

周南市国民健康保険
第3期データヘルス計画
第4期特定健康診査等実施計画

令和6年3月
周南市

第3期データヘルス計画

I 基本情報	1
1. 被保険者等の基本情報	1
2. 基本的事項	1
3. 関係者連携	2
4. 現状の整理	3
5. 第2期データヘルス計画の個別事業評価・考察	5
① 特定健康診査受診率向上対策事業	5
② 特定保健指導の推進事業	6
③ 医療費適正化の推進	6
④ 重症化予防の推進	7
II 健康医療情報等の分析と課題	8
III 計画全体	12
IV 個別の保健事業	14
1. 特定健康診査受診率向上対策事業	14
2. 特定健康診査早期介入事業	16
3. 特定保健指導の推進事業	18
4. 医療費適正化の推進事業(後発医薬品の利用促進)	20
5. 医療費適正化の推進事業(適正受診・適正服薬)	22
6. 重症化予防推進事業(健診異常値放置者への受診勧奨)	24
7. 重症化予防推進事業(糖尿病治療中断者の受診勧奨)	26
8. 糖尿病性腎症重症化予防推進事業(保健指導)	28
V その他	30
(参考) 図表	35

第4期特定健康診査等実施計画

I 特定健康診査等実施計画	59
1. 目標	59
2. 対象者数推計	59
3. 実施方法	60
4. 実施スケジュール	62
II その他	63
1. 計画の評価及び見直し	63
2. 計画の公表・周知	63
3. 事業運営上の留意事項	63
4. 個人情報の取扱い	63

第3期データヘルス計画

I 基本情報

1. 被保険者等の基本情報(令和5年3月31日時点)

	全体	割合	男性	割合	女性	割合
人口(人)	137,248	100.0%	66,779	48.7%	70,469	51.3%
国保被保険者数(人)	25,382	100.0%	11,539	45.5%	13,843	54.5%

2. 基本的事項

①計画の趣旨

【計画の趣旨・背景】

平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として、「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、平成 26 年 3 月には、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(以下「国指針」という。)において、市町村国保及び国民健康保険組合(以下、国民健康保険組合を「国保組合」という。以下、両者を併せて本計画では「保険者」という。)は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。本市においても、第一期、第二期計画を策定し、保健事業の実施・評価・改善等を行ってきたところである。

その後、平成 30 年 4 月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また令和 2 年 7 月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2020(骨太方針 2020)」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和 4 年 12 月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表 2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPIの設定を推進する。」と示された。このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められている。

【計画の目的】

保険者においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上を図り、医療費の適正化に寄与する計画の策定が求められている。

上記を踏まえ、本計画は、被保険者の健康の保持及び増進と医療費適正化を図るために、健診・レセプト等のデータ分析で明らかになった健康課題に対する取組(保健事業)を計画し、当該保健事業の実施及び結果を評価することを目的とする。

【計画の位置付け】

本計画は、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(平成16年厚生労働省告示第307号。以下「保健事業実施指針」という。)の一部を改正し、効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画を定めるものである。

策定においては、健康やまぐち21計画(第3次)や山口県後期高齢者医療広域連合が定める第2期保健事業実施計画、第2次周南市まちづくり総合計画、第3次周南市健康づくり計画等と整合性を図り、第4期特定健康診査等実施計画と一体的に策定するものとする。

②計画期間

令和6年度～令和11年度

③実施体制

本計画の策定および運用においては、保険担当部局が主体となり、必要に応じて、住民の健康の保持及び増進のため関係部局(保健衛生、介護部門等)や保健師と連携を図りながら事業を実施する。また医師会や医療機関及び国民健康保険連合会等関係機関との情報共有に努め、支援・協力体制の整備を図りながら、より効率的・効果的な事業の推進に努める。

3. 関係者連携

【連携内容】

被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために、保険担当部局が中心となって関係部局や関係機関の協力を得て、保険者の健康課題を分析し、計画を策定する。

計画の遂行にあたっては保険担当部局が主体となり、山口県、山口県国民健康保険団体連合会、保健医療関係者、後期高齢者医療広域連合、医療機関等と情報共有に努め、支援・協力体制の整備を図りながら、より効率的・効果的な事業を推進できるよう、適宜助言を求める。

4. 現状の整理

① 保険者の特性

【周南市の概要】

周南市は山口県の東南部に位置し、穏やかな瀬戸内海に面する南部は、瀬戸内海国立公園に指定されているほか、臨海部には石油化学コンビナートが林立しており、市街地はその瀬戸内海に沿って広がっている。

一方、中国山地を背にした北部は、豊かな自然に恵まれ、四季折々に様々な表情を見せてくれる。

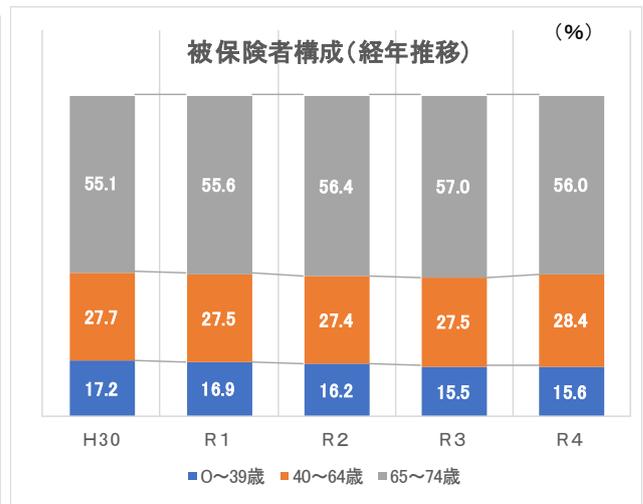
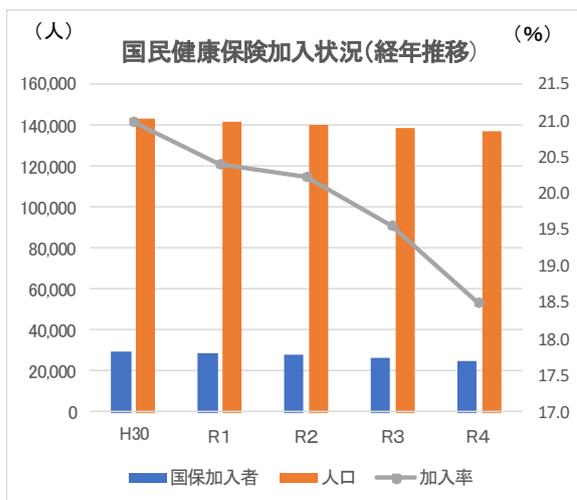
周南市は、自然と産業が調和したまちである。



気候	周防山地以南は温暖少雨の瀬戸内型、その以北は内陸型
総面積	656.29平方 km 【東西約37km、南北約39km】 (令和5年10月1日国土地理院調べ)
隣接地	下松市、光市、岩国市、防府市、山口市、島根県吉賀町
人口	137,248人 (令和5年3月31日時点)
世帯数	67,959世帯 (令和5年3月31日時点)
支所数	総合支所3ヶ所、支所15ヶ所

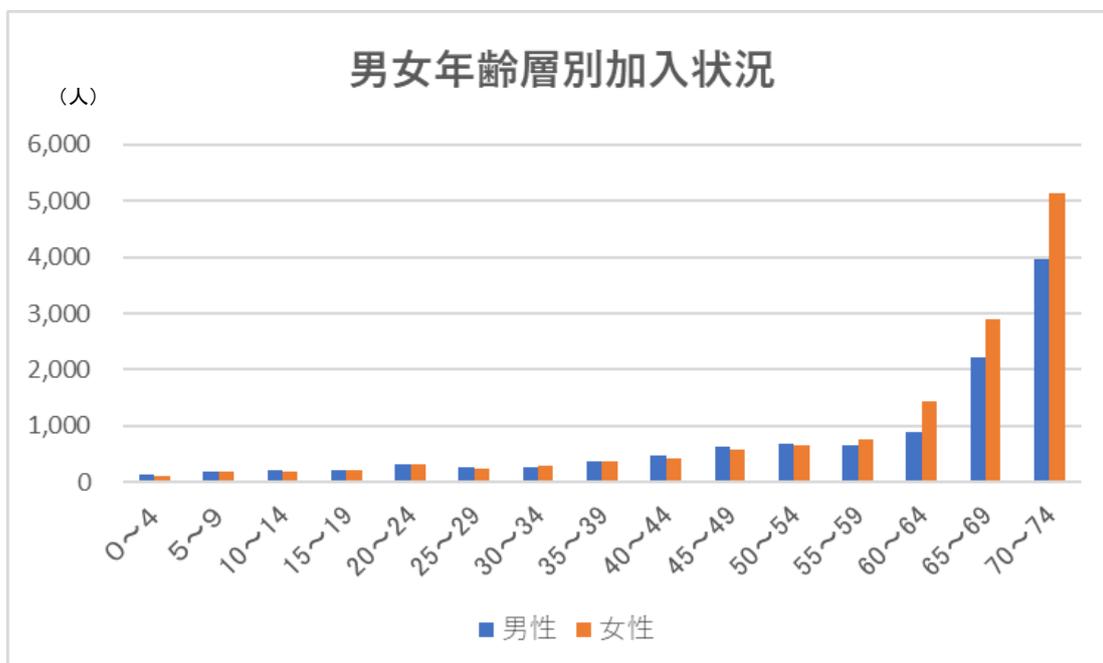
【被保険者の推移】

周南市国民健康保険の被保険者数及び加入率は減少傾向にある。令和4年度の加入率は18.5%となっており、被保険者の年齢構成は、0歳～39歳が15.6%、40歳～64歳が28.4%、65歳～74歳が56.0%と、前期高齢者が過半数を占めている。経年で比較した際には年齢構成に大きな変化はない。



参照データ: 周南市世帯数・被保険者数及び移動変更事由別集計表
H30～R4年度(3月31日時点)より

令和4年度末における男女年齢構成別加入状況でみると、70歳～74歳の女性の加入率が最も高い。令和4年度から団塊の世代が後期高齢者医療に移行しはじめており、今後、被保険者はさらに減少するとともに、年齢構成にも変化が生じる見込みである。

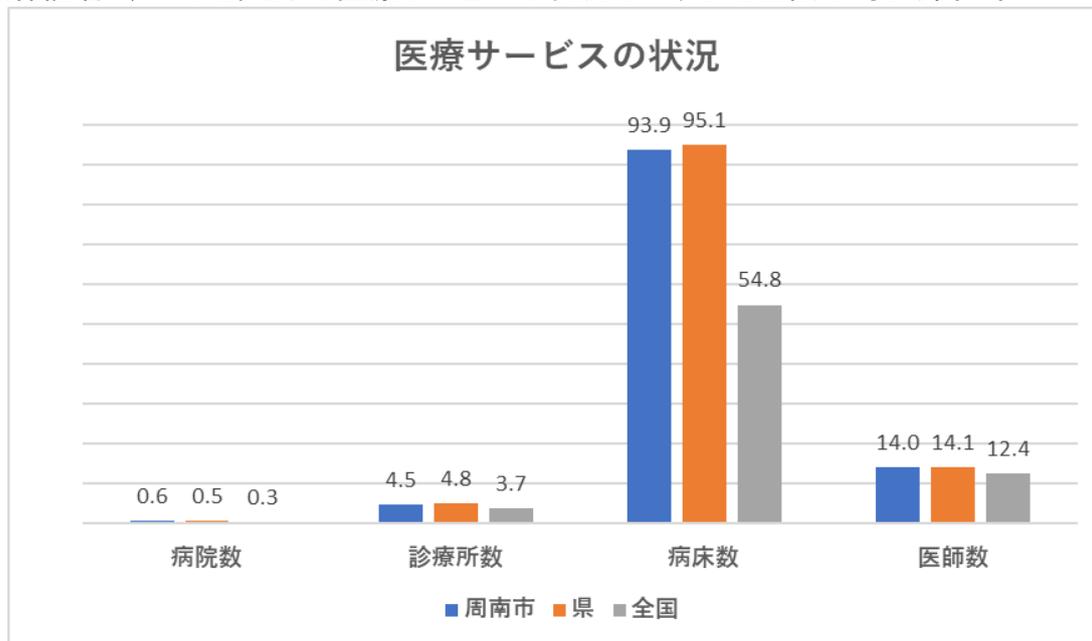


参照データ: 周南市保険年金課統計資料『世帯数・被保険者数及び移動変更等自由別集計表』(令和5年3月末時点)より

②地域資源の状況

【医療サービス(病院数・診療所数・病床数・医師数)の状況】

被保険者1,000人あたりの医療サービスの状況はいずれも全国平均より高い。



参照データ: DB『地域の全体像の把握』R4年度版より

5. 第2期データヘルス計画の個別事業評価・考察

【評価】

A: 目標達成 B: 目標達成は困難だが改善している C: 変わらない
D: 悪化している E: 評価困難

① 特定健康診査受診率向上対策事業

事業目的		実施内容																										
受診者を増やすことにより、健康課題を把握し、生活習慣病及び重症化予防につなげる	健康保持・増進のために健診受診の必要があること及び生活習慣病予防の観点から健診を受診するように通知(がん検診一体型受診券の送付)を行う																											
	【H30年度】 特定健康診査(個別健診)の自己負担額(30～70歳未満)を1,000円から500円に引き下げ 【R1年度～】 自己負担無料(個別・集団)																											
	未受診者対策として、対象者に受診勧奨通知(兼受診券)を送付																											
	【R2年度～】 市の健康管理システムを活用し、月別・医療機関別の受診者数の把握及び分析を行い、受診勧奨の時期や手法を効果的に実施する																											
	効率的及び効果的な電話による勧奨の実施																											
成果指標																												
評価指標		2018年度(H31)	2019年度(R1)	2020年度(R2)	2021年度(R3)	2022年度(R4)	2023年度(R5)																					
特定健診受診率	目標値	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%																					
	実績値	32.3%	32.1%	32.8%	35.0%	36.4%	—																					
電話勧奨後の対象者の特定健診受診率	目標値	35.0%	35.0%	35.0%	35.0%	35.0%	35.0%																					
	実績値	47.0%	24.2%	24.3%	23.5%	28.8%	—																					
考察						指標評価																						
<p style="text-align: center;">特定健診受診率</p> <table border="1"> <caption>特定健診受診率の推移</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>目標値 (%)</th> <th>実績値 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H31年度</td> <td>35.0%</td> <td>32.3%</td> </tr> <tr> <td>R1年度</td> <td>40.0%</td> <td>32.1%</td> </tr> <tr> <td>R2年度</td> <td>45.0%</td> <td>32.8%</td> </tr> <tr> <td>R3年度</td> <td>50.0%</td> <td>35.0%</td> </tr> <tr> <td>R4年度</td> <td>55.0%</td> <td>36.4%</td> </tr> <tr> <td>R5年度</td> <td>60.0%</td> <td>—</td> </tr> </tbody> </table>						年度	目標値 (%)	実績値 (%)	H31年度	35.0%	32.3%	R1年度	40.0%	32.1%	R2年度	45.0%	32.8%	R3年度	50.0%	35.0%	R4年度	55.0%	36.4%	R5年度	60.0%	—	<p style="font-size: 2em; font-weight: bold;">B</p>	
年度	目標値 (%)	実績値 (%)																										
H31年度	35.0%	32.3%																										
R1年度	40.0%	32.1%																										
R2年度	45.0%	32.8%																										
R3年度	50.0%	35.0%																										
R4年度	55.0%	36.4%																										
R5年度	60.0%	—																										
						<p>目標値には及ばないが、年々受診率は向上してきている。R4年度の受診率は36.4%で、県平均を上回っている 今後は、未受診者への受診勧奨等の実施方法を検討する</p>																						

②特定保健指導の推進事業

事業目的		実施内容					
被保険者の生活習慣病予防・改善		特定健康診査の結果から、動機付け支援及び積極的支援に階層化された人を対象に、保健指導を実施する。保健指導への申し込みが無かった人についても対象者への全戸訪問を実施する					
成果指標							
評価指標		2018年度 (H31)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
指導完了者の生活習慣改善率 (H30年度～R1年度)	目標値	30.0%	31.0%				
	実績値	20.4%	21.9%				
腹囲の5%減少者率 (R2年度～R5年度)	目標値			15.0%	20.0%	25.0%	30.0%
	実績値			10.5%	13.0%	16.9%	—
考 察						指標評価	
R2年度より評価指標を変更している。いずれも目標値には及ばないが、腹囲の5%減少者率は年々向上してきている。特定保健指導の対象者において、腹囲の基準値を大幅に超えている者は少なく、5%減少という指標では達成困難な者が多い結果となった。評価指標の見直しを行う						B	

③医療費適正化の推進

事業目的		実施内容					
ジェネリック医薬品の利用推進		年2回、差額通知書を送付 リーフレットやホームページでの周知、ジェネリック医薬品希望シール等の活用					
受診行動の適正化を促すことによる医療費の適正化		多受診被保険者に対する適切な受診を促す訪問指導を実施し、訪問指導実施前と実施後の医療費を比較する					
成果指標							
評価指標		2018年度 (H31)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
ジェネリック医薬品使用率 (数量ベース)	目標値	70.0%	75.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
	実績値	73.9%	77.5%	79.3%	80.1%	80.9%	—
医療費減少率	目標値	10.0%	11.0%	12.0%	13.0%	14.0%	15.0%
	実績値	7.0%	3.1%	14.3%	13.3%	18.8%	—
考 察						指標評価	
ジェネリック医薬品の利用推進については目標を達成できた。受診行動の適正化についてはR2年度からR4年度は目標を達成でき医療費減少率も高くなっている。今後も更なる医療費適正化を目指し、ジェネリック医薬品の使用率を維持することと適正な受診を促すことを中心に事業を進めていくことが必要である						A	

④重症化予防の推進

事業目的		実施内容					
生活習慣病の発症・重症化予防	健診異常値放置者の受診勧奨を行い、医療機関への受診状況を確認する必要に応じ個別面談や保健指導の実施						
	糖尿病治療中断者への受診勧奨を行い、医療機関への受診状況を確認する必要に応じ個別相談や保健指導を実施する						
	【H1年度～】 糖尿病性腎症重症化予防プログラムを糖尿病専門医がいる医療機関へ委託概ね6ヶ月間の個別保健指導プログラム(面談4回、電話2回)						
成果指標							
評価指標		2018年度(H31)	2019年度(R1)	2020年度(R2)	2021年度(R3)	2022年度(R4)	2023年度(R5)
健診異常値放置者の医療機関受診率	目標値	30.0%	30.0%	30.0%	40.0%	50.0%	60.0%
	実績値	15.9%	57.3%	37.3%	55.8%	40.0%	—
糖尿病治療中断者の医療機関受診率	目標値	30.0%	30.0%	30.0%	40.0%	50.0%	60.0%
	実績値	25.0%	8.3%	29.4%	30.0%	27.8%	—
糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加前後のHbA1cの改善率	目標値	/	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
	実績値	/	66.7%	27.8%	23.5%	27.8%	—
糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加前後のeGFRの改善率	目標値	/	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
	実績値	/	61.1%	94.4%	94.1%	94.4%	—
糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加前後の生活習慣改善率	目標値	/	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
	実績値	/	66.7%	58.8%	64.7%	76.5%	—
考 察						指標評価	
<p>健診異常値放置者については通知後の訪問や電話による受診勧奨が受診率の向上に寄与すると考えられる。一方、糖尿病治療中断者の受診勧奨はアプローチが難しく受診率も低い 糖尿病治療中断者は健診を受けて現状を確認することが必要と考えられるため、受診を促すような通知資料の工夫が必要。糖尿病性腎症重症化予防プログラムではかかりつけ医の協力で参加者が20人前後で推移しているが、今後リスクの高い対象者を推薦してもらうためには、事業を理解し協力してくれる医療機関を増やすことが必要である</p>						B	

⑤生活習慣病の予防

事業目的		実施内容					
生活習慣病の発症・重症化予防	30～39歳の国民健康保険被保険者の希望者に対し40歳以上の特定健康診査と同様の健診を実施する。また、受診した人の中で基準値を超えた人に対しては保健指導を実施する						
	成果指標						
評価指標		2018年度(H31)	2019年度(R1)	2020年度(R2)	2021年度(R3)	2022年度(R4)	2023年度(R5)
保健指導実施率	目標値	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%
	実績値	33.3%	27.3%	16.7%	33.3%	14.3%	—
考 察						指標評価	
<p>30歳代は健診受診者が少なく、保健指導対象者も少ないため、年度により実施率に大きな変動がある。まずは、30歳代の健診受診率の向上を図り、生活習慣の振り返りと生活習慣病リスクを早期に発見する機会を提供することが必要である</p>						B	

II 健康医療情報等の分析と課題

① 健康・医療情報 等の大分類	② 左記の大分類のうち、健康・医療情報等の分析に必要な各種データ等の分析結果	参照 図表	③ 健康課題 との対応
平均寿命等	平均寿命は、男性80.4歳、女性86.6歳で、男女共に県・全国平均をやや下回っている	①-1	A
	平均余命と平均自立期間の差は男性は1.2歳、女性は2.9歳であり、男女ともに県・全国平均より小さく、不健康な期間が短い	①-2	A
	標準化死亡比は、男性105.3、女性102.7で、男女ともに県・全国平均より死亡率は高い	①-3	A
	死因割合は、県・全国平均同様にかん、心臓病、脳疾患、腎不全、自殺、糖尿病の順に大きいが、県・全国平均と比較して脳疾患、糖尿病の割合は小さい。また経年推移をみるとがんの割合が増え、脳疾患や糖尿病の割合が減っている	①-4 ①-5	A
医療費分析	総医療費は減少傾向にあるが、被保険者数も減少しており、1人当たり医療費は増加している	②-1 ②-2	B
	被保険者の半数以上が65歳以上となっており、被保険者1人当たり医療費も年齢があがるにつれて増加している	②-3	B
	【大分類】 医療費構成割合は新生物、循環器系、精神、内分泌他、神経系の順で大きく、これらで医療費の56.8%を占めている 年齢階層別の医療費は、0～19歳では呼吸器系、20～39歳では神経系、40～59歳では精神、60歳以上では新生物、循環器系、腎尿路系の割合が大きくなっている	②-4 ②-5	A・B
	【中分類】 医科医療費構成は、その他の悪性新生物が最も大きく、続いて腎不全、糖尿病、統合失調症等、その他の神経系の疾患の順になっている 腎不全や糖尿病、高血圧性疾患については、1人当たり医療費のうち外来医療費の占める割合が非常に大きい	②-6 ②-7	A・B
	生活習慣病は全体の医療費の54%を占めており、そのうち生活習慣関連3疾患とされる糖尿病、高血圧症、脂質異常症における1人当たり外来医療費は、県・全国平均と比較して多い	②-8 ②-9	A・B
人工透析の新規患者数はH30年度からR3年度にかけて減少傾向にあったが、R4年度に増加している 新規患者の内訳として、糖尿病性腎症による者は減少している一方、高血圧症が原因の透析患者が増加している また、人工透析にかかる1人当たり医療費は高額となっている	②-10	B	

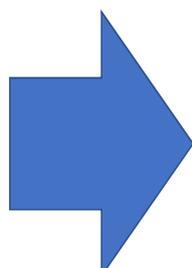
① 健康・医療情報 等の大分類	② 左記の大分類のうち、健康・医療情報等の分析に必要な各種デー タ等の分析結果	参照 図表	③ 健康課題 との対応
医療費分析	【頻回・重複受診状況】 頻回受診の該当者は303名で、被保険者の1.2%となっている 複数医療機関を受診している該当者は、県平均よりも若干少ない	②-11 ②-12	C
	【重複・多剤処方状況】 6剤以上処方されている該当者は被保険者の17.3%で、県平均よりも若 干少ない	②-13	C
	【後発医薬品の数量割合】 後発医薬品の使用割合は8割を超え、県平均同様増加傾向にある	②-14	C
特定健康診査 の健診データ (質問票を含む) の分析	R4年度の健診受診率は36.4%と、過去5年間で徐々に増加している。受 診率は県平均を上回っているが、全国平均は下回っている	③-1 ③-2	D
	受診者を年代別にみると、70代の受診が最も多く、全体の約50%以上 を占めている 一方で40代、50代の受診率は顕著に低い	③-3	D
	また、受診を月別、曜日別にみると、10月の受診率が高く、曜日では水 曜日が高い傾向にある	③-4	D
	男女共に収縮期血圧、拡張期血圧、空腹時血糖、HbA1cの有所見者割 合が高い 特に男性の拡張期血圧及び、男女ともにHbA1cの有所見該当割合は 県・全国平均と比較して高い傾向にある	③-5	D
	経年比較してみると、H30年度からR4年度までの5年間で、HbA1cの有 所見該当割合は男女ともに4%以上増加している	③-6	B・D
	空腹時血糖およびHbA1c、収縮期血圧、eGFRの有所見該当割合は年 齢に伴い増加する傾向がある。BMI、腹囲、空腹時血糖、拡張期血圧はい ずれの年代も男性の方が有所見該当割合が高い 脂質に関する項目は中性脂肪、HDLコレステロールは男性の方が有所 見該当割合が高いが、LDLコレステロールは50歳代以降男女が逆転し、 女性の方が有所見該当割合が高くなる	③-7	D
	【良い指標】 男女ともに「1回30分以上の運動習慣なし」、「喫煙」の者の割合が 同規模・県・全国平均と比較して低い 男性では「20歳時体重から10kg以上増加」の者の割合が同規模・ 県・全国平均と比較して低い 【悪い指標】 男女とも「咀嚼_ほとんどかめない」、「3食以外間食_毎日」の者の割 合が、同規模・県・全国平均と比較して高い 男性では「毎日飲酒」、女性では「食べる速度が速い」者の割合が、 同規模・県・全国平均と比較して高い	③-8	D・E

① 健康・医療情報 等の大分類	② 左記の大分類のうち、健康・医療情報等の分析に必要な各種デー タ等の分析結果	参照 図表	③ 健康課題 との対応
特定健康診査 の健診データ (質問票を含む) の分析	どの性年代も「特定保健指導利用希望なし」の割合は高い 「生活習慣の改善意欲なし」は高齢になるにつれてやや高くなる傾向に ある	③-9	D・E
特定保健指導 等の健診デー タの分析	特定保健指導実施率は、県平均を大きく上回っており、全国平均もR2 年度以外は上回っている	④-1	E
	R4年度の特定保健指導の対象者は616人で、その内訳は、積極的支 援が107人、動機付け支援が509人で、動機付け支援が全体の8割を占め ている。実施者数は201人でその内訳は、積極的支援が12人、動機付け 支援が189人と、積極的支援の実施者数が少ない	④-2	E
	特定保健指導の対象者数は男性の方が多いが、実施率は女性の方が 高い	④-3	E
	メタボリックシンドロームの該当者率およびメタボリックシンドローム予備 群の該当者率は横ばいで推移している	④-4	E
健診・レセプト の突合分析	生活習慣病治療中の者の中にはコントロール不良の者が存在し、その 割合は横ばいで推移している 健診未受診者のうち生活習慣病で治療中の者は39.2%、医療機関の受 診歴もなく健康状態が不明の者は24.5%となっている	⑤-1	F
介護費関係の 分析	介護給付費の割合は居宅：施設＝3：2となっている 居宅・施設1人当たり介護給付費は横ばいで推移している	⑥-1	D・G
	介護度別レセプト1件当たり給付費はどの介護度も全国平均より多く、 県平均と比較すると要介護1、2は同程度、要介護3、4、5は少なくなっ ている 介護度別レセプト1件当たり給付費はどの介護度も横ばいで推移してい る	⑥-2	G
	1号認定率は県・全国平均よりかなり低く、2号認定率は県・全国平均と 同程度である	⑥-3	G
	介護度別認定者の構成割合は横ばいで推移している	⑥-4	G

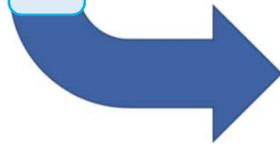
① 健康・医療情報 等の大分類	② 左記の大分類のうち、健康・医療情報等の分析に必要な各種データ等の分析結果	参照 図表	③ 健康課題 との対応
介護費関係の 分析	有病状況は、心臓病、高血圧症、筋・骨格、精神疾患の順で高く、これらのうち筋・骨格以外は全国平均よりも高い	⑥-5	D・G・F
	心臓病はどの介護度でも有病率が高く、要介護状態の要因になると考えられる 筋・骨格の有病率は介護度が要支援1、2で高く、精神疾患の有病率は介護度が上がるにつれ高くなっていく	⑥-6	D・G・F

Ⅲ 計画全体

保険者の健康課題			
① 項目	②健康課題	③ 優先する健康課題	④ 対応する保健事業番号
A	【平均寿命等より】 高齢化が進む中で、平均自立期間と平均余命の差は男女ともに県・全国平均より小さく、不健康な期間が短いのが特徴であり、健康状態を今後も継続して維持できるようサポートが必要である。死因割合は、生活習慣と関連の深いがん、心臓病、脳疾患が大きく、医療費の特徴としてもこれらの起因疾患が上位に位置している。生活習慣病の発症を予防するために、被保険者一人ひとりが、自身の健康状態を把握し生活習慣を見直すことが求められる	1	1 ・ 2
B	【医療費分析より】 疾病(中分類)医療費は、県・全国平均よりも、「糖尿病」の外來にかかる一人当たり医療費が多い。糖尿病が進行すると、糖尿病性腎症から透析治療が必要になった場合の医療費も高額になることから、重症化の予防が喫緊の課題である	6	7 ・ 8
C	【医療費分析より】 複数医療機関への重複受診や頻回受診は医療費がかさむだけでなく、不要な薬の過剰摂取による体調不良等も懸念される。必要な医療を受けることに加えて、日常生活の改善に努める必要性を理解することが求められる ※ここでは、「重複受診」とは同一疾病で複数の医療機関に受診すること、「頻回受診」とは同一医療機関に1ヶ月に15回以上受診すること	7	5
C	【医療費分析より】 後発医薬品の使用割合は目標値を達成しているが、医療費適正化のため継続的に使用を推奨していく必要がある	8	4
D	【特定健康診査の健診データ(質問票を含む)の分析より】 特定健診受診率は県平均は上回っているものの、全国平均と比較すると低い。健診受診者数の底上げを図ることで、よりの確な健康課題が抽出され、課題に応じた保健事業の実施に繋がるため、全世代の被保険者が受診の目的を理解し受診行動をとれるようになる必要がある。 また健診受診者に比べ、未受診者の医療費は高額になる傾向があり、健診を受診して健康管理及び疾患の早期発見が必要である	3	1 ・ 6
E	【特定保健指導等の健診データの分析より】 メタボリックシンドロームの該当者率、メタボリックシンドローム予備群の該当者率は横ばいに推移している 特定保健指導の実施率が高いにも関わらず、その後のコントロールが不良である可能性が考えられる。特定保健指導実施後のフォローアップを強化し、健康状態の維持を図る必要がある	4	3
F	【健診・レセプトの突合分析より】 特定健診未受診者の中には健康状態不明者があり、将来重篤な状態で疾病を発症するリスクがある。それを防ぐためには特定健診の受診を勧める必要がある	2	1
G	【介護費関係の分析より】 どの介護度でも心臓病と筋骨格系疾患の有病率が高く、直接的な要介護認定の要因となっていると考えられる。介護が必要とされる前の健康状態を長く維持継続するために、自身の健康状態の把握と必要な医療への接続が必要である	5	1 ・ 6



解決すべき健康課題と保健事業の対応づけ



⑬ 項目	⑭データヘルス計画(保健事業全体)の目標を達成するための戦略
B・D	保健事業の安定的な実施のため、補助金等を活用して予算確保に努める
A~G	医療費や死因の起因となっている生活習慣の是正については、国保だけでなく、地域の課題にもなっていることから、健康づくり推進課や後期高齢者医療広域連合と連携していく
B・C	マンパワー不足を補うために適宜外部委託や地域資源を活用しながら事業を実施していく

データヘルス計画全体における目的	抽出した健康課題に対して、この計画によって目指す姿(目的)・目標・評価指標 市民一人ひとりの健康寿命の延伸を目指し、生活の質(QOL)の維持及び向上を確保しながら、医療に要する費用が過度に増大しないよう医療費の適正化を目指す
------------------	---

⑤項目	⑥データヘルス計画全体における目標	⑦評価指標	⑧計画策定時実績	⑨目標値					
			2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
A・D・F	特定健診受診率向上	健診受診率	36.4%	40.0%	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%
	特定健診受診率向上(早期介入)	30代の健診受診者数	47人	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる
E	特定保健指導の推進	特定保健指導実施率	32.6%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
		特定保健指導対象者の減少率	25.8%	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	31.8%	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる
C	医療費適正化(後発医薬品)	後発医薬品使用割合(数量ベース)	80.9%	維持する	維持する	維持する	維持する	維持する	維持する
	医療費適正化(頻回重複受診)	医療費減少率	9.0%	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる
D・G	重症化予防(健診異常値放置者)	高血糖者の割合	10.9%	増加させない	増加させない	増加させない	増加させない	増加させない	増加させない
		血圧が保健指導判定値以上の者の割合	58.2%	減少させる	減少させる	減少させる	減少させる	減少させる	減少させる
B	重症化予防(糖尿病治療中断者)	HbA1c 6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	20.4%	減少させる	減少させる	減少させる	減少させる	減少させる	減少させる
	重症化予防(糖尿病性腎症の予防)	HbA1c 8.0%以上の者の割合	1.4%	1.3%	1.3%	1.2%	維持する	維持する	維持する

(注1) 太枠のR8年度は中間評価年度、R11年度は最終評価年度

(注2) 実績年度が異なる場合には、欄外等に注釈を記載

(注3) 目標値は、必要な年度に記載

個別の保健事業		
⑩事業番号	⑪事業名称	⑫重点・優先度
1	特定健康診査受診率向上対策事業	1
2	特定健康診査早期介入事業	7
3	特定保健指導の推進事業	2
4	医療費適正化の推進事業(後発医薬品の利用促進)	8
5	医療費適正化の推進事業(適正受診・適正服薬)	6
6	重症化予防推進事業(健診異常値放置者への受診勧奨)	3
7	重症化予防推進事業(糖尿病治療中断者への受診勧奨)	5
8	糖尿病性腎症重症化予防推進事業(保健指導)	4

IV 個別の保健事業

事業番号: 1

①事業名称	特定健康診査受診率向上対策事業
②事業の目的	特定健康診査の受診率が低く、また生活習慣病や生活習慣病を起因とする重症化疾患の割合が高いことから、特定健康診査により早期発見し、発症と重症化予防につなげる
③対象者	40～74歳の被保険者
④現在までの事業結果	R4年度までは集団・個別の両方の健診を行った結果、目標の55.0%は達成しなかったもののH29年度から比較して6.0%受診率を上げることができた

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果)指標	健診受診率	36.4%	40.0%	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%
アウトプット (実施量・率)指標	みなし健診に係る市内医療機関への協力依頼	0	1、2件	前年追加+3件	前年追加+5件	前年追加+5件	前年追加+5件	前年追加+5件
アウトプット (実施量・率)指標	市内事業所への検査結果提出依頼	0	3～5社	10社	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる

⑨目標を達成するための主な戦略

<ul style="list-style-type: none"> ・受診率の底上げのため、対象者のボリュームゾーンとなっている65～74歳の受診率向上を目指した積極的な受診勧奨を行う ・協会けんぽと連携して集団健診を実施し、健診の利便性を向上させる ・事業主健診の勧奨を拡大する ・Webサイトを活用し若年層へのアプローチを強化する ・みなし健診の協力を各医療機関に個別訪問し依頼する。受診率の変化をみながら依頼件数を増やしていく
--

⑩現在までの実施方法(プロセス)

<p>周知勧奨 : 受診券の送付、けんしんガイド、市広報、ホームページ、ポスターによる健診の周知</p> <p>受診勧奨 : 書面(ハガキ)の送付(8月、1月)と電話による未受診者勧奨</p> <p>実施形態 : 個別健診と集団健診で実施。集団健診はがん検診と同時実施で要予約 予約方法は電話またはWeb</p> <p>実施項目 : 法定の実施項目(貧血検査、HbA1c、心電図は必須項目)</p> <p>実施時期 : 毎年6月～3月</p> <p>結果提供 : 書面にて結果を送付</p>

⑪今後の実施方法(プロセス)の改善案・目標

受診率の向上を目指し、65～74歳への積極的な周知勧奨とよりアクセスしやすい環境整備を目標とした以下の方法で実施する

- 周知勧奨 : 受診券の送付、けんしんガイド、市広報、ホームページ、ポスターによる健診の周知
- 受診勧奨 : 従来の勧奨方法に加えて、65～74歳の対象者には電話や訪問等による勧奨を実施する
- 実施形態 : 協会けんぽと連携し、他市の健診会場でも受診できる体制を確保する
特定健診に特化したWebサイトを運用し、予約までのプロセスを簡便化する
市内事業所宛てに事業主健診の結果提出依頼
- 実施項目 : 法定の実施項目(貧血検査、HbA1c、心電図は必須項目)
- 実施時期 : 毎年6月～3月
- 結果提供 : 書面にて結果を交付

⑫現在までの実施体制(ストラクチャー)

- 市 : 事業者への委託、対象者の選定、事業の効果検証
- 医師会 : 事業協力
- かかりつけ医 : 個別健診の実施、患者への受診勧奨
- 外部委託 : 受診勧奨通知の資材の作成、電話勧奨

⑬今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案・目標

引き続き同様の体制で実施するが、特にかかりつけ医を通じた患者への呼びかけに注力する

- 市 : かかりつけ医への協力依頼。事業主への健診結果の提出依頼、関係各所と協力し、地域ごとに勧奨
- 医師会 : 事業協力
- かかりつけ医 : 個別健診の実施、患者への積極的な受診勧奨
- 外部委託 : 受診勧奨の通知作成や電話勧奨、集団健診の実施
- 市内事業所 : 事業主健診の結果提出

⑭評価計画

年度終了ごとに単年評価、及びR8年度に中間評価を行い、指標の見直しを行う

事業番号:2

①事業名称	特定健康診査早期介入事業
②事業の目的	30～39歳の被保険者の希望者に対し40歳以上の特定健診と同様の健診を実施。なかでも次年度以降に特定健診の対象者となる38歳、39歳の被保険者に対し個別に受診勧奨を行い、特定健診の受診を促すことで、健康への意識向上を図るとともに、継続的な受診を習慣化させる
③対象者	該当年度内に満30～39歳になる被保険者
④現在までの事業結果	38～39歳への早期介入はR3年度より実施。例年、70名程度の申込があり、そのうち2/3程度の被保険者が受診している。次年度以降の受診にもつながっており一定の効果がみられる

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果)指標	40代の健診受診率	4.0%	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる
	30代の健診受診者数	47人	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる
アウトプット (実施量・率)指標	対象者への受診勧奨通知率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

⑨目標を達成するための主な戦略

<ul style="list-style-type: none"> ・Webサイトを活用し若年層へのアプローチを強化する ・早期介入事業から特定健診受診へのスムーズな移行のため、前年度に受診申込のあった被保険者に対し40歳到達年にも受診勧奨を行う
--

⑩現在までの実施方法(プロセス)

<p>周知勧奨 : けんしんガイド、市広報、ホームページ、ポスターによる健診の周知 受診勧奨 : 年度内に38歳、39歳になる者を抽出し、ハガキやチラシの送付 実施形態 : 個別健診で実施。予約方法は電話またはWeb 実施項目 : 法定の実施項目(貧血検査、HbA1c、心電図は必須項目) 実施時期 : 毎年6月～3月 結果提供 : 書面にて結果を送付</p>

⑪今後の実施方法(プロセス)の改善案・目標

次年度以降の受診を習慣化してもらい受診率向上につなげる

- 周知勧奨 : けんしんガイド、市広報、ホームページ、ポスターによる健診の周知
- 受診勧奨 : 従来の勧奨方法に加えて、早期介入事業で申込のあった対象者には、翌年度、40歳に到達した際に特定健診について個別に受診勧奨を行う
- 実施形態 : 特定健診に特化したWebサイトを運用し、予約までのプロセスを簡便化する
- 実施項目 : 法定の実施項目(貧血検査、HbA1c、心電図は必須項目)
- 実施時期 : 毎年6月～3月
- 結果提供 : 書面にて結果を交付

⑫現在までの実施体制(ストラクチャー)

- 市 : 事業者への委託、対象者の選定、事業の効果検証
- 医師会 : 事業協力
- かかりつけ医 : 個別健診の実施、患者への受診勧奨
- 外部委託 : 受診勧奨通知の資材の作成

⑬今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案・目標

引き続き同様の体制で実施

- 市 : 事業者への委託、対象者の選定、事業の効果検証
- 医師会 : 事業協力
- かかりつけ医 : 個別健診の実施、患者への受診勧奨
- 外部委託 : 受診勧奨通知の資材の作成

⑭評価計画

年度終了ごとに単年評価、及びR8年度に中間評価を行い、指標の見直しを行う

事業番号:3

①事業名称	特定保健指導の推進事業
②事業の目的	利用者が主体的に生活習慣の改善に取り組み、自己の健康管理の習慣作りにつなげる
③対象者	40～74歳の被保険者
④現在までの事業結果	県平均より高い実施率であったが、年々対象者が増えるのに対し、特定保健指導に従事する専門職が限定されているため、利用勧奨や指導する量(時間)に制限があり、実施率の向上が困難であった

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値						
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
アウトカム(成果)指標	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	31.8%	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	
アウトカム(成果)指標	特定保健指導対象者の減少率	25.8%	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	
アウトプット(実施量・率)指標	特定保健指導実施率	32.6%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	

⑨目標を達成するための主な戦略

<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導の必要性および利用の方法等の説明について医療機関に協力を依頼する ・利用勧奨は自分の健康に関心の高い早期の段階で行う事とする。電話による利用勧奨を優先し、不通の場合訪問による利用勧奨を行う ・保健指導にアクセスしやすいよう、利用勧奨資材で動作指示を明確にする ・保健指導終了後、翌年度の特定健診の受診結果を基にフォローアップを行い、短期的な改善にならないよう意識付けを行う
--

⑩現在までの実施方法(プロセス)

<p>周知勧奨 : 利用券の発送時に特定保健指導のリーフレットを同封して送付。早期に電話または訪問での利用勧奨を実施</p> <p>実施形態 : 医療機関に部分委託、またはけんしん結果相談会にて、市の保健師及び管理栄養士による指導</p> <p>実施場所 : 提携医療機関または周南市保健センター等公的施設</p> <p>実施項目 : 法定の実施内容</p> <p>指導期間 : 概ね6ヶ月</p>

⑪今後の実施方法(プロセス)の改善案・目標

実施率の向上を目指し、よりアクセスしやすい環境整備を目標とした以下方法で実施する

- 周知勧奨 : 利用券の発送後、早期に電話または訪問での利用勧奨を実施
- 実施形態 : 医療機関に部分委託、またはけんしん結果相談会にて、市の保健師及び管理栄養士による指導
- 実施場所 : 提携医療機関または周南市保健センター等公的施設
- 実施項目 : 法定の実施内容
- 指導期間 : 概ね6ヶ月
- 結果提供 : 保健指導終了後、翌年度の受診結果をもとに個別連絡、指導(フォローアップの強化)
指導後に数値が異常値に戻っていないかを確認し、引続きの支援が必要であれば保健指導改善されていれば声掛けをし、健康状態の維持への意欲を継続させる

⑫現在までの実施体制(ストラクチャー)

- 市 : 対象者への早期介入のため電話や訪問による利用勧奨
- 医師会 : 事業協力
- かかりつけ医 : 患者への積極的な利用勧奨
- 部分委託 : 提携医療機関による保健指導

⑬今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案・目標

引き続き同様の体制で実施する。また、保健指導を実施する提携医療機関の増加を目指し初回面接へのスムーズな移行を目指す

- 市 : 対象者への早期介入のため電話や訪問による利用勧奨、医療機関への協力依頼の強化
- 医師会 : 地域の医療機関への呼びかけ、保健指導実施の協力依頼
- かかりつけ医 : 患者への呼びかけ
- 部分委託 : 提携医療機関による保健指導

⑭評価計画

年度終了ごとに単年評価、及びR8年度に中間評価を行い、指標の見直しを行う

事業番号:4

①事業名称	医療費適正化の推進事業(後発医薬品の利用促進)
②事業の目的	後発医薬品の利用を促進し、被保険者の自己負担軽減や医療費の適正化を図る
③対象者	被保険者のうち通知対象者
④現在までの事業結果	後発医薬品使用率については、R4年度までに目標数値を達成している

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果)指標	後発医薬品使用割合	80.9%	維持する	維持する	維持する	維持する	維持する	維持する
アウトプット (実施量・率)指標	後発医薬品の利用勧奨	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
アウトプット (実施量・率)指標	リフィル処方箋の周知率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

⑨目標を達成するための主な戦略

- ・後発医薬品の使用を呼び掛ける通知を年に2回送付
- ・R4年度から導入されたリフィル処方箋の普及促進のため、ホームページ等での周知
- ・後発医薬品希望シールを当初納付通知書に同封及び窓口配付

⑩現在までの実施方法(プロセス)

実施形態 : 通知文の送付、個別の相談対応
 実施項目 : 後発医薬品に変更することが可能な薬剤の通知
 実施時期 : 年2回(6月、12月)

⑪今後の実施方法(プロセス)の改善案・目標

引き続き同様の体制で実施する。また、新たに導入されたリフィル処方箋の普及促進を目指す

実施形態 : 通知文の送付、個別の相談対応、ホームページ等での周知
 実施項目 : 後発医薬品に変更することが可能な薬剤の通知及びリフィル処方箋の周知
 実施時期 : 年2回(6月、12月)

⑫現在までの実施体制(ストラクチャー)

市 : 国保連合会からの送付候補者リストより、通知対象者を絞り込み
医師会 : 地域の医療機関への呼びかけ
かかりつけ医 : 患者の相談対応

⑬今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案・目標

引き続き同様の体制で実施

市 : 国保連合会からの送付候補者リストより、通知対象者を絞り込み
医師会 : 地域の医療機関への呼びかけ
かかりつけ医 : 患者の相談対応

⑭評価計画

年度終了ごとに単年評価、及びR8年度に中間評価を行い、指標の見直しを行う

事業番号:5

①事業名称	医療費適正化の推進事業(適正受診・適正服薬)
②事業の目的	適正な医療機関受診、服薬指導及び療養上の生活指導を行い、被保険者の適正な受診行動を促すとともに、生活の質(QOL)の維持・向上、ポリファーマシー対策、医療費の適正化を図る
③対象者	KDB及び多受診一覧表から抽出した対象者のうち、以下のいずれかに該当する者 ア:1医療機関以上、かつ同一医療機関への受診日数10日以上(1ヶ月間)が3ヶ月連続している対象者 イ:1ヶ月に同一薬剤又は同様の効能・効果を持つ薬剤を複数の医療機関から40日以上処方が3ヶ月連続している対象者 ウ:1ヶ月14日以上、2医療機関以上から6種類以上処方されている対象者 エ:多受診一覧表から抽出した対象者
④現在までの事業結果	頻回・重複受診者及びポリファーマシーのおそれのある多剤服用者に、通知文送付や個別訪問を行うなど、医療機関の適正な受診と、服用する薬剤の確認を呼び掛けている

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	医療費減少率	9.0%	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる
アウトプット(実施量・率)指標	保健指導訪問数	67人	50人	50人	50人	50人	50人	50人

⑨目標を達成するための主な戦略

重複・頻回受診者及び重複・多剤投与者に対し個別訪問指導や通知発送などの取組を実施し、対象者の受診状況をレセプト等で確認して評価する

⑩現在までの実施方法(プロセス)

抽出方法 : KDB及び多受診一覧表から対象者を抽出
実施形態 : 対象者の受診状況をレセプトで確認後、訪問による受診指導、生活習慣改善指導を実施 訪問時不在者には通知を発送し、電話による指導を行う
実施場所 : 対象者宅
実施時期 : 毎月、KDBで最新月の対象者に抽出を行う
受診確認 : 年度末にレセプトで受診状況を確認

⑪今後の実施方法(プロセス)の改善案・目標

引き続き同様の体制で実施する

- 抽出方法 : KDB及び多受診一覧表から対象者を抽出
- 実施形態 : 対象者の受診状況をレセプトで確認後、訪問による受診指導、生活習慣改善指導を実施
訪問時不在者には通知を送信し、電話による指導を行う
- 実施場所 : 対象者宅
- 実施時期 : 毎月、KDBで最新月の対象者に抽出を行う
- 受診確認 : 年度末にレセプトで受診状況を確認

⑫現在までの実施体制(ストラクチャー)

- 市 : KDBを活用または外部委託し対象者をリスト化、受診状況をレセプトで確認したうえで、訪問指導、通知発送、電話での指導を実施
- かかりつけ医 : 患者の相談対応
- 外部委託 : 外部業者に委託し服薬情報通知を作成。対象者に送付

⑬今後の実施体制(ストラクチャー)

引き続き同様の体制で実施するが、市に導入しているシステムを活用し外部委託せず、より実態に即した対象者の抽出などを行うことを目指す

- 市 : KDBを活用し対象者をリスト化し、受診状況をレセプトで確認。訪問指導、通知発送、電話での指導を実施より実態に即した対象者を抽出し、通知対象者を絞り込む
- かかりつけ医 : 患者の相談対応

⑭評価計画

年度終了ごとに単年評価、及びR8年度に中間評価を行い、指標の見直しを行う

事業番号:6

①事業名称	重症化予防推進事業(健診異常値放置者への受診勧奨)
②事業の目的	生活習慣病の重症化予防
③対象者	特定健診又は人間ドック受診者のうち、以下のいずれかに該当する者 ア:HbA1c6.5%以上 イ:eGFR 60ml/min/1.73m ² 未満 ウ:収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上
④現在までの事業結果	前期計画では血糖と腎機能の検査値が受診勧奨判定値の者を対象に受診勧奨を行ったR2年度までは受診率30%をアウトカム目標値とし、R3年度以降は10%ずつ目標値を上げて設定している。R3年度までは目標値を達成していたが、R4年度は目標値を下回った。通知のみで受診につながらない人へは、電話や訪問で更なる受診勧奨を実施することで受診につながった

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	高血糖者の割合	10.9%	増加させない	増加させない	増加させない	増加させない	増加させない	増加させない
	血圧が保健指導判定値以上の者の割合	58.2%	減少させる	減少させる	減少させる	減少させる	減少させる	減少させる
	腎機能低下者の割合	25.0%	増加させない	増加させない	増加させない	増加させない	増加させない	増加させない
アウトプット(実施量・率)指標	対象者の医療機関受診率	35.5%	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる

⑨目標を達成するための主な戦略

受診勧奨通知送付後ハイリスク者へは早期に対象者を訪問し、不在の場合に電話で受診勧奨。ハイリスク者へ直接勧奨することで受診の必要性を正しく理解させる

⑩現在までの実施方法(プロセス)

対象者 : 糖尿病未治療者
抽出方法 : 特定健診結果及びレセプトから対象者を選定
実施形態 : 受診勧奨通知を送付後、訪問又は電話での個別指導
実施時期 : 健診受診の概ね2ヶ月後に通知発送。発送から約1週間後にハイリスク者へ訪問又は電話
受診確認 : 発送から4ヶ月後にレセプトで受診状況を確認

⑪今後の実施方法(プロセス)の改善案・目標

引き続き同様の体制で実施する。より効果的な受診勧奨となるよう送付資料の見直しを行う

対象者 : 血糖値・血圧・腎機能値が受診勧奨判定値で未治療者
抽出方法 : 特定健診結果及びレセプトから対象者を選定
実施形態 : 受診勧奨通知を送付後、訪問又は電話での個別指導
実施時期 : 健診受診の概ね2ヶ月後に通知発送発送から約1週間後にハイリスク者へ訪問又は電話
受診確認 : 発送から4ヶ月後にレセプトで受診状況を確認

⑫現在までの実施体制(ストラクチャー)

市 : 特定健診結果及びレセプトから対象者を選定し受診勧奨通知を送付。医療機関への事業の周知
医師会 : 事業協力

⑬今後の実施体制(ストラクチャー)

引き続き同様の体制で実施する。健診実施医療機関へ協力を依頼する

市 : 特定健診結果及びレセプトから対象者を選定し受診勧奨通知を送付。医療機関への事業の周知
医師会 : 事業協力
健診実施医療機関 : 対象者への受診指導

⑭評価計画

年度終了ごとに単年評価、及びR8年度に中間評価を行い、指標の見直しを行う

事業番号:7

①事業名称	重症化予防推進事業(糖尿病治療中断者の受診勧奨)
②事業の目的	生活習慣病の重症化予防
③対象者	糖尿病治療中断者のうち以下の条件を全て満たす者 ア:特定健診未受診者 イ:前年度糖尿病のレセプトあり ウ:当該年度糖尿病のレセプトなし
④現在までの事業結果	治療中断者は訪問や電話による受診勧奨を実施しても出会えない確率が高く、医療機関受診率はH30年度以降、目標値を達成できていない

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策 定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果)指標	HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	20.4%	減少させる	減少させる	減少させる	減少させる	減少させる	減少させる
アウトプット (実施量・率)指標	対象者の医療機関受診率	27.8%	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる

⑨目標を達成するための主な戦略

対象となった者へ通知送付後、早期に対象者を訪問し受診勧奨を行なう。不在の場合は電話勧奨を実施。会えない対象者へは訪問時間や曜日を変えるなど、粘り強く対応を行う

⑩現在までの実施方法(プロセス)

抽出方法 : 特定健診結果及びレセプトから対象者を選定
 実施形態 : 受診勧奨通知を送付後、訪問又は電話での個別指導
 実施時期 : 8月から対象者の抽出を開始し通知者を選定する。11月に通知発送。発送1ヶ月後から訪問又は電話
 受診確認 : 発送から4ヶ月後にレセプトで受診状況を確認

⑪今後の実施方法(プロセス)の改善案・目標

引き続き同様の方法で実施する。より効果的な受診勧奨となるよう送付資料の見直しを行う。また、個別指導では訪問時間や曜日を変えるなど、粘り強く対応を行う。受診に拒否がある場合は、健診の受診勧奨を行い現状を把握することの必要性を指導する

抽出方法 : 特定健診結果及びレセプトから対象者を選定
実施形態 : 受診勧奨通知を送付後、訪問又は電話での個別指導
実施時期 : 8月から対象者の抽出を開始し通知者を選定する。11月に通知発送。発送1ヶ月後から訪問又は電話
受診確認 : 発送から4ヶ月後にレセプトで受診状況を確認

⑫現在までの実施体制(ストラクチャー)

市 : KDBから対象者を選定し受診勧奨通知を送付。医療機関への事業の周知
医師会 : 事業協力

⑬今後の実施体制(ストラクチャー)

引き続き同様の体制で実施する。健診実施医療機関へ事業の周知を強化し、受診時の協力を依頼する

市 : KDBから対象者を選定し受診勧奨通知を送付。医療機関への事業の周知
医師会 : 事業協力
医療機関 : 対象者が受診した場合、継続治療を指導

⑭評価計画

年度終了ごとに単年評価、及びR8年度に中間評価を行い、指標の見直しを行う

事業番号: 8

①事業名称	糖尿病性腎症重症化予防推進事業(保健指導)
②事業の目的	生活習慣病の重症化予防
③対象者	以下の条件を満たす者 ア.レセプト情報から糖尿病性腎症病期分類が第2期～第4期で通院治療中である者 イ.糖尿病治療薬が処方されている者 (がん、精神疾患、難病、認知症、糖尿病透析予防指導管理料算定、内シャント設置術ありを除く)
④現在までの事業結果	R1年度から糖尿病専門医のいる市内2か所の医療機関に委託し保健指導を実施。アウトカム指標のeGFRの改善率ではR1年度からR4年度の平均63.7%と目標を達成できた。生活習慣改善率では目標の80%をわずかに下回った。アウトプット指標では過去5年間の参加者数平均は18人で実施率は60%前後で推移している

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果)指標	HbA1c8.0%以上の者の割合	1.4%	1.3%	1.3%	1.2%	維持する	維持する	維持する
	eGFRの改善率	61.1%	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる
	生活習慣改善率	76.5%	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる
アウトプット (実施量・率)指標	保健指導実施者率	60.0%	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる
	保健指導完了率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

⑨目標を達成するための主な戦略

糖尿病性腎症のハイリスク者を適切に保健指導につなげるためには、かかりつけ医の理解と協力が必要
 そのために、これまでの事業実績などをわかりやすく情報提供する。さらに推薦された対象者が申込みやすいように案内・勧奨の工夫をする

⑩現在までの実施方法(プロセス)

対象者の推薦依頼: かかりつけ医に推薦者を選定を依頼する

- 周知勧奨 : 推薦者へ案内文書の発送と、電話による申し込み勧奨を実施
- 実施形態 : 保健指導6回
- 実施場所 : 周南市立新南陽市民病院、徳山中央病院
- 指導スタッフ : 医師・看護師(糖尿病療養指導士)・管理栄養士・薬剤師・理学療法士(必要時)
- 指導時期 : 概ね6ヶ月
- 指導報告 : 面接指導終了後に保健指導報告書を市に提出し、市からかかりつけ医に情報提供を行う
- 実施報告 : 終了後に実施報告書を作成し、医師会及び協力医療機関へ周知する

⑪今後の実施方法(プロセス)の改善案・目標

対象者の推薦依頼:かかりつけ医に推薦者の選定を依頼する。新規に依頼するかかりつけ医へは個別に説明を行う

周知勧奨 : 文書の見直しを行い、申し込み方法(Webまたは電話)をわかりやすく記載する
実施形態 : 保健指導6回
実施場所 : 周南市立新南陽市民病院、徳山中央病院
指導スタッフ : 医師・看護師(糖尿病療養指導士)・管理栄養士・薬剤師・理学療法士(必要時)
指導時期 : 概ね6ヶ月
指導報告 : 面接指導終了後に保健指導報告書を市に提出し、市からかかりつけ医に情報提供を行う
実施報告 : 保健指導実施医療機関と連携してよりわかりやすい実施報告書を作成し、医師会及び協力医療機関へ周知する

⑫現在までの実施体制(ストラクチャー)

市 : 実施体制の整備。関係機関との連携体制の構築。予算の確保
かかりつけ医 : 参加対象者の推薦、保健指導参加者の医療情報の提供
医師会 : 事業実施の協力
保健指導実施医療機関 : 保健指導の実施。指導報告書の作成

⑬今後の実施体制(ストラクチャー)

引き続き同様の体制で実施する。事業の周知を強化する

市 : 実施体制の整備。関係機関との連携体制の構築。予算の確保。保健指導実施医療機関と連携し適宜プログラムの見直しを行う。事業の周知を強化する
かかりつけ医 : 参加対象者の推薦、患者への参加勧奨。保健指導参加者の医療情報の提供
医師会 : 事業実施の協力
保健指導実施医療機関 : 保健指導の実施。指導報告書の作成

⑭評価計画

年度終了ごとに単年評価、及びR8年度に中間評価を行い、指標の見直しを行う

V その他

<p>データヘルス計画の 評価・見直</p>	<p>R8年度に進捗確認のための中間評価を行い、必要に応じて計画の見直しを行う また、計画の最終年度のR11年度においては、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う</p>
<p>データヘルス計画の 公表・周知</p>	<p>本計画は、市のホームページに掲載して公表・周知するものとする また、関係団体を通じて、医療機関等に対し保健事業の目的等の周知を図る</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>保健事業の実施にあたっては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドライン及び周南市の関係例規等に基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じる</p>
<p>地域包括ケアに 係る取組</p>	<p>周南市保険年金課は、健康づくり推進課と地域福祉課と連携し、予防・健康づくりに関する事業等を進めている 具体的には、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施といった事業が該当し、市内の医療機関や保健所等との連携・協力関係を築き、地域一体となり取組む環境づくりに注力している</p>

周南市の各指標値の実績と都道府県平均値との比較の見える化



共通の評価指標	レーダーチャートの数値		実績値	
	周南市 (a/b or(100-a)/(100-b))	県平均	周南市(a)	県平均(b)
①特定健康診査実施率	1.10	1.00	36.4	33.2
②特定保健指導実施率	2.08	1.00	32.6	15.7
③特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	1.05	1.00	31.8	30.2
④特定保健指導対象者の減少率	1.30	1.00	25.8	19.9
逆転:⑤HbA1c 8.0%以上の者の割合	1.00	1.00	1.4	1.3
逆転:⑥高血糖者の割合	0.99	1.00	10.9	10.3
逆転:⑦HbA1c 6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	0.86	1.00	20.4	7.3
逆転:⑧血圧が保健指導判定値以上の者の割合	0.87	1.00	58.2	51.7
⑨後発医薬品の使用割合	0.98	1.00	80.9	82.5

(※1)レーダーチャートの数値のうち、高い数値がより良い項目の場合は、a/bで算出する
低い数値がより良い項目(⑤⑥⑦⑧)の場合は、(100-a)/(100-b)で算出する

(※2)(100-a)/(100-b)により算定した項目は、項目名の冒頭に「逆転:」と付記する

(※3)各種指標のうち、低い数値がより良いため、(100-a)/(100-b)で算出する項目の例

- HbA1c 8.0%以上の者の割合
- 高血糖者の割合
- HbA1c 6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合
- 血圧が保健指導判定値以上の者の割合



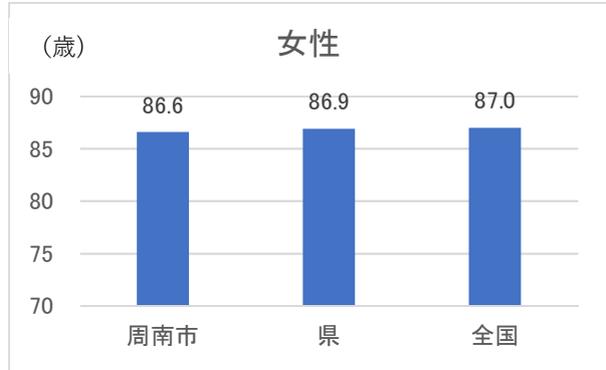
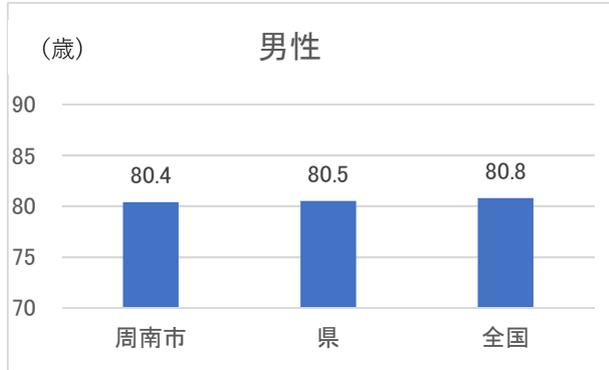
图 表

図表① 平均寿命等

①-1【平均寿命】

参照データ: KDB_S21_001:地域の全体像の把握【令和4年度】より

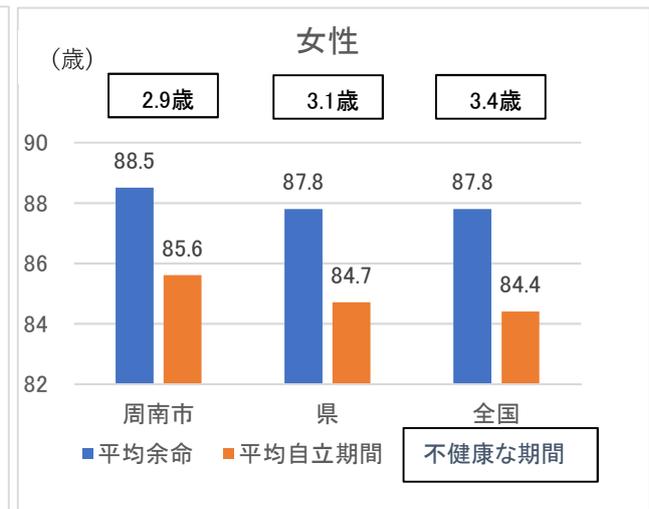
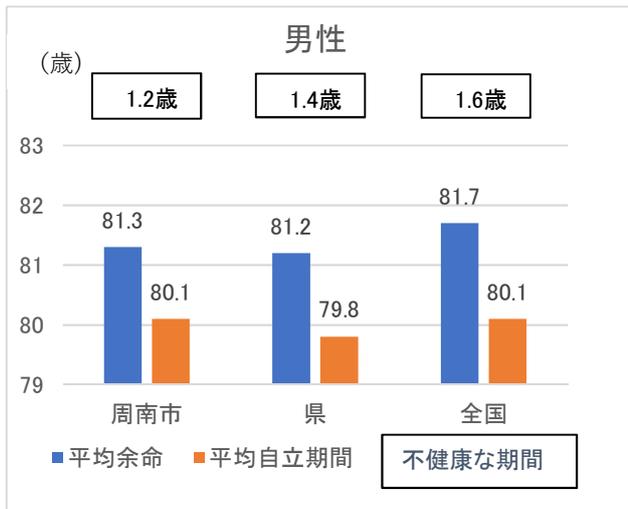
※0歳の平均余命である「平均寿命」は、全ての年齢の死亡状況を集約したもので国が5年ごとに公表している(ある期間における死亡状況が今後変化しないと仮定したときに、各年齢の者が1年以内に死亡する確率や、平均してあと何年生きられるかという期待値などを、死亡率や平均余命などの指標によって表したもので、男女別に各年齢の人口と死亡数を基にして計算されている)



①-2【平均余命と平均自立期間】

参照データ: KDB_S21_001:地域の全体像の把握【令和4年度】より

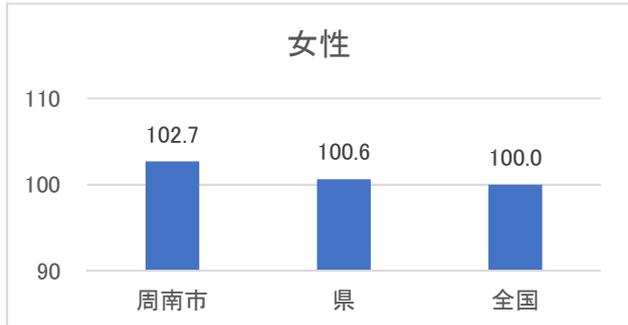
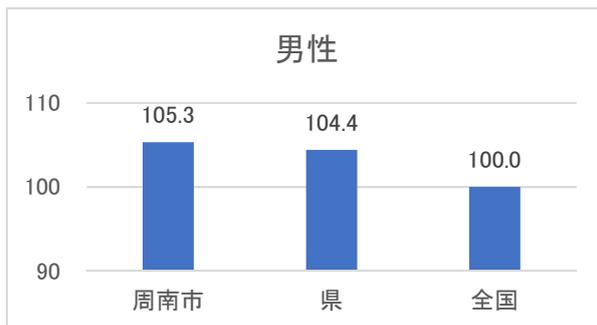
※平均自立期間とは、あと何年自立した生活が期待できるかを示したもので、健康寿命の考え方に基づく指標となっている。KDBにおいては、「日常生活動作が自立している期間の平均」を指標とした健康寿命を算出し、「平均自立期間」と呼称している。介護受給者台帳における「要介護2以上」を「不健康」と定義し、平均余命からこの不健康期間を除いたものが、毎年度算出されている



①-3【標準化死亡比】

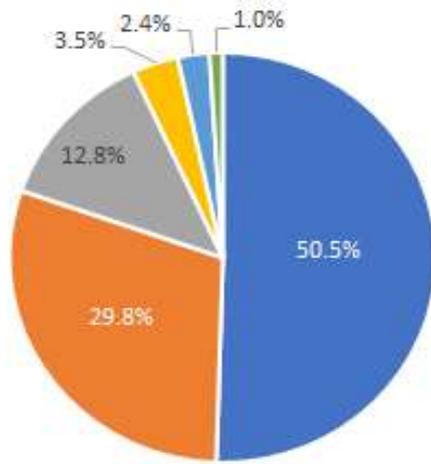
参照データ: KDB_S21_001:地域の全体像の把握【令和4年度】より

※標準化死亡比は、基準死亡率(人口10万対の死亡数)を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するもので国が5年ごとに公表している。国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は国の平均より死亡率が多いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される



①-4【死因割合】

参照データ:KDB_S21_001:地域の全体像の把握【令和4年度】より

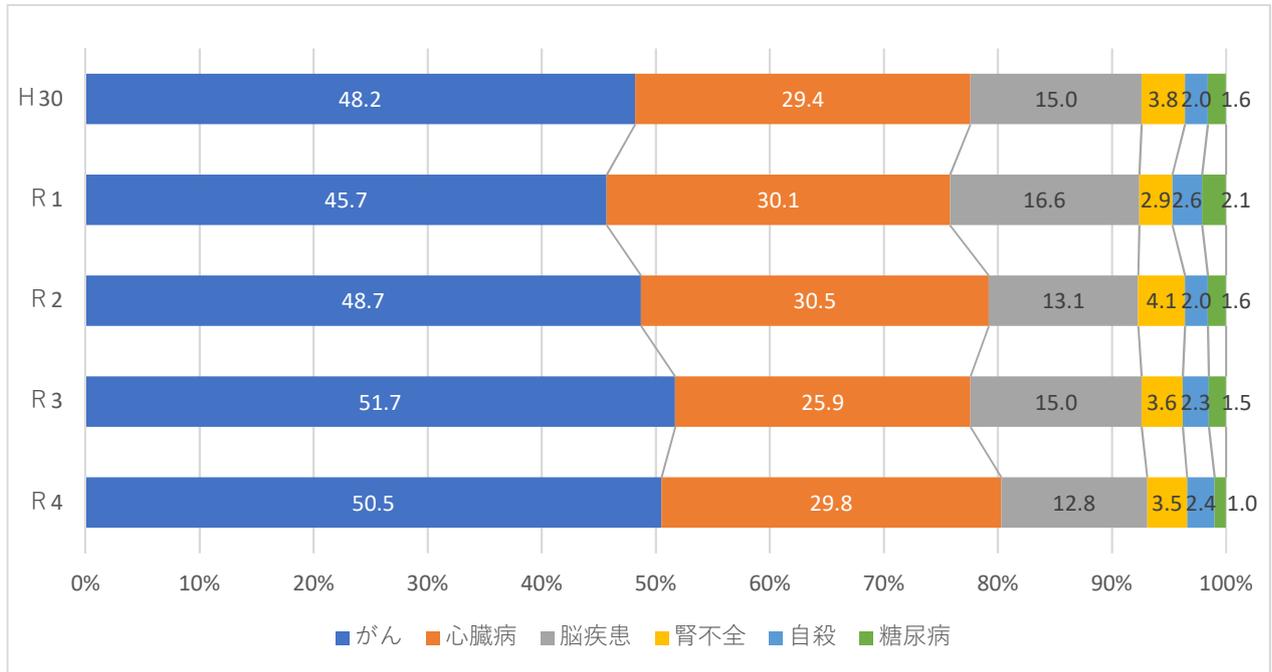


死因割合	周南市	県	全国
がん	50.5%	46.6%	50.6%
心臓病	29.8%	30.9%	27.5%
脳疾患	12.8%	14.0%	13.8%
腎不全	3.5%	4.2%	3.6%
自殺	2.4%	2.2%	2.7%
糖尿病	1.0%	2.1%	1.9%

■がん ■心臓病 ■脳疾患 ■腎不全 ■自殺 ■糖尿病

①-5【死因割合(経年推移)】

参照データ:KDB_S21_001:地域の全体像の把握【平成30年度～令和4年度】より

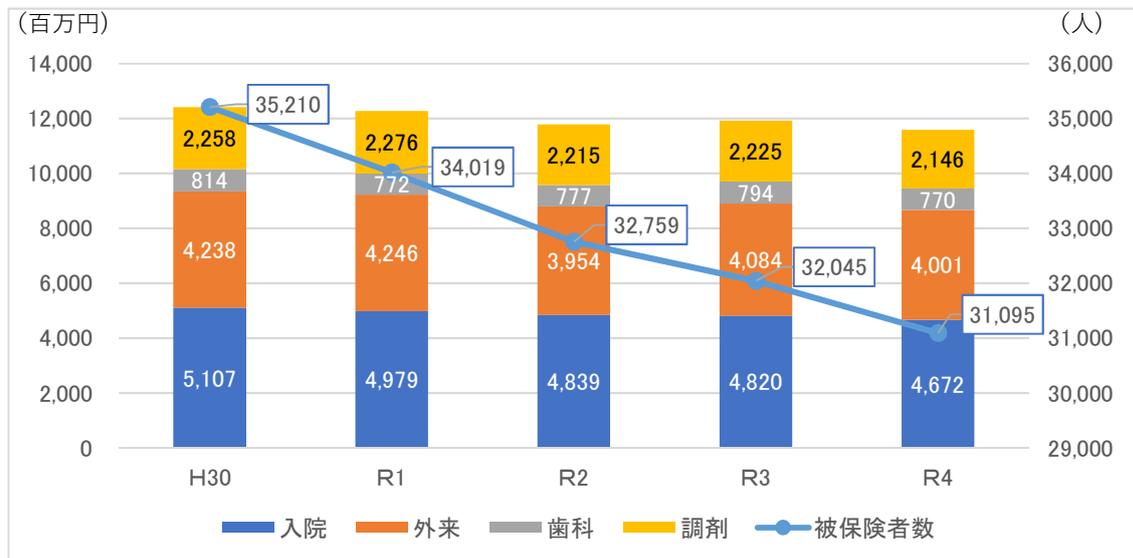


図表② 医療費分析

※②-1、2、3における被保険者数は一度でも資格ありの判定を受けた被保険者数を指す

②-1【総医療費と被保険者数(経年推移)】

参照データ:KDB_S29_002:健康スコアリング(医療)【平成30年度～令和4年度】より



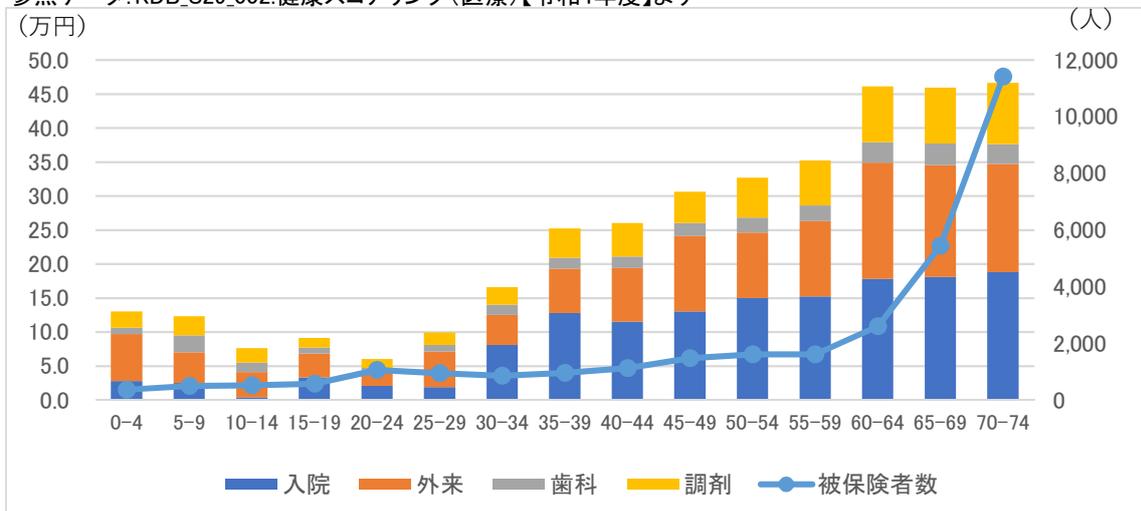
②-2【被保険者1人当たり医療費(経年推移)】

参照データ:KDB_S29_002:健康スコアリング(医療)【平成30年度～令和4年度】より



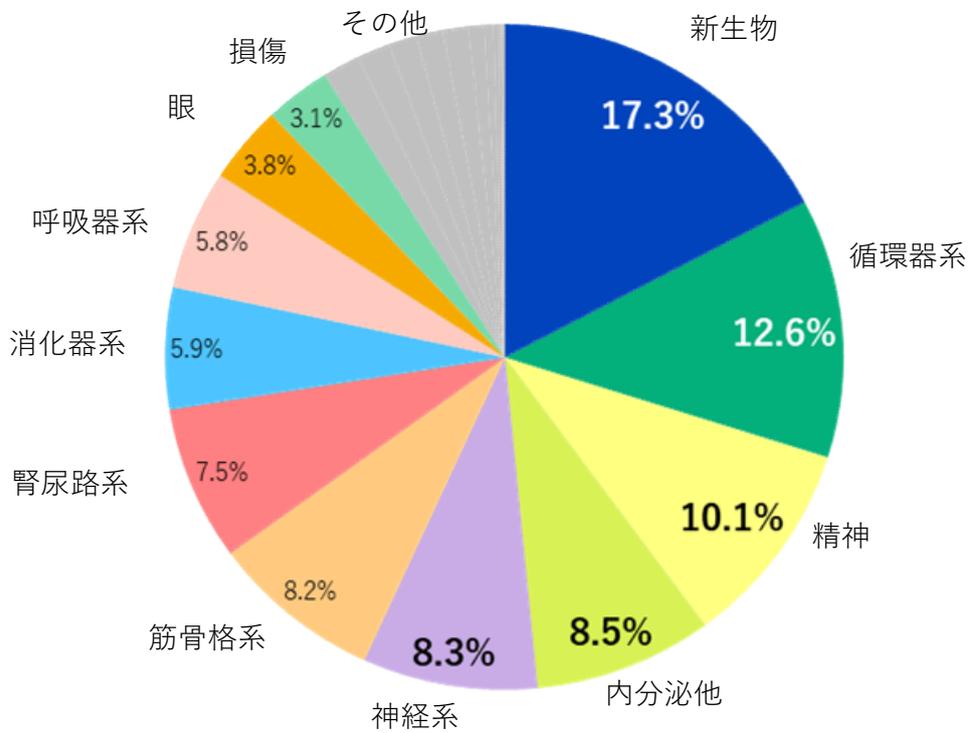
②-3【年齢階層別被保険者1人当たり医療費と被保険者数】

参照データ:KDB_S29_002:健康スコアリング(医療)【令和4年度】より



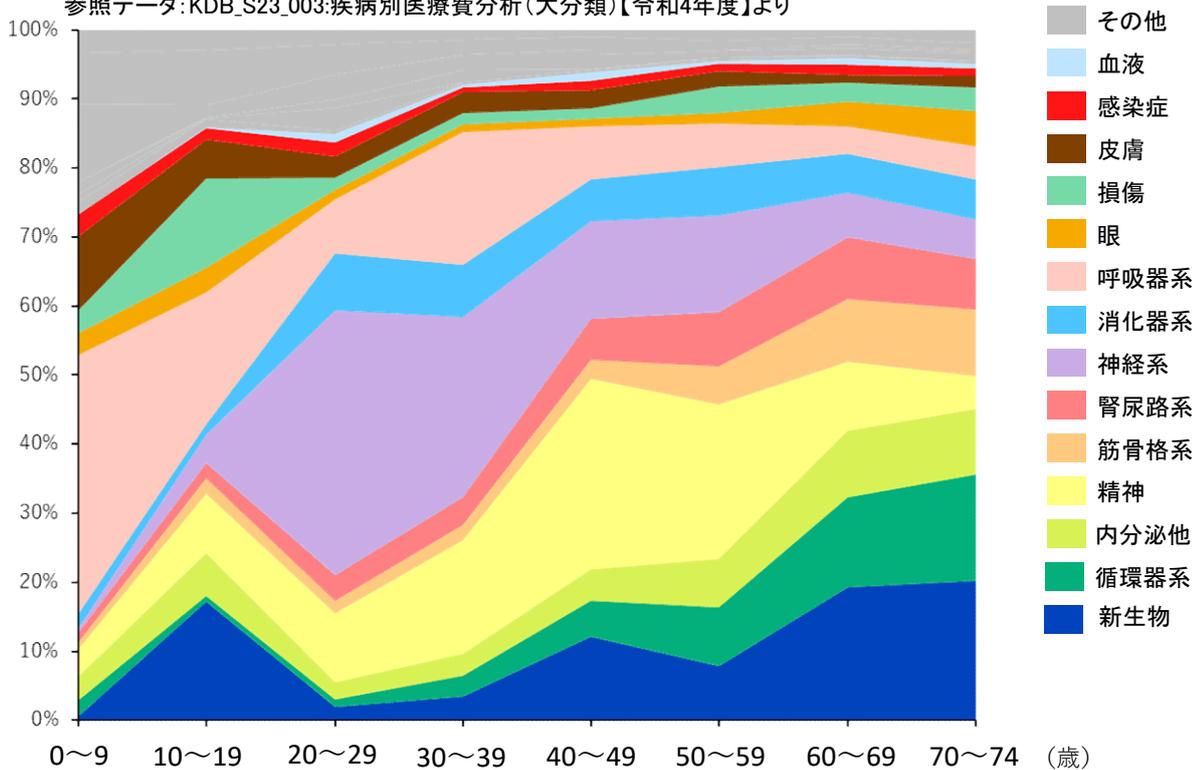
②-4【医療費構成割合：疾病分類(大分類)】

参照データ：KDB_S23_003:疾病別医療費分析(大分類)【令和4年度】より



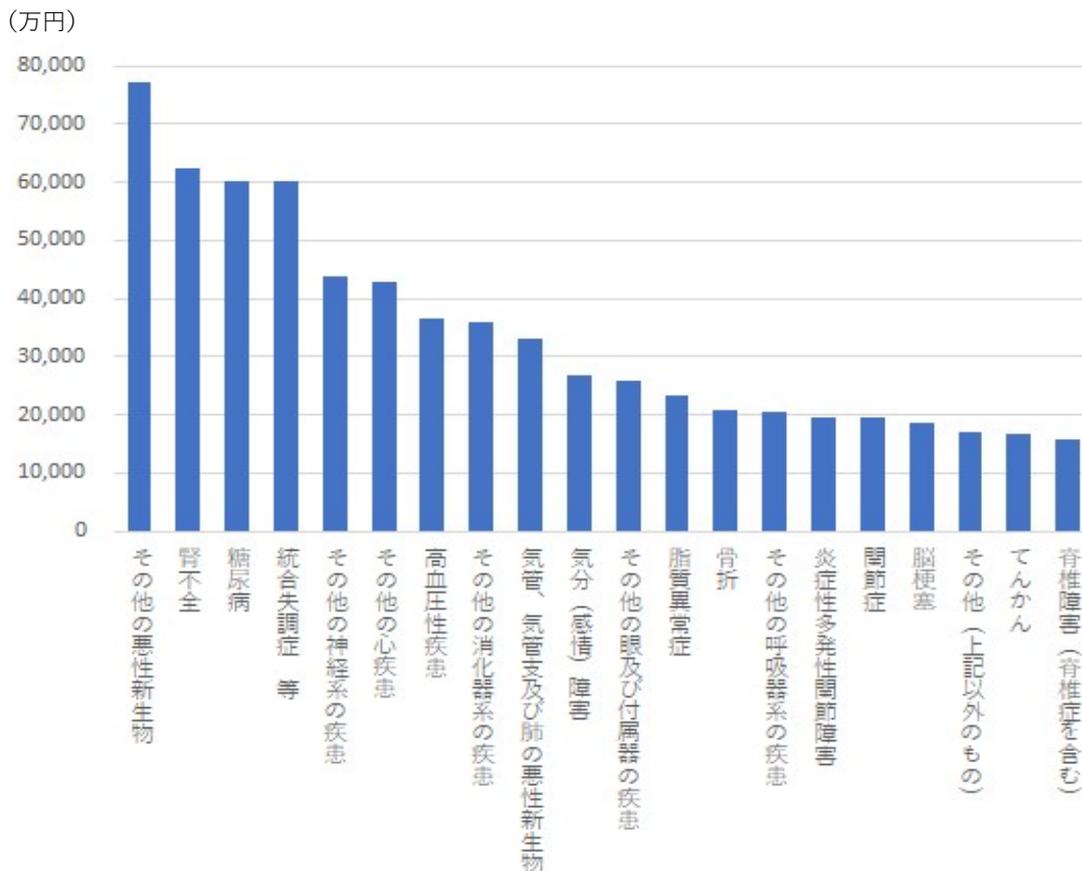
②-5【医療費構成_年齢階層別：疾病分類(大分類)】

参照データ：KDB_S23_003:疾病別医療費分析(大分類)【令和4年度】より



②-6【医科医療費構成：疾病分類(中分類)】

参照データ：KDB_S23_004:疾病別医療費分析(中分類)【令和4年度】より



②-7【被保険者1人当たり医療費：疾病分類(中分類)(上位10位)】

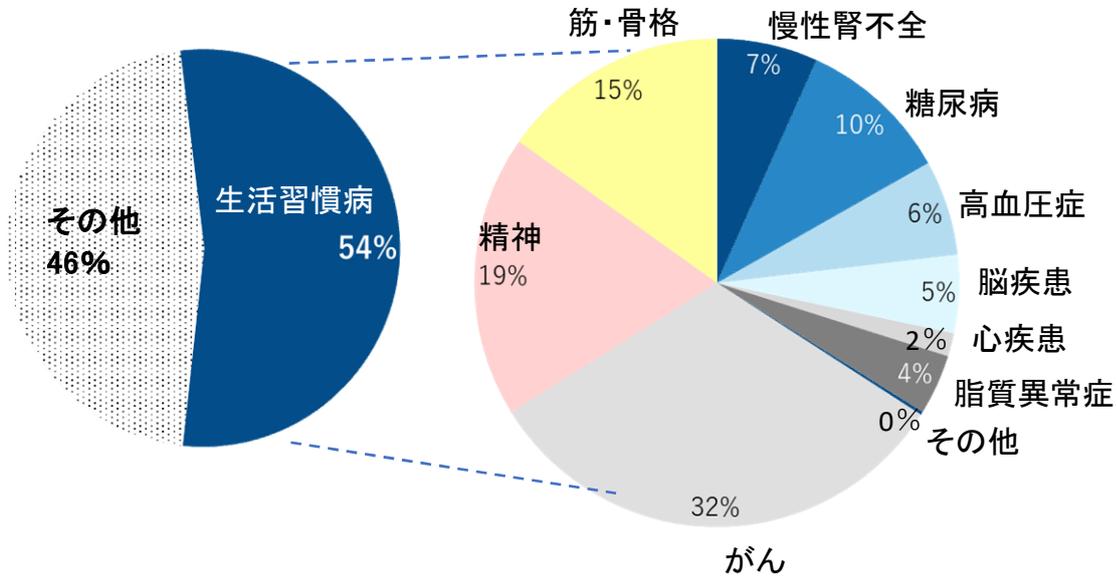
参照データ：KDB_S23_004:疾病別医療費分析(中分類)【令和4年度】より



②-8【生活習慣関連疾患：疾病別医科医療費割合】

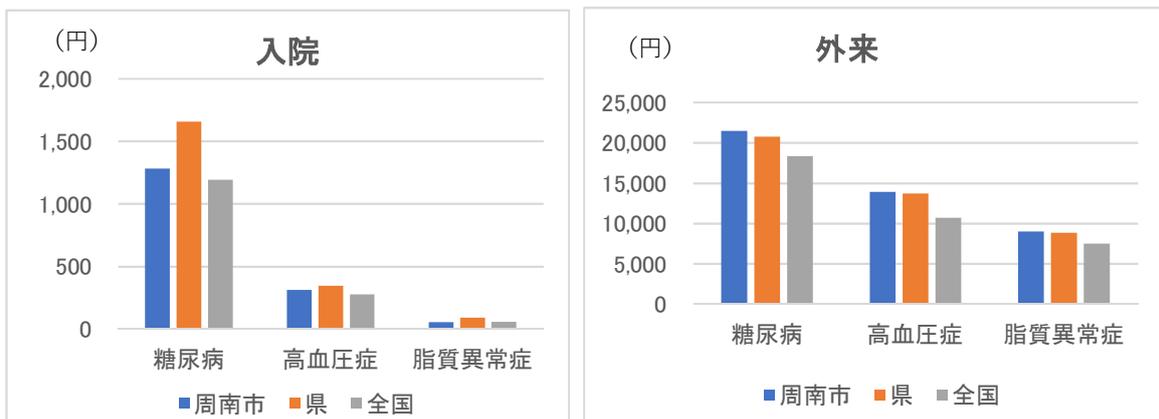
参照データ：KDB_S21_005市町村別データ

KDB_S21_003健診・医療・介護データから見る地域の健康課題【令和4年度】より



②-9【生活習慣関連疾患(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)：1人当たり医療費】

参照データ：KDB_S23_001医療費分析(1)細小分類【令和4年度】より

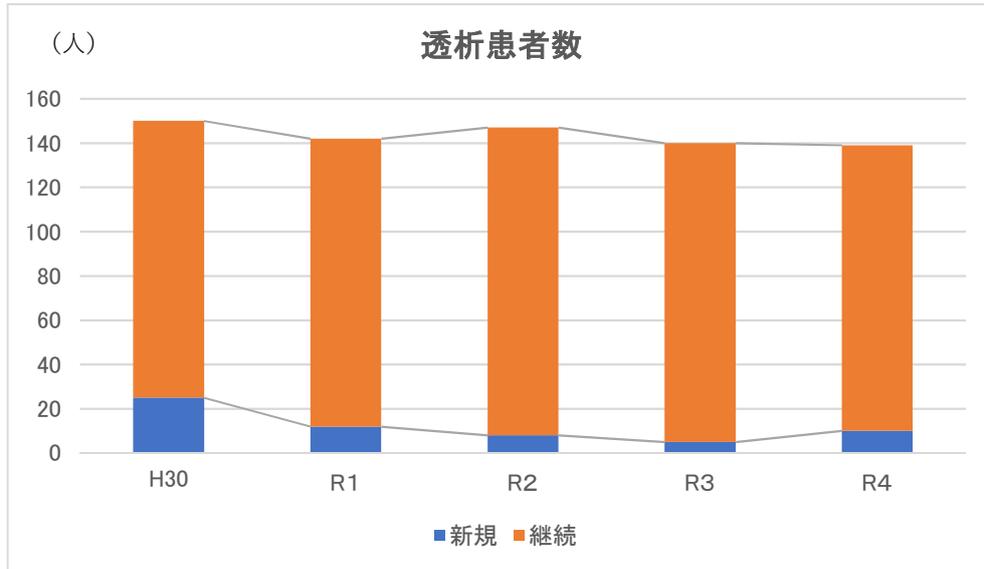


入院	周南市	県	全国
糖尿病	1,281	1,656	1,193
高血圧症	312	347	277
脂質異常症	55	90	57

外来	周南市	県	全国
糖尿病	21,488	20,742	18,340
高血圧症	13,902	13,699	10,703
脂質異常症	9,006	8,844	7,503

②-10【透析の状況(経年推移)】

参照データ:KDB厚生労働省様式(様式2-2:人工透析患者一覧)【平成30年度~令和4年度】



■透析の状況

(単位:人)

	H30	R1	R2	R3	R4
透析患者数合計(※1)	150	142	147	140	139
前年度以前からの継続透析患者数	125	130	139	135	129
新規透析患者数(※2)	25	12	8	5	10
(うち糖尿病性腎症が原因の患者数)	14	4	8	2	3
(うち糖尿病性腎症が原因の患者割合 単位:%)	56	33	100	40	30
(うち動脈閉塞性疾患の患者数)		0	0	1	1
(うち高血圧症の患者数)		5	2	3	6
(うち高尿酸血症の患者数)		6	0	2	3
(うち虚血性心疾患の患者数)		1	0	1	1
(うち脳血管疾患の患者数)		2	0	0	2

※1:透析患者数合計=毎月分を合計した年度内のデータを重複表示し重複を削除した患者数

※2:新規透析患者数=KDBの『履歴』で“人工腎臓(導入期加算)”が年度中にあった者
 年度中に被保喪失者・入院時に一時的人工透析者・国保加入前に透析開始者は除く
 H30は一部データなし

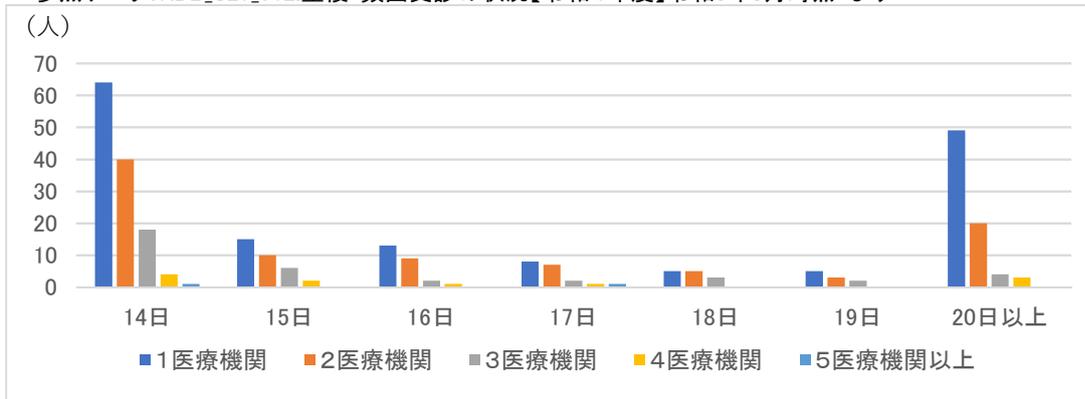
■人工透析にかかる年間医療費

(単位:千円)

5,000千円/1人とすると	H30	R1	R2	R3	R4
透析患者 合計	750,000	710,000	735,000	700,000	695,000
新規透析者	125,000	60,000	40,000	25,000	50,000

②-11【頻回受診状況】

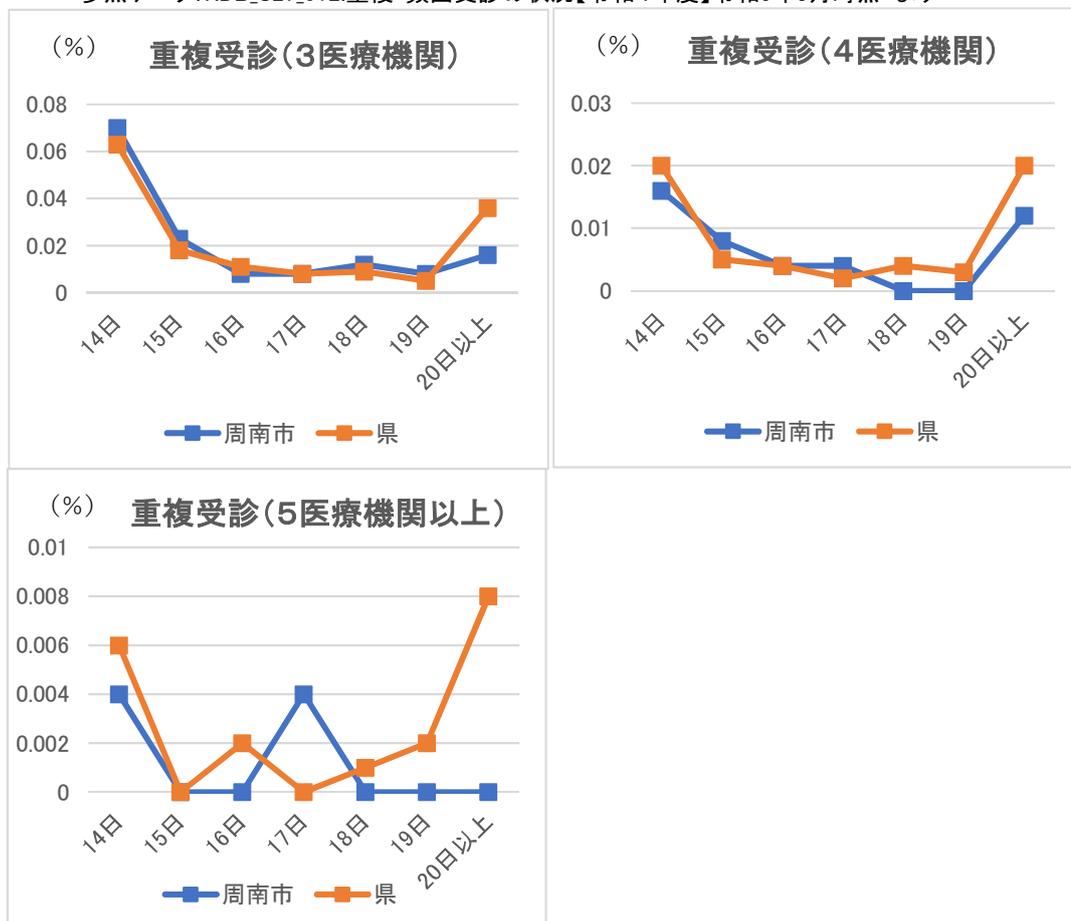
参照データ:KDB_S27_012:重複・頻回受診の状況【令和4年度】令和5年3月時点 より



	14日	15日	16日	17日	18日	19日	20日以上	計
1医療機関	64	15	13	8	5	5	49	159
2医療機関	40	10	9	7	5	3	20	94
3医療機関	18	6	2	2	3	2	4	37
4医療機関	4	2	1	1	0	0	3	11
5医療機関以上	1	0	0	1	0	0	0	2
計	127	33	25	19	13	10	76	303

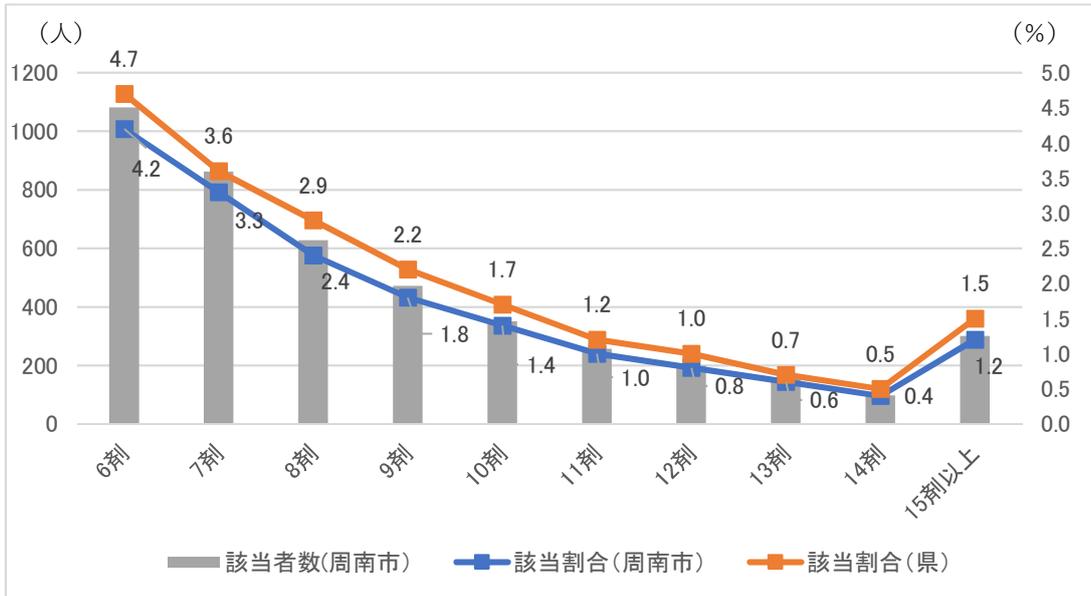
②-12【重複受診状況】

参照データ:KDB_S27_012:重複・頻回受診の状況【令和4年度】令和5年3月時点 より



②-13【重複・多剤処方状況】

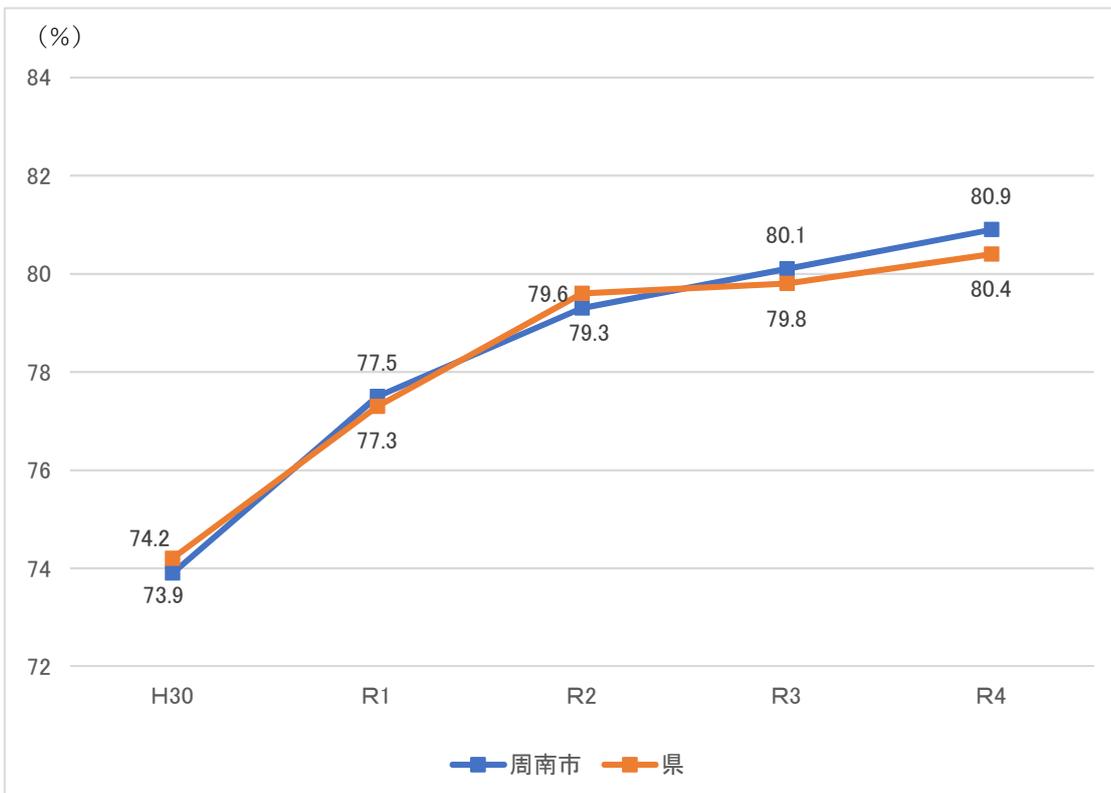
参照データKDB_S27_013:重複・多剤処方の状況【令和4年度】令和5年3月時点 より



多剤処方該当者数 (保険者)	6剤	7剤	8剤	9剤	10剤	11剤	12剤	13剤	14剤	15剤以上	計
		1,081	862	627	471	350	257	199	156	98	300

②-14【後発医薬品の数量割合】

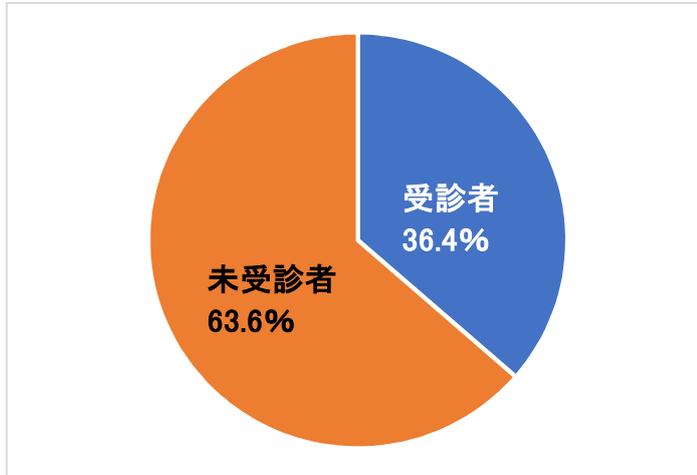
参照データ: 山口県国民健康保険団体連合会「後発医薬品利用実態(一般+退職)」、「後発医薬品医療機関別利用実態一覧」【平成30年度~令和4年度】より



図表③ 特定健康診査の健診データ(質問票を含む)の分析

③-1【受診状況】

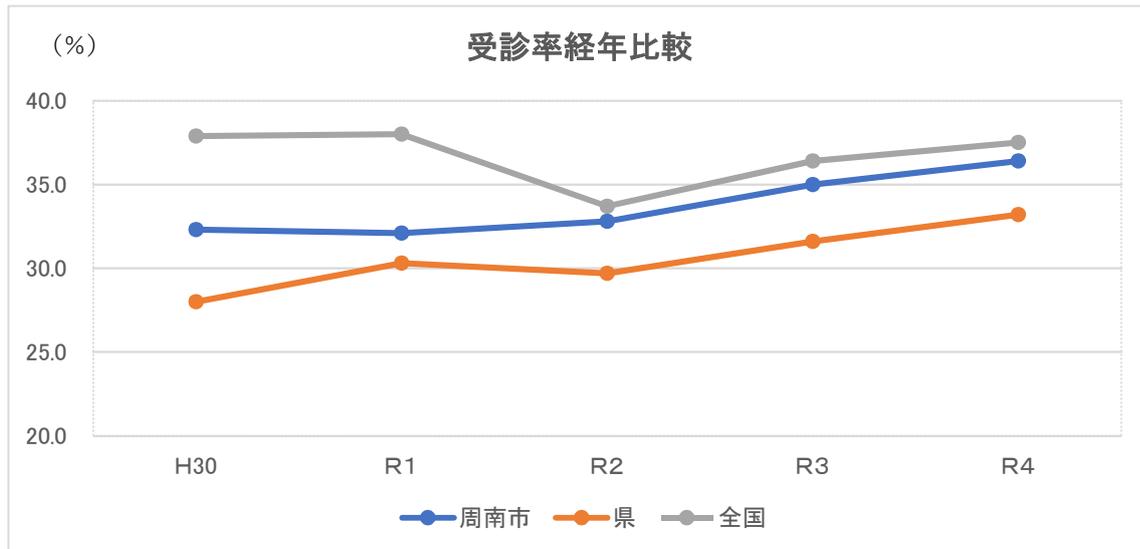
参照データ: 令和5年度法定報告 特定健診等実施結果集計表(県集計)より



R4 特定健診受診状況	
対象者数(a)	19,689人
受診者数(b)	7,157人
割合(b)/(a)	36.4%

③-2【受診率(経年推移)】

参照データ: KDB_S29_002:健康スコアリング(医療)【平成30年度～令和4年度】、市町村国保特定健康診査等実施状況【令和4年度速報値】より

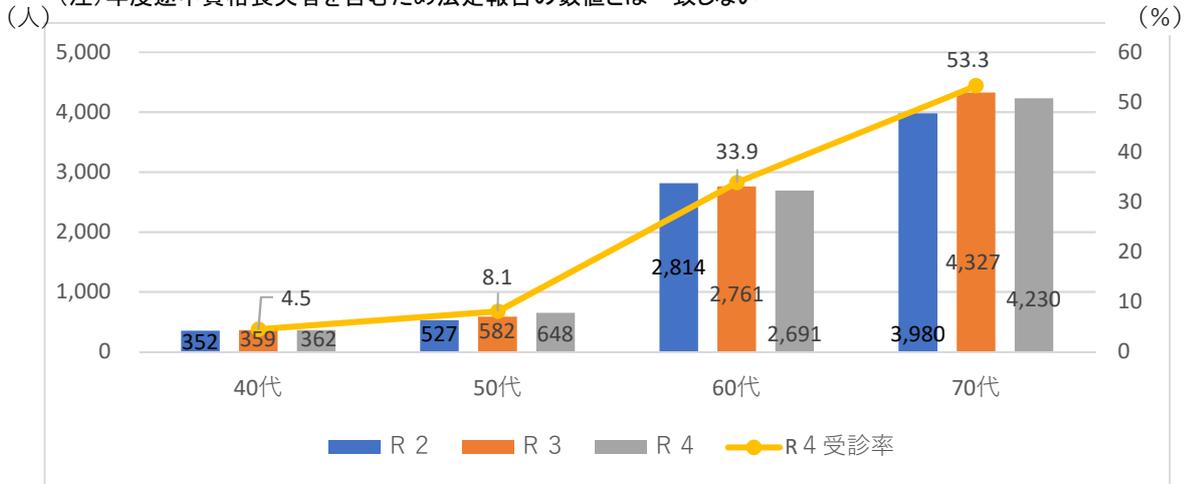


受診率	周南市	県	全国
H30	32.3%	28.0%	37.9%
R1	32.1%	30.3%	38.0%
R2	32.8%	29.7%	33.7%
R3	35.0%	31.6%	36.4%
R4	36.4%	33.2%	37.5%

③-3【年代別受診者数(経年推移)】

参照データ: 特定健診データ管理システムより抽出

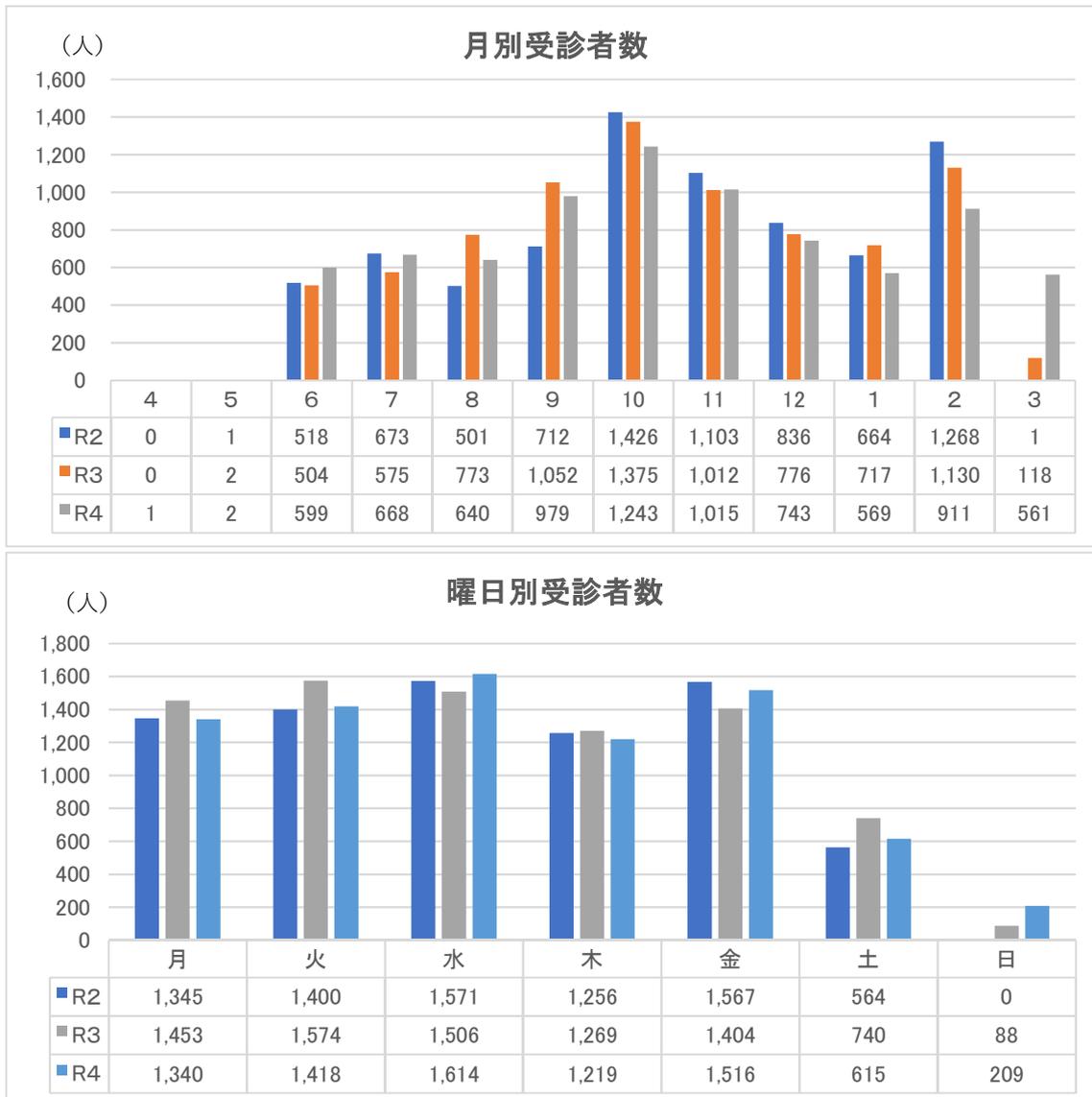
(注) 年度途中資格喪失者を含むため法定報告の数値とは一致しない



③-4【月別受診者数・曜日別受診者数(経年推移)】

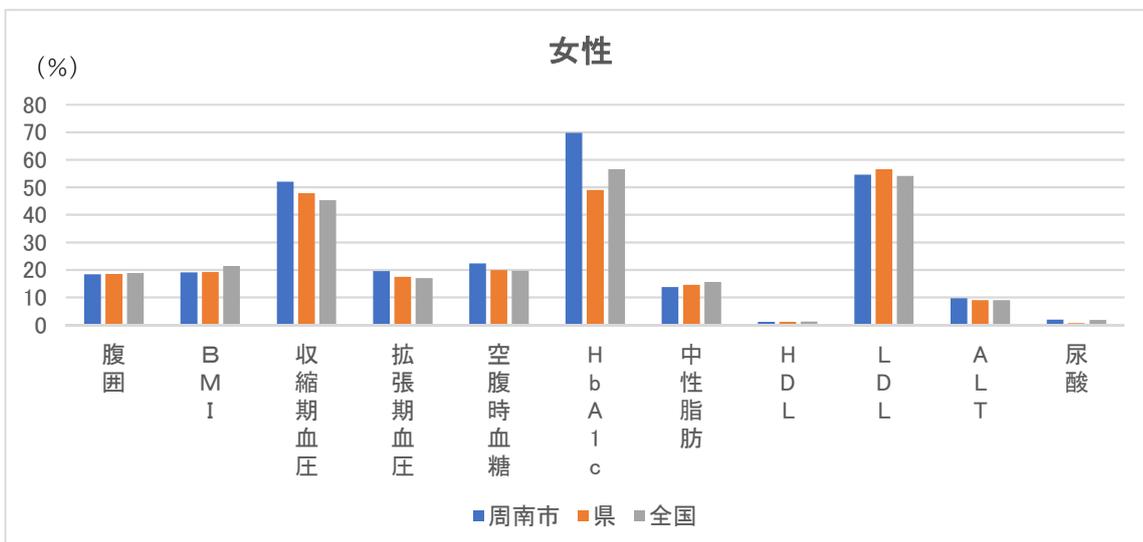
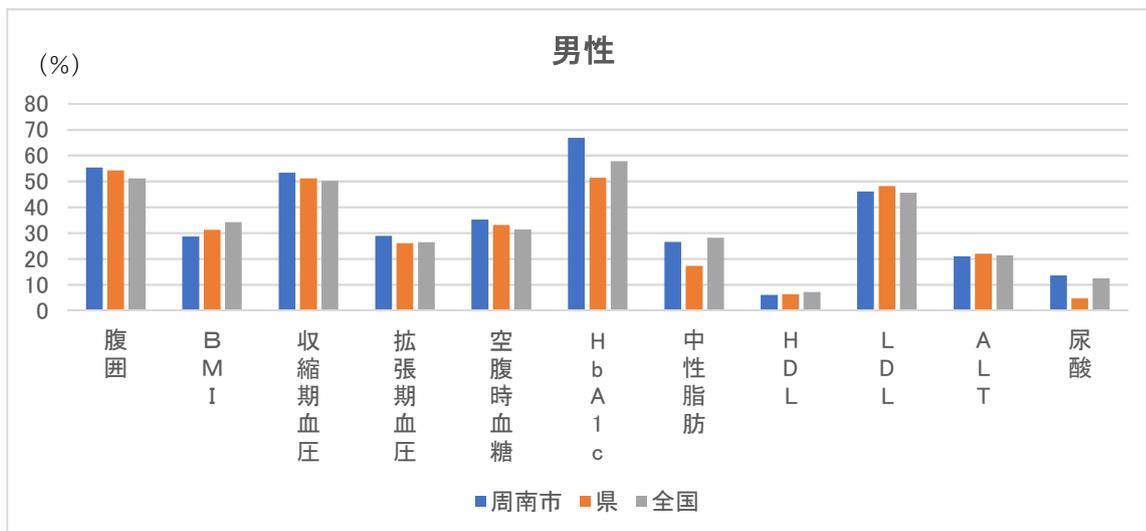
参照データ: 特定健診データ管理システムより抽出

(注) 年度途中資格喪失者を含むため法定報告の数値とは一致しない



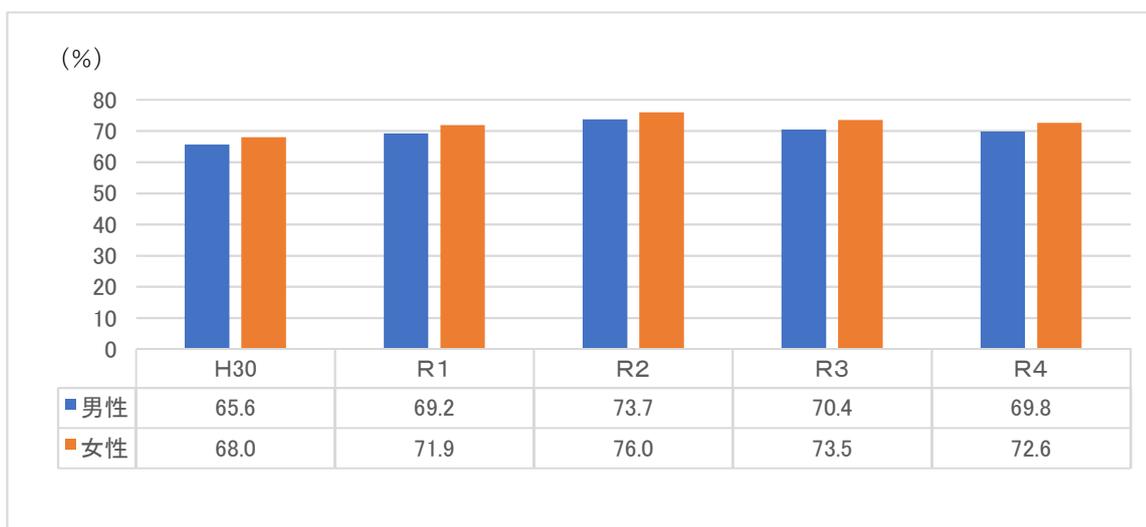
③-5【有所見該当割合】

参照データ:KDB_S21_024厚生労働省様式(様式5-2:健診有所見者状況)【令和4年度・年齢調整】
※国立保健医療科学院の年齢調整ツールを使用



③-6【HbA1cの有所見割合】

参照データ:KDB_S21_024厚生労働省様式(様式5-2:健診有所見者状況)【令和4年度】



③-7【性年齢階層別有所見の状況】

参照データ：KDB_S21_024厚生労働省様式(様式5-2:健診有所見者状況)【令和4年度】

年齢	性別	BMI	腹囲	中性脂肪	HDLコレステロール	空腹時血糖
40歳代	男性	34.0%	46.5%	27.8%	9.7%	17.4%
	女性	16.7%	12.5%	8.9%	3.0%	8.9%
50歳代	男性	35.8%	50.4%	28.0%	5.1%	27.6%
	女性	19.5%	16.8%	13.4%	1.2%	11.3%
60～64歳	男性	32.8%	55.6%	26.7%	6.9%	36.2%
	女性	20.2%	20.7%	13.3%	0.7%	18.7%
65～69歳	男性	28.2%	53.1%	27.3%	4.9%	38.8%
	女性	19.5%	18.9%	12.7%	0.7%	24.3%
70～74歳	男性	24.2%	50.3%	25.5%	5.7%	40.3%
	女性	18.7%	18.8%	15.5%	0.9%	27.7%

年齢	性別	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧	LDLコレステロール	eGFR
40歳代	男性	47.9%	27.1%	19.4%	54.9%	2.8%
	女性	36.3%	14.3%	8.3%	39.9%	4.8%
50歳代	男性	53.5%	46.5%	36.2%	49.2%	9.4%
	女性	53.4%	30.5%	17.7%	57.0%	6.4%
60～64歳	男性	64.7%	52.6%	36.2%	45.3%	22.0%
	女性	68.9%	47.6%	21.3%	63.7%	15.4%
65～69歳	男性	68.3%	55.3%	31.1%	47.3%	26.9%
	女性	73.2%	56.8%	19.8%	57.3%	23.2%
70～74歳	男性	76.0%	62.0%	26.1%	42.3%	34.6%
	女性	78.7%	63.5%	21.3%	52.4%	26.8%

③-8【質問票の状況(生活習慣等)】

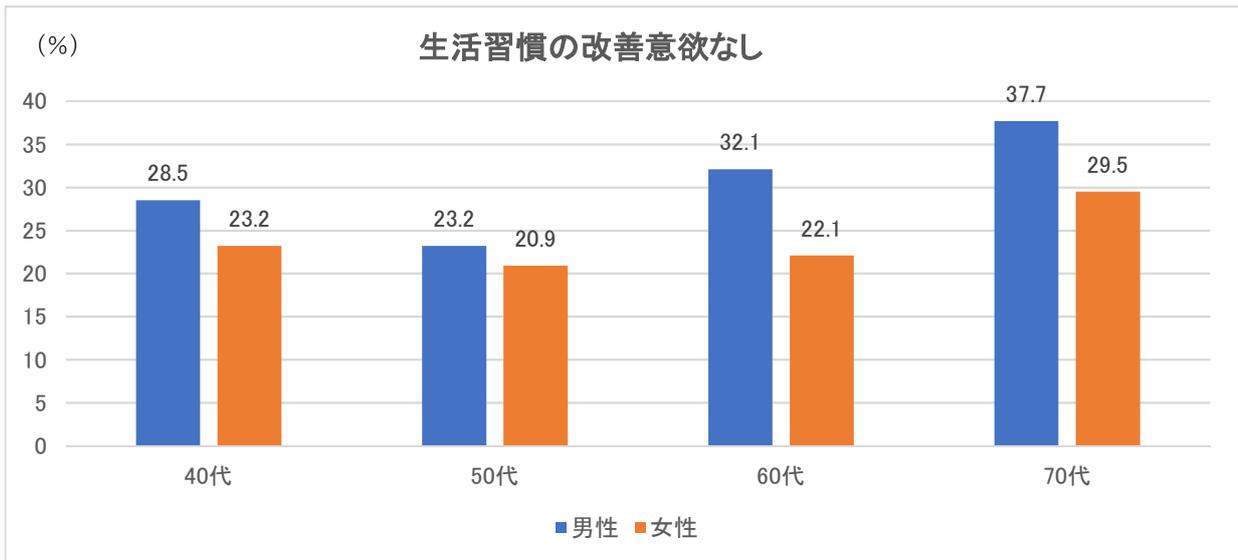
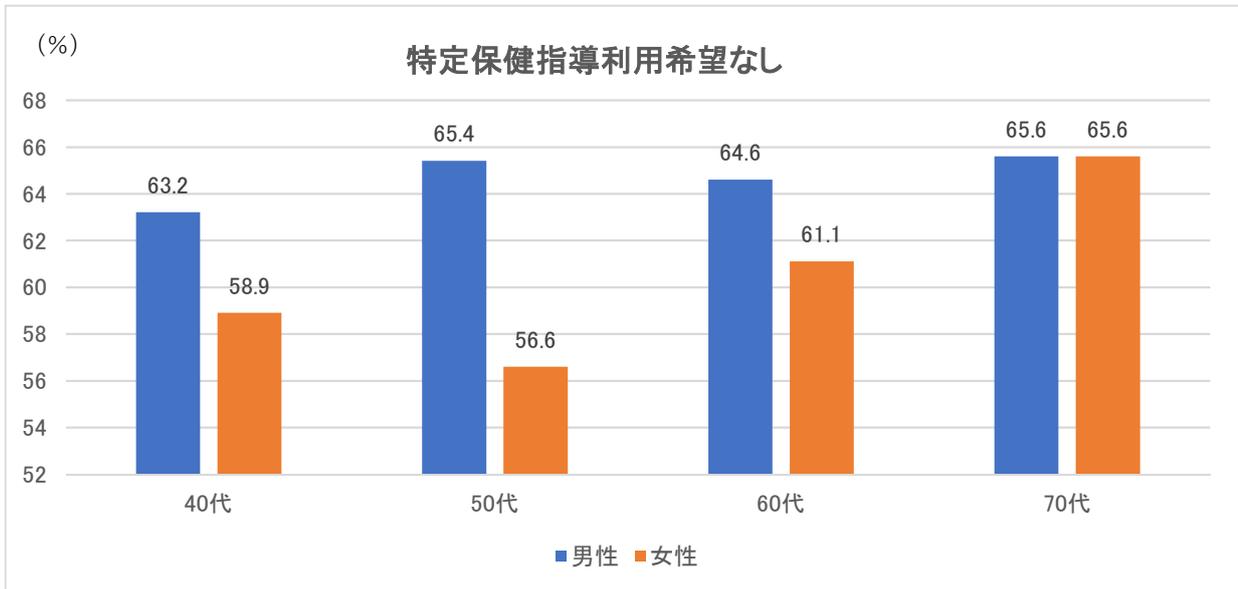
参照データ:KDB_S21_007質問票調査の状況【令和4年度 男女別・年齢調整】

※国立保健医療科学院の年齢調整ツールを使用

	良い指標		悪い指標	
男性	1回30分以上の運動習慣なし	周南市 52.2% 同規模 56.6%* 県 54.0% 全国 58.2%*	咀嚼_ほとんどかめない	周南市 1.8% 同規模 1.1%* 県 1.5%* 全国 1.2%*
	1日1時間以上運動なし	周南市 44.5% 同規模 49.2%* 県 50.5%* 全国 48.7%*	3食以外間食_毎日	周南市 16.9% 同規模 14.3%* 県 16.4% 全国 14.4%
	20歳時体重から10kg以上増加	周南市 41.5% 同規模 45.4%* 県 43.0% 全国 45.0%*	毎日飲酒 ※さらに、1日飲酒量が1合未満の割合が少なく、1~2合の割合が高い	周南市 43.8% 同規模 40.5%* 県 44.1% 全国 42.5%*
	喫煙	周南市 19.3% 同規模 22.0%* 県 20.8% 全国 23.6%*		
女性	1回30分以上の運動習慣なし	周南市 58.7% 同規模 61.6%* 県 62.6%* 全国 62.2%*	咀嚼_ほとんどかめない	周南市 0.8% 同規模 0.4%* 県 0.5%* 全国 0.5%*
	1日1時間以上運動なし	周南市 34.7% 同規模 48.3%* 県 50.6%* 全国 47.4%*	3食以外間食_毎日	周南市 34.4% 同規模 27.1%* 県 33.1% 全国 27.4%*
	喫煙	周南市 4.8% 同規模 5.8%* 県 4.4% 全国 6.0%*	食べる速度が速い	周南市 25.4% 同規模 23.2%* 県 24.9% 全国 23.7%*

※「*」が付記されたものは、基準(保険者)に比べて有意な差(P<0.05)があることを意味する

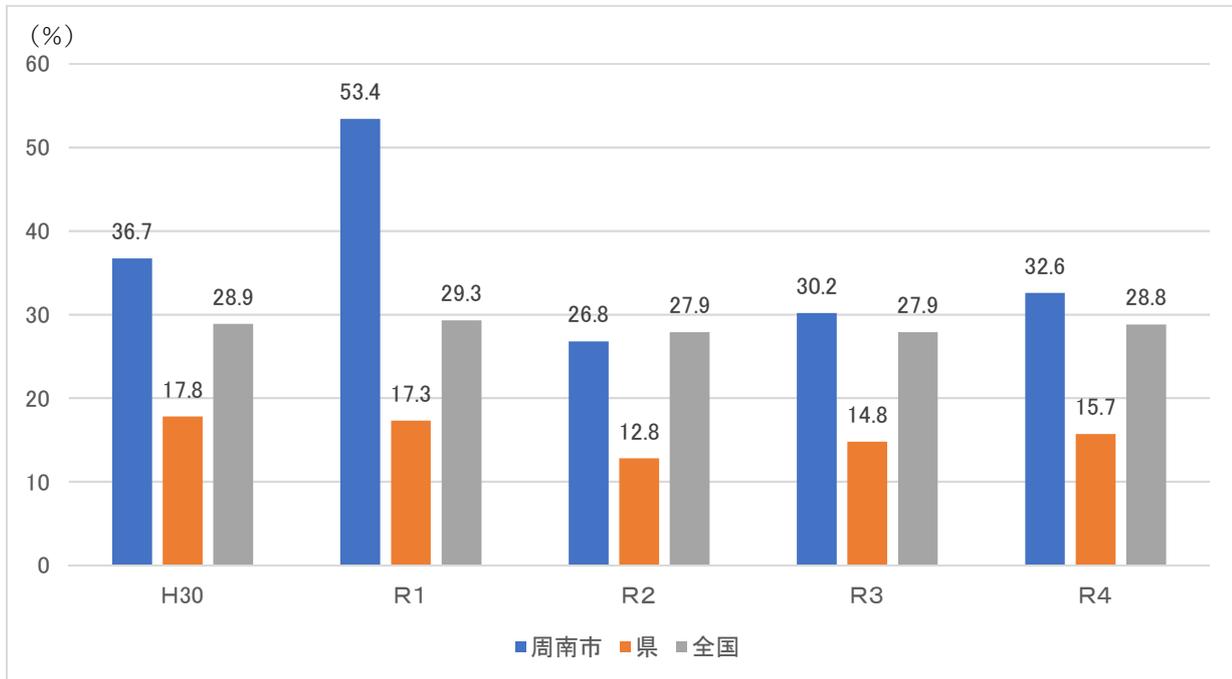
③-9【質問票の状況(保健指導の希望・生活習慣改善意欲)】
 参照データ:KDB_S21_007質問票調査の状況【令和4年度】



図表④ 特定保健指導等の健診データの分析

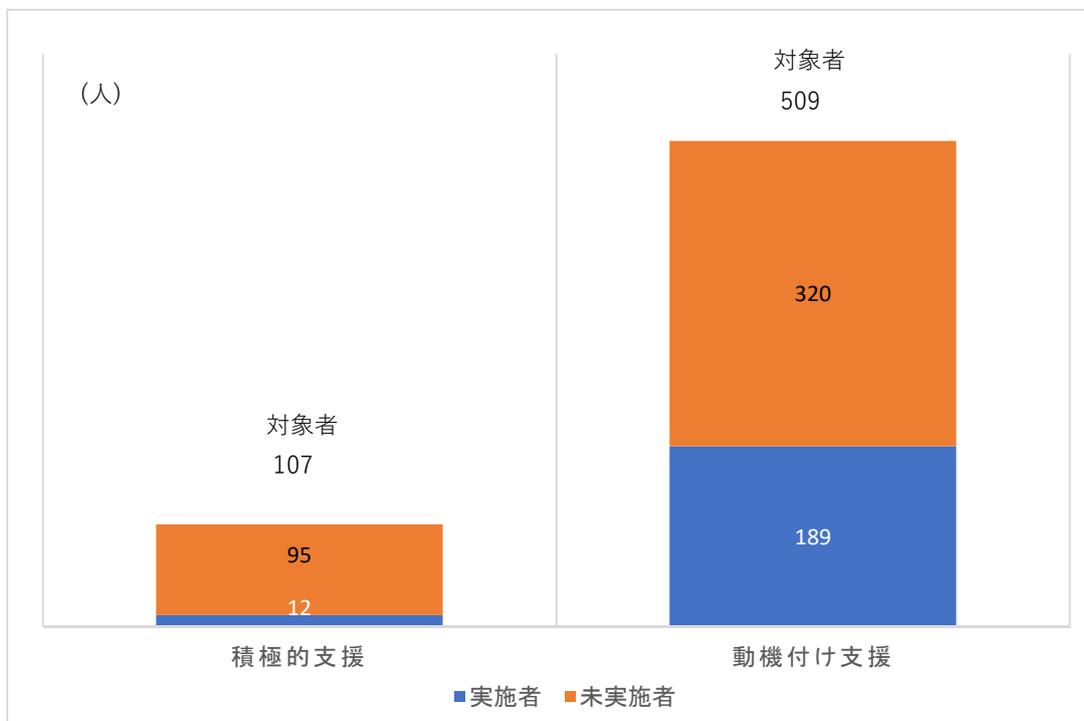
④-1【特定保健指導実施率(経年推移)】

参照データ: 令和5年度法定報告 特定健診等実施結果集計表(県集計)、市町村国保特定健康診査等実施状況【令和4年度速報値】より



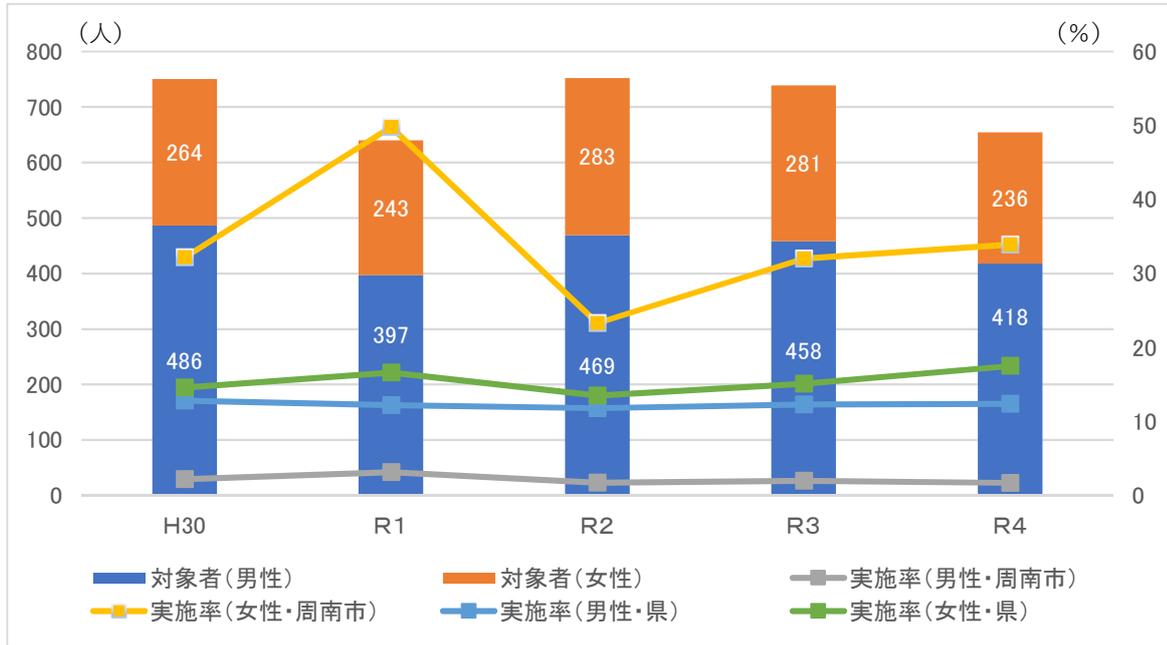
④-2【特定保健指導対象者数・実施者数】

参照データ: 令和5年度法定報告 特定健診等実施結果集計表(県集計)より



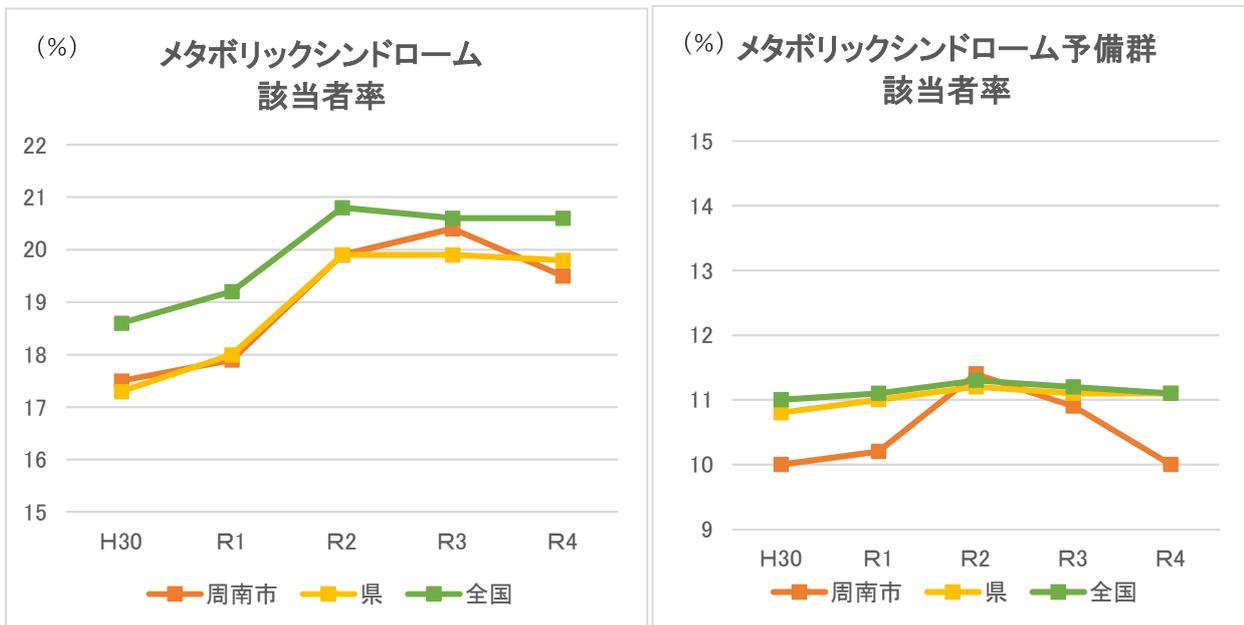
④-3【特定保健指導対象者数と実施率(経年推移)】

参照データ:KDB_ S21_008_健診の状況【平成30年度～令和4年度】



④-4【メタボリックシンドローム該当者率と該当者数(経年推移)】

参照データ:KDB_ S21_003_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題【平成30年度～令和4年度】



該当者率(%)		H30	R1	R2	R3	R4
メタボリックシンドローム	周南市	17.5	17.9	19.9	20.4	19.5
	県	17.3	18.0	19.9	19.9	19.8
	全国	18.6	19.2	20.8	20.6	20.6
メタボリックシンドローム予備群	周南市	10.0	10.2	11.4	10.9	10.0
	県	10.8	11.0	11.2	11.1	11.1
	全国	11.0	11.1	11.3	11.2	11.1

図表⑤ 健診・レセプトの突合分析

⑤-1【健診と生活習慣病レセプトの突合状況】

参照データ:KDB_S21_027_厚生労働省様式5-5:糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
【平成30年度～令和4年度】

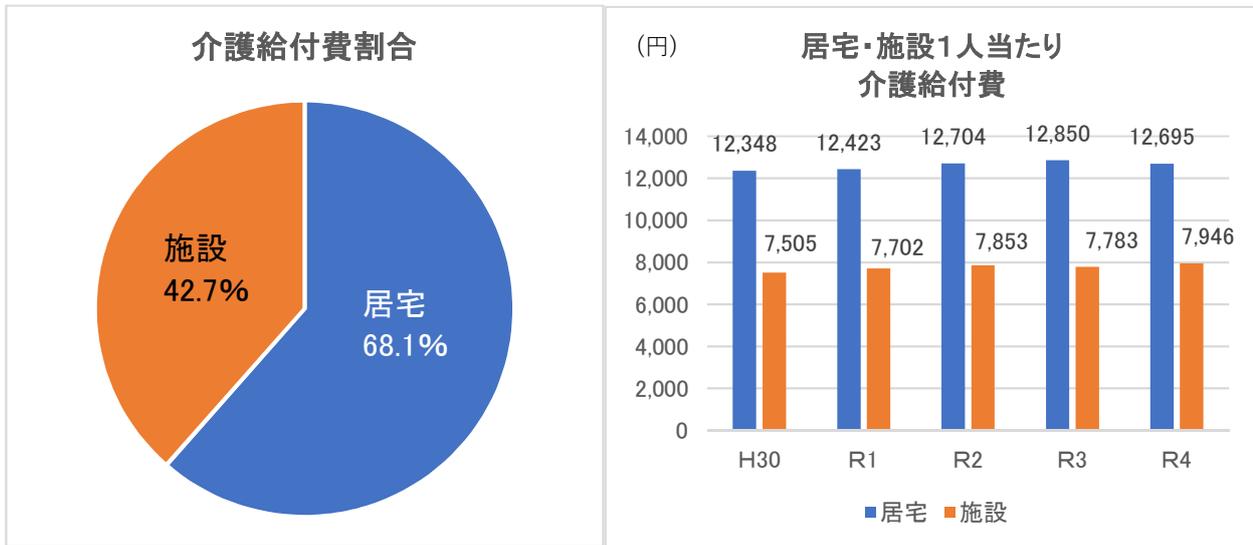
(%)

特定健診 受診者	生活習慣病治療中 コントロール不良	H30	R1	R2	R3	R4
		15.8	14.9	16.3	17.1	16.7
	生活習慣病治療中 コントロール良	H30	R1	R2	R3	R4
	9.9	10.2	9.6	10.1	11.1	
	治療なし	H30	R1	R2	R3	R4
		6.7	7.1	6.9	7.7	8.5
特定健診 未受診者	生活習慣病 治療中	H30	R1	R2	R3	R4
		42.7	43.1	41.4	40.5	39.2
	健康状態不明者	H30	R1	R2	R3	R4
		24.8	24.8	25.8	24.6	24.5

図表⑥ 介護費関係の分析

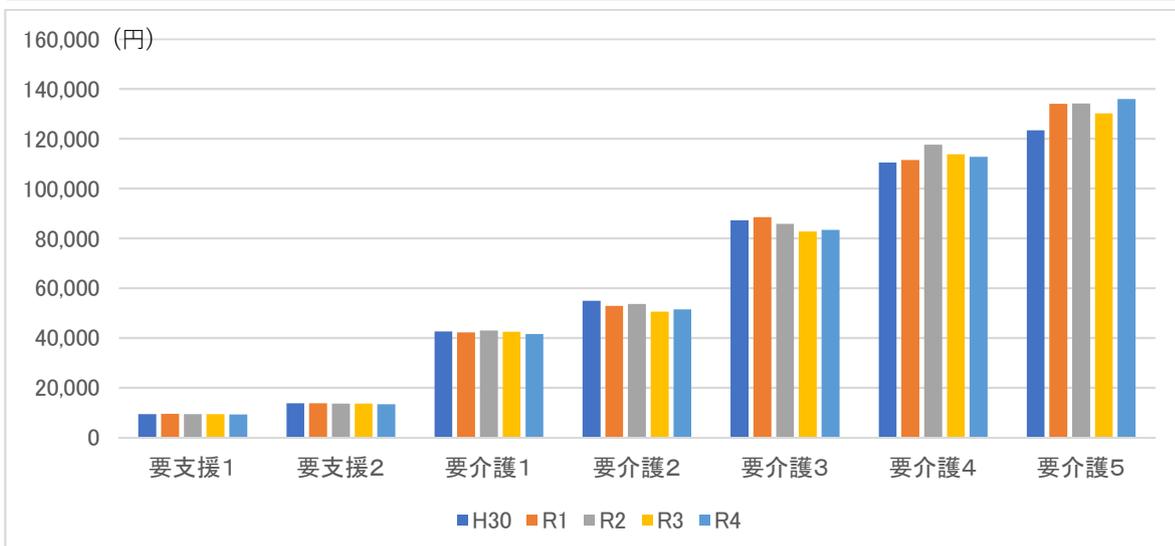
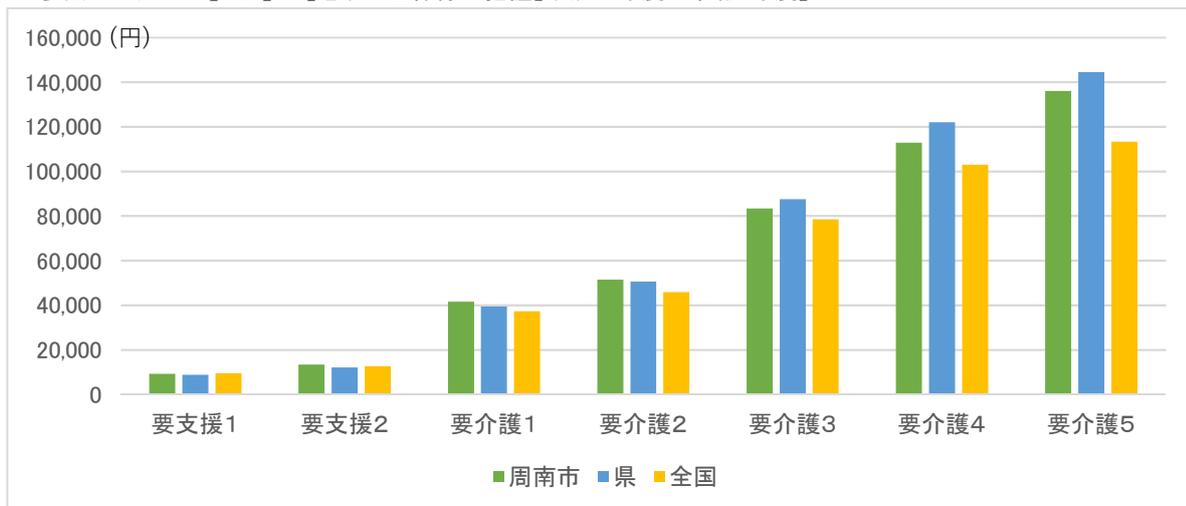
⑥-1【介護給付費状況(経年推移)】

参照データ:KDB_S29_003_健康スコアリング(介護)【平成30年度～令和4年度】



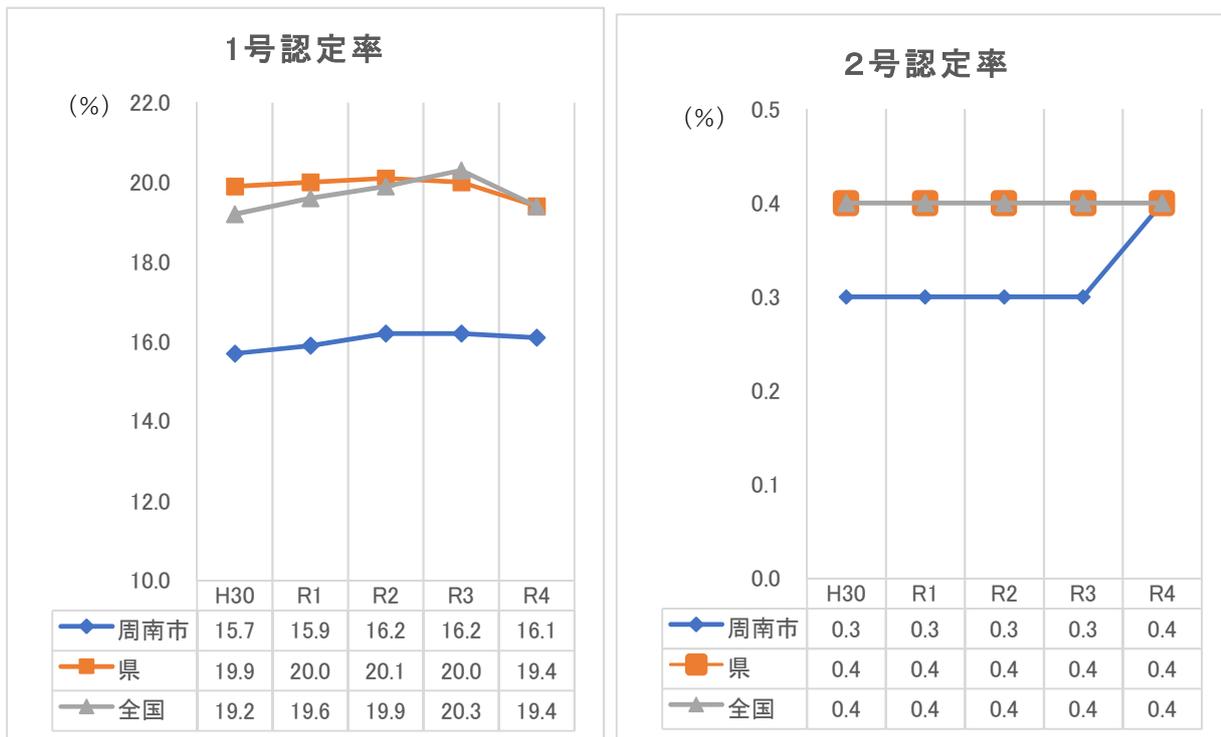
⑥-2【介護度別レセプト1件当たり給付費状況】

参照データ:KDB_S21_001_地域の全体像の把握【平成30年度～令和4年度】



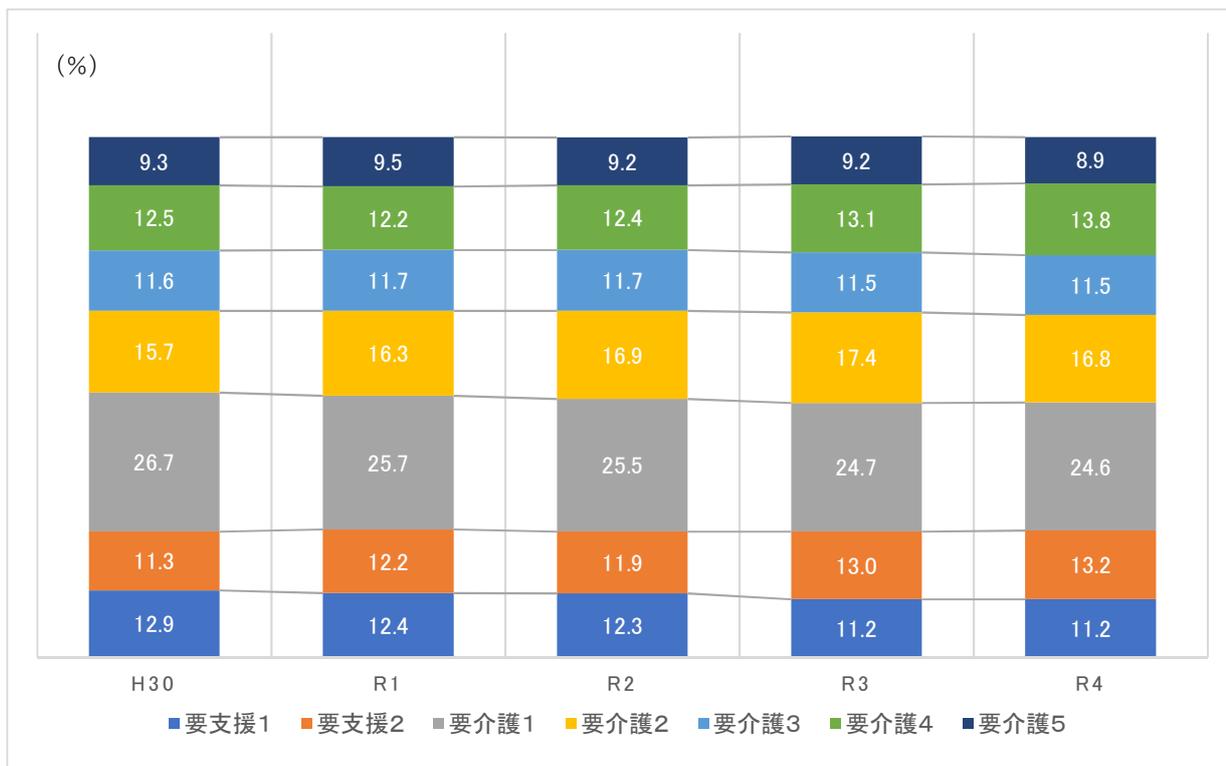
⑥-3【介護認定率(経年推移)】

参照データ:KDB_S21_001_地域の全体像の把握/介護度別認定率:KDB_S24_001(要介護(支援)者認定状況)



⑥-4【介護度別認定者の構成割合(経年推移)】

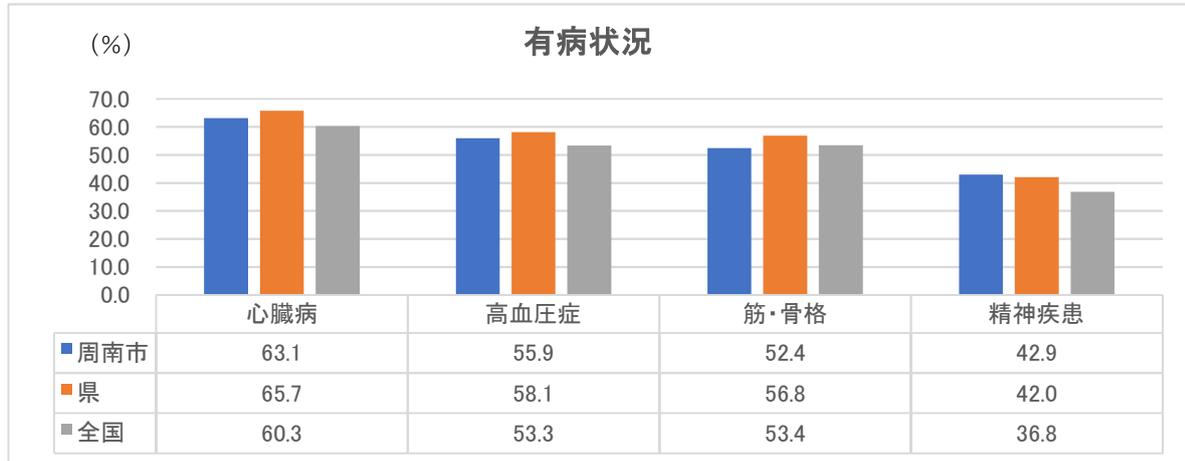
参照データ:KDB_S21_001_地域の全体像の把握/介護度別認定率:KDB_S24_001(要介護(支援)者認定状況)



⑥-5【要介護認定者の状況(上位4位)】

参照データ:KDB_ S21_001_地域の全体像の把握【令和4年度】

※有病状況「心臓病」は、「傷病関連コード一覧」の「5.レセプト表記区分の設定条件一覧」の「レセ表記心臓病」を満たすレセプト(I 01:心臓併発症を伴うリウマチ熱～ I 020:心臓併発症を伴うリウマチ性舞蹈病、 I 05～ I 09:慢性リウマチ性心疾患、 I 110～ I 15:高血圧性疾患、 I 20～ I 25:虚血性心疾患、 I 27:その他の肺性心疾患、 I 30～ I 52:その他の型の心疾患)を集計していることから、高血圧性疾患が含まれている。

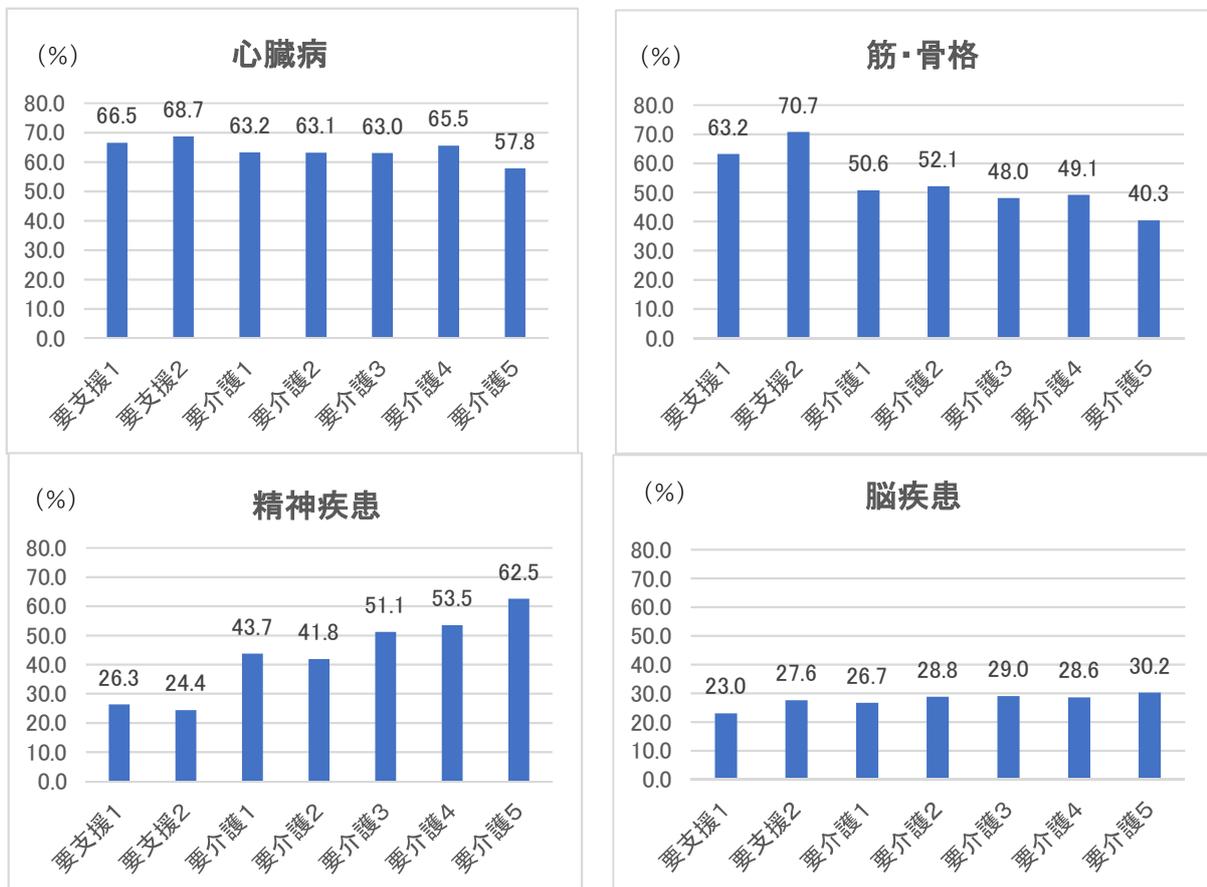


⑥-6【介護度別有病率】

参照データ:KDB_ S24_002_要介護(支援)者有病状況【令和4年度】

※有病状況「心臓病」は、「傷病関連コード一覧」の「5.レセプト表記区分の設定条件一覧」の「レセ表記心臓病」を満たすレセプト(I 01:心臓併発症を伴うリウマチ熱～ I 020:心臓併発症を伴うリウマチ性舞蹈病、 I 05～ I 09:慢性リウマチ性心疾患、 I 110～ I 15:高血圧性疾患、 I 20～ I 25:虚血性心疾患、 I 27:その他の肺性心疾患、 I 30～ I 52:その他の型の心疾患)を集計していることから、高血圧性疾患が含まれている。

※分母は介護度別の認定者数





第4期特定健康診査等実施計画

I 特定健康診査等実施計画

1. 目標

国では、市町村国保において、計画期間の最終年度であるR11年度までに特定健康診査受診率60.0%、特定保健指導実施60.0%、特定保健指導対象者の減少率を増加させることとしている
本市においては各年度の目標値を以下のとおり設定する

【目標値】

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健康診査受診率(%)	40.0%	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%
特定保健指導実施率(%)	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%

2. 対象者数推計

①特定健康診査対象者数及び実施者数の見込み

R6年度からR11年度までの特定健康診査対象者数及び実施者数について、各年度の見込みを示す

【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)	19,325	18,598	17,898	17,225	16,577	15,953
特定健康診査受診率(%) (目標値)	40.0	44.0	48.0	52.0	56.0	60.0
特定健康診査受診者数(人)	7,730	8,183	8,591	8,957	9,283	9,572

【年齢階層別 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)	40歳～ 64歳	6,474	6,230	5,996	5,770	5,553	5,344
	65歳～ 74歳	12,851	12,368	11,902	11,455	11,024	10,609
特定健康診査 受診者数(人)	40歳～ 64歳	1,708	1,808	1,899	1,979	2,052	2,115
	65歳～ 74歳	6,022	6,375	6,692	6,978	7,231	7,457

②特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

R6年度からR11年度までの特定保健指導対象者数及び実施者数について、各年度の見込みを示す

【特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み】

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定保健指導対象者数(人)	665	704	739	770	798	823
特定保健指導受診率(%) (目標値)	35.0	40.0	45.0	50.0	55.0	60.0
特定保健指導実施者数(人)	233	281	332	385	439	494

【支援レベル別 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み】

			R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
積極的支援	対象者数(人)	40歳～64歳	155	164	172	179	186	191
	実施者数(人)	40歳～64歳	54	66	77	90	102	115
動機付け支援	対象者数(人)	40歳～64歳	108	123	137	161	176	182
		65歳～74歳	402	417	430	430	436	450
	実施者数(人)	40歳～64歳	24	27	31	36	40	44
		65歳～74歳	155	188	223	260	297	335

3. 実施方法

①特定健康診査の実施方法

ア.対象者

実施年度中に40歳～74歳になる被保険者(実施年度中に75歳になる75歳未満の者も含む)。ただし、妊産婦、刑務所入所者、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ものとする

イ.実施場所

委託契約を結んだ医療機関等で実施する

ウ.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

健診項目

■基本的な健診項目(全員に実施)
○質問票(服薬歴、喫煙歴等)○身体計測(身長、体重、BMI、腹囲)
○血圧測定○理学的検査(身体診察)○尿検査(尿糖、尿蛋白)
○血液検査
・脂質検査(中性脂肪(空腹時または随時)、HDLコレステロール、LDLコレステロール)
・血糖検査(空腹時血糖またはHbA1c)
・肝機能検査(AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT(γ -GTP))
■詳細な健診項目(医師が必要と判断した場合に実施)
○心電図○眼底検査○貧血検査(赤血球、血色素量、ヘマトクリット値)
○血清クレアチニン検査(eGFRによる腎機能の評価を含む)

エ.実施時期

6月から3月に実施する

オ.案内方法

対象者に、特定健康診査受診券と受診案内を個別に発送する。また、ホームページ等で周知を図る

②特定保健指導の実施方法

ア.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、質問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、対象者から除くこととする
また、65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみ実施する

特定保健指導対象者の選定基準

腹囲/BMI	追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血圧	喫煙歴 (注)	対象	
			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である

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:空腹時中性脂肪150mg/dl以上(随時中性脂肪175mg/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、対象から除いている

※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っている

イ.実施場所

委託契約を結んだ医療機関等で実施する

ウ.実施項目

保険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	a.初回面接 1人当たり20分以上の個別支援、または1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援 b.3ヶ月以上の継続支援 個別支援、グループ支援の他、電話、e-mail等の通信手段を組み合わせる c.3ヶ月経過後の評価 面接または通信手段を利用して行う	特定健康診査の結果から、対象者自らが自分の身体に起こっている変化を理解し、生活習慣改善の必要性を実感できるような働きかけを行う また、具体的に実践可能な行動目標を対象者が選択できるように支援する 支援者は目標達成のために必要な支援計画を立て、行動が継続できるように定期的・継続的に介入する
動機付け支援	a.初回面接 1人当たり20分以上の個別支援、または1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援 b.3ヶ月経過後の評価 面接または通信手段を利用して行う	対象者自らが、自分の生活習慣の改善すべき点を自覚することで行動目標を設定し、目標達成に向けた取り組みが継続できるように動機付け支援を行う

エ.実施時期

通年

オ.案内方法

対象者に対して、特定保健指導利用券を発送する

4. 実施スケジュール

	実施項目	当年度												次年度			
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
特定健康 診査	対象者抽出	↔												↔			
	受診券送付		↔												↔		
	特定健康診査実施			↔											↔		
	未受診者受診勧奨					↔											
特定保健 指導	対象者抽出	↔															
	利用券送付	↔															
	特定保健指導実施	↔															
	未利用者利用勧奨	↔															
	前年度の評価						↔										
	次年度の計画								↔								

Ⅱ その他

1. 計画の評価及び見直し

①評価

特定健康診査の受診率、特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率等について、客観的に評価を行う

②計画の見直し

計画の見直しについては、毎年度目標の達成状況を評価し、必要に応じて見直しを行うものとする

2. 計画の公表・周知

法第19条3において、「保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表しなければならない。」とあるため、ホームページ等で公表し、広く周知を図る

3. 事業運営上の留意事項

①各種検(健)診等との連携

特定健康診査の実施に当たっては、健康増進法及び介護保険法に基づき実施する検(健)診等についても可能な限り連携して実施するものとする

②健康づくり事業との連携

特定健康診査・特定保健指導の対象となる年代だけでなく、生活習慣病予防のためには、40歳より若い世代へ働きかけ、生活習慣病のリスクの周知や日々の生活スタイルを見直していくことが重要になる。そのためには、関係部署が実施する保健事業とも連携しながら、生活習慣病予防を推進していく必要がある

4. 個人情報の取扱い

①個人情報保護関係規定の遵守

個人情報の保護に関する法律及び同法に基づくガイドライン等に準じて、厳格な運用管理を行い、役員・職員の義務(データの正確性の確保、漏洩防止措置、従業者の監督、委託先の監督)について周知を図る

また、外部委託を行う場合は個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に明示し、委託先の契約遵守状況を管理する

②データの管理

特定健康診査・特定保健指導結果のデータの保存年限は原則5年とし、保存期間経過後適切に破棄する。また、他の医療保険に異動する等で被保険者でなくなった場合は、異動年度の翌年度末まで保管し、その後適切に破棄する

発行年月：令和6年3月
発行・編：周南市 健康医療部 保険年金課
〒745-8655
周南市岐山通1丁目1番地
TEL 0834-22-8309
FAX 0834-22-8314
<http://www.city.shunan.lg.jp/>
hokennenkin@city.shunan.lg.jp