

第二期平戸市保健事業実施計画
(データヘルス計画)

・

第三期特定健康診査等実施計画

平成 30 年度～平成 35 年度

平成 30 年 3 月

平戸市国民健康保険

第1部
第二期平戸市保健事業実施計画
(データヘルス計画)

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. 背景・目的

近年、特定健康診査（以下「特定健診」という。）及び後期高齢者に対する健康診査の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展、国保データベース(KDB)システム（以下「KDB」という。）等の整備により、保険者が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤の整備が進んでいます。

こうした中、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、保険者はレセプト等や統計資料等を活用することにより、特定健康診査等実施計画（以下「特定健診等実施計画」という。）の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたところでありますが、今後は、更なる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを活用しながら、被保険者をリスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチ^{※1}から重症化予防までを網羅的に保健事業を進めていくことが求められています。

平成27年5月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなりましたが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行うこととなっています。

また、医療保険加入者の疾病予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成30年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度が創設されることとなりました。

本市では、こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）^{※2}（以下「国指針」という。）の一部改正に基づき、健康・医療情報を活用してPDCA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、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進、糖尿病等の発症や重症化予防等の保健事業の実施・評価・改善等を行うものとします。

本市においては、国の指針に基づき、「第二期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図ることを目的とします。

※1 ポピュレーションアプローチ：対象者を一部に限定しないで集団全体にアプローチをする考え方

※2 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）、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成26年厚生労働省告示第141号）

2. 保健事業実施計画（データヘルス計画）の位置付け

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、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、PDCA サイクルの考えで効果的かつ効率的な保健事業の推進を図るための実施計画です。（図1、図2）

計画は、「国民健康づくり運動（健康日本21（第二次）」に示された基本方針を踏まえるとともに、「健康ながさき21（第2次）（長崎県健康増進計画）」「いきいき平戸21（第二次）（平戸市健康づくり計画）」「介護保険事業計画」及び「第2次平戸市食育推進計画」で用いた評価指標を用いるなど、これらの計画との調和・整合性を図りながら推進していきます。（図3）

図1 特定健診・特定保健指導と健康日本21(第二次)

－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－

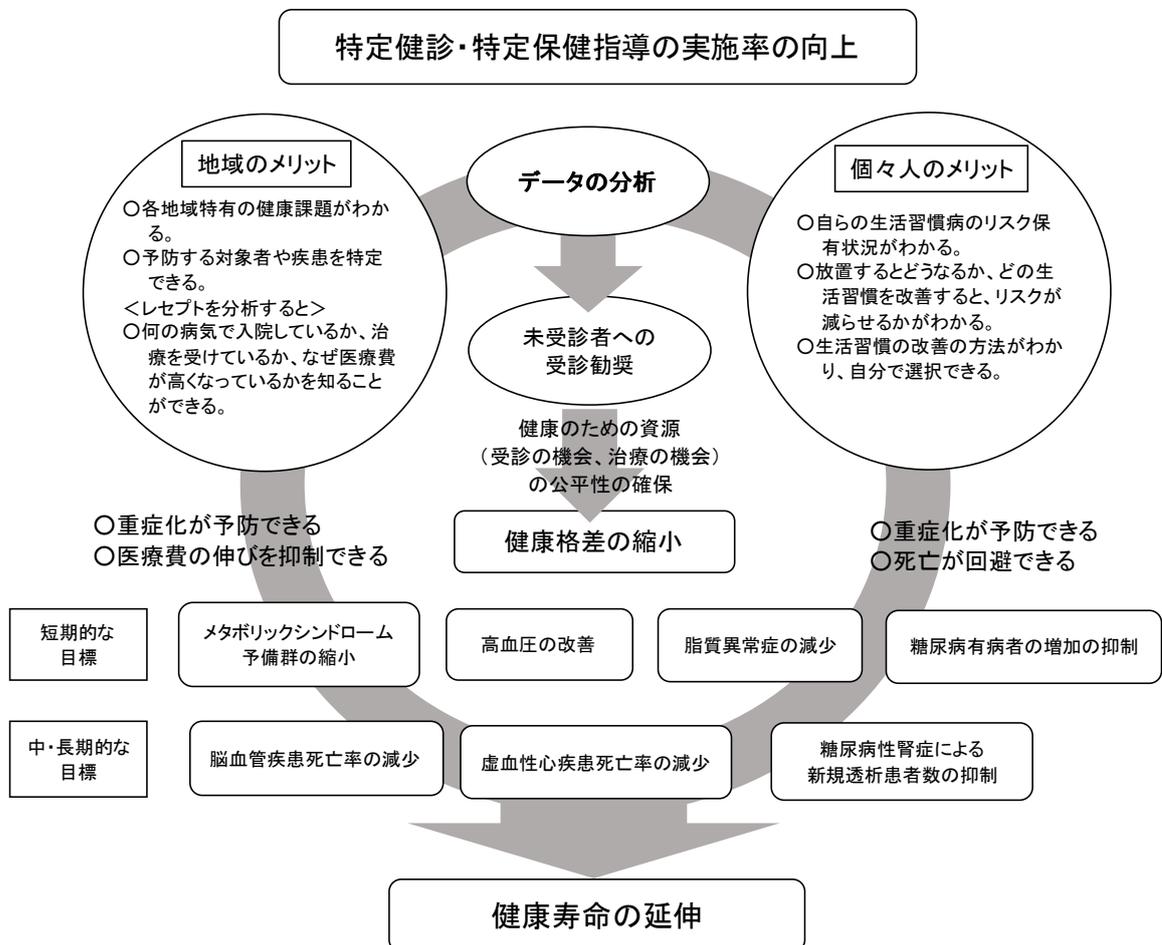


図2 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル

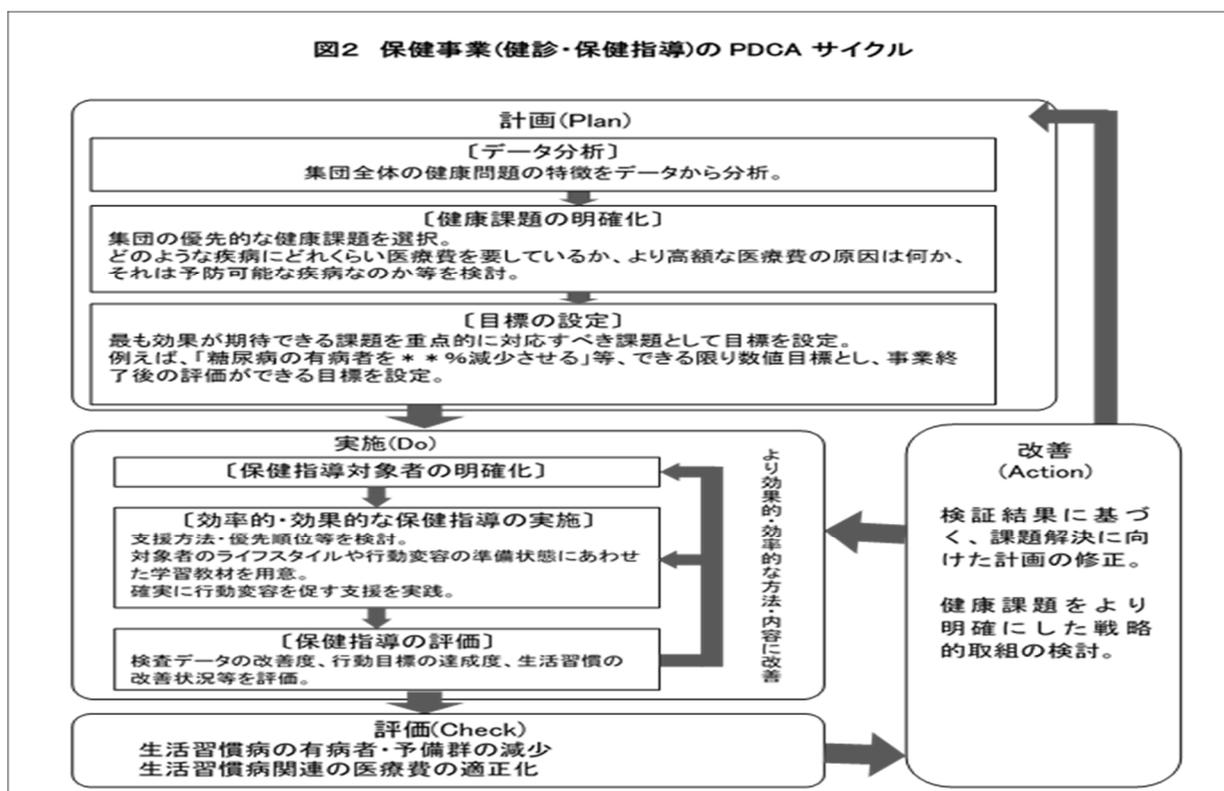
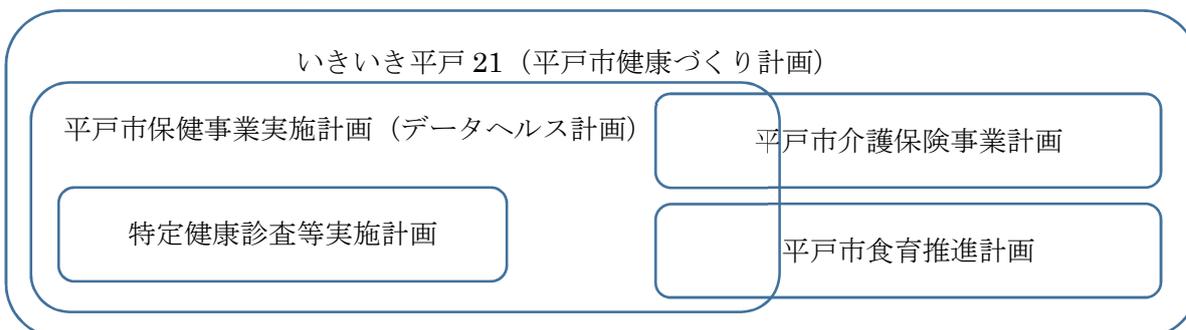


図3 法定計画等との位置づけ



3. 計画の期間

本計画は、「第三期特定健診等実施計画」と併せた計画とし、期間は平成 30 年度から平成 35 年度までの 6 年とします。また、毎年度評価・見直しを行います。

4. 実施体制・関係者連携

本計画は、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わることが大切になります。さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう担当者・チームの業務を明確化・標準化する等、体制も整えます。また、計画の実効性を高めるため介護保険サービスを利用する被保険者が相対的に多いという特性を踏まえ、地域包括ケアに係る分野や、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、健康保険組合等の医療保険者、国民健康保険団体連合会や長崎県とも連携し事業を推進します。

第2章 現状の整理

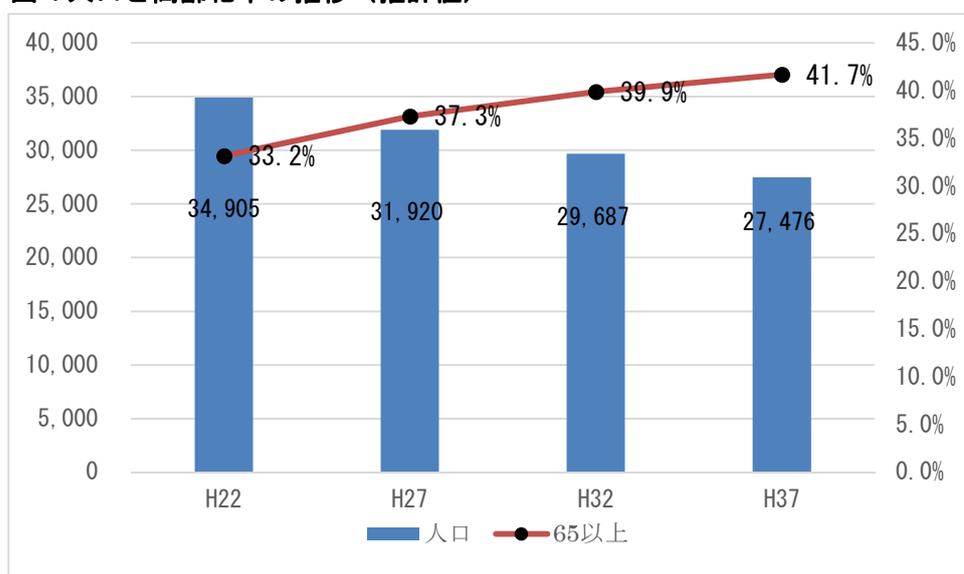
1. 保険者等の特性

(1) 人口動態

① 人口構成

本市の人口は、住民基本台帳では平成27年10月1日現在において31,920人であり、平成17年の合併時から10年間で6,469人が減少しています。高齢化率は37.3%で、年々高齢化が進んでいます。(図4)長崎県、全国と比較しても高齢化率は非常に高く、3人に1人が65歳以上という状況です。(表1)今後、人口減少・高齢化は進み平成37年には27,476人、高齢化率41.7%と推計されています。(図4)

図4 人口と高齢化率の推移（推計値）



	H22	H27	H32	H37
人口	34,905	31,920	29,687	27,476
0～14	12.8%	11.7%	12.7%	13.3%
15～64	54.0%	51.0%	47.4%	45.0%
65以上	33.2%	37.3%	39.9%	41.7%
うち75以上	18.8%	-	21.9%	24.3%

資料：平戸市総合戦略（人口ビジョン）

※推計人口は平成22年の国勢調査人口34,905人を基準に「平戸市総合戦略」等による人口減少抑制の効果として社会増減が2,040年にゼロとなるよう改善されていくと仮定し独自推計を行った。

表1 年齢別人口構成の比較（平成27年）

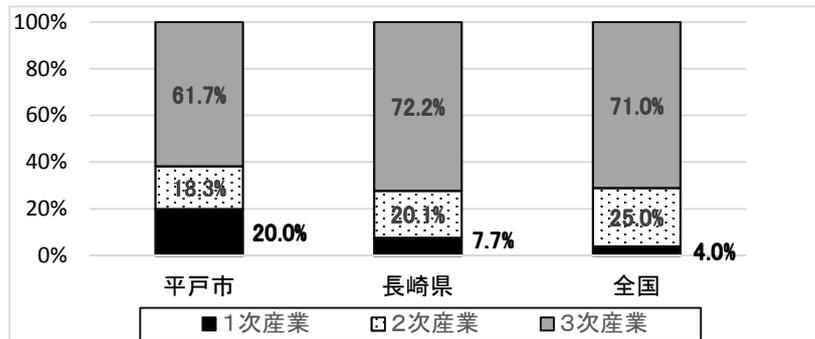
	人口	構成割合 (%)		
	(人)	0～14	15～64	65才以上
平戸市	31,920	11.7	51.0	37.3
長崎県	1,377,187	13.0	57.4	29.6
全国	127,094,745	12.6	60.7	26.6

資料：国勢調査

② 産業別人口構成の状況

本市の産業別人口構成は、長崎県、全国と比較すると第1次産業の就労者が多い状況です。(図5)

図5 産業別人口構成の比較(平成27年)

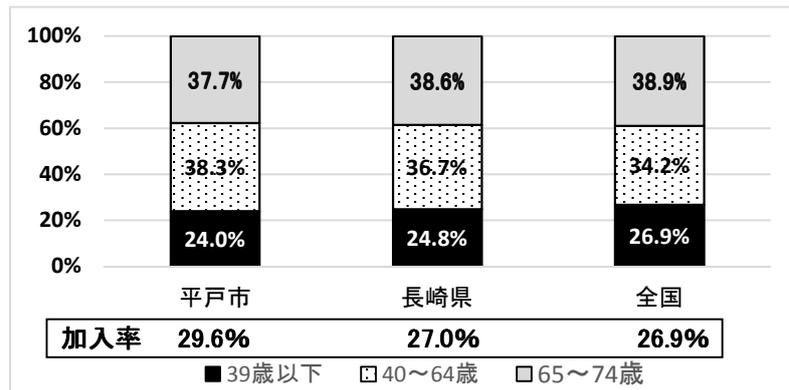


資料：国勢調査

③ 被保険者の状況

国民健康保険の加入率は29.6%であり、長崎県、全国と比較すると高く、年齢構成を見ると39歳以下の割合が24.0%と低い状況です。(図6)

図6 国民健康保険の加入率と被保険者の年齢構成の比較(平成27年)



資料：KDB システム

2. 目標達成状況と評価

第一期データヘルズ計画では、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の共通のリスクである「高血圧」「脂質異常」「高血糖」「メタボリックシンドローム(以下「メタボ」という。))」を減らしていくことを短期的目標とし、以下の指標を評価指標としました。

ただし、この計画は平成28年3月に策定し、平成28年度から29年度の2カ年間の実施計画であるため取り組みの評価が出来る時期には至っていません。そのため平成28年度の1年間の実績を途中経過として報告するものです。

なお、指標については、国・県・同規模市との比較が可能である平成25年度を起点としています。

①新規透析患者数	平成 25 年度	平成 28 年度	平成 29 年度目標値
	15 人	14 人	減少傾向へ
②メタボ予備群・該当者	平成 25 年度	平成 28 年度	平成 29 年度目標値
	1,368 人	1,349 人	1,050 人

メタボ予備群・該当者は 19 人減少していますが、特定健診の受診総数が減少した影響によるものと考えられます。特定健診受診者に占める出現率から考えると、平成 25 年度 31.6%から、平成 28 年度 35.4%と増加しています。第一期データヘルス計画の目標値を該当者数で考えていましたが、受診者数によって該当者数は大きく影響するため、今後は出現率でみていく必要があります。

③治療していない高血圧症Ⅱ度 (160/100mmHg)以上の者	平成 25 年度	平成 28 年度	平成 29 年度目標値
	155 人	125 人	減少傾向へ

治療していない高血圧症Ⅱ度以上の者が、平成 25 年度 155 人から平成 28 年度 125 人と 30 人減少しました。受診者に占める出現率も 7.6%から 6.6%と減少しています。

④治療していない LDL- C180mg/dl 以上の者	平成 25 年度	平成 28 年度	平成 29 年度目標値
	103 人	92 人	減少傾向へ

治療していない LDL-C180mg/dl 以上の者が平成 25 年度 103 人から平成 28 年度 92 人と 11 人減少しましたが、受診者に占める出現率は 2.9%から 3.0%に増加しました。

⑤治療していない HbA1c6.5%以上 の者	平成 25 年度	平成 28 年度	平成 29 年度目標値
	91 人	101 人	減少傾向へ

治療していない HbA1c6.5%以上の者が平成 25 年度 91 人から平成 28 年度 101 人と増加し、受診者に占める出現率も 4.4%から 5.8%と増加しています。

⑥治療していない尿蛋白 2+以上 の者	平成 25 年度	平成 28 年度	平成 29 年度目標値
	20 人	12 人	減少傾向へ

治療していない尿蛋白 2+以上の者が、平成 25 年度 20 人から平成 28 年度 12 人と減少し、受診者に占める出現率も 2.5%から 2.3%と減少しています。

⑦治療していない e-GFR50 未満 の者 (70 歳以上 40 未満)	平成 25 年度	平成 28 年度	平成 29 年度目標値
	21 人	19 人	減少傾向へ

治療していない e-GFR50 未満 (70 歳以上 40 未満) の者が平成 25 年度 21 人から平成 28 年度 19 人と 2 人減少し、受診者に占める出現率は 2.9%となっています。

⑧特定健診受診率	平成 25 年度	平成 28 年度	平成 29 年度目標値
	54.3%	52.8%	60.0%

特定健診受診率は、平成 24 年度をピークに減少傾向にあります。男女別、年代別で比較しましたが全てにおいて減少傾向が見られました。

⑨特定保健指導率	平成 25 年度	平成 28 年度	平成 29 年度目標値
	48.5%	59.2%	60.0%

特定保健指導率は、平成 25 年度と比較すると 10.7 ポイント上昇し、第 2 期特定健診等実施計画で定める平成 28 年度の目標値の 55%を達成しました。

⑩40歳に達する人の受診者数	平成25年度	平成28年度	平成29年度目標値
	11人	15人	増加傾向へ

特定健診受診者で40歳になる人は、平成25年度と比較すると4人増加しています。

3. 第一期平戸市保健事業実施計画に係る考察

第一期平戸市保健事業実施計画（データヘルス計画）で策定した保健事業及び医療費適正化事業について以下のとおり考察いたします。※ は第一期平戸市保健事業実施計画の内容を記載しています。

(1) 特定健診の取り組み

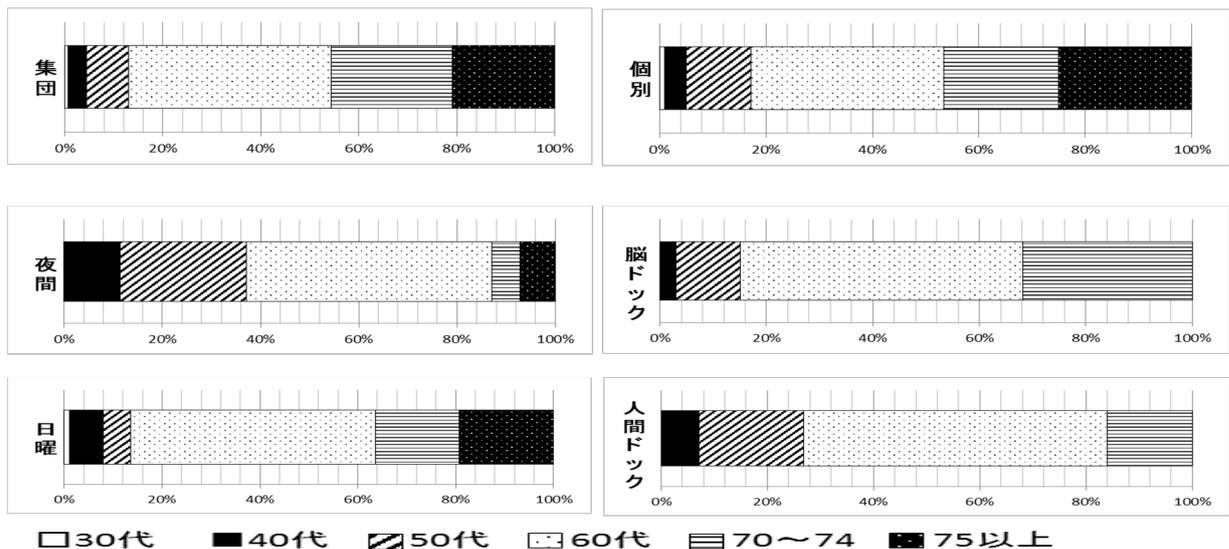
① 受診しやすい体制づくり

日曜日、夜間、早朝などに健診を実施することにより、働き盛りの40～50歳代がより受診しやすい健診の体制づくりに努めていきます。

平成28年度の40～50歳代の受診状況を健診形態別で見ると、夜間健診・日曜日・個別・人間ドックに若い年代の受診が多い傾向がみられました。（図7）そこで、平成29年度は夜間・日曜日の健診日を増やすとともに、人間ドックの周知方法の改善も行いました。

図7 健診形式別受診者状況（平成28年度）

（％）



資料：法定報告

多くの検査項目を網羅している人間ドックの対象者を、40～74歳の5歳きざみの節目から40～74歳に拡大し、健診受診のきっかけ作りや継続受診につなげていきます。

平成28年度は、対象年齢の拡大に伴い募集人員を50名から200名に増やしました。広報平戸や班回覧による周知では、受診者は15名から52名のわずかな増加だったため、平成29年度には周知方法を改善し、特定健診の個人通知に人間ドック・脳ドックの申込書を同封しました。また、受付方法を心理的な受診行動を誘うよう先着順としました。その結果、平成29年度の申込者は定員の200名に達しました。しかし、ドック内容の理解不足による重複受診や未受診が見受けられたため、より一層の周知が必要です。

表2 健診種別受診状況の推移

		平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
対象者(人)		7980	7843	7572	7205
受診者(人)		4335	4217	4039	3807
受診率(%)		54.3	53.8	53.3	52.8
内 医 療 機 関 記	集団健診(人)	2560	2391	2296	2041
	(割合 %)	59	56.7	56.9	53.6
	個別健診(人)	1432	1451	1362	1343
	脳ドック(人)	148	191	183	131
	人間ドック(人)	未実施	18	15	52
	合計	1580	1660	1560	1526
	(割合 %)	36.4	39.4	38.6	40.1
	事業所健診(人)	57	52	77	51
	(割合 %)	1.3	1.2	1.9	1.3
	情報提供(人)	141	114	106	189
(割合 %)	3.3	2.7	2.6	5.0	

資料：法定報告

② 周知の工夫

健診の開始年齢である40歳の方に対し、引き続き訪問や電話勧奨を行い、本市の健診内容や健診受診の必要性について周知していきます。

40歳の受診勧奨は集団健診前に健康づくり推進員が家庭訪問し、健診情報を載せた健康ファイルを手渡ししながら受診勧奨を実施していますが、近年は2割近くの受診率にとどまっています。理由としては、昼間の40歳の人への訪問は不在が多く、受診増加にはつながらなかったのではないかと考察します。今後は夜間に職員が電話する等フォロー体制を整備する必要があります。

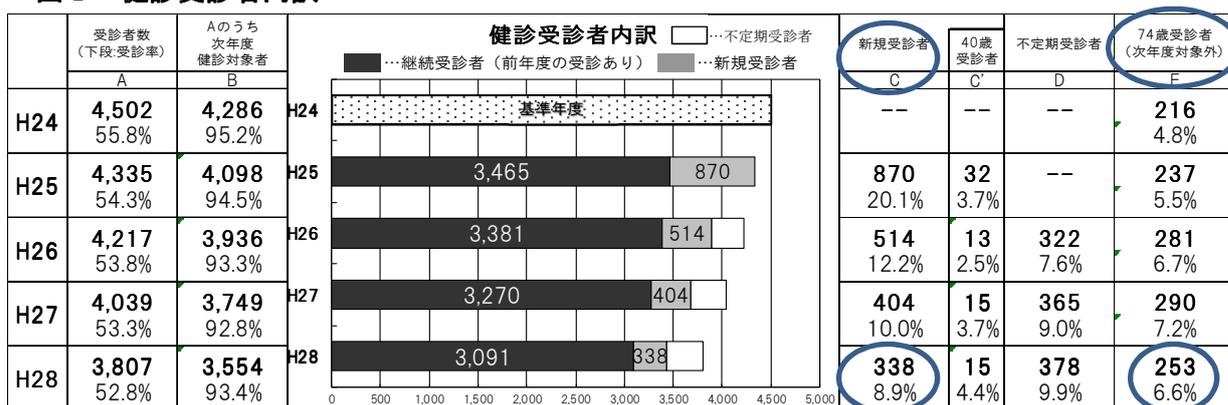
表3 40歳になる人の受診状況

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
対象者(人)	91	61	78	69
受診者(人)	32	13	15	15
受診率(%)	35.2	21.3	19.2	21.7

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ていきます。

平成24年度からの健診受診者内訳をみると、受診者の8割は前年度にも健診を受けています(図8)。しかしながら、継続受診者の多くは70代であり、75歳到達により後期高齢者医療保険に移行している状況で受診率が低下傾向にあります。今後は、新規受診者を増やしていくことが課題です。

図8 健診受診者内訳



※継続受診者は前年度と比較して算出

資料：法定報告

※新規受診者は過去に1回も受診したことがない者

※不定期受診者とは前年度には受診していないものの、過去に受診したことがある者

健康づくり推進員の全地区設置を目指し、推進員と連携をとることで地区集会の場など機会をとらえて今まで以上に健診の周知を図っていきます。

田平地区で実施されていた健康づくり推進員制度は、合併後に大島、生月、平戸地区へと段階的に範囲を広げ、現在165地区中、161地区171名が設置されています（おおよそ200世帯以上は2名の推進員を設置）。任期は2年間ですが、半数近くが継続しています。市が開催する年3回の研修会に参加し、そこで学んだことを地域に持ち帰り、行政との連携により地区集会等で、健診の周知を図っています。

表4 健康づくり推進員数推移

(人)

年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
人数	47	47	91	117	156
年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
人数	159	165	165	171	171

資料：保健センター

表5 健康づくり推進員活動状況 (平成28年度)

(人)

地区	①集会		②訪問	③電話	④その他	⑤地区講習会	講演会参加
平戸	153回	3,520	1,967	237	556	15回	2回
生月	26回	888	662	25	43	2回	1回
田平	68回	1,333	544	111	108	13回	2回
大島	20回	283	66	4	1	0回	1回
計	267回	6,024	3,239	377	708	30回	6回

資料：保健センター

転入者や他保険から国保へ加入された人には、機会をとらえて受診勧奨を実施していきます。

転入者に対しては総合窓口で転入手続きの際に健診健診日程表を配布しています。一方、他保険から国保へ加入する場合の案内が十分に出来ていない状況です。今後は、国保部門と連携をとりながら周知を図ります。

③ 未受診者対策

健診未受診者で治療なしの方を優先的に訪問し、健診受診を勧めるとともに未受診の理由などの実態把握に努める。

治療の有無に関わらず、集団健診未受診者に対し、個別健診の受診勧奨や未受診の理由等の実態把握を目的に健康づくり推進員及び2名の臨時職員で家庭訪問を実施しています。今後は、未受診者の台帳整理を行い、効率的な受診勧奨を実施します。

表6 特定健診未受診者の訪問数の推移 (件)

	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
件数	3,044	3,443	3,341	3,683	4,031

健診未受診者で治療中の方については、治療していても健診対象者となることを周知していきます。

特定健診受診者の内訳を平成20年度、平成25年度、平成28年度で比較すると、特定健診受診者に占める生活習慣病治療者の割合が増加しているため、徐々に浸透していると考えられます。

表7 特定健診受診者に占める生活習慣病治療中の者

	平成20年度	平成25年度	平成28年度
受診者(人)	3,410	4,335	3,807
生活習慣病治療中(人)	1,305	2,179	2,054
全受診者に占める割合(%)	38.3	50.3	54.0

資料：KDBデータ

④ 他機関との連携

健診未受診者の中には事業所健診を受診している方もいるため、事業所との連携をさらに強化し、事業所健診結果の提供依頼を行っていきます。

事業所健診からの情報提供件数が減少しています。(8頁表2) 医療保険者から事業所に対し、従業員の健康診断結果の情報提供を求めた場合は、事業者等は厚生労働省令で定めるところにより、当該記録の写しを提供しなければならないとなっていますが、地域職域連携会議でアンケートを実施した結果、「知らなかった。」「保険者から求められたことはない。」との回答でした。今後は、事業所との連携を強化し、事業所健診結果の提供についての周知と協力を求めています。

治療中の方に対しては、健診受診勧奨や情報提供書によるみなし健診を推進するため、医療機関との連携を強化していきます。

特定健診受診者が減少している中で医療機関での受診者の割合は年々増加しています。また、平成25年度平戸市で始まった情報提供書による「みなし健診^{※3}」は、平成27年度から広域化の事業となったことで参加医療機関数が増え、情報提供件数が伸びています。(表2)

※3 みなし健診：医療機関通院中の方が、普段病院で受けている検査結果や職場健診の結果を市へ提出することで特定健診を受けたとみなす健診のこと

(2) 特定保健指導の取り組み

① 周知の工夫

健診受診者のうち特定保健指導対象となることが予測される方に対し、健診会場の場で保健指導を受ける必要性を説明し、理解を得た上で指導日時を設定し、確実に指導につなげていきます。

特定健診会場（集団）で特定保健指導予定者となる対象者への事前予約の徹底や通知を実施する事により、特定保健指導の案内・実施がスムーズに行えました。また、個別健診後にも、特定保健指導対象者や重症化予防対象者へ結果説明会を実施したことで、特定保健指導率が向上しました。

今後も、集団健診会場でも確実に特定保健指導に結びつくように実施します。

表8 集団健診・個別健診別特定保健指導実施率

		H24	H25	H26	H27	H28
集団健診	対象者数（人）	427	363	315	304	257
	保健指導実施者数（人）	203	254	221	230	197
	実施率（％）	47.5	70.0	70.2	75.7	76.7
個別健診	対象者数（人）	245	218	222	211	197
	保健指導実施者数（人）	48	41	51	83	88
	実施率（％）	19.6	18.8	23.0	39.3	44.7

資料：平戸市健康管理システム

② 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）が学習会や研修会へ参加したり、事例検討を実施し保健指導の質の向上に努めていきます。

研修会、学習会への参加や、共通の指導ファイルを作成し、保健指導実施者により指導内容に差がみられないようにしました。また、アンケートを案内通知時に同封し、保健指導会場に持参してもらうことで、短時間で対象者の生活状況の把握が可能となり、的確な指導が出来るようになりました。その結果、特定保健指導を受けた人では、数値の改善や内服治療の開始等で3割程度の人が次年度は特定保健指導対象者ではなくなりました。（表9）さらに、特定保健指導対象のうち、指導を受けた人と受けていない人の改善率を比較したところ、リスク数の改善にも効果がみられました。（表10）

今後も、事例検討の実施等指導者のスキルアップに努め、保健指導の質をさらに高めていく必要があります。

表9 特定保健指導利用者の改善率

(人)

		H24年度	H25年度	H26年度	H27年度
A	今年度の特定保健指導の利用者数	251	295	272	313
B	Aのうち、次年度は特定保健指導の対象ではなくなった者の数	78	91	82	85
	再掲 特定保健指導により数値が改善し、対象外となった者の数	34	57	47	51
	再掲 内服治療開始により対象外となった者の数	29	28	32	33
	再掲 資格喪失により対象外となった者の数	15	6	3	1
C	特定保健指導対象者の減少率(B/A)	31.1%	30.8%	30.1%	27.2%

資料：平戸市健康管理システム

表10 特定保健指導実施の有無別リスク数の減少比較（平成27年度）

(人)

A. 特定保健指導実施有無別対象者数		B. 次年度リスク数が維持もしくは減少した者					維持もしくは減少した者の割合(B/A)
		再掲(減少数別人数)					
		0	-1	-2	-3		
実施	304	189	116	57	13	3	62.2%
未実施	194	105	65	28	10	2	54.1%

※リスク数は、血糖高値・血圧高値・脂質異常・喫煙ありの数になります。

資料：平戸市健康管理システム

③ 医療機関との連携

個別健診受診者がより指導を受けやすい体制となるよう、アウトソーシング（外部委託）を取り入れるなど医療機関との連携を強化していきます。

集団健診後の特定保健指導実施率と比較して、個別健診後の特定保健指導実施率が低いため、平成28年度から、平戸市の2医療機関にアウトソーシング（以下、「外部委託」という。）を依頼し17名の実施がありました。外部委託を取り入れたこともあり、平成28年度の個別健診後の実施率は前年度39.3%から44.7%に上昇しました。（表8）

平成30年度からは、制度の改正により特定健診会場で初回面接とすることが出来るようになるため、個別健診受診者への指導については、さらに外部委託先を増やすなど医療機関との連携を強化していくことが必須と考えています。

表11 医療機関による特定保健指導実績（平成28年度）

	A 病院	B 病院	合計
対象者	42人	2人	44人
実施者	17人	0人	17人
実施率	40.5%	0%	38.6%

資料：平戸市健康管理システム

(3) 重症化予防事業の取り組み

① 医療機関への受診勧奨強化

表 13 の基準値をもとに、優先順位を決めて医療機関への受診勧奨及び受診の確認を強化してまいります。

平成 27 年度までは、表 12 の対象者に対し受診勧奨を実施していましたが、データヘルス計画策定後の平成 28 年度より、表 13 の基準値に見直し、後期高齢者も含めより多くの対象者が治療開始・生活習慣改善に結びつくよう、結果説明会等で経年表を使い詳しい説明とともに受診勧奨を行いました。基準値の変更により対象者は、213 件から 598 件に増え、うち 230 件の指導ができました。特に、80 歳未満の者に対しては、家庭訪問等による個別面接や電話等、積極的な受診勧奨を実施しました。その結果、指導の有無で病院受診率を比較すると、指導ありで受診率が高くなっており、特に LDL コレステロール 1.6 倍、高血糖 1.9 倍、腎臓 1.7 倍となっています。指導方法別で受診状況をみると、面接が一番高く、続いて訪問、電話の順となっていました。面接では特に高血糖、腎臓で受診率が高くなっています。健診結果説明会時や個別健診結果送付後の最も関心が高い時期をとらえて、すみやかに面接での指導を行うことが有効だと考えます。

表 12 平成 27 年度 重症化予防事業（4 項目）受診状況まとめ

(人)

項目	平戸市（全地区）						旧平戸市						
	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 (%)	説明会にて指導			訪問にて指導			
							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 (%)	
血圧	II 度高血圧（収縮期 160 以上又は拡張期 100 以上）かつ降圧剤内服なし	29	9	31.0	17	7	41.2	2	2	100	1	0	0
LDL	180mg/dl 以上かつ脂質内服なし	132	47	35.6	82	29	35.4	14	9	64	2	1	50
高血糖	NGSP 6.5% 以上かつ血糖内服なし	11	3	27.3	8	3	37.5	2	1	50	2	0	0
腎臓	GFR50 未満（70 歳未満は GFR40 未満）または尿蛋白 2+ 以上かつ腎臓治療なし	41	18	43.9	21	9	42.9	1	0	0	0	0	0
計		213	77	36.2	128	48	37.5	19	12	63	5	1	20

表 13 平成 28 年度 重症化予防事業（5 項目）受診状況まとめ

(人)

項目	総数			(再掲)指導の有無						(再掲)指導ありの内訳									
	対象者数	病院 受診者数	病院 受診率 (%)	指導なし			指導あり			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 (%)	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 (%)	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 (%)		
血圧	II 度高血圧（収縮期 160 以上又は拡張期 100 以上）かつ降圧剤内服なし	146	48	32.9	86	27	31.4	60	21	35.0	43	18	42	4	1	25	13	2	15
LDL コレステロール	180mg/dl 以上かつ脂質内服なし	117	39	33.3	76	21	27.6	41	18	43.9	25	12	48	0	0	0	16	6	38
中性脂肪	1000mg/dl 以上かつ脂質内服なし	3	0	0.0	2	0	0.0	1	0	0.0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
高血糖	NGSP 6.5% 以上かつ血糖内服なし	131	53	40.5	89	28	31.5	42	25	59.5	32	20	63	5	3	60	5	2	40
腎臓	GFR50 未満（70 歳未満は GFR40 未満）または尿蛋白 2+ 以上かつ腎臓治療なし	201	85	42.3	115	37	32.2	86	48	55.8	61	43	70	5	1	20	20	4	20
計		598	225	37.6	368	113	30.7	230	112	48.7	161	93	58	14	5	36	55	14	25

※人数は各項目に該当する 80 歳未満の者

資料：健康管理システム

※人数は同一人物で複数項目ある場合はそれぞれに計上

②健康教育

メタボ該当者や予備群の割合や高血圧者の割合が高い地区で、自分の健康は自分で守ることの重要性を理解し実践できるよう、(夜間)健康教室を実施します。

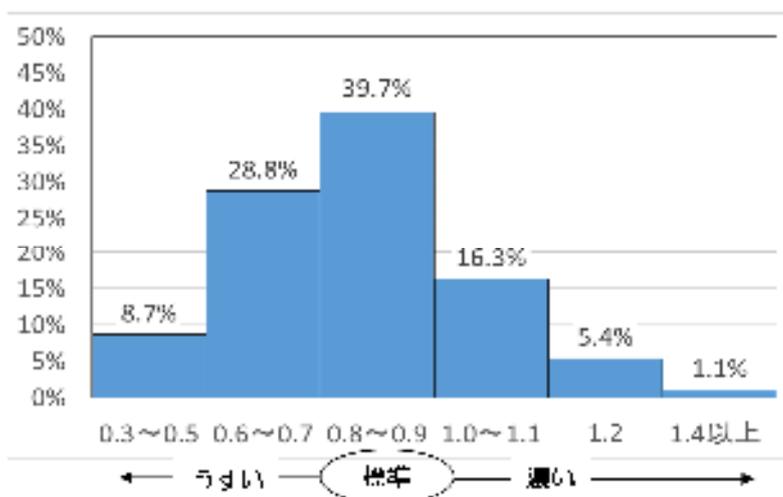
メタボ該当者が若い頃から多い状況です。これまでも、青年団の集会の場や職場で健康教育を実施してきましたが、平成 29 年度は地区のまちづくり運営協議会との連携により、1 地区で若者を対象に夜間に健康教育を実施しました。参加者の反応はよく、若年層の意見や状況を知る良い機会ともなり、継続的に関わる必要性を感じました。

今後は地区診断を行い、他地区でも健康づくり推進員やまちづくり運営協議会等と連携し、積極的に健康教育を実施します。

食生活改善推進員の協力を得ながら、減塩対策の普及・啓発に努めていきます。

平成 28 年度に、平戸全地区を対象に食生活改善推進員 124 名が「ひかえめ塩分、たっぷり野菜プロジェクト事業」で 184 件の家庭訪問を行い、味噌汁の塩分測定とアンケートを実施しました。結果は、塩分濃度平均 0.8% という標準的な塩分濃度でしたが、2 割の人が 1% 以上の濃い味という結果でした。この事業は平成 26 年度から継続しており、多くの人に減塩の意識づけが出来たのではないかと思います。実施した推進員によると、最近味噌汁を作っていない家庭が増え塩分測定ができない所もあるということです。長崎県は練り製品・さしみの消費が 10 位以内であること、インスタント食品・惣菜の利用など味噌汁以外の減塩についても意識付けが必要です。地区活動などを通じて塩分の多い食品や減塩の大切さについて普及・啓発活動を実施していく必要があります。

図 9 平成 28 年度 味噌汁塩分測定結果



資料：保健センター

③ 糖尿病性腎症重症化予防事業

平成 27 年度に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、人工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および後期高齢者を対象に本事業を実施しています。対策は、①未受診者への受診勧奨（空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖 200mg/dl）以上、または HbA1c6.5%以上の未治療者）②受診中断者への受診勧奨、③ハイリスク者対策（かかりつけ医の指示・依頼に基づく）となっています。

【ハイリスク対象者抽出条件】 a および b、または a および c に該当

a:HbA1c 7.0%以上または空腹時血糖 130mg/dl 以上

b:e-GFR が 50ml/分/1.73 m²未満

c:尿蛋白 2+以上

本市は、特定健診の結果で①未受診への受診勧奨と③ハイリスク者対策を実施していますが、②中断者も健診時の HbA1c の数値が 6.5%以上の場合は受診勧奨を実施しています。

③ハイリスク者については、医療機関に対象者を選定してもらい、保健センターの管理栄養士が訪問指導を実施しています。管理栄養士がいる医療機関においては、指導ができていると思われまので、特に管理栄養士未配置の医療機関と連携を強化していきたいと考えています。

表 14 ハイリスクの糖尿病性腎症重症化予防事業参加者（人）

年度別	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度 (H29.12月現在)
国保	1	4	2
後期	0	3	0
合計	1	7	2

(4) 重複・多受診者への適切な受診指導

レセプトを活用して、同一疾患で複数の医療機関を重複して受診している被保険者や1ヶ月に15日以上通院している被保険者等に対し、適切な医療機関への受診指導や日常生活改善の指導を行います。併せて、特定健診未受診者に対する受診勧奨を実施します。

本市では重複^{※4}・多受診者^{※5}に対して3名の臨時看護師で家庭訪問を実施しています。平成22～28年度訪問実績は表15のとおりです。また、平成25年度からは、訪問内容別集計(表16)も行っています。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。訪問後の成果については、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の減少が見られることにより一定の成果はあったと思われま。併せて、訪問指導時に特定健診未受診者に対し、適宜、特定健診の必要性も伝え、定期的に通院している被保険者に対しては、情報提供書等の利用も勧めま。

※4 重複受診：同一疾病で、同時に複数の医療機関に受診すること。

※5 多受診：1か月に3つ以上の医療機関に受診すること。

表 15 重複多受診者への訪問実績 (人)

	対象者数	訪問件数	指導件数	未指導件数
22 年度		1,075	900	175
23 年度	8,521	1,050	918	132
24 年度	8,680	1,127	920	207
25 年度	8,731	1,145	872	273
26 年度	8,523	1,159	875	284
27 年度	8,560	1,144	867	277
28 年度	8,477	1,005	772	233
合計	51,492	7,705	6,124	1,581
平均	8,582	1,101	875	226

※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：市民課国保年金班

※未指導件数=不在、入院（入所）中、指導拒否など

表 16 訪問指導内容別集計表（重複計上あり） (人)

	重複受診			多受診			医療費多額			生活習慣病			計		
	訪問数	指導数	未指導	訪問数	指導数	未指導	訪問数	指導数	未指導	訪問数	指導数	未指導	訪問数	指導数	未指導
H27	449	346	不在	267	197	不在	309	224	不在	1,137	858	不在	2,162	1625	不在
			89			64			72			243			468
	本人不在	8	2	7	18	35									
	拒否	0	0	0	0	0									
20.8%	家族へ指導	74	12.3%	家族へ指導	33	14.3%	家族へ指導	54	52.6%	家族へ指導	157	477	34		
H28	454	345	不在	385	302	不在	378	281	不在	944	728	不在	2,161	1656	不在
			99			78			84			192			453
	本人不在	3	2	5	9	19									
	拒否	0	0	1	2	3									
21.0%	家族へ指導	51	17.8%	家族へ指導	50	17.5%	家族へ指導	56	43.7%	家族へ指導	115	272	30		

資料：市民課国保年金班

表 17 訪問指導前後の医療費比較（入院除く）

全レセプト比較

	人数	レセプト件数計		差	レセプト点数計		差
		H28.1	H28.12		H28.1	H28.12	
対象者計	49	180	116	-64	376,303	249,148	-127,155
一人当たり (平均)		3.7	2.4	-1.3	7,679.7	5,084.7	-2,595.0

調剤以外分比較

	人数	レセプト件数計		差	レセプト点数計		差
		H28.1	H28.12		H28.1	H28.12	
対象者計	49	106	69	-37	255,272	179,832	-75,440
一人当たり (平均)		2.2	1.4	-1.3	5,209.6	3,670.0	-1,539.6

資料：市民課国保年金班

(5) ジェネリック医薬品（後発医薬品）の使用促進

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、後発医療に切り替えた場合の自己負担の差額について、定期的に被保険者に通知を行い積極的なジェネリック医薬品の利用を促します。

これまで国民健康保険被保険者が、受診した医療機関、治療内容や医療費の確認をできるよう、年6回（偶数月の月末発送）医療費の通知を行ってきましたが、平成25年度からジェネリック医薬品を使用した場合の差額通知を実施（年3回）しています。医療費（調剤費）の増加を抑制し、国民健康保険の安定的な運営につなげるため、できるだけジェネリック医薬品の使用促進につながるような働きかけを継続することが必要です。（表18・19）

表18 ジェネリック医薬品差額通知実績 (件)

	平成26年度	平成27年度	平成28年度
6月通知	503	555	515
10月通知	871	494	444
2月通知	622	423	340
	1,996	1,472	1,299

資料：市民課国保年金班

表19 平戸市内の調剤薬局でのジェネリック医薬品利用割合※ (%)

	H28.4	H28.5	H28.6	H28.7	H28.8	H28.9	H28.10	H28.11	H28.12	H29.1	H29.2	H29.3
県平均	65.7	66.2	66.5	66.7	67.2	67.3	67.9	68.5	68.9	69.2	69.6	69.9
平戸市	72.4	72.8	72.9	73.4	73.8	74.0	74.5	74.7	75.5	75.6	76.0	75.9

資料：厚生労働省HP

【ジェネリック医薬品利用割合】

ジェネリック医薬品利用割合は数量ベース（新指標）による。

$$\text{ジェネリック医薬品数量} / \text{ジェネリック医薬品のある先発医薬品の数量} + \text{ジェネリック医薬品の数量}$$

第3章 平戸市の健康・医療の現状と課題

1. 死亡状況

(1) 平均寿命^{※6}と健康寿命^{※7}の状況

本市の平均寿命は、男性 78.6 歳、女性 85.9 歳と全国でも低い長崎県の平均寿命よりもさらに低い状況です。健康寿命は男性は長崎県より高いが全国より低く、女性は長崎県や全国より低くなっています。(表 20)

本市の平均寿命と健康寿命の差は男性が 13.9 歳、女性が 19.6 歳となっており、長崎県・全国よりも差が小さくなっています。

表 20 平均寿命と健康寿命の比較 (平成 22 年)

(歳)

	平戸市		長崎県		全国	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
平均寿命(A)	78.6	85.9	78.9(全国43位)	86.3(全国39位)	79.6	86.4
健康寿命(B)	64.7	66.3	64.6	66.4	65.2	66.8
差 (A)-(B)	13.9	19.6	14.3	19.9	14.4	19.6

資料：KDB システム

【健康寿命の算出】

市区町村別生命表より、下記式にて算出。

0 歳平均寿命-65 歳平均寿命-(1-介護認定者数÷40 歳以上の人口) × 定常人口÷65 歳生存者数

(2) 死亡状況

標準化死亡比^{※8}を見ると、本市は、男性 113.9、女性 98.0 となっており、平成 25 年度と比較し、男性は同規模市^{※9}、長崎県、全国より高く、女性は改善されています。

死因割合を見ると、がんが最も多く 45.9%を占めており、次いで心臓病 30.1%、脳血管疾患 19.8%の順となっています。特に心臓病・脳血管疾患による死亡は、同規模市、長崎県、全国と比較しても高い状況にあります。(表 21)

表 21 死因別死亡者の割合 (平成 25、27 年度比較)

		平戸市		同規模市		長崎県		全国	
		H25年度	H27年度	H25年度	H27年度	H25年度	H27年度	H25年度	H27年度
標準化死亡比 (SMR)	男性	109.8	113.9	103.1	104.8	103.6	103.1	100	100
	女性	108.2	98.0	99.5	101.5	98.6	98.1	100	100
死 因 (疾 患 名)	がん	42.2	45.9	45.1	45.5	49.2	50.0	48.3	49.0
	心臓病	27.5	30.1	28.2	28.3	26.8	27.3	26.6	26.4
	脳疾患	24.0	19.8	18.3	17.7	15.9	15.0	16.3	15.9
	糖尿病	1.2	0.6	1.8	1.9	1.6	1.5	1.9	1.9
	腎不全	3.0	1.8	3.6	3.6	4.0	3.3	3.4	3.4
	自殺	2.1	1.8	3.1	2.9	2.6	2.8	3.5	3.5

資料：KDB システム

※6 平均寿命：零歳の者があと平均何年生きられるかを示した数。

※7 健康寿命：平均寿命のうち、健康で活動的に暮らせる期間。

※8 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。日本平均を 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。

※9 同規模市：人口 5 万人未満の市を指し平成 27 年現在で全国に 252 自治体ある。

2. 介護保険の状況

(1) 介護保険の状況

本市における65歳以上の1号被保険者介護認定率は23.7%であり、長崎県と比較すると低いものの、同規模市・全国と比較すると高い状況です。また、40～64歳の2号被保険者は0.5%であり、同規模市・長崎県・全国と比較して高い状況にあります。要介護認定者の有病状況を見ると、同規模市、長崎県、全国と比較して高いのは高血圧症(62.4%)、心臓病(72.0%)、脳血管疾患(30.7%)、がん(14.0%)、筋・骨格(64.8%)となっています。

また本市の1件当たりの介護給付費は64,816円で、長崎県、全国と比較すると高い状況です。要介護認定別医療費においても認定の有無に関わらず同規模市、長崎県、全国と比較して高くなっています。(表22)

表22 介護に関する比較(平成27年度)

	平戸市		同規模市		長崎県		全国		
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1号認定者数(認定率)	2,780	23.7	2,056	20.4	90,237	24.5	5,602,383	20.7	
新規認定者	54	0.3	34	0.3	1,381	0.3	98,651	0.3	
2号認定者	57	0.5	44	0.4	2,129	0.4	149,599	0.4	
要介護 (1号・2号) 認定者 有病状況 (重複あり)	糖尿病	625	21.9	469	21.8	24,248	25.9	1,241,024	21.4
	高血圧症	1,791	62.4	1,150	53.9	57,022	61.1	2,865,466	49.7
	脂質異常症	684	23.8	592	27.5	30,499	32.3	1,586,963	27.3
	心臓病	2,072	72.0	1,313	61.6	64,916	69.7	3,261,576	56.7
	脳血管疾患	902	30.7	598	28.2	26,846	28.7	1,455,985	25.4
	がん	417	14.0	215	9.9	12,193	13.0	569,967	9.8
	筋・骨格	1,876	64.8	1,131	53.0	59,282	63.7	2,813,795	48.9
精神	1,113	38.5	791	36.8	37,845	40.3	1,963,213	33.8	
1件当たり給付費(全体)	64,816		66,450		61,802		58,761		
	居宅サービス	39,849		41,277		43,532		39,562	
	施設サービス	281,800		281,031		284,590		284,402	
要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	9,904		8,302		7,969		8,011	
	認定なし	4,513		4,128		4,019		3,886	

資料：KDB システム

(2) 介護度別認定状況

介護度別の認定状況を平成25年度と平成27年度で比較すると、平成27年度に認定者数・認定率は増えたものの新規認定者数は減少しています。また、最も多い介護度は平成25年度の要介護3～5から、平成27年度では要介護1・2と介護度が軽くなっています。しかし、40～64歳の若い年齢の介護度は重度者が多く、その原因が脳卒中であり、その基礎疾患である高血圧が76.5%を占めています。

有病状況においては、脳卒中・虚血性心疾患・腎不全などの循環器疾患や、その基礎疾患の高血圧・糖尿病・脂質異常症等、平成25年度と比較してすべての件数が増加しています。認知症も増えていることから、血管障害を起こさないような生活習慣改善の取り組みを強化することが課題となってきます。また、筋・骨格系の件数も増えていることから、包括支援センターとも連携して寝たきり予防を図っていきます。

表23 認定状況と有病状況（平成25・27年度比較）

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		12,200人		5,027人		6,549人		11,576人		23,776人				
年度		H25	H27	H25	H27	H25	H27	H25	H27	H25	H27			
認定者数		69人	57人	255人	256人	2,417人	2,524人	2,672人	2,780人	2,741人	2,837人			
認定率		0.57%	0.47%	5.1%	5.1%	36.9%	38.5%	23.1%	24.0%	11.5%	11.9%			
介護度別人数	要支援1・2	件数	14	9	86	86	692	737	778	823	792	832		
		割合	20.3%	15.8%	33.7%	33.6%	28.6%	29.2%	29.1%	29.6%	28.9%	29.3%		
	要介護1・2	件数	23	22	88	98	841	915	929	1,013	952	1,035		
		割合	33.3%	38.6%	34.5%	38.3%	34.8%	36.3%	34.8%	36.4%	34.7%	36.5%		
	要介護3～5	件数	32	26	81	72	884	872	965	944	997	970		
		割合	46.4%	45.6%	31.8%	28.1%	36.6%	34.5%	36.1%	34.0%	36.4%	34.2%		
新規認定者数（*1）		13人	6人	61人	47人	375人	337人	436人	384人	449人	390人			
（レセプトの診断名から重複して計上） 有病状況	血管疾患	件数		44	34	210	209	2,303	2,396	2,513	2,605	2,557	2,639	
		循環器疾患	脳卒中	件数	27	22	99	102	958	1,118	1,057	1,220	1,084	1,242
				割合	61.4%	64.7%	47.1%	48.8%	41.6%	46.7%	42.1%	46.8%	42.4%	47.1%
			虚血性心疾患	件数	6	3	64	66	988	1,157	1,052	1,223	1,058	1,226
		割合	13.6%	8.8%	30.5%	31.6%	42.9%	48.3%	41.9%	46.9%	41.4%	46.5%		
		腎不全	件数	5	2	19	26	311	385	330	411	335	413	
			割合	11.4%	5.9%	9.0%	12.4%	13.5%	16.1%	13.1%	15.8%	13.1%	15.6%	
		基礎疾患	高血圧	件数	30	26	153	157	1,857	2,081	2,010	2,238	2,040	2,264
				割合	68.2%	76.5%	72.9%	75.1%	80.6%	86.9%	80.0%	85.9%	79.8%	85.8%
			糖尿病	件数	17	14	92	98	780	1,018	872	411	889	1,130
				割合	38.6%	41.2%	43.8%	46.9%	33.9%	42.5%	34.7%	41.2%	34.8%	42.8%
		脂質異常症	件数	17	14	99	94	759	1,010	858	1,104	875	1,118	
		割合	38.6%	41.2%	47.1%	45.0%	33.0%	42.2%	34.1%	42.4%	34.2%	42.4%		
		血管疾患合計		件数	39	31	182	189	2,143	2,316	2,325	2,505	2,364	2,536
		割合	88.6%	91.2%	86.7%	90.4%	93.1%	96.7%	92.5%	96.2%	92.5%	96.1%		
認知症		件数	3	4	39	40	760	949	799	989	802	993		
割合	6.8%	11.8%	18.6%	19.1%	33.0%	39.6%	31.8%	38.0%	31.4%	37.6%				
筋・骨格系		件数	31	23	177	179	2,024	2,247	2,201	2,426	2,232	2,449		
割合	70.5%	67.6%	84.3%	85.6%	87.9%	93.8%	87.6%	93.1%	87.3%	92.8%				

資料：KDB システム

※糖尿病：糖尿病の合併症（網膜症、神経障害、腎症）を含む。

3. 医療の状況

本市は、同規模市、長崎県、全国と比較して病院数は多く診療所数、医師数は少ない状況です。また、医師数を長崎県内で比較すると、長崎市や大村市のような大きな市に偏在しています。平戸市、松浦市では五島市や対馬市の離島よりも医師数が少ない状況にあり、今後も人口減少により、医療機関や医師が減少するとともに医療を支えるスタッフが減少することが考えられます。(表 24-1)

患者数は、同規模市、長崎県、全国と比較すると、外来患者数が少なく、入院患者が多い状況です。(表 24)

表 24 医療の概況(人口千対) (平成 27 年度)

	平戸市		同規模市	長崎県	全国
	数	人口千対	人口千対	人口千対	人口千対
病院数	8	0.7	0.4	0.4	0.2
診療所数	18	1.7	2.7	3.6	2.8
病床数	690	63.3	56.7	67.7	44.8
医師数	51	4.7	7.1	10.2	8.4
外来患者数	624.6		691.9	719.2	667.5
入院患者数	30.2		23.3	27.5	18.2

資料：KDB システム

表 24-1 長崎県内の市別医師総数(人口千対) (人)

	市町	総数		内訳			
				病院		診療所	
		平成20年	平成22年	平成20年	平成22年	平成20年	平成22年
1	長崎市	3.88	3.98	2.51	2.58	1.37	1.40
2	大村市	3.59	3.68	2.68	2.82	0.91	0.86
3	川棚町	2.46	2.66	1.59	1.86	0.86	0.80
4	時津町	2.49	2.53	1.10	1.06	1.39	1.46
5	諫早市	2.38	2.49	1.34	1.41	1.05	1.08
6	佐世保市	2.41	2.42	1.51	1.51	0.90	0.92
7	島原市	2.21	2.18	1.25	1.26	0.95	0.93
8	五島市	1.71	1.76	1.06	1.10	0.65	0.67
9	対馬市	1.57	1.63	1.15	1.20	0.41	0.43
10	雲仙市	1.53	1.54	0.83	0.86	0.71	0.68
11	東彼杵町	1.30	1.44	0.54	0.55	0.76	0.89
12	平戸市	1.42	1.42	1.10	1.05	0.32	0.36
13	壱岐市	1.32	1.37	0.90	1.00	0.42	0.37
14	波佐見町	1.43	1.37	0.59	0.52	0.85	0.85
15	新上五島町	1.26	1.32	1.01	0.97	0.25	0.35
16	長与町	1.09	1.15	0.26	0.26	0.83	0.89
17	松浦市	1.29	1.10	0.76	0.51	0.53	0.59
18	佐々町	1.09	1.09	0.22	0.22	0.87	0.87
19	西海市	0.99	1.05	0.40	0.45	0.59	0.60
20	南島原市	0.93	1.04	0.47	0.54	0.47	0.50
21	小値賀町	0.66	0.69	0.00	0.00	0.66	0.69

資料：日本医師会総合政策研究機構

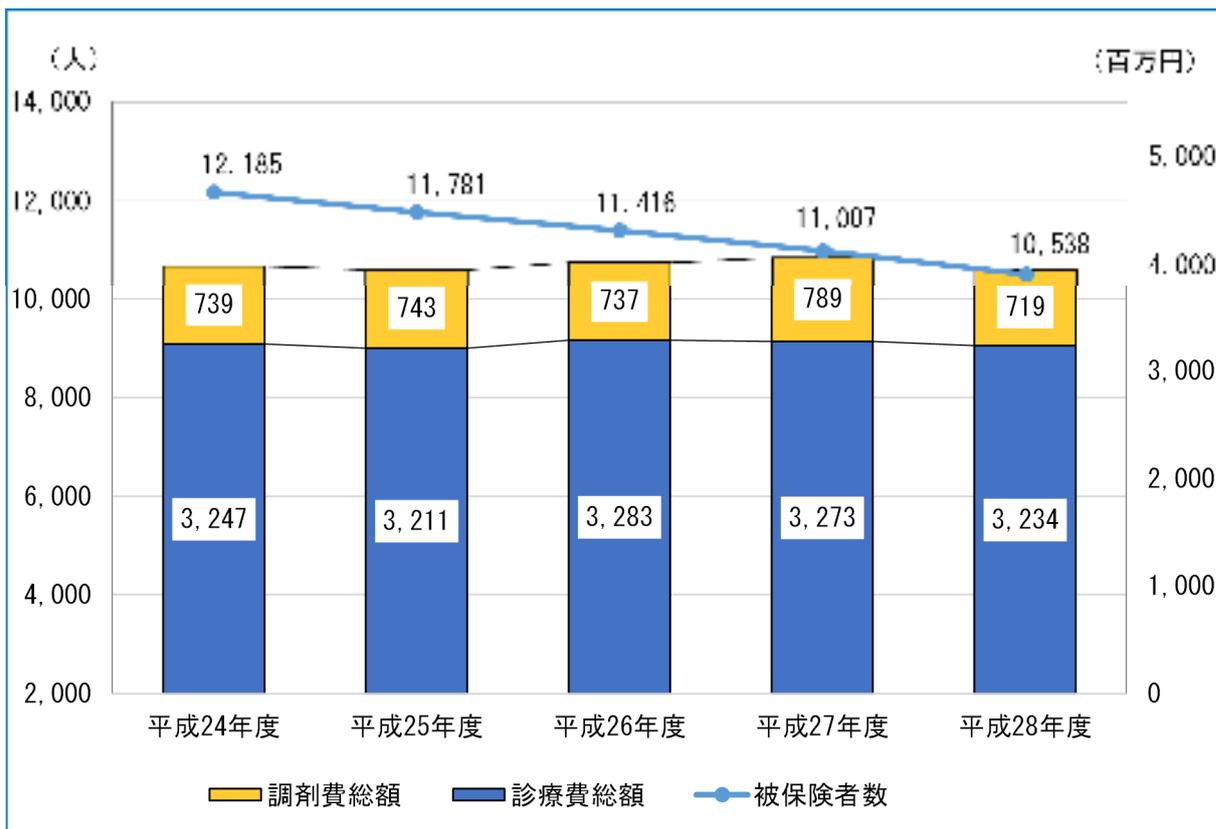
第4章 平戸市国民健康保険の現状と健康課題

1. 医療費状況

(1) 医療費状況

本市の国民健康保険被保険者数は年々減少しており、平成24年度と比較すると1,647人の減となっており、医療費合計で32,487,422円減少しています。(図10)

図10 国民健康保険被保険者数・医療費推移



(単位: 人、円)

	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	H28 - H24
被保険者数	12,185	11,781	11,416	11,007	10,538	△ 1,647
医療費合計	3,985,515,093	3,954,470,483	4,020,325,498	4,062,151,434	3,953,027,671	△ 32,487,422
診療費総額	3,247,014,619	3,211,107,403	3,283,475,988	3,273,096,554	3,233,631,470	△ 13,383,149
調剤費総額	738,500,474	743,363,080	736,849,510	789,054,880	719,396,201	△ 19,104,273

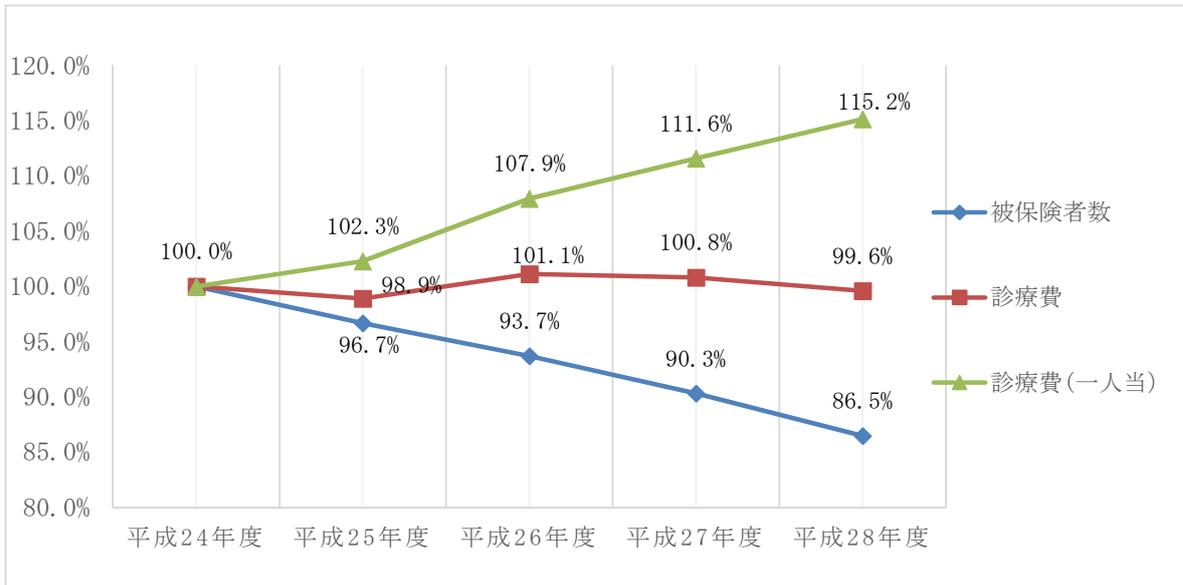
資料: 国保事業年報

※被保険者数は各年度平均値

※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

平成 24 年度を基準とした診療費の増減率は、平成 28 年度で被保険者数においては 13.5%の減となっていますが、診療費は横ばいとなっているため、一人当たりの診療費でみると 15.2%の増となっています。(図 11)

図 11 平成 24 年度を基準とした被保険者数及び診療費の増減率

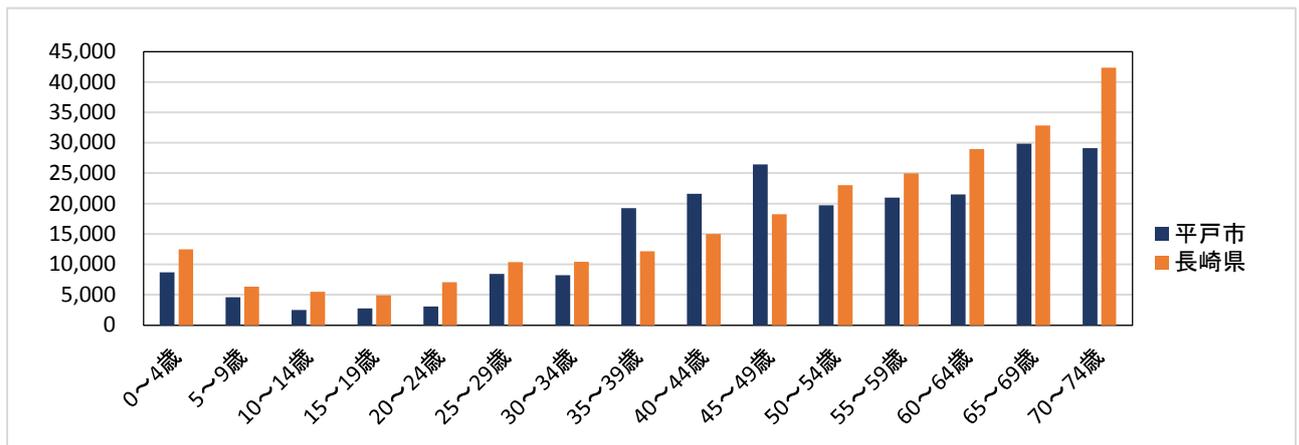


資料：国保事業年報

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。

働き盛りである 35 歳から 49 歳については、県平均より医療費が高い状況です。(図 12)

図 12 国民健康保険年齢階層別 1 人当たり費用額状況 (平成 28 年 5 月診療分) (円)

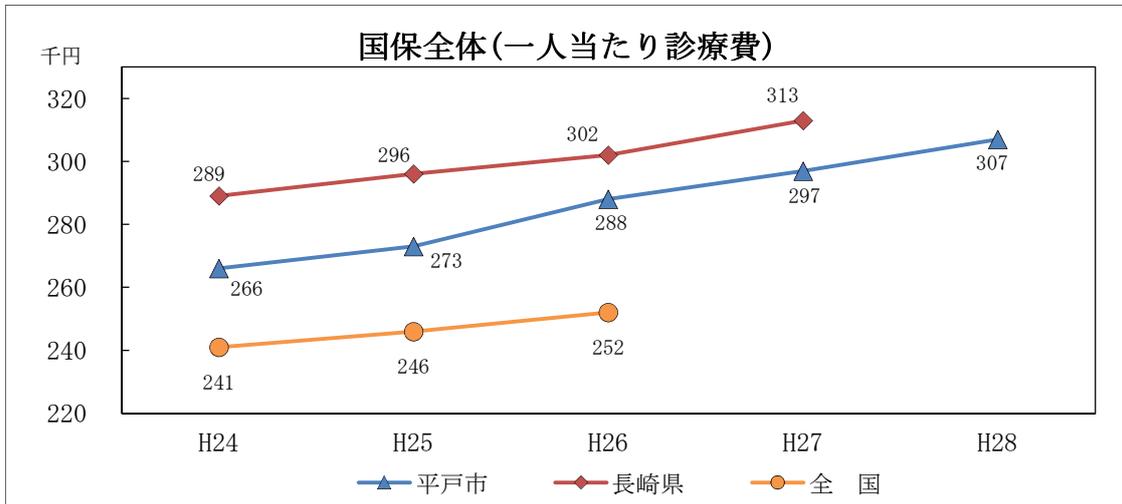


資料：長崎県国民健康保険疾病分類統計資料

1人当たり年間の診療費推移をみると、本市は全国よりも高く長崎県より低い状況ですが、伸び率が大きく長崎県に近づいています。(図13)

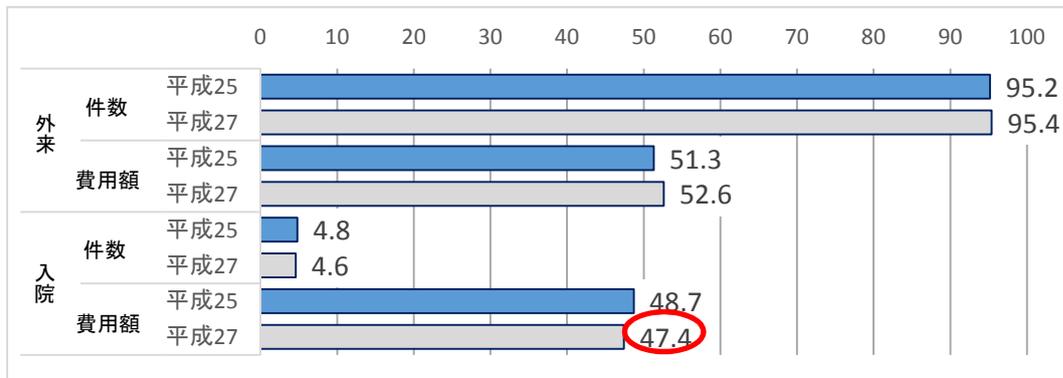
また、費用額を入院と外来で比較すると、入院件数は全体の4.6%であるにも関わらず、費用額は全体の47.4%を占めています。このことは、入院により多額の医療費がかかることを示しています。(図14)

図13 1人当たり診療費推移(3~2月診療分)



資料：国保事業年報

図14 入院・外来の件数と費用額の割合(平成25、27年度比較)



資料：KDB システム

疾患別の1件当たりの医療費を見ると、入院においては悪性新生物が最も高く、次いで腎不全、脳血管疾患、心疾患の順となっています。外来においては、腎不全が最も高額な医療費を使っていることがわかります。(表25)

表25 疾患別の1件当たり医療費と在院日数の状況(平成27年度)

	入院		外来
	1件あたり医療費	在院日数	1件あたり医療費
糖尿病	481,238	16日	40,568
高血圧	468,669	18日	33,626
脂質異常症	482,025	18日	31,063
脳血管疾患	524,944	19日	38,980
心疾患	489,484	16日	44,851
腎不全	569,492	16日	146,900
精神	392,875	26日	36,553
悪性新生物	587,754	15日	52,198

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平成25年度と27年度で比較すると件数、費用ともに平成27年度が増加しています。特に脳血管疾患やがんは若い世代からの発症がみられます。(表26)

また、6か月以上の入院となる疾患状況を平成25年度と27年度で比較すると、人数・件数・費用ともに平成27年度がやや減少しています。(表27)

表26 1件あたり200万円以上となる疾患状況（平成25、27年比較）

レセプト		全体		脳血管		虚血性疾患		がん		その他	
年度		H25	H27	H25	H27	H25	H27	H25	H27	H25	H27
人数(人)		45	54	2	3	4	4	15	17	24	32
件数(件)	計	47	61	2	3	4	4	15	17	26	37
	40未満	7	2					1		6	2
	40代	1	3		1			1	1	0	1
	50代	5	7			1	2	2	2	2	3
	60代	23	34		2	3	1	6	10	14	21
	70~74歳	11	15	2			1	5	4	4	10
費用		1億3033万	1億6260万	621万	1034万	1467万	1595万	3749万	4020万	7197万	9612万
割合		100	100	4.8	6.4	11.3	9.8	24.7	24.7	55.2	59.1

資料：KDB システム

表27 1ヶ月以上入院となる主な疾患状況（平成25、27年比較）

レセプト		全体		脳血管		虚血性心疾患		精神疾患	
年度		H25	H27	H25	H27	H25	H27	H25	H27
人数(人)		144	134	13	13	6	7	96	88
件数(件)		1234	1148	92	81	38	53	909	867
費用		4億6226万	4億5323万	4224万	3171万	1908万	2054万	3億1780万	3億1047万
割合		100	100	9.1	7.0	4.1	4.5	68.7	68.5

資料：KDB システム

(3) 人工透析の状況

国民健康保険の人工透析患者の状況を見ると、平成 27 年 5 月診療分のレセプトでは 52 人であり、年間費用額が 3 億 1,741 万円となっています。これを人工透析患者 1 人当たり換算すると 1 年間で約 610 万円の費用がかかっている事になります。

また、透析患者の 50.0%は糖尿病性腎症を有しており、脳血管疾患や虚血性心疾患も併発している状況がみられます。(表 28)

本市(全体)の人工透析患者は、100 数人と横ばいで推移しています。(図 15) 長崎県は、透析患者が多い県(2013 年 11 位)ですが、その長崎県内でも本市は 4 位となっています。新規透析導入者数は若干減少していますが(図 16) 総数が増えているのは透析導入後の管理がよくなり、死亡する人が少なくなったためだと考えられます。透析導入の原因疾患としては、糖尿病性腎症が増えています。(図 17) 導入の年齢も 70 歳代が最も多く 80 歳以降も多い状況です。(図 18) 新規透析患者を増やさないことは、医療費削減のためには大変重要なことと考えます。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も更に取り組んでいくことが課題となります。

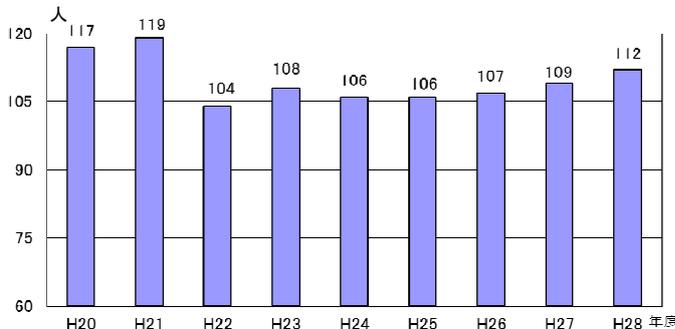
表 28 長期化する疾患の人工透析患者(平成 27 年度)

			脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
H27.5 診療分	人数	52人	11人 21.2%	23人 44.2%	26人 50.0%
		714件	160件 22.4%	302件 42.3%	382件 53.5%
H27年度 累計	費用額	3億1741万円	6968万円 22.0%	1億4044万円 44.2%	1億7753万円 55.9%

※各疾患については重複あり

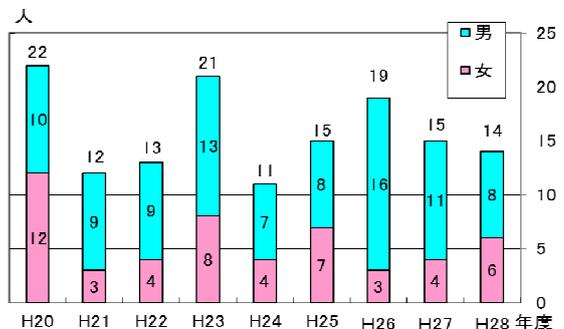
資料：KDB システム

図 15 透析患者数推移(市全体)



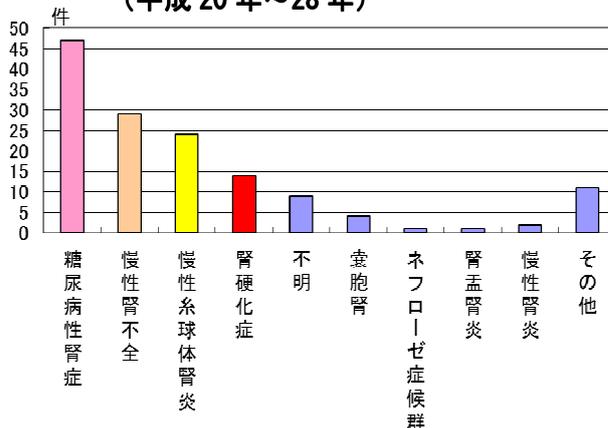
資料：腎臓病対策協会

図 16 新規透析導入者数推移(市全体)



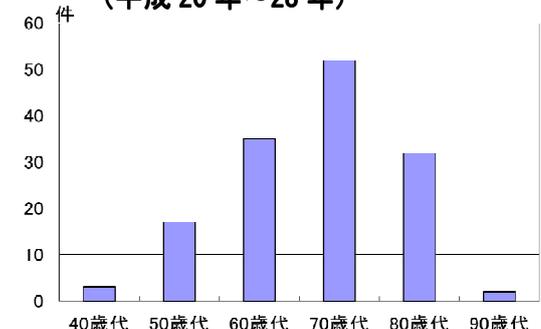
資料：腎臓病対策協会

図 17 新規導入患者の原因疾患(市全体)
(平成 20 年~28 年)



資料：腎臓病対策協会

図 18 年代別透析導入者割合(市全体)
(平成 20 年~28 年)



資料：腎臓病対策協会

2. 特定健診の実施状況

(1) 特定健診

① 特定健診受診状況

本市の特定健診受診率は長崎県、全国と比べ高い状況ですが、特定健診開始時から順調に伸びてきた受診率も平成 24 年度をピークに徐々に低下しています。(表 29) 特定健診の受診者を年代・性別ごとにみると、男女ともに年齢が高くなるにつれて受診率が高くなる傾向にあり、40～50 歳代の若い世代の受診率が低い状況です。特に男性ではこの傾向が顕著で、40 歳代の受診率は約 22%、50 歳代で約 31.6%と低くなっています。(図 19)

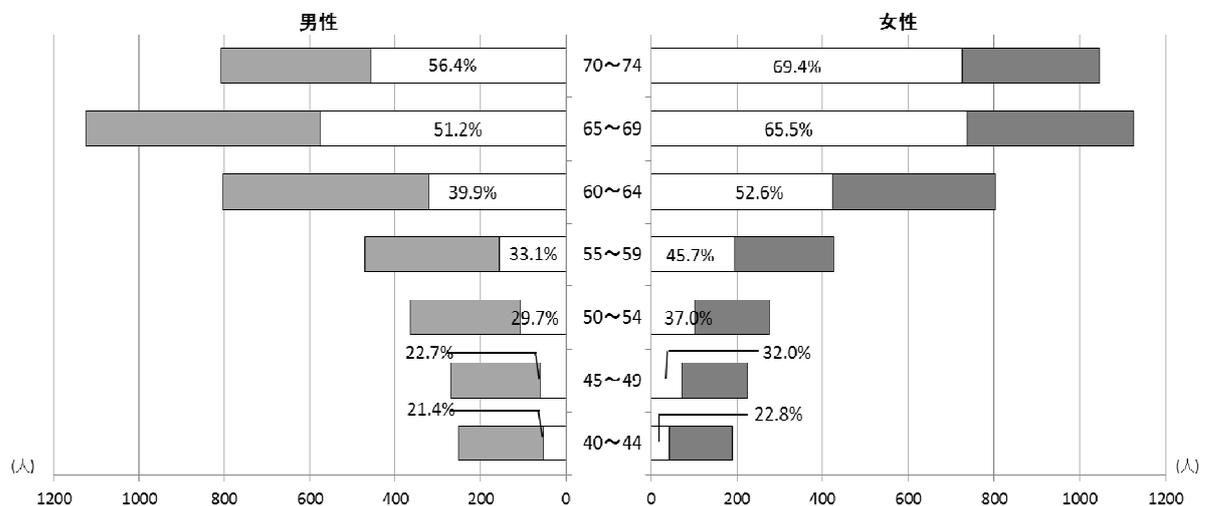
受診率が低く 1 人当たりの医療費が高いため、重点的に受診を勧奨する働き盛りの 40～50 歳代がより受診しやすい健診の体制づくりに努めるとともに、更なる周知を図っていくことが課題となります。

表 29 特定健診受診率推移 (%)

	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
平戸市	55.8	54.3	53.8	53.3	52.8
長崎県	38.0	37.0	38.1	38.5	38.5
全国	33.7	34.2	35.4	36.3	

資料：特定健診実施状況報告（法定報告）

図 19 特定健診年代別・男女別受診率（平成 27 年度）



年齢(歳)	男			女			計		
	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(%)
40～49	521	115	22.0	414	115	27.8	935	230	24.6
50～59	835	264	31.6	703	297	42.2	1,538	561	36.5
60～69	1,930	897	46.5	1,928	1,159	60.1	3,858	2,056	53.3
70～74	808	456	56.4	1,046	726	69.4	1,854	1,182	63.8

資料：KDB システム

② 特定健康診査未受診者の状況

平成 27 年度の特定健診の未受診者は 3,528 人で、そのうち 2,087 人 (27.6%) が医療機関に通院しており、健診未受診となっています。(表 30) その理由として、「通院しているので健診対象者ではない」という認識や、「定期的に血液検査を受けているので再度健診で検査をする必要性はない」という認識があるのではないかと推測されます。

特定健診対象者となる 7 割近くの人は医療機関を受診しています。治療をしていても対象者となることを周知していくとともに、医療機関からの情報提供書による「みなし健診」を推進するため、より医療機関との連携を強化していく必要があります。

また、健診未受診で治療なしの人 1,441 人 (19.1%) は、健康実態が把握できていない状況です。特定健診の受診者と未受診者 1 人当たりの 1 ヶ月あたりの生活習慣病治療費を比較すると、健診未受診者の方が健診受診者よりも 28,087 円高くなっています。(図 20) この「無関心層」に対する働きかけと継続受診者のインセンティブとして平成 29 年度から「平戸市健康づくりポイント制度」(以下「ポイント制度」という。)を導入しています。

また、未受診者の中には事業所健診を受診されている人も多くいると思われますので、今後は、健診未受診者で治療なしの人の実態を把握することを優先に取り組むと同時に、情報提供やポイント制度などの周知が必要だと考えます。

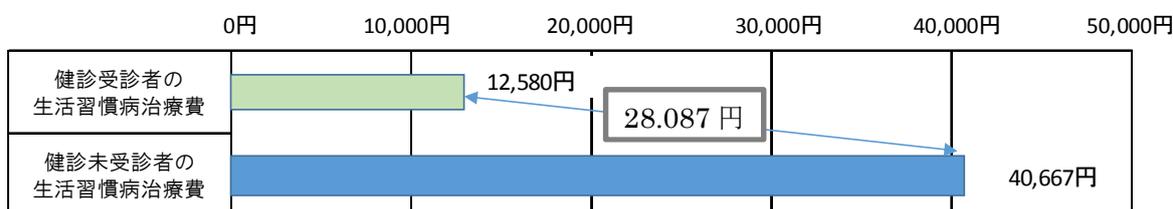
表 30 特定健診対象者における特定健診受診と医療機関受診の関係図(平成 27 年度)

(KDBシステムにおける生活習慣病の定義から、がん・筋骨格・精神を除外し再掲とした)

		医療機関受診			
		有	無	合計	
特定健診の受診	有	受診者数	3,198 人	831 人	4,029 人
		健診対象者に占める割合	42.3%	11%	53.3%
	無	未受診者数	2,087 人	1,441 人	3,528 人
		健診対象者に占める割合	27.6%	19.1%	46.7%
	合計	合計人数	5,285 人	2,272 人	7,557 人
		健診対象者に占める割合	69.9%	30.1%	100%

資料：KDB システム

図 20 健診の受診者・未受診者一人当たりの 1 か月の生活習慣病治療費 (平成 27 年度)



資料：KDB システム

③ 特定健康診査結果の状況

メタボリックシンドローム予備群・該当者を同規模市、長崎県、全国と比較すると、本市は男女ともに割合が高く、特にメタボ該当者は男女ともに長崎県下で1位となっています。(表31)メタボ予備群・該当者をあわせると男性で51.9%、女性で19.6%(表32)であり、特に男性は平成25年と比較すると予備群・該当者ともに割合が増え、40～64歳の若い世代から半数近くがすでにメタボ予備群あるいは該当者となっています。

また、メタボの判定基準の高血圧を含む項目すべてにおいて割合が高い状況です。

(表31)

表31 メタボリックシンドローム予備群・該当者等の比較(平成27年度) (%)

	平戸市	県順位	同規模市	長崎県	全国
メタボ予備群の割合(男女計)	12.4	6位	10.6	11.6	10.7
男性	19.7	4位	16.5	17.9	17.1
女性	6.8	7位	6.0	6.8	5.8
メタボ該当者の割合(男女計)	21.1	1位	17.2	17.7	16.7
男性	32.2	1位	26.3	27.1	26.6
女性	12.8	1位	9.9	10.5	9.2
メタボ予備群の状況					
血糖のみ	0.5	—	0.7	0.5	0.6
血圧のみ	9.5	—	7.5	8.9	7.4
脂質のみ	2.3	—	2.5	2.2	2.6
メタボ該当者の状況					
血糖・血圧	4.4	—	3.0	2.9	2.6
血糖・脂質	0.9	—	0.9	0.7	0.9
血圧・脂質	9.4	—	8.1	8.9	8.2
血糖・血圧・脂質	6.4	—	5.2	5.1	5.0

資料：KDB システム

表32 メタボリックシンドローム該当者・予備群の男女別出現状況(平成25・27年度)(人、%)

男性	健診受診者		該当者+予備群		予備群						該当者											
	人数	割合	人数	割合	高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	1,854	46.1	888	47.9%	341	18.4%	15	0.8%	257	13.9%	69	3.7%	547	29.5%	98	5.3%	19	1.0%	269	14.5%	161	8.7%
H27	1,732	45.9	899	51.9%	342	19.7%	15	0.9%	266	15.4%	61	3.5%	557	32.2%	129	7.4%	17	1.0%	257	14.8%	154	8.9%
40-64	700	35.9	348	49.7%	142	20.3%	9	1.3%	93	13.3%	40	5.7%	206	29.4%	37	5.3%	11	1.6%	105	15.0%	53	7.6%
65-74	1,032	56.7	551	53.4%	200	19.4%	6	0.6%	173	16.8%	21	2.0%	351	34.0%	92	8.9%	6	0.6%	152	14.7%	101	9.8%

女性	健診受診者		該当者+予備群		予備群						該当者											
	人数	割合	人数	割合	高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	2,482	60.9	480	19.3%	186	7.5%	6	0.2%	152	6.1%	28	1.1%	294	11.8%	41	1.7%	16	0.6%	147	5.9%	90	3.6%
H27	2,297	60.7	450	19.6%	157	6.8%	6	0.3%	118	5.1%	33	1.4%	293	12.8%	50	2.2%	19	0.8%	121	5.3%	103	4.5%
40-64	834	49.3	130	15.6%	53	6.4%	4	0.5%	33	4.0%	16	1.9%	77	9.2%	10	1.2%	12	1.4%	27	3.2%	28	3.4%
65-74	1,463	69.8	320	21.9%	104	7.1%	2	0.1%	85	5.8%	17	1.2%	216	14.8%	40	2.7%	7	0.5%	94	6.4%	75	5.1%

資料：KDB システム

④ 特定健診有所見状況

特定健診の有所見率を平戸市、長崎県、全国と比較し、平戸市が最も高い割合を示す項目をみると、男女ともに高いのがBMI、腹囲、GPT、低HDL コレステロール、HbA1c、尿酸、収縮期血圧、クレアチニン、女性のみ高いのが中性脂肪という状況で、2年前と比べると、HbA1c、尿酸、中性脂肪の項目でも平戸市が最も高くなりました。(表 33) 内臓肥満から生じる影響がさまざまな検査値の異常を招いている状況がみられます。また、2年前と比較すると男女ともに BMI、HDL コレステロール(HDL-C)、収縮期・拡張期血圧がわずかに改善されています。

表 33 特定健診有所見率の比較 (平成 25・27 年度)

(%)

男性		BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン
		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
H25	平戸市	39.2	51.8	26.5	21.8	12.8	20.9	45.1	13.3	59.7	27.8	36.3	2.6
H27	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
	長崎県	30.8	49.7	25.4	20.7	9.2	32.4	52.4	17.5	54.9	25.3	46.9	2.3
	全国	29.9	49.1	28.0	20.3	8.7	27.5	54.8	13.4	49.7	24.3	48.8	1.6

女性		BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン
		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
H25	平戸市	28.2	21.0	16.0	9.7	4.2	14.0	49.5	1.9	52.2	17.6	50.7	0.5
H27	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
	長崎県	23.0	19.2	15.1	8.9	2.2	19.7	54.0	2.1	48.2	15.9	57.9	0.3
	全国	20.3	17.0	16.0	8.6	1.8	16.5	54.2	1.7	43.0	14.6	58.5	0.2

資料：KDB システム

⑤ 問診結果より

特定健診問診結果の生活習慣の状況を把握する項目で、平戸市、同規模市、長崎県、国と比較すると平戸市が最も高い項目は「喫煙」「週3回以上朝食を抜く」「週3回以上食後間食」「食べる速度が早い」「1回30分以上運動習慣なし」でした。また、飲酒については「毎日飲酒」は低かったものの1日の飲酒量は「1～2合」「2～3合」「3合以上」と飲酒量が多いという状況でした。これらの生活習慣がメタボにつながっていると思われます。

表 34 特定健診受診者の問診結果より (H27 年度)

		平戸市	同規模市	長崎県	国
喫煙		14.6	13.5	13.4	14.3
週3回以上朝食を抜く		9.3	6.7	9.0	8.4
週3回以上食後間食		14.0	12.1	13.8	11.9
週3回以上就寝前夕食		15.5	14.7	12.8	15.6
食べる速度が速い		28.9	26.5	27.2	25.9
20歳時体重から10kg以上増加		32.2	30.8	32.7	31.7
1回30分以上運動習慣なし		66.7	62.1	59.3	58.8
1日1時間以上運動なし		27.3	44.6	36.3	46.5
睡眠不足		22.4	23.6	21.7	24.6
毎日飲酒		24.9	25.3	23.6	25.6
時々飲酒		17.3	20.5	18.7	22.1
一日飲酒量	1合未満	50.0	63.6	64.9	64.2
	1～2合	36.3	24.4	25.0	23.8
	2～3合	10.4	9.3	8.1	9.3
	3合以上	3.3	2.7	2.1	2.7

資料：KDB システム

⑥ 重症化予防対象者の状況

特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症につながる重症化予防が必要な対象者は1,298人で平成25年度と比較すると63人減少していますが、全受診者に占める割合は、2.7%増加しています。このうち治療中の方は922人で、71.0%の人が治療を受けており、平成25年度と比較すると治療割合は増加しています。

内訳をみると、高血圧症においてはⅡ度以上の人出現率は6.6%で平成25年度の7.6%から改善しています。一方で、高血圧Ⅱ度以上の人半数が治療中であり、コントロールが出来ていません。服用していることに安心して、塩分の摂りすぎなど生活習慣の改善に課題があると考えられます。脂質異常では動脈硬化に関係があるLDLコレステロール(LDL-C)が高い人の8割近くの人が治療を受けていません。糖尿病では出現率も4.4%から5.8%に増え、半数近くが治療を受けていません。慢性腎臓病(以下「CKD」という。)では、8割以上の人治療中にもかかわらず、コントロールが出来ていません。CKDの重症化予防は高血圧や糖尿病のコントロールが出来ないと難しいため、対象者本人が治療の必要性を理解し、特に治療なしの方が確実に早期受診につながるよう働きかけることが重要です。また、治療中だとしても生活習慣の改善が必要なことも指導していく必要があります。

重症化予防の取り組みは、保健指導だけでは効果を上げることが難しく、医療機関との連携が不可欠です。保健指導後は、医療機関への受診状況の確認を行うとともに、対象者の状況に応じて医療機関に報告・相談しながら、重症化予防を進めていくことが課題となります。

表 35 重症化予防が必要な対象者の状況 (平成25・28年度比較)

(人)

年度	全受診者	重症化予防対象者							
		総数	治療の有無	内訳					
				高血圧Ⅱ度 収縮期160以上または 拡張期100以上	脂質異常 LDL-C 180mg/dl以上	糖尿病 HbA1c6.5%以上(治 療中7.0以上)	CKD 尿蛋白2+以上 GFR50未満 70歳以上40未満		
H25	4,335	1,361 (31.4%)	治療あり	929	174	22	99	88	108
			割合	(68.3%)	(52.9%)	(17.6%)	(52.1%)	(81.5%)	(85.0%)
			治療なし	432	155	103	91	20	19
			割合	(31.7%)	(47.1%)	(82.4%)	(47.9%)	(18.5%)	(15.0%)
			合計	1361	329	125	190	108	127
※出現率	(31.4%)	(7.6%)	(2.9%)	(4.4%)	(2.5%)	(2.9%)			
H28	3,807	1,298 (34.1%)	治療あり	922	125	24	119	76	88
			割合	(71.0%)	(50.0%)	(20.7%)	(54.1%)	(86.4%)	(80.7%)
			治療なし	376	125	92	101	12	21
			割合	(29.0%)	(50.0%)	(79.3%)	(45.9%)	(13.6%)	(19.3%)
			合計	1298	250	116	220	88	109
※出現率	(34.1%)	(6.6%)	(3.0%)	(5.8%)	(2.3%)	(2.9%)			

※出現率は各項目該当者/全受診者です。

第5章 目標の設定

1. 中・長期的な目標

脳血管疾患、虚血性心疾患の死因割合は同規模市、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ヶ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、糖尿病性腎症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・虚血性心疾患の死亡率を県並みとすること、新規透析患者数は現状より減少の10名以下とすることを目指します。

また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをします。

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。

そのためには、重症化予防事業や医療費の適正化へつなげることで、入院外を伸ばし入院を抑えることを目標とし、入院患者の割合を県並みの3%台にします。

2. 短期的な目標

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「**高血圧**」、「**脂質異常**」、「**高血糖**」、「**メタボリックシンドローム**」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**高血圧症Ⅱ度以上(160/100mmHg)**の人、**LDL-コレステロール(以下「LDL-C」とする。)180mg/dl以上**の人、**HbA1c6.5%以上**の人、**尿蛋白2+以上**の者、**e-GFRが50ml分/1.73m²未満(70歳以上はGFR40ml分/1.73m²未満)**の未受診者割合を減らしていくことを目標とします。

また、治療の対象とはならない多くのメタボの人には、栄養指導等保健指導を実施します。そのためには、まずは健診受診してもらうことが必要です。特定健診受診率と特定保健指導実施率の向上、特に若い世代や新規受診者数を増やすことを推進します。

健康寿命の延伸

<中・長期的目標>

脳血管疾患の死亡率の減少

現状値：19.8%

目標値：15.0%

虚血性心疾患死亡率の減少

現状値：30.1%

目標値：27.3%

新規透析患者数の減少

現状値：14人

目標値：10人

<短期的目標>

	現状値	H30	H31	H32	H33	H34	H35
メタボ 該当者・予備群の減少	33.5%	32.8%	32.1%	31.4%	30.7%	30.0%	29.3%
高血圧の改善 (Ⅱ度高血圧以上の減少)	6.6%	6.5%	6.4%	6.3%	6.2%	6.1%	6.0%
脂質異常症の減少 (LDL-C180mg/dl以上の減少)	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%
糖尿病有病者の増加の抑制 (HbA1c6.5%以上(治療中7%以上)の減少)	5.8%	5.7%	5.6%	5.5%	5.4%	5.3%	5.0%

<保健事業>

1 特定健診受診率向上

目的：受診率 UP

目標：60%

40～50歳受診者：

40～50歳対象者の30%

新規受診者数：全受診者の1割

2 特定保健指導率実施率

・改善率向上

目的：保健指導率 UP

目標：60%

個別健診保健指導実施率：60%

特定保健指導

実施者の改善率：30%

3 重症化予防

目的：合併症の発症・進行抑制

目標：

Ⅱ度高血圧以上の者 5.3%

LDL-c180mg/dl 以上の者 3.0%

HbA1c6.5%以上の者 2.5%

尿蛋白 2+以上の者 0.6%

e-GFR50 未満の者 1.0%

第6章 保健事業の実施内容

1. 保健事業の方向性

保健事業の方向性にあたっては、糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、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。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってきます。そのためには、特定健診受診率、特定健診保健指導実施率の向上にも努めるとともに、重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせる実施していく必要があります。

2. 保健事業の取組

(1) 特定健診受診率向上

生涯にわたって生活の質の維持・向上のために生活習慣病発症前の段階であるメタボの予防・改善に向けて多くの対象者が毎年健診を受診してもらえるように意識づけを行います。また、若い頃からの生活習慣病の予防が重要になってくるため、若年者の健診受診に対しても呼びかけを行います。

① 目的

生活習慣病の原因ともなるメタボ予備群・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

1. 受診しやすい体制づくりを進めていき、若い世代からの健診受診を呼びかけます。
2. 健診実施年度中に40歳を迎える方や健診未受診者へ対し、本市の健診内容や健診受診の必要性について周知します。
3. 医療機関や事業所と連携し、健診未受診者の情報提供書の提供依頼を行います。

③ 対象者

平戸市国民健康保険の該当年度で40歳～74歳となる者。

④ 実施内容・方法

前期考察に基づき、下記の項目を重点的に実施します。

1. 受診しやすい体制づくり

- ・働き盛りの40～50歳代を中心に、より健診が受診しやすくするため日曜日及び夜間健診を実施します。
- ・一度に特定健診とがん検診(婦人がんも含めた)の両方の健診が受診できるよう、総合健診を実施します。

2. 周知の工夫

- ・健診の開始年齢である40歳の方に対し、訪問や電話での受診勧奨を行います。
- ・人間ドック、脳ドックの案内は、特定健診の通知とあわせて個人通知し周知を図ります。

- ・健康づくり推進員やまちづくり運営協議会と連携をとることで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方には、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。
- ・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。

3. 未受診者対策

- ・健診未受診者の訪問を実施し、健診受診を勧めるとともに未受診の理由等について実態把握に努めます。
- ・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人等の台帳整理を行います。
- ・健診受診行動のきっかけとなるように「健康ポイント制度」についての周知を図ります。
- ・健診未受診で治療中の方についても、健診受診の対象となることを周知します。

⑤ 実施体制

1. 医療機関との連携

医療機関通院中で健診未受診の方へ、健診の受診勧奨を行ってもらおうよう依頼します。また、その中でも受診の受入れが難しい方に対しては、情報提供書の提出を行ってもらえるよう連携をします。

2. 事業所との連携

国保加入者が多い事業所へ訪問し、健診未受診者の方の事業所健診の結果を提供してもらえるように依頼を行います。

3. 高齢者福祉部門との連携

受診勧奨を行っていく中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と情報の共有を行い連携します。

⑥ 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)^{※10}の視点で評価します。(資料「1. 特定健診受診率向上評価シート」参照)

※10 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
 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
 アウトプット(事業実施量)：目的・目標の達成の為にこなされる事業の結果
 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

(2) 特定保健指導実施率・改善率向上事業

対象者が自らの生活習慣における課題に気付き自らの意思による行動変容によって健康課題を改善ができることを目的とした特定保健指導の実施率と改善率の向上に取り組むことで、生活習慣病予防につなげるとともに健康に関するセルフケア（自己管理）ができる住民を増やします。

また、平成 30 年度から特定健診時の特定保健指導が可能となることから、外部委託先を拡充します。

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、実施率及び改善率の向上を目指します。

② 目標

1. 集団健診会場で保健指導を受ける必要性を説明し確実な指導につなげることで、実施率の向上を図ります。
2. 医療機関との連携を強化し外部委託先を拡充することで、個別健診受診者における実施率の向上を図ります。
3. 保健指導の質の向上に取り組み改善率を向上させることで、生活習慣病発症予防を推進するとともに翌年度における指導対象者の減少を図ります。

③ 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、基準については第三期特定健診実施計画の 10 ページに示しています。

④ 実施内容・方法

前期考察及び平成 30 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。

1. 集団健診会場での案内、指導

- ・対象者を選定し結果説明会における指導の予約をとります。
- ・結果説明会での指導予定者には、あわせて説明会前に案内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を暫定的に行います。

2. 外部委託の拡充

- ・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。
- ・個別健診の請求書類（名簿、結果）により特定保健指導実施者にもれがないか確認します。

3. 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。

また、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。

⑤ 実施体制

1. 医療機関との連携

外部委託機関での指導が円滑に実施できるよう、指導担当者と密に連絡を取り情報の共有を行います。

2. 高齢者福祉部門との連携

受診勧奨を行っていく中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と情報の共有を行い連携します。

⑥ 評価体制・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「2. 特定保健指導実施率・改善向上事業評価シート」参照)

(3) 重症化予防事業

生活習慣病重症化による糖尿病性腎症・虚血性心疾患・脳血管疾患などの合併症の発症や進行抑制を目指し取り組みを行います。具体的には、医療受診が必要な人には受診勧奨を行い、治療中の人には医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施します。

●重症化予防事業

① 目的

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

1. 医療受診が必要な者には適切な受診勧奨を行い、未治療者の減少を図ります。
2. 治療中の者へは重症化予防のための保健指導を実施します。

③ 対象者

国民健康保険被保険者および後期高齢者（概ね 80 歳未満）で特定健診（健康診査）においての下記対象者に受診勧奨します

- ・ II 度以上の高血圧（160/100mmHg）者
- ・ LDL-C180mg/dl 以上の者
- ・ HbA1c6.5%以上の者
- ・ 尿蛋白 2+以上の者
- ・ e-GFR50ml/分/m²未満（70 歳以上 40 未満）の者
- ・ 中性脂肪 1000mg/dl 以上の者

④ 実施内容・方法

前期考察により、面接による指導に効果がみられたため、健診後の結果説明会の参加を促すことで受診勧奨や保健指導を強化します。

- ・ 特定健診時や班回覧、防災無線等で結果説明会の案内を実施します。
- ・ 特定健診結果説明会前に健診結果と問診表から受診勧奨対象者を選定し、名簿及びファイルを作成し、対象者には電話で参加を促し、来所できない場合は電話で指導します。
- ・ 電話や個別面接の指導内容を健康管理システムに入力します。
- ・ 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、健康管理システムに入力します。

⑤ 実施体制

1. 医療機関との連携

医療機関未受診者を医療機関につなぐ場合は、健康事業団や市医師会が発行した紹介状を活用します。

2. 高齢者福祉部門との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は、地域包括支援センター等と情報の共有を行い連携します。

⑥ 評価体制・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「3. 重症化予防事業評価シート」参照)

●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

1. 医療受診が必要な者には適切な受診勧奨を行い、未治療者の減少を図ります。
2. 治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施します。

③ 対象者

国民健康保険被保険者および後期高齢者を対象に、長崎県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムにそって優先順位をつけ保健指導を実施します。

- ・過去の特定健診（健康診査）においてHbA1cが6.5%以上の未治療者
- ・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）
- ・糖尿病で治療中の者で、尿蛋白±以上あるいは、e-GFRが60ml/分/1.73m²未満
- ・糖尿病で治療中の者で、Ⅱ度高血圧上の者あるいは内臓脂肪症候群該当者
- ・糖尿病で治療中の者で、保険者およびかかりつけ医が必要と認めた者

④ 実施内容・方法

長崎県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムにより実施します。前期考察により、面接による指導に効果がみられたため、受診勧奨や保健指導を強化します。

1. 特定健診結果説明会前に健診結果と問診表から受診勧奨対象者を選定し、名簿及びファイルを作成します。
2. 結果説明会前に予約をとり、面接できない場合は電話指導を実施します。
3. 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、健康管理システムに入力します。

保健指導優先順位として

1. 特定健診においてHbA1cが6.5%以上の未治療者への受診勧奨。

- ・結果説明会での個別面談、電話等を実施します。
- ・健診受診後3ヵ月後にレセプト等で治療の有無を確認し、病院受診していない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。

2. 糖尿病性腎症で治療中（ハイリスク者）の者への保健指導

ハイリスク者については、特定健診の結果や医療機関から対象者を選定してもらい、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訪問指導します。実施期間は6ヶ月間の指導と終了後6ヶ月後のフォローとします。

3. 糖尿病治療中断者への保健指導

特定健診の結果でHbA1cが6.5%以上の場合は1の対象として実施します。

⑤ 実施体制

1. 医療機関との連携

医療機関未受診者や治療中断者を医療機関につなぐ場合は、健康事業団や市医師会が発行した紹介状を使用します。

ハイリスク者の場合は糖尿病連携手帳の活用やかかりつけ医より対象者の検査データの収集や保健指導への助言をもらいます。

2. 高齢者福祉部門との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は、地域包括支援センター等と情報の共有を行い連携します。

⑥ 評価体制・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「3. 重症化予防事業評価シート」参照)

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するために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。

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活用し、毎年行うこととし、3年後の平成32年度には進捗確認のため中間評価を行います。さらに、計画の最終年度の平成35年度においては、次期計画の策定を円滑に行うため、上半期に仮評価します。評価の方法は、健診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、「ストラクチャー」「プロセス」「アウトプット」「アウトカム」の4つの指標で行います。

なお、データについては経年変化並びに国、県、同規模保険者との比較を行い評価します。

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、中間年度である平成32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。また平成35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え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は、平戸市個人情報保護条例(平成17年12月27日平戸市条例第230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及びその他の留意事項

1. 地域包括ケアに係る取組

「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040 年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表されました。

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化や**筋骨格系疾患によるもの**が多くを占めています。要介護になる原因疾患のうち脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析、**骨粗しょう症**等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、市民一人ひとりの健康寿命の延伸につながります。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、KDB システム等を活用し、要介護に至った背景の分析や対象者の抽出を行い、重症化予防に取り組みます。具体的には、医療・介護・保健・福祉等の連携のもと健康教育や介護予防教室への**関与、および**地域ケア会議や平戸市在宅医療連携会議に参加し情報収集に努めます。

2. その他の留意事項

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ます。また、保健所や関係機関と連携を図ります。

事業推進に向けては、国保運営協議会等で意見を聞く場を設けます。

< 資 料 >

1. 特定健診受診率向上事業評価シート
2. 特定保健指導実施率・改善率向上事業評価シート
3. 重症化予防事業評価シート
4. 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

4. 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

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		34,811		8,684,009		1,411,818		124,852,975			
		65歳以上（高齢化率）		11,576	33.3	2,536,045	29.2	368,546	26.1	29,020,766	23.2	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題	
		75歳以上		6,549	18.8		16	198,412	14.1	13,989,864	11.2		
		65～74歳		5,027	14.4		13.2	170,134	12.1	15,030,902	12.0		
		40～64歳		12,200	35.0		34.1	490,212	34.7	42,411,922	34.0		
	39歳以下		11,035	31.7		36.7	553,060	39.2	53,420,287	42.8			
	② 産業構成	第1次産業		20.7		11.4		8.2		4.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題	
		第2次産業		19.2		27.5		20.2		25.2			
		第3次産業		60.1		61.1		71.6		70.6			
	③ 平均寿命	男性		78.6		79.2		78.9		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		85.9		86.4		86.3		86.4					
④ 健康寿命	男性		64.7		65.1		64.6		65.2				
	女性		66.3		66.8		66.4		66.8				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)		113.9		104.8		103.1		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		男性											
		女性		98.0		101.5		98.1		100			
		がん		151	45.9	30,597	45.5	4,925	50.0	364,251	49.0		
		心臓病		99	30.1	19,049	28.3	2,683	27.3	196,557	26.4		
		脳疾患		65	19.8	11,928	17.7	1,478	15.0	118,229	15.9		
		糖尿病		2	0.6	1,281	1.9	150	1.5	13,800	1.9		
	腎不全		6	1.8	2,418	3.6	329	3.3	25,091	3.4			
	自殺		6	1.8	1,956	2.9	280	2.8	25,917	3.5			
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計										厚生省HP 人口動態調査	
男性													
3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）		2,780	23.7	518,066	20.4	90,237	24.5	5,602,383	20.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者		54	0.3	8,687	0.3	1,381	0.3	98,651	0.3		
		2号認定者		57	0.5	11,169	0.4	2,129	0.4	149,599	0.4		
	② 有病状況	糖尿病		625	21.9	118,155	21.8	24,248	25.9	1,241,024	21.4		
		高血圧症		1,791	62.4	289,746	53.9	57,022	61.1	2,865,466	49.7		
		脂質異常症		684	23.8	149,286	27.5	30,499	32.3	1,586,963	27.3		
		心臓病		2,072	72.0	330,980	61.6	64,916	69.7	3,261,576	56.7		
		脳疾患		902	30.7	150,762	28.2	26,846	28.7	1,455,985	25.4		
		がん		417	14.0	54,149	9.9	12,193	13.0	569,967	9.8		
		筋・骨格		1,876	64.8	285,059	53.0	59,282	63.7	2,813,795	48.9		
	精神		1,113	38.5	199,244	36.8	37,845	40.3	1,963,213	33.8			
	③ 介護給付費	1件当たり給付費（全体）		64,816		66,450		61,802		58,761			
		居室サービス		39,849		41,277		43,532		39,562			
施設サービス		281,800		281,031		284,590		284,402					
④ 医療費等	要介護認定別 医療費（40歳以上）		認定あり	9,904	8,302	7,969	8,011	認定なし	4,513	4,128	4,019	3,886	
4	① 国保の状況	被保険者数		10,896		2,283,290		399,039		33,767,446		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		65～74歳		4,104	37.7		42.1	150,345	37.7	12,502,023	37.0		
		40～64歳		4,081	37.5		35.1	144,479	36.2	11,577,016	34.3		
		39歳以下		2,711	24.9		22.8	104,215	26.1	9,688,407	28.7		
	加入率		31.3		26.3		28.3		28.2				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		8	0.7	807	0.4	159	0.4	8,195	0.2		
		診療所数		18	1.7	6,276	2.7	1,425	3.6	95,093	2.8		
		病床数		690	63.3	129,349	56.7	27,024	67.7	1,511,416	44.8		
		医師数		51	4.7	16,117	7.1	4,065	10.2	285,309	8.4		
		外来患者数		624.6		691.9		719.2		667.5			
	入院患者数		30.2		23.3		27.5		18.2				
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費		28,350	県内12位 同規模116位	27,827	29,144	24,452	654,843	715,177	746.73	685,692	KDB_NO.3 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											
		外来	費用の割合		52.6		57.9		54.2		60.8		
件数の割合			95.4		96.7		96.3		97.4				
入院		費用の割合		47.4		42.1		45.8		39.2			
		件数の割合		4.6		3.3		3.7		2.6			
1件あたり在院日数		17.9日		17.1日		18.0日		15.7日					
④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源 病名（調剤含む）	がん		404,348,150	17.7	22.2	21.0	24.1	296,508,230	13.0	9.2	10.5	9.6	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の
	慢性腎不全（透析あり）												
	糖尿病		194,596,580	8.5	10.0	8.2	9.9	196,596,090	8.6	9.7	9.3	9.4	
	高血圧症												
	精神		474,740,090	20.8	19.5	21.1	16.8	筋・骨格	434,304,700	19.0	15.3	16.5	

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									
4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	481,238	23位 (16)						KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域							
				高血圧	468,669	25位 (18)													
				脂質異常症	482,025	16位 (18)													
				脳血管疾患	524,944	22位 (19)													
				心疾患	489,484	23位 (16)													
		県内順位 順位総数25	外来	腎不全	569,492	15位 (16)													
				精神	392,875	23位 (26)													
				悪性新生物	587,754	17位 (15)													
				糖尿病	40,568	3位													
				高血圧	33,626	4位													
	入院の()内 は在院日数	外来	脂質異常症	31,063	4位														
			脳血管疾患	38,980	10位														
			心疾患	44,851	9位														
			腎不全	146,900	21位														
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	4,425		2,682		2,807		2,147	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域								
			健診未受診者	14,305		13,162		13,454		12,679									
⑦	健診・レセ 突合	生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	12,580		7,148		7,430		6,153	KDB_NO.1 地域全体像の把握								
			健診未受診者	40,667		35,075		35,610		36,331									
5	①	特定健診の 状況	受診勧奨者	受診勧奨率	2,318	57.5	358,653	56.3	61,584	58.5	4,549,347	56.7	KDB_NO.3 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						
				医療機関受診率	2,144	53.2	330,237	51.8	57,757	54.9	4,207,302	52.4							
				医療機関非受診率	174	4.3	28,416	4.5	3,827	3.6	342,045	4.3							
	②	特定健診の 状況	受診率	健診受診者	4,029		637,050		105,222		8,025,996	法定報告							
				受診率	53.3	県内4位			38.5		36.3								
				特定保健指導終了者(実施率)	58.7	県内13位			49.8		23.6								
	③	特定健診の 状況	メタボ	該当者	非肥満高血糖	383	9.5	66,271	10.4	8,944	8.5	739,527		9.2					
					男性	850	21.1	109,309	17.2	18,591	17.7	1,341,863		16.7					
						557	32.2	73,972	26.3	12,292	27.1	921,330		26.6					
					女性	293	12.8	35,337	9.9	6,299	10.5	420,533		9.2					
						499	12.4	67,735	10.6	12,155	11.6	855,953		10.7					
					予備群	男性	342	19.7	46,323	16.5	8,087	17.9		592,831	17.1				
						女性	157	6.8	21,412	6.0	4,068	6.8		263,122	5.8				
					④	特定健診の 状況	メタボ該当・予備群 レベル	総数	腹囲	1,465	36.4	198,162		31.1	34,008	32.3	2,477,131	30.9	
									男性	964	55.7	134,139		47.8	22,493	49.7	1,700,929	49.1	
										女性	501	21.8		64,023	18.0	11,515	19.2	776,202	17.0
									BMI	総数	229	5.7		33,431	5.2	5,388	5.1	380,265	4.7
										男性	33	1.9		5,470	1.9	883	1.9	62,666	1.8
									女性	196	8.5	27,961		7.8	4,505	7.5	317,599	7.0	
血糖のみ	21	0.5	4,440	0.7					524	0.5	51,524	0.6							
血圧のみ	384	9.5	47,510	7.5					9,359	8.9	595,410	7.4							
脂質のみ	94	2.3	15,785	2.5					2,272	2.2	209,019	2.6							
血糖・血圧	179	4.4	18,841	3.0					3,082	2.9	209,984	2.6							
血糖・脂質	36	0.9	6,008	0.9					785	0.7	71,663	0.9							
血圧・脂質	378	9.4	51,353	8.1					9,344	8.9	660,086	8.2							
血糖・血圧・脂質	257	6.4	33,107	5.2					5,380	5.1	400,130	5.0							
6	生活習慣の 状況	①	服薬	高血圧	1,768	43.9	222,340	34.9	41,600	39.5	2,664,571	33.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握						
				糖尿病	376	9.3	49,915	7.8	8,268	7.9	577,944	7.2							
				脂質異常症	898	22.3	145,561	22.9	24,482	23.3	1,839,311	22.9							
		②	既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	198	5.3	19,846	3.2	3,984	4.0	251,915	3.3							
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	306	8.2	34,620	5.7	6,422	6.5	426,790	5.6							
				腎不全	35	0.9	3,069	0.5	637	0.6	37,671	0.5							
				貧血	664	17.7	55,157	9.1	13,534	13.6	771,975	10.2							
		③	生活習慣の 状況	喫煙	喫煙	587	14.6	86,231	13.5	14,063	13.4	1,143,679		14.3					
					週3回以上朝食を抜く	347	9.3	37,060	6.7	8,870	9.0	574,353		8.4					
					週3回以上食後間食	525	14.0	66,731	12.1	13,634	13.8	807,222		11.9					
					週3回以上就寝前夕食	582	15.5	81,576	14.7	12,693	12.8	1,070,671		15.6					
					食べる速度が速い	1,086	28.9	146,259	26.5	26,943	27.2	1,763,368		25.9					
					20歳時体重から10kg以上増加	1,208	32.2	169,292	30.8	32,483	32.7	2,180,319		31.7					
					1回30分以上運動習慣なし	2,501	66.7	345,367	62.1	59,030	59.3	4,048,381		58.8					
1日1時間以上運動なし	1,025				27.3	248,793	44.6	36,012	36.3	3,194,143	46.5								
睡眠不足	842				22.4	131,245	23.6	21,600	21.7	1,675,807	24.6								
毎日飲酒	935				24.9	152,046	25.3	23,684	23.6	1,895,504	25.6								
時々飲酒	649				17.3	123,502	20.5	18,708	18.7	1,636,882	22.1								
④	生活習慣の 状況	一日飲酒量	1合未満	860	50.0	248,795	63.6	40,128	64.9	3,340,872	64.2								
			1~2合	624	36.3	95,281	24.4	15,431	25.0	1,241,611	23.8								
			2~3合	179	10.4	36,455	9.3	4,988	8.1	483,582	9.3								
			3合以上	57	3.3	10,417	2.7	1,271	2.1	141,265	2.7								

第二期平戸市保健事業実施計画
(データヘルス計画)

第三期特定健康診査等実施計画

発行年月 平成 30 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 0950-22-4111 FAX 0950-22-4241