

美郷町国民健康保険第2期データヘルス計画
(第3期特定健康診査等実施計画)

平成30(2018)年3月

島根県美郷町

第1章	保健事業実施計画（データヘルス計画）基本的事項	P. 1
1.	背景・目的	
2.	データヘルス計画の位置づけ及び計画期間	
3.	実施体制・関係者連携	
第2章	美郷町の現状の整理	P. 3
1.	地域の特性	
2.	前期計画等に関わる考察	
第3章	健康・医療情報等の分析と健康課題の抽出	P. 10
1.	特定健診等の状況	
2.	医療情報の状況	
3.	介護保険の状況	
4.	健康課題の抽出・明確化	
第4章	第2期データヘルス計画	P. 38
1.	目標の設定	
2.	保健事業の内容	
第5章	特定健康診査、特定保健指導に関する分析と事業内容 （第3期特定健康診査等実施計画）	P. 44
1.	達成しようとする目標	
2.	特定健診等の対象者	
3.	特定健診等の実施方法	
4.	年間スケジュール、今後の予定	
第6章	計画の評価・見直し	P. 51
第7章	第2期データヘルス計画の公表・周知に関する事項	P. 51
第8章	個人情報保護に関する事項	P. 52
第9章	その他の計画策定にあたっての留意事項	P. 52

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）基本的事項

1. 背景・目的

近年、特定健康診査及び後期高齢者に対する特定健康診査（以下「特定健診等」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（以下「KDB」という。）等の整備により、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）美郷町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準備が進んでいます。

こうした中、平成25（2013）年6月14日に閣議決定された「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の分析、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「計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。

これまでも、美郷町においては、レセプト等や統計資料等を活用することにより、「特定健康診査等実施計画（以下「特定健診等実施計画」という。）」の策定の見直し、その他の保健事業を実施してきたところです。今後は、更なる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを活用しながら、被保険者をリスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことなどが求められています。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）¹（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・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・評価・改善等を行うものとししました。

¹ 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（2004）年厚生労働省告示第307号）、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成26（2014）年厚生労働省告示第141号）

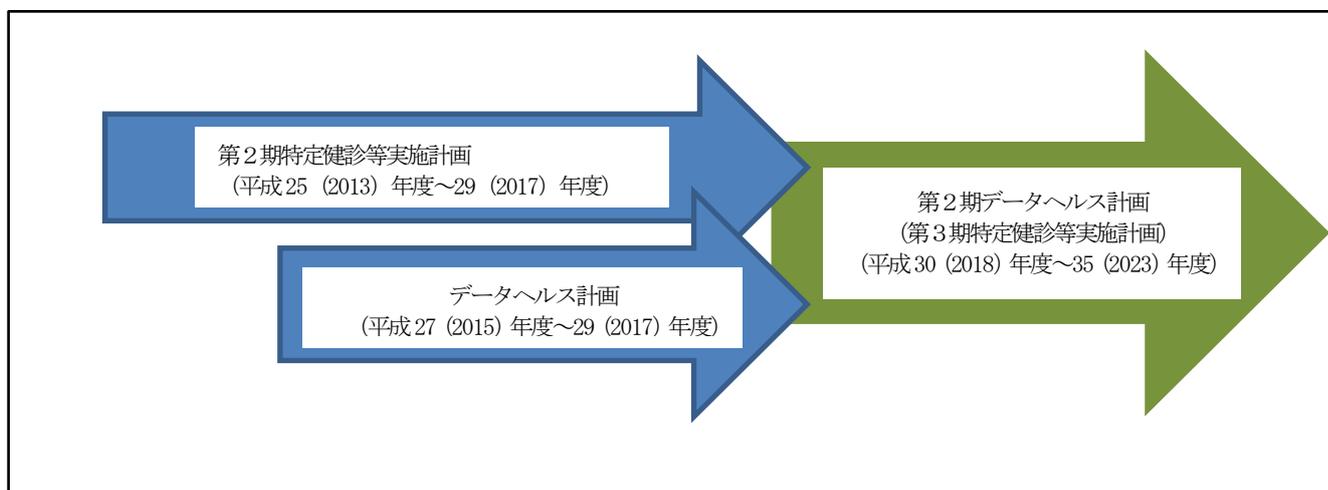
2. データヘルス計画の位置づけ及び計画期間

保健事業の実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が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、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、P D C Aサイクルに沿って運用するものです。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」²を踏まえるとともに、「健康長寿しまね推進計画（第2次）」及び「美郷町第2次健康づくり計画」で用いた評価指標を用いるなどそれぞれの計画との整合性を図ります。

計画期間については、「計画」に「第3次美郷町健康診査等実施計画」を入れ込むため平成30（2018）年度から平成35（2023）年度までの6年計画とします（図1）。

（図1）計画期間



3. 実施体制・関係者連携

計画は、健康福祉課健康推進係が主体となり策定します。その際、福祉事務所や包括支援センター、保険担当課とも連携していきます。

また、計画の策定支援や個別の保健事業実施評価において支援・評価委員会による支援・評価を受け策定します。

² 現行方針は、平成25（2013）年度から同34（2022）年度までの「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本21（第二次））を推進するものであり、健康寿命の延伸と健康格差の縮小等を基本的な方針としている」

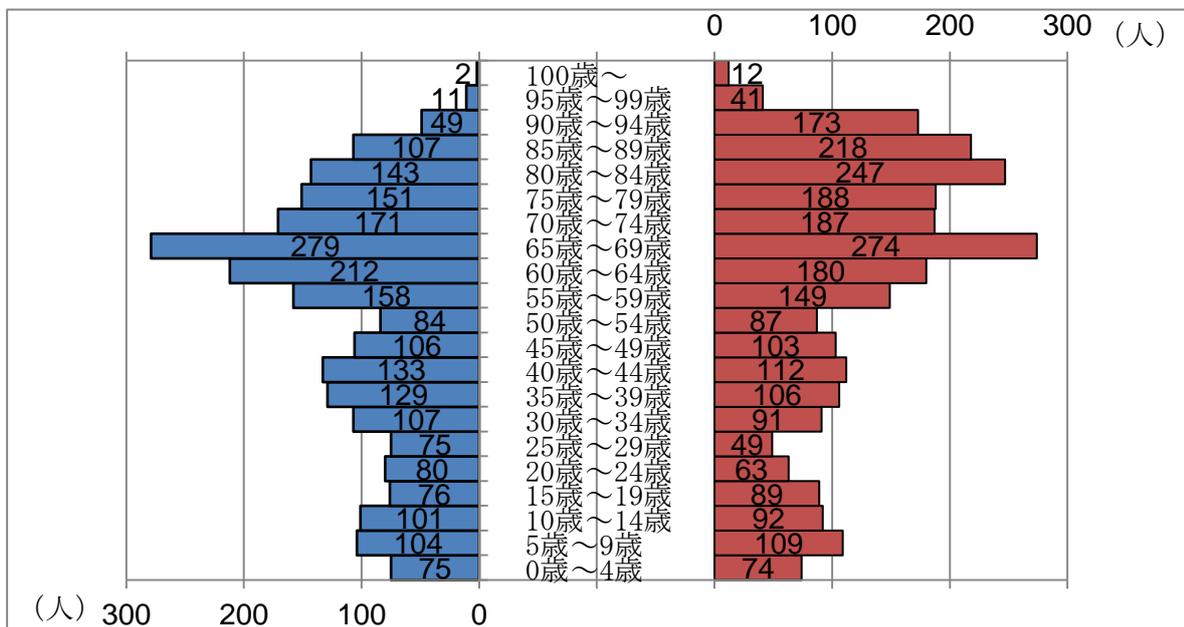
第2章 美郷町の現状の整理

1. 美郷町の特性

1) 年齢構成

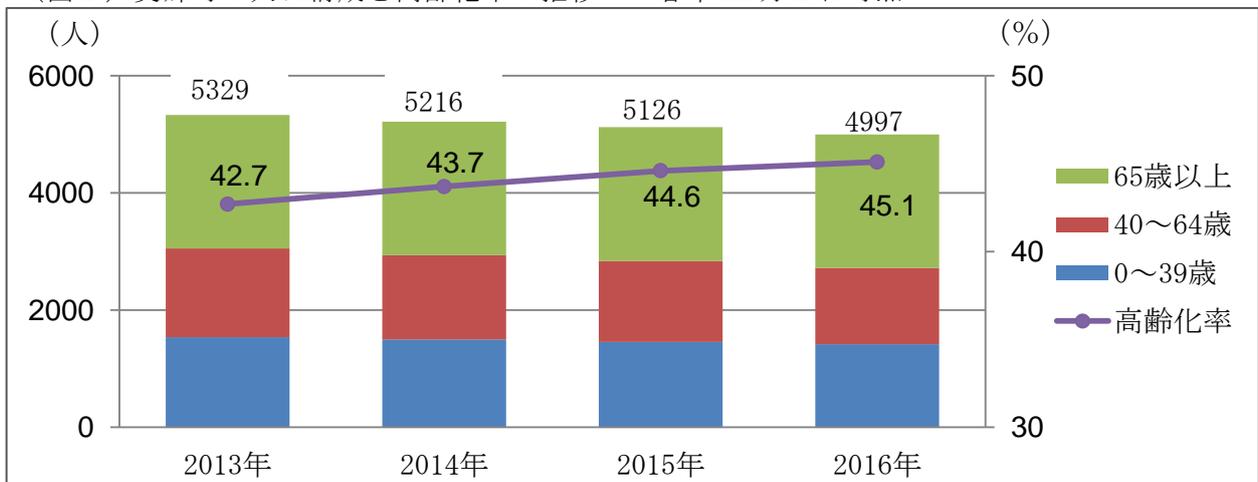
平成28(2016)年10月1日現在の人口は、男性が2,353人、女性が2,644人の計4,997人であり、年々人口は緩やかに減少を続けています。男性、女性ともに65～69歳の人口が最も多く、70歳代以降は女性の人口が男性を上回っています。高齢化率は増加傾向で、平成28(2016)年度は45.1%となりました(図2、3)。

(図2) 美郷町の人口ピラミッド 平成28(2016)年10月1日時点



資料：住民基本台帳

(図3) 美郷町の人口構成と高齢化率の推移 各年10月1日時点



資料：住民基本台帳

2) 国保の状況

美郷町の平成 28（2016）年 10 月 1 日現在の人口は、4,997 人です。平成 28（2016）年度の国保世帯数は 793 世帯、国保被保険者数は 1,188 人で、国保加入率は 23.8%でした。

経年の状況をみると、人口が減るにつれて国保被保険者数も減っていますが、国保加入率は変化していない状況です（表 1）。

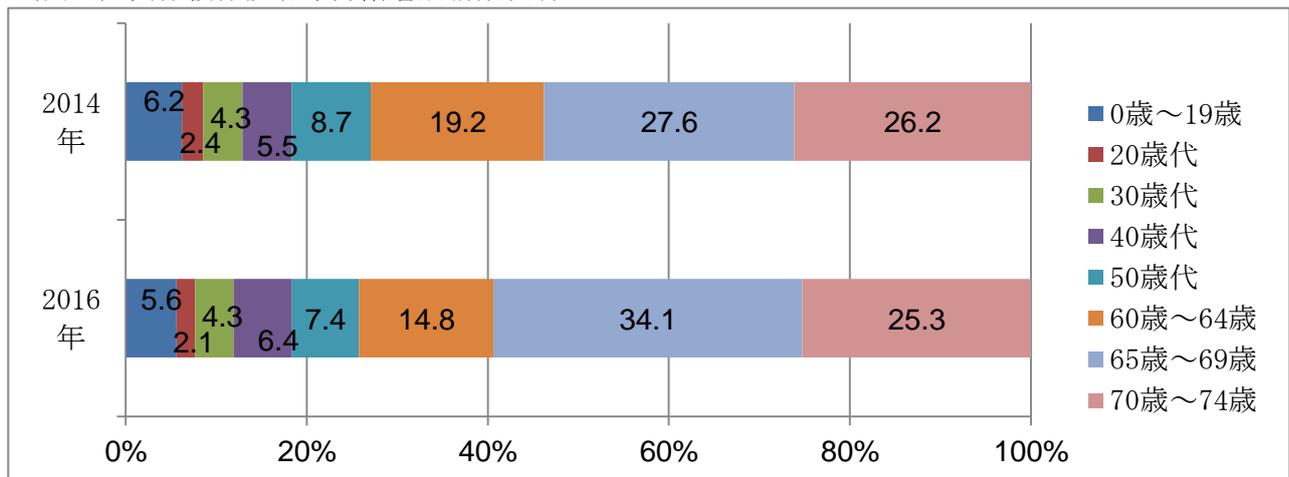
被保険者数を年齢階層別にみると、国保加入者の中で 60～64 歳の割合が減っています。しかし、65～74 歳の割合は 53.8%から 59.4%と増加しており、国保加入者の 6 割は 65 歳以上です。このような年齢構成の変化が国民健康保険医療費の増加の大きな要因と考えられます（図 4）。

（表 1）国保加入状況

	2014 年度	2015 年度	2016 年度
人口（人）	5,216	5,126	4,997
国保世帯数（世帯）	804	802	793
国保被保険者数（平均）（人）	1,233	1,219	1,188
一般被保険者（人）	1,118	1,113	1,116
退職被保険者（人）	115	106	72
国保加入率（%）	23.6	23.8	23.8

資料：住民基本台帳

（図 4）国保被保険者年齢階層別構成割合



資料：住民基本台帳 国民健康保険年齢別被保険者集計表

3) 平均寿命と健康寿命の状況

美郷町の平均寿命³は、男女ともにやや伸びてはいますが、島根県や大田圏域に比べると短く、特に男性では県よりも1.68歳も短い状況にあります(表2)。

美郷町では健康寿命を表す考え方として、65歳平均自立期間⁴を用いています。美郷町の65歳平均自立期間は、男女ともにやや伸びてはいますが、島根県や大田圏域に比べると短く、特に女性では県よりも0.95歳短い状況にあります(表3)。

(表2) 平均寿命の推移

(2011年：2009年～2013年 2012年：2010年～2014年 2013年：2011年～2015年 5年平均)

平均寿命	性別	2011年	2012年	2013年
美郷町	男性	77.60	77.53	78.45
	女性	85.30	85.65	86.31
島根県	男性	79.60	79.85	80.13
	女性	86.72	86.81	87.01
大田圏域	男性	79.10	79.58	79.97
	女性	86.24	85.72	86.33

資料：島根県健康指標データシステム

(表3) 65歳平均自立期間の推移

(2011年：2009年～2013年 2012年：2010年～2014年 2013年：2011年～2015年 5年平均)

65歳平均自立期間	性別	2011	2012	2013
美郷町	男性	15.63	15.96	16.72
	女性	19.40	19.72	20.04
島根県	男性	17.10	17.28	17.46
	女性	20.72	20.82	20.92
大田圏域	男性	16.95	17.13	17.43
	女性	20.66	20.77	20.99

資料：島根県健康指標データシステム

³ 平均余命は、基準となる年の死亡状況が今後変化しないと仮定したときに、各年齢の者が平均的にみて今後何年生きられるかという期待値をあらわしたものをいいます。特に、0歳の平均余命を平均寿命といいます。

⁴ 島根県では、介護保険の介護認定データを基に要介護者割合を算出し、生命表に割り当てることで平均自立期間(無障害平均余命)を算出しています。なお、要介護者割合は介護度2から介護度5の者を用いています。

2. 前期計画等に関わる考察

平成 27（2015）年度に策定した第 1 期美郷町データヘルス計画では、1～3 次予防及び脳卒中発症・再発防止に分け、それぞれ保健事業を取り組んできました。

計画策定後にも実施方法の検討等を行ってきましたが、短期的目標や中長期目標は達成していない項目も多くあります。

1) 健康増進に向けたポピュレーションアプローチ⁵

目 的	住民の健康意識を高め、生活習慣病の発症を予防する
概 要	様々な活動団体、関係機関と連携した活動の実施
対象者	全住民（特に 50～60 代男性）
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ① ウォーキング 年 3 回、各自治会と共催し開催。ウォーキング後はスープ等のおもてなしを実施 ② 関係機関（交流センターや自治会等）と連携した健康教育 ③ ホームページや広報誌による広報活動（健康増進に関する内容や検診の日程等）
実 績	<ul style="list-style-type: none"> ① ウォーキング 2016 年度 年 3 回 参加者述べ 43 名 ② 健康教育 2016 年度 年 42 回 参加者述べ 439 名 ③ 広報 2016 年度 広報誌 11 回掲載
評価・課題	<ul style="list-style-type: none"> ① 休日開催により働き盛り世代や若い方の参加もあったが、参加者の減少や固定化により、2017 年度から中止した。今後は特に男性の運動習慣の確立への方法について検討が必要である。 ② 2014 年度から 2 会場で外部講師を招き料理教室を開催したが、参加者の減少や固定化等により、2017 年度から中止した。活動団体や関係機関と連携した教室は継続して実施する。また、壮年期男性が参加しやすい教室の検討を行っていく必要がある。 ③ 広報誌については掲載しているが、内容について今後検討していく。また、ホームページ等の掲載にも力を入れていく必要がある。

⁵ ポピュレーションアプローチとは、集団全体に働きかけることにより、集団全体の健康障害のリスクを少しずつ軽減させ、よい方向にシフトさせることであり、これまでも町民運動としての展開を図ってきた健康づくりに関する普及啓発などが該当します。

2) 特定健診の受診率、精検受診率の向上（未受診者対策）

目 的	被保険者が健診の必要性を認識し、生活習慣病の早期発見・早期治療に結び付けることで、重症化予防を行う。
概 要	未受診者への受診勧奨の強化
対象者	40～74歳の国保被保険者
実施内容	<p>① 特定健診実施状況</p> <p>集団健診：6～8月 4日2会場 人間ドック：5～2月 3医療機関と集団1回 個別医療機関での健診：8～12月 8機関</p> <p>② 実施内容</p> <p>集団健診</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 保健班長による健診申込書の取りまとめや受診勧奨 ・ 3年以上の健診未受診者かつ1年間の医療機関無受診者を作成し、地区担当保健師が電話や訪問により受診勧奨を実施 ・ 魅力ある健診として2017年度よりピロリ菌等の検査を導入 <p>人間ドック</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 一般健診や脳ドック等の助成金額の変更 <p>個別健診</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 個別医療機関の増加・個別健診について、健診受診を医師からも勧奨してもらうよう依頼 ・ 医療機関の増加（2017年度1医療機関追加） <p>その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 産業保健会加入事業所からの特定健診の情報提供
実 績	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診受診率 2015年度：49.2%、2016年度：45.1% ・ 集団健診受診者数 2015年度：367人、2016年度：318人、2017年度：299人
評価・課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受診者数では、ドック、個別健診、事業所からの情報提供の人数は変わらないが、集団健診の受診者数は2016年度より減少している。魅力ある集団健診の取組について検討が必要である。 ・ 生活習慣病治療中のため健診を受診しない方も多。その方に向けて受診勧奨の実施や情報提供の依頼に努めていく必要がある。 ・ 退職者がきちんと特定健診に結び付くような働きかけを行っていく必要がある。 ・ 個別健診は、町内外かかりつけ病院での健診のため、町内の主治医には主治医からの受診勧奨も依頼しているが、受診者数は伸び悩んでいる。

3) 特定保健指導の実施率向上対策

目的	生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげていく
概要	特定保健指導の利用勧奨
対象者	国の基準に基づく特定保健指導対象者
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診結果に基づき、特定保健指導対象者を抽出。 ・ 集団健診での対象者については、結果報告会に併せて初回面接を実施。その後担当を決め（できるだけ、地区担当の保健師）計画的に訪問でフォローする。6か月後の評価についても個別訪問にて実施。 ・ 人間ドックや個別健診については、その都度受診結果を確認し特定保健指導対象者を抽出。地区担当保健師より連絡し個別にてフォロー。 ・ 抽出した人に「からだスッキリ健康教室」のチラシを配布、勧奨し、対象者が希望時に健康教室に参加。
実績	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定保健指導終了率 2015年度：35.6%、2016年度：65.9% ・ 積極的支援修了者率 2015年度：40.0%、2016年度：44.4% ・ 動機付け支援修了者率 2015年度：35.0%、2016年度：71.4%
評価・課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 調査票を独自に変更し、対象者が負担にならないようにしている。また、保健師が同じ水準で指導ができるようになった。 ・ 人間ドックや個別健診の対象者も抽出し、地区担当保健師が介入し、実施率の向上に結び付いた。 ・ 継続該当者や再該当者の実施率が低いため、柔軟な保健指導の実施が必要である。

4) 生活習慣病重症化予防対策

(1) 糖尿病性腎症重症化予防個別フォロー事業及び血糖高値放置者訪問指導事業

目的	糖尿病合併症発病者の減少、糖尿病性腎症による新規透析患者率の減少を目指す
概要	KDB等を活用して対象者を抽出し訪問等により個別に指導や支援を実施する
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ① 糖尿病管理台帳 HbA1c：7.0%以上の者 ② CKD⁶ハイリスク者かつHbA1c：6.5%以上の者
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病台帳や糖尿病性腎症・CKDハイリスク者を抽出し台帳作成する。（特定健診及び人間ドックや事業所健診も含む） ・ 地区担当保健師が該当者を定期的に訪問し、受療状況の状況把握、生活指導、治療中断者への受診勧奨等の個別フォローを実施する。 ・ 3カ月に1回、係内で個別にフォロー体制や指導についてカンファレンスを開催する。 ・ かかりつけ医が町内で該当者の同意が得られた場合、医療機関に訪問し治療方針や生活指導を医師に確認し、個別フォローを定期的に行う。

実 績	2016 年度 訪問実施率 100% 2017 年度 訪問実施率 100%
評価・課題	<ul style="list-style-type: none"> 対象者の把握や個別訪問を実施し、治療や食事指導、対象者の思い等聞き取ることができた。 中には腎機能が悪いという事を意識していない方もおられ、継続的に訪問し意識付けや治療中断がないよう指導・支援を行っていく必要がある。 血圧手帳を付けるようになった、数値が良くなった、食事等注意するようになったと生活改善に結び付いたケースもありその方に合った継続的な支援を行っていく必要がある。 重症化予防のためには、医療との連携も重要だが、町内には専門医がおらず、かかりつけ医によるフォロー、専門医や眼科フォローについて課題がある。

(2) 脳卒中発症・再発予防対策

目 的	住民の健康意識の向上（血圧自己管理の支援や減塩）により発症予防及び個別支援による再発予防を目指す
概 要	<ol style="list-style-type: none"> 健康教育を行い住民の健康意識の向上に努める 脳卒中発症者へ個別訪問を行い、生活改善に向けた支援を実施する
対象者	<ol style="list-style-type: none"> 住民 脳卒中発症者
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関より脳卒中発症予防訪問の同意を得られた方の情報提供があり退院後早期に訪問する。統一された調査票により指導を行う。 脳卒中再発予防の台帳管理を行う。 半年後再度状況把握を行い生活習慣について指導する。
実 績	2016 年度 訪問実施率 100% 2017 年度 訪問実施率 100%
評価・課題	<ul style="list-style-type: none"> 発症後血圧管理をきちんと行えている方が多かった。 継続的な指導を行うことにより生活習慣改善に向けての取組や再発への意識の変化に繋がっているおり、継続して再発予防に対する意識付けを行っていく必要がある。 一部の医療機関からの情報提供のため全数の把握ができないことについて課題がある。

⁶ CKD とは腎臓の働き（GFR）が健康な人の 60%以下に低下する（GFR が 60ml/分/1.73 m² 未満）か、あるいはタンパク尿が出るといった腎臓の異常が続く状態を指します。

第3章 健康・医療情報等の分析と健康課題の抽出

1. 特定健診等の状況

1) 特定健診の状況

(1) 特定健診の受診率状況

美郷町における特定健診受診率は、平成 27 (2015) 年度までは 49% 以上で推移していましたが、平成 28 (2016) 年度は 45.1% まで低下しました (表 4)。

平成 28 (2016) 年度の性・年齢層別受診状況をみると、50 代までの受診率が男女とも低く、特に女性の 45～54 歳で受診率が低くなっています (図 5)。

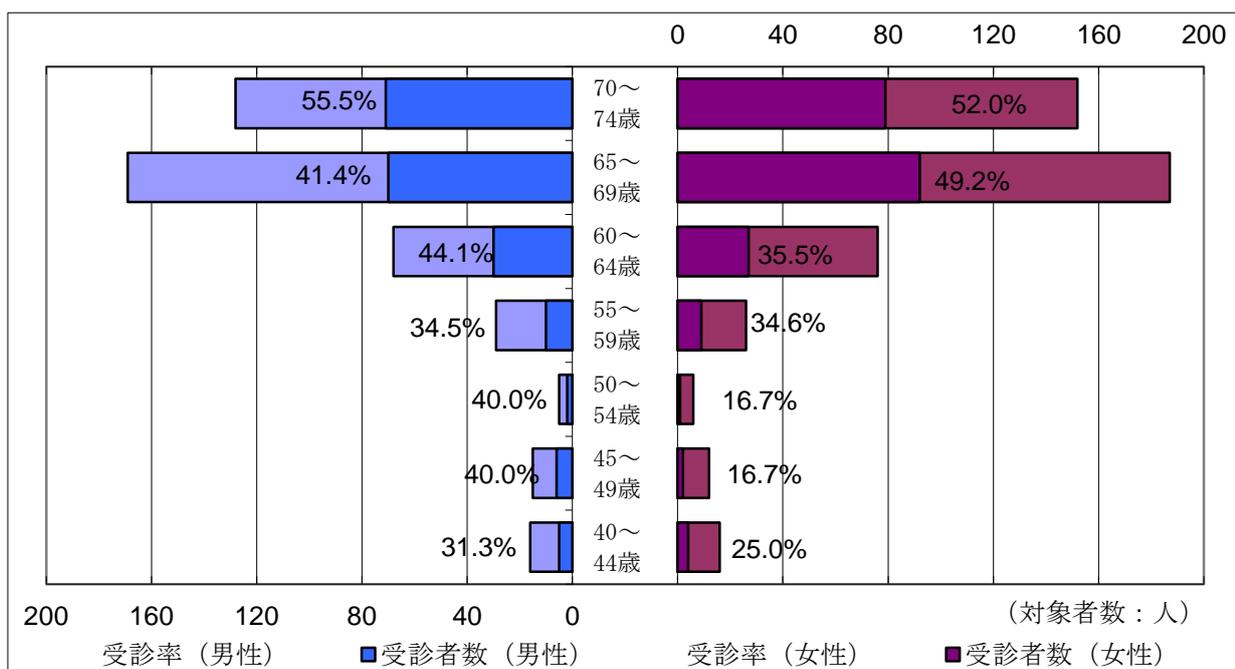
(表 4) 特定健診実施状況の推移

年度		2013 年度	2014 年度	2015 年度	2016 年度
美郷町	受診率 (%)	50.7	49.6	49.2	45.1
	受診者数 (人)	483	466	462	408
	対象者数 (人)	952	940	939	905
島根県 (市町村 国保計)	受診率 (%)	41.0	42.7	43.4	42.9
	受診者数 (人)	47,839	48,882	48,357	45,967
	対象者数 (人)	116,559	114,450	111,487	107,056

資料：島根県国保連合会特定健診等法定報告

※2016 年度は速報値

(図 5) 性・年齢階層別受診状況 (平成 28 (2016) 年度法定報告速報値)

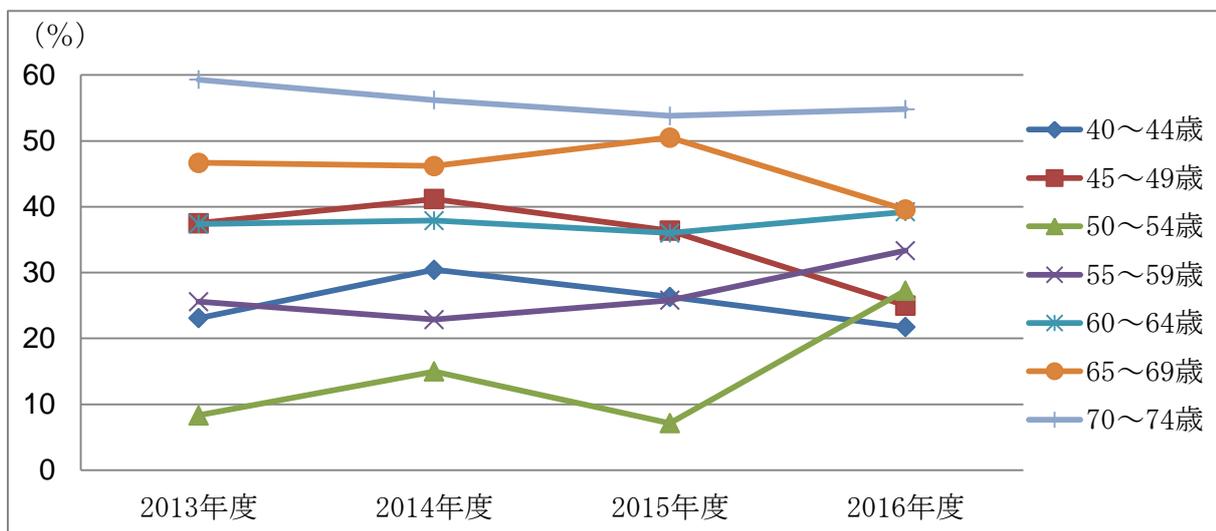


資料：島根県国保連合会特定健診等法定報告速報値

男女別年齢階層別受診率の推移をみると、男性の受診率では、50代の受診率が低迷していましたが、「50～54歳」は増加傾向にあります。しかし、「45～49歳」、「65～69歳」で減少しています（図6）。

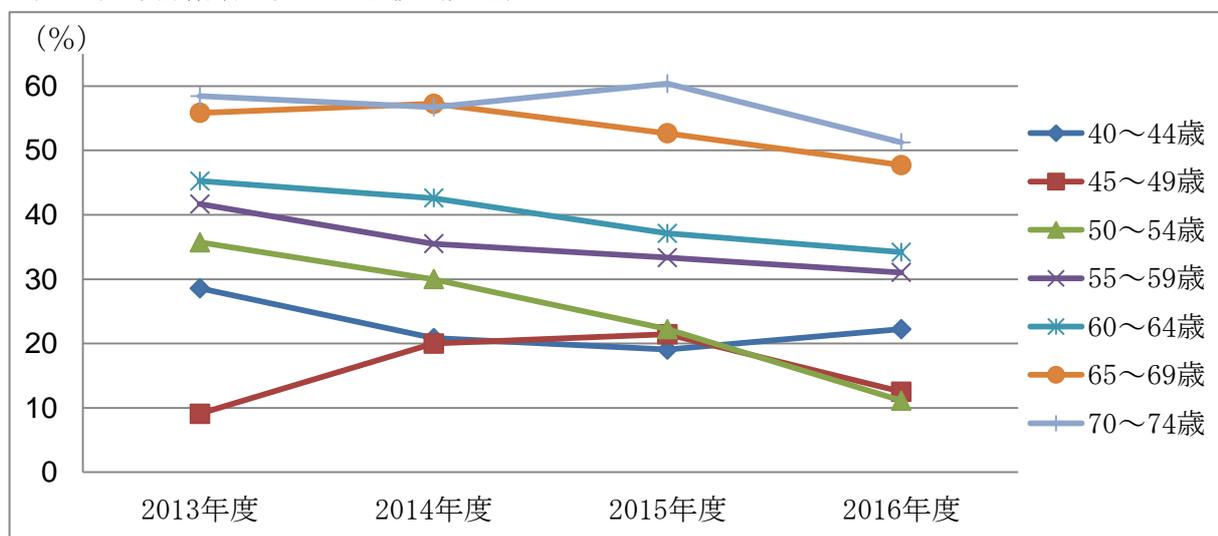
女性の受診率では、全ての年代で横ばいもしくは減少しており、「50～54歳」の受診率が著しく低下しています（図7）。

（図6）年齢階層別受診率推移（男性）



資料：医療費分析ツール「Focus」

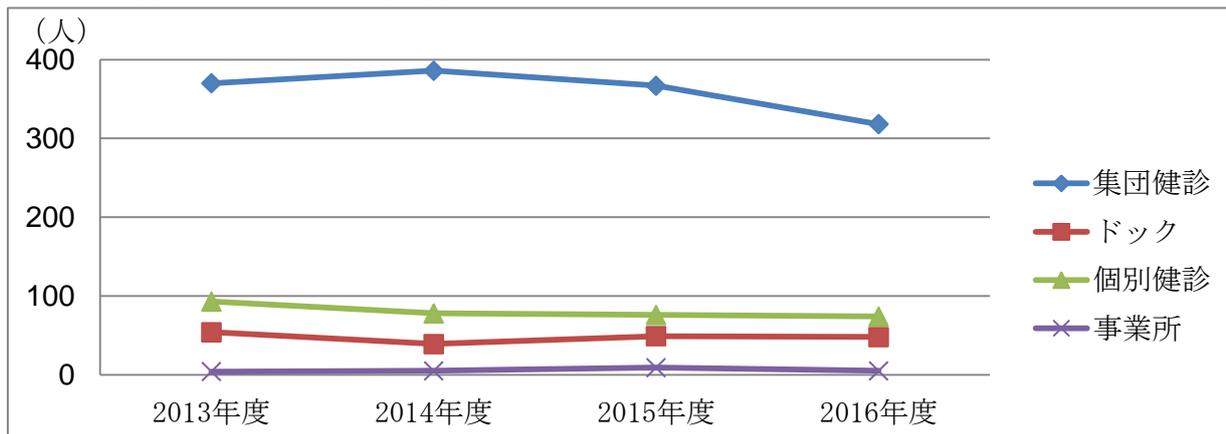
（図7）年齢階層別受診率推移（女性）



資料：医療費分析ツール「Focus」

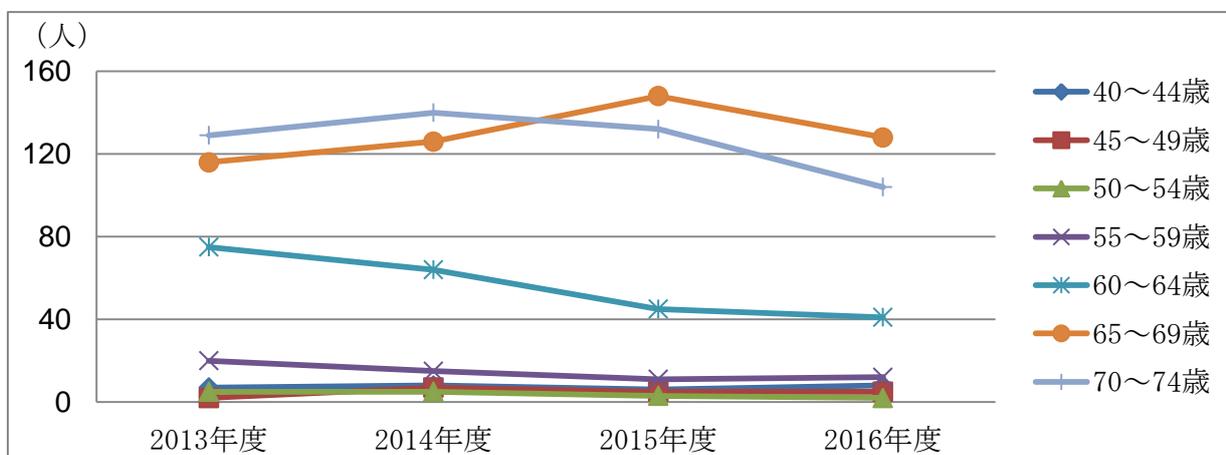
受診機関別の受診者数の推移をみると集団健診での受診者数が年々減少しています。特定健診の集団健診は7カ所7日で行っていましたが平成28（2016）年度より2カ所4日に集約化されました。それにより、会場から遠い地区の方、70歳以上の方が減少したと考えられます（図8、9）。

(図8) 受診機関別の特定健診受診者数の推移



資料：みさとの健康

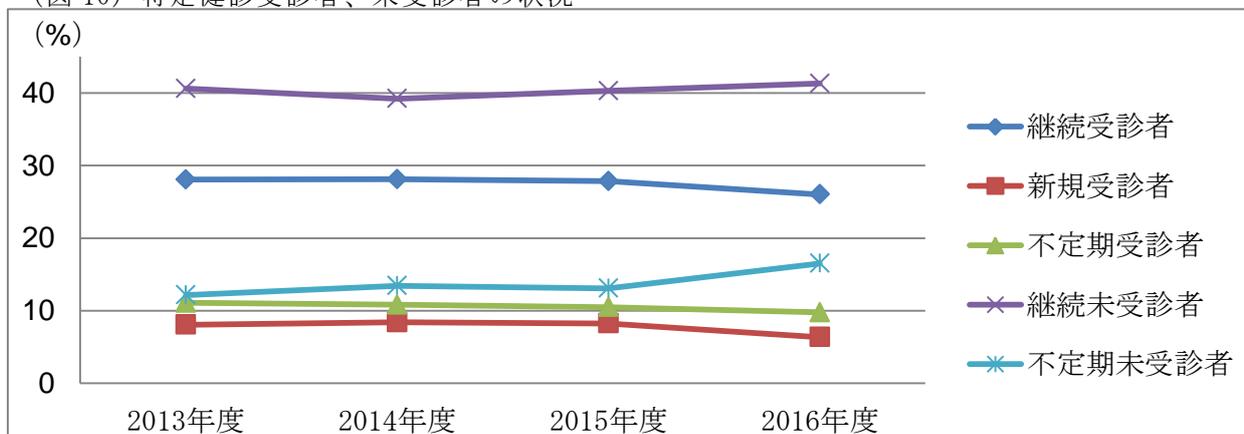
(図9) 集団健診地域別受診者数の推移



資料：みさとの健康

健診受診者、未受診者の状況を見ると、ほぼ横ばいですが、平成28(2016)年度は不
定期未受診者が増加しており、継続受診者が減少したため、受診率は低下したと考えら
れます(図10)。

(図10) 特定健診受診者、未受診者の状況

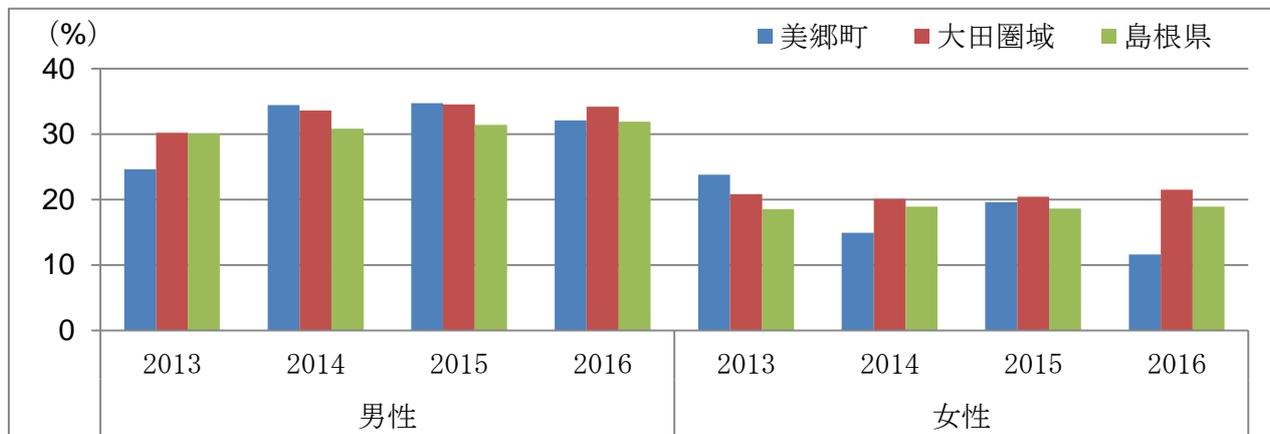


資料：医療費分析ツール「Focus」

(2) 特定健診におけるメタボリックシンドロームの状況

美郷町の壮年期の肥満者の割合は男女ともに大田圏域や島根県と変わりませんが、女性はやや低い状況です。また、女性より男性の方が肥満者の割合は高くなっています(図11)。

(図11) 特定健診肥満者(40~64歳)の状況



資料：特定健診集計

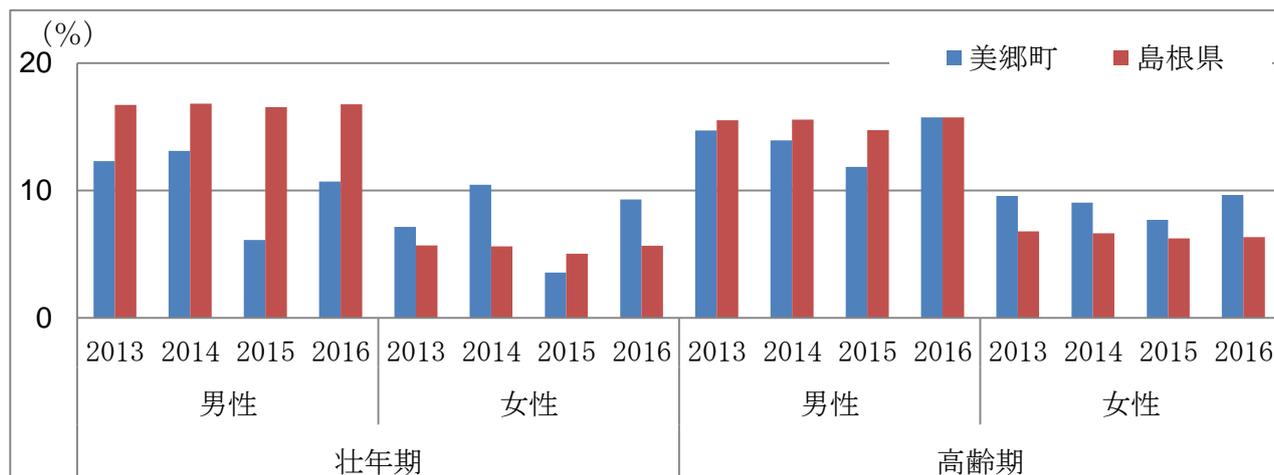
美郷町のメタボリックシンドローム該当者は男性ではやや増加傾向ですが、島根県よりも低い状況です。女性では美郷町では横ばいで、島根県と変わらないです。美郷町、島根県共に男性の方が出現率は高い状況です。メタボリックシンドローム予備群は男女ともに平成27(2015)年度までは減少傾向でしたが、平成28(2016)年度に増加しています。島根県と比較すると男性は低く、女性は高い状況にありますが、出現率は男性の方が高い状況にあります(図12、13)。

(図12) メタボリックシンドローム該当者の状況



資料：医療費分析ツール「Focus」

(図 13) メタボリックシンドローム予備群の状況



資料：医療費分析ツール「Focus」

(3) 特定健診有所見者の状況

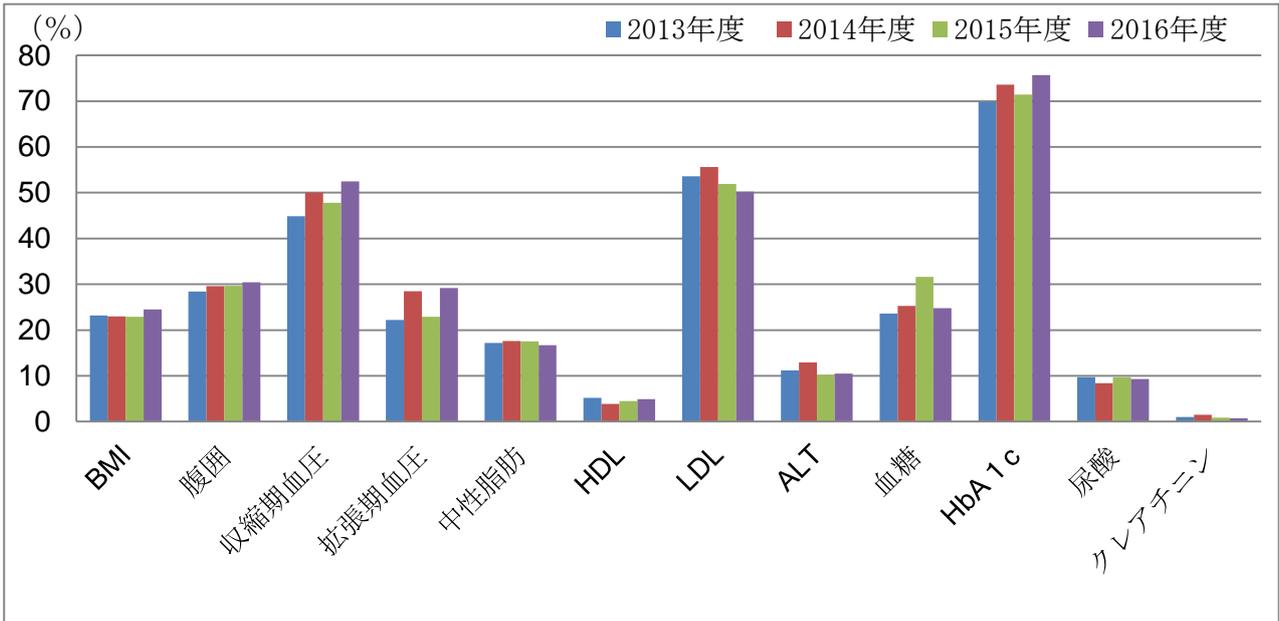
美郷町の特定健診有所見者の状況の推移をみると、HbA1c、収縮期血圧、拡張期血圧の項目において上昇しています。また、県計よりも高く、HbA1cにおいては70%以上を超えています。次いでLDLコレステロールと収縮期血圧が50%以上を超えています（表5、図14）。

(表 5) 特定健診有所見者状況（平成 25（2013）年度～平成 28（2016）年度）

項目			2013年 度	2014年 度	2015年 度	2016年 度	島根県
摂取エネルギー過剰	BMI	25以上	23.2%	23.0%	22.9%	24.5%	22.7%
	腹囲	男：85 cm以上 女：90 cm以上	28.4%	29.6%	29.7%	30.4%	31.0%
	中性脂肪	150 mg/dl 以上	17.2%	17.6%	17.5%	16.7%	18.5%
	ALT	31IU/l 以上	11.2%	12.9%	10.2%	10.5%	13.1%
	HDL	40 mg/dl 未満	5.2%	3.9%	4.5%	4.9%	5.2%
血管を傷つける	血糖	100 mg/dl 以上	23.6%	25.3%	31.6%	24.8%	30.2%
	HbA1c	5.6%以上	69.8%	73.6%	71.4%	75.7%	62.8%
	尿酸	70 mg/dl 以上	9.7%	8.4%	9.7%	9.3%	8.5%
	収縮期血圧	130 mm Hg 以上	44.9%	50.0%	47.8%	52.5%	49.0%
	拡張期血圧	85 mm Hg 以上	22.2%	28.5%	22.9%	29.2%	17.5%
動脈硬化	LDL	120 mg/dl 以上	53.6%	55.6%	51.9%	50.2%	49.4%
腎機能	クレアチニン	1.3 mg/dl 以上	1.0%	1.5%	0.9%	0.7%	0.9%

資料：KDB市区町村別データ

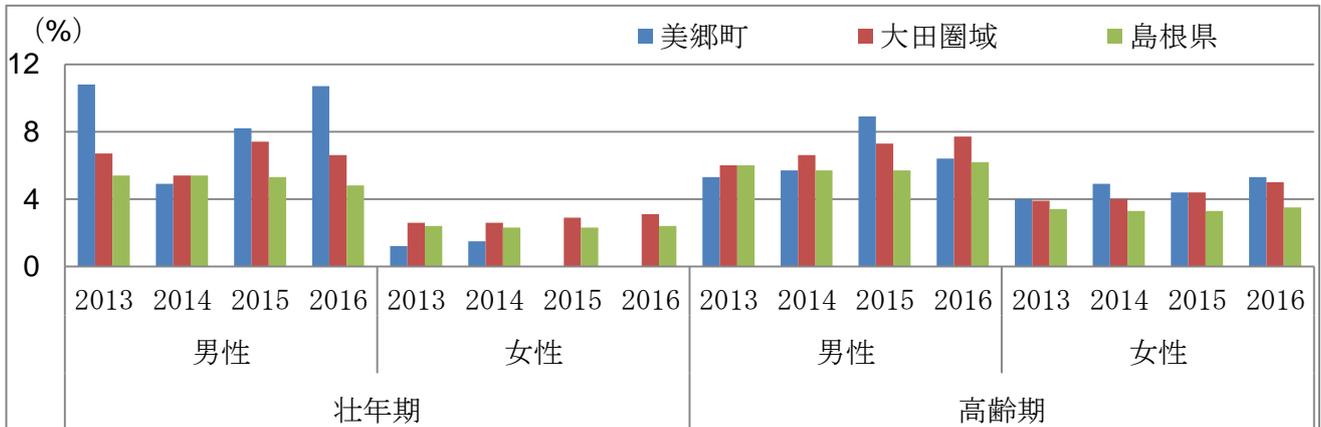
(図 14) 特定健診有所見者状況 (平成 25 (2013) 年度～平成 28 (2016) 年度)



資料：KDB市区町村別データ

美郷町の血糖コントロール不良な者の割合は壮年期男性で大田圏域や島根県と比べて高くなっています。また、高齢期女性では島根県よりも高くなっています。しかし、壮年期女性ではかなり低く近年ではみられていません (図 15)。

(図 15) 血糖コントロール不良者の状況



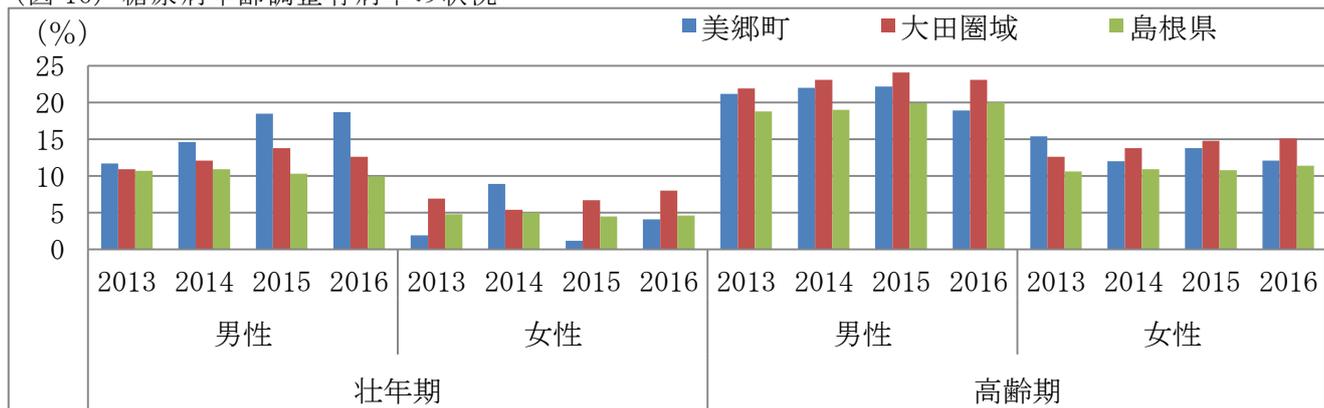
資料：特定健診集計

(4) 年齢調整有病率

各年齢調整有病率を男女、壮年期・高齢期に分けて表しました。

糖尿病年齢調整有病率では男女とも高齢期の方が高い状況にあります。島根県や大田圏域と比べて、特に壮年期男性の有病率が高くなっています (図 16)。

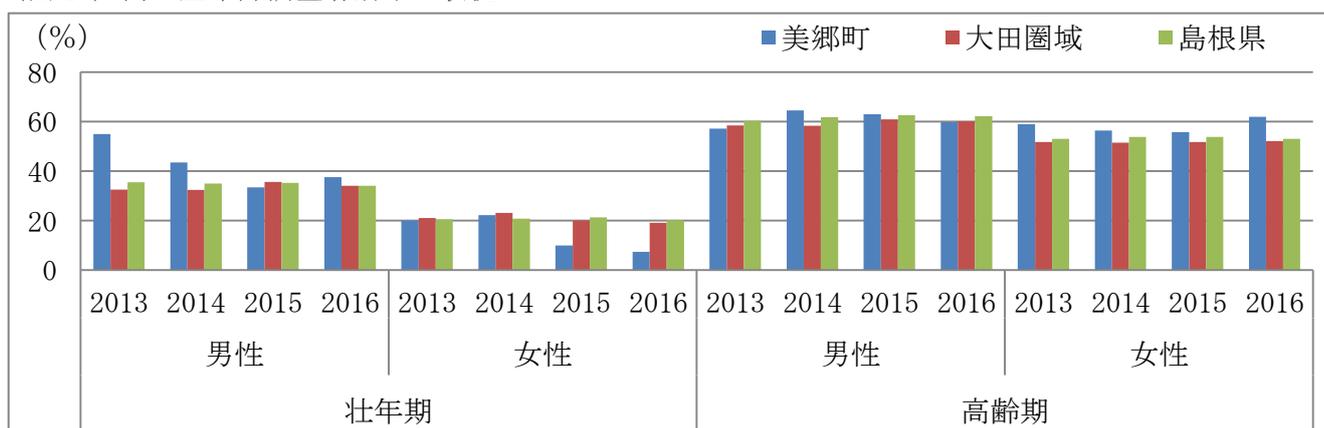
(図 16) 糖尿病年齢調整有病率の状況



資料：特定健診集計

高血圧年齢調整有病率では男女とも高齢期の方が高い状況にあります。壮年期女性では島根県や大田圏域に比べて低いです。高齢期女性ではやや高めになっています。男性においては島根県や大田圏域と変わりません（図 17）。

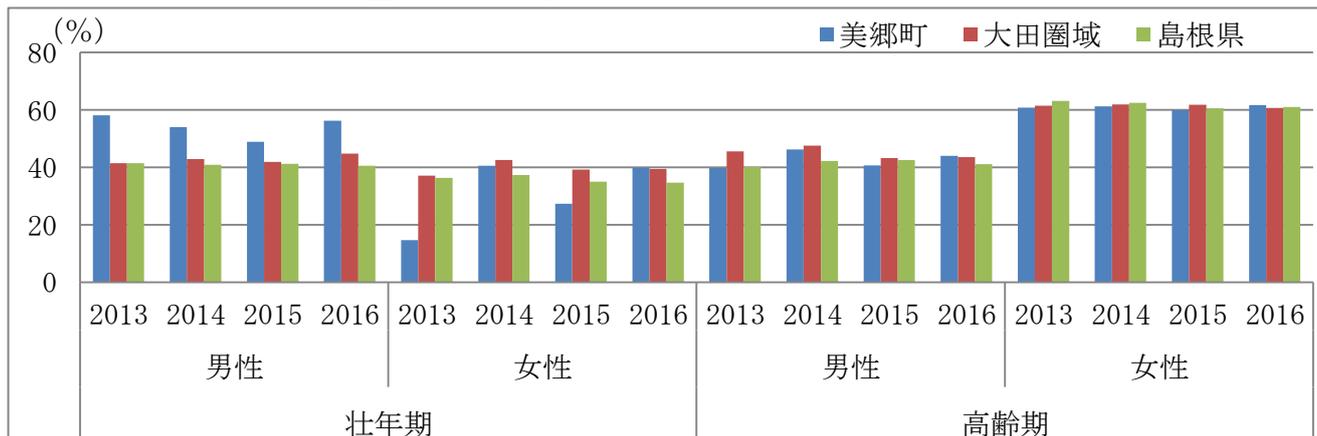
(図 17) 高血圧年齢調整有病率の状況



資料：特定健診集計

脂質異常症年齢調整有病率では男女とも高い有病率を示しています。特に高齢期女性は美郷町や島根県、大田圏域ともに高くなっています。また、美郷町においては壮年期男性の有病率が高い状況にあります（図 18）。

(図 18) 脂質異常症年齢調整有病率の状況

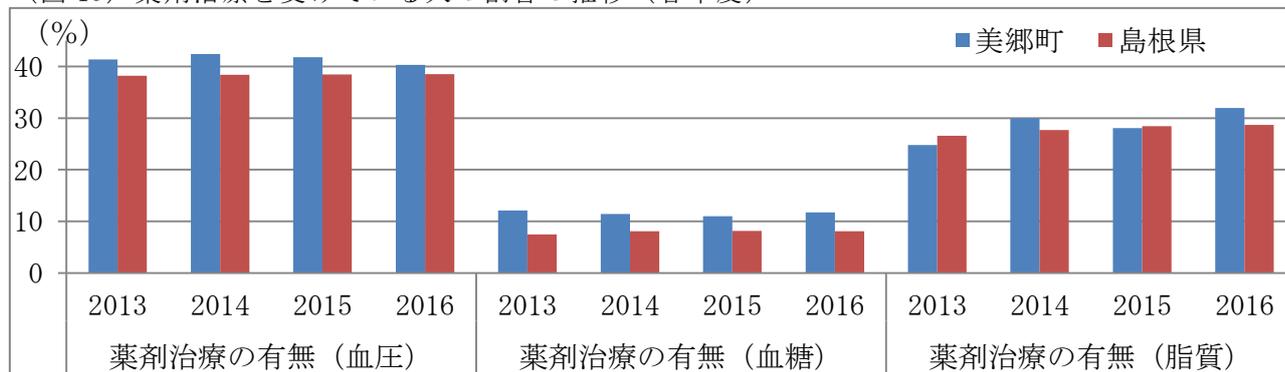


資料：特定健診集計

(5) 特定健診における問診項目の回答状況

特定健診受診者の問診項目の回答を項目別に表しました。内服状況をみると、すべての項目について島根県よりも高く特に、血糖の薬剤治療を受けている人の割合が高くなっています。美郷町で見ると、特定健診受診者の40%を超える人が血圧の薬剤治療を受けていました(図19)。

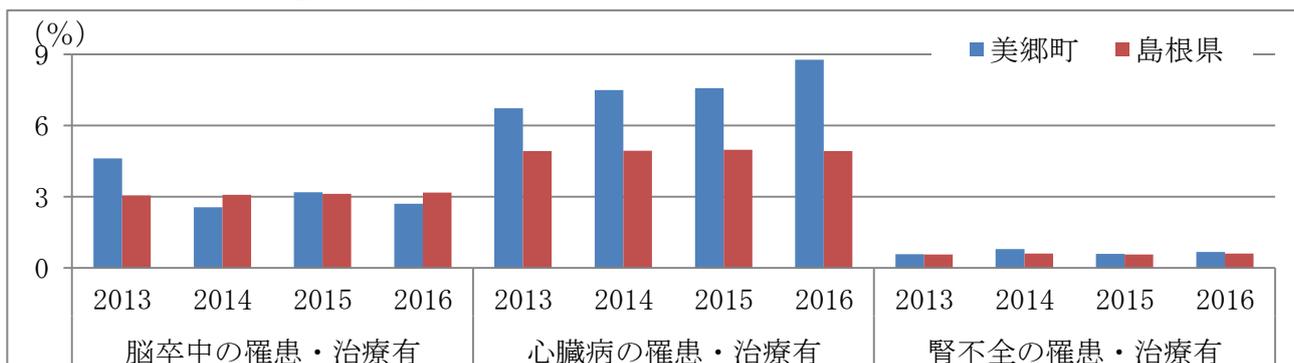
(図 19) 薬剤治療を受けている人の割合の推移 (各年度)



資料：医療費分析ツール「Focus」

問診項目の罹患・既往歴についてみると、脳卒中や腎不全の罹患・治療有は島根県と変わらない状況です。しかし、心臓病の罹患・治療有は近年増加傾向にあり、島根県よりも高くなっています(図20)。

(図 20) 問診項目 罹患・既往歴の推移



資料：医療費分析ツール「Focus」

問診項目の嗜好品についてみると習慣的に喫煙している人の割合は島根県と変わりませんが、1日3合以上飲酒する人の割合は年々増加傾向であり、島根県よりも高くなっています。

問診項目の20歳の時の体重から10kg以上増加している人は年々増加しており、平成28(2016)年度には30%となり島根県よりも高くなっています(図21)。

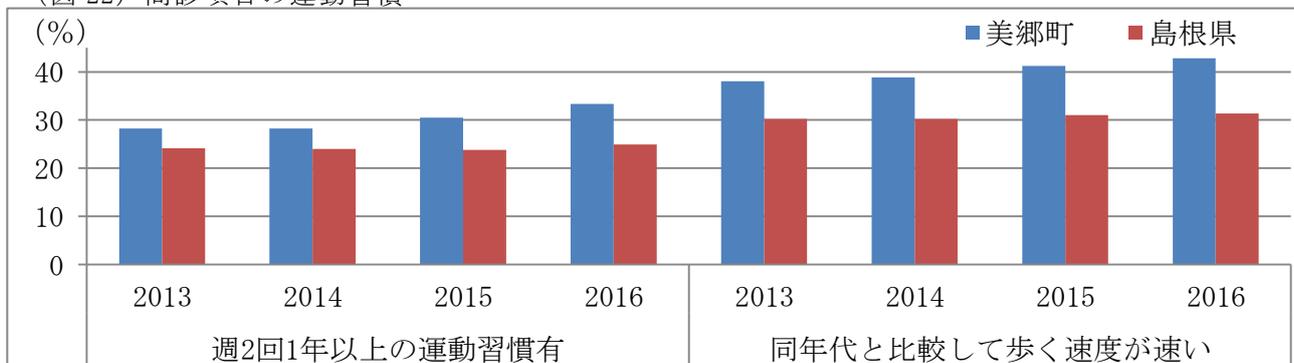
(図 21) 問診項目 嗜好品と体重の推移



資料：医療費分析ツール「Focus」

問診の運動習慣の項目をみると、美郷町では全ての項目において年々増加しており、島根県よりも高くなっています(図22)。

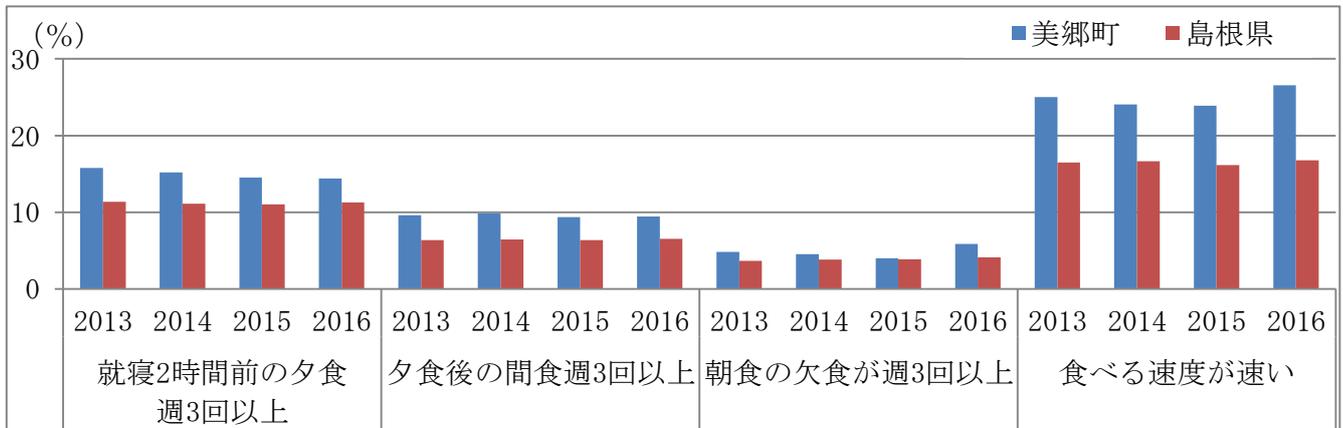
(図 22) 問診項目の運動習慣



資料：医療費分析ツール「Focus」

問診の食習慣の項目をみると、美郷町では全項目で島根県よりも高くなっています。特に食べる速度が速い人の割合が高く、20%を超えています（図 23）。

（図 23）問診項目の食習慣



資料：医療費分析ツール「Focus」

3) 特定保健指導終了状況

美郷町における特定保健指導終了率は平成 27（2015）年度までは 30%台までと低迷していましたが、平成 28（2016）年度は集団健診及び個別健診や人間ドックの特定保健指導対象者へも積極的に関わり、平成 28（2016）年度は 65.9%まで上昇しました（表 14）。

特定保健指導別の終了率の推移をみると、動機づけ支援、積極的支援の両方の終了率は上昇傾向にありますが、積極的支援者への保健指導終了率の方が低い状況にあります。また、特定保健指導対象者の状況による終了率の推移をみると、どの年度も新規の方への終了率は高くなっていますが、復活者の終了率は一番低くなっています。特定保健指導終了率を上げるためには、積極的支援者や復活者への働きかけが重要です（表 6、7、図 24）。

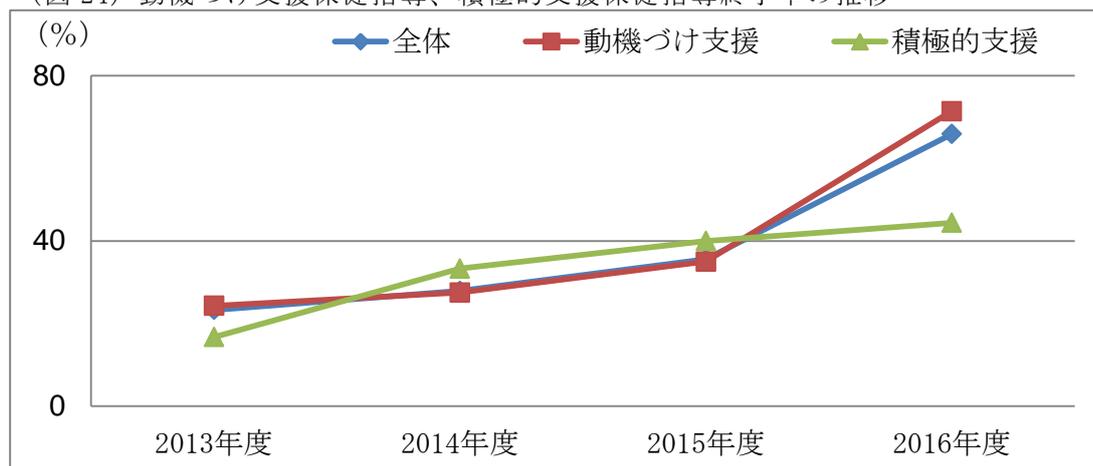
（表 6）特定保健指導終了率の推移

年度		2013 年度	2014 年度	2015 年度	2016 年度
美郷町	終了率 (%)	23.3	27.9	35.6	65.9
	終了者数 (人)	10	12	16	29
	対象者数 (人)	43	43	45	44
島根県 (市町村 国保計)	終了率 (%)	18.5	15.8	20.6	24.4
	終了者数 (人)	868	737	928	1,051
	対象者数 (人)	4,690	4,653	4,512	4,304

資料：島根県国保連合会特定健診等法定報告

※2016 年度は速報値

(図 24) 動機づけ支援保健指導、積極的支援保健指導終了率の推移



資料：島根県国保連合会特定健診等法定報告速報値

(表 7) 特定保健指導対象者の状況による終了率の推移

		新規	連続	復活	計
2013年度	対象者数 (%)	28 (65.2%)	15 (34.9%)	0	43
	特定保健指導実施者数	8	2	0	10
	終了率	28.6%	13.3%	0%	23.3%
2014年度	対象者数 (%)	23 (50%)	20 (43.5%)	3 (6.5%)	46
	特定保健指導実施者数	8	4	1	13
	終了率	34.8%	20%	33.3%	28.3%
2015年度	対象者数 (%)	15 (32.6%)	19 (41.3)	12 (26.1)	46
	特定保健指導実施者数	6	7	4	17
	終了率	40%	36.8%	33.3%	37.0%
2016年度	対象者数 (%)	12 (27.9%)	22 (51.2%)	9 (20.9%)	43
	特定保健指導実施者数	9	15	5	22
	終了率	75%	68.2%	55.6%	51.2%

資料：医療費分析ツール「Focus」

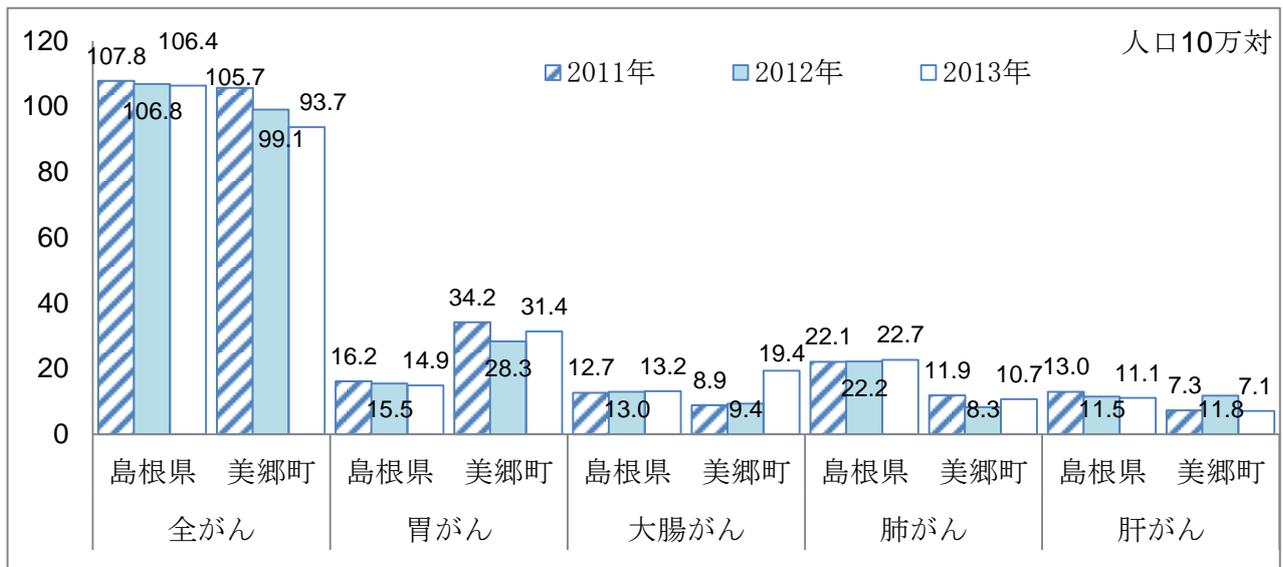
4) がん検診の状況

美郷町のがん年齢調整死亡率(75歳未満)では、男性の全がんは減少傾向にあります。一方、胃がんの年齢調整死亡率(75歳未満)は島根県よりもかなり高く、大腸がんにおいては、上昇傾向にあります(図 25)。

女性では、全がんは島根県よりもやや高く、特に大腸がんの年齢調整死亡率(75歳未満)は島根県よりも高く上昇傾向にあります。一方、胃がん、子宮がん、肺がんにおいて近年死亡者はみられていません。(図 26)。

(図 25) 男性がん年齢調整死亡率 (75 歳未満)

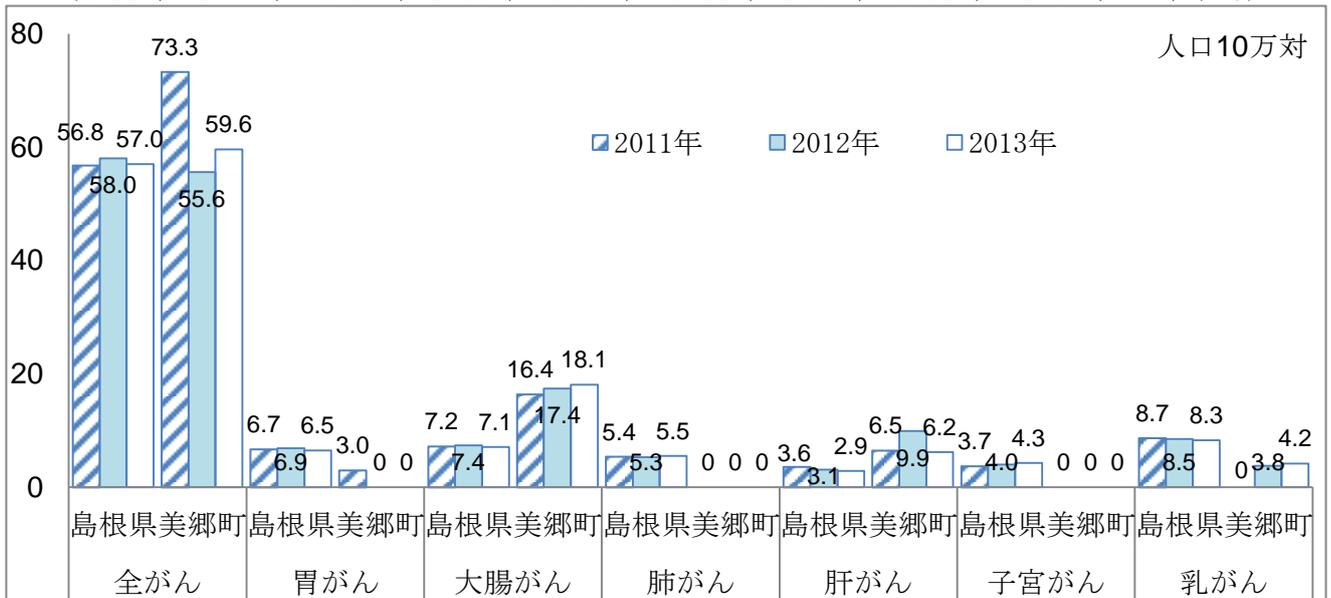
(2011 年 : 2009 年~2013 年 2012 年 : 2010 年~2014 年 2013 年 : 2011 年~2015 年 5 年平均)



資料 : 島根県健康指標データシステム

(図 26) 女性がん年齢調整死亡率 (75 歳未満)

(2011 年 : 2009 年~2013 年 2012 年 : 2010 年~2014 年 2013 年 : 2011 年~2015 年 5 年平均)



資料 : 島根県健康指標データシステム

平成 27 (2015) 年度から平成 28 (2016) 年度に悪性新生物を主病として高額レセプトが発生した者のうち、診療開始日が平成 27 (2015)、28 (2016) 年度である者は 19 名でした。19 名のうち治療部位のがん検診を受診していた者は 11 名であり、平成 25 (2013) 年から 28 (2016) 年度にがん検診を全く受診していない者は 3 名でした。

美郷町のがん検診受診率は、特に胃がん、子宮がんの受診率が低い状態が続いています。肺がんにおいては平成 28 (2016) 年度に胸部 C T 検診受診者数が増加したため、肺がん検診の受診率は低下しました。

精密検査の受診率は乳がん、子宮がんでは平成 28（2016）年度は 100%となりましたが、肺がんでは低下しています。また、大腸がんにおいては毎年 50%前後と低い状況です（表 8、9、10、11、12）。

（表 8）肺がん検診の状況

	がん検診			精密検査			
	対象者	受診者	受診率	対象者	率	受診者	受診率
平成 25 年度	3,063	1,352	44.1	43	3.2	39	90.7
平成 26 年度	2,955	1,291	43.7	34	2.6	26	76.5
平成 27 年度	2,677	1,287	48.1	25	1.9	21	84.0
平成 28 年度	2,689	851	31.6	16	2.0	11	68.8

資料：健康管理システム

（表 9）胃がん検診の状況

	がん検診			精密検査			
	対象者	受診者	受診率	対象者	率	受診者	受診率
2013 年度	2,379	393	16.5	37	9.8	33	89.2
2014 年度	3,169	355	11.2	37	10.6	20	54.1
2015 年度	3,044	327	10.7	39	10.4	23	59.0
2016 年度	3,044	287	9.4	20	6.9	17	85.0

資料：健康管理システム

（表 10）乳がん検診の状況

	がん検診			精密検査			
	対象者	受診者	受診率	対象者	率	受診者	受診率
2013 年度	1,976	335	17.0	13	4.4	13	100.0
2014 年度	1,668	135	8.1	6	4.4	3	50.0
2015 年度	2,076	409	19.7	20	4.9	16	80.0
2016 年度	1,814	330	18.2	16	4.8	16	100.0

資料：健康管理システム ※平成 26 年度から対象者年齢は 40 歳以上

（表 11）子宮がん検診の状況

	がん検診			精密検査			
	対象者	受診者	受診率	対象者	率	受診者	受診率
2013 年度	2,221	256	11.5	10	3.9	8	80.0
2014 年度	2,154	222	10.3	3	1.4	1	33.3
2015 年度	1,985	329	16.6	9	2.7	5	55.6
2016 年度	2,035	135	6.6	3	2.2	3	100.0

資料：健康管理システム

(表 12) 大腸がん検診の状況

	がん検診			精密検査			
	対象者	受診者	受診率	対象者	率	受診者	受診率
2013 年度	3,402	1,149	33.8	100	8.7	55	55.0
2014 年度	3,811	1,218	32.0	100	8.2	43	43.0
2015 年度	3,321	1,399	42.1	116	8.2	70	60.3
2016 年度	3,013	1,152	38.2	87	7.5	50	57.5

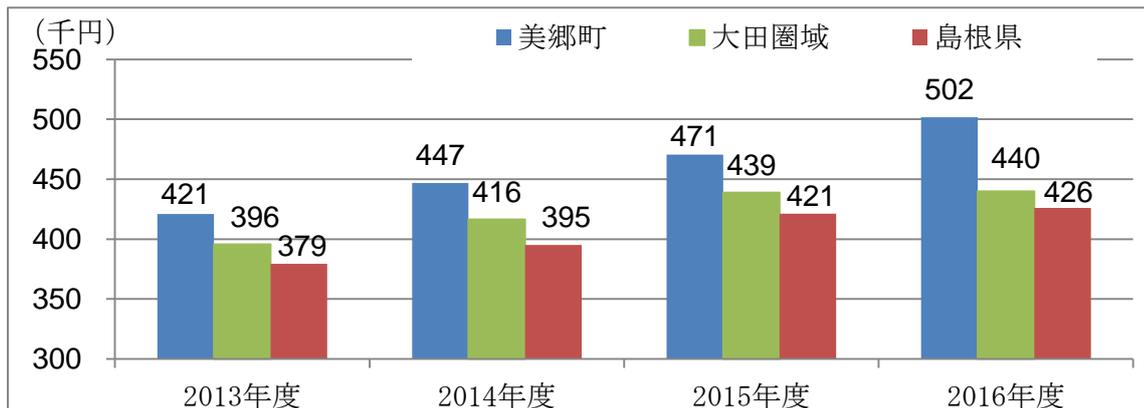
資料：健康管理システム

2. 医療情報の状況

1) 医療費の状況

平成 25（2013）年度からの 1 人当たり費用額の推移をみると、年々増加しており、大田圏域や島根県と比較しても高いまま推移しています。平成 28（2016）年度には 1 人当たり費用額 501,760 円で島根県よりも 75,638 円も高く、島根県内の国保保険者では 1 番目に高い状況となりました（図 27）。

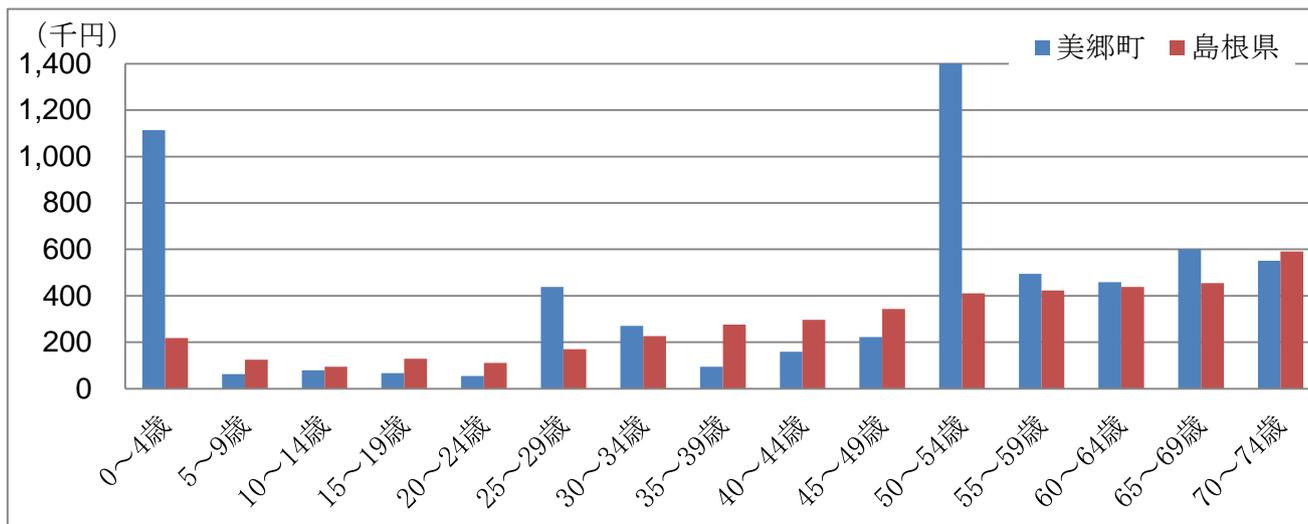
（図 27）1 人当たり費用額推移



資料：医療費分析ツール「Focus」

平成 28（2016）年度の年齢階層別 1 人当たり費用額をみると、「50～54 歳」が一番高く、続いて「0～4 歳」で高くなっています。また、55 歳以上で 1 人当たり費用額は徐々に増加しており島根県に比べても 1 人当たり費用額が高い年代が多い状況です（図 28）。

（図 28）平成 28（2016）年度 1 人当たり費用額

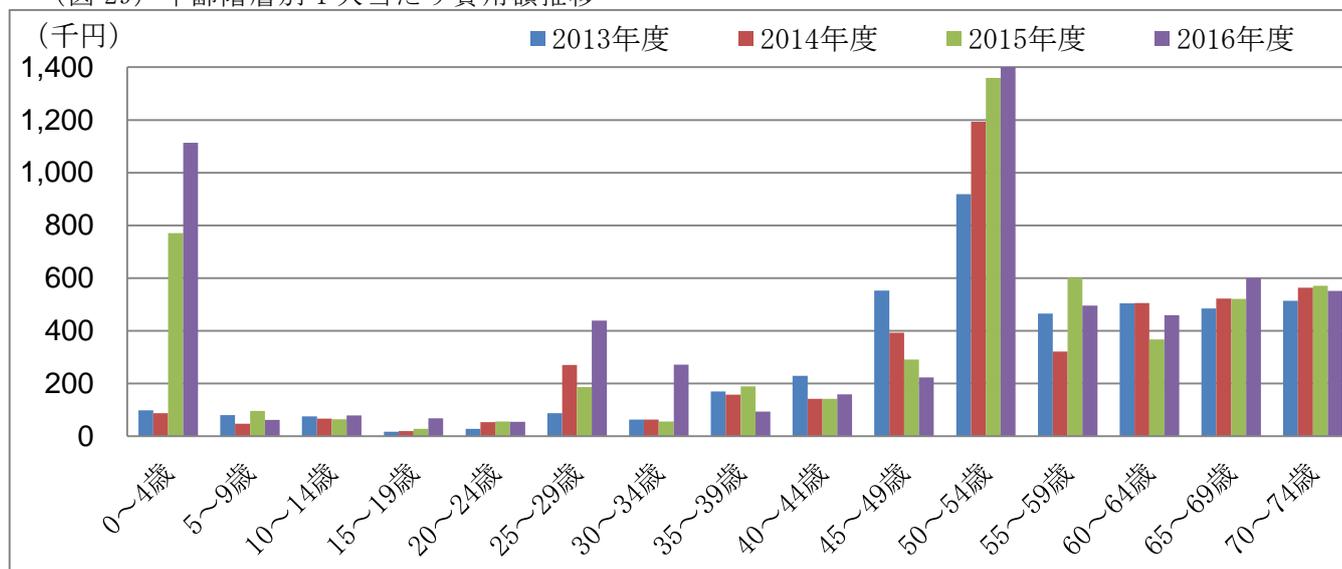


資料：医療費分析ツール「Focus」

平成 25（2013）年度からの年齢階層別 1 人当たり費用額の推移をみると、「50～54 歳」は、全ての階層のうち最も高く、年々増加傾向にあります。それに比べ、「45～49 歳」は

年々減少傾向にあります。また、55歳以上では年代が上がるごとに徐々に増加しています。これらのことから、50歳までの年齢階層に対する対策が必要と考えられます(図29)。

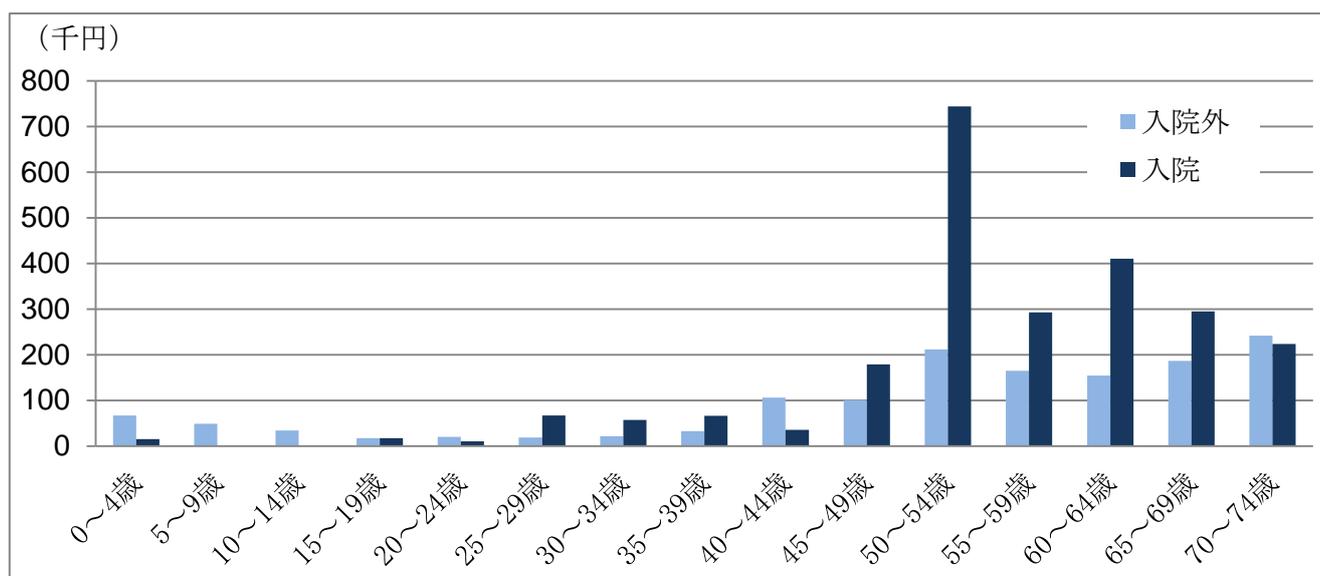
(図29) 年齢階層別1人当たり費用額推移



資料：医療費分析ツール「Focus」

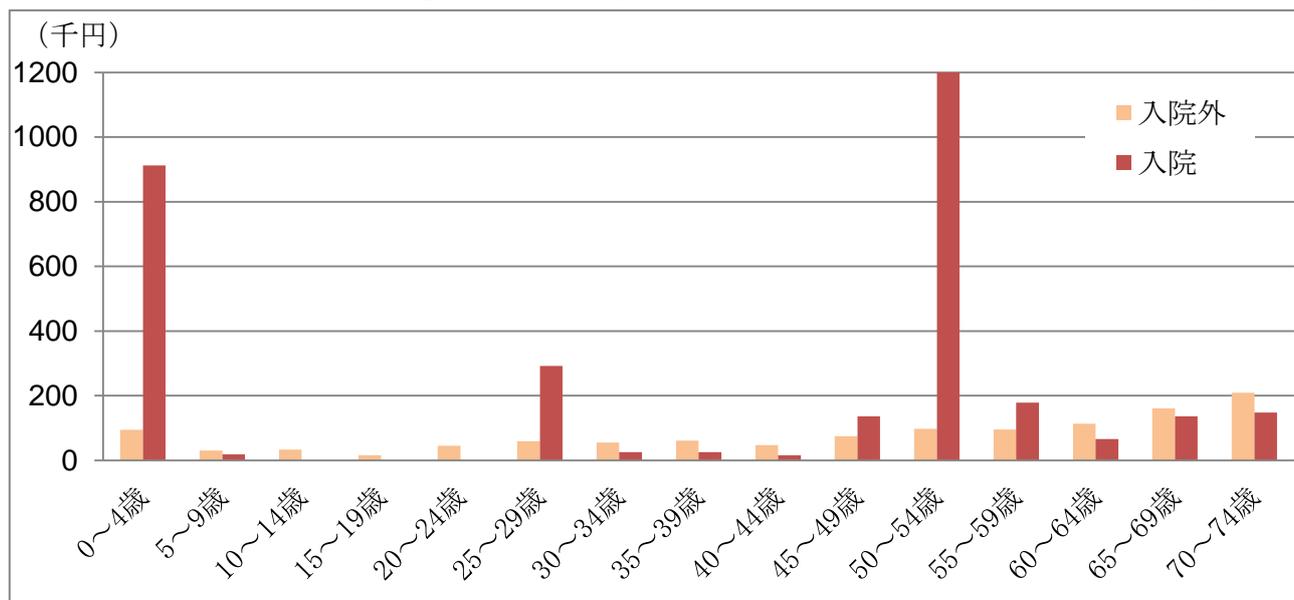
入院・入院外別年齢階層別1人当たり費用額をみると、男性では「25~39歳」、「45~69歳」で、女性では、「0~4歳」、「25~29歳」、「45~59歳」で1人当たり費用額の入院が入院外を上回っています。男性では「50~54歳」で入院1人当たり費用額が高く、女性では「0~4歳」、「50~54歳」で高くなっており、男性の入院費用額よりも高くなっています(図30、31)。

(図30) 入院・入院外別年齢階層別1人当たり費用額 男性(平成25(2013)~28(2016)年度平均)



資料：医療費分析ツール「Focus」

(図 31) 入院・入院外別年齢階層別 1 人当たり費用額 女性(平成 25 (2013) ~28 (2016) 年度平均)

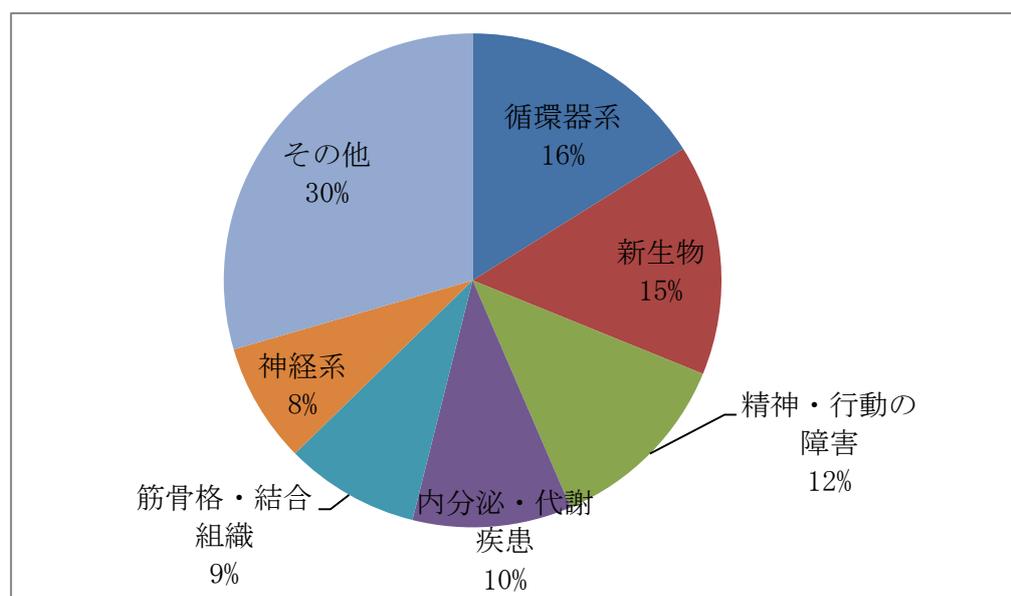


資料：医療費分析ツール「Focus」

疾病について大分類で集計したところ、費用額が最も高かったのは循環器系で 16% でした。次いで、悪性新生物が 15%、精神・行動の障害が 12%、内分泌・代謝疾患が 10% と続いており、この 4 疾患で全体の約 53% を占めています。

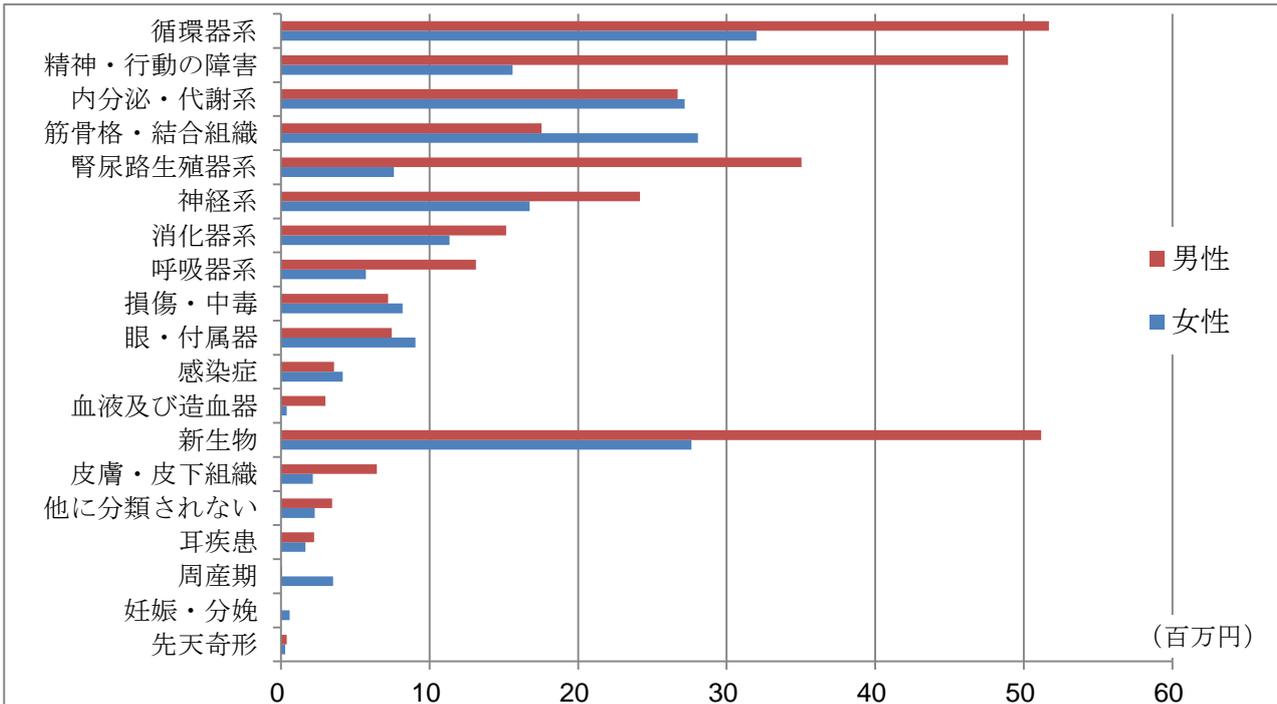
男女別にみると、男性で最も高かったのは、循環器系で、次いで悪性新生物、精神・行動の障害、腎尿路生殖器系であり、全体の約 59% を占めています。女性では循環器系が最も高く、次いで筋骨格・結合組織、悪性新生物、内分泌・代謝疾患であり、全体の約 56% を占めています。なお、循環器系、精神・行動の障害、悪性新生物等合計費用額の高い疾患において男性が女性よりも高くなっています (図 32、33)。

(図 32) 費用額に占める疾病割合 (平成 25 (2013) ~28 (2016) 年度平均)



資料：医療費分析ツール「Focus」

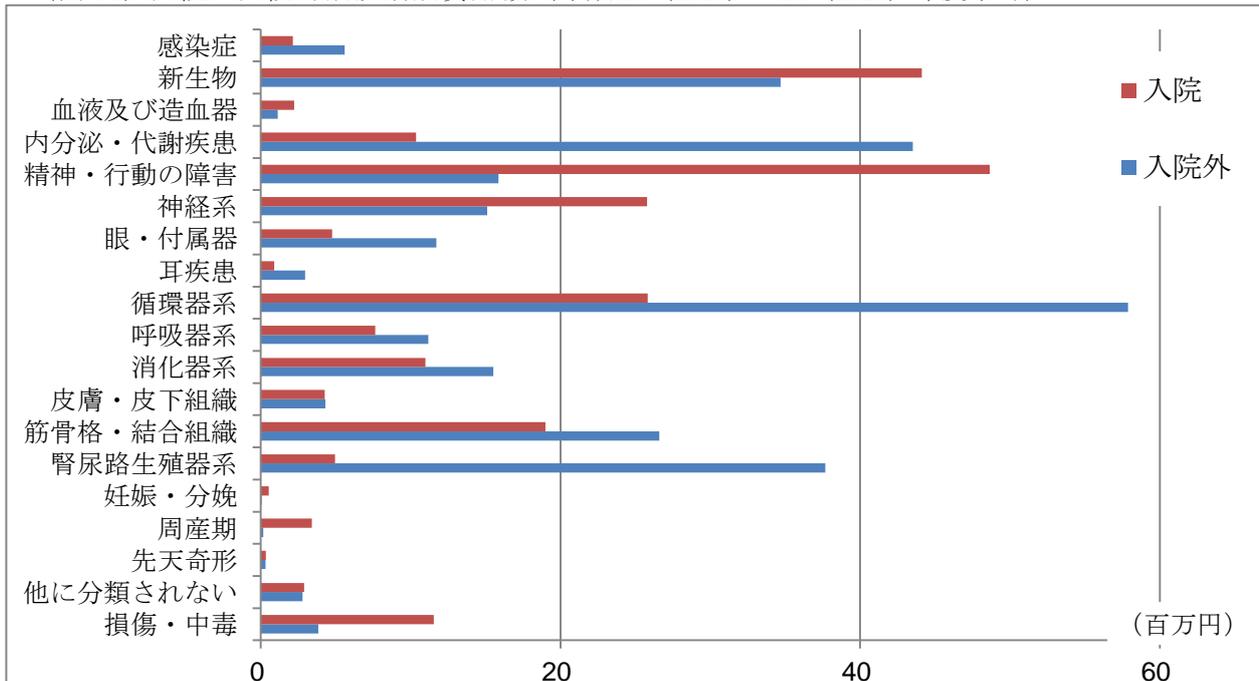
(図 33) 性別疾患別費用額 (平成 25 (2013) ~28 (2016) 年度平均)



資料：医療費分析ツール「Focus」

入院の費用額が高いのは、精神・行動の障害、悪性新生物、循環器系です。入院外の費用額が高いのは、循環器系、内分泌・代謝疾患、腎尿管生殖器系です。入院と入院外の差が大きかったのは、内分泌・代謝疾患、精神・行動の障害、腎尿路生殖器系、循環器系で、精神・行動の障害は入院が入院外を大きく上回っている一方、内分泌・代謝疾患、腎尿路生殖器系、循環器系は入院外が入院を上回っています (図 34)。

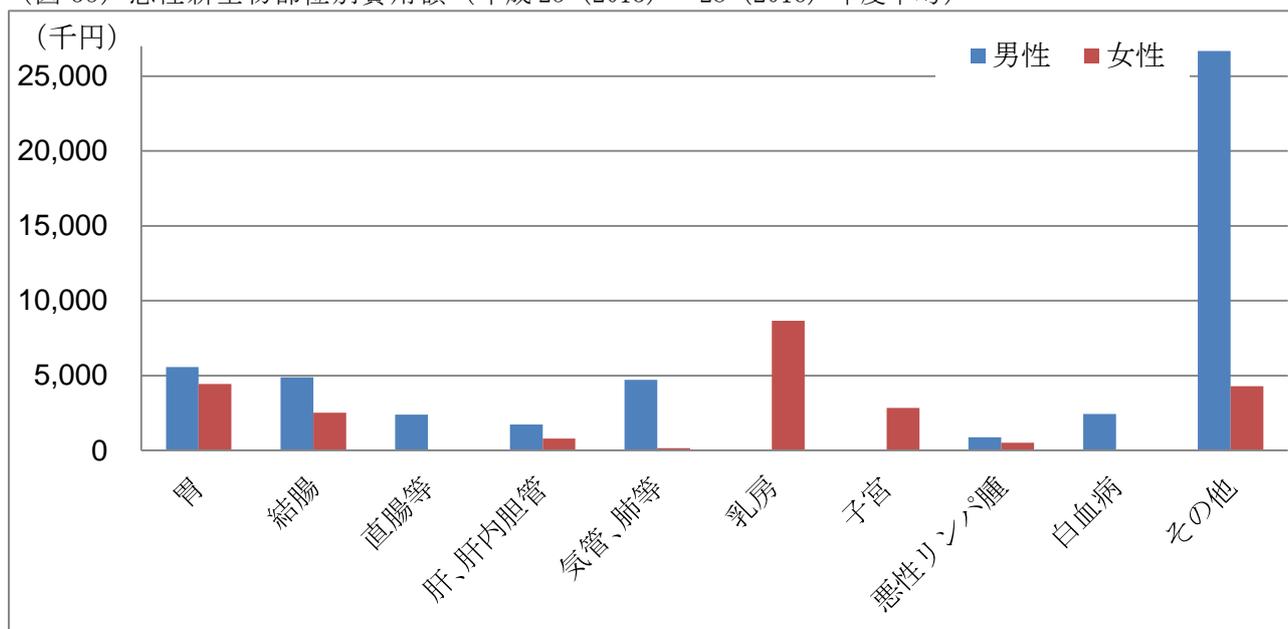
(図 34) 入院・入院外別疾病別費用額 (平成 25 (2013) ~28 (2016) 年度平均)



資料：医療費分析ツール「Focus」

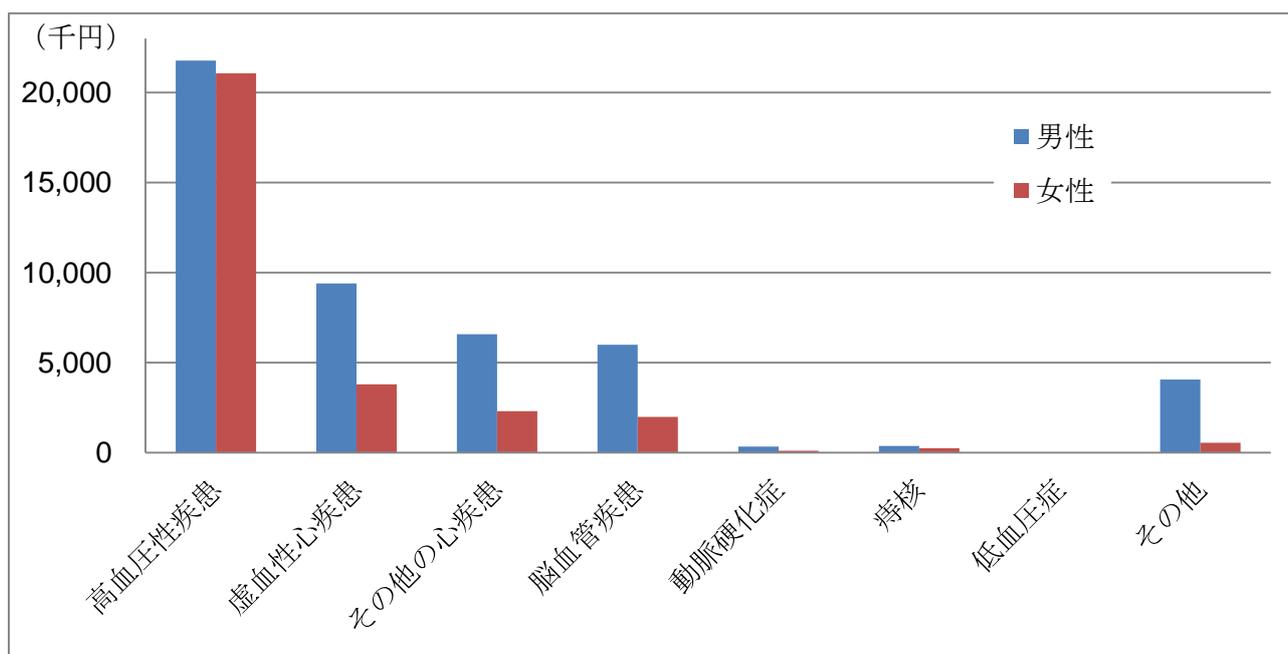
費用額の高い悪性新生物、循環器系、内分泌・代謝疾患、筋骨格・結合組織について詳しくみると、男女ともに高血圧性疾患が最も高く、次いで糖尿病となっておりどちらも男性の方が高くなっています。また、男性では悪性新生物のその他が最も費用額が高くなっています。それに比べ女性では、乳房、内分泌・代謝疾患のその他、甲状腺障害、筋骨格・結合組織の費用額が高くなっています（図 35、36、37、38）。

(図 35) 悪性新生物部位別費用額（平成 25（2013）～28（2016）年度平均）



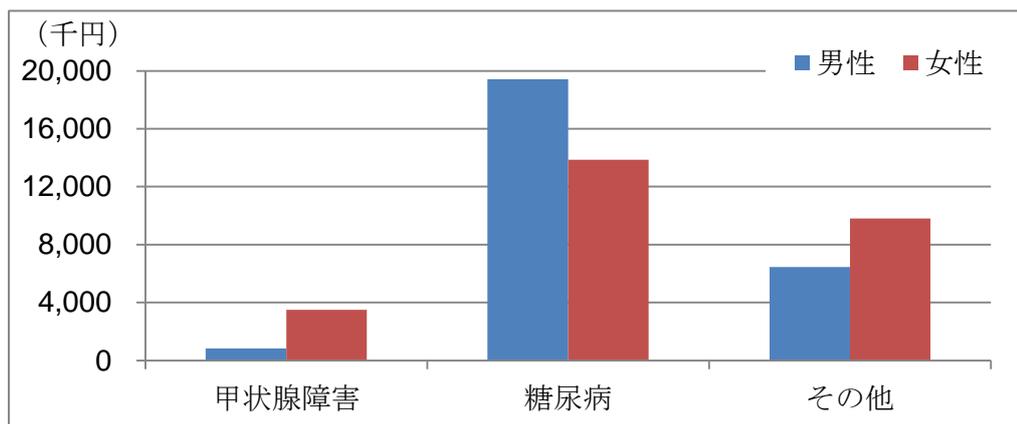
資料：医療費分析ツール「Focus」

(図 36) 循環器系費用額（平成 25（2013）～28（2016）年度平均）



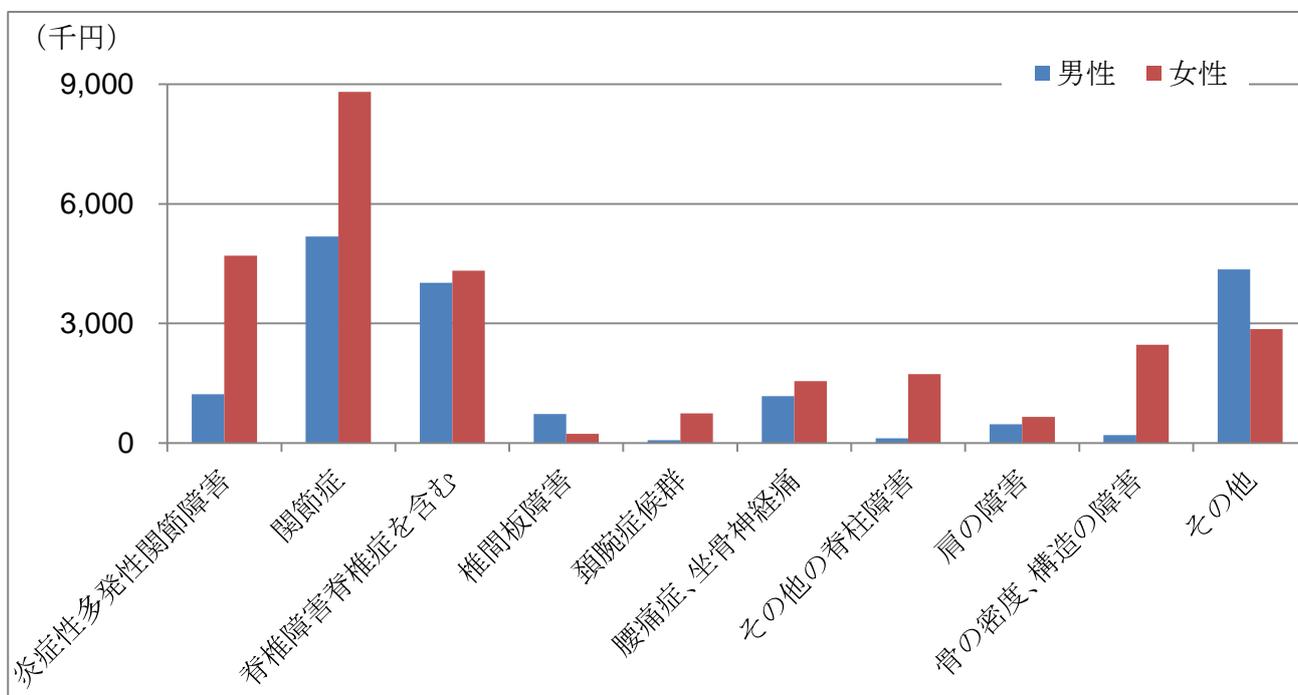
資料：医療費分析ツール「Focus」

(図 37) 内分泌・代謝疾患費用額 (平成 25 (2013) ~28 (2016) 年度平均)



資料：医療費分析ツール「Focus」

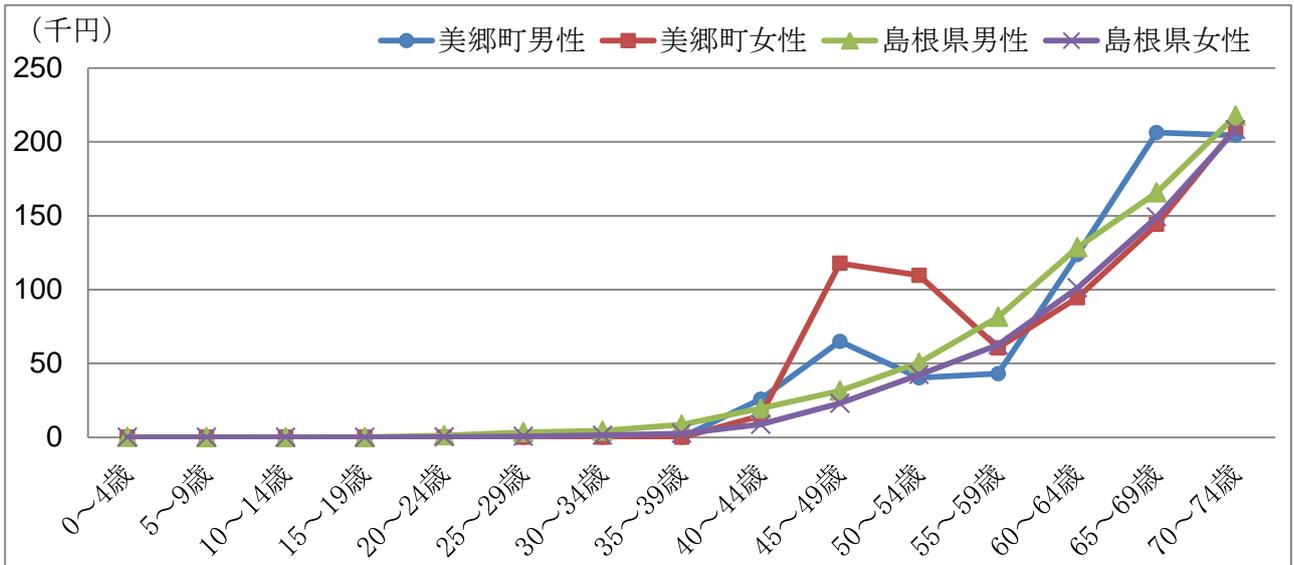
(図 38) 筋骨格・結合組織費用額 (平成 25 (2013) ~28 (2016) 年度平均)



資料：医療費分析ツール「Focus」

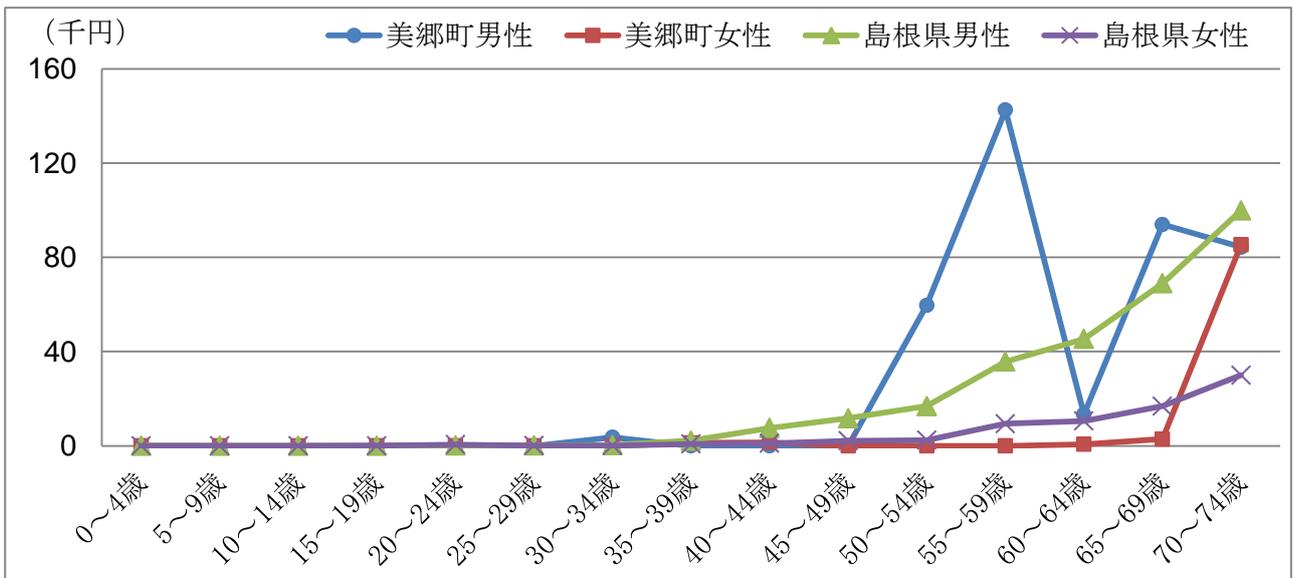
疾病別に費用額の高い生活習慣病に起因する以下の4疾患についてさらに詳しく年齢階層別にみると、高血圧性疾患では年代が上がるにつれ費用額も上昇していますが、美郷町女性で「45～54歳」で高くなっています。虚血性心疾患では美郷町男性の「50～59歳」「65～74歳」、女性の「70～74歳」で高くなっています。脳血管疾患の1人当たりの費用額をみると、島根県に比べて美郷町は男女とも低いですが、美郷町女性の「45～54歳」では高くなっています。糖尿病の1人当たり費用額をみると、美郷町男性では4代から年齢が上がるにつれて高くなっており、美郷町女性では「50～54歳」で高くなっています(図39、40、41、42)。

(図 39) 高血圧性疾患 1人当たり費用額 (平成 25 (2013) ~28 (2016) 年度平均)



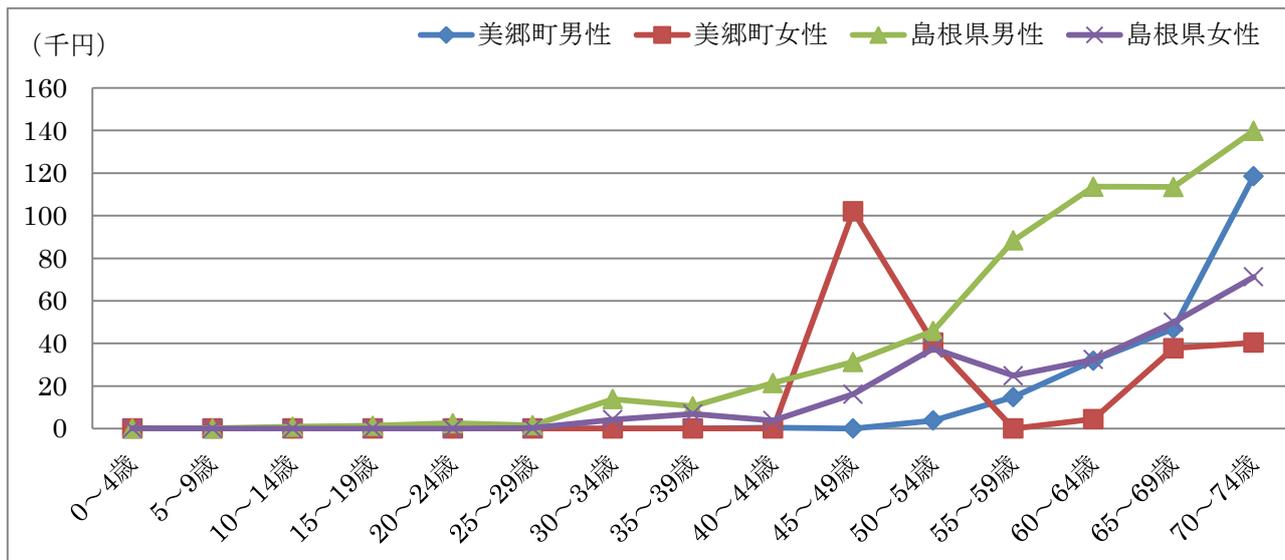
資料：医療費分析ツール「Focus」

(図 40) 虚血性心疾患 1人当たり費用額 (平成 25 (2013) ~28 (2016) 年度平均)



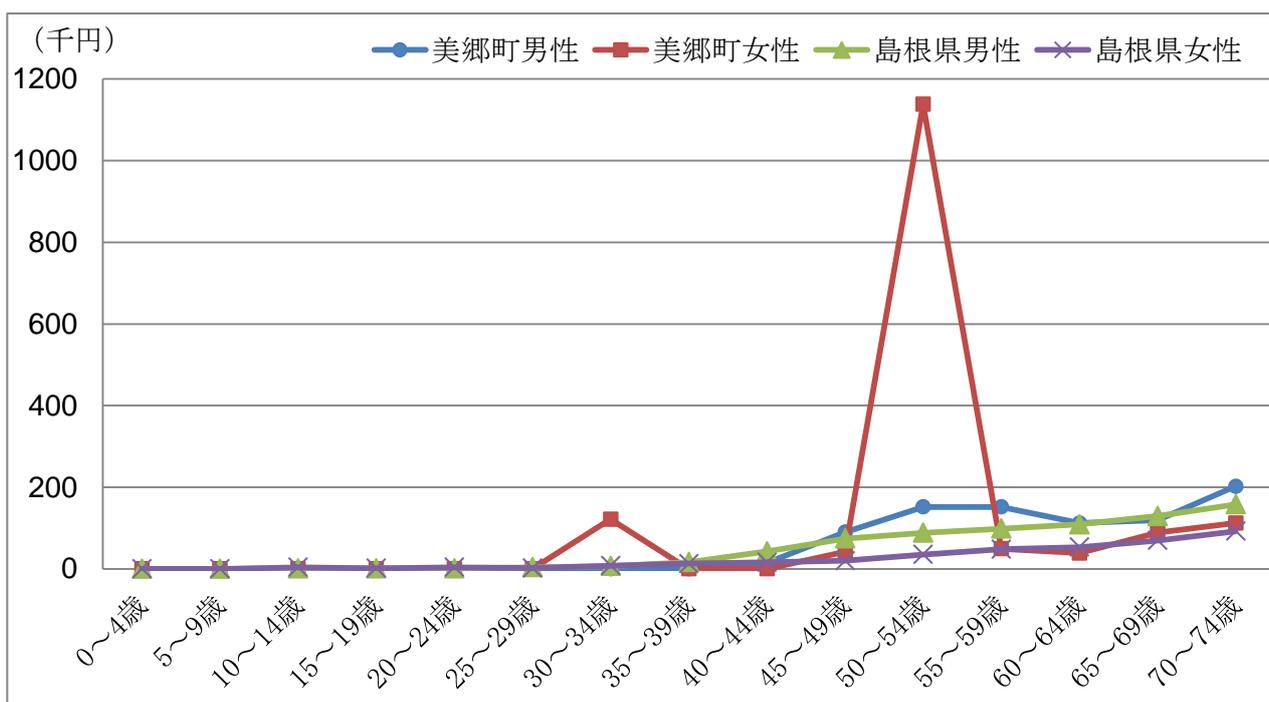
資料：医療費分析ツール「Focus」

(図 41) 脳血管疾患 1人当たり費用額 (平成 25 (2013) ~28 (2016) 年度平均)



資料：医療費分析ツール「Focus」

(図 42) 糖尿病 1人当たり費用額 (平成 25 (2013) ~28 (2016) 年度平均)

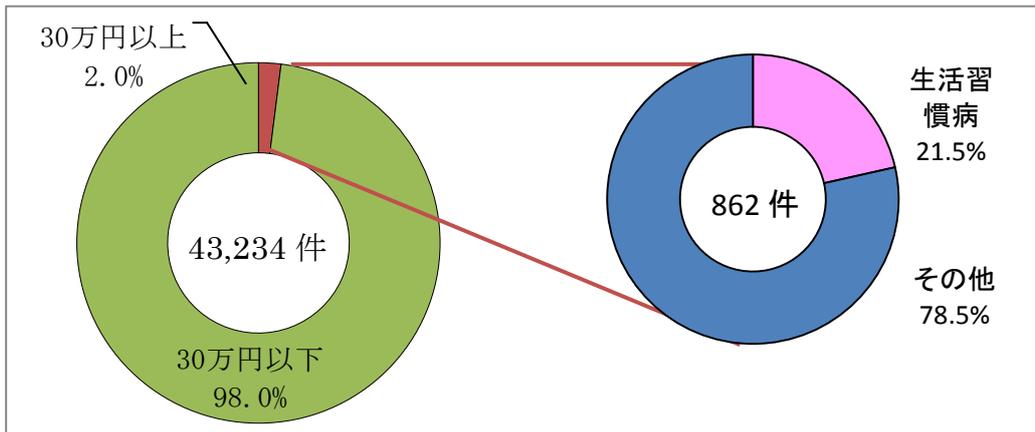


資料：医療費分析ツール「Focus」

平成 27 (2015)、28 (2016) 年度 (2 年間) のレセプト件数に占める高額レセプト件数は 862 件で割合は 2.0% であり、そのうち生活習慣病を主病とするレセプト割合は 21.5% でした (図 43)。

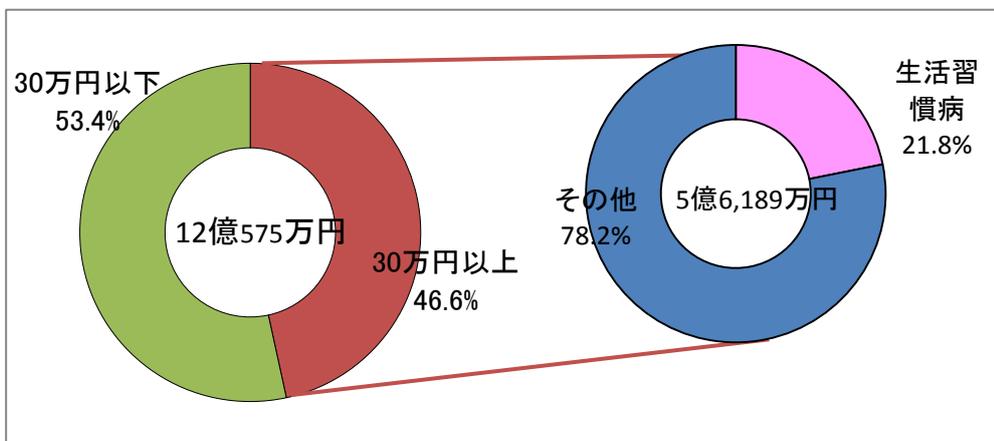
平成 27 (2015)、28 (2016) 年度 (2 年間) の総費用額に占める高額レセプトの割合は 46.6% であり、そのうち生活習慣病を主病とするレセプトの割合は 21.8% でした (図 44)。

(図 43) 平成 27 (2015)、28 (2016) 年度 レセプト件数内訳



資料：K D B 市区町村別データ

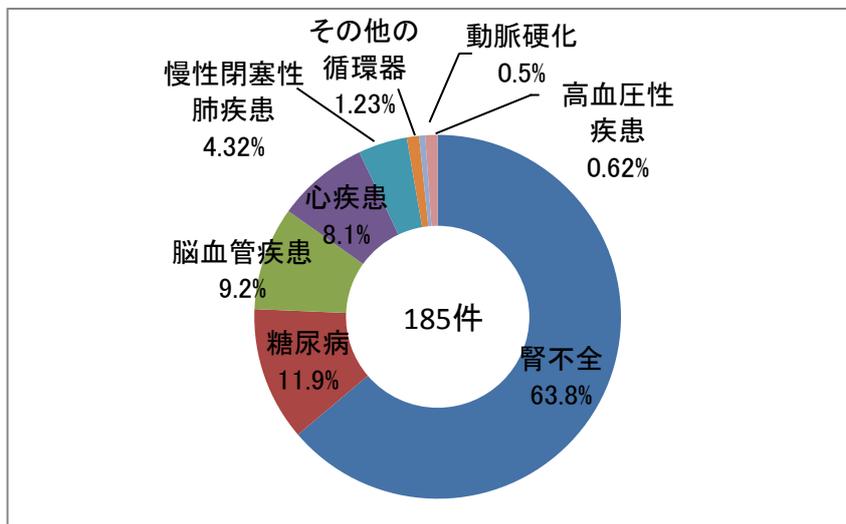
(図 44) 平成 27 (2015)、28 (2016) 年度費用額内訳



資料：K D B 市区町村別データ

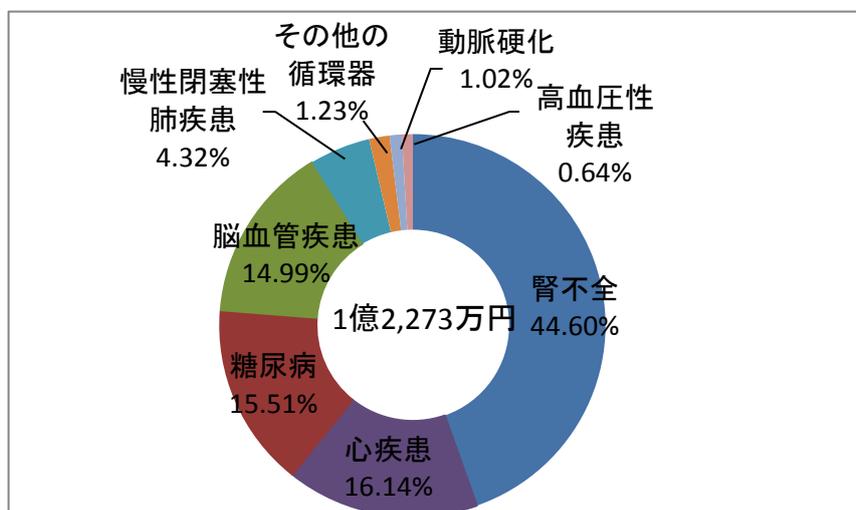
高額レセプトのうち、生活習慣病を主病とするものは、185件、費用額は1億2,273万円であり、件数及び費用額ともに腎不全が最も高くなっています。次いでレセプト件数では、糖尿病、脳血管疾患が多く、費用額では心疾患、糖尿病となっています（図45、46）。

（図45）生活習慣病を主病とする高額レセプトに締める件数割合



資料：K D B 市区町村別データ

（図46）生活習慣病を主病とする高額レセプトに締める費用額割合

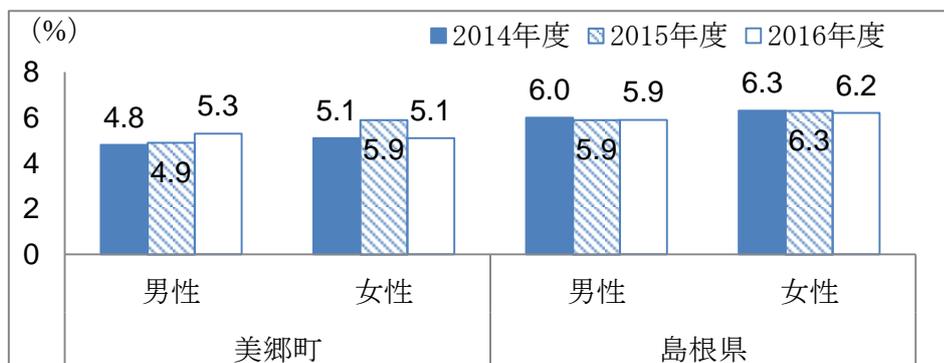


資料：K D B 市区町村別データ

3. 介護保険の状況

美郷町の年齢調整要介護者割合をみると、65歳以上では男女ともに島根県よりも低く、女性より男性の方が低くなっています。75歳以上では女性は島根県とほぼ変わりませんが男性は島根県よりも低く、女性の方が高くなっています（図47、48）。

（図47）65歳以上の年齢調整要介護者割合（要介護2～5）



資料：国民健康保険連合会集計データ

（図48）75歳以上の年齢調整要介護者割合（要介護2～5）



資料：国民健康保険連合会集計データ

美郷町の介護認定率は、全国や島根県よりも低くなっていますが、介護給付費、居宅給付費、施設給付費は全国、島根県よりも高い状況にあります（表13）。

美郷町の要介護者の有病状況では心疾患が最も多く、続いて筋・骨疾患となっており、両方とも全国や島根県よりも高い状況です（表14）。

（表13）介護認定率、一件当たり介護給付費（平成28（2016）年度累計）

	美郷町	全国	島根県	同規模保険者
介護認定率（％）	19.5	21.2	24.4	20.1
介護給付費（円）	76,074	58,284	61,915	70,589
居宅給付費（円）	45,918	39,662	40,769	40,981
施設給付費（円）	287,287	281,186	282,271	275,251

資料：KDB市区町村別データ

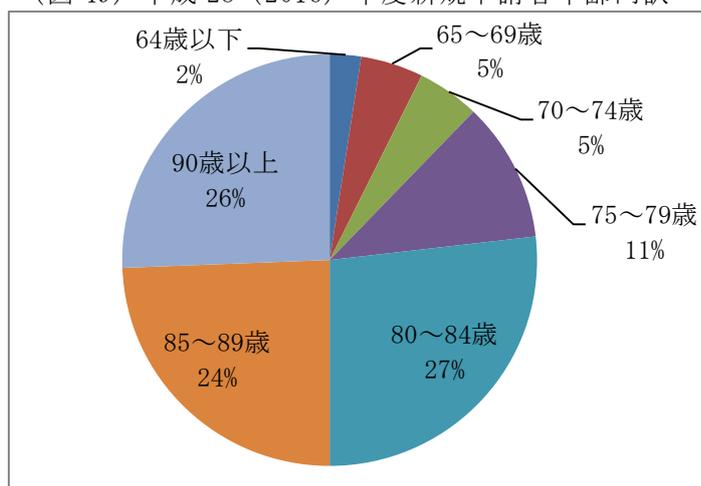
(表 14) 要介護者の有病状況 (平成 28 (2016) 年度累計)

	美郷町	全国	島根県	同規模保険者
糖尿病	19.4	22.1	23.8	21.2
心疾患	69.6	58.0	67.0	61.9
脳疾患	31.1	25.5	29.4	28.2
筋・骨疾患	56.7	50.3	56.7	53.7
精神	43.4	35.2	41.5	37.1

資料：K D B 市区町村別データ

美郷町の平成 28 (2016) 年度新規申請者年齢別内訳をみると「80～84 歳」が最も多く、次いで「90 歳以上」、「85～89 歳」であり 80 歳以上が 7 割以上を占めています。また申請となった原因をみると、全体では「認知症」が最も多く、次いで「筋骨格の病気」でした。年齢別にみると「70～74 歳」、「85～89 歳」の原因の 1 位は「脳卒中」となっています (図 49、表 15)。

(図 49) 平成 28 (2016) 年度新規申請者年齢内訳



資料：邑智郡 平成 28 (2016) 年度新規申請者 主治医意見書疾病集計表

(表 15) 平成 28 (2016) 年度新規申請者 介護保険申請となる原因

	64 歳以下	65～69 歳	70～74 歳	75～79 歳	80～84 歳	85～89 歳	90 歳以上
1 位	がん	筋骨格の病気	脳卒中	認知症	認知症	脳卒中	筋骨格の病気
2 位		認知症	筋骨格の病気	筋骨格の病気	筋骨格の病気	認知症	外傷
3 位				がん	心臓病	心臓病	認知症

資料：邑智郡 平成 28 (2016) 年度新規申請者 主治医意見書疾病集計表

4. 健康課題の抽出・明確化

1) 現状分析

美郷町の特性、医療費の状況、特定健診、特定保健指導の状況、がんの状況、介護の状況より以下に現状をまとめました。

●特定健診結果より壮年期の肥満者、メタボリックシンドローム該当者や予備群の割合は男女ともに島根県や大田圏域と比較して大差はないですが、生活習慣病の予備群を含めた有所見者の割合は島根県より高くなっています。また、壮年期男性において血糖コントロール不良者の割合や糖尿病、脂質異常症の年齢調整有病率が島根県に比べて高い割合となっています。

●医療費分析により医療費が高い疾患は循環器系疾患や悪性新生物、内分泌・代謝疾患でした。循環器系疾患の中では高血圧、虚血性心疾患に関する費用額が高く、内分泌・代謝疾患の中では糖尿病に関する費用額が高い状況にあります。これらの疾患は50歳前後で1人当たりの費用額が最も高くなっています。しかし特定健診の受診率は40～50歳代で低い状況にあります。また、悪性新生物においては男性では胃がん、女性では大腸がんの年齢調整死亡率が高い状況ですが、胃がん検診や子宮がん検診の受診率は低く、大腸がんの精密検査受診率が低い状況です。

●HbA1c や LDL コレステロールの高い有所見者の割合が島根県よりも高く、壮年期男性においては血糖コントロール不良者の割合が島根県よりも高くなっています。また、生活習慣病によるレセプトにおいては腎不全の費用額が高くなっています。さらに、脳血管疾患の1人当たり費用額は美郷町女性の壮年期で島根県より高い状況です。

2) 健康課題

前期計画の振り返りと現状分析を振り返り、以下3点の課題を抽出しました。

- (1) 生活習慣病発症予防のため、地域保健と職域保健が連携して早期から生活習慣の改善につなげることが必要です。
- (2) 早期に疾病を発見し生活習慣の改善につなげるため、未受診者対策を行い健診受診率を向上させることが必要です。
- (3) 重症化予防には特に血糖や血圧の管理が重要であり、治療中断することなく継続的な受診や生活習慣の管理が必要です。

3) 対策の方向性

- (1) 地域や職域で、働き盛りの健康づくりの場を増やす。
- (2) 健診やがん検診を受診し早期から生活習慣病予防や発症予防等に取り組む。
- (3) 疾患を管理し悪化防止に取り組む。

第4章 第2期データヘルス計画

住民が健診や各種がん検診等の必要性を認識することで健診（がん検診）を受診し、結果を真摯に受け止めることが必要です。心身ともに健康で活動的な75歳を目指して、住民一人ひとりが継続可能な健康づくり活動ができ、健康寿命、平均寿命を延ばすことを目的として、保健事業を推進してまいります。

1. 目標

対 策	目 的	中長期目標	短期目標
早期からの生活習慣病予防対策	地域保健と職域保健が連携し、特に若年層の生活習慣病の発症予防を目指す。	<ul style="list-style-type: none"> ・メタボリックシンドローム該当者の割合を減少 40～64歳（）内は65～74歳の目標 男性：19.6%（18.9%） 女性：6.3%（10.1%） ・メタボリックシンドローム予備群の割合を減少 40～64歳（）内は65～74歳の目標 男性：7.6%（5.6%） 女性：4.2%（4.3%） ・肥満者の割合の減少 40～64歳 男性：20.3% 女性 16.0% 	<ul style="list-style-type: none"> ・健康教室、出前講座の実施回数を増やす ・健康教室や出前講座の参加者を増やす ・水中運動教室参加者を増やす ・週に2回以上運動している人の割合を増やす ・夕食後の間食をしている人の割合を減らす ・食べる速度が速い人の割合を減らす ・喫煙者を減らす ・適正飲酒以上を飲む人の割合を減らす
未受診者及び発症予防対策	被保険者が健診や検診の必要性を認識し、生活習慣病の発症予防、早期発見・早期治療に結び付けることで、重症化予防を目指す。	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率 60% ・特定保健指導終了率 64% ・がん検診受診率を増やす ・精密検査受診率を増やす 年齢調整有病率の減少 40～64歳（）内は65～74歳の目標 ・糖尿病 男性：11.8%（22.8%） 女性：2.1%（10.2%） ・高血圧 男性：40.3%（58.6%） 女性：12.1%（53.3%） 	<ul style="list-style-type: none"> ・継続受診者率を増やす ・40～50歳代の受診率を増やす ・特定保健指導実施率を増やす ・がん検診受診率を増やす ・精密検査受診率を増やす

		<ul style="list-style-type: none"> ・脂質異常症 男性：41.3%（21.2%） 女性：11.8%（34.5%） 	
重症化予防対策	血糖と血圧管理を行い糖尿病合併症発病者の減少や糖尿病性腎症による新規透析患者の減少を目指す。	<ul style="list-style-type: none"> ・血糖コントロール不良者の減少 40～64歳（）内は65～74歳の目標 HbA1c：7.0%以上 男性：1.5%（4.4%） 女性：1.8%（1.5%） HbA1c：8.0%以上 男性：3.0%（1.0%） 女性：0%（0.4%） ・糖尿病性腎症による新規透析導入者率の減少 ・血圧を今より高くしない40～74歳（収縮期血圧） 男性：128.1 mm Hg 女性：127.1 mm Hg 	<ul style="list-style-type: none"> ・血糖コントロール不良者への聞き取りや指導の実施率 100% ・腎症重症化予防者への定期的な訪問 100% ・腎症重症化予防者について3カ月毎のカンファレンスを実施する

2. 保健事業の内容

健康課題とその対策について目標を達成するため下記の保健事業に特に力を入れて実施していきます。

① 生活習慣病予防対策

若年層の生活習慣病の発症を予防するため、引き続き職域保健の産業保健会と連携し、事業所健診や事業所訪問や出前講座等で生活習慣病の発症予防に力を入れていきます。また、職域と連携し食生活の改善や壮年期男性に特化した水中運動を実施していきます。

② 未受診者及び発症予防対策

生活習慣病の早期発見・早期治療に結び付けるために特定健診の未受診者対策を行っていきます。特に40～50歳代への取組や退職者がスムーズに特定健診やがん検診が受けられるように取組を行っていきます。

③ 重症化予防対策

生活習慣病で治療中の方には診療情報提供書の依頼を行い、それを基に重症化予防のた

めに指導を行います。

更に、特定健診、人間ドック、職場健診の結果を基にCKDの分類及びHbA1cの基準より抽出した対象者に対して、引き続き定期的な訪問を実施し、治療中断の防止と生活習慣の管理が行えるように指導を行うことにより重症化予防に取り組んでいきます。

	事業名	目的・目標	対象者	事業内容	実施方法・体制	評価体制・方法 ※3	実施スケジュール	実施期間	実施場所
一次予防	関係団体・機関と連携した健康教室	地域の健康課題をテーマに健康知識・方法等の普及	全住民	活動グループや自治会、公民館と連携し健康教室を実施	地区担当保健師や栄養士が出向き健康課題に沿ったテーマで教室を開催する。周知等は活動グループや公民館で実施	①地区担当保健師が実施 ②各グループ等の担当者と予定や内容を検討し実施する ③各連合自治会単位で2回以上実施する ④住民の健康意識が向上する	4月～翌年3月までで、各グループ等の担当者と日程調整	通年	各公民館、隣保館や集会所
	健康広報事業	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の割合を減少させる		広報やIP放送、ホームページ等を用いた各種広報事業	保健師や栄養士が健康課題や保健事業について様々な媒体を用いて情報を公開・提供する	①担当の月を決め広報に掲載。その他は事業担当が実施 ②健康課題や月のお知らせなど内容を検討し掲載する ③広報は毎月掲載、必要時IP、ホームページ掲載 ④住民の健康意識が向上する	月に1回の広報適宜ホームページへの掲載とIP放送		広報ホームページ IP放送
	男性のための水中運動教室	働き盛り世代の運動習慣をつけ、生活習慣病予防及び健康増進を図る	町内の成人男性	町内の成人男性の運動習慣確立のため、気軽に参加でき、動機づけとして水中運動教室を実施する	事業担当が企画し水中運動や陸上運動を中心とした運動を月4回の3クール実施する 運動後はバランスのとれた弁当を提供する 周知は産業保健会、広報、IP放送により呼びかける	①関係機関との連携・調整、実施体制を構築する、指導者を増やす ②周知方法、実施回数、内容について対象者が参加しやすい体制作りに努める ③年間12回以上開催する、1回につき10人以上を目指し、若年層の参加を増やす ④週2回以上運動をしている人の割合を増やす	5月～翌年3月までの月4回の3クール	通年	ゴールデンユートピアおおち
二次予防	健康相談事業	個別相談に応じ必要な指導及び助言を行い日常生活上の健康管理、生活習慣病予防及び健康増進を図る	全住民	様々な健診や結果報告会、事業所健診の場で個別相談を実施 各地区活動の場で健康相談を実施 美郷町公式アプリでの健康相談を実施	地区担当保健師や栄養士が出向き実施する。周知等は活動グループや公民館で実施 公式アプリに相談窓口を立て相談内容はメールにより返信し必要があれば訪問等実施する。相談内容により事業もしくは地区担当に振り分ける。	①地区担当保健師もしくは事業担当保健師、栄養士が実施 ②個別に相談を受け必要に応じた対応を行う ③30回以上の開催を目指す アプリでの相談は10件以上を目指す ④相談窓口の周知の向上	4月～翌年3月までの健康教室の際に実施 アプリは適宜対応を行う。初回は7日以内に返信する	通年	各健診実施場所、各交流センター、集会所等
	訪問指導事業			必要に応じて訪問指導を実施	地区担当保健師や栄養士が訪問し、必要な指導及び助言等を行う。	①地区担当保健師や栄養士が実施 ②個別訪問し必要な助言や指導、相談に応じる ③述べ年間200件以上を目指す ④住民が予防行動や、受診行動をとることができる	4月～翌年3月まで必要に応じ訪問する		通年

	事業名	目的・目標	対象者	事業内容	実施方法・体制	評価体制・方法 ※3	実施スケジュール	実施期間	実施場所
	がん検診受診率向上・精検者対策事業	がん検診の受診率の向上と精密検査の受診率向上を行い、がん予防、早期発見を図る	がん検診対象者	健康教室時等でのがん検診の受診勧奨及び精密検査の受診勧奨を実施。	健康教育等や自治会等でのがん検診のPR 精検未受診者に対し地区担当保健師が電話・訪問等による受診勧奨	①地区担当が教室等でPRを実施 精検者へ地区担当保健師が連絡。管理等は事業担当者 ②精検対象者へ電話や訪問を行い受診状況や勧奨を実施 ③がん検診受診率、精検受診率を増やす ④住民が予防行動や、受診行動をとることができる	6月～翌年3月まで 精密検査においては3か月、6か月後	通年	各健診実施場所、各交流センター、集会所等
三次予防	糖尿病性腎症重症化予防個別フォロー事業	糖尿病合併症発病者を減少させる。 糖尿病性腎症による新規透析患者率の減少	CKDかつ HbA1c : 6.5%以上の者	予備群の方に生活指導を行い、予防教室等の保健事業へ参加勧奨 糖尿病性腎症・CKDハイリスク者をフォーカスシステムより抽出し台帳作成し、かかりつけ医と連携しながら、個別にフォローを適宜行う	必要な方に対しては受診勧奨を行う ハイリスク者は、KDBやフォーカスシステムにて抽出。ハイリスク者名簿を作成 個別フォローは担当地区等により配分し実施。 必要に応じて、町内のかかりつけ医と連携しながらフォローしていく。	①対象者の抽出等は事業担当が実施 受診勧奨や個別フォローは地区担当保健師が実施 関係機関との連携・調整、実施体制を構築する ②対象者に対して個別に聞き取りを実施。定期的に訪問し継続受診の有無や検査データ等指導を実施 かかりつけ医が町内の場合は医療機関と連携を図り情報提供を依頼。より状態にあった指導を実施していく ③ 個別問実施率 100% 3か月毎のカンファレンスの実施 ④ 透析導入者数：0人	4月～翌年3月まで 必要に応じ訪問する	通年	各家庭
	血糖高値放置者訪問指導事業	血糖コントロールが不良な者を減少させる	HbA1c : 7.0%以上の者及び糖尿病未治療者及び治療中断者	健診、人間ドック、職場健診の結果を基に糖尿病台帳を作成し、電話や訪問等にて現状把握を実施 血糖高値者の実態把握、受診勧奨及び糖尿病に関する相談を訪問し実施	HbA1c : 7.0%以上の方を台帳整理し定期的に医療機関へ受診できているか、眼科医への受診等合併症の予防、血糖管理について適宜電話や訪問による聞き取りを行う 未受診者や治療中断者等にも働きかけていく	①対象者の抽出へ事業担当が実施 受診勧奨や個別フォローは地区担当保健師が実施 ②対象者に対して個別に聞き取りを実施。定期的に訪問を実施し継続受診の有無や検査データ等指導を実施 ③ 聞き取り実施 100% ④ 合併症発症者：0人	4月～翌年3月まで 必要に応じ訪問する	通年	各家庭

	事業名	目的・目標	対象者	事業内容	実施方法・体制	評価体制・方法 ※3	実施スケジュール	実施期間	実施場所
脳卒中発症・再発防止	脳卒中再発予防支援事業	生活習慣病管理状態を良くしていく 脳血管疾患年齢調整死亡率を減少させる	全住民	各地区で出前講座や健康相談の実施	地区担当保健師が各地域での出前講座の内容に組み込み実施する。健康相談の場で血圧が高めの人にチラシ等を渡し啓発する	①地区担当保健師が実施 ②各グループ等の担当者と予定を検討し実施する ③各連合自治会単位で1回以上実施する ④住民の健康意識が向上する	4月～翌年3月までで、各グループ等の担当者と日程調整	通年	各健診実施場所、各交流センター、集会所等
			脳卒中患者	脳卒中発症者へ個別訪問を実施し、再発防止に努めるよう支援する	脳卒中発症者へ個別訪問を初回、半年後の2回行い、生活改善に向けた支援を実施する 医療機関より診療情報提供書、栄養指導・保健指導連絡票による紹介による個別訪問も実施	①事業担当者が把握する地区担当者が個別訪問をする ②調査票や脳卒中再発防止に関するチラシを用いて指導を行う ③報告のあった対象者については早期に訪問する。 訪問：100%（2回） ④再発者がいない	4月～翌年3月まで必要に応じ訪問する	通年	各家庭
体制整備	保健医療連絡会	美郷町健康づくり計画の進捗管理を行い、関係機関との具体的取り組みを検討する	町内3医療機関と住民代表	健康増進計画の進捗管理及び合併症・重症化防止等の具体的取り組みの検討	事務局は健康福祉課で町の現状課題を提示し住民の健康増進に向け検討する	①事業担当者及び事務局が実施 ②内容については推進係内で協議し実施する ③1回/年以上開催する ④健康づくりに関する環境づくりを整備する	9月に連絡会を開催できるように調整する	9月頃	みさと館
	美郷町健康づくり推進協議会		各関係団体の代表	町の目標・課題や関係団体の課題等について検討を行い各機関へ情報提供を行う	事務局は健康福祉課で町の現状課題を提示し、住民の健康増進に向け各団体の取組や方針について検討する	①事業担当者及び事務局が実施 ②内容については推進係内で協議し実施する ③2回/年以上開催する ④健康づくりに関する環境づくりを整備する	6月、2月に協議会を開催できるように調整する	6月、2月頃	

評価体制・方法※3

- ①はストラクチャー評価：保健事業を実施するための仕組みや体制（職員の体制、予算等）
- ②はプロセス評価：事業の目的や目標達成に向けた過程や活動状況（情報収集、問題の分析等）
- ③はアウトプット評価：目的・目標の達成のために行われる事業の結果（受診率、利用率等）
- ④はアウトカム評価：事業の目的や目標の達成度、また成果の数値目標（結果の変化、医療費の変化等）

第5章 特定健康診査、特定保健指導に関する分析と事業内容 (第3期特定健康診査等実施計画)

1. 達成しようとする目標

国の特定健診等基本指針における目標値と第2期美郷町健康診査等実施計画を踏まえ、平成35(2023)年度までに特定健診受診率は60%に達すること、特定保健指導終了者割合は64%以上を保つことを目標とします。

1) 特定健診受診率

特定健診受診率は、当該年度末における、40歳から74歳の被保険者のうち、特定健診を受診する者の割合を表します(表16)。

(表16) 特定健診目標実施率の推移

2018度	2019度	2020年度	2021度	2022年度	2023年度
48%	50%	53%	56%	58%	60%

2) 特定保健指導終了者割合

特定保健指導終了者割合は、特定健診受診者で特定保健指導の対象となった者のうち、特定保健指導を終了した者の割合を表します(表17)。

(表17) 特定保健指導終了者割合目標値の推移

2018度	2019度	2020年度	2021度	2022年度	2023年度
64%	64%	64%	64%	64%	64%

2. 特定健診等の対象者数

1) 特定健診の対象者

美郷町国民健康保険の加入者（被保険者・被扶養者）のうち特定健康診査の実施年度中に40～74歳となる者で、かつ当該実施年度の1年間を通じて加入している者（年度途中での加入・脱退等異動のない者）を対象とします。

なお、妊産婦、その他の厚生労働大臣が定める者（刑務所入所中、海外在住、長期入院者等）は上記対象者から除外します。

（表 18）特定健診対象者、受診者、増加人数の推移

	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
対象者 (人)	981	976	974	974	976	983
受診者 (人)	466	486	509	538	560	583
増加人数 (人)		20	23	29	22	23

2) 特定保健指導の対象者

特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者（全国の特定保健指導出現者を基に算出）を対象とします。

（表 19）特定保健指導対象者、受診者、増加人数の推移

	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
対象者 (人)	28	30	30	30	30	32
受診者 (人)	17	19	19	19	19	20
増加人数 (人)		2	0	0	0	1

3. 特定健診等の実施方法

1) 特定健診

(1) 特定健診方法・実施期間

① 集団健診

実施期間	6月～8月
実施場所 (実施機関)	4日、2会場（みさと館、大和事務所） J A島根厚生連
健診項目	問診、身体計測、血圧測定、尿検査、血中脂質検査、肝機能検査、血糖検査、医師による診察
詳細項目	心電図検査、貧血検査、眼底検査、血清クレアチニン検査
オプション検査 (町独自)	心電図検査、貧血検査、血清クレアチニン検査、血清尿酸検査、糸球体濾過量 ※全員実施（検査料無料）
追加項目検査 (自己負担有)	<ul style="list-style-type: none"> ・ペプシノゲン検査 ・前立腺検査 ・眼底検査 ・肝炎ウイルス検査（無料） ・甲状腺検査 ・ピロリ菌検査
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科衛生士による歯科指導 ・一部会場にて胃がん検診、子宮がん検診の同時実施 ・30歳代の健診機会がない方や被扶養者の健診も同時実施
周知方法	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者宛に保健班長を通じて申込書、案内文書を配布 ・集団健診申込者へ受診券、案内文書等を配布 ・集団健診以外の方は個別健診の受診券、案内文書を配布 ・広報やIP放送、ホームページへの掲載等

② 個別健診

実施期間	8月～12月
実施場所 (実施機関)	美郷町内3医療機関、大田市内3医療機関 加藤病院、公立邑智病院、飯南病院
健診項目	問診、身体計測、血圧測定、尿検査、血中脂質検査、肝機能検査、血糖検査、医師による診察
詳細項目	心電図検査、貧血検査、眼底検査、クレアチニン検査
オプション検査 (町独自)	心電図検査、貧血検査、クレアチニン検査 ※全員実施（検査料無料）
周知方法	・8月上旬に人間ドック、集団健診未受診者へ受診券、案内文書の配

	布 ・再度未受診の方にはハガキで受診勧奨を実施 ・広報や IP 放送、ホームページの掲載等
--	---

③ 人間ドック

実施期間	5月～2月
実施場所 (実施機関)	浜田医療センター、公立邑智病院、三次地区医療センター 厚生連巡回ドック
健診項目	問診、身体計測、胸部X線、腹部超音波検査、血圧測定、心電図検査、視力検査、聴力検査、尿検査、血中脂質検査、肝機能検査、血糖検査、腎機能検査、貧血検査、肝炎ウイルス検査、便潜血検査、胃がん検査（上部消化管X線または胃カメラ検査）、医師による診察
脳ドック検査	浜田医療センター、公立邑智病院、三次地区医療センター
周知方法	・3月の広報時に案内文書を全戸配布 ・広報や IP 放送、ホームページの掲載等

(2) 委託契約

特定健康診査については、健診機関または医療機関への委託により実施します。

契約の形態は集合契約および個別契約とし、厚生労働大臣が告示にて定める「特定健診及び特定保健指導の実施に関する基準」を満たしている機関の中から、今までの健診の実施方法や内容、データ管理の継続などに考慮して選定します。

(3) データ受領方法

特定健診結果データはデータ管理システムの契約により島根県国民健康保険連合会へ送付されるとともに美郷町役場は電子データファイル（CSV）によりデータを受領し、美郷町の健康管理システムで管理します。

また、事業主や本人より個別結果を得られた場合は町でデータ化、管理します。

(4) 通知方法

集団特定健診の申込書は対象者へ年度初めに各地区の保健班長を通して、全世帯に配布します。集団健診の申込者に対しては健診2週間前までに受診券と問診票等を個別に通知します。人間ドックのお知らせは年度当初に広報や医療費通知に併せ、希望者を取りまとめ、個別通知を行います。集団健診及び人間ドック未受診者に対し、個別健診の受診券と問診票を個別通知します。健診の未受診者に関しては、再度ハガキによる受診勧奨を行います。

(5) 未受診者対策及び精密検査の受診勧奨

欠診理由が「職場で済み」や「定期的に病院で検査済み」という方へは情報提供書を郵送し、情報提供の依頼を行います。併せて、町内外かかりつけ病院での健診のため、町内の主治医には主治医からの受診勧奨も依頼していきます。また、個別健診の受診勧奨として対象者に勧奨のハガキを送付し、特定健診の受診を促します。

特定健診で精密検査となったすべての方が受診するよう電話や訪問等による受診勧奨を健診3か月後と6か月後に行います。

2) 特定保健指導の実施方法

(1) 特定保健指導対象者の選定と階層化

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

※高血圧、糖尿病、脂質異常症で服薬中の人は、特定保健指導の対象としない。

※65歳以上75歳未満の人は、積極的支援の対象となった場合も動機付け支援とする。

※追加リスクの詳細な検査値

- ① 血圧：収縮期血圧 130 mm Hg 以上 または 拡張期血圧 85 mm Hg 以上
- ② 脂質：中性脂肪 150 mg/dl 以上 または HDL コレステロール 40 mg/dl 未満
- ③ 血糖：空腹時血糖 100 mg/dl 以上 または HbA1c (NGSP 値) 5.6%以上

(2) 実施体制

階層化された特定保健指導対象者の指導については、町保健師・栄養士が直接実施します。集団健診、個別健診、人間ドックの全ての特定保健指導対象者へ実施します。動機づけ支援及び積極的支援の対象者への特定保健指導は個別に行います。また、集団健診における初回面接は特定健診結果報告会の場で行っても良いとします。

また、特定保健指導対象者へはからだスッキリ水中運動教室への助成を行い、運動習慣の確立を目指します。

(3) 特定保健指導の方法・実施期間

実施期間	初回面接から6カ月間 *初回面接の実施期限は、集団健診は2ヶ月以内、個別健診や人間ドックに関しては結果が出しだい1カ月以内に実施する。 *からだスッキリ健康教室は4月～翌年3月まで
実施場所 (実施機関)	・集団健診は結果報告会に来た方へはその会場で実施する。 ・それ以外の方は個別に訪問し実施する。 ・からだスッキリ健康教室はゴールデンユートピアおおち(委託機関)に委託し実施する。
指導内容	・担当の保健師等がカルテに基づき生活習慣改善の必要性を説明後、食事に特化した調査票にて聞き取りを行い、6か月後の目標と具体的な生活改善内容を共に考え、目標シートに書き込む。それらに基づき指導を実施する。 ・動機づけ支援者には2回以上の訪問及び電話にて状況確認や個別指導、最終評価を行う。 ・積極的支援者には5回以上の訪問及び電話にて状況確認や個別指導、中間評価や最終評価を行う。 ・運動についてはからだスッキリ健康教室を進め、特定保健指導対象者が教室1回につき10名の参加を促す。
周知方法	・対象者へ電話を行い周知する。 ・からだスッキリ健康教室は初回面接時に個別に勧奨を行う。また、定期的に委託機関よりハガキにて周知する。

(4) データ受領方法

特定保健指導の結果データはデータ管理システムの契約により島根県国民健康保険連合会へ送付されます。

(5) 通知方法

特定保健指導対象者へは個別に電話での連絡を行います。また、特定健診結果報告会の場での周知も行います。

4. 年間スケジュール・今後の予定

特定健診等の年間実施スケジュールを次のとおりとします。この日程に支障が生じた場合は、状況に応じ変更し実施します。

月	実施項目	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
4月	<ul style="list-style-type: none"> ・委託契約 ・保健班長会（研修会）の開催 ・特定健診対象者の把握 ・保健班長を通じて特定健診申込書を配布・回収 	第3期計画開始				
5月	<ul style="list-style-type: none"> ・人間ドック実施開始 ・集団健診受診券等の送付 ・前年度実績報告 					
6月	<ul style="list-style-type: none"> ・集団健診の実施開始 ・補助金の申請 ・医療機関訪問 ・眼底検査委託契約 					次期計画策定開始
7月	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導実施開始 ・特定健診結果報告会開始 ・医療機関訪問 					
8月	<ul style="list-style-type: none"> ・個別健診対象者抽出・受診券発送 ・個別健診開始 					
9月	<ul style="list-style-type: none"> ・法定報告 ・医療連絡会の開催 					
10月						
11月	<ul style="list-style-type: none"> ・再受診勧奨 ・精密検査受診勧奨 			中間評価（計画の見直し）の検討開始		
12月	<ul style="list-style-type: none"> ・次年度予算 					
1月						
2月	<ul style="list-style-type: none"> ・国保運営協議会の開催 ・精密検査受診勧奨 					
3月	<ul style="list-style-type: none"> ・実績のまとめ ・人間ドック通知・申込 					次期計画策定

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

年度ごとに、各保健事業に対しての評価を行います。また、中間見直しとして3年後を目途に保健事業ごとの目標値と結果の状況、実施方法、内容、スケジュール等について評価を行い、目標値の達成状況等の進捗管理を行います。

計画の最終年度には、中間評価も踏まえて総合的に評価を行います。それぞれの事業方針に沿った取組みの結果は、次期計画の効果的な保健事業の運営が行えるよう見直しを図ります。

2. 評価方法・体制

年度ごとの評価についてはストラクチャー評価、プロセス評価、アウトプット評価について評価を行い、中間評価、最終評価においてアウトカム評価についても行います。

評価には、KDBや医療費分析ツール「Focus」等を活用し、できるだけ前年度のデータを入力し、評価を行います。年度ごとの評価は健康推進係で行い、中間評価や最終評価においては事業運営に関わる担当部門（国保、健康推進、介護部門等）と共に評価を行います。

3. 計画に盛り込む個別の保健事業に係る評価

本計画に盛り込んだ個別の保健事業の実施状況等については、計画における目標値を踏まえた評価指標を個別に設定し、毎年度、評価を行った上で、必要に応じて翌年度の保健事業の実施内容等の見直しを行います。

第7章 計画の公表・周知に関する事項

1. 計画の公表・周知

策定した計画については、町のホームページや広報紙等で住民及び関係機関へ周知します。

2. 保健事業の普及啓発

各保健事業の目標達成するために、被保険者の保健事業に対する協力等が必要になります。そのためには、美郷町の現状の周知や保健事業を実施することの必要性について理解を深め住民一人ひとりが継続可能な健康づくり活動を行っていくことが重要になります。町内の地域活動や健康教室などの機会や健康についての情報提供等の啓発を継続的に行います。

第8章 個人情報保護に関する事項

保健事業の実施に当たっては、医療機関、委託機関、島根県国民健康保険連合会、県等との間でデータのやり取りや活用されることとなります。本計画における個人情報の取り扱いについては、「個人情報の保護に関する法律」国民健康保険組合における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」「健康保険法（平成20（2008）年4月1日施行分）」「国民健康保険法（平成20（2008）年4月1日施行分）」「美郷町個人情報保護条例」に基づき管理します。

保健事業に係る被保険者の個人情報の保護について、適正かつ厳正に取り扱います。

第9章 地域包括ケアに係わる取組及びその他の留意事項

1. 地域包括ケアに係わる取組

本町の第2次地域福祉計画の基本目標の1つである「みんなの暮らしを支える あんしんの仕組みづくり」をめざし、地域包括支援センターが中心となって、地域包括ケアシステムを推進し、住民の方が住み慣れた地域で長く暮らしていけるように今後も医療・介護のサービスの提供体制の整備に共に取り組んでいきます。

1) 地域のネットワーク体制の整備

第1層及び第2層の協議体を中心とした地域のネットワーク体制に参画し、住民主体による町内の自治会を単位とした地域包括ケアシステムの構築をめざします。

【地域推進体制】

- *美郷町生活支援・介護予防体制整備推進協議体（第1層協議体）
（美郷町地域包括支援センター運営協議会）：年1～2回開催
- *地域連携会議（第2層協議体）：連合自治会単位で3ヶ月に1回定期開催
- *障がい者相談支援会議：毎月1回定例開催

2) 地域ケア会議の開催

定期的に開催される地域ケア会議に参画し、関係機関との情報共有や地域の課題の把握に努め、一緒に対策を検討していきます。

【関係機関の連携及び研修】

- *居宅連絡会（関係者地域ケア会議）：毎月1回定例開催
- *ケース検討会（個別地域ケア会議）：必要時開催

3) 在宅医療・介護連携の推進

県央保健所を中心にした圏域単位や郡単位で医療・介護の関係機関との会議に積極的に参加し、連携していきます。

また、町内や近隣の医療機関とはそれぞれの連携室を窓口として、日頃からケースの情報交換を随時行い、密に連携していきます。そして、その際のツールとして、県央保健所を中心に作成した「大田圏域入退院連携ガイド」を活用して、医療と介護福祉の連携の調整役としての役割を担っていきます。

【関係機関の連携及び研修】

- * 大田圏域入退院連携ガイドの活用
- * 邑智郡食事栄養支援協議会への参加

4) 住民への意識啓発

美郷町内で機会あるごとに「地域包括ケアシステム」について住民に説明して、一人でも多くの住民に医療・介護連携など関係機関の連携体制整備への協力や住民一人ひとりの自立及び地域ぐるみの助け合い、「自助」「互助」「共助」の意識とその重要性を理解してもらえるように住民への意識啓発に努めます。

【意識啓発事業】

- * 講演会及び地域ごとの説明会の開催

5) ボランティアの育成・支援

各地域で自治会や地域住民グループなど地域住民主体の「サロン」の開催や地域ぐるみでの見守りや軽度の生活支援など住民相互の助け合いの意識を育ていけるように行政として、情報提供に努め、その自主的な活動を支援していきます。

【研 修】

- * 生活支援の担い手（サポーター）研修への参加（邑智郡）
- * 住民グループ活動支援事業への協力（活動運営支援）

2. その他の留意事項

美郷町第2次健康づくり計画の一部分に位置づけ、目標数値は計画に沿うものとします。また、本計画に第3次美郷町健康診査等実施計画を入れ込み策定します。データ分析に基づく保険者の特性を踏まえた計画を策定するため、事業運営に関わる担当部門（国保、健康推進、介護部門等）の者が積極的に研修に参加するとともに、事業推進に向けて協議する場を設けるものとします。

美郷町国民健康保険第2期データヘルス計画
(第3期特定健康診査等実施計画)

(平成30(2018)年度～35(2023)年度)

発行 平成30(2018)年3月

美郷町役場健康福祉課

〒699-4692

島根県邑智郡美郷町粕淵168