

瀬戸内市 データヘルス計画 (素案)

目次

第1章 基本的事項

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
2. 計画期間
3. 計画の推進体制
4. 関連計画との関係

第2章 現状の整理

- I. 保険者の特性
- II. 健康、医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出
 - 1.健康課題
 - 2.特定健診
 - 3.特定保健指導
 - 4.重症化予防
 - 5.健診結果
 - 6.医療費

第3章 前期計画の評価と課題

第4章 データヘルス計画の目的、目標、目標を達成するための戦略

第5章 健康課題を解決するための個別の保健事業

第6章 個別の保健事業及びデータヘルス計画の評価・見直し

第7章 計画の公表・周知

第8章 個人情報取り扱い

第9章 地域包括ケアに係る取組及びその他の注意事項

第1章 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症候群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。また、令和6年度第3次「健康日本21」では、健康寿命延伸と健康格差の縮小を目標に、ICTの利活用などにより実効性を持つ取組が示されている。

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り、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2期データヘルス計画の期間終了に伴い、これまでの事業の振り返りとデータ分析により現状を把握し今後の保健事業の改善点を明確化した上でよりの確に事業を実施できるよう、「第3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3期データヘルス計画及び第4期特定健診実施計画の期間は令和6年度から11年度までの6年間とし、令和8年度で中間評価、令和11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、瀬戸内市国保年金医療給付課、健康づくり推進課、いきいき長寿課などの専門職で構成する「保健事業連絡会」で定期的に検討し、保健・医療の関係団体により、「瀬戸内市データヘルス計画等策定委員会」において、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9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」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事業、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9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2章 現状の整理

I. 保険者の特性

人口構成、地図

岡山市に隣接し、利便性の高い交通条件を背景に都市近郊型の良好な住宅環境や企業の立地などにより発展している。瀬戸内海国立公園の美しい景観が特徴で、農業、水産業が盛んである。

面積	125.46 Km
総人口	36,366 人
高齢者数	12,441 人
高齢化率	34.2 %
国保被保険者数	7,492 人
後期被保険者数	6,942 人
介護保険認定率	20.1 %
出生数	181 人
死亡者数	599 人
特定健診実施率	19 位/県
特定保健指導実施率	10 位/県

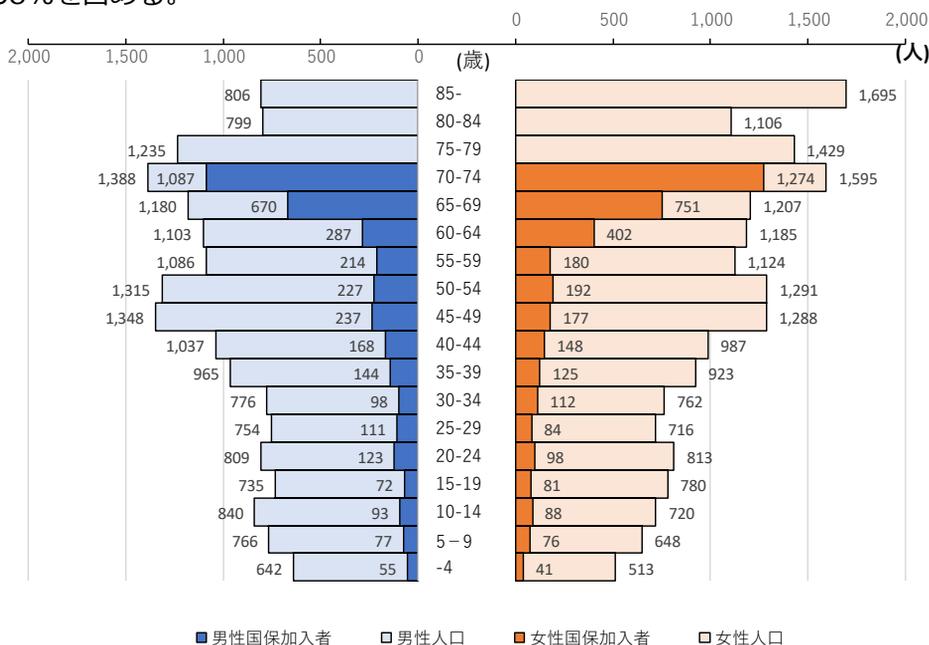


岡山県

出典 面積：全国都道府県市区町村別面積調、人口：住民基本台帳、被保険者数：瀬戸内市国保統計資料

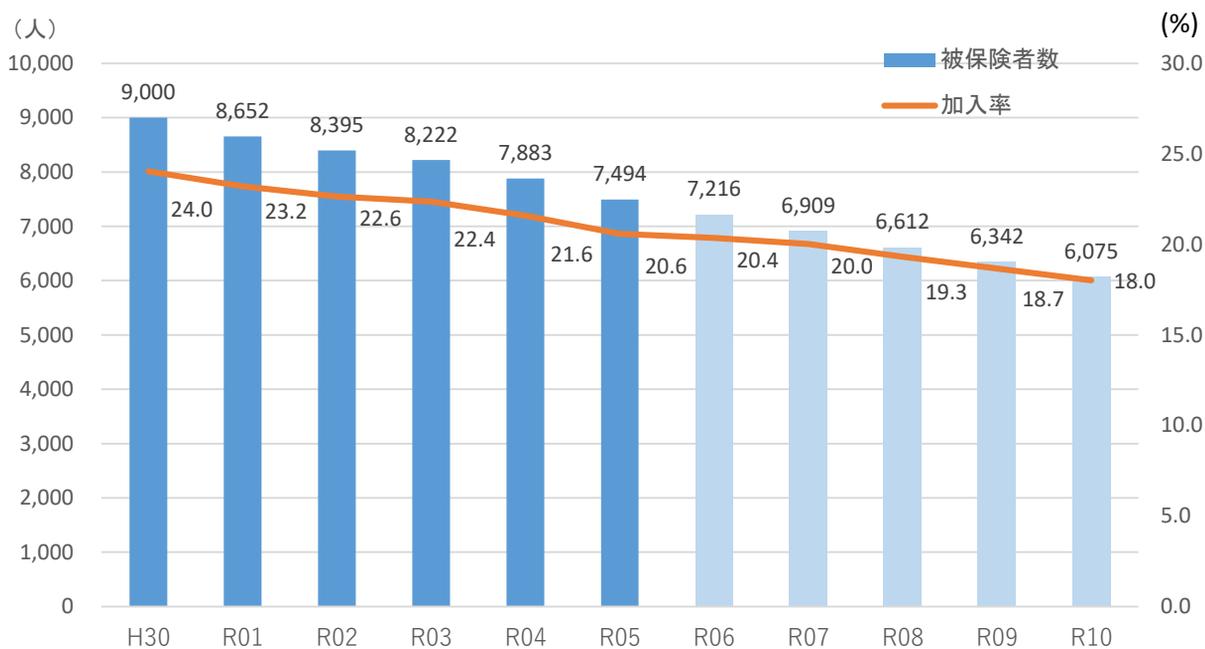
年齢階級別人口・国保加入者数

国保加入者は人口の20.6%を占めている。年齢が高くなるほど国保加入率は高く、60歳～74歳では58%を占める。



被保険者数推移と予測

人口の多い世代が後期高齢者に移行するとともに、国保加入者は平成30年の9,000人から令和5年の7,494人まで減少している。今後も減少し令和10年には約6,000人となる見込みである。



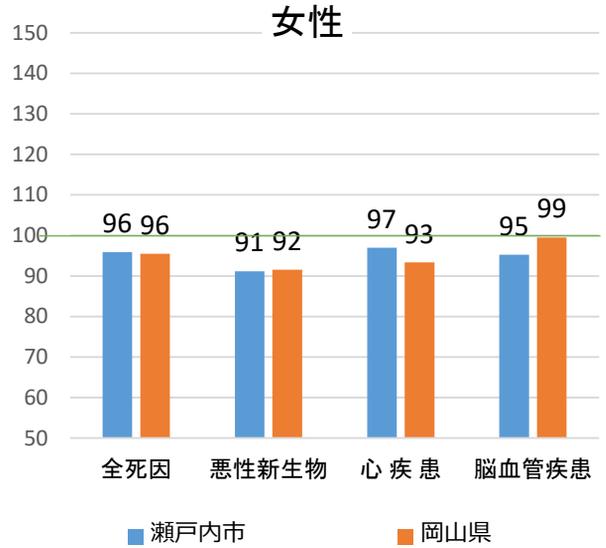
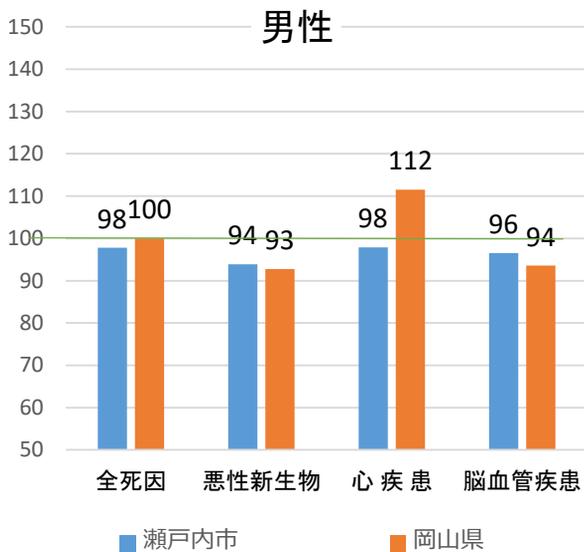
出典：瀬戸内市国保統計資料

Ⅱ. 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出

1. 健康課題

標準化死亡比から見た健康課題

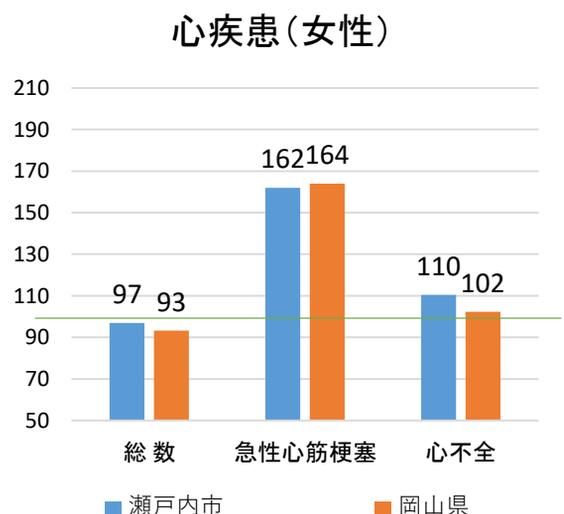
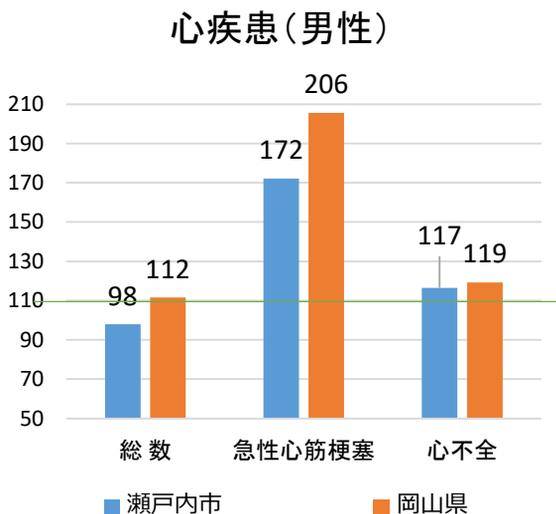
男女ともに全死因の標準化死亡比（SMR：100が全国平均）は全国平均より低めである。心疾患、脳血管疾患ともに低めとなっている。悪性新生物は男女ともに低い水準にある。



出典：平成25年～平成29年 人口動態特殊統計

標準化死亡比から見た健康課題 II

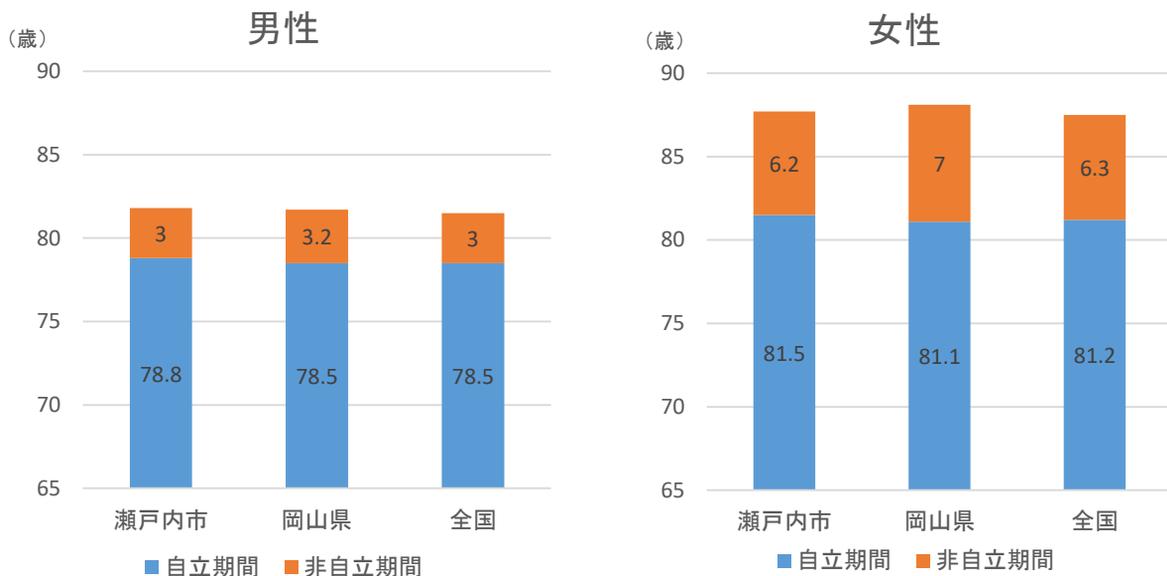
男女ともに心疾患全体の標準化死亡比（SMR：100が全国平均）では全国と同じ水準であるが男性の心不全が117と高めで、急性心筋梗塞が172と高い。女性でも同様に急性心筋梗塞は162と高い水準にある。



出典：平成25年～平成29年 人口動態特殊統計

平均寿命・健康年齢からみた健康課題

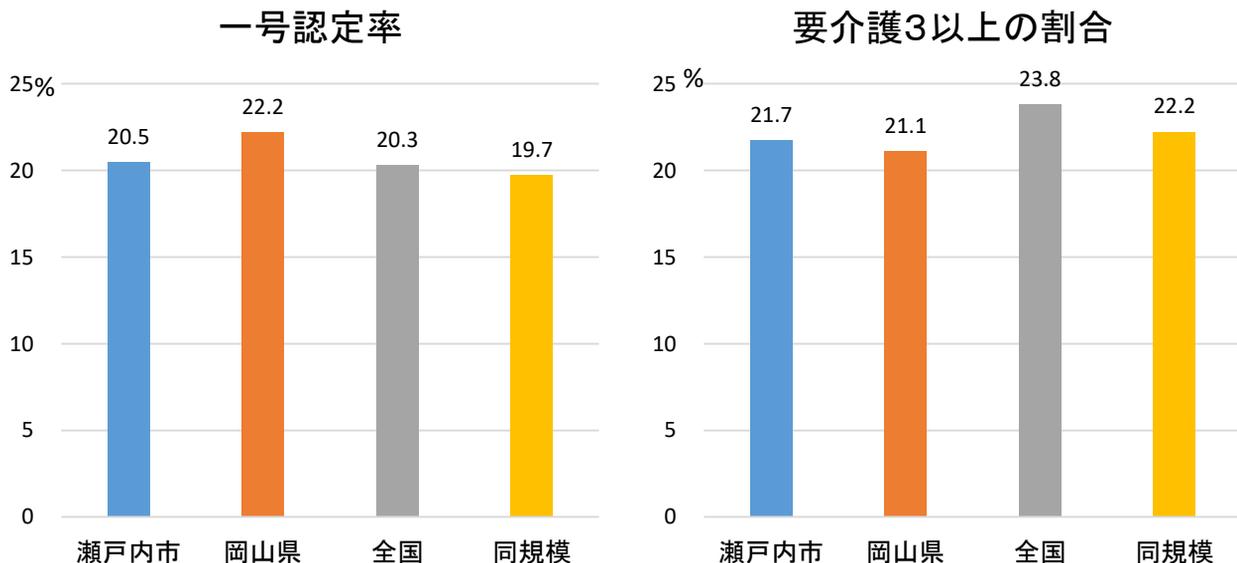
要支援・要介護でない男性の自立期間は78.8歳で岡山県や全国より0.3歳長く、非自立期間はほぼ同じである。女性は自立期間が全国より0.3歳長く、非自立期間はむしろ0.1歳短い状況である。



出典：令和3年度 KDB地域の全体像の把握

要介護から見た健康課題

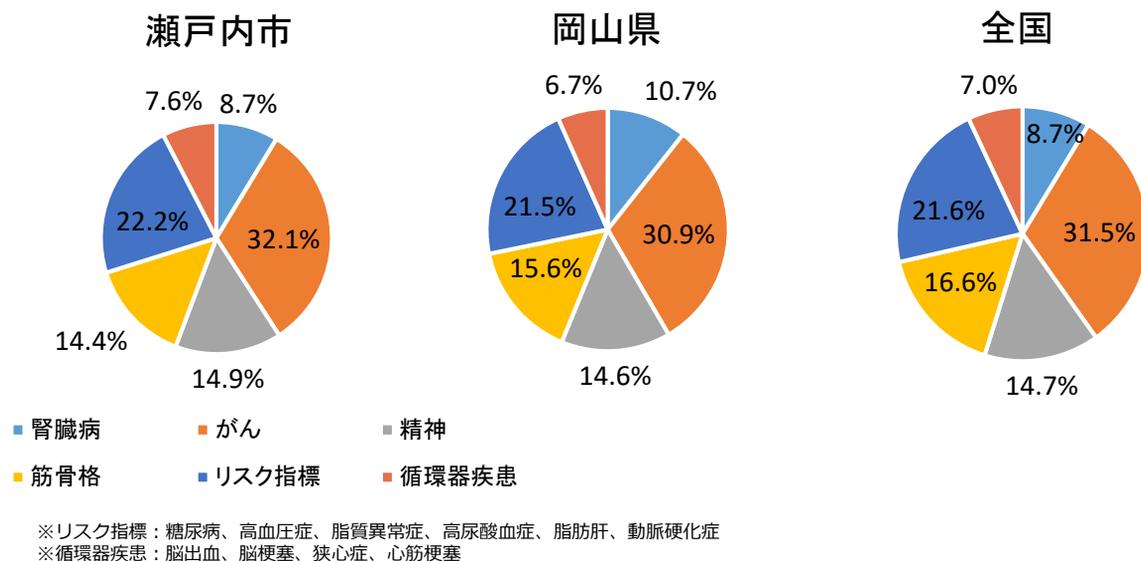
介護認定率は20.5%と岡山県の22.2%より低い水準にある。要介護全体に占める要介護3以上の割合は21.7%で岡山県の21.1%より高く全国の23.8%と比較してやや低めとなっている。



出典：令和3年度 KDB地域の全体像の把握

医療費から見た健康課題 I

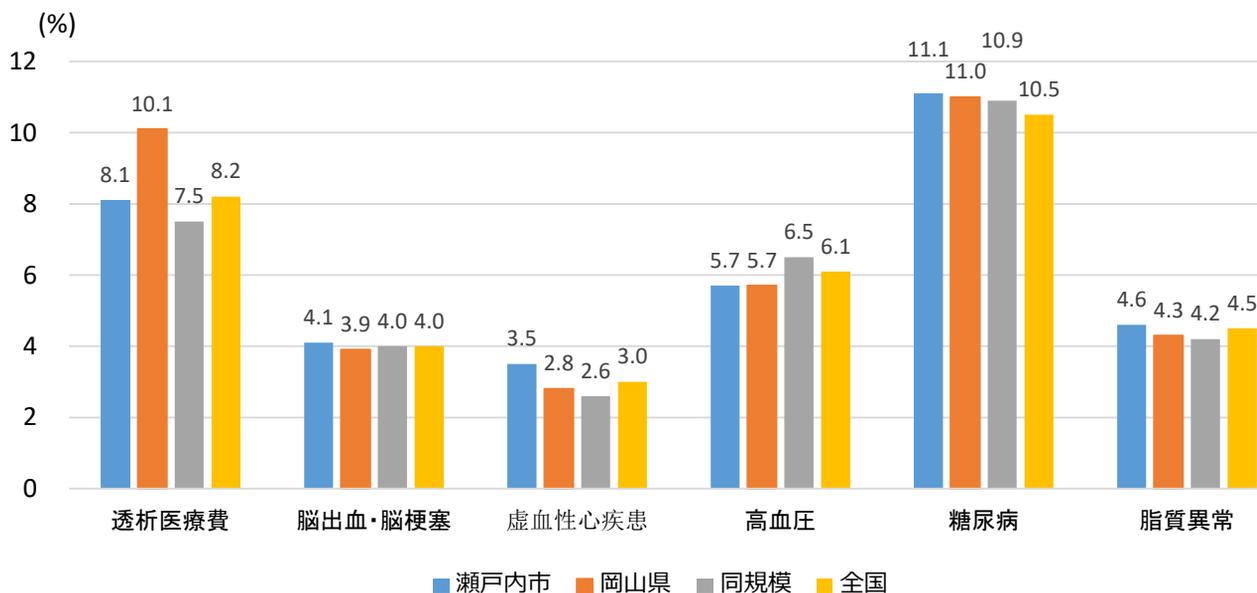
リスク指標の医療費割合は22.2%と全国の21.6%や岡山県の21.5%と比較してやや多い傾向がある。循環器疾患の医療費割合は7.6%で全国の7.0%や岡山県の6.7%よりやや多めである。



出典：令和3年度 KDB地域の全体像の把握

医療費から見た健康課題 II

透析医療費の占める割合は全国とほぼ同じ水準で、岡山県より少ない。虚血性心疾患医療費の占める割合は3.5%で全国の3.0%と比較して多い。一方、脳梗塞脳出血は平均的である。糖尿病の11.1%、高血圧の5.7%、脂質異常の4.6%は岡山県や全国とほぼ同じ水準である。

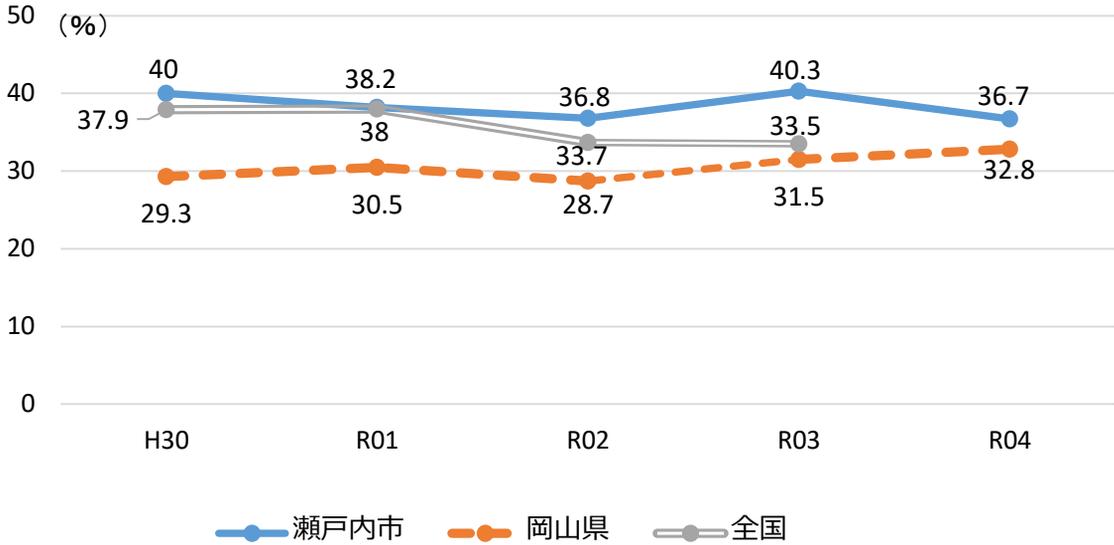


出典：令和3年度 KDB地域の全体像の把握

2. 特定健診

特定健診受診率 I

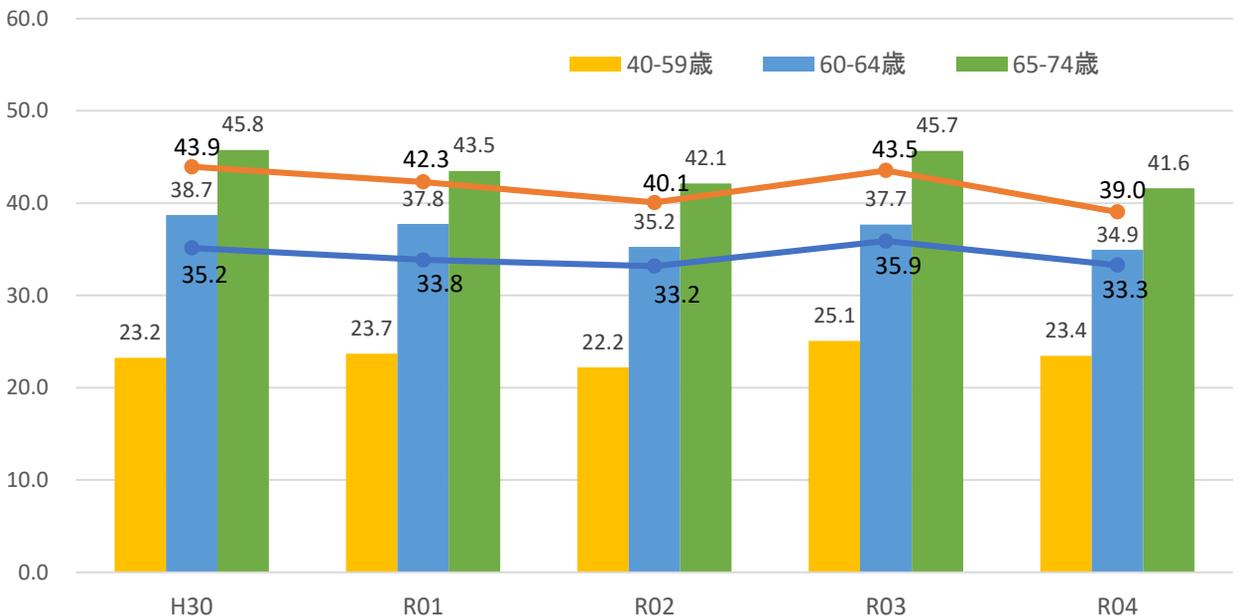
特定健診受診率は平成30年には40.0%と岡山県の中でも高い水準にあったが、受診率がほぼ横ばいとなっている。県全体では4%向上しており、当市の受診率は県内でやや高めの水準まで低下している。



出典：法定報告「特定健診・特定保健指導実施結果総括表」（平成30年度～令和4年度）
 ※令和4年全国実施率については公表され次第更新予定

特定健診年齢階級別受診率

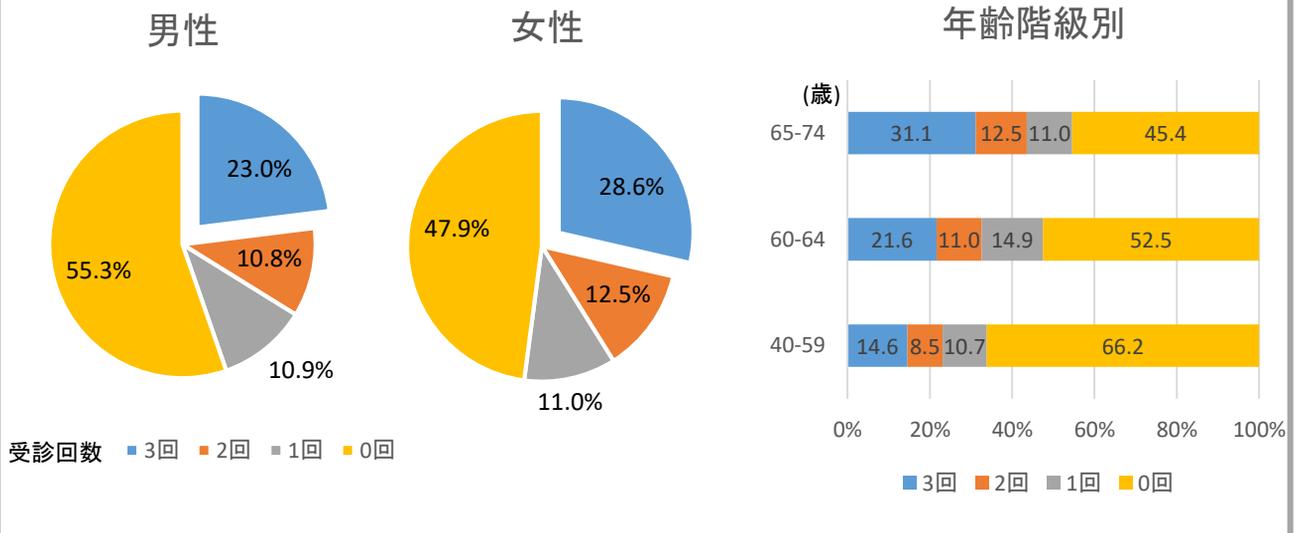
特定健診受診率はほぼ横ばいで推移している。年齢別には高齢になるほど受診率が高い。男性より女性の方が受診率は高いが差は縮小傾向にある。65歳以上の高齢者の受診率が低下傾向にある。40～59歳の受診率は横ばいとなっている。



出典：法定報告「特定健診・特定保健指導実施結果総括表」（平成30年度～令和4年度）

3年間連続受診割合

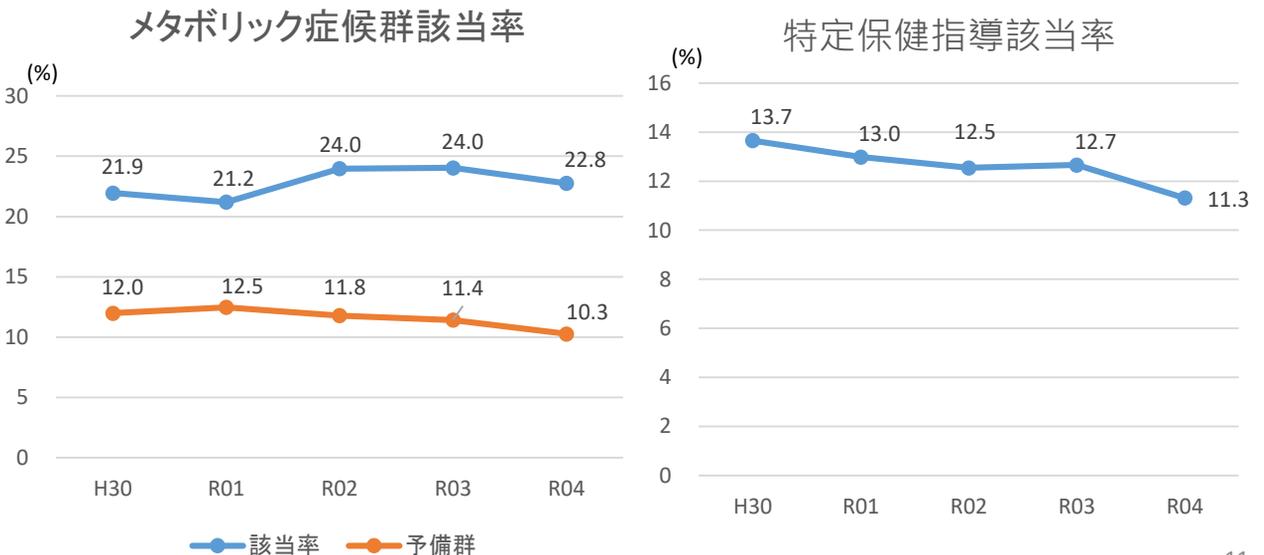
3年間の回数別受診率からは男性の毎年受診者の割合が23.0%と少なく、女性の28.6%と比べて少ない。3年間で1~2回受診者の割合が21.7%と多い。年齢が高いほど毎年受診者の割合は高くなっており、65歳以上で約31%を占めている。



出典：独自解析平成30~令和4年度特定健診結果

メタボリック症候群、特定保健指導該当者の推移

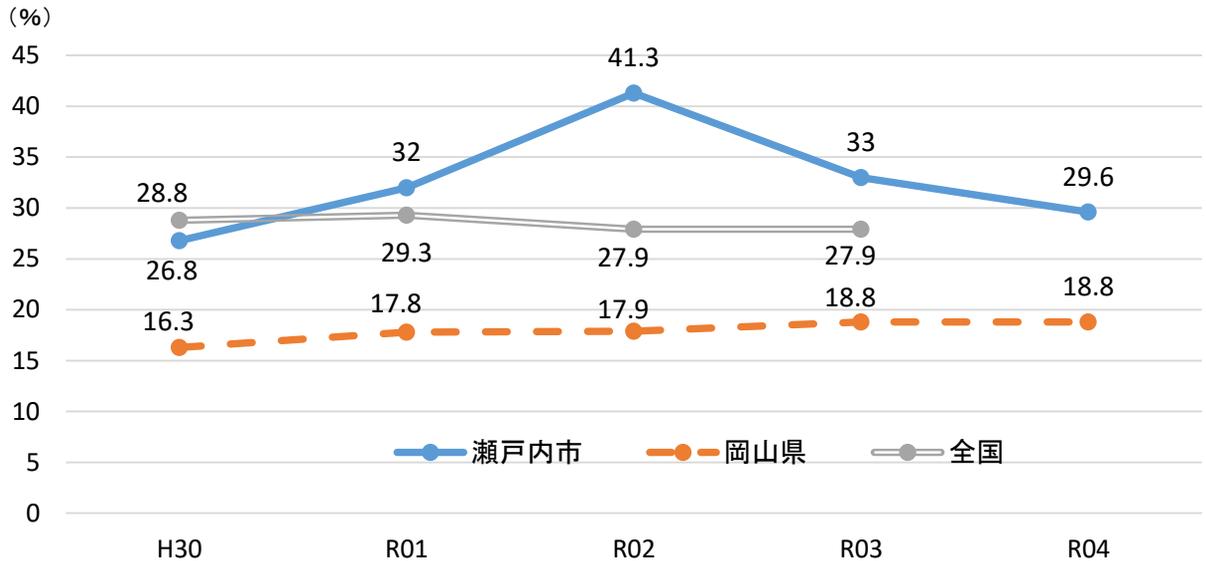
各年度の健診結果からのメタボリック症候群該当率は21%-24%とほぼ横ばいとなっている。予備群は減少傾向にある。特定保健指導の該当率は13.7%から11.3%に低下傾向にある。



3. 特定保健指導

特定保健指導実施率

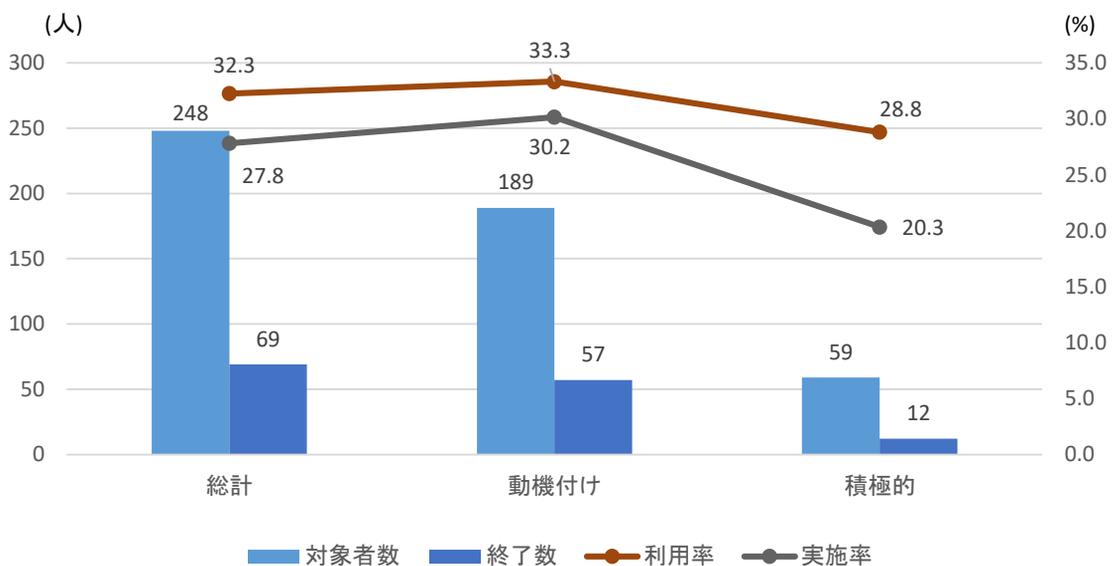
特定保健指導の実施率はR2年に41.3%に達したが、徐々に低下し令和4年は29.6%となり、全国の実施率とほぼ同じ水準となっている。



出典：法定報告「特定健診・特定保健指導実施結果総括表」（平成30年度～令和4年度）
 ※令和4年全国実施率については公表され次第更新予定

特定保健指導の利用と終了の状況

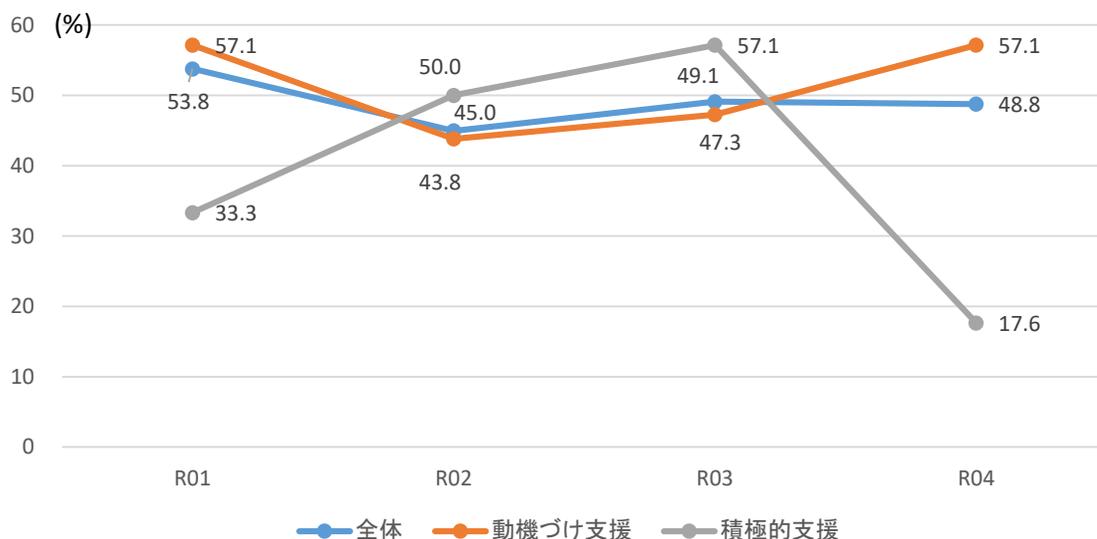
積極的・動機づけ支援別に終了（実施）状況を見ると、動機づけと比較して積極的の実施率が低い傾向にある。利用率で比較すると差は少なく積極的支援の中途脱落率が高いためと考えられる。



出典：法定報告「特定健診・特定保健指導実施結果総括表」（令和4年度）

積極的・動機付け別の実施者に占める2年以上連続の割合

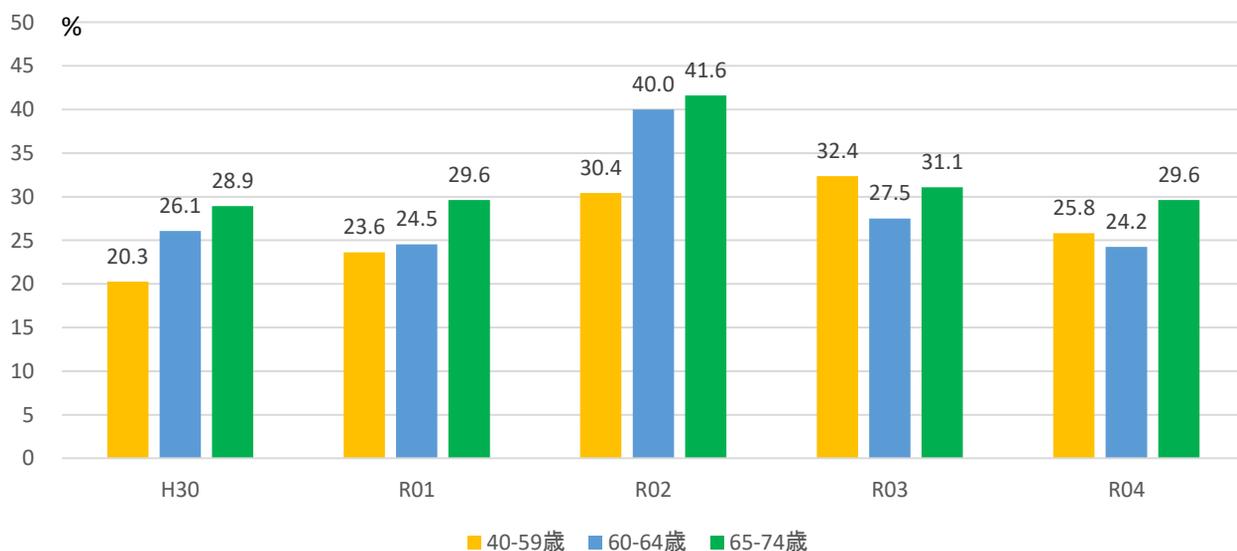
特定保健指導実施者全体の2年以上連続で保健指導を実施した人(リピータ)の割合は50%前後で一定している。動機づけ・積極的支援別に見ると年度ごとに変化が大きく令和4年度では積極的支援のリピータ率が低下している。



出典：法定報告「特定健診・特定保健指導実施結果総括表」（平成30年度～令和4年度）

年齢階級別の特定保健指導実施率

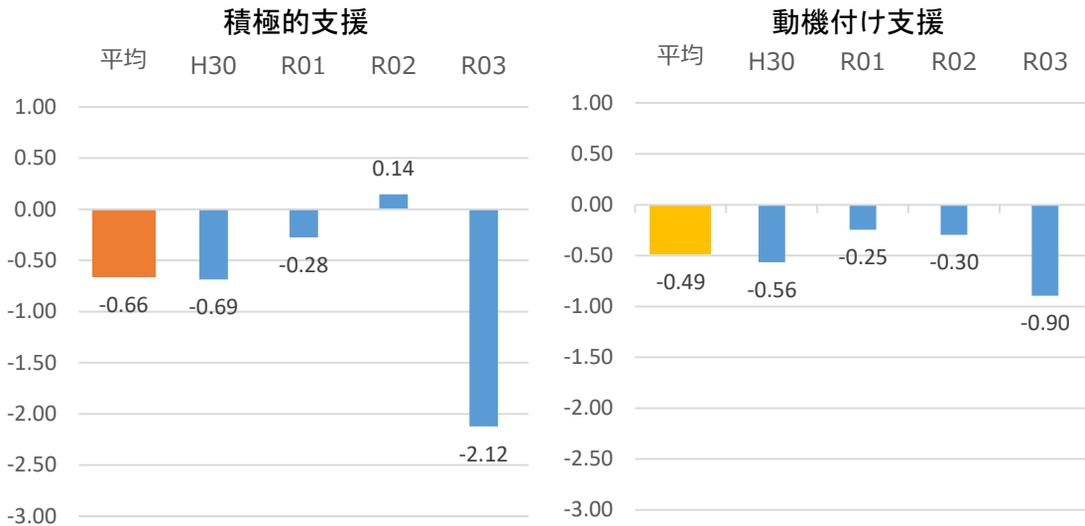
特定保健指導の年齢階級別の実施率を見ると年齢が高いほど実施する割合は高いが、年齢で大きな差はなくすべての年齢階級で20%から42%の範囲に収まっている。



出典：法定報告「特定健診・特定保健指導実施結果総括表」（平成30年度～令和4年度）

特定保健指導の質的評価 I

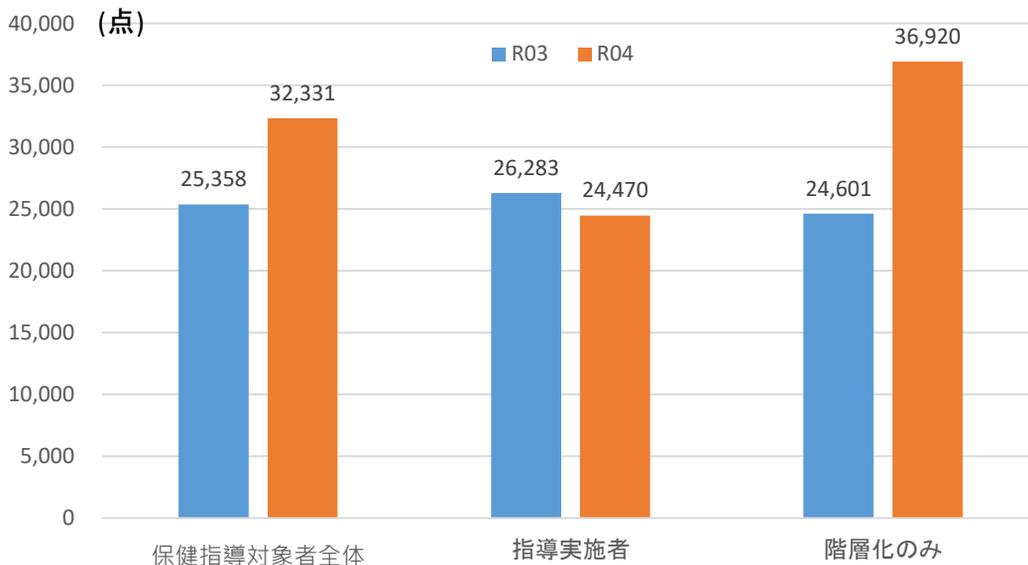
年度ごとに特定保健指導翌年の健診結果から見た体重減少の値が異なり、令和3年には積極的支援で2.12kg、動機づけ支援で0.90kgの減少がみられた。



出典：独自解析平成30～令和4年度特定健診結果

特定保健指導の質的評価 II

令和3年度の特定保健指導対象者の医療費の変化を見ると、全体で診療点数が約7,000点増加した。特定保健指導を実施した者では約2,000点減少し、非参加者（階層化のみ）では約12,000点増加していた。

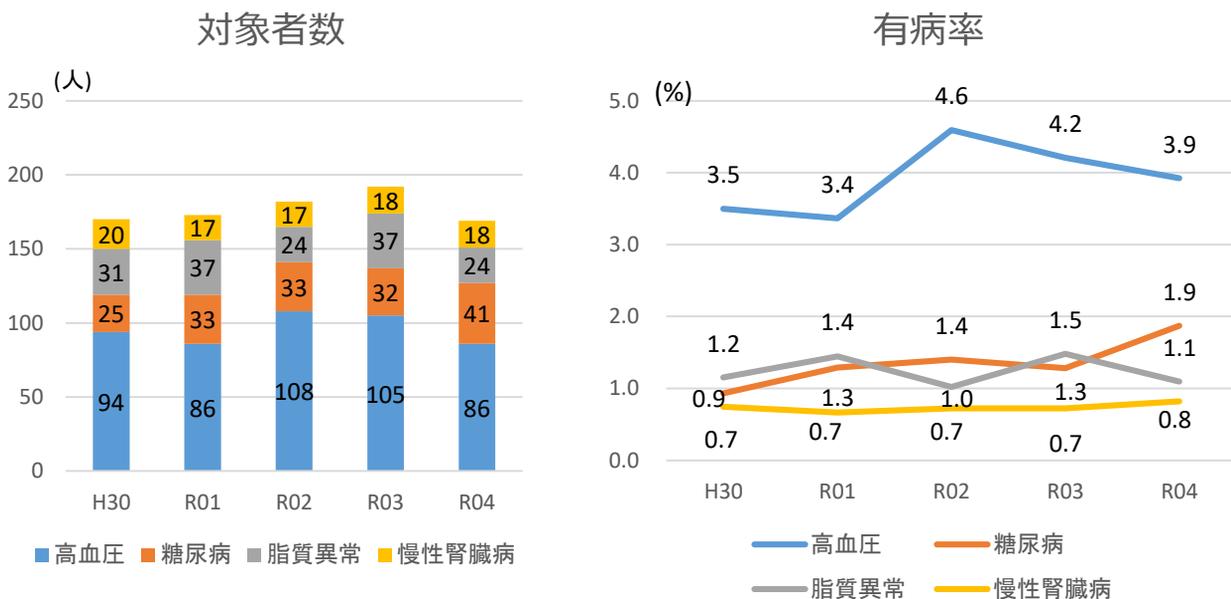


出典：独自解析平成30年～令和4年度特定健診結果

4. 重症化予防

重症化予防 未治療者対策（1）

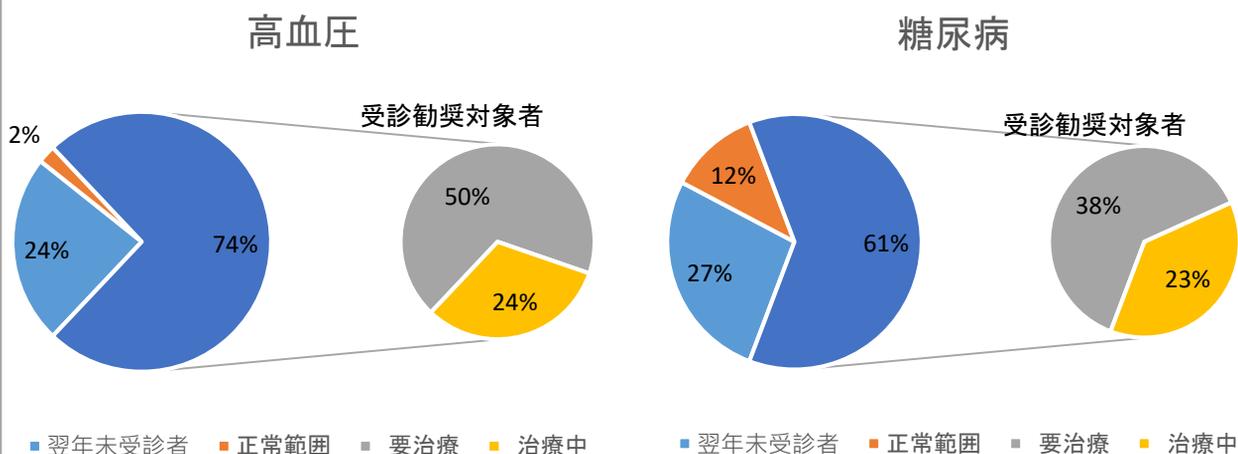
高血圧では受療勧奨域の者が平成30年の94人からほぼ横ばいの状況であるが、有所見率は上昇している。糖尿病は25名から令和4年で41名と増加傾向にあり、有所見率も上昇している。脂質異常、慢性腎臓病はほぼ横ばいとなっている。



出典：独自解析平成30～令和4年度特定健診結果

重症化予防 未治療者対策（2）

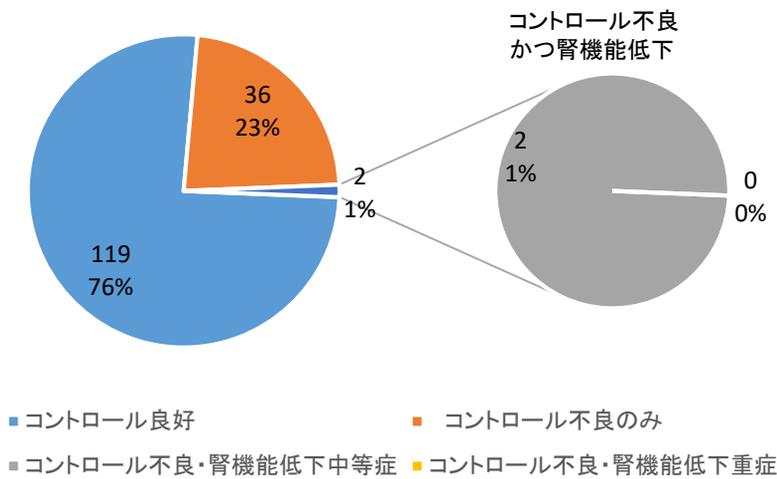
受療勧奨域の高血圧、糖尿病患者のうち翌年の健診結果で要治療域出会った人のうち治療中となった人の割合は、高血圧約32%、糖尿病約38%であり、特に糖尿病で勧奨効果が高くなっている。また翌年健診を受診しない人が全体の約4分の1を占める。



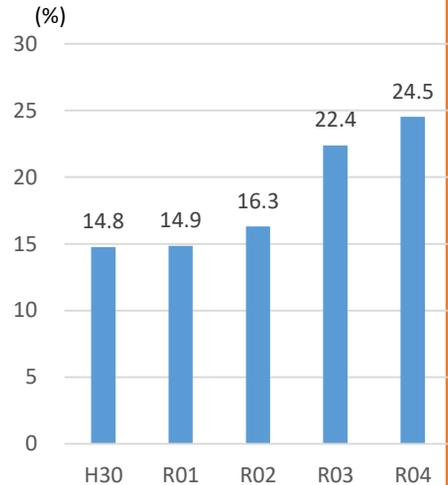
重症化予防 治療中者対策（1）

糖尿病治療中者全体の1%に腎機能低下がみられる。糖尿病でHbA1cが7.0%以上の割合は平成30年で14.8%、令和4年で24.5%と増加傾向にある。

治療中者の状況（R4年度）



糖尿病治療中者のHbA1c7.0%以上の推移

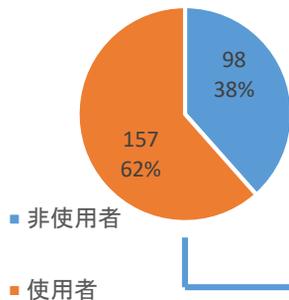


出典：独自解析平成30～令和3年度特定健診結果

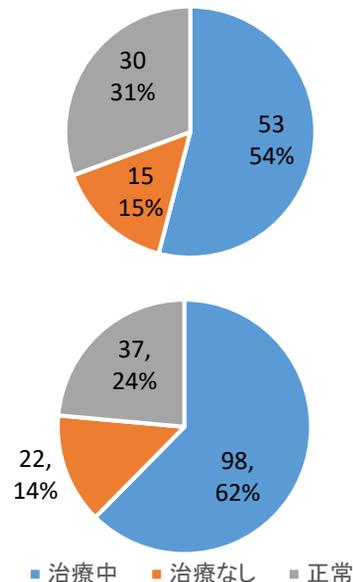
重症化予防 治療中者対策（2）

HbA1c 6.5%以上の糖尿病患者のうち問診で服薬治療中と回答した人の割合は62%であった。糖尿病が服薬中、未服薬に限らず6割が高血圧を治療していた。糖尿病が治療中であっても高血圧未治療のものが14%見られた。

糖尿病服薬状況



高血圧の治療状況



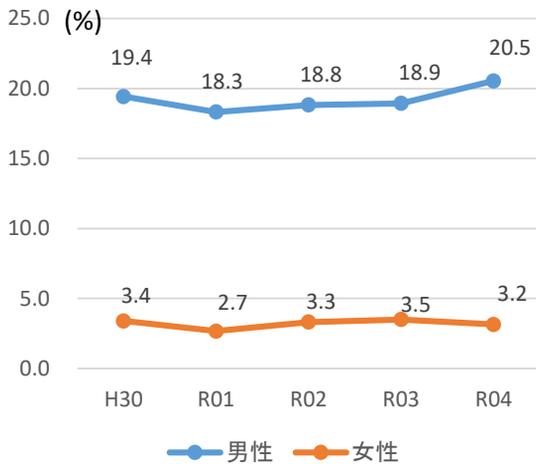
出典：独自解析令和4年度特定健診結果

5. 健診結果

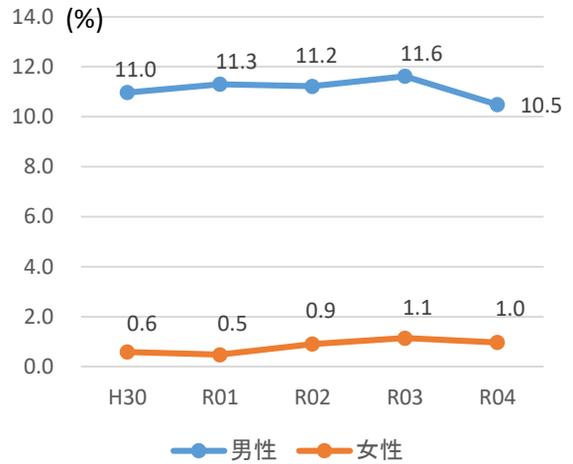
喫煙率・2合以上飲酒率

喫煙率は男性で20.5%と全国平均（27.1%：国民栄養調査令和1年）と比べてやや低めである。女性では3.2%が喫煙していた。1回2合以上の飲酒率は男性で10.5%-11.6%とほぼ横ばいである。女性では1%前後と低いが、上昇傾向である。

男女別喫煙率推移



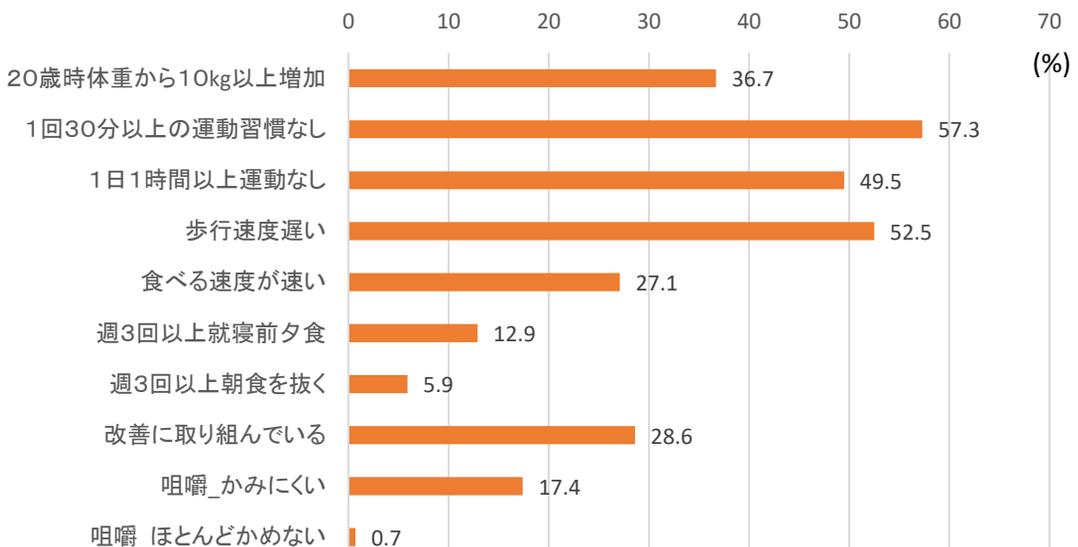
男女別2合以上飲酒率推移



出典：独自解析平成30～令和4年度特定健診結果

生活習慣の特徴

体重が20歳時と比較して10kg以上増加した人は36.7%、運動習慣のない人は57.3%であった。日常生活で1時間以上運動をしていない人は49.5%であった。食べる速度の速い人は27.1%にとどまった。すでに生活習慣改善に取り組んでいる人の割合は28.6%で、咀嚼で噛みにくい、ほとんど噛めないを合わせ約18%に問題があった。

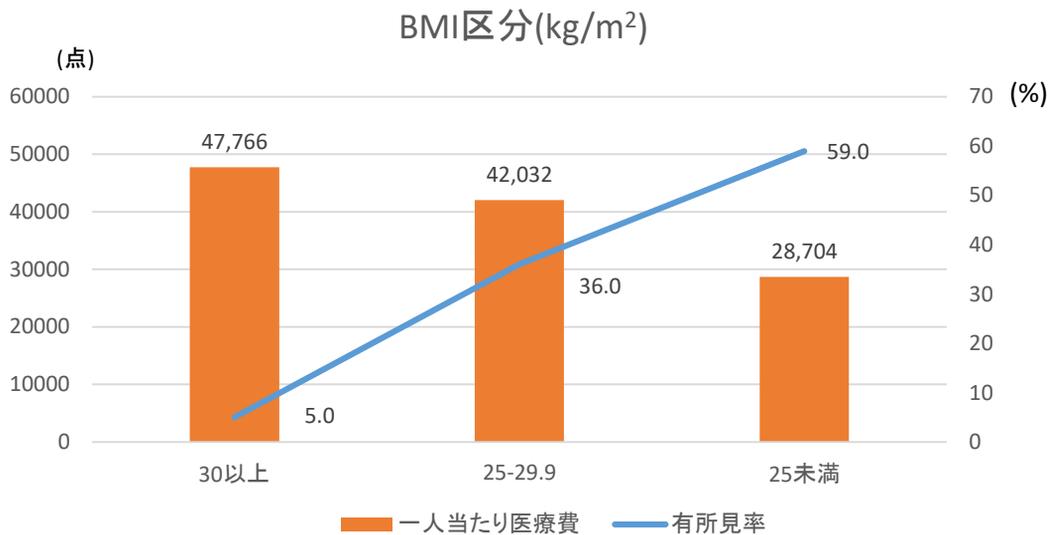


出典：令和4年度 KDB地域の全体像の把握

6. 医療費

健診結果と医療費

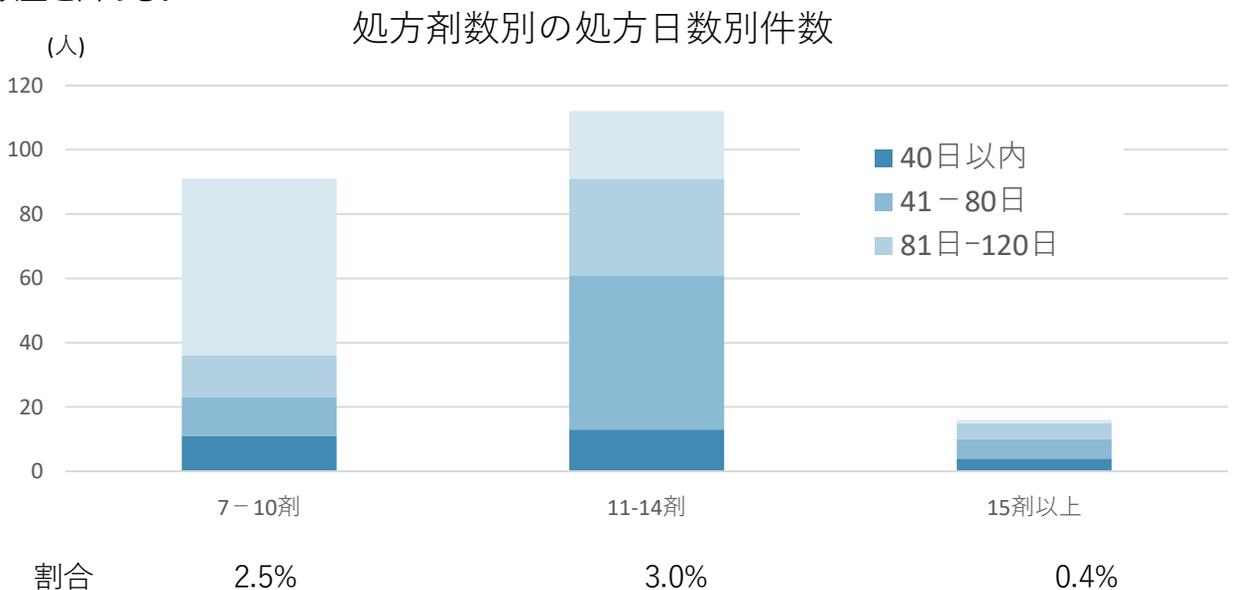
BMI区分に基づく肥満者は医療費が多い傾向にあり、BMI25~29.9 (kg/m²) の肥満者は25未満の非肥満者と比較して年間約13,000点高く、BMIが以上の肥満者では年間で約19,000点程度高い。



出典：独自解析平成30～令和4年度特定健診結果

重複受診・多剤服用者

1か月の処方から見た多剤服用者では7-10剤が全体の2.5%を占め、11-14剤が3.0%、15剤以上が全体の0.4%程度占める。処方日数別では41日以上が大部分を占め、7-10剤では121日以上が半分以上を占める。

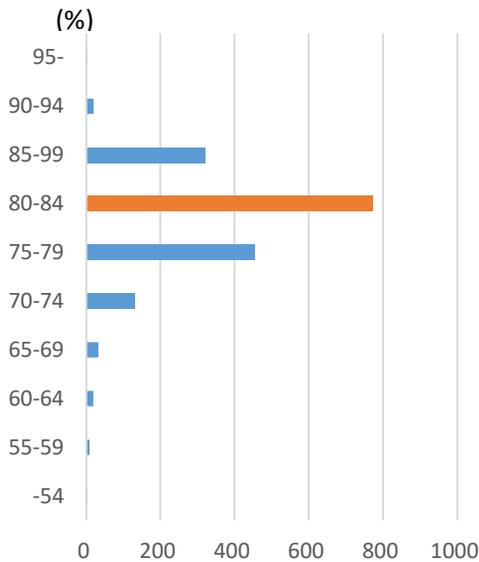


出典：令和4年03月 KDB重複・多剤処方の状況

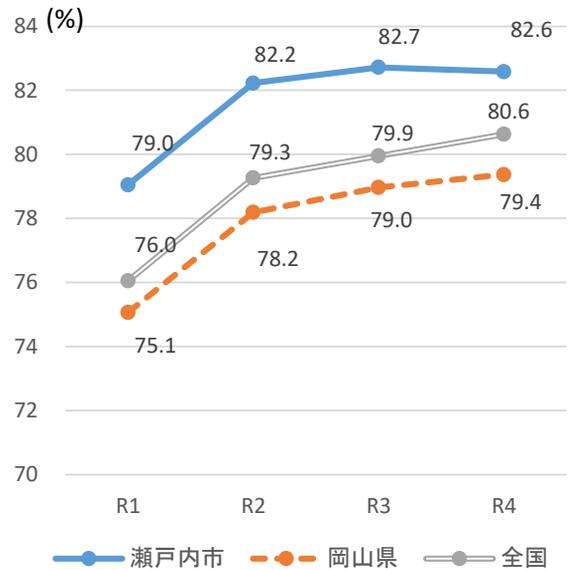
ジェネリック医薬品の使用

ジェネリック医薬品使用割合は令和4年9月現在で82.6%であり、全国平均（80.6%）や岡山県全体（79.4%）と比べて2%程度高く、岡山県や全国と同じく上昇傾向にある。

全国市町村の分布



ジェネリック置換率の推移



出典：厚生省保険者別の後発医薬品の使用割合（令和1～4年度）

第3章 前期計画の評価と課題

項目	評価と課題
体制	国保年金医療給付課内では定期的な打ち合わせを行っている。計画の評価や推進のための会議体の整備、保健事業の効率的実施にむけ事業カレンダーの作成・運用が課題となる。
	特定保健指導は集団健診が全委託で実施、個別健診は直営と委託(市民病院)で行っている。個別健診の実施率向上が課題となる。
	人間ドックを瀬戸内市民病院に全面委託しており当日保健指導を実施している。今後は個別健診受診者への保健指導の充実に向けた取り組みが課題となる。
	人間ドック、情報提供の割合が高く、集団健診の割合は低めで、減少傾向にある。県や国の受診率の伸びと比較して伸びが少ないため、受診率向上への取り組みが課題となっている。
特定健診	受診率の向上に向け、データ提供、医療機関への働きかけなどを行ってきたが、コロナ禍の影響もあり、受診率向上に結びついていない。
	健診相当のデータの医療機関からの提供に取り組み、R3年度で22件の提供を受けている。
	集団健診の種類が多く、特定健診単独の健診もあり、利用者が受診しにくい場合がある。集団健診種類の集約と、がん検診との連携が課題である。
	個別健診では委託先医療機関数が多く、実施機関への働きかけが難しい。個別健診の受診率向上が課題となっている。
	従来から国保加入者の連絡先の情報収集と受診勧奨を行ってきた。国保加入者の窓口での受診勧奨の推進、情報収集のさらなる推進が課題である。
特定保健指導	集団健診と人間ドックは健診時及び結果説明会を活用した指導が行われており、高い実施率を維持できている。
	個別健診受診者には通知による勧奨と医療機関からの紹介の仕組みに限られており、実施に結びついていない。勧奨機会を増やすことが課題である。
	質の視点から見ると保健指導効果が大きくなく、指導効果の向上が課題となる。委託先への保健指導の質向上に向けた働きかけが課題である。
健康増進事業	過去の健診結果を生かし健診受診時に未治療者へのフォロー、健康相談を行っている。継続的な健診の場の活用が課題である。
	保健指導の技術向上、対象者の継続的な募集に取り組んで定期的な指導の仕組みが整備できた。安定的な対象者の確保が課題である。
糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病腎重症化予防事業での治療中者への保健指導の仕組みが整備できた。継続して実施しているが、指導実績（R4年度4名）は目標の半分程度であり、継続的な支援体制の整備が課題である。
重症化予防	健診受診者のうち受療勧奨基準を満たす人に治療勧奨を行ってきた。受療に結びついた率は糖尿病で82%、高血圧で63%、脂質で36%と高い受療割合で、今後の継続が課題である。

第4章 データヘルス計画の目的、目標、目標を達成するための戦略

計画の目指すもの

国保加入者の健康を守るとともに、高齢になっても健康に過ごすために、疾病リスクの軽減を図ります。健康診査により健康状況を定期的に把握し、個人ごとの健康課題に応じ特定保健指導などを通じて生活習慣改善の機会を提供します。高血圧や糖尿病などの未治療者、糖尿病治療中の人への支援を行います。加入者を広く対象として、生活習慣病予防の知識の普及を図り、実践を支援します。

計画の目標

医療機関、健診機関の協力体制を強化し受診率を 50 %に高め、広く健康把握の機会を広く提供します。特定保健指導の対象となった人に対して個別健診受診者を含めて保健指導の機会を提供して、実施率 40 %と効果の高い保健指導を目指します。糖尿病高血圧等の受療勧奨対象者全員へ勧奨を実施します。治療中でコントロール不良の人を総合天気管理して保健指導により、高額医療の発症予防を目指します。

推進戦略

1. データヘルス推進タスクフォースを設置して庁舎内の推進体制を整備するとともに、保健事業の定期的な見直しと強化を目指します。
2. 受診率を高める戦略として毎年受診者の増加に着目した対策に取り組みます。
3. 健診委託機関、医療機関と連携して事業実績の向上を図ります。
4. 個別健診受診者への保健事業を強化します。
5. 結果説明会などの定着した事業を特定保健指導、重症化予防などに活用し効率化を図ります。

健診受診率向上戦略

基本戦略

- ・ 毎年受診者を増やす
- ・ 新規対象者への積極的な働きかけ
- ・ 定期通院未受診者への働きかけ
- ・ 長期未受診者への受診勧奨

形態別戦略

集団健診				人間ドック	個別健診			データ提供
・ 総合健診化の推進、健診種類の簡素化 ・ 前年実績に基づく予約 ・ 健診時次年度予約				健診時次年度予約	・ 大腸がん検診の同時実施の検討 ・ 受診者リスト・定期通院未受診者リスト (医療機関) (医療機関)			
事前予約	訪問	節目	年齢					
毎年受診者	まだら受診者	新規対象者	長期未受診	受診者	毎年受診者	まだら受診者	医療機関定期通院未受診	

第5章 健康課題を解決するための個別の保健事業

1. 体制整備

項目ID	000	個別保健事業名			虚血性心疾患の減少に向けた体制整備					
事業の目的/概要	虚血性心疾患・脳卒中死亡率低下のために、高血圧、糖尿病、脂質異常とそのリスク要因に関する対策を行う。未治療者及び治療中者対策による検査結果の改善を目指す。									
事業の対象者	加入者全員									
	指標の名称	共通	単位	実績	R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
評価指標1	虚血性心疾患 SMR (男性)			172	169	165	162	159	155	152
評価指標2	虚血性心疾患 SMR (女性)			162	159	155	152	149	145	142
分析結果と 現在までの 取組	<ul style="list-style-type: none"> ・課内では定期的な打ち合わせを行っている。 ・事業カレンダーは作成・運用してこなかった。 ・集団健診の種類が多く、特定健診単独の健診もあり種類の集約が課題となる。 									
課題と達成 に向けた 戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・計画の評価や推進のための会議体は現在ない。 ・事業運営には継続的な事業カレンダーの作成が課題となる。 ・健診種類の集約とがん検診との連携が課題である。 									
今後の 取組	<ul style="list-style-type: none"> ・データヘルス推進会議を設置する。定期的な開催により計画の達成度の確認、計画の見直しを行う。国保運営協議会には医師も参加するので活用を検討する。 ・減少傾向にある集団健診受診者を増加させるために集団健診の実施カレンダーの作成・管理を行う。 ・健康増進課と連携し集団健診の効率的な実施とがん検診の受診率向上に取り組む。集団健診の場を活用した保健事業を推進する。 									
今後の 実施体制	<ul style="list-style-type: none"> ・市内でどのような形で実施するか検討する。 ・業務の改善と集団健診受診者数の増加を図る。 ・検討会議を立ち上げ、定期的に協議し集団健診の集約を図る。 									
備考										

項目ID	100	個別保健事業名	特定健診事業							
事業の目的/概要	虚血性心疾患・脳卒中は予防できる疾病であり、ハイリスク者への対策を充実するために、受診率向上策が重要となる。受診者を対象として減塩、節酒などのポピュレーション対策に取り組む。									
事業の対象者	40～74歳の国保加入者									
	指標の名称	共通	単位	実績	R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
評価指標1	特定健診受診率	○	%	36.7	40	42	44	46	48	50
評価指標2	3年連続受診率		%	25.9	28	29	30	31	32	33
評価指標3	加入翌年受診率		%	19.8	22	24	28	32	36	40
分析結果と現在までの取組	<ul style="list-style-type: none"> ・受診率の向上に向け、データ提供、医療機関への働きかけなどを行ってきたが、コロナ禍の影響もあり、受診率向上に結びついていない。 ・従来から国保加入者の連絡先電話番号の情報収集と受診勧奨を行ってきた。 ・毎年受診者は25%みられるが、男性の毎年受診者の割合（22%）が女性（28%）より少ない。 ・加入翌年受診率はそうでない人と比較して20%低く、男性で差が少ないが、女性では26%低い。 ・人間ドック、情報提供の割合が高く、集団健診の割合は低めで、減少傾向にある。 									
課題と達成に向けた戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・受診率向上に向けた新たな取組が必要である。 ・国保加入者の窓口での受診勧奨の推進、情報収集のさらなる推進を行う。 ・毎年受診者の増加を目指す。 ・加入翌年の受診率を高める対策を検討する。 									
今後の取組	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診の対象者を健診受診、医療機関受診、新規対象など区分して特性に応じ勧奨を行う。 ・加入時の情報収集(携帯電話)をもれなく実施して、新規加入者へアプローチできるようにする。 ・毎年受診者を増やすため、健診現場での次年度予約、前年度受診実績を用いてあらかじめ予約する方法を検討する。 ・新規加入者は医療機関受診者が少ないため、加入時期に合わせ集団健診受診の機会を提供する。 									
今後の実施体制	<ul style="list-style-type: none"> ・集団健診の場や個別医療機関への働きかけなど、健診形態に応じた受診勧奨を行って、受診率向上を図る。 ・加入翌年の受診勧奨にSMSを活用し省力化を図る。 ・年度を超えて受診勧奨する仕組みの整備を図る。 ・事前予約などの手法を試験的に取り組み、勧奨効果を検証する。 									
備考										

項目ID	200	個別保健事業名			特定保健指導事業					
事業の目的/概要	特定保健指導の中で、虚血性心疾患、脳卒中予防を意識した取り組みを行う。高血圧に重点を置いた対策を行う。									
事業の対象者	階層化基準で積極的支援、動機付け支援となった者									
	指標の名称	共通	単位	実績	R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
評価指標1	特定保健指導実施率	○	%	29.3	30	32	34	36	38	40
評価指標2	個別健診受診者の保健指導数		人	8	12	18	24	30	36	42
分析結果と現在までの取組	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団健診は全委託、個別健診は直営と委託(市民病院)で行っている。 ・ 特定保健指導の実施率に比較しリピータの割合(49%)が高い。 ・ 特定保健指導の対象者に占める治療勧奨が必要な重症者の割合は27%で、そのうち指導に結びついた割合は35%と軽症者(29%)よりやや高めである。 ・ 現在個別健診受診者には通知による勧奨と医療機関からの紹介の仕組みに限られており実施に結び付いていない。 ・ 人間ドックを瀬戸内市民病院に全面委託しており当日保健指導も実施できている。 ・ 積極的支援(-0.15kg)、動機付け支援(-0.38kg)ともに体重変化が階層化のみ(-0.41kg)とほぼ同じにとどまっている。 ・ 翌年の検査結果から見た体重減少2kg以上の割合も階層化のみとの差が大きくなかった。 ・ 保健指導効果が大きくなく、質の向上が課題となる。 									
課題と達成に向けた戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個別健診受診者の保健指導実施率の向上が課題となる。 ・ 個別健診を含めた幅広い対象者への実施が課題である。 ・ 重症者への治療勧奨の仕組み整備が課題である。 ・ 勧奨機会を増やすことが課題である。 ・ 委託先への保健指導の質向上に向けた働きかけが課題である。 									
今後の取組	<ul style="list-style-type: none"> ・ 委託先との連携、新任者育成の仕組みを整備して保健指導体制を強化する。 ・ 個別健診受診者への実施勧奨の強化、意欲の低いリピーターに対する支援方針を決める。 ・ 特定保健指導対象者のうち、治療が必要な人には治療勧奨を確実に実施する体制を整備する。 ・ 個別健診受診者で、保健指導には抵抗があるが健診結果は知りたい人を結果説明会に誘導する。 ・ 委託先との協議を継続し、人間ドックの場での場での保健指導の実施を継続する。 ・ 重症化予防、特定保健指導などの保健指導技術の向上を目指した継続的な技術向上の取組を行う。 									
今後の実施体制	<ul style="list-style-type: none"> ・ 育成の場として特定保健指導や重症化予防の場を活用する。 ・ 個別健診の受診者を増やすなど、リピータを減らして指導効果を高める。 ・ 特定保健指導と重症予防未治療者対策の統一的な実施を図る。 ・ 生活習慣改善の必要性を説明した上で、同意が得られた人に保健指導を実施する。 ・ 市民病院個別健診受診者への保健指導を働きかける。 ・ 委託先を含めて事例検討の継続的实施を図る。 									
備考										

項目ID	300	個別保健事業名	重症化予防事業未治療者対策							
事業の目的/概要	未治療者対策のさらなる推進と、治療中者への保健指導体制の整備									
事業の対象者	瀬戸内市受療勧奨対象者の抽出基準を満たす者									
	指標の名称	共通	単位	実績	R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
	勧奨実施者の受療率									
評価指標1	血糖		%	81.8	85	85	85	85	85	85
評価指標2	血圧		%	62.9	65	65	65	65	65	65
評価指標3	脂質		%	35.7	40	45	50	55	60	60
評価指標4	腎機能		%	66.7	70	70	70	70	70	70
評価指標5	糖尿病治療中断訪問		人	4	4	4	4	4	4	4
分析結果と 現在までの 取組	<ul style="list-style-type: none"> ・未治療者対策は高血圧・糖尿病・脂質異常症を対象として実施してきたが、慢性腎臓病は対象としていなかった。 ・糖尿病治療中断者はレセプトのみの解析では18%と高かったが、健診結果で糖尿病区分の者では7.1%であった。定期通院者は翌年2.3%が治療を中断していた。 ・過去の健診結果を生かし健診受診時に未治療者へのフォロー、健康相談を行っている。 									
課題と達成 に向けた戦 略	<ul style="list-style-type: none"> ・慢性腎臓病の勧奨強化が課題である。 ・中断リスクの高い人への対策が課題である。 ・継続的な健診の場の活用が課題である。 									
今後の 取組	<ul style="list-style-type: none"> ・高血圧・糖尿病・脂質異常症に加え慢性腎臓病も対象とし、未治療者への治療勧奨を強化する。 ・現在実施している治療中断者への通知を継続する。 ・健診現場で健診受診票の過去の治療勧奨対象者などの記載事項を活用する。治療勧奨や保健指導効果の確認と保健指導を行う。 									
今後の 実施体制	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診者に占める治療勧奨域の割合減少を図る。 ・治療中断の可能性が高い不定期受診の人への働きかけを検討する。 ・健診現場を治療中者の支援のフォローの場としても活用する。 									
備考										

項目ID	400	個別保健事業名			糖尿病治療中者腎症予防事業					
事業の目的/概要	結果説明会の活用や、医療機関などの協力を得るなど対象者の継続的な確保の仕組みを整備する。									
事業の対象者	糖尿病性腎症重症化予防治療中者勸奨基準該当者									
	指標の名称	共通	単位	実績	R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
評価指標1	保健指導実施数	○	人	4	6	6	8	8	8	8
評価指標2	糖尿病性腎症予防講演会		人	44	70	70	80	80	80	80
分析結果と現在までの取組	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導の技術向上、対象者の継続的募集に取り組んで定期的な指導の仕組みが整備できた。 ・治療中者への保健指導の仕組みが整備できたが、指導実績（R4年度4名）は目標の半分程度であった。 									
課題と達成に向けた戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・安定的な対象者の確保が課題である。 ・継続的な支援体制の整備が課題である。 									
今後の取組	<ul style="list-style-type: none"> ・治療中で保健指導が必要な人への勸奨に集団健診や個別健診向け結果説明会を活用する。 ・過去の対象者を台帳管理し、結果説明会や健診の場を用いて経過を把握する体制を整備する。 									
今後の実施体制	<ul style="list-style-type: none"> ・結果説明会などの場を活用し対面での勸奨を行い、安定的な募集の仕組みを整備する。 ・必要に応じて支援を実施するなど後期高齢者医療制度への継続実施を図る。 									
備考										

項目ID	610	事業名		大腸がん検診受診率向上						
事業の目的/概要	特定健診との連携強化を行う。国保加入者の大腸がん検診受診率を高めるため、個別健診を含め大腸がんとの同時実施の方策を検討する。									
対象者	特定健診対象者									
	指標の名称	共通	単位	実績	R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
評価指標1	大腸がん検診実施率		%	9.95	10	11	12	13	14	15
分析結果と現在までの取組	<ul style="list-style-type: none"> 大腸がんSMR(男性:79、女性:81)は男女とも全国より低く、岡山県(男性:75、女性:81)とほぼ同じである。 									
課題と達成に向けた戦略	<ul style="list-style-type: none"> 大腸がん検診受診率が低いため受診率向上が課題である。 									
今後の取組	<ul style="list-style-type: none"> 大腸がん検診の受診率向上を目指す。集団健診で大腸がん検診と特定健診の同時実施を検討する。 さらに個別健診受診者に大腸がん検診を受診できる仕組みを検討する。 									
今後の実施体制	<ul style="list-style-type: none"> 大腸がん検診をはじめとするがん検診受診者増加に向け健康増進部局と定期的な協議を行う。 									
備考										

項目ID	720	事業名			減塩・増カリウム教室					
事業の目的/概要	ナトカリ比に着目した減塩方法について、教室形式で計測、解説する。ナトカリの概念の普及を目指す。									
対象者	集団健診の健診受診者									
	指標の名称	共通	単位	実績	R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
評価指標1	実施数		人	1,030	1,150	1,200	1,250	1,300	1,350	1,400
分析結果と 現在までの 取組	・高血圧対策では、住民全体の対策も重要となる。高血圧対策として減塩増カリウムの有効性が注目されている。									
課題と達成に 向けた戦略	・高血圧予防の新しい知識の住民への啓発普及が課題である。住民に身近な健診の場などを活用し繰り返し情報提供を行う。									
今後の 取組	・住民全体を対象とした高血圧対策は減塩が重要である。住民への情報提供の仕組みを整備する。									
今後の 実施体制	・健診の場や結果説明の場で新しい考え方である減塩・増カリウムについて広く住民に周知を図る。									
備考	※内訳：集団健診保健指導、結果説明会、糖尿病性腎症予防講演会、カラダ見直し講座などの活用を促進する。									

項目ID	730	事業名			肥満者をターゲットとしたポピュレーション対策					
事業の目的/概要	肥満者に対するポピュレーション対策、健診現場での情報提供の実施などの検討を行う。肥満者率の低下を目指す。									
対象者	集団健診受診者									
	指標の名称	共通	単位	実績	R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
評価指標1	実施数		人	881	900	950	1,000	1,150	1,200	1,200
分析結果と 現在までの 取組	<ul style="list-style-type: none"> ・男性のBMIによる肥満の有所見率（男性:37%、女性:24%）が全国平均（男性:34%、女性:22%）より高めであり、腹囲の有所見率（男性:59%、女性:23%）も全国（男性:56%、女性:19%）より高い。 ・健診現場はポピュレーション対策の有力な場所である。 									
課題と達成に 向けた戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・肥満者率の低下に向けた取り組みが課題である。 ・健診現場で活用可能な資料の作成が課題である。 									
今後の 取組	<ul style="list-style-type: none"> ・健診時に肥満やその他健康増進に関する最新知識を情報提供する。 ・集団健診の場を保健指導の場として活用する仕組みを整備し、年度毎にテーマを変えて展開する。 ・健診時に慢性腎臓病、肥満やその他健康増進に関する最新知識を情報提供する。 									
今後の 実施体制	<ul style="list-style-type: none"> ・健診の場を利用することで幅広い対象者への情報提供の仕組み整備を図る。 ・健診の場を生かした情報提供の仕組み整備を図る。 									
備考										

第6章 個別の保健事業及びデータヘルス計画の評価・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进行评估し、必要に応じて事業の見直しを行う。

また、令和8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。さらに令和11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7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8章 個人情報の取扱い

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。

第9章 地域包括ケアに係る取組及びその他の注意事項

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。

「用語解説・基準」

1.医療費

- 生活習慣病医療費:KDB「疾病別医療費分析(生活習慣病)」における「糖尿病、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症、脂肪肝、動脈硬化症、脳出血、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞、がん、筋・骨格、精神」の医療費

2.特定健診

検査結果判定

血圧	保健指導判定値 収縮期130mmHg以上140mmHg未満又は 拡張期85mmHg以上90mmHg未満 要治療判定値 収縮期140mmHg以上160mmHg未満又は 拡張期90mmHg以上100mmHg未満 受療勧奨判定値 収縮期160mmHg以上又は拡張期100mmHg以上
血糖	保健指導判定値 空腹時血糖100mg/dl以上126mg/dl未満 又はHbA1c5.6%以上HbA1c6.5%未満 要医療判定値 HbA1c6.5%以上7.0%未満 受療勧奨判定値 空腹時血糖140mg/dl以上又はHbA1c7.0%以上
脂質	保健指導判定値 中性脂肪150mg/dl以上300mg/dl未満又は LDL120mg/dl以上140mg/dl未満又は HDL40mg/dl未満 要医療判定値 中性脂肪300mg/dl以上500mg/dl未満又は LDL140mg/dl以上180mg/dl未満 受療勧奨判定値 LDL180mg/dl以上の男性
肥満 (BMI)	判定値 25kg/m ² 以上
腎機能	要医療勧奨判定値 eGFR30ml/分/1.73m ² 以上45ml/分/1.73m ² 未満 受療勧奨判定値 eGFR30ml/分/1.73m ² 未満または尿蛋白(2+)以上

質問票

- 質問項目ごと、回答ごとの該当率
- 特定健診受診者の運動習慣のある者の割合
(1回30分以上、週2回以上、1年以上実施の運動あり)
- 行動変容の段階が取組済以上である者の割合
- 2合以上飲酒率：日本酒換算で1回2合以上と回答した者