

雲南市国民健康保険保健事業実施計画
(データヘルス計画)
第3期雲南市特定健康診査等実施計画

健康長寿をめざして、
みなさん健診を受けましょう！



2018 (平成 30) 年 3 月策定



雲南市

目 次

第1章 計画の基本的事項

- 1. 計画の趣旨 1
- 2. 計画期間 3
- 3. 実施体制・関係者連携 3
 - (1) 実施体制
 - (2) 関係者連携

第2章 現状の整理

- 1. 地域特性 4
 - (1) 人口動態
 - (2) 国保被保険者の状況
 - (3) 平均自立期間及び平均余命
 - (4) 死亡の状況
 - (5) 有病率と介護の状況
- 2. これまでの取り組みの考察 12
 - (1) 1次予防事業（健康啓発・予防）
 - (2) 2次予防事業（疾病管理等）
 - (3) 3次予防事業（重症化予防等）
 - (4) 健康づくりを推進する体制・環境の整備
 - (5) 既存の保健事業の整理

第3章 健康・医療費の分析及び分析結果に基づく健康課題の抽出

- 1. 国保医療費の状況 17
 - (1) 総医療費と1人当たり医療費
 - (2) 総医療費の主な構成要素
 - (3) 生活習慣病の基礎疾患・重症化疾患の医療費状況
 - (4) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の利用状況
- 2. 特定健診・特定保健指導の状況 23
 - (1) 特定健診の状況
 - (2) 特定健診受診状況と医療機関受療状況
 - (3) 特定保健指導の状況
 - (4) 特定健診等から見るリスク因子保有状況
- 3. 生活習慣病に係る現状と課題のまとめ 28
 - (1) 特定健診受診率向上対策
 - (2) 特定保健指導実施率向上対策
 - (3) 生活習慣病重症化予防対策

第4章 目的・目標

- 1. 目的 3 0
- 2. 目標 3 0
 - (1) 中長期的な目標の設定
 - (2) 短期的な目標の設定

第5章 保健事業の内容

- 1. 1次予防事業 3 1
 - (1) 生活習慣病予防対策
- 2. 2次予防事業 3 2
 - (1) 特定健診受診率向上対策
 - (2) 特定保健指導実施率向上対策
- 3. 3次予防事業 3 5
 - (1) 生活習慣病重症化予防対策
- 4. その他事業 3 8
 - (1) ジェネリック医薬品利用促進

第6章 保健事業実施計画の評価・見直し

- 1. 評価の時期 4 3
- 2. 評価方法・体制 4 3
 - (1) 評価方法
 - (2) 評価体制
 - (3) 計画の見直し

第7章 保健事業実施計画の公表・周知 4 4

第8章 個人情報の取扱い 4 4

第9章 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項 4 5

第10章 第3期雲南市特定健診等実施計画

- 1. 計画策定に向けた整理 4 6
 - (1) 特徴
 - (2) メタボリックシンドロームの該当者・予備群減少率
 - (3) 第2期特定健診等実施計画期間（2013（平成25）年～2017（平成29）年）
における課題等
- 2. 目標 5 3

(1) 特定健診等基本方針における目標値の把握	
(2) 目標値の設定	
3. 特定健診等の対象者数	5 5
(1) 対象者の定義	
(2) 対象者の算定方法	
4. 特定健診等の実施方法	5 6
(1) 特定健診	
(2) 特定保健指導	
5. 特定健診等実施計画の評価・見直し	6 5
(1) 特定健診等実施計画の評価方法	
(2) 特定健診等実施計画の見直しに関する考え方	
6. 特定健診等実施計画の公表・周知	6 8
(1) 特定健診等実施計画等の公表方法	
(2) 特定健診等を実施する際の普及啓発の方法	
7. 個人情報の保護	6 8
(1) 健診データの形式及び保存期間	
(2) 健診データ等の保管	
(3) 保存体制	
(4) 外部委託	
8. その他特定健診等の円滑な実施を確保するために	
保険者が必要と認める事項	6 9
(1) 他の健診との連携	
(2) 実施体制の確保	
用語集	7 0

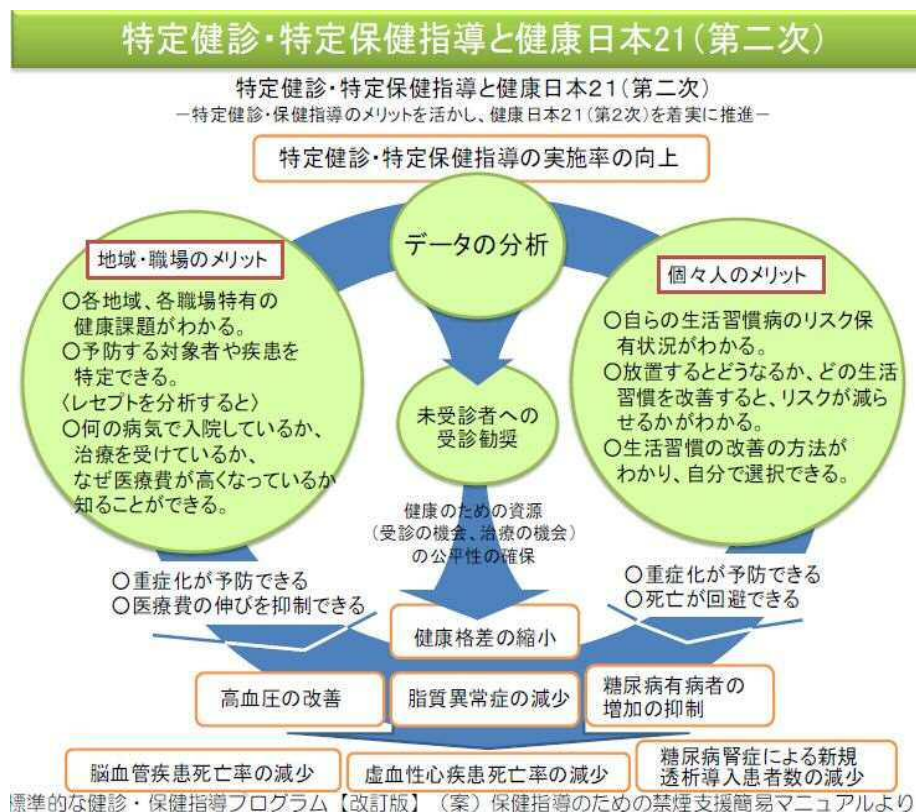
第1章 計画の基本的事項

1. 計画の趣旨

近年、特定健康診査（以下「特定健診」という。）の実施や診療報酬明細書等（以下「レセプト等^{*1}」という。）の電子化の進展、国保データベースシステム（以下「KDB システム^{*2}」という。）、健康医療情報等分析システム（以下「Focus システム^{*3}」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の整備が進んでいる。

こうした中、「日本再興戦略^{*4}」（2013（平成25）年6月14日閣議決定）においても、「市町村国保に対し、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取り組みを求める。」とされ、各保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされた。

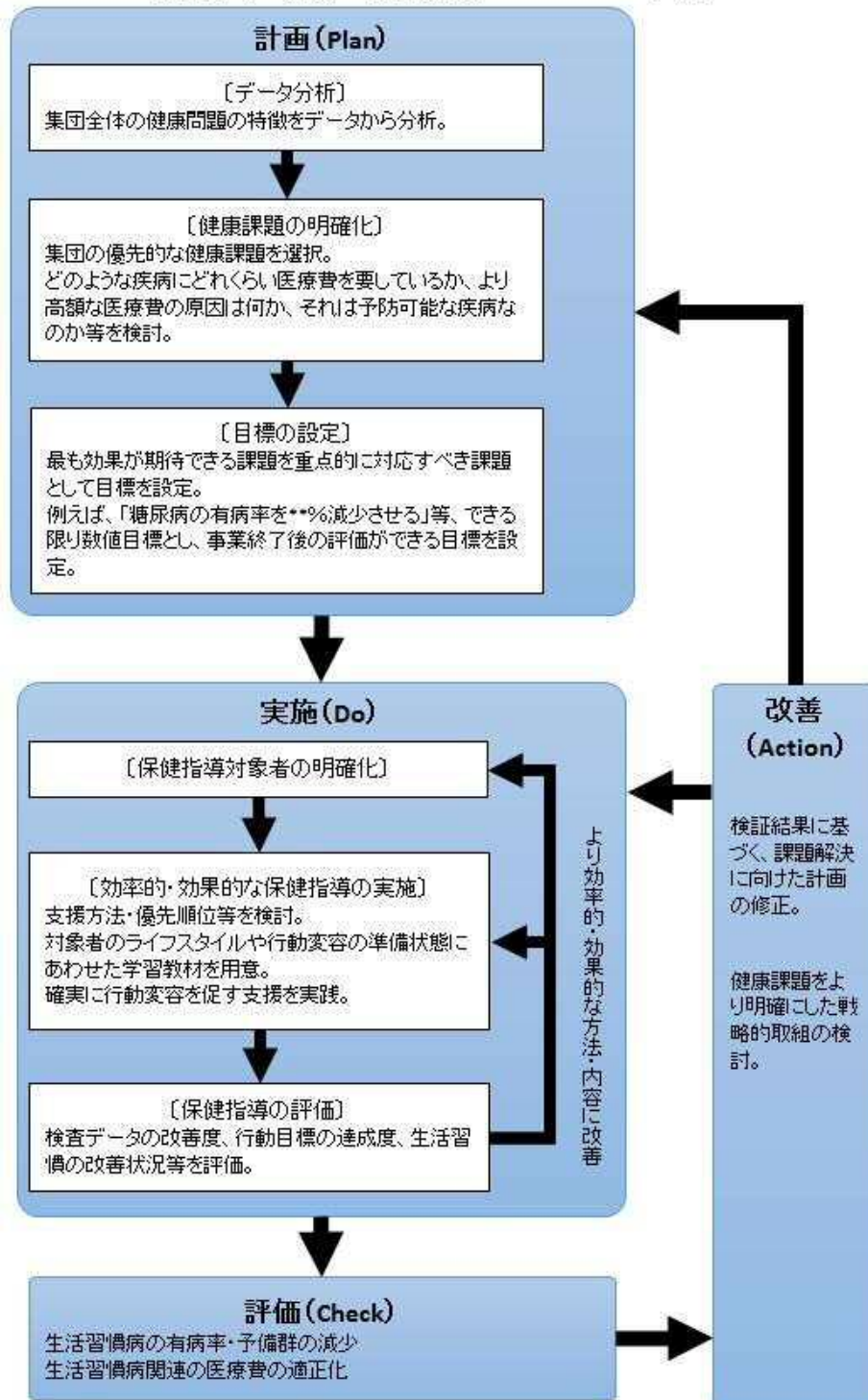
これまで、レセプトや統計資料等を活用することにより「特定健診等実施計画」の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたところであるが、今後は、更なる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを活用しながら、被保険者のリスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開、ポピュレーションアプローチ^{*5}から重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことが求められている。



こうした背景を踏まえ、国民健康保険法（1958（昭和33）年法律第192号）第82条第4項の規定に基づき厚生労働大臣が定める国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（2004（平成16）年厚生労働省告示第307号。以下「保健事業実施指針」という。）の一部を改正し、保険者は健康・医療情報を活用してPDCAサイクル^{*6}に沿った効果的かつ効率

的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（以下「データヘルス計画」という。）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。

保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル



< 出典：厚生労働省資料からの抜粋 >

雲南市国民健康保険においては、保健事業実施指針に基づき、被保険者の健康維持増進を図るために、データヘルス計画を策定のうえ、生活習慣病^{*7}の重症化予防事業等の保健事業を実施し、評価を行うものとする。

2. 計画期間

計画期間は、2018（平成 30）年度から 2023（平成 35）年度までの 6 年間とする。

また、データヘルス計画は、「21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21（第 2 次）」）に示された基本方針を踏まえるとともに、「第二次健康長寿しまね推進計画（島根県健康増進計画）」や「第 3 次雲南市健康増進実施計画（以下「健康増進実施計画」という。）」で用いた評価指標を用いるなど、それぞれの計画と整合性を図る。

なお、「雲南市特定健診等実施計画」は、保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、第 3 期計画よりデータヘルス計画と一体的に策定する。

3. 実施体制・関係者連携

（1）実施体制

計画策定にあたっては、国民健康保険部局（市民環境部 市民生活課）と関係部局（健康福祉部 健康推進課、健康づくり政策課、長寿障がい福祉課、地域包括支援センター、身体教育医学研究所うんなん）が十分連携を図り策定する。

策定体制は、国保部局と関係部局の課長で構成する雲南市データヘルス計画策定会議、担当で構成する作業部会とする。

事業実施、評価、見直しにおいても、策定時の体制と同様に連携を図りながら行う。

また、計画策定から国民健康保険直営診療施設の雲南市立病院や掛合診療所とも連携を図り、事業展開する。

（2）関係者連携

計画策定にあたり雲南市データヘルス計画策定会議へ島根県の出席を求め、意見交換や情報提供など指導・助言を受け策定する。

また、計画は、被保険者の健康の保持増進が目的であり、被保険者自身が状況を理解して主体的、積極的に取り組むことが重要であるため、雲南市国民健康保険運営協議会等で被保険者の意見を計画等に反映させる。

雲南市の保健医療対策の推進及び計画の実効性を高めるため、医師会、歯科医師会、薬剤師会などと協働・連携する体制を整備し、特定健診の実施とその結果や健康課題について共有化を図る。

全国健康保険協会島根支部との「島根県民の健康づくりの推進に向けた包括的連携協定（2015（平成 27）年 11 月 17 日締結）」に基づき、健康づくりの推進や生活習慣病対策など健康課題解決にむけ連携・協力する。

被保険者一人ひとりが生活習慣病予防の必要性を理解し、必要な治療や特定健診の受診、自分の健康状態に合わせた健康づくりを実践、継続できるよう運動施設をはじめとする関係機関や地域運動指導員^{※8}、食生活改善推進員^{※9}等の地域人材と連携を図る。

第2章 現状の整理

1. 地域特性

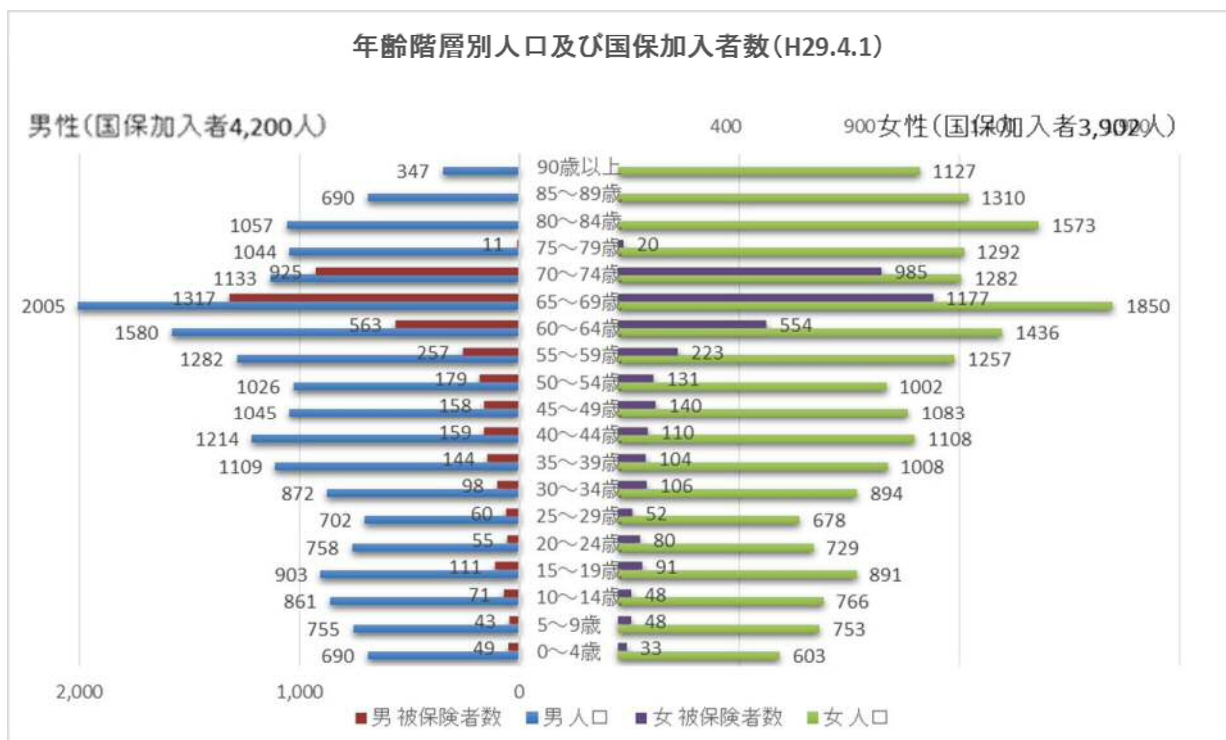
(1) 人口動態

2017（平成29）年4月1日現在の雲南市の人口は、39,715人、高齢化率（65歳以上）は37.04%である。高齢化率は島根県・全国と比較し高く、全国の25年先を進んでおり、2013（平成25）年の人口推計では、2040（平成52）年には43%に達する予測である。

2017（平成29）年4月1日現在の雲南市国民健康保険の被保険者数は、8,102人で、市の人口に占める国保加入率は20.4%である。



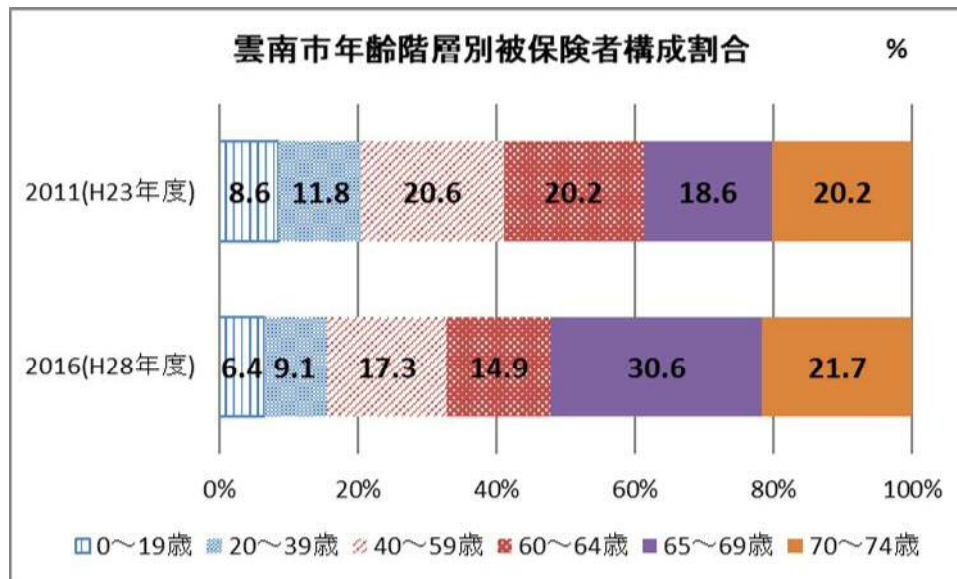
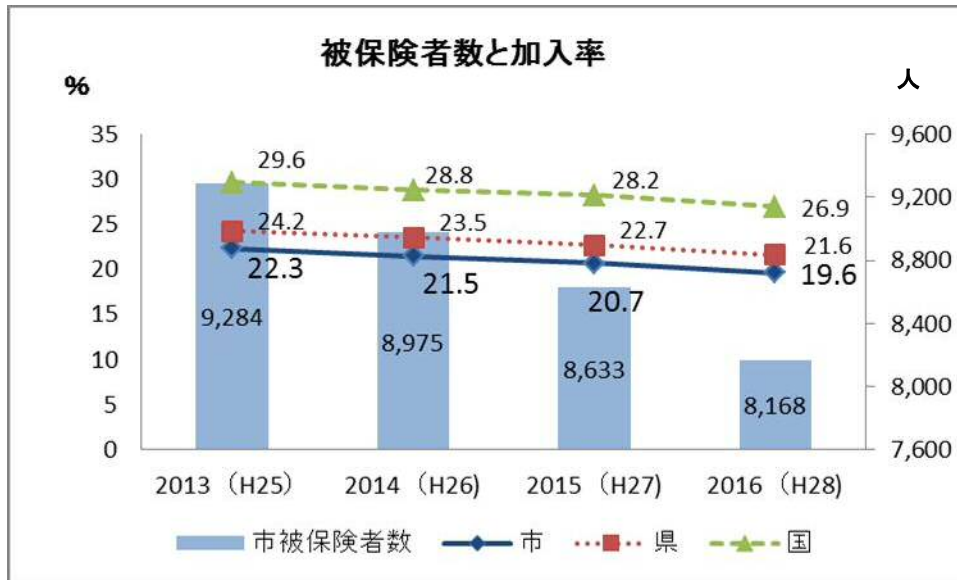
<出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地地域将来推計人口」2013年>



<出典：住民基本台帳及び国民健康保険システム>

(2) 国保被保険者の状況

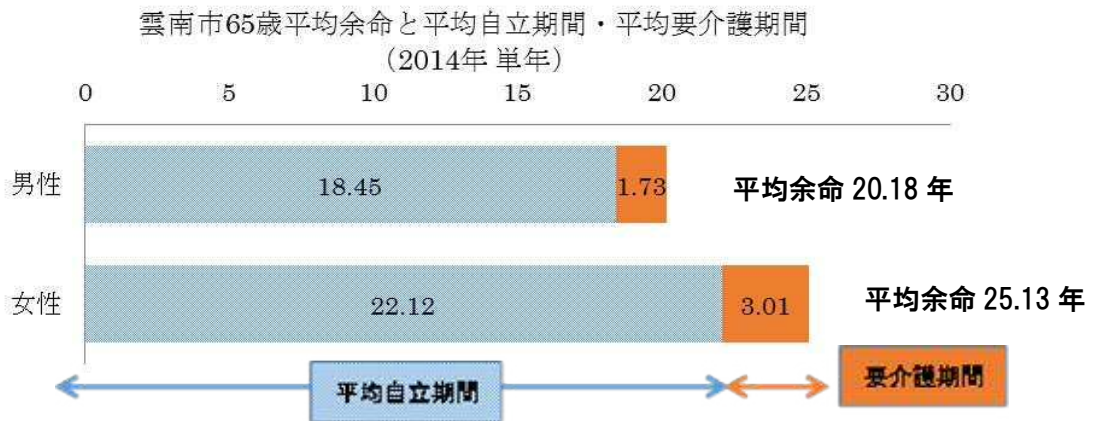
国保加入率は年々減少している。年齢階層別被保険者割合を 2011（平成 23）年度と 2016（平成 28）年度を比較してみると、65 歳～74 歳の被保険者割合は増加している。



< 出典：島根県国民健康保険団体連合会「雲南市における医療費等の状況」 >

(3) 平均自立期間^{*10}及び平均余命^{*11}

雲南市の2014(平成26)年の65歳の男女の平均余命と平均自立期間、平均要介護期間の関係をみると、男性は平均して20.18年の生存が期待でき、そのうち18.45年が日常生活に介護を要する状態ではなく自立した生活を送ることが期待できる期間であった。女性は平均して25.13年の生存が期待でき、そのうち22.12年が日常生活に介護を要する状態ではなく自立した生活を送ることが期待できる期間であった。また、各年を中心年とする5年平均の雲南市の65歳の平均自立期間、平均余命は、男女ともに島根県より長い状況にある。



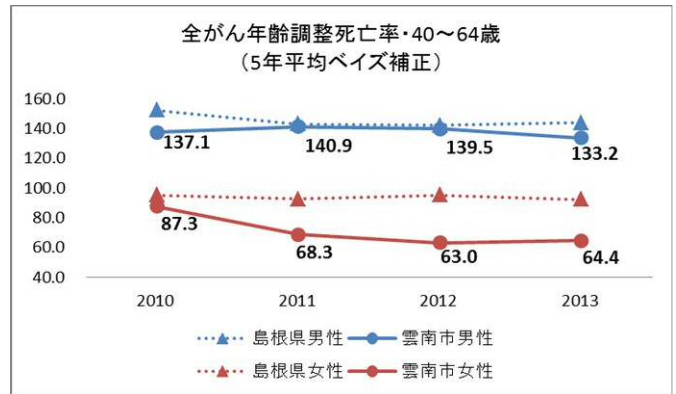
<出典 島根県健康指標データシステム>



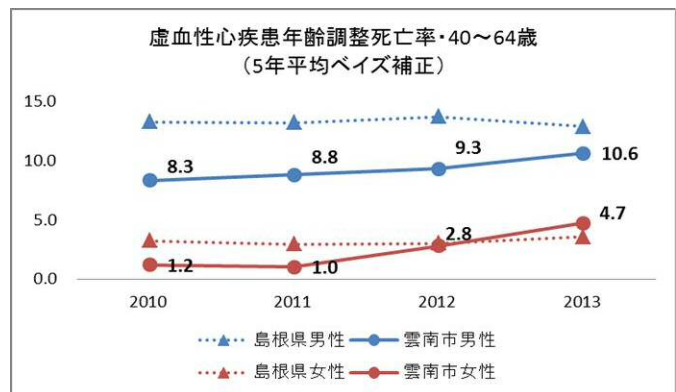
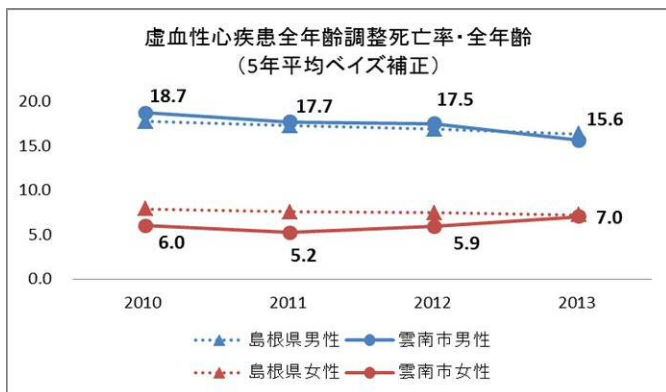
<出典 島根県健康指標データシステム>

(4) 死亡の状況 【疾患別年齢調整死亡率^{*1,2}ペイズ補正・5年平均】

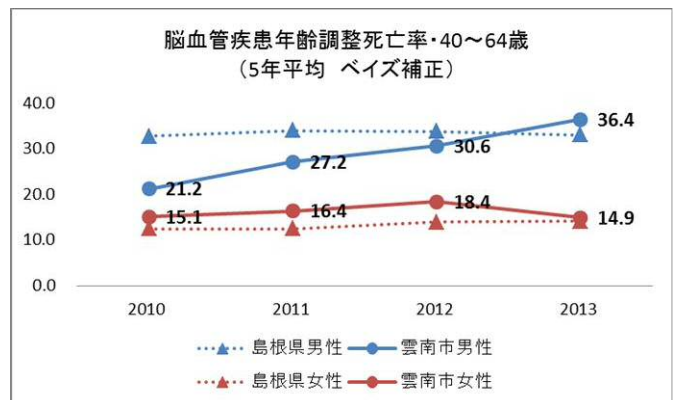
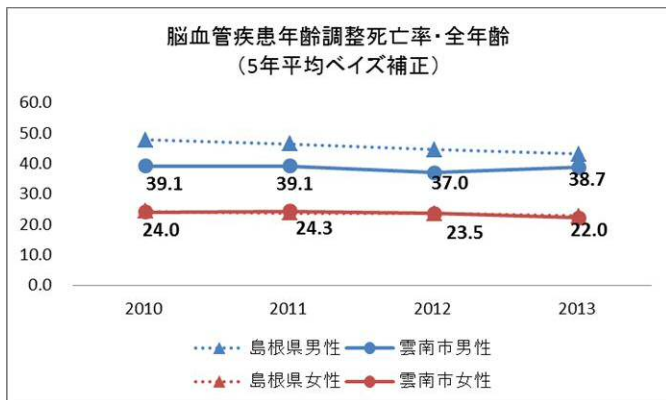
雲南市の全がん年齢調整死亡率の全年齢・40歳～64歳の5年平均の推移を見ると、男女とも近年は島根県より低く、2010（平成22）年に比べ減少傾向にあるものの横ばいが続いている。



虚血性心疾患年齢調整死亡率は、全年齢では、島根県より概ね低い状況にあるものの、40歳～64歳では、男女ともに年々上昇している。



男性の脳血管年齢調整死亡率は、全年齢は島根県を下回っているが、40歳～64歳では年々上昇し、2013（平成25）年には島根県を上回っている。女性の脳血管疾患年齢調整死亡率は、全年齢は島根県と同様に推移し、40歳～64歳は、島根県を上回り推移していたが、2013（平成25）年は、島根県並みとなった。

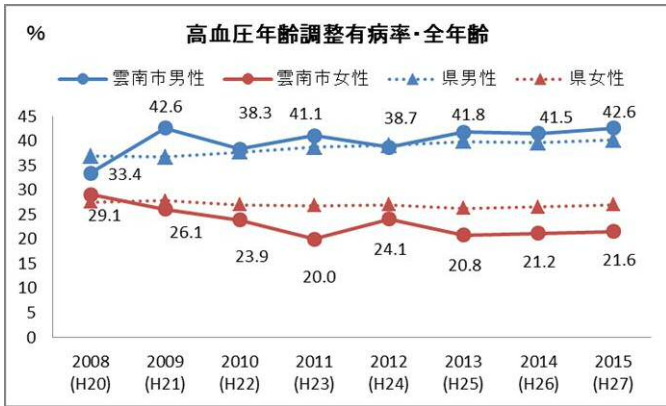


<出典 島根県健康指標データシステム>

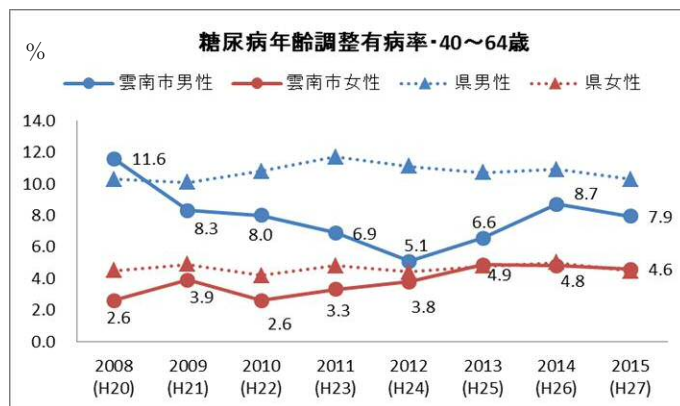
(5) 有病率と介護の状況

①疾患別年齢調整有病率※1 3

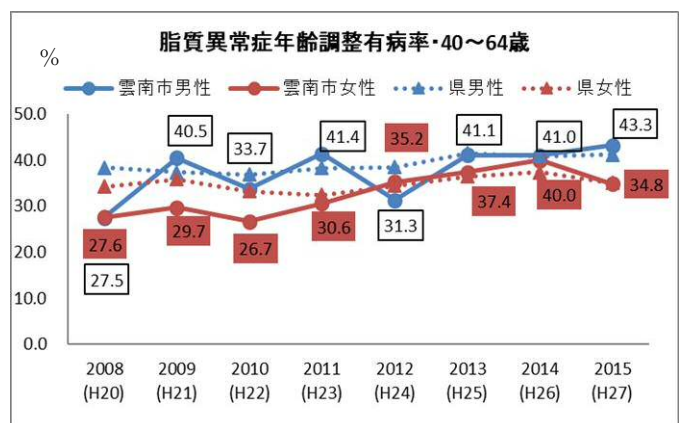
高血圧年齢調整有病率は、男性は全年齢・40歳～64歳ともに県平均より高い状態が続いており、女性はいずれも県平均を下回っている。



糖尿病年齢調整有病率は全年齢・40歳～64歳ともに男女とも県平均より下回っているが、2012（平成24）年以降上昇傾向にある。



脂質異常症年齢調整有病率は全年齢・40歳～64歳ともに男女とも年々上昇しており、特に2015（平成27）年の男性の有病率は2008（平成20）年から15ポイント高くなっている。



<出典 市町村国保特定健康診査等結果データ>

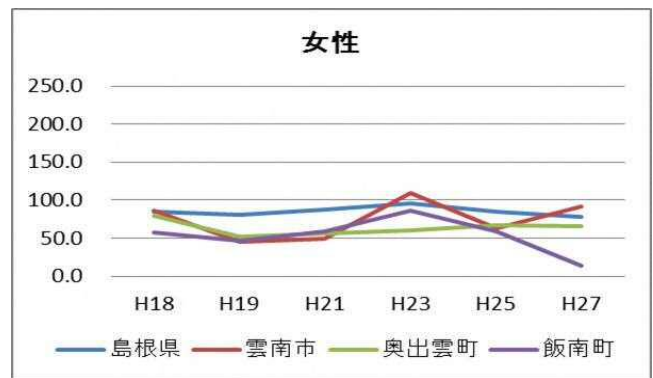
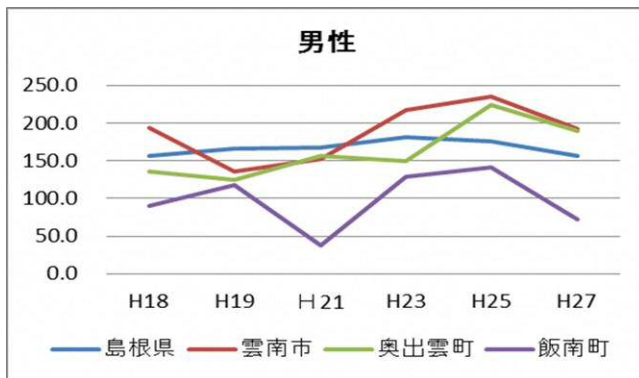
②脳卒中発症状況

雲南市の脳卒中発症は男女ともに県を上回り、雲南圏域内でも高く推移している。

また、脳血管疾患発症者の基礎疾患^{*14}保有数は、高血圧が最も多く、7割以上を占めている。また、雲南市は県と比較し高血圧保有率が高い値で推移している。

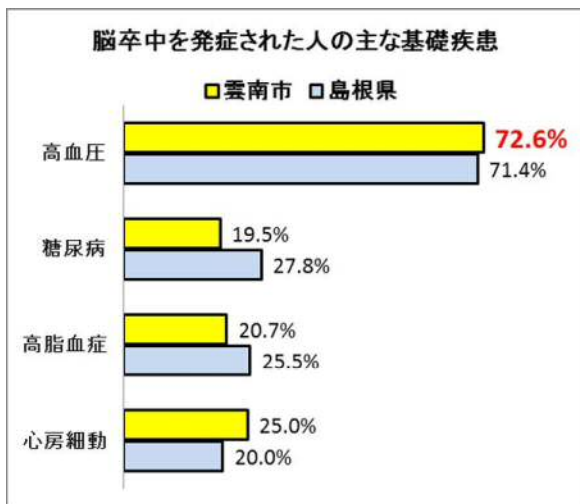
島根大学健康調査結果から尿中ナトリウム量から推定される雲南市の塩分摂取量は、年々減少傾向にあるが、国が定めた1日の塩分推奨量に比べ多い。

＜脳卒中年齢調整発症率（初発+再発+不明）の推移＞ 全年齢（人口10万対 単年）



＜出典 脳卒中発症状況調査 H18～H27＞

＜脳卒中を発症者の主な基礎疾患＞



＜出典 脳卒中発症状況調査 H27＞

＜塩分摂取に関する調査結果＞

雲南市の塩分摂取量(グラム):尿から推定

男	年	雲南市	大東	加茂	木次	三刀屋	吉田	掛合
	2014		10.0	9.1	10.0	10.3	9.2	10.4
	2015	9.9	10.0	9.3	9.6	10.2	9.5	10.5
	2016	9.1	9.0	9.5	8.7	8.7	8.6	9.6
女	年	雲南市	大東	加茂	木次	三刀屋	吉田	掛合
	2014		9.6	9.2	8.9	10.3	9.1	9.5
	2015	9.4	9.5	9.5	9.2	9.6	8.9	9.7
	2016	8.8	8.8	9.3	8.1	8.8	7.8	9.5

国が定めた目標値：1日あたり 男性8グラム 女性7グラム

＜出典 島根大学健康調査結果 2014～2016 雲南市共同研究報告書抜粋＞

③県民残存歯調査結果の状況

残存歯数の状況を見ると、雲南圏域は、75歳以上では県平均の残存歯数を下回っているが、それ以外では県平均の残存歯数を上回っている。

歯周ポケット※¹⁵測定状況を見ると、雲南圏域は、年代があがるにつれて歯周ポケット測定値4mm以上を有する者の割合が増えるが、特に75歳～84歳での割合が県内最高値で県平均より9.1ポイント上回っている。また歯周ポケット測定値4mm以上を有する者の割合は、55歳以上で70%を超え、総計では、県平均を上回っている。

<一人平均残存歯数(本)>

年齢	松江圏域	雲南圏域	出雲圏域	大田圏域	浜田圏域	益田圏域	隠岐圏域	島根県
30～34歳	28.6	28.9	28.6	28.8	28.5	28.1	29.0	28.6
35～44歳	27.9	28.5	28.0	28.2	27.6	27.6	28.6	28.0
45～54歳	26.5	26.5	26.3	25.5	26.0	26.1	25.4	26.3
55～64歳	23.7	23.5	23.4	22.7	22.8	23.0	21.3	23.3
65～74歳	20.5	20.3	20.2	18.6	19.2	19.9	18.8	19.9
75～84歳	16.5	13.7	16.7	13.9	14.9	16.3	12.9	15.5
85歳～	11.5	8.9	10.9	8.9	10.9	11.7	8.2	10.4
総計	22.5	21.4	22.0	19.4	21.2	21.1	18.3	21.5

<ポケット測定値4mm以上を有する割合(%)>

年齢	松江圏域	雲南圏域	出雲圏域	大田圏域	浜田圏域	益田圏域	隠岐圏域	島根県
30～34歳	50.3	45.8	46.4	39.9	36.4	35.0	39.3	45.2
35～44歳	58.0	56.4	53.7	51.7	46.9	42.9	37.0	53.7
45～54歳	69.4	62.2	66.9	65.6	53.7	51.9	50.6	64.2
55～64歳	72.5	72.3	72.2	70.4	59.4	59.8	48.5	68.7
65～74歳	74.8	72.9	76.4	75.2	61.2	61.1	42.9	70.8
75～84歳	76.0	80.0	75.2	67.6	61.5	62.6	45.2	70.9
85歳～	79.1	77.3	78.6	69.0	55.0	59.9	43.2	70.8
総計	69.8	69.5	69.6	67.6	56.4	57.1	44.8	66.0

<雲南市一人平均残存歯数(本)、ポケット測定値4mm以上を有する割合(%)：2,084人>

雲南市においては、30歳～44歳まで一人平均残存歯数の差はあまりみられないが、45歳～59歳までで各年代で県平均値ないしはそれを上回っている。

歯周ポケット測定値4mm以上を有する者の割合は県と同じく、年代があがるにつれて増え、55歳以上で60%を超え、75歳を過ぎると70%を超えている。

年齢	一人平均残存歯数(本)	ポケット測定値4mm以上の割合(%)
30～34歳	29.0	19.4
35～39歳	28.9	36.4
40～44歳	28.0	34.8
45～49歳	27.6	47.3
50～54歳	25.8	52.6
55～59歳	24.9	64.8
60～64歳	22.3	60.0
65～69歳	21.6	63.9
70～74歳	18.8	62.6
75～79歳	16.3	70.7
80～84歳	12.8	71.6
85歳～	9.1	63.6
総計	22.1	

また、島根県の結果から全ての年齢層で「糖尿病あり」の者の一人平均残存歯数が少なく、歯周疾患に関わっている割合が高いことから、糖尿病は歯周疾患悪化のリスクファクター※¹⁶と言える。

<糖尿病の有無と一人平均残存歯数：島根県>

総数	人数		残存歯数		一人平均残存歯数	
	糖尿病あり	糖尿病なし	糖尿病あり	糖尿病なし	糖尿病あり	糖尿病なし
30～34歳	8	1,354	227	38,573	28.38	28.49
35～44歳	59	3,762	1,604	105,120	27.19	27.94
45～54歳	163	4,134	3,886	108,866	23.84	26.33
55～64歳	499	6,201	10,778	144,915	21.60	23.37
65～74歳	901	7,316	16,909	146,643	18.77	20.04
75～84歳	795	5,477	12,125	86,396	15.25	15.77
85歳～	196	1,391	2,054	14,811	10.48	10.65
総計	2,621	29,635	47,583	645,324	18.15	21.78

<糖尿病の有無と歯周疾患：島根県>

総数	糖尿病あり		糖尿病なし		計
	歯周疾患なし	歯周疾患あり	歯周疾患なし	歯周疾患あり	
30～34歳	0	8	706	644	1,358
35～44歳	15	44	1,683	2,064	3,806
45～54歳	51	111	1,472	2,639	4,273
55～64歳	137	349	1,909	4,194	6,589
65～74歳	240	616	2,039	5,001	7,896
75～84歳	177	521	1,443	3,452	5,593
85歳～	30	103	280	644	1,057
総計	650	1,752	9,532	18,638	30,572

④介護保険認定状況

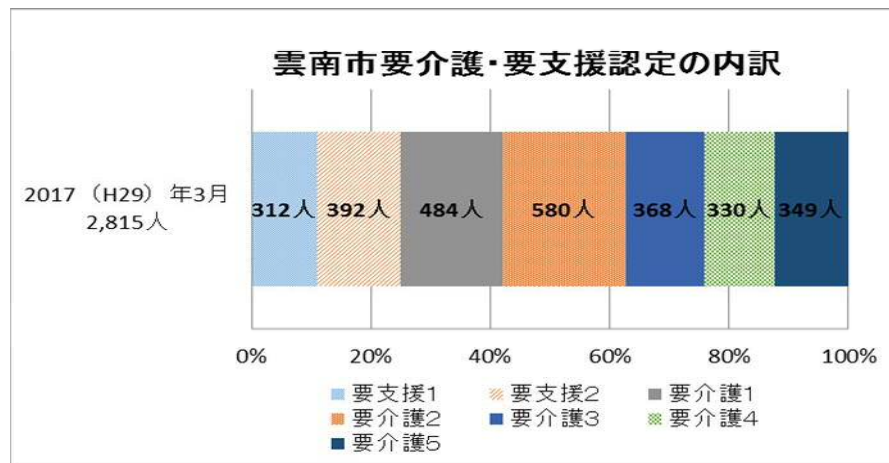
雲南圏域の要介護・要支援認定者数は、2012（平成 24）年から 2016（平成 28）年の 4 年間で認定者数は 306 人増加し、認定率は 0.6 ポイント上昇している。

2017（平成 29）年 3 月時点の雲南市の要介護・要支援認定者数は 2,815 人で、認定内訳を見ると、要支援認定者は 704 人で全体の 25.0%を占めている。

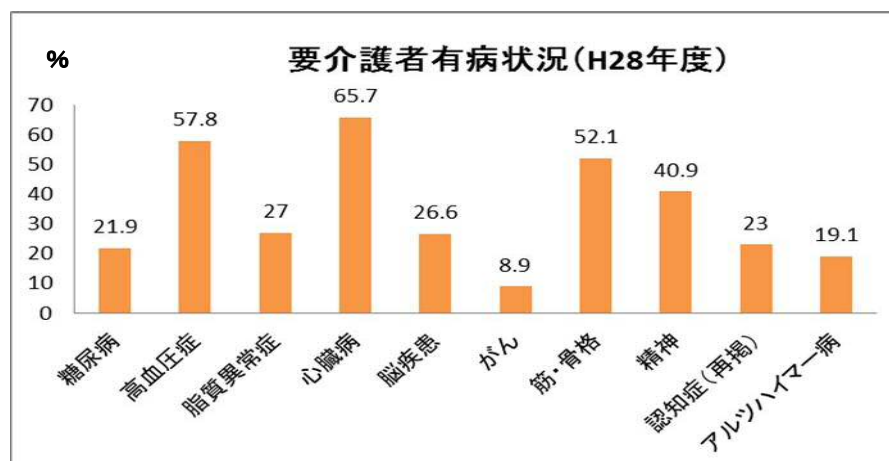
要介護者の有病状況を見ると、心臓病が 65.7%、次いで高血圧症 57.8%、筋・骨格疾患 52.1%の順であった。



<出典 雲南広域連合>



<出典 介護保険月報>



<出典 KDB システム>

2. これまでの取り組みの考察

雲南市では保健師の地区担当制を活かし1次予防事業から3次予防事業を次のとおり実施してきた。状況と課題は以下のとおりである。

(1) 1次予防事業（健康啓発・予防）

市民をあげて健康づくりに取り組む機運を高めるための道標として2014（平成26）年11月に策定した「うんなん健康都市宣言^{*17}」の普及啓発を行った。また、地域運動指導員、食生活改善推進員、がん検診すすめ隊などと連携し、食生活や運動をはじめとする健康づくりに関する情報提供や生活習慣病予防に関する活動を行った。

健康教育は、保健師・歯科衛生士・管理栄養士等の専門職により、地域自主組織、自主グループ等の要望に応じ実施している。内容は市の健康実態や健康増進実施計画を踏まえた健康課題を解決するための「生活習慣病予防教室」としていくつかのテーマを設定して地域を巡回している。2015（平成27）年度は老人クラブやいきいきサロン等高齢者を中心とした教室が多かったため、健康課題の多い壮年期向けの健康教育の機会の確保が課題である。地域の健康意識の底上げを図るため、各ライフステージにおける切れ目のない対策を推進していく必要がある。

また、特定健診後の事後フォロー教室として、「まめうん講座」を実施しているが、一部の受診者のみの参加となり、タイムリーな保健指導となっていないため、特定健診当日の保健指導体制を充実させる必要がある。

(2) 2次予防事業（疾病管理等）

特定健診受診率向上に向けてスピード特定健診（健診待ち時間を短縮した健診）やがん検診とのセット健診、休日の健診実施等、受診機会の拡充及び健診内容も充実させているが、受診率は横ばい、県平均よりも低い状況である。

今後は特定健診受診率の向上をめざし、年代別や転入時等ターゲットを明確にした受診勧奨を行う。

2016（平成28）年度は特定健診事後フォロー教室として「まめうん講座」を実施したが、教室参加拒否者が多く利用率が低かった。今後は、特定保健指導のレベルに応じ対象者を階層化し、動機づけ支援者^{*18}を市が、積極的支援者^{*19}を雲南市立病院が受け持ち、対象者を区分し、医療機関とも連携しながら特定保健指導を実施する。

(3) 3次予防事業（重症化予防等）

2016（平成28）年度から、糖尿病・慢性腎臓病（以下「CKD」という。）予防の取り組みとして、特定健診にクレアチニン検査を導入し、「雲南市特定健診慢性腎臓病フォロー」によりハイリスク者の重症化予防を開始した。2017（平成29）年度には、雲南圏域版として「雲南圏域国保特定健診CKDフォロー体制（P40 図を参照）」に改訂した。あわせて、「雲南市特定健診システム（P39 図を参照）」を構築し、健診受診から事後フォローまでを、市・医療機関・運動施設等と連携を図り支援していく仕組みの運用を開始した。今後「雲南市特定健診システ

ム」を適正に運用し、ハイリスク者へ早期に介入していくためにも、関係機関との連携を推進していく必要がある。

また、タイムリーな受診勧奨を行えなかったことにより、精密検査未受診者が多かった。今後は、個別通知による受診勧奨を実施し、精密検査受診者を増やしていく。

(4) 健康づくりを推進する体制・環境の整備

雲南市健康づくり推進協議会^{※20}の構成団体が一体となり、健康増進実施計画に基づき健康づくりの取り組みを実践し、計画に基づく実践度評価を行うとともに計画の進行管理を行ってきた。

また、2015(平成27)年度から妊娠期から思春期の健康づくりを検討する「すくすく部会」、青壮年期の健康づくりを検討する「きらきら部会」、高齢者の健康づくりを検討する「はつらつ部会」を設置し、分野ごとの健康目標の達成状況を評価するとともに、部会が中心となって健康づくり施策を実践してきた。

島根大学共同研究事業(健康長寿のまちづくりに関する研究)では、雲南市において健康長寿のまちづくりをめざし、地域課題の解決を目指した共同事業に取り組んだ。

さらに、地域運動指導員、食生活改善推進員、母子保健推進員など健康づくりを推進する役割を担う人材の育成を図り、活動の支援を行った。

(5) 既存の保健事業の整理

雲南市の保健事業を、次の表のように整理した。雲南市では、複数の保健師でエリアを担当する地区担当制とし、部署横断的に連携・協働し地域全体の健康づくりを推進している。現状分析による健康課題の抽出や既存の関連事業の整理を行った結果、1次予防事業である健康教育の取り組みや、2次予防事業である特定健診事業並びに特定保健指導事業の取り組みの健康課題を意識し、更に強化していく必要がある。

今後は、PDCAサイクルを活用して既存の事業を評価・見直し、継続して実施するとともに、生活習慣病予防の入口となる特定健診受診者数の向上の取り組みを強化し、1次予防から3次予防まで網羅的に保健事業を推進していく。また保健事業を推進する体制整備を合わせて実施していく。

【健康づくりに関する取り組み状況】

	事業名	目的・目標	対象者	内容・方法	実施者
一次予防 (健康啓発・予防)	健康づくり講演会	健康意識の向上。 健康づくりの手法を学び、自らの健康づくりに生かす。	市民	健康課題解決に向けた、講演会を実施。	健康づくり政策課
	適正な受診・服薬指導	適正受診指導、服薬の適正化による健康管理。	頻回受診・多受診者	国保部門で対象者抽出し、保健師が訪問指導。	保健師
	島根大学共同研究事業	島根大学との共同による健康長寿のまちづくりの推進。	市民	雲南市と島根大学の包括的連携協定に基づき、研究・研修・地域課題の解決を行う。(雲南市全体で塩分摂取量が多いことから、調査や地域活動を通して脳卒中、高血圧対策、特に減塩対策に取り組む)	島根大学、地域運動指導員、食生活改善推進員、保健師、管理栄養士、研究員
	健康教育健康相談	市の健康課題解決に向け、脳卒中・糖尿病・口腔・こころの健康をテーマに実施し、生活習慣病の発症を予防する。あわせて健診受診勧奨を実施する。	市民	地域や職場からの要望に基づく出前型健康教育を実施する。また健康づくり自主グループの活動支援を行う。さらに市報、ケーブルテレビ等を用いた各種広報活動にて周知を図る。	保健師、歯科衛生士、管理栄養士、地域運動指導員等
		特定健診事後フォロー教室として、メタボリックシンドローム※ ²¹ をテーマに実施し、生活習慣病の発症を予防する。	特定保健指導対象者またはメタボリックシンドローム該当者	健診事後フォローとして対象者を階層化し、個々に応じた教育プログラムを展開する。病態説明、生活改善のための食事や運動等の具体的な実践方法をグループ指導で教育する。	<u>動機づけ支援者</u> <u>保健師、管理栄養士、健康運動指導士等</u> <u>積極的支援者</u> 雲南市立病院へ委託
二次予防 (疾病管理等)	特定健診事業	生活習慣病の早期発見とメタボリックシンドローム該当者へ早期介入し、生活習慣病の発症を予防する。	40歳以上の国民健康保険加入者	個別に受診券を送付し、あわせて告知放送等での周知を図る。 【集団】 健診当日における保健指導の実施と継続受診を勧める。 【個別】 医療機関へ特定健診の実態を説明し、受診勧奨・紹介状の発行等協力を依頼す	雲南市健診委託医療機関 健診実施事業所

				<p>る。</p> <p>未受診者対策として、地区集団健診終了後、未受診者に再通知し受診勧奨を実施する。</p> <p>被保険者証更新時に健診案内を行う。</p> <p>健康手帳を配布し、自己管理を推進する。</p>	
	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して、健診結果に応じた生活改善指導を実施し、生活習慣病の発症を予防する。	特定保健指導対象者	<p>動機づけ支援者は保健師等が個別に連絡を取り、面接にて目標を設定しつつ継続的に支援していく。必要な者には栄養士による栄養相談を実施する。</p> <p>積極的支援者と雲南市立病院受診の動機づけ支援者は、雲南市立病院へ委託実施する。</p> <p>各機関の強みを活かした指導を実施する。</p>	<p>動機づけ支援</p> <p>保健師または、雲南市立病院にて特定健診を実施者は雲南市立病院へ委託</p> <p>積極的支援</p> <p>雲南市立病院へ委託</p>
	成人歯周病検診	歯周病の予防と早期発見・早期治療を実施する。	40,45,50,60歳	雲南市歯科医師会へ委託実施する。	委託医療機関
三次予防 (重症化予防等)	糖尿病予防および慢性腎疾患予防	特定健診等で検査値の高い者に対して、生活改善のための指導を実施し、重症化を予防する。	HbA1c7.0%以上の者	<p>島根県または雲南圏域版フォロー体制の適切な運用により、必要な者が適切に専門医療につながる。</p> <p>雲南病院との連携を図り、糖尿病患者への教育プログラムを提供する。</p> <p>フォロー体制の適切な運用のために、医療機関へ協力を依頼する。</p> <p>保健所からの指導と助言を求める。</p> <p>2016（平成 28）年度から特定健診にクレアチニン検査を導入した。</p>	健康推進課、健康づくり政策課、市民生活課、雲南保健所
	脳卒中予防	要介護の原因疾患である脳卒中を早期に予防し、または再発を防止し重症化を防ぐ。	市民	<p>島根大学健康調査に基づく市の健康実態及び生活実態の把握と分析を実施する。</p> <p>実態に基づいた、健康教育での減塩対策の展開を図る。</p>	健康推進課、健康づくり政策課、島根大学

体制整備	雲南市健康づくり推進協議会	健康増進実施計画の進捗管理を行い、健康づくりを推進する施策について検討し取り組みを実施する。	健康づくり推進協議会委員・部会員とその所属団体	健康増進実施計画の進捗管理を行い、健康づくりを推進する施策について提言・実施する。 関係機関で取り組みを共有し、連携した活動の実施を図る。	事務局：健康づくり政策課
	雲南市健康づくり拠点整備事業	子どもから高齢者、障がい者誰もが体力や志向に応じた体力づくりや健康づくりに取り組める環境を整備する。	市民	2015（平成 27）年度に「雲南市健康づくり拠点整備基本計画」策定し、2018（平成 30）年度夏の施設オープンに向け、運動プログラムについて検討を進める。	事務局：健康づくり政策課
その他	ジェネリック医薬品利用促進事業	ジェネリック医薬品の使用促進を図るとともに、医療費の削減につなげていく。	市民	年 4 回、対象者へ差額通知を送付し、対象者がジェネリック医薬品に切り替わっているかを確認する。	市民生活課（委託先：島根県国民健康保険団体連合会）

第3章 健康・医療費の分析及び分析結果に基づく健康課題の抽出

1. 国保医療費の状況

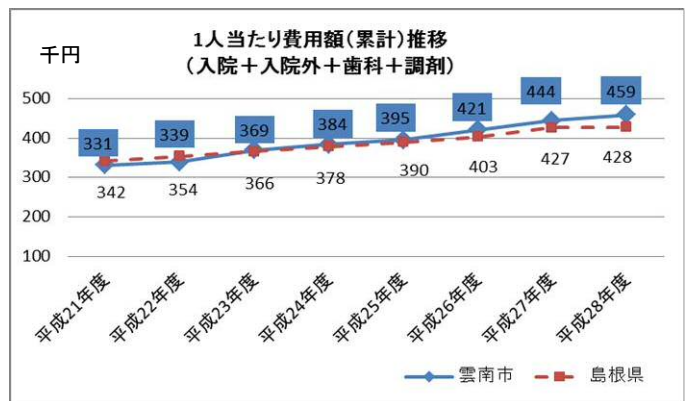
(1) 総医療費と1人当たり医療費

雲南市の総医療費は38億円にのぼり、国保1人当たり医療費は毎年増加し、島根県より高い値で推移している。男女別の医療費を見ると、外来医療費、入院医療費ともに男性の医療費が高く、年々増加している。年齢補正し、県・同規模保険者と比較しても、入院医療費は高い状況にある。外来医療費は、男女ともに県より低い状況で推移している。

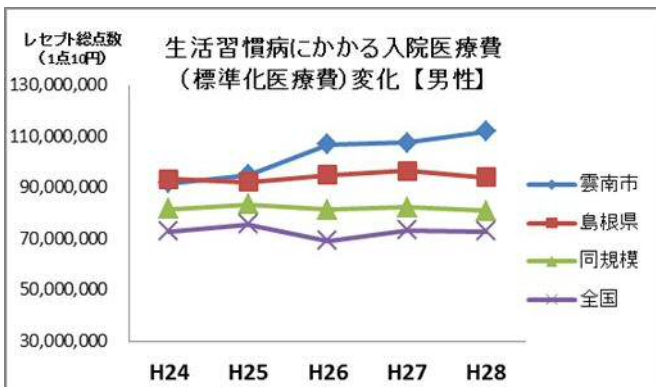
雲南市の1人当たり費用額では、特に入院費用額が増加しており、2016（平成28）年3月～2017（平成29）年2月診療分の1人当たりの費用額は島根県内で7番目に高い状況にある。



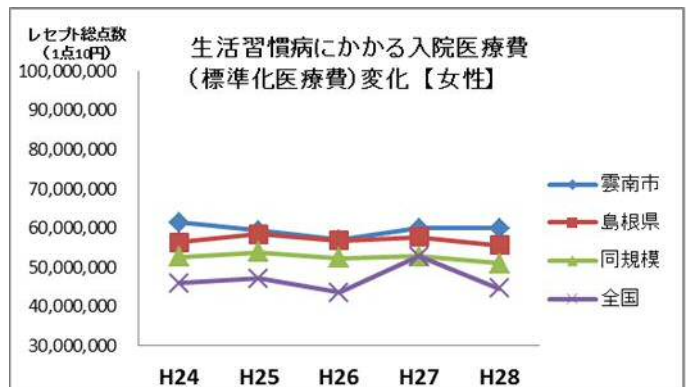
<出典 国民健康保険事業状況報告書（事業年報）>



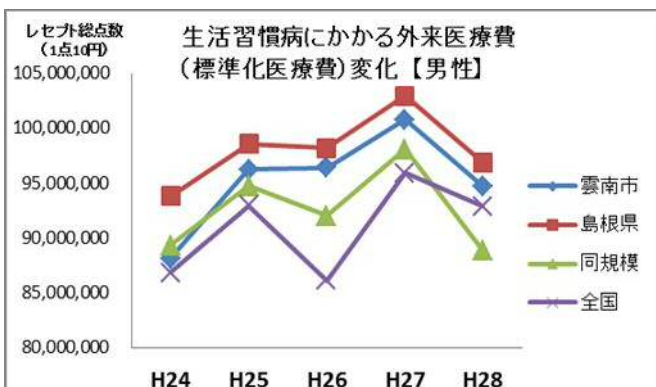
<出典 島根県国民健康保険団体連合会>



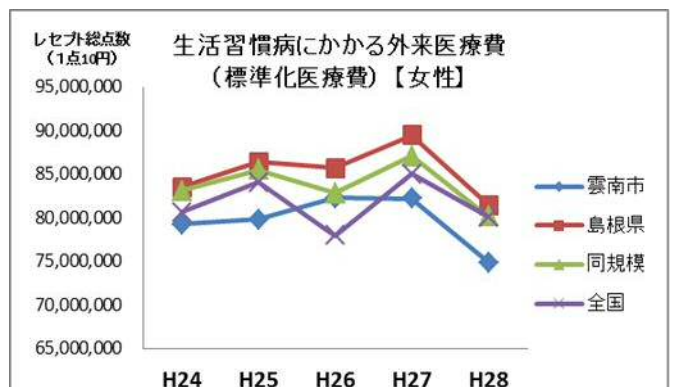
<出典 KDB システムより算出>



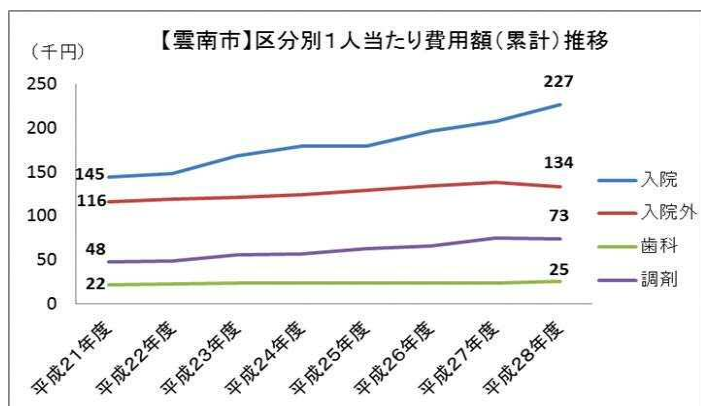
<出典 KDB システムより算出>



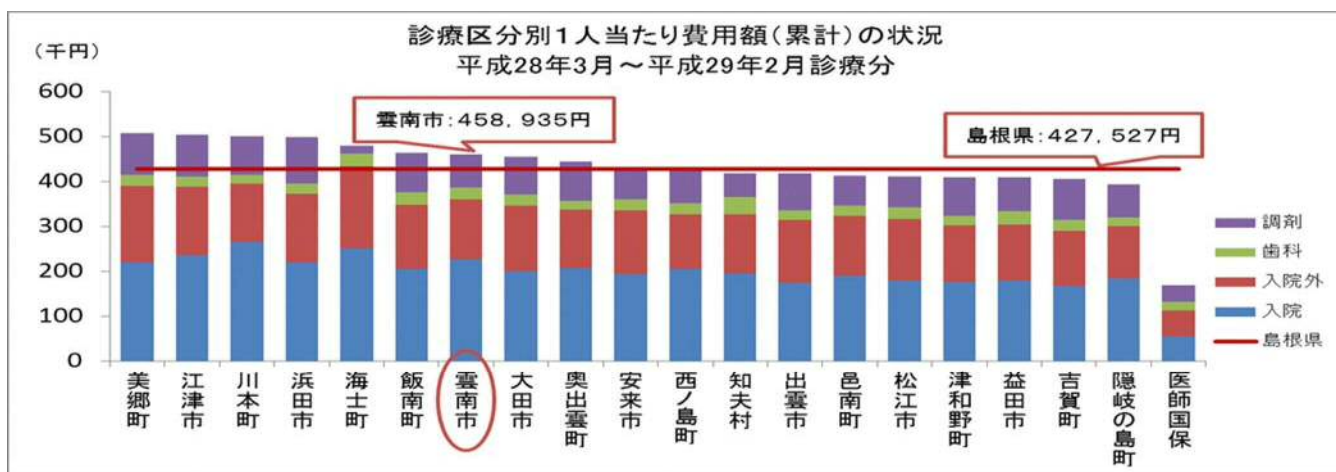
<出典 KDB システムより算出>



<出典 KDB システムより算出>



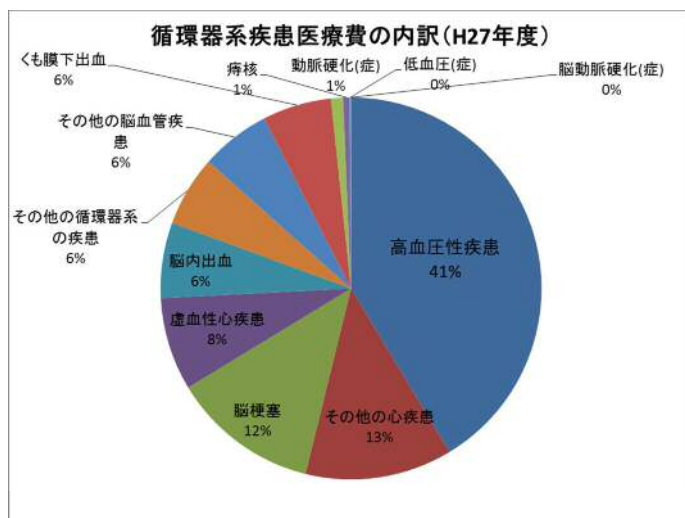
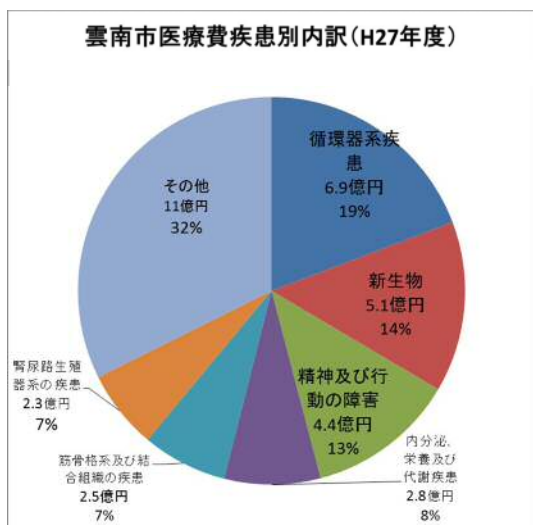
<出典 島根県国民健康保険団体連合会>



<出典 島根県国民健康保険連合会「雲南市における医療費等の状況」>

(2) 総医療費の主な構成要素

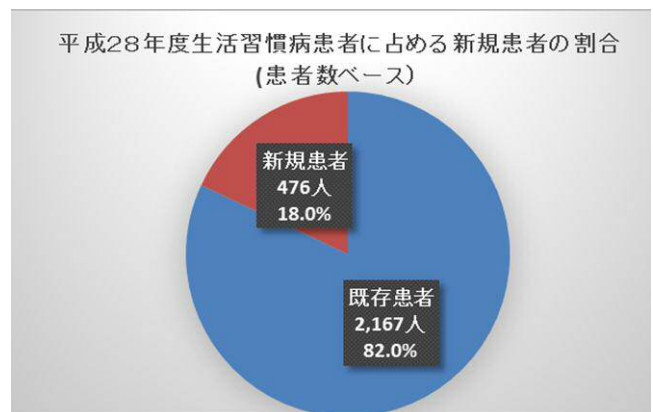
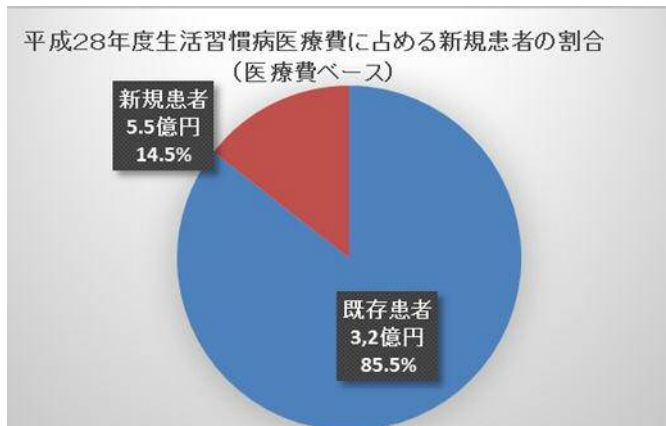
総医療費の内訳を見ると、最も高いのが循環器系疾患医療費で19%、次いで新生物14%、精神及び行動の障害13%であった。循環器系疾患医療費の内訳を見ると高血圧性疾患が41%を占めており、生活習慣の改善によって予防可能な疾患であるため、予防活動の推進によって抑制が可能である。



<出典 Focus システム>

生活習慣病医療費の新規患者の医療費が占める割合は、14.5%であり、既存患者の治療・改善対策と合わせて、新規患者を減らす予防対策が重要であることがうかがえる。

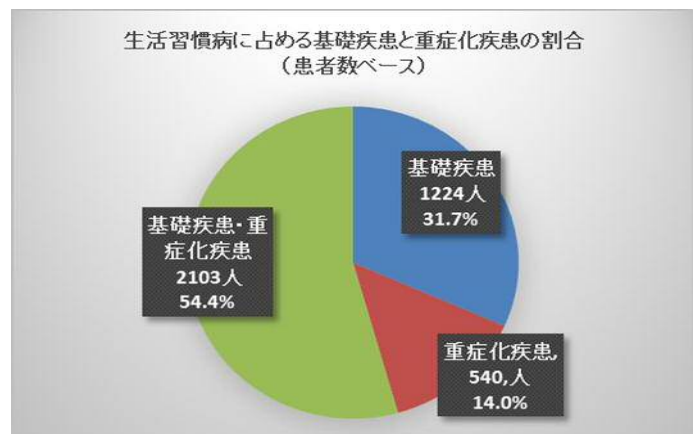
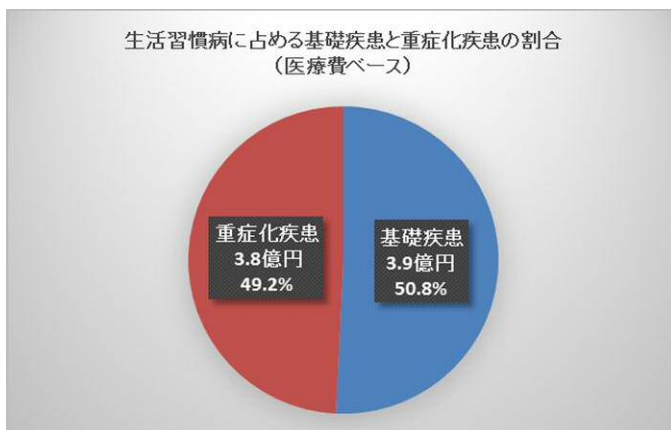
生活習慣病患者に占める新規患者の人数割合は18.0%、既存患者の人数割合は82.0%であり、医療費に占める割合から考えると、既存患者に医療費が多くかかっていることから、既存患者対策（重症化予防）も重要である。



<出典 Focus システム>

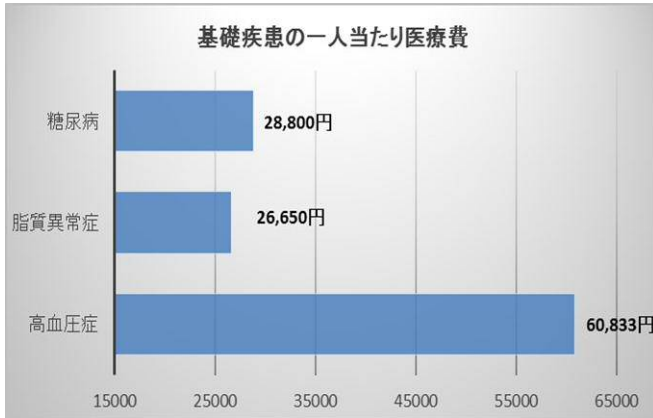
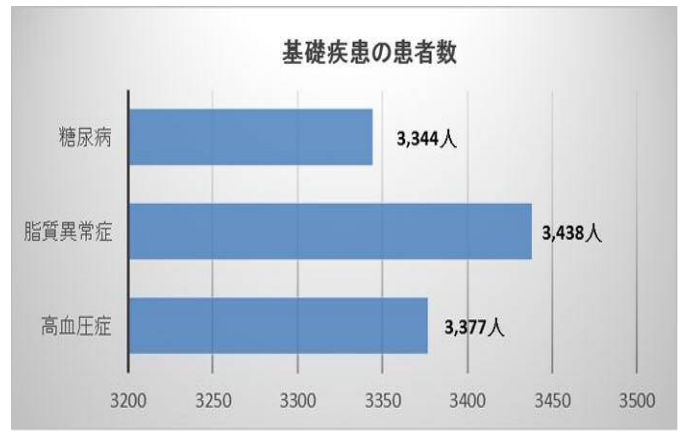
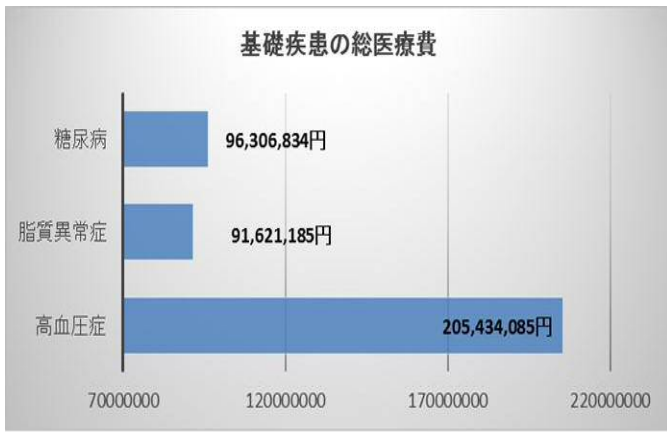
(3) 生活習慣病の基礎疾患・重症化疾患^{*22}の医療費状況

2016（平成28）年における生活習慣病医療費を基礎疾患と重症化疾患に分けて示すと、基礎疾患が全体の50.8%、重症化疾患が全体の49.2%を占めている。また、生活習慣病の患者数を基礎疾患と重症化疾患に分けて示すと、基礎疾患が全体の31.7%、重症化疾患が14.0%、基礎疾患と重症化疾患が重なっている患者は全体の54.4%を占める。



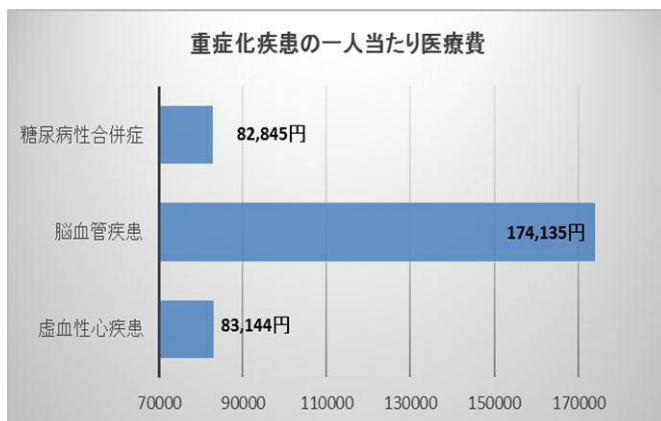
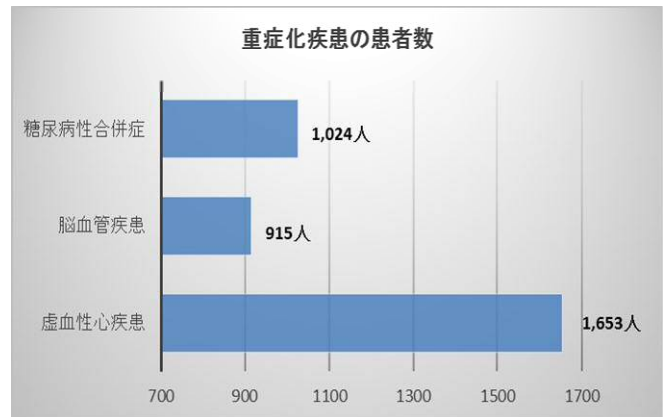
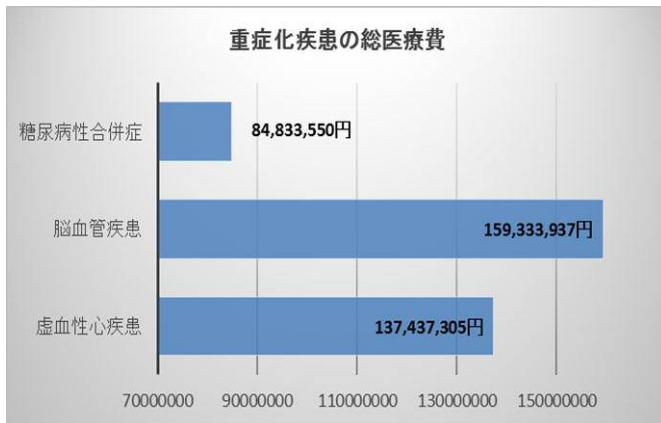
<出典 Focus システム>

生活習慣病基礎疾患の総医療費、患者数、1人当たり医療費をみると、総医療費は2億5百万円で高血圧症が最も高く、患者数は3,438人で脂質異常症が最も多くなっている。1人当たり医療費では、60,833円で高血圧症が最も高くなっている。



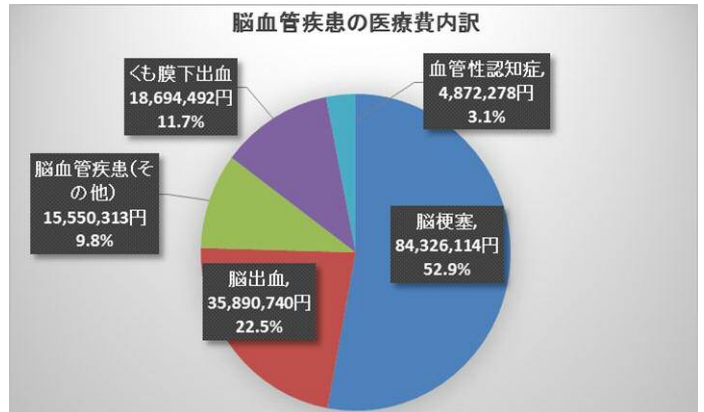
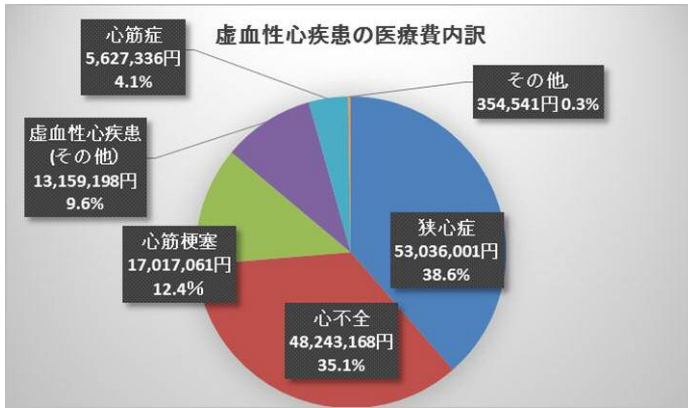
<出典 Focus システム>

生活習慣病重症化疾患の総医療費、患者数、1人当たり医療費を見ると、総医療費は約1億5千9百万円で脳血管疾患が最も高く、患者数は1,653人で虚血性心疾患が最も多くなっている。1人当たり医療費では、174,135円で脳血管疾患が最も高くなっている。



<出典 Focus システム>

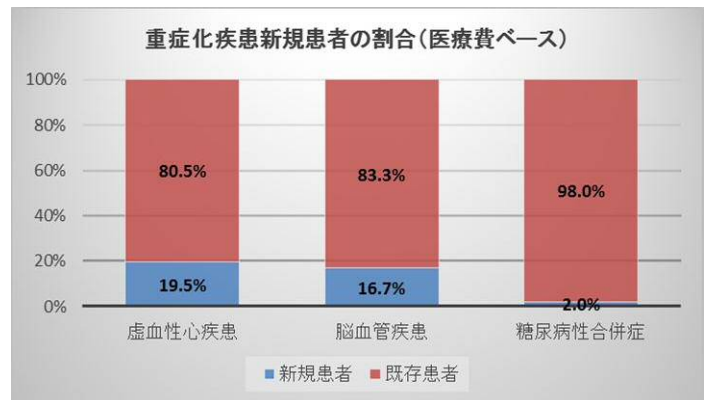
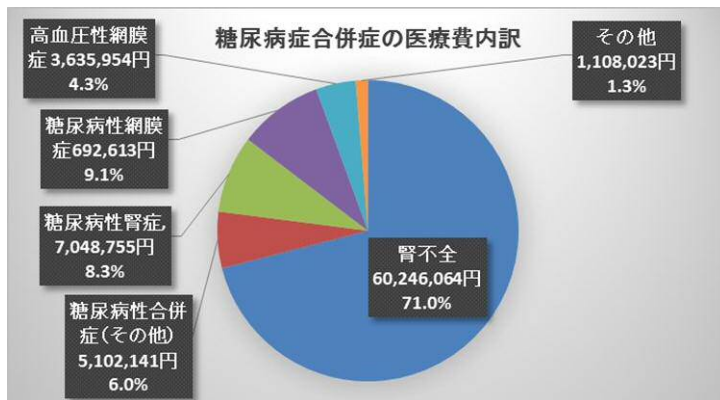
生活習慣病疾患総医療費の疾患別内訳を費用額で見ると、虚血性心疾患では狭心症の割合が高く、約5千3百万円で全体の38.6%、次いで心不全が約4千8百万円で全体の35.1%である。脳血管疾患においては、脳梗塞の割合が最も高く、約8千4百万円で全体の52.9%で、次いで脳出血が約3千5百万円で全体の22.5%である。



<出典 Focus システム>

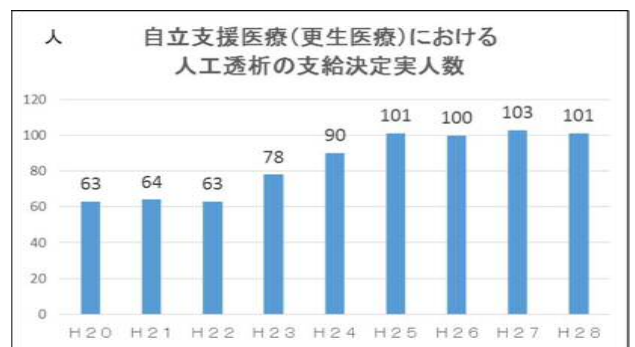
糖尿病合併症においては、腎不全の割合が最も高く、6千万円で全体の71.0%を占めている。

重症化疾患患者全体における新規患者の割合を医療費ベースで見ると、「虚血性心疾患」及び「脳血管疾患」の割合はそれぞれ、19.5%、16.7%であるため、これらの新規患者の発症を抑制することで医療費の抑制が期待できる。

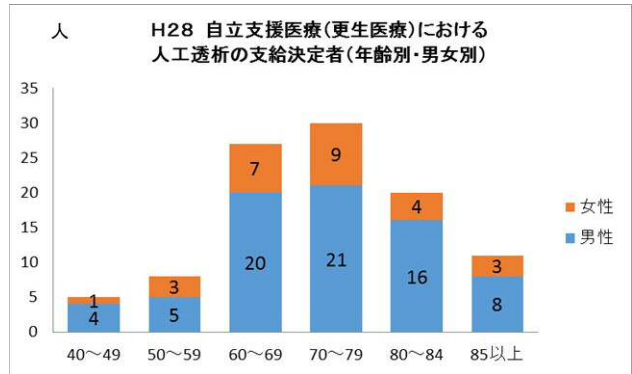
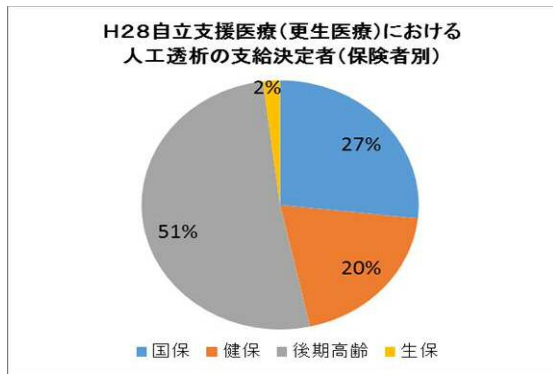


<出典 Focus システム>

自立支援医療（更生医療）における人工透析の支給決定実人数は、2016（平成28）年は101人であり、2008（平成20）年に比べ1.5倍増加している。2016（平成28）年の支給決定者を年齢別・男女別に見ると、男女ともに70歳代が最も多く、次いで60歳代が多い状況にある。保険者別に見ると、国保加入者は全体の27%を占めている。



<出典 自立支援医療（更生医療）支給決定簿>

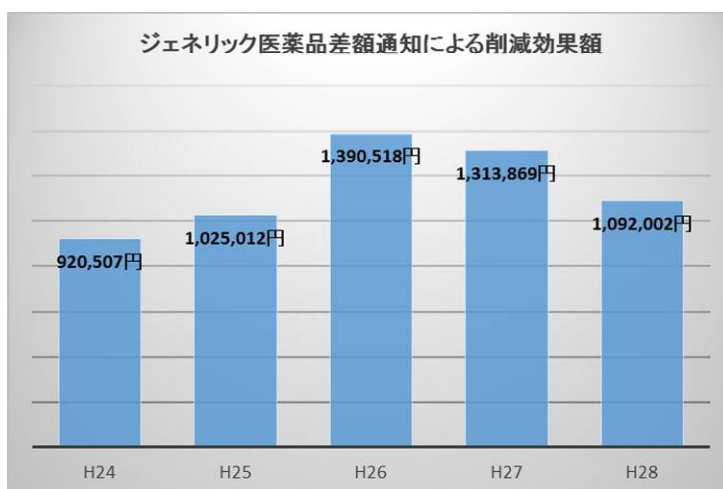


< 出典 自立支援医療(更生医療)支給決定簿 >

(4) 後発医薬品(ジェネリック医薬品)※²³の利用状況
後発医薬品の普及率は年々伸びてきている。



出典：ジェネリック医薬品差額通知による効果計算報告書

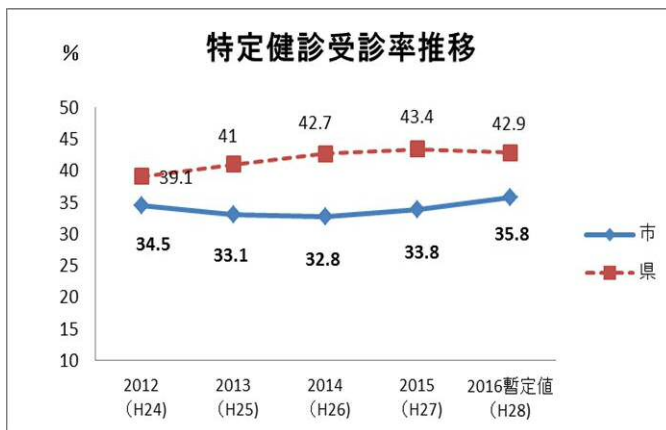


差額通知をすることによって、年々、普及率(数量ベース)は上がっており、削減効果額も毎年100万円を超えている。

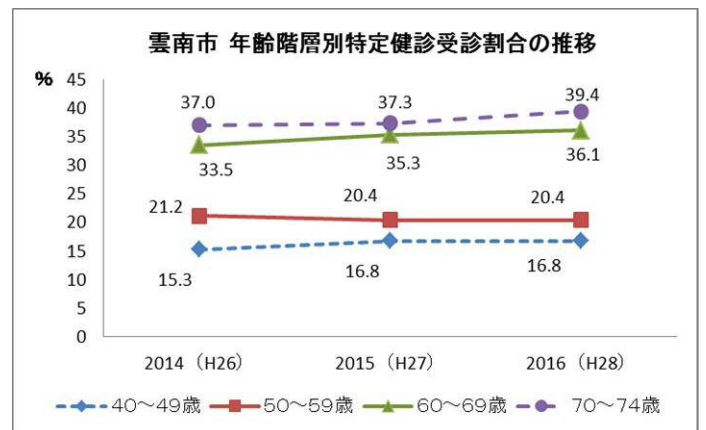
2. 特定健診・特定保健指導の状況

(1) 特定健診の状況

2016（平成 28）年度は特定健診受診率 35.8%と前年に比べ増加したが、依然県内保険者の中では低い状況にある（平成 28 年度は暫定値）。対象者が減少する中、受診者数は横ばいで推移しているが、年齢階層別の受診割合を見ると、年齢が若いほど受診率が低く、60 歳代以上は 30%を超えているが、50 歳代は 20%、40 歳代は 10%台の受診率にとどまっている。

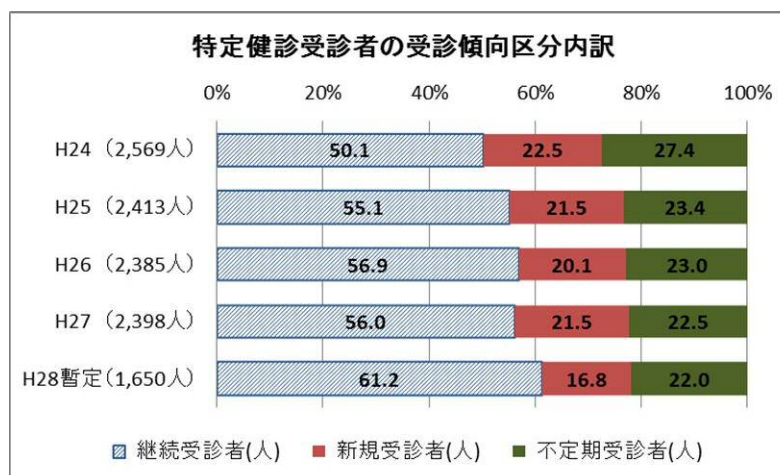


<出典 法定報告*24>



<出典 Focus システム>

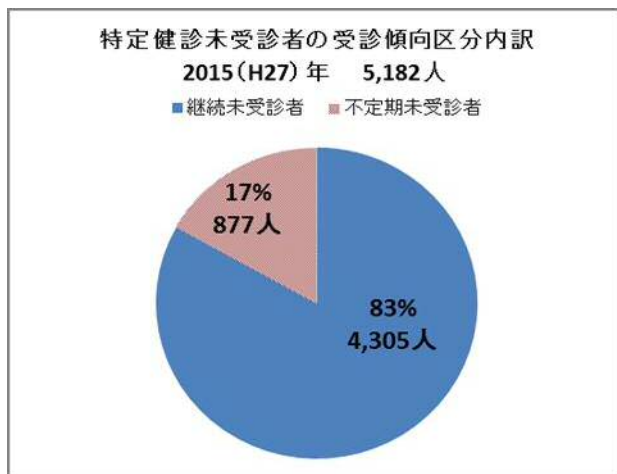
特定健診受診者のうち、受診歴のあるもの（継続受診者・不定期受診者）と新規受診者の内訳を見ると、2016（平成 28）年度は継続受診者 61.2%、新規受診者 16.8%、不定期受診が 22.0%であった。経年で見ると継続受診者は増加し、新規受診者、不定期受診者は減少している。



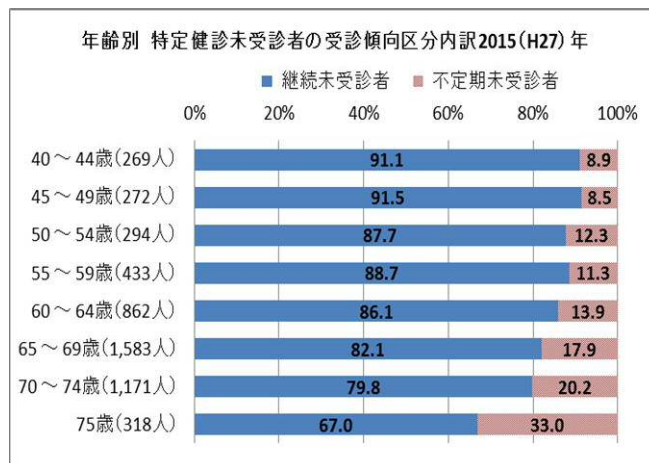
<出典 KDB システム>

2015（平成 27）年度の特定健診未受診者に占める継続未受診者の割合は 83%を超え、健診を受けない人の大多数が継続未受診となっている。さらに年齢別に見ると、40 代では、継

続未受診者の割合は 90% を超えており、未受診者対策が重要である。



< 出典 KDB システム >



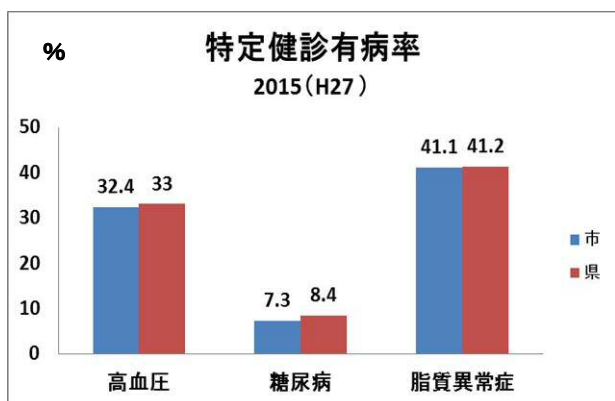
< 出典 KDB システム >

用語の定義 [継続受診者] 直近3年連続で特定健診を受診している者
 [新規受診者] 過去特定健診未受診者で、初めて特定健診を受診した者(過去3年で判定)
 [不定期受診者] 直近に特定健診を受診しており、過去2年間で1度でも受診している者
 [継続未受診者] 直近3年連続で特定健診未受診の者
 [不定期未受診者] 直近年に特定健診未受診で、過去2年間で1度でも受診している者

2015(平成27)年度特定健診受診者の有所見状況

受診者の有病率は高血圧が32.4%、糖尿病7.3%、脂質異常症41.1%であり、高血圧と脂質異常症の有病率が高いが、いずれも県平均より低い。有病者のうち服薬の有無に関わらずコントロール不良の方もあり、適切な生活改善、治療が重要である。

女性はやせ型が多く、男性は肥満が多い傾向(年齢調整あり)にあり、特に、40歳～54歳の若い男性に肥満の者が多かった。男性でメタボリックシンドローム該当者及び予備群の者は、女性の2倍の人数であった。



服薬の有無別 要医療者の割合

	収縮期血圧		HbA1c	
	140mmHg	160mmHg	6.5	7
服薬あり	27.5%	17.2%	69.4%	50.5%
服薬なし	17.7%	17.9%	4.5%	37.6%

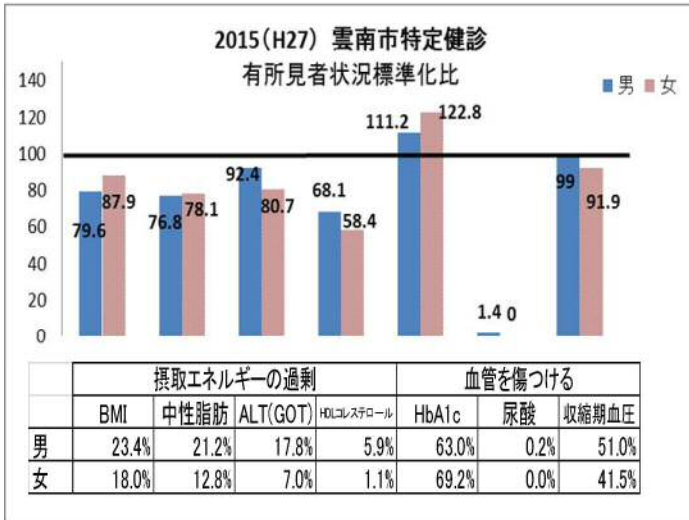
BMI 肥満区分

	肥満 I～III	やせ型
男性	28.8%	14.3%
女性	4.6%	18.5%

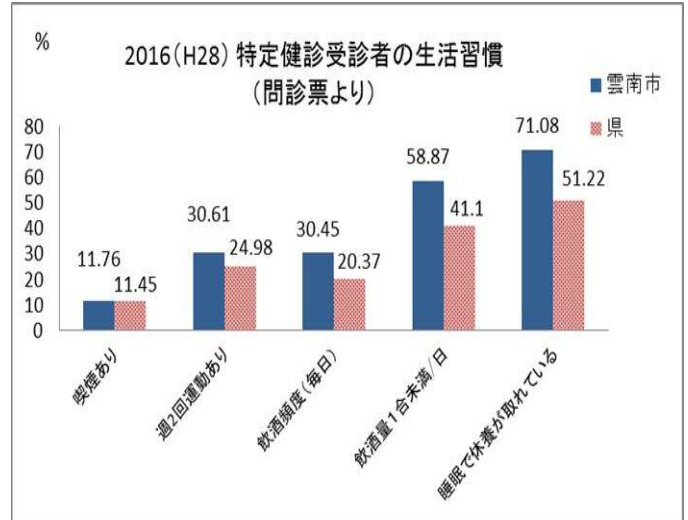
< 出典 市町村国保健康診査等結果データ >

2015（平成 27）年度の特定健診結果を男女別に年齢調整して全国と比較・分析した結果、男女ともに異常値を示す割合は全国に比べ少ないものの、血糖コントロール値（HbA1c 5.6%以上）で異常値を示す割合は全国より多い。

2016（平成 28）年度の生活習慣を見ると、毎日飲酒している人は、県より 10 ポイント高いが、睡眠で休養が取れている人の割合は 20 ポイント高い。



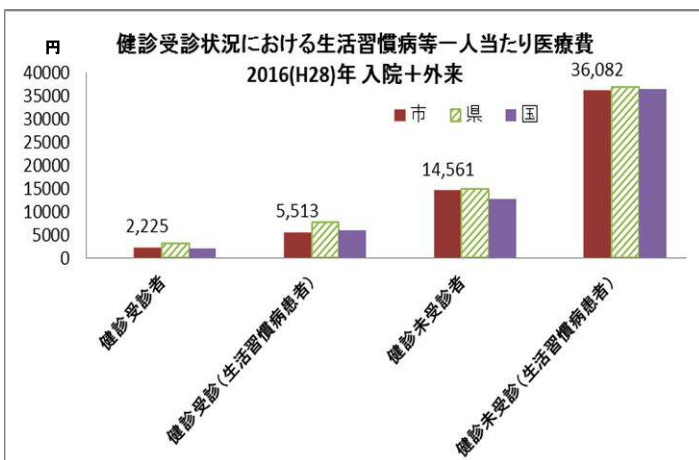
<出典 KDB システム>



<出典 Focus システム>

(2) 特定健診受診状況と医療機関受療状況

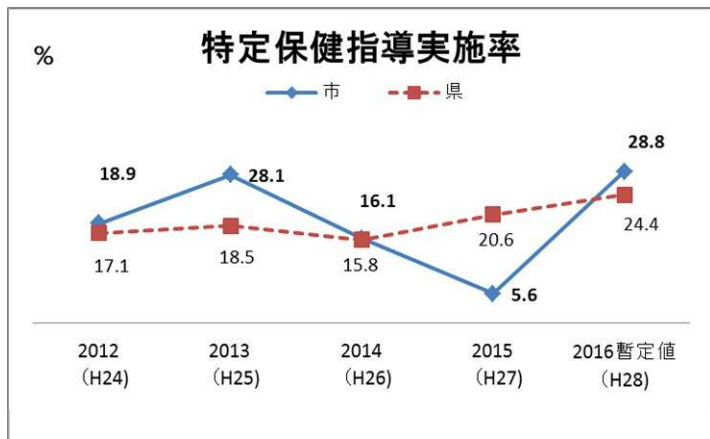
健診受診状況別に医療費を見ると、健診受診者の 1 人当たりの医療費は未受診者と比較すると低い状況にある。生活習慣病医療費で見ると、受診者と未受診者では明らかな医療費の差がある。さらに、経年の推移を見ると健診未受診者の 1 人当たり医療費は上昇傾向にあり、健診受診率を上げ、病気を早期に発見し、生活改善・治療を行うことで重症化予防・医療費の抑制が期待できる。



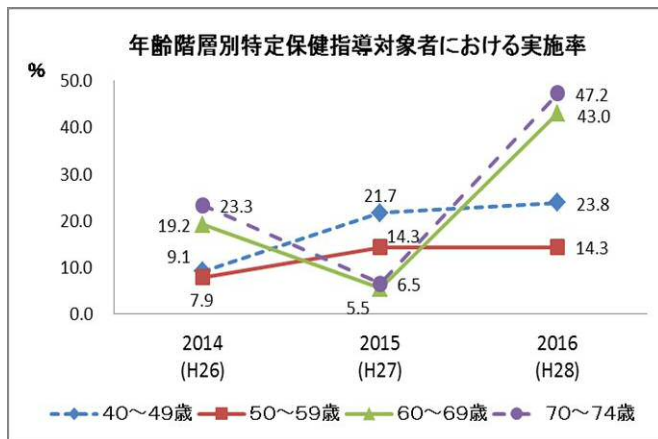
<出典 KDB システム>

(3) 特定保健指導の状況

特定保健指導実施率は、2013（平成 25）年までは島根県平均を上回っていたが、2015（平成 27）年度は県平均を大きく下回った。特定保健指導の利用率が低く、拒否も多いため、終了者の割合が低い。年齢階層別に特定保健指導対象者への実施率を見ると、2016（平成 28）年度では、60 歳以上の実施率が高い。



<出典 法定報告>



<出典：Focus システム>

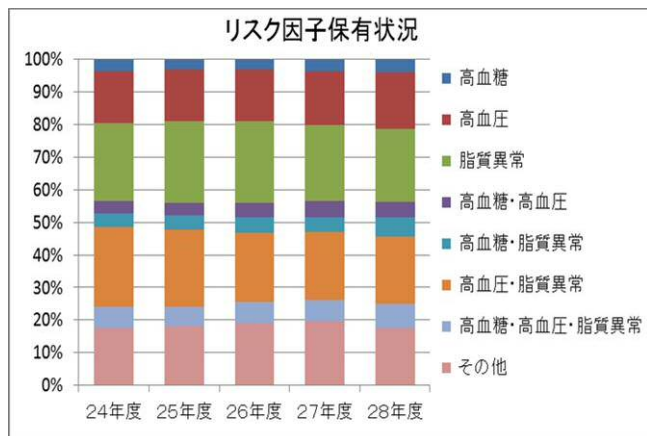
2015（平成 27）年度特定保健指導実施状況 <出典 特定健診システム>

	動機付け支援			積極的支援		
	対象者	利用者	終了者	対象者	利用者	終了者
男性	116 人	7 人	7 人	40 人	6 人	1 人
女性	50 人	5 人	4 人	7 人	0 人	0 人
総数	166 人	12 人	11 人	47 人	6 人	1 人

(4) 特定健診等から見るリスク因子保有状況

特定健診受診者のリスク因子をみると、「脂質異常」「高血糖・脂質異常」が多い。また、リスク保有者の 68%は非肥満者であった。

●2016(平成 28)年度リスク因子別非肥満者の状況

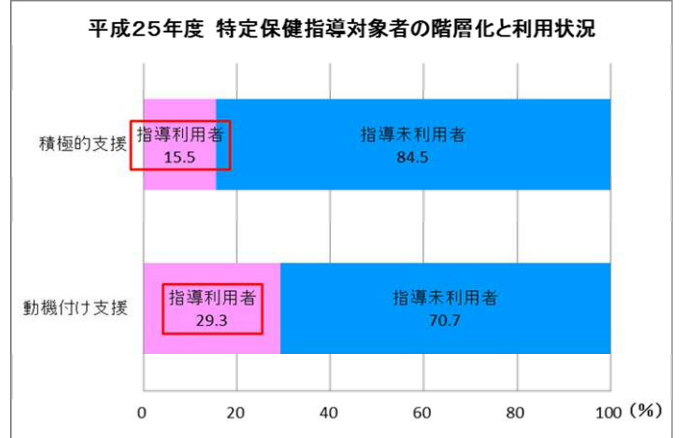
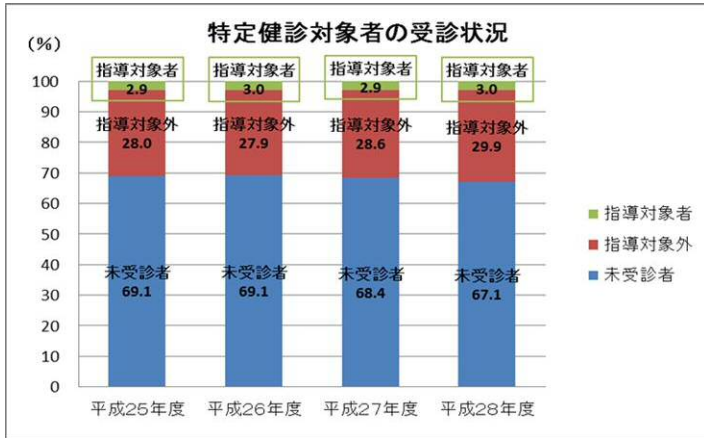


リスク因子	総数 (人)	肥満 (人)	非肥満	
			(人)	対総数 (%)
高血糖	95	26	69	73
高血圧	423	122	301	71
脂質異常	541	134	407	75
高血糖・高血圧	113	57	56	50
高血糖・脂質異常	146	68	78	53
高血圧・脂質異常	499	204	295	59
高血糖・高血圧・脂質異常	177	83	94	53
その他	429	70	359	84
全て	2,423	764	1,659	68

<出典：Focus システム>

特定健診受診者（指導対象+指導対象外）の割合は、ほぼ変わりなく推移している。

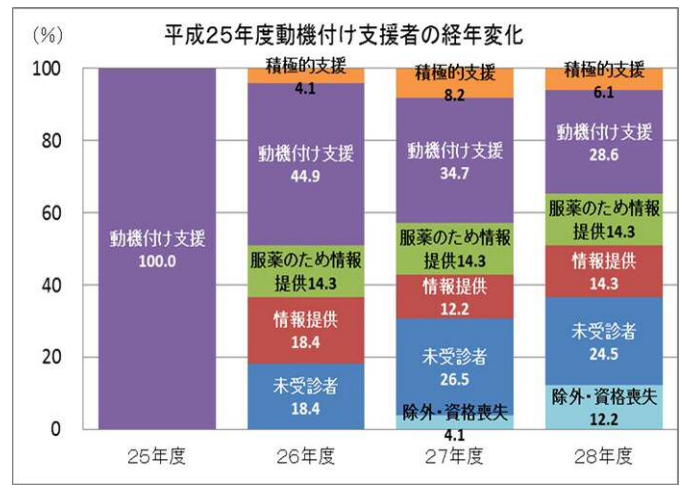
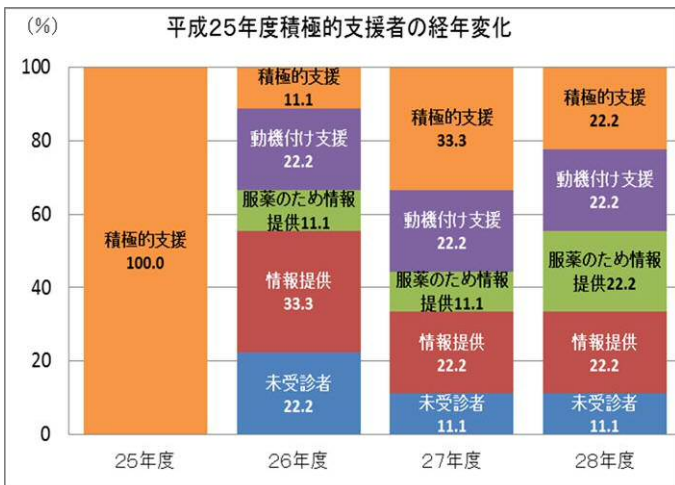
2013（平成 25）年度の特定保健指導対象者を階層化すると、積極的支援 58 人、動機付け支援 167 人であった。そのうち、指導利用者は、積極的支援 9 人（15.5%）、動機付け支援 49 人（29.3%）であった。指導未利用者は積極的支援 49 人（84.5%）、動機付け支援 118 人（70.7%）であった。



<出典 島根県国民健康保険団体連合会「雲南市における医療費等の状況」>

2013（平成 25）年度の積極的支援利用者 9 人を対象に、2014（平成 26）年度～2016（平成 28）年度の特定健診結果を階層化すると、積極的支援は 1 人～3 人に留まり、その他は、動機付け支援以下となっていた。同様に動機付け支援利用者 49 人の状況を見ると 2 人～4 人は積極的支援となったが、その他は、動機付け支援以下となっており、特定保健指導は利用者の健康状態の改善に効果があったと考えられる。

なお、積極的支援利用者、動機付け支援利用者ともに、未受診者が 10%～25%程度みられた。



<出典 島根県国民健康保険団体連合会「雲南市における医療費等の状況」>

3. 生活習慣病に係る現状と課題のまとめ

これまでの分析から現状と課題を以下のとおり対策別に整理した。

(1) 特定健診受診率向上対策

○特定健診受診率は低迷しており、国の定める目標値（60%）よりも低い。

○特定健診受診率は、年齢階層別に見ると特に40歳代、50歳代が低い。

○継続受診者が増加する一方で、特定健診未受診者の80%以上は3年間継続未受診者で占めている。

⇒特定健診受診率を向上するためには、40歳代・50歳代の受診勧奨を強化することで、早い時期からの健診受診行動の習慣化につなげることが重要である。また、継続未受診者への確実な情報提供に併せ、特定健診受診者への継続受診の働きかけも重要である。

(2) 特定保健指導実施率向上対策

○特定保健指導実施率は、国の定める目標値（60%）より低い状況である。

○特定保健指導実施率を年齢階層別で見ると40歳代、50歳代の実施率が10%～20%台と低い。

○特定保健指導利用者のうち、翌年の特定健診の未受診者が10%～25%程度見られ、改善状況が確認できてない。

○特定保健指導実施者のうち、積極的支援者は約5割、動機づけ支援者は約2割に改善がみられた。

⇒特定保健指導実施率を向上させるためには、タイムリーに実施できる体制整備と医療機関と連携した利用勧奨が重要である。

(3) 生活習慣病重症化予防対策

○総医療費が近年横ばいで推移する中、国保1人あたりの医療費は毎年増加し、島根県より高い値で推移している。特に男性の外来医療費、入院医療費ともに高く、状態が悪化してから受診、入院、手術となっている現状がうかがえる。

○生活習慣病医療費の5割を占める基礎疾患の中で、最も大きな割合を占めている高血圧症に対し、壮年期から高齢期へと早期段階から切れ目ない対策を図ることにより、重症化疾患である脳血管疾患や虚血性心疾患を予防することにつながると思う。

○糖尿病合併症では腎不全の割合が高く、人工透析へ移行しないよう適切に管理する体制を整備する必要がある。

○過剰な塩分摂取傾向、就寝前に夕食を摂る、運動習慣がない、毎日2合以上飲酒等不適切な生活習慣による影響や健診有所見の状況等より、生活習慣の改善の取り組み等について、出前講座等で広く市民に伝えていく必要がある。

⇒生活習慣病・重症化予防さらには医療費抑制のためにも、特定健診未受診者を受診行動に結びつける働きかけが重要である。

⇒医療費分析、特定健診結果または生活実態から見えてきた課題を解決するために、市民へ

見える化を図り、生活習慣病予防が介護予防にもつながることを市民や関係機関にも広く啓発していくことが必要である。

⇒重症化を予防するためにも、生活習慣病に早期に気づき、基礎疾患段階から、生活改善・治療につながる支援体制や、医療機関と連携した保健指導の検討が必要である。

第4章 目的・目標

1. 目的

高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を予防し、脳血管疾患、糖尿病性腎症、虚血性心疾患の発症を防ぐ。

2. 目標

(1) 中長期的な目標の設定

総医療費のうち、循環器疾患系医療費が19%を占めており、その中でも高血圧を基礎疾患にもつ者が多い。雲南市は高血圧性疾患が多く、また、県と比較して脳血管疾患の発症割合も高くなっており、中でも男性の発症割合が高い。

生活習慣病疾患医療費を疾患別に見ると、虚血性心疾患では狭心症が、脳血管疾患では脳梗塞、糖尿病合併症では腎不全の割合が高く、自立支援医療（更生医療）における人工透析の支給決定数を見ても人工透析者患者は増加傾向にある。

また、要支援・要介護者の有病状況では心臓病、脳血管疾患の割合が高い。

これらの状況から、地域における健康づくり活動と生活習慣病の早期発見と重症化予防の取り組みが必要であり、以下を中長期的な目標に掲げて取り組む。

また、目標値は、健康増進実施計画との整合性を図る必要があることから、健康増進実施計画の目標値から抜粋し実施計画に示す。

- ・脳血管疾患、虚血性心疾患の年齢調整死亡率を減らす。
- ・糖尿病性腎症の発症を減らす。
- ・国民健康保険1人当たり医療費の上昇を抑制する。

(2) 短期的な目標の設定

生活習慣病疾患の罹患状況から、脳血管疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくことが重要となる。そのためには、医療受診が必要な者に対し、適切な受診の働きかけ、治療を継続するための働きかけを行うとともに、継続的な治療が必要であるにも関わらず、医療機関の受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながる。さらに特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にもつながる。目標値は、健康増進実施計画との整合性を図る必要があることから、健康増進実施計画の目標値から抜粋し実施計画に示す。

なお、目標値は、第3期特定健診等実施計画（P46～）に基づき、単年ごとに評価する。

- ・特定健診受診率、特定保健指導実施率をあげる。
- ・脳血管疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らす。

第5章 保健事業の内容

目的、目標を達成するための予防段階に応じた対策は、以下のとおり示す。

また、「対策別保健事業年次推移」(P41～P42)に基づき、事業の進捗管理を行う。

1. 1次予防事業

(1) 生活習慣病予防対策

目的：糖尿病・高血圧・脂質異常症等について、病態説明・食事や運動・口腔などの生活改善につながる指導を行い、生活習慣病の発症を予防する。

目標

アウトプット ^{*25}
<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病予防教室は、特定保健指導対象者の30%以上の参加を目指す。 ・健康教育・健康相談を市民の10%へ実施することを目指す。
アウトカム ^{*26}
<p>【行動指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1日あたりの飲酒が1合以上の者の割合を減少させる。 30.9%から減らす ・毎日飲酒している者の割合を減らす。40歳～64歳 32.3%から減らす ・睡眠で休養が充分とれている者の割合を増やす。 74.3%から増やす ・食事を何でもかんで食べることができる者の割合を増やす(2018(平成30)年度から問診項目に追加)。 ・喫煙習慣のある者を減らす。 ・塩分摂取を控えようとしている者の割合を増やす(2018(平成30)年度から問診項目に追加)。 ・就寝前の2時間以内に夕食をとる者の割合を減らす。 ・日常的に身体活動を1日1時間以上している者の割合を増やす。 <p>(健康増進実施計画評価)</p> <p>【健康指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・教室参加者(特定保健指導対象者)の改善率50%を目指す。(※改善とは、①特定保健指導のレベルが改善する②体重・腹囲・血圧値・HDL及びLDLコレステロール値・血糖及びHbA1c値等の検査数値が改善③禁煙するのいずれかを満たした場合を改善したと判定する。) ・特定健診有所見者状況標準化比を全国より減らす。 ・年齢調整有病率 <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病 40歳～64歳(65歳～74歳) <ul style="list-style-type: none"> 男性 5.1から減らす(16.6から減らす)、女性 3.8から減らす(7.6から減らす) 高血圧 全年齢 <ul style="list-style-type: none"> 男性 41.8から減らす、女性 20.8から減らす <p>(健康増進実施計画評価)</p>

事業内容と実施方法

- ①特定健診事後フォロー教室「まめうん講座」の開催

- 特定保健指導を補完する、集団指導と個別指導を併用した教育プログラムとする。
- メタボリックシンドローム改善のプログラムで、栄養・運動・(休養) からアプローチを保健師・健康運動指導士・管理栄養士・歯科衛生士・医師・地域運動指導員(運動の補助)・食生活改善推進員(調理補助)が実施する。
- 参加者の評価について、開始時に目標を立て、日々の体重・血圧・歩数など記録し、1か月後の教室で振り返りを実施し、プログラムの修正を行い、3ヶ月または6ヵ月後に最終自己評価する。さらに次年度の特定健診結果にて自己評価できるよう健診受診を促す。
- 健康づくり拠点施設との連携を図り、市内運動施設を活用したプログラム展開や受講終了者の運動継続支援のためのプログラムの検討をすすめる。

②雲南市立病院「健診事後フォローアップ教室」へつなぐ

特定保健指導の積極的支援者については、雲南市立病院が行う「健診事後フォローアップ教室」を紹介する。

③健康課題に沿った戦略的な健康づくりの実施

- 県及び雲南圏域内でも高く推移している脳卒中の発症を予防するために、高血圧症予防・減塩対策、糖尿病・慢性腎臓病予防対策を、健康教育の中に積極的に取り入れる。
- 各対策・予防においては、心筋梗塞・脳梗塞・糖尿病などに関連のある歯周病予防対策・口腔ケア・口腔機能の維持など口腔内の健康づくりを進める。
- 市の健康実態データ・島根大学健康調査データ等を、健康福祉部内または雲南市立病院とも共有し活用していく。
- 健康づくり拠点施設との連携を図り、市内運動施設を活用したプログラム展開や受講終了者の運動継続支援のためのプログラムの検討をすすめる。
- 市民が「自らの健康は自らがつくる」という意識をもち、継続的に健康づくりに取り組めるよう、健康情報を分かりやすく提供するとともに、個人へのインセンティブ^{*2}₇の提供として、健康ポイントの取り組みについて検討をすすめる。

2. 2次予防事業

(1) 特定健診受診率向上対策 (※第3期特定健診等実施計画に詳細を掲載)

目的：生活習慣病を早期発見し、生活改善を図り、早期治療に結びつけることで、重症化を予防する。生活改善の評価・治療の管理状況確認の場としても位置付ける。

目標

アウトプット	アウトカム
・特定健診受診率 60%	・脳血管疾患年齢調整死亡率 全年齢男性 39.7 から減らす、女性 24.7 壮年期男性 19.8 から減らす、女性 14.4
・3年以上の継続未受診者数 20%減少	
・40代の受診者率 50%	・虚血性心疾患年齢調整死亡率 全年齢男性 16.5、女性 8.1
・精密検査未受診者 20%減少	
・継続受診者 80%	

	壮年期男性 12.5、女性 1.8 (健康増進実施計画評価)
--	-----------------------------------

事業内容と実施方法

①受診勧奨

○40歳・50歳代の受診勧奨の強化

40歳・50歳の節目年齢の対象者への確実な健診情報を提供する。受診券送付また再受診勧奨時の個別通知(または保健師による電話・訪問)により、健診の必要性・受け方を理解してもらい、継続受診を促す。また、がん検診等の受診勧奨に併せ、効率的に実施する。(その他の年代については、受診券送付時5月、集団特定健診終了後10月に受診勧奨の通知を送る。)

○国保加入時に確実な健診へのつなぎ

国保加入の際には、窓口等でチラシ及び『成人健診のしおり』を渡す。特に60歳代で退職して被用者保険から国保に加入する者を対象に、市の健診へ切れ目なく移行できるように説明する。

○継続未受診者への受診勧奨

3年継続未受診者を対象として、健診受診と生活習慣病予防教室等参加を条件に、インセンティブを付与し、受診を促進する。12月のスピード健診の受診勧奨に併せ周知する。

○不定期受診者への継続受診の働きかけ

集団特定健診受診者へは健診当日に、保健師が保健指導を実施し、継続受診の必要性を伝え、翌年度の受診を促す。

○医療機関との連携強化

健診開始前には委託医療機関へ訪問等を行い、前年度の受診状況や市の健康課題等を情報共有する。医療機関へは特定健診の受診率が低迷していることを報告し、医師から受診者へ特定健診の受診の意義を周知・啓発してもらい、積極的に受診につなげてもらうよう協力を依頼する。

○成人健診のしおりの活用

全世帯へ『成人健診のしおり』を配布することに合わせて、告知放送・ケーブルテレビ・各種健康教室で活用について周知を図る。『成人健診のしおり』の活用を促進し、健康づくりの機運を高める。

②魅力ある健診・受診しやすい体制づくり

○健診自己負担の無料化、検査項目の追加

2015(平成27)年度から実施している自己負担金の無料化の継続。

健診内容の充実のために検査項目の追加を検討していく。

○がん検診との同時実施

地区集団健診およびスピード健診に、がん検診をセットで実施することにより、受診

者の利便性を図る。

○人間ドック・脳ドックの継続実施

○スピード特定健診の実施

対象者のニーズに合わせた、オプション検査なしのスピード健診を年2回(7月・12月)実施する。

○島根大学との連携により地区集団特定健診において検査項目を追加し、魅力ある健診であることを受診勧奨に活用する。個別通知の際のチラシの同封や、健康教室等で周知を図る。

○島根大学と未受診者対策や結果分析を一緒に行い、市の健康課題・生活実態の明確化を図り、ターゲットを絞った対策の構築を図る。

③健診結果情報提供事業の実施

○受診券送付時に職場健診等での健診受診予定等の有無を確認し、別途、職場健診等での健診受診者への結果提供を依頼する。

○市特定健診以外での健診結果情報提供に関する関係機関との協議

今後、職場または医療機関へ、健診結果の提供に関して具体的な方法を検討する。

○結果提供者へのメリット

提供促進を図るために、個人または職場・医療機関等へのインセンティブを検討する。

④精密検査受診の徹底

○集団特定健診において、精密検査の該当者には保健指導で必ず受診することを勧める。前年度の未受診者には特に必要性を説明する。

○精密検査未受診者への受診勧奨を2月・6月に通知する。

○個別健診受診者については、医療機関へ「精密検査依頼書」の活用を周知し、健診後の管理運用について引き続き検討をすすめる。

(2) 特定保健指導実施率向上対策 (※第3期特定健診等実施計画に詳細を掲載)

目的：脳血管疾患（主に脳梗塞）や虚血性心疾患（主に心筋梗塞）等の発症リスクが高い特定保健指導対象者に対して、指導を行い、生活改善を図ることで、病気を早期のうちに防ぐ。

目標

アウトプット	アウトカム
<ul style="list-style-type: none">・特定保健指導実施率 45%・特定保健指導初回面接実施率 60% ※市町村国保の目標は60%だが、全国目標の45%を目指す。	<ul style="list-style-type: none">・特定保健指導対象者（積極的・動機づけ支援）を2008(平成20)年度より25%減少させる。・特定健診有所見者状況標準化比を全国より減らす。

事業内容と実施方法

①特定保健指導の必要性の周知

○成人健診のしおり、個別通知等へ特定保健指導の重要性を記載し、健康教育においても周知を図る。

○集団特定健診当日の保健指導において、該当者へ保健師から連絡をする旨を伝えておき、スムーズに特定保健指導へつなぐ。

○個別特定健診では、医療機関から、該当者へ直接特定保健指導のチラシを配布してもらい、スムーズに特定保健指導へつなぐ。

②集団特定健診当日の特定保健指導の実施

○保健師または管理栄養士による健診当日の特定保健指導を実施する。平日仕事をしている等で後日実施する機会が限られる受診者を優先し実施する。また当日の BMI^{※28}または腹囲該当に加え、当日の血圧値、前年度の血液検査結果を参考に、高血圧症・糖尿病・脂質異常のうち2疾患以上該当する者を優先して実施する。

③委託医療機関との連携(個別特定健診)

○「雲南市特定健診システム(2017(平成 29)年度作成)(P39 図を参照)」を周知し、適正運用を促す。

○個別健診の該当者は、主治医より積極的に特定保健指導を受けるよう促してもらう。

○委託医療機関へは特定保健指導の実施状況や効果検証を情報提供し、必要性を理解してもらう。

○保健師は動機付け支援を実施し、雲南市立病院に積極的支援・一部動機づけ支援(雲南市立病院で受診した者)を委託し、役割分担することでより効率的・効果的に実施する。実施内容・評価指標については情報共有し、事後に実施状況を評価し次年度へつなげる。

3. 3次予防事業

(1) 生活習慣病重症化予防対策

目的：高血圧・脂質異常症等のハイリスク者の重症化予防に努め、虚血性心疾患・脳血管疾患の発症を抑制し、要介護状態へ移行させない。

高血糖・腎機能低下等のハイリスク者の重症化予防に努め、人工透析へ移行させない。

目標

アウトプット	アウトカム
・集団特定健診でのハイリスク者への保健指導の実施率 100%(対象者は次頁「生活習慣病のハイリスク者の基準」を参照)	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病に関する医療費の抑制 ・年齢調整死亡率 全年齢 (40歳～64歳) 虚血性心疾患 男性 16.5 (12.5)、女性 8.1 (1.8) 脳血管疾患 男性 39.7 から減らす (19.8 から減らす) 女性 24.7 (14.4) ・要介護認定率 19.2% ・国民健康保険 1人あたり医療費 475,000円 (健康増進実施計画評価)

事業内容と実施方法

①集団特定健診受診者へのアプローチ

- 健診受診者における生活習慣病のハイリスク者(基準は以下参照)を事前に抽出し、健診当日に保健指導を実施し、脳卒中の発症または再発、糖尿病等を悪化させない。必要時健診事後フォロー教室等へつなげる。
- 経年的に自己管理できるよう健康手帳を活用する。不所持者には健康手帳を配布し、活用方法を説明し渡す。
- 治療あり・コントロール不良者について、医療機関と連携した対策も検討していく。

～生活習慣病重症化予防ハイリスク者(メタボリックシンドローム基準該当の有無を問わず)の基準と対応方法～

高血圧症重症化予防

対象者：収縮期血圧 160mmHg 以上または拡張期血圧 100mmHg 以上の者
既往歴または現病歴に脳卒中を発症している者

方法：特定健診当日に保健指導にて、普段の血圧値や管理状況を確認し、健診結果の指導区分に従い指導する。また家庭血圧測定を勧め、記録ができるよう健康手帳の活用を促す。すでに受療者には継続受診の必要性を伝える。

脂質異常症重症化予防

対象者：LDL コレステロール 180mg/dl 以上または中性脂肪 300 mg/dl 以上の者

方法：特定健診当日に保健指導にて、管理状況を確認し、健診結果の指導区分に従い指導する。

糖尿病重症化予防

対象者：前年度結果が血糖値：空腹時 126mg/dl 以上又は随時 200mg/dl 以上
又は、HbA1c6.5%以上の者

方法：特定健診当日に保健指導にて、管理状況を確認し、健診結果の指導区分に従い指導する。また服薬管理中にもかかわらず、HbA1c が 7%以上の者は、雲南市立病院が行う糖尿病教室を積極的に紹介する。

慢性腎臓病(CKD)重症化予防

対象者：尿蛋白 2+以上または前年度結果の eGFR 50ml/分/1.73 m²未満(70 歳以上は eGFR 40ml/分/1.73 m²未満)の者

方法：特定健診当日に保健指導にて、「雲南圏域国保特定健診 CKD フォロー体制(P40 図を参照)」に従い、適切に管理されているか確認する。精密検査未受診者には受診勧奨する。

希望者には、講演会に併せて実施する専門医または管理栄養士による個別相談を紹介する。

※なお上記基準非該当であっても、以下の基準に該当する高血圧・高血糖・脂質異常が 2 項目以上重複する者へは保健指導を実施する。

高血圧：収縮期血圧 140mmHg 以上または拡張期血圧 90mmHg 以上

高血糖：HbA1c5.6%以上

脂質異常：LDL コレステロール 120mg/dl 以上または中性脂肪 150mg/dl 以上

②個別特定健診受診者へのアプローチ

委託医療機関へ「雲南市特定健診システム(2017(平成 29)年度作成)」、「島根県糖尿病予防・管理指針(第 3 版)」、「雲南圏域国保特定健診 CKD フォロー体制」の適正運用の周知を図り、市または雲南市立病院が行っている健康教室等へつなげるなどの連携を推進する。

③糖尿病・慢性腎臓病(CKD)の重症化予防体制の強化

- 「雲南圏域国保特定健診 CKD フォロー体制」に基づき、かかりつけ医と専門医間での連携を推進し、適切に管理できるよう、適正運用を促す。
- 「雲南圏域国保特定健診 CKD フォロー体制」に基づき、保健と医療の役割の明確化と連携体制の構築、管理不十分者への対応等、市の重症化予防対策を構築する。
- 「雲南圏域国保特定健診 CKD フォロー体制」に基づき、受診者管理・フォロー体制を整備する。

ア.健診終了後、フォロー基準に該当する者を抽出し、「CKD フォロー該当者名簿」を作成する(随時)。

イ.該当者へは、結果返送時の受診勧奨に併せ、パンフレットによる啓発を実施する。また講演会及び個別相談会への参加を促し、自らの学習の機会を提供する。

ウ.紹介状発行者については、随時精検受診状況を管理し、精検未受診者へは受診勧奨通知(6月)に併せ、保健師が受診を促す。

エ.「CKD フォロー該当者名簿」に、精密検査結果等管理状況を記入し、フォロー体制に従いまとめを行い、事業評価(「雲南圏域国保特定健診 CKD フォロー体制」の運用状況を含む)を実施(評価項目・評価指標は以下に示す。)する。(9月)

オ.健診結果及びフォロー状況については、委託医療機関へ報告(5月)し、フォロー体制のあり方を協議(12月)していく。管理不十分者への対応をあわせて協議していく。

評価項目・評価指標

ストラクチャー(構造) ^{※29}	アウトプット(事業実施量)
<ul style="list-style-type: none">・対象者の抽出と名簿・進捗管理(事業担当者)・受診勧奨・個別フォロー(地区担当保健師)・講演会・個別相談会の企画・運営(事業担当者)・精密検査未受診者へのフォロー(地区担当保健師)・事業のまとめと評価(事業担当者)・医療機関への報告と協議(事業担当者・地区担当保健師)・「雲南圏域国保特定健診 CKD フォロー体制」の運用状況(事業担当者)	<ul style="list-style-type: none">・「雲南圏域国保特定健診 CKD フォロー体制」に基づくフォロー率 100%・精密検査受診率 100%・精密検査未受診者へのフォロー率 100%・医療機関への報告 100%・該当者の講演会・個別相談会への参加率 20%・管理不十分者への対応 50%

プロセス(過程) ^{※30}	アウトカム(結果)
<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関との協議(体制・個別フォロー)内容 ・名簿の管理とフォローへのつなぎ 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病に関する医療費の抑制 (健康増進実施計画評価)

④健康づくり自主グループとの連携

健康づくりをすすめる自主グループ「健康すてっぷ」と共催で実施する健康講演会を年1回実施する。講演会をきっかけに慢性腎臓病(CKD)を含む生活習慣病重症化予防について市民と健康すてっぷの会員へ波及していく。

4. その他事業

(1) ジェネリック医薬品利用促進

目的：ジェネリック医薬品の使用促進を図るとともに、医療費の削減につなげていくものとする。

目標：

アウトプット	アウトカム
対象者への通知率 100%	2023(平成35)年度のジェネリック医薬品普及率(厚生労働省指定薬剤)数量ベース 80%以上

事業内容と実施方法

毎年、5月診療月～8月診療月の4ヵ月の調剤レセプトから月ごとに削減効果を算出し、上位5%の者を対象とし、島根県国民健康保険団体連合会へ委託し年4回、対象者へ差額通知を送付する。対象者がジェネリック医薬品に切り替わっているかを確認する。

また、その他の取組みとして、被保険者証の更新時や加入手続きの際に希望カードの配布や懸垂幕の設置、医療機関・薬局と連携し、利用促進を図る。

雲南市特定健診システム(平成29年度版)

健診・事後フォロー結果を
委託医療機関へ還元

特定健診（健診医・主治医）の実施

精密検査依頼書

- 1 枚目：精密検査表発行通知(市へ送付)
- 2 枚目：精密検査結果報告(市へ送付)
- 3 枚目：精密検査結果報告(1次医療機関用(必要時))
- 4 枚目：精密検査医療機関結果控え

CKD該当者は「雲南圏域国保特定健診CKDフォロー体制」でフォロー

異常なし

要指導

精密検査

要医療

主治医（かかりつけ医）
での生活指導

特定保健指導

精密検査未受診者調査
と受診勧奨の実施(市)

精密検査依頼書
(4枚綴り)

主治医での治療の
継続・管理

保健指導の実施
(市・病院等)

治療なし

精密検査の実施

治療あり

特に糖尿病の方

動機付け支援の該当者

まめうん講座
(市主催)

積極的支援の該当者

健診事後フォローアップ教室
(雲南市立病院主催)

糖尿病の重症化予防

糖尿病教室
(雲南市立病院主催)

各種健康教室(地域自主組織・自治会・自主グループ等) 市民健康講座(雲南市立病院)
出前健康講座・市内運動施設での運動教室

雲南圏域国保特定健診CKDフォロー体制

特定健診（健診医・主治医）

尿蛋白 2+以上

または

eGFR : 50ml/分/1.73 m²未満 [または、クレアチン : 男性 1.01~
女性 0.9~]

※70歳以上は eGFR : 40ml/分/1.73 m²未満

【糖尿病性】 (治療中の者も含む)
健診結果 HbA1c(NGSP) 6.5%以上
または空腹時血糖 126mg/dl 以上 (随時血糖 200mg/dl 以上)

【非糖尿病性】

受診者用

eGFR 説明チラシ

もしかして慢性腎臓病かも
~もう一度くわしい検査をしましょう~

精密検査依頼書

(雲南市精密検査依頼書)

精密検査依頼書

(雲南市精密検査依頼書)

糖尿病専門医

雲南市立病院
町立奥出雲病院
飯南病院

市・町

・受診勧奨

指導・教室等の場の提供
(市町・病院等)

主治医にて再検査

(蛋白尿、尿潜血、クレアチン、尿蛋白/Cr 比、eGFR、
HbA1c など)

【腎臓専門医への紹介基準】

▼0.5g/gCr 以上または蛋白尿 2+以上
▼eGFR が 50ml/分/1.73 m²未満
※70歳以上は eGFR : 40ml/分/1.73 m²未満
▼尿蛋白と尿潜血がともに陽性 (+以上)
のいずれかに該当する

紹介基準に該当しない

紹介基準に該当する

主治医
(かかりつけ医)

診療情報提供書

診療情報提供書

CKD ステージ G1~G3b
まではかかりつけ医で
治療
※必要に応じて腎臓
専門医へ

腎臓専門医
(腎生検も含めた精検と治療)

【紹介先】

雲南市立病院
島根大学附属病院、県立中央病院
松江赤十字病院、松江生協病院
平成記念病院 (腎生検なし)

主治医 (かかりつけ医)

※将来的には、腎臓専門医から結果が市町に報告してもらえる仕組みを検討する。

対策別保健事業年次推移

対策	事業名	担当	事業目的	事業概要	対象者	方法	実施計画					
							H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
生活習慣病予防対策	生活習慣病予防の周知・啓発(広報)	健康推進課・健康づくり政策課	生活習慣病の実態、予防について広く周知・啓発を行い、市民全体の健康リスクを下げる	周知・啓発活動	雲南市民全体 特定健診対象者	市報・告知放送・文字放送・ケーブルテレビ・ポスター掲示・懸垂幕等						
	健康教育・相談事業	健康推進課	健康教育・相談を通じ、生活習慣病の発症を予防する	教育活動	雲南市民全体 特定健診対象者	出前健康教室等						
	特定健診事後フォロー教室「まめうん講座」	健康推進課	生活習慣病の予防方法を具体的に学ぶことができる	メタボリックシンドローム改善のための方法を学ぶ	動機づけ支援該当者等	食事と運動の2回を1コースとし年数回開催						
	雲南市立病院 特定健診事後フォローアップ教室	雲南市立病院	生活習慣病の予防方法を具体的に学ぶことができる	メタボリックシンドローム改善のための方法を学ぶ	積極的支援該当者等	年2回実施						
特定健診受診率向上対策	個別受診勧奨	健康推進課	個別通知による健診受診勧奨を行い、健診受診につなげる	全対象者に個別に受診勧奨を行う	特定健診対象者	個別通知						
	40歳・50歳受診勧奨(新規受診者の開拓)	健康推進課・健康づくり政策課・市民生活課	個別通知・電話・訪問により健診受診勧奨を行い、健診受診につなげる	・年度初めの個別通知 ・スピード健診の通知・電話・訪問	40歳・50歳の特定健診対象者	個別通知・電話・訪問	2,500	2,800	3,200	3,500	3,800	4,100
	国保加入時の受診勧奨(新規受診者の開拓)	市民生活課	国保加入時に健診受診勧奨を行い、健診受診につなげる	国保加入手続きの際に、受診勧奨を行う	国保加入者	窓口にてチラシ、成人健診のしおりの配布により受診勧奨する		100	100	100	100	100
	不定期受診者への働きかけ(継続受診への移行)	健康推進課	不定期受診者が健診の必要性を理解し、継続受診につながる	不定期受診者への継続受診のための受診勧奨を行う	特定健診受診者で不定期受診の者	集団特定健診当日の保健指導にて、保健師より説明 個別特定健診は医療機関より促す	100	80	60	40	20	10
	継続未受診者への受診勧奨	健康推進課・健康づくり政策課	継続未受診者へ特定健診及び生活習慣病予防教室を周知し、健診受診勧奨につなげる	個別通知し受診勧奨を行う	3年以上特定健診未受診者	・個別通知 ・受診者にはインセンティブを付与	50	50	評価・検証 50			
	人間(脳)ドック利用助成	健康推進課	人間(脳)ドックの利用を促進することで、受診率向上につなげる	人間(脳)ドック受診者への費用助成	人間(脳)ドック受診者	人間(脳)ドック費用助成						
	健診結果情報提供事業	健康推進課	他法令等で実施した雲南市国保特定健診対象者の健診結果を収集し、受診率向上につなげる	事業所や医療機関、個人より健診結果を収集する	特定健診未受診者	受診券送付時にアンケートにより確認した職場健診受診予定者に結果提供を依頼する	100	100	100	100	100	100
	健診自己負担の無料化	健康推進課	健診自己負担の無料化により魅力ある健診を整備し受診率向上につなげる	健診自己負担無料	特定健診対象者	健診自己負担無料						
	検査項目の追加	健康推進課	健診検査項目の追加により魅力ある健診を整備し受診率向上につなげる	オプションによる検査項目の追加 島根大学との連携による検査項目の追加	集団特定健診受診者	オプションによる検査項目の追加 島根大学との連携による検査項目の追加	内部または大学と協議					
	がん検診との同日実施	健康推進課	がん検診を同一会場、同日実施とすることで受診しやすい体制を整備し受診率向上につなげる	がん検診の同一会場、同日実施できる健診日の設定	特定健診対象者	がん検診の同一会場、同日実施						
スピード特定健診の実施	健康推進課	休日等に健診を実施し、健診機会の拡大を図り、受診率向上につなげる	休日のオプション検査なしの集団健診の実施	特定健診未受診者	休日健診の案内送付及び健診実施							

対策	事業名	担当	事業目的	事業概要	対象者	方法	実施計画						
							H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度	
	精密検査受診勧奨	健康推進課	精密検査の受診勧奨を実施し、未受診者を減らす	・健診当日受診勧奨 ・未受診者へは再度の受診勧奨	精密検査該当者 精密検査未受診者	健診当日受診勧奨 未受診者へは勧奨通知	→						
	成人健診のしおりの活用	健康推進課・健康づくり政策課・市民生活課	成人健診のしおりを活用し健診機会を周知し受診率向上につなげる	全世帯へ成人健診のしおりを配布し、特定健診、人間(脳)ドック受診勧奨を行う	雲南市民全体	全戸配布	→						
	医療機関との連携強化	健康推進課・健康づくり政策課・市民生活課	かかりつけ医を通じた受診勧奨により受診率向上につなげる	市の健康課題等を共有し、健診受診の勧奨を依頼する	市内特定健診実施医療機関	保健医療懇談会の開催 医療機関訪問による健診受診勧奨チラシの配布	→						
							50	50	50	50	50	50	
特定保健指導実施率向上対策	特定保健指導の周知	健康推進課	特定保健指導のスムーズな実施	特定健診の周知の際には、特定保健指導の実施についてあわせて周知を図る。	特定健診対象者	成人健診のしおりの周知の際に周知を図る	→						
	動機づけ支援該当者(集団健診)への特定保健指導	健康推進課	動機づけ支援対象者を重点として実施率向上を図る	特定保健指導(動機づけ支援)の実施	動機づけ支援該当者	・直営による実施 ・雲南市立病院委託(一部)	→						
	積極的支援該当者(集団健診)への特定保健指導	健康推進課	積極的支援対象者を重点として実施率向上を図る	特定保健指導(積極的支援)の実施	積極的支援該当者	雲南市立病院委託による実施	→						
	動機づけ支援該当者への利用勧奨(個別健診)	健康推進課	該当者へ利用勧奨を行い、利用につなげる	健診実施医療機関での利用勧奨	動機づけ支援該当者	特定保健指導チラシの配布により勧奨	→						
	積極的支援該当者への利用勧奨(個別健診)	健康推進課	該当者へ利用勧奨を行い、利用につなげる	健診実施医療機関での利用勧奨	積極的支援該当者	特定保健指導チラシの配布より勧奨	→						
	個人の健康づくり行動による重症化予防	健康づくり政策課・健康推進課	個人の健康づくり行動の継続を支援し、重症化を防ぐ	健康づくりの成果として健康指標の改善を評価し、個人の健康づくりを支援する	特定保健指導後翌年の検査値が改善した者	特定保健指導後健康行動の実践により検査値が改善した者に対し、さらに健康行動が定着するよう支援	→ 評価・検証						
重症化予防対策	高血圧・糖尿病・慢性腎臓病の重症化予防	健康推進課	コントロール不良の改善による、脳卒中発症、糖尿病合併症の予防と人工透析へ移行させない	集団ならびに個別特定健診にて、コントロール不良者への保健指導の実施	コントロール不良者	集団特定健診当日に生活改善指導及び健康手帳の活用と継続受診指導 個別特定健診においては、医療機関へ健診事後フォローの適正運用への協力を依頼	→						
	糖尿病・慢性腎臓病重症化予防対策	健康推進課・健康づくり政策課	健診医と腎臓・糖尿病専門医が連携するなど、重症化予防を図り、人工透析へ移行させない	雲南圏域版CKDフォロー体制の適正運用	雲南圏域版CKDフォロー体制に準ずる	「雲南圏域国保特定健診CKDフォロー体制」に基づき、市の重症化予防対策を構築する	医師会との検討	運用開始	→				
	健康講演会	健康推進課	糖尿病腎症重症化予防の啓発	腎臓専門医による講演会と希望者への個別相談の実施	講演会:市民(特に特定健診結果よりフォロー基準の該当者へは積極的に参加を促す) 個別相談:フォロー基準の該当者	健康づくり自主グループ「健康すてっぷ」と協働で開催 講演会は年1回	→						
その他	ジェネリック医薬品の利用促進	市民生活課	ジェネリック医薬品の使用促進を図るとともに、医療費の削減につなげる	ジェネリック医薬品の利用促進	毎年5月診療月～8月診療月の4か月の調剤レセプトから、上位5%の者	年4回、対象者へ差額通知を送付し、対象者がジェネリック医薬品に切り替わっているか確認する	→						

第6章 保健事業実施計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画に掲げた短期的な目標及び個別の保健事業の目標（アウトカム、アウトプット）について、毎年度評価を行い（翌年度5月以降）、経年変化の推移、国・県・同規模保険者との比較を行うとともに、目標との乖離を把握して、次年度の取り組みに活かすよう努める。また、中間時点には、評価指標に加え、中長期的な目標について、進捗確認及び中間評価を行う（2020（平成32）年度5月）。

本計画の最終年度となる2023（平成35）年度には、計画に掲げた目標の達成状況の評価を行う。

また、次期計画策定を円滑に行うため、2023（平成35）年度上半期に仮評価も行うこととする。

2. 評価方法・体制

（1）評価方法

評価の対象となる評価指標の取得については、KDBシステムの活用を基本とし Focus システム、健診データ、レセプトデータ、国への法定報告^{*29}等を活用する。

評価指標は、以下のとおり。

①脳血管疾患、虚血性心疾患の年齢調整死亡率、②糖尿病性腎症の発症数、③国民健康保険1人当たりの医療費、④特定健診受診率・特定保健指導の実施率、⑤高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドロームの該当者・予備群人数、⑥生活習慣病予防教室の特定保健指導対象者の参加数、⑦教室参加者の改善率、⑧健康教育・健康相談の実施率（人口に対して）、⑨生活習慣項目（飲酒、睡眠、咀嚼、喫煙、塩分摂取、食習慣、身体活動）、⑩糖尿病の年齢調整有病率、⑪特定健診有所見者状況標準化比、⑫3年以上の継続未受診者数、⑬40代の受診者率、⑭精密検査未受診者数、⑮継続受診者数、⑯特定保健指導初回面接実施率、⑰特定健診指導対象者数、⑱集団特定健診でのハイリスク者保健指導実施率、⑲要介護認定率、⑳ジェネリック上位5%対象者への通知率、㉑ジェネリック医薬品普及率、㉒「雲南圏域国保特定健診CKDフォロー体制」に基づくフォロー率、㉓精密検査受診率、㉔精密検査未受診者へのフォロー率、㉕医療機関への報告率、㉖慢性腎臓病（CKD）フォロー該当者への講演会・個別相談会への参加率、㉗管理不十分者への対応率、㉘糖尿病性腎症による新規人工透析者数

（2）評価体制

評価にあたっては、国保部局と関係部局の課長で構成する雲南市データヘルス計画策定会議、担当者で構成する作業部会において評価分析を行い、評価する会議体に外部有識者も参加してもらい、指導・助言を受けるものとする。

（3）計画の見直し

毎年度評価や中間評価の評価結果、評価する会議体での意見・助言を踏まえ、計画が実態に即した効果的なものとなるよう、必要に応じて内容の見直しを行う。また、目標の達成状況や事業の実施状況等を把握し、PDCAサイクルに沿って翌年度事業を効率的・効果

的に事業展開できるよう努める。最終年度の評価結果に基づき、本計画の目標設定、個別の保健事業等を見直し、次期計画へ反映させる。

第7章 保健事業実施計画の公表・周知

策定した計画は、市の広報誌やホームページ等に掲載し広く市民に周知する。（ホームページには計画全文を掲載する。）また、医師会や歯科医師会など関係機関等にも周知・配布する。

第8章 個人情報の取扱い

KDBシステムやFocusシステムを活用する場合は、健診結果やレセプトデータ情報を突合し加工するなどした統計情報と、健診結果やレセプト内の個別の個人情報とが存在する。後者における個人情報の取り扱いについては、「個人情報の保護に関する法律」（2003（平成15）年法律第57号）及び「雲南市個人情報保護条例」（2004（平成16）年条例第16号）により慎重に取り扱うこととする。

また、分析等を外部機関に委託する場合は、健診結果やレセプトデータ等を当該事業者に渡す際、すべてのデータについて統計処理を行い個人情報でない統計情報として渡すものとする。

第9章 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項

雲南市の高齢化率は37.04%（2017（平成29）年4月1日現在）と全国に比べ高い割合であり、今後医療や介護の需要がますます増加することが見込まれる。誰もが、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けられるよう、住まい、医療、介護、予防、生活支援を一体的に提供できる地域包括ケアシステムの構築の実現に向け、庁内の関係部局や庁舎外の関係機関による協議を進める（下記の図参照）。

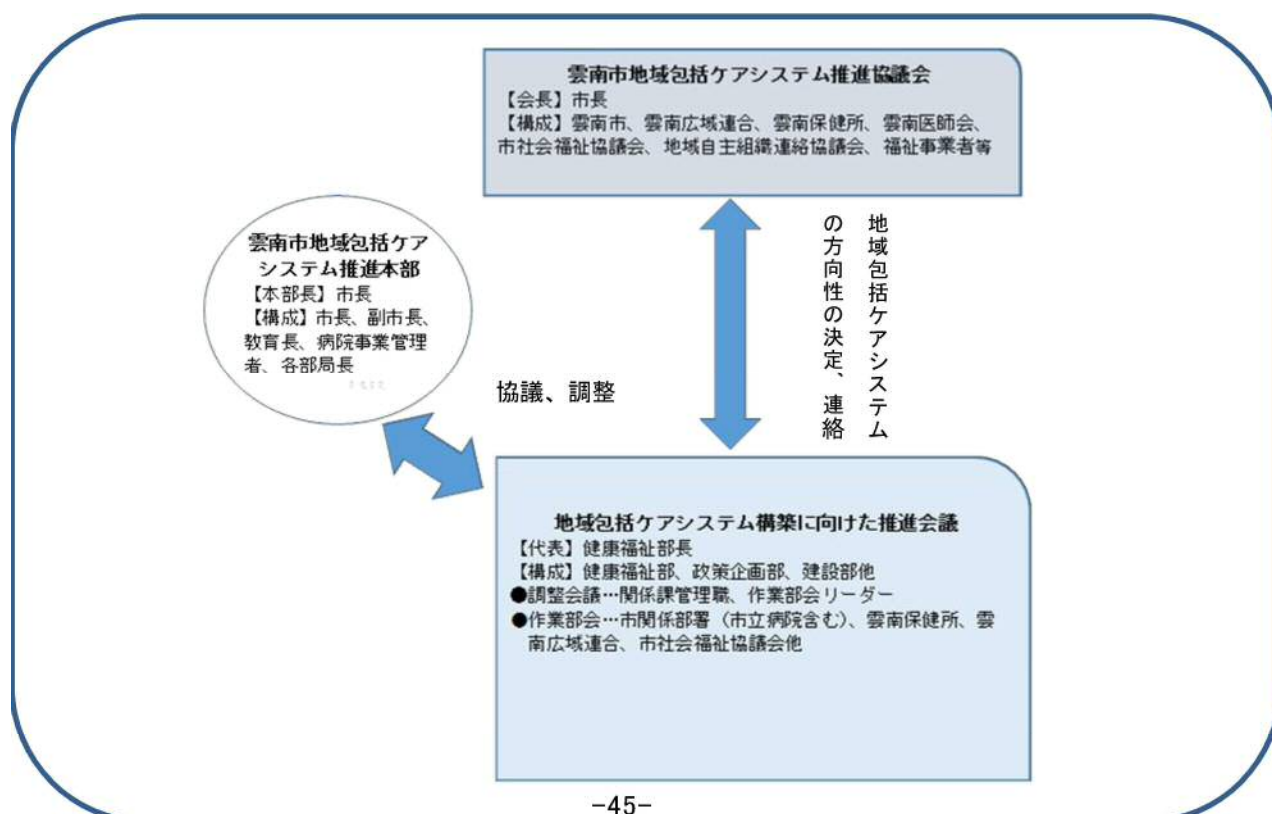
引き続き、行政や医療機関・介護保険関連事業所はもとより、地域自主組織・民間団体・ボランティア団体・生活支援コーディネーター※³¹等、多職種・多機関の連携・協働により一体的かつ継続的な取り組みを進め、地域包括ケアの推進を図ることとし、次の取り組みを実施する。

①地域で市民を支える連携の促進

医療、介護、福祉分野、地域自主組織をはじめとする地域の関係組織等との連携を強化し、地域ケア会議等において課題やニーズを把握し、課題解決のための取り組みについて検討する。また、庁舎内での部局横断的な推進会議、庁舎外との地域包括ケアシステム推進協議会を開催し、医療・介護・予防・住まい・生活支援など暮らし全般を支える仕組みについて検討する。

②健康課題の分析と事業実施

KDB データなどを活用してハイリスク群・予備群等のターゲット層を性別・年齢階層ごとに抽出するとともに、地域ごとに行う地域診断からみえる課題について関係者と共有し取り組みを検討する。また、地域レベルでの健康意識の向上のため、健康課題を提示するとともに地域が主体的に健康づくり、介護予防に取り組めるよう支援を行う。



第10章 第3期雲南市特定健診等実施計画

1. 計画策定にむけた整理

(1) 特徴

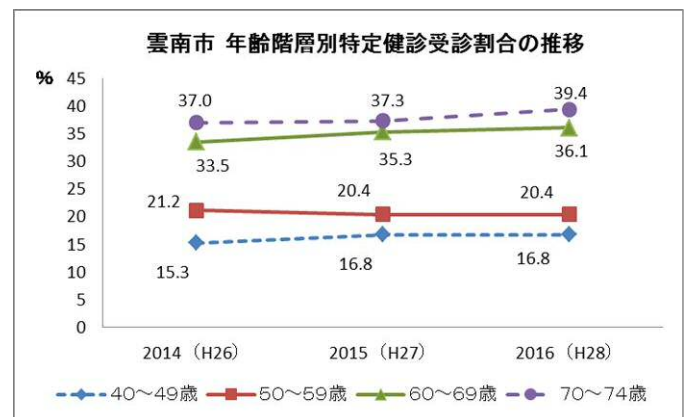
①特定健診・特定保健指導の状況

ア. 特定健康診査の状況

2016（平成28）年度は特定健診受診率35.8%と前年に比べ増加したが、依然県内保険者の中では低い状況にある（平成28年度は暫定値）。対象者が減少する中、受診者数は横ばいで推移しているが、年齢階層別の受診割合を見ると、年齢が若いほど受診率が低く、60歳代以上は30%を超えているが、50歳代は20%、40歳代は10%台の受診率にとどまっている。

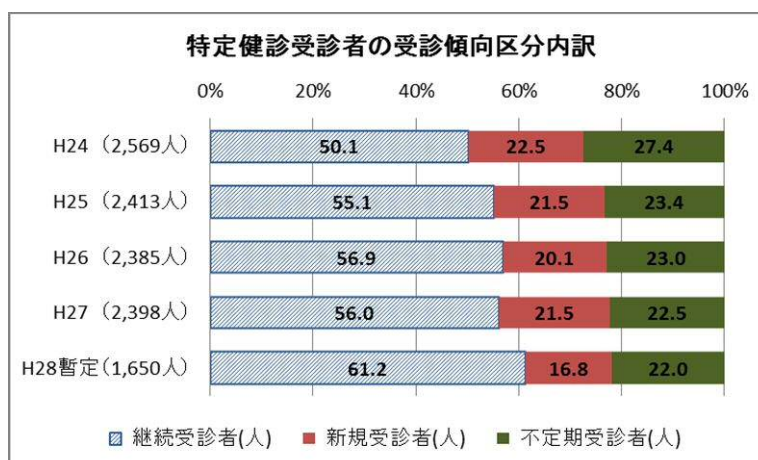


< 出典 法定報告 >



< 出典 Focus システム >

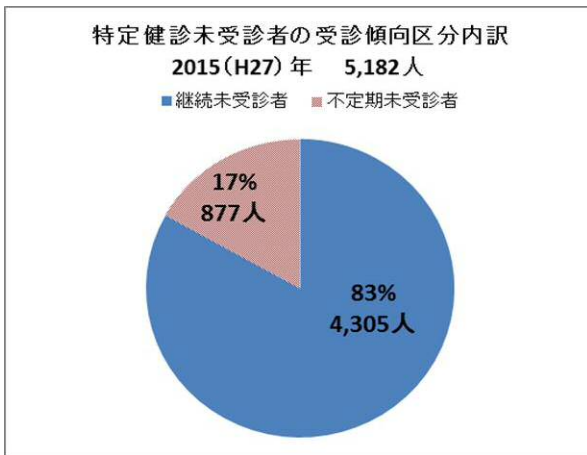
特定健診受診者のうち、受診歴のあるもの（継続受診者・不定期受診者）と新規受診者の内訳を見ると、2016（平成28）年度は継続受診者61.2%、新規受診者16.8%、不定期受診者が22.0%であった。経年で見ると継続受診者は増加し、新規受診者、不定期受診者は減少している。



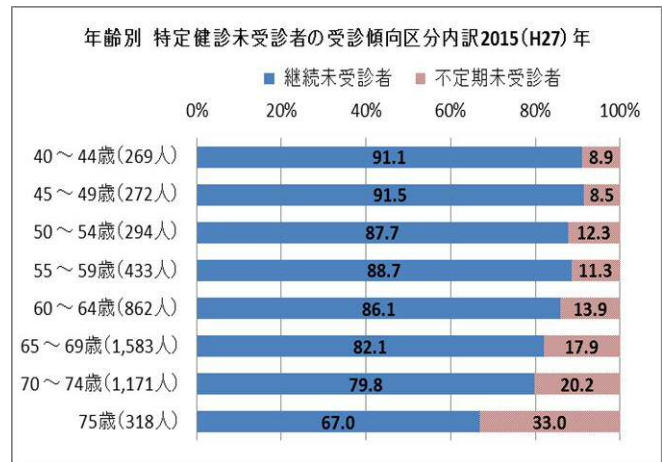
< 出典 KDB システム >

2015（平成27）年度の特定健診未受診者に占める継続未受診者の割合は83%を超え、健

診を受けない人の大多数が継続未受診となっている。さらに年齢別に見ると、40代では、継続未受診者の割合は90%を超えており、未受診者対策が重要である。



<出典 KDB システム>



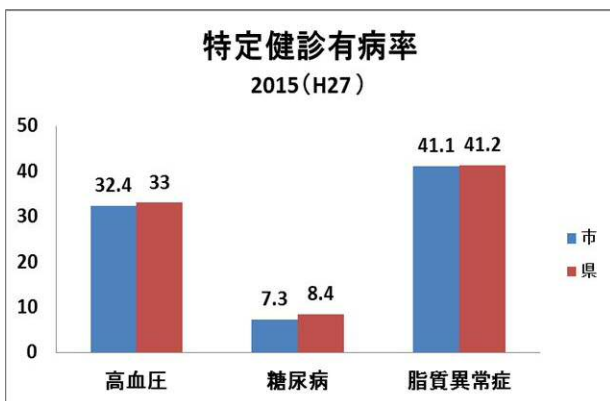
<出典 KDB システム>

用語の定義 [継続受診者] 直近3年連続で特定健診を受診している者
 [新規受診者] 過去特定健診未受診者で、初めて特定健診を受診した者(過去3年で判定)
 [不定期受診者] 直近に特定健診を受診しており、過去2年間で1度でも受診している者
 [継続未受診者] 直近3年連続で特定健診未受診の者
 [不定期未受診者] 直近年に特定健診未受診で、過去2年間で1度でも受診している者

・2015(平成27)年度特定健診受診者の有所見状況

受診者の有病率は高血圧が32.4%、糖尿病7.3%、脂質異常症41.1%であり、高血圧と脂質異常症の有病率が高いが、いずれも県平均より低い。有病者のうち服薬の有無に関わらずコントロール不良の方もあり、適切な生活改善、治療が重要である。

女性はやせ型が多く、男性は肥満が多い傾向(年齢調整あり)にあり、特に、40歳～54歳の若い男性に肥満の者が多かった。男性でメタボリックシンドローム該当者及び予備群の者は、女性の2倍の人数であった。



服薬の有無別 要医療者の割合

	収縮期血圧		HbA1c	
	140mmHg	160mmHg	6.5	7
服薬あり	27.5%	17.2%	69.4%	50.5%
服薬なし	17.7%	17.9%	4.5%	37.6%

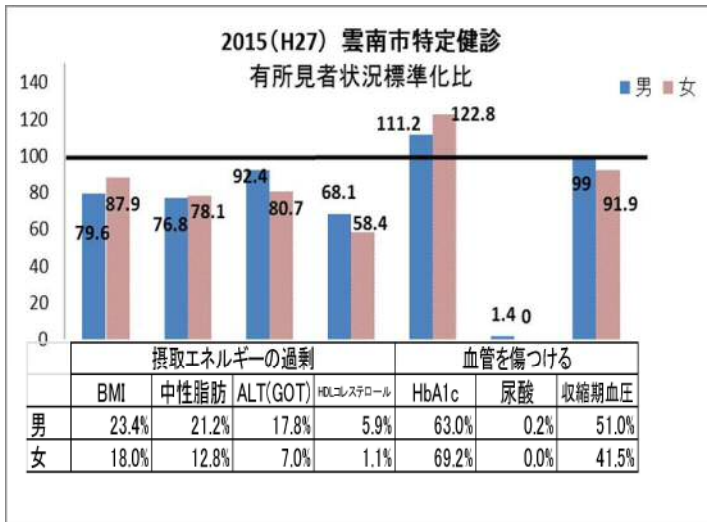
BMI 肥満区分

	肥満 I～III	やせ型
男性	28.8%	14.3%
女性	4.6%	18.5%

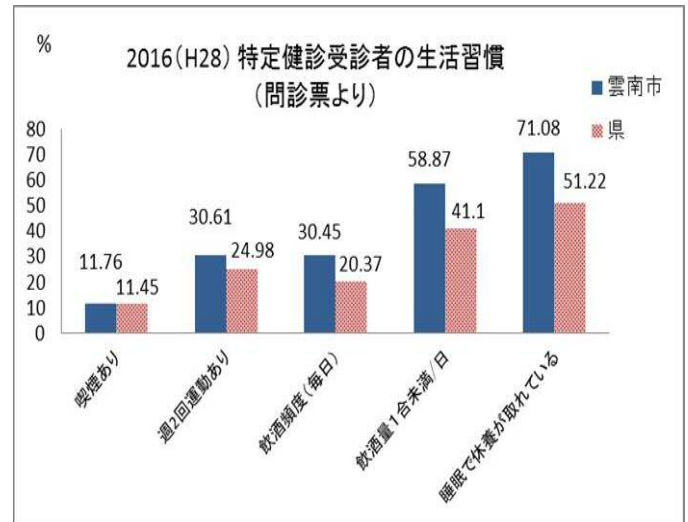
<出典 市町村国保健康診査等結果データ>

2015（平成 27）年度の特定健診結果を男女別に年齢調整して全国と比較・分析した結果、男女ともに異常値を示す割合は全国に比べ少ないものの、血糖コントロール値（HbA1c 5.6%以上）で異常値を示す割合は全国より多い。

2016（平成 28）年度の生活習慣を見ると、毎日飲酒している人は、県より 10 ポイント高いが、睡眠で休養が取れている人の割合は 20 ポイント高い。



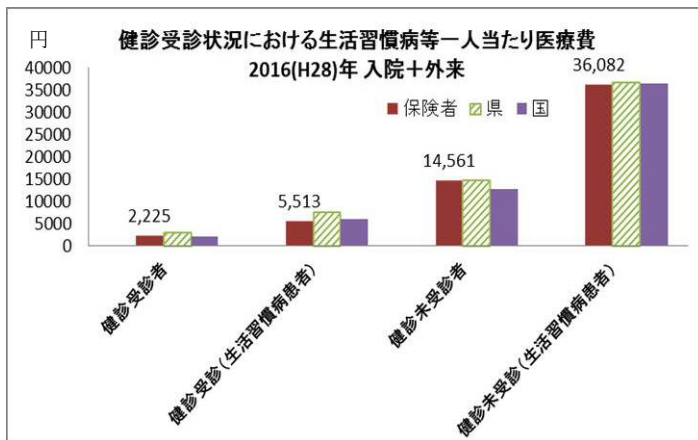
< 出典 KDB システム >



< 出典 Focus システム >

イ. 特定健診受診状況と医療機関受療状況

健診受診状況別に医療費を見ると、健診受診者の 1 人当たりの医療費は未受診者と比較すると低い状況にある。生活習慣病医療費で見ると、受診者と未受診者では明らかな医療費の差がある。さらに、経年の推移を見ると健診未受診者の 1 人当たり医療費は上昇傾向にあり、健診受診率をあげ、病気を早期に発見し、生活改善・治療を行うことで重症化予防・医療費の抑制が期待できる。



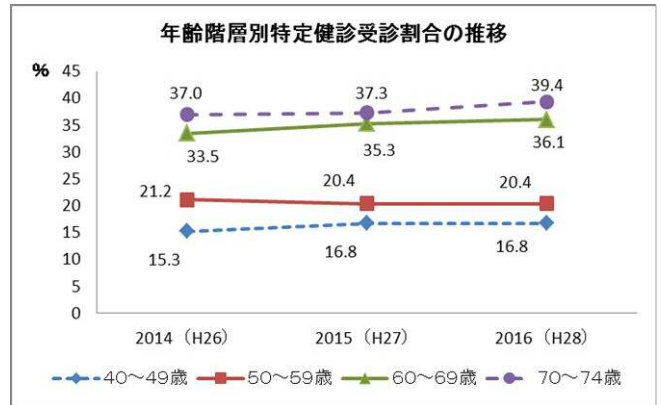
< 出典 KDB システム >

ウ. 特定保健指導の状況

特定保健指導実施率は、2013（平成 25）年までは島根県平均を上回っていたが、2015（平成 27）年度は県平均を大きく下回った。特定保健指導の利用率が低く、拒否も多いため、修了者の割合が低い。年齢階層別に特定保健指導対象者への実施率を見ると、2016（平成 28）年度では、60 歳以上の実施率が高い。



< 出典 法定報告 >



< 出典 : Focus システム >

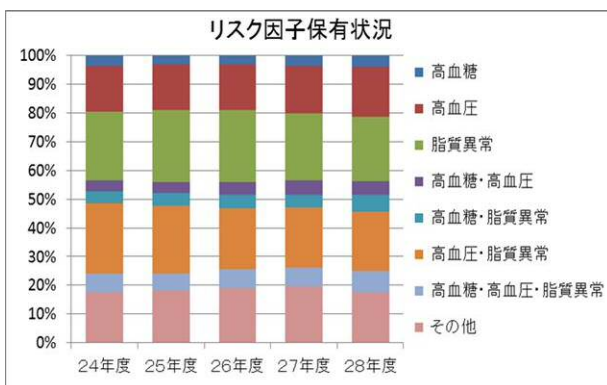
2015（平成 27）年度特定保健指導実施状況 < 出典 特定健診システム >

	動機付け支援			積極的支援		
	対象者	利用者	終了者	対象者	利用者	終了者
男性	116 人	7 人	7 人	40 人	6 人	1 人
女性	50 人	5 人	4 人	7 人	0 人	0 人
総数	166 人	12 人	11 人	47 人	6 人	1 人

エ. 特定健診等から見るリスク因子保有状況

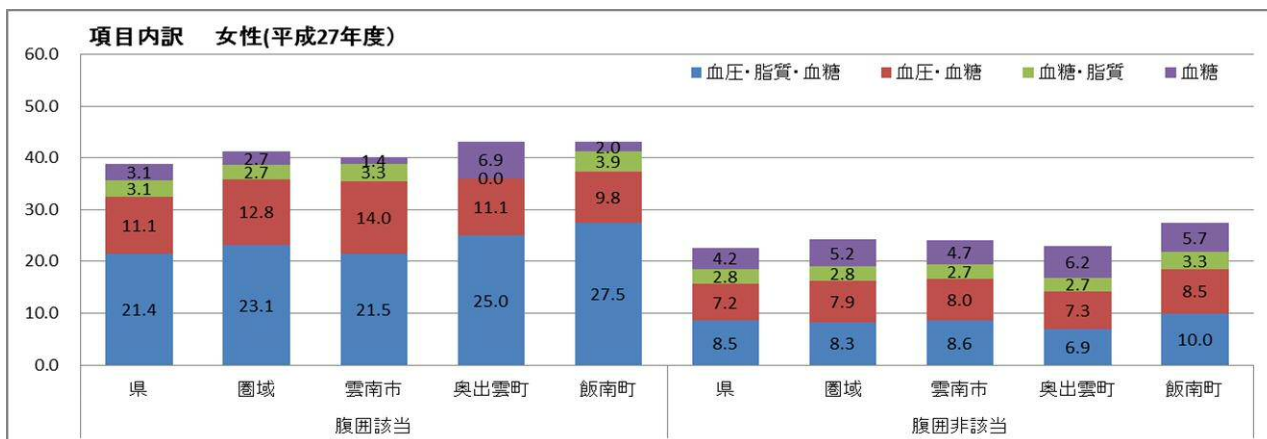
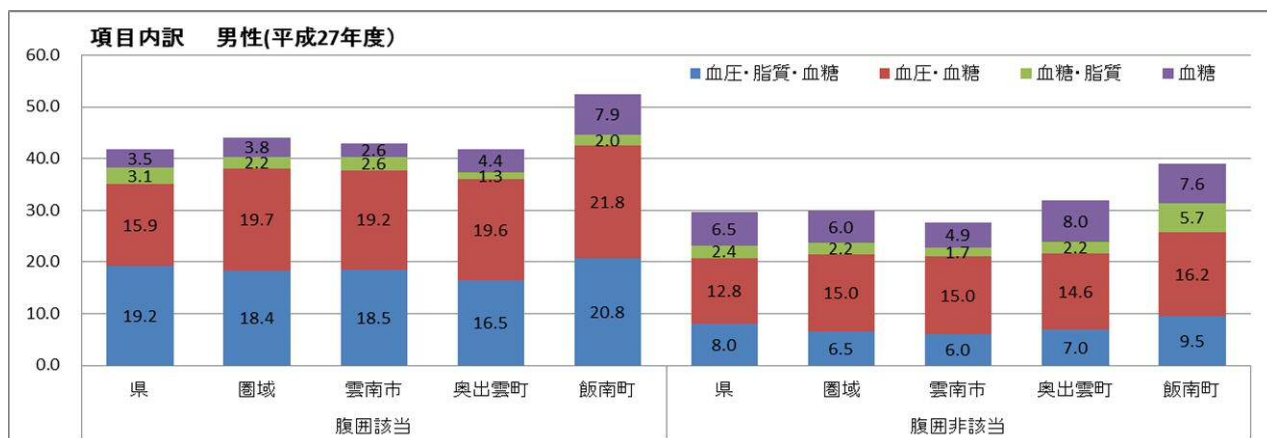
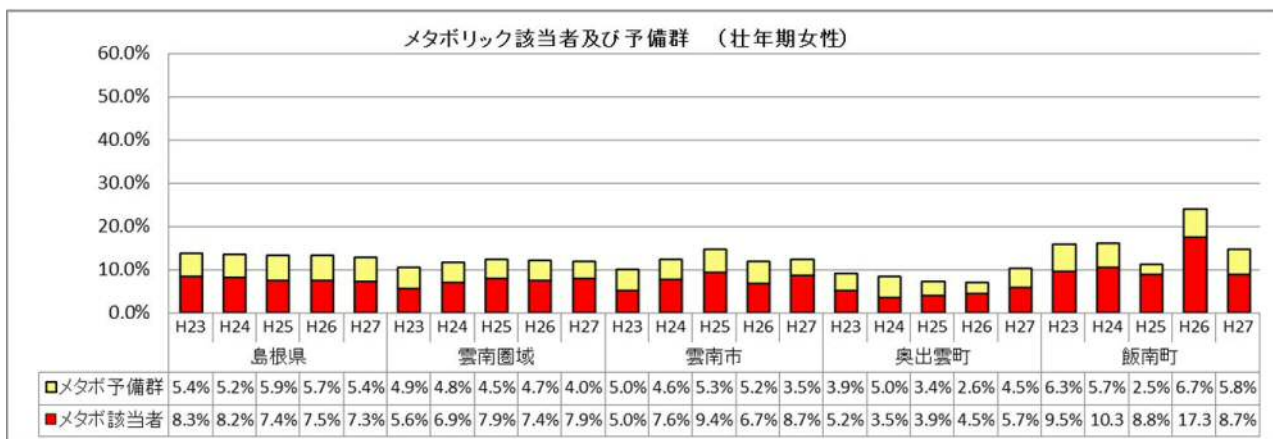
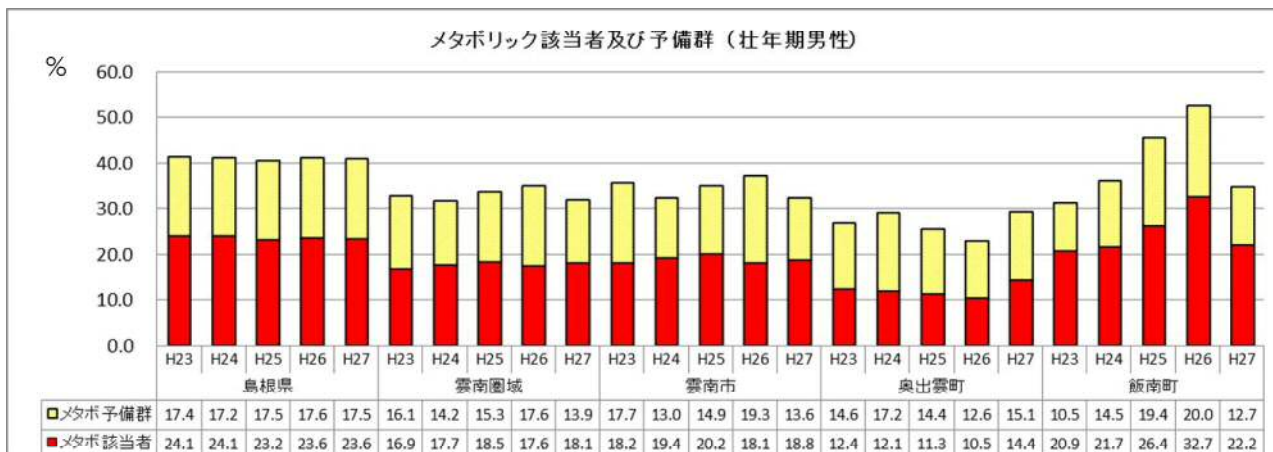
特定健診受診者のリスク因子をみると、「脂質異常」「高血圧・脂質異常」が多い。また、リスク保有者の 68%は非肥満者であった。

●2016（平成 28）年度リスク因子別非肥満者の状況



リスク因子	総数 (人)	肥満 (人)	非肥満	
			(人)	対総数 (%)
高血糖	95	26	69	73
高血圧	423	122	301	71
脂質異常	541	134	407	75
高血糖・高血圧	113	57	56	50
高血糖・脂質異常	146	68	78	53
高血圧・脂質異常	499	204	295	59
高血糖・高血圧・脂質異常	177	83	94	53
その他	429	70	359	84
全て	2,423	764	1,659	68

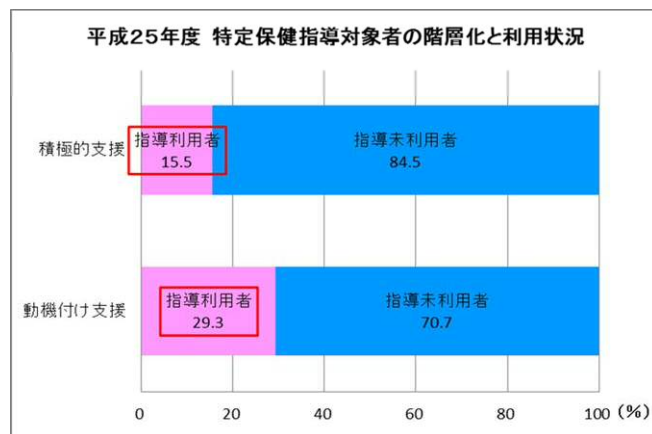
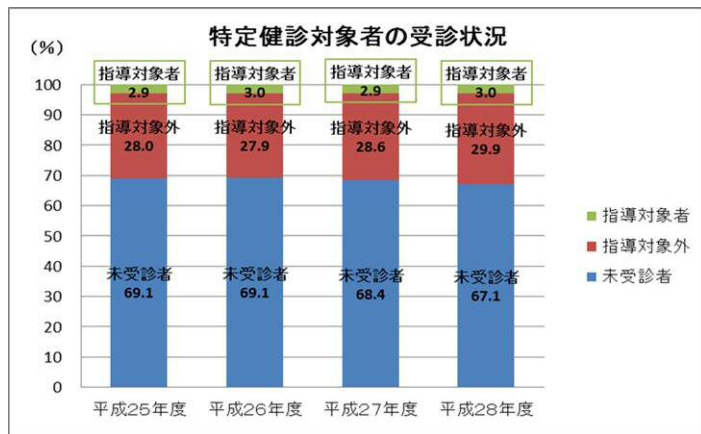
< 出典 : Focus システム >



＜出典：市町村国保特定健康診査等結果データ＞

特定健診受診者（指導対象+指導対象外）の割合は、ほぼ変わりなく推移している。

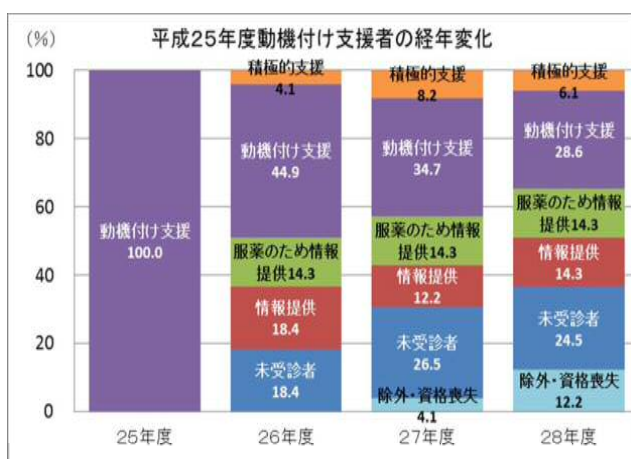
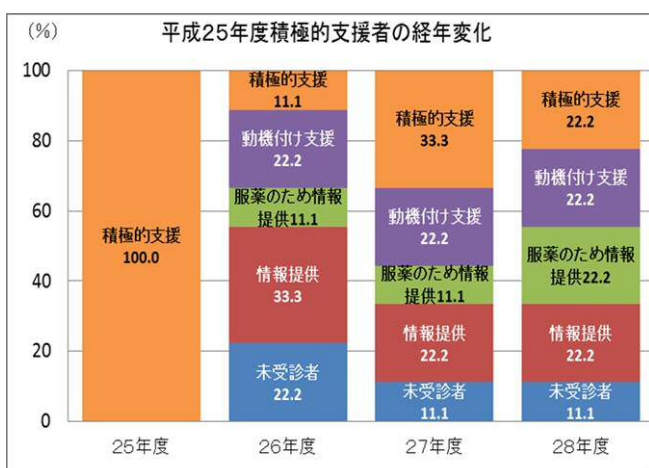
2013（平成25）年度の特定保健指導対象者を階層化すると、積極的支援58人、動機付け支援167人であった。そのうち、指導利用者は、積極的支援9人（15.5%）、動機付け支援49人（29.3%）あった。指導未利用者は積極的支援49人（84.5%）、動機付け支援118人（70.7%）であった。



< 出典 島根県国民健康保険団体連合会「雲南市における医療費等の状況」 >

2013（平成25）年度の積極的支援利用者9人を対象に、2014（平成26）年度～2016（平成28）年度の特定健診結果を階層化すると、積極的支援は1人～3人に留まり、その他は、動機付け支援以下となっていた。同様に動機付け支援利用者49人の状況を見ると2人～4人は積極的支援となったが、その他は、動機付け支援以下となっており、特定保健指導は利用者の健康状態の改善に効果があったと考えられる。

なお、積極的支援利用者、動機付け支援利用者ともに、未受診者が10%～25%程度みられた。



< 出典 島根県国民健康保険団体連合会「雲南市における医療費等の状況」 >

(2) メタボリックシンドロームの該当者・予備群減少率

2008（平成 20）年度の減少率が 24.0%に対し、2014（平成 26）年度は 20.3%と、この間 3.7 ポイント減少している。

(3) 第 2 期特定健診等実施計画期間（2013（平成 25）年～2017（平成 29）年）における課題等

①特定健診受診率向上

- ・特定健診受診率は低迷しており、国の定める目標値（60%）よりも低い。
- ・特定健診受診率は、年齢階層別に見ると特に 40 歳代、50 歳代が低い。
- ・継続受診者が増加する一方で、特定健診未受診者の 80%以上は 3 年間継続未受診者で占めている。

⇒特定健診受診率を向上するためには、40 歳代・50 歳代の受診勧奨を強化することで、早い時期からの健診受診行動の習慣化につなげることが重要である。また、継続未受診者への確実な情報提供に併せ、特定健診受診者への継続受診の働きかけも重要である。

②特定保健指導実施率向上

- ・特定保健指導実施率は国の定める目標値（60%）より低い状況である。
- ・特定保健指導実施率を年齢階層別で見ると 40 歳代、50 歳代の実施率が 10%～20%台と低い。
- ・特定保健指導利用者のうち、翌年の特定健診の未受診者が 10%～25%程度見られ、改善状況が確認できてない。
- ・特定保健指導利用者のうち、積極的支援者は約 5 割、動機付け支援者は約 2 割に改善がみられた。

⇒特定保健指導の実施率を向上させるためには、タイムリーに実施できる体制整備と医療機関と連携した利用勧奨が重要である。

2. 目標

(1) 特定健診等基本方針における目標値の把握

特定健診の基本指針において、設定すべき2つの目標と2023（平成35）年度時点における目標値を掲げているので、その値を踏まえて設定する。

①特定健診対象者数の見直し

雲南市被保険者数推計し、特定健診対象者を次のとおり見込む。

	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
対象者	6,660人	6,475人	6,319人	6,187人	6,082人	5,997人

年齢階層別男女別被保険者数の伸び

年齢階層	平成27年度		平成28年度				平成29年度				平均伸び率	
	被保険者数		被保険者数		対前年伸び率		被保険者数		対前年伸び率			
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
0-4歳	60	41	50	35	83.3%	85.4%	49	33	98.0%	94.3%	90.7%	89.8%
5-9歳	56	64	49	53	87.5%	82.8%	43	48	87.8%	90.6%	87.6%	86.7%
10-14歳	97	81	99	61	102.1%	75.3%	71	48	71.7%	78.7%	86.9%	77.0%
15-19歳	116	117	110	109	94.8%	93.2%	112	91	101.8%	83.5%	98.3%	88.3%
20-24歳	94	90	70	84	74.5%	93.3%	55	80	78.6%	95.2%	76.5%	94.3%
25-29歳	86	98	75	72	87.2%	73.5%	60	52	80.0%	72.2%	83.6%	72.8%
30-34歳	131	108	115	124	87.8%	114.8%	98	106	85.2%	85.5%	86.5%	100.1%
35-39歳	153	118	160	101	104.6%	85.6%	145	104	90.6%	103.0%	97.6%	94.3%
40-44歳	192	147	178	130	92.7%	88.4%	159	110	89.3%	84.6%	91.0%	86.5%
45-49歳	167	138	156	134	93.4%	97.1%	158	140	101.3%	104.5%	97.3%	100.8%
50-54歳	196	163	202	143	103.1%	87.7%	179	131	88.6%	91.6%	95.8%	89.7%
55-59歳	322	302	298	256	92.5%	84.8%	257	223	86.2%	87.1%	89.4%	85.9%
60-64歳	737	710	650	636	88.2%	89.6%	563	554	86.6%	87.1%	87.4%	88.3%
65-69歳	1,218	1,139	1,338	1,234	109.9%	108.3%	1,316	1,178	98.4%	95.5%	104.1%	101.9%
70-74歳	965	1,049	887	970	91.9%	92.5%	925	985	104.3%	101.5%	98.1%	97.0%
小計(40-74歳)	3,797	3,648	3,709	3,503	97.7%	96.0%	3,557	3,321	95.9%	94.8%	96.8%	95.4%
合計	4,590	4,365	4,437	4,142	96.7%	94.9%	4,190	3,883	94.4%	93.7%	95.5%	94.3%

年齢階層別男女別被保険者数推計

年齢階層	平成30年度			平成31年度			平成32年度			平成33年度			平成34年度			平成35年度		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
0-4歳	44	30	74	40	27	67	36	24	60	33	22	55	30	20	50	27	18	45
5-9歳	38	42	80	33	36	69	29	31	60	25	27	52	22	23	45	19	20	39
10-14歳	62	37	99	54	28	82	47	22	69	41	17	58	36	13	49	31	10	41
15-19歳	110	80	190	108	71	179	106	63	169	104	56	160	102	49	151	100	43	143
20-24歳	42	75	117	32	71	103	24	67	91	18	63	81	14	59	73	11	56	67
25-29歳	50	38	88	42	28	70	35	20	55	29	15	44	24	11	35	20	8	28
30-34歳	85	106	191	74	106	180	64	106	170	55	106	161	48	106	154	42	106	148
35-39歳	142	98	240	139	92	231	136	87	223	133	82	215	130	77	207	127	73	200
40-44歳	145	95	240	132	82	214	120	71	191	109	61	170	99	53	152	90	46	136
45-49歳	154	141	295	150	142	292	146	143	289	142	144	286	138	145	283	134	146	280
50-54歳	172	117	289	165	105	270	158	94	252	151	84	235	145	75	220	139	67	206
55-59歳	230	192	422	206	165	371	184	142	326	164	122	286	147	105	252	131	90	221
60-64歳	492	489	981	430	432	862	376	382	758	329	337	666	288	298	586	252	263	515
65-69歳	1,370	1,200	2,570	1,426	1,223	2,649	1,485	1,246	2,731	1,546	1,270	2,816	1,609	1,294	2,903	1,675	1,319	2,994
70-74歳	907	956	1,863	890	927	1,817	873	899	1,772	856	872	1,728	840	846	1,686	824	821	1,645
小計(40-74歳)	3,470	3,190	6,660	3,399	3,076	6,475	3,342	2,977	6,319	3,297	2,890	6,187	3,266	2,816	6,082	3,245	2,752	5,997
合計	4,043	3,696	7,739	3,921	3,535	7,456	3,819	3,397	7,216	3,735	3,278	7,013	3,672	3,174	6,846	3,622	3,086	6,708

※被保険者数推計＝前年度被保険者数×平均伸び率（小数点以下四捨五入）

②特定保健指導対象者の見通し

2018（平成 30）年度の特定保健指導対象者数は動機づけ支援 219 人、積極的支援 82 人と見込んだ。

特定保健指導者対象者数＝健診受診者数×対象者発生率(小数点第 2 を四捨五入)

対象者発生率は次のとおり、2016（平成 28）年度特定健診結果の数値を用いた。

男性	動機づけ支援	積極的支援	女性	動機づけ支援	積極的支援
40-64歳	7.80%	15.60%	40-64歳	1.90%	1.60%
65-74歳	10.40%	—	65-74歳	9.20%	—

階層化後の特定保健指導対象者数

年齢階層	動機づけ支援(人)			積極的支援(人)			計		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
40-44歳	5	1	6	9	1	10	14	2	16
45-49歳	5	1	6	10	1	11	15	2	17
50-54歳	5	1	6	11	1	12	16	2	18
55-59歳	7	1	8	14	1	15	21	2	23
60-64歳	15	4	19	31	3	34	46	7	53
65-69歳	57	44	101				57	44	101
70-74歳	38	35	73				38	35	73
計	132	87	219	75	7	82	207	94	301

※特定保健指導対象者数＝健診受診者数×対象者発生数(小数点第1を四捨五入)

③事業実施体制の見通し

前述の特定健診・特定保健指導の対象者にそれぞれの目標値を乗じ予定実施者数を設定する。

特定保健指導予定実施者数＝健診受診者数×対象者発生数×特定保健指導実施率

(小数点第 1 を四捨五入)

年齢階層	動機づけ支援(人)			積極的支援(人)			計		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
40-44歳	2	0	2	4	0	4	6	0	6
45-49歳	2	0	2	4	0	4	6	0	6
50-54歳	2	0	2	3	0	3	5	0	5
55-59歳	3	1	4	4	1	5	7	2	9
60-64歳	6	2	8	8	1	9	14	3	17
65-69歳	23	18	41				23	18	41
70-74歳	15	14	29				15	14	29
計	53	35	88	23	2	25	76	37	113

※特定保健指導対象者数＝健診受診者数×対象者発生数×特定保健指導実施率(小数点第1を四捨五入)

(2) 目標値の設定

①特定健診及び特定保健指導の実施率

厚生労働省は、各医療保険者別の目標を市町村国保に特定健診実施率 60%、特定保健指導の実施率 60%と求めている。雲南市は 2023（平成 35）年度の目標を特定健診実施率 60%、特定保健指導実施率 45%と定める。到達するまでの年次目標を次のとおり定める。

第 2 期特定健診等実施計画で実施率の高かった直営方式による特定保健指導の実施率を向上させるため、2018（平成 30）年度からは、雲南市立病院及び健康づくり拠点施設と連携した特定保健指導体制整備を行い、実施率を向上させる。

	H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
特定健診実施率	40%	45%	50%	53%	56%	60%
特定保健指導実施率	40%	40%	40%	45%	45%	45%

②メタボリックシンドロームの該当率及び予備群率の減少率

該当率の減少率及び予備群率の減少率は次のとおりとする。

第 2 期特定健診等実施計画で策定した、減少率を踏襲し 2023 (平成 35) 年度 ⇒ 25%減とする。

3. 特定健診等の対象者数

(1) 対象者の定義

①特定健診における対象者の定義

40 歳～74 歳となる雲南市国民健康保険加入者のうち、以下に該当する者を除く。

- 一 妊産婦
- 二 刑事施設、労役場その他これに準ずる施設に拘禁されている者
- 三 国内に住所を有しない者
- 四 船員保険の被保険者のうち相当な期間継続して船舶内にいる者
- 五 病院又は診療所に 6 か月以上継続して入院している者
- 六 高齢者の医療の確保に関する法律第 55 条第 1 項第 2 号から第 5 号までに規定する施設に入所又は入居している者（特別養護老人ホーム、老人保健施設、障がい者支援施設等の施設入所者）

②特定保健指導における対象者の定義

特定健診の結果、腹囲の他、血糖、血圧、脂質が初めて判定基準を上回る者のうち、糖尿病、高血圧症、または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者を除く。また、追加リスクの多少と喫煙歴の有無により動機づけ支援の対象者になるか積極的支援の対象者となるかを次の図表により決定する。

特定保健指導の対象者

腹囲	追加リスク			喫煙歴	対象	
	① 血糖	②脂質	③血圧		40 歳～64 歳	65 歳～74 歳
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2 つ以上該当			あり	積極的支援	動機づけ 支援
	1 つ該当					
上記以外で BMI ≥ 25	3 つ該当			あり	積極的支援	動機づけ 支援
	2 つ該当					
	1 つ該当					

(注)喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

※保健指導判定値

- ①血糖 空腹時血糖（やむを得ない場合は随時血糖）100mg/dl 以上
又は HbA1c の場合 5.6%以上
- ②脂質 中性脂肪 150mg/dl 以上又は HDL コレステロール 40mg/dl 未満
- ③血圧 収縮期血圧 130mmHg 以上又は拡張期血圧 85mmHg 以上

(2) 対象者の算定方法

①特定健診受診者数（見込み）

対象者は、雲南市国民健康保険加入者の減少率を、第2期特定健診等実施計画の実績値から、毎年度1%と見込み算出した。この数値に目標受診率を乗じて当年度の受診予定者数を見込んだ。

	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
対象者数	6,660人	6,475人	6,319人	6,187人	6,082人	5,997人
目標受診率	40%	45%	50%	53%	56%	60%
受診予定者数	2,664人	2,914人	3,160人	3,279人	3,406人	3,598人

②特定保健指導該当者数（見込み）

対象者は、上記の当年度の受診予定者数に対して、第2期特定健診等実施計画の実績値から内臓脂肪症候群該当者割合を20%、内臓脂肪症候群予備群該当者割合を11%と見込んだ。

受診予定者数	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
	2,664人	2,914人	3,160人	3,279人	3,406人	3,598人
内臓脂肪症候群該当者数（見込み）	533人	583人	632人	656人	681人	720人
内臓脂肪症候群予備群該当者数（見込み）	293人	320人	348人	361人	375人	396人

4. 特定健診等の実施方法

(1) 特定健診

①基本事項

ア. 実施場所

- ・集団特定健診（以下、集団健診という）

地区集団健診：各地区の健康福祉センター並びに交流センター

スピード健診：スポーツ活動施設や商業施設併設の大規模会議室等

*スピード健診とは、休日にも受けれるように完全予約制で待ち時間を短縮し、平日受診の難しい壮年期を主たるターゲットとして受診率向上の目的で実施する集団健診。後述する特定健診の実施項目のうち法定項目のみを実施する。

・個別特定健診（以下、個別健診という）

雲南市内の医療機関で「集合契約」を締結した医療機関。集合契約に参加していることが確認できる場合は島根県内の全ての医療機関で個別健診を実施することができる。

イ. 実施項目

基本的な健診の項目：問診、身体計測（身長・体重・BMI・腹囲）、身体診察、血圧、中性脂肪、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT（ γ -GTP）、空腹時血糖及びHbA1c（NGSP）、尿糖（半定量）、貧血、尿酸、尿蛋白（半定量）、クレアチニン、心電図検査（地区集団特定健診のみ）

詳細健診の実施：次の判定基準に該当する者のうち、医師が必要と認める者については、詳細な健診を実施する。

【判定基準】

貧血検査	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者
心電図検査	当該年度の特定健診の結果等において、収縮期血圧 140mmHg 以上もしくは拡張期血圧 90mmHg 以上又は問診等で不整脈が疑われる者
眼底検査	当該年度の特定健診の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 血圧：収縮期血圧 140mmHg 以上もしくは拡張期血圧 90mmHg 以上 血糖：空腹時血糖が 126mg/dl 以上、HbA1c 6.5%以上又は 随時血糖値が 126mg/dl 以上 ※ただし当該年度の特定健診の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することが出来ない場合においては、前年度の特定健診の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む
血清クレアチニン検査	当該年度の特定健診の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 血圧：収縮期血圧 130mmHg 以上もしくは拡張期血圧 85mmHg 以上 血糖：空腹時血糖が 100mg/dl 以上、HbA1c 5.6%以上又は 随時血糖値が 100mg/dl 以上

その他、医師の判定にかかわらず、受診者が希望した際にオプション検査として次の項目を追加することができる。ただし、オプション検査を追加できる方式は地区集団健診と個別健診（人間ドック含む）とする。

追加項目：心電図、眼底（両眼）、PSA（男性のみ）、ペプシノゲン

計画の達成にむけ年度ごとに評価し、追加のオプション検査項目並びに方式については適宜見直すものとする。

【魅力ある健診・受診しやすい体制づくり】

・健診自己負担の無料化、検査項目の追加

2015（平成 27）年度から実施している自己負担金の無料化の継続。

健診内容の充実のために検査項目の追加を検討していく。

・がん検診との同時実施

地区集団健診およびスピード健診に、がん検診をセットで実施することにより、受診者

の利便性を図る。

- ・人間ドック・脳ドックの継続実施
- ・スピード特定健診の実施

対象者のニーズに合わせた、オプション検査なしのスピード健診を年2回(7月・12月)実施する。

- ・島根大学との連携により地区集団特定健診において検査項目を追加し、魅力ある健診であることを受診勧奨に活用する。個別通知の際のチラシの同封や、健康教室等で周知を図る。
- ・島根大学と未受診者対策や結果分析を一緒に行い、市の健康課題・生活実態の明確化を図り、ターゲットを絞った対策の構築を図る。

ウ. 実施時期又は期間

集団健診：当年8月～当年12月まで

個別健診：当年6月1日～翌年の3月31日まで

エ. 外部委託の方法

地区集団健診、スピード健診については雲南市と健診実施機関との外部委託により実施する。個別健診については、島根県国民健康保険団体連合会と島根県医師会による統一契約により、参加個別実施機関への外部委託で実施する。

オ. 周知や案内の方法

当年5月中に、受診券、案内文、集団健診申込書、リーフレットを対象者に郵送する。また当年10月には当年の未受診者に対して郵送により再勧奨(スピード健診の案内を含む)を行う。

市民生活課との連携により、国保加入時には、受診方法の案内および受診勧奨等を行う。特に60歳代で退職して被用者保険から国保に加入する者に対して、市の健診へ切れ目なく移行できるよう説明をする。また、40歳の健診開始年齢の対象者へは訪問または電話により、健診の必要性・受け方を情報提供し、継続受診を促す。

また、当年4月中には雲南市が1年間に行う、特定健診をはじめ、がん検診を含む全ての成人健診の内容を記載した『成人健診のしおり』を全戸配布し周知に努める。その他、雲南市ホームページ、文字放送、告知放送、ポスター掲示、懸垂幕、Facebook等により受診勧奨を行う。

受診勧奨

- ・40歳・50歳代への受診勧奨の強化

40歳・50歳の節目年齢の対象者への確実な健診情報を提供する。受診券送付また再受診勧奨時の個別通知(または保健師による電話・訪問)により、健診の必要性・受け方を理解してもらい、継続受診を促す。(その他の年代については、受診券送付時5月、集団特定健診終了後10月に受診勧奨の通知を送る。)

- ・国保加入時の確実な健診へのつなぎ

国保加入の際には、窓口等でチラシ及び『成人健診のしおり』を渡す。特に60歳代で退職して被用者保険から国保に加入する者に、市の健診へ切れ目なく移行できるよう説明をする。

・継続未受診者への受診勧奨

3年継続未受診者を対象として、健診受診と生活習慣病予防教室参加を条件に、インセンティブを付与し、受診を促進する。12月のスピード健診の受診勧奨に併せ周知する。

・不定期受診者への継続受診の働きかけ

集団特定健診受診者へは健診当日に、保健師が保健指導を実施し、継続受診の必要性を伝え、翌年度の受診を促す。

・医療機関との連携強化

健診開始前には委託医療機関へ訪問等を行い、前年度の受診状況や市の健康課題等を情報共有する。医療機関へは特定健診の受診率が低迷していることを報告し、医師から受診者へ特定健診の受診の意義を周知・啓発してもらい、積極的に受診につなげてもらうよう協力を依頼する。

・成人健診のしおりの活用

全世帯へ『成人健診のしおり』を配布することに併せて、告知放送・ケーブルテレビ・各種健康教室で活用について周知を図る。『成人健診のしおり』の活用を促進し、健康づくりの機運を高める。

カ. 健診結果情報提供事業

事業主健診等他の法令に基づく健診の結果を雲南市国民健康保険（保険者）が受領することにより、その結果のうち特定健診の実施項目と重複する部分については医療保険者での実施が不要となるため、受診者本人から健診結果の受領が得られるよう努める。

受診券送付時に職場健診等での健診受診予定等の有無を確認し、別途職場健診等での健診受診者への結果提供を依頼する。提供促進を図るために、個人または職場・医療機関等へのインセンティブを検討する。また、今後、職場または医療機関への健診結果の提供に関して、具体的な方法を検討する。

キ. 受領するデータの形態

受診者本人からの健診結果は紙データで受領し、特定健診担当課である健康推進課で、健診結果を管理しているシステムに結果を入力する。

ク. その他（健診結果の返却方法）

健診結果について、異常値を示している項目、異常値の程度、検査項目が示す意義等について、全ての受診者に通知する。

併せて、集団健診当日の保健指導において結果説明（前年度の結果も参考とする）や、本人の健康状態に適した生活習慣改善に対する助言、継続的な健診受診につながるような働きかけを行う。

精密検査受診の徹底

・集団特定健診において、精密検査の該当者には保健指導において必ず受診することを勧める。前年度において未受診者には特に必要性を説明する。

・精密検査未受診者への受診勧奨を2月・6月に通知する。

・個別健診受診者については、医療機関へ「精密検査依頼書」の活用を周知し、健診後の管理運用について引き続き検討をすすめる。

②委託契約（指針第三の三の2）

・契約関係者の名称と契約形態

地区集団健診・スピード健診については個別に健診実施機関（島根県厚生農業協同組合連合会）と契約し、個別健診については、島根県国民健康保険団体連合会と島根県医師会が統一契約を締結する。

③受診券・利用券（指針第三の三の3）

・様式

発券形態、印字事項は特定健診システムを用いて作成する。

・交付時期等

当年5月中に、受診券、案内文、集団健診申込書、リーフレットを対象者に郵送する。

④代行機関（指針第三の三の4）

国保の統一契約の場合は、島根県国民健康保険団体連合会を代行機関として委任する。

⑤年間スケジュール等（指針第三の三の6）

・スケジュールの設定のイメージ

実際に実施する中で不都合等あれば、適宜見直しを行う。

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
集団健診	打ち合わせ	契約 受診券等発送		スピード健診	地区集団健診				スピード健診				
個別健診		医療機関訪問	開始							対象者の登録		終了 事業評価	
受診勧奨周知	配布 成人健診のしおり	随時：国保加入時、ホームページ、文字・告知放送					健診結果情報提供周知	未受診者への再勧奨					
		40歳対象者への訪問											

(2) 特定保健指導

①基本事項

ア. 実施場所

- ・ 動機づけ支援

保健師、管理栄養士により特定健診実施場所、自宅、市役所等において、面接にて実施する。

- ・ 積極的支援・一部動機づけ支援（雲南市立病院で健診受診したものに限り）

健診後に特定保健指導利用券を自宅へ郵送し、委託先の特定健診実施機関により実施する。

いずれも、計画の達成にむけ年度ごとに評価し指導の方式を適宜見直すものとする。

イ. 実施項目

実施方法：階層別保健指導（市直営及び外部委託）

「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」の各保健指導レベルに階層化し、対象者のレベルごとに目標を設定する。

- ・ 保健指導レベルに応じた目標

保健指導レベル		目標
情報提供	検査データの異常がほとんどなく、生活習慣も問題がない者	正常維持、悪化しない。
	検査データの異常はほとんどないが、喫煙習慣、食事習慣・運動習慣など生活習慣の問題がある者	問題点を自覚し、生活習慣が一つでも改善する。
	検査データでは保健指導判定値以上であるが、肥満ではないため特定保健指導の対象とはならない者	検査データが基準値に近づく。
	服薬中であるために、特定保健指導の対象とはならない者	コントロール状況の確認と評価。
動機づけ支援		健診結果の改善か、または悪化しない。 メタボリックシンドローム予備群では、腹囲の減少を目指す。
積極的支援		健診結果の改善か、または悪化しない。 メタボリックシンドロームでは、腹囲、危険因子の減少を目指す。

- ・ 標準的な特定保健指導のパターン

特定保健指導の実施については次のパターンを標準的に想定する。

【直営での動機づけ支援】

種類	時期	支援形態	支援時間	支援内容
初回 面接	当日	個別支援	20分	【集団健診の場合】 特定健診時に、当日把握可能な結果をもとに下記を実施。

				<p>【個別健診の場合】</p> <p>訪問または来所により下記を実施。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健診結果生活習慣の関係の理解。 ・生活習慣の振り返り、改善の必要性の理解。 ・3か月～6か月の目標行動計画を立てる。
	1か月半後	個別支援	10分	<p>【集団健診の場合】</p> <p>電話または訪問により、健診結果をもとに行動計画を完成させる。</p>
希望者	1か月半～ 2か月後	グループ	180分	生活習慣病予防教室（まめうん講座）
	2か月半 ～3か月後	支援	90分	<ul style="list-style-type: none"> ・中間評価と目標の修正。 ・栄養・運動・口腔に関する講義、実習。 ・計画の実施状況の確認と賞賛と励まし。
評価	3か月半～ 6か月後			<p>郵送による自己評価票による評価。</p> <p>原則初回面接から3か月後に評価とするが、グループ支援を実施した者は支援から3か月後に評価する。</p>

【委託機関での積極的支援】

種類	時期	支援形態	支援時間	支援内容
初回 面接	当日	個別 支援 (面接)	20分 以上	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣と健診結果の関係を説明する。 ・メタボリックシンドロームや生活習慣病の説明し理解を促す。 ・対象者ととも本人の生活習慣の振り返りを行い、現在の習慣が生活習慣病に及ぼす影響を説明し、生活習慣の改善の必要性、改善のメリット、現在の生活を続けるデメリットを説明する。 ・体重・腹囲の計測方法を説明する。 ・行動目標や評価時期を対象者と話し合う。 ・各種社会資源を紹介し有効活用できるよう支援する。 ・対象者ととも行動目標・行動計画を作成する。
	獲得ポイント			
継続的 な支援	3か月後 又は、事後 フォロー教 室時			<ul style="list-style-type: none"> ・支援A（積極的関与タイプ）では、生活習慣の振り返りを行い、行動計画の実施状況を確認し、必要に応じた支援を実施する。 ・生活習慣の改善に必要な実践的な指導（栄養・運動等）をする。
	獲得ポイント			

	支援 A または グループ支援：160 ポイント以上 支援 B：20 ポイント以上			<ul style="list-style-type: none"> ・支援 B（励ましタイプ）では行動計画の実施状況の確認と、行動計画の継続や行動変容の維持のための賞賛・励ましを行う。 ・3 か月後には中間評価を実施する（腹囲・体重・血圧測定も含む）。 ・継続的な支援の手段は、対象者と話し合っ決めてる。 ・ポイントのカウント方法は「標準的な健診・保健指導プログラム」に沿って実施する。
評価	6 か月後	面接・通信等	20 分以上	<ul style="list-style-type: none"> ・行動目標の達成状況の確認をする。 ・身体状況（腹囲・体重・血圧等）や生活習慣の変化を確認する。 ・対象者が自らの行動を評価するとともに、指導者による評価も行い、課題点を整理する。 ・今後も行動変容が維持できるよう支援する。

【委託機関での動機づけ支援】

時 期	支援の種類	支援時間	支援内容
初回	個別支援（面接）	20 分以上	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣と健診結果の関係を説明する。 ・メタボリックシンドロームや生活習慣病の説明し理解を促す。 ・対象者とともに本人の生活習慣の振り返りを行い、現在の習慣が生活習慣病に及ぼす影響を説明し、生活習慣の改善の必要性、改善のメリット、現在の生活を続けるデメリットを説明する。 ・体重・腹囲の計測方法を説明する。 ・生活習慣の改善に必要な実践的な指導（栄養・運動等）をする。 ・行動目標や評価時期を対象者と話し合う。 ・各種社会資源を紹介し有効活用できるよう支援する。 ・対象者とともに行動目標・行動計画を作成する。
3～4 か月後	通信等		<ul style="list-style-type: none"> ・行動計画の実施状況の確認をする。 ・行動計画の継続や行動変容の維持のための賞賛・励ましを行う。
6 か月後	評価 （面接・通信等）		<ul style="list-style-type: none"> ・行動目標の達成状況の確認をする。 ・身体状況（腹囲・体重・血圧等）や生活習慣の変化を確認する。 ・対象者が自らの行動を評価するとともに、指導者による評価も行い、課題点を整理する。 ・今後も行動変容が維持できるよう支援する。

ウ. 実施時期又は期間

保健指導レベル	対象者	支援期間・頻度
情報提供	健診受診者全員	集団健診：健診当日および 健診結果の通知と同時に実施 個別健診：検診結果の通知と同時に実施
動機づけ支援	上述の階層化の手順によって、 「動機づけレベル」と判定された者	1回（希望者には生活習慣病予防教室を通じ複数回）
積極的支援	上述の階層化の手順によって、 「積極的支援レベル」と判定された者	3か月以上継続的に支援する

②利用券（指針第三の三の3）

- ・様式

発券形態、印字事項は特定健診システムを用いて作成する。

- ・交付時期等

健診受診後、2か月～3か月後に案内文、利用券、特定保健指導チラシを対象者に郵送する。共同処理機関を代行機関とする。

③特定保健指導対象者の重点化（指針第三の三の5）

- ・重点化の観点

生活習慣の改善により予防効果が大きく期待できる者（比較的若い時期）を明確にし、優先順位をつけて保健指導を実施する。優先順位による重点化については保健師により実施する。

優先順位1位：40歳～65歳の対象者

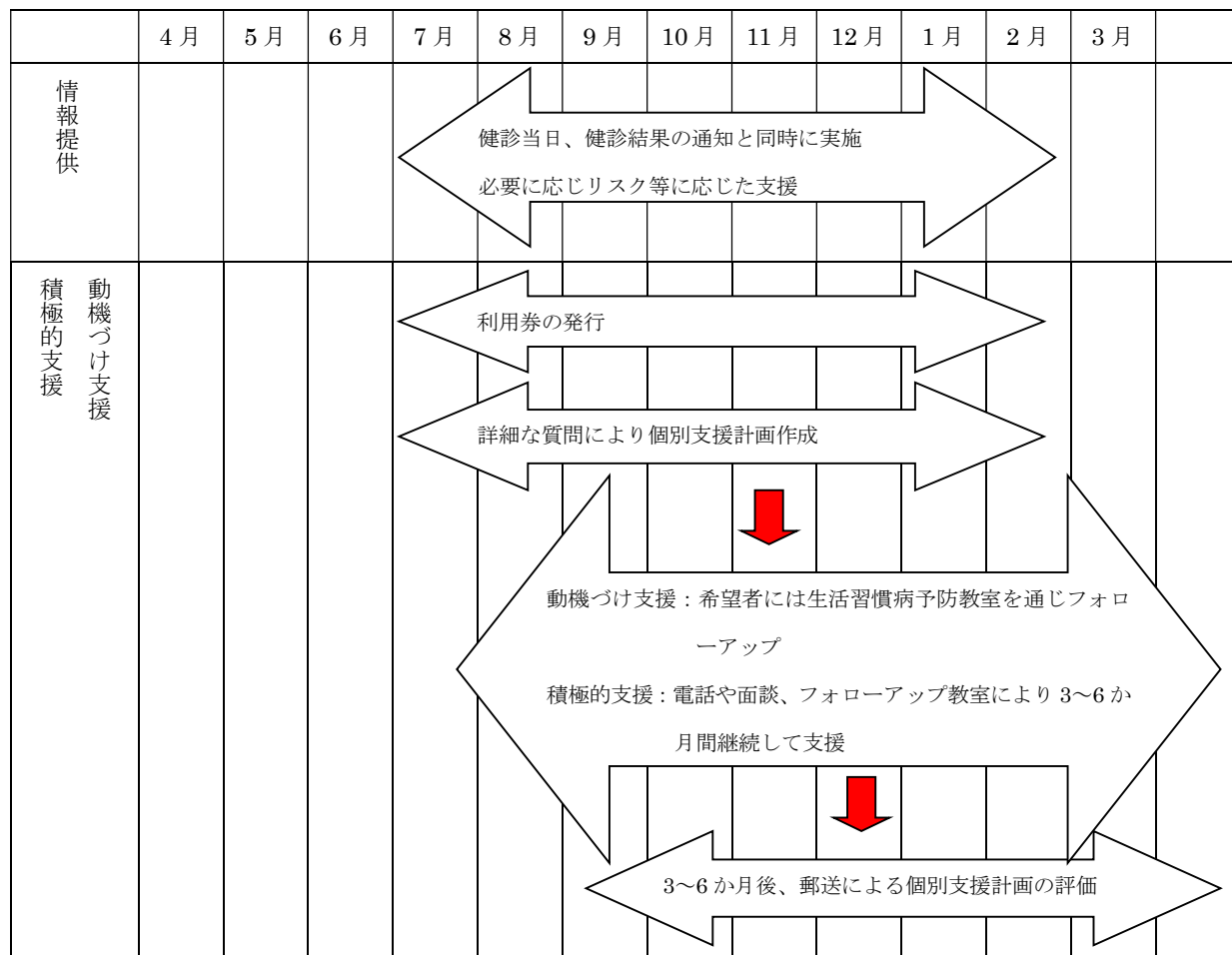
優先順位2位：当年、初めて特定保健指導の対象となった者

優先順位3位：質問票にて生活改善の意志があると回答している関心期・準備期の者

④年間スケジュール等（指針第三の三の6）

スケジュールの設定のイメージ

実際に実施する中で不都合等あれば、適宜見直しを行う。



5. 特定健診等実施計画の評価・見直し

(1) 特定健診等実施計画の評価方法

①実施及び成果に係る目標の達成状況

毎年実施する際、実施における検証のみではなく実施後の成果の検証を実施する。
具体的には、目標値の達成状況及び経年変化の推移等について定期的に評価する。

・特定健診・特定保健指導の実施率

これらの実施率については前年度の結果としての実施率を翌年度に確認し達成状況を把握する。

・メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率

特定保健指導対象者の減少率を使用し、把握する。

②評価方法

- ・特定健診・特定保健指導の実施率
国への法定報告を評価に活用する。

特定健診の実施率

算定式	$\frac{\text{特定健診受診者数}}{\text{特定健診対象者数}}$
条件	<p>○特定健診対象者数は、特定健診の対象者(特定健診の実施年度中に40歳以上74歳以下に達する、実施年度の4月1日時点での加入者)から次に掲げる者を除いた者</p> <p>(1)特定健診の実施年度途中における加入及び脱退等の異動者(ただし、年度末の3月31日付けで脱退した者は除外しないものとする)</p> <p>(2)特定健診の除外対象となる者(平成20年厚生労働省告示第3号)に規定する各号のいずれかに該当する者(妊産婦、長期入院患者等)と保険者が確認できたもの</p> <p>○特定健診受診者数は、上記特定健診対象者数のうち、当該年度中に実施した特定健診受診者(他の健康診断を受診した者の当該健康診断に関する記録の写しを保険者において保管している場合も含む)</p>

特定保健指導の実施率

算定式	$\frac{\text{当該年度の動機づけ支援終了者数} + \text{当該年度の積極的支援終了者数}}{\text{当該年度の健診受診者のうち、階層化により動機づけ支援の対象とされた者の数} + \text{積極的支援の対象とされた者の数}}$
条件	<p>○階層化により積極的支援の対象とされた者が、動機づけ支援レベルの特定保健指導を利用した場合、動機づけ支援終了者数には含めない。</p> <p>○途中終了(脱落・資格喪失等)者は、分母には含め、分子からは除外。</p> <p>○年度末(あるいは翌年4-5月)に保健指導を開始し、年度を越えて指導を受け、実績報告時まで完了しているものは分子に算入。実績報告等に実施中だが未完了の場合は、次年度実績とするため、分母からは除外せず、分子からは除外(除外した分子は、その後完了した場合は次年度の実績における分子に算入)。</p>

- ・メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率

2008(平成 20)年度実施分の健診結果データによる国への実績報告ファイルと、2023(平成 35)年度実施分の国への実績報告ファイルとを比較し、両ファイルにおける保健指導対象者の割合等を用いて16年間の減少率を算出する。

ア. 集団全体の減少率の評価方法

集団全体の減少率の評価方法

式	$1 - \frac{\text{当該年度の健診データにおける該当者及び予備群の数 (特定保健指導対象者数)}}{\text{基準年度の健診データにおける該当者及び予備群の数 (特定保健指導対象者数)}}$
条件	<p>○計画における目標値の評価に当たっては、基準年度は平成20年度となる。毎年度、減少率を算出するに当たっては、前年/前々年となる。</p> <p>○各年度の実数をそのまま用いると健診実施率の高低による影響を受けるため、該当者及び予備群の数(特定保健指導対象者数)は、健診受診者に占める該当者及び予備群の者(特定保健指導対象者)の割合を特定健診対象者数に乗じて算出したものとする。</p> <p>○乗じる特定健診対象者数に占める該当者及び予備群者の数(特定保健指導対象者数)の算出については、以下の方法が考えられる。</p> <p>①全国平均の性・年齢構成の集団に、各医療保険者の性・年齢階層(5歳階級)別メタボリックシンドロームの該当者および予備群(特定保健指導対象者)が含まれる割合(率)を乗じる。被保険者の年齢構成の変化(高齢化の効果)の影響を少なくするため、年齢補正を行う方法である。また、全国統一の指標を用いるため、保険者間での比較が可能となる。</p> <p>②当該年度の各医療保険者の性・年齢構成の集団に、基準年度及び当該年度の各保険者の性・年齢構成の集団に、基準年度及び当該年度の各保険者の性・年齢階層別メタボリックシンドロームの該当者及び予備群(特定保健指導対象者)が含まれる割合(率)を乗じる。</p>

イ. 年齢補正の具体的な方法

$$\text{メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率} = \frac{\text{(D)-(E)}}{\text{(D)}}$$

	年齢	【基準年度】	【基準年度】	【基準年度】	【基準年度】		
		当該保険者 メタボ該当者及び予備群 (特定保健指導対象者)の 割合	全国 全国の住民基本台帳人口 (性・年齢階層別(5歳階層 別))	メタボ該当者及び予備群 (特定保健指導対象者)の 推定数 (性・年齢階級別)	メタボ該当者及び予備群者 (特定保健指導対象者)の 推定数		
基準 年度	男性	40～44歳	A	B	A×B (C)	Cの合計(D)	
		45～49歳					
		50～54歳					
		55～59歳					
		60～64歳					
		65～69歳					
		70～75歳					
	女性	40～44歳					
		45～49歳					
		50～54歳					
		55～59歳					
		60～64歳					
		65～69歳					
		70～75歳					

	年齢	【当該年度】	【基準年度】	【当該年度】	【当該年度】		
		当該保険者 メタボ該当者及び予備群 (特定保健指導対象者)の 割合	全国 全国の住民基本台帳人口 (性・年齢階層別(5歳階層 別))	メタボ該当者及び予備群 (特定保健指導対象者)の 推定数 (性・年齢階級別)	メタボ該当者及び予備群者 (特定保健指導対象者)の 推定数		
基準 年度	男性	40～44歳	A'	B'	A'×B' (C')	C'の合計(D)	
		45～49歳					
		50～54歳					
		55～59歳					
		60～64歳					
		65～69歳					
		70～75歳					
	女性	40～44歳					
		45～49歳					
		50～54歳					
		55～59歳					
		60～64歳					
		65～69歳					
		70～75歳					

- ・その他（実施方法・内容・スケジュール等）

実施方法や内容、スケジュールについて、実施計画上の内容と実際の事業の実施状況を比較・評価し計画の進捗状況の管理を行うとともに、上記①②の指標や利用者の満足度を聴取等実施し、総合的に評価・分析する。

③評価時期・年度の設定

- ・基本的な考え方

毎年度 5 月以降に評価を行い、目標との乖離を把握して次年度の取り組みに活かすよう努める。中間年度である 2021（平成 33）年 5 月には上記の評価方法により評価を実施する。

(2) 特定健診等実施計画の見直しに関する考え方

①見直しの必要性

実施計画の記載内容を、実態に即した効果的なものに見直す必要がある。

②実施計画に整理すべき事項

・見直しの方法と体制

健康推進課・健康づくり政策課で、特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドロームの該当者・予備群減少率、実施方法・内容・スケジュール等について 1 次評価を行う。市民生活課と連携し 1 次評価を検討する。

・見直しのスケジュール

毎年度実施する評価にあわせ、必要時見直しを実施していく。

6. 特定健診等実施計画の公表・周知

(1) 特定健診等実施計画等の公表方法

①趣旨

国保加入者に対して、計画期間中の取組方針を示し、趣旨を理解したうえで、積極的に特定健診・保健指導を受け協力する意識を高める。

②公表方法

- ・市報に記事として概要を掲載する。
- ・雲南市ホームページに全文を掲載する。

(2) 特定健診等を実施する際の普及啓発の方法

①趣旨

特定健診・保健指導に対する情報提供並びに啓発をすすめ、国保加入者の理解を促進する。

②普及啓発の方法

ケーブルテレビ、地区ごとの健康教育、会議、祭等のイベント、パンフレット・小冊子・ポスターの配布と掲示、市報、市ホームページ、懸垂幕、告知放送

7. 個人情報の保護

(1) 健診データの形式及び保存期間

特定健診等のデータの形式は、電子的標準形式に準じた電子データでの効率的な管理、保存を原則とする。なお保存期間 5 年（被保険者でなくなった場合は翌年度末）とする。

(2) 健診データ等の保管

健診データや知り得た個人情報について、「個人情報の保護に関する基本方針」（2004（平成 16）年 4 月 2 日閣議決定）、「雲南市個人情報保護条例」（2004（平成 16）年条例第 16 号）並びに厚生労働省で定める「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守して、適正かつ厳重な管理を行うとともに、目的外の利用等がないように取り扱う。

(3) 保存体制

データの管理・保存は特定健診・保健指導担当である健康推進課で行う。管理責任者は、健康推進課長とする。

(4) 外部委託

特定健診及び特定保健指導を外部委託する際には、雲南市個人情報保護条例を踏まえ、知り得た情報の厳正な管理及び取扱いについて規定した契約を締結する。

8. その他、特定健診等の円滑な実施を確保するために保険者が必要と認める事項

(1) 他の健診との連携

①雲南市国保における庁舎連携による同時実施体制づくり

当年4月中には雲南市が1年間に行う、特定健診を始めがん検診を含む全ての成人健診の内容を記載した『成人健診のしおり』を全戸配布し、受診者が計画的に特定健診・保健指導を受けることができるよう情報提供を行う。

また、国保の資格取得時に健診の受け方等を記載したチラシを配布するなど国保部門との連携を図る。

②がん検診と特定健診との同時実施体制づくりの検討

がん検診と特定健診の同時実施を行うための体制や役割分担等について、その実施方法等について検討する。

(2) 実施体制の確保

随時、関係者において知見の共有研鑽を図るため、特定保健指導に係る人材の確保と育成を行う。特に直営で実施する特定保健指導の実施率と精度を高めるため、衛生部門の保健師の人材育成計画に基づく現任教育と特定保健指導に特化した研修の受講を推進する。

【用語集】

No	頁	用語	解説
1	1	診療報酬明細書等（レセプト等）	患者が受けた診療について、医療機関が保険者に請求するための書類で、病名、薬剤名、検査名など医療費の明細が記載されています。
2	1	国保データベースシステム（KDBシステム）	国民健康保険中央会が開発したデータ分析システム。国保被保険者の医療費だけでなく、健康情報や介護認定情報も併せて分析することで、地域における重点課題を明確にすることなどができます。
3	1	健康医療情報等分析システム（Focusシステム）	国民健康保険団体連合会が導入している医療費分析システム。KDBシステムと併せてデータ分析し、効果的、効率的な保健事業につなげることができます。
4	1	日本再興戦略	経済成長に向けて民間活力を引き出すことを主目的に産業基盤の強化策を打ち出した成長戦略。健康長寿社会の実現を目指しています。
5	1	ポピュレーションアプローチ	疾患を発生しやすい高いリスクをもった人を対象に絞り込んで対処していく手法「ハイリスクアプローチ」に対して、対象を一部に限定しないで集団全体へアプローチすることで、全体としてリスクを下げようという手法です。
6	1	PDCAサイクル	事業活動における生産管理や品質管理などの管理業務を円滑に進める手法の一つです。Plan（計画）→ Do（実行）→ Check（評価）→ Act（改善）の4段階を繰り返すことによって、健康なまちづくりのために行う一連の活動を指します。
7	2	生活習慣病	食生活、運動、休養、喫煙及び飲酒などの生活習慣との関連が強い疾病で、肥満、糖尿病、循環器疾患（脳血管疾患・心疾患など）及びがんなどが代表的なものです。生活習慣の改善により発症や悪化を防ぐ必要があります。
8	3	地域運動指導員	身体教育医学研究所うんなんが実施する養成講座を修了後、フォローアップ研修で得た知識や技術を活かしながら、身近なところで身体を動かす「楽しさ」と「大切さ」を伝える活動を行っています。
9	3	食生活改善推進員	雲南市が開催する生活改善推進員養成講座を修了後、“私たちの健康は私たちの手で”をスローガンに、食を通した健康づくりのボランティア活動を行っています。

No	頁	用語	解説
10	6	平均自立期間	あと何年自立した生活が期待できるかを示したもので、健康寿命の考え方に基づく指標です。島根県では、介護保険の会議認定データを基に要介護者割合を算出し、生命表に割り当てることで平均自立期間（無障害平均余命）を算出しています。
11	6	平均余命	死亡率などのデータから、ある年齢の人々が、その後平均であと何年生きるかを生命表をもとに計算したものです。
12	7	年齢調整死亡率	年齢構成の異なる集団間で死亡状況の比較ができるよう年齢構成を調整し、そろえた死亡率です。年齢構成に差がある集団間で死亡率を比較すると、高齢者の多い集団では高くなり若年者の多い集団では低くなる傾向があることから、年齢調整死亡率を用いることにより正確に地域比較や年次比較をすることができます。
13	8	年齢調整有病率	年齢構成の異なる集団間で有病状況の比較ができるよう年齢構成を調整し、そろえた有病率です。年齢構成に差がある集団間で有病率を比較すると、高齢者の多い集団では高くなり若年者の多い集団では低くなる傾向があることから、年齢調整有病率を用いることにより正確に地域比較や年次比較をすることができます。
14	9	基礎疾患	ある病気や症状の原因となる病気のことをあらわします。9ページでは、脳血管疾患の主な基礎疾患として高血圧、糖尿病、高脂血症、心房細動の保有状況を示しています。
15	10	歯周ポケット	歯と歯肉の間にある溝に歯垢がたまり、歯肉が炎症を起こして深くなった溝のことをいいます。歯周病の診断には、目盛りのついたポケット探針で歯周ポケットの深さを測定し、炎症の進み具合を確認します。健康な歯肉の状態であれば3mm以内ですが、4～5mmだと初期の歯周病、6mm以上で重度の進行した歯周病と判断します。
16	10	リスクファクター	ある特定の疾病を発生させる確率を高めると考えられる要素のことで、危険因子、リスク因子、リスク要因ともいいます。その要素が必ず疾病を引き起こすということではなく、あくまでも疾病を発症する危険性を高めるためのものであることを示します。
17	12	うんなん健康都市宣言	市民が主体的に健康づくりをすすめるための指針として、2014（平成26）年8月に策定、10月に条例化、11月に雲南市政10周年記念式典で公表した宣言文です。宣言文は、親しみやすくするため、各項目の頭文字を出雲弁で元気という意味の「まめ」を用いて「まめなかね」とし、栄養、運動、休養など健康に必要な要素や、生涯学習、地産地消など地域づくりといった観点を盛り込み、実践しやすい内容としています。

No	頁	用語	解説
18	12	動機づけ支援者	特定健康診査の結果により、生活習慣の改善の必要性の度合いに応じて積極的支援・動機づけ支援・情報提供の3つに区分される支援レベルのひとつで、生活習慣の改善への動機づけに重点を置いたプログラムの対象者です。対象者が生活習慣の改善のための自主的な取り組みを継続的に行うことができるよう、生活習慣の改善のための取り組みに係る動機づけに関する支援などを行います。
19	12	積極的支援者	特定健康診査の結果により、生活習慣の改善の必要性の度合いに応じて積極的支援・動機づけ支援・情報提供の3つに区分される支援レベルのひとつで、生活習慣の改善の必要性が最も高いプログラムの対象者です。対象者が生活習慣の改善のための自主的な取り組みを継続的に行うことができるよう、生活習慣の改善のための適切な働きかけを継続して行うなどの支援を行います。
20	13	雲南市健康づくり推進協議会	健康づくりに関係する団体等関係機関や、地域での健康づくりを推進する地域自主組織等の参画により、市民の健康づくりを推進する施策の提言・実施など、官民が一体となった事業を展開するための組織です。
21	14	メタボリックシンドローム	内臓脂肪型肥満に高血糖・高血圧・脂質異常症のうち2つ以上を合併した状態をいいます。一つひとつの症状は軽くても、複合すると心筋梗塞や脳梗塞のリスクが急激に増大します。
22	19	重症化疾患	重症化とは病気や症状が重くなった状態をあらわします。 18 ページでは生活習慣病の基礎となる糖尿病、脂質異常症、高血圧症が悪化したことにより引き起こした重症化疾患として、糖尿病合併症、脳血管疾患、虚血性心疾患を示しています。
23	22	後発医薬品（ジェネリック医薬品）	新薬（先発医薬品）の独占的販売期間が終了した後に発売され、新薬と有効成分、効能、効果、用法、用量が同一である医療用医薬品。新薬と比較すると安価である。
24	23	法定報告	保険者が国に提出する特定健康診査等の実施状況をいいます。実施状況報告の対象となるのは、医療保険加入者のうち、特定健康診査の実施年度中に40歳～74歳となる者で、かつ当該年度の一年間を通じて加入している人です。
25	31	アウトプット	「保健事業の実施状況・実施量」のことで、計画した保健事業を実施したかを通知率・受診率や実施回数、参加者率等で評価し、保健活動の見直し、改善を行います。
26	31	アウトカム	「成果」のことで、設定した目標に達することができたかを発生率の低下、医療費の変化等中長期的な指標を用いて評価します。

No	頁	用語	解説
27	32	インセンティブ	目標を達成するための刺激、誘因となる特典のことをあらわします。健康づくりに関心が低い層も含めて健康づくりの取り組みを実践した場合にインセンティブを付与し、より健康づくりに参加、継続しやすいきっかけや環境をつくるのが目的です。
28	35	BMI	$[\text{体重 (kg)}] \div [\text{身長 (m)}]^2$ で算出される数値で、肥満や低体重（やせ型）の判定に用います。
29	37	ストラクチャー（構造）	「計画立案体制・実施構成・評価体制」のことで、事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているかを評価します。
30	37	プロセス（過程）	「保健事業の実施過程」のことで、必要なデータの入手や人員配置が適切に行われているか、スケジュールどおりに行われているかを評価します。
31	45	生活支援コーディネーター	介護保険法第 115 条の 45 第 2 項第 5 号の定めにより、各市町村は生活支援体制整備事業に取り組むため、体制整備の役割を担う生活支援コーディネーターを配置することとされています。主には、地域において、日常生活支援体制の充実・強化及び高齢者の社会参加を推進するための仕組づくりを行うことが期待されています。雲南市では、2018（平成 30）年度から第 1 層（市町村区域）、第 2 層（日常生活圏域）に配置します。

雲南市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）
第3期雲南市特定健康診査等実施計画

計画期間：2018（平成30）年度～2023（平成35）年度

発行 島根県雲南市

〒699-1392 島根県雲南市木次町里方 521 番地 1

市民環境部 市民生活課 電話：0854-40-1031

健康福祉部 健康づくり政策課 電話：0854-40-1040