

第2期 南伊豆町国民健康保険データヘルス計画
第3期 南伊豆町特定健康診査等実施計画
(2018年度～2023年度)



2018年 3月
南伊豆町

目 次

第 1 章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の概要 P.1

- 1 計画策定の趣旨
- 2 計画の位置づけ
- 3 計画期間
- 4 実施体制・関係者連携

第 2 章 南伊豆町国民健康保険の現状と課題 P.3

- 1 南伊豆町国保の特性把握
- 2 前期計画に係る保健事業の実施状況と評価 ★

第 3 章 健康・医療情報等の分析と健康課題 P.7

- 1 健康・医療情報等の分析
- 2 分析結果のまとめ

第 4 章 保健事業の目的及び目標 P.19

- 1 目的
- 2 目標 ★

第 5 章 保健事業別の実態と対策 P.20

- 1 特定健康診査事業 ★
- 2 特定保健指導事業 ★
- 3 重症化予防事業
- 4 医療費適正化事業
- 5 地域包括ケア

第 6 章 計画の推進に向けて P.28

- 1 計画の評価・見直し ★
- 2 計画の公表・周知 ★
- 3 個人情報の取扱い ★

★：特定健康診査等実施計画を兼ねる項目

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の概要

1 計画策定の趣旨

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（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展、国保データベース（KDB）システム等の整備により、保険者が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進むなか、平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」において、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされました。

また、厚生労働省では、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成 16 年厚生労働省告示第 307 号）」（以下「国指針」という。）を平成 26 年 4 月に一部改正し、保険者は健康・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計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされました。

こうした背景を踏まえ、本町においては、国指針に基づき、「南伊豆町国民健康保険保健事業実施計画」（以下「南伊豆町データヘルス計画」という。）を策定し、保健事業を実施してきました。

このたび、第 1 期の計画期間が終了することから、保健事業の実施状況や健康実態を踏まえながら、引き続き PDCA サイクルに沿った効果的な保健事業を推進するため、「第 2 期南伊豆町データヘルス計画」を策定します。

なお、同様に計画期間が終了する「第 2 期特定健康診査等実施計画」についても、保健事業の中核をなす特定健診等の実施方法を定めるものであるため、「第 3 期特定健診等実施計画」を、「第 2 期南伊豆町データヘルス計画」と一体的に策定します。

2 計画の位置づけ

1) データヘルス計画

「南伊豆町データヘルス計画」は、国指針に基づき、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等を活用して、PDCA サイクルに沿って運用する保健事業の実施計画です。

2) 特定健康診査等実施計画

「南伊豆町特定健康診査等実施計画」は、高齢者の医療保確保に関する法律第18条に規定された「基本方針」に基づき、特定健康診査及び特定保健指導の実施について定めた計画です。

3 計画期間

「第2期南伊豆町データヘルス計画（第3期特定健診等実施計画）」の計画期間は、2018年度から2023年度までの6年間とします。

2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
		健康増進計画（第3期） 2017-2021年度					
	データヘルス計画 2016-2017年度	データヘルス計画（第2期） 2018-2023年度					
	特定健康診査等実施計画（第2期） 2013-2017年度	特定健康診査等実施計画（第3期） 2018-2023年度					

4 実施体制・関係者連携

計画の策定、事業実施、評価、見直しのプロセスは、国民健康保険（以下「国保」という。）担当課（健康福祉課）が主体となり、関係機関と連携して実施します。

また、外部有識者や被保険者等が参画する「南伊豆町国保運営協議会」において意見聴取を行う等、協力を得ながら連携に努めます。

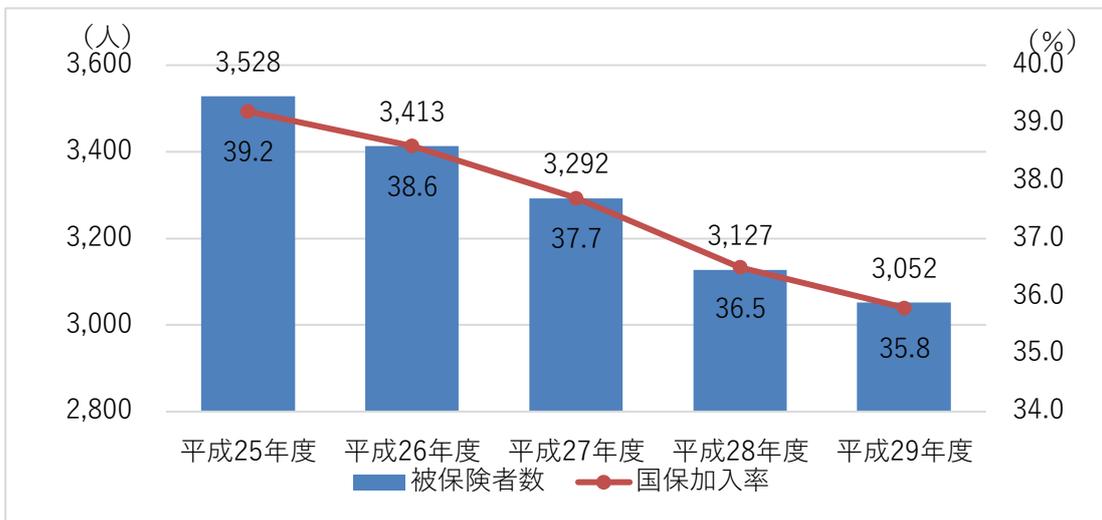
第2章 南伊豆町国民健康保険の現状と課題

1 南伊豆町国保の特性把握

1) 被保険者数の推移と高齢化

平成29年12月末現在の国保被保険者数は、3,052人、本町の総人口に占める国保加入率は35.8%を占め、年々減少しています。被保険者の年齢構成を見ると、65歳以上の割合が48.2%と高く、年々増加傾向にあります。また、高齢化率は県平均を大きく上回り、年々増加しています。

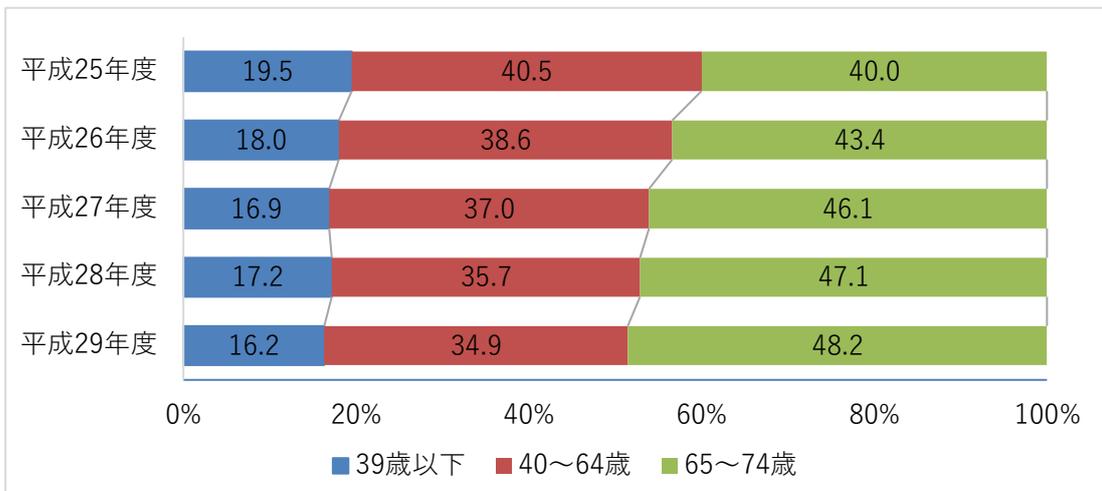
図1 被保険者及び国保加入率の推移



※平成29年度は12月末現在

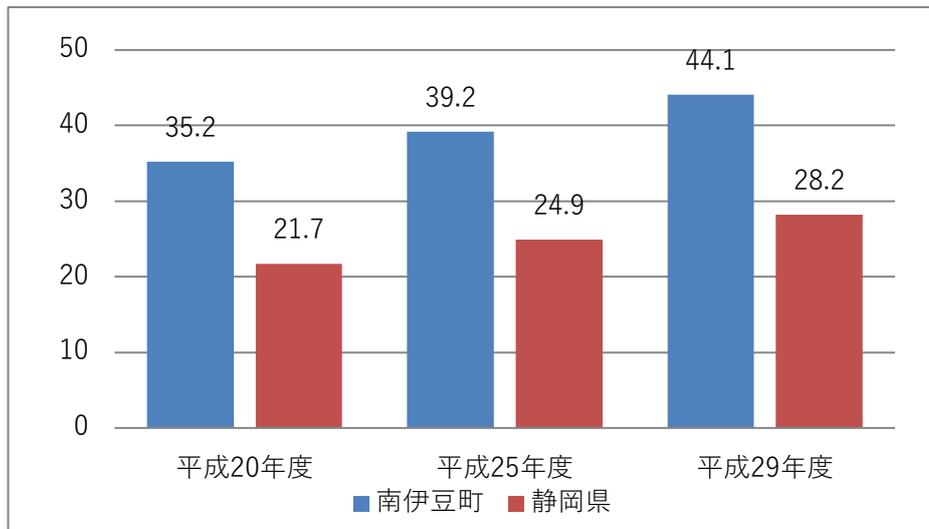
出典：南伊豆町国民健康保険事業計画

図2 被保険者の年齢構成の推移



出典：KDBシステム（地域の全体像の把握より）

図3 高齢化率の経年変化（県と町の比較）（%）



出典：高齢者福祉行政の基礎調査

2 前期計画に係る保健事業の実施状況と評価

1) 第1期データヘルス計画、第2期特定健診等実施計画の実施状況

第1期データヘルス計画及び第2期特定健診等実施計画の基本理念に基づき、目標達成に向け、施策の推進に努めてきました。各目標に対する達成状況は、次のとおりです。

評価／◎:達成、○:数値改善、△:数値悪化

指 標		目 標	策定時		実績		評価	
■ 医療								
脳血管疾患の発症・入院医療費の減少	脳血管疾患の一人当たり医療費	県平均以下	7,721	H27	14,529	H28	△	
糖尿病による死亡の減少	糖尿病の標準化死亡比	100以下	男 262.7 女 102.4	H23 ～ H27	男 262.7 女 102.4	H23 ～ H27	—	
透析患者の減少	新規透析患者数 ※年度更新日(8月1日)基準	0人/年	-1	H27	0	H28	◎	
■ がん検診								
がんの早期発見	胃がん検診受診率	50%	17.1%	H27	13.7%	H28	△	
	〃 精密検査受診率	100%	81.6%	H26	93.3%	H27	○	
	肺がん検診受診率	50%	20.9%	H27	22.2%	H28	○	
	〃 精密検査受診率	100%	100.0%	H26	83.6%	H27	△	
	大腸がん検診受診率	50%	23.1%	H27	19.5%	H28	△	
	〃 精密検査受診率	100%	87.1%	H26	53.1%	H27	△	
	子宮頸がん検診受診率	50%	25.2%	H27	25.4%	H28	○	
	〃 精密検査受診率	100%	100.0%	H26	90.9%	H27	△	
	乳がん検診受診率	50%	37.5%	H27	39.3%	H28	○	
	〃 精密検査受診率	100%	84.6%	H26	95.0%	H27	○	
■ 特定健診								
生活習慣病の早期発見	特定健診受診率(法定報告)	60%	36.1%	H23	39.4%	H28	○	
生活習慣病の予防、及び、重症化予防	特定保健指導実施率(終了率)(法定報告)	60%	51.5%	H23	43.1%	H28	△	
	高血圧有病率	男性	5.7%以下	13.7%	H26	10.2%	H28	○
		女性	4.1%以下	9.3%	H26	10.7%	H28	△
	メタボリック該当及び予備群該当者の割合		20%以下	26.3%	H26	23.2%	H28	○
			25%	16.8%	H26	26.2%	H28	◎
LDL コレステロール有所見者の割合	50%以下	57.8%	H26	54.9%	H28	○		

2) 第1期データヘルス計画、第2期特定健診等実施計画の評価

- がん検診受診率については、目標値の50%達成は困難でした。中でも、胃がん検診・大腸がん検診の受診率が減少しているため、平成29年度から本格始動したおたっしゅポイント(健康ポイント)事業の周知に努めるとともに、平成30年度からは、賀茂管内の市町でがん検診を受診できる体制を整備します。
また、がん検診精密検査の受診率も目標値に届いていないため、受診率向上のための対策が必要です。
- 特定健診受診率については、各地区公民館での集団健診実施や、がん検診との同時実施等により、年々上昇したものの、目標の達成には至っていません。今後は、未受診者の傾向等を分析し、効果的な未受診者対策に取り組めます。今後も、第3期特定健康診査等実施計画における国の基本方針において示された参酌標準に基づき、目標値を設定します。
- 特定健診保健指導実施率については、計画策定時よりも低下しており、目標値を下回っています。保健指導従事者の確保や指導形態等、実施方法を見直す必要があります。また、メタボリックシンドローム該当者及び予備群該当者の減少率は、国の基本方針において示された参酌標準の25%を達成しましたが、今後も25%を維持するとともに更なる減少を目指します。

第3章 健康・医療情報等の分析と健康課題

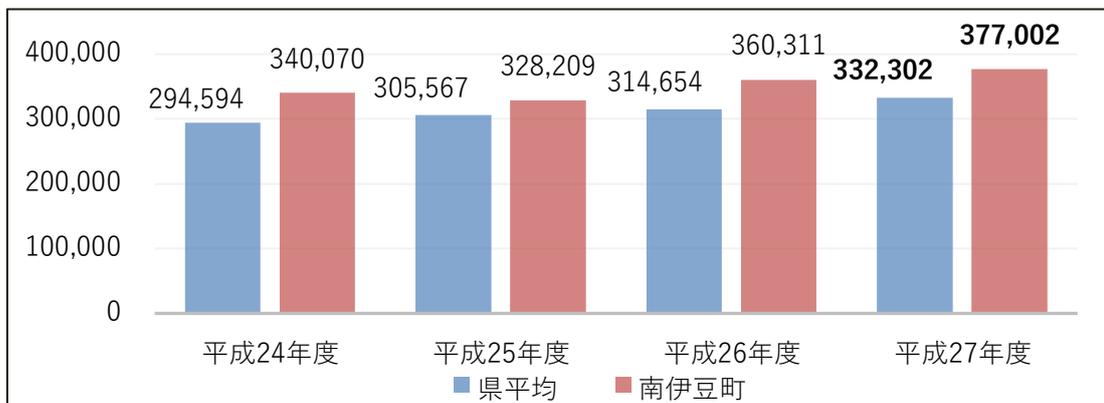
1 健康・医療情報等の分析結果

1) 医療情報の分析

(1) 一人当たり医療費（県との比較）

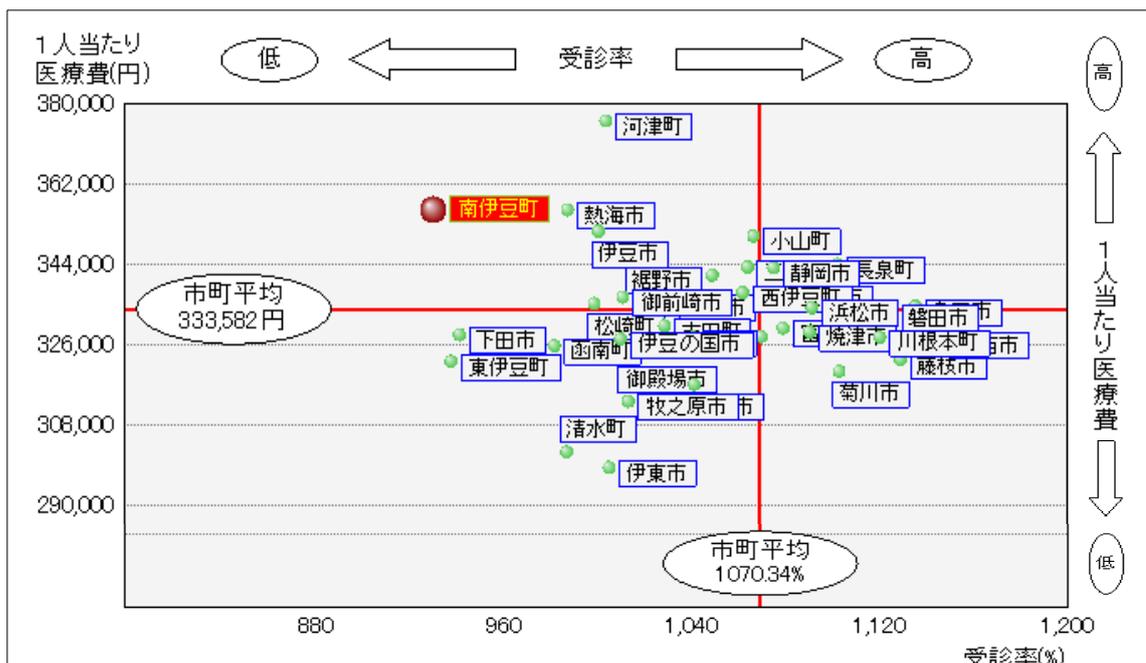
一人当たり医療費を県平均と比較すると、本町の一人当たり医療費は県よりも高く、年々増加しています。平成27年度では、44,700円も高く（本町 377,002円、県平均 332,302円）となっています。受診率と医療費の関係図から、重症化してから受診する傾向がうかがえます。

図4 一人当たり医療費の推移 (円)



出典：国民健康保険事業状況資料

図5 受診率と一人当たり医療費の関係図（平成28年度）



出典：茶っとシステム

(2) 疾患別医療費の状況（平成 28 年度）

疾患別の医療費の状況を見ると、入院では精神と悪性新生物の金額が多く、次いで腎不全（透析有）、心疾患の順となっています。外来においても悪性新生物が最も多く、次いで腎不全(透析有)、糖尿病、高血圧症の順となっています。

1件当たりの医療費を見ると、入院では腎不全、心疾患、悪性新生物の順となっています。県内順位では、心疾患が県内3位で高額となっています。外来では腎不全が最も多くなっています。県内順位では脳血管疾患が県内1位で高額となっています。

表1 疾患別の入院・外来医療費 (円)

疾患名	入院医療費	外来医療費
糖尿病	2,880,600	56,662,830
高血圧症	1,710,570	53,338,150
脂質異常症	0	27,851,250
脳血管疾患（脳梗塞・脳出血）	3,449,680	4,400,630
心疾患（狭心症・心筋梗塞）	19,921,650	6,533,790
腎不全（透析有）	22,849,340	61,221,440
精神	126,721,950	25,147,330
悪性新生物	93,933,080	87,651,500

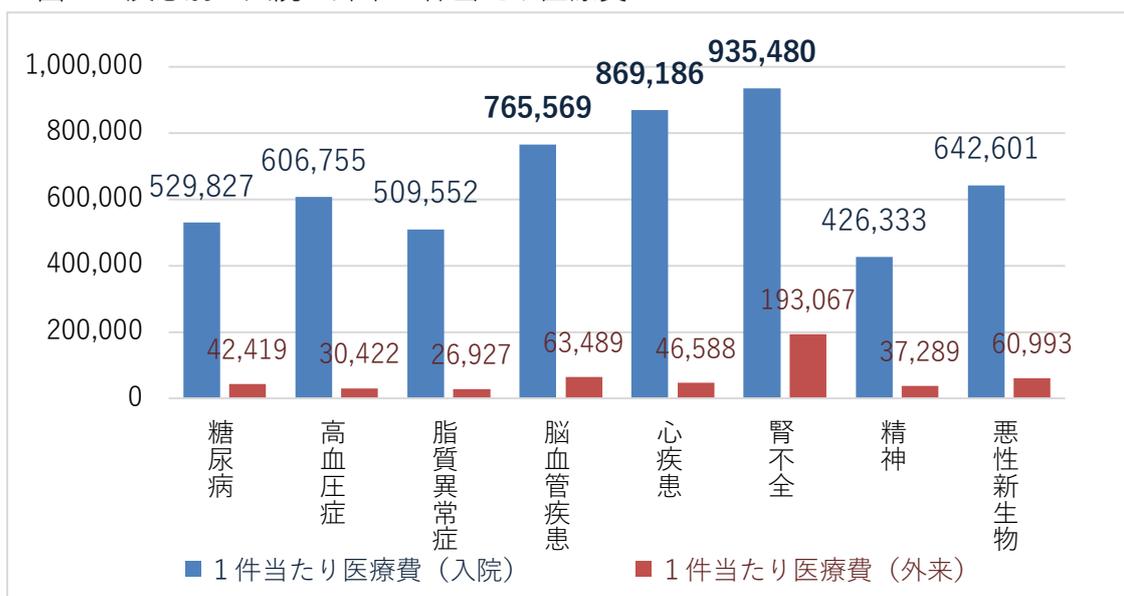
出典：KDBシステム（健診・医療・介護データからみる地域の健康課題より）

表2 1件当たりの入院・外来医療費

疾患名	1件当たり医療費(入院)	県内順位	1件当たり医療費(外来)	県内順位
糖尿病	529,827	38	42,419	6
高血圧症	606,755	33	30,422	14
脂質異常症	509,552	38	26,927	15
脳血管疾患	765,569	4	63,489	1
心疾患	869,186	3	46,588	13
腎不全	935,480	6	193,067	16
精神	426,333	31	37,289	2
悪性新生物	642,601	17	60,993	7

出典：KDBシステム（健診・医療・介護データからみる地域の健康課題より）

図6 疾患別の入院・外来1件当たり医療費



出典：KDBシステム（医療費分析細小分類より）

(3) 月200万円以上となる疾患の状況（平成29年1月～平成29年12月診療分）

月200万円以上の高額になる疾患16件の内、循環器系疾患では虚血性心疾患が最も多く、高額となる疾患全体の50%を占めています。

表3 月200万円以上となる循環器疾患のレセプト状況

	全体	全体のうち循環器疾患									
		脳血管疾患		虚血性心疾患		大動脈疾患		動脈閉塞性疾患		実件数	割合
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合		
件数	16	3	18.8%	8	50.0%	3	18.8%	1	6.3%	10	62.5%
費用額	43,795,300	13,508,470	30.8%	27,128,450	61.9%	14,379,780	32.8%	2,221,430	5.1%	36,502,870	83.3%

出典：KDBシステム（様式1-1にて絞込みより）

(4) 基礎疾患との重なり (平成 29 年 12 月診療分)

生活習慣病対象者 1,297 人のうち、基礎疾患である糖尿病・高血圧・脂質異常との重なりを見ると、脳血管疾患では 75.6%、虚血性心疾患では 86.9%、人工透析では 100%が高血圧治療者であることが分かります。

表 4 基礎疾患である生活習慣病の重なり (人)

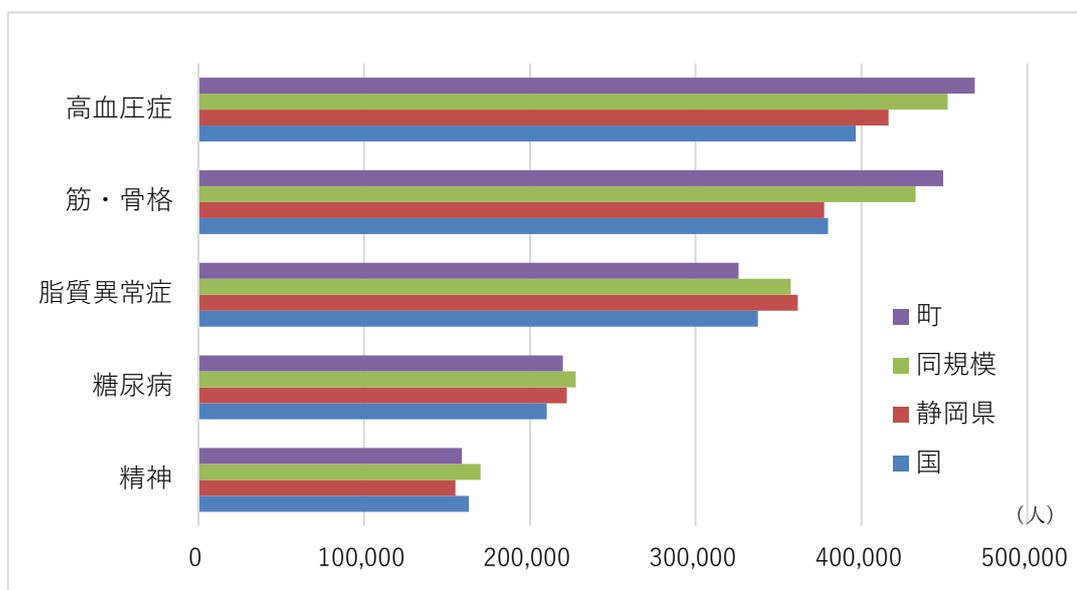
生活習慣病対象者	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		計	
1,297 人	156	12.0%	153	11.8%	16	1.2%	325	25.1%
糖 尿 病	65	41.7%	83	54.2%	12	75.0%	160	49.2%
高 血 圧	118	75.6%	133	86.9%	16	100.0%	267	82.2%
脂質異常	90	57.7%	105	68.6%	8	50.0%	203	62.5%

出典：KDBシステム (様式 3-1 より)

(5) 同規模保険者等との比較分析 (平成 28 年度)

患者千人当たりの生活習慣病患者数を同規模保険者等と比較すると、高血圧症と筋骨格系疾患については、国・県・同規模保険者のいずれも上回っています。

図 7 患者千人当たり生活習慣病患者数



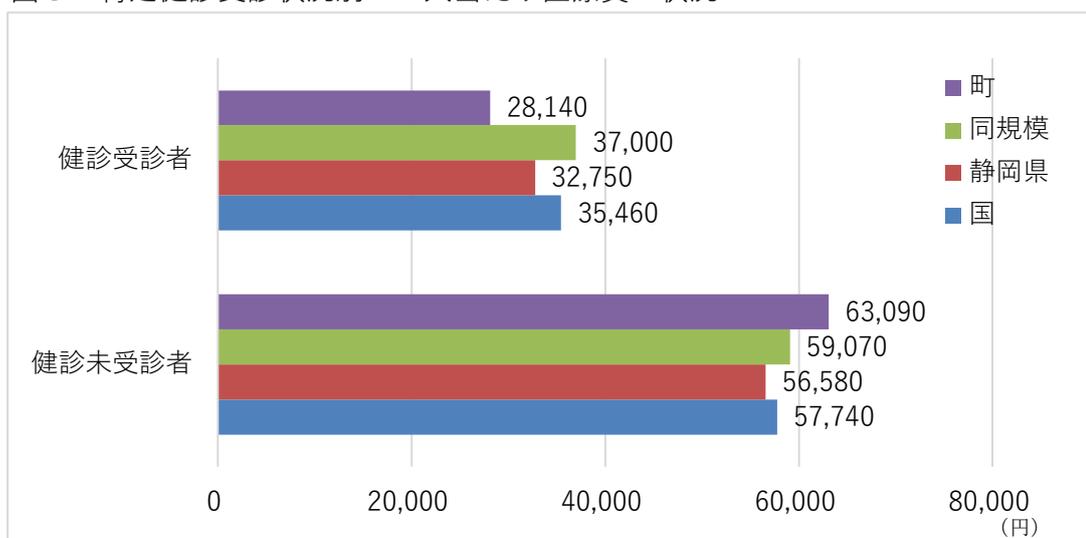
出典：KDBシステム (地域の全体像の把握より)

(6) 特定健診受診の有無別の一人当たり医療費の状況（平成28年度）

特定健診受診者と未受診者の一人当たり医療費を比較すると、町の特定健診受診者の医療費は国・県・同規模保険者よりも低くなっています。

それに対し、特定健診未受診者の一人当たり医療費は、国・県・同規模保険者より高くなっています。

図8 特定健診受診状況別 一人当たり医療費の状況



出典：KDBシステム（健診・医療・介護データからみる地域の健康課題より）

2) 特定健診・特定保健指導の分析

(1) 特定健診・特定保健指導の状況

特定健診受診率、特定保健指導終了率ともに県を上回っています。

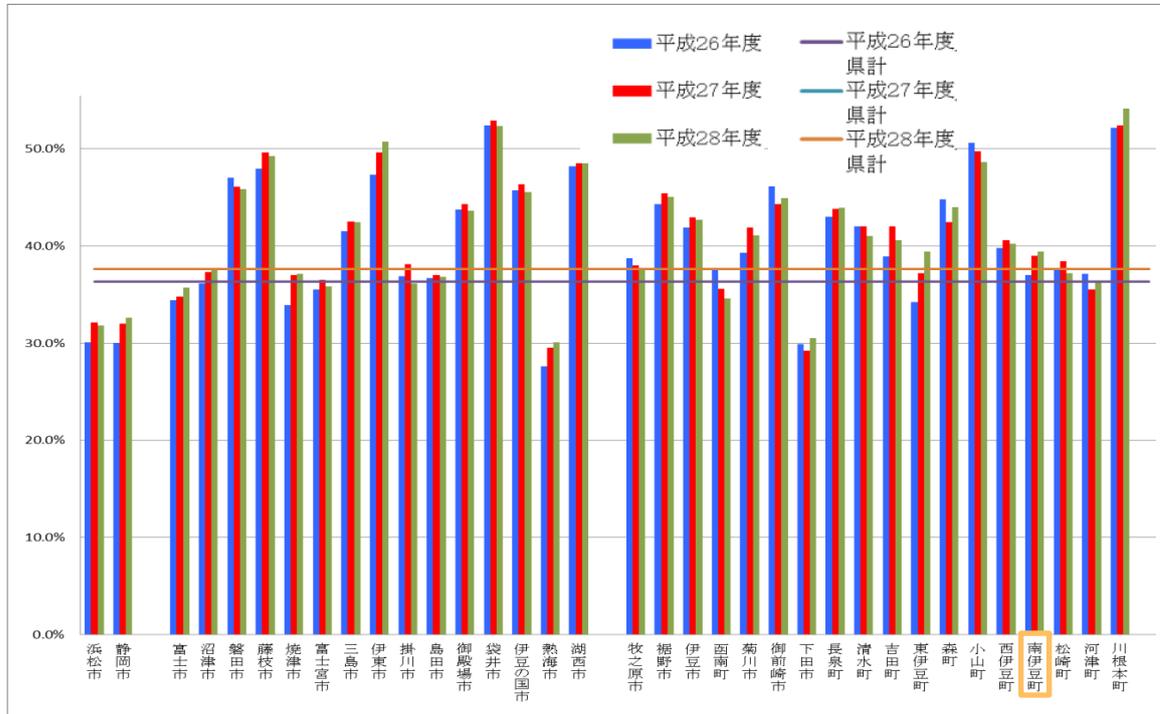
また、メタボリックシンドローム該当者及び予備群は、年々減少し、平成27年度以降は、県を下回っています。

表5 特定健診受診状況

	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
特定健診受診率	37.6%	38.4%	37.0%	39.0%	39.4%
静岡県	34.0%	35.4%	36.4%	37.7%	37.8%
特定保健指導終了率	28.1%	46.0%	47.6%	49.2%	43.1%
静岡県	24.3%	27.4%	27.2%	29.9%	32.7%
メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合	28.6%	25.0%	26.2%	23.7%	23.2%
静岡県	24.6%	23.6%	25.1%	25.1%	25.6%

出典：法定報告

図9 特定健診規模別市町別受診率（H26～28 法定報告）

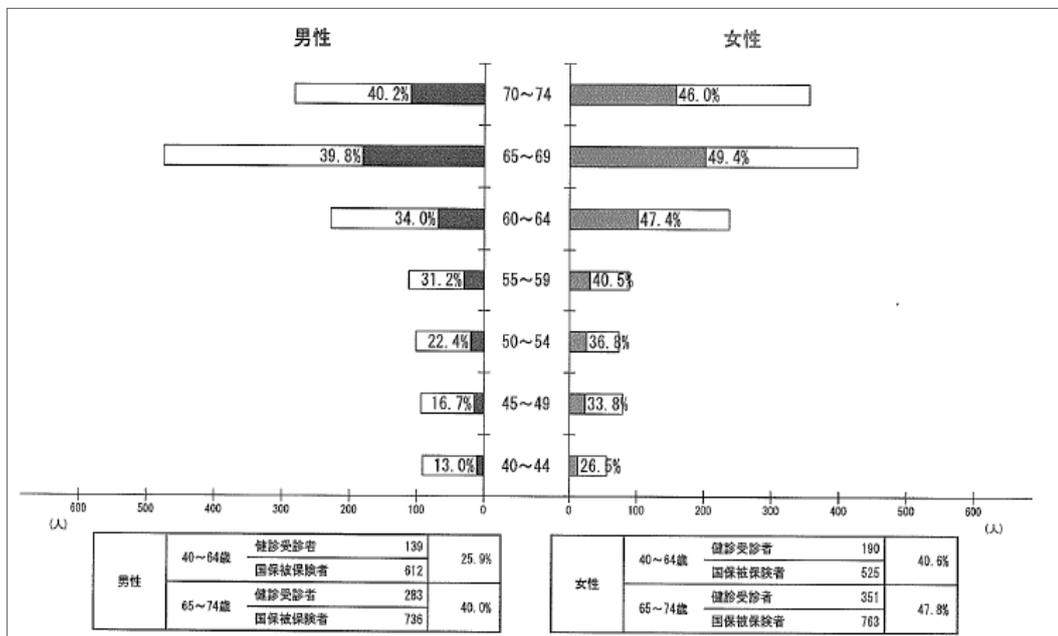


出典：法定報告

(2) 年代別特定健診受診率

特定健診の受診率は若いほど低く、また男性の方が受診率は低い傾向にあります。

図 10 地域の被保険者構成と特定健診受診率（平成 28 年度）

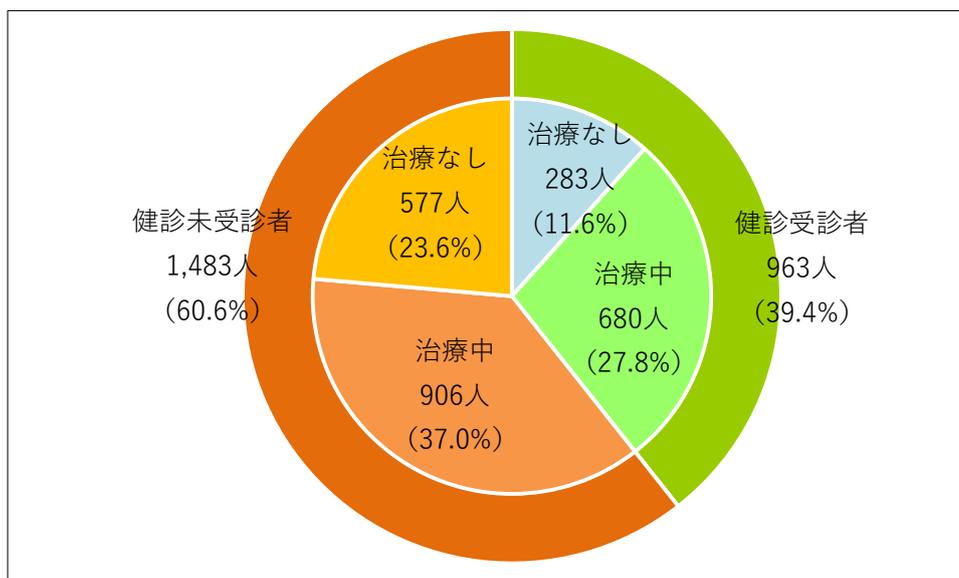


出典：KDBシステム（様式 6-9 より）

(3) 特定健診受診者・未受診者の状況

特定健診の対象者で、特定健診未受診者のうち生活習慣病による医療機関の受診がない人が約 23.6%みられます。

図 11 健診受診の有無と受療状況（平成 29 年度）



出典：KDBシステム（様式 6-10 参考）

3) 重症化予防の分析

(1) 特定健診受診者の検査項目の重複状況

40歳代ですでにメタボリックシンドロームの該当者が見られ、また男性の方が多い状況です。

表6 メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況（平成28年度）

男性		40～74歳		40歳代		50歳代		60歳代		70～74歳			
		人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)		
被保険者数(40～74歳)		1244		161		178		639		266			
健診受診者数(受診率%)		422	33.9	24	14.9	48	27.0	243	38.0	107	40.2		
腹囲85cm以上		190	45.0	9	37.5	23	47.9	109	44.9	49	45.8		
(再)腹囲 有所見の 重複状況	腹囲のみ該当		19	4.5	2	8.3	1	2.1	10	4.1	6	5.6	
	予備群	高血糖	●	4	0.9	0	0.0	0	0.0	3	1.2	1	0.9
		高血圧	●	50	11.8	0	0.0	7	14.6	37	15.2	6	5.6
		脂質異常	●	14	3.3	1	4.2	6	12.5	5	2.1	2	1.9
		計		68	16.1	1	4.2	13	27.1	45	18.5	9	8.4
	該当者	高血糖	●	14	3.3	0	0.0	1	2.1	3	1.2	10	9.3
		高血圧	●	6	1.4	0	0.0	1	2.1	2	0.8	3	2.8
		脂質異常	●	55	13.0	6	25.0	3	6.3	31	12.8	15	14.0
		計		28	6.6	0	0.0	4	8.3	18	7.4	6	5.6
	計		103	24.4	6	25.0	9	18.8	54	22.2	34	31.8	

女性		40～74歳		40歳代		50歳代		60歳代		70歳代			
		人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)		
被保険者数(40～74歳)		1202		117		142		608		335			
健診受診者数(受診率%)		541	45.0	36	30.8	55	38.7	296	48.7	154	46.0		
腹囲90cm以上		57	10.5	4	11.1	7	12.7	30	10.1	16	10.4		
(再)腹囲 有所見の 重複状況	腹囲のみ該当		5	0.9	2	5.6	0	0.0	1	0.3	2	1.3	
	予備群	高血糖	●	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
		高血圧	●	20	3.7	0	0.0	1	1.8	13	4.4	6	3.9
		脂質異常	●	6	1.1	0	0.0	3	5.5	2	0.7	1	0.6
		計		26	4.8	0	0.0	4	7.3	15	5.1	7	4.5
	該当者	高血糖	●	2	0.4	0	0.0	0	0.0	2	0.7	0	0.0
		高血圧	●	2	0.4	0	0.0	0	0.0	1	0.3	1	0.6
		脂質異常	●	14	2.6	2	5.6	1	1.8	6	2.0	5	3.2
		計		8	1.5	0	0.0	2	3.6	5	1.7	1	0.6
	計		26	4.8	2	5.6	3	5.5	14	4.7	7	4.5	

高血糖（空腹時血糖100mg/dl以上又はHbA1c5.6%以上） 高血圧（正常値以上 収縮期血圧130mmHg以上又は拡張期血圧85mmHg以上）
脂質異常（LDLコレステロール120mg/dl以上又はHDL40mg/dl未満又は中性脂肪150mg/dl以上）

予備群：腹囲が基準以上+高血糖、高血圧、脂質異常のうち1つ該当
該当者：腹囲が基準以上+高血糖、高血圧、脂質異常のうち2つ以上該当

出典：KDBシステム（様式6-8より）

(2) 血糖・血圧・脂質の特定健診結果（平成 28 年度）

① 血糖（HbA1c）の検査結果

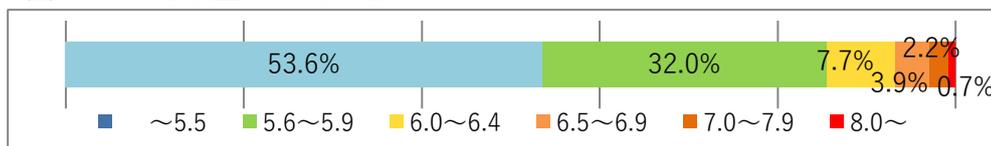
糖尿病の治療中でも、合併症予防のための目標値の HbA1c が 7.0 以上で、コントロール不良とされる者 27 人（5.0%）に対しては、医療機関と連携しながら支援が必要です。

表 7 血糖検査結果の内訳

HbA1c (NGS 値)	人数 (割合)	生活習慣病の治療の有無	
		治療なし	治療中
～5.5	550 (53.6%)	315 (64.3%)	235 (43.7%)
5.6～5.9	329 (32.0%)	149 (30.4%)	180 (33.5%)
6.0～6.4	79 (7.7%)	20 (4.1%)	59 (11.1%)
6.5～6.9	40 (3.9%)	4 (0.8%)	36 (6.7%)
7.0～7.9	23 (2.2%)	1 (0.2%)	22 (4.1%)
8.0～	6 (0.7%)	1 (0.2%)	5 (0.9%)

出典：茶っとシステム（健診データ加工）

図 11 血糖検査結果別割合



② 血圧の測定結果

脳血管疾患の発症リスクの一つである血圧Ⅱ度以上の人は、99 人（9.6%）見られます。

表 8 血圧測定結果の内訳

血圧分類	人数 (割合)	生活習慣病の治療の有無	
		治療なし	治療中
正常血圧	404 (39.3%)	236 (48.2%)	168 (31.2%)
正常高値	227 (22.1%)	102 (20.8%)	125 (23.2%)
I 度高血圧	298 (29.0%)	125 (25.5%)	173 (32.2%)
Ⅱ度高血圧	98 (9.5%)	27 (5.5%)	71 (13.2%)
Ⅲ度高血圧	1 (0.1%)	0 (0.0%)	1 (0.2%)

出典：茶っとシステム（健診データ加工）

図 12 血圧測定結果別割合



成人における血圧値の分類（mmHg）

分類	収縮期	拡張期
正常血圧	129 以下	かつ 84 以下
正常高値	130～139	または 85～89
I 度高血圧	140～159	または 90～99
Ⅱ度高血圧	160～179	または 100～109
Ⅲ度高血圧	180 以上	または 110 以上

③ 脂質（LDL コレステロール）の検査結果

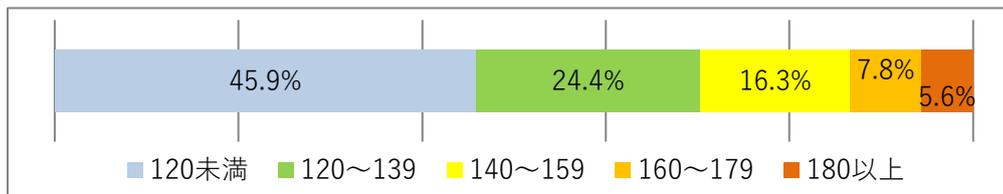
医療受診が必要なLDL コレステロール値が180以上の者が57人（5.6%）見られます。そのうち、約半数の方は、医療機関未受診です。

表9 LDL コレステロール検査結果の内訳

LDL コレステロール	人数（割合）	生活習慣病の治療の有無	
		治療なし	治療中
120未満	471（45.9%）	196（40.0%）	275（51.2%）
120～139	251（24.4%）	127（25.9%）	124（23.1%）
140～159	168（16.3%）	93（19.0%）	75（14.0%）
160～179	80（7.8%）	43（8.8%）	37（6.9%）
180以上	57（5.6%）	31（6.3%）	26（4.8%）

出典：茶っとシステム（健診データ加工）

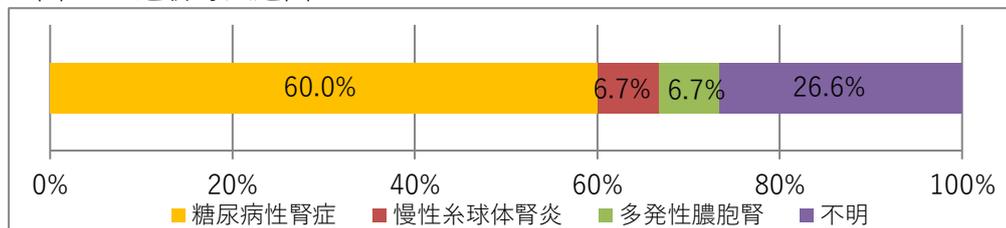
図13 LDL コレステロール結果別割合



(3) 人工透析患者の状況

人工透析患者数15人（平成29年12月末時点）の透析導入起因をみると、糖尿病性腎症が6割を占め、慢性糸球体腎炎、多発性膿胞腎が原因となった者は少数となっています。さらに、医療費分析では、平成28年に1年間継続して透析を受けた患者の医療費は、一人当たり年間、5,455,353円となっています。

図14 透析導入起因

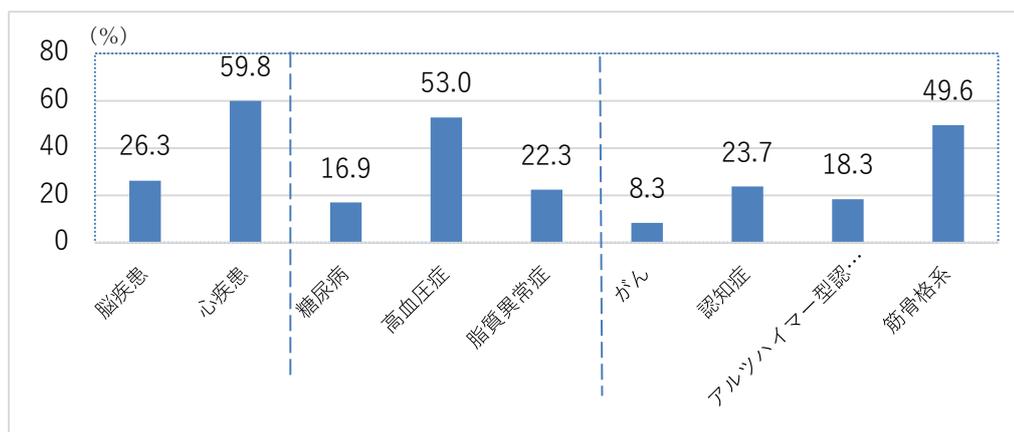


(4) 介護保険の状況

① 介護認定を受けている方の医療の状況

介護認定を受けている方の医療の状況は、心疾患(59.8%)、高血圧症(53.0%)、筋骨格系疾患(49.6%)が多い状況です。

図 15 何の疾患で医療を受けているか

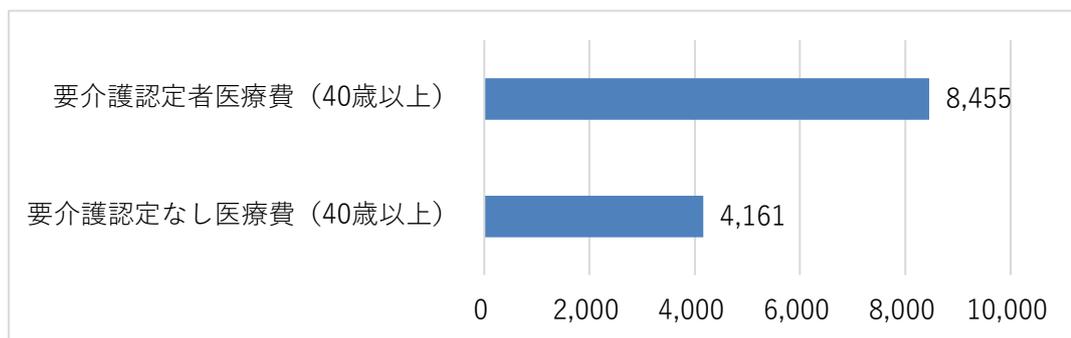


出典：KDBシステム（地域の全体像の把握より）

② 介護認定を受けている人と受けていない人の医療費の比較

介護認定を受けている人の医療費は、受けていない人より 4,294 円高く、引き続き特定健診による生活習慣病予防、特に重症化予防のため高血糖、高血圧、脂質異常症予防に取り組んでいく必要があります。

図 16 要介護認定有無による医療費の比較



出典：KDBシステム（地域の全体像の把握より）

※集計は、KDBデータに基づき行っており、事業報告とは一致しません。

2、分析結果から見た健康課題

- 本町の一人当たり医療費を県平均と比較すると高く、年々増加傾向に推移しており、被保険者の年齢構成の高齢化が影響していると考えられます。加えて、受診率は低いことから、重症化してから医療機関を受診するため、医療費が高くなっていることも予測されます。
- 月 200 万円以上の高額となる疾患の内、虚血性心疾患が全体件数の 61.9%を占めています。また、予防可能な疾患の脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析の基礎疾患を見ると、糖尿病が 49.2%、高血圧が 82.2%、脂質異常が 62.5%となっています。
- 生活習慣病患者数は、国や県、本町と同規模保険者と比較すると、高血圧症と筋・骨格疾患については、いずれも上回っています。糖尿病については、県や同規模市町を若干下回るものの、国を上回っています。
- 特定健診の受診率は緩やかに増加しています。特定健診受診者と未受診者の一人当たり医療費を比較すると、特定健診受診者の医療費が低くなっています。それに対し、健診未受診者の一人当たり医療費は高くなっています。健診未受診で重症化してから医療機関を受診するケースや継続的に医療機関受診をしているため、健診を受けないケースがあります。
- 特定健診受診者の状況は、40～50 歳代の受診者が少ない状況です。また、40 歳代男性の受診者の中には、すでにメタボリックシンドローム該当者がいます。
- 特定健診未受診者のうち、577 人（23.6%）が特定健診も医療機関受診もしていないため、健康状態の把握ができないう状況です。
- 特定健診受診者のうち、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の者は、男性では 40.5%、女性では 9.6%見られます。
- 糖尿病の検査結果では、糖尿病治療中でも、合併症予防のための目標 HbA1c の値が 7.0 以上で、コントロールの不良とされる者は、27 人（5.0%）見られます。
- 血圧の検査結果では、脳・血管疾患発症リスクが高くなる血圧Ⅱ度以上の人は、99 人（9.6%）見られます。
- 脂質（LDL コレステロール）の検査結果では 180 以上の未治療者が多い傾向にあります。
- 透析患者の透析導入起因は糖尿病性腎症が最も多く、6 割を占めています。
- 要介護認定者の医療の状況では、心疾患、高血圧に続き、筋骨格系疾患に伴う受診が多く、生活習慣病予防とともに、フレイル予防の必要性があります。

第4章 保健事業の目的及び目標

1、目的

特定健診を受診することの必要性を認識してもらい、自分の健康状態を確認しながら、生活習慣病・重症化予防に努めることにより、健康寿命が延びることを目的とします。

2、目標

1) 目標値

内 容	目 標					
	2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度	2022 年度	2023 年度
特定健診受診率の増加(法定報告)	44%	46%	48%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率(終了率)の増加(法定報告)	50%	52%	54%	56%	58%	60%
HbA 1 c7.0%以上の者の割合の減少	2.5%	2.0%	2.0%	1.5%	1.5%	1.0%
高血圧Ⅱ度以上の者の割合の減少	8.8%	7.8%	6.8%	5.8%	5.4%	4.8%
LDL コレステロール 180 mg/dl 以上者の割合	4.9%	4.4%	3.9%	3.4%	2.9%	2.4%
メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	25%	25%	25%	25%	25%	25%
ジェネリック医薬品の使用率の増加	72%	74%	76%	78%	79%	80%

2) 中長期的な目標

少子高齢化の進展による高齢者数の増加に伴い、必然的に有病者の数も増加することが予測されることから、医療費そのものを抑制することは難しいため、医療費の伸びを抑えることを目標とします。

また、重症化予防は医療費の適正化にもつながることから、医療費が高額となる疾患や、長期化することで高額となる疾患、介護認定者の原疾患として多い虚血性心疾患、高血圧症を減らしていくことを目標とします。

3) 短期的な目標

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧症、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指します。

第5章 保健事業別の実態と対策

1、特定健診事業

■ 現状と課題 ■

特定健診の受診率は、緩やかに増加傾向にあります。しかし、若い年齢層ほど受診率が低く、受診率の高い年齢層が後期高齢者に移行するため、今後は、受診率の低下が予測されます。

若い世代でも特定健診の結果、糖尿病・高血圧・脂質異常の項目が重複している人が存在しています。特定健診を受診しないなどの、無関心層への働きかけが必要です。

定年退職後は社会保険から国民健康保険へ多くの方が加入しますので、企業とも連携した取り組みが必要です。

■ 方向性 ■

未受診者への働きかけや継続受診の必要性を周知していきます。また、健診等の無関心層への働きかけのため、インセンティブ事業（おたっしゅポイント事業）の継続、および普及啓発を図ります。

また、40歳前から特定健診に関心を持ってもらえるよう若年者健診の充実を図ります。

■ 目標 ■

指標（アウトカム）	策定時		目標	
特定健診受診率の増加(法定報告)	39.4%	2017年	60%	2023年

■ 実施 ■

1) 特定健診の実施

(1) 対象者及び受診者の見込み

	2018年 度	2019年 度	2020年 度	2021年 度	2022年度	2023年 度
対象者数	2,572	2,544	2,526	2,512	2,504	2,490
受診者数	1,132	1,170	1,212	1,256	1,377	1,495

(2) 実施方法・実施期間

特定健診日程及び会場については町のホームページに掲載します。

また、職場等の企業健診の結果の提出を受けた場合は、特定健診を実施したとみなします。

(3) 委託契約の方法、契約書の様式

医師会と市町村国民健康保険側のとりまとめ機関である国民健康保険連合会が集合契約を行います。委託の範囲は、問診、身体計測、採血、検尿、結果通知、健診結果の報告（データ作成）です。契約書の様式については、国の集合契約の様式に準じ作成します。

(4) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、静岡県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

(5) 特定健診の案内方法、受診券の様式

受診率を高めるために、全戸にお知らせを配付すると共に、ホームページに特定健診について掲載します。

特定健診対象者に送付する受診票は受診券を兼ね、対象者には健診実施日の3週間前に受診票を送付します。

(6) 特定健診の計画の見直し

受診率や周知の状況等に応じて毎年評価し、見直しを諮ります。

2) 受診率向上対策

- 特定健診再受診勧奨について、個別通知や電話により受診を促します。
- 追加健診の案内を健診希望の把握できていない人にも案内します。
- 特定健診の案内や広報活動により啓発事業を継続・強化します。
- 退職者へのわかりやすい健診の受診方法を周知します。
- かかりつけ医等との連携により受診率向上対策を図ります。
- 商工会議所等他機関との連携により周知します。
- 健診等の無関心層への働きかけ、インセンティブ事業(おたっしゃポイント事業等)を推進します。
- 健幸アンバサダーによる口コミの支援を行います。

2、特定保健指導事業

■ 現状と課題 ■

平成 28 年度は特定保健指導スタッフの減少により、若干終了率が低下しました。特定保健指導に従事するスタッフの確保が課題です。

また、毎年特定保健指導の対象者となっている方や特定保健指導を拒否される方へアプローチが課題です。

■ 方向性 ■

特定保健指導を特定健診終了後の早い段階からの介入を図ります。

健診結果説明会にて結果を返却しながら、保健指導を実施します。利用者が参加しやすい時間帯に保健指導を実施するなど、実施方法を工夫します。

■ 目標 ■

指標（アウトカム）	策定時		目標	
特定保健指導実施率(終了率)の増加(法定報告)	43.1%	2017年	60.0%	2023年

■ 実施 ■

1) 特定保健指導の実施

(1) 対象者及び指導者数の見込み

	2018年 度	2019年 度	2020年 度	2021年 度	2022年 度	2023年 度
対象者数	226	234	242	251	275	298
指導者数	113	122	131	141	160	179

(2) 実施方法

「標準的な健診・保健指導のプログラム（平成 30 年版）」をもとに、保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実施・評価を行います。

(3) 特定健診指導の資質向上

- ① 保健指導の要望に柔軟に対応できるようスタッフを確保し、体制整備を図ります。
- ② 筋力向上やフレイル予防について指導します。
- ③ 特定保健指導実施者のスキルアップを図り、資質向上に努めます。
- ④ 定期的なケース検討会を開催します。

3、重症化予防事業

■ 現状と課題 ■

中・長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の基礎疾患として、糖尿病・高血圧及び脂質異常症がある人が多く、また基礎疾患が重複している人が多く見られます。

重症化予防対象は、多岐に渡るため優先順位をきめて取り組むことが必要です。また、医療機関への受診勧奨や、受診継続の必要性の指導など医療機関と連携を取る内容も多く、連携を進めるための取り組みがますます必要となります。

糖尿病の改善効果を上げるためには、内服に加えて食生活を含めた生活習慣の改善が必要です。

■ 方向性 ■

各検査項目の重症化予防の対象者に対して、受診勧奨や受診継続確認を行うとともに、医療中断者に対する指導を行います。また、メタボリックシンドローム該当者などの危険リスクが重なっている者への指導など、優先順位をきめて実施します。まずは、国も重点事業としている糖尿病性腎症予防の推進を図ります。

かかりつけ医との連携により、適正な医療受診に結びつけます。

■ 目標 ■

指標（アウトカム）	策定時		目標	
HbA1c7.0%以上の者の割合の減少	2.8%	2017年	1.0%	2023年
高血圧Ⅱ度以上の者の割合の減少	9.6%	2017年	4.8%	2023年
LDL コレステロール 180 mg/dl 以上の者の割合	5.6%	2017年	2.4%	2023年
メタボリックシンドローム該当及び予備群該当者の割合における減少率	25%	2017年	25%	2023年

■ 対策 ■

健康寿命の延伸や健康格差の縮小のため、重症化した疾患を防ぐために、優先順位を決めて取り組みます。町の健康課題や国の情勢に応じて事業評価を改善します。

1) 糖尿病性腎症重症化予防

(1) 対象者の明確化

対象者の選定にあたっては、静岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを参考に抽出対象者を以下としますが、評価により見直しをしていきます。

ア) ハイリスク者 : ①②の両方を満たす者で上記の該当者以外の者

①空腹時血糖 126mg/dl (随時血糖 200mg/dl) 以上または HbA1c6.5%以上の者

②検尿試験紙で尿蛋白 2 + 以上、または e G F R が下記に該当する者

- ・ eGFR 60ml/分/1.73 m²未満 (50 歳未満)
- ・ eGFR 50ml/分/1.73 m²未満 (50 歳以上 70 歳未満)
- ・ eGFR 40ml/分/1.73 m²未満 (70 歳以上)

以上のうち、CKD 診療ガイドによる C K D 重症度分類の「赤」「オレンジ」に該当する者（「赤」は、高度低下・末期腎不全を除く）を最優先で指導する。

イ) 医療機関未受診者及び糖尿病治療中断者

空腹時血糖 126mg/dl (随時血糖 200mg/dl) 以上または HbA1c6.5%以上で、糖尿病治療をしていない者 (70 歳未満)

前年度対象者で今年度の特定健診未受診者へのかかわりは今後検討します。

(2) 介入方法

糖尿病未治療者へは、保健指導や医療機関の受診勧奨を実施します。保健指導時に医療機関受診がされていない場合は後日受診確認を行います。

指導内容により、医療機関と連携した保健指導に努めます。

指導には、糖尿病治療ガイド、C K D 診療ガイド等を参考に作成した保健指導教材等を活用します。

腎機能低下者については、定期的なケース検討、かかりつけ医との連携により、改善に向け継続的に支援します。

また、ポピュレーションアプローチとして、C K D (慢性腎臓病) 予防講演会等の開催により予防方法の周知を図ります。

2) 脳血管疾患重症化予防

脳血管疾患重症化予防の取組みに当たっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づき進めます。

Ⅱ度高血圧以上の指導や医療機関受診中のメタボリックシンドローム該当者の指導について、ケース検討を行い、効果的な個別指導に努めます。

医療機関受診中の指導に際しては、医療機関との連携が不可欠となるため、医療機関と連携した保健指導の検討を行います。

3) 虚血性心疾患重症化予防

虚血性心疾患は、メタボリックシンドロームによるものと、LDL コレステロールによるものに分けることができます。メタボリックシンドロームによる動脈硬化は、内臓脂肪の蓄積が第一の原因ですが、LDL コレステロールによるものは、内臓脂肪の蓄積がなくても直接血管に影響を及ぼします。

メタボリックシンドロームに該当する者は特定保健指導対象者が多いですが、LDL コレステロールのみ高い者は特定保健指導に該当しないため、LDL コレステロールの高い者の指導の検討が必要になります。

また、動脈硬化病変は血管内膜のプラークが形成されやすいため、頸動脈超音波検査の実施について医療機関との検討が必要です。

4) その他

- 生活習慣病の重症化予防に向けた情報提供を行います。
- 医療受診を中断した者への適切な医療受診の勧奨を行います。

4、医療費適正化事業

1) ジェネリック医薬品利用促進

■ 現状と課題 ■

ジェネリック医薬品の利用促進を目的として、ジェネリック医薬品希望シールの配布と差額通知（年2回）を実施しています。利用率は、目標の達成に至っていません。

■ 方向性 ■

ジェネリック医薬品の普及促進を行うことにより、被保険者の負担軽減や医療保険全体の医療費の抑制につながることから、さらなる利用率の向上に向けて、差額通知の対象拡大など、より効果的な通知方法を検討していきます。

■ 目標 ■

指標（アウトカム）	策定時		目標	
ジェネリック医薬品の利用率の増加	70.7%	2017年	80%	2023年

■ 対策 ■

- ジェネリック医薬品の使用状況を把握した上で、通知対象となる医薬品の拡大や対象者の年齢等を考慮したより効果的な差額通知の実施
- ジェネリック医薬品希望シール及びカードの配布
（被保険者証更新(9月末)時にシール等同封、資格取得時に配布）
- 広報誌やホームページでの効果的な周知

2) 頻回受診・重複受診者の保健指導

レセプト等情報を活用して、頻回受診者への訪問を実施しています。

重複受診者については、同じ内科系の医療機関でも消化器が専門や循環器が専門等、目的にあった医療機関を受診している人が多く見られます。同一疾患で複数の医療機関を受診し、薬効の同じ薬の処方を受けている場合は、かかりつけ薬局を持つことを勧め、関係機関と連携して、適切な受診の指導を行います。

5、地域包括ケアの構築

■ 現状と課題 ■

団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる2025年（平成37年）を見据え、可能な限り住み慣れた地域で自分らしく人生の最後まで生活できるよう、地域包括ケアシステム（医療、介護、予防、住まい、自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制）を構築することが求められています。

地域包括ケアシステム構築のためには、地域における支え合いや認知症施策の推進、在宅医療と介護の連携の推進に加え、介護予防と健康づくりに取組み、健康寿命を延ばすことが重点施策と位置付けられています。

■ 方向性 ■

保険者として生活習慣病予防や医療費適正化事業に取り組むことで、地域包括ケアシステムの構築においての役割を担っていきます。

また、健康寿命の延伸のため、寝たきり予防、閉じこもり予防の基本として、筋力の向上やフレイル予防に努めます。

第6章 計画の推進に向けて

1、計画の評価・見直し

計画に掲げる目標の達成状況及び実施状況に関する総合的な評価は、計画の最終年度（2023年度）に実施します。また、計画期間中においても、各事業の実施状況等によって、取組内容やスケジュール等をP D C Aサイクルに沿って適宜見直します。

2、計画の公表・周知

本計画を推進するため、本町ホームページで公表するなど、広く町民に周知します。

3、個人情報の取扱い

1) 基本方針

南伊豆町国民健康保険における個人情報の取扱いは、次の法令等に定めるところに従い、適正に管理します。

- (1) 南伊豆町個人情報保護条例（平成17年南伊豆町条例第9号）
- (2) 南伊豆町個人情報保護条例施行規則（平成17年南伊豆町規則第13号）
- (3) 医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス
（平成29年4月14日厚生労働省）
- (4) 健康保険組合等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
（平成16年12月27日厚生労働省）
- (5) 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
（平成17年4月1日厚生労働省）
- (6) 匿名データの作成・提供に係るガイドライン（平成24年8月31日総務省）

2) 電子媒体の安全管理

保健事業で得られる電子データは、次に定めるところに従い、安全に管理します。

- (1) 南伊豆町情報セキュリティポリシー（平成15年作成）
- (2) 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン（平成17年3月厚生労働省）
- (3) 匿名データの作成・提供に係るガイドライン（平成24年8月31日総務省）

3) 利用の目的

保健事業で得られる個人情報、データの点検並びに保健指導、評価及び分析のために利用します。

4) 目的外利用又は第三者への提供

保健事業で得られる個人情報、次に掲げる場合を除き、目的外に利用し、又は第三者に提供しません。

- (1) 法令等の規程に基づくとき。
- (2) 本人の同意があるとき。
- (3) 人の生命、健康、生活又は財産を保護するため、緊急かつやむを得ないと認められるとき。
- (4) 南伊豆町個人情報保護審査会の意見を聞いた上で、公益上の必要その他相当な理由があると町長が認めたとき。

5) 匿名化による利用等

保健事業で得られる個人情報を含むデータを、目的外に利用し、又は第三者に提供する場合において、4)の(1)～(4)までに該当しないときは、個人情報を匿名化して利用し、又は提供します。

6) 委託する場合の保護措置

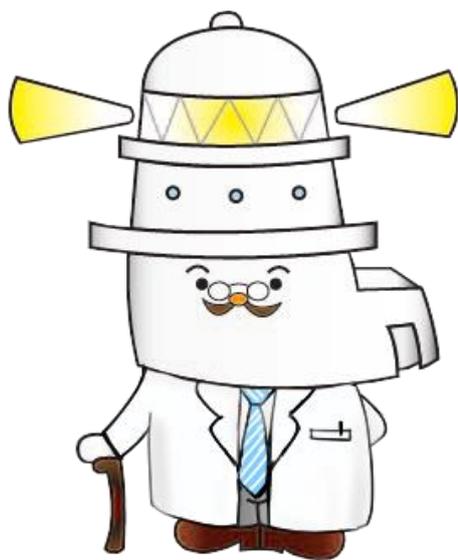
保健事業に関する業務を委託する場合は、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定めます。

參考資料

◎用語解説

用語	説明
特定健康診査	生活習慣病を引き起こすメタボリックシンドロームを早期に発見するため、平成 20 年度に始まった健康診査。腹囲や身長、体重、血圧、血液などを検査し、基準以上の場合（腹囲なら男性 85 センチ、女性 90 センチ以上）、食生活や運動習慣について指導を受ける対象になります。
特定保健指導	対象者が自分の健康状態を自覚し、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にすることを目的に、栄養士や保健師が専門的なアドバイスをする機会を指す。特定健康診査の結果により、「動機付け支援」「積極的支援」の階層に該当した人に対してのみ実施されます。
メタボリックシンドローム	肥満・高血糖・高中性脂肪血症・高コレステロール血症・高血圧の危険因子が重なった状態です。基礎疾患が複合することによって糖尿病・心筋梗塞・脳卒中等の発症リスクが高まります。
メタボリックシンドローム予備群	メタボリックシンドロームの診断基準には達しないが、減量によりリスクが改善する肥満を「メタボリックシンドローム予備群」と位置づけられます。具体的には、a. 腹囲は基準値以上だが、糖代謝、脂質代謝、血圧の異常が 1 項目までのもの。b. 腹囲は基準値以下だが、BMI 25 以上で、上記リスクを 1 項目以上有するものを予備群（境界型）をさします。
リスク因子	危険因子とも呼ばれる。ここでは生活習慣病のリスク因子として高血圧、脂質異常、高血糖を指します。
BMI	ボディ・マス・インデックス(Body Mass Index)の略です。 「体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)」で算出されます。肥満度を測るための国際的な指標であり、医学的に最も病気が少ない数値として 22 を「標準体重」とし、18.5 未満なら「低体重」、18.5 以上 25 未満を「普通体重」、25 以上を「肥満」としています。
収縮期血圧	動脈内の圧は心周期に一致して変動しますが、その最小値であり、心臓が拡張したときの血圧です。
拡張期血圧	心室が収縮したときの血圧であり、普通は動脈、とくに上腕部の動脈の血圧を計ります。
中性脂肪	肝臓で作られる脂質の一種です。体を動かすエネルギー源であり、体温を一定に保つ役割があります。余分なエネルギーはほとんどが中性脂肪として蓄えられ、蓄えが多くなりすぎると脂肪肝や肥満の原因となります。
HDL コレステロール	善玉コレステロールとも呼ばれ、体の隅々の血管壁に溜まった余分なコレステロールを抜き取って肝臓に運ぶ機能があります。動脈硬化等を防ぐ役割があります。
LDL コレステロール	悪玉コレステロールとも呼ばれ、肝臓から血管にコレステロールを運ぶ機能があります。数値が高くなると、血管に沈着して動脈硬化の原因になります。
空腹時血糖	糖尿病を診断するために用いられる空腹時(食後 8～12 時間)の血糖値です。
HbA1c	糖化ヘモグロビンの一種であり、ヘモグロビンA1cとも表記します。ヘモグロビンが血中のブドウ糖と結合したものは糖化ヘモグロビンまたはグリコヘモグロビンと呼ばれ、その一つが糖尿病の検査マーカーとして用いられる HbA1c です。血中の余分なブドウ糖が増えるとヘモグロビンと結合する HbA1c も増加して蓄積されますが、HbA1c は血糖値とは異なり食事や運動の影響を受けにくく、測定時点より 1～2 カ月前の平均血糖値と関連します。

AST (GOT)	Glutamic-oxaloacetic transaminase(グルタミン酸オキサロ酢酸トランスアミナーゼ)の略で、アミノ酸の合成に必要な酵素のことをいいます。主に肝臓、骨格筋等に含まれ、それらの細胞に障害があると血液中に出て、数値が高くなります。
ALT (GPT)	Glutamic pyruvic transaminase (グルタミン酸ピルドン酸トランスアミナーゼ)の略で、アミノ酸の合成に必要な酵素のこと。肝臓に多く含まれ、肝臓病(急性・慢性肝炎・脂肪肝・アルコール性肝炎等)等が原因でこの数値が高くなります。
γ-GTP (ガンマ-GTP)	肝胆系の病気の診断のための血液検査のこと。GOT・GPTと同じくたんぱく質を分解する酵素の1つです。γ-GTPは、アルコールや薬剤等が肝細胞を破壊したときや、結石・がん等で胆管(肝臓で作られた胆汁を十二指腸まで流すための管のことです)が閉塞したときに血中に流出し、高い値になります。とくにアルコール性肝疾患の診断に用いられます。
血色素量 (ヘモグロビン)	1ccの血液中の赤血球の中に含まれる血色素の量を調べる検査のこと。赤血球に含まれる鉄分とたんぱくが結合した物質で、値が低いと貧血とわかるが、貧血のタイプを調べるにはさらに詳しい血液検査を要します。
医療費の適正化	高齢化社会の進展にあたって、医療費の伸びが課題とならないよう、糖尿病等の患者・予備群の減少、平均在院日数の短縮を図るなどの取組やその取組の目標を指します。
KDB	国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種制度の審査支払業務及び保険者事務共同電算業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療(後期高齢者医療含む)」、「介護保険」等に係る情報を利活用し、統計情報等を保険者向けに情報提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保険事業の実施サポートをすることを目的として構築されたシステムです。
特定健康診査等 実施計画(第2期)	保険者が特定健康診査及び特定保健指導の実施方法に関する基本的な事項、特定健康診査及び特定保健指導の実施並びにその成果に係る目標に関する基本的事項について定める計画書を指します。
ジェネリック 医薬品	新薬の特許期間が満了後、厚生労働省の承認を得て製造・販売される薬。新薬に比べて開発費が大幅に削減できるため、新薬と同じ有効成分・同等の効き目でありながら、お薬の価格を低く抑えることが可能です。
フレイル	加齢とともに心身の活力(運動機能や認知機能等)が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱性が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像を指します。
健幸アンバサダー	健康づくりに関する正しい知識や情報を学んで、周囲の人に伝える人を指します。健康づくりを始めるきっかけとして、身近な人からの口コミが有効といわれ、養成研修により人材育成されています。
インセンティブ 事業	健康づくりに無関心な層にインセンティブ(特典)を与えることで、健康づくりのきっかけづくりや、継続しやすい環境を作ることを目的とした事業。
おたっしゅポイント 制度	「健康づくり活動」「まちづくり活動」「介護支援活動」を実践した方に、ポイントを付与し、たまったポイント数に応じて、町内で使用可能な商品検討交換することができる制度。



南伊豆町