

瀬戸内市国民健康保険 保健事業実施計画 (データヘルス計画)

(第2期計画：平成30年度～平成35年度)

平成30年3月

瀬戸内市



目次

第一章 保健事業実施計画(データヘルス計画)基本的事項	4
1. 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方	4
2. 計画期間	4
3. 計画の推進体制	4
4. 関連計画との関係	5
第二章 保険者の現状(地域の健康課題)	6
1. 瀬戸内市の状況	6
2. 国保加入者の状況	10
3. 介護の状況	12
4. 医療費の状況	15
5. 後発医薬品(ジェネリック医薬品)の状況	21
6. 特定健診の状況	22
7. 健診結果の状況	30
8. 若年者の健康診査「けんこう39健診」の状況	35
9. 特定健診質問調査票の状況	37
10. 特定保健指導の状況	40
11. 重症化予防事業	43
12. まとめ:健康課題の抽出と整理	45
第三章 保健事業の振り返りと実施計画	47
1. 特定健診	48
2. 特定保健指導	53
3. 重症化予防事業	58
4. 若年者健診「けんこう39健診」	62
5. 後発医薬品利用促進事業	64
6. 健康づくり対策、他	66
第四章 計画の見直し	69
第五章 計画の公表・周知	69
第六章 実施運営上の留意事項	69
第七章 個人情報保護に関する事項	69

図表一覧

図表 1-1	全国及び県内同規模市との医師数の比較(平成 28 年度)	7
図表 1-2	人口統計	8
図表 1-3	年齢階級別の人口分布及び高齢化率の推移.....	9
図表 2-1	瀬戸内市の性・年齢階級別人口と市国保加入者数(平成 29 年 4 月 1 日現在).....	10
図表 2-2	男女別の死因割合	11
図表 2-3	総死亡及び主要死因の男女別標準化死亡比(SMR)	11
図表 3-1	要介護認定率の推移.....	12
図表 3-2	瀬戸内市の第 1 号被保険者数と要支援・要介護認定率の推移	12
図表 3-3	第 1 号被保険者に占める要支援及び要介護認定者数の推移	13
図表 3-4	瀬戸内市及び岡山県の要介護度別認定者の割合	13
図表 3-5	介護度別の疾患の有病者割合(平成 28 年度)	14
図表 4-1	市町村国民健康保険 市町村別データ.....	15
図表 4-2	1 人あたり医療費(合計)(平成 27 年度)	15
図表 4-3	1 人あたり医療費(歯科)(平成 27 年度)	15
図表 4-4-1	総医療費に占める生活習慣病の割合(平成 28 年度)	17
図表 4-4-2	総医療費に占める生活習慣病医療費(平成 28 年度).....	17
図表 4-5	医療費順位別の割合と総医療費との関連(平成 28 年度)	18
図表 4-6	高額医療上位 5%以内の生活習慣病の主な構成要素(平成 28 年度).....	18
図表 4-7	高血圧・糖尿病・脂質異常・腎疾患の医療機関受療中者の健診受診有無別人数 (平成 28 年度)	19
図表 4-8	定期的通院(年 4 回以上)糖尿病患者の市内、市外の治療状況(平成 28 年度) ...	20
図表 5-1	後発医薬品の利用率の推移(数量ベース)(平成 25 年度～平成 28 年度)	21
図表 6-1	特定健診受診率の推移(平成 20 年度～平成 28 年度)	22
図表 6-2	受診形態別の割合(平成 28 年度)	23
図表 6-3	受診形態別の特定健診受診者数の推移と結果のみの内訳(平成 25 年度～ 平成 28 年度)	23
図表 6-4	医療機関データ提供のうち、項目不足の件数(平成 27 年度、平成 28 年度)	24
図表 6-5	年齢階級別受診率及び受診者数(平成 28 年度)	25
図表 6-6	地区別受診率及び受診者数(平成 28 年度)	25
図表 6-7	特定健診取り組みの経緯	27
図表 6-8	特定健診の年齢階級別 3 年累積受診率(平成 26 年度～平成 28 年度)	28
図表 6-9	階層化結果別翌年の特定健診受診状況	29
図表 7-1	瀬戸内市特定健診の総合判定の割合と人数(平成 28 年度)	30
図表 7-2	年齢階級別総合判定の割合(平成 28 年度)	30
図表 7-3	治療状況別の「高血圧」重症度別該当者数(平成 28 年度)	31

図表 7-4	治療状況別の「糖尿病」重症度別該当者数(平成 28 年度)	32
図表 7-5	治療状況別の「高 LDL コレステロール血症」重症度別該当者数(平成 28 年度)	32
図表 7-6	高血圧未治療者の翌年の治療割合と人数	33
図表 7-7	糖尿病未治療者の翌年の治療割合と人数	33
図表 7-8	高 LDL コレステロール血症未治療者の翌年の治療割合と人数	34
図表 7-9	加入者推定未治療者数(平成 28 年度)	34
図表 8-1	若年者の年齢階級別受診率及び受診者数(平成 28 年度)	35
図表 8-2	若年者の地区別受診率及び受診者数(平成 28 年度)	35
図表 8-3	けんこう 39 の総合判定の割合(平成 28 年度)	36
図表 8-4	若年者の年齢階級別総合判定の割合(平成 28 年度)	36
図表 9-1	現在、たばこを習慣的に吸っている人の割合(平成 24 年度～平成 28 年度)	37
図表 9-2	お酒を飲む頻度(毎日の人の割合)(平成 24 年度～平成 28 年度)	37
図表 9-3	週 2 回 1 年以上運動習慣なし(平成 24 年度～平成 28 年度)	37
図表 9-4	朝食を抜くことが週に 3 回以上ある(平成 24 年度～平成 28 年度)	38
図表 9-5	生活を改善するつもりがない(平成 24 年～平成 28 年度)	38
図表 9-6	性・年齢階級別メタボ該当者・予備群の割合(平成 28 年度)	39
図表 9-7	生活習慣と健診結果、1 人あたり医療費との関連(平成 28 年度)	39
図表 10-1	特定保健指導実施率の推移(平成 24 年度～平成 28 年度)	40
図表 10-2	実施形態別の特定保健指導の実施割合と実施人数(平成 28 年度)	41
図表 10-3	健診実施形態別の特定保健指導実施率の違い(平成 28 年度)	42
図表 10-4	特定保健指導による体重の変化(平成 26 年度～平成 27 年度)	42
図表 11-1	未治療者対策後の治療人数(平成 28 年度～平成 29 年度)	43

第一章 保健事業実施計画（データヘルス計画）基本的事項

本章では、保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的な考え方と計画期間・計画の推進体制について説明する。

1. 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的な考え方

近年の日本の健康戦略の目標は、高齢化に伴い増大する医療費と患者数に対する対策を通じて、人々の健康格差を縮小することにある。特に、虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性合併症等の対策が求められており、そのためには高血圧やメタボリックシンドロームといった生活習慣病の発症を未然に抑止することが重要である。こうした一次予防重視の方針が「健康日本 21」で打ち出され、それを実現するための方策として、「特定健康診査等実施計画」において 40 歳～74 歳の特定健診受診義務と、生活習慣病予備群・該当者の保健指導が規定された。

データヘルス計画は、地域統計や電子レセプトデータの分析を通して地域の健康課題と改善目標を明確化し、PDCA サイクル技法によって効果的・効率的に保健事業を実施するための計画である。これには、やみくもに事業を実施するのではなく、データを活用して科学的にアプローチすることで事業の実効性を高めていくねらいがある。

第 1 期データヘルス計画の期間終了に伴い、これまでの事業を振り返り評価し、最新のデータに基づき分析を行い、今後の保健事業の改善点を明確化した上で、よりの確な事業を実施できるよう、「第 2 期瀬戸内市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定する。

2. 計画期間

計画期間については、関係する計画との整合性を図るため、保健事業実施指針第 4 の 5 において、「特定健診等実施計画及び健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていることを踏まえて設定する。具体的には、第 2 期データヘルス計画及び第 3 期特定健診実施計画の期間は平成 30 年度から 35 年度までの 6 年間とし、平成 32 年度で中間評価、平成 35 年度で最終評価を行う。また次期計画策定前には見直しを行い、必要に応じた修正を行う。

3. 計画の推進体制

計画の推進にあたっては、備前保健所、邑久医師会、瀬戸内市民病院、市民課、健康づくり推進課、いきいき長寿課、トータルサポートセンターの代表で構成する「瀬戸内市国民健康保険保健事業実施計画策定委員会」において、計画の進捗状況の点検・評価を行うとともに、国の動向も十分に見極めながら、見直しを含めて協議していく。

その他の関係機関との連携としては、岡山県、岡山県国保連合会、地域包括支援センターとの連携を図り計画を推進する。

4. 関連計画との関係

本計画と関連の深い行政計画では、「瀬戸内市総合保健計画」、「瀬戸内市高齢者福祉計画・第6期介護保険事業計画」、及び「瀬戸内市地域包括ケア実行計画」がある。

「瀬戸内市総合保健計画」では、市民の健康水準や健康意識、生活習慣の改善に向けたさまざまな取り組みを、家庭や個人、愛育委員・栄養委員等の地域組織を中心とした身近な地域、職域、行政、それぞれの立場で取り組み、健康なまちづくりをめざすものである。

「瀬戸内市高齢者福祉計画・第6期介護保険事業計画」では、介護サービスの確保に留まらず、地域包括ケア実現に向けた計画として、高齢者が可能な限り健康的で自立した生活を送るとともに、いきがいをもって住み慣れた地域で暮らせることをめざすものである。

「瀬戸内市地域包括ケア実行計画」は、医療・福祉・介護・保健分野の専門職が連携し、笑顔で長生きできる支援の提供として、糖尿病対策・がん対策を大きく掲げたものである。

これらの取り組みは、本計画のめざす目標達成に大きく寄与するものであり、相乗効果をも期待できるものである。

第二章 保険者の現状（地域の健康課題）

本章では、瀬戸内市における健康課題を抽出することを目的とし、特定健診データ・特定保健指導データ・レセプトデータをそれぞれ分析していく。

1. 瀬戸内市の状況

1) 保険者の周辺環境（地域環境）

平成16年に「牛窓町」「邑久町」「長船町」の3町が合併し瀬戸内市となった。岡山県の南東部に位置し、西は岡山市、北東は備前市と隣接している。西部は平野部が広がり、南東部は瀬戸内海に面した丘陵地となっている。県都の岡山市に隣接し、JR赤穂線の3駅が市内にあり、通勤・通学に利用されている。また、主要道路ブルーラインが市の中心部を東西に横断し、車での移動も便利である。よって、「邑久町」「長船町」の駅周辺はベッドタウンとなっており、年齢構成も比較的若い。

そのような状況下であり、岡山市とのアクセスがよいという恵まれた環境にあるため、岡山市の医療機関を受診する傾向がある。

瀬戸内海に接する「牛窓町」や「邑久町の備前市隣接地域」ではカキの養殖等の漁業、平野部ではブドウ等の果物や白菜・キャベツといった農業が盛んで、「牛窓町」は他の2町と比べ高齢化率が高くなっている。



2) 医療体制

瀬戸内市内には邑久医師会が組織され、27の医療機関がある。瀬戸内市の医師数は平成28年時点で65人、人口10万人あたりの医師数は177人と、全国や岡山県と比較すると少ないが、同規模の備前市、赤磐市と比較すると多い。邑久医師会（医師数45人）には、健診業務の委託や地域包括ケアシステムの構築等、平素より市の保健事業に協力を得ている。今後も市の健診業務や重症化予防事業等を進めていくには医師会との連携が必須である。

平成28年10月には国民健康保険を運営財源とする瀬戸内市民病院が新築オープンした。瀬戸内市民病院では市の保健事業との連携を目指し、住民の健康維持と医療費の適正化に繋げることを目標に、年間650名前後の人間ドックを実施しており、特定健診受診率向上にも貢献している。今後はさらに予防事業となる健康診査、特定保健指導及び重症化予防の実施と連携に力を入れていく方針である。

また、瀬戸内市歯科医師会は13の医療機関で組織され、平成28年時点で瀬戸内市の歯科医師数は29人であった。人口10万人あたりの医師数は79人と備前市、赤磐市よりも多く、全国と同程度の水準である。（図表1-1）歯科医師会はこれまでも市民に対する取り組みに力を入れており、せとうち保健福祉フェスタでは、80歳で20本の歯を保つ「8020達成者の表彰」、「瀬戸内市の小学生を対象とした『いい歯と笑顔のポスターコンクール』の優秀者の表彰」及び歯科相談等を実施、市の保険部署と連携してきた。今後も引き続き、市民の予防歯科に関する健診や歯科教室等の啓発活動を実施する方針である。

図表 1-1 全国及び県内同規模市との医師数の比較（平成28年度）

(人)

	瀬戸内市	備前市	赤磐市	岡山県	全国
推計人口	36,684	34,516	43,007	1,915,401	126,930,000
医師数	65	47	51	5,975	319,480
医師数（人口10万対）	177	136	119	312	252
歯科医師数	29	21	29	1,752	104,533
歯科医師数（人口10万対）	79	61	67	91	82

出典：平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査

岡山県内人口（岡山県毎月流動人口調査 平成28年10月1日現在）

全国人口（総務省 統計局 平成28年10月1日概算値）

3) 人口統計

瀬戸内市の人口は、岡山県全体の総人口（1,910,139人）の約2.0%を占めており、旧3町で地域差は大きい。市全体の高齢化率は32.9%で、岡山県（29.6%）及び全国（27.6%）と比較すると若干高い状況にある。そのため、介護予防や後期高齢者健診を活かした健康づくり事業が大切である。（図表1-2）

図表 1-2 人口統計

	瀬戸内市	岡山県	全国
総人口（人）	37,912 ^{**}	1,910,139	126,724,000
高齢化率（%）	32.9	29.6	27.6
（牛窓町）	（43.2）		
（邑久町）	（33.6）		
（長船町）	（26.7）		

出典：瀬戸内市 住民基本台帳（平成29年5月1日現在）※外国人を含む

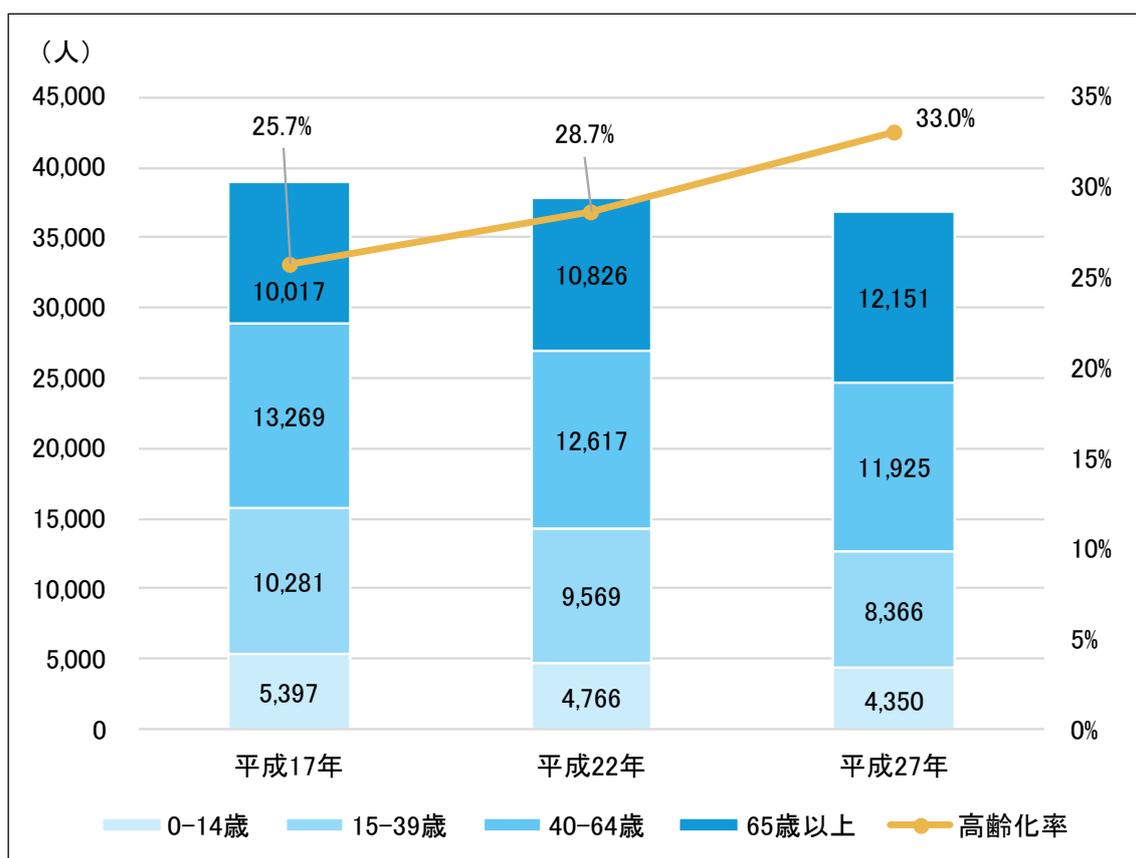
岡山県（岡山県毎月流動人口調査 平成29年5月1日現在）

全国（総務省 統計局 平成29年5月1日現在確定値）

4) 人口の推移

図表 1-3 に瀬戸内市の年齢階級別人口の推移を示した。総人口及び高齢化率の推移をみると、平成 22 年から平成 27 年にかけて、総人口が減少する一方で、高齢化率は 28.7% から 33% に上昇している。また全国と比較すると、瀬戸内市では人口減少と高齢化が進んでおり、特に人口減少率については顕著である。

図表 1-3 年齢階級別の人口分布及び高齢化率の推移



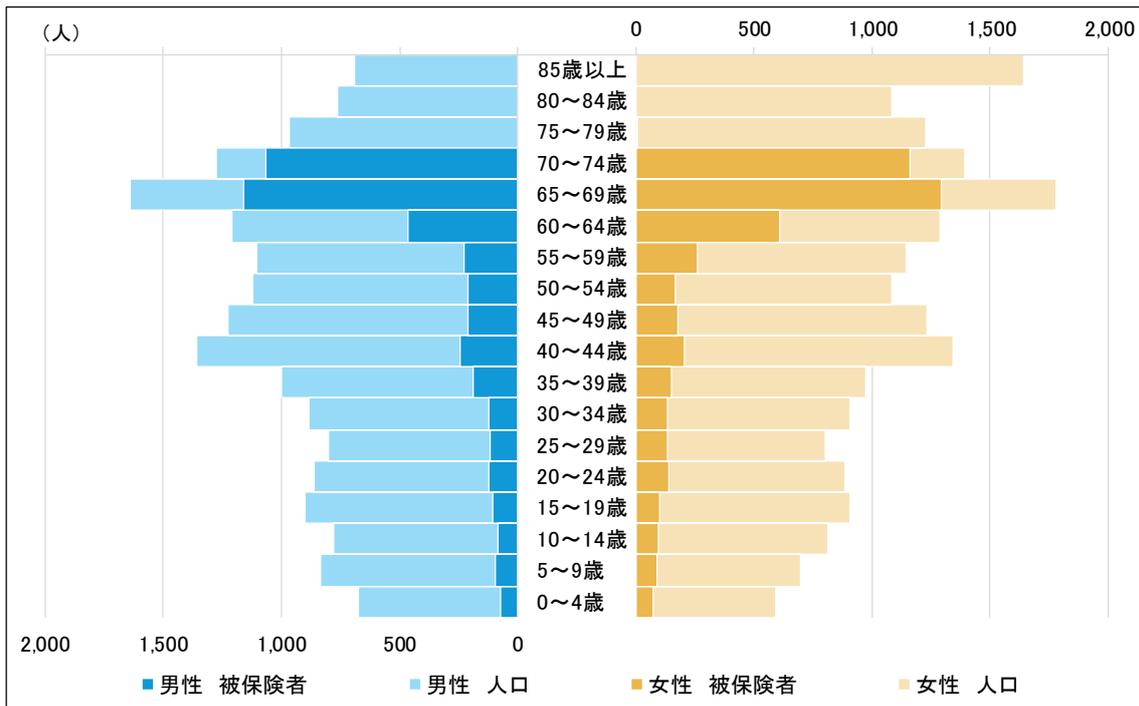
出典：国勢調査主要統計（平成 17 年、平成 22 年、平成 27 年）

2. 国保加入者の状況

瀬戸内市における性・年齢階級別人口及び市国民健康保険の加入者数を図表 2-1 に示した。60歳未満の加入者の割合は低いですが、定年退職者が増える60歳から74歳にかけて人口に対する加入者の割合が65%を超え高くなっている。

今後は、医療を必要とする高齢者人口が増加し、生産年齢人口は減少していくことが予想され、医療費の増加が見込まれるため、対策が必要である。

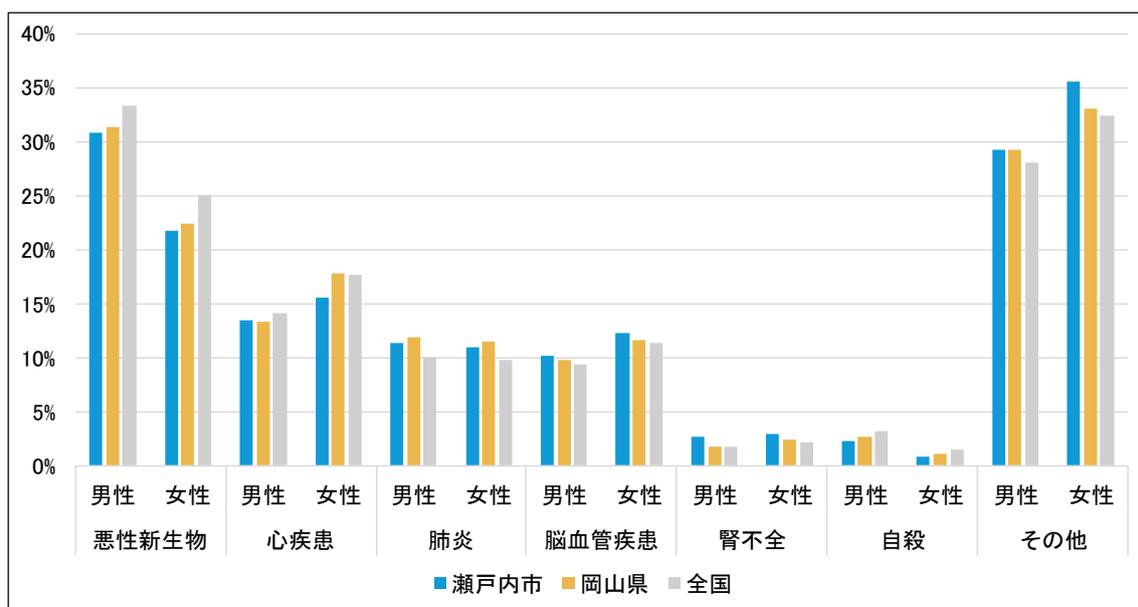
図表 2-1 瀬戸内市の性・年齢階級別人口と市国保加入者数（平成 29 年 4 月 1 日現在）



出典：瀬戸内市国保統計資料

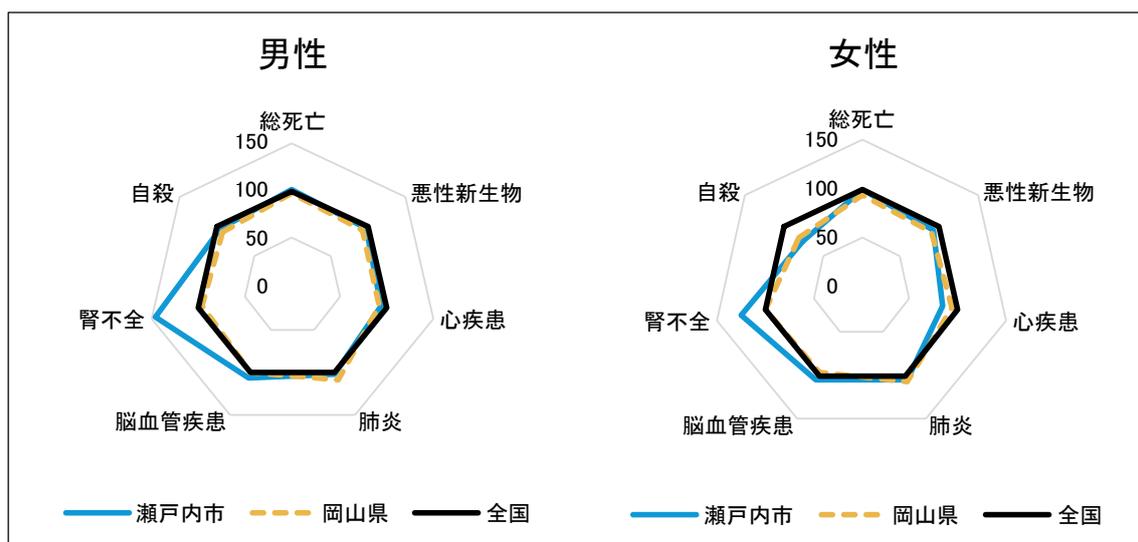
図表 2-2 に男女別の死因割合を示した。死亡者数は年齢構成の影響を受けるため、年齢構成を考慮に入れた上で各死因による死亡の状況（標準化死亡比：SMR）を、岡山県、全国と比較したものが、図表 2-3 である。ここでは全国を 100 とした時の瀬戸内市、岡山県の死亡を示している。がん・循環器疾患等の主要な死因に特徴はないが、男女ともに腎不全による死亡が全国、県と比べて高い。

図表 2-2 男女別の死因割合



出典：人口動態保健所・市区町村別統計（平成 20 年～平成 24 年）

図表 2-3 総死亡及び主要死因の男女別標準化死亡比（SMR）

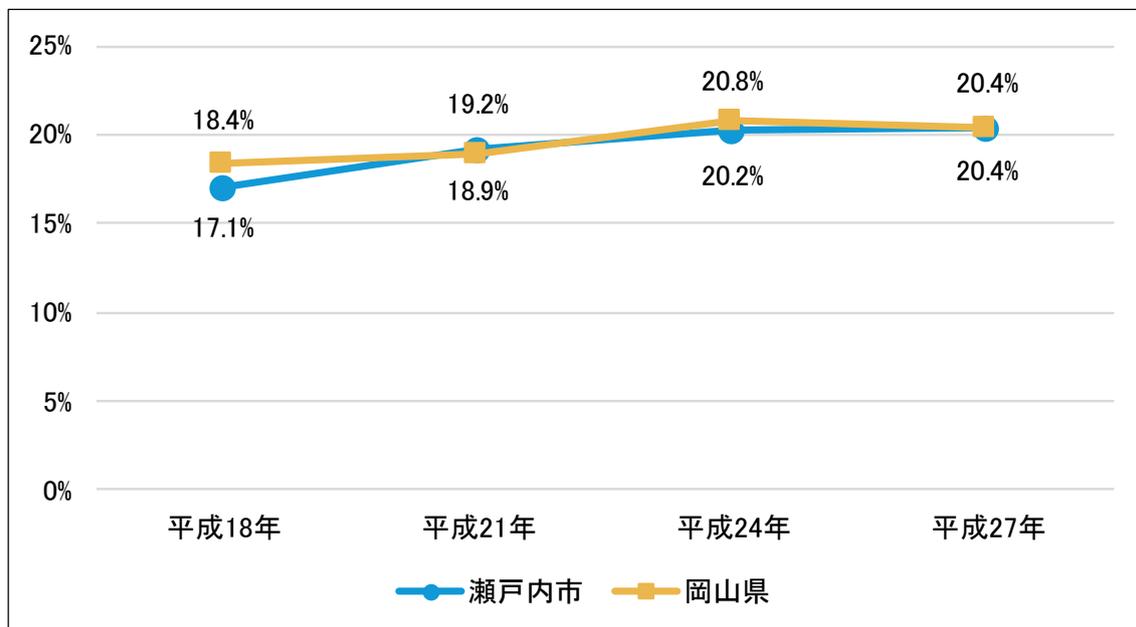


出典：人口動態保健所・市区町村別統計（平成 20 年～平成 24 年）

3. 介護の状況

図表 3-1 及び図表 3-2 に平成 18 年度から平成 27 年度までの要介護認定率の推移を示した。当市の要介護認定率は岡山県とほぼ同程度で、最近では 20%前後で推移している。

図表 3-1 要介護認定率の推移



出典：介護保険事業状況報告（平成 18 年、平成 21 年、平成 24 年、平成 27 年）

図表 3-2 瀬戸内市の第 1 号被保険者数と要支援・要介護認定率の推移

	平成 18 年	平成 21 年	平成 24 年	平成 27 年
第 1 号被保険者数（人）	9,904	10,514	11,119	12,004
要支援・要介護認定率（%）	17.1	19.2	20.2	20.4

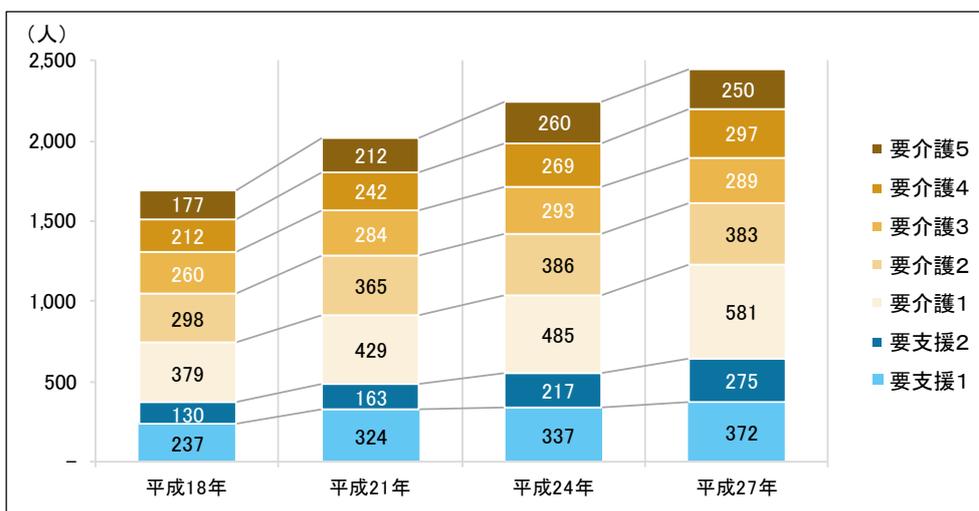
出典：介護保険事業状況報告（平成 18 年、平成 21 年、平成 24 年、平成 27 年）

図表 3-3 及び図表 3-4 に介護度別の要支援者及び要介護認定者数の推移と割合を示した。要介護 4、5 の重度の者の割合は 2 割程度で推移しており大きな変動はないが、高齢化率の上昇とともに介護認定者は増加し、要介護 1 以下の軽度の人が増えつつある。

介護予防事業として、65 歳以上の市民を対象に、地域で運動やコミュニケーションを育む場として「はつらつ教室」を立ち上げ、教室のリーダー養成も行ってきた。現在は総合支援事業として、その人の状態や必要性に合わせた各種サービスを提供する取り組みをしており、要支援になる前の人への対策に取り組んでいる。また、生活習慣病予防としては、市民課といきいき長寿課、地域包括支援センターで連携し、後期高齢者健診の会場で健康相談を行っているほか、年 3 回健康教室として「生涯現役！これから講座」を実施している。

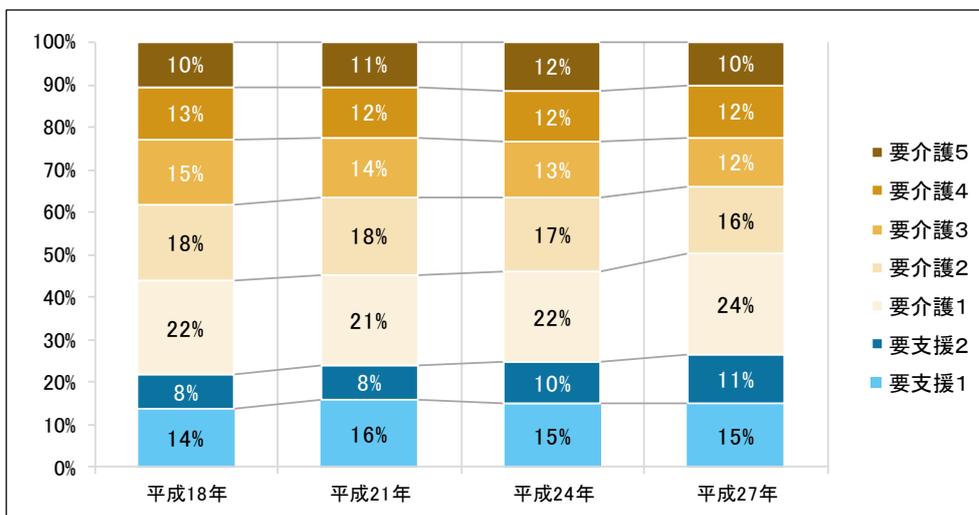
今後も、要支援・要介護にならないようにする対策及び一度介護認定されても介護度が悪化しないような対策を検討し、引き続き関係各課が連携し実施することが必要である。

図表 3-3 第 1 号被保険者に占める要支援及び要介護認定者数の推移



出典：介護保険事業状況報告（平成 18 年、平成 21 年、平成 24 年、平成 27 年）

図表 3-4 瀬戸内市及び岡山県の要介護度別認定者の割合

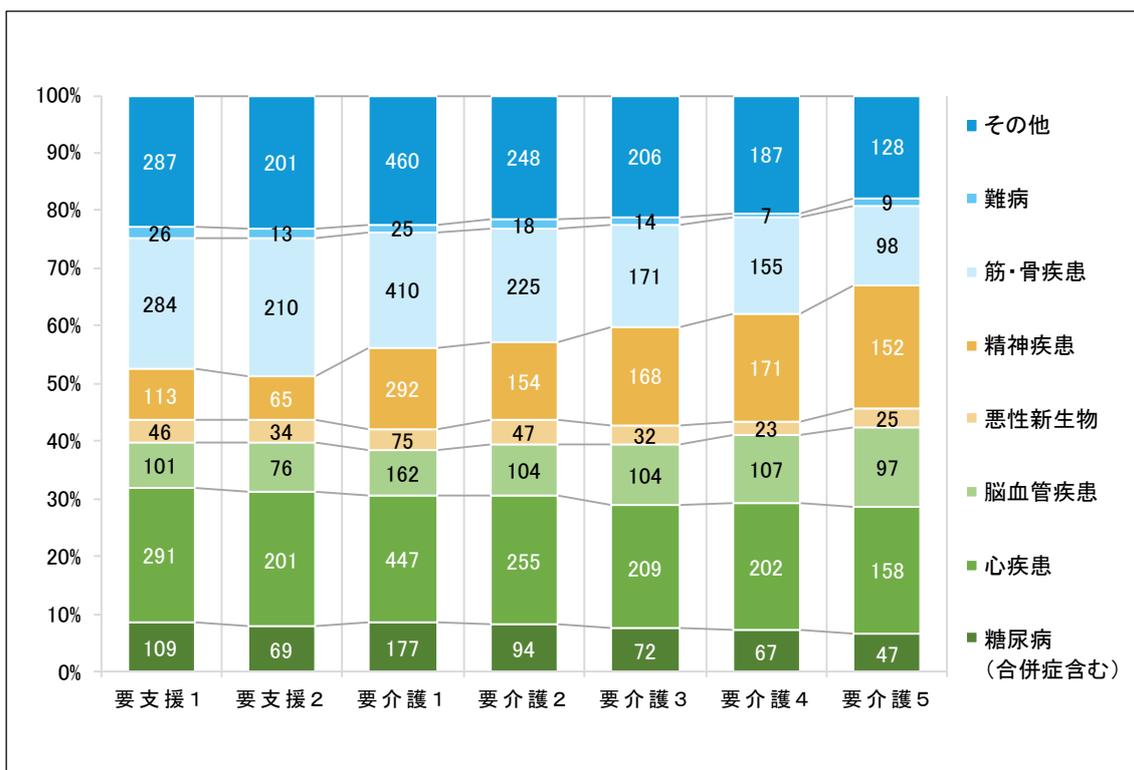


出典：介護保険事業状況報告（平成 18 年、平成 21 年、平成 24 年、平成 27 年）

図表 3-5 に瀬戸内市における介護度別の疾患の分布を示した。心疾患や筋・骨格系疾患は全体的に有病者割合が高い。介護予防のために、健康づくり推進課では筋力アップの「筋ドコ体操」、いきいき長寿課ではストレッチの「スットコ体操」、市民病院リハビリテーション科と連携し「ゆるらく体操」を考案、健康教室や運動指導等を積極的に実施するとともに、自宅でも気軽に実施できるようにパンフレットを作成し配付している。

一方、脳血管疾患や精神疾患の有病者割合は介護度が重度の人で高く、こうした疾患を持つことが重度要介護に影響している可能性がある。合併症を発症すると重症になる可能性があるため、介護の原因となる生活習慣病の予防と治療に力を入れる必要がある。

図表 3-5 介護度別の疾患の有病者割合（平成 28 年度）



出典：KDB／要介護（支援）者有病状況（平成 28 年度累計）

4. 医療費の状況

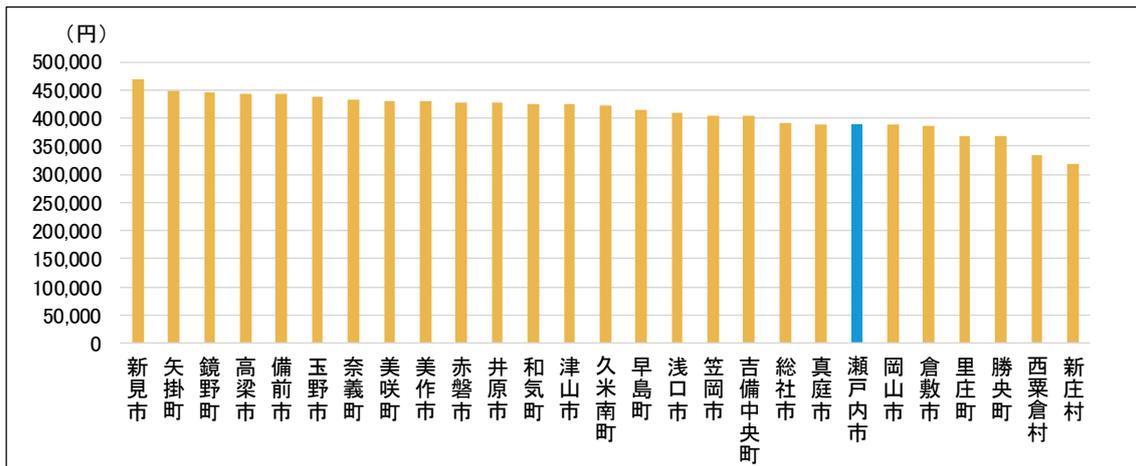
図表 4-1、図表 4-2 及び図表 4-3 に平成 27 年度厚生労働省医療費の地域差分析から瀬戸内市の医療費の状況について示した。1 人あたり医療費合計は岡山県内において 21 位と下位だが、歯科の 1 人あたり医療費は 6 位と上位である。歯科医師会は積極的な啓発活動をしているが、瀬戸内市では現在成人の歯科検診を実施していないため、今後は、歯科医師会と相談しながら、特定健診連続受診者の特典を歯科検診とすることや、後述する「健康カフェ」等健康教室のテーマとして歯と口腔の健康を取り上げる対策を検討したい。

図表 4-1 市町村国民健康保険 市町村別データ

1人あたり医療費								診療種別地域差指数(全国を1とした場合)							
計		入院		入院外+調剤		歯科		計		入院		入院外+調剤		歯科	
順位	順位	順位	順位	順位	順位	順位	順位	順位	順位	順位	順位	順位	順位	順位	順位
388,866	21	151,670	23	208,652	19	28,544	6	1.032	22	1.058	23	1.007	20	1.087	5

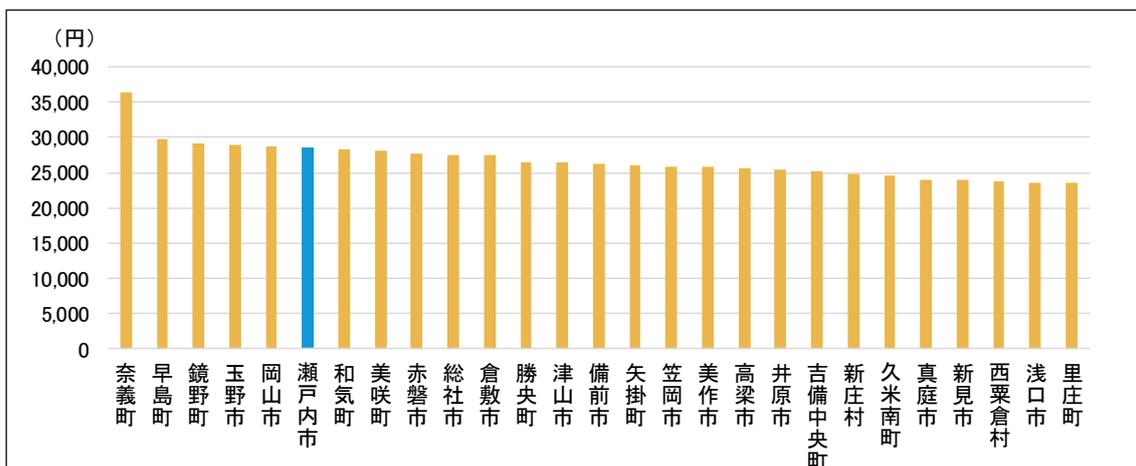
出典：平成 27 年度厚生労働省医療費の地域差分析（平成 29 年 8 月）

図表 4-2 1人あたり医療費（合計）（平成 27 年度）



出典：平成 27 年度厚生労働省医療費の地域差分析（平成 29 年 8 月）

図表 4-3 1人あたり医療費（歯科）（平成 27 年度）



出典：平成 27 年度厚生労働省医療費の地域差分析（平成 29 年 8 月）

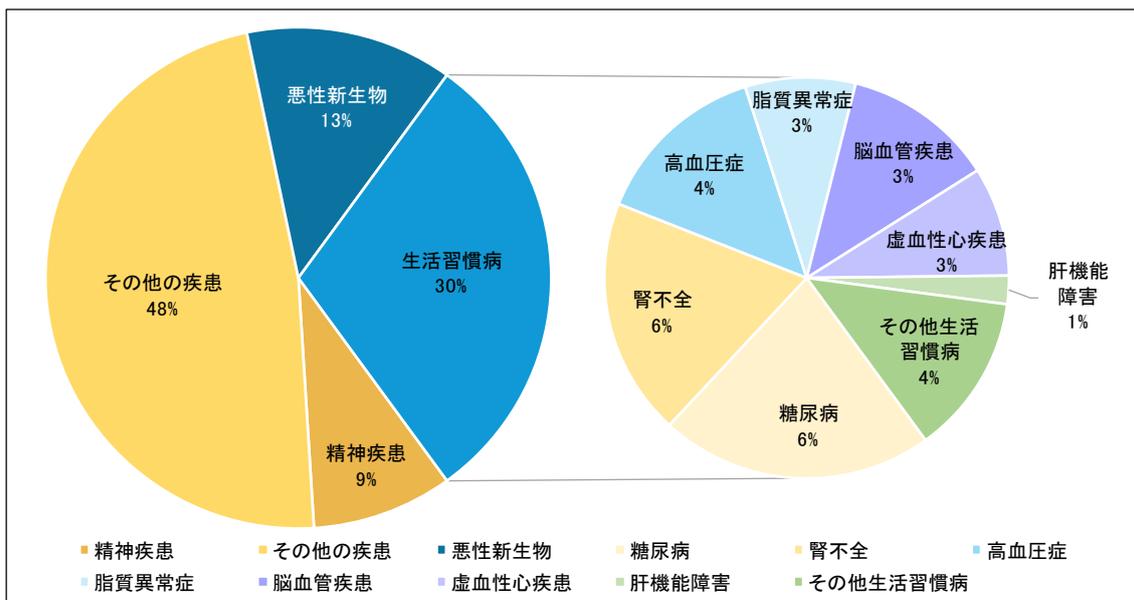
図表 4-4 には平成 28 年度の総医療費に占める悪性新生物、生活習慣病、精神疾患の割合及び生活習慣病の内訳を示した。生活習慣病の医療費は全体の約 30%を占めた。そのうち、糖尿病、高血圧症、脂質異常症の医療費が 13%を占め、脳血管疾患・虚血性心疾患は 6%を占めた。

悪性新生物については、これまで愛育委員による乳がん検診啓発活動等、地域ぐるみでがん検診の受診率向上に努めてきた。また未受診者アンケートにおいて「まとめて受けたい」という要望が多かったことから、加入者の利便性を高めるため、国保総合健診としてセット受診を勧めてきた。また瀬戸内市民病院での人間ドックも受診枠を増やした。今後も、健康づくり推進課や瀬戸内市民病院と連携し、セット受診を充実させ、特定健診とともに早期にがんを発見できるよう対策を継続する必要がある。

市民にとって健診を区別した認識は低いことから、今後も健康づくり推進課や瀬戸内市民病院と連携して効率よく周知・啓発をするとともに、健診結果から異常が見つかった際には早期に対策をとる必要がある。

※生活習慣病に含める疾患は東京都保険者協議会 医療費分析部会「医療費の分析とその活用」の巻末資料で「生活習慣病関連及び対象疾患」に含まれるものとした。

図表 4-4-1 総医療費に占める生活習慣病の割合（平成 28 年度）



出典：KDB／医療費分析（2）大中細小分類（平成 28 年度累計）

図表 4-4-2 総医療費に占める生活習慣病医療費（平成 28 年度）

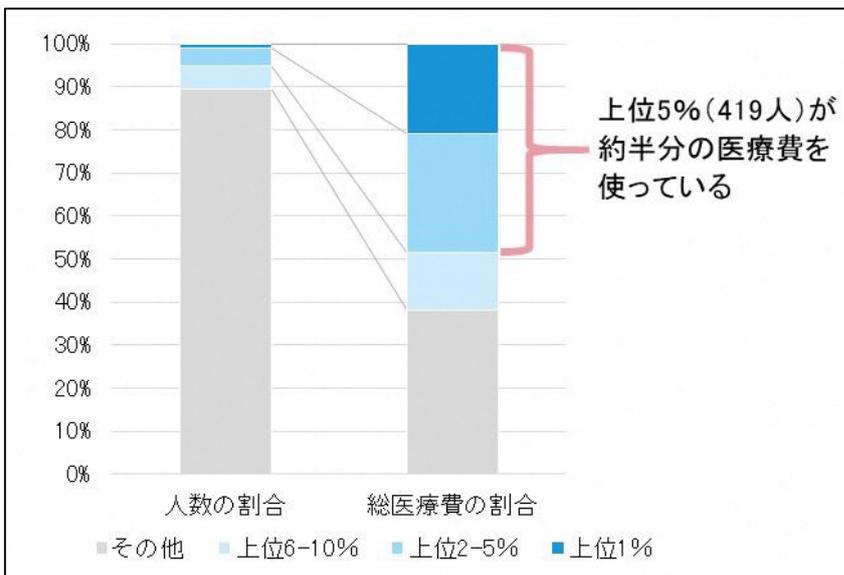
大分類	医療費（円）	生活習慣病内訳	医療費（円）
悪性新生物	463,119,590	糖尿病	229,061,040
生活習慣病	1,046,892,450	腎不全	200,342,780
精神疾患	314,613,200	高血圧症	147,238,200
その他の疾患	1,664,985,500	脂質異常症	92,359,310
総医療費	3,489,610,740	脳血管疾患	126,597,970
		虚血性心疾患	92,359,310
		肝機能障害	23,949,410
		その他生活習慣病	134,984,430
		生活習慣病計	1,046,892,450

出典：KDB／医療費分析（2）大中細小分類（平成 28 年度累計）

図表 4-5 には医療費順位別に上位 1%、5%、10%の加入者の総医療費全体に占める割合を示した。医療費支出の上位 5%の人が約 50%の医療費を支出しており、大部分を占めていることがわかった。

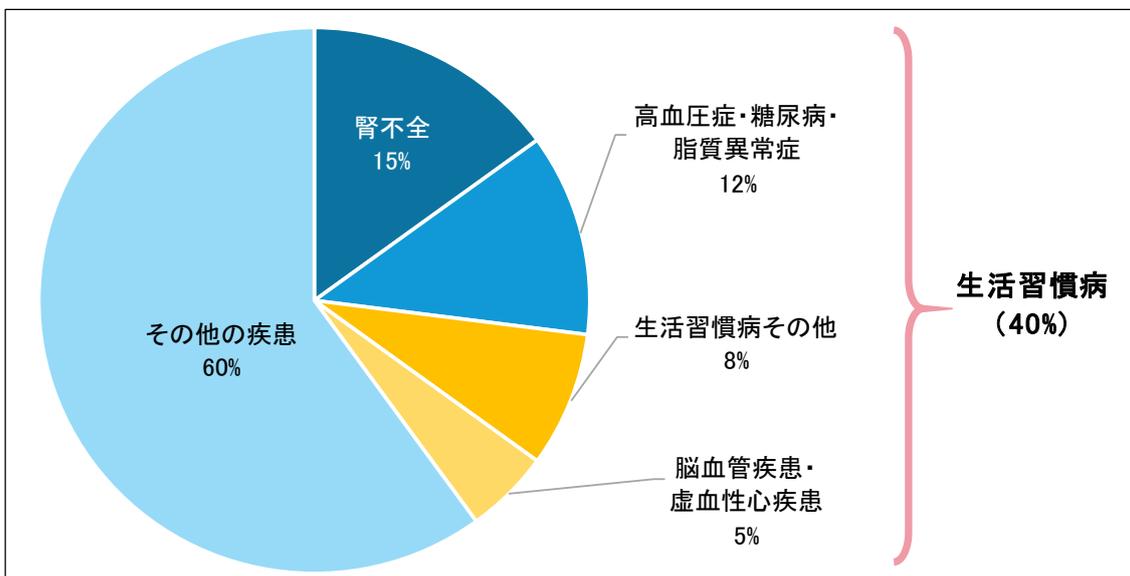
図表 4-6 には高額医療上位 5%の総医療費に占める生活習慣病の割合及びその構成要素について示した。生活習慣病は全体の 40%を占めていた。中でも腎不全による医療費が最も多く、次いで高血圧症・糖尿病・脂質異常症、脳血管疾患や虚血性心疾患による医療費であった。高額医療でも生活習慣病の占める割合は大きく、特に腎不全は高い割合を占めた。医療費支出削減には生活習慣病の予防が重要なため、効果的な保健指導の実施、受療勧奨による早期受療、治療中で自己管理が難しい人への保健指導といった重点的な対策を行う必要がある。

図表 4-5 医療費順位別の割合と総医療費との関連（平成 28 年度）



出典：瀬戸内市資料（年間医療費より集計）

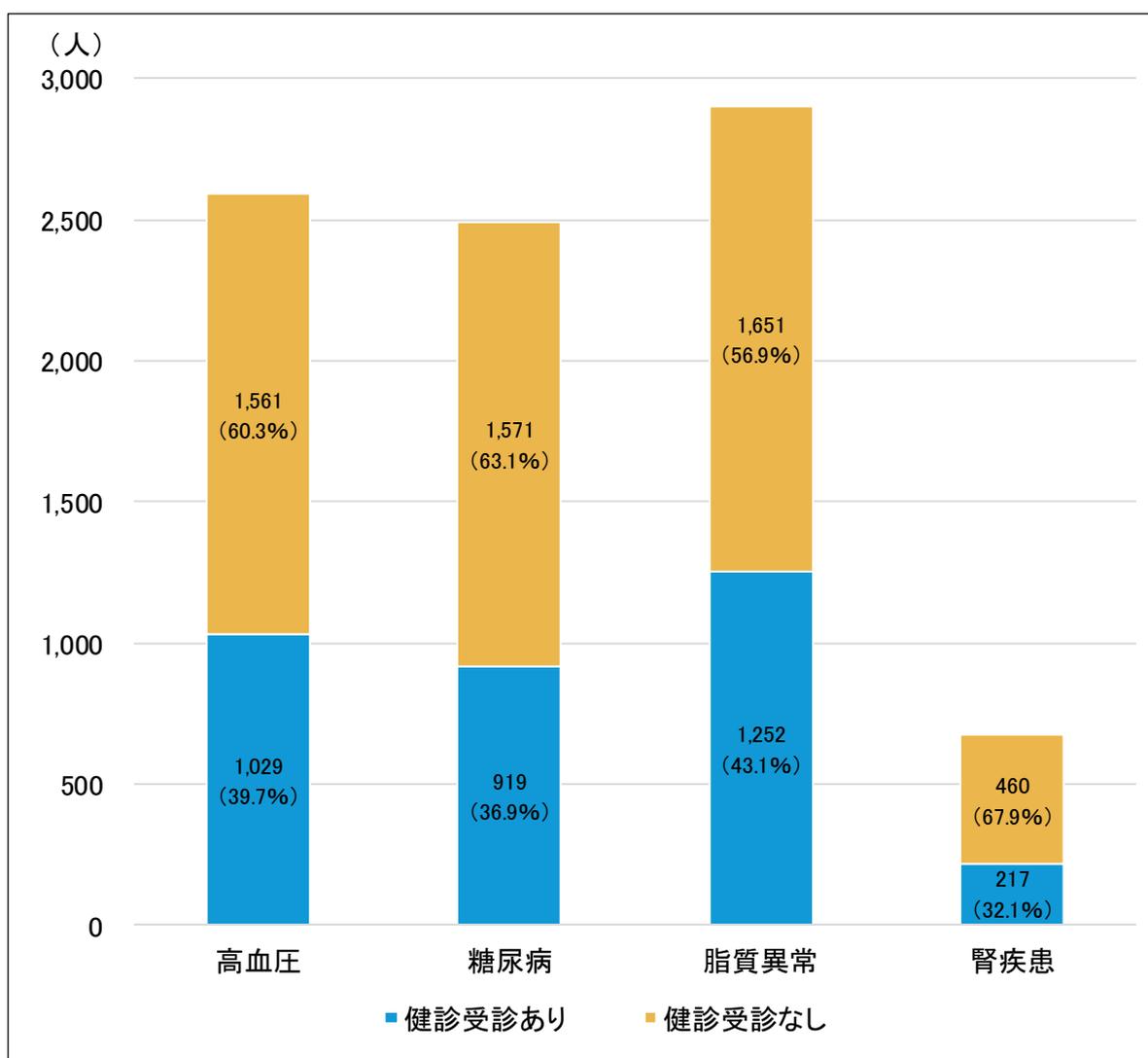
図表 4-6 高額医療上位 5%以内の生活習慣病の主な構成要素（平成 28 年度）



出典：瀬戸内市資料（疾病別医療費より集計）

図表 4-7 はレセプトからの高血圧・糖尿病・脂質異常・腎疾患の医療機関受療中者（1年間に1回以上病名が記載された人で服薬を問わない）について健診受診有無別状況の人数を示した。健診を受診した人は脂質異常が最も多く、ついで高血圧、糖尿病が多かった。健診受診者は全体の約4割にとどまっており、糖尿病、腎臓病では健診受診の割合がやや低い傾向がみられた。「重症化予防事業」は特定健診の結果を活かすものなので、特定健診受診率のさらなる向上が課題である。

図表 4-7 高血圧・糖尿病・脂質異常・腎疾患の医療機関受療中者の健診受診有無別人数
(平成 28 年度)

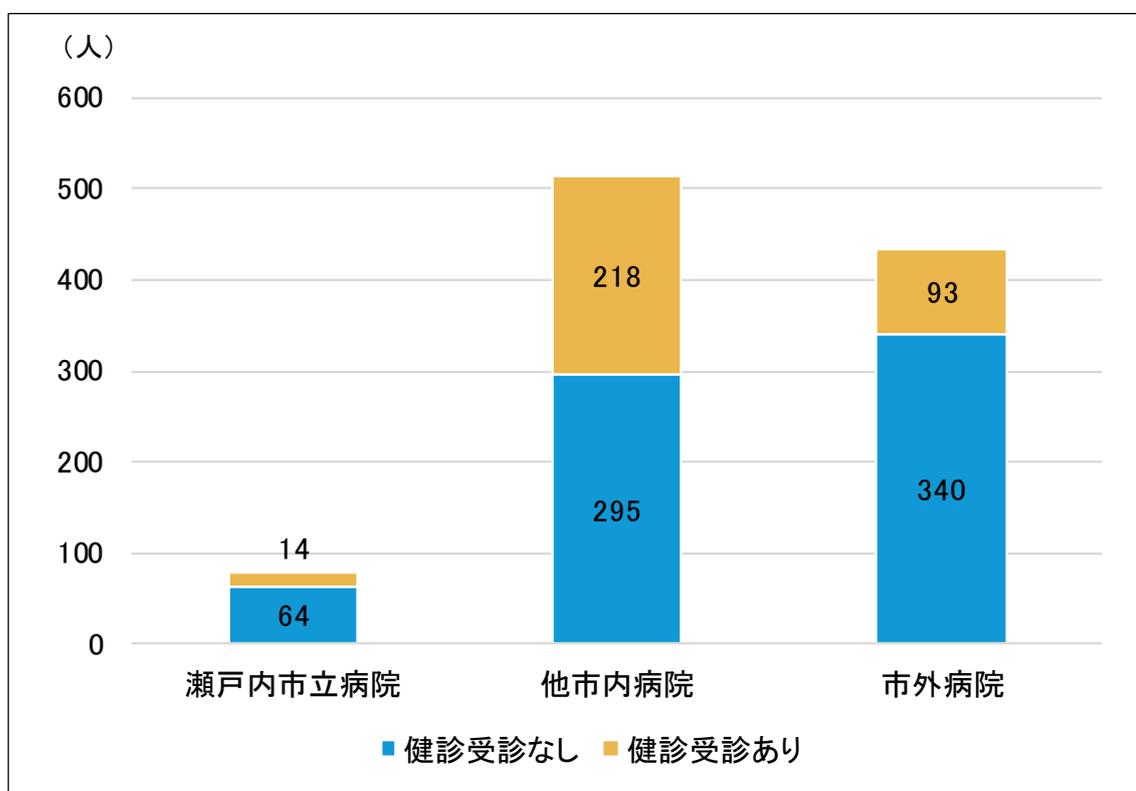


出典：瀬戸内市資料（医療費・特定健診データより集計）

図表 4-7 で治療中者の特定健診受診者が少ないことが課題と述べたが、次に定期的に医療機関に通院している人の市内、市外医療機関別の健診受診状況を分析した。図表 4-8 には平成 28 年度のレセプトに糖尿病の病名が記載され定期的（年 4 回以上）に治療していた人を医療機関種別に集計した。糖尿病で治療している人の約 6 割は市内医療機関を、残りは市外医療機関を受療していた。特定健診の受診率は市内医療機関が最も高く（市民病院除く）、次いで市外医療機関であり、瀬戸内市民病院の順であった。

健診を受診しない理由を問うアンケート結果によると「かかりつけ医がある」と回答した人が最も多かった（参照：第 1 期データヘルス計画書 P28 図表 31）。しかし、市町村保険者は治療中を含む加入者全ての健康状況を把握することが義務づけられている。そのため、医療機関との連携を図り、通院中の加入者の受診率向上を検討する必要がある。

図表 4-8 定期的通院（年 4 回以上）糖尿病患者の市内、市外の治療状況（平成 28 年度）



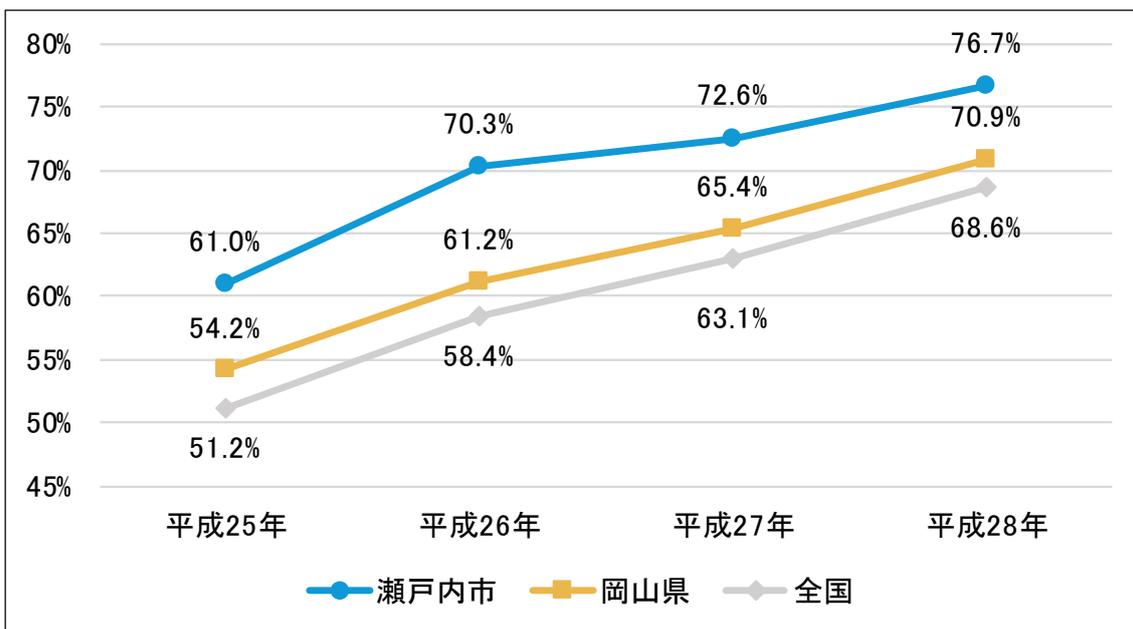
出典：瀬戸内市資料（医療費・特定健診データより集計）

5. 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の状況

図表 5-1 に後発医薬品の利用率の推移をまとめた。後発医薬品の利用率は継続的に向上しており、全国や岡山県全体と比較しても高い利用率を維持している。平成 32 年度末の国の目標とする 80%にほぼ近い状況である。今後は利用率を維持するために継続的な取り組みが必要である。

現在、薬剤師会と「まちかど健幸相談」の協同実施、重症化予防事業での服薬管理指導において協力と連携を図っているが、今後は後発医薬品推進等でも医師会や歯科医師会と意見交換の場を設定し、連携体制を広げていきたい。

図表 5-1 後発医薬品の利用率の推移（数量ベース）（平成 25 年度～平成 28 年度）

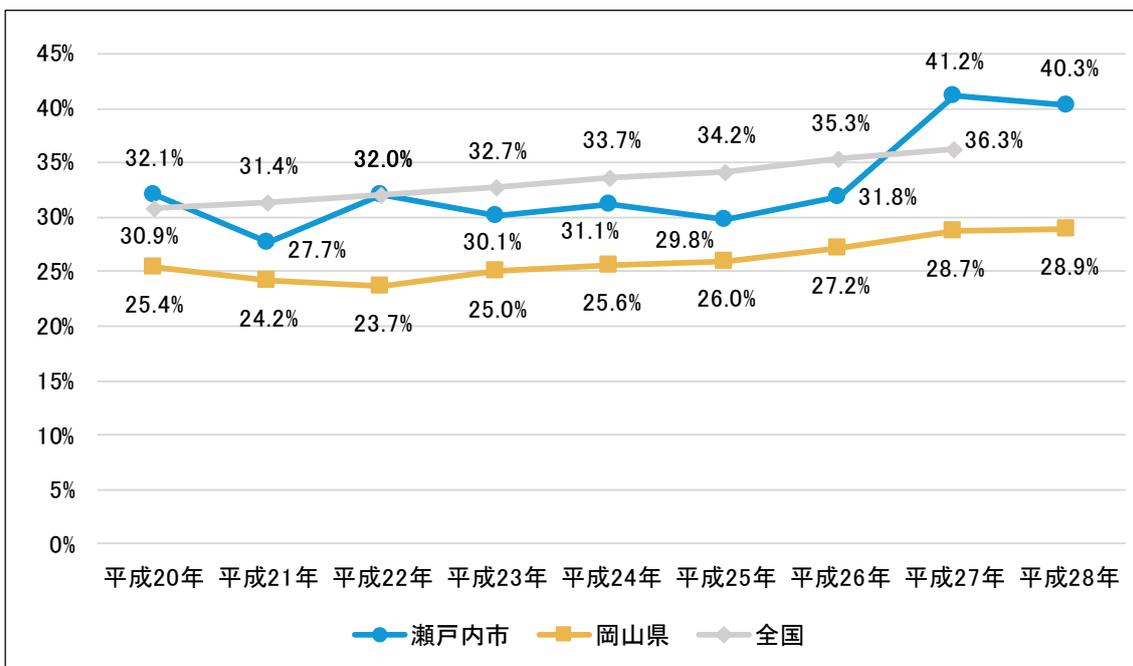


出典：調剤医療費の動向調査, 1. 調剤医療費（電算処理分）の動向（年度版）
平成 25 年度～平成 28 年度（※年度末の 3 月データを使用）

6. 特定健診の状況

図表 6-1 には特定健診の受診率の推移をまとめた。特定健診は当初から岡山県全体と比較して高い受診率を示していたが、その後、平成 26 年度までほとんど伸びがみられず、国全体の平均値をやや下回る状況が続いていた。平成 27 年度から担当課全体で受診率向上に関する取り組みを開始したところ(詳細は図表 6-7 で後述)平成 27、28 年度ともに 40%を超える値となった。

図表 6-1 特定健診受診率の推移 (平成 20 年度～平成 28 年度)

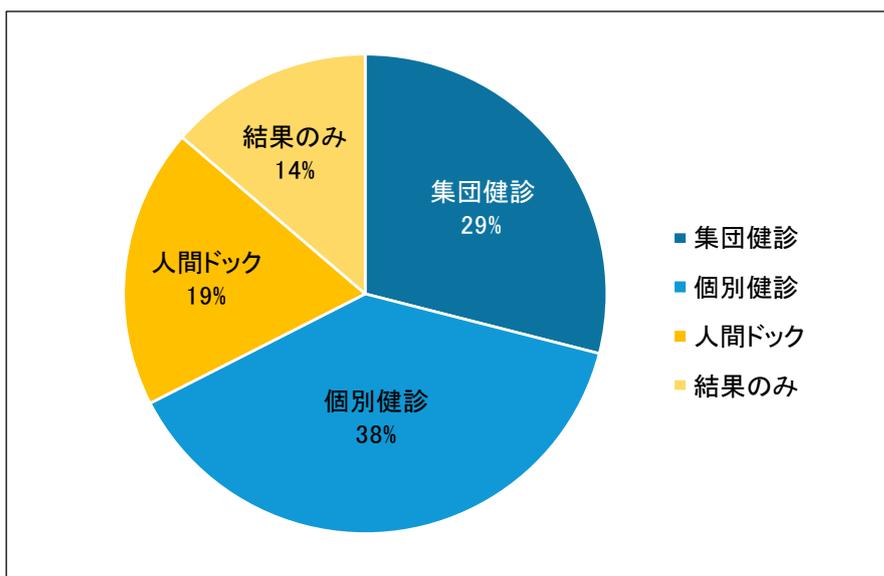


出典：特定健康診査・特定保健指導 法定報告 ※全国平成 28 年度実績は公表され次第更新予定



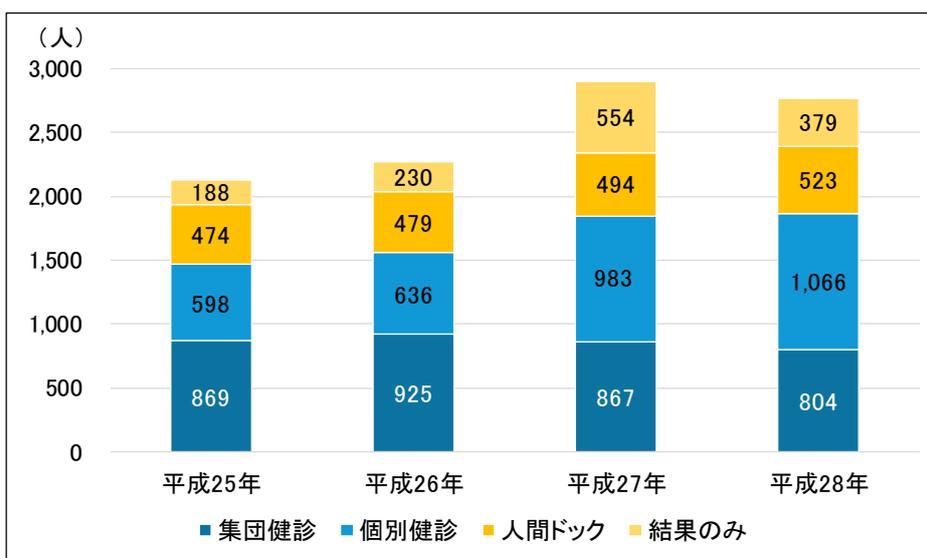
図表 6-2 には平成 28 年度の健診受診者受診形態別の割合を、図表 6-3 には受診形態別の人数を示した。平成 26 年度は集団健診が 925 人で最も多かったが、平成 27 年度の受診率向上の取り組み後は個別健診が伸び平成 28 年度には 1,066 人となり、全受診者のうち 38% を占めた。さらに加入者が他所で受診した健診結果の受領の促進や、医療機関からのデータ提供の新規開始といったデータ提供体制の拡充により、受診者数が急速に伸びた。平成 28 年度は他所での健診結果が 14%を占めるまでになった。

図表 6-2 受診形態別の割合（平成 28 年度）



出典：健康かるてデータ

図表 6-3 受診形態別の特定健診受診者数の推移と結果のみの内訳（平成 25 年度～平成 28 年度）



内訳 (人)	データ持参	医師提供	商工会提供	JA 提供	結果合計
平成 28 年度	245	75	19	40	379

出典：健康かるてデータ

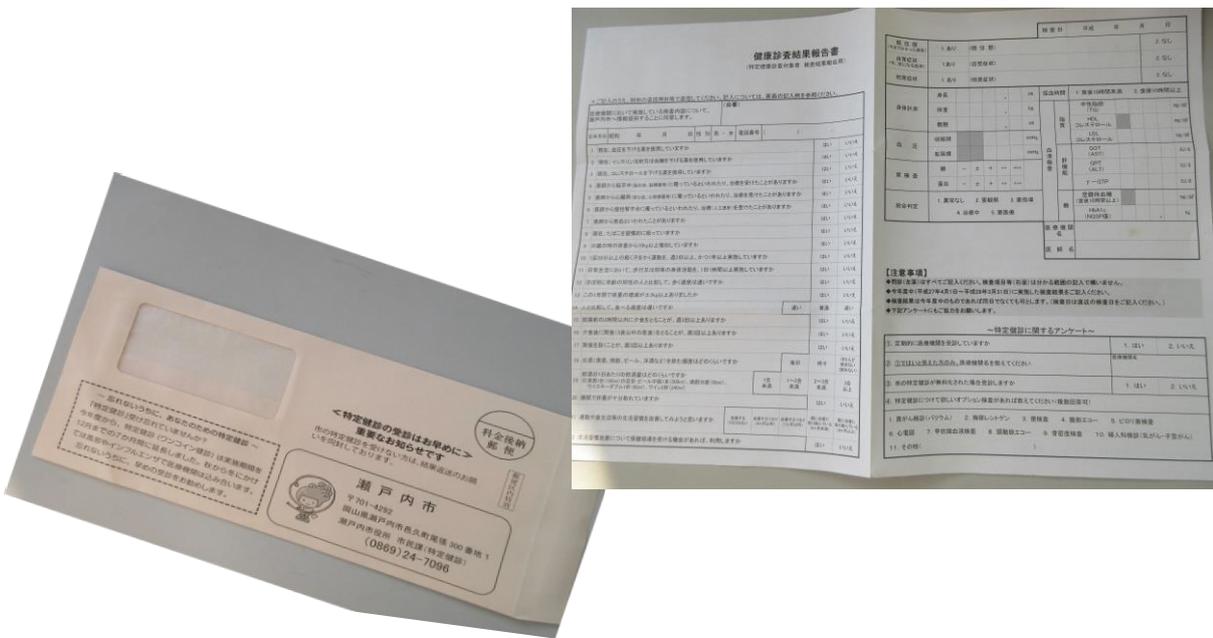
図表 6-4 には特定健診の代替として医療機関から得たデータのうち、健診項目が不足していた件数を地区別に示した。特定健診として登録するために必要なデータが不足している人は平成 27 年度 147 人、平成 28 年度 92 人いることがわかった。

これらの件数はデータが全て揃えば実績に反映できるとともに特定健診受診者として保健指導や健康教室案内といったフォローにつながることから、医療機関スタッフへ情報提供を行い、引き続き協力要請をする必要がある。

図表 6-4 医療機関データ提供のうち、項目不足の件数（平成 27 年度、平成 28 年度）

	項目不足の件数
平成 27 年度	147 人
平成 28 年度	92 人

出典：瀬戸内市資料（医療機関データ提供回収結果より集計）

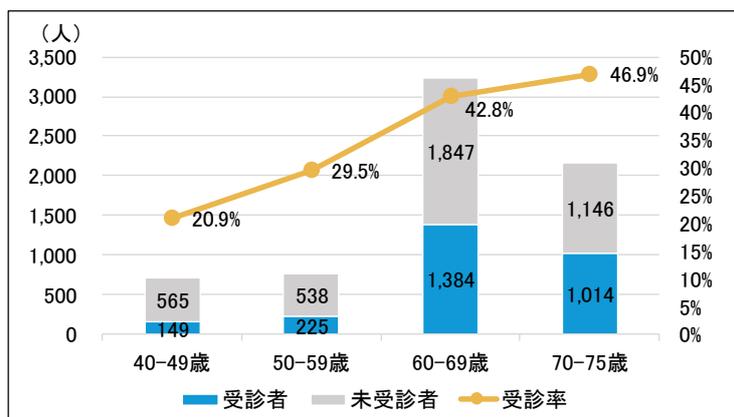


図表 6-5 には年齢階級別受診率とその人数を示した。年齢が高くなるほど受診率が高く、70～75 歳の 46.9%が最も高かった。40～49 歳は 20.9%、50～59 歳は 29.5%と受診率が低かった。未受診者数では 40～49 歳、50～59 歳は 550 人前後だが、60～69 歳は 1,847 人、70～75 歳は 1,146 人となり、対象者が多い 60 歳以上で特に 60～69 歳の未受診者数は多く、課題である。

前述した通り、高齢者は治療を受けている人が多く、治療中の人は健診を受診しない傾向にある。また医療機関から提供されたデータにも一部不足があり、健診受診とみなされないこともある。今後は、疾病のリスクが高い高齢者層の受診率向上を目指すために、年に一度は健診を受診するように啓発し意識を高めるほか、さらなるデータ提供の協力等、医療機関と連携し対策を検討する必要がある。また 40～49 歳の受診率が低いことから、若年者の受診率向上対策も重要である。

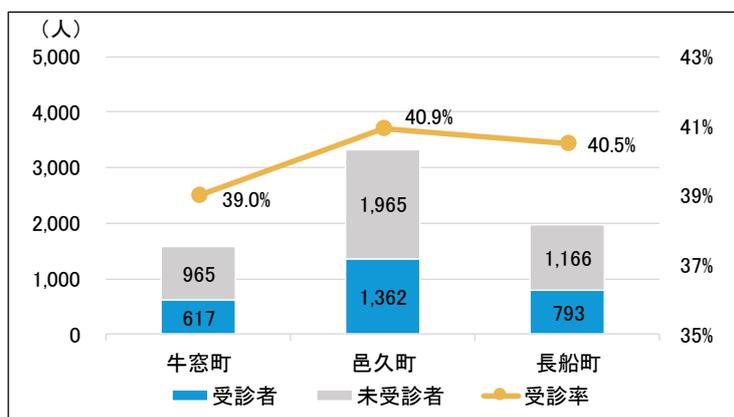
図表 6-6 には地区別受診率及びその人数を示した。邑久地区は平成 25 年度 28.9%と受診率が低かったが（参照：第 1 期データヘルス計画 P25、図表 27）、平成 28 年度は 40.9%に向上した。牛窓町 39%、邑久町 40.9%、長船町 40.5%であり、地区別には大きな差がみられなかった。いずれの地区も未受診者が 6 割を占め受診率の向上が必要であることから、各地区の未受診者の年齢構成や受診内容をみて対策を立てていく。

図表 6-5 年齢階級別受診率及び受診者数（平成 28 年度）



出典：瀬戸内市資料（特定健診データより集計）

図表 6-6 地区別受診率及び受診者数（平成 28 年度）



出典：瀬戸内市資料（特定健診データより集計）

瀬戸内市では平成 20 年度の特健診の開始当初から、様々な受診率向上のための取り組みを行ってきた。図表 6-7 には、平成 27 年度から 29 年度までに新たに行った施策をまとめた。

受診機会を拡大するため、瀬戸内市民病院で実施する人間ドック枠を増加させた。さらに休日や夜間の集団健診を追加した。また実施期間を 4 か月間延長した。平成 27 年度からは健診費用の自己負担額を引き下げワンコイン健診とした。

市内の医療機関より定期受診者の特定健診検査項目のデータ提供に向けて、邑久医師会と協力体制を築いてきた。その成果としてデータ提供での受診者数が増加した。平成 27、28 年度で未受診者のうち 8 割に個別訪問を行い、アンケートを実施した。未受診の理由や生活状況を把握するとともに、受診勧奨を実施した。

第 1 期データヘルス計画期間内で特に注力したのは、個別アプローチと受けやすい健診体制、データ提供といった医師会や瀬戸内市民病院、市内関係部署との連携の強化であった。そして受診率は平成 27 年度には 40%を超えた。現在も、医師会向け説明会で受診率向上取り組みへ協力要請を行っているが、今後はデータヘルス策定委員会や糖尿病地域医療連携会議等、地域組織との連携の場を広げ、地域包括ケアの視点からも事業展開をしていく必要がある。

図表 6-7 特定健診取り組みの経緯

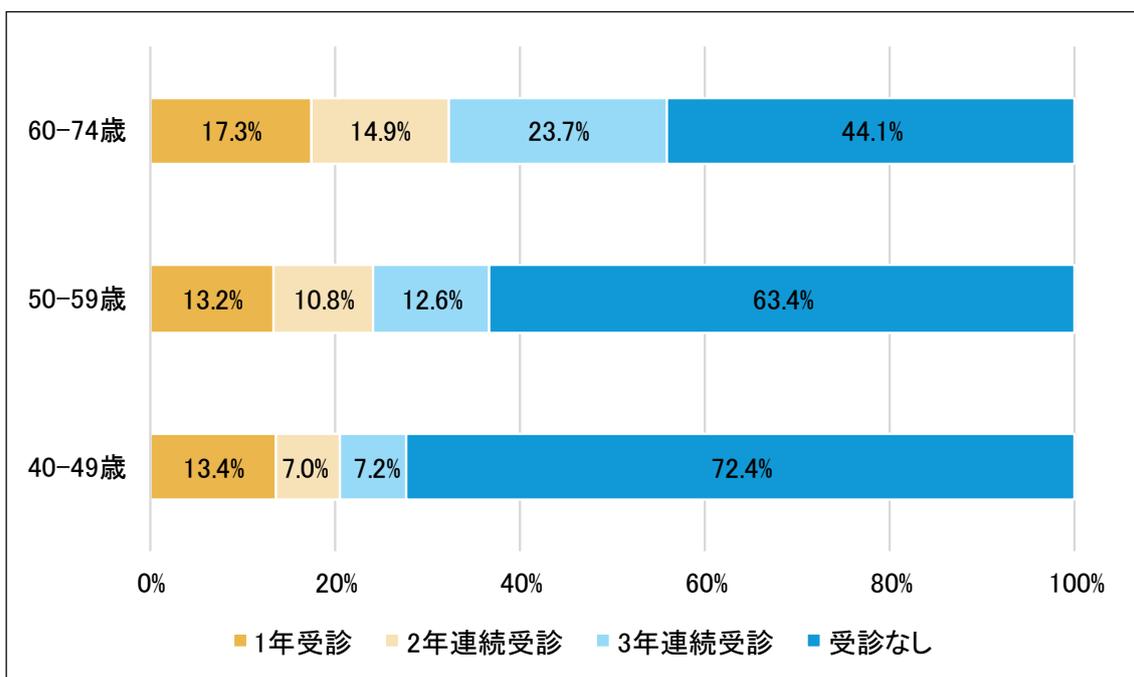
	実施内容	実施開始年度
未受診者対策	自己負担の引き下げ 健診費用を集団 1,300 円、個別 1,600 円→500 円に減額 詳細項目（心電図表・眼底検査）の自己負担無料化	平成 27 年度 平成 28 年度
	検査内容の見直し 集団健診の心電図表・眼底検査の希望者実施開始 総コレステロール追加	平成 29 年度 平成 29 年度
	実施機会・実施内容の拡大 人間ドックの定員枠増 岡山市医療機関への委託 プレミアム国保総合健診（巡回型人間ドック）の開始 夜間の健診実施 国保総合健診（従来型）の定員枠増 休日の健診実施	平成 26 年度 平成 27 年度 平成 27 年度 平成 28 年度 平成 28 年度 平成 29 年度
	実施期間の延長 6～8 月→6～12 月へ 4 か月延長	平成 27 年度
	データ提供の体制について 医療機関からのデータ提供料の増額 500 円→1,000 円 医療機関からのデータ提供料の増額 1,000 円→2,000 円 未受診者への案内と個別訪問によるデータ提供依頼 市外医療機関人間ドックのデータ提供 5,000 円助成	平成 26 年度 平成 27 年度 平成 27 年度 平成 28 年度
	未受診者個別対策 個別訪問実施（未受診者アンケート）	平成 27 年度
体制づくり	健診結果フォロー体制 結果説明会、まちかど健幸相談	平成 28 年度
	医師会や市民病院との連携 医師説明会開催 市内医療機関のスタッフ説明会開催 糖尿病地域医療連携会での説明	平成 20 年度 平成 29 年度 平成 29 年度
	普及啓発	
	連続受診者粗品進呈 オリジナルキャラクターの作成 オリジナルキャラクターグッズ製作（タオル、エコバッグ等） 結果優良者粗品進呈 オリジナル健康手帳の製作、配付	平成 28 年度 平成 28 年度 平成 28 年度 平成 28 年度 平成 29 年度

出典：瀬戸内市資料

図表 6-8 には平成 26 年度から平成 28 年度の 3 年間で通算何回受診したかを年齢階級別にその割合で示した。3 年間で 1 回受診のみの人は年齢によらず、40～50 代はほぼ一定となった。また年齢が高くなるほど、毎年受診する傾向にあることがわかる。

一方、3 年間で 1 回も受診していない長期未受診者の割合は、40～49 歳で 72.4%、50～59 歳で 63.4%、60～74 歳で 44.1%であった。生活習慣病予防のためには、長期未受診者を減らす必要がある。毎年の受診が望ましいが、若年者を中心にまずは 3 年間のうち 1 回でも受診する人を増やす受診勧奨を、重点地区を決めて実施したい。

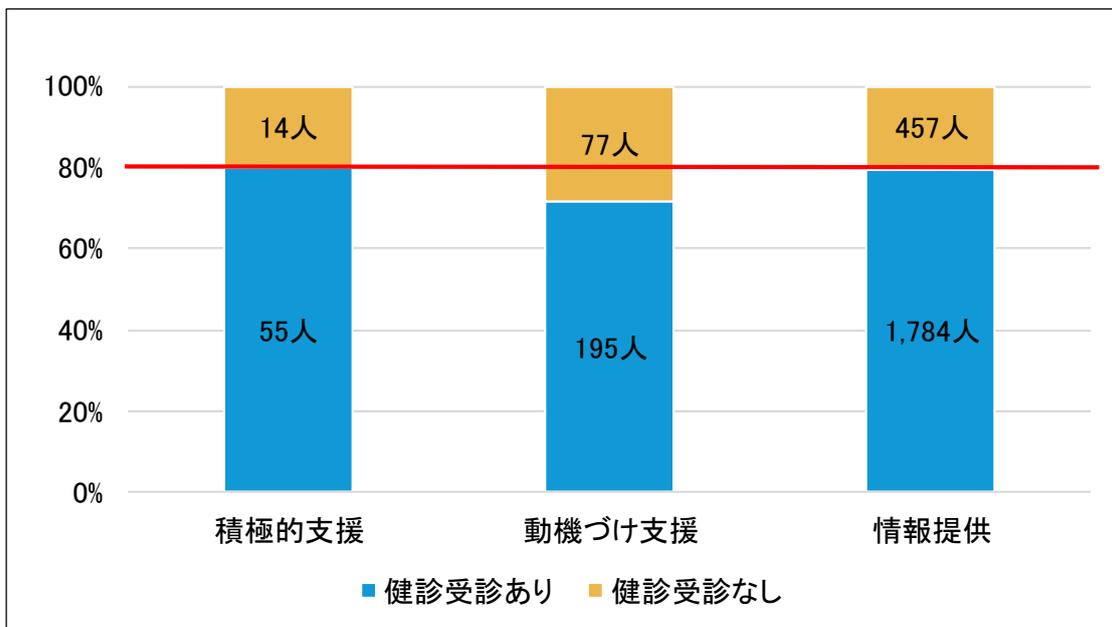
図表 6-8 特定健診の年齢階級別 3 年累積受診率（平成 26 年度～平成 28 年度）



出典：瀬戸内市資料（特定健診データより集計）

図表 6-9 に平成 27 年度の特定健診階層化結果が積極的支援、動機づけ支援及び情報提供となった人の翌年の特定健診の受診状況を示した。階層化結果によらずほぼ 80%の人が翌年受診をしていた。継続受診率は高い(全国平均:66%厚生労働省研究班調べ)が、積極的、動機づけ支援の対象者も継続受診率はほぼ同じ値にとどまっている。特定保健指導対象者となった人については保健指導ともに健診受診の働きかけを実施していくことが重要である。

図表 6-9 階層化結果別翌年の特定健診受診状況



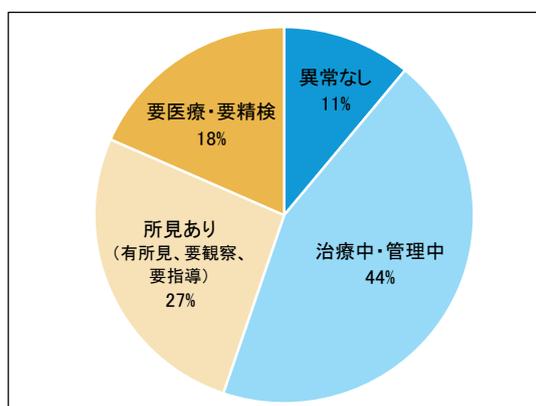
出典：瀬戸内市資料（平成 27 年度階層化結果と平成 28 年健診受診有無より集計）

7. 健診結果の状況

図表 7-1 に平成 28 年度瀬戸内市特定健診の総合判定の割合と人数を示した。異常なしは全体の 11%にとどまり、治療中・管理中者が 44%、所見あり（ほぼ異常なし）が 27%、要医療、要精検が 18%となった。

図表 7-2 には総合判定の割合を年齢階級別に示した。年齢が高くなるほど異常なしの割合が低下し、治療中者の割合が高くなった。要医療・要精検は 40～49 歳が 26.8%と一番高く、それ以外は 15～19%台にとどまった。40～49 歳は要医療・要精検と所見ありを合わせると未治療者が 50%を超えるため、若年者の有所見者への受療勧奨等の対策も重要であることがわかる。同時に若年者の生活習慣の課題を把握し、受療しない理由も確認していきたい。今後は後述する若年者向け健診「けんこう 39 健診」の受診勧奨や受療勧奨事業にも重点を置き、対象者を絞って実施することを検討したい。

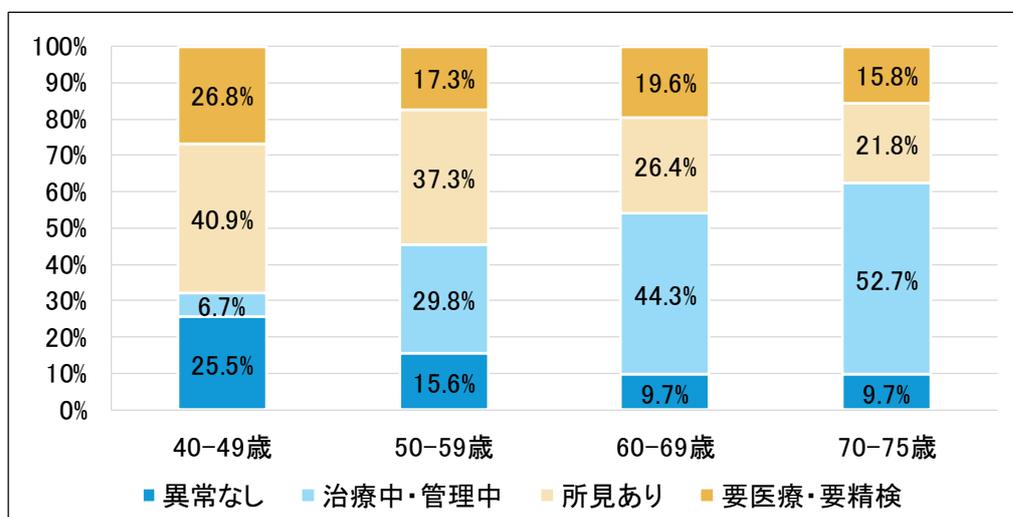
図表 7-1 瀬戸内市特定健診の総合判定の割合と人数（平成 28 年度）



異常なし	治療中・管理中	所見あり	要医療・要精検
305 人	1,224 人	732 人	510 人

出典：瀬戸内市資料（特定健診データより集計）

図表 7-2 年齢階級別総合判定の割合（平成 28 年度）



出典：瀬戸内市資料（特定健診データより集計）

図表 7-3 に平成 28 年度健診受診者の高血圧の治療状況及び重症度別人数についてまとめた。対象者の約 66%が現在治療中であり、治療割合は高かった。これまでの対策が効果を上げている可能性がある。しかし依然として、グレードⅡ度以上で未治療の人が男女合計で 100 余名みられる。

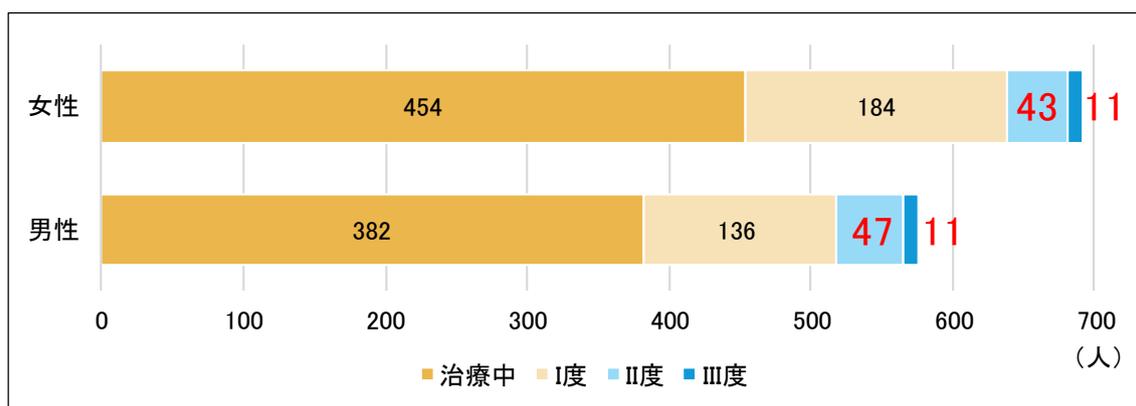
図表 7-4 には糖尿病の治療状況及び重症度別人数を示した。糖尿病の治療割合は全体の 65%で標準的であった。未治療者の重症者は男性で多く、男女合計で 47 人いた。

図表 7-5 には高 LDL コレステロール血症の治療状況及び重症度別人数を示した。男女ともに高血圧、糖尿病より治療中者の割合が低かった。

高血圧、糖尿病については、これからも積極的な受療勧奨が必要だと考えられる。また、高 LDL コレステロール血症は男性*の LDL コレステロール値 180mg/dl 以上は重症化予防事業の対象としているため、継続的に未治療者にアプローチをしていきたい。

※高 LDL コレステロール血症は動脈硬化性疾患（心筋梗塞や脳梗塞）の危険因子であるが、女性においては動脈硬化性疾患発症の絶対リスクは低いため、リスクの高い男性のみ事業の対象としている。

図表 7-3 治療状況別の「高血圧」重症度別該当者数（平成 28 年度）



出典：瀬戸内市資料（特定健診データより集計）

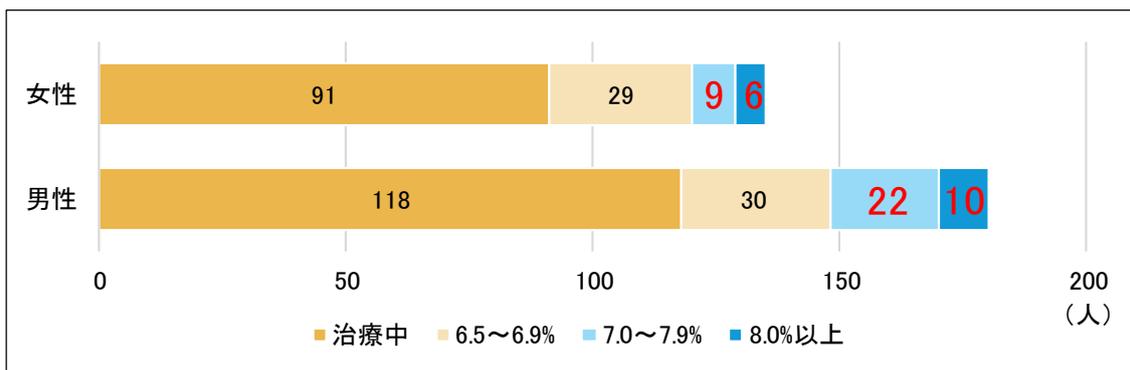
※高血圧基準値

I 度 収縮期血圧 140～159mmhg かつ/または 拡張期血圧 90～99mmhg

II 度 収縮期血圧 160～179mmhg かつ/または 拡張期血圧 100～109mmhg

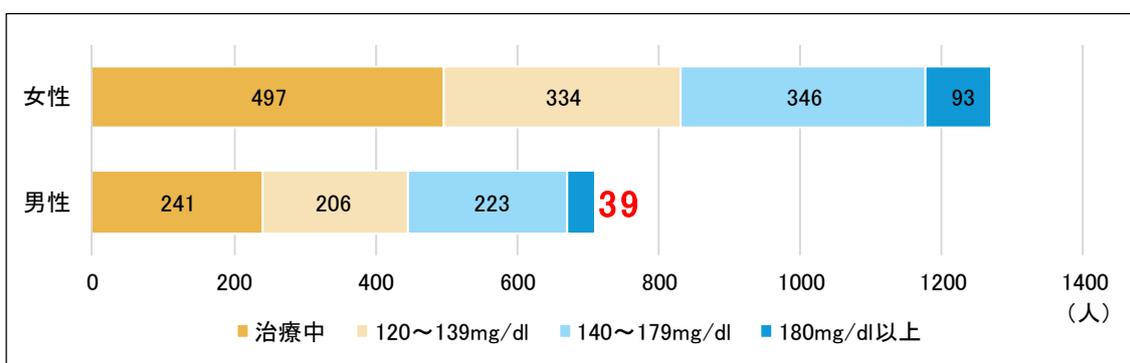
III 度 収縮期血圧 180mmhg 以上 かつ/または 拡張期血圧 110mmhg 以上

図表 7-4 治療状況別の「糖尿病」重症度別該当者数（平成 28 年度）



出典：医療費分析ツール「Focus」

図表 7-5 治療状況別の「高 LDL コレステロール血症」重症度別該当者数（平成 28 年度）



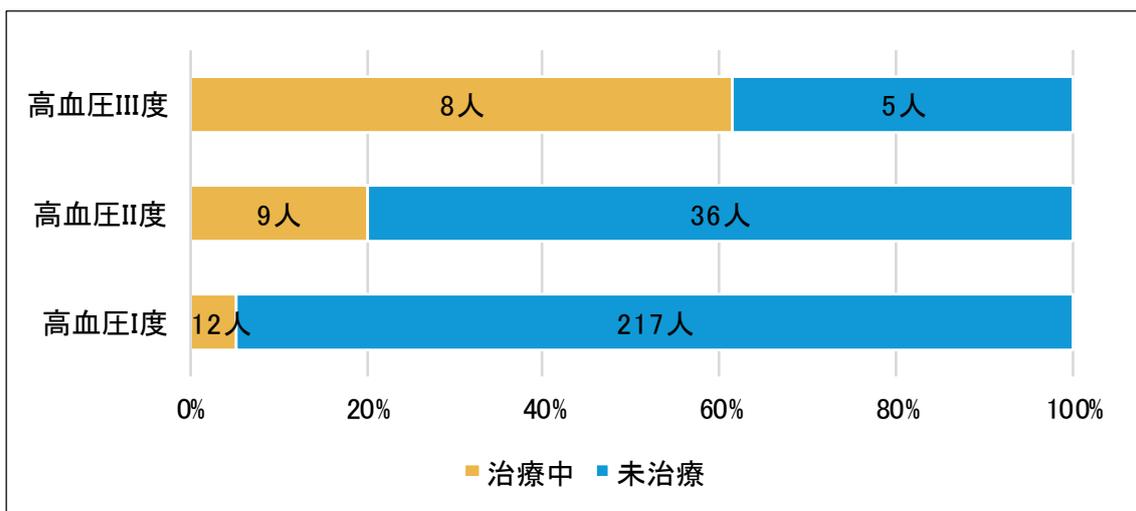
出典：医療費分析ツール「Focus」

図表 7-6 から図表 7-8 は平成 27 年度で高血圧、糖尿病、高 LDL コレステロール血症の未治療者の翌年の治療状況を示した。

高血圧では、翌年の健診結果で治療中となった人は高血圧Ⅱ度で 20%、高血圧Ⅲ度で 60%にとどまっていた。糖尿病では、糖尿病と指摘された人のうち翌年の健診で治療に結びついた人の割合は中程度以上でも四分の一程度にとどまっていた。高 LDL コレステロール血症では、未治療者で治療を開始したのは治療域の 30%であった。

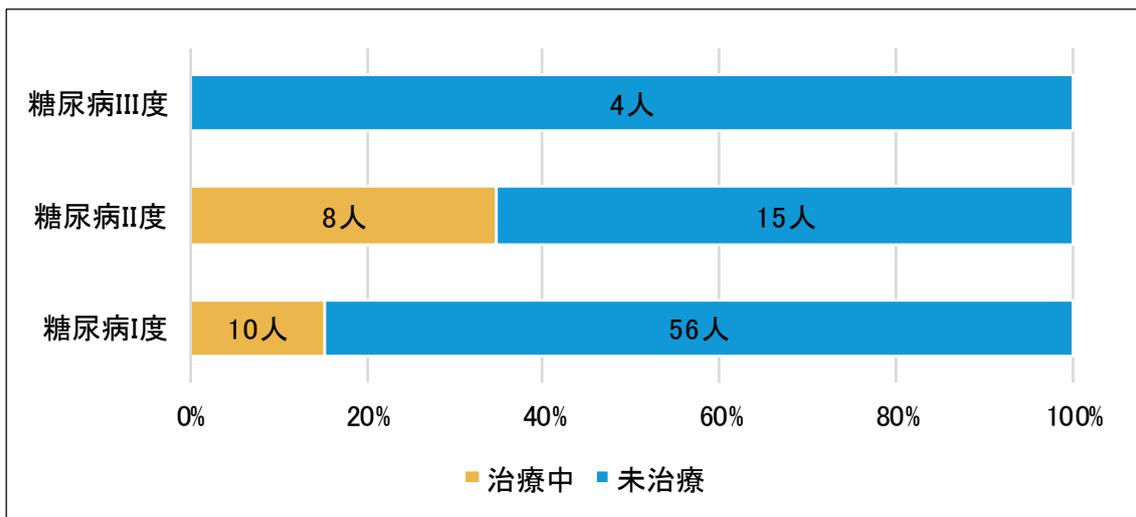
一度、健診で治療勧奨の対象となった人に対し、継続的に治療を継続しているかの確認や受療勧奨をすることが重要と考えられた。

図表 7-6 高血圧未治療者の翌年の治療割合と人数



出典：瀬戸内市資料（特定健診データより集計、平成 27 年度と平成 28 年度を比較）

図表 7-7 糖尿病未治療者の翌年の治療割合と人数

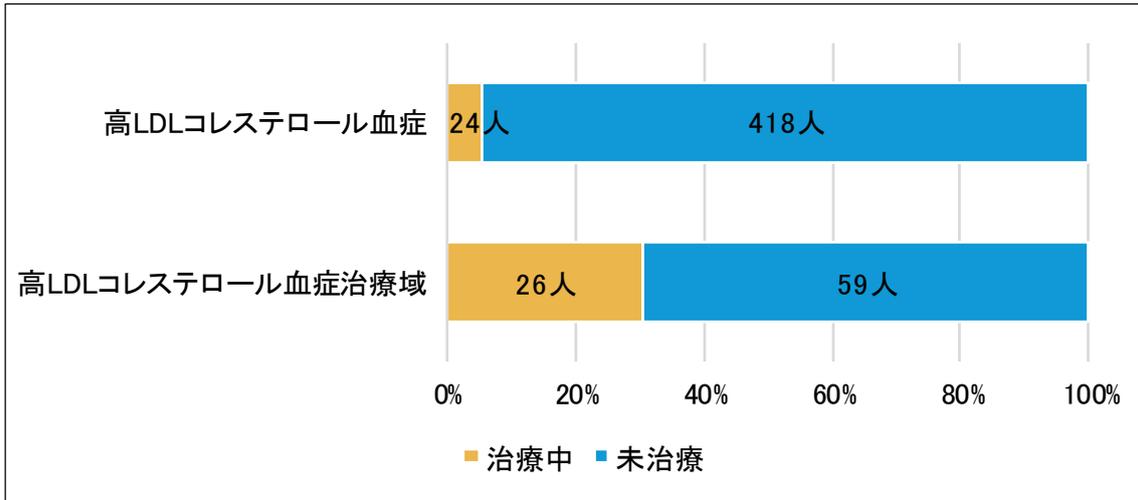


出典：瀬戸内市資料（特定健診データより集計、平成 27 年度と平成 28 年度を比較）

※糖尿病基準値

I 度:HbA1c 6.5%~6.9%、II 度:HbA1c 7.0%~7.4%、III 度:HbA1c 7.5%以上

図表 7-8 高 LDL コレステロール血症未治療者の翌年の治療割合と人数



出典：瀬戸内市資料（特定健診データより集計、平成 27 年度と平成 28 年度を比較）

※高 LDL コレステロール血症基準値

高 LDL コレステロール血症 140～179 mg/dl

高 LDL コレステロール血症治療域 180 mg dl 以上

図表 7-9 に健診受診者の治療中、未治療、受療勧奨対象者の割合から推定した未受診者の割合を表に示した。未受診者も同じ割合であると仮説を立てると、高血圧で 241 人、糖尿病で 78 人の受療勧奨対象者がいることが推定できる。合計すると約 480 人に対し受療勧奨をする必要がある。受診率向上策を通じてこうした人を発見する仕組みの構築が重要である。全てを訪問等で実施するには対象者数が多いため、誰にどの年度で重点的な勧奨をすべきか十分検討し、対策を練りたい。

図表 7-9 加入者推定未治療者数（平成 28 年度）

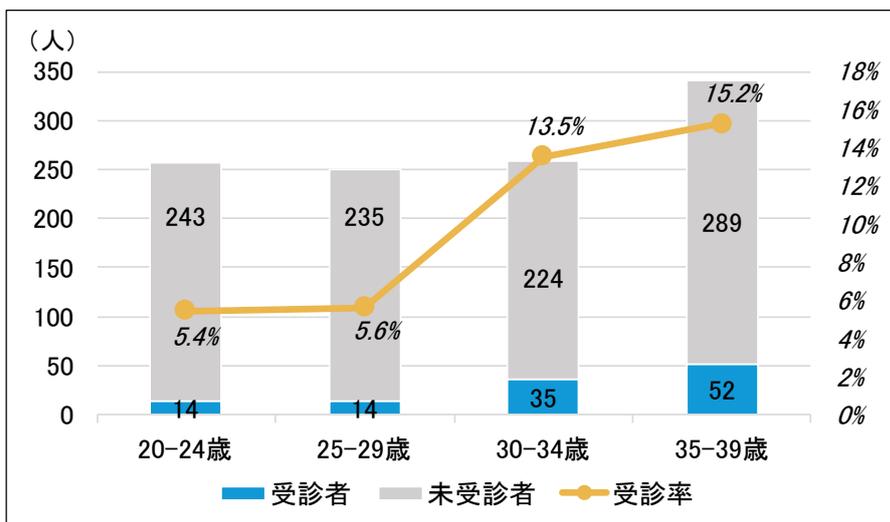
	受診者			未受診者（推定値）			
	治療中	未治療	うち受療勧奨	治療中	未治療	うち受療勧奨	受療勧奨計
高血圧	836	444	124	1,622	861	241	365
糖尿病	195	149	40	378	289	78	118

出典：瀬戸内市資料（特定健診データより集計）

8. 若年者の健康診査「けんこう 39 健診」の状況

図表 8-1 には国保加入者を対象とした若年者の健康診査年齢階級別受診率とその人数を示した。年齢が高くなるほど受診率が高く、35～39 歳の 15.2% が最も高かった。20～29 歳は約 5.5% と受診率が低かった。40 歳から始まる特定健診の受診を促進するためにも、特に 35 歳以上の年齢層の受診率向上を目指したい。

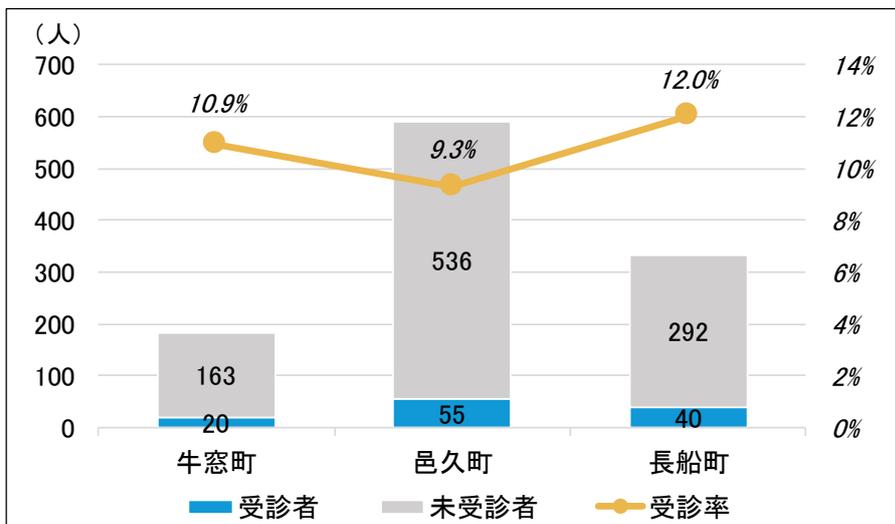
図表 8-1 若年者の年齢階級別受診率及び受診者数（平成 28 年度）



出典：瀬戸内市資料（けんこう 39 健診データより集計）

図表 8-2 には若年者の地区別受診率とその人数を示した。牛窓町 10.9%、邑久町 9.3%、長船町 12% であり、大きな差はみられなかった。いずれの地区も 20～55 名しか受診していなかった。今後は各地区の状況を把握し、対策を検討したい。まず優先的に対象者が多いにも関わらず受診率が低い邑久町から原因をみていきたい。

図表 8-2 若年者の地区別受診率及び受診者数（平成 28 年度）



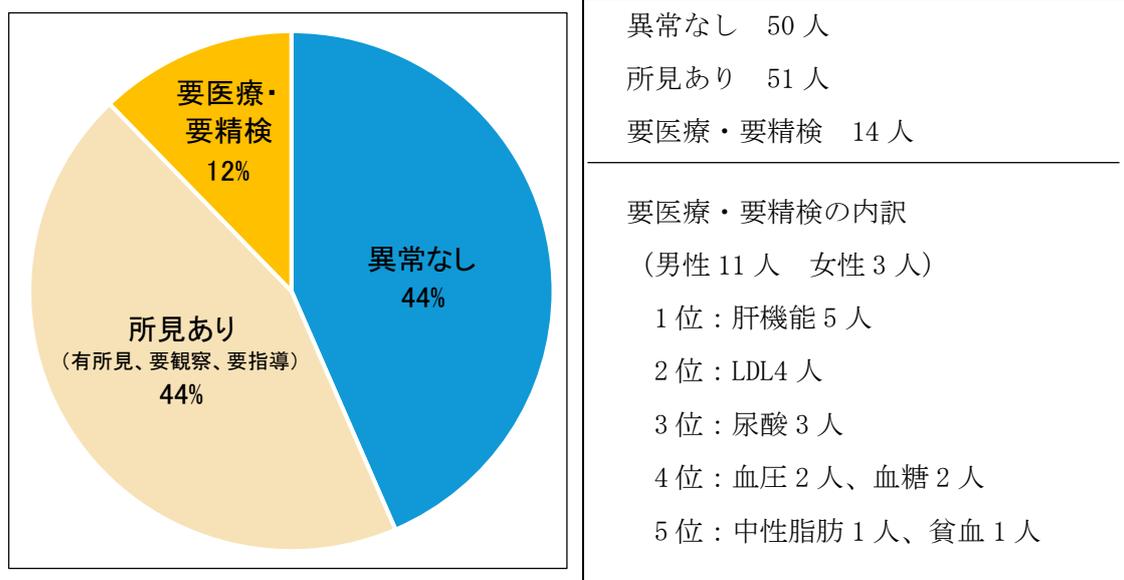
出典：瀬戸内市資料（けんこう 39 健診データより集計）

図表 8-3 に平成 28 年度若年者健診「けんこう 39」の総合判定の割合と人数を示した。異常なしは全体の 44%となり、所見あり（ほぼ異常なし）が 44%、要医療・要精検が 12%となった。

図表 8-4 には総合判定の割合を年齢階級別に示した。年齢が高くなるほど異常なしの割合が低下し、要医療・要精検は 35～39 歳が 15.4%、25～29 歳が 14.3%と高く、それ以外は 7～9%にとどまった。

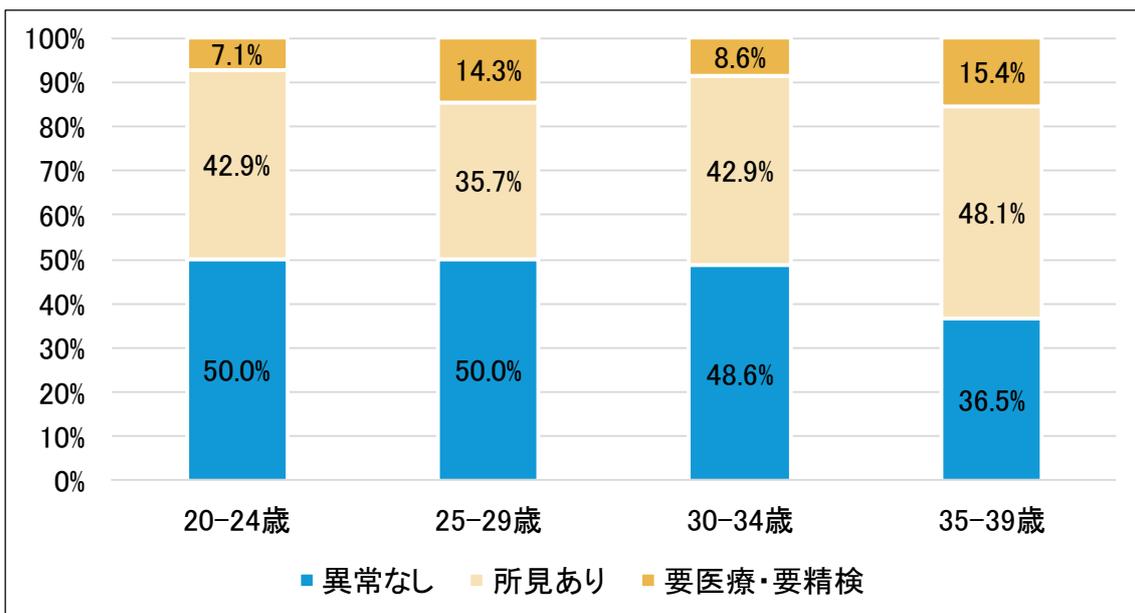
若年者は受診人数が少ないが、年齢によらず一定の人数が要医療・要精検であり、早期に発見し、早期に対策を行う必要がある。

図表 8-3 けんこう 39 の総合判定の割合（平成 28 年度）



出典：瀬戸内市資料（けんこう 39 健診データより集計）

図表 8-4 若年者の年齢階級別総合判定の割合（平成 28 年度）

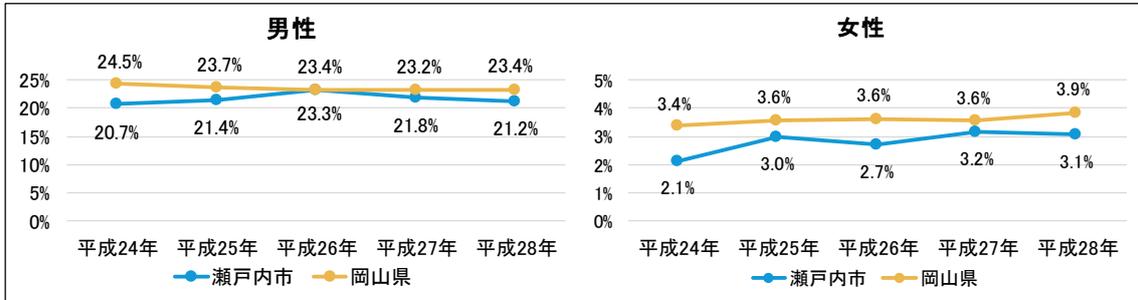


出典：瀬戸内市資料（けんこう 39 健診データより集計）

9. 特定健診質問調査票の状況

図表 9-1 に健診の間診から得られた喫煙状況について推移をまとめた。男性では岡山県よりやや低いが、低下傾向はみられない。女性も同様で県と比較して喫煙率は低いが低下傾向はみられない。

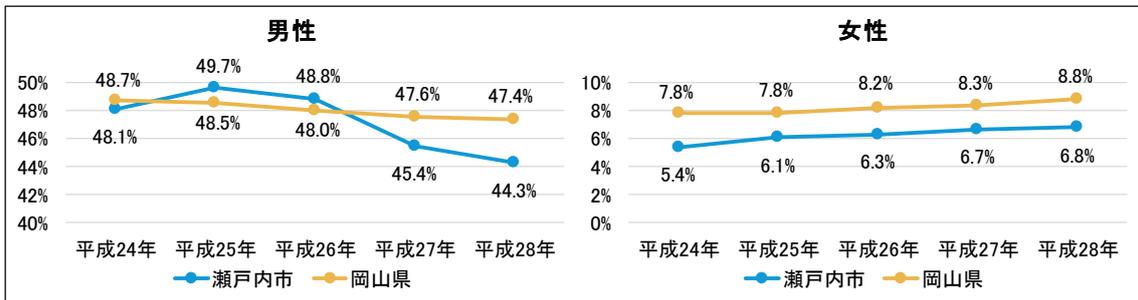
図表 9-1 現在、たばこを習慣的に吸っている人の割合（平成 24 年度～平成 28 年度）



出典：KDB／質問票調査の経年比較（平成 24 年度～平成 28 年度）

図表 9-2 に毎日お酒を飲む人の割合の推移を示した。男性では岡山県平均とほぼ同じであるが、女性ではやや低い傾向が継続している。

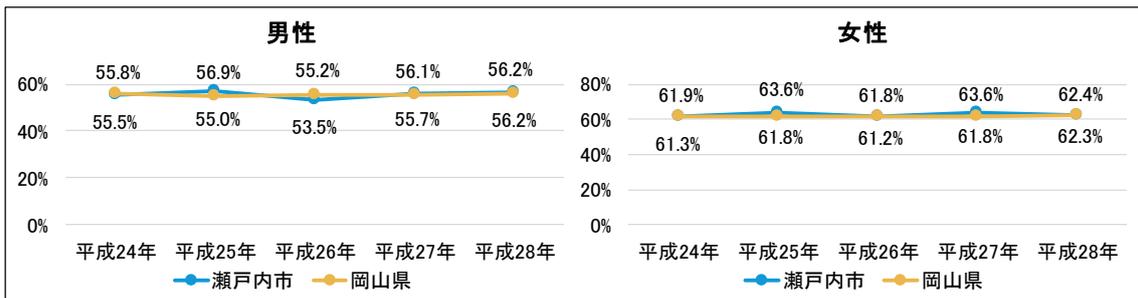
図表 9-2 お酒を飲む頻度（毎日の人の割合）（平成 24 年度～平成 28 年度）



出典：KDB／質問票調査の経年比較（平成 24 年度～平成 28 年度）

図表 9-3 は週に 2 回 1 年以上運動を行っていない人の割合を示した。男性 55%、女性 60% が運動をしていなかった。岡山県とほぼ同じであった。

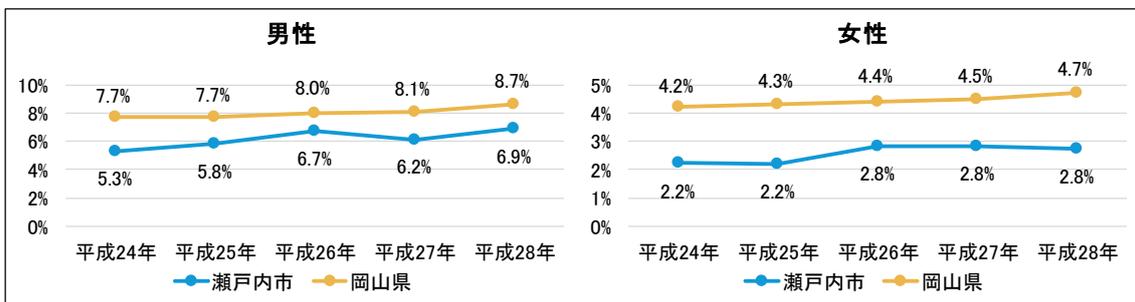
図表 9-3 週 2 回 1 年以上運動習慣なし（平成 24 年度～平成 28 年度）



出典：KDB／質問票調査の経年比較（平成 24 年度～平成 28 年度）

図表 9-4 は健診結果から得られた週 3 回以上朝食を抜く人の頻度で、男女とも岡山県と比較して低い値を示した。

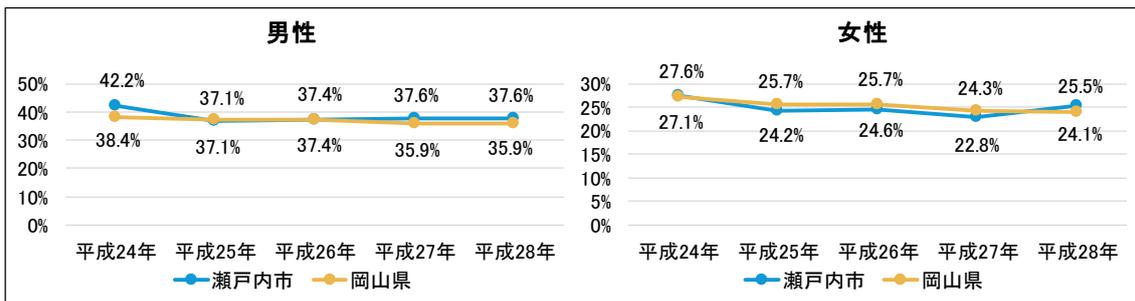
図表 9-4 朝食を抜くことが週に 3 回以上ある（平成 24 年度～平成 28 年度）



出典：KDB／質問票調査の経年比較（平成 24 年度～平成 28 年度）

図表 9-5 は生活を改善するつもりがない人の割合を示した。男女とも岡山県と比較してほぼ同様であった。

図表 9-5 生活を改善するつもりがない（平成 24 年度～平成 28 年度）

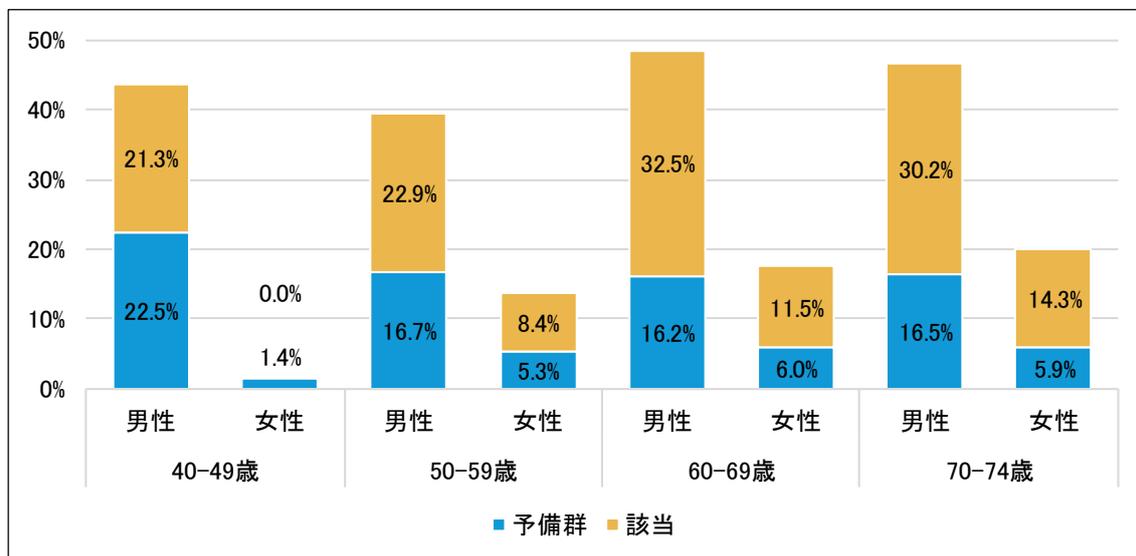


出典：KDB／質問票調査の経年比較（平成 24 年度～平成 28 年度）

図表 9-1 から図表 9-5 の問診結果をみると、不適切な生活習慣の率は岡山県よりはやや低い大きな差はみられない。また経年的にも変化はみられない。

図表 9-6 は年齢階級別のメタボリックシンドロームの構成割合を示した。男女ともに年齢が高いほどメタボ該当者の割合が高かった。女性は男性と比較して全体に低く、年齢との関係が明瞭であった。図には示さないが、経年的な変化は見られなかった。

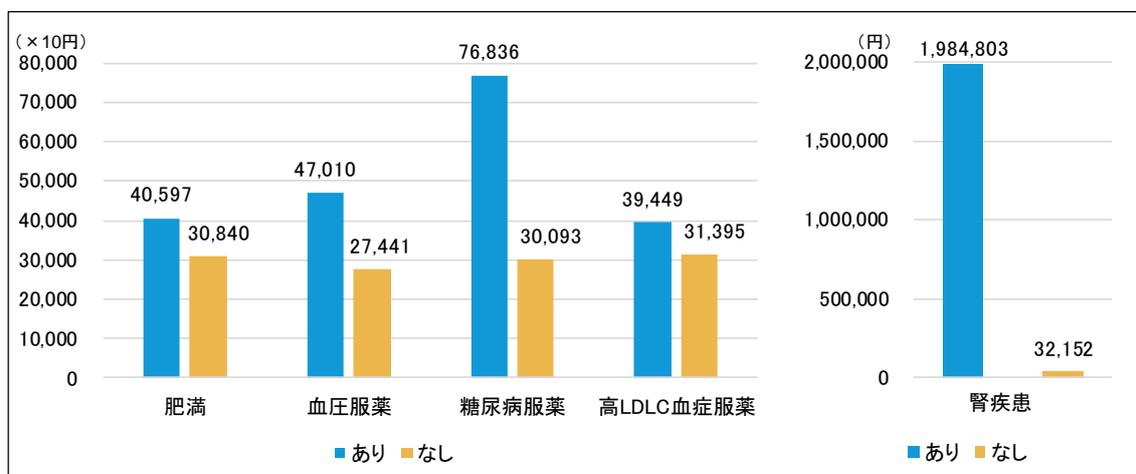
図表 9-6 性・年齢階級別メタボ該当者・予備群の割合（平成 28 年度）



出典：KDB／厚生労働省様式（様式 6-8）平成 28 年度メタボ予備群

図表 9-7 に健診結果で得られた問診結果と 1 人あたりの医療費との関連をまとめた。グラフでは肥満あり、肥満なし、服薬あり、服薬なしでそれぞれ表示している。特定健診の階層化基準に基づく肥満者はそうではない人と比較し 1 人あたり医療費が年間 10 万円多かった。服薬の有無で服薬していると回答した人（グラフでは「あり」と表示している）では 1 人あたり医療費は高血圧で 19 万円、糖尿病では 46 万円、腎疾患では 195 万円であった。

図表 9-7 生活習慣と健診結果、1 人あたり医療費との関連（平成 28 年度）

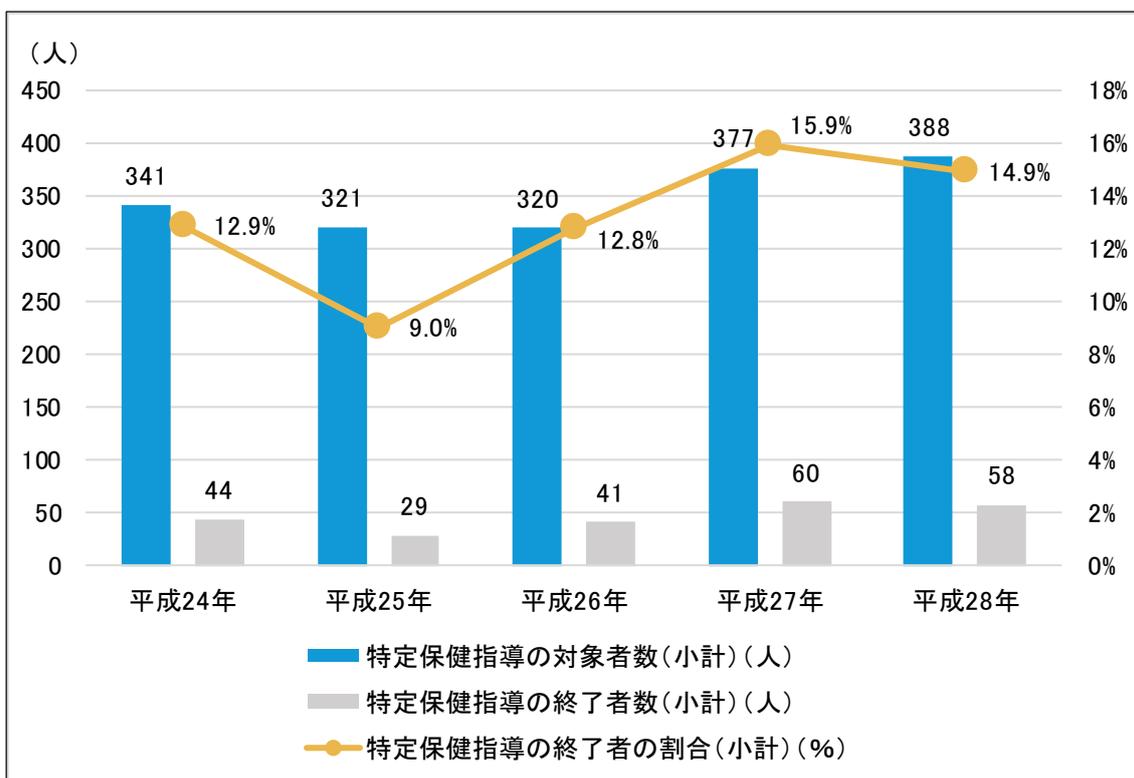


出典：瀬戸内市資料（医療費・特定健診データより集計）

10. 特定保健指導の状況

図表 10-1 は平成 24 年度からの特定保健指導の終了率の推移をまとめた。特定保健指導は平成 26 年度までは 13%にとどまっていたが平成 27 年度には 15.9%、平成 28 年度には 14.9%となった。（平成 28 年度は支援を開始しているが、年度内に終了しない人がいたため、実施率が見かけ上低く計算されている）

図表 10-1 特定保健指導実施率の推移（平成 24 年度～平成 28 年度）



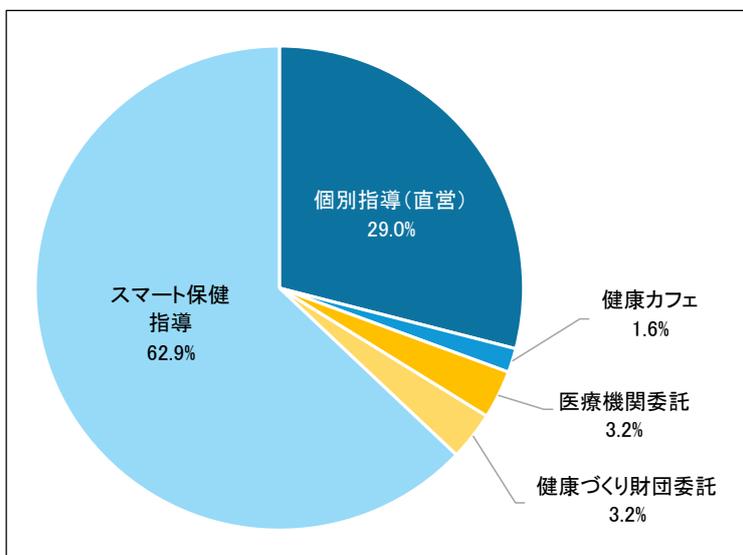
出典：特定健康診査・特定保健指導 法定報告

図表 10-2 に保健指導実施形態別の構成割合を示した。従来から実施している個別の保健指導に加え、平成 27 年度からモデル実施を行った「スマート保健指導」（健診当日に保健指導の声かけを実施）を開始したことで、大幅な伸びが達成できた。

また、「まちかど健幸相談」や「健康カフェ」といった気軽に参加できる事業に個別面談形式を設定したことで男性が参加しやすい体制づくりができた。

今後は、各指導の場面で対象者が参加しやすい工夫を継続することが重要である。また引き続き、健診当日の保健指導を、集団健診時及び瀬戸内市民病院での人間ドックでスムーズに実施する体制を検討したい。

図表 10-2 実施形態別の特定保健指導の実施割合と実施人数（平成 28 年度）



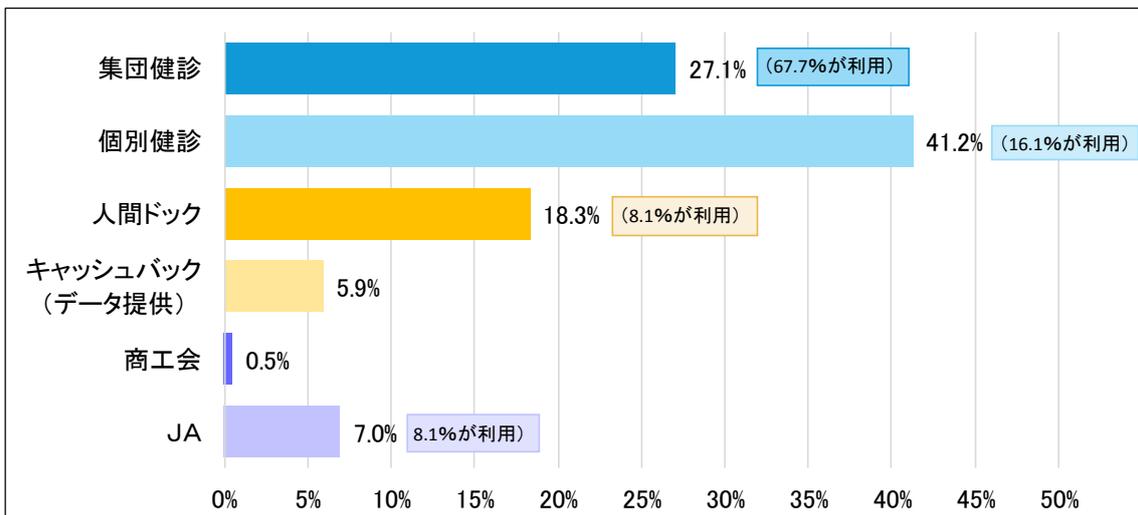
	人数 (人)	割合 (%)
個別指導 (直営)	18	29.0
健康カフェ	1	1.6
医療機関委託	2	3.2
健康づくり財団委託	2	3.2
スマート保健指導	39	62.9

出典：瀬戸内市資料（特定保健指導データより集計）

図表 10-3 に特定健診実施形態別の特定保健指導の実施率の違いを示した。集団健診ではスマート保健指導を導入した結果、高い実施率を得ることができたが、個別健診や人間ドックでは保健指導の実施率が低い状態にとどまっている。

平成 29 年度には人間ドックの検査の合間に特定保健指導について声かけを開始したことで、平成 28 年度は 8.1%の利用であったが、平成 29 年度は約 50%になる見込みである。

図表 10-3 健診実施形態別の特定保健指導実施率の違い（平成 28 年度）



出典：瀬戸内市資料（特定健診、特定保健指導データより集計）

図表 10-4 に平成 26 年度に特定保健指導を受けた人と受けていない人が、翌年の健診結果で体重がどのように変化したかを示した。保健指導を受けた翌年に健診を受診した人に限定した解析では、積極的支援を受けた人では 2.25kg 減少し、支援を受けない人より体重減少がみられた。動機づけ支援では差がなかった。

平成 28 年度から支援者の技術を向上させるために、実施効果を高めるための研修を行い、また支援プログラム、ツール、面談技術の標準化を行った。引き続き、支援技術の向上を目指したい。

図表 10-4 特定保健指導による体重の変化（平成 26 年度～平成 27 年度）

	積極的支援 未実施	積極的支援 実施	動機づけ支援 未実施	動機づけ支援 実施
人数 (人)	52	6	205	39
体重変化 (kg)	+0.5	-2.25	-0.8	-0.4

出典：瀬戸内市資料（特定健診、特定保健指導データより集計）

11. 重症化予防事業

図表 11-1 には、平成 28 年度に実施した受療勧奨を中心とした重症化予防事業の対象者のうち、平成 28 年度末、平成 29 年 10 月までのレセプトによる治療状況の確認を行った。高血圧は 30 名中、10 名が治療を開始し、治療率は 30%、糖尿病は 20 名中、15 名が治療を開始し、治療率は 75%となった。脂質異常症は 48 名中 22 名が治療開始し、46%の治療率となった。

支援の場面では、本人から「病院に行った」と回答があるが実際には行っていないこともあるため、必ずレセプトを確認し、声かけで終わらずきちんと治療を開始してもらうために、重点的な取り組みが必要である。

図表 11-1 未治療者対策後の治療人数（平成 28 年度～平成 29 年度）

(人)

	対象者	平成 28 年 治療者数	平成 29 年 治療者数
高血圧症	30	10	10
糖尿病	20	15	13
脂質異常症	48	22	19

出典：瀬戸内市資料（医療費データより集計）

※参考資料

重症化予防事業抽出基準

《対象者について①》 I かつ II（厚生労働省のプログラムを参考）

I. 2型糖尿病（空腹時血糖 126mg/dl または糖尿病治療中または過去に治療歴あり）であること

II. 糖尿病性腎症病気分類

病 期	尿アルブミン値あるいは尿タンパク値	GFR
第 1 期（腎症前期）	正常アルブミン尿（30 未満）	30 以上
第 2 期（早期腎症期）	微量アルブミン尿（30～299）	30 以上
第 3 期（顕性腎症）	顕性アルブミン尿（300 以上） あるいは持続性蛋白尿（0.5 以上）	30 以上
第 4 期（腎不全期）	問わない	30 未満
第 5 期（透析療法期）		

《対象者について②》 国のプログラム以外にも下記の値を参考とする。

	検査値
高血圧 II 度	収縮期160以上180未満かつ拡張期100以上110未満
	収縮期180以上または拡張期110以上
中等度糖尿病	空腹時血糖160以上200未満かつHbA1c7.4以上8.4未満
腎機能障害 1 度	HbA1c8.4以上
	eGFR50未満
高 LDL 血症治療勧奨	LDL180以上かつ男性

12. まとめ：健康課題の抽出と整理

本節ではこれまで行ってきたデータ分析をもとに、改めて健康課題を総合的に整理・分析していく。

課題1：要医療者の治療勧奨、治療中断や重複受診者へのアプローチ（重症化予防）

平成28年度に特定健診を受診して要医療・要精検判定は18%、510人と多い。その中で受療勧奨をして回答が得られた人のうち、半数しか受診していなかった。受診しただけで結果を活かしていない人が多い。また、20～39歳では12%、40～49歳では26.8%と、若年者では受療を必要とする人の割合は多く、若年者向けの対策も要する。

介護の状況からは要介護1以下の軽度の人が増加しており、介護度別疾患では心疾患は全体的に有病者割合が高く、脳血管疾患の有病者割合は介護度が重症の人で高いことが分かった。

また医療費に占める生活習慣病の割合は全体の30%であり、高額医療費のうち生活習慣病の割合も約40%であった。

このことから、生活習慣病の重症化予防として特定健診結果が要医療・要精検と判定された人のうち、未治療者の治療勧奨を重点的に行う必要がある。また治療を中断した場合、その実態を把握できるのはレセプトを管理している市のみとなることから、高額医療予備群である治療中断者へのアプローチをする必要がある。また、受療勧奨により治療につながった人や、治療中でも生活上の自己管理ができるように支援することで治療効果が期待できる、または状態悪化を防ぐことができる人には、かかりつけ医の指示のもと、保健師や栄養士の保健指導を実施していきたい。そのため、医療機関との連携を図り、事業内容や対象者選定基準等を検討することが重要である。

課題2：若年者への健診受診勧奨や啓発普及

年齢別の特定健診受診率をみると、40～49歳は20.9%、50～59歳は29.5%と低く、3年累積受診率をみると、40～49歳は72.4%、50～59歳は63.4%と長期未受診者も多く、健康状況の把握ができていないことがわかった。

一方、特定健診受診者のうち40～49歳の要医療・要精検の割合は26.8%と高いことから、潜在的に若年の有所見者が多くいることが想定されるため、健診受診率を高める必要がある。

また、スーパーや子育て関連機関での「まちかど健幸相談」等、健康づくり推進課との連携のもと啓発普及を行っていきたい。その際には、キャラクターグッズ等も活用していきたい。

課題 3：受診率や保健指導実施率向上のため医師会、市民病院、地域組織との連携

平成 26 年度以降、医療機関からのデータ提供体制の整備を行ったことにより特定健診受診者数は伸びたが、提供データの一部に不備があることがわかった。また、かかりつけ医で治療を受けている人の多くが特定健診を受診していると認識しているが、実際には約 6 割が受診していないことがわかった。

特定保健指導は集団健診受診者の実施率が高いが、人間ドックや個別健診受診者の実施率が低いことがわかった。人間ドックについては瀬戸内市民病院の協力のもと、ドック受診時の声かけで実施率が高まることが予測される。

また、個別医療機関での保健指導実施はここ数年 2～3 件にとどまっていることから、当日保健指導や短期間での実施を検討して導入し実施率向上に努めていきたい。

今後は、医師会、市民病院、地域組織と連携し、特定健診受診率及び特定保健指導実施率向上施策を検討する必要がある。

課題 4：生活習慣病の啓発普及

データ分析から医療費支出のうち生活習慣病医療費が約 4 割であり、また介護度別疾患の有病割合では糖尿病、虚血性心疾患、脳血管疾患等が全体の約 4 割を占めていることがわかった。

まずは健診で自身の健康について把握し、生活習慣の改善をすることで生活習慣病の悪化を防ぐことができること、瀬戸内市の特定保健指導や重症化予防事業で支援できることを含め、各課連携して普及啓発を行うことが重要である。

また、市の健康情報をもとにパンフレットを作成し、健康教育を通して健康課題を伝えるといった、市民に自身の健康について考える場を提供していくことが重要である。

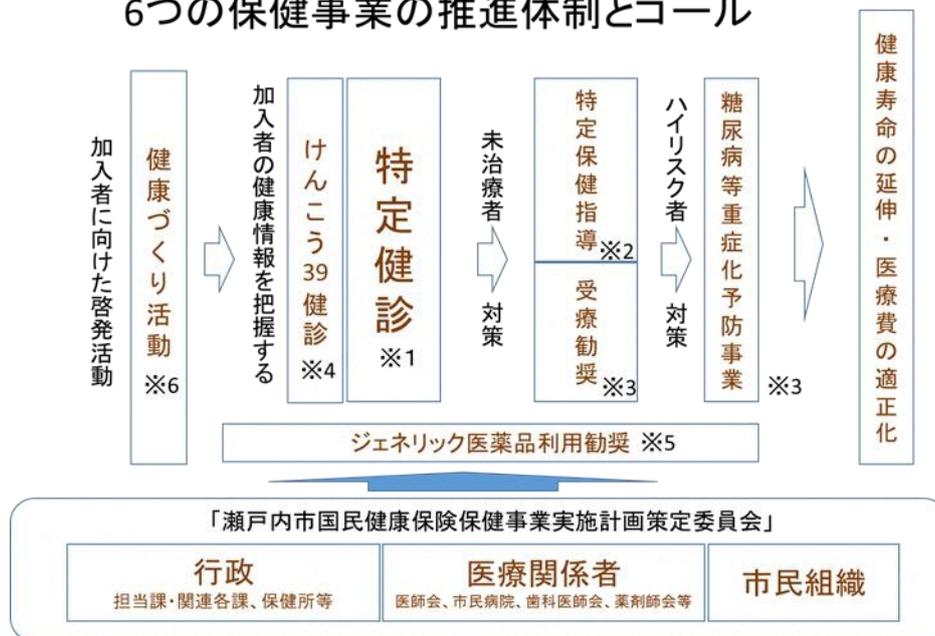
第三章 保健事業の振り返りと実施計画

医療保険者の保健事業は、健康づくりを積極的に行うとともに、生活習慣病医療費の適正化を推進することが目的である。瀬戸内市では各関係者の協力をいただき、特定健診受診率の向上と、特定保健指導の実施効果の向上に向けて取り組んできた。最近では、健診受診者で循環器疾患等の生活習慣病のハイリスク者を対象とした事業を展開している。保険者努力支援制度に対応した様々な施策を展開することができた。

今後の保健事業の効果的な展開には、行政のみにとどまらず、医療関係者、介護関係者等の幅広い力をさらに結集することが必要である。そのため計画策定にあたっては「瀬戸内市国民健康保険保健事業実施計画策定委員会」を組織して検討を行ってきた。

瀬戸内市の目指す保健事業は、若い年齢層から高齢者に至るまで、生活習慣病のリスクを最小限にとどめ、医療費の適正化・健康寿命の延伸を目指すものである。そのため保健事業を6つに区分し展開してきた。保健事業の第1～3番目は、特定健診、特定保健指導、重症化予防事業で特定健診を基礎とした保健事業である。さらに本市独自の事業として若年者健診（4番目）を行っている。後発品等の利用促進事業（5番目）についても項を設けるとともに、加入者全体をターゲットとした健康づくり事業（6番目）に関しても達成度と今後の課題を整理し、今後の計画について述べる。第1期実施計画（平成27年度から平成29年度）の振り返りと前章までの分析や課題の整理をもとに各事業の課題解決のための方針と実施計画を策定する。

6つの保健事業の推進体制とゴール



この計画の策定と実施を通じ、医療関係者や市民との積極的な健康づくり体制の構築を行って、効果的な保健事業の展開を目指す。最終的には健康寿命の延伸と介護や医療の適正化を実現することが目的である。

1. 特定健診

◆事業内容

<p>目的</p>	<p>生活習慣病リスクの程度と治療状況の把握を目的とし、メタボリックシンドロームに着目した健診項目を実施する。</p> <p>健診の場での生活習慣病予防の啓発</p>
<p>対象者</p>	<p>40～74 歳</p>
<p>実施期間</p>	<p>6 月から 12 月末まで／ひろいの健診（追加健診）2 月</p>
<p>目標値</p>	<p>平成 29 年度 40%以上（第 2 期特定健康診査等実施計画値）</p>
<p>実施方法</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・受診券を 5 月上旬に一括配付、新規加入者にも受診券を追加送付した。 ・通常の地域での集団健診や医療機関での健診のほか、瀬戸内市民病院での人間ドック及びがん検診と同時実施の総合健診（従来型）、プレミアム国保総合健診（巡回型人間ドック）を実施した。 ・国保総合健診（従来型）については、国保担当者にて電話受付を実施した。 ・その他、医療機関からのデータ提供に費用補助、市外医療機関で人間ドック受診者に費用補助した。 ・未受診者にデータ提供依頼（データ記入用紙と返信用封筒の送付）を行った。
<p>自己負担額 （費用）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診：ワンコイン健診 500 円（8,012 円） ・総合健診：900～5,300 円（8,012～26,422 円） ・プレミアム国保総合健診：基本料金 10,000 円（18,620 円） （オプション検査は別途料金） ・人間ドック：10,000 円もしくは 12,000 円 （37,000 円もしくは 39,100 円）（オプション検査は別途料金）

◆第1期計画の実績（アウトプット）

具体的な施策	実績
<p><u>1. 未受診者案内</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 9月、1月の2回、未受診者全員に案内を出した。 ・ 未受診者のうち、7～8割以上を訪問して受診勧奨を行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全て実施 (100%) ・ 目標 30% に対し 70%以上実施
<p><u>2. データ収集の強化とデータ提供体制確立</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師会を通して、市内医療機関にデータ提供の協力を依頼した。 ・ データ提供を増やすため、手数料のUPと手順マニュアルを作成した。 ・ 人間ドックのデータ持参者に5,000円助成した。 ・ 医療機関別にデータ提供対象者一覧を作成した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全て実施 (100%)
<p><u>3. 未受診者訪問とデータ収集</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 未受診者に電話や個別訪問で受診勧奨を行うとともにデータ提供を促した。 ・ 訪問時のアンケートによる健康意識調査を行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 対象者全員に実施 (100%)
<p><u>4. 受けやすい健診体制</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 人間ドックの受け入れ人数の増加 ・ がん検診を同時実施する総合健診受け入れ体制の拡充 ・ 「ひろいの健診」を総合健診として実施 ・ 自己負担の軽減（自己負担を500円に軽減：ワンコイン健診） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全て実施 (100%)
<p><u>5. 生活習慣病予防&特定健診の啓発普及</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 未受診者訪問時、医療費等のデータを掲載したオリジナルチラシ等による生活習慣病予防の啓発 ・ 広報や回覧板での啓発 ・ 市オリジナルポスターを作成し市内のスーパー・小売店等に配付 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全て実施 (100%)

◆第1期計画の成果（アウトカム）

受診方法を改善するとともに受診機会の拡大、充実を図り受診率の向上に結びつけることができた。特に人間ドックは受診枠の拡大とともに受診者数が伸びた。平成28年度以降はデータヘルス計画策定をきっかけに、未受診者訪問を行うことで一定の成果が得られた。医療機関からのデータ提供の仕組みを整備（医療機関を訪問し、データ提供を依頼）し、市内全医療機関から協力を得ることができた。これらを通じて平成29年度の計画値を超える見通しとなった。

指標	平成26年度 実績 (計面前)	平成27年度 実績 (1年度目)	平成28年度 実績 (2年度目)	平成29年度 (最終年度)	
				目標値	実績値 (見込)
特定健診 受診率	31.8%	41.2%	40.3%	40%以上	40%
医療機関 データ提供	3 医療機関	20 医療機関	20 医療機関	20 医療機関	20 医療機関

◆課題と対策の方向性

受診率は上昇傾向であるが、受診勧奨通知や訪問をしなくても定期的に受診をする人を増やすことを目指したい。今後もさらに医療機関との連携を深め、医療機関からの受診勧奨やデータ提供を増やしていきたい。また対象者が健康意識を持続できる仕組みづくりも必要である。

特定健診の実施については、加入者が受診しやすい体制整備を強化してきた。今後も引き続き、受診率維持向上を目指し体制づくりを行う。中でも、医療機関や薬剤師会等の組織への働きかけに重点を置いて実施する。また医療レセプトのない人や長期末受診者は健康状態が把握できないため、重点的に受診勧奨に取り組むべきである。

以上を要約すると、医療機関受診の有無に着目して対象者のセグメント化を図り、医療機関受診者に対しては医療機関や医師会等、医療関係者の協力を得て受診勧奨を行う。医療機関受診のない加入者に対しては、行政が訪問等を通じ受診啓発を行うことで、さらなる受診率の向上と潜在的な未治療者の発掘に努める必要がある。

◆今後の対策

対策1：健診の運営体制整備

医師会と協議の上、市外の医療機関委託先等の範囲拡大を行い、受診機会の拡大を行う。

また、医師会や瀬戸内市民病院との連携会議を年2～3回に増やし、健診体制について意見交換し、受けやすい健診体制やスムーズなデータ提供体制について検討する。受診者への結果説明会や要フォロー者へのアプローチ等、健診を活かした施策を検討し、健診のフォロー体制を整備する。

中間時点では、長期間未受診者の減少が得られているか評価し、受診者との医療費や健康状態のデータの比較を行い、対策の評価を行う。

対策2：受診勧奨（瀬戸内市民病院窓口での声かけ）

医療機関での系統的な受診勧奨のモデル実施として、瀬戸内市民病院の来院する人に窓口で保険証を確認、その後国保の加入者には人間ドックもしくは特定健診の受診勧奨を行うことについて検討を行い、モデル実施の可否や実施方法について、市民病院担当者と協議する。

対策3：未受診者個別訪問

当該年度未受診者のうち、年齢やレセプト有無等から対象者を絞り、個別訪問・受診勧奨を実施する。未受診者が多数いることから、地区ごと年度ごとに分割して実施する。実施対象者は各年度500人を抽出し、うち300人以上訪問することを目標とする。

◆第2期計画（平成30年度～平成35年度）実施計画

	実施内容 (アウトプット)	目標値 (アウトカム)
平成30年度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 邑久医師会の同意のもと近隣の市外医療機関（和気医師会等）への委託拡大 ・ 健康カフェや愛育委員会でデータヘルスをテーマに講話 ・ 40歳から59歳の未受診者の個別訪問（1/3地区） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関数の増加 ・ 受診率 41%以上
平成31年度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師会、市民病院と年2～3回、データヘルス計画や医療費健診をはじめとする保健事業について意見交換の場を設定 ・ 市民病院での国保加入者への窓口受診声かけ体制 ・ 愛育委員、栄養委員との検討会 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受診率 43%以上 ・ 医療機関の完全データ提供が100件以上となる。 ・ 市民病院の定期受診者のうち50%以上が特定健診を受診
平成32年度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診受診者と未受診者の健康状態や医療費を比較し、受診勧奨パンフレットを作成 ・ 40歳から59歳の未受診者の個別訪問（1/3地区） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受診率 45%以上 ・ 受診率 30%以上（40～59歳） ・ 市民病院からのデータ提供が50件以上/年となる。
平成33年度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診未受診者で過去データありの者の訪問を100%終了させる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受診率 47%以上 ・ 市内個別医療機関での定期受診者のうち70%が特定健診を受診
平成34年度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診未受診で過去データなし、レセプトなしの者を重点的に訪問 ・ 40歳から59歳の未受診者の個別訪問（1/3地区） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 年代別3年連続未受診者が40歳代60%、50歳代50%、60～74歳で30%を下回る。
平成35年度		<ul style="list-style-type: none"> ・ 受診率 50%以上 ・ 受診率 40%以上（40～59歳）

業務内容	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
医療機関委託範囲の拡大の取り組み	←→					
医師会との検討機会の増加		←→	←→	←→	←→	←→
瀬戸内市民病院での受診勧奨	検討	モデル実施	本格実施			
未受診者訪問	A地区		B地区		C地区	
未受診者案内(継続)	継続	継続	継続	継続	継続	継続
データ収集強化(継続)	継続	継続	継続	継続	継続	継続
啓発普及(継続)	継続		パンフ作成	継続	継続	継続

◆第1期計画の実績（アウトプット）

具体的な施策	実績
<p><u>1. 受けやすい保健指導体制づくり</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・スマート保健指導（過去1～2年間に特定保健指導対象者で当日の健診結果において今年度対象になりそうな人を抽出し、集団検診当日に声かけを行う）を新規事業として実施した。 ・集団保健指導（健康カフェ：個別指導が苦手な人が気楽に保健指導を受けられる内容の健康教室）を3か月に1回、定期開催した。 ・健康意識が高い受診後のできるだけ早期に保健指導案内を送付した。 ・保健指導を希望しない人には、食事分析に基づく健康相談やレター送付を行い柔軟に対応した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者全員に実施（100%） ・年4回開催（100%）
<p><u>2. 人間ドックにおける保健指導サービスの内容充実</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・人間ドック受診者で特定保健指導対象者に該当する可能性が高い人（過去1～2年間に特定保健指導対象者で、当日の検診結果において今年度対象になりそうな人）に対して、結果説明担当医師から特定保健指導の紹介・説明をした。 ・人間ドック受診者で特定保健指導対象者への保健指導案内を早期に行った（結果返送と同時に）。 ・人間ドック受診者の結果返送時に、生活習慣病予防や保健指導についての自作パンフレットを同封し、啓発普及を行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者全員に実施（100%） ・対象者全員に実施（100%） ・全て実施（100%）
<p><u>3. 特定保健指導の啓発普及</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・市の健康課題等をもとに自作パンフレット、ポスターを作成した。 ・広報や回覧板で啓発した。 ・個別訪問と電話による特定保健事業対象者への利用勧奨を行った。 ・市内の特定保健指導対象者が多いこと等、市の現状を伝えた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・全て実施（100%）

◆第1期計画の成果（アウトカム）

実施方法を継続するとともに利用機会の拡大を目指し、直営のみだけではなく医療機関、委託機関実施へ拡大し、以下の取り組みを行った。

- ・健診会場での声かけ「スマート保健指導」導入
- ・人間ドック結果説明時の保健指導勧奨実施
- ・健康カフェでの保健指導実施開始
- ・結果説明会での初回支援実施導入
- ・個別面接に難色を示す場合は、集団支援（健康カフェ）、まちかど健幸相談への変更等、柔軟な対応を実施した。

その他、健診当日に健診事業者とともに保健指導対象候補者に働きかける体制を確立した。医療機関で行う個別健診受診者の結果を受領するのに時間がかかるため、検査センターから直接該当者のデータを受け取り、早期に対応を行う体制づくりをした。また支援中断対策として、中断しそうな場合は市の保健師が介入を行い、継続を促した。

指標	平成 26 年度 実績 (計画前)	平成 27 年度 実績 (初年度)	平成 28 年度 実績 (2 年度目)	平成 29 年度 (最終年度)	
				目標値	実績値 (見込)
特定保健指導 対象者数	320 人	377 人	388 人	-	-
特定保健指導 実施率	12.8%	15.9%	14.9%	18%以上	18.0%
メタボ該当者 の割合	15.6%	17.9%	19.5%	5%減少	19.2%
特定保健指導 対象者割合	14.1%	13%	14%	5%減少	13.6%

◆課題と対策の方向性

特定健診受診者に占める保健指導対象者の割合は減少傾向である。実施率では、県内、全国と比較すると、まだ低く伸びしろがある状況である。健診受診率増加により、対象者が増加しているため、実務量の増加が数値に表れにくい状況にある。そこで計画には、率とともに実数を掲載したい。個別医療機関への委託による保健指導利用率が低く、市の直営割合が高いため、実施率を上げるには外部機関の活用と指導体制の強化が必要である。

特定保健指導実施率の増加を継続させるため、引き続き個別医療機関との連携による利用勧奨を実施するとともに、指導内容の充実や指導終了者へのフォロー体制づくりを行う。また健診受診率の上昇に伴い、対象者の増加に対応できる体制づくりを行う。その他、健康ポイント制度についても検討する。

◆今後の対策

対策1：体制整備

受けやすく、かつ効果のある保健指導の提供を確立する。また保健指導利用者、終了者が自らの力で取り組みを継続できるよう、一緒に健康を守る仲間づくり「おでかけ健康モニターさん」の体制づくりや個別医療機関での当日保健指導の導入を行う。

対策2：利用勧奨

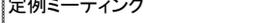
瀬戸内市民病院との連携のもと、人間ドックの当日保健指導がスムーズに行える体制を構築する。医師会と医療機関からの利用勧奨について意見交換していく。

対策3：保健指導の質の向上

研修によるスタッフのスキルアップ及び定期ミーティング、年2回の事業検討会を実施し、保健指導の効果を高めていく。毎年、保健指導対象者の検査値からの効果判定を行う。

◆第2期計画（平成30年度～平成35年度）実施計画

	実施内容 (アウトプット)	目標値 (アウトカム)
平成30年度	<ul style="list-style-type: none"> ・まちかど健幸相談や結果説明会での保健指導フォロー体制構築 ・市民病院、衛生部門、地域包括ケアとの保健指導に関する意見交換 	<ul style="list-style-type: none"> ・実施率 25%以上 ・実施人数 100人以上
平成31年度	<ul style="list-style-type: none"> ・人間ドックでの「スマート保健指導」の体制整備を市民病院と行き、対象者のうち50%に毎年実施する。 ・後期高齢者の健康課題について意見交換 	<ul style="list-style-type: none"> ・実施率 27%以上 ・実施人数 105人以上 ・人間ドックの「スマート保健指導」実施率 50%
平成32年度	<ul style="list-style-type: none"> ・個別医療機関での当日保健指導の体制の試行 ・保健指導卒業者フォロー体制の話し合い ・後期高齢者の健康教室や保健指導の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・実施率 30%以上 ・実施人数 120人以上 ・個別医療機関での保健指導実施者 2～3名以上
平成33年度	<ul style="list-style-type: none"> ・2か月に1回のミーティングや研修会で保健指導担当者の指導内容の向上を実施 ・個別医療機関での当日保健指導の体制の検討会 ・保健指導卒業者向けパンフレット作成 	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導実施3年後の検査値平均の改善 ・メタボ該当率 15%未満 予備群 10%未満 ・保健指導実施者の2年後保健指導卒業者 20%以上
平成34年度	<ul style="list-style-type: none"> ・個別医療機関での当日保健指導の体制の確立 	<ul style="list-style-type: none"> ・実施率 35%以上 ・実施人数 140人以上
平成35年度	<ul style="list-style-type: none"> ・フォロー体制の確立 	<ul style="list-style-type: none"> ・実施率 40%以上 ・実施人数 160人以上 ・健診受診者のうち保健指導希望者が35%以上になる

業務内容	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
実施体制の体制整備	体制整備・意見交換 		フォロー体制 検討			フォロー体制 確立
利用勧奨	継続 					
当日保健指導実施	ドックで 実施	ドック 体制確立	個別医療機関 試行	個別医療機関 検討会	個別医療機関 体制確立	
後期高齢者向け対策		意見交換	健康教室 保健指導実施			
集団保健指導(継続)	継続 					
指導体制の強化(継続)				研修会 体制強化	定例ミーティング 	
啓発普及(継続)	継続 			パンフ作成 		

3. 重症化予防事業

◆事業内容

<p>目的</p>	<p>生活習慣病に関する検査結果から病気発症や重症化の可能性のある人に対して個別訪問等により受療勧奨や生活改善支援を行い、生活習慣病の重症化予防を行う。</p>
<p>事業方針</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・未治療者に対しては医療受診を勧めた。 ・第4期、第3期糖尿腎症の疑いがある人のうち重症度が高い対象者は、保健指導は実施せず医療につなげた。 ・特定保健指導対象者は、受療勧奨と並行して保健指導を実施した。 ・特定保健指導対象者以外の人にはかかりつけ医の了解、指示のもと保健指導を実施した。
<p>対象者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・平成28年度は、平成27年、平成28年度の特定健診結果より対象者を抽出した。 ・平成29年度は、平成29年度特定健診結果より対象者を抽出した。 <p>※抽出基準はP44参照</p>
<p>実施期間</p>	<p>初回支援から半年間</p>
<p>目標値</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・要医療・要精密検査者の80%に個別訪問もしくは電話での勧奨を実施 ・受療中の重症化予防事業の方法の確立
<p>実施方法</p>	<p>平成28年度 受療勧奨 面接指導2回、電話指導2~4回（状況によって面接に変更）</p> <p>平成29年度 治療中者支援のモデル実施を行った。 アセスメント1回、面接指導4回を予定</p> <p>内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師会と連携して対象者抽出後、事業についての案内を作成し訪問、健康状況や治療状況の確認 ・支援の実施方法やポイントを研修や事前ミーティングで確認 ・訪問後は反省会を開き、支援内容の振り返りと今後の課題を確認 ・受療継続確認は、本人、レセプト、服薬（レセプト）で実施 <p>※治療中の場合は、必ずかかりつけ医師より「生活指導確認書（主治医意見書）」をいただき確認書をもとに実施した。</p>

◆第1期計画の実績（アウトプット）

具体的な施策	実績
<p>1. 市内医療機関と重症化予防対策について検討する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関とともに重症化予防の必要性について話し合う会議を設けた。 ・内服治療中の特定保健指導基準該当者について、保健指導が実施できるように情報交換を行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・全て実施 (100%)
<p>2. 健診受診後、要医療・要精検となった受診者に受診勧奨を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・要医療・要精検対象者へ個別訪問による受療勧奨を行った。 ・特定健診結果返送時に受診行動を促すパンフレットを送付した。 要医療・要精検対象者への個別訪問または電話勧奨を実施した。 ・集団健診の重症化予防対象者に紹介状を作成した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者の 65%に実施

◆第1期計画の成果（アウトカム）

本事業の開始にあたり、全面委託ではなく直営での取り組みを決断し、重症化予防事業の体制整備を行った。但し、事業の組立て等を外部アドバイザーに委託し、支援者の技術向上を目的とした研修を行った。研修は市民課の専門職、支援者のみならず、市内関連部署支援者や委託事業者、近隣の市町村へ参加者を拡大したことで、重症化予防事業に対する意識統一ができ、さらに統一のプログラム、支援ツールの活用ができる体制が整備できた。

医師会への事前説明、事業報告を行った。初年度は、重症化予防事業対象者の未治療者に紹介状を作成し、医師会に回答の協力を依頼した。

支援内容は、事前の担当者会議にて、対象者の課題や支援ポイントについてアセスメントを実施し、支援後きちんと受療につながったか確認した。結果として、受療につながるケースが増加していた。現在は受療中者の保健指導の体制づくりの検討、モデル事業実施が進んでいる。

なお、成果目標については、体制整備と受療勧奨の実施体制の整備を目標としたため、設定していない。

◆課題と対策の方向性

特定健診受診者のうち、治療中を含め半数以上が「要医療」「要精密検査」である。未治療者に対しては受療勧奨が重要であるが、効率よく、かつ効果的に行っていく必要がある。面接による受療勧奨を実施しても治療を開始しないケース、治療中断になる対象者も少なくない。引き続き医療機関との連携を強化し、治療の開始と継続率を高める対策を立てたい。特に瀬戸内市民病院でのモデル実施を通じて、市として対象者の抽出や実施内容の確立、体制整備を引き続き行うこととする。

◆今後の対策

対策1：医療機関や地域組織の連携

医師会や瀬戸内市民病院と年2～3回意見交換を行い、重症化予防事業の対象者や内容を決定する。未治療者や、治療中者の状況を把握し、各課連携しながら対象者の支援を実施できるように調整を行い、糖尿病地域医療連携会議、歯科医師会、薬剤師会に出席し情報提供する。また市民組織を通じ、生活習慣病に関する情報提供を行って、予防と治療のあり方について啓発する。

対策2：受療勧奨

健診後、要医療・要精検対象者への個別通知を行い、2か月後のレセプトを確認し、治療を開始していない場合は、個別訪問または電話勧奨を実施する。

毎年、1つの町の対象者は100%勧奨。集団健診で昨年度の要医療者には治療状況等の確認。

対策3：治療中者に対する対策

医師会や瀬戸内市民病院と連携し、治療を継続しているが生活改善が必要な人に対し、保健指導を実施する。アセスメントを行い、対象者の食習慣、運動習慣等生活習慣の把握を行った上で、支援を行うこととする。支援を行うにあたり、かかりつけ医師との連携を図り定期的に報告を行うこととする。

対策4：重複受診者に対する対策

重複受診者の対象者抽出方法を決める。また、対象者への支援方法について、健康づくり推進課や福祉課と意見交換する。

◆第2期計画（平成30年度～平成35年度）実施計画

	実施内容 (アウトプット)	目標値 (アウトカム)
平成30年度	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病医療連携会議で重症化予防の必要性について検討。医師会、市民病院、保健所、衛生部門等と意見交換 愛育委員、栄養委員に重症化予防についての啓発 	<ul style="list-style-type: none"> 集団健診からの重症化予防対象者の80%受療 対象者全体の受療率30%以上
平成31年度	<ul style="list-style-type: none"> 重症化予防事業の対象者や内容が決定し、毎年10名に実施する（対象者の決定は、市民病院、衛生部門と相談） 	<ul style="list-style-type: none"> 対象者全体の受療率40%以上
平成32年度	<ul style="list-style-type: none"> 年2～3回、研修会開催 2か月に1回定期的にスタッフミーティングを開催（市民病院、健康づくり推進課、トータルサポートセンター） 	<ul style="list-style-type: none"> 対象者全体の受療率50%以上
平成33年度	<ul style="list-style-type: none"> 重複受診者の対象者選定やフォロー体制ができる 重症化予防事業の体制について市民へお知らせ 	<ul style="list-style-type: none"> 対象者全体の受療率60%以上
平成34年度	<ul style="list-style-type: none"> 人間ドック当日での事業実施 	<ul style="list-style-type: none"> 対象者全体の受療率70%以上 特定健診受診者のHbA1c平均値6.0未満
平成35年度	<ul style="list-style-type: none"> 近隣市町村との事業評価・意見交換体制ができる。 	<ul style="list-style-type: none"> 治療中の保健指導対象者の3年後検査データが悪化しない。 新規導入透析患者が毎年1名、またはなし 疾病ごとの1人当たり医療費（糖尿病合併症群）県平均と同等なる。

業務内容	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
医療機関や近隣市町村との連携強化	体制整備・意見交換				ドックで実施	近隣市町村と意見交換
治療勧奨	継続					
治療中者に対する対策	モデル実施	体制整備	本格実施			
指導体制の強化(継続)	継続					
啓発普及(継続)	継続			市民へお知らせ		

4. 若年者健診 「けんこう 39 健診」

◆事業内容

目的	若年者の生活習慣病の早期発見と予防、普及啓発
対象者	20～39 歳
実施期間	特定健診と同様
実施方法	特定健診と同様
自己負担額（費用）	特定健診と同様
目標値	未設定

◆平成 29 年度実績

平成 28 年度より若年層向けの健診として「けんこう 39 健診」制度を開始した。実施については特定健診と同条件とし、運営、結果処理、有所見者対策を含め、効率的に実施できるように体制整備を行った。平成 29 年度は体制整備や広報を行い、実施においては軌道に乗った。受診方法及び機会の拡大、充実を図り受診率の向上に寄与した。なお、成果目標については、体制整備と健診を軌道に乗せることを目標としたため、設定していない。

◆課題と対策の方向性

生活習慣病のリスクが高まる年代（40 歳）より前に健診を受診する習慣をつけ、メタボリックシンドロームの予防や、疾病の早期発見をすることが必要であるが、若年者層は健康に対する意識がまだ低く、受診率に結びつかない。さらなる受診率向上のために、電話や個別訪問による受診勧奨の実施及び採血キット使用等、受診しやすい環境を整備する。また「けんこう 39 健診」制度の認知度の向上策を検討したい。要医療者は 100%治療につなげる。

◆今後の対策

対策 1：未受診者個別訪問

未受診者のうち、年齢やレセプト有無等から対象者を絞り、個別訪問・受診勧奨を実施する。対象となる全ての未受診者に働きかけるため、3 地区に区分し、3 年間で一巡させる。なお訪問にあたっては、特定健診未受診者対策と連携し業務の重複を低減させる。対象者が 3 年間で一巡するが、対象者が入れ替わるため、次の 3 年間も同様の取り組みを行う必要がある。

対策 2：広報・啓発の取り組み

特定健診と合わせて一体的に広報を継続するとともに、他部署、瀬戸内市民病院、医師会等とも連携し広報を検討する。第 2 年度以降は作成した広報案を実施して、その効果を検証しながら、若年者にとって魅力的な広報の仕組みを検討する。平成 32 年度は前期計画期間全体の効果を検証し、新たな検討の枠組みを構築して、さらなる受診率向上への取り組みを行う必要がある。

◆第2期計画(平成30年度～平成35年度)実施計画

	実施内容 (アウトプット)	目標値 (アウトカム)
平成30年度	<ul style="list-style-type: none"> 未受診者の個別訪問 (1/3 地区) 広報案の作成 若年者向け PR グッズ作成 年3回以上衛生部門と連携して健康相談開催 	<ul style="list-style-type: none"> 受診率 11%以上
平成31年度	<ul style="list-style-type: none"> 未受診者の個別訪問 (1/3 地区) 広報案の実施と改善 広報回覧、配布 (愛育委員、栄養委員、学校、保育園) 要医療、要精検者の受療訪問 (1/3 地区) 保健指導実施 (1/3 地区) 	<ul style="list-style-type: none"> 受診率 11.5%以上
平成32年度	<ul style="list-style-type: none"> 未受診者の個別訪問 (1/3 地区) 前半完了 若年者向け生活習慣病予防チラシ作成 要医療、要精検者の受療訪問 (1/3 地区) 保健指導実施 (1/3 地区) 自宅での採血キット使用による保健事業の試行 	<ul style="list-style-type: none"> 受診率 12%以上
平成33年度	<ul style="list-style-type: none"> 未受診者の個別訪問 (1/3 地区) 要医療、要精検者の受療訪問 (1/3 地区) 保健指導実施 (1/3 地区) 自宅での採血キット使用による保健事業の体制確立 	<ul style="list-style-type: none"> 受診率 13%以上
平成34年度	<ul style="list-style-type: none"> 未受診者の個別訪問 (1/3 地区) 若年者向けの健康教室 要医療、要精検者の受療訪問 (1/3 地区) 保健指導実施 (1/3 地区) 	<ul style="list-style-type: none"> 受診率 14%以上
平成35年度	<ul style="list-style-type: none"> 未受診者の個別訪問 (1/3 地区) 完了 要医療、要精検者の受療訪問 (1/3 地区) 保健指導実施 (1/3 地区) 	<ul style="list-style-type: none"> 受診率 15%以上

業務内容	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
未受診者訪問	A地区	B地区	C地区	A地区	B地区	C地区
保健指導実施		A地区	B地区	C地区	A地区	B地区
広報・啓発の取り組み	PRグッズ 健康相談	広報回覧	チラシ 作成		健康教室	
採血キットを使用した事業の整備			モデル実施	体制確立・本格実施		
受診体制の整備(継続)	継続					

5. 後発医薬品利用促進事業

◆事業内容

目的	後発医薬品の使用促進を図ることで、患者負担の軽減や医療保険財政の改善を図った。
対象者	<ul style="list-style-type: none"> 後発医薬品に切り替えた場合、月間 100 円以上の削減効果が得られると見込まれる人で後発薬利用率が 100%未滿の人を対象とした。 ※一度送付した人へは 4 か月は送付しない。但し、5 か月目に未だ後発医薬品に切り替えが進まず、上の条件を満たしている人とした。
実施期間	差額通知を年 12 回、毎月 1 回送付
実施方法	<p>平成 24 年度から実施、事業者へ委託</p> <ul style="list-style-type: none"> 後発医薬品への切り替えを促進するため、後発医薬品に切り替えた場合の薬代の自己負担軽減額を通知（年 12 回）。行動変容を促しやすいように、削減効果の大きい人から順次発送し、削減効果を発揮させた。 新規加入者へは後発医薬品の希望を医師や薬剤師に伝えやすくするための「カード」を配付した。
目標値	平成 29 年度に 70%以上

◆第 1 期計画の実績（アウトプット）

具体的な施策	実績
<ul style="list-style-type: none"> 年 12 回差額通知を発行 新規加入者へは後発医薬品の希望のための「カード」を配付 	<p>全て実施 (100%)</p>

◆第 1 期計画の成果（アウトカム）

年 12 回差額通知を送付（1 回あたり約 250 通）、毎月約 300～400 万円は削減できた。

指標	平成 26 年度 実績 (計画前)	平成 27 年度 実績 (初年度目)	平成 28 年度 実績 (2 年度目)	平成 29 年度 (最終年度)	
				目標値	実績値 (見込)
利用率	70.3%	72.6%	76.7%	70%以上	78.5%

◆課題と対策の方向性

後発医薬品の使用状況は毎年度向上しており、国の目標値を大きく上回っている。しかし後発薬利用率が高くなると差額通知を送っても切り替えない人の割合が増加する恐れがあることから、次の国の目標である成32年9月80%の達成に向けて、継続的に向上する働きかけを行う必要がある。平成30年4月から国保連への委託へ切り替え、通知回数及び対象者の抽出基準を変更する。

◆今後の対策

体制整備と安定した事業実施

平成30年4月から国保連への委託へ切り替えるため、初年度は実施体制の整備を行うこととし、年3回送付、毎回の発送数を約1,000件程度へ変更する。対象者は「月間500円以上の削減効果（初期状態）が得られると見込まれる人かつ後発品率が100%未満の人」とする。なお前年に送付した人は対象外とする。（隔回発送とする）

◆第2期計画（平成30年度～平成35年度）実施計画

	実施内容 (アウトプット)	目標値 (アウトカム)
平成30年度	・実施体制の整備 ・対象者への通知を100%発送	・利用率 79%以上
平成31年度	・実施体制の整備 ・対象者への通知を100%発送 ・薬剤師会との検討会	・利用率 79.5%以上
平成32年度	・実施体制の整備 ・対象者への通知を100%発送 ・健康相談 2会場で実施	・平成32年9月までに利用率 80%以上
平成33年度	・対象者への通知を100%発送 ・薬剤師会と改善案	・利用率 80.5%以上
平成34年度	・対象者への通知を100%発送	・利用率 81%以上
平成35年度	・対象者への通知を100%発送	・利用率 81.5%以上

6. 健康づくり対策、他

◆健康教室

事業名	健康カフェ
目的	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病について集団で気軽に学ぶことができる場とした。 血圧や体重等計測で健康チェックをした。 日常生活における生活習慣病予防の取り組みを意識づけた。 保健指導対象者は集団保健指導として活用できた。
対象者	保健指導対象者、一般市民 ※平均 70～80 名の参加者
内容	<ul style="list-style-type: none"> 血圧測定、体重・腹囲測定 年間でテーマを決めて健康ミニ講話（平成 29 年度は糖尿病をテーマに） 体力チェックとゆる★らく体操（だれでもできるゆるく楽にできる体操） 栄養についてのお話と試食 グループ座談会（振り返りと今後の取り組みについて） ※市民課、市民病院、集団健診委託機関が連携して事業を実施した。
特徴 課題	<ul style="list-style-type: none"> 平成 27 年度から開始。開始当初は 30 名程度の参加であったが、現在は 80 名程度と参加者が増加した。 30～90 代と幅広い年齢層の人が参加。男性の参加も 1 割あった。 気軽に健康について学べると好評であった。 今後は、健康ボランティア育成の場にもしていきたい。 保健指導利用者のフォローの場ともなっている。保健指導対象者の参加を増やしていきたい。



◆健康相談

事業名	集団健診健康相談コーナー
目的	<ul style="list-style-type: none"> 健康について意識が高い健診の場を利用して、受診者1人1人に自分の健康について知ってもらうとともに行動変容を促す。 市の健康に関するデータを提供し、市全体の健康にも興味を持ってもらう。
対象者	集団健診受診者 ※後期高齢者や20～30代の若年者も含む
内容	<ul style="list-style-type: none"> 受診者1人1人に健診終了時に健康相談を実施 毎年テーマを決めて市オリジナルのパンフレットを作成し、生活習慣病予防について説明した。 みそ汁の試飲により塩分チェックや野菜の手ばかりといった体験内容も入れた。 保健指導対象者には、相談コーナーを利用して保健指導を実施した。 ※健康づくり推進課との連携にて実施
特徴課題	<ul style="list-style-type: none"> 普段、健康に意識が低い人にも健康アドバイスをを行った。 健診会場を利用することで、効率よく面接で実施した。 健診の一部として実施しているため、拒否がない。 集団健診当日保健指導（スマート保健指導）の声かけの場としても活用したい。

事業名	まちかど健幸相談
目的	<ul style="list-style-type: none"> 健康意識が低い人への生活習慣病の啓発普及 個人の健康意識を持っていただく。 生活習慣病予防は妊娠・乳幼児期といった早期からの取り組みが重要であるため、若年者や保護者への啓発普及の場として活用 要フォロー者や保健指導フォローの場
対象者	一般市民（国保加入者中心） 要フォロー者、保健指導対象者または以前保健指導利用者
内容	体組成計や血管年齢、ストレスチェックを実施。結果をもとに健康アドバイスをを行った。同時にパンフレット等で生活習慣病予防の啓発普及を行った。 ※市内薬局やスーパー、市民病院と連携して実施した。
特徴課題	<ul style="list-style-type: none"> 健康チェックという形なので、気軽に参加できるため、健康意識が低い人も利用できる。また健康チェックの結果をもとに説明やアドバイスを行うことで、短時間でも自分の健康について興味を持てる。 市内の薬局や市民病院との連携の場となっている。

◆広報ツール

事業名	健康カフェレター
目的	健康カフェの内容をレターという形で記録し、参加者に内容を振り返ってもらう。また参加していない人にもレターを配布することで啓発普及を行える。
対象者	一般市民
内容	<ul style="list-style-type: none"> 健康カフェの内容をレターという形で記録に残し、カフェ参加者に郵送した。 同時に市のHPに掲載し、一般市民にも啓発普及を行った。
特徴 課題	レターというパンフレットはカフェの内容を記録として残し、カフェの効果をもさらに広げることができると好評である。

事業名	ゆる★らく体操パンフレット
目的	<ul style="list-style-type: none"> 健康カフェで行っている体操をパンフレットにすることで、自宅でも体操が行える。 カフェに参加していない人にも運動を促すことができる。
対象者	一般市民
内容	健康カフェで毎回パンフレットを見ながら体操を行い、自宅でも行うように促す。健診会場や保健指導時に配布して、運動を促した。
特徴 課題	誰でも気軽にできる体操で、健康カフェで繰り返ししPT指導のもと行っているため、自宅で体操するきっかけとなっている。

事業名	まいにち健康手帳
目的	オリジナル記録帳を作成し自己管理を促す。
対象者	一般市民（国保加入者中心）
内容	健診や健康相談、保健指導において体重や血圧の記録の大切さを伝え、記録帳の記載方法を説明する。本日からすぐに記録するように促した。
特徴 課題	<ul style="list-style-type: none"> オリジナル手帳には、血圧のパンフレット等もついており、血圧の基準値等も確認しながら記録することができる。 記録の習慣づけにつながりやすい。

第四章 計画の見直し

この計画に策定した事業については、毎年度目標の達成状況を評価し、必要に応じて事業の見直しを行う。

また、平成 32 年度には中間評価としてこれまでに行った事業の評価を行い、評価結果をその後の事業に反映させることとする。さらに平成 35 年度には最終評価を行い、評価結果を次期計画に反映させることとする。

第五章 計画の公表・周知

この計画は瀬戸内市公式ホームページで公表する。またこの計画を改定した場合にも、速やかに公表を行い、周知を図る。

第六章 実施運営上の留意事項

この計画に策定した事業の推進にあたっては、保健事業を担当する関係部局や関係機関、団体と連携し、それぞれが持つ課題を共有し、各事業を運営する。また、医療費の特性や健康課題について共通認識を持って事業を推進していくように努める。

第七章 個人情報保護に関する事項

この計画に策定した事業の実施にあたり、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号。以下法という。）及び法に基づくガイドライン等に定める役員、職員の義務（データの正確性の確保、漏えい防止措置、従業者の監督、委託先の管理）等について周知を図る。

そして国民健康保険法第 120 条に基づき、本市の職員及び本市の職員であった者は、保健事業を実施する際に知り得た個人情報に関する守秘義務規定を順守する。

また事業を外部委託により実施する場合は、本市個人情報保護条例等関係法令に基づき、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理する。



メタボ予防&特定健診キャラクター
「ゴヒャク・デ・ウケール」