

第三期平戸市保健事業実施計画  
(データヘルス計画)

・

第四期特定健康診査等実施計画

令和6年度～11年度

令和6年3月

平戸市国民健康保険



第 1 部  
第三期平戸市保健事業実施計画  
(データヘルス計画)

# 目 次

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項	1～4
1 趣旨・背景・目的	
2 計画の位置づけ	
3 標準化の推進	
4 計画期間	
5 実施体制・関係者連携	
第2章 現状の整理	5～16
1 保険者の特性	
2 第二期計画に係る評価と考察	
3 保健事業の実績・評価	
第3章 本市の健康・医療の現状と課題	16～19
1 死亡状況	
2 介護保険の状況	
3 医療の状況	
第4章 本市国民健康保険の現状と課題	20～33
1 医療費	
2 特定健診結果からみえた課題	
第5章 目標の設定	34～36
1 本市の健康課題の整理	
2 中長期的目標	
3 短期的目標	
第6章 健康課題を解決するための個別の保健事業	37～46
1 保健事業の方向性	
2 保健事業の取組み	
3 ポピュレーションアプローチ	
第7章 計画の評価方法・見直し	46
1 保健事業実施計画（データヘルス計画）の評価方法の設定	
2 保健事業実施計画（データヘルス計画）の見直し	
第8章 計画の公表・周知	46
第9章 個人情報保護	46
第10章 地域包括ケアに係る取組み及びその他の留意事項	47
1 地域包括ケアに係る取組み	
2 その他の留意事項	
第三期データヘルス計画における評価指標（市目標）	48
第三期データヘルス計画における評価指標（県共通目標）	49
< 資 料 >	50～52

# 第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

## 1. 趣旨・背景・目的

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「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、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。）の一部を改正する告示）」に基づき、健康・医療情報を活用してPDC Aサイクル（事業を継続的に改善するため、Plan（計画）、Do（実施）、Check（評価）、Action（改善）の段階を繰り返すことをいう）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・改善等を行うこととなりました。

その後、平成30年4月から、国民健康保険は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定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（成果）ベースでの適正なK P I<sup>※1</sup>の設定を推進する。」と示されました。

このように、すべ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。

本市においては、国の指針に基づき、「第三期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、被保険者の年代ごとの身体的な状況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）の維持及び向上を図り、結果として、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化につなげることを目的とします。

## 2. 計画の位置づけ

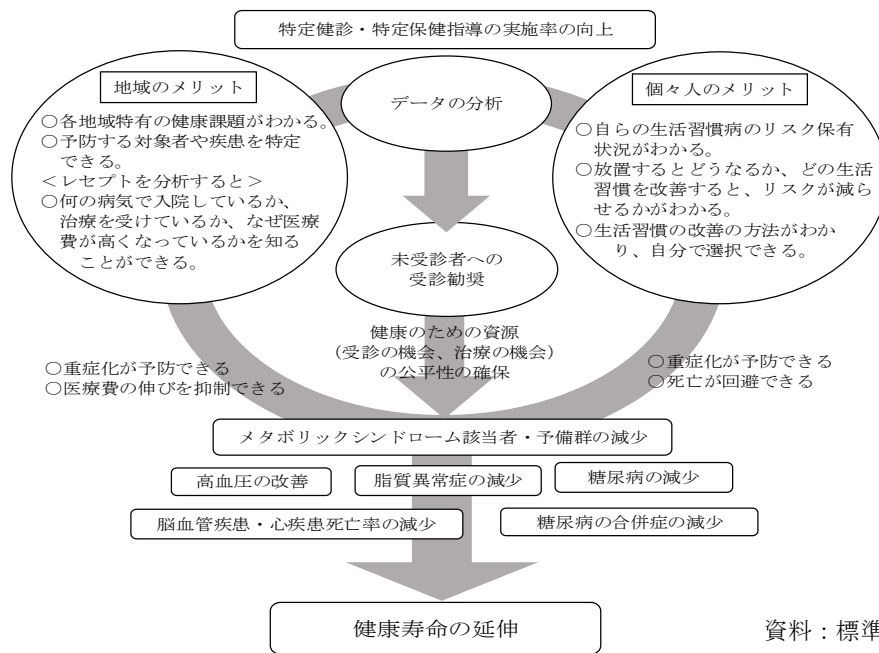
第三期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDC Aサイクルに沿って運用するものです。（図1、図2）

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要があります。（表1）

※1 K P I : Key Performance Indicator の略称。重要業績評価指標

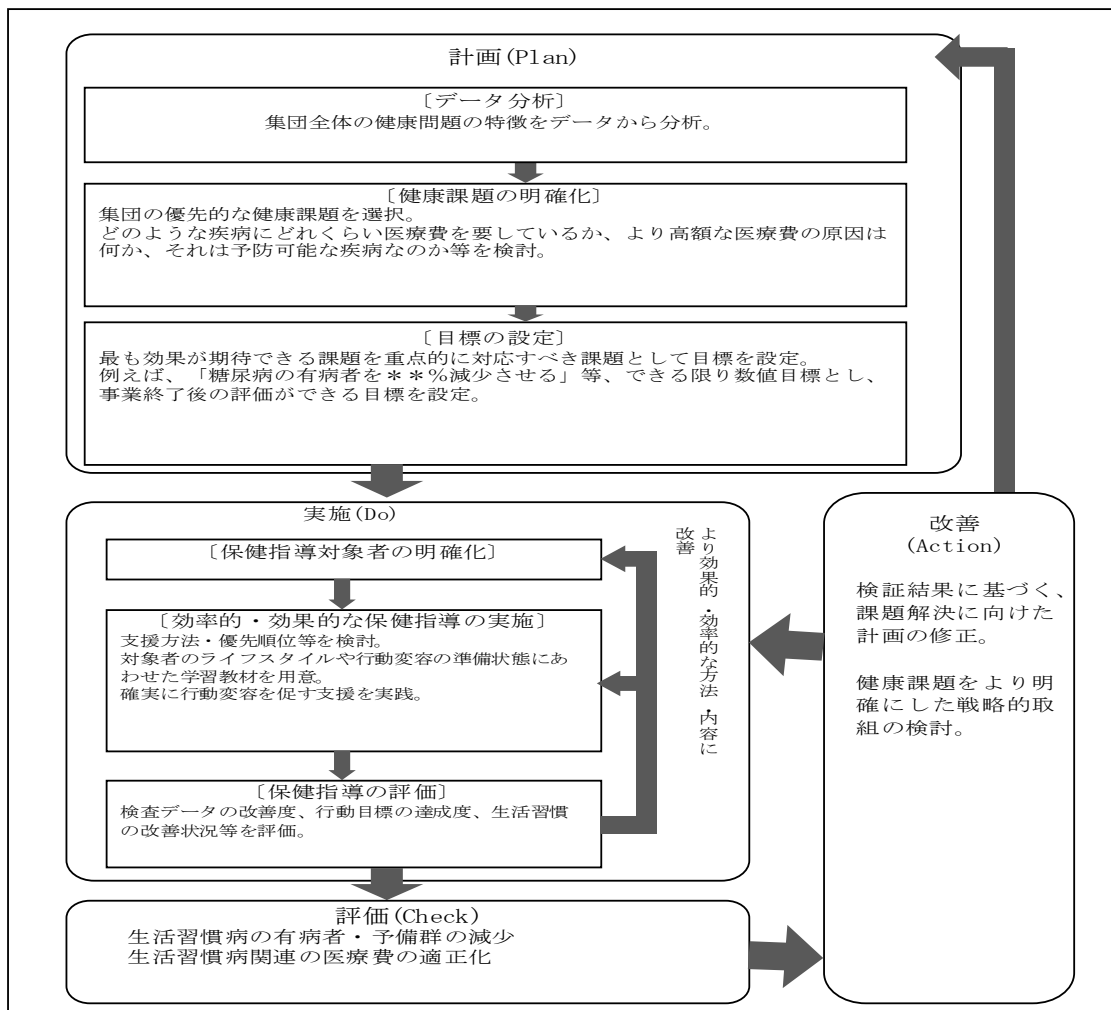
図1 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

ー特定健診・特定保健指導のメリットを活かし、健康日本 21 を着実に推進ー



資料：標準的な健診・保健指導プログラムより

図2 保健事業（健診・保健指導）のP D C Aサイクル



資料：標準的な健診・保健指導プログラムより

表1 法定計画等の位置づけ

健康増進計画		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)
法律	健康増進法 第8条、第9条 健康増進事業実施者(※)	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等実施計画	介護保険事業(支援)計画	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 令和5年3月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和2年3月改正 「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の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 老健局 令和5年3月改正 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針
根拠・期間	法定 令和6～11年(6年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可 能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない「健康づ くり」の展開とより実効性を持つ取組の推進を通じて、 国民の健康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的に、健康・医 療情報を活用しFDCA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 健事業実施計画を策定、保健事業の実施及び 評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条件等の実情を考 慮し、特定健康診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	地域の実情に応じた介護給付等サービス 提供体制の確保及び地域支援事業の計画 の実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・重度化防止	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を得 ながら、住民の健康保持・医療の効 率的な提供の推進に向けた取組を 進める。	医療機能の分化・連携の推進を通じ、地域で 切れ目のない医療の提供、良質かつ適切な 医療を効率的に提供する体制を確保。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、青年期、高齢期) ライフコースアプローチ(胎児期から老齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢期を 迎える現在の青年期・壮年期世代の生活習慣 の改善、小児期からの健康な生活習慣づくりにも 配慮	40歳～74歳	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初期の認知症、早老症、骨質・骨粗鬆症 ・パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患	すべて	すべて
対象疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖尿病 糖尿病合併症(糖尿病腎症) 循環器病高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患  慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  要介護状態となることの子防 要介護状態の軽減・悪化防止  虚血性心疾患・心不全 脳血管疾患  認知症 フレイル 口腔機能、低栄養	メタボリックシンドローム  糖尿病等 生活習慣病の重症化予防	【5疾病】  糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」  51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の維持・向上 2自然に健康になる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備 ○ライフコース 1こども、2 高齢者、3 女性	○健康・医療情報を活用し、費用対効果の観点 も考慮しつつ行う  評価に用いることが可能な指標 ・生活習慣の状況 食生活、歩数、アルコール摂取量 喫煙の有無 ・健診結果の受診率、その結果 ・医療費等	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・予備群の減少	①FDCAサイクルの活用による保険者機能 強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、介護予防、日常生 活支援関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、人材の確保)	【入院医療費】 ・医療計画(地域医療構想)に基 づく病床機能の分化・連携の推進の 成果を反映  【外来医療費】 ①特定健診・保健指導の推進 ②糖尿病の重症化予防 ③後発医薬品の使用促進 ④医薬品の適正使用	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じた設定)  6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④高齢医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時の医療
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金	保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携	

### 3. 標準化の推進

第三期データヘルス計画より、都道府県内で共通の評価指標にて策定することにより、県内保険者において同じ指標で経年的にモニタリングできるようになるほか、他の保険者との比較や市国保の客観的な状況が把握できるようにするため、可能な限り標準化指標を用い評価するようにします。あわせて、第二期計画に用いた指標も市独自の指標として設定します。

### 4. 計画期間

計画期間については、国指針第5の5において「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」、また、手引書において「他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮すること」としており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画が令和6年度から令和11年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図るため、計画期間を令和6年度から令和11年度の6年間とします。(表2)

表2 計画期間

区分	令和2年	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	
平戸市	平戸市未来創造羅針盤（第2次平戸市総合計画）							平戸市未来創造羅針盤（第3次平戸市総合計画）								
	国と県に合わせて1年延長															
	いきいき平戸21（第二次）			いきいき平戸21（第三次） （第三次平戸市健康づくり計画）												
	第3次平戸市食育推進計画			第4次平戸市食育推進計画					第5次平戸市食育推進計画							
	自殺対策計画			第2期平戸市地域福祉計				第3期平戸市地域福祉計								
	第二期データヘルス計画 第三期特定健康診査等実施計画			★中間見直し 第三期データヘルス計画 第四期特定健康診査等実施計画				★目標設定年 ★最終評価 第四期データヘルス計画 第五期特定健康診査等実施計画								
国・県	健康日本21（第二次）			1年延長 健康日本21（第三次）												
	第3次食育推進基本計画				第4次食育推進基本計画						第5次食育推進基本計画					
	医療費適正化計画（第三期）				医療費適正化計画（第四期）				医療費適正化計画（第五期）							

## 5. 実施体制・関係者連携

本市においては、被保険者だけでなく市民の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局がある健康ほけん課が中心になり関係部局や関係者の協力を得て、保険者の健康課題を分析し、計画を策定します。その計画に基づき、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。

また、事業を実施するにあたり、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の保健医療関係者や、健康づくり推進員、食生活改善推進員、まちづくり運営協議会等の地区組織、国民健康保険団体連合会、長崎県・保健所、介護予防事業をはじめとする地域支援事業を所管する長寿介護課とも連携し事業を推進します。



## 第2章 現状の整理

### 1. 保険者の特性

本市の人口は年々減少しており、令和4年度で高齢化率（65歳以上）は41.5%と、長崎県や全国より高い状況です。（図3・表3・表4）

産業別人口構成では、第1次産業の就労者が多く、国保加入率は26.9%と長崎県や全国より高いものの、人口減少や加入率の減少に伴い国保加入者数も年々減少傾向にあり、国保加入者の平均年齢も55.1歳と高い状況です。（表5・図4・表6）

図3 人口の推移

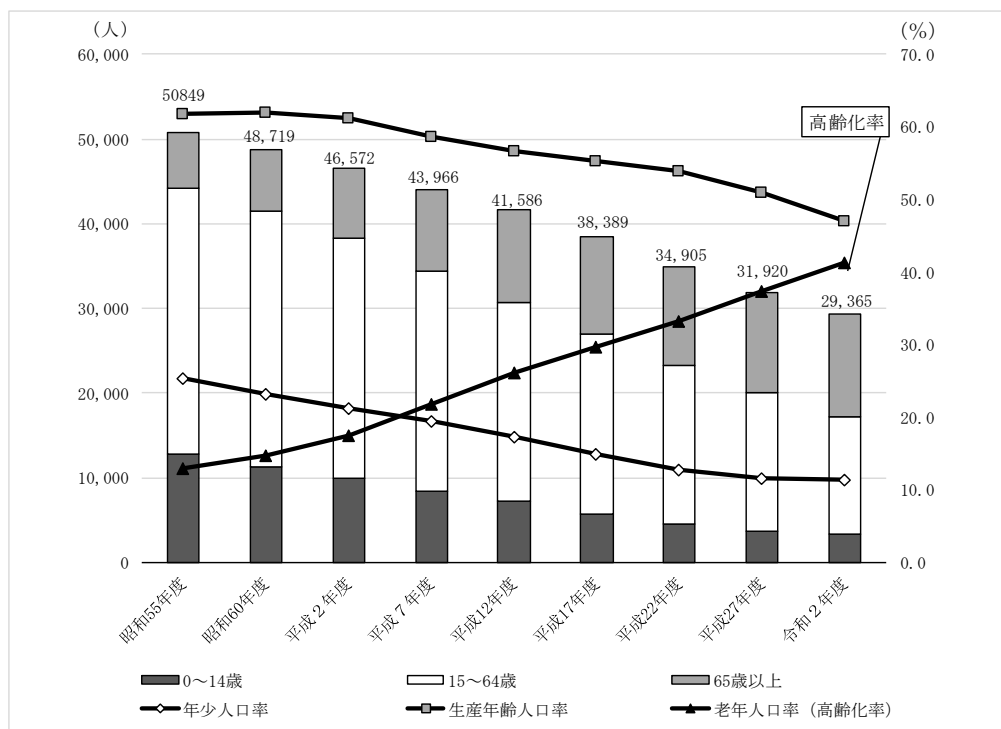


表3 人口の推移

区分	昭和55年度	昭和60年度	平成2年度	平成7年度	平成12年度	平成17年度	平成22年度	平成27年度	令和2年度
0～14歳	12,849	11,315	9,872	8,520	7,195	5,709	4,476	3,720	2,987
15～64歳	31,407	30,222	28,482	25,827	23,534	21,225	18,850	16,282	14,085
65歳以上	6,593	7,182	8,218	9,619	10,857	11,455	11,579	11,918	11,843
計	50,849	48,719	46,572	43,966	41,586	38,389	34,905	31,920	28,915

資料：国勢調査

表4 人口の推移人口（令和4年度）

区分	人口総数 (人)	高齢化率 (%)	出生率 (人口千人当たり)	死亡率 (人口千人当たり)
平戸市	29,311	41.5	6.6	19.1
長崎県	1,300,733	33.1	7.1	13.6
全国	123,214,261	28.7	6.8	11.1

資料：KDBシステム

表5 国民健康保険加入者（令和4年度）

区分	加入率	平均年齢	第1次産業	第2次産業	第3次産業
平戸市	26.9%	55.1歳	20.0%	18.3%	61.7%
長崎県	24.1%	54.2歳	7.7%	20.1%	72.2%
全国	22.3%	51.9歳	4.0%	25.0%	71.0%

資料：KDBシステム

図4 国民健康保険者の推移

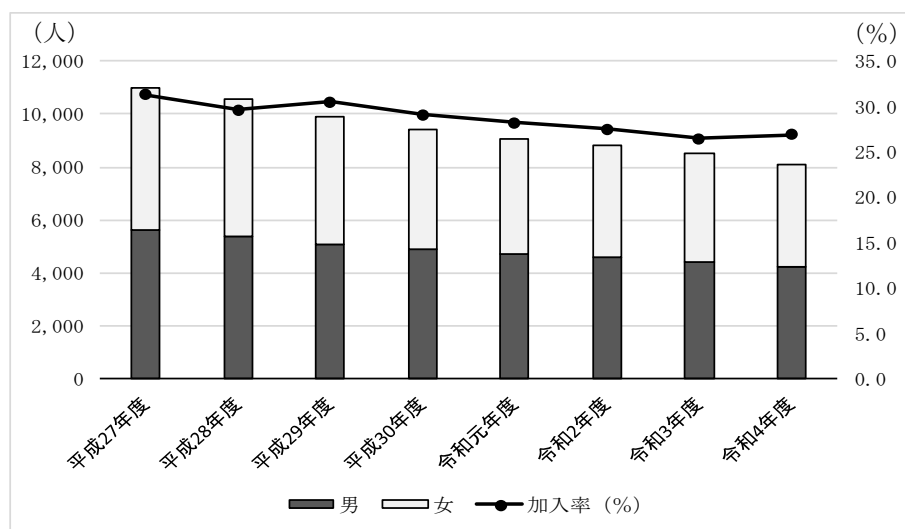


表6 国民健康保険者数

区分	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	比較
被保険者数 (人)	11,007	10,538	9,930	9,423	9,028	8,819	8,540	8,107	△2,900
加入率 (%)	31.3	29.6	30.5	29.1	28.2	27.5	26.5	26.9	△4.4
男 (人)	5,614	5,374	5,064	4,900	4,695	4,586	4,441	4,216	△1,398
女 (人)	5,393	5,164	4,866	4,523	4,333	4,233	4,099	3,891	△1,502

資料：国保事業年報

## 2. 第二期計画に係る評価と考察

第二期計画では、目標を2つに分類して設定しました。1つ目は、計画最終年度までに達成を目指す中長期的な目標として、「新規脳血管疾患患者数の減少」「新規虚血性心疾患患者数の減少」「新規透析患者数の減少」を設定しました。2つ目は、短期的な目標として、年度ごとに中長期的な目標を達成するために必要な目標疾患である「メタボリックシンドローム（以下「メタボ」とする。）該当者・予備群の減少」「高血圧の改善」「脂質異常症の減少」「糖尿病有病者の増加の抑制」を設定しました。

また、その目標を達成するための保健事業として、(1)特定健診受診率向上、(2)特定保健指導実施率・特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率向上、(3)重症化予防事業を中心に取り組みました。

なお、目標値は最終年の令和5年度を想定していましたが、他の保険者と比較することにより、本市国保の客観的な状況が把握できるようになるため、令和3年度を最終年度として作成しました。

## (1) 中・長期的目標の評価

中長期的目標の国民健康保険被保険者の、新規脳血管疾患患者数の減少、新規虚血性心疾患患者数の減少、新規透析患者数の減少についてはいずれも目標を達成しました。

### 【中・長期的目標】

区分	基準値	最終	目標値	評価
	平成27年度	令和3年度		
新規脳血管疾患患者数の減少 (被保険者千対)	192 (17.6)	97 (11.4)	被保険者千対 14.5	目標達成
新規虚血性心疾患患者数の減少 (被保険者千対)	248 (22.8)	103 (12.1)	被保険者千対 13.0	目標達成
新規透析患者数の減少(国保)	8	4	5	目標達成

表7 新規脳血管・虚血性心疾患・透析患者数の推移

区分	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
新規脳血管患者数 (被保険者千対)	192 (17.6)	164 (15.9)	171 (17.6)	156 (16.6)	133 (14.8)	136 (15.4)	97 (11.4)
新規虚血性心疾患患者数 (被保険者千対)	248 (22.8)	167 (16.2)	166 (17.0)	132 (14.2)	120 (13.3)	142 (16.1)	103 (12.1)
新規透析患者数 (被保険者千対)	8 (0.7)	3 (0.3)	6 (0.6)	5 (0.5)	8 (0.9)	4 (0.5)	4 (0.5)

資料：KDBシステム

## (2) 短期的目標の評価

短期的目標である「メタボ該当者・予備群の減少」及び「糖尿病有病者の増加の抑制」については、未達成でした。「高血圧の改善」については目標未達成ですが、基準値と比べて改善していました。「脂質異常症の減少」については目標を達成しています。

特に、本市のメタボ該当者は多く、令和3年度で男性38.7%で県内ワースト1位、女性14.7%でワースト2位という状況です。また、メタボ該当者及びメタボ予備群の合計は、令和3年度36.5%で、平成27年度の33.5%と比較して3ポイント増加しています。(表8)

### 【短期目標】

区分	基準値	最終	目標値	評価
	平成27年度	令和3年度		
メタボ該当者・予備群の減少	33.5%	36.5%	33.0%	未達成
高血圧の改善 (Ⅱ度高血圧以上の減少)	7.1%	5.0%	4.9%	未達成
脂質異常症の減少 (LDLコレステロール180mg/dl以上の減少)	3.1%	2.9%	3.0%	目標達成
糖尿病有病者の増加の抑制 (HbA1c6.5%以上(治療中7.0%以上)の減少)	5.2%	7.2%	5.0%	未達成

表8 メタボ予備群・該当者比較（男女別）

【単位：％】

区分	平戸市				長崎県		全国	
	令和3年度	県内順位	平成27年度	県内順位	令和3年度	平成27年度	令和3年度	平成27年度
メタボ該当者の割合（男女計）	24.9	2位	21.1	1位	22.0	17.7	20.6	16.7
男性	38.7	1位	32.2	1位	33.7	27.1	32.9	26.6
女性	14.7	2位	12.8	1位	12.8	10.5	11.4	9.2
メタボ予備群の割合（男女計）	11.6	17位	12.4	6位	12.5	11.6	11.2	10.7
男性	17.4	18位	19.7	4位	19.4	17.9	18.0	17.1
女性	7.3	10位	6.8	7位	7.2	6.8	6.2	5.8
該当者＋予備群（合計）	36.5	4位	33.5	－	34.5	29.3	31.8	27.4

※県内順位はワースト順

資料：KDBシステム

### 3. 保健事業の実績・評価

保健事業は、(1)特定健診受診率向上、(2)特定保健指導実施率・特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率向上、(3)重症化予防事業を中心に取り組みました。

#### (1) 特定健診受診率向上の評価

特定健診受診率向上では、目標値を「特定健診受診率」60%、「40歳代受診率」30%、「新規受診率」10%を目標としていましたが、いずれも目標未達成でした。

##### 【特定健診受診率の評価】

区分	基準値	最終	目標値	評価
	平成27年度	令和3年度		
特定健診受診率	53.3%	41.50%	60.0%	未達成
40歳代受診率	26.3%	20.40%	30.0%	未達成
新規受診率	10.0%	8.9%	10.0%	未達成

#### ① 特定健診受診率の推移

本市の受診率向上対策として、集団と個別健診の併用、特定健診とがん検診の同時実施、土・日曜日、夜間、早朝健診や人間ドック・脳ドックの実施、治療中の者や事業所健診受診者の情報提供推進等実施しているため、本市の特定健診受診率は、長崎県・全国と比べて高い状況ですが、平成29年度をピークに徐々に低下しており、目標の60%は達成できませんでした。（図5、表9）

図5 特定健診受診率

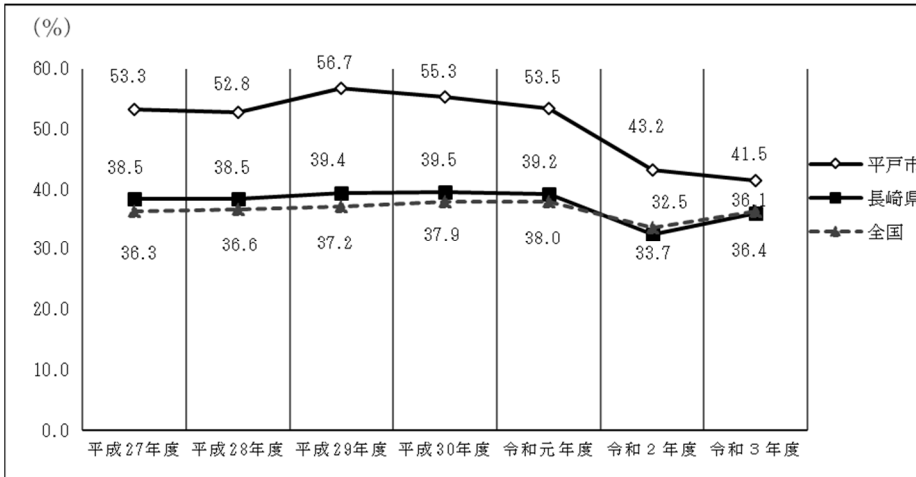


表9 特定健診受診率

【単位: %】

区分	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
平戸市	53.3	52.8	56.7	55.3	53.5	43.2	41.5
(県内順位)	(5位)	(4位)	(2位)	(5位)	(5位)	(7位)	(10位)
長崎県	38.5	38.5	39.4	39.5	39.2	32.5	36.1
全国	36.3	36.6	37.2	37.9	38.0	33.7	36.4

資料: 特定健診 (法定報告)

## ②健診種別受診状況

健診種別受診状況をみると、集団健診は、令和3年度は790人と、平成27年度の2,296人から激減しました。これは、令和2年度以降は、新型コロナウイルス感染症予防のため、日程の一部中止や健診会場の変更、時間毎の人数制限、予約制の導入等を実施したことによるものです。

一方、個別健診の受診者数は変化なし、情報提供の受診者数は増加していました。

その結果、受診者の健診種別割合は、令和3年度は集団3割、個別6割、情報提供1割となり、平成27年度の集団5.5割、個別4割、情報提供0.5割と比較して受診形態に変化がみられています。

表 10 健診種別受診状況

区分		平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	
対象者 (人)		7,572	7,205	6,889	6,597	6,412	6,364	6,082	
受診者 (人)		4,039	3,807	3,909	3,650	3,430	2,747	2,521	
受診率 (%)		53.3%	52.8%	56.7%	55.3%	53.5%	43.2%	41.5%	
受診者内訳	集団	集団健診 (人)	2,296	2,041	1,721	1,487	1,446	739	790
		(割合 %)	56.8%	53.6%	44.0%	40.7%	42.2%	26.9%	31.3%
	個別	個別健診 (人)	1,362	1,343	1,324	1,359	1,252	1,330	1,189
		脳ドック (人)	183	131	192	194	203	188	103
		人間ドック (人)	15	52	186	187	174	184	134
		計 (人)	1,560	1,526	1,702	1,740	1,629	1,702	1,426
		(割合 %)	38.6%	40.1%	43.5%	47.7%	47.5%	62.0%	56.6%
	情報提供	事業所健診 (人)	77	51	205	179	147	125	134
		医療情報提供 (人)	106	189	281	244	208	181	171
		計 (人)	183	240	486	423	355	306	305
		(割合 %)	4.5%	6.3%	12.4%	11.6%	10.3%	11.1%	12.1%

資料：事業概要

### ③性・年齢階層別受診状況

性・年齢別でみると、男性で年齢が若いほど受診率が低い傾向がみられます。

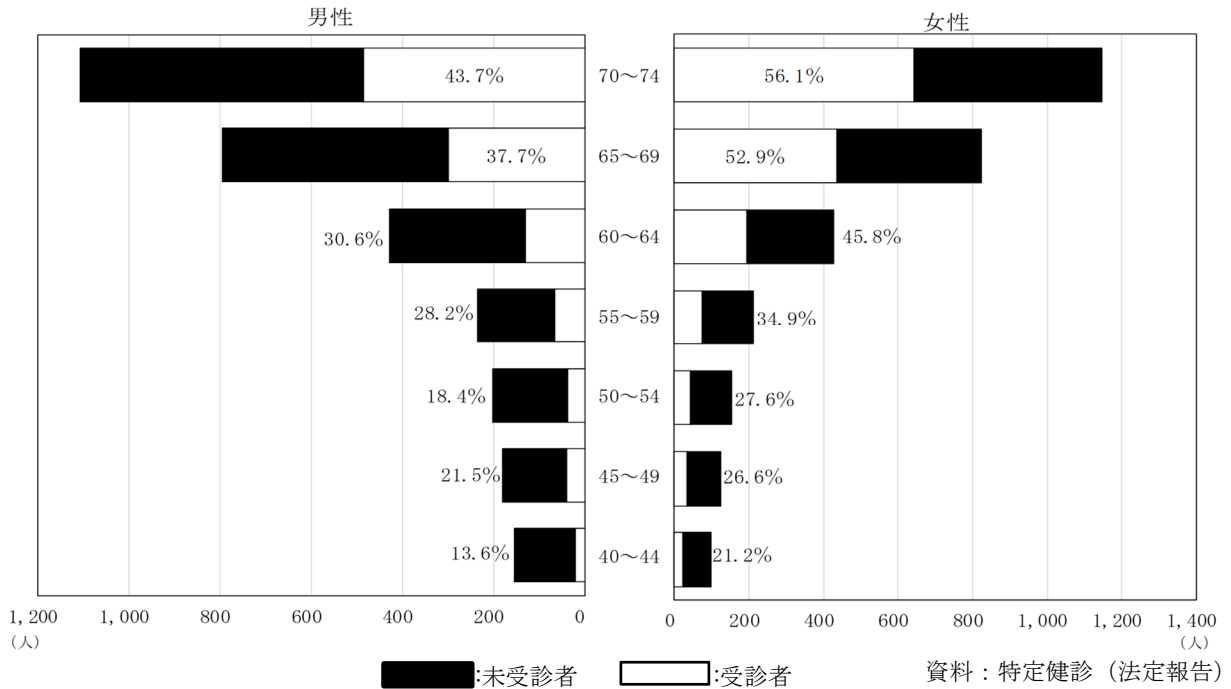
令和3年度は、平成27年度と比較して全年齢の男女ともに受診率が下回っていました。

表 11 性・年齢階層別特定健診受診率

区分	年齢	男			女			計			比較		
		対象者 (人)	受診者 (人)	受診率 (%)	対象者 (人)	受診者 (人)	受診率 (%)	対象者 (人)	受診者 (人)	受診率 (%)	対象者 (人)	受診者 (人)	受診率 (%)
令和3年度	40～49	335	60	17.9	223	54	24.2	558	114	20.4	△ 251	△ 115	△5.9
	50～59	435	103	23.7	364	116	31.9	799	219	27.4	△585	△343	△11.4
	60～69	1,222	430	35.2	1,248	630	50.5	2,470	1,060	42.9	△1,118	△1,005	△13.0
	70～74	1,107	484	43.7	1,148	644	56.1	2,255	1,128	50.0	464	△58	△15.1
平成27年度	40～49	464	115	24.8	345	115	33.3	809	230	28.4	/		
	50～59	763	265	34.7	621	297	47.8	1,384	562	40.6			
	60～69	1,786	904	50.6	1,802	1,157	64.2	3,588	2,061	57.4			
	70～74	778	460	59.1	1,013	726	71.7	1,791	1,186	66.2			

資料：特定健診（法定報告）

図6 性・年齢階層別特定健診受診率（令和3年度）

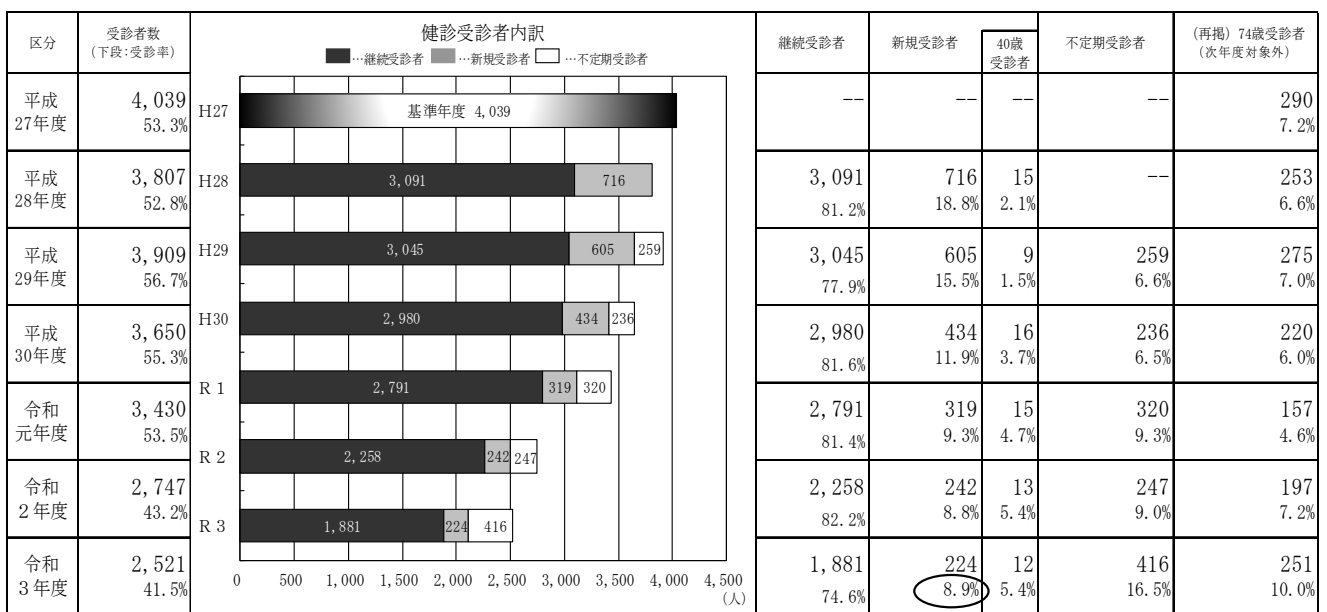


④健診受診者内訳

平成27年度を基準年度とした健診受診者内訳を、新規受診者<sup>※2</sup>継続受診者<sup>※3</sup>不定期受診者<sup>※4</sup>でみると、新規受診者は、令和3年度で8.9%であり目標の10%に到達できませんでした。

また、継続受診者の割合が減り、不定期受診者の割合が増えていました。健診受診者を増やすには、新規受診者を増やすだけでなく、継続受診者も維持していくことが重要です。

図7 健診受診者内訳



※2 新規受診者は過去に1回も受診したことがない者  
 ※3 継続受診者は前年度と比較して算出  
 ※4 不定期受診者は、前年度受診していないものの、過去に受診したことがある者

## (2) 特定保健指導実施率・特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率向上

### 評価

特定保健指導実施率・特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率では、目標を「特定保健指導実施率」65%、「個別健診後の初回保健指導実施率」60%、「特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率」30%を目標としましたが、いずれも目標未達成で基準値より悪化していました。

#### 【特定保健指導実施率・特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率の評価】

区分	基準値	最終	目標値	評価
	平成27年度	令和3年度		
特定保健指導実施率	58.7%	47.2%	65%	未達成
(再掲) 個別健診後初回保健指導実施率	40.1%	28.2%	60%	未達成
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	27.2%	17.1%	30%	未達成

### ① 特定健診保健指導実施率

特定保健指導実施率は、平成29年度に目標の60%の実施率を達成できましたが、令和元年度をピークに、令和2年度は新型コロナウイルス感染症発生のために、保健指導につながる割合が大きい集団健診受診者が減少した事や、面接による特定保健指導が敬遠されたこと、新型コロナウイルス対応のために保健指導スタッフが減少したこと等が原因で減少しました。

図8 特定保健指導実施率の推移

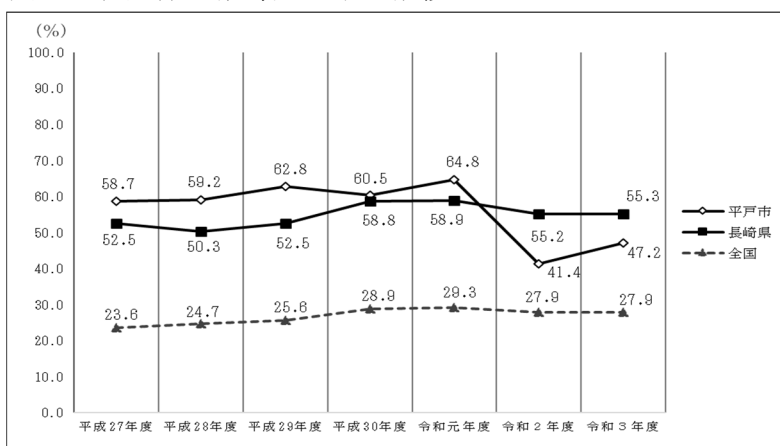


表12 特定保健指導実施率の推移

【単位: %】

区分	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
平戸市	58.7	59.2	62.8	60.5	64.8	41.4	47.2
(県内順位)	(13位)	(12位)	(14位)	(13位)	(8位)	(20位)	(18位)
長崎県	52.5	50.3	52.5	58.8	58.9	55.2	55.3
全国	23.6	24.7	25.6	28.9	29.3	27.9	27.9

資料: 特定健診 (法定報告)



## ②個別健診後の初回特定保健指導実施率

集団健診に対し、個別健診受診者の特定保健指導率が低いことが課題であったため、特定保健指導業務の委託先を、平成28年度に2医療機関、平成30年度に5医療機関と増やしましたが、指導率の上昇はあまり見られませんでした。委託医療機関により実施率に差があるため、医療機関との連携強化を図る必要があります。

表13 初回特定保健指導実施率

【単位：％】

区分	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
集団健診	74.9	63.5	72.2	71.1	82.7	82.8	76.5
個別健診	40.1	48.9	54.4	45.5	49.3	40.2	28.2

資料：健康管理システム

## ③特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率

前年度に特定保健指導の対象者となった者が、翌年度に対象から外れた割合は、令和3年度は16.8%でした。特定保健指導の有無別で対象者の減少率をみると、特定保健指導を実施した場合は17.1%に対し実施なしの場合は16.5%と、特定保健指導を実施した場合の減少率が高い結果となりました。この傾向は全年度にみられました。(表14)

しかし、最も減少率が高い平成30年度でも26.1%と目標の30%は達成できませんでした。

また、長崎県・全国と比較すると、本市の減少率は低い状況でした。(表15)

表14 特定保健指導有無別 特定保健指導対象者の減少率

区分		平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
前年度特定保健指導対象者数(人)	(再)指導あり	484	452	417	424	407	384	285
	(再)指導なし	235	175	158	152	135	137	133
本年度特定保健指導外対象者数(人)	(再)指導あり	85	83	69	94	64	46	48
	(再)指導なし	33	30	24	23	19	12	22
減少率(%)	(再)指導あり	17.6	18.4	16.5	22.2	15.7	12	16.8
	(再)指導なし	14.0	17.1	15.2	15.1	14.1	8.8	16.5

資料：特定健診（法定報告）

表15 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率比較

【単位：％】

区分	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
平戸市	20.9	19.1	17.4	26.1	16.5	13.8	17.1
長崎県	19.8	20.0	18.3	19.9	18.3	14.3	18.7
全国	-	-	21.7	21.3	21.0	16.6	21.4

資料：特定健診（法定報告）

### (3) 重症化予防事業評価

重症化予防事業では、「Ⅱ度高血圧（160/100mmHg）以上の未治療者」5.3%、「LDLコレステロール 180mg/dl 以上の未治療者」3.0%、「HbA1c6.5%以上の未治療者」2.5%、「尿蛋白 2 + 以上の未治療者 0.6%」、「e-GFR50 未満の未治療者」1.0%を目標としました。

高血圧Ⅱ度以上やLDLコレステロール180mg/dl以上の未治療者は目標を達成しましたが、HbA1c、尿蛋白や e-GFR の未治療者は目標未達成で基準値よりも悪化しました。

#### 【重症化予防評価】

区分	基準値	最終	目標値	評価
	平成27年度	令和3年度		
Ⅱ度高血圧以上の未治療者	5.5%	2.5%	5.3%	目標達成
LDLコレステロール180mg/dl以上の未治療者	3.4%	2.5%	3.0%	目標達成
HbA1c6.5%以上の未治療者	2.9%	3.3%	2.5%	未達成
尿蛋白 2 + 以上の未治療者	0.7%	2.3%	0.6%	未達成
e-GFR50未満の未治療者 (70歳以上はe-GFR40未満)	1.3%	2.2%	1.0%	未達成

令和3年度の生活習慣病治療者の割合は、平成27年度と比較し増加しています。一方で、脳血管疾患、虚血性心疾患の治療者割合は減少しており、基礎疾患である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療が重症化を防ぎ、合併症の脳血管疾患、虚血性心疾患の発症予防につながっていると思われま。

ただ、糖尿病性腎症者の割合は増加しています。血糖コントロール不良の期間と関連すると考えられており、薬物療法とあわせて食事・運動療法をはじめとする生活習慣の改善に向けた支援が重要です。

表 16 生活習慣病の治療者数構成割合

区分	全保険者数	生活習慣病治療者数	治療者の内訳			
			脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
令和3年度	の基礎疾患あり患	8,540人	3,378人 (39.6%)	396人 (11.7%)	451人 (13.4%)	83人 (2.5%)
		高血圧	328人 (82.8%)	378人 (83.8%)	67人 (80.7%)	
		糖尿病	157人 (39.6%)	201人 (44.6%)	83人 (100.0%)	
		脂質異常症	189人 (47.7%)	279人 (61.9%)	56人 (67.5%)	
平成27年度	11,007人	3,896人 (35.4%)	508人 (13.0%)	620人 (15.9%)	87人 (2.2%)	

資料：KDBシステム

#### ①重症化予防事業

平成27年度まで重症化予防項目は4項目で、対象者を特定健診受診者に限定していましたが、データヘルス計画策定後の平成28年度から、現基準の30歳の国民健康保険被保険者から後期高齢者（80歳未満）も含めた健診受診者で、表17に示している5項目の未治療者に該当した対象者へ保健指導を実施しました。そのため、比較は平成28年度と令和3年度の比較としています。

令和3年度の重症化予防対象者は350名（健診受診者の10.2%）で、平成28年度の598名（健診受診者の12.0%）と比較して減少しました。

重症化予防対象者のうち、令和3年度は対象者163名（46.6%）に、平成28年度は230名（38.5%）に対し指導を実施しました。病院受診率は、令和3年度は73.7%で、平成28年度は37.6%でした。令和3年度で大きく病院受診率が伸びているのは、精密検査票の返信が無い場合は、レセプトと電話により受診状況を確認したことによるものです。

病院受診率は、指導の有無や指導方法による大差はみられませんでした。

表17 重症化予防事業（5項目）受診状況

区分	年度	(再掲) 指導の有無																	
		総数			指導なし			指導あり			(再々掲) 指導方法別受診率								
		対象者数	病院受診者数	病院受診率(%)	対象者数	病院受診者数	病院受診率(%)	対象者数	病院受診者数	病院受診率(%)	面接にて指導			訪問にて指導			電話にて指導		
									指導人数	病院受診者数	病院受診率(%)	指導人数	病院受診者数	病院受診率(%)	指導人数	病院受診者数	病院受診率(%)		
血压	R 3	73	44	60.3	37	24	64.9	36	20	55.6	19	13	68.4	3	2	66.7	14	5	35.7
	H28	146	48	32.9	86	27	31.4	60	21	35.0	43	18	41.9	4	1	25.0	13	2	15.4
LDLコレステロール	R 3	76	45	59.2	47	26	55.3	29	19	65.5	14	9	64.3	4	1	25.0	11	9	81.8
	H28	117	39	33.3	76	21	27.6	41	18	43.9	25	12	48.0	0	0	0	16	6	37.5
中性脂肪	R 3	1	0	0.0	1	0	0.0	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0	0.0
	H28	3	0	0.0	2	0	0.0	1	0	0.0	0	0	0.0	0	0	0.0	1	0	0.0
血糖	R 3	90	77	85.6	38	36	94.7	52	41	78.8	15	14	93.3	5	3	60.0	32	24	75.0
	H28	131	53	40.5	89	28	31.5	42	25	59.5	32	20	62.5	5	3	60.0	5	2	40.0
腎機能低下	R 3	110	92	83.6	64	53	82.8	46	39	84.8	25	21	84.0	5	4	80.0	16	14	87.5
	H28	201	85	42.3	115	37	32.2	86	48	55.8	61	43	70.5	5	1	20.0	20	4	20.0
計	R 3	350	258	73.7	187	139	74.3	163	119	73.0	73	57	78.1	17	10	58.8	73	52	71.2
	H28	598	225	37.6	368	113	30.7	230	112	48.7	161	93	57.8	14	5	35.7	55	14	25.5

資料：事業概要

## ②糖尿病性腎臓病重症化予防事業

平成27年度より、長崎県糖尿病性腎症重症化予防事業推進スキームが示され、透析への移行を防止することを目的に、国民健康保険被保険者及び後期高齢者を対象に本事業を実施しています。平成30年度には糖尿病性腎症重症化予防事業から糖尿病性腎臓病重症化予防事業へと名称が変更され、糖尿病性腎症と疾患名がつかない対象者も幅広く早期にかかわることが重要視されることになりました。

本市では、1) HbA1c6.5%以上の未治療者の受診勧奨、2) 治療中断者への受診勧奨、3) ハイリスク者対策（糖尿病治療中でコントロール不良者または腎機能低下者）に取り組んでいます。1) 2) については①の重症化予防事業で前述しており、ここでは3) ハイリスク者についての重症化予防事業（保健指導）についての実施状況を記載しています。

医療機関と連携しながら実施しており、事業実施者数は年々増加しています。

表 18 糖尿病性腎臓病重症化予防（ハイリスク者）事業実施者数の推移

【単位：人】

区分	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
国保	1	4	3	2	2	7	10
後期	0	3	2	3	8	6	3
合計	1	7	5	5	10	13	13

資料：事業概要

## 第3章 本市の健康・医療の現状と課題

### 1. 死亡状況

#### (1) 平均余命と健康寿命の状況

本市の平均余命<sup>※5</sup>は、男性 79.4 年、女性 86.8 年と長崎県、全国と比較して短い状況です。

健康寿命（平均自立期間）<sup>※6</sup>についても、男性 78.1 年、女性 84.0 年であり、長崎県内で下位にあります。

表 19 平均余命と健康寿命の状況（令和4年度）

区分	平戸市		長崎県	全国
	年齢	県内順位	年齢	年齢
平均余命（男性）	79.4	-	81.0	81.7
平均余命（女性）	86.8	-	87.4	87.8
平均自立期間（男性）	78.1	18位	79.6	80.1
平均自立期間（女性）	84.0	14位	84.3	84.4

資料：KDBシステム

※国が示す「平均寿命」とは、更新頻度及び算出にあたって使用する統計情報等が異なるため、比較できないので、市が比較可能なものとしてKDBシステムの「平均余命」で表示しています。

#### (2) 死亡状況

標準化死亡比<sup>※7</sup>をみると、本市は令和3年度で男性 115.0（県内 21 位）、女性 100.9（県内 11 位）となっており、男女ともに全国より高い状況です。

死因割合を見ると、がんが 40.5%と最も多く、次いで心臓病 31.6%、脳血管疾患 21.1%の順となっています。心臓病・脳血管疾患による死亡は、長崎県、全国と比較して高い状況にあり、平成 27 年度と比較しても割合は増加しています。

※5 平均余命：ある年齢の人々が、平均して今後何年生きられるかを示したもの。0歳における平均余命が平均寿命

※6 健康寿命：介護保険の要介護 2～5 を不健康な状態、それ以外を健康（自立）とする「日常生活動作が自立している期間の平均＝平均自立期間」として算出

※7 標準化死亡比（SMR）：年齢構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標。全国平均を 100 としており、この値が 100 以上であるとその集団の死亡率は高いといえる

表 20 標準化死亡比及び死因割合

区分		平戸市		長崎県		全国	
		令和3年度	平成27年度	令和3年度	平成27年度	令和3年度	平成27年度
標準化死亡比 (SMR)	男性	115.0	113.9	103.3	103.1	100.0	
	女性	110.9	98.0	100.1	98.1	100.0	
死因 割合)	がん	40.5	45.9	50.6	50.0	50.2	49.0
	心臓病	31.6	30.1	28.3	27.3	27.7	26.4
	脳血管疾患	21.1	19.8	13.7	15.0	14.2	15.9
	糖尿病	0.7	0.6	1.5	1.5	1.8	1.9
	腎不全	4.3	1.8	3.8	3.3	3.5	3.4
	自殺	2.0	1.8	1.8	2.8	2.6	3.5

資料：KDBシステム

## 2. 介護保険の状況

### (1) 要介護(支援)認定者数の推移

本市の介護認定者数は、平成29年度の2,390人以降、ほぼ横ばいで推移しています。(図9)  
 要介護度別では、要支援者及び要介護1の人数は、令和元年度以降少しずつ増加しており、全体に占める割合も増加しています。高齢化が進んでいる中で認定者数の大幅な増加がなく、軽度認定者が増加していることから、介護予防事業の効果が一定程度表れているのではないかと考えられます。

ただし、本市の軽度認定者(要支援1～要介護2)の割合は65.3%で、全国の65.6%より低くなっていますが、重度認定者(要介護3～5)割合は、本市は34.7%で、全国34.4%より高くなっています。(表21)

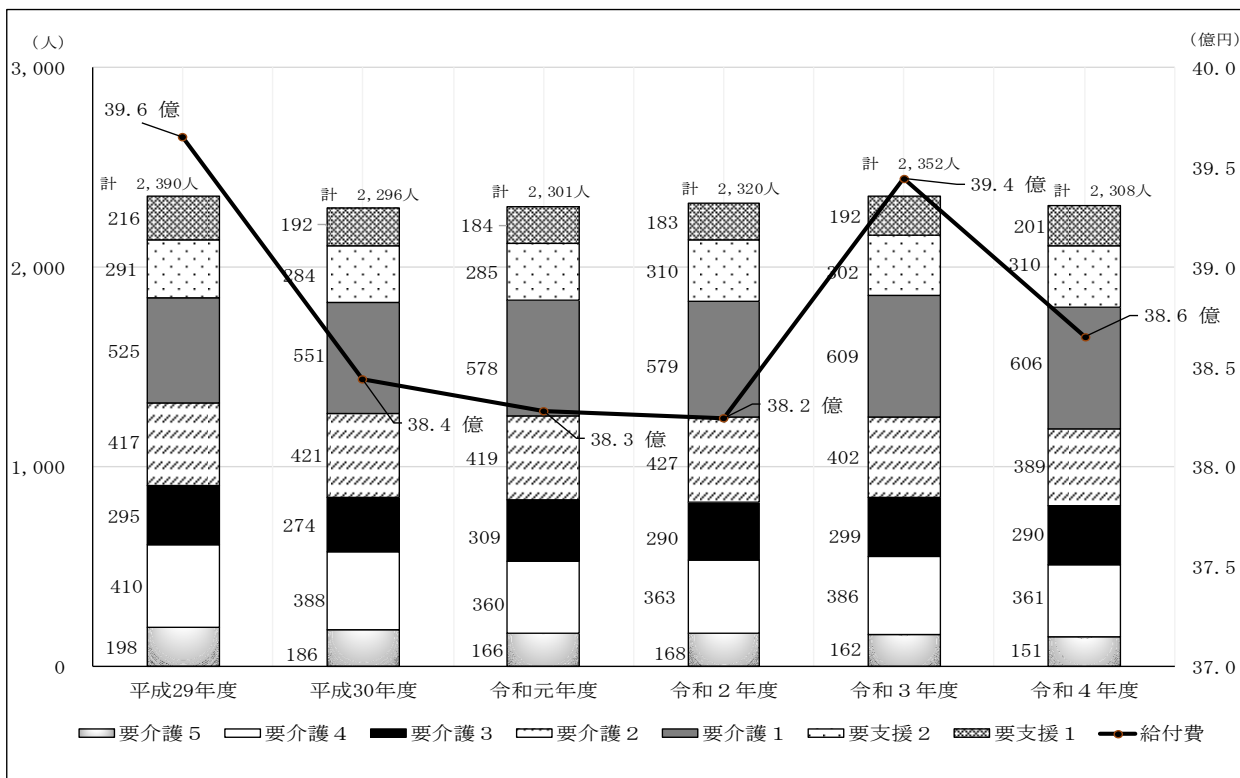
一方、介護給付費は、令和3年度は一時的に増加しているものの、ほぼ横ばいで推移しています。平成29年度から要支援者の訪問介護、通所介護は介護予防・日常生活支援総合事業へ移行したものの、介護給付費が大幅に減少していないのは、介護報酬改定や受給者の重度化等の影響によるものと考えます。(図9)

表 21 要介護(支援)認定者数比較(令和4年度末時点)

区分		軽度認定者					重度認定者				計
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	小計	要介護3	要介護4	要介護5	小計	
平戸市	認定者(人)	201	310	606	389	1,506	290	361	151	802	2,308
	割合(%)	8.7	13.4	26.3	16.9	65.3	12.6	15.6	6.5	34.7	100.0
長崎県	認定者(人)	10,791	12,221	21,077	13,561	57,650	11,634	10,976	6,074	28,684	86,334
	割合(%)	12.5	14.2	24.4	15.7	66.8	13.5	12.7	7.0	33.2	100.0
全国	認定者(人)	972,852	940,039	1,424,784	1,133,865	4,471,540	901,502	869,867	571,435	2,342,804	6,814,344
	割合(%)	14.3	13.8	20.9	16.6	65.6	13.2	12.8	8.4	34.4	100.0

資料：介護保険事業状況報告、見える化システム

図9 要介護（支援）認定者数の推移(年度末)



資料：介護保険事業状況報告

## (2) 要介護認定者の有病状況

令和3年度に要介護となった認定者の有病状況をみると、97.1%が筋骨格系、次に96.8%が血管疾患を有していることが分かりました。また、循環器疾患の中でも、脳卒中や虚血性心疾患の割合が高く、特に2号認定者（40～64歳）では、脳卒中の割合が73.3%と原因疾患の多くを占めていました。基礎疾患である高血圧、糖尿病、脂質異常症の適切なコントロールは要介護状態にならないために非常に重要です。

また、筋・骨格系の件数も多いことから、長寿介護課とも連携して高齢者の介護予防と保健事業の一体的事業の推進を図ります。

表 22 要介護認定者の有病状況（令和3年度）

受給者区分			2号	1号		合計			
年齢			40～64歳	65～74歳	75歳以上		計		
被保険者数			10,743人	5,136人	6,778人	11,914人	22,657人		
年度			令和3年度						
認定者数			34人	214人	2,174人	2,388人	2,422人		
認定率			0.32%	4.2%	32.1%	20.0%	10.7%		
介護度別人数	要支援1・2	件数	11	52	445	497	508		
		割合	32.4%	24.3%	20.5%	20.8%	21.0%		
	要介護1・2	件数	7	91	927	1,018	1,025		
		割合	20.6%	42.5%	42.6%	42.6%	42.3%		
	要介護3～5	件数	16	71	802	873	889		
		割合	47.1%	33.2%	36.9%	36.6%	36.7%		
新規認定者数（*）			9人	53人	247人	300人	309人		
Dセプトの診断名から重複して計上	件数		34	214	2,174	2,388	2,422		
	血管疾患	循環器疾患	脳卒中	件数	11	90	999	1,089	1,100
			割合	73.3%	49.5%	47.8%	47.9%	48.1%	
			虚血性心疾患	件数	3	48	1,022	1,070	1,073
		割合	20.0%	26.4%	48.9%	47.1%	46.9%		
		腎不全	件数	3	27	533	560	563	
		割合	20.0%	14.8%	25.5%	24.6%	24.6%		
	基礎疾患	高血圧・糖尿病・脂質異常症	件数	14	159	1,999	2,158	2,172	
			割合	93.3%	87.4%	95.6%	95.0%	95.0%	
	血管疾患合計		件数	15	167	2,031	2,198	2,213	
	割合		100.0%	91.8%	97.2%	96.7%	96.8%		
	認知症		件数	6	47	1,180	1,227	1,233	
	割合		40.0%	25.8%	56.5%	54.0%	53.9%		
	筋・骨格系		件数	13	165	2,042	2,207	2,220	
割合		86.7%	90.7%	97.7%	97.1%	97.1%			

資料：KDBシステム

### 3. 医療の状況

本市は、長崎県、全国と比較して、被保険者1,000人当たりの病院数・病床数は多く、診療所数・医師数は少ない状況です。また、患者数は外来患者が少なく、入院患者が多い状況です。

表 23 医療の概況（被保険者千人当たり）（令和3年度）

区分	平戸市		長崎県		全国	
	数	被保険者千人当たり	数	被保険者千人当たり	数	被保険者千人当たり
病院数	7	0.8	149	0.4	8,299	0.3
診療所数	19	2.2	1,371	4.1	102,602	3.6
病床数	680	80.3	25,976	77.5	1,529,160	53.3
医師数	51	6.0	4,300	12.8	327,196	11.4
外来患者数	626.3		716.2		671.5	
入院患者数	30.5		27.1		17.9	

資料：KDBシステム

## 第4章 本市国民健康保険の現状と課題

### 1. 医療費

#### (1)医療費の推移

##### ①国民健康保険被保険者数と医療費の推移

本市の国民健康保険被保険者数は年々減少しており、令和3年度は平成27年度と比べて2,467人の減となっており、医療費合計も5億4千万円程度減少しています。

図10 医療費の推移

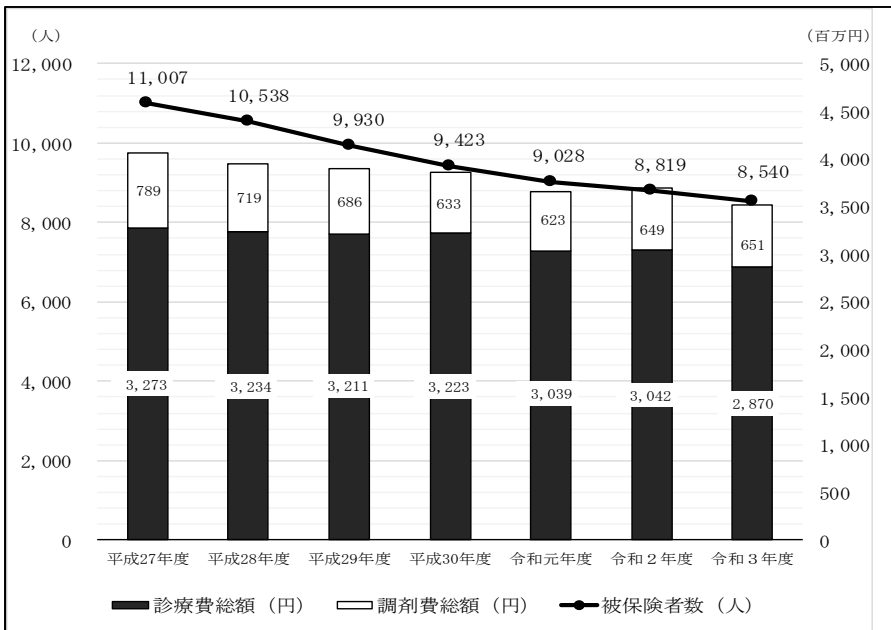


表24 国民健康保険者数と医療費推移

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	比較	
被保険者数 (人)	11,007	10,538	9,930	9,423	9,028	8,819	8,540	△2,467	
医療費合計 (円)	4,062,151,434	3,953,027,671	3,897,264,674	3,855,952,403	3,662,257,812	3,691,087,856	3,521,614,175	△540,537,259	
再掲) 医療費	診療費総額 (円)	3,273,096,554	3,233,631,470	3,211,434,254	3,222,952,443	3,038,763,432	3,042,345,006	2,870,439,845	△402,656,709
	調剤費総額 (円)	789,054,880	719,396,201	685,830,420	632,999,960	623,494,380	648,742,850	651,174,330	△137,876,550

※被保険者数は各年度平均値

資料：国保事業年報

※医療費合計：診療費（入院・入院外・歯科分）及び調剤費の合計額

##### ②医療費の割合（最大医療資源傷病名による、調剤報酬を含む）

令和3年度の医療費に占める疾患を高い順で示すと、がん、筋・骨格系、精神、糖尿病、慢性腎臓病、高血圧症、その他の順となりました。（表25）平成27年度と比較すると、全疾患で医療費は低下しており、特に、精神、慢性腎臓病、高血圧症の医療費が1～2億円近く低下していました。ただし、令和3年度は、長崎県、全国と比較すると本市の筋・骨格系、精神、高血圧症の割合が大きいため、これからも対策が必要と考えます。（図11）



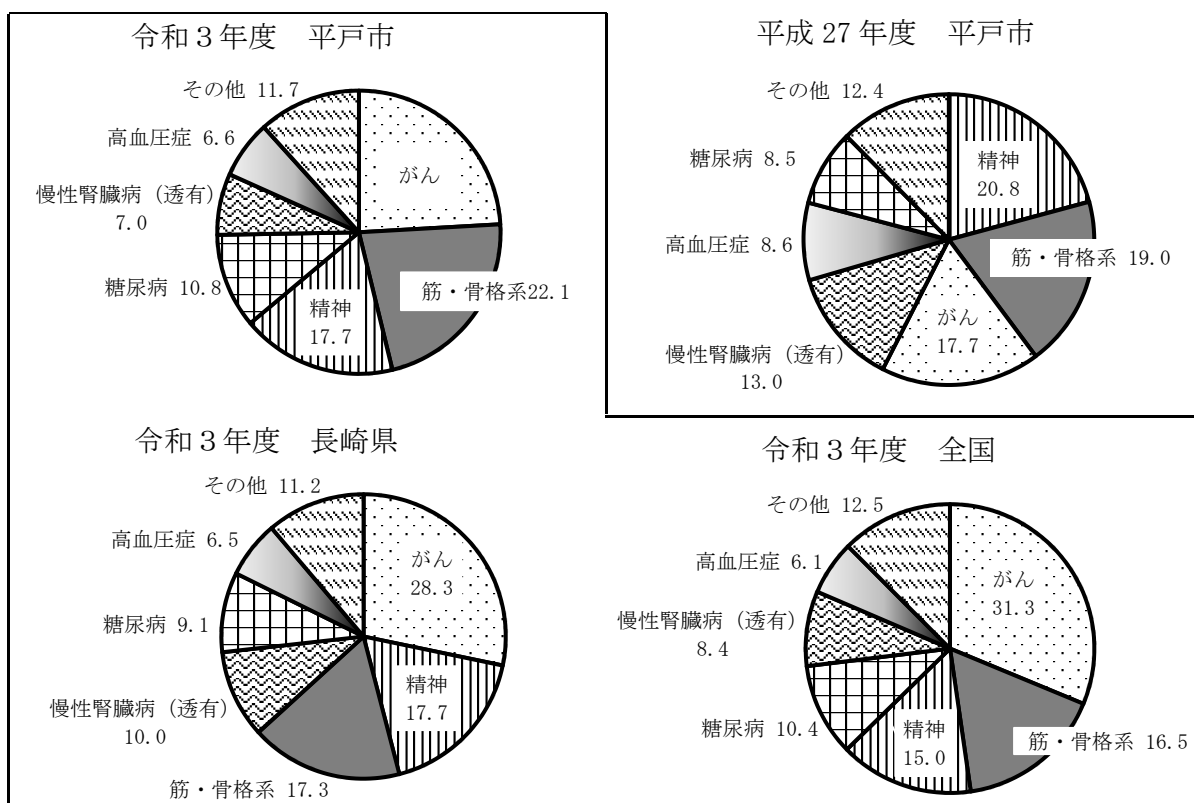
表 25 最大医療資源傷病名別医療費

【単位：円】

区分	令和3年度	平成27年度	比較
がん	382,309,240	404,348,150	△ 22,038,910
筋・骨格系	350,877,760	434,304,700	△ 83,426,940
精神	281,171,450	474,740,090	△ 193,568,640
糖尿病	171,245,190	194,596,580	△ 23,351,390
慢性腎臓病（透有）	111,304,380	296,508,230	△ 185,203,850
高血圧症	104,131,550	196,596,090	△ 92,464,540
その他	185,602,411	283,018,130	△ 97,415,719

資料：KDBシステム

図 11 最大医療資源傷病名別医療費の割合



資料：KDBシステム

### ③受診率、外来、入院の件数

令和3年度は、平成27年度と比較すると受診率が増加しています。外来と入院の件数の割合に変化はみられず、入院の1件当たりの在院日数が増え、費用の割合が増加していました。件数の割合では、4.6%にも関わらず、医療費の半分近くを入院費で占めており、入院割合を減らしていくことが課題となっています。

表 26 医療費の状況

区分		平戸市		長崎県		全国		
		令和3年度	平成27年度	令和3年度	平成27年度	令和3年度	平成27年度	
医療費 の状況	受診率（件/人）	656.81	654.84	743.26	746.73	689.34	685.69	
	外来	費用の割合（%）	51.5	52.6	53.3	54.2	60.1	60.8
		件数の割合（%）	95.4	95.4	96.4	96.3	97.4	97.4
	入院	費用の割合（%）	48.5	47.4	46.7	45.8	39.9	39.2
		件数の割合（%）	4.6	4.6	3.6	3.7	2.6	2.6
	1件当たり入院日数	18.4日	17.9日	18.2日	18.0日	15.8日	15.7日	

※受診率＝レセプト件数／国保被保険者数

資料：KDBシステム

## (2) 1人当たりの医療費

本市の国民健康保険の1人当たりの医療費は、令和3年度で336,117円であり、長崎県より低く、全国より高い状況です。伸び率をみると、平成27年度から6年間で38,752円（13.0%）の増加となっており、長崎県と比較すると、本市の伸び率は大きい状況です。

表 27 1人当たり医療費の推移

区分	1人当たりの医療費（診療費）		増加金額 （R3-H27）	増加率 （R3/H27×100）
	令和3年度	平成27年度		
平戸市	336,117円	297,365円	38,752円	13.0%
長崎県	350,102円	321,031円	29,071円	9.1%
全国	310,572円	261,000円	49,572円	19.0%

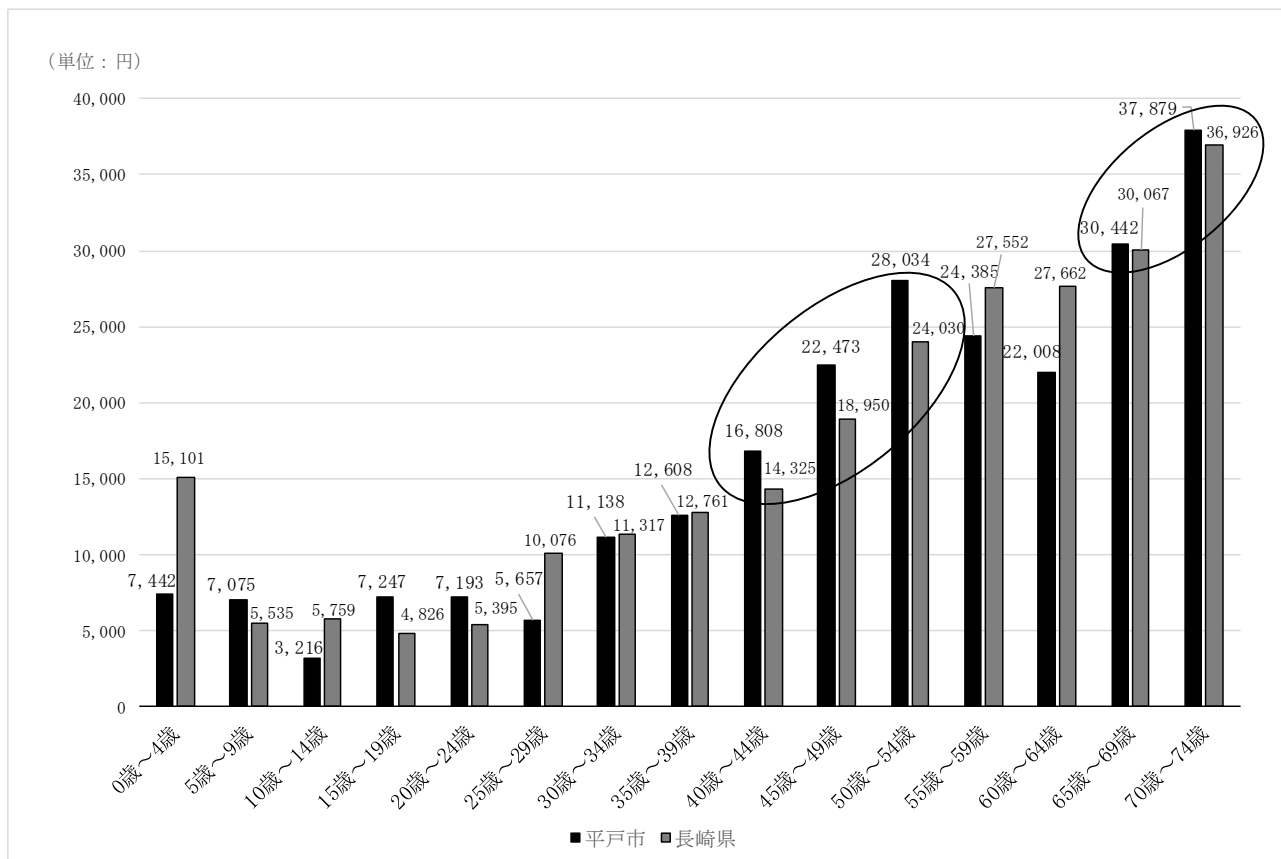
資料：国保事業年報

## ①年代別1人当たり医療費

医療費増加の原因としては、医療の高度化等の要因も考えられますが、本市の人口動態に見られるように、国民健康保険においても高齢化が進んでおり、年齢が高いほど1人当たりの医療費が高い傾向にあります。

年齢階層別費用額状況を長崎県と比較してみると、40歳～54歳及び65歳～74歳で本市の医療費が高い状況です。

図 12 国民健康保険年齢階層別 1 人当たり費用額状況（令和 3 年 5 月診療分）

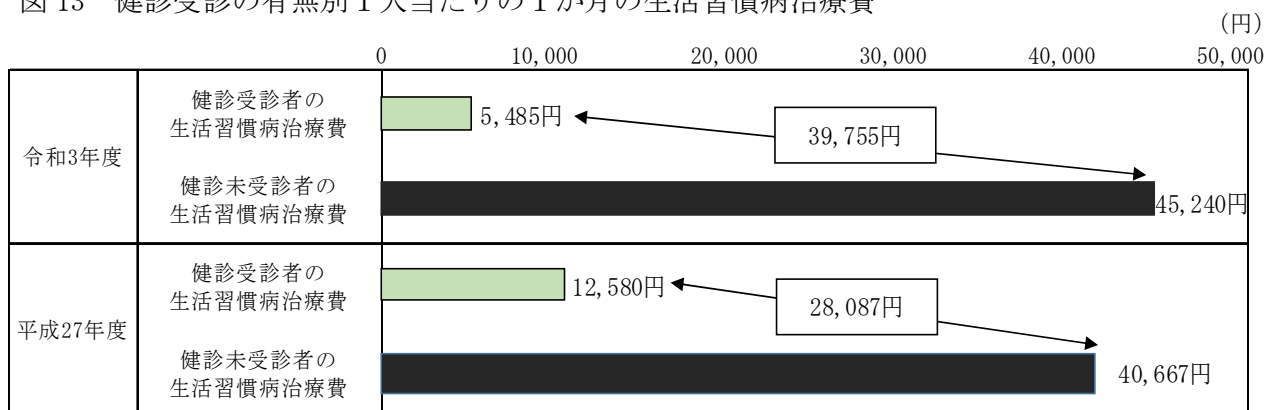


資料：長崎県国民健康保険疾病分類統計

## ②健診受診の有無別 1 人当たりの 1 か月の生活習慣病治療費

特定健診受診の有無で生活習慣病治療費を比較すると、健診受診者の方が治療費は少なく、令和 3 年は平成 27 年度より、その差は大きくなっており、1 か月の生活習慣病治療費の差は、39,755 円となっています。

図 13 健診受診の有無別 1 人当たりの 1 か月の生活習慣病治療費



資料：KDB システム

### (3) 1件当たりの医療費

#### ①疾患別の1件当たりの入院・外来単価

疾患別の1件当たりの医療費を令和3年度と平成27年度で比較しました。4国保組合を含む県内25の総保険者数でみると、本市は県内において、入院が多く、外来受診が少ない傾向がみられます。令和3年度の入院においては心疾患の1件あたりの医療費が最も高く、次いで悪性新生物、腎不全、糖尿病、脳血管疾患、高血圧症等の順となっています。在院日数は疾患によって伸びており、医療費は全疾患で伸びています。外来においては、腎不全が最も高額な医療費を使っており、腎不全は入院も、外来も県内順位でみると高い状況です。

表28 疾患別1件当たり医療費

区分	入院				外来	
	1件当たり医療費(円) (県内順位(25保険者))		在院日数		1件当たり医療費(円) (県内順位(25保険者))	
	令和3年度	平成27年度	令和3年度	平成27年度	令和3年度	平成27年度
心疾患	672,339 (10位)	489,484	17日	16日	57,570 (25位)	44,851
悪性新生物	624,233 (2位)	587,754	15日	15日	57,415 (10位)	52,198
腎不全	613,840 (3位)	569,492	16日	16日	107,620 (3位)	146,900
糖尿病	604,687 (11位)	481,238	17日	16日	45,881 (25位)	40,568
脳血管疾患	549,810 (2位)	524,944	21日	19日	42,755 (19位)	38,980
高血圧症	532,671 (2位)	468,669	18日	18日	34,920 (21位)	33,626
脂質異常症	492,039 (1位)	482,025	18日	18日	34,408 (25位)	31,063
精神	432,397 (3位)	392,875	26日	26日	30,723 (20位)	36,553

※県内順位はワースト順(被保険者数25)

資料:KDBシステム

#### ②高額療養費の状況

1件当たり200万円以上となる疾患状況を令和3年度と平成27年度で比較すると、件数、費用ともに令和3年度が増加しています。ただし、脳血管疾患、虚血性心疾患やがんの件数は減少しています。(表29)

また、6か月以上の入院となる疾患状況を令和3年度と平成27年度で比較すると、人数・件数は令和3年度がやや減少していますが、費用は増加しています。(表30)

表29 1件当たり200万円以上となる疾患状況

区分	全体		脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他		
	令和3年度	平成27年度	令和3年度	平成27年度	令和3年度	平成27年度	令和3年度	平成27年度	令和3年度	平成27年度	
人数(人)	52	54	0	3	3	4	11	17	38	32	
件数(件)	計	67	61	0	3	3	4	14	17	50	37
	40未満	4	2	0	0	0	0	0	0	4	2
	40代	1	3	0	1	0	0	0	1	1	1
	50代	6	7	0	0	1	2	1	2	4	3
	60代	25	34	0	2	0	1	5	10	20	21
70~74歳	31	15	0	0	2	1	8	4	21	10	
費用(円)	2億2,496万円	1億6,260万	0	1,034万	808万円	1,595万	3,806万円	4,020万	1億7,882万円	9,612万	
割合(%)	100.0	100.0	0.0	6.4	3.6	9.8	16.9	24.7	79.5	59.1	

資料:KDBシステム

表 30 6ヶ月以上入院となる主な疾患状況（平成27、令和3年度比較）

区分	全体		脳血管		虚血性心疾患		精神疾患	
	令和3年度	平成27年度	令和3年度	平成27年度	令和3年度	平成27年度	令和3年度	平成27年度
人数（人）	111	134	21	13	9	7	51	88
件数（件）	1,018	1,148	145	81	50	53	438	867
費用（円）	4億5,963万	4億5,323万	7,227万	3,171万	2,860万	2,054万	1億6,983万	3億1,047万
割合（％）	100	100	15.7	7.0	6.2	4.5	36.9	68.5

資料：KDBシステム

#### (4) 人工透析の状況

国民健康保険の人工透析患者の状況について、令和3年5月診療分のレセプトを平成27年と比較すると8人の減少がみられ、年間費用額が6,708万円の減少となっています。

また、透析患者の4割は、糖尿病性腎症や脳血管疾患・虚血性心疾患も併発している状況がみられます。（表31）

人工透析患者数の推移をみると、平成30年度をピークに徐々に減少しています。（表32）新規透析患者数も、令和2年度から減少傾向にあります。（表33）平成27～令和3年度の新規透析患者38名を性・年齢別でみると男性が84.2%と圧倒的に多く、年代では60歳代・70歳代で多くなっています。（表34、35）

新規透析患者を増やさないために、糖尿病はもとより脳血管疾患や虚血性心疾患の基礎疾患となる高血圧や脂質異常症予防に取り組んでいくことが必要です。

表 31 人工透析患者の基礎疾患

区分	令和3年度	基礎疾患			平成27年度	
		糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患		
5月診療分	人数	44人	18人	18人	52人	
			40.9%	40.9%		43.2%
年度累計	件数	599件	225件	218件	714件	
			37.6%	36.4%		40.1%
	費用額	2億5,033万円	1億85万円	8,243万円	9,842万円	3億1,741万円
			40.3%	32.9%	39.3%	

※糖尿病性腎症については人工透析患者のうち基礎疾患に糖尿病の診断があるものを計上。資料：KDBシステム

表 32 人工透析患者数（年度末時点）

区分	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
患者数（人）	54	54	56	49	48	40
県内順位	1位	1位	1位	1位	1位	3位

※県内順位はワースト順

資料：KDBシステム

表 33 新規人工透析患者数

区分	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
新規患者数（人）	8	3	6	5	8	4	4

資料：KDBシステム

表 34 男女別新規人工透析患者数

区分	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	計
新規患者数(人)	8	3	6	5	8	4	4	38
内訳	男	8	2	5	5	6	4	32 (84.2%)
	女	0	1	1	0	2	0	6 (15.8%)

資料：KDBシステム

表 35 年代別新規人工透析患者数（平成27年度～令和3年度）

区分	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	計
新規患者数(人)	1	3	16	18	38

資料：KDBシステム

### (5) 重複・多剤投与者状況

令和2年度から令和4年度の本市での重複受診割合<sup>※9</sup>、頻回受診割合<sup>※10</sup>、重複処方割合<sup>※11</sup>、多剤処方割合<sup>※12</sup>は、長崎県内では少ない状況です。(表 36)

本市では、4名の臨時看護師で年間1,000件近くの家来訪問を実施し、医療機関の適正受診はもとより、生活習慣の改善についての指導を実施している状況です。訪問指導前後の医療費を比較すると、レセプト件数や医療費が減少していました。(表 37、表 38)

引き続き、訪問看護師による指導を継続し、適正受診につなげる必要があります。

表 36 重複・頻回受診、重複・多剤処方割合の推移（令和2年～4年度）

【単位：％】

区分	重複受診			頻回受診			重複処方			多剤処方		
	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
平戸市	2.4	2.5	2.8	0.2	0.1	0.1	2.3	2.1	2.3	0.2	0.2	0.1
(県内順位)	(5位)	(6位)	(6位)	(7位)	(2位)	(2位)	(6位)	(5位)	(6位)	(4位)	(6位)	(2位)
長崎県	4.8	4.8	5.1	0.3	0.2	0.2	2.7	2.7	2.8	0.2	0.2	0.3

※県内順位はベスト順です。

資料：KDBシステム

※9 重複受診割合：同一月内に3医療機関以上を外来（医科）受診している人を分子、分母は被保険者数

※10 頻回受診割合：同一月内に同一医療機関を15日間以上外来（医科）受診している人を分子、分母は被保険者数

※11 重複処方割合：同一月内に2医療機関以上から重複処方（1薬効以上）を受けている人を分子、分母は被保険者数

※12 多剤処方割合：同一月内に15薬効以上の処方を受けている人を分子、分母は被保険者数

表 37 重複・多剤投与者への訪問指導件数

区分	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	合計	平均
対象者数(人)	8,560	8,477	8,996	12,001	11,288	10,021	9,859	69,202	9,886
訪問件数(件)	1,144	1,005	1,070	1,215	1,459	1,141	1,281	8,315	1,188
指導件数(件)	867	772	847	922	1,367	804	862	6,441	920
未指導件数(件)	277	233	223	293	92	337	419	1,874	268

※対象者は毎月レセプトから抽出するため重複者あり

資料：平戸市国保年金班実績

※未指導件数＝不在、入院（入所）中、指導拒否など

表 38 訪問指導前後の医療費比較（入院除く）

全レセプト比較

区分	レセプト件数		比較	レセプト点数		比較
	R4.12	R4.1		R4.12	R4.1	
対象者：102人	203	371	△ 168	258,025	572,742	△ 314,717.0
1人当たり（平均）	2.0	3.6	△ 1.6	2,597.0	5,336.4	△ 2,739.4

調剤以外分比較

区分	レセプト件数計		比較	レセプト点数計		比較
	R4.12	R4.1		R4.12	R4.1	
対象者：102人	119	225	△ 106	141,743	405,749	△ 264,006
1人当たり（平均）	1.2	2.2	△ 1.0	1,423.4	3,692.6	△ 2,269.2

資料：平戸市国保年金班実績

## (6) ジェネリック医薬品（後発医薬品）の使用状況

被保険者の医療費に対する認識と健康管理の重要性を認識してもらうため、医療費通知に併せ、ジェネリック医薬品を使用した場合の差額通知を年3回実施しています。ジェネリック使用割合は年々増加しています。本市では、全国平均を上回る80%を目標値として設定しています。

表 39 ジェネリック医薬品（後発医薬品）の使用割合

年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	全国（R3）
割合（%）	71.3	75.1	79.9	82.7	84.7	85.4	79.24
（県内順位）	（5位）	（5位）	（6位）	（6位）	（8位）	（8位）	（-）

※県内順位はベスト順です。

資料：平戸市国保年金班実績

### 【ジェネリック医薬品使用割合】

ジェネリック医薬品使用割合は数量ベース（新指標）による。

ジェネリック医薬品数量 / ジェネリック医薬品のある先発医薬品の数量 + ジェネリック医薬品の数量

## 2. 特定健診結果からみえた課題

### (1) 特定健診有所見状況

特定健診結果で有所見率を比較すると、長崎県、全国と比較して、男女いずれかで本市が最も高い項目だったのが、HbA1c、拡張期血圧、LDLコレステロールを除く項目でした。

また、令和3年度と平成27年度の結果を比較すると、男女ともに令和3年度に高かったのは、腹囲、中性脂肪、GPT、空腹時血糖でした。女性は、他にも尿酸、収縮期血圧、LDLコレステロールも高くなっており、今後の動向に注意が必要です。

今回、短期目標であるⅡ度高血圧（160/100mmHg）以上の改善はみられたものの、半数程度が要注意（収縮期血圧130mmHg以上または拡張期血圧85mmHg以上）となる状況です。

表 40 特定健診有所見率の比較（平成 27・令和 3 年度）

【単位：％】

男性		BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチン
		25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上
		割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合
令和3年度	平戸市	39.9	61.1	29.8	25.9	9.4	36.4	52.5	15.0	54.7	18.6	41.7	2.7
	長崎県	35.2	59.3	36.3	22.4	7.2	38.1	52.2	14.8	53.5	22.4	44.1	2.4
	全国	34.5	61.8	27.4	22.8	7.4	35.1	57.3	12.7	51.2	26.4	48.2	2.4
平成27年度	平戸市	37.9	55.7	27.5	24.5	11.3	24.2	57.9	20.2	58.7	23.7	41.8	3.1

女性		BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチン
		25以上	90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.2以上
		割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合
令和3年度	平戸市	30.3	23.9	19.6	11.6	2.4	27.7	49.3	3.1	48.9	11.3	53.8	0.5
	長崎県	23.9	21.5	15.7	9.7	1.4	23.6	49.4	2.1	49.5	15.4	53.6	0.3
	全国	21.9	19.1	15.9	9.6	1.3	22.4	55.8	1.8	46.3	17.0	56.6	0.3
平成27年度	平戸市	27.0	21.8	18.1	10.2	3.7	16.3	62.6	2.4	48.8	14.7	53.3	0.8

資料：KDBシステム



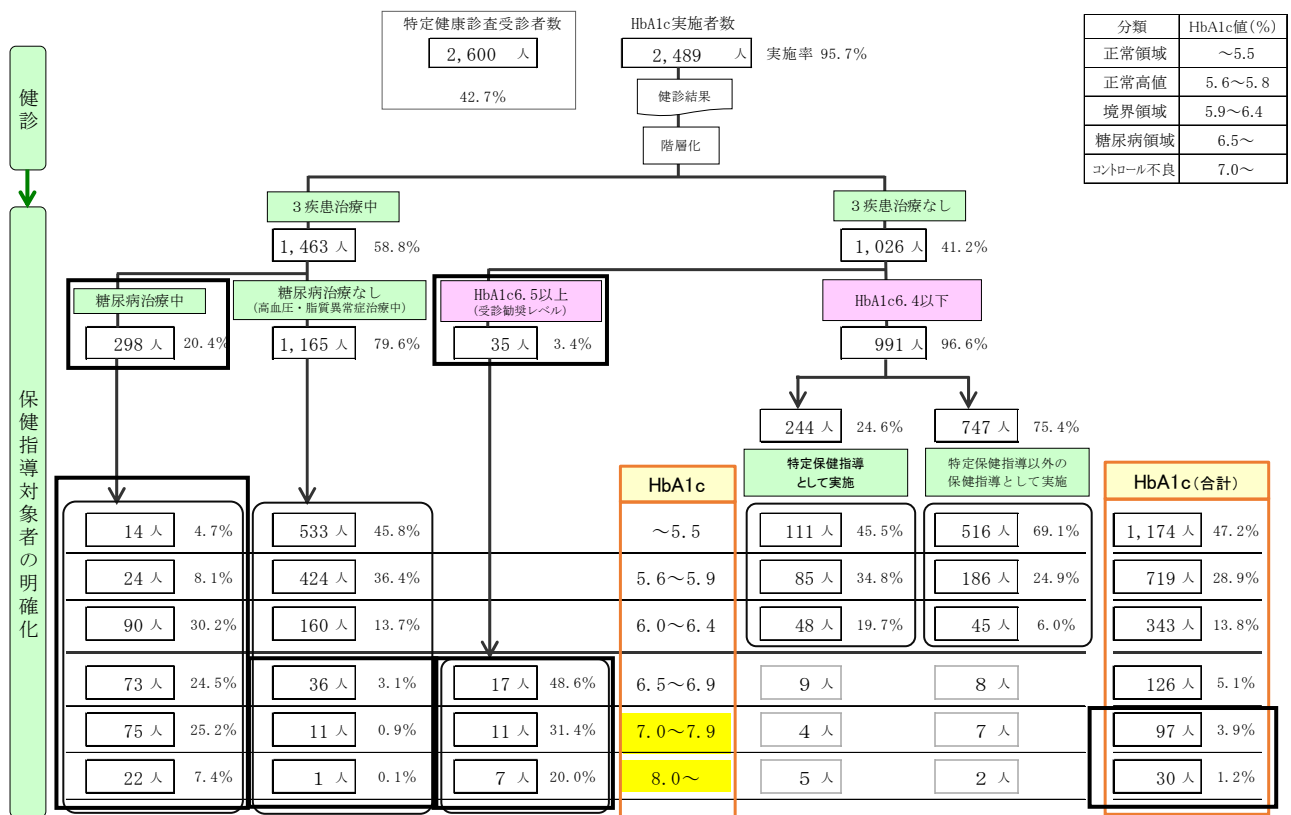
# ①糖尿病

糖尿病は、心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎臓病、足病変等といった合併症を併発することにより、生活の質（QOL）ならびに社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼします。

令和3年度において、糖尿病有病者数（糖尿病治療中及びHbA1c6.5%以上）は381人でした。その中で83人（21.8%）が未治療者でした。

さらに、糖尿病による合併症を起こしやすいといわれるHbA1c7.0%以上の方は、127人であり、そのうち糖尿病治療中の方は97人（32.6%）で、内服だけではコントロールが難しく、食事療法や生活指導なども合わせて行う必要があります。

図 14 糖尿病フローチャート(令和3年度)

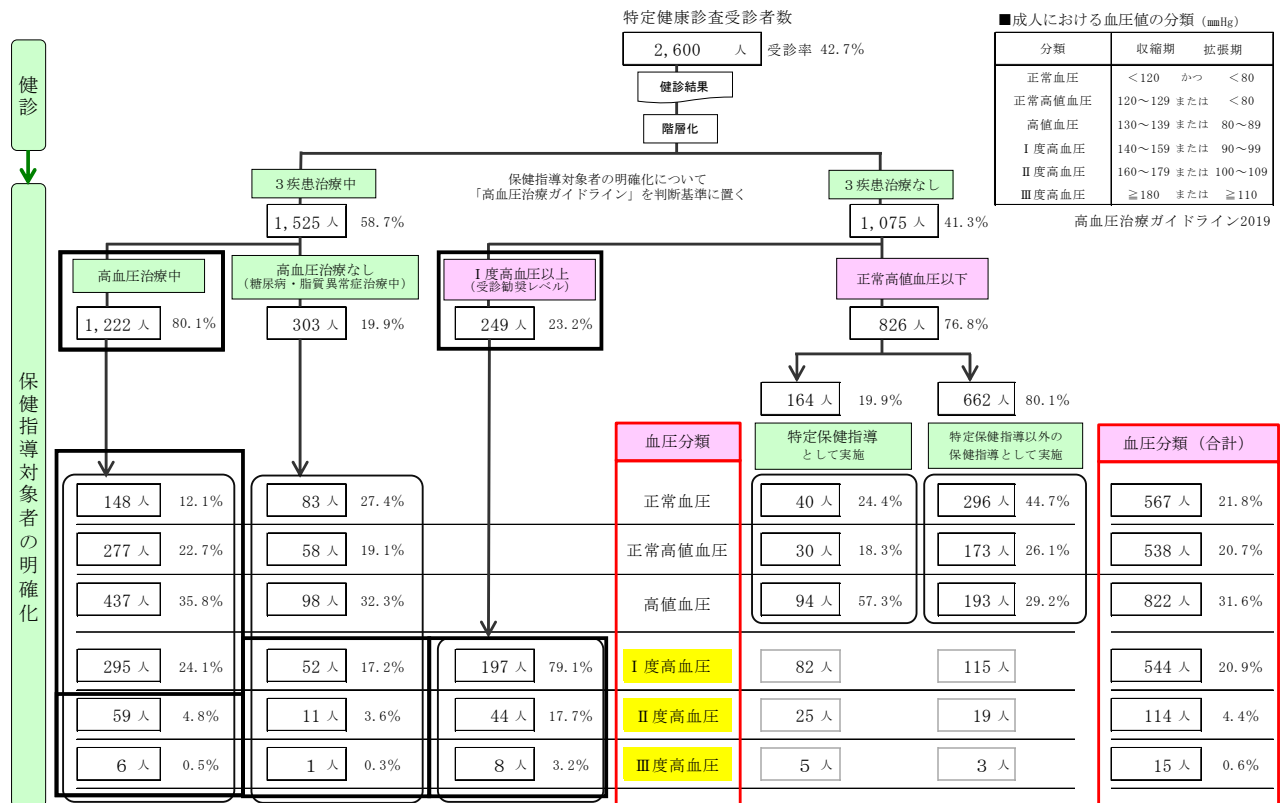


## ②血圧

高血圧は、脳血管疾患や虚血性心疾患などあらゆる循環器疾患の危険因子となります。令和3年度において、高血圧有病者数（高血圧治療中及びⅠ度高血圧以上）は1,535人で、その中の313人（20.4%）が未治療者でした。

また、高血圧治療中の1,222人中、本市が重症化予防対象者としているⅡ度高血圧以上の人は65人（5.3%）でした。内服とあわせて、減塩などの栄養・生活指導が必要です。

図15 血圧 フローチャート(令和3年度)

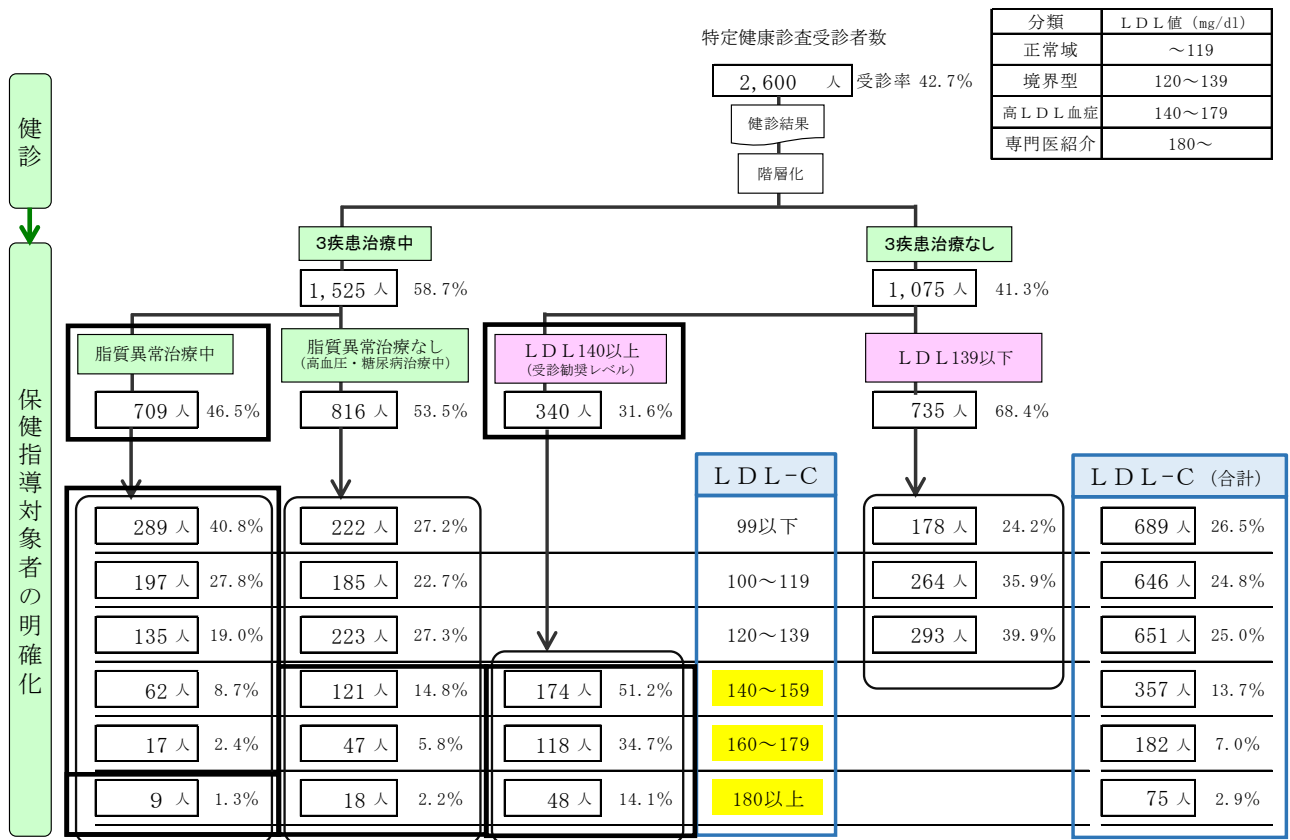


### ③LDLコレステロール

脂質異常症は虚血性心疾患の危険因子であり、特にLDLコレステロールは虚血性心疾患の発症、死亡リスクを上昇させることが明らかになっています。令和3年度において、脂質異常症有病者数（脂質異常症治療中及びLDL140mg/dl以上）は1,235人で、その中の526人（42.6%）と半数近くが未治療者でした。

また、脂質異常症治療中の709人で、本市が重症化予防対象者としている180mg/dl以上の人は9人（1.3%）でした。内服治療により脂質異常症は確実に改善されています。本市の心疾患の死亡率が高いことを踏まえると、特定健診受診者で、治療域にある対象者の受診強化が最も重要です。

図16 LDLコレステロール フローチャート（令和3年度）



## ④CKD（慢性腎臓病）

CKDは、1つの病気の名前でなく腎臓の働きが徐々に低下していく様々な病気の総称で、「腎臓の障害（蛋白尿など）、もしくはGFR（糸球体ろ過量）60ml/分/1.73㎡未満の腎機能低下が3か月以上続くこと」と定義されています。腎機能低下の程度は尿蛋白とGFR（糸球体ろ過量）を組み合わせたCKD重症度分類で評価します。

令和3年度において、腎臓専門医へ紹介基準対象者数は、265人（10.9%）でした。

図17 CKD重症度分類(令和3年度)

原疾患		糖尿病		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	
		高血圧・腎炎など		正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿	
GFR区分 (ml/分/1.73㎡)		尿蛋白区分		A 1	A 2		A 3
		尿検査・GFR 共に実施 2,440人	GFR区分 (ml/分/1.73㎡)	(-)	(±)	【再掲】 尿潜血+以上	(+) 以上
					2,064人 84.6%	221人 9.1%	38人 17.2%
G 1	正常 または高値	90以上	371人 15.2%	302人 12.4%	49人 2.0%	8人 16.3%	20人 0.8%
G 2	正常または 軽度低下	60-90 未満	1,628人 66.7%	1,422人 58.3%	127人 5.2%	19人 15.0%	79人 3.2%
G 3 a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	382人 15.7%	313人 12.8%	37人 1.5%	9人 24.3%	32人 1.3%
G 3 b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	49人 2.0%	25人 1.0%	7人 0.3%	2人 28.6%	17人 0.7%
G 4	高度低下	15-30 未満	8人 0.3%	1人 0.0%	1人 0.0%	0人 0.0%	6人 0.2%
G 5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	2人 0.1%	1人 0.0%	0人 0.0%	0人 -	1人 0.0%

※ ■ は紹介基準対象者。

## (2) 特定健診受診票の問診項目からみた生活習慣の実態

特定健診受診票の問診項目より把握した結果では、長崎県、全国と比較すると本市において最も高い項目は「習慣的に喫煙をしている」「週3回以上就寝前2時間以内に夕食をとる」「他人と比べると食べる速度が速い」「1回30分以上の運動習慣なし」「飲酒頻度（毎日）」で、肥満につながる生活習慣で高いという結果となりました。

一方、「20歳時体重から10kg以上増加」は県内では少ない順位にもかかわらず、本市のメタボ該当者・予備群は多いことから、若い時から肥満傾向にあることが推測されます。特定保健指導対象者を減らすためには、若年期から適正な体重の維持に向けた保健指導、啓発を行う等、40歳未満の肥満対策も重要であると考えます。

また、「生活習慣改善（改善意欲無し）」、「保健指導利用希望しない」の割合が高いことから、自分の健康状態を意識してもらうことが課題だと思われます。

表 41 特定健診受診者の問診結果より（令和 3 年度）

区分	平戸市		長崎県	全国
	割合	(県内順位)	割合	割合
習慣的に喫煙をしている	13.7	(8位)	12.9	12.6
週3回以上朝食を抜く	9.5	(7位)	9.6	9.4
週3回以上就寝前2時間以内に夕食をとる	16.9	(-)	13.4	14.7
他人と比べると食べる速度が速い	29.8	(3位)	27.9	26.7
20歳時体重から10Kg以上増加	33.5	(19位)	35.9	34.8
1回30分以上の運動習慣なし	61.7	(10位)	59.4	59.6
飲酒頻度(毎日)	24.9	(7位)	23.8	24.7
1日飲酒量(3合以上)	1.9	(10位)	1.7	2.3
咀嚼(かみにくい)	18.9	(20位)	22.2	20.3
咀嚼(ほとんどかめない)	1.1	(10位)	1.0	0.8
生活習慣改善(改善意欲なし)	50.1	(3位)	34.7	27.6
保健指導利用希望しない	69.0	(4位)	64.1	61.8

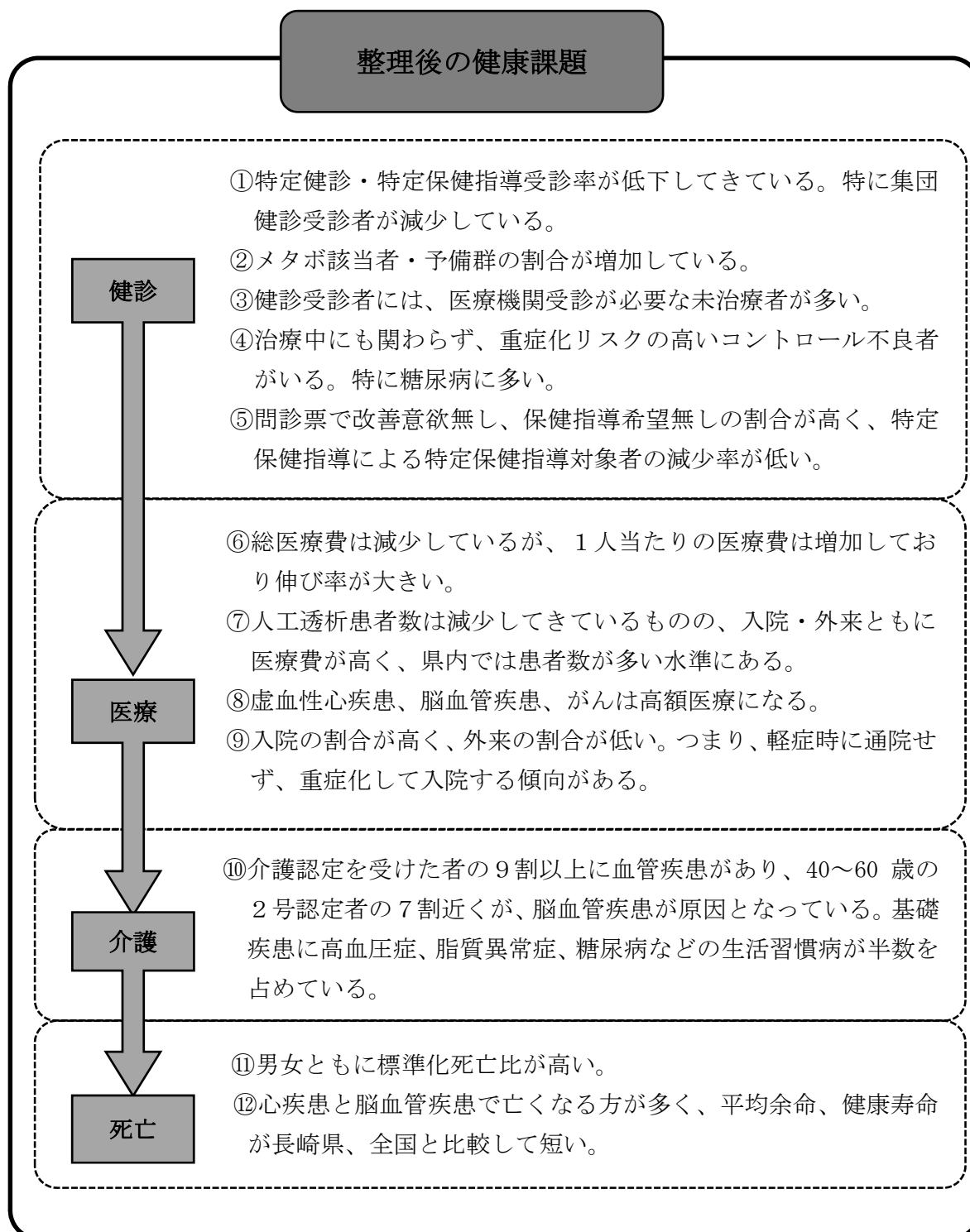
※順位はワースト順

資料：KDBシステム

## 第5章 目標の設定

### 1. 本市の健康課題の整理

第2章・第3章の結果から、健康状態の段階ごとに健康課題を整理しました。



以上のような健康課題に対して、以下のように「中長期目標」「短期目標」をたて、最終目標を「健康寿命の延伸」「医療費・介護費の伸びの抑制」とします。

## 2. 中長期的目標

脳血管疾患、虚血性心疾患の死因割合は、長崎県、全国と比較して高い状況です。

また、これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患となっている「**脳血管疾患・虚血性心疾患の新規患者数**」、「**糖尿病性腎症等による新規透析患者数**」を減少させることを中・長期目標に設定します。

目標値として脳血管疾患・虚血性心疾患・透析の新規患者数を県並みとすることを目指します。今後、高齢化が進行すること、また年齢が高くなるほど脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは難しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とします。特に、入院に係る医療費を抑えるために、適正受診を促します。

## 3. 短期的目標

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の共通のリスクである「メタボ」、「高血圧」、「脂質異常」、「高血糖」を減らしていくことを短期的な目標とします。特に医療受診が必要な「Ⅱ度高血圧症以上（160/100mmHg）の者」、「LDL-コレステロール（以下「LDL-C」とする。）180mg/dl及び中性脂肪500mg/dl以上の者」、「HbA1c6.5%または空腹時血糖126mg/dl以上の者」、「尿蛋白2+以上の者及びe-GFRが50ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満（70歳以上はGFR40ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満）の未治療者」割合を減らしていくことを目標とします。

また、治療中の者においては、コントロール良好者の割合を増やすことを目指します。

さらに、根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボが挙げられます。これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行う事が効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等保健指導を実施します。

# 健康寿命の延伸 医療費・介護費の伸びの抑制

## <中・長期的目標>

新規脳血管疾患患者数の減少  
目標値：11.0（被保険者千人当たり）

新規虚血性心疾患患者数の減少  
目標値：11.8（被保険者千人当たり）

新規透析患者数の減少  
目標値：3人（被保険者）

## <短期的目標>

メタボ該当者・  
予備群の減少

目標値：34.5%

高血圧症の改善  
（Ⅱ度高血圧以上の者の減少）

目標値：4.9%

脂質異常症の減少  
（LDL-C180mg/dl以上または  
中性脂肪500mg/dl以上の者の減少）

目標値：3.5%

糖尿病有病者の増加の抑制  
（HbA1c6.5%以上（治療中  
7.0%以上）または空腹時  
血糖126mg/dl以上の者の減少）

目標値：6.0%

## <保健事業>

### 1 特定健診受診率向上

目的：受診率アップ

目標：特定健診受診率60%

40～50歳代受診率30%

継続受診率80%

新規受診率10%

### 2-1 重症化予防

目的：合併症の発症・進行抑制

目標：重症化予防対象者の医療機関  
受診率70%

### 2-2 糖尿病性腎臓病重症化予防

目的：人工透析への移行防止

目標：重症化予防対象者の新規透析者  
0人（令和6～11年度）

### 3 特定保健指導実施率・

特定保健指導による特定保健  
指導対象者の減少率向上

目的：保健指導率アップ

目標：特定保健指導率60%

特定保健指導による特定保健  
指導対象者の減少率20%



## 第6章 健康課題を解決するための個別の保健事業

### 1. 保健事業の方向性

保健事業の方向性にあたっては、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎臓病における共通のリスクとなる高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボ等の減少を目指すために、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととします。

そのためには、まずは健診の機会を提供し、個人が健康状態を把握する事が大切です。

その上で個人に応じた保健指導の実施を行っていきます。

今後、以下の優先順位で保健事業に取り組みます。

- (1) 特定健診受診率向上
- (2) 重症化予防事業
- (3) 特定保健指導実施率・特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率向上

また、これらの取り組みとあわせて、ポピュレーションアプローチも実施します。

### 2. 保健事業の取組み

#### (1) 特定健診受診率向上

##### ①目的

生涯にわたる生活の質（QOL）の維持・向上のために、生活習慣病発症の前段階であるメタボ予備群・該当者の予防・改善へ結びつけるため、特定健診の受診率向上を目指します。

##### ②目標

- ア 特定健診受診率 60%
- イ 40歳～50歳代受診率 30%
- ウ 継続受診率 80%
- エ 新規受診率 10%

##### ③評価指標・評価体制・方法

ストラクチャー(構造)<sup>※12</sup>・プロセス(過程)<sup>※13</sup>・アウトプット(事業実施量)<sup>※14</sup>・アウトカム(結果)<sup>※15</sup>の視点で評価します。(資料「事業評価シート」参照)

##### ④対象者

本市国民健康保険の該当年度で40歳～74歳となる者

※12 ストラクチャー(構造)：保健事業を実施する為の仕組みや体制

※13 プロセス(過程)：事業の目的や目標の達成に向けた過程(手順)や活動状況

※14 アウトプット(事業実施量)：目的・目標の達成の為に実行される事業の結果

※15 アウトカム(結果)：事業の目的や目標の達成度、また成果の数値目標

## ⑤事業内容

周知活動及び受診しやすい体制整備に取り組みます。

## ⑥実施方法

### ア. 受診しやすい体制づくり

- ・ 集団健診は、予約制を導入し、事前に問診表等を送付することにより健診時間の短縮を図ります。
- ・ 集団健診の予約方法について、従来の電話予約に加え、ICTを活用した予約もできるようにします。
- ・ 集団健診の会場の状況にあわせて、当日来所者も健診受診できるように考慮します。
- ・ 働き盛りの40～50歳代も受診しやすいように土・日曜日の健診を実施します。
- ・ 特定健診とがん検診等複数の健（検）診が受診できるよう、総合健診を実施します。

### イ. 周知の工夫

- ・ ナッジ理論を活用し、分かりやすい内容に整理して伝えるように努めます。
- ・ 健診受診者に対し、健診会場や結果説明会の場において継続受診の必要性について周知します。あわせて、前年度健診受診者には健診料を無料とする事で継続受診者を増やします。
- ・ 健康づくり推進員やまちづくり運営協議会と連携をとり、健診の周知を図ります。
- ・ 転入者や他保険から国保へ加入された者には、本市の健診内容や健診受診の必要性について周知を図ります。

### ウ. 未受診者対策

- ・ 健診の開始年齢である40歳の者に対し、訪問や電話での受診勧奨を行います。
- ・ 集団健診の事前予約者で当日来所がなかった者の再度受診勧奨を実施します。
- ・ 健診未受診者に対しては、複数回の通知や電話勧奨等実施します。
- ・ 効率的な受診勧奨ができるよう、健診未受診者で受診勧奨が不要な者等の台帳整理を行います。
- ・ 健康づくりポイント制度やICTを活用し、楽しみながら健診受診や健康づくりができるような仕組みを作ります。
- ・ 健診未受診で治療中の者については、診療情報から健診受診とみなされる制度があることを周知します。また、事業所健診を受けた人も健診結果を提供することで健診受診となることを周知します。
- ・ 40歳～60歳の5歳刻みの節目年齢で、人間ドックが低価で受けられるようにし、健診受診のきっかけづくりとします。
- ・ 新規受診者全員および全受診者には抽選で記念品を渡し、健診受診のきっかけづくりとします。

### エ. 医療機関や事業所との連携

- ・ 医療機関通院中で健診未受診の者への受診勧奨を行ってもらうように依頼します。  
また、その中でも受診の受入れが難しい者に対しては、情報提供書の提出を行ってもらうよう医療機関と連携します。
- ・ 国保加入者が多い事業所へ訪問し、健診未受診者の事業所健診の結果を提供してもらえ

るようにより依頼を行います。

## ⑦実施体制

- ア. 専門職や予算の確保
- イ. 事業内容の整理及び情報提供
- ウ. 対象者抽出・台帳管理
- エ. 医療機関との連携
- オ. 事業所との連携
- カ. 高齢者福祉部門との連携

## ⑧実施スケジュール

(通年)

- ・ 健診前に広報誌・防災メール、地区回覧版・電話・地区組織からの声掛けなどで周知
- ・ 事業所健診、医療機関からの情報提供書提供

4月 対象者へ案内通知

健診委託機関との委託契約、連絡調整、支所・出張所との連絡調整

集団健診予約受付開始(人間ドック・脳ドック含む)

5月～各地区公民館で健診実施(～翌年1月)及び特定保健指導(分割実施)

7月～医療機関での個別健診(人間ドック・脳ドック含む)実施

集団健診結果説明会実施、健診結果通知

9月～集団健診未受診者への再通知

11月～健診未受診者への再々通知、電話での受診勧奨

12月 予算確保

3月 次年度の日程表作成、会場確保、問診票等印刷

## ⑨実施期間 通年

## ⑩実施場所 各地区公民館、医療機関

## (2) 重症化予防事業

### 2-1 生活習慣病重症化予防事業

#### ①目的

医療受診が必要な者に受診勧奨を行い、治療開始することにより、生活習慣病重症化による合併症の発症・進行抑制を目指します。

#### ②目標

重症化予防対象者の医療機関受診率 70%

#### ③評価指標・評価体制・評価方法

ストラクチャー・プロセス・アウトプット・アウトカムの視点で評価します。(資料「事業評価シート」参照)

#### ④対象者

30歳以上の国民健康保険被保険者または後期高齢者(概ね80歳未満)で特定健診(健康診査)において下記疾患の未治療者(下線部は今回の計画で追加対象とする)

- ・Ⅱ度以上の高血圧(160/100mmHg)者
- ・LDL-C 180mg/dl以上の者または中性脂肪 500mg/dl以上の者
- ・HbA1c 6.5%以上または空腹時血糖 126mg/dl以上の者
- ・尿蛋白 2+以上またはe-GFR 50ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満(70歳以上はe-GFR 40ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満)の者

#### ⑤事業内容

医療受診が必要な者には適切な受診勧奨

#### ⑥実施方法

- ・集団健診時に、血圧や尿検査で受診勧奨域の者がいたらその場で保健指導します。
- ・健診結果、問診票、レセプトから対象者を選定し、結果説明会で保健指導を行います。
- ・来所できない場合は電話または訪問により指導を行います。合わせて、面接できなかった対象者へは、結果通知に指導用リーフレットや健診経年表を同封し、医療機関受診を促します。
- ・指導後に、受診勧奨対象者の受診の有無を精密検査受診票及びレセプトで確認し、受診が確認できない場合は、再度電話で受診を促します。
- ・指導方法としてICTの活用も検討していきます。

## ⑦実施体制

- ア. 専門職や予算の確保
- イ. 対象者の選定及び台帳管理
- ウ. 事例検討
- エ. 医療機関との連携
- オ. 高齢者福祉部門との連携

## ⑧実施スケジュール

4月～結果説明会会場確保

5月～1月

集団健診時に、血圧や尿検査で受診勧奨域の人がいたらその場で保健指導し、結果説明会への案内と予約時間確定

6月～2月

結果説明会日程を班回覧や広報誌、ホームページで周知

特定健診結果が届き次第、健診結果と問診表、レセプトから受診勧奨対象者を選定  
台帳整理や個別ファイル作成

結果説明会の案内通知

結果説明会前の電話勧奨及び不参加には電話指導実施

結果説明会での保健指導実施

不参加者への健診結果通知及び健診結果経年表・リーフレット送付

参加者及び不参加者の状況について個人ファイル記録、健康管理システム記載

7月～精密検査の結果内容記載

レセプト確認し、未受診者へは再度電話にて受診勧奨実施

12月 予算確保

## ⑨実施期間 通年

## ⑩実施場所 健診会場、結果説明会会場、自宅、電話、文書

## 2-2 糖尿病性腎臓病重症化予防事業

### ①目的

糖尿病による合併症の発症・進行抑制を目指し、人工透析への移行を防止します。

### ②目標

重症化予防対象者の新規透析者0人（令和6年度～令和11年度）

### ③評価指標・評価体制・評価方法

ストラクチャー・プロセス・アウトプット・アウトカムの視点で評価します。（資料「事業評価シート」参照）

### ④対象者

30歳以上の国民健康保険被保険者または後期高齢者で以下の者（下線部は今回の計画で追加対象とする）

- ア. 特定健診（健康診査）においてHbA1cが6.5%以上または空腹時126mg/dl以上の未治療者
- イ. 糖尿病治療中断者（レセプトで最終受診日から6ヶ月経過しても受診がない者）
- ウ. 糖尿病で治療中の者で、尿蛋白+以上またはe-GFR50ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満（70歳以上はe-GFRが40ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満）の者
- エ. 糖尿病の治療中の者で、HbA1cが7.0%以上のコントロール不良者
- オ. 糖尿病の治療中の者で、保険者及びかかりつけ医が必要と認めた者
- カ. 腎機能低下が前年度と比較して大きく低下（5ml/分/1.73m<sup>2</sup>以上）している者

### ⑤事業内容

- ・対象者ア、イについては2-1の医療受診が必要な者に該当するため、同様の内容で実施します。
- ・対象者ウ～カについては、長崎県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムのハイリスク者を参考として、市独自で優先順位をつけかかりつけ医の指示・依頼に基づき保健指導を実施します。

### ⑥実施方法

- ・対象者ア、イについては、2-1の重症化予防事業と同内容で実施しますが、特にHbA1cが8.0%以上の者または、糖尿病性腎臓病のリスクが高い者へは訪問を実施します。
- ・対象者ウ～カについては、以下の通り実施します。  
長崎県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムのハイリスク者として、優先順位をつけ保健指導を実施します。具体的には、特定健診の結果や医療機関から対象者を選定し、かかりつけ医の指示・依頼に基づき管理栄養士が糖尿病腎症重症化予防指導マニュアルに沿って6ヶ月間の訪問指導と指導終了後6ヶ月後のフォローを実施します。
- ・年度末には、尿蛋白、HbA1c、e-GFRの数値を確認し、事業の評価・分析を行います。

## ⑦実施体制

- ア. 専門職や予算の確保
- イ. 対象者の選定及び台帳管理
- ウ. 対象者の抽出及び台帳管理
- エ. 医療機関との連携
- オ. 高齢者福祉部門との連携
- カ. 糖尿病指導マニュアルの活用
- キ. 保健指導実施者の質の向上

## ⑧実施スケジュール 2-1と同様

## ⑨実施期間 通年

## ⑩実施場所 結果説明会会場、自宅、電話、文書

### (3) 特定保健指導実施率・特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率向上 事業

#### ①目的

生活習慣病予防の推進と健康に関するセルフケアができる住民を増やすことを目的に、特定保健指導実施率及び特定保健指導対象者の減少率の向上を目指します。

#### ②目標

- ア. 特定保健指導実施率 60%
- イ. 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 20%

#### ③評価指標・評価体制・方法

ストラクチャー(構造)・プロセス(過程)・アウトプット(事業実施量)・アウトカム(結果)の視点で評価します。(資料「事業評価シート」参照)

#### ④対象者

特定保健指導の対象者は特定健診の結果「動機づけ支援」または「積極的支援」となった者であり、基準については第四期特定健診実施計画に記載。

#### ⑤事業内容

保健指導が受けやすい体制作りと保健指導者の質の向上に取り組みます。

#### ⑥実施方法

前期考察及び令和6年度からの特定保健指導の一部改正に基づき、下記の項目を重点的に実施します。

- ア. 集団健診会場での案内、指導
  - ・対象者を選定し、結果説明会時の指導予約時間を設定します。
  - ・結果説明会での指導予定者には、あわせて説明会前に通知と電話での案内を行います。
  - ・説明会への予約が取れない場合はその場で初回指導(分割実施)を行います。
- イ. 外部委託の拡充
  - ・委託中の医療機関以外にも、特定保健指導を行う医療機関がないか広く確認します。
  - ・第4期の変更点、特にアウトカム導入や健診後早期の保健指導重視となったこと等、医療機関の指導実施担当者と意見交換を行い、円滑な実施ができるようにします。
  - ・指導ファイル・記録用紙・アンケート等は共通様式を用い、指導内容を統一します。
  - ・指導後は委託機関より指導実施者名簿と指導ファイルを提出してもらい、内容を確認し健康管理システムに入力します。
- ウ. ICTの活用
  - ・ICTを活用することで、結果説明会や訪問等での指導が難しい者も保健指導が受けやす



い環境を整えます。

#### エ. 保健指導の質の向上

- ・ 特定保健指導対象者の行動変容や検査数値の改善につながるような指導ができるように、保健師・管理栄養士（栄養士）が学習会や研修会に参加することや、事例検討を実施することにより保健指導の質の向上に努めます。
- ・ 共通の指導ファイルを用いて指導を行うことで指導実施者による指導内容の差がみられないようにします。
- ・ 保健指導の成果について、見える化をすすめ、アウトカムの達成状況の把握や要因の検討等を行い、より質の高い保健指導を目指します。

### ⑦実施体制

- ア. 専門職や予算の確保
- イ. 事業内容の整理及び情報提供
- ウ. 対象者抽出・台帳管理
- エ. 医療機関との連携
- オ. 高齢者福祉部門との連携

### ⑧実施スケジュール

4月～結果説明会会場確保

特定保健指導実施医療機関スタッフとの連絡調整

5月～1月

集団健診時に、特定保健指導対象者に対し、結果説明会の案内と予約時間確定。

結果説明会に来られない人へは特定健診時に分割実施

6月～3月

結果説明会日程を班回覧や広報誌、ホームページで周知

特定健診結果が届き次第、健診結果と問診表から特定保健指導対象者を選定

台帳整理や個別ファイル作成し、特定保健指導実施者及び委託医療機関配付

結果説明会の案内通知及び結果説明会前の電話勧奨

結果説明会、特定保健指導委託医療機関や訪問等での保健指導実施

個人ファイル記録、健康管理システム記載

12月 予算確保

### ⑨実施期間 通年

### ⑩実施場所 健診会場・結果説明会会場・市内医療機関健診会場、自宅

### 3. ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにします。その上で、下記のとおり取り組みます。

- (1) 個人の実態と社会環境等について、広く市民へ周知します。
- (2) 健康教育等で、市民全体の健康水準の向上を目指します。

## 第7章 計画の評価方法・見直し

### 1. 保健事業実施計画（データヘルス計画）の評価方法の設定

計画の評価については、KDBシステム等の情報を用いて毎年行うこととします。評価の方法は、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「ストラクチャー」「プロセス」「アウトプット」「アウトカム」の4つの視点で行います。さらに中間及び最終年度は、市独自の評価指標及び県共通の評価指標に基づき評価します。

### 2. 保健事業実施計画（データヘルス計画）の見直し

計画の見直しは必要に応じて行い、中間年度である令和8年度には、数値目標等の中間評価をもとに、後期3年間の内容の見直しを行います。また令和11年度には、最終評価を行い、次期計画に反映させることとします。

## 第8章 計画の公表・周知

本計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとするのが重要であるため、国の指針において、公表するものとします。

具体的には、市の広報誌や公式ホームページに掲載し公表するほか、地域の医師会等の関係団体に周知します。

## 第9章 個人情報の保護

本計画における個人情報の取り扱い、平戸市個人情報の保護に関する条例(令和4年12月19日平戸市条例第49号)によるほか、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じます。

## 第10章 地域包括ケアに係る取組み及びその他の留意事項

### 1. 地域包括ケアに係る取組み

本市の地域包括ケアに係る取組みとして、後期高齢者医療データと連結させた地域の実情を把握しつつ、被保険者も含めた関係者間で共有し、連携して下記事業に取り組みます。

#### ①地域で被保険者を支える連携の推進

医療、介護、予防、住まい、生活支援など暮らし全般を支えるための直面する課題について議論する場である地域ケア会議に参加します。

#### ②課題を抱える被保険者層の分析

KDBシステムによるデータを活用して、ハイリスク群・予備群などのターゲットを性・年齢・日常圏域等に着眼して抽出し、長寿介護課との共有を図ります。

#### ③地域で被保険者を支える事業の実施

抽出された対象者に対し、専門職による訪問を実施します。また、地域住民の参加する通いの場での健康教育や運動教室など介護予防の取組みと連携した、生活習慣病の発症予防や重症化予防の実施など、高齢者の保健事業と介護予防事業を一体的に実施します。

### 2. その他の留意事項

計画策定にあたり、保健所や関係機関と連携を図ります。

データ分析に基づく保険者の特性を踏まえた計画を策定するため、長崎県国民健康保険団体連合会等が行うデータヘルスに関する研修会等に積極的に参加し、保健事業実施者の資質向上に努め、被保険者に還元します。また、データ分析の結果から、課題に応じた新規事業の提案等、地域の実情に応じた対策を講じるよう努めます。

事業推進に向けては、国保運営協議会等で意見を伺う場を設けます。

### 第三期データヘルス計画における評価指標(市目標)

項目	指標	平戸市		データソース		
		基準値 (R3年度)	目標値 (R9年度)			
中長期目標	1	新規脳血管疾患患者数の減少(人(被保険者千人当たり))	11.4	11.0	KDBシステム	
	2	新規虚血性心疾患患者数の減少(人(被保険者千人当たり))	12.1	11.8	KDBシステム	
	3	新規透析患者数の減少(国保)(人)	4	3	KDBシステム	
短期目標	4	メタボ該当者・予備群の減少(%)	36.5	34.5	KDBシステム	
	5	高血圧の改善(Ⅱ度高血圧以上の減少(%))	5.0	4.9	KDBシステム	
	6	脂質異常症の減少(LDL-C180mg/dl以上または中性脂肪500mg/dl以上の減少(%))	3.5	3.5	KDBシステム	
	7	糖尿病有病者の増加の抑制(HbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上、治療中7.0%以上)の減少(%))	8.3	6.0	KDBシステム	
保健事業	特定健診	8	特定健診受診率(%)【県共通指標】	41.5	60.0	法定報告
		9	40～50歳代の受診率(%)	24.5	30.0	法定報告
		10	継続受診率(%)	64.6	80.0	法定報告
		11	新規受診率(%)	8.9	10.0	法定報告
	重症化	12	重症化予防対象者の医療機関受診率	※16 -	70.0	事業概要
		13	重症化予防対象者の新規透析者		0	事業概要
	特定保健指導	14	特定保健指導率実施率(%)【県共通指標】	47.2	60.0	法定報告
15		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(%)【県共通指標】	17.1	20.0	法定報告	

※16 重症化予防事業については、令和5年度から対象者選定基準を変更しており、令和3年度の基準値とは比較ができないため、記載していない。

### 第三期データヘルス計画における評価指標(県共通目標)

項目	指標		基準値(令和3年度)			目標値 (令和9年度)	データソース
			平戸市	長崎県	全国		
I 特定健診・特定保健指導による健康づくり							
1	特定健診受診率【市評価8の指標】		41.5	36.1	36.4	60.0	法定報告
2	特定保健指導実施率【市評価13の指標】		47.2	55.3	27.9	60.0	法定報告
3	特定保健指導による特定保健指導対象者減少率【市評価14の指標】		17.1	18.7	21.4	20.0	法定報告
II 生活習慣病予防							
4	生活習慣の改善	運動習慣(「1回30分以上運動習慣なし」の割合)	61.4	59.4	59.6	59.6	KDBシステム
5		食習慣(朝昼夕3食以外の間食や甘い飲み物を毎日摂っている者の割合)	17.2	17.3	21.2	15.0	KDBシステム
6		50歳以上74歳以下における咀嚼が良好な者の割合(咀嚼何でもかんで食べることができる)	79.6	76.2	-	85.0	KDBシステム
7		喫煙習慣(喫煙している者の割合)	13.9	12.9	12.6	12.6	KDBシステム
8	高血圧の改善	①②いずれかを満たす割合 ①収縮期血圧 $\geq 130$ mm Hg ②拡張期血圧 $\geq 85$ mm Hg	52.9	53.8	-	50.0	KDBシステム
9	脂質異常症(高脂血症)の改善	LDLコレステロール $120\text{mg/dl}$ 以上の者の割合	48.6	49.2	52.8	45.0	KDBシステム
10	糖尿病の改善	HbA1c $6.5\%$ 以上の者の割合	10.1	8.9	-	8.9	KDBシステム
11		HbA1c $8.0\%$ 以上の者の割合	1.2	1.2	-	1.0	KDBシステム
12	尿蛋白の改善	尿蛋白1+以上の者の割合	6.5	6.1	-	6.1	KDBシステム
13	糖尿病有病者の増加の抑制	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	11.5	12.0	-	10.0	KDBシステム
III 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施							
14	要介護認定者の減少	要介護認定者の割合(65歳以上)	19.4	20.2	18.8	18.8	KDBシステム

< 資 料 >

1. 健診・医療・介護のデータを同規模市（平均）・県・国と比較した  
平戸市の位置
2. 事業評価シート

1. 健診・医療・介護のデータを同規模市（平均）・県・国と比較した平戸市の位置（令和3年度）

項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 人口構成	総人口		31,910		9,487,997		1,367,110		125,640,987		
		65歳以上(高齢化率)		11,914 37.3		3,119,006 32.9		404,686 29.6		33,465,441 26.6		
		75歳以上		6,778 21.2		-- --		212,587 15.6		16,125,763 12.8		
		65~74歳		5,136 16.1		-- --		192,099 14.1		17,339,678 13.8		
		40~64歳		10,743 33.7		-- --		459,861 33.6		42,295,574 33.7		
	39歳以下		9,253 29.0		-- --		502,563 36.8		49,879,972 39.7			
	② 産業構成	第1次産業		20.0		10.8		7.7		4.0		
		第2次産業		18.3		27.2		20.1		25.0		
		第3次産業		61.7		62.0		72.2		71.0		
	③ 平均寿命	男性		79.7		80.4		80.4		80.8		
女性		86.5		86.9		87.0		87.0				
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		78.1		79.5		79.7		79.9			
	女性		84.3		84.1		84.3		84.2			
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)		115.0		103.5		103.3		100		
		男性		115.0		103.5		103.3		100		
		女性		100.9		101.5		100.1		100		
		死因	がん		123 40.5		34,318 46.8		4,770 50.6		376,305 50.2	
			心臓病		96 31.6		21,671 29.6		2,662 28.3		207,607 27.7	
			脳疾患		64 21.1		11,493 15.7		1,292 13.7		106,509 14.2	
			糖尿病		2 0.7		1,368 1.9		144 1.5		13,841 1.8	
			腎不全		13 4.3		2,860 3.9		362 3.8		26,633 3.5	
			自殺		6 2.0		1,622 2.2		189 2.0		19,357 2.6	
			不明		1 0.3		1,000 1.3		100 1.1		1,000 1.3	
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		2,388 20.0		615,011 19.7		88,412 21.8		6,681,504 20.3		
		新規認定者		32 0.3		9,337 0.3		1,186 0.3		104,278 0.3		
		介護度別 総件数	要支援1.2		6,661 13.2		1,912,040 14.1		256,882 13.6		21,145,164 12.9	
			要介護1.2		27,088 53.8		6,404,759 47.1		968,228 51.1		76,552,466 46.6	
			要介護3以上		16,626 33.0		5,277,854 38.8		670,177 35.4		66,514,484 40.5	
	2号認定者		34 0.32		10,824 0.35		1,709 0.37		155,729 0.38			
	② 有病状況	糖尿病		506 20.5		149,851 23.4		24,597 26.7		1,671,812 24.0		
		高血圧症		1,505 61.1		347,718 54.7		55,216 60.6		3,690,454 53.2		
		脂質異常症		617 24.8		196,080 30.5		31,849 34.7		2,236,475 32.0		
		心臓病		1,698 69.4		392,976 61.9		62,372 68.5		4,172,696 60.3		
脳疾患		694 29.4		154,880 24.7		23,339 25.9		1,599,457 23.4				
がん		345 13.9		72,651 11.3		12,781 13.8		817,260 11.6				
筋・骨格		1,595 65.4		344,525 54.3		56,381 62.0		3,682,549 53.2				
精神		1,132 45.7		246,532 39.0		39,688 43.6		2,562,308 37.2				
③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		325,169 3,874,067,865		312,220 973,817,512,158		329,061 133,166,356,279		303,939 9,968,212,232,861			
	1件当たり給付費(全体)		76,905		71,632		70,262		60,703			
	居宅サービス		48,181		44,604		49,723		41,736			
	施設サービス		290,024		292,564		298,941		298,733			
	④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		10,246 認定あり		8,916 認定あり		8,924 認定あり		8,517 認定あり		
認定なし		4,785		4,264		4,194		4,000				
4	① 国保の状況	被保険者数		8,471		2,098,629		335,370		28,705,575		
		65~74歳		4,131 48.8		-- --		157,579 47.0		11,915,484 41.5		
		40~64歳		2,562 30.2		-- --		104,393 31.1		9,364,369 32.6		
		39歳以下		1,778 21.0		-- --		73,398 21.9		7,425,722 25.9		
	加入率		26.5		22.1		24.5		22.9			
	② 医療の概況 (人口千人当たり)	病院数		7 0.8		875 0.4		149 0.4		8,299 0.3		
		診療所数		19 2.2		7,116 3.4		1,371 4.1		102,602 3.6		
		病床数		680 80.3		139,269 66.4		25,976 77.5		1,529,160 53.3		
		医師数		51 6.0		18,907 9.0		4,300 12.8		327,196 11.4		
		外来患者数		626.3		712.8		716.2		671.5		
入院患者数		30.5		23.9		27.1		17.9				
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		380,477 県内14位 同規模147位		382,512		388,871		329,938			
	受診率		656.811		736.683		743.257		689.34			
	外来	費用の割合		51.5		56.5		53.3		60.1		
		件数の割合		95.4		96.8		96.4		97.4		
	入院	費用の割合		48.5		43.5		46.7		39.9		
		件数の割合		4.6		3.2		3.6		2.6		
1件あたり在院日数		18.4日		17.2日		18.2日		15.8日				
④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん		382,309,240 24.1		30.5		28.4		31.5			
	慢性腎不全(透析あり)		111,304,380 7.0		7.5		9.9		8.2			
	糖尿病		171,245,190 10.8		10.9		9.2		10.5			
	高血圧症		104,131,550 6.6		6.5		6.5		6.1			
	脂質異常症		51,069,940 3.2		4.2		3.5		4.5			
	脳梗塞・脳出血		83,102,680 5.2		4.0		4.1		4.0			
	狭心症・心筋梗塞		38,749,120 2.5		2.6		2.7		3.0			
	精神		281,171,450 17.7		16.3		17.4		14.7			
筋・骨格		350,877,760 22.1		16.4		17.4		16.6				



4	⑤	医療費分析 一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	485	0.3	379	0.2	485	0.3	265	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費分析(中分類)	
				糖尿病	1,488	0.8	1,621	1.0	1,595	0.9	1,204	0.9		
				脂質異常症	14	0.0	114	0.1	108	0.1	67	0.1		
				脳梗塞・脳出血	8,605	4.7	7,296	4.4	7,570	4.2	6,051	4.6		
				虚血性心疾患	3,036	1.6	4,493	2.7	4,251	2.3	4,094	3.1		
				腎不全	5,679	3.1	4,811	2.9	5,120	2.8	4,012	3.0		
	一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	外来	高血圧症	11,808	6.0	13,245	6.1	12,994	6.3	10,463	5.3			
			糖尿病	19,264	9.8	21,694	10.0	18,070	8.7	17,531	8.8			
			脂質異常症	6,015	3.1	8,623	4.0	7,113	3.4	7,732	3.9			
			脳梗塞・脳出血	1,201	0.6	1,077	0.5	938	0.5	849	0.4			
			虚血性心疾患	2,414	1.2	2,008	0.9	2,018	1.0	1,783	0.9			
			腎不全	22,748	11.6	18,301	8.5	21,386	10.3	15,735	7.9			
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	1,756		2,467		2,061		1,920		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
			健診未受診者	14,479		14,035		13,615		13,463				
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	5,485		6,787		5,954		5,720				
			健診未受診者	45,240		38,608		39,336		40,118				
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	1,412	56.1	361,610	59.0	47,445	56.3	4,148,087	58.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		医療機関受診率	1,281	50.9	326,468	53.3	43,532	51.6	3,772,667	53.5				
		医療機関非受診率	131	5.2	35,142	5.7	3,913	4.6	375,420	5.3				
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	特定健診の 状況  県内市町村数 25市町村  同規模市区町村数 277市町村	メタボ該当・ 予備群 レベル	健診受診者	2,518		612,918		84,296		7,049,775		KDB_NO.4 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				受診率	41.2	県内10位 同規模117位	39.3	33.8	全国33位	36.1				
				特定保健指導終了者(実施率)	102	38.6	30,041	41.8	3,813	43.8	206,955	24.0		
				非肥満高血糖	254	10.1	64,972	10.6	6,662	7.9	641,898	9.1		
				メタボ	該当者	627	24.9	129,859	21.2	18,302	21.7	1,431,674		20.3
					男性	415	38.7	89,453	32.5	12,438	33.3	995,795		32.1
					女性	212	14.7	40,406	12.0	5,864	12.5	435,879		11.0
					予備群	293	11.6	67,942	11.1	10,550	12.5	803,204		11.4
				男性	187	17.4	47,121	17.1	7,231	19.4	562,548	18.1		
					女性	106	7.3	20,821	6.2	3,319	7.1	240,656		6.1
				BMI	総数	1,002	39.8	216,470	35.3	31,641	37.5	2,479,136		35.2
					男性	656	61.1	149,204	54.2	21,544	57.7	1,726,015		55.6
					女性	346	23.9	67,266	19.9	10,097	21.5	753,121		19.1
					総数	165	6.6	33,698	5.5	4,226	5.0	346,052		4.9
				男性	18	1.7	5,168	1.9	658	1.8	54,595	1.8		
				女性	147	10.2	28,530	8.4	3,568	7.6	291,457	7.4		
				血糖のみ	16	0.6	4,131	0.7	483	0.6	45,983	0.7		
				血圧のみ	223	8.9	48,957	8.0	8,008	9.5	568,607	8.1		
				脂質のみ	54	2.1	14,854	2.4	2,059	2.4	188,614	2.7		
血糖・血圧	102	4.1	20,527	3.3	2,802	3.3	213,895	3.0						
血糖・脂質	21	0.8	6,393	1.0	717	0.9	71,986	1.0						
血圧・脂質	305	12.1	59,255	9.7	9,135	10.8	680,641	9.7						
血糖・血圧・脂質	199	7.9	43,684	7.1	5,648	6.7	465,152	6.6						
6	① ②	問診の状況	服薬  既往歴	高血圧	1,194	47.4	238,358	38.9	36,551	43.4	2,505,177	35.5	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				糖尿病	295	11.7	60,060	9.8	7,853	9.3	602,856	8.6		
				脂質異常症	688	27.3	175,127	28.6	24,388	28.9	1,928,461	27.4		
				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	114	4.7	19,778	3.3	3,176	3.8	217,961	3.2		
	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	203	8.4	35,367	5.9	5,734	6.8	381,785	5.6					
	腎不全	45	1.8	5,186	0.9	697	0.8	53,447	0.8					
	貧血	423	17.5	57,363	9.7	11,648	13.9	716,377	10.5					
	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬	生活習慣の 状況	喫煙	345	13.7	78,017	12.7	11,017	13.1	959,373	13.6			
			週3回以上朝食を抜く	226	9.5	43,556	7.6	8,167	9.9	639,323	10.0			
			週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
			週3回以上就寝前夕食(H30～)	402	16.9	85,473	14.8	11,377	13.7	1,002,329	15.6			
			週3回以上就寝前夕食	402	16.9	85,473	14.8	11,377	13.7	1,002,329	15.6			
			食べる速度が速い	710	29.8	156,153	27.1	23,311	28.0	1,727,725	27.1			
			20歳時体重から10kg以上増加	799	33.5	194,209	34.8	29,918	35.9	2,247,241	35.2			
1回30分以上運動習慣なし			1,470	61.7	361,334	62.8	49,991	60.0	3,885,606	60.7				
1日1時間以上運動なし			860	36.1	274,187	47.4	37,611	45.2	3,107,008	48.5				
睡眠不足			563	23.6	138,851	24.1	18,860	22.7	1,568,254	24.5				
毎日飲酒	601	24.9	149,222	25.3	20,192	24.2	1,713,275	25.5						
時々飲酒	513	21.3	120,134	20.4	17,414	20.9	1,482,331	22.1						
⑭	一日 飲酒 量	1合未満	1,355	70.5	252,780	64.3	41,922	69.0	3,136,836	65.1				
		1～2合	411	21.4	95,279	24.2	13,226	21.8	1,124,667	23.3				
		2～3合	120	6.2	35,793	9.1	4,506	7.4	434,245	9.0				
		3合以上	36	1.9	9,369	2.4	1,095	1.8	124,208	2.6				

資料：KDBシステム

1. 事業評価シート

事業名	アウトカム	アウトプット	プロセス	ストラクチャー	評価手段	評価時期
	評価指標	評価指標	項目	項目		
1 ・ 特定健診受診率向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>①特定健診受診率60%</li> <li>②40～50歳代の受診率30%</li> <li>③継続受診率80%</li> <li>④新規受診率10%</li> <li>④事業所健診の情報提供書件数150件</li> <li>⑤健診未受診者のうち医療機関通院中の情報提供書件数250件</li> <li>⑥人間ドック、脳ドックの受診者数450件</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●対象者への受診券等通知勧奨 100%</li> <li>●未受診者、40歳到達者への受診勧奨 100%</li> <li>●土曜日・日曜日の健診及び（婦人がん検診を含める）総合健診実施回数 各1回以上</li> <li>●事業所健診の情報提供の承諾を受けた事業所 20社</li> <li>●通院中の健診未受診者への情報提供書に関する周知 100%</li> <li>●広報や防災無線、班回覧等での周知 100%</li> <li>●特定健康診査受診者のうち、健康づくりポイント制度でのグッズ抽選会への応募率 15%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●対象者へ受診券の送付</li> <li>●土曜日健診、日曜日健診、総合健診の実施</li> <li>●事業所へ健診結果提出を依頼</li> <li>●健未受診者及び40歳到達者へ、訪問、電話、通知で受診勧奨及び情報提供書の説明</li> <li>●情報提供書の活用</li> <li>●地区の班回覧、防災無線・防災メール、広報にて周知</li> <li>●健康づくりポイント制度についての周知</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●事業に必要な人員の確保 <ul style="list-style-type: none"> <li>・会計年度任用職員（保健師・管理栄養士）</li> <li>・平戸全地区に健康づくり推進員配置</li> </ul> </li> <li>●予算の確保</li> <li>●事業内容について、従事者間での情報共有及び、統一した住民への対応</li> <li>●対象者抽出のためのデータ加工</li> <li>●受診勧奨を行うための台帳管理</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①～③法定報告</li> <li>④～⑥健康管理システム</li> </ul>	翌年度法定報告時期
2-1 ・ 重症化予防事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>①医療機関受診率70%</li> <li>②翌年度重症化予防事業対象者割合の減少（前年度以下）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●保健指導実施率50%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●対象者の抽出</li> <li>●保健指導及び病院への受診勧奨を実施</li> <li>●保健指導実施後、レセプトにて受診状況確認し、必要時、再指導・再受診勧奨を実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●事業に必要な人員の確保 <ul style="list-style-type: none"> <li>・会計年度任用職員（専門職）：保健師1名、管理栄養士3名</li> </ul> </li> <li>●予算の確保</li> <li>●医療機関との連携</li> <li>●対象者の台帳管理</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①紹介状の返信またはレセプト情報</li> <li>②翌年度の健診時またはレセプト情報</li> <li>③健康管理システム</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①保健指導後3か月</li> <li>②翌年度健診時または結果説明会前</li> <li>③翌年度末</li> </ul>
2-2 ・ 糖尿病性腎症重症化予防事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>①医療機関受診率90%</li> <li>②翌年度の血糖値、e-GFR、尿蛋白の値が悪化していない人70%</li> <li>③人工透析移行者0人（令和6年度～11年度）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●未治療者・治療中断者の保健指導実施率100%</li> <li>●ハイリスク者の保健指導実施率100%</li> <li>●管理栄養士がいない医療機関からの依頼がある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●対象者の抽出</li> <li>●抽出された対象者のうち、同意が得られた人へのみ面接・訪問・電話等で保健指導を実施</li> <li>●保健指導実施後、レセプトにて受診状況確認し、必要時、再指導・再受診勧奨を実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●事業に必要な人員の確保 <ul style="list-style-type: none"> <li>・会計年度任用職員（保健師・管理栄養士）</li> </ul> </li> <li>●予算の確保</li> <li>●県・医療機関との連携</li> <li>●対象者の台帳管理</li> <li>●糖尿病指導マニュアルの活用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①紹介状の返信またはレセプト情報</li> <li>②翌年度の健診時またはレセプト情報</li> <li>③健診または医療機関の受診結果</li> <li>④本人確認かつレセプト情報</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①保健指導後3か月</li> <li>②翌年度健診時または結果説明会前</li> <li>③健診データ受領時</li> <li>④年度末</li> </ul>
3 ・ 特定保健指導実施率・改善率向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>①特定保健指導実施率（指導完了）60%以上</li> <li>②特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率20%以上</li> <li>③初回特定保健指導実施率 65%以上 <ul style="list-style-type: none"> <li>・集団健診受診者の初回特定保健指導実施率80%以上</li> <li>・個別健診受診者の初回特定保健指導実施率50%以上</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●特定健康診査（集団健診）受診者のうち、特定保健指導対象に該当した者への結果説明会案内100%</li> <li>●アウトソーシング委託医療機関数5医療機関以上</li> <li>●アウトソーシング委託医療機関での定保健指導実施率50%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●集団健診会場での特定保健指導対象者の選定及び対象該当者に結果説明会の案内・日時予約または保健指導の分割実施</li> <li>●特定保健指導対象者へ、通知や電話等で結果説明会の案内実施</li> <li>●アウトソーシング委託医療機関へ特定保健指導の依頼</li> <li>●医療機関と意見交換</li> <li>●特定保健指導実施者の質の向上 <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導実施者の学習会や研修会等への参加</li> <li>・事例検討の実施</li> <li>・指導ファイルの内容の統一及び見直し</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●事業に必要な人員の確保 <ul style="list-style-type: none"> <li>・会計年度任用職員（保健師・管理栄養士）</li> <li>・平戸全地区に健康づくり推進員配置</li> </ul> </li> <li>●予算の確保</li> <li>●医療機関との連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①～③法定報告</li> <li>④健康管理システム</li> </ul>	翌年度法定報告時期

第2部  
第四期特定健康診査等実施計画

# 目 次

第1章 特定健康診査等実施計画の基本的事項	1～2
1 背景	
2 国民医療費と生活習慣病	
3 特定健康診査・特定保健指導の導入	
4 計画の性格	
5 計画の期間	
6 第四期計画の方向性	
第2章 第三期計画の実施結果及び課題	3～5
1 特定健診実施状況	
2 特定保健指導実施状況	
3 課題と今後の取組み	
第3章 第四期計画の目標	5
1 目標値の設定	
第4章 特定健診・特定保健指導の実施	6～12
1 特定健診の実施	
2 特定保健指導の実施	
3 特定健診・保健指導年間スケジュール	
第5章 その他の事業	13
1 特定健診受診率向上対策事業	
第6章 個人情報保護	13～14
1 データ管理	
2 個人情報保護に関する関係法令等	
第7章 特定健診等実施計画の公表・周知	14～15
1 公表方法	
2 普及啓発	
第8章 その他	15
1 関係機関との連携	
2 事業従事者に求められる能力及び資質向上	

# 第1章 特定健康診査等実施計画の基本的事項

## 1. 背景

我が国の主要な疾病構造は、がん・心疾患・脳血管疾患など、いわゆる生活習慣病が多くを占めています。また、医療の進歩や衛生環境の改善により、平均寿命は男女ともに80歳を越え、世界でも高い水準に達しました。その一方で、急速な高齢化の進展の結果、医療費・介護費の増大や老々介護問題等医療と介護の両面で課題に直面しています。

生活習慣病は、偏った食生活、過度の飲酒、喫煙など不適切な生活習慣に起因する慢性疾患であり、重症化すると終生医療や介護が必要になります。その反面、予防と早期発見が可能であるため、生活習慣の改善（一次予防）と健診による早期発見（二次予防）に重点を置いた対策が求められています。国は、平成12年に「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」、本市では平成20年3月に「平戸市健康づくり計画（いきいき平戸21）」を策定しました。両計画ともに令和6年度からは第三次計画として、令和17年度を目標年度に各種施策を推進しています。

## 2. 国民医療費と生活習慣病

国民医療費（全国）は、令和3年度は45兆359億円と、前年度から4.8ポイント増加しています。（表1）増加の要因として、国は前年度の新型コロナウイルス感染症の影響等による医療費減少の反動、高齢者人口の増加および医療の高度化、特に新薬の開発等による影響を指摘しています。

また、傷病分類では、生活習慣病関連の疾患である、がん（悪性新生物）・高血圧性疾患・脳血管疾患・糖尿病・虚血性心疾患の占める割合が、医科診療医療費の約3割と高い水準を示しています。（表2）

表1 国民医療費の推移

区分	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
総額（億円）	421,381	430,710	433,949	443,895	429,665	450,359
増加率（%）	△0.5	2.2	0.8	2.3	△3.2	4.8

厚生労働省 令和3（2021）年度国民医療費の概況

表2 傷病分類別医科診療医療費【令和3年度】

傷病分類	医科診療医療費	構成割合
悪性新生物	42,479億円	13.1%
高血圧性疾患	17,021億円	5.3%
脳血管疾患	18,051億円	5.6%
糖尿病	11,994億円	3.7%
虚血性心疾患	6,824億円	2.1%
その他	227,656億円	70.3%
（総額）	324,025億円	100.0%

➡ 29.8%

厚生労働省 令和3（2021）年度国民医療費の概況

### 3. 特定健康診査・特定保健指導の導入

「高齢者の医療の確保に関する法律」（以下「法」という。）第1条には、「国民の高齢期における適切な医療の確保を図るため、医療費の適正化を推進するための計画の作成及び保険者による健康診査等の実施に関する措置を講ずる」と記載されています。この法に基づき、平成20年度から医療保険者に特定健康診査（以下「特定健診」という。）・特定保健指導の実施が義務づけられました。この事業は、生活習慣病発症の前段である内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）に着目し、その該当者及び予備群の減少を目的として、健診と保健指導を一体的かつ継続的に実施するものです。

メタボリックシンドロームの改善に特化する理由として、以下の3つが挙げられます。

- ①内臓脂肪肥満者の多くが複数の危険因子を併せ持っている
- ②危険因子が重なるほど脳卒中、心疾患等の重症化リスクが高まる
- ③内臓脂肪を減らすことで危険因子の改善にもつながる

つまり、対象者自らが、特定保健指導を通じて健康状態を自覚し、生活習慣の改善につなげることができれば、将来的に生活習慣病の受療者の減少及び重症化リスクの低減を図ることができ、その結果、生活の質の維持・向上、さらには医療費の高騰を抑制することが可能になります。

### 4. 計画の性格

本計画は、法第19条に基づき本市国民健康保険が策定する法定計画です。

なお、策定に当たっては、第三期平戸市保健事業実施計画（本書第1部）及び平戸市健康づくり計画（いきいき平戸21（第三次））の内容と整合しています。

### 5. 計画の期間

持続可能な医療保険制度を構築するための医療費適正化計画が、6年一期に改正されたことを踏まえ、本計画の実施計画も6年を一期として策定し、第四期は令和6年度から令和11年度までの計画期間となります。

なお、期間中は、事業の進捗状況や目標の達成状況を毎年度検証し、必要な場合は適宜評価・見直しを行います。

### 6. 第四期計画の方向性

国の「特定健診・特定保健指導の在り方に関する検討会」、「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」での議論の経過及び厚生労働省令、関係告示の改正を踏まえ策定しています。

第四期からの改定事項は以下のとおりとなっています。

#### 【特定健診】

- ①検査項目 中性脂肪の判定値に随時中性脂肪が追加
- ②問診項目 喫煙や飲酒に関する質問項目の見直し

#### 【特定保健指導】

- ①アウトカム評価の導入
- ②ICT活用の推進

## 第2章 第三期計画の実施結果及び課題

目標値は、特定健診等基本指針（厚労省告示）の中で保険者毎に設定されており、市町村国保は、特定健診・特定保健指導ともに60%以上と定められています。毎年度の実施結果は、令和4年度（令和3年度実績分）より国保連合会から国に報告しています。

### 1. 特定健診実施状況

本市の特定健診受診率は、全国及び長崎県と比較すると高いですが、令和2年度以降は、新型コロナウイルス感染症拡大防止のために、①集団健診の一部中止や縮小②予約制による人数制限③本市から健康づくり推進員への積極的な受診勧奨依頼をしなかった事等により受診率は低下しています。

表3 年度別特定健診受診率

区分		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (R6.1月末)
平 戸 市	目標受診率 (%)	55.0	56.0	57.0	58.0	60.0	60.0
	受診率 (%)	55.3	53.5	43.2	41.5	45.4	42.0
	受診者数 <sup>※1</sup> (人)	3,650	3,430	2,747	2,521	2,570	2,214
	対象者数 <sup>※2</sup> (人)	6,597	6,412	6,364	6,082	5,660	5,272
長崎県 (%)		39.5	39.2	32.5	36.1	37.6	—
全 国 (%)		37.9	38.0	33.7	36.4	—	—

資料：法定報告（H30～R4年度）健康管理システム（R5年度）

※1 受診者数：当該年度中に特定健診を受診した者（労働安全衛生法など他法の健康診断を受診した者の当該健康診断の結果票を受領した件数及び医療機関に定期通院している者で、その者が受けている検査の結果データを当該医療機関から受領した件数を含む）

※2 対象者数：実施年度中に40歳～74歳となる者で、かつ当該実施年度の一年間を通じて国民健康保険に加入している者（ただし、厚労省告示で定める除外規定に該当する場合（妊産婦、長期入院者、施設入所者）は対象者から除く）

### 2. 特定保健指導実施状況

#### ①特定保健指導実施率

本市の特定保健指導実施率は、令和元年度までは長崎県や全国を上回り目標値に到達していたものの、令和2年度以降は、新型コロナウイルス感染症の影響のため、対面で実施する保健指導は敬遠されることが多くなり指導実施率が低下しています。

表4 年度別特定保健指導実施率

区分		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (R6.1月末)
平戸市	目標実施率 (%)	60.0	60.0	60.0	65.0	65.0	65.0
	実施率 (%)	60.5	64.8	41.4	47.2	53.5	37.5
	終了者数 <sup>※3</sup> (人)	267	263	128	125	169	84
	対象者数 <sup>※4</sup> (人)	441	406	309	265	316	224
長崎県 (%)		58.8	58.9	55.2	55.3	56.5	—
全国 (%)		28.9	29.3	27.9	27.9	—	—

※令和5年度については初回指導実施者数を掲載 資料：法定報告（H30～R4年度）健康管理システム（R5年度）

※3 終了者数：法142条の実績報告時までに特定保健指導が完了した者

※4 対象者数：健診結果の階層化により、動機付け支援もしくは積極的支援の対象とされた者（階層化の詳細は10頁）

## ②特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率

特定保健指導の効果を反映させるための目標とした、特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率は、平成30年度に目標値を上回ったものの、令和元年度以降は受診率低下により評価できない対象者も増えたため目標値に達せず、全国、長崎県よりも下回りました。

表5 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率推移（前年度比）

区分		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (R6.1月末)
平戸市	目標減少率 (%)	18.7	19.0	19.3	19.6	20.0	20.0
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 (%)	26.1	16.5	13.8	17.1	17.7	22.4
	前年度の特定保健指導利用者 <sup>※5</sup> (人)	272	272	247	152	113	165
	本年度は特定保健指導の対象ではなくなった者 <sup>※6</sup> (人)	71	45	34	26	20	37
長崎県 (%)		19.9	18.3	14.3	18.7	20.4	—
全国 (%)		21.3	21.0	16.6	21.4	—	—

資料：法定報告（H30～年R4度）健康管理システム（R5年度）

※5 前年度の特定保健指導利用者：本年度の特定健診受診者の内、前年度に特定保健指導対象者となり、1回以上特定保健指導を受けた者

※6 本年度は特定保健指導の対象ではなくなった者：前年度の特定保健指導利用者の内、本年度に特定保健指導の対象者ではなくなった者

## 3. 課題と今後の取組み

特定健診受診者数が減少しているため、第四期でも、特定健診受診者数の増加を最優先課題として位置づけます。具体的には、特定健診未受診者対策、勧奨方法の見直し、他機関（団体）との連



携など多角的な取組みを実践していく必要があります。

また、集団健診が予約制となったことから、予約の利便性向上のため、ICTの活用についても検討していきます。

特定保健指導については、特定健診時の分割実施や、従来型の対面式と合わせて、対象者の利便性を図るためにICTを活用した保健指導を導入し、実施率の向上を図ります。

加えて、特定保健指導実施者の質の更なる向上や委託先の拡充、連携強化を図ります。

## 第3章 第四期計画の目標

### 1. 目標値の設定

第三期計画における特定健診・特定保健指導実施率の目標値について、令和2年度に中間見直しを行った際、平成30年度・令和元年度の特定保健指導実施率が目標値である60%を超えていたため、65%に上方修正しましたが、直近の実績では、第三期当初の目標値として国が示す指標である60%に達しませんでした。今後も、感染症対策の影響が考えられることから、第四期の目標値は、国が示す特定健診受診率60%、特定保健指導実施率60%を維持します。

また、特定保健指導の効果検証をするため、特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率を第四期でも目標とし、目標値を20%とします。

表4 特定健診受診率目標値と見込数

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
目標受診率(%)		50.0	52.0	54.0	56.0	58.0	60.0
見込数	対象者(人)	5,914	5,778	5,584	5,380	5,175	4,971
	受診者(人)	2,957	3,005	3,015	3,013	3,002	2,983

表5 特定保健指導実施率目標値と見込数

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
目標実施率(%)		55.0	56.0	57.0	58.0	59.0	60.0
見込数	対象者(人)	340	346	347	346	345	343
	終了者(人)	187	194	198	201	204	206

表6 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率目標値と見込数

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
目標減少率(%)		18.0	18.5	19.0	19.5	20.0	20.0
見込数	前年度特定保健指導利用者(人)	152	188	196	199	202	205
	本年度特定保健指導の対象でなくなった者(人)	27	35	37	39	40	41

## 第4章 特定健診・特定保健指導の実施

### 1. 特定健診の実施

#### (1) 健診項目

特定健診の健診項目は、厚生労働省令（特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準）に定められており、「基本項目」と「詳細項目（医師の判断により実施する項目）」が法定項目であり、本市ではその他に、追加項目として、貧血検査・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血・HbA1cを全員に実施しています。（表7）

表7 健診項目一覧

区分		内容	
特定健康診査	基本項目	既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣等の状況に係る調査（質問票）を含む
		自覚症状及び他覚症状の検査（理学的検査）	
		身体計測	身長
			体重
			腹囲
			BMI
		血圧	収縮期血圧
			拡張期血圧
		血中脂質検査	中性脂肪（空腹時または随時）
			HDL-コレステロール
	LDL-コレステロール		
	肝機能検査	AST（GOT）	
		ALT（GPT）	
		γ-GTP	
血糖検査	空腹時血糖またはヘモグロビンA1c（ただし、やむを得ない場合は随時血糖）		
尿検査	糖		
	蛋白		
詳細項目	心電図検査		
	眼底検査		
追加項目	貧血検査	赤血球数	
		血色素量	
		ヘマトクリット値	
	血清クレアチニン		
	尿酸		
尿潜血			

表8 詳細項目実施基準

項目	基準（以下のいずれかに該当する者 ※数値は当該年度の健診結果）	
心電図検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・血圧が収縮期140mmHg以上もしくは拡張期90mmHg以上</li> <li>・問診等において不整脈が疑われる</li> </ul>	
眼底検査	血圧	収縮期140mmHg以上もしくは拡張期90mmHg以上
	血糖	血糖値126mg/dl以上（空腹・随時）もしくはHbA1c 6.5%以上

## (2) 脳ドック・人間ドック

本市独自の健診として、市内医療機関において特定健診の項目を含む下記内容で、特定健診に代えて脳ドック・人間ドックを実施しています。40～74歳になる国民健康保険税の滞納(過年度)がない人が対象者です。

表9 脳ドックと人間ドック内容

種別	内容
脳ドック	特定健診+心電図+脳検査 (MRI・MRA)
人間ドック	特定健診+腹部超音波+心電図+眼底+がん検診 (胃がん検診・肺がん検診・大腸がん検診) + オプション (乳がん検診・前立腺がん検診・胃がんリスク検診)

## (3) 実施体制

本市の特定健診は、集団健診及び個別健診の併用で、がん検診と同時実施する総合健診方式で実施します。具体的な期間・実施日・会場は、委託先との協議・調整の上で決定します。(表10)

なお、集団健診については、各地区の被保険者数や前年度の受診者数の推移を踏まえ、隣接地区での集約化を図るなどの検討を行います。

また、感染症予防対策のために、引き続き予約制を導入します。

表10 集団健診と個別健診

実施体制	集団健診	5月～7月頃 1月頃	地区の集会施設等、市立医療機関を会場とする
	個別健診 (ドック含む)	7月～1月頃	市内医療機関で実施する

## (4) 特定健診未受診者にかかる診療情報提供

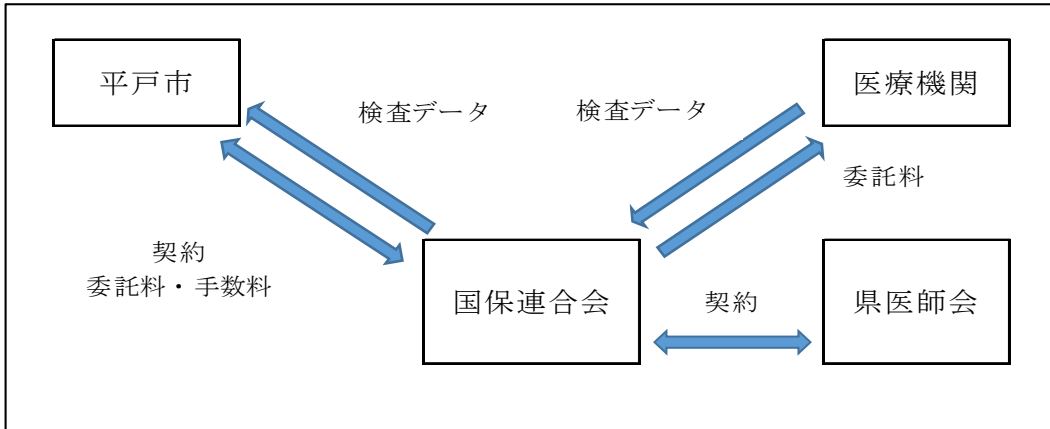
治療中であっても、特定健診の受診は重要ですが、医療機関受診中のため健診を受けない対象者においては、診療データが特定健診の検査項目を満たしている場合、医療機関が本人同意の下にデータを提供することで、特定健診を受診したとみなすことができます。

平成27年度から長崎県国民健康保険団体連合会が事務受付となり、県内全域で実施していません(ただし、医師会に所属している医療機関に限る)。

診療情報提供は、特定健診の未受診者対策の一環として行い、実施にあたっては下記事項に留意します。

- ①年度当初からの積極的な利用勧奨は行わない。特定健診の受診勧奨を優先する。ただし、被保険者本人の選択は妨げない。
- ②診療情報提供利用勧奨の方法として健診未受診者に対して個別通知を実施する。また、被保険者から利用希望の申出があった際にも対応する。

図1 診療情報提供の流れ



### (5) 事業者健診結果票の受領

労働安全衛生法等、他法に基づく健診を受診した場合、法第20条ただし書により、その結果票を提出することで特定健診の受診に代えることができます。提出された結果票をもとに特定保健指導を行うため、受診者の把握に努めることが重要です。下記の受領方法により対応します。

なお、法第27条第2項及び第3項にて、保険者は事業者の結果票の写しの提供を求めることができ、事業者は提供を求められた場合、保険者に当該結果票を提供しなければならないと定められています。

#### 【受領方法】

- ①事業者からの受領
- ②実施医療機関からの受領
- ③受診者本人からの受領

上記①及び②で受領する場合は、事前に被保険者本人へ趣旨を説明の上、同意を得ることを前提とします。③については、担当部署だけでなく、各支所・出張所の窓口でも対応できるようにします。

### (6) 周知・案内の方法

被保険者への事業内容や健診日程等の周知は、受診率を向上させるための前提条件になります。情報を広く、かつ、分かりやすく提供することが重要であるため、その提供方法や内容については、不断の見直しを行い、効果的なものとなるよう努めます。特に、受診率が低い若年層への働きかけを重点的に行います。主な周知広報活動については、以下の取組みを行います。

- ①個別勧奨
  - ・健（検）診日程表の送付
  - ・受診勧奨通知書の送付
  - ・訪問、電話勧奨

## ②広報媒体

- ・ 嘱託員便による回覧（案内チラシ・リーフレットの送付等）
- ・ ポスターの掲示
- ・ 防災メールによる周知
- ・ 広報平戸への掲載（不定期）
- ・ ホームページへの掲載

## ③その他

- ・ 健康づくり推進員による受診勧奨
- ・ まちづくり運営協議会による広報周知
- ・ 健康教育や食生活改善推進員の活動を通じた周知

## 2. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施にあたっては、対象者に特定健診の結果を説明し、生活習慣における課題を認識してもらうことが前提になります。その上で、自らの意志による行動変容によって健康課題を改善し、健康的な生活を維持できるよう、保健師・管理栄養士が必要な情報の提示と助言等の支援を行います。

### (1) 対象者の選定基準

特定保健指導対象者は、厚生労働省令（特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準）に基づき表 11 により、積極的支援または動機づけ支援に階層化されます。ただし、血糖・脂質・血圧のいずれかの薬を服用している場合は指導対象外となります。

また、第三期から、2年連続して積極的支援に該当した者で、1年目に比べて2年目の状態に改善（BMI 30未満の場合は腹囲1cmかつ体重1kg以上減、BMI 30以上の場合は腹囲2cmかつ体重2kg以上減）がみられる場合は、動機付け支援相当の支援レベルにして良いこととなっています。

表 11 階層化の基準

腹囲	追加リスク		④喫煙歴	対象	
	①血糖	②脂質		③血圧	40歳～64歳
≥85cm（男性） ≥90cm（女性）	2つ以上該当		あり なし	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当				
上記以外で BMI 25以上	3つ該当		あり なし	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当				
	1つ該当				

- ①血糖：空腹時血糖 100mg/dl 以上、または HbA1c 5.6% 以上  
 ②脂質：空腹時中性脂肪 150mg/dl 以上（随時 175mg/dl 以上）、または HDL コレステロール 40mg/dl 未満  
 ③血圧：収縮期 130mmHg 以上、または拡張期 85mmHg 以上

## (2) 実施内容

階層化の基準（表 11）を元に選定した対象者に初回面接を行い、その後、指導レベル別に評価・支援を行います。面接の形態は、対象者の属性や特徴に応じた具体的な指導を行うことで特定保健指導の効果を高める観点から、個別指導を原則とします。（図 2）

また、積極的支援においては、原則 180 ポイント（介入量）以上の継続した介入をすることとなっています。

なお、第四期（令和 6 年度以降）から下記のとおり、腹囲 2 cm 及び体重 2 kg 減を達成した場合には介入量は問わない等、成果を重視した特定保健指導の評価体系へ見直しが行われました。

### 【第四期の見直しの概要】

#### ① 評価体系の見直し

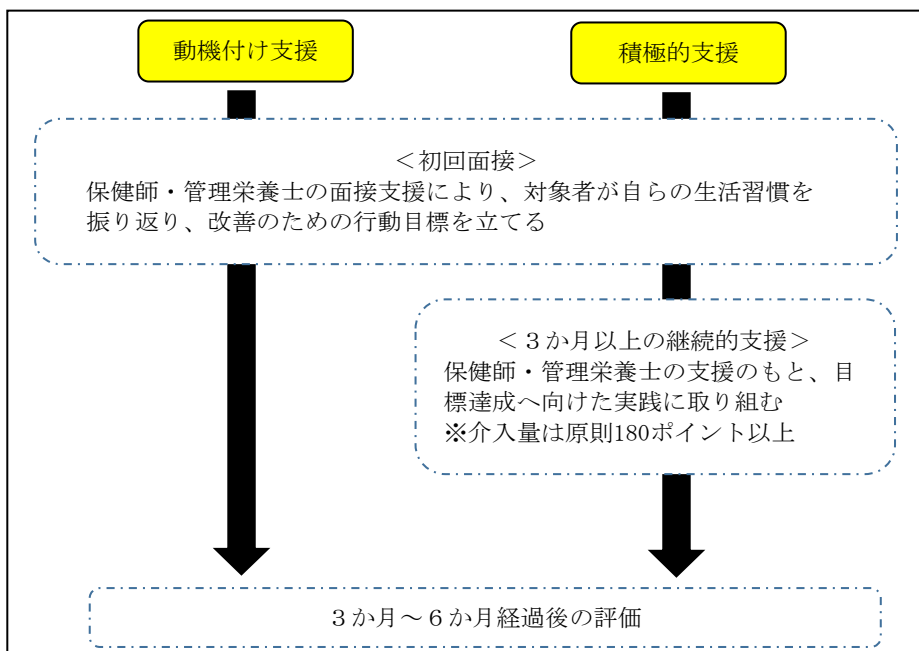
- ・アウトカム評価を導入し、主要達成目標を腹囲 2 cm・体重 2 kg 減を達成した場合は、保健指導の介入量を問わずに終了できる。
- ・行動変容や腹囲 1 cm・体重 1 kg 減の成果と保健指導の介入を合わせて保健指導終了とする。
- ・プロセス評価は、時間に比例したポイント設定ではなく、介入 1 回ごとの評価とした。

#### ② 特定保健指導初回面接の分割実施の条件緩和

- ・特定保健指導初回面接は、特定健診実施日から 1 週間以内であれば、初回面接の分割実施として取り扱えることになり、早期実施を新たに評価することとした。

#### ③ 保健指導における ICT 活用の推進

図 2



## (3) 実施時期・場所

指導の実施時期と場所は表 12 のとおりです。集団健診会場で、特定保健指導対象者になる見込みの人には、結果説明会を案内し、予約時間を設定します。結果説明会に参加できない場合に

は健診会場において特定保健指導（分割実施）を行います。

さらに、特定健診の結果にて、特定保健指導対象者が確定した場合には、対象者全員に結果説明会の通知及び電話により案内します。

表 12 実施場所・時期

健診種別	実施時期（初回面接）	実施場所（初回面接・実績評価）
集団健診受診者 （直営）	・健診受診から約1ヶ月半後もしくは 健診受診当日 ・上記時期に指導できなかった場合は 別途個人の都合に合わせた時期	・受診会場 ・自宅や職場 ・近くの公共施設など
個別健診受診者 （直営）	・健診受診から約2ヵ月後 ・上記時期に指導できなかった場合は 別途個人の都合に合わせた時期	・自宅や職場 ・近くの公共施設など
個別健診受診者 （外部委託）	・健診日当日もしくは診療日等個人の 都合に合わせた時期	・受診医療機関など

#### (4) 実施期間

通年実施とします。

当該年度に特定保健指導の対象となった者については、原則、当該年度末までに初回面接を行います。

#### (5) 外部委託

個別健診受診者に対する特定保健指導実施率を向上させるため、平成28年度から特定健診実施医療機関の一部医療機関に特定保健指導の委託をしています。

令和6年度から、早期介入が重視されることから、今後は委託先の拡充を図ります。

なお、契約形態は個別契約とします。

#### (6) 特定保健指導対象者への二次検査

インスリンの分泌状況や動脈硬化の状態などを把握し、特定保健指導をより具体的かつ効果的に行うことを目的に、以下の条件を満たす者に対し二次検査を実施します。

##### ①対象

- ア 特定保健指導対象者
- イ 60歳以下
- ウ HbA1c値が6.4%以下
- エ 国民健康保険税の滞納がない
- オ 過去3年以内に本検査を受けていない

②検査内容

75g糖負荷検査、尿中微量アルブミン検査

### 3. 特定健診・保健指導年間スケジュール

特定健診・特定保健指導は表13のとおり実施しています。

表13 年間スケジュール

月	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診機関との契約</li> <li>・健診対象者の抽出及び受診券等の印刷・通知発送</li> <li>・事業所健診情報提供依頼</li> <li>・集団健診予約受付</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・結果説明会会場確保</li> <li>・委託医療機関スタッフとの連絡調整</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診をはじめとした各種健診、結果説明会の広報（通年）</li> </ul>
5月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・集団健診開始</li> <li>・個別健診実施依頼</li> </ul> <p style="text-align: right;">【特定健診開始】</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診会場での分割実施開始（5月～1月）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康診査、後期高齢者健診、がん検診開始</li> </ul>
6月		<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者の抽出、通知、電話勧奨（6月～3月）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・代行機関（国保連合会）を通じて費用決裁の開始</li> </ul>
7月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別健診開始</li> </ul>		
8月			
9月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・集団健診未受診者への通知</li> </ul>		
10月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所健診提供依頼</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・前年度特定健診・保健指導実績報告終了（法定報告）</li> </ul>
11月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診未受診者への電話勧奨等</li> </ul>		
12月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・次年度健診予算確保</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・次年度予算確保</li> </ul>	
1月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療情報提供依頼</li> </ul>		
2月			
3月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・次年度の健診日程表、問診票印刷</li> <li>・会場確保</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当該年度受付終了</li> </ul>	



## 第5章 その他の事業

### 1. 特定健診受診率向上対策事業

#### (1) 健康づくり推進員の設置

住民の健康に関する興味や関心を高めてもらうための地区におけるリーダー的役割、行政と地区住民のパイプ役として、特定健診・がん検診の受診勧奨や、研修会で学んだことの地区伝達などを実施しています。

健康づくり推進員は、行政区毎の区長により推薦された人を市長が委嘱します。

#### (2) 健康づくりポイント事業

健（検）診受診や、運動等健康づくりの取組みを行う事でポイントを付与し、付与されたポイント数に応じて抽選で健康グッズ等と交換することにより、受診率向上と健康に対する意識向上及び健康の保持増進を図ることを目的として実施します。

対象者：本市国民健康保険被保険者（40～74歳）

#### (3) 未受診者対策

ナッジ理論を活用したハガキ通知や電話などによる受診勧奨を実施します。

## 第6章 個人情報の保護

### 1. データ管理

#### (1) 管理方法

第三期計画と同様、表14のシステムを用いてデータ管理をします。なお、システムを稼動するに当たり、保守点検業務の内容を委託契約もしくは提供元との協議により定めます。

また、システム内に記録、保存するため、健診記録、指導記録を受領した場合には、個人情報保護法及び本市の文書管理規定に基づいて管理します。

表14 データ管理をするシステム及び提供元

システム名	提供元
ログヘルス21/ADⅡ（健康管理システム）	NBC情報システム株式会社
特定健診等データ管理システム	長崎県国民健康保険団体連合会

## (2) 保存期間

厚生労働省令（特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準）に基づき最低5年間保存します。5年を超過したデータの取扱いは、システム提供元との協議により決定します。

## (3) 結果データの受領

特定健診の結果及び特定保健指導の記録は、以下のものを受領します。

- ①健診実施機関が代行機関に提出した健診結果データ
  - ・特定健診等データ管理システムに登録されたもの
- ②健診実施機関が作成したCD
  - ・健診結果を記録したもの
- ③紙媒体
  - ・平戸市健康診査受診票
  - ・特定保健指導記録一式
  - ・事業者健診結果の記録
  - ・情報提供書

## 2. 個人情報保護に関する関係法令等

当保険者及び健診実施機関には、以下の関係法令等を遵守する義務があります。そのため、事業の実施に際しては、委託契約書で個人情報の管理方法を明確に定めます。

- ①個人情報保護法
- ②平戸市個人情報の保護に関する条例
- ③医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス

また、当保険者「国民健康保険法第120条の2」、健診実施機関には「高齢者の医療の確保に関する法律第30条及び同法第167条」により守秘義務と罰則に関する規定が定められています。

## 第7章 特定健診等実施計画の公表・周知

### 1. 公表方法

本計画は、法第19条3項により、作成・変更時は遅滞なく公表することが義務付けられており、その目的は、被保険者や業務に携わる関係機関に計画期間中の取組み方針を示すことにあります。具体的な公表方法について、以下のとおりとします。

- ①本市ホームページへの掲載
- ②市役所及び各支所・出張所での閲覧
- ③医療機関（健診実施機関）への配布

## 2. 普及啓発

第1章で記述したとおり、特定健診・特定保健指導は法により実施が義務付けられていますが、事業を推進するためには、被保険者の自発的な行動が前提になります。そのためには、本計画の公表・周知に加え、「特定健診・特定保健指導をなぜ受けなければならないのか」等、情報提供や啓発を進め、被保険者に理解を深めてもらう必要があります。8頁（6）周知・案内の方法に記載している方法や健康教育を活用して、これらの取組みを進めていきます。

# 第8章 その他

## 1. 関係機関との連携

### (1) 本市医師会

事業実施にあたり、事業計画の立案や予算編成に係る事前の調整や事務連絡等、更なる連携を図ります。

また、業務を委託する医療機関とも連絡を密にするなど、業務が円滑に遂行されるよう努めていきます。

### (2) 庁内関係部門

医療費の高騰が続いている中、国民健康保険の持続的かつ安定的な運営を図るため、国保事業に携わる部門（給付担当・保健事業担当）内の連携がこれまで以上に求められます。国は、保険者努力支援制度を創設し、保険者に一層の取組みを促しています。限られた予算・人員の中で事業が効果的に展開されるよう、庁内関係部門との連携体制の構築に努めます。

## 2. 事業従事者に求められる能力及び資質向上

標準的な健診・保健指導プログラムには、事業の企画・立案から事業の実施・評価に至るまでの一連のプロセスを行う能力と保健指導実施者に求められる能力の2つが記載されています。

また、事業を実施するうえで、常に制度改正や新たなガイドライン提示など、最新の動向を把握することが重要になります。長崎県が開催する研修会への積極的な参加、他市町の優良事例の導入、自己研鑽など、課題解決に向けた取組みを、事業に従事する全職員が実践していきます。

第三期平戸市保健事業実施計画  
(データヘルス計画)

第四期特定健康診査等実施計画

---

発行年月 令和6年3月  
発行 平戸市  
〒859-5192 長崎県平戸市岩の上町 1508 番地 3  
TEL 0950-22-9125 FAX 0950-22-4241