

安来市国民健康保険 第2期データヘルス計画書

(第4期特定健康診査等実施計画書)

令和6年度～令和11年度



安来市

令和6年3月

目 次

第1章	データヘルス計画の基本的事項	1
1.	計画策定の背景	1
2.	計画策定の趣旨	1
3.	計画の位置づけ	2
4.	計画期間	2
5.	計画の実施体制・関係機関との連携	3
第2章	現状の整理	4
1.	安来市の現状	4
2.	第1期データヘルス計画の振り返り	14
第3章	健康課題	17
1.	医療費等の分析結果	17
2.	特定健診・特定保健指導等の健診データの分析	33
3.	介護関係の分析	47
4.	その他の状況	51
5.	健康課題のまとめ	56
第4章	第2期データヘルス計画	58
1.	目的・目標を達成するための戦略	58
2.	健康課題を解決するための個別保健事業	60
第5章	計画の評価見直し	73
第6章	計画の公表と周知	74
第7章	個人情報の取り扱い	74
第8章	地域包括ケアに係る取組み及びその他の留意事項	74

安来市第4期特定健康診査等実施計画

(巻末資料)「様式6 データヘルス計画の評価・見直し整理表」

第1章 データヘルス計画策定の基本的事項

1. 計画策定の背景

平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、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、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」ことが示されました。さらに、平成26年3月に「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」において、市町村国保及び国民健康保険組合は、「健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行う」ものとされています。

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、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ました。令和4年12月には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、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、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ベースでの適切なKPIの設定を推進する。」と示されています。

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、さらに、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ます。

2. 計画策定の趣旨

安来市においては、これまで安来市民の健康づくりのための行動計画である「健康やすぎ21（健康増進計画・食育推進計画）」（以下、「健康やすぎ21」という。）に基づいた保健事業を実施してきました。また、本市国民健康保険（以下、「国保」という。）被保険者の健康課題を的確にとらえ、課題に応じた保健事業を実施することにより、被保険者の健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上を図り、結果として医療費の適正化にも資することを目的とし、データヘルス計画を策定しています。

本市では、平成30年度に「安来市国民健康保険第1期データヘルス計画」（以下、「第1期計画」という。）を「第3期特定健康診査等実施計画」と一体的に策定し、総合的な保健事業を実施してきました。

この度、「第1期計画」を振り返り、改めて安来市国保の健康課題を明確にして「安来市国民健康保険第2期データヘルス計画」（以下、「本計画」という。）を策定します。本計画は、安来市国保被保険者の健康寿命の延伸及び医療費適正化を目的とし、標準化の取組の推進や評価指標を設定し、PDCAサイクルに沿った効果的・効率的な保健事業を推進します。

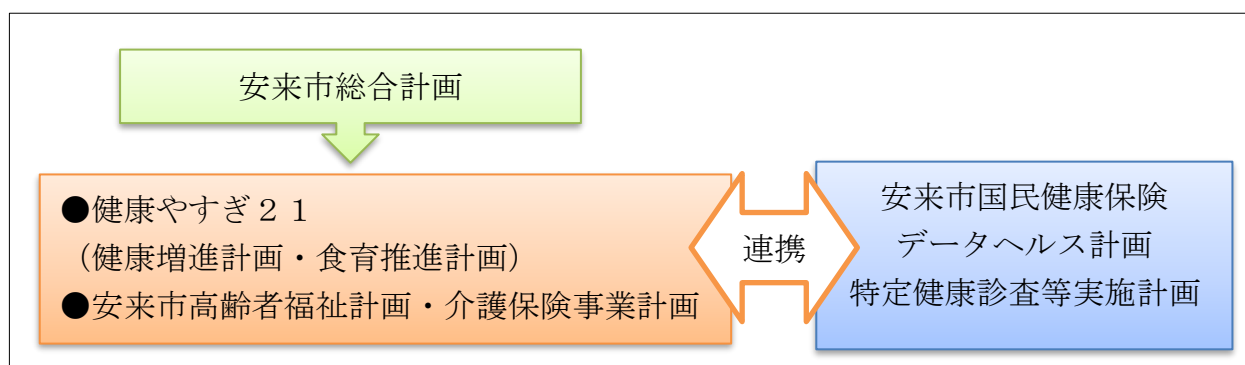
なお、策定にあたっては、「第4期特定健康診査等実施計画」と一体的に策定します。

3. 計画の位置づけ

本計画の策定にあたっては、「21世紀における第三次国民健康づくり運動（健康日本21）（第3次）」の基本方針を踏まえるとともに、本市の「健康やすぎ21」や「安来市高齢者福祉計画・介護保険事業計画」と整合性を図り、連携した事業の実施を進めます。

令和5年5月に厚生労働省保険局国民健康保険課から計画策定の手引き（改訂）が示され、この手引きにおいて、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、都道府県が共通様式や共通指標を設定し、計画の標準化を推進することが明記されています。島根県では、島根県保健医療計画や医療費適正化計画等に掲げる指標とも整合性が取れた共通様式と指標が設定されました。

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ことを鑑み、本計画の評価指標設定にあたっては、市指標とあわせて県指標を設定します。



4. 計画期間

本計画の期間は令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

5. 計画の実施体制・関係機関との連携

(1) 計画の実施体制

保健事業の推進・評価にあたっては、国保部門と保健部門で保健事業担当者の連絡会を定期的を開催し、企画運営・実施・評価の体制構築を図ります。

また、計画の進捗状況の確認や事業評価にあたっては、必要に応じて島根県国民健康保険団体連合会（以下、「国保連合会」という。）に設置されている「国民健康保険事業支援・評価委員会」の助言や関係機関等の意見を求めます。

(2) 庁内連携の充実

各庁舎における窓口業務などにおいて、被保険者の利便性の考慮や事務事業の連携に努めます。あわせて、庁内の健診等業務の整備に努めます。

また、本市における保健活動の専門職（保健師及び管理栄養士）が効果的な保健活動を推進していくため保健活動検討会を定期開催し、部や課を越えた情報共有・研修等を実施していきます。

(3) 医療関係者等関係機関との連携体制

安来市医師会との連携を重視し、「安来市検診検討会」で状況報告を行います。また、糖尿病等腎症重症化予防対策では「安来市糖尿病管理協議会」と連携し、事業の推進体制を構築します。

(4) 市民との協働体制

本市においては、住民主体の24地区健康推進会議と30の組織・関係団体で構成された「安来市健康推進会議」を中心として、「健康やすぎ21」を推進し、健康寿命の延伸を目指し、健康づくり活動に取り組んでいます。本計画の周知を「健康やすぎ21」の推進にあわせ、関係機関・団体と協働したさらなる健康づくりの推進と健康づくりの取組を進めます。

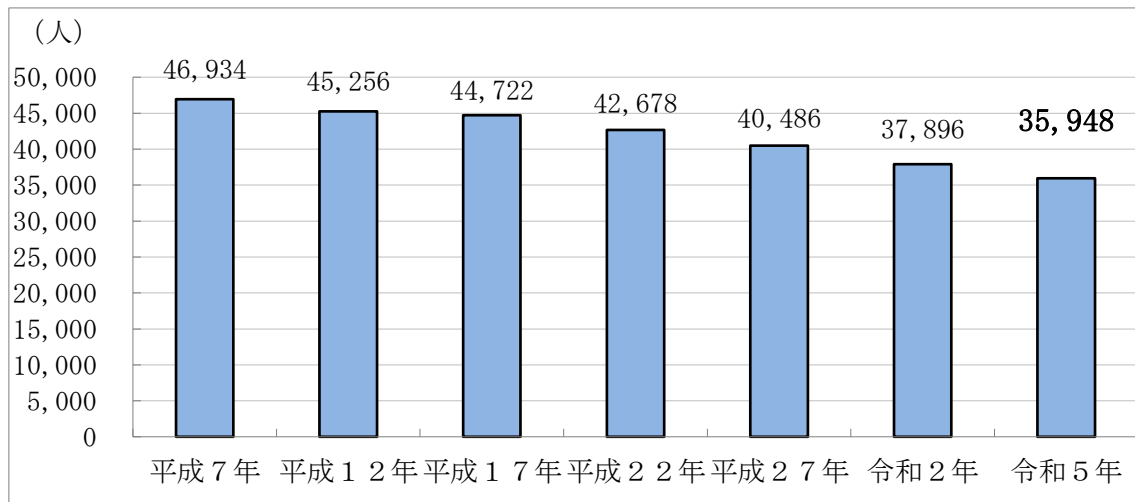
第2章 現状の整理

1. 安来市の現状

(1) 人口動態

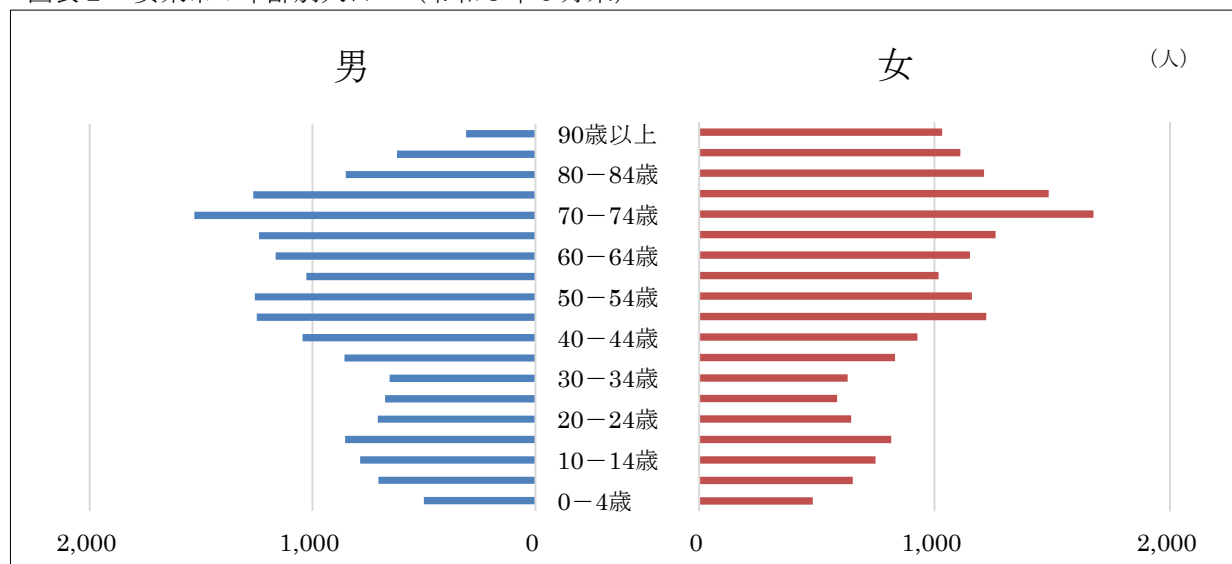
本市の人口は令和5年9月末現在 35,948 人であり、減少傾向にあります。令和5年年齢別人口では、男女ともに70～74歳人口が最も多くなっています。

図表1 安来市の総人口の推移 (各年9月末)



【出典：住民基本台帳】

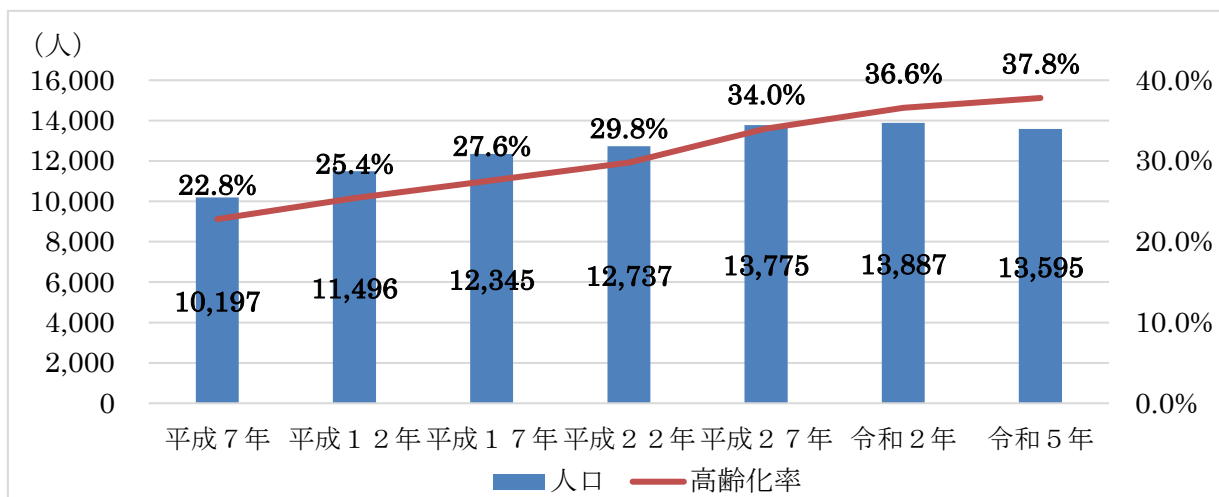
図表2 安来市の年齢別人口 (令和5年9月末)



【出典：住民基本台帳】

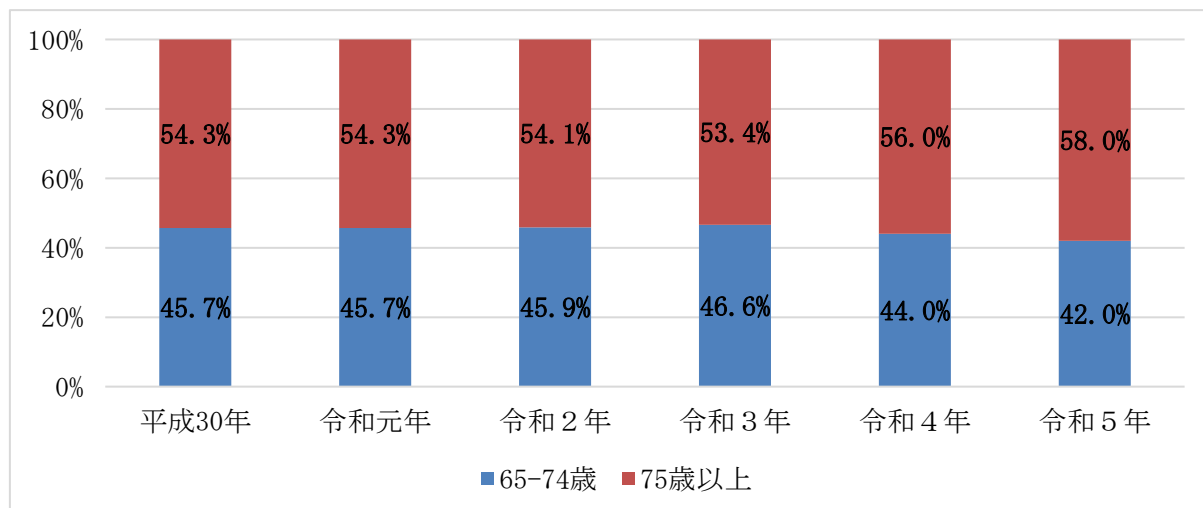
高齢者人口（65歳以上）は令和5年9月末現在13,595人であり、65歳以上人口の構成比の推移では、令和4年以降、75歳以上人口が増加しています。

図表3 65歳以上人口の推移（各年9月末）



【出典：住民基本台帳】

図表4 65歳以上人口の構成比の推移（各年9月末）

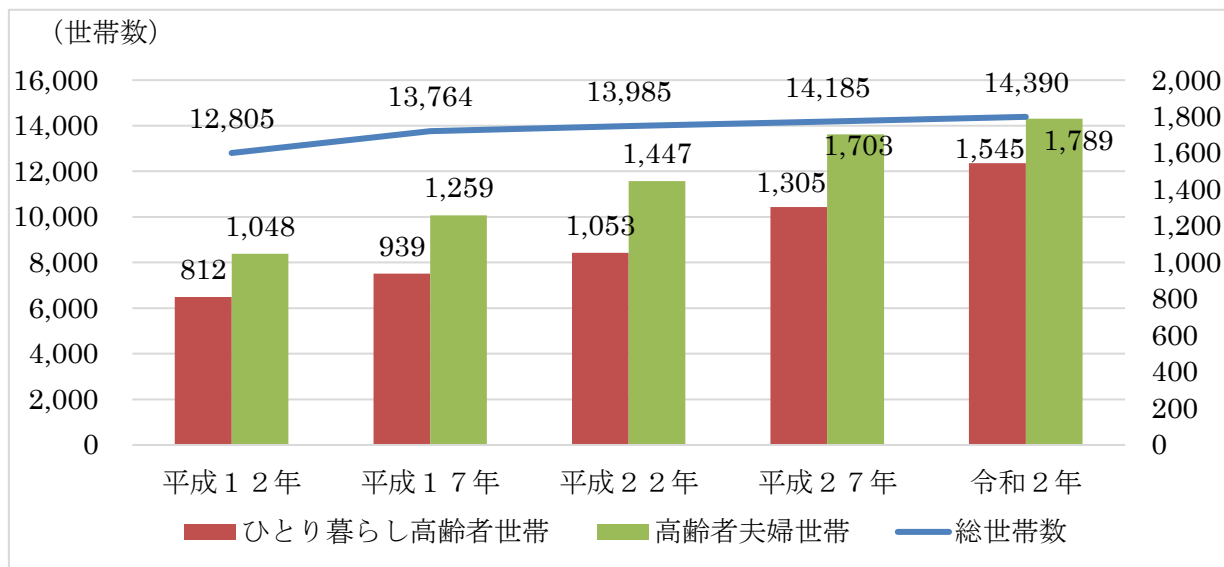


【出典：住民基本台帳】

世帯の状況では、総世帯数は横ばいに推移していますが、ひとり暮らし高齢者世帯や高齢者夫婦世帯は増加が続いています。

令和2年10月1日現在、総世帯数は14,390世帯に対して、ひとり暮らし高齢者世帯は10.7%、高齢者夫婦世帯は12.4%となっています。

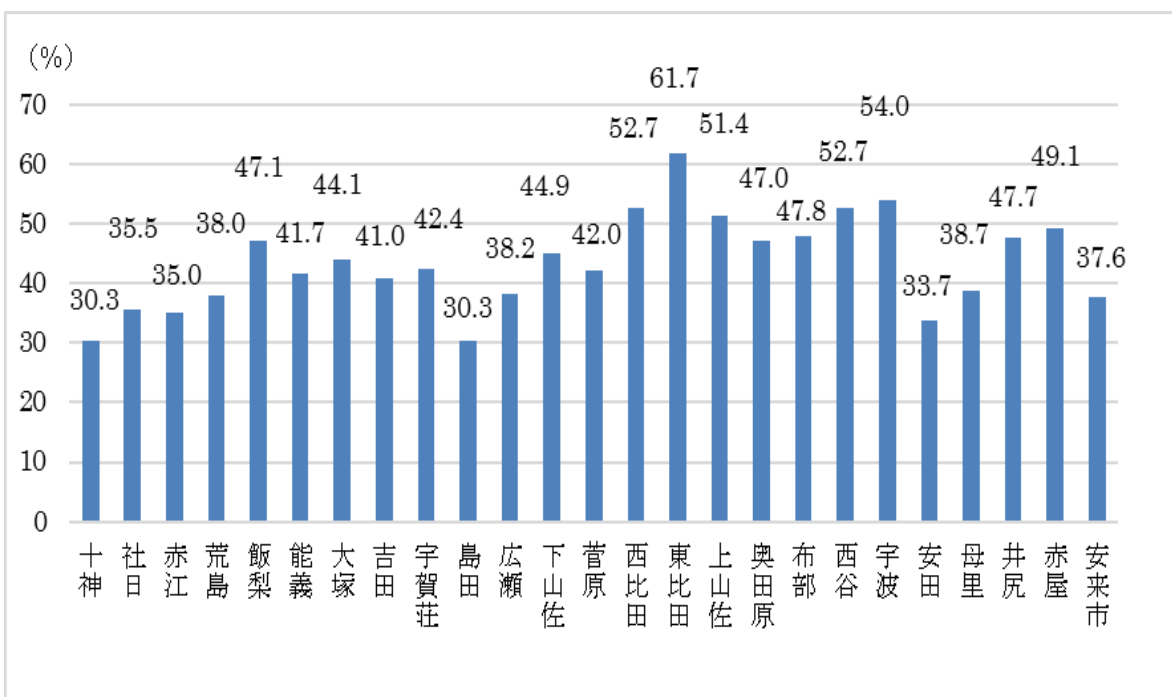
図表5 世帯の状況 (各年10月1日)



【出典：国勢調査】

本市は旧市町単位に安来・広瀬・伯太の3つの地域があり、地域の活動拠点である交流センター単位に24の地区があります。地域別人口及び世帯数では、安来地域が人口と世帯数が多く、高齢化率では広瀬及び伯太地域が高くなっており、地域に偏りがあります。

図表6 地区別高齢化率の状況 (令和4年9月末) ※介護老人福祉施設入所者を含む



【出典：住民基本台帳】

図表 7 地区別人口と世帯数 (令和 4 年 9 月末)

地区名	世帯数	人口	地区名	世帯数	人口	地区名	世帯数	人口
十神	2,806	6,507	広瀬	1,262	3,373	安田	504	1,427
社日	1,644	3,807	下山佐	199	463	母里	458	1,360
赤江	1,390	3,915	菅原	57	157	井尻	279	728
荒島	1,370	3,545	西比田	268	674	赤屋	273	645
飯梨	515	1,280	東比田	132	282	伯太地域	1,514	4,160
能義	437	1,317	上山佐	126	311			
大塚	325	878	奥田原	74	200			
吉田	149	415	布部	225	556			
宇賀荘	530	1,536	西谷	67	167			
島田	1,106	2,809	宇波	91	200			
安来地域	10,272	26,009	広瀬地域	2,501	6,383			

【出典：住民基本台帳】

(2) 安来市国保被保険者の状況

1) 加入者等の状況

本市の人口に占める国保加入率は、令和 4 年度 18.05%であり、近年は、被保険者数、加入率、世帯数とも減少傾向にあります。令和 4 年度から団塊の世代（昭和 22 年～24 年生まれ）が後期高齢者医療へ移行し始めていることから、国保被保険者数は減少傾向にあります。

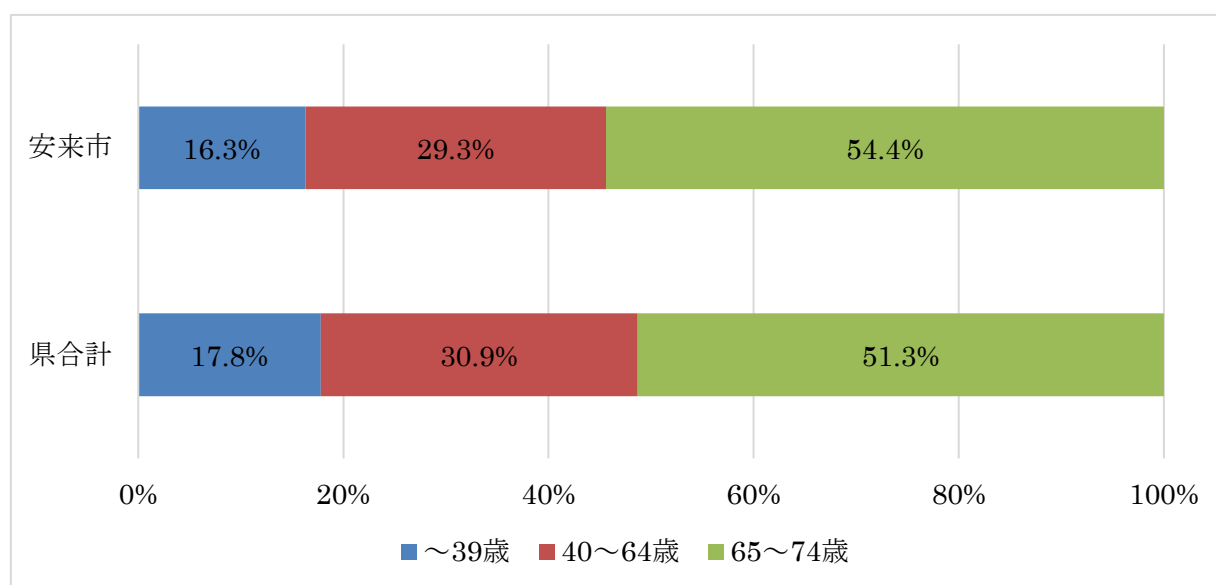
図表 8 安来市国保加入状況 (各年度 3 月末)

	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
安来市人口	37,512 人	36,857 人	36,138 人
国保被保険者数	7,489 人	7,091 人	6,523 人
国保加入率	19.96%	19.24%	18.05%
国保世帯数	4,760 世帯	4,612 世帯	4,359 世帯

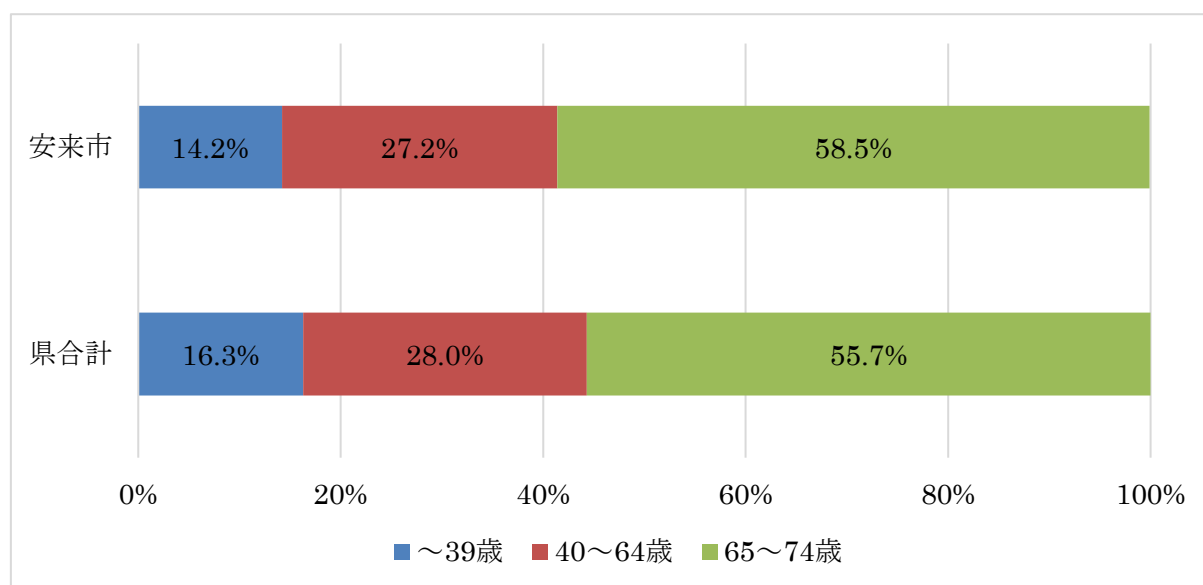
【出典：安来市市民課】

年齢構成別では、前期高齢者である 65～74 歳の割合は全体の半数を超えており、県と比較して高い状況です。第 1 期計画の平成 28 年度と令和 4 年度を比較して、65～74 歳の割合は平成 28 年度 54.4%から令和 4 年度 58.5%と 4.1 ポイント上昇しており、高齢化が進んでいます。

図表 9 国保加入者の年齢構成
(平成 28 年度)



(令和 4 年度)

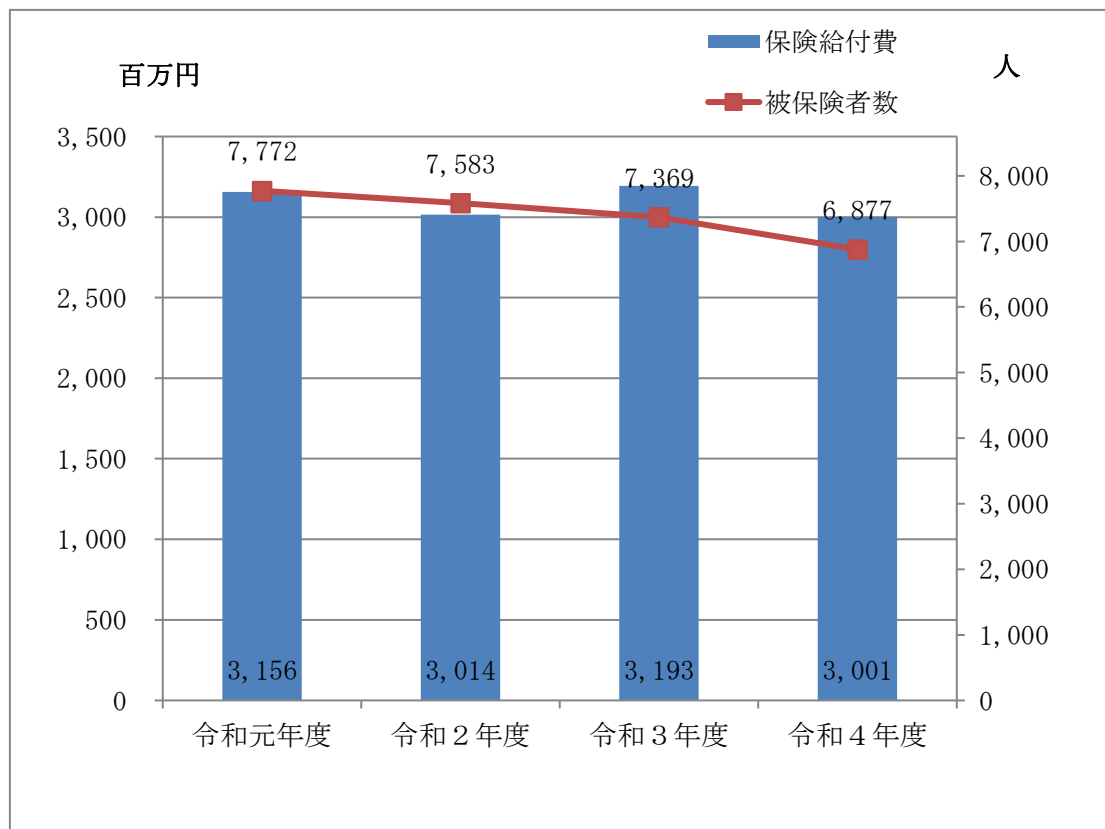


【出典：国保データベース（KDB）システム「地域の全体像の把握」】

2) 国保保険給付費の推移

令和元年度から4年間の推移では、被保険者数は減少していますが、保険給付費については、令和2～3年度は新型コロナウイルス感染症の感染状況の影響による増減があるものの横ばいです。

図表 10 保険給付費と被保険者数の推移



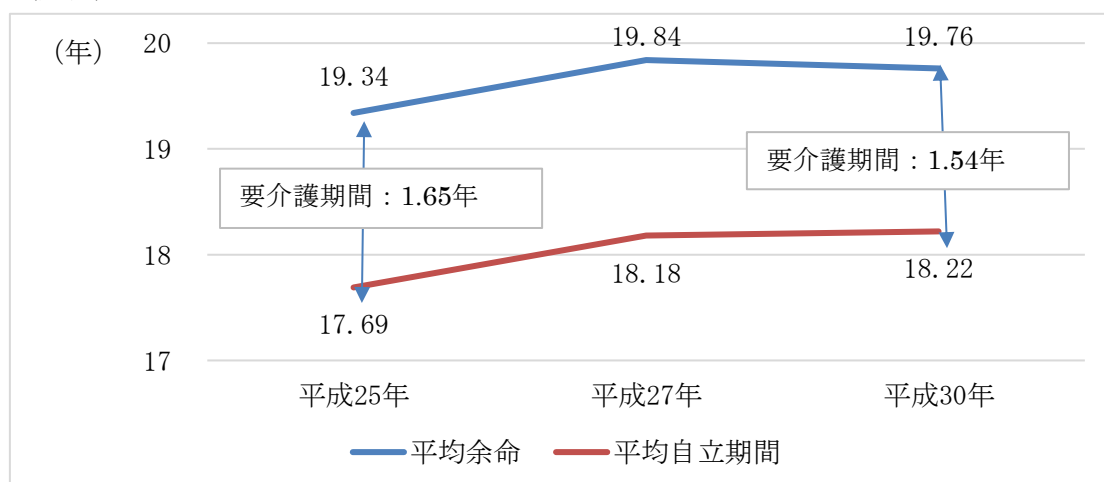
(※保険給付費は療養給付費、療養費、高額療養費の合計 ※被保険者数は年度平均)

【出典：安来市国民健康保険事業年報】

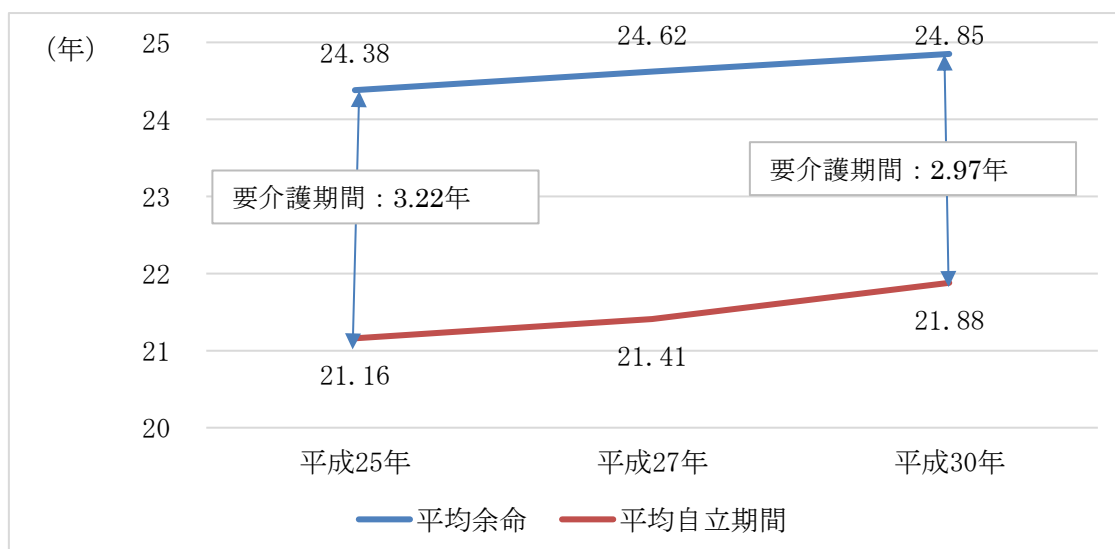
(3) 平均余命と平均自立期間

本市の65歳平均余命及び平均自立期間は、男性は女性に比べて短いです。平均余命と平均自立期間の差である要介護期間では、女性は男性よりも長いですが、男女ともに要介護期間は短縮に向かっています。

図表 11 65 歳の平均余命・平均自立期間 (表記年を中心とする 5 年平均)
(男性)



(女性)

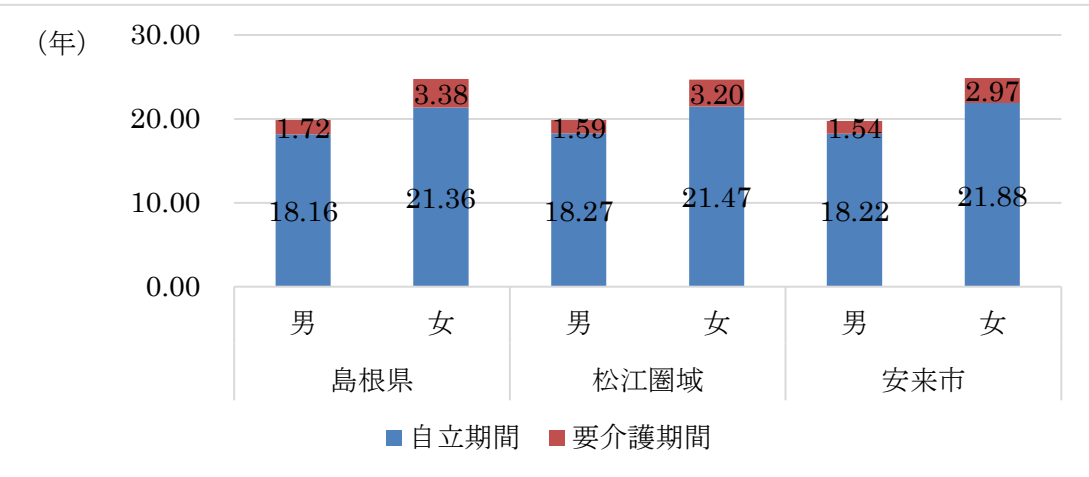


※要介護期間＝（平均余命と平均自立期間の差）

【出典：人口動態統計、島根県健康指標データベースシステム（SHIDS）より算出】

県・松江圏域との比較では、男女ともに要介護期間は短いです。

図表 12 65 歳の平均余命・平均自立期間 (平成 30 年を中心とする 5 年平均)



65 歳		平均余命 (a)	平均自立期間 (b)	要介護期間 (a-b)
島根県	男性	19.88 年	18.16 年	1.72 年
	女性	24.74 年	21.36 年	3.38 年
松江圏域	男性	19.86 年	18.27 年	1.59 年
	女性	24.66 年	21.47 年	3.20 年
安来市	男性	19.76 年	18.22 年	1.54 年
	女性	24.85 年	21.88 年	2.97 年

【出典：人口動態統計、島根県健康指標データベースシステム (SHIDS) より算出】

(4) 死因の状況

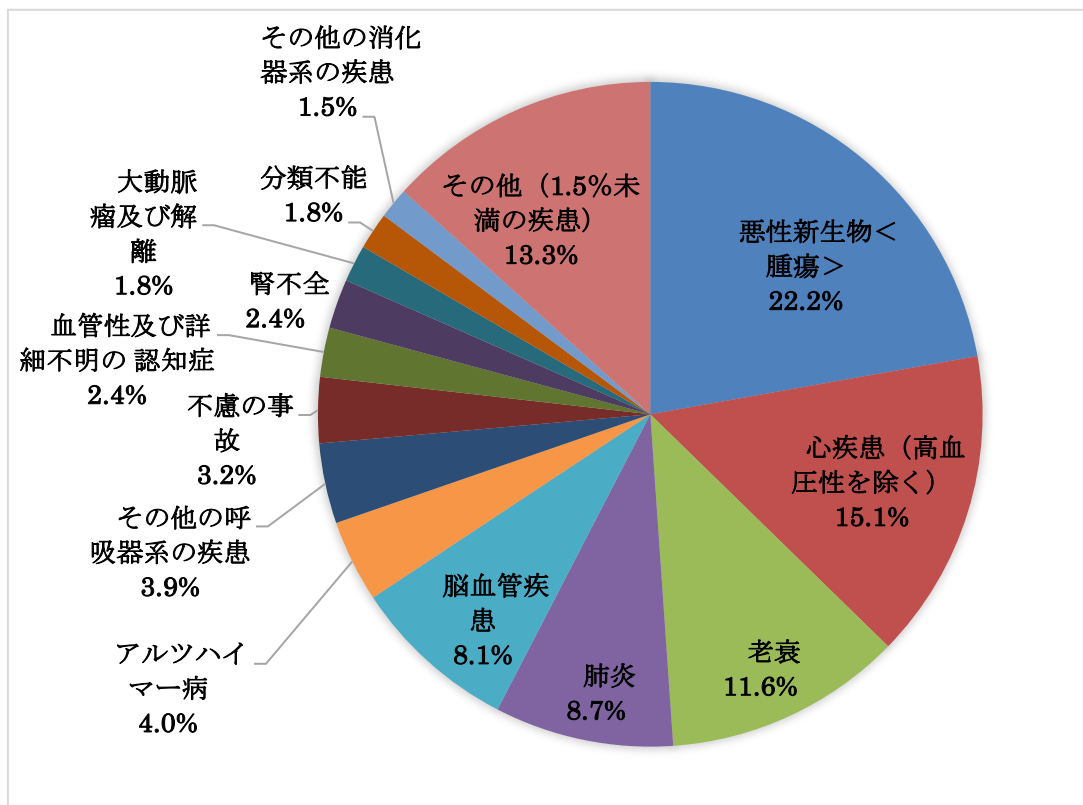
島根県保健統計書から、本市の国保被保険者以外も含む全住民の死因別の死亡割合（全年齢）をみると、令和 2 年の死因第 1 位は悪性新生物で全死亡の 26.8%を占めています。次いで、老衰（14.1%）、心疾患（高血圧性を除く）（13.7%）が上位で続いています。

上位疾患について平成 30 年と比べると、令和 2 年には悪性新生物と老衰が増加し、心疾患（高血圧性を除く）は減少しています。

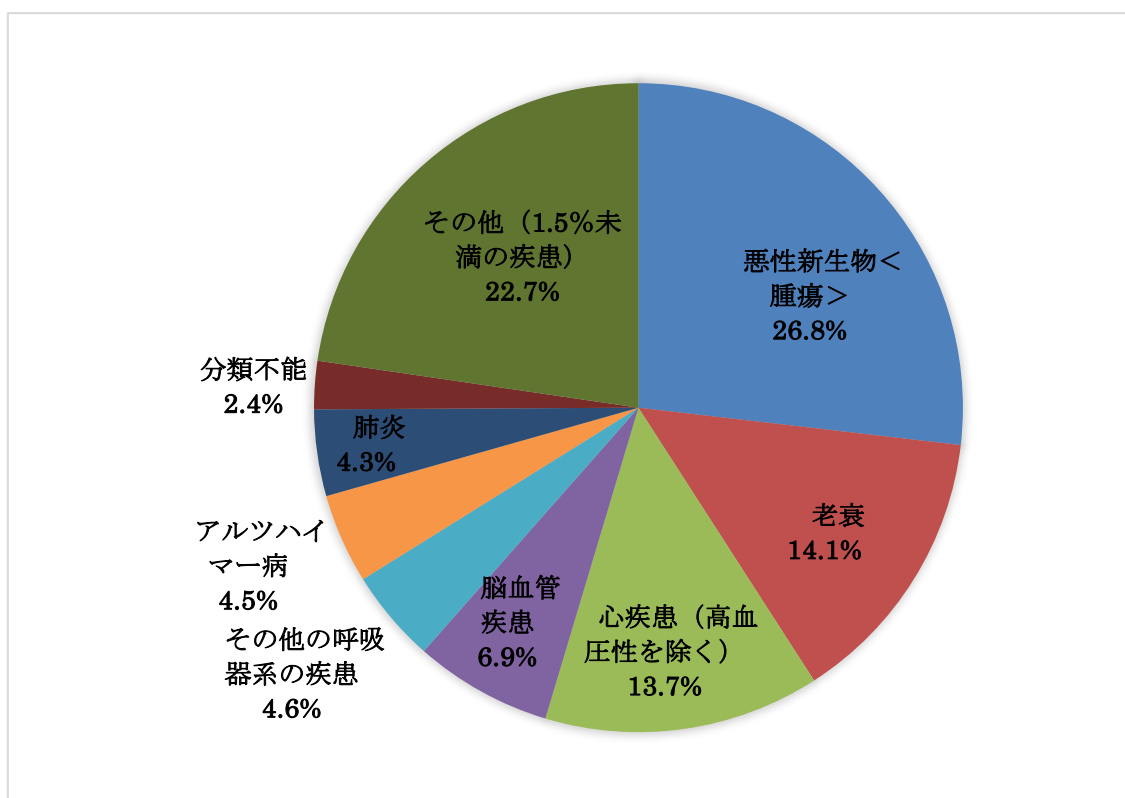
また、令和 2 年の本市と県を比較して、本市では悪性新生物と老衰、アルツハイマー病、肺炎の割合が高くなっており、高齢化率の高さによる影響が推察されます。

図表 13 死因別死亡割合

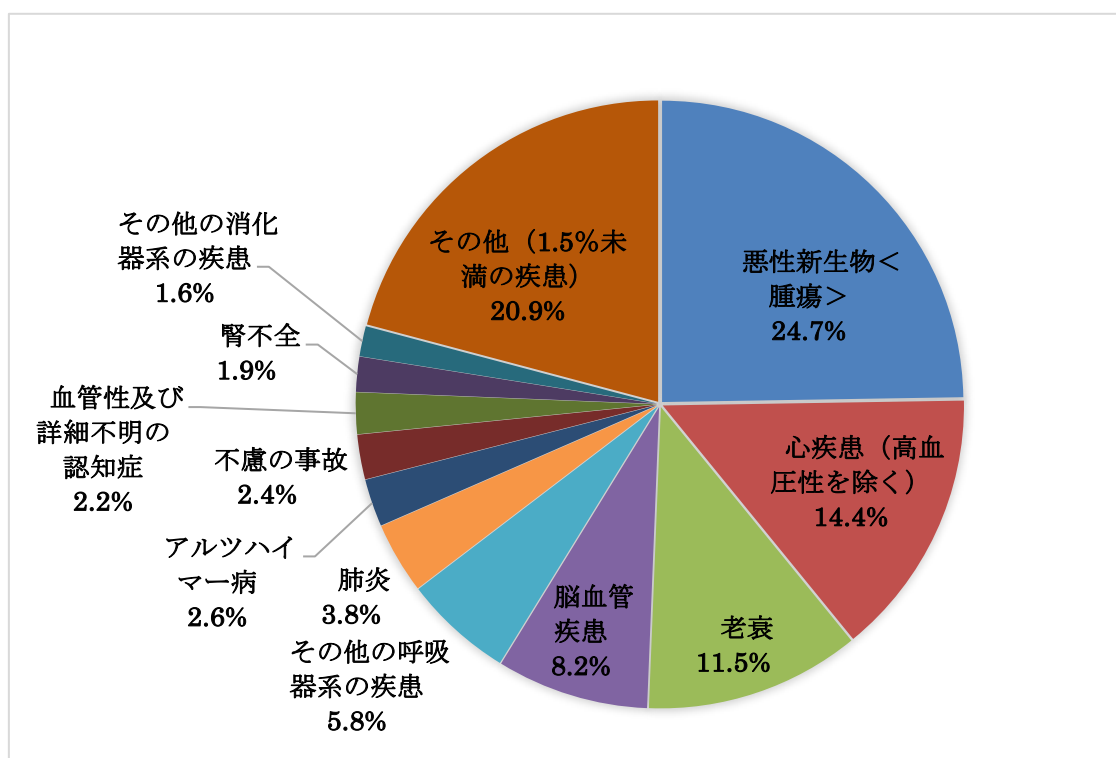
(安来市) (平成 30 年 全年齢)



(安来市) (令和 2 年 全年齢)



(島根県) (令和 2 年 全年齢)



【出典：島根県保健統計書データを一部加工】

2. 第1期データヘルス計画の振り返り

(1) 第1期計画の概要

第1期計画では、「特定健康診査の受診率向上」と「糖尿病対策による重症化予防」を健康課題として抽出し、抽出した健康課題を解決するため目標を掲げ、保健事業を進めてきました。

【第1期計画において抽出した健康課題】

特定健康診査 の受診率向上	・40～50歳代の受診率が低い状況です。 ・新規受診者数、継続受診者数の伸びが少ないです。 ・壮年期の継続未受診者が多いです。 ・24地区交流センターごとで受診率の隔たりが大きいです。
糖尿病対策及 び糖尿病性腎 症重症化予防 対策	・糖尿病で要精密検査になっても受診する人は少ないです。 ・壮年期でも重篤な合併症をかかえる人がいます。 ・糖尿病が進行すると合併症を引き起こし、日常生活への支障をきたし、結果として医療費が増加します。

(2) 第1期計画の保健事業評価・考察

第1期計画の振り返りにあたり、「様式6 データヘルス計画の評価・見直し整理表」（国保・後期高齢者ヘルスサポート事業ガイドライン改訂）を活用しました。

1) 健康目標

第1期計画における健康目標である『65才以上の「平均余命」と「平均自立期間」の延伸』は、男女ともに延長しています。また、平均余命から平均自立期間を差し引いた期間である要介護期間は、男女ともに短くなっており、支援が必要な期間は短縮に向かっています。

今後も、要介護期間短縮を目標に、若いころからの健康的な習慣を身に着けるため、「健康やすぎ21」の推進とあわせて、市民自らが健康づくりに取り組める環境整備を進め、健康寿命の延伸を図る必要があります。

2) 健康増進に係る普及啓発

「広報事業」では、健診受診勧奨や実施状況等、様々な機会でも周知啓発を行いました。「各地区健康推進会議による健康増進・受診啓発等の活動」では、地区別に特定健康診査（以下、「特定健診」という。）受診率や特定健診結果を活用し、地域での健康教育や啓発活動に取り組みました。

また、島根県では令和２年度から「しまね健康寿命延伸プロジェクト」に取り組まれており、県内７圏域にモデル地区を設け、健康づくり活動を展開しています。松江圏域では、本市の十神地区がモデル地区となり、「食生活の改善」「運動習慣の改善」「健診（がん検診）の受診による早期発見と重症化予防」を重点の取組みとして、既存の健康づくり活動に『プラス１』の活動を取り入れた活動を展開しています。この取組みは、安来市健康推進会議地区保健部会において各地区健康推進会議と情報共有され、他地区への波及を図っています。

今後も、若い世代からの健康意識向上の啓発や安来市健康推進会議関係団体、地区健康推進会議と連携し、地域特性を生かした健康増進活動に取り組めます。

３）特定健診の受診率向上

特定健診受診率向上は、第１期計画での最重点的課題として取り組み、令和２年度以降、受診率は向上しています。

令和２年度からの３年間の受診勧奨では、ナッジ理論を活用した受診動作指示と、対象者特性に合わせたメッセージを入れたはがきを作成し、受診確率の高い健診未受診者層に対して複数回通知しました。この受診勧奨により、新規国保加入者や生活習慣病治療歴のない健診未受診者での受診率が向上し、年代別では５０歳代と６０歳代の受診率が向上しました。一方で、生活習慣病治療中の健診未受診者の受診率は低く、また、年代別では７０歳代の受診率が高いですが、この年代は後期高齢者医療への移行も多い年代であるため、若い世代の受診率向上が必要です。

引き続き、健診対象者や受診者分析により、効果的なターゲット層への受診勧奨の継続と、生活習慣病治療中の人への働きかけには、かかりつけ医からの声かけが必要不可欠であることから、安来市医師会や医療機関の協力体制を維持していきます。

特定保健指導終了率は、近年低迷が続いており、県内他保険者と比較しても低い率となっています。利用率向上に向け、令和２年度から利用券発行後、未利用者対象に利用勧奨通知を行っています。

利用勧奨通知により、終了率は上向き始めましたが、目標値とのかい離は大きく、今後、取組み強化が必要です。特定健診受診勧奨で得た勧奨方法を参考に効果的な利用勧奨に取り組めます。

4) 糖尿病対策及び糖尿病性腎症重症化予防対策

糖尿病対策においては、安来市糖尿病管理協議会を基盤に、安来市医師会をはじめ、関係機関・団体と糖尿病対策の推進体制を整備し、発症予防から重症化予防に取り組んでいます。

糖尿病対策では島根県ヘルスアップ事業を活用し、国保被保険者を対象に治療中断者や健診後未治療者を対象に受診勧奨通知を行い、通知後の受診状況を確認して個別訪問による再勧奨を行いました。

国保保健事業では、令和元年度から「糖尿病性腎症重症化予防事業」に組み、令和4年度からは高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施で「糖尿病性腎症等重症化予防事業」の取り組みを開始し、国保保健事業から後期高齢者保健事業へ切れ目ない事業を展開しています。

国保被保険者における人工透析導入者数や新規人工透析導入者数は大きな変動はありませんが、国保被保険者以外も含めた更生医療での人工透析者での糖尿病を原因とした腎障がい増加傾向にあります。また、医療費費用額上位疾病では高血圧性疾患と糖尿病が上位に上がっています。国保被保険者の高齢化の進行から生活習慣病に由来する腎疾患患者数の増加が予想され、糖尿病性腎症のみならず、慢性腎臓病（CKD）対策に取り組んでいく必要があります。

第3章 健康課題

1. 医療費等の分析結果

(1) 安来市の医療体制

本市の医療機関は安来地域の国道9号沿いに集中しており、松江市等の市外や鳥取県西部への受診があります。

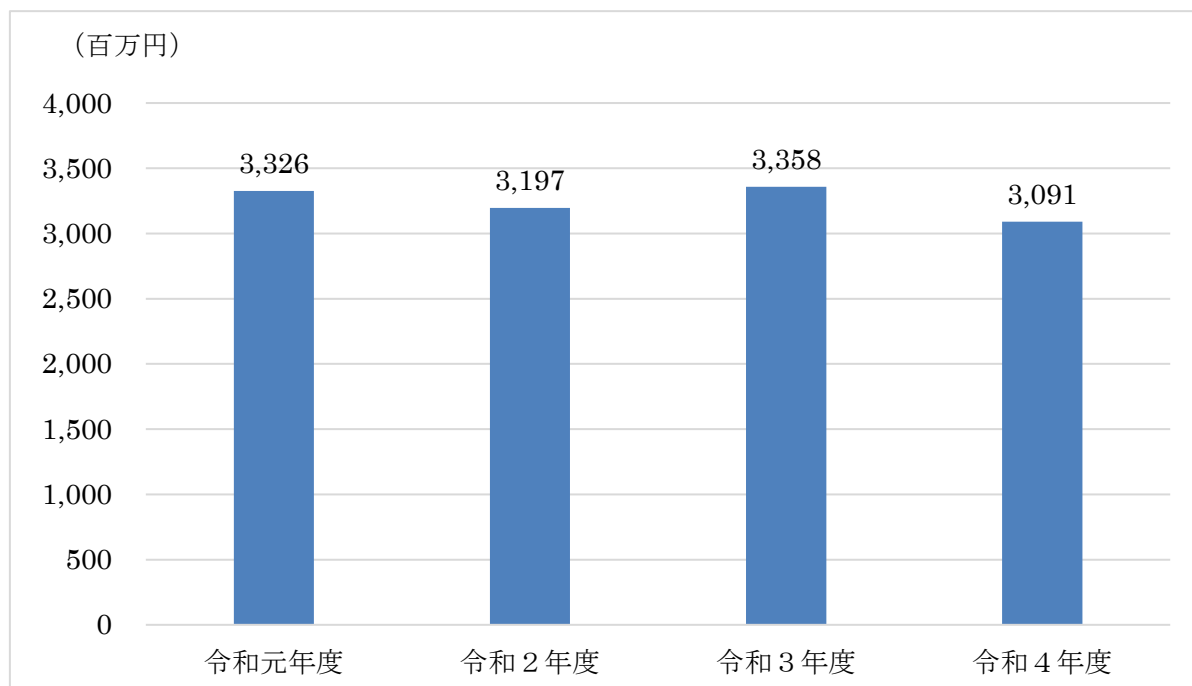
市内で人工透析のできる医療機関は2か所あり、隣接する松江市や米子市には高度な医療を提供できる病院もあるため、初期医療や専門外来等へのアクセスが比較的容易です。しかし、高齢化の進行、特に中山間地域ではその傾向が顕著であり、医療機関への移動手段確保等の課題が考えられます。

(2) 国保医療費の状況

1) 総医療費及び一人当たり医療費の推移

国保レセプトデータから集計した令和元年度から4年間の総医療費と一人当たりの医療費の推移では、全体的に減少傾向にあります。令和3年度の1人当たり医療費では入院で増加しており、新型コロナウイルス感染症の感染による影響と考えます。島根県市町村別の1人当たり医療費では、本市は12番目(19市町村中)であり、県内他市町村よりもやや低いです。

図表 14 総医療費の状況（入院＋入院外＋調剤）

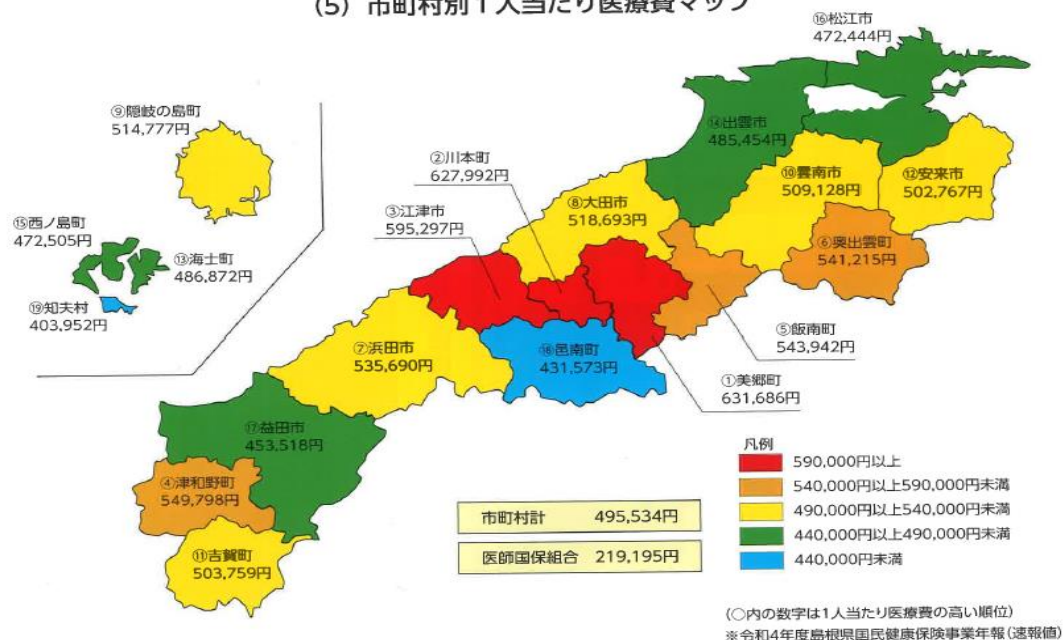


【出典：安来市国民健康保険ポテンシャル分析（データホライゾン作成）】

図表 15 市町村別 1 人当たり医療費マップ

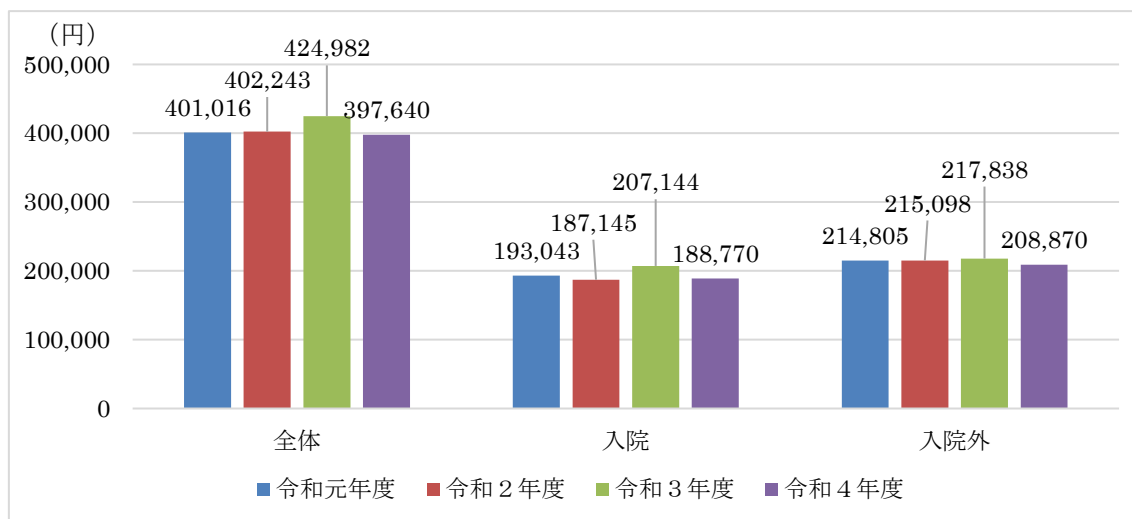
令和 4 年度島根県国民健康保険事業年報（速報値）

(5) 市町村別 1 人当たり医療費マップ



【出典：令和 5 年度版 統計でみる島根の国保（国保険連合会）】

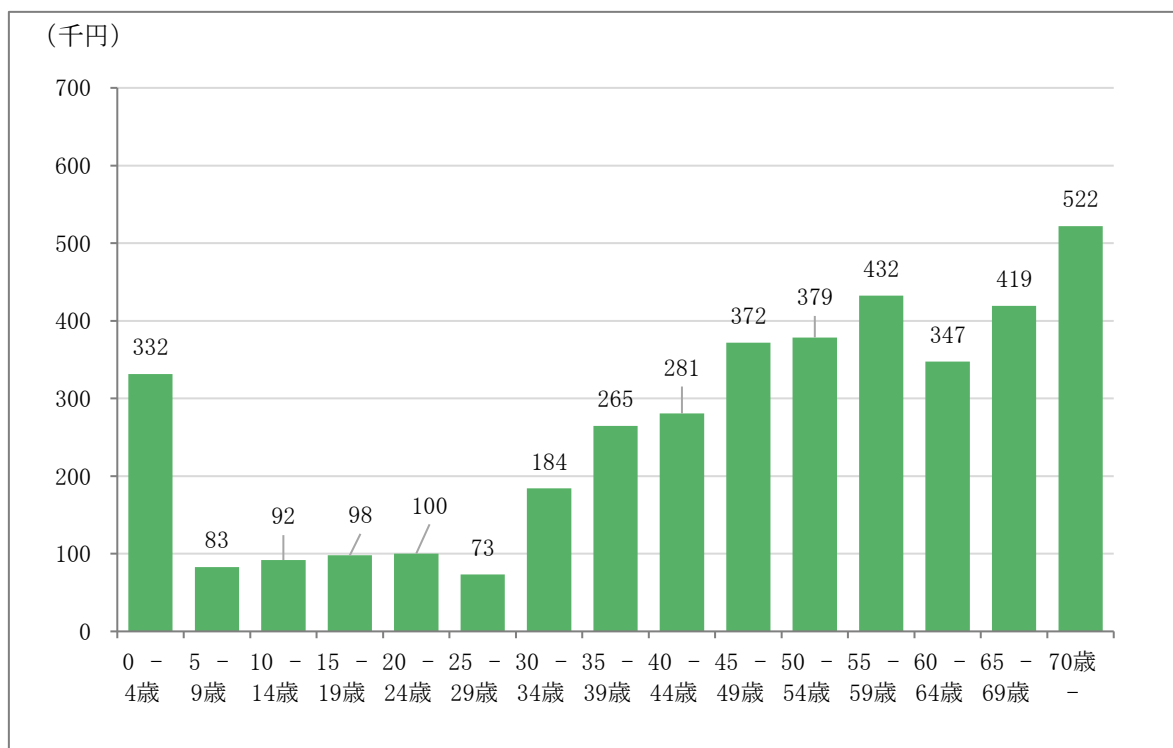
図表 16 一人当たりの医療費の状況（入院＋入院外＋調剤）



【出典：安来市国民健康保険ポテンシャル分析（データホライゾン作成）】

一人当たりの医療費における年齢階層別の状況では、45 歳から増加しはじめ、60 歳前半でいったん減少をしますが、その後は年齢の上昇とともに一人当たり医療費も増加します。

図表 17 年齢階層別 一人当たりの医療費 （令和 4 年度）



【出典：安来市国民健康保険ポテンシャル分析（データホライゾン作成）】

2）国保医療費上位を占める疾病の推移

本市の過去 3 年間の国保医療費は、精神系の疾患、骨折を除き、悪性新生物や高血圧性疾患、糖尿病など生活習慣に関する疾患が上位を占めています。

図表 18 医療費上位を占める疾病 (入院+入院外+調剤) (各年度 5 月診療分)

年 度	順位	疾病名	件数(件)	費用額 (円)	一件当たり 費用額 (円)
令和 3 年度	1	その他の悪性新生物	104	25,749,314	247,590
	2	統合失調症、妄想性傷害	153	19,024,445	124,343
	3	骨折	66	17,482,869	264,892
	4	高血圧性疾患	1,152	15,975,570	13,868
	5	糖尿病	345	12,404,256	35,954
令和 4 年度	1	その他の悪性新生物	86	22,364,910	260,057
	2	統合失調症、妄想性傷害	145	18,667,801	128,743
	3	高血圧性疾患	1,035	15,504,030	14,980
	4	腎不全	36	12,966,714	360,187
	5	糖尿病	323	12,033,172	37,254
令和 5 年度	1	その他の悪性新生物	85	18,049,004	212,341
	2	統合失調症、妄想性傷害	129	16,529,263	128,134
	3	腎不全	35	15,981,308	456,609
	4	糖尿病	275	13,496,098	49,077
	5	高血圧性疾患	935	13,112,600	14,024

【出典：疾病統計表 122 項目疾病分類（島根県国保連合会作成）】

令和 4 年度の大分類別医療費の全体を 100%とした場合、入院医療費では最も多いのが新生物、次いで循環器、精神、外来医療費で最も多いのが新生物、次いで内分泌、循環器となっています。

入院と外来をあわせた細小分類別では、最も多いのが糖尿病、次いで、関節疾患、統合失調症、慢性腎不全（透析あり）、高血圧症と、生活習慣病に関係する疾患が多くを占めています。

図表 19 入院医療費（大分類・中分類別）（令和 4 年度）

大分類別（上位 4 位）	中分類別（上位 3 位）	
新生物 18.0%	その他の悪性新生物	6.8%
	結腸の悪性新生物	2.4%
	気管、気管支及び肺の悪性新生物	2.1%
循環器 14.3%	その他の心疾患	4.8%
	脳梗塞	2.2%
	虚血性心疾患	2.1%
精神 11.4%	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性傷害	4.5%
	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	2.6%
	その他の精神及び行動の障害	2.2%
神経 10.5%	その他の神経系の疾患	5.1%
	てんかん	2.9%
	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	1.7%

図表 20 外来医療費（大分類・中分類別）（令和 4 年度）

大分類別（上位 4 位）	中分類別（上位 3 位）	
新生物 16.6%	その他の悪性新生物	9.5%
	気管、気管支及び肺の悪性新生物	2.4%
	乳房の悪性新生物	2.1%
内分泌 14.5%	糖尿病	9.8%
	脂質異常症	3.7%
	その他の内分泌、栄養及び代謝障害	0.9%
循環器 11.8%	高血圧性疾患	5.9%
	その他の心疾患	3.4%
	虚血性心疾患	0.6%
尿路性器 11.1%	腎不全	7.3%
	その他の腎尿路系の疾患	0.9%
	前立腺肥大（症）	0.3%

【出典：国保データベースシステム（KDB システム）「医療費分析（2）大、中、最小分類」】

図表 21 入院・外来の医療費（細小分類別）（令和 4 年度）

1 位	糖尿病	5.0%
2 位	関節疾患	4.3%
3 位	統合失調症	3.7%
4 位	慢性腎臓病（透析あり）	3.5%
5 位	高血圧症	3.2%
6 位	うつ病	2.7%
7 位	大腸がん	2.6%
8 位	肺がん	2.2%
9 位	不整脈	2.1%
10 位	脂質異常症	1.9%

※全体医療費を 100%とする

【出典：国保データベースシステム（KDB システム）「地域の全体像の把握」】

悪性新生物は、抗がん剤、放射線治療等が高額であること、がん罹患者数が増えていることなどから、医療費は年々高額になっていると思われます。

件数では、「高血圧性疾患」が圧倒的に多く、一件当たりの費用額は「腎不全」が最も高く、増加傾向にあります。背景には、高齢化や食生活の影響も考えられますが、腎不全においては、医療技術の向上等により、透析治療が長期にわたっていること等も影響しているものと考えられます。

糖尿病では、上位疾患にありますが、件数は減少しており医療費が抑制されています。これは、安来市糖尿病管理協議会で取り組んできた糖尿病対策の成果と考えられますが、一方で、一件当たりの費用額は増加傾向にあり、糖尿病も重症化すると QOL（生活の質）の低下や医療費の負担が高額となることから重症化予防に努めていく必要があります。

（３）生活習慣病にかかる医療費等の状況

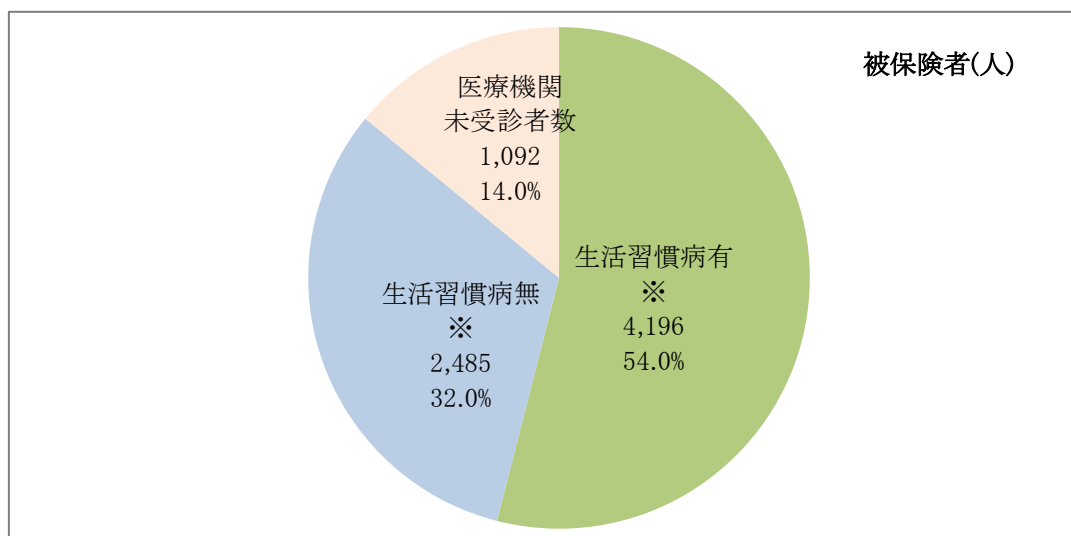
１）生活習慣病の患者数と医療費

国保医療費の上位疾病の多くを占めている生活習慣病について、国保レセプトデータから集計した生活習慣病（※）患者は 4,196 人で、被保険者全体の 54.0%を占めています。

※生活習慣病の基礎疾患（糖尿病、高血圧症、脂質異常症）及び生活習慣病に係る重症化疾患（虚血性心疾患、くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、脳動脈硬化（症）、動脈硬化（症）、腎不全）を生活習慣病とする

図表 22 被保険者全体に占める生活習慣病患者数と割合

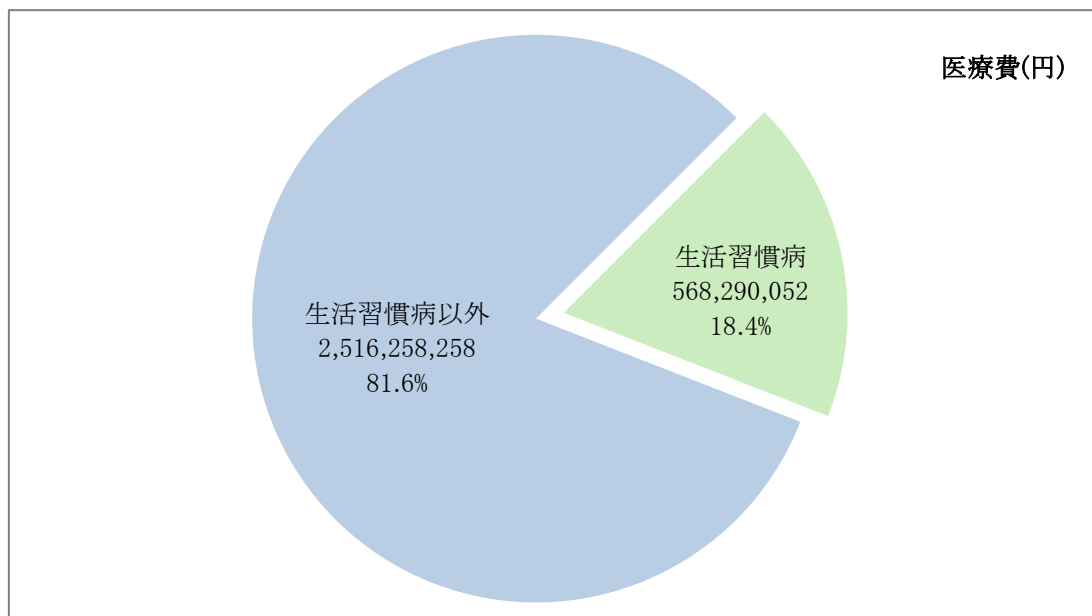
(入院+入院外+調剤) (令和4年度)



【出典：安来市国民健康保険ポテンシャル分析（データホライゾン作成）】

生活習慣病にかかる医療費は5億6,829万円で、医療費全体に占める割合は18.4%です。

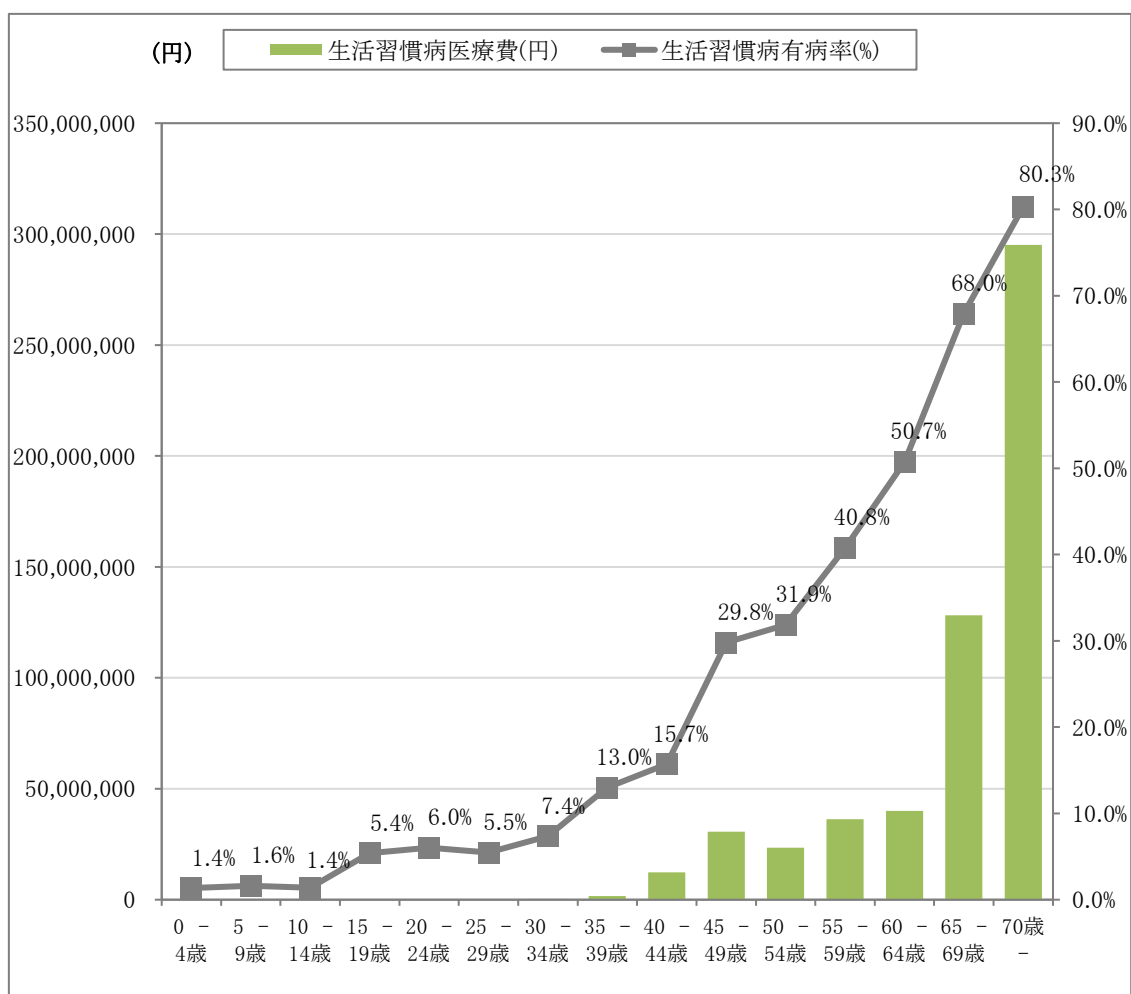
図表 23 医療費全体に占める生活習慣病医療費の割合 (入院+入院外+調剤) (令和4年度)



【出典：安来市国民健康保険ポテンシャル分析（データホライゾン作成）】

年齢階層別の生活習慣病医療費と有病率（被保険者に占める患者数の割合）では、年齢階級が上がるに伴い有病率は高まり、医療費が増大する傾向にあります。45歳から有病率が上昇しはじめ、60歳を超えると有病率が50%を超え上昇が著しく、70歳では有病率が80%を超えています。

図表 24 年齢階層別 生活習慣病医療費と有病率（入院＋入院外＋調剤）（令和4年度）



【出典：安来市国民健康保険ポテンシャル分析（データホライゾン作成）】

2）生活習慣病疾病別医療費等の状況

令和4年度の生活習慣病疾病別医療費割合では、糖尿病が25.8%と最も多く、次いで腎不全23.3%、高血圧性疾患18.7%、脂質異常症11.5%となっています。

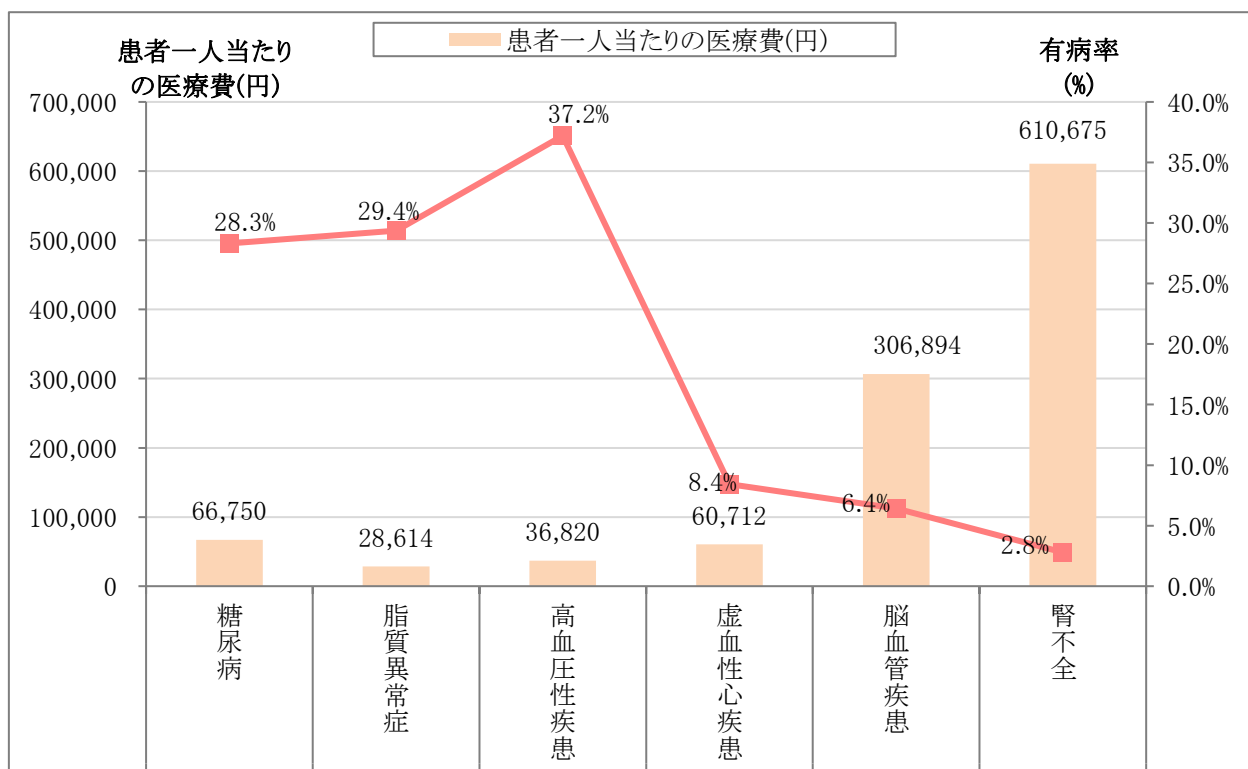
図表 25 生活習慣病医療費の状況（入院＋入院外＋調剤）

疾病分類 (中分類)	令和 2 年度		令和 3 年度		令和 4 年度	
	医療費(円)	構成比	医療費(円)	構成比	医療費(円)	構成比
糖尿病	147,453,072	25.0%	156,067,270	24.2%	146,850,712	25.8%
脂質異常症	72,668,849	12.3%	71,534,702	11.1%	65,353,404	11.5%
高血圧性疾患	120,204,048	20.4%	116,389,671	18.1%	106,484,004	18.7%
虚血性心疾患	29,174,979	5.0%	50,151,788	7.8%	39,827,336	7.0%
脳血管疾患	68,991,070	11.6%	97,713,837	15.1%	63,908,856	11.3%
腎不全	146,025,564	24.8%	142,391,028	22.1%	132,516,482	23.3%
合計	589,343,353		643,799,516		568,290,052	

【出典：安来市国民健康保険ポテンシャル分析（データホライゾン作成）を一部加工】

一人当たりの医療費では、腎不全が最も高く 610,675 円、次いで脳血管疾患の 306,894 円です。有病率では、高血圧性疾患が最も高く 37.2%、次いで、脂質異常症 29.4%、糖尿病 28.3%となっています。

図表 26 疾病別患者一人当たりの医療費と有病率（入院＋入院外＋調剤）（令和 4 年度）



【出典：安来市国民健康保険ポテンシャル分析（データホライゾン作成）】

国保医療費の上位疾病でもある腎不全は、重症化すると医療費が高額な人工透析治療が必要となります。何より、患者自身の心身への負担や生活に支障をきたします。腎不全の基礎疾患である糖尿病や高血圧症を含む生活習慣病について、生活習慣の改善から予防対策が必要です。

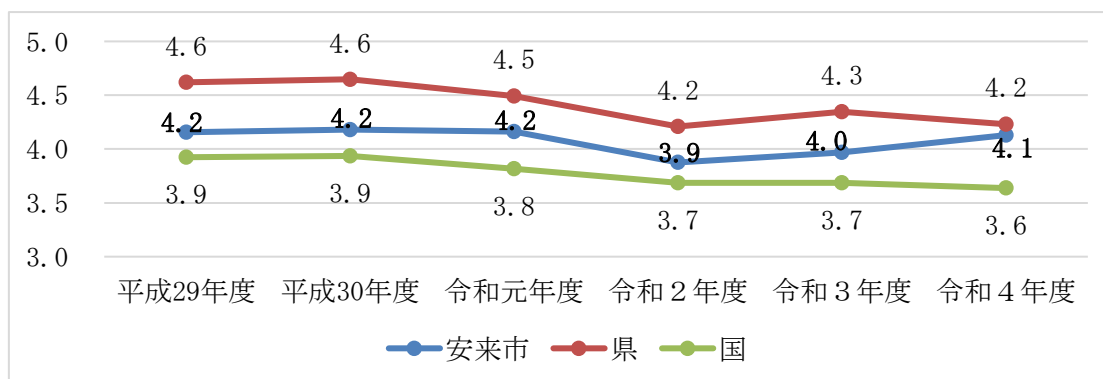
（４）生活習慣病の重症化予防

１）生活習慣病の重篤な疾患における基礎疾患の有病状況

虚血性心疾患（狭心症や心筋梗塞等）や脳血管疾患（脳出血や脳梗塞等）は、血管の動脈硬化の進行や高血圧が原因となる疾患であり、生活習慣病の悪化により引き起こされる重篤な疾患（以下、「重症化疾患」という。）です。

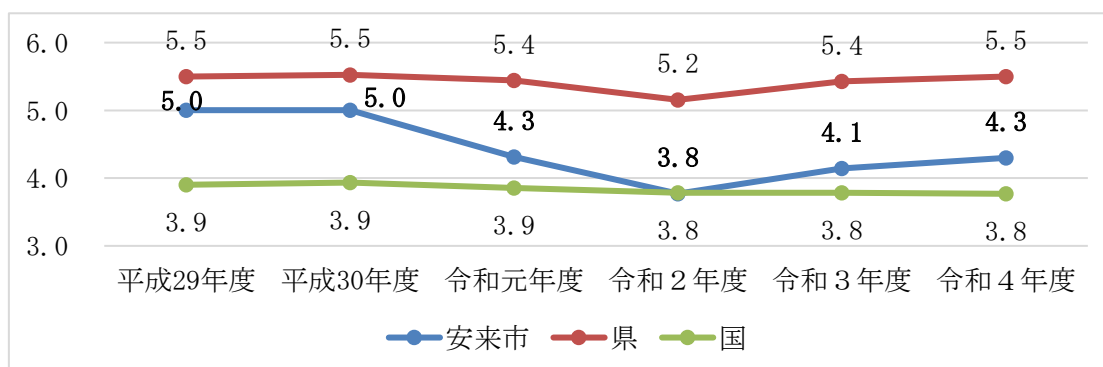
本市国保被保険者における重症化疾患患者数は減少傾向にあります。被保険者に占める割合は県より低いですが、国よりも高く、近年、増加傾向にあります。

図表 27 虚血性心疾患患者割合の推移



【出典：島根県保険者基礎データ一覧（KDB システム「厚生労働省様式（様式 3-5）」）】

図表 28 脳血管疾患患者割合の推移



【出典：島根県保険者基礎データ一覧（KDB システム「厚生労働省様式（様式 3-6）」）】

重症化疾患における基礎疾患（糖尿病、高血圧症、脂質異常症）において、虚血性心疾患では脂質異常症が 80.7%、高血圧症が 78.2%、糖尿病が 49.8%です。脳血管疾患では、高血圧症が 79.2%、脂質異常症が 64.4%、糖尿病が 47.2%です。

図表 29 虚血性心疾患患者における基礎疾患（各年 5 月診療分）

		令和 2 年度		令和 3 年度		令和 4 年度	
虚血性心疾患		322 人	—	325 人	—	285 人	—
基礎疾患	糖尿病	158 人	49.1%	162 人	49.8%	142 人	49.8%
	高血圧症	252 人	78.3%	252 人	77.5%	223 人	78.2%
	脂質異常症	249 人	77.3%	256 人	78.8%	230 人	80.7%

【出典：国保データベースシステム（KDB システム）「厚生労働省様式（様式 3-5）」】

図表 30 脳血管疾患患者における基礎疾患（各年 5 月診療分）

		令和 2 年度		令和 3 年度		令和 4 年度	
脳血管疾患		315 人	—	322 人	—	284 人	—
基礎疾患	糖尿病	153 人	48.6%	154 人	47.8%	134 人	47.2%
	高血圧症	246 人	78.1%	261 人	81.1%	225 人	79.2%
	脂質異常症	202 人	64.1%	213 人	66.1%	183 人	64.4%

【出典：国保データベースシステム（KDB システム）「厚生労働省様式（様式 3-6）」】

重症化疾患における基礎疾患（糖尿病、高血圧症、脂質異常症）は医療費においても有病率においても上位疾患であり、生活習慣病の発症予防から重症化予防の取組みによる対策が必要です。

2) 人工透析患者の状況

令和 2 年からの 3 年間で、人工透析患者数（件数）や平均年齢に大きな変動は見られませんが、令和 4 年の人工透析者では、約 4 割に糖尿病、約 7 割に高血圧症が見られ、直近月レセプトの決定点数は増加傾向にあります。

図表 31 人工透析者数とレセプト (各年度 5 月診療分)

		令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
人数		29	30	27
再 掲	糖尿病	17	17	11
	再 掲	インスリン療法	1	2
		糖尿病性神経障害	7	6
		糖尿病性網膜症	1	2
	動脈閉塞性疾患		2	2
	高血圧症		23	24
	高尿酸血症		14	18
	虚血性心疾患		11	13
	脳血管疾患		5	5
	直近月レセプトの決定点数		1,357,855 点	1,388,030 点
一人当たりレセプトの決定点数		46,823 点	46,268 点	53,423 点
平均年齢		62.6 歳	62.5 歳	61.4 歳

【出典：国保データベースシステム（KDB システム）「厚生労働省様式（様式 2-2）」】

レセプトに記載されている傷病名から集計した人工透析に至った起因（糖尿病、高血圧症、高血圧性心疾患、痛風）では、63.3%がⅡ型糖尿病を起因として透析となる「糖尿病性腎症」です。

図表 32 透析患者の起因別患者数と割合（入院＋入院外＋調剤）（令和 4 年度）

透析患者の起因		患者数	割合
①	糖尿病性腎症 I 型糖尿病	0 人	0.0%
②	糖尿病性腎症 II 型糖尿病	19 人	63.3%
③	糸球体腎炎 IgA 腎症	0 人	0.0%
④	糸球体腎炎 その他	2 人	6.7%
⑤	腎硬化症 本態性高血圧	0 人	0.0%
⑥	腎硬化症 その他	0 人	0.0%
⑦	痛風腎	1 人	3.3%
⑧	起因が特定できない患者	8 人	26.7%
透析患者全体		30 人	

※⑧起因が特定できない患者…①～⑦の傷病名組み合わせに該当しない患者

【内訳】

高血圧症が確認できる患者：5 人
高血圧症、高血圧性心疾患、痛風のいずれも確認できない患者：3 人

【出典：安来市国民健康保険ポテンシャル分析（作成：データホライゾン）】

年代別人工透析者と新規透析者の状況では、50 歳代から人工透析者が増えはじめ、新規透析者では 70 歳代から増える傾向にあります。

図表 33 年代別 人工透析者数と新規透析者数

年度	年代	人工透析者数	割合	【再掲】	
				新規透析者数	割合
令和 2 年度	40 歳代	4 人	11.8%	0 人	0 %
	50 歳代	6 人	17.6%	1 人	33.3%
	60 歳代	12 人	35.3%	0 人	0 %
	70-74 歳	12 人	35.3%	2 人	66.7%
	計	34 人		3 人	
令和 3 年度	40 歳代	5 人	15.2%	1 人	33.3%
	50 歳代	8 人	24.2%	1 人	33.3%
	60 歳代	8 人	24.2%	0 人	0 %
	70-74 歳	12 人	36.4%	1 人	33.3%
	計	33 人		3 人	
令和 4 年度	40 歳代	5 人	14.3%	0 人	0 %
	50 歳代	9 人	25.7%	0 人	0 %
	60 歳代	8 人	22.9%	2 人	50.0%
	70-74 歳	13 人	37.1%	2 人	50.0%
	計	35 人		4 人	

【出典：市町村別国保保険者の新規人工透析者数に係るデータ（国保中央会提供）】

人工透析患者数や新規人工透析患者数は横ばいの状況ですが、糖尿病性腎症が半数以上を占めています。また、被保険者の高齢化に伴い、高血圧症を起因とした腎硬化症の増加も予測されます。

壮年期からの生活習慣の改善から予防できることや、血糖及び血圧のコントロール等により重症化を予防し、腎症重症化予防対策が必要です。

3) 特定健診結果による腎機能・HbA1c・血圧の重症度

令和 4 年度の特定健診受診者 2,436 人の健診結果における腎機能と HbA1c、血圧の重症度では、腎機能では専門医紹介基準である中等度と高度を合わせた人数は 254 人で健診受診者の 10.4%を占めています。また、HbA1c では、血糖コントロール基準による 7.0%以上（65 歳以上は 8.0%以上）の HbA1c 高値は 30 人で健診受診者の 1.2%です。血圧では、Ⅱ度高血圧以上は 174 人で健診受診者の 7.1%です。

特に、HbA1c 高値では 50～64 歳の割合が高く、糖尿病重症化予防対策の重点的な年代と考えます。

図表 34 腎機能

(人)

CKD重症度分類				尿たんぱく				合計
				(－)	(±)	(＋) 以上	不明	
eGFR	G1	正常または高値	90以上	181	15	13	0	209
	G2	正常または軽度低下	60-89	1,382	176	68	1	1,627
	G3a	軽度～中等度低下	45-59	426	64	40	0	530
	G3 b	中等度～高度低下	30-44	38	10	12	0	60
	G4	高度低下	15-29	2	2	5	0	9
	G5	末期腎不全	15未満	0	0	0	0	0
	不明			1	0	0	0	1
	合計			2,030	267	138	1	2,436

重症度	正常	軽度	中等度	高度	不明
人数 (健診受診者に 占める割合)	1,563 人 (64.2%)	617 人 (25.3%)	183 人 (7.5%)	71 人 (2.9%)	2 人

(エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2018)

図表 35 HbA1c

	5.5%以下	5.6-6.4%	6.5%以上	不明
人数 (健診受診者に 占める割合)	1,044 人 (42.9%)	1,146 人 (47.0%)	244 人 (10.0%)	2 人

【再掲：6.5%以上】

	6.5-6.9%	7.0-7.9%	8.0%以上
40 歳代	1 人 (0.8%)	1 人 (0.8%)	1 人 (0.8%)
50-64 歳	15 人 (3.8%)	7 人 (1.8%)	10 人 (2.5%)
65-74 歳	127 人 (6.6%)	71 人 (3.7%)	11 人 (0.6%)
合計	143 人 (5.9%)	79 人 (3.2%)	22 人 (0.9%)

【HbA1c コントロール基準】 65 歳未満：7.0%未満 65 歳以上：8.0 未満

図表 36 血圧

	正常血圧	正常高値血圧	I 度高血圧	II 度高血圧	III 度高血圧
人数 (健診受診者に 占める割合)	1,033 人 (42.4%)	613 人 (25.2%)	616 人 (25.3%)	147 人 (6.0%)	27 人 (1.1%)

(人)

合計	80未満	85未満	85~89	90~99	100~109	110以上	合計
120未満	474	28	8	1	0	0	511
120~129	430	101	45	15	0	0	591
130~139	297	191	72	59	4	0	623
140~159	144	135	96	166	39	0	580
160~179	11	22	17	37	17	9	113
180以上	0	1	1	10	4	2	18
	1356	478	239	288	64	11	2,436

【血圧区分】

正常血圧	130/85mmHg 未満
正常高値血圧	130~139/85~89mmHg
I 度高血圧	140~159/90~99mmHg
II 度高血圧	160~179/100~109mmHg
III 度高血圧	180~/110~mmHg

(5) 医療まとめ

【安来市の医療体制】

- ・医療機関は安来地域の国道 9 号沿いに集中しており、市外への受診がある。
- ・市内で人工透析のできる医療機関は 2 か所、隣接市には高度な医療を提供できる病院もあるため、初期医療や専門外来等へのアクセスが比較的容易。
- ・高齢化の進行、特に中山間地域ではその傾向が顕著で、医療機関への移動手段確保等の課題が考えられる。

【国保医療費の状況】

- ・被保険者の減少により総医療費は減少傾向。一人当たりの医療費は令和 3 年度までは増加傾向にあったが令和 4 年度は減少。
- ・医療費上位疾患は「その他の悪性新生物」、次いで「統合失調症、妄想性傷害」。上位疾患のうち、件数が最も多いのは「高血圧性疾患」、一件あたりの費用額が最も高いのは「腎不全」。糖尿病は、件数は減少しているが、一件あたりの費用額は増加傾向。

【生活習慣病にかかる医療費等の状況】

- ・生活習慣病患者は被保険者全体の 54%、医療費は全体の 18.4% を占める。
- ・年齢が上がると生活習慣病患者数と医療費が増加。45 歳から有病率が上昇しはじめ、60 歳を超えると有病率が 50% を超え増加が著しく、70 歳の有病率は 80% を超える。

【生活習慣病の重症化予防】

- ・虚血性心疾患と脳血管疾患の患者数は減少しているが、被保険者に占める割合は増加傾向。
- ・虚血性心疾患、脳血管疾患で治療中の者の多くは、危険因子である高血圧症、糖尿病、脂質異常症を有している。
- ・人工透析患者数は 30 件弱で推移し、新規患者数及び割合は大きな変動はない。
- ・人工透析者の約 4 割に糖尿病、約 7 割に高血圧症が見られ、直近月レセプト決定点数は増加傾向。
- ・50 歳代から人工透析者が増えはじめ、新規透析者は 70 歳代で増える。
- ・Ⅱ型糖尿病を起因として透析となる「糖尿病性腎症」は人工透析患者の 63.3% を占める。
- ・被保険者の高齢化により、腎硬化症の増加も予測される。
- ・特定健診結果による腎機能・HbA1c・血圧の重症度別による健診受診者に占める割合について、腎機能中等度と高度を合わせた人は 10.4%、HbA1c7.0% 以上の HbA1c 高値の人は 1.2%、Ⅱ度高血圧以上の人は 7.1%。
- ・HbA1c 高値は 50～64 歳の割合が高い。

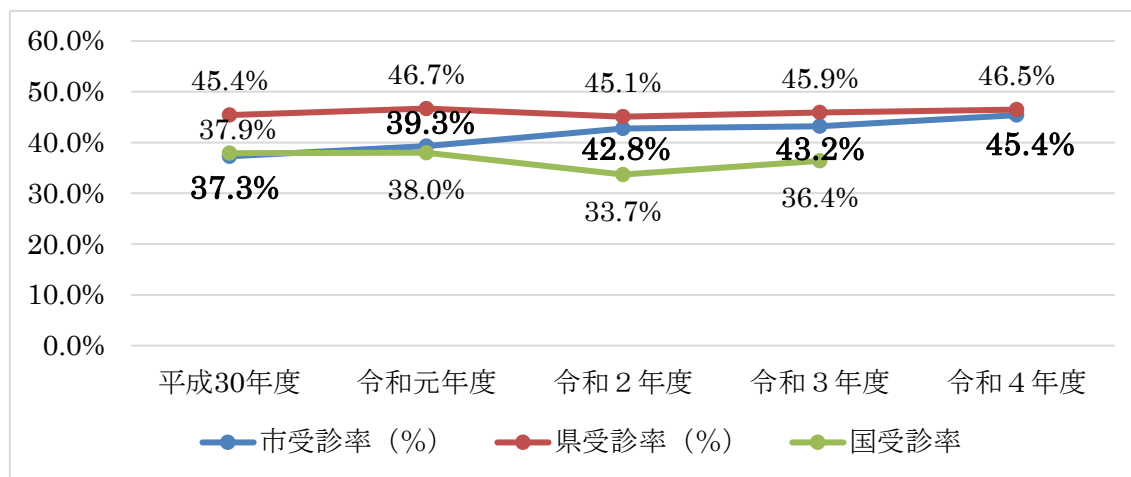
2. 特定健診・特定保健指導等の健診データの分析

(1) 特定健診の実施状況

1) 特定健診受診率の推移

本市国保特定健診受診率は令和4年度45.4%であり上昇しています。県内他保険者も受診率は向上しており、県全体の特定健診受診率が向上しています。

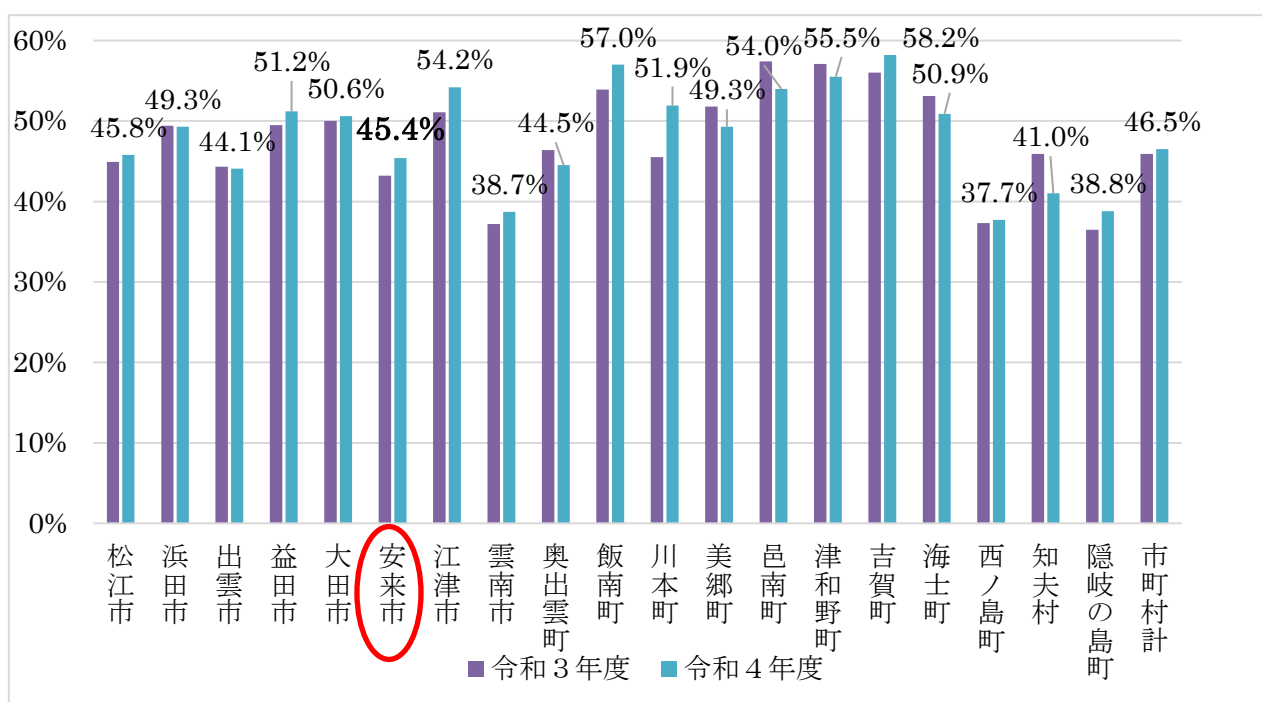
図表 37 特定健康診査受診率の推移



(※市・県は法定報告値、国は全国市町村国保受診率で、厚生労働省の公表値)

【出典：特定健診・特定保健指導実施結果総括表 (TKAC012)】

図表 38 島根県内市町村の特定健康診査受診率の比較 (令和3年度、令和4年度)



令和２年度以降、全国的に新型コロナウイルス感染症の影響による受診控え等から健診受診率の低下がみられた中、本市において特定健診受診率が向上をした背景には、安来市医師会や安来市健康推進会議との健診事業検討や健診受診啓発の取組みと、令和２年度から重点的に取組んだ個別性を重視した効果的・効率的な受診勧奨による成果と考えます。

２）性別・年齢階層別受診状況

令和４年度の性別・年齢階層別の受診状況では、受診割合は男性よりも女性が高いです。受診率が最も高いのは６５～６９歳女性、最も低いのは４５～４９歳男性です。令和元年度と令和４年度の差では、男性では５０～５４歳、女性では４０～４４歳の受診率が向上しています。

図表 39 年齢階層別特定健診受診率の状況

年齢階級	性別	令和元年度 (a)	令和２年度	令和３年度	令和４年度 (b)	(b)－(a)
40～44 歳	男性	18.6%	16.7%	21.3%	19.8%	+1.2
	女性	19.6%	20.0%	26.4%	30.2%	+10.6
45～49 歳	男性	17.2%	17.6%	14.5%	17.9%	+0.7
	女性	21.2%	19.0%	25.2%	25.2%	+4
50～54 歳	男性	16.2%	18.8%	18.7%	26.0%	+9.8
	女性	26.5%	28.1%	33.9%	34.5%	+8
55～59 歳	男性	21.5%	24.8%	27.0%	29.1%	+7.6
	女性	23.4%	25.7%	24.4%	33.1%	+9.7
60～64 歳	男性	30.2%	34.1%	38.6%	37.7%	+7.5
	女性	40.4%	42.7%	41.8%	40.8%	+0.4
65～69 歳	男性	38.2%	42.8%	45.4%	47.0%	+8.8
	女性	45.8%	48.0%	50.5%	55.7%	+9.9
70～74 歳	男性	42.0%	45.3%	43.8%	47.6%	+5.6
	女性	50.4%	55.3%	53.5%	54.6%	+4.2
合計	男性	34.9%	38.3%	38.6%	41.1%	+6.2
	女性	43.3%	46.9%	47.3%	49.4%	+6.1

※KDB システムと法定報告値はデータの登録時期や年度途中加入者の受診も含むため、値が異なる。

【出典：国保データベースシステム（KDB システム）「厚生労働省様式（様式 5-4）」】

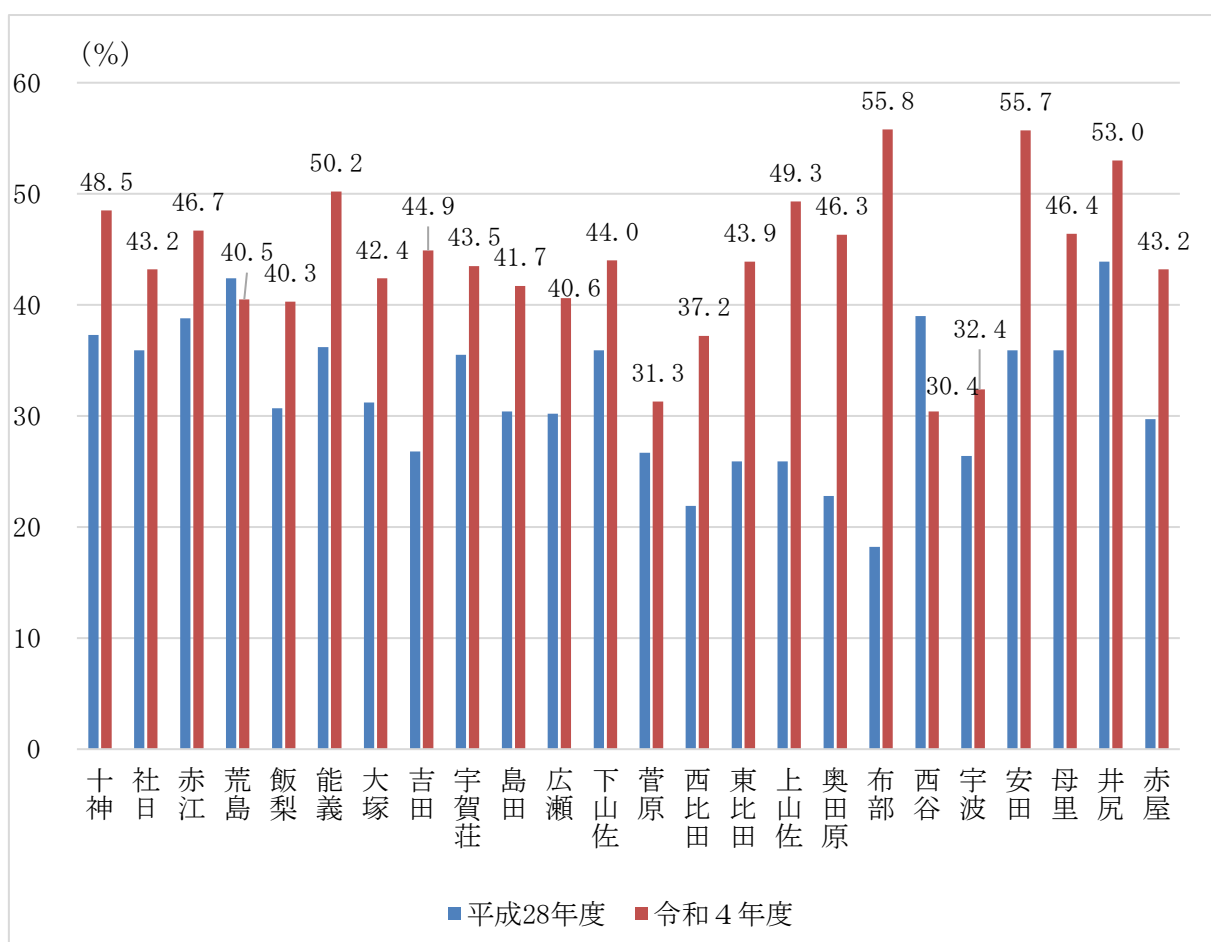
特定健診受診者の多くを占めている 70～74 歳は、後期高齢者医療への移行が多い年代です。受診率の維持・向上に向けては、健診の最初の入り口である 40 歳代と退職後の 60 歳代への働きかけ強化による対策が効果的だと考えられます。

3) 地区別特定健診受診状況

市全体の受診率が向上する一方で、地区別受診率では地区により大きな差があり、最も低い受診率の地区と最も高い受診率の地区では 25.4 ポイントの差があります。しかし、第 1 期計画での平成 28 年度地区別受診率と令和 4 年度地区別受診率の比較では、多くの地区で受診率は向上しています。

図表 40 地区別特定健康診査受診率の比較（平成 28 年度と令和 4 年度）

※数値は令和 4 年度受診率



【出典：安来市いきいき健康課】（※特定健診受託医療機関等から返信された受診券から算出）

平成 28 年度に最も低い受診率だった布部地区では令和 4 年度に最も高い受診率の地区となっています。地区内に医療機関ができたことも大きいと考えられますが、地区健康推進会議として、地区交流センターだよりも、健診期間中毎月健診に関する内容を掲載し、健診受診啓発に取り組まれました。

地域での取り組みは受診率向上への大きな原動力となります。地区別被保険者数の偏りや医療機関の有無、人口規模、定期受診者の状況等に地域特性があるため、今後も各地区健康推進会議や地区担当保健師を中心に、実態把握や受診勧奨に取り組んでいく必要があります。

(2) 特定健診受診状況と生活習慣病の治療状況

令和 4 年度に特定健診を受診した人のうち、生活習慣病（※）を治療中の人は 1,894 人で、特定健診対象者の 36.9%、特定健診受診者の 81.5%を占めています。特定健診未受診者では、生活習慣病を治療中の人は 1,862 人で、特定健診対象者の 36.3%、特定健診未受診者の 66.4%を占めています。

特定健診未受診者のうち生活習慣病を治療していない人は 942 人で、特定健診対象者の 18.4%であり、健康実態の把握が難しい対象者となります。

※対象となる生活習慣病の病名と治療：糖尿病、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症、脂肪肝、動脈硬化症、脳出血、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞、がん、筋・骨格、精神

図表 41 特定健診の受診状況と生活習慣病の治療状況（令和 4 年度）

特定健診対象者 5,127 人			生活習慣病治療		
			有	無	合計
特定健診の受診	有	受診者数	1,894 人	429 人	2,323 人
		健診対象者に占める割合	36.9%	8.4%	45.3%
	無	未受診者受診者数	1,862 人	942 人	2,804 人
		健診対象者に占める割合	36.3%	18.4%	54.7%
	合計	合計人数	3,756 人	1,371 人	5,127 人
		健診対象者に占める割合	73.3%	26.7%	

※KDB システムと法定報告値はデータの登録時期や年度途中加入者の受診も含むため、値が異なる。

【出典：国保データベースシステム（KDB システム）「厚生労働省様式（様式 5-5）」】

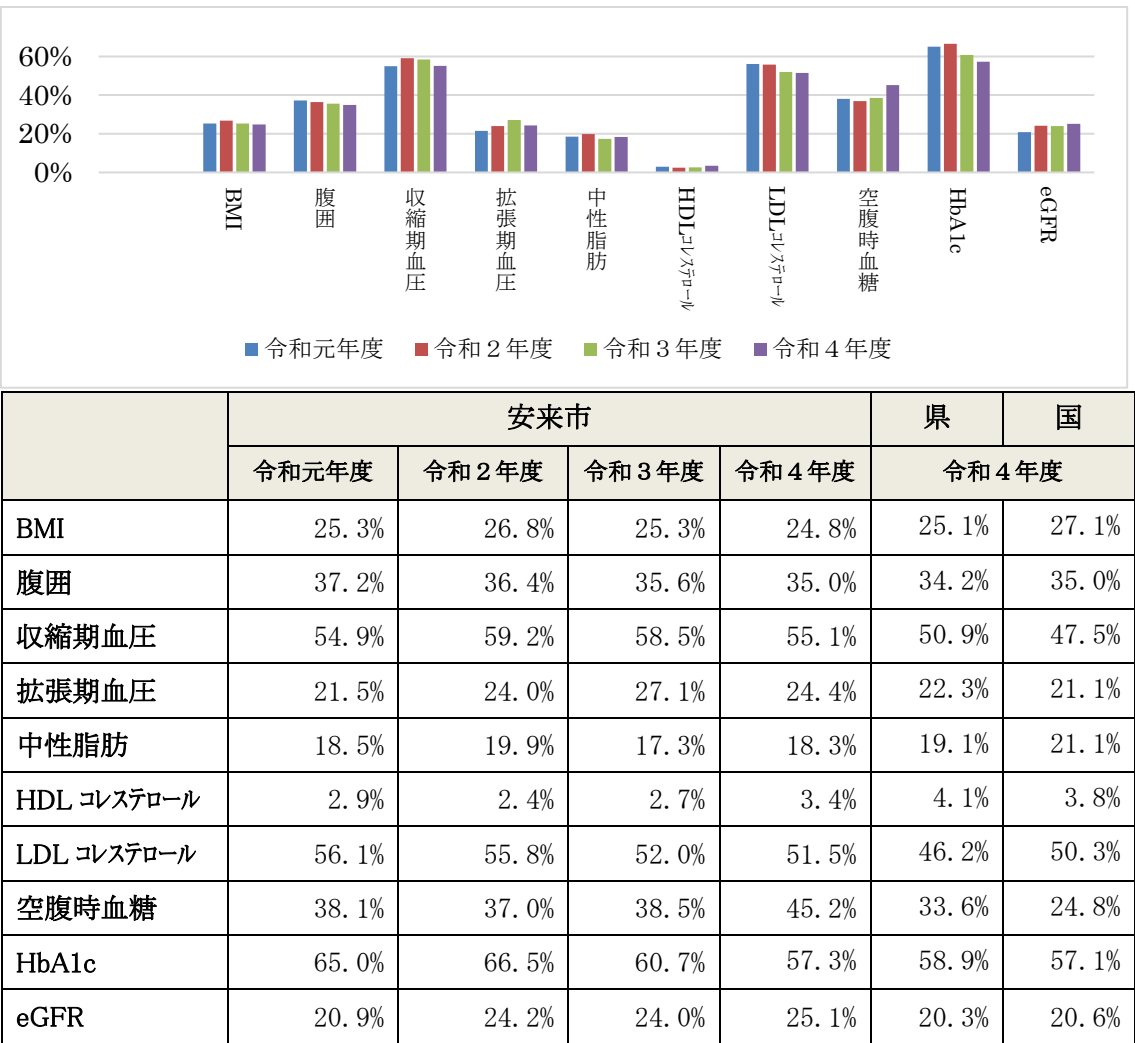
「健診未受診かつ生活習慣病治療中」は特定健診対象者の約3割であり、定期通院者がかかりつけ医で健診受診をした場合、受診者の増加が見込めると考えられ、医療機関と連携した受診勧奨が必要です。

(3) 特定健診有所見者の状況

1) 特定健診受診者における有所見者の割合

令和4年度健診有所見者の割合では、HbA1c（57.3%）が最も高く、次いで、収縮期血圧（55.1%）、LDL コレステロール（51.5%）です。また、国、県と比較して、腹囲、収縮期血圧、拡張期血圧、LDL コレステロール、空腹時血糖、eGFR が高いです。令和元年度と令和4年度の比較では、拡張期血圧、HDL コレステロール、空腹時血糖、eGFR が高くなっています。

図表 42 特定健診有所見者割合の状況

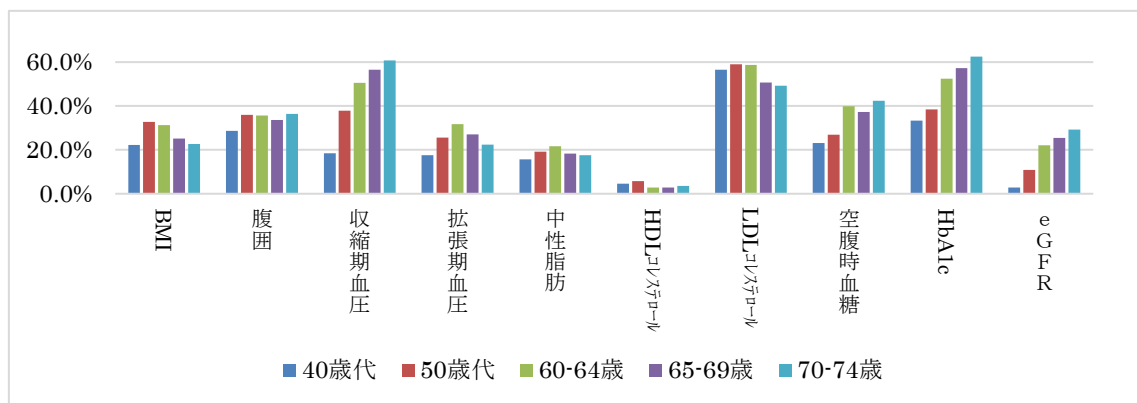


※KDB システムと法定報告値はデータの登録時期や年度途中加入者の受診も含むため、値が異なる。

【出典：国保データベースシステム（KDB システム）「厚生労働省様式（様式 5-2）」】

令和４年度の年代別健診有所見者の割合では、40～64 歳では LDL コレステロール、65～74 歳では HbA1c が最も高いです。

図表 43 性別・年代別 健診有所見者の状況 （令和４年度）



	40 歳代	50 歳代	60-64 歳	65-69 歳	70-74 歳	計
BMI	24 人	51 人	65 人	163 人	273 人	576 人
	22.2%	32.7%	31.3%	25.1%	22.7%	24.8%
腹囲	31 人	56 人	74 人	218 人	437 人	816 人
	28.7%	35.9%	35.6%	33.6%	36.4%	35.0%
収縮期血圧	20 人	59 人	105 人	367 人	731 人	1,282 人
	18.5%	37.8%	50.5%	56.5%	60.8%	55.1%
拡張期血圧	19 人	40 人	66 人	175 人	269 人	569 人
	17.6%	25.6%	31.7%	27.0%	22.4%	24.4%
中性脂肪	17 人	30 人	45 人	119 人	211 人	422 人
	15.7%	19.2%	21.6%	18.3%	17.6%	18.3%
HDL コレステロール	5 人	9 人	6 人	19 人	43 人	82 人
	4.6%	5.8%	2.9%	2.9%	3.6%	3.4%
LDL コレステロール	61 人	92 人	122 人	329 人	592 人	1,196 人
	56.5%	59.0%	58.7%	50.7%	49.3%	51.5%
空腹時血糖	25 人	42 人	83 人	242 人	510 人	902 人
	23.1%	26.9%	39.9%	37.3%	42.4%	45.2%
HbA1c	36 人	60 人	109 人	372 人	751 人	1,328 人
	33.3%	38.5%	52.4%	57.3%	62.5%	57.3%
e G F R	3 人	17 人	46 人	165 人	351 人	582 人
	2.8%	10.9%	22.1%	25.4%	29.2%	25.1%

※KDB システムと法定報告値はデータの登録時期や年度途中加入者の受診も含むため、値が異なる。

【出典：国保データベースシステム（KDB システム）「厚生労働省様式（様式 5-2）」】

【参考】検査項目ごとの有所見定義

BMI	25kg/㎡以上	中性脂肪	150mg/dL 以上
腹囲	男性 85cm 以上	HD コレステロール	40mg/dL 未満
	女性 90cm 以上	LDL コレステロール	120mg/dL 以上
収縮期血圧	130mmHg 以上	空腹時血糖	100mg/dL 以上
拡張期血圧	85mmHg 以上	HbA1c	5.6%以上

(出典：国保データベースシステム（KDB システム） 各帳票等の項目にかかる集計要件)

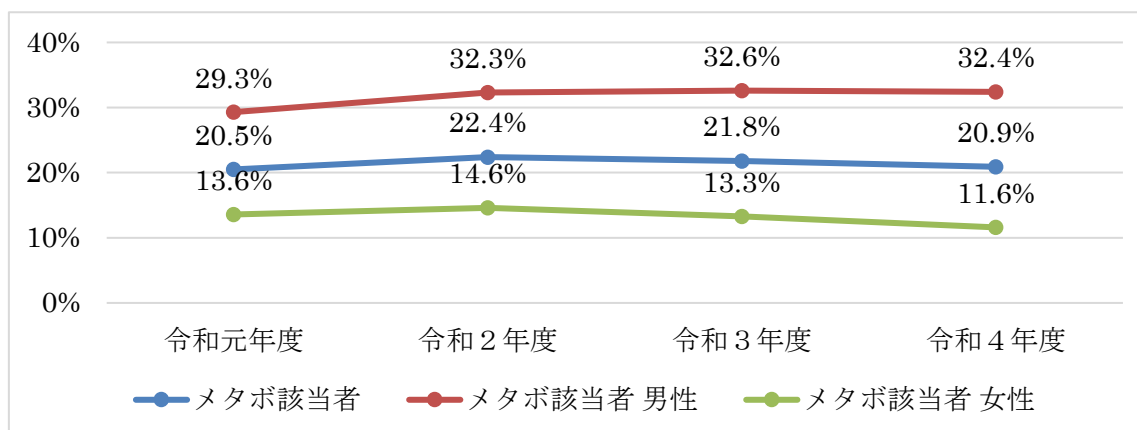
収縮期血圧、LDL コレステロール、HbA1c の有所見者の割合はいずれも 50% 以上であり、生活習慣病（高血圧症、糖尿病、脂質異常症、心疾患、脳血管疾患、がん等）の発症リスクが高い傾向にあります。特に、LDL コレステロールは若い年代で、収縮期血圧と HbA1c は高齢期で高い傾向があります。

生活習慣病の「高血圧症」「脂質異常症」「糖尿病」の3疾患は、年代により課題となる疾患が異なるため、対象疾患に対して効果的な年代への発症予防と重症化予防対策となるように対象者分析を行いながら対策を進めていく必要があります。

（4）メタボリックシンドロームの状況

令和4年度特定健診受診者におけるメタボリックシンドローム該当者（以下、「メタボ該当者」という。）及びメタボリックシンドローム予備群該当者（以下、「メタボ予備群」という。）では、メタボ該当者割合は20.9%で、県より低く、国より高いです。男女別では、男性32.4%、女性11.6%であり、男性は増加傾向にあります。令和元年度と令和4年度の比較では、令和4年度メタボ該当者は令和元年度より0.4ポイント増加しています。

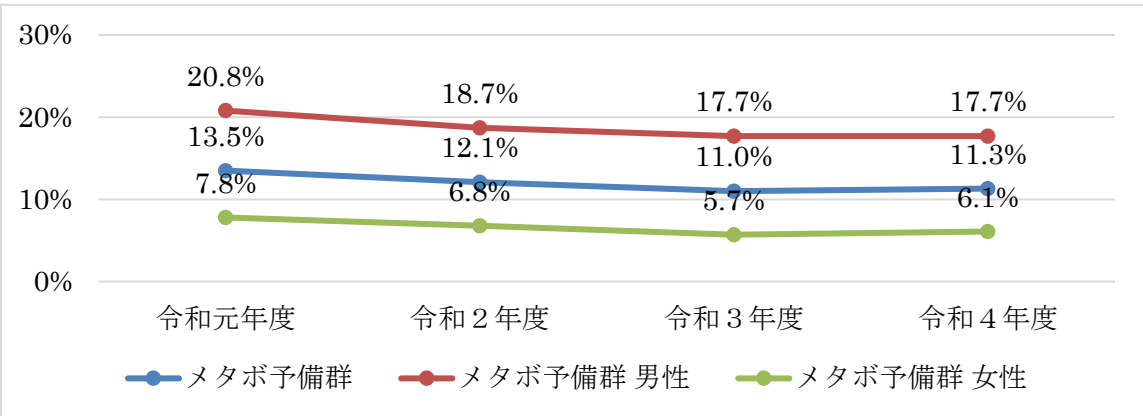
図表 44 特定健診受診者におけるメタボ該当者割合の推移



【出典：国保データベースシステム（KDB システム）「地域の全体像の把握」】

メタボ予備群割合は11.3%で、国、県よりも高いです。男女別では、男性17.7%、女性6.1%であり、男女ともに減少傾向にあります。また、女性は県、国よりも高い割合です。令和元年度と令和4年度の比較では、令和4年度メタボ予備群は令和元年度より2.2ポイント減少しています。

図表 45 特定健診受診者におけるメタボ予備群割合の推移



【出典：国保データベースシステム（KDB システム）「地域の全体像の把握」】

メタボ該当者及びメタボ予備群における追加リスクの重複状況では、メタボ該当者においては高血圧・脂質異常該当者が多く、メタボ予備群では高血圧該当者が多いです。

図表 46 特定健診受診者におけるメタボ該当者及びメタボ予備群割合の状況

	安来市					県	国
	令和元 年度(a)	令和2 年度	令和3 年度	令和4 年度(b)	(a)-(b)	令和4年度	
メタボ該当者	20.5%	22.4%	21.8%	20.9%	+0.4	21.1%	20.3%
男性	29.3%	32.3%	32.6%	32.4%	+3.1	32.6%	32.0%
女性	13.6%	14.6%	13.3%	11.6%	-2.0	12.0%	11.0%
メタボ予備群	13.5%	12.1%	11.0%	11.3%	-2.2	10.4%	11.2%
男性	20.8%	18.7%	17.7%	17.7%	-3.1	16.2%	17.9%
女性	7.8%	6.8%	5.7%	6.1%	-1.7	5.8%	5.9%

【出典：国保データベースシステム（KDB システム）「地域の全体像の把握」】

図表 47 メタボ該当者・メタボ予備群追加リスクの重複状況（令和４年度）

	男性		女性		合計	
特定健診受診者	1,036 人	—	1,287 人	—	2,323 人	—
腹囲基準値以上	565 人	54.5%	251 人	19.5%	816 人	35.1%
メタボ該当者	336 人	32.4%	149 人	11.6%	485 人	20.9%
高血糖・高血圧	65 人	6.3%	15 人	1.2%	80 人	3.4%
高血糖・脂質異常	9 人	0.9%	8 人	0.6%	17 人	0.7%
高血圧・脂質異常	148 人	14.3%	75 人	5.8%	223 人	9.6%
高血糖・高血圧・脂質異常	114 人	11.0%	51 人	4.0%	165 人	7.1%
メタボ予備群	183 人	17.7%	79 人	6.1%	262 人	11.3%
高血糖	10 人	1.0%	3 人	0.2%	13 人	0.6%
高血圧	144 人	13.9%	65 人	5.1%	209 人	9.0%
脂質異常	29 人	2.8%	11 人	0.9%	40 人	1.7%
腹囲のみ	46 人	4.4%	23 人	1.8%	69 人	3.0%

※健診受診者における割合

【出典：国保データベースシステム（KDB システム）「厚生労働省様式（様式 5-3）」】

メタボ該当者、メタボ予備群の追加リスクにおいて、いずれも高血圧が共通したリスクとなっており、高血圧対策を重点とした取組みが必要です。

【参考】メタボリックシンドローム判定値の定義

メタボ該当者	腹囲	以下の追加リスクのうち 2 つ以上該当
メタボ予備群 該当者	85cm（男性） 90cm（女性）	以下の追加リスクのうち 1 つ該当
追加リスク	血糖	空腹時血糖 110mg/dL（空腹時血糖の結果値が存在しない場合、HbA1c6.0%以上）
	血圧	収縮期血圧 130mmHg 以上、または拡張期血圧 85mmHg 以上
	脂質	中性脂肪 150mg/dL 以上、または HDL コレステロール 40mg/dL 未満

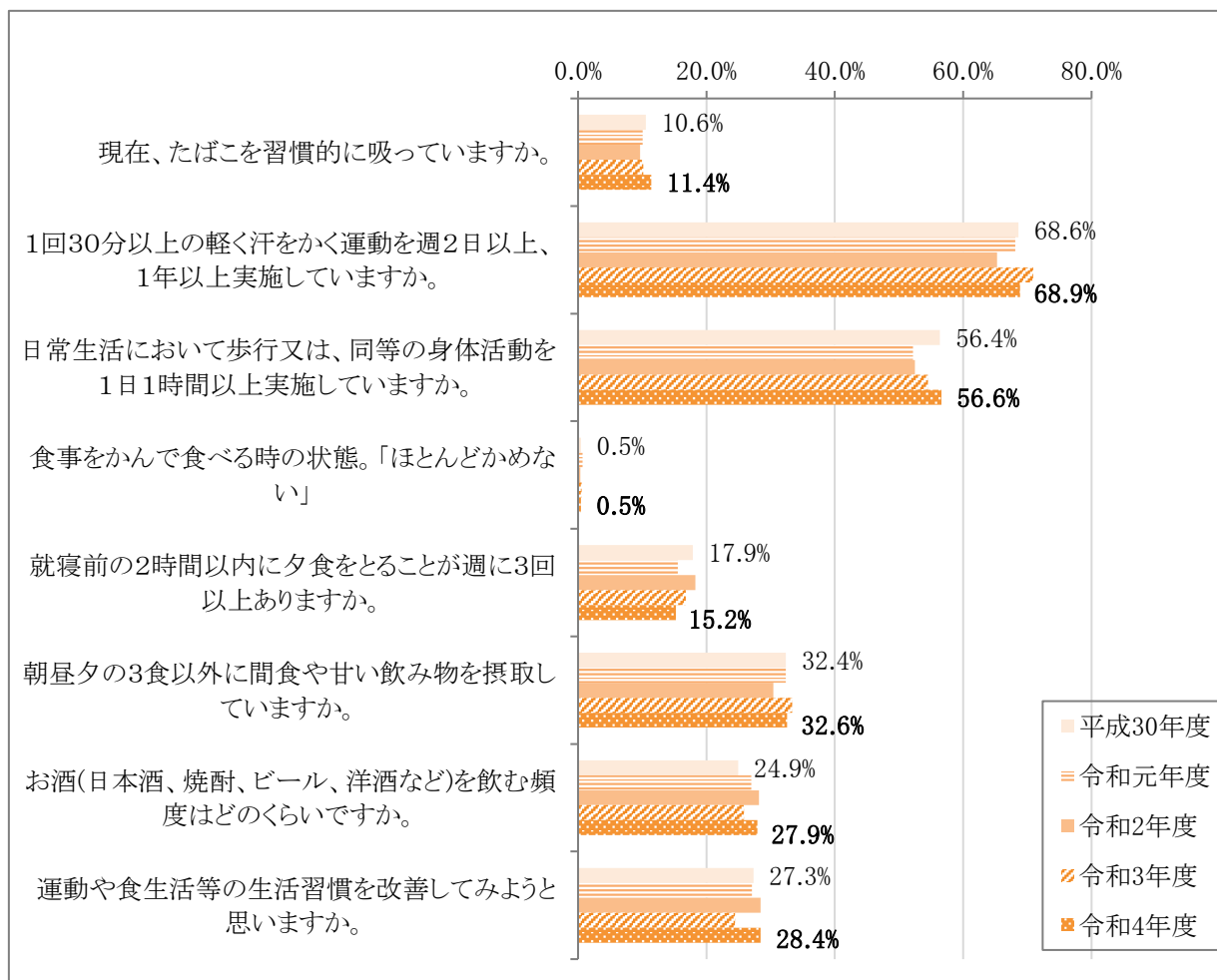
（出典：厚生労働省「メタボリックシンドロームの診断基準」）

（５）特定健診における質問別回答状況

特定健診の質問票について、令和４年度では、「１回 30 分以上の運動習慣なし」（68.9%）が最も高く、次いで、「１日 1 時間以上の身体活動なし」（56.6%）と、いずれも運動に関連する項目です。一方で、「食事をほとんど

噛めない」(0.5%)が最も低く、次いで、「たばこを習慣的に吸っている」(11.4%)でした。

図表 48 健診受診者の質問別回答状況

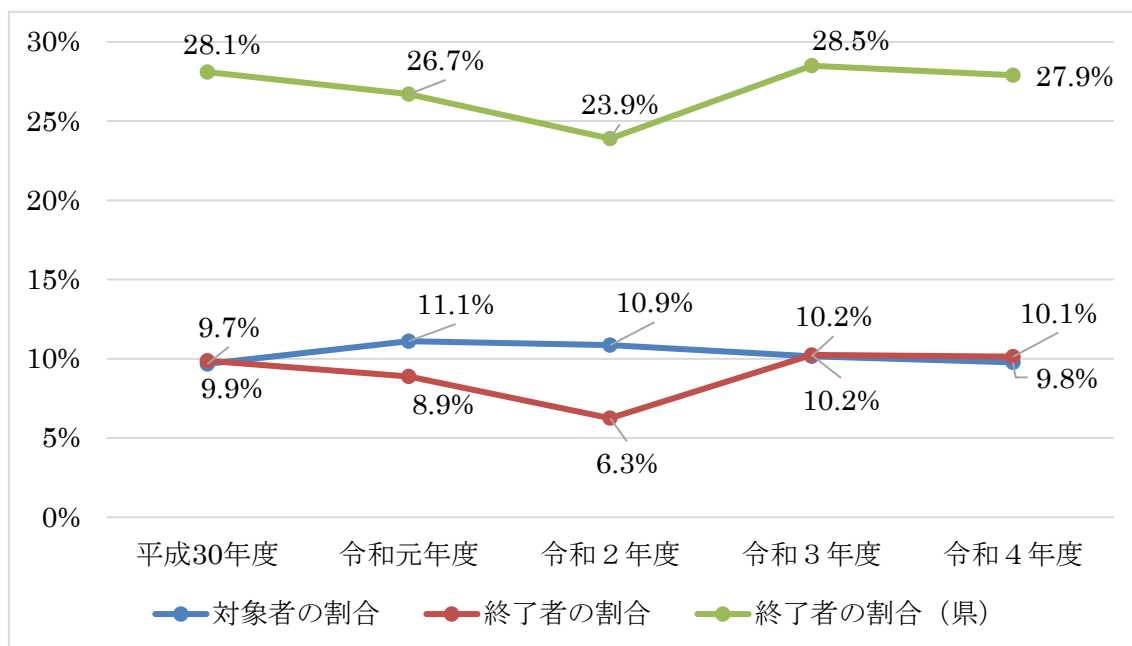


【出典：安来市国民健康保険ポテンシャル分析（作成：データホライゾン）】

(6) 特定保健指導の実施状況

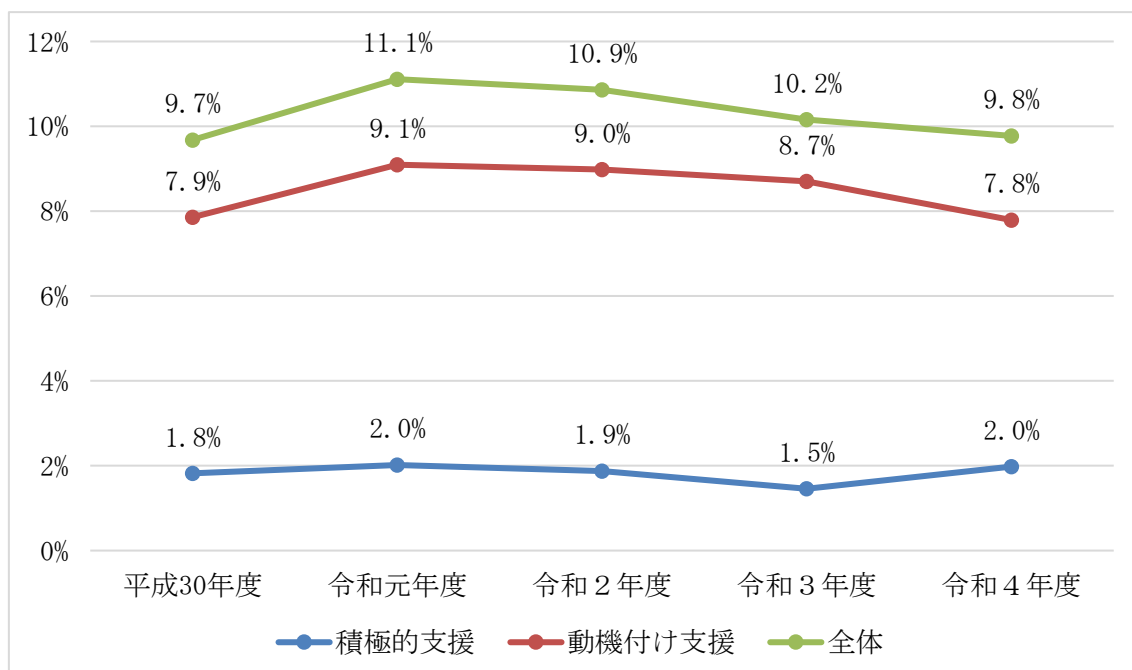
特定健診受診者のうち、特定保健指導対象者となった割合は、平成30年度からの5年間で大きな変動はなく、概ね10%前後で推移しています。特定保健指導終了者の割合は、令和2年度の6.3%が最も低かったですが、その後、わずかながら上昇しています。

図表 49 特定保健指導対象者・終了者の推移

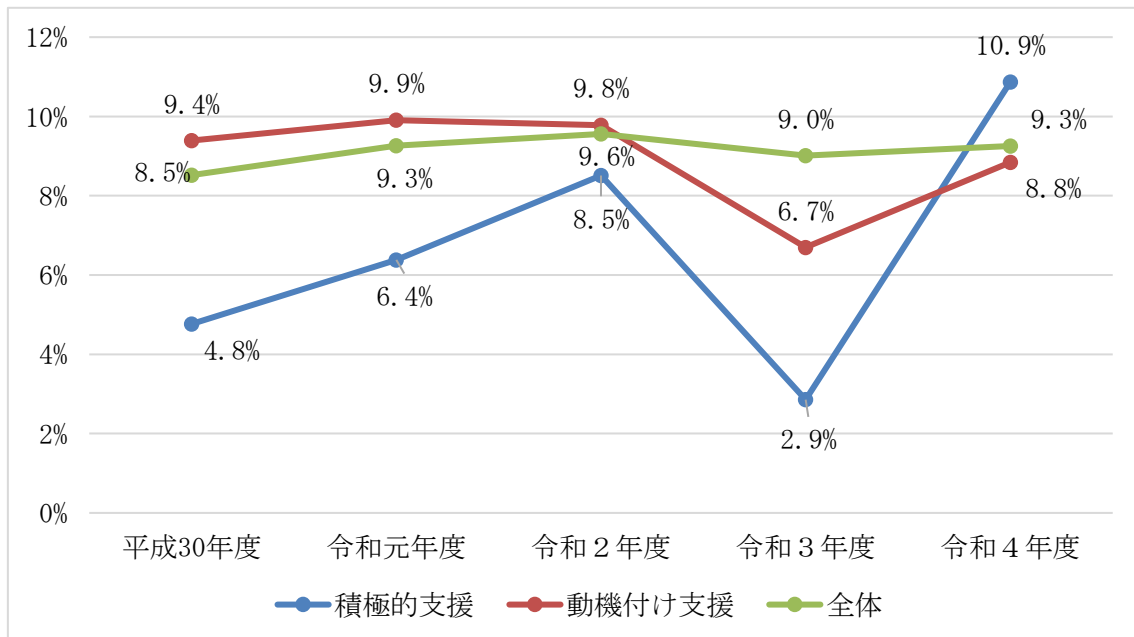


【出典：特定健診・特定保健指導実施結果総括表（TKAC012）】

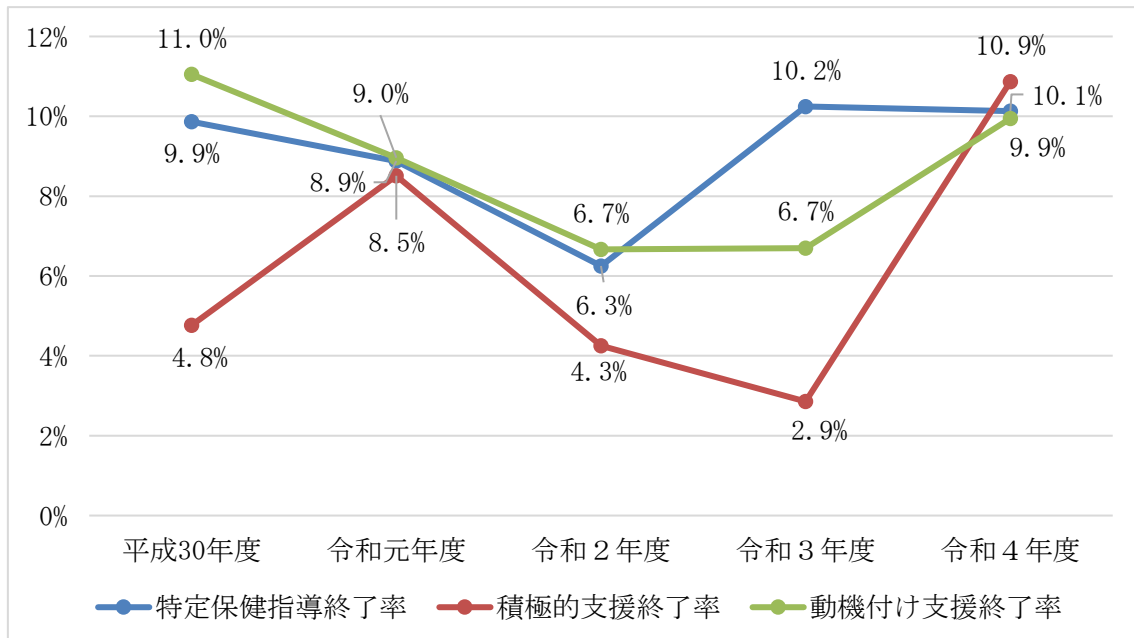
図表 50 特定保健指導区分別状況の推移
(対象者の割合)



(利用者の割合)



(終了者の割合)



【出典：特定健診・特定保健指導実施結果総括表（TKAC012）】

年齢階級別では、特定保健指導の対象者の割合は50-54歳が多いですが、終了者では60歳代が多い状況です。

図表 51 年齢階級別 特定保健指導実施状況 (令和4年度)

		健診 受診者	積極的支援			動機付け支援			特定保健指導	
			対象者	利用者	終了者	対象者	利用者	終了者	対象者	終了者
40- 44 歳	人数	46 人	5 人	1 人	1 人	3 人	0 人	0 人	8 人	1 人
	割合		10.9%	20.0%	20.0%	6.5%	0.0%	0.0%	17.4%	12.5%
45- 49 歳	人数	62 人	8 人	1 人	1 人	4 人	0 人	0 人	12 人	1 人
	割合		12.9%	12.5%	12.5%	6.5%	0.0%	0.0%	19.4%	8.3%
50- 54 歳	人数	78 人	7 人	1 人	1 人	9 人	1 人	1 人	16 人	2 人
	割合		9.0%	14.3%	14.3%	11.5%	11.1%	11.1%	20.5%	12.5%
55- 59 歳	人数	78 人	9 人	1 人	1 人	5 人	0 人	0 人	14 人	1 人
	割合		11.5%	11.1%	11.1%	6.4%	0.0%	0.0%	17.9%	7.1%
60- 64 歳	人数	208 人	17 人	1 人	1 人	13 人	3 人	4 人	30 人	5 人
	割合		8.2%	5.9%	5.9%	6.3%	23.1%	30.8%	14.4%	16.7%
65- 69 歳	人数	649 人	0 人	0 人	0 人	43 人	6 人	7 人	43 人	7 人
	割合		0.0%	0.0%	0.0%	6.6%	14.0%	16.3%	6.6%	16.3%
70 歳 -	人数	1,202 人	0 人	0 人	0 人	104 人	6 人	6 人	104 人	6 人
	割合		0.0%	0.0%	0.0%	8.7%	5.8%	5.8%	8.7%	5.8%
合計	人数	2,323 人	46 人	5 人	5 人	181 人	16 人	18 人	227 人	23 人
	割合		2.0%	10.9%	10.9%	7.8%	8.8%	9.9%	9.8%	10.1%

【出典：特定健診・特定保健指導実施結果総括表（TKAC012）】

(7) 健診等のまとめ

【特定健診の状況】

- ・受診率は年々上昇しているが、県平均を下回っている。
- ・女性はどの年代も男性より受診率が高く、男女ともに 60 歳から受診率は増加し始める。最も受診率が高いのは 65 歳以上女性であり、50%を超えている。一方で、40 歳代男性の受診率は 20%を下回る。
- ・経年では男性 50～54 歳、女性 40～44 歳の受診率が向上。
- ・地区別受診率の隔たりは大きい、経年ではほとんどの地区で向上。

【特定健診受診状況と生活習慣病の治療状況】

- ・特定健診未受診者のうち生活習慣病治療中の人は、健診対象者の約 3 割。
- ・未受診者で生活習慣病治療のない人は、健診対象者の 18.4%。

【特定健診有所見者の状況】

- ・収縮期血圧、LDL コレステロール、HbA1c の有所見者の割合はいずれも 50%を超えている。
- ・拡張期血圧、HDL コレステロール、空腹時血糖、eGFR の有所見者割合は上昇しており、生活習慣病の発症リスクが高まる。
- ・LDL コレステロールは若い年代で、収縮期血圧と HbA1c は、高齢期での有所見者の割合が高い。

【メタボリックシンドロームの状況】

- ・メタボ該当者割合は 20.9%で増加傾向。男性 32.4%、女性 11.6%。男性割合は増加傾向。
- ・メタボ予備群割合は 11.3%で減少傾向。男性 17.7%、女性 6.1%。男女ともに減少傾向にあるが、女性は県、国よりも高い。
- ・追加リスクの重複状況では、メタボ該当者では高血圧・脂質異常該当者が多く、メタボ予備群では高血圧該当者が多い。

【特定健診における質問別回答状況】

- ・質問項目別の回答者割合では、1 回 30 分以上の運動習慣なしが最も高く 68.9%、次いで、1 日 1 時間以上の身体活動なしが 56.6%であり、いずれも運動に関連する項目。
- ・一方、食事をほとんど噛めないが最も低く 0.5%、次いで、たばこを習慣的に吸っているが 11.4%。

【特定保健指導の実施状況】

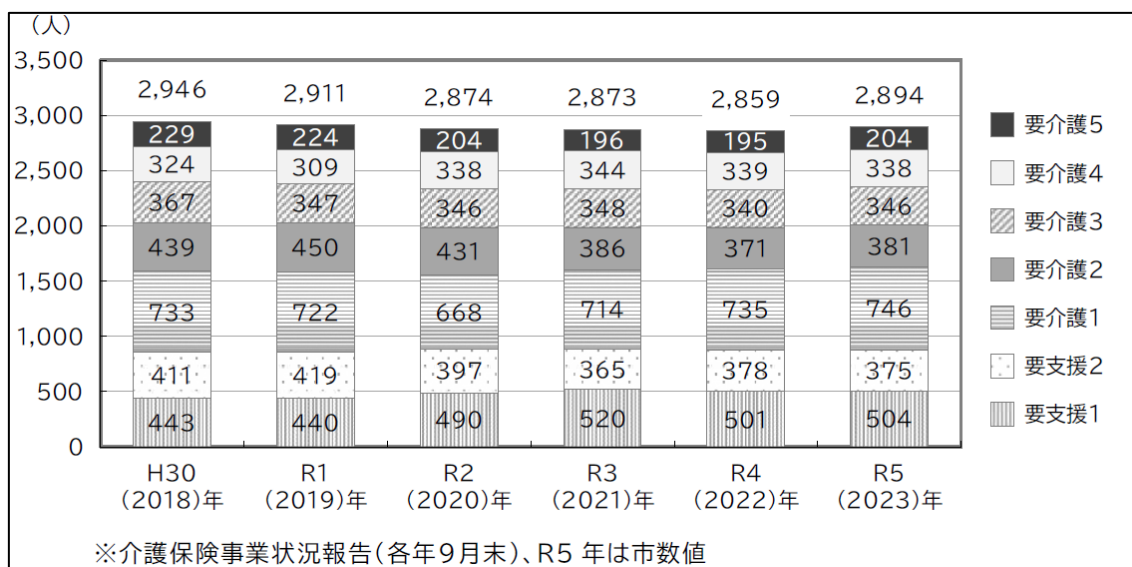
- ・特定保健指導対象者割合は概ね 10%前後で推移。
- ・特定保健指導終了者の割合は、県の終了者割合との隔たりが大きい。
- ・特定保健指導対象者の割合は 50 歳前半に多く、終了者は 60 歳代に多い。

3. 介護関係の分析

(1) 要介護等認定者の状況

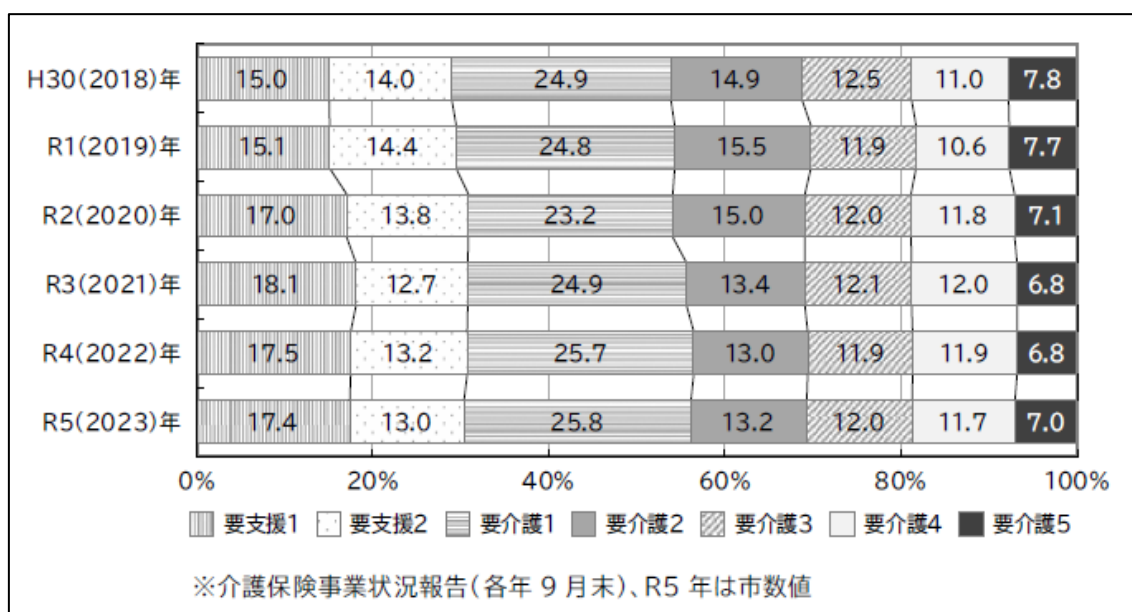
本市の要介護認定者数は、大きな変動はなく、令和5年9月末現在2,894人となっています。要介護度の構成比は、要介護2までの割合は69.4%です。

図表 52 要介護認定者数の推移



【出典：第9期安来市高齢者福祉計画介護保険事業計画】

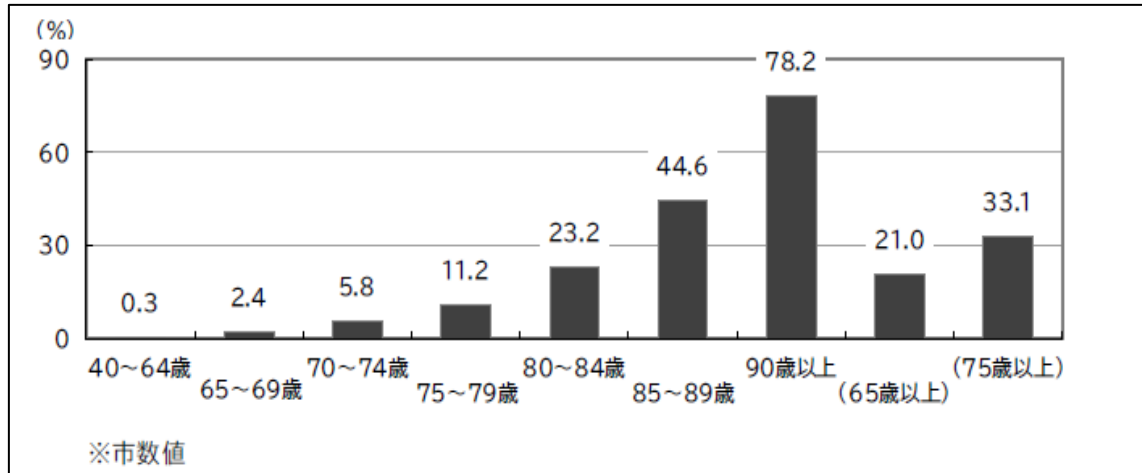
図表 53 要介護認定者の介護度別構成比の推移



【出典：第9期安来市高齢者福祉計画介護保険事業計画】

年齢別の要介護認定者の出現率は、年齢が上がるにつれて上昇し、85～89 歳では 44.6%、90 歳以上では 78.2%に達しています。

図表 54 年齢別の要介護認定者出現率 （令和 5 年 9 月末）

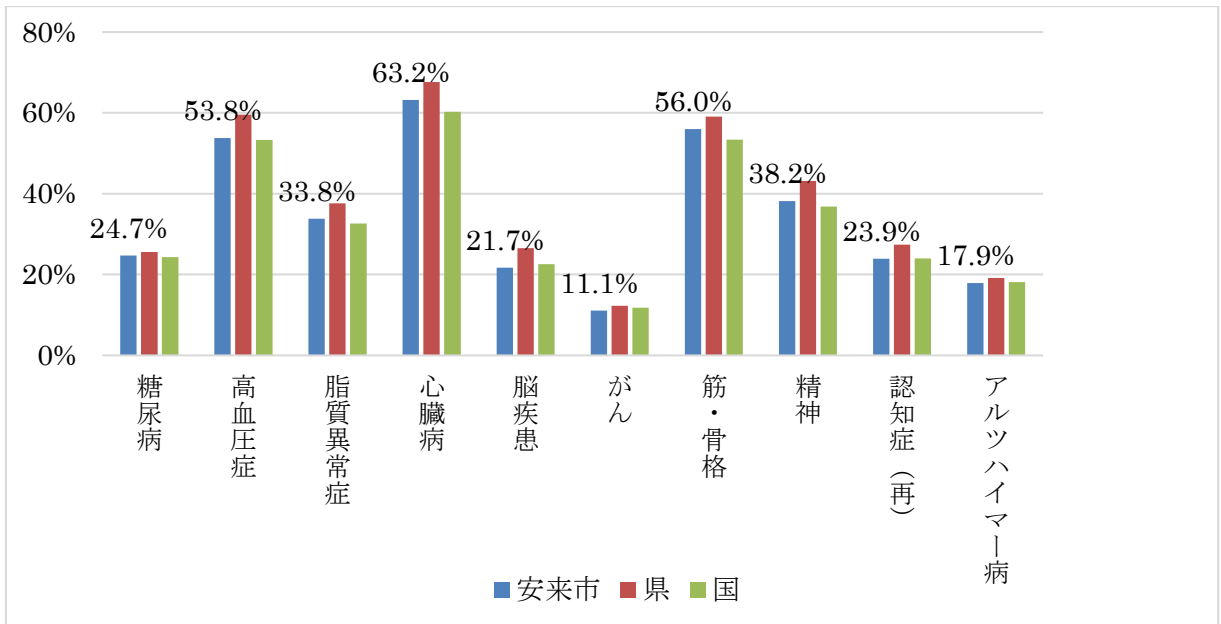


【出典：第 9 期安来市高齢者福祉計画介護保険事業計画】

（２）要介護者等認定者の有病状況

令和 4 年度の要介護または要支援の認定を受けた人の有病状況では、心臓病（63.2%）が最も高く、次いで、筋・骨格（56.0%）、高血圧症（53.8%）となっており、県と比較していずれの疾患も低いです。

図 55 要介護等認定者の有病状況 （令和 4 年度） ※数値は安来市

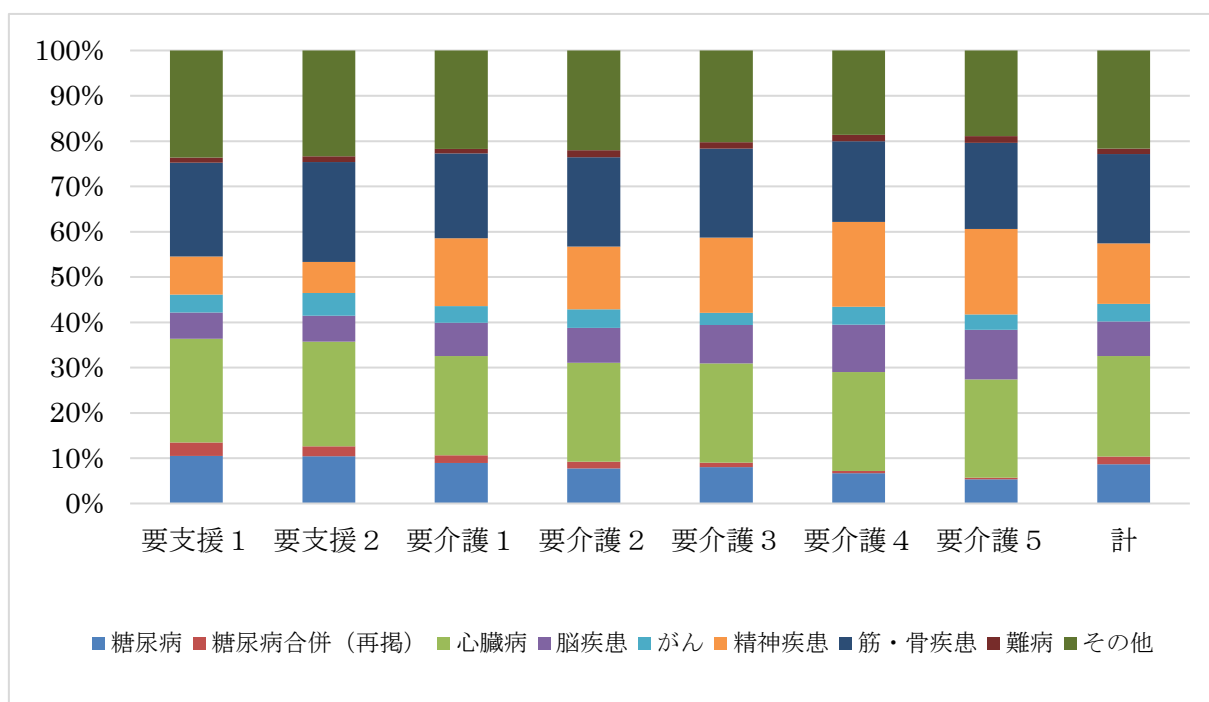


【出典：国保データベースシステム（KDB システム）「地域の全体像の把握」】

年代別の有病状況では、65 歳以上では、その他を除いて、心臓病、筋・骨疾患の割合が高く、要介護 4・5 では心臓病、筋・骨疾患に加えて精神疾患の割合も高くなっています。

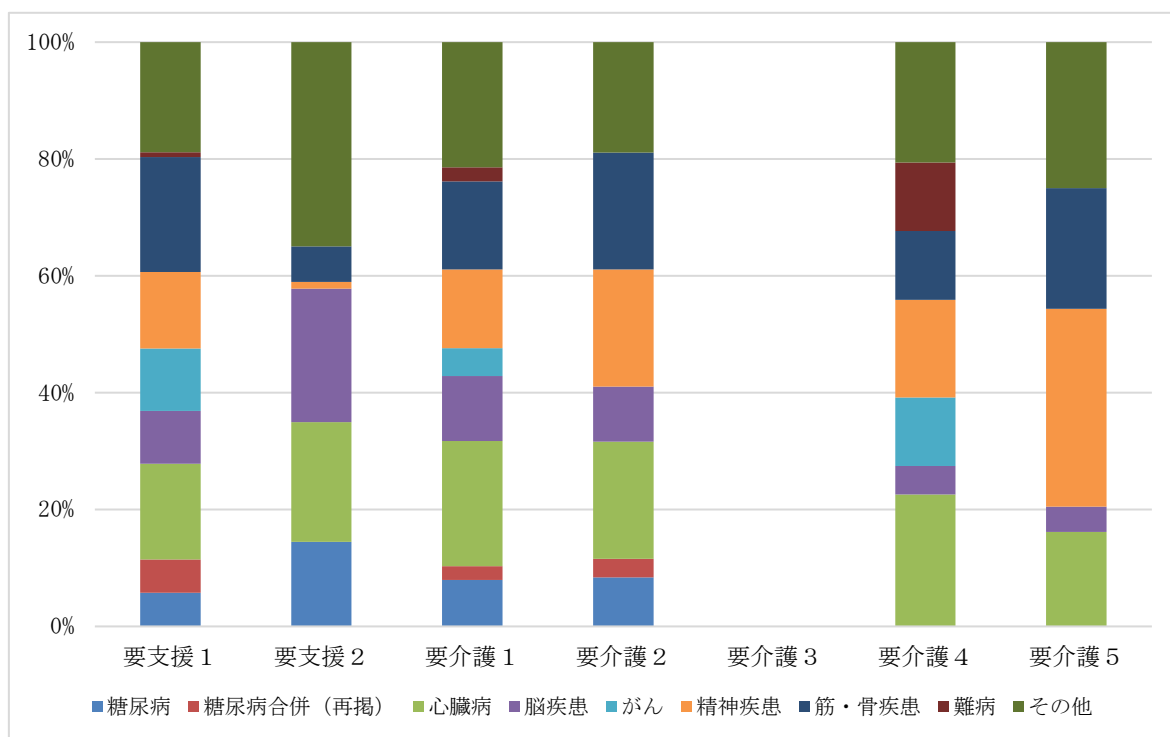
40～64 歳では、要介護 1・要介護 2 認定者で有病者が多く、65 歳以上同様に、心臓病、筋・骨疾患や精神疾患が多い状況であり、若年認定者から継続した有病の状況となっています。

図表 56 年代別認定区分 有病状況（令和 4 年度）
（65 歳以上）



	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	計
糖尿病	150 人	113 人	200 人	88 人	83 人	67 人	31 人	732 人
糖尿病合併	43 人	30 人	36 人	17 人	12 人	6 人	3 人	147 人
心臓病	327 人	260 人	462 人	232 人	220 人	217 人	109 人	1,827 人
脳疾患	86 人	57 人	166 人	81 人	77 人	102 人	63 人	632 人
がん	59 人	48 人	76 人	41 人	33 人	35 人	15 人	307 人
精神疾患	129 人	73 人	319 人	140 人	165 人	182 人	100 人	1,108 人
筋・骨疾患	297 人	248 人	379 人	212 人	207 人	191 人	104 人	1,638 人
難病	22 人	13 人	22 人	18 人	21 人	17 人	10 人	123 人
その他	341 人	267 人	468 人	235 人	204 人	185 人	100 人	1,800 人
計	1,454 人	1,109 人	2,128 人	1,064 人	1,022 人	1,002 人	535 人	8,314 人

(40～64 歳)



	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	計
糖尿病	0 人	1 人	1 人	1 人	0 人	0 人	0 人	3 人
糖尿病合併	0 人	0 人	0 人	1 人	0 人	0 人	0 人	1 人
心臓病	1 人	1 人	3 人	2 人	0 人	2 人	1 人	10 人
脳疾患	1 人	1 人	1 人	1 人	0 人	0 人	0 人	4 人
がん	1 人	0 人	0 人	0 人	0 人	1 人	0 人	2 人
精神疾患	1 人	0 人	1 人	2 人	0 人	1 人	2 人	7 人
筋・骨疾患	1 人	0 人	2 人	2 人	0 人	1 人	1 人	7 人
難病	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	1 人	0 人	1 人
その他	1 人	2 人	3 人	2 人	0 人	1 人	2 人	11 人
計	6 人	5 人	11 人	11 人	0 人	7 人	6 人	46 人

【出典：国保データベースシステム（KDB システム）「要介護（支援）者有病状況」】

(3) 介護関係のまとめ

【要介護等認定者の状況】 ・要介護認定者数は、大きな変動はない。 ・要介護度の構成比は、要介護2までの割合が全体の69.4%を占めている。 ・年齢別の要介護認定者の出現率は、年齢が上がるにつれて上昇し、85～89歳では44.6%、90歳以上では78.2%に達している。
【要介護者等認定者の有病状況】 ・要介護等認定者の有病割合では、「心臓病」が最も高く、次いで、「筋・骨格」、「高血圧症」。県と比較して、いずれの疾患も有病割合は低い。 ・年代別の有病状況では、65歳以上では、心臓病、筋・骨疾患の割合が高く、要介護4・5では精神疾患の割合も高い。40～64歳では、要介護1・要介護2認定者で有病者が多く、「心臓病」、「筋・骨疾患」や「精神疾患」が多い。

4. その他の状況

(1) 重複服薬の状況

令和5年3月診療分の重複服薬の状況では、重複処方を受けた人のうち、「3医療機関以上かつ複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数が1以上に該当」する重複処方該当者数は2人です。

図表 57 重複服薬の状況（薬効分類単位）（令和5年3月診療分）

他医療機関との重複 処方が発生した医療 機関数（同一月内）		重複処方を受けた人			
		2医療機関 以上	3医療機関 以上	4医療機関 以上	5医療機関 以上
複 数 の 医 療 機 関 か ら 重 複 処 方 が 発 生 し た 薬 効 数 （ 同 一 月 内 ）	1以上	34人	1人	0人	0人
	2以上	6人	1人	0人	0人
	3以上	1人	0人	0人	0人
	4以上	1人	0人	0人	0人
	5以上	1人	0人	0人	0人
	6以上	0人	0人	0人	0人
	7以上	0人	0人	0人	0人
	8以上	0人	0人	0人	0人
	9以上	0人	0人	0人	0人
	10以上	0人	0人	0人	0人

※被保険者数：6,611人

【出典：国保データベースシステム（KDBシステム）「重複・多剤処方の状況」】

令和 5 年 3 月診療分の多剤服薬の状況では、「同一薬効に関する処方日数が 1 日以上かつ処方薬効数（同一月内）が 15 以上に該当」する多剤処方該当者は、75 人です。

図表 58 多剤服薬の状況（薬効分類単位）（令和 5 年 3 月診療分）

		処方日数（以上）							
		1 日	15 日	30 日	60 日	90 日	120 日	150 日	180 日
処方薬効数 （同一月内）	1 以上	3,582 人	3,102 人	2,314 人	798 人	283 人	8 人	5 人	2 人
	2 以上	3,129 人	2,790 人	2,093 人	729 人	258 人	8 人	5 人	2 人
	3 以上	2,534 人	2,325 人	1,754 人	610 人	218 人	8 人	5 人	2 人
	4 以上	2,031 人	1,898 人	1,437 人	513 人	185 人	7 人	4 人	1 人
	5 以上	1,577 人	1,503 人	1,141 人	399 人	140 人	6 人	3 人	0 人
	6 以上	1,209 人	1,163 人	892 人	316 人	110 人	5 人	3 人	0 人
	7 以上	895 人	867 人	678 人	238 人	79 人	5 人	3 人	0 人
	8 以上	650 人	632 人	503 人	178 人	56 人	4 人	2 人	0 人
	9 以上	482 人	473 人	376 人	144 人	44 人	2 人	1 人	0 人
	10 以上	348 人	342 人	273 人	103 人	40 人	1 人	1 人	0 人
	15 以上	75 人	75 人	61 人	24 人	13 人	1 人	1 人	0 人
	20 以上	13 人	13 人	9 人	5 人	3 人	0 人	0 人	0 人

被保険者数：6,611 人

【出典：国保データベースシステム（KDB システム）「重複・多剤処方の状況」】

令和 4 年 12 月から令和 5 年 3 月診療分のレセプトデータにおいて、「複数医療機関から内服薬が長期(14 日以上)処方されている人」（長期服薬者）は 976 人で、被保険者の 15.1%を占めます。

また、「複数医療機関から内服薬が長期(14 日以上)処方されており、その長期処方の内服薬が 6 種類以上の人」（長期多剤服薬者）は 479 人で、被保険者の 7.4%を占めます。

年代別の被保険者における割合では、いずれも 70 歳以上が最も多いです。

図表 59 薬剤種類数別 長期服薬者数 (令和 4 年 12 月～令和 5 年 3 月診療分)

年齢階級	被保険者数	長期服薬者 (年代別割合)		長期多剤服薬者 (年代別割合)	
-39 歳	913 人	43 人	4.7%	10 人	1.1%
40-44 歳	228 人	17 人	7.5%	7 人	3.1%
45-49 歳	337 人	29 人	8.6%	18 人	5.3%
50-54 歳	310 人	22 人	7.1%	12 人	3.9%
55-59 歳	297 人	30 人	10.1%	12 人	4.0%
60-64 歳	598 人	73 人	12.2%	36 人	6.0%
65-69 歳	1,391 人	236 人	17.0%	108 人	7.8%
70 歳-	2,406 人	526 人	21.9%	276 人	11.5%
合計	6,480 人	976 人	15.1%	479 人	7.4%

【出典：安来市国民健康保険ポテンシャル分析（作成：データホライゾン）】

医薬品の多剤服薬は、薬の飲み忘れ、飲み間違い等の服薬過誤や副作用等の薬物有害事象発生につながりやすく、その発生リスクは6種類以上の服薬で特に高まるとされ、高齢者に起こりやすい副作用にはふらつき・転倒、もの忘れ等があります。複数疾患を有する高齢者においては特に注意が必要です。

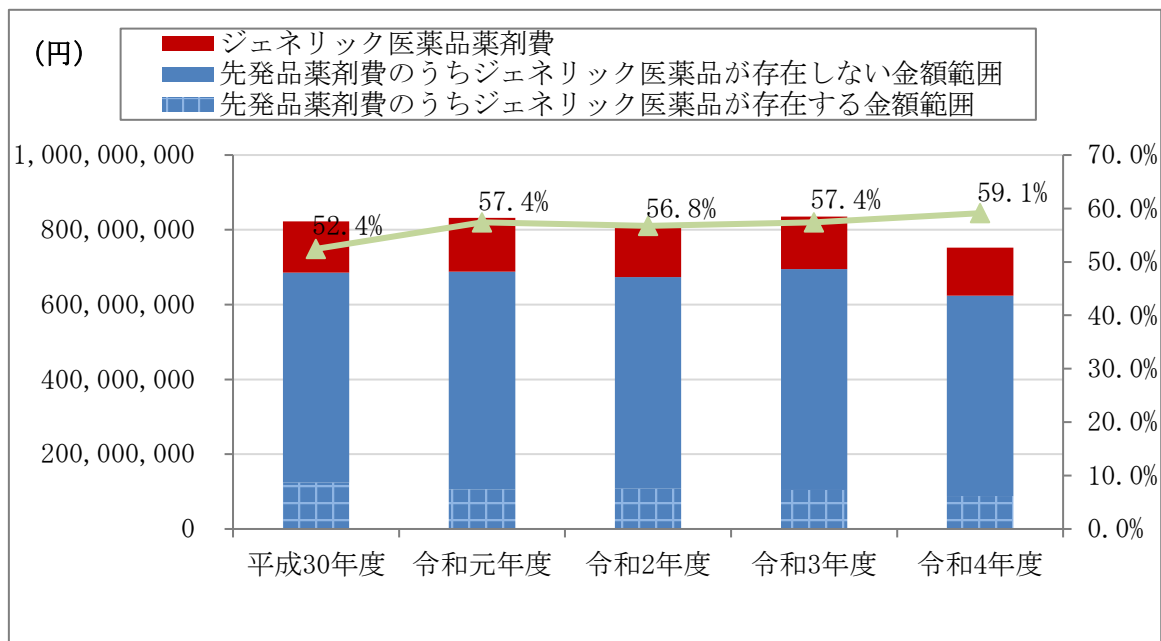
長期多剤服薬者割合は数パーセントではありますが、一定数存在しており、適正服薬の啓発が必要です。

(2) 後発医薬品普及率

平成 30 年度から 5 年間の後発医薬品普及率について、金額ベースと数量ベースでみると、金額ベースでは、令和 4 年度後発医薬品普及率は 59.1%であり、平成 30 年度 52.4%より 6.7 ポイント増加しています。また、数量ベースでは、令和 4 年度は 86.8%であり、平成 30 年度 82.5%より 4.3 ポイント増加しています。

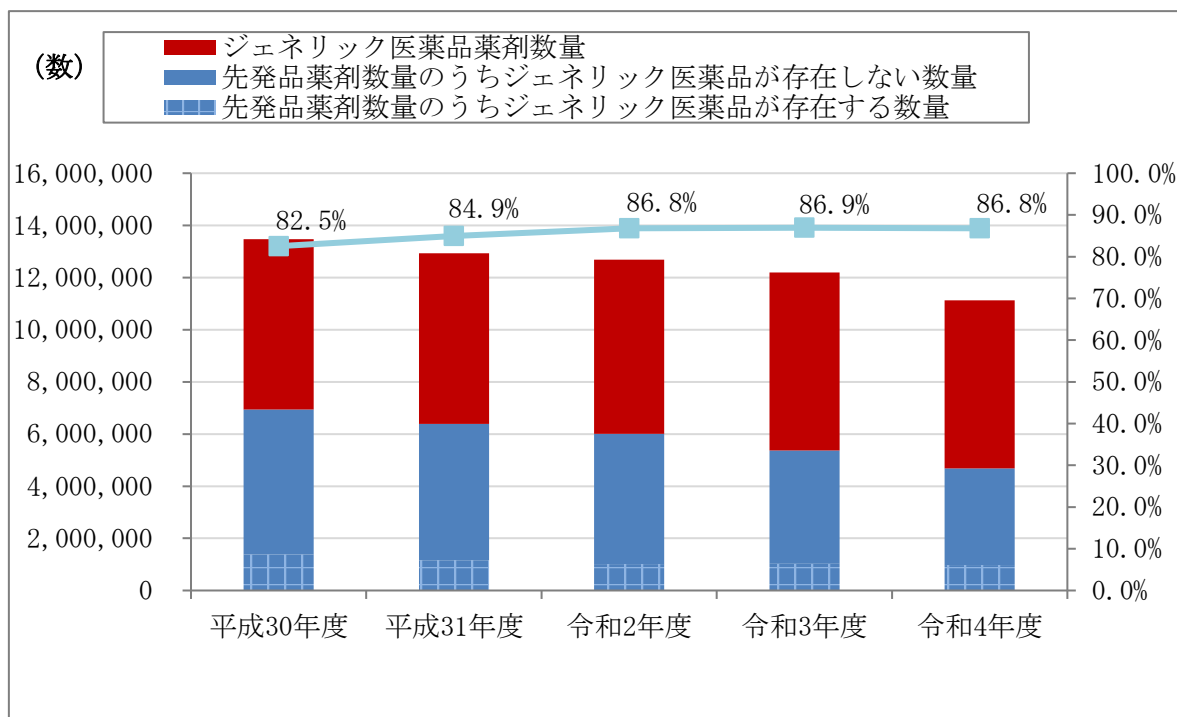
後発医薬品普及率では、金額ベース、数量ベースともに増加傾向にあり、後発医薬品への切り替えに関する勧奨を定期的に行った成果と考えられます。

図表 60 年度別 後発医薬品普及率（医科調剤レセプト、金額ベース）



【出典：安来市国民健康保険ポテンシャル分析（作成：データホライゾン）】

図表 61 年度別 後発医薬品普及率（医科調剤レセプト 数量ベース）



【出典：安来市国民健康保険ポテンシャル分析（作成：データホライゾン）】

(3) その他のまとめ

【重複・多剤服薬の状況】

- ・令和5年3月診療分の重複服薬の状況では、重複処方を受けた人のうち、重複処方該当者数は2人、多剤処方該当者は75人。
- ・「複数医療機関から内服薬が長期(14日以上)処方されている人」(長期服薬者)は976人で、被保険者の15.1%を占める。
- ・「複数医療機関から内服薬が長期(14日以上)処方されており、その長期処方の内服薬が6種類以上の人」(長期多剤服薬者)は479人で、被保険者の7.4%を占める。
- ・年代別の被保険者における割合では、いずれも70歳以上が最も多い。
- ・長期多剤服薬者割合は数パーセントではあるが一定数存在しており、適正服薬の啓発が必要。

【後発医薬品普及率の状況】

- ・後発医薬品普及率(医科調整レセプト)金額ベースでは、後発医薬品普及率は令和4年度59.1%、平成30年度より6.7ポイント増加。
- ・数量ベースでは、令和4年度86.8%、平成30年度より4.3ポイント増加。
- ・金額ベース、数量ベースともに増加傾向にあり、後発医薬品への切り替えに関する勧奨を定期的に行った成果と考えられる。

5. 健康課題のまとめ

医療・健診等・介護・その他の状況から、健康課題をまとめました。

	健康課題	優先する健康課題
①	・国保被保険者に占める生活習慣病患者の割合は54%と半数以上を占めている。 ・高血圧性疾患と糖尿病は国保医療費上位疾病であり、高血圧性疾患の件数は最も多く、糖尿病は一件当たりの費用額が増加傾向。 ・特定健診結果においてHbA1cの有所見者割合が高く、収縮期血圧やLDL コレステロールの有所見者割合は県と比べて高い。 ・生活習慣病を起因とする虚血性心疾患や脳血管疾患患者の割合が増加傾向。虚血性心疾患、脳血管疾患患者ともに高血圧症を有している人の割合は70%を超えている。 ・要介護等認定者の有病割合では心臓病が最も高く、次いで、筋・骨格、高血圧症。	・高血圧患者数が多い ・糖尿病医療費の増加 ・虚血性心疾患や脳血管疾患患者割合の増加 ・糖尿病、高血圧、脂質異常に関連する健診有所見者割合が高い ⇒生活習慣病の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ取組みにより、脳血管疾患の発症や重症化の防止が必要 (生活習慣病重症化予防対策)
②	・国保上位疾病である腎不全は一件当たりの費用額が最も高く、増加傾向。 ・人工透析者数と新規透析者数は横ばい。人工透析者の平均年齢は60歳前半だが、新規透析者は70歳代から増加傾向。 ・人工透析者の約4割に糖尿病、約7割に高血圧症が見られ、糖尿病性腎症は人工透析者の約6割とみられる。	・腎不全医療費の増加 ・人工透析者の約4割が糖尿病、約7割が高血圧症、約6割が糖尿病性腎症 ⇒血糖コントロールや血圧コントロールにより人工透析導入予防が必要 (腎症重症化予防対策)
③	・特定健診の受診率は上昇しているものの目標未達成。とくに、壮年期（40-50歳代）男性の受診率が低い。 ・特定健診未受診者で生活習慣病治療中の人が約3割いる。 ・特定健診未受診で生活習慣病治療のない人が約1割いる。 ・地区別受診率の隔たりは大きいですが、多くの地区で受診率は向上している。	・壮年期男性の特定健診受診率が低い ・特定健診未受診者で生活習慣病治療中の人が約3割いる ⇒適切に特定保健指導や生活習慣病重症化予防につなげるため、地域や医療機関との連携した特定健診受診率の向上が必要 (特定健診受診向上対策)

④	・ 特定保健指導終了率が目標未達成。県内他保険者の終了率とのかい離が大きい。 ・ メタボ該当者割合が 20% 台で増加傾向。 ・ 特定保健指導対象者における追加リスクの重複状況では、高血圧該当者が多い。メタボ該当者では、高血圧と脂質異常をあわせ持つ人が多い。 ・ 特定健診の質問票結果では、運動習慣がなく、活動時間も少ない回答が多い。	・ 特定保健指導終了率が低い。 ・ メタボ該当者割合が増加傾向 ⇒メタボ該当者の悪化を防ぎ、減少させるために特定保健指導利用を促進することが必要 (特定保健指導利用向上対策)
⑤	・ 長期多剤服薬者割合が一定数存在し、適正服薬の定期的な啓発が必要。 ・ 後発医薬品普及率は定期的な差額通知により、目標値を達成している。	・ 長期多剤服薬者割合が一定数存在 ⇒適正受診や適正服薬の定期的な啓発が必要 (医療費適正化対策)

第4章 第2期データヘルス計画

1. 目的・目標を達成するための戦略

安来市国保被保険者の状況から整理した健康課題に対して、この計画によって目指す姿（目的）・目標・評価指標は次のとおりです。

健康課題	①高血圧患者が多く、糖尿病性腎症を起因とする人工透析患者が多い ⇒生活習慣病の重症化予防により脳血管疾患等の重篤な疾患の発症や人工透析移行を防ぐ ②糖尿病や高血圧、脂質異常に関連する健診有所見者割合が高い ⇒生活習慣の見直しにより生活習慣病に関連する有所見者割合を減らす ③メタボリックシンドローム該当者の増加、特定保健指導利用率の低迷 ⇒特定健診受診向上や特定保健指導利用向上により、生活習慣病の発症や重症化の予防とメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少を図る
戦 略	生活習慣病の発症と重症化予防により、重篤な疾患による死亡率を減少させ、健康寿命を延伸する

データヘルス計画全体における目的	評価指標		計画策定 時実績	目標値 (評価年を中間年とした5年平均)					
			2019 年度 (R1)	2020 年度 (R2)	2021 年度 (R3)	2022 年度 (R4) 中間評価	2023 年度 (R5)	2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7) 最終評価
65歳以上の平均余命の延伸	65歳以上の平均余命	男	20.02	伸ばす	伸ばす	伸ばす	伸ばす	伸ばす	伸ばす
		女	24.96	伸ばす	伸ばす	伸ばす	伸ばす	伸ばす	伸ばす
65歳以上の平均自立期間の延長	65歳上の平均自立期間	男	18.50	伸ばす	伸ばす	伸ばす	伸ばす	伸ばす	伸ばす
		女	22.05	伸ばす	伸ばす	伸ばす	伸ばす	伸ばす	伸ばす

データ ヘルス 計画 全体に おける 目的	評価指標		計画策定 時実績	目標値					
				R6 年度	R7 年度	R8 年度 中間評価	R9 年度	R10 年度	R11 年度 最終評価
重篤な 疾患に よる死 亡率の 減少	脳血管疾患 年齢調整死亡率 (県共通指標) (※)	男	76.4	減少	減少	減少	減少	減少	減少
		女	68.7	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	虚血性心疾患 年齢調整死亡率 (県共通指標) (※)	男	39.5	減少	減少	減少	減少	減少	減少
		女	16.0	減少	減少		減少	減少	減少

※脳血管疾患・虚血性心疾患年齢調整死亡率は、「全年齢」、「人口10万対」

2. 健康課題を解決するための個別保健事業

これまでの取組みの成果と本計画でのデータ分析等から、健康課題を解決するために目標を掲げ、個別保健事業を進めます。

(1) 特定健診受診率向上対策

健康課題	適切に特定保健指導や生活習慣病重症化予防につなげるため、地域や医療機関と連携した特定健診受診率の向上が必要		
事業名	特定健診受診率向上事業		
目 的	特定健診に関心を持ち、受診する人が増える（未受診者の減少）		
評価指標	区 分	指 標	指標の定義、評価時期など
	アウトプット アウトカム	①特定健診実施率 ②壮年期男性の受診率 ③健診未受診者かつ生活習慣病治療中の者の割合	①特定健診の対象者が実際に受診したかを測る（法定報告） ②壮年期男性が実際に受診したかを測る（法定報告） ③医療機関との連携を測る（KDB 年度末時点、翌年 9 月末時点）
	プロセス	勧奨通知対象者に占める受診者の割合	通知による勧奨効果を測る（事業報告 事業終了後）
	ストラクチャー	事業改善に向けた検討	安来市検診検討会での検討（2 回/年）

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画 策定時	目標値					
		R6 年度	R7 年度	R8 年度 中間評価	R9 年度	R10 年度	R11 年度 最終評価
特定健診実施率 (県共通指標)(※1)	45.4%	48%	51%	53%	56%	58%	60%
健診未受診者かつ生活習慣病治療中の者の割合	36.3%	35%	34%	33%	32%	31%	30%
40 歳男性受診率	18.6%	20%	21%	22%	23%	24%	25%
50 歳男性受診率	27.5%	29%	30%	31%	32%	33%	34%

勸奨通知対象者の受診率	33.1%	34%	35%	36%	37%	38%	39%
安来市検診検討会での改善に向けた検討	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施

目標設定の考え方：

(※1) 目標値の設定は第4期特定健診等実施計画による。

【具体的な内容】

1. 普及啓発

目的	広く特定健診受診や健康づくりに関する周知・啓発を行い、市民の健康リスクの低減を図る
概要	様々な機会での周知・啓発活動
対象者	被保険者を含む市民
実施方法	①市報等を活用した特定健診受診啓発： ・「健診のしおり」（全戸配布）、市報、市ホームページでの広報 ・市公用車、市庁舎待合場所での啓発 ・イエローバス車内広告、マスメディアの活用 ・媒体を工夫し、わかりやすく、魅力的に ②健診会場での特定健診受診啓発： ・集団の特定健診：のぼり旗設置、健診啓発のスタッフTシャツ着用 ・医療機関等での特定健診：健診受診啓発（紙媒体・データ）、主治医等からの特定健診受診勧奨 ③各地区健康推進会議による特定健診受診啓発等の活動： ・交流センターだよりや健康推進会議機関紙等での特定健診受診勧奨 ・各地区健康推進会議事業や地区健康教室等での特定健診受診啓発

2. 個別受診勧奨

目的	個別通知等による健診受診勧奨を行い、受診の促進につなげる
概要	様々な方法を活用した受診勧奨
対象者	国保特定健診対象者（40-74 歳）
実施方法	①特定健診受診券送付（健診実施前）： ・ 特定健診対象者全員へ受診券個別送付 ②特定健診案内（健診実施前及び終了後）： ・ 特定健診実施内容や集団の特定健診関する内容チラシを受診券と同封 ・ 媒体を工夫し、わかりやすく、魅力的に ・ 開封しなくても特定健診内容の把握や集団の特定健診予約ができるよう、特定健診受診券封筒に QR コードを印字 ③新規受診者への受診勧奨： ・ 新規国保加入者に対し、加入時に健診のしおりやチラシによる特定健診の受診を案内

3. 未受診者勧奨

目的	個人に合わせた未受診者勧奨を行い、受診の促進につなげる
概要	個人通知や訪問等による特定健診受診勧奨
対象者	国保特定健診未受診者（40-74 歳）
実施方法	①個人勧奨： ・ 特定健診受診勧奨はがき送付（期間中 2 ～ 3 回） ・ 訪問等による特定健診受診勧奨（実施前・期間中） ・ 追加の特定健診案内送付（期間終了後） ②追加の特定健診の実施： ・ 当該年度 4 月 1 日時点国保被保険者で、期間終了時点での特定健診未受診者を対象に集団による追加の特定健診を実施 ・ 当該年度特定健診対象者や前年度特定健診受診・未受診者分析を行い、効果的な受診勧奨対象者に、ナッジ理論を活用した受診勧奨媒体を作成 ・ 勧奨回数・内容は、実績や他保険者等の好事例を把握して適宜見直し、わかりやすく、魅力的な内容となるように努める

4. 効果的な事業実施に向けた取組み

目的	特定健診の健診内容や実施体制の工夫により、健診受診機会の拡大を図ることで、特定健診受診率向上につなげる
概要	特定健診内容の充実や他健診・事業との連携
対象者	国保特定健診対象者（40-74 歳）
実施方法	①休日健康診査： ・集団の特定健診（3 会場／年＋追加の健診 1 会場／年）の 1 回を休日に実施 ②がんとセット健診： ・各種がん検診と同時に行う ・集団の特定健診：各種がん検診をセット実施 ・医療機関等での特定健診：大腸がん検診セット実施可能（特定健診受診券にリーフレット同封して周知） ③国保ミニドック利用助成： ・特定健診と各種がん検診等のセット健診 ・特定健診部分は実績に組み入れる ・実績や医療機関の体制等を分析し、適宜見直す ・他保険者等の好事例を把握し、特定健診とセットする内容が魅力的な内容となるように努める ④JA 島根厚生連巡回人間ドックとの連携 ・JA 島根厚生連が主催する巡回人間ドックの特定健診部分について費用を補助し、実績に組み入れる ・JA 島根厚生連と実施時期・特定健診対象者への周知方法等について適宜連絡を取り合い、被保険者に対して有用なサービスとなるよう努める ⑤特定健診早期受診特典（インセンティブ付与） ・健診早期受診者に特典を付与し、早期受診につなげ、受診忘れを防ぐ ・他保険者等のインセンティブに関する好事例を把握して適宜見直す ⑥集団の特定健診の WEB 予約 ・受付期間中 24 時間予約可能とすることで、健診予約をしやすくする ・特定健診受診券送付用封筒の表面や健診案内、健診のしおり等に WEB 予約用の QR コードを印字 ⑦健診結果情報提供事業 ・他法令等で実施または定期受診により特定健診と同内容の検査を実施した安来市国保特定健診対象者の健診結果や検査結果を本人や事業所や医療機関から収受する ⑧安来市検診検討会での改善に向けた検討

(2) 特定保健指導実施率向上対策

健康課題	メタボ該当者の悪化を防ぎ、減少させるため、特定保健指導利用を促進することが必要		
事業名	特定保健指導実施率向上事業		
目的	メタボ該当者・予備群該当者の悪化を防ぎ、減少させる		
評価指標	区 分	指 標	指標の定義、評価時期など
	アウトプット アウトカム	①特定保健指導実施率 ②特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	①特定保健指導の対象者が実際に保健指導を受け終了したかを測る（法定報告） ②特定保健指導による効果を評価する（法定報告）
	プロセス	利用勧奨対象者に占める利用者の割合	勧奨効果を測る （事業報告 事業終了後）
	ストラクチャー	事業改善に向けた検討	安来市検診検討会での検討 （2回/年）

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画 策定時	目標値					
		R6 年度	R7 年度	R8 年度 中間評価	R9 年度	R10 年度	R11 年度 最終評価
特定保健指導実施率 （県共通指標）（※1）	10.1%	15%	20%	30%	40%	50%	60%
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率（県共通指標）	14.3%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
メタボリックシンドローム基準該当者割合 （※2）	18.8%	17%	16%	15%	15%	15%	15%
利用勧奨対象者の利用割合	9.0%	10%	12%	15%	17%	20%	23%
安来市検診検討会での改善に向けた検討	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施

【目標設定の考え方】

（※1）特定保健指導実施率 第4期特定健診等実施計画。国が策定した特定健康診査等基本指針により、市町村国保では特定保健指導実施率を60%としています。本市のこれま

での実績とは大きく開きがありますが、本計画策定時においてはこの目標に近づくことを目指すものとして、令和８年度の間評価において目標値の見直しを行います。

（※２）健康やすぎ２１評価指標の目標値による。なお、健康やすぎ２１が令和７年度見直し予定であり、令和８年度の間評価において目標値の見直しを行います。

【具体的な内容】

１．個別利用勧奨

目的	個人通知等による利用勧奨を行い、利用促進につなげる
概要	様々な方法を活用した利用勧奨
対象者	特定保健指導対象者（40～74 歳）
実施方法	①利用券の個別送付（利用開始前） ②当該年度未利用者への利用勧奨（利用期間中） ③新規対象者や利用効果の高い年代への個別アプローチ ・地区担当保健師による訪問・電話で勧奨 ④集団健診の特定保健指導対象者への個別介入 ・結果報告会の開催 ・健診結果通知後に対象者へ訪問・電話で勧奨 ⑤利用方法が分かりやすく、開封して見てもらえる魅力的な通知物の検討

２．特定保健指導実施環境の充実

目的	特定保健指導の実施環境を充実させることで、利用促進につなげる
概要	特定保健指導実施方法・体制の見直し
対象者	特定保健指導対象者（40～74 歳）
実施方法	①集団健診を活用した特定保健指導の実施 （健診会場において初回面接同日実施、特定保健指導対象となった集団健診受診者に対し、結果返しと合わせて特定保健指導を実施） ②特定保健指導実施機関及び実施者を対象とした研修会の開催 国保連主催の特定保健指導技術研修会への参加と実施機関への参加周知 ③ICT の活用について検討（マルチタスク車の有効活用を検討し、利用者の利便性を図る） ④担当者打ち合わせ会を定期的（５月、９月、１月頃）に開催し、特定保健指導実施内容や利用勧奨方法を検討 ⑤安来市検診検討会での改善に向けた検討

(3) 生活習慣病重症化予防対策

健康課題	高血圧症や糖尿病等、生活習慣病の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ取り組みにより、脳血管疾患の発症や腎症重症化の防止が必要		
事業名	生活習慣病重症化予防事業		
目 的	必要な保健指導や治療により、生活習慣病の重症化を防ぐ		
評価指標	区 分	指 標	指標の定義、評価時期など
	アウトプット アウトカム	①生活習慣病有病者率 ②血圧が保健指導判定値以上の者の割合 ③たばこを習慣的に吸っている者の割合 ④糖尿病予備群推定数の割合 ⑤血圧正常高値の人の割合 ⑥脂質異常症の人の割合	①有病者の数を評価（市町村国保特定健康診査等結果データ 県提供） ③血圧が保健指導判定値以上の者の数を評価（KDB 県提供） ③習慣的にたばこを吸っている者の数を評価（市町村国保特定健康診査等結果データ 県提供） ④⑤⑥特定健診により生活習慣病の関連する検査値の悪化防止を測る（KDB 翌年9月末時点）
	プロセス	通知による勧奨から受診につながった人の割合	勧奨効果を測る（事業報告 事業終了後）
	ストラクチャー	事業改善に向けた検討	安来市検診検討会での検討（2回/年）

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標		計画 策定時	目標値					
			R6 年度	R7 年度	R8 年度 中間評価	R9 年度	R10 年度	R11 年度 最終評価
高血圧年齢調整 有病者率 (県共通指標)	男	51.1%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	女	35.1%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
糖尿病年齢調整 有病者率 (県共通指標)	男	13.6%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	女	6.8%	減少	減少	減少	減少	減少	減少

脂質異常症年齢調整有病者率 (県共通指標)	男	46.2%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	女	47.0%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
血圧が保健指導判定値以上の者の割合 (県共通指標)		58.1%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
たばこを習慣的に吸っている者の割合 (県共通指標)	男	21.2%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	女	2.0%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
糖尿病予備群推定数の割合(※)		19.5%	18.0%	13.4%	13.0%	13.0%	13.0%	13.0%
血圧高値の人の割合(※)		57.0%	55.0%	46.2%	46.0%	46.0%	46.0%	46.0%
脂質異常の人の割合 (中性脂肪値) (※)		17.7%	17.5%	17.2%	17.0%	17.0%	17.0%	17.0%
通知による勧奨から受診につながった人の割合		9.9%	10.0%	11.0%	12.0%	13.0%	14.0%	15.0%

(※) 健康やすぎ21評価指標の目標値による。なお、健康やすぎ21が令和7年度見直し予定であり、令和8年度の間評価において目標値の見直しを行います。

【具体的な内容】

目的	生活習慣病リスク保有者を医療受診につなげ、重篤な疾患の発症を予防する
概要	血圧リスク、血糖リスク、脂質リスク保有者への医療受診勧奨
対象者	前年度特定健診受診者のうち、高血圧、脂質異常、糖尿病に関する検査値が受診勧奨判定値以上の者で未治療の者
実施方法	① 前年度特定健診受診者でのリスク保有状況の分析、対象者抽出 ・血圧：140/90mmHg 以上 ・血糖：HbA1c6.5%以上、または空腹時血糖 126mg/dl 以上 ・血中脂質：中性脂肪 300mg/dl 以上、または HDL コレステロール 34mg/dl 以下、または LDL コレステロール 140mg/dl 以上 上記のうち、前年度健診受診以降、受診に関するレセプトデータのない者 ② ①で抽出した対象者の医療受診状況の把握（レセプト確認） ③ ②で把握した未受診者へ個別医療受診勧奨通知 ④ ③で通知した未受診者の医療受診状況の把握（レセプト確認） ⑤ ④で把握した未受診者へ再勧奨（個別訪問または電話確認） ⑥安来市検診検討会での改善に向けた検討 ※令和6年度は事業準備年度とし、対象者分析、抽出方法、対象者条件について、上記①の内容を踏まえて検討する ※事業評価により、事業対象者分析、事業内容を適宜、見直す

(4) 腎症重症化予防対策

健康課題	血糖コントロールと生活習慣の改善による人工透析導入予防が必要		
事業名	腎症重症化予防事業		
目 的	人工透析の起因となる糖尿病の重症化を防ぎ、新規人工透析導入を防止する。		
評価指標	区 分	指 標	指標の定義、評価時期など
	アウトプット アウトカム	①HbA1c8.0%以上の者の割合 ②特定健診受診者で糖尿病有病者のうち、医療機関未受診者の割合（40-74 歳） ③糖尿病で通院する患者で、3 か月以上未受診者の割合 ④糖尿病性腎症による新規人工透析導入者割合	①血糖コントロール不良者の状況を測る（KDB 県提供） ②糖尿病が疑われるが医療機関を受診していない者（医療機関未受診者）の数を評価（KDB 県提供） ③受診中断者の数を評価（KDB 県提供） ④糖尿病を原因とする腎症による人工透析導入者数（KDB 国保中央会データ 県提供）
	プロセス	個別介入した人のうち、医療機関受診またはセミナーや栄養相談を利用した人の割合	勧奨による効果を測る（事業報告 事業終了後）
	ストラクチャー	事業改善に向けた検討	安来市糖尿病管理協議会（2～3回/年）

評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画 策定時	目標値					
		R6 年度	R7 年度	R8 年度 中間評価	R9 年度	R10 年度	R11 年度 最終評価
HbA1c8.0%以上の者の割合（県共通指標）	0.9%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
特定健診受診者で糖尿病有病者のうち、医療機関未受診者の割合（40-74歳） （県共通指標）	16.2%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
糖尿病で通院する患者で、3か月以上未受診者の割合 （県共通指標）	7.3%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
糖尿病性腎症による新規人工透析導入者割合（県共通指標）	50.0%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
個別介入した人のうち、医療機関受診またはセミナーや栄養相談を利用した人の割合	10.3%	11%	12%	13%	14%	15%	16%
安来市糖尿病管理協議会での検討（適切な内容・方法など）	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施

【具体的な内容】

1. 糖尿病性腎症重症化予防事業

目的	対象者の状況把握から保健指導などの支援につなげ、医療機関との連携体制を構築・推進することで、人工透析導入を減らす。
概要	状況把握と保健指導の実施
対象者	特定健診受診者のうち腎症リスク者 安来市国保被保険者のうち糖尿病治療中断者（40～74歳）

実施方法	①特定健診結果から腎症２期以上の者とレセプトデータから糖尿病治療中断者を抽出し、生活状況や受診状況の把握を行う。 ②地区担当保健師等による個別訪問等の実施。 ③訪問では治療や生活状況を聞き取り、医療受診勧奨や重症化予防セミナー、栄養相談等につなげる。 ④重症化予防セミナーの開催 ・安来市糖尿病管理協議会と連携し、重症化予防セミナーを開催 ⑤安来糖尿病管理協議会と事業改善に向けた協議
------	--

２．栄養相談

目的	適切な栄養指導により、糖尿病の合併症予防を図り、人工透析導入を防ぐ
概要	かかりつけ医等と連携して糖尿病性腎症の対象者へ栄養指導を実施
対象者	①糖尿病で微量アルブミン尿が２回以上出た場合、主治医から紹介のあった者（安来市糖尿病管理マニュアルによる） ②糖尿病性腎症重症化予防事業（腎症リスク者、治療中断者）により個別介入をした結果、食事に関する相談を希望した者
実施方法	①情報提供書に基づき市管理栄養士による栄養指導 ②糖尿病性腎症重症化予防事業対象者の栄養相談

３．治療中断者の訪問

目的	かかりつけ医等と連携した糖尿病患者の受診状況の把握により、治療中断者への保健指導等により人工透析導入を防ぐ
概要	治療中の糖尿病患者の治療が途切れないよう、受診勧奨を行う
対象者	①主治医から依頼のあった者、安来市糖尿病管理システムに登録している者のうち過去２年以上受診状況が不明の者（安来市糖尿病管理マニュアルによる） ②糖尿病性腎症重症化予防事業（治療中断者）により個別介入した結果、治療中断者
実施方法	①保健師、栄養士による生活状況や受療状況の確認 ②状況把握の内容により受療勧奨や重症化予防セミナーや栄養相談等、保健事業につなぐ ※特定健診未受診の場合は国保特定健診等につなげるよう毎年度１０月上旬までの訪問を目標とする。

(5) 医療費適正化対策

健康課題	適正受診や適正服薬の定期的な啓発が必要		
目的	後発医薬品の普及や、重複受診、重複服薬、多剤投与、併用禁忌等の者への通知や保健指導等を行うことにより、対象者の受診や服薬の適正化を促し、医療保険財政の健全化を図る		
評価指標	区分	指標	指標の定義、評価時期など
	アウトプット アウトカム	後発医薬品使用割合 (数量ベース)	国保連から報告書が届いた時
	プロセス	データ分析	通知発送前、送付後の削減効果分析
	ストラクチャー	連携機関との協議	通知書発送前

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	計画 策定時	目標値					
		R6 年度	R7 年度	R8 年度 中間評価	R9 年度	R10 年度	R11 年度 最終評価
後発医薬品使用割合（数量ベース）	87.8%	88.0%	88.0%	88.0%	88.0%	88.0%	88.0%
医薬品種類数が減少した人の割合	33%	30%	30%	30%	30%	30%	30%

【具体的な内容】

1. 後発医薬品差額通知事業

目的	後発医薬品の普及促進を図るとともに、医療費の削減につなげていく
概要	慢性疾患に罹患し、後発医薬品への切り替えによる自己負担額の通知
対象者	安来市国保被保険者 (慢性疾患に罹患し、後発医薬品への切り替えによる自己負担額の軽減効果が大きいと認められる方。ただし、がん、精神疾患等は除く)
実施方法	① 対象者データ分析実施（5～7月分レセプト） ② 通知書送付対象者の決定、8～10月の3回に分けて 被保険者1人につき年1回通知書を送付 ③ 被保険者からの問い合わせに対しサポートデスクを設置 ④ 事業評価の実施：事業全体の効果検証、評価

2. 服薬情報通知事業

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、処方内容を見直す機会をつくり、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。
概要	長期多剤服薬者に対し、服薬情報を通知と通知後、改善が見られない方への個別訪問による状況確認
対象者	安来市国保被保険者 (2医療機関以上から8種類以上の長期(14日以上)処方の内服薬を処方されている方で、前年度事業における通知実績がない40歳以上の被保険者)
実施方法	① 対象者データ分析実施(12～3月分レセプト) ② 通知書送付対象者の決定、通知書送付 ③ 効果検証のためのデータ分析実施(7～10月分レセプト) ④ 改善が見られない方への個別訪問 ⑤ 事業評価の実施：事業全体の効果検証、評価、次年度の実施方法の検討

第5章 計画の評価見直し

国保運営協議会及び安来市検診検討会（安来市医師会、松江保健所、安来市）で、データヘルス計画の進捗状況、計画の見直し等について検討していきます。なお、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの4つの視点に立って多角的に評価していきます。

ストラクチャー (計画立案体制・実施構成・評価体制)	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
プロセス（保健事業の実施過程）	必要なデータは入手できているか、スケジュールどおりに行われているか
アウトプット (保健事業の実施状況・実施量)	計画した保健事業を実施したか、勧奨はがき配布数、回数、参加者人数、特定健診の受診率など
アウトカム（成果）	設定した目標に達することができたか（血圧、血糖値等検査値の改善率など）

また、毎年国へ保険者努力支援制度の取組み状況を報告することになっているため、それらの内容・評価についても庁内で共有・検討することとします。

P D C A サイクルを意識し、国保データベースシステム（K D B）、健康医療等分析システム（F o c u s システム）も利用しながら、毎年度事業評価を実施します。また専門的見地から松江保健所の助言や国保ヘルスサポート事業の活用を検討していきます。

第6章 計画の公表と周知

安来市国民健康保険データヘルス計画及び特定健康診査等実施計画については、市のホームページで公表するほか、市の広報紙により広く市民に周知します。

第7章 個人情報の取り扱い

計画の策定にあたっては、活用するデータの種類や活用方法が多岐にわたり、特に国保データベースシステム（K D B）を活用する場合には、健診結果やレセプトデータ情報を突合し加工した統計情報と、個別の個人情報とが存在します。

特に、健診データやレセプトに関する個人情報は、個人情報保護の重要性を認識し、個人の権利利益を侵害することのないよう、関係法令に従い、庁内等での利用、外部委託業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適正な対応を行います。

第8章 地域包括ケアに係る取組み及びその他の留意事項

1. 地域包括ケア推進の取組み

（1）地域包括ケアシステムの必要性

わが国では、少子高齢化が急速に進んでおり、国においては高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される地域包括ケアシステムの構築を目指し、団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる2025年を見据え、地域包括ケアシステムの構築を推進しています。

このような人口情勢の中、高齢者のフレイル予防が重要となり、令和元年改正の国民健康保険法や介護保険法等のもと、市町村において、地域包括ケアとともに保健事業と介護予防の一体的実施が推進されています。

（２）安来市地域包括ケアシステムの基本的な考え方

本市の目指す地域包括ケアシステムでは、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自立した生活ができるように、介護・介護予防・医療・生活支援・住まいの各サービスを切れ目なく一体的に提供していくために、地域特性を考慮した地域包括ケアシステムの構築を、「第９期安来市高齢者福祉計画・介護保険事業計画」に基づき推進していきます。

（３）地域包括ケア推進の取組み

これまで交流センター単位の各地区健康推進会議で培ってきた健康づくり活動や介護予防事業など、地域住民による活動を継続して支援します。

また、地域包括ケアシステム構築に向け、庁内外の関係機関と課題や情報の共有を行い、後期高齢者医療制度や介護保険制度と連携した保健事業の実施について検討します。

２．その他の留意事項

（１）本計画はデータ分析に基づく保険者の特性を踏まえた計画策定のため、令和５年度国保ヘルスサポート事業の事務局による支援を活用して策定しました。

（２）本市は国保直診施設（安来市立病院）を有するため、地域包括ケアの観点からも健診・介護部門の連携を図っていきます。

（３）医療保険制度においては、75歳に到達し後期高齢者になると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療保険に異動するため、保健事業については、高齢者の特性や状況に応じた切れ目のない支援を行うことが望ましいと考えます。

また、本市国保被保険者のうち65歳以上の高齢者の割合は高く、若年期からの生活習慣の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、一体的な健康課題の分析が重要です。そのため、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な取組みにより、本計画を踏まえ、健診・医療情報等を活用し、後期高齢者医療被保険者の健康状態等を分析し、健康課題を抽出・明確化し、高齢者の保健事業に取り組めます。

第四期特定健康診査等実施計画

(令和6年～令和11年)

安来市国民健康保険

令和6年3月

目 次

序章	計画策定にあたって	1
第1章	達成しようとする目標と対象者数	3
第2章	特定健康診査・特定保健指導の実施方法	8
第3章	個人情報保護	12
第4章	特定健康診査等実施計画の公表と周知	12
第5章	特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	13
第6章	その他円滑な事業実施のための方策	13

序章 計画策定にあたって

1. 特定健康診査等実施計画の趣旨

近年、わが国では、中高年の男性を中心に、肥満者の割合が増加傾向にあります。肥満者の多くが、糖尿病、高血圧、肥質異常等の危険因子を複数併せ持ち、危険因子が重なるほど心疾患や脳血管疾患を発症する危険が増大します。

そのため、基本的な考え方として、「内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）」の概念を導入し、国民の運動、栄養、喫煙面での健全な生活習慣の形成に向け、国民の疾病予防の重要性に対する理解の促進を図る「健康づくりの国民運動化」を推進するとともに、予防に着目した効果的な特定健康診査・特定保健指導の実施が保険者に義務付けられました。

なお、第一期及び第二期は5年を1期としていましたが、医療費適正化計画が6年を一期に見直されたことを踏まえ、第三期（平成30年度以降）からは6年を一期として、第四期においてもデータヘルス計画と一体的に策定しました。被保険者の特性に応じたきめ細かい保健事業の実施がより一層求められるため、必須事業である特定健康診査等の実施指針として活用していきます。

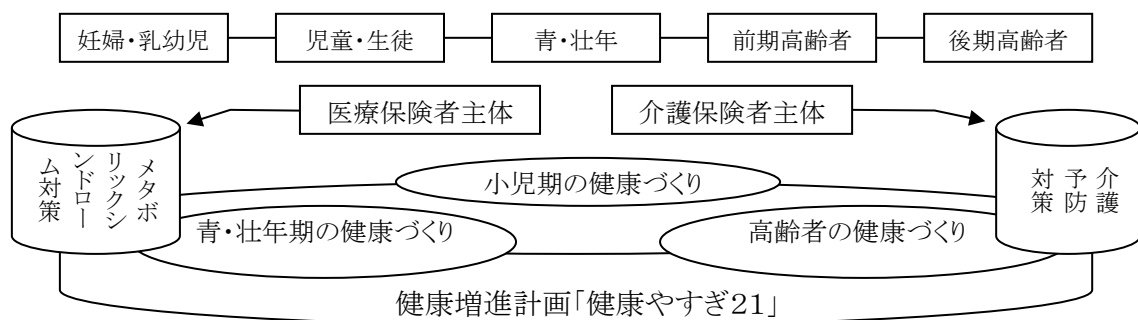
2. 特定健康診査等実施計画の理念

本計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律」の第18条「特定健康診査等基本指針」、第19条「特定健康診査等実施計画」に基づき、安来市国民健康保険が策定する計画であり、島根県医療費適正化計画等と十分な整合性を図るとともに健康増進法第9条に規定する健康診査等指針に定める内容とも整合性を図ります。

第2次安来市総合計画に掲げている「人が集い 未来を拓く ものづくりと文化のまちづくり（活動的でいきいきしているまち）」に位置づけた施策として、第3次健康増進計画「健康やすぎ21」を策定し、平成28年度から令和7年度までの10年間を計画期間として推進しています。

この「健康やすぎ21」の基本理念として①子どもから高齢者まで含めた息の長い活動②1次予防から3次予防まで含めた幅広い活動③保健・医療・福祉が一体となった活動④健康づくりを支援する活動を掲げています。

これらの安来市総合計画の方針に位置づけた健康増進計画とともに高齢者福祉計画・介護保険事業計画等とも関連をもちながら計画策定を行います。



3. 安来市国民健康保険における現状

特定健康診査等の対象者、医療費については安来市データヘルス計画を参照します。

第1章 達成しようとする目標と対象者数

1. 目標の設定

本計画の実行により、特定健康診査実施率 60%、特定保健指導実施率 60% を令和 11 年度までに達成することを目標とします。

2. 安来市国民健康保険の目標値

特定健康診査等基本指針に掲げる参酌標準をもとに、安来市国民健康保険における目標値を設定します。

(1) 目標値

項目	6 年度	7 年度	8 年度	9 年度	10 年度	11 年度
特定健康診査 実施率	48%	51%	53%	56%	58%	60%
特定保健指導 実施率	15%	20%	30%	40%	50%	60%

(2) 対象者数推計

項目	6 年度	7 年度	8 年度	9 年度	10 年度	11 年度
被保険者数	6,256 人	5,991 人	5,751 人	5,530 人	5,328 人	5,146 人
特定健診対象者数	5,399 人	5,181 人	4,981 人	4,796 人	4,626 人	4,472 人
実施率	45%	48%	51%	55%	58%	60%
特定健康診査 実施者数	2,430 人	2,487 人	2,541 人	2,638 人	2,683 人	2,683 人
特定保健指導 対象者 (動機付け支援) (発生率を乗じた数)	206 人	211 人	216 人	224 人	228 人	228 人
特定保健指導 対象者 (積極的支援) (発生率を乗じた数)	43 人	44 人	45 人	47 人	47 人	47 人
特定保健指導 実施率	20%	25%	30%	40%	50%	60%
特定保健指導 実施者数	50 人	64 人	78 人	108 人	138 人	165 人

※特定健診等シミュレーションツール Ver2.0 を参照

3. 目標達成に向けた推進方策

1) 特定健康診査実施率の向上方策

- ア 特定健康診査を受けやすい環境整備をします。
- イ 特定健康診査の対象者に対し、特定健康診査の周知を図るため、わかりやすい資料等を作成し、その啓発や情報提供をします。
- ウ 特定健康診査受診者が納得し、満足をしてもらえる保健指導を実施することにより、継続した健診の受診や未受診者に対し受診拡大の波及効果を図ります。

2) 特定保健指導実施率の向上方策

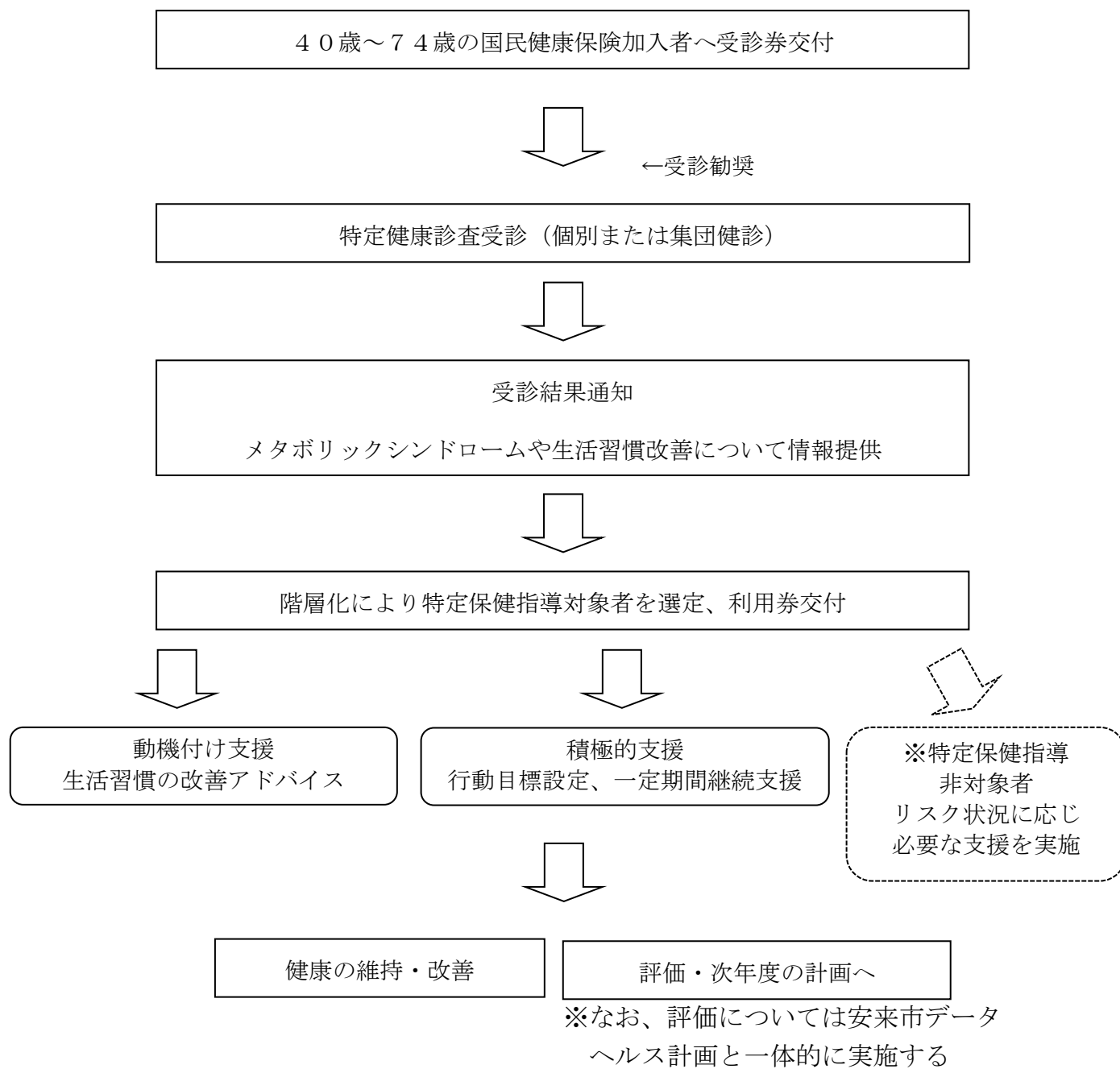
- ア 予防効果が大きく期待できる特定保健指導対象者を明確にし、その対象者に対し確実に保健指導を実施できる体制づくりをします。
- イ 個別での保健指導を中心とした活動を継続すると同時に、対象者の特性に応じた支援を取り入れます。
- ウ 安来市の被保険者の特徴に合わせた保健指導を実施することで糖尿病等の生活習慣病を予防し、医療費適正化を図ります。

3) メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少方策

- ア メタボリックシンドローム該当者・予備群を減少させるために必要な健康診査内容の充実、受診者全員に対するポピュレーションアプローチの工夫、保健指導対象者の選定方法と優先順位づけ、効果ある保健指導の方法、学習教材の開発等に努めます。
- イ 付加健診について
増加しつつある生活習慣病の早期予防に効果がある健診項目を追加します。

4. 特定健康診査から特定保健指導の流れ

1) 全体の流れ



2) 年間スケジュール

	特定健診・保健指導の流れ	関連する業務の流れ
4月	●委託契約の締結 ※集合契約と個別契約を併用	●「健康への道」へ前年度まとめ掲載 ●4月～7月 各地区健康推進会議総会で受診勧奨
5月	●案内文書の作成	●市報、ホームページ等による周知開始（5/20～市報配布にあわせ）
6月	●健診対象者の抽出（5月末マスタ） ●受診券の作成・送付	●国・県負担金補助金の交付申請（当該年度分）6月中旬 ●国・県負担金庫補助金の実績報告（前年度分）6月中旬 ●医療機関向け健診事務説明会 ●国保ミニドック受付開始 6月下旬
7月	●特定健診開始 ※個別健診・集団健診 ※7月～11月を標準実施期間とする - 中途加入者は12月末まで ※国保ミニドックの結果も取りこむためミニドックの方は2月末まで 健診結果受領 費用決済 ※期間中毎月実施	特定健康診査PR開始(安来庁舎待合電光掲示板、 公用車広告、バス広告、昨年度未受診者への受 診勧奨通知、早期受診特典告知、未受診者勧奨 通知、健康推進会議他) ●JA厚生連巡回人間ドックとの連携（7月、10月、12月） 受診結果の確認（毎月6日以降） 保健指導の優先順位づけ
9月	●特定保健指導開始 特定保健指導対象者の抽出 利用券の作成・送付（9月以降） ※直営・委託（早期実施を含む）を併用 ※9月から3月を初回面接の標準実施期間とする。早期実施については、7月より随時実施。	●安来市健康推進会議地区保健部会での特定健診受診率の前年度報告、及び各地区への受診勧奨を依頼
10月	保健指導（初回分）結果受領 費用決済 ※期間中随時実施	●未受診者勧奨通知2回目 ●支払基金への法定報告（前年度受診分）10月上旬 ※受診率等の確定 ※結果分析と実施方法の見直し（次年度事業の計画、予算要求） ●検診検討会（10月、3月）※安来市医師会との協議

	特定健診・保健指導の主要な流れ	関連する業務の流れ
11月		●新年度予算〆切（11月下旬）
1月	●集団フォロー健診2回（下旬）	●セルフメディケーション税制に伴う健診等の 取組み証明
2月	●次年度集団健診配車計画	●次年度受診券のレイアウト内容確認（国保連合会）
3月	●請求数の確定（最終支払い）	●次年度健診受託調査

なお、この年間スケジュールは令和5年度の流れを基にしており、実情に応じ適宜見直していくものとします。

第2章 特定健康診査・特定保健指導の実施方法

特定健診及び特定保健指導は、「高齢者の医療確保に関する法律」及び「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」に基づき、次のとおり実施します。

1. 特定健康診査

1) 対象者

40歳から74歳までの安来市国民健康保険被保険者とします。

2) 実施方法

ア 島根県内の医療機関を代表する島根県医師会と委託契約（集合契約）を締結し、安来市内及び奥出雲町の一部医療機関において個別健診により実施します。併せて、島根県環境保健公社、島根県厚生農業協同組合連合会等の健診機関と委託契約（集合契約又は個別契約）を締結し、市内の公共施設等を会場とする集団健診を実施します。

イ 安来市国民健康保険ミニドックを受診する者については、その結果を収受し特定健康診査の実績とします。

ウ 対象者にかかる受診券発行、健診結果の管理並びに健診費用の決済等については、島根県国民健康保険団体連合会を代行機関として、当該事務の一部を委託します。

エ 受診を希望する者は、安来市が交付する特定健康診査受診券及び安来市国民健康保険被保険者証を健診実施機関に提示して、定められた期間内に受診します。

3) 健診期間

毎年度7月から11月末日までとします。 但し、中途加入者は12月末日、安来市国民健康保険ミニドック健診受診者は2月末日までとします。

4) 健診項目

ア 基本的な健診項目

質問項目、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）、理学的所見（身体診察）、血圧測定、尿検査（血糖、尿蛋白）、血液化学検査（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール）、肝機能検査（AST (GOT)、ALT (GPT)、 γ -G T (γ -GTP))、血糖検査（空腹時血糖及びHbA1c）

イ 詳細な健診項目（一定の基準の下、医師が必要と判断したものを選択して実施）

貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）、心電図検査、眼底検査、血清クレアチニン検査

ウ その他安来市が独自に実施する項目（追加項目）

貧血検査（H21～）、心電図検査（H22）、尿酸・血清クレアチニン検査（H26～）

※受診者全員に対して実施します。（但し、イの詳細な健診項目に該当して実施した項目は除きます。）

※その他、生活習慣病予防に資する検査項目の追加については、必要に応じ検討を行います。

5）自己負担額

無料とします。

6）周知・案内方法

市報、市ホームページ、行政告知放送、イエローバス広告、安来庁舎待合電光掲示板広告、公用車広告、また、各地区健康教室等の機会を通じて、当該年度の特定健康診査の実施について周知を行います。

なお、全対象者に毎年度6月以降受診券等を郵送して案内を行うほか、7、8月の早期受診者には特典を配布し、未受診者においては、過去の受診状況等から対象者を選定し、文書や家庭訪問、電話等による個別勧奨を実施し、受診者の拡大に努めます。

7）他の健診との関連

各種健診（がん検診、ミニドック等）と整合性、利便性を図り実施します。

8）健診結果の通知

健診結果については、原則健診機関より受診者に通知します。

併せて、受診者全員に、健診結果の見方や生活習慣病に関する基本的な知識等、生活習慣を見直す契機となる情報を掲載した資料を配布し、情報提供を行います。

2. 特定保健指導

特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して、行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的とします。

1）特定保健指導対象者の選定と階層化

内臓脂肪の蓄積を基本とし、生活習慣病リスク数により保健指導レ

ベルを設定します。

ア 腹囲とBMIで内臓脂肪蓄積のリスクを判定します。

イ 健診結果、質問票より追加リスクをカウントします。

ウ 糖尿病対策を重点施策として取り組んできていることから、糖尿病を重点に実施します。

2) 実施方法

安来市内の医療機関、民間事業所等に委託をします。令和6年度より評価体系の見直しが行われポイントの加算方法が変更となったため、受託状況を踏まえ、直営も実施する場合があります。

3) 実施時期

当該年度における特定保健指導対象者への特定保健指導における初回面接は、特定健康診査受診後、当該年度末までに着手します。

4) 特定保健指導の内容

・対象者：以下図表に該当する人

① 血糖…空腹時血糖 100 mg/dl 以上 又は
HbA1c (NGSP 値) 5.6% 以上 又は
随時血糖 100 mg/dl 以上

② 脂質…空腹時中性脂肪 150 mg/dl 以上 又は
随時中性脂肪 175 mg/dl 以上 又は
HDL コレステロール 40 mg/dl 未満

③ 血圧…収縮期血圧 130 mm Hg 以上 又は
拡張期血圧 85 mm Hg 以上

④ 喫煙…「最近1か月は吸っていない」は「なし」

腹囲	追加リスク	④喫煙	対象	
	①血糖②脂質③血圧		40-64歳	65-74歳
$\geq 85\text{cm}$ (男性) $\geq 90\text{cm}$ (女性)	2つ以上該当		積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外でBMI $\geq 25\text{kg/m}^2$	3つ該当		積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当			

ア 動機付け支援

- ・支援期間・頻度：原則1回の初回面接による支援
- ・内容：医師や保健師、管理栄養士の指導のもと、対象者自らが生活習慣改善のための行動計画を策定します。3ヵ月経過後に指導者が実績の評価を行います。

支援	具体的内容	最低限時間
① 初回面接	個別支援 または	1 人当たり 20 分
	グループ支援	1 グループあたり 80 分
② 実績評価	面接または通信	

イ 積極的支援

- ・ 支援期間・頻度：3 ヶ月以上継続的に支援
- ・ 内容：策定した行動計画を対象者が自主的かつ継続的に行うことができるように、指導者が定期的・継続的に面談や電話などで支援し、3 ヶ月経過後に実績の評価を行います。
- ・ 令和 6 年度からの変更点
 - ・ 成果重視の評価体系へ見直し（アウトカム評価導入）
 - ・ ICT を活用した保健指導を対面同様の評価水準・時間設定とする

主要達成目標	腹囲 2 cm・体重 2 kg減（180p）		
評価の仕方	180p で指導終了とし、主要達成目標を達成した場合は 180p と設定する。評価時に目標未達成の場合は、対象者の行動変容等のアウトカムを評価し、プロセス評価と合わせて 180p となる構造とする。不足分はプロセス評価を実施し積み上げていく。		
アウトカム評価（行動変容）		プロセス評価（支援）	
2 cm・2 kg減	180p	個別支援	1 回当たり 70p
1 cm・1 kg減	20p		1 回最低 10 分間以上
食習慣の改善	20p	グループ支援	1 回当たり 70p
運動習慣の改善	20p		1 回最低 40 分間以上
喫煙習慣の改善 （禁煙）	20p	電話支援	1 回当たり 30p
			1 回最低 5 分間以上
休養習慣の改善	20p	電子メール・チャット等支援	1 往復当たり 30p
早期介入を評価		健診当日の初回面接	20p
		健診後 1 週間以内の初回面接	10p

5) 自己負担額

無料とします。

6) 周知・案内方法

特定保健指導の対象者ごとに、指導利用券を送付し、指導の開始を

周知します。また、市のホームページ等に掲載し、周知を図ります。実施の際には、対象者は指導利用券及び被保険者証を持参の上、指導を受けます。

7) 未利用者勧奨

特定保健指導の利用案内をした者のうち、12月時点での未利用者に対して通知や訪問等の利用勧奨を実施し、利用率向上を図ります。

8) 特定保健指導実施者の人材確保と資質向上

ア 専門職としての資質向上を図るため、国・県等で開催の健診・保健指導プログラムの研修等に積極的に参加するとともに、事例検討等を行います。

イ 安来市国民健康保険による生活習慣病対策、予防重視の基本的な考えのもと、保健指導に必要な保健師・管理栄養士の配置、国民健康保険直営診療施設、在宅の専門職の活用、アウトソーシングの活用を行います。

ウ 保健指導実施機関の質を確保するための委託基準を作成し、事業者の選定・評価を行います。

9) データの保管

特定保健指導の記録の保存義務期間は、記録の作成の日から最低5年間又は加入者が他の保険者の加入者となった日の属する年度の翌年度の末日までとします。

第3章 個人情報保護

特定健康診査や特定保健指導の記録の取り扱いにあたり、個人情報保護の観点から、安来市個人情報保護法施行条例を遵守し、適切な対応を行います。

受診者の利益を最大限に保証するため、個人情報の保護に十分に配慮しつつ、効果的な健診・保健指導を実施します。

第4章 特定健康診査等実施計画の公表と周知

1. 公表や周知の方法

特定健康診査等実施計画については、市のホームページで公表するほか、市報により広く住民に周知します。

2. 特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発方法

特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発方法は、市のホームページや市報により普及啓発に努めます。

第5章 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

国における「特定健康診査・特定保健指導」の評価方法を用い、最終目標である糖尿病等の有病者及び予備群の減少状況、また、医療費適正化の観点から評価を行います。

成果が数値データとして現れるのは数年後になることが予測されるため、最終評価のみではなく健診結果や生活習慣の改善状況などの短期間で評価ができる指標についても評価を行います。

第6章 その他円滑な事業実施のための方策

1. 事業主健診等受診者への対応

事業主健診や同等の健診を自主的に受診した方の健診結果の提供の協力を呼びかけます。集団健診では被用者保険の方も積極的に受け入れ安来市民全体の健診受診機運が高まるようにしていきます。

また、安来市健康推進会議（成人・産業保健部会）と連携を図り、各事業所及び関係機関との健診データの授受に関する体制を検討していきます。

2. 他の健診との連携

特定健診を集団健診として実施する場合、がん検診と連携し同日同所での実施を検討し、国保被保険者が広く健診・検診を受けられる機会を設けます。

3. 事業実施体制の整備

（1）庁内実施検討体制の整備

国保部門と保健部門の庁舎が離れているため、定期的に連絡会を開催し、企画運営・実施・評価の体制構築を図ります。

（2）特定健康診査の連携体制

受診者の利便性の考慮や事務事業の連携に努めます。併せて、庁内の健診等業務の整備に努めます。

（人員配置・予算要求・事務処理体制）

データヘルス計画の評価・見直しの整理表

ベースラインと実績値を見比べて、下記の4段階で評価

a:改善している/b:変わらない/c:悪化している/d:評価困難

「a：改善している」が、現状のままでは最終評価までに目標達成が危ぶまれるものを「a*」と記載

STEP1		データヘルス計画全体の目標					
健康目標		実績値※				評価	達成につながる取組・要素
指標		目標値	基準値 H25年	H27年	H30年		
65才以上の平均余命を延伸する	男	伸び す	19.34	19.84	19.76	a	
	女		24.38	24.62	24.85		
65才以上の平均自立期間を延長する	男		17.69	18.18	18.22		
	女		21.16	21.41	21.88		
・男女ともに65歳以上の平均余命と平均自立期間は延長している。 ・男女ともに平均余命から平均自立期間を差し引いた期間である要介護期間は短くなっており、支援が必要な期間は短縮に向かっている。							

※表記年を中心とする5年間

STEP2			上記目標を達成するための個別保健事業				
事業名	目標		実績値			評価	成功要因
	指標	目標値	基準値 H28年度	R1 年度	R4 年度		
健康増進と啓発	①広報事業 高血圧や食育、糖尿病等について広く周知・啓発を行い、市民の健康リスクを下げる。	実施	実施	実施	実施	a	・市報や行政告知放送、市庁舎への懸垂幕、公用车やイエローバスを活用した広告、市庁舎や病院待合スペース設置のモニターへの掲示など、様々な機会において周知・啓発活動を実施した。 ・地区毎に特定健診受診状況やKDB健康スコアリングを活用し、地区別に健康教育や啓発を実施。地区健康推進会議や地域糖尿病友の会においても地域特性に応じた生活習慣病予防講演会や学習会を継続的に開催。 ・「しまね健康寿命延伸プロジェクト」のモデル地区である十神地区において特定健診結果や尿中塩分測定、日常生活・食生活の状況調査等を行い、「減塩」「運動」「健診」について、既存の活動にプラス1の取組みを開始。安来市健康推進会議地区保健部会で活動報告し、他地区においても既存の健康づくり活動にプラス1の動きが出てきた。
	②各地区健康推進会議による健康増進・受診啓発等の活動 地域で健診受診啓発や健康増進活動を行い、地域の健康づくりを図る。	実施	実施	実施	実施	a	
特定健康診査等	特定健康診査に関心をもち、受診する人が増える。					a*	・特定健診受診率については、従来からの地域での健康づくり活動での啓発や安来市医師会の協力連携に加えて、令和2年度から開始した対象者特性に合わせたはがきを複数回通知したことによる受診勧奨の効果で年々上昇し、令和4年度は45.4%となっている。特に、新規国保加入者や生活習慣病治療歴のない健診未受診者の受診率が向上し、年代別では50歳代と60歳代の受診率が向上した。 ・特定健診受診は医療機関での受診が約9割。従来より安来市検診検討会を通じて、安来市医師会と健診実施体制の拡充等を検討し、連携強化が図られており、コロナ禍においても健診体制について協議し、体制維持が図れた。 ・7月8月特定健診受診者への早期受診特典により、特典実施年度は7月8月に健診受診者の約40%が受診し、受診遅れ等の防止につながった。 ・JA厚生連の巡回人間ドックとの連携により、令和4年度健診受診者の約5%が受診し、健診結果の収受につながった。 ・特定保健指導終了率は令和2年度までの3年間は10%未満だったが、令和2年度から開始した特定保健指導未利用者への再勧奨通知を実施し、令和3年度は終了率が10.2%と向上した。令和4年度の特定保健指導利用者のうち、約3割が勧奨事業後に特定保健指導を利用し、勧奨後利用した人のうち、新規対象者が半数以上であった。
	特定健康診査受診率	60%	36.8%	39.3%	45.4%	a*	
	自分の検査値を知り、早期受診、生活改善の行動がとれる。					c	
	特定保健指導終了率	60%	15.8%	8.9%	10.1%	c	
	メタボリックシンドローム基準該当者割合	15%	18.8%	20.3%	20.7%	c	
	糖尿病予備群推定数の割合	13%	19.0%	19.9%	19.5%	b	
	血圧正常高値の割合	46%	57.0%	57.2%	58.1%	b	
	脂質異常症の人の割合	17%	17.7%	18.6%	17.7%	b	
	栄養相談の延べ参加者数 (国保被保険者数/参加者数)	-	11/22人	8/16人	10/24人	d	
	健康講座の参加者数 (来人数)	-	10人	実施せず	実施せず	d	
個別訪問指導者数 (来人数)	-	46人	実施せず	3人	d		
糖尿病対策及び糖尿病性腎症重症化予防対策	糖尿病性腎症の新規透析者人数は現状を維持し、医療費増加を抑える。					b	・国保被保険者における人工透析導入者数や新規人工透析導入者数は大きな変化ない。 ・令和元年度から糖尿病性腎症重症化予防事業を開始。さらに、令和2年度からは生活習慣病重症化予防事業を開始し、従来の安来市糖尿病管理協議会の糖尿病治療中断者対策とあわせて、個別介入による保健相談と栄養相談を中心とした個別相談会を開催した。 ・糖尿病性腎症重症化予防事業の対象者は60～70歳代が多くを占めており、令和4年度からは高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施におけるハイリスクアプローチとして国保保健事業から後期高齢者保健事業へ切れ目ない事業として実施する体制を整備。 ・安来市糖尿病管理協議会と連携して長年糖尿病対策に取り組んでおり、安来市医師会等との適正管理対策による重症化予防の体制が構築されているため、国保保健事業も含めた対策を行うことができている。
	生活習慣病による新規重症化数	減らす	453	436	システム変更によりデータ出ず	d	
	人工透析導入者数	現状維持	35	33	-	b	
	人工透析導入者のうち新規人工透析導入者数	現状維持	3	3	3	b	
	新規人工透析導入者のうち糖尿病患者数	現状維持	1	2	1	b	
	糖尿病を原因とするじん臓機能障害（各年度新規自立支援医療（更生医療）の人工透析を受けている者）	現状維持	2	5	7	c	
	毎年5月の医療費費用額上位疾病（上位3位）	-	①統合失調症、妄想性障害 ②高血圧性疾患 ③その他の悪性新生物 ④糖尿病 ⑤脳梗塞	①統合失調症、妄想性障害 ②高血圧性疾患 ③その他の悪性新生物 ④腎不全 ⑤良性新生物、その他の新生物	①その他の悪性新生物 ②統合失調症、妄想性障害 ③高血圧性疾患 ④腎不全 ⑤糖尿病	d	

(巻末資料)

STEP4	
未達につながる背景・要因	今後の方向性
	・今後も要介護期間を短縮することで、若いころから健康的な習慣を身に着ける必要がある。 ・健康やすぎ21の推進とあわせて、市民自らが健康づくりに取り組める環境整備を進め、健康寿命の延伸を図る。
STEP3	
未達要因	事業の方向性
・地域での健康教室や学習会、地区健康推進会議の健康づくり活動では、高齢者の参加が多く、若い世代への周知・啓発が十分にできていない。	○市全体の健康寿命延伸を目指し、広く市民に生活習慣病早期発見と予防につなげるための啓発が必要。 ・若い世代からの健康意識向上を啓発するため、市公式SNSの活用、自然と目に入る広報等。 ・市全体の取組みと地区毎の取組みの両輪で、健康課題解決に向けた健康づくり活動を展開する。「しまね健康寿命延伸プロジェクト」の取組みを軸に、安来市健康推進会議関係団体や地区健康推進会議と連携した地域特性を生かした取組みを実施。
・健診未受診者のうち、生活習慣病で通院中である人の受診率が低く、さらなる受診率向上に向けて医療機関とのさらなる連携が必要。 ・70歳代の受診率が最も高い。後期高齢者医療への移行も多い年代であり、健診受診率への今後の影響が大きい。 ・集団健診受診者は、健診受診者の約1割であり、健診実施期間中に行う集団健診では定員を満たしていない。また、集団健診受診者のうち約6割が健診実施期間終了後に行うフォロー健診を受診している。 ・市民に向けて健診実施状況の周知、受診啓発を地区のイベント等を活用して実施したが、市全体に向けた発信が十分に実施できていない。	○受診率向上へ向けた、さらなる取組みが必要。 ・未受診者対象に対象者特性に合わせた受診勧奨。 ・通知勧奨で効果のあった60歳代を多く含む「新規国保加入者」と、受診率が低下している生活習慣病治療歴のある健診未受診者をターゲットとした取組み。対象者への声かけが重要であるため、国保担当部門と医師会・医療機関と連携し生活習慣病の早期発見・予防につなげていく。 ・受診の必要性を感じない層をターゲットとした取組み。受診につなげる魅力的なインセンティブ付与。 ・医療機関での健診を受けない人（かかりつけ医がない等）をターゲットとした取組み。集団健診への受診勧奨（休日実施、がん検診とのセット、JA厚生連巡回人間ドックとの連携）、健診結果情報提供事業の実施。
・H30年度に特定保健指導終了率が低下して以降、低い割合で推移している。 ・特定健診実施後2か月経過してから該当者へ特定保健指導利用券を個別通知しており、対象者に直接利用勧奨することができていない。 ・特定保健指導実施機関が少なく、安来地域に集中（安来5、広瀬2）しており、利便性に欠ける。	○利用率及び終了率の低迷が続いており、利用率向上に向けて強化する必要がある。 ・市内実施医療機関と安来市公共施設（県栄養士会委託）での実施。個別と集団の実施体制を検討する。 ・対象者全員への利用券送付時や未利用者対象の再勧奨通知時の通知物に興味関心を高め、分かりやすい利用方法を掲載。 ・集団健診時や結果通知に合わせて特定保健指導の初回面接を実施する、ICTの活用等、対象者にとって利便性の向上となるような取組み。
・糖尿病予備群推定数の割合と脂質異常症の割合は横ばいであり、糖尿病予備群推定数の割合は目標値に到達していない。 ・血圧正常高値の割合は上昇しており、目標値に到達していない。 ・糖尿病対策を安来市糖尿病管理協議会と連携して取り組んでいるが、発症予防対策について十分に協議できていない。 ・受診勧奨判定値を超えている人への介入が不十分。	○生活習慣病対策の取組みが必要。 ・特定健診結果から、受診勧奨判定値を超えている人（ハイリスク者）へを対象とした訪問による保健指導と健康教室の開催。 ・発症予防対策：特定保健指導利用率向上対策との一体的な取組みと健康増進セミナーの再開。 ・重症化予防対策：高血圧症を重点に、糖尿病性腎症重症化予防事業と一体的な取組み（訪問型保健指導）。 ・引き続き、安来市糖尿病管理協議会との連携。特に、予防部会との協働した取組みを検討。
・健診後フォロー事業としてH28～30「健康増進セミナー」、R2～4「糖尿病・腎臓病予防教室」を計画。「健康増進セミナー」は安来市糖尿病管理協議会事業と合同で開催していたが、マンパワー不足により令和元年度以降中止。「糖尿病・腎臓病予防教室」は糖尿病性腎症重症化予防事業の訪問による保健指導後のフォロー教室として計画したが新型コロナウイルス感染症の影響で実施できず。	○腎不全の原疾患である糖尿病と高血圧性疾患の増加からCKD対策が必要。 ・引き続き、安来市糖尿病管理協議会との連携から、糖尿病と高血圧症を重点としたCKD対策について協議。かかりつけ医と連携した取組み。 ・国保保健事業から後期高齢者保健事業への切れ目ない支援。糖尿病性腎症重症化予防事業を一体的な取組み。 ・広く市民を対象に、糖尿病と腎症に関する啓発。

安来市国民健康保険 第2期データヘルス計画書

(第4期特定健康診査等実施計画書)

発 行 安来市 市民生活部 市民課

〒692-8686 島根県安来市安来町 878 番地 2

電話 0854-23-3084

健康福祉部 いきいき健康課

〒692-0404 島根県安来市広瀬町広瀬 1930 番地 1

(安来市健康福祉センター)

電話 0854-23-3220