

山口市国民健康保険

第 3 期 データヘルス計画 (保健事業実施計画)

第 4 期 特定健康診査等実施計画

令和6年3月

山 口 市

目次

第1章 基本情報

1. 被保険者等の基本情報	1
2. 基本的事項	1
3. 関係者連携	1
4. 現状の整理	2

第2章 健康医療情報等の分析と課題

健康医療情報等の分析と課題	6
---------------	---

第3章 計画全体

1. 保険者の健康課題	8
2. 個別の保健事業	8
3. データヘルス計画全体における目的	9

第4章 個別の保健事業

事業番号1：特定健康診査事業	10
事業番号2：特定健診40歳前勧奨事業	11
事業番号3：疾病予防事業（人間ドック）	12
事業番号4：特定保健指導事業	13
事業番号5：糖尿病性腎症重症化予防事業	14
事業番号6：受診勧奨事業（糖尿病治療中断者）	15
事業番号7：受診勧奨事業（健診異常値放置者）	16
事業番号8：適正受診・適正服薬推進事業	17
事業番号9：健康教育事業	18

第5章 特定健康診査等実施計画(第4期)

1. 目標の設定	19
2. 特定健康診査等の対象者数	19
3. 特定健康診査の実施方法	20
4. 特定保健指導の実施方法	21
5. 特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率向上対策	22
6. 実施スケジュール	23
7. 周知・案内方法	24
8. 個人情報の保護	24
9. その他	24

第6章 その他

その他	25
-----	----

図表

図表① 性・年齢階層別一覧表	26
図表② 平均寿命・標準化死亡比等	27
図表③ 医療費の分析	28
図表④ 特定健康診査・特定保健指導等の健診データの分析	32
図表⑤ レセプト・健診データ等を組み合わせた分析	37
図表⑥ 介護費関係の分析	38

第1章 基本情報

1. 被保険者等の基本情報

(令和5年3月31日時点)

人口・被保険者	全体	割合	男性	割合	女性	割合
人口 《住民基本台帳登録数》	187,674人	100.0%	89,601人	47.7%	98,073人	52.3%
国保被保険者数	32,564人	100.0%	15,015人	46.1%	17,549人	53.9%

※ 図表①【性・年齢階層別一覧表】(P26)

2. 基本的事項

<p>① 計画の趣旨</p>	<p>【計画の趣旨・背景】</p> <p>平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」と示されました。</p> <p>平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針1（以下「国指針」という。）において、市町村国保及び国民健康保険組合（以下、国民健康保険組合を「国保組合」という。以下、両者を併せて本計画では「保険者」という。）は、健康・医療情報を活用してP D C Aサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされました。</p> <p>その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なK P Iの設定を推進する。」と示されました。</p> <p>このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。</p> <p>【計画の目的】</p> <p>保険者においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられます。</p> <p>上記を踏まえ、本計画は、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あり、被保険者の健康の保持及び増進と医療費適正化を図るために、当該保健事業の実施及び結果を評価することを目的とします。</p> <p>【計画の位置づけ】</p> <p>本計画は、効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画を定めるものです。</p> <p>策定においては、健康やまぐち21計画等との整合性を図ります。</p>
<p>② 計画期間</p>	<p>令和6年度(2024年度)から令和11年度(2029年度)まで（6年間）</p>
<p>③ 実施体制</p>	<p>本計画の策定および運用においては、保険年金課が主体として実施しますが、被保険者の健康保持・増進及び医療費適正化に向け、健康増進課（保健師）と連携した体制で実施するとともに、山口県国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)に設置される保健事業支援・評価委員会の指導・助言の活用を図るものとします。</p>

3. 関係者連携

<p>連携内容</p>	<p>被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために、関係部署等の協力を得て、保険者の健康課題を踏まえ計画を策定し、効果的・効率的な保健事業を実施します。</p> <p>また、共同保険者である山口県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、医師会、山口県後期高齢者医療広域連合等と適宜連携・協力を図ります。</p>
-------------	---

4. 現状の整理

① 保険者の特性

【山口市の地理的状況】

山口市は、平成17年(2005年)10月に、山口市、小郡町、秋穂町、阿知須町、徳地町の1市4町が合併し、平成22年(2010年)1月に、山口市と阿東町が合併し、現在の山口市が誕生しました。

本州西端にある山口県のほぼ中央に位置し、県内最大の市域(面積約1,023.23km²)を有しています。



【被保険者数の推移等】

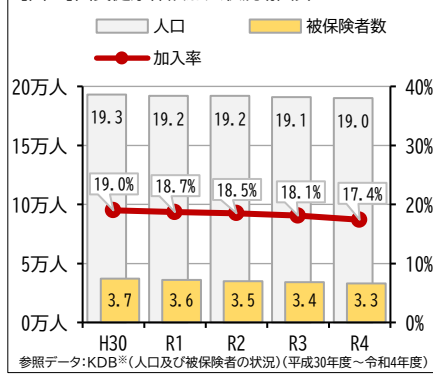
山口市の国民健康保険の被保険者数及び加入率は減少傾向にあり、令和4年度加入率は17.4%となっています。(図Ⅰ)

令和4年度の被保険者年齢構成は、0歳～39歳が18.9%、40歳～64歳が28.1%、65歳～74歳が53.0%となっており、年度により多少の増減はあるものの年齢構成に大きな変動は見受けられません。(図Ⅱ)

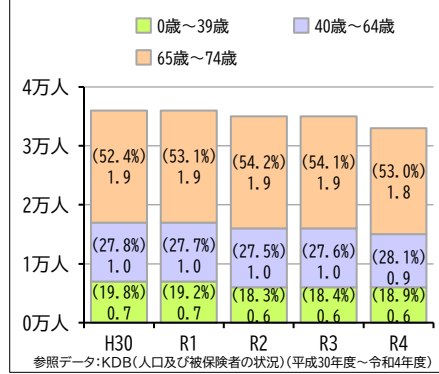
令和4年度末における男女年齢構成別加入状況でみると、70歳～74歳の加入率が最も高く、男性が74.2%、女性が81.4%となっています。(図Ⅲ)

令和4年から団塊の世代が後期高齢者医療に移行し始めており、今後、被保険者はさらに減少するとともに、年齢構成にも変化が生じる見込みです。

【図Ⅰ】国民健康保険加入状況(推移)



【図Ⅱ】被保険者年齢構成(推移)



参照データ:KDB※(人口及び被保険者の状況)(平成30年度～令和4年度)

参照データ:KDB(人口及び被保険者の状況)(平成30年度～令和4年度)

※ KDBとは、国保データベースシステムのごとく、国保連合会が保有する健診・医療・介護の各種データを活用して、統計情報や個人の健康に関するデータを作成するシステム。

【図Ⅲ】男女年齢階層別加入状況(令和5年3月31日時点)

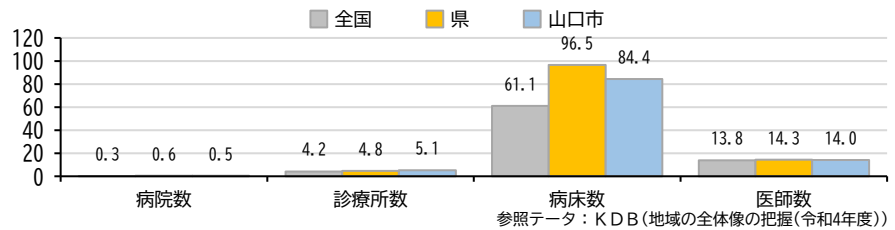


参照データ:年齢別男女別被保険者数調・住民基本台帳登録数

② 地域資源の状況

【医療サービス(病院数・診療所数・病床数・医師数)の状況】

被保険者1,000人当たりの医療サービスの状況は、いずれも全国より高く、診療所数は県より高くなっています。



③ 前期計画等に係る考察

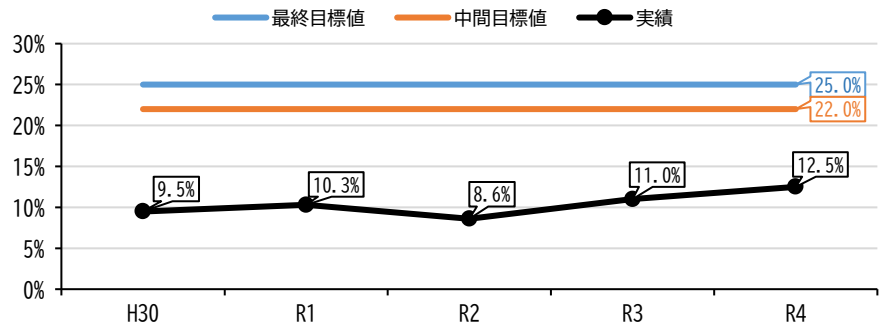
【第2期データヘルス計画における保健事業の実施状況】

第2期データヘルス計画では、生活の質の維持・向上を図ることを目的に、被保険者一人ひとりが、自分自身の健康状態を把握し、健康増進、疾病予防または、疾病の重症化予防に取り組むことができるよう保健事業を推進してきました。

【中長期的な目標の達成状況】

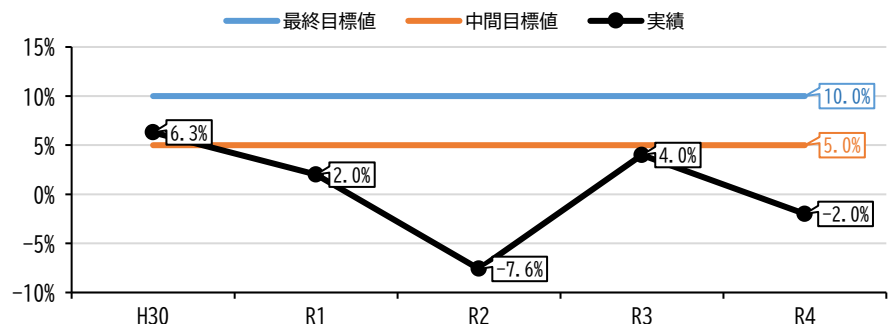
(1) 特定保健指導対象者の減少率

平成20年度の実績と比較して25.0%以上減少を最終目標値としていますが、令和2年度以降、実績値は上昇しているものの、目標値との乖離が大きく達成できていない状況です。



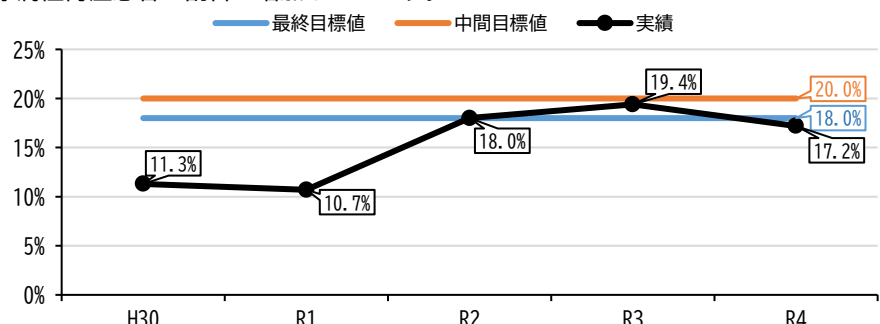
(2) 健診異常値放置者の減少率

平成29年度の健診異常値放置者数と比較して10.0%以上減少を最終目標値としていますが、令和2年度は新型コロナウイルス感染拡大による受診控えの影響により、減少率がマイナスとなり健診異常値放置者が増加しました。令和3年度以降も目標値には達していない状況です。



(3) 人工透析患者に占める糖尿病性腎症患者の割合

期間を通して概ね最終目標値18.0%を達成していますが、令和2年度以降は糖尿病性腎症患者の割合が増加しています。



③ 前期計画等に係る
考察

【保健事業の達成状況】

《評価》

A：すでに目標を達成
B：達成の可能性が高い
C：目標の達成は困難だが、効果はある
D：目標の達成は困難

(1) 特定健康診査事業

評価指標 (H28は前計画策定時の実績)		H30	R1	R2	R3	R4	評価
特定健康診査 受診率 (H28:28.5%)	目標	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	C
	実績	31.2%	30.9%	29.9%	33.0%	33.3%	
振り返り		令和2年度から自己負担額を無料とし、A I 分析を活用した受診勧奨ハガキの送付や継続受診キャンペーンの実施等、受診率向上のための取組を進めてきました。 新型コロナウイルス感染拡大による受診控えが起こる中、受診率を大幅に下げることはありませんでしたが、目標値には達していません。					

(2) 特定保健指導事業

評価指標 (H28は前計画策定時の実績)		H30	R1	R2	R3	R4	評価
特定保健指導 実施率 (H28:7.5%)	目標	20.0%	30.0%	40.0%	50.0%	55.0%	C
	実績	10.9%	7.2%	6.5%	6.1%	10.0%	
振り返り		電話や訪問による個別利用勧奨を行いました。実績は低迷しています。令和元年度～3年度には、新型コロナウイルス感染症による受診控えの影響もありました。					

(3) 疾病予防推進事業（人間ドック）

評価指標 (H28は前計画策定時の実績)		H30	R1	R2	R3	R4	評価
人間ドック 受診率 (H28:7.9%)	目標	8.1%	8.2%	8.3%	8.4%	8.5%	B
	実績	8.3%	8.6%	7.3%	8.4%	8.2%	
要指導者への 保健指導実施率 (H28:28.8%)	目標	30.0%	31.0%	32.0%	33.0%	34.0%	
	実績	29.7%	33.7%	43.4%	32.0%	33.6%	
振り返り		令和2年度は新型コロナウイルス感染拡大による受診控えの影響により、受診率が一時低下しましたが、令和3年度は受診控えが緩和され、8.4%まで回復しました。					

(4) 疾病予防推進事業（歯周疾患健診）

評価指標 (H28は前計画策定時の実績)		H30	R1	R2	R3	R4	評価
歯周疾患健診 受診者数 (H28:51人)	目標	100人	110人	120人	130人	140人	C
	実績	30人	59人	82人	102人	50人	
振り返り		平成27年度から各歯科医師会の協力により実施医療機関の負担により自己負担が無料となっており、年度当初の保険料通知送付時に歯周疾患健診の案内を全世帯に送付するなどの取組をしてきましたが、目標値には達していません。					

(5) 健康教室

評価指標 (H28は前計画策定時の実績)		H30	R1	R2	R3	R4	評価
開催回数 (H28:24回)	目標	各年度20回以上					A
	実績	23回	22回	14回	30回	35回	
参加者数 (H28:733人)	目標	各年度700人以上					
	実績	837人	756人	611人	784人	843人	
振り返り		新型コロナウイルス感染症の影響により、令和2年度は目標値を下回りましたが、令和3年度以降は回復しています。市内各地において、ウォーキングや動脈硬化予防等の様々なテーマの健康づくり教室を開催しました。					

③ 前期計画等に係る
考察

【保健事業の達成状況】

《評価》

A：すでに目標を達成
B：達成の可能性が高い
C：目標の達成は困難だが、効果はある
D：目標の達成は困難

(6) 健診異常値放置者への受診勧奨

評価指標 (H28は前計画策定時の実績)	H30	R1	R2	R3	R4	評価	
受診勧奨後の 医療機関受診率 (H28:24.5%)	目標	各年度20%以上					B
	実績	24.2%	22.3%	13.5%	16.7%	13.0%	
振り返り	受診勧奨に健診結果をレーダーチャートで視覚化するとともに、判定値を超える危険性を掲載したリーフレットを送付することで健康リスクを認識してもらいましたが、新型コロナウイルス感染症による受診控えの影響もあり、令和2年度以降、目標値に達していません。						

(7) 糖尿病治療中断者への受診勧奨

評価指標 (H28は前計画策定時の実績)	H30	R1	R2	R3	R4	評価	
受診勧奨後の 医療機関受診率 (H28:33.3%)	目標	各年度20%以上					A
	実績	36.4%	50.0%	20.0%	28.6%	50.0%	
振り返り	勧奨通知に糖尿病治療の中断した場合の危険性を掲載したリーフレットを同封し、医療機関への受診を喚起しました。						

(8) 糖尿病性腎症重症化予防事業

評価指標 (H28は前計画策定時の実績)	H30	R1	R2	R3	R4	評価	
保健指導 実施者数 (H28:-)	目標	各年度20人					C
	実績	13人	11人	12人	11人	6人	
保健指導終了者の 検査値改善率 (H28:-)	目標	70.0%	75.0%	各年度80%以上			
	実績	69.2%	63.6%	63.6%	63.6%	83.0%	
振り返り	事業参加者は生活改善の意識が高く、意欲的に取り組まれました。保健指導終了者の検査値改善が見受けられ、事業効果はありますが、参加者数が少ないことが課題です。						

(9) ジェネリック医薬品普及事業

評価指標 (H28は前計画策定時の実績)	H30	R1	R2	R3	R4	評価	
差額通知 送付件数 (H28:2,794件)	目標	3,500件	3,400件	3,300件	3,200件	3,100件	B
	実績	2,322件	2,573件	2,635件	2,344件	2,157件	
利用率 (H28:65.3%)	目標	70.0%	75.0%	各年度80%以上			
	実績	73.2%	75.1%	76.0%	77.3%	78.0%	
振り返り	年4回、ジェネリック医薬品差額を通知する機会を設け、対象世帯には年1回送付しました。また、保険証に貼るジェネリック医薬品希望シールの配布等による普及啓発にも取り組みました。目標値には達していませんが、着実に利用率は向上しています。						

利用率実績参照データ：国保連「保険者別医薬品利用実態」（4月～3月）

第2章 健康医療情報等の分析と課題

健康・医療情報等の大分類	左記の大分類のうち、健康・医療情報等の分析に必要な各種データ等の分析結果	参照データ		健康課題(P8)との対応	
平均寿命・標準化死亡率等	平均寿命は、男性81.2歳、女性87.1歳で、いずれも県、全国平均を上回っています。	図表②-1 (P27)	KDB:地域の全体像の把握	—	
	標準化死亡率は、男性96.2、女性98.2で、いずれも県、全国の水準より死亡率は低くなっています。	図表②-2 (P27)		—	
	平均自立期間は、男女ともに県、全国平均を上回っています。	図表②-3 (P27)		—	
	死因割合では、「がん」が半数を占めていますが、生活習慣病と関連の深い心臓病や脳疾患の割合も高くなっています。	図表②-4 (P27)		Ⅱ	
医療費の分析	医療費の推移は、コロナ禍の影響もあり、増減はありますが、令和4年度は被保険者の減少の影響もあり、前年度から約9億円減少しています。	図表③-1 (P28)	KDB:健康スコアリング(医療) 事業年報:年度平均被保険者数	Ⅲ	
	1人当たり医療費の推移は、令和4年度は減少しており、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行し始めた影響が考えられますが、全国平均を大きく上回っています。	図表③-2 (P28)	KDB:健康スコアリング(医療)	Ⅲ	
	年齢階層別の1人当たり医療費、受診率は、男女ともに出生後から減少し「20歳-24歳」の層が最も低く、高齢になるにつれて増加する傾向となっています。	図表③-3 (P28)		Ⅲ	
	疾病(大分類)医療費では、外来、入院ともに「新生物<腫瘍>」がもっとも高く、次いで外来は「内分泌、栄養及び代謝疾患」、入院は「精神及び行動の障害」が高くなっています。	図表③-4 (P29)		Ⅱ	
	疾病(中分類)医療費では、外来は「糖尿病」入院は「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」がもっとも高く、特に外来では生活習慣病関連の疾病が上位となっています。	図表③-5 (P29)		Ⅱ	
	生活習慣病関連では、「糖尿病」、「高血圧症」、「脂質異常症」が、医療費、受診率ともに高い疾病となっています。	図表③-6 (P30)		Ⅱ	
	生活習慣病に関連する疾病等の推移は、令和4年度の患者数は減少していますが、被保険者数に占める割合は、ほぼ横ばいで、男性の割合が高い傾向となっています。	図表③-7 (P30)		KDB:生活習慣病全体のレセプト分析	Ⅱ
	人工透析患者の推移は、生活習慣病も関連する疾病と同様に、被保険者数に占める割合は、ほぼ横ばいで、男性の割合が高くなっていますが、1人当たり医療費は高額となっています。	図表③-8 (P31)		KDB:人工透析のレセプト分析・人工透析患者一覧	Ⅱ
	人工透析患者の生活習慣病罹患状況は、半数以上が糖尿病に罹患しており、高血圧症等の生活習慣病に関連した疾患も高くなっています。	図表③-9 (P31)		KDB:人工透析のレセプト分析	Ⅱ
	重複・頻回受診の状況では、頻回受診と思われる方も多く、医療費適正化の取組をすることで、被保険者自身の医療費抑制を図ることが必要です。	図表③-10 (P31)		KDB:重複・頻回受診の状況	Ⅲ
	重複・多剤処方状況は、多くの薬剤を処方されている方も多く、特に複数の医療機関で同一薬剤を処方されている方等への適正服薬に向けた取組が必要です。	図表③-11 (P31)		KDB:重複・多剤処方の状況	Ⅲ

健康・医療情報等の大分類	左記の大分類のうち、健康・医療情報等の分析に必要な各種データ等の分析結果	参照データ		健康課題(P8)との対応
特定健康診査・特定保健指導等の健診データ(質問票を含む)の分析	<p>特定健康診査受診率の推移は、全国平均を下回っている状況が続いており、令和4年度は県平均を下回る見込みとなっています。</p> <p>男女別にみると、女性の受診率は男性の受診率を約4%上回っています。</p> <p>年齢階層別にみると、若い世代の受診率が低く、高齢になるにつれ受診率が向上する傾向となっています。</p>	図表④-1 (P32)	厚生労働省：特定健康診査・特定保健指導の実施状況 県：特定健診・特定保健指導実施結果集計表 KDB：健診の状況	I
	<p>特定健康診査の有所見者状況は、全体的に全国平均を下回っていますが、BMI、血糖、脂質の割合は県平均を上回っている状況です。</p>	図表④-2 (P32)	KDB：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	I
	<p>地域ごとの特定健康診査受診状況は、嘉川地域が唯一、受診率40%を超えています。</p> <p>令和4年度においては、秋穂二島地域等、7地域で受診率30%未満となっています。</p>	図表④-3 (P33)	KDB：健診受診状況	I
	<p>特定健康診査の年齢階層別有所見者状況は、ほとんどの指標で男性の割合が女性の割合を上回っています。</p>	図表④-4 (P34)	KDB：健診有所見者状況	I
	<p>健診受診者・未受診者における生活習慣病等1人当たり医療費は、健診受診者に比べ、未受診者の医療費が高額となっています。</p>	図表④-5 (P35)	KDB：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	I III
	<p>メタボリックシンドローム該当者の推移は、男性の割合が高く、また、高齢になるほど該当者の割合が増える傾向となっています。</p>	図表④-6 (P35)	KDB：健診の状況	I II
	<p>質問票調査の状況は、運動習慣がない者や食事の乱れ、また生活習慣を改善するつもりがない割合も高くなっており、保健指導については約6割の方が利用しないと回答しています。</p>	図表④-7 (P35)	KDB：質問票調査の状況	I II
	<p>特定保健指導実施率の推移は、県及び全国平均を下回っている状況が続いています。</p> <p>男女別にみると、令和4年度は女性の実施率は向上しましたが、男性の実施率を7%台で推移しています。</p> <p>年齢階層別にみると、高齢になるにつれ対象者も増加傾向で、実施率は若い世代で0%が多く見受けられる状況です。</p>	図表④-8 (P36)	厚生労働省：特定健康診査・特定保健指導の実施状況 県：特定健診・特定保健指導実施結果集計表 KDB：健診の状況	II
レセプト・健診データ等を組み合わせた分析	<p>健診と生活習慣病レセプト突合状況は、特に健診未受診者の2割以上が治療なしとなっており、検査値等が不明であり、特定健診未受診者対策が必要な状況です。</p>	図表⑤ (P37)	KDB：糖尿病等生活習慣病予防のための検診・保健指導	I
介護費関係の分析	<p>介護給付費の推移は、増加傾向となっていました。令和4年度は約1億円の減少となっています。</p>	図表⑥-1 (P38)		-
	<p>1人当たり介護給付費の推移は、全国平均は下回っているものの、県平均を上回る金額で推移しています。</p>	図表⑥-2 (P38)	KDB：健康スコアリング(介護)	-
	<p>介護認定率は、全国平均、県平均を上回っており、特に要支援1～要介護1の認定率は、全国平均、県平均を上回っています。</p>	図表⑥-3 (P38)		-
	<p>要介護者の有病状況は、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等、生活習慣病に関連した疾病の割合は全国平均、県平均を上回っています。</p>	図表⑥-4 (P38)	KDB：地域の全体像の把握	II

第3章 計画全体

1. 保険者の健康課題

健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号
<p>【Ⅰ：特定健康診査受診率向上】</p> <p>本市の特定健康診査の受診率は県平均と同水準となっているものの、全国平均を大きく下回る状況で推移しています。</p> <p>若い世代の受診率が低い状況であることや、未受診者の医療費が高額となっている傾向もあることから、より多くの被保険者が健康リスク等を把握し、早期発見・早期治療につなげるとともに、必要な保健事業を実施するために、特定健康診査の受診率向上対策や疾病予防対策が引き続き必要です。</p>	◎	1～3
<p>【Ⅱ：特定保健指導実施率向上・生活習慣病予防】</p> <p>本市の生活習慣病に関連する疾病は、「糖尿病」・「高血圧症」・「脂質異常症」に係る医療費や受診率が高くなっています。</p> <p>また、メタボリックシンドローム基準該当者等の有所見割合も高いことから、生活習慣を見直す機会を提供するとともに、主体的かつ積極的に健康増進に取り組んでいただくことで生活習慣病への移行や重症化の予防につなげる必要があることから、特定保健指導の実施率向上や、生活習慣病重症化予防等の取組が引き続き必要です。</p>	◎	4～7
<p>【Ⅲ：医療費適正化・健康保持増進】</p> <p>コロナ禍の影響もあり医療費の増減はあるものの、基本的に被保険者数の減少に伴い総医療費は減少傾向となりますが、高齢化や生活習慣病等の慢性疾患の増加などにより、1人当たり医療費は増加傾向です。</p> <p>本市の1人当たり医療費は全国平均を上回る数値で推移しており、医療費適正化及び被保険者の健康保持増進を目的とした対策が引き続き必要です。</p>	○	8・9

2. 個別の保健事業

事業番号	事業名称
1	特定健康診査事業
2	特定健診40歳前勧奨事業
3	疾病予防事業(人間ドック)
4	特定保健指導事業
5	糖尿病性腎症重症化予防事業
6	受診勧奨事業(糖尿病治療中断者)
7	受診勧奨事業(健診異常値放置者)
8	適正受診・適正服薬推進事業
9	健康教育事業

3. データヘルス計画全体における目的

県内共通評価指標	データヘルス計画全体における目的	評価指標	計画策定時実績 2022年度【R4】	目標値 (2026年度:中間評価年度・2029年度:最終評価年度)					
				2024年度【R6】	2025年度【R7】	2026年度【R8】	2027年度【R9】	2028年度【R10】	2029年度【R11】
●	健康リスク等の早期発見等	【1:特定健康診査事業】 特定健康診査受診率	33.3% (県:33.2%)	35.0%	36.0%	37.0%	38.0%	39.0%	40.0% (県:60.0%)
	健康意識向上	【2:特定健診40歳前勧奨事業】 「若い世代のヘルスチェック」 受診率	2.9%	3.5%	3.5%	3.5%	3.5%	3.5%	3.5%
	疾病予防	【3:疾病予防事業(人間ドック)】 人間ドック受診率	8.3%	8.5%	8.6%	8.7%	8.8%	8.9%	9.0%
●	生活習慣病への移行予防	【4:特定保健指導事業】 特定保健指導実施率	10.0% (県:15.7%)	12.0%	14.0%	14.0%	17.0%	17.0%	17.0% (県:60.0%)
●	生活習慣病への移行予防	【4:特定保健指導事業】 特定保健指導による特定保健 指導対象者の減少率	34.1% (県:30.2%)	増加	増加	増加	増加	増加	増加 (県:増加)
	生活習慣病の重症化予防	【5:糖尿病性腎症重症化予防事業】 検査値改善者割合	83.0%	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上
	生活習慣病の重症化予防	【6:受診勧奨事業(糖尿病治療中断者)】 受診勧奨後の医療機関受診率	50.0%	40%以上	40%以上	40%以上	40%以上	40%以上	40%以上
	生活習慣病の重症化予防	【7:受診勧奨事業(健診異常値放置者)】 受診勧奨後の医療機関受診率	13.0%	20%以上	20%以上	20%以上	20%以上	20%以上	20%以上
●	医療費適正化	【8:適正受診・適正服薬推進事業】 後発医薬品の使用割合(数量 ベース) (厚生労働省・保険者別の後発医薬品の使用割合)	【R5.3 診療分】 81.2% ※ (県:82.5%)	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上 (県:80.0%)
	医療費適正化	【8:適正受診・適正服薬推進事業】 保健指導実施率(多受診・重複 処方)	87.5%	増加	増加	増加	増加	増加	増加
	健康保持増進	【9:健康教育事業】 健康教育参加者数	4,547人	5,000人	5,000人	5,000人	5,000人	5,000人	5,000人
●	生活習慣病への移行予防	特定保健指導対象者の減少率	20.8% (県:19.9%)	増加	増加	増加	増加	増加	増加 (県:増加)
●	生活習慣病の重症化予防	HbA1c 8.0%以上の者の割合	1.4% (県:1.3%)	減少	減少	減少	減少	減少	減少 (県:1.2%(R14))
●	生活習慣病の重症化予防	高血糖者(HbA1c 6.5%以上の 者)の割合	10.5% (県:10.3%)	減少	減少	減少	減少	減少	減少 (県:増加させない)
●	生活習慣病の重症化予防	HbA1c6.5%以上の者のうち、 糖尿病のレセプトがない者の 割合	19.1% (県:7.3%)	減少	減少	減少	減少	減少	減少 (県:減少)
●	生活習慣病の重症化予防	血圧が保健指導判定値以上の 者の割合 (収縮期血圧≧130mmHgまたは拡張期血圧 ≧85mmHgの者の割合)	50.3% (県:51.7%)	減少	減少	減少	減少	減少	減少 (県:減少)

※後発医薬品の使用割合(数量ベース)の計画策定時実績(2022年度)については、県内共通評価指標の算出根拠である厚生労働省公表の「保険者別の後発医薬品の使用割合(令和5年3月診療分)」の数値81.2%を用いていますが、P22の事業計画8(適正受診・適正服薬推進事業)では、前計画等との整合性を図るため、これまで使用していた国保連作成の「保険者別医薬品利用実態」を用い、2022年度の実績を78.0%(年度平均)としています。

第4章 個別の保健事業

事業番号：1

① 事業名称	特定健康診査事業
② 事業の目的	生活習慣病や生活習慣病を起因とする重症化疾患の割合が高いことから、特定健康診査により早期発見し、発症と重症化予防につなげる。
③ 対象者	40～74歳の被保険者
④ 現在までの事業結果	令和4年度の目標値55%は達成できなかったものの、平成29年度と比較すると受診率は3.4%向上した。

⑤ 目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値 (2026年度：中間評価年度・2029年度：最終評価年度)					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果)指標	特定健康診査受診率	33.3%	35.0%	36.0%	37.0%	38.0%	39.0%	40.0%
アウトプット (実施量・率)指標	未受診者勧奨通知送付数(実人数)	17,310人	17,000人	17,000人	17,000人	17,000人	17,000人	17,000人

⑥ 目標を達成するための主な戦略

- ・健診費用の無料化を継続する。
- ・実施機関が少ない地域や休日等において、がん検診と同時に集団健診を行う。また、他保険者との事業連携による集団健診を実施する等、受診機会の拡充を図る。
- ・未受診者の特性に合わせた受診勧奨通知を送付する。
- ・インセンティブとなる特定健診継続受診キャンペーンを実施する。
- ・事業所健診等の健診を受診された被保険者のデータ授受を行う。
- ・特定健診に対する意識向上のための啓発や重要性の周知を市報や市ウェブサイト等各種媒体を通じて行う。
- ・窓口での啓発グッズの配布や職員による健診ポロシャツの着用など啓発活動を行う。

⑦ 実施方法（プロセス）

受診率の向上を目指し、健診費用の無料化を継続、集団健診の実施により受診機会の拡充を図る。また、未受診者の特性に合わせた受診勧奨や市報・ウェブサイト・窓口等での啓発活動を行う。

- ・周知勧奨：対象者への受診券送付、ハガキによる受診勧奨通知の発送
- ・実施形態：個別健診及び集団健診を実施
- ・実施場所：個別健診→契約医療機関
集団健診→公共施設等
- ・実施項目：法定の実施項目及び追加項目
- ・実施期間：6月～12月
- ・結果提供：書面にて結果を交付

⑧ 実施体制（ストラクチャー）

引き続き同様の体制で実施するほか、他保険者との事業連携により受診機会の拡充を図る。

- ・保険年金課：受診券の送付、関係機関との調整
- ・医師会：地域の医療機関への呼びかけ
- ・外部委託：個別健診・集団健診の実施、受診勧奨の通知作成・送付

⑨ 評価計画

令和8年度に中間評価を行い、必要により事業の見直しを行う。

事業番号：2

① 事業名称	特定健診40歳前勧奨事業
② 事業の目的	特定健診の受診予備軍である35歳から39歳までの国保被保険者に対して、若年層健診「若い世代のヘルスチェック」の受診を促すことで健康意識の向上及び健診受診の習慣化を図り、特定健診受診へとつなげる。
③ 対象者	年度内に35歳から39歳になる国保被保険者
④ 現在までの事業結果	令和4年度は年度内に39歳になる対象者274名に受診勧奨を行い、受診者は8名となっている。(令和4年度開始)

⑤ 目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値 (2026年度:中間評価年度・2029年度:最終評価年度)					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果)指標	「若い世代のヘルスチェック」受診率	2.9%	3.5%	3.5%	3.5%	3.5%	3.5%	3.5%
アウトプット (実施量・率)指標	「若い世代のヘルスチェック」受診勧奨通知の送付率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

⑥ 目標を達成するための主な戦略

若年層の関心を引く受診勧奨を行う。

⑦ 実施方法（プロセス）

「若い世代ヘルスチェック」の開催日程に合わせ、対象者へ受診勧奨通知を発送する。

- ・周知勧奨：健康増進課が実施する「若い世代のヘルスチェック」の受診勧奨通知を対象者へ送付
- ・発送時期：5月頃

⑧ 実施体制（ストラクチャー）

直営で実施する。

- ・保険年金課：国保被保険者情報から対象者を抽出し、対象者へ受診勧奨通知を送付

⑨ 評価計画

令和8年度に中間評価を行い、必要により事業の見直しを行う。

事業番号：3

① 事業名称	疾病予防事業（人間ドック）
② 事業の目的	早期に疾病の予防に取り組み、将来の医療費負担の増加の抑制を図る。
③ 対象者	国保被保険者
④ 現在までの事業結果	令和4年度は、国保被保険者33,655人のうち人間ドック受診者は2,784人で受診率8.3%であった。

⑤ 目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値 (2026年度：中間評価年度・2029年度：最終評価年度)					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果)指標	人間ドック受診率	8.3%	8.5%	8.6%	8.7%	8.8%	8.9%	9.0%
アウトプット (実施量・率)指標	制度周知のリーフレット送付率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

⑥ 目標を達成するための主な戦略

<ul style="list-style-type: none"> ・人間ドック費用の一部助成 ・任意検査の実施 ・リーフレットなどによる効果的な制度周知

⑦ 実施方法（プロセス）

<p>人間ドック受診者数の増加を目指し、受診しやすい環境づくりと効果的な制度周知を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・周知勧奨：特定健診受診券や年度当初の納付書送付時などにリーフレットを配布 ・実施形態：協定を交わした医療機関で人間ドックを実施 ・実施場所：協定を交わした医療機関で実施 ・実施項目：特定健診項目、胃部・食道及び十二指腸の検査、任意検査（前立腺がん、子宮がん検診） ・実施期間：6月～12月 ・結果提供：医療機関から書面にて結果を交付

⑧ 実施体制（ストラクチャー）

<p>引き続き同様の体制で実施する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険年金課：実施医療機関の調整、制度周知、受診申込みの受付、利用券の送付、費用助成 ・医師会：地域医療機関への呼びかけ、調整 ・実施医療機関：人間ドックの実施、本人への結果送付
--

⑨ 評価計画

<p>令和8年度に中間評価を行い、必要により事業の見直しを行う。</p>

事業番号：4

① 事業名称	特定保健指導事業
② 事業の目的	対象者自身が健診結果を理解して体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定するとともに、その行動を実践できるように支援し、そのことにより対象者が自分の健康に関するセルフケア(自己管理)を促すことで、生活習慣病への移行予防を図る。
③ 対象者	特定健康診査の結果、特定保健指導の対象者に該当した被保険者（腹囲等を第一基準として、血圧・脂質・血糖・喫煙のリスクが重複している者。ただし、糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者を除く。）
④ 現在までの事業結果	対象者に対し個別利用勧奨を実施しているが、実施率は低迷している。

⑤ 目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値 (2026年度:中間評価年度・2029年度:最終評価年度)					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果)指標	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	34.1%	増加	増加	増加	増加	増加	増加
アウトプット (実施量・率)指標	特定保健指導実施率	10.0%	12.0%	14.0%	14.0%	17.0%	17.0%	17.0%

⑥ 目標を達成するための主な戦略

実施率向上のため、効果的な個別勧奨を実施するとともに、デジタル技術を活用した成果の出る保健指導を目指す。

⑦ 実施方法（プロセス）

実施率の向上を目指し、効果的な個別勧奨を実施する。また、デジタル技術を活用し、利用者の満足度を高め、成果の出る保健指導を目指す。

- ・周知勧奨：対象者への利用券送付と、電話・訪問等による個別利用勧奨、未利用者へはハガキによる再勧奨を実施
- ・実施形態：委託または直営
- ・実施場所：委託医療機関または市保健センター等
- ・実施項目：初回面接、保健指導アプリを活用した継続支援、評価
- ・実施期間：6月～翌年4月
- ・結果提供：指導用資料を活用した面接を行い、電話や保健指導アプリを活用した継続支援を行う

⑧ 実施体制（ストラクチャー）

引き続き同様の体制で実施するが、特に直営での特定保健指導の実施に注力する。

- ・健康増進課：対象者への利用券発送及び個別利用勧奨の実施、直営での特定保健指導実施
- ・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特定保健指導の実施（委託機関のみ）

⑨ 評価計画

令和8年度に中間評価を行い、必要により事業の見直しを行う。

事業番号：5

① 事業名称	糖尿病性腎症重症化予防事業
② 事業の目的	糖尿病等から生じる慢性腎臓病(CKD)に進行する可能性のある者に対して保健指導等を行うことで、重症化予防を図る。
③ 対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病で医療機関を受診しており、特定健康診査の結果が「尿蛋白：＋以上」または「eGFR60ml/分/1.73m²未満」の被保険者で、腎症又は腎症の疑いがあり保健指導の必要があるとかかりつけ医が判断した者 ・上記以外でかかりつけ医が対象者として適当であると判断された被保険者
④ 現在までの事業結果	市内3つの総合病院で保健指導を実施。平成30年度から令和3年度までのアウトカム指標は60%～70%を推移し、令和4年度に目標値を超え83%を達成した。過去5年間の事業参加者数平均：10人

⑤ 目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値 (2026年度:中間評価年度・2029年度:最終評価年度)					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	検査値改善者割合 (「HbA1c」または「eGFR」)	83%	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上
アウトプット(実施量・率)指標	事業参加者数	6人	20人	20人	20人	20人	20人	20人

⑥ 目標を達成するための主な戦略

かかりつけ医と連携を図りながら対象者等に参加勧奨を行い、主体的かつ積極的に保健指導を受けていただくことにより、検査値及び行動変容の改善を目指す。

⑦ 実施方法（プロセス）

参加者の増加を目指し、かかりつけ医との連携を図り、高齢者にとって分かりやすい周知勧奨に努め実施する。

【参加者の決定】

- ①事業参加候補者を選定後、かかりつけ医に参加適否の判定を依頼。適の候補者に書面による参加勧奨を行う。
- ②参加申込者のかかりつけ医に生活指導確認書の記入を依頼、かかりつけ医の承認を得て参加者を決定する。

【保健指導】

- ・実施医療機関：山口赤十字病院 済生会山口総合病院 小郡第一総合病院
- ・実施期間：9月～3月
- ・内容：初回及び最終 血液検査・尿検査及び医師・看護師・管理栄養士からの指導
2・3回目 看護師・管理栄養士からの指導
- ・評価等：参加者にアンケートを実施、保健指導前後の検査値及び行動変容を比較した実施結果報告書を作成

⑧ 実施体制（ストラクチャー）

かかりつけ医を通じた患者への呼びかけに注力する。

- ・保険年金課：レセプト及び健診結果から候補者を選定後、かかりつけ医に保健指導の適否を照会する。適の候補者に周知勧奨を行い、事業への参加を募る。保健指導終了後、アンケート及び評価を実施する。
- ・医療機関等：（医師会）市内2医師会に対し事業内容を周知し、協力を依頼する。（かかりつけ医）対象者の選定、患者への勧奨を行う。（総合病院）医師・看護師・管理栄養士による保健指導を実施する。

⑨ 評価計画

令和8年度に中間評価を行い、必要により事業の見直しを行う。

事業番号：6

① 事業名称	受診勧奨事業（糖尿病治療中断者）
② 事業の目的	被保険者の生活習慣病の重症化予防
③ 対象者	4か月以上糖尿病の服薬治療を中断している被保険者
④ 現在までの事業結果	平成30年度から令和4年度までの毎年、アウトカム指標20%を達成している。 (H30～R4平均)アウトカム指標：37% 受診勧奨対象者：15人

⑤ 目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値 (2026年度:中間評価年度・2029年度:最終評価年度)					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果)指標	受診勧奨後の医療 機関受診率	50.0%	40%以上	40%以上	40%以上	40%以上	40%以上	40%以上
アウトプット (実施量・率)指標	受診勧奨通知送付 率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

⑥ 目標を達成するための主な戦略

医療機関への受診につながるよう受診勧奨通知の内容を検討する。
受診勧奨通知を送付後、3カ月後に受診確認を行い、未受診者には保健師から電話勧奨を実施、未受診理由を把握する。

⑦ 実施方法（プロセス）

医療機関受診者数の増加を目指し、より効果的な受診勧奨通知文、リーフレット等を検討する。また、過去の受診勧奨対象者についても、現状を踏まえ対象者として検討する。

- ・周知勧奨及び実施期間
 - 9月：受診勧奨通知を送付
 - 12月：受診勧奨通知送付後レセプトにて受診確認、未受診者には市保健師から電話勧奨を実施
 - 3月：電話勧奨後の受診確認、結果整理

⑧ 実施体制（ストラクチャー）

国保主管課と健康増進課が連携を図り実施する。

- ・保険年金課：KDB及びレセプトから対象者を選定し受診勧奨通知を送付する。
3カ月後、レセプトにて受診の有無を確認し、未受診者への電話勧奨を健康増進課に依頼する。
- ・健康増進課：保健師による未受診者への電話勧奨を実施、未受診理由を聞き取り、保険年金課に報告する。

⑨ 評価計画

令和8年度に中間評価を行い、必要により事業の見直しを行う。

事業番号：7

① 事業名称	受診勧奨事業（健診異常値放置者）
② 事業の目的	被保険者の生活習慣病の予防、早期治療
③ 対象者	特定健診の結果、検査値（血圧、血糖、LDLコレステロール、中性脂肪、空腹時血糖、HbA1c）が受診勧奨判定値に該当し医療機関への受診勧奨を実施したが、受診が確認できない被保険者
④ 現在までの事業結果	平成30年度及び令和元年度はアウトカム指標20%を達成したが、令和2年度以降は、達成できていない。 （H30～R4平均）アウトカム指標：17.9% 年間受診勧奨数：269件

⑤ 目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値 （2026年度：中間評価年度・2029年度：最終評価年度）					
		2022年度（R4）	2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）	2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）
アウトカム（成果）指標	受診勧奨後の医療機関受診率	13.0%	20%以上	20%以上	20%以上	20%以上	20%以上	20%以上
アウトプット（実施量・率）指標	受診勧奨通知の送付率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

⑥ 目標を達成するための主な戦略

医療機関への受診につながるよう受診勧奨通知の内容を検討する。
受診勧奨通知を送付後、3カ月後に受診確認を行い、未受診者には保健師から電話勧奨を実施、未受診理由を把握する。

⑦ 実施方法（プロセス）

受診勧奨後の医療機関受診率向上を目指し、高齢者にとっても分かりやすい勧奨に努める。

- ・周知勧奨：書面による受診勧奨通知の送付、送付後の未受診者には電話による受診勧奨を実施する。
第1段階：特定健診結果通知と共に、医療機関への受診勧奨チラシを送付
第2段階：3カ月後、受診の有無をレセプトにて確認、未受診者に再度、受診勧奨通知を送付
第3段階：3カ月後、受診の有無をレセプトにて確認、未受診者には、市保健師から電話による受診勧奨を実施
- ・実施期間：毎月

⑧ 実施体制（ストラクチャー）

国保主管課と健康増進課が連携を図り実施する。

- ・保険年金課：KDB及びレセプトから対象者を選定し受診勧奨通知を送付する。
3カ月後、レセプトにて受診の有無を確認し、未受診者への電話勧奨を健康増進課に依頼する。
- ・健康増進課：保健師による未受診者への電話勧奨を実施、未受診理由を聞き取り、保険年金課に報告する。

⑨ 評価計画

令和8年度に中間評価を行い、必要により事業の見直しを行う。

事業番号：8

① 事業名称	適正受診・適正服薬推進事業
② 事業の目的	被保険者の健康維持及び健康被害のリスク回避、医療費の適正化
③ 対象者	<p>・3カ月連続して、次に該当する被保険者(精神疾患患者等を除く。)</p> <p>【適正受診】 (重複受診)1か月内に同一疾病で複数医療機関を受診 (頻回受診)1か月内に同一医療機関を15日以上受診</p> <p>【適正服薬】 (重複服薬)1か月内に同一薬剤を複数の医療機関から処方を受けている (多剤服薬)1か月内に15種類以上の薬剤、日数30日以上処方を受けている</p> <p>・先発医薬品から後発(ジェネリック)医薬品に切り替えた場合に差額がある者</p>
④ 現在までの事業結果	<p>適正受診の保健指導対象者は僅少(令和2年度:2人・令和3年度:3人・令和4年度:1人)となっている。</p> <p>適正服薬の保健指導対象者は令和6年3月時点は17人であり、コロナ禍の影響等により増加していたが、現在は減少傾向(令和2年度:14人・令和3年度:34人・令和4年度:23人)となっている。</p> <p>後発(ジェネリック)医薬品希望シールの配布、対象者に「差額通知」を年4回、送付し、目標値に近づいている。</p>

⑤ 目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値 (2026年度:中間評価年度・2029年度:最終評価年度)					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム (成果)指標	後発医薬品利用率 (数量ベース)	78.0%	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上
	保健指導実施率 (多受診・重複処方)	87.5%	増加	増加	増加	増加	増加	増加
アウトプット (実施量・率)指標	後発医薬品差額通知送付件数	2,157件	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	保健指導対象者 (多受診・重複処方)	24人	減少	減少	減少	減少	減少	減少

後発医薬品利用率(数量ベース)2022年度参照データ:国保連「保険者別医薬品利用実態」(4月~3月)

⑥ 目標を達成するための主な戦略

毎月、KDB及びレセプトにて対象者を抽出し、健康増進課の保健師と連携を図り保健指導を実施する。
後発(ジェネリック)医薬品の差額通知、希望シール配布及びポリファーマシー等の普及啓発を実施する。

⑦ 実施方法(プロセス)

毎月該当となる多受診、重複・多剤服薬者の減少を目指し、訪問指導を実施する。
後発医薬品については、これまでと同様、普及啓発及び差額通知を実施する。

- ・周知勧奨:チラシの作成、ウェブサイト掲載、差額通知(後発医薬品)の発送
- ・実施形態:市保健師の戸別訪問による保健指導(適正受診・適正服薬)
- ・実施期間:4月~3月(後発医薬品の差額通知は6月、9月、12月、3月)

⑧ 実施体制(ストラクチャー)

市ウェブサイトや被保険者証等送付時のチラシ同封により周知すると共に、国保主管課と健康増進課が連携を図り実施する。

- ・保険年金課:KDB及びレセプトにて対象者を選定後、健康増進課に戸別訪問による保健指導を依頼
差額通知(後発医薬品)の発送、普及啓発
- ・健康増進課:保健師が随時、戸別訪問を実施。3カ月後に再度コンタクトを取り状況を確認

⑨ 評価計画

令和8年度に中間評価を行い、必要により事業の見直しを行う。

事業番号：9

① 事業名称	健康教育事業
② 事業の目的	被保険者の生活習慣病の予防、健康の保持増進
③ 対象者	山口市民
④ 現在までの事業結果	市内各地域において、医師、保健師、管理栄養士等による健康教育を実施するとともに、講義だけでなく実技指導も取り入れた地域の状況に合わせたテーマの健康教室を開催した。

⑤ 目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値 (2026年度:中間評価年度・2029年度:最終評価年度)					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果)指標	健康教育参加者数	4,547人	5,000人	5,000人	5,000人	5,000人	5,000人	5,000人
アウトプット (実施量・率)指標	健康教育実施回数	259回	300回	300回	300回	300回	300回	300回

⑥ 目標を達成するための主な戦略

被保険者一人ひとりが、自分の健康に関心を持ち、自分に合った方法で健康づくりに取り組むことができるよう、ライフステージや健康への関心度に応じた様々な機会において、生活習慣病の予防や健康の保持増進に関する正しい知識の普及啓発や実践支援を行う。

⑦ 実施方法（プロセス）

健康づくりに関心が薄い人も自然に取り組めるよう、地域や団体、民間事業所等が実施するイベント等と協力し、様々な機会において健康づくりに関する情報発信、健康教育を実施する。

- ・周知勧奨：市報、市ウェブサイト、チラシ配布による周知に加えて、SNS等の新たな媒体での周知を図る
- ・実施形態：集団に対し、医師、保健師、管理栄養士、健康運動指導士等による講義・実技指導を実施
- ・実施場所：市保健センター等だけではなく、地域や関係団体、民間事業所と連携し、より住民に身近な場で開催する
- ・実施項目：地域の健康課題を踏まえ、参加者の関心を引くテーマ設定を行う
- ・実施期間：4月～3月

⑧ 実施体制（ストラクチャー）

引き続き同様の体制で実施するが、特に地域や団体等との連携に注力する。

- ・健康増進課：保健師、管理栄養士による健康教育の実施
外部講師による健康教室の開催（企画、周知、講師との連絡調整、教室運営等）
- ・医師会：健康教室に講師として出務

⑨ 評価計画

令和8年度に中間評価を行い、必要により事業の見直しを行う。

第5章 特定健康診査等実施計画（第4期）

1. 目標の設定

国が策定した特定健康診査等基本指針では、第4期計画期間（令和6年度～11年度）における目標値として市町村国保では特定健康診査受診率を60%以上、特定保健指導実施率を60%以上としています。

山口市としてもこの目標に近づくことを目指すものの、これまでの実績（令和4年度特定健康診査受診率33.3%、特定保健指導実施率10.0%）とは大きく開きがあります。

こうした状況を踏まえ、本計画期間の最終年度となる令和11年度までに特定健康診査受診率を40.0%、特定保健指導実施率を17.0%にすることを目標とし、各年度の目標値を以下のとおり設定します。

	計画策定時 実績	目 標 値					
	2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
特定健康診査受診率	33.3%	35.0%	36.0%	37.0%	38.0%	39.0%	40.0%
特定保健指導実施率	10.0%	12.0%	14.0%	14.0%	17.0%	17.0%	17.0%

2. 特定健康診査等の対象者数

① 対象者の定義	<p>【特定健康診査】 実施年度中に40～74歳に達し、当該実施年度の1年間を通じて加入している被保険者（年度途中での加入・脱退等異動のない方）。ただし、除外規定の該当者（刑務所入所中、海外在住、長期入院等）を除く。</p> <p>【特定保健指導】 特定健康診査の結果、特定保健指導の対象者に該当した被保険者（腹囲等を第一基準として、血圧・脂質・血糖・喫煙のリスクが重複している者。ただし、糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者を除く）。</p>						
	② 対象者の推計		2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)
特定健康診査	対象者数	23,143人	21,912人	21,689人	21,466人	21,244人	21,021人
	受診者数	8,100人	7,888人	8,024人	8,157人	8,285人	8,408人
	対象者数	891人	867人	882人	897人	911人	924人
	実施者数	106人	121人	123人	152人	154人	157人

3. 特定健康診査の実施方法

① 基本的な考え方	特定健康診査とは、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、糖尿病や脂質異常症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、この該当者及び予備軍を減少させ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うものです。																																		
② 受診できる方	山口市国民健康保険加入者のうち、実施年度中に40歳となる者から74歳までの者とし、同一人物について年1回の受診とします。また、年度途中加入者であっても、実施期間中であれば受診可能としますが、受診日当日に被保険者でない者は受診不可とします。																																		
③ 実施形態	山口市医師会、吉南医師会、防府医師会(徳地地域に限る。)及びその他の健診・医療機関との委託契約による個別健診及び集団健診とします。																																		
④ 実施期間	当該年度の6月1日～12月20日																																		
⑤ 実施場所	<ul style="list-style-type: none"> ・個別健診は委託契約を結んだ医療機関 ・集団健診は公共施設等 																																		
⑥ 実施項目	<p>◆基本的な健診項目（全員に実施）</p> <table border="1" data-bbox="475 810 1425 1182"> <tr> <td>質問項目</td> <td>既往歴、服薬歴、喫煙歴等</td> </tr> <tr> <td>身体計測</td> <td>身長、体重、BMI、腹囲（内臓脂肪面積）</td> </tr> <tr> <td>理学的検査</td> <td>自覚症状、他覚症状</td> </tr> <tr> <td>血圧測定</td> <td>血圧</td> </tr> <tr> <td>脂質検査</td> <td>空腹時中性脂肪(やむを得ない場合は随時修正脂肪)、HDLコレステロール、LDLコレステロールまたはNon-HDLコレステロール</td> </tr> <tr> <td>肝機能検査</td> <td>AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GT(γ-GTP)</td> </tr> <tr> <td>血糖検査</td> <td>空腹時血糖またはHbA1c(やむを得ない場合は随時血糖)</td> </tr> <tr> <td>尿検査</td> <td>尿糖、尿蛋白</td> </tr> </table> <p>◆追加の健診項目（全員に実施）</p> <table border="1" data-bbox="475 1232 1425 1420"> <tr> <td>貧血検査</td> <td>赤血球数、血色素量(ヘモグロビン値)、ヘマトクリット値</td> </tr> <tr> <td>心電図検査</td> <td>12誘導心電図</td> </tr> <tr> <td>腎機能検査</td> <td>血清クレアチニン(eGFRによる腎機能の評価を含む)</td> </tr> <tr> <td>栄養状態を判断する検査</td> <td>血清アルブミン</td> </tr> </table> <p>◆詳細な健診項目（医師が必要と判断した場合に実施）</p> <table border="1" data-bbox="475 1473 1425 1890"> <tr> <td rowspan="3">眼底検査</td> <td colspan="2">当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧または血糖が、次の基準に該当した者のうち、医師が必要と判断した場合に実施</td> </tr> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期140mmHgまたは拡張期90mmHg以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖値が126mg/dl以上、bA1c(NGSP値)6.5%以上または随時血糖値が126mg/dl以上</td> </tr> <tr> <td colspan="3">ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。</td> </tr> </table>	質問項目	既往歴、服薬歴、喫煙歴等	身体計測	身長、体重、BMI、腹囲（内臓脂肪面積）	理学的検査	自覚症状、他覚症状	血圧測定	血圧	脂質検査	空腹時中性脂肪(やむを得ない場合は随時修正脂肪)、HDLコレステロール、LDLコレステロールまたは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	空腹時血糖またはHbA1c(やむを得ない場合は随時血糖)	尿検査	尿糖、尿蛋白	貧血検査	赤血球数、血色素量(ヘモグロビン値)、ヘマトクリット値	心電図検査	12誘導心電図	腎機能検査	血清クレアチニン(eGFRによる腎機能の評価を含む)	栄養状態を判断する検査	血清アルブミン	眼底検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧または血糖が、次の基準に該当した者のうち、医師が必要と判断した場合に実施		血圧	収縮期140mmHgまたは拡張期90mmHg以上	血糖	空腹時血糖値が126mg/dl以上、bA1c(NGSP値)6.5%以上または随時血糖値が126mg/dl以上	ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。		
質問項目	既往歴、服薬歴、喫煙歴等																																		
身体計測	身長、体重、BMI、腹囲（内臓脂肪面積）																																		
理学的検査	自覚症状、他覚症状																																		
血圧測定	血圧																																		
脂質検査	空腹時中性脂肪(やむを得ない場合は随時修正脂肪)、HDLコレステロール、LDLコレステロールまたは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	空腹時血糖またはHbA1c(やむを得ない場合は随時血糖)																																		
尿検査	尿糖、尿蛋白																																		
貧血検査	赤血球数、血色素量(ヘモグロビン値)、ヘマトクリット値																																		
心電図検査	12誘導心電図																																		
腎機能検査	血清クレアチニン(eGFRによる腎機能の評価を含む)																																		
栄養状態を判断する検査	血清アルブミン																																		
眼底検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧または血糖が、次の基準に該当した者のうち、医師が必要と判断した場合に実施																																		
	血圧	収縮期140mmHgまたは拡張期90mmHg以上																																	
	血糖	空腹時血糖値が126mg/dl以上、bA1c(NGSP値)6.5%以上または随時血糖値が126mg/dl以上																																	
ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。																																			
⑦ 自己負担	無料																																		
⑧ 外部委託契約の形態	健診・医療機関に委託して実施します。契約形態は、山口市医師会、吉南医師会及び防府医師会と集合契約を結ぶほか、必要に応じて個々の健診・医療機関等と個別契約を結びます。																																		

4. 特定保健指導の実施方法

① 基本的な考え方	<p>生活習慣病への移行予防を図るため、保健指導では、対象者自身が健診結果を理解して体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定・実践でき、そのことにより対象者が自分の健康に関するセルフケア(自己管理)ができるようになることを目的とします。</p> <p>そのために、保健指導実施者は、どのような生活習慣を身につける必要があるか、また課題や優先順位を対象者ととも考え、実施可能な行動目標を対象者が自ら立てられるよう、個別面接やグループ面接等を活用して行動変容のきっかけづくりを行います。</p>																																																
② 実施形態	医療機関への委託又は直営による実施																																																
③ 実施場所	<ul style="list-style-type: none"> ・ 山口市医師会及び吉南医師会と契約した医療機関、個別契約を結んだ医療機関 ・ 市内各保健センター等 																																																
④ 実施期間	<p>当該年度の6月～3月末日（一部は次年度4月末日） 上記期間中に初回面談を実施します。</p>																																																
⑤ 自己負担	原則無料（教材費等実費負担あり）																																																
⑥ 対象者の選定	<p>特定健康診査の結果により、腹囲とBMIで内臓脂肪蓄積のリスクを判定したのち、追加リスクの数の判定を行い対象者を選定します。その結果を踏まえて、保健指導レベルを「動機付け支援」と「積極的支援」に分類します。</p> <p>◆保健指導の対象者（階層化）</p> <table border="1" data-bbox="504 936 1423 1256"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">追加リスク</th> <th rowspan="2">④喫煙</th> <th colspan="2">対象</th> </tr> <tr> <th>①血糖</th> <th>②脂質</th> <th>③血圧</th> <th>40～64歳</th> <th>65～74歳</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">腹囲 ≥85cm（男性） ≥90cm（女性）</td> <td colspan="3">2つ以上該当</td> <td rowspan="2">あり</td> <td rowspan="2">積極的支援</td> <td rowspan="2">動機付け支援</td> </tr> <tr> <td colspan="3">1つ該当</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td>なし</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">上記以外で BMI ≥25kg/m²</td> <td colspan="3">3つ該当</td> <td rowspan="2">あり</td> <td rowspan="2">積極的支援</td> <td rowspan="4">動機付け支援</td> </tr> <tr> <td colspan="3">2つ該当</td> </tr> <tr> <td colspan="3">1つ該当</td> <td>なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>※喫煙の斜線欄は、階層化の判定が喫煙の有無に関係ないことを意味する。</p> <p>◆追加リスクの該当基準</p> <ul style="list-style-type: none"> ①血糖：空腹時血糖100mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上又は随時血糖が100mg/dl以上 ②脂質：空腹時中性脂肪150mg/dl以上又は随時中性脂肪175mg/dl以上 又はHDLコレステロール40mg/dl未満 ③血圧：収縮期血圧130mmHg以上又は拡張期血圧85mmHg以上 		追加リスク			④喫煙	対象		①血糖	②脂質	③血圧	40～64歳	65～74歳	腹囲 ≥85cm（男性） ≥90cm（女性）	2つ以上該当			あり	積極的支援	動機付け支援	1つ該当						なし			上記以外で BMI ≥25kg/m ²	3つ該当			あり	積極的支援	動機付け支援	2つ該当			1つ該当			なし						
	追加リスク			④喫煙	対象																																												
	①血糖	②脂質	③血圧		40～64歳	65～74歳																																											
腹囲 ≥85cm（男性） ≥90cm（女性）	2つ以上該当			あり	積極的支援	動機付け支援																																											
	1つ該当																																																
				なし																																													
上記以外で BMI ≥25kg/m ²	3つ該当			あり	積極的支援	動機付け支援																																											
	2つ該当																																																
	1つ該当			なし																																													
⑦ 内 容	<p>実施内容は、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)」及び「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」の内容に準拠します。</p> <table border="1" data-bbox="504 1547 1423 2085"> <thead> <tr> <th>支援レベル</th> <th>支援形態</th> <th>支援内容・実績評価</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>情報提供</td> <td>・ 健診受診者全員に健診結果の通知と同時に実施します。</td> <td>・ 健診結果の見方や健康の保持増進に役立つ情報等、対象者の状況に適した情報を提供します。</td> </tr> <tr> <td>動機付け支援</td> <td>・ 初回面接による支援のみの原則1回とします。</td> <td>・ 対象者が自らの生活習慣を振り返り、生活習慣改善のために個別の行動目標・行動計画を設定し、取組を実践できるよう支援します。 ・ 目標設定から3か月以上経過後に、体重又は腹囲の変化や生活習慣の改善状況について、面接又は通信を利用して評価を行います。</td> </tr> <tr> <td>積極的支援</td> <td>・ 初回面接による支援を行い、その後、3か月以上の継続的な支援を行います。</td> <td>・ 対象者が自らの健康状態、生活習慣の改善すべき点を自覚し、生活習慣の改善に向けた自主的な取組を継続して行えるよう、個別の行動目標・行動計画を設定し、その取組を定期的、継続的に支援します。 ・ 初回面接から実績評価までの期間に個別支援、グループ支援、電話、電子メール等のいずれかもしくはいくつかを組み合わせて、対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえ必要性に応じた指導を行います。 ・ 目標設定から3か月以上経過した後に、実施面接や通信等を利用して評価を行います。</td> </tr> </tbody> </table>	支援レベル	支援形態	支援内容・実績評価	情報提供	・ 健診受診者全員に健診結果の通知と同時に実施します。	・ 健診結果の見方や健康の保持増進に役立つ情報等、対象者の状況に適した情報を提供します。	動機付け支援	・ 初回面接による支援のみの原則1回とします。	・ 対象者が自らの生活習慣を振り返り、生活習慣改善のために個別の行動目標・行動計画を設定し、取組を実践できるよう支援します。 ・ 目標設定から3か月以上経過後に、体重又は腹囲の変化や生活習慣の改善状況について、面接又は通信を利用して評価を行います。	積極的支援	・ 初回面接による支援を行い、その後、3か月以上の継続的な支援を行います。	・ 対象者が自らの健康状態、生活習慣の改善すべき点を自覚し、生活習慣の改善に向けた自主的な取組を継続して行えるよう、個別の行動目標・行動計画を設定し、その取組を定期的、継続的に支援します。 ・ 初回面接から実績評価までの期間に個別支援、グループ支援、電話、電子メール等のいずれかもしくはいくつかを組み合わせて、対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえ必要性に応じた指導を行います。 ・ 目標設定から3か月以上経過した後に、実施面接や通信等を利用して評価を行います。																																				
支援レベル	支援形態	支援内容・実績評価																																															
情報提供	・ 健診受診者全員に健診結果の通知と同時に実施します。	・ 健診結果の見方や健康の保持増進に役立つ情報等、対象者の状況に適した情報を提供します。																																															
動機付け支援	・ 初回面接による支援のみの原則1回とします。	・ 対象者が自らの生活習慣を振り返り、生活習慣改善のために個別の行動目標・行動計画を設定し、取組を実践できるよう支援します。 ・ 目標設定から3か月以上経過後に、体重又は腹囲の変化や生活習慣の改善状況について、面接又は通信を利用して評価を行います。																																															
積極的支援	・ 初回面接による支援を行い、その後、3か月以上の継続的な支援を行います。	・ 対象者が自らの健康状態、生活習慣の改善すべき点を自覚し、生活習慣の改善に向けた自主的な取組を継続して行えるよう、個別の行動目標・行動計画を設定し、その取組を定期的、継続的に支援します。 ・ 初回面接から実績評価までの期間に個別支援、グループ支援、電話、電子メール等のいずれかもしくはいくつかを組み合わせて、対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえ必要性に応じた指導を行います。 ・ 目標設定から3か月以上経過した後に、実施面接や通信等を利用して評価を行います。																																															

⑧ 対象でない方への対応	<p>特定保健指導非対象者については、健康に関して動機付けを行う貴重な機会になることや、非肥満でも危険因子が重複すると、肥満者と同様に脳・心血管疾患の発症リスクが高まること等に留意し、生活習慣の改善や医療機関への受診勧奨、生活習慣病のコントロールの重要性等について必要な支援を行います。</p>
⑨ 外部委託契約の形態	<p>健診・医療機関に委託して実施します。 契約形態は、山口市医師会及び吉南医師会と集合契約を結ぶほか、必要に応じて個々の健診・医療機関等と個別契約を結びます。</p>

5. 特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率向上対策

① 特定健康診査	<ul style="list-style-type: none"> ・健診費用の無料化を継続します。 ・実施機関が少ない地域や休日等において、がん検診と同時に集団健診を行います。また、他保険者との事業連携による集団健診を実施する等、受診機会の拡充を図ります。 ・未受診者の特性に合わせた受診勧奨通知を送付します。 ・インセンティブとなる特定健診継続受診キャンペーンを実施します。 ・事業所健診等他の健診を受診された被保険者のデータ授受を行います。 ・早期啓発として、35歳以上の被保険者に「若い世代ヘルスチェック」を案内します。 ・特定健康診査に対する意識向上のための啓発や重要性の周知を市報や市ウェブサイト等各種媒体を通じて行います。 ・窓口での啓発グッズの配布や職員による健診ポロシャツの着用など、啓発活動を行います。
② 特定保健指導	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導利用に向けた周知を市報、市ウェブサイト、リーフレットの個別通知等各種媒体を通じて行います。 ・特定保健指導対象者全員に、利用券と生活習慣改善の動機付けとなる内容の案内チラシを送付し、送付後早期に電話、訪問、文書等による個別利用勧奨を行います。 ・特定保健指導未利用者に対し、ハガキ等により再勧奨を行います。 ・特定健康診査受診から早期の特定保健指導利用につなげる等、実施医療機関と連携して利用率向上を図ります。 ・デジタル技術を活用した成果の出る保健指導を実施することで、利用者の満足度の向上と利用率向上を目指します。

6. 実施スケジュール

		特定健康診査	特定保健指導
当 該 年 度	4月	対象者の抽出 実施機関との契約	実施機関との契約
	5月	受診券等の送付（一斉発送）	
	6月	特定健康診査開始（6月1日） 未受診者への受診勧奨①	委託機関での特定保健指導開始（6月1日）
	7月	途中加入者分受診券発送 （12月まで毎月発送） 健診結果の送付	対象者の抽出・利用券の送付 直営での特定保健指導開始 個別利用勧奨
	8月		
	9月	未受診者への受診勧奨②	
	10月		
	11月		未利用者への利用勧奨
	12月	特定健康診査終了（12月20日）	
	1月		
	2月		
	3月		
翌 年 度	4月		
	5月		
	6月		
	7月		特定保健指導終了

7. 周知・案内方法

特定健康診査対象者には、5月に特定健康診査受診券を送付します。

また、特定健康診査受診者全員に対して、健診結果通知を送付するとともに、特定保健指導対象者に対しては、特定保健指導利用券を送付し、特定保健指導利用の勧奨を行います。

なお、特定健康診査受診券及び特定保健指導利用券の作成については、山口県国民健康保険団体連合会に委託します。

被保険者への周知については、当初賦課通知書にチラシを同封するとともに、市報、市ウェブサイト等各種媒体を通じて行います。

8. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報等の記録の取扱いについては、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踏まえた適切な対応を行うとともに、本市個人情報保護条例並びに情報セキュリティ基本規程を遵守します。

また、特定健康診査・特定保健指導を外部に委託するにあたっては、本市個人情報保護条例等関係法令に基づき、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理します。

(2) 記録・データの保存

①データの受領・管理

特定健康診査等の費用決裁及びデータの送信事務並びにデータ管理・保存に関しては、山口県国民健康保険団体連合会に事務委託します。特定健康診査及び特定保健指導実施機関から提出されたデータは、山口県国民健康保険団体連合会の特定健診等データ管理システムにおいて管理・保存します。

②データの保存年限

特定健康診査等の記録・データの保存期間は6年とします。

③守秘義務規定の周知徹底

「国民健康保険法第120条の2」及び「高齢者の医療の確保に関する法律第30条、第167条」に規定されている守秘義務について周知徹底を図ります。

9. その他

山口市国民健康保険では、国民健康保険法に基づく保健事業として、被保険者の健康保持増進のため人間ドックの助成を実施しています。

人間ドックの検査項目には、特定健康診査の実施項目が含まれていることから、特定健康診査対象者は、当該年度中に特定健康診査または人間ドックのいずれか一方のみ受診できることとし、人間ドックを受診した場合でも特定健康診査の受診者に含むこととします。

また、人間ドックの受診者も、特定保健指導の対象者として同様に取扱います。

第6章 その他

計画の評価・見直し	令和8年度(2026年度)に進捗確認のための中間評価を行い、必要に応じて事業内容、目標等の見直しを行うとともに、計画の最終年度となる令和11年度(2029年度)に、次期計画策定を見据えて最終評価を行います。
計画の公表・周知	本計画は、市ウェブサイトに掲載して公表し、周知を図ります。
個人情報の取扱い	保健事業の実施にあたっては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドライン及び山口市の関係例規等に基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じます。
地域包括ケアに係る取組	山口・吉南地区地域ケア連絡会議の構成員として保険年金課も参加し、高齢福祉部門と連携し、保健、医療、福祉等について横断的に地域包括ケアに取り組むとともに、KDBデータを活用して地域の課題や現状分析を行い、保健事業との相乗効果を生み出すことが出来るよう取り組みます。

図表① 性・年齢階層別一覽表

①-1:【人口】(住民基本台帳登録数)

(令和5年3月31日時点)

年齢	全体	割合	男性	割合	女性	割合
0歳～4歳	6,684人	3.56%	3,405人	3.80%	3,279人	3.34%
5歳～9歳	8,088人	4.31%	4,210人	4.70%	3,878人	3.95%
10歳～14歳	8,813人	4.70%	4,444人	4.96%	4,369人	4.45%
15歳～19歳	8,984人	4.79%	4,591人	5.12%	4,393人	4.48%
20歳～24歳	9,089人	4.84%	4,645人	5.18%	4,444人	4.53%
25歳～29歳	8,026人	4.28%	4,021人	4.49%	4,005人	4.08%
30歳～34歳	8,659人	4.61%	4,386人	4.90%	4,273人	4.36%
35歳～39歳	10,469人	5.58%	5,267人	5.88%	5,202人	5.30%
40歳～44歳	11,524人	6.14%	5,737人	6.40%	5,787人	5.90%
45歳～49歳	13,994人	7.46%	7,061人	7.88%	6,933人	7.07%
50歳～54歳	13,662人	7.28%	6,739人	7.52%	6,923人	7.06%
55歳～59歳	11,219人	5.98%	5,449人	6.08%	5,770人	5.88%
60歳～64歳	11,637人	6.20%	5,615人	6.27%	6,022人	6.14%
65歳～69歳	11,809人	6.29%	5,673人	6.33%	6,136人	6.26%
70歳～74歳	14,115人	7.52%	6,704人	7.48%	7,411人	7.56%
75歳～	30,902人	16.47%	11,654人	13.01%	19,248人	19.63%
合計	187,674人	100.00%	89,601人	100.00%	98,073人	100.00%

①-2:【被保険者数】

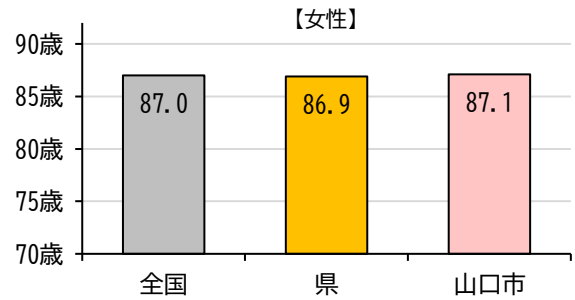
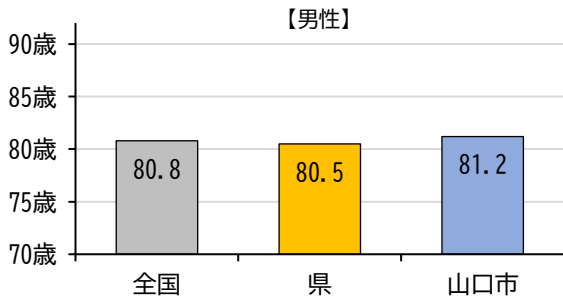
(令和5年3月31日時点)

年齢	全体	割合	男性	割合	女性	割合
0歳～4歳	441人	1.35%	210人	1.40%	231人	1.32%
5歳～9歳	599人	1.84%	314人	2.09%	285人	1.62%
10歳～14歳	663人	2.04%	343人	2.28%	320人	1.82%
15歳～19歳	683人	2.10%	329人	2.19%	354人	2.02%
20歳～24歳	877人	2.69%	456人	3.04%	421人	2.40%
25歳～29歳	783人	2.40%	368人	2.45%	415人	2.36%
30歳～34歳	832人	2.56%	407人	2.71%	425人	2.42%
35歳～39歳	1,132人	3.48%	610人	4.06%	522人	2.97%
40歳～44歳	1,353人	4.15%	733人	4.88%	620人	3.53%
45歳～49歳	1,593人	4.89%	833人	5.55%	760人	4.33%
50歳～54歳	1,702人	5.23%	832人	5.54%	870人	4.96%
55歳～59歳	1,588人	4.88%	756人	5.04%	832人	4.74%
60歳～64歳	2,910人	8.94%	1,132人	7.54%	1,778人	10.13%
65歳～69歳	6,401人	19.66%	2,717人	18.10%	3,684人	20.99%
70歳～74歳	11,007人	33.80%	4,975人	33.13%	6,032人	34.37%
合計	32,564人	100.00%	15,015人	100.00%	17,549人	100.00%

図表② 平均寿命・標準化死亡比等

②-1:【平均寿命】

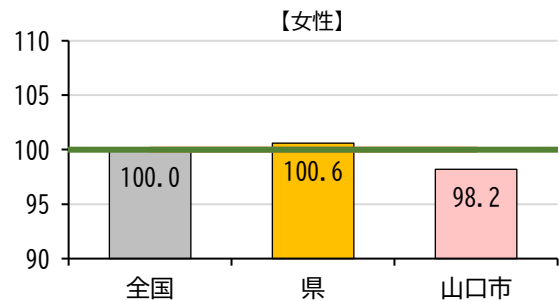
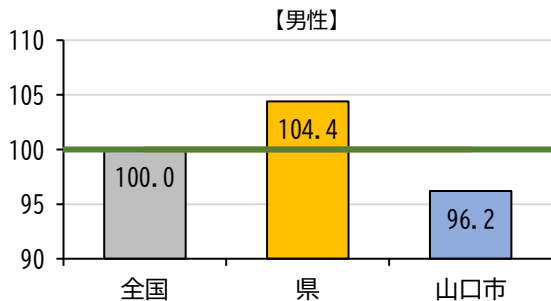
0歳の平均余命である「平均寿命」は、全ての年齢の死亡状況を集約したもので国が5年ごとに公表している。(ある期間における死亡状況が今後変化しないと仮定したときに、各年齢の者が1年以内に死亡する確率や、平均してあと何年生きられるかという期待値などを、死亡率や平均余命などの指標によって表したもので、男女別に各年齢の人口と死亡数を基にして計算されている。)



参照データ：KDB(地域の全体像の把握(令和4年度))

②-2:【標準化死亡比】

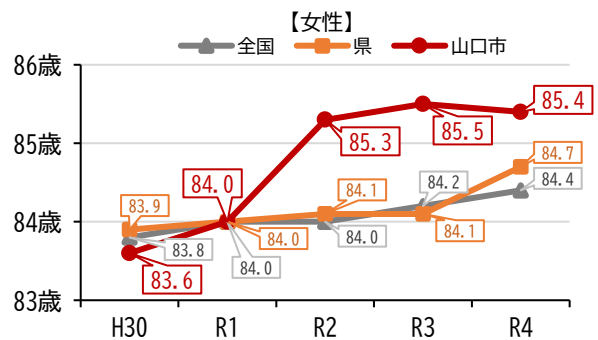
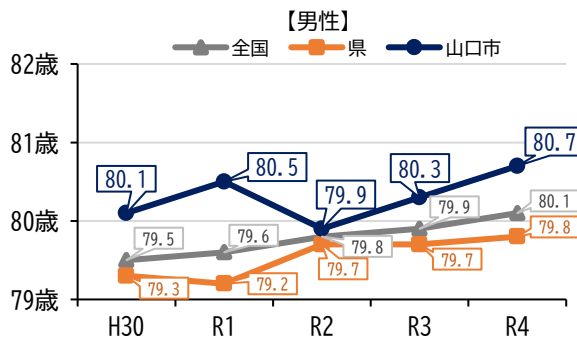
標準化死亡比は、基準死亡率(人口10万対の死亡数)を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するもので国が5年ごとに公表している。国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は国の平均より死亡率が多いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。



参照データ：KDB(地域の全体像の把握(令和4年度))

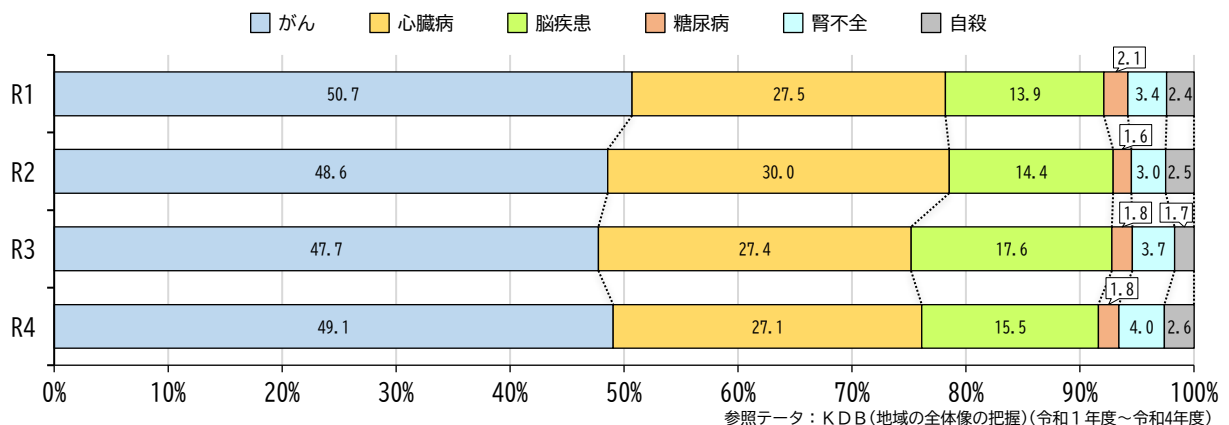
②-3:【平均自立期間(健康寿命)】

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



参照データ：KDB(地域の全体像の把握(平成30年度～令和4年度))

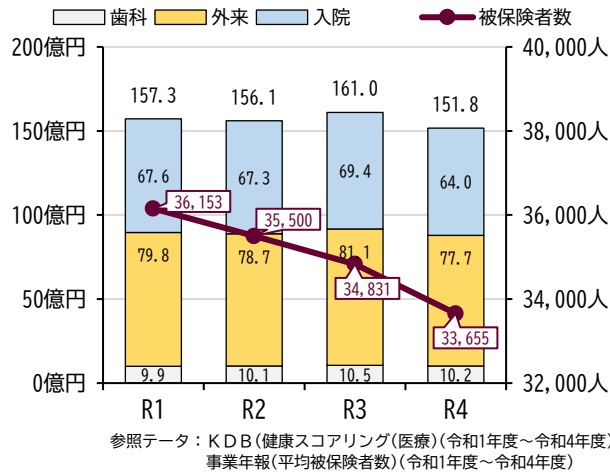
②-4:【死因割合】



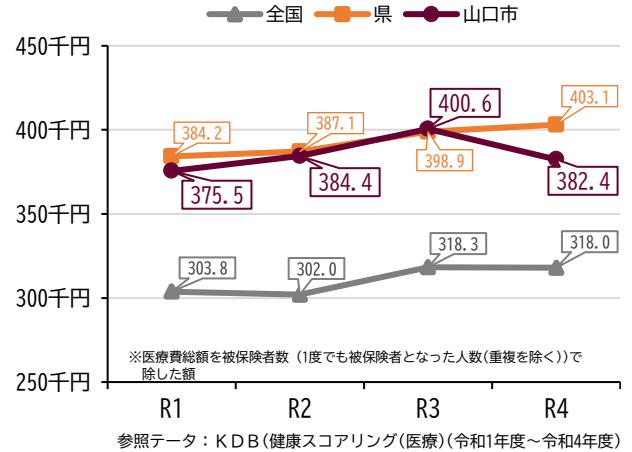
参照データ：KDB(地域の全体像の把握(令和1年度～令和4年度))

図表③ 医療費の分析

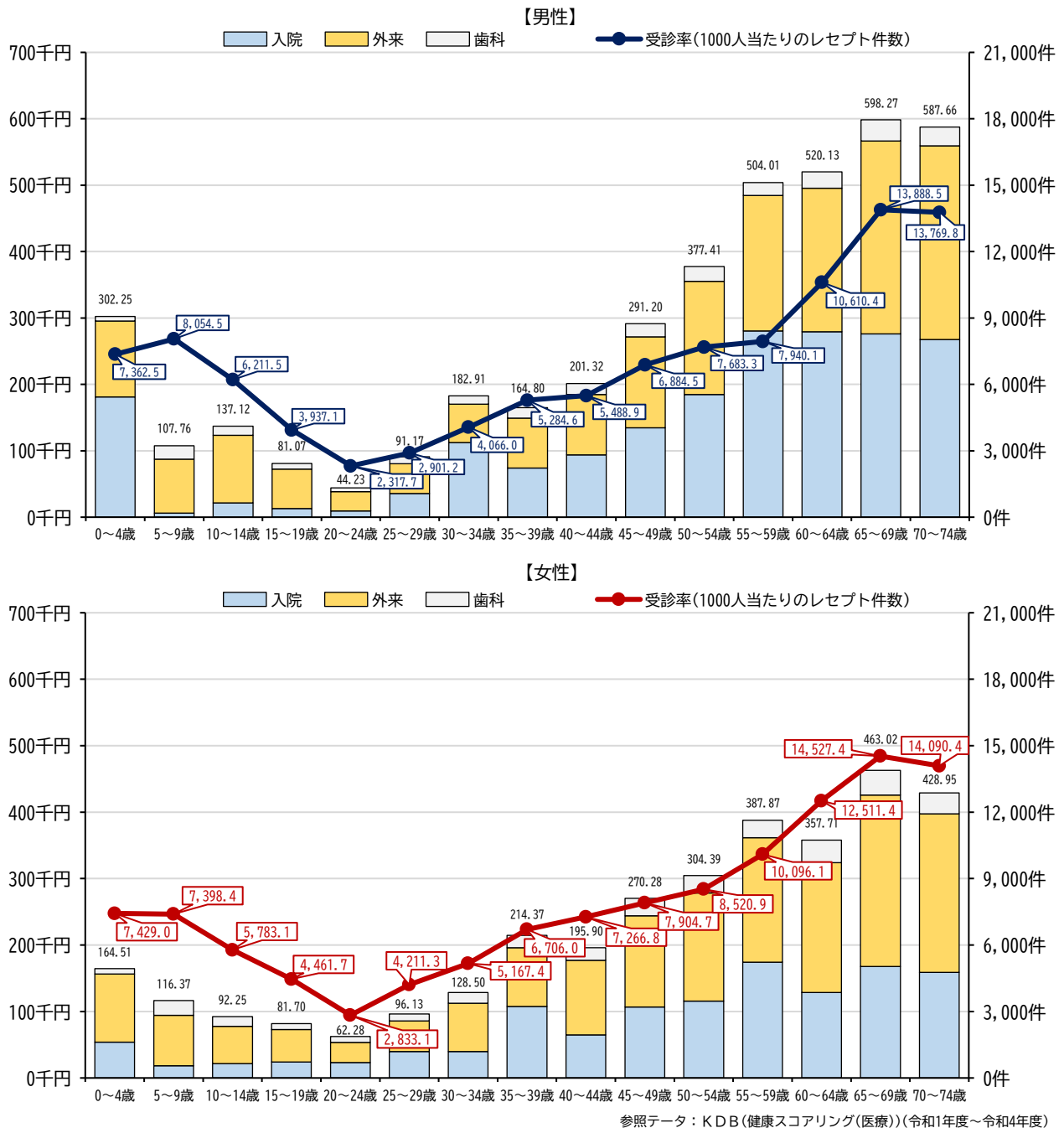
③-1:【医療費の推移】



③-2:【1人当たり医療費の推移】



③-3【年齢階層別1人当たり医療費・受診率】(令和4年度)

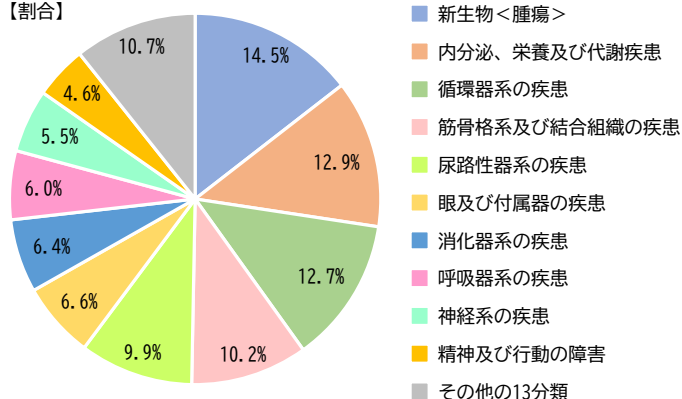


③-4:【疾病(大分類別)医療費:上位10】(令和4年度)

(外来)

順位	大分類別疾患	医療費
1	新生物<腫瘍>	1,118,171,100円
2	内分泌、栄養及び代謝疾患	991,863,890円
3	循環器系の疾患	981,252,860円
4	筋骨格系及び結合組織の疾患	785,366,670円
5	尿路器系の疾患	762,497,660円
6	眼及び付属器の疾患	504,962,360円
7	消化器系の疾患	490,765,180円
8	呼吸器系の疾患	463,461,670円
9	神経系の疾患	422,360,820円
10	精神及び行動の障害	356,188,380円

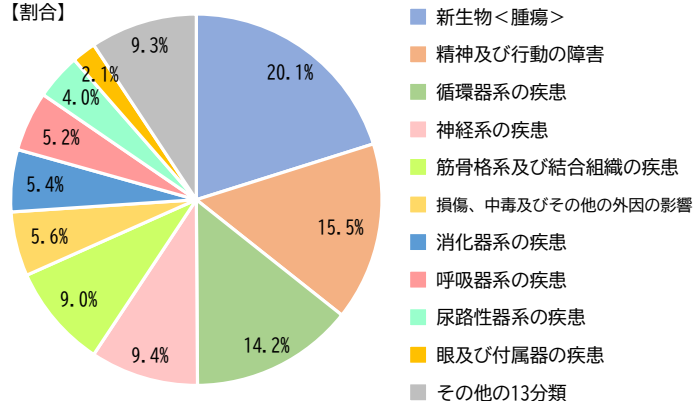
【割合】



(入院)

順位	大分類別疾患	医療費
1	新生物<腫瘍>	1,286,117,530円
2	精神及び行動の障害	992,534,350円
3	循環器系の疾患	905,633,420円
4	神経系の疾患	598,803,180円
5	筋骨格系及び結合組織の疾患	577,458,630円
6	損傷、中毒及びその他の外因の影響	361,092,490円
7	消化器系の疾患	347,342,680円
8	呼吸器系の疾患	334,017,620円
9	尿路器系の疾患	253,507,240円
10	眼及び付属器の疾患	132,547,430円

【割合】



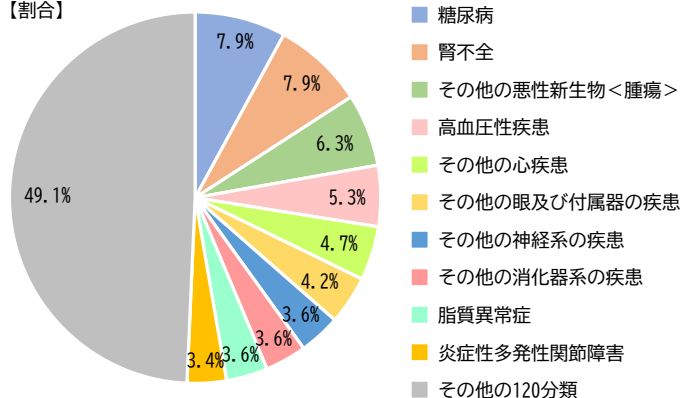
参照データ：KDB(健康スコアリング(医療))(令和4年度)

③-5:【疾病(中分類別)医療費:上位10】(令和4年度)

(外来)

順位	中分類別疾患	医療費
1	糖尿病	609,724,340円
2	腎不全	605,560,560円
3	その他の悪性新生物<腫瘍>	487,519,990円
4	高血圧性疾患	406,021,620円
5	その他の心疾患	363,062,660円
6	その他の眼及び付属器の疾患	326,063,670円
7	その他の神経系の疾患	278,620,350円
8	その他の消化器系の疾患	274,431,540円
9	脂質異常症	274,208,750円
10	炎症性多発性関節障害	262,753,800円

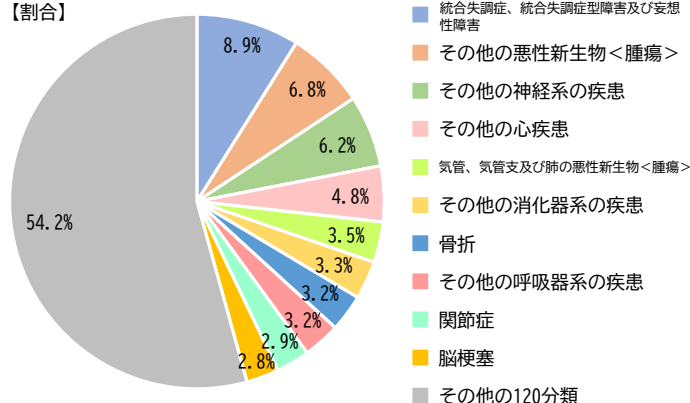
【割合】



(入院)

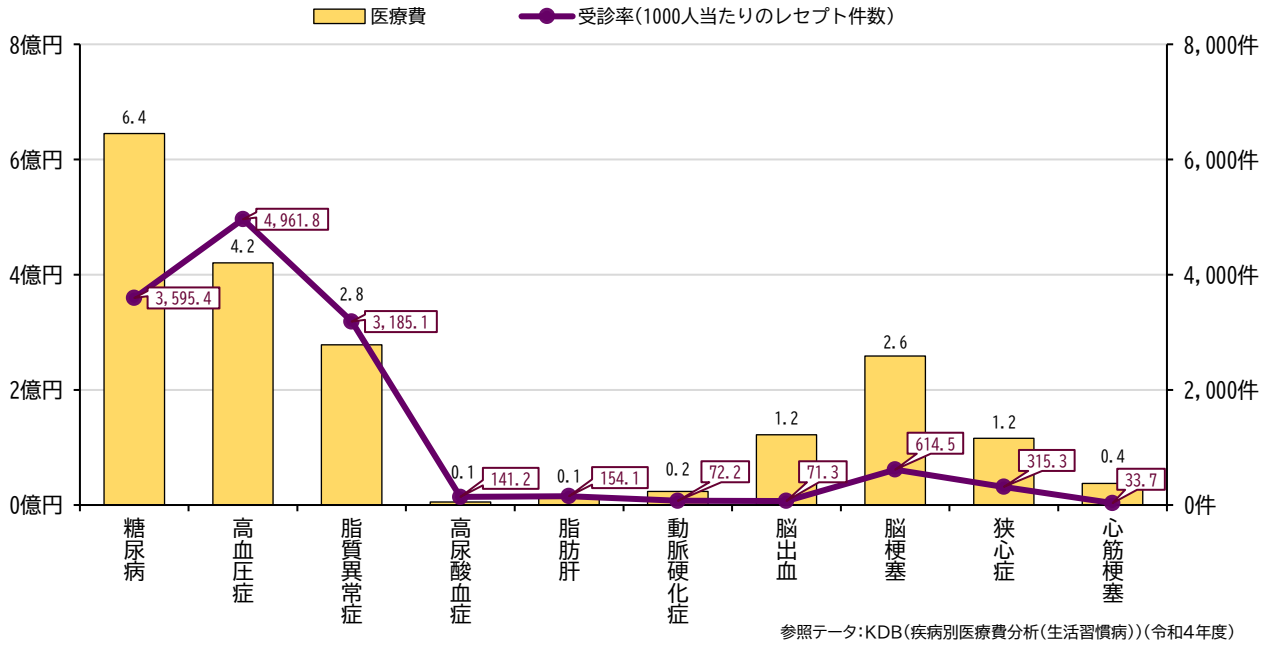
順位	中分類別疾患	医療費
1	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	569,941,100円
2	その他の悪性新生物<腫瘍>	437,612,000円
3	その他の神経系の疾患	398,089,580円
4	その他の心疾患	303,906,190円
5	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	225,704,310円
6	その他の消化器系の疾患	208,588,070円
7	骨折	204,238,100円
8	その他の呼吸器系の疾患	202,449,410円
9	関節症	186,767,080円
10	脳梗塞	181,277,960円

【割合】

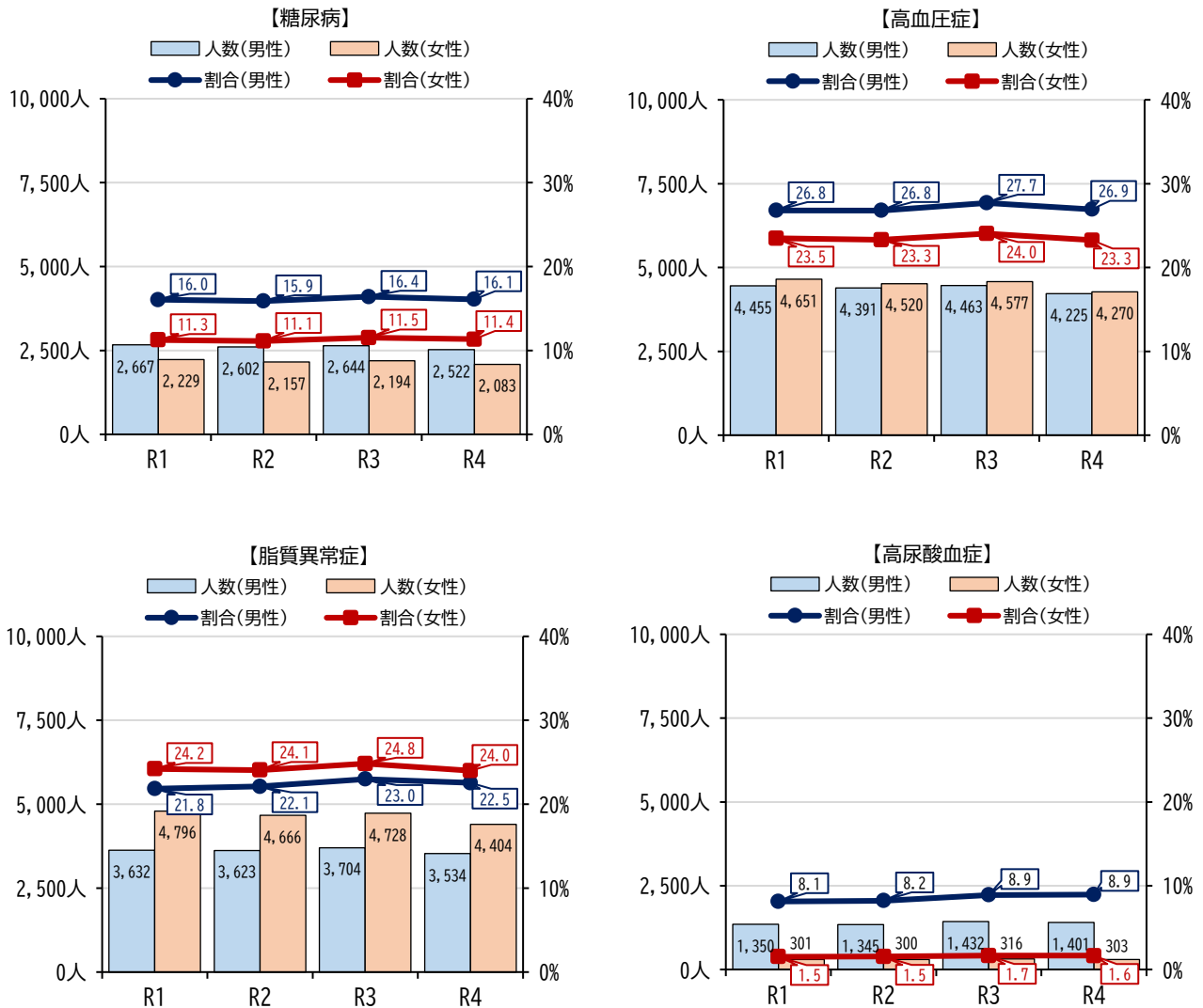


参照データ：KDB(健康スコアリング(医療))(令和4年度)

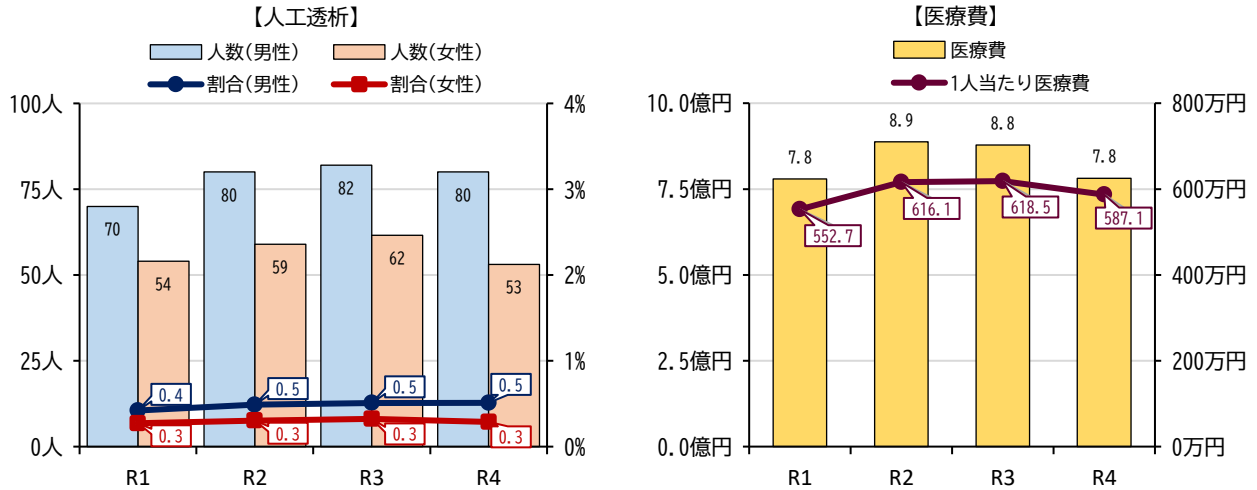
③-6:【生活習慣病に関する医療費・受診率】(令和4年度:「がん」・「筋・骨格」・「精神」を除く)



③-7:【生活習慣病に関する疾病の推移】(糖尿病・高血圧症・脂質異常症・高尿酸血症)



③-8:【人工透析患者の推移等】



※月毎のデータを年度相当期間分足し上げ、患者の平均人数、男女別に占める患者数の割合、1人当たり医療費を算出しています。
 参照データ:KDB(厚生労働省(様式3-7)人工透析のレセプト分析)(作成年月:令和1年6月~令和5年5月)
 KDB(厚生労働省(様式2-2)人工透析患者一覧)(作成年月:令和1年6月~令和5年5月)

③-9:【人工透析患者の生活習慣病罹患状況の推移】

	令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
人工透析患者数	124人	0.3%	139人	0.4%	144人	0.4%	133人	0.4%		
罹 患 状 況	糖 尿 病	64人	51.3%	73人	52.3%	76人	53.1%	73人	54.8%	
	糖 尿 病 合 併 症	インスリン療法	14人	11.0%	18人	12.8%	14人	10.0%	16人	11.9%
		糖尿病性腎症	16人	12.7%	22人	15.5%	24人	16.8%	21人	16.0%
		糖尿病性網膜症	18人	14.4%	19人	13.8%	17人	11.9%	17人	12.6%
		糖尿病性神経障害	12人	10.0%	14人	10.2%	16人	11.0%	16人	12.0%
	糖 尿 病 以 外 の 因 子	高血圧症	112人	90.1%	127人	91.3%	129人	89.9%	122人	91.9%
		高尿酸血症	50人	39.9%	53人	38.3%	56人	38.9%	54人	40.6%
		脂質異常症	49人	39.9%	56人	40.2%	64人	44.2%	61人	45.5%
	大 血 管 障 害	脳血管疾患	38人	30.9%	38人	27.6%	40人	28.0%	33人	25.1%
		虚血性心疾患	68人	54.6%	67人	48.3%	66人	45.5%	59人	44.4%

※月毎のデータを年度相当期間分足し上げ、平均人数を算出しています。
 参照データ:KDB(厚生労働省(様式3-7)人工透析のレセプト分析)(作成年月:令和1年6月~令和5年5月)

③-10:【重複・頻回受診の状況】(令和5年3月診療分)

受診者数	同一医療機関への受診日数											
	1日以上	10日以上	11日以上	12日以上	13日以上	14日以上	15日以上	16日以上	17日以上	18日以上	19日以上	20日以上
1医療機関以上	20,629人	310人	266人	234人	212人	158人	81人	61人	49人	44人	40人	35人
2医療機関以上	9,500人	201人	166人	141人	124人	91人	50人	35人	29人	27人	23人	20人
3医療機関以上	3,307人	97人	83人	67人	59人	44人	27人	22人	18人	16人	13人	10人
4医療機関以上	1,057人	38人	31人	29人	23人	19人	10人	8人	7人	7人	6人	4人
5医療機関以上	285人	13人	11人	10人	8人	7人	4人	4人	4人	4人	4人	2人

※対象は、外来(医科・歯科)のみ

参照データ:KDB(重複・頻回受診の状況)(診療年月:令和5年3月)

③-11:【重複・多剤処方状況】(令和5年3月診療分)

処方者数	処方薬剤数											
	1種類以上	2種類以上	3種類以上	4種類以上	5種類以上	6種類以上	7種類以上	8種類以上	9種類以上	10種類以上	15種類以上	20種類以上
1日以上の処方	17,476人	15,148人	12,368人	9,809人	7,610人	5,785人	4,349人	3,312人	2,428人	1,764人	402人	74人
30日以上の処方	14,462人	13,027人	11,120人	9,056人	7,165人	5,519人	4,199人	3,226人	2,378人	1,737人	399人	73人
60日以上の処方	3,063人	2,750人	2,375人	1,960人	1,595人	1,263人	989人	794人	606人	457人	101人	21人

※対象は、外来(医科・歯科・調剤)のみ

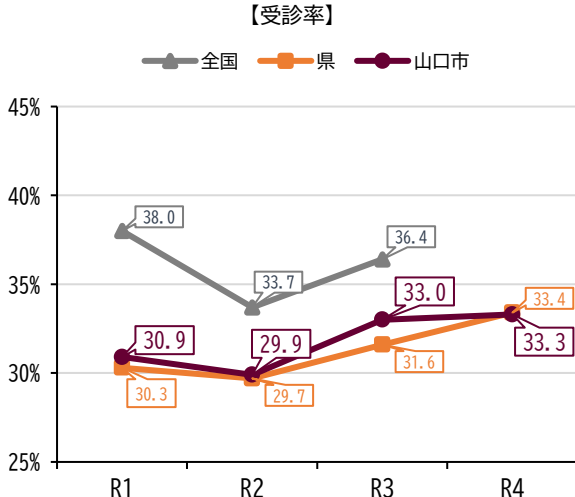
重複処方者数	複数の医療機関から重複処方が発生した薬剤数									
	1種類以上	2種類以上	3種類以上	4種類以上	5種類以上	6種類以上	7種類以上	8種類以上	9種類以上	10種類以上
2医療機関以上	159人	25人	3人	2人	2人	2人	2人	1人	1人	0人
3医療機関以上	3人	1人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
4医療機関以上	1人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
5医療機関以上	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人

※対象は、外来(医科・歯科・調剤)のみ

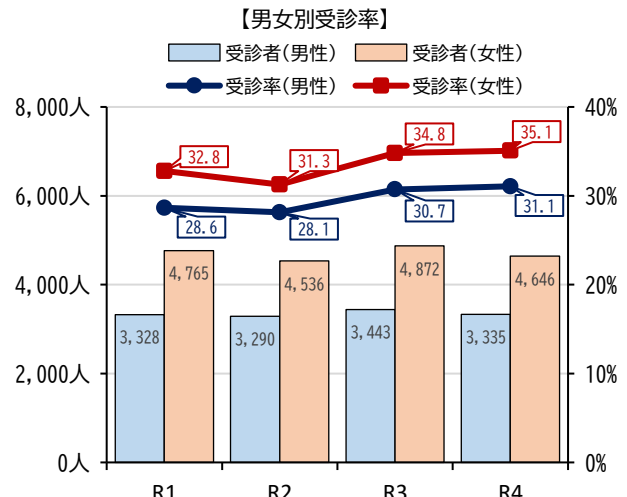
参照データ:KDB(重複・多剤処方の状況)(診療年月:令和5年3月)

図表④ 特定健康診査・特定保健指導等の健診データの分析

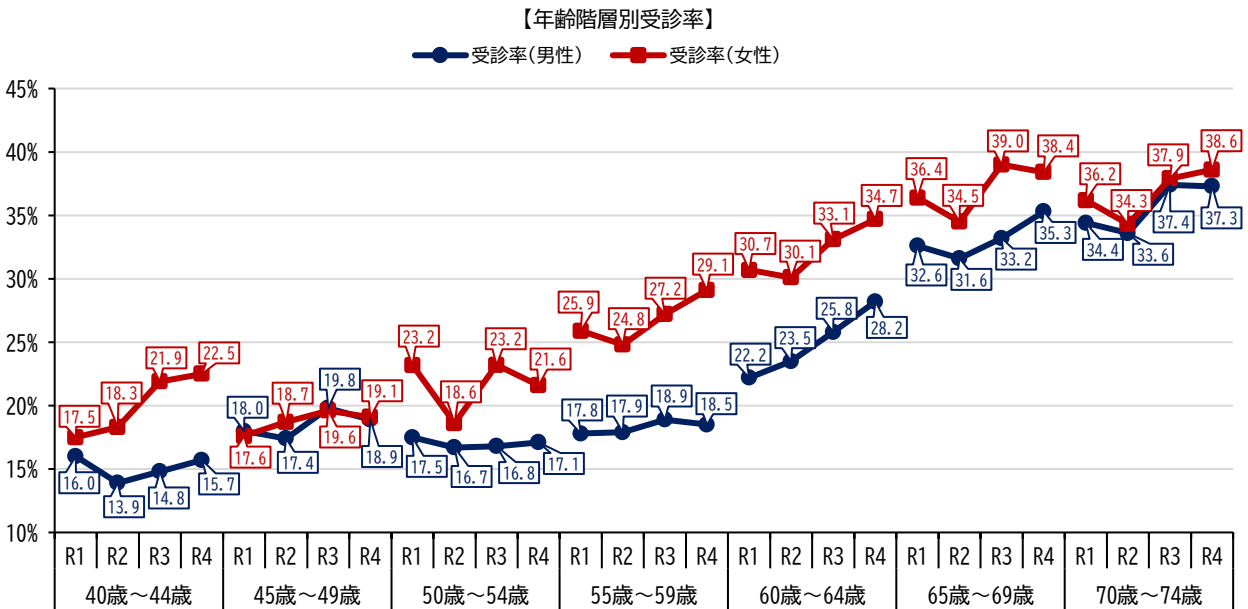
④-1:【特定健康診査受診率の推移】



参照データ：厚生労働省(特定健康診査・特定保健指導の実施状況)(2019年度～2021年度)
特定健康診査・特定保健指導実施結果集計表(県集計)(令和4年度)

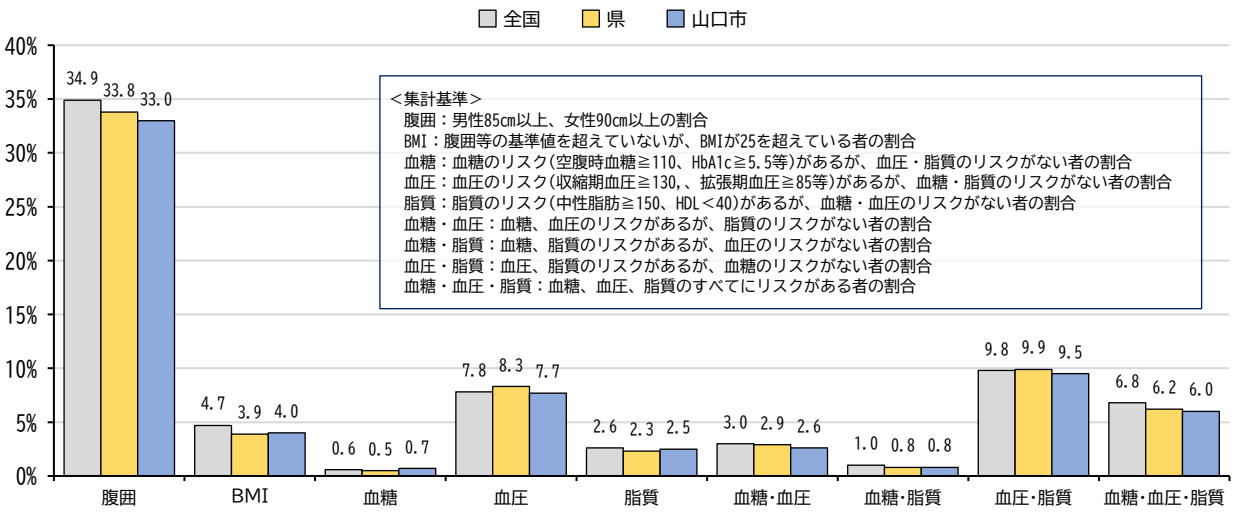


参照データ：特定健康診査・特定保健指導実施結果集計表(県集計)(令和1年度～令和4年度)



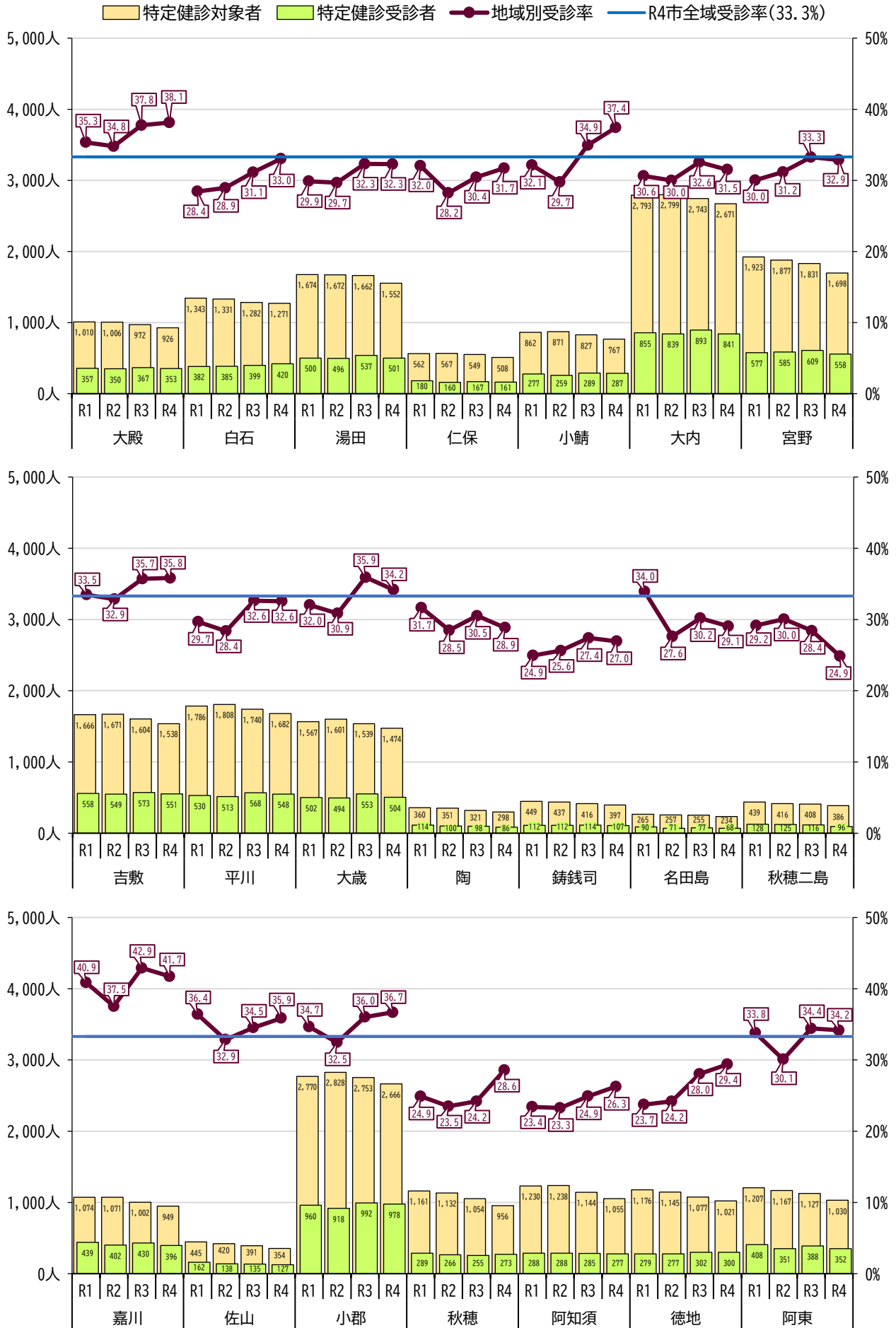
参照データ：KDB(健診の状況)(令和1年度～令和4年度)

④-2:【特定健康診査の有所見者状況】(令和4年度)



参照データ：KDB(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)

④-3:【地域ごとの特定健康診査受診状況】



参照データ:KDB(厚生労働省(様式5-4)健診受診状況)(令和1年度~令和4年度)

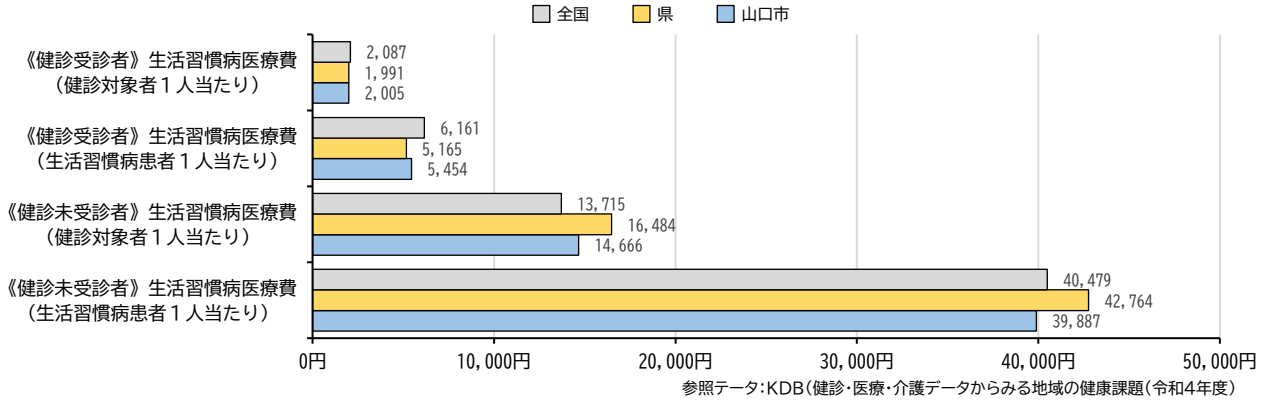
④-4:【特定健康診査の年齢階層別有所見者状況】(令和4年度)

年齢階層別		腹囲 (男性85・女性90以上)		BMI (25以上)		中性脂肪 (150以上)		ALT(GPT) (31以上)		HDLコレステロール (40未満)	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
40歳～44歳	全国	48.4%	12.3%	36.9%	19.1%	30.9%	9.2%	35.9%	6.8%	8.7%	1.6%
	県	49.3%	10.3%	36.2%	17.7%	29.9%	9.3%	37.4%	8.3%	7.8%	1.6%
	山口市	45.5%	11.4%	34.3%	15.8%	33.3%	7.9%	32.3%	10.5%	5.1%	1.8%
45歳～49歳	全国	52.5%	14.5%	40.4%	21.3%	32.5%	10.9%	34.8%	7.8%	8.7%	1.5%
	県	52.3%	15.4%	37.4%	20.8%	31.1%	10.2%	34.0%	8.1%	9.4%	2.3%
	山口市	49.6%	9.0%	37.2%	13.9%	32.1%	12.3%	30.7%	4.9%	8.8%	2.5%
50歳～54歳	全国	55.2%	16.9%	41.3%	22.2%	32.9%	13.8%	31.5%	11.1%	8.2%	1.2%
	県	52.6%	17.7%	38.3%	21.5%	32.1%	13.1%	31.9%	11.9%	7.5%	1.0%
	山口市	54.8%	14.3%	40.3%	19.3%	28.2%	13.7%	29.0%	11.8%	6.5%	1.2%
55歳～59歳	全国	56.4%	18.1%	39.6%	21.6%	32.3%	15.0%	27.3%	12.0%	7.5%	1.1%
	県	53.6%	19.5%	37.5%	20.6%	31.4%	16.2%	29.3%	11.9%	5.8%	1.3%
	山口市	46.6%	20.1%	32.2%	21.1%	27.1%	15.8%	21.2%	11.0%	3.4%	1.0%
60歳～64歳	全国	56.5%	18.1%	37.1%	20.9%	30.6%	15.4%	23.6%	10.5%	6.9%	1.0%
	県	54.3%	17.4%	33.9%	18.7%	28.7%	13.6%	23.3%	10.5%	6.0%	1.0%
	山口市	55.5%	16.1%	33.6%	20.2%	29.9%	13.9%	23.0%	12.8%	5.5%	1.1%
65歳～69歳	全国	57.0%	19.4%	34.0%	21.5%	28.5%	16.3%	19.7%	9.3%	6.8%	1.1%
	県	55.9%	19.2%	31.1%	19.2%	27.8%	14.7%	20.4%	9.0%	6.0%	0.9%
	山口市	55.1%	18.3%	30.3%	17.7%	27.5%	15.9%	20.1%	8.1%	5.2%	1.1%
70歳～74歳	全国	55.9%	20.4%	30.5%	21.8%	25.4%	16.9%	15.6%	8.0%	7.1%	1.4%
	県	54.8%	19.8%	26.9%	19.2%	24.4%	15.9%	16.0%	7.9%	5.9%	1.1%
	山口市	51.8%	21.2%	23.6%	19.0%	24.7%	16.3%	15.9%	7.8%	5.3%	1.2%

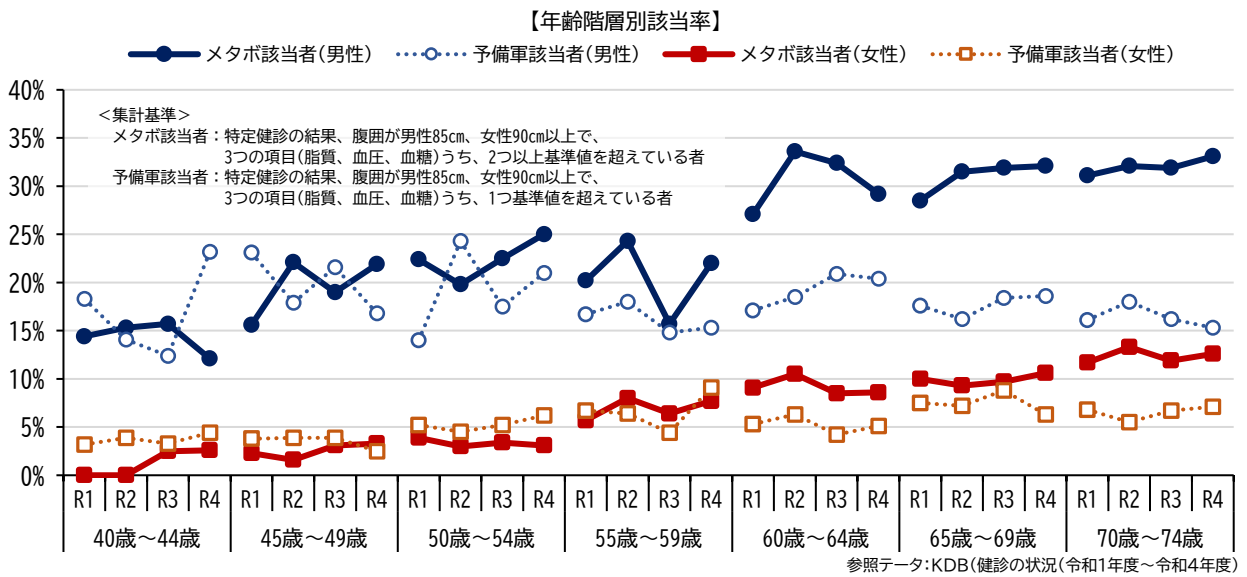
年齢階層別		空腹時血糖 (100以上)		HbA1c (5.6以上)		収縮期血圧 (130以上)		拡張期血圧 (85以上)		eGFR (60未満)	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
40歳～44歳	全国	15.2%	6.4%	31.1%	21.9%	25.8%	11.9%	21.1%	9.2%	2.8%	2.3%
	県	17.2%	5.6%	29.2%	17.4%	26.5%	13.9%	21.3%	8.4%	2.7%	2.7%
	山口市	12.1%	6.1%	22.2%	11.4%	24.2%	15.8%	18.2%	11.4%	3.0%	2.6%
45歳～49歳	全国	19.3%	8.4%	38.4%	28.0%	31.4%	18.3%	26.9%	12.7%	5.2%	4.4%
	県	19.3%	8.7%	34.9%	24.8%	30.1%	19.3%	27.0%	11.2%	6.2%	5.1%
	山口市	13.9%	6.6%	29.2%	18.9%	32.1%	16.4%	32.1%	9.0%	5.1%	5.7%
50歳～54歳	全国	23.4%	11.4%	45.0%	38.9%	37.5%	25.3%	31.6%	16.5%	8.5%	7.8%
	県	26.5%	9.3%	40.8%	32.8%	38.4%	26.2%	31.9%	16.6%	8.6%	8.8%
	山口市	22.6%	7.5%	28.2%	33.5%	29.8%	18.0%	33.9%	13.7%	7.3%	13.0%
55歳～59歳	全国	27.6%	14.9%	50.9%	48.5%	43.2%	31.2%	33.4%	17.8%	13.1%	11.7%
	県	27.8%	13.6%	48.7%	41.8%	41.7%	32.4%	31.0%	18.3%	13.8%	11.7%
	山口市	24.6%	11.5%	38.1%	30.6%	38.1%	32.5%	27.1%	16.3%	11.0%	15.3%
60歳～64歳	全国	31.4%	18.3%	56.6%	55.1%	48.7%	39.3%	32.2%	18.7%	18.3%	16.0%
	県	32.1%	17.8%	50.2%	46.9%	49.4%	39.4%	31.6%	18.7%	20.0%	18.2%
	山口市	33.2%	17.8%	43.1%	41.5%	46.7%	36.3%	29.2%	17.2%	20.8%	19.4%
65歳～69歳	全国	34.0%	21.1%	61.9%	60.6%	53.3%	48.2%	27.7%	18.3%	24.5%	20.4%
	県	35.5%	20.8%	54.2%	51.9%	55.0%	50.9%	27.6%	18.6%	25.6%	21.9%
	山口市	34.1%	19.6%	49.2%	43.7%	51.0%	45.5%	24.2%	15.5%	24.6%	24.1%
70歳～74歳	全国	34.5%	22.9%	65.5%	64.3%	56.8%	55.7%	21.9%	16.5%	31.3%	26.3%
	県	37.5%	24.2%	57.1%	55.8%	59.1%	59.0%	22.5%	17.6%	33.3%	27.9%
	山口市	37.1%	21.2%	51.6%	45.5%	56.4%	55.4%	19.4%	14.2%	33.1%	28.7%

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

④-5:【健診受診者・未受診者における生活習慣病等1人当たり医療費】(令和4年度)



④-6:【メタボリックシンドローム該当者の推移】



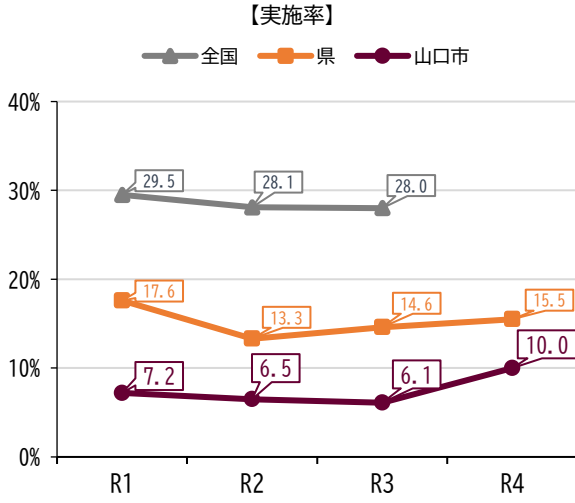
④-7:【質問票調査の状況】(令和4年度)

	喫煙		20歳時から体重の増加(10kg以上)		運動				食事			
					1回30分以上の運動習慣なし		1日1時間以上運動習慣なし		食べる速度(早い)		飲酒頻度(毎日)	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
40歳~44歳	32.3%	10.5%	53.5%	21.4%	64.0%	81.6%	45.9%	39.8%	47.7%	29.6%	31.6%	16.7%
45歳~49歳	27.7%	9.8%	53.1%	25.5%	58.6%	71.7%	42.5%	50.9%	44.5%	31.1%	27.9%	16.4%
50歳~54歳	29.8%	11.2%	48.7%	31.0%	50.4%	74.5%	42.6%	52.4%	38.3%	33.1%	35.0%	12.4%
55歳~59歳	26.3%	6.7%	35.0%	28.4%	63.1%	72.2%	58.3%	53.4%	39.8%	29.4%	35.9%	12.9%
60歳~64歳	21.2%	3.7%	45.0%	25.1%	60.4%	67.8%	55.4%	51.8%	26.3%	26.7%	44.1%	12.3%
65歳~69歳	18.1%	3.2%	45.4%	23.8%	52.4%	61.2%	51.1%	50.3%	30.1%	24.3%	51.0%	12.3%
70歳~74歳	15.2%	2.4%	36.4%	23.3%	47.2%	57.2%	48.5%	50.1%	26.6%	21.4%	51.6%	10.4%

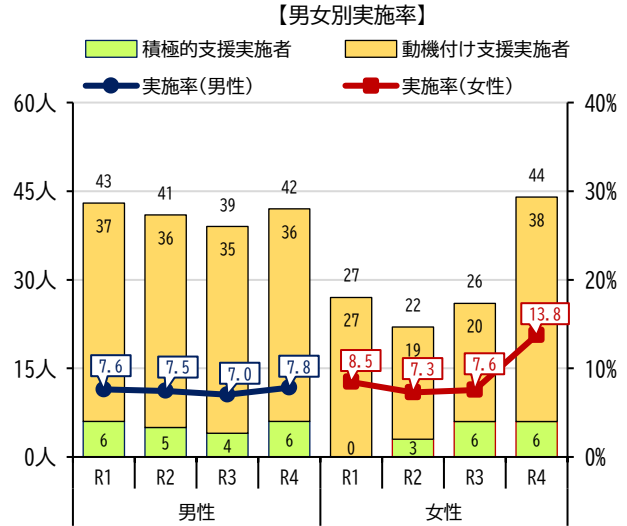
	食事						生活習慣					
	就寝2時間以内の夕食(週3回以上)		朝食を抜く(週3回以上)		間食や甘い飲み物(毎日)		睡眠不足		改善意欲なし		特定保健指導は利用しない	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
40歳~44歳	40.7%	22.4%	37.2%	23.5%	20.9%	39.8%	33.7%	29.9%	22.1%	17.3%	58.9%	58.8%
45歳~49歳	26.6%	17.9%	31.5%	19.8%	20.3%	38.7%	21.1%	24.5%	26.6%	15.1%	65.9%	72.1%
50歳~54歳	27.0%	22.8%	23.5%	19.3%	18.4%	37.9%	31.3%	33.8%	18.4%	15.2%	59.3%	54.0%
55歳~59歳	21.6%	11.9%	19.4%	10.8%	17.6%	32.0%	28.2%	33.5%	24.3%	18.0%	59.8%	59.6%
60歳~64歳	24.6%	8.7%	15.8%	6.3%	15.0%	32.8%	18.3%	26.6%	25.5%	16.5%	63.8%	56.6%
65歳~69歳	13.4%	5.0%	8.3%	4.0%	16.0%	36.5%	21.2%	23.4%	29.2%	20.8%	63.1%	58.5%
70歳~74歳	13.5%	8.1%	4.5%	3.1%	15.6%	30.0%	21.0%	27.2%	35.8%	24.2%	65.5%	60.3%

参照データ:KDB(質問票調査の状況(令和4年度))

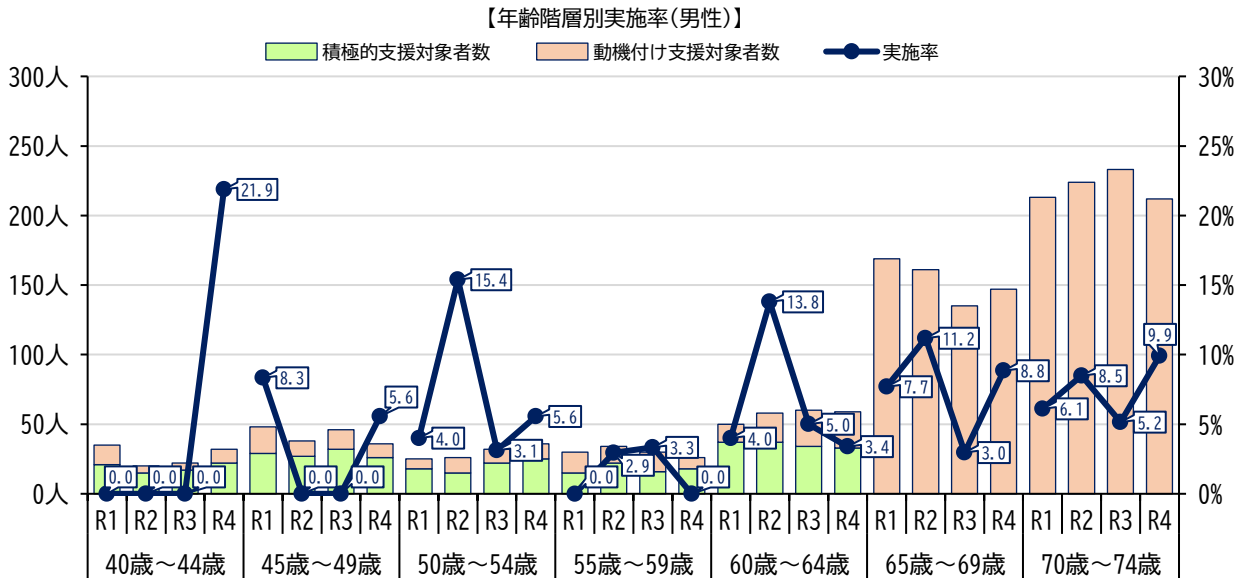
④-8:【特定保健指導実施率の推移】



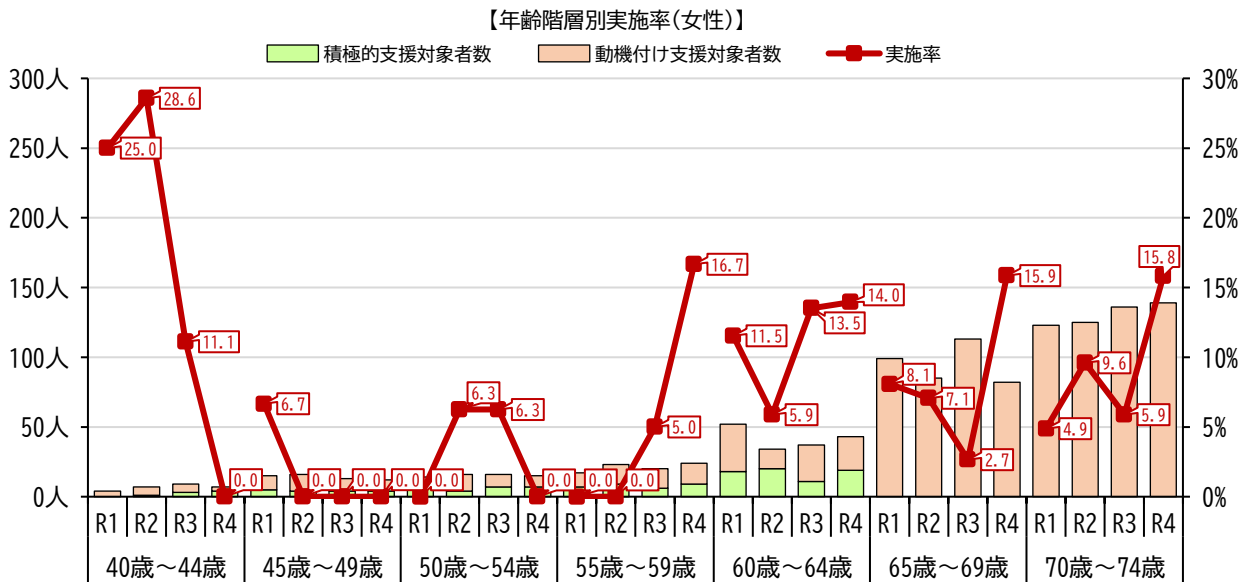
参照データ：厚生労働省(特定健康診査・特定保健指導の実施状況)(2019年度～2021年度)
特定健診・特定保健指導実施結果集計表(県集計)(令和4年度)



参照データ：特定健診・特定保健指導実施結果集計表(県集計)(令和1年度～令和4年度)



参照データ：KDB(健診の状況(令和1年度～令和4年度))



参照データ：KDB(健診の状況(令和1年度～令和4年度))

図表⑤ レセプト・健診データ等を組み合わせた分析

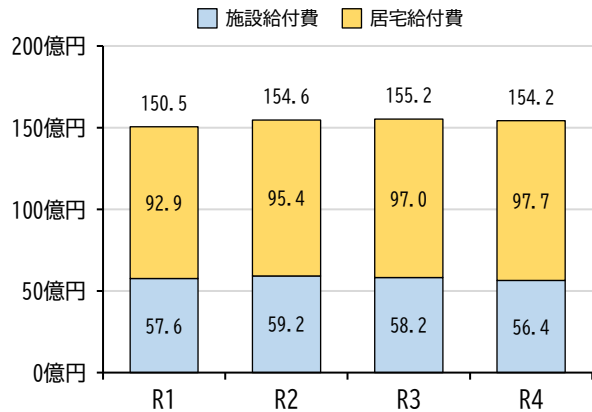
⑤-1:【健診と生活習慣病レセプト突合状況】



参照データ:KDB(厚生労働省(様式5-5)糖尿病等生活習慣病予防のための検診・保健指導)(令和1年度~令和4年度)

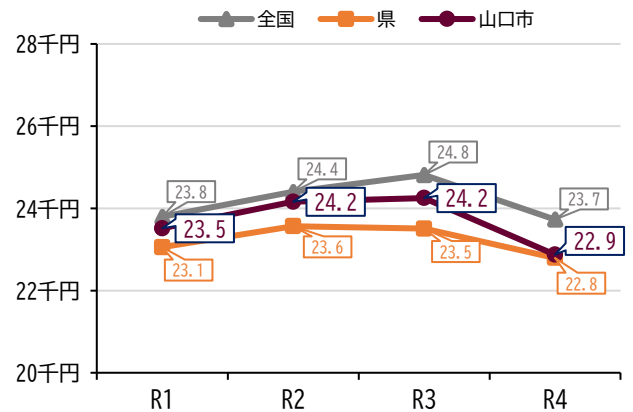
図表⑥ 介護費関係の分析

⑥-1:【介護給付費の推移】



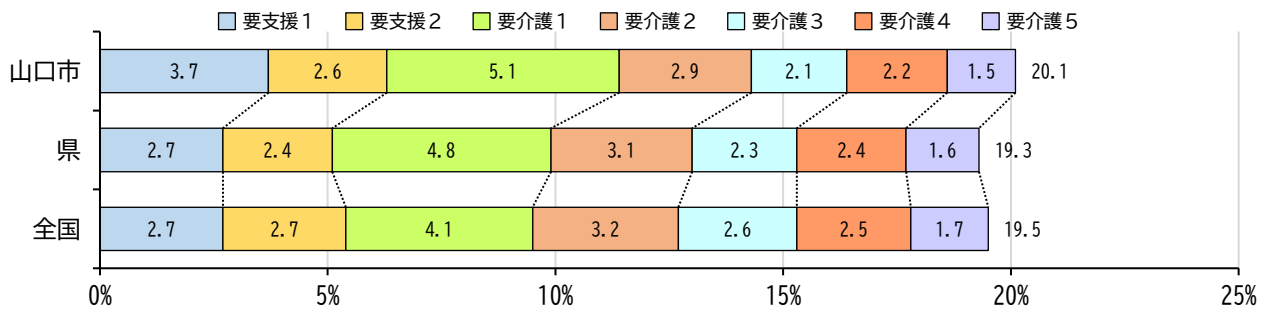
参照データ：KDB(健康スコアリング(介護))(令和1年度～令和4年度)

⑥-2:【1人当たり介護給付費の推移】



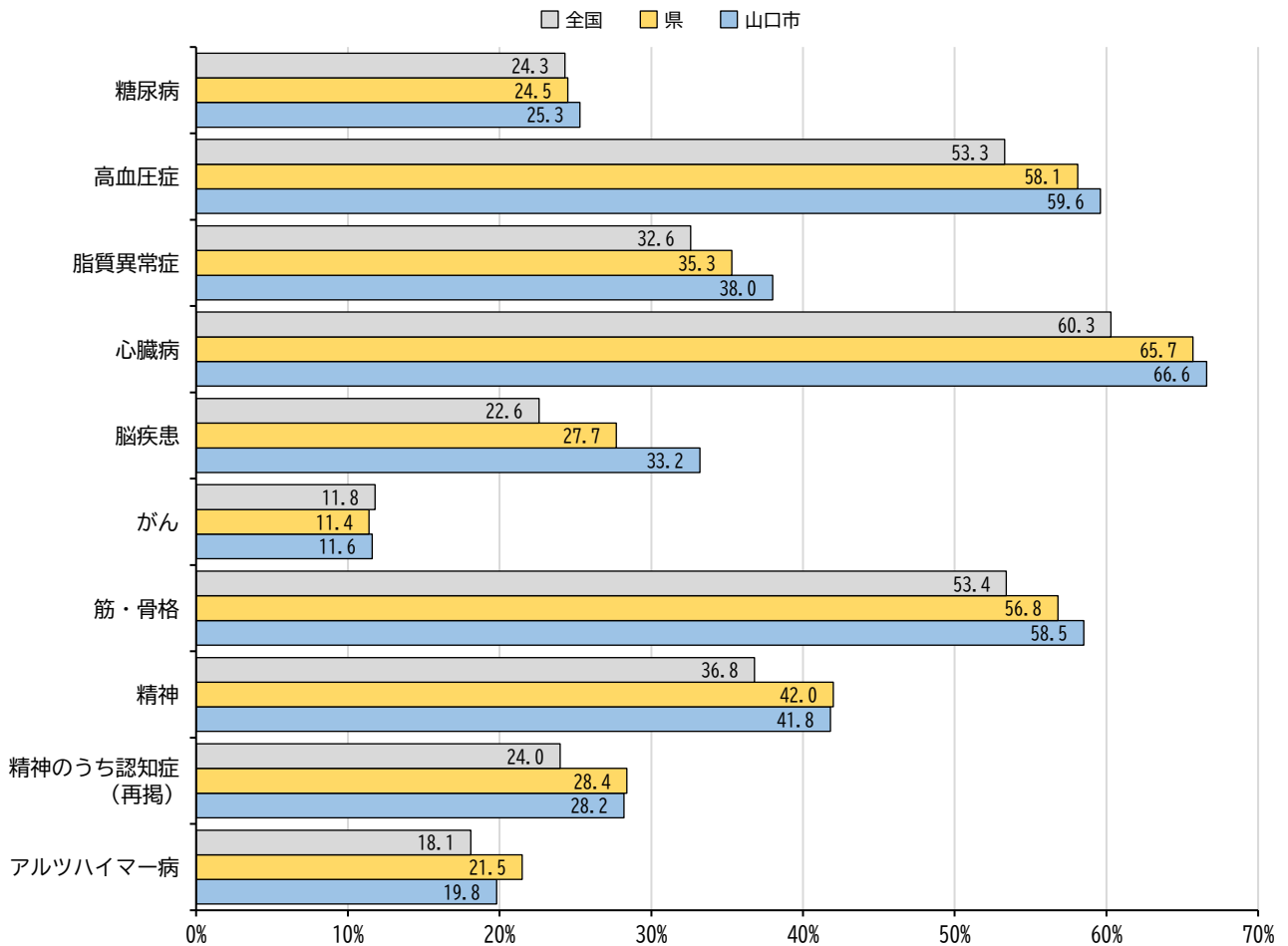
参照データ：KDB(健康スコアリング(介護))(令和1年度～令和4年度)

⑥-3:【介護認定率】(令和4年度)



参照データ：KDB(健康スコアリング(介護))(令和4年度)

⑥-4:【要介護者の有病状況】(令和4年度)



参照データ：KDB(地域の全体像の把握)(令和4年度)

山口市国民健康保険
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

発行・編集/山口市健康福祉部保険年金課
〒753-8650 山口市亀山町2番1号