

# 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3期計画：令和6年度～令和11年度)

令和6年3月  
瀬戸内市

# 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・・・ 1
2. 計画期間・・・ 1
3. 計画の推進体制・・・ 1
4. 関連計画との関係・・・ 2

## 第2章 現状の整理

1. 保険者の特性・・・ 3
2. 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・・・ 5
  - (1) 健康課題・・・ 5
  - (2) 特定健診・・・ 8
  - (3) 特定保健指導・・・ 10
  - (4) 重症化予防・・・ 13
  - (5) 健診結果・・・ 15
  - (6) 医療費・・・ 16

## 第3章 前期計画

1. 実施事業の内容・・・ 18
2. 評価と課題・・・ 21

## 第4章 保健事業実施計画（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・・・ 22

## 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・・・ 23
2. 特定健診事業・・・ 24
3. 特定保健指導事業・・・ 26
4. 重症化予防対策・・・ 27

## 第6章 特定健康診査等実施計画

1. 対象者数の推計・・・ 31
2. 特定健診の実施方法・・・ 31
3. 特定保健指導の実施方法・・・ 34

第7章	個別の保健事業及び保健事業実施計画（データヘルス計画）の 評価・見直し	36
第8章	計画の公表・周知	36
第9章	個人情報の取扱い	36
第10章	地域包括ケアに係る取組及びその他の注意事項	36
参考資料	用語解説・基準	37

# 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

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の利用・活用などにより実効性を持つ取組が示されている。

保健事業実施計画（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期保健事業実施計画（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期保健事業実施計画（データヘルス計画）及び第4期特定健康診査等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。

## 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は、健康づくり推進課、いきいき長寿課等の関係各課及び岡山県、岡山県国民健康保険団体連合会、岡山県後期高齢者医療広域連合、地域包括支援センターと連携を図る。

また、瀬戸内市国民健康保険運営協議会において点検・評価を行うとともに、国の動向も十分見極めながら、見直しも含めて協議していく。

## 4. 関連計画との関係

本計画と関連の深い行政計画には、「第2期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。

「第2期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」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、「在宅で安心して暮らせ最後を迎えられる仕組みづくり」、「認知症対策」、「障がいのある人がいきいきと暮らせる仕組みづくり」を重点項目として掲げたものである。

これらの取組は、本計画でめざす目標の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

## 1. 保険者の特性

### 人口構成、地図

瀬戸内市は岡山市に隣接し、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。

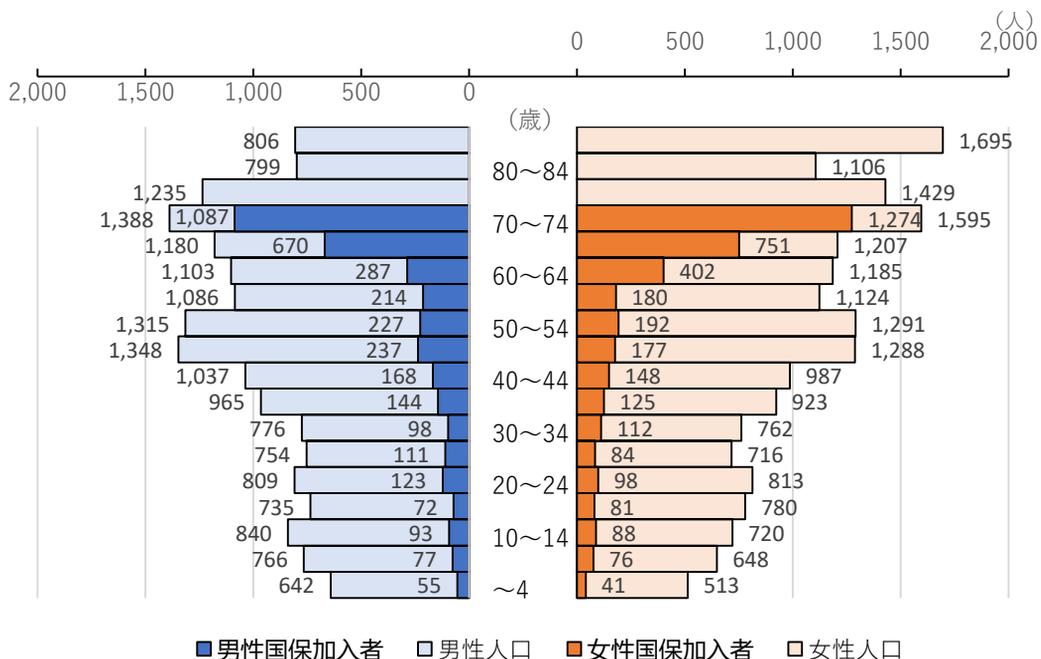
面積	125.46 <small>km<sup>2</sup></small>
総人口	36,366 人
高齢者数	12,441 人
高齢化率	34.2 %
国保被保険者数	7,492 人
後期被保険者数	6,942 人
介護保険認定率	20.1 %
出生数	181 人
死亡者数	599 人
特定健診受診率	19 位/県
特定保健指導実施率	10 位/県



出典 面積：全国都道府県市区町村別面積調（令和5年10月1日時点）、人口：住民基本台帳（令和5年4月1日現在）  
 被保険者数：瀬戸内市国保統計資料（令和5年4月1日現在）、介護保険認定率：K D B 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（令和5年3月末現在）  
 特定健診・保健指導実施率：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）

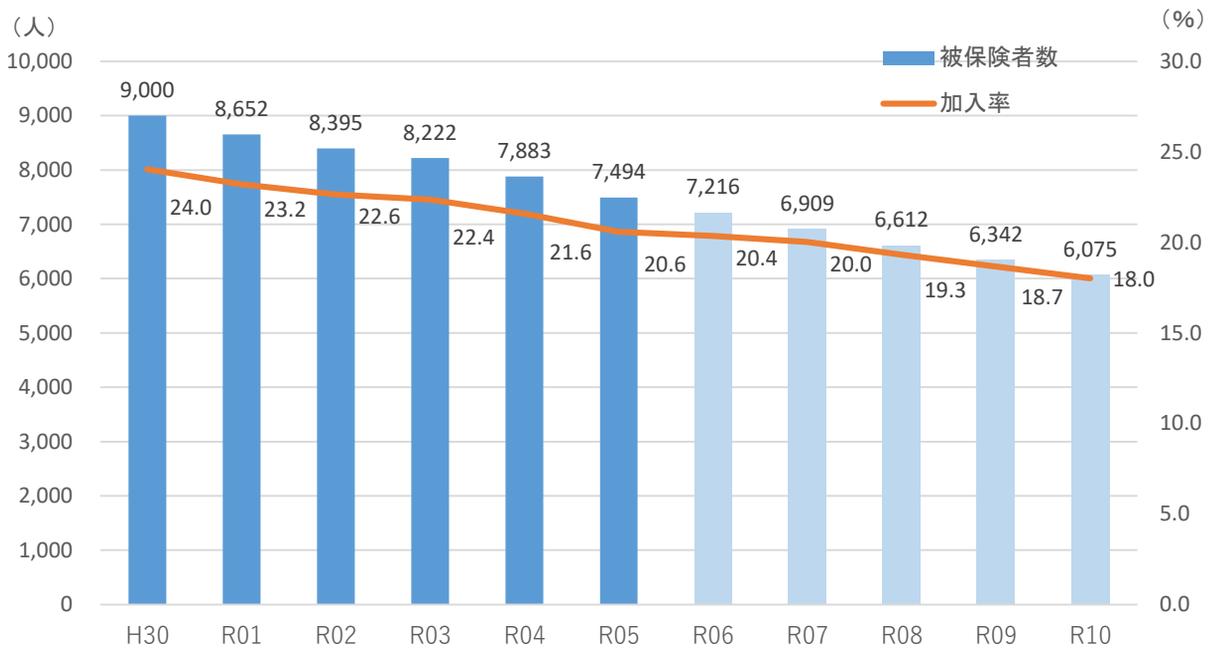
### 年齢階級別人口・国保加入者数

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歳では約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。



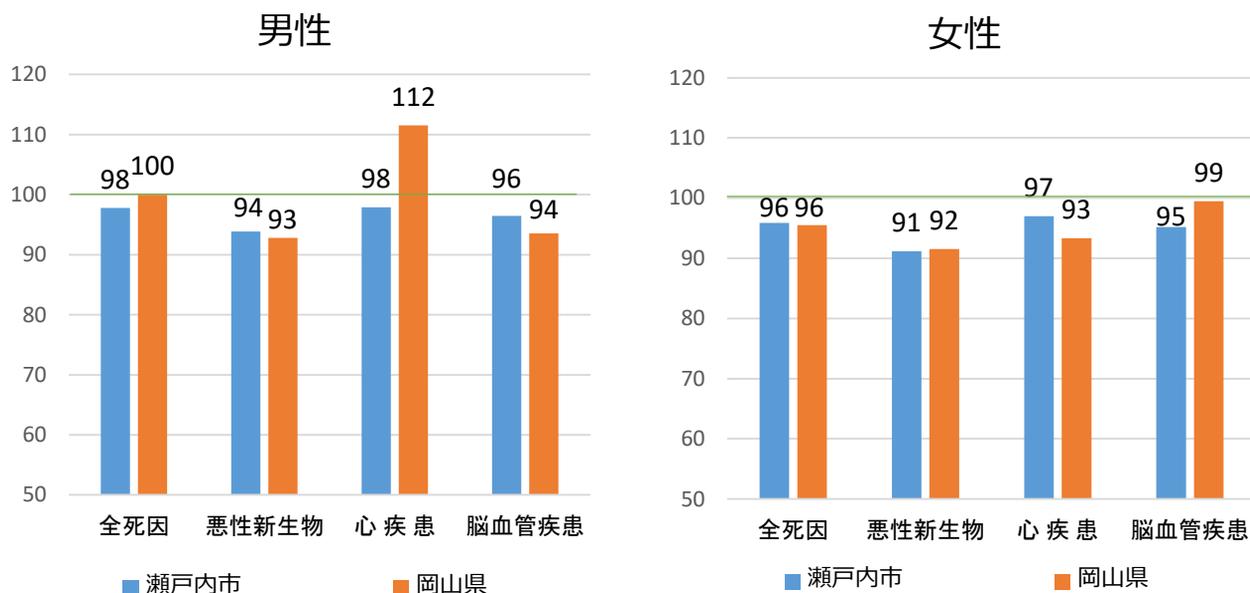
出典：瀬戸内市国保統計資料（令和5年4月1日現在）

## 2. 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 ①

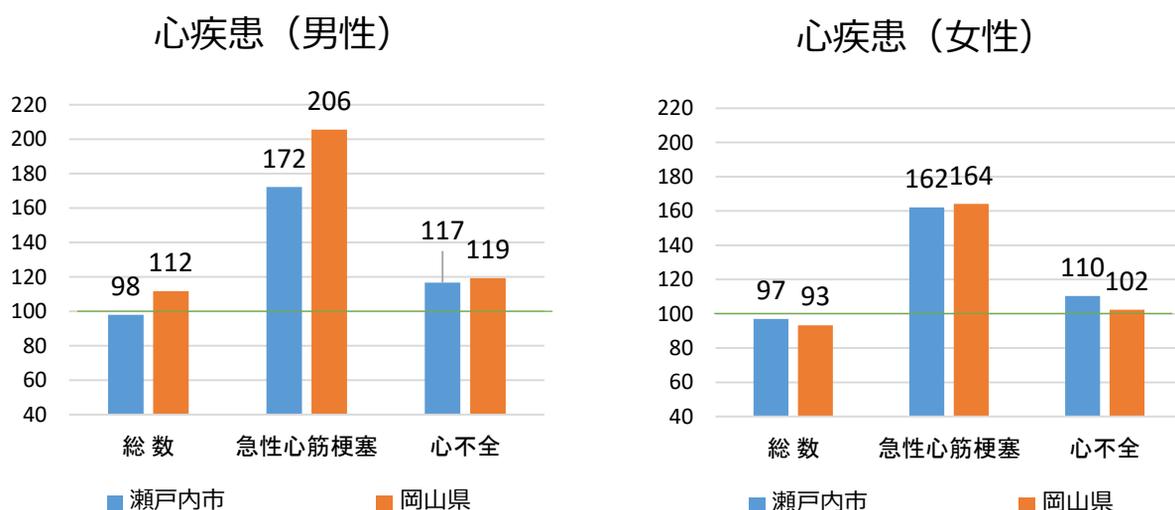
男女ともに全死因の標準化死亡比（SMR）は全国平均（= 100）より低めである。心疾患、脳血管疾患ともに低めとなっている。悪性新生物は男女ともに低い水準にある。



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 ②

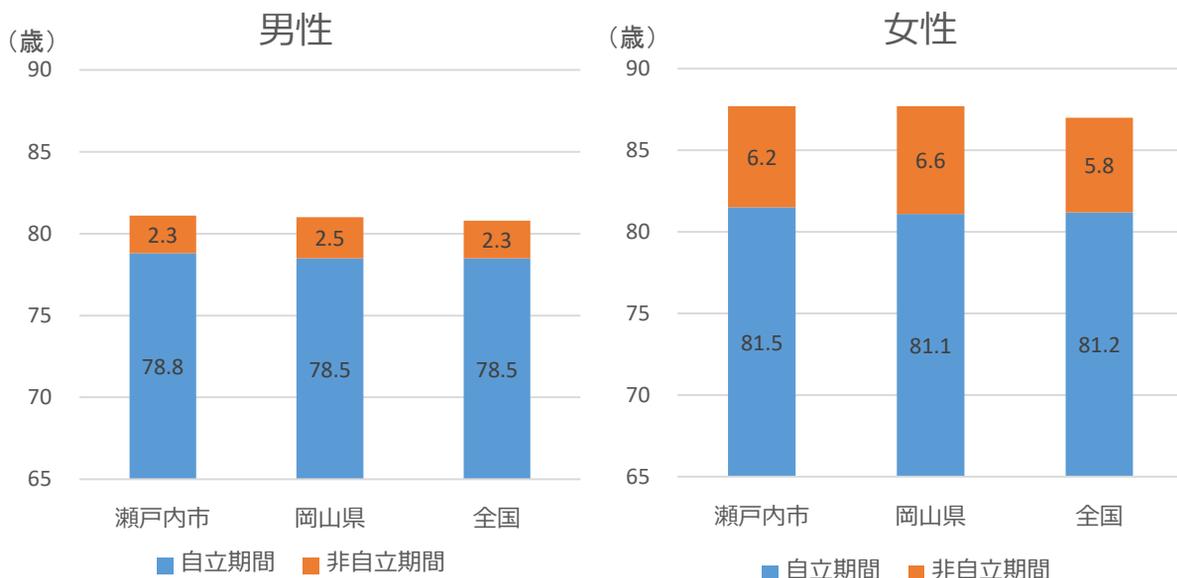
男女ともに心疾患全体の標準化死亡比（SMR）は全国平均（= 100）と同じ水準であるが、男性の心不全が117と高めで、急性心筋梗塞が172と高い。女性でも同様に急性心筋梗塞は162と高い水準にある。



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

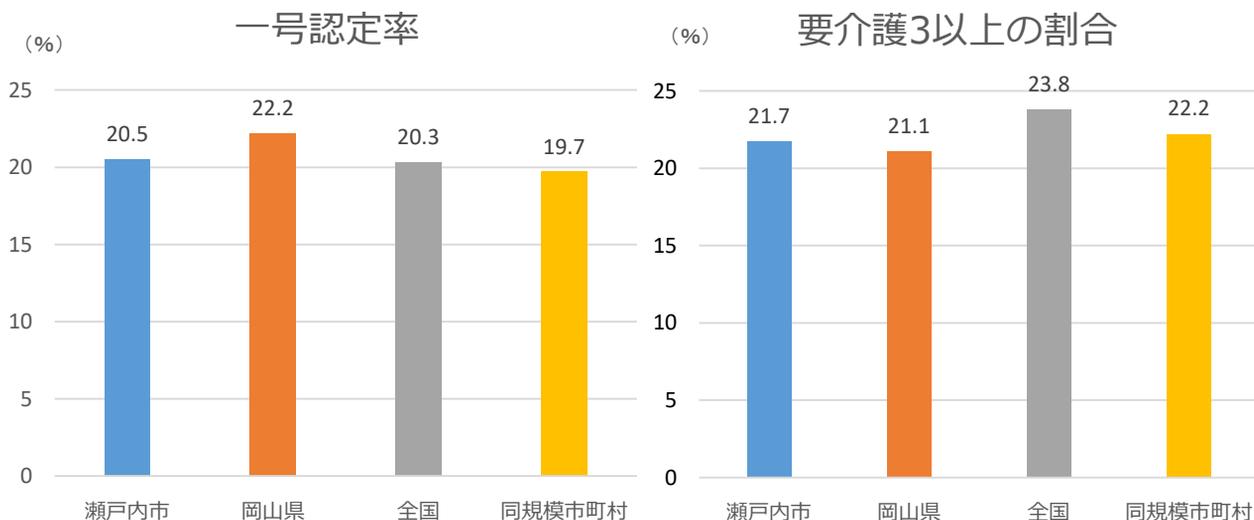
要支援・要介護でない男性の自立期間は78.8歳で岡山県や全国より0.3歳長く、非自立期間はほぼ同じである。女性は自立期間が全国より0.3歳長く、非自立期間は0.4歳長い。



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

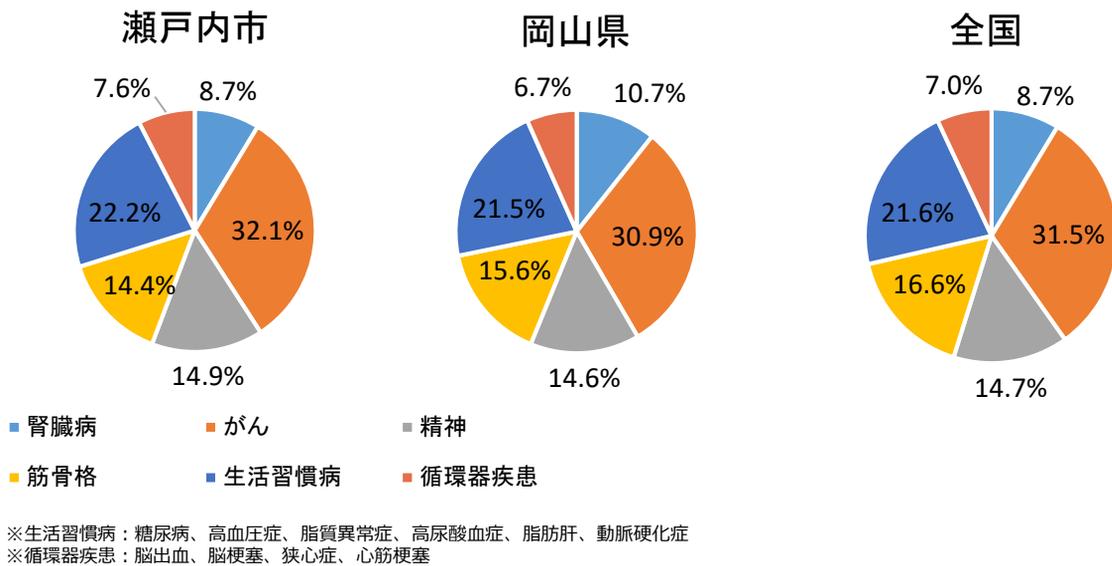
介護認定率は20.5%と岡山県の22.2%より低い水準にある。要介護全体に占める要介護3以上の割合は21.7%で、岡山県の21.1%より高く全国の23.8%と比較してやや低めとなっている。



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 ①

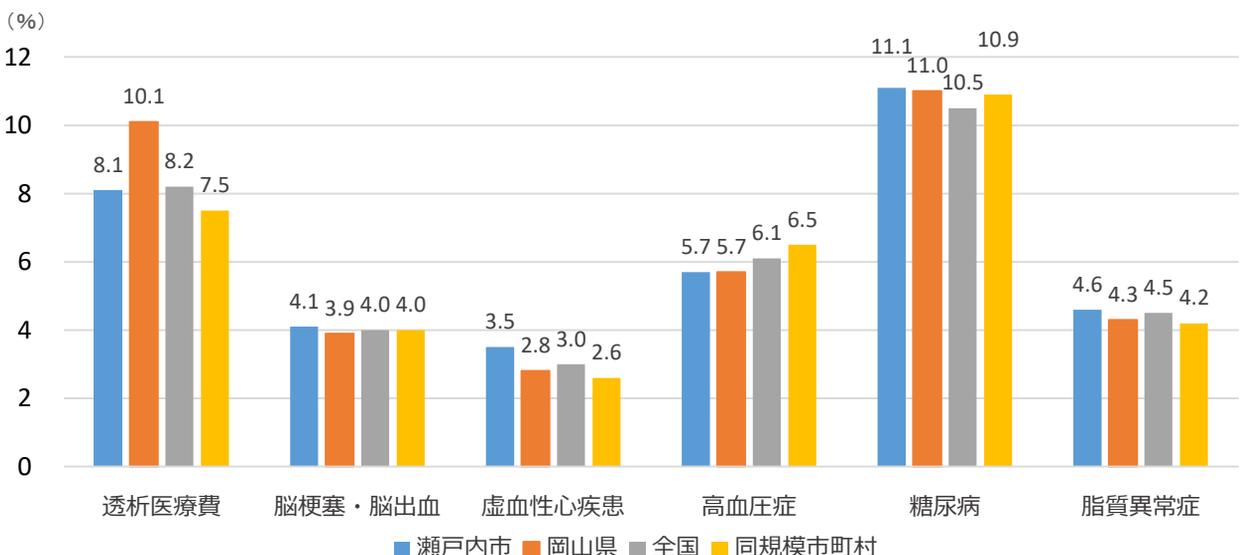
生活習慣病の医療費割合は22.2%と岡山県の21.5%や全国の21.6%と比較してやや多い傾向がある。循環器疾患の医療費割合は7.6%で岡山県の6.7%や全国の7.0%よりやや多めである。



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 ②

透析の医療費割合は岡山県より少なく、全国とほぼ同じ水準である。虚血性心疾患の医療費割合は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。高血圧症の5.7%、糖尿病の11.1%、脂質異常症の4.6%は岡山県や全国とほぼ同じ水準である。

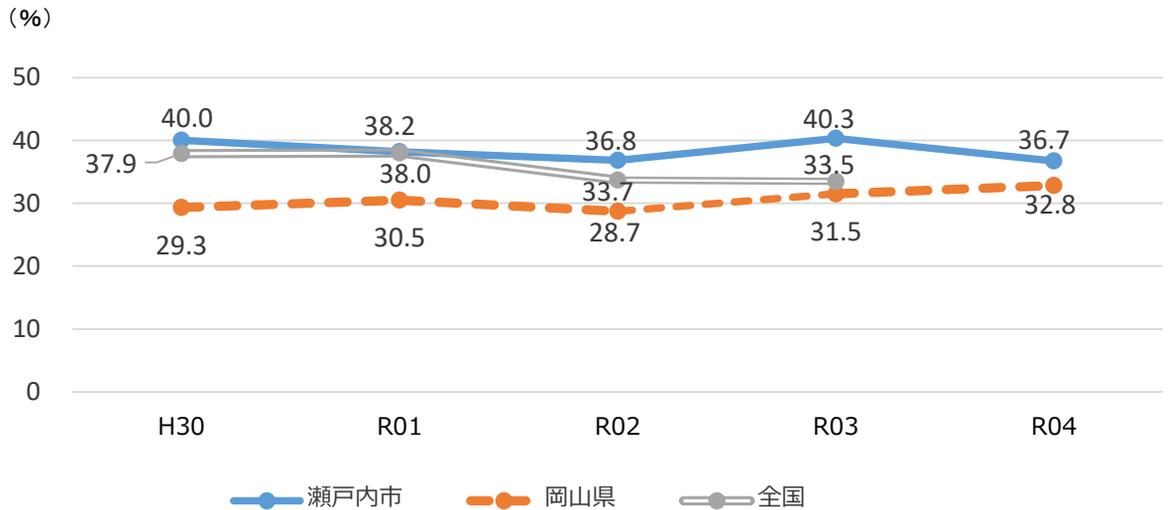


出典：令和3年度 KDB地域の全体像の把握

## (2) 特定健診

### 特定健診受診率

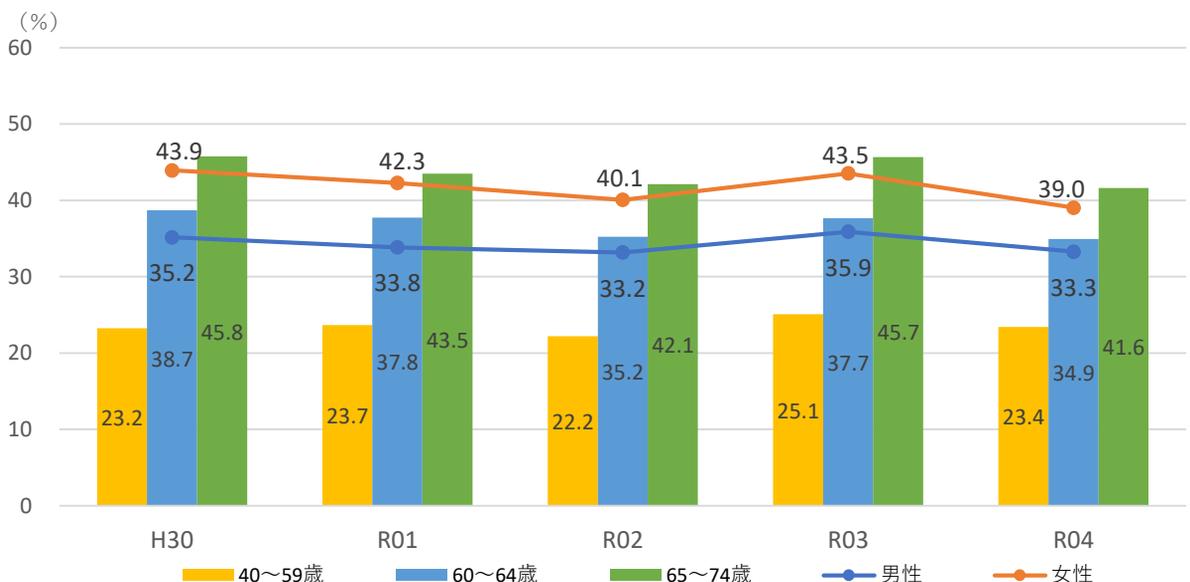
特定健診受診率は平成30年度には40.0%と岡山県の中でも高い水準にあったが、ほぼ横ばいとなっている。岡山県全体の受診率は平成30年度から令和4年度の間、4%向上しており、その中でも当市の受診率はやや高めの水準にあるが、年々低下している。



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）

### 特定健診年齢階級別受診率

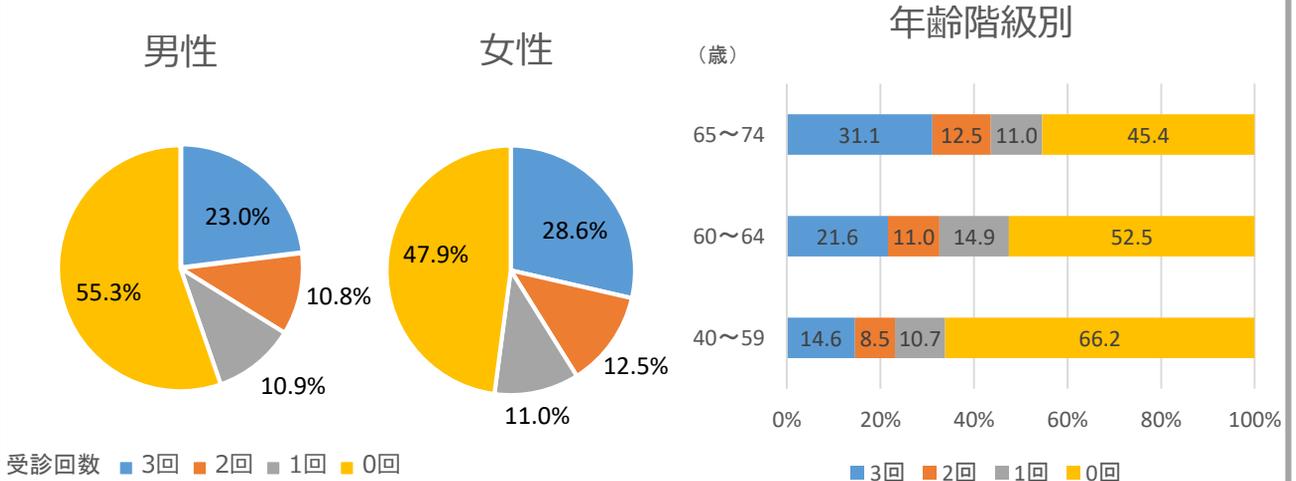
年齢階級別にみると高齢になるほど受診率が高い。男性より女性の方が受診率は高いが差は縮小傾向にある。65歳以上の高齢者の受診率が低下傾向にある。40～59歳の受診率は横ばいとなっている。



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

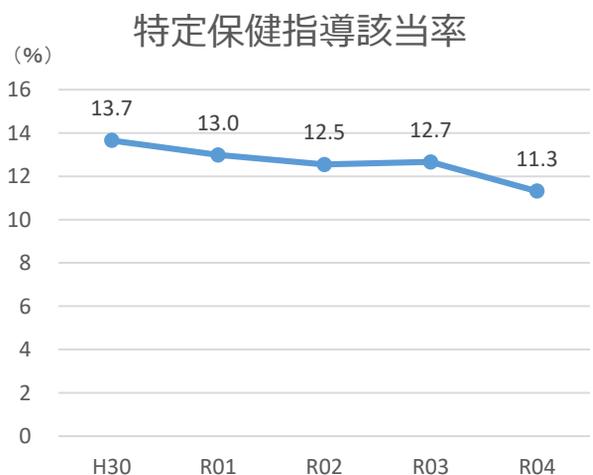
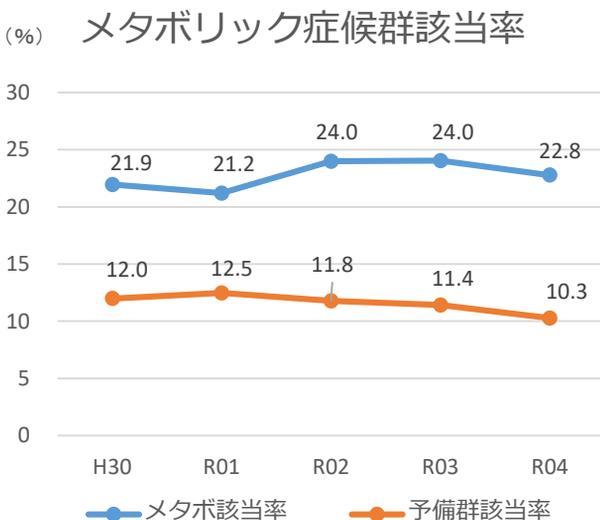
令和2年度～令和4年度の3年間の受診回数別の受診率は男性の毎年受診者の割合が23.0%で、女性の28.6%と比べて少ない。3年間で1～2回受診者の割合は男性で21.7%と多い。年齢が高いほど毎年受診者の割合は多くなっており、65歳以上では31.1%を占めている。



出典：独自解析 令和2年度～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

各年度の健診結果におけるメタボリック症候群該当率は平成30年度21.9%から令和4年度22.8%とほぼ横ばいとなっている。予備群は減少傾向にある。特定保健指導該当率は平成30年度13.7%から令和4年度11.3%に低下傾向にある。

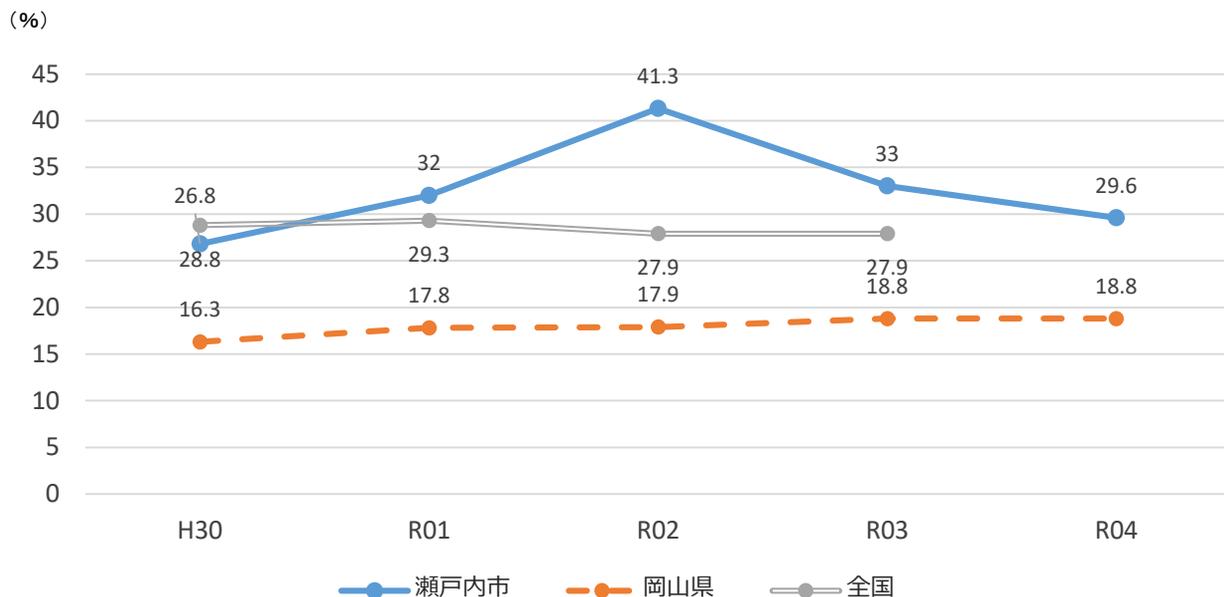


出典：独自解析 平成30年度～令和4年度特定健診結果

### (3) 特定保健指導

#### 特定保健指導実施率

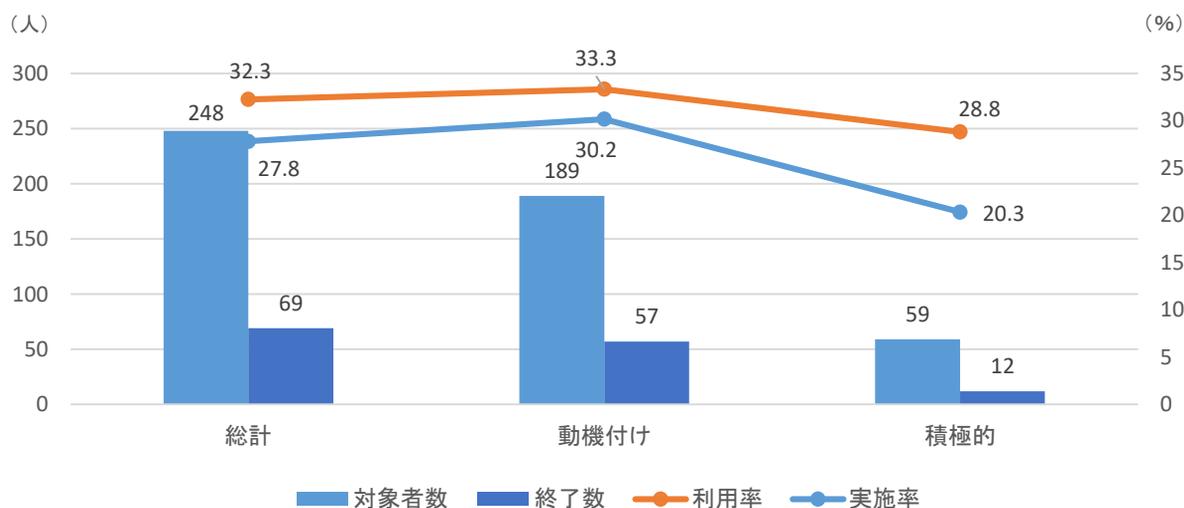
特定保健指導の実施率は令和2年度に41.3%に達したが、徐々に低下し令和4年度は29.6%となり、全国の実施率とほぼ同じ水準となっている。



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）

#### 特定保健指導の利用と終了の状況

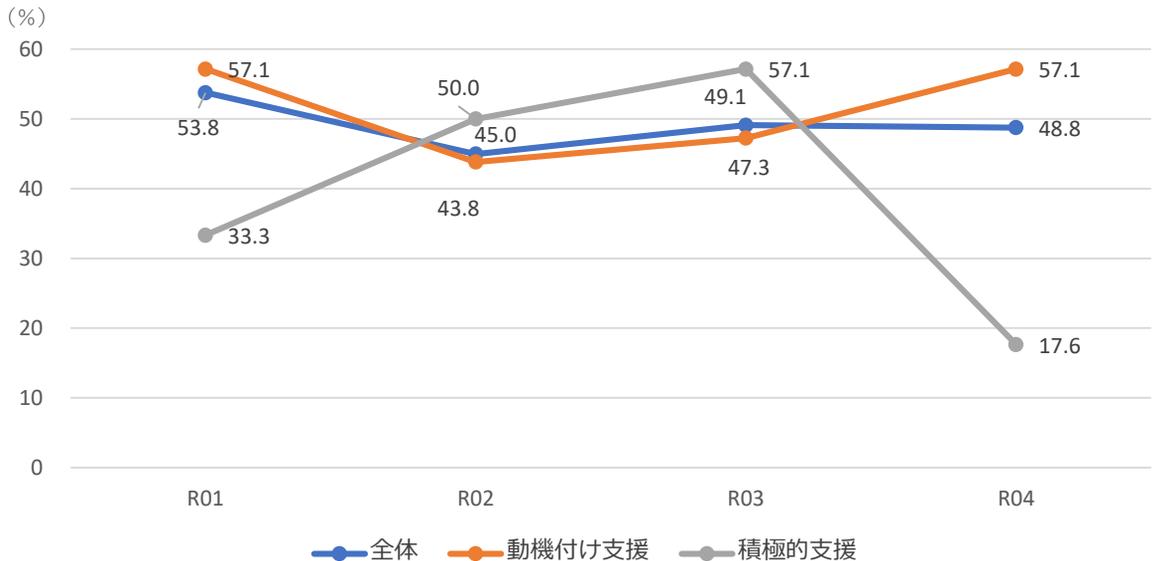
動機付け支援・積極的支援別の終了（実施）状況をみると、動機付け支援と比較して積極的支援の実施率が低い傾向にある。利用率で比較すると差は少なく積極的支援の中途脱落率が高いためと考えられる。



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）

## 特定保健指導実施者に占める2年以上連続実施者の割合

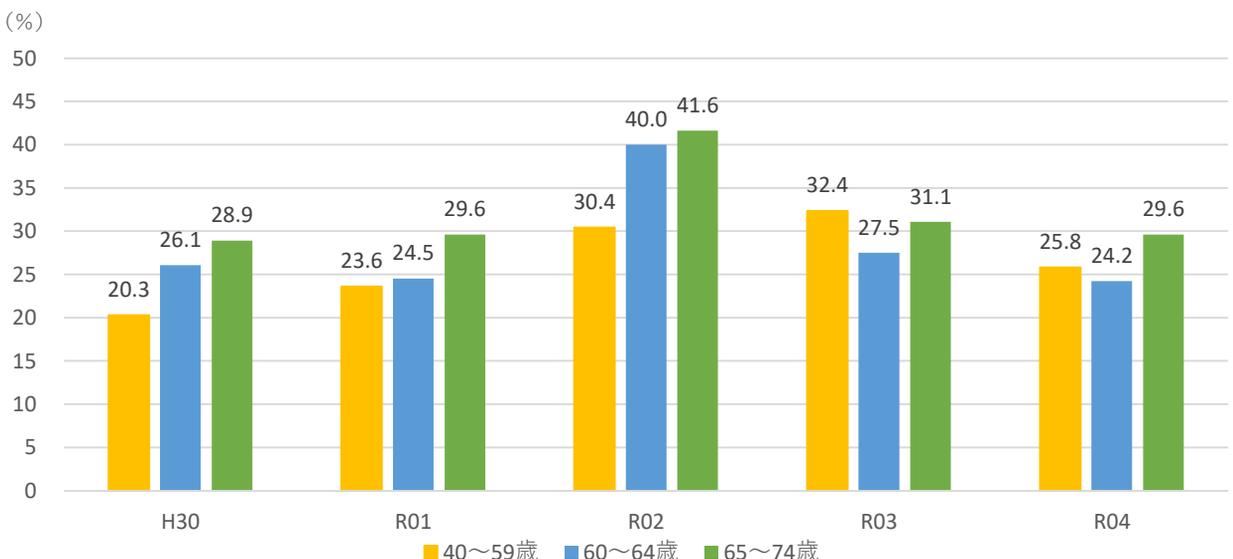
特定保健指導実施者全体のうち2年以上連続で保健指導を実施した人（リピーター）の割合は、50%前後で一定している。動機付け・積極的支援別にみると年度ごとに変化が大きく、令和4年度では積極的支援のリピーター率が低下している。



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

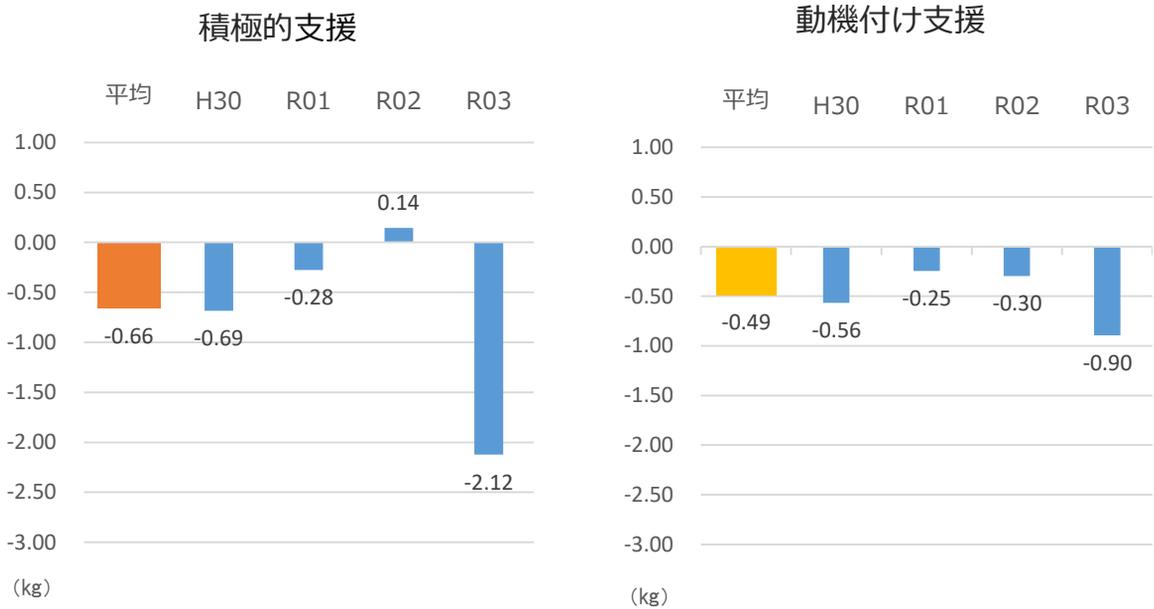
特定保健指導の年齢階級別の実施率をみると、年齢が高いほど実施する割合は多いが、年齢階級ごとの大きな差はなくすべての年齢階級で約20%から42%の範囲に収まっている。



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 ①

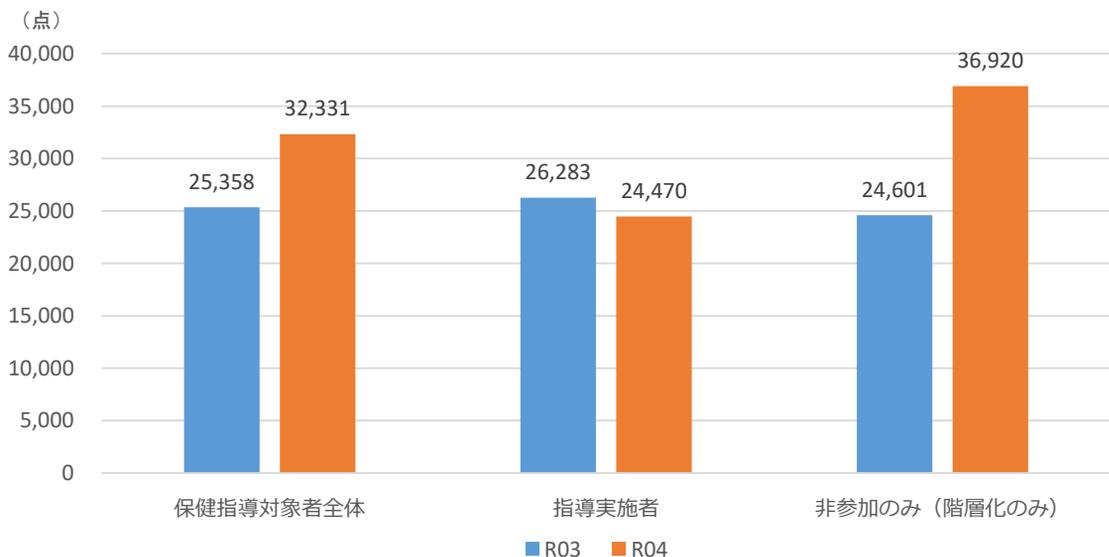
年度ごとに特定保健指導翌年の健診結果から見た体重減少の値が異なるが、令和3年度には積極的支援で2.12kg、動機付け支援で0.90kg減少した。



出典：独自解析 平成30年度～令和4年度特定健診結果

## 特定保健指導の質的評価 ②

令和3年度の特定保健指導対象者の医療費の変化をみると、令和4年度には全体で診療点数が約7,000点増加した。また、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点増加した。

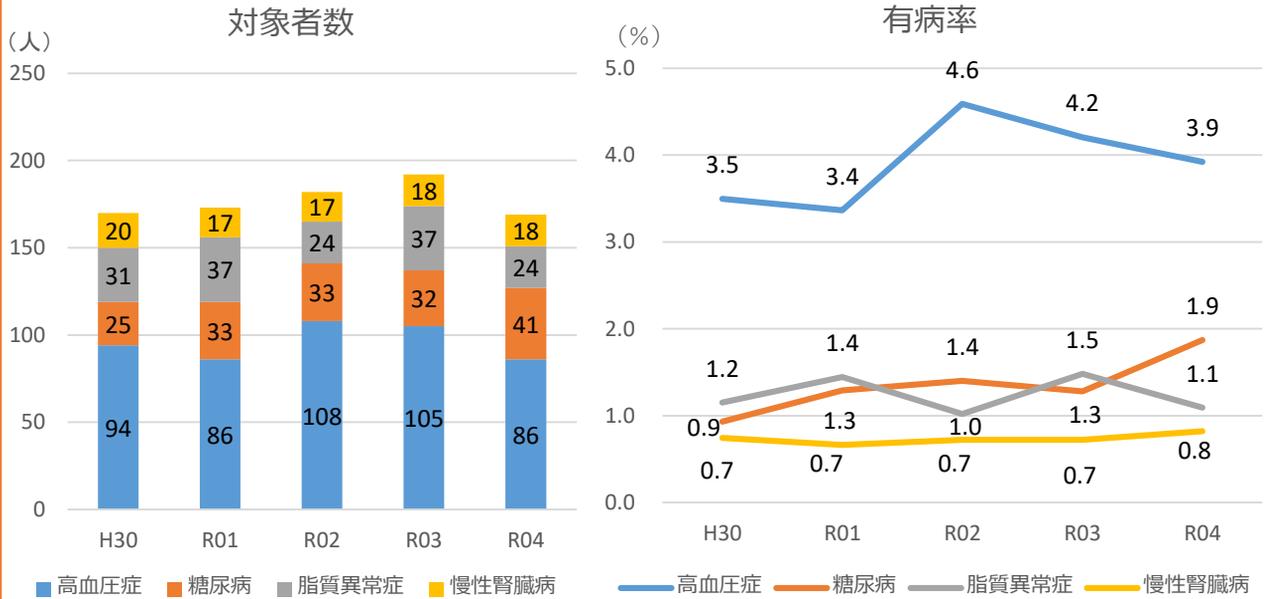


出典：独自解析 平成30年度～令和4年度特定健診結果

## (4) 重症化予防

### 重症化予防 未治療者対策 ①

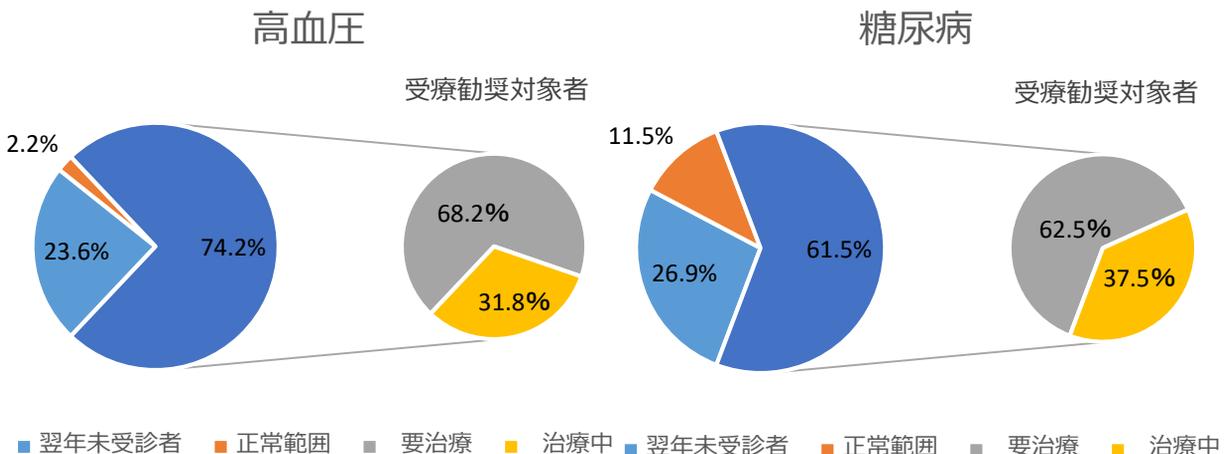
高血圧では受療勧奨域の者が平成30年度の94人からほぼ横ばいの状況であるが、有病率は上昇している。糖尿病は25名から令和4年度には41名と増加傾向にあり、有病率も上昇している。脂質異常症、慢性腎臓病はほぼ横ばいとなっている。



出典：独自解析 平成30年度～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症、糖尿病患者のうち、翌年の健診結果が要治療域で治療中となった人の割合は、高血圧症約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24～27%を占めている。

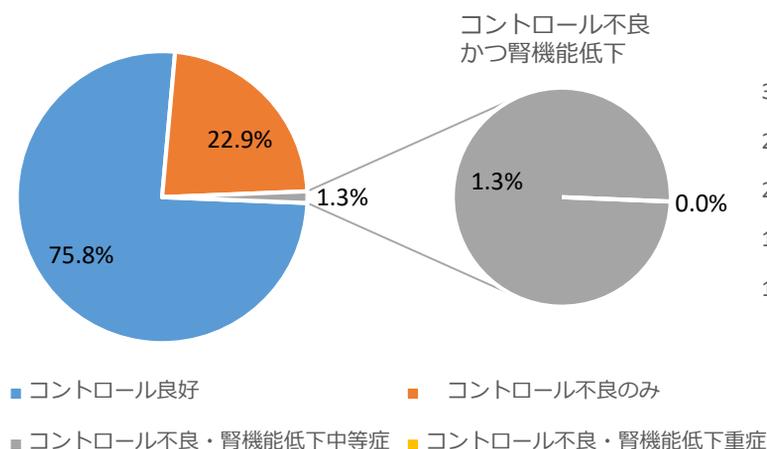


出典：独自解析 令和3年度～令和4年度特定健診結果

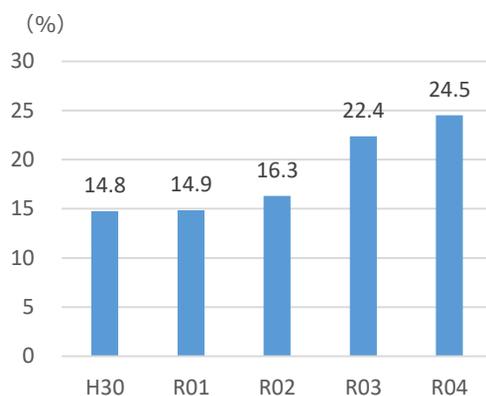
## 重症化予防 治療中者対策 ①

糖尿病治療中者全体の1.3%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年度で14.8%、令和4年度で24.5%と増加傾向にある。

治療中者の状況 (R4年度)



糖尿病治療中者に占める  
HbA1c7.0%以上の推移

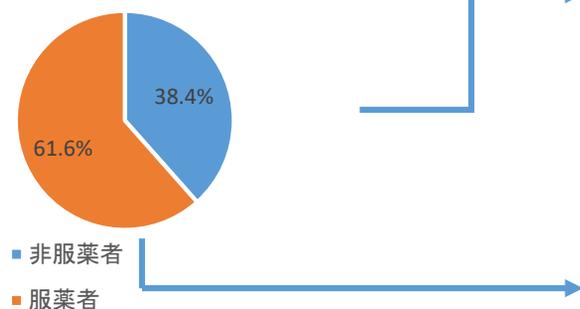


出典：独自解析 平成30年度～令和4年度特定健診結果

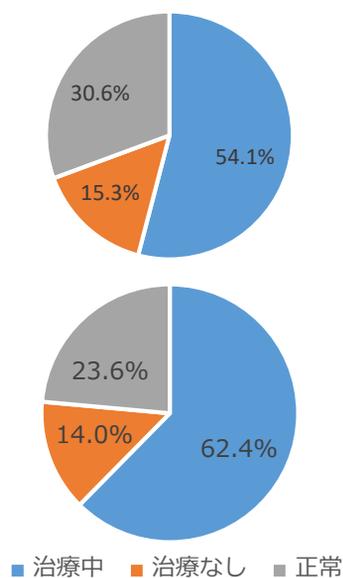
## 重症化予防 治療中者対策 ②

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61.6%であった。糖尿病の服薬者、非服薬者とも約60%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人が14.0%みられた。

糖尿病治療薬状況



高血圧の治療状況



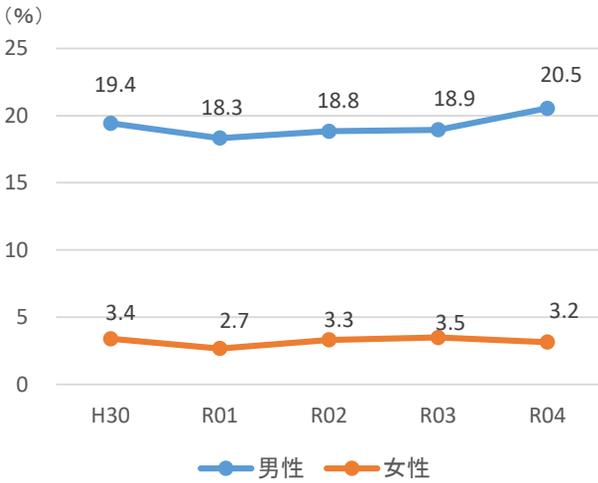
出典：独自解析 令和4年度特定健診結果

## (5) 健診結果

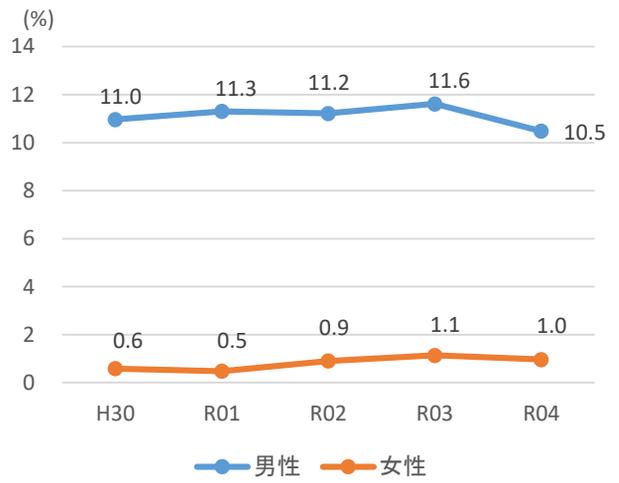
### 喫煙率・2合以上飲酒率

令和4年度の喫煙率は男性で20.5%と全国平均（27.1%：国民健康・栄養調査令和元年）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令和3年度11.6%から令和4年度10.5%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

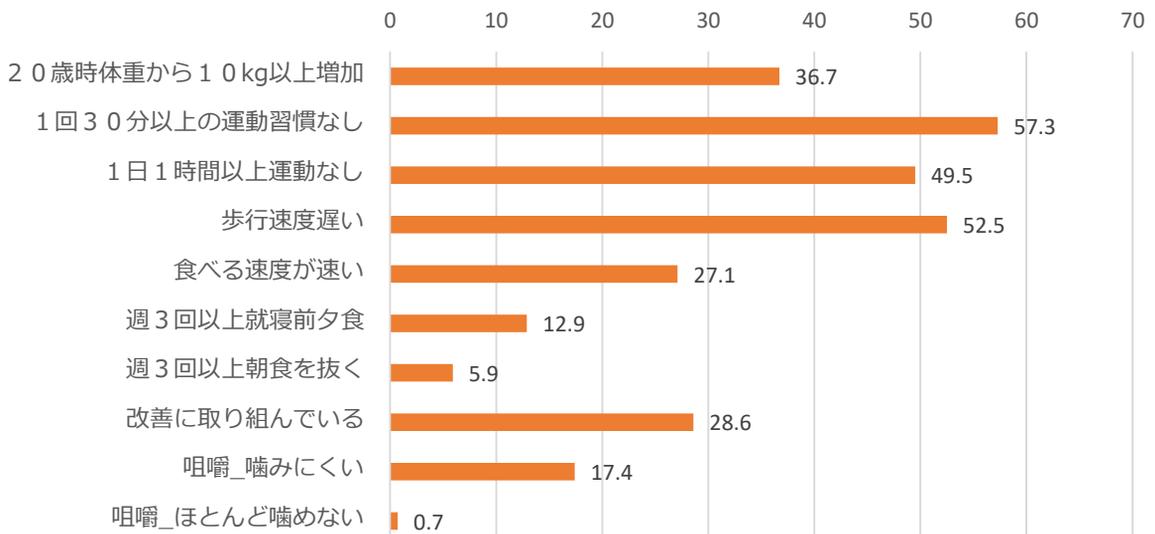


出典：独自解析 平成30年度～令和4年度特定健診結果

### 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。食べる速度が速い人は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%であった。咀嚼では噛みにくい、ほとんど噛めないを合わせ約18%に問題があった。

(%)

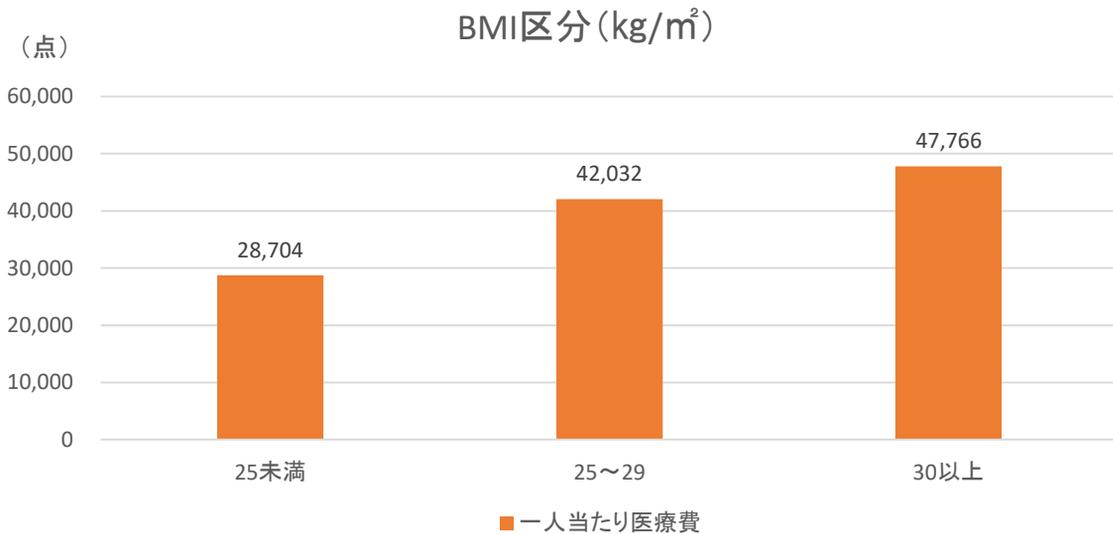


出典：令和3年度 KDB地域の全体像の把握

## (6) 医療費

### 健診結果と医療費

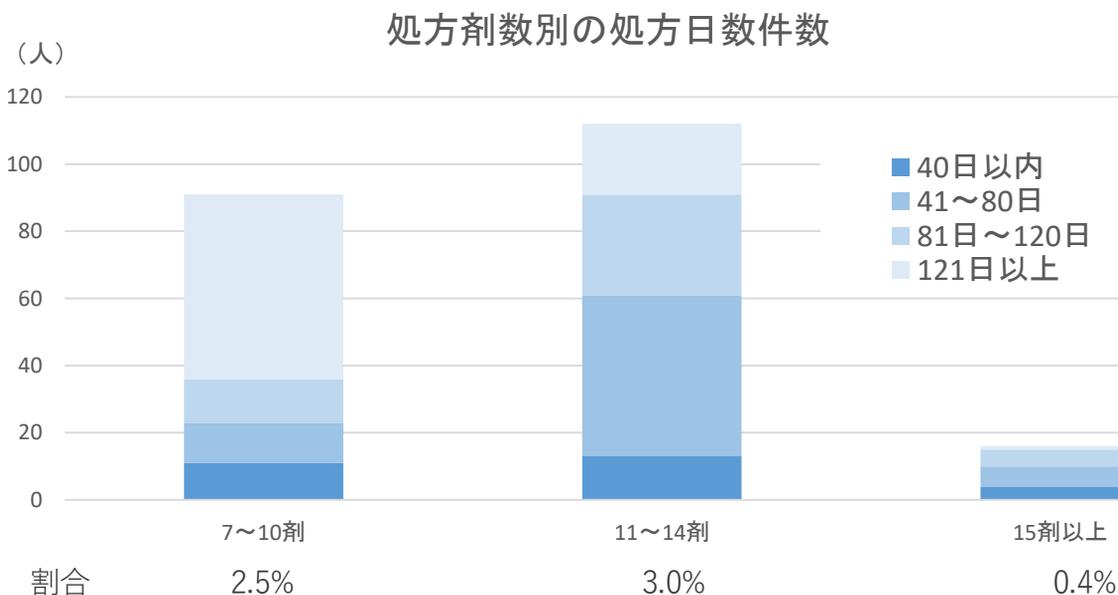
BMI区分に基づく肥満者は医療費が多い傾向にあり、BMI25～29 (kg/m<sup>2</sup>) の肥満者は、25未満の非肥満者と比較して診療点数が年間約13,000点高く、BMIが30以上の肥満者では年間で約19,000点高い。



出典：独自解析 令和4年度特定健診結果・医療費情報

### 重複受診・多剤服用者

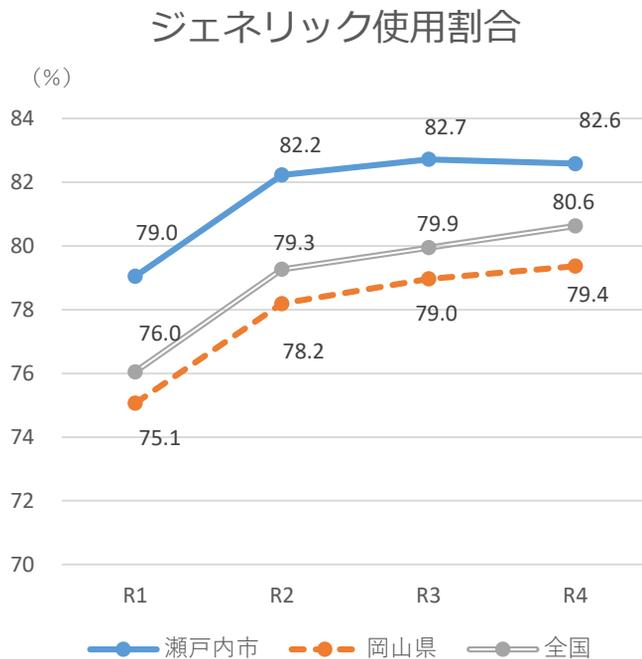
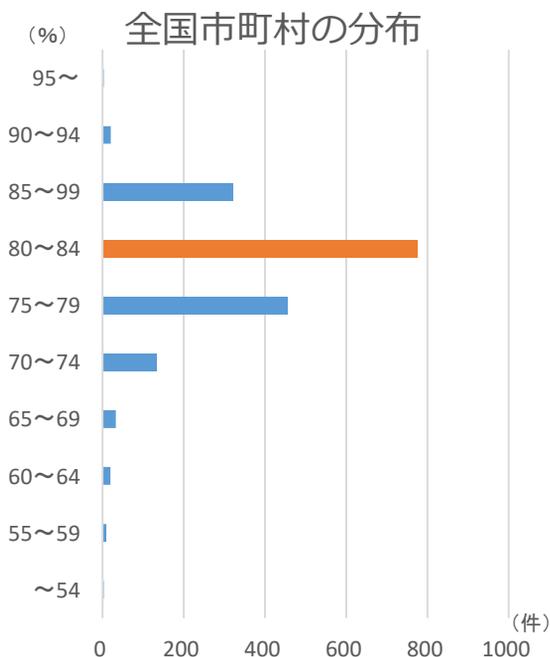
1か月の処方から見た多剤服用者では7～10剤が全体の2.5%を占め、11～14剤が3.0%、15剤以上が全体の0.4%程度を占める。処方日数別では41日以上が大部分を占め、7～10剤では121日以上が半分以上を占める。



出典：令和4年3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、岡山県全体（79.4%）や全国平均（80.6%）と比べて2%程度高い。また、岡山県や全国と同じく上昇傾向にある。



出典：厚労省保険者別の後発医薬品の使用割合（令和元年度～4年度）

# 第3章 前期計画

## 1. 実施事業の内容

### (1) 特定健康診査

事業目的：メタボリックシンドロームの早期発見による生活習慣病予防

健診名	加入保険等条件	検査内容	健診会場・実施期間	R4年度 受診者数 (受診率)
	対象年齢			
健康診査	特定健康診査	<<国民健康保険>> 40～74歳（年度末年齢）  身体計測、血圧、血液検査（血糖、脂質、肝機能、貧血、腎機能）、尿検査、心電図、眼底 【希望者】 肝炎ウイルス検査、前立腺がん検査	1) 集団健診 * 日数：10日間 * 会場：各地域の公民館等 —12カ所	2,027 (36.7%)
	39健診	<<国民健康保険>> 20～39歳（年度末年齢）  特定健診に準ずる （前立腺がん検査を除く）	2) 個別健診 * 期間：6月～12月末日 * 実施場所：各医療機関 ①瀬戸内市医療機関 —19カ所 = 特定健康診査のみ = ②岡山市医療機関 —296カ所 ③備前市医療機関 —13カ所	112 (12.6%)
	後期高齢者健康診査	<<後期高齢者医療保険>> 75歳以上（年度末年齢）  特定健診に準ずる（腹囲は除く）		674 (10.8%)
国保総合健診	従来型国保総合健診	<<国民健康保険>> 40～74歳（年度末年齢）  特定健診、肺がん検診、胃がん検診(胃レントゲン)、大腸がん検診、婦人科検診（乳がん検診、子宮頸がん検診）	集団健診会場（公民館） * 日数：1日間（休日）	100 ※
	プレミアム国保総合健診	特定健診、肺がん検診、胃がん検診、(胃レントゲン)、大腸がん検診、腹部エコー、骨密度測定 オプション検査（腫瘍マーカー、頸動脈エコーなど13種）	集団健診会場（公民館） * 日数：3日間（休日）	69 ※
国保人間ドック	<<国民健康保険>> 35歳（4月1日時点） ～74歳まで(受診日時点)	特定健診、肺がん検診、胃がん検診(胃レントゲンまたは胃カメラ)、大腸がん検診、腹部エコー等 オプション検査（腫瘍マーカー、腹部CT検査、乳がん検診、子宮頸がん検診など21種）	瀬戸内市民病院 * 期間：4月～翌1月末日	452 ※
	<<後期高齢者医療保険>> 75歳以上（受診日時点）			294
歯周病検診	<<国民健康保険>> 40、50、60、70歳 （年度末年齢）	歯周病歯科健診 * 口腔内検診、指導	瀬戸内市内歯科医療機関 * 期間：9月～翌2月末日	61 (10.3%)
	<<後期高齢者医療保険>> 80歳（年度末年齢）	高齢者介護予防歯科健診 * 口腔機能健診、指導		89 (19.0%)

※特定健康診査受診者数再掲

## (2) 特定保健指導

事業名	目的	事業内容	R4年度実施数
特定保健指導	メタボリックシンドロームの早期発見による生活習慣病予防	特定健康診査の結果から特定保健指導対象者を抽出し、生活習慣や検査値が改善されるように、専門職による支援を面接や電話等で行う。生活習慣病のリスクに応じて、「積極的支援」(約6カ月間)、「動機づけ支援」(約3カ月間)に分けて保健指導を実施する。	69

## (3) 重症化予防対策

事業目的：糖尿病性腎症の重症化を予防する

事業名	対象	事業内容・実績
未治療者対策	特定健診の結果、「要精検」「要治療」判定の人	<ul style="list-style-type: none"> <li>平成28年度より、未治療者に対する受療勧奨を開始</li> <li>対象者：瀬戸内市重症化予防受療勧奨基準により抽出</li> <li>受療勧奨案内、健康情報（健康スコア）の送付や電話での受療勧奨を行う。</li> <li>集団健診、人間ドックの当日に個別保健指導を行う。</li> <li>◆令和4年実績：受療勧奨-62人（うち血糖80.0%、血圧65.7%、脂質33.3%、腎機能73.3%が受療につながった。）</li> </ul>
治療中者対策	特定健診結果（HbA1c高値、eGFR低値）とレセプトデータから血糖高値で治療中の人	<ul style="list-style-type: none"> <li>平成29年度より、邑久医師会・市民病院協力のもと治療中者へ保健指導を開始</li> <li>対象者：特定健診データ(HbA1c7.0以上)かつレセプトより治療中者を抽出</li> <li>主治医と連携しながら、6カ月間の面接指導を行う。</li> <li>◆令和4年度実績：68人中、指導終了4人(医療機関連携-4カ所) HbA1c改善100%</li> </ul>
治療中断者対策	過去に糖尿病で医療機関を受診していたが、その後定期通院を中断した人	<ul style="list-style-type: none"> <li>平成28年度より、治療中断者への受診勧奨を開始</li> <li>対象者：直近1年間で、糖尿病に該当の外来レセプトかつ糖尿病の薬効分類の医薬品が存在する対象者の内、直近6カ月以上のレセプトが存在しない者</li> <li>訪問による受療勧奨と保健指導を行う。</li> <li>◆令和4年度実績：8人中、訪問7人(うち5人に面接を実施)</li> </ul>

## (4) 健康教育・健康相談

事業目的：生活習慣病の予防

事業名	対象	事業内容（アウトプット）	R4年度 実施数
健診結果説明会	特定健診の受診者 特定保健指導該当者 重症化予防該当者	血管年齢など健康チェック及び健診結果の説明、保健指導。特定保健指導該当者には特定保健指導を行う。 ※ 6日間市内の公民館を巡回	54
カラダ見直し講座	特定健診の結果、特定保健指導 該当者、重症化予防該当者	具体的な生活習慣（食事・運動など）をグループ形式で指導。特定保健指導該当者は、講座終了後に個別指導を行う。 ※ 3回コース	41
個別保健指導 ・健康相談	集団健診受診者及び、 特定保健指導該当者	集団健診の当日、個別相談を行う。今年度のテーマ「高血圧予防」を中心に指導。昨年健診結果の確認と病態別指導も行う。 ※集団健診- 1 4日間	712
糖尿病予防講演会	一般市民及び、 特定健診の結果、特定保健指導 該当者 重症化予防該当者	医師及び健康運動指導士による糖尿病予防をテーマにした講演会を行う。 ※年 1 回	46

\*重症化予防該当者—P37「用語解説・基準」2.特定健診検査結果判定 保健指導判定値参照。

## 2. 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向けた事業カレンダーの作成・運用が今後の課題となる。
	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。個別健診で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組が課題となる。
	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。岡山県や全国と比較して受診率の伸びが少ないため、受診率向上への取組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。
	健診相当データの医療機関等は、令和3年度で222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。集団健診の種類を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、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。国保加入者へ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。勧奨の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低く、質の向上が課題となる。委託先への保健指導の質の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や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を行い、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	糖尿病性腎症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（令和4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。
重症化予防事業	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。受療に結びついた割合は糖尿病の人で82%、高血圧症の人で63%、脂質異常症の人で36%と高く、今後の継続が課題である。

# 第4章 保健事業実施計画（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
<p>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。</p>
計画の目標
<p>医療機関、健診委託機関の協力体制を強化し、特定健診の受診率を50%に高め、広く健康把握の機会を提供します。</p> <p>健診の結果、特定保健指導の対象となった人に対しては個別健診受診者を含めて保健指導の機会を提供し、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的に管理して、保健指導により高額医療の発生抑止を目指します。</p>
推進戦略
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. データヘルス推進タスクフォースを設置して市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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>4. 個別健診受診者への保健事業を強化します。</li> <li>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。</li> </ol>

## 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
- ・ 長期未受診者への受診勧奨
- ・ 定期通院未受診者への働きかけ

### 形態別戦略

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

# 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体制を整備する。データヘルス計画推進会議を整備して受診者の増加と特定保健指導、未治療者及び治療中者対策を推進する。									
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)		人	172	169	165	162	159	155	152
評価指標2	虚血性心疾患 SMR (女性)		人	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"> <li>・国保年金医療給付課では定期的な打ち合わせを行っているが、推進のための会議体はない状況にある。</li> <li>・事業カレンダーを活用した事業の推進や評価は行ってこなかった。</li> <li>・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。</li> </ul>									
課題と達成 に向けた 戦略	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現状では計画の評価や推進のための会議体は現在ないため、新たな仕組みを整備する必要がある。</li> <li>・継続的な事業カレンダーの作成とそれに基づく効率的な事業運営を目指す。</li> <li>・集団健診種類の集約とがん検診との連携を目指す。</li> </ul>									
今後の 取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関等の意見を収集し、計画の達成度の確認、計画の見直しを行うための体制を整備する。</li> <li>・健康づくり推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。</li> </ul>									
今後の 実施体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・データヘルス計画推進会議の位置づけを整理して、どのような形で実施するか検討する。</li> <li>・事業カレンダーの整備・運用による業務の改善と集団健診受診者数の増加を図る。</li> <li>・健康づくり推進課と定期的に協議し総合健診の充実を図る。</li> </ul>									
備考										

## 2. 特定健診事業

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、ハイリスク者対策を充実するために、受診率向上策が重要となる。									
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"> <li>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。</li> <li>従来から国保加入者の情報収集と受診勧奨を行ってきた。</li> <li>毎年受診者は加入者の25%にみられるが、男性の毎年受診者の割合（23.0%）が女性（28.6%）より少ない。</li> <li>人間ドック、情報提供の割合は高いが、集団健診の割合は低めで、減少傾向にある。</li> </ul>									
課題と達成 に向けた 戦略	<ul style="list-style-type: none"> <li>受診率向上に向け集団健診、個別健診で健診形態に応じた取組を目指す。</li> <li>毎年受診率の増加を目指し、集団健診の予約制や個別医療機関への働きかけを行う。</li> <li>加入時の情報入手体制を活用し加入翌年の受診率を高める。</li> <li>国保加入者へ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。</li> </ul>									
今後の 取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>集団健診の場や個別医療機関への働きかけなど、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。</li> <li>加入時の情報収集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。</li> <li>健診の場での次年度予約、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。</li> <li>新規加入者は個別健診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。</li> </ul>									
今後の 実施体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>加入翌年の受診勧奨にICTを活用し労力の負担軽減を図る。</li> <li>年度を超えて受診勧奨する仕組みの整備を図る。</li> <li>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。</li> </ul>									
備考										

項目ID	610	個別事業名			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検診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	大腸がん検診受診率		%	9.9	10	11	12	13	14	15
分析結果と 現在までの 取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>大腸がん検診受診率(9.9%)は、岡山県(9.2%)とほぼ同じで低い。</li> </ul>									
課題と達成 に向けた 戦略	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>									
今後の 取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>									
今後の 実施体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>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、健康づくり推進課と定期的な協議を行う。</li> </ul>									
備考										

### 3. 特定保健指導事業

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組を行う。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"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 特定保健指導の実施率に比較しリピーターの割合(48.8%)が高い。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 現在個別健診受診者への勧奨は通知と医療機関からの紹介に限られており、実施に結び付いていない。</li> <li>・ 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るが、令和3年度には積極的支援で2.12kg、動機付け支援で0.90kg減少した。</li> </ul>									
課題と達成 に向けた 戦略	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 集団健診、人間ドックの特定保健指導実施体制を維持する。</li> <li>・ 個別健診受診者への電話勧奨、結果説明会の案内を行って実施率向上を目指す。</li> <li>・ 治療勧奨域にある特定保健指導対象者は治療勧奨対策と一元的に実施する。</li> <li>・ 委託先と共同での保健指導の質向上に向けた研修・情報交換の充実を目指す。</li> </ul>									
今後の 取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 委託先との協議を継続し、人間ドックの場での保健指導の実施を継続する。</li> <li>・ 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取組を行う。</li> </ul>									
今後の 実施体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 委託先との連携、新人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など保健指導体制を強化する。</li> <li>・ 特定保健指導と重症化予防未治療者対策の統一的な管理を行う。</li> <li>・ 市民病院での個別健診受診者を含む保健指導の充実など定期的な協議の場を設ける。</li> <li>・ 保健指導技術研修、事例検討を定期的に実施できる体制を整備する。</li> </ul>									
備考										

## 4. 重症化予防対策

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等									
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	5	5	5	5	5	5	5
分析結果と 現在までの 取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>									
課題と達成 に向けた 戦略	<ul style="list-style-type: none"> <li>高血圧、糖尿病などへの対策は充実してきたが、慢性腎臓病への勧奨強化が課題である。</li> <li>すでに中断した人への対策は整備できたため、中断リスクの高い人への対策を検討する。</li> <li>集団健診の場を活用し、未治療者への保健事業を実施する。</li> </ul>									
今後の 取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>現在実施している治療中断者への通知を継続し、中断リスクの高い人への対策を検討する。</li> <li>健診の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。</li> <li>治療勧奨や保健指導効果の確認と保健指導を行う。</li> </ul>									
今後の 実施体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>治療中断・未治療者対策の効果評価を継続的に実施し、課題の明確化と改善を行う。</li> <li>治療中断リスクの高い不定期受診の人を定期的に抽出する体制を整備する。</li> <li>集団健診の場で未治療、中断、治療中など有所見者への保健指導体制を拡充する。</li> </ul>									
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のうち勸奨基準該当者									
	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	保健指導実施者数	○	人	4	6	6	8	8	8	8
評価指標2	糖尿病性腎症予防講演会参加者数		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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>									
課題と達成に向けた戦略	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導の実施体制が整備でき、今後は安定的な対象者の確保が課題である。</li> <li>・指導が終了した人を含む継続的な支援体制の整備により長期支援効果の向上を目指す。</li> </ul>									
今後の取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>									
今後の実施体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・集団健診の場、結果説明会などの既存の場を活用した対象者の募集とフォロー体制を整備する。</li> <li>・事業対象者の名簿作成と管理を行って、後期高齢者医療制度と並行した人の継続支援体制を整備する。</li> </ul>									
備考										

項目ID	720	個別事業名			減塩・増カリウム教室					
事業の目的/概要	ナトカリ比 <sup>※</sup> に着目した減塩方法について、教室形式で解説する。 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	受診者数		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へ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。									

※ナトカリ比：ナトリウム／カリウムで計算する。ナトカリ比が低い（ナトリウムが少なく、カリウムが多い）と良い状態を表す。

項目ID	730	個別事業名			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、健診の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 (2029)
評価指標1	受診者数		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"> <li>・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%）も全国平均（男性:56%、女性:19%）より高い。</li> </ul>									
課題と達成 に向けた 戦略	<ul style="list-style-type: none"> <li>・肥満者率の低下に向けた取組が課題である。</li> <li>・健診の場はポピュレーション対策の有力な場であり活用する。</li> <li>・健診の場で活用可能な資料の作成が課題である。</li> </ul>									
今後の 取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>・集団健診を保健指導の場として活用する仕組みを整備し、年度ごとにテーマを変えて展開する。</li> <li>・健診時に慢性腎臓病や肥満予防、その他健康増進に関する最新知識を情報提供する。</li> </ul>									
今後の 実施体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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を整備する。</li> <li>・健診の場を生かした情報提供の仕組みを整備する。</li> </ul>									
備考										

# 第6章 特定健康診査等実施計画

## 1. 対象者数の推計

### (1) 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

以下は、令和6年度から令和11年度までの特定健康診査対象者数及び受診者数について、各年度の見込みを示したものです。

特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健康診査対象者数（人）	5,647	5,162	4,734	4,355	4,056	3,778
特定健康診査受診率 目標値（%）	40	42	44	46	48	50
特定健康診査受診者数（人）	2,258	2,168	2,082	2,003	1,946	1,881

## 2. 特定健診の実施方法

### (1) 対象者

40歳～74歳（年度末年齢）になる被保険者。ただし、妊産婦、海外在住、長期入院等厚生労働省令で定める除外規定に該当する者は対象者から除く。

### (2) 実施方法

P 1 8 特定健康診査参照

### (3) 実施項目

国が定める対象者全員に実施する「基本的な健診項目」と、医師が必要と判断した場合に実施する「詳細な健診項目」に基づき実施する。

基本的な健診項目		
○身体計測	身長、体重、BMI、腹囲	
○血圧測定	血圧値	
○理学的検査	身体診察	
○尿検査	尿糖、尿蛋白	
○血液検査	血糖	空腹時血糖、HbA1c
	脂質	中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール
	肝機能	AST(GOT)、ALT(GPT)、 $\gamma$ -GT ( $\gamma$ -GTP)
	腎機能	血清クレアチニン検査 (eGFRによる腎機能の評価を含む)
	貧血	赤血球数・血色素量・ヘマトクリット値
	尿酸	尿酸値
●心電図	※希望者に実施。個別健診では実施不可の医療機関あり。	
●眼底検査	※希望者に実施。個別健診では医師が必要と判断した場合のみ行い、実施不可の医療機関もある。	

### (4) 実施時期

6月から翌2月に実施する。

- ・ 集団健診：6月～翌2月のうち10日間
- ・ 個別健診：6月から12月末

### (5) 周知・案内方法

- ① 集団健診・個別健診
  - ・ 対象者全員に受診券と案内文を郵送する。
  - ・ 市広報紙、市ホームページ、市公式LINEで周知
  - ・ 受診勧奨ポスター掲示 (市内各所、医療機関)
- ② 人間ドック
  - ・ 市広報紙、公式LINEによる周知
  - ・ 案内チラシ (申込書) を全戸配布 (市広報紙に折込)

### (6) 事業者健診等の健診受診者のデータ収集

- ① 瀬戸内市商工会
- ② JAおかやま健診 (瀬戸内市内)

## (7) 受診勧奨

- ① 郵送による未受診者への受診勧奨を9月と12月に実施（毎年受診者、まだら受診者、新規対象者）
- ② 電話による未受診者への受診勧奨
- ③ 郵送による情報提供依頼（過去3年個別健診受診者）
- ④ インセンティブ（健康手帳ポイントにて粗品進呈）
- ⑤ 介護予防教室等の講座にて受診勧奨

## (8) 特定健診年間スケジュール

健診名	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
▶集団健診（特定健診、39健診、後期高齢健診）			10日間-地域の公民館等-12会場										
▶国保総合健診（特定健診とがん検診）			1日										
▶プレミアム国保総合健診（人間ドック相当）			1日				1日				1日		
▶個別健診（特定健診） *市内医療機関：39健診、後期高齢健診も同時実施			6月～12月末まで										
▶国保人間ドック（瀬戸内市民病院にて人間ドック） 35歳以上の国保加入者対象	4月～翌1月末まで												
▶歯周病検診 40.50.60.70.80歳になる人対象						9月～翌2月末まで							

### 3. 特定保健指導の実施方法

#### (1) 対象者

国が定める「特定保健指導対象者の選定基準」に基づき、特定健康診査の結果を踏まえ、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因数による階層化を行い、対象者を抽出する。ただし、問診票により服薬中と判断された者は、医療機関における継続的な医学的管理のもとでの指導が適当であるため、対象者から除く。

特定保健指導対象者の選定基準

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

(注)喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味する。

※追加リスクの基準値は以下の通り。

- ①血糖:空腹時血糖が100mg/dl以上、またはHbA1c (NGSP値) 5.6%以上  
(空腹時血糖及びHbA1c (NGSP値) の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。)
- ②脂質:中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロール40mg/dl未満
- ③血圧:収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者については、対象から除く。

※65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみを行う。

## (2) 実施内容

保健指導レベルに応じた内容の保健指導を実施する。

保健指導の内容

	支援形態	支援内容
積極的支援	<p>○3カ月～6カ月の継続的な積極的支援を行う。</p> <p><b>初回面接（保健指導）</b> 専門職のアドバイスをを行い、今後の目標を立てる。</p> <p><b>継続的支援（3カ月～6カ月）</b> 3カ月～6カ月後に目標が達成できたか、面接や電話などで健康状態や生活習慣を確認して支援する。</p> <p><b>評価（最終指導）</b> 目標が達成できたか、面接により健康状態や生活習慣を確認する。</p> <p>* 1人20分以上の個別支援または 1グループ80分以上のグループ支援</p>	<p>医師、保健師、管理栄養士らの指導のもとに行動計画を作成し、生活習慣改善に取り組めるように、専門家が働きかけを行う。計画どおり効果が出ているか等を評価する。</p>
動機付け支援	<p>○3カ月経過以降の継続的な動機付け支援を行う。</p> <p><b>初回面接（保健指導）</b> 専門職のアドバイスをを行い、今後の目標を立てる。</p> <p><b>評価（最終指導）（3カ月以降）</b> 目標が達成できたか、面接により健康状態や生活習慣を確認する。</p> <p>* 1人20分以上の個別支援または 1グループ80分以上のグループ支援</p>	

## (3) 実施時期

4月から翌3月に実施する。

## (4) 実施方法

- ① 健診当日、階層化を行い、初回面談を実施
  - ・ 集団健診
  - ・ 人間ドック
  - ・ 市内の特定保健指導委託医療機関
- ② 健診後、対象者へ通知して実施
  - ・ 個別健診

## (5) 利用勧奨

P26の今後の取組、今後の実施体制参照。

## 第7章 個別の保健事業及び保健事業実施計画（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を評価し、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。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。

## 第8章 計画の公表・周知

---

この計画は瀬戸内市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9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）及び各種法令・ガイドライン等を遵守し、情報の保存及び管理体制を確保する。

また、事業を外部委託により実施する場合は、関係法令及び瀬戸内市の条例規則等に基づき、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10章 地域包括ケアに係る取組及びその他の注意事項

---

医療・介護・予防・住まい・生活支援など暮らし全般を支えるために直面する課題などについて協議する「在宅医療・福祉・保健連携推進協議会」に保険者として参加するとともに、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施として、KDBデータなどを活用することにより課題を抱える被保険者を把握し、専門職による訪問活動などを通じた働きかけを行う。

また、地域住民が参加する介護予防を目的とした健康教室等の開催など、地域で被保険者を支える取組を実施する。

# 「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6.5%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 <sup>2</sup> 以上
腎機能	要医療勧奨判定値 eGFR30ml/分/1.73m <sup>2</sup> 以上45ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満 受療勧奨判定値 eGFR30ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満または尿蛋白(2+)以上

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）  
（令和6年度～令和11年度）

---

発行：令和6年3月  
発行者：瀬戸内市国保年金医療給付課

〒701-4292  
岡山県瀬戸内市邑久町尾張300番地1  
TEL：0869-22-1790 FAX：0869-22-3973



メタボ予防&特定健診PRキャラクター  
「ゴヒャク・デ・ウケール」