

上関町国民健康保険

**第3期データヘルス計画（保健事業実施計画）
第 4 期 特 定 健 康 診 査 等 実 施 計 画
(令和6年度～令和11年度)**

令和6年3月

上 関 町

目次

I 基本情報.....	- 1 -
1. 被保険者等の基本情報	- 1 -
2. 基本的事項	- 1 -
3. 保険者及び関係者の役割、連携内容.....	- 2 -
4. 現状の整理	- 3 -
II 健康医療情報等の分析と課題	- 5 -
III 計画全体.....	- 10 -
1. 保険者の健康課題.....	- 10 -
2. 目標を達成するための戦略	- 10 -
3. データヘルス計画全体における目的.....	- 11 -
4. 個別の保健事業	- 12 -
IV 個別の保健事業.....	- 13 -
特定健康診査事業.....	- 13 -
特定保健指導事業.....	- 14 -
生活習慣病重症化予防事業（ハイリスク者受診勧奨）	- 15 -
生活習慣病重症化予防事業（糖尿病重症化予防）	- 16 -
後発医薬品への切替勧奨事業.....	- 17 -
V その他.....	- 18 -
第4期特定健康診査等実施計画.....	- 19 -
1. 計画策定の背景.....	- 19 -
2. 計画期間.....	- 19 -
3. 特定健康診査・特定保健指導の目標値	- 19 -
4. 特定健康診査の実施方法.....	- 20 -
5. 特定保健指導の実施方法.....	- 22 -
6. 特定保健指導対象者の抽出の方法.....	- 23 -

7. 保健指導実施者の人材確保と資質向上	- 24 -
8. 健診データ保管等に関する外部委託について	- 24 -
9. 特定健康診査受診率向上のための取組	- 24 -
10. 特定保健指導実施率向上のための取組	- 25 -
11. 特定健康診査等実施計画の評価と見直し	- 25 -
図表	- 27 -
図表① 年齢・性別階層別一覧表	- 27 -
図表② 平均寿命・平均自立期間	- 29 -
図表③ 医療費の分析	- 32 -
図表④ 疾病分類別の医療費	- 35 -
図表⑤ 生活習慣病	- 36 -
図表⑥ 人工透析	- 37 -
図表⑦ 重複・頻回受診の状況	- 39 -
図表⑧ 重複・多剤処方の状況	- 39 -
図表⑨ 後発医薬品（ジェネリック医薬品）	- 39 -
図表⑩ 特定健康診査	- 40 -
図表⑪ 特定保健指導実施率の推移	- 43 -
図表⑫ 介護医療	- 43 -

I 基本情報

1. 被保険者等の基本情報

(令和5年4月1日時点)

	全体	国保加入割合	男性	割合	女性	割合
人口	2,349人		1,115人	47.5%	1,234人	52.5%
国保被保険者数	701人	29.8%	380人	54.2%	321人	45.8%

(図表① 年齢・性別階層別一覧表)

2. 基本的事項

計画の趣旨	【計画の趣旨・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みを行うことを推進する。」と示されました。 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1において、市町村国保及び国民健康保険組合は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされました。 その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」において、保険者のデータヘルス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KPI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。
	【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。 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。
	【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）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。 策定においては、健康やまぐち21計画や山口県後期高齢者医療広域連合（以下「後期広域連合」という。）が定める第3期高齢者保健事業実施計画（データヘルス計画）等との整合性を図り計画します。

計画期間	令和6年度（2024年度）～令和11年度（2029年度）
実施体制	<p>本計画の策定および運用においては、住民課が主体となって進めるが、住民の健康の保持及び増進のため、保健福祉課や保健師を含む専門職と連携した体制で進めます。</p> <p>＜各プロセスにおける実施体制＞</p> <p>①計画策定 ＜実施主体＞住民課 ＜支援・助言等＞保健福祉課</p> <p>②事業実施 ＜実施主体＞保健福祉課 ＜支援・助言等＞住民課</p> <p>③評価 ＜実施主体＞住民課 ＜支援・助言等＞保健福祉課</p> <p>④見直し ＜実施主体＞住民課 ＜支援・助言等＞保健福祉課</p>
関係者連携	<p>被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために、関係部署や関係機関の協力を得て、保険者の健康課題を踏まえ計画を策定します。</p> <p>計画の策定等にあたっては、共同保険者である山口県のほか、山口県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、保健医療関係者、後期広域連合、医療機関等と適宜連携・協力を図ります。</p>

3. 保険者及び関係者の役割、連携内容

保険者及び関係者	具体的な役割、連携内容
上関町（国保・保健部局）	保健事業の計画並びに実施、評価、見直し等
山口県（国保部局）	保健事業対象者の選定、実施方法、評価、見直し等に関する資料の提供並びに助言等
山口県（保健衛生部局）	保健事業対象者の選定、実施方法、評価、見直し等に関する資料の提供並びに助言等
山口県国民健康保険団体連合会 保健事業支援・評価委員会 国民健康保険中央会	保健事業対象者の選定、実施方法、評価、見直し等に関する資料の提供並びに助言等 受診勧奨など被保険者への広報、周知活動
山口県後期高齢者医療広域連合	保健事業対象者の選定、実施方法、評価、見直し等に関する資料の提供並びに助言等 受診勧奨など被保険者への広報、周知活動する連携内容を記載
保健医療関係者	健診、検診、保健指導などの実施及び保健事業に対する助言等 受診勧奨など被保険者への周知活動

4. 現状の整理

保険者の特性

【上関町の地理的状況】

山口県の南西部に位置し、四方がほぼ海に囲まれており、気候は温暖です。面積は 34.69 km²であり、室津半島及びその対岸で上関大橋により陸続きとなっている長島、離島である祝島、八島などで構成されています。隣接している市町には平生町、柳井市がありますが中心部が室津半島の先端付近にあり、主な公共交通機関はバス、定期船となっており交通網に課題があります。



【被保険者の年齢構成】

被保険者の年齢構成は 15 歳未満が 4.6%、15-39 歳が 6.6%、39-64 歳が 30.2%、65-74 歳が 58.6% となっています。加入率、加入者数ともに減少の傾向にあり、65-74 歳代が全体の約 6 割を占めています。

性別では、男性が 54.2%、女性が 45.8% で、平成 30 年度と比較して女性の割合が若干増加となっています。

【被保険者数と高齢化率の推移】

被保険者数は令和元年度と比較すると 20% 程減少しており、今後も減少し、令和 11 年度には 500 人程度になると見込まれます。原因としては、現在の被保険者構成のうち 70-74 歳が 36.6% を超えており、この層が後期高齢者医療保険に移行していくためです。人口、被保険者数ともに現時点での 70-74 歳の層が最も多く、この層移行後の減少率は若干緩やかになるものの引き続き減少が見込まれます。

地域資源の状況

【医療サービス(病院数・診療所数・病床数・医師数)の状況】

町内に入院設備のある病院はなく、診療所及び歯科診療所が 1 箇所ずつとなっています。また、日替わりで白井田、四代、祝島、八島の 4 地域で診療を行っています。

前期計画等 に係る考察	【第2期データヘルス計画における保健事業の実施状況】																																										
	第2期データヘルス計画では、生活習慣病の予防及び早期治療と医療費増加の抑制を目的に																																										
	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診・特定保健指導の推進 ・生活習慣病予防の推進 ・医療費の適正化 																																										
	を実施しました。																																										
	【目標の達成状況】																																										
	(1) 特定健康診査																																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>H30</th><th>R1</th><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>目標</td><td>20.0%</td><td>23.0%</td><td>26.0%</td><td>29.0%</td><td>32.0%</td><td>35.0%</td></tr> <tr> <td>実績</td><td>20.9%</td><td>24.4%</td><td>17.8%</td><td>21.8%</td><td>27.3%</td><td>-</td></tr> </tbody> </table>								H30	R1	R2	R3	R4	R5	目標	20.0%	23.0%	26.0%	29.0%	32.0%	35.0%	実績	20.9%	24.4%	17.8%	21.8%	27.3%	-															
	H30	R1	R2	R3	R4	R5																																					
目標	20.0%	23.0%	26.0%	29.0%	32.0%	35.0%																																					
実績	20.9%	24.4%	17.8%	21.8%	27.3%	-																																					
(2) 保健指導実施率																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>H30</th><th>R1</th><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>目標</td><td>30.0%</td><td>32.0%</td><td>34.0%</td><td>36.0%</td><td>38.0%</td><td>40.0%</td></tr> <tr> <td>実績</td><td>13.6%</td><td>20.7%</td><td>11.8%</td><td>4.5%</td><td>11.5%</td><td>-</td></tr> </tbody> </table>								H30	R1	R2	R3	R4	R5	目標	30.0%	32.0%	34.0%	36.0%	38.0%	40.0%	実績	13.6%	20.7%	11.8%	4.5%	11.5%	-																
	H30	R1	R2	R3	R4	R5																																					
目標	30.0%	32.0%	34.0%	36.0%	38.0%	40.0%																																					
実績	13.6%	20.7%	11.8%	4.5%	11.5%	-																																					
(3) 血圧が保健指導判定値以上の者の割合																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>H30</th><th>R1</th><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">男性</td><td>目標</td><td>50.0%</td><td>47.0%</td><td>45.0%</td><td>43.0%</td><td>41.0%</td><td>40.0%</td></tr> <tr> <td>実績</td><td>58.0%</td><td>62.3%</td><td>68.2%</td><td>49.1%</td><td>68.2%</td><td>-</td></tr> <tr> <td rowspan="4">女性</td><td>目標</td><td>40.0%</td><td>40.0%</td><td>40.0%</td><td>39.0%</td><td>38.5%</td><td>38.0%</td></tr> <tr> <td>実績</td><td>48.1%</td><td>51.8%</td><td>58.9%</td><td>51.4%</td><td>47.7%</td><td>-</td></tr> </tbody> </table>								H30	R1	R2	R3	R4	R5	男性	目標	50.0%	47.0%	45.0%	43.0%	41.0%	40.0%	実績	58.0%	62.3%	68.2%	49.1%	68.2%	-	女性	目標	40.0%	40.0%	40.0%	39.0%	38.5%	38.0%	実績	48.1%	51.8%	58.9%	51.4%	47.7%	-
	H30	R1	R2	R3	R4	R5																																					
男性	目標	50.0%	47.0%	45.0%	43.0%	41.0%	40.0%																																				
	実績	58.0%	62.3%	68.2%	49.1%	68.2%	-																																				
女性	目標	40.0%	40.0%	40.0%	39.0%	38.5%	38.0%																																				
	実績	48.1%	51.8%	58.9%	51.4%	47.7%	-																																				
	(4) メタボリックシンドローム該当者の割合																																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>H30</th><th>R1</th><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">男性</td><td>目標</td><td>24.0%</td><td>22.0%</td><td>20.0%</td><td>20.0%</td><td>20.0%</td><td>20.0%</td></tr> <tr> <td>実績</td><td>17.4%</td><td>31.2%</td><td>34.1%</td><td>33.3%</td><td>34.8%</td><td>-</td></tr> <tr> <td rowspan="4">女性</td><td>目標</td><td>7.5%</td><td>7.2%</td><td>7.0%</td><td>7.0%</td><td>7.0%</td><td>7.0%</td></tr> <tr> <td>実績</td><td>12.3%</td><td>8.2%</td><td>13.7%</td><td>8.1%</td><td>10.5%</td><td>-</td></tr> </tbody> </table>								H30	R1	R2	R3	R4	R5	男性	目標	24.0%	22.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	実績	17.4%	31.2%	34.1%	33.3%	34.8%	-	女性	目標	7.5%	7.2%	7.0%	7.0%	7.0%	7.0%	実績	12.3%	8.2%	13.7%	8.1%	10.5%
	H30	R1	R2	R3	R4	R5																																					
男性	目標	24.0%	22.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%																																				
	実績	17.4%	31.2%	34.1%	33.3%	34.8%	-																																				
女性	目標	7.5%	7.2%	7.0%	7.0%	7.0%	7.0%																																				
	実績	12.3%	8.2%	13.7%	8.1%	10.5%	-																																				
	(5) 人工透析患者数																																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>H30</th><th>R1</th><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>目標</td><td>3人</td><td>3人</td><td>3人</td><td>3人</td><td>3人</td><td>3人</td></tr> <tr> <td>実績</td><td>4人</td><td>3人</td><td>2人</td><td>2人</td><td>1人</td><td>1人</td></tr> </tbody> </table>								H30	R1	R2	R3	R4	R5	目標	3人	3人	3人	3人	3人	3人	実績	4人	3人	2人	2人	1人	1人															
	H30	R1	R2	R3	R4	R5																																					
目標	3人	3人	3人	3人	3人	3人																																					
実績	4人	3人	2人	2人	1人	1人																																					
【達成状況に係る要因】																																											
特定健診・特定保健指導の推進については、新型コロナウイルスによる受診控えの影響があったことから伸び悩み、目標値を達成できませんでした。血圧が保健指導判定値以上の者の割合・メタボリックシンドローム該当者の割合については、生活習慣の改善につながらず依然として高いままになっています。人工透析患者数については、新規患者の抑制により減少しており、重症化予防事業の効果がでています。																																											
また第2期全体を通して、生活習慣改善による健康維持に対する意識が低いという課題が見受けられました。																																											

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となる各種データ等の分析結果	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	県平均との比較	<ul style="list-style-type: none"> ○平均寿命 男性 80 歳 女性 86.5 歳 (県: 男性 80.5 歳 女性 86.9 歳) 男女ともに県平均よりも若干低くなっています。 ○標準化死亡比 男性 109.9 女性 114 (県: 男性 104.4 女性 100.6) 男女ともに国の基準である 100 を大きく上回っています。 ○平均自立期間 男性 76.1 歳 女性 85.8 歳 (健康寿命) (県: 男性 79.8 歳 女性 84.7 歳) 県平均よりも男性は低く、女性は高くなっています。 	図表②	A KDB 地域の全体像の把握
	(令和元年度と比較) 経年変化	<ul style="list-style-type: none"> ○標準化死亡比 男性 12.2 ポイント減少 女性 2.9 ポイント減少 ○平均自立期間 男性 2.9 歳上昇 女性 1.6 歳上昇 ○死因 心臓病や脳疾患による割合が減少し、その分がんが増加し最大の要因となり約 4 割を占めています 		
医療費の分析	県平均との比較	<ul style="list-style-type: none"> ○1人当たり医療費 上関町 (外来) 213,223 円 (入院) 244,293 円 県平均 (外来) 204,142 円 (入院) 171,814 円 <p>県内で最も高くなっています。要因としては、入院に占める 6 か月以上の長期入院者の割合が他保険者と比較しても非常に高く、長期入院レセプト率は 55% を超えており、医療費総額の 25% 以上を占めています。</p>	図表③	B KDB 健康スコアリング (医療) KDB 厚生労働省様式 (様式 3-1)
	年齢階層別	<ul style="list-style-type: none"> ○1人当たり医療費 45 歳頃を境に外来、入院ともに急激に増加しています。特に 50 歳代の入院が大きく増加しています。 ○医療費総額 60 歳以上が 82.9% を占めています。原因は被保険者の年齢層が 60 歳以上に偏っていることと、受療率が年齢につれて増加しているためです。 		
	経年変化	<ul style="list-style-type: none"> ○1人当たり医療費 医療の高度化により増加の傾向にあります。 ○療養諸費 高価な調剤の認可や高齢化による自己負担額の割合減少により増加の傾向にあります。 	図表④	B
	疾病分類別の医療費	<ul style="list-style-type: none"> ○千人当たりのレセプト件数 (入院) 県や国と比較して、統合失調症やうつ病等精神系の疾病が非常に多くなっています。また、てんかん、高血圧性疾患、皮膚炎、腎不全なども多くなっています。 ○千人当たりのレセプト件数 (外来) 白内障や悪性新生物 (腫瘍) 等が平均よりも多くなっています。 		

医療費の分析	疾病分類別の医療費	<p>○千人当たりのレセプト件数（入院） 50歳代ではうつ病、皮膚炎、腎不全などが多くなっています。60歳代では統合失調症、その他精神系障害、てんかん、高血圧性疾患、呼吸器官系、腎不全などが多くなっています。70歳代ではうつ病やその他精神系障害、神経系疾患、腎不全などが多くなっています。精神系の疾患や皮膚炎等が多くなっている要因としては長期入院者が多いこととも関連しています。</p> <p>○千人当たりのレセプト件数（外来） 50歳代では統合失調症、てんかん、神経系の疾患、喘息等が高くなっています。60歳代では悪性新生物、甲状腺障害、糖尿病、統合失調症、てんかん、白内障等多くの疾患が平均よりも多くなっています。70歳代については、白内障、腰痛、心疾患等が多くなっています。</p>	図表④	KDB 健康スコアリング（医療） KDB 厚生労働省様式（様式3-1）
		<p>○千人当たりのレセプト件数（入院） 令和元年度と比較して、統合失調症の件数が減少していますが、うつ病、てんかん腎不全などは若干増加しています。</p> <p>○千人当たりのレセプト件数（外来） 悪性新生物は増加しています。他の神経系疾患、白内障、甲状腺障害などは若干の減少傾向にあります。</p>		
生活習慣病	性年齢階層別	<p>○生活習慣病 総数 44.6% 男性 42.1% 女性 47.6% 総数 56.1% 男性 54.3% 女性 58.0% (65歳以上再掲) 年齢とともに増加している傾向にあり、女性の方が罹患している率が高くなっています。</p> <p>○糖尿病 総数 17.3% 男性 15.4% 女性 19.5% 総数 24.5% 男性 22.8% 女性 26.3% (65歳以上再掲) 年齢とともに増加している傾向にあり、女性の方が罹患している率が高くなっています。</p> <p>○高血圧症 総数 27.7% 男性 29.2% 女性 26.0% 総数 38.0% 男性 40.6% 女性 35.1% (65歳以上再掲) 年齢とともに増加している傾向にあり、男女ともに高いが特に男性が高くなっています。年齢的には男性が60歳、女性が70歳から急激に増加しています。</p> <p>○脂質異常症 総数 25.1% 男性 22.6% 女性 28.1% 総数 32.5% 男性 29.2% 女性 36.1% (65歳以上再掲) 年齢とともに増加している傾向にあり、女性の方が罹患している率が高くなっています。</p>	図表⑤	KDB 医療費分析(1)最小分類 KDB 厚生労働省様式（様式3-1）

医療費の分析	生活習慣病	令和2年3月時点との比較 ○生活習慣病 総数 ▲3.7% 男性 ▲6.0% 女性 ▲1.0% 総数 ▲4.9% 男性 ▲4.9% 女性 ▲4.8% (65歳以上再掲) 男性は全体的に減少の傾向にありますが、50歳代前半は増加しています。 女性は70歳以上については▲12.5%と大幅に減少していますが、全体的に増加の傾向にあります。特に40歳代前半から50歳代前半で増加率が大きくなっています。 ○糖尿病 総数 ▲2.2% 男性 ▲3.9% 女性 ▲0.1% 総数 ▲2.9% 男性 ▲4.2% 女性 ▲1.5% (65歳以上再掲) 男性は全体的に減少の傾向にあります。女性は減少の傾向にはあります が、50歳代前半は大きく増加しています。 ○高血圧症 総数 ▲1.7% 男性 ▲1.1% 女性 ▲2.5% 総数 ▲4.8% 男性 ▲2.7% 女性 ▲7.2% (65歳以上再掲) 男性は全体的には減少の傾向にありますが、60歳代は若干増加しています。 女性は、65歳以上は減少していますが、40歳代後半から60歳代前半にかけて増加しており今後も増加が懸念されます。 ○脂質異常症 総数 0.1% 男性 ▲0.6% 女性 1.1% 総数 ▲1.3% 男性 ▲0.8% 女性 ▲1.5% (65歳以上再掲) 男性は全体的に減少しています。女性は全体的には若干の減少傾向にあります が40歳代後半から50歳代前半にかけて大きく増加しています。	図表⑤ KDB 医療費分析(1)最小分類 KDB 厚生労働省様式(様式3-1)	B
		○千人当たりのレセプト件数（入院） 高血圧症、脂質異常症が特に多く、心筋梗塞、がん、精神も平均より高くなっています。 ○千人当たりのレセプト件数（外来） 狭心症、心筋梗塞が平均より高くなっています。		
人工透析患者	疾別県・国との比較	○千人当たりのレセプト件数（入院） 50歳代ではがん、筋・骨格、精神が高くなっています。60歳代では高血圧症、脳出血、筋・骨格、精神などが高くなっています。70歳代では高血圧症、脂質異常症、脳梗塞、心筋梗塞、精神が高くなっています。 ○千人当たりのレセプト件数（外来） 40歳代では高血圧症、脂質異常症、動脈硬化症などが高くなっています。 50歳代では高血圧症、高尿酸血症、脂肪肝、精神系が高くなっています。60歳代では糖尿病、狭心症、がん、筋・骨格が高くなっています。70歳代で狭心症や心筋梗塞が高くなっています。	図表⑥ KDB 厚生労働省(様式2-2) KDB 厚生労働省(様式3-7)	
		患者数経年比較 人工透析患者数は令和元年度と比較して減少の傾向にありますが、一人当たりの医療費は増加の傾向にあります。		
	生活習慣病罹患状	人工透析患者数の全員が糖尿病と高血圧症を罹患しており、合併症として腎症、神経障害又は脳血管疾患有を罹患している者も多くなっています。	図表⑦ KDB 重複・頻回受診の状況	
	重複・頻回受診の状況	重複・頻回受診については横ばいとなっています。		

医療費の分析	重複・多剤処方の状況	重複処方については、重複薬・重複薬効とともに減少の傾向にあります。多剤処方については、横ばいとなっていますが 20錠以上の人数は減少しています。	図表⑧	KDB 重複・多剤処方の状況	B
	後発医薬品の利用率	後発医薬品の利用率については、83%を超えており、全国平均よりも上回っています。	図表⑨	後発医薬品への切替状況及び削減効果	
特定健康診査・特定保健指導等の健診データ（質問票を含む）の分析	県・国平均との比較	R4 年度受診率 全体：上関町 27.3% 山口県 33.2% 全国 37.5% 男性：上関町 21.9% 山口県 30.3% 全国 34.2% 女性：上関町 33.3% 山口県 35.9% 全国 40.5% 男女ともに県や全国平均よりも低くなっています。特に男性の受診率が低くなっています。	図表⑩	KDB 厚生労働省様式(5-4) KDB 健康スコアリング(健診) 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況	C
	経年変化	平成 30 年度と比較し、全体 6.4% 男性 3.6% 女性 9.5% と受診率は増加していますが、男性の受診率は伸び悩んでいる傾向にあります。			
	性年齢階層別	受診対象となる被保険者数は男女ともに 65 歳以上が 6 割以上を占めています。受診率は男女ともに年齢とともに増加する傾向にあり、65 歳以上は比較的高くなっています。男性の 60 歳～64 歳の受診率が 9.3% と特に低くなっています。			
	特定健康診査	・過去 5 年間の推移をみると、血圧・脂質関連項目の有所見割合は増加しており、特に男性は腹囲 (14.2%) ・血圧 (10.2%) ・中性脂肪 (19.1%) 、女性は、腎機能 (eGFR) (9.7%) の増加幅が大きくなっています。 ・R4 年度の結果について、血圧・血糖・脂質の項目で基準越えしている人のうち、血圧のみ該当 (8.6%) 、血圧・脂質の 2 項目の該当 (11.8%) が、県・全国に比べて高くなっています。経年では、血糖・血圧・血圧・脂質の 2 項目、3 項目の基準値超割合は増加傾向にあります。			
	健診結果分析	・血圧に関する項目で、収縮期血圧は男女とも 65 歳以降の有所見率は 40% を超えています。R4 年度男性の有所見率は、約 80% になります。血糖に関する項目で、男女とも有所見率が高くなるのは 65 歳以降です。脂質に関する項目では、中性脂肪は、男性の有所見率が高く、LDL は、50 歳代の女性から高くなっています。腎機能に関する項目では、女性・男性とも 65 歳から有所見率は高くなりますが、R3 年度より減少傾向にあります。			
	質問票分析	運動習慣に関しての項目では、40 歳・50 歳代の運動習慣がない割合が高くなっています。60 歳以降は、運動する人は増えていますが男性は、どの年代も低くなっています。食事では、「ほとんど喫めない」割合は、男性が高く、県・国と比べても高くなっています。「3 食以外で間食を毎日する」は、過去 5 年增加傾向で、男性 (6.8%) ・女性 (8.2%) と 60 歳以降の女性が高くなっています。男性の「毎日の飲酒」は、どの年代でも高いですが、特に 60 歳以降から高くなっています。3 合以上の飲酒をしている有所見率は低く、減少傾向にあります。喫煙の有所見率は、男女とも県・国よりも高くなっています。男性の喫煙率は女性よりも圧倒的に高く、特に 60~64 歳が高くなっています。 生活習慣の改善意欲のなしありは、女性よりも男性の方が高くなっています。			

	特定保健指導	<ul style="list-style-type: none"> 実施率は、R1 年度以外は、県・国よりもかなり低く、年々減少しています。積極的指導実施者は、3 年連続で実施者 0 人。動機づけは、約 80%が未実施となっています。 メタボリックシンドローム、メタボリックシンドローム予備群は、男女とも 65 歳以降から該当者が増えてくる傾向にあります。 	図表⑪	市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況	D
	等を組み合わせた分析 レセプト・健診データ	<ul style="list-style-type: none"> 医療費の全体的な傾向として、統合失調症、うつ病などの精神的な疾病並びに高血圧症、脂質異常症、心筋梗塞、不整脈といった循環器系の生活習慣病が多くなっています。 健診受診者のうち、生活習慣病治療中の者でコントロール不良の割合は、年々増加傾向にあります。 未受診者は約 80%を占めており、健康状態不明者が多くなっています。健康状態不明者の約半数は生活習慣病治療中者になっています。 未受診者における 1 人当たりの医療費は、健診受診者の約 20 倍になります。 	-	-	
	介護費関係の分析	<p>介護給付の施設給付費は居宅給付費の 3 倍で推移しています。令和 4 年度の 1 人当たり給付費は、居宅は県・全国よりかなり低いですが、施設は 23,809 円と県・全国の 3 倍になります。経年推移でも同様の傾向ですが、令和 4 年度は特に高くなっています。これは、高齢者独居世帯（35.3%）・高齢者夫婦世帯（18.4%）の割合が県内でも最も高く、要介護状態になると介護力の弱さから居宅での生活が困難になり施設入所につながりやすいことが影響しています。また、施設給付費の内訳を見ると、令和 3 年度までは介護老人福祉施設の給付費が一番高かったですが、令和 4 年度は介護医療院の給付費が最も高くなりました。これは、新型コロナ感染症の後遺症で、医療管理の必要な人が介護医療院に流れたことが影響したと考えられます。</p> <p>令和 4 年度、介護度別レセプト 1 件当たり給付費をみると、どの介護度でも県・全国より高く、介護度が重度になるほど給付費も高くなり、要介護 2 以上では約 2 倍の金額となっています。経年推移も同様の傾向で、医療系施設入所者が多いことが影響しています。</p> <p>1 号被保険者の介護認定率は、平成 30～令和 3 年度までは、県・全国と同程度の 20%台でしたが、令和 4 年度 24.3%に跳ね上りました。介護度別でみると、要支援から要介護 1 の軽度者認定率が高くなっています。</p> <p>認定者の有病状況を見ると、高血圧症・脂質異常症から合併した心臓病や腰痛・膝関節痛・転倒による骨折等の筋骨格系疾患、精神疾患・認知症が多くなっています。要支援 1～2 では心臓病と筋骨格系疾患の有病者の割合が高いですが、要介護 1 以上になると精神疾患・認知症の割合が高くなっています。</p>	図表⑫	KDB 地域の全体像の把握 地域包括見える化システム（介護保険事業状況報告） KDB 健康スコアリング（介護）	A
	その他	町内に常駐している医師がおらず、緊急時には近隣市町の医療機関へ搬送することとなります。	-	-	-

III 計画全体

1. 保険者の健康課題

保険者の健康課題		被保険者の健康に関する課題	
項目	健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号
A	64歳以上の割合が県平均を大きく上回り高齢化が進んでいます。平均自立期間（健康寿命）が県平均よりも低く、標準化死亡比は男性、女性ともに県平均より高くなっています。死因は、生活習慣と関連の深い悪性新生物が4割を占め、次いで心臓病・脳疾患・糖尿病と続きます。これらより、食生活・運動・喫煙・飲酒等で良い生活習慣が定着していない者が多いと考えられます。	4	1～4
B	国保の被保険者数が減少しており、今後も大幅に減少する見込みとなっていますが、一人当たりの医療費は増加しています。 疾病分類の上位5分類で全体の63%を占めており、特に新生物が最も高く、次いで統合失調症、循環器系の疾病となっています。精神系疾病的入院で県平均を大きく上回るほか、入院外の脂質異常症、高血圧も県平均を上回っています。また、千人当たりの6ヶ月以上入院レセ数は24と全国平均の6倍近く、患者千人当たりの6ヶ月以上入院患者数も全国平均の2倍以上であり医療費圧迫の大きな要因となっています。	3	2～5
C	特定健診受診率は県内でほぼ最下位、また、特定保健指導の実施率は県内ではほぼ中央の順位となっています。健康状態を把握できていない層が被保険者全体の70%を占め、コントロール不良群が増加の傾向にあります。	1	1～2
D	健診結果では、特に男性が全体的に県平均よりも悪く、肥満や高血圧の有所見率が高くなっています。死因や医療費についても循環器系の疾病は上位にあり生活習慣病との関連性が見受けられます。	2	1～5

2. 目標を達成するための戦略

項目	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
C～D	保健事業の安定的な実施のため、補助金等を活用して予算確保に努めます。
A～B	医療費や死因の起因となっている生活習慣のは正については、国保だけでなく、地域の課題にもなっていることから、山口県健康増進課や後期高齢者医療広域連合と連携し、SNS等も活用しながら住民への周知啓発を積極的に行います。
B～D	マンパワー不足を補うために適宜外部委託や地域資源を活用しながら事業を実施していきます。

3. データヘルス計画全体における目的

データヘルス計画全体における目的		データ分析の結果に基づき、医療費の上位にあがっている統合失調症やうつ病などの精神系疾患及び死因や医療費の上位に挙がる循環器系疾病の発症予防を重点課題とし、被保険者の健康状態の見える化、及び当該疾病につながる生活習慣病の早期発見・早期治療・予防に向けた事業を展開します。							
⑤項目	⑥データヘルス計画全体における目標	⑦評価指標	⑧時実績 計画策定	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)
A B D	生活習慣の改善	毎日3食以外で間食をする者の割合	37.1%	35.0%	32.0%	30.0%	29.0%	28/%	27.0%
A B D	生活習慣の改善	運動習慣のある者の割合	37.5%	40.0%	43.0%	45.0%	48.0%	49.0%	50.0%
B	医療費適正化	後発医薬品の使用割合 (数量ベース)	83.6%	85.0%	86.0%	87.0%	88.0%	89.0%	90.0%
B D	生活習慣病の予防	高血糖者割合	6.2%	6.0%	5.8%	5.6%	5.4%	5.2%	5.0%
B D	生活習慣病の予防	血圧が保健指導判定値以上の者の割合	56.6%	52.0%	48.0%	45.0%	43.0%	41.0%	40.0%
C	健康状態の把握及び生活習慣病等の早期発見	特定健康診査受診率	27.3%	31.0%	35.0%	39.0%	43.0%	47.0%	50.0%
C	生活習慣病の予防	特定保健指導の実施率	11.5%	21.0%	29.0%	36.0%	41.0%	45.0%	50.0%
C	生活習慣病の予防	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	0.0%	10.0%	20.0%	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%
C	生活習慣病の予防	特定保健指導対象者の減少率	20.0%	25.0%	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%
B D	生活習慣病の重症化予防	HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病レセプトがない者の割合	50.0%	46.0%	43.0%	40.0%	36.0%	33.0%	30.0%
B D	生活習慣病の重症化予防	HbA1c8.0%以上の者の割合	1.5%	1.5%	1.5%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%

4. 個別の保健事業

事業番号	事業名称
1	特定健康診査事業
2	特定保健指導事業
3	生活習慣病重症化予防事業（ハイリスク者受診勧奨）
4	生活習慣病重症化予防事業（糖尿病重症化予防）
5	後発医薬品への切替勧奨事業

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	特定健康診査の受診率が低く、また生活習慣病や生活習慣病を起因とする重症化疾患の割合が高いことから、特定健康診査により早期発見し、発症と重症化予防につなげます。						
③対象者	40歳～74歳の国保被保険者						
④現在までの事業結果	県や国平均よりも受診率は低いものの、年々上昇しています。						

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	特定健診受診率	27.3%	31.0%	35.0%	39.0%	43.0%	47.0%	50.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	未受診者勧奨 通知発送率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
⑨目標を達成するための主な戦略	受診率の底上げのため、対象者のボリュームゾーンとなっている60-74歳の受診率向上を目指した積極的な受診勧奨を行います。							

⑩現在までの実施方法（プロセス）

周知勧奨：書面による受診勧奨通知の発送と、電話による受診勧奨を実施。

実施形態：個別健診及び集団健診を実施。

実施場所：個別健診→提携診療所、集団健診→町内5地区巡回（室津、上関、白井田、四代、祝島）

実施項目：法定の実施項目

実施期間：5月（受診券が届き次第）～翌年2月

結果提供：書面にて結果を交付し、電話でのフォローを実施。

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

受診者の増加を目指し、かかりつけ医との連携を図り、分かりやすい周知・勧奨を実施。

周知勧奨：書面による受診勧奨通知の発送と、電話による受診勧奨を実施。

実施形態：個別健診及び集団健診を実施し、集団健診については実施日やがん検診等の同時開催について見なおし。

実施場所：個別健診→提携診療所、集団健診→町内5地区巡回（室津、上関、白井田、四代、祝島）

実施項目：法定の実施項目に眼底検査等（集団健診に限る）を追加し、検査項目の充実を図る。

実施期間：5月（受診券が届き次第）～翌年2月

結果提供：書面にて結果を交付、適宜電話でのフォローを行う

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

住民課 : レセプト、過去の健診結果から対象者を選定、その他実施方法等を検討

保健福祉課 : レセプト、過去の健診結果から対象者を選定、その他実施方法等を検討

医師会 : 地域の医療機関への呼びかけ

かかりつけ医 : 患者への呼びかけや個別健診の実施

外部委託 : 受診勧奨の通知作成、集団健診の実施

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するが特にかかりつけ医を通じた患者への呼びかけに注力。

現在郡内3町で連携して取り組みを行っていますが、連携する市町村を柳井市まで拡大。

住民課 : レセプト、過去の健診結果から対象者を選定、その他実施方法等を検討

保健福祉課 : レセプト、過去の健診結果から対象者を選定、その他実施方法等を検討

医師会 : 地域の医療機関への呼びかけ

かかりつけ医 : 患者への呼びかけや個別健診の実施

外部委託 : 受診勧奨の通知作成、集団健診の実施

⑭評価計画

令和8年度に中間評価を行い、指標の見直しを行います。

事業番号	2	①事業名称	特定保健指導事業										
②事業の目的	指導対象者自身が健診結果を理解し、自らの生活習慣の振り返り及び改善するための行動目標を設定し、実践できるように支援することで、生活習慣病への移行、重症化予防を図ります。												
③対象者	特定健康診査の結果、特定保健指導の対象者に該当した者												
④現在までの事業結果	指導対象者に対し利用勧奨を実施しているが、実施率は低迷しています。												
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	20.0%	25.0%	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%					
アウトプット (実施量・率) 指標	特定保健指導実施率	11.5%	21.0%	29.0%	36.0%	41.0%	45.0%	50.0%					
⑨目標を達成するための主な戦略	委託機関を活用し、より保健指導事業に注力できる人材を確保するとともに、ICT を活用した特定保健指導を図ります。												
⑩現在までの実施方法（プロセス）													
周知勧奨：対象者への利用券送付と、電話・訪問等による利用勧奨 実施形態：直営 実施場所：本庁及び関連施設等 実施項目：初回面接、継続支援、評価 実施期間：6月～翌3月（対象者に応じて3ヶ月間から6ヶ月間） 結果提供：指導用資料を活用した面接を行い、積極的支援については電話や訪問等による継続支援													
⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標													
外部委託での人材確保、ICT 等も活用した受けやすい保健指導の体制を作り、保健指導実施率向上を目指す。 周知勧奨：対象者への利用券送付と、電話・訪問等による利用勧奨 実施形態：委託又は直営 実施場所：本庁及び関連施設等 実施項目：初回面接、継続支援、評価 実施期間：6月～翌年3月（対象者に応じて3ヶ月間から6ヶ月間） 結果提供：指導用資料を活用した面接を行い、積極的支援については電話や訪問等による継続支援													
⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）													
保健福祉課：対象者への利用券発送、利用勧奨の実施。直営での特定保健指導実施 医師会：地域の医療機関への呼びかけ かかりつけ医：患者への利用勧奨や状況の情報共有													
⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標													
保健福祉課：対象者への利用券発送、利用勧奨の実施。直営での特定保健指導実施 医師会：地域の医療機関への呼びかけ かかりつけ医：患者への利用勧奨や状況の情報共有													
⑭評価計画													
令和8年度に中間評価を行い、指標の見直しを行います。													

事業番号 3	①事業名称	生活習慣病重症化予防事業（ハイリスク者受診勧奨）											
②事業の目的	健診受診結果により、今後生活習慣病が重症化するリスクが見込まれる者で現在医療機関を受診していない者に対し、医療機関の受診勧奨や意識改善を行うことで重症化を予防します。												
③対象者	健診の結果、血圧・脂質・肝機能・腎機能等で受診勧奨判定値以上になっている者で現在医療機関にレセプト情報がない者												
④今までの事業結果	H30 年度から令和 4 年度までの未治療率の平均値は、12.5%と国や県と比較してもかなり高くなっています。勧奨通知や訪問を実施していますが、医療機関につながりにくくなっています。												

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)
アウトカム (成果) 指標	対象者の未治療率	14.5%	13.0%	11.0%	10.0%	8.0%	7.0%	6.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	対象者への受診勧奨通知後の電話・訪問での勧奨率	48.6%	50.0%	60.0%	70.0%	70.0%	80.0%	80.0%
⑨目標を達成するための主な戦略	対象者に自身の状況や今後の危険性を分かりやすく伝えるために渡す資料や説明方法、内容について改善していきます							

⑩今までの実施方法（プロセス）

周知勧奨：書面による受診勧奨通知の発送

実施形態：委託（受診勧奨通知作成及び発送）直営（通知勧奨）

実施場所：本庁及び関連施設等

実施項目：対象者に現状のリスクを通知、医療機関の受診勧奨及び保健指導

実施期間：5月～翌年3月

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

周知勧奨：書面による受診勧奨通知の発送

実施形態：委託（受診勧奨通知作成及び発送）直営（通知後の電話・訪問での勧奨や保健指導）

実施場所：本庁及び対象者自宅等

実施項目：対象者に現状のリスクを通知、医療機関の受診勧奨及び保健指導

実施期間：5月～翌年3月

⑫今までの実施体制（ストラクチャー）

保健福祉課：対象者選定、保健指導・受診勧奨

医師会：事業実施の協力

かかりつけ医：保健指導の実施

委託：受診勧奨通知作成、送付

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

保健福祉課：対象者選定、保健指導・受診勧奨

医師会：事業実施の協力

かかりつけ医：保健指導の実施

委託：受診勧奨通知作成、送付

⑭評価計画

令和8年度に中間評価を行い、指標の見直しを行います。

事業番号 4	①事業名称	生活習慣病重症化予防事業（糖尿病重症化予防）													
②事業の目的	血糖値が要指導・要医療域である者に対し、保健指導や医療機関受診勧奨を行いながら、生活習慣の改善を図り糖尿病重症化を予防します。														
③対象者	特定健診の結果、HbA1c5.6%以上、空腹時血糖値 100mg/dl 以上の者														
④現在までの事業結果	新規糖尿病患者の発生率や糖尿病患者の割合は減少しています。														

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)
アウトカム (成果) 指標	検査値改善者割合 (HbA1c5.6%以下)	—	40.0%	50.0%	60.0%	70.0%	80.0%	80.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	保健指導実施の割合	—	15.0%	17.0%	19.0%	21.0%	22.0%	23.0%
⑨目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の健康状態やリスクを分かりやすく伝えるための資料等内容について改善していきます。 ・対象者のライフスタイルに応じた保健指導を実施します。 ・町立診療所と連携して事業を実施します。 							

⑩今までの実施方法（プロセス）

周知勧奨：訪問・電話等による勧奨

実施形態：保健指導6か月間

実施場所：対象者の自宅または、本庁及び関連施設等

実施項目：保健師による保健指導・医療機関の受診勧奨

実施期間：7月～翌年3月

結果提供：保健指導前後の検査値及び行動変容を比較した実施結果報告書を作成

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

特定健診受診者の増加を目指すことで、事業対象者も増えます。行政からの勧奨だけでなく、町立診療所とも連携を図り、様々な方面から周知勧奨を努めます。

周知勧奨：訪問・電話等による勧奨、町立診療所からの勧奨

実施形態：保健指導6か月間

実施場所：対象者の自宅または、本庁及び関連施設等

実施項目：保健師による指導・医療機関の受診勧奨

実施期間：7月～翌年3月

結果提供：保健指導前後の検査値及び行動変容を比較した実施結果報告書を作成

⑫今までの実施体制（ストラクチャー）

保健福祉課：レセプト及び健診結果から対象者を選定後、保健指導・受診勧奨

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

保健福祉課：レセプト及び健診結果から対象者を選定後、保健指導・受診勧奨

町立診療所：事業の理解と実施の協力

⑭評価計画

令和8年度に中間評価を行い、指標の見直しを行います。

事業番号 5	①事業名称	後発医薬品への切替勧奨事業						
②事業の目的	後発医薬品への切替可能な医薬品について、切替の勧奨を行い、薬剤費を削減することで医療費の適正化を図ります。							
③対象者	4月、8月、12月に後発医薬品へ切替可能な医薬品を利用している者で切替を行った場合の医療費差額が200円以上になる者							
④現在までの事業結果	令和4年度累計の後発医薬品使用割合83.6%で全国平均よりも高く、順調に増加しています。							

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定期実績	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)
アウトカム (成果) 指標	後発医薬品の使用割合 (数量ベース)	83.6%	85.0%	86.0%	87.0%	88.0%	89.0%	90.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	通知発送者の後発医薬品 への切替率	45.7%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
⑨目標を達成するための主な戦略	切替した場合の差額予想金額を記載するなど対象者にとってもメリットがわかりやすい勧奨を行います。							

⑩今までの実施方法（プロセス）

実施形態：書面による切替勧奨通知の発送

実施項目：勧奨月前月の医薬品について切替した場合の差額等の記載

実施期間：5月、9月、1月

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

実施形態：書面による切替勧奨通知の発送

実施項目：勧奨月前月の医薬品について切替した場合の差額等の記載

実施期間：5月、9月、1月

⑫今までの実施体制（ストラクチャー）

住民課：対象者の選定

国保連合会：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

住民課：対象者の選定基準の再考

国保連合会：勧奨通知の内容改善

⑭評価計画

令和8年度に中間評価を行い、指標の見直しを行います。

V その他

データヘルス計画の評価・見直し	本計画に掲げた目的・目標の達成状況については令和8年度に中間評価を行い、必要に応じて計画の見直しを行います。また、計画最終年度に計画の最終評価を行い、次期計画制定に反映させます。
データヘルス計画の公表・周知	本計画は、町ホームページに掲載し、公表・周知します。 また、関係団体を通じて、医療機関等に対し保健事業の目的等の周知を図ります。
個人情報の取扱い	個人情報の取扱については、「個人情報の保護に関する法律」及び「上関町個人情報保護法施行条例」に基づいて行ないます。また、特定健康診査等を外部に委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理することに努めます。
地域包括ケアに係る取組	64歳以上の割合が県平均を大きく上回り、高齢化の進む当町では、介護保険サービスを利用する被保険者も多く見込まれる。KDB等から認定者の有病状況等を分析し、高齢者保健事業や地域包括支援センターと情報を共有しながら、被保険者の疾病予防、重症化予防、介護予防を一体的に取り組むよう、関係部署と連携し、地域包括ケアの推進を図ります。
その他留意事項	本計画に掲げる目標が達成できるよう、保健師及び管理栄養士との連携を強化するとともに、関係部署と共に認識をもち、健康課題の解決に取り組んでいきます。

第4期特定健康診査等実施計画

1. 計画策定の背景

我が国では、国民皆保険のもと、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきました。しかしながら、急速な少子高齢化、長引く景気低迷による雇用環境の変化、医療の高度化など、医療保険制度を取り巻く環境は大きく変化しています。国民医療費は年々増大の一途をたどり、それに伴う医療費負担の増大が保険財政を逼迫させており、医療保険制度を将来に渡り持続可能なものとしていくためには、その構造改革が急務となっています。

国はこのような状況に対応するため、平成20年度から「高齢者医療確保に関する法律」に基づいて、医療保険者に対し、特定健康診査及び特定保健指導の実施を義務づけました。

また、同法の規定では、国が示す特定健康診査等基本指針に即し、特定健康診査及び特定保健指導の実施方法や実施及びその成果に係る目標値の設定、計画の作成に関する重要事項を特定健康診査等実施計画で定めることとしています。また、令和5年度3月に発表された「特定健康診査等実施計画作成の手引き（第4版）」、「特定健康検査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」では、特定保健指導の成果等の見える化の推進など新たな方向性が示され、成果に着目したより効率的かつ効果的な事業運営が求められることになりました。

本町においても、特定健康診査等基本指針を踏まえた実施計画を作成し、特定健康診査及び特定保健指導を実施し、生活習慣病の早期発見や発症予防を図っているところです。

2. 計画期間

令和6年度（2024年度）から令和11年度（2029年度）

3. 特定健康診査・特定保健指導の目標値

特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の計画最終年度における目標値の参酌基準に基づき、本町の第4期実施計画における各年度の目標値を次のとおり設定します。

（1）第4期実施計画の目標値

区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査受診率	31.0%	35.0%	39.0%	43.0%	47.0%	50.0%
特定保健指導実施率	21.0%	29.0%	36.0%	41.0%	44.0%	50.0%

（2）特定健康診査・特定保健指導の対象者の推計

各年度において、特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の目標値を達成するための対象者数及び実施者数の推計は次のとおりです。

① 特定健康診査

区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
対象者数	550人	500人	475人	440人	420人	400人
実施者数	170人	175人	185人	189人	198人	200人

② 特定保健指導

区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
対象者数	動機付け支援	15人	15人	15人	14人	14人
	積極的支援	3人	3人	3人	3人	3人
実施者数	動機付け支援	3人	5人	7人	5人	6人
	積極的支援	1人	1人	2人	2人	2人

4. 特定健康診査の実施方法

(1) 実施場所

集団健診：保健センター、町内各地区公民館など

個別健診：熊毛郡医師会とで契約した医療機関とします。

(2) 健診項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診項目とします。

(具体的な健診項目)

① 基本的な健診項目

ア) 質問項目（服薬歴、喫煙歴等、自覚症状）

イ) 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）

ウ) 理学的検査（身体診察）

エ) 血圧測定、血液検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール）

※脂質検査において中性脂肪が400mg/dl以上である場合又は食後採血の場合には、LDLコレステロールに代えてnon-HDLコレステロールでも可とする。

オ) 肝機能検査（AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GTP）

カ) 血糖検査（空腹時または随時血糖、HbA1c(NGSP値)を選択）

キ) 尿検査（尿糖、尿蛋白）

※集団健診については、尿酸、eGFR（年齢とクレアチニンより算出）も実施

②追加健診の項目

- ア) 心電図検査
- イ) 貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）
- ウ) 血清アルブミン
- エ) 血清クレアチニン

③詳細な健診の項目

眼底検査

当該年度の特定健診の結果等において、血圧または血糖が次の基準に該当した者で医師が必要と認める者

血圧：収縮期 140mmHg 以上または拡張期 90mmHg 以上

血糖：空腹時 126mg/dl 以上、HbA1c 6.5% 以上または随時血糖 126mg/dl 以上

(3) 実施期間

集団健診：6月・9月

個別健診：毎年5月～翌年2月の期間内で、実施医療機関が定める日時とします。

(4) 実施形態

集団健診については、山口県予防保健協会と個別委託契約、個別健診については熊毛郡医師会と集合委託契約を締結します。

(5) 外部委託基準

国が定める「標準的な健診保健指導プログラム」における特定健診の委託の基準を満たしていることを条件とします。

(6) 特定健康診査の委託単価

委託単価については、山口県医師会の示す標準単価に準じ、山口県予防保健協会（集団健診）・熊毛郡医師会（個別健診）と協議のうえ決定します。

(7) 特定健康診査の自己負担額

自己負担額は、無料とします。

(8) 周知、案内方法

周知活動については、町広報誌、ホームページ、回覧板を活用します。

案内については、特定健康診査受診対象者に毎年集団健診開始月の1ヶ月前までに受診券を郵送にて送付します。なお、受診券の発券は、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。

(9) 事業者健診等の健診受信者のデータ収集方法

上関町国民健康保険被保険者が「労働安全衛生法」に基づく健康診断や人間ドックを受診した場合は、本人から健診結果データを提供してもらい、特定健診受診率に反映します。ただし、「上関町国民健康保険外来人間ドック施設利用要綱」に基づき助成を行った場合は、医療機関から健診結果データを提供してもらい、特定健診受診率に反映します。

また、定期的に医療機関で検査している方などが、特定健診と同等の検査項目を検査済の場合、本人の同意のもと医療機関から健診結果データを提供してもらい、特定健診受診率に反映します。

5. 特定保健指導の実施方法

(1) 基本的な考え方

生活習慣病に移行させないことを目的に、対象者自身が健診結果を理解して体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り、改善するための行動目標を設定するとともに、自らが実践できるよう支援し、そのことにより対象者が自分の健康に関するセルフケアができるようになることを目的とします。

そのために、どのような生活習慣を身につけることが必要であるか、また、課題や優先順位を対象とともに考え、実行可能な行動目標を対象者が自ら立てられるよう支援できるプログラムを開発し、個別面接や小集団のグループワーク等を活用し行動変容のきっかけづくりを行います。また、保健指導実施者は保健指導を行うための技術を理解し、取得したうえで、実際の保健指導に応用することが必要となります。そのために各種研修会への参加や、身近な職場内での育成や指導を実施します。

さらに、健康増進法等で実施するポピュレーションアプローチを積極的に活用することや、地区組織等と協働した体制整備を整えます。

(2) 実施場所

上関町役場本庁、各地区公民館、対象者自宅等

(3) 実施期間

特定健康診査結果に基づき、特定健康診査が終了した翌日以降に実施します。

(4) 実施形態

直営及び外部委託で実施します。

(5) 委託契約方法

個別に実施できることを基本とします。

加入者の支援拡大を目指し、特定保健指導業務の一部を外部委託します。

国が定める「標準的な健診・保健指導プログラム」における、保健指導のアウトソーシングの基準を満たしていることを条件とします。

(6) 特定保健指導の自己負担

自己負担額は、無料とします。

(7) 周知・案内方法

特定保健指導に該当する者に対して、案内を送付、電話連絡、訪問で実施勧奨をします。

6. 特定保健指導対象者の抽出の方法

(1) 基本的な考え方

効果的、効率的な保健指導を実施するため、予防効果が多く期待できる層を優先的に実施します。具体的には、特定健康診査受診者のリスクに基づく優先順位をつけ、必要性に応じた保健指導レベル別の支援を実施します。

(2) 健康診査から特定保健指導までの流れ

特定保健指導対象者を明確にするために、特定健康診査から対象者をグループに分類して保健指導を実施します。

	情報提供	動機づけ支援	積極的支援
対象者	受診者全員	特定健康診査結果により、特定保健指導対象選定基準のうち「動機づけ支援」に該当し、生活習慣の改善が必要と判断された者で生活習慣を変えるに当たって、意思決定の支援が必要な者。	特定健康診査結果により、特定保健指導対象選定基準のうち「積極的支援」に該当し、生活習慣の改善が必要と判断された者で、そのために専門職による継続的できめ細やかな支援が必要な者。
支援期間・頻度	年1回	原則年1回	6か月以上継続的に支援
支援内容	特定健康診査結果とともに情報提供用紙を送付します。	面接により、対象者自らが生活習慣改善のための実践計画を立て、それに基づき自ら実践できるよう支援し、6か月後に実績評価をします。	対象者自らが生活改善のための実践計画を立て、それに基づき、継続的に実践できるよう、定期的に面接や電話で6か月以上支援し、初回支援の6か月後に実績評価をします。

(特定保健指導対象者の選定と階層化の基準)

特定保健指導の対象者は、特定健康診査の結果に基づき、以下の条件により抽出します。

【特定保健指導の対象者の選定と基準】

腹 囲	追加リスク (血糖・脂質・血圧)	喫煙歴	対 象	
			40～64歳	65～74歳
≥85cm (男性) ≥90cm (女性)	2つ以上に該当	あり	積極的支援	動機づけ支援
	1つ該当		なし	動機づけ支援
	3つ該当	あり	積極的支援	動機づけ支援
上記以外で BMI≥25	2つ該当		なし	動機づけ支援
	1つ該当			

【追加リスク】

区分	判 定 基 準
① 血糖	空腹時血糖が100mg/dL以上、またはHbA1c (NGSP値) が5.6%以上
② 脂質	中性脂肪が150mg/dL以上、またはHDLコレステロールが40mg/dL未満
③ 血圧	収縮期血圧が130mmHg以上、または拡張期血圧が85mmHg以上

※ただし、糖尿病・高血圧・脂質異常症の治療に係る薬剤を服用しているものは除く。

(3) 特定保健指導者の優先順位

特定保健指導の対象は、内臓脂肪の蓄積程度やリスク要因数によって決定します。

そのため、階層化の基準に基づき対象者を抽出した結果、該当数が多数にのぼる場合、生活改善により期待できる予防効果等を考慮し、以下の優先順位をもとに、絞り込みを行います。

ア. 若い年齢階層（40～50歳代）

イ. 健診結果が前年度と比較して悪化し、保健指導での綿密な指導が必要な者

ウ. 年度において、特定保健指導の対象者であったにもかかわらず、保健指導を受けなかった者

7. 保健指導実施者の人材確保と資質向上

健診対象者の生活習慣病対策及び予防重視を基本的な考え方とし、必要な保健師、管理栄養士の配置や関係団体の活用を進めます。事業の評価にあたっては、国保運営協議会等を活用し行うものとします。

8. 健診データ保管等に関する外部委託について

特定健康診査・特定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。

9. 特定健康診査受診率向上のための取組

(1) 広報周知の充実

町広報誌等の広報媒体を広く活用するとともに、町主催のイベント実施時にPR活動を行い、制度の周知に努めます。

(2) 地域との連携

地域で活動している地区組織などと連携し、制度の周知に努めます。

(3) 対象者の把握

施設入所者等の除外対象者を把握し、正確な対象者を算出します。

(4) 未受診者対策

未受診者の多い40～64歳を対象に、年度途中に再勧奨通知を送付し、受診意識の向上を図り、受診につながるよう働きかけます。また、受診者に対しても、継続受診の必要性について周知を行い、安定した受診率の確保に努めます。

(5) 特定健康診査以外の健診データの活用

定期的に医療機関で検査している方などが、特定健診と同等の検査項目を満たしている等特定健康診査を受診したとみなされる他健診データを活用し、受診率の向上に努めます。

(6) 受診環境の整備

集団健診やがん検診との同時実施を継続します。個別健診では、委託医療機関の拡大についても検討します。

10. 特定保健指導実施率向上のための取組

(1) 対象者への意識づけ

対象者に訪問し、個別に特定保健指導の必要性を説明するなど利用勧奨に努めます。また、対象者が、自分で生活改善を意識づけできるよう、媒体の工夫に努めます。

(2) 特定保健指導の内容・体制づくり

対象者が利用しやすい特定保健指導の体制づくりをします。健診結果の経年的変化や将来予測をふまえた保健指導、個人の必要性に応じた保健指導の内容の見直しをしていきます。

(3) 対象者の把握

服薬中の者等の除外対象者を把握し、正確な対象者を算出します。

(4) 未実施者への対応

未実施者に対し、年度途中に保健指導勧奨通知や指導内容の情報を送付し、保健指導に対する意識の向上を図ります。また、健康教育、健康相談を活用し、継続的に健康管理ができるよう支援していきます。

11. 特定健康診査等実施計画の評価と見直し

(1) 基本的な考え方

評価は、「特定健康診査・特定保健指導」の成果について評価を行うことであり、有病者や予備群の数、生活習慣病関連の医療費の推移などで評価されるものです。その成果が数値データとして現れるのは数年後になることが想定されます。最終評価のみではなく、健診結果や生活習慣の改善状況など短期間で評価ができる事項についても評価を行っていきます。

なお、評価方法として、

- ① 「個人」を対象とした評価方法
- ② 「集団」として評価する方法
- ③ 「事業」としての評価方法

以上、それぞれについて評価を行うとともに、事業全体を総合的に評価します。

(2) 具体的な評価

- ① ストラクチャー（構造）

保健指導に従事する職員の体制（職種・職員数・職員の資質等）、保健指導の実施に関わる予算、施設・設備の状況、他機関との連携体制、社会資源の活用状況

- ② プロセス（過程）

保健指導の実施過程、すなわち情報収集・アセスメント・問題の分析・目標の設定
指導手段（コミュニケーション・教材を含む）・保健指導実施者の態度・記録状況・対象者の満足度

③

アウトプット（事業実施量）

健診受診率、保健指導実施率、保健指導の継続率

④

アウトカム（結果）

メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率、血液検査などの健診結果の変化

糖尿病等の有病者及び予備群、死亡率、要介護率、医療費の変化

(3) 評価の実施責任者

個人に対する保健指導の評価は、保健指導実施者が実施責任者となります。集団に対する保健指導の評価は、保健指導実施者及び医療保険者が評価の実施責任者となります。

保健指導実施者に対する研修を行っている者もこの評価に対する責務を持つこととします。事業としての保健指導の評価は、「健診・保健指導」事業を企画する立場にある医療保険者が、その評価の責任を持つこととします。

最終評価については、健診・保健指導の成果として、対象者全体における生活習慣病対策の評価（有病率・医療費等）を行うので、医療保険者が実施責任者になります。

図表

図表① 年齢・性別階層別一覧表

1-1 人口（住民基本台帳登録数）

(令和5年4月1日時点)

年齢	全 体	割 合	男 性	割 合	女 性	割 合
0歳～4歳	41人	1.75%	22人	1.97%	19人	1.54%
5歳～9歳	43人	1.83%	22人	1.97%	21人	1.70%
10歳～14歳	54人	2.30%	23人	2.06%	31人	2.51%
15歳～19歳	47人	2.00%	26人	2.33%	21人	1.70%
20歳～24歳	41人	1.75%	25人	2.24%	16人	1.30%
25歳～29歳	34人	1.45%	27人	2.42%	7人	0.57%
30歳～34歳	67人	2.85%	36人	3.23%	31人	2.51%
35歳～39歳	74人	3.15%	39人	3.50%	35人	2.84%
40歳～44歳	69人	2.94%	42人	3.77%	27人	2.19%
45歳～49歳	94人	4.00%	59人	5.29%	35人	2.84%
50歳～54歳	104人	4.43%	61人	5.47%	43人	3.48%
55歳～59歳	134人	5.70%	73人	6.55%	61人	4.94%
60歳～64歳	170人	7.24%	88人	7.89%	82人	6.65%
65歳～69歳	209人	8.90%	117人	10.49%	92人	7.46%
70歳～74歳	307人	13.07%	157人	14.08%	150人	12.16%
75歳～	861人	36.65%	298人	26.73%	563人	45.62%
合 計	2,349人	100%	1,115人	100%	1,234人	100%

参照データ：地区別人口データ(R5.4.1現在)

1-2 国民健康保険被保険者数

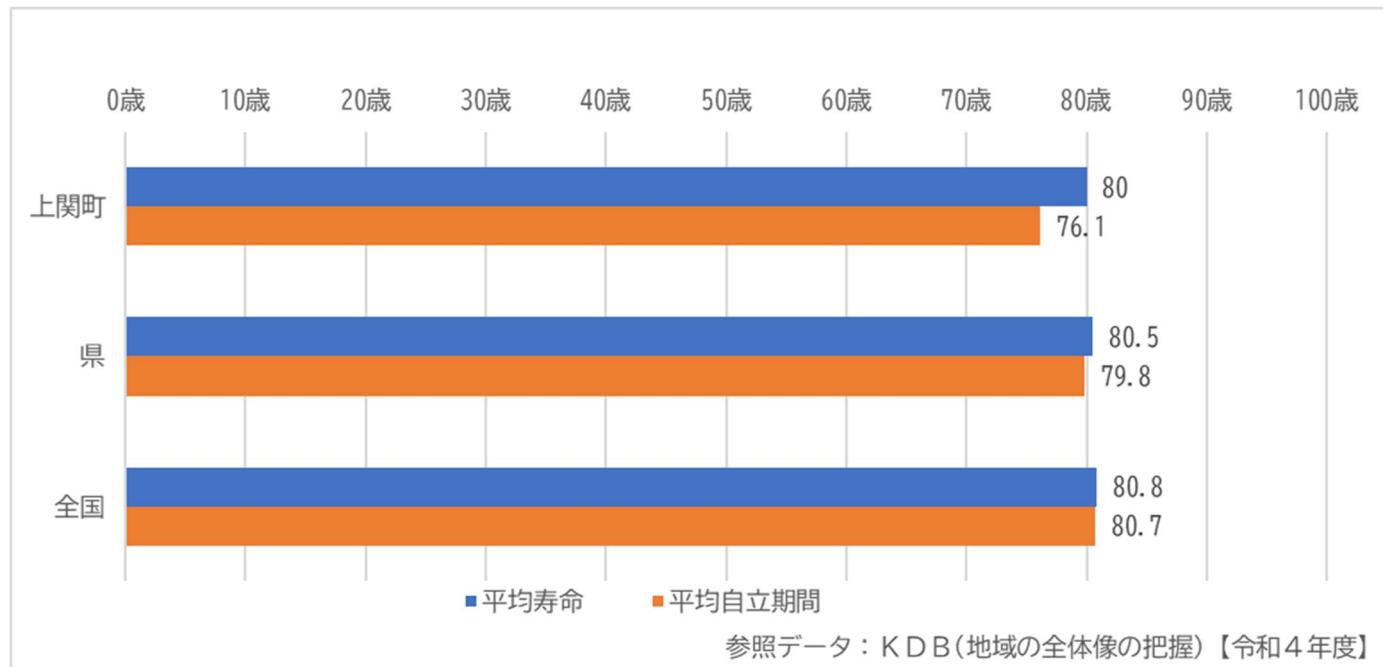
(令和5年4月1日時点)

年齢	全 体	割 合	男 性	割 合	女 性	割 合
0歳～4歳	10人	1.43%	5人	1.32%	5人	1.56%
5歳～9歳	10人	1.43%	6人	1.58%	4人	1.25%
10歳～14歳	12人	1.71%	4人	1.05%	8人	2.49%
15歳～19歳	7人	1.00%	3人	0.79%	4人	1.25%
20歳～24歳	9人	1.28%	6人	1.58%	3人	0.93%
25歳～29歳	8人	1.14%	6人	1.58%	2人	0.62%
30歳～34歳	14人	2.00%	9人	2.37%	5人	1.56%
35歳～39歳	8人	1.14%	3人	0.79%	5人	1.56%
40歳～44歳	15人	2.14%	9人	2.37%	6人	1.87%
45歳～49歳	27人	3.85%	21人	5.53%	6人	1.87%
50歳～54歳	36人	5.14%	20人	5.26%	16人	4.98%
55歳～59歳	43人	6.13%	24人	6.32%	19人	5.92%
60歳～64歳	91人	12.98%	51人	13.42%	40人	12.46%
65歳～69歳	154人	21.97%	81人	21.32%	73人	22.74%
70歳～74歳	257人	36.66%	132人	34.74%	125人	38.94%
合 計	701人	100%	380人	100%	321人	100%

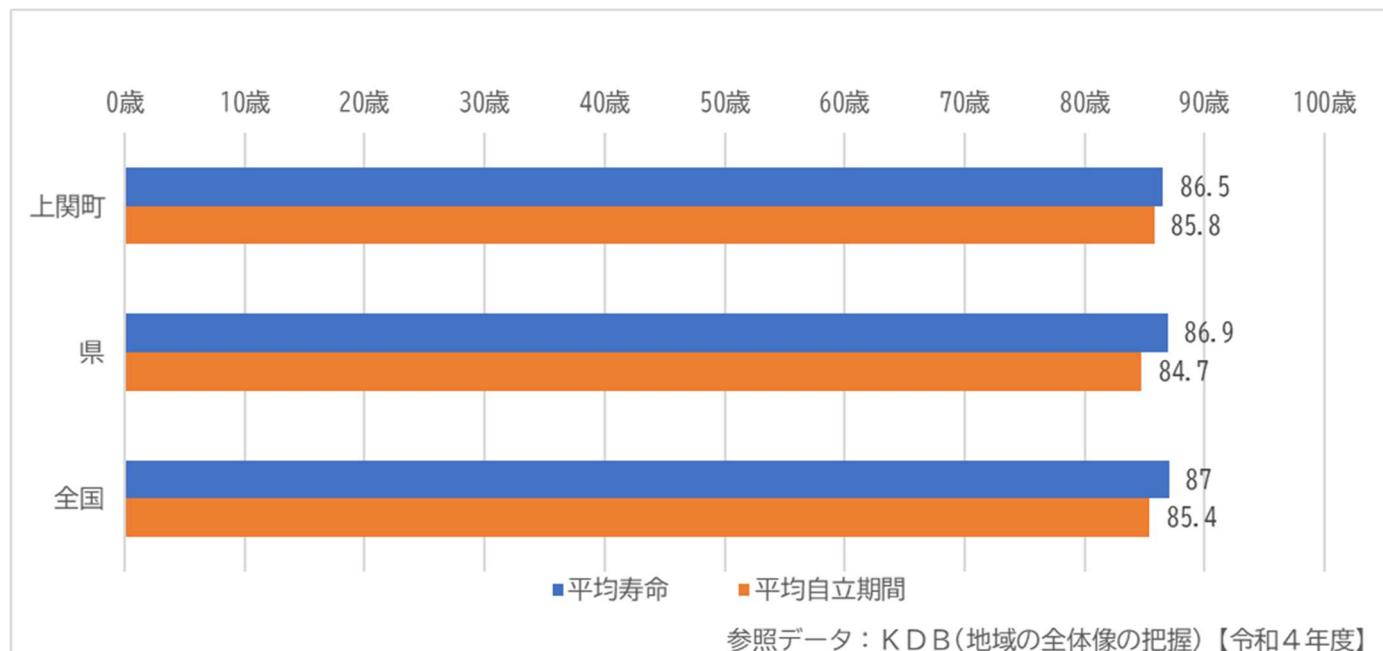
図表② 平均寿命・平均自立期間

2-1 平均寿命・平均自立期間の比較

男性

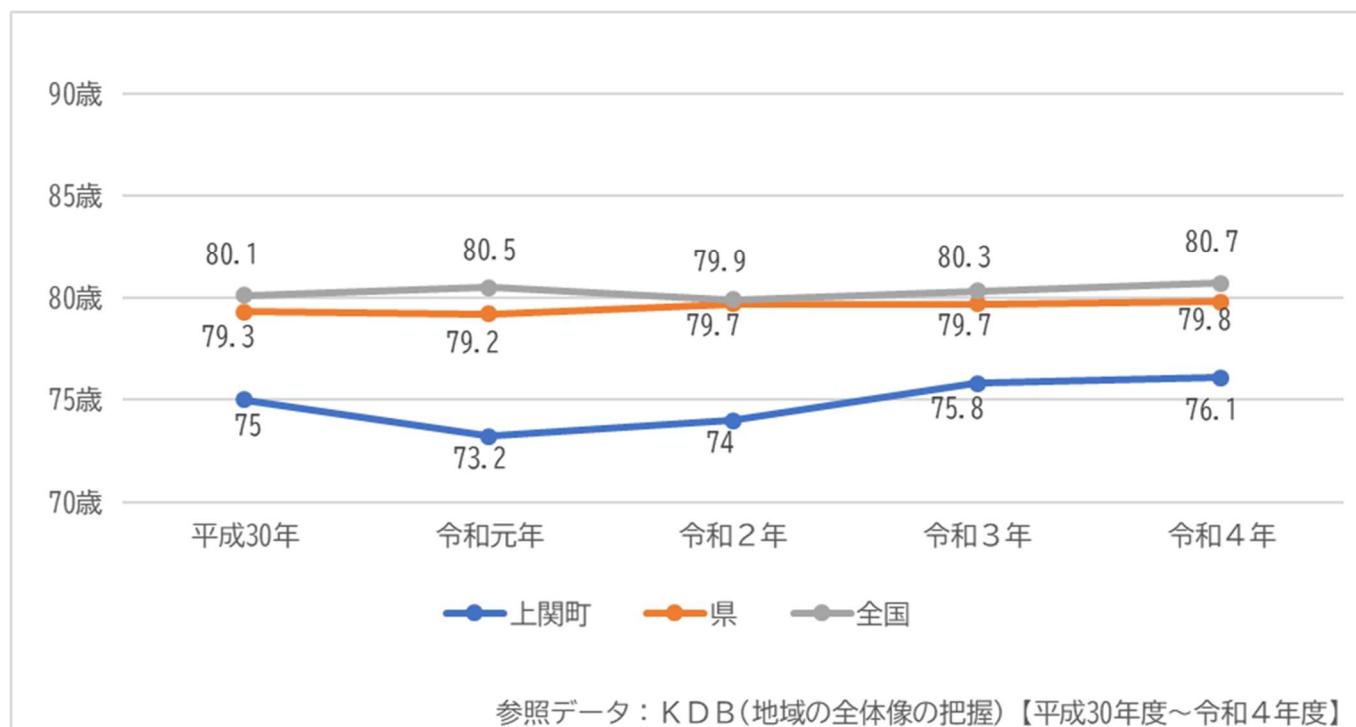


女性

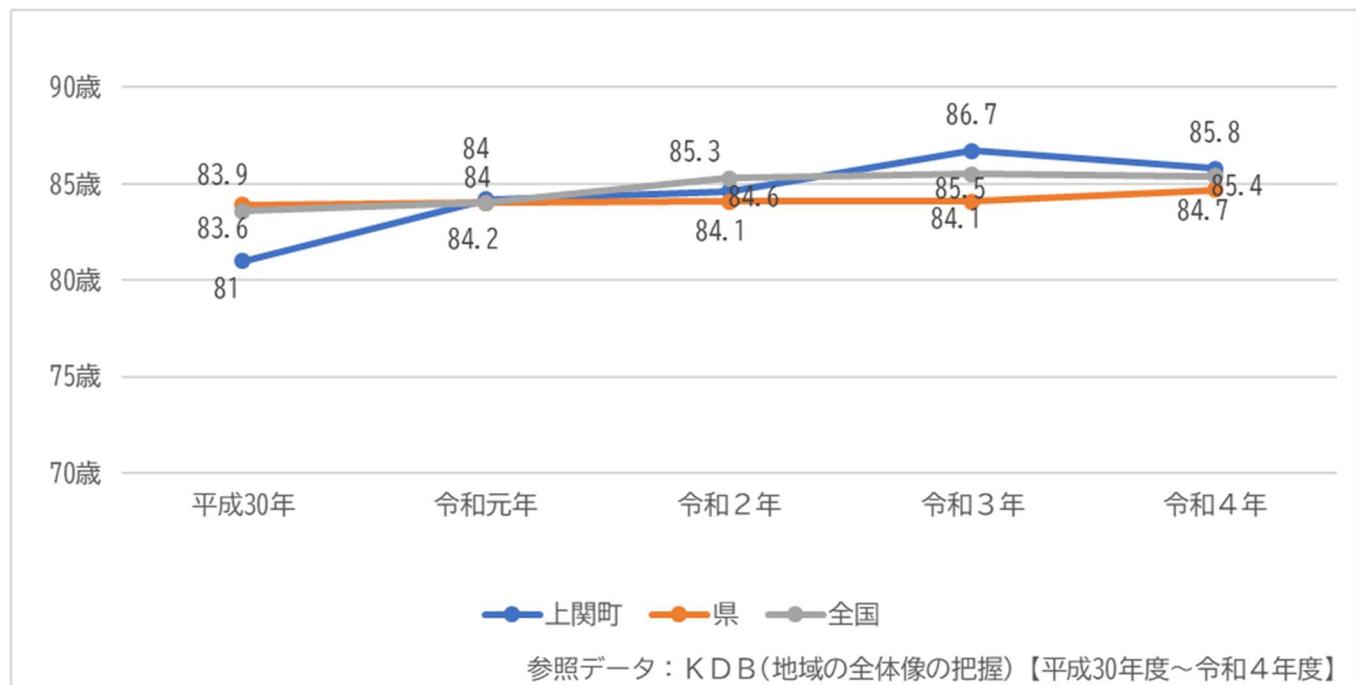


2-2 平均自立期間（健康寿命）の推移

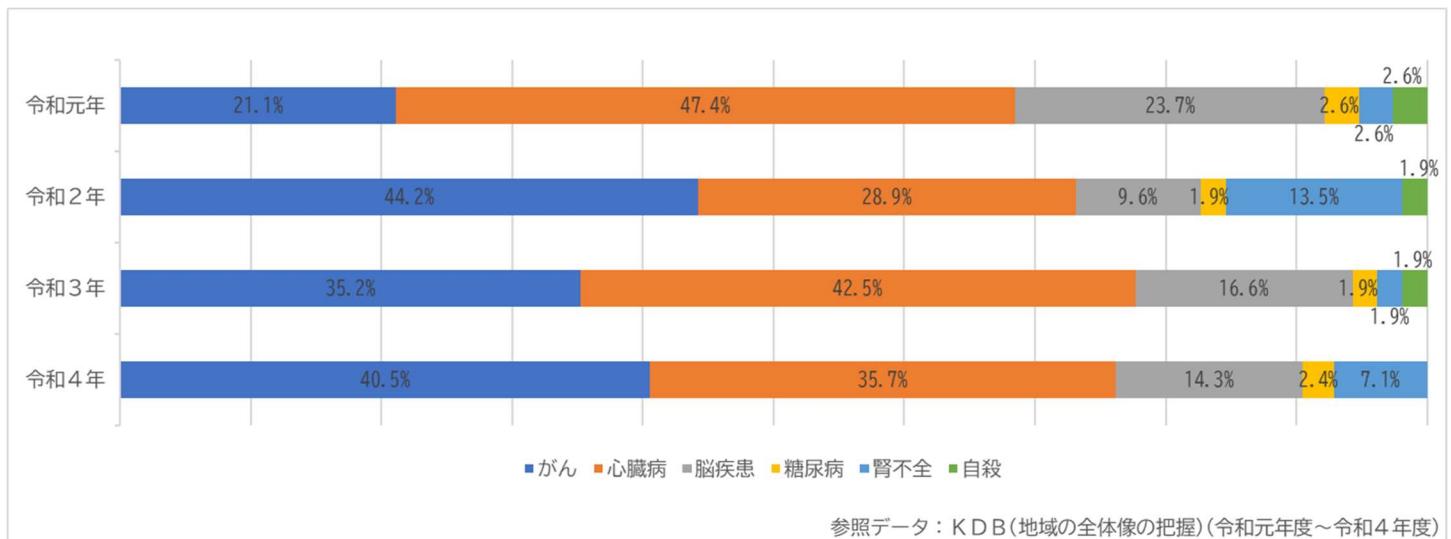
男性



女性

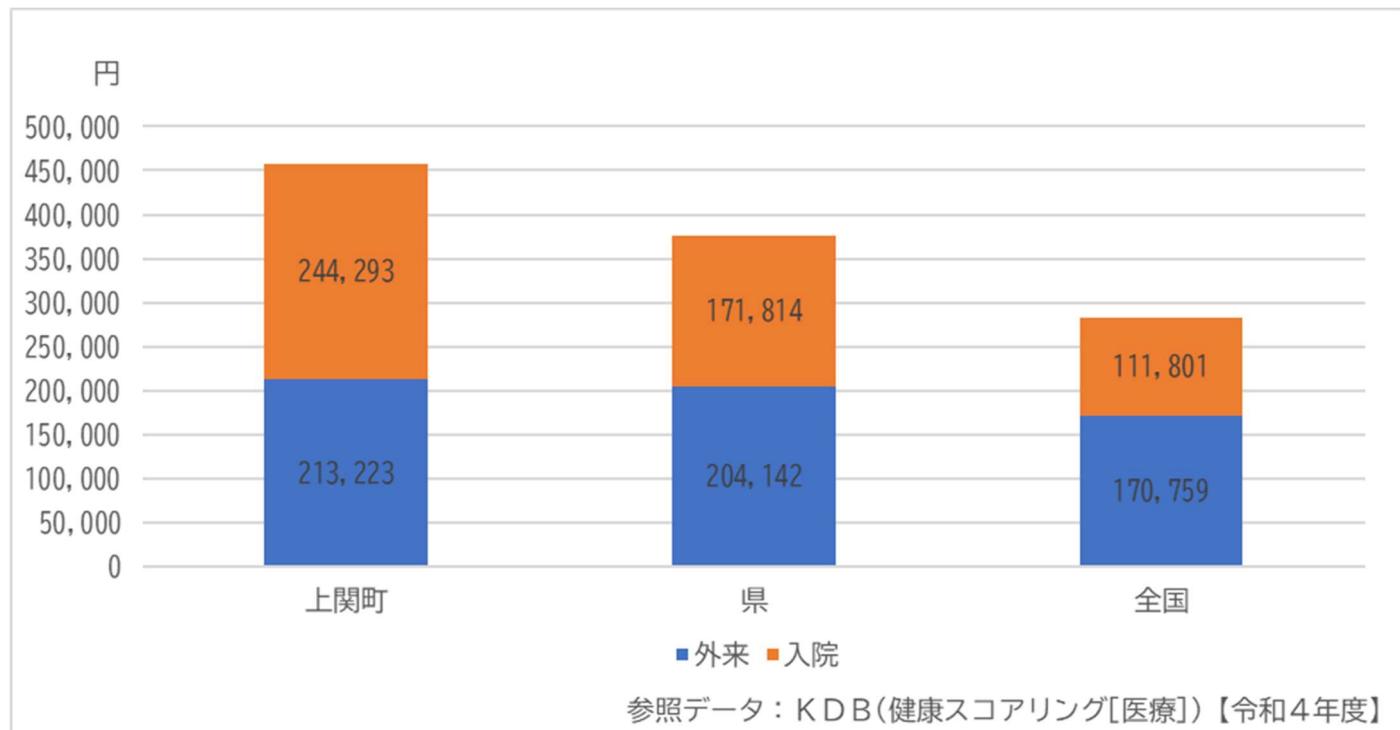


2-3 死因割合の推移

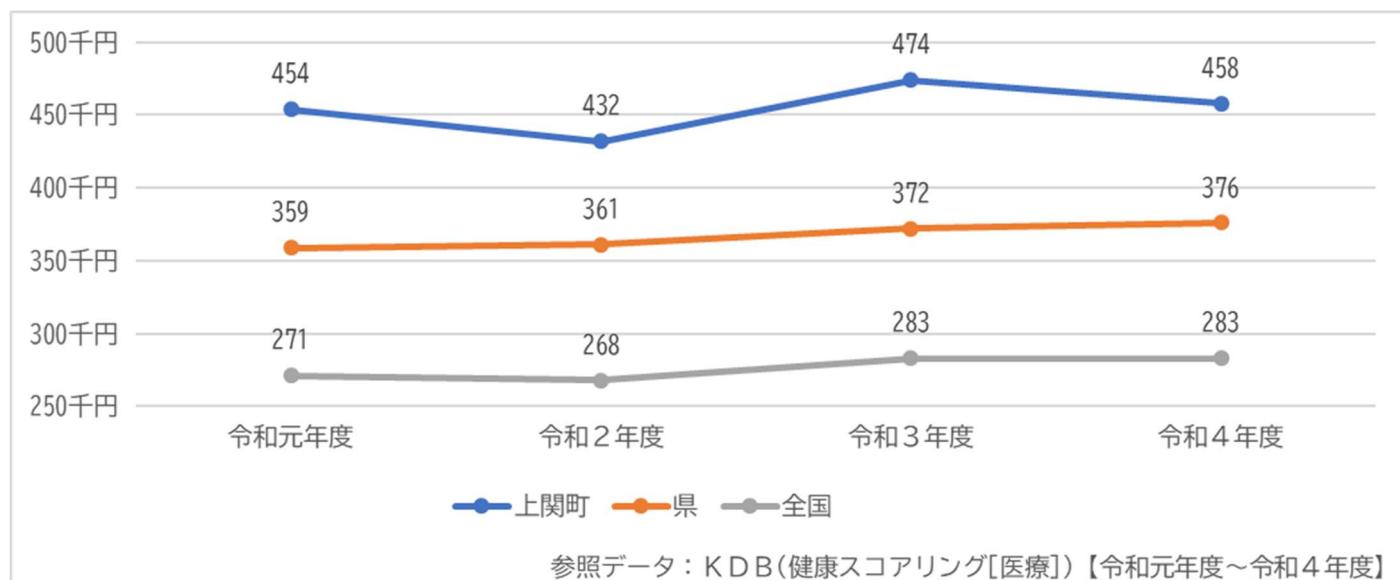


図表③ 医療費の分析

3-1 1人当たりの医療費比較（令和4年度）



3-2 一人当たりの医療の推移

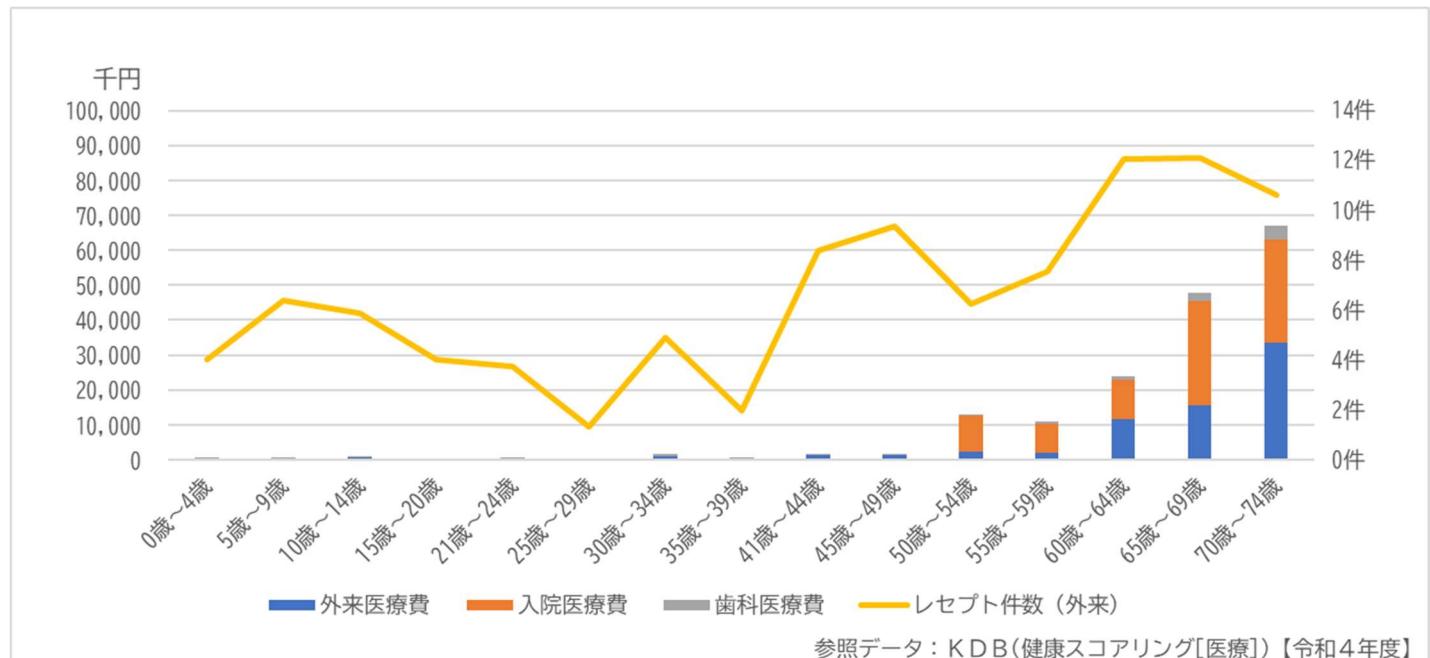


3-3 年齢階層別医療費（令和4年度）

男性

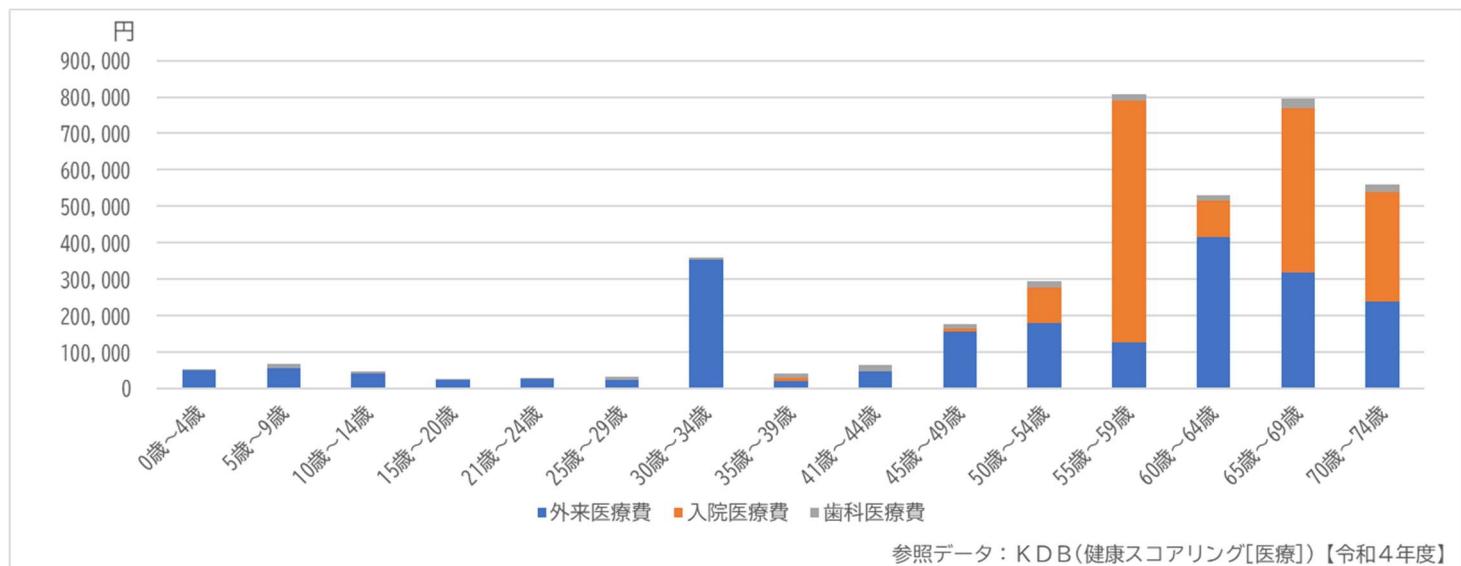


女性

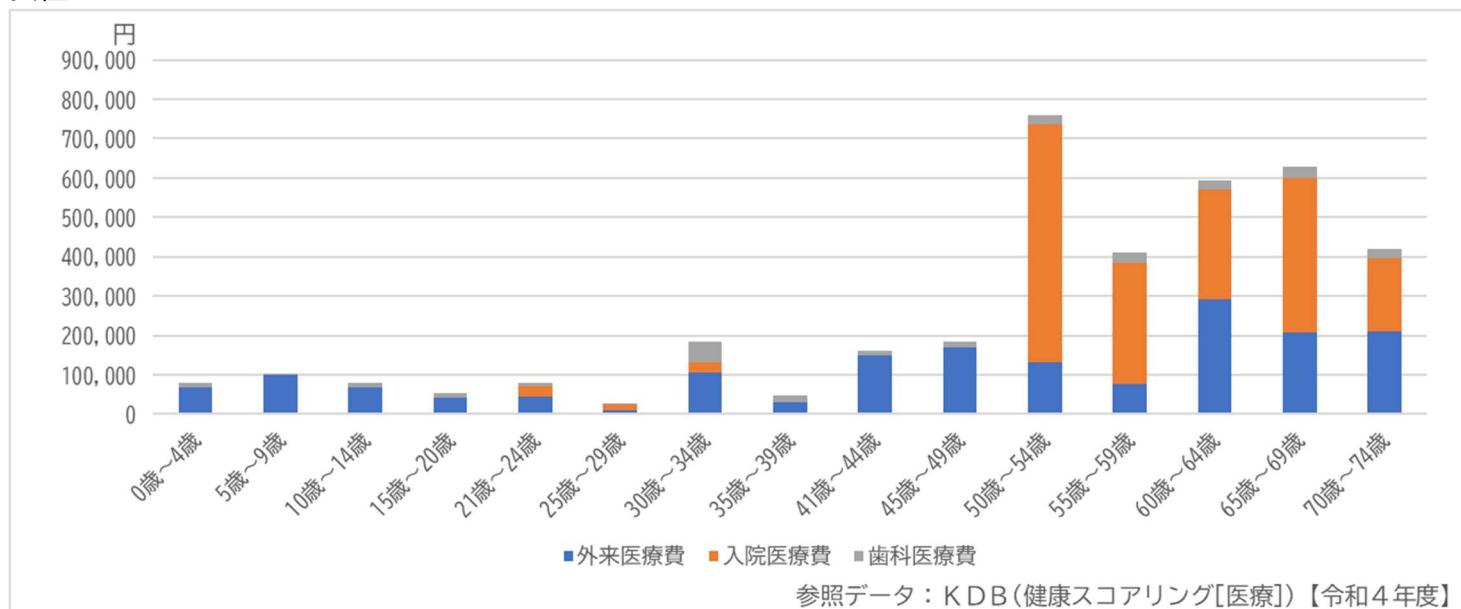


3-4 年齢階層別1人当たりの医療費（令和4年度）

男性

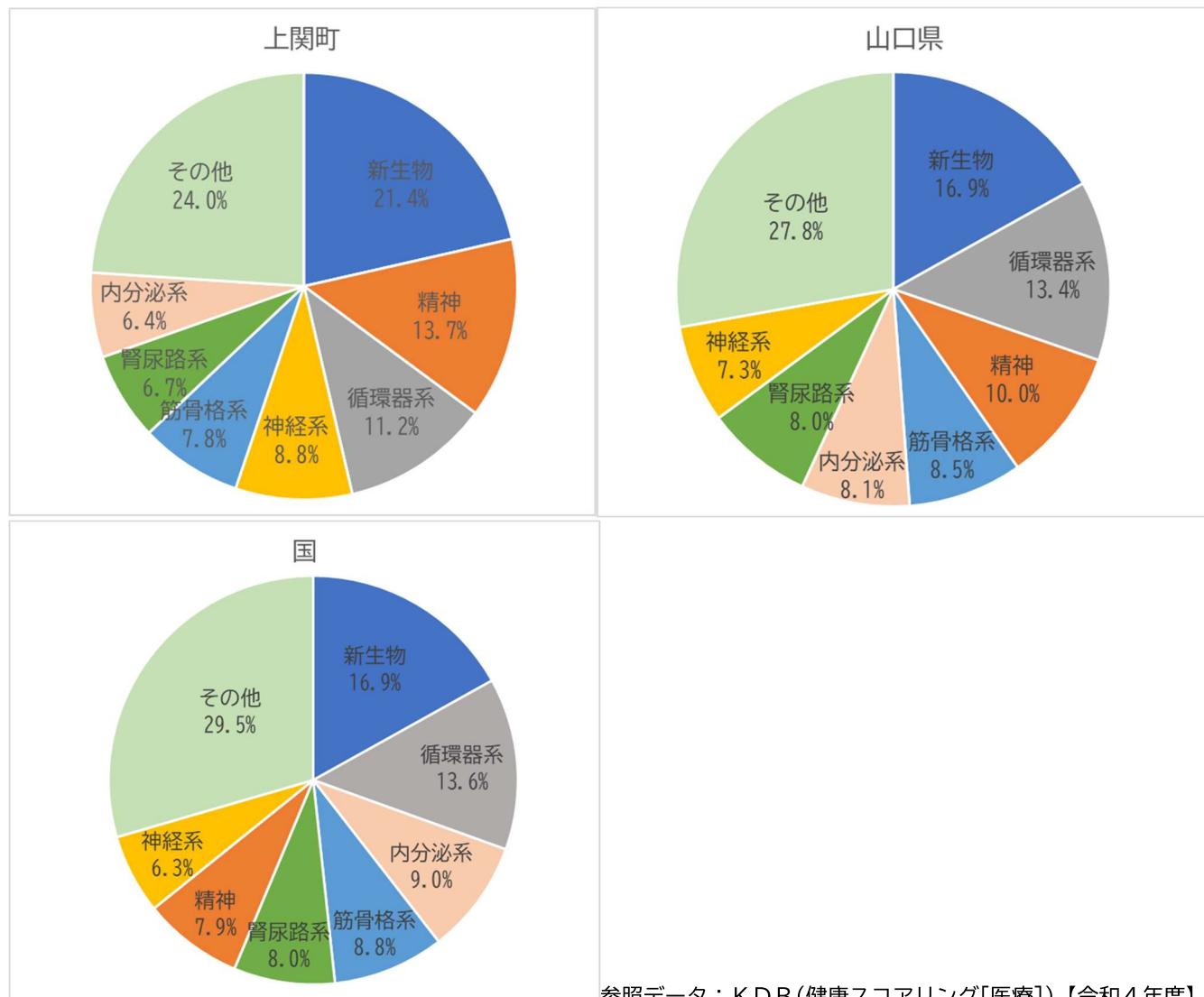


女性



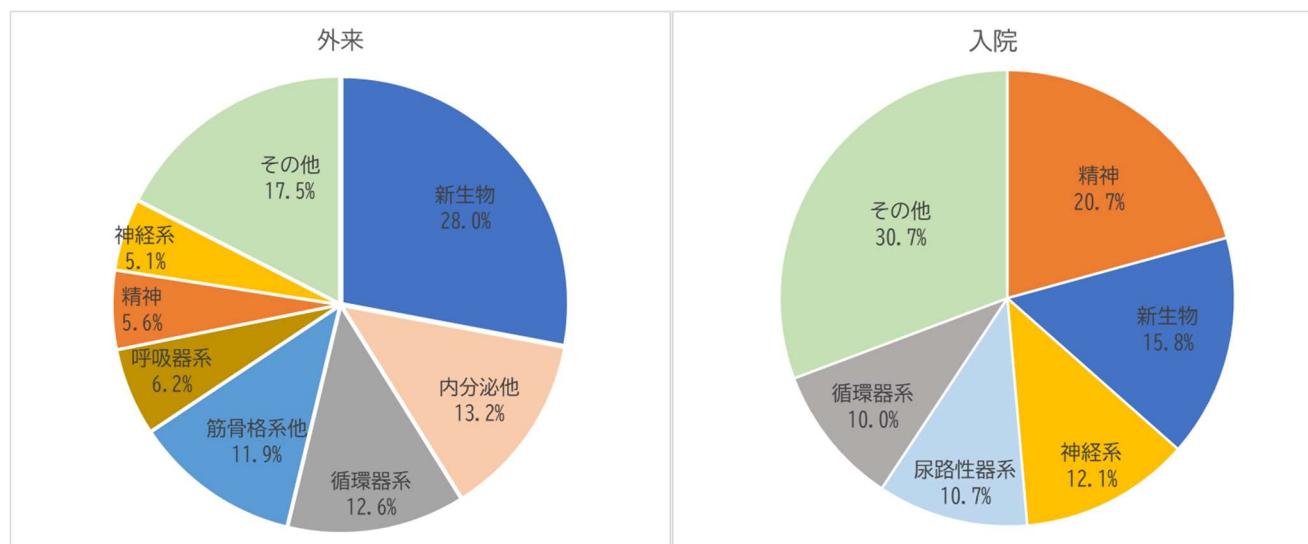
図表④ 疾病分類別の医療費

4-1 疾病分類による医療費構成割合の比較（令和4年度）



参照データ：KDB(健康スコアリング[医療])【令和4年度】

4-2 疾病分類による医療費構成割合（外来・入院別）



参照データ：KDB(健康スコアリング[医療])【令和4年度】

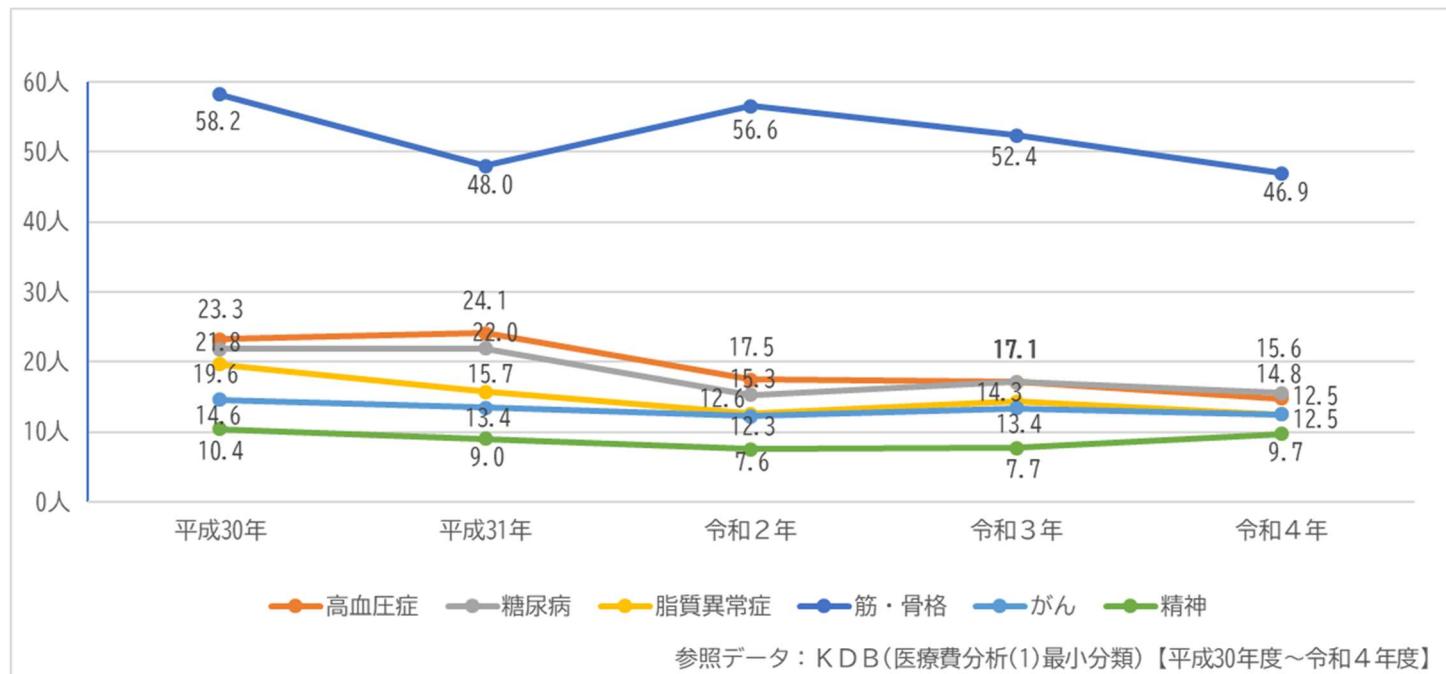
図表⑤ 生活習慣病

5-1 年齢階層別生活習慣病の割合（令和4年度）

性別	年齢階層	被保険者数	生活習慣病	糖尿病	人工透析	脳血管疾患	虚血性心疾患	高血圧症	高尿酸血症	脂質異常症
男性	0歳～20歳	20	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	21歳～39歳	23	8.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.3%	0.0%	4.3%
	40歳～44歳	10	20.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10.0%
	45歳～49歳	23	26.1%	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%	8.7%	4.3%	13.0%
	50歳～54歳	19	36.8%	5.3%	0.0%	0.0%	0.0%	10.5%	15.8%	15.8%
	55歳～59歳	28	32.1%	3.6%	0.0%	3.6%	3.6%	17.9%	7.1%	17.9%
	60歳～64歳	48	39.6%	14.6%	0.0%	4.2%	10.4%	31.3%	8.3%	22.9%
	65歳～69歳	87	52.9%	20.7%	0.0%	6.9%	6.9%	40.2%	6.9%	26.4%
	70歳～74歳	132	55.3%	24.2%	0.8%	8.3%	11.4%	40.9%	12.9%	31.1%
	合計	390	42.1%	15.4%	0.3%	5.1%	6.9%	29.2%	8.5%	22.6%
女性	0歳～20歳	24	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	21歳～39歳	17	5.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	40歳～44歳	6	16.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	45歳～49歳	6	83.3%	16.7%	0.0%	0.0%	0.0%	16.7%	0.0%	16.7%
	50歳～54歳	14	35.7%	14.3%	0.0%	7.1%	0.0%	7.1%	0.0%	35.7%
	55歳～59歳	26	34.6%	7.7%	0.0%	0.0%	3.8%	19.2%	0.0%	15.4%
	60歳～64歳	40	52.5%	17.5%	0.0%	0.0%	5.0%	22.5%	0.0%	27.5%
	65歳～69歳	73	54.8%	17.8%	0.0%	2.7%	9.6%	21.9%	6.8%	28.8%
	70歳～74歳	132	59.8%	31.1%	0.0%	5.3%	13.6%	42.4%	4.5%	40.2%
	合計	338	47.6%	19.5%	0.0%	3.0%	8.3%	26.0%	3.3%	28.1%
総数	0歳～21歳	44	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	21歳～40歳	40	7.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.5%	0.0%	2.5%
	40歳～45歳	16	18.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	6.3%
	45歳～50歳	29	37.9%	6.9%	0.0%	0.0%	0.0%	10.3%	3.4%	13.8%
	50歳～55歳	33	36.4%	9.1%	0.0%	3.0%	0.0%	9.1%	9.1%	24.2%
	55歳～60歳	54	33.3%	5.6%	0.0%	1.9%	3.7%	18.5%	3.7%	16.7%
	60歳～65歳	88	45.5%	15.9%	0.0%	2.3%	8.0%	27.3%	4.5%	25.0%
	65歳～70歳	160	53.8%	19.4%	0.0%	5.0%	8.1%	31.9%	6.9%	27.5%
	70歳～75歳	264	57.6%	27.7%	0.4%	6.8%	12.5%	41.7%	8.7%	35.6%
	合計	728	44.6%	17.3%	0.1%	4.1%	7.6%	27.7%	6.0%	25.1%

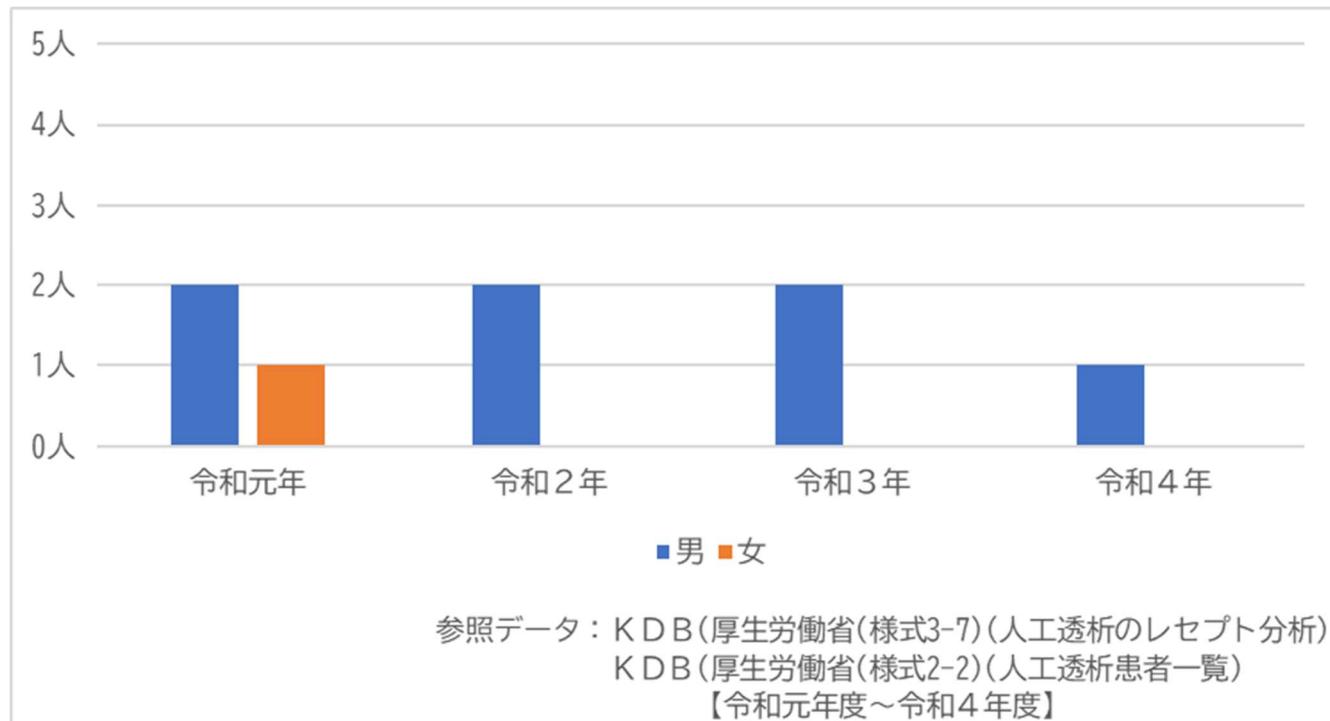
参照データ：厚生労働省様式（様式3-1）生活習慣病全体のレセプト分析

5-2 生活習慣病新規患者数の推移（患者千人当たり）

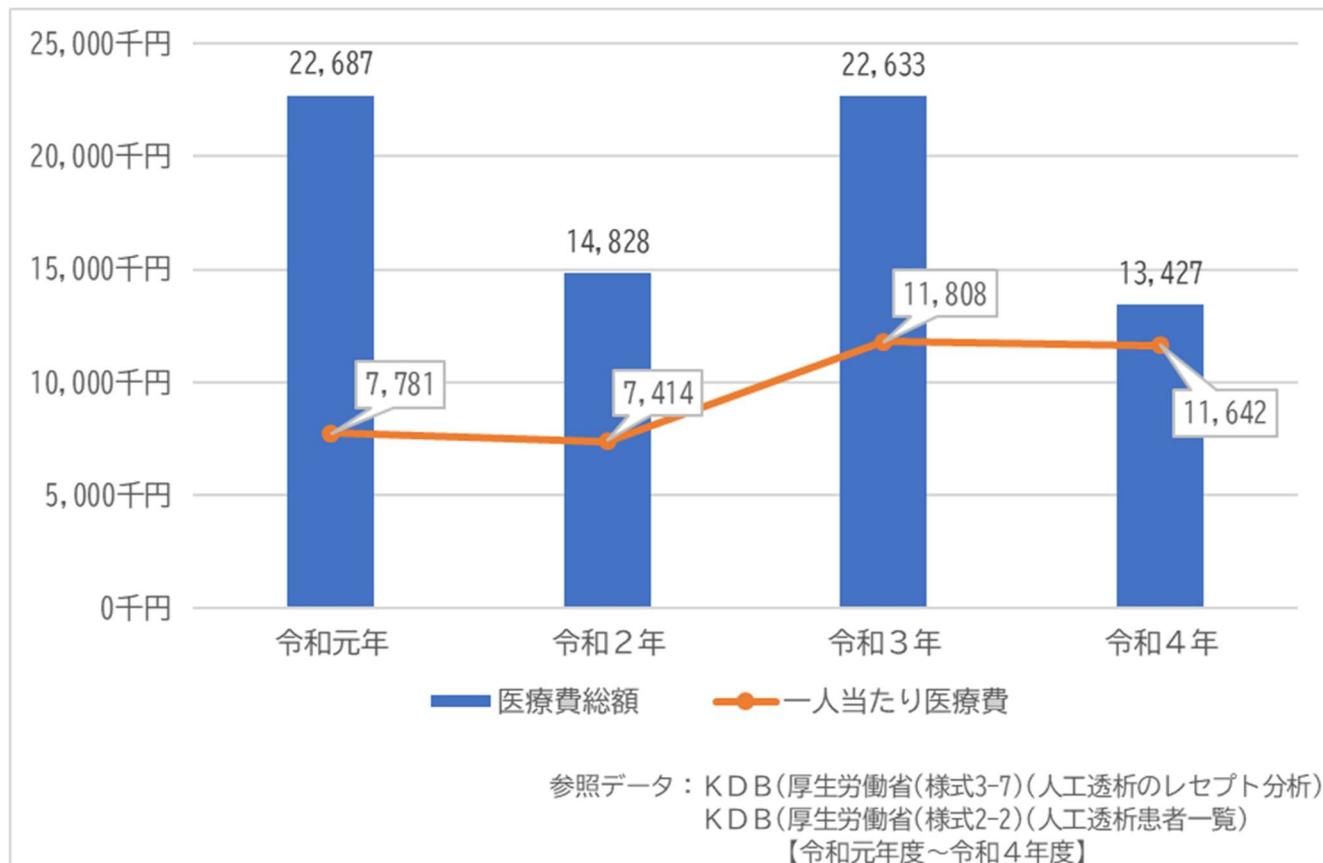


図表⑥ 人工透析

6-1 人工透析患者数の推移



6-2 人工透析患者の医療費の推移



6-3 人工透析患者の生活習慣病罹患状況の推移

			令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
人工透析患者			3人	0.35%	2人	0.25%	2人	0.26%	1人	0.14%
罹 患 状 況	糖尿病性 合併症	インスリン療法	0人	0%	0人	0%	0人	0%	0人	0%
		糖尿病性腎症	2人	67%	1人	50%	0人	0%	0人	0%
		糖尿病性網膜症	0人	0%	0人	0%	0人	0%	0人	0%
		糖尿病性神経障害	2人	67%	1人	50%	0人	0%	0人	0%
	糖尿病以外の 因子	高血圧症	3人	100%	2人	100%	2人	100%	1人	100%
		高尿酸血病	0人	0%	0人	0%	0人	0%	0人	0%
		脂質異常症	1人	33%	0人	0%	0人	0%	0人	0%
	大血管障害	脳血管疾患	1人	33%	1人	50%	1人	50%	1人	100%
		虚血性心疾患	1人	33%	1人	50%	1人	50%	0人	0%

参照データ：KDB(厚生労働省(様式3-7)人工透析のレセプト分析)【令和元年度～令和4年度】

図表⑦ 重複・頻回受診の状況

	1日以上	5日以上	10日以上	15日以上	20日以上
1 医療機関以上	430 人	14 人	3 人	1 人	1 人
2 医療機関以上	160 人	12 人	1 人	0 人	0 人
3 医療機関以上	50 人	3 人	1 人	0 人	0 人
4 医療機関以上	14 人	0 人	0 人	0 人	0 人
5 医療機関以上	3 人	0 人	0 人	0 人	0 人

参照データ：KDB（重複・頻回受診の状況）【令和5年3月】

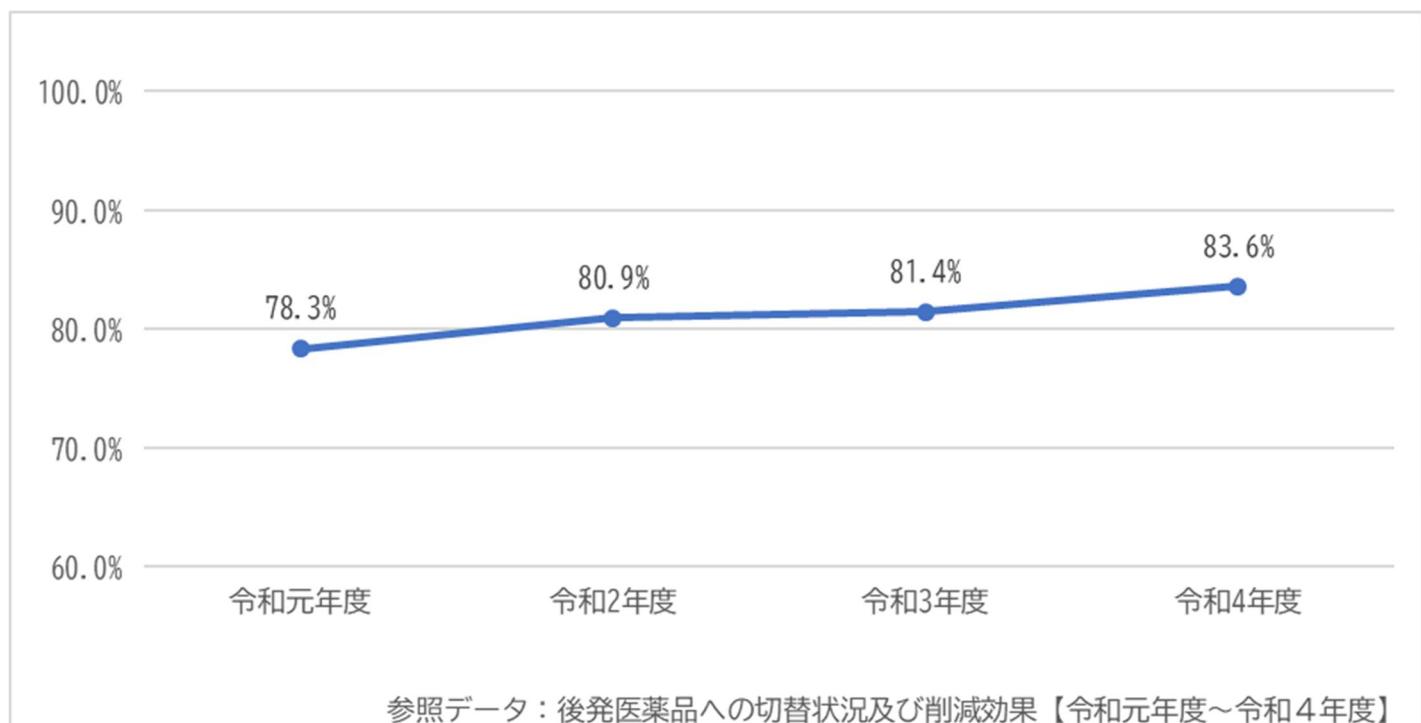
図表⑧ 重複・多剤処方の状況

	重複薬あり	重複薬効あり	多 剤		
			10錠以上	15錠以上	20錠以上
人 数	4 人	18 人	50 人	14 人	1 人
割 合	0.55%	2.49%	6.92%	1.94%	0.14%

参照データ：KDB（重複・多剤処方の状況）【令和5年3月】

図表⑨ 後発医薬品（ジェネリック医薬品）

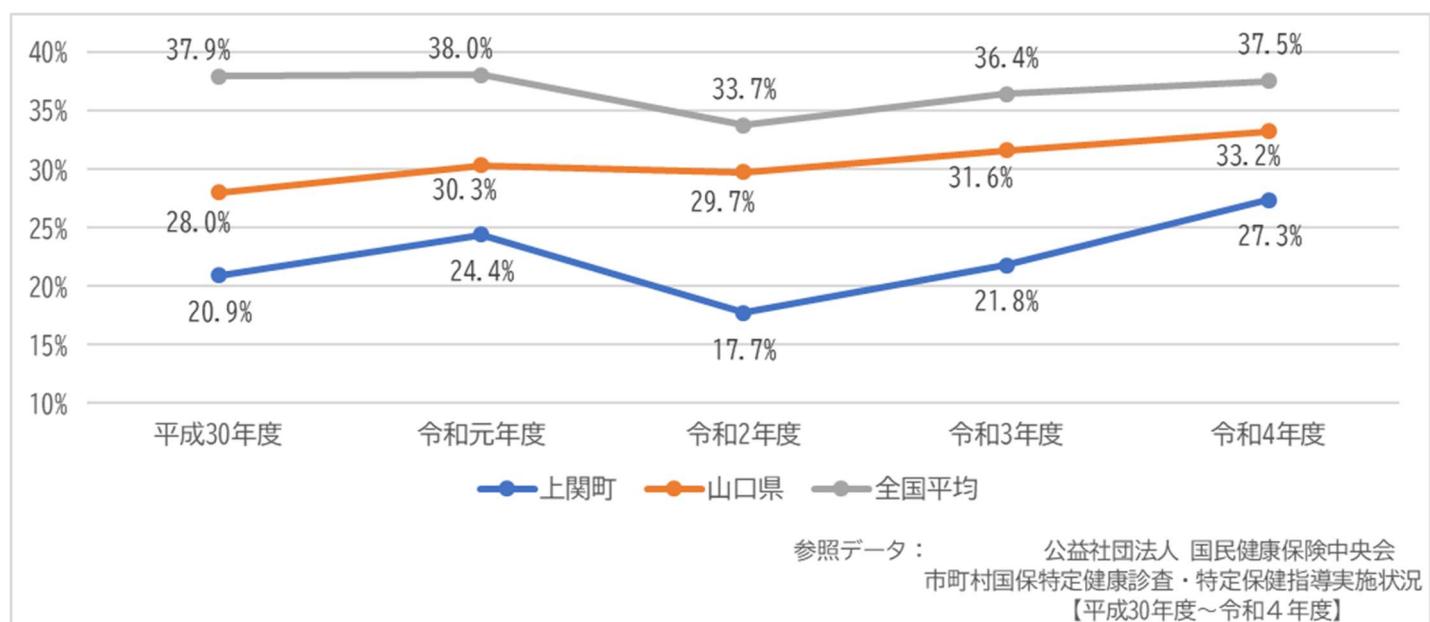
後発医薬品（ジェネリック医薬品）の利用状況（数量ベース）



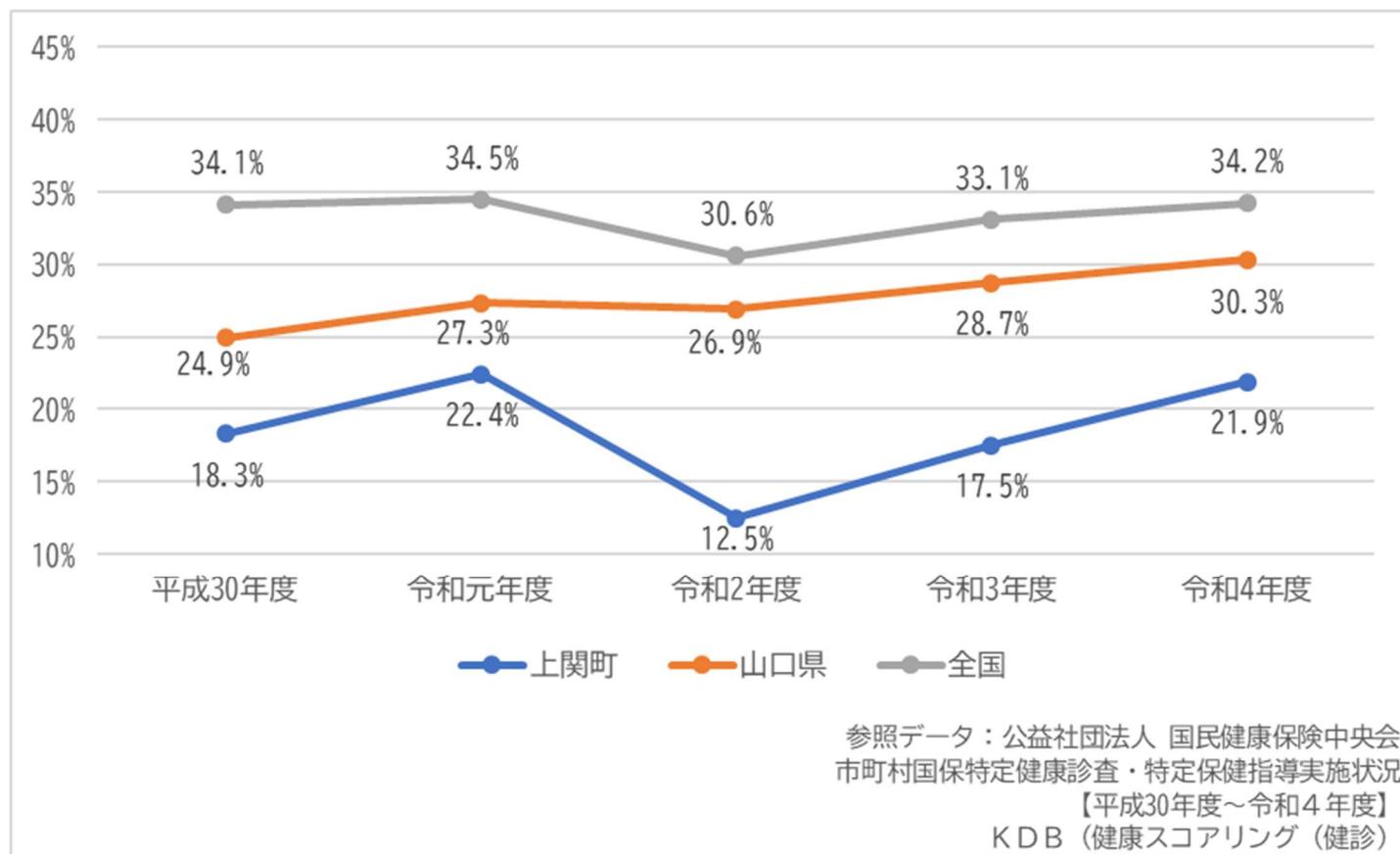
図表⑩ 特定健康診査

10-1 特定健康診査受診率の推移

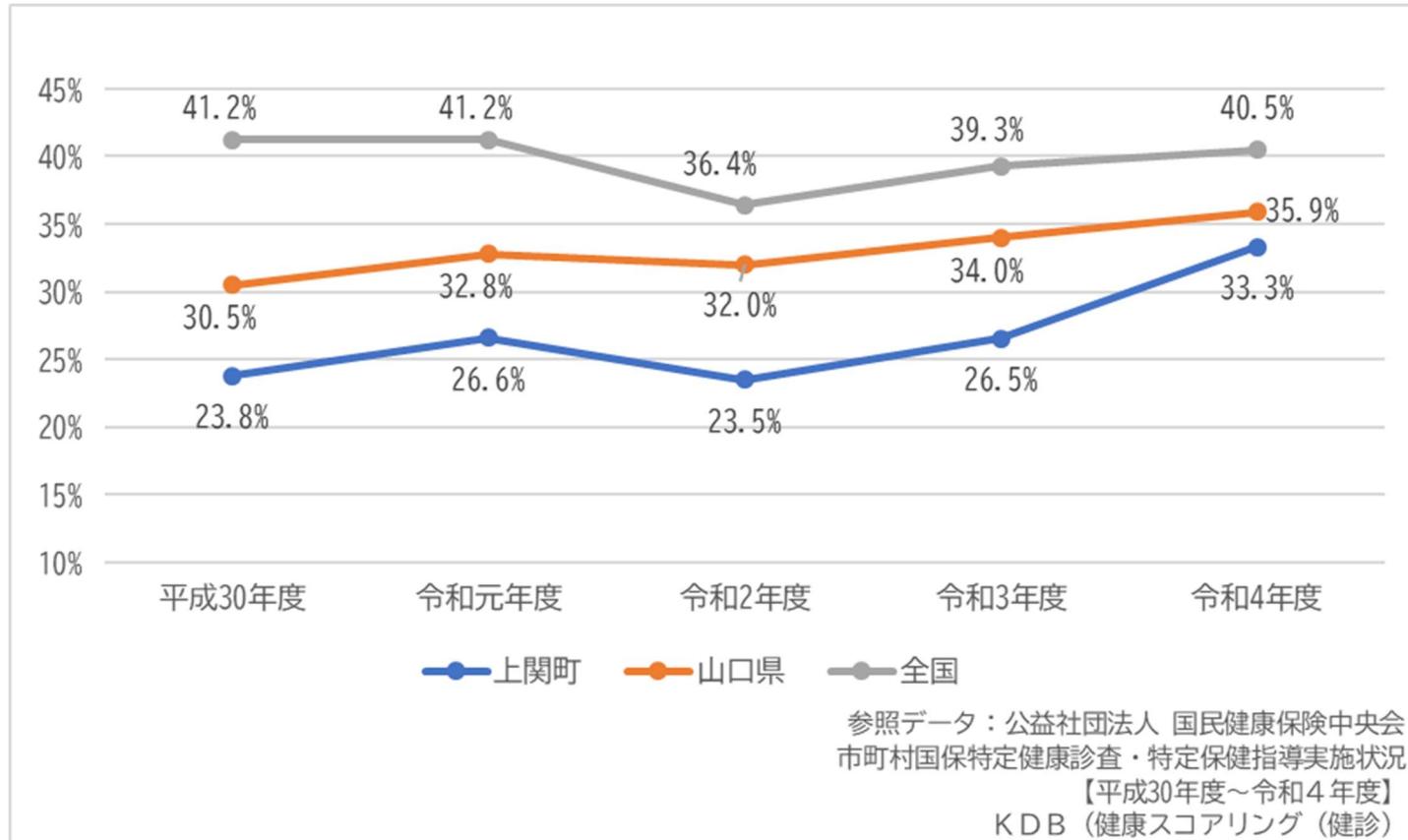
全体



男性

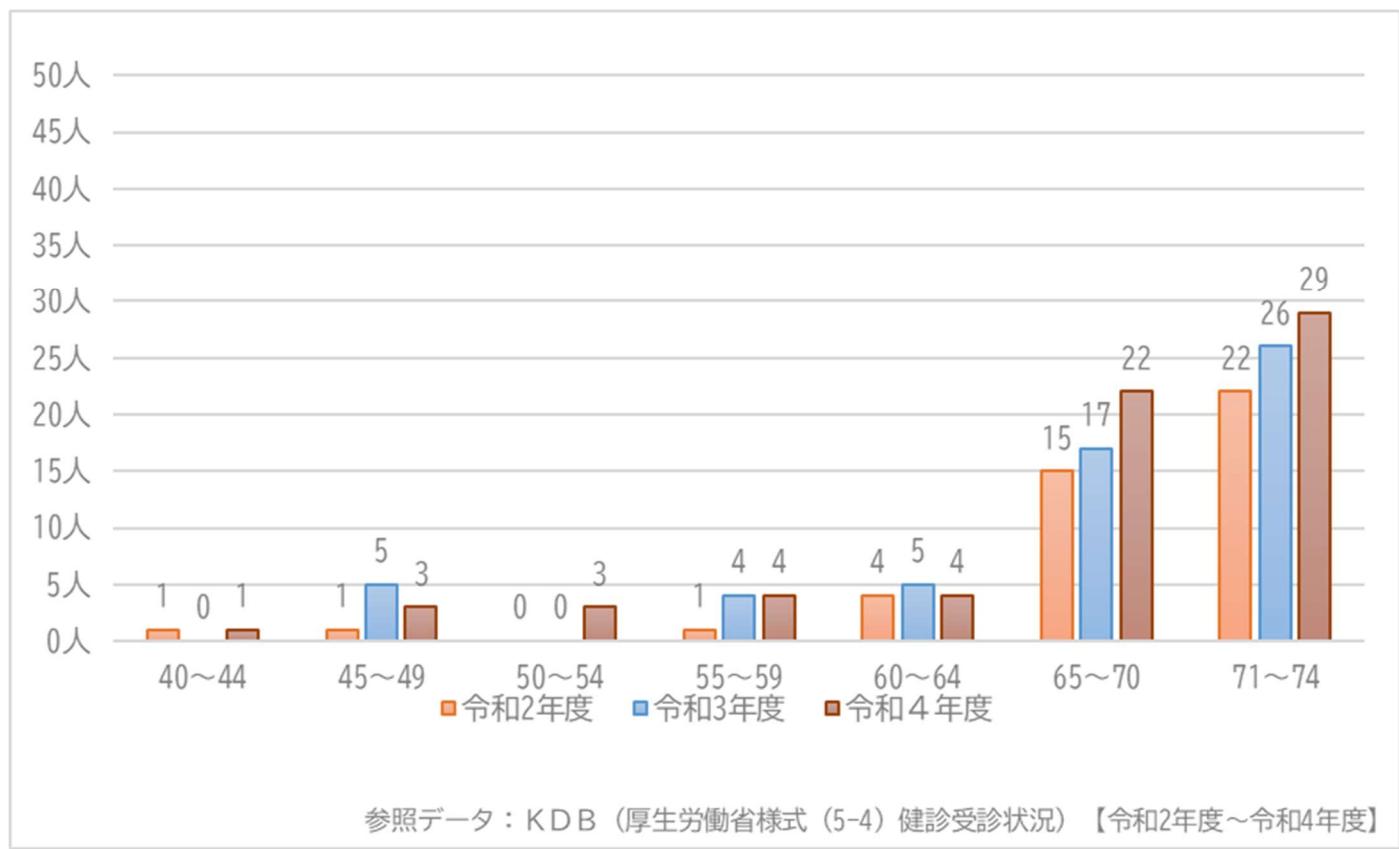


女性

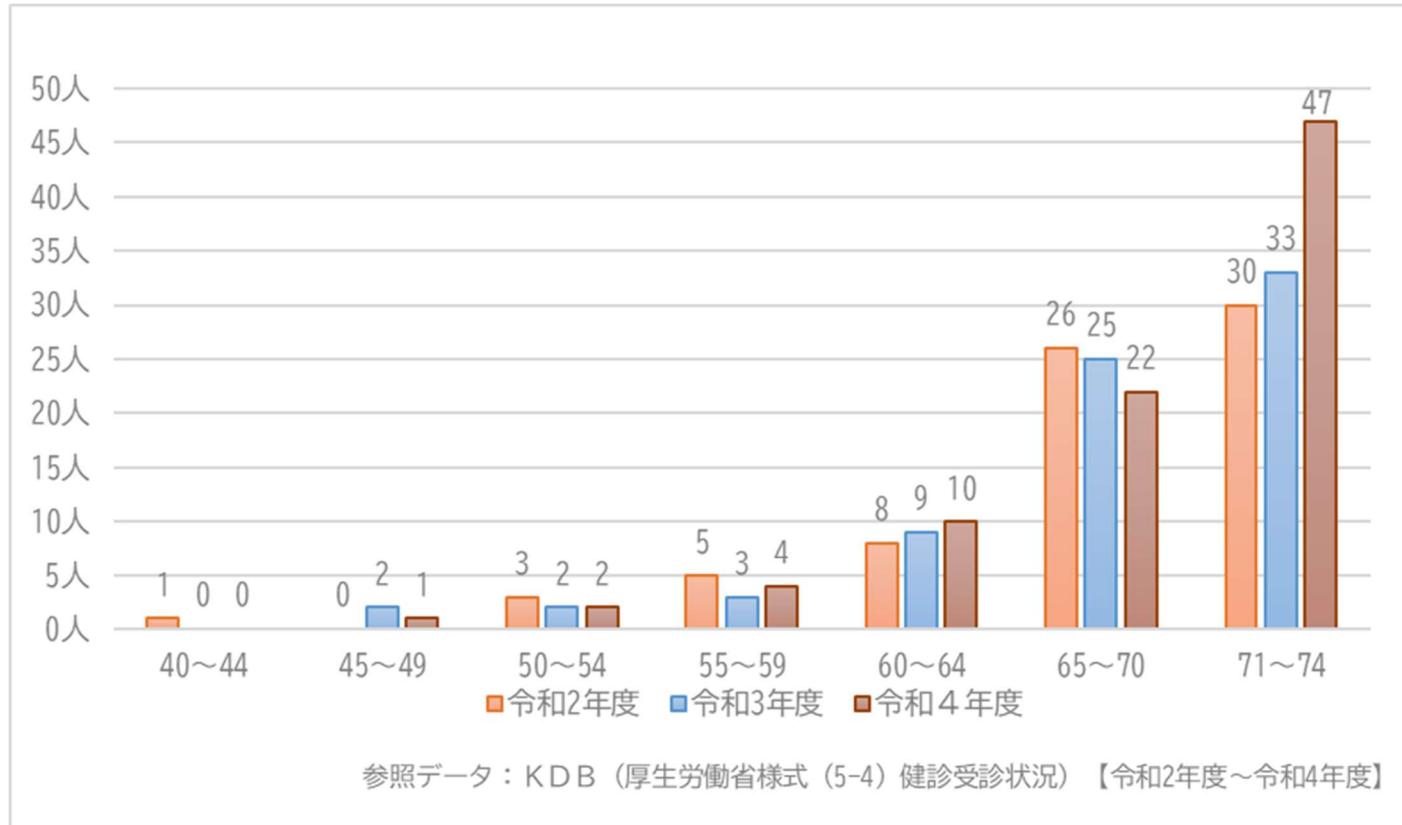


10-2 年齢階層別特定健康診査受診者数の推移

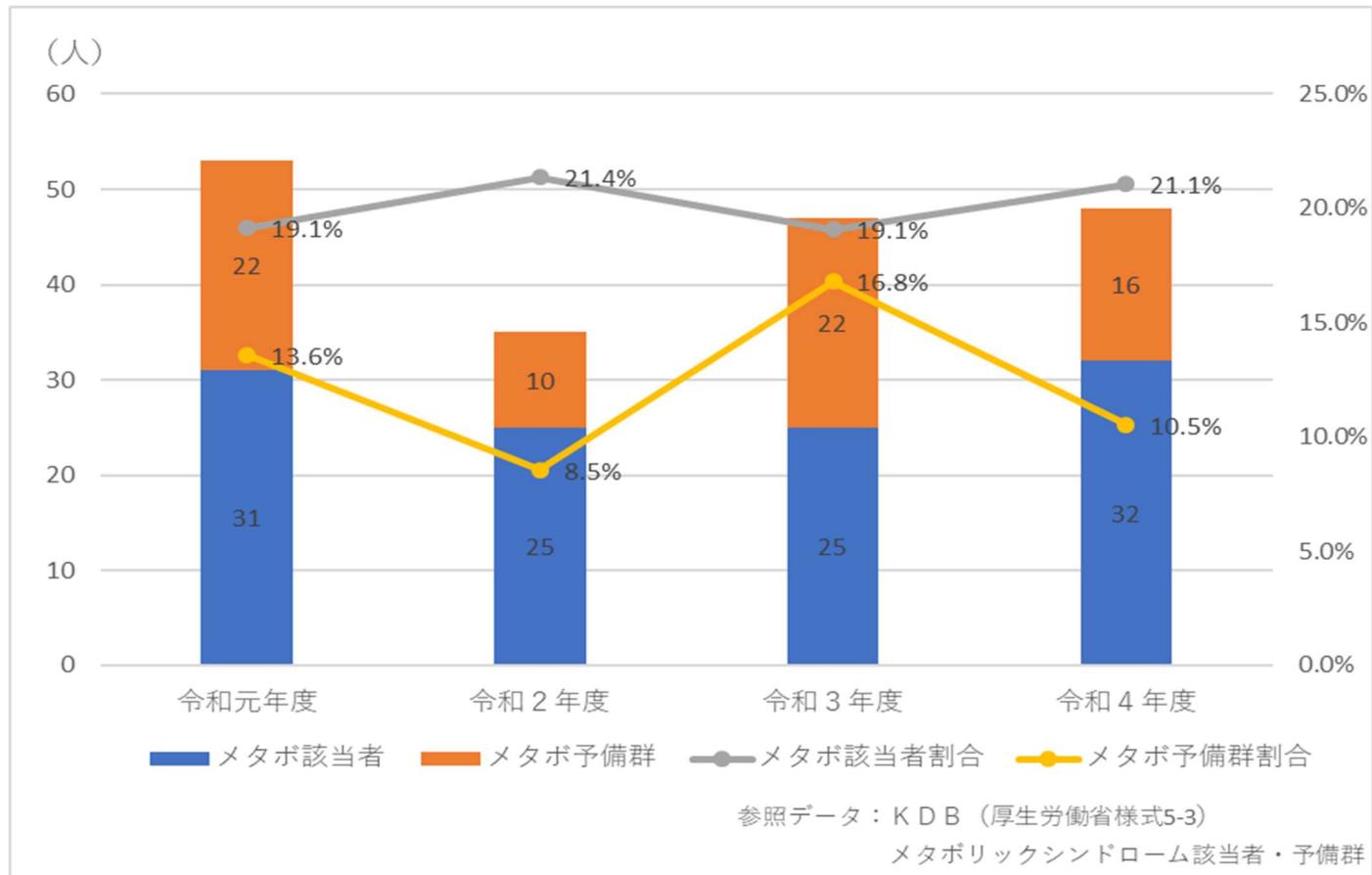
男性



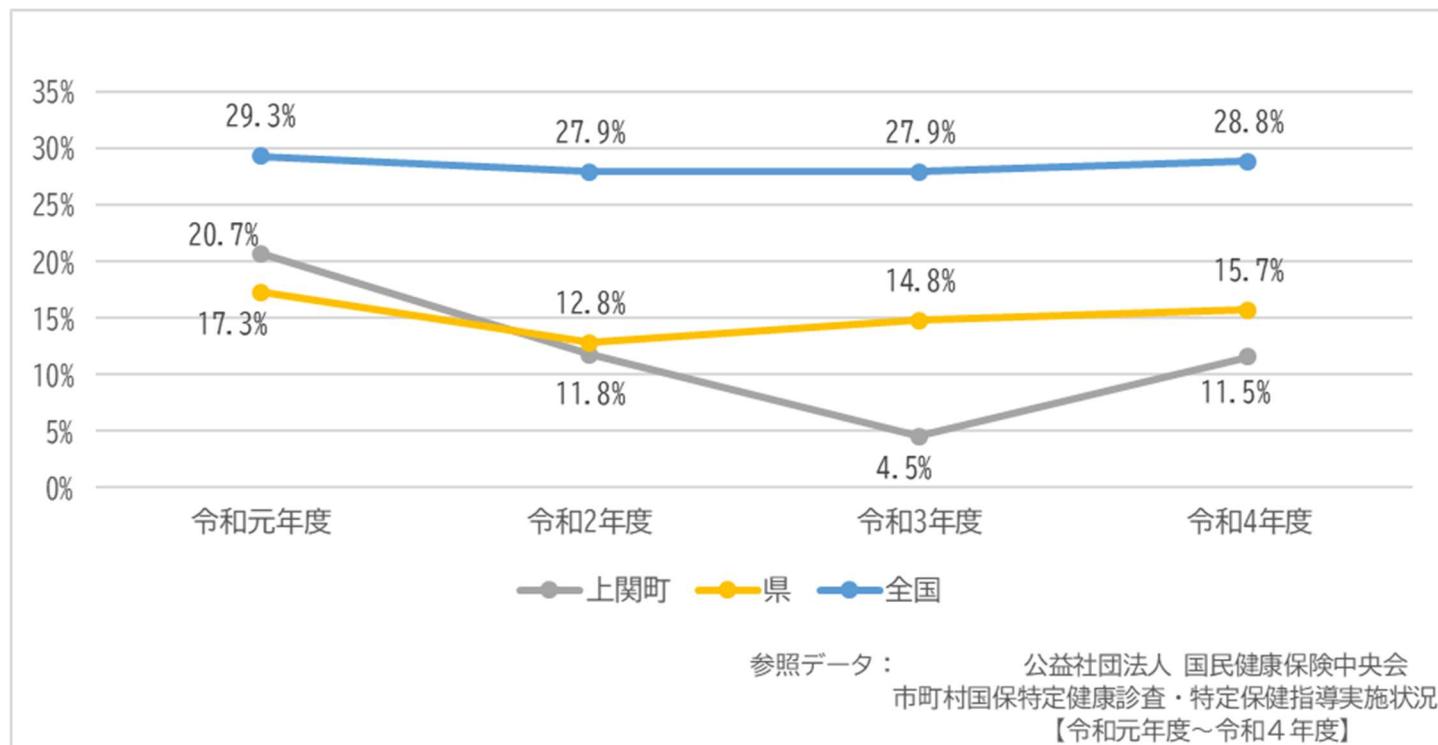
女性



10-3 特定健診受診者におけるメタボリックシンドローム該当者割合の推移



図表⑪ 特定保健指導実施率の推移

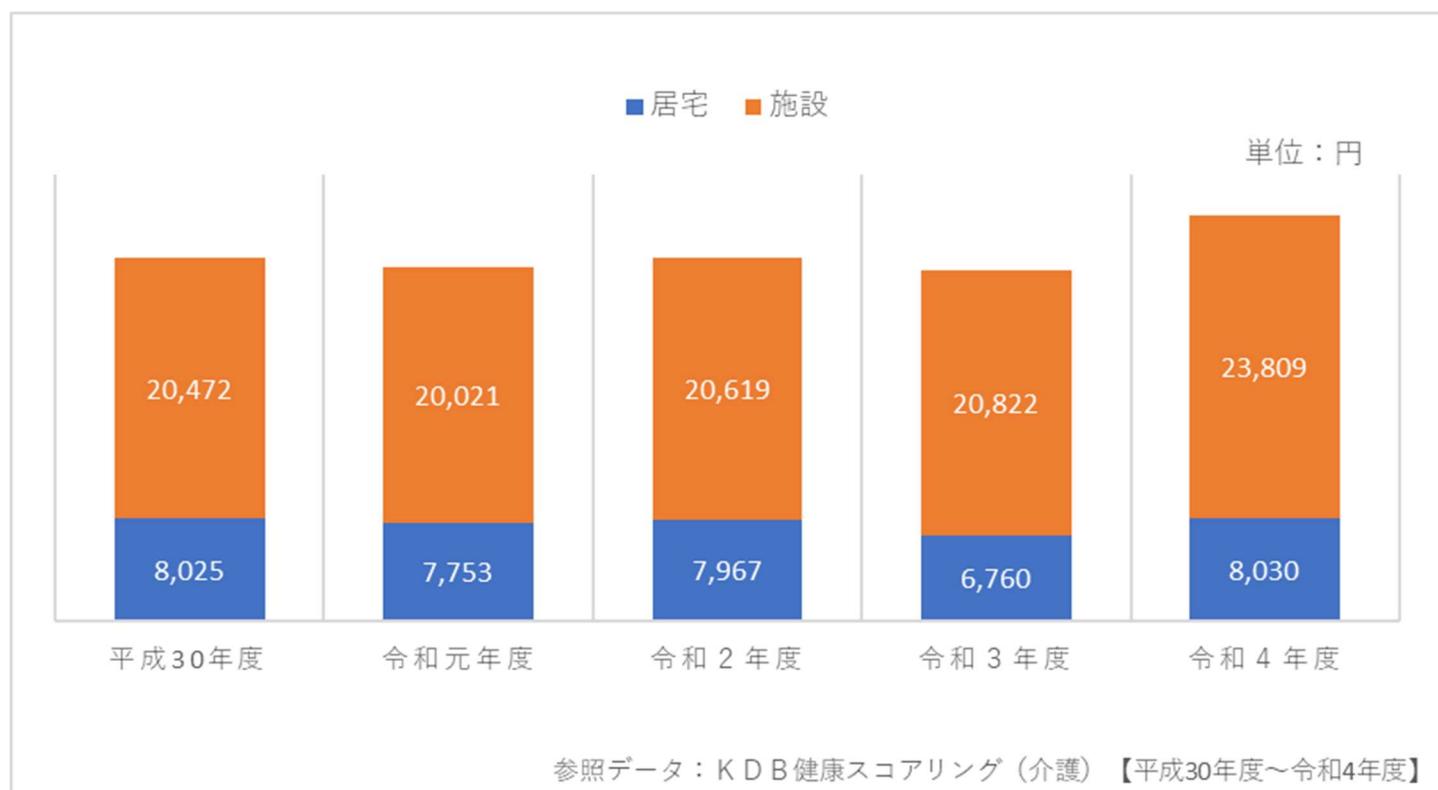


図表⑫ 介護医療

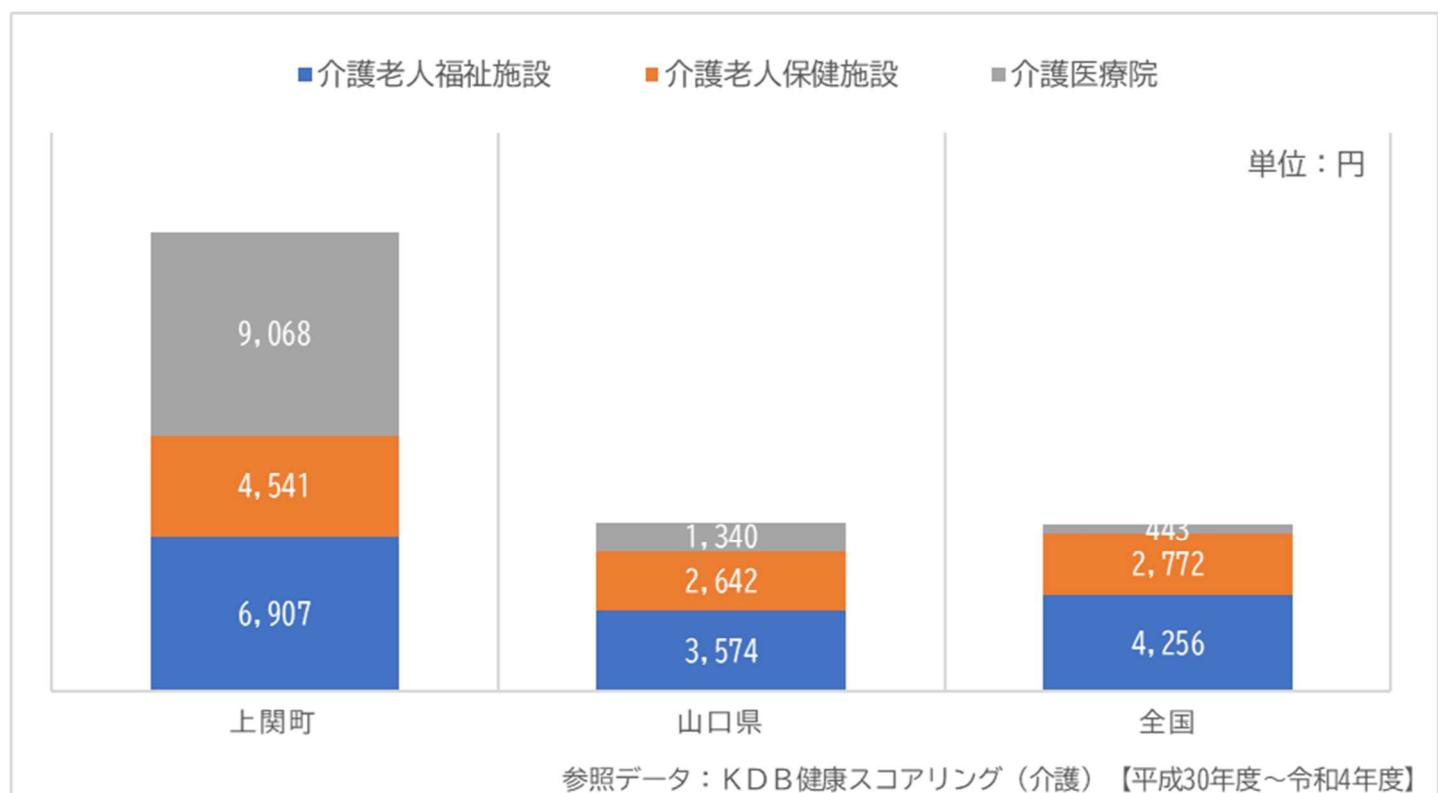
12-1 1人当たりの介護給付費（令和4年度）



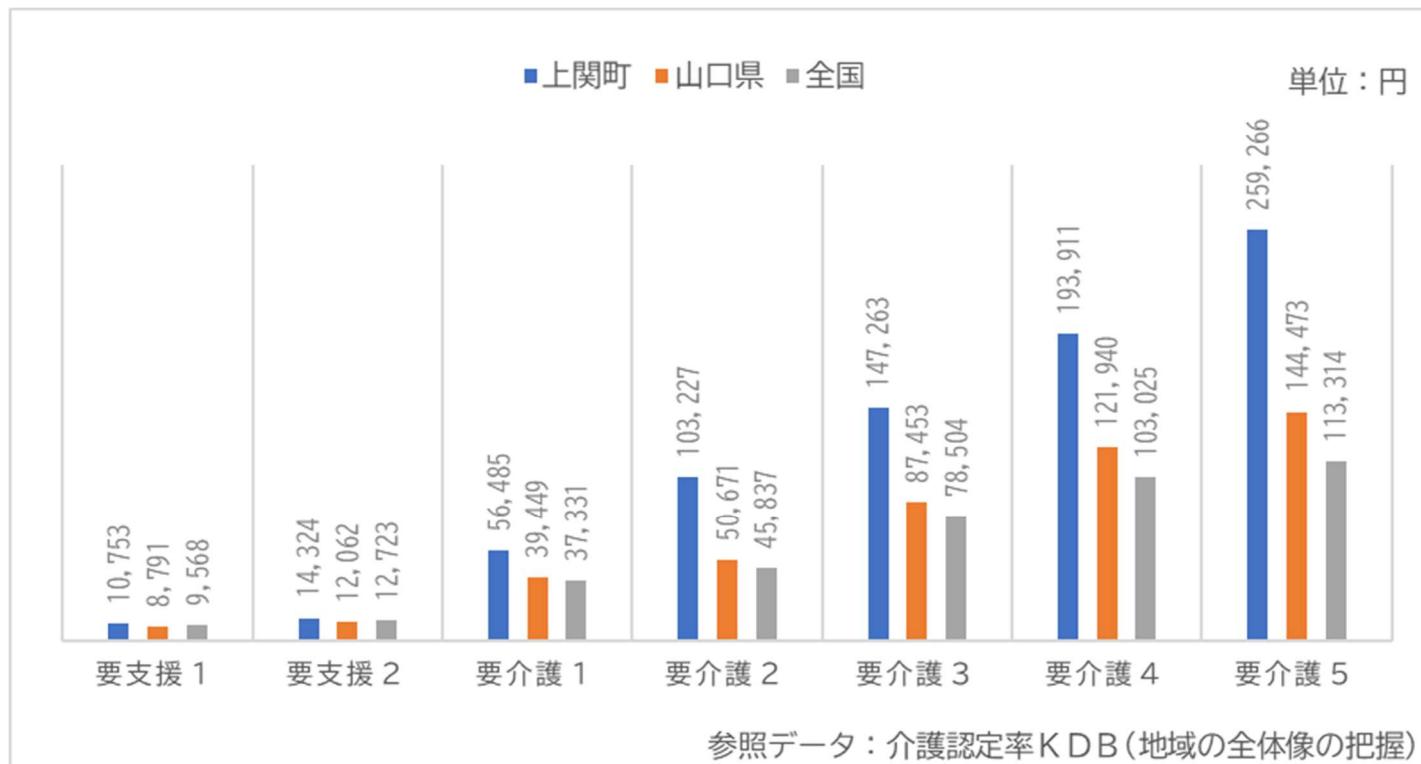
12-2 1人当たりの介護給付費（経年推移）



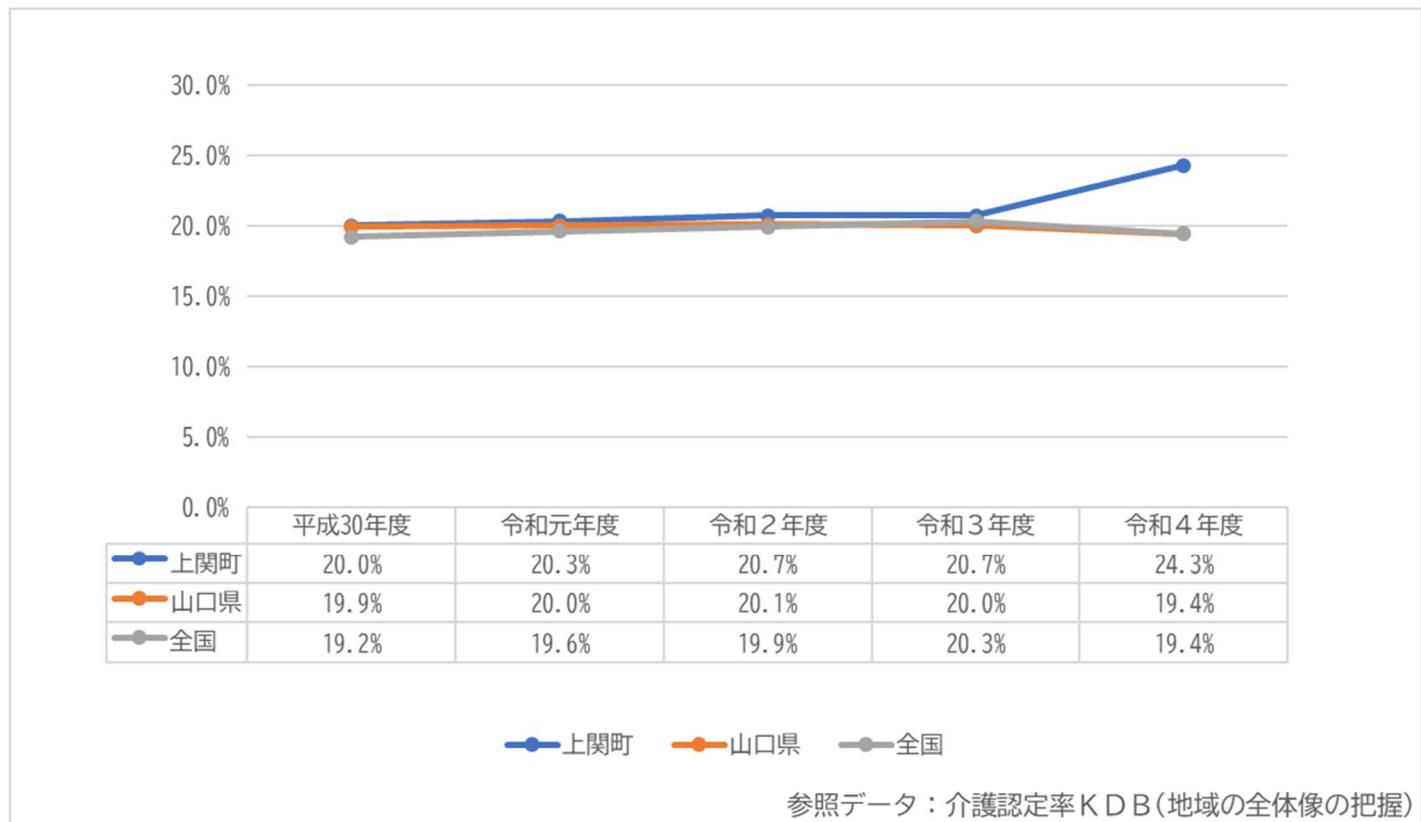
12-3 1号被保険者1人当たりの施設サービス種類別給付費（令和5年度）



12-4 介護度別レセプト1件当たりの給付費



12-5 1号被保険者の認定率の推移



12-6 介護度別認定率（令和4年度）

■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

単位：%

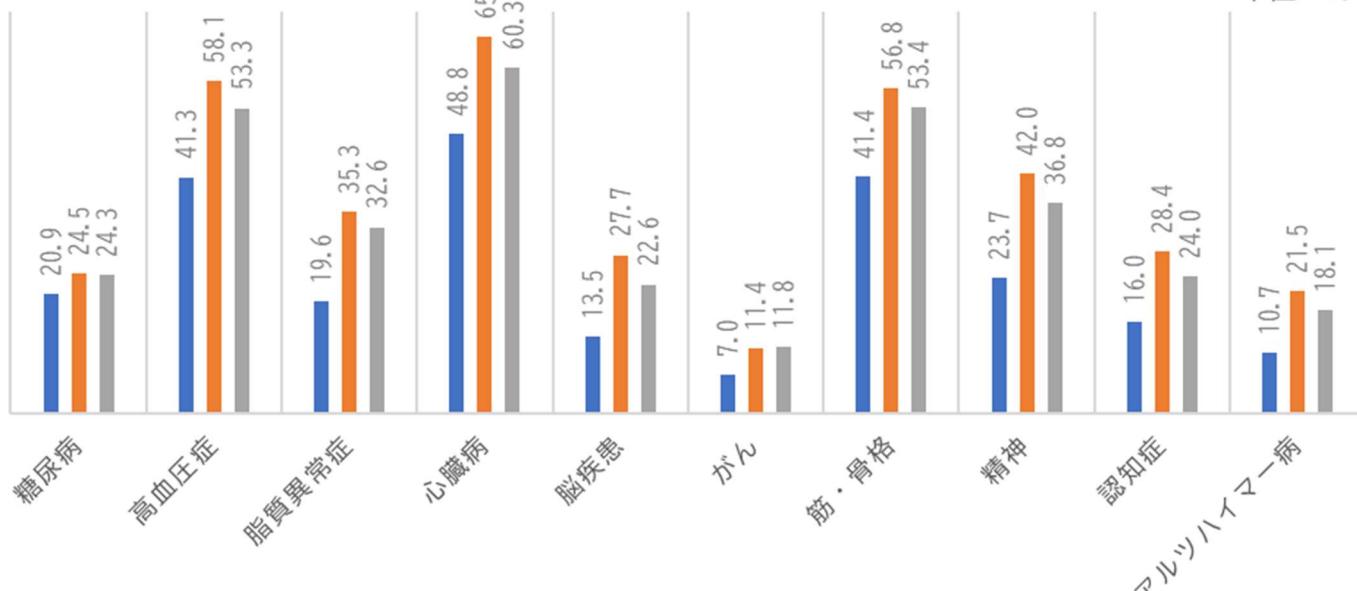


参照データ：厚生労働省「介護保険事業状況報告」令和5年3月時点

12-7 認定者の有病状況（令和4年度）

■上関町 ■山口県 ■全国

単位：%



参照データ：KDB地域の全体像の把握【令和4年度】