第3期長崎市データヘルス計画【概要版】

●第2期計画の実績と評価等

	目標（R5年度最終目標値）	実績値 ベースライン（H28年度）	H30年度（目標値）	R元年度（目標値）	R2年度（目標値）	R3年度（目標値）	R4年度（目標値）	取り組んだ個別の保健事業	評価・検証
1	**特定健診受診率の向上** （特定健診受診率：36.0%）	32.0%	32.3% （33.5%）	32.2% （34.0%）	28.4% （34.5%）	32.2% （35.0%）	目標値未達 34.2% （35.5%）	①満40歳・41歳の方への特定健診受診勧奨通知事業 ②新規国保加入者のうち60歳代の方への特定健診受診勧奨通知事業 ③ICTを活用した特定健診受診率向上対策事業	・一律の受診勧奨では受診率向上につながらないため、R3年度から新たに長崎県の支援によるICTを活用した特定健診受診率向上対策事業に取り組んだ結果、対象者の特性や健康意識に応じた内容で、受診行動につながる可能性の高い対象者へ優先的に勧奨することができた。 ・受診の定着化（リピート受診）を図る取組みも重要。通院中だが特定健診未受診の方が多いので、みなし健診の利用促進を図っていく必要がある。 ★第2期で取り組んだ保健事業はいずれも継続の必要性あり。
2	**生活習慣病の発症や重症化する被保険者の減少** （重症化予防対象者※：30%以下）	31.5%	32.5% （31.0%）	33.0% （30.75%）	34.2% （30.5%）	34.7% （30.25%）	目標値未達 34.1% （30.0%）	①特定保健指導の充実・強化事業 ②糖尿病性腎臓病重症化予防事業 ③健診有所見者への受診勧奨事業	・R2年度の中間評価では、「悪化している」評価となったため、より重症化する可能性の高い方をハイリスク者として重症化予防対象者の見直しを行った。 ・糖尿病性腎臓病重症化予防事業の開始及び評価指導の標準化により、糖尿病対策に係る目標値を新たに設定。これに伴い、一括りにしていた重症化予防対象者を細分化し、個別の保健事業でも評価指標を新たに設定し進捗管理できるようにした。 ★第2期で取り組んだ保健事業はいずれも継続の必要性あり。

※重症化予防対象者：特定健診受診者のうち次に該当する方
①Ⅱ度高血圧以上、②LDL180以上、③中性脂肪300以上、④メタボ該当者、
⑤HbA1c6.5%以上（治療中は7.0%以上）、⑥尿たんぱく2＋以上、⑦eGFR50未満（70歳以上はeGFR40未満）

○長崎市国保の現状（健康課題）

項目	長崎市国保のR4年度の現状（健康課題）【県：市町国保平均値】
A	特定健診受診率が低い。【34.2%、県：37.6%】 （1）若年者の人口割合が少なく、特定健診受診者も少ない。 （40歳代：15.6%、50歳代：19.7%、前期高齢者：41.2%） （2）健診のリピート率が低い。 （R2年度（ICT活用前）：66.0% ⇒ R4年度69.2%、中核市平均：77.5%） （3）一人当たりの医療費は県内で1番高いが、特定健診受診率は逆に県内で1番低い。 ⇒医療管理下の方は、特定健診を受けることが少ないと考えられる。
B	特定保健指導実施率が低い。【30.3%、県：56.5%】 （1）特定保健指導対象者の減少率は、21.6%（県20.4%、全国平均21.3%）。 ⇒特定保健指導の実施につながった方は、結果につながっている。 指導につながらなかった方へ重点健康相談を実施していることも一助になっている。 （2）質問票より、生活改善の意欲がある方や既に取り組んでいる方が多い。 （3）質問票より、保健指導の希望者は多いが、実際の特定保健指導につながっていない。
C	糖尿病患者が多い。／糖尿病の疑いがある方が医療につながっていない。 （1）特定健診受診者のうち、HbA1c8.0%以上の方は1.4%（県1.2%、全国平均1.3%）。 （2）特定健診受診者のうち、HbA1c6.5%以上で糖尿病レセプトがない方は16.9%（県12.6%、全国平均13.9%）。 （3）質問票より、糖尿病で服薬中の方は8.4%（県9.6%、全国平均8.9%）。 （4）外来で医療費の高い疾病は、①慢性腎臓病（透析あり）、②糖尿病、③高血圧症の順。 （5）介護認定者の有病状況で、糖尿病は30.8%（県27.2%、全国平均24.3%）。 （6）生活習慣病に占める人工透析の医療費割合は11.4%（県10.1%、全国平均8.3%）。 人工透析導入患者179人のうち、糖尿病性腎症の方は54人（30.2%）を占める。
D	健診有所見者が多い。 （1）メタボ該当者は男性で34.5%（県33.6%、全国平均32.9%）、女性で12.5%（県12.5%、全国平均11.3%）。 （2）メタボ予備群は男性で19.3%（県19.0%、全国平均17.8%）、女性で6.9%（県6.8%、全国平均6.0%）。 （3）メタボ該当・予備群レベルの方のうち血圧と脂質の2項目が該当する方は11.4%（県10.9%、全国平均9.8%）。 （4）血圧で基準値（130/85）を超えた方は54.9%（県52.9%、全国平均50.7%）。 （5）質問票より、高血圧で服薬中の方は44.8%（県44.3%、全国平均36.8%）。 （6）尿たんぱく1＋以上の方は7.1%（県6.1%）。 （7）前期高齢者でBMI20以下の方は18.3%（県17.4%）。
E	その他の課題（レセプトより） （1）重複・頻回受診者及び多剤処方者が多い。 （2）一人当たり医療費が高い（月間平均医療費は37,701円、県33,055円、全国平均27,570円）。 （3）人工透析（患者千人当たり患者数）、狭心症（同左）が多い。

■第3期計画の目標・評価指標と個別の保健事業

項目	第3期計画の目標	評価指標	計画策定時実績 2022年度（R4）	目標値 2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）中間	2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）最終	対応する個別の保健事業
A	**特定健診受診率の向上**	特定健診受診率	34.2%（R4年度）	36.0%	36.5%	37.0%	37.5%	37.8%	38.0%	・若年者等への特定健診受診勧奨通知事業 ・ICTを活用した特定健診受診率向上対策事業
		リピート率（前年度受診者のうち当該年度受診者数）	69.2%（R4年度）	70.0%	71.5%	73.0%	74.5%	76.0%	77.5%	
B	**特定保健指導実施率の向上**	特定保健指導実施率	30.3%（R4年度）	30.4%	30.7%	31.0%	31.3%	31.6%	32.0%	・特定保健指導の充実・強化事業
		内臓脂肪症候群該当者の割合	21.7%（R4年度）	20%以下に減らす（中間評価で見直す）						
C	**糖尿病が疑われる人を医療につなぎ、医療管理下で血糖をコントロールする**	HbA1c8.0%以上の者の割合	1.4%（R4年度）	1.4%	1.4%	1.3%	1.2%	1.1%	1.0%	・糖尿病性腎臓病重症化予防事業 ・健診有所見者への受診勧奨事業
		HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病レセプトがない者の割合	16.9%（R4年度）	減らす（中間評価で見直す）						
D	**健診有所見者を医療につなげる**	重症化予防対象者※の割合 ※Ⅱ度高血圧以上、LDL180以上、CKD重症度分類該当者	18.1%（R3年度）	18.1%	17.8%	17.6%	17.4%	17.2%	17.0%	・特定保健指導の充実・強化事業 ・健診有所見者への受診勧奨事業
		受診勧奨後の医療機関受診率	54.9%（R3年度）	56.0%	57.0%	57.5%	58.0%	59.0%	60.0%	

対策事業	
	医療費適正化事業 ・重複・頻回受診者等訪問相談事業 ・後発医薬品（ジェネリック）利用促進事業 ・医療費通知 ・適正服薬促進事業 ・向精神薬多重服用者対策事業