

隠岐の島町データヘルス計画

(保健事業実施計画)

中間評価報告書

令和元年度評価報告書



令和2年 11 月

 隠岐の島町

隠岐の島町データヘルス計画 中間評価報告書目次

1 評価方法.....	1
(1) ストラクチャー評価（構造）.....	1
(2) プロセス評価（過程）.....	1
(3) アウトプット評価（事業実施量）.....	2
(4) アウトカム評価（成果）.....	3
2 中間評価結果.....	4
(1) ストラクチャー評価（構造）.....	4
(2) プロセス評価（過程）.....	6
(3) アウトプット評価（事業実施量）.....	8
(4) アウトカム評価（成果）.....	11
3 中間評価から見えてきた今後の取り組み.....	14

1 評価方法

毎年の評価については、KDB システム等の情報を活用し評価を行います。

(1) ストラクチャー評価(構造)

	評 価 項 目
①	各医療機関、島根県環境保健公社、島根大学疾病予知予防プロジェクトチーム等への継続した協力体制及び連携の促進
②	地区自治会や公民館との話し合いの場をつくる。
③	庁舎内の連携（町民課・保健課・福祉課）
④	病院、診療所、開業医院と町の『保健・福祉事業医師連絡会』が年2回あり、その中で事業の検討及び協議をしていく。
⑤	隠岐の島町健康づくり推進協議会の中で事業の進捗状況や問題点等の検討をしていく。 (産業保健部会、地域保健部会、母子保健部会、食生活部会含む)
⑥	生活圏である7圏域ごとに健康づくり、介護予防等の住民活動ができるよう支援する。

※ストラクチャー（構造）評価とは、保健事業を実施するための仕組みや体制を評価するものである。具体的な評価指標としては、保健指導に従事する職員の体制（職種・職員数・職員の資質等）、保健指導の実施に係る予算、施設・設備の状況、他機関との連携体制、社会資源の活用状況などがある。

※標準的な検診・保健指導プログラム（確定版）＜平成19年4月＞より抜粋

(2) プロセス評価(過程)

	評 価 項 目
①	適切な会場であるか（プライバシーへの配慮、適切なスペースが確保されているか等）
②	出席者の管理は適切か
③	保健指導実施者の身だしなみ、態度、言葉遣いはどうか
④	事前準備は十分か（対象者の把握）
⑤	参加者へ目的が事前に明らかにされているか
⑥	目標設定の支援は適切であるか
⑦	分かりやすい支援ツール、教材が用意されているか
⑧	参加者が無理なく実施できる内容であったか
⑨	支援スタッフ間で情報が共有化されており、一貫した支援が可能か
⑩	指導に際し、適切な時間設定がされていたか
⑪	国保年金係、健康係の連携はスムーズに取れているか
⑫	欠席者・脱落者・トラブルの対応（管理体制）
⑬	各指導内容が全体のプログラムと整合性が取れているか

※プロセス（過程）評価とは、事業の目的や目標の達成に向けた過程（手順）や活動状況を評価するものである。具体的な評価指標としては、保健指導の実施過程、すなわち情報収集、アセスメ

ント、問題の分析、目標の設定、指導手段（コミュニケーション、教材を含む）、保健指導実施者の態度、記録状況、対象者の満足度などがある。

※標準的な検診・保健指導プログラム（確定版）＜平成19年4月＞より

（3）アウトプット評価（事業実施量）

項目	目 標 と 評 価			データ の 収 集 方 法	
	現 状 値 基準 H26 年度	短 期 目 標 評 価 時 期	中 長 期 目 標 数 値 目 標 平成 35 年度末 (令和 5 年度末)		
特定健診 受診率向上	33.4%	翌年 12 月	40%	60% (※1)	法定報告 (項目 3)
壮年期 (40~64 歳)の特定健診 受診率向上	男性 18.8% 女性 31.2%	翌年 12 月	男性 25.0% 女性 40.0%	60% (※1)	法定報告 (性・年齢階級 別受診状況)
肺がん検診 受診率向上	男性 14.2% 女性 17.7%	当該 年度末	男性 15.0% 女性 18.0%	30%	全住民 (※2)
肺がん検診 精密検査 受診率向上	男性 63.0% 女性 87.5%	翌年度末	男性 65.0% 女性 90.0%	90% (※3)	地域保健・健康増 進事業報告
特定保健指導 実施率向上	38.9%	翌年 12 月	終了率 55%	60%	法定報告 (項目 50)

※1：出典「第2期特定健康診査等実施計画における保険者の目標について」

（厚生労働省：第9回保険者による健診・保健指導等に関する検討会）

※2：がん検診受診率については、H30年度より国保被保険者の受診率と、全住民を対象と

した2つの受診率の報告が、地域保健・健康増進事業報告に列挙されるようになりました。

※3：出典「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」（平成20年6月）

※アウトプット（事業実施量）評価とは目的・目標の達成のために行われる事業の結果に対する評価で、評価指標としては、健診受診率、保健指導実施率、保健指導の継続率などがある。

※標準的な検診・保健指導プログラム（確定版）＜平成19年4月＞より

(4) アウトカム評価(成果)

項目	目 標 と 評 価					データの 収集方法
	現 状 値 基準 H26 年度	短 期 目 標		中 長 期 目 標 平成 35 年度末 (令和 5 年度末)		
		評価時期	数値目標			
生活習慣病全体	有所見率における評価					
	男性におけるメタボ予備軍の減少	18.50%	毎年度	18.0%	17.5%	KDB 地域の全体像の把握
	血糖+血圧のリスク保有割合の減少	4.7%	毎年度	4.0%	3.8%	KDB 地域の全体像の把握
	非肥満高血糖者の割合の減少	13.0%	毎年度	12.5%	12.0%	KDB 地域の全体像の把握
	対象者の増加率及び減少率における評価					
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	18.5%	毎年度	20.0%	26.7% (H26 県合計)	法定報告 (29)
	内臓脂肪症候群該当者の減少率	23.2%	毎年度	23.6% (H26 県合計)	25.0%	法定報告 (20)
糖尿病	患者の減少	9.8%	毎年度	9.0%	8.5%	厚生労働省様式 3-2
	糖尿病新規患者の減少(千人当たり)	10.271	毎年度	9.000	8.500	KDB 医療費分析 (1) 細小分類
肺がん	肺がんの年齢調整死亡率の減少(75歳未満)	男性:29.0人 女性:7.6人	毎年度	減らす	男性:18.3人 女性:4.4人	保健所
	肺がん検診受診率向上(40~64歳)	7.8%	毎年度	8.0%	12.0%	健康増進計画書(地域保健報告)
	喫煙率を下げる	15.3%	毎年度	15.0%	14.1% (H26 全国 14.1%)	KDB 地域の全体像の把握
行動	健康の維持増進に取り組んでいる人の割合	50.7%	毎年度	増やす (平成 37 年度目標 70%) (令和 7 年度)		総合保健福祉計画
	隠岐の島町の一人当たり医療費上昇の抑制	25,977 円	最終年度	25,181 円 (H26 年同規模保険者平均)		KDB 地域の健康課題

※アウトカム(結果)評価とは、事業の目的・目標の達成度、また、成果の数値目標に対する評価である。具体的な評価指標としては、肥満度や血液検査などの健診結果の変化、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群、死亡率、要介護率、医療費の変化などがある。

※標準的な検診・保健指導プログラム(確定版) <平成 19 年 4 月>より

2 中間評価結果

(1) ストラクチャー評価(構造)

○改善 △不十分 ×低下

	評価項目	評価	実施状況	今後に向けて
①	各医療機関、島根県環境保健公社、島根大学疾病予知予防プロジェクトチーム等への継続した協力体制及び連携の促進	○	医療機関、医師連絡会、診療所連絡会、個別訪問等を通して事業概要について説明し協力体制を継続している。島根県環境保健公社及び島根大学とも、窓口担当者を通じ情報共有、計画的な実施、実施後の振り返りや協議を実施し、協力体制を継続できた。	保健事業従事職員体制:保健師6名で7圏域を担当。管理栄養士は事業に応じ全圏域を担当。今後も継続する。
②	地区自治会や公民館との話し合いの場をつくる。	△	集団健診受診勧奨及び取り纏めについて、区長会等と協議し連携を図っている。健診後の啓発については、既存組織と連携を図って各地区を中心に実施している。	既存組織（区長会、自治会、公民館分館長会、民児協地区会、食生活改善推進協議会等）と連携し、保健事業の効果的な展開を図ることができている地区もあるが、連携が困難な地区もある。困難な地区については既存組織をまず把握し、その上で連携を図っていく。
③	庁舎内の連携（町民課・保健課・福祉課）	○	定期的に協議の場を設けて、情報共有、事業の検討、振り返りなどを行っている。	今後も庁舎内の連携を図り、地域課題の抽出や事業の見直し等を行っていく。
④	病院、診療所、開業医院と町の『保健・福祉事業医師連絡会』が年2回あり、その中で事業の検討及び協議をしている。	○	毎年2回の実施を継続。この3年間で糖尿病性腎症・慢性腎臓病対策フローチャートの作成及び見直しについて提案、協議、承諾を得た。	他機関との連携体制は、定例及び不定期実施の会議や連絡会、個別の対応を通じて連携を図っている。特定健診の受診率向上や生活習慣病対策の連携を図ることを今後も継続する。

⑤	<p>隠岐の島町健康づくり推進協議会の中で事業の進捗状況や問題点等の検討をしていく。(産業保健部会、地域保健部会、母子保健部会、食生活部会含む)</p>	○	<p>健康増進実施計画にて設定した4点の重点目標を中心に計画の推進について協議。課題である働き盛り世代への生活習慣病対策(朝食摂取、精密検査受診率向上、多量飲酒、喫煙率の高さ、歯科に関する意識調査等)について協議し、保健事業計画に反映した。</p>	<p>令和2年度は、隠岐の島町健康増進実施計画の中間見直しを実施。行動調査結果や各種データの分析を行い、データヘルス計画とも連動させ、重点目標に基づき計画の推進を図る。</p>
⑥	<p>生活圏である7圏域ごとに健康づくり、介護予防等の住民活動ができるよう支援する。</p>	○	<p>健康教室、高齢者サロン支援を通して健康づくりや介護予防について啓発。既存組織の区長会、分館長会等との連携を通じ、保健事業の効果的な実施に努めた。</p>	<p>KDB及びFocusシステムから出した圏域等ごとの「地域の全体像の把握」に関するデータ及び県データ分析を関係課で行い、圏域・町全体の課題を確認し共有していく。 地域との健康課題の共有については、既存の会議や連絡会、地区健康教室やサロン支援の場を活用して共有し、受診勧奨等の取り組みに反映させていくよう働きかける。</p>

(2) プロセス評価(過程)

○改善 △不十分 ×低下

	評価項目	評価	実施状況	今後に向けて
①	適切な会場であるか（プライバシーへの配慮、適切なスペースが確保されているか等）	○	特定健診は各地区の集会所・体育館等で、つい立てでプライバシーを保護しながら行っている。特定保健指導は健診結果説明会時の個別対応、訪問を通じて実施し適切に対応した。	今後も左記事項を継続していく。
②	出席者の管理は適切か	○	担当者を中心に十分な職員配置を行っている。受診者・参加者は各担当が管理中。	今後も左記事項を継続し、健康係と国保係で管理状況を共有していく。
③	保健指導実施者の身だしなみ、態度、言葉遣いはどうか	○	指導に当たり、町職員としての基本事項は押さえながら、対象者の特性に応じ対応した。	今後も左記事項を継続していく。
④	事前準備は十分か（対象者の把握）	○	国保係と健康係が抽出条件を確認後、国保係がリスト作成。リストを元に地区担当が状況を確認することで、対象者の把握を実態に合わせて適切に実施した。	今後も国保係と健康係とで役割分担の上、適切に実施していく。
⑤	参加者へ目的が事前に明らかにされているか	○	案内文書、お知らせ便、ポスター、チラシ、HPにて周知。また、区長会等の代表者会議、健康教室やサロン支援等にて直接の事業説明を実施した。	今後も様々な対面での説明や媒体を通じて、情報提供を継続していく。
⑥	目標設定の支援は適切であるか	○	特定保健指導においては、各対象者の生活状況、考えや意見を考慮し、達成可能な目標を対象者と共に設定した。	各地区担当が対象者の状況に合わせた目標設定と指導を今後も継続していく。
⑦	分かりやすい支援ツール、教材が用意されているか	○	業務担当作成資料、既存資料、県提供の資料を対象者の特性に応じて選定し利用した。	今後も左記事項を継続していく。
⑧	参加者が無理なく実施できる内容であったか	○	健診は約1時間を要した。保健指導は、対象者の都合のよい日時・会場を予め調整し実施した。健康教室等は地区の状況や保健事業の対象者に合わせて実施した。	地区や対象者の状況を考慮した事業を計画し、周知や通知、会場、内容などを工夫し、より参加しやすいものとなるよう改善する。

⑨	支援スタッフ間で情報が共有化されており、一貫した支援が可能か	○	スタッフ間での情報共有を実施。指導計画書に基づき、保健師や管理栄養士にてこれまでの対象者の生活の様子や指導内容を把握した上で、継続した支援を実施。	今後も左記事項を継続していく。
⑩	指導に際し、適切な時間設定がされていたか	○	特定保健指導において、規定時間が設定されている。対象者の状況に応じて、指導方法及び時間は臨機応変に対応した。	今後も左記事項を継続していく。
⑪	国保年金係、健康係の連携はスムーズに取れているか	○	連携はスムーズであった。相互の役割分担を明確にし、情報共有に努めた。	今後も左記事項を継続していく。
⑫	欠席者・脱落者・トラブルの対応（管理体制）	○	トラブル時には課長に報告し対処できた。保健指導では再度日程調整や電話による以降の確認等各担当者がコンタクトを個別にとり、事後対応を実施した。 特定保健指導対象者のうち、日中不在者・指導拒否者等の初回面接が実施できない方が、例年指導対象者の約2割を占めている。	特定保健指導で初回面接ができなかった対象者については、不可能だった理由を踏まえて、毎年の健診受診を続けるよう優先して働きかける。 また、医療機関に特定保健指導の利用に向けて患者指導等の協力を仰ぐ等、利用促進を図る。
⑬	各指導内容が全体のプログラムと整合性が取れているか	○	健診結果に基づき、重点的な生活習慣上の課題を対象者と共に確認することで、改善に向けての動機づけを実施、達成可能な目標を設定することで改善意欲の継続を図った	今後も左記事項を継続していく。

(3) アウトプット評価(事業実施量)

○改善 △不十分 ×低下

項目	目標と評価			平成29年度		平成30年度		令和元年度	
	基準値 H26年度	短期目標 数値目標	中長期目標 令和5年度						
特定健診受診率	33.4%	40%	60%	28.2%	×	35.6%	△	35.1%	△
壮年期(40~64歳)の特定健診受診率	男性 18.8% 女性 31.2%	男性 25.0% 女性 40.0%	60%	男性 13.6% 女性 23.1%	×	男性 20.4% 女性 34.8%	△	男性 20.0% 女性 30.6%	×
肺がん検診受診率(※)	男性 14.2% 女性 17.7%	男性 15.0% 女性 18.0%	30%	男性 13.7% 女性 19.3%	×	男性 14.9% 女性 19.0%	△ ○	男性 13.7% 女性 17.8%	×
肺がん検診精密検査受診率(※)	男性 63.0% 女性 87.5%	男性 65.0% 女性 90.0%	90%	H28年度 男性 97.2% 女性 90.3%	○	H29年度 男性 94.3% 女性 90.0%	○	H30年度 男性 77.3% 女性 94.4%	○ ○
特定保健指導終了率	38.9%	終了率 55%	60%	終了率 55.7%	○	終了率 41.2%	△	終了率 54.5%	△
ジェネリック医薬品普及率	新設項目 (令和2年度より評価)		80%	/				82.3%	—

(※) 国保以外の医療保険加入者・被扶養者も含めた、町民全体の取り組み

●特定健診受診率向上に向けた取り組み状況

令和元年度は35.1%（速報値）で平成26年度の33.4%から1.7%増加しています。

受診勧奨については、集団健診予約者で未受診の方への電話勧奨や健診未受診者に対しての手紙やハガキ、訪問による受診勧奨を行ってきました。

令和元年度より始めた訪問による受診勧奨では、受診率の低い西町と中町の2地区を訪問し、受診勧奨を行い、面会できた方の約6割が受診へとつながりました。

また、特定健診と同等の健診結果（職場健診、島外受診の人間ドック）を収集し特定健診を受診したとみなす取組みを行いました。令和元年度には約60件の健診結果を収集しました。

今後も引き続き受診率向上に向けた取組を行い、より効果的な受診率向上対策を検討していきます。

●肺がん検診受診率向上に向けた取り組み状況

令和元年度の受診率は、平成30年度と比べて男性・女性共に低下しました。

令和元年度は、これまでと同様、集団及び個別検診の受診機会を継続して設定しました。受診者数は個別検診では微増でしたが、全体では平成30年度に比べて減少しました。

令和元年度は肺がん検診過去5年未受診者への受診勧奨を、50～54歳の男性から60～64歳の男性に変更し、個別通知を行いました。受診勧奨後の受診は多くはありませんでしたが、受診情報の提供を受けることができました。また、町民課の特定健診再受診勧奨にあわせて年3回がん検診啓発文書を同封し、受診勧奨を行いました。

町実施分以外のがん検診受診状況の把握を、事業所や検診機関と連携し継続して行い、町のがん検診対象者の整理を実施しました。働きかけの中で、隠岐病院でのドック等受診者や事業所健診受診者から情報提供がありました。今後も継続し、受診状況の実態把握に努めていきます。

町独自事業として胸部CT検診を40歳以上の方を対象に継続実施しました。また、CT検診についての周知の際や検診当日に、肺がんやCOPD（※）等の呼吸器疾患の予防や早期発見・早期治療及び禁煙や受動喫煙に関する啓発を継続しました。

（※）COPD：慢性閉塞性肺疾患。従来、慢性気管支炎や肺気腫と呼ばれてきた病気の総称です。

たばこ煙を主とする有害物質を長期に吸入することで生じた肺の炎症性疾患であり、喫煙習慣を背景に中高年に発症する生活習慣病といわれています。

●肺がん検診精密検査受診率向上に向けた取り組み状況

精密検査受診勧奨は、地区担当保健師による訪問を基本とした対面での個別受診勧奨を実施しました。又11月及び2～3月で、精密検査の受診状況を確認し、未受診者には再度対応しました。精密検査受診率は男女総計で87.9%と目標の90%を達成することはできませんでした。実際は精密検査を受診しているが、医療機関からの情報提供がなく「未把握」となっている方もおり、それを合わせると98.3%と目標は達成しています。精密検査受診後の結果報告の流れについて、医療機関には再度確認を行い、未把握の割合を少なくします。

尚、精密検査受診率については、1次検診受診年度及び翌年度末までの期間について追跡し、受診率を集計している為、最新データは平成30年度となります。

●特定保健指導終了率向上に向けた取り組み状況

平成 26 年度 38.9%から年々向上し、一時期低下もありましたが、令和元年度は終了率 54.5%と、短期目標に近づくことができました。

集団健診では、健診結果説明会での初回面接を実施し、個別健診では毎月 1 回 1 か月分の指導対象者への通知及び電話による働きかけを実施しました。

しかし、個別健診からの対象者は日中勤務者が多く、連絡が取れない等、日中の指導時間確保が難しいケースが多く、集団健診受診者と比べて実施率が低い状況でした。また、個別健診からの対象者は、全体的に保健指導利用を促す早期のタイムリーな取り組みが不十分でした。

また、特定保健指導の集団支援の機会としてダイエット教室や糖尿病教室後の時間、地区での運動教室等を実施し、個別通知もしましたが参加者が少なく、効率的な特定保健指導及び評価の機会とはなりません。集団支援の場をどのように設定したらよいかについては、引き続き現状の課題の整理とそれに対応した工夫が必要です。

特定保健指導の利用を望まない方へのアプローチとしては、次年度の健診受診について促し、短時間でのワンポイントアドバイスや、後日パンフレットを郵送する等の対応を行いました。指導の利用については今後も促しながら、状況に合わせた指導の在り方やアプローチについても検討が必要です。

●ジェネリック医薬品の普及促進について

令和 2 年度よりアウトプット評価を行います。

(4) アウトカム評価(成果)

○改善 △不十分 ×低下

項目	目標と評価			H29	H30	R1				
	基準値 H26年度	短期目標	中長期目標 令和5年度							
有所見率における評価										
生活習慣病全体	男性におけるメタボ予備軍の割合	18.50%	18.0%	17.5% (見直し後11.9%)	13.4%	○	11.9%	○	13.1%	○
	血糖+血圧のリスク保有者の割合	4.7%	4.0%	3.8%	3.4%	○	4.0%	○	5.6%	×
	非肥満高血糖者の割合	13.0%	12.5%	12.0%	12.1%	○	11.3%	○	12.3%	○
対象者の増加率及び減少率における評価										
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	18.5%	20.0%	26.7%	10.9%	×	21.9%	○	23.9%	○
	内臓脂肪症候群該当者の減少率	23.2%	23.6%	25.0%	19.0%	×	27.1%	○	15.4%	×
糖尿病	糖尿病患者の割合	9.8%	9.0%	8.5%	10.7%	×	11.2%	×	11.4%	×
	糖尿病新規患者数 (千人当たり)	10.271	9.000	8.500	8.696	○	10.553	×	10.687	×
肺がん	肺がんの年齢調整死亡率 (75歳未満)	男性: 29.0人 女性: 7.6人	減らす	男性: 18.3人 女性: 4.4人	男性: 30.0人 女性: 13.6人	×	男性: 33.1人 女性: 14.3人	×	※データ取得不可	×
	肺がん検診受診率 (40~64歳)	7.8%	8.0%	12.0%	6.6%	×	7.1%	×	6.3%	×
	喫煙者率	15.3%	15.0%	14.1%	12.1%	○	13.3%	○	14.2%	○
行動	健康の維持増進に取り組んでいる人の割合	50.7%	70.0% (令和7年度)		※データ取得不可のため評価不能					
	隠岐の島町の一人当たり医療費	25,977円	29,237円 (R1年同規模保険者平均)		29,535円	×	32,256円	×	33,667円	×

●生活習慣病全体における有所見率

平成 26 年度に比べ有所見率は改善しているものもありますが、脳血管疾患や心疾患などを引き起こしやすい血糖及び血圧のリスクの保有割合が高くなっています。国保被保険者の QOL（※）を低下させ、医療費の上昇を招く脳血管疾患や心疾患を予防するためにも、高血圧や糖尿病などの生活習慣病の予防に努め、発症者には適切に持病を管理していくための指導、支援が必要です。また、KDB のデータは特定健診受診者（40～74 歳の国保被保険者）のみのデータから算出しています。特定健診受診者数が減っている状況であるため、健診受診者数を増加させることは、引き続き重要な課題です。

なお、『男性におけるメタボ予備軍の割合』について、中長期目標を達成していることから計画策定当初掲げていた目標の 17.5%を令和 2 年度から 11.9%へ見直しを行いました。

（※）QOL: Quality of Life の略称です。「生活の質」と訳され、治療や療養生活を送る方の肉体的、精神的、社会的、経済的等のすべてを含めた生活の質を意味します。

●糖尿病患者数

国保被保険者全体の糖尿病患者実数はほぼ変化はありませんでしたが、分母となる被保険者数の減少があったため、被保険者数に占める糖尿病患者の割合は少しずつ高くなりました。

内訳を見ると、男性の患者数、患者の割合がともに増加し、特に 65～74 歳で患者数、患者の割合がともに増加しています。女性の患者数は減少していますが、女性被保険者数が減少しているため患者の割合は増加しています。女性は特に 65～69 歳で患者数が増加し、患者の割合も増加していますが、60～64 歳では患者数や患者の割合が減少しています。

糖尿病の千人当たりの新規患者が増加しています。できるだけ多くの方に、年に 1 回の定期的な特定健診の受診が定着するよう取り組み、生活習慣の改善を図ることが重要です。

●肺がんの年齢調整死亡率（75 歳未満）

年齢調整死亡率は男女ともに増加傾向にあり、島根県、隠岐圏域を上回る状況が継続しています。また、隠岐の島町における肺がんの SMR※は、県平均を 100.0 として比較した場合、男性では 138.4 と高い状況が続いており、女性は 105.5 と近年同程度で推移しています。

なお、年齢調整死亡率※及び SMR は、平成 27 年を中間年とした 5 年平均（平成 25 年～平成 29 年の 5 年平均）にて集計しています。

評価については、令和元年度の統計データが公表されていないため、2 か年度の実績から中間評価を行いました。

※年齢調整死亡率

都道府県別に、死亡数を人口で除した死亡率（粗死亡率）を比較すると、各都道府県の年齢構成に差があるため、高齢者の多い都道府県では高くなり、若年者の多い都道府県では低くなる傾向があります。このような年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整しそろえた死亡率が年齢調整死亡率です。

※SMR（標準化死亡比）

基準となる集団の死亡率を 100 とし、比較する対象の死亡率がどの程度の大きさであるかを示したものです。本計画の評価にあたっては、島根県を 100（基準）としたときに、観察集団（隠岐の島町）の SMR が 100 を超える場合は県よりも死亡率が高く、100 を下回れば県よりも低いと判断します。

●健康の維持増進に取り組んでいる人の割合

令和2年度に行動調査を実施したが、当該項目の調査を未実施のため評価不能となりました。

また、当該項目の調査が令和7年度に行われ、データヘルス計画最終年度（令和5年度末）にて評価することが出来ないため、令和2年度より評価項目から削除します。

●隠岐の島町の一人当たりの医療費

一人当たりの医療費について、年々上昇していますが、県平均を下回っている状況です。

今後も特定健診や糖尿病重症化予防対策により早期治療へつなげていく取組みやジェネリック医薬品の普及促進を行い、医療費の抑制を図ります。

3 中間評価から見えてきた今後の取り組み

1. 健(検)診受診者の増加、受診率の向上

●未受診者への受診勧奨

現在までに行ってきた受診率向上対策について、一定の成果が出ており今後も引き続き実施する必要があると考えます。しかしながら、目標達成に向けてさらなる対策が必要であるため、関係機関と連携し取り組みを進めていきます。

また、新たな取り組みとして、AIによる受診勧奨支援事業の導入の検討や受診率の低い若い世代への対策についても検討を行っていきます。

令和元年度から始めた訪問による受診勧奨では、面会できた方の約6割が特定健診を受診しており、一定の成果が得られました。しかしながら、この取り組みが単年度のみの成果となっていないか今後検証をしていく必要があります。

この取り組みについては、令和2年度より「ぼたんの会（在宅保健師等の会）」へ委託し実施する予定です。

●医療機関（医院・診療所・病院）への協力依頼

医療機関の協力を得て受診につながるよう引き続き取り組んでいくことが必要です。また、過去に行ったアンケート結果から、受診しない理由として「定期的に通院しているから」という方が多くいることから、医療機関で受ける検査について、特定健診の検査（無料）を追加して実施していただけるように医師等からの積極的な声掛けに協力をお願いする必要があると考えます。

また、令和2年度より治療中患者の検査データを本人同意のもと医療機関より提供を受け、特定健診を実施したものとみなす取り組みを始めます。

●インセンティブ（意欲向上や目標達成のための刺激策＝商品券等を支給する等）

特定健診受診率の向上に関しては国保被保険者で島外医療機関でのドック受診者および職場健診を受けた方の受診結果データを入手できれば特定健診を受診したものとみなす事ができるため、より多くの方に報告していただけるような対策が必要です。

令和元年度からは、職場健診の受診結果を提供いただいた方に対し、500円相当の品を贈呈する取組みを開始し、受診結果の収集を行いました。結果としては、十数件の受診結果を提供いただきました。

上記の方法の他、あらゆる方法を考慮して受診率向上につなげる努力が最優先の課題と考えます。

2. 全町民に向けての肺がん対策

●肺がん検診の機会の確保

肺がん検診は集団・個別検診を継続し、受診者にとって身近な場所（公民館等の小地域単位）での受診ができる集団検診、個人の都合に合わせてほぼ年間を通して予約受診できる個別検診と、利便性の高い機会の設定を継続しました。今後も検診機関や医療機関と連絡調整を図りながら、検診機会の確保を行います。

●胸部 CT 検診の実施

町独自事業として胸部 CT 検診を 40 歳以上の方を対象に実施しています。事業所に取りまとめをお願いすることで、働き盛りの喫煙者や家族の既往歴がある方などのハイリスク者の受診につながっています。

なお、平成 30 年度より委託先検診機関による受診者の受け入れ条件が変更となったため（CT 検診の結果が異常なしの場合、1 年おきの検診とする方針の提示）、受診者数は年々減少しています。

呼吸器疾患の早期発見の機会としてだけでなく、禁煙や受動喫煙防止、検診受診習慣に関する啓発機会としても継続します。

●高い精密検査受診率の維持

精密検査受診勧奨は、地区担当保健師による訪問を基本とした対面での個別受診勧奨を実施しています。また、精密検査未受診者対策として、11 月及び 2～3 月に、精密検査受診状況を検診機関から情報提供してもらい、未受診者を確認の上再度対応しています。このような再受診勧奨や状況確認を今後も継続します。

●未受診者対策

平成 28 年度から転入者への窓口説明だけでなく、通知書を発行し個別受診勧奨を実施しました。通知を機に受診した方もおられたことから、今後もタイムリーな通知を継続します。

国保加入者の受診率向上のため、特定健診受診勧奨にあわせ、5・8・10 月に勧奨文を同封しました。今後も特定健診とセットで受診できるしくみの周知に努めます。

●町のがん検診以外の機会における、がん検診・検査の受診状況の把握

事業所健診やドック、かかりつけ医で受けている検査等の胸部レントゲン検査受診状況の把握を継続して実施しています。今後も関係機関と連携をしながら受診状況把握率を高めるための方策について検討・調整を継続する必要があります。

3. 糖尿病対策

●糖尿病の予防に関する啓発

糖尿病の予防に関する啓発や健康教育をすすめることで、より多くの方が糖尿病をはじめとした生活習慣病全体の予防に関して関心を高め、健康的な生活習慣の獲得や継続に結びつけることは重要です。

特に特定健診の受診は、現在の健康状態を把握し、生活習慣の見直しを図るきっかけになるため、疾病予防に、既に管理中の方は適正管理につながる大切な機会です。先にも述べましたが、できるだけ受診者数や特定保健指導利用者の増加を図る取り組みが必要です。

また啓発としては、健康福祉祭や地区イベントでの啓発、各地区健康教室の実施、生活習慣病予防講演会や健康講座の実施、全国糖尿病週間に合わせた啓発、広報等があります。今後は新型コロナウイルス感染予防を講じた上で、より多くの方へ安全に効果的な普及啓発を図るため、引き続き関係機関と連携・調整しながらすすめていく必要があります。

●糖尿病患者適正管理支援

糖尿病患者の適正管理支援として、管理栄養士による個別栄養相談、隠岐の島町主催の糖尿病教室があります。以前から隠岐病院主催の糖尿病教室とも調整を図り、スタッフ交流を行いながらそれぞれの教室の目的・対象・内容も調整し実施しています。今後も主催は町及び隠岐病院それぞれではありますが、開催時期や内容等を、より参加しやすく対象者にとって実践につながる効果的な教室となるように、調整を継続していく必要があります。

●重症化予防対策

重症化予防対策は、集団特定健診受診者の中でも高血糖者や腎臓病ハイリスク者を対象に、主にかかりつけ医への精密検査受診勧奨を中心に実施しています。近年は、糖尿病性腎症・慢性腎臓病フローチャートの作成、見直し、診療情報提供書による町への情報集約によるフローの評価が可能な仕組みとしました。また、重症化予防対策の対象者を現在は集団特定健診受診者のみとしていることから、個別特定健診受診者については現状を把握しました。適切に経過観察や専門医紹介がなされている状況であることから、今後も集団健診受診者についての対策を確実に実施していくことが重要です。

個別特定健診はかかりつけ医での受診が主となっていることから、医療機関との緊密な連携が必要となります。合併症検査システムの定着及び活用についても推進するために『隠岐の島町保健福祉事業医師連絡会』、『隠岐の島町糖尿病対策委員会』を中心に、医療機関をはじめとする関係機関及び庁内関係課と連携を図りながら調整を進めていく必要があります。

●糖尿病対策推進体制

研修の機会を定期的に確保し、指導に従事するスタッフのスキルアップを図ることで取り組みの拡充を図る必要があります。平成 30 年度から開始した糖尿病スタッフ専門研修を継続し、医療・保健関係者のみでなく福祉関係者についても今後も研修の機会を確保していく必要があります。また、隠岐糖尿病セミナーにできるだけ多くのスタッフが参加するよう働きかけること等を通して、啓発や支援の強化を図る必要があります。

また、糖尿病対策全体を推進する体制として『隠岐の島町糖尿病対策委員会』を中心に、島後医師会、隠岐広域連立隠岐病院、町立国保診療所、隠岐保健所、島根県糖尿病協会等の関係機関や庁内関係課と共に、課題に向けての対策の推進を図ります。

4. 役場内部および隠岐保健所との情報共有

町民課（国保年金係）、保健課（健康係）、福祉課（高齢者福祉係）および隠岐保健所で情報の共有を図り、定期的に PDCA サイクルに沿って戦略的な取り組みを行うことが求められます。

今回の評価結果を受け、評価最終年度までの取り組みについて随時検討を行い、目標達成に向けて関係機関との連携を図ります。

5. KDBシステムデータの活用

国保連合会の協力を得ながら、KDBシステムの有効活用をすすめ、全国の先進事例を参考にし、本町に合った取り組みを取り入れていくことが必要と考えます。

隠岐の島町データヘルス計画

(保健事業実施計画)

中間評価報告書（令和元年度）

評価検討会メンバー 隠岐保健所、福祉課、保健課、町民課
(担当者レベル)

検討会日時 第1回 令和2年10月23日
第2回 令和2年11月11日

発行者 隠岐の島町役場町民課（国保年金係）