和2年度に中間評価を行い、最終年度に向けた取組について見直しを行った。(中間評価は別冊参照)

### (1) 特定健康診査

特定健康診査は、毎年継続して受診することで自身の健康状態の傾向がつかめることから、健康への意識を高める効果が期待できる。また、健診結果から、要指導・要治療者を抽出し働きかけを行い、生活習慣病の発症・重症化予防につなげていく。

- ・今後も健診実施機関等と連携を深め、効果的な実施体制について検討するとともに、かかりつけ医から健診受診への声かけを引き続き促進する。
- ・対象者の受診状況(連続未受診・不定期受診・生活習慣病レセプトの有無など)に応じた個別勧奨通知の送付、電話や訪問等での個別勧奨を行う。
- ・受診率の低い若い層(40-64歳)の受診率を高めるため、休日集団健診の実施及び健診実施機関への期間終了後の受け入れの協力を依頼する。
- ・勧奨時期、通知内容、効果的な実施方法について、検討を重ねる。
- ・職場健診等の結果の収集についても検討していく。

### (2) 特定保健指導

特定保健指導該当者に保健指導を実施することで、生活習慣病の発症リスクを減らしていく。

- ・実施率向上に向けて、委託実施機関や医師会との更なる連携を強化する。
- ・すべての未利用者に対し手紙や電話、訪問で、積極的に利用勧奨を行う。
- ・効果的な保健指導の実施(質の向上、実施率向上)のため、利用者分析を行い、保健指導の目的や効果を広く周知する。
- ・休日集団健診と特定保健指導の同日実施を行う。

## 5. 計画において達成すべき目標

令和5年度(2023)に達成すべき目標は、基本指針に定める市町村国保の加入者にかかる目標及び第2期計画での実施状況を参考に以下のとおり定める。

①特定健康診査の受診率 60%(基本指針に示された目標60%)

②特定保健指導の実施率 60%(基本指針に示された目標60%)

各年度の目標は以下の表のとおりとする。

表① 法定報告値の目標

	H30年度 (2018)	R元年度 (2019)	R2年度 (2020)	R3年度 (2021)	R4年度 (2022)	R5年度 (2023)
①特定健診受診率	44%	47%	50%	53%	56%	60%
②特定保健指導実施率	16%	24%	32%	41%	50%	60%

## 6. 特定健康診査等の対象者数及び実施者目標数について

特定健康診査の対象者は、40歳から74歳(年度末での年齢)までの被保険者となる。

対象者数の推計にあたっては、過去5年間の5歳刻み年齢別出雲市国民健康保険加入状況から平成30年度(2018)以降の各年度の被保険者数を推計し、そのうち40歳から74歳にあたる者を特定健診対象者とした。

実施者目標数の推計にあたっては、対象者に表①における目標受診率を乗じて求めた。

特定保健指導については、平成28年度(2016)の特定健康診査の結果から、それぞれ以下の表の比率で対象者となると想定した。

表②特定保健指導対象者の推定率

	40～64歳男性	65～74歳男性	40～64歳女性	65～74歳女性
積極的支援	10%	—	2%	—
動機付け支援	6%	13%	5%	6%

表②の推計と、表①の目標に基づき、各年度の対象者等は以下のとおりとする。

表③各年度の対象者数及び実施者目標数 (人)

	H30年度 (2018)	R元年度 (2019)	R2年度 (2020)	R3年度 (2021)	R4年度 (2022)	R5年度 (2023)
特定健診対象者	26,685	26,413	26,235	26,144	26,134	26,201
〃 受診者目標	11,738	12,414	13,118	13,858	14,634	15,728
積極的支援対象者	181	181	186	188	190	193
〃 実施者目標	18	27	41	55	73	93
動機付け支援対象者	946	1,010	1,075	1,145	1,220	1,322
〃 実施者目標	162	259	363	492	632	816

## 7. 特定健康診査及び特定保健指導の実施方法

### (1) 特定健康診査の実施について

医療機関委託による個別健診と市内施設における集団健診を実施する。

#### ①医療機関委託による個別健診

実施場所 市内及び近隣の医療機関

実施時期 出雲市の指定する期間(休診日を除く)

外部委託 島根県国民健康保険団体連合会が島根県医師会と契約する統一契約に参加して実施する。

#### ②健診機関委託による集団健診

実施場所 市内各地域にそれぞれ毎年実施場所を設定して実施する。

実施時期 出雲市の指定する期間

外部委託 県内の健診機関との間に業務委託契約を締結して実施する。

#### ③実施項目

基本項目 医師による視診・聴診・触診

身長、体重、BMI、腹囲

血圧(収縮期、拡張期)

検尿(尿糖、尿たんぱく)

## 血液検査

脂質検査（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール※）

※中性脂肪が 400mg/dl 以上または食後採血の場合は、NON-HDL コレステロール用いての評価も可とする。

肝機能検査（AST、ALT、 $\gamma$ -GTP）

血糖検査（血糖値、HbA1c）

詳細項目 貧血検査：医師の判断により実施する。

心電図検査：当該年の健診結果等において、血圧が受診勧奨判定値以上に該当、または、問診等で不整脈が疑われる場合に、医師の判断により実施する。

眼底検査：当該年の健診結果等において、血圧または血糖値が受診勧奨判定値以上に該当した場合に、医師の判断により実施する。

追加項目として、出雲市独自に、下記項目を全員に実施する。

血清尿酸検査

血清クレアチニン検査（eGFR）※

※当該年の健診結果等において、血圧または血糖値が基準値以上に該当した場合には詳細項目として実施する。

④受診券 特定健診の受診券は、当該年度 4 月末時点において出雲市国民健康保険に加入する、年度中に 40 歳～75 歳になる者に対し、健診開始月の前月に個別に送付する。

年度途中からの国民健康保険に加入した者については、受診を希望する場合に受診券を発行する。

⑤周知方法、健診受診勧奨方法

出雲市の広報紙及びホームページを中心として周知を図る。

受診券の送付にあわせて、個別に案内文書を送付する。

健診受診勧奨対象者へ通知等で受診勧奨を行う。

効果的な勧奨方法について検討する。

(2) 特定保健指導の実施について

特定保健指導は、市内の保健指導実施機関への委託と、出雲市の直営で行う。

①実施場所 出雲市内の保健指導実施機関または市庁舎（行政センター含む）

②実施項目 保健指導の必要性の度合いに応じて「動機付け支援」「積極的支援」に区分する。区分ごとの実施項目は以下のとおりとする。

「動機付け支援」

初回面接：個別面接により、食事や運動習慣を対象者自らが改善することを目指す目標を設定する。

継続支援：目標が実行できるように、電話や支援レターにより支援する。

評価：開始から 3 か月以上経過後に評価を実施する。

「積極的支援」

初回面接：個別面接により、食事や運動習慣を対象者自らが改善することを目指す目標を設定する。



継続支援：目標が実行できるように、個別面接、電話や支援レター等を組み合わせて支援する。

評価：開始から3か月以上経過後に評価を実施する。

③実施時期 特定健診終了後から随時日程を設定して実施する。

④外部委託 市内の特定保健指導実施機関と業務委託契約を締結して行う。

⑤周知方法、利用勧奨方法

健診実施機関からの健診結果送付に基づき、個々の対象者に案内文書を送付する。

健診結果返しと同時に特定保健指導を開始する場合もある。

案内文書送付後、利用申込のない対象者に通知や電話等で利用勧奨する。

効果的な勧奨方法について検討する。

### (3) 特定保健指導の対象とならない者への指導の実施について

医療機関受診を勧められた者へは、受診勧奨を行い、服薬中の者へは、医療機関と連携し、健康相談や健康教育への参加により、生活習慣改善に向けての取組を勧める。

また、メタボリックシンドロームに該当しない者で、血圧・脂質・血糖などの異常がある者についても、健康相談や健康教育などへの参加を勧める。

### (4) 年間スケジュール

		特定健康診査	特定保健指導
年間スケジュール	年度前半	健診委託機関との契約 委託機関向け説明会 受診券の発行や案内文書の発送 健診開始	特定保健指導の委託機関と契約 委託機関向け説明会 当該年度実施体制整備 前年度特定保健指導継続支援・評価
	年度中間	勧奨対象者選定、受診勧奨 法定報告 前年度実施結果の検証と評価	対象者階層化、利用案内文書の発送 特定保健指導開始 勧奨対象者選定、利用勧奨 法定報告 前年度実施結果の検証と評価
	年度後半	未受診者への受診勧奨 当該年度の事業評価 次年度に向けた検討、関係機関との協議、次年度統一契約への参加	未利用者への利用勧奨 当該年度の事業評価 次年度に向けた検討、関係機関との協議
月間スケジュール		特定健康診査開始後	特定保健指導開始後
		受診券の発行、再発行 請求支払	対象者階層化、利用案内文書の発送 請求支払 実施結果のシステム入力作業

## 8. 個人情報の保護について

- (1) 特定健康診査等の記録の保存については、審査支払を委託する島根県国民健康保険団体連合会の特定健康診査データ管理システム、出雲市の健康管理システムにおいて行う。
- (2) 出雲市における個人情報の取り扱いは、出雲市個人情報保護条例（平成 17 年出雲市条例第 5 号）によるものとする。

## 9. 本計画の公表及び周知について

本計画については、市のホームページ等に掲載する。

## 10. 本計画の評価及び見直しについて

最終年度となる令和 5 年度(2023)に、計画に掲げた目標の達成状況の評価を行い、計画全体の見直しを行うこととする。

また、特定健康診査の国への実績報告（法定報告）等のデータを用いて、経年比較を行うとともに、毎年度、PDCAサイクルに沿って事業評価・改善を図っていく。計画の見直しの必要が生じた場合は、関係機関と協議し、部分的な見直しを行うこととする。

また、実施状況等については、出雲医師会及び出雲市国民健康保険運営協議会へ報告し、助言を受けるものとする。なお、適宜、島根県国民健康保険団体連合会が設置する保健事業支援・評価委員会の指導、助言を受けるものとする。

## 巻末資料

用語説明

特定健康診査検査項目

検査項目	検査でわかること	基準値	
腹囲	メタボリックシンドローム判定のベースとなる、内臓脂肪の蓄積の度合いを調べる。	男性85 cm未満 女性90 cm未満	
BMI	身長、体重からBMIを計算し、「肥満」「やせ（低体重）」を判定する。	18.5 以上 25.0 未満	
血圧	血圧が高い状態が続くと、血管の老化（動脈硬化※）を起しやすくなる。	収縮期 130 未満 拡張期 85 未満	
血液検査	中性脂肪	増え過ぎは、肥満や脂肪肝、動脈硬化の原因となる。	150 未満
	HDL コレステロール	HDL（善玉）コレステロールは、血管壁に付着したコレステロールを運び去る役割があるため、値が低いと動脈硬化や心臓病の危険が増す。	40 以上
	LDL コレステロール	血液中に増加したLDL（悪玉）コレステロールは、血管壁にたまり、動脈硬化を進行させる。	120 未満
	AST (GOT)	肝臓や心臓などの細胞に含まれる酵素で、肝臓や心臓に異常があると、血液中の量が増える。	31 未満
	ALT (GPT)		
	γ-GTP	肝臓の解毒作用に関係する酵素で、とくにアルコール性肝障害で数値が高くなる。	51 未満
	空腹時血糖	血液中のブドウ糖のことで、増え過ぎると糖尿病が疑われる。	99 以下
	HbA1c (NGSP 値)	過去1～2か月の平均的な血糖値を表す。 血液中の糖の量が多い状態が続くと、毛細血管が傷つけられ、網膜症や腎症などの糖尿病合併症が生じやすくなる。	5.5 以下
	クレアチニン	老廃物の一種で、腎機能が低下すると血液中に増加する。	男性 1.1 未満 女性 0.8 未満
尿酸	尿酸が過剰な状態を高尿酸血症といい、痛風を招く。	7.0 未満	
検尿	尿糖	尿中に糖が出ているかを調べ、糖尿病の危険をチェックする。	(-)
	尿蛋白	尿にたんぱくが出ているかどうかを調べ、腎臓などの異常を見つける。	(-)

※動脈硬化・・・肥満、高血圧、脂質異常、高血糖といった状態や喫煙などの生活習慣は、血管を傷つけ、血管の老化（動脈硬化）を加速させる。動脈硬化は、全身の血管で起こる。血管が破れたり詰まったりして、心筋梗塞や脳卒中を起こす要因となる。

## 疾病分類表

大分類（20 項目分類）	中分類（119 項目分類）	
	コード	疾 病
I 感染症及び寄生虫症	0101	腸管感染症
	0102	結核
	0103	主として性的伝播様式をとる感染症
	0104	皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患
	0105	ウイルス肝炎
	0106	その他のウイルス疾患
	0107	真菌症
	0108	感染症及び寄生虫症の続発・後遺症
	0109	その他の感染症及び寄生虫症
II 新生物	0201	胃の悪性新生物
	0202	結腸の悪性新生物
	0203	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物
	0204	肝及び肝内胆管の悪性新生物
	0205	気管、気管支及び肺の悪性新生物
	0206	乳房の悪性新生物
	0207	子宮の悪性新生物
	0208	悪性リンパ腫
	0209	白血病
	0210	その他の悪性新生物
	0211	良性新生物及びその他新生物
III 血液及び造血器の疾患 並びに免疫機構の障害	0301	貧血
	0302	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	0401	甲状腺障害
	0402	糖尿病
	0403	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患
V 精神及び行動の障害	0501	血管性及び詳細不明の認知症
	0502	精神作用物質使用による精神及び行動の障害
	0503	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
	0504	気分[感情]障害（躁うつ病を含む）
	0505	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
	0506	知的障害<精神遅滞>
	0507	その他の精神及び行動の障害

大分類（20 項目分類）	中分類（119 項目分類）	
	コード	疾 病
VI 神経系の疾患	0601	パーキンソン病
	0602	アルツハイマー病
	0603	てんかん
	0604	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
	0605	自律神経系の障害
	0606	その他の神経系の疾患
VI 神経系の疾患	0601	パーキンソン病
	0602	アルツハイマー病
	0603	てんかん
	0604	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
	0605	自律神経系の障害
	0606	その他の神経系の疾患
VII 眼及び付属器の疾患	0701	結膜炎
	0702	白内障
	0703	屈折及び調節の障害
	0704	その他の眼及び付属器の疾患
VIII 耳及び乳様突起の疾患	0801	外耳炎
	0802	その他の外耳疾患
	0803	中耳炎
	0804	その他の中耳及び乳様突起の疾患
	0805	メニエール病
	0806	その他の内耳疾患
	0807	その他の耳疾患
IX 循環器系の疾患	0901	高血圧性疾患
	0902	虚血性心疾患
	0903	その他の心疾患
	0904	くも膜下出血
	0905	脳内出血
	0906	脳梗塞
	0907	脳動脈硬化(症)
	0908	その他の脳血管疾患
	0909	動脈硬化(症)
	0910	痔核
	0911	低血圧(症)
	0912	その他の循環器系の疾患

大分類（20項目分類）	中分類（119項目分類）	
	コード	疾 病
VI 神経系の疾患	0601	パーキンソン病
	0602	アルツハイマー病
	0603	てんかん
	0604	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
	0605	自律神経系の障害
	0606	その他の神経系の疾患
VI 神経系の疾患	0601	パーキンソン病
	0602	アルツハイマー病
	0603	てんかん
	0604	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
	0605	自律神経系の障害
	0606	その他の神経系の疾患
VII 眼及び付属器の疾患	0701	結膜炎
	0702	白内障
	0703	屈折及び調節の障害
	0704	その他の眼及び付属器の疾患
VIII 耳及び乳様突起の疾患	0801	外耳炎
	0802	その他の外耳疾患
	0803	中耳炎
	0804	その他の中耳及び乳様突起の疾患
	0805	メニエール病
	0806	その他の内耳疾患
	0807	その他の耳疾患
IX 循環器系の疾患	0901	高血圧性疾患
	0902	虚血性心疾患
	0903	その他の心疾患
	0904	くも膜下出血
	0905	脳内出血
	0906	脳梗塞
	0907	脳動脈硬化(症)
	0908	その他の脳血管疾患
	0909	動脈硬化(症)
	0910	痔核
	0911	低血圧(症)
	0912	その他の循環器系の疾患

大分類（20 項目分類）	中分類（119 項目分類）	
	コード	疾 病
X 呼吸器系の疾患	1001	急性鼻咽頭炎[かぜ]
	1002	急性咽頭炎及び急性扁桃炎
	1003	その他の急性上気道感染症
	1004	肺炎
	1005	急性気管支炎及び急性細気管支炎
	1006	アレルギー性鼻炎
	1007	慢性副鼻腔炎
	1008	急性又は慢性と明示されない気管支炎
	1009	慢性閉塞性肺疾患
	1010	喘息
	1011	その他の呼吸器系の疾患
X I 消化器系の疾患	1104	胃潰瘍及び十二指腸潰瘍
	1105	胃炎及び十二指腸炎
	1106	アルコール性肝疾患
	1107	慢性肝炎(アルコール性のものを除く)
	1108	肝硬変(アルコール性のものを除く)
	1109	その他の肝疾患
	1110	胆石症及び胆のう炎
	1111	膵疾患
	1112	その他の消化器系の疾患
X II 皮膚及び皮下組織の疾患	1201	皮膚及び皮下組織の感染症
	1202	皮膚炎及び湿疹
	1203	その他の皮膚及び皮下組織の疾患
X III 筋骨格系及び結合組織の疾患	1301	炎症性多発性関節障害
	1302	関節症
	1303	脊椎障害(脊椎症を含む)
	1304	椎間板障害
	1305	頸腕症候群
	1306	腰痛症及び坐骨神経痛
	1307	その他の脊柱障害
	1308	肩の傷害<損傷>
	1309	骨の密度及び構造の障害
	1310	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患

大分類（20 項目分類）	中分類（119 項目分類）	
	コード	疾 病
X IV 腎尿路生殖器系の疾患	1401	糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患
	1402	腎不全
	1403	尿路結石症
	1404	その他の腎尿路系の疾患
	1405	前立腺肥大(症)
	1406	その他の男性生殖器の疾患
	1407	月経障害及び閉経周辺期障害
	1408	乳房及びその他の女性生殖器の疾患
X V 妊娠、分娩及び産じょく	1501	流産
	1502	妊娠高血圧症候群
	1503	単胎自然分娩
	1504	その他の妊娠、分娩及び産じょく
X VI 周産期に発生した病態	1601	妊娠及び胎児発育に関連する障害
	1602	その他の周産期に発生した病態
X VII 先天奇形、変形及び染色体異常	1701	心臓の先天奇形
	1702	その他の先天奇形、変形及び染色体異常
X VIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	1800	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの
X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	1901	骨折
	1902	頭蓋内損傷及び内臓の損傷
	1903	熱傷及び腐食
	1904	中毒
	1905	その他の損傷及びその他の外因の影響
X X 歯科	1101	う蝕
	1102	歯肉炎及び歯周疾患
	1103	その他の歯及び歯の支持組織の障害