

第2期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4期雲南市特定健康診査等実施計画

2024（令和6）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 2
- 3. 実施体制・関係者連携 2
 - (1) 実施体制
 - (2) 関係者連携

第2章 第1期データヘルス計画の評価

- 1. 全体評価 3
- 2. 保健事業の評価 4
 - (1) 1次予防事業
 - (2) 2次予防事業
 - (3) 3次予防事業
 - (4) その他事業

第3章 雲南市の現状

- 1. 地域特性 9
 - (1) 人口動態
 - (2) 国保被保険者の状況
- 2. 国保医療費の状況 11
 - (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) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の利用状況
- 3. 健康実態の分析 13
 - (1) 平均自立期間及び平均余命
 - (2) 死亡の状況
 - (3) 疾患別年齢調整有病率
 - (4) 介護に関する状況
 - (5) 脳卒中発症状況
 - (6) 人工透析
 - (7) 特定健診・特定保健指導に関する状況
 - (8) がん検診に関する状況
 - (9) 歯科検診に関する状況

第4章 健康課題 25

第5章 計画の目的・目標

- 1. 目的 26
- 2. 目標 26
 - (1) 中長期目標
 - (2) 短期目標

第6章 個別保健事業

- 1. 特定健康診査・保健指導 28
 - (1) 特定健康診査事業
 - (2) 特定保健指導事業
- 2. 重症化予防 30
 - (1) 糖尿病性腎症重症化予防事業
- 3. 健康づくり 31
 - (1) 健康づくり事業
- 4. 適正受診・服薬 32
 - (1) 重複多剤投与者に対する服薬情報通知事業
 - (2) ジェネリック医薬品利用促進事業
- 5. 個別疾病対策 34
 - (1) がん検診事業
 - (2) 歯科保健事業
- 6. 地域包括ケア研究推進事業 36
 - (1) 地域包括ケア研究推進事業

第7章 保健事業実施計画の評価・見直し

- 1. 評価の時期 38
- 2. 評価方法・体制 38
 - (1) 評価方法
 - (2) 評価体制
 - (3) 計画の見直し

第8章 保健事業実施計画の公表・周知 39

第9章 個人情報の取扱い 39

第10章 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項 39

第11章 第4期雲南市特定健診等実施計画

- 1. 計画の目的 41

2. 第4期特定健診等実施計画の主な変更点	4 1
3. 計画策定にむけた整理	4 1
(1) 特徴	
(2) 第4期特定健診等実施計画期間（2024年～2029年）における課題等	
4. 目標	4 4
(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	
5. 特定健診等の対象者数	4 4
(1) 対象者の定義	
(2) 対象者の算定	
6. 特定健診等の実施方法	4 8
(1) 特定健診	
(2) 特定保健指導	
7. 特定健診等実施計画の評価・見直し	5 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	
8. 特定健診等実施計画の公表・周知	5 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	
9. 個人情報の保護	5 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	
10. 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	5 8
(1) 他の健診との連携	
(2) 実施体制の確保	
用語集	6 0

第1章 計画の基本的事項

1. 計画の趣旨

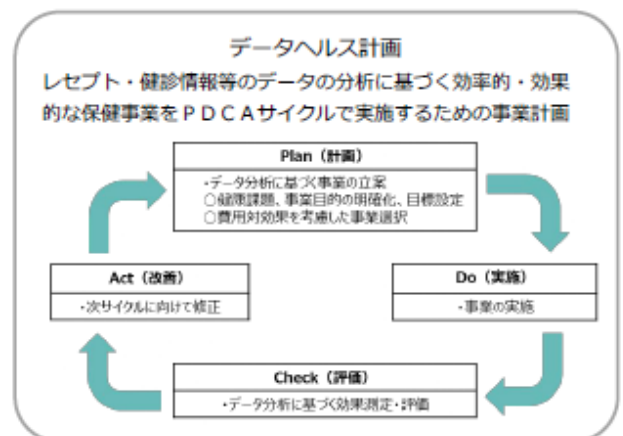
近年、特定健康診査（以下「特定健診」という。）の実施や診療報酬明細書等（以下「レセプト等^{*1}」という。）の電子化の進展、国保データベースシステム（以下「KDB システム^{*2}」という。）、健康医療情報等分析システム（以下「Focus システム^{*3}」という。）等の整備により、保険者が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤の整備が進んでいる。

こうした中、「日本再興戦略^{*4}」（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。」とされた。今後、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（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（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。

その後、平成 30 年 4 月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和 2 年 7 月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2020（骨太方針 2020）」において、保険者のデータヘルス計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和 3 年 12 月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革工程表 2022」において、「保険者が作成するデータヘルス計画の手引きの改定等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカム^{*7}ベースでの適切な KPI^{*8}の設定を推進する」と示された。このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められている。

雲南市国民健康保険においては、第 1 期計画の評価およびレセプト等のデータ分析から課題を抽出し、被保険者の更なる健康維持増進を図るために、第 2 期データヘルス計画を策定のうえ、生活習慣病^{*9}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。



< 出典：厚生労働省資料からの抜粋 >

2. 計画期間

計画期間は、2024（令和6）年度から2029（令和11）年度までの6年間とし、2026（令和8）年度に中間評価を行うこととする。

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3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4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、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 保健医療介護連携室、健康推進課、健康づくり政策課、長寿障がい福祉課、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、担当者で構成する作業部会・実務担当者会とする。

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。

（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や国民健康保険直営診療施設の雲南市立病院の出席を求め、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、継続できるよう雲南市健康づくり拠点施設をはじめとする関係機関や地域運動指導員^{※10}、食生活改善推進員^{※11}等の地域人材と連携を図る。

第2章 第1期データヘルス計画の評価

データヘルス計画の評価・見直しの整理表を活用し、保健関係者定例会にて振り返り、雲南市データヘルス計画策定会議、作業部会により評価を行い、保健事業支援・評価委員会に対し指導助言を求め、次のとおり第1期データヘルス計画の評価としてまとめた。

1. 全体評価

第1期計画においては、中長期目標として『脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率^{※12}を減らす』、『糖尿病性腎疾患の発症を減らす』『国民健康保険1人当たり医療費の上昇を抑制する』を目標に健康寿命^{※13}の延伸と健康格差の縮小を目指してきた。

第1次計画策定時点のベースラインと比較すると、『脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率を減らす』ことは達成できた。総医療費の中で占める割合が大きかった循環器系疾患医療費が19%から14%に低下し、循環器系疾患医療費では、高血圧性疾患が41%から25%に低下した。また脳卒中発症率が低下してきていることから、脳卒中予防・高血圧対策に重点を置き、地域自主組織^{※14}や地域運動指導員や食生活改善推進員等の地域人材と連携した取り組みも一助となっているものとする。しかし、集団特定健診大学健康調査の結果より、個人の減塩意識は高まってきたが、尿中塩分測定から推計した塩分量は国が定めた1日の塩分推奨量に比べ多く、塩分摂取量を減少させる行動変容へつながっていないことが推察される。引き続き、効果的な減塩の取り組みを実施していく必要がある。

『糖尿病性腎疾患の発症を減らす』ことは達成できた。特定健診慢性腎臓病フローの運用によるかかりつけ医と専門医の併診の仕組みづくりや、糖尿病・CKD対策検討会議等における医療機関連携により対策を推進できた。引き続き、人工透析への移行を抑える必要があるため、基礎疾患である高血圧、糖尿病の重症化を防止する取り組みが重要である。

『国民健康保険1人当たり医療費の上昇を抑制する』は達成できなかった。1人当たりの医療費は46万円から50万円に増加した。総医療費に占める割合では悪性新生物が最も多くなり、尿路性器系疾患、筋骨格系および組織の疾患等の割合も微増している。医療費の内訳では入院費用額が多く、国保人口の高齢化や重症化した段階での医療受診、人工透析等が減少していないことが影響していると考えられるが今後丁寧な分析が必要である。また、がん死亡率は男女ともに死亡原因の第1位であるが、受診率は低迷している。早期発見・早期治療につながるよう検診受診勧奨の強化が必要である。

特定健診は、個別健診の受診者数が増加し、受診率は増加しているが依然目標には達していない。特定保健指導実施率は集団健診当日の分割実施^{※15}などにより目標を達成することができた。「生活習慣病で定期通院あり」未受診者をターゲットとし、医療機関との連携強化により、受診率の増加を目指していく必要がある。

少子高齢化が加速し、人口減少に歯止めがかからない中、今後10年間では高齢者の中でも後期高齢者数は増加していく。現在国保加入者に占める65～74歳の前期高齢者割合が7～8割と高く、この世代が元気に年を取れるよう、地域と連携した健康づくり活動が必要である。

【中長期的な目標】

目標			実績値				評価
指標	目標値	ベースライン (H28)	H30年度	R1年度	R2年度		
脳血管疾患年齢調整死亡率（全年齢）	男性	抑制する	28.7	35.1	32.2	21	a
脳血管疾患年齢調整死亡率（全年齢）	女性	抑制する	21.2	22.4	13.9	11.8	a
虚血性心疾患年齢調整死亡率（全年齢）	男性	抑制する	13.1	11.1	14.1	12.4	b
虚血性心疾患年齢調整死亡率（全年齢）	女性	抑制する	3.5	2.6	3.8	3.4	b
指標	目標値	ベースライン (H28)	R2年度	R3年度	R4年度	評価	
糖尿病性腎症の発症数	抑制する		237人	226人	218人	a	
国民健康保険1人当たり医療費の上昇	抑制する	458,934円	488,877円	503,846円	503,261円	c	

【短期的な目標】

目標		実績値				評価
指標	目標値	ベースライン (H28)	R2年度	R3年度	R4年度	
特定健診受診率	60%	35.8%	34.4%	37.2%	38.7% (暫定)	a*
特定保健指導実施率	45%	28.8%	41.9%	51.2%	50.3% (暫定)	a
糖尿病年齢調整有病率 男性（40～64歳/65～74歳）	減らす	4.2/17.7	8.7/16.9	7.9/15.9	未公表	c/a
糖尿病年齢調整有病率 女性（40～64歳/65～74歳）	減らす	3.8/7.6	3.4/9.4	5.6/10.4	未公表	c/c
高血圧年齢調整有病率 男性（40～64歳/65～74歳）	減らす	38.3/59.6	33.7/64.9	37.0/66.8	未公表	a/c
高血圧年齢調整有病率 女性（40～64歳/65～74歳）	減らす	18.3/50.5	22.6/57.7	15.5/55.6	未公表	a/c
脂質異常症年齢調整有病率 男性（40～64歳/65～74歳）	減らす	42.3/38.6	45.4/46.5	42.9/41.3	未公表	c/c
脂質異常症年齢調整有病率 女性（40～64歳/65～74歳）	減らす	38.0/54.8	41.3/61.3	42.4/59.2	未公表	c/c
メタボリックシンドローム該当者人数	減らす	363	381	355	421	c
メタボリックシンドローム予備軍人数	減らす	211	192	223	213	c

評価項目：a 改善 a*改善しているが最終評価までに
 b 変わらない 目標達成が危ぶまれる
 c 悪化
 d 評価困難

2. 保健事業の評価

(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：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。

地区担当保健師を配置し、地域自主組織と連携し市の健康課題の周知や脳卒中予防・高血圧対策をテーマに啓発を行った。また、地域運動指導員、食生活改善推進員などと協働し、地域ごとの特色をいかした健康づくり活動を展開した。中間評価では、目標とする市民の10%に健康教育・健康相談を実施することができていたが、コロナ禍により教室の実施機会が減少し、目標を達成することはできなかった。引き続き、地区担当制を継続し、地域自主組織等と課題共有しながら地域の主体的な活動となるよう働きかける。健康教室や地域で行われるイベントなど、様々な機会を捉え、地域人材と協働し一次予防に取り組んでいく。

きらり☆エイジング75教室を実施し、特定保健指導該当者を中心に接続し、参加者は運動・食生活・口腔ケアなどの行動について改善がみられた。きらり☆エイジング75教室は、特定保健指導対象者の接続先のひとつとして活用しつつ、参加者から地域へ介護予防を見据えた健康づくりを波及させていけるポピュレーションアプローチの教室として引き続き実施していく。

島根大学と「健康長寿のまちづくりに関する研究」に取り組み、健康実態調査研究、大学医師による住民向け研修会等の共同事業を実施した。減塩の取り組みが進み、尿中塩分測定から推計した塩分量は年々減少傾向にあったが、コロナ禍以降増加しており、国が定めた1日の塩分推奨量に比べても多い状況にある。健康実態調査研究の結果を活用し、ナッジ理論^{*16}やソーシャル・マーケティング理論^{*17}を用いた効果的な減塩の取り組みを検討し、地区担当保健師中心に地域へ展開していく。

飲酒（1日あたり飲酒が1合以上の者の割合）量は増加し、目標を達成できなかった。コロナ禍による生活習慣・環境の変化が影響している可能性が考えられる。今後は、高血圧対策として減塩に加え、適正飲酒対策に関するポピュレーションアプローチを強化する。地域の現状を捉えながら様々な角度（認知症予防等）からも適正飲酒について啓発していく。

また、後期高齢者を見据え、メタボリックシンドローム^{*18}対策からフレイル^{*19}予防へとスムーズに切り替えられるよう、年代に応じた健康教育の実施が求められる。

目標		実績値				評価
指標	目標値	ベースライン (H28)	R2年度	R3年度	R4年度	
特定保健指導対象者の参加率	30%以上		6.8%	4.1%	14.3%	a*
市民参加率	10%	7.6%	6.8%	5.1%	6.64%	c
飲酒（1日あたり飲酒が1合以上の者の割合）	ベースラインから減らす	33.5%	32.9%	47.4%	未公表	c
高血圧年齢調整有病率（全年齢）男/女	42.0から減/23.9から減	42.0/23.9	39.2/28.7	42.2/22.5		b/b
糖尿病年齢調整有病率男性（40～64歳/65～74歳）	4.2から減/17.7から減	4.2/17.7	8.7/16.9	7.9/15.9		c/a
糖尿病年齢調整有病率女性（40～64歳/65～74歳）	1.5から減/9.3から減	1.5/9.3	3.4/9.4	5.6/10.4		c/c

（2）2次予防事業

①特定健診受診率向上対策

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：特定健診受診率 60%
- 3年以上の継続未受診者数 20%減少
- 40代の受診者率 50%
- 精密検査未受診者 20%減少
- 継続受診者 80%

特定健診は、集団特定健診のがん検診、大学健康調査とのセット化による内容の充実・休日実施・待ち時間短縮を図った。また、個別健診は、人間ドック脳ドックの受診枠の拡充、診療情報提供事業の実施、医療機関からの受診者への声掛け等の協力を得ることができた。コロナ禍において、これまで受診先の中心であった集団健診の受診者数は大きく減少したが、個別健診の受診者数は増加した。受診率は増加したが、依然目標には達していない。

未受診者分析により、健診受診経験別に対象者を整理し「生活習慣病で通院あり」未受診者をターゲットとし、診療情報提供事業を含めた医療機関との連携強化により受診者数の増加を目指していく。

健診継続未受診者に対し、市内温泉施設券を進呈するインセンティブ^{※20}の実施やAI^{※21}を活用した未受診者対策に取り組んだが、3年以上継続未受診者率、3年連続継続受診者の割合は目標を達成できなかった。受診の必要性を感じない層を受診につなげる魅力的なインセンティブを付与する方法の検討等、対象者別に効果的な受診勧奨の継続と受診方法の周知を行っていく。

精密検査未受診率は目標を達成しておらず、要因として、精密検査受診の必要性の認識不足があるのではないかと考えられる。問診時や結果返しの際等に精密検査受診の必要性を伝え、あわせて、治療中断者の状況を把握し、対象者への受診勧奨を行っていく必要がある。

目標		実績値				評価
指標	目標値	ベースライン (H28)	R2年度	R3年度	R4年度	
特定健診受診率	60%	35.8%	34.4%	37.2%	38.7% (R5.11月末)	a*
40歳代受診率	50%	16.7%	18.9%	23.5%	22.4% (R5.5月)	a*
3年以上継続未受診者率	20%減少	56.2%	60.7%	58.7%	58.4%	c
3年連続継続受診者の割合	80%	55.9%	60.5%	52.5%	50.6%	c
精密検査未受診者率	20%減少	43.5	51.0%	28.0%	55% (暫定)	c

②特定保健指導実施率向上対策

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、早期のうちに発症を防ぐ。

- 目標：特定保健指導実施率 45%
- 特定保健指導初回面接実施率 60%

集団特定健診受診者への特定保健指導分割実施や、雲南市立病院において特定健診当日初回面接を実施するなどにより、特定保健指導実施率が向上し、目標を達成した。

個別特定健診の受診者が増加している一方で、個別健診受診者は受診から指導までにタイムラグがあり、特定保健指導を拒否する者が多い。個別健診受診者の実施率向上の方法を検討し、医療機関からの促し等、医療機関との連携強化を図っていく。

目標		実績値				評価
指標	目標値	ベースライン (H28)	R2年度	R3年度	R4年度	
特定保健指導実施率	45%	28.8%	41.9%	51.2%	50.3% (R5.11月末)	a
初回面接実施率	60%		コロナ禍で 中止	62.0%	68.9%	a

(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：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%

ハイリスク者への集団特定健診での保健指導はコロナ禍により中止したが、「雲南市特定健診慢性腎臓病フロー」を運用し、「糖尿病・CKD 対策検討会議」において医療機関連携を進め、未把握者および糖尿病性腎症患者数が減少した。かかりつけ医での治療に留まり、専門医との併診体制がとれていない状況を把握している。

重症化予防は個別性が高いため、引き続き「CKD・糖尿病検討会」にて医療機関と方向性を共有し、CKD・糖尿病の個別支援ができる仕組みづくりの検討を図っていく。

人工透析への移行を抑えていく必要があるため、基礎疾患である高血圧、糖尿病の重症化を防止していく必要がある。

目標		実績値				評価
指標	目標値	ベースライン (H28)	R2年度	R3年度	R4年度	
ハイリスク者への集団特定健診での保健指導実施率	100%		コロナ禍で 中止	コロナ禍で 中止	コロナ禍で 中止	d
CKDフォロー率	100%		100%	100%	100%	a
CKDフロー図運用に関する医療機関への報告率	100%		100%	100%	100%	a
糖尿病一人当たり医療費	18,806	37,000	21,926	22,654	17,130	a
糖尿病合併症一人当たり医療費	82,845	153,000	130,473	158,116	154,886	c
糖尿病腎症患者数	減らす	393	237人	226人	218人	a
新規人工透析患者数(国保)	減らす	0	1人	4人	未公表	c
新規人工透析患者数 (参考：後期高齢)	-	12	7人	4人	未公表	-

(4) その他事業

①後発医薬品（ジェネリック医薬品）※22 利用促進

目的：後発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：対象者への通知率 100%

ジェネリック医薬品普及率（厚生労働省指定薬剤） 80%以上

対象者全員に差額通知を送付したり、ジェネリック医薬品希望カードを配布したり等、啓発活動を行っている。ジェネリック医薬品普及率は目標を達成できた。

目標		実績値				評価
指標	目標値	ベースライン (H28)	R2年度	R3年度	R4年度	
ジェネリック上位5%対象者への通知率	100%	100%	100%	100%	100%	a
ジェネリック医薬品普及率	80%以上	86.65%	86.57%	87.5%	83.86%	a

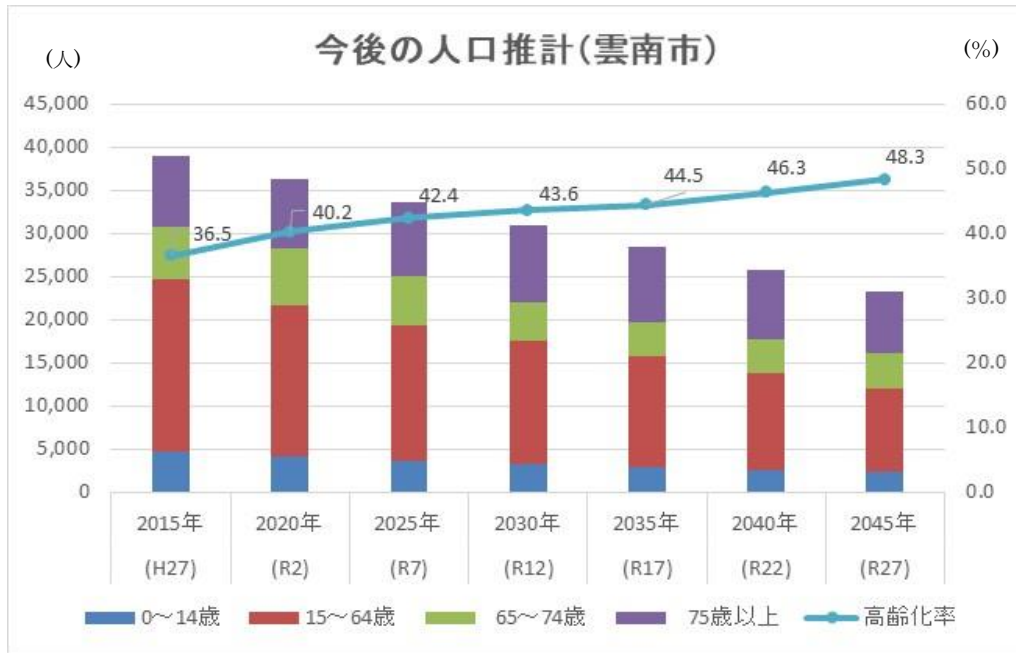
第3章 雲南市の現状

1. 地域特性

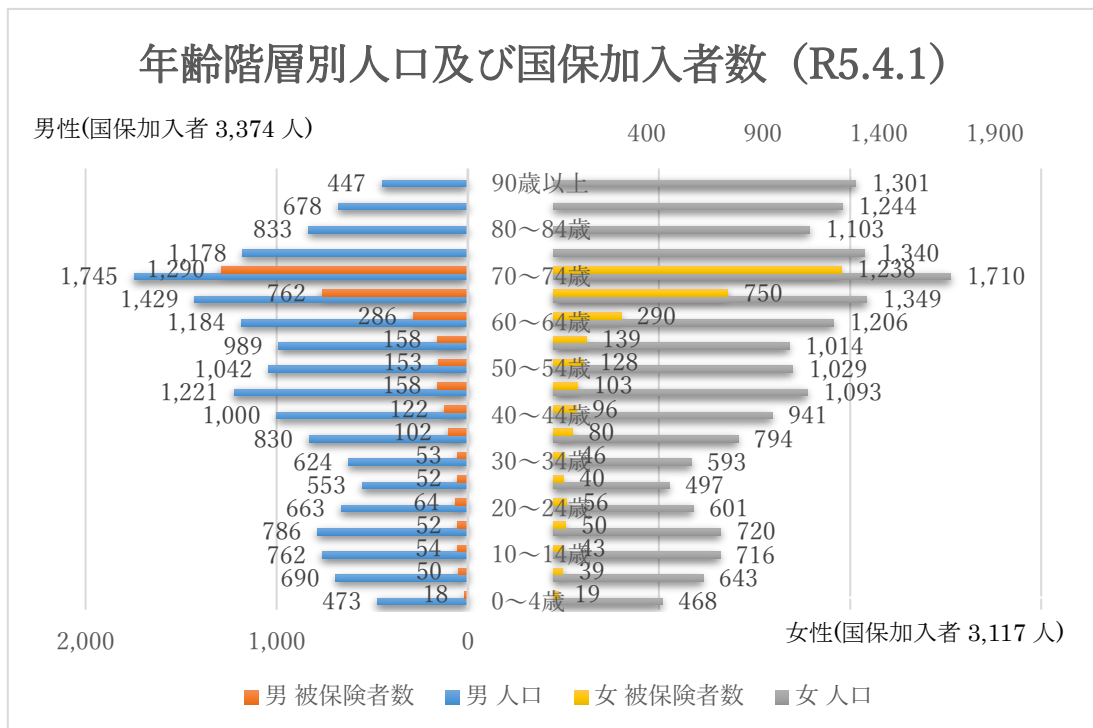
(1) 人口動態

2023（令和5）年4月1日現在の雲南市の人口は、35,489人、高齢化率（65歳以上）は40.45%である。高齢化率は島根県・全国と比較し高く、2018（平成30）年の人口推計では、2045（令和27）年には48.3%に達する予測である。

2023（令和5）年4月1日現在の雲南市国民健康保険の被保険者数は、6,491人で、市の人口に占める国保加入率は18.3%で60歳代から70歳代が多くを占める。



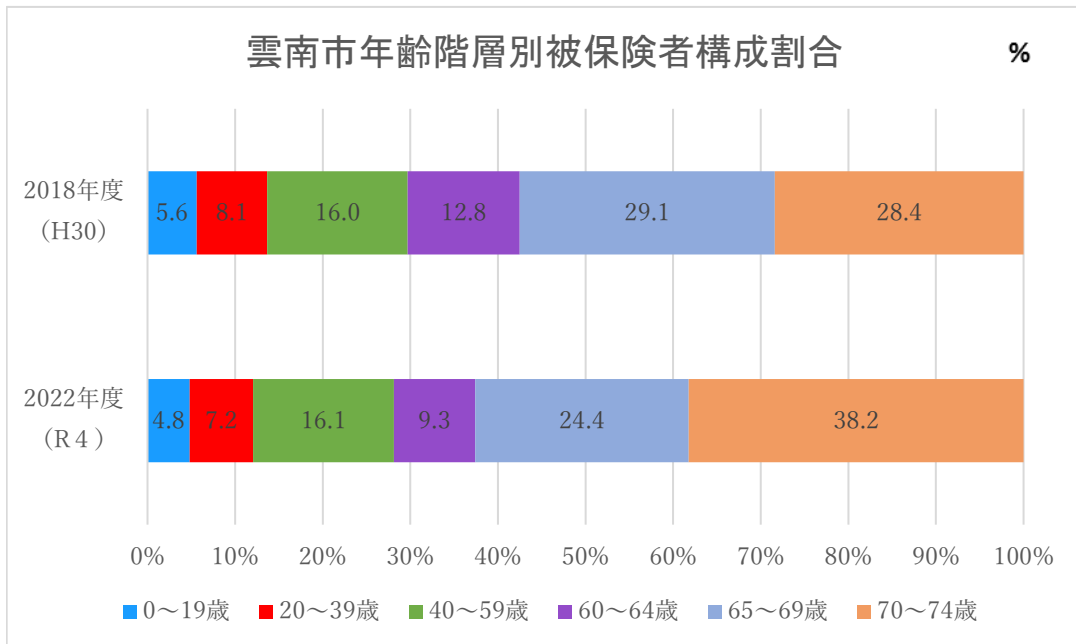
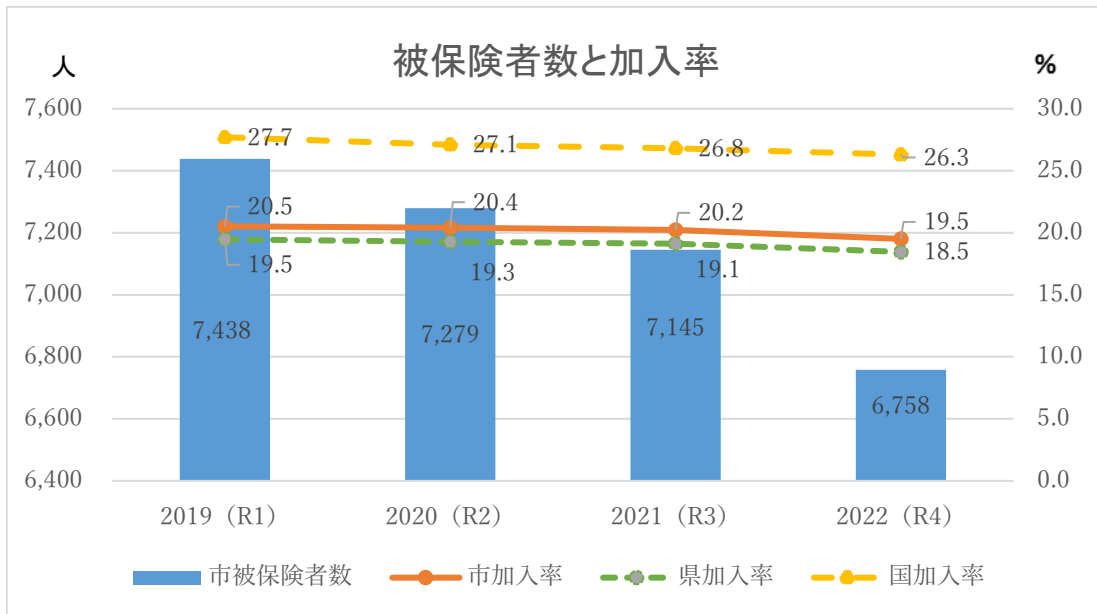
<出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域将来推計人口」2018年>



<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。2022（令和4）年度の年齢階層別被保険者割合をみると、65歳～74歳の被保険者割合が高く、60%を超えている。



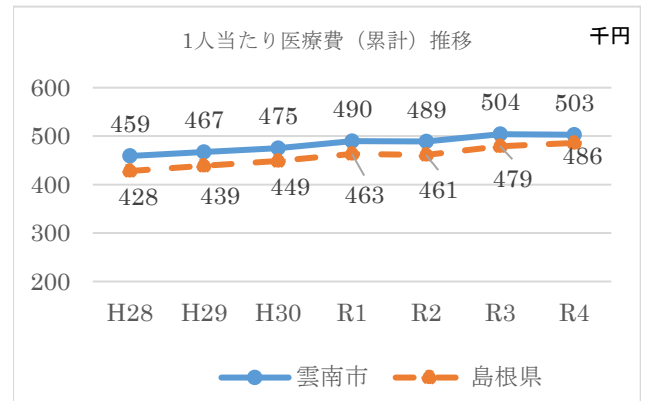
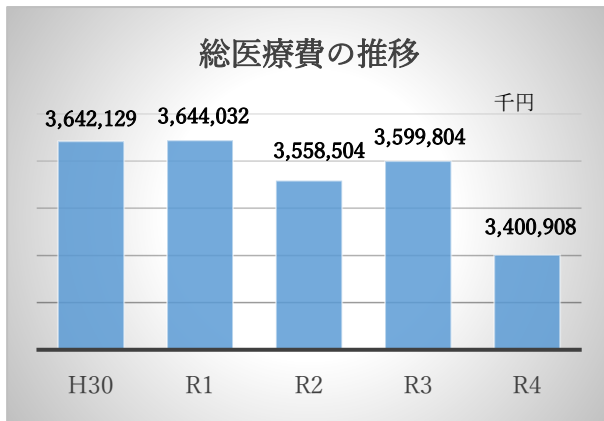
< 出典：島根県国民健康保険団体連合会 >

2. 国保医療費の状況

(1) 総医療費と1人当たり医療費

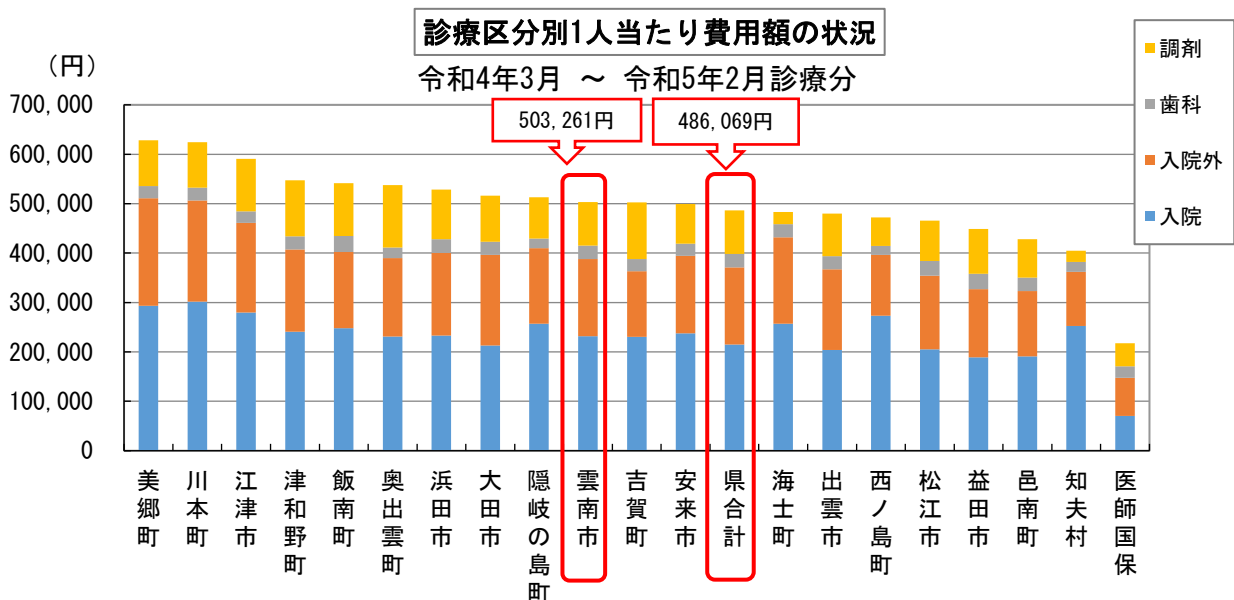
雲南市の国保総医療費は34億円で減少しており、2020（令和2）年度以降新型コロナウイルス感染症の影響による受診控え、被保険者数の減少によるものと考えられる。しかし1人当たり医療費は毎年増加し、島根県より高い値で推移しているが、外来医療費は県よりも低い状況にある。

2022（令和4）年3月～2023（令和5）年2月診療分の診療区分別1人当たり費用額では、特に入院費用額が増加しており、雲南市は島根県内で10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） >

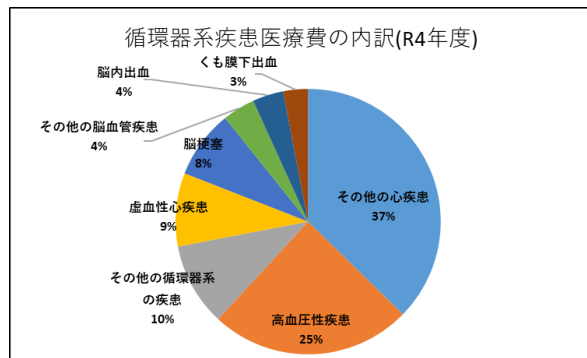
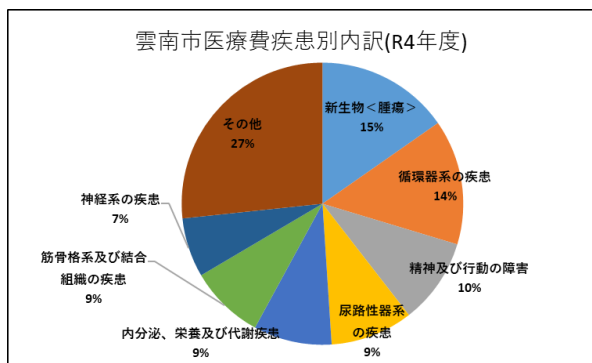
< 出典 島根県国民健康保険団体連合会 >



< 出典 島根県国民健康保険団体連合会 >

(2) 総医療費の主な構成要素

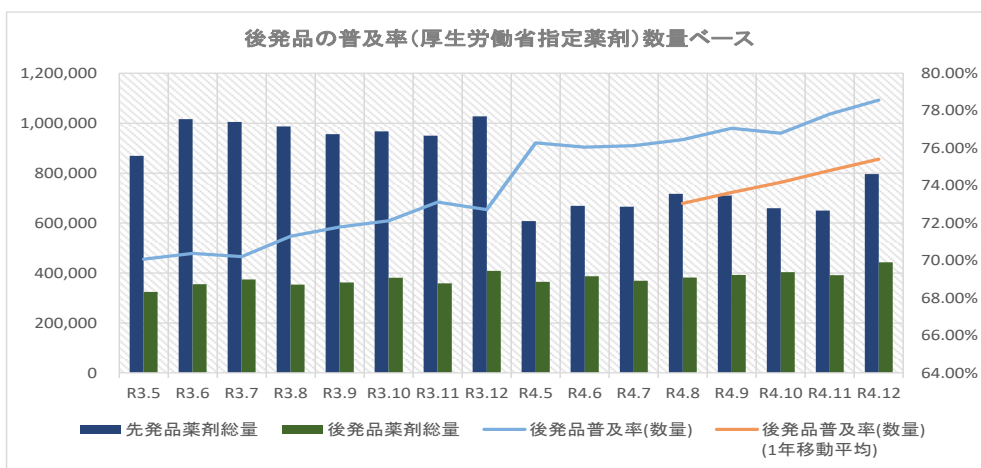
総医療費の内訳を見ると、最も高いのは新生物で15%、次いで循環器系の疾患14%、精神及び行動の障害10%であった。循環器系疾患医療費の内訳を見るとその他の心疾患が37%、高血圧性疾患が25%を占めている。



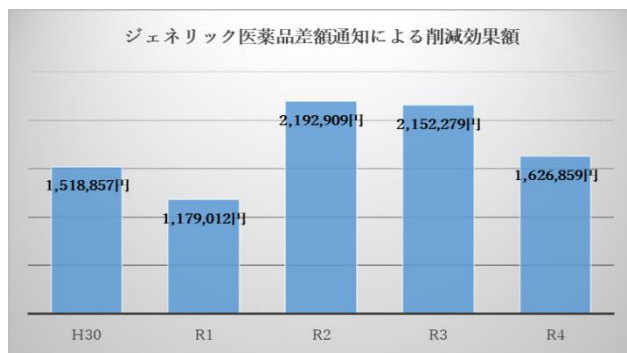
<出典 Focus システム>

(3) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）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>

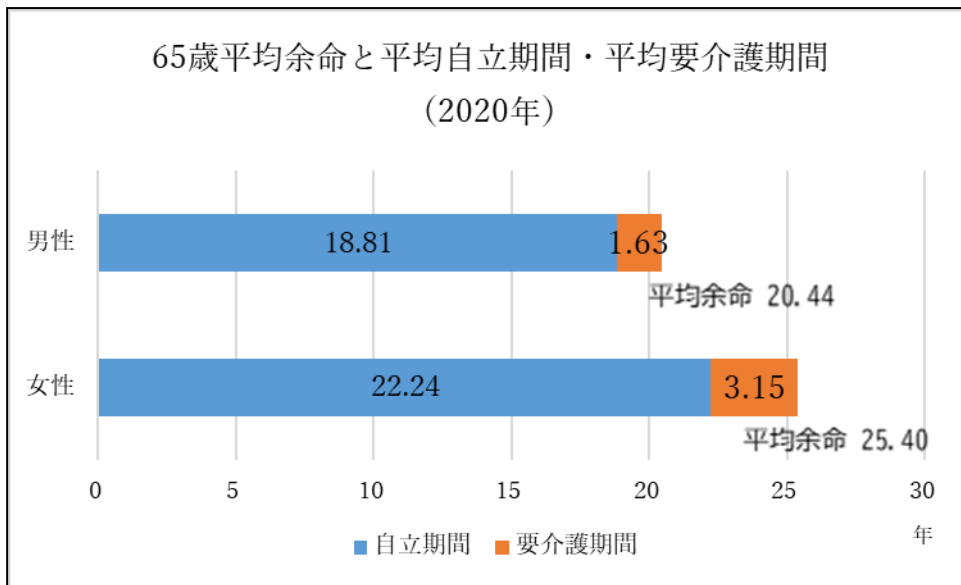


差額通知をすることによって、年々、普及率（数量ベース）は上がっており、削減効果額も毎年100万円を超えている。

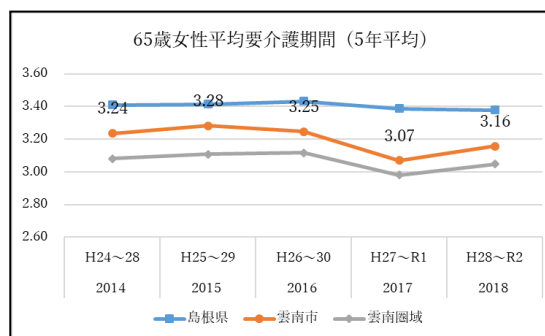
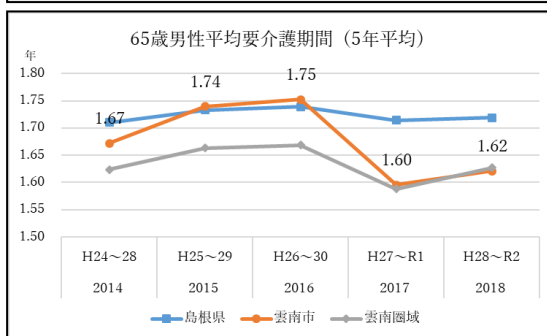
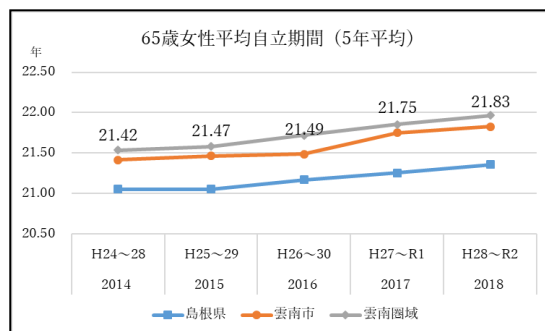
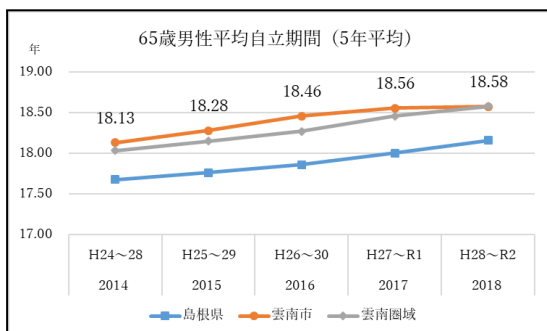
3. 健康実態の分析

(1) 平均自立期間^{※23}及び平均余命^{※24}

雲南市の2020（令和2）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20.44年の生存が期待でき、そのうち18.81年が日常生活に介護を要する状態で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25.40年の生存が期待でき、そのうち22.24年が日常生活に介護を要する状態で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く、要介護期間は短縮されている状況にある。よって、健康寿命の延伸が図られている。



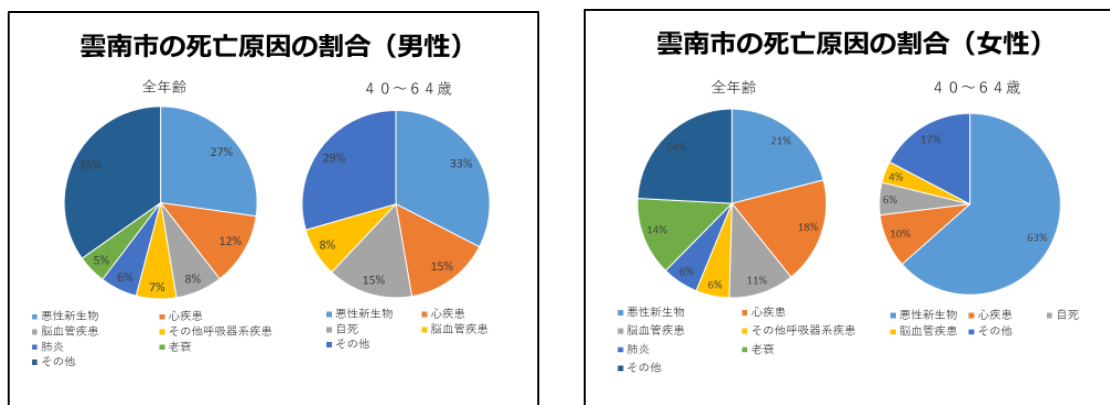
<出典 島根県健康指標データベースシステム>



(2) 死亡の状況

①雲南市の死亡原因の割合

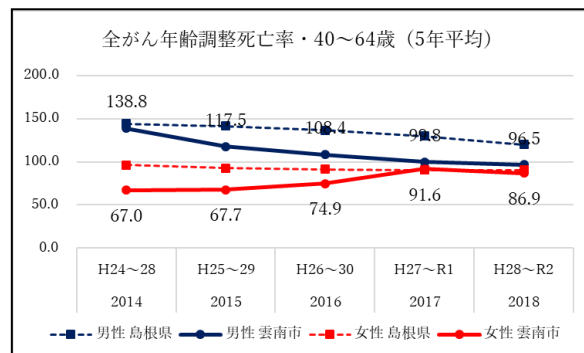
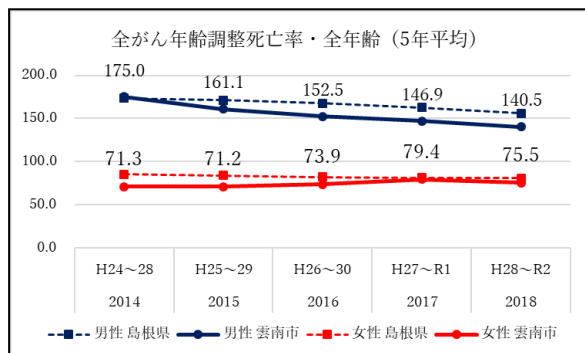
雲南市の死亡原因は全年齢では悪性新生物が最も多く、2位が心疾患、3位が脳血管疾患である。40～64歳では男女ともに悪性新生物が最も多く、特に女性では63%と高い値となっている。男女ともに2位が心疾患、3位が自死である。40～64歳女性の悪性新生物での死亡を低減させる対策が必要である。



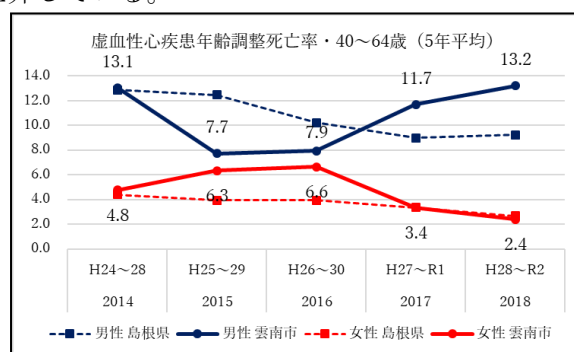
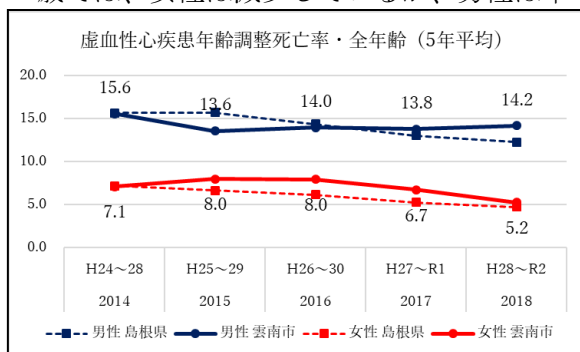
【島根県健康指標データベースシステム 2015～2019】

②疾患別年齢調整死亡率ベイズ補正・5年平均

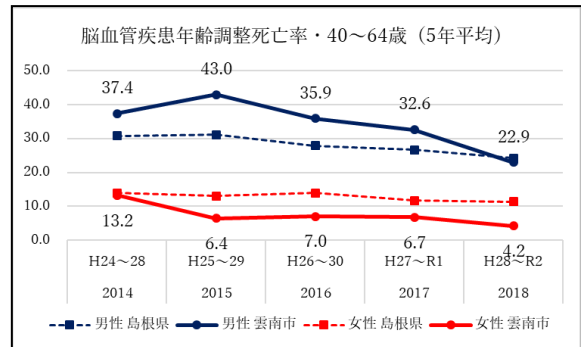
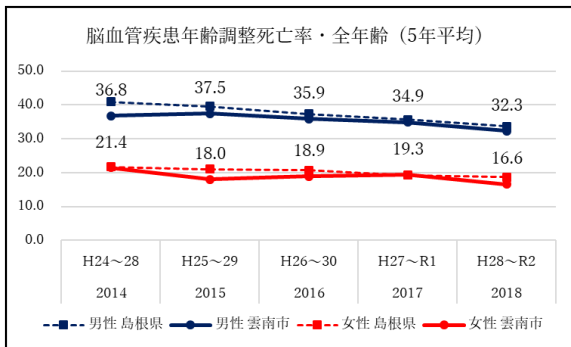
雲南市の全がん年齢調整死亡率は全年齢・40歳～64歳ともに近年は島根県より低い値で推移している。男性の死亡率は減少傾向にあるが、女性は上昇傾向となっている。



虚血性心疾患年齢調整死亡率は、全年齢では、島根県よりやや高い状況にある。40歳～64歳では、女性は減少しているが、男性は年々上昇している。



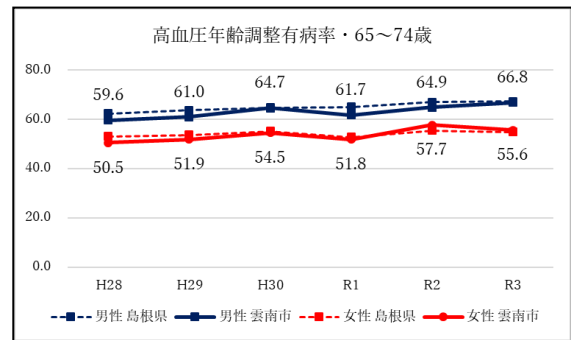
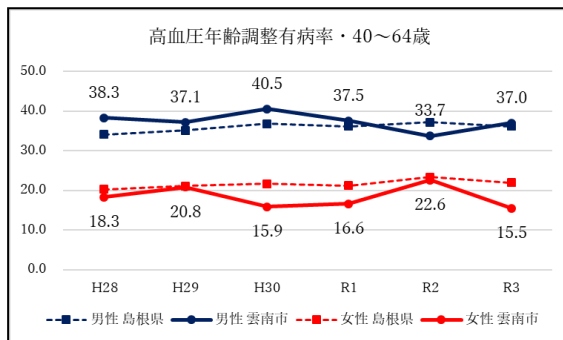
男性の脳血管疾患年齢調整死亡率は、全年齢は島根県を下回っており、40歳～64歳では島根県を上回り推移していたが、2018（平成30）年は、島根県並みとなった。女性の脳血管疾患年齢調整死亡率は、全年齢は島根県と同様に推移し、40歳～64歳は、島根県を下回り推移している。



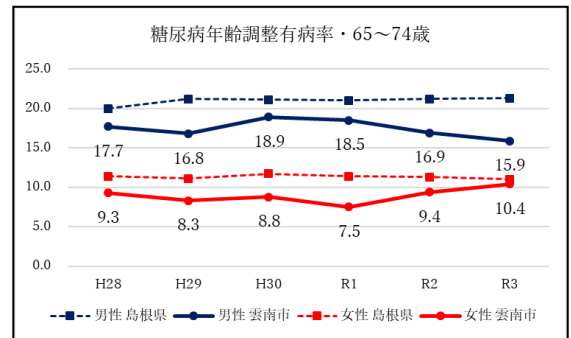
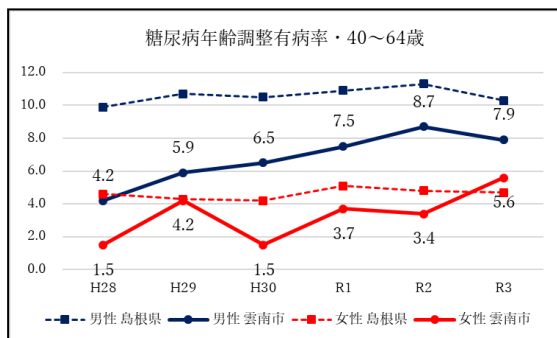
＜出典：島根県健康指標データベースシステム＞

(3) 疾患別年齢調整有病率^{※25}

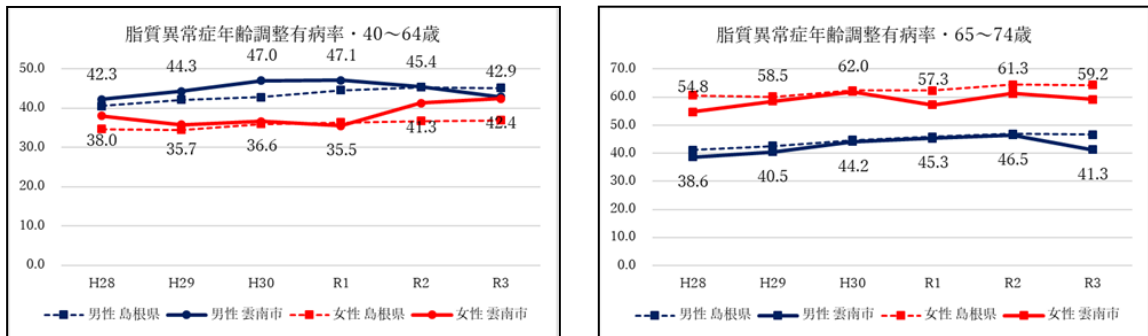
高血圧年齢調整有病率は、40～64歳女性を除き、島根県並みで推移している。65～74歳では、男女ともに50ポイントを超えている。



糖尿病年齢調整有病率は65～74歳・40歳～64歳ともに男女とも県平均より下回って推移しているが、40～64歳で上昇傾向にある。



脂質異常症年齢調整有病率は65～74歳・40歳～64歳ともに島根県より概ね下回って推移していたが、40～64歳女性で上昇傾向にある。



＜出典：雲南市特定健診データ＞

疾患別年齢調整有病率は、全ての疾患において年齢が上がるにつれ、有病率は上昇していき、さらに75歳以上の後期高齢者においてもその傾向は顕著である。早期発見のための健診受診と、発症後の重症化防止対策を、国保加入者から後期高齢者医療加入者へと切れ目なく実施していく必要がある。

(4) 介護に関する状況

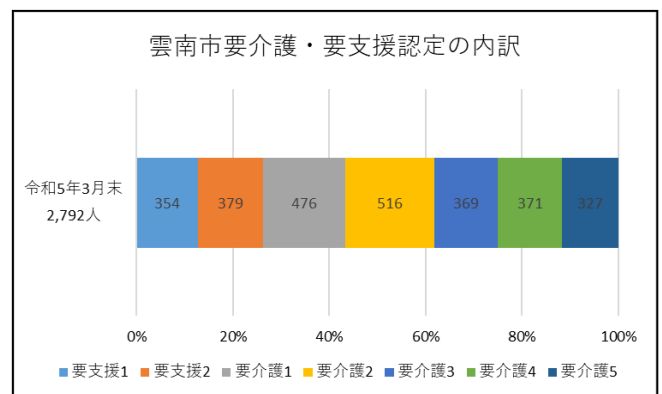
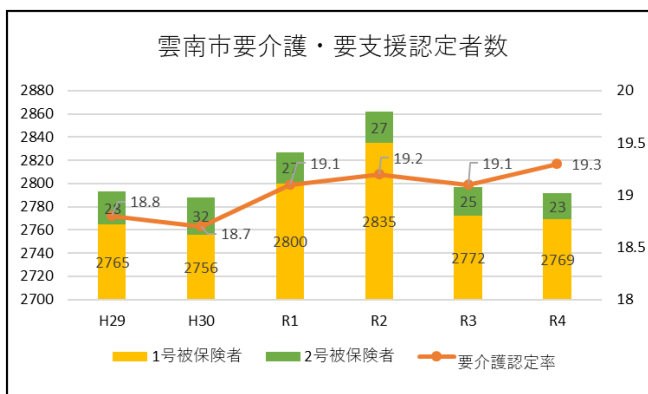
①介護保険認定状況

雲南市の要介護・要支援認定者数は、2017（平成29）年から2022（令和4）年の5年間で認定率は0.5ポイント上昇している。

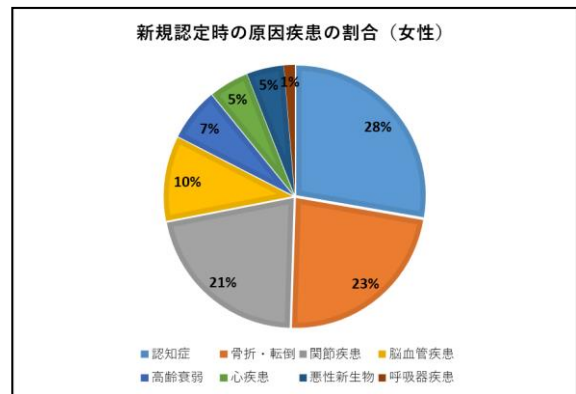
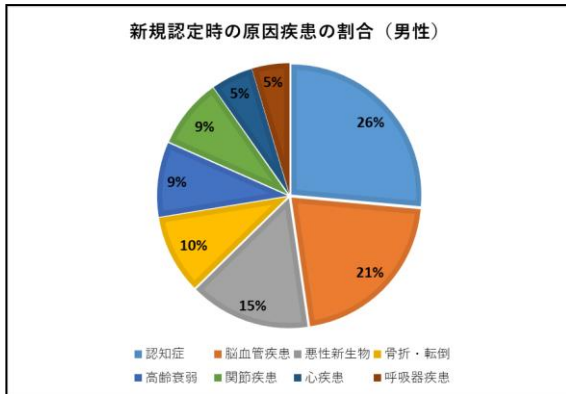
2023（令和5）年3月時点の雲南市の要介護・要支援認定者数は2,792人で、認定内訳を見ると、要支援認定者は733人で全体の26.0%を占めている。

新規介護申請の原因疾患は、男女ともに認知症が最も多く、男性は脳血管疾患、悪性新生物、女性は骨折・転倒、関節疾患の順であった。

高齢化が進む中、認定率は上昇傾向ではあるがわずかな上昇で抑制されており、今後の動向を注視していく必要がある。通いの場^{※26}等での取組みを推進していく中、生活習慣病と介護（フレイル）予防の両側面からの介入が必要である。



＜出典 雲南広域連合＞



<出典 令和2年度新規介護認定者原因疾患等の分析（島根保健環境科学研究所）>

(5) 脳卒中発症状況

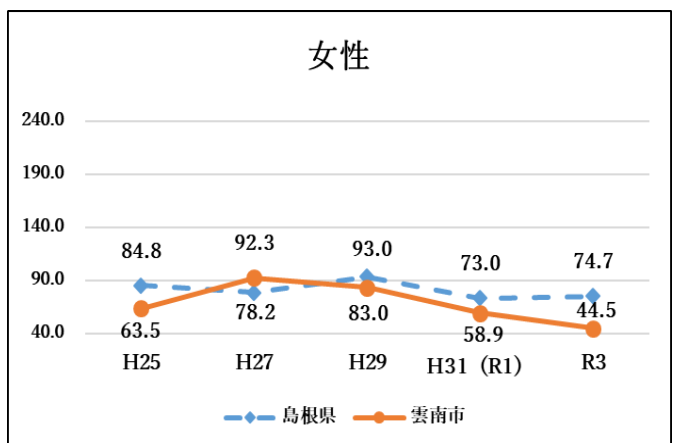
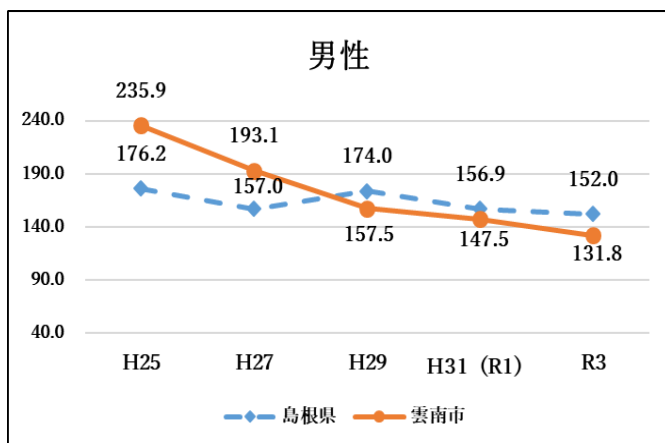
①発症率と基礎疾患

雲南市の脳卒中発症は男性で高い状況にあったが、男女ともに減少傾向となっている。

また、脳血管疾患発症者の基礎疾患^{*27}保有数は、高血圧が最も多く、6～7割以上を占めている。高血圧症有病率の上昇が抑制されていることが脳卒中発症の抑制の一因と考える。

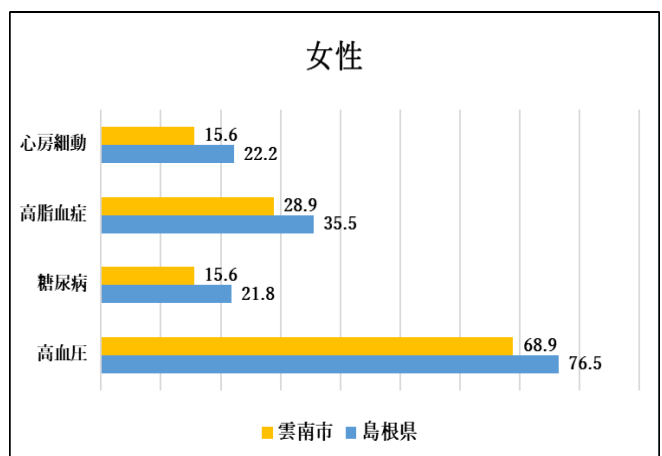
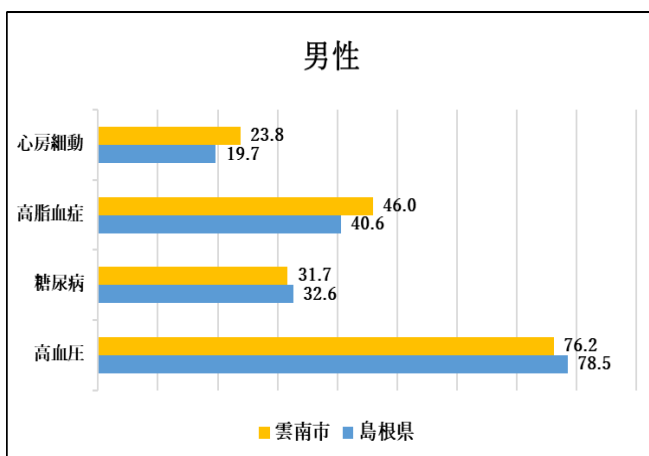
引き続き高血圧症対策を維持していく必要がある。

<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>

<脳卒中発症者の主な基礎疾患>



②生活習慣の状況

<塩分摂取に関する調査結果>

島根大学生生活習慣病コホート調査結果より、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、年々減少傾向にあったが、近年は増加しており、国が定めた1日の塩分推奨量に比べても多い。

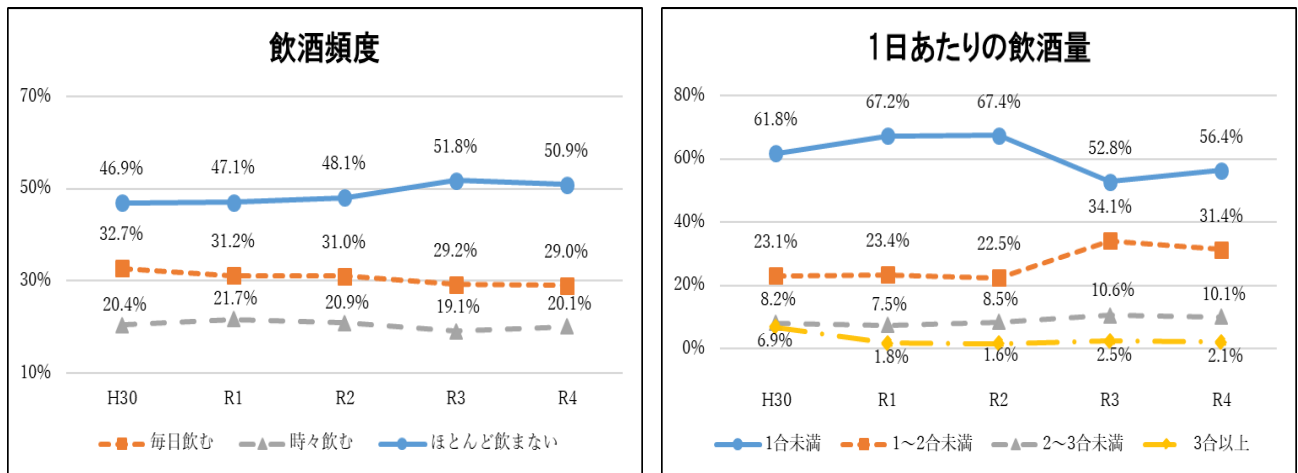
推定塩分摂取量 (g)

性別	年	雲南市	大東	加茂	木次	三刀屋	吉田	掛合
	男性	2019	9.1	9.4	8.3	9.4	8.9	9.9
2020		9.2	9.5	8.5	9.5	9.3	10.7	9.2
2021		9.6	9.6	9.1	9.9	10.2	9.2	9.5
2022		9.5	9.3	9.2	9.7	9.6	10.2	9.6
女性	年	雲南市	大東	加茂	木次	三刀屋	吉田	掛合
	2019	8.7	8.8	8.3	8.8	8.6	8.2	9.0
	2020	9.0	8.9	8.9	9.0	9.0	9.5	9.3
	2021	9.2	9.0	9.1	8.8	9.7	8.9	9.2
2022	9.0	8.9	9.0	8.8	9.3	8.8	9.2	

<出典：雲南市共同研究報告書；島根大学生生活習慣病コホート調査（2019～2022）>

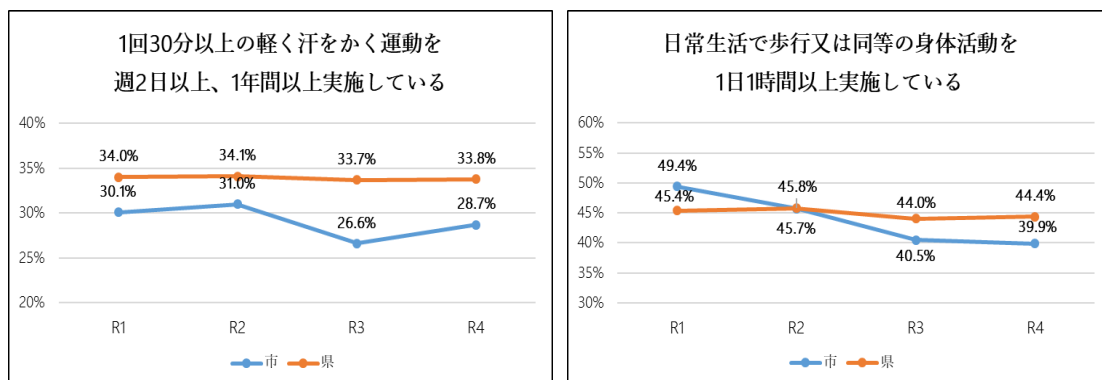
<アルコール摂取に関する状況>

“ほとんど飲まない”者の割合は微増しており、逆に“毎日飲む”者の割合は微減している。1日あたりの飲酒量は、“1合未満”の割合が減少し”1～2合未満”が増加している。



<運動習慣に関する状況>

1回30分以上の運動を継続的に行っている者の割合はわずかに減少し、1日1時間以上の歩行又は同程度の身体活動を行っている者の割合は減少傾向となっている。



<出典：KDB_質問票調査の経年比較>

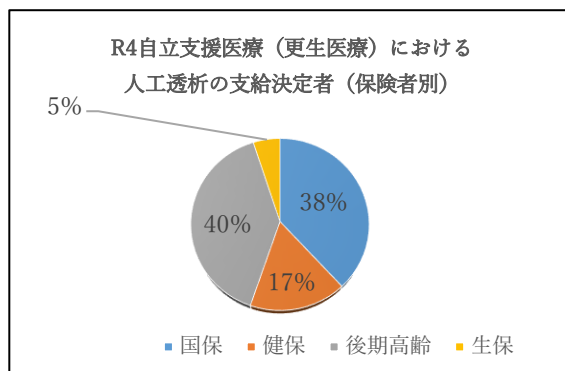
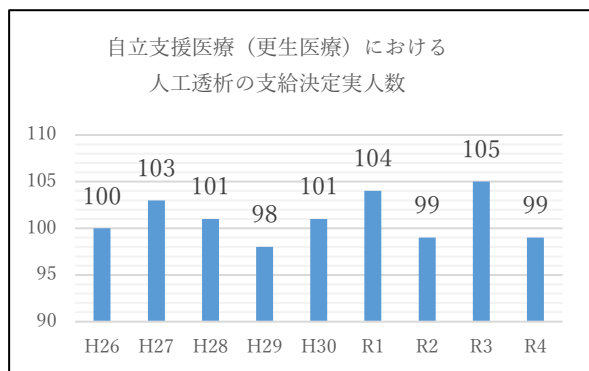
コロナ禍における生活習慣の変化や地域行事が縮小し啓発機会が減少したことにより、塩分摂取量・1日の飲酒量が増加し、運動量は減少傾向である。脳卒中発症等を予防するため、生活習慣の改善について、コロナ禍における生活習慣の変化に応じた啓発を、あらゆる機会を捉え実施していく必要がある。

(6) 人工透析

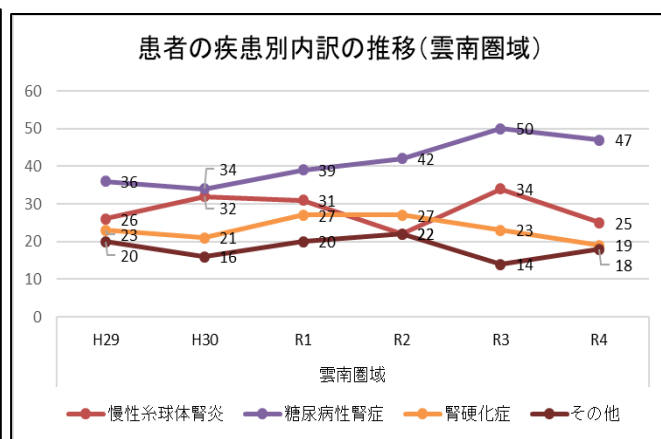
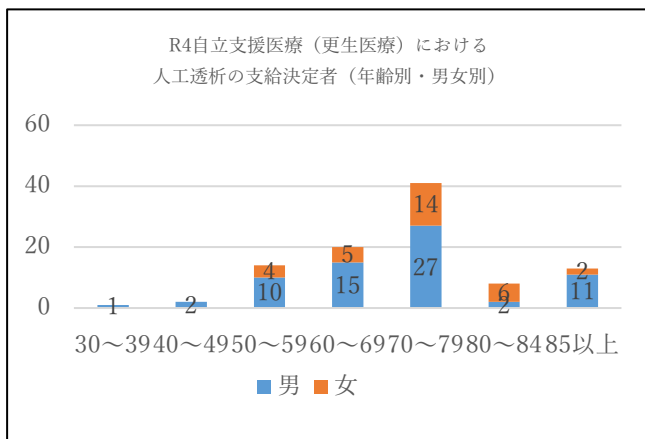
自立支援医療（更生医療）における人工透析の支給決定実人数は、2022（令和4）年は99人であり、2014（平成26）年と同水準で推移している。

2022（令和4）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38%を占め、後期高齢者医療は40%となっており、2016年度（平成28）と比較すると国保加入者は全体の27%、後期高齢者医療は51%と国保加入者の割合が上昇した。透析患者の疾患別内訳をみると糖尿病性腎症が最も多い。

人工透析患者数は同水準であっても、国保加入世代での透析導入が進んでいることとなり、長期間の透析治療が必要となる。透析患者の内訳より基礎疾患として糖尿病を有しているため、糖尿病対策の中でも、特に重症化防止対策の強化が必要と考える。



<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>

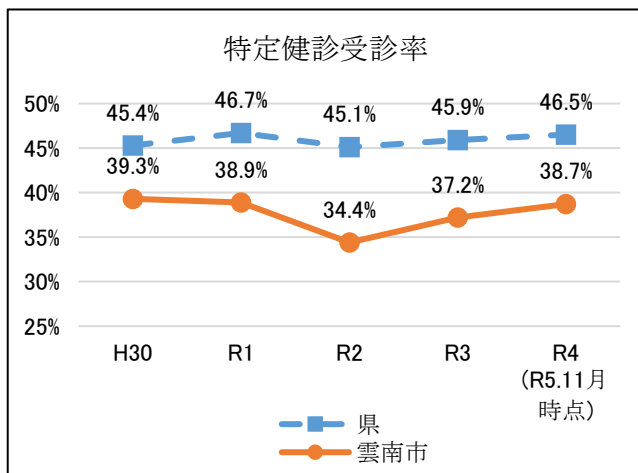
<出典 令和4年度人工透析実施状況調査>

※受療地別データ

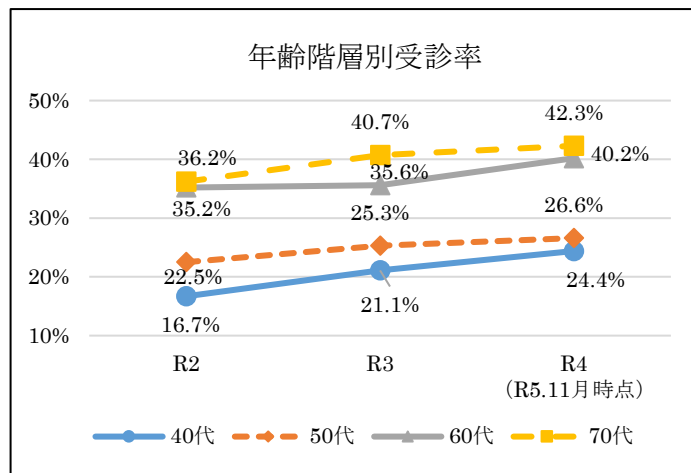
(7) 特定健診・特定保健指導に関する状況

① 特定健診受診率

2022（令和4）年度は特定健診受診率 38.7%（暫定値）と第3期計画に比べ増加したが、依然県内保険者の中では低い状況にある。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40%を超えているが、40歳代、50歳代は20%台の受診率にとどまっている。

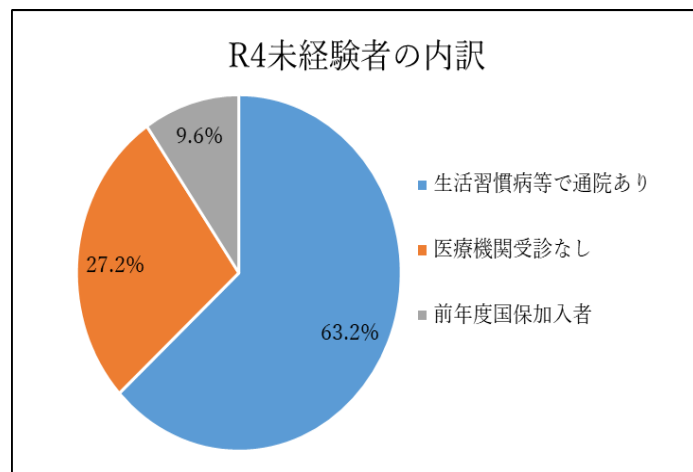
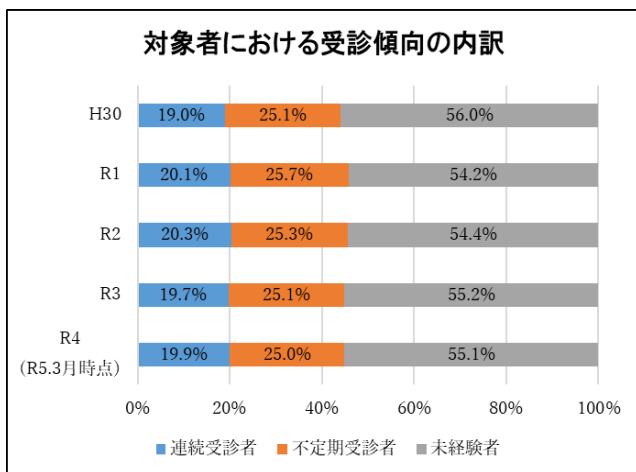


< 出典 進捗・実績管理票 >



< 出典 特定健診受診率向上事業 報告書 >

対象者における受診傾向の内訳はここ数年でほとんど変化はなく、未経験者が50%以上を占めている。未経験者を受診状況毎に分類すると、「生活習慣病で通院あり」が最も多い。



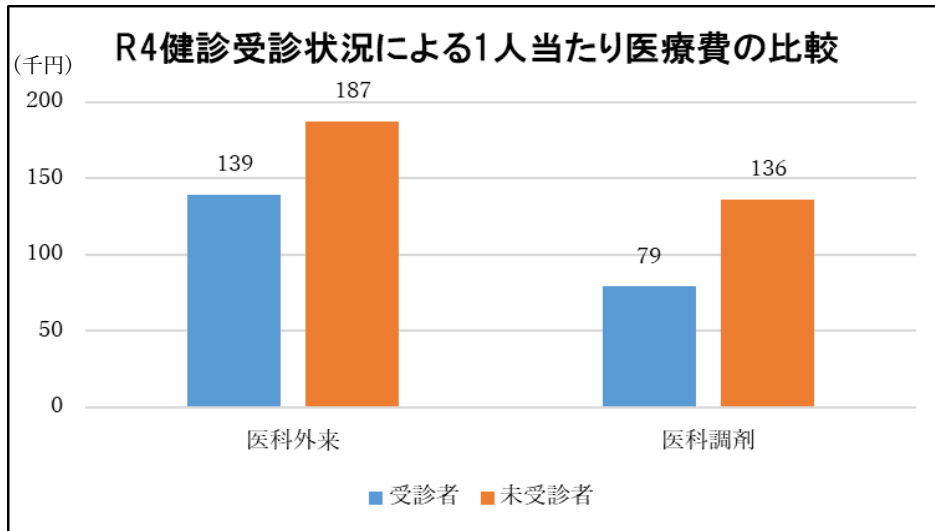
< 出典 特定健診受診率向上事業 報告書 >

健診受診率を高めるため、継続受診を促しつつ、未経験者の中でも、「生活習慣病等での通院あり」の者へ、医療機関と連携を図り受診につなげられるよう取組を強化していく必要がある。

※用語の定義 [連続受診者] 直近3年連続で特定健診を受診している者
 [不定期受診者] 過去3年間で1度でも受診している者
 [未経験者] 直近3年連続で特定健診未受診の者

②特定健診受診状況と医療費の関係

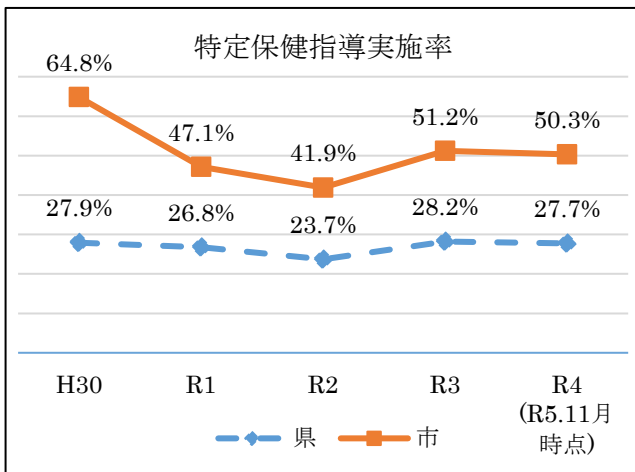
健診受診状況別に医療費を見ると、健診受診者の1人当たりの医療費は未受診者と比較して低い状況にある。健診で疾病を早期発見、早期治療することにより重症化予防・医療費抑制につながっていることが推察される。したがって、引き続き健診受診率向上対策を講じて受診者増加に努めていく必要がある。



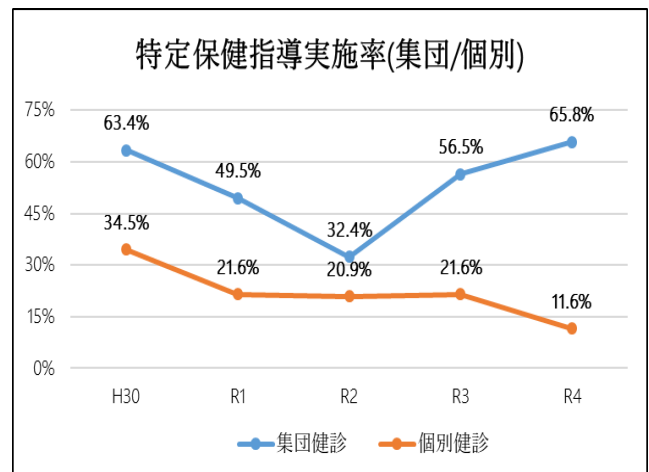
<出典 Focus システム>

③特定保健指導の状況

特定保健指導実施率は、健診受診者全員へ保健指導を実施した 2018（平成 30）年度に過去最高の 64.8%となった。その後は実施率が低下しているが、県平均を上回っている。実施率を集団健診、個別健診別に見ると、集団は 65.8%と高いが、個別は 11.6%と低い。今後個別健診の受診者数が増加する中、個別健診受診者の保健指導方法について検討が必要と考える。



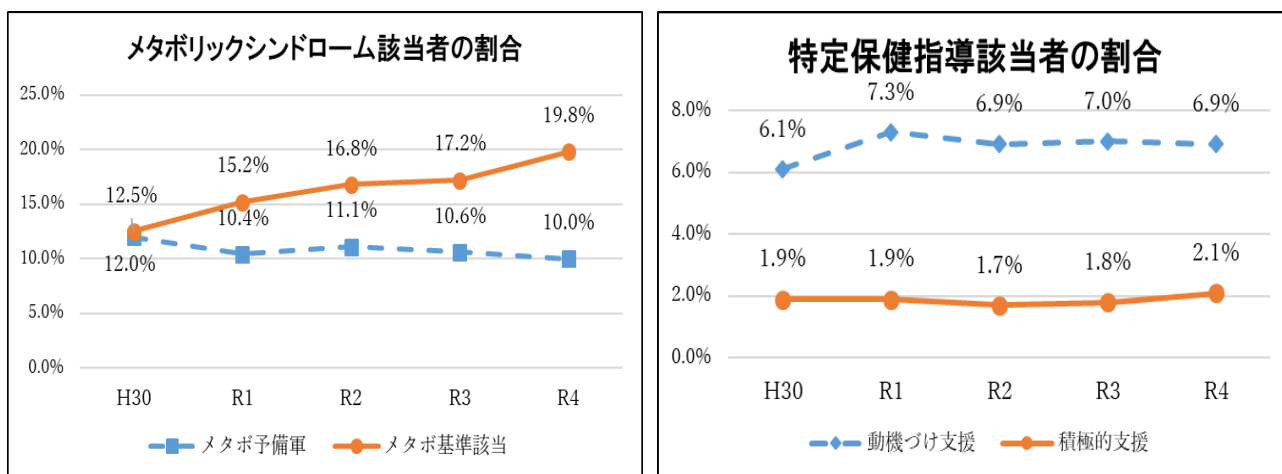
<出典 進捗・実績管理票>



<出典 特定健診等データ管理システム

_FKAC165、167>

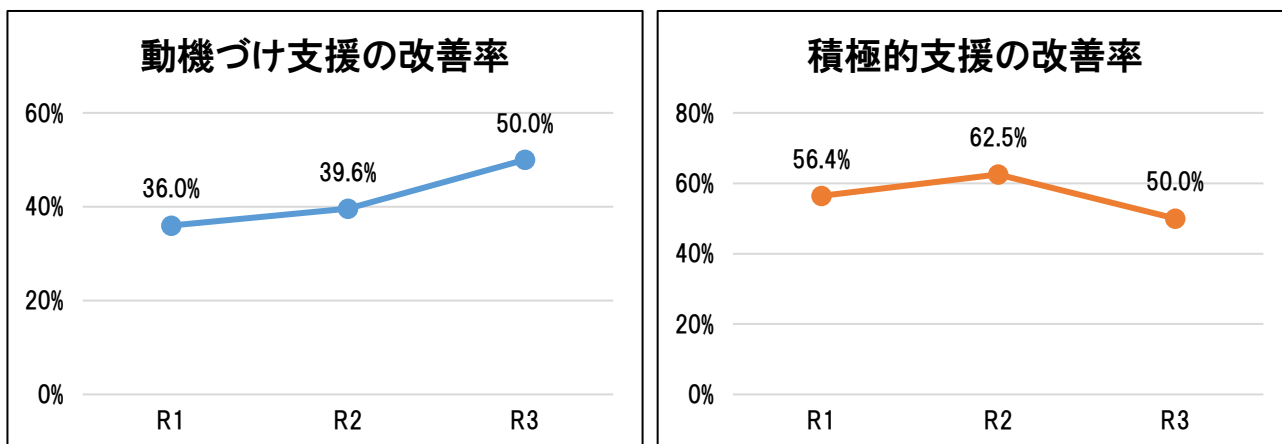
メタボリックシンドロームの基準に該当する者は年々増加している。特定保健指導に該当する者は動機づけ支援^{※28}、積極的支援^{※29}ともに横ばいである。



<出典 特定健診等データ管理システム_FKAC167>

動機づけ支援利用者の健診結果改善率（動機づけ支援→情報提供）は、2019(令和1)年：36%、2020(令和2)年：39.6%、2021(令和3)年：50%であった。

積極的支援利用者の健診結果改善率（積極的支援→情報提供又は動機づけ支援）は、2019(令和1)年：56.4%、2020(令和2)年：62.5%、2021(令和3)年：50%であった。



<出典 特定健診等データ管理システム_保健指導情報 FKAC165、健診結果情報 FKAC167>

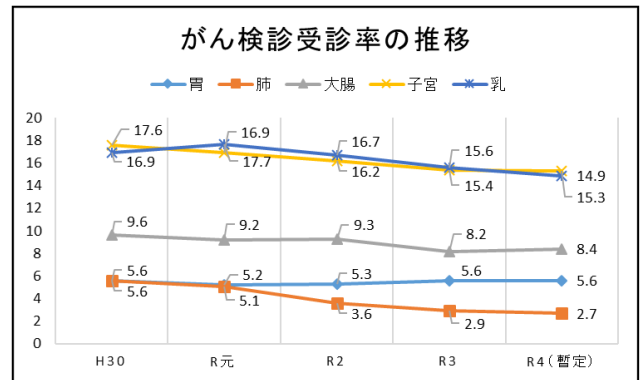
メタボリックシンドローム該当者数は伸びる中、特定保健指導該当者は同水準であるため、早期に医療受診・服薬開始につながっていると考える。一方で特定保健指導該当者の改善率を高める必要も検討が必要である。

(8) がん検診に関する状況

①がん検診受診率

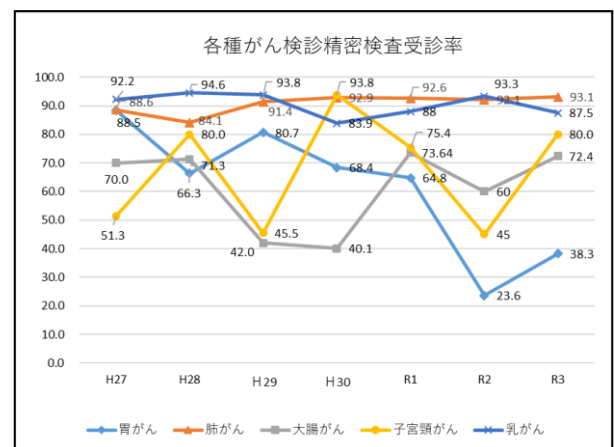
乳がん、子宮頸がん検診の受診率は他の検診に比べて高い。

受診率の推移は、大腸がん、胃がん検診は横ばいだが、乳がん、子宮頸がん、肺がん検診は低下しており、特に肺がん検診は受診率も2.7%と低い。



②精密検査受診率

肺がん・乳がんの精密検査受診率は他に比べて高く、8割を超える年度が続いている。年度による増減はあるが、大腸がん検診の受診率も増加傾向にある。胃がん検診は、ドック受診者分の未把握が多いことも影響し、近年、受診率は大きく低下している。子宮頸がんの受診率は向上しているが、精密検査対象者数が少ないため、年度による増減が大きい。



< 出展：地域保健事業報告 >

がん検診は受診者数増加とあわせ精密検査受診をすすめなければ、総じて医療費抑制にはつながりにくいと考える。がん検診問診時等あらゆる機会において検診受診と精密検査受診の必要性を啓発していく必要がある。

(9) 歯科検診に関する状況

① 県民残存歯調査結果の状況

残存歯数の状況を見ると、雲南市は、80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。

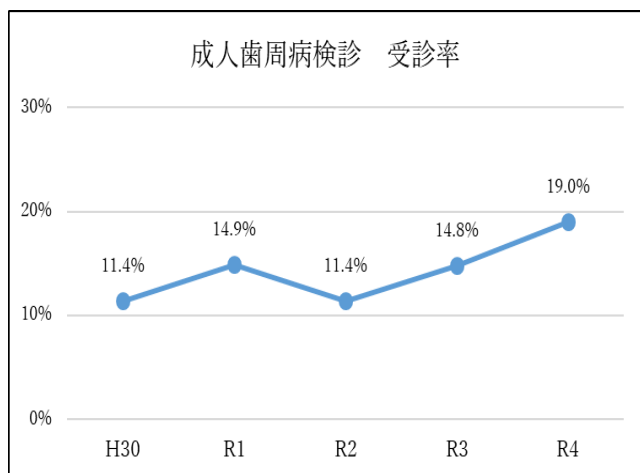
歯周ポケット^{※30}測定状況を見ると、いずれの年齢でも県平均を下回っているが、年代があがるにつれて歯周ポケット測定値4mm以上を有する者の割合が増え、特に70歳～79歳の割合が70%を超えている。

② 歯科検診受診率

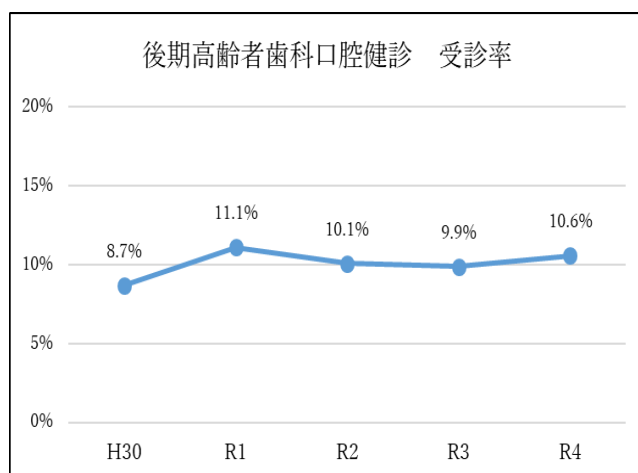
成人歯周病検診の2022（令和）4年度の受診率は2021（令和3）年度より約5ポイント増加し、過去最高となった。後期高齢者歯科口腔検診の受診率は10%を越えたが、島根県平均の11.54%より1ポイント低かった。

年齢	一人平均 残存歯数（本）		ポケット測定値 4mm以上の割合	
	雲南市	島根県	雲南市	島根県
30～34歳	29.0	28.4	34.5	51.1
35～39歳	28.3	28.2	38.2	58.1
40～44歳	28.0	27.8	42.4	57.9
45～49歳	27.4	27.2	42.3	64.4
50～54歳	26.5	26.3	48.2	68.1
55～59歳	25.8	25.3	58.3	69.7
60～64歳	23.9	23.8	65.2	71.9
65～69歳	22.1	22	59.8	72.2
70～74歳	20.2	20	71.2	74.4
75～79歳	18.5	18.3	72.3	74.1
80～84歳	15.3	16.3	61	73.3
85歳～	9.9	13	62.1	75.6
総計	22.0	22.8	56.7	67.6

<成人歯周病検診受診率>



<後期高齢者歯科口腔検診受診率>



第4章. 健康課題

第1期データヘルス計画の評価およびデータ分析から課題を以下のとおり整理した。

課題	保健事業
<p>循環器系疾患の総医療費抑制のため、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していく必要がある。</p> <p>高血圧の原因である食塩の過剰摂取、肥満、飲酒、運動不足等不適切な生活習慣の改善に向けた取り組みについて、広く市民に伝えていく必要がある。</p>	健康づくり事業 地域包括ケア研究推進事業
<p>島根大学による調査研究結果を踏まえ、地区担当保健師を中心に、エビデンスに基づいた効果的な減塩の介入を、住民ボランティア等と連携し取り組む必要がある。</p>	健康づくり事業 地域包括ケア研究推進事業
<p>糖尿病性腎症の高リスク者を早期から支援し、かかりつけ医と腎専門医の併診の推進、医療機関との連携体制を構築・推進することで、人工透析への移行を減らす必要がある。</p>	糖尿病性腎症重症化予防事業
<p>特定健康診査受診率向上対策に取り組む必要がある。特に、未受診者の6割を占める「生活習慣病で通院あり」の者を受診へつなげるのが肝要であり、雲南市の現状や医療機関毎の受診状況等を情報提供し、医療機関との連携を図る必要がある。</p> <p>未経験者・不定期受診者の中で受診の必要性を感じない層を受診につなげるため、ヘルスケアポイント^{*31}等魅力的なインセンティブを付与する方法の検討や効果的な受診勧奨の継続により、受診率を増加させる必要がある。</p>	特定健康診査事業
<p>メタボリックシンドローム該当者の割合は年々増加しており、病態説明ならびに食事・運動・口腔等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必要がある。</p> <p>特に、個別医療機関受診者の特定保健指導実施率は低い状況にあるため、実施率向上にむけた取り組みを検討していく必要がある。</p>	特定保健指導事業
<p>がん検診の受診率および精密検査受診率を向上させることで、がんの早期発見・早期治療につなげる必要がある。</p>	がん検診事業
<p>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ており、青壮年期からの口腔リテラシー^{*32}向上の啓発が必要である。歯科検診受診率を向上させ、う歯や歯周病を早期発見し、適切な治療につなげ歯の喪失を予防することが必要である。また、健診により異常所見が見つかった場合のフォロー体制を検討していく必要がある。</p>	歯科保健事業
<p>後発医薬品の普及促進を図り医療費を削減することで、患者負担の軽減や、医療保険財政の改善につなげていく必要がある。</p> <p>また、多くの薬剤を服薬している者の処方内容を見直す契機を作り、ポリファーマシー^{*33}の是正及び薬剤費の適正化を図る必要がある。</p>	後発医薬品普及促進事業 重複・多剤投与者に対する服薬情報通知事業

第5章 計画の目的・目標

1. 目的

被保険者の健康増進と健康寿命の延伸を図り、国保の医療費適正化を目指す。

2. 目標

(1) 中長期目標

- ・65歳平均自立期間の延伸
- ・新規人工透析患者数の減少
- ・脳卒中発症率の減少
- ・全がん年齢調整死亡率の減少

(2) 短期目標

- ・特定健診受診率の増加
- ・特定保健指導実施率の増加
- ・特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率（メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の減少率）
- ・HbA1c^{*34} 8.0%以上の者の割合の減少
- ・がん検診受診率の増加

中長期目標値

項目	基準値	目標値						把握方法
	R5 (R4実績) (H28~R2)	R6	R7	R8 (中間評価)	R9	R10	R11 (最終評価)	
65歳平均自立期間 (5年平均・男性)	18.58 (H28~R2)	-	-	18.88	-	-	19.11	島根県健康指標データベースシステム
65歳平均自立期間 (5年平均・女性)	22.97 (H28~R2)	-	-	22.27	-	-	22.57	
新規人工透析患者数	6人 (R3)	-	-	3人	-	-	0人	KDB分析(国保中央会からのデータ提供)
脳卒中発症率 (全年齢・男性)	131.8% (R3)	-	-	120%	-	-	110%	脳卒中発症状況調査
脳卒中発症率 (全年齢・女性)	44.5% (R3)	-	-	40%	-	-	35%	
全がん年齢調整死亡率 (全年齢・男性)	140.5% (H28~R2)	-	-	138%	-	-	135%	島根県健康指標データベースシステム(5年平均・ベイズ補正)
全がん年齢調整死亡率 (全年齢・女性)	75.5% (H28~R2)	-	-	73%	-	-	70%	

短期目標値

項目	基準値	目標値						把握方法
	R5 (R4実績)	R6	R7	R8 (中間評価)	R9	R10	R11 (最終評価)	
特定健診受診率	38.7%	39%	39.5%	40%	40.5%	41%	41.5%	法定報告 ※県共通指標
特定保健指導実施率	50.3%	52%	54%	56%	58%	60%	60%	法定報告 ※県共通指標
特定保健指導による 特定保健指導対象者 の減少率	47.9%	48%	48.5%	49%	49.5%	50%	50%	法定報告 ※県共通指標
HbA1c 8.0%以上 の者の割合の減少	0.7%	0.65%	0.6%	0.55%	0.5%	0.45%	0.4%	KDB 健診ツリ 一図 ※県共通指標
がん検診受診率 (大腸)	8.4%	9%	10%	11%	12%	13%	14%	地域保健事業 報告
がん検診受診率 (肺)	2.7%	3%	4%	5%	6%	7%	8%	地域保健事業 報告
がん検診受診率 (胃)	5.6%	6%	7%	8%	9%	10%	11%	地域保健事業 報告
がん検診受診率 (乳)	14.9%	15%	16%	17%	18%	19%	20%	地域保健事業 報告
がん検診受診率 (子宮)	15.3%	16%	17%	18%	19%	20%	21%	地域保健事業 報告

第6章 個別保健事業

目的、目標を達成するための対策を主要9事業として整理し下記に示す。特に、特定健診・特定保健指導、重症化予防、健康づくりに重点を置き取り組むこととする。

1. 特定健康診査・保健指導

(1) 特定健康診査事業（主管課：保健医療介護連携室）

目的：受診率向上対策によって受診者数を増加させ病気の早期発見・早期治療につなげることで、メタボリックシンドローム該当者を、特定保健指導や医療受診につなげることで、医療費適正化、重症化予防を図る。

【目標】

評価指標	計画策定時	目標値						把握方法
		R6	R7	R8 (中間評価)	R9	R10	R11 (最終評価)	
特定健診受診率	38.7%	39%	39.5%	40%	40.5%	41%	41.5%	法定報告 ※県共通指標
受診勧奨者のうち受診した者の割合	9.1%	9.5%	10%	10.5%	11%	11.5%	12%	FKAC167
レセ有り未経験の割合	35.1%	35%	34.5%	34%	33.5%	33%	33%	KDB
医療機関との連携	16 か所 /年	16 か所 /年	16 か所 /年	16 か所 /年	16 か所 /年	16 か所 /年	16 か所 /年	

【事業内容と実施方法】

対象者：40～74歳の雲南市国保加入者

実施方法

- 集団健診：各町の交流センター、健康福祉センター等で実施する。
オプション検査、胃がん検診、大腸がん検診の受付を実施する。
- スピード特定健診：平日就業している者をターゲットに土日月で実施する。
胃がん検診・肺がん検診・大腸がん検診・乳がん検診・子宮頸がん検診を実施する。
- 個別健診：6月～3月末に実施。
対象者が医療機関へ直接申し込む。
- 人間ドック：特定健診に加えて胃の検査、腹部エコー、心電図、大腸がん検診、眼底検査等を実施。
- 脳ドック：特定健診に加えてMRI、MRAを実施する。医療機関によって頸動脈の検査、認知機能検査等を実施する。

周知・受診勧奨

- 5月末頃に受診券・案内文・集団健診申込書を送付する。併せて告知放送で周知する。
- 未受診理由別に対象者を整理し、無関心層への特定健診受診促進のためのインセンティブ付与を検討する。
- 国保主管課での国保加入時のチラシ配布による受診勧奨と健診主管課による年度内国保加入者へ受診券を送付し、切れ目なく健診を受診させる。
- 医療機関分析、通院中未受診者分析の結果より、医療機関訪問にて治療中の対象者に対する健診実施と治療中患者の診療情報提供事業を説明する。
- スピード健診会場で次年度の健診予約を受け付ける。

(2) 特定保健指導事業（主管課：保健医療介護連携室）

目的：特定健診により抽出した対象者へ個別の保健指導を行うことで、その要因となっている生活習慣を改善し、生活習慣病予防を行うことを目的とする。具体的に、対象者自身が健診結果を理解し、自らの生活習慣を振り返り、改善するための行動目標を設定・実践することで、セルフケアができるようになることを目的とする。

【目標】

評価指標	計画策定時	目標値						把握方法
		R6	R7	R8 (中間評価)	R9	R10	R11 (最終評価)	
特定保健指導実施率	50.3%	52%	54%	56%	58%	60%	60%	法定報告 ※県共通指標
健診結果改善率 (動機づけ支援)	39.6%	35%	35%	35%	35%	35%	35%	FKAC16 5、167
健診結果改善率 (積極的支援)	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	FKAC16 5、167
スタッフミーティングの実施回数	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	
雲南市立病院との 打ち合わせ回数	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	

【事業内容と実施方法】

情報提供：健診結果送付時、基準値を超えた検査項目に対するチラシを同封する。また、特定保健指導非該当であっても、適宜必要な者へ保健指導を行う。

動機づけ支援（集団健診）：集団健診当日に保健師・管理栄養士が初回面談を実施。健診結果判定後に対象者へ電話で保健指導区分を伝達し目標を決定する。3か月後にアンケートによる最終評価を実施する。

積極的支援、動機づけ支援（個別健診）：毎月対象を抽出し、案内文を発送する。対象者が雲南市立病院へ申し込む。

実施率向上対策

- ・ 集団健診会場での当日分割実施。
- ・ 雲南市立病院で特定健診実施に併せて対象者へ保健指導の利用勧奨。
- ・ 個別健診医療機関から結果返却に合わせた特定保健指導チラシの配布により、タイムリーな保健指導の利用を促す。

効果的な保健指導実施に向けた取り組み

- ・ 国保連主催の特定保健指導技術研修会へ参加し、その後関係者間で情報共有する。
- ・ 年に1度、スタッフミーティングを行い、指導手技の確認、保健指導の課題感、困難事例等の情報共有を行う。
- ・ 医療機関訪問の際に雲南市立病院と特定保健指導に係る打ち合わせを行う。

2. 重症化予防

(1) 糖尿病性腎症重症化予防事業（主管課：保健医療介護連携室）

目的：透析リスク対象者を把握し保健指導などの支援へ繋げ、医療機関との連携体制を構築・推進することで、人工透析への移行を減らすことを目的とする。

【目標】

評価指標	計画策定時	目標値						把握方法
		R6	R7	R8 (中間評価)	R9	R10	R11 (最終評価)	
新規透析導入者数	6人	-	-	3人	-	-	0人	KDB分析(国保中央会からのデータ提供)※糖尿病性腎症に限らず計上
HbA1c 8.0%以上の者の割合の減少	0.7%	0.65%	0.6%	0.55%	0.5%	0.45%	0.4%	KDB健診ツリー図 ※県共通指標
対象者の把握率	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	雲南圏域CKDフォロー体制により抽出
雲南市糖尿病・CKD対策検討会議の開催	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	

【事業内容と実施方法】

対象者：尿蛋白2+以上またはeGFR：50mL/分/1.73m²未満(70歳以上はeGFR：40mL/分/1.73m²未満)(eGFR算出できない場合はクレアチン：男性1.01以上、女性0.9以上)で抽出した者。

方法

雲南市糖尿病・CKD 対策事業の取り組みにより実施する。

企画・検討

雲南市糖尿病・CKD 対策企画検討会

- ・2～3 回／年
- ・内容：課題抽出・共有・検討、事業企画・実施方法検討
- ・参加者：雲南保健所、雲南市立病院、保健医療介護連携室

雲南市糖尿病・CKD 対策検討会議

- ・1～2 回／年
- ・内容：事業報告、課題共有と対策事業の検討
- ・参加者：雲南医師会、腎専門医、雲南保健所、雲南市立病院、保健医療介護連携室

関係機関との連携

- ・医療機関訪問により CKD フォロー体制周知し、併診を促進する
- ・医師会ブロック会にて CKD フォロー体制説明
- ・国保連協へ事業説明と報告
- ・関係機関と共に重症化予防等の周知・啓発に取り組む

雲南圏域 CKD フォロー体制の運用

- ・雲南圏域 CKD フォロー体制の基準に基づき、KDB より対象者抽出。
精密検査発行者の返信状況確認と未受診者についてレセプト確認、保健師による電話フォローでの保健指導の実施

保健・栄養指導の活用促進

- ・市の保健、栄養指導を活用してもらうよう医療機関等へ周知する

3. 健康づくり

(1) 健康づくり事業（主管課：健康推進課）

目的：高血圧・糖尿病・脂質異常症等について、病態説明ならびに食事・運動・口腔等の生活改善につながる指導を行い、日常的に健康づくりに取り組む人を増やす。

【目標】

評価指標	計画策定時	目標値						把握方法
		R6	R7	R8 (中間評価)	R9	R10	R11 (最終評価)	
推定塩分摂取量	男性 9.5 g	9.0 g	9.0 g	8.5 g	8.5 g	8.5 g	8.0 g	島根大学生生活習慣病コホート調査
	女性 9.0 g	8.5 g	8.5 g	8.0 g	8.0 g	8.0 g	8.0 g	
1 日あたりの飲酒が 1 合以上の者の割合	43.6%	43.0 %	42.0 %	41.0 %	40.0 %	39.0 %	38.0 %	KDB

1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年間以上実施している者の割合	29.2%	29.5%	30%	30.5%	31%	31%	31%	KDB
日常的に健康づくりに取り組んでいる人の割合	62.1%	62.5%	63.0%	63.0%	63.0%	63.5%	64.0%	市民アンケート
健康教育健康相談の市民参加率	8.2%	8.5%	8.5%	9.0%	9.0%	9.5%	9.5%	活動報告集
減塩、高血圧に関するチラシの配布枚数	700枚 (予定)	750枚	800枚	800枚	850枚	850枚	900枚	活動報告集

【事業内容と実施方法】

対象者：雲南市民

実施方法

①生活習慣病予防の啓発

- ・食塩の過剰摂取、肥満、飲酒、運動不足等不適切な生活習慣の改善に向けた取り組みについて啓発。
- ・地域特性に応じた介入の検討。
- ・地域自主組織、食生活改善推進員、地域運動指導員等に対し、健康課題の共有と生活習慣病予防の協働した取り組み
- ・市報、地域自主組織発行の広報誌等での啓発
- ・地域で行われるお祭り等様々な機会での啓発
- ・しまね健康寿命延伸プロジェクトで得たノウハウを活かし、全市への波及を進める。また、特にターゲット（60代女性）に対しては特定健診の機会等様々な機会を通じ啓発を行う。

②健康教育・相談事業

- ・定期的な健診受診の必要性、脳卒中予防、高血圧予防、減塩対策をテーマに出前講座を実施する。教育内容に運動、アルコールの適正飲酒を合わせて実施する。
- ・地域包括ケア研究推進事業検討会（減塩推進担当者会）で作成したチラシを用い、健康教室を行う。

4. 適正受診・服薬

(1) 重複多剤投与者に対する服薬情報通知事業（主管課：市民生活課）

目的：多くの薬剤を服薬している者へ過去の服薬情報を通知し、かかりつけ医・かかりつけ薬剤師への相談を促すことにより、処方内容を見直す契機を作り、ポリファーマシーの是正及び薬剤費の適正化を推進することを目的とする。

【目標】

評価指標	計画策定時	目標値						把握方法
		R6	R7	R8 (中間評価)	R9	R10	R11 (最終評価)	
対象者への通知率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	重複・多剤投与者に対する服薬情報通知業務報告
医薬品種類数が削減した人数割合	42.6% (R4)	40.0% 以上	40.0% 以上	41.0% 以上	41.0% 以上	42.0% 以上	42.0% 以上	

【事業内容と実施方法】

対象者：複数の医療機関を受診し、処方日数が14日以上薬剤を多数処方されている者

方法：処理対象診療年月（4カ月）の間に重複・多剤投与が疑われる被保険者を抽出し、通知書を発送する（年1回）。

通知後、対象者のレセプトを確認し（4カ月）、通知による効果の分析等を行う。

改善が見られなかった者の中から抽出し、保健師による保健指導等を実施。

被保険者には、お薬手帳の1冊化の必要性を周知する。

被保険者からの問い合わせにも対応する。

(2) ジェネリック医薬品利用促進事業（主管課：市民生活課）

目的：ジェネリック医薬品の利用促進を図るとともに、医療費の削減につなげていくことを目的とする。

【目標】

評価指標	計画策定時	目標値						把握方法
		R6	R7	R8 (中間評価)	R9	R10	R11 (最終評価)	
対象者への通知率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	後発医薬品普及促進事業効果報告
後発医薬品普及率 (厚生労働省指定薬剤)(数量)(*)	83.86% (R4)	80% 以上	80% 以上	81% 以上	81% 以上	82% 以上	82% 以上	

(*) 国の目標値である80%以上を引き続き維持するが、今後国において設定される数値目標を踏まえて見直すこととする。

【事業内容と実施方法】

対象者：国民健康保険被保険者のうち、慢性疾患等に罹患し、使用している先発医薬品を後発医薬品に切り替えることによる自己負担額の削減効果が大きいと認められる者。

ただし、がん、その他特殊疾病及び精神疾患等は除く。

方法：先発医薬品を後発医薬品に切り替えた場合の自己負担軽減例通知書を作成、発送し、対象者が後発医薬品に切り替わっているかを確認する。

被保険者に対しては、ジェネリック医薬品希望カード・シール付きのリーフレットを配布する。懸垂幕を設置し周知を図り、医療機関・薬局と連携し、利用促進を図る取り組みを継続する。

被保険者からの問い合わせにも対応する。

5. 個別疾病対策

(1) がん検診事業（主管課：保健医療介護連携室）

目的：がんによる死亡を減少させることを目指し、早期発見・早期治療につなげるために、検診の受診率および精密検査受診率を向上させることを目的とする。

【目標】

評価指標	計画策定時	目標値						把握方法
		R6	R7	R8 (中間評価)	R9	R10	R11 (最終評価)	
がん検診受診率 (大腸がん)	8.4%	9%	10%	11%	12%	13%	14%	地域保健 事業報告
がん検診受診率 (肺がん)	2.7%	3%	4%	5%	6%	7%	8%	
がん検診受診率 (胃がん)	5.6%	6%	7%	8%	9%	10%	11%	
がん検診受診率 (乳がん)	14.9%	15%	16%	17%	18%	19%	20%	
がん検診受診率 (子宮頸がん)	15.3%	16%	17%	18%	19%	20%	21%	
精密検査受診率 (大腸がん)	72.4%	73%	75%	77%	79%	81%	83%	地域保健 事業報告
精密検査受診率 (肺がん)	93.1%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	
精密検査受診率 (胃がん)	38.3%	40%	42%	44%	46%	48%	50%	
精密検査受診率 (乳がん)	87.5%	88%	90%	90%	90%	90%	90%	
精密検査受診率 (子宮頸がん)	80.0%	82%	84%	86%	88%	90%	90%	

【事業内容と実施方法】

検診名	対象者 (以下の年齢の雲南市民)	受診方法	検診方法	自己負担
胃がん検診	40歳以上	集団	バリウム造影による胃透視検査	1,300円
	50歳以上	個別	内視鏡検査	国保ドック料金に含まれる
結核・肺がん検診	40歳以上	集団	胸部レントゲン検査	300円
喀痰検査	50歳以上		喀痰検査(3日法)	600円
大腸がん検診	40歳以上	郵送・個別	便潜血検査(2日法)	500円
子宮頸がん検診	20歳以上	集団	細胞診検査 (判定はベセスダ分類)	1,200円
		個別(市内)		1,200円
	20～69歳	個別(市外)		1,500円
HPV検査	20～69歳	集団・個別	ヒトパピローマウィルスの検査	1,000円
乳がん検診	40～49歳	集団	マンモグラフィ検査(2方向)	1,500円
	50歳以上		マンモグラフィ検査(1方向)	1,000円
	40～49歳	個別	マンモグラフィ検査(2方向)	1,500円
	50～69歳 市内医療機関は 70歳以上も可		マンモグラフィ検査(1方向)	1,200円

※集団検診は環境保健公社およびJA島根厚生連へ、個別検診は市内外医療機関へ委託して実施。

① 受診率向上

- ・がん検診啓発自主グループのがん検診すすめ隊、退職保健師の会であるぼたんの会へがん検診の現状について情報提供し、がん検診の重要性や受診方法等の情報発信を行い、地域の全体の健康意識の底上げが図れるよう連携した取り組みを行う。
- ・退職後に市の検診へスムーズに移行するため、国保加入・切替え手続き時等に特定健診と合わせてがん検診の情報提供を行う。さらに、特定健診とセットで実施することで、国保加入者の受診率向上を図る。
- ・委託医療機関の拡大や休日がん検診、セットがん検診の実施により受診しやすい環境を整える。
- ・個別通知による受診勧奨を強化し、ターゲットを明確化した効果的な受診勧奨に取り組む。(60代：肺がん・大腸がん、50代：乳がん、30代：子宮頸がん)
- ・肺がん検診、大腸がん検診を中心に地区担当保健師を中心とした地域の状況を踏まえた受診勧奨を実施する
- ・地域自主組織と協働した大腸がん検診の申込受付を継続する

② 精密検査受診率向上

- ・精密検査の該当となった場合には、必ず精密検査を受診するよう問診等の場においてチラシを用いて健康教育を行う。
- ・前年度に実施したがん検診の精密検査未受診者を対象に、受診勧奨および受診状況調査を実施する。

③ 精度管理

- ・受診間隔管理や受診勧奨通知を含めた受診者管理の仕組みづくりの検討を進める。
- ・委託医療機関と相互に円滑な情報のやりとり(医療機関からのタイムリーな精検受診結果の返信、市からの検診結果のフィードバック)が行えるよう仕様書を作成し、仕様書の順守と委託先の精度管理を確認するための体制づくりを進める。
- ・国の指針に沿った対策型胃内視鏡検診の実施にむけた取り組みを進めていく

(2) 歯科保健事業（主管課：保健医療介護連携室）

目的：歯周病健診によってむし歯や歯周病を早期発見し、適切な治療につなげて歯の喪失を予防する。健康教育を通して知識の普及、リテラシーの向上を図り、いつまでも健康で快適な生活を送れるよう支援する。

【目標】

評価指標	計画策定時	目標値						把握方法
		R6	R7	R8 (中間評価)	R9	R10	R11 (最終評価)	
成人歯周病健診受診率	14.8%	15%	16%	17%	18%	19%	20%	活動報告集
健康教育の実施件数	4件/年	5件/年	5件/年	5件/年	5件/年	5件/年	5件/年	活動報告集
歯科医療機関訪問	14か所/年	14か所/年	14か所/年	14か所/年	14か所/年	14か所/年	14か所/年	

【事業内容と実施方法】

① 成人歯周病健診

対象者：40、50、60、70歳の雲南市民

実施方法

3～4月：歯科医院へ健診実施の依頼

6～9月：歯科医院にて健診実施

8月：未受診者への再勧奨はがき送付

- ・健診後に適切なフォローを実施できるよう、体制について検討する。

② 健康教育事業

対象者：雲南市民

実施方法：歯科衛生士が地域からの依頼を受けて実施する。口腔ケア、オーラルフレイル予防等に関する内容を啓発する

6. 地域包括ケア研究推進事業

(1) 地域包括ケア研究推進事業（主管課：健康づくり政策課）

目的：島根大学との共同研究に基づき、地域課題の解決に向けた効果的な地区保健活動を展

開することで、健康づくり・介護予防を一体的に実施し、地域包括ケアの推進に寄与する。

【目標】

評価指標	計画策定時	目標値						把握方法
		R6	R7	R8 (中間評価)	R9	R10	R11 (最終評価)	
大学健康講座開催回数・参加者数	2回・15人			2回・30人			3回・45人	
推定塩分摂取量	男性 9.5 g 女性 9.0 g	9.0 g 8.5 g	9.0 g 8.5 g	8.5 g 8.0 g	8.5 g 8.0 g	8.5 g 8.0 g	8.0 g 8.0 g	島根大学生 活習慣病コ ホート調査
担当者会開催回数	4回/年	4回/年	4回/年	4回/年	4回/年	4回/年	4回/年	
地域包括ケアに関して連携して取り組んだ組織数	34組織	34組 織	34組 織	34組 織	34組 織	34組 織	34組 織	

【事業内容と実施方法】

対象者：雲南市民

方法・実施者等

大学との共同研究事業で、健康調査や通いの場等でのデータを分析し、具体的な地域への啓発・展開方法を検討する。

企画・検討

- ・事業推進検討会議

内容：大学健康調査等健康課題の抽出、対策の検討、健康づくり施策の検討

メンバー：健康づくり政策課、健康推進課、保健医療介護連携室、身体教育医学研究所うなん

調査・研究

- ・集団特定健診における調査

アンケート・問診（生活、病歴、社会背景、食事、運動、情動検査(うつ性自己評価尺度)、尿中塩分測定。

- ・フレイル状態の把握

後期高齢者質問票から把握。

健康調査や介護情報分析と連動した保健事業（健康教育・講演会等）

- ・大学と連携した、市民を対象とした健康教育の実施
- ・大学による保健関係者への支援等（結果報告会など）
- ・調査・研究に基づく、各町の地域特性に応じた健康づくり活動の推進

第7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^{※35}）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（2026（令和8）年度5月）。

本計画の最終年度となる2029（令和11）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、2029（令和11）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^{*36}等を活用する。

前章で示した評価指標の他に、以下に示す項目について中長期アウトカム指標（モニタリング指標）として定め、把握することとする。

評価指標	計画策定時
脳血管疾患年齢調整死亡率（全年齢・男性）ベイズ補正・5年平均	32.3
脳血管疾患年齢調整死亡率（全年齢・女性）ベイズ補正・5年平均	16.6
虚血性心疾患年齢調整死亡率（全年齢・男性）ベイズ補正・5年平均	12.4
虚血性心疾患年齢調整死亡率（全年齢・女性）ベイズ補正・5年平均	3.4
国民健康保険1人あたり医療費の上昇	503,261円
糖尿病年齢調整有病率 男性（40～64歳／65～74歳）	7.9/15.9
糖尿病年齢調整有病率 女性（40～64歳／65～74歳）	5.6/10.4
高血圧年齢調整有病率 男性（40～64歳／65～74歳）	37.0/66.8
高血圧年齢調整有病率 女性（40～64歳／65～74歳）	15.5/55.6
脂質異常症年齢調整有病率 男性（40～64歳／65～74歳）	42.9/41.3
脂質異常症年齢調整有病率 女性（40～64歳／65～74歳）	42.4/59.2

（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8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9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法施行条例」(2022(令和4)年条例第23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10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40.45%(2023(令和5)年3月末現在)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をさらに推進する。

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・社会福祉協議会・ボランティア団体等、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

各地域に地域課題の解決・緩和の話し合いの場となる「協議体」を設置し、多様な関係者との連携強化を図り、課題解決のための取り組みを検討する。また、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。

②健康課題の分析と事業実施

壮年期から高齢期へと切れ目なく、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。

③高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

75歳に達すると後期高齢者医療制度の被保険者となることを踏まえ、前期高齢者の多くが加入する国保においても、生活習慣病の重症化予防に加え介護予防にも取り組み、保健事業と介護予防を一体的に実施する。

第11章 第4期雲南市特定健診等実施計画

1. 計画の目的

保険者が特定健診・特定保健指導の実施に当たって、その規模、加入者の年齢構成、保健事業の体制・人材等のリソース、地域的条件等を考慮し、あらかじめ実施率目標や実施方法等を定めることで、事業を効率的・効果的に実施し、その実施状況の評価ができることを目的とする。

2. 第4期特定健診等実施計画の主な変更点

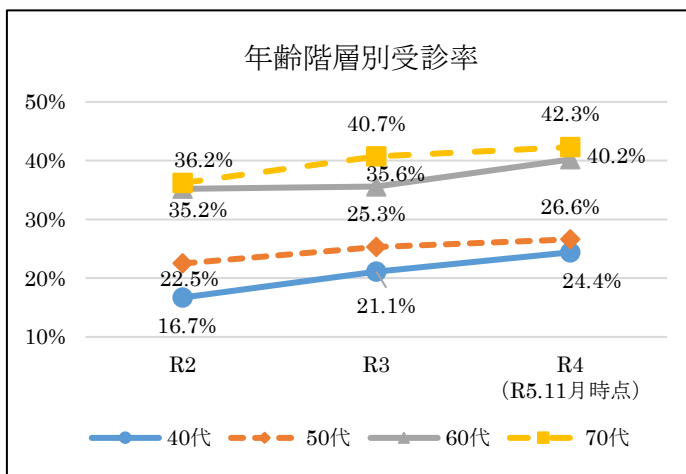
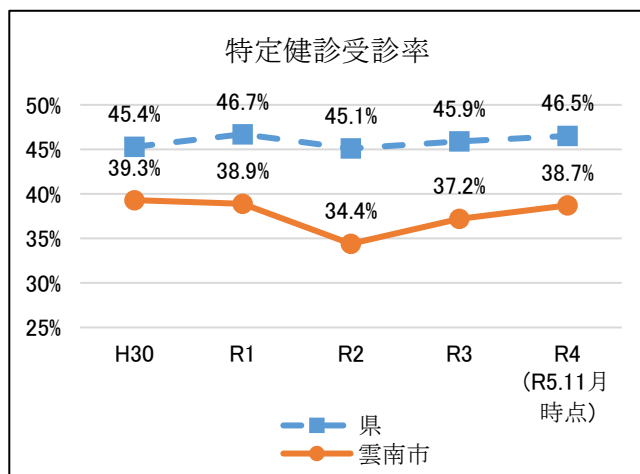
- ・血液検査における中性脂肪において、やむを得ず空腹時以外で測定する場合は、随時中性脂肪による検査を可とした。
- ・喫煙や飲酒に係る質問項目について、より正確にリスクを把握できるよう詳細な選択肢へ修正した。
- ・積極的支援の主要達成目標を腹囲2cm、体重2kg減とし、これを達成した場合は180ポイントを付与することとした。
- ・特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば分割実施として取り扱えることとした。
- ・服薬の確認に当たって、確認する医薬品の種類、確認の手順等を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外であっても実施できることとした。

3. 計画策定にむけた整理

(1) 特徴

①特定健診の状況

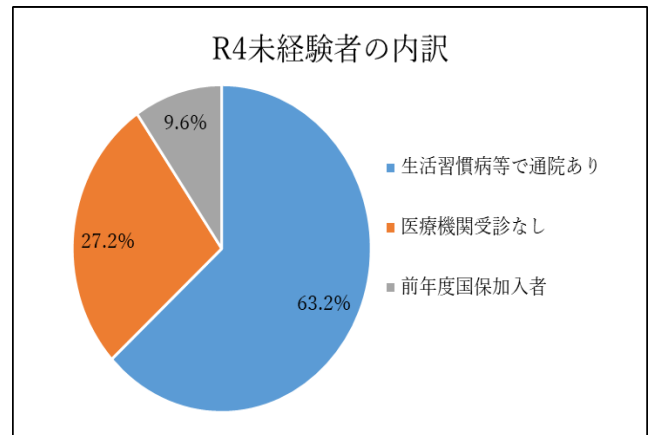
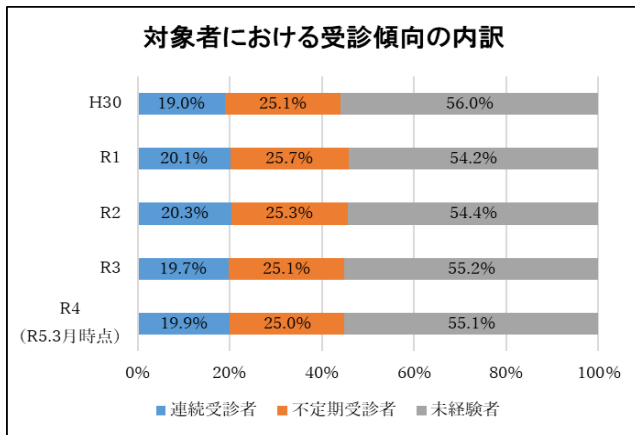
2022（令和4）年度は特定健診受診率38.7%（暫定値）と、第3期計画に比べ増加したが依然県内保険者の中で低い状況にある。年齢階層別の受診割合を見ると、年齢が若いほど受診率が低く、60歳代以上は40%を超えているが、40歳代、50歳代は20%台の受診率にとどまっている。



< 出典 進捗・実績管理票 >

< 出典 特定健診受診率向上事業 報告書 >

対象者における受診傾向の内訳はここ数年でほとんど変化はなく、未経験者が50%以上を占めている。未経験者を受診状況毎に分類すると、「生活習慣病で通院あり」が最も多い。

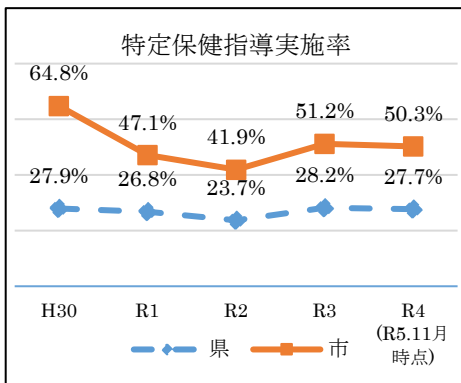


<出典 特定健診受診率向上事業 報告書>

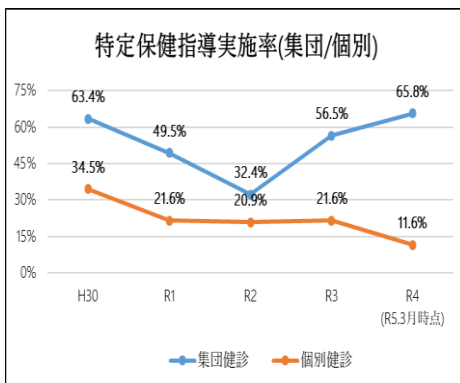
※用語の定義 [連続受診者] 直近3年連続で特定健診を受診している者
 [不定期受診者] 過去3年間で1度でも受診している者
 [未経験者] 直近3年連続で特定健診未受診の者

②特定保健指導の状況

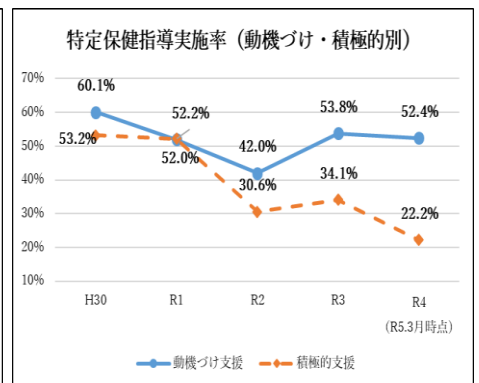
特定保健指導実施率は、健診受診者全員へ保健指導を実施した2018(平成30)年度に過去最高の64.8%となった。その後は実施率低下しているが、県平均を上回っている。実施率を集団健診、個別健診別に見ると、集団は65.8%と高いが、個別は11.6%と低い。



<出典 進捗・実績管理票>



<出典 特定健診等データ管理システム _FKAC165、167>

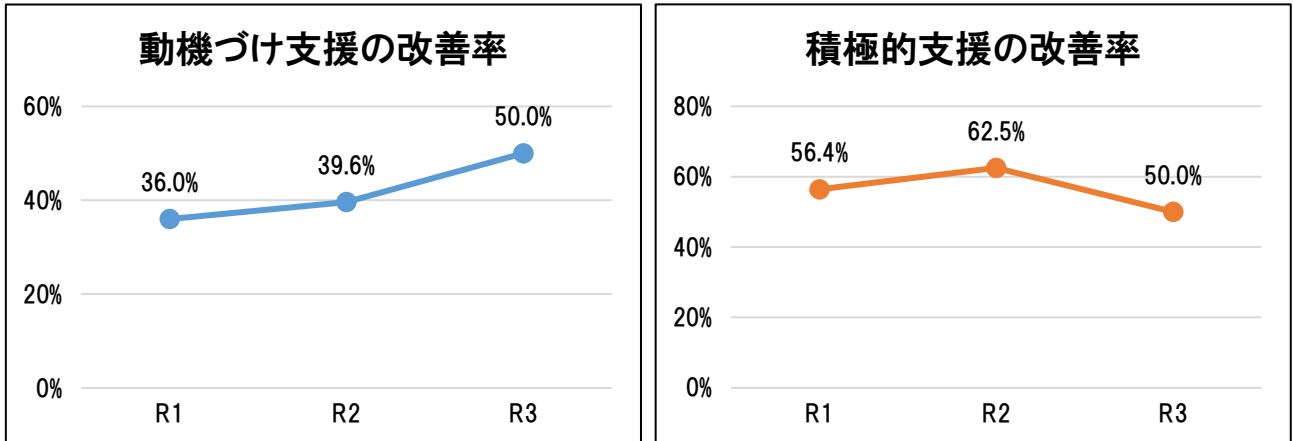


<出典 特定健診等データ管理システム _FKAC165、167>

動機づけ支援利用者の健診結果改善率(動機づけ支援→情報提供)は、2019(令和1)年:36%、2020(令和2)年:39.6%、2021(令和3)年:50%であった。

積極的支援利用者の健診結果改善率(積極的支援→情報提供又は動機づけ支援)は、2019(令和1)年:56.4%、2020(令和2)年:62.5%、2021(令和3)年:50%であった。

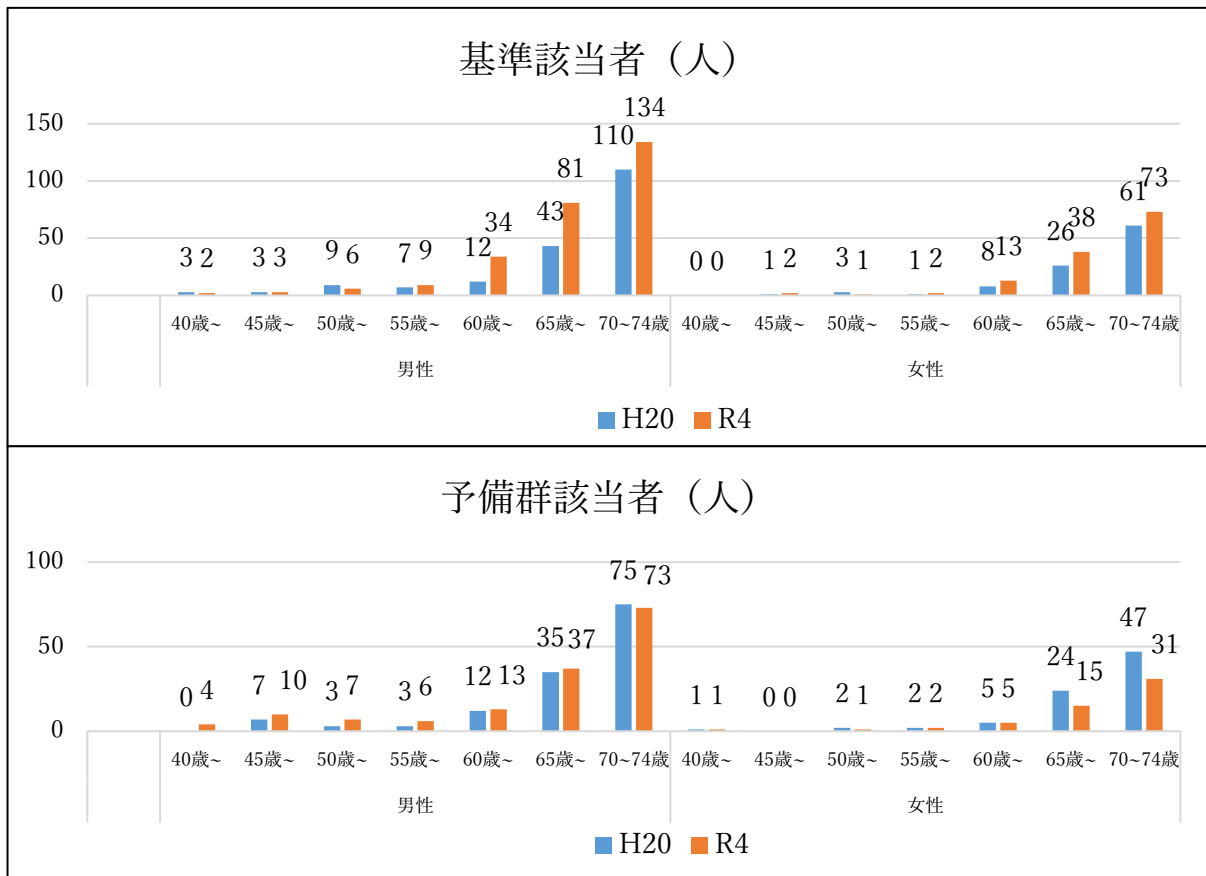
【特定保健指導実施者の健診結果改善率】



③メタボリックシンドロームの基準該当者数・予備群該当者数

基準該当者数は 2008(平成 20)年度から 2022(令和 4)年度で男女ともに増加している。予備群該当者数は女性で 2008(平成 20)年度から 2022(令和 4)年度で減少している。

※該当者数=R4 健診受診者数×H20 又は R4 の性・年齢階級別の該当者発生率 (小数点以下四捨五入)



基準該当者及び予備群該当者数は 2008(平成 20)年度から 2022(令和 4)年度で 19.9%増加している。

$$\frac{2008 \text{ 年度該当者数 (503人)} - 2022 \text{ 年度該当者数 (603人)}}{2008 \text{ 年度該当者数 (503人)}} = 19.9\%$$

(2) 第4期特定健診等実施計画期間（2024年～2029年）における課題等

①特定健診受診率向上

- ・特定健診受診率は他市町と比較して低く、国の定める目標値（60%）には大幅に達していない。
- ・対象者のうち継続未受診者が50%以上を占めており、このうち60%以上が「生活習慣病等で通院中」であるため、医療機関と連携して個別健診を推進する必要がある。
- ・新規国保加入者を健診受診させるために、窓口でのチラシの配布や受診券の随時発送等に取り組む必要がある。

②特定保健指導実施率向上

- ・特定保健指導実施率は県内では高い水準にあるが、国の定める目標値（60%）に達していないため、引き続き実施率増加に努める必要がある。
- ・個別健診受診者の実施率が低いため、実施につなげる対策を講じる必要がある。
- ・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4割に改善がみられた。更に改善率を増加させるための取り組みを検討していく。

4. 目標

(1) 特定健診等基本方針における目標値の把握

特定健診の基本方針において、設定すべき3つの目標と2029（令和11）年度時点における目標値を掲げているため、その値を踏まえて設定する。

(2) 目標値の設定

①特定健診及び特定保健指導の実施率

厚生労働省が第4期計画に向けて法定する評価目標のうち、各市町村国保に対して特定健診実施率60%、特定保健指導の実施率60%と求めている。雲南市は2029（令和11）年度の目標を特定健診実施率41.5%、特定保健指導実施率60%と定める。到達するまでの年次目標を次のとおり定める。

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	39%	39.5%	40%	40.5%	41%	41.5%
特定保健指導実施率	52%	54%	56%	58%	60%	60%

②メタボリックシンドロームの基準該当者及び予備群該当者の減少率

第3期特定健診等実施計画の減少率目標値25%（2008年度比）以上を継続し、2029（令和11）年度時点で25%以上減とする。

5. 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。

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		/	積極的支援	動機づけ支援
	1つ該当		あり		
上記以外で BMI≥25	3つ該当		/	積極的支援	動機づけ支援
	2つ該当		あり		
	1つ該当		なし		
			/		

(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（やむを得ない場合は随時中性脂肪 175mg/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) 対象者数の算定

①特定健診対象者数の見通し

雲南市国保被保険者数を推計し、特定健診対象者を次のとおり見込む。

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
対象者	5,393人	5,136人	4,900人	4,684人	4,487人	4,307人

年齢階層別男女別被保険者数の伸び

年齢階層	令和3年度		令和4年度				令和5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	25	30	22	20	88.0%	66.7%	18	19	81.8%	95.0%	84.9%	80.8%
5-9歳	49	32	51	32	104.1%	100.0%	50	39	98.0%	121.9%	101.1%	110.9%
10-14歳	39	45	46	46	117.9%	102.2%	54	43	117.4%	93.5%	117.7%	97.9%
15-19歳	63	47	53	46	84.1%	97.9%	52	50	98.1%	108.7%	91.1%	103.3%
20-24歳	51	59	56	51	109.8%	86.4%	64	56	114.3%	109.8%	112.0%	98.1%
25-29歳	50	42	49	33	98.0%	78.6%	52	40	106.1%	121.2%	102.1%	99.9%
30-34歳	65	61	56	50	86.2%	82.0%	53	46	94.6%	92.0%	90.4%	87.0%
35-39歳	88	102	92	90	104.5%	88.2%	102	80	110.9%	88.9%	107.7%	88.6%
40-44歳	140	97	138	90	98.6%	92.8%	122	96	88.4%	106.7%	93.5%	99.7%
45-49歳	154	97	167	106	108.4%	109.3%	158	103	94.6%	97.2%	101.5%	103.2%
50-54歳	135	124	143	129	105.9%	104.0%	153	128	107.0%	99.2%	106.5%	101.6%
55-59歳	191	158	171	144	89.5%	91.1%	158	139	92.4%	96.5%	91.0%	93.8%
60-64歳	336	360	289	332	86.0%	92.2%	286	290	99.0%	87.3%	92.5%	89.8%
65-69歳	936	900	861	833	92.0%	92.6%	762	750	88.5%	90.0%	90.2%	91.3%
70-74歳	1,374	1,315	1,369	1,308	99.6%	99.5%	1,290	1,238	94.2%	94.6%	96.9%	97.1%
小計(40-74歳)	3,266	3,051	3,138	2,942	96.1%	96.4%	2,929	2,744	93.3%	93.3%	94.7%	94.8%
合計	3,696	3,469	3,563	3,310	96.4%	95.4%	3,374	3,117	94.7%	94.2%	95.5%	94.8%

年齢階層別男女別被保険者数推計※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）

年齢階層	令和6年度			令和7年度			令和8年度			令和9年度			令和10年度			令和11年度		
	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	15	15	30	13	12	25	11	10	21	9	8	17	8	6	14	7	5	12
5-9歳	51	43	94	52	48	100	53	53	106	54	59	113	55	65	120	56	72	128
10-14歳	64	42	106	75	41	116	88	40	128	104	39	143	122	38	160	144	37	181
15-19歳	47	52	99	43	54	97	39	56	95	36	58	94	33	60	93	30	62	92
20-24歳	72	55	127	81	54	135	91	53	144	102	52	154	114	51	165	128	50	178
25-29歳	53	40	93	54	40	94	55	40	95	56	40	96	57	40	97	58	40	98
30-34歳	48	40	88	43	35	78	39	30	69	35	26	61	32	23	55	29	20	49
35-39歳	110	71	181	118	63	181	127	56	183	137	50	187	148	44	192	159	39	198
40-44歳	114	96	210	107	96	203	100	96	196	93	96	189	87	96	183	81	96	177
45-49歳	160	106	266	162	109	271	164	113	277	167	117	284	170	121	291	173	125	298
50-54歳	163	130	293	174	132	306	185	134	319	197	136	333	210	138	348	224	140	364
55-59歳	144	130	274	131	122	253	119	114	233	108	107	215	98	100	198	89	94	183
60-64歳	265	260	525	245	233	478	227	209	436	210	188	398	194	169	363	179	152	331
65-69歳	688	685	1,373	621	625	1,246	560	571	1,131	505	521	1,026	456	476	932	412	435	847
70-74歳	1,250	1,202	2,452	1,212	1,167	2,379	1,175	1,133	2,308	1,139	1,100	2,239	1,104	1,068	2,172	1,070	1,037	2,107
小計(40-74歳)	2,784	2,609	5,393	2,652	2,484	5,136	2,530	2,370	4,900	2,419	2,265	4,684	2,319	2,168	4,487	2,228	2,079	4,307
合計	3,244	2,967	6,211	3,131	2,831	5,962	3,033	2,708	5,741	2,952	2,597	5,549	2,888	2,495	5,383	2,839	2,404	5,243

②特定健診受診者数の見通し

推計した被保険者数に目標受診率を乗じて各年度の受診予定者数を見込んだ。

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
対象者数	5,393人	5,136人	4,900人	4,684人	4,487人	4,307人
目標受診率	39%	39.5%	40%	40.5%	41%	41.5%
受診予定者数	2,103人	2,029人	1,960人	1,897人	1,840人	1,787人

③特定保健指導対象者の見通し

特定健診の受診予定者数をもとに2024（令和6）年度の特定保健指導対象者数を動機づけ支援150人、積極的支援61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、2022（令和4）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	8.6%	16.7%	40～64歳	5.3%	1.9%
65～74歳	10.1%		65～74歳	4.3%	

階層化後の特定保健指導対象者数

(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)		
	男性	女性	計	男性	女性	計
40-44 歳	4	2	6	7	1	8
45-49 歳	5	2	7	11	1	12
50-54 歳	5	3	8	11	1	12
55-59 歳	5	3	8	9	1	10
60-64 歳	9	5	14	17	2	19
65-69 歳	27	11	38			
70-74 歳	49	20	69			
合計	104	46	150	55	6	61

④特定保健指導実施者数の見通し

前述の特定保健指導対象者数に目標実施率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×対象者発生率×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)		
	男性	女性	計	男性	女性	計
40-44 歳	2	1	3	4	1	5
45-49 歳	3	1	4	6	1	7
50-54 歳	3	2	5	6	1	7
55-59 歳	3	2	5	5	1	6
60-64 歳	5	3	8	9	2	11
65-69 歳	14	6	20			
70-74 歳	25	10	35			
合計	55	25	80	30	6	36

⑤メタボリックシンドローム該当者数の見通し

前述の健診受診予定者数に対して、第3期特定健診等実施計画の実績値からメタボリックシンドローム基準該当者割合を20%、メタボリックシンドローム予備群該当者割合を10%と見込んだ。

受診予定者数	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
		2,103人	2,029人	1,960人	1,897人	1,840人
内臓脂肪症候群該当者数 (見込み)	421人	406人	392人	379人	368人	357人
内臓脂肪症候群予備群該当者数 (見込み)	210人	203人	196人	190人	184人	179人

6. 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：健康福祉センター、交流センター、市役所等

*スピード健診とは、休日にも受診でき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（地区集団健診のみ）

詳細な健診項目：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

追加健診：貧血、尿酸、血清クレアチニン検査を雲南市独自で実施する。

オプション検査：受診者が希望した際に以下の項目を追加することができる。ただし、オプション検査を実施するのは地区集団健診、個別健診（人間ドック含む）とする。追加の検査項目並びに方式については適宜評価し、見直すものとする。

心電図、眼底（両眼）、PSA（男性のみ）、ペプシノゲン

ウ．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。

検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（8月、11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。

- ・島根大学と共同で健診結果を分析し、市の健康課題・生活実態に沿った啓発を実施する。

エ．実施時期又は期間

集団健診：当年8月～当年11月まで

個別健診：当年6月1日～翌年の3月31日まで

オ．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。

カ．周知や受診勧奨の方法

周知

- ・当年5月中に、受診券、案内文、集団健診申込書を対象者に郵送する。
- ・国保加入の際には、本庁・各総合センター窓口等でチラシを渡す。特に60歳代で退職して被用者保険から国保に加入する方に、市の健診へ切れ目なく移行できるよう説明をする。

- ・4月中に特定健診、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、ホームページへ掲載する。

受診勧奨

- ・受診券発送後に告知放送、ホームページ等により受診勧奨を行う。
- ・Web申込の実施。
- ・10月頃に継続未受診者・不定期受診者へ受診際勧奨を行い、11月のスピード健診・個別健診を案内する。
- ・スピード健診会場で次年度予約をとり、連続受診者の増加に努める。
- ・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医療機関分析の結果を情報共有する。併せて医師へ個別健診の推進を依頼する。
- ・インセンティブを活用した受診勧奨方法を検討する。
- ・年度途中の国保加入者を抽出し、随時受診券等を発送する。

キ. 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。

雲南市国保加入者で、雲南市立病院で事業所健診を受診された方へ健診結果の提供を依頼する。提供促進を図るために、インセンティブ付与（ごみ袋）を引き続き実施する。

ク. 治療中患者の診療情報提供事業

医療機関から、特定健診未受診者かつ医療機関で特定健診に準ずる検査を実施している者の診療情報を受け取り、特定健診を受診したとみなす。8月頃に対象者を抽出し、通知を行う。併せて医療機関へ事業の実施を依頼する。事業に同意した患者が医療機関へ様式を持参し、医療機関は不足の検査を実施したうえで情報提供票を作成し、市へ送付する。市から委託料を支払う。

ケ. 健診結果の返却、精密検査受診について

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。

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。
- ・2月に精密検査未受診者へ受診勧奨通知を発送する。
- ・医療機関へ「精密検査依頼書」の活用を引き続き依頼する。併せて保健指導依頼票の活用も依頼する。

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、個別健診は島根県国民健康保険団体連合会と島根県医師会が締結する統一契約へ参加する。

③受診券（指針第三の三の3）

- ・様式：発券形態、印字事項は特定健診等データ管理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、集団健診申込書を対象者に郵送する。

④代行機関（指針第三の三の4）

健診委託料の支払い等には、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）

- ・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			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			診療情報提供事業開始					事業評価	終了
受診勧奨・周知	成人健診のしおり配布	受診券等発送・告知放送					未受診者への再勧奨					

(2) 特定保健指導

①基本事項

ア. 実施場所

- ・動機づけ支援（集団健診）
 集団健診会場での当日実施は市の保健師、管理栄養士によって実施する。
- ・積極的支援・動機づけ支援（個別健診）

健診実施機関で特定保健指導利用勧奨チラシを配布し、実施率向上を図る。
健診後に特定保健指導利用券を自宅へ郵送し、委託先の雲南市立病院により実施する。

イ. 実施項目

「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	健診当日	個別支援	20分以上	集団特定健診時に、当日把握可能な結果をもとに初回面接を実施する。
	1か月後	個別支援	10分	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。
評価	3か月後			郵送による自己評価票による評価。 原則初回面接から3か月後に評価とする。

※希望者をきらり☆エイジング教室、雲南市立病院のフォローアップ教室へつなぎ、継続的にフォローする。

【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	健診受診か ら数日後	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。 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。 対象者ととともに行動目標・行動計画を作成する。 3か月後の腹囲2cmかつ体重2kg減を達成目標に、腹囲と体重のセルフモニタリングの方法を確認する。
				<p>獲得ポイント</p> <p>健診後1週間以内の初回面接：10p</p>
継続的 な支援	1か月後	個別支 援、電 話、電子 メール	10分以上 (個別支援)	<ul style="list-style-type: none"> 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。 1か月以上経過後に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。
			5分以上 (電話)	
評価	3か月以上 経過後	面接・ 通信等	20分以上	<ul style="list-style-type: none"> アウトカム評価とプロセス評価を合計し、180p以上の支援を実施することを保健指導終了の条件とする。 腹囲・体重が2cm・2kg減少したことが確認できた場合は180pが付与され、保健指導を終了することができる。 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。 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。
				<p>獲得ポイント</p> <p>2cm・2kg：180p 1cm・1kg：20p 食習慣の改善：20p 運動習慣の改善：20p 喫煙習慣の改善(禁煙)：30p 休養習慣の改善：20p その他の生活習慣の改善：20p</p>

【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か月以上経過後	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（希望者にはきり☆エイジング教室、雲南市立病院のフォローアップ教室等を通じ複数回）
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	180p以上となるように支援する 3か月以上経過後に評価を行う

②利用券（指針第三の三の3）

- ・様式

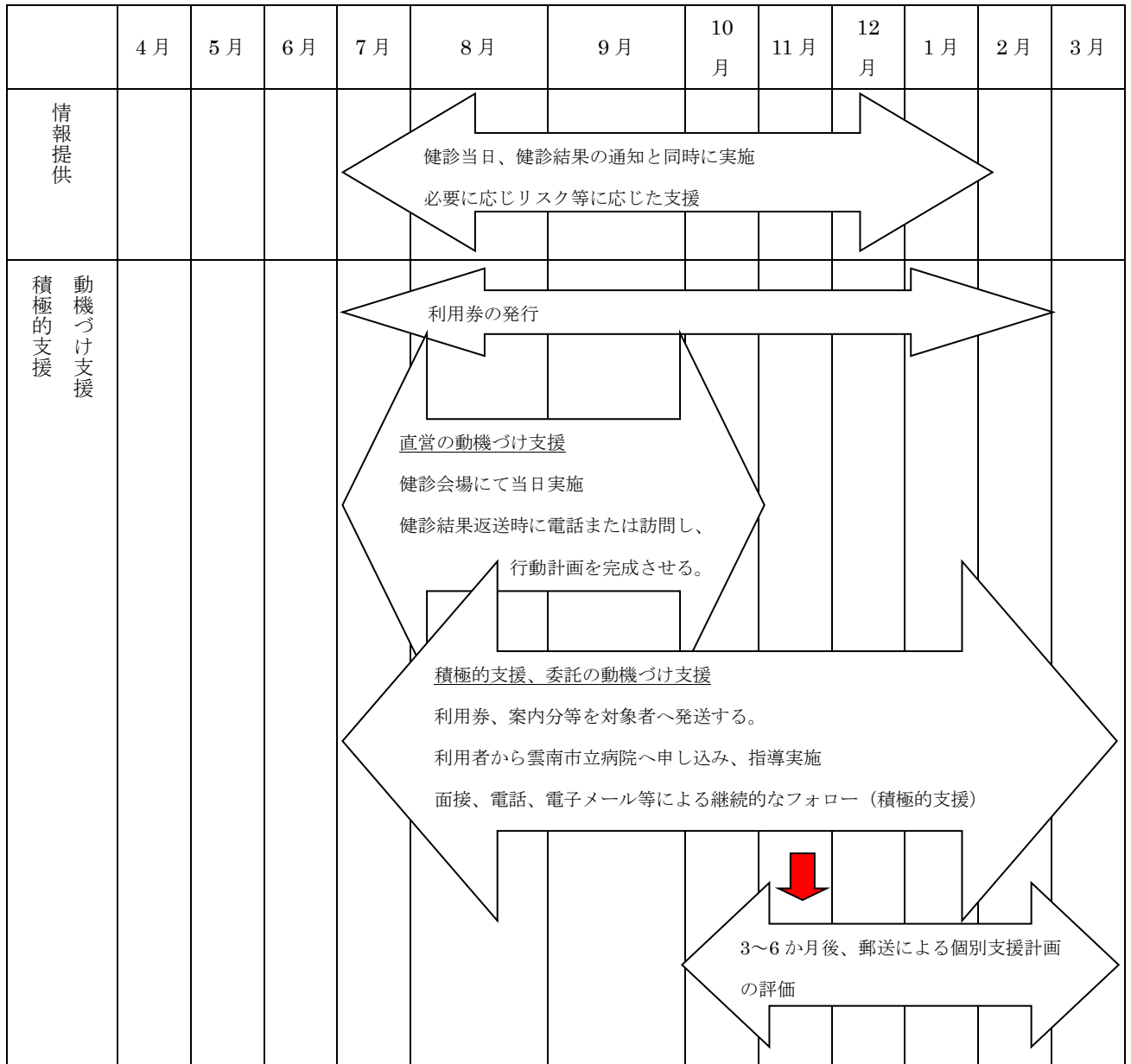
発券形態、印字事項は特定健診システムを用いて作成する。

- ・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。）



7. 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

これらを特定保健指導の取り組みの成果や外部委託先の成果の検証に活用する。

○その他

目標達成のために実施計画にて定めた実施方法・内容・スケジュール等について、計画通りに進めることができたか評価を行う。

②評価方法

○特定健診・特定保健指導の実施率：国への法定報告を活用する。

特定健診の実施率

$$\text{算定式} = \frac{\text{特定健診受診者数}}{\text{特定健診対象者数}}$$

条件

- ・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
 - (1) 特定健診の実施年度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）
 - (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者
- ・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診査の受診者（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）

特定保健指導の実施率

$$\text{算定式} = \frac{\text{当該年度の動機づけ支援終了者数} + \text{当該年度の積極的支援終了者数}}{\text{当該年度の健診受診者のうち、階層化により動機づけ支援の対象とされた者の数} + \text{積極的支援の対象とされた者の数}}$$

条件

- ・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。
- ・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。
- ・階層化後に、糖尿病等の生活習慣病にかかる服薬開始により、特定保健指導の実施の可否を判断し、対象者の同意により特定保健指導を実施しないあるいは途中で終了することになった場合においては、分母から除外することも可能。
- ・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、法定報告時まで完了している者は分子に算入。実績報告時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。）

○メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率

2008 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、2029 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 22 年間の減少率を算出する。

$$\text{算定式} = \frac{2008 \text{ 年度の該当者数} - 2029 \text{ 年度の該当者数}}{2008 \text{ 年度の該当者数}}$$

条件

- ・計画における目標値の評価にあたっては、基準年度は 2008 年度となる。毎年度、減少率を算出するにあたっては、当該年度/前年度となる。
- ・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、該当者及び予備軍の数（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軍の者（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。
- ・乗じる特定健診対象者数に占める該当者及び予備軍者の数（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。
 - ①全国平均の性・年齢構成の集団に、各保険者の性・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及び予備軍（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、保健者間での比較が可能となる。
 - ②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軍（特定保健指導対象者）が含まれる割合（率）を乗じる。

○その他

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。

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。

(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

保健医療介護連携室・健康推進課・健康づくり政策課・市民生活課で、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評価を行う。

・見直しのスケジュール

中間評価に併せて必要時に見直しをする。

8. 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

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。

(2) 特定健診等を実施する際の普及啓発の方法

前述の「6. 特定健診等の実施方法>(1) 特定健診>カ. 周知や受診勧奨の方法」で掲げた内容で実施する。

9. 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法施行条例」(2022(令和4)年条例第23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保健医療介護連携室で行う。管理責任者は、保健医療介護連携室長とする。

(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。

10. 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

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・栄養士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の他、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です。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	1	アウトカム	「成果」のことで、設定した目標に達することが出来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。
8	1	KPI	「重要業績評価指標」のことで、目標達成に向けたプロセスの進捗状況を定量的に評価・分析するための指標として使われます。
9	1	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。
10	2	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。

11	2	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、食を通じた健康づくりのボランティア活動を行っています。
12	3	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	3	健康寿命	健康状態で生活することが期待される平均期間を表す指標です。「日常生活に制限があること」を「不健康」として、算出されています。
14	3	地域自主組織	地域内の自治会や消防団、PTAなどのさまざまな団体により構成された地域運営組織です。おおむね小学校区単位に設けられており、30の組織が、交流センターを拠点に、「地域づくり」・「地域福祉」・「生涯学習」の3つの分野を中心に取り組みを展開しています。
15	3	分割実施	健診当日などの検査結果が揃わない場合、腹囲・体重・血圧・喫煙歴などの状況から対象と見込まれる方へ対して行動計画を暫定的に作成し、後日全ての検査結果が判明した段階で総合的に判断し、専門職が本人と相談の上で行動計画を完成させる方法。
16	5	ナッジ理論	「小さなきっかけを与えて、人々の行動を変える戦略」であり、行動経済学を実社会で役に立てる1つの方向性として示されたものです。多くの企業のマーケティング戦略で利用されるほか、公共政策でも使われています。
17	5	ソーシャル・マーケティング理論	社会にあるさまざまな課題を従来のマーケティングの手法を使って解決し、個人や企業ではなく社会全体の利便性、利益の向上を目指す考え方や行動指針を表す概念をいいます。
18	5	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・脂質異常症など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。 基準該当者：メタボリックシンドロームが強く疑われる者です。高血糖・高血圧・脂質異常症のうち2つ以上該当します。 予備群該当者：メタボリックシンドロームの予備軍と考えられる者です。高血糖・高血圧・脂質異常症のうち1つ該当します。

19	5	フレイル	日本語で「虚弱な」という意味で、健康な状態と要介護状態の中間の段階を指します。フレイルは大きく「身体的フレイル」「精神・心理的フレイル」「社会的フレイル」の3種類にわかれます。
20	6	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
21	6	AI	「人工知能」のことで、知的な推論・判断をするコンピュータープログラムのことです。
22	8	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のことです。新薬と比較すると安価です。
23	13	平均自立期間	あと何年自立した生活が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。
24	13	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。
25	15	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。
26	16	通いの場	地域の住民同士が気軽に集い、ふれあいを通して「生きがいがづくり」「仲間づくり」の輪を広げる場所です。雲南市では通いの場の1つとして「うんなん幸雲体操」を推進し、「運動」「社会参加」の面から、介護予防・認知症予防の取り組みを展開しています。
27	17	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。17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。
28	22	動機づけ支援	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。

29	22	積極的支援	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。
30	24	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。
31	25	口腔リテラシー	口腔に関する正しい情報を入手し、理解して活用する能力のことです。この力を向上させることが、病気の予防や健康寿命の延伸につながります。
32	25	ヘルスケアポイント	健康増進に係る取組を行なっている人に対し、その行動ごとにポイントが付与され、貯まったポイントを様々な商品と交換できる仕組みです。
33	25	ポリファーマシー	単に薬剤数が多いことではなく、薬剤が多いことにより、薬物有害事象につながる状態や飲み間違い、残薬の発生につながる問題のことをいいます。さらに、不要な処方や過量重複投与など、あらゆる不適正処方も含まれます。
34	26	HbA1c	ヘモグロビンが血中の糖と結合したもので、血糖値の増加に伴って上昇します。直前の約1～2か月間の血糖値と関連します。
35	38	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。
36	38	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1年間を通じて加入している人です。

第2期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4期雲南市特定健康診査等実施計画

計画期間：2024（令和6）年度～2029（令和11）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 保健医療介護連携室 電話：0854-40-1095