

(素案)

宇部市国民健康保険

第3期 データヘルス計画

兼

第4期 特定健康診査等実施計画

令和 年 月

山口県宇部市

# 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	3
4 実施体制・関係者連携	3
第2章 現状の整理	4
1 宇部市の特性	4
(1) 人口動態	4
(2) 平均余命・平均自立期間	5
(3) 産業構成	6
(4) 医療サービス（病院数・診療所数・病床数・医師数）	6
(5) 被保険者構成	7
2 前期計画等に係る考察	8
(1) 第2期データヘルス計画の目標評価・考察	8
(2) 第2期データヘルス計画の個別事業評価・考察	9
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	13
1 死亡の状況	14
(1) 死因別の標準化死亡比（SMR）	14
2 介護の状況	16
(1) 要介護（要支援）認定者数・割合	16
(2) 介護給付費	16
(3) 要介護・要支援認定者の有病状況	17
3 医療の状況	18
(1) 医療費	18
(2) 疾病分類別入院医療費及び受診率	20
(3) 疾病分類別外来医療費及び受診率	22
(4) 生活習慣病（重篤な疾患・基礎疾患）における受診率	24
(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	27
(6) 高額なレセプトの状況	29
4 特定健診・特定保健指導・生活習慣の状況	30
(1) 特定健診受診率	30
(2) 有所見者の状況	32
(3) メタボリックシンドロームの状況	33
(4) 特定保健指導実施率	35
(5) 受診勧奨対象者の状況	36
(6) 質問票の状況	37
5 その他の状況	38
(1) 重複服薬の状況	38
(2) 多剤服薬の状況	38
(3) 後発医薬品の使用状況	39
(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	39
6 健康課題の整理	40

(1) 各段階でのデータの整理.....	40
(2) わがまちの生活習慣病に関する健康課題.....	42
(3) 服薬管理に関する課題.....	43
第4章 データヘルス計画の目的・目標.....	44
第5章 保健事業の内容.....	45
1 保健事業の整理.....	45
(1) 糖尿病等の重症化予防.....	45
(2) 生活習慣病発症予防・保健指導.....	50
(3) 早期発見・特定健診.....	54
(4) 健康づくり.....	55
(5) 服薬管理.....	56
第6章 計画の評価・見直し.....	59
1 評価の時期.....	59
(1) 個別事業計画の評価・見直し.....	59
(2) データヘルス計画の評価・見直し.....	59
2 評価方法・体制.....	59
第7章 計画の公表・周知.....	59
第8章 個人情報の取扱い.....	59
第9章 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項.....	59
第10章 第4期 特定健康診査等実施計画.....	60
1 計画の背景・趣旨.....	60
(1) 計画策定の背景・趣旨.....	60
(2) 計画期間.....	60
2 第3期計画における目標達成状況.....	61
(1) 宇部市の状況.....	61
(2) 国の示す目標.....	66
(3) 宇部市の目標.....	66
3 特定健診・特定保健指導の実施方法.....	67
(1) 特定健診.....	67
(2) 特定保健指導.....	69
4 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.....	71
(1) 特定健診.....	71
(2) 特定保健指導.....	71
5 その他.....	72
(1) 計画の公表・周知.....	72
(2) 個人情報の保護.....	72
(3) 実施計画の評価・見直し.....	72
参考資料 用語集.....	73

(白 紙)

## 第1章 基本的事項

### 1 計画の趣旨

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。

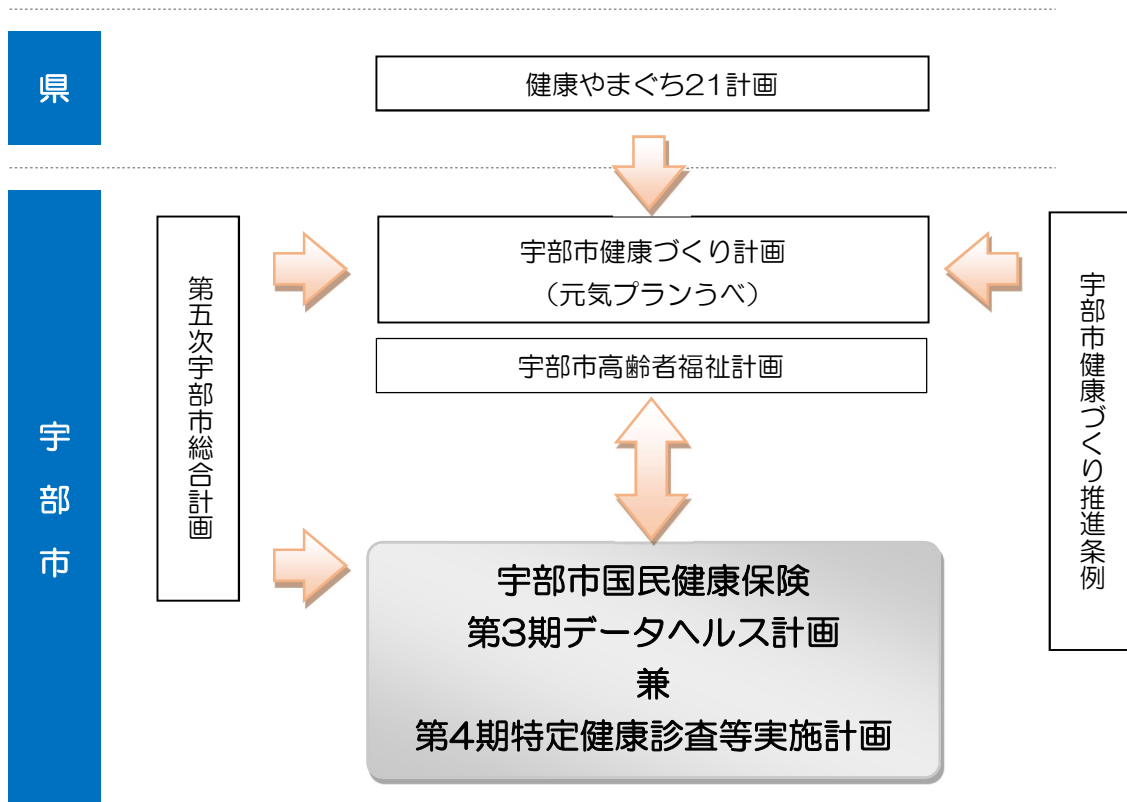
その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」において、「保険者のデータヘルス計画の標準化等の取組の推進」が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPIの設定を推進する。」と示されました。

こうした背景を踏まえ、宇部市では、被保険者の健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上を図り、結果として医療費の適正化にも資することを目的とし、データヘルス計画を策定し保健事業の実施、評価、改善等を行うこととします。

## 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「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、計画を策定します。



### 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、被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために、保険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

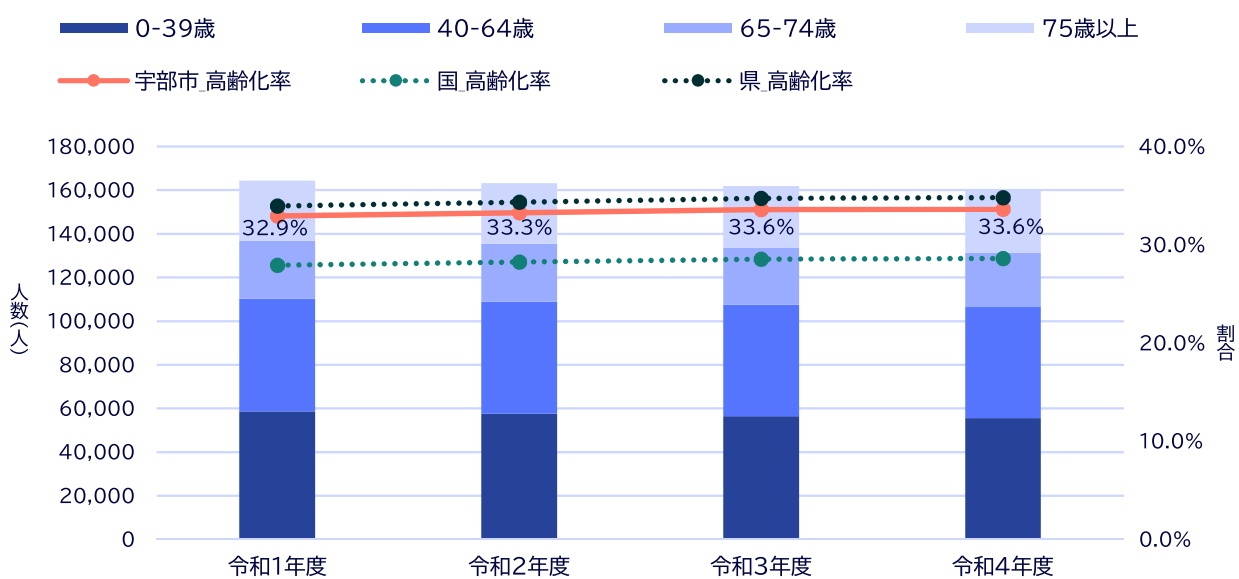
### 1 宇部市の特性

#### (1) 人口動態

宇部市の人口をみると（図表2-1-1-1）、令和4年度の人口は163,353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。国と比較すると、高齢化率は高い状況です。

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1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

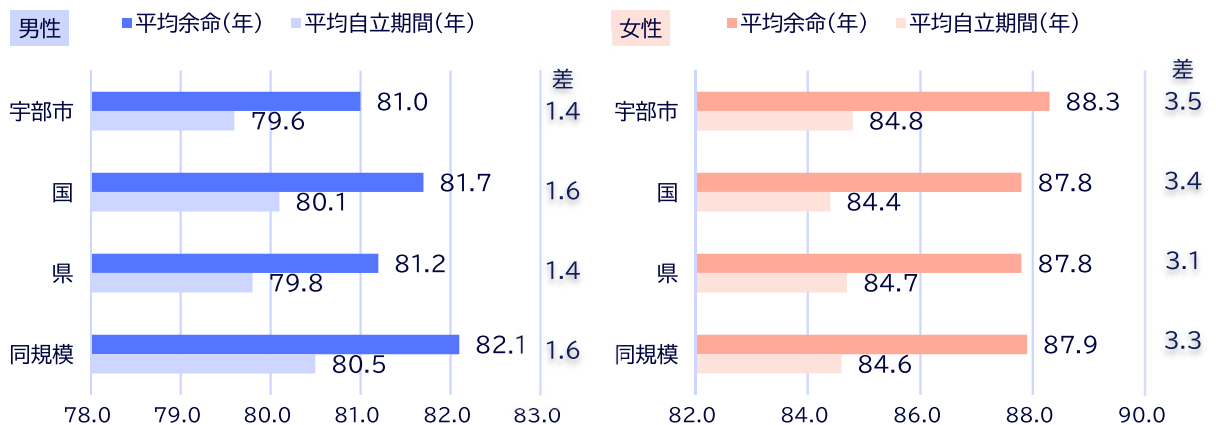
男女別に平均余命（図表2-1-2-1）をみると、男性の平均余命は81.0年で、国・県より短くなっています。国と比較すると、-0.7年です。女性の平均余命は88.3年で、国・県より長くなっています。国と比較すると、+0.5年です。

男女別に平均自立期間（図表2-1-2-1）をみると、男性の平均自立期間は79.6年で、国・県より短くなっています。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・県より長くなっています。国と比較すると、+0.4年です。

令和4年度における平均余命と平均自立期間の推移（図表2-1-2-2）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。

※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の状態になるまでの期間

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1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1年度から令和4年度 累計

### (3) 産業構成

産業構成の割合（図表2-1-3-1）をみると、国と比較して第二次産業比率が高く、県と比較して第二次産業及び第三次産業比率が高くなっています。

図表2-1-3-1：産業構成

	宇部市	国	県	同規模
一次産業	2.5%	4.0%	4.9%	2.6%
二次産業	27.7%	25.0%	26.1%	26.1%
三次産業	69.8%	71.0%	69.0%	71.3%

【出典】KDB帳票 S21\_003-健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 令和4年度 累計

※KDBシステムでは令和2年国勢調査をもとに集計しています。

### (4) 医療サービス(病院数・診療所数・病床数・医師数)

被保険者千人当たりの医療サービスの状況（図表2-1-4-1）をみると、国、県と比較していずれも少なくなっています。

図表2-1-4-1：医療サービスの状況

(千人当たり)	宇部市	国	県	同規模
病院数	0.6	0.3	0.5	0.3
診療所数	5.1	4.0	4.7	3.7
病床数	135.0	59.4	93.4	58.3
医師数	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。

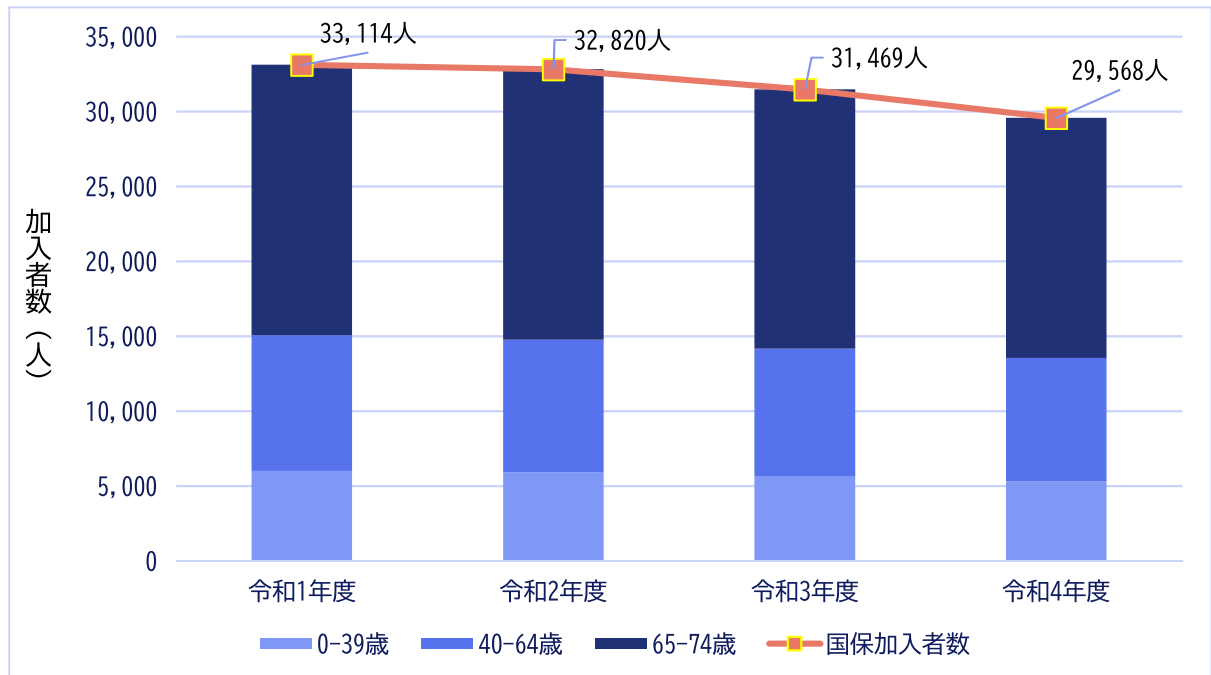
※KDBシステムでは令和2年医療施設（動態）調査及び令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計をもとに集計しています。

## (5) 被保険者構成

被保険者構成をみると（図表2-1-5-1）、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。令和4年度における国保加入率は18.4%で、令和元年度と比較して1.8ポイント減少しています。

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2-1-5-1：被保険者構成



	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
宇部市_総人口	164,255	163,112	161,767	160,353
宇部市_国保加入率	20.2%	20.1%	19.5%	18.4%
国_国保加入率	21.3%	21.0%	20.5%	—
県_国保加入率	20.8%	20.7%	20.2%	—

【出典】住民基本台帳 令和1年度から令和4年度  
KDB帳票 S21\_006-被保険者構成 令和1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 1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た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た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%	—	
<b>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</b>									
特定健診の受診率については、目標値には達していないが、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た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。									
<b>振り返り② 第2期計画全体をとおしてうまくできていた点</b>									
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。									
<b>振り返り③ 第2期計画全体をとおしてうまくできていなかった点</b>									
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。									
<b>振り返り④ 第3期計画への考察</b>									
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。

<p>【評価の凡例】</p> <p>○「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</p> <p>○「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</p>
--

### 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1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	
個別保健指導修了者数	実施者数 15人	目標値	実施者数	各年度20人					E	
			修了者数	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		—
			修了者数	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1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	
指導修了者の検査値（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50%						
		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、指導修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必要があります。

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、医療機関を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1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1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%	61.2%	—	
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、対象者にほぼ勧奨できました。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、電話が繋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。		医療機関受診者数について、受診割合は減少してきており、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、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1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1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、未利用者に対する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たため、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											
アウトプット指標、アウトカム指標ともに開始時よりも悪化しています。特定保健指導について周知していき、利用につながる勧奨方法を検討していく必要があります。											

### 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、保険料納入通知書ハチラシを同封、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1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1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						
国の目標値である受診率60%を目指して取り組みましたが、目標値には及ばなかったものの、開始時から8.8ポイント上昇しており一定の効果はあったと思われます。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。				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。										

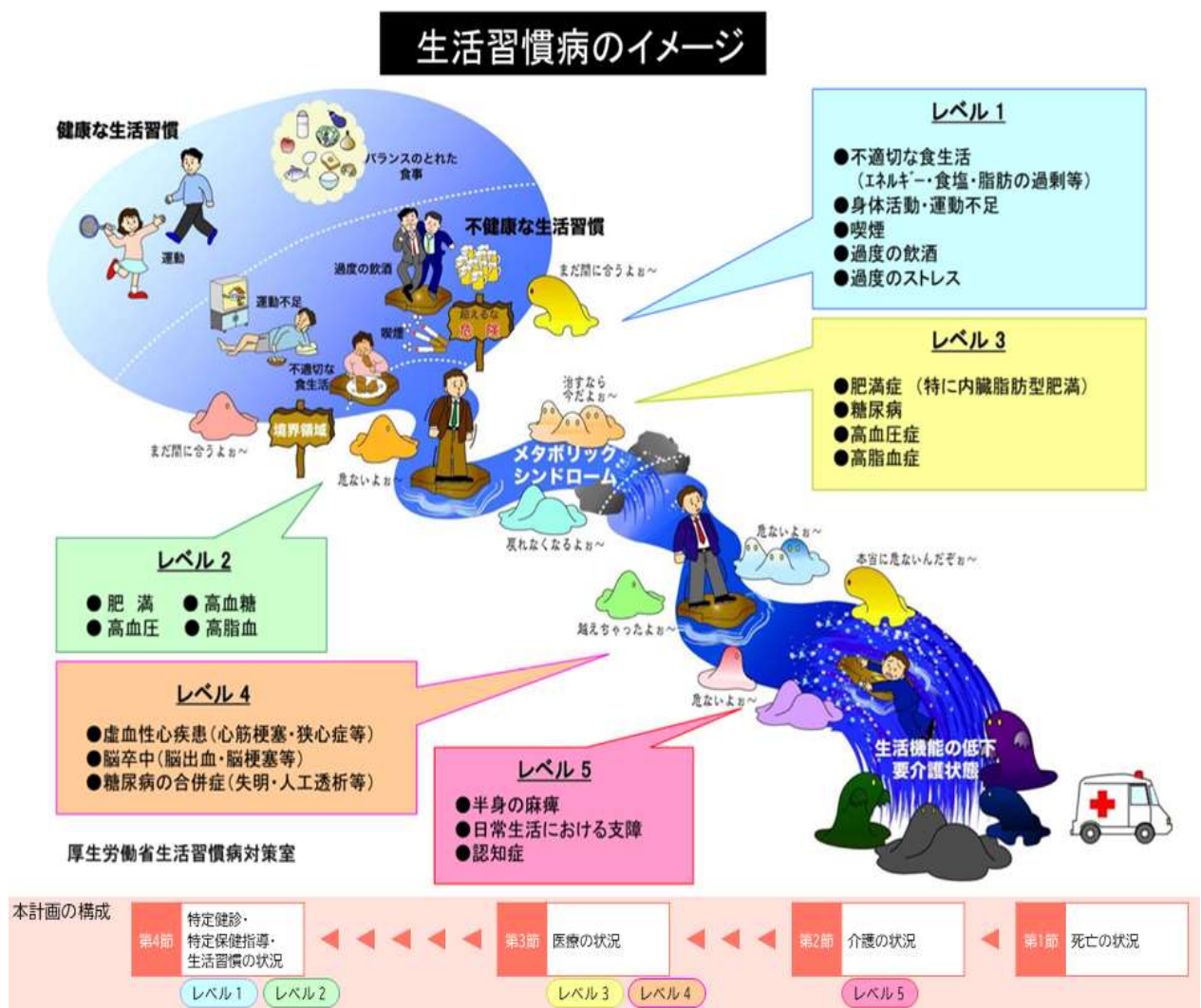


### 第3章 健康・医療情報等の分析と分析結果に基づく健康課題の抽出

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ると、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が待っていることを下の図で示しています。

第3章では、より多くの方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方がいて、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)

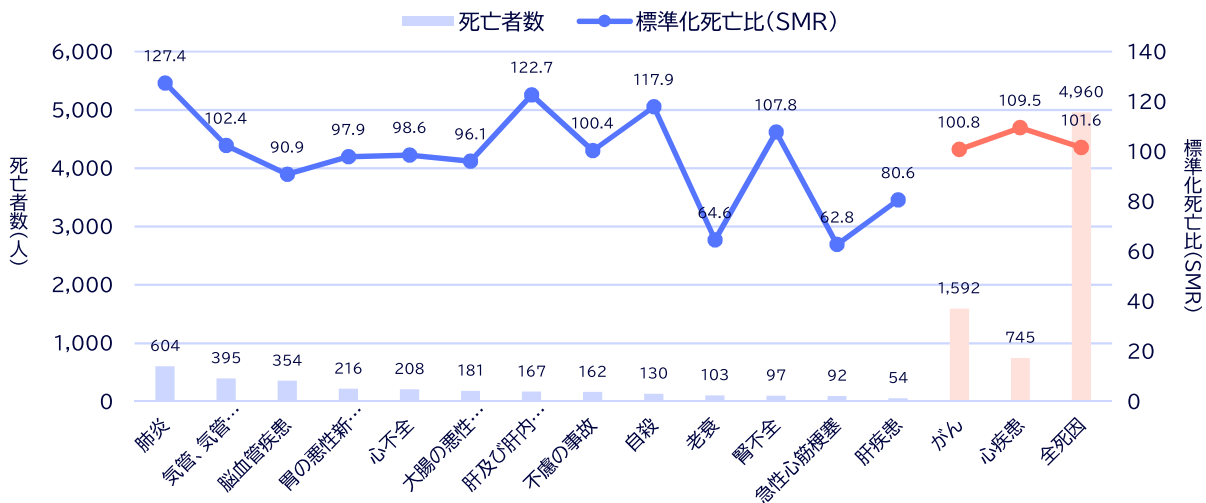
平成25年から平成29年までの累積疾病別死亡者数（図表3-1-1-1・図表3-1-1-2）をみると、男性の死因第1位は「肺炎」、第2位は「気管、気管支及び肺の悪性新生物」、第3位は「脳血管疾患」となっています。女性の死因第1位は「肺炎」、第2位は「脳血管疾患」、第3位は「老衰」となっています。

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となっており、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。

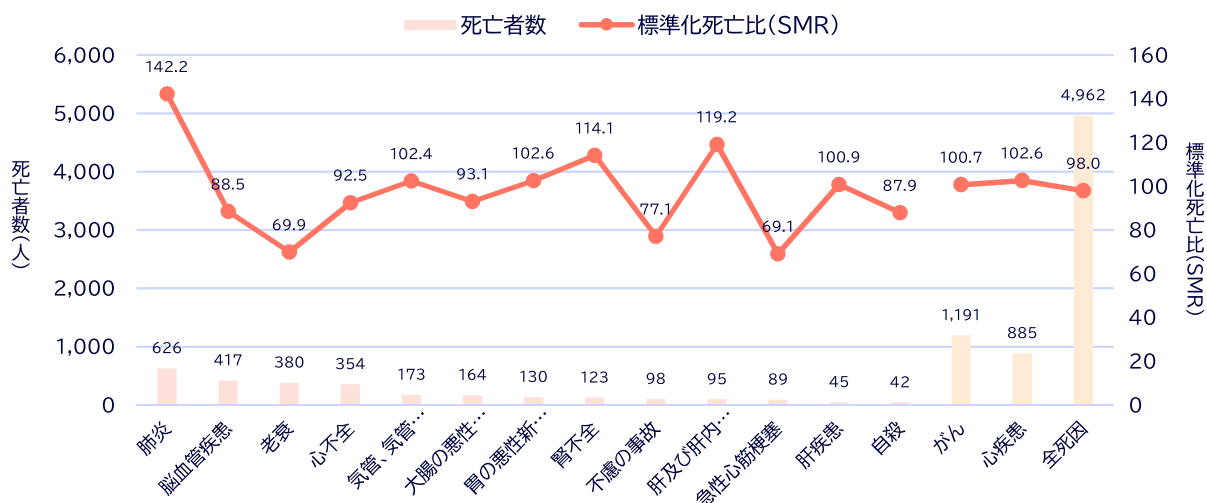
図表3-1-1-1：平成25年から平成29年までの死因別の死亡者数とSMR\_男性



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

要介護又は要支援の認定を受けた人の数・割合（図表3-2-1-1）をみると、令和4年度の要介護(要支援)認定者数は11,021人となっています。

第1号被保険者における要介護認定率は20.0%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4.3%、75歳以上の後期高齢者では34.6%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	26,197	1,122	4.3%	-	-
75歳以上	28,107	9,719	34.6%	-	-
計	54,304	10,841	20.0%	18.7%	19.1%
2号					
40-64歳	51,050	180	0.4%	0.4%	0.4%

【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

介護レセプト一件当たりの介護給付費（図表3-2-2-1）をみると、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

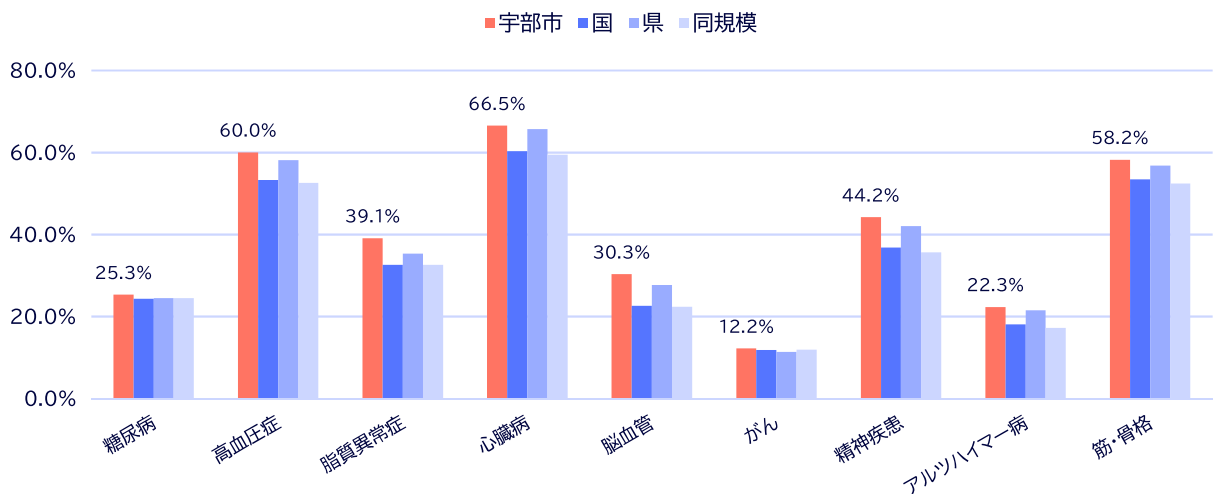
### (3) 要介護・要支援認定者の有病状況

要介護又は要支援の認定を受けた人の有病割合（図表3-2-3-1）をみると、「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%）となっています。

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をみると、「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

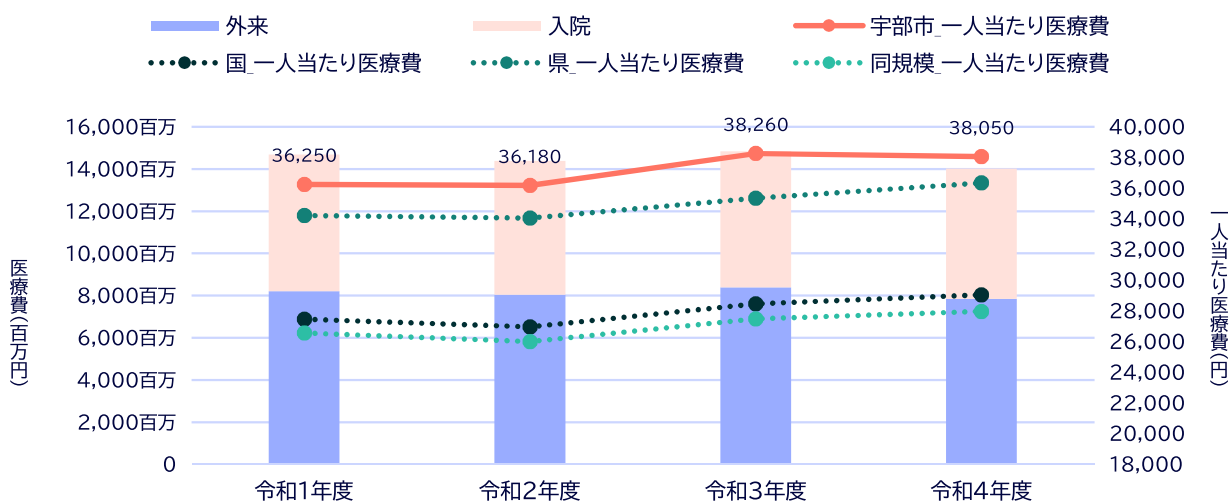
#### (1) 医療費

##### 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（図表3-3-1-1）、令和元年度と比較して4.5%減少しています。令和4年度の総医療費に占める入院医療費の割合は44.0%、外来医療費の割合は56.0%となっています。

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。国や県と比較すると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 入院外来別医療費の3要素

令和4年度の一人当たり月額医療費（図表3-3-1-2）は、入院が16,760円で、国や県の一人当たり月額医療費と比較すると多くなっています。これは受診率、一件当たり日数が国や県の値を上回っているためです。

外来の一人当たり月額医療費は21,290円で、国や県の一人当たり月額医療費と比較すると多くなっています。これは受診率、一件当たり日数が国の値を上回っているためです。

図表3-3-1-2：入院外来別医療費の3要素

入院	宇部市	国	県	同規模
一人当たり月額医療費（円）	16,760	11,650	16,650	10,830
受診率（件/千人）	28.3	18.8	28.2	17.3
一件当たり日数（日）	19.0	16.0	18.8	15.8
一日当たり医療費（円）	31,110	38,730	31,400	39,590

外来	宇部市	国	県	同規模
一人当たり月額医療費（円）	21,290	17,400	19,690	17,140
受診率（件/千人）	898.1	709.6	827.1	705.2
一件当たり日数（日）	1.6	1.5	1.5	1.5
一日当たり医療費（円）	15,250	16,500	15,770	16,430

【出典】 KDB帳票 S21\_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

- ※一人当たり医療費は、月平均を算出
- ※受診率：被保険者千人当たりのレセプト件数
- ※一件当たり日数：受診した日数/レセプト件数
- ※一日当たり医療費：総医療費/受診した日数

## (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

入院医療費を疾病中分類別にみると(図表3-3-2-1)、「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。

その他、または保健事業により予防可能な疾患に焦点を当てると、「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)	割合				
			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

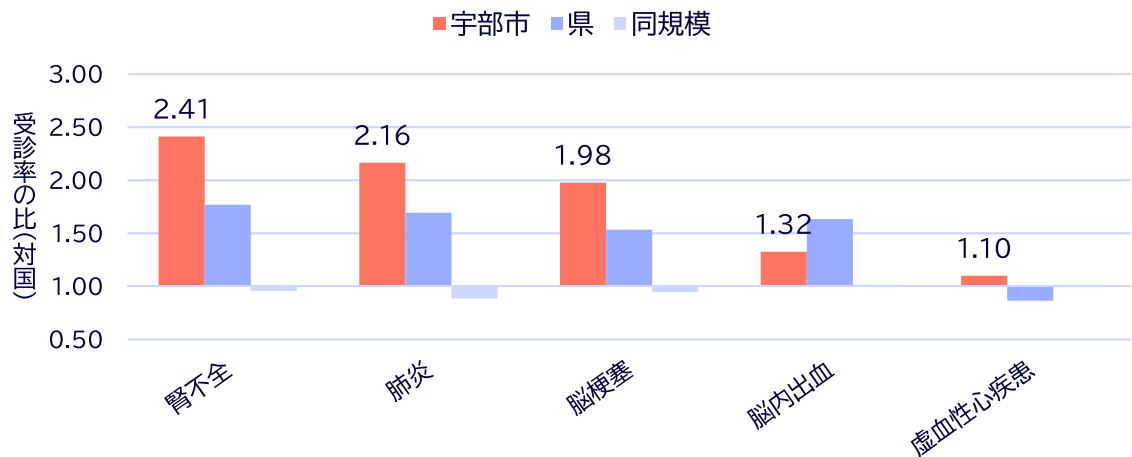


## ② 疾病分類(中分類)別入院受診率の比較

入院医療費が上位の疾病について、国と受診率を比較します(図表3-3-2-2)。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受診率をみると、「脳梗塞」が国の2.0倍、「虚血性心疾患」が国の1.1倍、「脳内出血」が国の1.3倍となっています。

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

入院医療費に続き外来医療費について、疾病別医療費、受診率、一人当たり医療費をみます。

疾病別の外来医療費をみると(図表3-3-3-1)、「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

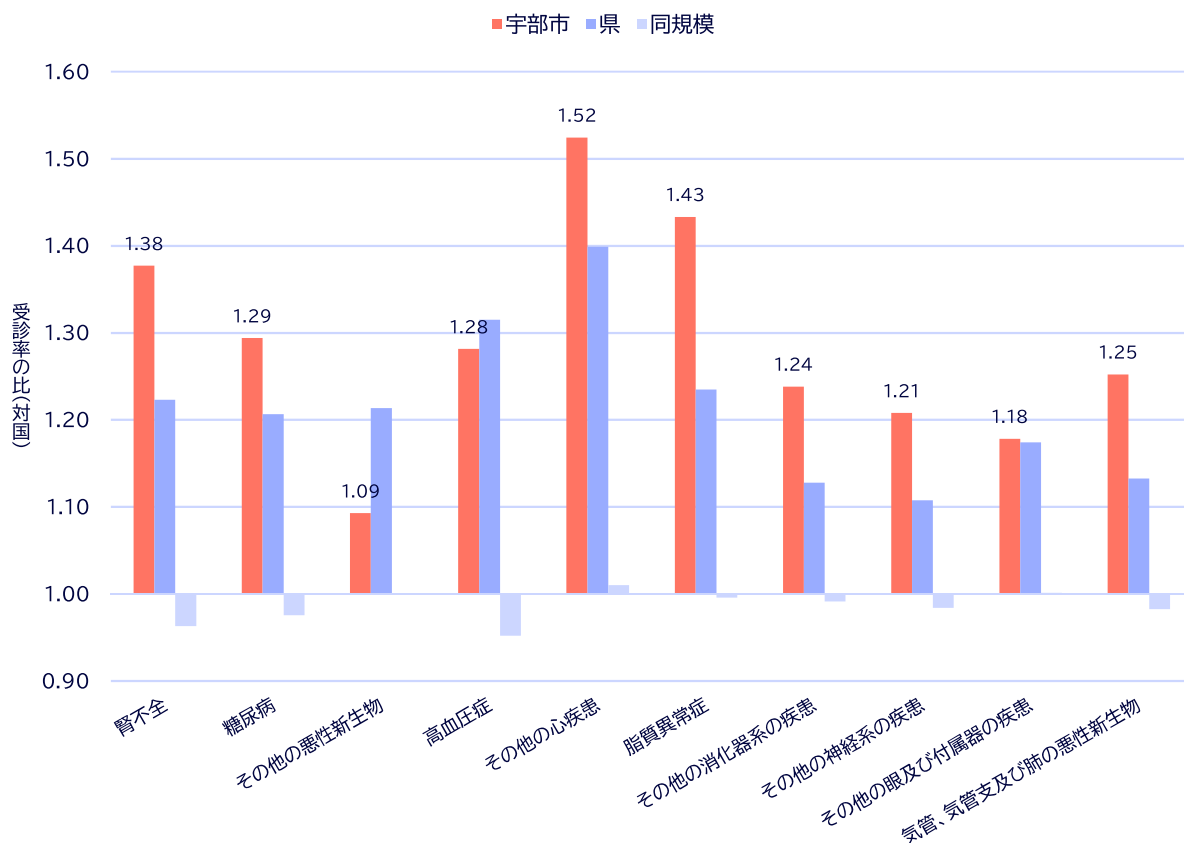
【出典】KDB帳票 S23\_004-疾病別医療費分析(中分類) 令和4年度 累計

## ② 疾病分類(中分類)別外来受診率の比較

外来医療費が上位の疾病について、国と受診率を比較します(図表3-3-3-2)。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。

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(重篤な疾患・基礎疾患)における受診率

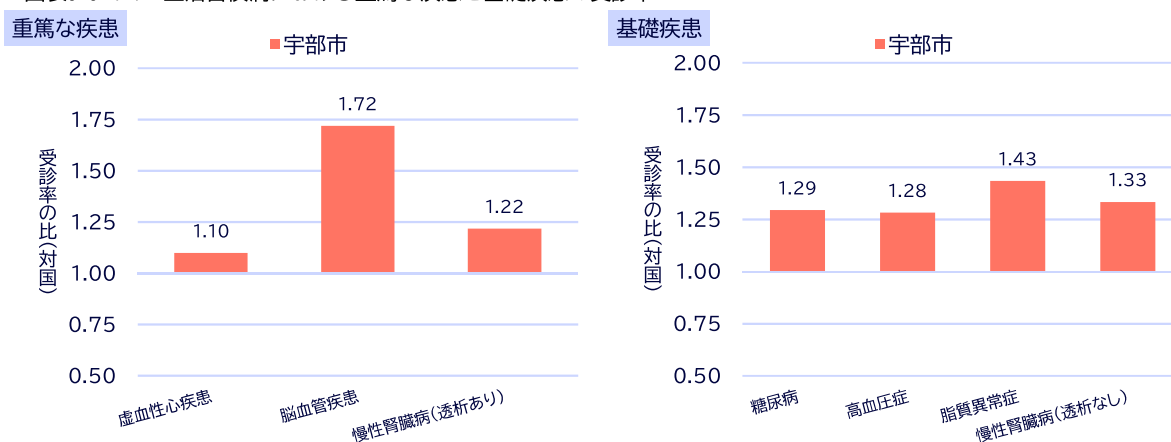
##### ① 生活習慣病における重篤な疾患と基礎疾患の受診率

ここでは、保健事業により予防可能な疾患における健康課題を抽出するという観点で生活習慣病に焦点を当て、重篤な疾患、基礎疾患及び人工透析が必要になる前段階の「慢性腎臓病（透析なし）」に絞り、受診率や有病状況の推移についてみます。

国との比が1を超えている場合、その疾患における受診率は国より高い、すなわちその疾患において医療機関にかかっている人が国平均よりも多いことを意味しています。国との比が1を下回る場合には、該当する人が国平均よりも少ないことを意味します。

重篤な疾患と基礎疾患及び「慢性腎臓病（透析なし）」受診率をみると（図表3-3-4-1）、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重篤な疾患と基礎疾患の受診率



【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。

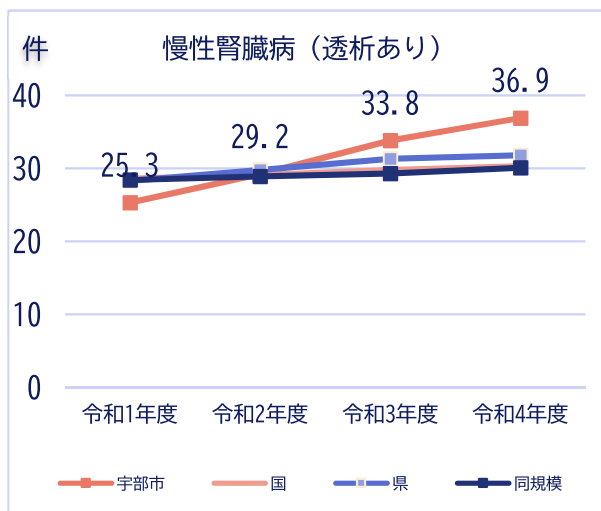
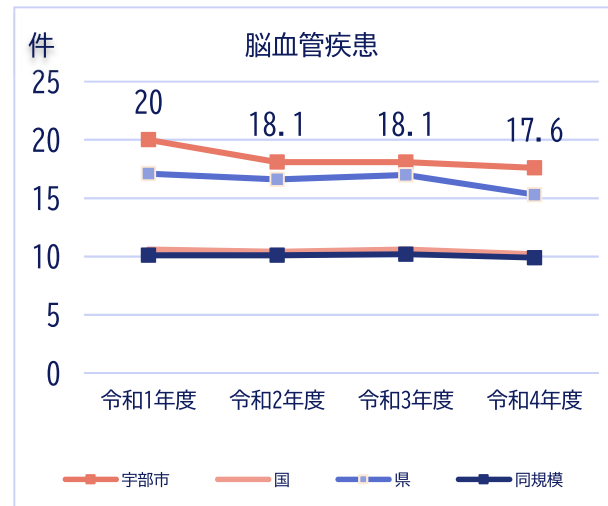
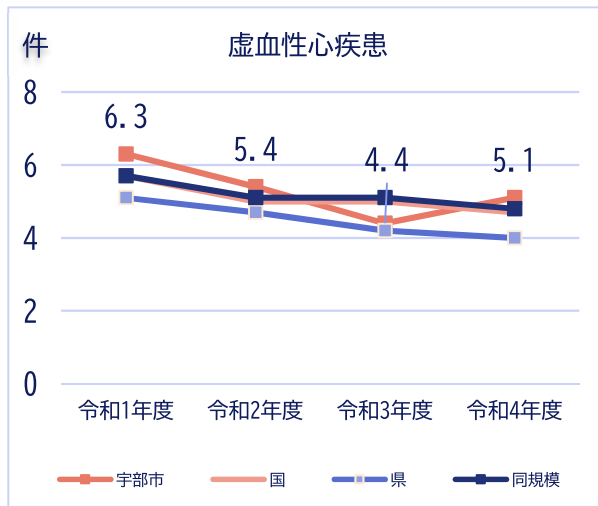
※グラフ内の「虚血性心疾患」、「脳血管疾患」は入院、それ以外の疾病分類は外来を集計しています。

## ② 生活習慣病における重篤な疾患の受診率の推移

重篤な疾患における受診率の推移（図表3-3-4-2）をみると、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1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1年度から令和4年度 累計

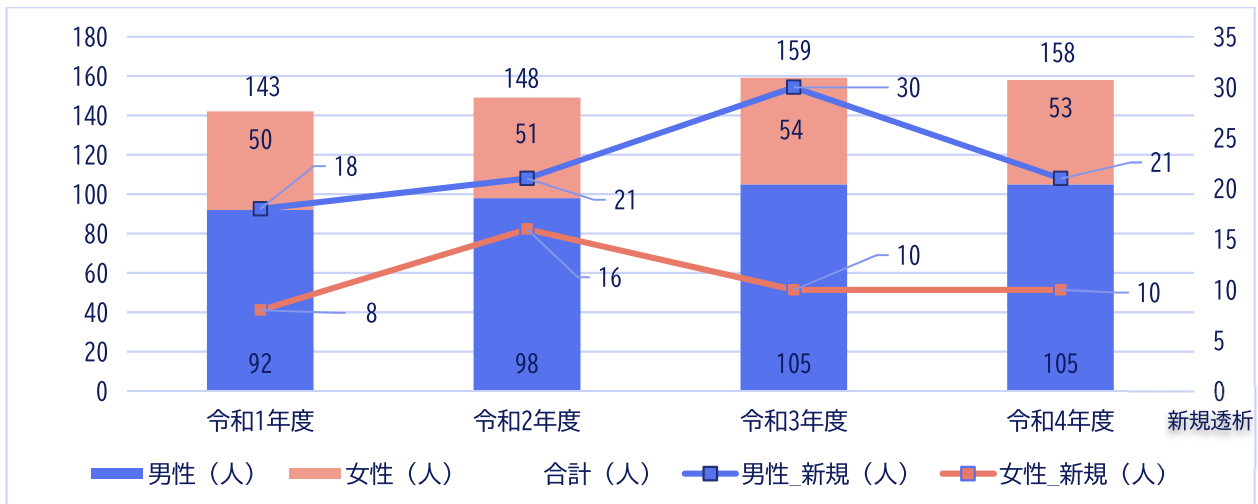
※グラフ内の「虚血性心疾患」と「脳血管疾患」は入院、「慢性腎臓病（透析あり）」は外来を集計しています。

### ③ 人工透析患者数の推移

人工透析患者数の推移（図表3-3-4-3）をみると、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1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

生活習慣病の重篤な疾患患者において、基礎疾患のレセプトが同時に出ている人の割合をみます。

令和4年度3月時点の「虚血性心疾患」の患者1,405人についてみると（図表3-3-5-1）、「糖尿病」は52.6%、「高血圧症」は84.8%、「脂質異常症」は77.4%です。

「脳血管疾患」の患者2,015人について、「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

また、令和4年度3月時点での被保険者における基礎疾患の有病者数及びその割合は（図表3-3-5-2）、「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



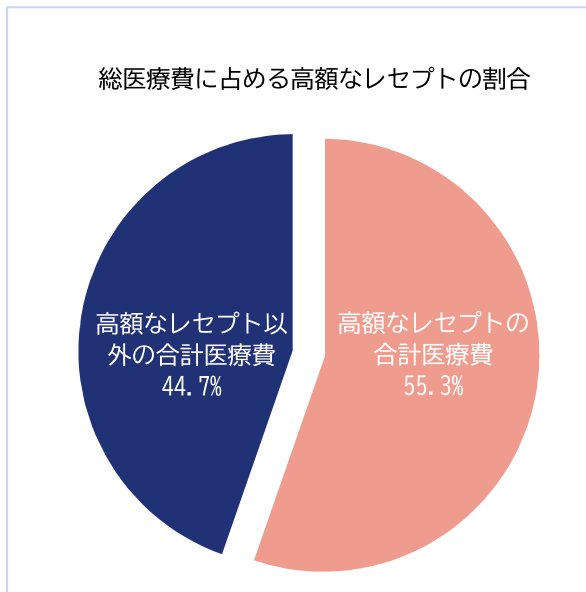
## (6) 高額なレセプトの状況

医療費のうち、1か月当たり30万円以上のレセプト（以下「高額なレセプト」という。）についてみます（図表3-3-6-1）。

令和4年度のレセプトのうち、高額なレセプトは77億5,000万円、総医療費の55.3%を占めています。

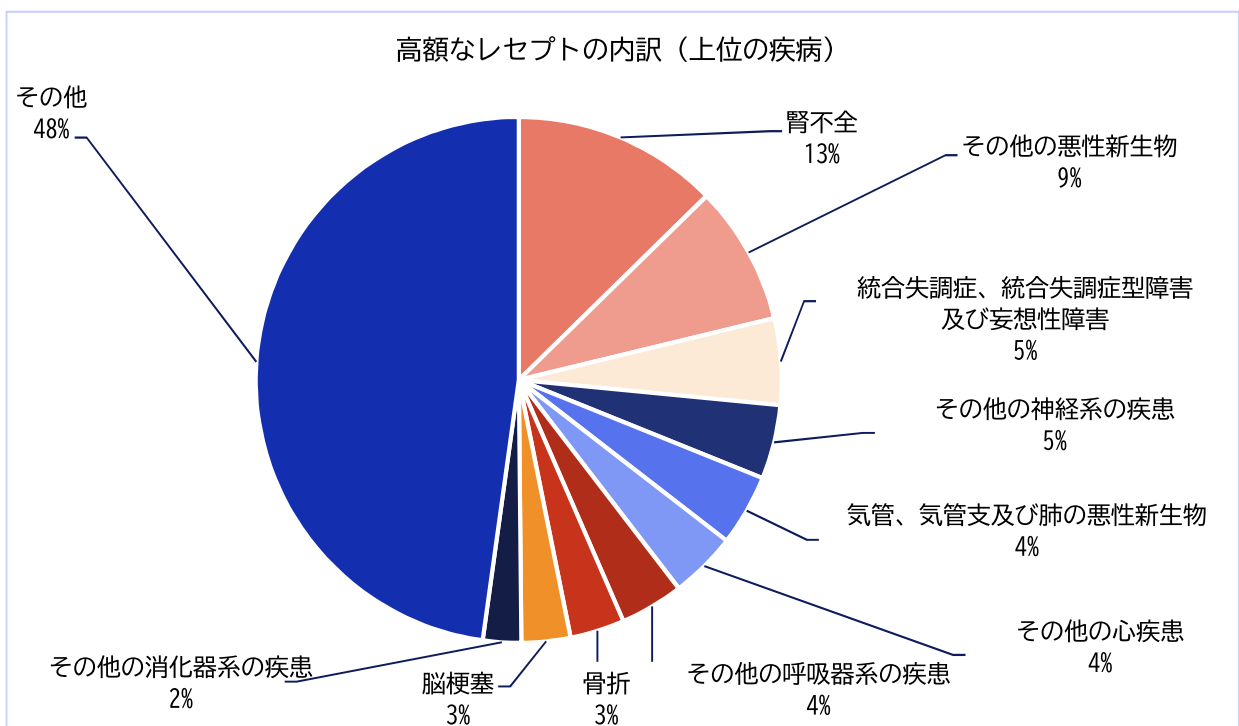
保健事業により予防可能な疾患という観点で、重篤な疾患についてみると、「腎不全」、「脳梗塞」が上位10位に入っています。

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



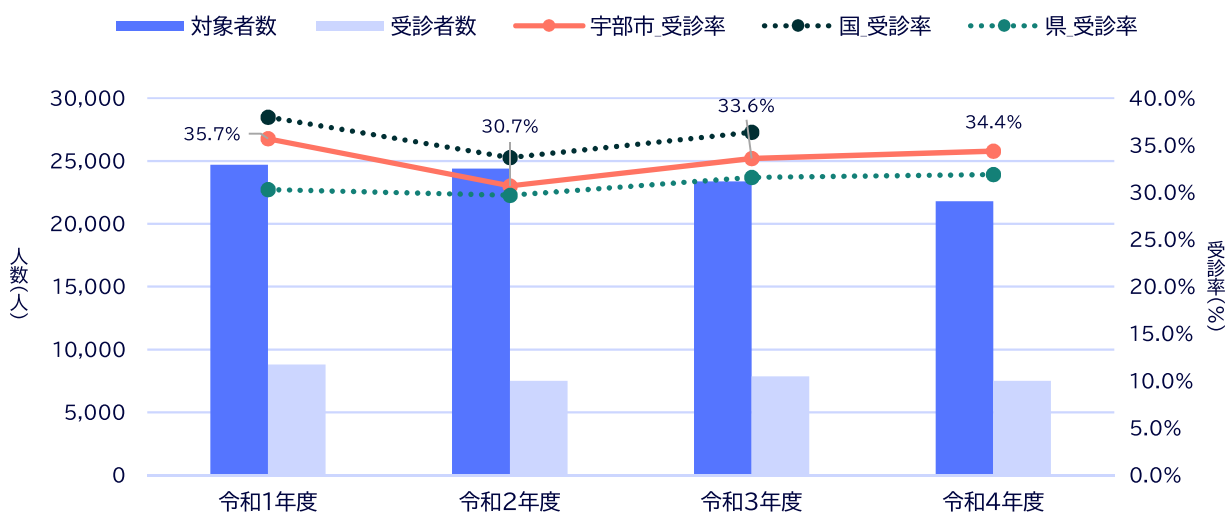
## 4 特定健診・特定保健指導・生活習慣の状況

### (1) 特定健診受診率

#### ① 特定健診受診率の推移

特定健診の実施状況を見ると（図表3-4-1-1）、令和3年度の特定健診受診率は33.6%であり、国より低いが、県より高くなっています。また、経年の推移をみると、令和元年度と比較して2.1ポイント低下しています。年齢階層別にみると（図表3-4-1-2）、特に45-49歳の特定健診受診率が上昇しています。

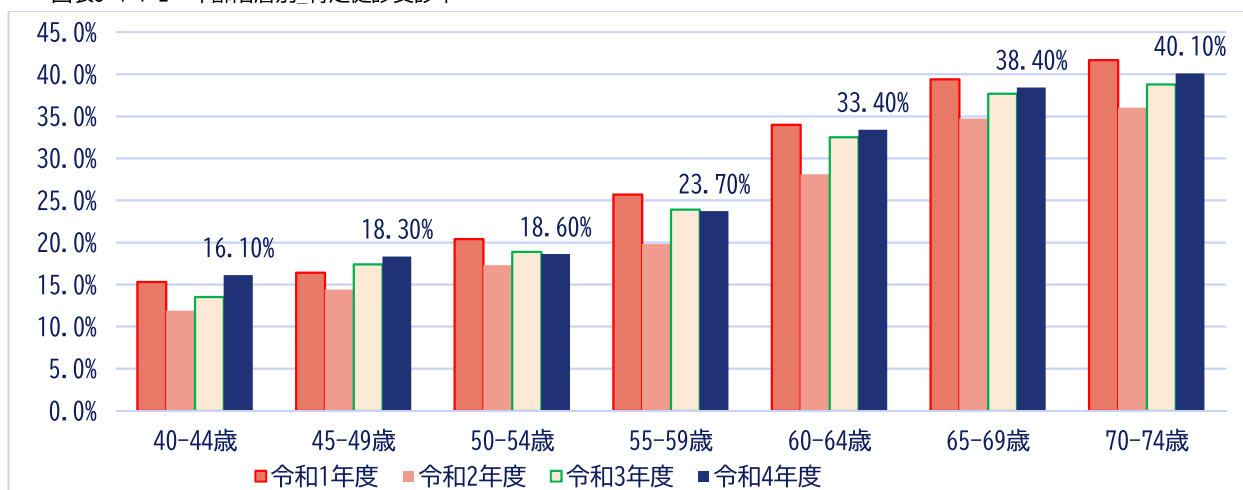
図表3-4-1-1：特定健診受診率（法定報告値）



【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1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

特定健診を受診した人のうち、生活習慣病を治療中の人は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、特定健診未受診者のうち、生活習慣病のレセプトが出ている人は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（図表3-4-1-3）。

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

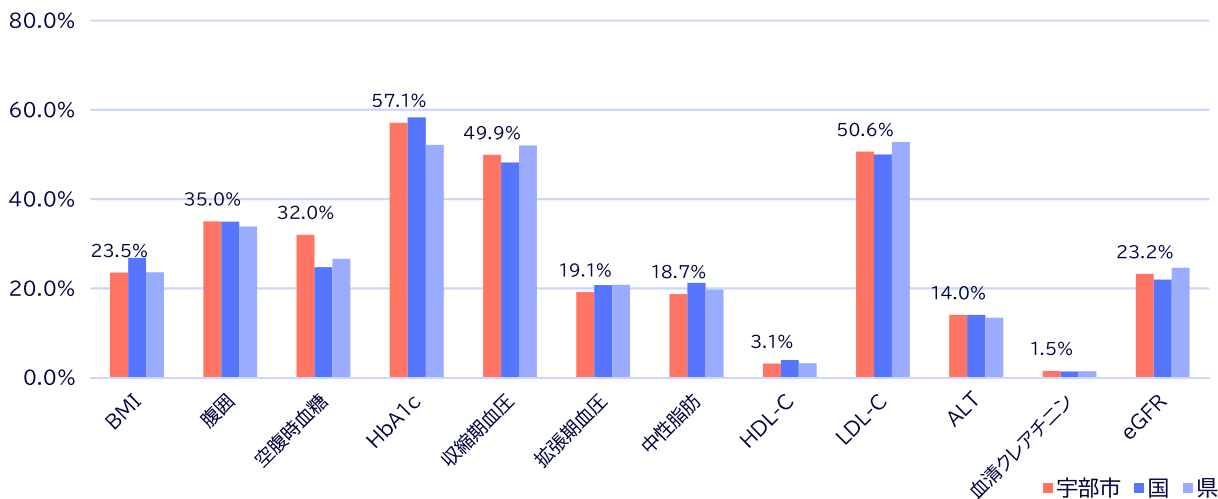
※KDB帳票と法定報告値は、データの登録時期が異なるため値がずれます（以下同様）。

## (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

令和4年度の特定健診受診者における有所見者の割合をみると（図表3-4-2-1）、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/m <sup>2</sup> 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：100cm <sup>2</sup> 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/1.73m <sup>2</sup> 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

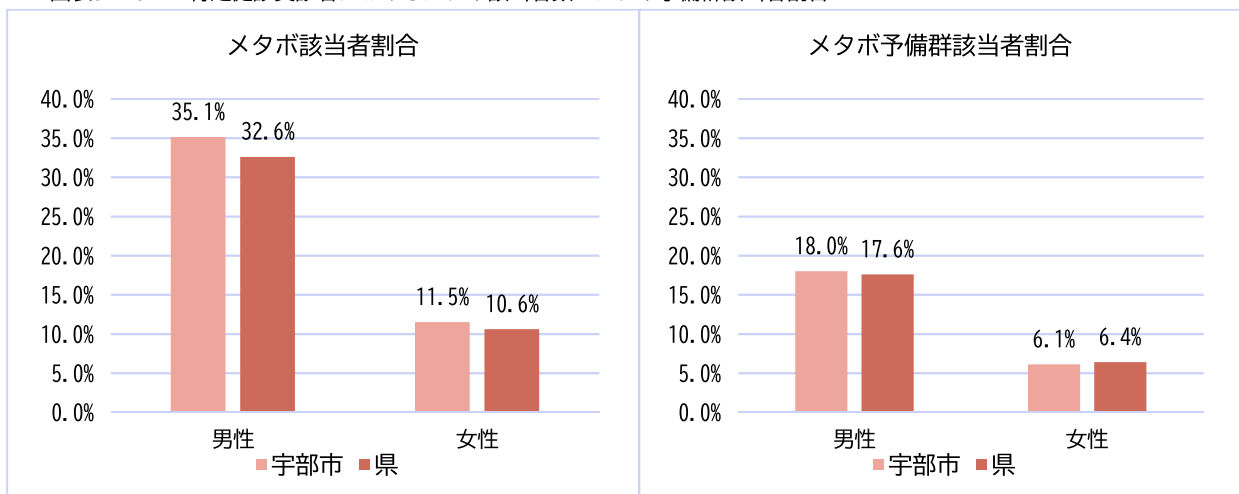
#### ① 特定健診受診者におけるメタボ該当者数とメタボ予備群該当者数

令和4年度の特定健診受診者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）、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。）の状況をみると（図表3-4-3-1）、メタボ該当者は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%で、該当者割合は県より高くなっています。男女別にみると、男性では特定健診受診者の35.1%が、女性では11.5%がメタボ該当者となっています。

メタボ予備群該当者は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。男女別にみると、男性では特定健診受診者の18.0%が、女性では6.1%がメタボ予備群該当者となっています。

なお、メタボ該当者及びメタボ予備群該当者の定義は、下表（メタボリックシンドローム判定値の定義）のとおりです。

図表3-4-3-1：特定健診受診者におけるメタボ該当者数・メタボ予備群該当者割合



【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

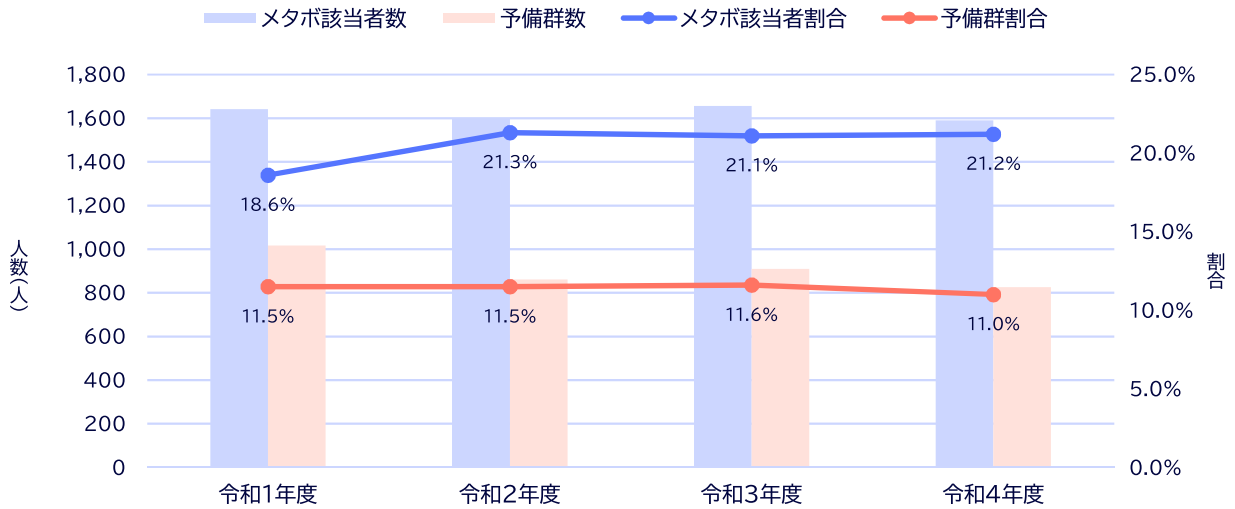
メタボ該当者	腹囲	以下の追加リスクのうち2つ以上該当
メタボ予備群該当者	85cm（男性） 90cm（女性）以上	以下の追加リスクのうち1つ該当
追加リスク	血糖	空腹時血糖110mg/dL以上
	血圧	収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上
	脂質	中性脂肪150mg/dL以上、またはHDLコレステロール40mg/dL未満

【出典】厚生労働省 メタボリックシンドロームの診断基準

## ② メタボ該当者数とメタボ予備群該当者数の推移

令和4年度と令和元年度の該当者割合を比較すると（図表3-4-3-2）、特定健診受診者のうちメタボ該当者の割合は2.6ポイント増加しており、メタボ予備群該当者の割合は0.5ポイント減少しています。

図表3-4-3-2：メタボ該当者数・メタボ予備群該当者数の推移



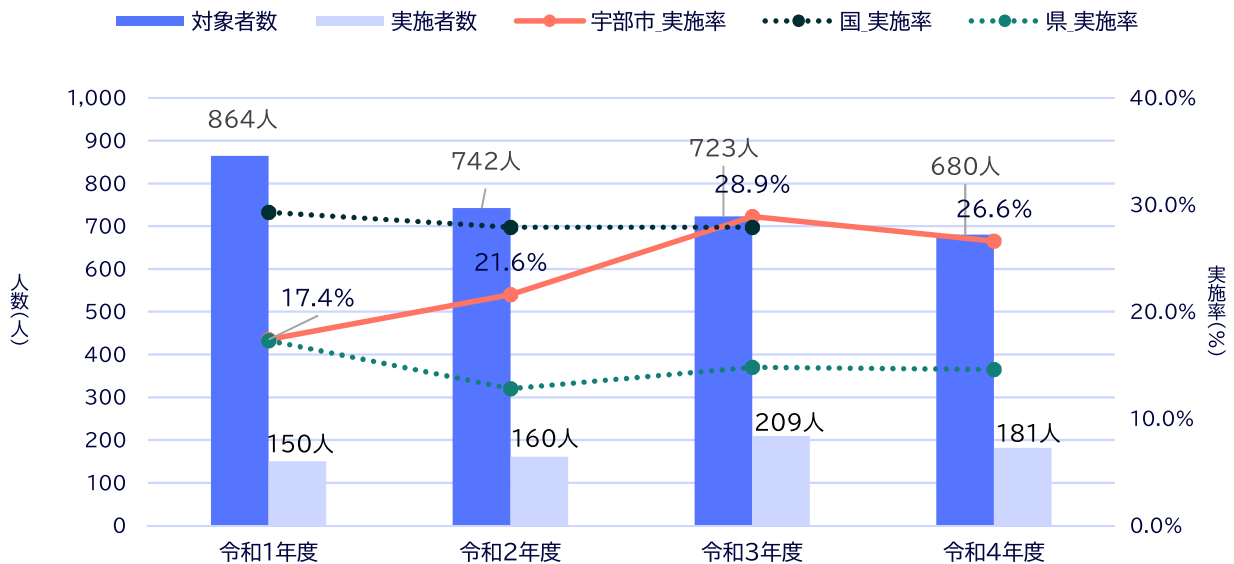
【出典】特定健診・特定保健指導実施結果報告（法定報告） 令和1年度から令和4年度

#### (4) 特定保健指導実施率

特定健診受診者のうち特定保健指導の対象者数は（図表3-4-4-1）、令和3年度では723人で、特定健診受診者7,848人中9.2%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28.9%で、特定保健指導実施率は国・県より高くなっています。

令和3年度の実施率は、令和元年度の実施率17.4%と比較すると11.5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】厚生労働省 2019年度から2021年度特定健診・特定保健指導実施状況（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

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) 受診勧奨対象者の状況

### ① 受診勧奨対象者における服薬状況

血糖、血圧、脂質及び腎機能の受診勧奨対象者について、検査値ごとに健診受診年度のレセプトにおける服薬状況をみます（図表3-4-5-1）。受診勧奨対象者のうち、特に検査値が高い者は服薬による治療が必要な可能性があり、レセプトから服薬が確認されない場合、医療機関の受診を促す必要があります。

令和4年度の健診において、血糖がHbA1c6.5%以上であった716人の23.2%が、血圧がⅠ度高血圧以上であった2,209人の43.8%が、脂質がLDL-C140mg/dL以上であった1,993人の74.0%が服薬をしていません。

また、腎機能については、eGFR45ml/分/1.73m<sup>2</sup>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をしていません。

図表3-4-5-1：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）	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	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）	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（eGFR）	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/1.73m <sup>2</sup> 以上 45ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満	134	19	14.2%	18	13.4%
15ml/分/1.73m <sup>2</sup> 以上 30ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満	12	0	0.0%	0	0.0%
15ml/分/1.73m <sup>2</sup> 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

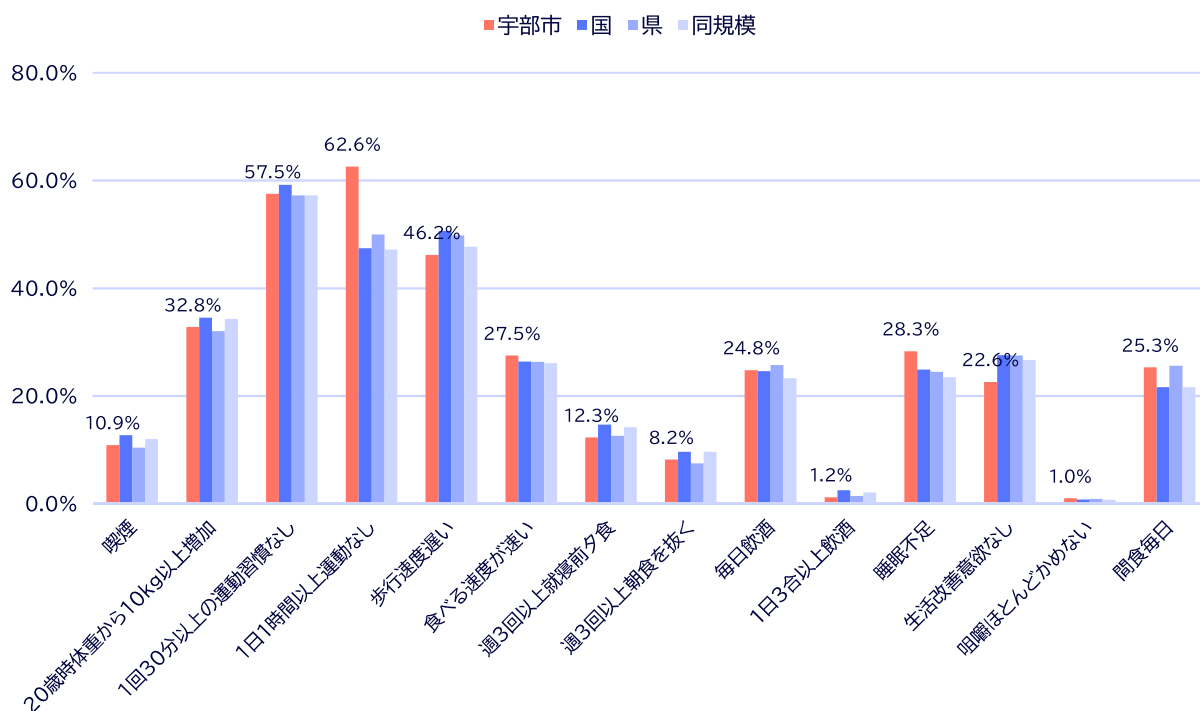


## (6) 質問票の状況

### ① 特定健診受診者における質問票の回答状況

令和4年度の特定健診受診者の質問票から生活習慣の状況をみると（図表3-4-6-1）、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」、「咀嚼ほとんどかめない」の回答割合が高くなっています。

図表3-4-6-1：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（図表3-5-1-1）、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	
	4医療機関以上	7	6	6	4	3	1	0	0	0	
	5医療機関以上	4	3	3	2	2	1	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（図表3-5-2-1）、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）。

図表3-5-3-1：後発医薬品の使用状況

	令和1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

国保被保険者におけるがん検診の受診状況をみると（図表3-5-4-1）、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

死亡・要介護状態	
平均余命 平均自立期間	<ul style="list-style-type: none"> <li>・男性の平均余命は81.0年で、国・県より短い。国と比較すると、-0.7年である。女性の平均余命は88.3年で、国・県より長い。国と比較すると、0.5年である。（図表2-1-2-1）（5ページ）</li> <li>・男性の平均自立期間は79.6年で、国・県より短い。国と比較すると、-0.5年である。女性の平均自立期間は84.8年で、国・県より長い。国と比較すると、0.4年である。（図表2-1-2-1）（5ページ）</li> </ul>
死亡	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成25年から平成29年までの重篤な疾患の標準化死亡比は、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）である。（図表3-1-1-1・図表3-1-1-2）（14ページ）</li> </ul>
介護	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平均余命と平均自立期間の差は、男性は1.4年、女性は3.5年となっている。（図表2-1-2-1）（5ページ）</li> <li>・介護認定者における有病割合をみると「心臓病」は66.5%、「脳血管疾患」は30.3%であり、これらの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「高血圧症」（60.0%）、「脂質異常症」（39.1%）、「糖尿病」（25.3%）である。（図表3-2-3-1）（17ページ）</li> </ul>

### 生活習慣病重症化

医療費	入院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健事業により予防可能な疾患について入院医療費をみると、「腎不全」が5位（4.6%）、「脳梗塞」が8位（3.9%）、「虚血性疾患」が14位（2.3%）となっている。（図表3-3-2-1）（20ページ）</li> </ul>
	外来（透析）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「腎不全」の外来医療費は最も高く、外来医療費全体の9.9%を占めている。（図表3-3-3-1）（22ページ）</li> <li>・生活習慣病における重篤な疾患のうち「慢性腎臓病（透析あり）」の受診率は、国より高い。（図表3-3-4-1）（24ページ）</li> <li>・「人工透析」患者のうち、「高血圧症」を有している人は93.8%、「脂質異常症」は62.7%、「糖尿病」は62.1%となっている。（図表3-3-5-1）（27ページ）</li> </ul>



### ◀重症化予防

生活習慣病		
医療費	外来	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外来医療費は、「腎不全」、「糖尿病」、「高血圧症」、「脂質異常症」が上位に入っている。（図表3-3-3-1）（22ページ）</li> <li>・「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。（図表3-3-4-1）（24ページ）</li> <li>・令和4年度3月時点の被保険者における基礎疾患の有病者数及びその割合は、「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%）である。（図表3-3-5-2）（28ページ）</li> </ul>
特定健診	受診勧奨対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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は、血糖ではHbA1cが6.5%以上であった716人の23.2%、血圧ではI度高血圧以上であった2,209人の43.8%、脂質ではLDL-Cが140mg/dL以上であった1,993人の74.0%、腎機能ではeGFRが45ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満であった150人の14.0%である。（図表3-4-5-1）（36ページ）</li> </ul>

▲ ◀生活習慣病発症予防・保健指導

生活習慣病予備群・メタボリックシンドローム	
特定健診 メタボ該当者 メタボ予備群 該当者 特定健診有所見者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・令和元年度と令和4年度の割合で比較すると、メタボ該当者は2.6ポイント増加しており、メタボ予備群該当者は0.5ポイント減少しているが、ほぼ横ばいで推移している。(図表3-4-3-2) (34ページ)</li> <li>・令和3年度の特定保健指導実施率は28.9%で、国・県より高い。(図表3-4-4-1) (35ページ)</li> <li>・有所見該当者の割合について、HbA1c (57.1%)、LDL-C (50.6%)、収縮期血圧 (49.9%) の順に高い。(図表3-4-2-1) (32ページ)</li> </ul>

▲ ◀早期発見・特定健診

不健康な生活習慣	
健康に関する意識	<ul style="list-style-type: none"> <li>・令和3年度の特定健診受診率は33.6%で国より低い、県より高い。(図表3-4-1-1) (30ページ)</li> <li>・令和4年度の特定健診未受診者のうち、生活習慣病のレセプトが出ていない人は4,522人で、特定健診対象者の20.3%となっている。(図表3-4-1-3) (31ページ)</li> </ul>
特定健診 生活習慣	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診受診者の質問票の回答割合について、「1日1時間以上運動なし」、「食べる速度が速い」、「睡眠不足」、「咀嚼 ほとんどかめない」が国や県と比較して高い。(図表3-4-6-1) (37ページ)</li> </ul>

▲ ◀健康づくり ◀社会環境・体制整備

地域特性・背景	
宇部市の特性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢化率は33.6%で、国や県と比較すると、高い。(図表2-1-1-1) (4ページ)</li> <li>・国保加入者数は29,568人で、65歳以上の被保険者の割合は54.1%となっている。(図表2-1-5-1) (7ページ)</li> </ul>
健康維持増進のための社会環境・体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一人当たり医療費は国、県より高い。(図表3-3-1-1) (18ページ)</li> <li>・重複処方該当者数は265人であり、多剤処方該当者数は108人である。(図表3-5-1-1・図表3-5-2-1) (38ページ)</li> <li>・後発医薬品の使用割合は80.1%であり、県と比較して1.4ポイント低い。(図表3-5-3-1) (39ページ)</li> </ul>
その他 (がん)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・悪性新生物(「大腸」、「肺」、「胃」)は死因の上位にある。(図表3-1-1-1) (14ページ)</li> <li>・5がんの検診平均受診率は国より低い、県より高い。(図表3-5-4-1) (39ページ)</li> </ul>

## (2) わがまちの生活習慣病に関する健康課題

考察	健康課題	評価指標
<p><b>◀重症化予防</b></p> <p>保健事業により予防可能な重篤疾患をみると、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。入院医療費でみると、腎不全・脳梗塞・虚血性疾患が高く、また、外来医療費では、腎不全が最も割合が高い。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。</p> <p>これらの重篤な疾患に関連する基礎疾患である糖尿病・高血圧症・脂質異常症の外来受診率については、いずれも国と比べて高い傾向にあるものの、特定健診受診者においては、血糖・血圧・脂質に関して受診勧奨判定値を上回っているものの該当疾患に関する服薬が出ていない人が血糖では約2割強、血圧では約4割、血中脂質では約7割強存在している。腎機能についてもeGFRが受診勧奨判定値に該当しているものの血糖や血圧の薬が出ていない人が約2割弱存在している。これらの事実から、適切な治療につなげ、重症化を予防していく必要がある。</p> <p>特に糖尿病は、新規人工透析の移行要因としての割合が約4割と最も高いことから、糖尿病の重症化予防をしていくことで、慢性腎臓病・人工透析への移行の予防につながると考えられる。</p>	<p>#1 重篤な疾患、特に腎不全への進行を防ぐことを目的に、糖尿病の治療中断者と、健診を受診し血糖値が受診勧奨判定値を超えた者に対して適切に医療機関の受診を促進することが必要</p>	<p>【長期指標】 腎不全の入院受診率 腎不全の外来受診率</p> <p>【中期指標】 ●高血糖者の割合</p> <p>【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 ●HbA1cが8.0%以上の者の割合</p>
<p><b>◀生活習慣病発症予防・保健指導</b></p> <p>特定健診受診者の内、メタボ該当者の割合・予備群該当者の割合はほぼ横ばいで推移している。</p> <p>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。</p> <p>これらのことから、特定保健指導実施率の向上に力を入れることにより、多くのメタボ該当者・予備群該当者に保健指導を実施することができれば、メタボ該当者・予備群該当者を減少させ、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。</p> <p>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ぐ脳血管疾患、心疾患につながりやすく発症予防が大切である。</p>	<p>#2-1 メタボ該当者・予備群該当者の悪化を防ぎ、減少させることを目的に、特定保健指導実施率の向上が必要</p> <p>#2-2 メタボ非該当者の生活習慣病予防を目的にLDL-C、血圧の保健指導を実施していくことが必要</p>	<p>【中期指標】 特定健診受診者のうち、メタボ該当者の割合、メタボ予備群該当者の割合</p> <p>LDL-Cが保健指導判定値以上の者の割合</p> <p>●血圧が保健指導判定値以上の者の割合</p> <p>【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 ●特定保健指導対象者の減少率</p>

<p><b>◀早期発見・特定健診</b></p> <p>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。</p>	<p>#3</p> <p>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</p>	<p>【短期指標】</p> <p>●特定健診受診率</p>
<p><b>◀健康づくり</b></p> <p>特定健診受診者における質問票の回答をみると、男女とも食習慣・運動習慣の改善が必要と思われる人の割合が多い。このような生活習慣を改善することで生活習慣病の発症を防ぐ必要がある。</p>	<p>#4</p> <p>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</p>	<p>【短期指標】</p> <p>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</p> <p>質問票における3食以外間食毎日の回答割合</p>

### (3) 服薬管理に関する課題

考察	健康課題	評価指標
<p><b>◀服薬管理</b></p> <p>重複服薬者が265人、多剤服薬者が108人存在することから、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。</p> <p>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。</p>	<p>#5</p> <p>重複・多剤服薬者に対して服薬の適正化が必要</p> <p>後発医薬品の使用促進が必要</p>	<p>【短期指標】</p> <p>重複服薬者の人数</p> <p>●後発医薬品の使用割合（数量ベース）</p>

## 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。

共通指標	長期指標	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	減少させる
	腎不全の外来受診率（千人あたりのレセプト件数）	82.0	減少させる
共通指標	中期指標	開始時	目標値
●	高血糖者の割合	9.5%	増加させない
	特定健診受診者のうち、メタボ該当者の割合	21.2%	減少させる
	特定健診受診者のうち、メタボ予備群該当者の割合	11.0%	減少させる
	LDL-Cが保健指導判定値以上の者の割合	74.0%	減少させる
●	血圧が保健指導判定値以上の者の割合	52.4%	減少させる
共通指標	短期指標	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%	減少させる
●	HbA1cが8.0%以上の者の割合	1.2%	1.2%
●	特定保健指導実施率	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	25.3%	増加させる
●	特定保健指導対象者の減少率	20.7%	増加させる
●	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%	減少させる
●	後発医薬品の使用割合（数量ベース）	80.1%	80.0%



## 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	重篤な疾患、特に腎不全への進行を防ぐことを目的に、糖尿病の治療中断者と、健診を受診し血糖値が受診勧奨判定値を超えた者に対して適切に医療機関の受診を促進することが必要
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	
	<p>【長期指標】</p> <p>腎不全の入院受診率の減少 腎不全の外来受診率の減少</p> <p>【中期指標】</p> <p>●高血糖者の割合の減少</p> <p>【短期指標】</p> <p>●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 ●HbA1cが8.0%以上の者の割合の減少</p>



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		
第3期計画では、第2期計画の保健事業に加えて、治療中断者への早期受診勧奨を行うことで人工透析移行者の抑制を目指す。		
健康課題	継続/新規	個別事業名
#1	継続	糖尿病未治療者（特定健診受診勧奨域以上）への受診勧奨事業
#1	新規	糖尿病治療中断者への受診勧奨事業
#1	継続	糖尿病性腎症重症化予防プログラム事業
#1	新規	CKD（慢性腎臓病）受診勧奨事業

① 糖尿病未治療者(特定健診受診勧奨域以上)への受診勧奨事業

実施計画															
事業概要	<p>【目的】 健診受診後、高血糖で糖尿病が疑われるにも関わらず、治療につながっていない人を治療につなぎ、「糖尿病」の重症化予防を図る。</p> <p>【事業内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 健診データから、対象者を抽出する。</li> <li>・ 対象者に通知・電話等で受診後の状況を確認する。</li> <li>・ 状況に合わせて受診勧奨をする。</li> <li>・ 対象者のレセプトで受診状況を確認する。必要に応じて保健指導を実施。</li> </ul> <p>*評価は、対象者への1回目の勧奨時期で実施（健診受診月は問わない。）</p>														
対象者	<p>下記の条件をすべて満たす者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 前年度特定健診受診者</li> <li>・ HbA1cが受診勧奨判定値（6.5%）を超えている者</li> <li>・ 医療機関への受診がない者（質問票で「糖尿病」服薬なしと回答した者）</li> <li>・ 特定保健指導非該当者</li> </ul>														
ストラクチャー (実施体制)	<p>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）</p> <p>関係機関：宇部市医師会 事業協力 委託事業者 受診勧奨、保健指導</p>														
プロセス (実施方法)	<p>実施方法：抽出方法 市 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 通年その他 勧奨時期を健診受診後2か月後、期間が空かないように留意している。</p> <p>対象者： 糖尿病未治療者</p>														
評価指標・目標値															
ストラクチャー (実施体制)	<p>事業運営のための人員体制：100%（不足がない） 事業運営のための財源確保：100%（不足がない）</p>														
プロセス (実施方法)	<p>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）：100%（スケジュールどおりにできた）</p>														
事業アウトプット (実施量・率)指標	<p>【項目名】 受診勧奨率（受診勧奨者数/対象者数）*当該年度に初回受診勧奨した人を評価</p> <table border="1"> <thead> <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> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	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	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
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									
100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%									
事業アウトカム (成果)指標	<p>【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回目の受診勧奨した人を評価 *治療開始…健診後糖尿病の治療を開始した人（レセプトあり） 相談済み…健診後、医師に相談はしたが、経過観察等のため治療は開始していない（レセプトなし）と聞き取りができた人</p> <table border="1"> <thead> <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> </thead> <tbody> <tr> <td>61.2%</td> <td>70.0%</td> <td>70.0%</td> <td>70.0%</td> <td>70.0%</td> <td>70.0%</td> <td>70.0%</td> </tr> </tbody> </table>	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	61.2%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%
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									
61.2%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%									
評価時期	毎年度末														

## ② 糖尿病治療中断者への受診勧奨事業【新規】

実施計画							
事業概要	<p>【目的】 以前糖尿病で受診していたにも関わらず治療が中断している人を再び医療に結びつけて、「糖尿病」の重症化予防を図る。</p> <p>【事業内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>レセプトデータ（KDB）から対象者を抽出</li> <li>対象者に通知後、アンケート返送</li> <li>電話で状況（受診中断の理由、現在の体調等）を確認し、受診勧奨をする。 状況に応じて、訪問も実施</li> <li>対象者のレセプトで受診状況を確認</li> </ul> <p>*評価は、対象者への1回目の勧奨時期で実施</p>						
対象者	<p>下記の条件をすべて満たす者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診未受診者</li> <li>前年度糖尿病のレセプトあり</li> <li>当年度糖尿病のレセプトなし</li> </ul>						
ストラクチャー (実施体制)	<p>実施体制：市 対象者をKDBシステムから抽出 医療機関への受診勧奨関係機関：医師会 事業協力</p>						
プロセス (実施方法)	<p>実施方法：抽出方法 市 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） 対象者：糖尿病治療中断者</p>						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	<p>事業運営のための人員体制：100%（不足がない） 事業運営のための財源確保：100%（不足がない）</p>						
プロセス	<p>スケジュール通りの受診勧奨（毎年8～9月に受診勧奨）：100%（スケジュールどおりにできた）</p>						
事業アウトプット (実施量・率)指標	【項目名】受診勧奨率（受診勧奨者数/対象者数）*当該年度に1回目受診勧奨した人を評価						
	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
	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%
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回目の受診勧奨した人を評価 *治療開始…勧奨後、糖尿病の治療を開始した人（レセプトあり） 相談済み…勧奨後、医師に相談はしたが、経過観察等のため治療は開始していない（レセプトなし）と聞き取りができた人						
	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
	—	35.0%	50.0%	55.0%	60.0%	65.0%	70.0%
評価時期	毎年度末						

### ③ 糖尿病性腎症重症化予防プログラム事業

実施計画															
事業概要	<p>【目的】 糖尿病治療中者が主治医の治療を継続しながら、食事や運動等生活習慣の指導を受け、適切な生活習慣を身につけることで「糖尿病」の重症化予防を図る。</p> <p>【事業内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・レセプトデータ（KDB）から対象者を抽出</li> <li>・対象者にプログラムの参加勧奨案内送付</li> <li>・参加希望者の主治医に参加可否の判断を依頼。可であれば、診療情報の提供</li> <li>・保健指導医療機関にて参加希望者が保健指導を受ける。</li> <li>・終了後1年後に保健指導医療機関でフォローアップを受ける。</li> </ul>														
対象者	<p>下記の条件をすべて満たす者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・74歳以下（実施年度内）</li> <li>・糖尿病治療薬が1種類以上処方されている</li> <li>・前年度特定健診の結果、蛋白尿±以上かつeGFR（ml/分/1.73m<sup>2</sup>）が30以上</li> <li>・I型糖尿病ではない</li> <li>・透析を受けていない</li> <li>・要介護1～5ではない</li> <li>・うつ、統合失調症、認知症、がんの診断を受けていない</li> </ul>														
ストラクチャー（実施体制）	<p>実施体制：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 関係機関：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</p>														
プロセス（実施方法）	<p>実施方法：周知勧奨 案内文を送付し、希望者が市に申込み 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年後に保健指導医療機関にて実施 定員：1コース 名 対象者：糖尿病治療中の被保険者で、前年度特定健診受診者のうち、検査結果が要件に当てはまる者</p>														
評価指標・目標値															
ストラクチャー（実施体制）	<p>事業運営のための人員体制：100%（不足がない） 事業運営のための財源確保：100%（不足がない） 事業運営のための関係機関との連携体制：100%（不足がない）</p>														
プロセス（実施方法）	<p>スケジュールどおりに対象者への案内ができた：100%（遅れがなかった） 保健指導が計画通りにできた：100%（計画通りにできた）</p>														
事業アウトプット（実施量・率）指標	<p>【項目名】プログラム参加者数</p> <table border="1"> <thead> <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> </thead> <tbody> <tr> <td>5人</td> <td>20人</td> <td>20人</td> <td>20人</td> <td>20人</td> <td>20人</td> <td>20人</td> </tr> </tbody> </table>	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	5人	20人	20人	20人	20人	20人	20人
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									
5人	20人	20人	20人	20人	20人	20人									
事業アウトカム（成果）指標	<p>【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）</p> <table border="1"> <thead> <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> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td> <td>85.0%</td> <td>85.0%</td> <td>85.0%</td> <td>85.0%</td> <td>85.0%</td> <td>85.0%</td> </tr> </tbody> </table>	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	100%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%
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									
100%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%									
評価時期	各コース終了時														

#### ④ CKD(慢性腎臓病)受診勧奨事業【新規】

実施計画																				
事業概要	<p>【目的】 特定健診の結果、腎機能が受診勧奨域以上にも関わらず、治療につながっていない人を治療につなげる。</p> <p>【事業内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・健診データから対象者を抽出する。</li> <li>・対象者に通知・電話等で受診後の状況を確認する。</li> <li>・状況に合わせて受診勧奨をする。</li> <li>・対象者のレセプトで受診状況を確認する。</li> </ul>																			
対象者	<p>下記の条件をすべて満たす者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・前年度特定健診受診者</li> <li>・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）</li> <li>・CKD未治療者</li> <li>・特定保健指導非該当者</li> </ul>																			
ストラクチャー (実施体制)	<p>実施体制：市 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）</p> <p>関係機関：宇部市医師会 事業協力</p>																			
プロセス (実施方法)	<p>実施方法：抽出方法 市 特定健診データから対象者を抽出</p> <p>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</p> <p>実施形態 個別勧奨</p> <p>実施項目 健診後の受診状況</p> <p>実施時期 毎年7～8月</p> <p>実施期間 年1回</p> <p>対象者：CKD未治療者</p>																			
評価指標・目標値																				
ストラクチャー (実施体制)	<p>事業運営のための人員体制：100%（不足がない）</p> <p>事業運営のための財源確保：100%（不足がない）</p> <p>事業運営のための関係機関との連携体制：100%（不足がない）</p>																			
プロセス (実施方法)	スケジュールどおりに対象者への案内ができた：100%（遅れがなかった）																			
事業アウトプット (実施量・率)指標	<p>【項目名】受診勧奨通知率</p> <table border="1"> <thead> <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> </thead> <tbody> <tr> <td>—</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>						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	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%
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														
—	100%	100%	100%	100%	100%	100%														
事業アウトカム (成果)指標	<p>【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）</p> <p>*治療開始…健診後糖尿病の治療が開始した人（レセプトあり）</p> <p>相談済み…健診後、医師に相談はしたが、経過観察のため治療は開始していない（レセプトなし）と聞き取りができた人</p> <table border="1"> <thead> <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> </thead> <tbody> <tr> <td>—</td> <td>60.0%</td> <td>60.0%</td> <td>60.0%</td> <td>60.0%</td> <td>60.0%</td> <td>60.0%</td> </tr> </tbody> </table>						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	—	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
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														
—	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%														
評価時期	毎年度末																			

## (2) 生活習慣病発症予防・保健指導

第3期計画における重症化予防に関連する健康課題		
#2-1	メタボ該当者・予備群該当者の悪化を防ぎ、減少させることを目的に、特定保健指導実施率の向上が必要	
#2-2	メタボ非該当者の生活習慣病予防を目的にLDL-C、血圧の保健指導を実施していくことが必要	
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		
【中期指標】		
特定健診受診者のうち、メタボ該当者の割合の減少		
特定健診受診者のうち、メタボ予備群該当者の割合の減少		
LDL-C（LDL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		
●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		
特定保健指導利用につながる勧奨方法を検討するとともに、対象者の状況に合わせて保健指導が実施できるよう、利用勧奨の電話や通知を工夫し、特定保健指導利用率・実施率の向上を目指す。		
健康課題	継続/新規	個別事業名
#2-1	継続	特定保健指導
#2-1	新規	特定保健指導利用率向上事業
#2-2	継続	生活習慣病予防事業

① 特定保健指導【拡充】

実施計画																				
事業概要	<p>【目的】 生活習慣を見直し、改善に向けた保健指導を実施することで生活習慣病発症の予防を目指す。</p> <p>【事業内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・健診データから、対象者を抽出する。</li> <li>・対象者に通知・電話等で特定保健指導の案内をする。</li> <li>・個別又は集団で保健指導を実施し、評価する。</li> </ul>																			
対象者	<p>下記の条件を満たす者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導対象者（国の基準に沿って選定）</li> </ul>																			
ストラクチャー (実施体制)	<p>実施体制：市 事業者への委託、対象者データの選別（医療機関実施、委託事業者） 保健指導実施機関への依頼、事業の効果検証</p> <p>関係機関：国保連 対象者データ抽出</p> <p>保健指導実施期間：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</p>																			
プロセス (実施方法)	<p>実施方法：抽出方法 市 国保連が抽出した対象者データを医療機関実施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</p> <p>実施方法 初回は訪問や来所による面接（対面）</p> <p>実施形態 個別又は集団</p> <p>指導場所 医療機関又は保健センター等公共施設で実施</p> <p>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</p> <p>実施時期 健診受診2か月後から随時実施</p> <p>実施期間 通年</p>																			
評価指標・目標値																				
ストラクチャー (実施体制)	<p>事業運営のための人員体制：100%（不足がない）</p> <p>事業運営のための財源確保：100%（不足がない）</p> <p>事業運営のための関係機関との連携体制：100%（不足がない）</p>																			
プロセス (実施方法)	<p>対象者への案内ができた：100%（遅れがなかった）</p> <p>保健指導が計画どおりにできた：100%（計画どおりにできた）</p>																			
事業アウトプット (実施量・率)指標	<p>【項目名】特定保健指導実施率</p> <table border="1"> <thead> <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> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table>						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	26.6%	37.0%	41.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
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														
26.6%	37.0%	41.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%														
事業アウトカム (成果)指標	<p>【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</p> <table border="1"> <thead> <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> </thead> <tbody> <tr> <td>25.3%</td> <td colspan="5">増加させる</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						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	25.3%	増加させる					
	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													
25.3%	増加させる																			
<p>【項目名】特定保健指導対象者の減少率</p> <table border="1"> <thead> <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> </thead> <tbody> <tr> <td>20.7%</td> <td colspan="5">増加させる</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						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	20.7%	増加させる						
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														
20.7%	増加させる																			
評価時期	翌年9～10月（法定報告で評価）																			

## ② 特定保健指導利用率向上事業【新規】

実施計画							
事業概要	<p>【目的】 特定保健指導対象者に利用勧奨を実施し、特定保健指導の利用につなげる。</p> <p>【事業内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定保健指導対象者のうち、保健指導の申込みがない者に対して利用勧奨の電話等を行う。</li> <li>・ 拒否者には拒否の理由を聞き取りカテゴリー分けし、利用率向上に向けた柔軟な保健指導体制を検討し実施する。</li> <li>・ 対応可能な場合は、対象者のニーズに応じた保健指導の場を設定する。</li> </ul>						
対象者	<p>下記の条件を満たす者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定保健指導対象者（国の基準に沿って選定）に案内を通知後、申込みがない者</li> </ul>						
ストラクチャー (実施体制)	<p>実施体制：市 事業者への委託、事業の効果検証 関係機関：国保連 対象者データ抽出 委託事業者：特定保健指導利用案内通知、電話勧奨</p>						
プロセス (実施方法)	<p>実施方法：抽出方法 事業者 通知をした対象者のうち、申込みがない者を抽出 実施方法 電話 実施形態 個別勧奨 実施項目 利用勧奨の上、拒否の場合はその理由を聞き取り、類型化する。 実施時期 案内通知後随時実施 実施期間 通年</p>						
評価指標・目標値							
ストラクチャー (実施体制)	<p>事業運営のための人員体制：100%（不足がない） 事業運営のための財源確保：100%（不足がない） 事業運営のための関係機関との連携体制：100%（不足がない）</p>						
プロセス (実施方法)	<p>電話勧奨が案内通知1週間以内にできた：100%（計画どおりにできた）</p>						
事業アウトプット (実施量・率)指標	【項目名】利用勧奨割合（電話等で直接聞き取りができた場合）						
	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
	－	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%
事業アウトカム (成果)指標	【項目名】利用勧奨後保健指導実施割合（保健指導実施者数/利用勧奨者数）						
	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
	－	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
評価時期	毎年度末						



### ③生活習慣病予防事業

実施計画																																
事業概要	<p>【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・高血圧症への移行を防ぐために、生活習慣を見直す保健指導を実施する。</p> <p>【事業内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・健診データから対象者を抽出</li> <li>・対象者に通知・電話等で保健指導の案内を実施</li> <li>・個別又は集団で保健指導を実施</li> </ul> <p>*評価は、当該年度内の保健指導実施で評価</p>																															
対象者	<p>下記の条件をすべて満たす者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診受診者</li> <li>・高血圧、糖尿病、脂質異常症のいずれも未治療者</li> <li>・特定保健指導非該当者</li> <li>・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</li> </ul>																															
ストラクチャー (実施体制)	<p>実施体制：市 事業者への委託、対象者の選定、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）</p> <p>関係機関：宇部市医師会 事業協力</p> <p>委託事業者：保健指導</p>																															
プロセス (実施方法)	<p>実施方法：抽出方法 市 特定健診データから対象者を抽出。</p> <p>実施方法 電話又は通知により利用勧奨</p> <p>実施形態 個別対応</p> <p>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</p> <p>実施項目 特定健診結果を説明、生活習慣等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。</p> <p>実施時期 健診受診2か月後から随時実施</p> <p>実施期間 通年</p> <p>対象者：上記対象者</p>																															
評価指標・目標値																																
ストラクチャー (実施体制)	<p>事業運営のための人員体制：100%（不足がない）</p> <p>事業運営のための財源確保：100%（不足がない）</p> <p>事業運営のための関係機関との連携体制：100%（不足がない）</p>																															
プロセス (実施方法)	<p>対象者への案内ができた：100%（遅れがなかった）</p> <p>保健指導が計画どおりにできた：100%（計画どおりにできた）</p>																															
事業アウトプット (実施量・率)指標	<p>【項目名】利用勧奨通知割合</p> <table border="1"> <thead> <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> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>						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	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%												
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																										
100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%																										
事業アウトカム (成果)指標	<p>【項目名】LDL-Cが保健指導判定値以上の者の割合</p> <table border="1"> <thead> <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> </thead> <tbody> <tr> <td>74.0%</td> <td colspan="5">減少させる</td> </tr> </tbody> </table> <p>【項目名】血圧が保健指導判定値以上の者の割合</p> <table border="1"> <thead> <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> </thead> <tbody> <tr> <td>52.4%</td> <td colspan="5">減少させる</td> </tr> </tbody> </table>						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	74.0%	減少させる					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	52.4%	減少させる				
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																										
74.0%	減少させる																															
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																										
52.4%	減少させる																															
評価時期	毎年度末																															



#### (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		
第3期計画において、ポピュレーション事業として、運動習慣の定着に向けた啓発・事業を実施していく。衛生部門と連携を図りながら実施予定（へら塩・ベジうべ、運動チェック、各地区の健康プランに基づく保健事業、がん検診など）		
健康課題	継続/新規	個別事業名
#4	継続	健康ポイント事業 (健康増進課事業)

## (5) 服薬管理

### 第3期計画における重症化予防に関連する健康課題

#5

重複服薬者に対して服薬の適正化が必要

後発医薬品の使用促進が必要

### 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

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）の向上



### 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

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目指す。

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	継続	重複服薬者保健指導事業
#5	継続	後発医薬品使用促進事業



## ② 後発医薬品使用促進事業

実施計画							
事業概要	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の適正化を図る。						
対象者	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						
ストラクチャー (実施体制)	実施体制：保険年金課 広報、啓発 関係機関：国保連 対象者抽出、差額通知作成、発送						
プロセス (実施方法)	実施方法：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額が軽減されるか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						
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：100%（不足がない） 事業運営のための財源確保：100%（不足がない） 事業運営のための関係機関との連携体制：100%（不足がない）						
プロセス (実施方法)	通知が計画どおりにできた：100%（計画どおりにできた）						
事業アウトプット (実施量・率)指標	【項目名】通知実施率						
	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
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
事業アウトカム (成果)指標	【項目名】後発医薬品使用割合（数量ベース）						
	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
	80.1%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
評価時期	毎年度末						

## 第6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データヘルス計画の見直しに反映させます。

#### (2) データヘルス計画の評価・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7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8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9章 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

国保では、介護保険サービスを利用する被保険者が相対的に多いという特性があることから、本計画では、国保及び後期高齢者の課題について一体的実施の観点を踏まえながら分析を行い、対象者に対する保健事業の実施や計画の評価を行います。また、関係機関と連携を実施しながら、被保険者を支えるための地域づくりや人材育成を推進します。

## 第10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

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。



## 2 第3期計画における目標達成状況

### (1) 宇部市の状況

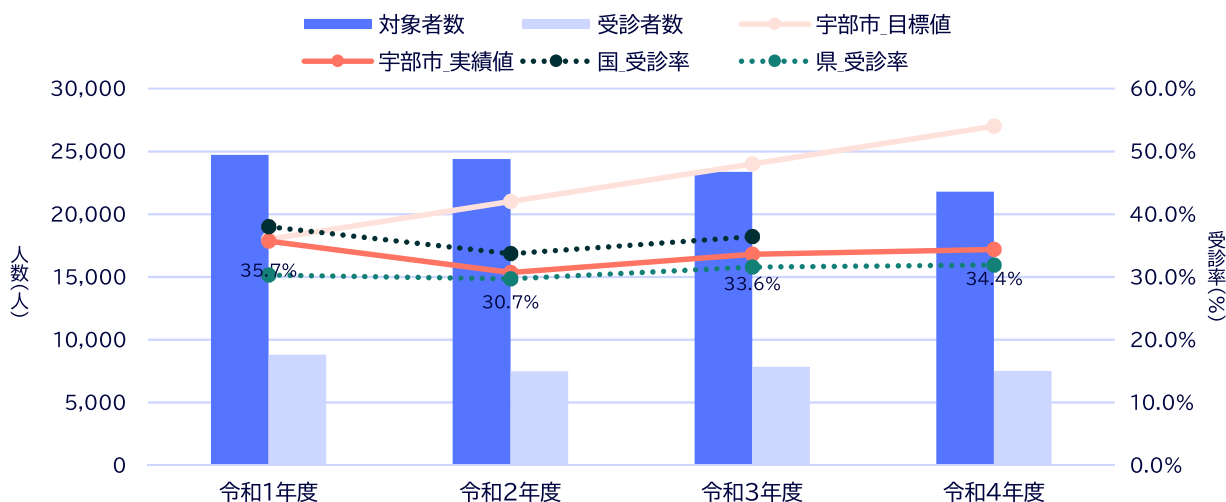
#### ① 特定健診受診率

第3期計画における特定健診の受診状況を見ると（図表10-2-1-1）、特定健診受診率は、計画終了年度に当たる令和5年度の目標値を60.0%としていましたが、令和3年度時点で33.6%となっています。この値は、国より低く、県より高くなっています。

計画中の推移をみると令和3年度の特定健診受診率は33.6%で、令和元年度の特定健診受診率35.7%と比較すると2.1ポイント低下しています。国や県の推移をみると、令和元年度と比較して令和3年度の特定健診受診率は国は低下、県は上昇しています。

男女別及び年代別における令和元年度と令和4年度の特定健診受診率をみると（図表10-2-1-2・図表10-2-1-3）、男性では40-44歳で最も伸びており、55-59歳で最も低下しています。女性では45-49歳で最も伸びており、70-74歳で最も低下しています。

図表10-2-1-1：第3期計画における特定健診の受診状況（法定報告値）

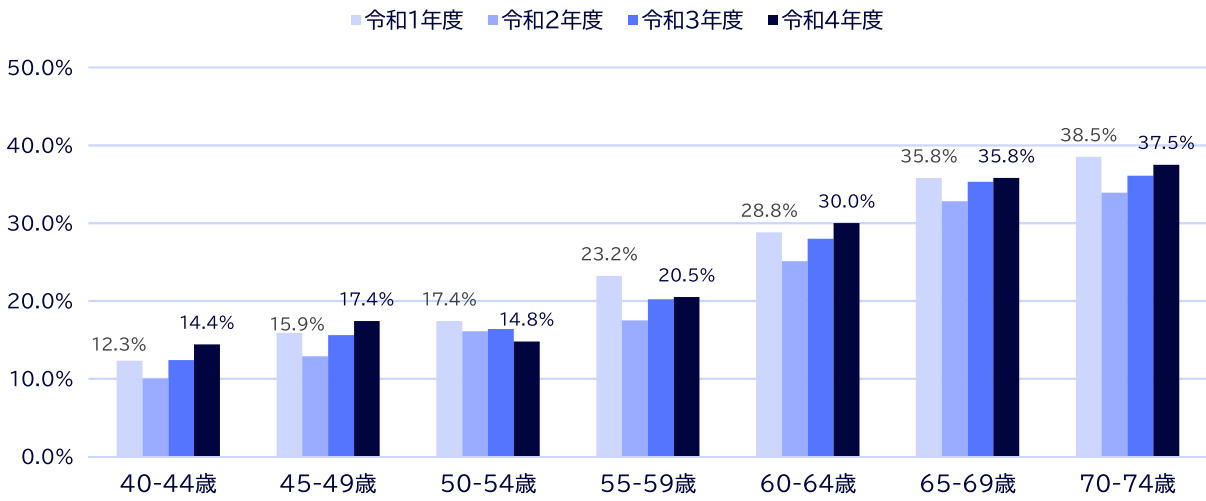


【出典】目標値：前期計画

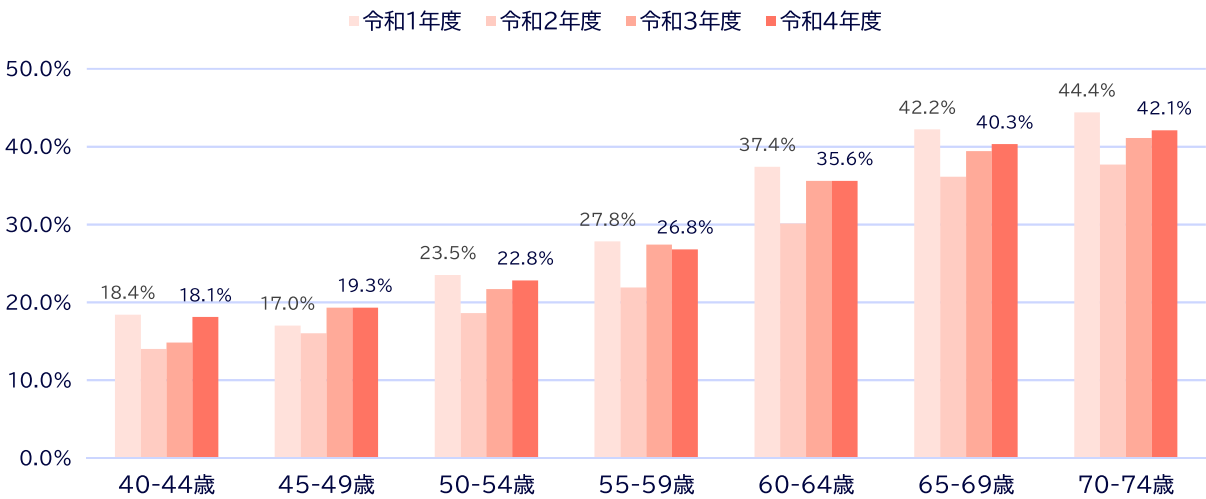
実績値：厚生労働省 2019年度から2021年度 特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別）  
公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 令和元年度から令和3年度

※グラフ内の「国」とは、市町村国保全体を指します（以下同様）。

図表10-2-1-2：年齢階層別\_特定健診受診率\_男性



図表10-2-1-3：年齢階層別\_特定健診受診率\_女性



【出典】特定健診・特定保健指導実施結果報告（法定報告） 令和1年度から令和4年度

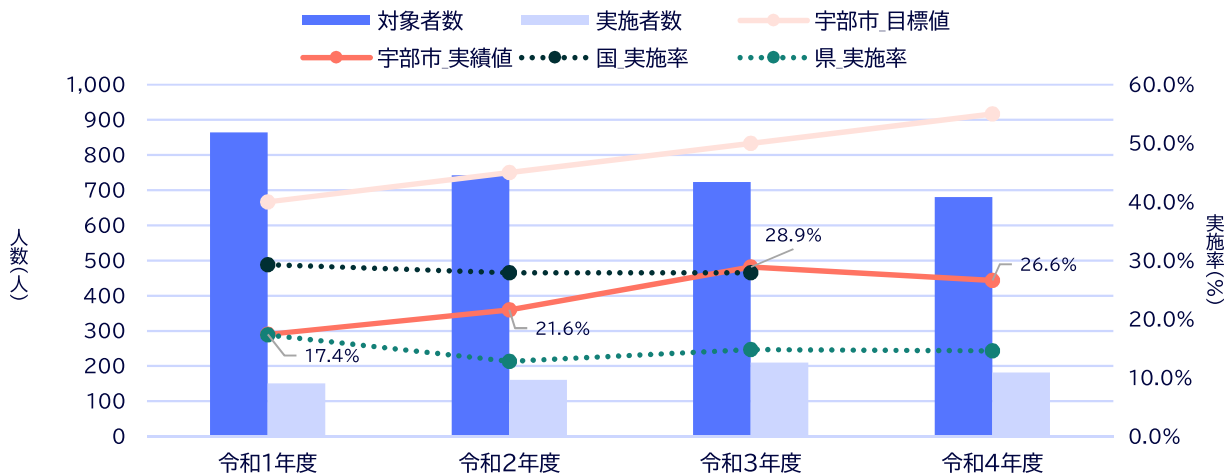
## ② 特定保健指導実施率

第3期計画における特定保健指導の実施状況をみると（図表10-2-1-4）、特定保健指導実施率は、計画終了年度にあたる令和5年度の目標値を60.0%としていましたが、令和3年度時点で28.9%となっています。この値は、国・県より高くなっています。

計画中の推移をみると、令和3年度の実施率は、令和元年度の実施率17.4%と比較すると11.5ポイント上昇しています。

支援区分別の特定保健指導実施率の推移をみると（図表10-2-1-5）、積極的支援では令和3年度は17.2%で、令和元年度の実施率2.4%と比較して14.8ポイント上昇し、動機付け支援では令和3年度は31.3%で、令和元年度の実施率19.9%と比較して11.4ポイント上昇しています。

図表10-2-1-4：第3期計画における特定保健指導の実施状況（法定報告値）



【出典】目標値：前期計画

実績値：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

図表10-2-1-5：支援区分別特定保健指導の実施率・対象者数・実施者数

		令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
積極的支援	実施率	2.4%	13.3%	17.2%	15.6%
	対象者数 (人)	124	120	122	122
	実施者数 (人)	3	16	21	19
動機付け支援	実施率	19.9%	23.2%	31.3%	29.0%
	対象者数 (人)	740	622	601	558
	実施者数 (人)	147	144	188	162

【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

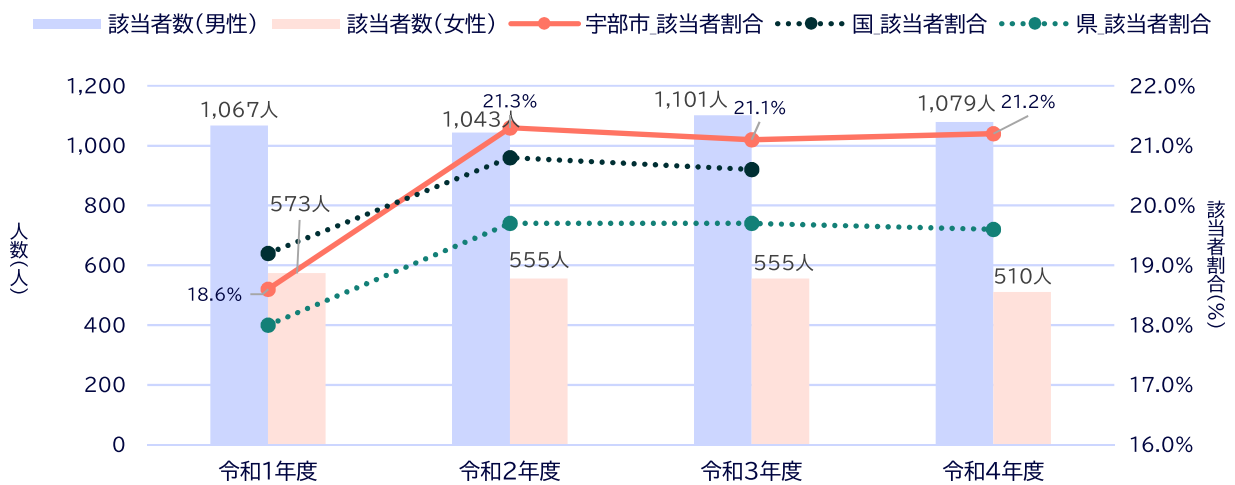
### ③ メタボリックシンドロームの該当者数・予備群該当者数

特定健診受診者におけるメタボ該当者数の数を見ると（図表10-2-1-6）、令和4年度におけるメタボ該当者数は男性1,079人、女性510人の合わせて1,589人で、特定健診受診者7,502人うちの21.2%であり、県より高くなっています。

計画中の推移をみると、メタボ該当者数は令和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。

男女別にみると、メタボ該当者数はいずれの年度においても男性の方が多く、特定健診受診者に占める該当割合はいずれの年度においても男性の方が高くなっています。

図表10-2-1-6：特定健診受診者におけるメタボ該当者数・割合



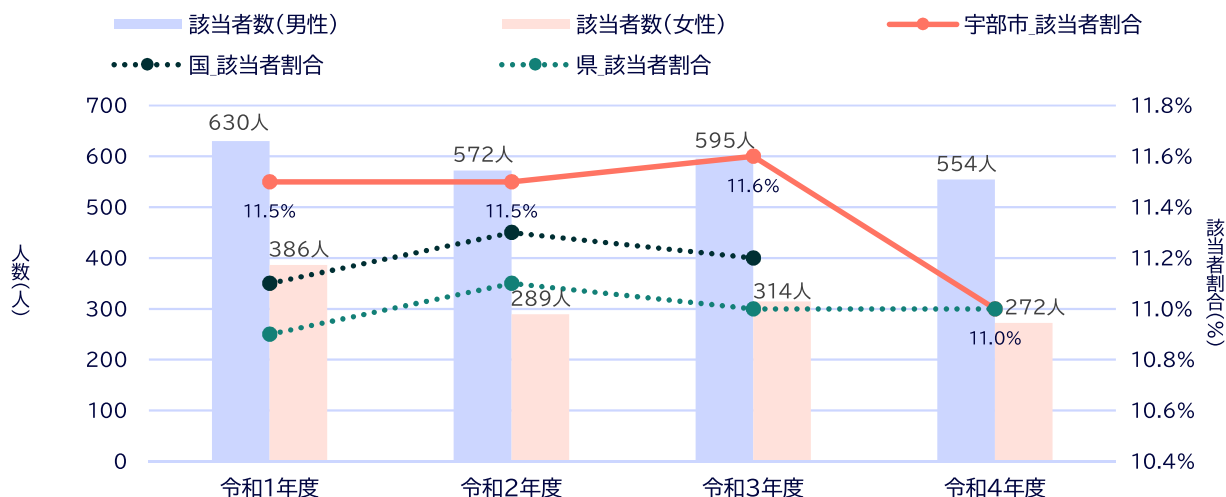
【出典】特定健診・特定保健指導実施結果報告（法定報告） 令和1年度から令和4年度

特定健診受診者におけるメタボ予備群該当者数をみると（図表10-2-1-7）、令和4年度におけるメタボ予備群該当者数は男性554人、女性272人の合わせて826人で、特定健診受診者7,502人における該当割合は11.0%で、県と同じです。

計画中の推移をみると、メタボ予備群該当者数は減少しており、特定健診受診者における該当割合は低下しています。

男女別にみると、メタボ予備群該当者数はいずれの年度においても男性の方が多く、特定健診受診者における該当割合はいずれの年度においても男性の方が高くなっています。

図表10-2-1-7：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1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	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	85cm（男性） 90cm（女性）以上	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

## (2) 国の示す目標

第4期計画においては図表10-2-2-1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10-2-2-1：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

## (3) 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10-2-3-1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10-2-3-2のとおりです。

図表10-2-3-1：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10-2-3-2：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）						
	受診者数（人）						
特定保健指導	対象者数（人）	合計					
		積極的支援					
		動機付け支援					
	実施者数（人）	合計					
		積極的支援					
		動機付け支援					

現在、算出中

※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

### 3 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

集団健診は、4月から翌3月にかけて実施し、実施場所は、特定健診を受ける人の利便性を考慮し選定します。

個別健診は、4月から翌3月にかけて実施し、実施場所は、医療機関となります。

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、特定健診受診者全員に図表10-3-1-1の「基本的な健診項目」を実施します。

また、一定の基準のもと医師が必要と判断した場合には、「詳細な健診項目」を実施します。

図表10-3-1-1：特定健診の健診項目

	項目
基本的な健診項目	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 診察（既往歴（服薬歴、喫煙歴を含む）、自覚症状）</li><li>・ 身体計測（身長、体重、腹囲、BMI）</li><li>・ 血圧</li><li>・ 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））</li><li>・ 肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、<math>\gamma</math>-GT（<math>\gamma</math>-GTP））</li><li>・ 血糖検査（HbA1c、空腹時血糖、やむを得ない場合には随時血糖）</li><li>・ 尿検査（尿糖、尿蛋白）</li></ul>
詳細な健診項目	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 心電図検査（全員実施）</li><li>・ 眼底検査（医師の判断）</li><li>・ 貧血検査（全員実施）</li><li>・ 血清クレアチニン検査（全員実施）</li></ul>
宇部市独自健診項目	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 推定一日食塩摂取量検査</li></ul>

【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

健診の委託に際しては、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

集団健診受診者については、結果通知表を郵送します。

個別健診受診者については、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します。

#### 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10-3-2-1：特定保健指導階層化の基準

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

参考：追加リスクの判定基準

追加リスク	血糖	空腹時血糖100mg/dL以上、またはHbA1c5.6%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	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

【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

特定保健指導は通年実施します。

積極的支援及び動機付け支援ともに初回面接では、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。

積極的支援は、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について評価を行います。

動機付け支援は、初回面接後、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について評価を行います。

#### ④ 実施体制

特定保健指導の委託に際しては、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。

## 4 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

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
利便性の向上	休日健診の実施/予約サイト・専用ダイヤルの開設/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する。 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する。
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、みなし健診の依頼
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
インセンティブの付与	健康ポイントなどの付与	

### (2) 特定保健指導

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、利用へつなげる。
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・対応する。
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
インセンティブの付与	健康ポイントなどの付与	
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	

## 5 その他

### (1) 計画の公表・周知

本計画については、高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項に基づき、作成及び変更時は、宇部市ウェブサイトにより公表し、広く内容等の周知を行います。

また、特定健診及び特定保健指導については、宇部ウェブサイト等への掲載、啓発用ポスターの掲示などにより、普及啓発に努めます。

### (2) 個人情報の保護

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。

### (3) 実施計画の評価・見直し

毎年度目標の達成状況を検証し、必要に応じて事業内容等の見直しを行います。

## 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	医療費の3要素	医療費の比較には、医療費総額を被保険者数で割った1人当たり医療費を用いる。一人当たり医療費は以下の3つの要素に分解でき、これを医療費の3要素という。 受診率：被保険者千人当たりのレセプト件数 1件当たり日数：受診した日数/レセプト件数 一日当たり医療費：総医療費/受診した日数
	3	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。
	4	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。
	5	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	6	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。
	7	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。
	8	空腹時血糖	血糖値は、血液に含まれるブドウ糖（グルコース）の濃度のこと、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。
	9	KDBシステム	国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「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。
	10	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。
	11	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。
	12	後期高齢者医療制度	公的医療保険制度の1つで、75歳以上の人、そして65歳から74歳までで一定の障害の状態にあると後期高齢者医療広域連合から認定を受けた人が加入する医療保険。
	13	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。
	14	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。
	15	高齢化率	全人口に占める65歳以上人口の割合。
さ行	16	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。
	17	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。
	18	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。
	19	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。
	20	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。

行	No.	用語	解説
	21	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、腎臓の機能が落ち、老廃物を十分排泄できなくなる状態。
	22	診療報酬明細書（レセプト）	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。
	23	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。
	24	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	25	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。
	26	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。
	27	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。
	28	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。
	29	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。
	30	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。
	31	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	32	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。
	33	尿酸	細胞内の核に含まれるプリン体が分解される際に生じる老廃物。
	34	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	35	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（m <sup>2</sup> ）で算出される。
	36	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す行うことで、業務の改善や効率化を図る手法の一つ。

行	No.	用語	解説
	37	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。
	38	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。
	39	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歳の人が必要介護2の状態になるまでの期間。
	40	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。
	41	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	42	未治療者	健診受診者のうち、受診勧奨対象者かつ健診実施から6か月以内に医療機関を受診していない者。
	43	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	44	有所見者	特定健診受診者のうち、異常の所見のあった者。