

## 第1 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

### 1 背景と目的

近年、特定健康診査の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展、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、保険者は医療データ・健診データ・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。

今後は、さらなる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを活用しながら、被保険者をリスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチ※から重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことが求められている。

こうした背景を踏まえ、厚生労働省においては、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を改正し、保険者は健康・医療情報を活用してPDC Aサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための実施計画（データヘルス計画）を策定し、保健事業の実施及び評価を行うものとしている。

大田市においては、平成16年厚生労働省告示第307号「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」（以下「保健事業実施指針」という。）に基づき、「大田市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」（以下「データヘルス計画」という。）を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進、重症化予防等の保健事業の実施及び評価・改善等を行うものとする。

#### ※ポピュレーションアプローチ

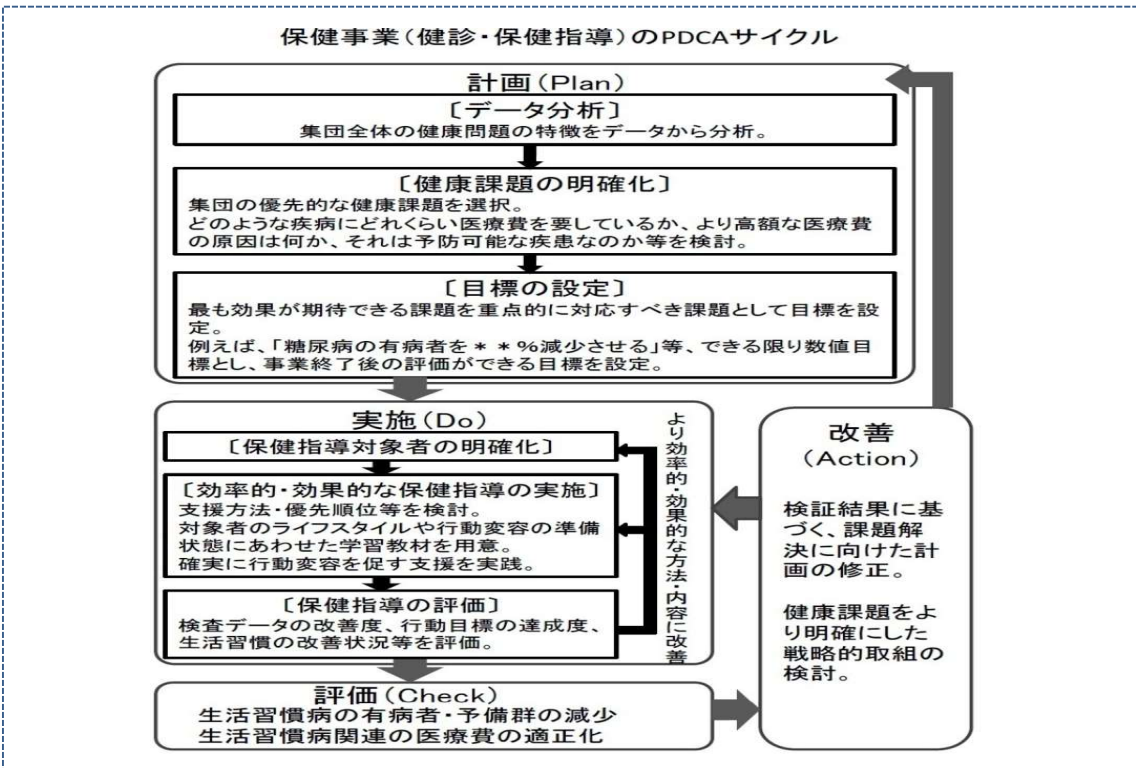
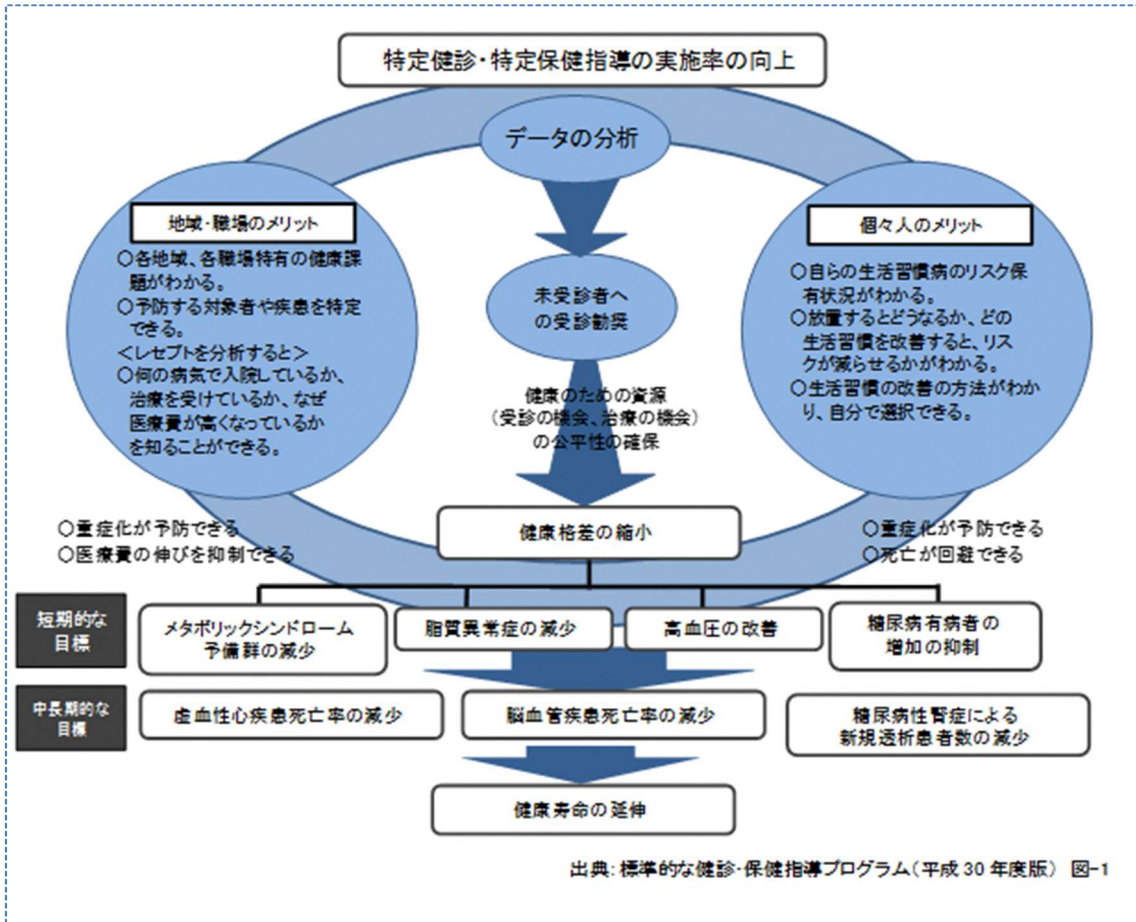
多くの人々が少しずつリスクを軽減させることで、集団全体に多大な恩恵をもたらすことに注目し、集団全体の分布をシフトさせる手法。

生活習慣病におけるポピュレーションアプローチでは、健康づくりの「国民運動化」「全住民を対象とした活動」として、メタボリックシンドロームの概念の定着や具体的な施策プログラムの提示がされている。

### 2 データヘルス計画とは

データヘルス計画とは、健康・医療情報を活用してPDC Aサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための実施計画である。

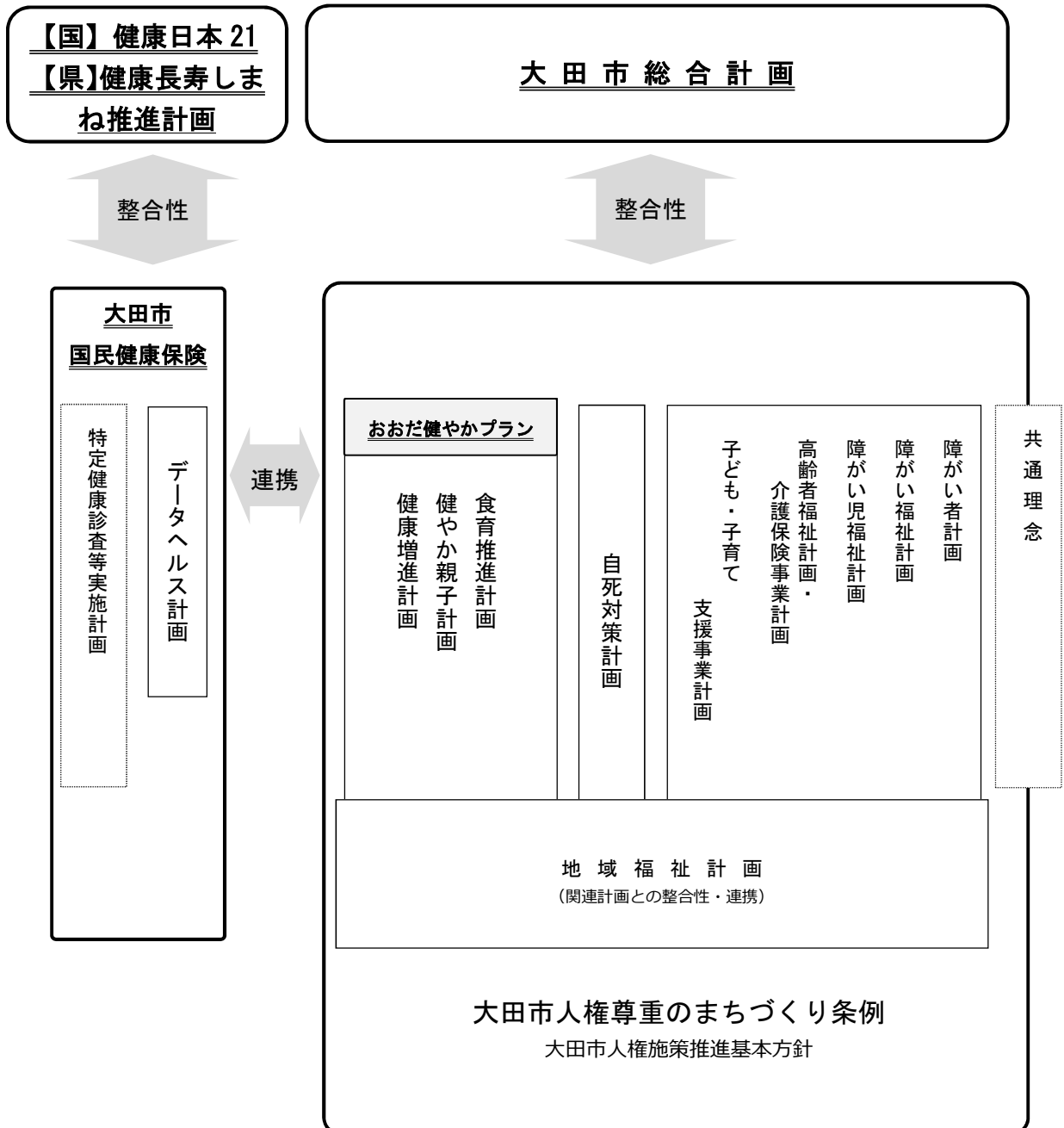
計画の策定に当たっては、特定健康診査の結果、レセプト等のデータを活用し分析を行うことや、データヘルス計画に基づく事業の評価においても健康・医療情報を活用して行う。



### 3 データヘルス計画の位置づけ

本計画は、「健康日本21（第2次）」に示された基本方針を踏まえるとともに、「健康長寿しまね推進計画（第二次）」、当市の「第2次大田市総合計画」及び「おおだ健やかプラン」との連携を図る。

なお、今後、本計画は、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」と一体的に策定する。



#### 4 計画期間

計画期間については、「第3期大田市特定健康診査等実施計画」との整合性を踏まえ、令和2年度から令和5年度までの4ヵ年とする。

#### 5 実施体制・関係者連携

##### (1) 関係部局連携による実施体制

計画策定にあたっては、市民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっていることから、市一体となって、国保担当部局と関係部局とが互いに連携を図るものとする。

##### (2) 外部有識者等の参画

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、保健医療関係者等との意見交換、情報提供、保健事業の相談などを通じ、保健医療に係る専門的見地から支援を受けるなど連携に努める。

また、国保連合会（以下「国保連」という。）や国保連に設置された支援・評価委員会から、積極的な保険者への支援等、専門的知見を活用するよう努める。

平成30年度以降、「国民健康保険都道府県化」により都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体であり、共同保険者となっていることから、島根県と連携し保険者機能の強化を図る。

また、他の医療保険者等と健康・医療情報の分析結果の共有、保健事業の連携等に努めることが重要であり保険者協議会等を活用した連携促進に努める。

計画策定にあたっては、被保険者の立場からの意見を国民健康保険運営協議会等の場を通じて反映できるよう努めることとする。

## 第2 地域の現状と健康課題

### 1 地域の特性

#### (1) 大田市の現状

本市の総人口は昭和60年以降、年々減少している。人口構成をみると、年少人口（15歳未満）及び生産年齢人口（15～64歳）が年々減少している一方で、高齢者人口（65歳以上）は増加しており、今後も人口の減少、高齢化の進展が続くものと予想される。

国民健康保険加入率は、県・同規模平均・国のいずれよりも低い、65歳～74歳の加入率は県・同規模平均・国のいずれよりも高い状況である。

【表1】KDBシステムからみた大田市の特徴（平成29年度の状況）

注）KDBの数値は時点集計であることから、各種表における数値と一致しない項目がある。

	項目 (課題等と思われる部分に色付)	大田市(保険者)		県		同規模平均		国		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1 人口・産業・平均寿命	① 人口構成	総人口	34,978		685,581		33,322		125,640,987	
		65歳以上(高齢化率)		38.2		32.5		32.8		26.6
		75歳以上		21.5		17.7		17.5		12.8
		65～74歳		16.7		14.8		15.4		13.8
		40～64歳		31.5		31.9		33.0		33.7
	39歳以下		30.4		35.6		34.2		39.7	
	② 産業構成	第1次産業		11.1		8.5		11.3		4.2
		第2次産業		26.6		24.0		27.6		25.2
		第3次産業		62.2		67.4		61.1		70.6
	③ 平均寿命	男性		79.4		79.5		79.2		79.6
女性			87.1		87.1		86.4		86.4	
2 死亡の状況	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)								
		男性		102.6		98.8		104.8		100.0
		女性		93.7		93.0		101.0		100.0
	死因	がん		46.6		48.5		46.9		50.1
		心臓病		31.0		26.7		28.1		2.5
		脳疾患		16.4		16.9		16.9		15.2
		糖尿病		0.8		1.7		1.8		1.8
		腎不全		2.7		3.3		3.6		3.3
		自殺		2.5		3.0		2.7		3.1
		不明								
3 介護の状況	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		22.5		21.5		19.2		18.8
		新規認定者		0.3		0.3		0.3		0.3
		2号認定者		0.4		0.4		0.4		0.4
	② 有病状況	糖尿病		24.3		23.9		22.7		22.2
		高血圧症		61.7		58.4		55.0		50.8
		脂質異常症		32.0		33.4		28.8		28.7
		心臓病		70.3		67.0		62.8		57.8
		脳疾患		28.9		29.0		27.5		24.9
		がん		10.8		10.6		10.5		10.4
		筋・骨格		60.3		57.2		54.6		50.4
精神			45.2		41.8		38.6		35.5	
認知症(再掲)		28.0		25.6		25.0		22.4		
アルツハイマー病		22.3		20.3		20.2		18.1		
③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)		63,087		64,599		70,223		60,833	
	居宅サービス		40,101		42,633		44,082		41,623	
	施設サービス		290,231		284,629		280,619		284,044	
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)		7,995		7,910		8,493		8,163	
	認定あり 認定なし		3,994		3,903		4,090		3,874	
4 医療費の状況	① 国保の状況	被保険者数		7,682		138,756		8,361		31,587,591
		65～74歳		54.4		52.8		46.0		39.4
		40～64歳		30.7		29.9		32.9		33.1
		39歳以下		15.0		17.3		21.1		27.5
	加入率		22.0		20.2		25.1		25.6	
	② 医療の概況(人口千対)	病院数		0.3		0.4		0.4		0.3
		診療所数		5.7		5.2		3.0		3.1
		病床数		71.5		77.7		62.0		48.7
		医師数		8.9		14.0		7.9		9.6
		外来患者数		810.2		782.6		707.6		676.1
入院患者数			32.3		27.0		24.2		18.5	
③ 医療費の状況(医科)	一人当たり医療費		35,989		32,474		28,673		25,032	
	受診率		842,558		809,596		731,794		694,578	
	外来			53.7		54.5		56.5		59.9
	費用の割合									
	件数の割合									
	入院			46.3		45.5		43.5		40.1
費用の割合										
件数の割合										
1件当たり日数		17.6		17.3		17.1		15.7		
④ 医療費分析 総額に占める割合 最大医療資源 傷病名 (調剤含む)	新生物		26.4		27.5		25.0		26.6	
	慢性腎不全(透析あり)		10.7		8.1		8.2		8.9	
	糖尿病		8.6		8.9		10.2		9.9	
	高血圧症		7.8		7.6		8.2		7.9	
	精神		20.0		21.0		19.6		16.9	
筋・骨疾患		12.6		13.8		15.7		15.7		

項目 (課題等と思われる部分に色付)	大田市(保険者)		県		同規模平均		国			
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
4 医療費の状況(続き)	⑤ 費用額(1件あたり) 県内順位 順位総数20	入院	糖尿病	603,180	(7位)					
			高血圧	663,268	(5位)					
			脂質異常症	552,742	(13位)					
			脳血管疾患	715,749	(2位)					
			心疾患	737,236	(8位)					
			腎不全	857,603	(3位)					
			精神	468,563	(13位)					
		外来	悪性新生物	686,985	(8位)					
			歯肉炎・歯周病	124,048	(8位)					
			糖尿病	39,023	(7位)					
			高血圧	32,163	(7位)					
			脂質異常症	29,495	(5位)					
			脳血管疾患	59,454	(1位)					
			心疾患	54,403	(3位)					
	⑥ 健診有無別一人当たり 点数	生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	4,149		3,202	2,685	2,110		
			健診未受診者	17,014		15,020	13,526	13,037		
		⑦ 健診・レセ 突合	受診勧奨者	健診受診率	9,657	54.4	7,962	55.9	6,081	
				医療機関受診率	39,599	52.4	37,340	51.4	37,569	
				医療機関非受診率		2.0		3.3		
							4.4			
5 特定健診等の状況	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ 特定健診の 状況 県内順位 順位総数	健診対象者一人当たり	健診受診者							
			受診率	46.2	(県内9位)	44.0	(全国8位)	40.5	36.7	
		③	特定保健指導終了者(実施率)	7.3		19.6		38.5	21.2	
		④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ メタボ	メタボ	非肥満高血糖	12.3		10.5	10.6	9.4	
				該当者	21.4		18.7	18.4	17.9	
				男性	32.2		28.9	28.3	28.4	
				女性	12.7		11.1	10.5	9.8	
				予備群	10.0		10.5	10.8	10.9	
				男性	15.2		16.4	16.9	17.4	
		女性	5.7		6.0	6.0	5.9			
		⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ メタボ該当・予備群レベル	メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	34.2		32.0	32.5	32.2
					男性	51.3		49.3	50.0	51.3
					女性	20.3		19.0	18.5	17.7
				BMI	総数	5.0		4.4	5.7	5.1
					男性	1.4		1.5	2.1	1.9
					女性	3.0		6.6	8.5	7.5
				血糖のみ	0.9		0.7	0.7	0.7	
				血圧のみ	6.4		7.5	7.5	7.5	
				脂質のみ	2.8		2.3	2.6	2.7	
血糖・血圧	3.2				2.9	3.1	2.8			
血糖・脂質	1.7				0.9	1.0	1.0			
血圧・脂質	9.4				9.0	8.5	8.6			
血糖・血圧・脂質	7.2				5.9	5.8	5.5			
6 生活習慣の状況	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ 生活習慣	服薬	高血圧症	40.5		38.0	35.9	33.7		
			糖尿病	13.1		8.3	8.6	7.7		
			脂質異常症	33.6		28.7	24.4	23.9		
		② 既往歴	既往歴	脳卒中	4.8		3.9	3.3	3.3	
				心臓病	7.7		5.9	5.8	5.6	
				腎不全	1.0		0.7	0.6	0.5	
				貧血	13.1		11.2	9.3	10.4	
		③	喫煙	12.8		11.5	13.4	14.1		
		④	週3回以上朝食を抜く	5.3		5.8	6.8	8.7		
		⑤	週3回以上夕食後間食	9.9		9.5	12.1	12.2		
		⑥	週3回以上就寝前夕食	12.4		15.1	14.3	15.4		
		⑦	食べる速度が速い	23.3		23.6	26.7	26.0		
		⑧	20歳時体重から10Kg以上増加	28.6		29.4	31.5	32.6		
		⑨	1回30分以上運動習慣なし	68.8		66.5	62.9	59.5		
		⑩	1日1時間以上運動なし	60.6		55.6	46.1	47.7		
		⑪	睡眠不足	27.7		28.6	25.0	25.9		
		⑫	毎日飲酒	25.4		28.3	25.5	25.7		
⑬	時々飲酒	16.2		19.7	20.4	22.2				
⑭ ⑮ ⑯ ⑰ 一日飲酒量	一日飲酒量	1合未満	73.5		68.9	63.8	63.9			
		1~2合	18.2		21.4	24.3	24.0			
		2~3合	6.7		7.9	9.3	9.4			
		3合以上	1.6		1.8	2.7	2.8			

## (2) 医療の状況

医療の状況については、医療費用額（10割）【表2-1】【表2-2】、一人当たり医療費【表3】のとおり、一人当たりの費用額が入院・入院外ともに県と比較しても高額であることがわかる。また、レセプト点検や保健事業の実施などにより医療費抑制に努めているものの、全体的に増加傾向にある。

【図1】、【図2】及び【表4】、【表5】は、健康医療情報等分析システムから抽出した、平成29年度分の医療費等の状況である。

この結果から、当市における医療費の上位疾患は統合失調症等の精神疾患、高血圧性疾患、腎不全、悪性新生物等が見受けられる。また、件数上位の疾患は、高血圧性疾患、脂質異常、糖尿病等が上位を占めており、精神疾患を除いて、これらは生活習慣病が主因であることが多いことから、予防対策が可能である疾患でもある。

早期発見・早期治療をすることにより、医療費抑制にも繋がることから、特定健康診査の受診率を向上させるほか、高血圧症や糖尿病などの生活習慣病の発症及び重症化予防を行っていく必要がある。

【表2-1】大田市の医療費の状況

年度	入院			入院外		
	1月当り レセプト件数	レセプト1件当り 費用額(円)	1人当り 費用額(円)	1月当り レセプト件数	レセプト1件当り 費用額(円)	1人当り 費用額(円)
H26年度	248	565,183	190,425	6,914	14,802	139,322
H27年度	255	556,003	197,975	6,833	15,002	143,422
H28年度	246	561,445	200,813	6,674	14,892	144,648
H29年度	259	548,462	217,996	6,459	15,347	152,157
H30年度	229	573,973	210,184	6,289	16,152	162,372

(国保連合会「島根県国民健康保険医療費(速報値)の状況」(各年度))

【表2-2】島根県の医療費の状況

年度	入院			入院外		
	1月当り レセプト件数	レセプト1件当り 費用額(円)	1人当り 費用額(円)	1月当り レセプト件数	レセプト1件当り 費用額(円)	1人当り 費用額(円)
H26年度	4,118	568,820	177,569	122,188	14,101	130,608
H27年度	4,086	580,733	185,285	120,128	14,623	137,185
H28年度	4,003	578,302	188,260	116,936	14,383	136,766
H29年度	3,916	584,366	195,108	112,583	14,510	139,289
H30年度	3,812	593,461	200,204	110,270	14,684	143,298

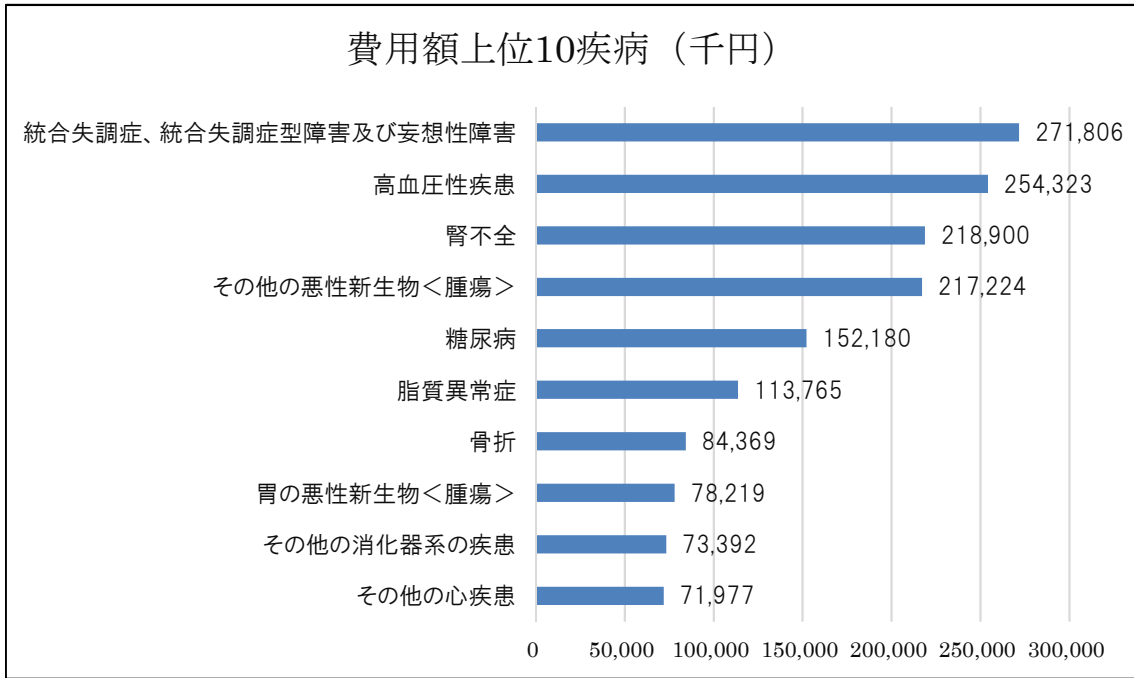
(国保連合会「島根県国民健康保険医療費(速報値)の状況」(各年度))

【表3】医療費用額と1人当たりの医療費

項目	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
医療費用額(千円)	3,837,204	3,973,025	3,737,034	3,790,469	3,674,438
一人当たり医療費(円)	435,304	463,218	453,249	484,901	489,468

\* 1人当たりの医療費は、年間の医療費用額を年度平均被保険者数(一般+退職)で除した額(国保事業年報)

【図1】医療費上位10疾病の状況(平成29年度の状況)



健康医療情報等分析システム【Focus】

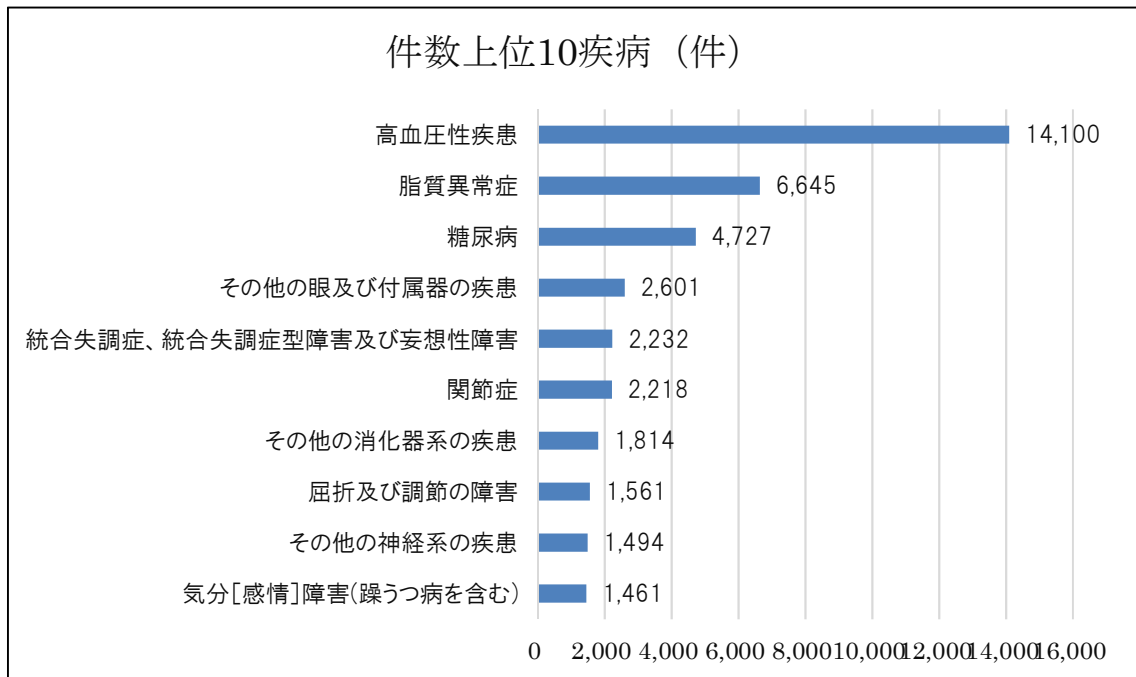
【表4】医療費上位10疾病の状況(平成29年度の状況)

順位	121疾病分類	件数(件)	費用額(千円)	構成比(%)
1	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	2,232	271,806	8.1
2	高血圧性疾患	14,100	254,323	7.6
3	腎不全	637	218,900	6.5
4	その他の悪性新生物<腫瘍>	1,041	217,224	6.5
5	糖尿病	4,727	152,180	4.5
6	脂質異常症	6,645	113,765	3.4
7	骨折	683	84,369	2.5
8	胃の悪性新生物<腫瘍>	336	78,219	2.3
9	その他の消化器系の疾患	1,814	73,392	2.2
10	その他の心疾患	1,003	71,977	2.1

※構成比は医療費総計全体に対して占める割合 健康医療情報等分析システム【Focus】



【図2】 件数上位10疾病の状況（平成29年度の状況）



健康医療情報等分析システム【Focus】

【表5】 件数上位10疾病の状況（平成29年度の状況）

順位	121疾病分類	件数(件)	費用額(千円)	構成比(%)
1	高血圧性疾患	14,100	254,323	18.1
2	脂質異常症	6,645	113,765	8.5
3	糖尿病	4,727	152,180	6.1
4	その他の眼及び付属器の疾患	2,601	65,259	3.3
5	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	2,232	271,806	2.9
6	関節症	2,218	46,703	2.8
7	その他の消化器系の疾患	1,814	73,392	2.3
8	屈折及び調節の障害	1,561	18,157	2.0
9	その他の神経系の疾患	1,494	59,253	1.9
10	気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	1,461	61,296	1.9

※構成比は患者数全体に対して占める割合 健康医療情報等分析システム【Focus】

### (3) 介護の状況

介護認定状況については【表6】のとおりであるが、第1号被保険者の認定率について、平成30年度は20.2%となっており、経年比較でみると認定率は低くなっている。

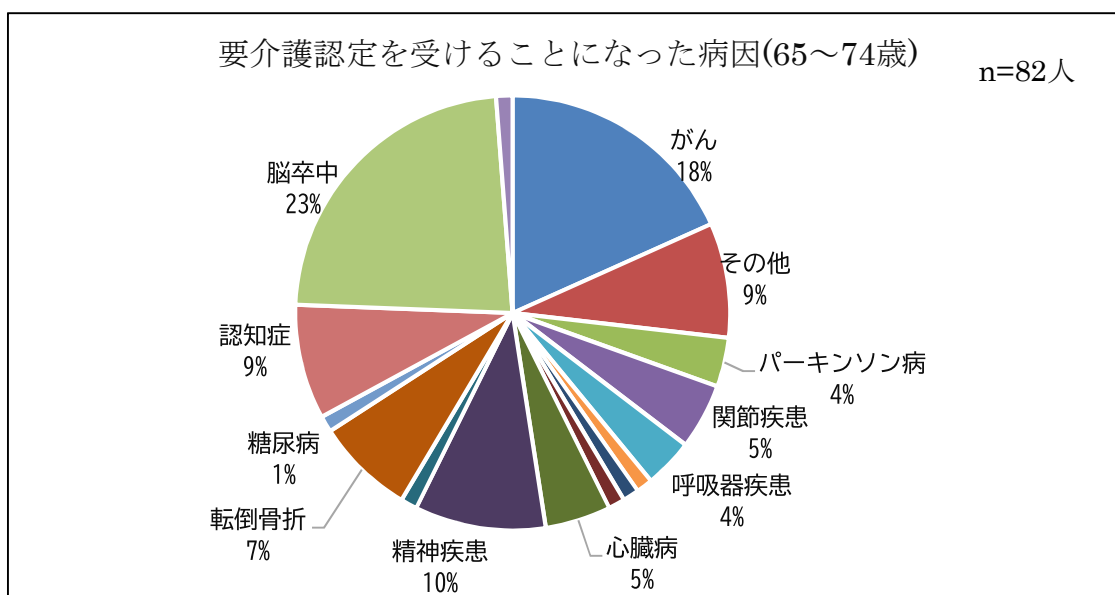
介護保険新規認定調査時における、申請に至った疾病調査において、【図3】のとおり、65歳から74歳では脳卒中が最も多く、全体の23%を占めている。次いでがんの18%となっている。いずれも、生活習慣病に起因するものが多く、生活習慣病予防が重要であり、青・壮年期からの保健事業が介護予防にもたらす効果は高いと想定できる。

【表6】要支援・要介護認定者の状況

区分	H26	H27	H28	H29	H30	
第1号被保険者数(A)	13,548人	13,765人	13,720人	13,682	13,680人	
要 介 護 認 定 者 数	要支援1	666人	570人	348人	200	152人
	要支援2	393人	452人	387人	261	265人
	要介護1	661人	679人	688人	730	714人
	要介護2	439人	427人	448人	473	529人
	要介護3	334人	373人	365人	350	376人
	要介護4	297人	314人	356人	376	391人
	要介護5	358人	344人	304人	313	339人
	合計(B)	3,148人	3,159人	2,896人	2,703	2,766人
認定率 (B/A×100)	23.2%	22.9%	21.1%	19.8%	20.2%	
増減率	1.0%	0.3%	△8.3%	△6.7%	2.3%	

(介護保険事業報告)

【図3】新規認定調査時における疾病状況



(平成30年度 大田市地域包括支援センター調べ)

## (4) 国民健康保険の状況

本市の国民健康保険加入率は、【表1】のとおり、平成29年度で22.0%となっており、同規模平均や全国平均との比較では低くなっている。しかしながら、高齢化率は平成29年度で38.2%となっており、島根県、同規模、全国のいずれの平均と比べても高く、今後も医療費の増大が見込まれる。

本市の一人一月当たり医療費は、35,989円で受診率とともに島根県、同規模、全国いずれの平均よりもかなり高くなっている。

## (5) 死亡の状況

平均寿命については、【表1】のとおり、男女ともに島根県平均全国平均とほぼ変わらない状況である。

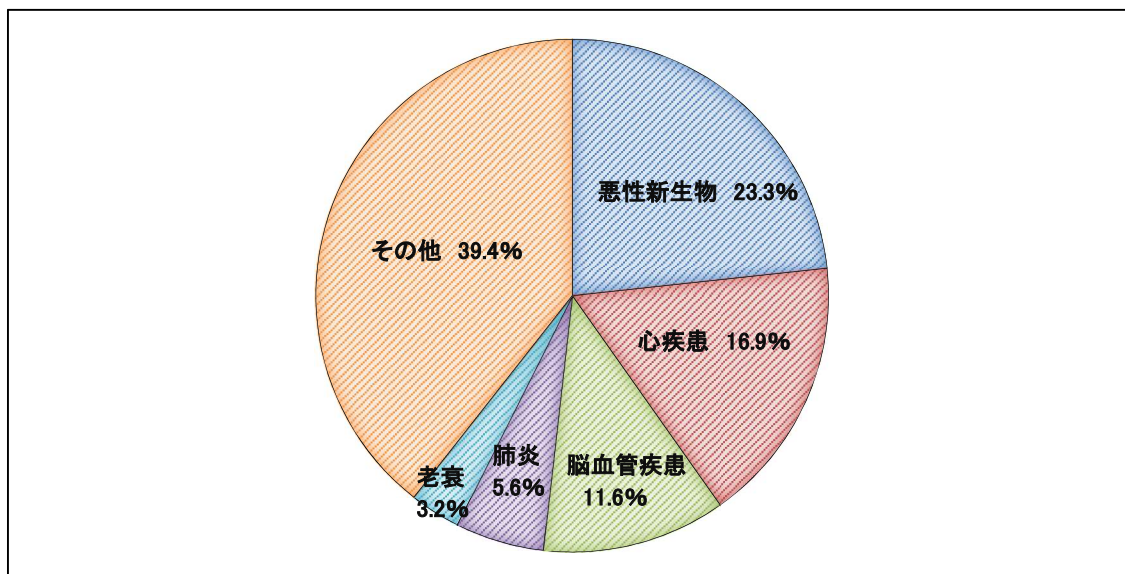
主要死因については、【表7】および【図4】のとおり、1位は国・県と同様に悪性新生物が3割近くを占める。生活習慣病といわれる悪性新生物、心疾患、脳血管疾患が全体の半数以上を占めている。

【表7】死因順位と割合

順位	大田市		島根県		全国	
	死因	割合(%)	死因	割合(%)	死因	割合(%)
1	悪性新生物	23.3	悪性新生物	26.0	悪性新生物	27.8
2	心疾患	16.9	心疾患	14.7	心疾患	15.2
3	脳血管疾患	11.6	老衰	10.0	脳血管疾患	8.2
4	肺炎	5.6	脳血管疾患	9.1	老衰	7.6
5	老衰	3.2	肺炎	5.7	肺炎	7.2

(平成29年人口動態統計)

【図4】大田市における死因割合



## 2 特定健康診査、特定保健指導の状況

本市の特定健康診査、特定保健指導の実施データについて、以下のとおり状況を把握し分析する。

### (1) 実施状況（法定報告値の年度推移）

本市の特定健康診査受診率は【表8】のとおり、平成29年度法定報告値46.3%で、県平均（44.0%）と比較すると高率となっている。

特定保健指導終了率は【表9】のとおり5.5%で、県平均（23.9%）と比較し低率となっている。

【表8】特定健康診査

年度	対象者(人)	受診者(人)	受診率(%)	島根県平均(%)	大田市目標値(%)
平成26年度	6,607	3,108	47.0	42.6	51.0
平成27年度	6,427	2,930	45.6	43.3	54.0
平成28年度	6,212	2,893	46.6	42.9	57.0
平成29年度	5,984	2,770	46.3	44.0	60.0
平成30年度	5,779	2,705	46.8	44.0	50.0

(国保連合会「法定報告」、大田市特定健康診査等実施計画)

【表9】特定保健指導

年度	動機付支援終了者(人)	積極的支援終了者(人)	終了率(%)	島根県平均(%)	大田市目標値(%)
平成26年度	15	1	5.4	15.8	35.0
平成27年度	19	3	8.5	20.5	44.0
平成28年度	16	2	6.4	24.3	53.0
平成29年度	14	1	5.5	23.9	60.0
平成30年度	36	2	15.7	23.9	15.0

(国保連合会「法定報告」、大田市特定健康診査等実施計画)

## (2) 特定健康診査受診者における性別・年齢層別の傾向

平成29年度の受診状況【表10】のとおり、男性と女性を比較すると女性の方が受診率が高い。

また、【表1】のとおり、高血圧症、糖尿病、脂質異常症により服薬している人の割合は、県、同規模、国と比較しても高く、中でも糖尿病(13.1%)と脂質異常症(33.6%)の割合が特に高い。

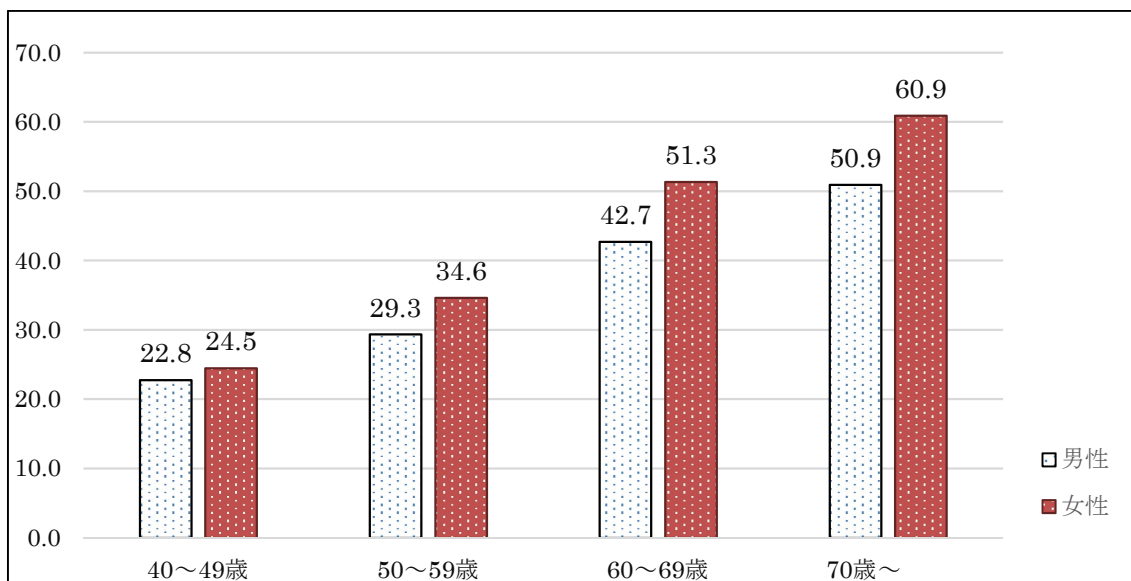
糖尿病有病者率は、【表11】【表12】のとおり、平成26年度と比べると男女ともに高く、県と比べても男女ともに高い。また、糖尿病予備群推定数においても、平成26年度と比べると男女ともに高くなっている。

【表10】平成29年度 性別・年齢層別受診率

性別 年代	男性			女性		
	対象者(人)	受診者(人)	受診率(%)	対象者(人)	受診者(人)	受診率(%)
40～49歳	268	61	22.8	229	56	24.5
50～59歳	341	100	29.3	312	108	34.6
60～69歳	1,452	620	42.7	1,502	771	51.3
70歳～	913	465	50.9	967	589	60.9
計	2,974	1,246	41.9	3,010	1,524	50.6

(国保連合会「法定報告」)

【図5】平成29年度 性別・年齢層別 受診率



(国保連合会「法定報告」)

【表1-1】糖尿病有病者率

区分	平成29年度	県(H29)	参考 平成26年度
男性	24.7%	19.5%	22.1%
女性	14.7%	10.2%	12.7%

※糖尿病有病者率：特定健康診査受診者のうち、服薬ありのひと、服薬なしで空腹時血糖126以上または、HbA1c 6.5以上の人

【表1-2】糖尿病予備群の推定数

区分	平成29年度	県(H29)	参考 平成26年度
男性	19.7%	20.0%	17.3%
女性	19.3%	19.0%	17.6%

※糖尿病予備群推定数：空腹時血糖110以上126未満、またはHbA1c6.0以上6.5未満。ただし服薬は除く

(表1-1、表1-2はいずれも市町村国保特定健康診査等結果データ)

### 第3 前期計画にかかる評価

第1期データヘルス計画においては、特定健康診査受診率及び特定保健指導率の向上、生活習慣病の発症予防及び重症化予防を目標に保健事業を展開してきた。

特にその中でも、「糖尿病を減少させ、患者数および医療費の抑制を図ること」を重点目標に掲げた取組について、下記のとおり評価を行った。

#### 1 特定健康診査受診率向上への取組

国の示した参酌標準（60%）を目標に取り組んできたが、平成29年度受診率は46.3%（前年度比△0.3%）と、未だ目標値には達していない。その一方で、国・県の受診率を見ても、目標を達成することは安易なことではなく、他市町村も伸び悩んでいるのが現状である。

現在、本市の受診率は、県下9位にあり、男女別比較では、男性より女性の方が受診率は高い状況である。年齢が上昇するにつれ、受診率が上昇していく傾向にある。一方で40～50代の受診率は低調となっており、特に40～59歳までの男性の受診率は3割にも満たず、受診率の低さが課題となっている。今後は、特定健診未受診者訪問により、若年層の未受診理由をしっかりと把握し、受診率向上を目指す必要がある。

また、60歳代は退職に伴い国保加入者が増える年代と予測されるが、新規受診者が増加していない。そのため、国保加入後、スムーズに健診受診につながるような受診勧奨の工夫が必要である。

#### 2 特定保健指導率向上への取組

本市は、特定保健指導率向上を目指して取り組んできたが、保健指導実施率は平成29年度5.5%と、国の示した参酌基準（60%）より大幅に低い現状がある。県の平均実施率（平成29年度23.9%）と比較しても、低率となっている。この要因には、特定保健指導利用につながりにくい実施方法に課題があることが考えられる。また、平成29年度においては、脱落者が多かったことから、利用者が生活改善に

向けて意欲的に取り組めるための魅力ある保健指導を工夫して行う必要がある。

### 3 生活習慣病重症化予防への取組

当市の医療・介護のデータ分析から、「脳血管疾患」「糖尿病」「がん」「高血圧性疾患」などの生活習慣に起因する生活習慣病が、死亡や要介護の主な原因となっており、その生活習慣病にかかる健康課題は大きく、医療費にも大きく影響を及ぼしている。

なかでも、糖尿病有病者率が県と比較して高いという健康課題がある本市では、糖尿病対策に重点をおき、HbA1c 値区分をもとに対象者を絞って糖尿病予備群に対する発症予防に行政と病院が連携し、医科歯科連携のもと取り組んできた。

まず、糖尿病発症予防事業として、糖尿病予防教室「いきいき講座（旧はつらつ教室）」を実施してきた。しかし、特定健康診査の結果や医療費分析の結果から、糖尿病有病率や糖尿病予備群推定率の増加が見られる。また、男性の糖尿病有病率も大きく上昇しているため、さらに重症化予防に向けた取組が必要である。

つぎに、生活習慣病等重症化予防への取組として、保健指導判定値を超えている人に対して、受診状況を確認し、生活習慣の改善に向けた事後指導を行い、合併症の予防及び生活習慣病の重症化予防に取り組んできた。しかし、特定健康診査結果や医療費の分析結果より、メタボリックシンドローム該当者割合は増加し、県や同規模市と比較しても多い傾向になっている。また、予備群は減少しているが、おそらく予備群であった者が該当者へ移行したものと予測される。また、糖尿病の有病率も男女ともに増加しており、とくに男性の有病率の上昇は顕著になっていることが分かる。さらに、糖尿病合併症新規患者数も増加しており、人工透析の患者の増加が今後さらに見込まれるため、さらなる対策強化が必要と考える。

## 4 実施してきた保健事業

これまで第1期計画にて取り組んできた具体的な各保健事業について評価する。

## ◇特定健康診査受診率向上事業

背景・目的	受診をきっかけに自らの健康状態を知り、生活習慣の改善に取り組み、発症を防ぐことができるよう、特定健康診査の受診者を増やす。		
目標	生活習慣病を早期に発見し、早期に生活改善を図り、早期治療につなげる。		
内容	<p>◆H30年度</p> <p>①受診の機会に対する環境整備を行った。          〈事業内容〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・40歳～74歳までの国民健康保険被保険者に対し、特定健康診査受診券等一斉発送を行った。年度途中加入者（4月1日遡及加入者を含む）への受診券発送も随時行った。</li> <li>・健診実施期間は、6月～12月に実施し、集団健診（仁摩・温泉津会場）、個別健診（委託医療機関）で個人に合わせた受診ができるように配慮をした。また、受診者にとっての利便性を考慮し、がん検診とのセット健診の日程も設けた。</li> </ul> <p>②未受診者に対する受診勧奨訪問を行った。          〈事業内容〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・過去3年間、特定健康診査を未受診であった45、50、55、60、65、70歳の者、また健診初年度未受診であった41歳の者、また定年退職後初年度未受診であった61歳の者へ訪問を実施した。</li> </ul> <p>〈実績〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受診勧奨目的にて保健師が計522件訪問し、未受診理由の把握を行い健診受診を促した。</li> </ul>		
アウトプット評価	目標（H30年度）	H29年度	H30年度
	特定健康診査受診率：60%	46.3%	46.8%
	状況把握者割合：90%	90%	94%
	未受診から受診へと移行した者の割合：	20.3%	24%
評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・未受診者への訪問により、一定の受診へつながっているため、訪問による受診勧奨に効果があったと考えられる。</li> <li>・未受診者であった者が継続受診者となるよう、効果的な声かけが必要である。</li> <li>・未受診者の理由の多くが、「医療機関ではかの病気を治療している」や「生活習慣病での治療中であるため」等の理由であるため、この対象者の結果を把握するための医療機関との連携が必要である。</li> <li>・国保新規加入者がスムーズに健診受診ができるような勧奨の工夫が必要である。</li> </ul>		
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・治療中である健診未受診者を健診につなげるよう、医療機関との連携が必要。また、治療中の結果を得るため医療機関との連携強化が必要である。</li> <li>・会社等退職後の国保新規加入受診者が増加する工夫が必要である。</li> </ul>		



## ◇特定保健指導事業

背景・目的	自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善にかかる自主的な取組が実施できるようになる。
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者へ特定保健指導をすることにより、自らの健康状態や改善できそうな生活習慣に気づくことができる。</li> <li>・特定健康診査結果報告会において、生活改善指導を参加者全員に行うことにより、全体的な生活改善の底上げを行う。</li> </ul>
内容	<p>〈事業対象者〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善により、生活習慣病に対する予防効果が期待できる者</li> <li>・特定保健指導対象者（動機付け支援、積極的支援）については、特定健診等データ管理システムより抽出する。</li> </ul> <p>〈事業内容〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・島根県環境保健公社に委託し、個別指導にて特定健康診査実施時期に合わせてⅢ期に分けて実施。</li> <li>・時期：10月、12月、3月</li> </ul> <p>〈実績〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・H29年度 特定保健指導者（率）：15人（5.5%）</li> <li>・H30年度 特定保健指導者（率）：38人（15.7%）</li> </ul>
評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導利用者には、体重および腹囲減少など、一定の効果が現れているが、平均して利用率が少ないため、健康課題の改善には及んでいない。</li> <li>・H29年度に比べH30年度の特定保健指導率が上がっており、未利用者訪問との連動した取組に一定の効果があったと思われる。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今後は、利用勧奨の工夫及び特定保健指導の医療機関と連携した取組の実施方法を検討し、保健指導率の向上をさらに図っていく必要がある。</li> </ul>

## ◇特定保健指導未利用者勧奨事業

背景・目的	特定保健指導の対象者のうち、保健指導に参加する人は現在10%以下であり、未利用者からの生活習慣病の重症化を予防することが必要である。		
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活実態把握を行い、特定保健指導の利用へつなげる。</li> <li>保健指導を行い、リスクの高い生活習慣の未改善者の生活改善を目指す。</li> </ul>		
内容	<p>◆H30年度</p> <p>〈事業対象者〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>保健指導対象者のうち、特定保健指導未利用者でかつ未利用理由が不明の者。</li> </ul> <p>〈事業内容〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>事業対象者に、保健師等が家庭訪問し、生活実態の把握を行い、保健指導の利用勧奨を行う。</li> </ul> <p>〈実績〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>事業対象者35名のうち、訪問等により状況把握できた者は31名であった。</li> <li>特定保健指導へつながった者の割合：直接面接できた26名のうち、4名(15.4%)であった。</li> </ul>		
アウトプット評価	目標 (H30年度)	H29年度	H30年度
	対象者把握率 80%以上	90%	90%
	状況把握者割合 90%	90%	94%
	特定保健指導実施率 15%	5.5%	15.7%
評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>実施時期は、特定保健指導最終案内の2月までに、未利用理由の把握のため訪問できるよう設定できており、保健指導利用の再勧奨案内が送付できている。</li> <li>H29年度の実施状況から、未利用理由には、定期受診中または健診後治療開始となった方が多いため、内服開始以外の方には定期受診中であっても保健指導の対象である意味を伝えていき、かかりつけ医と連携しながら、生活習慣改善のために必要な訪問支援を実施していくことが必要と思われる。</li> <li>例年80%以上の対象者の生活状況が把握できているため、引き続き訪問支援での状況把握は必要と考える。</li> </ul>		
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>今後は、利用勧奨の工夫及び特定保健指導の実施方法を検討し、保健指導率の向上が急務である。</li> </ul>		

## ◇受診勧奨判定値以上者支援事業（訪問指導事業：健診事後指導訪問）

背景・目的	高血圧、糖尿病、脂質異常症で内服している人の割合は、国、県と比較して高く、特定健康診査受診者のうち、受診勧奨基準値を超えている人に対し、受診状況を確認し事後指導を実施し、合併症及び重症化予防を図る。		
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診結果より自分の身体状況を理解し、生活習慣病予防のための健康行動をとることができる。</li> <li>・医療が必要な対象者に、受診継続及び合併症予防のための支援をする。</li> </ul>		
内容	<p>〈事業対象者〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業該当者のうち血圧・血糖・脂質で医療機関受診のない人（特定保健指導対象者は除く）</li> </ul> <p>〈事業内容〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健師等による家庭訪問または電話での受診勧奨及び重症化予防のための事後指導を行う。</li> <li>（特定健診等データ管理システムで対象者抽出）</li> </ul> <p>〈実績〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・H29年度：対象者267人のうち訪問実施できた者は200人（75%）であった。</li> <li>・H30年度：対象者179人のうち訪問実施できた者は165人（92.2%）であった。</li> </ul>		
アウトプット評価	目標（H30年度）	H29年度	H30年度
	勧奨割合 90%	75%	92.2%
	受診行動割合 10%	10%	22%
評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診勧奨訪問の実施者数が増えたことにより、受診行動割合がH29年度からH30年度を比較すると、増加していることがわかる。訪問保健師が一度不在で会えなかった場合は再訪問を実施しており、勧奨割合が増えると、受診行動につながる者の割合が増加することが分かった。</li> <li>・約9割が健診結果を認識しており、約6割がすでに何らかの理由で医療機関受診中であるという結果であった。生活習慣病での医療受診がない場合は、医療機関受診の必要性を伝えている。</li> <li>・健診後、精密検査未受診や治療中断の方が数名あり、継続した支援が必要と思われる。</li> </ul>		
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診後、医療機関受診のない人は、健診受診のみで健診結果を放置することになり、引いては重症化すると予測されるため、受診勧奨対象者を確実に医療受診につなげるよう支援が必要である。</li> </ul>		

## ◇糖尿病発症予防事業（集団支援：いきいき講座）

背景・目的	大田市の糖尿病年齢調整有病率及び糖尿病予備群の割合は上昇傾向にある。特定健康診査の結果で糖尿病予備群に該当する人を対象とした健康教室、保健師・管理栄養士による保健指導を実施し、糖尿病の発症予防を強化する。		
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病治療者が適宜専門的な医療や療養指導受けられるよう、かかりつけ医、専門医、眼科、歯科が連携を図り、病診連携・診診連携を推進していく体制整備を図る。</li> <li>・生活習慣病予防のための運動の必要性を理解し、具体的な運動方法を学ぶことができ、運動習慣を身につけるきっかけの場となる。</li> <li>・糖尿病予防のための食事について学び、自らの生活習慣を振り返り、糖尿病の発症を予防する。</li> </ul>		
内容	<p>◆H30年度</p> <p>〈事業対象者〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・国保特定健康診査結果で糖尿病予備群に該当する人のうち血糖の内服がなく保健指導を希望する人</li> </ul> <p>〈事業内容〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業対象者に運動・栄養・口腔等の4回シリーズの健康教室の参加勧奨を郵送及び電話にて行い、医師講話や調理実習をとおして、生活習慣の見直しを図る。</li> <li>・個別指導の同意が得られた人に対し、保健師・管理栄養士の保健指導を実施し、個人の目標設定を行い継続的に支援・評価を行う。</li> </ul> <p>〈実績〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・参加者：該当者（336人）のうち、事業対象者14人が参加。</li> <li>・回数：4回</li> </ul>		
アウトプット評価	目標（H30年度）	H29年度	H30年度
	受講率 20%	9.52%	4.17%
	参加者満足度 80%以上	94%	94%
	個別指導希望率 50%以上	83.3%	62.5%
	後の体重減少割合 60%	58.3%	25%
（平成30年度より、HbA1c6.0～6.4、BMI21.5以上を対象としている。）			
評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・教室に参加した者の教室内容への満足度は94%と高い理由は、多職種スタッフが専門的に支援することを指導プログラムに組み込んでいることが、成果として表れていると思われる。</li> <li>・対象者336名のうち教室参加者は14名（受講率4.17%）と、参加者が非常に少なく、目標を下回っている現状がある。教室受講に至らない対象者への受講に至るまでの動機づけ支援策の工夫が必要である。</li> <li>・医師からすすめられて参加した方が数名あったため、かかりつけ医からの勧奨の影響は大きいと考えられる。</li> <li>・対象者の一部に対し、電話で受診勧奨を行い、5.7%の方が受講に至った。電話勧奨で受講に至る方は少ない状況であった。</li> <li>・不参加の理由のうち「行きたくない」11.5%「忙しい・予定が合わない」19.2%であった。受講しやすいよう、早期に講座の周知を行い、個別に栄養相談を行う等、個別に対応できる体制が必要と思われる。</li> <li>・「自分は該当しない」「自分で改善する」等の理由も聞かれた。</li> </ul>		
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・教室に参加しない無関心層へのアプローチ方法の検討が必要である。</li> <li>・特定保健指導との連携により、対象者の受講勧奨を強化し、受講率を上げていく必要がある。</li> <li>・かかりつけ医との連携した受講勧奨及び継続した療養指導が必要である。</li> </ul>		

## ◇保健衛生普及事業

背景・目的	被保険者が自身の健康状態を把握し、生活習慣病の予防と早期発見、早期治療に努める。		
目標	1 生活習慣病の予防と早期発見、早期治療に繋げる。		
内容	1 人間ドック 希望者を募り、外来ドックと脳ドックを実施する。 2 各種がん検診費用助成 国保被保険者に対し、がん検診に係る自己負担を半額助成する。		
アウトプット指標	目標(平成30年度)	平成29年度	平成30年度
	人間ドック受診率 100%	92.7% (292人/315人)	92.3% (300人/325人)
	がん検診受診率 胃がん：10% 大腸がん：20% 子宮頸がん：30% 乳がん：10%以上	胃がん：4.0% 大腸がん：6.6% 子宮頸がん：13.3% 乳がん：10.2%	胃がん：3.5% 大腸がん：6.5% 子宮頸がん：14.4% 乳がん：10.2%
評価	1 人間ドック 目標には達していないが、ここ近年は受診率90%以上で推移しており、健康に対する意識の高さがうかがえる。引き続き人間ドックを実施し、疾病の早期発見、早期治療に繋げる。 2 各種がん検診費用助成 がん検診費用を助成することで受診率への一定の効果は継続していると思われる。		
課題	・人間ドックについては、脳ドックに募集が集中し、応募数全体では募集定員を超過するものの、外来や脳、或いは受診機関別に見ると定員割れが生じることがある。しかし、需要の高い事業であるため、ドックの種別や受診機関の定員の調整しながら継続して実施していく必要がある。		

## ◇医療費適正化事業

背景・目的	被保険者に対して適切な受診と服薬を促すことで、医療費適正化を図り医療費を抑制する。		
目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 同一疾病での複数医療機関の受診者、同一月における頻回な受診者（重複・多受診者）の把握を行い、適正な受診に繋げる。</li> <li>2 受診状況を通知し、適正な医療機関受診を意識づける。</li> <li>3 後発医薬品の利用を促進する。</li> </ol>		
内容	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 重複・多受診者への保健指導 重複・多受診者に対して、保健師等が訪問・面談により状況把握を行い、適正な受診行動を促すよう指導する。</li> <li>2 医療費通知 年4回に分け、合計1ヵ年分の医療受診状況を記載した医療費通知を郵送する。</li> <li>3 後発医薬品差額通知 後発医薬品への切り替え効果が高いと見込める被保険者に対し、切り替えた場合の差額を通知する。</li> </ol>		
アウトプット指標	目標(平成30年度)	平成29年度	平成30年度
	保健指導率 100%	78%(14人/18人)	88%(15人/17人)
	医療費通知率 100%	100%	100%
	後発医薬品切替割合 80%以上(数量ベース)	73%(一般+退職)	77%(一般+退職)
評価	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 重複・多受診者への保健指導 目標には達していないが、訪問指導により適正な受診行動を促すことができたことはもとより、高額医療制度などの保険制度を案内することができ、被保険者の利に資することができた。</li> <li>2 医療費通知 自身の受診状況を把握してもらうことで医療受診にかかる行動変容の一助となっている。</li> <li>3 後発医薬品差額通知 厚労省が掲げる「80%(数量ベース)」には達していないが、徐々に切替割合が上昇している。引き続き、差額通知を実施し、後発医薬品の普及に努める。</li> </ol>		
課題	<p>重複・多受診者への保健指導については、対象者の状況把握に留まっており、指導後の追跡調査を実施することが必要と思われる。</p> <p>後発医薬品の普及については、引き続き、厚労省が掲げる数値に達するよう取り組む。</p>		

## 5 本市の現状から見た健康課題

第1期データヘルス計画で実施した保健事業の分析と医療費データの分析結果から、本市の現状と課題を整理する。

### 医療費・疾病状況

本市の現状		該当ページ
1	疾患別件数からみると、高血圧性疾患、脂質異常、糖尿病等が上位を占めており、これらは予防可能な生活習慣病が起因している。	9
2	一人当たり医療費について、H29年度と比較すると、H30年度は入院分が減少しているが、入院外分は増加しており、いずれも県より高い状況となっている。	7、8
3	介護保険新規申請の際の疾病調査で、脳卒中が最も多く、全体の23%を占めている。	10
4	平均寿命は、男女ともに島根県平均とほぼ変わらない状況である。	11
5	主要死因は、生活習慣病と言われる悪性新生物・心疾患・脳血管疾患が全体の50%以上を占めている。	11

～今後の方向性～

- 医療費が高く増加傾向にあるため、医療費適正化の取組が必要。
- 生活習慣病の医療費が高くなっているため、生活習慣病の発症予防から重症化予防までの取組が必要。
- 介護に至る要因から死因まで、生活習慣病悪化によるものが多く、重症化予防が必要。

### 保健事業

本市の現状		該当ページ
1	特定健康診査受診率は、H29年度46.3%（県下9位）と、県受診率と比較すると高率であるが、市の目標値は未達成である。受診率の男女別比較では、男性より女性の受診率が高い状況がある。特に、40～59歳までの男性の受診率が低い傾向にある。	12、13、16
2	特定保健指導率は、H29年度5.5%と県指導率と比較するとかなり低率になっている。H29年度においては、指導途中の脱落者が多く、実施方法や体制を見直す必要がある。	12、17
3	糖尿病有病率及び糖尿病予備群推定数は、県と比較して男女とも高い傾向にある。	14

～今後の方向性～

- 生活習慣を改善するため保健指導の利用を促す取組が必要。
- 保健指導の実施方法の改善が必要。
- 生活習慣病重症化予防のための取組の強化が必要。
- 医療機関と連携の上、未受診者を受診へとつなげる取組が必要。

## 第4 今後の取組

被保険者一人ひとりが健康に対する意識を持ち、健診受診をし、生活習慣病予防のための生活習慣の改善を図る。

また、適正な医療受診や生活習慣を改善する人が増え、生活習慣病を早期に予防することができるよう特定健康診査受診者の事後指導についても、生活改善及び重症化予防に向けたフォローアップを図っていく。また、糖尿病対策については、今後の取組方針などをさらに検討し、重症化予防に対する取組を強化する。

### 1 目的・目標の設定

第1期計画策定後から、国保データベースシステム（KDB）等の情報を活用し、毎年経年比較し評価を行ってきたが、これまでの取組の評価や健康課題を踏まえ、今後の目標について次のとおり設定する。

#### 〈重点的取組〉

- 被保険者一人ひとりが健康に対する意識を持ち、特定健康診査を受診し、必要に応じて特定保健指導を利用することができるための体制整備を図る。（特定保健指導率向上対策）
- 適正な医療受診や生活習慣を改善する人が増え、生活習慣病を早期に予防することができる。（糖尿病対策「糖尿病にならない、させない、ほっとかない」）



1	一次予防 生活習慣病予防対策	(1) 健康教育事業	
		(2) 健康相談事業	
		(3) 保健衛生普及事業	
目的		短期目標 (単年度)	中長期目標 (令和5年度)
生活習慣病の予防、その他健康に関することがらについて、正しい知識の普及を図ることにより、「自らの健康は自らが守る」という認識と自覚を高め、健康の保持増進に努めることができる。		<ul style="list-style-type: none"> <li>健康相談回数を増やす</li> <li>健康教育回数を増やす</li> <li>健康に対する知識が得られたと答えた人の割合：80%以上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活習慣病に関する健康教育実施率(各地区1回以上達成)：100%</li> </ul>
2	二次予防 健診受診率向上対策、予備群対策	(1) 特定健康診査受診率向上事業	
		(2) 特定健康診査未受診者勧奨事業	
		(3) 特定保健指導事業	
		(4) 特定保健指導未利用者勧奨事業	
		(5) 受診勧奨判定値以上者支援事業	
目的		短期目標 (単年度)	中長期目標 (令和5年度)
<p>自らの健康状態を知るために、特定健診を受診し、生活習慣病の発症を防ぐことができる。</p> <p>早期に生活改善をすることによって発症を予防することができる。</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>40～59歳の受診率を増やす</li> <li>まだら受診者の割合を増やす</li> <li>継続受診者の割合を維持する</li> <li>60～65歳の新規受診者を増やす</li> <li>メタボリックシンドローム該当者を男女ともに減らす</li> <li>複合リスク該当者を減らす</li> <li>血糖有所見者を減らす</li> <li>糖尿病予備群推定数を減らす</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定健康診査受診率：60%</li> <li>未受診勧奨者の受診割合：30%</li> <li>特定保健指導実施率：60%</li> <li>高血圧者の年齢調整有病率：男性36%、女性23%</li> <li>糖尿病有病率：男性22%、女性12%</li> </ul>
3	三次予防 生活習慣病重症化予防対策 (ハイリスク者対策)	(1) 糖尿病発症予防事業	
		(2) 生活習慣病重症化予防事業	
目的		短期目標 (単年度)	中長期目標 (令和5年度)
糖尿病等の合併症等の生活習慣病の重症化を防ぎ、脳血管疾患や虚血性心疾患、人工透析などの発症を防ぐことができる。		<ul style="list-style-type: none"> <li>血糖コントロール不良者を減らす</li> <li>生活習慣病新規患者数を増やさない</li> <li>人工透析患者数(新規患者数も含む)を増やさない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>血糖コントロールが不良な者(糖尿病有病者でHbA1c8.0%以上の者)の割合：11%以下</li> <li>患者千人当たり人工透析患者数：6.0人</li> </ul>
4	医療費適正化対策	(1) 後発医薬品普及促進事業	
		(2) 重複・頻回受診者への訪問指導事業	
		(3) 医療費通知事業	
目的		短期目標 (単年度)	中長期目標 (令和5年度)
後発医薬品の利用促進、また適切な受診と服薬を促すことで、医療費の適正化を図り、医療費を抑制することができる。		<ul style="list-style-type: none"> <li>ジェネリック医薬品の差額通知率を維持する</li> <li>重複、多受診者への保健指導率を増やす(100%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ジェネリック切替割合：80%以上</li> </ul>

## 2 具体的な取組事業計画

次のとおり、本市の健康課題に即した保健事業を効果的、効率的に実施する。

### ◇1：生活習慣病予防対策

目的	生活習慣病の予防、その他健康に関することについて、正しい知識の普及を図ることにより、「自らの健康は自らが守る」という認識と自覚を高め、健康保持増進に努めることができる。
事業内容	<p>(1) <b>健康教育事業</b> 各地区にて要望に応じて健康教育を行う。 生活習慣病予防に関する健康教育を各地区年1回は実施していく。</p> <p>(2) <b>健康相談事業</b> 必要に応じて相談対応をする。</p> <p>(3) <b>保健衛生普及事業</b> 希望者を募り、外来ドックと脳ドックを実施する。 被保険者のがん検診に係る自己負担の助成事業を継続していく。</p>
評価指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康教育回数を増やす</li> <li>・健康相談回数を増やす</li> <li>・健康に対する知識が得られたと答えた人の割合：80%以上</li> <li>・人間ドック受診率：100%</li> </ul>

### ◇2-（1）：特定健康診査受診率向上事業

目的	受診をきっかけに自らの健康状態を知り生活習慣の改善に取り組み、発症を防ぐことができる。
事業内容	<p>1) 受診しやすい環境整備</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者：40歳から74歳までの被保険者</li> <li>・実施期間：6月～12月（健診実施期間）</li> <li>・通知方法：特定健康診査受診券等一斉発送を行い、年度途中加入者（4月1日遡及加入者を含む）への受診券発送</li> <li>・実施方法：集団健診（仁摩・温泉津地区）個別健診の併用式 特定健康診査費用は引き続き無償で行う。一部がん検診とのセット健診を引き続き行う。</li> </ul> <p>2) 受診勧奨</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・国保連合会と連携し、受診勧奨事業の仕組みづくりを行う。</li> </ul> <p>3) 関係機関との連携強化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・実施期間：5月～10月</li> <li>・実施方法 <ul style="list-style-type: none"> <li>① かかりつけ医からの受診勧奨</li> <li>② 現在健診未実施の医療機関との連携</li> </ul> </li> </ul> <p>4) 職場等受診した者の健診結果の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・実施期間：6月～12月</li> <li>・実施方法：受診券発送時にチラシによる周知、関係機関や事業所との連携</li> </ul> <p>5) 広報・啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・実施期間：4月～11月</li> <li>・実施方法：広報誌への記事掲載、市ホームページに特定健康診査の詳細について紹介、ケーブルテレビによる特定健康診査のPR、地域の関係団体（食育ボランティアおむすびの会等）を通じた情報発信を行う。</li> </ul>
評価指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査受診率の増加</li> <li>・新規受診者数の増加</li> </ul>

## ◇2-（2）：特定健康診査未受診者勧奨事業

目的	健診未受診者に対して特定健康診査の必要性を周知し、また定期通院中でも健診受診ができることを伝えていくことにより、健診受診することができれば自らの健康状態を知って適切な健康管理行動をとることが出来る。また、未受診理由の分析を行い、今後の受診率向上対策を確立していく。
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者：41、45、50、55、60、61、65、70歳までの被保険者</li> <li>・実施期間：7月～10月</li> <li>・実施方法：保健師が家庭訪問し、未受診理由の聞き取り、生活習慣改善のためのアドバイスを行う。不在であった場合は、アンケートによる未受診理由の把握を行う。</li> </ul>
評価指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・未受診勧奨者のうち受診した者の割合：30%</li> <li>・家庭訪問実施率の増加</li> </ul>

## ◇2-（3）：特定保健指導事業

## ◇2-（4）：特定保健指導未利用者勧奨事業

目的	対象者へ特定保健指導をすることにより、自らの健康状態や改善できそうな生活習慣に気づくことができる。 特定保健指導利用率が低い現状があるため、一人でも多くの未利用の者に訪問し、生活改善の意欲を持たせることで生活習慣病の重症化を予防する。
事業内容	<p>1) 利用しやすい環境づくり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者：特定健康診査受診者のうち、特定保健指導対象者</li> <li>・実施期間：集団7月～12月、個別10月～3月</li> <li>・実施方法：直営にて各地区担当より保健指導を行う。行動計画の実績評価を3ヵ月経過後(積極的支援では3ヵ月以上の継続的な支援が終了後)に実施。</li> </ul> <p>2) 未利用者勧奨訪問</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者：特定保健指導対象者のうち、保健指導未利用者かつ未利用理由が不明の者</li> <li>・実施期間：1月～2月</li> <li>・実施方法：保健師が家庭訪問し、生活実態の把握を行い、保健指導の利用勧奨を行う。また、訪問時、特定保健指導が当日可能な対象者がいる場合には、初回面接を実施するか、特定保健指導の日程予約を行う。</li> </ul> <p>3) かかりつけ医との連携強化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・実施時期：1～3月</li> <li>・実施内容：かかりつけ医からの保健指導利用の声かけ</li> </ul> <p>4) 広報・啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・実施内容： <ul style="list-style-type: none"> <li>①広報誌への記事掲載 ②ポスター掲示 ③市ホームページに特定保健指導の詳細について紹介④ケーブルテレビによる特定健康診査のPR ⑤地域の関係団体（食育ボランティアなど）を通じた情報発信</li> </ul> </li> </ul>
評価指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導実施率：60%</li> </ul>

## ◇2-（5）：受診勧奨判定値以上者支援事業

目的	特定健康診査受診者のうち、治療優先度が高いと見込まれる者、人工透析に至る可能性の高い者に対し、関係機関と連携し適正管理の重要性を啓発し医療未受診、受診中断者を確実に医療に結びつけ、生活習慣病の重症化を阻止・遅延させる。脳卒中発症者に対し、医療との連携による疾病管理に併せ、生活改善に必要な保健指導を行うことで再発予防、要介護状態を予防する。
事業内容	1) 保健師による訪問 <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者：血圧、血糖、脂質で医療機関受診のない者（特定保健指導対象者は除く）</li> <li>・実施期間：1月～3月</li> <li>・実施方法：保健師が家庭訪問または電話を行い、生活実態の把握を行った上で、受診勧奨及び重症化予防のための事後指導を行う。</li> </ul>
評価指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・血糖、血圧、脂質有所見者の減少</li> <li>・メタボリックシンドローム該当者の減少</li> <li>・訪問後医療受診につながった人の増加</li> </ul>

## ◇3-（1）：糖尿病発症予防事業（いきいき講座）

## ◇3-（2）：生活習慣病重症化予防事業

目的	大田市の糖尿病年齢調整有病率及び糖尿病予備群の割合は上昇傾向にある。特定健康診査の結果で糖尿病予備群に該当する人を対象とした健康教室、保健師・管理栄養士による保健指導を実施し、糖尿病の発症予防を強化する。
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者：40歳から74歳までの国民健康保険被保険者で特定健康診査の結果等が以下の基準値のいずれかを満たす者 <ul style="list-style-type: none"> <li>①高血圧ハイリスク者 II型血圧以上で高血圧に係る服薬がない者</li> <li>②糖尿病ハイリスク者 HbA1c 6.5%以上で空腹時血糖 126mg/dl 以上（随時の場合は 140mg/dl 以上）かつ糖尿病に係る服薬がない者</li> <li>③腎機能ハイリスク者 尿蛋白（1+）以上または eGFR 60ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満（70歳以上は eGFR 50ml/分/1.73 m<sup>2</sup>）未満のいずれかに該当し、高血圧、糖尿病、脂質異常に係る服薬がない者</li> </ul> </li> <li>・実施期間：11～3月</li> <li>・実施方法：特定健康診査や治療における検査データ等から基準値該当者を抽出し、対象者へ個別通知の発送後、電話・訪問による医療機関への受診勧奨を行う。</li> </ul>
評価指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・血糖コントロール不良者の減少</li> <li>・参加者の満足度の割合：100%</li> </ul>

## ◇4：医療費適正化事業

目的	被保険者に対して適切な受診と服薬を促すことで、医療費適正化を図り医療費を抑制する。
事業内容	<p>(1) <b>後発医薬品普及促進事業</b> 5月診療分～8月診療分を対象とし、後発医薬品への切替効果が高いと見込める被保険者に対し、切り替えた場合の自己負担額軽減例を送付し、後発医薬品の切替を促す。</p> <p>(2) <b>重複・頻回受診者への訪問指導事業</b> 重複・頻回受診者に対して、保健師等が訪問・面談により状況把握を行い、適正な受診行動を促す。</p> <p>(3) <b>医療費通知</b> 年4回に分け、合計1ヵ年分の医療受診状況等を記載した医療費通知を送付し、自身の受診状況等の振り返りを促す。 1月診療分～3月診療分（7月発送） 4月診療分～6月診療分（10月発送） 7月診療分～9月診療分（12月発送） 10月診療分～12月診療分（翌年2月発送）</p>
評価指標	<p>(1) 後発医薬品普及率 80%以上</p> <p>(2) 重複・頻回受診者訪問指導率 100%</p> <p>(3) 医療費通知実施率 100%</p>

**第5 データヘルス計画の評価方法の設定**

評価については、国保データベースシステム（KDB）等の情報を活用し、毎年行うこととする。

また、データは経年変化での比較、県・同規模保険者との比較を行い、評価する。

1 全体の経年評価

項目	平成29年度		平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1 人口・産業・平均寿命	① 人口構成	総人口		34,978									
		65歳以上(高齢化率)		38.2									
		75歳以上		21.5									
		65～74歳		16.7									
		40～64歳		31.5									
	39歳以下		30.4										
	② 産業構成	第1次産業		11.1									
		第2次産業		26.6									
		第3次産業		62.2									
	③ 平均寿命	男性		79.4									
女性		87.1											
2 死亡の状況	① 死亡の状況	がん		46.6									
		心臓病		31									
		脳疾患		16.4									
		糖尿病		0.8									
		腎不全		2.7									
		自殺		2.5									
	③ 介護保険	1号認定者数(認定率)		22.5									
		新規認定者		0.3									
		2号認定者		0.4									
		② 要介護者の有病状況	糖尿病		24.3								
高血圧症			61.7										
脂質異常症			32										
心臓病			70.3										
脳疾患			28.9										
がん			10.8										
筋・骨格			60.3										
精神			45.2										
4 医療の状況	① 国保の状況	被保険者数		7,682									
		65～74歳		54.4									
		40～64歳		30.7									
		39歳以下		15									
	加入率												
	② 医療の概況(人口千対)	病院数		0.3									
		診療所数		5.7									
		病床数		71.5									
		医師数		8.9									
		外来患者数		810.2									
入院患者数		32.3											
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		35,989										
	受診率		842,558										
	費用の割合		53.7										
	外来 件数の割合		1.6										
	入院 費用の割合		46.3										
	入院 件数の割合												
1件あたり在院日数													
④ 医療費分析総額に占める割合最大医療資源傷病名(調剤含む)	新生物		26.4										
	慢性腎不全(透析あり)		10.7										
	糖尿病		8.6										
	高血圧症		7.8										
	精神		20										
筋・骨疾患		12.6											

2 特定健康診査結果の経年変化

(1) メタボリックシンドローム該当者 (%)

項目		H29	H30	R1	R2	R3	R4	県(H30)
該当者	男性	32.2	31.8					29.8
	女性	12.7	12.3					11.5
予備群	男性	15.2	17.4					17.0
	女性	5.7	6.4					6.4

## (2) 有所見者割合の経年変化 (%)

項目		H29	H30	R1	R2	R3	R4	県 (H30)
腹 囲	男性	51.3	53.9					51.0
	女性	20.3	20.9					19.8
BMI	男性	1.4	2.2					1.7
	女性	8.0	6.5					6.5
血 糖		0.9	0.9					0.6
血 圧		6.4	7.7					8.2
脂 質		2.8	2.7					2.2

## (3) 複合リスク者の経年変化 (%)

項目	H29	H30	R1	R2	R3	R4	県 (H30)
血糖＋血圧	3.2	3.7					3.1
血糖＋脂質	1.7	0.8					0.9
血圧＋脂質	9.4	9.3					9.3
血糖＋血圧＋脂質	7.2	7.3					6.2

## (4) 年齢調整有病率 (%)

項目		H29	H30	R1	R2	R3	R4	県 (H29)
高血圧	男性	38.2						40.1
	女性	26.7						26.8
糖尿病	男性	16.7						12.5
	女性	9.8						5.5
脂質 異常症	男性	41.7						42.2
	女性	39.0						38.9

(市町村国保特定健康診査等結果データ)

## (5) 糖尿病有病率 (%)

項目	H29	H30	R1	R2	R3	R4	県 (H29)
男性	24.7						19.5
女性	14.7						10.2

(市町村国保特定健康診査等結果データ)

## (6) 糖尿病予備群の推定数 (%)

項目	H29	H30	R1	R2	R3	R4	県 (H29)
男性	19.7						20.0
女性	19.3						19.0

(市町村国保特定健康診査等結果データ)

## 3 生活習慣病等に関する経年変化

## (1) 患者千人当たり糖尿病合併症患者数 (有病) (人)

項目	H29	H30	R1	R2	R3	R4	県 (H30)
糖尿病性腎症	11.136	11.101					23.732
糖尿病性網膜症	12.417	12.498					23.243
糖尿病性神経症	10.486	9.294					11.053

## (2) 患者千人当たり糖尿病合併症新規患者数 (有病) (人)

項目	H29	H30	R1	R2	R3	R4	県 (H30)
糖尿病性腎症	0.253	0.410					0.777
糖尿病性網膜症	0.884	1.192					2.128
糖尿病性神経症	0.235	0.093					0.298

## (3) 患者千人当たり生活習慣病新規患者数 (有病) (人)

項目	H29	H30	R1	R2	R3	R4	県 (H30)
筋・骨格	62.394	61.017					63.998
高血圧症	14.511	16.223					13.402
脂質異常症	11.750	13.187					13.047
がん	15.522	16.260					15.583
糖尿病	13.392	14.472					14.803
精神	10.613	11.529					11.578
動脈硬化症	3.862	3.427					2.853
狭心症	2.816	3.073					3.123
脂肪肝	4.187	5.867					2.692
高尿酸血症	2.852	3.502					2.993

## (4) 患者千人当たり人工透析患者数 (人)

項目	H29	H30	R1	R2	R3	R4	県 (H30)
患者数	8.248	8.828					6.280
新規患者数	0.090	0.112					0.117



## 第6 データヘルス計画の見直し

### 1 計画の評価・見直し時期

#### 年度評価

本計画の事業や取組について、KDBシステム等の情報を活用して、目標達成状況を評価し、次年度保健事業の内容等の見直しを行う。

#### 中間評価

本計画の中間年度である令和4年度に、評価指標に基づき進捗状況の確認と評価を行う。

#### 最終評価

本計画の最終年度である令和5年度に、掲げた目標の達成状況の評価を行い、数値目標を含めた計画の見直しを行う。

### 2 評価方法・体制

最終年度となる令和5年度に、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、随時見直しを行うこととする。

KDBシステムに健診・医療・介護のデータが毎月収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は保健指導にかかわる保健師・管理栄養士等が自身の担当地区の被保険者分について必要に応じて分析を行う。

また、特定健康診査の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。

市民課と健康増進課の連携のもと、有識者として島根県関係者の参画、助言を得ることにより評価を行い、国保連合会の保健事業支援・評価委員会における評価を必要に応じて受けながら見直しを行う。

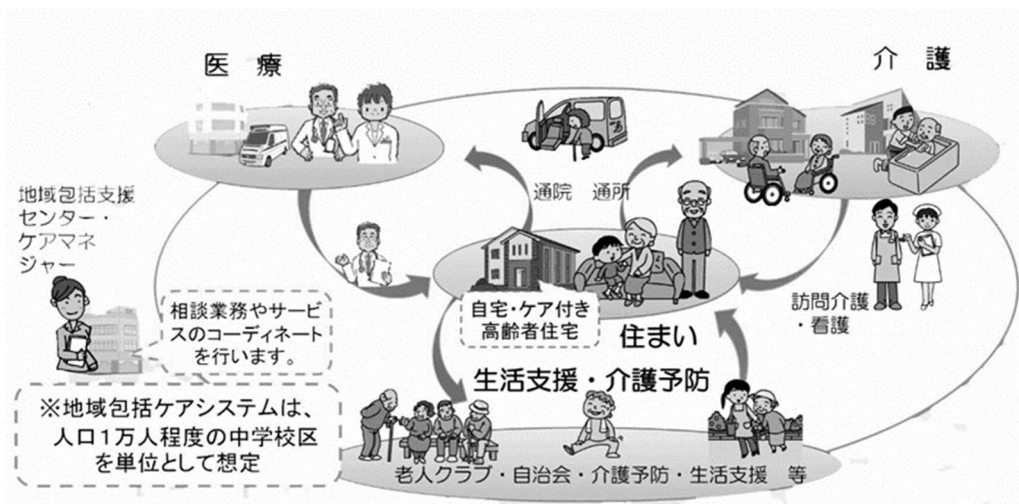
## 第7 地域包括ケアの取組

### 1 地域包括ケアシステム構築の必要性

「保険者努力支援制度」の評価指標の一つに、地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況が設けられ、国保の視点からの地域包括ケア推進の取組が評価されることとなった。

本市の国保加入者においても、65歳以上の高齢者が54.4%を占めており、国・県及び同規模保険者と比較して高い割合となっている。

高齢者の自立と尊厳を支えるケアを実現するため、団塊の世代が75歳以上となり、介護が必要な高齢者が急速に増加することが見込まれる2025年度に向け、支援が必要な状態になっても、住み慣れた地域での生活が継続できるよう、「医療」「介護」「予防」「住まい」「生活支援」が一体的に確保される「地域包括ケアシステム」を深化・推進し、自助・互助・共助・公助に基づく地域資源を活かした取組を進めることが重要である。この実現に向け、国保部門としても積極的に協力する必要がある。



## 2 国保保険者の立場からの参画

「第2 地域の現状と健康課題、1 地域の特性、(3) 介護の状況」図3「新規認定調査時における疾病状況」とおり、要介護認定を受けることになった病因は、生活習慣病に起因する脳卒中、がんの割合が高く、その対策として青・壮年期からの「生活習慣病重症化予防事業」等の取組を行うことで、国保保険者としてできる介護予防に繋がるものと考え。

## 第8 計画の公表・周知

策定した計画は、市の広報紙やホームページ等に掲載し、広く市民及び関係機関等に周知する。

## 第9 事業運営上の留意事項

### 1 保険者努力支援制度について

国保都道府県化に伴い、保険者における医療費適正化や保健事業等の取組を評価し、基準を達成した保険者に対して財政支援される「保険者努力支援制度」が創設された。

今後も本計画を通して医療費適正化を図るうえで本制度を意識し、評価項目の拡大に向けて、可能な限り実施する努力を行うとともに、本制度を含む公費を財源とした新たな事業実施の可能性について検討する。

## 第10 個人情報保護

本市における個人情報の取扱いは、大田市個人情報保護条例（平成17年10月1日）によるものとする。

## 資料編

## 特定健康診査検査項目

検査項目	基準値	検査で分かること
腹囲	男性 85cm未満 女性 90cm未満	内臓脂肪型肥満の疑いがあるかどうか調べる。
BMI	25.0未満	体重が適正かどうかは以下の式で算出する。 BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) 数値が18.5未満は低体重、25以上は肥満。
血圧	収縮期 130未満 拡張期 85未満	血圧が高い状態が続くと動脈硬化を起こしやすくなる。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。
中性脂肪	150未満	増え過ぎは、肥満や脂肪肝、動脈硬化の原因となる。
HDLコレステロール	40以上	HDL(善玉)コレステロールに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り、値が低いと動脈硬化や心臓病の危険がある。
LDLコレステロール	120未満	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、単独で動脈硬化を進行させる。
AST(GOT) ALT(GPT)	31未満	肝臓や心臓などの細胞に含まれる酵素。肝臓や心臓に異常があると血液中の量が増える。
空腹時血糖	99以下	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。
HbA1c (NGSP値)	5.5以下	過去1~2か月の平均的な血糖値を調べる。
尿糖	(-)	血糖値が高くなりすぎると、尿にも糖がもれ出てくるようになるため、糖尿病の進行具合を判断することができる。
尿蛋白	(-)	蛋白は通常は尿に現れるものではないが、腎臓に異常がある場合に尿にもれ出ることがある。
クレアチニン	男性 1.1未満 女性 0.8未満	老廃物の一種で、腎機能が低下すると血液中に増加する。
尿酸	7.0未満	尿酸が過剰な状態を高尿酸血症といい、痛風を招く。