

第2期南部町国民健康保険保健事業計画
(第2期南部町データヘルス計画)

第3期南部町国民健康保険特定健康診査等実施計画



平成30年3月

目 次

※ 赤線囲み箇所…「高齢者の医療の確保に関する法律」に定める特定健康診査等実施計画とします。

第1章 計画の基本方針	1
1 計画策定の背景	1
2 計画策定の経緯	2
3 計画の位置づけ	2
(1)各計画との関係	2
(2)国保保健事業と国保以外の事業との関係	3
(3)地域包括ケアにおける本計画の位置づけ	4
4 計画の期間	5
5 計画の目標と策定の方向性	5
6 計画の評価と見直し	5
第2章 南部町の人口と被保険者数	6
1 南部町の人口構成	6
2 国民健康保険の状況	7
(1)被保険者数の推移	7
(2)被保険者の性別・年齢構成	7
(3)被保険者の地区別比較	8
(4)被保険者の就業状況	8
第3章 平均寿命・健康寿命・死亡の状況.....	9
1 平均寿命・健康寿命	9
2 死亡の状況	9
(1)主要死因別死亡率	9
(2)主要死因別標準化死亡比	9
第4章 健康・医療・介護情報の分析	12
1 特定健診・特定保健指導の実施状況	12
(1)健診の受診状況	12
(2)健診項目・質問票の状況	15

(3) 特定保健指導の実施状況	20
2 医療費の状況	21
(1) 主要疾病別・件数の推移(年齢調整比)	21
(2) 主要疾病別・医療費の推移(年齢調整比)	21
(3) 被保険者一人当たりの医療費の推移	22
(4) 人工透析患者の状況	22
(5) ジェネリック医薬品(後発医薬品)の利用割合	23
3 介護認定の状況	24
(1) 要介護(支援)者認定状況・介護給付費の状況	24
(2) 要介護(支援)者有病状況	24
第5章 健康課題の明確化	26
現状分析からの健康課題	26
第6章 第1期データヘルス計画の評価と考察	27
第7章 本計画の方向性と事業実施計画	34
1 本計画の方向性	34
2 事業実施計画	35
(1) 糖尿病の早期発見・早期治療、重症化の防止	35
① 町内医療機関との連携	35
② 血糖コントロール不良者・糖尿病治療中断者への訪問指導(国保保健指導事業)	36
③ 精密検査の受診勧奨	37
(2) 特定健診受診率及び特定保健指導実施率の向上	38
① 特定健診受診体制整備	38
② 特定健診周知体制の工夫及び整備	38
③ 商工会及びパート勤務者などの健診データ連携	39
④ 特定保健指導実施率・質の向上	39
(3) 生活習慣改善に向けた取り組みの強化(運動習慣の定着化)	40
① 生活習慣改善に向けた取り組みの強化(運動習慣の定着化)	40
(4) 医療費の適正化の推進	41
① ジェネリック医薬品の普及・啓発	41
② 重複・多受診者等訪問指導	41
第8章 特定健診・特定保健指導(第3期南部町国民健康保険特定健康診査等実施計画)	43
1 目標値の設定	43

2	実施方法(特定健診・特定保健指導)	43
(1)	特定健診	43
(2)	特定保健指導	44
3	代行機関	47
4	特定健康診査等の委託について	47
(1)	委託先選定基準	47
(2)	委託契約の方法	47
5	個人情報の保護・結果の保管について	47
第9章	個人情報の保護	48
1	個人情報の管理	48
2	特定健診・特定保健指導に係るデータ管理	48
(1)	管理・保管	48
(2)	保管期間	48
第10章	計画の公表・周知	49
1	計画の公表・周知	49
2	保健事業の普及・啓発	49
第11章	計画の評価・見直し	49
第12章	事業運営上の留意事項	49
1	関係機関との連携	49
2	実施体制の確保	49
資料編		50
	計画策定の経過	50
	外部アドバイザー	50
	国民健康保険運営協議会委員	50
	別添資料1～4	51

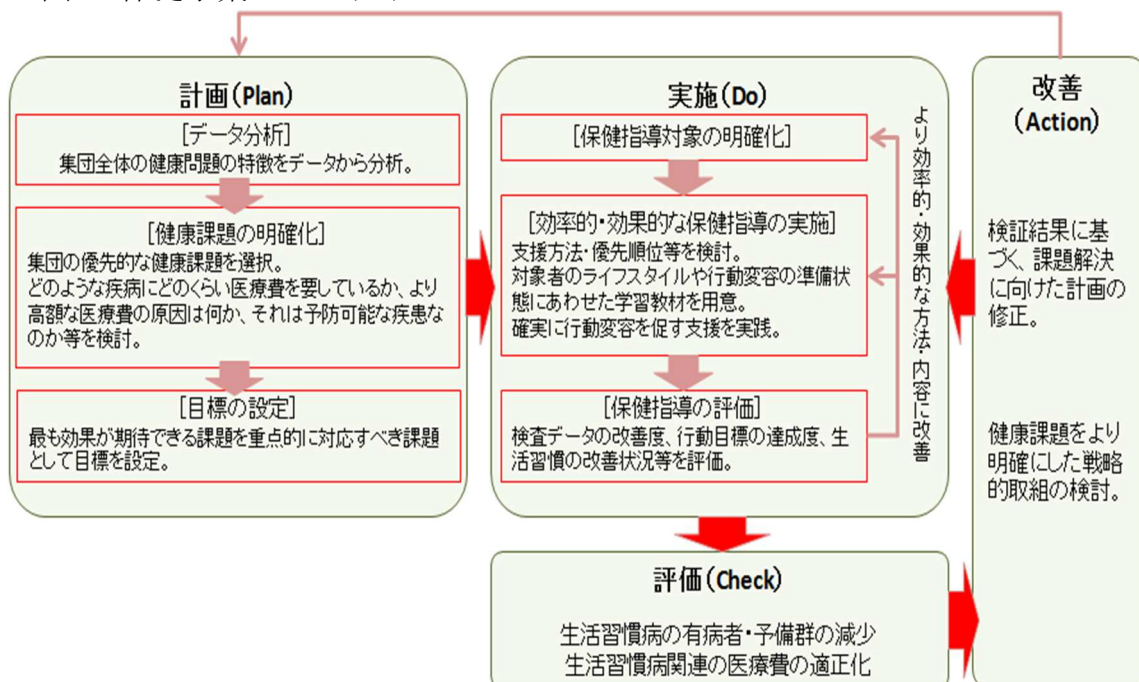
第1章 計画の基本方針

■ 1 計画策定の背景 ■

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、「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の作成・公表、事業実施、評価等の取り組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取り組みを行うことを推進する。」とされました。これを踏まえ、厚生労働省は、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」の一部を改正する等により、市町村国保保険者においても健康・医療情報を活用してPDCAサイクル（図1）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・改善等を行うこととなりました。

このほか、平成30年度からは国民健康保険制度改革により、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担う一方で、市町村は地域住民と身近な関係の中、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業等、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担うこととされています。

図1 保健事業のPDCAサイクル



資料：国保・後期高齢ヘルスサポート事業ガイドライン

■ 2 計画策定の経緯 ■

南部町では、平成20年度から「高齢者の医療の確保に関する法律（以下「法」という。）」に基づく特定健康診査（以下「特定健診」という。）及び特定保健指導に関する計画を策定しており、平成28年3月には、特定健診結果やレセプトデータ等の健康・医療データを活用して明確化した健康課題に対してPDCAサイクル（図1）に沿った保健事業を実施する「南部町国民健康保険保健事業計画（以下「第1期データヘルス計画」という。）」を策定しました。

この度、「第2期南部町国民健康保険特定健診等実施計画」及び「第1期データヘルス計画」の計画期間が満了となることから、両計画の評価を行うとともに新たな実施計画を策定します。策定に当たっては、保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の実施計画である「第3期南部町国民健康保険特定健康診査等実施計画」を「第2期南部町国民健康保険保健事業計画（以下「本計画」という。）」の一部として位置付け、一体的に策定します。

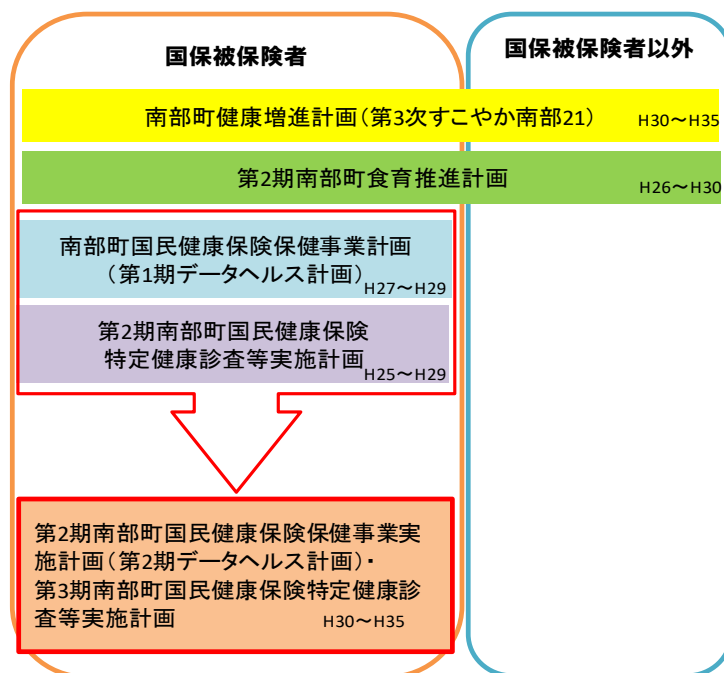
■ 3 計画の位置付け ■

（1）各計画との関係

本計画は、南部町の「南部町健康増進計画」、「南部町食育計画」等の既存計画における施策や評価指標との整合を図ります。具体的な施策の方向性として、若い世代からの生活習慣の改善、合併症の発症や症状の進行等、重症化防止対策を推進していくことが明記されています。

南部町国民健康保険（以下「国保」という。）においても、地域のかかりつけ医や保健師等の専門職の連携をより強化し、一次予防の観点から保健事業に取り組むことによって被保険者の健康増進につなげていきます（図2）。

図2 各計画との関係図



（２）国保保健事業と国保以外の事業との関係

国保保健事業は、国保以外の健康増進事業や後期高齢者医療とも連携を図りながら実施します（図3）。

①国保保健事業

本計画における保健事業の実施により、被保険者の健康保持及び増進を図るとともに、医療費の適正化を図ります。

ア. 特定健診（30～39歳健康診査含む）

糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を防止し、生活習慣の改善を図ることを目的に、メタボリックシンドロームに着目した健康診査を実施します。また、30代からの生活習慣病の予防と早期発見、及び健診受診の習慣化による特定健診への導入を促します。

イ. 特定保健指導

特定健診の結果、生活習慣病の発症リスクが高い被保険者に対して、保健師、管理栄養士等による保健指導を実施し、生活習慣の改善を支援します。

ウ. 国保保健指導事業

特定健診受診者で特定保健指導対象外の者のうち、生活習慣病に関する検査結果において疾病発症や重症化の可能性のある者に対して、保健師や管理栄養士等による家庭訪問等を実施し、被保険者の生活習慣病の重症化の防止を図ります。

エ. 重複・多受診者等訪問指導事業

医療機関の重複・多受診者等に対して医療機関等の適正受診の周知、啓発を行うことで、医療費適正化による医療保険財政の健全化を図ります。

オ. ジェネリック医薬品（後発医薬品）利用促進

ジェネリック医薬品（後発医薬品）の利用促進を行い、被保険者の自己負担の軽減や医療費適正化による医療保険財政の健全化を図ります。

②国保以外の保健事業

ア. がん検診等事業

肺がん、胃がん、大腸がん、乳がん、子宮がんを早期に発見し、早期に治療することでがんによる死亡を減少させます。

イ. 生活習慣病重症化防止の取り組み

定期的に健康相談の場を設け、気軽に相談できる環境を整備します。

また、地区の公民館や集会所などを活用し、食生活改善推進員などの組織と連携しながら健康相談や健康教育を行います。

③後期高齢者医療

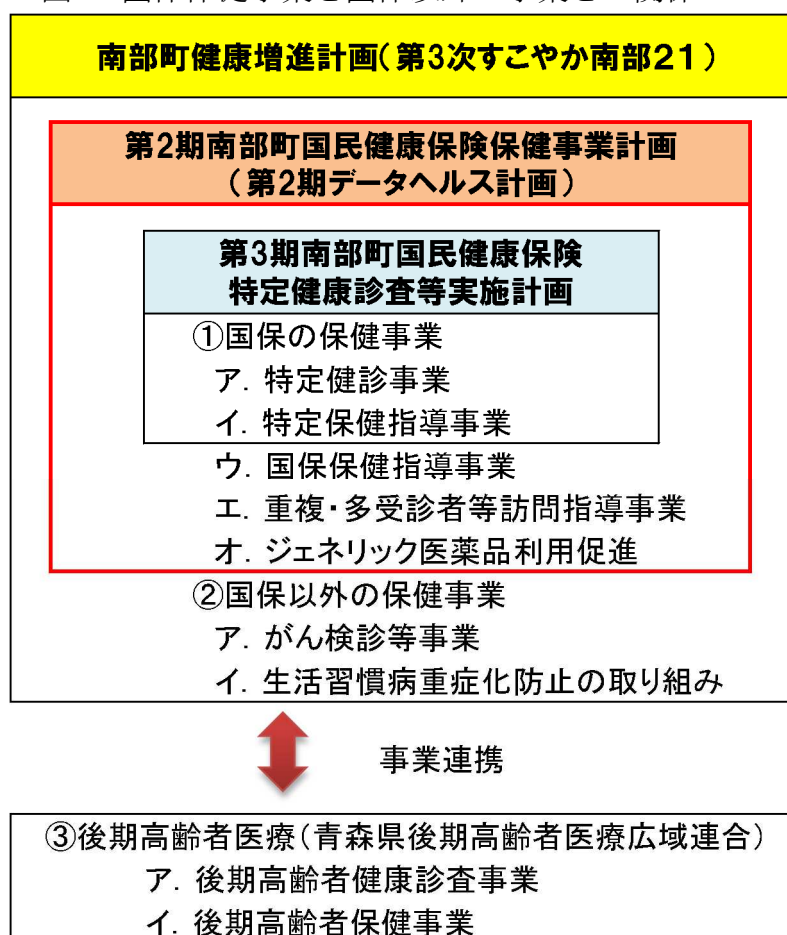
ア. 後期高齢者健康診査

後期高齢者に健康診査を実施し、疾病の早期発見をすることで重症化を防止していきます。

イ. 後期高齢者保健事業

後期高齢者に健康相談や訪問指導を実施し、健康の保持増進と医療費の適正化につとめます。

図3 国保保健事業と国保以外の事業との関係



(3) 地域包括ケアにおける本計画の位置づけ

「要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができる」という地域包括ケアの理念に基づき、医療・介護・予防・生活支援の視点をもちながら、各関係機関と連携を図り保健事業を推進していきます。

■ 4 計画の期間 ■

本計画における計画期間は、法に定める「特定健康診査等実施計画」期間との整合を図るため、平成30年度から平成35年度までの6年間に設定します。

■ 5 計画の目標と策定の方向性 ■

本計画の策定にあたり、以下の目標を設定します。

< 目標 >

健診・医療・介護情報等のデータ分析に基づき被保険者の健康の保持増進を図り、医療費の適正化につなげます。

目標に向けた取り組みを進めるため、被保険者の現状を把握し、医療・健康・介護情報の分析結果から健康課題を明確化したうえで、実施する保健事業を示します。具体的な方向性については、P34 第7章「本計画の方向性と事業実施計画」に記載しています。

また、P43 第8章「特定健診・特定保健指導（第3期南部町国民健康保険特定健康診査等実施計画）」では、保健事業の中核となる特定健診等及び特定保健指導の基本的な事項について示します。

■ 6 計画の評価と見直し ■

本計画については、1年ごとの事業評価と、半期・3年度、1期6年度での中長期での評価を行います。また、評価の結果に基き必要に応じて事業の見直しを行っていきます。

第2章 南部町の人口と被保険者数

1 南部町の人口構成

本町の人口構成をみると、40～64歳の構成割合が36.0%と県や国と比較して高くなっているものの、0～39歳は33.0%と県や国の割合を下回っています。65歳以上の高齢化率は31.0%となっており、県内では中ほどを推移しています。（表1）。人口ピラミッドでみると、人口が最も多い年齢層は男女ともに65～74歳となっています（図4）。

本町の総人口の減少傾向は続くと予想され、第7期介護保険事業計画高齢者福祉計画では、平成32年（2020年）には総人口17,673人、高齢化率38.83%、平成37年（2025年）には総人口15,995人、高齢化率41.79%と推計されています。

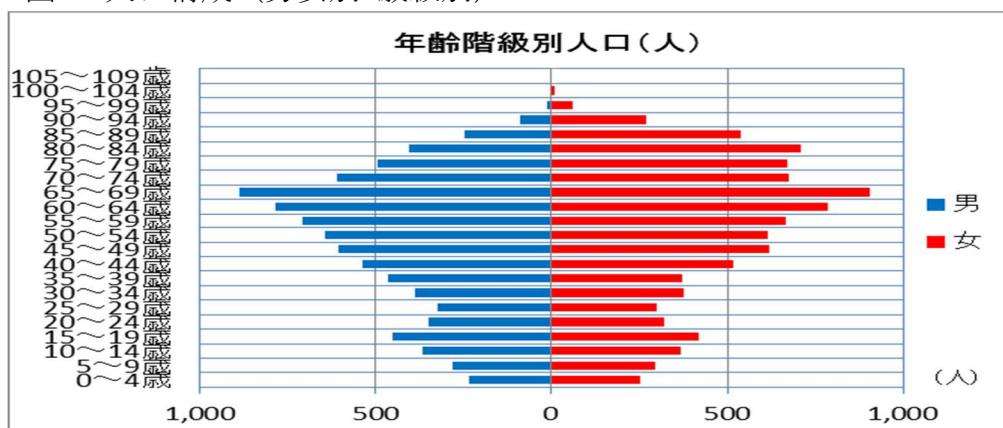
表1 町の人口構成

区分		南部町※	青森県	国
人口計		19,788 人	1,363,393 人	124,852,975 人
年齢別割合	0～39 歳	6,530 人 (33.0%)	523,543 人 (38.4%)	53,437,073 人 (42.8%)
	40～64 歳	7,123 人 (36.0%)	486,731 人 (35.7%)	42,450,012 人 (34.0%)
	65～74 歳	2,672 人 (13.5%)	173,151 人 (12.7%)	14,982,357 人 (12.0%)
	75 歳～	3,463 人 (17.5%)	179,968 人 (13.2%)	13,983,533 人 (11.2%)

資料：KDBシステム H28年度「地域の全体像の把握」

（※データの取得時点が異なるため、住民基本台帳との数値とは一致しません）

図4 人口構成（男女別5歳級別）



資料：住民基本台帳 平成29年3月31日時点

■ 2 国民健康保険の状況 ■

(1) 被保険者数の推移

近年の推移をみると、被保険者数は1年で約250～400人ほどの減少がみられ、人口に占める割合は年々低下しています。平成26年からは社保加入による離脱が増加しています（表2）。

表2 国保世帯数及び被保険者数の推移（各年3月31日現在単位：人）

年		H24	H25	H26	H27	H28
世帯数		3,725	3,671	3,552	3,469	3,317
被保険者数		7,180	6,924	6,531	6,297	5,876
人口に占める割合		35.4%	34.8%	33.4%	32.2%	30.4%
前年度比較		△250	△256	△395	△234	△421
内訳	転入-転出	△44	△1	△21	2	1
	社保離脱-加入	43	△14	△135	△45	△71
	生保廃止-加入	△24	△9	△21	△7	△1
	出生-死亡	△26	△18	△15	△23	△27
	後期離脱	△209	△208	△221	△175	△238
	その他	10	△6	20	14	△85

資料：国民健康保険事業年報

(2) 被保険者の性別・年齢構成

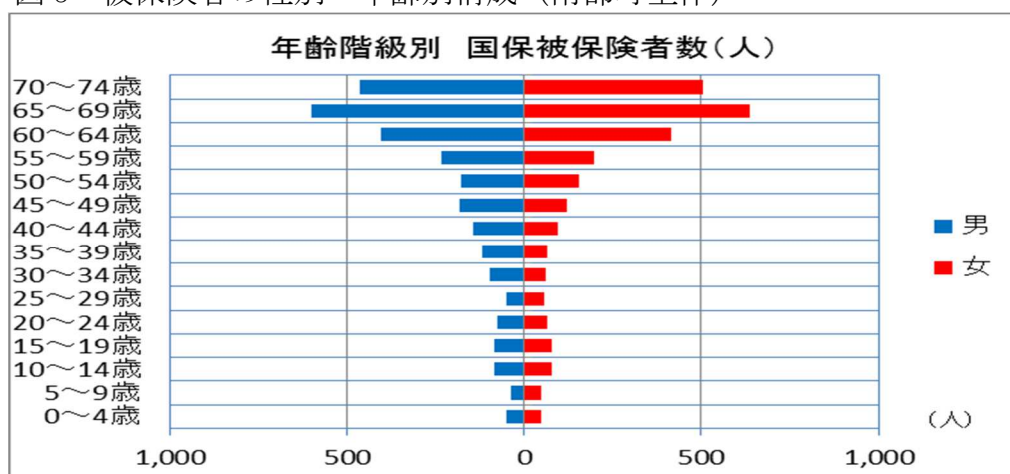
年齢構成を県や国と比較すると、0～39歳と65～74歳では県及び国よりも低く、40歳～64歳は県や国よりも高い状況にあります（表3）。性別では男性の方が300人ほど多く、男女ともに65～69歳の割合が最も高くなっています。被保険者の77.1%を60歳以上が占めている状況です（図5）。

表3 被保険者の年齢構成

区分		南部町※	青森県	国
人口計		6,529人	399,741人	32,318,324人
年齢別割合	0～39歳	1,495人 (22.9%)	102,334人 (25.6%)	9,339,995人 (28.9%)
	40～64歳	2,857人 (43.8%)	158,298人 (39.6%)	11,246,777人 (34.8%)
	65～74歳	2,177人 (33.3%)	139,109人 (34.8%)	11,731,552人 (36.3%)

資料：KDBシステム「地域の全体像の把握」

図5 被保険者の性別・年齢別構成（南部町全体）



資料：別添資料1 平成28年度町内会等別個表

(3) 被保険者の地区別比較

被保険者の人口は名川地区が最も多くなっています。地区別高齢化率では、南部地区が最も高く40.32%となっています（表4）。

表4 被保険者の地区別人口と高齢化率

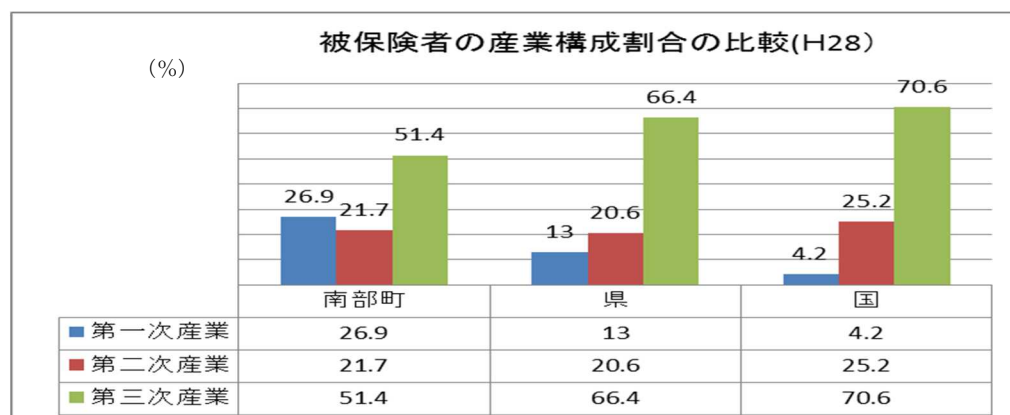
	福地地区	名川地区	南部地区
人口	6,178人	7,472人	4,947人
高齢化率	30.87%	38.02%	40.32%

資料：平成28年度町内会等別個表

(4) 被保険者の就業状況

就業構成は県及び国と同様に第三次産業が一番高くなっていますが、第一次産業の割合が26.9%と県及び国の約2倍と高くなっていることが特徴となっています（図6）。

図6 被保険者の産業構成率比較



資料：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」

第3章 平均寿命・健康寿命・死亡の状況

1 平均寿命・健康寿命

平均寿命については、男性は青森県よりも高くなっていますが同規模町村、国よりも低くなっています。女性は同規模町村、県、国と比較し最も低くなっています。健康寿命は男女ともに同規模町村、県、国と比較し最も低くなっています（表5）。

表5 平均寿命・健康寿命

区分		南部町	同規模町村	青森県	国
平均寿命	男	77.5歳	79.3歳	77.3歳	79.6歳
	女	84.9歳	86.3歳	85.3歳	86.4歳
健康寿命	男	64.1歳	65.1歳	64.2歳	65.2歳
	女	66.1歳	66.8歳	66.4歳	66.8歳

資料：KDBシステム H28年「地域の全体像の把握」

2 死亡の状況

(1) 主要死因別死亡率

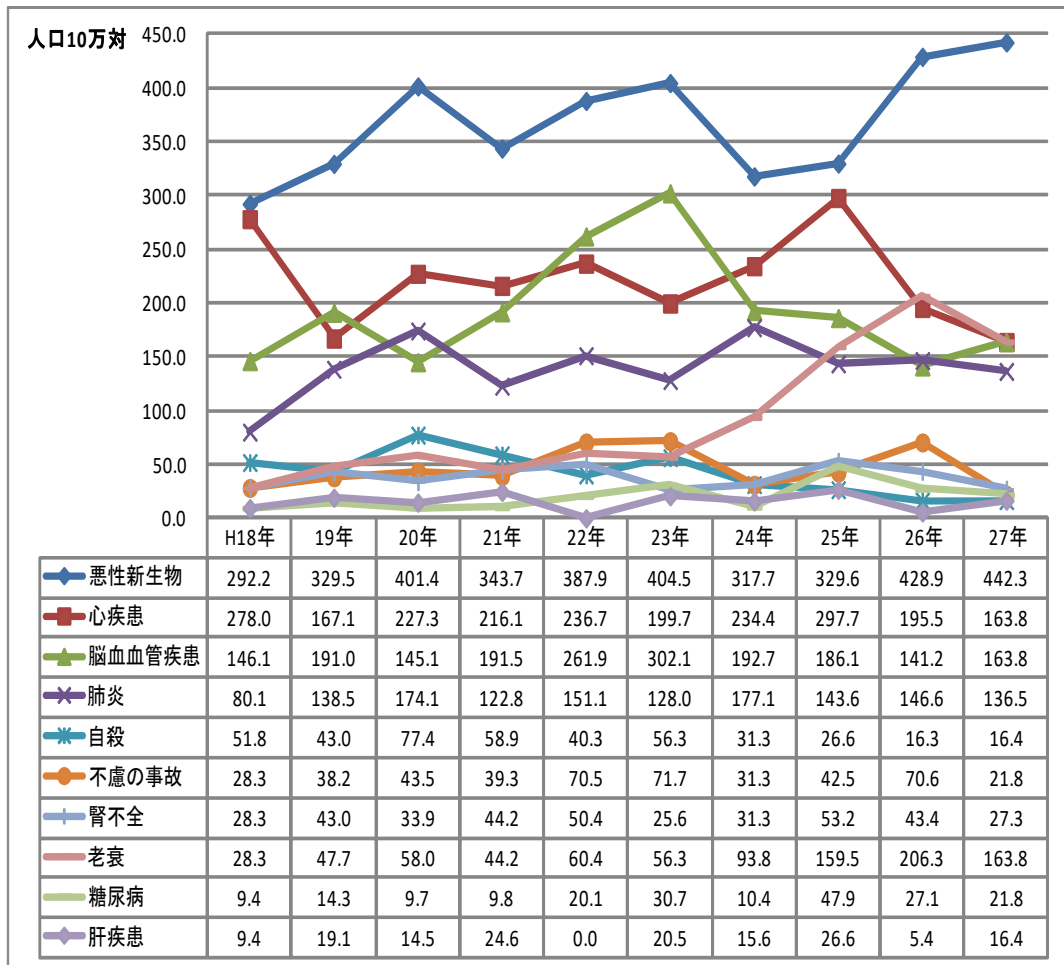
主要死因別の死亡率をみると、悪性新生物が死因の第1位となっており、平成25年からは増加傾向となっています。脳血管疾患は平成23年まで増加傾向にありましたが徐々に減少し、平成27年には心疾患、老衰と同率で2位となっています。自殺は平成21年まで上位でしたが、平成26年には平成18年以降最も低い値となっています（図7）。

(2) 主要死因別標準化死亡比

標準化死亡比（SMR）^(※1)では、男性が全体的に高く（図8）、糖尿病は前回よりも高く228.6となっています。腎不全も前回より高くなっており176.4となっています。自殺は改善傾向にあります。女性は前回最も高かった脳血管疾患が103.7、糖尿病が104.3と改善しています（図9・10）。

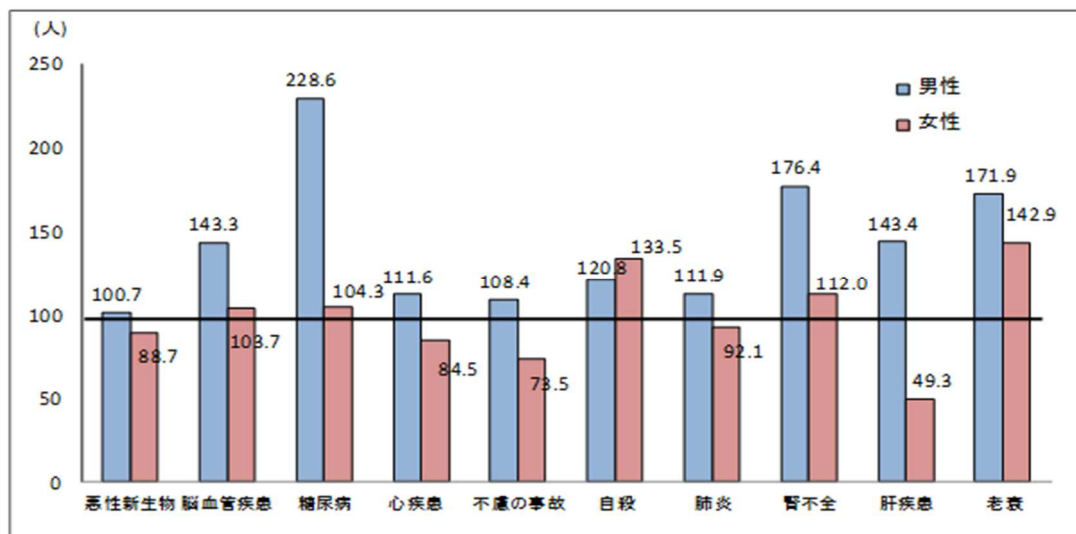
※1 標準化死亡比（SMR）とは 各地域の年齢別階級人口と全国の年齢別死亡率により算出された各地域の期待死亡数に対する地域の実際の死亡数の比をいい、年齢構成の違いの影響を除いて死亡率を全国と比較したものです。標準化死亡比が基準値（100）より大きいということは、その地域の死亡状況は全国より悪いということ意味しています。

図7 主要死因別にみた死亡率の年次推移（人口10万対）



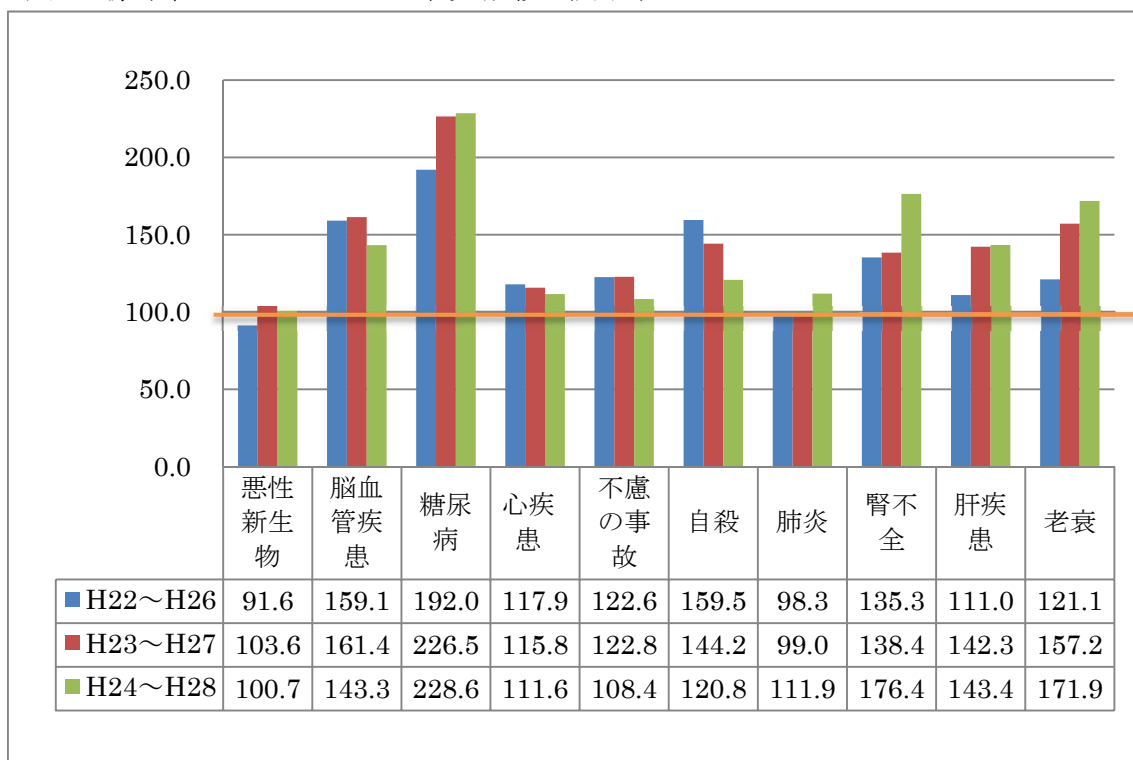
資料：青森県保健統計年報

図8 主要死因別標準化死亡比（^{P9 ※1}） 男女別（平成24～28年）



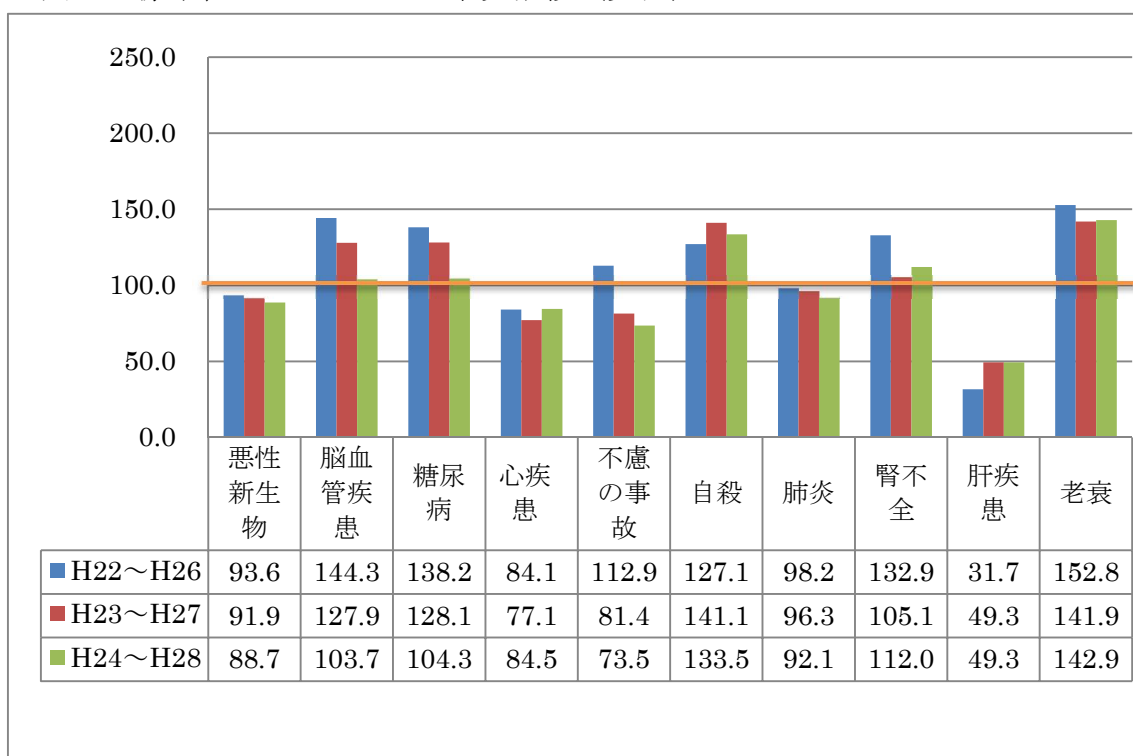
資料：青森県保健統計年報

図9 標準化死亡比^(P9 ※1)の年次推移（男性）



資料：青森県健康福祉政策課

図10 標準化死亡比^(P9 ※1)の年次推移（女性）



資料：青森県健康福祉政策課

第4章 健康・医療・介護情報の分析

■ 1 特定健診・特定保健指導の実施状況 ■ ※被保険者のみ

(1) 健診の受診状況

① 特定健診の受診状況

平成26年度から受診率は約1%ずつ上昇しており、平成25年度から平成28年度までに3.3ポイント上昇しています。県及び国よりも高い受診率を維持しており、受診率の高さは県内上位となっています（表6、図11）。

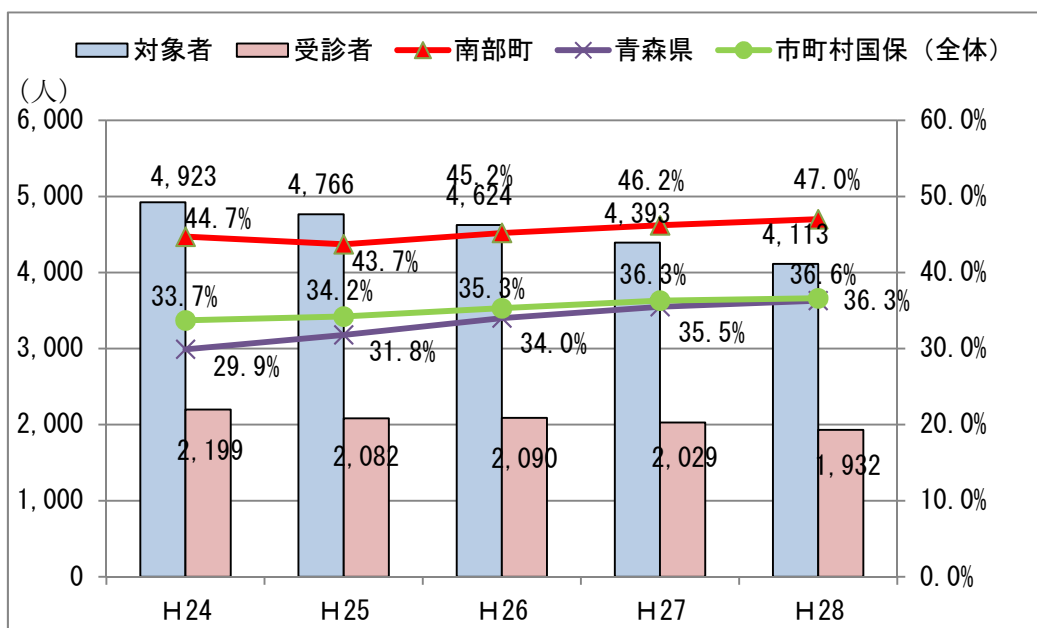
性別・年齢別にみると、男性よりも女性の受診率が高く、65～69歳の年齢層が最も高くなっています。40～49歳が男女ともに受診率が低い傾向にあります（図12）。

表6 特定健診受診率の推移

	H24	H25	H26	H27	H28
対象者数	4,923人	4,766人	4,624人	4,393人	4,113人
受診者数	2,199人	2,082人	2,090人	2,029人	1,932人
南部町受診率	44.7%	43.7%	45.2%	46.2%	47.0%
青森県受診率	29.9%	31.8%	34.0%	35.5%	36.3%
市町村国保（全体）受診率	33.7%	34.2%	35.3%	36.3%	36.6%

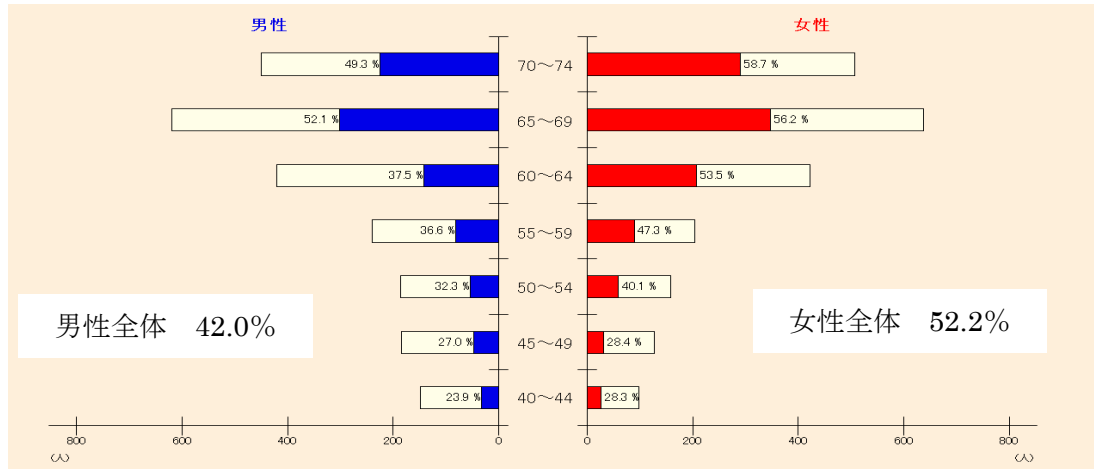
※H28は速報値

図11 特定健診受診率の推移



資料：特定健診データ（法定報告値）

図12 H28年度 特定健診年代別受診状況（被保険者数及び特定健診受診者のピラミッド）



資料：KDB システム「厚生労働省様式 6-9 健診受診状況」

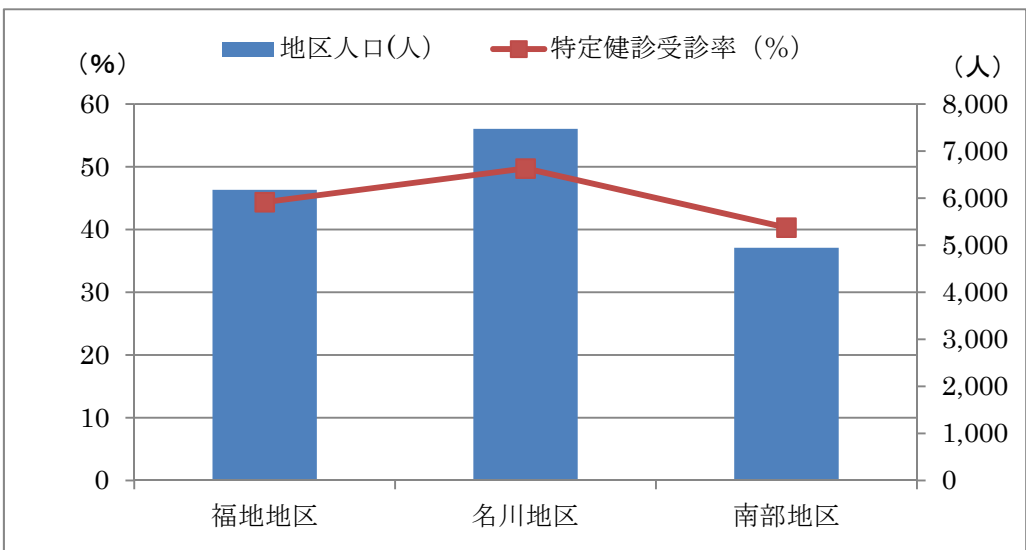
②地区別特定健診受診率

特定健診受診率は名川地区が 49.74%と最も高く、南部地区が 40.32%と最も低くなっており、最も高い名川地区との差は約 10%となっています（表 7、図 13）。

表 7 地区別特定健診受診率

	福地地区	名川地区	南部地区
地区人口	6,178 人	7,472 人	4,947 人
特定健診受診率	44.38%	49.74%	40.32%

図 13 地区別特定健診受診率



資料：平成 28 年度 町内会等別個票

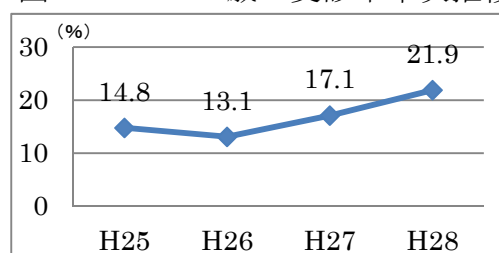
③30～39 歳健診受診率（町独自の事業）

若年層からの健診受診の意識付けを目的に、30～39 歳を対象に特定健診と同内容の健診を実施、保健指導を行っています。受診率は毎年増加していますが、全体の 2 割程度と低い状況が続いています（表 8、図 14）。

表 8 30～39 歳の受診者数・受診率

	H25	H26	H27	H28
対象者数	453 人	397 人	403 人	369 人
受診者数	67 人	52 人	69 人	81 人
受診率	14.8%	13.1%	17.1%	21.9%

図 14 30～39 歳の受診率年次推移



資料：特定健診結果集計

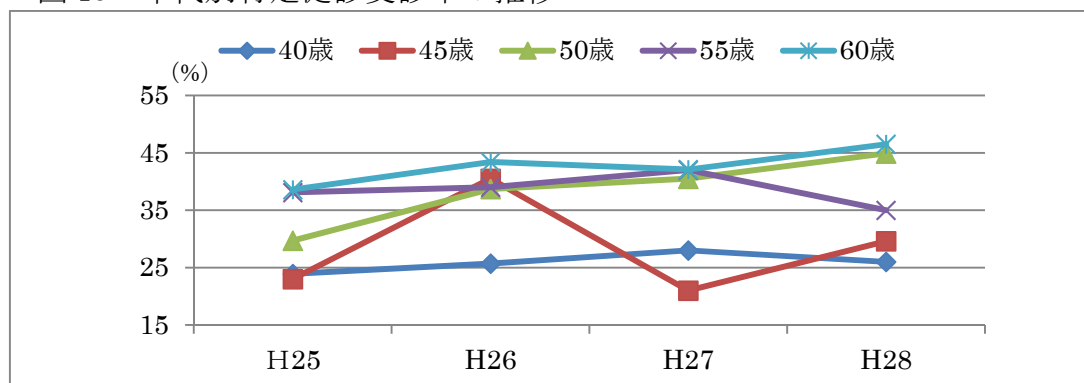
④節目健診の受診率（町独自の事業）

特定健診の対象の方に受診率向上のため、節目の年齢である 40・50・55・60 歳の方に特定健診の無料クーポンを発行しています。無料クーポン券の利用率は毎年約 3 割程度となっており、若い年齢層ほど利用率が低い傾向となっています（表 9、図 15）。

表 9 年代別特定健診受診率の推移

		H25	H26	H27	H28
受診率		32.7%	39.0%	37.0%	38.4%
年代別受診率	40 歳	23.9%	25.7%	28.0%	26.0%
	45 歳	23.0%	40.5%	21.0%	29.6%
	50 歳	29.7%	38.7%	40.5%	44.9%
	55 歳	38.1%	39.0%	42.0%	35.0%
	60 歳	38.6%	43.4%	42.1%	46.5%

図 15 年代別特定健診受診率の推移



資料：特定健診結果集計

(2) 健診項目・質問票の状況

① 有所見者の状況

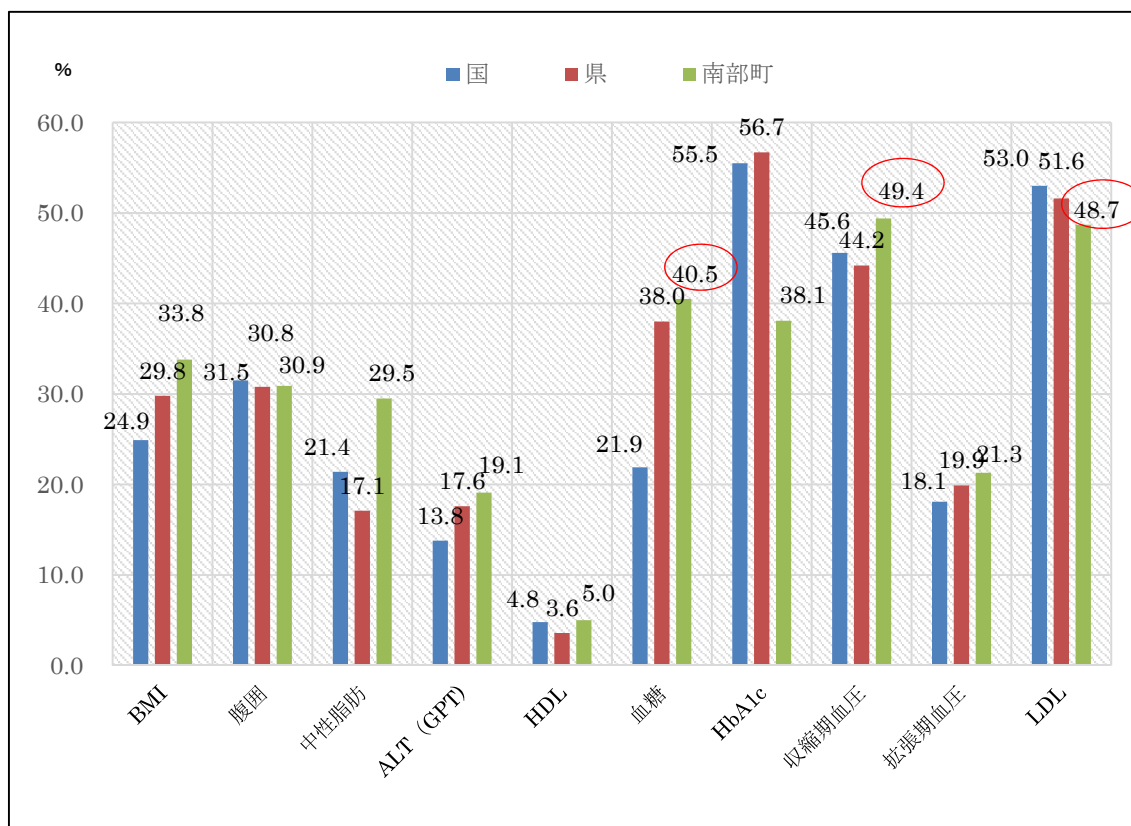
特定健診の有所見率を県及び国と比較したところ、10項目のうちHbA1cを除く9項目において町の方が高いことがわかりました。その中でも血糖、収縮期血圧とLDLの有所見率は受診者の4割以上を占めており、血糖については国の約2倍高くなっています（表10、図16）。

表10 H28年度 特定健診結果有所見率（％）

健診結果 有所見率	BMI	腹囲	中性 脂肪	ALT (GPT)	HDL	血糖	HbA1c	収縮期 血圧	拡張期 血圧	LDL
国	24.9	31.5	21.4	13.8	4.8	21.9	55.5	45.6	18.1	53.0
県	29.8	30.8	17.1	17.6	3.6	38.0	56.7	44.2	19.9	51.6
南部町	33.8	30.9	29.5	19.1	5.0	40.5	38.1	49.4	21.3	48.7

資料：KDBシステム「厚生労働省様式6-2～7 健診受診状況

図16 H28年度 特定健診結果項目別有所見率の比較（国・県・南部町）



資料：KDBシステム「厚生労働省様式6-2～7 健診有所見者状況」

②生活習慣病に関する項目の有所見率

糖尿病、高血圧、肥満、脂質・肝機能の生活習慣病に関する項目別にまとめて、性別、年齢別の比較をしています。

ア. 糖尿病に関する項目

血糖及びHbA1cは女性よりも男性が高く、有所見率は約2倍となっています。HbA1cについては、男性は50代から大幅に増加しています（図17、18）。

糖尿病の既往歴がない50代男性の健診結果からHbA1cをみると、県内の他市町村よりも正常域の割合が低く、HbA1cの数値が7.0～7.9%の「要治療」域の割合が他市町村よりも高くなっています（図19）。

図17 血糖(100以上)

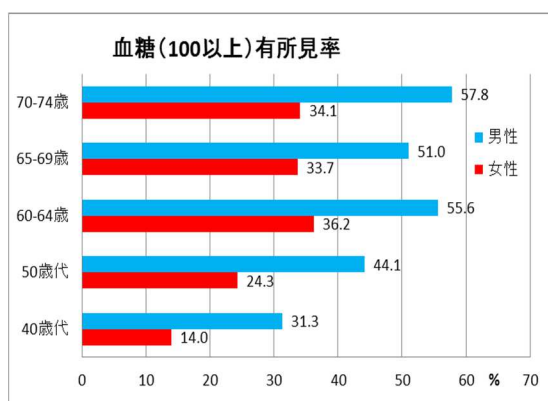
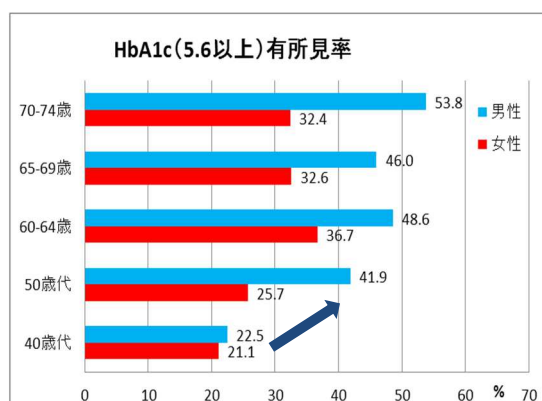
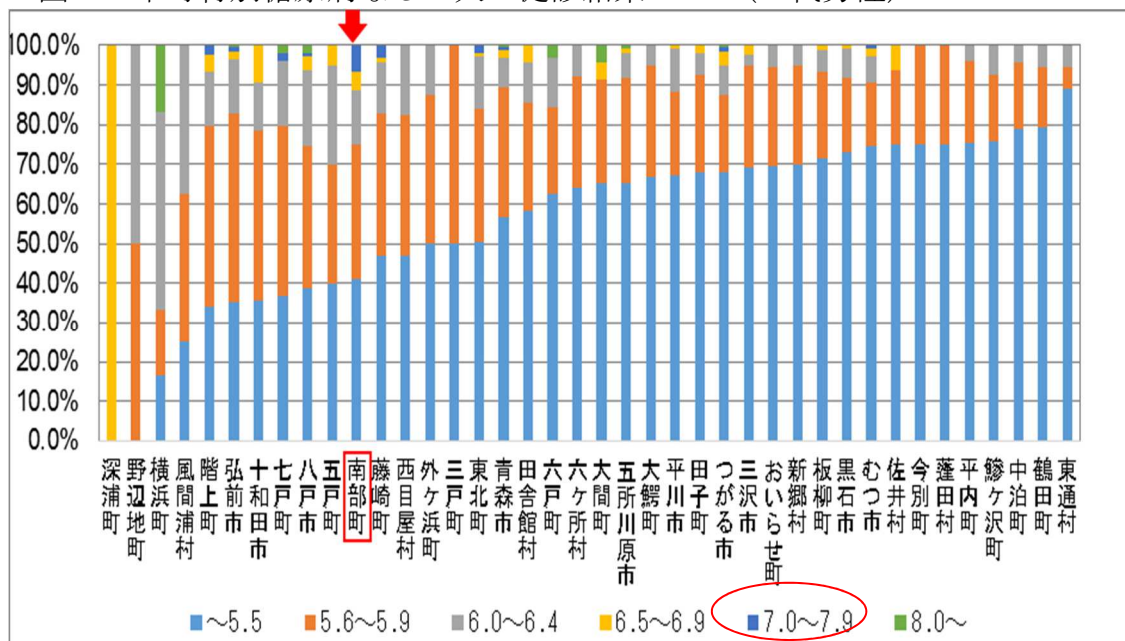


図18 HbA1c(5.6以上)



資料：KDBシステム「厚生労働省様式6-2～7 健診有所見者状況」

図19 市町村別糖尿病なしの人の健診結果HbA1c（50代男性）



資料：レセプト解析とレセプト・健診突合解析

イ. 高血圧に関する項目

収縮期血圧は女性より男性が高く、男性の60代以上の有所見率は50%を超えています（図20）。拡張期血圧の有所見率は高くないものの、女性より男性が高くなっています（図21）。

図20 収縮期血圧(130以上)

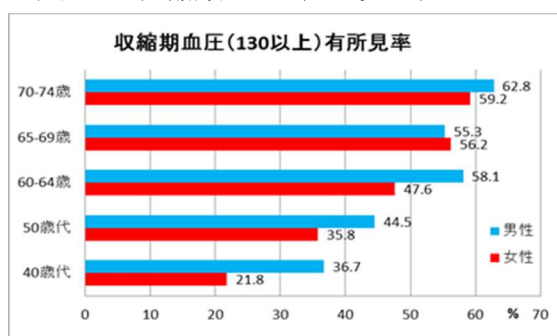
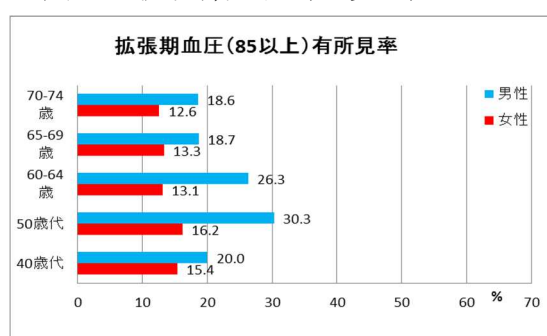


図21 拡張期血圧(85以上)



ウ. 肥満に関する項目

BMIは男女ともに約30%が有所見者となっています（図22）。腹囲では特に40代、50代の男性の有所見率が約50%と高くなっており、有所見率は女性の約2～3倍となっています（図23）。メタボ該当者割合、メタボ予備群該当者割合も同様に男性が高い傾向にあります（図24・25）。

図22 BMI(25以上)

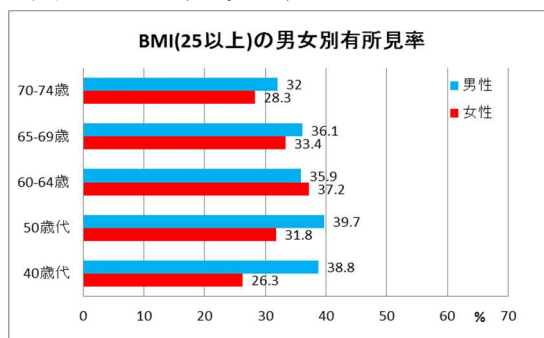


図23 腹囲(男85女90以上)



図24 メタボ該当者割合

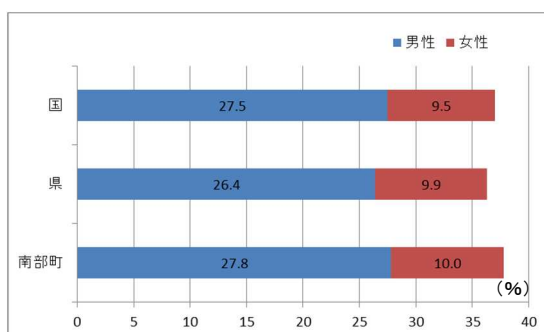
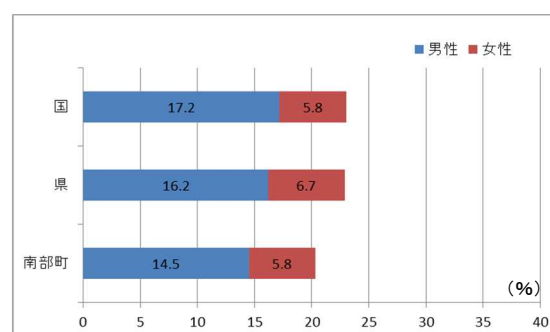


図25 メタボ予備群該当者割合



資料：KDBシステム「厚生労働省様式6-9 健診受診状況

エ. 脂質・肝機能に関する項目

中性脂肪・肝機能の項目において、有所見率は40代男性が最も高く40%を超えています（図26・27）。また、どの年代においても女性より男性が高くなっています。

LDLコレステロールの有所見率でも40代男性が最も高く、62.5%となっています。50代以降では女性が高くなっています（図28）。HDLコレステロールは全体的に有所見率は低いものの、女性より男性が高い傾向は同様となっています（図29）。

図26 中性脂肪(150以上)

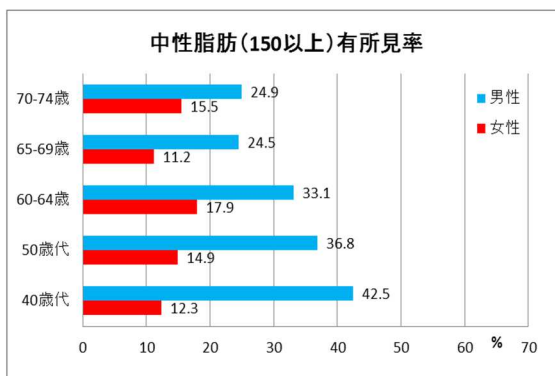


図27 ALT (GPT) (31以上)

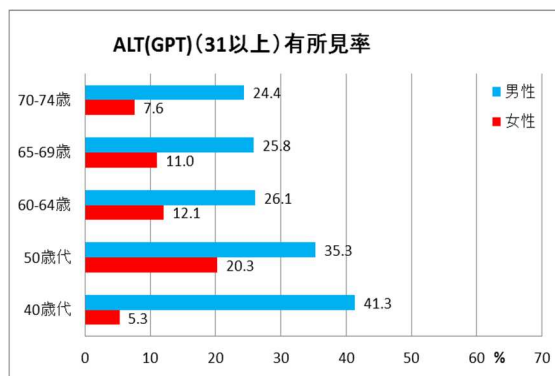


図28 LDLコレステロール(120以上)

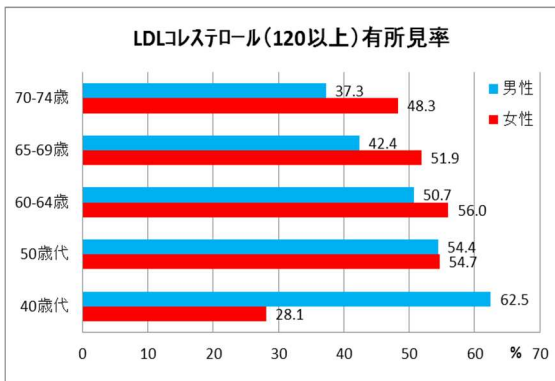
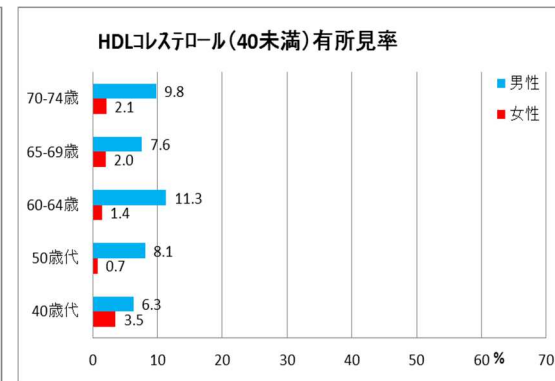


図29 HDLコレステロール(40未満)



③質問票の回答状況

質問票の回答状況を県と比較して該当率が高かった項目は、男女ともに「食事速度が速い」、「1日30分以上の運動習慣なし」、「生活習慣改善の意欲なし」の3項目となっています（表11）。この結果は平成25年度の回答状況とほぼ同様となっており、生活習慣改善の意欲が低い人が多いということがわかります。

表11 質問票の回答状況（単位：％）

★は男女ともに該当率が高い項目 ※着色箇所は県との差が大きい項目

調査項目		男性				女性			
		町	県との差	県	国	町	県との差	県	国
喫煙		29.0	2.3	26.7	24.9	4.6	-1.8	6.4	6.1
週3回以上朝食を抜く		8.0	-1.7	9.7	11.1	5.5	-0.4	5.9	6.8
週3回以上夕食後に間食		17.2	2.7	14.5	11.3	16.2	-0.4	16.6	12.3
週3回以上就寝前に夕食		26.0	1.8	24.2	21.4	19.3	5.5	13.8	11.0
★食事速度が速い		45.0	6.7	38.3	29.5	45.0	8.9	36.1	23.4
20歳時体重から10kg以上増加		39.7	0.9	38.8	40.5	33.7	3.9	29.8	25.7
1日1時間以上の運動なし		48.1	-0.6	48.7	47.1	51.6	-0.4	52.0	47.0
★1日30分以上の運動習慣なし		68.9	6.6	62.3	56.8	73.6	6.1	67.5	60.4
睡眠不足		22.5	-5.7	28.2	22.8	26.2	-6.3	32.5	26.9
毎日飲酒する		41.6	-6.5	48.1	45.4	5.5	-2.7	8.2	10.5
時々飲酒する		30.7	5.1	25.6	23.1	17.8	-2.6	20.4	21.3
★生活習慣改善の意欲なし		55.9	10.5	45.4	34.7	49.2	12.2	37.0	27.6
1日飲酒量	1合未満	40.2	7.7	32.5	44.3	81.8	1.4	80.4	83.4
	1合以上2合未満	38.9	4.0	34.9	35.1	15.5	0.3	15.2	12.8
	2合以上3合未満	13.0	-6.3	19.3	15.9	1.8	-1.2	3.0	2.9
	3合以上	7.9	-5.4	13.3	4.7	0.9	-0.5	1.4	0.8

資料：平成28年度 KDBシステム「質問票経年比較」

(3) 特定保健指導の実施状況

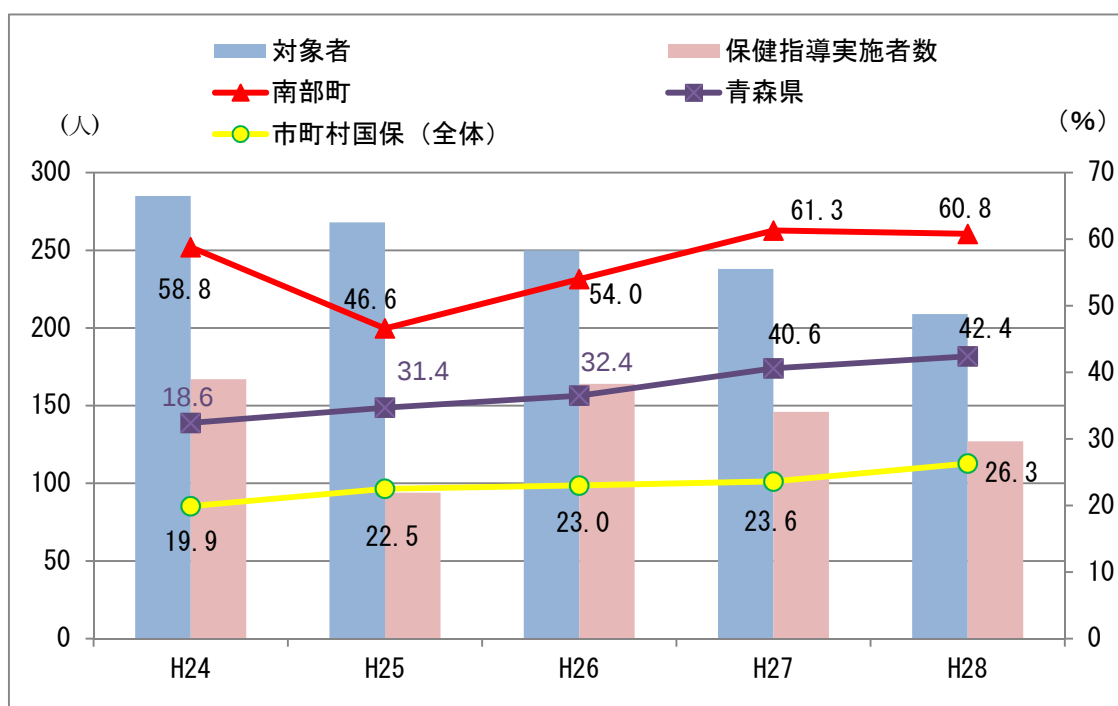
特定保健指導実施率は目標値の60%を達成し、県及び国よりも高い実施率となっています。平成25年度に一時実施率が低下しましたが、平成26年から個別の保健指導を重点的に行うことで実施率は改善しています（表12、図30）。

表12 特定保健指導実施率の年次推移

	H24	H25	H26	H27	H28
対象者	284 人	266 人	272 人	238 人	209 人
保健指導実施者数	167 人	124 人	147 人	146 人	127 人
南部町実施率	58.8%	46.6%	54.0%	61.3%	60.8%
青森県実施率	32.4%	34.7%	36.5%	40.6%	42.6%
市町村国保(全体)実施率	19.9%	22.5%	23.0%	23.6%	26.3%

資料：特定健診データ（法定報告値・速報値）

図30 特定保健指導実施率の年次推移



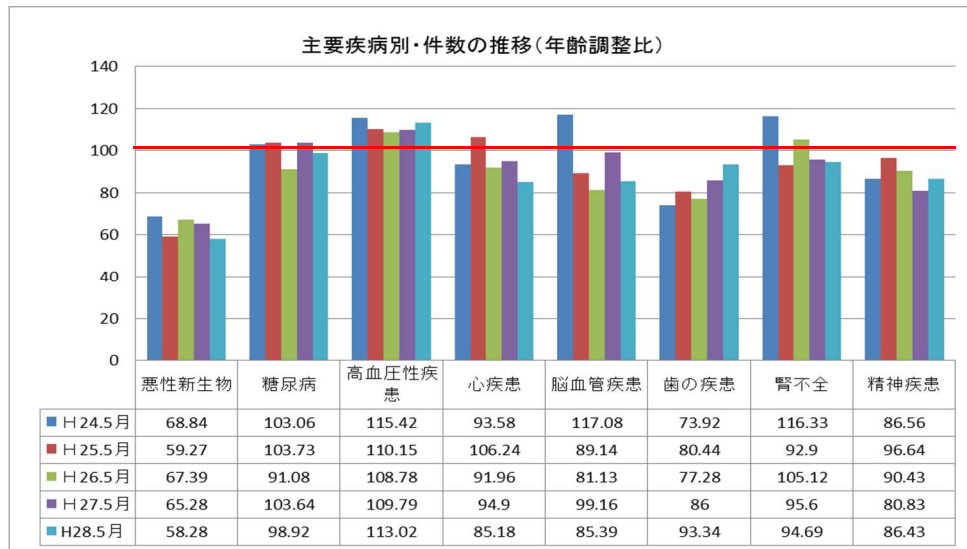
資料：特定健診データ（法定報告値・速報値）

■ 2 医療費の状況 ■ ※被保険者のみ

(1) 主要疾病別・件数の推移（年齢調整比^{P21} ※2）

平成28年の主要疾病別の件数は、高血圧性疾患、糖尿病、腎不全の順に高くなっており、高血圧はいずれの年も全国基準の100を超えています（図31）。

図31 主要疾病別・件数の推移

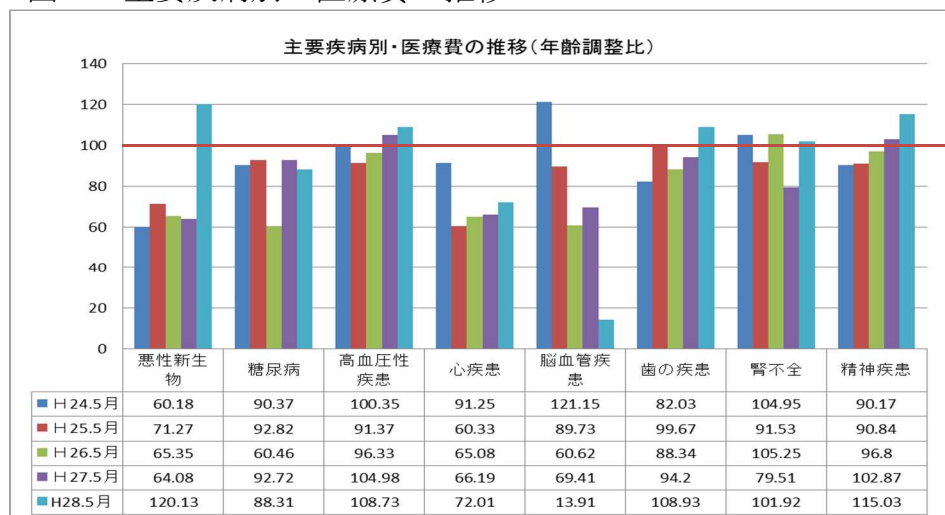


資料：国民健康保険疾病分類統計表（平成24年5月～平成28年5月診療分）

(2) 主要疾病別・医療費の推移（年齢調整比^{P21} ※2）

平成28年の主要疾病別の医療費をみると、悪性新生物、精神疾患、歯の疾患、高血圧性疾患の順に高く、全国基準の100を超えています（図32）。

図32 主要疾病別・医療費の推移



資料：国民健康保険疾病分類統計表（平成24年5月～平成28年5月診療分）

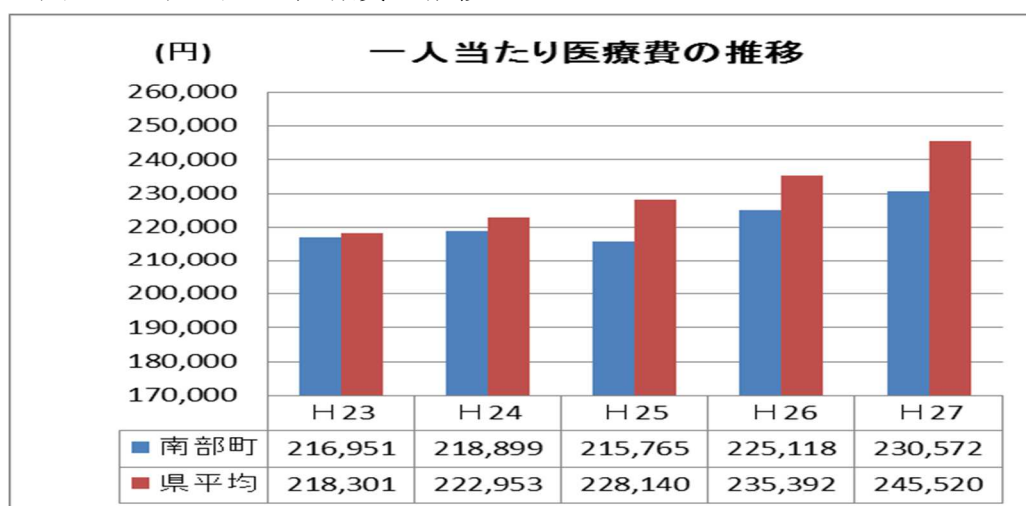
※2 年齢調整比とは

年齢構成の異なる地域間での状況を比較ができるように年齢構成を調整した割合のことです。全国基準は100となっています。

(3) 被保険者一人当たりの医療費の推移

一人当たりの医療費は高齢化に伴い年々増加しているものの、県平均よりも低く（図33）、対前年度上昇率も低いことから医療費は抑えられていると考えられます。

図33 一人当たり医療費の推移



資料：国民健康保険図鑑

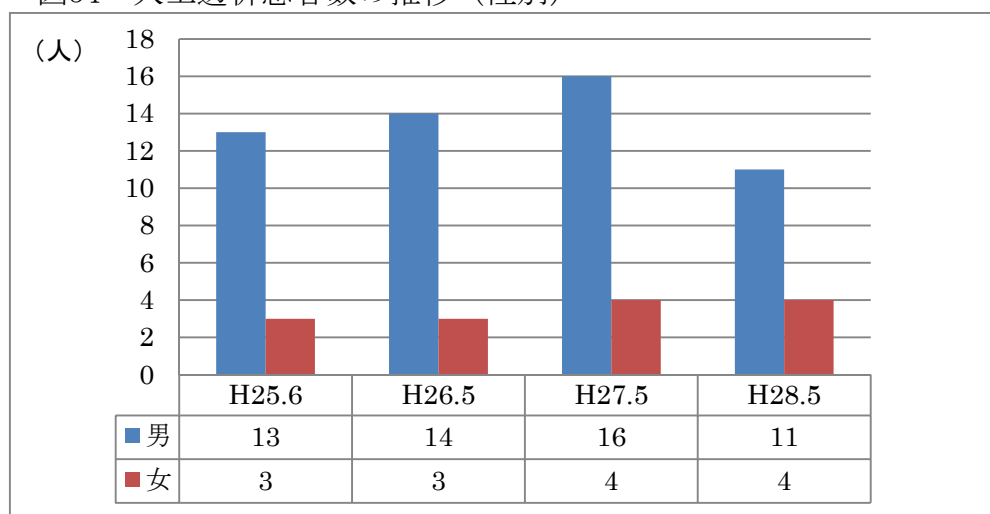
(4) 人工透析患者の状況

患者一人当たり医療費が高額となる「腎不全」は、人工透析により高額となっているため、人工透析患者の状況についてみていきます。

①人工透析患者数の推移

毎年15～20人ほどの患者数で推移しており、性別でみると男性が女性の約3～4倍となっています（図34）。

図34 人工透析患者数の推移（性別）

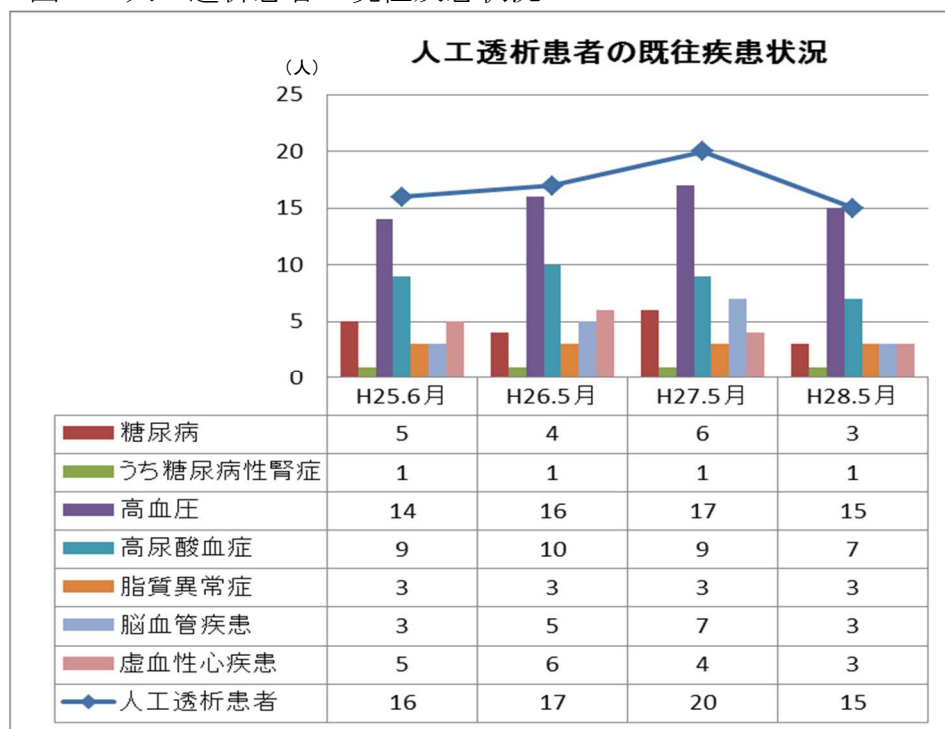


資料：KDBシステム「厚生労働省様式 様式3-7人工透析のレセプト分析」

②人工透析患者の既往疾患状況

人工透析患者のうちで最も既往率が高かった疾患は、高血圧性疾患で44.2%、次いで高尿酸血症が高く20.6%を占めています（図35）。既往疾患については、平成25年から同様の傾向がみられています。

図35 人工透析患者の既往疾患状況

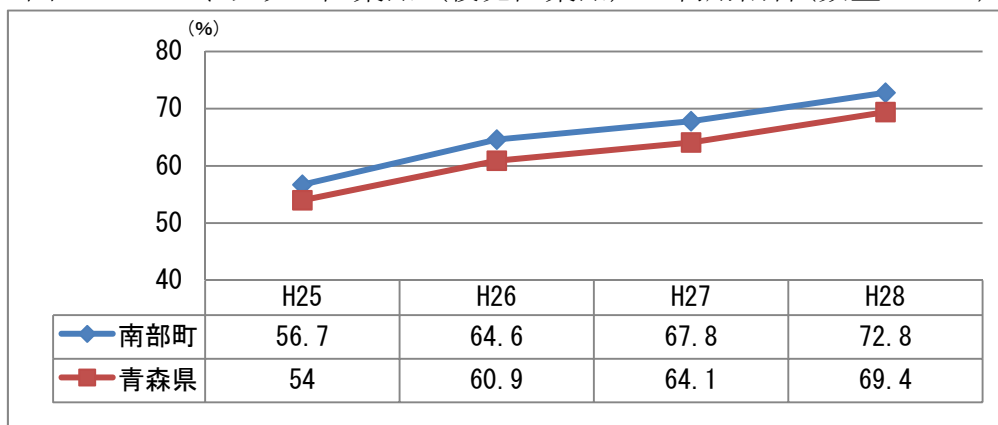


資料：KDBシステム「厚生労働省様式 様式3-7人工透析のレセプト分析」

（5）ジェネリック医薬品（後発医薬品）の利用割合

ジェネリック医薬品（後発医薬品）の利用割合は県平均より高く、平成28年度には72.8%になっています（図36）。

図36 ジェネリック医薬品（後発医薬品）の利用割合(数量シェア)



資料：国民健康保険図鑑

■ 3 介護認定の状況 ■

(1) 要介護（支援）者認定状況・介護給付費の状況

要介護（支援）者の認定状況は、第1号被保険者（65歳以上）で20.4%、第2号被保険者が0.5%の認定率となっております。第1号被保険者の認定率は、県よりも低くなっていますが、介護給付費の状況は1件当たり73,683円と県や国と比較して高くなっています（表13・14）。

表13 要介護（支援）者認定状況

区分	計	内 訳		
		1号被保険者		2号被保険者
		75歳以上	65～74歳	40～64歳
被保険者数	13,250人	3,460人	2,671人	7,119人
認定者数	1,282人	1,106人	143人	33人
認定率	20.4%（1号のみ）	32.0%	5.4%	0.5%
新規認定者	16人	14人	2人	0人
新規認定率	0.27%（1号のみ）	0.40%	0.10%	0.01%

資料：KDBシステム「要介護（支援）者認定状況」

表14 介護認定率等

区分	南部町	青森県	国
1号認定率	20.4%	21.5%	21.2%
介護給付費	73,683円	64,282円	58,284円
居宅給付費	55,094円	45,991円	39,662円
施設給付費	271,951円	286,890円	281,186円

資料：KDBシステム「地域の全体像の把握」

(2) 要介護（支援）者有病状況

要介護（支援）者第1号被保険者の有病状況では、心臓病と筋・骨格系疾患が同数で高く、次いで糖尿病、精神疾患（認知症含む）となっています（図37、表15）。第2号被保険者では脳血管疾患が一番高く、次いで糖尿病性疾患となっています（図38）。

図 37 要介護（支援）者 第 1 号被保険者の有病状況

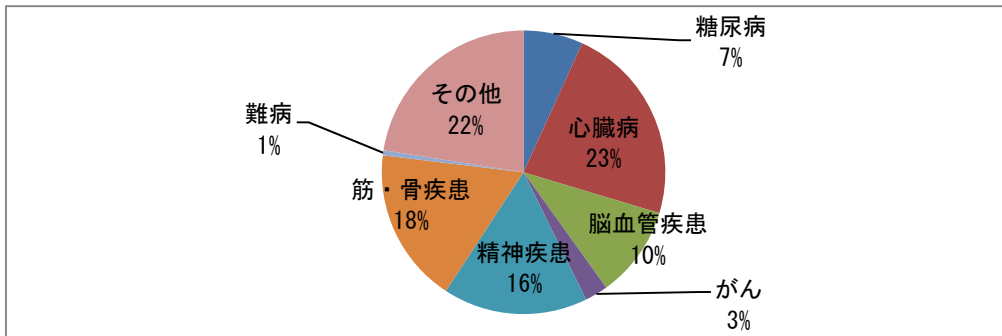
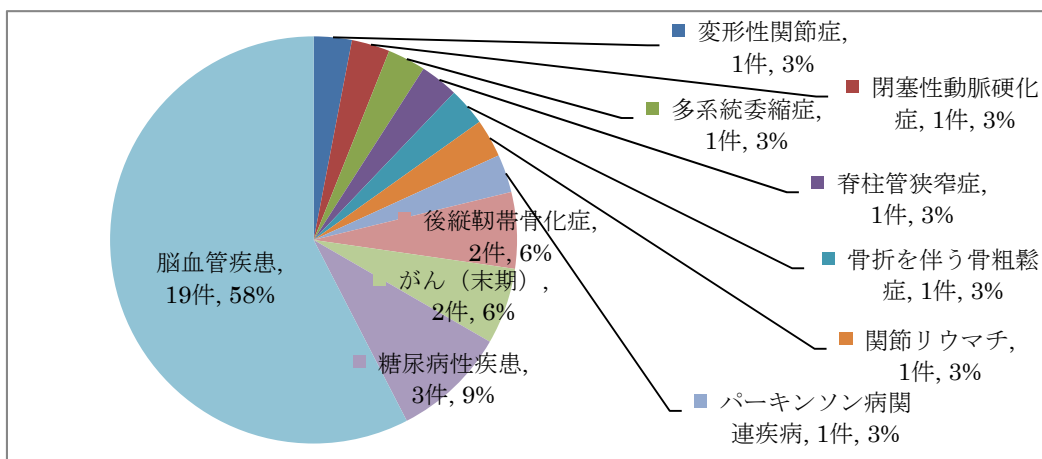


表 15 要介護（支援）者有病状況（件数）

傷病名	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	延件数
糖尿病	10	19	37	84	52	46	25	273
心臓病	24	66	125	204	151	130	91	791
脳血管疾患	6	21	59	77	66	75	78	382
がん	1	13	18	27	20	10	16	105
精神疾患	7	21	104	140	112	116	87	587
筋・骨格系疾患	24	69	102	168	114	94	64	635
難病	0	0	2	6	3	4	1	16
その他	26	66	123	208	148	120	90	781
延件数	98	275	570	914	666	595	452	3,570
実数	33	95	200	296	225	216	184	1,249

図 38 要介護（支援）者 第 2 号被保険者の有病状況



資料：KDB システム「要介護（支援）者有病状況」（平成28年度累計）

第5章 健康課題の明確化

「第2章 南部町の人口と被保険者数」、「第3章 平均寿命・健康寿命・死亡の状況」、「第4章 健康・医療・介護情報の分析」の分析から、以下の健康課題があることがわかりました。

■ 現状分析からの健康課題 ■

関連分野	現状分析・健康課題	関連図表
被保険者について	被保険者数は年々減少し、現在人口に占める割合は30.4%となっています。産業構成をみると第三次産業が一番多くなっていますが、第一次産業の割合が県・国よりも高いことが特徴となっています。	P7 表2・3 P8 図6
死亡の状況について	死亡の状況は、死亡率では悪性新生物が多いものの、標準化死亡比 ^(P9※1) をみると糖尿病の男性の値が国の2倍以上と高く、増加傾向にあります。それに伴い腎不全の値も上昇しています。	P10 図7 P11 図9・10
特定健診について	特定健診の受診率は増加傾向にありますが、目標値60%には到達していない状況です。受診者層では30～39歳健診の受診率が約2割、40～50代の男性の受診率が約3割と低い傾向にあります。地区別にみると、南部地区の受診率が全体的に低く名川地区と約10%の差があります。 質問票の回答では、男性の方が生活習慣改善意欲が低い傾向にあります。また、40代から50代になると急にHbA1cが高くなる男性が多く、健診を受けた時点ですでにHbA1cが高い男性が多いことから、健診を受診する前からの意識付けが必要と考えられます。	P12 表6・図11、 P13 表7、 図12・13、 P14 表8・9、 図14・15、 P16 図18・19、 P19 表11
特定保健指導について	特定保健指導は目標値60%を達成しています。特定保健指導対象者はハイリスク者であることが多いため、引き続き実施率を向上させる必要があります。	P20 表12・図30
医療費について	医療費の分析では、件数・医療費ともに高血圧性疾患が最も高くなっています。件数は少ないものの悪性新生物の増加による医療費の増大が予想されます。	P21 図31・32 P22 図33
介護認定の状況について	介護認定の状況では、1号被保険者が要介護になる原因疾患として心臓病や筋骨格系が占める割合が高く、2号被保険者では脳血管疾患が最も多くなっています。	P25 表15、 図37・38

第6章 第1期データヘルス計画の評価と考察

第1期データヘルス計画の3つの重点目標について実施した事業について、評価と考察を行います（P28～33 表16）。

重点目標1. 糖尿病の早期発見・早期治療・重症化の防止

実施した事業についてほぼ目標は達成されていますが、30代への健診及び保健指導の実施については目標が達成されませんでした。第2期データヘルス計画（本計画）に向けて、若い世代に受け入れられる保健指導の方法の検討が必要です。また、血糖コントロール不良者の約65%が町内医療機関に通院していることから、町内医療機関と情報交換の機会を設けるなど連絡体制を強化していく必要があります。

重点目標2. 特定健診受診率及び特定保健指導率の向上

特定健診受診率は目標値60%は達成できませんでしたが、年々増加しています。目標達成に向けて、第2期データヘルス計画（本計画）では委託健診機関の見直しや人間ドックの導入など、受診環境を整えていく必要があります。特定保健指導では目標値を達成しています。生活習慣病による医療費抑制のためにも、引き続き実施率をあげていきます。

重点目標3. 生活習慣改善に向けた取り組みの強化 （食生活の改善、運動習慣の定着化、喫煙対策）

習慣的に運動をしている人の割合が増えていないことから、運動の定着化にはいたっていないと考えられます。運動習慣の定着化に向けて、引き続きPRをすることに加え、他課で開催している運動事業との連携が必要です。また、出前健康講話については健診受診率が低い地区を中心に継続していきます。

表 16 第 1 期データヘルス計画の評価と考察

事業名		事業内容	実績	
1 糖尿病の早期発見・早期治療、重症化の防止	(1) 実態把握 糖尿病患者の	糖尿病のコントロール不良者の訪問で、服薬や定期通院、生活習慣など統一した様式で実態把握を行う。	H26年度	
			H27年度	
			H28年度	血糖コントロール不良者157名 (うち男性60%、名川地区57%)、 町内医療機関利用者100名
	(2) 及び 保健指導 30代への 健診	特定健診・特定保健指導では対象者外となっている30代に対し、受診勧奨及び保健師や管理栄養士が早期に介入することで、生活習慣病に対する意識を高め、生活習慣の改善を図る。	H26年度	対象者17名、初回面談実施者5名 (実施率29.4%)
			H27年度	対象者10名、初回面談実施者6名 (実施率14.3%)
			H28年度	対象者14名、初回面談実施者2名 (実施率14.3%)
	(3) 徹底 精密検査 受診の	①医療受診が必要な対象者を確実に治療につなげるため、健診結果配布時に医療機関からの精密検査受診結果通知を同封し、医療機関受診を勧める。 ②健診受診後3か月経過しても医療機関から受診結果の返信がない者について、文書による受診勧奨を行う。 ③医療機関からの精検結果からの返信やレセプトから受診状況を把握し、糖尿病の疑いがある未受診者に対して、電話や訪問等による受診勧奨を行う。	H26年度	
			H27年度	糖代謝精検発行113名中 精検受診者84名(受診率74.3%)
			H28年度	糖代謝精検発行194名中 精検受診者140名(受診率72.2%)
	(4) 健康講座 の開催	血圧・脂質・糖代謝において、要医療・要指導及び、内服治療中だが要医療判定値となっているコントロール不良の者を対象に、生活習慣病予防と骨粗しょう症をテーマにした「健康講座」を開催する。 みそ汁の塩分濃度、尿中塩分濃度の測定や血管年齢や骨密度測定、調理実習、運動実技を取り入れている。減塩や適正エネルギー量の摂取など生活習慣改善への意識づけを行う。	H26年度	実施回数8回、対象者1,600名中 受講者190名(受講率11.9%)
			H27年度	実施回数5回、対象者1,302名中 受講者69名(受講率5.3%)
			H28年度	実施回数5回、対象者404名中 受講者39名(受講率9.7%)
	(5) 不良者への コン 訪問ロ 指導ル	特定健診結果において、内服治療中だが、血圧値・血糖値・脂質検査の数値が受診勧奨域の者(コントロール不良者)に対して、保健師や管理栄養士が訪問し、個別指導及び家族を含めた保健指導を行う。	H26年度	対象者447名、訪問指導実施者267名 (実施率59.7%)
			H27年度	対象者398名、訪問指導実施者232名 (実施率58.3%)
			H28年度	対象者423名、訪問指導実施者281名 (実施率66.4%)
	(6) 情報提供 依頼 不良者の コン ト	内服治療中にもかかわらず血糖値及びHbA1cの数値が高い者に対して、町内医療機関の主治医からの指示書依頼により保健師や管理栄養士が訪問指導を実施する。	H26年度	対象者8名、訪問指導実施者7名 (実施率87.5%)
			H27年度	対象者8名、訪問指導実施者8名 (実施率100.0%)
			H28年度	対象者5名、訪問指導実施者5名 (実施率100.0%)

目標	H28までの 達成度	評価と考察
糖尿病コントロール不良対象者の減少	A (達成)	糖尿病コントロール不良者への訪問指導を通じて対象者の属性や町内の医療機関の利用状況などを把握することができたため、糖尿病コントロール不良者への訪問指導、対象者の実態把握は継続して実施していく。 また、対象者のうち約65%が町内の医療機関を受診していることから、情報交換や連絡体制の整備など町内医療機関との連携を密にしていく必要がある。
30代の特定保健指導 初回面談実施率50%、 30代のメタボリックシンドローム該当者の減少	C (未達成)	対象者は男性が多く、日中仕事をしていることが多いため面談の予約をすることが難しい。また、訪問しても保健指導を断られるケースが多い。運動施設の利用券の配布など、自分の空き時間で健康行動をとれるような動機づけをしていく必要がある。 加えて、若い世代に受け入れられやすいと考えられるメールやインターネットを活用した保健指導の方法について考えていく必要がある。
精検受診率の維持	A (達成)	糖代謝精密検査の受診率70%以上を維持できている。引き続き糖代謝未精検者への受診勧奨を行い、受診率を向上させていく。
健康講座(糖尿病予備群層)の参加率の向上、 糖尿病予備群層のカバー率の向上	A (達成)	対象者を「糖代謝」に絞り込んだことで、参加率が向上した。糖尿病重症化防止事業へ事業を組み換え、糖尿病をテーマにした講座を継続する。 しかし、継続して対象になる人が多いことから、テーマや内容については検討していく必要がある。
コントロール不良者訪問指導実施率の維持60%、 コントロール不良カバー率の向上 80%、 訪問指導実施者の検査数値の改善(複数年に渡り全体的に数値が改善しているか)、 家族も含めて指導を行った世帯の増加(訪問実施世帯の50%)	A (達成)	専任の臨時栄養士1名を雇い上げ、訪問指導を行うことで目標の60%以上を達成している。個別の訪問指導を行うためにはマンパワーが必要である。医療機関からの要望に対応するため、継続して専任の栄養士を配置していく。
訪問指導(指示書依頼分)実施率100%	A (達成)	依頼のあった5件については、全ての対象者に訪問指導を実施し、目標を達成した。訪問実施率は目標を達成しているが、依頼件数が減少している。町内の医療機関に実施内容や効果のアピールをし、提供件数を増やしていく。

事業名		事業内容	実績	
2	特定健診受診率および特定保健指導率の向上	(1) 受診率アップ作戦	H26年度	特定健診受診率45.2%
			H27年度	特定健診受診率46.2% ①年12回、561名へPR実施。 ②転倒寝たきり予防教室における受診勧奨(年11回、129名)。 ③地区健康教室事業開催時に受診勧奨 ④18の地区総会でPR実施。
			H28年度	特定健診受診率47.0% ①年10回、471名へPR実施。 ②638名へPR実施。 ③医療機関6か所へ勧奨依頼実施。 ④25地区1,112名へ講話実施、2地区140名へ資料配布実施。
		(2) 特定健診の受診環境の改善	H26年度	
			H27年度	①日曜日健診の実施(2日間) ②託児室の設置(日曜日健診時)
			H28年度	①町広報誌に受診勧奨の記事を掲載 ②受診者に粗品(ゴミ袋)を配布(4,549名) ③受付時間の変更 ④土曜日健診の追加(2日間) ⑤日曜日健診の実施継続(2日間) ⑥託児室の設置継続(日曜日健診時)
		(3) 関連機関との連携強化	H26年度	
			H27年度	
			H28年度	第3期特定健診実施計画から国の制度として実施予定。
		(4) 特定健診の未受診者対策	H26年度	節目健診(対象年齢40、45、50、55、60歳)受診料無料の実施(節目健診実施率37.0%)
			H27年度	①節目健診(対象年齢40、45、50、55、60歳)受診料無料の実施(節目健診実施率39.0%) ②文書による受診勧奨3,246件 ③電話による受診勧奨35件
			H28年度	①節目健診(対象年齢40、45、50、55、60歳)受診料無料の実施(節目健診実施率38.4%) ②文書による受診勧奨3,019件 ③電話による受診勧奨36件

目標	H28までの 達成度	評価と考察
特定健診受診率の向上 60%	C (未達成)	特定健診実施率は目標値60%には及ばないものの、毎年度増加している。また、地区によって受診率にばらつきがある。町の健康課題や健診受診率のPRは受診率向上の直接的な要因とはなっていないが、住民の健康意識の向上にはつながっていると思われる。 受診勧奨による受診率は頭打ちとなっている。委託先健診機関の検討や、受診費用の負担軽減など、対象者がより受診しやすい体制を整備していく。
特定健診受診率の向上 60%	A (達成)	土曜日、日曜日健診を実施し、託児室を設けるなど受診環境の改善を図った。日曜日は100人近くの受診者があつたが、土曜日は少なかつた。したがって、受診者の増加を見込める日曜日健診は継続する。土曜日健診は回数を減らして受診者数の動向をみていく。 受診者へのゴミ袋配布は大変好評だった。 今後は委託先健診機関の検討や、受診費用の負担軽減など、対象者がより受診しやすい体制を整備していく。
特定健診受診率の向上 60%	B (昨年度並み)	医療機関とのデータ連携については、今後国の制度として導入予定のため経過をみる。
40代男性の受診率の向上 男性40～44歳(20.7%→30%) 45～49歳(29.9%→40%) 特定健診受診率の向上 60%	B (昨年度並み)	節目年齢での特定健診を無料化としてきたが、受診勧奨を行っても節目健診受診率は40%弱で推移している。節目健診の受診率を注視し、受診しやすい実施体制を整備していく。

事業名		事業内容	実績	
2	特定健診受診率および特定保健指導率の向上	(1) 特定保健指導者の質の向上	H26年度	
			H27年度	「特定保健指導スキルアップ研修」保健師1名参加、特定保健指導実施率61.8%
			H28年度	「特定保健指導スキルアップ研修」保健師1名参加、特定保健指導実施率60.3%
		(2) 特定保健指導利用の環境整備	H26年度	【メディコトリム】3回×2クール開催。受講実人数14名、平均受講者7名/クール 【達者de健康相談】14回開催、参加延人数60名、平均参加者4.3名/回 特定保健指導実施率54.0%
			H27年度	【メディコトリム】3回×2クール開催。受講実人数13名、平均受講者6.5名/クール 【達者de健康相談】7回開催、参加延人数66名、平均参加者3.9名/回 特定保健指導実施率61.8%
			H28年度	【メディコトリム】3回×2クール開催。受講実人数13名、平均受講者6.5名/クール 【達者de健康相談】20回開催、参加延人数43名、平均参加者2.2名/回 特定保健指導実施率60.3%
3	生活改善・慣改運動習慣の定着化、取り組みの強化（食生活改善、運動習慣の定着化、喫煙対策）	(1) 運動推進事業	H26年度	
			H27年度	町民体育館、名川B&G海洋センター、バーデハウスふくちの3施設に運動器具を設置。 ・1日30分以上運動 31.1% ・運動同等1日1時間以上 43.6%
			H28年度	各施設に設置している運動器具を広報なんぶちようで紹介。 ・1日30分以上運動 30.7% ・運動同等1日1時間以上 43.7%
		(2) 健康教室の開催	H26年度	開催回数11回、参加人数187名
			H27年度	開催回数11回、参加人数129名
			H28年度	開催回数10回、参加人数143名
4	地区保健活動の展開	(1) 出前健康講話	H26年度	
			H27年度	開催回数71回、参加人数2,293人（平均参加人数31.0名）
			H28年度	開催回数58回、参加人数2,171人（平均参加人数37.4名）

目標	H28までの 達成度	分析と今後の方針
特定保健指導実施率の向上 60% 特定保健指導利用者による特定保健指導対象者数の減少	A (達成)	従事者の研修を継続し保健指導の質を維持している結果、特定保健指導実施率の目標60%以上を達成している。保健指導の質の確保のため、引き続き年1回は研修参加の機会を設けていく。
特定保健指導実施率の向上 60% 健康相談の利用者数の増加	A (達成)	日中は仕事などで参加できない人のために夜間の開催としているが、実際は日中でも参加できる人のほうが多かった。 今後は、教室形式の集団指導から、バーデパークのトレーニングジムや町内の運動施設、サークルなどの利用を推進する体制を整備する。
質問票 運動項目の改善 1日1時間以上の運動なしの人の割合の減少 ※目標値は県平均 男性 51.5→48% 女性 56.3→51% 1回30分以上の運動なしの人の割合 男性 69.6→62% 女性 73.9→68% 運動習慣の定着化と運動器具の利用者の増加	B (昨年度並み)	運動と同等の労働をしている人の割合は増えたものの、習慣的に運動をしている人の割合は減少していることから、運動習慣の定着には至っていないと考えられる。運動習慣の定着に向けて、PRだけではなく運動をするきっかけをつくっていく働きかけが必要。
地区健康教室の参加人数の維持	A (達成)	参加人数は昨年度と同様に推移しているが、開催地区や参加者が固定化してきているという課題がある。地区での健康教室は引き続き開催するが、開催地区や内容については検討していく。
40～60歳代男性の特定健診受診率の増加 一般健康教室開催回数と実施人数の増加	B (昨年度並み)	健診の受診勧奨をテーマに各地区の町内会や団体に講話を行った。開催回数は減少したものの、1回あたりの参加人数は増加している。一般の健康教育の一環として、引き続き受診勧奨を行っていく。

第7章 本計画の方向性と事業実施計画

■ 1 本計画の方向性 ■

現状の分析から、健康課題が第1期データヘルス計画から同様の傾向にあることから、本計画でも引き続き重点課題として取り組んでいきます。循環器疾患の予防と糖尿病の重症化防止については、本計画の上位計画である「第3次すこやか南部21」※との整合性を図りながら進めていきます。また、地区により健診受診率や健康行動に差があることから、それぞれの地区特性にあわせた保健活動を展開していきます。

※「第3次すこやか南部21」【領域2】生活習慣病の発症予防と重症化予防に関する分野

(1) 糖尿病の早期発見・早期治療、重症化の防止

男性の糖尿病、脳血管疾患、腎不全の標準化死亡比^(P9 ※1)が高く、医療費においても同様の傾向がみられています。特に男性の糖尿病の標準化死亡比^(P9 ※1)は増加傾向にあることから、医療機関との連携を強化し、血糖コントロール不良者や治療中断者への訪問指導、精密検査の受診勧奨を行っていきます。

(2) 特定健診受診率及び特定保健指導実施率の向上

特定健診受診率を目標数値60%に近づけていくためには、40～50代の若い世代や新規受診者を増やす必要があります。健診に関心のない無関心層に受診してもらうため、委託健診機関の検討や人間ドックの導入など、より関心をもってもらえるような受診体制を整備していきます。

特定保健指導については対象に継続者が多いことから、保健指導従事者の質の向上により実施率の向上を図ります。

(3) 生活習慣改善に向けた取り組みの強化（運動習慣の定着化）

適度な運動は肥満や高血圧、糖尿病などの生活習慣病を予防するために非常に重要な要素です。本計画では被保険者の多様なニーズに対応していくため、庁内の関係課と連携を図り様々な運動事業を紹介していきます。

(4) 医療費適正化の推進

ジェネリック医薬品（後発医薬品）の切り替えの促進と重複・多受診者等に対する取り組みにより、被保険者の自己負担の軽減と医療費の適正化を図ります。

■ 2 事業実施計画 ■

第6章「第1期データヘルス計画の評価と考察」を踏まえ、本計画では以下の計画に沿って実施していきます。（P42 表17 保健事業年次計画）

（１）糖尿病の早期発見・早期治療、重症化の防止

新規は新規事業、**変更**は継続事業の内容を変更するものです。

①町内医療機関との連携		
目的	町内医療機関と連携し、情報交換や事例検討を通して町全体で糖尿病重症化防止に取り組んでいく。	
計画内容	平成 30 年度～平成 35 年度	
	【継続】 町内医療機関との情報交換 内容：連絡票等を利用した医療機関（外来）との連携 【新規】 南部町糖尿病対策ネットワーク（仮称）の開催 内容：医師、外来看護師、保健師、栄養士などの多職種で連携し、町の現状や事例検討を通して糖尿病対策について検討する。	
目標・評価指標	アウトプット（事業実施量）	アウトカム（成果）
	・町内医療機関(6ヶ所)との情報交換 ・訪問指導依頼 10 件以上 訪問指導実施率 100% ・南部町糖尿病対策ネットワーク（仮称）の開催年 1 回以上	・ 糖尿病 標準化死亡比 100 以下 ・ 血糖コントロール不良者 (HbA1c8.4%以上) 2.3%以下

※アウトカムの太字部分は「すこやか南部 21」の指標となっている項目

②血糖コントロール不良者・糖尿病治療中断者への訪問指導（国保保健指導事業）		
目的	血糖コントロール不良者・糖尿病治療中断者への訪問指導を行い、対象者に正しい知識を持ってもらい、糖尿病の重症化を防止する。	
計画内容	H30 年度～H35 年度	
	【継続】管理栄養士による訪問指導の充実 内容：糖代謝の血糖コントロール不良者を訪問し、栄養指導を行う。	
	【新規】糖尿病治療中断者への訪問指導・継続受診の勧奨 内容：糖尿病の治療中断者に対し訪問指導を行い、受診を促す。	
	【変更】糖尿病教室の開催 内容：糖尿病予備群者を対象に、糖尿病に関する正しい知識を身に付けさせ、糖尿病への移行を予防する。	
	【新規】健康相談での簡易血糖測定導入についての検討	
目標・ 評価指標	アウトプット（事業実施量）	アウトカム（成果）
	・血糖コントロール不良者への訪問件数 150 件以上 ・糖尿病治療中断者への訪問指導件数 10 件以上 ・糖尿病教室開催回数、参加延人数 ・健康相談での糖尿病に関する延相談件数	・糖尿病 標準化死亡比 100 以下 ・血糖コントロール不良者（HbA1c8.4%以上）2.3%以下 ・糖尿病性腎症による新規透析導入患者 3 人以下 ・糖尿病治療中断者の減少 ・訪問指導実施者で検査数値に改善がみられた者の割合 50%

※アウトカムの太字部分は「すこやか南部 21」の指標となっている項目

③精密検査の受診勧奨		
目的	特定健診の結果で「要精検」となった者には必ず精密検査を受診してもらい、糖尿病の早期治療・重症化防止につなげていく。	
計画内容	平成 30 年度～平成 35 年度	
	【継続】 精密検査の受診勧奨 内容：特定健診の結果、「要精検」となった者へ文書で受診勧奨を行う（年 2 回）。	
	【新規】 HbA1c 高値者への電話による受診勧奨 内容：HbA1c 高値の者は、電話で直接受診勧奨を行う。	
目標・ 評価指標	アウトプット（事業実施量）	アウトカム（成果）
	・「糖代謝」精密検査受診率 83% ・HbA1c 高値者への電話連絡 100%	・血糖コントロール不良者の割合 （HbA1c8.4%以上）2.3%以下

※アウトカムの太字部分は「すこやか南部 21」の指標となっている項目

(2) 特定健診受診率及び特定保健指導実施率の向上

【新規】は新規事業、【変更】は継続事業の内容を変更するものです。

①特定健診受診体制整備		
目的	今まで健診受診率の低かった 30～50 代や、健診を受けていなかった無関心層が受診しやすくなるよう体制を整える。	
計画内容	平成 30 年度～平成 35 年度	
	【変更】 特定健診受診体制の整備 内容：健診自己負担金の検討、国保人間ドックの導入、委託健診機関の追加など。 【新規】 30 代の郵送血液検査についての検討 内容：郵送血液検査など簡便な方法を利用し、日頃の健康状態に関心をもってもらふ動機づけとする（実施年齢は限定して行う）。	
目標・ 評価指標	アウトプット（事業実施量）	アウトカム（成果）
	・国保人間ドック受診者 10 名以上 ・新規特定健診委託先での特定受診者数 30 名以上	・特定健診受診率 60% ・南部地区の特定健診受診率 50% ・40 歳～50 歳（男性） 特定健診受診率 40%

※アウトカムの太字部分は「すこやか南部 21」の指標となっている項目

②特定健診周知体制の工夫及び整備		
目的	健診に関心のない無関心層に広く働きかけ、新規受診者を増やす。	
計画内容	平成 30 年度～平成 35 年度	
	【変更】 健診案内チラシ作成	
	【新規】 健診案内動画製作、町ホームページとのリンク	
目標・ 評価指標	【新規】 メールでの健診申込み	
	アウトプット（事業実施量）	アウトカム（成果）
	・特定健診案内チラシ毎戸配布 ・特定健診案内・メール申し込みについて広報掲載年 2 回	・特定健診受診率 60% ・新規特定健診受診者 30 名 ・特定健診メール申し込み 5 件

※アウトカムの太字部分は「すこやか南部 21」の指標となっている項目

③商工会及びパート勤務者などの健診データ連携		
目的	職場健診を受けているため特定健診を受診しない人を把握し、必要な項目を補足して特定健診受診率向上につなげる。	
計画内容	平成 30 年度～平成 35 年度	
	【新規】 商工会健診やパート勤務者などの健診を受診している人達の健診データの取り込みについて検討する。	
目標・ 評価指標	アウトプット（事業実施量）	アウトカム（成果）
	・職場での健診を受診しているが、特定健診の健診項目を満たしていない被保険者のデータ取り込み 25 件	・ 特定健診受診率 60%

※アウトカムの太字部分は「すこやか南部 21」の指標となっている項目

④特定保健指導実施率・質の向上		
目的	特定保健指導従事者の資質を向上し、効果的な指導を行うことで特定保健指導対象者の減少につなげる。	
計画内容	平成 30 年度～平成 35 年度	
	【継続】 特定保健指導に関する研修会への参加	
	【新規】 特定保健指導従事者による事例検討会の開催	
目標・ 評価指標	アウトプット（事業実施量）	アウトカム（成果）
	・ 特定保健指導実施者数の増加 ・ 特定保健指導に関する研修会への参加 ・ 保健指導事例検討の開催	・ 特定保健指導実施率 65% ・ メタボリックシンドローム予備群・該当者該当率 25% ・ メタボリックシンドローム予備群・該当者減少率 25%

※アウトカムの太字部分は「すこやか南部 21」の指標となっている項目

（３）生活習慣改善に向けた取り組みの強化（運動習慣の定着化）

新規は新規事業、変更は継続事業の内容を変更するものです。

①生活習慣改善に向けた取り組みの強化（運動習慣の定着化）		
目的	生活習慣病予防に関する正しい知識を身につけ、被保険者の健康意識の向上を図る。	
計画内容	平成 30 年度～平成 35 年度	
	【変更】 地区健康教室の開催 内容：講話依頼の機会を捉えて糖尿病に関する健康教育を行う。 保健師以外の職種も積極的に活用していく。 （管理栄養士、健康運動指導士、レク指導員、など）	
	【継続】 糖尿病に関する研修会の開催（保健推進員、介護保険関係者など）	
	【新規】 わかりやすい健康教育の媒体の作成・活用	
	【新規】 他課主催の運動教室の紹介など	
目標・評価指標	アウトプット（事業実施量）	アウトカム（成果）
	- 健康講話依頼件数の増加 - 保健師以外の講師活用回数 5 回 - 他課主催運動教室参加者 10 名 - 広報への掲載年 2 回	- 糖尿病 標準化死亡比 100 以下 1 日 30 分以上の運動習慣がある人 50%以上 - 身体活動時間 60 分以上の人 50%以上

※アウトカムの太字部分は「すこやか南部 21」の指標となっている項目

（４）医療費の適正化の推進

新規は新規事業、変更は継続事業の内容を変更するものです。

①ジェネリック医薬品（後発医薬品）の普及・啓発		
目的	ジェネリック医薬品（後発医薬品）の普及と切り替えの促進により、被保険者の自己負担の軽減と医療費の適正化を図る。	
計画内容	平成 30 年度～平成 35 年度	
	【継続】ジェネリック医薬品（後発医薬品）の差額通知（年 2 回）	
目標・ 評価指標	アウトプット（事業実施量）	アウトカム（成果）
	・ジェネリック医薬品（後発医薬品）該当者への差額通知数 260 通以上	・ジェネリック医薬品（後発医薬品）の利用割合 80%以上

②重複・多受診者等訪問指導		
目的	重複受診・多受診者等に訪問指導を行い、適正な受診行動を促すことで医療費の適正化を図る。	
計画内容	平成 30 年度～平成 35 年度	
	【継続】 重複・多受診者等訪問指導 内容：同一疾病で複数の医療機関への受診が 3 ヶ月以上継続している者、1 ヶ月における医療機関への通院日数の合計が 15 日以上で 3 ヶ月以上継続している者等について訪問指導を行う。	
目標・ 評価指標	アウトプット（事業実施量）	アウトカム（成果）
	・訪問した重複・多受診者等の受診行動の改善	・重複・多受診者等の減少

表17 保健事業年次計画

第3次すこやか か南部21との 関連		事業内容		時系列								
				H30		H31		H32		H33	H34	H35
重点課題3 糖尿病の重症化 予防を強化する	(1) 糖尿病 の早期発見・早期治療、 重症化の防止	①町内医療機関との連携		町内医療機関(医師、看護師)との情報交換・実態把握			糖尿病対策ネットワークの開催					
		②血糖コントロール不良者・糖尿病治療中断者への訪問指導		血糖コントロール不良者・治療中断者への訪問指導 糖尿病教室の開催								
				簡易血糖測定の導入 についての検討								
		③精密検査の受診勧奨		文書による受診勧奨(年2回)								
				HbA1c高値者へ電話での勧奨								
	(2) 特定健診受診率及び特定保健指導実施率の向上	①特定健診受診体制整備	特定健診自己負担費用についての検討	特定健診自己負担費用についての検討	特定健診自己負担費用の変更							
			委託健診機関の追加	委託機関の検討	南部地区1ヶ所追加	福地地区1ヶ所追加						
			国保人間ドック	委託機関1ヶ所	委託機関2ヶ所目追加	委託機関3ヶ所目追加						
			30代の郵送血液検査の検討	対象者の検討・絞り込み	南部地区	効果の検証						
		②特定健診周知体制の工夫及び整備	健診案内チラシの工夫	健診案内動画の製作								
			メールでの健診申込み検討									
		③商工会及びパート勤務者などの健診データ連携	連携体制の整備		データ連携開始							
		④特定保健指導実施率・質の向上	保健師の特定保健指導に関する研修会への参加									
			特定保健指導に関する事例検討会の開催									
		(3)生活習慣改善に向けた取り組みの強化(運動習慣の定着化)	地区健康教室の内容の検討	地区健康教室の内容の変更								
			健康教育の媒体の作成・活用									
			他課内の運動事業の把握	他課主催の教室の紹介								
		(4)医療費の適正化の推進	①ジェネリック医薬品(後発医薬品)の普及・啓発		ジェネリック医薬品(後発医薬品)の差額通知(年2回)							
			②重複・多受診者等訪問指導		重複・多受診者等への訪問指導							

第8章 特定健診・特定保健指導（第3期南部町 国民健康保険特定健康診査等実施計画）

本章では、法第18条及び第19条に定められている特定健康診査等実施計画に記載すべき事項について、目標値を以下のように定めます。

■ 1 目標値の設定 ■

国では、市町村国保における特定健診受診率及び特定保健指導実施率の目標値を60.0%と定めています。当町では、特定保健指導については目標値を達成しているため65.0%に設定します（表18）。

- ・ 特定健診受診率 : 平成35年度の達成率 目標60%
- ・ 特定保健指導実施率 : 平成35年度の実施率 目標65%

表18 各年次目標

区 分	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成34年度	平成35年度
特定特定健診対象者数 （推定）	4,988人	4,932人	4,876人	4,810人	4,745人
受診者数	2,330人	2,466人	2,599人	2,728人	2,847人
特定健診受診率	49%	50%	52%	55%	60%
特定保健指導対象者数 （推定）	350人	370人	390人	409人	427人
特定保健指導実施率	61%	62%	63%	64%	65%

■ 2 実施方法（特定健診・特定保健指導） ■

（1）特定健診

①健診項目

〔特定健診の基本的な項目〕

質問項目、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲（内臓脂肪面積））、理学的所見（身体診察）、血圧測定、脂質検査（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール又はNon-HDL コレステロール）、肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ -GT（ γ -GTP））、血糖検査（空腹時血糖又はHbA1c検査、やむを得ない場合には随時血糖）、尿検査（尿糖、尿蛋白）

〔特定健診の詳細な健診の項目〕

生活習慣病の重症化の進展を早期にチェックするため、詳細な健診として、

心電図検査、眼底検査、貧血検査（赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値）、血清クレアチニン検査※（eGFRによる腎機能の評価を含む）のうち、一定の基準の下、医師が必要と判断した場合に選択的に実施されます。

※血清クレアチニンは国の基準では「詳細な健診項目」となっていますが当町では必須項目として実施します。

〔その他の健診項目〕

特定健診以外の健康診査においては、それぞれの法令・制度の趣旨・目的や対象となる集団の特性（地域や職場の特性）やそこから見出された健康課題を踏まえ、必要に応じて〔基本的な健診項目〕以外の項目を実施します。

②対象者

当町に住所を有する40歳から75歳未満の国保被保険者の方

③実施場所及び期間

個別健診は、南部町医療センター、八戸西健診プラザ、八戸市総合健診センター、五戸町健診センターにおいて、原則として各年度5月から翌年3月まで実施します。集団検診は、町内の公民館また健康センターにおいて、各年度6月から概ね12月まで実施します。

④申し込み及び案内方法

保健推進員が世帯毎に申し込みの取りまとめを行う際に申し込むか、随時健康福祉課に申し込む方法があります。案内は申し込みのあった者へ送付します。※医療センター以外の個別健診機関には、直接申し込みとなります。

（2）特定保健指導

①実施方法

保健指導は対象者の生活を基盤とし、自らの生活習慣における課題に気づき、健康的な行動変容の方向性を自らが導き出せるように支援することとし、保健指導の必要性に応じて次のように区分し、実施します。

ア．情報提供

対象者が自らの身体状況を確認するとともに、健康な生活習慣の重要性に対する理解と関心を深め、生活習慣を見直すきっかけとなるよう健診結果と併せて基本的な情報提供をします。

【具体的な内容】

- ・ 健診結果の見方、要指導・要医療判定となった項目に関する生活習慣改善に向けた情報、要医療者への医療機関受診勧奨
- ・ 健康の保持推進に役立つ情報、活用できる社会資源の情報

イ. 動機付け支援

対象者への個別支援又はグループ支援により、対象者自らの生活習慣を振り返り、行動目標を立てることができるとともに、保健指導終了後、対象者がすぐに実践（行動）に移り、その生活が維持できることを目指します。

【具体的な内容】

＜初回面接＞

一人 20 分以上の個別面接又は 1 グループ（8 名以内）80 分以上のグループ面接により、次の支援を行います。

- ・生活習慣と健診結果の関係の理解や生活習慣の振り返り、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識と対象者の生活が及ぼす影響及び生活習慣の改善の必要性の説明
- ・生活習慣を改善するメリット及び現在の生活を継続することのデメリットの説明
- ・体重、腹囲の測定方法や栄養、運動等の生活習慣の改善に必要な目安等の具体的な支援
- ・対象者の行動目標や評価時期の設定と必要な社会資源等の活用の支援

＜6 ヶ月後の評価＞

個別面接、グループ面接、電話や通信等により、身体状況や生活習慣に変化がみられたかについて確認します。

ウ. 積極的支援

「動機づけ支援」に加えて、定期的・継続的な支援により、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を設定し、目標達成に向けた実践（行動）に取り組みながら、支援プログラム終了後には、その生活が継続できることを目指します。

【具体的な内容】

＜初回面接＞

動機づけ支援の初回面接と同様

＜3 ヶ月以上の継続的な支援及び中間評価＞

初回面接後、3 ヶ月以上継続的に個別面接、グループ面接、電話や通信等により、次のような支援を行い、3 ヶ月経過した時点で取り組んでいる実践と結果についての評価と再アセスメントをし、必要に応じて改めて行動目標や計画の設定を行います。

- ・初回面接以降の生活習慣の状況の確認

- ・栄養、運動等の生活習慣の改善に必要な支援をするとともに必要に応じた行動維持の推奨

＜3ヶ月以上経過後の評価＞

対象者の状況に応じ、3ヶ月以上経過後に個別面接、グループ面接、電話や通信等により、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認します。

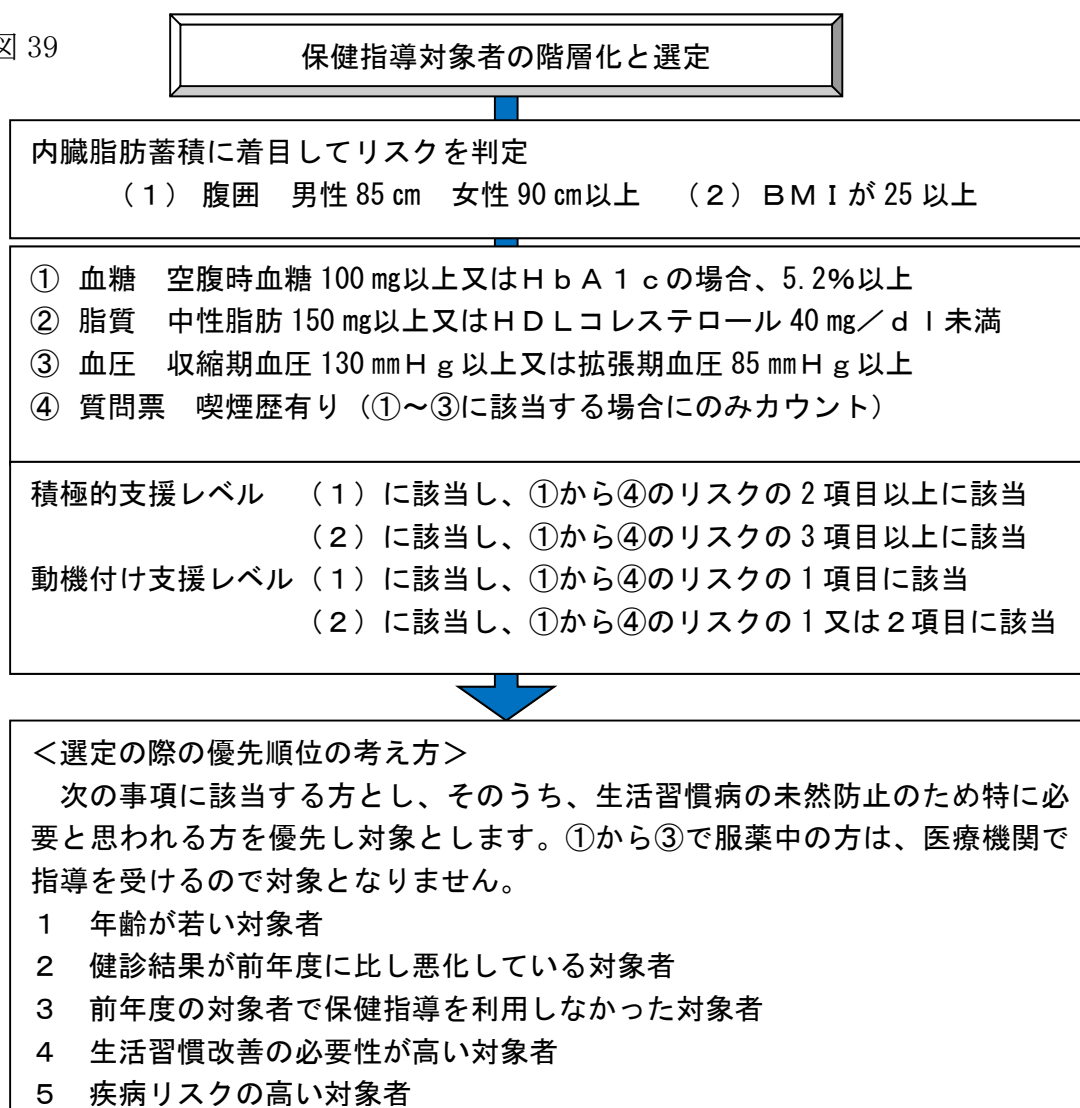
②実施場所及び期間

対象者に個別に案内を送付もしくは電話連絡することにより実施します。実施場所は町内の施設等を活用し、実施期間は各年度5月から翌年4月までとします。

③対象者の階層化と選定

特定健診の結果に基づき、次の手順（図39）で対象者を選定します。

図 39



■ 3 代行機関 ■

外部委託を活用し、利用者の利便性に配慮した健診や保健指導を実施する（例えば土日・祝日の実施）等、対象者のニーズを踏まえた対応をすることで、健診や保健指導の実施率向上を図ることが期待されます。

■ 4 特定健診等の委託について ■

（1）委託先選定基準

- ①健康診査及び保健指導を適切に実施するために必要な施設及び設備を有していること。
- ②検査、診察及び保健指導を行う際、受診者のプライバシーが十分に保護される施設（部屋）が確保されていること。
- ③救急時における応急処置のための体制を整えること。
- ④健康増進法（平成14年法律第103号）第25条に定める受動喫煙の防止措置が講じられていること（医療機関においては、患者の特性に配慮すること）。
- ⑤健康診査及び指導結果を定められた電子標準様式により電磁的方式で提出すること。
- ⑥受託事業所の管理者は、保健指導の実施率を上げるよう取り組むこと。

（2）委託契約の方法

契約書には次の事項を盛り込みます。

- ・業務の趣旨、公共性の尊重
- ・委託業務の範囲内容
- ・業務の質の確保等及び禁煙等業務場所の条件
- ・委託業務の達成レベル
- ・業務責任者の配置
- ・契約終結後の業務範囲の変更に関する対応
- ・事業計画及び事業実績の提出
- ・打ち合わせ会議等への出席義務
- ・個人情報保護、秘密保持に係る責務
- ・再委託に関する事項
- ・事故発生時の対応
- ・問題が発生したときの事業者の対応義務
- ・損害賠償請求
- ・遅延利息
- ・費用及び支払い
- ・契約解除の条件

■ 5 個人情報の保護・結果の保管について ■

個人情報の保護・結果の保管については第9章「個人情報の保護」に記載します。

第9章 個人情報の保護

保健事業の実施に当たっては、医療機関、委託事業者、他の医療保険者、費用請求等の事務を代行する代行機関及び国等との間でデータがやりとりされ、そのことによってそれらのデータが活用されることになります。

このため、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。

■ 1 個人情報の管理 ■

保健事業の実施に係る特定健診・特定保健指導等の結果やレセプトデータを含む医療情報等の個人情報の取り扱いは、「南部町個人情報保護条例」の条例、規則、その他関係法令を遵守します。外部機関に委託して実施するものについては、委託契約の締結に際して「個人情報の取り扱いに関する情報セキュリティ特記事項」として個人情報の適正な維持管理、目的外使用の禁止等を契約書に定めます。

■ 2 特定健診・特定保健指導に係るデータ管理 ■

(1) 管理・保管

実施機関から提出された特定健診・特定保健指導結果データは、代行機関である青森県国民健康保険団体連合会に管理、保管を委託します。

特定健診等のデータは、管理者を定め、電子的標準形式により（青森県国民健康保険団体連合会に委託し）管理保存することとし、その保存期間は、特定健診受診の翌月4月1日から5年間とします。

なお、被保険者が他の保険者の加入者となったときの保存期間は、他の保険者の加入者となった年度の翌年度の末日とします。

また、被保険者が他の保険者の加入者となった場合は、当該保険者の求めに応じて被保険者が提出すべきデータを被保険者に提供することとします

(2) 保管期間

蓄積された特定健診等のデータの保管期限は、記録の作成の日の属する年度の翌年度から5年間とします。また、資格喪失等により被保険者でなくなった場合は、資格を喪失した日の属する年度の翌年度末までを保管期間とします。保管期間を経過したデータは削除・廃棄します。

第 10 章 計画の公表・周知

■ 1 計画の公表・周知 ■

本計画は、全編当町ホームページに掲載し、被保険者に対しては「広報なんぶちょう」等の広報媒体により周知します。

なお、必要に応じて、本計画のうちの一部を法第 19 条に定める「特定健康診査等実施計画」として、単独で公表することがあります。

■ 2 保健事業の普及・啓発 ■

各保健事業の目標を達成するためには、被保険者の保健事業に対する前向きな協力が必要です。被保険者の協力を得るためには、保健事業を実施することの必要性について理解を深めてもらうことが重要となるので、特定健診受診時や、医療費通知等の個別送付、ホームページ、リーフレット等を活用した情報提供、地域の医療機関、薬局、役場窓口、町内会掲示板等でのポスター掲示等による啓発を継続して行います。

第 11 章 計画の評価・見直し

3年経過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中間評価を行い、目標値の達成状況等の進捗管理を行います。

計画期間の最終年度には、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り組みの結果は、達成状況の点検、評価で終わらずに、結果を活用してより効果的な保健事業の運営が行えるよう次期計画に向けて見直しを図ります。

第 12 章 事業運営上の留意事項

■ 1 関係機関との連携 ■

本計画における各事業は町内関係所管課との連携、関係団体との協力により、効率的、効果的に実施していきます。

■ 2 実施体制の確保 ■

各保健事業の担当者は、常に最新の情報を収集するとともに研修等への参加により事業の質の向上を図ります。

資料編

■ 計画策定の経過 ■

年月日	内 容
平成 29 年 8 月 24 日	第 34 回「健康なまちづくり」シンポジウム 三八支部合同視察研修参加
10 月 8 日	外部アドバイザー・課内での協議①
平成 30 年 2 月 16 日	外部アドバイザー・課内での協議②
2 月 19 日	国保運営協議会で概要の説明
3 月 22 日	国保運営協議会委員および保健所からの意見聴取

■ 外部アドバイザー ■

所 属	職 名	氏 名
日本福祉大学 看護学部 看護学科	教 授	野口 一重

■ 国民健康保険運営協議会委員 ■

※敬称略

	所属・職	氏 名
会 長	(H28. 2. 16～)	沼 畑 俊 一
被保険者を代表する 委員	南部地区被保険者代表	石 井 み ほ 子
	名川地区被保険者代表	四 戸 武 彦
	福地地区被保険者代表	森 田 幸 子
保険医または保険薬 剤師を代表する委員	南部病院 院長	小 原 正 和
	かわむら内科クリニック 院長	川 村 明 義
	中村歯科医院 院長	中 村 純 子
公益を代表する委員	町議会議員	沼 畑 俊 一
	町議会議員	八 木 田 憲 司
	町議会議員	山 田 賢 司

別 添 資 料

別添資料1……南部町（全体）

別添資料2……（福地地区）

別添資料3……（名川地区）

別添資料4……（南部地区）

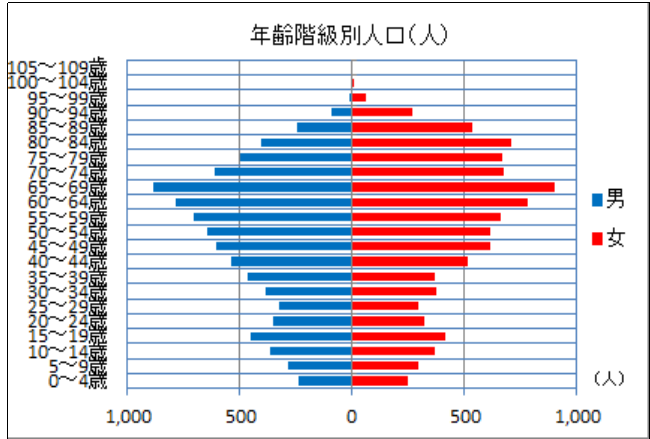
南部町

(住所地特例者・施設入所者等を除いて集計しています)

0000

人口(人)	18,606
65歳以上人口(人)	6,580
高齢化率(%)	35.36
町高齢化率(%)	

年齢階級別・男女別人口

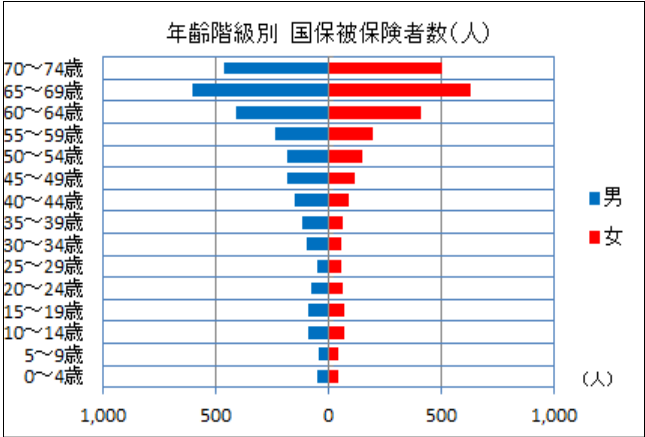


◆国民健康保険◆

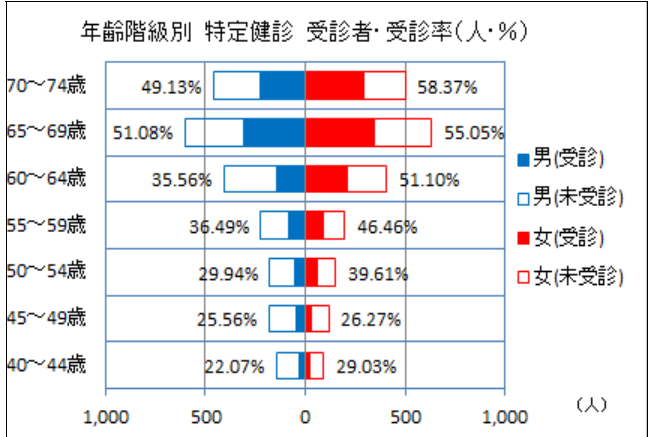
国保被保者人数(人)	5,419
国保加入率(%)	29.13
国保費用額(円)	1,701,381,821
国保一人当り医療費(円)	313,966
町一人当り医療費(円)	
国保医療費順位 (一人当たり医療費が少ない)	

国保高齢化率(%)	40.73	町(%)	
-----------	-------	------	--

国保 年齢階級別・男女別 被保者数



国保 年齢階級別・男女別 特定健診受診状況



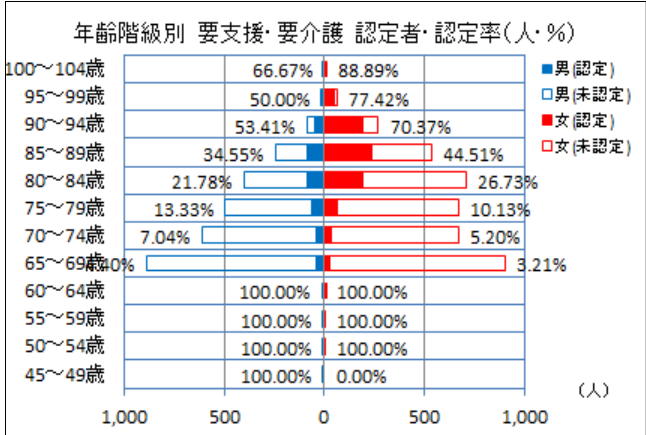
国保 健診・検診・検査の状況

区分 目標	特定健診 60%	保健指導	肺がん等 65%	胃がん 30%	大腸がん 45%	前立腺がん 50%	肝炎ウイルス	子宮がん 30%	乳がん 45%	骨密度
対象者(人)	4,299	246	4,672	4,672	4,672	1,883	363	2,371	1,425	386
受診者(人)	1,951	125	1,981	964	1,501	593	69	428	435	67
受診率(%)	45.38	50.81	42.40	20.63	32.13	31.49	19.01	18.05	30.53	17.36
町受診率										
比較										
受診率順位										

◆介護保険◆

第一号・第二号被保険者(人)	6,717
要支援・要介護者(人)	1,255
要支援・要介護認定率(%)	18.68
町認定率(%)	
認定率順位 (認定者数が少ない)	
介護給付費額(円)	2,507,759,672
介護一人当り給付費(円)	373,345
町一人当り給付費(円)	
介護給付費順位 (一人当たり給付費が少ない)	

介護 年齢階級別・男女別認定者数



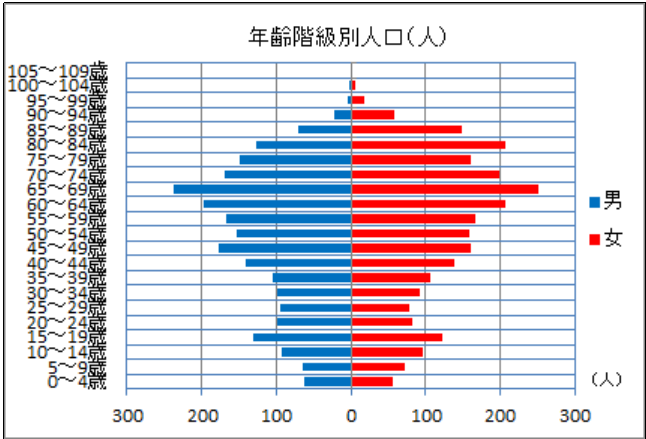
南部地区

(住所地特例者・施設入所者等を除いて集計しています)

0001

人口(人)	4,947
65歳以上人口(人)	1,829
高齢化率(%)	36.97
町高齢化率(%)	35.36

年齢階級別・男女別人口

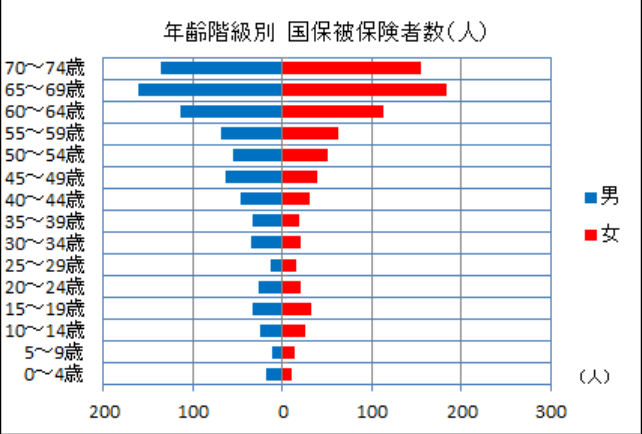


◆国民健康保険◆

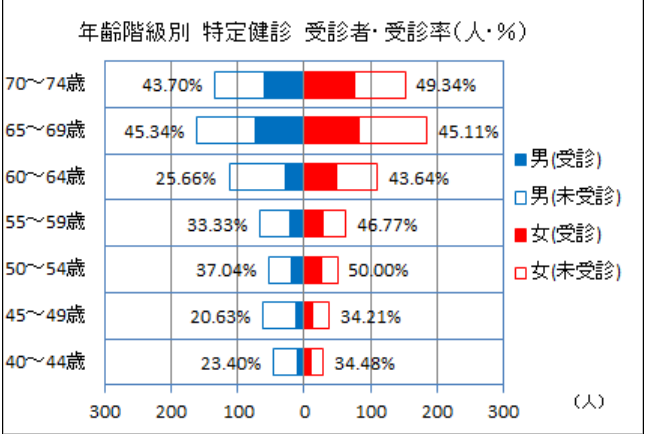
国保被保者人数(人)	1,632
国保加入率(%)	32.99
国保費用額(円)	518,845,412
国保一人当り医療費(円)	317,920
町一人当り医療費(円)	313,966
国保医療費順位 (一人当たり医療費が少ない)	2

国保高齢化率(%)	38.97	町(%)	40.73
-----------	-------	------	-------

国保 年齢階級別・男女別 被保者数



国保 年齢階級別・男女別 特定健診受診状況



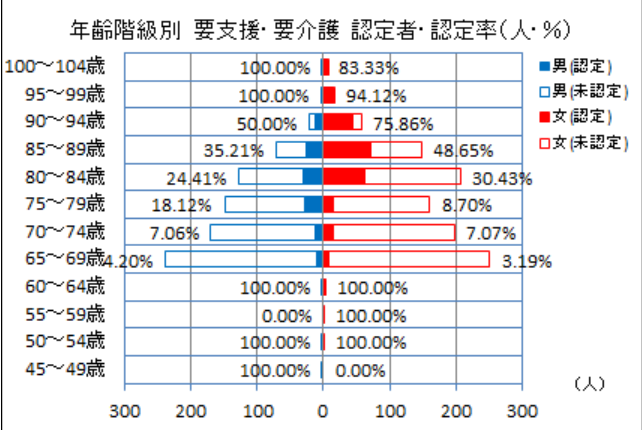
国保 健診・検診・検査の状況

区分 目標	特定健診 60%	保健指導	肺がん等 65%	胃がん 30%	大腸がん 45%	前立腺がん 50%	肝炎ウイルス	子宮がん 30%	乳がん 45%	骨密度
対象者(人)	1,265	73	1,387	1,387	1,387	536	121	706	412	114
受診者(人)	510	34	516	269	336	146	20	116	108	20
受診率(%)	40.32	46.58	37.20	19.39	24.22	27.24	16.53	16.43	26.21	17.54
町受診率	45.38	50.81	42.40	20.63	32.13	31.49	19.01	18.05	30.53	17.36
比較	▲5.06	▲4.23	▲5.20	▲1.24	▲7.91	▲4.25	▲2.48	▲1.62	▲4.32	0.18
受診率順位	3		3	2	3	3	2	2	3	2

◆介護保険◆

第一号・第二号被保険者(人)	1,840
要支援・要介護者(人)	369
要支援・要介護認定率(%)	20.05
町認定率(%)	18.41
認定率順位 (認定者数が少ない)	3
介護給付費額(円) ※償還分を除く	629,081,260
介護一人当り給付費(円)	341,892
町一人当り給付費(円)	295,045
介護給付費順位 (一人当たり給付費が少ない)	3

介護 年齢階級別・男女別認定者数



名川地区

(住所地特例者・施設入所者等を除いて集計しています)

0002

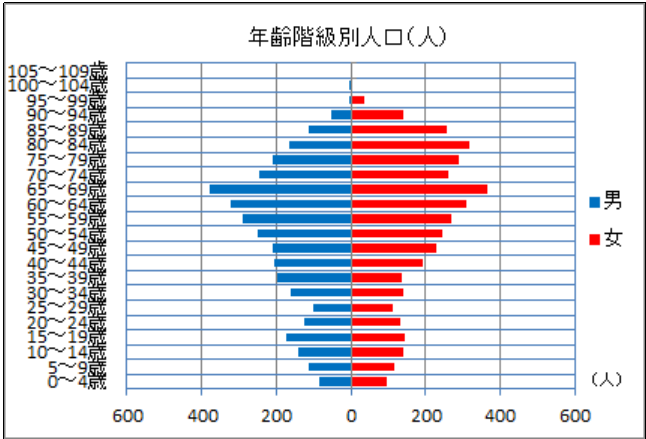
人口(人)	7,472
65歳以上人口(人)	2,841
高齢化率(%)	38.02
町高齢化率(%)	35.36

◆国民健康保険◆

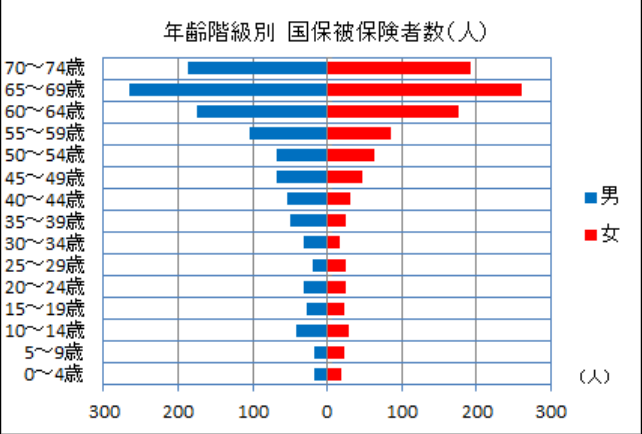
国保被保者人数(人)	2,191
国保加入率(%)	29.32
国保費用額(円)	699,647,166
国保一人当り医療費(円)	319,328
町一人当り医療費(円)	313,966
国保医療費順位 (一人当たり医療費が少ない)	3

国保高齢化率(%)	41.26	町(%)	40.73
-----------	-------	------	-------

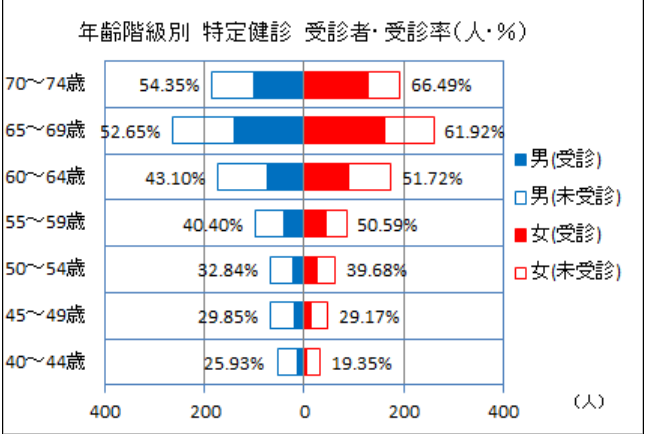
年齢階級別・男女別人口



国保 年齢階級別・男女別 被保者数



国保 年齢階級別・男女別 特定健診受診状況



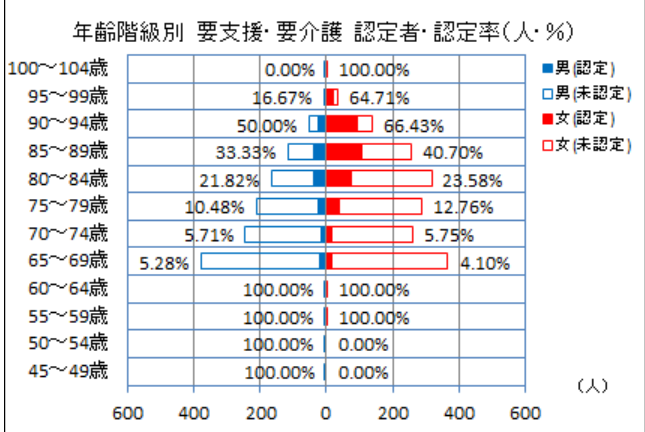
国保 健診・検診・検査の状況

区分 目標	特定健診 60%	保健指導	肺がん等 65%	胃がん 30%	大腸がん 45%	前立腺がん 50%	肝炎ウイルス	子宮がん 30%	乳がん 45%	骨密度
対象者(人)	1,761	105	1,896	1,896	1,896	797	153	946	557	164
受診者(人)	876	53	893	342	705	268	37	139	196	38
受診率(%)	49.74	50.48	47.10	18.04	37.18	33.63	24.18	14.69	35.19	23.17
町受診率	45.38	50.81	42.40	20.63	32.13	31.49	19.01	18.05	30.53	17.36
比較	4.36	▲0.33	4.70	▲2.59	5.05	2.14	5.17	▲3.36	4.66	5.81
受診率順位	1		1	3	1	1	1	3	1	1

◆介護保険◆

第一号・第二号被保険者(人)	2,855
要支援・要介護者(人)	535
要支援・要介護認定率(%)	18.74
町認定率(%)	18.41
認定率順位 (認定者数が少ない)	2
介護給付費額(円) ※償還分を除く	808,044,560
介護一人当り給付費(円)	283,028
町一人当り給付費(円)	295,045
介護給付費順位 (一人当たり給付費が少ない)	2

介護 年齢階級別・男女別認定者数



福地地区

(住所地特例者・施設入所者等を除いて集計しています)

0003

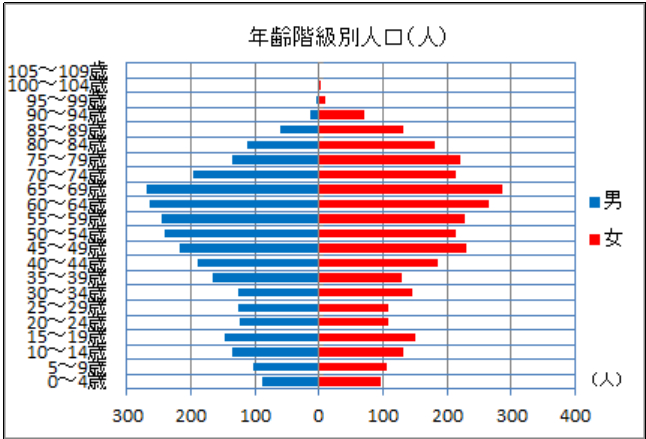
人口(人)	6,187
65歳以上人口(人)	1,910
高齢化率(%)	30.87
町高齢化率(%)	35.36

◆国民健康保険◆

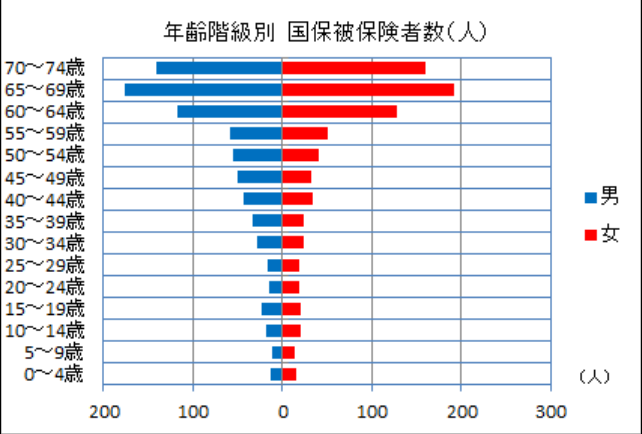
国保被保者人数(人)	1,596
国保加入率(%)	25.80
国保費用額(円)	482,889,243
国保一人当り医療費(円)	302,562
町一人当り医療費(円)	313,966
国保医療費順位 (一人当たり医療費が少ない)	1

国保高齢化率(%)	41.79	町(%)	40.73
-----------	-------	------	-------

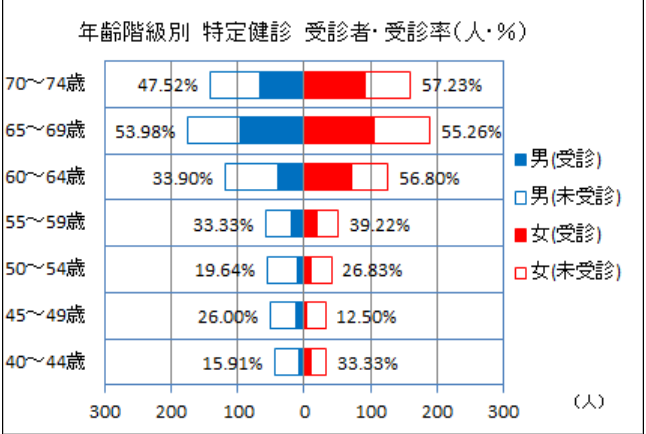
年齢階級別・男女別人口



国保 年齢階級別・男女別 被保者数



国保 年齢階級別・男女別 特定健診受診状況



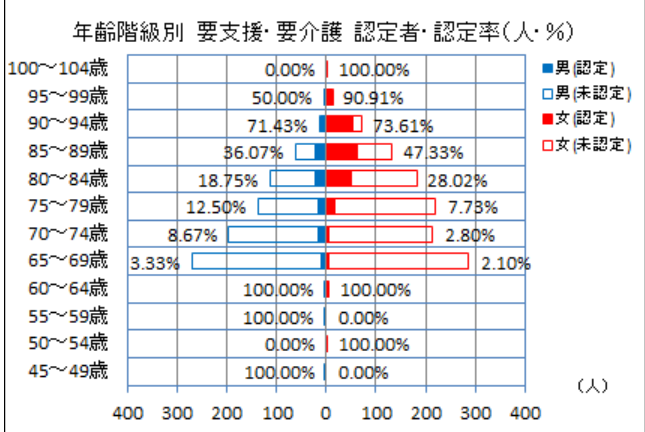
国保 健診・検診・検査の状況

区分 目標	特定健診 60%	保健指導	肺がん等 65%	胃がん 30%	大腸がん 45%	前立腺がん 50%	肝炎ウイルス	子宮がん 30%	乳がん 45%	骨密度
対象者(人)	1,273	68	1,389	1,389	1,389	550	89	719	456	108
受診者(人)	565	38	572	353	460	179	12	173	131	9
受診率(%)	44.38	55.88	41.18	25.41	33.12	32.55	13.48	24.06	28.73	8.33
町受診率	45.38	50.81	42.40	20.63	32.13	31.49	19.01	18.05	30.53	17.36
比較	▲1.00	5.07	▲1.22	4.78	0.99	1.06	▲5.53	6.01	▲1.80	▲9.03
受診率順位	2		2	1	2	2	3	1	2	3

◆介護保険◆

第一号・第二号被保険者(人)	1,920
要支援・要介護者(人)	314
要支援・要介護認定率(%)	16.35
町認定率(%)	18.41
認定率順位 (認定者数が少ない)	1
介護給付費額(円) ※償還分を除く	514,599,150
介護一人当り給付費(円)	268,020
町一人当り給付費(円)	295,045
介護給付費順位 (一人当たり給付費が少ない)	1

介護 年齢階級別・男女別認定者数



第2期南部町国民健康保険保健事業計画（第2期南部町データヘルス計画）
第3期南部町国民健康保険特定健康診査等実施計画

南部町役場 健康福祉課
〒039-0595
南部町大字下名久井字白山19-1
電話 0178-60-7100
FAX 0178-76-3904