宇部市国民健康保険
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(2024年)3月

山口県宇部市

ごあいさつ

健康は、人々の元気と安心の源であり、希望あふれる社会の礎であって、健康を維持・向上させることで生活の質を高めることは、市民共通の願いです。

その一方で、高齢化が進展する中、生活習慣病の増加やその重症化等を起因として要介護状態となる市民は増加傾向にあり、健康寿命を延伸することが重要な課題となっています。中でも、糖尿病をはじめとする生活習慣病は、早期発見・早期受診することで、その発症や重症化を防ぐことは可能です。

本市では、これまで国民健康保険の保険者として、特定健康診査の受診による病気の早期発見・早期受診の勧奨、特定保健指導や糖尿病性腎症重症化予防プログラムへの参加による生活習慣の改善など、生活習慣病を改善するための事業に取り組んできました。

一方で、全国的に国保データベース（KDB）システムが整備されるなど、医療保険者が健康や医療に関する情報を活用して、被保険者の健康課題の分析等を行うための基盤整備が進められてきました。

このたび策定した「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」においては、これらの情報を分析・検討した結果、特に、慢性腎臓病・脳血管疾患予防に重点を置いて取り組むこととしています。

このような考えのもと、本計画で掲げた諸事業が、被保険者や市民の皆様お一人おひとりにとって、健康課題をご自分のこととして意識し、日常生活を見直していただくきっかけになることを期待しております。

また、市民全体の健康度を高めるためには、個人の努力だけではなく、社会共通の課題として個人を支える環境づくりを進めることが必要です。地域の関係団体や保健医療関係者の皆様等と一緒になって取り組んでいく「共創」の考えのもと、市民の皆様の今後より一層のご理解とご協力をお願い申し上げます。

結びに、本計画の策定に当たり、ご意見をいただきました市民の皆様、宇部市国民健康保険運営協議会委員の皆様、事業評価委員会委員の皆様方に対しまして、心から感謝を申し上げます。

令和6年(2024年)3月

宇部市長　篠崎　圭二

目次

第1章 基本的事項 1
1 計画の趣旨 1
2 計画の位置づけ 2
3 計画期間 2
4 実施体制・関係者連携 2

第2章 現状の整理 3
1 宇部市の特性 3
（1） 人口動態 3
（2） 平均余命・平均自立期間 4
（3） 医療サービス（病院数・診療所数・病床数・医師数） 5
（4） 被保険者構成 5
2 前期計画等に係る考察 6
（1） 第2期データヘルス計画の目標評価・考察 6
（2） 第2期データヘルス計画の個別事業評価・考察 7

第3章 健康・医療情報等の分析と分析結果に基づく健康課題の抽出 11
1 死亡の状況 12
（1） 死因別の標準化死亡比（SMR） 12
2 介護の状況 14
（1） 要介護（要支援）認定者数・割合 14
（2） 介護給付費 14
（3） 要介護・要支援認定者の有病状況 15
3 医療の状況 16
（1） 医療費 16
（2） 疾病分類別入院医療費及び受診率 17
（3） 疾病分類別外来医療費及び受診率 19
（4） 生活習慣病（基礎疾患・重篤な疾患）における受診率 21
（5） 生活習慣病の重篤な疾患患者における基礎疾患の有病状況 24
（6） 高額なレセプトの状況 25
4 特定健診・特定保健指導・生活習慣の状況 26
（1） 特定健診受診率 26
（2） 有所見者の状況 28
（3） メタボリックシンドロームの状況 29
（4） 特定保健指導実施率 31
（5） 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率【県の共通指標】 32
（6） 受診勧奨対象者の状況 33
（7） 質問票の状況 35
5 その他の状況 36
（1） 重複服薬の状況 36
（2） 多剤服薬の状況 36
（3） 後発医薬品の使用状況 37
（4） 5がん（胃がん・肺がん・大腸がん・子宮頸がん・乳がん）検診の受診率 37
6 健康課題の整理 38

（1） 各段階でのデータのまとめ.. 38
（2） わがまちの生活習慣病に関する健康課題.................................. 40
第4章 データヘルス計画の目的・目標................................ 42
第5章 保健事業の内容.. 43
1 保健事業の整理.. 43
（1） 糖尿病等の重症化予防.. 43
（2） 生活習慣病発症予防・保健指導...................................... 48
（3） 早期発見・特定健診.. 51
（4） 健康づくり.. 52
（5） 医療費適正化... 53
第6章 第4期 特定健康診査等実施計画................................ 56
1 計画の背景・趣旨.. 56
（1） 計画策定の背景・趣旨.. 56
（2） 計画期間.. 56
（3） 国の示す目標... 56
（4） 宇部市の目標... 57
2 特定健診・特定保健指導の実施方法.................................... 58
（1） 特定健診.. 58
（2） 特定保健指導... 60
3 特定健診受診率・特定保健指導実施率向上に向けた主な取組.................. 62
（1） 特定健診.. 62
（2） 特定保健指導... 62
第7章 計画の評価・見直し.. 63
1 評価の時期.. 63
（1） 個別事業計画の評価・見直し....................................... 63
（2） 計画の評価・見直し.. 63
2 評価方法・体制.. 63
第8章 計画の公表・周知.. 63
第9章 個人情報の取扱い.. 63
第10章 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項...................... 63
参考資料 用語集.. 64

第1章 基本的事項

1 計画の趣旨

近年の急速な少子高齢化や人口減少の進展、生活や意識の変化など、大きな環境の変化に直面し、医療制度を今後も持続していくための構造改革が急務となっています。

平成25年6月に閣議決定された「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。」ことが示されました。

これを踏まえ、平成26年3月に「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」において、保険者は、「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」ものとされました。

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。」と示されました。

宇部市では、こうした背景を踏まえ、平成20年度から「宇部市特定健康診査等実施計画」を策定するとともに、平成27年度には、国保データベース（KDB）システム（以下「KDB」という。）等を活用した健診・レセプト等のデータ分析に基づく「宇部市国民健康保険データヘルス計画（以下「データヘルス計画」という。）を策定し、被保険者への保健事業を推進してきました。

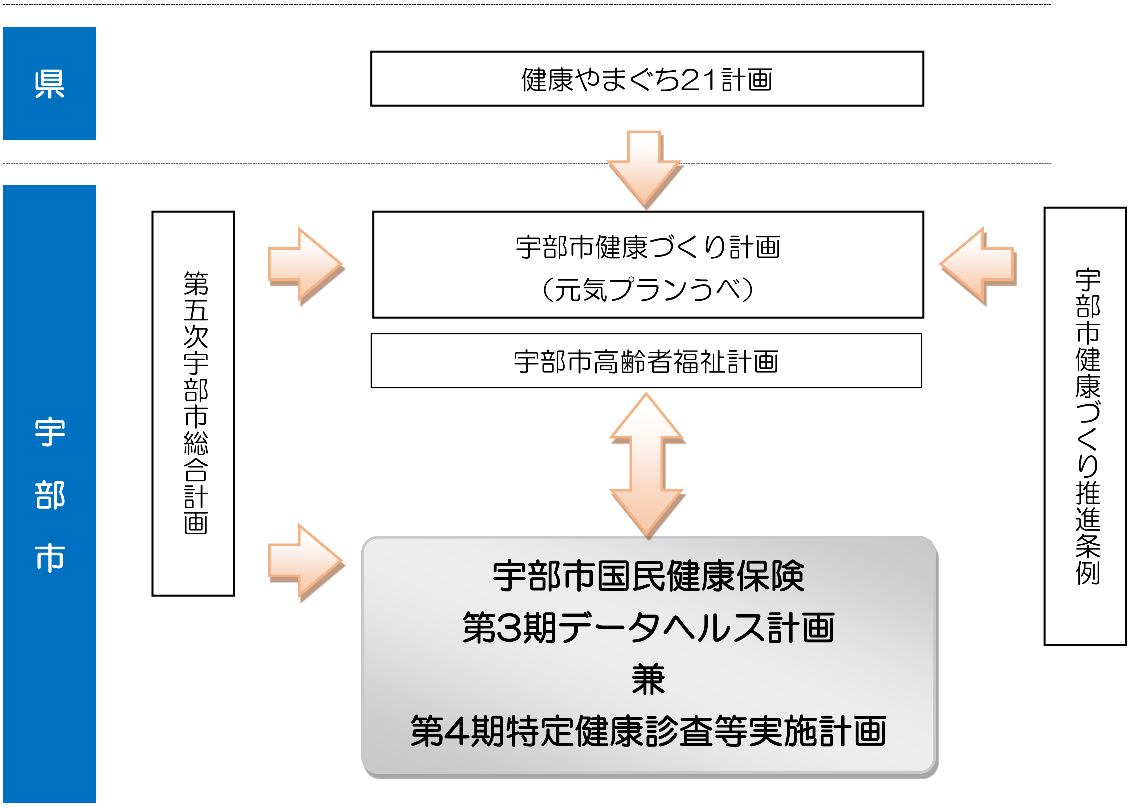
この度、「第2期データヘルス計画」及び「第3期特定健康診査等実施計画」の計画期間が終了することから、これまでの取組状況の成果や課題を踏まえ、新たに「第3期データヘルス計画」及び「第4期特定健康診査等実施計画」を策定し、被保険者が健やかで充実した毎日が過ごせるよう、健康寿命の延伸を図るとともに、将来的な医療費の伸びを抑制していくための保健事業の取組を進めます。

なお、策定にあたっては、「第4期特定健康診査等実施計画」が保健事業の中核をなす特定健康診査及び特定保健指導の実施計画であることから、「第3期データヘルス計画」の一部として、一体的に策定することとします。

2 計画の位置づけ

本計画は、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、効果的・効率的な保健事業の実施を図るため策定するものです。

策定においては、「健康やまぐち21計画」や「第五次宇部市総合計画」、「宇部市健康づくり計画」、「宇部市高齢者福祉計画」等との整合性を図ります。



3 計画期間

本計画の期間は、令和6年度（2024年度）から令和11年度（2029年度）までの6年間です。

4 実施体制・関係者連携

宇部市では、被保険者の病気の予防や早期回復を図るために、保険年金課が中心となって、保険者の健康課題を分析し、計画を策定します。計画策定後は、計画に基づき効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて計画の見直しや次期計画に反映させます。また、健康増進課等庁内関係課と連携してそれぞれの健康課題を共有し保健事業を展開します。

計画の策定等に当たっては、共同保険者である山口県のほか、山口県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という）や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、宇部市医師会、宇部歯科医師会、宇部薬剤師会、山口県後期高齢者医療広域連合等と連携・協力します。

本計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が主体的かつ積極的に健康増進に取り組むことが重要です。このため、パブリックコメントを通して被保険者の意見を本計画に反映させます。

第2章 現状の整理

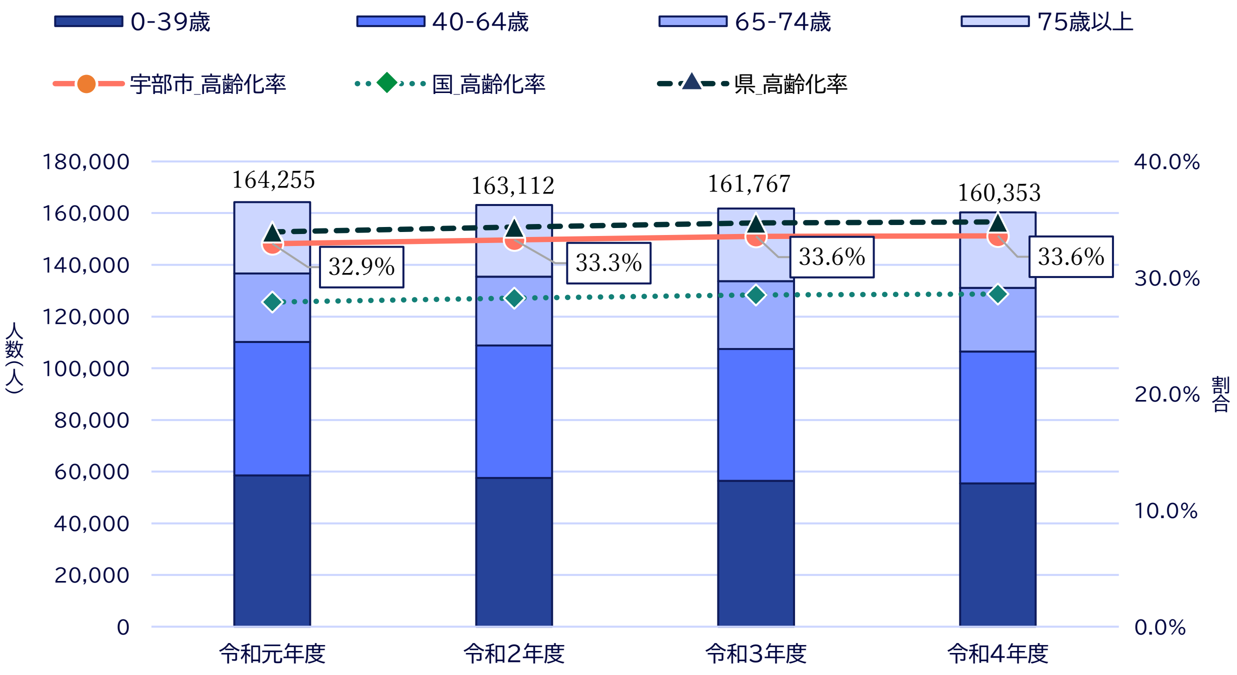
1 宇部市の特性

(1) 人口動態

令和4年度の人口は160,353人で、令和元年度（164,255人）以降減少しています。

令和4年度の65歳以上人口の占める割合（高齢化率）は33.6%で、令和元年度の割合（32.9%）と比較して、0.7ポイント高くなっています。高齢化率は国より高く、県より低い状況です。

図表2-1-1-1：人口の変化と高齢化率



【出典】住民基本台帳 令和元年度から令和4年度

※宇部市、国及び県に係る数値は、総務省が公表している住民基本台帳を参照しているため各年度の1月1日の人口を使用しています（住民基本台帳を用いた分析においては以下同様）。

(2) 平均余命・平均自立期間

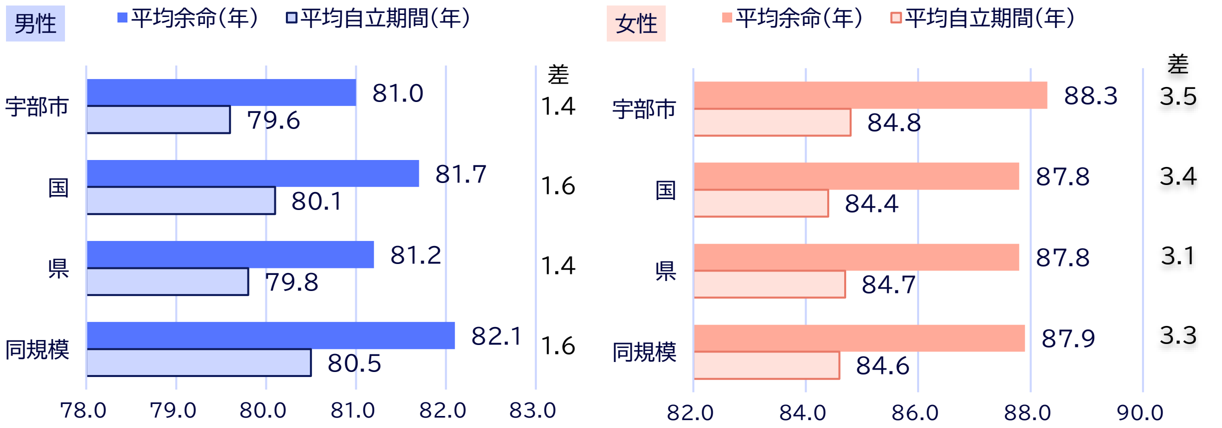
男性の平均余命は81.0年で、国・県より短く、国と比較すると、-0.7年です。女性の平均余命は88.3年で、国・県より長く、国と比較すると、+0.5年です。（図表2-1-2-1）

男性の平均自立期間は79.6年で、国・県より短く、国と比較すると、-0.5年です。女性の平均自立期間は84.8年で、国・県より長く、国と比較すると、+0.4年です。（図表2-1-2-1）

令和4年度における平均余命と平均自立期間の推移をみると、男性ではその差は1.4年で、令和元年度以降ほぼ一定で推移しています。女性ではその差は3.5年で、令和元年度以降ほぼ一定で推移しています。（図表2-1-2-2）

※平均余命：ある年齢の人々が、その後何年生きられるかの期待値であり、下表では0歳での平均余命を示しています。
※平均自立期間：0歳の人が要介護2以上になるまでの期間

図表2-1-2-1：平均余命・平均自立期間



【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

※表内の「国」とは、市町村国保全体を指します（KDB帳票を用いた分析においては以下同様）。
※表内の「同規模」とは、人口規模が同程度の市町村を指します。

図表2-1-2-2：平均余命と平均自立期間の推移

	男性			女性		
	平均余命(年)	平均自立期間(年)	差(年)	平均余命(年)	平均自立期間(年)	差(年)
令和元年度	81.0	79.6	1.4	87.8	84.3	3.5
令和2年度	81.4	79.9	1.5	87.3	84.0	3.3
令和3年度	82.0	80.5	1.5	86.7	83.5	3.2
令和4年度	81.0	79.6	1.4	88.3	84.8	3.5

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和元年度から令和4年度 累計

(3) 医療サービス(病院数・診療所数・病床数・医師数)

国、県と比較していずれも多くなっています。

図表2-1-3-1：医療サービスの状況

	宇部市の実数	被保険者千人当たり病院等数			
		宇部市	国	県	同規模
病院数	19	0.6	0.3	0.5	0.3
診療所数	155	5.1	4.0	4.7	3.7
病床数	4,142	135.0	59.4	93.4	58.3
医師数	860	28.0	13.4	13.9	12.8

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

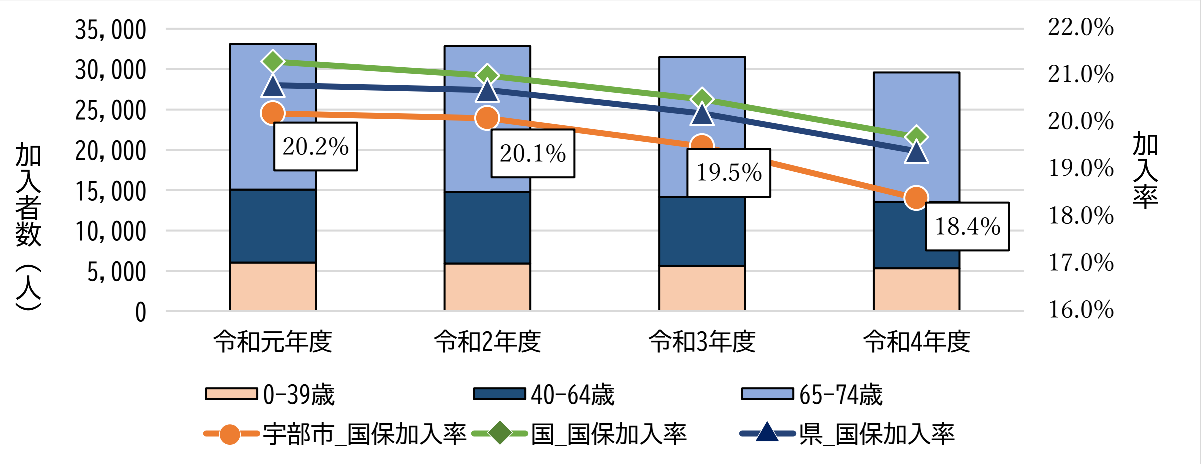
※病院数、診療所数、病床数及び医師数を月毎の被保険者数から算出する年間平均被保険者数で割ったものです。
※KDBシステムでは令和2年医療施設（動態）調査及び令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計をもとに集計しています。

(4) 被保険者構成

令和4年度における国保加入者数は29,568人で、令和元年度の人数（33,114人）と比較して3,546人減少しています。国保加入率は18.4%で、国・県よりも低い状況です。

令和4年度における65歳以上の被保険者の割合は54.1%で、令和元年度の割合（54.5%）と比較して0.4ポイント減少しています。

図表2-1-4-1：被保険者構成



	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
0-39歳	6,016	18.2%	5,920	18.0%	5,624	17.9%	5,333	18.0%
40-64歳	9,048	27.3%	8,851	27.0%	8,548	27.2%	8,228	27.8%
65-74歳	18,050	54.5%	18,049	55.0%	17,297	55.0%	16,007	54.1%
国保加入者数	33,114	100.0%	32,820	100.0%	31,469	100.0%	29,568	100.0%
宇部市_総人口	164,255		163,112		161,767		160,353	

【出典】住民基本台帳 令和元年度から令和4年度
KDB帳票 S21_006-被保険者構成 令和元年から令和4年 年次

※加入率は、KDB帳票における年度毎の国保加入者数を住民基本台帳における年毎の人口で割って算出しています。

2 前期計画等に係る考察

(1) 第2期データヘルス計画の目標評価・考察

第2期データヘルス計画の中長期目標及び短期目標について、下表のとおり評価しました。

【評価の凡例】
○「指標評価」欄：5段階
A：目標達成　B：目標達成はできていないが改善傾向　C：変わらない　D：悪化傾向　E：評価困難

項目名	開始時（H28）		実績値						指標評価
			平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	
糖尿病性腎症を起因とし新たに人工透析となった患者数の減少（指標：糖尿病性腎症を起因とし新たに人工透析に移行した患者数）	15人	目標値	13人	11人	9人	7人	6人	5人	C
		実績値	11人	11人	12人	11人	16人	—	
特定健康診査受診率の向上（指標：特定健康診査受診率）	25.6%	目標値	30.0%	36.0%	42.0%	48.0%	54.0%	60.0%	B
		実績値	32.1%	35.7%	30.7%	33.6%	34.4%	—	
メタボリックシンドローム予備群及び該当者の減少（指標：メタボリックシンドローム予備群及び該当者の割合）	26.2%	目標値	25.0%	24.5%	24.0%	23.5%	23.0%	22.0%	D
		実績値	29.2%	30.2%	32.9%	32.7%	32.2%	—	

振り返り① データヘルス計画全体の指標評価の振り返り
特定健診の受診率については、目標値には達していませんが、開始時より8.8ポイント上昇しています。糖尿病性腎症を起因とし人工透析に移行した患者数については、概ね開始時と変わりませんが、増加を防ぎ維持はできている状況です。メタボリックシンドローム予備群及び該当者の割合については、開始時よりも増加しています。
振り返り② 第2期計画全体をとおして効果がみられた点
糖尿病性腎症重症化予防プログラムは、プログラム終了時の検査値、生活習慣は改善されており、プログラム参加者は人工透析には至っていない状況であり、指導直後の効果はあったと考えられます。特定健康診査受診率向上対策事業については、新型コロナウイルス感染症の影響により、令和2年度の受診率は前年度に比べ減少したものの、受診勧奨方法の工夫や健診費用の無料化等により開始時より上昇しており効果はあったと考えられます。
振り返り③ 第2期計画全体をとおして改善を要する点
糖尿病性腎症重症化予防プログラムでは、対象者に対する意識付け、動機付けができず、参加者を増やすことができませんでした。特定健康診査受診率向上対策事業等については、対象者の受診歴や年齢等特性に合わせた効果的な勧奨方法、媒体等について検討が必要です。
振り返り④ 第3期計画への考察
目標値の見直しや、勧奨方法の見直しが必要です。

(2) 第2期データヘルス計画の個別事業評価・考察

第2期データヘルス計画における個別事業について、下表のとおり評価しました。

【評価の凡例】
〇「事業評価」欄:5段階
　A:うまくいっている　B:まあうまくいっている　C:あまりうまくいっていない
　D:まったくうまくいっていない　E:わからない
〇「指標評価」欄:5段階
　A:目標達成　B:目標達成はできていないが改善傾向　C:変わらない　D:悪化傾向　E:評価困難

① 重症化予防

事業タイトル	事業目標	事業概要	事業評価
糖尿病性腎症重症化予防プログラム	糖尿病性腎症治療中の人が糖尿病の重症化を正しく理解し食事や運動等の生活習慣の改善を図り人工透析への移行を防ぐ。	糖尿病性腎症治療中の人が、主治医の同意を得て、市が委託契約した指導機関で糖尿病専門スタッフによる食事、運動、服薬、口腔ケア等の保健指導を個別に受ける。	C

ストラクチャー(実施体制)	プロセス(実施方法)
保険年金課:対象者抽出、案内発送、参加者受付 かかりつけ医:プログラム参加への承諾、参加者の医療情報提供 市内2医療機関:保健指導	周知勧奨:実施要領に基づき対象者を選定し、勧奨通知を発送 実施形態:個別指導 実施場所:市内2医療機関 実施項目:食事、運動、服薬、口腔ケア等の保健指導 実施回数:年2コース実施(令和2年度は1コース)

アウトプット(実施量・率)指標

評価指標	開始時(H28)			平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価
個別保健指導終了者数	実施者数15人	目標値	実施者数	各年度20人						E
			終了者数	各年度20人						
			終了割合	各年度100%						
		実績値	実施者数	11人	7人	6人	9人	5人	—	
			終了者数	10人	7人	6人	7人	5人	—	
			終了割合	90.9%	100.0%	100.0%	77.8%	100.0%	—	

アウトカム(成果)指標

評価指標	開始時(H28)			平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価
指導終了者の検査値(HbA1c)の改善率	改善者8人 改善率53.5%	目標値	改善者数	各年度10人						B
			改善割合	各年度50%						
		実績値	改善者数	8人	6人	3人	4人	5人	—	
			改善割合	80.0%	85.7%	50.0%	57.1%	100.0%	—	
生活習慣病アンケート結果の改善者数	改善者数12人 改善率80.0%	目標値	改善者数	各年度17人						B
			改善割合	各年度85%						
		実績値	改善者数	7人	4人	5人	6人	4人	—	
			改善割合	70.0%	66.7%	83.3%	85.7%	80.0%	—	

振り返り 成功・促進要因	振り返り 課題・阻害要因
実施者数については目標値に達していませんが、指導終了者の検査値は年度によりばらつきはあるものの、改善されており、指導の効果はあると考えられます。	プログラムへの参加者が少ないので、参加者を増やしていくことが課題です。プログラム終了時の検査値、生活習慣は改善されていますが、その後のフォローアップができていない状況です。

第3期計画への考察及び補足事項
参加者が増えるよう勧奨方法の見直しや、保健指導実施医療機関数の増加、かかりつけ医との連携強化、コース終了後のフォローアップにも注力していくことが必要です。

事業タイトル	事業目標	事業概要	事業評価
糖尿病未治療者への受診勧奨事業	糖尿病の治療が必要な人を医療に結び付け、糖尿病の重症化を防ぐ。	特定健康診査の結果、血糖値・HbA1cが受診勧奨値を超えているが、医療機関に受診していない人を対象に受診勧奨をする。一定期間経過後に医療機関の受診状況を確認する。受診が確認できない人には、再度勧奨を行い、一定期間経過後に医療機関の受診状況を再度確認する。	C

ストラクチャー（実施体制）	プロセス（実施方法）
保険年金課：対象者の選定 委託事業者：受診勧奨、保健指導	実施方法：対象者を抽出 勧奨方法：電話又は通知の送付 実施形態：個別指導

アウトプット（実施量・率）指標

評価指標	開始時（H30）			平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価
受診勧奨者数（実施割合）	100.0%	目標値	対象者数（推計）	288人	346人	407人	454人	493人	526人	D
			勧奨者数	288人	346人	407人	454人	493人	526人	
			実施割合	各年度100%						
		実績値	対象者数	167人	163人	167人	107人	88人	—	
			勧奨者数	167人	163人	167人	107人	88人	—	
			実施割合	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		

アウトカム（成果）指標

評価指標	開始時（H30）			平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価
医療機関受診者数（実施割合）	40.1%	目標値	受診者数	87人	118人	155人	191人	227人	263人	A
			受診割合	30.0%	34.0%	38.0%	42.0%	46.0%	50.0%	
		実績値	受診者数	67人	66人	55人	35人	52人	—	
			受診割合	40.1%	40.5%	32.9%	32.7%	59.1%	—	

振り返り 成功・促進要因	振り返り 課題・阻害要因
受診勧奨については、対象者に勧奨できました。 令和3年度までは対象者に勧奨通知を送付していましたが、令和4年度から電話で受診状況等を確認し、電話がつながらなかった方についてはアンケートを送付する方法に変更しました。	医療機関受診者の実施割合について、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、令和2年度は減少しており、受診の必要性に気付いてもらえるよう勧奨していく必要があります（令和4年度から直接対象者に状況を確認しているため、実績値の受診者の中に医療機関相談者も含めています。）。

第3期計画への考察及び補足事項
受診行動につながる効果的な勧奨方法の検討が必要です。

② 生活習慣病発症予防・保健指導

事業タイトル	事業目標	事業概要	事業評価
特定保健指導	特定健康診査の結果により明らかになったリスク要因の数に応じて対象者を抽出し、対象者が自ら生活習慣を振り返り行動変容することで生活習慣病の発症を防ぐ。	健診結果や質問票から対象者個人に合わせて生活を振り返り、目標を設定し対象者が行動変容できるよう指導する。	C

ストラクチャー（実施体制）	プロセス（実施方法）
保険年金課：リーフレット作成、委託事業者へ対象者の情報提供 登録医療機関：特定保健指導の実施 委託事業者（令和2年度～）：勧奨通知の発送 特定保健指導の実施	周知勧奨：特定健診受診券発送時にリーフレットを同封。 集団健診受診者には、特定保健指導対象者全員に特定保健指導の案内を送付。個別健診受診者には各医療機関から配布。 実施形態：個別指導 実施場所：宇部市保健センター、特定保健指導実施機関として登録された医療機関

アウトプット（実施量・率）指標

評価指標	開始時（H28）				平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価
特定保健指導実施率	28.0%	目標値	推定対象者数		826人	979人	1,137人	1,252人	1,343人	1,414人	D
			指導実施数	動機付	232人	314人	410人	501人	592人	680人	
				積極的	58人	78人	102人	125人	147人	169人	
				計	290人	392人	512人	626人	739人	849人	
				実施率	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	
		実績値	対象者	動機付	687人	740人	622人	601人	558人	―	
				積極的	142人	124人	120人	122人	122人	―	
				計	829人	864人	742人	723人	680人	―	
			指導実施数	動機付	156人	147人	144人	188人	162人	―	
				積極的	7人	3人	16人	21人	19人	―	
				計	163人	150人	160人	209人	181人	―	
				実施率	19.7%	17.4%	21.6%	28.9%	26.6%	―	

アウトカム（成果）指標

評価指標	開始時（H28）		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価
メタボリックシンドローム予備群及び該当者の割合	26.2%	目標値	25.0%	24.5%	24.0%	23.5%	23.0%	22.0%	D
		実績値	29.2%	30.2%	32.9%	32.7%	32.2%	―	

振り返り　成功・促進要因	振り返り　課題・阻害要因
目標値には達していませんが、未利用者に対しての電話勧奨は保健指導の利用につながっており、効果はあると思われます。	対象者の中には特定保健指導の制度を知らないという人もいるため、特定保健指導について周知することが必要です。また、特定保健指導を受けやすい仕組み、体制づくりが必要です。

第3期計画への考察及び補足事項
特定保健指導実施率は、開始時より当初は下がっていましたが、令和2年度以降上昇傾向にあり、今後も実施率向上のため勧奨方法を検討していく必要があります。メタボリックシンドローム予備群及び該当者の割合は、開始時より増加しており、効果的な保健指導を実施する必要があります。

③ 早期発見・特定健診

事業タイトル	事業目標	事業概要	事業評価
特定健康診査受診率向上対策事業	被保険者が自身の健康状態に関心を持ち、毎年健診を受け続けることができる。	受診率目標達成のため、データ分析等を活用した特定健康診査未受診者向けの効率的・効果的な手法を検討し実施する。	C

ストラクチャー（実施体制）	プロセス（実施方法）
保険年金課：実施方法等の検討 医師会　　：地域の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、みなし健診の実施 受託事業者：集団健診の実施、未受診者への勧奨通知の実施	周知勧奨：広報・ウェブサイトへの掲載、保険料納入通知書へチラシを同封、ハガキ・SMSによる受診勧奨の実施 実施形態：集団健診、個別健診、みなし健診 実施場所：集団健診は宇部市保健センター等 個別健診は各医療機関 実施項目：問診、身体測定、血圧測定、血液検査（脂質、肝機能、血糖、貧血、腎機能）、尿検査（糖、蛋白）、心電図、推定1日食塩摂取量検査 ※医師の判断により眼底検査 結果提供：書面にて結果を通知

アウトプット（実施量・率）指標

評価指標	開始時		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価
各年度8月末時点での未受診者への受診勧奨数	–	目標値	24,600人	24,600人	24,700人	24,300人	23,400人	22,400人	C
		実績値	0人	15,000人	13,750人	12,000人	12,000人	—	

アウトカム（成果）指標

評価指標	開始時（H28）		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価
特定健診受診率	25.6%	目標値	30.0%	36.0%	42.0%	48.0%	54.0%	60.0%	B
		実績値	32.1%	35.7%	30.7%	33.6%	34.4%	—	

振り返り　成功・促進要因	振り返り　課題・阻害要因
平成30年度から受診履歴等をAIで類型化し、それぞれの特性に合わせた受診勧奨通知を送付。令和元年度に自己負担無料化を行いました。国の目標である受診率60%には達成しませんでしたが、令和2年度の受診率は新型コロナウイルス感染症の影響により減少したものの、開始時からは、8.8ポイント上昇しています。	勧奨ハガキ発送後の問い合わせ等も減少してきており、勧奨方法について検討が必要と考えられます。

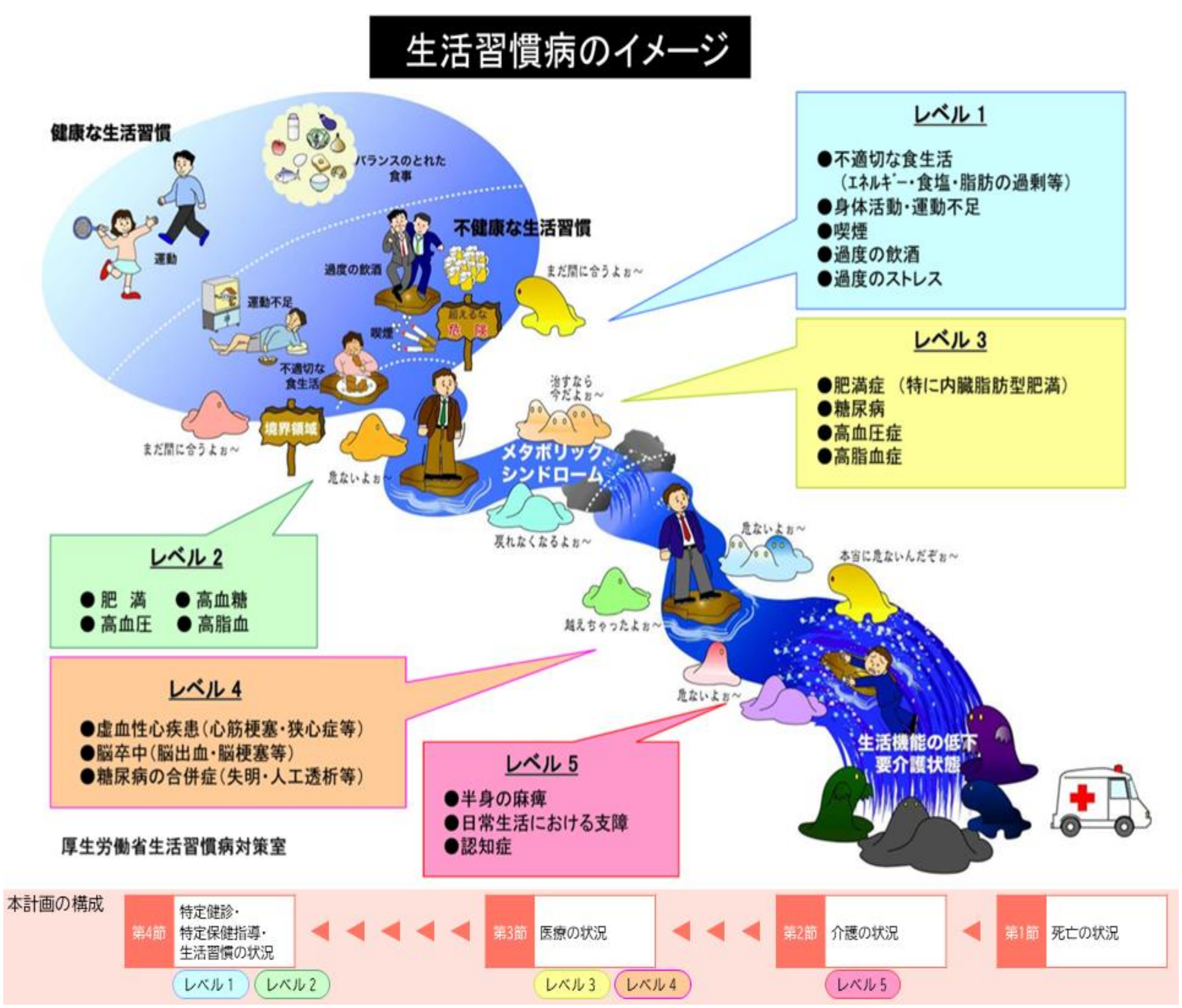
第3期計画への考察及び補足事項
勧奨対象者、勧奨時期、勧奨方法等について検討が必要です。

第3章 健康・医療情報等の分析と分析結果に基づく健康課題の抽出

社会全体の健康や病気の進行は、しばしば、川の流れに例えられます。生活習慣病の進行を川の上流から下流まで5段階に分け、レベルが進むごとに下流に流され、流された先には生活機能の低下や要介護状態につながることを下の図で示しています。

第3章では、より多くの人が川の上流で健やかに生活できるよう課題を抽出し、施策の検討につなげるため、川のどの位置にどのくらいの人がいて、どのような疾病構造になっているか等について、死亡、介護、医療、健診の順に川の下流から上流に向かって関連データを分析します。

また、データ分析に際しては、保健事業における介入によって予防可能な疾患という観点から生活習慣病に着目し、川の下流に位置する重篤な疾患として主に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にもあげられている「虚血性心疾患」、「脳血管疾患」、「慢性腎臓病(透析あり)」に、川の上流に位置する基礎疾患として「糖尿病」、「高血圧症」、「脂質異常症」に焦点を当てます。



【出典】厚生労働省 新たな健診・保健指導と生活習慣病対策 一部改変

※生活習慣病とは、「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症と進行に関与する疾患群」を指します。

1 死亡の状況

(1) 死因別の標準化死亡比(SMR)

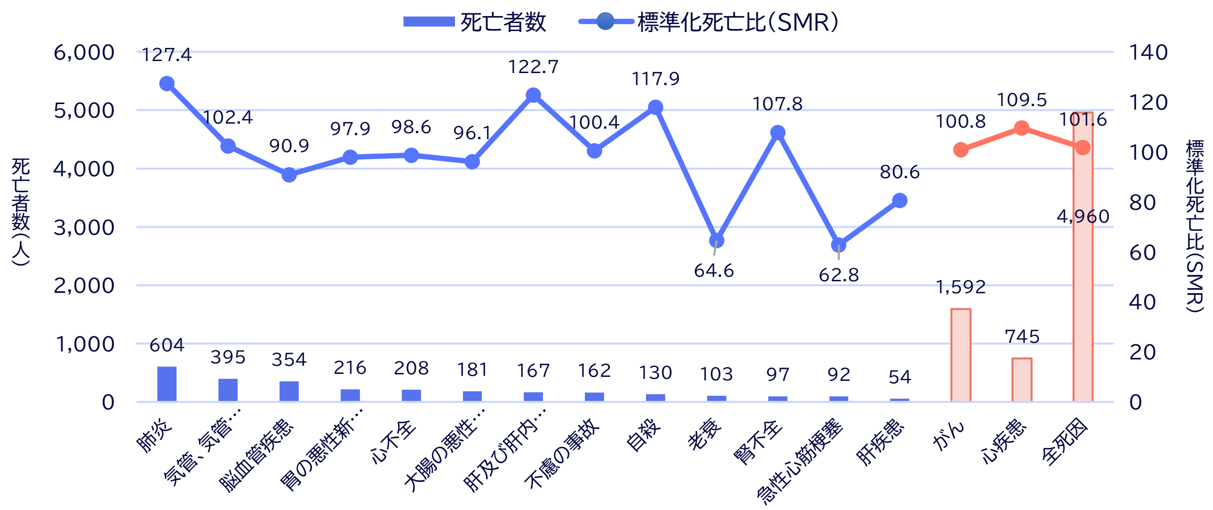
男性の死因第1位は「肺炎」、第2位は「気管、気管支及び肺の悪性新生物」、第3位は「脳血管疾患」です。女性の死因第1位は「肺炎」、第2位は「脳血管疾患」、第3位は「老衰」です。

国・県と死亡状況を比較するため年齢調整を行った標準化死亡比（SMR）を求めると、男性では、「肺炎」（127.4）、「肝及び肝内胆管の悪性新生物」（122.7）、「腎不全」（107.8）が高くなっています。女性では、「肺炎」（142.2）、「肝及び肝内胆管の悪性新生物」（119.2）、「腎不全」（114.1）が高くなっています。

保健事業により予防可能な疾患に焦点を当ててSMRをみると、男性では「腎不全」は107.8、「脳血管疾患」は90.9、「急性心筋梗塞」は62.8で、女性では「腎不全」は114.1、「脳血管疾患」は88.5、「急性心筋梗塞」は69.1となっています。

※標準化死亡比（SMR）：基準死亡率（人口10万対の死亡者数）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者数と実際に観察された死亡者数を比較するものです。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高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断されます。

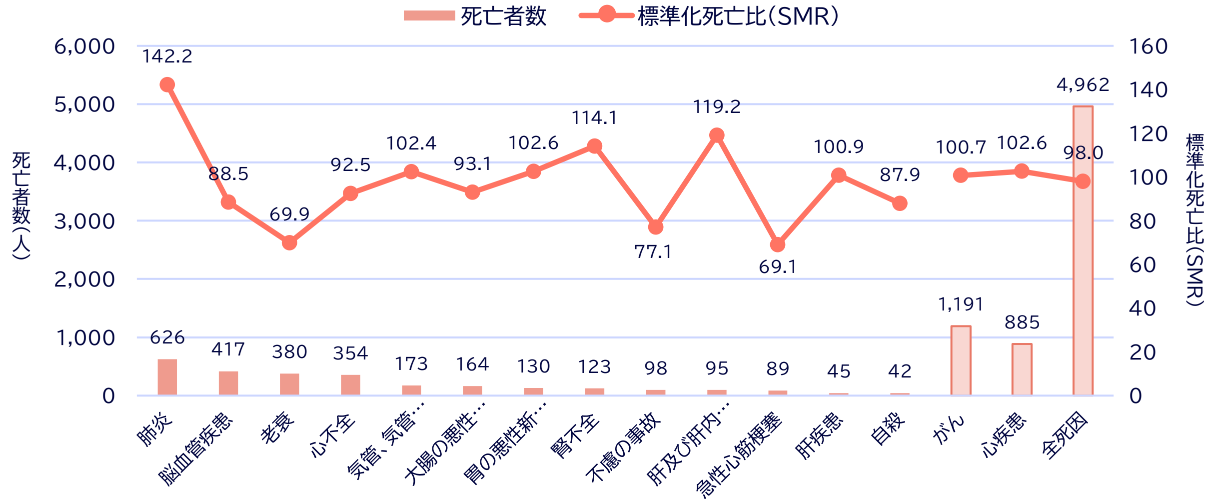
図表3-1-1-1：平成25年から平成29年までの死因別の死亡者数とSMR_男性



順位	死因	死亡者数（人）	標準化死亡比（SMR）		
			宇部市	県	国
1位	肺炎	604	127.4	119.6	100
2位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	395	102.4	99.4	
3位	脳血管疾患	354	90.9	106.2	
4位	胃の悪性新生物	216	97.9	102.0	
5位	心不全	208	98.6	94.8	
6位	大腸の悪性新生物	181	96.1	99.7	
7位	肝及び肝内胆管の悪性新生物	167	122.7	122.3	
8位	不慮の事故	162	100.4	100.6	

順位	死因	死亡者数（人）	標準化死亡比（SMR）		
			宇部市	県	国
9位	自殺	130	117.9	104.5	100
10位	老衰	103	64.6	88.2	
11位	腎不全	97	107.8	108.4	
12位	急性心筋梗塞	92	62.8	73.3	
13位	肝疾患	54	80.6	96.6	
参考	がん	1,592	100.8	102.5	
参考	心疾患	745	109.5	111.4	
参考	全死因	4,960	101.6	104.4	

図表3-1-1-2：平成25年から平成29年までの死因別の死亡者数とSMR_女性



順位	死因	死亡者数（人）	標準化死亡比（SMR）		
			宇部市	県	国
1位	肺炎	626	142.2	125.2	100
2位	脳血管疾患	417	88.5	101.5	
3位	老衰	380	69.9	90.8	
4位	心不全	354	92.5	96.0	
5位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	173	102.4	97.0	
6位	大腸の悪性新生物	164	93.1	94.6	
7位	胃の悪性新生物	130	102.6	101.1	
8位	腎不全	123	114.1	106.9	

順位	死因	死亡者数（人）	標準化死亡比（SMR）		
			宇部市	県	国
9位	不慮の事故	98	77.1	83.4	100
10位	肝及び肝内胆管の悪性新生物	95	119.2	109.7	
11位	急性心筋梗塞	89	69.1	76.4	
12位	肝疾患	45	100.9	99.1	
13位	自殺	42	87.9	90.0	
参考	がん	1,191	100.7	96.6	
参考	心疾患	885	102.6	108.1	
参考	全死因	4,962	98.0	100.6	

【出典】厚生労働省 平成25～29年 人口動態保健所・市区町村別統計

※「がん」は、表内の「がん」を含むICD-10死因簡単分類における「悪性新生物」による死亡者数の合計
※「心疾患」は、表内の「急性心筋梗塞」、「心不全」を含むICD-10死因簡単分類における「心疾患」による死亡者数の合計

2 介護の状況

(1) 要介護(要支援)認定者数・割合

令和4年度の要介護(要支援)認定者数は11,021人です。

第1号被保険者における要介護認定率は20.1%で、国・県より高くなっています。第1号被保険者のうち65-74歳の前期高齢者の要介護認定率は4.5%、75歳以上の後期高齢者では33.2%となっています。

第2号被保険者における要介護認定率は0.4%となっており、国・県と同等です。

図表3-2-1-1：令和4年度における要介護（要支援）認定者数・割合

		被保険者数（人）	認定者数（人）	認定率		
				宇部市	国	県
1号	65-74歳	24,707	1,122	4.5%	-	-
	75歳以上	29,237	9,719	33.2%	-	-
	小計	53,944	10,841	20.1%	18.7%	19.2%
2号	40-64歳	50,944	180	0.4%	0.4%	0.4%
総計		104,888	11,021	-	-	-

【出典】住民基本台帳 令和4年度
KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計
KDB帳票 S24_001-要介護（支援）者認定状況 令和4年度 累計

※認定率は、KDB帳票における年度毎の介護認定者数を住民基本台帳における年毎の人口で割って算出しています。

(2) 介護給付費

居宅サービス、施設サービスいずれの給付費も国・県より多くなっています。

図表3-2-2-1：介護レセプト一件当たりの介護給付費

	宇部市	国	県	同規模
計_一件当たり給付費（円）	58,939	59,662	62,519	56,840
（居宅）一件当たり給付費（円）	42,277	41,272	41,738	39,970
（施設）一件当たり給付費（円）	306,579	296,364	290,571	297,263

【出典】KDB帳票 S25_004-医療・介護の突合の経年比較 令和4年度 年次

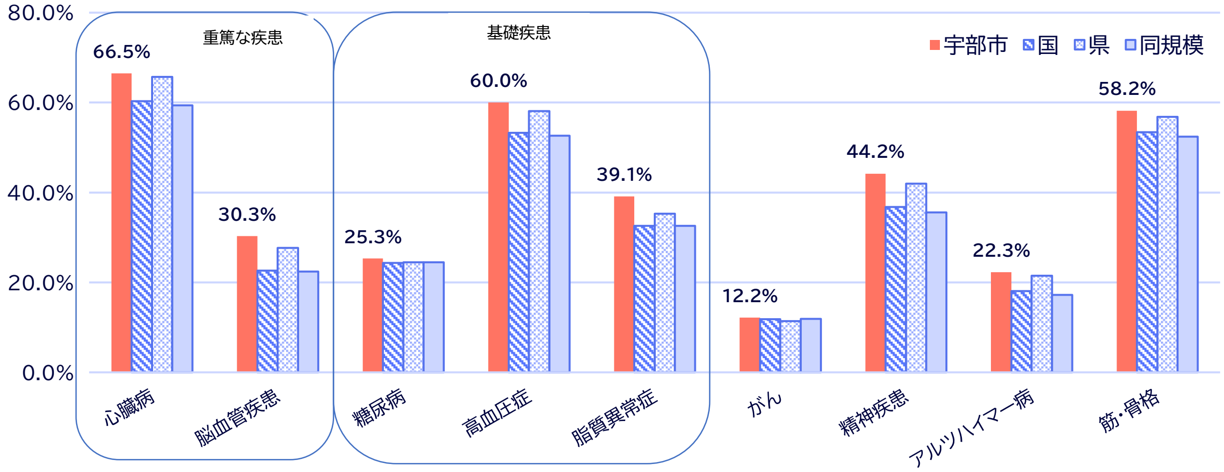
(3) 要介護･要支援認定者の有病状況

「心臓病」(66.5%)が最も高く、次いで「高血圧症」(60.0%)、「筋・骨格関連疾患」(58.2%)です。

国・県と比較すると、いずれの疾病も有病割合が高くなっています。

保健事業により予防可能な疾患に焦点を当て、介護認定者における重篤な疾患の有病割合をみると、「心臓病」は66.5%、「脳血管疾患」は30.3%となっています。また、重篤な疾患に進行する可能性のある基礎疾患の有病割合は、「糖尿病」は25.3%、「高血圧症」は60.0%、「脂質異常症」は39.1%となっています。

図表3-2-3-1：要介護・要支援認定者の有病状況



【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

3 医療の状況

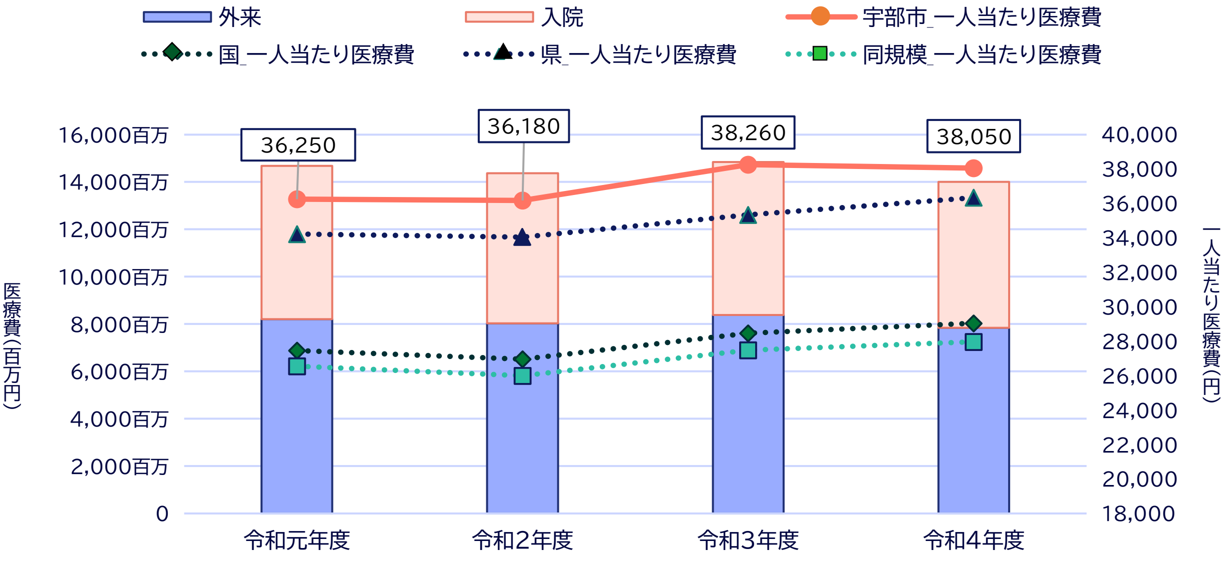
(1) 医療費

① 総医療費及び一人当たり医療費の推移

令和4年度の総医療費は140億1,200万円で、令和元年度（146億7,800万円）と比較して4.5%減少しています。

令和4年度の1か月当たりの一人当たり医療費は38,050円で、令和元年度と比較して5.0%増加しています。一人当たり医療費は国・県より高くなっています。

図表3-3-1-1：総医療費・一人当たりの医療費



【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和1年度から令和4年度 累計

※一人当たり医療費は、月平均を算出

(2) 疾病分類別入院医療費及び受診率

① 疾病分類(中分類)別入院医療費

「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」の医療費が最も高く4億4,500万円で、7.2%を占めています。

保健事業により予防可能な疾患では、高い順に「腎不全」が5位（4.6%）、「骨折」が7位（4.4%）、「脳梗塞」が8位（3.9%）、「虚血性心疾患」が14位（2.3%）、「脳内出血」が19位（1.5%）となっています。

これらの上位20疾病で、入院総医療費の65.8%を占めています。

図表3-3-2-1：疾病分類（中分類）別_入院医療費_上位20疾病（男女合計）

順位	疾病分類（中分類）	医療費（円）	一人当たり医療費（円）	割合	受診率	割合（受診率）	レセプト一件当たり医療費（円）
1位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	445,164,000	14,507	7.2%	38.6	11.4%	376,301
2位	その他の悪性新生物	354,850,180	11,564	5.8%	14.7	4.3%	785,067
3位	その他の神経系の疾患	314,581,160	10,251	5.1%	20.4	6.0%	501,724
4位	その他の心疾患	309,052,060	10,071	5.0%	11.1	3.3%	906,311
5位	腎不全	284,987,490	9,287	4.6%	13.9	4.1%	668,985
6位	その他の呼吸器系の疾患	280,220,180	9,132	4.5%	11.5	3.4%	791,582
7位	骨折	271,981,790	8,863	4.4%	11.7	3.4%	757,609
8位	脳梗塞	238,545,290	7,773	3.9%	10.9	3.2%	716,352
9位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	168,585,530	5,494	2.7%	6.7	2.0%	814,423
10位	その他の消化器系の疾患	164,817,780	5,371	2.7%	15.6	4.6%	343,370
11位	関節症	144,980,800	4,725	2.4%	5.0	1.5%	947,587
12位	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	144,241,650	4,700	2.3%	8.4	2.5%	561,252
13位	その他の精神及び行動の障害	142,313,560	4,638	2.3%	8.3	2.4%	558,092
14位	虚血性心疾患	141,240,970	4,603	2.3%	5.1	1.5%	893,930
15位	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	136,690,460	4,454	2.2%	11.4	3.4%	389,432
16位	てんかん	119,458,500	3,893	1.9%	8.3	2.4%	470,309
17位	悪性リンパ腫	112,379,190	3,662	1.8%	1.8	0.5%	2,006,771
18位	肺炎	98,309,060	3,204	1.6%	5.4	1.6%	595,812
19位	脳内出血	92,314,510	3,008	1.5%	3.7	1.1%	802,735
20位	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	89,647,510	2,921	1.5%	4.1	1.2%	705,886

【出典】KDB帳票 S23_004-疾病別医療費分析（中分類） 令和4年度 累計

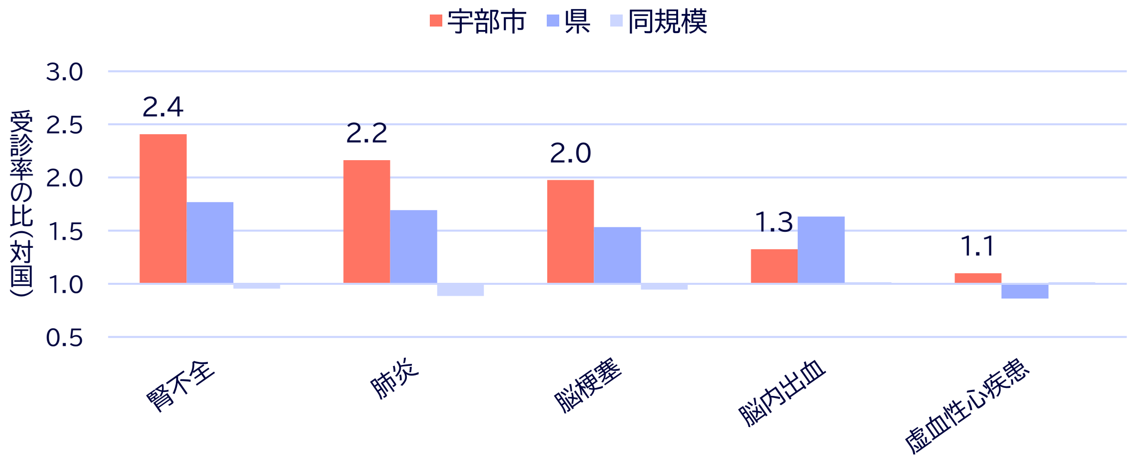
※受診率：被保険者千人当たりのレセプト件数

② 疾病分類(中分類)別入院受診率の比較

入院医療費が上位の疾病について、国との比が1を超えているものは国よりも受診率が高い疾病、すなわち医療機関を受診している人が国平均よりも多い疾病です。国と比較して受診率が特に高い疾病は「腎不全」が2.4倍、「肺炎」が2.2倍です。

また、循環器系疾患について国との受診率の比をみると、「脳梗塞」（2.0）、「虚血性心疾患」（1.1）、「脳内出血」（1.3）となっています。

図表3-3-2-2：疾病分類（中分類）別_入院受診率比較（男女合計）



【出典】KDB帳票 S23_004-疾病別医療費分析（中分類） 令和4年度 累計

(3) 疾病分類別外来医療費及び受診率

① 疾病分類(中分類)別外来医療費

「腎不全」の医療費が最も高く7億6,800万円で、外来総医療費の9.9%を占めています。受診率とレセプト一件当たり医療費をみると、一件当たり医療費が他の疾病と比較して高く、「腎不全」の外来医療費が高額な原因となっています。

次いで外来医療費が高いのは「糖尿病」で6億7,100万円(8.6%)、「その他の悪性新生物」で4億6,100万円(5.9%)となっており、上位20疾病で外来総医療費の68.2%を占めています。

保健事業により予防可能な疾患という観点で重篤な疾患についてみると、「腎不全」が外来医療費の上位に入っています。

一方で、重篤な疾患に進行する可能性のある基礎疾患については、「糖尿病」、「高血圧症」、「脂質異常症」が外来医療費の上位に入っています。

図表3-3-3-1:疾病分類(中分類)別_外来医療費_上位20疾病(男女合計)

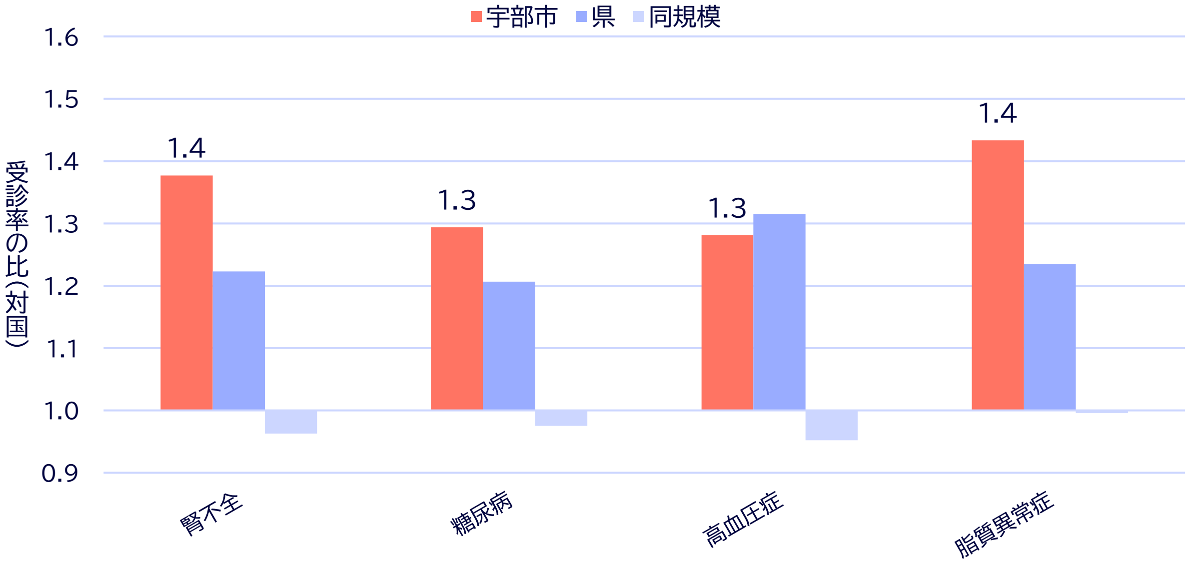
順位	疾病分類(中分類)	医療費(円)	一人当たり医療費(円)	割合	受診率	割合(受診率)	レセプト一件当たり医療費(円)
1位	腎不全	768,460,090	25,042	9.9%	82.0	0.8%	305,429
2位	糖尿病	670,680,040	21,856	8.6%	842.6	7.8%	25,938
3位	その他の悪性新生物	461,441,400	15,037	5.9%	92.9	0.9%	161,796
4位	高血圧症	393,733,160	12,831	5.1%	1112.3	10.3%	11,535
5位	その他の心疾患	349,944,550	11,404	4.5%	360.5	3.3%	31,629
6位	脂質異常症	320,123,760	10,432	4.1%	817.5	7.6%	12,761
7位	その他の消化器系の疾患	267,098,800	8,704	3.4%	320.9	3.0%	27,125
8位	その他の神経系の疾患	262,504,260	8,554	3.4%	349.0	3.2%	24,510
9位	その他の眼及び付属器の疾患	261,085,910	8,508	3.4%	615.8	5.7%	13,816
10位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	213,752,300	6,966	2.8%	25.5	0.2%	273,341
11位	喘息	179,538,120	5,851	2.3%	228.6	2.1%	25,590
12位	炎症性多発性関節障害	178,775,180	5,826	2.3%	151.6	1.4%	38,430
13位	気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	162,924,270	5,309	2.1%	297.7	2.8%	17,837
14位	乳房の悪性新生物	149,063,560	4,858	1.9%	48.9	0.5%	99,310
15位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	139,207,920	4,536	1.8%	156.9	1.5%	28,911
16位	骨の密度及び構造の障害	116,384,530	3,793	1.5%	242.1	2.2%	15,666
17位	関節症	106,569,850	3,473	1.4%	274.5	2.5%	12,651
18位	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	100,528,950	3,276	1.3%	269.0	2.5%	12,178
19位	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	98,753,000	3,218	1.3%	149.8	1.4%	21,487
20位	その他の内分泌、栄養及び代謝障害	95,726,890	3,119	1.2%	53.1	0.5%	58,764

【出典】KDB帳票 S23_004-疾病別医療費分析(中分類) 令和4年度 累計

② 疾病分類(中分類)別外来受診率の比較

重篤な疾患について国との受診率の比をみると、「腎不全」（1.4）となっています。基礎疾患については「糖尿病」（1.3）、「高血圧症」（1.3）、「脂質異常症」（1.4）となっています。

図表3-3-3-2：疾病分類（中分類）別_外来受診率比較_上位の疾病（男女合計）



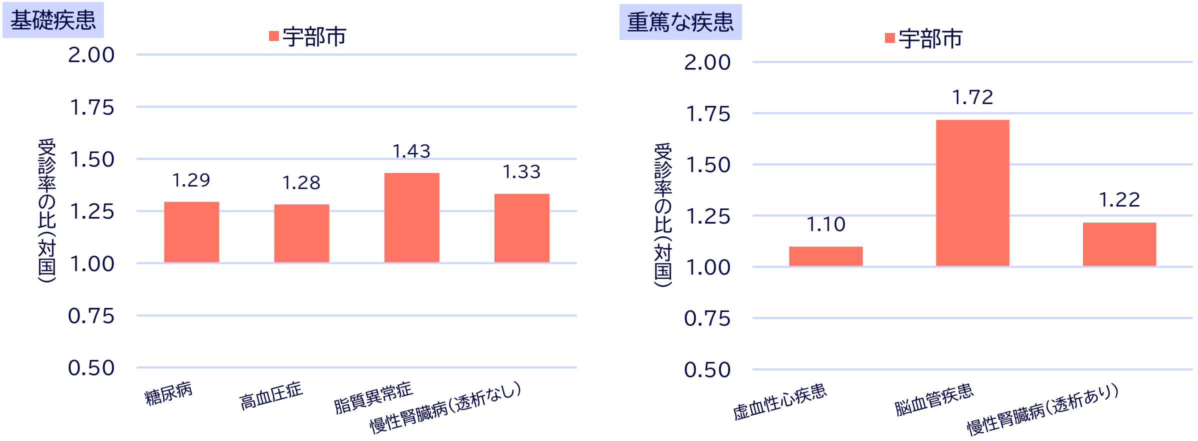
【出典】KDB帳票 S23_004-疾病別医療費分析（中分類） 令和4年度 累計

(4) 生活習慣病(基礎疾患・重篤な疾患)における受診率

① 生活習慣病における基礎疾患と重篤な疾患の受診率

国との受診率の比をみると、基礎疾患及び「慢性腎臓病（透析なし）」と重篤な疾患の受診率は、いずれも国より高くなっています。

図表3-3-4-1：生活習慣病における基礎疾患と重篤な疾患の受診率（国を1とする）



【出典】KDB帳票 S23_004-疾病別医療費分析（中分類） 令和4年度 累計
KDB帳票 S23_005-疾病別医療費分析（細小（82）分類） 令和4年度 累計

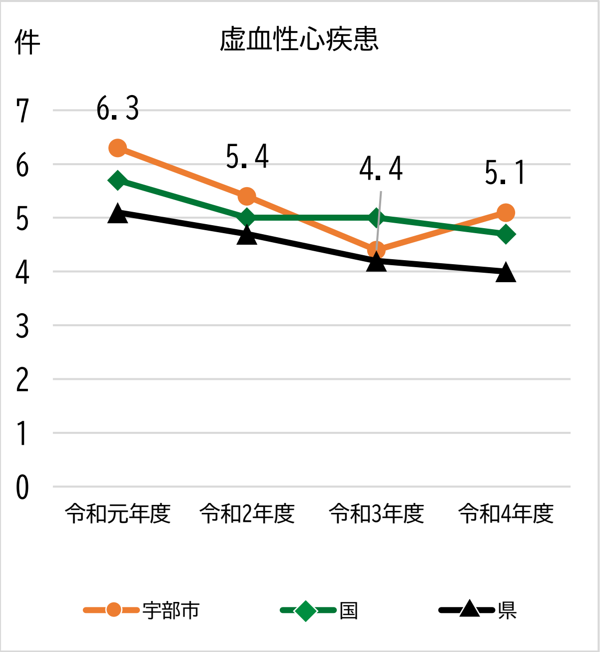
※グラフ内の脳血管疾患は、KDBシステムにて設定されている疾病分類（中分類）区分のうち「くも膜下出血」、「脳内出血」、「脳梗塞」、「脳動脈硬化（症）」、「その他の脳血管疾患」をまとめています。
※グラフ内の「糖尿病」、「高血圧症」、「脂質異常症」は、KDBシステムにて設定されている疾病分類（中分類）区分を集計しています。
※グラフ内の「虚血性心疾患」、「脳血管疾患」は入院、それ以外の疾病分類は外来を集計しています。

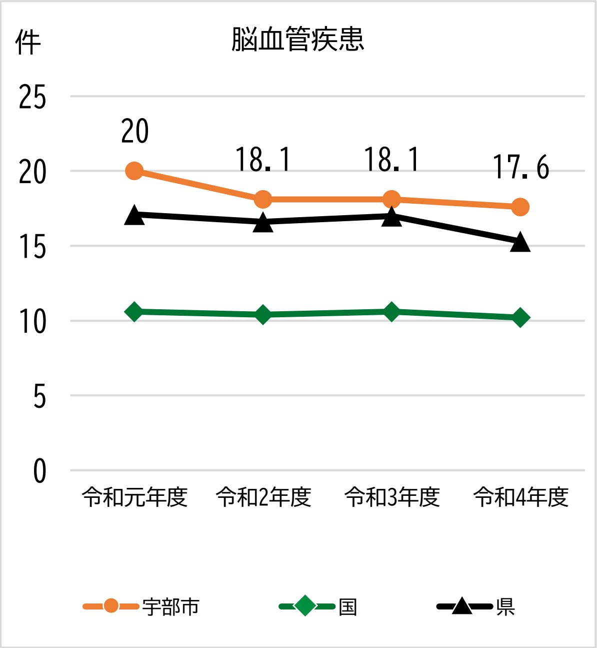
② 生活習慣病における重篤な疾患の受診率の推移

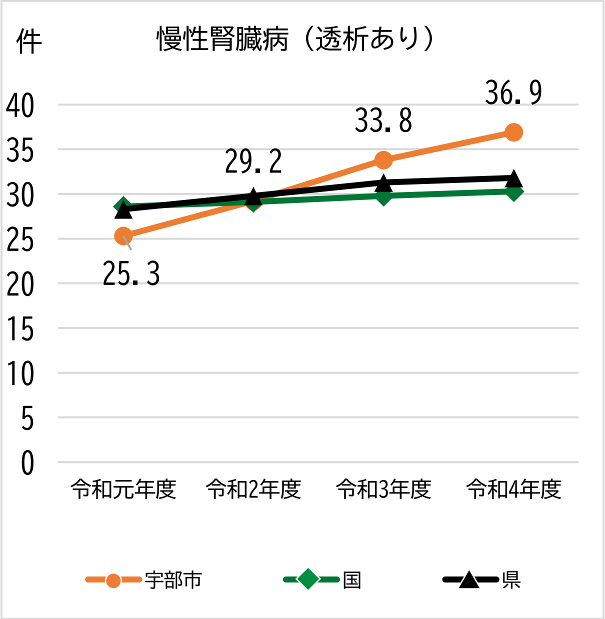
令和4年度の「虚血性心疾患」、「脳血管疾患」、「慢性腎臓病（透析あり）」の受診率は、国・県より高くなっています。

令和元年度と比較して令和4年度は、「虚血性心疾患」、「脳血管疾患」は低く、「慢性腎臓病」は高くなっています。

図表3-3-4-2：生活習慣病における重篤な疾患の受診率







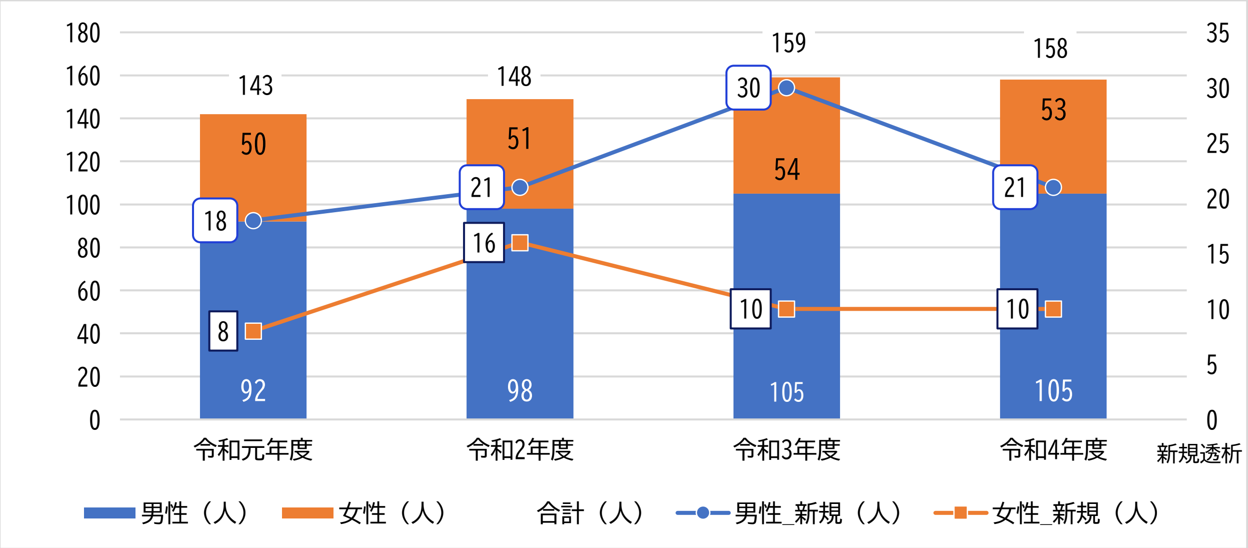
【出典】
KDB帳票 S23_004-疾病別医療費分析（中分類） 令和元年度から令和4年度 累計
KDB帳票 S23_005-疾病別医療費分析（細小（82）分類） 令和元年度から令和4年度 累計
※グラフ内の「虚血性心疾患」と「脳血管疾患」は入院、「慢性腎臓病（透析あり）」は外来を集計しています。

③ 人工透析患者数の推移

令和4年度の患者数は158人で、令和元年度の143人と比較して15人増加しています。

令和4年度における新規の人工透析患者数は令和元年度と比較して増加しており、令和4年度においては男性21人、女性10人となっています。

図表3-3-4-3：人工透析患者数



【出典】KDB帳票 S23_001-医療費分析（1）細小分類 令和元年から令和5年 各月

※グラフ内の「男性」、「女性」、「合計」は、各月の患者数から平均患者数を集計しています。
※グラフ内の「男性_新規」、「女性_新規」は、各年度内の新規の人工透析患者数を集計しています。

(5) 生活習慣病の重篤な疾患患者における基礎疾患の有病状況

① 生活習慣病の重篤な疾患患者における基礎疾患の有病状況

令和4年度3月時点の「虚血性心疾患」の患者1,405人のうち基礎疾患の有病状況は、「糖尿病」は52.6%、「高血圧症」は84.8%、「脂質異常症」は77.4%です。

また、「脳血管疾患」の患者2,015人では、「糖尿病」は39.9%、「高血圧症」は79.1%、「脂質異常症」は66.9%となっています。

人工透析の患者161人では、「糖尿病」は62.1%、「高血圧症」は93.8%、「脂質異常症」は62.7%となっています。

図表3-3-5-1：生活習慣病の重篤な疾患患者における基礎疾患の有病状況

		男性		女性		合計	
		人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
虚血性心疾患		834	-	571	-	1,405	-
基礎疾患	糖尿病	467	56.0%	272	47.6%	739	52.6%
	高血圧症	720	86.3%	472	82.7%	1,192	84.8%
	脂質異常症	634	76.0%	453	79.3%	1,087	77.4%

		男性		女性		合計	
		人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
脳血管疾患		1,080	-	935	-	2,015	-
基礎疾患	糖尿病	472	43.7%	331	35.4%	803	39.9%
	高血圧症	882	81.7%	711	76.0%	1,593	79.1%
	脂質異常症	674	62.4%	675	72.2%	1,349	66.9%

		男性		女性		合計	
		人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
人工透析		104	-	57	-	161	-
基礎疾患	糖尿病	69	66.3%	31	54.4%	100	62.1%
	高血圧症	98	94.2%	53	93.0%	151	93.8%
	脂質異常症	63	60.6%	38	66.7%	101	62.7%

【出典】KDB帳票 S21_018-厚生労働省様式（様式3-5） 令和5年5月
KDB帳票 S21_019-厚生労働省様式（様式3-6） 令和5年5月
KDB帳票 S21_020-厚生労働省様式（様式3-7） 令和5年5月

② 基礎疾患の有病状況

令和4年度3月時点で、被保険者全体の有病状況は「糖尿病」が4,310人（14.6%）、「高血圧症」が8,402人（28.4%）、「脂質異常症」が7,693人（26.0%）となっています。

図表3-3-5-2：基礎疾患の有病状況

		男性		女性		合計	
		人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
被保険者数		13,796	-	15,772	-	29,568	-
基礎疾患	糖尿病	2,306	16.7%	2,004	12.7%	4,310	14.6%
	高血圧症	4,168	30.2%	4,234	26.8%	8,402	28.4%
	脂質異常症	3,329	24.1%	4,364	27.7%	7,693	26.0%

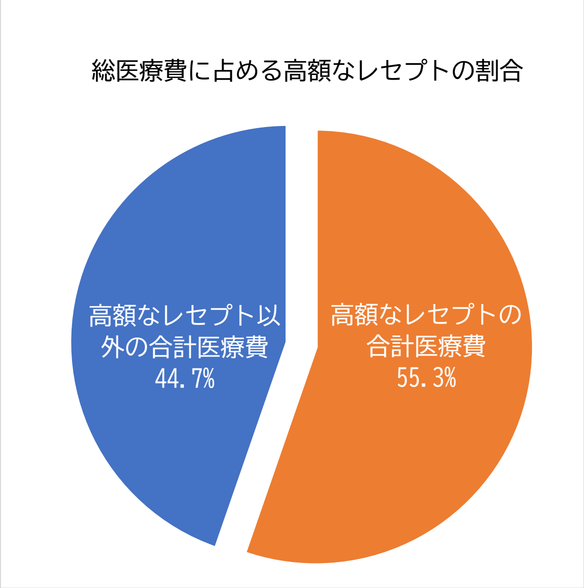
【出典】KDB帳票 S21_014-厚生労働省様式（様式3-1） 令和5年5月

（6）高額なレセプトの状況

令和4年度のレセプトのうち、1か月当たり30万円以上のレセプトは77億5,000万円、総医療費の55.3%を占めています。

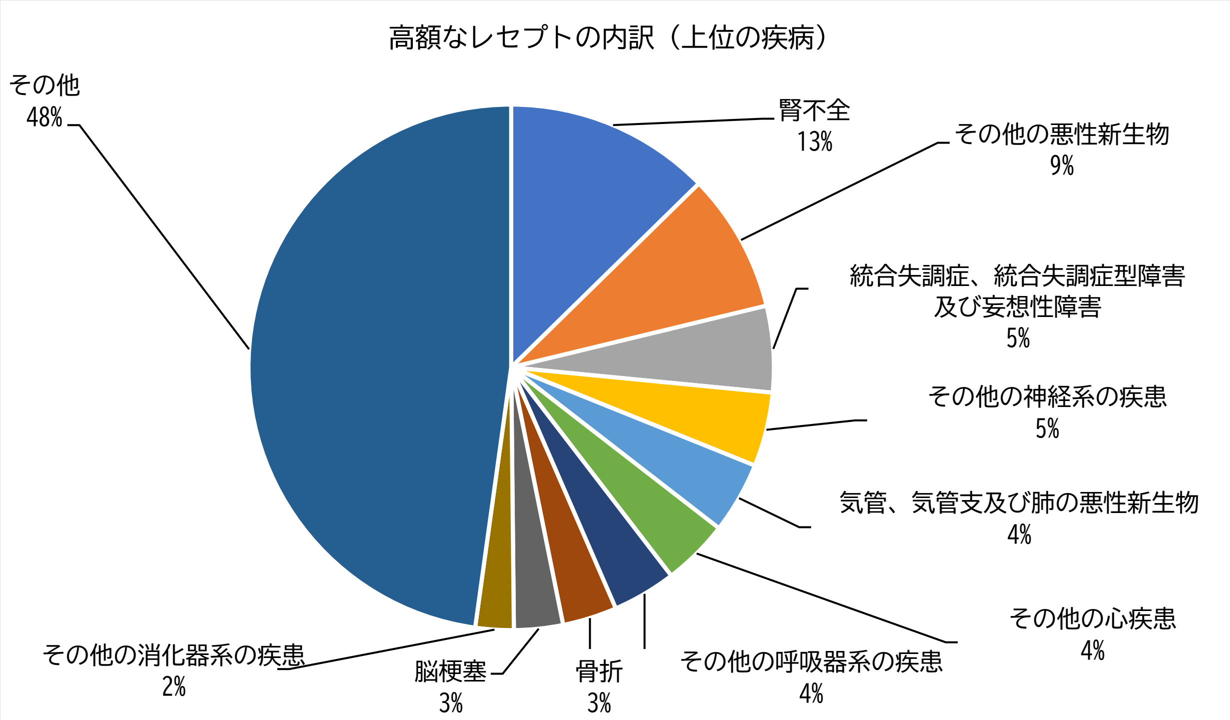
保健事業により予防可能な疾患で、重篤な疾患についてみると、「腎不全」、「脳梗塞」が上位10位に入っています。

図表3-3-6-1：疾病分類（中分類）別_1か月当たり30万円以上のレセプトの状況



	医療費（円）	総医療費に占める割合
令和4年度_総数	14,011,745,080	-
高額なレセプトの合計	7,750,017,670	55.3%

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計
KDB帳票 S21_011-厚生労働省様式（様式1-1） 令和4年6月から令和5年5月



4 特定健診・特定保健指導・生活習慣の状況

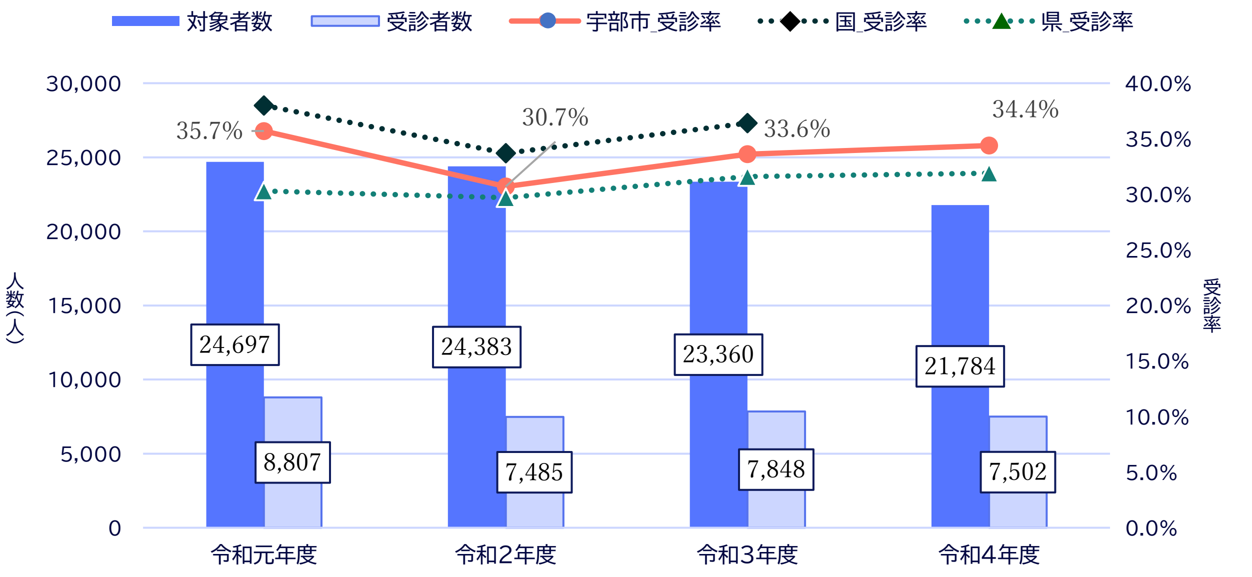
(1) 特定健診受診率

① 特定健診受診率の推移

令和4年度の特定健診受診率は34.4%であり、県より高く、経年の推移をみると、令和元年度と比較して1.3ポイント低下しています。令和3年度まで国より低く県より高い状況です。（図表3-4-1-1）

年齢階層別にみると、40-49歳の特定健診受診率が上昇しています。(図表3-4-1-2)

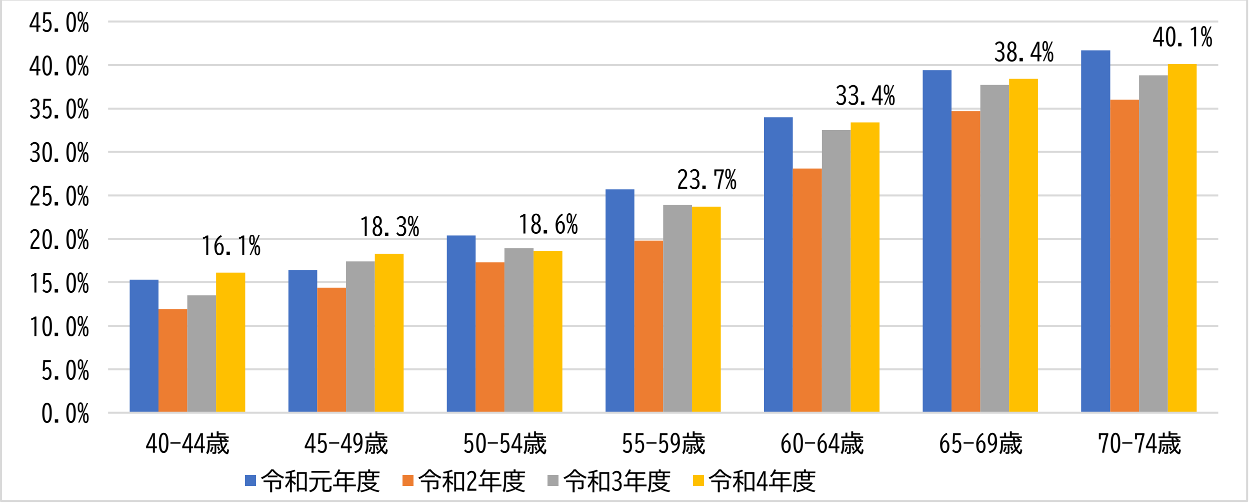
図表3-4-1-1：特定健診受診率（法定報告値）



【出典】厚生労働省 2019年度から2021年度特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別）
公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 令和元年度から令和3年度

※法定報告値に係る図表における令和4年度の数値は速報値です（以下同様）。

図表3-4-1-2：年齢階層別_特定健診受診率



【出典】特定健診・特定保健指導実施結果報告（法定報告） 令和元年度から令和4年度

② 特定健診の受診状況と生活習慣病の治療状況

特定健診受診者で、生活習慣病治療中の人は6,320人で、特定健診対象者の28.4%、特定健診受診者の83.9%を占めています。他方、特定健診未受診者で、生活習慣病のレセプトがある人は10,231人で、特定健診対象者の45.9%、特定健診未受診者の69.3%を占めています。

特定健診未受診者のうち、治療をしていない人は4,522人で、特定健診対象者の20.3%であり、これらの人の健康状態を把握するのは難しい状況にあります。

※この項における生活習慣病とは、KDBが定める生活習慣病（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・骨格関連疾患及び精神疾患）を指します。

図表3-4-1-3：特定健診の受診状況と生活習慣病の治療状況

		40-64歳		65-74歳		合計		
		人数（人）	対象者に占める割合	人数（人）	対象者に占める割合	人数（人）	対象者に占める割合	特定健診受診者・未受診者に占める割合
対象者数		7,180	-	15,105	-	22,285	-	-
特定健診受診者数		1,656	-	5,876	-	7,532	-	-
	生活習慣病_治療なし	453	6.3%	759	5.0%	1,212	5.4%	16.1%
	生活習慣病_治療中	1,203	16.8%	5,117	33.9%	6,320	28.4%	83.9%
特定健診未受診者数		5,524	-	9,229	-	14,753	-	-
	生活習慣病_治療なし	2,420	33.7%	2,102	13.9%	4,522	20.3%	30.7%
	生活習慣病_治療中	3,104	43.2%	7,127	47.2%	10,231	45.9%	69.3%

【出典】KDB帳票 S21_027-厚生労働省様式（様式5-5） 令和4年度 年次

※KDB帳票と法定報告値は、データの登録時期が異なるため値がずれます（以下同様）。

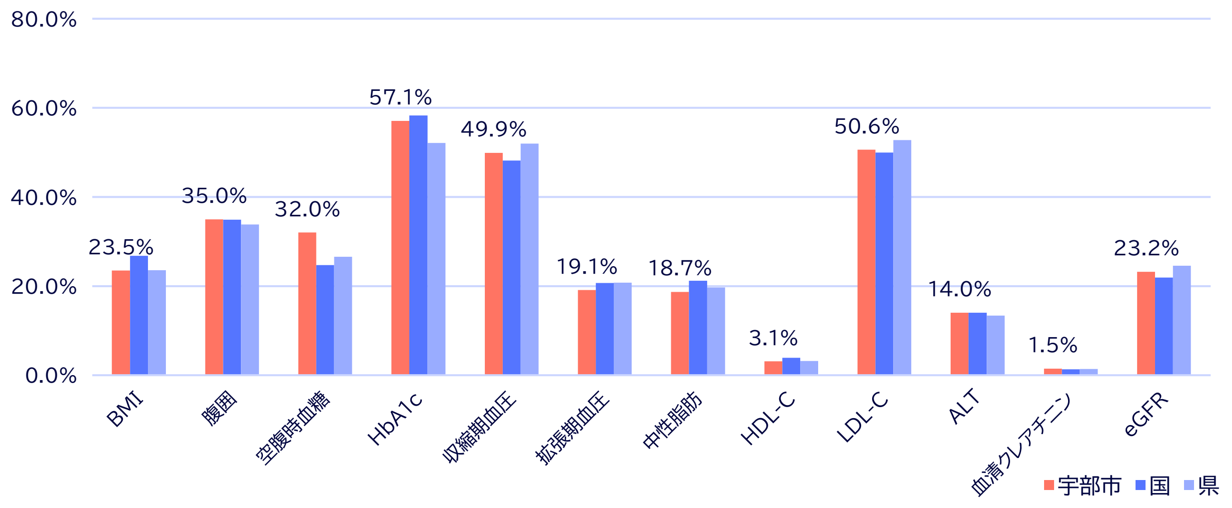
(2) 有所見者の状況

① 特定健診受診者における有所見者の割合

HbA1c（57.1%）、LDL-C（50.6%）、収縮期血圧（49.9%）の順に高い状況です。

国や県と比較して「腹囲」、「空腹時血糖」、「血清クレアチニン」の有所見率が高くなっています。

図表3-4-2-1：特定健診受診者における有所見者の割合



【出典】KDB帳票 S21_024-厚生労働省様式（様式5-2） 令和4年度 年次

参考：検査項目ごとの有所見定義

BMI	25kg/㎡以上	中性脂肪	150mg/dL以上
腹囲	男性：85cm以上、女性：90cm以上 （内臓脂肪面積の場合：100㎠以上）	HDL-C	40mg/dL未満
		LDL-C	120mg/dL以上
空腹時血糖	100mg/dL以上	ALT	31U/L以上
HbA1c	5.6%以上	血清クレアチニン	1.3mg/dL以上
収縮期血圧	130mmHg以上	eGFR	60ml/分/1.73㎡未満
拡張期血圧	85mmHg以上		

【出典】KDBシステム 各帳票等の項目にかかる集計要件

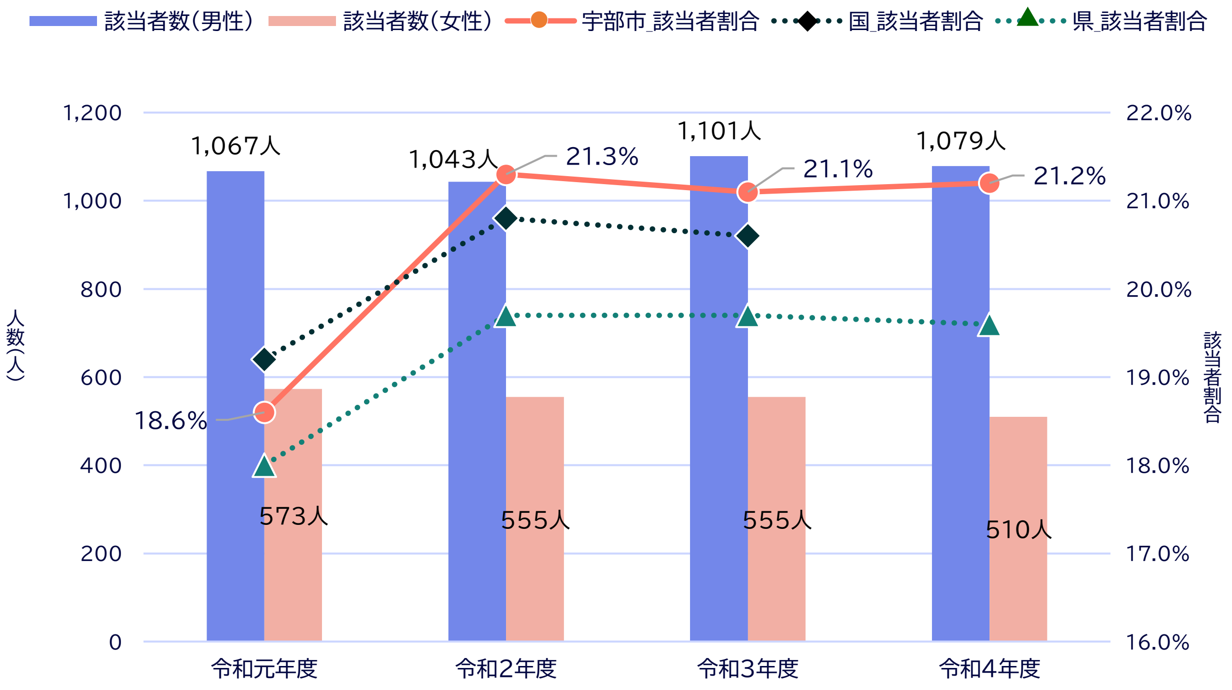
(3) メタボリックシンドロームの状況

① 特定健診受診者におけるメタボ該当者数とメタボ予備群該当者数

　令和4年度におけるメタボリックシンドローム該当者（以下「メタボ該当者」という）は男性1,079人、女性510人、合わせて1,589人で特定健診受診者（7,502人）における該当者割合は21.2%となり、県より高くなっています。いずれの年度においても男性の方が高くなっています。令和4年度と令和元年度を比較すると2.6ポイント増加しています。（図表3-4-3-1）

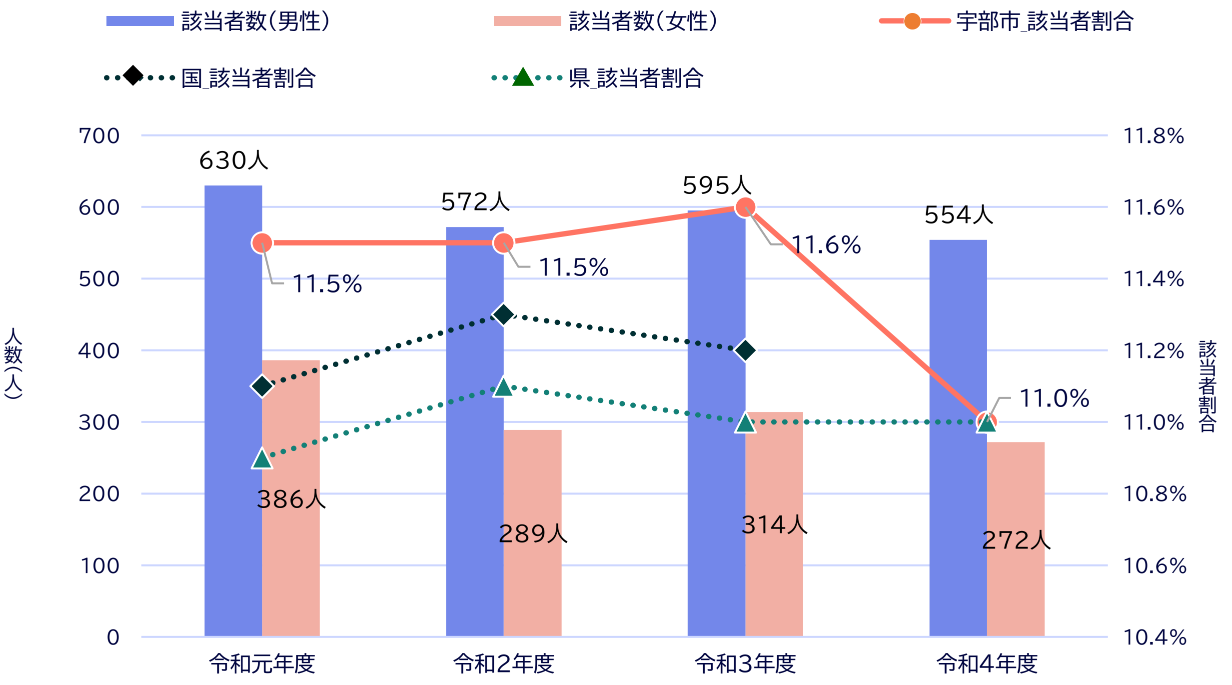
　メタボリックシンドローム予備群該当者（以下「メタボ予備群該当者」という。）は男性554人、女性272人、合わせて826人で特定健診受診者における該当者割合は11.0%となっており、該当者割合は県と同じです。いずれの年度においても男性の方が高くなっています。令和4年度と令和元年度を比較すると0.5ポイント減少しています。（図表3-4-3-2）

図表3-4-3-1：特定健診受診者におけるメタボ該当者数・割合



【出典】特定健診・特定保健指導実施結果報告（法定報告） 令和元年度から令和4年度

図表3-4-3-2：特定健診受診者におけるメタボ予備群該当者数・割合



【出典】特定健診・特定保健指導実施結果報告（法定報告） 令和元年度から令和4年度

参考：メタボリックシンドローム判定値の定義

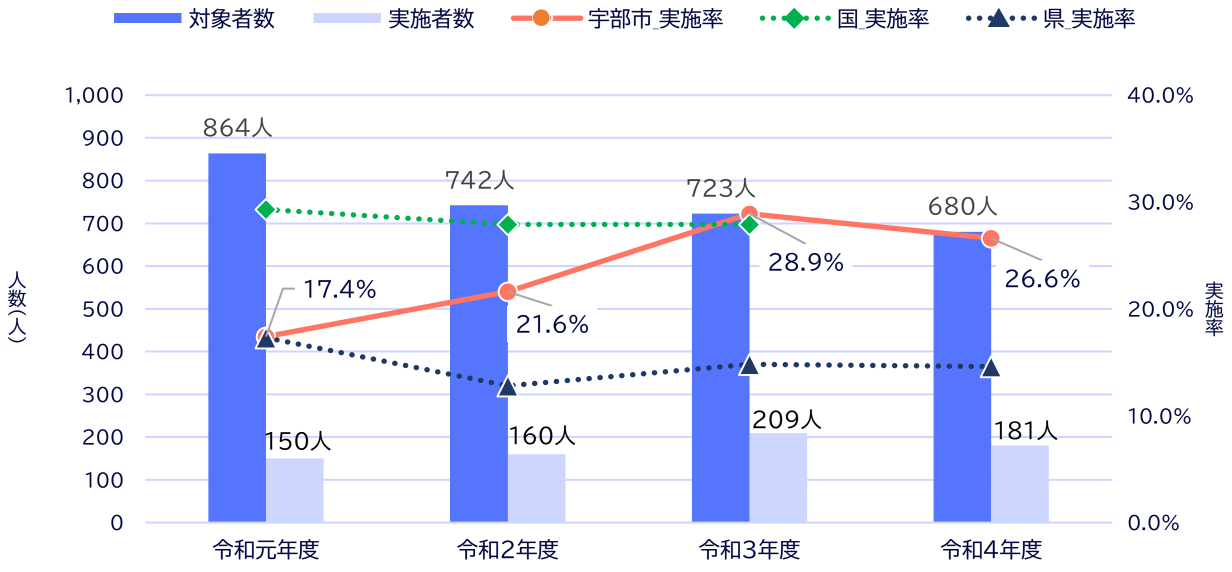
メタボ該当者	腹囲 85cm（男性） 90cm（女性）以上	以下の追加リスクのうち2つ以上該当
メタボ予備群該当者		以下の追加リスクのうち1つ該当
追加リスク	血糖	空腹時血糖110mg/dL以上
	血圧	収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上
	脂質	中性脂肪150mg/dL以上、またはHDLコレステロール40mg/dL未満

【出典】厚生労働省 メタボリックシンドロームの診断基準

(4) 特定保健指導実施率

　特定保健指導対象者数は令和4年度は680人で、特定健診受診者7,502人中9.1%を占めます。特定保健指導対象者のうち特定保健指導を終了した人の割合、すなわち特定保健指導実施率は26.6%で、県より高くなっています。
　令和4年度の実施率は、令和元年度の実施率17.4%と比較すると9.2ポイント上昇しています。

図表3-4-4-1：特定保健指導実施率（法定報告値）



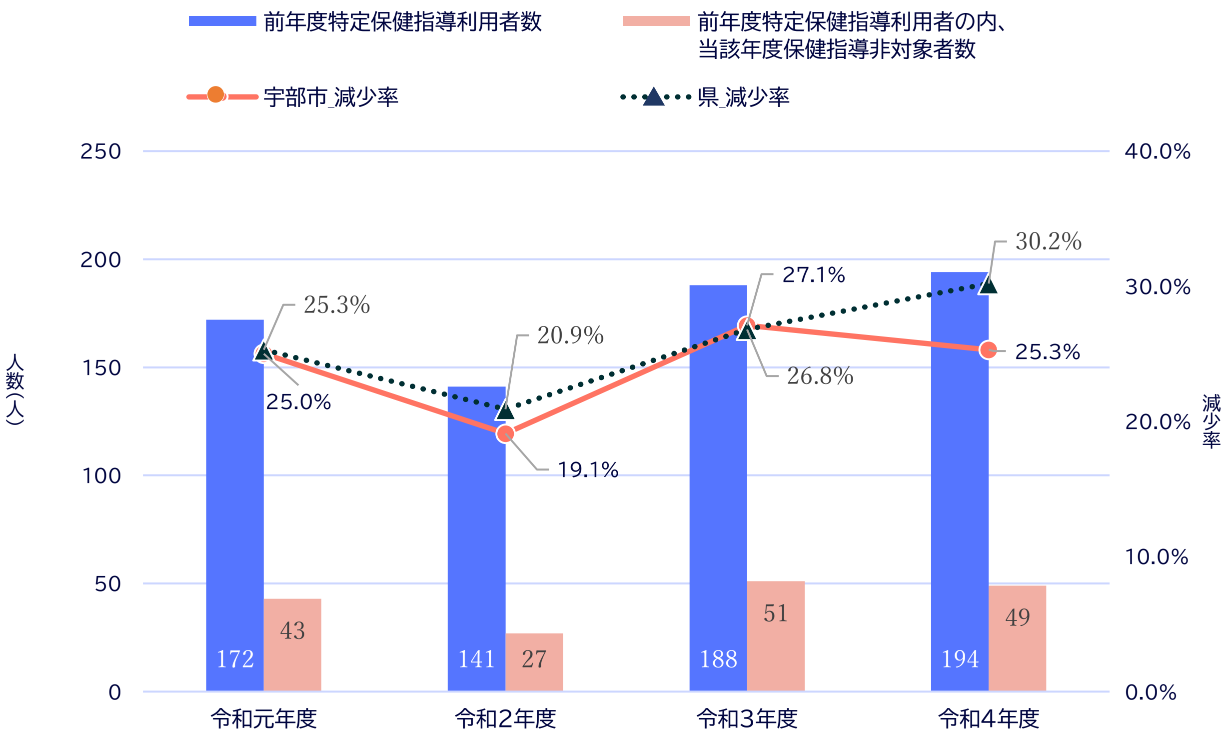
【出典】特定健診・特定保健指導実施結果報告（法定報告）　令和元年度から令和4年度

　特定保健指導とは、「特定健康診査の結果に基づき、主にメタボリックシンドロームの予防や解消を目的に行われる健康支援」（厚生労働省 生活習慣病予防のための健康情報サイトより引用）です。特定保健指導実施率をみることで、前述のメタボ該当者とメタボ予備群該当者のうち、どの程度の特定保健指導の対象者に対して支援できているのかが分かります。

(5) 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率【県の共通指標】

令和4年度では前年度特定保健指導利用者194人のうち当該年度に特定保健指導の対象ではなくなった者の数は49人で、特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率は25.3%であり、県より低い状況です。令和4年度の特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率は、令和元年度と比較すると0.3ポイント向上しています。

図表3-4-5-1：前年度特定保健指導利用者の内、当該年度保健指導非対象者数



【出典】特定健診・特定保健指導実施結果報告（法定報告） 令和元年度から令和4年度

(6) 受診勧奨対象者の状況

① 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【県の共通指標】

令和4年度の特定健診受診者でHbA1c 6.5%以上かつ糖尿病のレセプトがない者は72人で、HbA1c 6.5%以上の者711人中10.1%です。令和元年度と比較して2.2ポイント 減少しています。

図表3-4-6-1：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

		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
HbA1c　6.5%以上の者（人）		827	697	766	711
	HbA1c　6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者（人）	102	81	87	72
	割合（%）	12.3	11.6	11.4	10.1

【出典】KDB帳票 S26_026-集計対象者一覧 令和元年度から令和4年度 累計

② HbA1c 8.0%以上の者の割合【県の共通指標】

令和4年度特定健診受診者でHbA1c 8.0%以上の者は89人で、HbA1cの検査結果がある者7,480人中1.2%です。令和元年度以降横ばいの状況です。

図表3-4-6-2：HbA1c 8.0%以上の者の割合

		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定健康診査受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者（人）		8,738	7,447	7,793	7,480
	HbA1c　8.0%以上の者（人）	106	93	91	89
	割合（%）	1.2	1.2	1.2	1.2

【出典】KDB帳票 S26_026-集計対象者一覧 令和元年度から令和4年度 累計

③ 血圧が保健指導判定値以上の者の割合【県の共通指標】

令和4年度特定健診受診者で血圧が保健指導判定値以上の者は3,938人で、血圧の検査結果がある者7,516人中52.4%です。令和元年度と比較して1.7ポイント上昇しています。

図表3-4-6-3：血圧が保健指導判定値以上の者の割合

		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定健康診査受診者のうち、血圧の検査結果がある者（人）		8,814	7,477	7,854	7,516
	血圧が保健指導判定値以上の者　※条件を満たす者（人）	4,469	4,188	4,294	3,938
	割合（%）	50.7	56.0	54.7	52.4

【出典】KDB帳票 S26_026-集計対象者一覧 令和元年度から令和4年度 累計

※条件　①かつ/または②を満たす

①収縮期血圧	130mmHg以上
②拡張期血圧	85mmHg以上

④ 受診勧奨対象者における服薬状況

令和4年度の特定健診において、血糖がHbA1c6.5%以上であった716人の23.2%、血圧がⅠ度高血圧以上であった2,209人の43.8%、脂質がLDL-C140mg/dL以上であった1,993人の74.0%が服薬なしでした。

また、腎機能については、eGFR45ml/分/1.73m²未満であった150人の14.0%が血糖や血圧などの薬剤の服薬なしでした。

図表3-4-6-4：特定健診受診者における受診勧奨対象者（血糖・血圧・脂質）の服薬状況

血糖（HbA1c）高値該当者数（人）		服薬なし_人数（人）	服薬なし_割合（%）
6.5%以上7.0%未満	362	120	33.1%
7.0%以上8.0%未満	265	34	12.8%
8.0%以上	89	12	13.5%
合計	716	166	23.2%

血圧高値該当者数（人）		服薬なし_人数（人）	服薬なし_割合（%）
Ⅰ度高血圧	1,732	769	44.4%
Ⅱ度高血圧	390	166	42.6%
Ⅲ度高血圧	87	32	36.8%
合計	2,209	967	43.8%

脂質（LDL-C）高値該当者数（人）		服薬なし_人数（人）	服薬なし_割合（%）
140mg/dL以上160mg/dL未満	1,170	894	76.4%
160mg/dL以上180mg/dL未満	523	392	75.0%
180mg/dL以上	300	189	63.0%
合計	1,993	1,475	74.0%

腎機能低値該当者数（人）		服薬なし_人数（人）	服薬なし_割合（%）	服薬なしのうち、透析なし_人数（人）	該当者のうち、服薬なし_透析なし_割合（%）
30ml/分/1.73m²以上45ml/分/1.73m²未満	134	19	14.2%	18	13.4%
15ml/分/1.73m²以上30ml/分/1.73m²未満	12	0	0.0%	0	0.0%
15ml/分/1.73m²未満	4	2	50.0%	2	50.0%
合計	150	21	14.0%	20	13.3%

【出典】KDB帳票 S26_005-保健指導対象者一覧（受診勧奨判定値の者） 令和4年度 累計

参考：Ⅰ度・Ⅱ度・Ⅲ度高血圧の定義

Ⅰ度高血圧	収縮期血圧140-159mmHg かつ/または 拡張期血圧90-99mmHg
Ⅱ度高血圧	収縮期血圧160-179mmHg かつ/または 拡張期血圧100-109mmHg
Ⅲ度高血圧	収縮期血圧180mmHg以上 かつ/または 拡張期血圧110mmHg以上

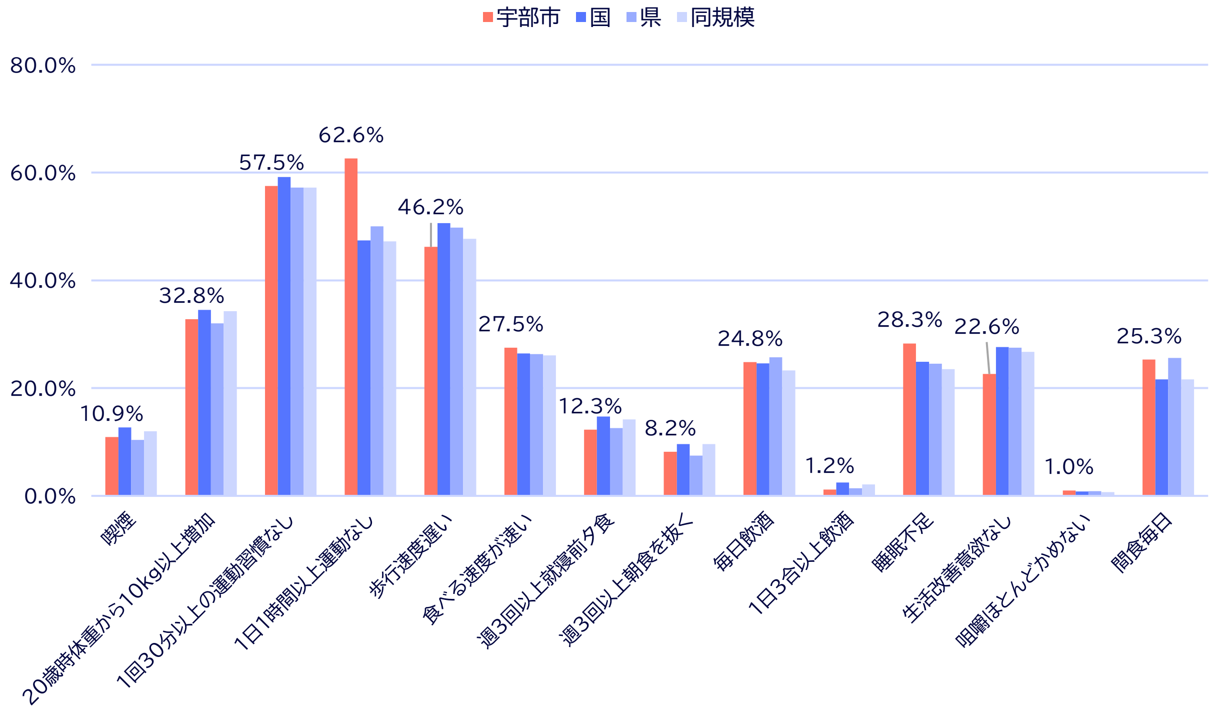
【出典】KDBシステム 各帳票等の項目にかかる集計要件

(7) 質問票の状況

① 特定健診受診者における質問票の回答状況

国や県と比較して「1日1時間以上運動なし」、「食べる速度が速い」、「睡眠不足」の回答割合が高くなっています。

図表3-4-7-1：特定健診受診者における質問票項目別回答者の割合



【出典】KDB帳票 S25_001-質問票調査の経年比較 令和4年度 年次

5 その他の状況

(1) 重複服薬の状況

重複服薬の状況をみると、重複処方該当者数は265人です。

※重複処方該当者：重複処方を受けた人のうち、3医療機関以上かつ複数の医療機関から重複処方が発生した薬効分類数が1以上、または2医療機関以上かつ複数の医療機関から重複処方が発生した薬効分類数が2以上に該当する者

図表3-5-1-1：重複服薬の状況（薬効分類単位で集計）

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効分類数（同一月内）									
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上
重複処方を受けた人	2医療機関以上	1,040	225	60	22	12	7	3	2	2	2
	3医療機関以上	40	31	23	12	7	3	1	1	1	1
	4医療機関以上	7	6	6	4	3	1	0	0	0	0
	5医療機関以上	4	3	3	2	2	1	0	0	0	0

【出典】KDB帳票 S27_013-重複・多剤処方の状況 令和5年3月診療分

(2) 多剤服薬の状況

多剤服薬の状況をみると、多剤処方該当者数は108人です。

※多剤処方該当者：同一薬剤に関する処方日数が1日以上かつ処方薬剤数（同一月内）が15剤以上に該当する者

図表3-5-2-1：多剤服薬の状況（薬効分類単位で集計）

		処方薬剤数（同一月内）											
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上	20以上
処方日数	1日以上	16,343	13,737	10,974	8,317	6,165	4,443	3,171	2,256	1,544	1,059	108	10
	15日以上	13,884	12,382	10,190	7,926	5,972	4,351	3,126	2,235	1,534	1,053	108	10
	30日以上	10,529	9,515	8,039	6,451	4,996	3,742	2,748	2,009	1,407	988	106	10
	60日以上	4,858	4,515	3,963	3,311	2,673	2,103	1,596	1,191	853	625	75	9
	90日以上	2,094	1,968	1,761	1,493	1,259	1,005	767	581	412	307	36	5
	120日以上	882	840	766	665	566	455	348	258	184	130	17	3
	150日以上	479	451	415	362	308	256	192	141	98	69	10	3
	180日以上	248	233	212	178	149	126	96	72	51	34	3	0

【出典】KDB帳票 S27_013-重複・多剤処方の状況 令和5年3月診療分

(3) 後発医薬品の使用状況

令和4年9月時点の後発医薬品の使用割合は80.1%で、県の81.5%と比較して1.4ポイント低くなっています。

図表3-5-3-1：後発医薬品の使用状況

	令和元年9月	令和2年3月	令和2年9月	令和3年3月	令和3年9月	令和4年3月	令和4年9月
宇部市	74.9%	77.7%	78.8%	79.9%	79.9%	79.9%	80.1%
県	76.8%	79.3%	80.5%	81.2%	81.1%	81.1%	81.5%

【出典】厚生労働省 保険者別の後発医薬品の使用割合

(4) 5がん(胃がん・肺がん・大腸がん・子宮頸がん・乳がん)検診の受診率

下表の5つのがんの検診平均受診率は14.3%で、国より低いが、県より高くなっています。

図表3-5-4-1：国保被保険者におけるがん検診の受診状況

	胃がん	肺がん	大腸がん	子宮頸がん	乳がん	5がん平均
宇部市	12.7%	15.6%	12.5%	14.8%	15.9%	14.3%
国	12.1%	15.2%	16.0%	16.2%	18.2%	15.5%
県	8.2%	10.1%	10.1%	13.2%	14.3%	11.2%

【出典】厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告 令和3年度

6 健康課題の整理

(1) 各段階でのデータのまとめ

分析結果				ページ	参照図表
死亡・要介護状態	平均余命 平均自立期間		・平均余命　男性　81.0年　国・県より短い。 国と比較すると、-0.7年。 女性　88.3年　国・県より長い。 国と比較すると、0.5年。 ・平均自立期間　男性　79.6年　国・県より短い。 国と比較すると、-0.5年。 女性　84.8年　国・県より長い。 国と比較すると、0.4年。	4	2-1-2-1
	死亡		・平成25年から平成29年までの標準化死亡比 腎不全　107.8（男性）114.1（女性） 脳血管疾患　90.9（男性）88.5（女性） 急性心筋梗塞　62.8（男性）69.1（女性）	12 13	3-1-1-1 3-1-1-2
	介護		・平均余命と平均自立期間の差 男性　1.4年　女性　3.5年 ・介護認定者における有病割合 「心臓病」　66.5%　「脳血管疾患」　30.3% 「高血圧症」　60.0%　「脂質異常症」　39.1% 「糖尿病」　25.3%	4 15	2-1-2-1 3-2-3-1
生活習慣病重症化	医療費	入院	・入院医療費　「腎不全」5位（4.6%） 「脳梗塞」8位（3.9%） 「虚血性疾患」14位（2.3%）	17	3-3-2-1
		外来 (透析)	・「腎不全」　外来医療費は最も高い。 外来医療費全体の9.9%。 ・「慢性腎臓病（透析あり）」の受診率は、国より高い。 ・「人工透析」患者の有病状況 「高血圧症」　93.8%　「脂質異常症」　62.7% 「糖尿病」　62.1%	19 21 24	3-3-3-1 3-3-4-1 3-3-5-1
生活習慣病	医療費	外来	・外来医療費　「腎不全」、「糖尿病」、「高血圧症」、 「脂質異常症」が上位に入っている。 ・基礎疾患である「糖尿病」、「高血圧症」、「脂質異常症」及び「慢性腎臓病（透析なし）」の外来受診率は、いずれも国より高い。 ・基礎疾患の有病者数及びその割合 「糖尿病」　4,310人（14.6%） 「高血圧症」　8,402人（28.4%） 「脂質異常症」7,693人（26.0%）	19 21 24	3-3-3-1 3-3-4-1 3-3-5-2

	特定健診	受診勧奨対象者	・受診勧奨対象者のうち服薬が確認されていない人の割合 血　糖　HbA1c 6.5%以上　166人　23.2% 血　圧　Ⅰ度高血圧以上　967人　43.8% 脂　質　LDL-C 140mg/dL以上　1,475人　74.0% 腎機能　eGFR 45ml/分/1.73㎡未満　21人　14.0%	34	3-4-6-4
生活習慣病予備群	特定健診	メタボ該当者	・令和元年度と令和4年度の割合で比較 メタボ該当者 2.6ポイント増加 メタボ予備群該当者 0.5ポイント減少	29 30	3-4-3-1 3-4-3-2
		メタボ予備群該当者	・令和4年度の特定保健指導実施率　26.6%　県より高い。	31	3-4-4-1
		特定健診有所見者	・有所見該当者の割合 HbA1c（57.1%）、　LDL-C（50.6%）、 収縮期血圧（49.9%）　の順に高い。	28	3-4-2-1
不健康な生活習慣	健康に関する意識		・令和4年度の特定健診受診率　34.4%　県より高い。 令和3年度まで国より低いが県より高い。 ・令和4年度の特定健診未受診者のうち、生活習慣病の治療をしていない人は4,522人で、特定健診対象者の20.3%。	26 27	3-4-1-1 3-4-1-3
	特定健診	生活習慣	・特定健診受診者の質問票の回答割合 「1日1時間以上運動なし」、「食べる速度が速い」、「睡眠不足」が国や県と比較して高い。	35	3-4-7-1
地域特性・背景	宇部市の特性		・高齢化率　33.6%　国より高く、県より低い。 ・国保加入者数　29,568人 65歳以上の被保険者の割合は54.1%。	3 5	2-1-1-1 2-1-4-1
	健康維持増進のための社会環境・体制		・一人当たり医療費　国、県より高い。 ・重複処方該当者数　265人　多剤処方該当者数　108人 ・後発医薬品の使用割合　80.1%　県と比較して1.4ポイント低い。	16 36 37	3-3-1-1 3-5-1-1 3-5-2-1 3-5-3-1
	その他（がん）		・悪性新生物（「肺」、「胃」、「大腸」）は死因の上位にある。 ・5がんの検診平均受診率は国より低いが、県より高い。	12 13 37	3-1-1-1 3-1-1-2 3-5-4-1

(2) わがまちの生活習慣病に関する健康課題

●県共通指標　〇宇部市独自指標

考察	健康課題	評価指標
◂重症化予防（ｐ.43～ｐ.47） 保健事業で予防可能な重篤疾患の標準化死亡比は腎不全・脳血管疾患・急性心筋梗塞の順に高い。 特に腎不全は、入院医療費・外来医療費ともに割合が高く、慢性腎臓病の外来受診率は透析あり・なしともに国よりも高い。 これらに関連する基礎疾患の糖尿病・高血圧症・脂質異常症の外来受診率は、いずれも国と比べて高い傾向にある。 特定健診受診者のうち、血糖・血圧・脂質に関して受診勧奨判定値を上回っており該当疾患に関する処方がない人が血糖は約2割強、血圧は約4割、血中脂質は約7割強である。腎機能検査eGFRが受診勧奨判定値以上で血糖や血圧の処方がない者は約2割弱である。 新規人工透析の移行要因の約4割が糖尿病で最も高いことから、糖尿病の受診勧奨を強化するとともに糖尿病以外を要因とする慢性腎臓病の対策も必要である。	#1-1 重篤な疾患、特に腎不全への進行を防ぐことを目的に、糖尿病治療中者の重症化を防ぐことが必要 #1-2 糖尿病の治療中断者と、特定健診の結果、血糖値が受診勧奨判定値以上の者に対して適切に医療につなげることが必要 #1-3 慢性腎臓病予防の対策のため周知啓発と受診勧奨が必要	【長期指標】 〇腎不全の入院受診率 〇腎不全の外来受診率 【中期指標】 〇糖尿病有病割合 ●HbA1cが8.0%以上の者の割合 【短期指標】 ●HbA1cが6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合
◂生活習慣病発症予防・保健指導（ｐ.48～ｐ.50） 特定健診受診者で、メタボ該当者の割合・予備群該当者割合はほぼ横ばいで推移している。 特定保健指導実施率は国と同程度であるが実施率は低い状況であるため、利用者を増加させるとともに、質の良い保健指導を実施することで、糖尿病・高血圧・脂質異常症の発症予防につながる可能性が考えられる。 また、特定健診受診者の有所見者の割合は、HbA1c、LDL-C、収縮期血圧の順に高く、収縮期血圧、LDL-Cは標準化死亡比で腎不全に次いで脳血管疾患、心疾患につながりやすいため、早期の発症予防対策が大切である。	#2-1 生活習慣病予防を目的に、特定保健指導実施率の向上が必要 ＃2-2 LDL-C、血圧の有所見者には保健指導が必要	【中期指標】 〇高血圧症有病割合 〇脂質異常症有病割合 〇LDL-Cが保健指導判定値以上の者の割合 ●血圧が保健指導判定値以上の者の割合 【短期指標】 ●特定保健指導実施率 ●特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率
◂早期発見・特定健診（ｐ.51） 特定健診受診率は国と比べて低く、特定健診対象者のうち、約2割が健診未受診かつ生活習慣病の治療も受けていない健康状態が不明の状態にあることから、本来医療機関受診勧奨や特定保健指導による介入が必要な人が特定健診で捉えられていない可能性が考えられる。	#3 適切に特定保健指導や重症化予防事業につなぐことを目的に、まずは特定健診受診率の向上が必要	【短期指標】 ●特定健診受診率

◀**健康づくり（ｐ.52）** 特定健診受診者の質問票から男女とも運動習慣のある人の割合が低く、正しい生活習慣を身に着けることで生活習慣病の発症予防が高まる可能性が考えられる。 生活習慣病に罹患しないため、若い世代から生活習慣に関心を持つための教育が必要。	▶	#4 生活習慣病の発症・進行、重篤疾患の発症を防ぐことを目的に、被保険者の生活習慣の改善が必要	【短期指標】 〇特定健診受診者のうち、質問票における1日1時間以上運動なしの回答割合
◀**医療費適正化（ｐ.53～ｐ.55）** 重複服薬者が265人、多剤服薬者が108人存在。医療費適正化・健康増進の観点で服薬を適正化すべき人が一定数存在する可能性がある。 後発医薬品の使用割合は上昇しているが、県と比較して低い状況である。	▶	#5-1 重複服薬者に対して服薬の適正化が必要 #5-2 後発医薬品の使用促進が必要	【短期指標】 〇重複服薬者の人数 ●後発医薬品の使用割合（数量ベース）

第4章 データヘルス計画の目的・目標

第3期データヘルス計画の目的、並びにそれを達成するための短期目標及び中長期目標を整理しました。

6年後に目指したい姿～健康課題を解決することで達成したい姿～
慢性腎臓病・脳血管疾患を予防し、国民健康保険被保険者の健康寿命の延伸と医療費の適正化を図る。

県共通指標	長期指標（6年）	開始時	目標値
	腎不全の入院受診率（千人あたりのレセプト件数）	13.9	減少
	腎不全の外来受診率（千人あたりのレセプト件数）	82.0	減少
県共通指標	中期指標（3年）	開始時	目標値
	糖尿病有病割合	14.6%	減少
	高血圧症有病割合	28.4%	減少
	脂質異常症有病割合	26.0%	減少
	LDL-Cが保健指導判定値以上の者の割合（治療者・未治療者）	50.6%	減少
●	血圧が保健指導判定値以上の者の割合（治療者・未治療者）	52.4%	減少
●	HbA1cが8.0%以上の者の割合	1.2%	維持
県共通指標	短期指標（1年）	開始時	目標値
●	HbA1cが6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	10.1%	減少
●	特定保健指導実施率（特定保健指導終了者の割合）	26.6%	60.0%
●	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 （前年度特定保健指導利用者のうち、当該年度に特定保健指導の対象ではなくなった者の割合）	25.3%	増加
●	特定健診受診率	34.4%	60.0%
	特定健診受診者のうち、質問票における1日1時間以上運動なしの回答割合	62.6%	減少
	重複服薬者の人数	265人	減少
●	後発医薬品の使用割合（数量ベース）	80.1%	維持

第5章 保健事業の内容

1 保健事業の整理

第2期に実施した保健事業の振り返りを行った上で、第3期データヘルス計画における目的・目標を達成するための保健事業を整理しました。

(1) 糖尿病等の重症化予防

第3期計画における重症化予防に関連する健康課題
#1-1重篤な疾患、特に腎不全への進行を防ぐことを目的に、糖尿病治療中者の重症化を防ぐこと #1-2糖尿病の治療中断者と、特定健診の結果、血糖値が受診勧奨判定値以上の者に対して適切に医療につなげること #1-3慢性腎臓病予防の対策のため周知啓発と受診勧奨をすること
第3期計画における重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標
【長期指標】 ●県共通指標 腎不全の入院受診率の減少 腎不全の外来受診率の減少 【中期指標】 糖尿病の有病割合の減少 ●HbA1cが8.0%以上の者の割合の維持 【短期指標】 ●HbA1cが6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合の減少

▼

第3期計画における重症化予防に関連する保健事業		
保健事業の方向性		
糖尿病重症化による人工透析移行予防対策を強化するため、糖尿病治療中断者と慢性腎臓病対策を新規で実施。 既に実施している、糖尿病性腎症重症化予防プログラム・糖尿病未治療者受診勧奨事業も対象者の利便性・効果の高い方法で事業を展開していく。		
健康課題	**継続/新規**	**個別事業名**
#1-1	継続	糖尿病性腎症重症化予防プログラム事業
#1-2	継続	糖尿病未治療者（特定健診受診勧奨判定値以上）受診勧奨事業
#1-2	新規	糖尿病治療中断者受診勧奨事業
#1-3	新規	CKD（慢性腎臓病）未治療者受診勧奨事業

① 糖尿病性腎症重症化予防プログラム事業

<table>
<tr><th colspan="2">実施計画</th></tr>
<tr><td>事業概要</td><td>【目的】糖尿病治療中者の人工透析の移行を予防する
【内容】糖尿病治療中者に主治医の治療と並行して、食事や運動等生活習慣の指導を実施</td></tr>
<tr><td>目標達成のための戦略</td><td>・専門的な保健指導を実施するため糖尿病療養指導士のいる医療機関に保健指導を委託
・指導終了後のフォローアップの強化を図る
・対象者が参加しやすいような仕組み・体制づくりを検討
＊現プログラムの見直しを予定</td></tr>
<tr><td>対象者</td><td>糖尿病治療中者（腎症Ⅱ～Ⅲ期）</td></tr>
<tr><td>ストラクチャー
（実施体制）</td><td>市：対象者抽出、案内通知、申込受付、主治医への情報提供書記載依頼
宇部市医師会（主治医）：対象者の参加の可否の判断、治療の継続
保健指導医療機関：参加者への糖尿病性腎症重症化予防に関する保健指導の実施</td></tr>
<tr><td>プロセス
（実施方法）</td><td>周知勧奨　対象者に案内文を送付
実施形態　個別指導
指導場所　糖尿病療養指導士所属の市内医療機関
実施項目　食事、運動、服薬、口腔ケア等の保健指導
実施期間　年2コース　6月～10月　10月～翌2月　（5か月間）
実施後フォローアップ　終了1年後に実施</td></tr>
<tr><th colspan="2">評価指標・目標値</th></tr>
<tr><td>ストラクチャー
（実施体制）</td><td>事業運営のための人員体制
事業運営のための財源確保
事業運営のための関係機関との連携体制</td></tr>
<tr><td>プロセス
（実施方法）</td><td>スケジュールどおりに対象者への案内ができたか
対象者に事業がわかりやすいチラシで案内することができたか
保健指導が計画どおりにできたか</td></tr>
<tr><td>事業アウトプット
（実施量・率）指標</td><td>【項目名】プログラム勧奨者数
例年対象者数の平均で算出
<table>
<tr><td>開始時</td><td>令和6年度</td><td>令和7年度</td><td>令和8年度</td><td>令和9年度</td><td>令和10年度</td><td>令和11年度</td></tr>
<tr><td>139人</td><td>150人</td><td>150人</td><td>150人</td><td>150人</td><td>150人</td><td>150人</td></tr>
</table>
【項目名】プログラム参加者数
<table>
<tr><td>開始時</td><td>令和6年度</td><td>令和7年度</td><td>令和8年度</td><td>令和9年度</td><td>令和10年度</td><td>令和11年度</td></tr>
<tr><td>5人</td><td>10人</td><td>12人</td><td>14人</td><td>16人</td><td>18人</td><td>20人</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>事業アウトカム
（成果）指標</td><td>【項目名】行動変容率（プログラム前後の生活習慣の行動の変化）
生活習慣アンケートの点数変化で評価
<table>
<tr><td>開始時</td><td>令和6年度</td><td>令和7年度</td><td>令和8年度</td><td>令和9年度</td><td>令和10年度</td><td>令和11年度</td></tr>
<tr><td>80%</td><td>80%</td><td>80%</td><td>80%</td><td>80%</td><td>80%</td><td>80%</td></tr>
</table>
【項目名】HbA1cの改善率（前年度特定健診とプログラム終了時の検査値の変化）
平成30年度～令和４年度参加者数平均HbA1cの改善率74.3%より算出
<table>
<tr><td>開始時</td><td>令和6年度</td><td>令和7年度</td><td>令和8年度</td><td>令和9年度</td><td>令和10年度</td><td>令和11年度</td></tr>
<tr><td>100%</td><td>75%</td><td>75%</td><td>75%</td><td>75%</td><td>75%</td><td>75%</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>評価時期</td><td>各コース終了時</td></tr>
</table>

② 糖尿病未治療者（特定健診受診勧奨判定値以上）受診勧奨事業

実施計画	
事業概要	【目的】血糖値が受診勧奨判定値以上にある者の糖尿病の重症化を予防する 【内容】健診受診後、高血糖で糖尿病が疑われる人を早期に適切に医療につなぐ
目標達成のための戦略	・受診勧奨は100%実施できているため、受診行動に結びつくよう勧奨する。 ・健診結果で受診の必要性の優先順位が高い者から、積極的に受診勧奨を実施する。 ・受診勧奨に加えて、健康教室で糖尿病と糖尿病予防のための生活習慣知識を得て行動変容につなげる。
対象者	下記の条件をすべて満たす者 ・特定健診受診者 ・HbA1cが受診勧奨判定値（6.5%）を超えている者 ・糖尿病の処方がない者 ・特定保健指導非該当者
ストラクチャー （実施体制）	市：事業者への委託、対象者の選定、対象者のデータ作成、委託事業者への受診勧奨依頼、事業の効果検証（レセプト確認等） 宇部市医師会：事業協力 委託事業者：受診勧奨、保健指導
プロセス （実施方法）	抽出方法　特定健診データよりHbA1c検査数値、糖尿病の治療状況から対象者を抽出 実施方法　電話又は通知 実施形態　個別指導 指導場所　受診勧奨後保健指導を実施する場合は保健センター等公共施設で実施 実施項目　検査結果をもとに、主治医からの説明など状況を確認した上で受診勧奨を実施 実施時期　健診受診2か月後から随時実施 実施期間　通年

評価指標・目標値	
ストラクチャー （実施体制）	事業運営のための人員体制 事業運営のための財源確保
プロセス （実施方法）	委託事業者との連携会議：2か月に1回以上 スケジュールどおりの受診勧奨（健診受診3か月後に受診勧奨）
事業アウトプット （実施量・率）指標	下記参照
事業アウトカム （成果）指標	下記参照
評価時期	毎年度末

事業アウトプット（実施量・率）指標

【項目名】受診勧奨者数
特定健診受診見込み数（p.57）×1.0%（特定健診に占める未治療者割合　令和元年度から令和４年度の平均1.0%を基準）で算出

開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
88人	82人	89人	95人	104人	112人	119人

【項目名】受診勧奨率（電話等で直接勧奨ができた割合）

開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
―	60%	60%	60%	60%	60%	60%

事業アウトカム（成果）指標

【項目名】医療機関受診率（治療開始者数・相談済み者数/受診勧奨者数）
＊当該年度に1回目の受診勧奨者を評価
＊治療開始…健診後糖尿病の治療開始者（レセプトあり）
　相談済み…健診後、医師に相談済み者
　　　　　（経過観察等のため治療は未開始（レセプトなし）と確認が取れた者）

開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
59.1%	60%	62%	64%	66%	68%	70%

③ 糖尿病治療中断者受診勧奨事業【新規】

<table>
<tr><th colspan="2">実施計画</th></tr>
<tr><td>事業概要</td><td>【目的】糖尿病の治療中断者の糖尿病の重症化を予防する
【内容】糖尿病治療歴があるにもかかわらず、治療中断者を再び医療に結びつける</td></tr>
<tr><td>目標達成のための戦略</td><td>・中断理由の聞き取りをして、分類化する。
・中断理由に応じて、受診もしくは健診を勧める。</td></tr>
<tr><td>対象者</td><td>下記の条件をすべて満たす者
・特定健診未受診者
・前年度糖尿病のレセプトあり（処方あり）
・当年度糖尿病のレセプトなし（処方なし）</td></tr>
<tr><td>ストラクチャー
（実施体制）</td><td>市：事業者への委託、対象者の選定、対象者のデータ作成、委託事業者への受診勧奨依頼、事業効果の検証（レセプト確認等）
宇部市医師会：事業協力
委託事業者：受診勧奨、保健指導</td></tr>
<tr><td>プロセス
（実施方法）</td><td>抽出方法　KDBシステムから対象者を抽出
実施方法　通知（アンケート返送後、状況確認・受診勧奨）又は訪問・電話
実施形態　個別勧奨
実施項目　治療中断の理由を聞き取りの上、受診勧奨
実施時期　毎年8～9月（毎年4～6月のレセプトの有無確認後）</td></tr>
<tr><th colspan="2">評価指標・目標値</th></tr>
<tr><td>ストラクチャー
（実施体制）</td><td>事業運営のための人員体制
事業運営のための財源確保</td></tr>
<tr><td>プロセス
（実施方法）</td><td>スケジュールどおりの受診勧奨（毎年8～9月に受診勧奨）
対象者にわかりやすい通知</td></tr>
<tr><td>事業アウトプット
（実施量・率）指標</td><td>【項目名】受診勧奨者数
開始時人数と同等
<table>
<tr><td>開始時</td><td>令和6年度</td><td>令和7年度</td><td>令和8年度</td><td>令和9年度</td><td>令和10年度</td><td>令和11年度</td></tr>
<tr><td>169人</td><td>170人</td><td>170人</td><td>170人</td><td>170人</td><td>170人</td><td>170人</td></tr>
</table>
【項目名】受診勧奨率（電話等で直接勧奨ができた割合）
<table>
<tr><td>開始時</td><td>令和6年度</td><td>令和7年度</td><td>令和8年度</td><td>令和9年度</td><td>令和10年度</td><td>令和11年度</td></tr>
<tr><td>－</td><td>60%</td><td>60%</td><td>60%</td><td>60%</td><td>60%</td><td>60%</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>事業アウトカム
（成果）指標</td><td>【項目名】医療機関受診率（治療開始者数・相談済み者数/受診勧奨者数）
＊治療開始…勧奨後、糖尿病の治療開始者（レセプトあり）
　相談済み…勧奨後、医師に相談済み者
　（経過観察等のため治療は未開始（レセプトなし）と確認が取れた者）
<table>
<tr><td>開始時</td><td>令和6年度</td><td>令和7年度</td><td>令和8年度</td><td>令和9年度</td><td>令和10年度</td><td>令和11年度</td></tr>
<tr><td>－</td><td>60%</td><td>62%</td><td>64%</td><td>66%</td><td>68%</td><td>70%</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>評価時期</td><td>毎年度末</td></tr>
</table>

④ CKD(慢性腎臓病)未治療者受診勧奨事業【新規】

<table>
<tr><th colspan="2">実施計画</th></tr>
<tr><td>事業概要</td><td>【目的】CKDの周知・啓発と早期治療開始によりCKDの重症化を予防する
【内容】健診受診後、腎機能の低下がみられる者へCKDの周知啓発と早期に適切に医療につなぐ</td></tr>
<tr><td>目標達成のための戦略</td><td>・CKDについて認知度が低いため啓発を兼ねた受診勧奨を実施</td></tr>
<tr><td>対象者</td><td>下記の条件をすべて満たす者（事業実施は、優先度が高い者から順に実施）
・特定健診受診者
・腎機能の低下がある（尿蛋白・eGFRが受診勧奨判定値を超えている者）
・CKD未治療者
・特定保健指導非該当者</td></tr>
<tr><td>ストラクチャー
(実施体制)</td><td>市：対象者の選定、対象者のデータ作成、事業の効果検証（レセプト確認等）
宇部市医師会：事業協力</td></tr>
<tr><td>プロセス
(実施方法)</td><td>抽出方法　特定健診データから対象者を抽出
実施方法　通知（アンケート返送後、状況確認・受診勧奨）又は訪問・電話
実施形態　個別勧奨
実施項目　健診後の受診状況
実施時期　毎年7～8月
実施期間　年1回</td></tr>
<tr><th colspan="2">評価指標・目標値</th></tr>
<tr><td>ストラクチャー
(実施体制)</td><td>事業運営のための人員体制
事業運営のための財源確保</td></tr>
<tr><td>プロセス
(実施方法)</td><td>スケジュールどおりに対象者への案内ができたか（毎年7～8月に受診勧奨）
CKDのチラシをわかりやすく作成できたか</td></tr>
<tr><td>事業アウトプット
(実施量・率)指標</td><td>【項目名】受診勧奨者数
特定健診の結果、尿蛋白・eGFRが受診勧奨判定値以上で優先度が高い者
<table>
<tr><th>開始時</th><th>令和6年度</th><th>令和7年度</th><th>令和8年度</th><th>令和9年度</th><th>令和10年度</th><th>令和11年度</th></tr>
<tr><td>100人</td><td>100人</td><td>100人</td><td>100人</td><td>100人</td><td>100人</td><td>100人</td></tr>
</table>
【項目名】受診勧奨率（電話等で直接勧奨ができた割合）
<table>
<tr><th>開始時</th><th>令和6年度</th><th>令和7年度</th><th>令和8年度</th><th>令和9年度</th><th>令和10年度</th><th>令和11年度</th></tr>
<tr><td>—</td><td>60%</td><td>60%</td><td>60%</td><td>60%</td><td>60%</td><td>60%</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>事業アウトカム
(成果)指標</td><td>【項目名】医療機関受診率（治療開始者数・相談済み者数/受診勧奨者数）
＊治療開始…健診後糖尿病の治療開始者（レセプトあり）
相談済み…健診後、医師に相談済み者
（経過観察等のため治療は未開始（レセプトなし）と確認が取れた者）
<table>
<tr><th>開始時</th><th>令和6年度</th><th>令和7年度</th><th>令和8年度</th><th>令和9年度</th><th>令和10年度</th><th>令和11年度</th></tr>
<tr><td>—</td><td>60%</td><td>62%</td><td>64%</td><td>66%</td><td>68%</td><td>70%</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>評価時期</td><td>毎年度末</td></tr>
</table>

(2) 生活習慣病発症予防・保健指導

第3期計画における生活習慣病発症予防・保健指導に関連する健康課題
#2-1生活習慣病予防を目的に、特定保健指導実施率の向上が必要 #2-2LDL-C、血圧の有所見者には保健指導が必要

第3期計画における生活習慣病発症予防・保健指導に関連するデータヘルス計画の目標
【中期指標】 ●県共通指標 高血圧症の有病割合の減少 脂質異常症の有病割合の減少 LDL-C（悪玉コレステロール）が保健指導判定値以上の者の割合の減少 ●血圧が保健指導判定値以上の者の割合の減少 【短期指標】 ●特定保健指導実施率の増加 ●特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率の増加

▼

第3期計画における生活習慣病発症予防・保健指導に関連する保健事業		
保健事業の方向性		
特定保健指導対象者が利用しやすいよう保健指導の方法・時間・場所の多様化を図る。また、生活習慣改善に向けた資材や指導技術の向上を図り質の高い保健指導を実施する。		
健康課題	**継続/新規**	**個別事業名**
＃2-1	継続	特定保健指導
＃2-2	継続	生活習慣病予防事業

① 特定保健指導【拡充】　（参考:第6章 第4期特定健康診査等実施計画 p.56～）

<table>
<tr><th colspan="2">実施計画</th></tr>
<tr><td>事業概要</td><td>【目的】糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の発症を予防する
【内容】対象者の生活習慣改善のための行動変容を促す保健指導を実施</td></tr>
<tr><td>目標達成のための戦略</td><td>委託事業者、一部直営で実施（一部直営を追加）
・訪問指導の強化（市中心部以外）
・過去保健指導利用者への遠隔面接の導入（テレビ電話など）
・利用拒否理由を聞き取り分析し、出来るだけ利用できるような体制づくりをする（時間・場所など）</td></tr>
<tr><td>対象者</td><td>特定保健指導対象者（国の基準に沿って選定）</td></tr>
<tr><td>ストラクチャー
（実施体制）</td><td>市：対象者選別、保健指導実施機関（委託事業者含む）への依頼、事業の効果検証、訪問指導
国保連：対象者データ抽出
医療機関：特定保健指導の実施・評価
委託事業者：特定保健指導の実施・評価</td></tr>
<tr><td>プロセス
（実施方法）</td><td>抽出方法　国保連が抽出した対象者データを医療機関実施分と委託事業者実施分に選別
依頼方法　医療機関実施分は、医療機関に確認後利用券を送付
　　　　　医療機関未実施分は、委託事業者へ利用券とともに対象者データを送付
実施方法　初回は訪問や来所による面接（対面）
実施形態　個別又は集団
指導場所　医療機関又は保健センター等公共施設、対象者自宅
実施項目　特定健診結果を説明の上、食事や運動等生活習慣を振り返り保健指導を実施
実施時期　健診受診2か月後から随時実施
実施期間　通年</td></tr>
<tr><th colspan="2">評価指標・目標値</th></tr>
<tr><td>ストラクチャー
（実施体制）</td><td>事業運営のための人員体制
事業運営のための財源確保
事業運営のための関係機関との連携体制</td></tr>
<tr><td>プロセス
（実施方法）</td><td>対象者への案内に遅れはなかったか
保健指導が計画どおりにできたか
分かりやすい指導媒体を作成・準備することができたか</td></tr>
<tr><td>事業アウトプット
（実施量・率）指標</td><td>【項目名】特定保健指導利用勧奨者数（電話等で直接勧奨できた人数）
特定保健指導対象見込み数（p.57）×通知後の電話勧奨者割合60%（令和4年度実績）で算出
<table>
<tr><th>開始時</th><th>令和6年度</th><th>令和7年度</th><th>令和8年度</th><th>令和9年度</th><th>令和10年度</th><th>令和11年度</th></tr>
<tr><td>433人</td><td>447人</td><td>485人</td><td>523人</td><td>569人</td><td>613人</td><td>655人</td></tr>
</table>
【項目名】特定保健指導実施率（特定保健指導終了者の割合）
<table>
<tr><th>開始時</th><th>令和6年度</th><th>令和7年度</th><th>令和8年度</th><th>令和9年度</th><th>令和10年度</th><th>令和11年度</th></tr>
<tr><td>26.6%</td><td>37.0%</td><td>41.0%</td><td>45.0%</td><td>50.0%</td><td>55.0%</td><td>60.0%</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>事業アウトカム
（成果）指標</td><td>【項目名】特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率
（前年度特定保健指導利用者のうち、当該年度に特定保健指導の対象ではなくなった者の割合）
<table>
<tr><th>開始時</th><th>令和6年度</th><th>令和7年度</th><th>令和8年度</th><th>令和9年度</th><th>令和10年度</th><th>令和11年度</th></tr>
<tr><td>25.3%</td><td colspan="6">増加させる</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>評価時期</td><td>翌年9～10月（法定報告で評価）</td></tr>
</table>

② 生活習慣病予防事業

<table>
<tr><th colspan="2">実施計画</th></tr>
<tr><td>事業概要</td><td>【目的】重症化すると脳血管疾患や心疾患につながりやすい脂質異常症・高血圧症の発症を予防する
【内容】対象者が自分自身の生活習慣を見直し行動変容につながる保健指導を実施
＊評価は、当該年度内の保健指導実施で評価</td></tr>
<tr><td>目標達成のための戦略</td><td>・委託事業者によるきめ細やかな保健指導を実施
・集団型では、対象者が参加したくなる魅力ある内容にする</td></tr>
<tr><td>対象者</td><td>下記の条件をすべて満たす者（事業実施は、優先度が高い者から順に実施）
・特定健診受診者
・高血圧、糖尿病、脂質異常症のいずれも未治療者
・特定保健指導非該当者
・LDL-C（悪玉コレステロール）又は血圧が保健指導判定値以上の者</td></tr>
<tr><td>ストラクチャー
（実施体制）</td><td>市：対象者選定、対象者データの作成、委託事業者へ依頼、事業の効果検証（レセプト確認等）
宇部市医師会：事業協力
委託事業者：保健指導</td></tr>
<tr><td>プロセス
（実施方法）</td><td>抽出方法　特定健診データから対象者を抽出
実施方法　電話又は通知により利用勧奨
実施形態　個別対応
指導場所　受診勧奨後保健指導を実施する場合は保健センター等公共施設で実施
実施項目　特定健診結果を説明、生活習慣を振り返りながら対象者とともに生活改善を考え、
　　　　　対象者の行動変容を促す。
実施時期　健診受診2か月後から随時実施
実施期間　通年</td></tr>
<tr><th colspan="2">評価指標・目標値</th></tr>
<tr><td>ストラクチャー
（実施体制）</td><td>事業運営のための人員体制
事業運営のための財源確保
事業運営のための関係機関との連携体制</td></tr>
<tr><td>プロセス
（実施方法）</td><td>対象者への案内に遅れはなかったか
保健指導の実施が計画どおりにできたか</td></tr>
<tr><td>事業アウトプット
（実施量・率）指標</td><td>LDLコレステロール　※過去４年の平均率（令和元年度から令和４年度の対象者平均割合）
【項目名】保健指導対象者数　特定健診受診見込み数（p.57）×17%（※過去４年の平均率）で算出
<table>
<tr><td>開始時</td><td>令和6年度</td><td>令和7年度</td><td>令和8年度</td><td>令和9年度</td><td>令和10年度</td><td>令和11年度</td></tr>
<tr><td>1,273人</td><td>1,387人</td><td>1,507人</td><td>1,621人</td><td>1,764人</td><td>1,901人</td><td>2,030人</td></tr>
</table>
【項目名】保健指導実施者数　対象者×30%（令和４年度特定保健指導実施率を基準）で算出
<table>
<tr><td>開始時</td><td>令和6年度</td><td>令和7年度</td><td>令和8年度</td><td>令和9年度</td><td>令和10年度</td><td>令和11年度</td></tr>
<tr><td>—</td><td>416人</td><td>452人</td><td>486人</td><td>529人</td><td>570人</td><td>609人</td></tr>
</table>
血圧
【項目名】保健指導対象者数　特定健診受診見込み数（p.57）×10%（※過去４年の平均率）で算出
<table>
<tr><td>開始時</td><td>令和6年度</td><td>令和7年度</td><td>令和8年度</td><td>令和9年度</td><td>令和10年度</td><td>令和11年度</td></tr>
<tr><td>696人</td><td>816人</td><td>886人</td><td>953人</td><td>1,038人</td><td>1,118人</td><td>1,194人</td></tr>
</table>
【項目名】保健指導実施者数　対象者×30%（令和４年度特定保健指導実施率を基準）で算出
<table>
<tr><td>開始時</td><td>令和6年度</td><td>令和7年度</td><td>令和8年度</td><td>令和9年度</td><td>令和10年度</td><td>令和11年度</td></tr>
<tr><td>—</td><td>245人</td><td>266人</td><td>286人</td><td>311人</td><td>335人</td><td>358人</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>事業アウトカム
（成果）指標</td><td>【項目名】LDL-Cの保健指導をうけた者のうち意識・行動が改善した者の割合
<table>
<tr><td>開始時</td><td>令和6年度</td><td>令和7年度</td><td>令和8年度</td><td>令和9年度</td><td>令和10年度</td><td>令和11年度</td></tr>
<tr><td>—</td><td>80%</td><td>80%</td><td>80%</td><td>80%</td><td>80%</td><td>80%</td></tr>
</table>
【項目名】血圧の保健指導をうけた者のうち意識・行動が改善した者の割合
<table>
<tr><td>開始時</td><td>令和6年度</td><td>令和7年度</td><td>令和8年度</td><td>令和9年度</td><td>令和10年度</td><td>令和11年度</td></tr>
<tr><td>—</td><td>80%</td><td>80%</td><td>80%</td><td>80%</td><td>80%</td><td>80%</td></tr>
</table>
（アンケートの点数変化で評価）</td></tr>
<tr><td>評価時期</td><td>アウトカムは翌年度特定健診で評価</td></tr>
</table>

(3) 早期発見・特定健診

第3期計画における早期発見・特定健診に関連する健康課題
#3適切に特定保健指導や重症化予防事業につなぐことを目的に、特定健診受診率の向上が必要

第3期計画における早期発見・特定健診に関連するデータヘルス計画の目標
【短期指標】 ●県共通指標 ●特定健診受診率の向上

▼

第3期計画における早期発見・特定健診に関連する保健事業		
保健事業の方向性		
対象者の特性や受診歴を類型化し、効果的な受診勧奨を行い、受診率の向上を目指す。また、広報・チラシ等による広い啓発を実施。 対象者へのアプローチとともに医療機関へのはたらきかけを強化していく。		
健康課題	**継続/新規**	**個別事業名**
#3	継続	特定健診受診率向上対策事業

① 特定健診受診率向上事業　（参考:第6章　第4期特定健康診査等実施計画　p.56～）

実施計画	
事業概要	【目的】生活習慣病の兆候の早期発見、早期対策のため特定健診受診率を向上させる 【内容】対象者への個別受診勧奨と広報・チラシ・ウェブサイト等による広い啓発を実施
目標達成のための戦略	・委託事業者によるAIやナッジ理論を活用した受診勧奨を実施 ・集団健診、会場近くの住民への受診勧奨の強化 ・未受診者へアンケートを実施し、未受診理由を分析し、効果的な手法を検討
対象者	特定健診未受診者
ストラクチャー (実施体制)	市：除外データ作成、住民からの問い合わせ対応 国保連：国保資格者データの作成、委託事業者への提供 委託事業者：通知文の作成、対象者の類型化
プロセス (実施方法)	抽出方法　国保連　対象者データを作成 市　特定健診受診済み・資格喪失者など除外データ作成 委託事業者　対象者を類型化 実施方法　通知・電話等による個別受診勧奨、広報・チラシ等でポピュレーション受診勧奨 実施形態　個別・ポピュレーション両方 実施内容　類型別に特定健診の受診を促す通知の作成 広報・ウェブサイトへの掲載、チラシ等を使用した対面での啓発 実施時期　個別受診勧奨は委託事業者との協議の上決定
評価指標・目標値	
ストラクチャー (実施体制)	事業運営のための人員体制 事業運営のための財源確保 事業運営のための関係機関との連携体制
プロセス (実施方法)	計画どおりに通知ができたか 未受診者に伝わる文面が作成できたか
事業アウトプット (実施量・率)指標	【項目名】特定健診受診勧奨数（実数） ＊特定健診対象見込み数―特定健診受診見込み数より算出（p.57）
事業アウトカム (成果)指標	【項目名】特定健診受診率（法定報告値）
評価時期	翌年度（法定報告値）

事業アウトプット（実施量・率）指標：

開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
12,000人	13,888人	12,753人	11,652人	10,378人	9,148人	7,959人

事業アウトカム（成果）指標：

開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
34.4%	37.0%	41.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%

（4）健康づくり

第3期計画における健康づくりに関連する健康課題
#4生活習慣病の発症・進行、重篤疾患の発症を防ぐことを目的に、被保険者における生活習慣の改善が必要
第3期計画における健康づくりに関連するデータヘルス計画の目標
【短期指標】特定健診受診者のうち、質問票における1日1時間以上運動なしの回答割合の減少

▼

第3期計画における健康づくりに関連する保健事業		
保健事業の方向性		
ポピュレーションアプローチ事業として、衛生部門と連携を図りながら生活習慣病（糖尿病、高血圧、慢性腎臓病等）の病気に対する知識の普及や予防対策について周知、啓発を実施。 ・運動、身体活動の教室 ・へら塩べジうべ（減塩と野菜の適量摂取）講座 ・生活習慣病や歯周病予防に関する体験型の啓発 ・各地区の健康プランに基づく保健事業 ・がん検診、歯周病予防 ・学校や職場を通した生活習慣病の周知、啓発 ※ポピュレーションアプローチ事業…集団全体に対して健康増進や疾病予防を図る取組		
健康課題	**継続/新規**	**個別事業名**
＃4	継続	健康づくり関連事業（健康増進課事業）

（5）医療費適正化

第3期計画における医療費適正化に関連する健康課題
#5-1重複服薬者に対して服薬の適正化が必要 #5-2後発医薬品の使用促進が必要

第3期計画における医療費適正化に関連するデータヘルス計画の目標
【短期目標】　●県共通指標 重複服薬者の人数の減少 ●後発医薬品の使用割合（数量ベース）の維持

▼

第3期計画における医療費適正化に関連する保健事業		
保健事業の方向性		
重複服薬者に対して、適正受診・服薬指導を実施することで対象者の健康保持と医療費適正化を図る。 後発医薬品の使用促進を行うことで被保険者の自己負担の軽減や医療費適正化を図る。		
健康課題	**継続/新規**	**個別事業名**
＃5-1	継続	重複服薬者保健指導事業
＃5-2	継続	後発医薬品使用促進事業

① 重複服薬者保健指導事業

<table>
<tr><th colspan="2">実施計画</th></tr>
<tr><td>事業概要</td><td>【目的】医療費の適正化、重複服薬者の健康保持
【内容】重複服薬者に適正受診・適正処方の指導を実施</td></tr>
<tr><td>目標達成のための戦略</td><td>・重複服薬の要因・背景を対象者から聞き取りながら、適正な受診を指導
・重複服薬が身体に及ぼす影響を指導</td></tr>
<tr><td>対象者</td><td>同一薬効の処方がある者</td></tr>
<tr><td>ストラクチャー
(実施体制)</td><td>市：対象者の抽出
医師会：対象者の保健指導実施可否の判断（選定協議会）</td></tr>
<tr><td>プロセス
(実施方法)</td><td>抽出方法　市　対象者を抽出
選定協議会にて、保健指導実施の有無を判断
実施方法　訪問通知後、保健指導実施
実施形態　個別対応
実施内容　状態確認、重複服薬の薬剤を伝え、適正量にするよう指導
実施時期　選定協議会　毎年7～8月　　訪問　毎年9～10月</td></tr>
<tr><th colspan="2">評価指標・目標値</th></tr>
<tr><td>ストラクチャー
(実施体制)</td><td>事業運営のための人員体制
事業運営のための財源確保
事業運営のための関係機関との連携体制
対象者抽出のためのシステム</td></tr>
<tr><td>プロセス
(実施方法)</td><td>容易に対象者の抽出ができたか
対象者抽出のマニュアルの作成
訪問が計画通りにできたか</td></tr>
<tr><td>事業アウトプット
(実施量・率)指標</td><td>【項目名】保健指導対象者数
<table>
<tr><th>開始時</th><th>令和6年度</th><th>令和7年度</th><th>令和8年度</th><th>令和9年度</th><th>令和10年度</th><th>令和11年度</th></tr>
<tr><td>7人</td><td>10人</td><td>10人</td><td>10人</td><td>10人</td><td>10人</td><td>10人</td></tr>
</table>
【項目名】保健指導実施率（直接対面で指導ができた割合）
<table>
<tr><th>開始時</th><th>令和6年度</th><th>令和7年度</th><th>令和8年度</th><th>令和9年度</th><th>令和10年度</th><th>令和11年度</th></tr>
<tr><td>5人</td><td>5人</td><td>6人</td><td>7人</td><td>8人</td><td>9人</td><td>10人</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>事業アウトカム
(成果)指標</td><td>【項目名】重複服薬改善率（改善者/重複服薬指導人数）
＊改善者とは、重複薬効が減少した人の割合
<table>
<tr><th>開始時</th><th>令和6年度</th><th>令和7年度</th><th>令和8年度</th><th>令和9年度</th><th>令和10年度</th><th>令和11年度</th></tr>
<tr><td>0人</td><td>1人</td><td>1人</td><td>2人</td><td>2人</td><td>3人</td><td>3人</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>評価時期</td><td>毎年度末</td></tr>
</table>

② 後発医薬品使用促進事業

<table>
<tr><th colspan="2">実施計画</th></tr>
<tr><td>事業概要</td><td>【目的】被保険者の自己負担軽減と医療費の適正化
【内容】後発医薬品の使用促進を行う</td></tr>
<tr><td>目標達成のための戦略</td><td>対象者にわかりやすい資材を利用</td></tr>
<tr><td>対象者</td><td>30歳以上の被保険者で、自己負担額がひと月に200円以上軽減が見込まれる者</td></tr>
<tr><td>ストラクチャー
(実施体制)</td><td>保険年金課：広報、啓発
国保連：対象者抽出、差額通知作成、発送</td></tr>
<tr><td>プロセス
(実施方法)</td><td>周知方法　後発医薬品希望シールを配布
　　　　　ウェブサイト等に周知文掲載
抽出方法　国保連にて差額通知発送対象者抽出
実施内容　後発医薬品に切り替えた場合、どのくらい自己負担が軽減されるかが記載された通知を発送
　　　　　実施期間　毎年8月、2月　年2回発送</td></tr>
<tr><th colspan="2">評価指標・目標値</th></tr>
<tr><td>ストラクチャー
(実施体制)</td><td>事業運営のための人員体制
事業運営のための財源確保
事業運営のための関係機関との連携体制</td></tr>
<tr><td>プロセス
(実施方法)</td><td>資材は対象者にわかりやすい内容であったか
通知は計画通りできたか</td></tr>
<tr><td>事業アウトプット
(実施量・率)指標</td><td>【項目名】通知件数（のべ件数）
<table>
<tr><td>開始時</td><td>令和6年度</td><td>令和7年度</td><td>令和8年度</td><td>令和9年度</td><td>令和10年度</td><td>令和11年度</td></tr>
<tr><td>3,041件</td><td>3,000件</td><td>3,000件</td><td>3,000件</td><td>3,000件</td><td>3,000件</td><td>3,000件</td></tr>
</table>
【項目名】通知実施率
<table>
<tr><td>開始時</td><td>令和6年度</td><td>令和7年度</td><td>令和8年度</td><td>令和9年度</td><td>令和10年度</td><td>令和11年度</td></tr>
<tr><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>事業アウトカム
(成果)指標</td><td>【項目名】後発医薬品使用割合（数量ベース）
<table>
<tr><td>開始時</td><td>令和6年度</td><td>令和7年度</td><td>令和8年度</td><td>令和9年度</td><td>令和10年度</td><td>令和11年度</td></tr>
<tr><td>80.1%</td><td colspan="6">維持</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>評価時期</td><td>毎年度末</td></tr>
</table>

第6章 第4期 特定健康診査等実施計画

1 計画の背景・趣旨

(1) 計画策定の背景・趣旨

生活習慣病の発症や重症化予防により、国民の健康保持及び医療費適正化を達成することを目的に、保険者においては平成20年度から「高齢者の医療の確保に関する法律」（昭和57年法律第80号）に基づき、特定健康診査（以下「特定健診」という。）及び特定保健指導の実施が義務付けられました。

宇部市においても、同法に基づき作成された特定健康診査等基本方針に基づき、実施計画を策定し、特定健診の受診率及び特定保健指導の実施率の向上に取り組んできたところです。

近年、全世代型社会保障の構築に向け、生活習慣病の発症や重症化予防の重要性は一層高まっており、より効率的かつ効果的な特定健診及び特定保健指導の実施が求められています。令和5年3月に発表された「特定健康診査等実施計画作成の手引き（第4版）」、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」では、成果を重視した特定保健指導の評価体系の見直し、特定保健指導の成果等の見える化の推進などの新たな方向性が示され、成果（アウトカム）に着目したより効率的かつ効果的な事業運営が求められることとなりました。

本計画は、第3期計画期間（平成30年度から令和5年度）が終了することから、国での方針の見直しの内容を踏まえ、宇部市の現状を考慮した事業の運営を図ることを目的に策定します。

(2) 計画期間

令和6年度（2024年度）から令和11年度（2029年度）

(3) 国の示す目標

第4期計画においては図表6-1-3-1のとおりであり、令和11年度までに特定健診の全国平均受診率70%以上、特定保健指導の全国平均実施率45%以上を達成することが設定されています。目標値は、第3期計画目標の目標値から変更されていません。市町村国保における目標値も第3期からの変更はなく、特定健診受診率及び特定保健指導実施率のいずれも60%以上と設定されています。

また、メタボ該当者及びメタボ予備群の減少率についても、第3期に引き続き、平成20年度比25%以上減と設定されています。

図表6-1-3-1：第4期計画における国が設定した目標値

	全国（令和11年度）	市町村国保（令和11年度）
特定健診受診率	70%以上	60%以上
特定保健指導の実施率	45%以上	60%以上
メタボ該当者・メタボ予備群該当者の減少率（平成20年度比）	25%以上減	

【出典】厚生労働省 第4期特定健康診査等実施計画期間における保険者種別の目標値について

(4) 宇部市の目標

特定健診受診率及び特定保健指導実施率の目標値は図表6-1-4-1のとおりであり、令和11年度までに特定健診受診率を60.0%、特定保健指導実施率を60.0%まで引き上げるように設定します。

特定健診対象者及び特定保健指導実施者の見込み数については、図表6-1-4-2のとおりです。

図表6-1-4-1：特定健診受診率・特定保健指導実施率の目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診受診率	37.0%	41.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
特定保健指導実施率	37.0%	41.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%

図表6-1-4-2：特定健診対象者・特定保健指導実施者の見込み数

			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診	対象者数（人）		22,044	21,615	21,186	20,756	20,328	19,898
	受診者数（人）		8,156	8,862	9,534	10,378	11,180	11,939
特定保健指導	対象者数（人）	合計	745	809	871	948	1,021	1,091
		積極的支援	133	145	156	169	183	195
		動機付け支援	612	664	715	779	838	896
	実施者数（人）	合計	275	331	392	475	562	655
		積極的支援	49	59	70	85	101	117
		動機付け支援	226	272	322	390	461	538

※各見込み数の算出方法
特定健診対象者数：40-64歳、65-74歳の推計人口に令和4年度の各層の国保加入率を乗じて算出
特定健診受診者数：特定健診対象者数に特定健診受診率の目標値を乗じて算出
特定保健指導対象者数：合計値は、特定健診受診者数に令和4年度の特定保健指導該当者割合を乗じて算出
支援区分別対象者数は、合計値に令和4年度の対象者割合を乗じて算出
特定保健指導実施者数：特定保健指導対象者数に特定保健指導実施率の目標値を乗じて算出

2 特定健診・特定保健指導の実施方法

(1) 特定健診

① 実施目的･対象者

「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」（以下「基本指針」という。）にあるとおり、特定健診は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出するために行います。

対象者は、当該年度末に40歳以上の宇部市国民健康保険被保険者（受診時、74歳は受診可能）。

② 実施期間･実施場所

〇集団健診　時期：4月～翌3月　実施場所：市内公共施設
〇個別健診　時期：4月～翌3月　実施場所：医療機関
なお、集団健診、個別健診ともに、実施期間は毎年度協議の上、決定します。

③ 実施項目

「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」で定められた項目に従い、対象者に図表6-2-1-1の検査を実施します。

図表6-2-1-1：特定健診の健診項目

	項目
基本的な健診項目	・診察：既往歴（服薬歴、喫煙歴を含む）、自他覚症状 ・身体計測：身長、体重、腹囲、BMI ・血圧 ・血中脂質検査：空腹時中性脂肪（やむを得ない場合には随時中性脂肪）、HDLコレステロール、LDLコレステロール（Non-HDLコレステロール） ・肝機能検査：AST（GOT）、ALT（GPT）、γ-GT（γ-GTP） ・血糖検査：HbA1c、空腹時血糖（やむを得ない場合には随時血糖） ・尿検査：尿糖、尿蛋白
詳細な健診項目	・心電図検査（全員実施） ・眼底検査（医師の判断） ・貧血検査（全員実施） ・血清クレアチニン検査（全員実施）
宇部市独自健診項目	・推定一日食塩摂取量検査

【出典】厚生労働省 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

④ 実施体制

健診の委託は、利用者の利便性を考慮するとともに、健診の質の担保のために適切な精度管理維持が求められるため、国の委託基準（「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第16条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者」）を満たす健診機関を選定します。詳細は契約書及び仕様書で定めます。

⑤ 健診結果の通知方法

集団健診受診者：結果通知表を郵送
個別健診受診者：実施医療機関が対象者に結果通知表を手渡しし結果を説明

⑥ 事業者健診等の健診データ収集方法

宇部市国民健康保険被保険者が「労働安全衛生法」に基づく健康診断や人間ドックを受診した場合は、本人から健診結果データを提供してもらい、特定健診受診率に反映します。

また、定期的に医療機関で検査をしている者などが、特定健診と同等の検査項目を検査済の場合、本人同意のもと医療機関からデータ提供を受け、特定健診受診率に反映します。

(2) 特定保健指導

① 実施目的・対象者階層化の基準

基本指針にあるとおり、特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活の維持ができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的とします。

特定保健指導は、特定健診結果を腹囲、リスクの高さ、喫煙歴、年齢により階層化し、積極的支援対象者及び動機付け支援対象者に実施します。なお、特定健診の質問票において服薬中であることが判別できた者については、既に主治医の指導を受けていることから特定保健指導対象外とします。また、2年連続して積極的支援対象者に該当した場合は、動機付け支援対象者とします。

図表6-2-2-1：特定保健指導階層化の基準

<table>
<tr><th rowspan="2">腹囲</th><th>追加リスク</th><th rowspan="2">喫煙歴</th><th colspan="2">対象年齢</th></tr>
<tr><th>（血糖・血圧・脂質）</th><th>40-64歳</th><th>65歳-</th></tr>
<tr><td rowspan="3">男性≧85cm
女性≧90cm</td><td>2つ以上該当</td><td>なし/あり</td><td rowspan="2">積極的支援</td><td rowspan="7">動機付け支援</td></tr>
<tr><td rowspan="2">1つ該当</td><td>あり</td></tr>
<tr><td>なし</td><td>動機付け支援</td></tr>
<tr><td rowspan="4">上記以外で
BMI≧25kg/㎡</td><td>3つ該当</td><td>なし/あり</td><td rowspan="2">積極的支援</td></tr>
<tr><td rowspan="2">2つ該当</td><td>あり</td></tr>
<tr><td>なし</td><td rowspan="2">動機付け支援</td></tr>
<tr><td>1つ該当</td><td>なし/あり</td></tr>
</table>

参考：追加リスクの判定基準

<table>
<tr><td rowspan="3">追加リスク</td><td>血糖</td><td>空腹時血糖100mg/dL以上、またはHbA1c5.6%以上</td></tr>
<tr><td>血圧</td><td>収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上</td></tr>
<tr><td>脂質</td><td>空腹時中性脂肪150mg/dL以上（やむを得ない場合には随時中性脂肪175mg/dL以上）、またはHDLコレステロール40mg/dL未満</td></tr>
</table>

【出典】厚生労働省 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

② 重点対象

対象者全員に特定保健指導を実施するが、効率的・効果的な特定保健指導を実施するため、特に支援が必要な層及び効果が期待できる層に重点的に特定保健指導の利用勧奨を行います。具体的には、積極的支援該当者を重点対象とします。

③ 実施期間・内容

実施期間：通年

内容：積極的支援

初回面接で、医師、保健師又は管理栄養士の指導のもと、生活習慣改善のための行動計画を策定します。

初回面接後、3か月以上、定期的に電話や訪問で継続支援を実施し、体重、腹囲の変化や生活習慣の改善状況の評価を行います。

動機付け支援

初回面接で、医師、保健師又は管理栄養士の指導のもと、生活習慣改善のための行動計画を策定します。

3か月以上経過後に体重、腹囲の変化や生活習慣の改善状況の評価を行います。

④ 実施体制

特定保健指導は市直営と委託で実施します。委託の際は、特定健診と同様に国の委託基準を満たす機関を選定します。詳細は契約書及び仕様書で定めます。利用者の利便性を考慮するとともに、保健指導の質を確保するなど適正な事業実施に努めます。

3 特定健診受診率・特定保健指導実施率向上に向けた主な取組

(1) 特定健診

（参考:第5章　保健事業の内容　p.51）

取組項目	取組内容	取組概要
効果的なツールを活用した受診勧奨	ハガキによる受診勧奨	未受診者をカテゴリー分けし、対象者の特性に合わせた受診勧奨を実施 当該年度加入者には、受診券送付一定期間後に勧奨ハガキを送付
未受診理由の分析	未受診者にアンケート調査を実施	調査結果を分析した上でより効果的な手法を検討
利便性の向上	休日健診の実施 予約サイトの開設 がん検診との同時受診	集団健診は土日に開催し、特定健診とがん検診が同時受診できるよう、総合集団健診として実施 総合集団健診は、電話だけでなく24時間予約可能なインターネット予約を開設
関係機関との連携	かかりつけ医と連携した受診勧奨	かかりつけ医からの受診勧奨、みなし健診の実施
健診データ収集	国保連合会の未受診者医療情報収集事業を活用 特定健診以外の検査データの活用	
早期啓発	40歳未満向け健診の実施	若年層から早期に健康意識を高めるため、30歳代を対象とした若年者健診を集団健診で実施

(2) 特定保健指導

（参考:第5章　保健事業の内容　p.49）

取組項目	取組内容	取組概要
効果的なツールを活用した利用勧奨	架電による利用勧奨	対象者へ通知後、申込みがない者には架電し、利用へ勧奨
利便性の向上	夜間・休日の保健指導の実施	対象者の生活に合わせて特定保健指導を利用しやすいように、時間・場所を柔軟に設定・対応
内容・質の向上	研修会の実施/効果的な期間の設定	特定保健指導実施者向けの研修への参加や実施者同士で質の向上を高めるための検討会議を定例で開催
新たな保健指導方法の検討	先行研究結果が出ているICTツールの導入/経年データを活用した保健指導	過去利用者には初回面接オンライン面談の実施

第7章 計画の評価・見直し

1 評価の時期

(1) 個別事業計画の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度ごとに行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認します。目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施や計画の見直しに反映させます。

(2) 計画の評価・見直し

設定した評価指標に基づき、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います。また、計画の最終年度においては、その次の期の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います。

2 評価方法・体制

評価に当たっては、山口県国民健康保険団体連合会に設置された保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとします。

第8章 計画の公表・周知

本計画は、本市ウェブサイトに掲載し、公表・周知します。

第9章 個人情報の取扱い

個人情報の取扱いに関しては、個人情報の保護に関する法律及びこれに基づく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します。外部への委託に際しては、委託先との契約書に個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を定めるとともに、委託先の契約遵守状況を適切に管理します。

第10章 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

宇部市では、住み慣れた地域で誰もがいつまでも暮らし続けることができる「地域共生社会」の実現を目指し、高齢者に限定せず、こどもや障害者を含む地域で暮らす全ての人を対象として、相互に支え合い、助け合う仕組みとしての「地域支え合い包括ケアシステム」の構築に取り組んでいます。

令和３年度からは、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業を開始し、後期高齢者保健事業と国民健康保険事業、介護予防事業の切れ目のない支援に取り組んでいます。

健診、医療、介護のデータ分析を行い、地域の健康課題について健康増進課、高齢者総合支援課等庁内関係課や、地域包括支援センター等関係機関と共有し、連携して地域づくり・健康づくりの取組を推進します。

参考資料　用語集

行	No.	用語	解説
あ行	1	eGFR	血清クレアチニン値と年齢・性別からGFRを推算したもの。GFRは腎臓の中にある毛細血管の集合体である「糸球体」が1分間にどれくらいの血液を濾過して尿を作れるかを示す値であり、GFRが1分間に60ml未満の状態または尿たんぱくが3か月以上続くとCKD（慢性腎臓病：腎機能が慢性的に低下し、尿たんぱくが継続して出る状態）と診断される。
	2	HDL-C	余分なコレステロールを回収して動脈硬化を抑える、善玉コレステロール。
	3	ALT	アミノ酸をつくり出す酵素で大部分が肝細胞に含まれている。 肝臓の細胞が障害を受けるとALTが血液中に流れ出し血中濃度が上がるため、ALTの数値が高い場合は、肝臓の病気が疑われる。
	4	LDL-C	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる、悪玉コレステロール。
か行	5	拡張期血圧	血圧は一般的には動脈内部の圧力のことを指し、心臓の収縮に伴って大きく変動する。最小となる血圧は心臓が拡張したときの血圧で拡張期血圧と呼ばれる。
	6	虚血性心疾患	虚血性心疾患には、狭心症や心筋梗塞がある。狭心症は動脈硬化などによって心臓の血管（冠動脈）が狭くなり、血液の流れが悪くなった状態。一方、心筋梗塞は、動脈硬化によって心臓の血管に血栓（血液の固まり）ができて血管が詰まり、血液が流れなくなって心筋の細胞が壊れてしまう病気。
	7	空腹時血糖	血糖値は、血液中に含まれるブドウ糖（グルコース）の濃度のことで、食前食後で変動する。空腹時血糖は食後10時間以上経過した時点での血糖値。
	8	KDBシステム	「特定健診・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステム。
	9	血清クレアチニン	たんぱく質が分解・代謝されてできた老廃物。通常は尿とともに排泄されるが、腎機能が低下すると排泄できず血液中に増えていく。
	10	健康寿命	世界保健機関（WHO）が提唱した新しい指標で、平均寿命から寝たきりや認知症など介護状態の期間を差し引いた期間。
	11	高血圧症	高血圧は、血圧が高いという病態。高血圧症とは、繰り返し測っても血圧が正常より高い場合をいう。
	12	後発医薬品（ジェネリック医薬品）	先発医薬品の特許期間終了後に、先発医薬品と品質・有効性・安全性が同等であるものとして厚生労働大臣が承認を行っているもの。
	13	高齢化率	全人口に占める65歳以上人口の割合。
さ行	14	脂質異常症	中性脂肪やコレステロールなどの脂質代謝に異常をきたした状態。
	15	疾病分類	世界保健機関（WHO）により公表されている「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」（略称、国際疾病分類：ICD）に準じて定めたものであり、社会保険の分野で疾病統計を作成する際の統一的基準として、広く用いられているもの。
	16	収縮期血圧	血圧は一般的には動脈内部の圧力のことを指し、心臓の収縮に伴って大きく変動する。最大となる血圧は心臓が収縮したときの血圧で収縮期血圧と呼ばれる。
	17	受診勧奨対象者	特定健診受診者のうち、医療機関の受診を促す基準として設定されている受診勧奨判定値を超える者。
	18	人工透析	機能が著しく低下した腎臓に代わり、機械で老廃物を取り除くこと。一般的に行われている「血液透析」は、患者の腕の血管から血液を取り出し老廃物を除去する。
	19	腎不全	腎臓の中にある毛細血管の集合体で、血液を濾過する「糸球体」の網の目が詰まり、腎臓の機能がおち、老廃物を十分排泄できなくなる状態。
	20	ストラクチャー	実施体制
	21	生活習慣病	食事や運動・喫煙・飲酒・ストレスなどの生活習慣が原因で起こる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。日本人の3大死因であるがん・脳血管疾患・心疾患、更に脳血管疾患や心疾患の危険因子となる動脈硬化症・糖尿病・高血圧症・脂質異常症などはいずれも生活習慣病であるとされている。

行	No.	用語	解説
	22	積極的支援	腹囲とBMIから、内臓脂肪蓄積のリスクありと判定された者のうち、血圧高値・脂質異常・血糖高値・喫煙ありの追加リスクに2又は3以上該当した者に対して実施する特定保健指導。65歳以上75歳未満の者については「積極的支援」の対象となった場合でも「動機付け支援」とする。
た行	23	中性脂肪	肉や魚・食用油など食品中の脂質や、体脂肪の大部分を占める物質。単に脂肪とも呼ばれる。
	24	動機付け支援	腹囲とBMIから、内臓脂肪蓄積のリスクありと判定された者のうち、血圧高値・脂質異常・血糖高値・喫煙ありの追加リスクに1又は2つ該当した者に対して実施する特定保健指導。
	25	糖尿病	インスリンの作用不足により高血糖が慢性的に続く病気。網膜症・腎症・神経障害の3大合併症をしばしば伴う。
	26	糖尿病性腎症	糖尿病の合併症の一つ。高血糖状態が継続したことで腎臓の濾過装置である糸球体が障害され、腎機能の著しい低下を認める。一度低下した腎機能の回復は難しく、進行すると人工透析が必要となる場合も多い。
	27	特定健康診査	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、40歳～74歳の方を対象として、保険者が実施することになっている健診。メタボリックシンドロームの対策が目的の一つとなっているために、俗に「メタボ健診」と言われることもある。
	28	特定健康診査等実施計画	保険者が特定健診・特定保健指導の実施に当たって、その規模、加入者の年齢構成、保健事業の体制・人材等のリソース、地域的条件等を考慮し、あらかじめ実施率目標や実施方法等を定めることで、事業を効率的・効果的に実施し、その実施状況の評価ができるよう、作成する計画。
	29	特定保健指導	特定健康診査の結果に基づき、主にメタボリックシンドロームの予防や解消を目的に行われる健康支援のこと。メタボリックシンドロームの人には「積極的支援」、その予備群には「動機付け支援」、それ以外の受診者には「情報提供」が行われる。
な行	30	日本再興戦略	平成25年6月に閣議決定された、規制緩和等によって、民間企業や個人が真の実力を発揮するための方策をまとめたものであり、日本経済を持続的成長に導く道筋を示す戦略。
	31	脳血管疾患	脳の動脈硬化が進み、脳の血管が詰まったり破れたりする病気の総称。
は行	32	BMI	体格指数の一つで、肥満度を表す指標として国際的に用いられている。肥満や低体重（やせ）の判定に用いられ、体重（kg）/身長（m2）で算出される。
	33	PDCAサイクル	「Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Action（改善）」という一連のプロセスを繰り返し行うことで、業務の改善や効率化を図る手法の一つ。
	34	標準化死亡比（SMR）	基準死亡率（人口10万対の死亡者数）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者数と実際に観察された死亡者数を比較するもの。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高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。
	35	腹囲	へその高さで計る腰回りの大きさ。内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボリックシンドロームを診断する指標の一つ。
	36	プロセス	実施方法
	37	平均自立期間	要介護2以上を「不健康」と定義して、平均余命からこの不健康期間を除いたもので、0歳の人が要介護2の状態になるまでの期間。
	38	平均余命	ある年齢の人々が、その後何年生きられるかの期待値であり、本計画書では0歳での平均余命を示している。
	39	HbA1c	赤血球の中にあるヘモグロビンA（HbA）にグルコース（血糖）が非酵素的に結合したもの。糖尿病の過去1～3か月のコントロール状態の評価を行う上での重要な指標。
ま行	40	メタボリックシンドローム	内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中などになりやすい病態のこと。単に腹囲が大きいだけでは、メタボリックシンドロームには当てはまらない。
や行	41	有所見者	特定健診受診者のうち、異常の所見のあった者。
ら行	42	レセプト（診療報酬明細書）	病院などが患者に対して治療を行った際、費用（医療費）を保険者に請求するときに使用する書類のこと。病院などは受診した患者ごとに毎月1枚作成する。