

下関市国民健康保険
第三期データヘルス計画
第四期特定健康診査等実施計画

令和6年3月

下関市

【目次】

I. 基本情報

1. 被保険者等の基本情報	1
2. 基本的事項	
①計画の趣旨	1
②計画期間	1
③実施体制	1
3. 関係者連携	
▪ 連携内容	1
4. 現状の整理	
①保険者の特性	2
②前期計画等に係る考察	2
③前期計画の振り返り	2
▪ 全体目標	2
▪ 個別事業	
(1)特定健康診査受診率向上対策事業	3
(2)特定保健指導利用率向上対策事業	5
(3)糖尿病性腎症重症化予防事業	7
(4)健診異常値放置者・生活習慣病治療中断者受診勧奨	8
(5)ジェネリック医薬品差額通知、重複服薬、 重複頻回受診者への指導事業	9

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

III. データヘルス計画（保健事業全体）の目的、目標、目標値

IV. 健康課題を解決するための個別の保健事業

(1)特定健康診査受診率向上対策事業	21
(2)特定保健指導利用率向上対策事業	22
(3)糖尿病性腎症重症化予防事業	23
(4)健診異常値放置者・生活習慣病治療中断者受診勧奨事業	24
(5)重複服薬、重複・頻回受診者への指導事業	26
(6)ジェネリック医薬品差額通知事業	27

V. その他

▪ 計画の公表・周知	28
▪ 個人情報の取扱い	28
▪ 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項	28

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)

人口・被保険者	全体	割合	男性	割合	女性	割合
人口(人)	245,823	100%	114,377	46.5%	131,446	53.5%
国保被保険者数(人)	49,411	100%	22,976	46.5%	26,435	53.5%

2. 基本的事項

<p>① 計画の趣旨</p>	<p>【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。」とされた。</p> <p>平成26年3月、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1（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PDC A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。</p> <p>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計画の標準化等の取組推進が掲げられ、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重要業績評価指標の設定を推進する。」と示された。</p> <p>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。</p>
	<p>【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）の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられる。</p> <p>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。</p>
	<p>【計画の位置づけ】 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。</p> <p>策定においては、健康やまぐち21計画（第3次）（令和6年度～令和17年度）や山口県後期高齢者医療広域連合が定める第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）（令和6年度～令和11年度）等との整合性を図り計画をする。</p>
<p>② 計画期間</p>	<p>令和6年度～令和11年度（6年間）</p>
<p>③ 実施体制</p>	<p>本計画の策定および運用においては、下関市保険年金課が主体となって進めるが、住民の健康の保持・増進及び医療費適正化に向け、衛生部門等の庁内関連部署や関連機関と連携した体制で進めるとともに、山口県国民健康保険団体連合会（以下、「国保連」という。）保健事業支援・評価委員会の指導・助言の活用を図る。</p>

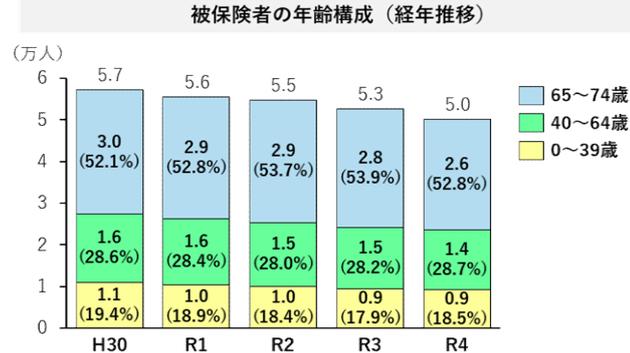
3. 関係者連携

<p>連携内容</p>	<p>被保険者の健康の保持増進を図り、疾病の予防や早期発見を図るために、関係部署や関係機関の協力を得て、保険者の健康課題を踏まえ計画を策定する。</p> <p>計画の策定等にあたっては、共同保険者である山口県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、山口県後期高齢者医療広域連合、医療機関等と適宜連携・協力を図る。</p>
-------------	--

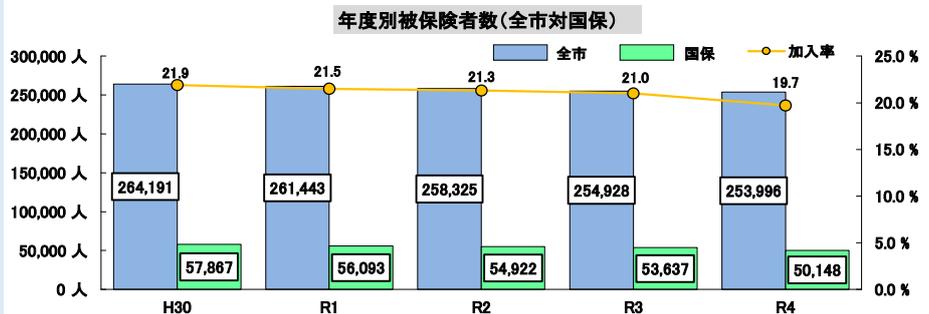
4. 現状の整理

① 保険者の特性

【被保険者の年齢構成】
被保険者の年齢構成は令和4年度で0-39歳が18.5%、40-64歳が28.7%、65-74歳が52.8%、平成30年度と比較して若年層の割合が低くなっており、高齢化が進行している。



【被保険者の加入率】
加入率は年々減少(21.9%→19.7%)しており、加入者数も減少傾向にある。



【被保険者の性別構成】
性別構成は、男性が46.5%、女性が53.5%となっている。(令和5年3月31日時点)

② 前期計画等に係る考察・第3期計画への反映

第2期データヘルス計画では、1人当たりの医療費増加率抑制を目的に①糖尿病性腎症重症化予防事業、②健診異常値放置者への受診勧奨事業、③特定健康診査受診率向上対策事業、④特定保健指導利用率向上対策事業、⑤ジェネリック医薬品差額通知事業、⑥重複服薬・重複受診者・頻回受診者への指導事業を実施した。

全体目標

指標	目標値	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	最終目標値
1人当たり医療費の増加率	増加率 前年比 2%以内 H30-R5年比 11%以内	462千円 0.87%	479千円 3.67%	470千円 ▲1.88%	490千円 4.26%	517千円 5.51%	H30-R5年比 11%以内

考察

最終目標値である1人当たり医療費の増加率(H30-R5年比)について、令和4年度時点で既に11.9%であり、目標達成は難しい状況。各年度の増加率についても、H30-R4の5年間のうち、3年間は目標の2%を超えており、医療費の増加率に歯止めを掛けることができなかった。

令和2年度は前年度より医療費の減少が見られたが、これは新型コロナウイルス感染症により、被保険者が受診を控えたことが影響したのではないかと考えられる。逆に令和3年度以降は、その反動により医療費が増加したものと考えられる。

保健事業についても全般的に、新型コロナウイルスの影響を受けた。特に、糖尿病性腎症重症化予防事業については、重症化リスクの面から、事業対象者に対する保健指導の自粛など、十分に事業が実施できなかったことが影響したと考えられる。

総じて、被保険者の高齢化も影響していると思われ、そのことを念頭においた保健事業の実施が求められると考える。

第3期計画への反映

医療費を減少させることは当面現実的ではないと考えられるため、まずは、増加しないように長期的な視野を持って、重症化予防事業、健診異常値放置者や生活習慣病治療中断者への受診勧奨事業等の保健事業を強化する。

特定健康診査においては、これまでに無い新しい切り口での勧奨事業を企画・展開し、受診率向上を目指す。

また、特定保健指導においては、初回面談の分割実施をはじめ、これまでの集団教室型だけではない新しい仕組みにより、対象者が利用しやすい環境を整備する。

個別事業

実施事業	(1) 特定健康診査受診率向上対策事業																																														
目的	被保険者が自身の健康状態に関心を持ち、毎年健診を受診すること																																														
対象者	下関市国民健康保険加入の40歳以上の被保険者																																														
自己負担額	【H28～30年度】1,000円 【R1年度～】無料																																														
実施機関 (場所) 及び 実施体制	個別健診	実施場所：医療機関 下関市医師会と委託契約、必要に応じ個々の医療機関と委託契約																																													
	集団健診	実施場所：豊浦保健センター、豊田保健センター、 菊川保健センター、豊北保健センター、各公民館 がん検診と同時受診できるよう衛生部門と調整し、外部委託により実施																																													
実施時期	個別健診	当該年度の5月下旬から3月まで																																													
	集団健診	当該年度の7月から3月まで																																													
案内方法	5月に特定健康診査対象者へ受診券を送付																																														
検査項目	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">特定健康診査</th> <th>項目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="10">必須項目</td> <td rowspan="4">診察</td> <td rowspan="4">基本項目</td> <td>質問項目（服薬歴・喫煙歴等）</td> </tr> <tr> <td>身長、体重、BMI、腹囲</td> </tr> <tr> <td>理学的所見（身体診察）</td> </tr> <tr> <td>血圧</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">脂質検査</td> <td rowspan="3">基本項目</td> <td>中性脂肪</td> </tr> <tr> <td>HDLコレステロール</td> </tr> <tr> <td>LDLコレステロール</td> </tr> <tr> <td>血糖検査</td> <td rowspan="3">基本項目</td> <td>空腹時血糖又はHbA1c</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">肝機能検査</td> <td>GOT</td> </tr> <tr> <td>GPT</td> </tr> <tr> <td>γ-GTP</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">尿検査</td> <td rowspan="2">基本項目</td> <td>尿糖</td> </tr> <tr> <td>尿蛋白</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">追加項目</td> <td rowspan="4">追加項目</td> <td>貧血検査</td> </tr> <tr> <td>赤血球数</td> </tr> <tr> <td>血色素量</td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット値</td> </tr> <tr> <td>心電図検査</td> <td>追加項目</td> <td></td> </tr> <tr> <td>アルブミン</td> <td>追加項目</td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清クレアチニン</td> <td>追加項目</td> <td></td> </tr> <tr> <td>詳細な健診項目</td> <td></td> <td>眼底検査</td> </tr> </tbody> </table>		特定健康診査			項目	必須項目	診察	基本項目	質問項目（服薬歴・喫煙歴等）	身長、体重、BMI、腹囲	理学的所見（身体診察）	血圧	脂質検査	基本項目	中性脂肪	HDLコレステロール	LDLコレステロール	血糖検査	基本項目	空腹時血糖又はHbA1c	肝機能検査	GOT	GPT	γ-GTP	尿検査	基本項目	尿糖	尿蛋白	追加項目	追加項目	貧血検査	赤血球数	血色素量	ヘマトクリット値	心電図検査	追加項目		アルブミン	追加項目		血清クレアチニン	追加項目		詳細な健診項目		眼底検査
	特定健康診査			項目																																											
必須項目	診察	基本項目	質問項目（服薬歴・喫煙歴等）																																												
			身長、体重、BMI、腹囲																																												
			理学的所見（身体診察）																																												
			血圧																																												
	脂質検査	基本項目	中性脂肪																																												
			HDLコレステロール																																												
			LDLコレステロール																																												
	血糖検査	基本項目	空腹時血糖又はHbA1c																																												
	肝機能検査		GOT																																												
			GPT																																												
γ-GTP																																															
尿検査	基本項目	尿糖																																													
		尿蛋白																																													
追加項目	追加項目	貧血検査																																													
		赤血球数																																													
		血色素量																																													
		ヘマトクリット値																																													
心電図検査	追加項目																																														
アルブミン	追加項目																																														
血清クレアチニン	追加項目																																														
詳細な健診項目		眼底検査																																													
他の健診等との調整	<ul style="list-style-type: none"> 労働安全衛生法に基づく事業所健診を受診した者のデータ提供については、受診券同封リーフレットや未受診者勧奨はがきにより健診結果の提供を呼びかける 国民健康保険の保健事業として実施している外来人間ドックの受診者は、特定健康診査を受診したものとみなす 衛生部門と連携し、がん検診等を同時に受診できる体制づくりに努める 																																														
実施期間	事業内容	対象者																																													
平成30年度 ↓ 令和2年度 (事業の継続 又は見直し) ↓ 令和5年度	はがきでの受診勧奨	【H30～R1年度】過去2年健診未受診者 【R2年度～】当該年度未受診者(ナッジ理論やAIシステムを駆使し、ターゲット(対象者)に行動変容を促すためのメッセージやデザインを用いて制作した受診勧奨はがきを使用)																																													
	電話での受診勧奨及び未受診理由の調査	【H30～R1年度】前年受診者で当該年度未受診者 【R2年度～】はがき勧奨実施者で当該年度未受診者																																													
	チラシやポスターの配布、掲示、横断幕や懸垂幕の設置、広報紙やラジオ等で周知活動	40歳以上の被保険者																																													

評価指標・評価項目							
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> 配置人員、予算 医師会等関係機関との連携及び情報共有 医師会、商業施設及び銀行等への協力依頼 受診料無料化の実施（R1年度～） 眼底検査の実施体制整備（R1年度） 						
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> 過去2年健診未受診者に対し、受診勧奨はがきを送付 ナッジ理論やAIシステムを駆使し、ターゲット（対象者）に行動変容を促すためのメッセージやデザインを用いて制作した受診勧奨はがきを送付 前年度未受診者で当該年度未受診者に対し、11月～12月頃電話勧奨実施（会計年度職員雇用） 受診率の低い山陰地区の受診率向上に向けた取組として、山陰地区の電話勧奨や保健センターによる個別勧奨を実施 健診対象となった40歳の被保険者にインセンティブを活用した受診勧奨の実施 チラシやポスターの作成（チラシは保険証に同封し、国保全世帯へ配布） 医師会、協力医療機関、商業施設及び銀行、競艇場等へポスター掲示の協力依頼 横断幕や懸垂幕の設置 広報紙、テレビ、ラジオ、フリーペーパー・新聞広告による広報等 健康イベント（ふくふく健康21フェスタ）で特定健康診査の普及啓発 ふくふく健康チャレンジの実施。健診受診でポイント付加（衛生部門） 事業主健診の結果提供を、受診券同封リーフレットや未受診者勧奨はがき、ホームページ掲載及び勧奨はがきで周知するとともに、過去の結果提供者にも協力依頼 眼底検査の実施体制を整備するため、医師会との協議、医療機関に対する説明会等を実施 						
評価指標・評価項目	評価方法	R1年度	R4年度	最終目標 (R5年度)	考察 (成功or失敗要因等)	第3期計画 への反映	
アウトプット	受診勧奨実施率	70歳未満の2年未受診者数に対する勧奨はがき発送数割合 前年受診者で当該年度未受診者数に対する電話勧奨数の割合	100%	100%	100%	予定どおり実施した	引き続き受診勧奨を実施。ただし、手法等は要検討
	医療機関への協力依頼	協力依頼回数	年2回	年2回	年2回以上	予定どおり実施	継続
	チラシ・ポスター・懸垂幕・横断幕・広報紙等による周知活動	計画どおり実施できたか	100%	100%	100%	予定どおり実施	引き続き周知・広報の手段や量の拡大を検討
アウトカム	特定健康診査受診率	毎月の進捗・実績管理表及び法定報告において、対象者のうち特定健康診査を受診した人数の割合	23.4%	28.6%	30.0%	R4年度現在、目標受診率を超えており、受診勧奨・広報等の効果が現れている	
	対象者数(見込み)及び年度別受診率 ※対象者数は過去の被保険者数の実績を基に算出 ※目標受診者数は目標受診率を基に算出		R2	R3	R4	R5	
		対象人数(人)	44,600	42,400	40,300	38,300	
		目標受診者数(人)	11,100	11,200	11,200	11,400	
		目標受診率(%)	25.0	26.5	28.0	30.0	
	※「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第3版)」において市町村国保の特定健康診査実施率の目標値は60%以上と示されているが、本市国民健康保険の特性や状況を踏まえた目標値を設定						

実施事業	(2) 特定保健指導利用率向上対策事業			
目的	対象者が自身の健康状態を自覚し、生活習慣の見直しや改善に取り組むこと			
自己負担額	無 料			
実施場所	市内保健センター等（唐戸、新下関、山陽、彦島、菊川、豊田、豊浦、豊北）			
実施体制及び内容	積極的支援	保健指導事業者において個別支援実施 ①初回面談で行動目標を設定 ②行動目標設定から3か月後まで毎月、電話や面談により進捗確認及び助言を行う ③行動目標設定の3か月後、面談により達成度の把握及び評価を行う		
	動機付け支援	衛生部門においてグループ支援実施 ①教室で行動目標を設定 ②教室参加の3か月後、アンケートにより生活習慣（食事・運動）の改善率を把握		
実施時期	特定健康診査結果に基づき、特定健康診査が終了した3～4か月後から実施			
案内方法	特定健康診査結果から対象になった方へ特定保健指導利用券を送付			
対象者の選定方法	特定保健指導の対象者			
	腹囲	追加リスク ①血統②脂質③血圧	④喫煙歴	対象 40～64歳 65～74歳
対象者の選定方法	男性：85cm以上 女性：90cm以上	2つ以上該当	なし	積極的支援 動機付け支援
		1つ該当	あり	情報提供
	該当なし	なし	情報提供	
	上記以外で BMI 25以上	3つ該当		なし
2つ以上該当		あり	情報提供	
1つ該当		なし		
上記以外で BMI 25未満	該当なし	なし	情報提供	
<small>(注) 追加リスク基準 ①血統 空腹時血統100mg/dl以上 又は HbA1cの場合 5.6% ②中性脂肪 150mg/dl以上 又は HDLコレステロール40mg/dl未満 ③血圧 収縮期血圧130mmHg以上 又は 拡張期血圧85mmHg以上 (注) ・喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する ・階層化においては、「動機付け支援」「積極的支援」であっても、糖尿病、脂質異常症、高血圧で治療中の者は「情報提供」となる</small>				
対象者の重点化	①年齢…特定保健指導の効果が高いとされている年齢が比較的若い層 ②性別…メタボリックシンドローム該当者・予備軍の多くを占める男性 ③健診結果…健診結果の保健指導レベルが「情報提供」から「動機付け支援」、 「動機付け支援」から「積極的支援」へ移行する等、健診結果が前年度と比較して悪化し、より綿密な生活改善が必要になった方 ④質問票の回答結果…質問票の回答により生活習慣改善の必要性が高い方 ⑤指導実績…前年度以前の特定健康診査の階層化により特定保健指導の対象とされているにもかかわらず、特定保健指導を受けていない方			
特定保健指導対象者以外の保健指導等について	・特定健康診査の結果、情報提供となった方には、健診結果の見方及び個人の生活習慣やその改善に関する基本的情報を提供する ・特定健康診査の結果、要医療の方への受診勧奨等の指導を行う			

実施期間	事業内容	対象者					
平成30年度 ↓ 令和2年度 (事業の継続又は見直し) ↓ 令和5年度	【動機付け支援】 対象者へ再勧奨通知発送	当該年度保健指導未利用者					
	【積極的支援】 再勧奨通知の発送	当該年度保健指導未利用者					
	再勧奨通知発送後電話勧奨	当該年度保健指導未利用者					
評価指標・評価項目							
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・配置人員、予算 ・委託先や衛生部門との連携 						
プロセス	<p>【動機付け支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通知対象者や勧奨通知の内容について衛生部門と協議 ・教室開始2～3週間前に再勧奨通知の発送 <p>【積極的支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・勧奨通知文面作成、発送（必要に応じて委託業者に確認） ・再勧奨発送後に電話勧奨実施、未利用理由調査 ・保健指導利用率向上のため、保健指導利用者への景品贈呈 						
評価指標・評価項目	評価方法	R1年度	R4年度	最終目標 (R5年度)	考察 (成功or失敗要因等)	第3期計画 への反映	
アウトプット	利用勧奨実施率	通知対象者数に対する勧奨通知 発送件数の割合	100%	100%	100%	予定どおり実施	通知や指導の内容については見直しが必要
アウトカム	特定保健指導 終了率	毎月の進捗・実績管理表及び法定報告において、対象者のうち特定保健指導を終了した者の割合	5.4%	4.9%	11.5%	毎年5%前後で低迷しており、目標達成には至らず	勧奨方法、指導内容の見直し、初回面談の分割実施等の取組が必要
	特定保健指導対象者数（見込み）及び年度別終了率			R2	R3	R4	R5
		特定健診受診者数（人）		11,100	11,200	11,200	11,400
		保健指導対象者人数（人）		1,310	1,310	1,299	1,311
		保健指導対象者割合（%）		11.8	11.7	11.6	11.5
		目標終了数（人）	動機付け支援	90	100	110	121
			積極的支援	22	25	27	30
			合計	112	125	137	151
	目標終了率（%）		8.5	9.5	10.5	11.5	
	※対象者数は受診者数（見込み）を基に過去の実績から算出 ※目標終了数合計は目標終了率を基に算出し、動機付け：積極的を8：2の比率で振り分け ※「特定健康診査等実施計画作成の手引き（第3版）」において市町村国保の特定保健指導終了率の目標値は60%以上と示されているが、本市国民健康保険の特性や状況を踏まえた目標値を設定						

実施事業		(3) 糖尿病性腎症重症化予防事業					
目的	糖尿病性腎症で通院する被保険者のうち、重症化するリスクの高い方が保健指導を受けることで生活習慣等の改善に取組み、QOL向上を図ること						
実施期間	事業内容	対象者					
平成30年度 ↓ 令和2年度 (事業の継続 又は見直し) ↓ 令和5年度	対象者に保健指導を実施することにより、生活習慣を改善し重症化を防ぐ	糖尿病合併慢性腎臓病と想定される被保険者のうち、主治医により選定された方					
評価指標・評価項目							
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・ 配置人員、予算 ・ 医師会、歯科医師会、薬剤師会、衛生部門、下関市糖尿病対策推進協議会及び委託先との協議連携 						
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病性腎症重症化予防プログラムにおけるワーキンググループ（平成29年度～30年度）及び糖尿病性腎症支援・評価委員会（令和元年度～）において、事業の実施体制、対象者の抽出基準、評価方法等協議（必要に応じて随時開催） ・ 下関糖尿病対策推進協議会、医師会等関係機関との協力体制構築 ・ 医師会等関係機関及び対象医療機関へ協力依頼 ・ KDBにより抽出した対象者を該当医療機関へ照会し、該当となった対象者へ順次プログラム参加勧奨を実施 ・ 参加希望者の主治医から「保健指導指示書」を回収 ・ 外部委託により6か月間の保健指導を実施（初回面談後、毎月面談又はWEB又は電話を実施） ・ 保健指導後の報告書により主治医・保健指導業者・保険年金課で情報共有 ・ 6か月間の保健指導終了後事業評価を実施 ・ 保健指導終了の翌年度にフォローアップ支援を実施 						
評価指標・評価項目	評価方法	R1年度	R4年度	最終目標 (R5年度)	考察 (成功or失敗要因等)	第3期計画 への反映	
アウトプット	対象者へのプログラム参加勧奨通知	対象者数に対する発送件数の割合	100%	100%	100%	予定どおり勧奨通知を発送	参加者の増加に繋げるプログラム対象者への通知を継続
アウトカム	保健指導前後の検査値の維持・改善状況	保健指導参加者のうち検査値を維持・改善した者の割合（各検査値ごとに算出）	HbA1c 50% 尿蛋白 90% eGFR 60% 血圧 80%	HbA1c 75.0% 尿蛋白 42.9% eGFR 75.0% 血圧 68.8%	100%	どの項目も目標に未到達	主治医・保健指導委託先・保険年金課で情報共有を行い、支援者の連携強化に努める。目標値については見直しが必要

実施事業	(4) 健診異常値放置者・生活習慣病治療中断者受診勧奨事業					
目的	対象者が自身の健康状態を正しく理解し、医療機関を受診すること					
実施期間	事業内容			対象者		
平成30年度 ↓ 令和2年度 (事業の継続又は見直し) ↓ 令和5年度	<ul style="list-style-type: none"> 健診から一定期間経過しても受診状況が確認できない対象者へ受診勧奨通知を送付し、医療機関の受診につなげる 県モデル事業のノウハウを活かした受診勧奨通知及びフォローアップを行う 			【健診異常値放置者】 健診受診者のうち、検査結果で要治療域に該当する項目がある方		
評価指標・評価項目						
ストラクチャー	配置人員、予算 医師会との協議連携（健診異常値放置者、生活習慣病治療中断者）					
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> 対象者の抽出基準等について、衛生部門及び医師会と協議 勧奨通知を発送後、3か月後のレセプトで受診状況確認 					
評価指標・評価項目	評価方法	R1年度	R4年度	最終目標 (R5年度)	考察 (成功or失敗要因等)	第3期計画 への反映
アウトプット	対象者への医療機関受診勧奨通知	対象者数に対する 発送件数の割合 100%	100%	100%	予定どおり勧奨通知を発送	引き続き、勧奨を継続
アウトカム	勧奨後に受診した方の割合	勧奨通知発送件数に対して 勧奨後受診した方の割合 11.4%	14.3%	15%	目標には到達しなかったが、増加傾向	受診勧奨通知の紙面等、資材・訴求内容等について検討

実施事業	(5)ジェネリック医薬品差額通知、重複服薬、重複・頻回受診者への指導事業						
目的	①被保険者がジェネリック医薬品への理解を深めることで、自身の医療費を抑えるようになること ②被保険者が自身の健康状態を把握することで、適正な受診、服薬を行うようになること						
実施期間	事業内容	対象者					
平成30年度 ↓ 令和2年度 (事業の継続又は見直し) ↓ 令和5年度	①差額通知を年2回発送 (H30年度) 差額通知を年1回発送 (R1年度～)	慢性疾患薬の長期投与者 (H30年度は40歳以上で差額300円以上、R1年度からは30歳以上で差額200円以上)					
	②訪問指導の実施	【重複服薬】 おおむね40歳以上で同系薬品を複数の医療機関から処方を受けている方					
	②文書、電話、訪問による指導の実施	【頻回受診】 おおむね60歳以上で1月の受診日数が15日以上の方 【重複受診】 おおむね40歳以上で同一疾患で3医療機関以上を受診している方					
評価指標・評価項目							
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> 配置人員、予算 医師会、薬剤師会、衛生部門及び福祉部門との協議連携 						
プロセス	①ジェネリック医薬品利用差額通知については、関係機関との協議連携の上、対象者へ差額通知発送 ②重複服薬、頻回・重複受診者については、必要に応じ、衛生部門及び福祉部門と連携して、適正受診服薬となるよう指導 重複・頻回受診者の指導方法は、対象疾患や診療科に合わせて、文書や電話で実施し、必要に応じて訪問指導を実施						
評価指標・評価項目		評価方法	R1年度	R4年度	最終目標 (R5年度)	考察 (成功or失敗要因等)	第3期計画への反映
アウトプット	①差額通知実施率	通知対象者数に対する発送件数の割合	100%	100%	100%	予定どおり実施	引き続き継続
	②重複服薬、頻回・重複受診者に対する指導実施率	対象者数に対する訪問指導及び文書等での適正受診・服薬勧奨人数の割合	頻回受診3人 (4.8%) 重複受診1人 (11.1%) 重複服薬1人 (11.1%)	頻回受診8人 (8.8%) 重複受診2人 (28.6%) 重複服薬2人 (28.6%)	20%	マンパワー不足やコロナ禍の影響により、指導実施率があがらず、頻回受診については目標値に未達	増員要望や実施方法の検討
アウトカム	①ジェネリック医薬品普及率 (数量ベース)	後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品に対する後発医薬品の割合	74.1%	78.6%	80%	普及率は着実に上昇しているが、目標には未到達	周知啓発の取り組みを継続
	②訪問、文書等での指導完了後の医療費減少率	訪問前後の1月当たりの医療費を比較	頻回受診0% 重複受診0% 重複服薬0%	▲5%	10%	5%増加、目標を下回る	対象者には精神疾患患者が多いため、今後も適正受診の指導を継続

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

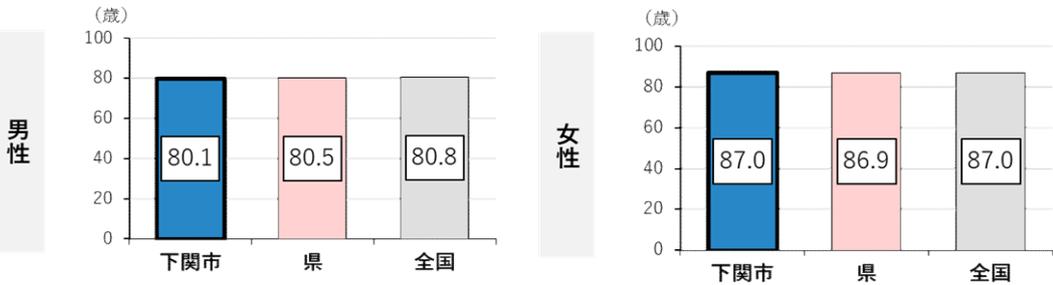
①健康・医療情報等の大分類

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

平均寿命・標準化死亡比等

平均寿命

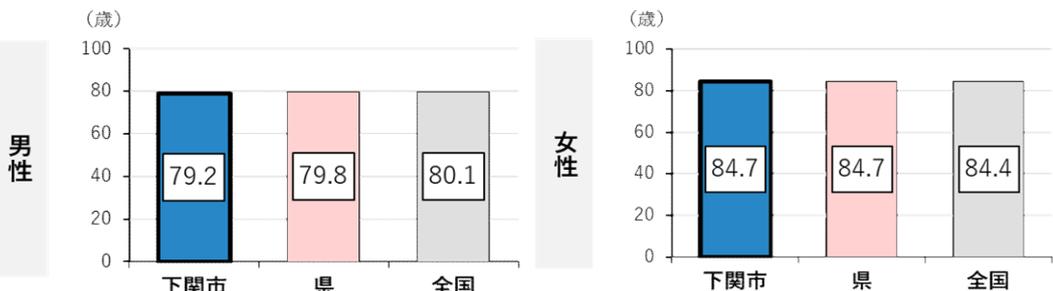
平均寿命は、男性80.1歳、女性87.0歳であり、男性は県や国より短く、女性は県や国と同水準である。



KDBシステムよりS21_001地域の全体像の把握【令和4年度】

平均自立期間

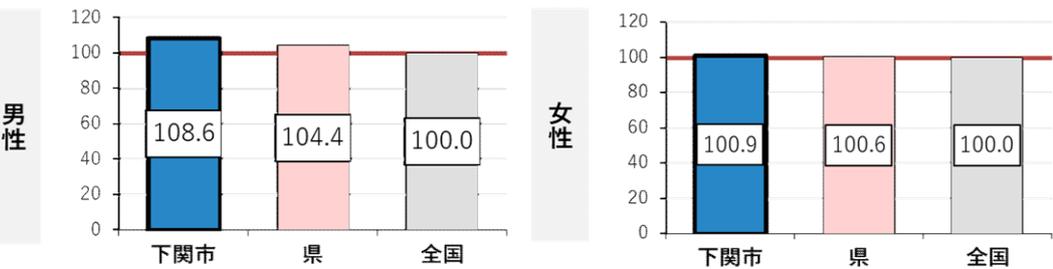
平均自立期間は、男性79.2歳、女性84.7歳で男性は県や国より短く、女性は国より0.3歳長く、県と同水準である。



KDBシステムよりS21_001地域の全体像の把握【令和4年度】

標準化死亡比

標準化死亡比は、男性108.6、女性100.9で、男女ともに県や国より死亡率は高くなっている。

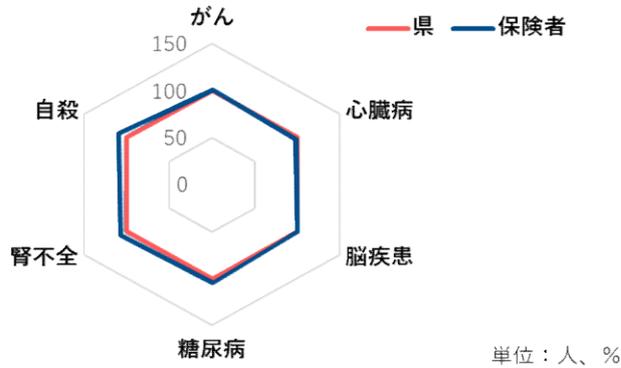


KDBシステムよりS21_001地域の全体像の把握【令和4年度】

平均寿命・標準化死亡比等

死因割合の比較（スコア評価）（R4年度）

死因割合では、「がん」が半数を占めているが、生活習慣病と関連の深い「心臓病」や「脳疾患」の割合も高くなっている。死因割合の構成は、県とほぼ同傾向である。



	下関市			県	全国
	スコア	死亡者数	死因割合	死因割合	死因割合
がん	101	933	46.9	46.6	50.6
心臓病	98	601	30.2	30.9	27.5
脳疾患	100	278	14.0	14.0	13.8
糖尿病	105	43	2.2	2.1	1.9
腎不全	107	89	4.5	4.2	3.6
自殺	109	47	2.4	2.2	2.7

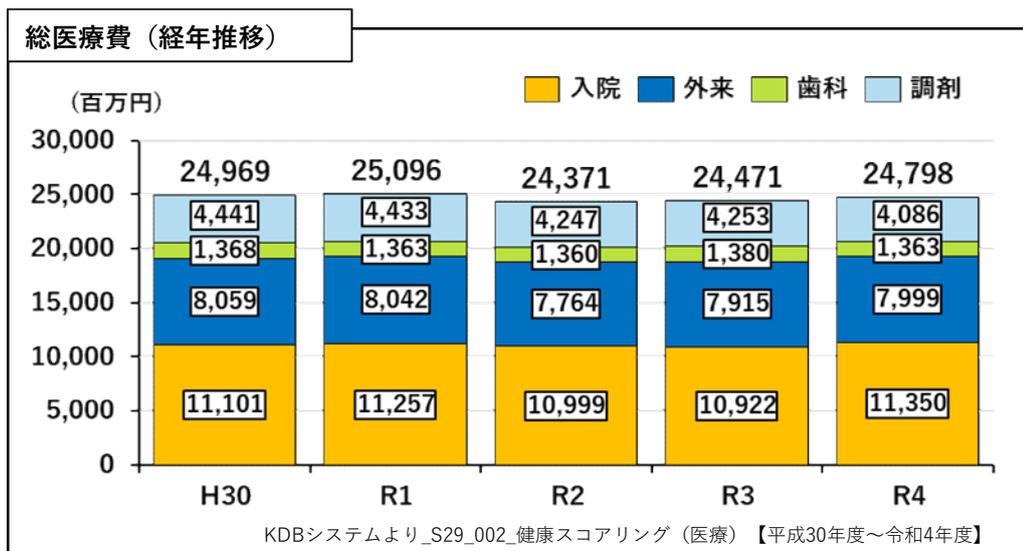
スコアは、県の死因割合の数値を100とした時の、下関市の死因割合の値を示している。

KDBシステムより S21_001 地域の全体像の把握【令和4年度】

医療費の分析

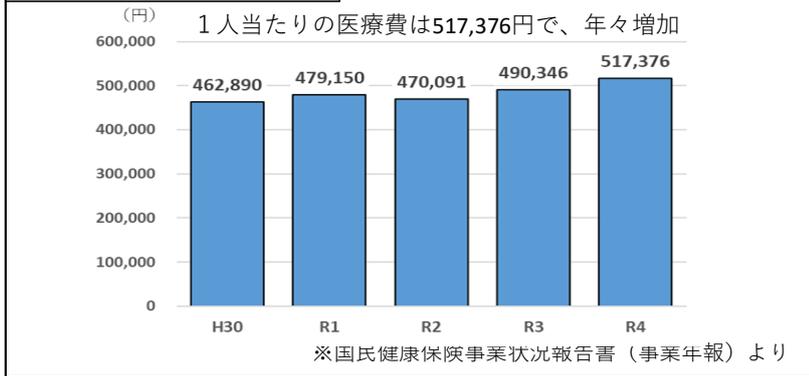
医療費の推移

R4年度の総医療費は、約24億9千8百万円となっており、過去5年間ほぼ横ばいであり、1人当たりの医療費は517,376円で、年々増加している。



KDBシステムより S29_002_健康スコアリング（医療）【平成30年度～令和4年度】

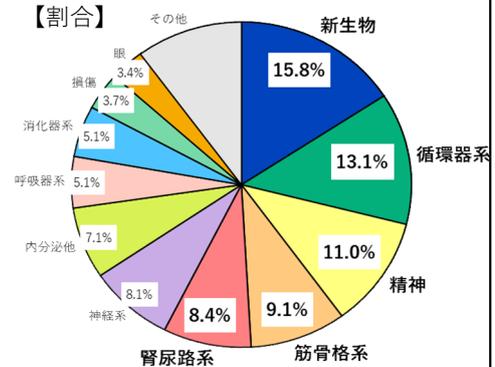
年度別 1人当たり医療費



疾病分類（大分類）医療費_上位10位

疾病分類（大分類）医療費では、「新生物<腫瘍>」が最も高く、次いで「循環器系の疾患」、「精神及び行動の障害」の順になっている。

順位	大分類別疾患	医療費 (円)
1	新生物<腫瘍>	3,693,537,060
2	循環器系の疾患	3,059,067,070
3	精神及び行動の障害	2,572,343,470
4	筋骨格系及び結合組織の疾患	2,135,453,910
5	泌尿器系の疾患	1,957,757,480
6	神経系の疾患	1,892,406,260
7	内分泌、栄養及び代謝疾患	1,664,007,460
8	呼吸器系の疾患	1,190,051,310
9	消化器系の疾患	1,187,524,520
10	損傷、中毒及びその他の外因の影響	868,925,670



KDBシステムより_S23_003_疾病別医療費分析（大分類）【令和4年度】

疾病分類（中分類）1人当たり医療費推移_上位10位

疾病分類（中分類）1人当たり医療費では「腎不全」が最も高く、「その他悪性新生物<腫瘍>」、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」、「糖尿病」の順に高くなっており、国の1人当たり医療費より高い。

外来は「腎不全」、入院は「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が最も高く、特に外来では、腎不全や糖尿病、高血圧性疾患などの生活習慣病関連の疾病が上位となっている。



KDBシステムより_S23_004_疾病別医療費分析（中分類）【令和4年度】

疾病分類（細小分類）医療費上位10位

疾病分類（細小分類）医療費では、入院は「統合失調症」が最も高く、続いて「骨折」、「うつ病」の順に高くなっている。また、外来は「糖尿病」が最も高く、続いて「慢性腎臓病(透析あり)」、「高血圧症」の順に生活習慣病関連の疾病の医療費が高くなっている。

入院			外来		
最大医療資源傷病名	医療費（円）	順位	最大医療資源傷病名	医療費（円）	順位
統合失調症	1,096,470,460	1	糖尿病	961,228,500	1
骨折	420,445,420	2	慢性腎臓病（透析あり）	950,848,700	2
うつ病	409,486,910	3	高血圧症	656,271,930	3
脳梗塞	362,153,590	4	関節疾患	623,124,670	4
大腸がん	293,350,870	5	脂質異常症	399,236,130	5
関節疾患	276,646,380	6	不整脈	323,616,730	6
慢性腎臓病（透析あり）	272,882,810	7	肺がん	301,820,960	7
肺がん	265,248,540	8	統合失調症	290,097,150	8
パーキンソン病	236,236,940	9	うつ病	261,503,140	9
脳出血	235,048,220	10	骨粗しょう症	201,534,350	10

KDBシステムより_S23_001_医療費分析(1)細小分類【令和4年度】

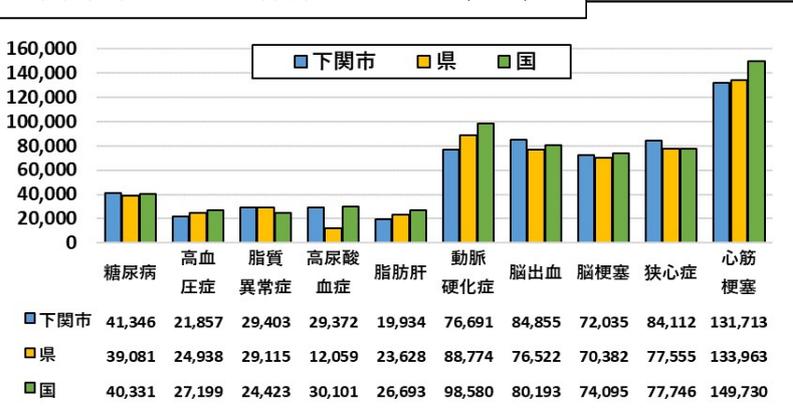
生活習慣病医療費の状況

R4年度の生活習慣病レセプト1件当たりの入院点数をみると「糖尿病」、「脳出血」、「狭心症」で県及び国を上回る結果となっている。

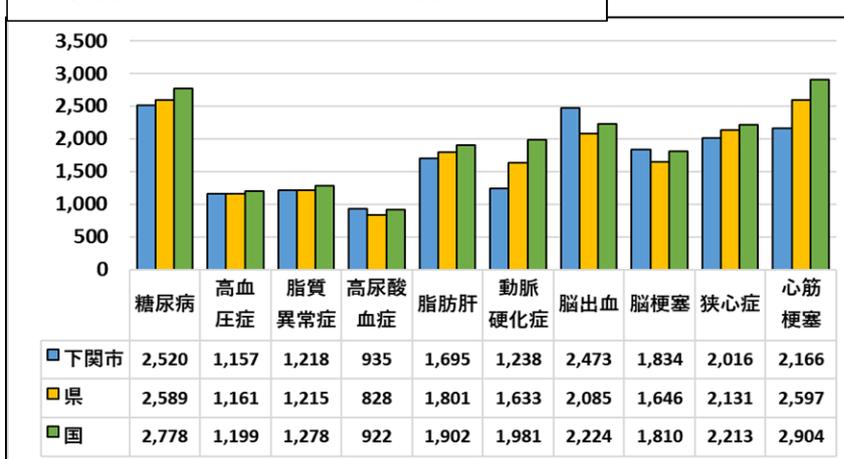
外来点数については、「高尿酸血症」、「脳出血」、「脳梗塞」で県及び国を上回る結果となっている。

医療費の分析

生活習慣病レセプト1件当たりの点数（入院）



生活習慣病レセプト1件当たりの点数（外来）



KDBシステムより_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】

高額レセプトの状況

R4年度高額レセプト（費用額50万円以上）件数は、「その他の悪性新生物＜腫瘍＞」が最も多く、「腎不全」、「その他の神経系の疾患」、「気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞」、「その他の呼吸器系の疾患」と続く。また、人工透析患者数の推移と関係する「腎不全」と「糖尿病」のレセプト件数は減少している。

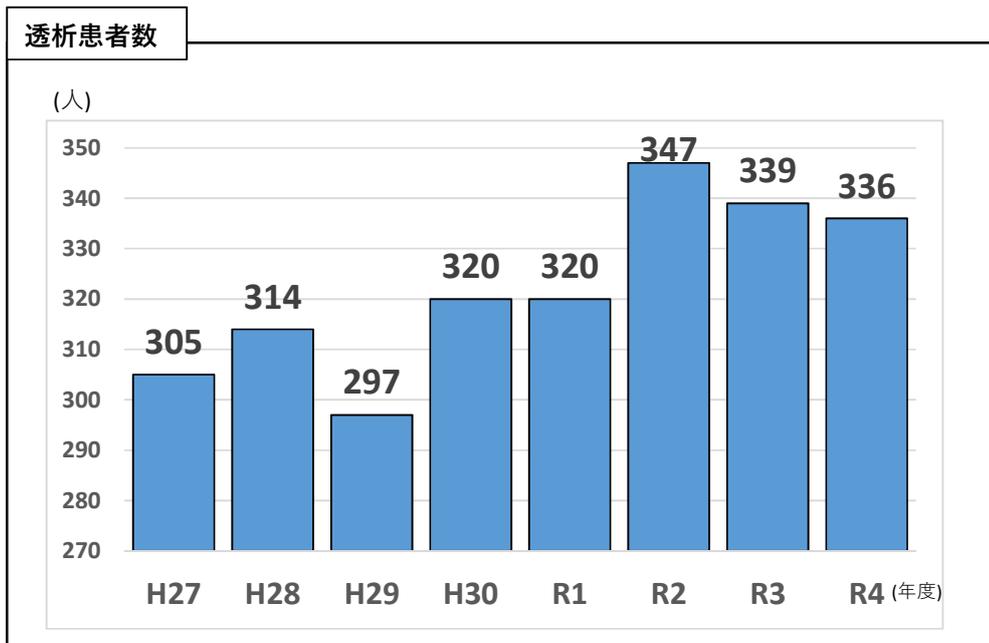
中分類疾病名	R4
その他の悪性新生物＜腫瘍＞	925
腎不全	605
その他の神経系の疾患	567
気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	458
その他の呼吸器系の疾患	378

中分類疾病名	R3	R4
腎不全	698	605
糖尿病	86	78

KDBシステムより

人工透析患者の状況

透析患者数は、毎年度300人超えで推移している。男性が多く、男女とも60歳以降に急激に増加している。



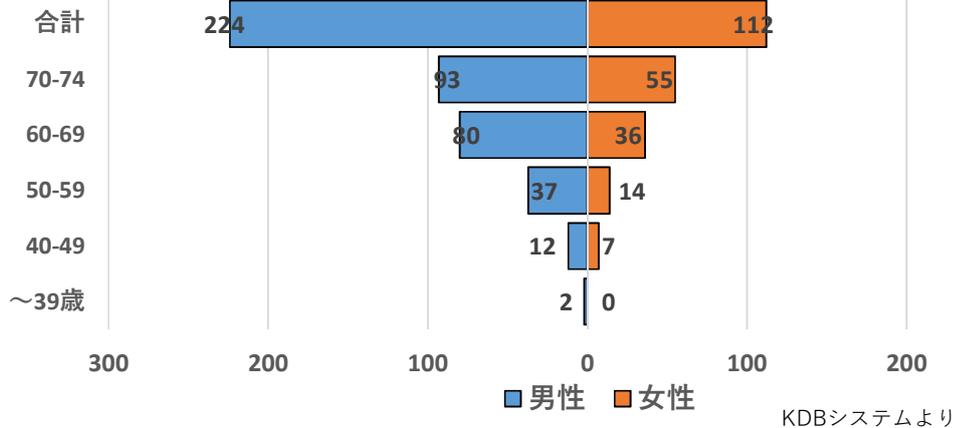
KDBシステムより

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

医療費の分析

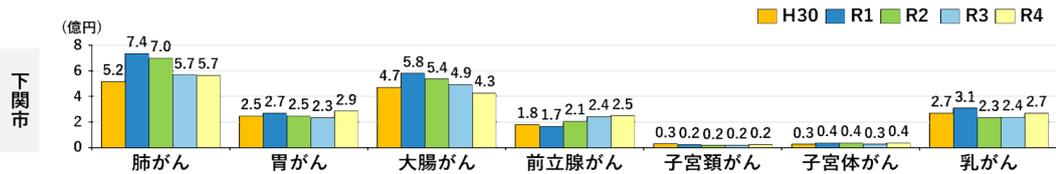
R4年度 性別・年齢階層別透析患者数

透析患者数は、男性が多く、男女とも60歳以降に急激に増加。



がん医療費（悪性新生物種類別）

がん医療費は、「肺がん」や「大腸がん」の医療費が高いが、R1年度からは、年々減少傾向にある。



重複・頻回受診の状況

同一月に1医療機関15日以上受診している者が129人おり、頻回受診と思われる者が多数いる。

受診医療機関数（同一月内）	同一医療機関への受診日数（同一月内）					
	受診者数（人）					
	15日以上	16日以上	17日以上	18日以上	19日以上	20日以上
1医療機関以上	129	99	85	70	58	53
2医療機関以上	94	75	67	54	45	43
3医療機関以上	53	43	39	32	25	24
4医療機関以上	22	18	16	15	11	11
5医療機関以上	10	10	9	9	8	8

KDBシステムよりS27_012重複・頻回受診の状況【令和4年度（作成年月R5年3月使用）】

重複・多剤処方の状況

同一月に多くの薬剤を処方されている者や同様の効能・効果を持つ薬剤の処方を受けている者が多数いる。

他医療機関との重複処方が発生した医療機関数（同一月内）	複数の医療機関から重複処方が発生した薬剤数（同一月内）									
	重複処方を受けた者（人）									
	1種類以上	2種類以上	3種類以上	4種類以上	5種類以上	6種類以上	7種類以上	8種類以上	9種類以上	10種類以上
2医療機関以上	228	51	16	6	3	3	2	1	1	0
3医療機関以上	9	7	6	3	2	2	2	1	1	0
4医療機関以上	4	3	3	2	1	1	1	0	0	0
5医療機関以上	4	3	3	2	1	1	1	0	0	0

KDBシステムよりS27_012重複・多剤処方の状況【令和4年度（作成年月R5年3月使用）】

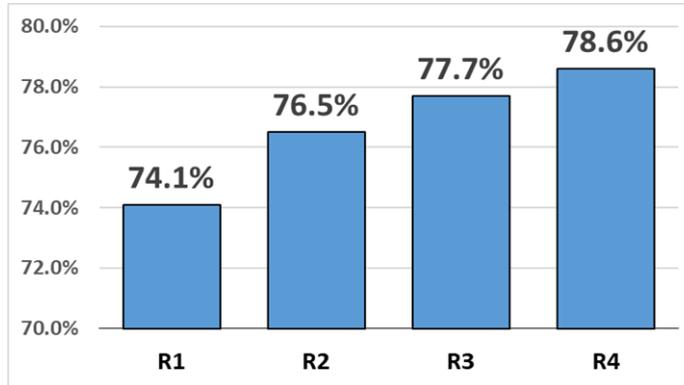
①健康・医療情報等の大分類

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

医療費の分析

後発医薬品使用割合（数量ベース）

後発品の数量割合は、年々増加傾向にあり、R4年度は78.6%である。



山口県国民健康保険団体連合会作成資料（後発医薬品使用状況(年間累計)）より【R1～R4年度】

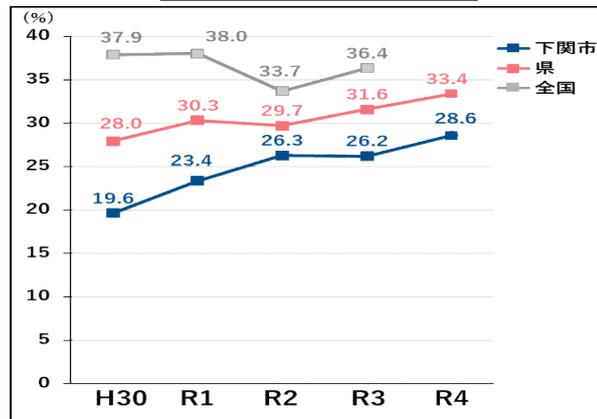
特定健康診査

特定健康診査

R4年度の受診者数は10,455人、受診率は28.6%である。受診率は年々上昇しているが、県平均を下回っている。

性別・年齢階層別受診率をみると、男女とも40～50代は受診率が低く、60歳以降は受診率が比較的高くなっている。

特定健康診査受診率

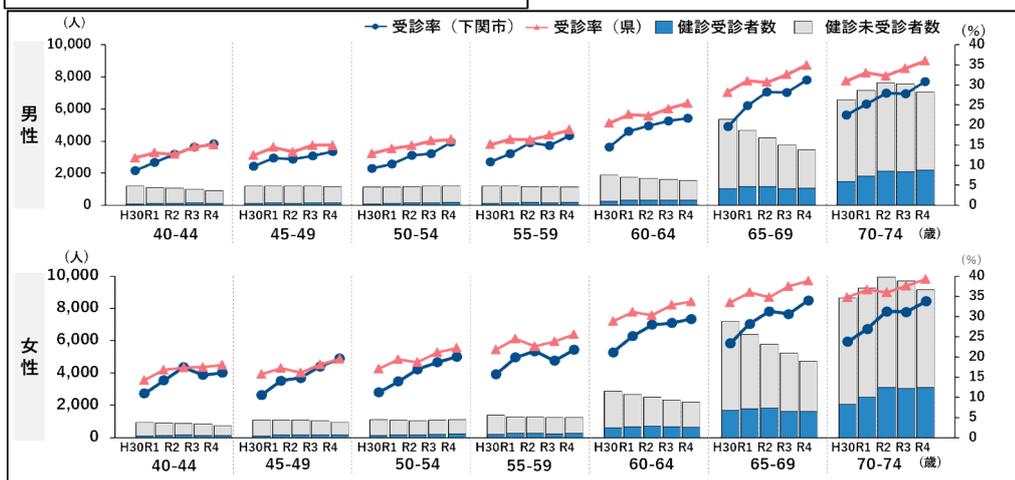


法定報告より

を（含む）の分析

特定保健指導等の健診データ（質問票

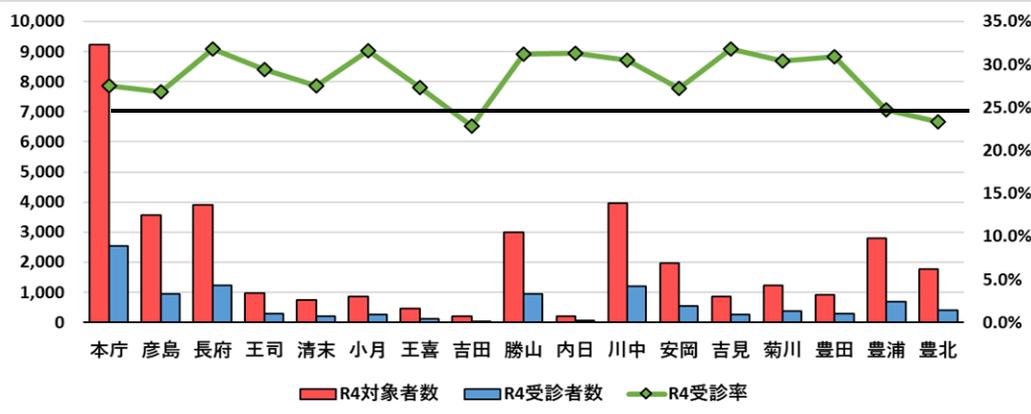
性年齢階層別受診率（R4年度）



KDBシステムより_S21_008_健診の状況【平成30年度～令和4年度】

R4年度特定健康診査地区別受診状況

地区別受診状況は、吉田地区、豊浦地区、豊北地区に低い傾向が見受けられる。

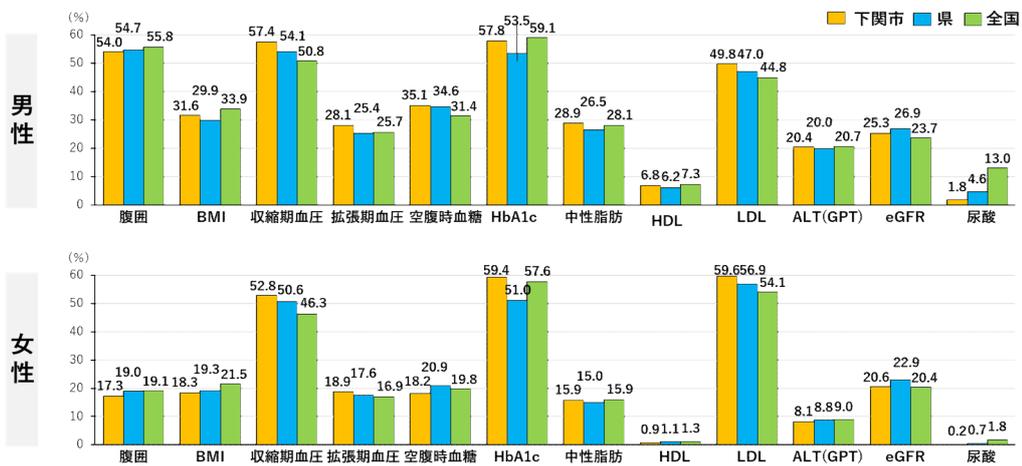


KDBシステムより厚生労働省様式（様式5-4）

特定健康診査有所見の状況

特定健康診査の有所見者状況は、男女共に収縮期血圧、HbA1c、LDLコレステロールの割合が高く、県と比較しても高くなっている。また、男性は女性と比べて、腹囲、BMI、空腹時血糖、肝機能（ALT）で割合が高くなっている。

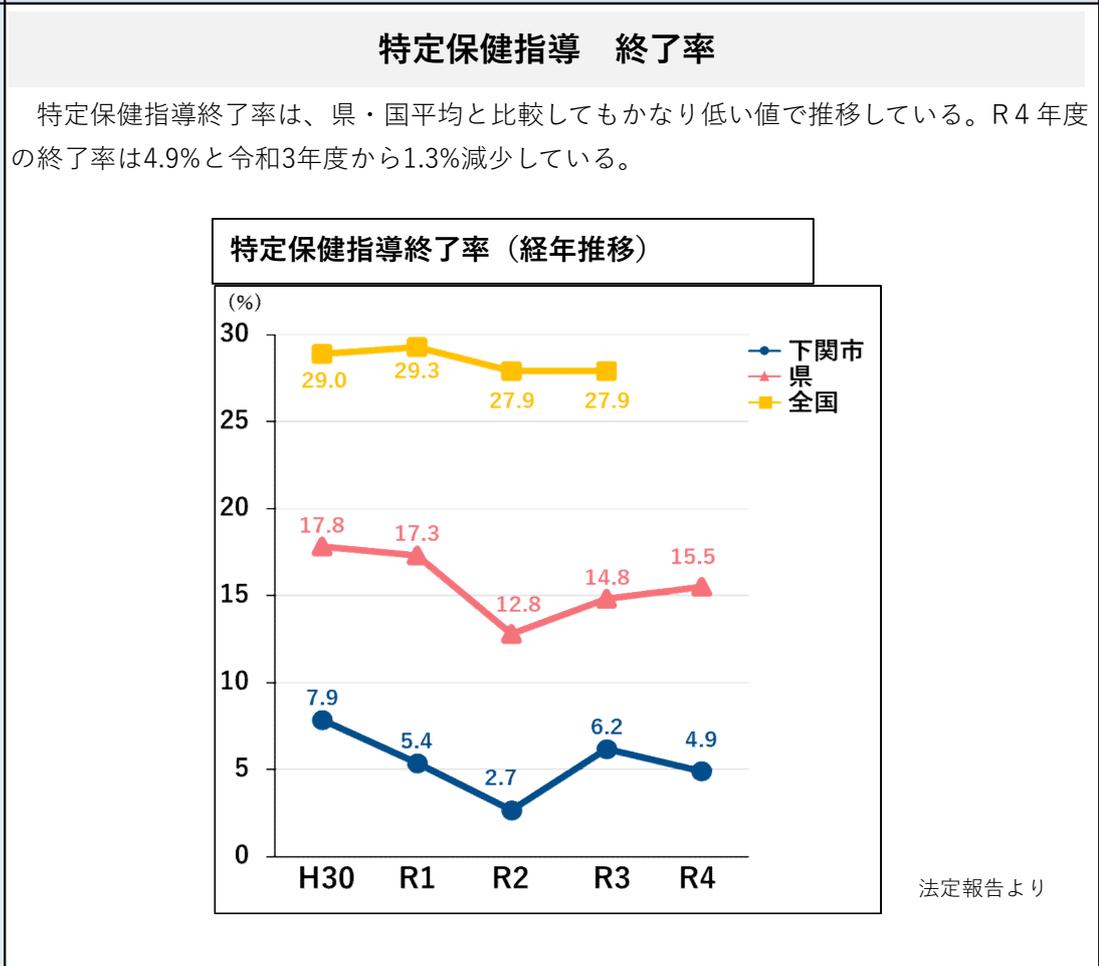
性別有所見該当率（令和4年度）



KDBシステムより 厚生労働省様式（様式5-2:健診有所見者状況）【令和4年度】

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

特定健康診査・特定保健指導等の健康データ（質問票を含む）の分析



レセプト組み合わせた分析

健診・レセプトの突合分析

健診と生活習慣病レセプト突合状況をみると、健診未受診者の2割以上が生活習慣病の治療なしとなっている。また、生活習慣病治療中の者で、健診未受診者が18,543人、49.9%と多数存在している。

健診対象者	健診受診者	被保険者を5セグメントに分類。	人数 (人)					割合 (%)				
			H30	R1	R2	R3	R4	H30	R1	R2	R3	R4
			生活習慣病治療中 コントロール不良	4,191	4,921	5,988	5,610	5,423	10.0%	12.0%	14.7%	14.3%
生活習慣病治療中 コントロール良	2,461	2,816	2,752	2,874	3,226	5.9%	6.9%	6.8%	7.4%	8.7%		
治療なし	1,552	1,788	1,943	1,710	1,793	3.7%	4.4%	4.8%	4.4%	4.8%		
健診未受診者	生活習慣病治療中	22,904	21,518	20,260	19,856	18,543	54.6%	52.4%	49.7%	50.8%	49.9%	
治療なし	10,803	10,032	9,817	9,050	8,183	25.8%	24.4%	24.1%	23.1%	22.0%		

KDBシステムよりS21_027厚生労働省様式（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】

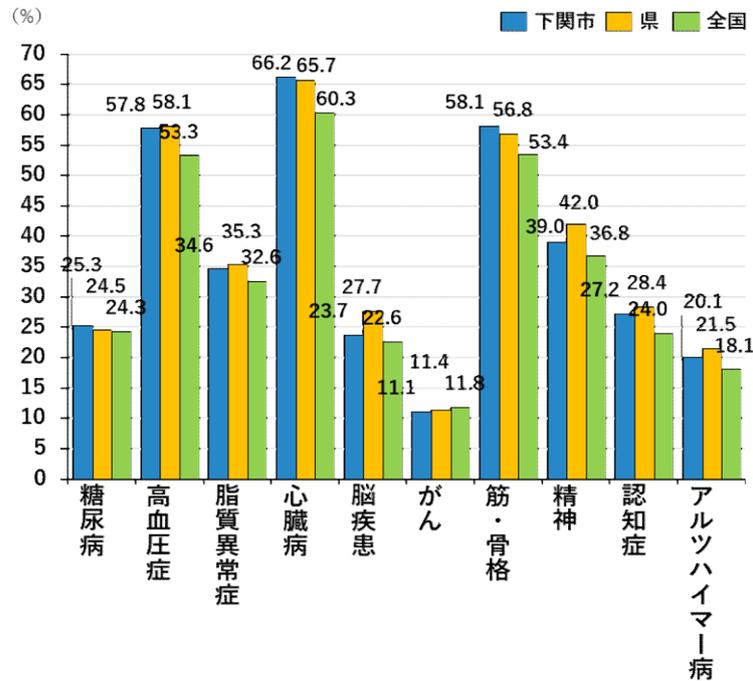
①健康・医療情報等の大分類

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

介護費関係の分析

要介護認定者の有病状況（R4年度）

要介護認定者の有病状況を疾病別にみると、「心臓病」が最も高く、続いて「筋・骨格」、「高血圧症」である。「糖尿病」「心臓病」「筋・骨格」は県や国より高くなっている。



KDBシステムより_S21_001_地域の全体像の把握【令和4年度】

Ⅲ 計画全体

① 項目		②健康課題	③優先健康課題	④対応保健番号
A		<p>特定健診受診率は28.6%(R4年度)で上昇傾向にあるが、県・国平均よりも低い状況</p> <p>受診率を上昇させ、より多くの被保険者の健康リスクを把握することが必要</p> <p>特に若年層の受診率が低く、未受診者の特性を踏まえた対応が必要</p>	1	1
B		<p>特定保健指導終了率は4.9%(R4年度)に減少し、県・国平均よりもかなり低い値で推移</p> <p>利用率を向上させ、より多くの被保険者の生活習慣の改善を促す取り組みが必要</p>	2	2
C		<p>被保険者数は減少も、1人当たり医療費は年々増加</p> <p>疾病分類(中分類)1人当たり医療費では、腎不全が最も高い</p> <p>疾病分類(細小分類)医療費(外来)では、糖尿病が最も高く、続いて慢性腎臓病(透析あり)である</p> <p>人工透析数は、年300人超えて推移しており、60歳以降に男女共急激に増加</p> <p>医療費や患者・家族への負担が大きくなり、新規導入予防のため、糖尿病性腎症重症化予防対策の継続が必要</p>	3	3
D		<p>疾病分類(細小分類)医療費(外来)では、糖尿病、慢性腎臓病(透析あり)、高血圧症と生活習慣病に関連する疾病の医療費が高い</p> <p>特定健診の結果、収縮期血圧・HbA1c・LDLコレステロールの項目は男女共約1/2人が有所見で、県平均よりも高い。受診の必要な対象者が医療機関に繋がる取組の継続が必要</p>	4	4
E		<p>後発医薬品使用割合は78.6%(R4年度)で上昇傾向にあるが、目標値の80%は未達成</p> <p>重複・頻回受診及び重複・多剤処方者が多数存在</p> <p>適正受診推進のため、差額通知の発送を継続。また、重複・頻回受診者及び重複服薬者を減らす対策も必要</p>	5	5・6

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				
			●：県共通指標	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)
全体	被保険者の健康の維持・増進	1人当たり医療費の増加率		11.9%(H30-R4年比) 5.51%(前年比)	2%以内(前年比)	2%以内(前年比)	2%以内(前年比)	2%以内(前年比)	2%以内(前年比)	11%以内(R6-R11年比)
A	特定健康診査受診率向上	●特定健康診査受診率		28.6%	31.5%	33.0%	34.5%	36.0%	37.5%	39.0%
		受診勧奨実施率		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		協力を依頼した医療機関数(累計)		—	5か所	10か所	15か所	20か所	25か所	30か所
B	特定保健指導利用率向上	●特定保健指導終了率		4.9%	8.0%	10.0%	12.0%	14.0%	16.0%	18.0%
		●特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率		22.8%	増加	増加	増加	増加	増加	増加
		●特定保健指導対象者の減少率		16.6%	増加	増加	増加	増加	増加	増加
		集団健診会場での保健指導実施率		—	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%
C	糖尿病性腎症重症化予防	保健指導前後検査値(HbA1c、血圧、eGFR)の維持・改善状況(各検査値ごとに算出)		HbA1c 75.0% 血圧 68.8% eGFR 75.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
		事業参加者数		13人	20人	20人	20人	20人	20人	20人
D	生活習慣病等重症化予防	受診勧奨後受診者の割合		14.3%	15.0%	15.0%	15.0%	15.0%	15.0%	15.0%
		●HbA1c8.0%以上の者の割合		1.37%	1.33%	1.30%	1.27%	1.24%	1.22%	1.20%
		●高血糖者の割合		10.4%	9.9%	9.4%	9.0%	8.5%	8.1%	7.7%
		●HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病のレプトがない者の割合		13.6%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
		●血圧が保健指導判定値以上の者の割合		57.4%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
		対象者への医療機関受診勧奨通知		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
E	適正受診の推進	重複服薬、重複・頻回受診者の割合		重複服薬、重複受診 9.02% 頻回受診 0.29%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
		重複服薬、重複・頻回受診者に対する指導実施率		重複服薬、重複受診 29.6% 頻回受診 8.6%	22.0%	24.0%	26.0%	28.0%	29.0%	30.0%
		●後発医薬品の使用割合(数量ベース)		78.6%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
		対象者への差額通知発送率		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

解決すべき健康課題と保健事業の対応づけ

⑩事業番号	⑪事業名称
1	特定健康診査受診率向上対策事業
2	特定保健指導利用率向上対策事業
3	糖尿病性腎症重症化予防事業
4	健診異常値放置者・生活習慣病治療中断者への受診勧奨事業
5	重複服薬、重複・頻回受診者への指導事業
6	ジェネリック医薬品差額通知事業

IV 健康課題を解決するための個別の保健事業

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	国民健康保険被保険者を対象にメタボリックシンドロームに着目し、健康診査により生活習慣病を早期発見、予防する
③対象者	国民健康保険加入の40歳～74歳の被保険者
④現在までの事業結果	<ul style="list-style-type: none"> ・計画策定時においては、目標アウトカムを上回っており、順調に事業が進んでいる ・受診率の高い高年齢層（70～74歳）が順次、後期高齢者医療に移行するため、さらなる受診率向上施策が求められる

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					
		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	特定健診受診率	28.6%	31.5%	33.0%	34.5%	36.0%	37.5%	39.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	受診勧奨実施率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	協力を依頼した医療機関数 (累計)	—	5か所	10か所	15か所	20か所	25か所	30か所

⑨目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関が少ない地域や受診率の低い地域（吉田・豊浦・豊北地区）などでの集団健診実施 ・生活習慣病治療者が健診を受診してもらえるよう個別医療機関に協力依頼 ・職場で健診を受けている被保険者の情報を取得できるように事業所へ、みなし健診を周知する ・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、インセンティブを利用した施策の実施
-----------------	--

⑩現在までの実施方法（プロセス）

周知勧奨：書面による受診勧奨通知の発送、チラシ、ポスターや広報紙等による周知勧奨
 実施形態：個別健診及び集団健診を実施
 実施場所：個別健診→契約医療機関、集団健診→市内保健センター、公民館など
 実施項目：法定の実施項目
 実施期間：6月～3月
 結果提供：書面にて結果を交付

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

健診受診率向上を目指し、集団健診設置場所の工夫、事業所へのみなし健診の周知、広報やインセンティブを利用した施策の展開を実施

周知勧奨：書面による受診勧奨通知の発送、チラシやポスター、広報紙等による周知勧奨
 各種メディアを活用した広報（SMS・フリーペーパー・新聞）
 実施場所：個別健診→契約医療機関、集団健診→市内保健センター、公民館、ショッピングモール等の商業施設など

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

保険年金課：配置人員、予算の確保
 実施方法を検討
 医師会等関係機関との連携
 医師会：地域医療機関への呼びかけ
 かかりつけ医：患者への呼びかけや個別健診の実施
 外部委託：受診勧奨通知の送付（年3回程度）、集団健診、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、更なる受診率向上を図るため、生活習慣病治療者が健診を受診してもらえるよう個別医療機関に協力依頼する

⑭評価計画

令和8年度に中間評価を行い、指標の見直しを行う

②事業の目的	特定健康診査の結果からメタボリックシンドロームのリスクがある者に対して、健康状態を自覚させ、メタボリックシンドロームの要因となっている生活習慣改善のため保健指導を行い、自主的な取組を継続的に行うことができるようにする
③対象者	特定健診の結果、特定保健指導対象者に該当した被保険者
④現在までの事業結果	・計画期間において、新型コロナウイルスの影響もあり、終了率が伸び悩んだ ・令和4年度時点で第2期最終目標値（11.5%）を大幅に下回る状態

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					
		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	特定保健指導終了率	4.9%	8.0%	10.0%	12.0%	14.0%	16.0%	18.0%
	特定保健指導による 特定保健指導対象者の減少率	22.8%	増加	増加	増加	増加	増加	増加
	特定保健指導対象者の減少率	16.6%	増加	増加	増加	増加	増加	増加
アウトプット (実施量・率) 指標	集団健診会場での 保健指導実施率	-	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%

⑨目標を達成するための主な戦略	・利用率向上のため、健診当日に保健指導の一部を実施するなど、対象者が利用しやすい環境づくりの実施 ・保健指導を受けることにより享受できるメリットを多方面で広報
-----------------	--

⑩現在までの実施方法（プロセス）

<p>周知勧奨：対象者への利用券送付と電話・訪問による個別利用支援、未利用者へ文書での再勧奨を実施 通知対象者や勧奨通知の内容について衛生部門と協議連携</p> <p>実施形態：（動機付け支援）直営、（積極的支援）委託</p> <p>実施場所：市内保健センター等</p> <p>実施期間：7月～翌年6月</p> <p>実施内容：指導用資料を活用した個別支援又は集団支援</p>
--

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・利用率向上のため、集団健診会場にて健診当日の保健指導や休日に保健指導（個別）を実施 ・対象者の利便性を考慮し医療機関等への委託や訪問指導を含めた訪問型への展開を検討 ・前年度指導対象者への再勧奨を強化

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

<p>管内担当部署：対象者への利用券発送、個別勧奨の実施、衛生部門・委託先との連携、人員配置・予算の調整</p> <p>外部委託：保健指導の実施</p>
--

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、予算の増額や実施手段による委託先の拡大を検討し、衛生部門・委託先との連携を強化

⑭評価計画

令和8年度に中間評価を行い、指標の見直しを行う

②事業の目的	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症で通院する被保険者のうち、重症化するリスクの高い方に保健指導を実施することで、糖尿病性腎症の重症化を予防する ・腎不全、人工透析への移行を防止し、健康寿命を伸ばし高額な医療費の発生を抑制する
③対象者	<ul style="list-style-type: none"> ①糖尿病のレセプトがあり、前年度の特定健診結果が、「尿蛋白(+)以上」かつ「eGFR30ml/min/1.73m²以上」で主治医から推薦された被保険者 ②健診結果の有無に関わらず、糖尿病治療中の方で、糖尿病性腎症病期分類第2期又は第3期の該当で主治医より推薦された被保険者
④現在までの事業結果	<ul style="list-style-type: none"> ・平成26年度から事業開始、令和元年度から主治医と連携した保健指導プログラムを実施 ・保健指導前後の検査値の維持・改善状況（令和元年度からの平均）は、HbA1c約64%、血圧約77%、eGFR約67%の改善状況で、目標値の6～7割の達成率 ・令和元年度からの事業参加者数平均：15.3人

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					
		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	保健指導前後検査値 (HbA1c, 血圧, eGFR)の維持・改善状況 (各検査値ごとに算出)	HbA1c 75.0% 血圧 68.8% eGFR 75.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	事業参加者数	13人	20人	20人	20人	20人	20人	20人

⑨目標を達成するための主な戦略

かかりつけ医と連携し対象者に保健指導を実施することにより、生活習慣を改善し重症化を防ぐ

⑩現在までの実施方法（プロセス）

周知勧奨：参加申込書を送付
 実施形態：個別保健指導（7回）
 初回面談後、毎月保健指導（面談又はWEB又は電話）を実施
 指導場所：市内保健センター、公民館、自宅、かかりつけ医療機関
 実施項目：管理栄養士の指導
 指導内容については、かかりつけ医・保健指導者・保険年金課で情報共有
 実施期間：8月～3月
 実施後のフォローアップ：翌年度にフォローアップ支援を実施
 結果提供：保健指導前後の検査値及び行動変容を比較した報告書を作成

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

- ・参加者の増加を目指し、対象者に対する参加促進の協力を得るため、かかりつけ医と綿密な連絡調整を図る
- ・医師への「推薦のお願い」のちらし内容の変更（参加対象者の主治医のコメントを掲載）

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

保険年金課：配置人員、予算の確保
 レセプト及び健診結果から対象者抽出後、かかりつけ医に保健指導参加の可否を照会
 保健指導参加対象者へプログラム参加勧奨を実施
 医師会：糖尿病性腎症重症化予防事業支援・評価委員会委員の選出や事業実施の協力
 かかりつけ医：対象者の参加可否の判断。保健指導指示書及び診療情報提供書の作成
 保健指導の内容把握・指示
 外部委託：保健指導の実施

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

令和4年度から高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業を開始しており、国民健康保険から後期高齢者医療制度移行後も保健指導が受けられる実施体制を構築していく

⑭評価計画

令和8年度に中間評価を行い、指標の見直しを行う

②事業の目的	生活習慣病等の重症化リスクのある方が適切に医療機関を受診することや治療中断者が再治療につながることで、生活習慣病等の重症化予防と健康寿命の延伸及び医療費の適正化を図る
③対象者	ア. 健診異常値放置者に対する受診勧奨事業 健診受診者のうち、検査値が受診勧奨判定値該当者で、生活習慣病の受診が確認できない方 イ. 生活習慣病治療中断者への受診勧奨事業 糖尿病の治療歴があり、一定期間医療機関での受診が確認できない方
④現在までの事業結果	ア. 健診異常値放置者に対する受診勧奨事業 ・平成26年度から事業開始 ・受診勧奨後の受診者割合は、R3年度10.6%、R4年度14.3%とR5年度目標値15.0%は達成していない ・令和4年度から高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業を開始 後期高齢者医療移行後の方も対象とする実施体制を構築（糖尿病異常値放置者のみ） イ. 生活習慣病治療中断者への受診勧奨事業 ・平成30年度から事業開始 ・令和3年度～令和5年度までは、山口県受診勧奨モデル事業として実施 ・令和4年度から高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業を開始 後期高齢者医療移行後の方も対象とする実施体制を構築

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					
		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	受診勧奨後受診者の割合	14.3%	15.0%	15.0%	15.0%	15.0%	15.0%	15.0%
	HbA1c8.0%以上の者の割合	1.37%	1.33%	1.30%	1.27%	1.24%	1.22%	1.20%
	高血糖者の割合	10.4%	9.9%	9.4%	9.0%	8.5%	8.1%	7.7%
	HbA1c6.5%以上の者のうち、 糖尿病のレプトがない者の割合	13.6%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	血圧が保健指導判定値以上の者の割合	57.4%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
アウトプット (実施量・率) 指標	対象者への 医療機関受診勧奨通知	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	・医療機関の受診につながるよう受診勧奨通知の内容を再検討 ・受診勧奨通知後の未受診者に対し、再度受診勧奨通知を送付
-----------------	--

⑩現在までの実施方法（プロセス）

ア. 健診異常値放置者に対する受診勧奨事業 周知勧奨：書面による受診勧奨通知の送付 実施期間：2か月1回 再勧奨：3か月後、受診の有無をレセプトにて確認
イ. 生活習慣病治療中断者への受診勧奨事業 周知勧奨：書面による受診勧奨通知の送付 実施期間：年1回

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

受診勧奨後の再勧奨通知により、医療機関の受診率向上を目指す

ア. 健診異常値放置者に対する受診勧奨事業 再勧奨：3か月後、受診の有無をレセプトにて確認 未受診者に再度、受診勧奨通知を送付
イ. 生活習慣病治療中断者への受診勧奨事業 再勧奨：3か月後、受診の有無をレセプトにて確認 未受診者に再度、受診勧奨通知を送付

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

- ア. 健診異常値放置者に対する受診勧奨事業
保険年金課：配置人員、予算の確保
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
勧奨通知発送後、3か月後のレセプトで受診状況確認
医師会：事業実施の協力
- イ. 生活習慣病治療中断者への受診勧奨事業
保険年金課：配置人員、予算の確保
レセプトから対象者を選定し受診勧奨通知を送付
医師会：事業実施の協力

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
山口県受診勧奨モデル事業等、他に活用できる事業があれば活用
国民健康保険から後期高齢者医療制度移行後の方への受診勧奨通知を今後も継続できるように専門職の確保

⑭評価計画

令和8年度に中間評価を行い、指標の見直しを行う

②事業の目的	被保険者が自身の健康状態を把握することで、適正な受診や服薬を行うようになる
③対象者	【重複服薬】 おおむね40歳以上で同系薬品を複数の医療機関から処方を受けている者 【重複受診】 おおむね40歳以上で同一疾患で3医療機関以上を受診している者 【頻回受診】 おおむね60歳以上で1月の受診日数が15日以上の方
④現在までの事業結果	・人員不足やコロナ禍の影響により指導実施率が上がらず、頻回受診は目標値(20%)を下回っている ・対象者は精神疾患患者が多く、適正受診について指導するも改善が難しく、医療費減少率はR5年度目標値(10%)を下回っている(R4年度実績値▲5%)

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					
		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	重複服薬、重複・頻回受診者の割合	重複服薬、重複受診 0.02% 頻回受診 0.29%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
アウトプット(実施量・率)指標	重複服薬、重複・頻回受診者に対する指導実施率	重複服薬、重複受診 28.6% 頻回受診 8.8%	22.0%	24.0%	26.0%	28.0%	29.0%	30.0%

⑨目標を達成するための主な戦略	他市町の状況を参考に、医療専門職(保健師・看護師)の訪問指導ノウハウを高め、行動変容に向けた効果的な訪問指導を行う
-----------------	---

⑩現在までの実施方法(プロセス)

抽出方法: KDBシステム及びレセプトにて対象者を抽出
 実施形態: 文書や電話、必要に応じて市の保健師・看護師の戸別訪問による指導
 実施期間: 4月~3月

⑪今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- ・同様の体制で実施していくが、重複服薬者は大半が精神疾患患者であり、継続的な関わりが必要である
- ・他市町の状況を把握し、医療専門職の訪問指導ノウハウを高めていく
- ・人員増加による定期的な訪問指導

⑫現在までの実施体制(ストラクチャー)

保険年金課: ・KDBシステム及びレセプトから対象者を選定
 ・文書、電話または訪問による指導の実施
 ・配置人員・予算の調整
 ・医師会、薬剤師会、衛生部門及び福祉部門との協議連携

⑬今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

同様の体制で実施するが、配置人員の増員、予算の増額について検討

⑭評価計画

令和8年度に中間評価を行い、指標の見直しを行う

②事業の目的	ジェネリック医薬品への理解が進むことで、被保険者自身及び保険者も医療費を抑えることや被保険者が自身の健康状態を把握し、適正な受診・服薬ができること
③対象者	ジェネリック医薬品へ変更した場合の自己負担額に一定額以上の差額が出る方
④現在までの事業結果	・年々使用割合は上昇しているが、令和4年度現在78.6%で、令和5年度目標値の80%までには達していない。このペースでいけば、目標達成も見込まれるため、引き続き、事業を継続

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					
		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	後発医薬品の使用割合(数量ベース)	78.6%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
アウトプット(実施量・率)指標	対象者への差額通知発送率	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	関係機関との協議連携
-----------------	------------

⑩現在までの実施方法(プロセス)

周知方法：市ホームページ、市報に周知文掲載、チラシ配布、希望者へ後発医薬品希望シールを配布
 抽出方法：国保連にて差額通知対象者を抽出
 実施内容：後発医薬品に切り替えた場合の差額について記載した通知を発送
 実施期間：年1回(6月)

⑪今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

通知回数や発送時期について、課内及び関係機関で検討

⑫現在までの実施体制(ストラクチャー)

保険年金課：広報・啓発、関係機関による抽出対象の確認、予算確保
 関係機関(国保連)：対象者の抽出、差額通知作成・発送

⑬今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

使用割合の推移を見守り、差額通知の予算増額等の検討

⑭評価計画

令和8年度に中間評価を行い、指標の見直しを行う

V その他	
データヘルス計画の 評価・見直し	<p>毎年評価を行った上で、令和8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。</p> <p>また、計画の最終年度である令和11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、計画取組の総括を行い、最終評価を行う。</p>
データヘルス計画の 公表・周知	<p>本計画は、本市国保被保険者及び保健医療関係者等に対し、市のホームページに掲載して公表・周知する。</p> <p>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>
個人情報の取扱い	<p>本計画における個人情報の取扱いについては、個人情報保護に関する法律に基づき、適切に管理する。</p>
地域包括ケアに 係る取組	<p>地域包括ケアの充実を図り、地域の実態把握や課題分析を関係機関等と共有し、連携を図りながら事業を推進する。</p> <p>また、既に実施している保健事業や介護予防事業との連携を図りながら、本計画における事業の展開を図る。</p>