

山口市国民健康保険  
保健事業実施計画  
(第3期データヘルス計画)

令和6年3月  
山口市

## 山口市保健事業実施計画（第3期データヘルス計画）目次

第1章 計画策定について	-1-
(1) 計画の趣旨	
(2) 計画期間	
(3) 実施体制	
(4) 関係者連携	
第2章 山口市国民健康保険の現状と課題	-5-
(1) 山口市の概況	
(2) 人口・被保険者構成等の状況	
(3) 平均寿命・標準化死亡比等の状況	
(4) 医療費の分析	
(5) 特定健康診査の状況	
(6) 特定健康診査結果の状況	
(7) 介護保険の状況	
第3章 第2期データヘルス計画の評価	-16-
(1) 各保健事業の振り返り	
(2) 第2期データヘルス計画等に関わる考察	
第4章 山口市国民健康保険の健康課題のまとめ	-21-
第5章 計画全体の目的・目標	-23-
第6章 健康課題を解決するための個別の保健事業	-25-
(1) 保健事業一覧	
(2) 個別保健事業評価計画	
第7章 その他	-39-
(1) データヘルス計画の評価・見直し	
(2) 計画の公表・周知	
(3) 事業運営上の留意事項	
(4) 個人情報保護	
(5) その他計画推進に当たっての留意事項	

## 第1章 計画策定について

### (1) 計画の趣旨

#### (保健事業実施計画の背景)

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。」とされました。

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（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル\*1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）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとなりました。その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和3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2021」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検討するとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPI（重要業績評価指標）の設定を推進する。」と示されました。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。

#### (山縣市国民健康保険の保健事業の目的)

山縣市国民健康保険（以下「保険者」という。）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ます。

\*1 PDCA サイクル：事業活動を継続的に改善するため、Plan（計画）→Do（実施）→Check（評価）→Action（改善）の4つの工程をサイクルとして繰り返し行うことをいう。

## (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。

※令和8年度に中間評価を実施します。

## (3) 実施体制

保険者においては、保健事業の積極的な推進を図るために、保健衛生担当課等住民の健康の保持増進に係る担当課に協力を求め、山県市が一体となって、計画の策定等を進めます。

具体的には、後期高齢者医療制度における保健事業を所管する高齢者医療担当課、山県市において保健事業を主に所管する保健衛生担当課、介護予防事業をはじめとする地域支援事業を所管する介護担当課のほか、財政担当課や企画担当課、生活保護担当課等とも十分に連携し、計画策定等を進めます。

特に計画策定や保健事業の実施、評価等に当たっては、山県市健康増進計画や医療をはじめとする地域の社会資源の状況等を踏まえて対応する必要があるため、保健衛生担当課と連携していきます。

## (4) 関係者連携

### ① 山県市国保

保険者は、被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために、国保担当課が中心となって関係担当課や関係機関の協力を得て、保険者の健康課題を分析し、計画を策定します。計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて計画の見直しや次期計画に反映させます。

保険者の健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、保健衛生担当課等の関係担当課や県、保健所、国保連等の関係機関の協力を得て、国保担当課が主体となって行います。

具体的には、ア. 健康課題の分析、計画の策定、保健事業の実施及び評価、イ. 保険者内の連携体制の確保、ウ. 国保担当課の体制の確保、エ. 関係機関との連携などの役割をはたしていきます。

県国保・衛生部門、保健事業支援評価委員、国保連合会と調整しながら保健事業の実施の支援を行います。

### ② 県国保

県は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者です。市町村国保の保険者機能の強化については、県の関与が更に重要となると考え、被保険者の健康の保持増進のために、保険者が、効果的・効率的に保健事業を実施するこ

とができるよう、県国保部局は関係機関との連絡調整や専門職の派遣や助言等の技術的な支援、情報提供等を通じて、積極的に保険者を支援していきます。

県衛生部門と調整しながら、市町村の国保・衛生部門の事業実施の支援を行います。

### ③ 県衛生

県保健衛生部局は、県の健康づくり施策を担っていることを踏まえ、国保部局の求めに応じて、保健師等の専門職が技術的な支援を行います。また、保健所が効果的・効率的に保険者支援を展開できるように、国保部局と連携して、保健所を支援していきます。

### ④ 保健所

県保健所は、県（国保部局、保健衛生部局）や国保連合会、市医師会をはじめとする地域の保健医療関係者（団体）等と連携、調整して、地域の社会資源の状況等を踏まえた上で、地域の実情に応じた保険者支援を行います。

### ⑤ 国保連・支援評価委員会・中央会

国保連合会や支援・評価委員会は、計画の策定支援や個別の保健事業の実施支援等を行っており、多くの支援実績が蓄積されています。このため保険者は、支援・評価委員会等の支援・評価を受けて計画の策定等ができるように、県国保部局と国保連合会が調整しながら支援を提供する体制を整え、当計画においては保険者の状況把握をしながら、令和 8 年度の間評価、令和 11 年度の最終評価時に支援を行います。

### ⑥ 後期高齢者医療広域連合

後期高齢者医療広域連合は策定の過程において、75 歳以上の健診・レセプト情報等を自らの現状分析に活用することはもとより、市町村国保が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ことができるよう、市町村国保と必要な情報の共有を図るよう努めます。この場合、市町村国保においては、国保・後期高齢者の保健事業を一体的に実施できるよう市内の関係部署として、健康課題の明確化や保健事業の効果検証等のため、共有された情報の活用を図るよう努めます。

### ⑦ 保健医療関係者

保健医療関係者は、計画策定時だけではなく、保健事業の実施や評価、保健事業の業務に従事する者の人材育成等においても、保険者等の求めに応じ、保健医療に係る専門的見地から、保険者への支援等を積極的に行います。保険者

が開催する国保運営協議会、糖尿病重症化予防対策推進協議会、CKD重症化予防などにおいては保険者の支援を地域単位で支援を行います。

## 第2章 山縣市国民健康保険の現状と課題

### (1) 山州市の概況

山州市は、岐阜市の北側に位置し、山地丘陵部が多く、北端の日永岳を最高峰として枝状の山地と長良川支流の武儀川、鳥羽川、伊自良川沿いの平たん地で構成されています。南部に人口が集中しており、人口が集中している地域以外は田畑を所有し、野菜作りをしている世帯が多くなっています。また、交通手段としてバスの路線はありますが、生活には自家用車が必要な地域になっています。

令和3年3月に「健康山県21（第3次山州市健康増進計画）」を策定し、「笑顔あふれるまち、健「幸」やまがた」を理念とし、「健康寿命の延伸」「自己知覚～自らが自らのことを知ること～」「すべてのライフステージへの対応」の3つの基本理念を掲げています。「疾病予防・重症化予防」「栄養・食生活」「身体活動・運動」「たばこ・アルコール」「歯・口腔の健康」「こころの健康・自殺対策」「感染症対策」の7つの分野に取り組んでいます。

### (2) 人口・被保険者構成等の状況

山州市の人口は減少しています。65歳以上の人口割合が増加傾向で県より高くなっており、64歳以下の人口割合が減少傾向で県より低くなっています。同規模自治体と比較すると同様の傾向となっています。高齢化率が36.1%と県内順位は高い方から11位で、平成27年度との比較し65歳以上の高齢単独世帯は2.0%増加しています。出生率は県や同規模自治体より低く、死亡率は県より高いが同規模自治体より低くなっています（表1）。若年・働き世代の人口が減少する一方で、長生きする高齢者が増加していることから、医療費の負担が高くなる傾向が考えられます。

被保険者数は団塊世代の後期高齢者制度への移行により、第2期当初（平成28年度）と比べ急激に減少しています。65歳以上の被保険者割合は、県より高くなっています。年齢が高いほど国保加入割合が多くなっています。加入率は22.7%で、平均年齢56.5歳と県より高くなっています。

表1：山県市の全体像の把握（令和4年度累計）

		山県市	岐阜県	同規模
人口構成	総人口	25,251人	1,939,486人	32,195人
	～39歳	31.0%	36.2%	31.7%
	40～64歳	32.9%	33.2%	32.1%
	65～74歳	18.0%	14.8%	17.0%
	75歳～	18.1%	15.9%	19.2%
被保険者構成	被保険者数	5,740人	409,533人	7,214人
	加入率	22.7%	21.1%	22.4%
	平均年齢	56.5歳	53.9歳	56.1歳
高齢化率（65歳以上）		36.1%	30.6%	36.2%
出生率		4.4%	6.2%	5.5%
死亡率		13.9%	11.7%	15.1%

参考：国保データベースシステム（KDB）「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

### （3）平均寿命・標準化死亡比等の状況

平均寿命、健康寿命\*2は男女とも延伸しています。これに伴い平均寿命と健康寿命の差も増加しており、不健康期間が増加傾向となっています。しかし、県と比較すると平均寿命は男性が0.1歳、女性が0.8歳長く、健康寿命は男性が0.4歳、女性が0.7歳長いことから、健康に過ごす期間が長いといえます（図1）。

標準化死亡比（SMR）\*3の内訳をみると、男性はすべての疾患で国より低くなっています。女性は腎不全のSMRが高くなっています。また、老衰のSMRが男女ともに高くなっています（表2）。生活習慣病\*4との関係が深い急性心筋梗塞や脳梗塞は、男女とも減少傾向にあります（図2）。

健康寿命が長く、老衰で亡くなっている人が多いことから、山県市の健康状態は良いと考えられます。さらに高齢化が進んでいくことは確実であり、将来を見据え現在の健康寿命の長い状態を維持していくためにも、重症化疾患で亡くなることを未然に防ぐための取組を継続していくことが必要となります。

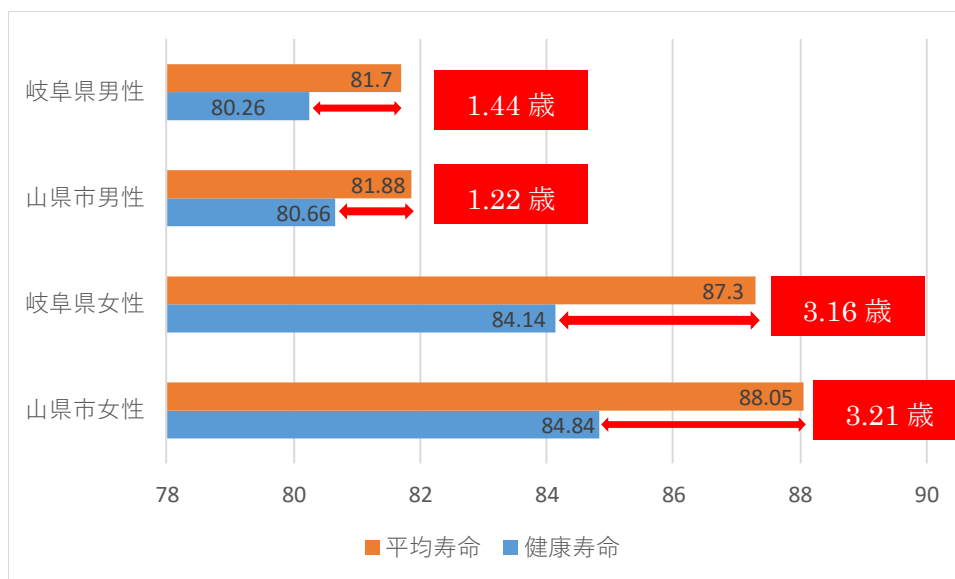
\*2 健康寿命：健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間

\*3 標準化死亡比（SMR）：年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整し、死亡率をそろえたもの。年齢構成の相違を気にせず、より正しく地域間の死亡状況を比較できる。表2は国を比較対象とし、国の死亡を一律100とみて、比較したもの。

\*4 生活習慣病：その名のとおりに、生活習慣が原因で発症する疾患のこと。偏った食事、運動不足、喫煙、過度の飲酒、過度のストレスなど、好ましくない習慣や環境が積み重なると発症のリスクが高くなる。



図 1：平均寿命と健康寿命（令和元年）



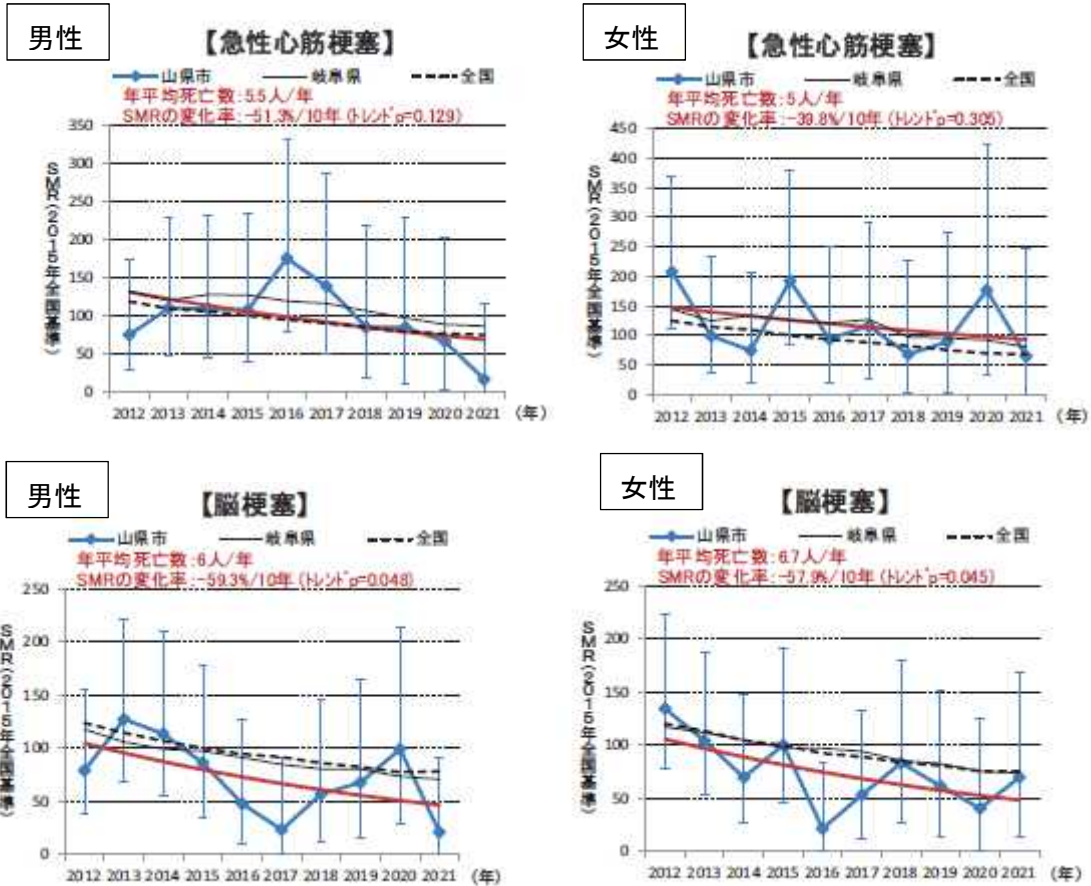
参考：国保データベースシステム（KDB）

表 2：主要死因の標準化死亡比（SMR）平成 25 年～令和 3 年の状況

死因		性別	山口市	岐阜県
全死因		男性	79.6	94.3
		女性	92.2	99.1
悪性新生物	総数	男性	69.5	87.5
		女性	58.6	94.4
心疾患 (高血圧性疾患を除く)	総数	男性	58.0	91.4
		女性	80.5	91.6
	急性心筋梗塞	男性	16.2	86.3
		女性	65.5	80.7
虚血性心疾患	男性	25.0	70.1	
	女性	45.9	64.6	
脳血管疾患	総数	男性	62.1	76.7
		女性	78.1	78.5
	脳内出血	男性	98.9	85.0
		女性	97.6	86.1
脳梗塞	男性	21.2	70.8	
	女性	70.0	74.1	
肺炎		男性	38.7	50.6
		女性	62.5	44.6
腎不全		男性	80.9	99.3
		女性	164.7	97.4
老衰		男性	177.0	179.4
		女性	192.6	164.0

参考：人口動態特殊報告「平成 25 年～令和 3 年人口動態保健所・市町村別統計」厚生労働省

図2：標準化死亡比経年変化



参考：人口動態特殊報告「平成25年～令和3年人口動態保健所・市町村別統計」厚生労働省

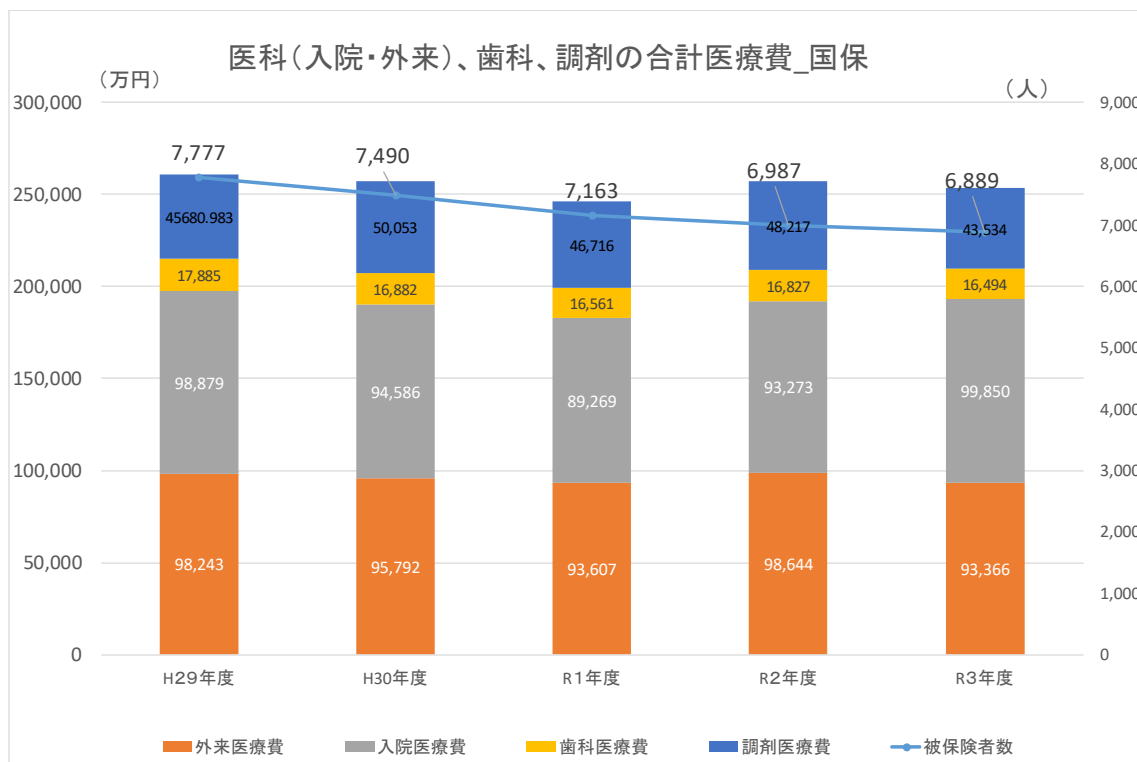
#### (4) 医療費の分析

山口市国民健康保険の被保険者数は年々減少していますが、医療費は減少していないことから1人当たりの医療費は増加していることが考えられます(図3)。年齢階層別に見ると、60歳代になると医療機関への受診率が急激に高くなっています。1人当たり医療費も60歳以上から高くなっており、70～74歳が一番高くなっています(表3)。被保険者の年齢構成が高齢化することにより、今後も増加していくと考えられます。生活習慣病での医療費が全体の64.9%、患者数が55.1%と疾病を有する人の中で約半数が生活習慣病を有していることから、若い世代への生活習慣病予防を行っていくことが必要であると考えます。

国保・後期ともに外来では糖尿病、高血圧など生活習慣病での医療費が多くなっています。服薬をして疾病をコントロールしている人が多いことが考えられます(表4)。入院では高血圧などの生活習慣病との関連が深い、循環器系の疾患での医療費が多くなっています(表5)。重症化予防のために特に医療費が増加する60歳代への健康管理の意識付けや、生活習慣の見直しへの支援

が必要であると考えます。

図3：入院・外来、歯科、調剤の合計医療費



参考：国保データベースシステム (KDB)

表3：年齢階層別被保険者数と医療費等の推移

R04年度	被保険者数		件数		日数		医療費		受診率	被保険者1人当たり医療費
	(人)	割合(%)	(件)	割合	(日)	割合(%)	(円)	割合(%)	千人当たり	(円)
0~39歳	1,449	21.0%	5,907	10.2%	8,759	8.0%	115,895,760	4.9%	4,076.605	79,983
40~49	639	9.3%	3,605	6.2%	6,115	5.6%	99,062,570	4.2%	5,641.628	155,027
50~59	738	10.7%	5,403	9.3%	11,770	10.7%	249,428,910	10.5%	7,321.138	337,980
60~69	1,712	24.9%	18,029	31.0%	35,148	32.1%	799,595,890	33.8%	10,530.958	467,054
70~74	2,351	34.1%	25,136	43.3%	47,850	43.6%	1,101,318,260	46.6%	10,691.621	468,447
合計	6,889	100.0%	58,080	100.0%	109,642	100.0%	2,365,301,390	100.0%	8,430.832	343,345

参考：国保データベースシステム (KDB)

表 4：外来医療費疾患別割合（令和 4 年度）

外来			医科外来 総医療費 1,357,593.740			
順位	大分類別疾患	大分類番号	順位	中分類別疾患	医療費	割合(%)
1	新生物<腫瘍>	2	1	その他の悪性新生物<腫瘍>	100,243.690	7.4
			2	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	39,822.260	2.9
			3	白血病	17,366.010	1.3
2	内分泌、栄養及び代謝疾患	4	1	糖尿病	129,997.480	9.6
			2	脂質異常症	56,818.210	4.2
			3	その他の内分泌、栄養及び代謝障害	13,217.730	1.0
3	循環器系の疾患	9	1	高血圧性疾患	79,246.700	5.8
			2	その他の心疾患	61,235.760	4.5
			3	虚血性心疾患	15,148.340	1.1
4	筋骨格系及び結合組織の疾患	13	1	炎症性多発性関節障害	65,156.050	4.8
			2	脊椎障害(脊椎症を含む)	31,619.340	2.3
			3	関節症	16,545.230	1.2
5	尿路器系の疾患	14	1	腎不全	99,450.300	7.3
			2	その他の腎尿路系の疾患	13,246.520	1.0
			3	乳房及びその他の女性生殖器の疾患	5,604.430	0.4

参考：国保データベースシステム（KDB）

表 5：入院医療費疾患別割合（令和 4 年度）

入院			医科入院 総医療費 999,473.000			
順位	大分類別疾患	大分類番号	順位	中分類別疾患	医療費	割合(%)
1	新生物<腫瘍>	2	1	悪性リンパ腫	106,986.810	10.7
			2	その他の悪性新生物<腫瘍>	83,238.510	8.3
			3	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	27,185.470	2.7
2	循環器系の疾患	9	1	その他の心疾患	66,316.690	6.6
			2	虚血性心疾患	52,042.650	5.2
			3	脳梗塞	20,071.410	2.0
3	精神及び行動の障害	5	1	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	63,610.560	6.4
			2	気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	19,451.690	1.9
			3	その他の精神及び行動の障害	13,046.590	1.3
4	神経系の疾患	6	1	その他の神経系の疾患	63,610.560	2.2
			2	パーキンソン病	19,451.690	1.4
			3	その他の精神及び行動の障害	13,046.590	1.3
5	筋骨格系及び結合組織の疾患	13	1	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	27,155.810	2.7
			2	関節症	15,361.500	1.5
			3	脊椎障害(脊椎症を含む)	11,437.640	1.1

参考：国保データベースシステム（KDB）

### （5）特定健康診査の状況

現在、特定健康診査\*<sup>5</sup>の受診率は平成 30 年には 37.7%と増加していたものの、コロナ渦による受診控えや積極的な受診勧奨ができなかったこともあり、令和 2 年は 35.1%、令和 3 年は 35.8%と減少しました（表 6）。依然として県平

均にも達していない低い状況です。毎年の特定健康診査受診により、自身の健康状態を確認することができるようになります。未受診である7割の人に関しては、被保険者自身も自身の健康状態を知らず、市全体としても健康状態を把握できていない現状となっています。そのため、正しく健康状態を把握しその状況を改善するための保健事業を展開していくためには、特定健康診査受診率の向上が重要な課題となります。

年代・性別による受診・未受診状況からは特に女性は60代を超えると受診行動をとる割合が上昇する傾向があります。60代は自分のこれからの生活を考える上で、自身の健康に関心を持ち始めたりする年代であるとともに、気になる自覚症状が出てくることもあります。また、他市町村に比べ70代の受診率が男女ともに低くなっています(図4)。医療機関への受診率が高い年代であるため、定期的に医療機関を受診していることが特定健康診査受診率の低下につながっている可能性が考えられます。診療とは別に健診で自身の健康状態を確認する意義を伝えていく必要があると考えます。女性に比べ男性の受診率がすべての世代で低く、特に40代の男性の受診率が低くなっています。働き世代のうちから自身の健康に目を向けてもらい、生活改善を行うことで生活習慣病による医療費の削減につながっていくと考えます。若いうちから健診受診の習慣化を促し、受診率が低い世代に向けて受診勧奨を行っていく必要があります。

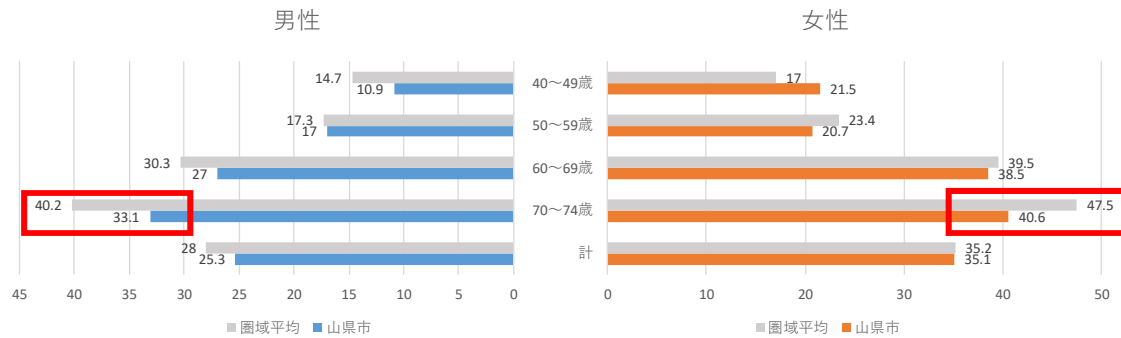
\*5 特定健康診査：医療保険者（国保・被用者保険）が40～74歳の加入者（被保険者・被扶養者）を対象として、毎年度計画的に実施する、内臓脂肪型肥満に着目した検査項目で実施する健康診査

表6：特定健康診査受診率

全体	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度	
	受診率	順位	受診率	順位	受診率	順位	受診率	順位
山口市	37.7%	26位	36.5%	34位	35.1%	30位	35.8%	35位
岐阜県	39.6%	-	40.9%	-	38.5%	-	40.9%	-

参考：国保連合会作成「岐阜県（市町村国保）における医療費・疾病・特定健診の状況」

図4：年齢構成別特定健康診査受診率の状況（令和3年度累計）



参考：国保連合会作成「岐阜県（市町村国保）における医療費・疾病・特定健診の状況」

### （6）特定健康診査結果の状況

令和3年度の特定健康診査の結果を県と比較すると、メタボリックシンドローム\*6該当者は4人に1人、予備群が8人に1人と多くなっています。血糖リスク保有者割合は低くなっていますが、高血圧の有所見者割合が県内3位と多くの方が高血圧の所見を有しています（表7）。また、腎機能（eGFR\*7）の有所見者は県よりステージ3（eGFR30～59）の割合が高くなっています（表8）。

特定保健指導\*8率（利用率・実施率）は、県平均より高い状況となっておりますが年度ごとで大きく変化しています（表9）。年度ごとで実施率に大きな変化がないよう、実施していく必要があると考えます。令和3年度は10人の脱落者が出ており、実施率と利用率に差が生まれています。特定保健指導の利用につながった人が、途中で脱落しないよう継続的な関わりを強化していく必要があります。さらに保健師一人一人の技量の向上を行っていく必要があると考えます。

\*6 メタボリックシンドローム：内臓脂肪の蓄積があり、かつ血圧、血糖、血清脂質のうち2つ以上が基準値から外れている状態を指す。

\*7 eGFR：推算糸球体濾過量のことで、血液検査から推算され腎臓のろ過の働きを示す数値。

\*8 特定保健指導：医療保険者（国保・被用者保険）が、特定健康診査の結果により、健康の保持に努める必要がある者に対し、毎年度実施する支援のこと。特定保健指導には、「動機付け支援」と「積極的支援」の2種類がある。

表7：特定健康診査有所見者率（令和3年度）

	メタボ予備群		メタボ該当者		血糖		血圧		脂質	
	有所見率	順位	有所見率	順位	有所見率	順位	有所見率	順位	有所見率	順位
山口市	12.6%	5位	22.5%	9位	0.5%	20位	9.5%	3位	2.7%	20位
岐阜県	10.3%	-	19.7%	-	0.5%	-	7.1%	-	2.6%	-

参考：国保データベースシステム（KDB）「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

表 8：腎機能（eGFR）の有所見者割合（令和 4 年度）

	ステージ 1	ステージ 2	ステージ 3	ステージ 4	ステージ 5
eGFR	> = 90	60～89	30～59	15～29	< 14
山口市	5.3%	65.2%	29.0%	0.4%	0.1%
岐阜県	8.1%	70.0%	21.6%	0.3%	0.1%

参考：国保データベースシステム（KDB）

表 9：特定保健指導率・実施率

全体	H30年度				R1年度				R2年度				R3年度			
	利用率	順位	実施率	順位	利用率	順位	実施率	順位	利用率	順位	実施率	順位	利用率	順位	実施率	順位
山口市	47.0%	22位	46.5%	20位	46.5%	25位	38.4%	26位	67.1%	16位	62.3%	13位	50.7%	24位	43.7%	25位
岐阜県	45.5%	-	41.3%	-	45.1%	-	41.7%	-	43.7%	-	39.4%	-	45.3%	-	40.1%	-

参考：国保連合会作成「岐阜県（市町村国保）における医療費・疾病・特定健診の状況」

## （7）介護保険の状況

要介護認定率は、県平均よりも低い状況となっています。1件当たり介護給付費は、要支援 1、2 は県より低いが、要介護 1～5 は県よりも高くなっています（表 10・図 5）。令和 4 年度の施設 1 人当たり介護給付費（前年比 93.7%）、居宅 1 人当たり介護給付費（前年比 94.5%）ともに令和 3 年度より減少しています。

介護認定者の有病状況は、糖尿病を有している人がどの介護度においても増加しています（図 6）。さらに心臓病や脳疾患など循環器系の疾病を多くの方が有しています（表 11）。国保部門では、介護につながる生活習慣病の予防を意識しながら保健事業を勧めていきます。

表 10：要介護認定率及び介護給付費（令和 4 年度）

区分	山口市	岐阜県
1号認定率	15.9%	18.1%
2号認定率	0.2%	0.4%
1件当給付費	70,878円	59,511円
要支援 1	7,773円	8,192円
要支援 2	9,460円	11,083円
要介護 1	41,869円	37,662円
要介護 2	54,150円	45,957円
要介護 3	104,221円	77,618円
要介護 4	129,382円	98,945円
要介護 5	132,578円	106,128円

参考：国保データベースシステムシステム（KDB）「地域の全体像の把握」

図 5：要介護度別 1 件当たりの介護給付費（令和 4 年度）

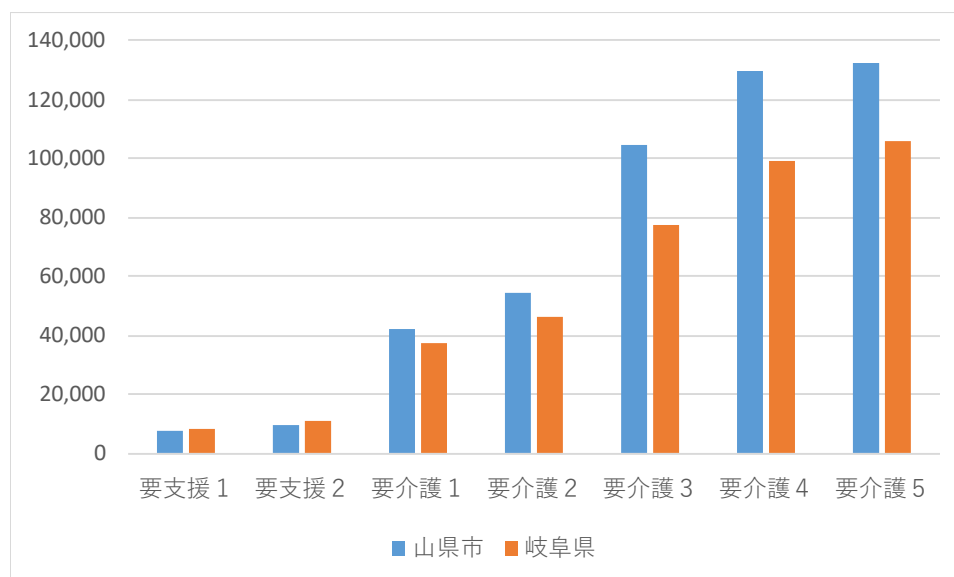
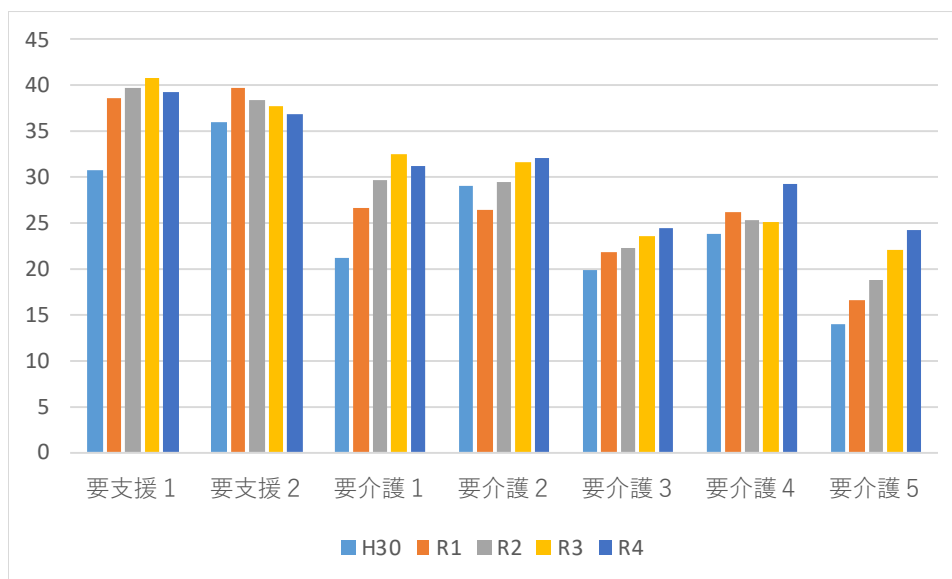




図6：介護認定者における有病状況の経年変化（糖尿病）



参考：国保データベースシステムシステム（KDB）

表11：介護認定者における有病状況（令和4年度）

R04年度(累計)	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
糖尿病	39.2	36.9	31.2	32.1	24.5	29.3	24.3
(再掲)糖尿病合併症	2.7	6.1	2.6	3.1	1.5	2.7	0.9
心臓病	73	79.3	74.5	69.1	70.3	69.5	59.2
脳疾患	18.4	15.4	21	19.9	22.9	23.1	25.9
がん	14.4	15.8	11.4	11.2	6.3	6.2	7
精神疾患	23.9	18	53.1	38.3	54	43.3	56.2
筋・骨疾患	67.6	72.4	60.6	60.5	56.8	51.8	35.7
難病	3.3	2.8	5	7.9	4.2	3.4	5.9
その他	71.8	77.3	74	71.1	70.1	66.2	61.1

参考：国保データベースシステムシステム（KDB）

### 第3章 第2期データヘルス計画の評価

#### (1) 各保健事業の振り返り

	事業名	目的／対象者／方法・内容等	実施主体	事業評価
健診受診促進	特定健診受診率向上対策	<p>【目的】 健康への関心が高まるように広報・周知をし、健診を受けることへのメリット・自分の健康状態がわかることを目指す。</p> <p>【対象者】 40～74歳の国民健康保険加入者</p> <p>【方法・内容】 (周知) ・健診対象者全員に受診票を送付 ・訪問にて受診勧奨チラシを配布し、受診を呼びかけや、治療状況の確認 ・受診勧奨ハガキの送付 2パターンに分けて作成 ①未受診（過去3年以内に受診歴がない） ②継続受診（前年度受診歴があるが今年度抽出日において未受診） (体制の構築) ・集団、医療機関健診の併用 ・がん検診との同日実施 (関係機関との連携) ・医師会への協力依頼 ・健診実施前の説明会の実施 (健診結果の提供) ・人間ドックや職場等における健診結果の提供者への助成 ・情報提供事業（医療機関への定期受診の際の血液検査等の結果を医療機関通じて提供してもらう、みなし健診）の実施</p>	健康介護課	<p>・特定健診受診率 H30 37.7% R1 36.5% R2 35.1% R3 35.8%</p> <p>・受診勧奨数 H30 2,061人 R1 2,137人 R2 2,969人 R3 4,047人</p> <p>・ハガキ勧奨における受診率（R3） 未受診 7.3% 継続受診 56.8%</p> <p>受診勧奨ハガキは過去に受診歴がある人の勧奨効果が高かった。ハガキによる再勧奨は継続していくとともに、効果を高めるために訪問により直接的な受診勧奨も年代別でターゲットをしばり、初回受診につながる勧奨を実施していく。</p>

	事業名	目的／対象者／方法・内容等	実施主体	事業評価
保健指導	特定保健指導	<p>【目的】 対象者が自身の生活習慣を振り返り行動目標をたて、実践に移しその生活が継続できることを目指す。</p> <p>【対象者】 特定保健指導該当者（R3） 積極的 25人 動機づけ 120人</p> <p>【方法・内容】 来所または訪問による面談等</p>	健康 介護 課	<p>・保健指導実施率</p> <p>H30 46.5% R1 38.4% R2 62.3% R3 43.7%</p> <p>・保健指導利用勧奨による利用率（R3） 訪問勧奨 97.7% 通知勧奨 27.5%</p> <p>訪問勧奨による利用率は高く、直接的なアプローチは初回指導につながりやすい。対象者の状況に合わせ勧奨方法を変え、複数回アプローチを行っていくことが必要。対象者全員への訪問はマンパワーに限りがあるため、より生活習慣病起因のリスクが高い人へ確実に初回指導につながるよう利用勧奨を行う。そのため、対象者の優先順位を設け、優先度の高い人から訪問による利用勧奨を実施していく。さらに、集団保健指導や市内医療機関に委託など実施方法を拡大していく。</p>

	事業名	目的／対象者／方法・内容等	実施主体	事業評価
重症化予防	糖尿病重症化予防	<p>【目的】 糖尿病リスクのある人に受診勧奨を行い、血糖コントロールを行うことにより糖尿病の重症化を予防することを目的とする。</p> <p>【対象者】 特定健診の結果以下のいずれかに該当し未治療者（R3 23人） ・ HbA1c6.5%以上 ・ 空腹時血糖 126mg/dl 以上 ・ 随時血糖 200mg/dl 以上</p> <p>【方法・内容】 原則訪問による受診勧奨、保健指導（電話による聞き取り・支援等もあり）</p>	健康 介護 課	<p>・ 受診勧奨率 H30 93.0% R1 77.8% R2 84.6% R3 52.9%</p> <p>・ 医療機関受診率 H30 59.2% R1 28.6% R2 77.7% R3 61.1% 勧奨群 54.5% 未勧奨群 25.0%</p> <p>・ HbA1c 値の維持・改善割合（R3） 勧奨群 100% 未勧奨群 50%</p> <p>受診勧奨により、血糖値の維持・改善が図られている。医療機関を受診し適切な医療につながったことに加え、受診にはつながらなくとも保健指導により、対象者本人の意識改善につながっていると考え、今後も継続していく。</p> <p>しかし、勧奨者の確実な受診につながるよう継続的なアプローチを行っていくことが必要である。さらに、地域医師会との連携の強化を図っていく。</p>

	事業名	目的／対象者／方法・内容等	実施主体	事業評価
重症化予防	高血圧重症化予防	<p>【目的】 Ⅱ度、Ⅲ度高血圧の人を医療機関受診につなげ、適切に血圧コントロールをすることにより、脳血管疾患等の重篤な疾病の発生予防を行うことを目的とする。</p> <p>【対象者】 特定健診の結果、Ⅱ度、Ⅲ度高血圧かつ未治療者（R3 15人）</p> <p>【方法・内容】 原則訪問による受診勧奨、保健指導（電話による聞き取り・支援等もあり）</p>	健康介護課	<p>・受診勧奨率 H30 90.9% R1 57.1% R2 93.3% R3 53.3%</p> <p>・医療機関受診率 H30 72.7% R3 60.0%</p> <p>・血圧維持・改善割合（R3） 勧奨群 57.1% 未勧奨群 100%</p> <p>対象者が少ないが、全員への介入ができていない状況がある。対象者全員への受診勧奨を確実にを行い、状況確認・次年度の健診受診勧奨もともに行っていく必要がある。Ⅱ度Ⅲ度高血圧の危険性や血圧コントロールの必要性を再度周知していき、より効果的な保健指導について再検討をしていく必要があると考える。</p>

	事業名	目的／対象者／方法・内容等	実施主体	事業評価
重症化予防	腎機能重症化予防	<p>R3より開始</p> <p>【目的】 慢性腎臓病の発症、重症化リスクを有する人に対し、受診勧奨と適切な保健指導を行い、人工透析への導入を防止する。</p> <p>【対象者】 特定健診の結果、以下のいずれかに該当し未治療者（R3 12人） ・eGFR 50未満（70歳以上は40未満） ・尿蛋白 2+以上</p> <p>【方法・内容】 原則訪問による受診勧奨、保健指導（電話による聞き取り・支援等もあり）</p>	健康介護課	<p>・受診勧奨率 R3 66.7%</p> <p>・収縮期血圧維持・改善割合（R3） 勧奨群 60% 未勧奨群 25%</p> <p>・拡張期血圧維持・改善割合（R3） 勧奨群 40% 未勧奨群 0%</p> <p>・CKD重症度分類の変化（R3） 勧奨群 80% 未勧奨群 75%</p> <p>CKD予防として血圧の適切な管理の必要性を、受診勧奨・保健指導により伝えることができてい る。CKDについての認知度が低いため、さらに周知を行っていくことが必要であると考えます。</p>

## （2）第2期データヘルス計画等に関わる考察

第2期データヘルス計画は、「①健康への関心が高まるように広報・周知をし、健診を受けることのメリット・自分の健康状態がわかる」「②健診受診にて自分の健康状態がわかり、重症化疾患を予防するために治療や生活改善の行動がとれる」を目的とし、上記5つの事業を行いました。しかし特定健診受診率が横ばいであり、総医療費に占める生活習慣病の費用・患者割合がともに増加しており、メタボリックシンドローム該当者の割合も増加しています。健診受診からの生活改善につなげられていないと考え、目的は十分に達成できていないと考えます。

今後も医療費の削減のために、健康意識の改善を行っていくことが必要です。特定健診受診の促進や、重症化予防の推進などを継続して行っていくことが必要であると考えます。

## 第4章 山口市国民健康保険の健康課題のまとめ

山口市国民健康保険被保険者の健康状態を分析した結果、健康課題は下記のとおりとなりました。

課題項目	健康課題	対応する保健事業番号
A	<p>被保険者は年々高齢化し、65～74歳の前期高齢者が被保険者全体の54.1%となっています。被保険者の年齢構成が高齢化していることで、1人当たりの医療費が増加しています。国保の生活習慣病の医療費が全体の64.5%、患者数が55.1%を占め、増えていることから被保険者への保健事業を実施し、被保険者の健康づくりと、医療費の適正化を図る必要があります。</p> <p>国保被保険者の健康づくりの基本となる特定健診の受診率は35.8%と低い現状があります。健診を受診し、被保険者自身の健康状態の把握をしていくことが生活習慣病予防の基本となります。さらにメタボリックシンドローム該当者は4人に1人、予備群が8人に1人の状態であるため、今後も特定健診受診者を増やし、メタボリックシンドローム症候群・予備群を減らし、被保険者の疾病予防・重症化予防を進めていきます。</p> <p>当市の特定健診受診勧奨事業のポピュレーションアプローチ<sup>※</sup>が効いており、ハガキ等の個別の勧奨活動に効果があることから、今後も対象者の検討を行いながら実施していきます。</p>	1
B	<p>国保・後期ともに、生活習慣病の治療に多くの医療費を使っています。国保被保険者の生活習慣病の発症予防につながる、メタボリックシンドローム対象者の減少を目的に、特定保健指導の利用を勧めています。R3年度の利用率は50.7%、保健指導を最後まで終了した実施率が43.7%となっており、年度ごとで大きく変動しています。</p> <p>今後も特定保健指導者の個別指導を基本とした方法を継続していきます。保健指導対象者が脱落しないよう、継続的な関わりを行い、保健師一人一人の技量の向上を行い、特定保健指導の効果をより上げて対象者から外れる人を増やしていきます。</p>	2
C	<p>医療費の中で、外来では「糖尿病」が一番多くなっています。入院では「糖尿病」の医療費は少ないことから、血糖コントロール薬の服薬により、適切に血糖値のコントロールできていると考えられます。重症化により合併症を発症すると、1件当たりの医療費が高い人工透析への移行につながっていくため、重症化の予防を行っていくことが必要であると考えます。</p> <p>そのため当市では、特定健診受診時の高血糖者に対して、医療機関受診を促す取組を継続し、対象者が受診への理解を得られるよう勧めていきます。また、糖尿病は慢性疾患で、対象者が継続的な生活習慣のコントロールと、医療機関受診ができるよう見守るために</p>	3

	も、毎年の特定健診の受診を勧めていきます。	
D	<p>国保では循環器系の疾患の医療費が入院 17.9%、外来 12.4%と占めます。後期では、入院・外来とも 23.0%と多くの医療費を使っています。また、介護認定者における有病状況においては脳疾患が多く、介護予防において循環器疾患への対策が必要であり、循環器疾患に関係する高血圧症の重症化予防も図る必要があります。</p> <p>また、特定健診の所見においては、有所見者割合が県内 3 位と多くの人が高血圧の所見を有しています。標準化死亡比 (SMR) において、心筋梗塞は減少していることから、直接的な死因となっていないため、適切な治療により重症化の予防ができていていると考えます。そのため、高血圧の所見がある者に対しては、医療機関受診を促す取組を継続し、対象者に受診への理解を得られるよう勧めていきます。また、高血圧症は慢性疾患で対象者が継続的な生活習慣のコントロールと、医療機関受診ができるよう見守るためにも、毎年の特定健診の受診を勧めていきます。</p>	4
E	<p>国保・後期ともに外来医療費に占める「腎不全」の割合が高く、1 件当たりの医療費が高くなっています。標準化死亡比 (SMR) において腎不全が国よりも高い状態です。介護につながりやすい人工透析への移行期間を延ばすとともに、糖尿病・高血圧症の重症化予防と併せて、腎機能低下への取組も実施する必要があると考えます。特定健診の有所見者割合は、県と比較してステージ 3 (eGFR30～59) の割合が高いです。そのため、ステージ 3 の人が次のステージへと移行しないために、eGFR と尿蛋白の所見のある者に対しては、医療機関受診を促す取組を継続し、対象者が受診への理解を得られるよう勧めていきます。腎機能低下は自覚症状がないことが多く、医療機関受診の理解が得られにくい状況です。しかし、腎機能は徐々に低下していくため、状態を見守るためにも、毎年の健診の受診を勧めていきます。</p>	5
F	<p>被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い 1 人当たり医療費も増加傾向にあります。今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給とともに、被保険者の安全な服薬を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進していきます。</p>	6
G	<p>高齢化率が 36.1%で、労働人口 (15～64 歳) が平成 27 年より 3.6%減少し、65 歳以上の単独世帯は 2.0%増加していることから、国保の視点から地域包括ケアに資する取組を行うことで、高齢者が住みなれた地域で自立した生活ができる期間の延伸、QOL の維持向上を図れるようにしていきます。</p>	7

※対応する保健事業番号は「第 6 章 健康課題を解決するための個別の保健事業」に記載

\*9 ポピュレーションアプローチ:対象を一部に限定しないで集団全体へアプローチする考え方



## 第5章 計画全体の目的・目標

データヘルス計画全体における目的 (大目的)	健康寿命を延伸させる 医療費を適正化する
---------------------------	-------------------------

項目	中目的	評価指標	目標値					
			R6	R7	R8	R9	R10	R11
A ・ B	メタボ等の生活習慣病の予防	特定健診受診率	37%	38%	39%	39%	40%	40%
		特定保健指導実施率	45%	48%	50%	53%	58%	60%
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	33%	33%	33%	33%	33%	33%
C	糖尿病の重症化の予防	HbA1c8.0%以上の者の割合	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%
		HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	12.5%	12.0%	11.5%	11.0%	10.5%	10.0%
D	高血圧の重症化予防	収縮期血圧維持・改善者割合	73%	73%	73%	73%	73%	73%
		拡張期血圧維持・改善者割合	73%	73%	73%	73%	73%	73%
E	腎機能低下の重症化予防	CKD重症度分類の変化	78%	78%	78%	78%	78%	78%
F	重複多剤服用者の減少	保険者努力支援制度：共通指標⑤(1)重複投薬者に対する取組(人)	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少
		保険者努力支援制度：共通指標⑤(2)多剤投与者に対する取組(人)	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少
G	地域包括ケア推進・一体的実施の取組の状況	保険者努力支援制度：(1)地域包括ケア推進の取組 KDB等を活用したデータ提供等により地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保担当課として参画	参画	参画	参画	参画	参画	参画
		保険者努力支援制度：	実施	実施	実施	実施	実施	実施

		(1) 地域包括ケア推進 の取組 KDB 等を活用して前期 高齢者等のハイリス ク群・予備群等を抽出し、 国保担当課として当該タ ーゲット層に対する支援 を実施						
--	--	---	--	--	--	--	--	--

## 第6章 健康課題を解決するための個別の保健事業

### (1) 保健事業一覧

分析結果に基づく健康課題に対する対策の検討結果を踏まえ、本計画にて実施する事業は下表のとおりです。

事業番号	事業名称	重点・優先度
1	特定健康診査受診勧奨事業	1
2	特定保健指導	2
3	糖尿病重症化予防事業	3
4	高血圧の重症化予防事業	3
5	腎機能低下の重症化予防事業	3
6	適正受診・適正服薬	4
7	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	5

## (2) 個別保健事業評価計画

### 事業Ⅰ 特定健康診査受診勧奨事業

目的	特定健診の受診を促し、自身の健康状態を知り生活習慣の見直しを行うことで、生活習慣病の発症予防を行う。
----	--

#### 〈実施内容〉

#### 特定健診受診勧奨ハガキ

対象者	対象年度に特定健診の受診がない人
時期	9月中旬
方法	対象者を3パターンに分け、内容を変更しハガキを作成 ①未受診者（過去5年以内に受診歴がない） ②継続受診（前年度受診歴があるが、対象年度抽出日において未受診） ③受診控え（過去5年以内に受診歴があるが、前年度受診歴がない）
実施回数・量	1回/年
連携体制・予算・人員	・ハガキの作成は外部業者へ委託 ・衛生担当課（健康介護課）が実施 ・国保担当課（市民環境課）が予算を確保

#### 情報提供事業

対象者	対象年度に特定健診の受診がなく、市内医療機関でレセプト（糖尿病・高血圧症・脂質異常症で治療中）があり、4月1日からの診療で同様の検査を行っている人
時期	10月～1月
方法	・対象者に提供票を発送 ・対象者本人が医療機関を受診し、医療機関が提供表を記入する
実施回数・量	1回/年
連携体制・予算・人員	・市内医療機関、国保連合会と連携 ・衛生担当課（健康介護課）が実施 ・国保担当課（市民環境課）が予算を確保

#### 〈評価指標と目標値・実績値〉

指標	評価指標	実績値	目標値					
			R3	R6	R7	R8	R9	R10
アウトカム指標 (成果)	特定健診受診率	35.8%	37%	38%	39%	39%	40%	40%
アウトプット指標 (実施量・率)	特定健診受診勧奨ハガキ送付率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	情報提供票の回収率	17.2%	18%	18%	18%	18%	19%	20%

## 事業2 特定保健指導

### 1. 特定保健指導利用勧奨事業

目的	メタボリックシンドロームによる生活習慣病発症のリスクがある人を対象に、特定保健指導の利用を促し、生活改善に向けて振り返ること生活習慣病の発症予防を行う。
----	--

#### 〈実施内容〉

対象者	対象年度の特定健康診査受診者の中で、基準に基づき特定保健指導該当になった人
時期	8月～3月
方法	・通知による利用勧奨 ・訪問による利用勧奨
実施回数・量	・対象者全員に特定保健指導の対象であることを通知（保健指導日の案内または保健師が直接訪問に行くことを案内） ・呼び出し日に来庁がなかった人へ、訪問や電話による利用勧奨を行う
連携体制・予算・人員	・衛生担当課（健康介護課）が実施 ・地区担当保健師等で行う

#### 〈評価指標と目標値・実績値〉

指標	評価指標	実績値		目標値				
		R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット指標（実施量・率）	特定保健指導利用率	50.7%	55%	58%	60%	63%	65%	68%
	次年度継続受診率	77.9%	78%	79%	80%	80%	80%	80%

### 2. 特定保健指導

目的	特定保健指導の利用により生活習慣の改善を行い、メタボリックシンドロームから起因する生活習慣病の発症予防を行う。
----	---

#### 〈実施内容〉

対象者	対象年度の特定健康診査受診者の中で、基準に基づき特定保健指導該当になった人
時期	8月～3月
方法	・保健センターへ呼び出しによる保健指導 ・訪問による保健指導 ・オンライン（ZOOM）による保健指導 ・集団特定保健指導 ・市内医療機関での保健指導
実施回数・量	・動機付け支援対象者 初回面接を行い、3か月後にアンケートを送付し指導後の生活の評価を行う ・積極的支援対象者 初回面接 1か月後に中間評価を行い、3か月後に面談にて最終評

	価を行う ・集団保健指導（年２回）
連携体制・予算・人員	・衛生担当課（健康介護課）で実施 ・地区担当保健師等で行う ・予算は一般会計 7 割（健康介護課）、国保 3 割（市民環境課）で確保 ・集団保健指導：運動指導士、管理栄養士等 ・市内医療機関と連携

〈評価指標と目標値・実績値〉

指標	評価指標	実績値	目標値					
		R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム指標 (成果)	保健指導レベルの改善割合	33.0%	33%	33%	33%	33%	33%	33%
	利用者の腹囲 2cm、体重 2kg 減量した者の割合	17.9%	18%	18%	18%	18%	18%	18%
アウトプット指標 (実施量・率)	特定保健指導利用率	50.7%	55%	58%	60%	63%	65%	68%
	次年度継続受診率	77.9%	78%	79%	80%	80%	80%	80%

### 事業3 糖尿病重症化予防事業

目的	糖尿病のリスクがある人に、受診勧奨を行い適切な血糖コントロールを行うことにより、糖尿病合併症の発症予防を行う。
----	---

#### 〈実施内容〉

対象者	特定健康診査の結果、以下のいずれかに該当し医療機関未受診者 (糖尿病・高血圧・脂質異常症でレセプトがない人) ・HbA1c6.5%以上 ・空腹時血糖 126mg/dl 以上 ・随時血糖 200mg/dl 以上
時期	8月～3月
方法	・訪問による受診勧奨・保健指導 ・電話による状況確認・受診勧奨
実施回数・量	・原則対面での受診勧奨を行い、糖尿病連携手帳・連絡票を対象者本人に渡し、医療機関受診時に担当医に連絡票を渡す。 ・医療機関からの連絡票の返送により確認を行う。 ・連絡票の返送が介入日より3か月ない場合、レセプトの確認と電話による確認を行う。
連携体制・予算・人員	・衛生担当課（健康介護課）の地区担当保健師が実施 ・予算は一般会計7割（健康介護課）、国保3割（市民環境課）で確保 ・市内医療機関と連携

#### 〈評価指標と目標値・実績値〉

指標	評価指標	実績値	目標値					
			R3	R6	R7	R8	R9	R10
アウトカム指標（成果）	HbA1c 値維持、改善割合	75.0%	75%	75%	75%	75%	75%	75%
アウトプット指標（実施量・率）	医療機関受診勧奨率	47.8%	60%	70%	80%	80%	80%	80%
	医療機関受診率	39.1%	40%	45%	50%	60%	70%	80%
	次年度継続受診率	71.4%	75%	75%	80%	80%	80%	80%

#### 事業4 高血圧の重症化予防事業

目的	Ⅱ度、Ⅲ度高血圧の人を医療機関受診につなげ、適切に血圧コントロールをすることにより、脳血管疾患等の重篤な疾病の発症予防をおこなう。
----	---

##### 〈実施内容〉

対象者	特定健康診査の結果、以下のいずれかに該当し医療機関未受診者 (糖尿病・高血圧・脂質異常症でレセプトがない人) ・収縮期血圧 160mmHg 以上 ・拡張期血圧 100mmHg 以上
時期	8月～3月
方法	・訪問による受診勧奨・保健指導 ・電話による状況確認・受診勧奨
実施回数・量	・原則対面での受診勧奨を行い、血圧管理手帳を対象者本人に渡す。 ・介入日より3か月をめぐり、レセプトの確認と電話による確認を行う。
連携体制・予算・人員	・衛生担当課（健康介護課）の地区担当保健師が実施 ・予算は一般会計7割（健康介護課）、国保3割（市民環境課）で確保 ・市内医療機関と連携

##### 〈評価指標と目標値・実績値〉

指標	評価指標	実績値	目標値					
			R3	R6	R7	R8	R9	R10
アウトカム 指標（成 果）	収縮期血圧維持・改善者 割合	72.7%	73%	73%	73%	73%	73%	73%
	拡張期血圧維持・改善者 割合	72.7%	73%	73%	73%	73%	73%	73%
アウトプッ ト指標（実 施量・率）	医療機関受診勧奨率	53.3%	60%	70%	75%	80%	80%	80%
	医療機関受診率	60.0%	63%	68%	70%	72%	74%	75%
	次年度継続受診率	75.0%	76%	77%	77%	78%	79%	80%



## 事業5 腎機能低下の重症化予防事業

目的	慢性腎臓病の発症、重症化リスクを有する者に対して、受診勧奨と適切な保健指導を行い、人工透析への導入を防止する。
----	---

### 〈実施内容〉

対象者	特定健康診査の結果、以下のいずれかに該当し医療機関未受診者 (糖尿病・高血圧・脂質異常症でレセプトがない人) ・eGFR50未満(70歳以上は40未満) ・尿蛋白2+以上
時期	8月～3月
方法	・訪問による受診勧奨・保健指導 ・電話による状況確認・受診勧奨
実施回数・量	・原則対面での受診勧奨を行い、eGFRグラフ・連絡票を対象者本人に渡し、医療機関受診時に担当医に連絡票を渡す。 ・医療機関からの連絡票の返送により確認を行う。 ・連絡票の返送が介入日より3か月ない場合、レセプトの確認と電話による確認を行う。
連携体制・予算・人員	・衛生担当課(健康介護課)の地区担当保健師が実施 ・予算は一般会計7割(健康介護課)、国保3割(市民環境課)で確保 ・市内医療機関と連携

### 〈評価指標と目標値・実績値〉

指標	評価指標	実績値	目標値					
		R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム指標 (成果)	収縮期血圧維持・改善者割合	44.4%	45%	46%	47%	48%	49%	50%
	拡張期血圧維持・改善者割合	22.2%	28%	32%	35%	40%	45%	50%
	CKD重症度分類の変化	77.8%	78%	78%	78%	78%	78%	78%
アウトプット指標 (実施量・率)	医療機関受診勧奨率	66.7%	70%	72%	75%	80%	85%	90%
	次年度継続受診率	80.0%	81%	82%	83%	84%	85%	85%

## 事業6 適正受診・適正服薬

### 1. 重複投与者に対する取組

目的	被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い1人当たり医療費も増加傾向にある。今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給とともに、被保険者の安全な服薬を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進する。
----	--

#### 〈実施内容〉

対象者	共通指標⑤（1）重複投薬者に対する取組 a.抽出基準（R5年度実施状況） 同一月に同一薬剤の処方を3医療機関以上からうけており、2か月以上継続している者を定期的にKDBの帳票で確認。
時期	8月
方法	共通指標⑤（1）重複投薬者に対する取組 ①b.通知または個別訪問指導 c.取組実施後に対象者の処方状況をレセプト等で確認 d.実施前後で評価を行う ②本人や支援者に服薬状況や副作用の改善状況を確認
実施回数・量	1回/年
連携体制・予算・人員	共通指標⑤（1）重複投薬者に対する取組 ・抽出条件に該当したすべての対象者に対して、直近の服薬情報・医療機関等の服薬情報通知を送付。 ・送付から約2か月後の診療について服薬状況を確認し、改善が見られない場合は電話・訪問を行い、現在の健康状態（副作用の有無）と今回受診に至った経緯などを聞き取り、要因に対して対応する予定。 （山県医師会または山県薬剤師会との連携） ・医師会・薬剤師会に事業の実施について、国保運営協議会の会議で取組の現状について、説明の上協力依頼する。 ・医療機関から受診状況や服薬について、気になる人がいる場合は情報提供を依頼する。

#### 〈評価指標と目標値・実績値〉

指標	評価指標	実績値	目標値					
			R5	R6	R7	R8	R9	R10
アウトカム指標（成果）	共通指標⑤（1）重複投薬者に対する取組 ③重複投与者数（対被保険者1万人）が前年度から減少していること	0回	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少
アウトプット指標（実施量・率）	対象者への通知・訪問回数（改善状況の確認も含む）	0回	-	-	-	-	-	-

	取組実施前後の評価	0回	-	-	-	-	-	-
	医師会・薬剤師会への相談	0回	-	-	-	-	-	-

※令和5年度まで該当者がいないが、引き続き注視していく。アウトプット指標については対象者の数に応じて対応していく。

## 2. 多剤投与者に対する取組

目的	被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い1人当たり医療費も増加傾向にある。今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給とともに、被保険者の安全な服薬を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進する。
----	--

### 〈実施内容〉

対象者	共通指標⑤（2）多剤投与者に対する取組 a 抽出基準（R5年度実施状況） 3か月連続して、同一診療月内で、処方薬剤数が15以上の者
時期	8月
方法	共通指標⑤（2）多剤投与者に対する取組 ① b.通知または個別訪問指導 c.取組実施後に対象者の処方状況をレセプト等で確認 d.実施前後で評価を行う ②本人や支援者に服薬状況や副作用の改善状況を確認
実施回数・量	1回/年
連携体制・予算・人員	共通指標⑤（1）多剤投薬者に対する取組 ・KDBシステムにて対象者を抽出し、該当者に通知、もしくは電話・訪問を行い、現在の健康状態や服薬状況、体調不良などの聞き取りを行う。 ・受診医療機関や調剤薬局に現在の処方情報を提示するため、記録しているお薬手帳を提示するなど患者自ら情報提供を行うようにすることや、お薬手帳を1つにまとめて提示する等助言をする。 （山県医師会または山県薬剤師会との連携） ・医師会・薬剤師会に事業の実施について、国保運営協議会の会議で取組の現状について、説明の上協力依頼する。 ・医療機関から受診状況や服薬について、気になる人がいる場合は情報提供を依頼する。

### 〈評価指標と目標値・実績値〉

指標	評価指標	実績値	目標値						
		R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
アウトカム指標（成果）	共通指標⑤（2）多剤投与者に対する取組	0回	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減	前年度より減

	多剤投与者数（対被保険者1万人）		少	少	少	少	少	少
アウトプット指標 （実施量・率）	対象者への通知・訪問回数（改善状況の確認も含む）	0回	-	-	-	-	-	-
	取組実施前後の評価	0回	-	-	-	-	-	-
	医師会・薬剤師会への相談	0回	-	-	-	-	-	-

※令和5年度まで該当者がいないが、引き続き注視していく。ただし、「うつ」「認知症」「がん」「統合失調症」などの傷病名のある者は除外する（岐阜県薬剤師会からの助言）。アウトプット指標に関しては、対象者の数に応じて対応していく。

### 3. 薬剤の適正使用の推進に対する取組

目的	被保険者の平均年齢は年々上昇し、それに伴い1人当たり医療費も増加傾向にある。今後の医療需要の増加を見越して、社会保障の安定的供給とともに、被保険者の安全な服薬を目的に、医師会や薬剤師会等と連携体制を構築し、適正な受診、適正な服薬を推進する。
----	--

#### 〈実施内容〉

対象者	共通指標⑤（3）薬剤の適正使用の推進に対する取組 お薬手帳を1冊にまとめることやポリファーマシーの啓発：国保加入者、健診受診者 セルフメディケーションの啓発：国保加入者を含む市民全体
時期	常時：チラシ啓発 毎年7月：保険証発送時
方法	共通指標⑤（3）薬剤の適正使用の推進に対する取組 窓口来庁者に、お薬手帳1冊にまとめることや、ポリファーマシーに関する内容のチラシを設置。ホームページ。
実施回数・量	常時（チラシ啓発） 保険証発行時：全世帯分1回、新たに加わった世帯は追加で配布
連携体制・予算・人員	国保担当課（市民環境課）担当

#### 〈評価指標と目標値・実績値〉

指標	評価指標	実績値	目標値						
		R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
アウトプット指標 （実施量・率）	お薬手帳を1冊にまとめることやポリファーマシーに関する周知・啓発	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	
	セルフメディケーションの推進のための周知・啓発	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	

## 事業7 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

### 1. 地域包括ケアに対する取組

目的	高齢化率が36.1%で、平成27年より労働人口（15～64歳）が3.6%減少し、65歳以上の単独世帯は2.0%増加していることから、国保の視点から地域包括ケアに資する取組を行うことで、高齢者が住みなれた地域で自立した生活ができる期間の延伸、QOLの維持向上を図れるようにする。
----	--

#### 〈実施内容〉

地域支援事業に国保担当課として参画	<p>保険者努力支援制度（1）地域包括ケア推進の取組①の「KDB等を活用した取組内容」</p> <p>山県市在宅医療介護連携推進協議会委員として参加し、KDBシステムからわかる医療・介護等につわる市の現状について情報提供し、課題検討に役立てる。</p>
ハイリスクアプローチ	<p>保険者努力支援制度（1）地域包括ケア推進の取組②の「ターゲット層となるハイリスク群・予備軍等の抽出条件及び抽出方法」と「国保担当課として行った支援の取組内容」"当市の介護認定者の疾病保有状況（令和4年度）をみると、心臓病が70.8%と最も多い。糖尿病（市30.6%：国24.2%、県28.7%）や高血圧症（市62.6%：国53.2%、県56.6%）が国や県の割合よりも高く、これらの疾病が心臓病の保有率にも大きく関わっていると考えられる。</p> <p>このことから、岐阜県の糖尿病腎症重症化予防プログラムの基準に基づいて、健診期間中に月一度KDBを用いて対象者抽出を行い、HbA1c 6.5%以上、空腹時血糖126mg/dl以上で未治療の方をレセプトで確認する。また、高血圧についても、収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上の者について同様とする。あわせて、慢性腎臓病へのアプローチとして、eGFR50以下（70歳以上においては40以下）の者に対しても抽出し保健師による個別指導を実施する。</p>
医療・介護関係機関の連携による地域包括ケアの推進に向けた取組	<p>保険者努力支援制度（1）地域包括ケア推進の取組③「取組内容」</p> <p>地域の中核病院を中心として、市内の医療機関、介護施設、介護サービス事業所、地域包括支援センター、行政機関等を委員とし、在宅医療・介護に関する課題協議や、関係機関の連携を図っている。</p>
連携体制・予算・人員	介護係保健師等が担当

〈評価指標と目標値・実績値〉

指標	評価指標	実績値	目標値						
		R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
アウトカム指標（成果）	国保の視点から地域包括ケアの推進に資する取組の実施	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有
アウトプット指標（実施量・率）	地域包括ケアの構築に向けた医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援など担当課横断的な議論の場に国保担当課として参画し、KDB等を活用したデータ提供等により地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保担当課として参画	参画	参画	参画	参画	参画	参画	参画	参画
	KDB等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、国保担当課として当該ターゲット層に対する支援を実施（お知らせや保健師等専門職による個別支援、介護予防を目的とした取組等）	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有
	国保直診施設等を拠点とした取組をはじめ、医療・介護関係機関の連携による地域包括ケアの推進に向けた取組の実施	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有

2. 高齢者の健康づくりと介護予防の一体的実施に対する取組

目的	国保、後期高齢者医療、介護保険のそれぞれのデータ分析を実施したうえで、後期高齢者医療広域連合から保健事業実施の委託を受け、専門職を活用し、国保の保健事業について後期高齢者医療制度の保健事業と介護保険の地域支援事業と一体的に実施する。
----	--

〈実施内容〉

ハイリスクアプローチ	保険者努力支援制度（２）一体的実施の取組「後期高齢者医療制度の保健事業と一体的に実施している保健事業の実施内容（ハイリスクアプローチ）」 特定健康診査受診者に対しては、高血糖（HbA1c6.5%以上または
------------	---

	<p>空腹時血糖 126mg/dl 以上) の医療機関未受診者に対し受診勧奨を行うとともに、保健指導を行っている。後期高齢者健康診査受診者に対しては、HbA1c7.0%以上の者全てにアプローチを行い、治療中の者の血糖コントロール状況等もあわせて確認し保健指導を行う。</p> <p>高血圧については、国保・後期ともに収縮期血圧 160mmHg 以上、拡張期血圧 100mmHg 以上の未治療者に対し受診勧奨及び保健指導を実施する。</p>
ポピュレーションアプローチ	<p>保険者努力支援制度(2) 一体的実施の取組「後期高齢者医療制度の保健事業と一体的に実施している保健事業の実施内容(ポピュレーションアプローチ)」</p> <p>高齢者を含め糖尿病性腎症及び慢性腎臓病の人が多く、透析患者になると介護を受ける割合が高くなることから、医療専門職の関与の希望があった高齢者サロン・老人クラブ等を対象とし、生活習慣病と介護予防の関係について健康教育を実施する。また通いの場の参加者に対し、地域を担当する医療専門職が介入し、後期高齢者の質問票や体力測定を行い、フレイル状態の把握や健康教育を行う。</p>
事業の実施根拠になるデータの分析	<p>保険者努力支援制度(2) 一体的実施の取組「分析に用いた国保、後期高齢者医療、介護保険のそれぞれのデータ」</p> <p>令和4年度におけるKDBシステム「地域の全体像の把握」(国保・介護データ)において、山県市の介護給付者で糖尿病を保有している割合は30.6%であり、県28.7%、国24.2%に比べて高い。</p> <p>国保医療・後期高齢者医療は、全体の医療費(入院と外来の合算)の割合が最も高い疾患に糖尿病が上がっており、国保においては5位に慢性腎臓病で人工透析実施者が上がっている。後期高齢者においても、糖尿病や高血圧の医療費割合が県や国と比較して高くなっている。</p> <p>「厚生労働省様式(様式2-2)人工透析患者一覧」(後期高齢と国保の医療・介護データ)の、介護給付状況(R5年5月診療分)を見ると国保被保険者18件中2件が介護認定を受けており、後期高齢者では27件中10人が認定を受けている。</p> <p>市が実施する「介護申請に至ったきっかけ調査(R4年度累計)」においては、1位認知症(25%)2位骨折・転倒(14%)3位衰弱(13%)となっており、認知症の発症により介護申請に至る割合が最も高い。生活習慣病は認知症発症との関連性があり、疾病予防、重症化予防の取組とフレイル予防等を連動させて展開していく必要がある。</p>
連携体制・予算・人員	介護係保健師等が担当

〈評価指標と目標値・実績値〉

指標	評価指標	実績値	目標値						
		R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
アウトカム指標（成果）	後期高齢者医療広域連合から保健事業実施の委託を受け、専門職を活用し、国保の保健事業について後期高齢者医療制度の保健事業と介護保険の地域支援事業と一体的に実施	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有
	事業の実施に当たり、国保、後期高齢者医療、介護保険のそれぞれのデータ分析を実施	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有
アウトプット指標（実施量・率）	①-1 後期高齢者医療制度の保健事業と一体的に実施している保健事業の実施内容（ハイリスクアプローチ）	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	
	①-2 介護保険の地域支援事業と一体的に実施している保健事業の実施内容（ポピュレーションアプローチ）	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	
	②事業の実施に当たり、国保のデータに加え、後期高齢者医療及び介護保険のデータについても、KDB等を活用した分析を総合的に実施	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	実施有	



## 第7章 その他

### (1) データヘルス計画の評価・見直し

#### 1. 個別の保健事業の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度ごとに行い、計画策定時に設定した保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認します。なお、そのためにも対象者、事業実施者などの名簿を保管し、KDBを活用して評価していきます。

事業の評価は、健康・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮していきます。目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させます。

#### 2. データヘルス計画全体の評価・見直し

##### ①評価の時期

設定した評価指標に基づき、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行います。

##### ②評価方法・体制

計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム（成果）指標を中心とした評価指標による評価を行います。

評価にあたり、市町村国保における保健事業の評価を後期高齢者医療広域連合と共有しながら、県国保課、国保連合会とともに令和8年度に中間評価、令和11年度に最終評価を行います。

### (2) 計画の公表・周知

策定した計画は市のホームページにて公表します。事業の周知に関しては個別通知、広報やまがた、ポスターの掲示等により周知します。

### (3) 事業運営上の留意事項

計画の推進にあたっては、関係部署で実施している既存事業等を活用し、連携して業務にあたることとします。また、月1回担当者会議（保健師、栄養士、歯科衛生士、事務職等）にて、事業を実施する中でスタッフ間での意見交換及び実施状況の確認をするとともに、毎年10月と3月に国保係・成人健康係間での現状報告を行う場を設けます。

#### (4) 個人情報の保護

保健事業実施における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山県市個人情報保護法施行条例に従って行います。また、業務を外部委託する場合は、個人情報の取扱いについて契約書に定め、契約遵守状況を管理します。

#### (5) その他計画推進に当たっての留意事項

岐阜県国民健康保険団体連合会が行う「国保・後期高齢者ヘルスサポート事業」や研修を活用し、KDB等を活用した保健事業実施計画の策定や、それに基づく保健事業の実施・評価について支援、助言等を依頼していきます。

本計画は山県市国民健康保険運営協議会での協議の上策定したのですが、進行、見直しにおいても引き続き同協議会にて協議します。

山県市国民健康保険保健事業実施計画（第3期データヘルス計画）

発行 令和6年3月  
発行者 山県市  
編集 市民環境課・健康介護課

〒501-2192

岐阜県山県市高木1000番地1

山県市役所 電話：0581-22-2111（代表）

市民環境課保険年金係 電話：0581-22-6827

健康介護課成人健康係 電話：0581-22-6838