

柳井市国民健康保険

第3期データヘルス計画及び
第4期特定健康診査等実施計画

令和6年3月

山口県 柳井市

目次

I	基本情報	1
1.	基本的事項	
①	計画の趣旨	
②	計画期間	
③	実施体制	
	関係者連携	
2.	現状の整理	2
①	保険者等の特性	
②	地域資源の状況	
③	前期計画等に係る考察	
II	健康医療情報等の分析と課題	6
	平均寿命・標準化死亡比等	
	医療費の分析	
	特定健康診査・特定保健指導等の健診データの分析	
	レセプト・健診データ等を組み合わせた分析	
	介護費関係の分析	
	その他	
III	計画全体	14
IV	個別の保健事業	15
	事業番号1 特定健康診査事業	
	事業番号2 特定保健指導事業	
	事業番号3 糖尿病性腎症重症化予防事業	
	事業番号4 人間ドック助成事業	
	事業番号5 生活習慣病等予防事業	
	事業番号6 重複多剤服薬保健指導事業	
V	その他	27
	データヘルス計画の評価・見直し	
	データヘルス計画の公表・周知	
	個人情報の取扱い	
	地域包括ケアに係る取組	
	その他留意事項	

VI 特定健康診査等実施計画	28
1. 達成しようとする目標	
2. 特定健康診査等の対象者	
3. 特定健康診査等の実施プログラム	
4. 個人情報の保護	
5. 計画の公表及び周知	
6. 計画の評価及び見直しに関する事項	
7. 計画の円滑な実施を確保するために保険者が必要と認める事項	
実施に関する年間スケジュール	
VII 柳井市の各指標値の実績と県平均との比較の見える化	34

第3期データヘルス計画

I 基本情報

(令和5年3月31日時点)

人口・被保険者 被保険者等の基本情報						
	全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)	29,886	-	13,948	46.7	15,938	53.3
国保被保険者数(人)	6,710	22.5	-	-	-	-

1. 基本的事項

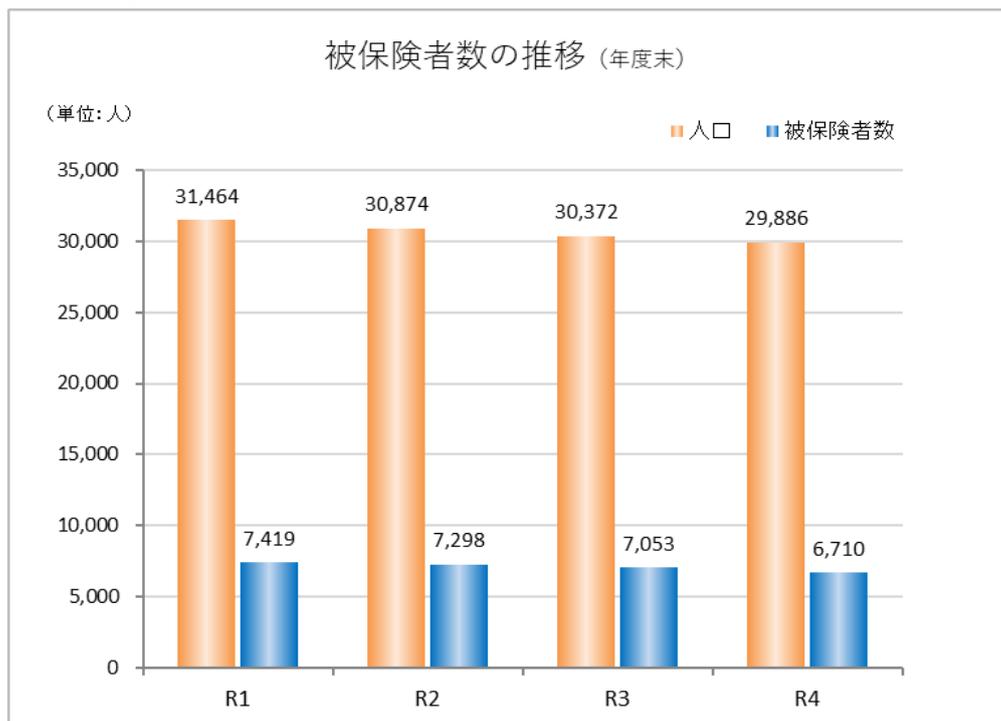
1-1 ①計画の趣旨	<p>【計画の趣旨・背景】 平成20年4月1日に施行された「高齢者の医療の確保に関する法律第19条」の規定に基づき、本市では、平成19年11月に「柳井市国民健康保険特定健康診査等実施計画」を、平成25年3月には第2期計画を策定しました。</p> <p>平成25年6月14日には「日本再興戦略」が閣議決定され、全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画としてデータヘルス計画の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進するとされ、平成26年3月、「国民健康保険法に基づく保健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。これを受けて、平成28年3月に「柳井市国民健康保険データヘルス計画」を、平成30年3月には「柳井市国民健康保険第2期データヘルス計画及び第3期特定健康診査等実施計画」を策定しました。</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重要業績評価指標（KPI）の設定を推進すると示されました。</p> <p>本計画では、山口県より示された共通の様式を活用し、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、「第3期データヘルス計画及び第4期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定し、地域の健康状況や健康課題の分析方法、計画策定、評価等の一連の流れの共通化の推進に取り組むこととします。</p>
	<p>【計画の目的】 保険者においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に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、被保険者の健康の保持及び増進と医療費適正化を図るために、健診・レセプト等のデータ分析で明らかになった健康課題に対する取組（保健事業）を計画し、当該保健事業の実施及び結果を評価することを目的とします。</p>
	<p>【計画の位置づけ】 本計画は、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成16年厚生労働省告示第307号。以下「保健事業実施指針」という。）の一部を改正し、効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画を定めるものです。</p> <p>策定においては、健康やまぐち21計画（第3次）（令和6年度～令和17年度）や山口県後期高齢者医療広域連合が定める第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）（令和6年度～令和11年度）、本市における他の関連計画との整合性を図ります。</p>
1-1 ②計画期間	令和6年度から令和11年度までの6年間とします。
1-1 ③実施体制	本計画の策定、事業実施、評価、見直しに当たっては、関係所管課（国民健康保険担当課、保健センター、包括支援センター等介護保険担当課）及び医師会や医療機関などの関係機関・関係団体と協力、連携して進めます。

関係者連携	
保険者及び関係者	具体的な役割、連携内容
1-2 ①市町村国保	被保険者の健康の保持増進を図るために、健康課題を分析し計画を策定します。計画に基づいて保健衛生部局や介護保険部局と連携して効果的・効率的な保健事業を実施し、個別の保健事業の評価を行い必要に応じて計画の見直しを行います。
1-2 ②都道府県 (国保部局)	効果的・効率的な保健事業を展開するための情報提供や助言、関係機関との連絡調整などの支援を行います。データヘルス計画の策定や見直しに当たっては、標準化の推進や評価の支援を行います。
1-2 ③都道府県 (保健衛生部局)	地域の実情に応じた保健事業の展開に向けて、保健師等専門職において助言等を通じて技術的な支援を行います。
1-2 ④保健所	県の国保部局や保健衛生部局、医師会をはじめとする保健医療機関等と連携し、地域の社会資源の実情を踏まえた支援を行い、健康課題の分析結果や対応の方向性等を共有します。
1-2 ⑤国民健康保険団体連合会及び保健事業支援・評価委員会	保健事業の計画立案においては、評価指標の設定についての考え方を提示します。KDBシステム等を活用した医療分析や保健事業対象者の抽出方法や活用方法について、研修会や意見交換の場を設けるなどして、県と連携して支援を行います。 支援・評価委員会は計画の策定や保健事業の実施において、幅広い専門的知見を活用して支援を行います。
1-2 ⑥後期高齢者医療広域連合	地域の世代間の疾病構造や医療費等の動向を連続して把握するために、情報の共有を図り、健康課題の明確化や保健事業の効果検証のため、情報の活用にも努めます。
1-2 ⑦保健医療関係者	保健事業の実施や評価、人材育成において、保健医療に係る専門的見地から支援を行います。
1-2 ⑧その他	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施のため、地域包括支援センター、栄養士会、地域活動市民団体、民生委員等、医療と介護のより一層の連携を図ります。

2. 現状の整理

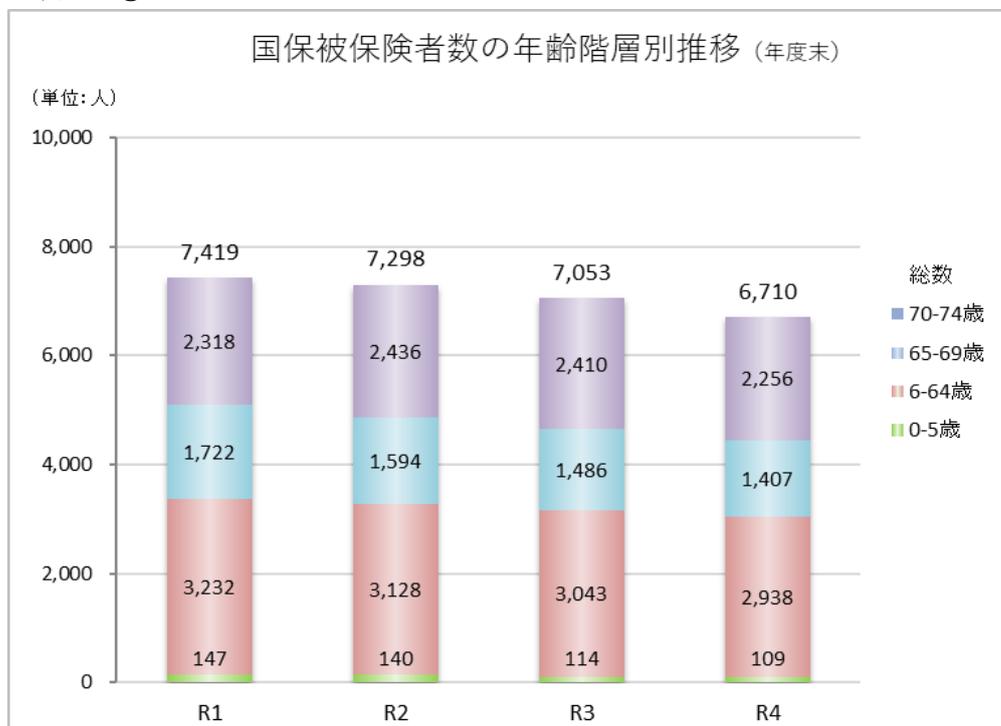
2-1 ①保険者の特性	国民健康保険の被保険者数は人口とともに減少しています。国保の加入率は令和4年度で22.5%ですが、そのうち65歳以上の高齢被保険者が占める割合は半数を超えています。年齢階層別の被保険者数は、若年層は減少し、令和4年度では70-74歳の被保険者の占める割合が33.6%となっています。
2-1 ②地域資源の状況	本市は、山口県の南東部に位置し、温暖多日照で比較的雨が少ない瀬戸内海型気候区に属しています。千人当たり病床数は151.7床、千人当たり医師数は14.8人といずれも県、国よりも高くなっています。各地区に教育保育施設、出張所・公民館などの社会施設が設置され、民生委員や児童委員、給食ボランティアグループなどが地域福祉活動を行っています。高齢者の生きがいと健康づくりのため、29団体の老人クラブがあります。
2-1 ③前期計画等に係る考察	第2期データヘルス計画及び第3期特定健康診査等実施計画では、下記について課題として掲げました。 ①特定健康診査の受診率及び特定保健指導の利用率の向上 ②生活習慣病等の重症化予防 ③ジェネリック医薬品の利用率の向上 ④要介護者有病状況 目標値の設定としては、中間評価において下記の通り設定しました。 ①特定健康診査受診率【60%】 ②特定保健指導実施率【60%】 ③人工透析患者数【現状維持(H28:26人)または増加抑制】 ④糖尿病重症化予防事業参加者数【5人】 ⑤ジェネリック医薬品利用率【80%】 特定健康診査受診率については、平成28年度以降上昇し令和元年度には26.5%に達しましたが、新型コロナウイルス感染症の影響を受けて令和2年度は下降しました。コロナ禍前の状況まで回復したものの、目標値とは乖離がある状況です。 特定保健指導実施率については、県や国と比べても低く伸び悩んでおり、目標値とは乖離がある状況です。 人工透析患者数については、令和2年度に37人まで増加し令和4年度には29人まで減少しましたが、目標値の達成とはなりません。 糖尿病重症化予防事業参加者数については、事業実施当初年度の平成28年度の7人を下回っており、目標値である5人を達成できた年度は令和3年度のみとなりました。 ジェネリック医薬品利用率については、令和元年9月に目標値の80%を上回る80.3%に達し、令和5年3月には85.2%となりました。

図表 I - ①



資料「国民健康保険事業年報」

図表 I - ②



資料「国民健康保険事業年報」

図表 I - ③ 柳井市の医療環境(令和4年度)

	病床数 (千人当たり)	医師数 (千人当たり)	外来患者数 (千人当たり)	入院患者数 (千人当たり)	費用の割合		1件当たり点数	
					外来	入院	外来	入院
市	151.7	14.8	806.6	30.4	52.9	47.1	2,375	56,142
県	96.5	14.3	827.1	28.2	54.2	45.8	2,381	58,947
国	61.1	13.8	709.6	18.8	59.9	40.1	2,452	61,909

資料「KDB地域の全体像の把握」

図表 I - ④ 特定健康診査年度別受診状況

	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
対象者数	5,675 人	5,636 人	5,538 人	5,226 人
受診者数	1,503 人	1,257 人	1,333 人	1,396 人
受診率	26.5 % 〈 30.3 % 〉	22.3 % 〈 29.7 % 〉	24.1 % 〈 31.6 % 〉	26.7 % 〈 33.2 % 〉

資料「法定報告数値」、山口県平均
 「厚生労働省 特定健診・特定保健指導の実施状況(保険者別)」、
 「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」

図表 I - ⑤ 特定健康診査男女別・年代別受診状況(令和4年度)

	男 性			女 性			合 計		
	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率
40~44歳	101	23	22.8	92	17	18.5	193	40	20.7
45~49歳	140	21	15.0	110	20	18.2	250	41	16.4
50~54歳	157	28	17.8	153	23	15.0	310	51	16.5
55~59歳	147	18	12.2	197	35	17.8	344	53	15.4
60~64歳	265	57	21.5	375	103	27.5	640	160	25.0
65~69歳	571	169	29.6	707	233	33.0	1,278	402	31.5
70~74歳	1,025	310	30.2	1,186	339	28.6	2,211	649	29.4
計	2,406	626	26.0	2,820	770	27.3	5,226	1,396	26.7

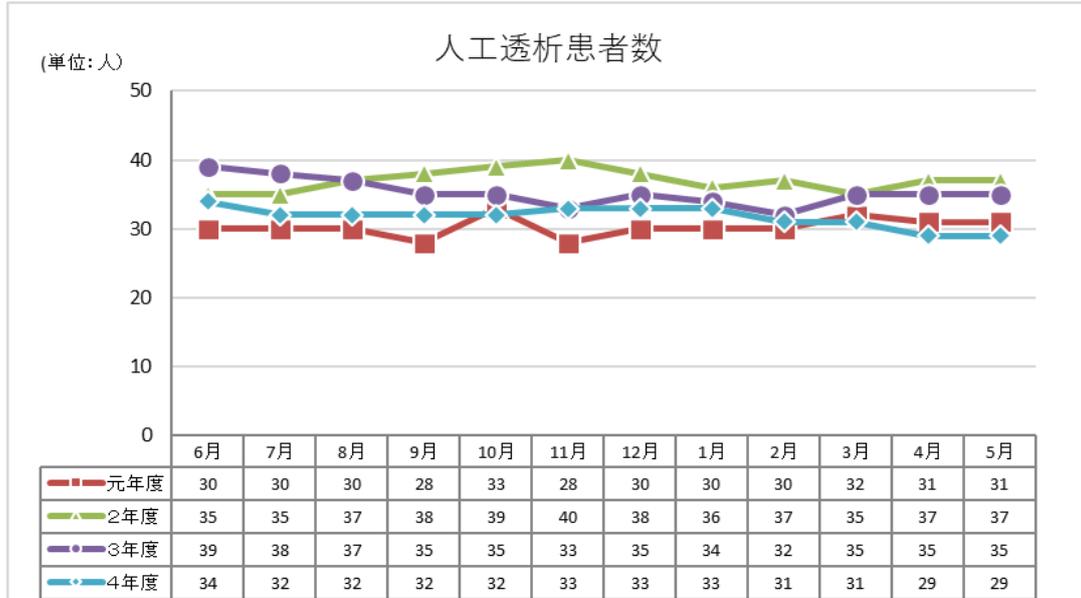
資料「法定報告数値」

図表 I - ⑥ 特定保健指導年度別実施状況

	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
対象者数	216 人	198 人	189 人	208 人
終了者数	12 人 内動機付け	9 人 内動機付け	9 人 内動機付け	9 人 内動機付け
	9 人 内積極的	8 人 内積極的	8 人 内積極的	7 人 内積極的
	3 人	1 人	1 人	2 人
実施率	5.6 % 〈 17.6 % 〉	4.5 % 〈 13.3 % 〉	4.8 % 〈 15.5 % 〉	4.3 % 〈 15.7 % 〉

資料「法定報告数値」、山口県平均
 「厚生労働省 特定健診・特定保健指導の実施状況(保険者別)」、
 「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」

図表 I - ⑦



資料「厚生労働省様式（様式3-7）人工透析のレセプト分析」

図表 I - ⑧ 糖尿病性腎症重症化予防事業の参加者数の推移

	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
勸奨者数	8	16	20	20
参加者数	1	2	6	3

図表 I - ⑨ ジェネリック(後発)医薬品の使用割合推移

	R元年9月	R2年3月	R2年9月	R3年3月	R3年9月	R4年3月	R4年9月	R5年3月
市	80.3	82.3	84.6	85.2	85.1	84.9	84.3	85.2
県	76.8	79.3	80.5	81.2	81.1	81.1	81.5	82.5

資料「厚生労働省 保険者別の後発医薬品の使用割合」

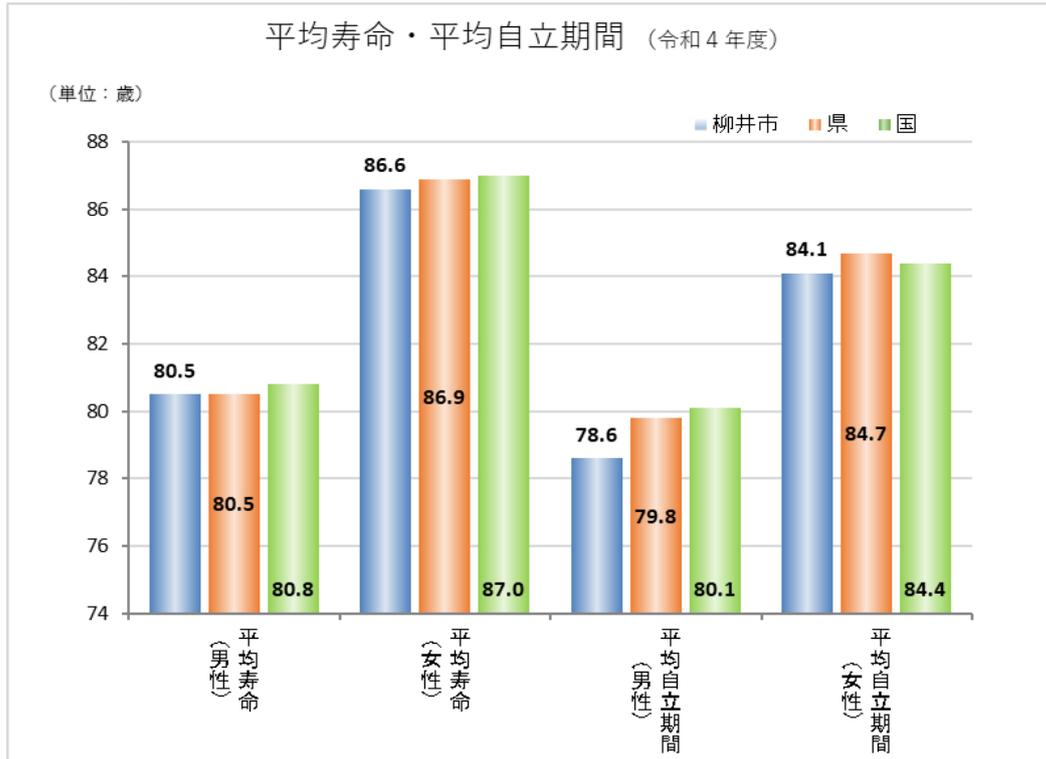
使用割合(数量シェア) = 後発医薬品の数量 ÷ (後発医薬品がある先発医薬品の数量 + 後発医薬品の数量)

II 健康医療情報等の分析と課題

①健康・医療情報等の大分類	②左記の大分類のうち、健康・医療情報等の分析に必要な各種データ等の分析結果 (必要に応じて適宜追加・削除)	参照データ		③健康課題との対応
平均寿命・標準化死亡比等	<p>平均寿命は男女ともに県や国と同程度となっています。平均自立期間と平均寿命の差は令和4年度は男性で1.9歳、女性で2.5歳となっています。</p> <p>標準化死亡比は令和4年度は男性110.4、女性108.9とともに100を超えています。標準化死亡比は、基準死亡率（人口10万人対の死亡数）を当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観測された死亡数を比較するものです。国の平均を100としており、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ます。</p> <p>死因割合は県や国と比較して、脳疾患及び心臓病が高い状況となっています。</p>	II-① II-②	KDB地域の全体像の把握 〔KDB_S21_001〕	
医療費の分析	<p>令和4年度の医療費の総額は32億4,068万円で、ほぼ横ばいで推移しています。費用の割合は、入院と外来では外来の方が高くなっています。歯科医療費は1億8,409万円で増加傾向にあります。1人当たり医療費は令和元年度から26,834円増えており、被保険者数の減少に伴い増加傾向にあります。県内では低い状況となっています。</p> <p>高齢になるにつれて受診率が上昇し、総医療費のうち65-74歳の医療費は約21億円で63.9%を占めています。</p> <p>医療費構成割合の疾病分類（大分類）では、がん、精神、筋・骨格の順に高く、これら上位3位で11億450万円で34.1%を占めています。精神、糖尿病及び高血圧症の割合が、県より高くなっています。精神及び筋・骨格の医療費は増加傾向にあります。</p> <p>生活習慣病医療費は16億2,109万円で総医療費の半分以上を占めています。疾病別の入院医療費では、精神、高血圧症、新生物の順に多くなっています。また、外来医療費は増加傾向にあり、高血圧症、脂質異常症、糖尿病の順に多くなっています。</p>	II-③ II-④ II-⑤ II-⑥ II-⑦ II-⑧	KDB健康スコアリング（医療） 〔KDB_S29_002〕 KDB市区町村別データ KDB地域の全体像の把握 〔KDB_S21_001〕 KDB健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 〔KDB_S021_003〕	
特定健康診査・特定保健指導等の健診データの分析	<p>特定健康診査の受診率は令和元年には26.5%と上向きとなっていました。新型コロナの影響を受けて令和2年度は落ち込みました。令和3年度以降はコロナ前の状況まで回復しましたが、県平均には届いていません。令和4年度の45～49歳の男性及び50～54歳の女性の受診率は15.0%で特に低くなっています。</p> <p>人間ドックの利用者数についてもコロナ禍では減少しましたが、概ね250人前後で推移しています。</p> <p>有所見の状況は、男性の腹囲の該当率が高くなっています。血圧は、県、国より男女とも高い状況です。男性の腹囲と男女収縮期血圧は50%を超えており、2人に1人は所見ありとなっています。eGFRの有所見率は増加傾向にあり、男性28.5%、女性22.0%と男性の方が高くなっています。</p> <p>特定保健指導の令和4年度の実施率は4.3%と低く、県平均を下回っています。令和4年度の特定保健指導の対象者208人のうち男性は140人で、女性よりも男性のほうが多くなっています。</p> <p>メタボリックシンドローム該当者率は県、国と比較して低い状況にありますが、推移では令和元年度の17.1%から18.2%へ増加しています。</p> <p>メタボリックシンドローム予備軍の該当者率は県、国と比較して高い状況にあり、推移では令和元年度の11.7%から13.4%へ増加しています。</p> <p>令和4年度のメタボリックシンドローム該当者率は男性が29.3%で女性が9.1%、予備軍の該当者率は男性が19.6%で女性が8.3%といずれも男性のほうが高くなっています。</p>	I-④ I-⑤ I-⑥ II-⑨ II-⑩ II-⑪	法定報告数値 厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の実施状況（保険者別） 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 人間ドック利用者数 KDB厚生労働省様式（様式5-2）健診有所見者状況（男女別・年代別） 〔KDB_S21_024〕 KDB健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 〔KDB_S021_003〕	A B C

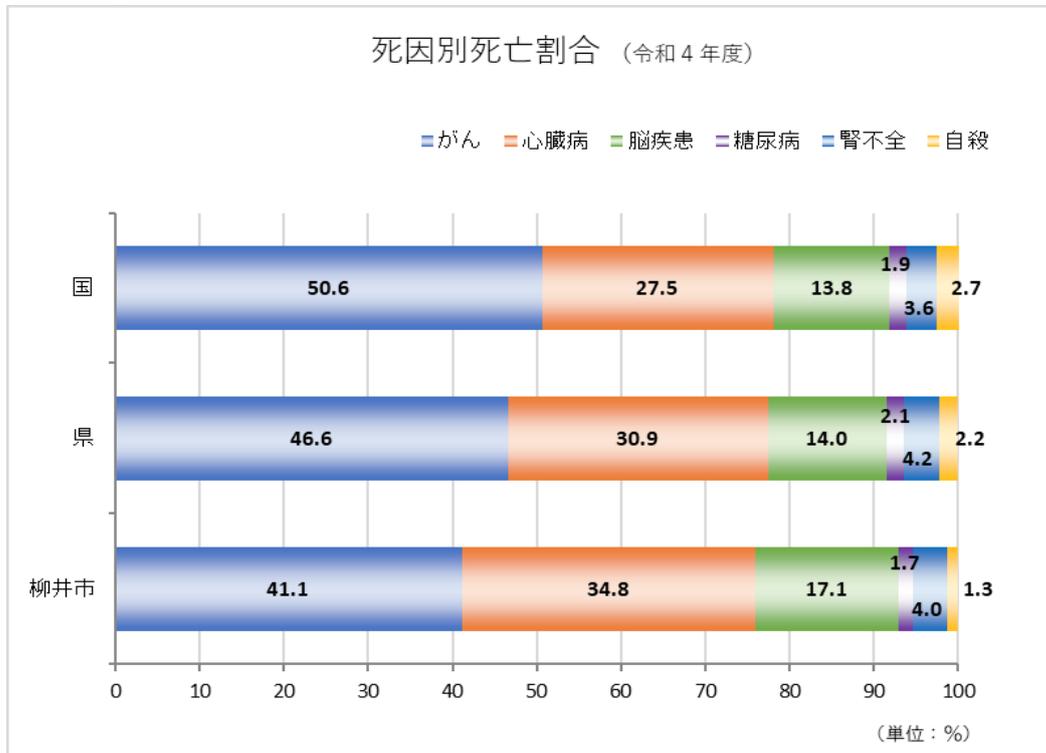
①健康・医療情報等の大分類	②左記の大分類のうち、健康・医療情報等の分析に必要な各種データ等の分析結果(必要に応じて適宜追加・削除)	参照データ		③健康課題との対応
レセプト・健診データ等を組み合わせた分析	<p>健診対象者のうち受診もせず医療機関にもかかっていない人が24.9%おり、これらの人は自分の健康状態を把握・管理できていないおそれがあります。</p> <p>健診対象者のうち生活習慣病で治療中の人の割合は68.6%で、健診受診者のうち特定保健指導対象者、受診必要者及びコントロール不良者と認められる人の割合は61.9%であることから、健診未受診者の中には指導対象者やコントロール不良者が一定数いることが見込まれます。</p> <p>生活習慣病等1人当たり医療費は、健診受診者は1,236円、健診未受診者は17,932円と健診未受診者のほうが高く、健診未受診者の中には生活習慣病で治療中の人が多数存在します。</p>	II-⑫	KDB厚生労働省様式(様式5-5)糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導 [KDB_S21_027]	C
介護費関係の分析	<p>令和4年度の介護給付費の総額は31億8,480万円で、ほぼ横ばいで推移しています。施設給付費は15億8,725万円、居宅給付費は15億9,755万円ではほぼ同等ですが、居宅の占める割合が増加しています。1人当たり介護給付費は、施設は11,019円で県8,882円、国8,570円よりも高く、居宅は11,090円で県13,910円、国15,157円よりも低い状況です。令和元年度の施設11,643円から624円減り、居宅10,441円から649円増えています。</p> <p>令和4年度の1号認定率については17.1%となっていますが、ほぼ横ばいで推移しています。</p> <p>要介護認定者の有病状況は、心臓病、高血圧、筋・骨格の順に高くなっていますが、県や国を下回っています。脳疾患の有病率は要介護1では18.8%ですが、要介護5では25.9%、精神疾患の有病率は要介護1では44.8%ですが要介護5では51.4%になっており、介護度が高くなるにつれて有病率が高くなる傾向があります。</p>	II-⑬	KDB地域の全体像の把握 [KDB_S21_001]	C D
その他	<p>透析患者数は令和2年11月に40人まで増加し、それ以降は減少していますが、令和4年度の患者千人当たり透析患者数は8.2人で、国7.0人、県7.5人よりも高くなっています。</p> <p>ジェネリック(後発)医薬品利用率は、県よりも高く、令和5年3月は85.2%となっています。</p> <p>8020運動を中心とした歯・口腔の健康づくりの推進は、健康的な生活を維持・向上するうえで極めて重要であるため、保健部局と連携し、歯科にかかる保健事業の取組みを進めていきます。</p>	I-⑦ I-⑨	厚生労働省様式(様式3-7)人工透析のレセプト分析 厚生労働省「保険者別の後発医薬品の使用割合」	D
参照データ	<p>【標準化死亡比、1号認定率】 KDB_地域の全体像の把握</p> <p>【年齢階層別受診率・医療費】 KDB_健康スコアリング(医療)</p> <p>【男女別メタボリックシンドローム該当者率】 厚生労働省様式(様式5-3)メタボリックシンドローム該当者・予備群</p> <p>【生活習慣病等1人当たり医療費】 KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題</p> <p>【介護給付費の推移】 KDB_健康スコアリング(介護)</p> <p>【介護度別有病率】 KDB_要介護(支援)者有病状況</p> <p>【千人当たり透析患者数】 KDB_医療費分析(1)細小分類</p>			

図表Ⅱ－①



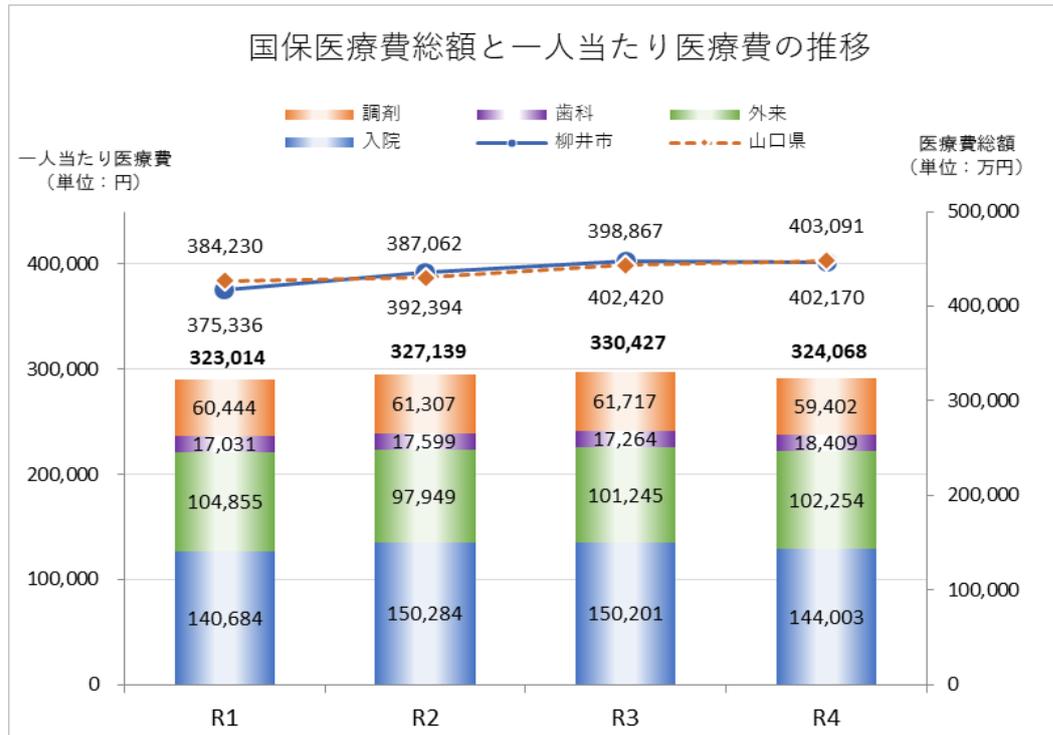
資料「KDB地域の全体像の把握」

図表Ⅱ－②



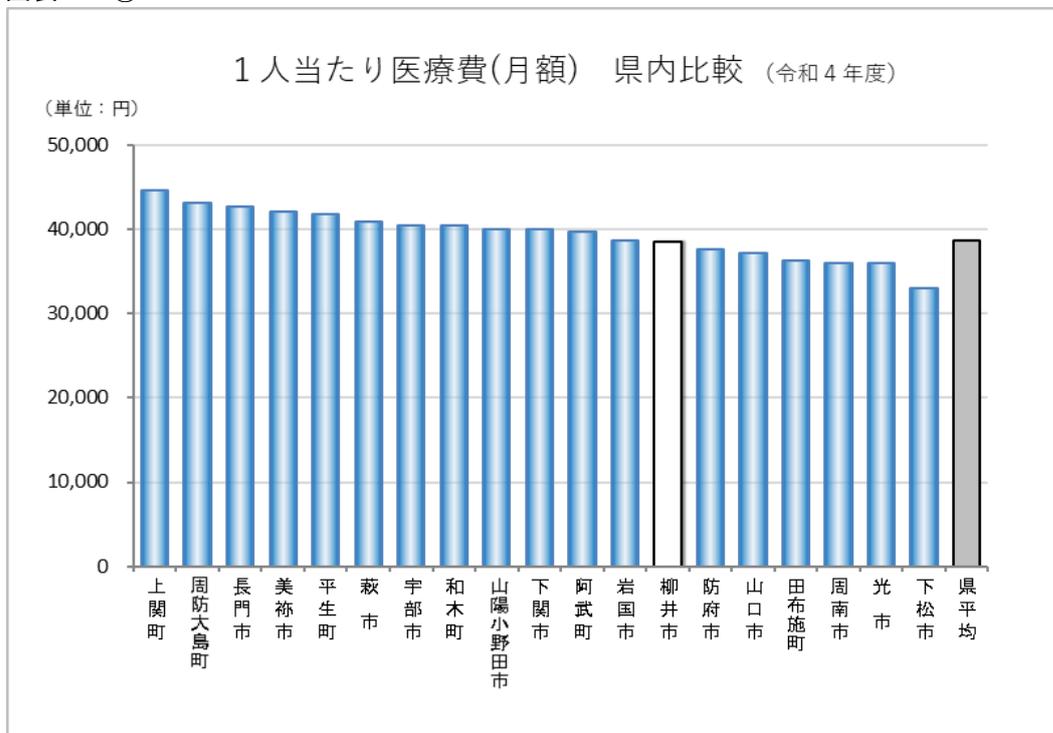
資料「KDB地域の全体像の把握」

図表Ⅱ-③



資料「KDB健康スコアリング(医療)」

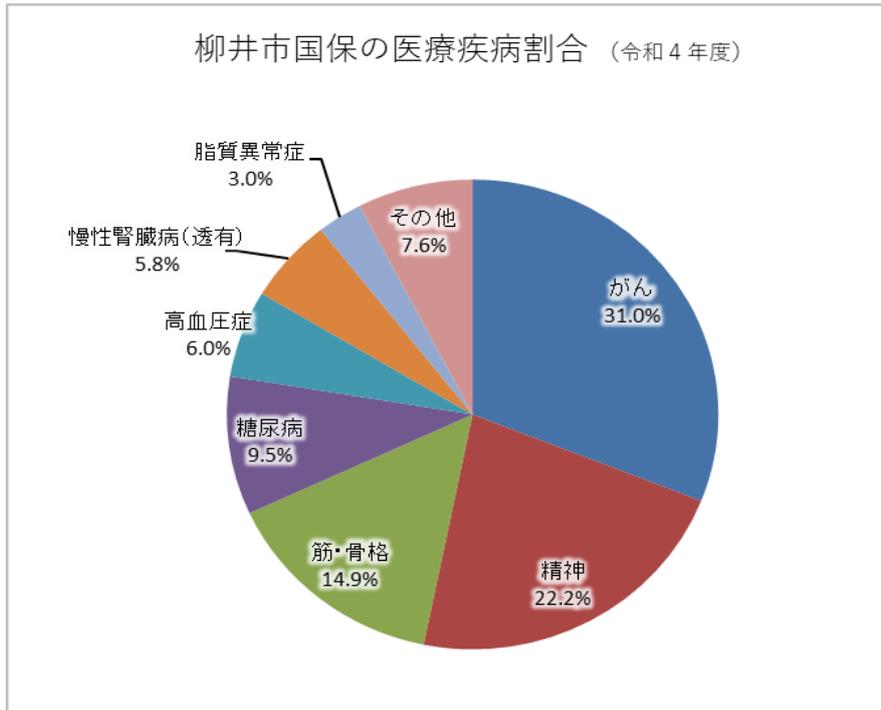
図表Ⅱ-④



資料「KDB市区町村別データ」

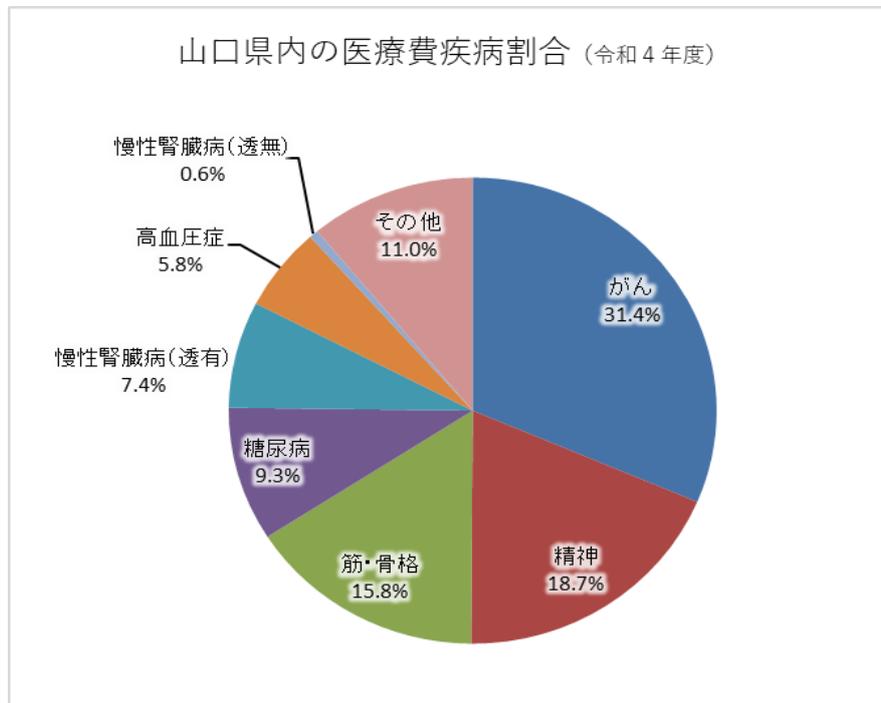
(注) 月当たりの1人当たり医療費のため、図表Ⅱ-③とは数値が異なります

図表Ⅱ－⑤



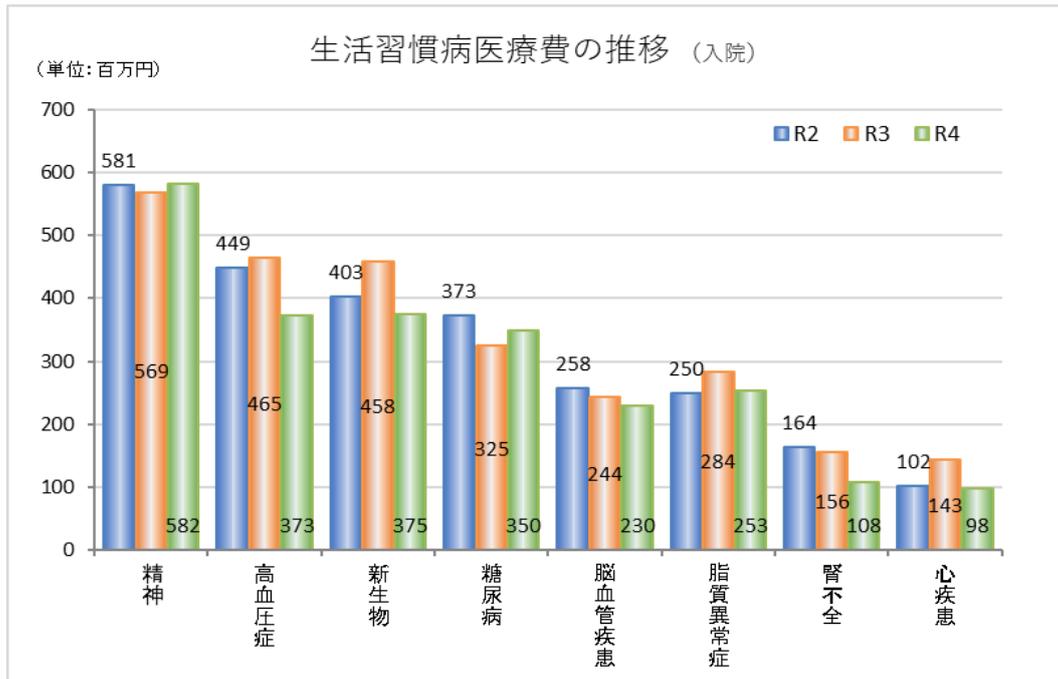
資料「KDB地域の全体像の把握」

図表Ⅱ－⑥



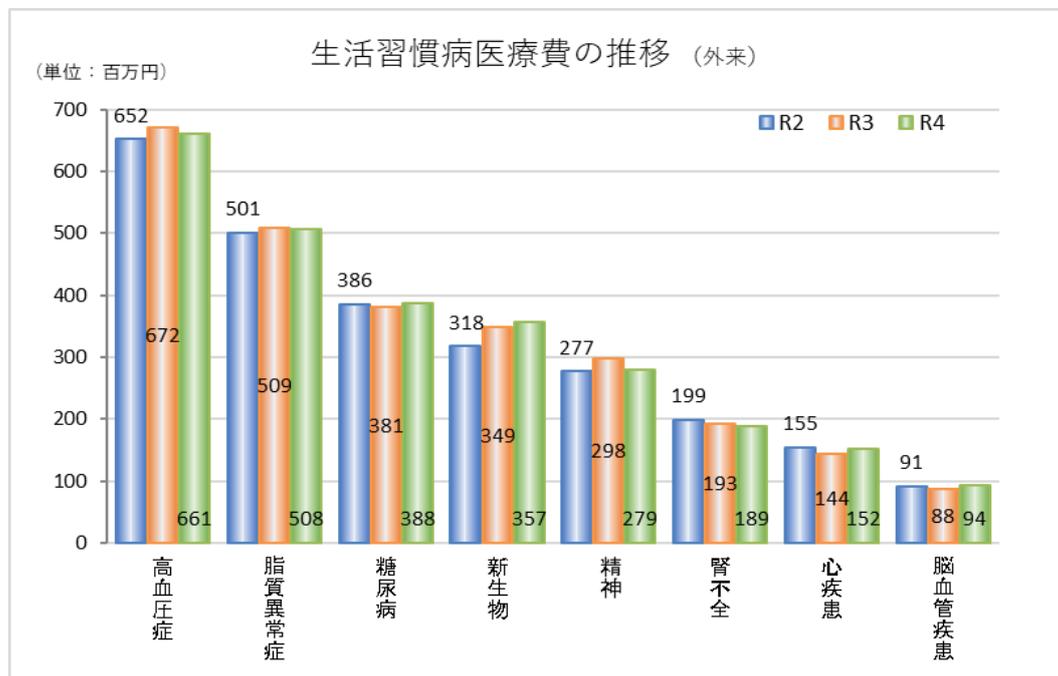
資料「KDB地域の全体像の把握」

図表Ⅱ-⑦



資料「KDB健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

図表Ⅱ-⑧



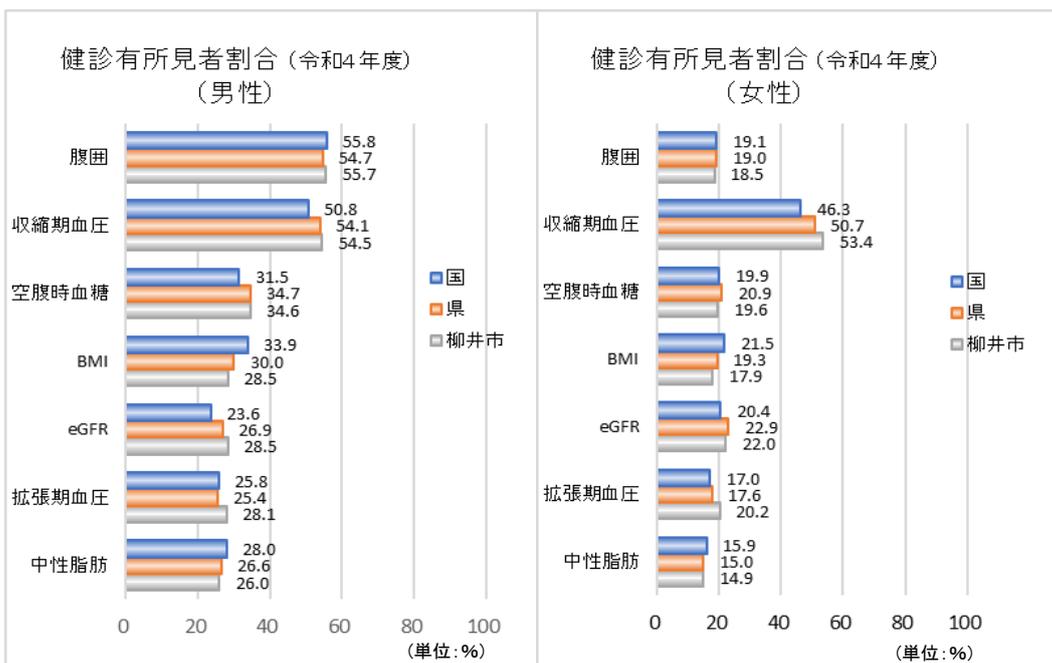
資料「KDB健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

図表Ⅱ－⑨ 人間ドック利用者数の推移

	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
半日	259人	202人	196人	234人
短期入院	11	1	8	6
脳ドック	34	31	30	42

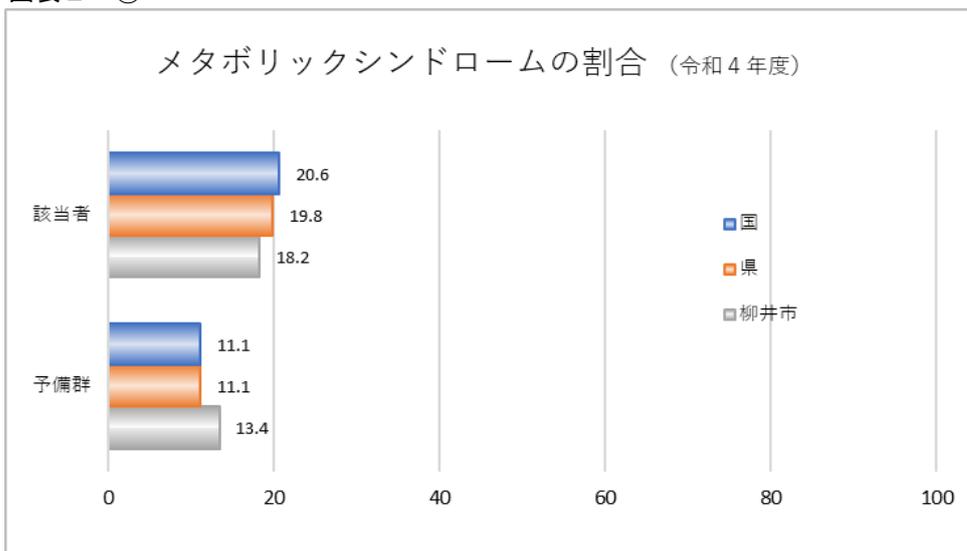
(注) 40歳未満の受診者を含みます

図表Ⅱ－⑩



資料「厚生労働省様式(様式5-2)健診有所見者状況(男女別・年代別)」

図表Ⅱ－⑪



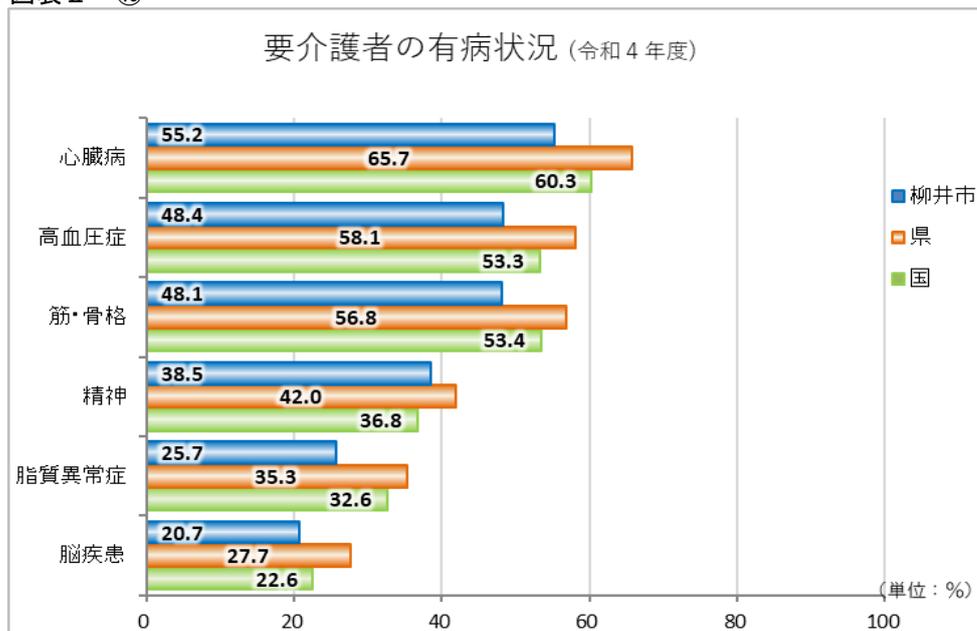
資料「KDB健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

図表Ⅱ－⑫ 特定健診の受診結果と生活習慣病の治療状況(R4年度)

年齢	特定健診	受診の有無	健診結果判定と生活習慣病の治療状況	
40～64歳	対象者 1,774人	受診者 345人 うち メタボ該当者 47人 メタボ予備群 38人	治療なし 127人	特定保健指導対象 24人
				受診必要 47人
		治療中 218人	受診不要 56人	
			コントロール良 98人 // 不良 120人	
未受診者 1,429人	治療中 765人	治療なし 664人		
65～74歳	対象者 3,520人	受診者 1,053人 うち メタボ該当者207人 メタボ予備群149人	治療なし 214人	特定保健指導対象 55人
				受診必要 101人
		治療中 839人	受診不要 58人	
			コントロール良 321人 // 不良 518人	
未受診者 2,467人	治療中 1,812人	治療なし 655人		
計	対象者 5,294人	受診者 1,398人 うち メタボ該当者254人 メタボ予備群187人	治療なし 341人	特定保健指導対象 79人
				受診必要 148人
		治療中 1,057人	受診不要 114人	
			コントロール良 419人 // 不良 638人	
未受診者 3,896人	治療中 2,577人	治療なし 1,319人		

資料「KDB厚生労働省様式（様式5-5）糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導」

図表Ⅱ－⑬



資料「KDB地域の全体像の把握」

Ⅲ 計画全体

保険者の健康課題		被保険者の健康に関する課題	
① 項目	②健康課題	③優先する健康課題	④対応する保健事業番号
A	特定健康診査の受診率の向上	1	1・4
B	特定保健指導実施率の向上	2	2
C	生活習慣病等の重症化予防	3	3・4・5
D	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	4	3・5・6
③ 項目	⑩データヘルス計画（保健事業全体）の目標を達成するための戦略		
A・B C・D	KOBやAIを活用するなどして、健診データ（質問票を含む）、レセプトデータ及び介護データを効果的・効率的に分析し、生活習慣や疾病状況を把握します。		
A・B C・D	医師会、実施機関及び委託業者などの専門機関や県、国保連合会、後期高齢者保健連合会及び保健衛生や介護担当部局などの関係機関との多角的な分野との連携を強化し、経営整備に努めます。		
A・B C・D	設定した目標に応じて、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを組み合わせて効果的な事業を実施します。		
A・B	周知・啓発のため、様々なコンテンツを活用し積極的な広報を行います。		

特設すべき健康課題と保健事業の対応づけ

データヘルス計画全体における目的		⑨目標値										
⑤ 項目	⑥データヘルス計画全体における目的	⑦評価指標	⑧計画進捗時実績								⑨目標値	
			2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	2024年度 (R6)	2029年度 (R11)	
A	特定健康診査実施率の向上	特定健康診査実施率	26.7%	30%	32%	34%	40%	50%	60%	増加させる	増加させる	
B	特定保健指導実施率の向上	特定保健指導実施率	4.3%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	増加させる	増加させる	
C	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	12.5%	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	
D	特定保健指導対象者の減少	特定保健指導対象者の減少率	14.0%	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	
E	HbA1c 8.0%以上の者の割合の減少	HbA1c 8.0%以上の者の割合	1.8%	1.75%	1.7%	1.65%	1.6%	1.55%	1.5%	減少させる	減少させる	
F	高血糖者の割合の減少	高血糖者の割合	10.3%	増加させない	増加させない	増加させない	増加させない	増加させない	増加させない	増加させない	増加させない	
G	HbA1c 6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合の減少	HbA1c 6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	20.7%	減少させる	減少させる	減少させる	減少させる	減少させる	減少させる	減少させる	減少させる	
H	血圧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	56.3%	減少させる	減少させる	減少させる	減少させる	減少させる	減少させる	減少させる	減少させる	
I	後発医薬品の使用割合（数量ベース）の向上/維持	後発医薬品の使用割合（数量ベース）	85.2%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	

(注1) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

個別の保健事業	
⑩ 事業番号	⑪ 事業名称
1	特定健康診査
2	特定保健指導
3	糖尿病性腎症重症化予防事業
4	人間ドック助成事業
5	生活習慣病等予防事業
6	重複多剤服薬保健指導事業

⑩ 事業番号	⑪ 事業名称	⑫ 重点・優先度
1	特定健康診査	◎
2	特定保健指導	◎
3	糖尿病性腎症重症化予防事業	
4	人間ドック助成事業	
5	生活習慣病等予防事業	
6	重複多剤服薬保健指導事業	

IV 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	メタボリックシンドロームの発生リスクが高い対象者を早期に発見し、生活習慣病の発症と重症化の抑止を図り、生活の質（QOL）の維持・向上や医療費の適正化に結びつけるため。	
③対象者	実施年度中に40～74歳となる（実施年度中に75歳になる75歳未満の者も含む）被保険者	
④現在までの事業結果	受診率は上昇しているものの、県平均を下回り、目標値とは大きく乖離している。	

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策 定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	特定保健指導対象者の減少率	14.0%	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる
アウトプット (実施量・率) 指標	受診率	26.7%	30%	32%	34%	40%	50%	60%

⑨目標を達成するための主な戦略	効果的な受診勧奨を行うとともに、受診しやすい環境整備に努めます。
-----------------	----------------------------------

⑩現在までの実施方法（プロセス）

①実施方法	外部委託により実施 [個別健診] 柳井医師会又は市が選定する医療機関 [集団健診] 健診実施機関
②実施場所	[個別健診] 柳井医師会に加盟している医療機関及び市が選定する医療機関 [集団健診] 保健センター等
③実施項目	[基本的な項目] 質問項目、身体計測、理学的検査、血圧測定、脂質検査、肝機能検査、 血糖検査、尿検査 [詳細な健診項目] 貧血検査、心電図検査、眼底検査、血清クレアチニン検査 [追加項目] 貧血検査(※)、心電図検査(※)、血清クレアチニン検査(※)、 血清アルブミン検査 (※)国の基準では詳細な健診項目であるが全員に実施
④実施時期	翌年1月末まで
⑤周知や案内の方法	(1)対象者へ5月中に受診券及び受診案内を送付する (2)年度途中加入者には随時発送する (3)市広報に掲載及びケーブルテレビで放映する (4)ホームページやFacebookなどのデジタルコンテンツを活用する (5)保険証送付時にチラシを同封する (6)窓口やイベントでチラシやティッシュなどを配布する (7)ポスターやのぼりを掲示する (8)講座、老人クラブ等で受診や保健指導利用の周知や促進を行う
⑥受診率向上の取組	(1)過去3年間未受診者へ受診勧奨強化月間中に年代別の受診勧奨ハガキを送付する (2)30代の被保険者へパンフレットを送付する (3)集団健診の休日実施や、会場設定等、受診しやすい環境整備を図る (4)集団健診受診者に対し、保健師による結果説明や個別相談を実施し、対面指導の機会をつくる (5)治療中患者の検査データの情報提供によるみなし健診を活用する (6)国保連合会保健事業支援・評価委員会の活用

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

- ①実施方法 外部委託により実施
[個別健診] 柳井医師会又は市が選定する医療機関
[集団健診] 健診実施機関
- ②実施場所 [個別健診] 柳井医師会に加盟している医療機関及び市が選定する医療機関
[集団健診] 保健センター等
- ③実施項目 [基本的な項目] 質問項目、身体計測、理学的検査、血圧測定、脂質検査、肝機能検査、
血糖検査、尿検査
[詳細な健診項目] 貧血検査、心電図検査、眼底検査、血清クレアチニン検査
[追加項目] 貧血検査(※)、心電図検査(※)、眼底検査、血清クレアチニン検査(※)、
血清アルブミン検査
(※)国の基準では詳細な健診項目であるが全員に実施
- ④実施時期 翌年1月末まで
- ⑤周知や案内の方法
(1)対象者へ5月中に受診券及び受診案内を送付する
(2)年度途中加入者には随時発送する
(3)市広報に掲載及びケーブルテレビで放映する
(4)ホームページやFacebookなどのデジタルコンテンツを活用する
(5)保険証、納税通知書、がん検診の案内送付時にチラシを同封する
(6)窓口やイベントでチラシやティッシュなどを配布する
(7)ポスターやのぼりを掲示する
(8)講座・老人クラブ等で受診や保健指導利用の周知や促進を行う
- ⑥受診率向上の取組
(1)未受診者へ年に2回レスポンス型の受診勧奨通知を送付する
(2)30代の被保険者へパンフレットを送付する
(3)集団健診の休日実施や、会場設定等、受診しやすい環境整備を図る
(4)健診受診者に対し、保健師による結果説明や個別相談を実施し、対面指導の機会をつくる
(5)治療中患者の検査データ及び事業所健診結果の情報提供によるみなし健診を活用する
(6)国保連合会保健事業支援・評価委員会の活用
(7)電話による受診勧奨を実施する
(8)実施医療機関にポスター等の掲示を依頼し、連携を強化する

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

- ・市民生活課 運営協議会や健康増進課と協議のうえ、実施方法等を検討、国保連合会保健事業支援・評価委員会の活用
- ・医師会 契約の締結、実施医療機関への周知
- ・かかりつけ医 個別健診の実施、患者への呼びかけ
- ・外部委託 集団健診の実施、受診勧奨ハガキの作成
- ・国保連合会 ヘルスサポート事業の実施

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

- ・市民生活課 運営協議会や健康増進課と協議のうえ、実施方法等を検討、国保連合会保健事業支援・評価委員会の活用
- ・医師会 契約の締結、実施医療機関への周知
- ・かかりつけ医 個別健診の実施、患者への呼びかけ
- ・外部委託 集団健診の実施、受診勧奨通知の作成・送付
- ・事業所 被保険者に係る健診結果の情報提供
- ・国保連合会 ヘルスサポート事業の実施

⑭評価計画

法定報告により受診率及び特定保健指導対象者の減少率を毎年確認し、成果を検証します。設定した目標値の達成状況及びその経年変化の推移等について、令和8年度に中間評価を行います。また、保険運営の健全化の観点から、運営協議会へ進捗状況を毎年報告し、状況に応じて計画の見直しを行うこととします。

事業番号 2	①事業名称	特定保健指導
--------	-------	--------

②事業の目的	健診結果により抽出されるリスク保有者に対して個別の保健指導を行い、要因となっている生活習慣を改善し生活習慣病の発症や重症化を予防するため。
③対象者	階層化により特定保健指導の対象者となった者（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	実施率は伸び悩んでおり、目標値とは大きく乖離している。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策 定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	特定保健指導による 特定保健指導対象者 の減少率	12.5%	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる	増加させる
アウトプット (実施量・率) 指標	実施率	4.3%	10%	20%	30%	40%	50%	60%

⑨目標を達成するための主な戦略	被保険者への普及啓発や保健師による利用勧奨の強化を図ります。初回面談の直営による実施、健診当日などの早期介入やIOTを活用した保健指導の導入について検討を行います。
-----------------	--

⑩現在までの実施方法（プロセス）

①実施方法	外部委託により実施し、柳井医師会又は市が選定する医療機関へ委託
②実施場所	柳井医師会に加盟している医療機関及び市が選定する医療機関
③実施時期	特定健康診査結果に基づき、概ね特定健康診査が終了した月の翌々月から開始
④対象者の抽出（重点化）の方法	高い予防効果が期待できる層を優先的に実施するため、内臓脂肪の蓄積を基本とし、リスク要因（高血圧、高血糖、高脂質、喫煙歴等）の数によって保健指導レベルを「積極的支援」「動機付け支援」「情報提供」に区分する
⑤実施内容	<p>[積極的支援] 医師等との面談を通して、対象者の生活習慣や行動変容のステージを把握することにより、実践可能な行動計画を作成し、その計画達成のために定期的、継続的な支援を行う</p> <p>[動機付け支援] 医師等との面談（原則として1回）を通して、対象者本人が、自分の生活習慣の改善点を認識し、目標を設定して行動に移すことができるように支援をする</p> <p>[情報提供] 健診結果や健診時の質問票等から対象者個人に合わせた情報を提供する</p>
⑥周知や案内の方法	対象者へ利用券及び特定保健指導の内容や目的等を記載した利用案内を送付する
⑦実施率向上の取組	利用券送付後1か月以内を目安に保健師による電話や訪問による利用勧奨を行う

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

- ①実施方法 外部委託により実施し、柳井医師会又は市が選定する医療機関へ委託
初回面談やIOTを活用した指導の実施方法について、検討を行う
- ②実施場所 柳井医師会に加盟している医療機関及び市が選定する医療機関など
- ③実施時期 特定健康診査結果に基づき、概ね特定健康診査が終了した月の翌々月から開始する
早期介入の実現のため、初回面談の健診当日の実施について検討を行う
- ④対象者の抽出（重点化）の方法
高い予防効果が期待できる層を優先的に実施するため、内臓脂肪の蓄積を基本とし、リスク要因（高血圧、高血糖、高脂質、喫煙歴等）の数によって保健指導レベルを「積極的支援」「動機付け支援」「情報提供」に区分する
- ⑤実施内容 [積極的支援]
医師等との面談を通して、対象者の生活習慣や行動変容のステージを把握することにより、実践可能な行動計画を作成し、その計画達成のために定期的、継続的な支援を行う
[動機付け支援]
医師等との面談（原則として1回）を通して、対象者本人が、自分の生活習慣の改善点を認識し、目標を設定して行動に移すことができるように支援をする
[情報提供]
健診結果や健診時の質問票等から対象者個人に合わせた情報を提供する
- ⑥周知や案内の方法
対象者へ利用券及び特定保健指導の内容や目的等を記載した利用案内を送付する
- ⑦実施率向上の取組
利用券送付後1か月以内を目安に保健師による電話や訪問による利用勧奨を行う
ICTやデジタル技術を活用するなどして、利用者の満足度を高める

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

- ・市民生活課 運営協議会や健康増進課と協議のうえ、実施方法等を検討
- ・健康増進課 保健師による利用勧奨を実施
- ・医師会 契約の締結、実施医療機関への周知
- ・かかりつけ医 患者への呼びかけ
- ・外部委託 保健指導の実施の実施
- ・国保連合会 ヘルスサポート事業の実施

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

- ・市民生活課 運営協議会や健康増進課と協議のうえ、実施方法等を検討、国保連合会保健事業支援・評価委員会の活用
- ・健康増進課 保健師による利用勧奨を実施
- ・医師会 契約の締結、実施医療機関への周知
- ・かかりつけ医 患者への呼びかけ
- ・外部委託 保健指導の実施の実施
- ・国保連合会 ヘルスサポート事業の実施

⑭評価計画

法定報告により実施率及び特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率を毎年確認し、成果を検証します。設定した目標値の達成状況及びその経年変化の推移等について、令和8年度に中間評価を行います。また、保険運営の健全化の観点から、運営協議会へ進捗状況を毎年報告し、状況に応じて計画の見直しを行うこととします。

事業番号 3	①事業名称	糖尿病性腎症重症化予防事業
②事業の目的	糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者、受診中断者を医療に結び付けるとともに、糖尿病性腎症で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い人に対して生活指導を行い、人工透析への移行を防止するため。	
③対象者	山口県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの抽出基準に基づき、未受診者、受診中断者、保健指導対象者を抽出	
④現在までの事業結果	実施年度当初の参加者数7人を下回り、令和4年度は3人の参加。透析患者数については、令和2年度までは増加し37人となった。その後は減少しているものの、目標達成には至っていない。	

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	人工透析患者数	29人	増加させない	増加させない	増加させない	増加させない	増加させない	増加させない
アウトプット(実施量・率)指標	参加者数	3人	5人	5人	5人	5人	5人	5人

⑨目標を達成するための主な戦略	保健指導参加者のフォローアップを含め、事業を継続して実施します。
-----------------	----------------------------------

⑩現在までの実施方法（プロセス）

①実施方法	山口県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準ずる 保健指導については外部委託により実施（保健指導プログラム参照）
②対象者の抽出の方法	KDBから特定健診データ及びレセプトデータを出力し、山口県糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者抽出ツールにて、「未受診者」、「受診中断者」、「保健指導対象者」を抽出する 保健指導対象者については、レセプトデータからかかりつけ医をを認定し、推薦依頼を行う
③周知や案内の方法	受診勧奨通知を送付する、保健指導対象者へプログラム概要などの案内や参加確認書を送付する
④参加者向上の取組	電話によるかかりつけ医への推薦依頼や保健指導対象者への参加勧奨を行う

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

①実施方法	山口県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準ずる 保健指導については外部委託により実施（保健指導プログラム参照）
②対象者の抽出の方法	KDBから特定健診データ及びレセプトデータを出力し、山口県糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者抽出ツールにて、「未受診者」、「受診中断者」、「保健指導対象者」を抽出する。 保健指導対象者については、レセプトデータからかかりつけ医をを認定し、推薦依頼を行う DHパイロット等を活用し、かかりつけ医の認定方法や推薦依頼の対象者の選定について効率化を図る
③周知や案内の方法	受診勧奨通知を送付する 保健指導対象者へプログラム概要などの案内や参加確認書を送付する
④受診率向上の取組	電話によるかかりつけ医への推薦依頼や保健指導対象者への参加勧奨を行う 抽出された保健指導対象者のなかから高い予防効果が期待できる層を優先的に実施するため、保健師等の意見を反映する かかりつけ医へプログラムの概要や効果の周知を図り、連携を強化する
⑤一体的な実施	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に向けて、保健指導対象者が後期高齢者医療保険へ移行した際にスムーズに取組みができるよう、後期高齢者医療広域連合や高齢者支援課と連携を強化する

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

・市民生活課	運営協議会や健康増進課と協議のうえ、実施方法等を検討
・医師会	契約の締結、実施医療機関への周知
・かかりつけ医	患者への呼びかけ
・外部委託	受診勧奨通知の送付、保健指導の実施の実施
・国保連合会	ヘルスサポート事業の実施

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

・市民生活課	運営協議会や健康増進課と協議のうえ、実施方法等を検討、国保連合会保健事業支援・評価委員会の活用
・医師会	医療機関への周知
・かかりつけ医	患者への呼びかけ、推薦
・外部委託	受診勧奨通知の送付、保健指導の実施
・国保連合会	ヘルスサポート事業の実施

⑭評価計画

KDB等を活用して透析患者数を把握し、成果を検証します。設定した目標値の達成状況及びその経年変化の推移等について、令和8年度に中間評価を行います。また、保険運営の健全化の観点から、運営協議会へ進捗状況を毎年報告し、状況に応じて計画の見直しを行うこととします。

【保健指導プログラム】

時期	内容
初回	【初回指導】 個別支援：面談 ○アセスメント 身体状況、検査データ、通院・治療状況、病期、生活背景、生活習慣等の把握 ○具体的な取組目標の設定 ○保健指導
1か月後 2か月後	【継続指導】 個別支援（手紙、電話、面談、訪問等）若しくは集団支援 （頻度）2週間～1か月に1回程度若しくは必要に応じた回数 ○取組目標に対する実践状況確認 ○必要に応じて目標の見直し ○保健指導
3か月後	【取組目標に対する到達状況確認及び継続指導】 個別支援：面談 ○取組目標に対する到達状況確認 ○必要に応じて目標の見直し ○保健指導
4か月後 5か月後	【継続指導】 個別支援（手紙、電話、面談、訪問等）若しくは集団支援 （頻度）2週間～1か月に1回程度若しくは必要に応じた回数 ○取組目標に対する実践状況確認 ○必要に応じて目標の見直し ○保健指導
6か月後	【終了時評価】 個別支援：面談 ○身体状況、検査データ、通院・治療状況、生活習慣等の把握 ○取組目標に対する到達状況確認、評価 ○今後の自己管理継続に向けた支援
保健指導 かかりつけ医からの「診療情報提供書及び指示書」に基づき、糖尿病性腎症各期に応じた保健指導を実施する。 【介入目的】 糖尿病性腎症第2期（早期腎症期）：第3期以降への移行の防止 糖尿病性腎症第3期（顕性腎症期）：腎機能低下防止 糖尿病性腎症第4期（腎不全期）：透析導入時期の延伸 【実施期間】 概ね6か月 【具体的内容】 ○糖尿病に関すること ①糖尿病性腎症について ②確実な受診、血糖・血圧管理の必要性について ③糖尿病の合併症（網膜症、神経障害、足病変など）について ④服薬管理について ⑤低血糖、シックデイの対応について ○自己管理に関すること ①検査結果等の見方について ②自己管理の必要性と方法について ③血糖、血圧、体重の測定について ④足部の観察と手入れ（フットケア）について ○食生活に関すること ①適切な食生活について ②間食、外食について ③適正な総エネルギー量及びたんぱく質量、食塩量、カリウム量について ○生活習慣の改善等に関すること ①運動、身体活動について ②喫煙、飲酒について ③口腔ケアについて	

事業番号 4	①事業名称	人間ドック助成事業
--------	-------	-----------

②事業の目的	被保険者の健康管理、疾病の早期発見、医療費の抑制及び特定健康診査の受診率向上のため。
③対象者	被保険者（現に循環器、消化器疾患等による療養の給付を継続して受けている者及び同年度内に柳井市国民健康保険の特定健康診査を受診した者を除く）
④現在までの事業結果	人間ドックの利用者は、コロナ禍を除きほぼ横ばいで令和4年度は240人となっており、一定の需要があると言える。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策 定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	1人当たり医療費	402,170円	401,500円	401,000円	400,500円	400,000円	399,500円	399,000円
アウトプット (実施量・率) 指標	利用者数	240人	270人	300人	320人	330人	340人	350人

⑨目標を達成するための主な戦略	人間ドック利用料金における自己負担金の引き下げを行います。
-----------------	-------------------------------

⑩現在までの実施方法（プロセス）

①実施方法	市指定の検査機関で人間ドックを受けた被保険者に対し、利用料金の100分の70を助成する
②実施場所	市指定の検査機関
③実施項目	<p>[半日]</p> <p>血液検査、問診・聴打診、身体計測、血圧測定、尿検査、心電図検査、肺機能検査、視力・眼底検査、胸部レントゲン検査、聴力検査、便検査、腹部エコー、胃透視または胃カメラ</p> <p>[短期]</p> <p>血液検査、問診・聴打診、身体計測、血圧測定、尿検査、心電図検査、肺機能検査、視力・眼圧・眼底検査、胸部レントゲン検査、聴力検査、便検査、腹部エコー、胃透視または胃カメラ、大腸内視鏡検査</p> <p>[追加]</p> <p>脳ドック（頭部MRI・MRA）</p>
④周知や案内の方法	市広報やホームページに掲載する、特定健康診査の受診券発送時のチラシに記載し周知を図る
⑤申込方法	人間ドック利用申込書を市民生活課又は出張（連絡）所に提出

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

- ①実施方法 人間ドックを受けた被保険者に対し、利用料金の100分の85を助成する、検査機関の拡充を図る
- ②実施場所 市指定の検査機関
- ③実施項目 [半日]
血液検査、問診・聴打診、身体計測、血圧測定、尿検査、心電図検査、肺機能検査、視力・眼底検査、胸部レントゲン検査、聴力検査、便検査、腹部エコー、胃透視または胃カメラ
- [短期]
血液検査、問診・聴打診、身体計測、血圧測定、尿検査、心電図検査、肺機能検査、視力・眼圧・眼底検査、胸部レントゲン検査、聴力検査、便検査、腹部エコー、胃透視または胃カメラ、大腸内視鏡検査
- [追加]
脳ドック（頭部MRI・MRA）
- ④周知や案内の方法
市広報に掲載及びケーブルテレビで放映
ホームページやFacebookなどのデジタルコンテンツの活用
受診券、保険証、納税通知書にチラシを同封
- ⑤申込方法 人間ドック利用申込書を市民生活課又は出張（連絡）所に提出
電子申請サービスを利用して申込み

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

- ・市民生活課 運営協議会と協議のうえ、実施方法等を検討、検査機関と協定の締結
- ・医師会 医療機関への周知
- ・かかりつけ医 患者への呼びかけ
- ・検査機関 協定の締結、人間ドック実施

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

- ・市民生活課 運営協議会と協議のうえ、実施方法等を検討、検査機関と協定の締結
- ・医師会 医療機関への周知
- ・かかりつけ医 患者への呼びかけ
- ・検査機関 協定の締結、人間ドック実施

⑭評価計画

KDB等を活用して1人当たり医療費を把握し、成果を検証します。設定した目標値の達成状況及びその経年変化の推移等について、令和8年度に中間評価を行います。また、保険運営の健全化の観点から、運営協議会へ進捗状況を毎年報告し、状況に応じて計画の見直しを行うこととします。

事業番号 5	①事業名称	生活習慣病等予防事業
②事業の目的	生活習慣病の発症や重症化を予防することにより、生活の質（QOL）の維持・向上や医療費の抑制を図るため。	
③対象者	健診の結果、受診勧奨判定値を超えている者	
④現在までの事業結果	健診有所見者の割合は、男性は腹囲が高く、血圧とeGFRは県と国を上回っている。女性は血圧が高く県と国を上回っている。受診勧奨事業については、令和3年度と令和5年度に実施した。	

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	血圧が保健指導判定値以上の者の割合	56.3%	減少させる	減少させる	減少させる	減少させる	減少させる	減少させる
アウトプット (実施量・率) 指標	受診勧奨通知発送件数	0件	240件	230件	220件	210件	200件	190件

⑨目標を達成するための主な戦略	受診勧奨判定値を超えている者への受診勧奨を実施します。
-----------------	-----------------------------

⑩現在までの実施方法（プロセス）

①実施方法	保健センターが実施する健康づくりに関する事業等への参加勧奨通知を発送 保健師による個別相談を実施し、必要に応じて受診勧奨等を行う
②対象者の抽出の方法	特定健診の受診結果から、「腹囲」、「収縮期血圧値」、「拡張期血圧値」、「中性脂肪値」、「HDLコレステロール値」、「空腹時血糖値」、「HbA1c」の基準値を超えた人を抽出
③周知や案内の方法	健康づくりに関する事業や保健相談等への参加勧奨のチラシを送付
④参加向上の取組	電話による参加勧奨を行う

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

①実施方法	保健センターが実施する健康づくりに関する事業等への参加勧奨通知を発送 保健師による個別相談を実施し、必要に応じて受診勧奨等を行う 受診勧奨判定値を超えている者への受診勧奨通知を送付する
②対象者の抽出の方法	特定健診の受診結果から、「腹囲」、「収縮期血圧値」、「拡張期血圧値」、「中性脂肪値」、「HDLコレステロール値」、「空腹時血糖値」、「HbA1c」、「eGFR」の基準値を超えた人を抽出
③周知や案内の方法	健康づくりに関する事業や保健相談等への参加勧奨のチラシを送付 DHパイロットを活用して対象者の受診履歴等を分析し、受診勧奨通知を送付
④参加向上の取組	電話による参加勧奨を行う 受診勧奨については、受診勧奨通知送付後3か月後を目途に受診状況の確認し、未受診者で特に必要と認められる者について、保健師による再勧奨を行う

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

- | | |
|---------|---------------------------------------|
| ・ 市民生活課 | 運営協議会や健康増進課と協議のうえ、実施方法等を検討 |
| ・ 医務保険課 | ヘルスアップ支援事業の実施、委託業者の選定、契約の締結、事業評価 |
| ・ 健康増進課 | 健康づくりに関する教室や健康相談の実施、受診勧奨者の選定、参加及び受診勧奨 |
| ・ 外部委託 | 受診勧奨通知の作成、発送 |

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

- | | |
|---------|---------------------------------------|
| ・ 市民生活課 | 運営協議会、健康増進課及び医療機関と協議のうえ、実施方法等を検討 |
| ・ 医務保険課 | ヘルスアップ支援事業の実施、委託業者の選定、契約の締結、事業評価 |
| ・ 健康増進課 | 健康づくりに関する教室や健康相談の実施、受診勧奨者の選定、参加及び受診勧奨 |
| ・ 外部委託 | 受診勧奨通知の作成、発送 |
| ・ 医療機関 | CKD対策のための早期介入の実現、専門的知見からの助言 |

⑭評価計画

KDB等を活用して血圧が保健指導判定値以上の者の割合を把握し、成果を検証します。設定した目標値の達成状況及びその経年変化の推移等について、令和8年度に中間評価を行います。また、保険運営の健全化の観点から、運営協議会へ進捗状況を毎年報告し、状況に応じて計画の見直しを行うこととします。

事業番号 6	①事業名称	重複多剤服薬保健指導事業
--------	-------	--------------

②事業の目的	ポリファーマシーの防止及び医療費の適正化のため。
③対象者	【重複】 3か月連続して、1か月に同一薬剤又は同様の効能・効果を持つ薬剤を複数の医療機関から処方されている被保険者 【多剤】 3か月連続して、1か月に10剤以上を複数の医療機関から処方されている被保険者
④現在までの事業結果	重複服薬の保健指導の実施は僅少となっている。令和5年度から多剤服薬を保健指導の対象とした。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	保健指導による改善者数	0人	1人	2人	3人	3人	3人	3人
アウトプット (実施量・率) 指標	保健指導実施人数	0人	2人	4人	5人	5人	5人	5人

⑨目標を達成するための主な戦略	KDB等を活用して指導対象者の抽出を行います。
-----------------	-------------------------

⑩現在までの実施方法（プロセス）

①実施方法	保健師が訪問等により状態を確認し、適正服薬についての説明や生活習慣等のアドバイスを行う
②対象者の抽出の方法	国保連合会から提供される多受診被保険者一覧表とレセプト情報を突合する
③実施期間	保健指導：12月～翌年1月、評価：1月～3月
④評価方法	レセプトにより改善状況を確認する

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

①実施方法	保健師が訪問等により状態を確認し、適正服薬についての説明や生活習慣等のアドバイスを行う 訪問以外の指導方法や外部委託について検討を行う
②対象者の抽出の方法	KDB及びDHパイロットから対象者を抽出する。多受診被保険者一覧表やレセプト情報と突合し、保健師と相談のうえ優先度により、指導対象者を決定
③実施期間	保健指導：11月～12月、評価：翌年1月～3月
④評価方法	レセプトにより改善状況を確認する

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

・市民生活課	運営協議会や健康増進課と協議のうえ、実施方法等を検討 改善状況の確認
・国保連合会	KDBの操作研修、支援
・健康増進課	指導対象者の選定、保健指導の実施

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

- | | |
|---------|---------------------------------------|
| ・ 市民生活課 | 運営協議会や健康増進課と協議のうえ、実施方法等を検討
改善状況の確認 |
| ・ 国保連合会 | KDBやDHパイロットの操作研修、支援 |
| ・ 健康増進課 | 指導対象者の選定、保健指導の実施 |
| ・ 薬局 | かかりつけ薬局の推進、専門的知見からの助言 |

⑭評価計画

保健指導による改善者数を年度ごとに確認し、成果を検証します。設定した目標値の達成状況及びその経年変化の推移等について、令和8年度に中間評価を行います。また、保険運営の健全化の観点から、運営協議会へ進捗状況を毎年報告し、状況に応じて計画の見直しを行うこととします。

V その他

<p>データヘルス計画の評価・見直し</p>	<p>設定した目標値の達成状況及びその経年変化の推移等について、令和8年度に中間評価を行います。</p> <p>また、保険運営の健全化の観点から、運営協議会へ進捗状況を毎年報告し、状況に応じて計画の見直しを行うこととします。計画の評価・見直しにあたっては、国保連合会の保健事業支援・評価委員会の意見を活用します。</p> <p>計画の最終年度の令和11年度においては、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行います。</p>
<p>データヘルス計画の公表・周知</p>	<p>計画については、ホームページ等で公表し、周知を図ります。計画の見直しを行った場合は、速やかに公表します。</p> <p>関係機関への保健事業の目的や実施内容の周知に努めます。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>個人情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律及びガイドラインに基づき適正に行います。</p> <p>また、本計画にかかわる業務を外部に委託する際も、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。</p>
<p>地域包括ケアに係る取組</p>	<p>地域包括ケアシステムの構築のため、国民健康保険担当部局として、地域ケア会議など部局横断的な会議に参画し、地域で高齢者を支える連携の促進に努めます。</p> <p>また、地域包括ケアに係る分析やハイリスク群などの課題抽出を行い、関係者と共有をしながら高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に向けて連携して取り組んでいきます。</p>
<p>その他留意事項</p>	<p>各種健診を効果的に実施するために、特定健康診査を実施する保険者とがん検診を実施する保健部門が連携し、実施方法等の改善に積極的に取り組みます。</p> <p>協会けんぽや後期高齢者医療広域連合をはじめとする各保険者との連携を強化し、連帯して健康診査や保健事業を推進します。</p>

VI 特定健康診査等実施計画

1. 達成しようとする目標

項目	評価指標	目標値					
		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	30%	32%	34%	40%	50%	60%
特定保健指導	実施率	10%	20%	30%	40%	50%	60%

2. 特定健康診査等の対象者

(単位：人)

		2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
人 口	男	13,475	13,247	13,021	12,800	12,583	12,369
	女	15,421	15,173	14,926	14,685	14,448	14,214
	計	28,895	28,419	27,947	27,485	27,031	26,583
国保被保険者数	男	2,910	2,793	2,688	2,584	2,483	2,388
	女	3,331	3,199	3,081	2,964	2,851	2,744
	計	6,241	5,992	5,770	5,548	5,334	5,132
国保加入率	計	21.6%	21.1%	20.6%	20.2%	19.7%	19.3%
国保被保険者数 (40～74歳) (再掲)	男	2,474	2,368	2,277	2,186	2,097	2,014
	女	2,831	2,712	2,610	2,507	2,408	2,314
	計	5,304	5,081	4,888	4,693	4,505	4,329

3. 特定健康診査等の実施プログラム

(1) 特定健康診査

①実施方法

外部委託により実施

ア 個別健診：柳井医師会又は市が選定する医療機関へ委託

イ 集団健診：健診実施機関へ委託

②実施場所

ア 個別健診：柳井医師会に加盟している医療機関及び市が選定する医療機関

イ 集団健診：保健センター等

③実施項目

【基本的な項目】

ア 質問項目（服薬歴、喫煙歴等）

イ 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲（内臓脂肪面積））

ウ 理学的検査（身体診察）

エ 血圧測定

オ 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コレステロール又はNon-HDLコレステロール）

カ 肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ -GT（ γ -GTP））

キ 血糖検査（空腹時血糖又はHbA1c、やむを得ない場合には随時血糖）

ク 尿検査（尿糖、尿蛋白）

【詳細な健診の項目】

医師の判断により受診しなければならない項目

ア 貧血検査（赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値）

イ 心電図検査

ウ 眼底検査

エ 血清クレアチニン（eGFRによる腎機能の評価を含む）

【追加項目】

ア 貧血検査（赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値）※

イ 心電図検査※

ウ 眼底検査

エ 血清クレアチニン（eGFRによる腎機能の評価を含む）※

オ 血清アルブミン

※国の基準では詳細健診であるが受診者全員に実施する項目

④実施時期

受診券が届いた日から翌年1月末まで

⑤周知や案内の方法

ア 対象者へ5月中に受診券及び受診案内を送付する

イ 年度途中加入者には随時発送する

ウ 市広報に掲載及びケーブルテレビで放映する

エ ホームページやFacebookなどのデジタルコンテンツを活用する

オ 保険証、納税通知書、がん検診の案内送付時にチラシを同封する

カ 窓口やイベントでチラシやティッシュなどを配布する

キ ポスターやのぼりを掲示する

ク 講座・老人クラブ等で受診や保健指導利用の周知や促進を行う

⑥受診率向上の取組

ア 未受診者へ年に2回レスポンス型の受診勧奨通知を送付する

イ 30代の被保険者へパンフレットを送付する

ウ 集団健診の休日実施や、会場設定等、受診しやすい環境整備を図る

エ 健診受診者に対し、保健師による結果説明や個別相談を実施し、対面指導の機会をつくる

オ 治療中患者の検査データ及び事業所健診結果の情報提供によるみなし健診を活用する

カ 国保連合会保健事業支援・評価委員会の活用

キ 電話による受診勧奨を実施する

ク 実施医療機関にポスター等の掲示を依頼し、連携を強化する

(2) 特定保健指導

①実施方法

外部委託により実施し、柳井医師会又は市が選定する医療機関へ委託

②実施場所

柳井医師会に加盟している医療機関及び市が選定する医療機関など

③実施時期

特定健康診査結果に基づき、概ね特定健康診査が終了した月の翌々月から開始

④特定保健指導の対象者の抽出（重点化）の方法

効果的・効率的に保健指導を実施していくために、予防効果が大きく期待できる層を優先的に実施する。具体的には、特定健診結果から内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因（高血圧、高血糖、高脂質、喫煙等）の数に着目し、「積極的支援レベル」「動機づけ支援レベル」「情報提供レベル」に保健指導対象者の階層化を行い、必要な保健指導を行う。

特定保健指導対象者の選定基準

	追加リスク	①喫煙	対象	
	②血糖 ③脂質④血圧		40～64歳	65～74歳
腹囲が 男性：85cm以上 女性：90cm以上	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が25以上 ※	3つ該当	あり	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	なし		
	1つ該当			

②血糖（空腹時血糖100mg/dℓ以上又はHbA1c5.6%以上）

③脂質（空腹時中性脂肪150mg/dℓ以上、
随時中性脂肪175mg/dℓ以上又はHDLコレステロール40mg/dℓ未満）

④血圧（収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上）

①喫煙歴（「以前は吸っていたが最近1ヶ月は吸っていない」場合は「喫煙なし」とする）

※肥満度を測るための指標〔体重kg÷身長m÷身長m〕

⑤実施内容

ア 情報提供

㊦目的

対象者が健診結果から、自らの身体状況を認識すると共に、生活習慣を見直すきっかけとする。また、健診結果とあわせて、医療機関への受診や継続治療が必要な対象者に受診や服薬の重要性を認識してもらうと共に、健診受診者全員に対し継続的に健診を受診する必要性を認識してもらう。

㊧対象者

受診者全員

㊨支援期間・頻度

年1回（健診結果の通知と同時に実施）以上

㊩支援内容

全員に画一的な情報を提供するのではなく、健診結果や健診時の質問票から対象者個人に合わせた情報を提供し生活習慣の改善の意識付けを行う。また、健診結果や質問票から、保健指導の対象に該当しなかった人に対しては、健診結果の見方や健康の保持増進に役立つ内容の情報を提供する。

イ 動機付け支援

㊦目的

対象者への個別支援又はグループ支援により、対象者が自らの健康状態を自覚し、自身の生活習慣の改善点等に気づき、生活習慣改善のための実践（行動）を継続できるような動機付けとなることを目指す。

㊧対象者

健診の結果・質問票から、生活習慣の改善が必要とされた人で、生活習慣の変容を促すに当たって、行動目標の設定やその評価に支援が必要な人

㊨支援期間・頻度

原則1回の支援を行い、3か月経過後に評価を行う。

㊩支援内容

初回面接による支援のみ原則1回とする。初回面接から3か月経過後に実績評価を行う。

A 初回面接による支援

個別支援又はグループ支援

B 実績評価

面接又は通信を利用して実施

ウ 積極的支援

㊦目的

「動機付け支援」に加えて、定期的・継続的な支援により、生活習慣や行動の変化（行動変容）のための目標を設定し、目標達成に向けた実践（行動）の継続を目指す。

㊧対象者

健診の結果・質問票から、生活習慣の改善が必要とされた人で、きめ細やかな継続的支援が必要な人

㊨支援期間・頻度

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う。また、当該3か月以上の継続的な支援後に評価を行う。

㊩支援内容

検査結果並びに食習慣等の生活習慣の状況に関する調査の結果を踏まえ、面接や通信による支援及び行動計画の進捗状況に関する評価（中間評価）及び実績評価を行う。

A 初回面接による支援

個別支援又はグループ支援

B 3か月以上の継続的な支援

アウトカム評価とプロセス評価を合計し、180ポイント（p）以上の支援を実施することを条件とする。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で行う。

C 実績評価

面接又は通信を利用して実施

継続的な支援のポイント

アウトカム評価	腹囲2.0cm以上かつ 体重2.0kg以上減少	180 p	
	腹囲1.0cm以上かつ 体重1.0kg以上減少	20 p	
	食生活の改善	20 p	
	運動習慣の改善	20 p	
	喫煙習慣の改善(禁煙)	30 p	
	休養習慣の改善	20 p	
	その他の生活習慣の 改善	20 p	
プロセス評価	支援種別	個別支援	支援1回当たり 70 p、最低10分以上
		グループ支援	支援1回当たり 70 p、最低40分以上
		電話	支援1回当たり 30 p、最低 5分以上
		電子メール等	支援1往復当たり 30 p 1往復とは 特定保健指導実施者と積極的支援対象者の間で支援に必要な情報の共有を図ることにより支援を完了したと当該特定保健指導実施者が判断するまで、電子メール等を通じて支援に必要な情報のやりとりを行うことをいう。
	早期実施	健診当日の 初回面接	20 p
		健診後1週間以内の 初回面接	10 p

⑥情報通信技術の活用

ア 環境整備

遠隔面接及び遠隔支援の実施のための環境の整備を行う。

イ 実施体制

機器の的確な利用や通信環境の確保を行う。また、対象者の本人確認を的確に行う。

ウ 個人情報の保護等

個人情報の保護に十分に配慮するとともに、個人情報保護に必要な措置を講じる。

エ 費用負担

遠隔面接等の実施に要した費用を負担する。

(3) 診療検査データの活用

治療中患者の特定健診の推進及び検査データの提供については、医療機関との連携が重要である。本人同意のもとで保険者が医療機関から提供を受ける診療検査データは、特定健康診査の基本健診項目を全て満たすものであること。

4. 個人情報の保護

健診、保健指導で得られた健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律及びガイドラに基づき適正に行います。その上で、個人情報の保護に十分に配慮しつつ、効果的・効率的な健診、保健指導を実施する立場から、収集された個人情報を有効に利用します。

また、この計画にかかわる業務を外部に委託する際も、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。

労働安全衛生法に基づく事業主健診を受診した人のデータについては、個別に市に提出することとします。

また、特定健康診査、保健指導に関するデータの管理は、原則5年間保存とし、山口県国民健康保険団体連合会に委託するものとします。

5. 計画の公表及び周知

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、計画については、ホームページ等で公表し、周知を図ります。計画の見直しを行った場合は、速やかに公表します。

また、関係機関への事業の目的や実施内容の周知に努めます。

特定健康診査等実施については、市広報及びホームページに掲載するとともに、関係機関や関係団体との連携協力のもと普及啓発に努めます。

6. 計画の評価及び見直しに関する事項

設定した目標値の達成状況及びその経年変化の推移等について、令和8年度に中間評価を行います。

また、保険運営の健全化の観点から、運営協議会へ進捗状況を毎年報告し、状況に応じて計画の見直しを行うこととします。計画の評価・見直しにあたっては、国保連合会の保健事業支援・評価委員会の意見を活用します。

計画の最終年度の令和11年度においては、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行います。

(1) 特定健康診査

法定報告の受診率及び特定保健指導対象者の減少率により成果を検証します。

(2) 特定保健指導

法定報告の実施率及び特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率により成果を検証します。

7. 計画の円滑な実施を確保するために保険者が必要と認める事項

各種健診を効果的に実施するために、特定健康診査を実施する保険者とがん検診を実施する保健部門が連携し、実施方法等の改善に積極的に取り組みます。協会けんぽや後期高齢者医療広域連合をはじめとする各保険者との連携を強化し、連帯して健康診査や保健事業を推進します。

実施に関する年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	健診対象者の抽出 受診券等の印刷・送付		
5月	健診開始		
6月	健診データ受取開始	保健指導対象者の抽出 利用券等の印刷・送付	代行機関との費用決済の 開始
7月		保健指導開始	
8月			
9月			
10月			
11月			
12月			
1月			
2月	健診の終了		特定健診費用決済最終
3月		保健指導受付終了	
4月	健診データ受領終了		
5月			健診データ抽出
6月			実施率等、実施実績の算 出、支払基金への報告

Ⅶ 柳井市の各指標値の実績と県平均との比較の見える化

