

光市国民健康保険第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6年2月

光 市

## 目次

<b>I 基本情報</b>	
1. 基本的事項	1
2. 現状の整理	2
3. 図表1：基本情報及び前回計画に係る検証	3
<b>II 健康医療情報等の分析と課題</b>	
	6
<b>III 計画全体</b>	
1. 保険者の健康課題	8
2. 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	8
3. データヘルス計画全体における目的	8
4. 個別の保健事業	8
<b>IV 個別の保健事業</b>	
1. 事業番号1：特定健康診査受診率向上事業	9
2. 事業番号2：特定保健指導実施率向上事業	10
3. 事業番号3：糖尿病性腎症重症化予防事業	11
4. 事業番号4：高血圧症重症化予防事業	12
5. 事業番号5：ジェネリック医薬品利用促進事業	13
6. 事業番号6：頻回受診・重複受診等の適正化事業	14
<b>V 第4期特定健康診査等実施計画</b>	
	15
<b>VI その他</b>	
	18
<b>VII 分析</b>	
	19
<b>資料</b>	
1. 図表2：平均寿命・標準化死亡比等	20
2. 図表3：医療費の分析	21
3. 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	25
4. 図表5：レセプト・健診データ等を組み合わせた分析	32
5. 図表6：介護費関係の分析	33
6. 図表7：その他	35
7. 用語解説集	37

※本計画における数値等は端数処理の関係で内訳と合計が一致しない場合があります。

※本文中に用いられる専門用語等について、初出時に『※』を付与し、資料の用語解説集に説明を掲載しています。

1 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	割合(%)	男性	割合(%)	女性	割合(%)
人口(人)	49,233	100.0	23,559	47.9	25,674	52.1
国保被保険者数(人)	9,118	100.0	4,037	44.3	5,081	55.7

1. 基本的事項

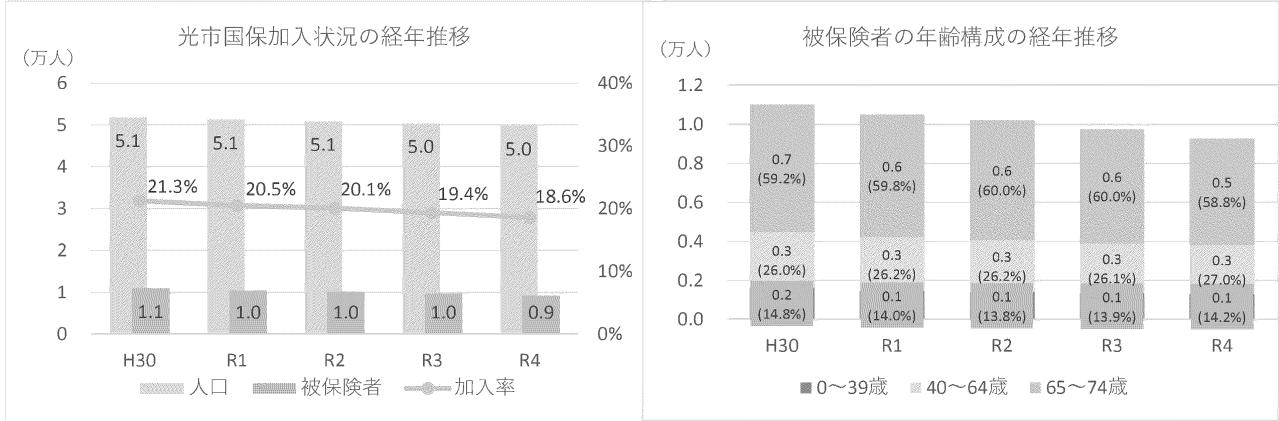
①計画の趣旨	<p><b>【計画の趣旨・背景】</b></p> <p>近年、生活環境の変化や高齢化の進行に伴い、疾病全体に占める生活習慣病<sup>※</sup>の割合が増加しています。こうした状況の中、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、40歳から74歳の加入者を対象としたメタボリックシンドローム<sup>※</sup>の予防と改善のための特定健診<sup>※</sup>・特定保健指導<sup>※</sup>を実施することが保険者に義務付けられ、本市におきましても、平成20年4月に「光市特定健康診査等実施計画」を策定し、生活習慣病の予防・改善に向けた取組を実施してきました。</p> <p>また、平成27年6月には「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」に基づき、電子化が進んだ特定健診、診療報酬明細書等のデータを分析し、PDCAサイクル<sup>※</sup>に沿った保健事業を効率的かつ効果的に実施するため、「光市国民健康保険事業実施計画（データヘルス計画）」を策定し、被保険者の健康保持増進と医療費の適正化を図ってきました。</p> <p>この度、平成30年度に両計画を一体的に策定した「光市国民健康保険第2期データヘルス計画兼第3期特定健康診査等実施計画」が、令和5年度に計画期間の終期を迎えることから、その成果や目標達成状況を踏まえ、新たに「光市国民健康保険第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」を策定します。</p>
	<p><b>【計画の目的】</b></p> <p>特定健診・診療報酬明細書等のデータ分析により明らかとなった幅広い年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、その課題に応じた保健事業の計画的な実施により、健康の保持増進、生活の質（QOL<sup>※</sup>）の維持及び向上を図り、もって医療費の適正化に資することを目的とします。</p>
	<p><b>【計画の位置づけ】</b></p> <p>本計画は「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21（第3次））」に示された基本指針を踏まえ、「健康やまぐち21計画（第3次）」、「第四期山口県医療費適正化計画」、「第3次光市総合計画」、「光市健康づくり推進計画」等の関連計画との整合性を図ります。</p>
②計画期間	本計画期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。
③実施体制	本計画の策定及び運用においては、国民健康保険担当課が主体となり、必要に応じて関係各課と連携を図るとともに、保健事業支援・評価委員会の指導・助言を踏まえて実施します。
保険者及び関係者	具体的な役割、連携内容
①市町村国保	<ul style="list-style-type: none"> <li>・計画の実施主体として、計画立案、進捗管理、評価、見直し等を実施</li> <li>・専門職（保健師、管理栄養士等）の確保を図り、事務職と適切な役割分担のもと連携</li> </ul>
②都道府県（国保部局）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・計画策定における支援</li> <li>・事業実施における支援</li> </ul>
③都道府県（保健衛生部局）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・関係機関との連絡調整、情報提供等</li> <li>・「やまぐち健幸アプリ」普及啓発キャンペーンを通じた特定健診の受診勧奨</li> </ul>
④保健所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健事業支援・評価委員会における助言</li> <li>・関係機関との連絡調整、情報提供等</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・計画策定、評価、見直し等における支援・助言</li> <li>・KDBシステム<sup>※</sup>等によるデータ分析やデータ提供に関する支援</li> <li>・研修会等の開催による人材育成、情報提供</li> </ul>
⑥後期高齢者医療広域連合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケア・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施<sup>※</sup>の取組と連携</li> <li>・国民健康保険から後期高齢者医療制度への円滑な移行</li> </ul>
⑦保健医療関係者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診、保健指導への協力</li> <li>・事業実施に対する助言</li> <li>・光市国民健康保険運営協議会における保険医・保険薬剤師との意見交換、情報提供</li> </ul>
⑧その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・光市国民健康保険運営協議会における被保険者代表との意見交換、情報提供</li> </ul>

2.現状の整理

<p>①保険者の特性</p>	<p>令和4年度の光市国保加入率は18.6%で、年々、減少傾向にあります。 被保険者の年齢構成は0～39歳が14.2%、40～64歳が27.0%、65～74歳が58.8%となっており、年度によって増減はあるものの、過去5年間は、同様の割合で推移しています。【図表1-1】</p>
<p>②地域資源の状況</p>	<p>被保険者千人当たりの医療サービスは、病院数・診療所数・病床数共に全国よりも高い状況にあります。【図表1-2】 また、市内事業者を活用した運動指導の実施、光市生涯学習サポートバンク登録者の持っている知識・経験等を活かした健康セミナーの開催や各種団体が主催する運動教室など、市内では健康づくりを支える環境が整備されています。</p>
<p>③前期計画等に 係る考察</p>	<p><b>【第2期データヘルス計画兼第3期特定健康診査等実施計画における保健事業の実施状況】</b> 第2期データヘルス計画兼第3期特定健康診査等実施計画では、被保険者の健康保持増進及び医療費の適正化を目的に、特定健診・特定保健指導推進事業、医療費適正化推進事業、重症化予防推進事業を実施しました。【図表1-3】</p> <p><b>【目標の達成状況】</b> ジェネリック医薬品利用促進事業の普及率は、差額通知書の送付やホームページ等における周知により84.1%（令和4年度）に上昇し、目標値80%を達成しました。一方、特定健診受診率については、AIを活用した未受診者勧奨や特定健診受診者へのインセンティブ<sup>*</sup>の付与等による効果から34.3%（令和4年度）と改善傾向が見られましたが、依然として目標値60%との乖離は大きく、さらなる取組の推進が必要です。 また、特定保健指導実施率も、集団健診当日の保健指導やイベントとの同時開催等による効果から25.4%（令和4年度）と改善傾向が見られましたが、目標値60%との乖離は大きく、さらなる取組の推進が必要です。</p> <p><b>【達成状況に係る検証】</b> 特定健診・特定保健指導推進事業については、新型コロナウイルス感染症の影響もありますが、特に40歳、50歳代の受診率が低いこと、65歳以上は受診率が高いものの未受診者数も多いことが、目標の達成に至らなかった要因の一つと考えられます。 第2期全体を通じて、勧奨方法の工夫やキャンペーンの実施による一定の成果はありましたが、今後は、ターゲットを絞った受診勧奨やニーズに応じた特定健診及び特定保健指導の機会の拡充など、健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施し、数値の改善に努めます。</p>

図表1 基本情報及び前回計画に係る検証

【図表1-1】



出典：KDB\_S21\_006\_被保険者構成【平成30年度～令和4年度】

人口の推移

	H30	R1	R2	R3	R4
人口 (人)	51,081	50,671	50,235	49,701	49,233
65歳以上人口 (人)	17,927	17,956	17,916	17,892	17,795
高齢化率 <sup>※</sup> (%)	35.1	35.4	35.7	36.0	36.1

出典：住民基本台帳（各年度3月末時点）

国保被保険者数の推移

	H30	R1	R2	R3	R4
被保険者数 (人)	10,918	10,423	10,127	9,646	9,118
65歳以上被保険者数 (人)	6,480	6,253	6,103	5,806	5,383
高齢化率 (%)	59.4	60.0	60.3	60.2	59.0

出典：国民健康保険事業状況報告書（事業年報）（各年度3月末現在）

人口及び被保険者構成

(令和5年3月31日時点)

年齢区分	人数 (人)			割合 (%)		
	全体	男性	女性	全体	男性	女性
人口総数	49,233	23,559	25,674	100.0	47.9	52.1
被保険者数	9,118	4,037	5,081	100.0	44.3	55.7

人口

(令和5年3月31日時点)

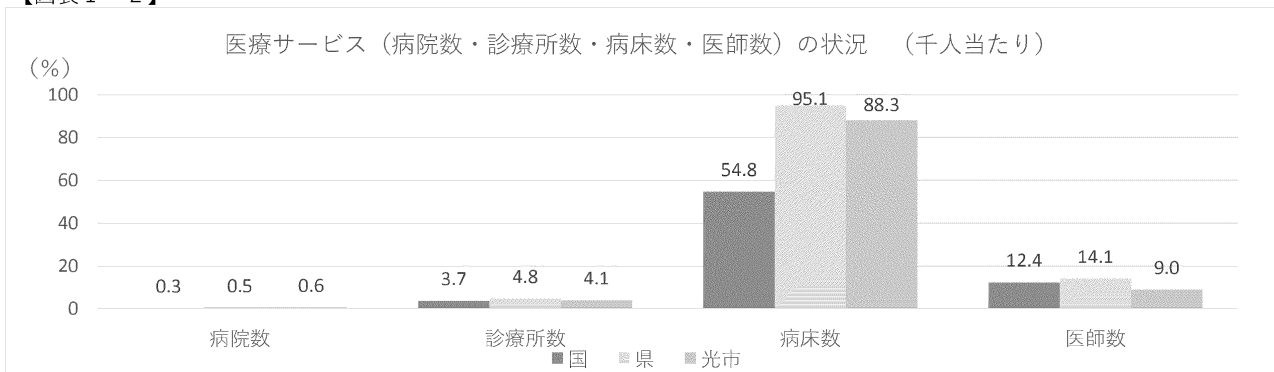
年齢区分	人数 (人)			割合 (%)		
	全体	男性	女性	全体	男性	女性
0～4歳	1,540	765	775	3.1	3.2	3.0
5～9歳	1,758	923	835	3.6	3.9	3.3
10～14歳	2,051	1,051	1,000	4.2	4.5	3.9
15～19歳	2,199	1,146	1,053	4.5	4.9	4.1
20～24歳	2,010	1,082	928	4.1	4.6	3.6
25～29歳	1,974	1,089	885	4.0	4.6	3.4
30～34歳	2,090	1,120	970	4.2	4.8	3.8
35～39歳	2,213	1,117	1,096	4.5	4.7	4.3
40～44歳	2,633	1,316	1,317	5.3	5.6	5.1
45～49歳	3,513	1,765	1,748	7.1	7.5	6.8
50～54歳	3,744	1,846	1,898	7.6	7.8	7.4
55～59歳	2,881	1,403	1,478	5.9	6.0	5.8
60～64歳	2,832	1,359	1,473	5.8	5.8	5.7
65～69歳	2,958	1,407	1,551	6.0	6.0	6.0
70～74歳	4,336	1,969	2,367	8.8	8.4	9.2
75歳以上	10,501	4,201	6,300	21.3	17.8	24.5
合計	49,233	23,559	25,674	100.0	100.0	100.0

被保険者数

(令和5年3月31日時点)

年齢区分	人数(人)			割合(%)		
	全体	男性	女性	全体	男性	女性
0～4歳	88	35	53	1.0	0.9	1.0
5～9歳	125	71	54	1.4	1.8	1.1
10～14歳	162	84	78	1.8	2.1	1.5
15～19歳	176	93	83	1.9	2.3	1.6
20～24歳	129	51	78	1.4	1.3	1.5
25～29歳	160	71	89	1.8	1.8	1.8
30～34歳	175	92	83	1.9	2.3	1.6
35～39歳	243	107	136	2.7	2.7	2.7
40～44歳	340	181	159	3.7	4.5	3.1
45～49歳	405	196	209	4.4	4.9	4.1
50～54歳	457	219	238	5.0	5.4	4.7
55～59歳	467	221	246	5.1	5.5	4.8
60～64歳	788	303	485	8.6	7.5	9.5
65～69歳	1,809	762	1,047	19.8	18.9	20.6
70～74歳	3,594	1,551	2,043	39.4	38.4	40.2
合計	9,118	4,037	5,081	100.0	100.0	100.0

【図表1-2】



出典：KDB\_S21\_001\_地域の全体像の把握【令和4年度】

【図表1-3】

1 前回計画に係る実績

保健事業	項目	評価指標	最終年度目標値	ベースライン	H30	R1	R2	R3	R4	達成率	
特定保健指導の推進	特定健康診査	受診率(%)	60.0	28.3	27.6	34.9	31.6	32.5	34.3	57.2	
	特定保健指導	実施率(%)	60.0	18.6	33.3	19.1	15.2	20.3	25.4	42.3	
医療費の適正化の推進	頻回受診・重複受診訪問	訪問実施人数に対するレセプト <sup>*</sup> 件数かつ受診日数が削減された人の割合(%)	70.0	63.6	0.0	50.0	50.0	0.0	12.5	17.9	
	柔道整復適正受診訪問	訪問実施人数に対する受診日数かつ費用額が削減された人の割合(%)	82.0	75.0	33.3	100.0	0.0	50.0	50.0	61.0	
	ジェネリック医薬品利用促進	普及率(数量シェア)(%) <small>※後発医薬品利用実態(一般・道職)4-3ベース【平成30年度～令和4年度】 (山口県国民健康保険団体連合会作成)</small>	80.0	66.0	71.6	78.0	80.6	82.5	84.1	105.1	
重症化予防の推進	糖尿病性腎症 <sup>*</sup> 重症化予防	受診勧奨	医療機関受診率(%)	60.0	-	-	-	0	0	0	0.0
		保健指導	参加人数における人工透析 <sup>*</sup> に移行した人数(人)	0.0	-	1	0	0	0	0	100.0
	高血圧症重症化予防	医療機関受診率(%)	90.0	75.0	43.5	44.4	46.6	28.3	0.0	0.0	

2 前回計画に係る評価

保健事業	項目	評価結果	達成または未達成の要因	今後の方向性
特定保健指導の推進	特定健康診査	b	・未受診者への勧奨に工夫が必要 ・特定健診(内容、キャンペーン等)の周知不足 ・新型コロナウイルス感染症の拡大による受診控え	・勧奨が効果的と思われるターゲットを年齢層等で絞った通知を実施 ・AIを活用した受診勧奨の継続 ・集団健診(日曜日健診を含む)開催の継続及び拡充 ・インセンティブ付与事業の継続 ・自己負担無料化の継続
	特定保健指導	b	・新型コロナウイルス感染症の拡大による訪問指導、集団指導の中止と個別指導への切り替え	・ICTを活用した保健指導の継続 ・イベント同時開催型の保健指導の継続・拡充 ・効果的な利用勧奨の検討
医療費の適正化の推進	頻回受診・重複受診訪問	d	・新型コロナウイルス感染症の拡大による対象者数の減少 ・対象者に応じた指導が必要 ・一時的な効果はあるが、継続的な効果の維持が困難	・関係各課との連携に基づく指導方法の検討
	柔道整復適正受診訪問	d	・対象者の減少	・関係各課との連携に基づく指導方法の検討
	ジェネリック医薬品利用促進	a	・差額通知の発送による効果 ・周知啓発の着実な実施	・差額通知発送の継続 ・周知啓発の継続
重症化予防の推進	糖尿病性腎症重症化予防	受診勧奨	・新型コロナウイルス感染症の拡大 ・効果の高い対象者の選定基準の確立が必要	・対象者への効果的な再勧奨の検討
		保健指導	・保健指導対象者数の減少	・医師会との連携 ・対象者への着実な参加勧奨の継続
	高血圧症重症化予防	d	・新型コロナウイルス感染症の拡大 ・対象者の減少	・対象者への着実な再勧奨の継続

※評価の方法

計画策定時の値(ベースライン)と直近の実績値を比較し、改善状況によって5段階(a、b、c、d、e)で評価します。

a: 目標達成 b: 目標達成はできていないが改善している c: 変わらない d: 悪化している e: 評価困難

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	平均寿命及び平均自立期間 <sup>※</sup> は、男女共に、全国、県と比較して大きな差がなく、ほぼ同傾向です。	図表 2-1 (P.20)	KDB_S21_001_地域の全体像の把握【令和4年度】	-
	標準化死亡比 <sup>※</sup> は、男性は県より低く、女性は全国と同程度です。	図表 2-2 (P.20)		-
	全国や県と比較して高齢化率が35.9%と高く、年々高齢化が進行しています（各年度1月1日時点）。	図表 2-3 (P.20)	政府統計e-Stat, 区別年齢階級別人口 各年度1月1日住民基本台帳年齢階級別人口	-
	平均自立期間と平均余命 <sup>※</sup> の差は、令和4年度は平成30年度と比べて、男性は0.1年、女性は0.3年縮小しました。全国、県と比較して差は若干小さい傾向にあります。	図表 2-4 (P.21)	KDB_S21_001_地域の全体像の把握【平成30年度～令和4年度】	-
医療費の分析	過去5年間で、被保険者数の減少に伴い総医療費は減少傾向にありますが、令和4年度の一人当たり医療費は378,466円と、平成30年度と比べて34,420円増加しています。	図表 3-1 (P.21)	KDB_S29_002_健康スコアリング(医療)【平成30年度～令和4年度】	E
	疾病大分類別の総医療費及び一人当たりの医療費は、新生物が最も高く、次に循環器系、精神、筋骨格系、内分泌他と続いています。	図表 3-2 (P.22)	KDB_S23_003_疾病別医療費分析(大分類)【令和4年度】	B・C D・F
	令和4年度における疾病中分類別の医療費上位20疾病では、その他の悪性新生物が約2億5千9百万円と最も医療費が高く、次に統合失調症等、糖尿病、その他の心疾患、その他の神経系の疾患、腎不全 <sup>※</sup> と続いています。	図表 3-3 (P.22)	KDB_S23_004_疾病別医療費分析(中分類)【平成30年度～令和4年度】	
	医療費のうち、生活習慣病は53%を占め、そのうちの32%はがんが占めています。	図表 3-4 (P.23)	KDB_S21_003_健診・医療・介護データから見る地域の健康課題【令和4年度】	
	生活習慣関連疾患のうち、医療費・一人当たり医療費は糖尿病が最も高く、次に高血圧症、脂質異常症 <sup>※</sup> と続いています。中でも、糖尿病は一人当たり医療費が年々増加傾向です。	図表 3-5-① 図表 3-5-② (P.23-24)	KDB_S23_001_医療費分析(1)細小分類【平成30年度～令和4年度】	
	過去5年間で、人工透析の一件当たりの医療費は約50万円と高額となっています。	図表 3-6 (P.24)		E
	特定健康診査・特定保健指導等の健診データの分析（質問票を含む）	令和4年度の受診率は34.3%で過去5年間で（新型コロナウイルスの影響を強く受けた令和2年度を除いて）徐々に増加し、県よりも高いものの、全国と比較すると低くなっています。令和4年度の健診対象者7,211人のうち4,741人（65.7%）が健診未受診者です。	図表 4-1-① 図表 4-1-② (P.25)	厚生労働省(特定健康診査・特定保健指導の実施状況)(2018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)【平成30年度～令和4年度】
性年齢階層別にみると、未受診者数は65歳以上の年齢層が多く、受診率は64歳以下の年齢層が低くなっています。女性はどの年齢層においても受診率が県平均より高い傾向にあり、男性は県平均と比較して、低い傾向にあります。		図表 4-2 (P.25-26)	KDB_S21_008_健診の状況【平成30年度～令和4年度】	
男女共に収縮期血圧 <sup>※</sup> 、空腹時血糖 <sup>※</sup> 、LDLコレステロール <sup>※</sup> 、eGFR <sup>※</sup> の有所見 <sup>※</sup> 割合が高く、特に収縮期血圧の割合は県と比較して男女共に高い傾向にあります。また、男性は女性と比べて、腹囲、中性脂肪 <sup>※</sup> 、ALT <sup>※</sup> が特に高くなっています。		図表 4-3 (P.26-27)	KDB_S21_024_厚生労働省様式(様式5-2:健診有所見者状況)【令和4年度】	D・F
有所見割合を平成30年度と令和4年度で比較すると、男性の腹囲が6.6ポイント、eGFRが6.0ポイント、女性のeGFRが5.5ポイントの増加となっています。		図表 4-4 (P.27)	KDB_S21_024_厚生労働省様式(様式5-2:健診有所見者状況)【平成30年度～令和4年度】	C
血糖・血圧・脂質の項目で基準値を越えている人のうち、血圧・脂質の2項目の該当割合は10.3%、血圧のみ該当が8.6%で、全国、県と比較して高くなっています。		図表 4-5 (P.28)	KDB_S21_003_健診・医療・介護データから見る地域の健康課題【令和4年度】	C・F
問診における運動習慣項目の有所見割合は過去5年間で増加傾向にあります。		図表 4-6 (P.28)	KDB_S21_007_質問票調査の状況【平成30年度～令和4年度】	D



特定健康診査・ 特定保健指導等の 健診データの分析 (質問票を含む)	令和4年度の特定保健指導実施率は25.4%で、平成30年度の33.3%よりも低い状況にあります。過去5年間の保健指導対象者数は、積極的支援 <sup>※</sup> 、動機付け支援 <sup>※</sup> 共に、減少傾向にあります。	図表4-7-① 図表4-7-② (P.28-29)	厚生労働省(特定健康診査・特定保健指導の実施状況)(2018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)【平成30年度～令和4年度】、KDB_S21_008_健診の状況【平成30年度～令和4年度】	B
	動機付け支援の対象者のうち、65歳以上は、女性よりも男性が多い傾向にあり、実施率は男女共に県より高い傾向にあります。	図表4-8 (P.29)	KDB_S21_008_健診の状況【平成30年度～令和4年度】	
	積極的支援の対象者は、女性よりも男性が多く、実施率はどの年齢層でも県より低い傾向にあります。	図表4-9 (P.30)	KDB_S21_008_健診の状況【平成30年度～令和4年度】	
	特定保健指導対象者の減少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は、過去5年間で増減はあるものの、低い傾向にあります。	図表4-10 (P.30)	特定健診・特定保健指導実施結果集計表(県集計)【平成30年度～令和4年度】	C
レセプト・健診データ等を組み合わせた分析	メタボリックシンドローム該当者率は、令和2年度をピークに減少傾向にあるものの、平成30年度と比べて、令和4年度は3.9ポイント増加しています。メタボリックシンドローム予備群該当者率は、国・県より低く推移しているものの、令和3年度以降増加傾向にあります。	図表4-11-① 図表4-11-② 図表4-11-③ 図表4-11-④ (P.31-32)	KDB_S21_003_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題【平成30年度～令和4年度】	C・D
	生活習慣病治療中でコントロール不良の人は、年々減少していますが、未だに多い状況です。また、健診未受診者で生活習慣病治療中の人(3,247人、44.4%)や健康不明者(1,598人、21.8%)も多い状況です。	図表5-1 (P.32)	KDB_S21_027_厚生労働省様式(様式5-5:糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導)【平成30年度～令和4年度】	A
特定健診受診者と未受診者について、一人当たり年間医療費を比較すると、過去5年間で平均10,630円の差があり、未受診者の医療費が高い傾向にあります。	図表5-2 (P.33)	KDB_S23_007_医療費分析(健診有無別)【平成30年度～令和4年度】		
介護費関係の分析	介護給付費は約44.5億円となっており、居宅と施設の費用割合は3:2となっています。一人当たり給付費は年々増加傾向にあるものの、全国、県と比較すると少ないです。また、介護度別レセプト一件あたり医療費は、介護度が上がるほど高額となっています。	図表6-1-① 図表6-1-② 図表6-1-③ 図表6-1-④ (P.33-34)	KDB_S29_003_健康スコアリング(介護)【平成30年度～令和4年度】、KDB_S21_001_地域の全体像の把握【平成30年度～令和4年度】	-
	要介護認定者の有病率は、心臓病、高血圧症、筋・骨格の順で高くなっています。レセプト一件当たりの給付費では、要介護認定ありは要介護認定なしの約2倍であり、ほぼ横ばいで推移しています。	図表6-2-① 図表6-2-② (P.34-35)	KDB_S21_001_地域の全体像の把握【平成30年度～令和4年度】	-
その他	1か月の間に1医療機関以上に14日以上受診している、頻回・重複受診が疑われる対象者は19名該当しています。	図表7-1-① 図表7-1-② 図表7-1-③ 図表7-1-④ (P.35-36)	KDB_S27_012_重複・頻回受診の状況【令和4年度(作成年月令和5年3月使用)】	H
	後発医薬品 <sup>※</sup> の使用割合は8割を超えています。令和3年度3月に84.9%となって以降、鈍化傾向にあるため、引き続き8割超を維持していく必要があります。	図表7-2 (P.36)	出典:厚生労働省「保険者別の後発医薬品の使用割合」	G

III 計画全体

1. 保険者の健康課題

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	特定健康診査受診率は、令和元年度の34.9%から令和2年度にかけて低下した後、令和4年度では34.3%に上昇しましたが、目標値60%には達していません。過去5年間においては、全国と比較して低いものの、県より高くなっています。	1	1
B	特定保健指導実施率は、平成30年度の33.3%から令和2年度にかけて低下した後、令和4年度では25.4%に上昇しましたが、目標値60%には達していません。過去5年間においては、全国と比較して低いものの、県より高くなっています。	2	2
C	特定保健指導対象者の減少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は、増減はあるものの、過去5年間において、低い傾向にあります。	3	2
D	メタボリックシンドローム該当者率及びメタボリックシンドローム予備群該当者率は、国より低く推移しているものの、平成30年度と比べて増加しています。	4	2
E	生活習慣関連疾患の中でも、糖尿病は最も医療費・一人当たり医療費が高く、過去5年間の外来医療費の順位でも一位になっています。一人当たり医療費は、全国と比較して高くなっています。	5	3
F	高血圧症は外来の医療費に占める割合が高く、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の特定健診結果における「血圧」、「血圧・脂質」の検査項目で有所見となる割合が、全国・県と比較して高くなっています。	6	4
G	後発医薬品の使用割合は、目標値80%を達成し、県と比較して高い割合で推移していますが、令和3年度3月に84.9%となって以降、伸び率が鈍化している傾向にあります。	7	5
H	重複・頻回受診の状況は、県と比較して高い傾向で推移していますが、削減対象者への保健指導はレセプト件数、外来日数ともに着実な削減につながっています。	8	6

3. データヘルス計画全体における目的

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計画策定時実績	⑨目標値 (太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度)					
			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)
A	特定健康診査受診率の向上	特定健康診査受診率	34.3%	40.0%	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%
B	特定保健指導実施率の向上	特定保健指導実施率	25.4%	40.0%	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%
C	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率の向上	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	38.8%	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	24.1%	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	1.3%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%
E	高血糖者の割合の減少	高血糖者の割合	10.7%	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
E	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	20.2%	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
F	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	56.2%	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
G	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)	86.3%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
H	重複頻回受診のレセプト件数かつ受診日数の削減	行動変容割合(事業実施後にレセプト件数や受診日数、費用額等が削減された割合)	12.5%	25.0%	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%

2. 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

⑬項目	⑭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
B・C・D	市医師会、市薬剤師会等の医療関係機関や庁内関係各課との連携をはじめ、外部委託や地域資源の活用を図りながら、被保険者の行動変容を促すよう、効果的かつ効率的な手法により事業を実施します。
E・F	福祉保健部局や後期高齢者医療広域連合との連携をはじめ、生活習慣病の発症や重症化を予防するため、レセプトや健診情報等を活用したデータ分析を踏まえた保健指導等を実施します。
A・G・H	保健事業を継続的かつ安定的に実施するため、交付金・補助金等の積極的な確保に努めるとともに、限られた財源を有効的に活用します。

4. 個別の保健事業

⑩事業番号	⑪事業名称	⑫重点・優先度
1	特定健康診査受診率向上事業	1
2	特定保健指導実施率向上事業	2
3	糖尿病性腎症重症化予防事業	3
4	高血圧症重症化予防事業	4
5	ジェネリック医薬品利用促進事業	5
6	頻回受診・重複受診等の適正化事業	6

解決すべき健康課題と保健事業の対応づけ

IV 個別の保健事業

事業番号 1

①事業名称	特定健康診査受診率向上事業
②事業の目的	生活習慣病の発症や重症化の予防のため、機会の充実や受診勧奨等の取組により、特定健康診査受診率の向上を図ります。
③対象者	4月1日時点で光市国保に加入し、当該年度に40歳～74歳になる者及び3月に75歳になる者
④現在までの事業結果	アウトカム指標の特定健康診査受診率の目標は達成しなかったものの、平成29年度から令和4年度までに、6.9ポイント改善することができました。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定	⑧目標値					
		時実績	(大枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度)					
		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	34.3%	40.0%	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%
アウトカム (成果) 指標	メタボリックシンドローム該当者 及び予備群の割合	29.3%	29.2%	29.1%	29.0%	28.9%	28.8%	28.7%
アウトプット (実施量・率) 指標	インセンティブ付与率	88.6%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	受診勧奨回数	3回	3回	3回	3回	3回	3回	3回

⑨目標を達成するための 主な戦略	AIを活用した受診勧奨を実施するとともに、勧奨が効果的と思われるターゲットを年齢層等で絞って通知を行う等、効果的かつ効果的に受診率向上の取組を実施します。
---------------------	---

⑩現在までの実施方法 (プロセス)	実施形態 個別健診、集団健診（単独、がん検診同時実施） 実施場所 個別医療機関、公共施設 実施期間 6月～翌年3月 周知勧奨 受診勧奨通知発送後、未受診者に対してAIを活用した受診勧奨 キャンペーンの展開（インセンティブ付与）、ホームページ及び広報等による情報提供
----------------------	---

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標	特定健診の受診率向上のため、これまでの実施方法に加え、以下の取組を実施します。 【新規】各地域の受診率等を分析し、実情に応じた集団健診の開催日数や地域の検討 【新規】データ分析を基に、勧奨効果が見込まれるターゲットに絞った勧奨の実施
-----------------------	--

⑫現在までの実施体制 (ストラクチャー)	庁内担当部署 受診券の交付、オンラインでの集団健診申込受付、集団健診の実施、広報や受診案内チラシ、ホームページによる周知、KDBによる受診率分析等 市医師会 個別健診の実施、特定健診の周知 外部委託 特定健診対象者の分析や受診勧奨の通知作成、集団健診の実施 関係各課 集団健診をがん検診と同時実施
-------------------------	---

⑬今後の実施体制 (ストラクチャー)の 改善案、目標	引き続き同様の体制で実施しながら、限られた財源を有効的に活用し、効果的かつ効果的な実施方法を調査検討します。
----------------------------------	--

⑭評価計画	年度ごとに評価を行い、計画策定時に設定した事業の効果や目標の達成状況を確認します。
-------	---

IV 個別の保健事業  
事業番号 2

①事業名称	特定保健指導実施率向上事業
②事業の目的	生活習慣病の発症や重症化の予防のため、機会の充実や利用勧奨の取組により、特定保健指導実施率の向上を図るとともに特定保健指導対象者の減少を図ります。
③対象者	特定健診の結果、特定保健指導対象者に該当した者
④現在までの事業結果	アウトプット指標の特定保健指導実施率の目標は達成しなかったものの、平成29年度から令和4年度までに、特定保健指導実施率を1.6ポイント改善しました。

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 (太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度)					
			2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)
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	38.8%	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
アウトカム (成果) 指標	特定保健指導対象者の減少率	24.1%	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	特定保健指導実施率	25.4%	40.0%	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	利用勧奨実施率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

⑨目標を達成するための 主な戦略	ICTを活用した特定保健指導やイベント型の特定保健指導など、行動変容を促すような実施方法や利用勧奨により、特定保健指導への参加を促します。
---------------------	---

⑩現在までの実施方法 (プロセス)	実施形態 個別、オンライン、イベント型(運動指導、栄養指導) 実施内容 プロセス重視型(180ポイント)、成果重視型(マイナス2.2) 実施期間 通年 周知勧奨 ナッジ理論 <sup>*</sup> に基づいた未利用者勧奨、電話・訪問勧奨、参加特典や終了時のインセンティブ付与
----------------------	---

⑪今後の実施方法(プロ セス)の改善案、目標	特定保健指導実施率の向上を図るとともに特定保健指導対象者の減少を図るため、これまでの実施方法に加え、以下の事業を実施します。 【新規】健診結果説明会の開催
---------------------------	--

⑫現在までの実施体制 (ストラクチャー)	庁内担当部署 特定保健指導の実施、対象者への利用案内、参加勧奨等 外部委託 特定保健指導の実施、参加勧奨
-------------------------	---

⑬今後の実施体制 (ストラクチャー)の 改善案、目標	引き続き同様の体制で実施しながら、限られた財源を有効的に活用し、効率的かつ効果的な実施方法を調査検討します。
----------------------------------	--

⑭評価計画	年度ごとに評価を行い、計画策定時に設定した事業の効果や目標の達成状況を確認します。
-------	---

IV 個別の保健事業  
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	腎不全や人工透析への移行を防止するため、重症化リスクの高い者への生活指導や医療機関の受診勧奨の取組により、糖尿病性腎症の重症化を予防します。
③対象者	受診勧奨：糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者及び受診中断者 保健指導：糖尿病性腎症等で通院中の重症化リスクの高い者
④現在までの事業結果	取組の結果、保健指導に参加した者のうち、人工透析に移行した人数は僅少（平成30年度・1人・令和元年度・0人、令和2年度・0人、令和3年度・0人、令和4年度・0人）でした。

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 (太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度)					
		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	高血糖者の割合	10.7%	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
アウトカム (成果) 指標	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	20.2%	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
アウトカム (成果) 指標	HbA1c 8.0%以上の者の割合	1.3%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%
アウトプット (実施量・率) 指標	受診勧奨後の医療機関受診率	0.0%	10.0%	20.0%	30.0%	40.0%	50.0%	60.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	保健指導参加勧奨率（保健指導実施候補者への参加勧奨割合）	5.9%	10.0%	14.0%	18.0%	22.0%	26.0%	30.0%

⑨目標を達成するための 主な戦略	県や市医師会と連携しながら、保健指導や医療機関未受診者に対する受診勧奨の実施など、効率的かつ効果的な利用案内を行います。
---------------------	--

⑩現在までの実施方法 (プロセス)	実施内容 委託事業者による保健指導、医療機関への受診勧奨 実施期間 9月～翌年3月 周知勧奨 委託事業者による電話勧奨、未受診者及び受診中断者へ受診勧奨、保健師による電話勧奨
----------------------	---

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標	糖尿病性腎症の重症化予防を図るため、これまでの実施方法を継続します。 【継続】委託事業者との効果検証を踏まえた質の向上 参加勧奨をしたが不参加の人で医療機関を受診していない者に対する積極的な医療機関への受診勧奨
-----------------------	---

⑫現在までの実施体制 (ストラクチャー)	庁内担当部署 レセプト及び過去の健診結果から対象者を選定、保健師による医療機関へ受診勧奨等 かかりつけ医 保健指導候補者の推薦及び生活指導指示書等の作成 外部委託 保健指導対象者及び受診勧奨対象者の分析と保健指導の実施、受診勧奨通知の作成
-------------------------	---

⑬今後の実施体制 (ストラクチャー)の 改善案、目標	引き続き同様の体制で実施しながら、限られた財源を有効的に活用し、効率的かつ効果的な実施方法を調査検討します。
----------------------------------	--

⑭評価計画	年度ごとに評価を行い、計画策定時に設定した事業の効果や目標の達成状況を確認します。
-------	---

IV 個別の保健事業  
事業番号 4

①事業名称	高血圧症重症化予防事業
②事業の目的	高血圧症の重症化や合併症の予防のため、レセプトや健診情報等の活用による保健指導や受診勧奨の取組により、医療機関の受診や治療に結びつけます。
③対象者	特定健診受診者のうち、高血圧症の重症化リスクの高い者
④現在までの事業結果	アウトプット指標である受診勧奨後の医療機関受診率の目標値88%を達成できず、令和4年度実績は21.2%でした。

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 (太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度)					
		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	血圧が保健指導判定値以上の者の割合	56.2%	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	受診勧奨後の医療機関受診率	21.2%	23.0%	24.0%	25.0%	26.0%	27.0%	28.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	受診勧奨実施率(未受診者・受診中断者への受診勧奨割合)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

⑨目標を達成するための 主な戦略	レセプトや特定健診情報等を活用したデータ分析を踏まえた保健指導や受診勧奨、ホームページ・リーフレット等を通じて周知・啓発を図ります。
---------------------	--

⑩現在までの実施方法 (プロセス)	実施内容 特定健診結果から対象者を抽出し、医療機関の受診を勧奨 実施期間 通年 評価 指導から6か月後の受診状況の確認 周知勧奨 保健師による電話勧奨
----------------------	--

⑪今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標	高血圧症の重症化や合併症の予防のため、これまでの実施方法を継続します。 【継続】次年度特定健康診査受診結果や医療機関への受診状況等を確認し、適切な支援の実施
-----------------------	---

⑫現在までの実施体制 (ストラクチャー)	庁内担当部署 過去の健診結果から対象者を選定、受診勧奨通知の作成と発送、保健指導等
-------------------------	---

⑬今後の実施体制 (ストラクチャー)の 改善案、目標	引き続き同様の体制で実施しながら、限られた財源を有効的に活用し、効率的かつ効果的な実施方法を調査検討します。
----------------------------------	--

⑭評価計画	年度ごとに評価を行い、計画策定時に設定した事業の効果や目標の達成状況を確認します。
-------	---

IV 個別の保健事業  
事業番号 5

①事業名称	ジェネリック医薬品利用促進事業
②事業の目的	医療費の適正化を推進するため、差額通知の発送や普及啓発等の取組により、ジェネリック医薬品の利用率の向上を図ります。
③対象者	国保被保険者
④現在までの事業結果	令和2年度以降、アウトカム指標である後発医薬品の使用割合の目標値80%を達成し、令和4年度実績は86.3%まで増加しました。

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 (太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度)					
			2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)
アウトカム (成果) 指標	後発医薬品の使用割合 (数量ベース)	86.3%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	差額通知送付率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

⑨目標を達成するための 主な戦略	交付金・補助金等の積極的な確保に努めながら、自己負担額の減少が見込まれる被保険者への切替勧奨やホームページ等による周知・啓発を図ります。
---------------------	--

⑩現在までの実施方法 (プロセス)	実施内容 切り替えにより自己負担額に一定額以上の差額が生じる人へジェネリック医薬品差額通知の発送、ジェネリック医薬品希望シールの配布及びホームページ等による周知・啓発 実施時期 年2回
----------------------	---

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標	利用率の向上を図るため、これまでの実施方法を継続します。 【継続】さらなる普及啓発に向けた効果的な周知・啓発方法の検討
-----------------------	--

⑫現在までの実施体制 (ストラクチャー)	庁内担当部署 差額通知対象者の選定と発送等 国保連 差額通知書の作成、ジェネリック医薬品希望シールの作成
-------------------------	---

⑬今後の実施体制 (ストラクチャー)の 改善案、目標	引き続き同様の体制で実施しながら、限られた財源を有効的に活用し、効率的かつ効果的な実施方法を調査検討します。
----------------------------------	--

⑭評価計画	年度ごとに評価を行い、計画策定時に設定した事業の効果や目標の達成状況を確認します。
-------	---

IV 個別の保健事業  
事業番号 6

①事業名称	頻回受診・重複受診等の適正化事業
②事業の目的	医療費の適正化や健康被害の防止のため、頻回受診者や重複受診者、柔道整復多受診者への通知や保健指導の取組により、受診・服薬の適正化を図ります。
③対象者	頻回受診・重複受診・柔道整復多受診等に該当する者
④現在までの事業結果	頻回受診・重複受診者への訪問事業のアウトカム指標である訪問実施人数に対するレセプト件数かつ受診日数が削減された人の割合の目標値の69%を達成できず、令和4年度実績は12.5%でした。

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 (太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度)					
		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	行動変容割合(事業実施後にレセプト件数や受診日数、費用額等が削減された割合)	12.5%	25.0%	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	保健指導実施率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

⑨目標を達成するための 主な戦略	レセプトや健診情報等を活用したデータ分析を踏まえ、文書による案内や保健指導を着実に実施します。
---------------------	---

⑩現在までの実施方法 (プロセス)	実施内容 レセプトや健診情報等を活用したデータ分析により抽出した対象者への健康相談案内や保健指導 実施場所 公共施設、対象者自宅 実施期間 8月～11月 評価 指導から6か月後の状況の確認
----------------------	---

⑪今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標	受診・服薬の適正化を図るため、これまでの実施方法を継続します。 【継続】対象者の特性に応じた保健指導を行い、指導後も状況等を確認しながら、適切な支援や案内の実施
-----------------------	---

⑫現在までの実施体制 (ストラクチャー)	庁内担当部署 国保総合システム等から対象者を選定、保健指導や健康相談等の実施等
-------------------------	---

⑬今後の実施体制 (ストラクチャー)の 改善案、目標	引き続き同様の体制で実施しながら、限られた財源を有効的に活用し、効率的かつ効果的な実施方法を調査検討します。
----------------------------------	--

⑭評価計画	年度ごとに評価を行い、計画策定時に設定した事業の効果や目標の達成状況を確認します。
-------	---



V 第4期特定健康診査等実施計画

①計画の目標	【特定健康診査・特定保健指導の実施率の目標値】								
		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 (%)	34.3	40.0	44.0	48.0	52.0	56.0	60.0	
	特定保健指導実施率 (%)	25.4	40.0	44.0	48.0	52.0	56.0	60.0	
②対象者の見込	【特定健診対象者数及び受診者数の各年度見込数】								
		実績	見込者数						
		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)	
		特定健診対象者数 (人)	7,211	6,584	6,291	6,011	5,744	5,488	5,244
		特定健診受診者数 (人)	2,470	2,634	2,769	2,886	2,987	3,074	3,147
		【特定保健指導対象者数及び実施者数の各年度見込数】							
		実績	見込者数						
		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)	
	特定保健指導対象者数 (人)	240	271	285	297	308	317	324	
	特定保健指導実施者数 (人)	61	109	126	143	161	178	195	
③特定健診	【概要】								
		集団健診			個別健診				
	対象者	4月1日時点で光市国保に加入し、当該年度に40歳～74歳になる人及び3月に75歳になる人を対象にします。ただし、妊産婦、刑務所入所中、海外在住、長期入院等、厚生労働省令で定める除外規定に該当する人は除きます。							
	実施期間	6月1日～3月31日							
	実施場所	市内公共施設			市内医療機関				
	実施体制	外部委託により実施します。委託先は、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。							
	外部委託	委託事業者			市医師会				
	周知方法	特定健診受診券送付時における案内文書の同封、広報・ホームページ等で周知を図ります。また、医療機関、調剤薬局、公共施設等にポスター等を掲示し、広く市民に周知を図ります。							
		【実施項目】							
		実施項目は市医師会と協議の上、「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、以下のとおり、特定健診受診者全員に「基本的な健診項目」等を実施します。							
		項目							
基本的な健診項目	診察（既往歴（服薬歴、喫煙歴を含む）、自覚症状）								
	身体計測（身長、体重、腹囲、BMI <sup>※</sup> ）								
	血圧								
	血中脂質検査（空腹時中性脂肪（やむを得ない場合には随時中性脂肪）、HDLコレステロール <sup>※</sup> 、LDLコレステロール（Non-HDLコレステロール <sup>※</sup> ）								
	肝機能検査（AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GT(γ-GTP))								
	血糖検査（HbA1c、空腹時血糖、やむを得ない場合には随時血糖）								
	尿検査（尿糖、尿蛋白）								
詳細な健診項目	貧血検査（医師の判断）								
	心電図検査（医師の判断）								
	眼底検査（医師の判断）								
	血清クレアチニン <sup>※</sup> 検査（医師の判断）								
光市独自健診項目	血清アルブミン <sup>※</sup> 検査								
	血清クレアチニン検査								
	貧血検査								
	心電図検査								
	※血清アルブミン検査及び血清クレアチニン検査は全員実施								
	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）								

③特定健診	<p>【健診結果通知及び情報提供】 健診結果は、実施医療機関が郵送又は手渡しします。その際、受診者が自らの健康状態を自覚し、健康な生活習慣を心掛けることができるよう、健診結果の見方、生活習慣病に関する基本的知識、生活習慣の改善方法等の情報を提供します。</p> <p>【事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法】 労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）に基づく事業者健診等を受診した人のデータについては、本人同意の下、収集します。</p>																																											
④特定保健指導	<p>【実施場所】 市内公共施設等で、希望者に対して面談（ICTを活用した内容を含む）等を実施します。</p> <p>【実施体制】 特定保健指導のうち、運動指導及びICTを活用した保健指導については外部委託します。委託先の選定は、利用者の利便性を考慮するとともに、特定保健指導の質を確保するため、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」）を満たす事業者を選定します。</p> <p>【実施時期】 年間を通じて、特定保健指導の初回面接から実績評価（初回面接から3か月以上経過後）を行うまでの期間に実施します。</p> <p>【周知・利用勧奨】 市広報、市ホームページ、国保のしおり等に掲載し、制度の周知を図ります。 利用案内送付後、一定の期間が経過した時点で利用の申込がない人に対して利用勧奨を行います。</p> <p>【実施内容】 特定保健指導は、「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」に記載されている内容に基づいて実施します。</p> <table border="1" data-bbox="352 801 1409 1043"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th colspan="2">指導方法</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">動機付け支援</td> <td>I 初回面接</td> <td>①個別面接 1回20分以上（ICTを活用した支援を含む） ②グループ面接（概ね8名以下）概ね80分以上（ICTを活用した支援を含む）</td> </tr> <tr> <td>II 実績評価</td> <td>面接又は通信（電話、電子メール、手紙等）により実施 初回面接から3か月以上経過後に実施</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">積極的支援</td> <td>I 初回面接</td> <td>個別面接 1回20分以上（ICTを活用した支援を含む）</td> </tr> <tr> <td>II 3か月以上の継続的な支援</td> <td>個別面接、電話、電子メール等のいずれか又は組み合わせて実施</td> </tr> <tr> <td>III 実績評価</td> <td>面接又は通信（電話、電子メール、手紙等）により実施</td> </tr> </tbody> </table> <p>【対象者及び階層化の基準】 特定健診の結果により、実施基準に基づいて、特定保健指導対象者の選定と階層化を行い、受診者のリスクレベルに応じた支援を行います。 なお、糖尿病、高血圧症又は脂質異常症等の治療に係る薬剤を服用している人は、動機付け支援及び積極的支援の対象から除外します。</p> <p>特定保健指導の対象者（階層化）</p> <table border="1" data-bbox="352 1249 1409 1478"> <thead> <tr> <th rowspan="2">腹囲/BMI</th> <th>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 ②脂質 ③血圧</th> <th>40～64歳</th> <th>65～74歳</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≧85cm（男性）</td> <td>2つ以上該当</td> <td>あり</td> <td>積極的支援</td> <td rowspan="2">動機付け支援</td> </tr> <tr> <td>≧90cm（女性）</td> <td>1つ該当</td> <td>なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">上記以外で BMI≧25kg/m<sup>2</sup></td> <td>3つ該当</td> <td>あり</td> <td>積極的支援</td> <td rowspan="3">動機付け支援</td> </tr> <tr> <td>2つ該当</td> <td>なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1つ該当</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>※追加リスクの判定基準は以下のとおりです。 ①血糖：空腹時血糖100mg/dl以上又はHbA1cが5.6%以上（空腹時血糖の判定値を優先） ②脂質：空腹時中性脂肪150mg/dl以上（やむを得ない場合は随時中性脂肪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130mgHg以上又は拡張期血圧<sup>※</sup>85mmHg以上</p> <p>※喫煙の斜線欄は、階層化の判定に喫煙の有無が関係ありません。 ※質問票において「以前は吸っていたが最近1か月は吸っていない」場合、「喫煙なし」として扱います。</p> <p style="text-align: right;">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】</p> <p>【特定保健指導の対象者の抽出（優先順位）方法】 保健指導を実施するに当たっては、受診結果や予防効果等を踏まえ、特に支援が必要な層及び効果が期待できる層を重点的に実施します。</p>	区分	指導方法		動機付け支援	I 初回面接	①個別面接 1回20分以上（ICTを活用した支援を含む） ②グループ面接（概ね8名以下）概ね80分以上（ICTを活用した支援を含む）	II 実績評価	面接又は通信（電話、電子メール、手紙等）により実施 初回面接から3か月以上経過後に実施	積極的支援	I 初回面接	個別面接 1回20分以上（ICTを活用した支援を含む）	II 3か月以上の継続的な支援	個別面接、電話、電子メール等のいずれか又は組み合わせて実施	III 実績評価	面接又は通信（電話、電子メール、手紙等）により実施	腹囲/BMI	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	≧85cm（男性）	2つ以上該当	あり	積極的支援	動機付け支援	≧90cm（女性）	1つ該当	なし		上記以外で BMI≧25kg/m <sup>2</sup>	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		
区分	指導方法																																											
動機付け支援	I 初回面接	①個別面接 1回20分以上（ICTを活用した支援を含む） ②グループ面接（概ね8名以下）概ね80分以上（ICTを活用した支援を含む）																																										
	II 実績評価	面接又は通信（電話、電子メール、手紙等）により実施 初回面接から3か月以上経過後に実施																																										
積極的支援	I 初回面接	個別面接 1回20分以上（ICTを活用した支援を含む）																																										
	II 3か月以上の継続的な支援	個別面接、電話、電子メール等のいずれか又は組み合わせて実施																																										
	III 実績評価	面接又は通信（電話、電子メール、手紙等）により実施																																										
腹囲/BMI	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																																								
≧85cm（男性）	2つ以上該当	あり	積極的支援	動機付け支援																																								
≧90cm（女性）	1つ該当	なし																																										
上記以外で BMI≧25kg/m <sup>2</sup>	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																																											

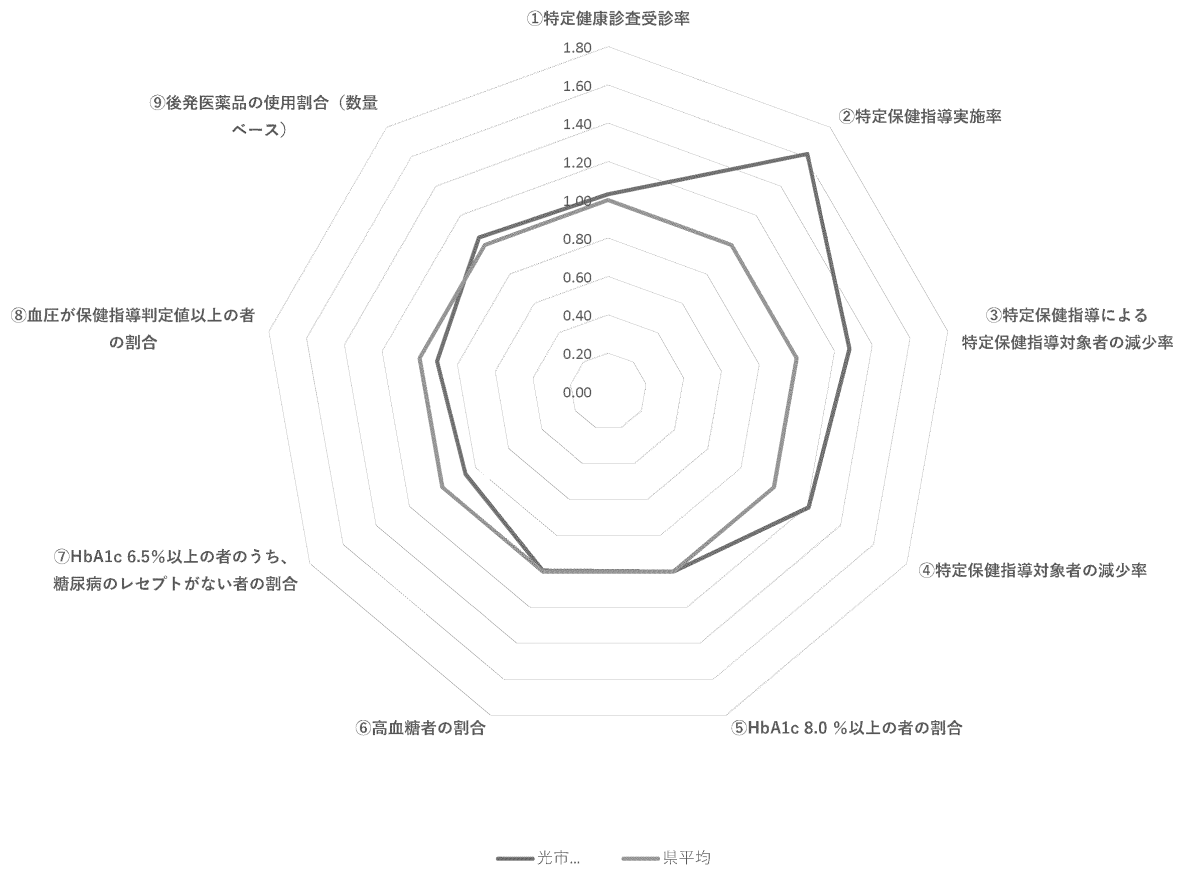
⑤スケジュール	【特定健診及び特定保健指導の主な事務スケジュール】	
	特定健診	特定保健指導
4月	・ 特定健診実施医療機関等との契約 ・ 健診対象者の抽出	・ 前年度対象者の指導・委託事業者との契約
5月	・ 受診券発送	
6月	・ 個別健診開始 ・ 未受診者への受診勧奨通知発送	
7月	・ 集団健診実施	
8月	・ 特定健診受診データ授受 (健診機関→国保連→市)	・ 対象者抽出、利用勧奨(随時) ・ 特定保健指導開始
9月	・ 未受診者への受診勧奨通知発送	
10月	・ 集団健診実施	
11月	・ 前年度実施率等の確定 ・ 集団健診実施	
12月		
1月		
2月	・ 未受診者への受診勧奨通知発送	
3月	・ 特定健診終了	

VI その他

<p>①評価・見直し</p>	<p>年度ごとの進捗確認に加え、令和8年度には中間評価を行うこととし、必要に応じて計画を見直します。 また、計画の最終年度である令和11年度には、次期計画の策定を円滑に行うため、上半期に仮評価を行います。</p>
<p>②公表・周知</p>	<p>本計画は、ホームページに掲載して公表し、広く市民に周知を図ります。</p>
<p>③個人情報の取扱い</p>	<p>保健事業の実施に当たっては、個人情報の保護に関する法律、ガイドライン及び本市関係条例等に基づき、保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう管理体制を整備します。 特定健診、特定保健指導その他保健事業を委託して行う場合は、受託した事業者についても、同様の取扱いとし、個人情報の管理（書類の紛失・盗難等）に十分留意するとともに、業務によって知り得た個人情報の守秘義務を徹底し、業務終了後も同様とします。</p>
<p>④地域包括ケアに係る取組</p>	<p>要介護状態への移行やフレイル<sup>※</sup>を予防するため、必要に応じて、地域包括ケアの構築に向けた医療・介護・保健・福祉・住居・生活支援など部局横断的な議論の場への参画や高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組との連携を図るとともに、KDB等を活用した前期高齢者等のハイリスク群・予備群等のデータ提供・分析支援を実施します。</p>
<p>⑤その他留意事項</p>	<p>保健事業の実施に当たっては、新型コロナウイルス感染症に係る各種事務連絡等に基づき、適切な感染症対策を行います。</p>

VII 分析

光市の各指標値の実績と県平均との比較の見える化

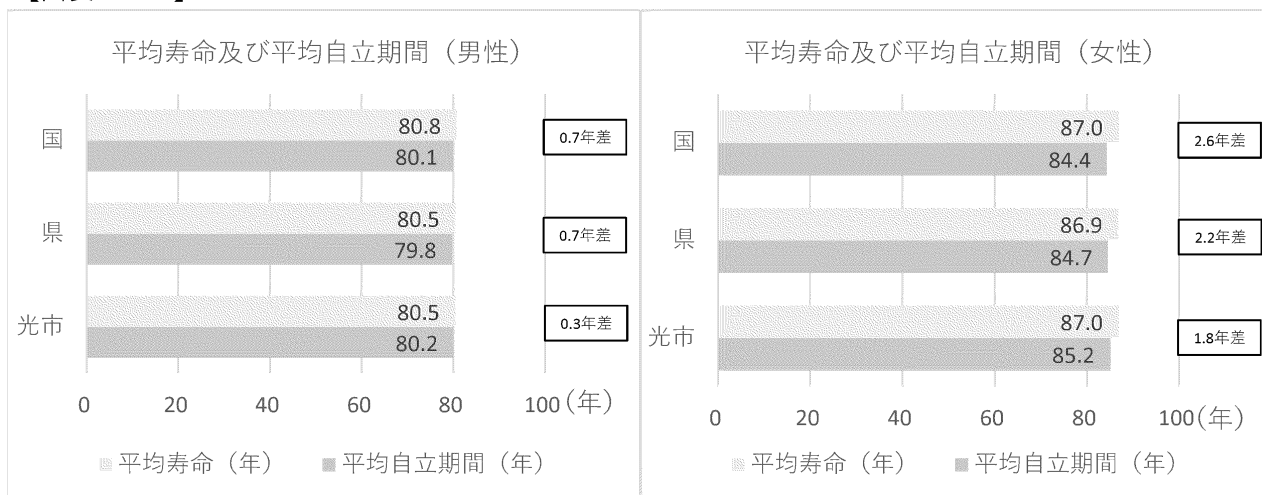


(単位：%)

	レーダーチャートの数値		実績値	
	光市 a/b or(100-a)/(100-b)	県平均	光市(a)	県平均(b)
①特定健康診査受診率	1.03	1.00	34.3%	33.2%
②特定保健指導実施率	1.62	1.00	25.4%	15.7%
③特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	1.28	1.00	38.8%	30.2%
④特定保健指導対象者の減少率	1.21	1.00	24.1%	19.9%
⑤HbA1c 8.0 %以上の者の割合	1.00	1.00	1.3%	1.3%
⑥高血糖者の割合	1.00	1.00	10.7%	10.3%
⑦HbA1c 6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	0.86	1.00	20.2%	7.3%
⑧血圧が保健指導判定値以上の者の割合	0.91	1.00	56.2%	51.7%
⑨後発医薬品の使用割合（数量ベース）	1.05	1.00	86.3%	82.5%

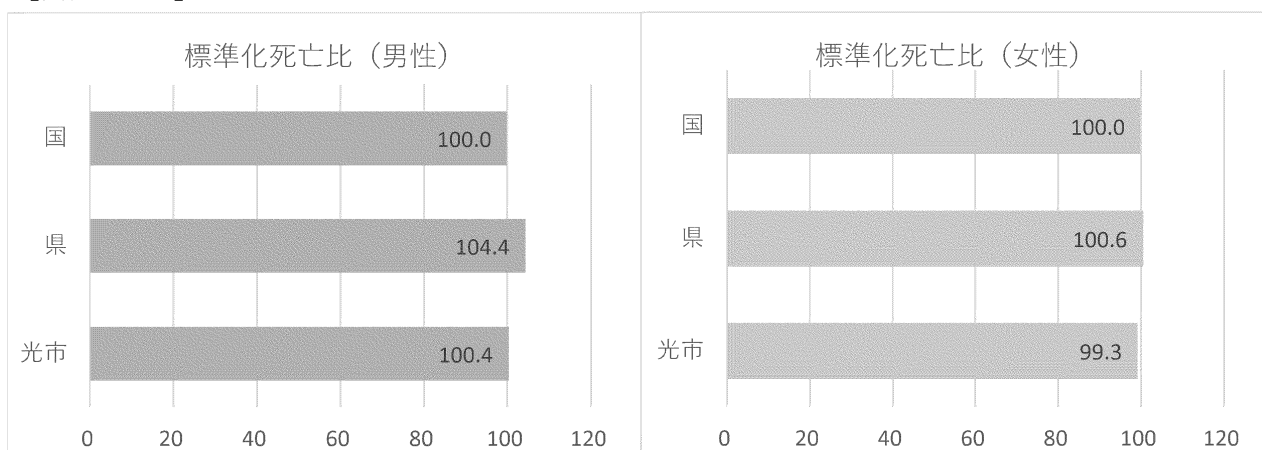
図表2 平均寿命・標準化死亡比等

【図表2-1】



出典：KDB\_S21\_001\_地域の全体像の把握【令和4年度】

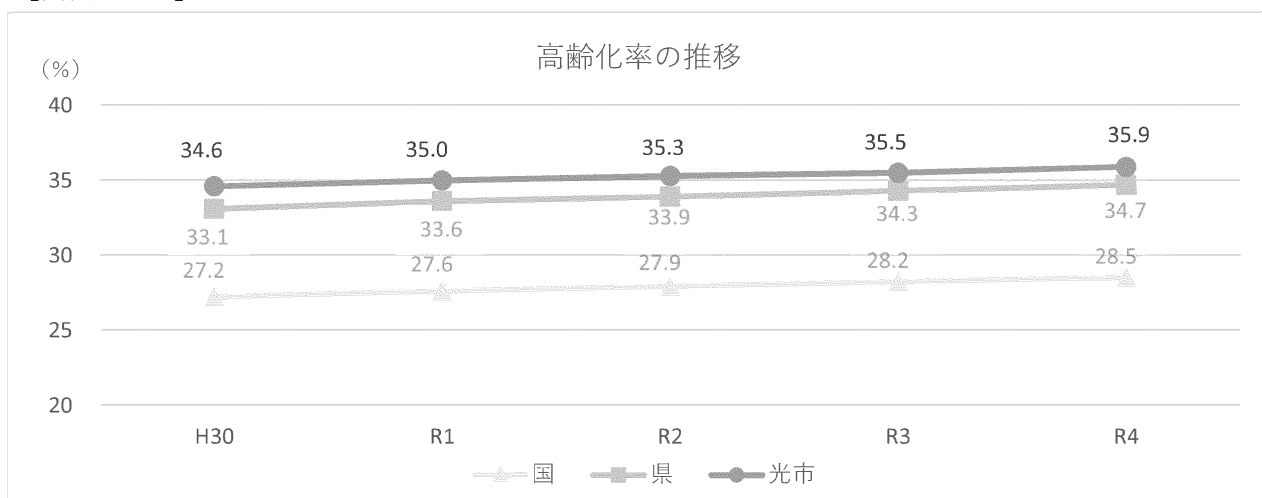
【図表2-2】



\*標準化死亡比とは、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死亡数（期待値）と実際に観察された死亡数と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。

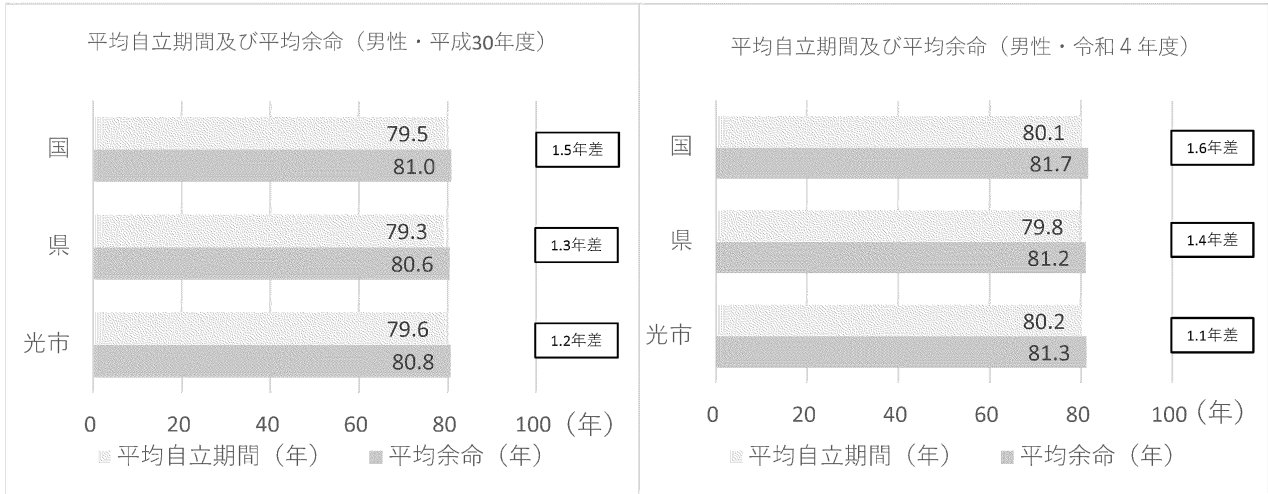
出典：KDB\_S21\_001\_地域の全体像の把握【令和4年度】

【図表2-3】



出典：政府統計e-Stat, 区別年齢階級別人口 各年度1月1日住民基本台帳年齢階級別人口

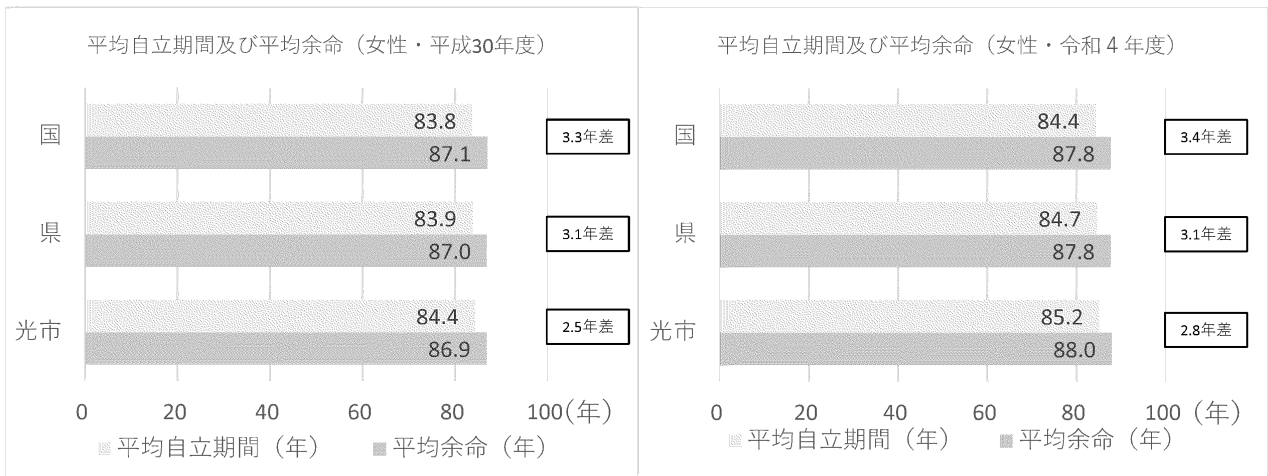
【図表 2 - 4】



出典：KDB\_S21\_001\_地域の全体像の把握【平成30年度・令和4年度】

\* 平均自立期間とは、平均余命から要介護2～5の期間を除いたものです。

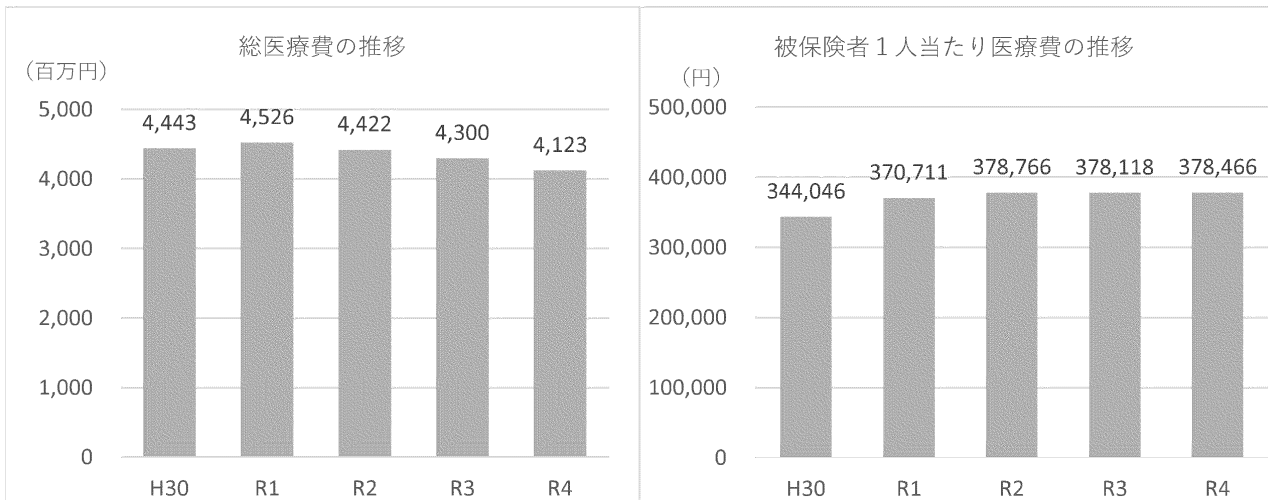
\* 平均余命とは、ある年齢の人々が何年生きられるかという期待値です。



出典：KDB\_S21\_001\_地域の全体像の把握【平成30年度・令和4年度】

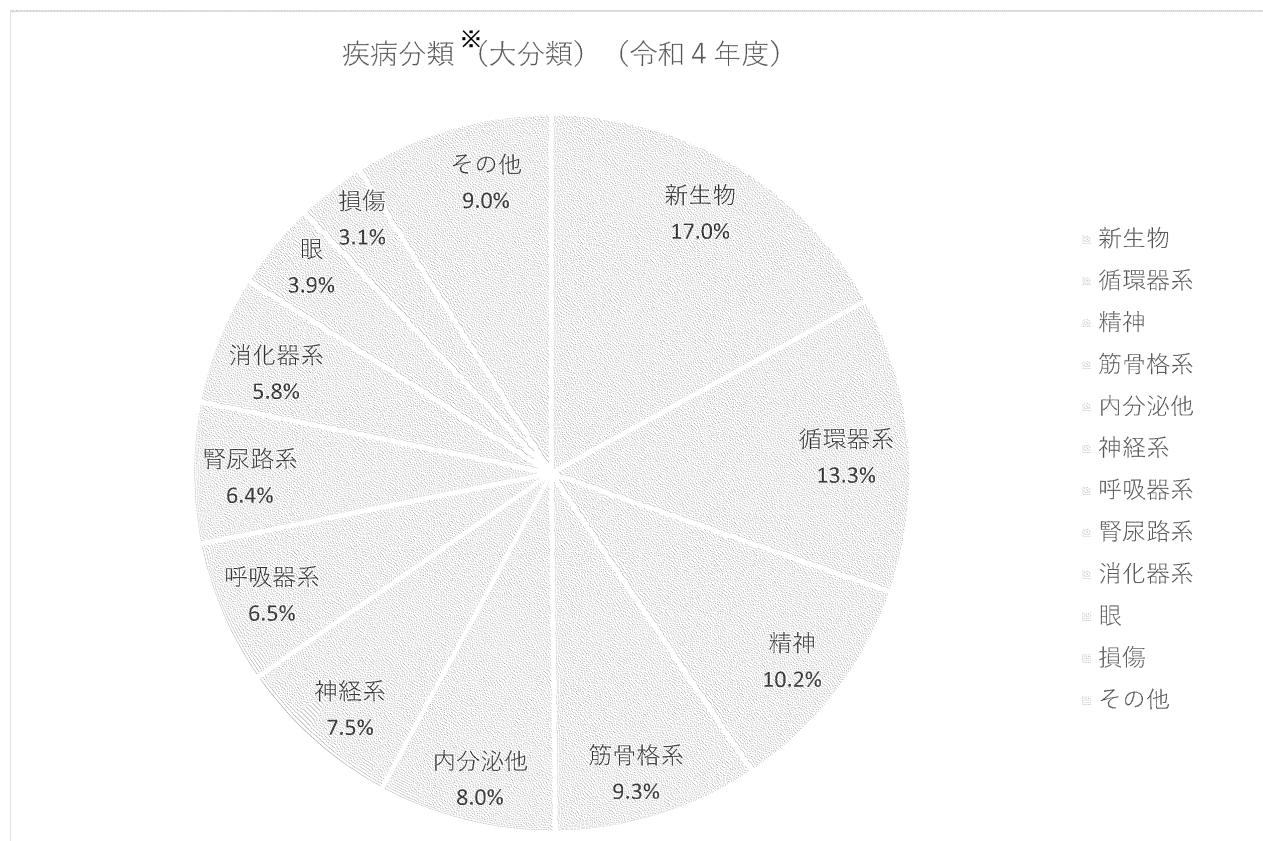
図表 3 医療費の分析

【図表 3 - 1】



出典：KDB\_S29\_002\_健康スコアリング（医療）【平成30年度～令和4年度】

【図表 3 - 2】



出典：KDB\_S23\_003\_疾病別医療費分析（大分類）【令和4年度】

【図表 3 - 3】

疾病分類（中分類）医療費の推移

単位：万円

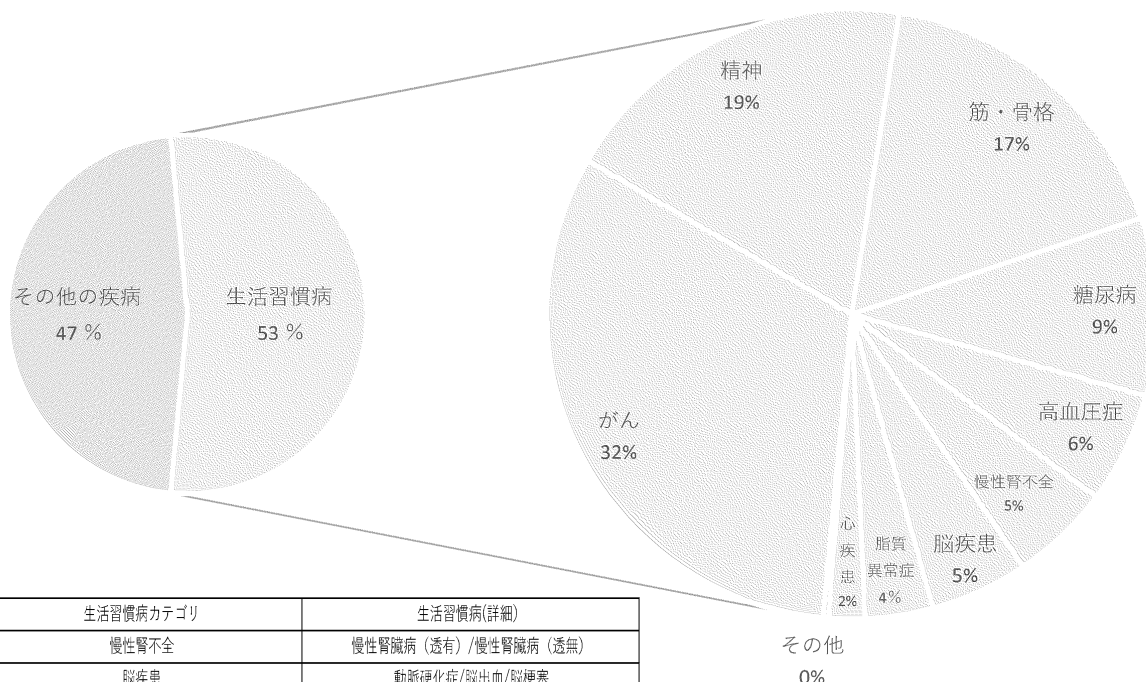
疾病分類（中分類）	H30		R1		R2		R3		R4		H30からの増減
	医療費	順位	医療費	順位	医療費	順位	医療費	順位	医療費	順位	
1 その他の悪性新生物<腫瘍>	23,103	2	26,442	1	29,906	1	29,378	1	25,999	1	2,896
2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	21,675	3	21,770	3	20,841	3	19,526	4	19,599	2	△ 2,076
3 糖尿病	21,123	4	21,517	4	20,731	4	20,674	3	19,526	3	△ 1,597
4 その他の心疾患	14,670	7	20,991	5	17,878	6	18,131	6	17,283	4	2,613
5 その他の神経系の疾患	16,132	6	19,002	6	20,547	5	18,524	5	16,655	5	523
6 腎不全	25,170	1	22,209	2	22,635	2	21,308	2	16,240	6	△ 8,930
7 その他の消化器系の疾患	13,411	8	12,643	8	11,479	10	13,938	7	12,495	7	△ 916
8 高血圧性疾患	18,031	5	16,195	7	14,758	7	13,816	8	12,090	8	△ 5,941
9 気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	11,931	10	10,983	11	11,819	8	11,727	9	9,599	9	△ 2,332
10 その他の呼吸器系の疾患	10,375	12	10,038	13	10,815	13	8,050	16	9,545	10	△ 829
11 その他の眼及び付属器の疾患	11,327	11	11,954	9	11,757	9	11,023	10	9,415	11	△ 1,912
12 骨折	8,239	16	10,286	12	8,476	15	6,469	19	8,277	12	38
13 関節症	7,607	17	5,169	26	4,757	25	4,961	23	8,239	13	632
14 炎症性多発性関節障害	9,203	15	8,000	16	8,283	16	8,701	13	8,233	14	△ 970
15 その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	6,605	19	7,329	18	8,055	17	7,867	17	8,031	15	1,426
16 気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	12,815	9	11,937	10	11,416	11	9,874	11	7,946	16	△ 4,869
17 乳房の悪性新生物<腫瘍>	5,618	22	6,599	19	7,771	18	8,463	15	7,639	17	2,020
18 脂質異常症	9,947	13	9,872	14	8,741	14	8,683	14	7,334	18	△ 2,613
19 脳梗塞	9,834	14	9,377	15	11,397	12	9,496	12	7,053	19	△ 2,781
20 症状、徴候及び異常臨床所見・異常、検査所見で他に分類されないもの	6,904	18	7,788	17	6,676	19	7,615	18	6,462	20	△ 442

出典：KDB\_S23\_004\_疾病別医療費分析（中分類）【平成30年度～令和4年度】



【図表 3 - 4】

生活習慣関連疾病別医療費割合



生活習慣病カテゴリ	生活習慣病(詳細)
慢性腎不全	慢性腎臓病(透有)/慢性腎臓病(透無)
脳疾患	動脈硬化症/脳出血/脳梗塞
心疾患	狭心症/心筋梗塞
その他	高尿酸血症/脂肪肝

出典：KDB\_S21\_003\_健診・医療・介護データから見る地域の健康課題【令和4年度】

【図表 3 - 5 - ①】

生活習慣関連疾患（糖尿病、高血圧症、脂質異常症）の医療費の推移

最大医療資源傷病	年度	医療費(円・%)						千件当たりレセプト件数(件)		1人当たり医療費(円)		患者数(人・%)			
		合計		入院		外来		入院	外来	入院	外来	合計		新規	
		医療費	構成割合	医療費	構成割合	医療費	構成割合					人数	割合	人数	割合
糖尿病	H30	207,870,160	9.3	9,781,160	1.0	198,089,000	15.7	3	702	887	17,967	1,363	12.4	78	0.7
	R1	212,728,240	9.5	14,000,290	1.4	198,727,950	15.6	3	716	1,329	18,869	1,324	12.6	91	0.9
	R2	204,932,800	9.2	15,552,370	1.5	189,380,430	15.5	4	719	1,520	18,512	1,357	13.3	76	0.7
	R3	203,380,500	9.4	9,388,460	1.0	193,992,040	15.3	3	733	961	19,856	1,264	12.9	70	0.7
	R4	192,224,040	9.4	12,651,650	1.4	179,572,390	15.8	3	723	1,363	19,353	1,178	12.7	59	0.6
高血圧症	H30	180,310,640	8.0	10,104,050	1.0	170,206,590	13.5	4	1,301	916	15,438	2,863	26.0	97	0.9
	R1	161,951,470	7.2	6,501,220	0.7	155,450,250	12.2	2	1,241	617	14,760	2,749	26.1	76	0.7
	R2	147,583,770	6.6	2,145,560	0.2	145,438,210	11.9	1	1,204	210	14,217	2,760	27.0	83	0.8
	R3	138,162,900	6.4	4,871,580	0.5	133,291,320	10.5	2	1,167	499	13,643	2,550	26.1	74	0.8
	R4	120,899,690	5.9	1,224,500	0.1	119,675,190	10.6	1	1,125	132	12,897	2,358	25.4	72	0.8
脂質異常症	H30	99,467,550	4.4	487,140	0.0	98,980,410	7.8	0	687	44	8,978	2,254	20.4	63	0.6
	R1	98,724,920	4.4	2,710,160	0.3	96,014,760	7.5	1	699	257	9,116	2,231	21.2	64	0.6
	R2	87,406,450	3.9	536,390	0.1	86,870,060	7.1	0	684	52	8,492	2,292	22.4	73	0.7
	R3	86,829,250	4.0	0	0.0	86,829,250	6.8	0	738	0	8,887	2,138	21.9	57	0.6
	R4	73,337,180	3.6	0	0.0	73,337,180	6.5	0	662	0	7,904	1,985	21.4	50	0.5

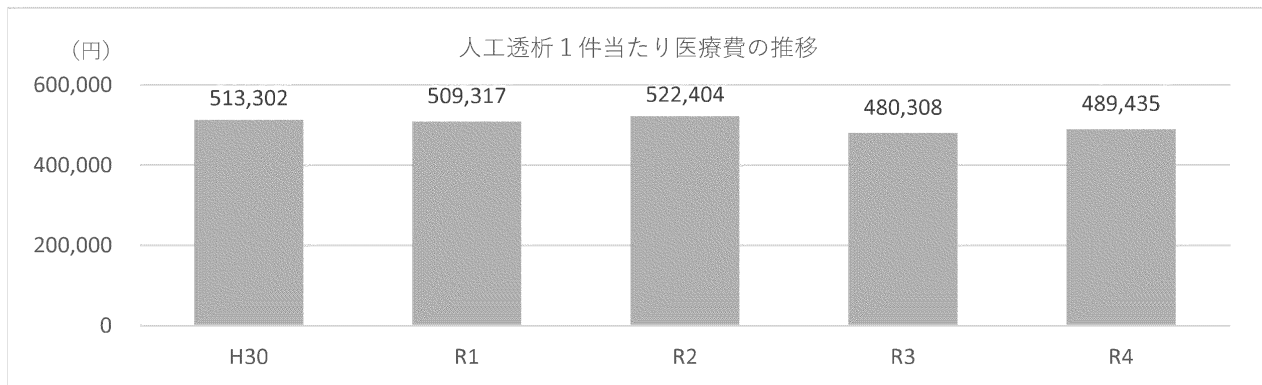
出典：KDB\_S23\_001\_医療費分析(1)細小分類【平成30年度～令和4年度】

【図表 3 - 5 - ②】



出典： KDB\_S23\_001\_医療費分析(1)細小分類【平成30年度～令和4年度】

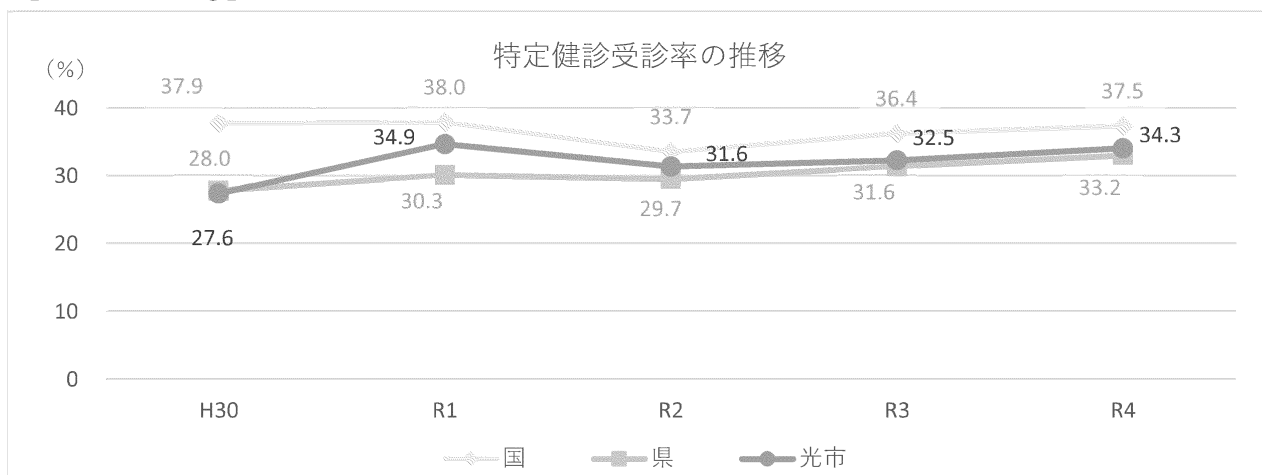
【図表 3 - 6】



出典： KDB\_S23\_001\_医療費分析(1)細小分類【平成30年度～令和4年度】

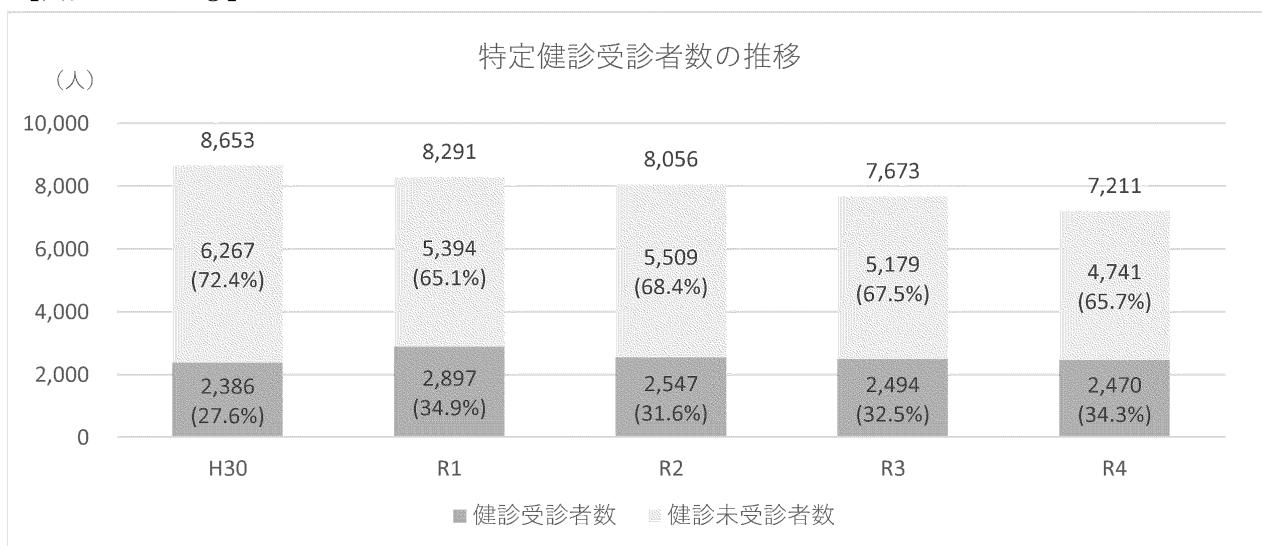
図表4 特定健康診査・特定保健指導等の健診データの分析

【図表4-1-①】



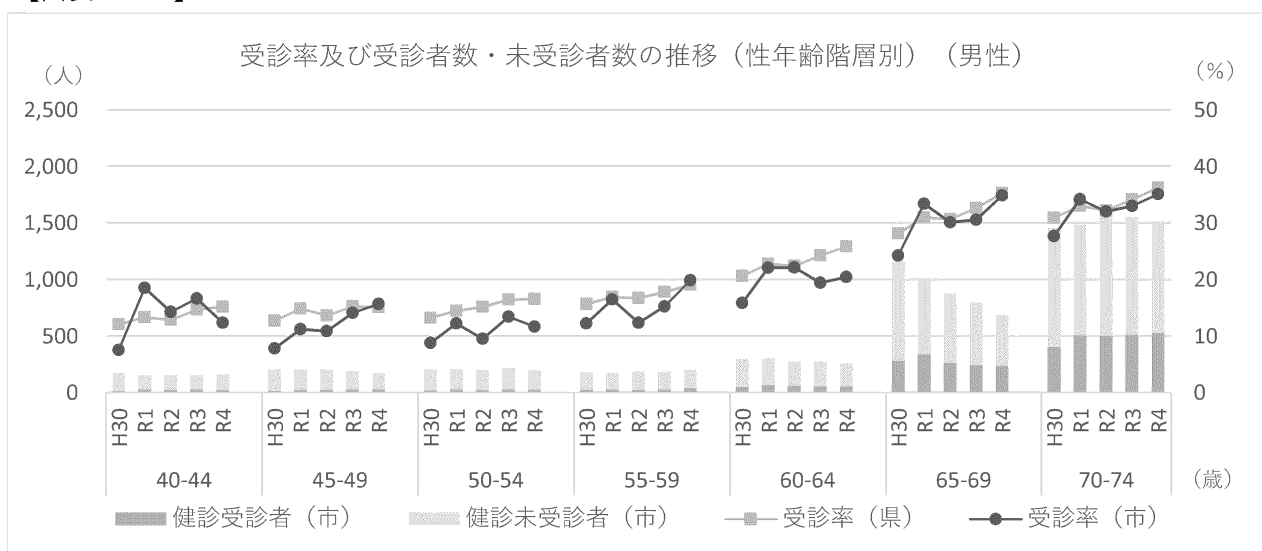
出典：厚生労働省（特定健康診査・特定保健指導の実施状況）（2018年度～2021年度）、特定健診・特定保健指導実施結果集計表（県集計）【平成30年度～令和4年度】

【図表4-1-②】

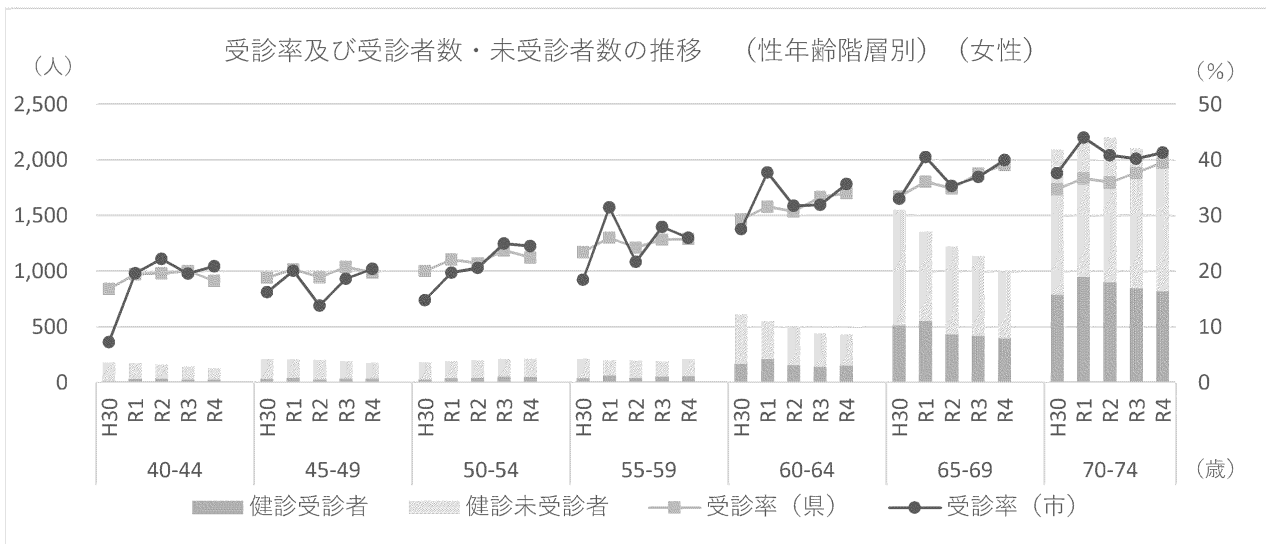


出典：厚生労働省（特定健康診査・特定保健指導の実施状況）（2018年度～2021年度）、特定健診・特定保健指導実施結果集計表（県集計）【平成30年度～令和4年度】

【図表4-2】

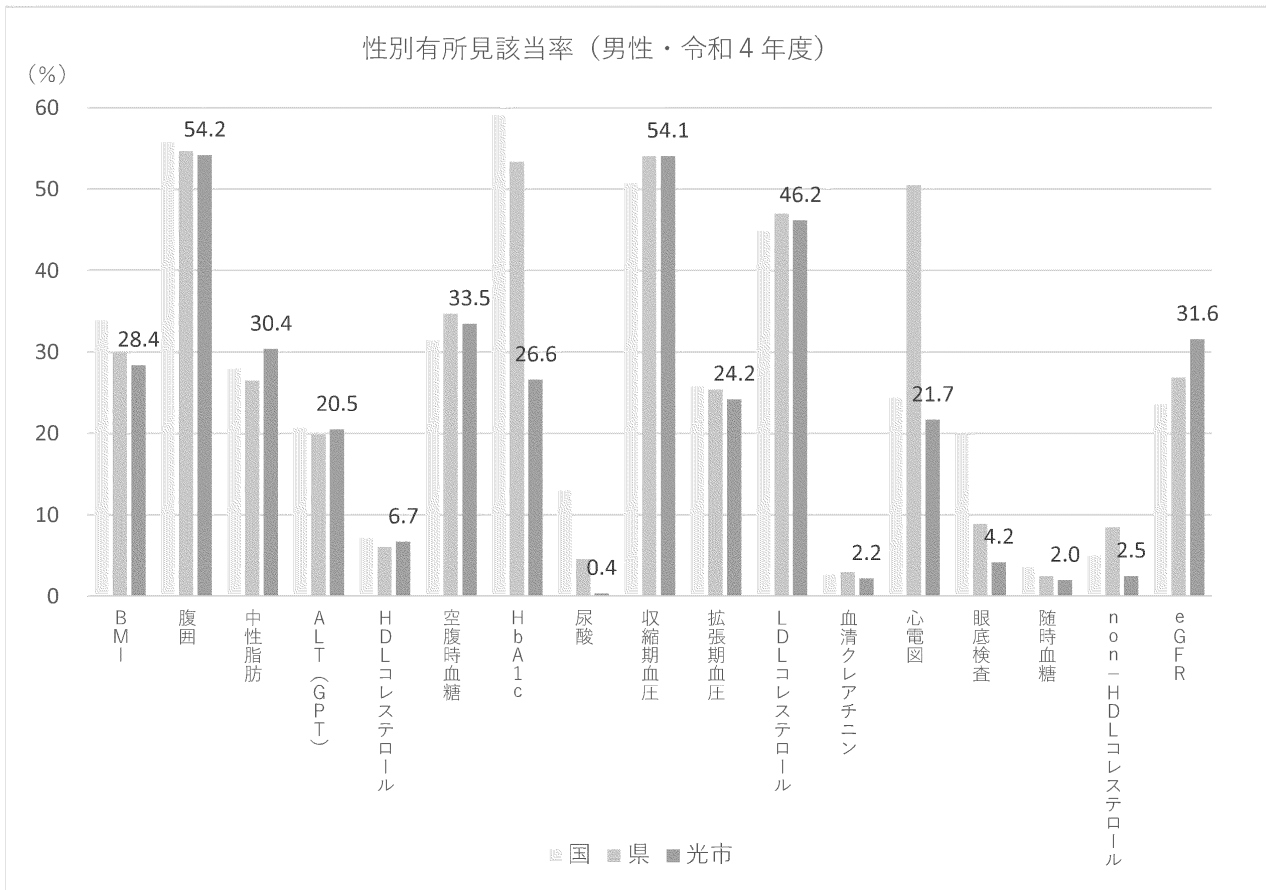


出典：KDB\_S21\_008\_健診の状況【平成30年度～令和4年度】

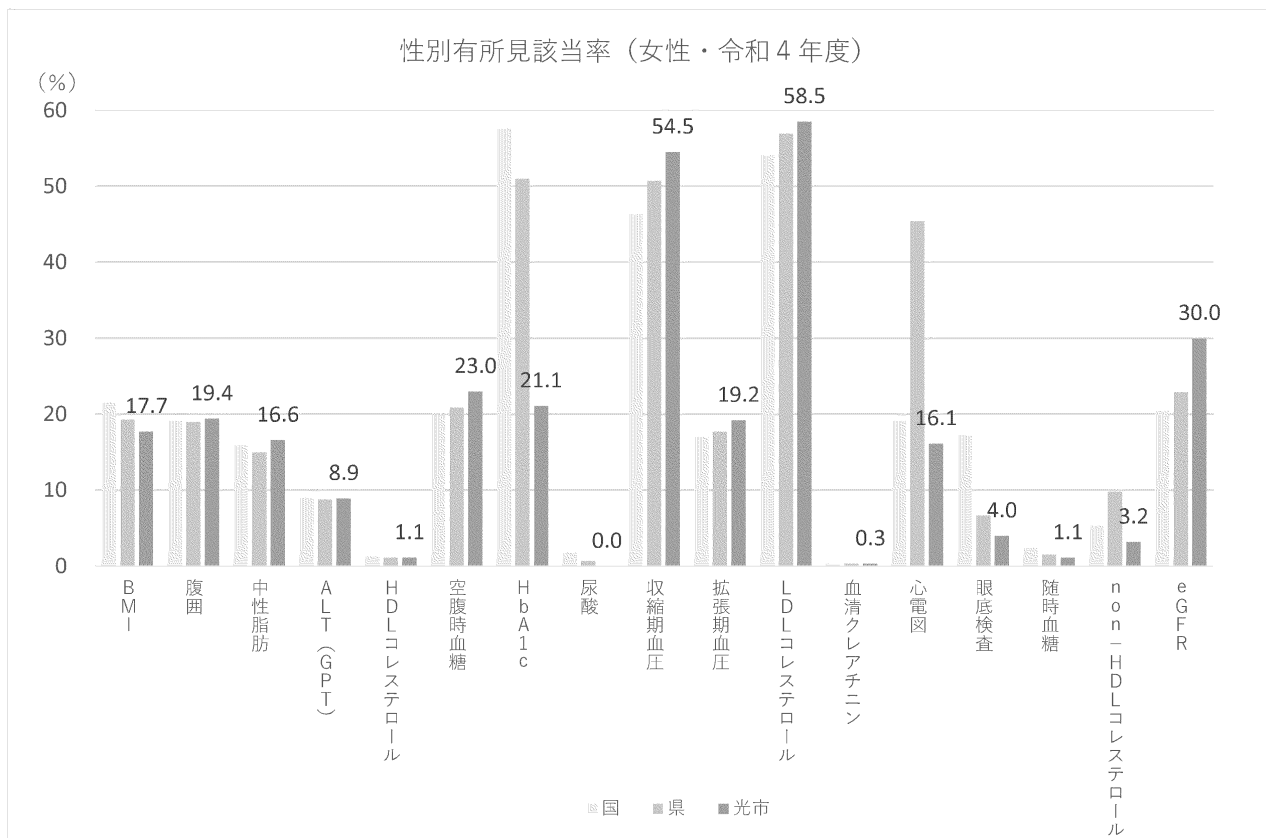


出典：KDB\_S21\_008\_健診の状況【平成30年度～令和4年度】

【図表4-3】



出典：KDB\_S21\_024\_厚生労働省様式 (様式5-2: 健診有所見者状況)【令和4年度】



出典：KDB\_S21\_024\_厚生労働省様式（様式5-2：健診有所見者状況）【令和4年度】

【図表4-4】

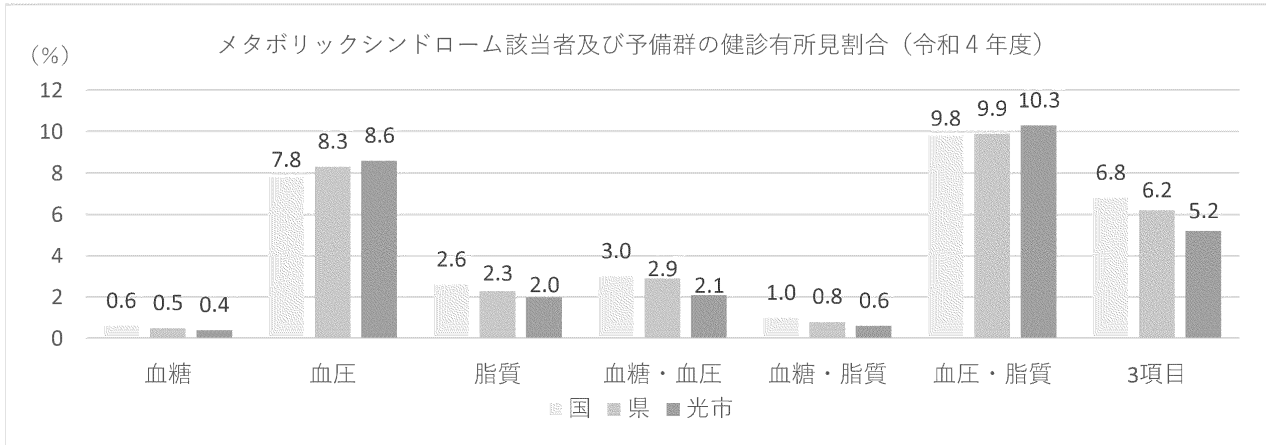
有所見割合の全体推移

単位：%

有所見			H30 割合	R1 割合	R2 割合	R3 割合	R4 割合	H30からの 増減
肥満	腹囲	男性	47.6	54.7	55.3	56.1	54.2	6.6
		女性	16.3	18.0	18.8	19.7	19.4	3.1
	BMI	男性	24.5	24.8	29.4	27.9	28.4	3.9
		女性	15.6	17.4	16.7	17.9	17.7	2.1
血圧	収縮期血圧	男性	57.6	54.3	60.9	55.8	54.1	△3.5
		女性	55.5	52.0	55.0	55.2	54.5	△1.0
	拡張期血圧	男性	26.0	21.4	24.8	26.9	24.2	△1.8
		女性	14.4	14.2	16.7	17.8	19.2	4.8
血糖	空腹時血糖	男性	36.3	31.8	34.0	32.8	33.5	△2.8
		女性	21.2	18.8	25.3	24.5	23.0	1.8
	HbA1c	男性	23.8	22.8	25.1	27.6	26.6	2.8
		女性	18.6	19.7	19.1	20.8	21.1	2.5
脂質	中性脂肪	男性	27.8	26.7	31.0	26.4	30.4	2.6
		女性	17.0	17.5	17.7	16.9	16.6	△0.4
	HDL	男性	6.1	5.0	6.1	6.5	6.7	0.6
		女性	0.9	1.1	0.9	1.1	1.1	0.2
	LDL	男性	49.4	50.6	49.9	51.4	46.2	△3.2
		女性	62.2	61.2	62.2	61.0	58.5	△3.7
肝・腎機能	ALT(GPT)	男性	18.5	19.4	20.8	20.8	20.5	2.0
		女性	7.1	8.1	8.3	9.0	8.9	1.8
	eGFR	男性	25.6	27.8	31.4	31.4	31.6	6.0
		女性	24.5	25.3	30.2	27.5	30.0	5.5
	尿酸	男性	0.1	0.1	0.4	0.2	0.4	0.3
		女性	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

出典：KDB\_S21\_024\_厚生労働省様式（様式5-2：健診有所見者状況）【平成30年度～令和4年度】

【図表 4 - 5】



出典：KDB\_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】

【図表 4 - 6】

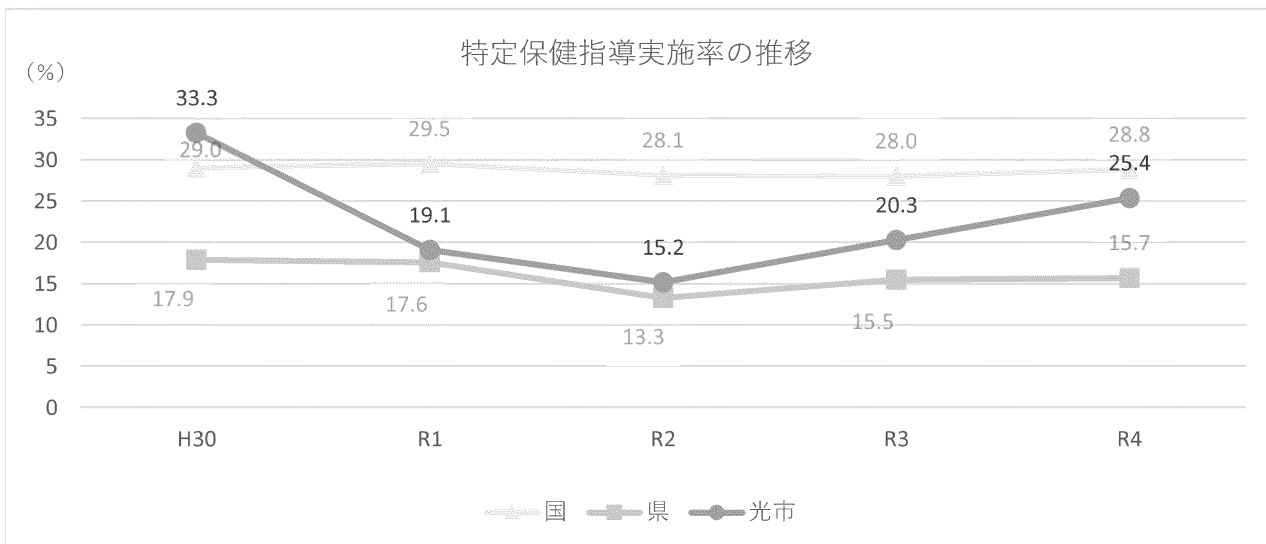
問診の状況の推移（運動）

単位：%

有所見		H30	R1	R2	R3	R4	H30からの増減
		割合	割合	割合	割合	割合	
1回30分以上運動なし	男性	45.3	50.1	49.0	46.6	46.2	0.9
	女性	52.6	56.3	54.8	55.8	56.4	3.8
1日1時間以上運動なし	男性	43.3	45.8	48.7	45.7	47.5	4.2
	女性	47.7	49.5	47.4	49.6	47.3	△ 0.4
歩行速度遅い	男性	43.2	44.7	44.2	47.8	45.7	2.5
	女性	44.3	45.8	48.2	45.6	47.0	2.7

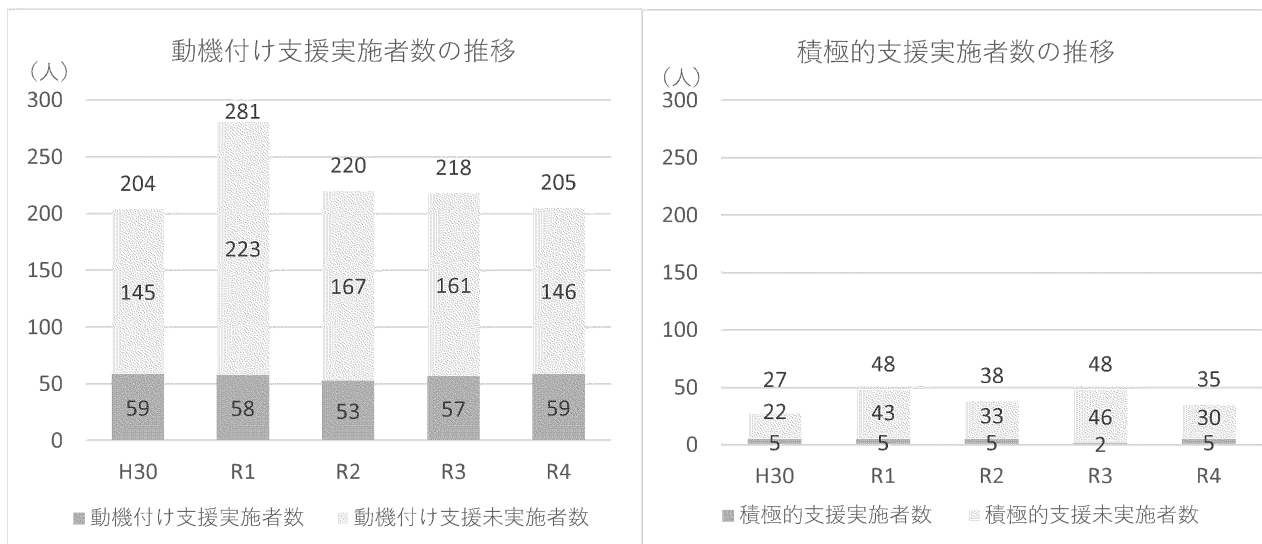
出典：KDB\_S21\_007\_質問票調査の状況【平成30年度～令和4年度】

【図表 4 - 7 - ①】



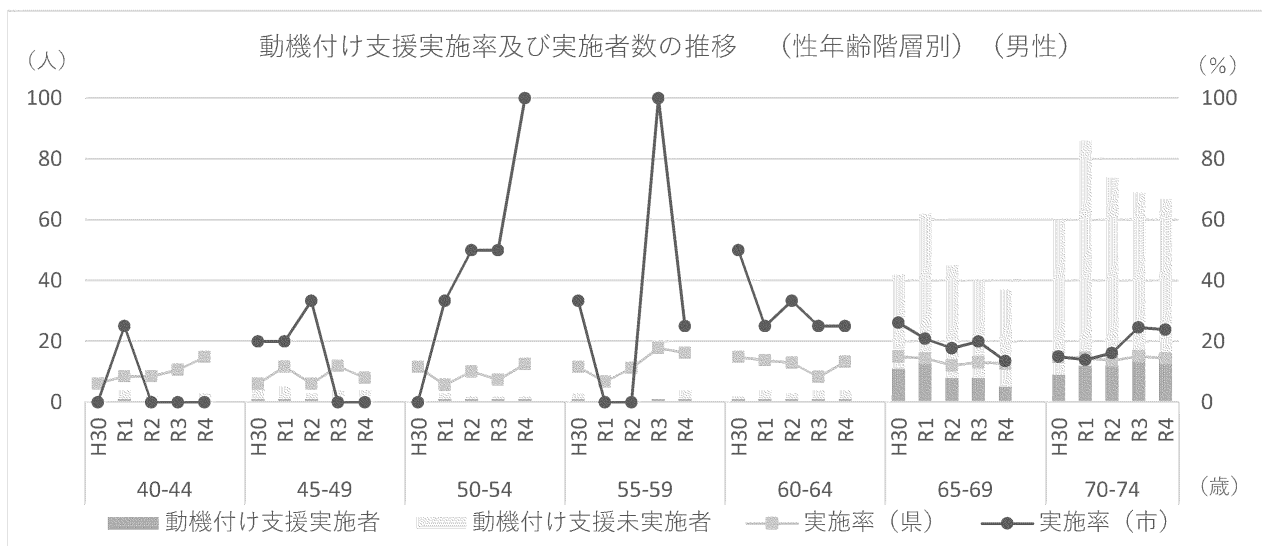
出典：厚生労働省（特定健康診査・特定保健指導の実施状況）（2018年度～2021年度）、特定健診・特定保健指導実施結果集計表（県集計）【平成30年度～令和4年度】

【図表4-7-②】

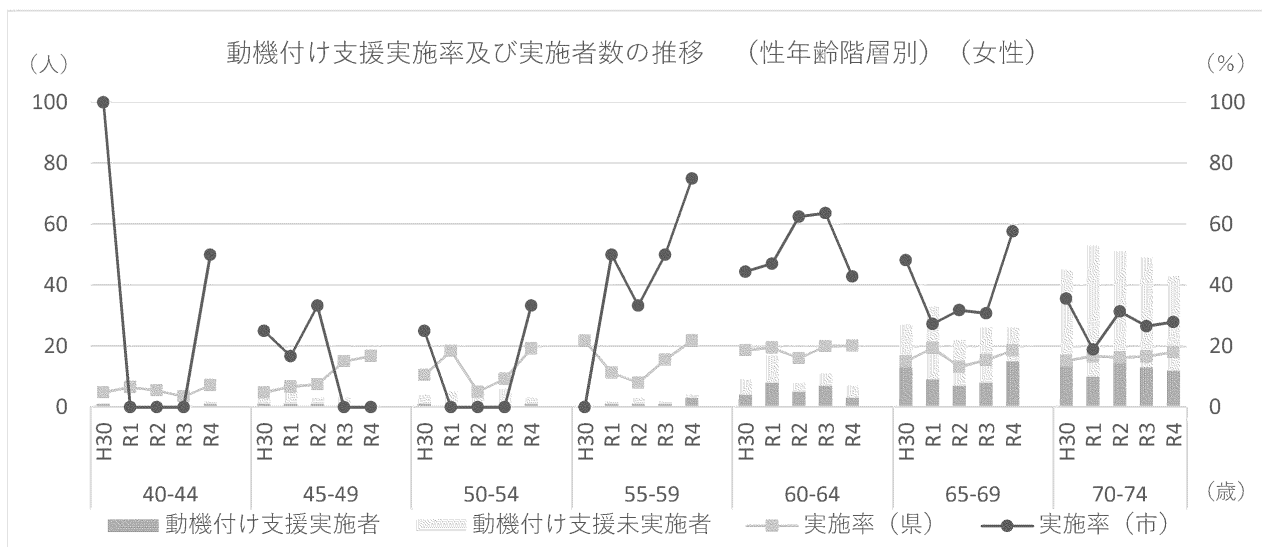


出典：KDB\_S21\_008\_健診の状況【平成30年度～令和4年度】

【図表4-8】

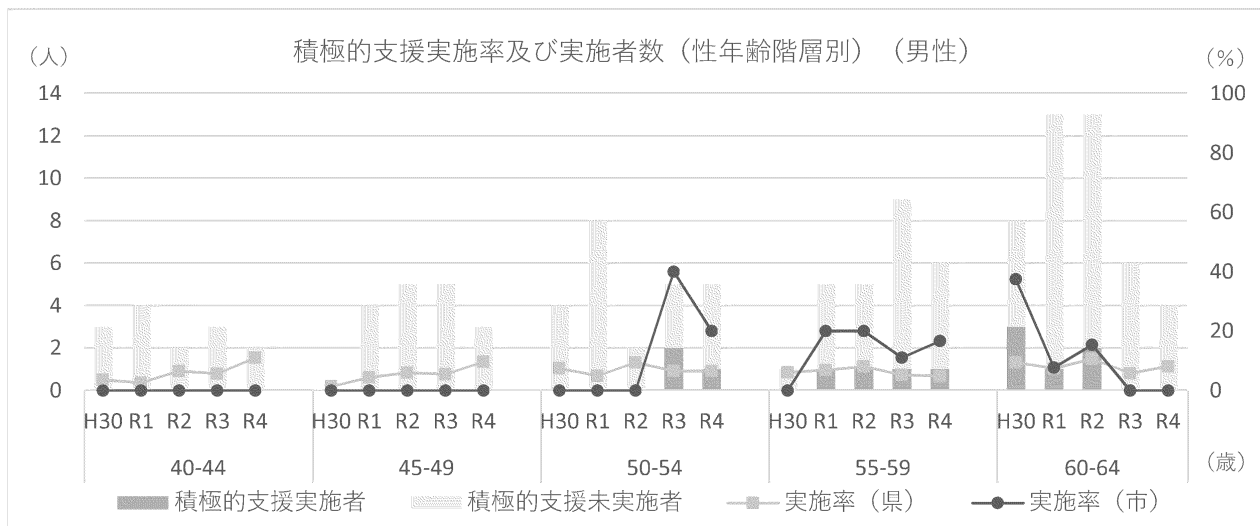


出典：KDB\_S21\_008\_健診の状況【平成30年度～令和4年度】

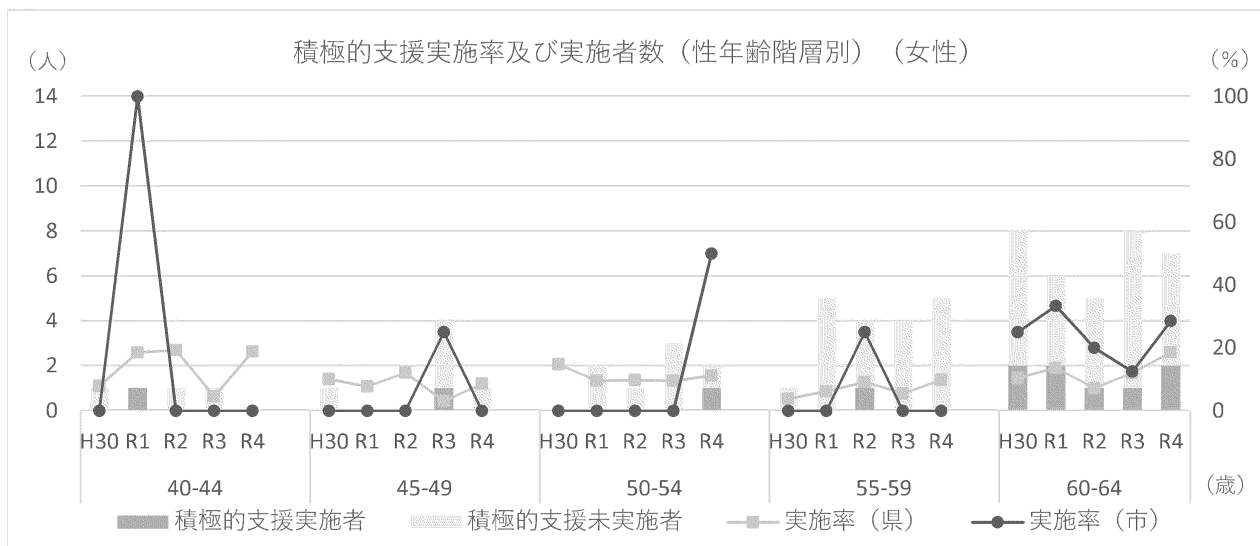


出典：KDB\_S21\_008\_健診の状況【平成30年度～令和4年度】

【図表4-9】

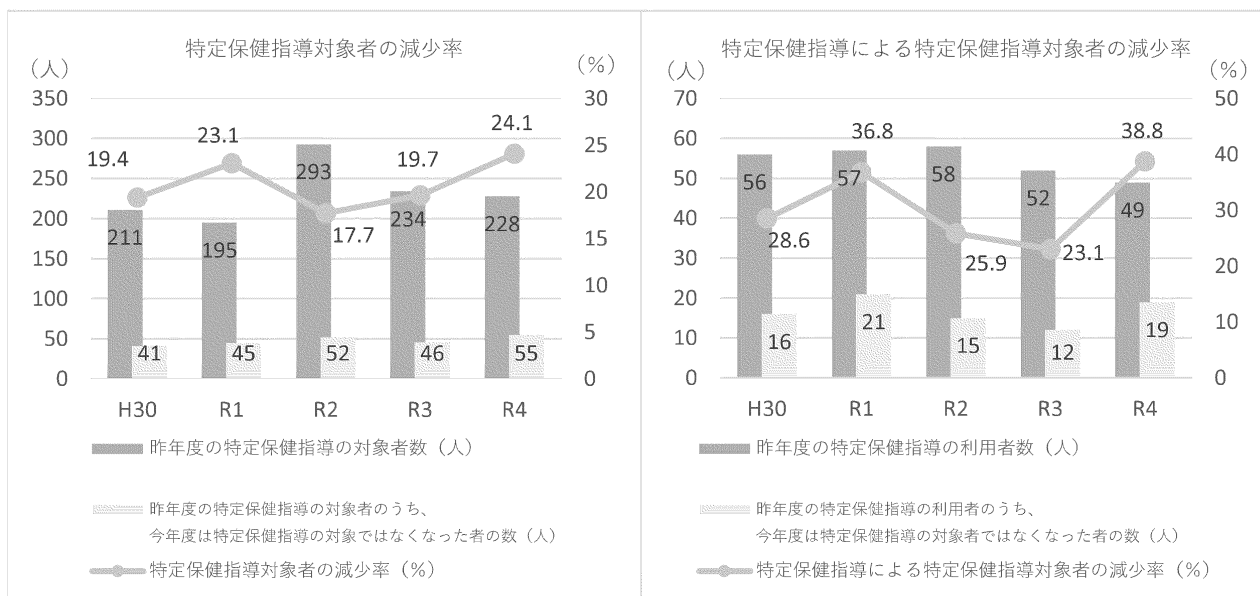


出典：KDB\_S21\_008\_健診の状況【平成30年度～令和4年度】



出典：KDB\_S21\_008\_健診の状況【平成30年度～令和4年度】

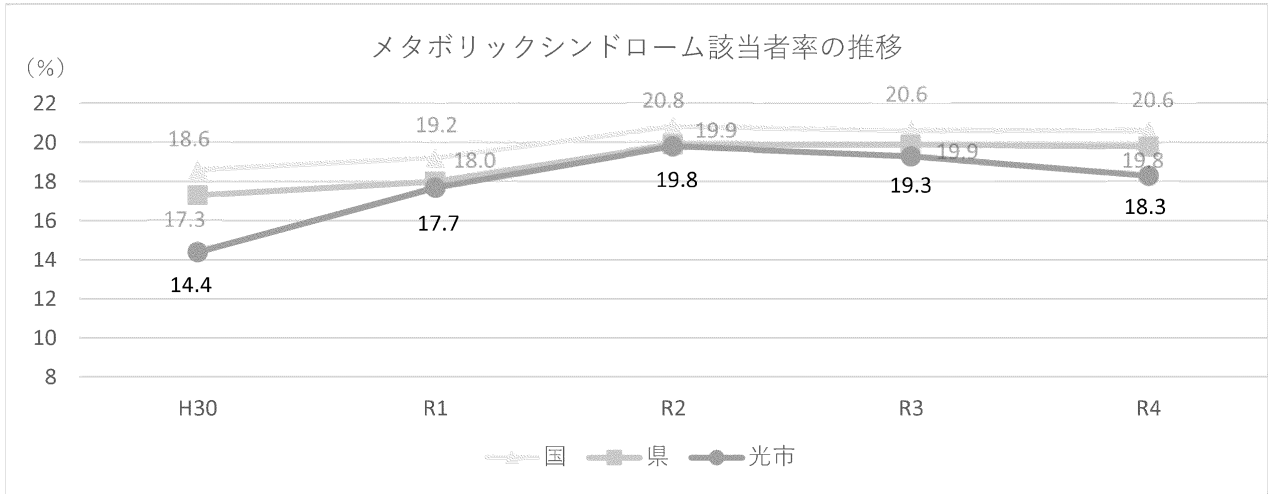
【図表4-10】



出典：特定健診・特定保健指導実施結果集計表（県集計）【平成30年度～令和4年度】

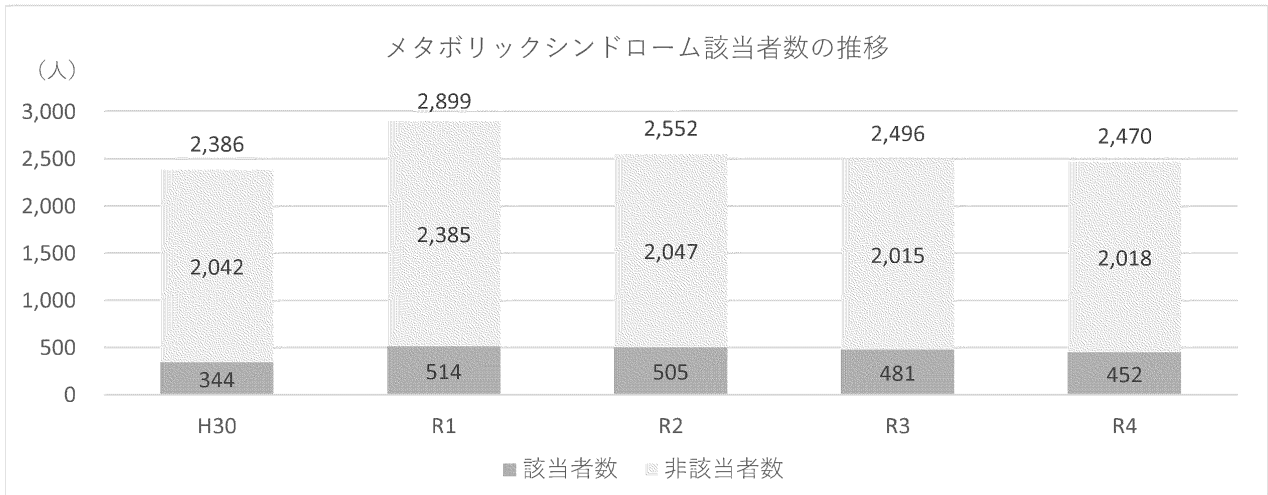


【図表 4 - 1 1 - ①】



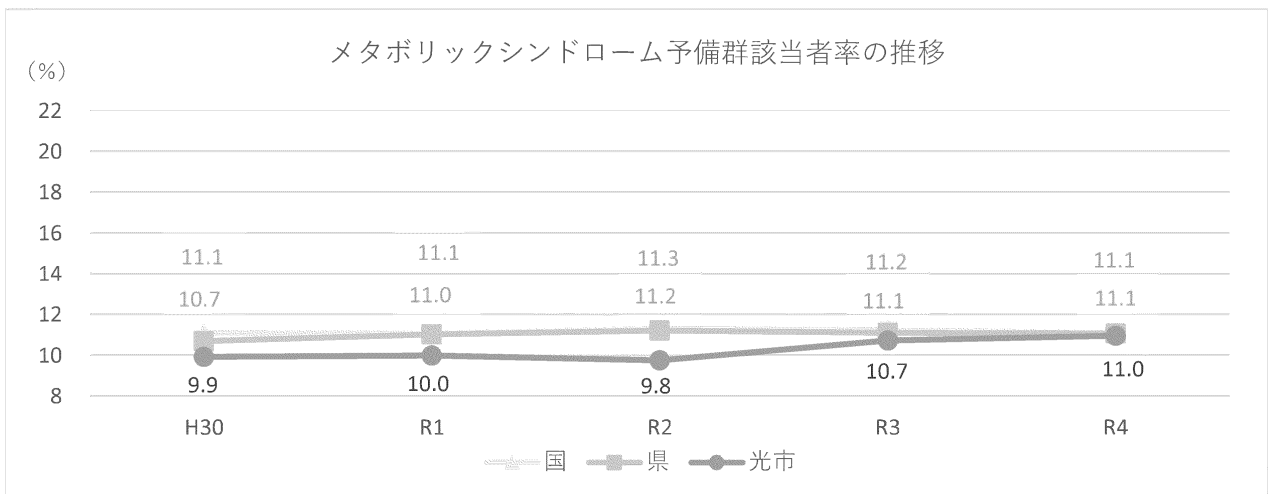
出典：KDB\_S21\_003\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題【平成30年度～令和4年度】

【図表 4 - 1 1 - ②】



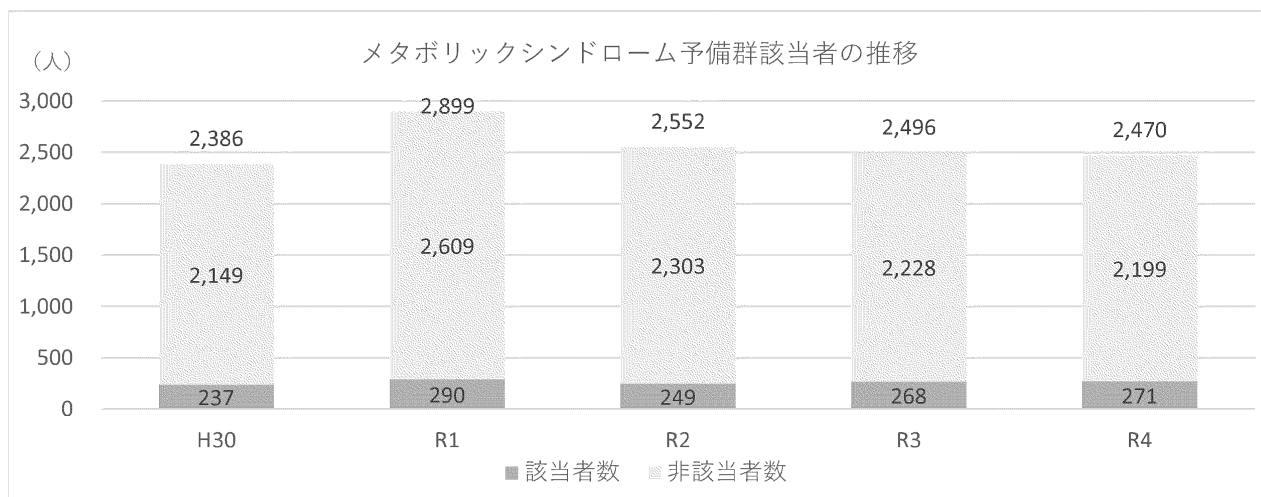
出典：KDB\_S21\_003\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題【平成30年度～令和4年度】

【図表 4 - 1 1 - ③】



出典：KDB\_S21\_003\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題【平成30年度～令和4年度】

【図表4-11-④】

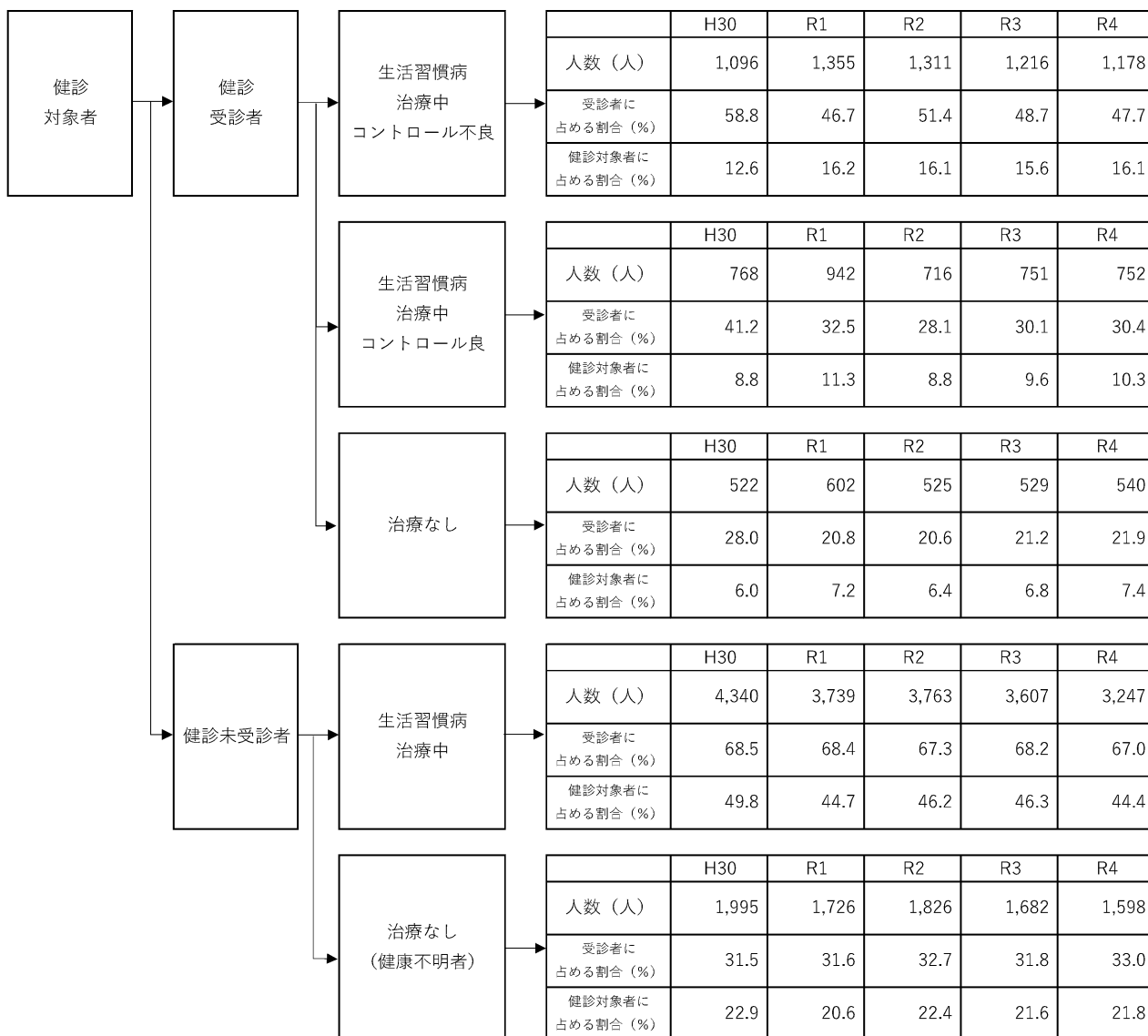


出典：KDB\_S21\_003\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題【平成30年度～令和4年度】

図表5 レセプト・健診データ等を組み合わせた分析

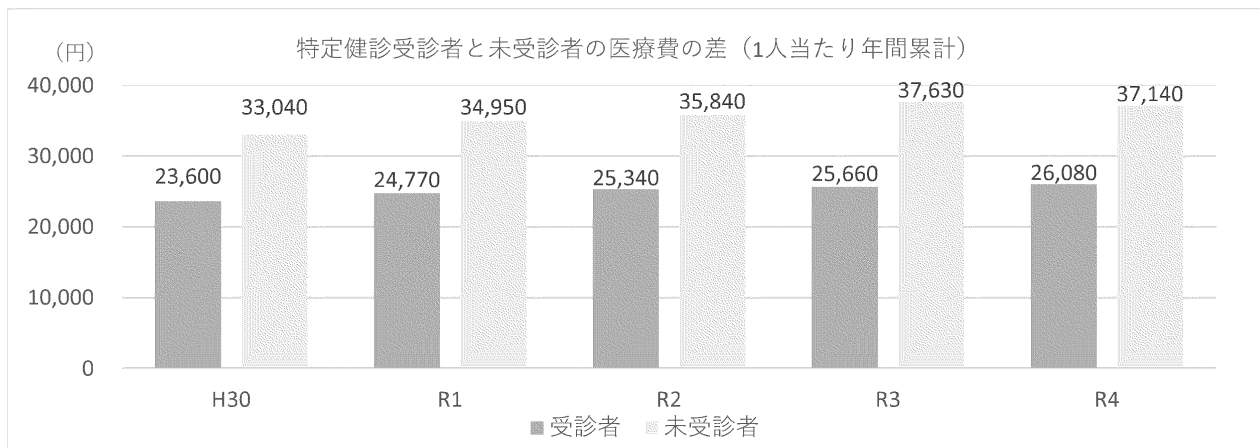
【図表5-1】

健診対象者の受診状況



出典：KDB\_S21\_027\_厚生労働省様式(様式5-5：糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導)【平成30年度～令和4年度】

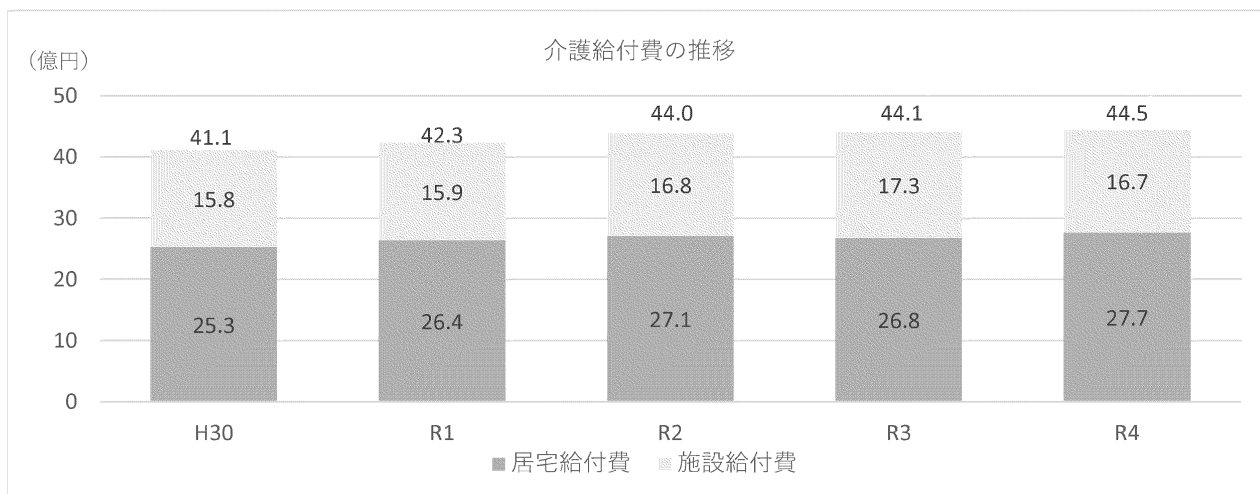
【図表 5 - 2】



出典：KDB\_S23\_007\_医療費分析（健診有無別）【平成30年度～令和4年度】

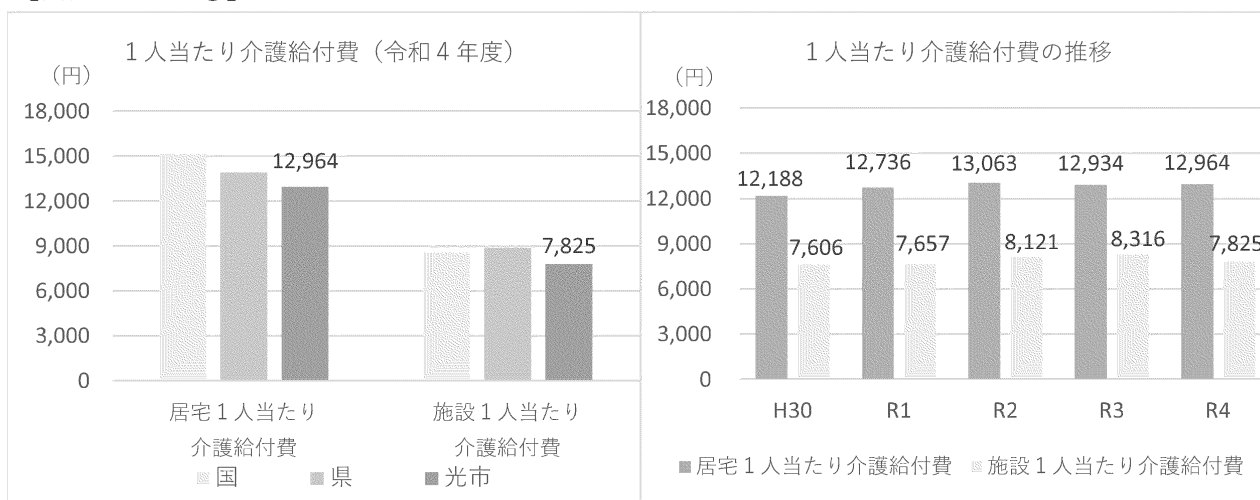
図表 6 介護費関係の分析

【図表 6 - 1 - ①】



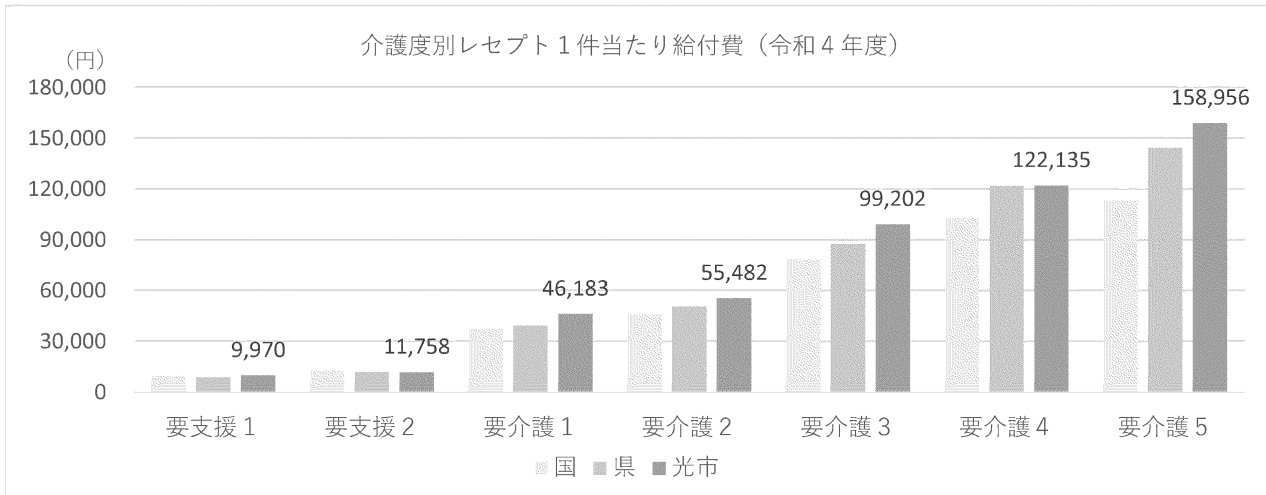
出典：KDB\_S29\_003\_健康スコアリング（介護）【平成30年度～令和4年度】

【図表 6 - 1 - ②】



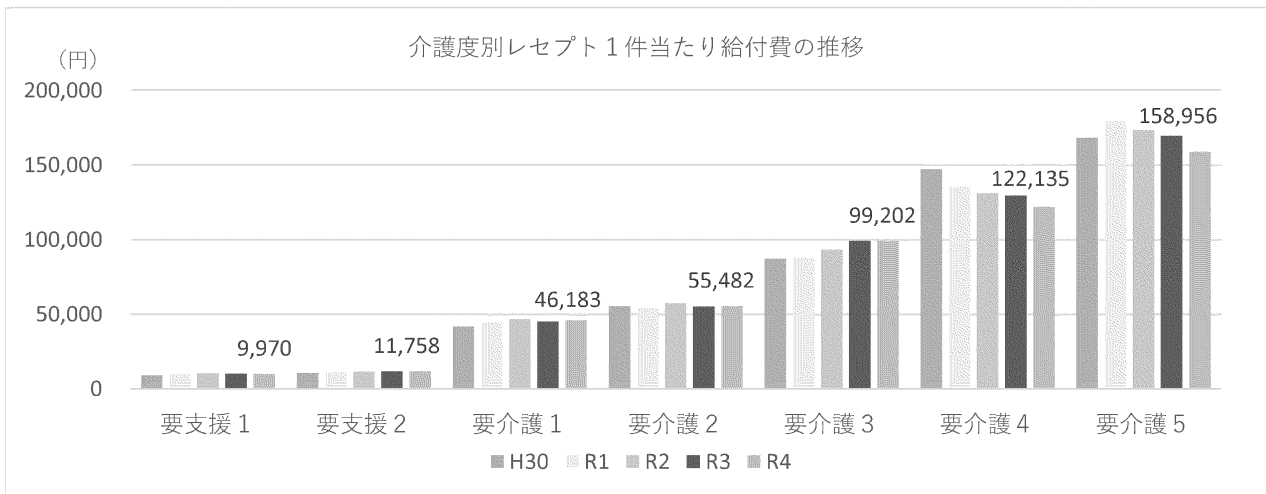
出典：KDB\_S29\_003\_健康スコアリング（介護）【平成30年度～令和4年度】

【図表 6 - 1 - ③】



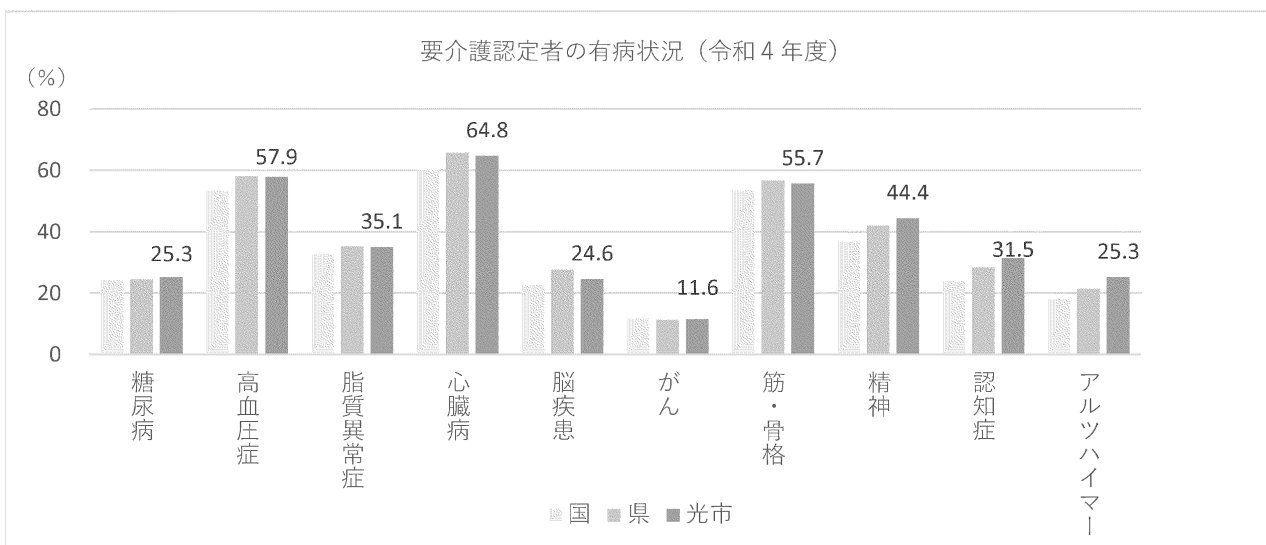
出典：KDB\_S21\_001\_地域の全体像の把握【令和4年度】

【図表 6 - 1 - ④】



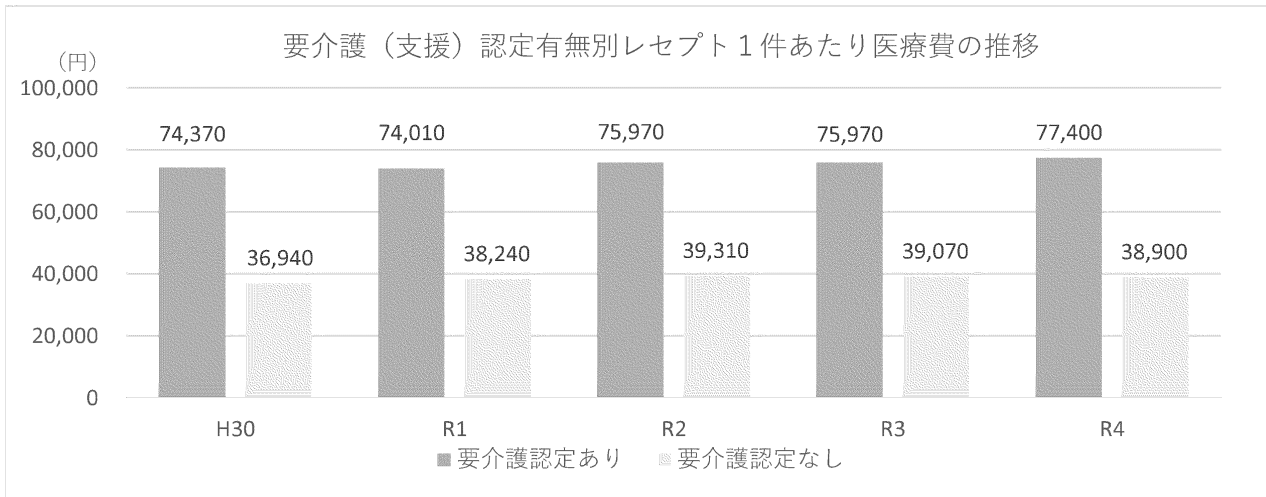
出典：KDB\_S21\_001\_地域の全体像の把握【平成30年度～令和4年度】

【図表 6 - 2 - ①】



出典：KDB\_S21\_001\_地域の全体像の把握【令和4年度】

【図表 6 - 2 - ②】



出典：KDB\_S21\_001\_地域の全体像の把握【平成30年度～令和4年度】

図表 7 その他

【図表 7 - 1 - ①】

重複・頻回受診の状況（令和4年度）

人数

単位：人

	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	19	9	6	5	1	3	13
2医療機関以上	12	3	4	4	0	3	4
3医療機関以上	2	2	4	1	0	2	4
4医療機関以上	0	0	2	0	0	2	2
5医療機関以上	0	0	1	0	0	0	1

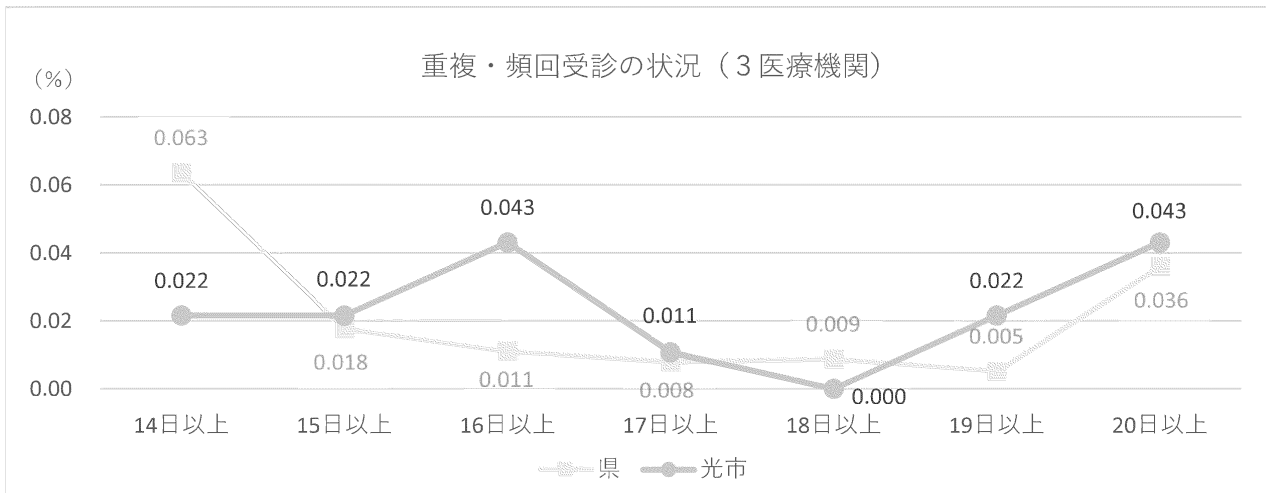
割合

単位：%

	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	0.205	0.097	0.065	0.054	0.011	0.032	0.140
2医療機関以上	0.129	0.032	0.043	0.043	0.000	0.032	0.043
3医療機関以上	0.022	0.022	0.043	0.011	0.000	0.022	0.043
4医療機関以上	0.000	0.000	0.022	0.000	0.000	0.022	0.022
5医療機関以上	0.000	0.000	0.011	0.000	0.000	0.000	0.011

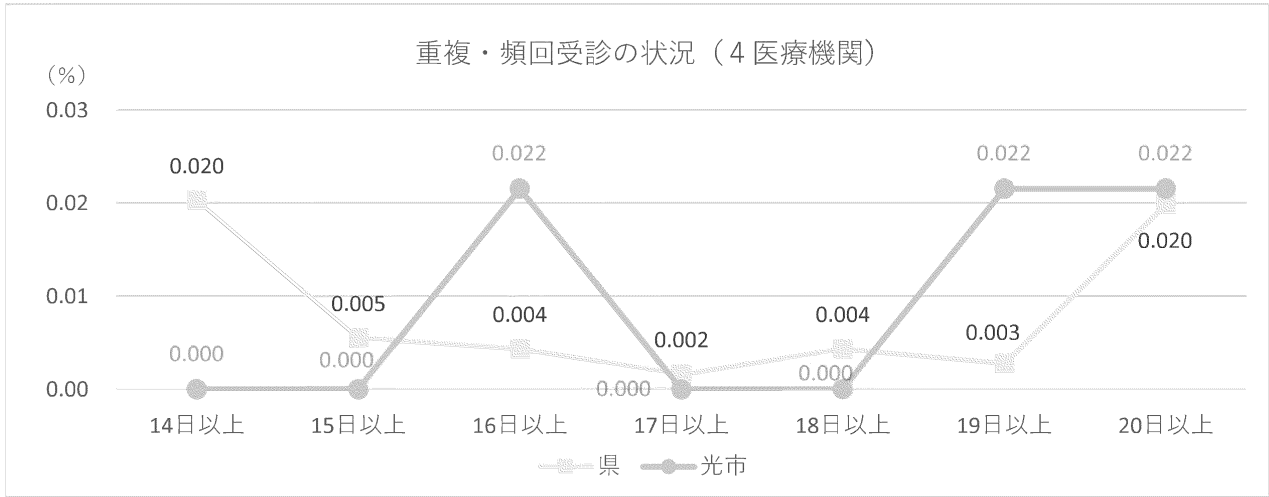
出典：KDB\_S27\_012\_重複・頻回受診の状況【令和4年度（作成年月令和5年3月使用）】

【図表 7 - 1 - ②】



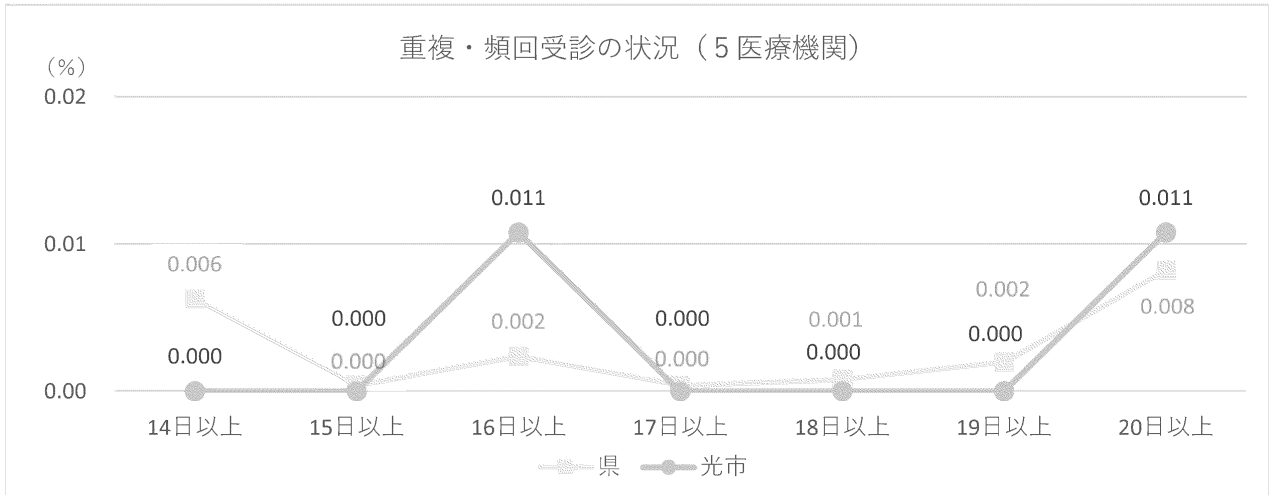
出典：KDB\_S27\_012\_重複・頻回受診の状況【令和4年度（作成年月令和5年3月使用）】

【図表 7 - 1 - ③】



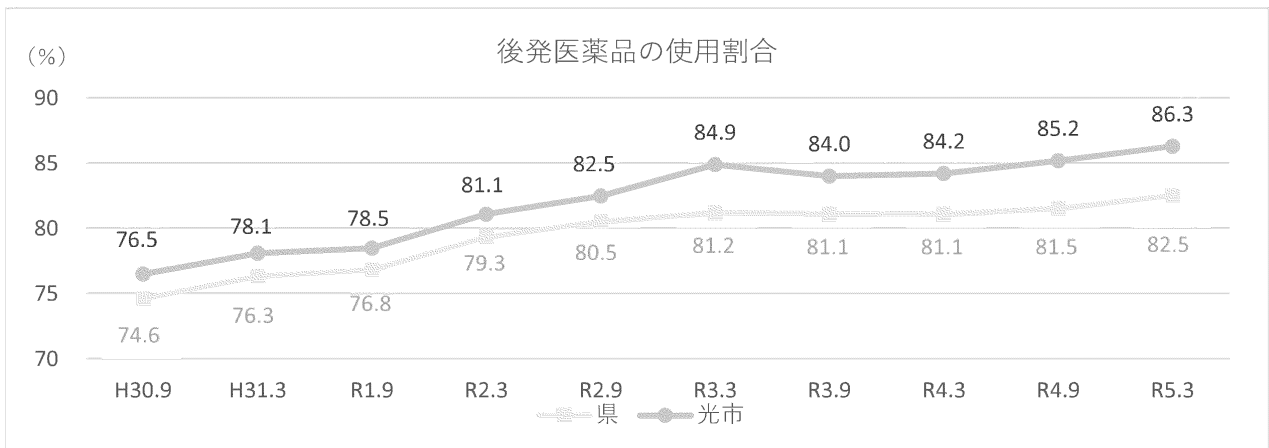
出典：KDB\_S27\_012\_重複・頻回受診の状況【令和4年度（作成年月令和5年3月使用）】

【図表 7 - 1 - ④】



出典：KDB\_S27\_012\_重複・頻回受診の状況【令和4年度（作成年月令和5年3月使用）】

【図表 7 - 2】



出典：厚生労働省「保険者別の後発医薬品の使用割合」

用語解説集

	用語	説明
あ 行	eGFR	腎臓が血液から老廃物を1分間にろ過できる量を示す値。血清クレアチニン値から算出するもので、肝機能低下の発見の手がかりになる。
	インセンティブ	行動変容を促す動機や誘因を意味する言葉。
	ALT (GPT)	肝臓に多く存在する酵素。数値が高い場合は、肝臓の病気が疑われる。
	HDLコレステロール	別名「善玉コレステロール」と言われ、余分なコレステロールを回収して動脈硬化を抑える。
	LDLコレステロール	別名「悪玉コレステロール」と言われ、肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担い、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。
か 行	拡張期血圧	血液が全身から心臓へ戻る時の血圧のこと。
	QOL	人間らしく満足して生活しているか、自分らしい生活が送れているか「生活の質」を評価する概念。
	空腹時血糖	10時間以上絶食を条件とした血糖値（血液中のブドウ糖の量）。数値が高いと、糖尿病や膵臓、肝臓の病気が疑われる。
	KDBシステム	「国保データベースシステム」の略。国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、国保連合会が「健診・保健指導」、「医療」、「介護」の各種データを利活用して、統計情報や「個人の健康に関する情報」を作成するシステム。
	血清アルブミン	アルブミンは主に肝臓で作られるたんぱく質で、血清中のアルブミン数値が低いと肝硬変や低栄養が疑われる。また、腎臓に障害があるとアルブミンが尿に漏れ出してしまうこともある（ネフローゼ症候群）。
	血清クレアチニン	クレアチニンとは血液中の老廃物のひとつ。通常であれば腎臓でろ過され、ほとんどが排出されるが、腎機能が低下していると、排出されずに血液中に蓄積される。この血液中のクレアチニンを「血清クレアチニン」といい、数値が高いと、腎臓の機能低下が疑われる。
	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	75歳以上高齢者に対する保健事業（生活習慣病等の疾病予防・重症化予防）と介護予防・フレイル対策（運動、口腔、栄養等）を一体的に実施すること。
	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医薬品。研究開発に要する費用が低く抑えられるため、先発医薬品に比べ薬価が安い。
	高齢化率	総人口に占める65歳以上人口の割合。
さ 行	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。
	疾病分類	公的統計を疾病、傷害及び死因別に表示する場合において、「統計法」の規定に基づく統計基準として定められた「疾病、傷害及び死因の統計分類」に基づく疾病の分類。推定患者数を基準にして、大分類、中分類及び小分類がそれぞれ独立して分類される。
	収縮期血圧	血液が心臓から全身に送り出される時の血圧のこと。
	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。
	腎不全	腎臓の中にある毛細血管の集合体で、血液をろ過する「糸球体」の網の目が詰まり、腎臓の機能が低下し、老廃物を十分排泄できなくなる状態。
	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。動脈硬化症・糖尿病・高血圧症・脂質異常症などは生活習慣病とされている。

	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。
た 行	中性脂肪	主にエネルギーとして利用され、余りは脂肪として蓄えられ、数値が高いと肥満となり、動脈硬化を進行させる。
	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。
	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ろ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。
	特定健康診査 (特定健診)	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、メタボリックシンドロームに着目して保険者が実施する健診。
	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。
な 行	ナッジ理論	利益を与えたり、罰則やルールで行動を制限したりせず、小さなきっかけで、より良い方向に誘導する手法・戦略のこと。
	non-HDLコレステロール	総コレステロールからHDLコレステロールを減じたもの。数値が高いと、動脈硬化、脂質代謝異常、甲状腺機能低下症、家族性高脂血症などが疑われる。低い場合は、栄養吸収障害、低βリポたんぱく血症、肝硬変などが疑われる。
は 行	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、 $[\text{体重(kg)}] \div [\text{身長(m)}^2]$ で算出される。
	PDCAサイクル	「Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Action（改善）」という一連のプロセスを繰り返し行うことで、業務の改善や効率化を図る手法の一つ。
	標準化死亡比	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死亡数（期待値）と実際に観察された死亡数とを比較するもの。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。
	フレイル	健康な状態と要介護状態の中間に位置し、身体的機能や認知機能の低下が見られる状態のこと。
	平均自立期間	平均余命から要介護2～5の期間を除いたもの。
	平均余命	ある年齢の人々が何年生きられるかという期待値。
	HbA1c	赤血球中のヘモグロビン（全身の細胞に酸素を送る働きを持つ赤血球内のタンパク質の一種）の内、どのくらいの割合が糖と結合しているかを示す検査値。飲食で変動する血糖値とは異なり、過去1～2か月間の平均的な血糖の状態を示す数値。
ま 行	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。
や 行	有所見	検査の結果、何らかの異常（検査基準値を上回っている等）が認められたことをいう。
ら 行	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時に使用する書類で、診療報酬明細書のこと。





光市国民健康保険第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

発行年月 令和6年2月

発行 山口県光市 市民課

〒743-8501 山口県光市中央六丁目1番1号