

長崎市国民健康保険
第3期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

令和6年4月
市民健康部国民健康保険課

長崎市国民健康保険第3期保健事業実施計画 (データヘルス計画)

目次

はじめに	1
長崎市の概要	2
1) 概況	2
2) 人口の状況	3
3) 死亡の状況	4
4) 介護の状況	6
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	8
1) 背景・目的	8
2) 計画の位置付け	8
3) 計画期間	9
4) 標準化の推進	9
5) 実施体制及び関係者との連携	10
6) 保険者及び関係者が果たすべき役割	10
7) 保険者努力支援制度	11
第2章 長崎市国民健康保険の現状	12
1) 長崎市国保の特性	12
2) 長崎市の地域資源の状況	15
3) 長崎市国保の財政状況	16
4) 長崎市国保の医療費の状況	19
5) 医療費適正化対策の状況	25
6) 特定健診結果の状況	28
第3章 第2期計画の評価と第3期計画の目標	41
1) 第2期計画の評価	41
<第2期計画目標1>	
特定健診受診率の向上	41
<第2期計画目標2>	
生活習慣病の発症や重症化する被保険者の減少	49
2) 第3期計画の目標	58
<第3期計画目標1>	
特定健診受診率の向上	58
<第3期計画目標2>	
特定保健指導実施率の向上	59

〈第3期計画目標3〉

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…60

〈第3期計画目標4〉

健診有所見者を医療につなげる …………… 61

第4章 第4期長崎市国民健康保険特定健康診査等実施計画 …………… 63

1) 特定健康診査等実施計画について …………… 63

2) 目標 …………… 63

3) 対象者 …………… 63

4) 実施方法 …………… 63

5) 個人情報の保護 …………… 71

6) 公表・周知 …………… 71

7) 実施計画の評価・見直し …………… 72

8) その他の事項 …………… 72

第5章 データヘルス計画の評価・見直し …………… 73

1) 個別保健事業の評価時期 …………… 73

2) 個別保健事業の評価方法・見直し …………… 73

第6章 データヘルス計画の公表・周知 …………… 73

第7章 個人情報の取扱い …………… 73

1) 関係法令等の遵守 …………… 73

2) 個人情報の目的外利用の禁止 …………… 73

第8章 地域包括ケア推進に係る取組み …………… 73

第9章 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る取組み …………… 74

資料編

はじめに

長崎市においては、人口減少や少子高齢化が急速に進展しており、本市の財政運営や社会保障制度等あらゆる分野に大きな影響を与えています。

長崎市第五次総合計画（令和4年度～令和12年度）では、めざす2030年の姿に近づくための8つのまちづくりの方針の一つとして、「みんなで支え合い、だれもが健康にいきいきと暮らせるまち」を掲げています。その実現のためには長崎市民一人ひとりの健康を守り支え、生活の質（QOL）の維持及び向上を図ることで生きがいを持って社会と関わる市民を増やし、地域全体で支えあう仕組みづくりを進めていくことが必要です。

一方、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、市町村国保を含むすべての健康保険組合に対して、レセプトデータの分析及びそれに基づく加入者の健康の保持増進のための事業計画として「保健事業計画（データヘルス計画）」の作成・公表、事業実施、評価等の取組みが義務付けられ、本市においても平成27年度からデータヘルス計画を策定し保健事業を実施しております。

今般、第2期データヘルス計画（平成30年度～令和5年度）が最終年度を迎えたことから、第2期計画の実績を評価・検証し、生活習慣病の予防・改善をはじめとする被保険者の健康増進に活かし、併せて医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化がさらに図られるよう、新たに第3期データヘルス計画を策定するものです。本計画を着実に推進し、市民の皆様が末永く健康で安全安心な生活を送ることができるまちづくりに努めてまいります。

結びに、本計画の策定にあたりまして、長崎県国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会をはじめ、御指導・御協力をいただきました関係機関の皆様にご心から御礼申し上げます。

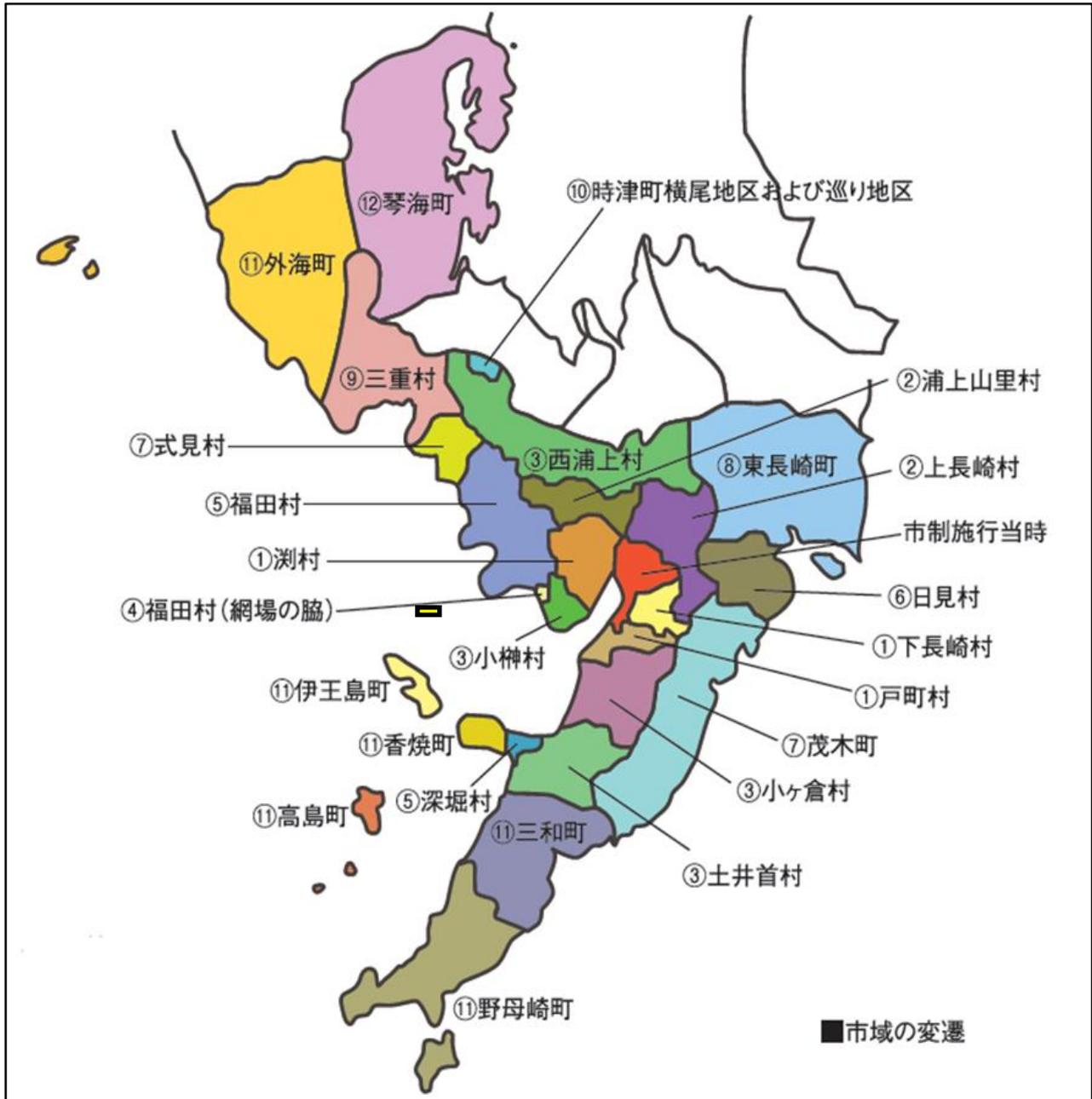
長崎市長 鈴木 史朗

長崎市の概要

1) 概況

長崎市は人口約40万人の中核市です。九州の西端に位置し豊かな海と港を活かして海外の国々との交流を行い独自の発展を遂げてきました。昭和20年に原子爆弾による惨禍に見舞われましたが、戦後は国際平和文化都市としての役割を果たしています。

市域面積は、明治22年4月1日の市制施行時点での推定7km²から、公有水面等の埋め立てと、12次に渡る編入合併により拡張を続け、東西約42Km、南北約46Kmに及ぶ405.86km²に達しています。(令和5年10月1日現在)



2) 人口の状況

表1は、本市の人口動態を表したものです。本市の人口は、令和5年10月1日時点で393,597人（国勢調査に基づく推計人口）となっており、自然増減数・社会増減数共に毎年マイナスの数値が続いています。人口減少は全国的な傾向ですが、特に本市は著しい速さで進行しています。

本市は人口類似都市（人口約40万人規模の中核市等24市）に比べて女性の未婚率（特に25歳～39歳）が高く、出生数の減少の要因となっています。さらに、全国で上位の転出超過数となっており、特に若い世代の大幅な転出超過が喫緊の課題です。（長崎市重点プロジェクトアクションプランから引用）

また、図1は国勢調査の推計値から作成した本市人口の年次推移を表したグラフになります。平成17年及び平成18年の市町合併により一時的な増加があったものの、その後再び減少に転じ、生産年齢人口（15歳以上65歳未満）と年少人口（15歳未満）の割合が減少する一方で、高齢者人口（65歳以上）の割合が増加しています。

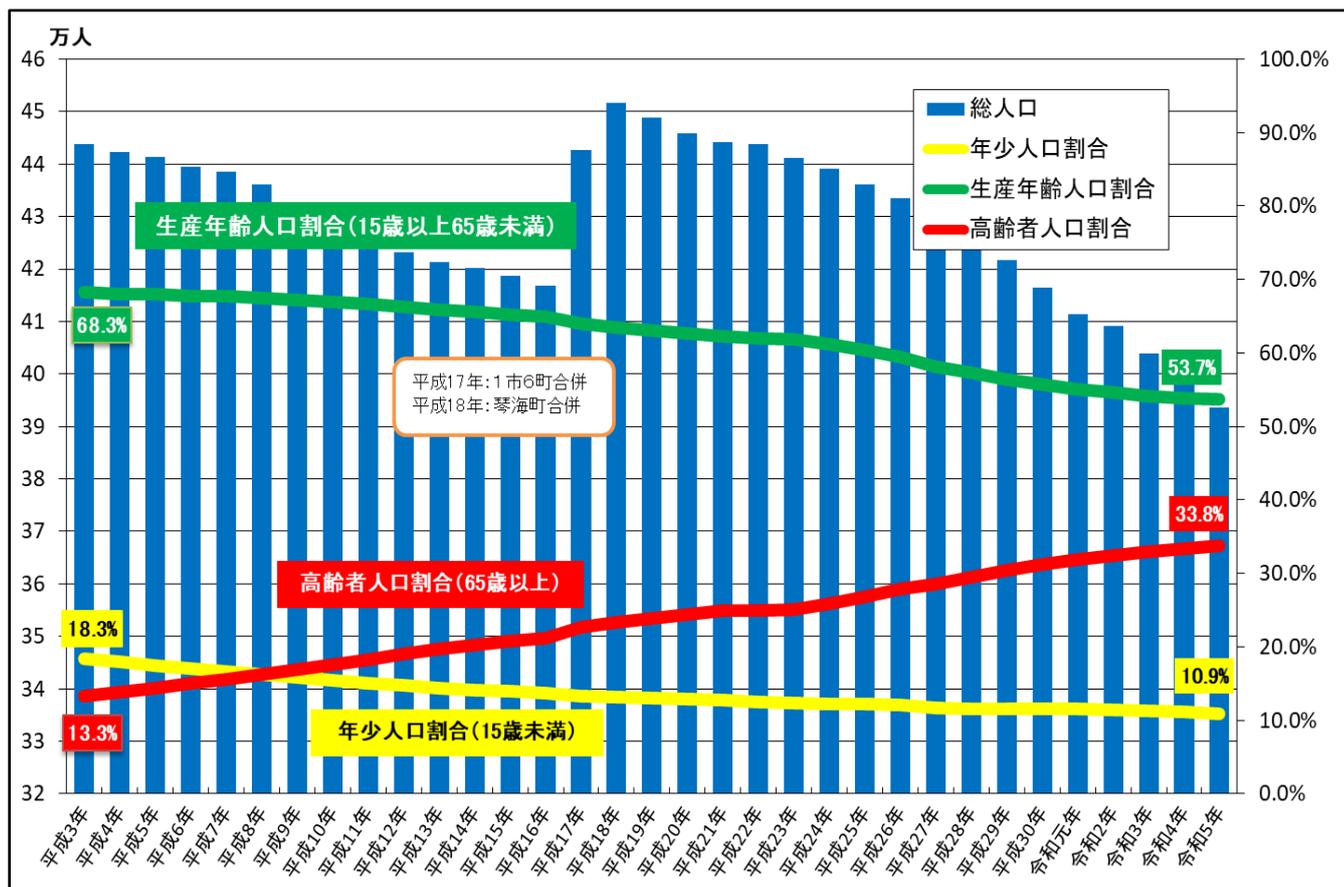
表1 長崎市の人口動態

年 月	自然動態			社会動態			人口増減 ①-②+③-④	婚姻 (件)	離婚 (件)
	出生 ①	死亡 ②	自然増減 ①-②	転入 ③	転出 ④	社会増減 ③-④			
平成30年	2,999	5,167	△2,168	13,150	15,814	△2,664	△4,832	1,931	683
令和元年	2,782	5,243	△2,461	12,399	15,332	△2,933	△5,394	1,793	707
2年	2,638	5,185	△2,547	12,185	14,538	△2,353	△4,900	1,727	664
3年	2,550	5,455	△2,905	11,197	13,682	△2,485	△5,390	1,613	605
4年	2,449	5,840	△3,391	12,191	13,721	△1,530	△4,921	1,476	601
令和4年9月	218	505	△287	752	771	△19	△306	71	44
10月	210	449	△239	800	801	△1	△240	105	44
11月	219	462	△243	646	642	4	△239	150	65
12月	215	529	△314	598	602	△4	△318	122	49
令和5年1月	201	620	△419	584	674	△90	△509	90	45
2月	170	514	△344	638	808	△170	△514	138	40
3月	179	557	△378	2,699	3,746	△1,047	△1,425	177	74
4月	164	390	△226	2,131	2,268	△137	△363	92	41
5月	202	497	△295	844	873	△29	△324	122	46
6月	182	444	△262	647	802	△155	△417	92	55
7月	193	425	△232	778	821	△43	△275	91	53
8月	179	528	△349	807	929	△122	△471	150	41
9月	189	498	△309	944	779	165	△144	98	53
10月	155	485	△330	899	752	147	△183	99	53

注：婚姻・離婚件数は本市独自集計（届出地集計）であり、厚生労働省が公表する人口動態統計調査結果（住所地集計）とは異なります。

（資料：長崎市中央地域センター、長崎市地域保健課）

図1 長崎市の総人口及び年代別人口割合の年次推移



注: 年齢不詳者の割合を含んでいないため、上記グラフの人口割合の合計は100%になりません。

(国勢調査の推計値から作成)

3) 死亡の状況

図2は本市(市民全体)の死因別死亡数を年次推移で表したグラフになります。KD Bシステム^{※1}で抽出可能な6項目を死因とする死亡数及びその割合はほぼ変わらず横ばいで推移しています。

また、図3は令和4年度の死因割合を本市、長崎県、同規模自治体^{※2}及び全国平均と比較したグラフになります。本市では死因ががんである割合が高い状況にある一方で、脳疾患が死因である割合が低くなっています。

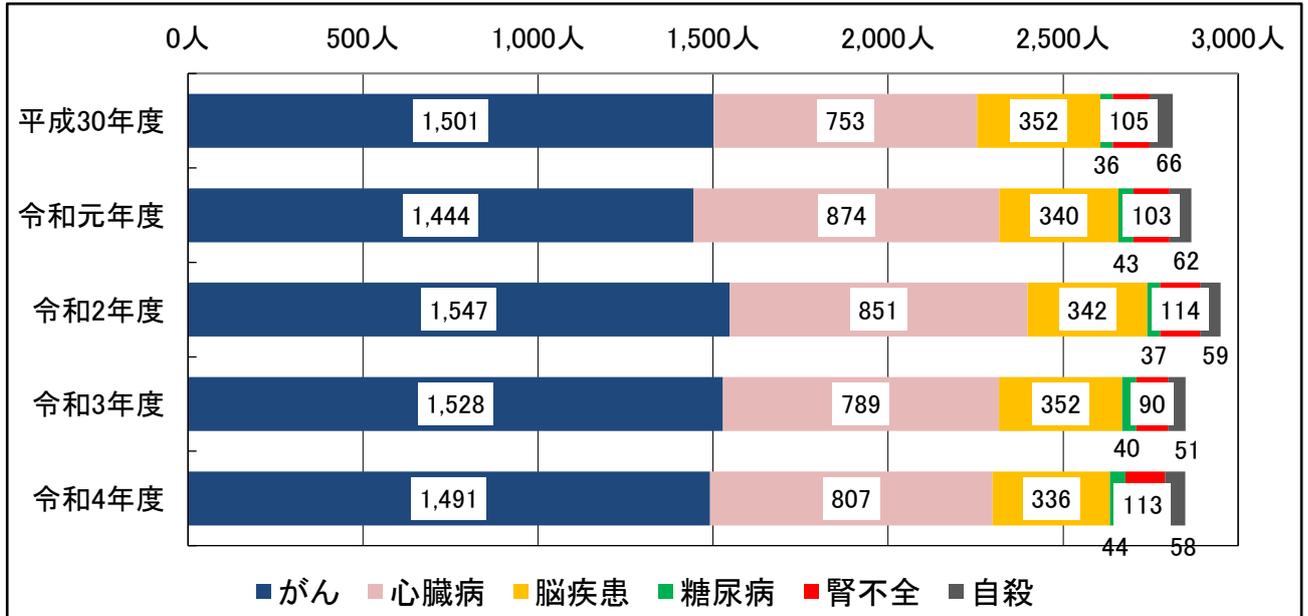
※1 KDBシステム(国保データベースシステム)

国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施等支援するため、国民健康保険団体連合会が保有する「健診・保健指導」、「医療」、「介護」の各種データを利活用して、統計情報や個人の健康に関するデータを作成するシステム。

※2 同規模自治体

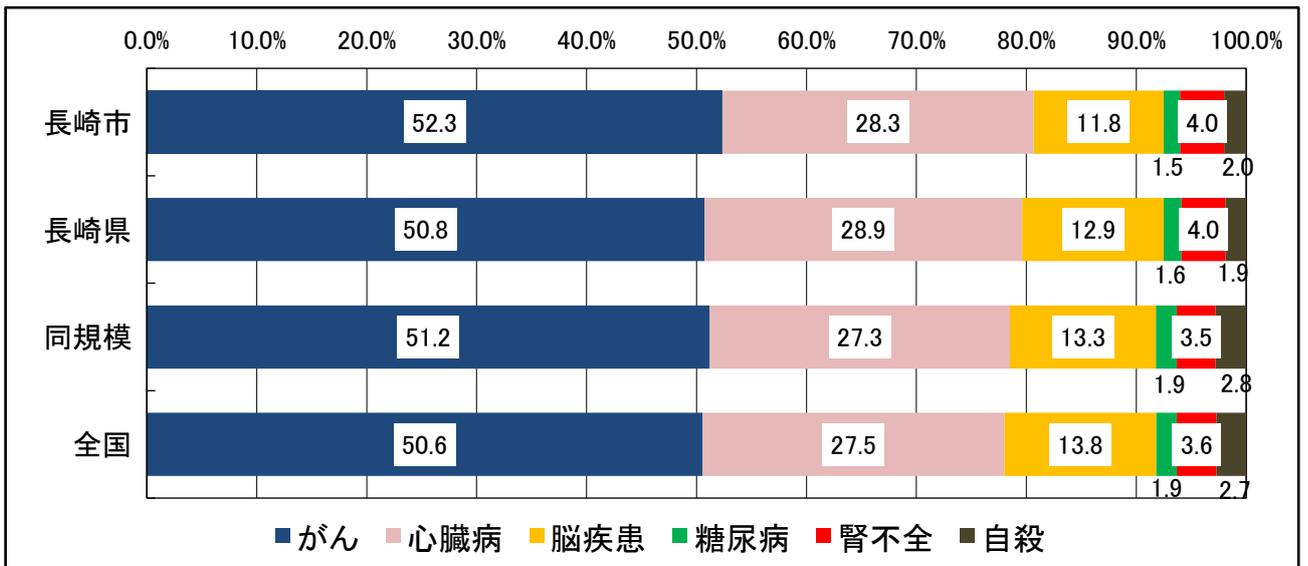
KDBシステムには同規模自治体と比較できる機能があり、人口規模に応じて13段階に区分され、本市は「同規模区分2(中核市・特別区)」に分類されている。

図2 死因別死亡数の年次推移



(資料：KDBシステムで抽出可能な6項目を計上)

図3 令和4年度 死因割合の比較



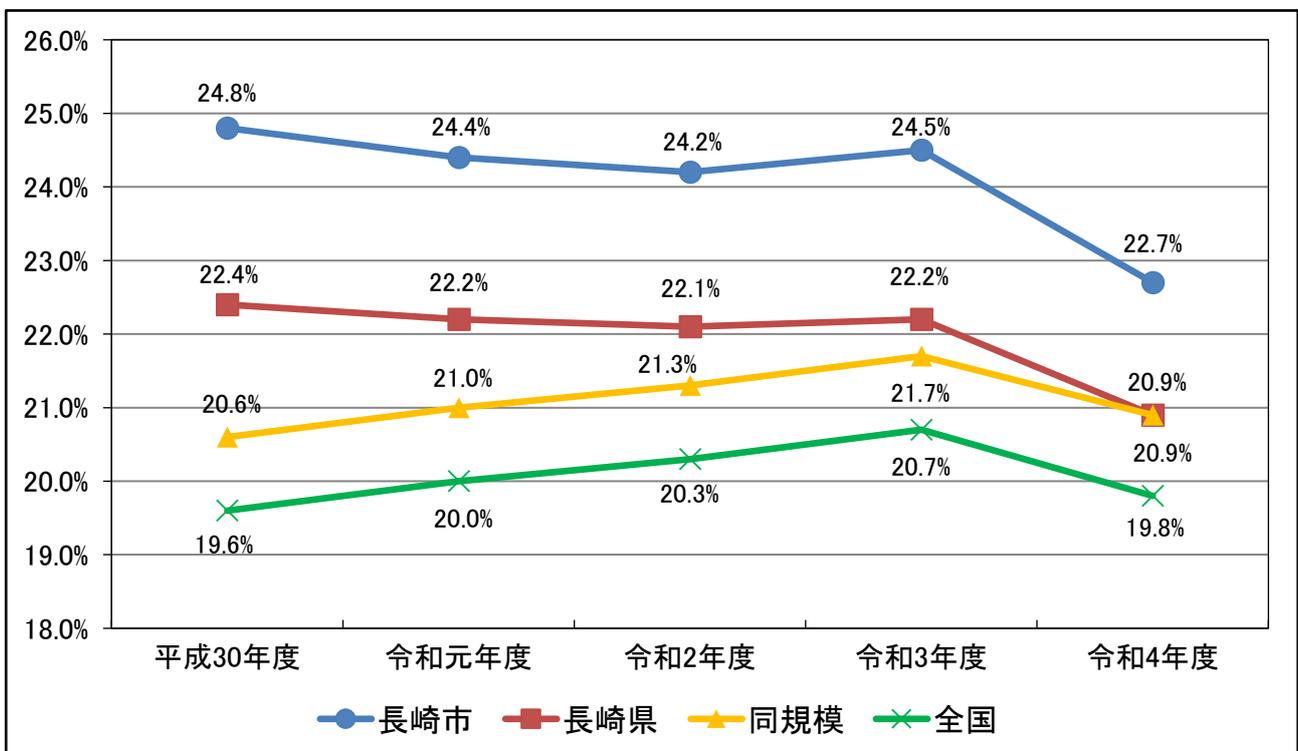
(資料：KDBシステムで抽出可能な6項目を計上)

4) 介護の状況

図4は、本市（市民全体）の介護認定率の年次推移と比較を表したグラフになります。令和4年度は本市、長崎県、同規模自治体及び全国平均のすべてで介護認定率が減少しているものの、本市は長崎県、同規模自治体及び全国平均よりも、例年高い比率で推移しています。

また、表2は令和4年度の介護認定及び介護認定者の有病状況等の比較を表したものです。本市の介護認定率及び介護認定者の有病者の割合は、第1号認定者で同規模自治体や全国平均と比較すると高い状況です。特に糖尿病、高血圧症、脂質異常症、心臓病、筋骨格及び精神の割合が高い傾向にあり、介護認定者の方が一件当たりの医療費が高くなっています。

図4 介護認定率（第1号被保険者及び第2号被保険者）の年次推移と比較



(資料：KDBシステム)

表2 令和4年度 介護認定及び介護認定者の有病状況等の比較 (単位：%)

		長崎市	長崎県	同規模自治体	全国
		割合	割合	割合	割合
介護認定	1号認定者	22.2	20.5	20.5	19.4
	(1号)新規認定者	0.2	0.3	0.3	0.3
	2号認定者	0.5	0.4	0.4	0.4
介護認定者の有病状況	糖尿病	30.8	27.2	24.8	24.3
	高血圧症	62.2	60.9	53.6	53.3
	脂質異常症	38.0	35.4	33.6	32.6
	心臓病	70.0	68.0	60.0	60.0
	脳疾患	25.9	25.1	22.6	22.6
	がん	16.0	14.2	12.2	11.8
	筋骨格	64.7	62.3	54.1	53.4
	精神	45.1	43.6	37.0	36.8
医療費	介護認定あり	9,315円	9,008円	8,543円	8,610円
	介護認定なし	4,276円	4,220円	3,918円	4,020円

注：医療費(一件当たり)

認定あり：介護受給者の医療レセプト総点数×10÷介護受給者の医療レセプト数

認定なし：介護受給者以外の医療レセプト総点数×10÷介護受給者以外の医療レセプト数

(資料：KDBシステム)

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

平成20年度から特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査（以下「特定健診」という。）の制度が始まり、併せて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整備が進められました。

そうした中、国においては平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、市町村国保を含むすべての健康保険組合に対し、診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等のデータの分析とそれに基づく加入者の健康の保持増進のための事業計画である「保健事業実施計画（以下「データヘルス計画」という。）」の作成・公表、事業実施及び評価等の取組みが義務付けられました。

本市においても平成27年度からデータヘルス計画を策定しており、令和5年度は第2期データヘルス計画（平成30年度～令和5年度）の最終年度となっています。

第2期計画期間中に、国においては令和2年7月の「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」及び令和3年12月の「新経済・財政再生計画改革工程表2021」により、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）ベースでの適切なKPI（重要業績評価指標）*の設定を推進することが示されました。

一方、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、併せて医療費の適正化を進めるため、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年度からの都道府県単位化と併せて新たに保険者努力支援制度（医療費適正化につながる保険者の取組みを客観的な指標で評価し支援金を交付する制度）が創設されました。

こうした状況を踏まえ、本市においては第2期データヘルス計画の実績を評価・検証し、生活習慣病の発症及び重症化の予防事業などによる被保険者の健康増進、医療費の適正化及び本市国保の財政基盤強化がさらに図られるよう、新たに第3期データヘルス計画を策定します。

なお、本計画の実施にあたっては、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル（計画、実行、評価、改善を循環させ業務効率を高める方法）に沿った、効果的かつ効率的な保健事業の実施、評価及び改善を行うこととします。

2) 計画の位置付け

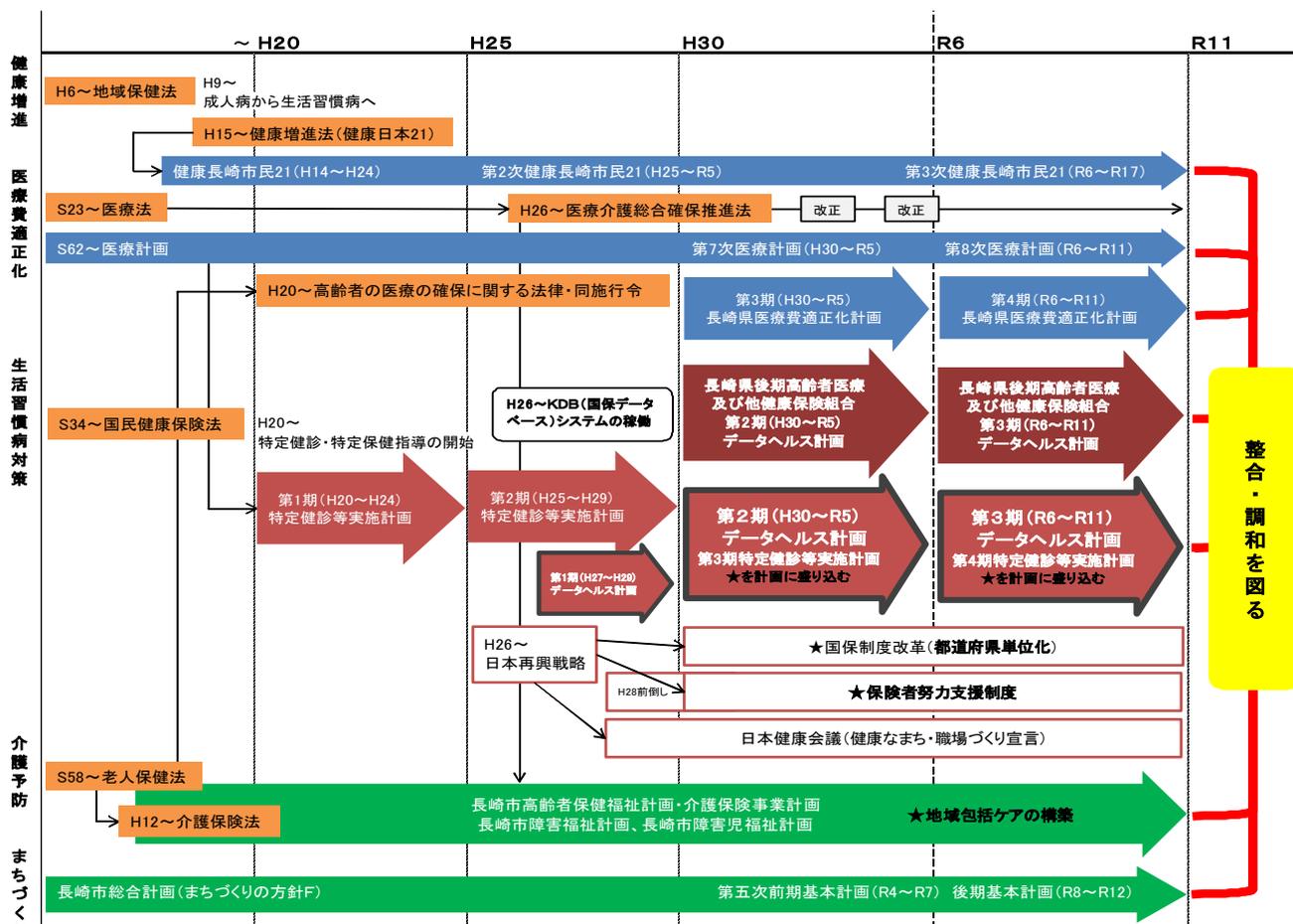
この「第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）」は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、「長崎市第五次総合計画」及び国の「健康日本21（第三次）」を踏まえた本市の健康増進計画である「第3次健康長崎市民21」など他の保健関連計画とも調和を図り連携して進めていきます。

* KPI (Key Performance indicator)

組織の目標を達成するための重要な業績評価の指標を意味し、達成状況を定点観測することで目標達成に向けた組織のパフォーマンスの動向を把握できるようになる。

また、保健事業の中核をなす特定健診等について、本市が保健事業を総合的に企画し、効果的かつ効率的に実施することができるよう、令和6年度から令和11年度までを新たな計画期間とする「第4期長崎市国民健康保険特定健康診査等実施計画」を、本計画と一体的に策定します。(第4章として記載)

図5 データヘルス計画を取り巻く法令・計画等の変遷



3) 計画期間

本計画は、令和6年度から令和11年度までの6年間を計画期間とします。
 なお、中間年度である令和8年度には本計画の中間評価及び見直しを行います。

4) 標準化の推進

①標準化による保険者の利点

都道府県内で共通の評価指標を設定することにより、同じ指標で経年的なモニタリング、客観的な状況の把握及び他の保険者との比較ができます。

また、地域の健康課題の分析方法、計画策定、評価等の一連の流れを標準化することで、これらの業務負担を軽減することができます。

さらに、計画等について、関係者の理解促進につながることや他の計画等との調和を検討する際に有用と考えられます。

②共通の評価指標の設定

第3期計画の作成にあたっては、国が「国民健康保険事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き」において例示した「すべての都道府県で設定することが望ましい指標」に準拠しつつ、長崎県が地域の実情に応じて追加した指標（長崎県版共通評価指標）を県下の各保険者に提示しています（資料編P1参照）。各保険者は当該共通評価指標を参照しつつ、各域内の状況や特性に応じて評価指標の追加・削除を行うことができます。

5) 実施体制及び関係者との連携

①実施体制

計画の策定、事業の実施、計画の評価及び見直しの一連のプロセスにおける実施体制については、国保の被保険者を含む市民の健康の保持・増進には幅広い部局が関わっていく必要があることから、本市国民健康保険課を中心にして、健康づくり課、後期高齢者医療室、各総合事務所地域福祉課、地域包括ケアシステム推進室等との連携・協力のもと、一体となって計画に基づく事業実施に取り組んでいきます。

②関係者との連携

計画の実効性を高めるためには、関係機関との連携・協力が重要となります。そこで計画の策定にあたっては、共同保険者である長崎県のほか、長崎県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会（以下「支援・評価委員会」という。）、長崎市医師会、長崎市歯科医師会、長崎市薬剤師会等の保健医療関係者等（以下「保健医療関係者等」という。）及び長崎市国民健康保険運営協議会と連携・協力していきます。

6) 保険者及び関係者が果たすべき役割

①保険者（長崎市）の役割

保険者は、被保険者の健康の保持・増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために、本市国民健康保険課が中心となって、関係部局や関係機関の協力を得て、保険者の健康課題を分析し、データヘルス計画を策定します。

当該計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。（詳しくは第5章参照）

②長崎県（国保部局）の役割

長崎県の国保部局は、保健衛生部局等の関係部局、保健所、国保連、保険者等の協力を得て、広域的な観点から長崎県の健康課題や保健事業の実施状況等を把握、分析します。その際、支援の必要性等を踏まえ、保険者ごとに健康課題等の分析も併せて行うよう努めます。

また、KDBシステム等を活用した保険者ごとの健康課題等の分析、健康課題を踏まえた計画策定、国保ヘルスアップ事業等の個別の保健事業実施や評価、計画の評価、計画の見直しや次期計画策定への反映等、各段階において保険者を支援します。

③長崎県（保健衛生部局）の役割

長崎県の保健衛生部局は、長崎県の健康づくり施策を担っていることを踏まえ、国保部局の求めに応じて、保健師等の専門職が技術的な支援を行います。

また、保健所が効果的・効率的に保険者支援を展開できるように、国保部局と連携して保健所を支援します。

④保健所の役割

保健所は、二次医療圏単位での健康課題等や圏域内市町ごとの健康課題、保健事業の実施状況等を分析し、健康課題に応じた保健事業の展開に向けて、保健所の健康増進施策の方針を示したうえで、分析結果や今後の対応の方向性等について、市町と情報共有します。

なお、本市は保健所設置市であるため、本市市民健康部内において連携して対応します。

⑤国保連及び支援・評価委員会の役割

国保連は、KDBシステム等を活用した地域の健康課題の分析に関するデータ提供及び対象者の抽出や保健事業の評価等活用方法を支援します。併せて、データヘルス計画推進のための考え方や取組みについて保険者向け研修を開催します。

また、支援・評価委員会は、計画の策定、中間評価及び最終評価の一連の流れに対して、PDCAサイクルの確認を行い、保険者に必要な助言を行います。支援にあたっては、状況に応じて、長崎県の方針を踏まえたうえで計画立案の考え方や評価指標の設定の考え方等を提示するなど、保険者や地域の特性を踏まえて支援します。

また、計画の策定支援や個別の保健事業の実施支援等の実績を踏まえ、これまでの支援経験や構成員の幅広い専門的観点を活用して、保険者への支援等を積極的に行います。

⑥後期高齢者医療広域連合の役割

75歳到達により国民健康保険から後期高齢者医療制度に新たに加えることに鑑み、市町国保との連携・協力が必要であり、具体的には健康・医療情報の分析結果の共有及び保健事業の連携に努めます。

⑦保健医療関係者の役割

保健医療関係者は、保健事業の実施や評価において、保険者等の求めに応じて、保健医療に係る専門的観点から保険者への支援等を積極的に行います。

7) 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む保険者等へのインセンティブ制度である保険者努力支援制度は、平成28年度から市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施され、平成30年度から本格実施となりました。

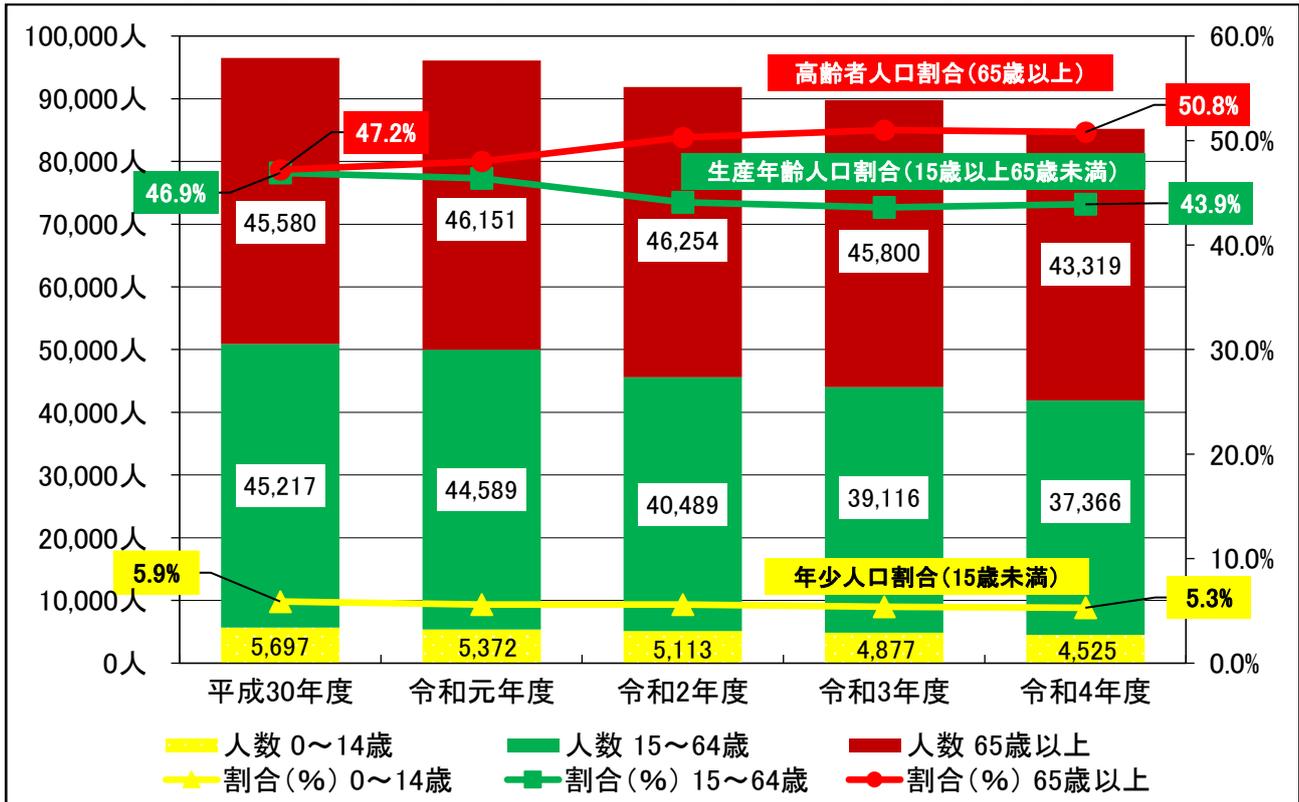
本市では当該制度でのインセンティブ獲得のため、積極的に各種事業の実施に取り組んでいきます。（本計画に関連する評価指標は資料編P2に掲載）

第2章 長崎市国民健康保険の現状

1) 長崎市国保の特性

図6は、本市の年代別国保加入者数及び割合の年次推移を表したグラフになります。本市の国保加入者数は年々減少しており、また、加入者数及び割合は年代と共に上昇する傾向にあります。年次推移を見ると高齢者人口（65歳以上）の割合が増加を続ける一方で、生産年齢人口（15歳以上65歳未満）と年少人口の割合は減少しています。

図6 長崎市の年代別国保加入者数及び割合の年次推移（各年度末時点）

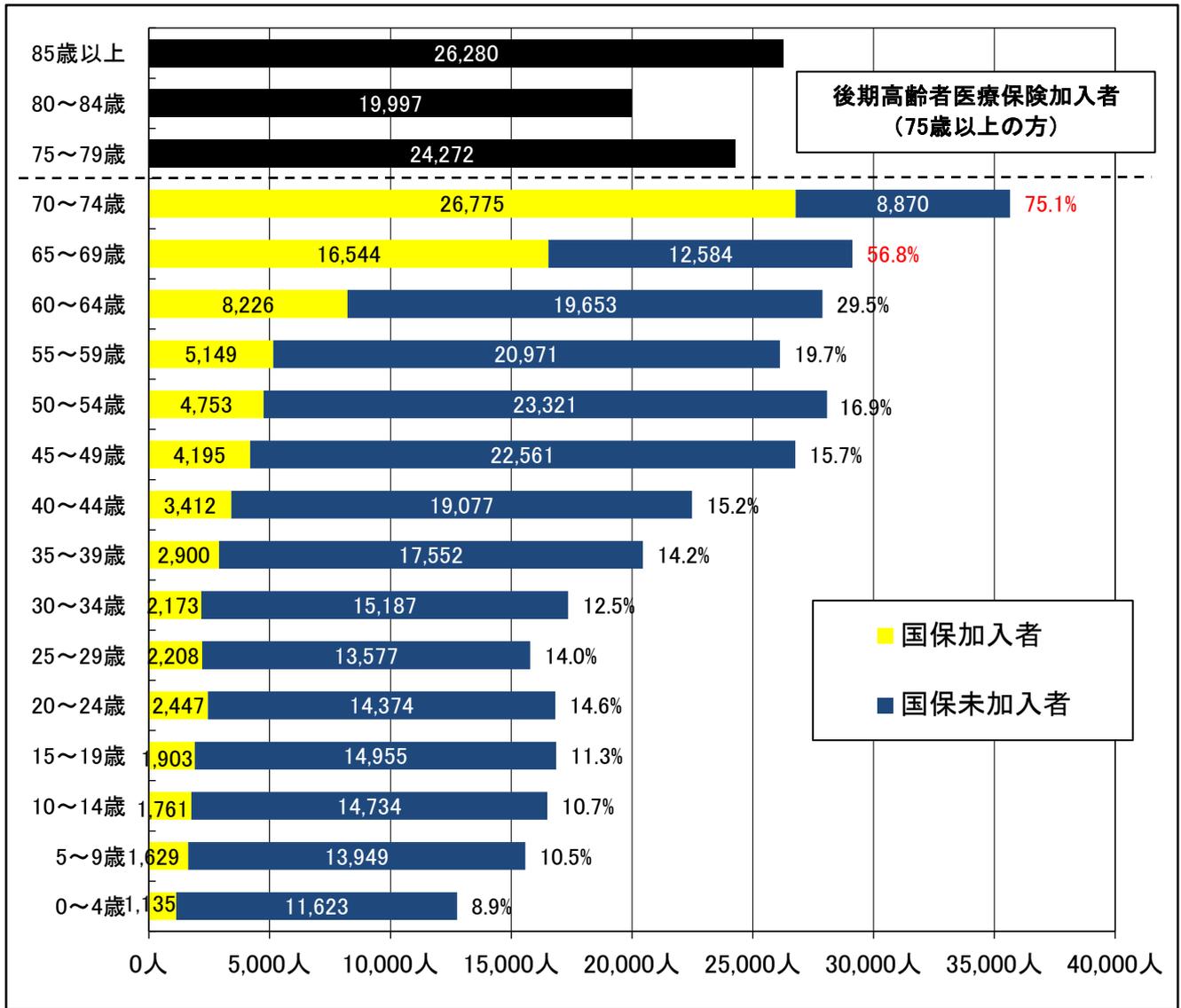


（資料：長崎市の国保）

図7は、令和4年度末時点の本市の年代別人口に占める国保加入者数及び加入割合の状況を表したグラフになります。

本市国保の加入割合は年代が上がるほど高くなっています。特に高齢者（65歳以上）の年代になると加入割合が急増し、65歳以上69歳以下で56.8%、また70歳以上74歳以下で75.1%の方が国保に加入している状況です。

図7 長崎市の年代別人口に占める国保加入者数及び加入割合の状況（令和4年度末時点）

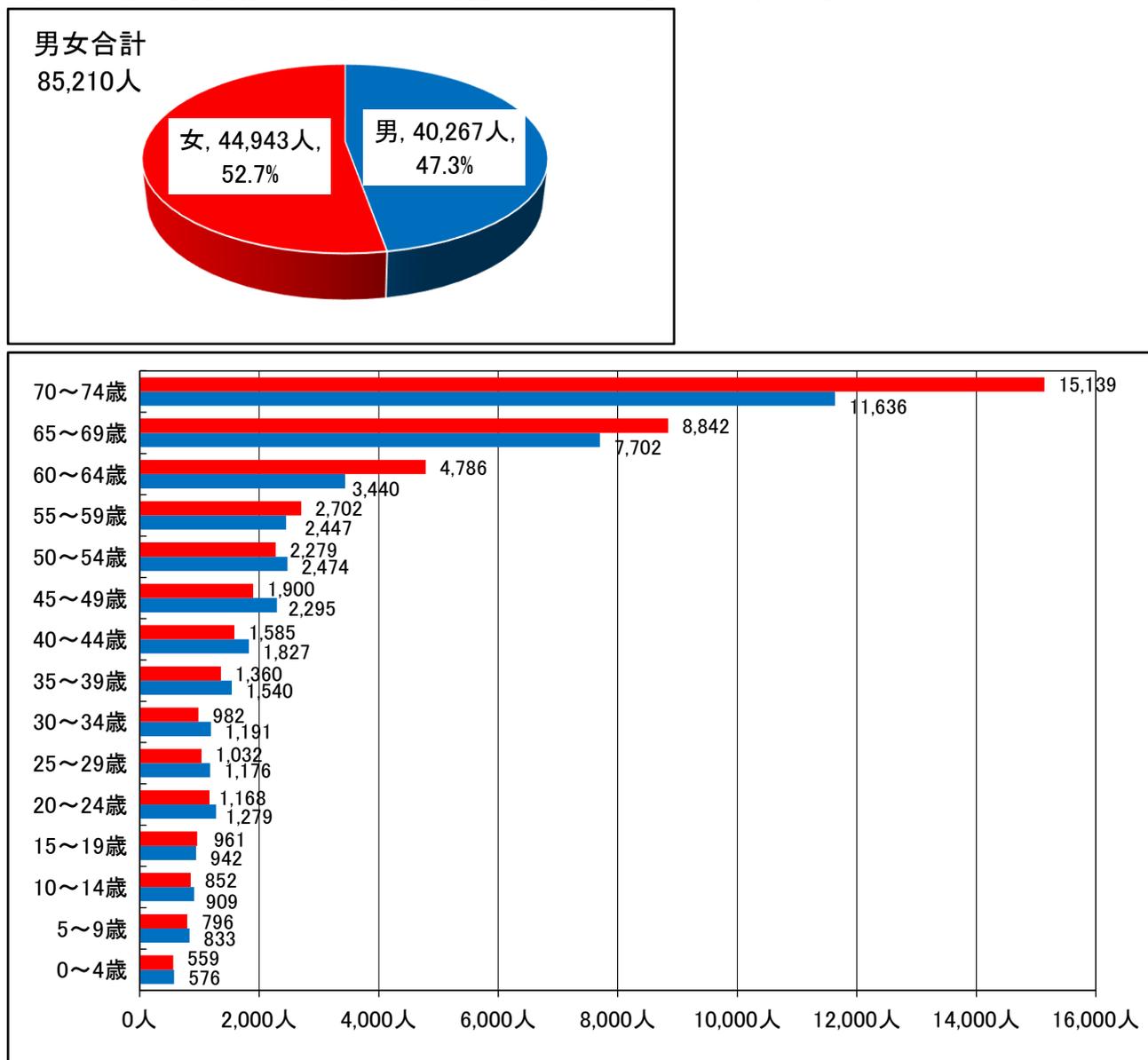


（資料：長崎市の国保）

図8は、令和4年度末時点の本市の国保加入者の年代別男女別人数を表したグラフになります。

国保加入者数を男女別で見ると、合計では女性の方が男性より多くなっており、年代別（5歳ごと）で見ると、0歳以上55歳未満までのすべての年代（15歳以上19歳以下の年代を除く。）で女性より男性の方が多く、55歳以上のすべての年代で男性より女性の方が多くなっています。

図8 長崎市国保加入者の年代別男女別人数（令和4年度末時点）

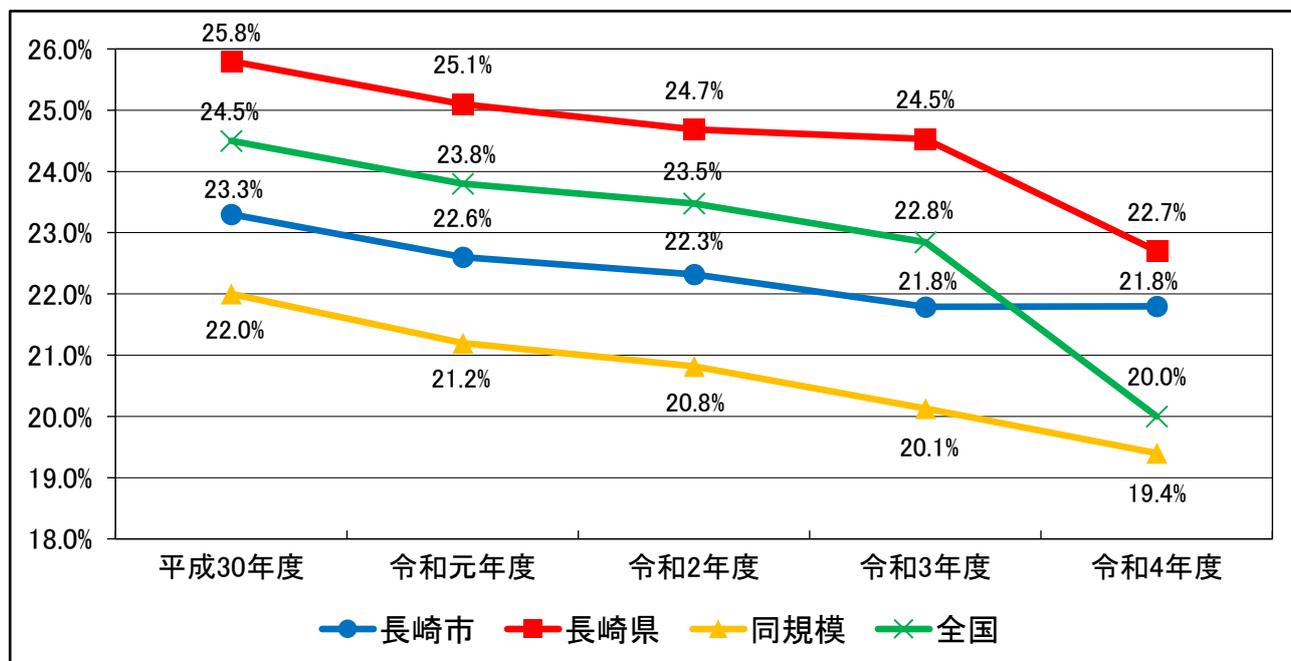


（資料：長崎市の国保）

図9は、国保加入率の年次推移と比較を表したグラフになります。

令和3年度までの本市国保加入率は、長崎県、全国平均よりも低い状況でした。しかし令和4年度は、長崎県、全国平均及び同規模自治体の加入率が減少したにも関わらず、本市国保の加入率は横ばいで推移したため、同規模自治体及び全国平均と比較すると高くなっていますが、長崎県と比較すると低くなっています。

図9 国保加入率の年次推移と比較



(資料：KDBシステム)

2) 長崎市の地域資源の状況

本市においては、個人・自治会等の地域活動団体、学校、長崎市社会福祉協議会、ボランティア団体（NPO法人）、事業所及び企業等と連携・協働しながら、高齢者等が住み慣れた地域で長く元気に暮らしていくための生きがいづくりや、誰もが気軽に社会参加できる体制づくりを進めています。

特にボランティア活動に参加することで、被保険者自身の健康づくりや仲間づくり・生きがいづくりにつながることから、地域で支援を必要としている高齢者等の支え手となる仕組みづくりを行い、地域で社会参加できる機会を増やしていく必要があります。

本市が養成した、「食生活改善推進員」、「ロードウォークサポーター」、「認知症サポートリーダー」、「介護予防ボランティア（あじさいサポーター、シルバー元気応援サポーター）」、「高齢者ふれあいサロンサポーター」、「介護施設ボランティア」などの健康づくり推進員（市民ボランティア）は、自主的な地域活動に取り組むほか、本市が主催するイベントにも参加しています。

これら人的な地域資源のほかに、地域における集いの場として、閉じこもりや孤立を防止し心身の健康づくりや生きがいづくりを目的とした「高齢者ふれあいサロン」、「自主グループ」のほかに、認知症高齢者やその家族等が気軽に集い、楽しく過ごしながら

情報や仲間が得られ社会とつながることができる「認知症カフェ」が市内各所で開催されています。

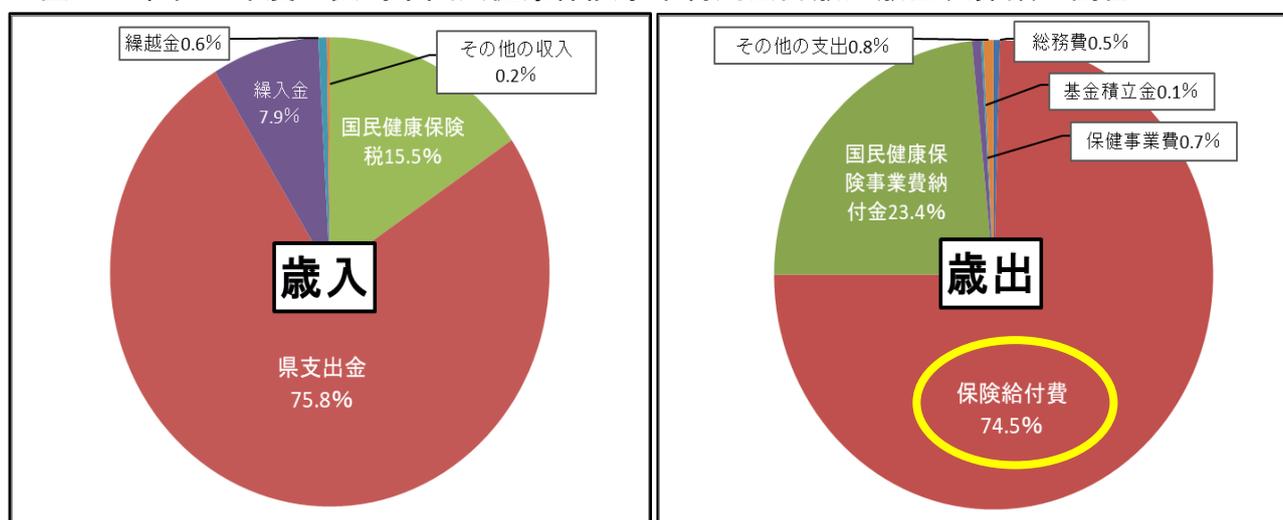
本市においては、これらの活動や取組みと連携しながら、持続可能な地域コミュニティ・ネットワークの形成・維持に努めることで、被保険者の健康や生活を支援していきます。

3) 長崎市国保の財政状況

図10は、令和4年度の本市国民健康保険事業特別会計歳入歳出決算額の割合を示したグラフになります。歳出では保険給付費[※]が全体の74.5%を占めています。

また、図11は本市国保の保険給付費及び国保加入者数の年次推移を表したものです。保険給付費は、令和2年度には新型コロナウイルス感染症まん延による受診控えの影響により約391億円まで減少しましたが、その後増加傾向にあります。

図10 令和4年度 長崎市国民健康保険事業特別会計歳入歳出決算額の割合

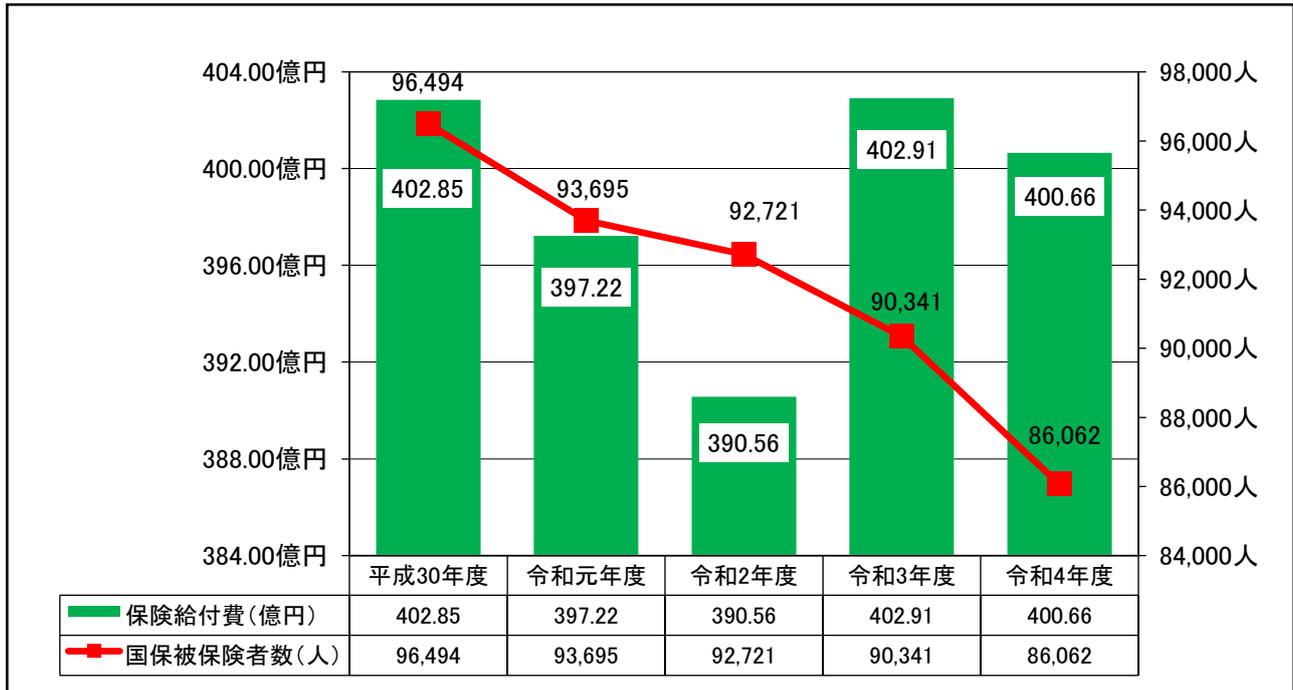


(資料：長崎市の国保)

※ 保険給付費

療養給付費、療養費、高額療養費、高額介護合算療養費、移送費、出産育児一時金、葬祭費、傷病手当金、審査支払手数料等で構成されている。

図11 長崎市国保の保険給付費及び国保加入者数の年次推移（各年度末時点）



(資料：国民健康保険事業年報)

一方で、表3のとおり、本市国保財政の状況悪化により、令和4年度から令和5年度の2か年度にわたって保険税率等の増額改定を行いました。

なお、平成30年度から国保の都道府県単位化が施行され、長崎県が財政運営の責任主体となり、県内市町が保健事業等を実施し、共同保険者として国保運営を担うこととなりました。都道府県単位化施行後の県全体の一人当たり国保医療費（年額）を見ると、表4のとおり全国の高額順位で7位という状況にあることから、今後も健全で安定した国保の財政運営を維持していくためには、効果的かつ効率的な保健事業を実施し、医療費の適正化を図る取組みが重要です。

表3 長崎市国保財政状況の年次推移

(単位：千円)

	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
歳入総額(A)	55,271,619	54,077,352	52,831,941	53,727,223	53,733,736
歳入総額(B)	55,770,288	54,570,724	53,182,974	54,143,152	53,375,942
差引収支(A-B)	▲498,669	▲493,372	▲351,033	▲415,929	357,794
前年度繰越金(C)	1,382,241	244,120	224,416	129,035	339,551
基金繰入金(D)	0	473,723	255,869	431,378	0
市債(E)	0	0	0	300,000	0
基金積立金(F)	639,451	55	217	104,932	84,170
公債費(G)	0	0	0	0	300,000
単年度収支 (A-B+C+D+E-F-G)	244,120	224,416	129,035	339,551	313,175
基金保有額	1,056,059	582,391	326,739	293	84,463

(資料：国民健康保険事業年報)

表4 長崎県一人当たり国保医療費（年額）の年次推移及び全国平均との比較

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
長崎県平均	434,336円	444,604円	440,871円	457,611円
全国平均	367,989円	378,939円	370,881円	394,729円
全国順位(高額順)	7位	7位	7位	7位

(資料：国民健康保険事業年報)

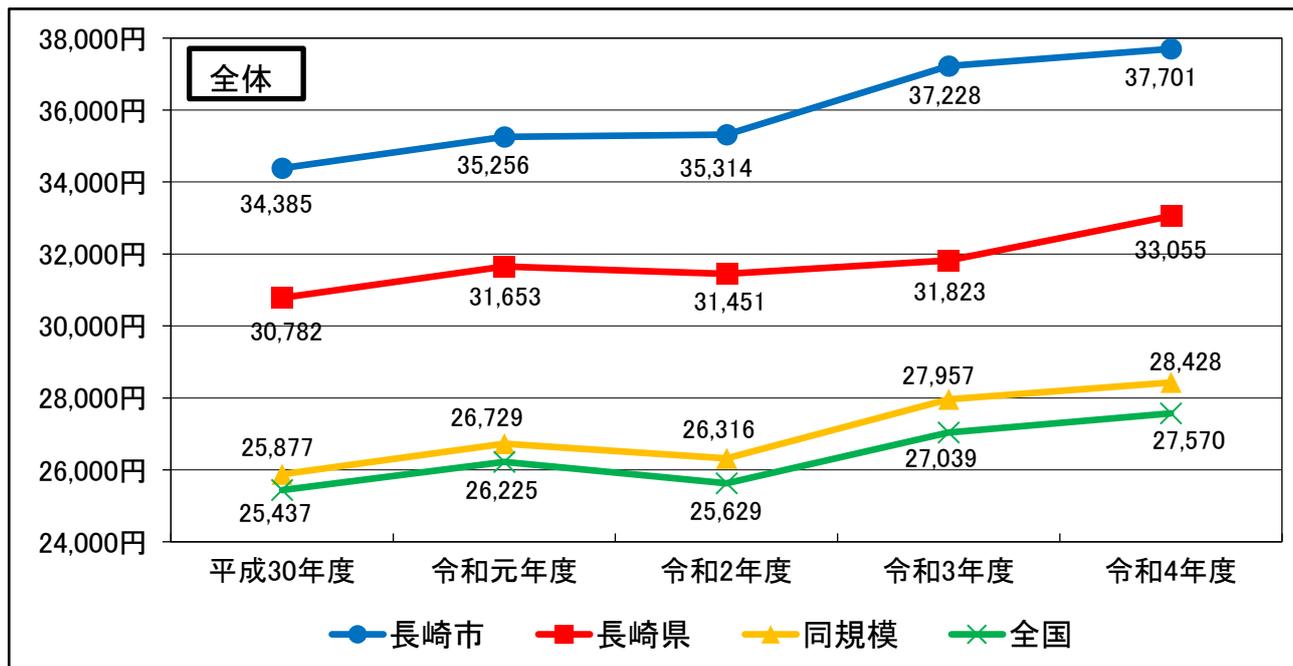
4) 長崎市国保の医療費の状況

①被保険者一人当たり月間平均医療費

図12から図14は、被保険者一人当たり月間平均医療費（全体、外来、入院別）の年次推移を、本市、長崎県、同規模自治体及び全国平均と比較したグラフになります。入院医療費はほぼ横ばいですが、外来医療費は年々増加しており、それに伴い全体医療費も増加しています。

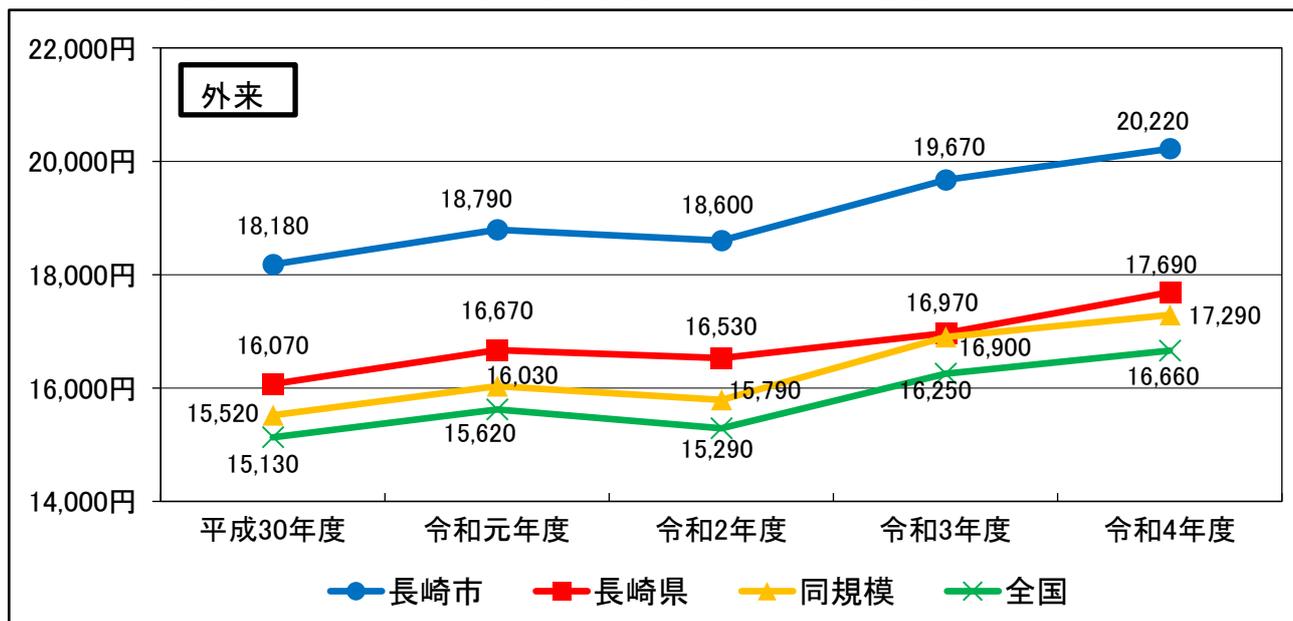
また、長崎県、同規模自治体及び全国平均と比較して、いずれも高い状況にあります。

図12 被保険者一人当たり月間平均医療費（全体）の年次推移と比較



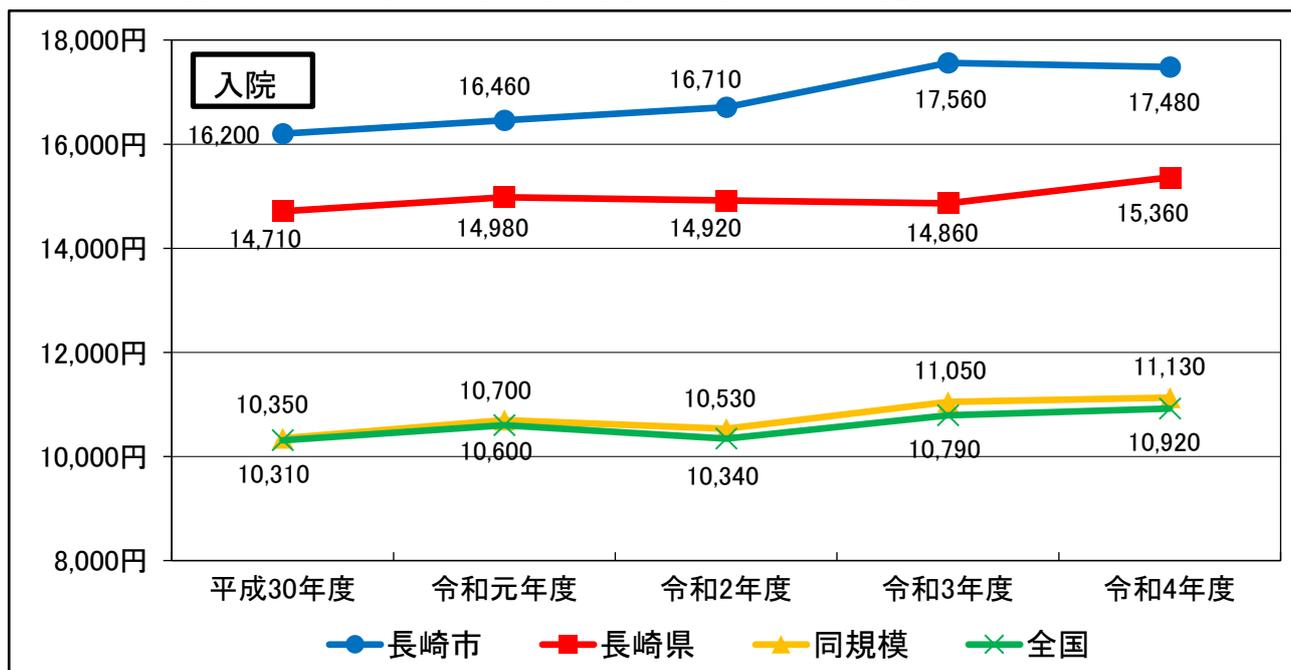
(資料：KDBシステム)

図13 被保険者一人当たり月間平均医療費（外来）の年次推移と比較



(資料：KDBシステム)

図14 被保険者一人当たり月間平均医療費（入院）の年次推移と比較



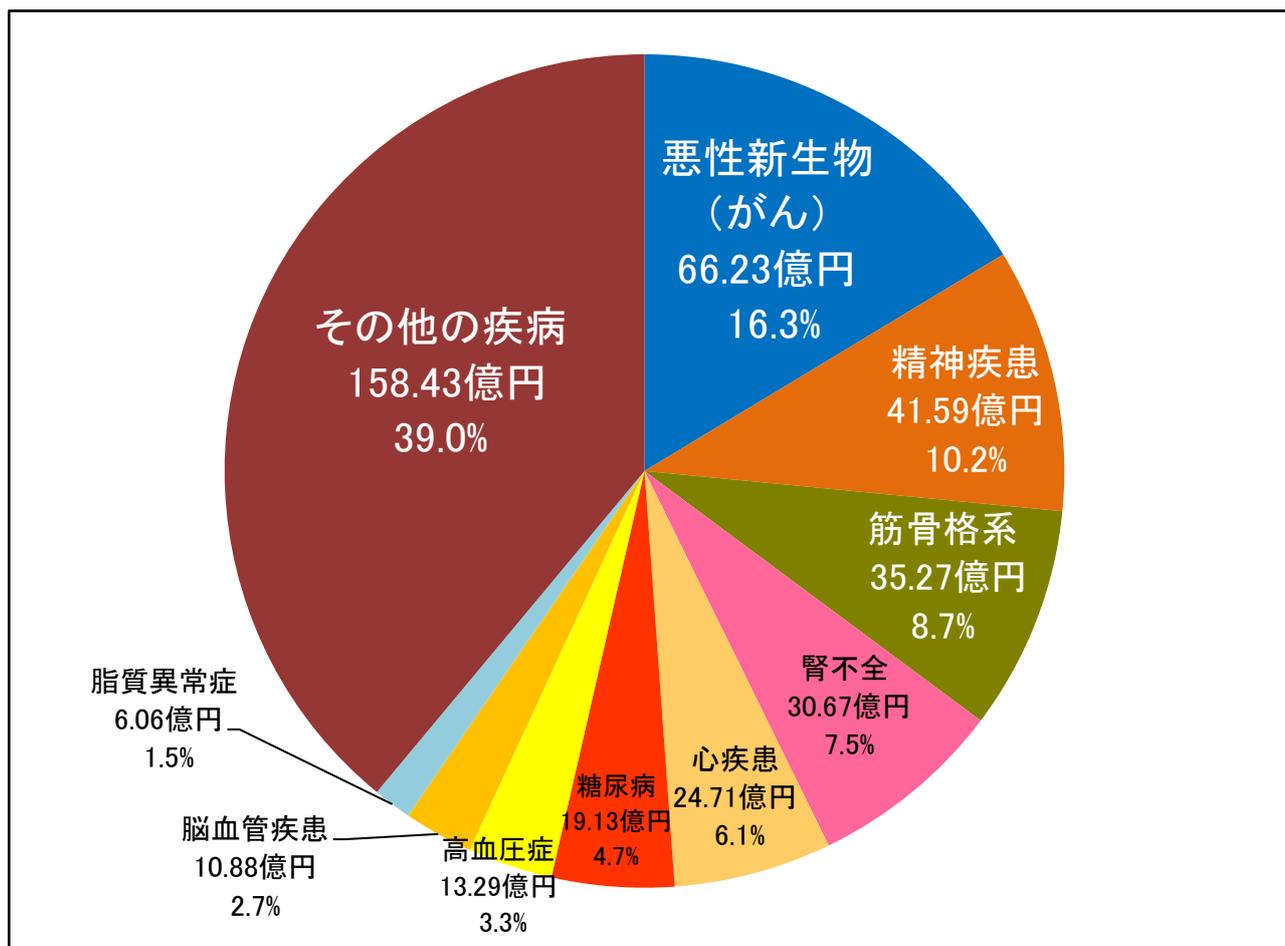
(資料：KDBシステム)

②疾病別医療費

図15は、令和4年度の本市国保医療費の疾病別内訳を表したグラフになります。その他の疾病を除き、悪性新生物（がん）が最も高く、全体の16.3%を占めています。

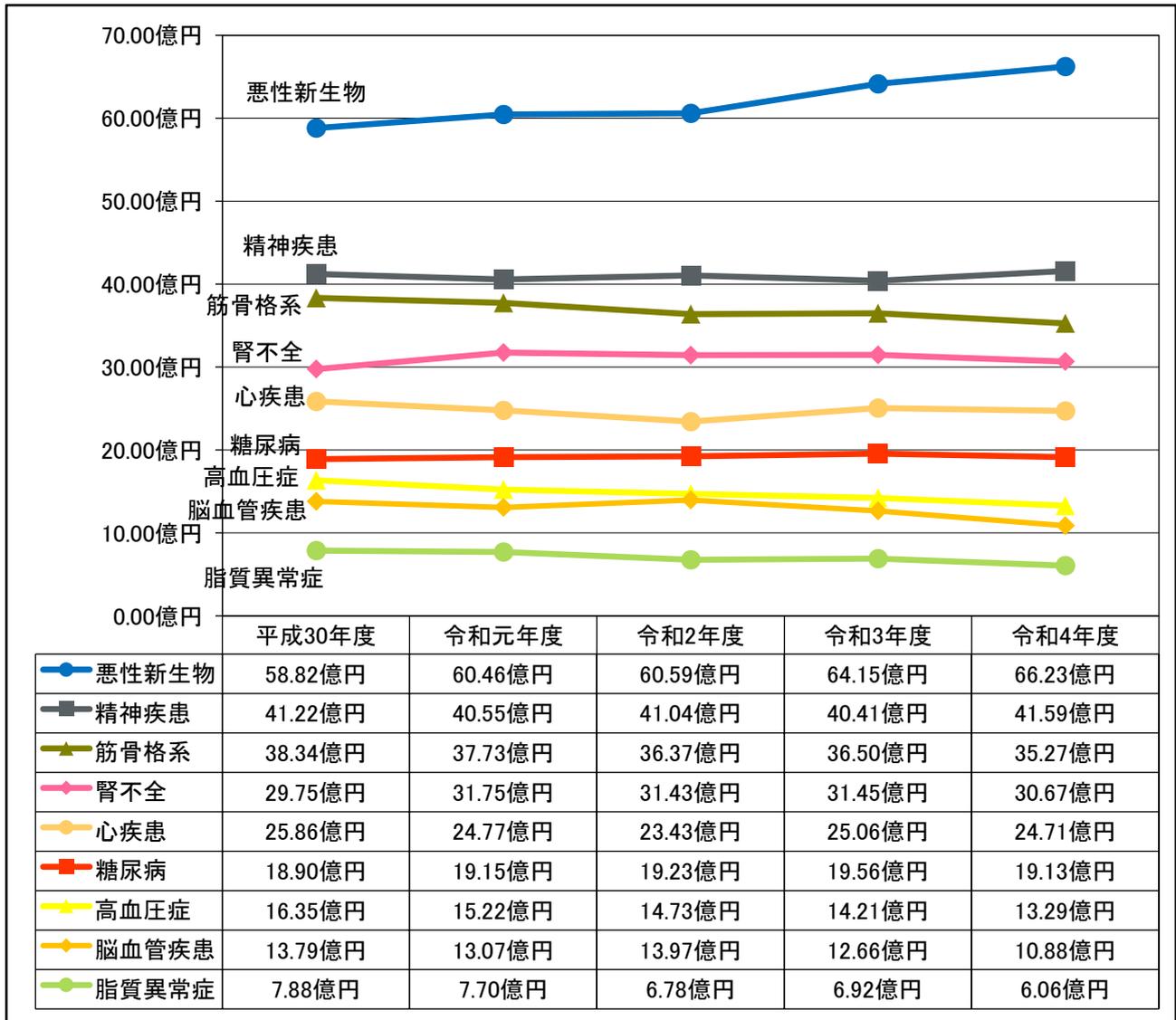
また、図16は疾病別医療費の年次推移を表したグラフになります。平成30年度以降、悪性新生物の医療費は年々増加しています。精神疾患、腎不全、心疾患及び糖尿病の医療費は横ばいの状況です。筋骨格系、高血圧症、脳血管疾患及び脂質異常症はわずかに減少しています。

図15 令和4年度 長崎市国保医療費の疾病別内訳



(資料 : KDBシステム)

図16 疾病別医療費の年次推移



(資料：KDBシステム)

③高額医療費（200万円以上）

表5は、高額医療費（200万円以上）の推移を表したものです。被保険者数が減少している一方で、令和4年度の高額レセプトの対象人数、件数及び費用額は、令和元年度に比べいずれも増加しています。

項目別に見ると、脳血管疾患及び虚血性心疾患の人数及び件数は令和元年度と比較しほぼ横ばいです。しかし、費用額は増加していることから、一人当たり及び一件当たりの費用が増加していると考えられます。

表5 高額医療費（200万円以上）の状況

		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	悪性新生物(がん)
人数	令和元年度	580人	13人 2.2%	42人 7.2%	181人 31.2%
	令和4年度	648人	17人 2.6%	41人 6.3%	190人 29.3%
件数	令和元年度	730件	13件 1.8%	45件 6.2%	231件 31.6%
	令和4年度	869件	17件 2.0%	41件 4.7%	295件 33.9%
費用額	令和元年度	22億7,786万円	3,570万円 2.5%	1億4,799万円 12.5%	5億8,495万円 22.4%
	令和4年度	28億6,679万円	6,209万円 2.2%	1億8,199万円 6.3%	7億9,608万円 27.8%

注：月ごとの最大医療資源傷病名(主病)で計上。

注：疾患別の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しません。

(資料：KDBシステムから出力したデータを保健指導ツールにて加工)

④長期入院医療費（6か月以上）

表6は、長期入院医療費（6か月以上）の状況を表したものです。令和4年度の長期入院レセプト全体の対象人数及び件数は、令和元年度と比べると、どちらも減少しています。

しかし、費用額は増加しており、一人当たり及び一件当たりの費用が増加していると考えられます。

表6 長期入院医療費（6か月以上）の状況

		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	精神疾患
人数	令和元年度	1,296人	243人 18.8%	115人 8.9%	698人 53.9%
	令和4年度	1,242人	233人 18.8%	120人 9.7%	692人 55.7%
件数	令和元年度	12,105件	1,880件 15.5%	949件 7.8%	6,369件 52.6%
	令和4年度	11,623件	1,892件 16.3%	932件 8.0%	5,939件 51.1%
費用額	令和元年度	51億9,469万円	8億7,493万円 16.8%	3億9,588万円 7.6%	23億7,983万円 45.8%
	令和4年度	53億3,721万円	9億8,278万円 18.4%	4億2,640万円 8.0%	24億182万円 45.0%

(資料：KDBシステムから出力したデータを保健指導ツールにて加工)

⑤人工透析医療費

表7は、人工透析医療費の状況を表したものです。令和4年度の人工透析レセプトの対象人数及び費用額は、令和元年度と比べるとどちらも増加しています。

表7 人工透析医療費の状況

		全体	糖尿病性腎臓病	脳血管疾患	虚血性心疾患
人数	令和元年度	487人	239人 49.1%	120人 24.6%	245人 50.3%
	令和4年度	497人	265人 53.3%	110人 22.1%	231人 46.5%
件数	令和元年度	6,785件	3,125件 46.1%	1,577件 23.2%	3,080件 45.4%
	令和4年度	6,750件	3,383件 50.1%	1,460件 21.6%	2,873件 42.6%
費用額	令和元年度	32億3,108万円	14億7,068万円 45.5%	7億6,932万円 23.8%	14億7,373万円 45.6%
	令和4年度	33億6,978万円	16億560万円 47.6%	7億933万円 21.0%	14億9,197万円 44.3%

(資料：KDBシステムから出力したデータを保健指導ツールにて加工)

5) 医療費適正化対策の状況

①重複・頻回受診者等訪問相談事業

本事業は、医療費の適正化を図るために保健師が対象者宅への訪問や電話による聴き取った状況から保健指導や必要な支援を行うものであり、対象者は下記①～③のいずれかに該当する方になります。

- ①一年間で同じ月に外来で5か所以上診療科を受診した月が4か月以上である方
- ②ひと月に同じ診療科を2か所以上受診した月が6か月以上である方（重複受診者）
※総合病院を除く。
- ③一年間に外来でひと月に同じ診療科を15日以上受診した月が4か月以上である方
※年度途中で国保資格喪失者や進行がんなど高額医療費となった方を除く。

なお、表8は重複・頻回受診者等訪問相談事業の実績を表したものになります。本事業では、保健指導実施後、レセプトにて6か月間の受療状況を確認しています。

なお、令和4年度は79人へ保健指導を実施し、約166万円の医療費削減につながりました。

表8 重複・頻回受診者等訪問相談事業の実績

	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
保健指導対象者数(人)	104	76	51	58	79
指導後の医療費削減額(円)	▲717,400	▲760,520	▲1,371,420	658,890	▲1,661,524

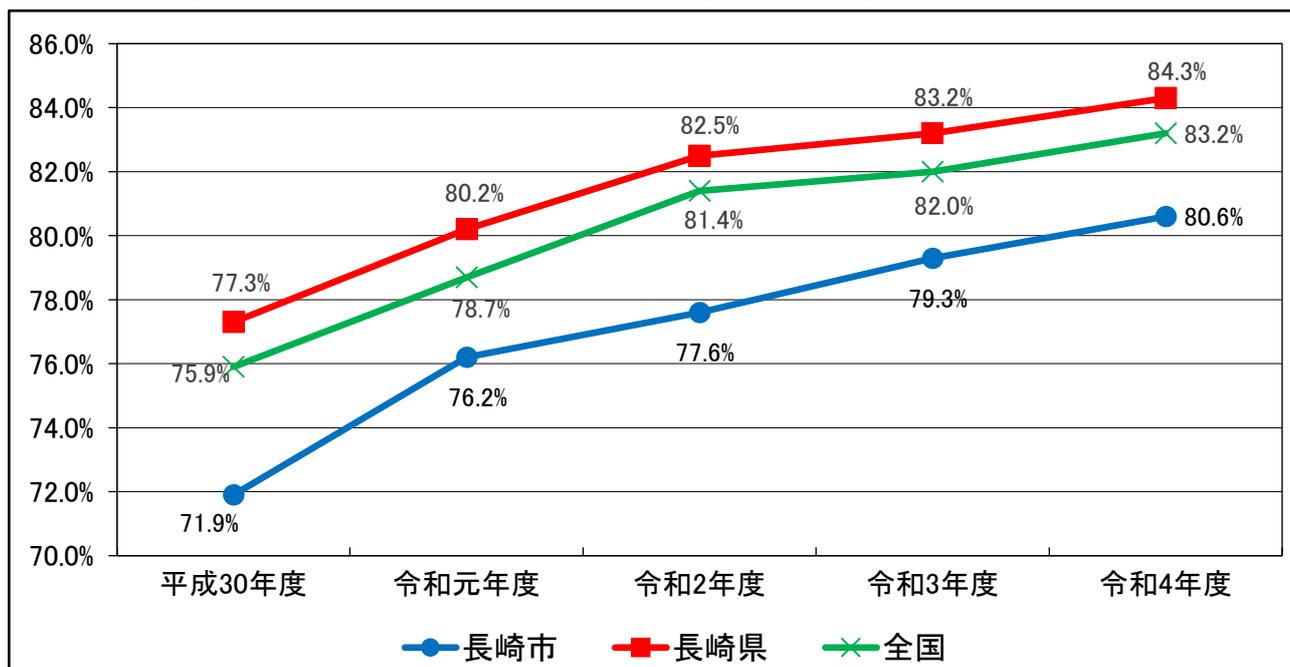
(資料：国保総合システムデータから算出)

②後発医薬品（ジェネリック医薬品）利用促進事業

後発医薬品（ジェネリック医薬品）とは、新薬（先発医薬品）と同じ有効成分を使用しており、品質、効き目、安全性が同等で、新薬に比べて薬価が安いいため、患者の負担軽減や医療費の適正化を図るために使用促進が求められています。

図17は、後発医薬品（ジェネリック医薬品）利用率の年次推移を表したグラフになります。本市の令和4年度の利用率は80.6%であり、年々上昇傾向ではあるものの長崎県及び全国と比べると低い状況になっています。

図17 後発医薬品（ジェネリック医薬品）利用率の年次推移と比較



（資料：国保総合システムデータから算出 新指標（数量ベース））

③医療費通知

医療費通知は、被保険者が健康に対する意識を深め、健康管理の必要性について知ることによって国保事業の円滑かつ健全な運営に資することを目的としています。

通知は2か月ごとに作成し、通知内容は世帯ごとに受診年月、受診者名、医療費額、入院・通院の日数及び医療機関等の名称などを記載しています。

なお、令和4年度は、合計で298,633通を発送しました。

④適正服薬促進事業

本事業は、併用禁忌薬（健康被害のおそれから併用してはいけないとされている薬）等を処方されている被保険者について、その飲み合わせの解消を図ることにより、被保険者の健康維持・増進を図ることを目的に実施しています。

2か所以上の医療機関から処方された医薬品に併用が禁忌とされている薬剤等の組み合わせがある服薬者を抽出し（国保連へ委託）、当該処方を行っている医療機関（当該薬、併用禁忌薬等を投与しているそれぞれの診療機関及び薬局）に対し、当該被保険者、処方医療機関及び薬剤名等の情報を通知しています。

なお、令和4年度は2人分の被保険者の情報を、6医療機関（診療機関3、薬局3）へ通知しました。

⑤向精神薬多重服用者対策事業

本事業は、向精神薬の重複処方（複数の医療機関で同じ期間に同じ薬剤の処方を受け、厚生労働省が定める投与日数を超えた処方）を受けている被保険者について、被保険者を健康被害から守ると共に、不必要な医療給付の削減を図ることを目的に実施しています。

対象者を抽出後（長崎県が国保連へ委託）、県から受領した対象者一覧と処方量確認表をもとに本市が対象者の選定を行い、処方した診療機関及び本人に対し通知を送付します。通知後はレセプトで重複処方が解消されているか確認すると共に、本人から本市へ相談があった場合は、保健師が相談対応を行っています。

なお、本事業は令和5年度から開始しており、令和6年3月15日現在で、7名の被保険者の情報を、被保険者本人及び40の診療機関へ通知しました。

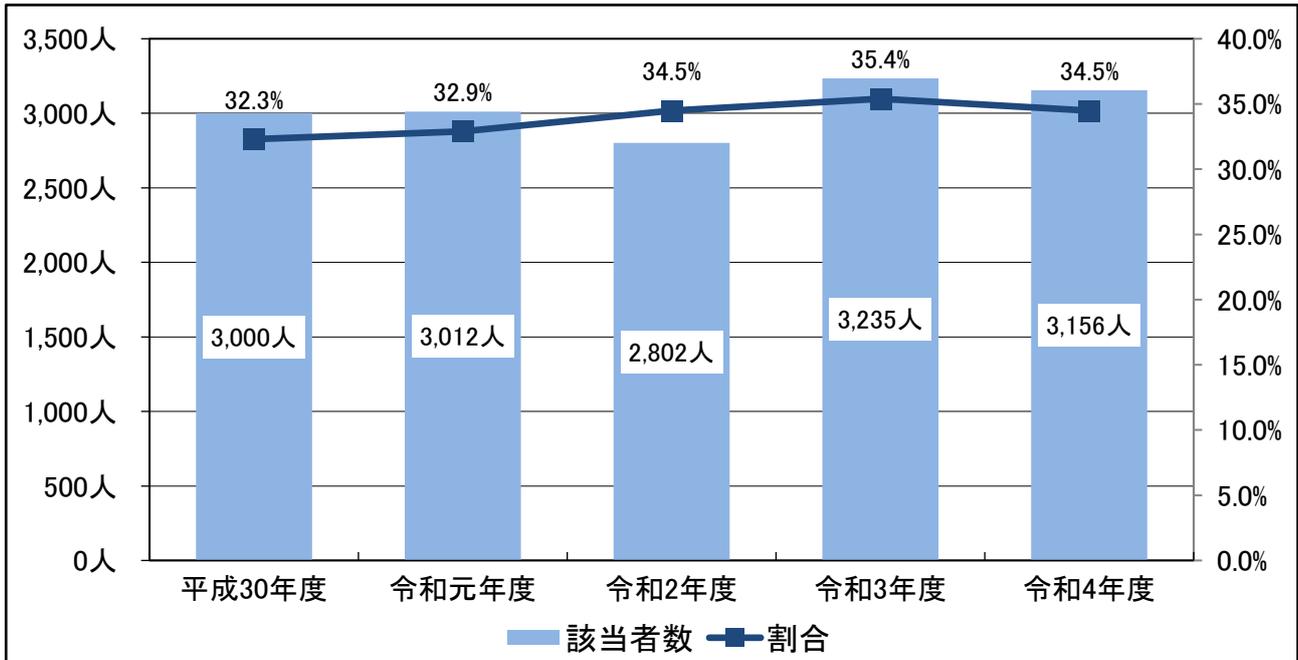
6) 特定健診結果の状況

①メタボリックシンドローム該当者

図18及び図19は、特定健診の結果、メタボリックシンドローム該当者と判定された人数及び割合の年次推移を男女別で表したグラフになります。

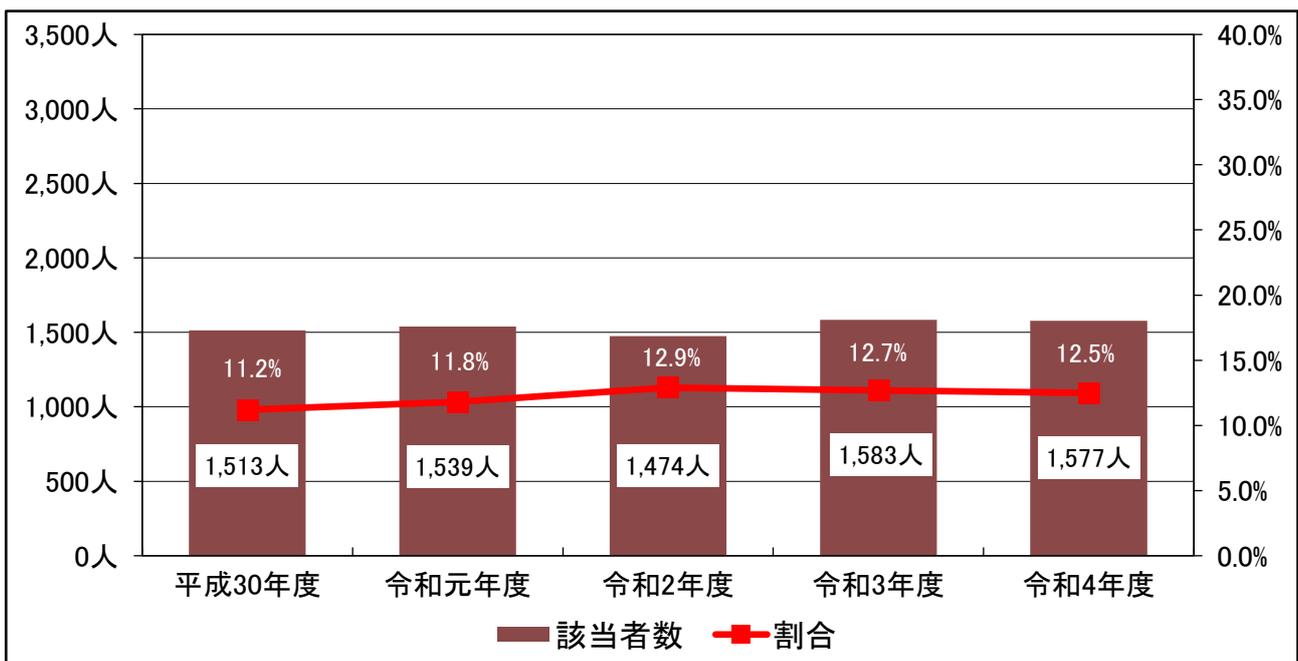
メタボリックシンドローム該当者は、令和4年度では男性が34.5%、女性が12.5%と男性が女性の2倍以上の割合となっており、男女共にほぼ横ばいで推移しています。

図18 メタボリックシンドローム該当者数及び割合の年次推移（男性）



(資料：法定報告)

図19 メタボリックシンドローム該当者数及び割合の年次推移（女性）



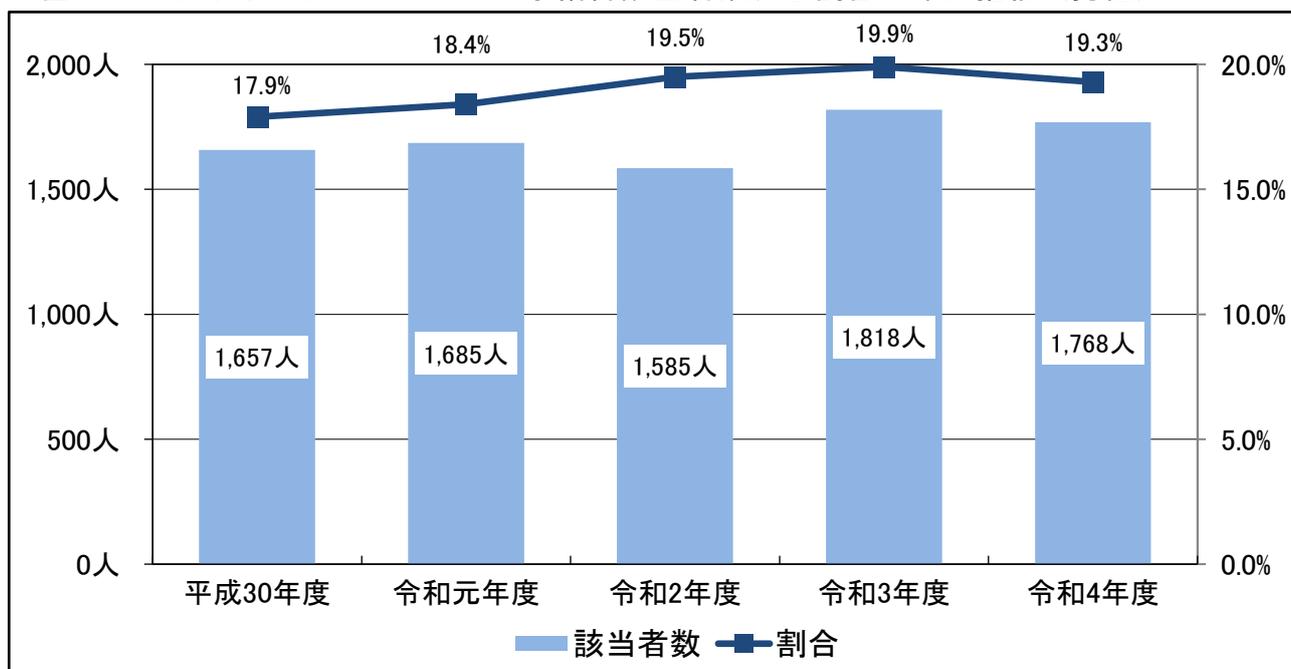
(資料：法定報告)

②メタボリックシンドローム予備群該当者

図20及び図21は、特定健診の結果、メタボリックシンドローム予備群該当者と判定された人数及び割合の年次推移を男女別で表したグラフになります。

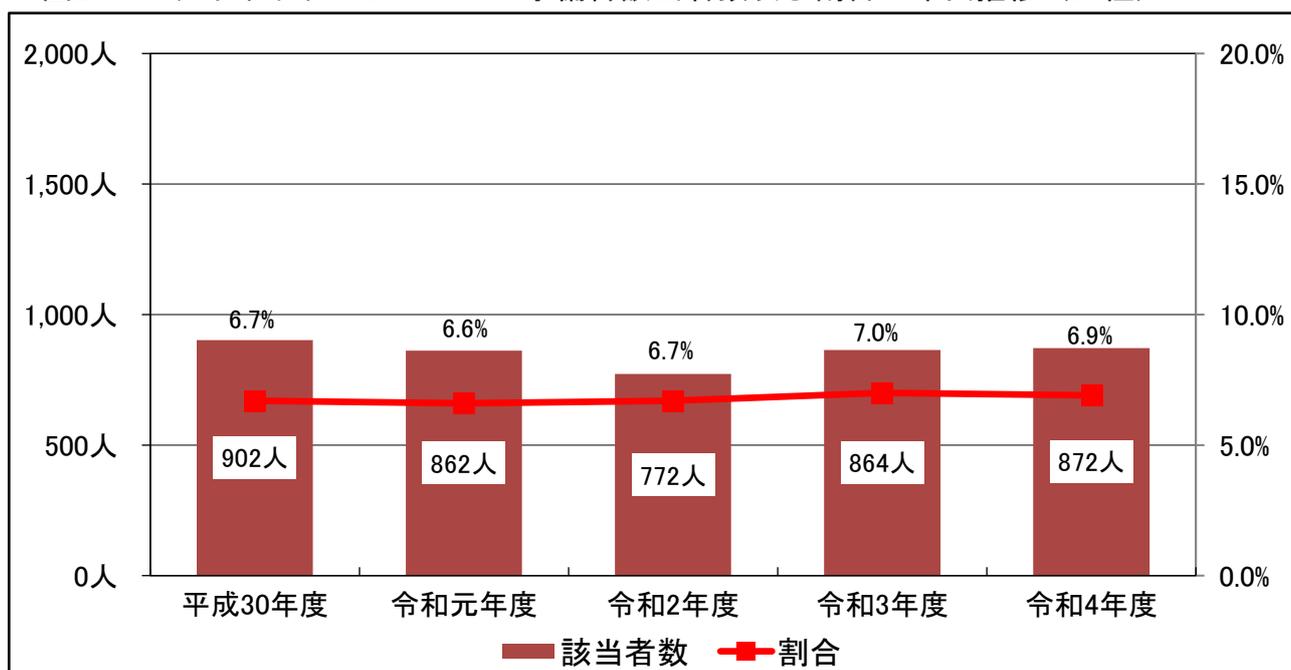
メタボリックシンドローム予備群該当者は、令和4年度では男性が19.3%、女性が6.9%と①のメタボリックシンドローム該当者と同様に、男性が女性の2倍以上の割合となっており、男女共にほぼ横ばいで推移しています。

図20 メタボリックシンドローム予備群該当者数及び割合の年次推移（男性）



(資料：法定報告)

図21 メタボリックシンドローム予備群該当者数及び割合の年次推移（女性）



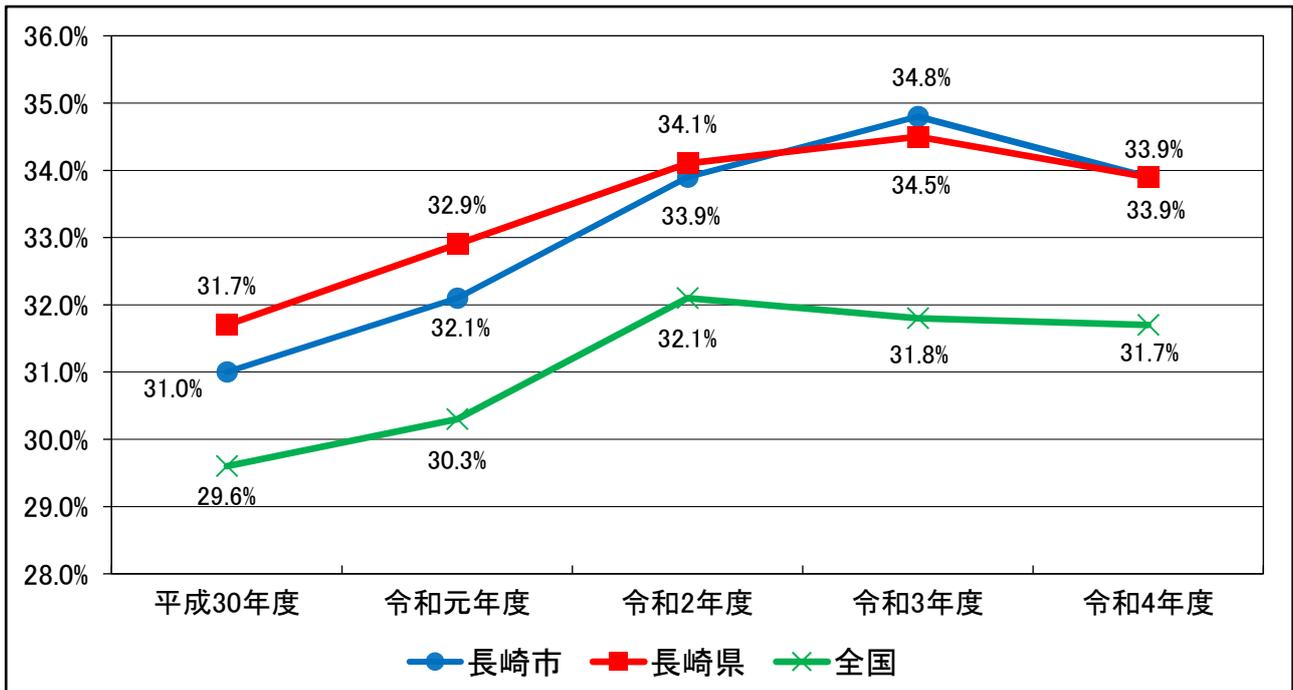
(資料：法定報告)

③メタボリックシンドローム該当者及び予備群該当者割合の推移

図22は、メタボリックシンドローム該当者及び予備群該当者と判定された方の割合の年次推移を本市、長崎県及び全国平均とで比較したものです。

平成30年度から令和2年度まで、本市は全国平均より高く、長崎県より低い割合で推移していましたが、令和3年度は、全国平均及び長崎県よりも高く、令和4年度は長崎県と同じ数値で、全国平均より高い割合となっています。

図22 メタボリックシンドローム該当者及び予備群該当者割合の年次推移と比較
(市町村国保)



(資料:公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書)

④ 血圧

図23及び図24は、令和4年度の特健診結果の血圧について、男女別・年代別に血圧分類*ごとの割合で表したグラフになります。男女共に、I度高血圧及びII度高血圧の割合は、年代が高くなるほど増加しています。また、I度高血圧、II度高血圧及びIII度高血圧の割合を男女で比較すると、すべての年代で男性の割合が高い状況です。

また、図25及び図26は、令和4年度の特健診問診における血圧を下げる薬の使用の有無の割合を年代別・男女別に表したグラフになります。男女共に薬の使用ありの割合は、年代が高くなるほど増加しており、すべての年代で女性より男性の方が服薬ありの割合が高い状況です。

図23 令和4年度 年代別血圧分類(男性)

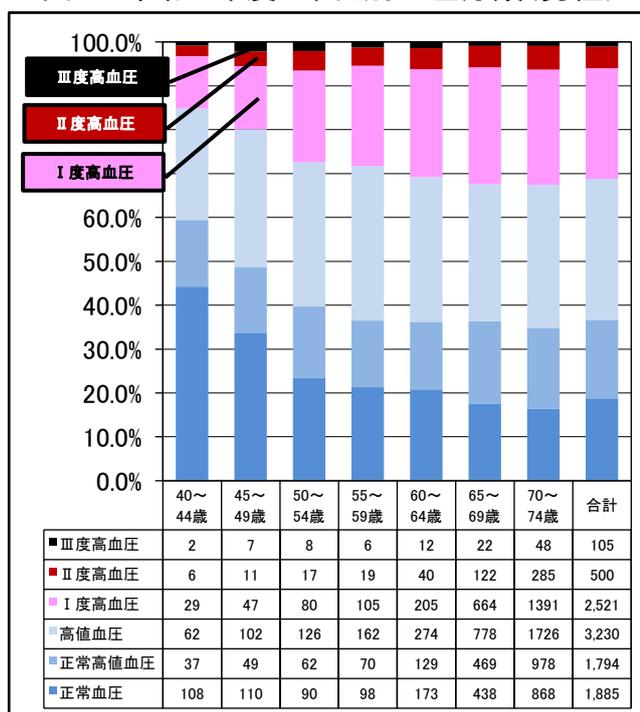
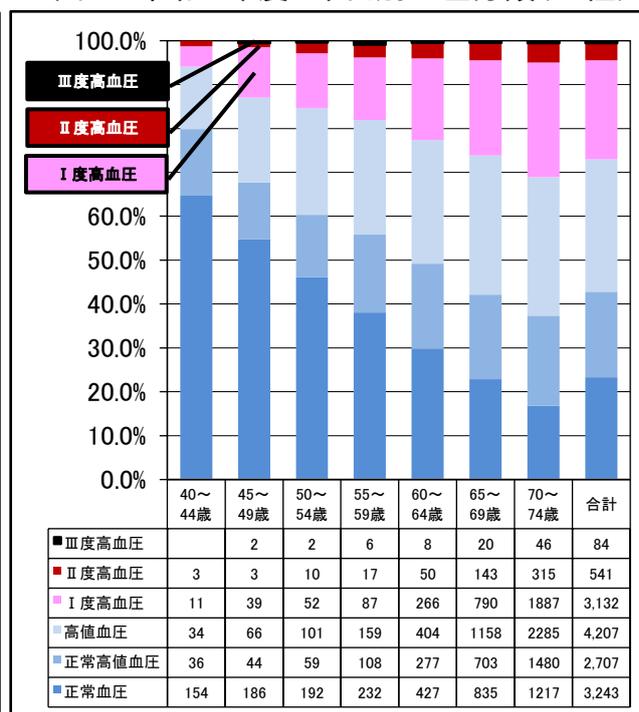


図24 令和4年度 年代別血圧分類(女性)



(資料：長崎市福祉系システムデータ)

※ 血圧分類(出典：日本高血圧学会 高血圧治療ガイドライン2019)

分類	診察室血圧(mmHg)		
	収縮期血圧	かつ	拡張期血圧
正常血圧	<120	かつ	<80
正常高値血圧	120-129	かつ	<80
高値血圧	130-139	かつ/または	80-89
I度高血圧	140-159	かつ/または	90-99
II度高血圧	160-179	かつ/または	100-109
III度高血圧	≥180	かつ/または	≥110

図25 令和4年度特定健診問診 年代別 血圧を下げる薬の使用の有無(男性)

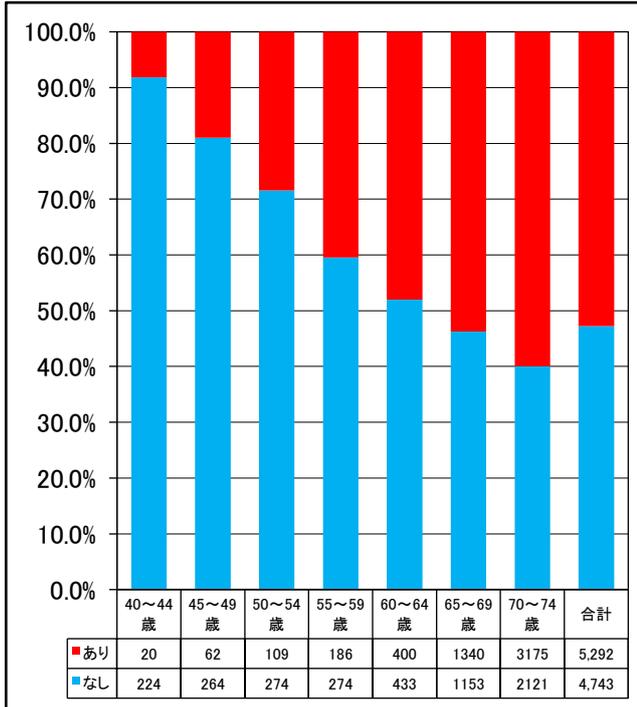
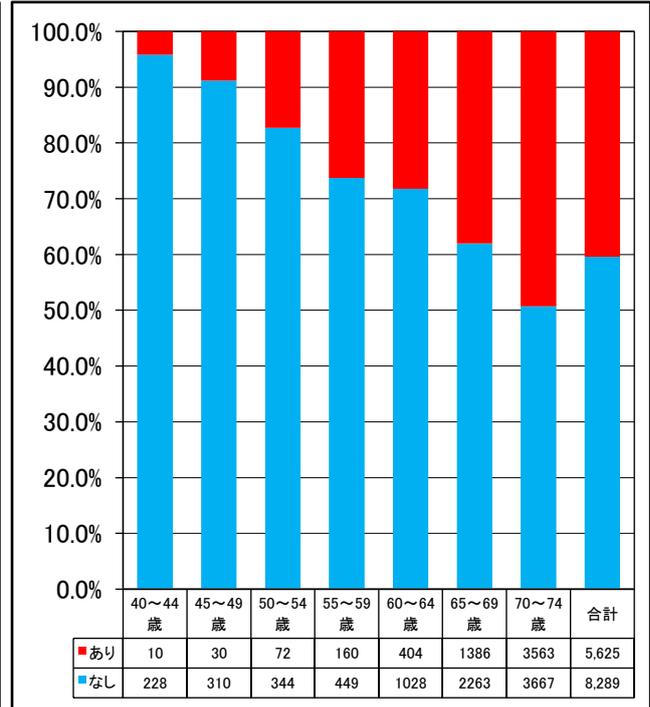


図26 令和4年度特定健診問診 年代別 血圧を下げる薬の使用の有無(女性)



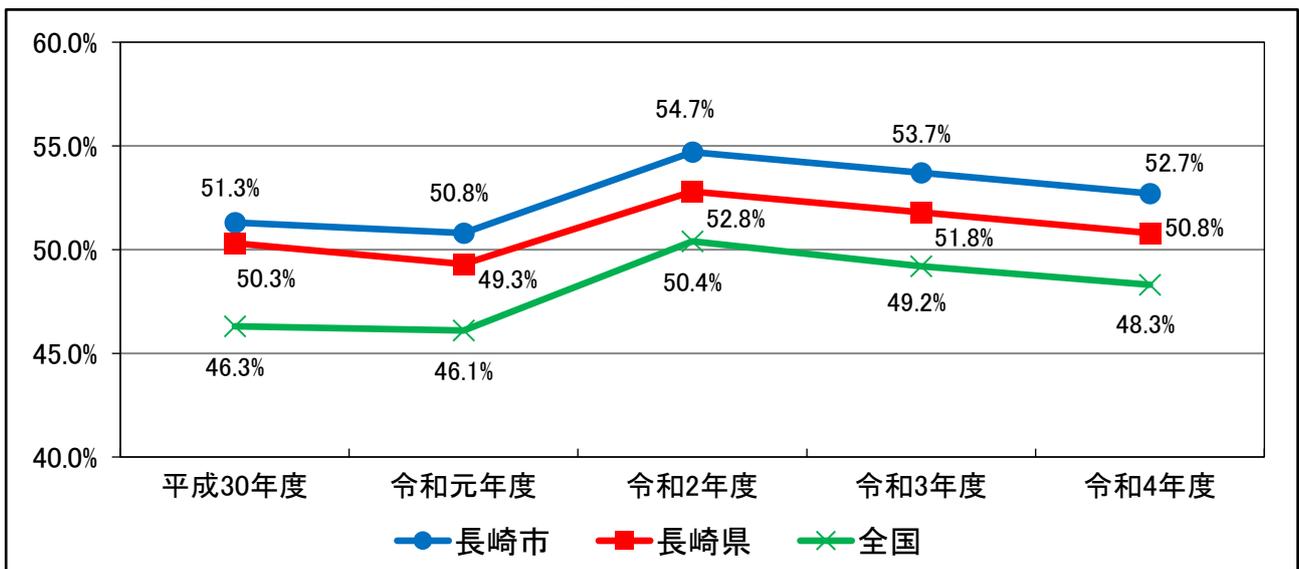
(資料：長崎市福祉系システムデータ)

図27は収縮期血圧130以上の割合の年次推移を、図28は拡張期血圧85以上の割合の年次推移をそれぞれ本市、長崎県及び全国平均と比較したグラフになります。

収縮期血圧130以上の割合は、本市の割合が平成30年度以降のすべての年度で長崎県及び全国平均よりも高い状況であり、50%以上と半数を超えています。

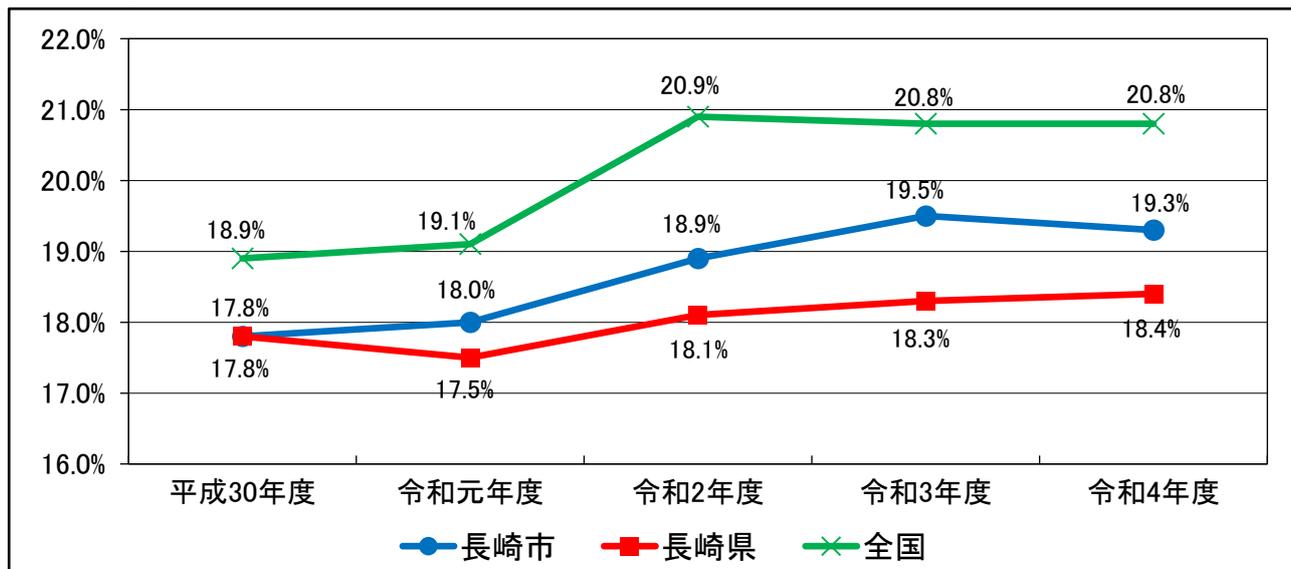
また、拡張期血圧85以上の割合は、本市の割合が全国平均よりも低く、長崎県より高い状況で推移しています。

図27 収縮期血圧130以上の割合の年次推移と比較



(資料：KDBシステム)

図28 拡張期血圧85以上の割合の年次推移と比較



(資料:KDBシステム)

⑤血糖 (HbA1c)

図29及び図30は、令和4年度の特定健診結果のHbA1cを男女別・年代別に表したグラフになります。男女共に、HbA1c5.6%以上の割合は、年代が高くなるほど増加しており、また、すべての年代で女性より男性の方が高い状況です。

また、図31及び図32は特定健診問診における血糖を下げる薬(インスリン注射を含む)の使用の有無を男女別・年代別で表したグラフになります。薬の使用ありの割合は、男女共に年代が高くなるほど増加しており、すべての年代で女性より男性の方が服薬ありの割合が高い状況です。

図29 令和4年度 年代別HbA1c (男性)

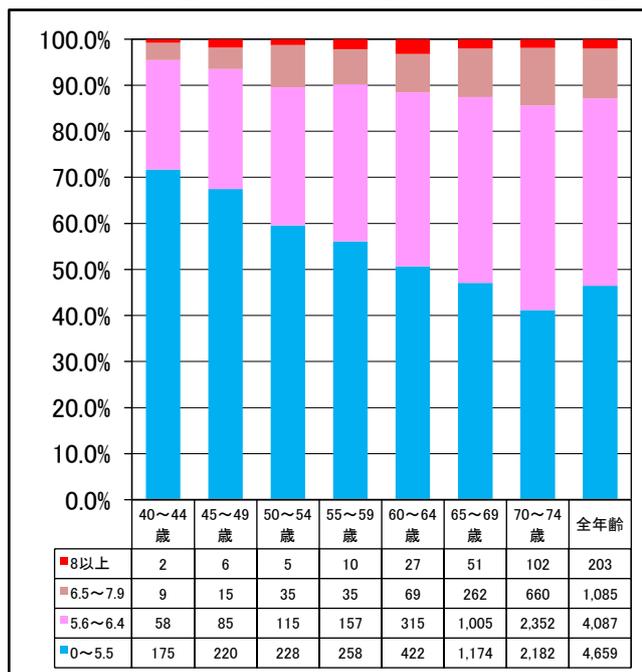
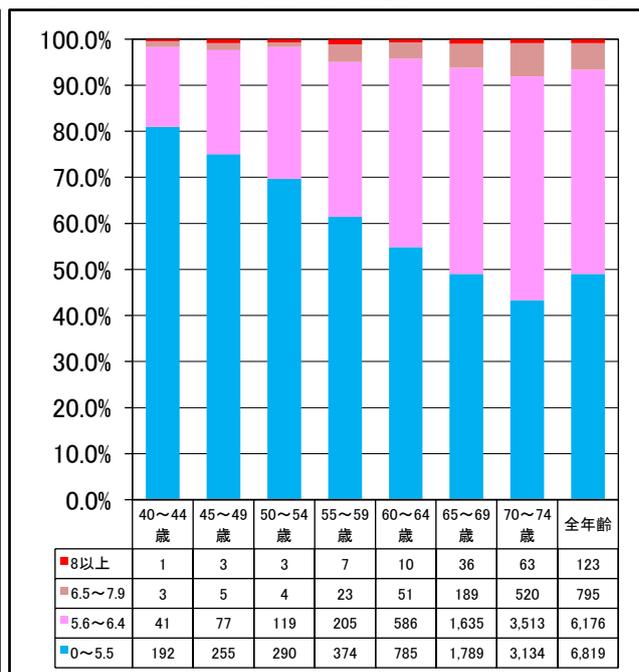


図30 令和4年度 年代別HbA1c (女性)



(資料:長崎市福祉系システムデータ)

図31 令和4年度特定健診問診 年代別 血糖を下げる薬の使用の有無(男性)

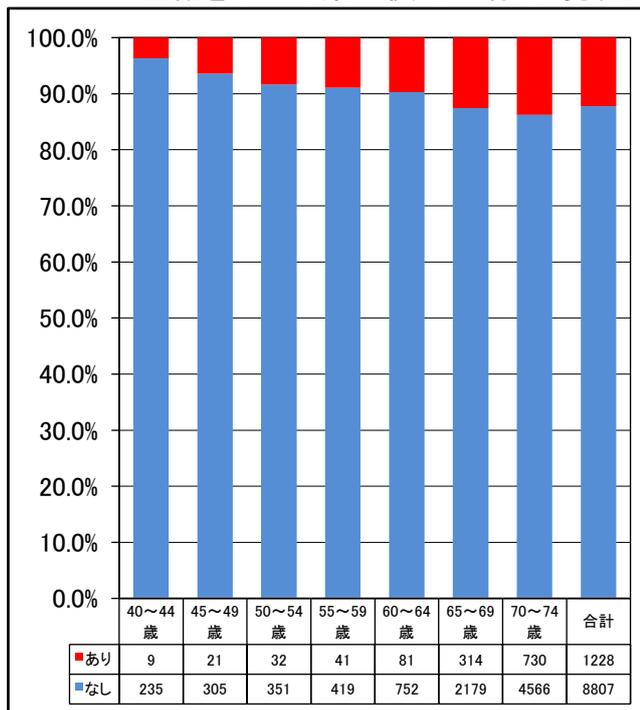
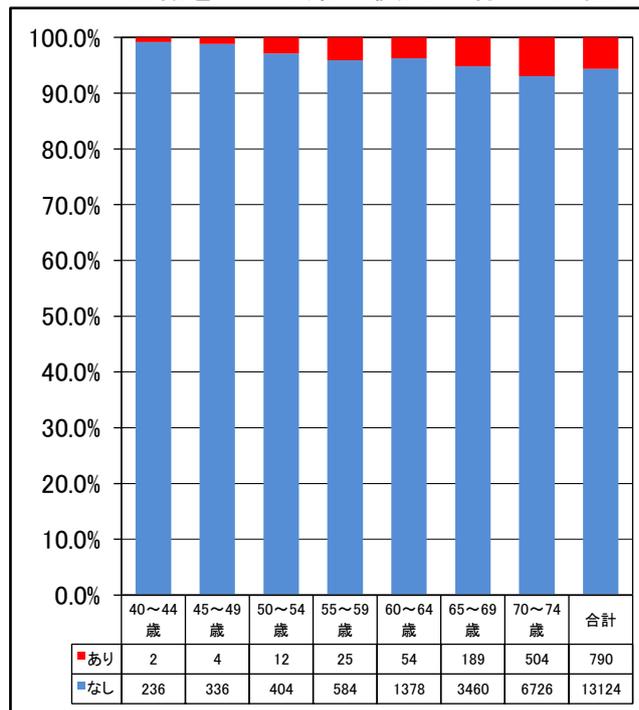


図32 令和4年度特定健診問診 年代別 血糖を下げる薬の使用の有無(女性)



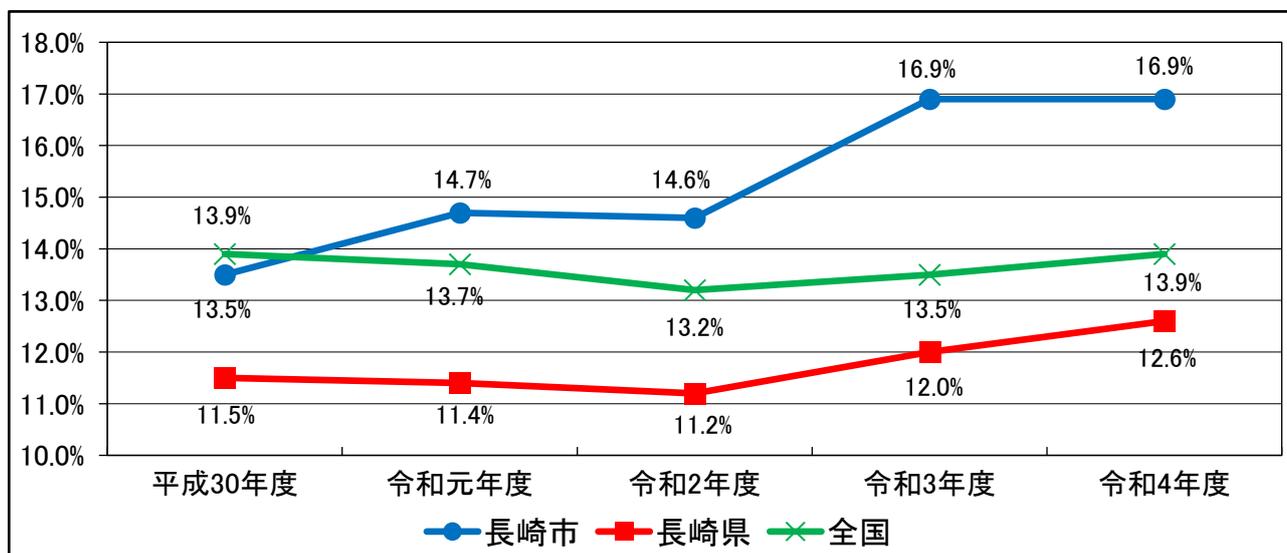
(資料：長崎市福祉系システムデータ)

図33はHbA1c6.5%以上でレセプトがない方の割合の年次推移を、図34はHbA1c 8.0%以上の方の割合の年次推移を、それぞれ本市、長崎県及び全国平均と比較したグラフになります。

HbA1c6.5%以上でレセプトがない方の割合は、令和元年度以降のすべての年度で本市の割合が長崎県及び全国平均よりも高い状況です。

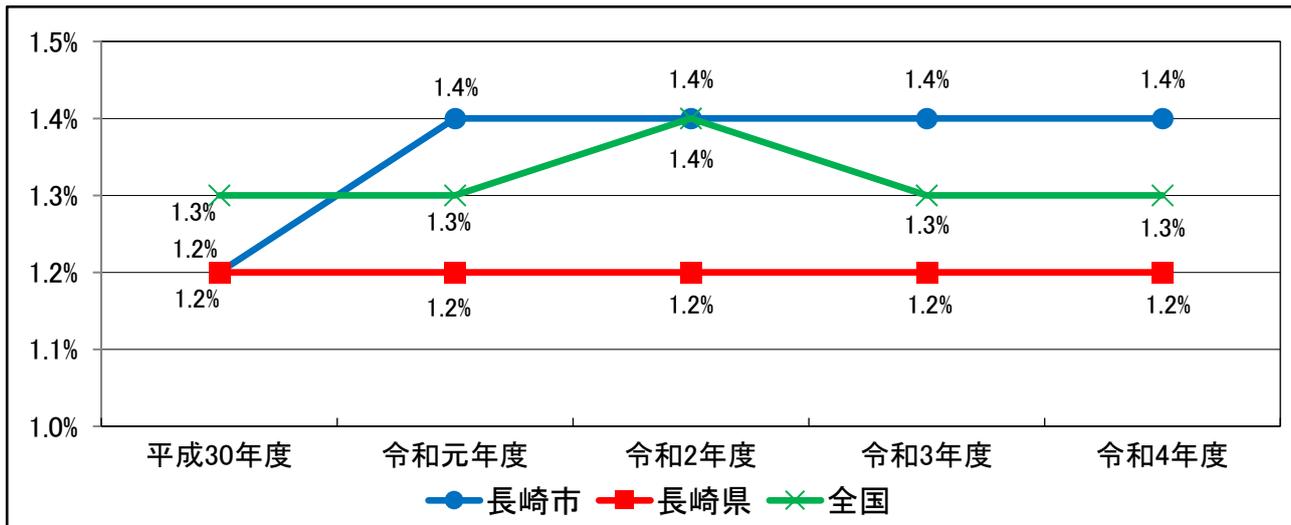
また、HbA1c8.0%以上の方の割合は、令和元年度以降のすべての年度で本市の割合が長崎県よりも高い状況です。

図33 HbA1c6.5%以上でレセプトがない方の割合の年次推移と比較



(資料：長崎県提供データ)

図34 HbA1c8.0%以上の方の割合の年次推移と比較



(資料：長崎県提供データ)

⑥血中脂質

図35及び図36は、令和4年度の特健診結果のLDLコレステロールを男女別・年代別で表したグラフになります。

LDLコレステロール120以上の方の割合を見ると、男性では50歳～54歳の年代が最も高く、次いで40歳～44歳、60歳～64歳の順に高くなっています。一方、女性では60歳～64歳の年代が最も高く、次いで55歳～59歳、65歳～69歳の順に高くなっています。男女を比較すると、40歳から54歳までは男性の方が、また、55歳以上では女性の方が割合が高い状況です。

図35 令和4年度 年代別 LDLコレステロール（男性）

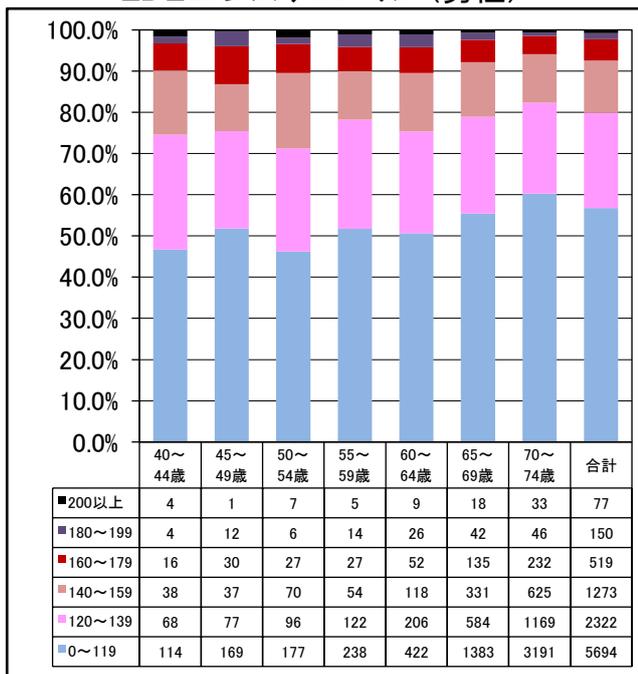
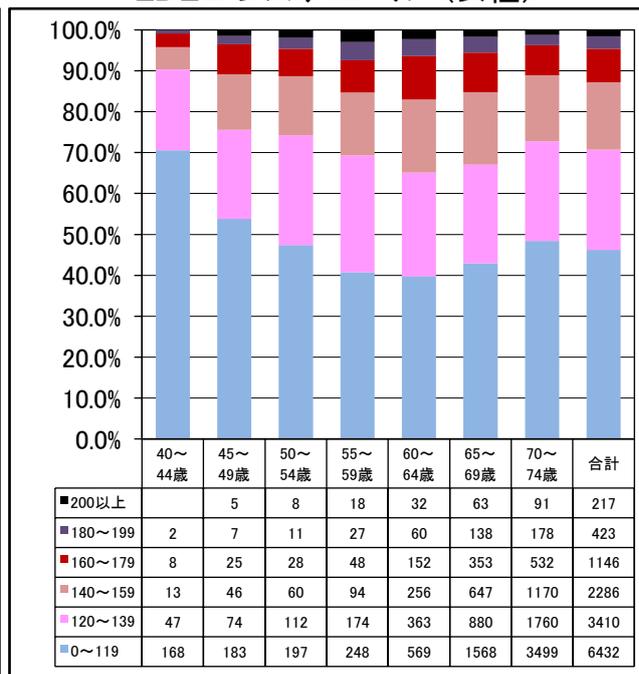


図36 令和4年度 年代別 LDLコレステロール（女性）



(資料：長崎市福祉系システムデータ)

また、図37及び図38は特定健診問診におけるコレステロール又は中性脂肪を下げる薬の使用の有無を男女別・年代別で表したグラフになります。男女共に薬の服薬ありの割合は、年代が高くなるほど増加しており、健診結果と同様に、40歳から54歳までは男性の方が、55歳以上では女性の方が服薬ありの割合が高い状況です。

図37 令和4年度特定健診問診 年代別
コレステロール又は中性脂肪を
下げる薬の使用の有無(男性)

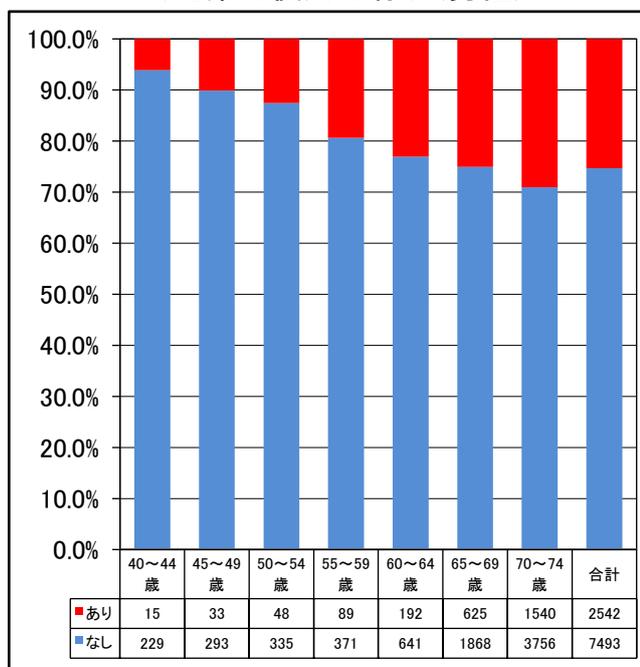
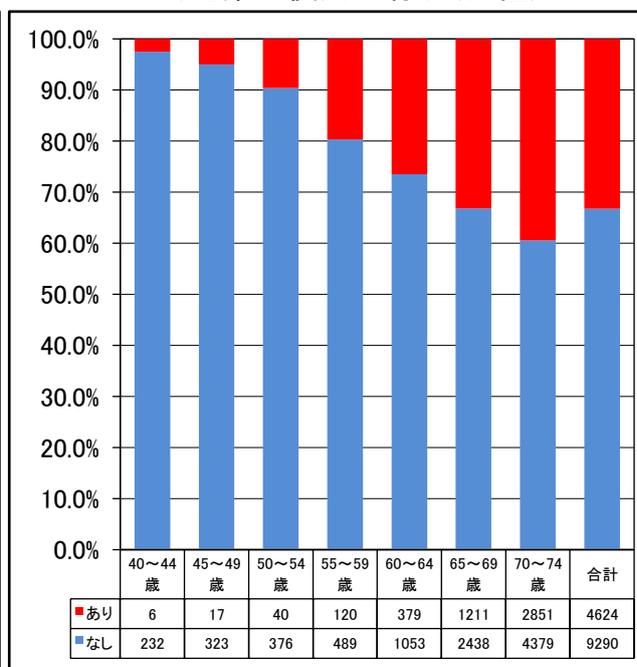


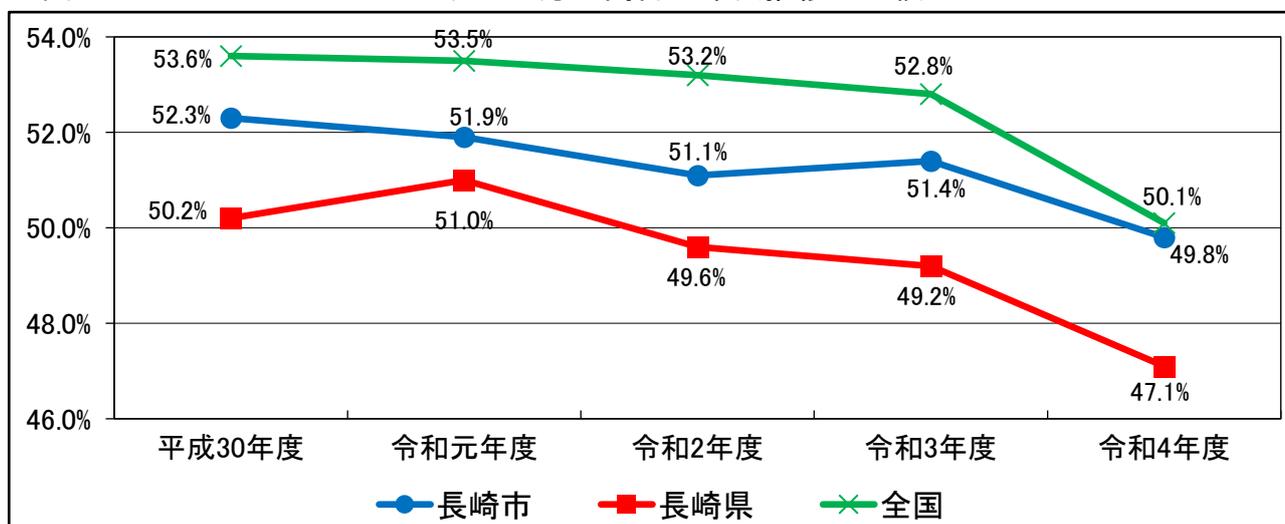
図38 令和4年度特定健診問診 年代別
コレステロール又は中性脂肪を
下げる薬の使用の有無(女性)



(資料：長崎市福祉系システムデータ)

図39は、LDLコレステロール120以上の方の割合の年次推移を本市、長崎県及び全国平均と比較したグラフになります。本市は、平成30年度以降すべての年度で全国平均より低く長崎県より高い状況で、令和4年度は49.8%となっています。

図39 LDLコレステロール120以上の方の割合の年次推移と比較



(資料：KDBシステム)

⑦メタボリックシンドローム該当者等のうち3疾患（血圧、血糖、血中脂質）の項目に該当する方の割合

表9は、令和4年度の特定健診結果のメタボリックシンドローム該当者及びメタボリックシンドローム予備群該当者のうち、3疾患（血圧、血糖、血中脂質）の項目に該当する方*の割合の比較を表したものです。本市は、「血圧のみ」と「血圧、血中脂質」の割合が長崎県及び全国平均と比べて高くなっています。

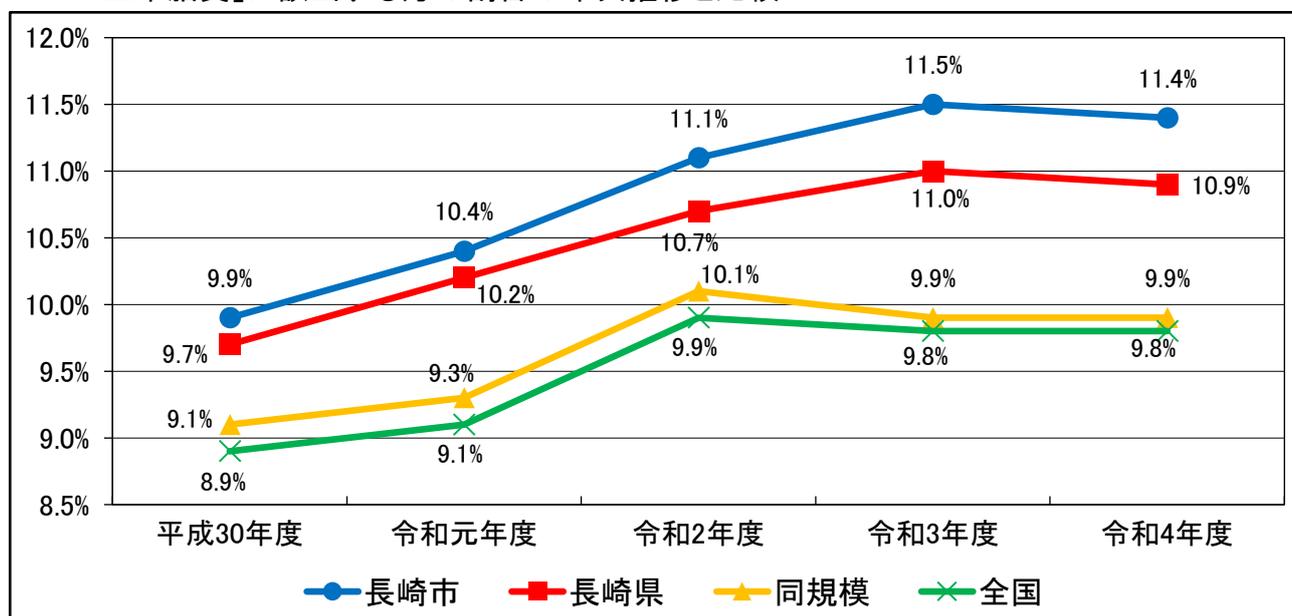
また、図40は「血圧、血中脂質」に該当する方の割合の年次推移を、本市、長崎県、同規模自治体及び全国平均と比較したグラフになります。本市は、平成30年度以降のすべての年度で、長崎県、同規模自治体及び全国平均よりも高い割合で推移しています。

表9 メタボリックシンドローム該当者及びメタボリックシンドローム予備群該当者のうち3疾患（血圧、血糖、血中脂質）項目の該当割合（令和4年度）

	長崎市	長崎県	同規模自治体	全国
血圧のみ	9.4%	9.3%	7.7%	7.8%
血糖、血圧	2.9%	3.3%	2.8%	3.0%
血圧、血中脂質	11.4%	10.9%	9.9%	9.8%
血糖、血圧、血中脂質	6.7%	6.7%	6.7%	6.8%

（資料：KDBシステム）

図40 メタボリックシンドローム該当者及びメタボリックシンドローム予備群該当者のうち「血圧、血中脂質」に該当する方の割合の年次推移と比較



（資料：KDBシステム）

※ 3疾患（血圧、血糖、血中脂質）の項目に該当する方

血圧：収縮期血圧130以上又は拡張期血圧85以上又は問診における血圧を下げる薬の服薬ありのいずれかの条件を満たす方。

血糖：空腹時血糖110以上（空腹時血糖値がない場合はHbA1c6.0以上）又は血糖を下げる薬の服薬ありのいずれかの条件を満たす方。

血中脂質：中性脂肪150以上又はHDLコレステロール40未満又は問診におけるコレステロールや中性脂肪を下げる薬の服薬ありのいずれかの条件を満たす方。

⑧腎機能

図41及び図42は、令和4年度の特定健診結果のeGFRと尿たんぱくから算出されるCKD重症度分類^{*}を、男女別・年代別で表したグラフになります。男女共に年齢が高くなるにつれて、CKD重症度は悪化しています。

また、すべての年代を通して、女性より男性の方が重症度は高い傾向にあります。

図41 令和4年度 年代別
CKD重症度分類（男性）

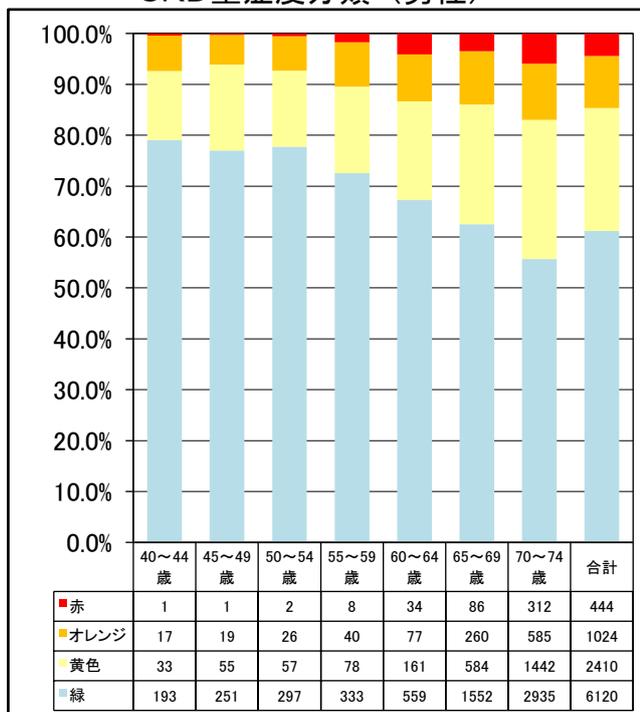
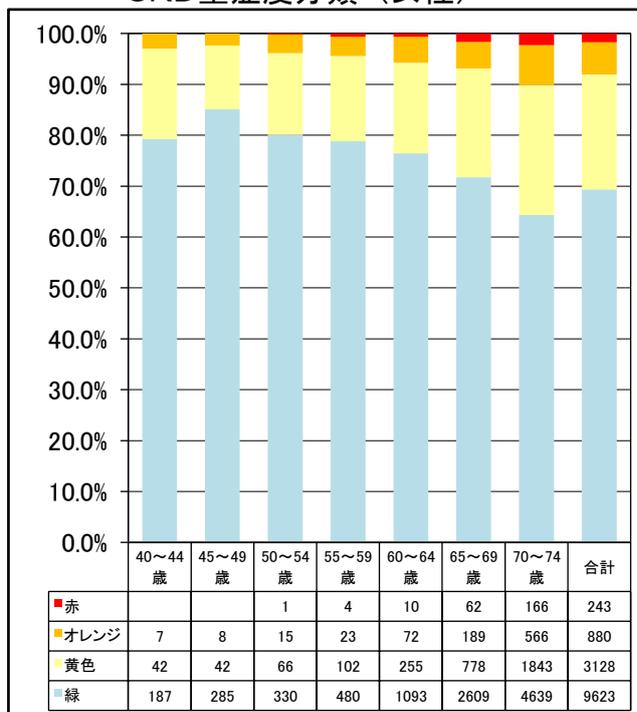


図42 令和4年度 年代別
CKD重症度分類（女性）



（資料：長崎市福祉系システムデータ）

※ CKD重症度分類(出典:エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023)

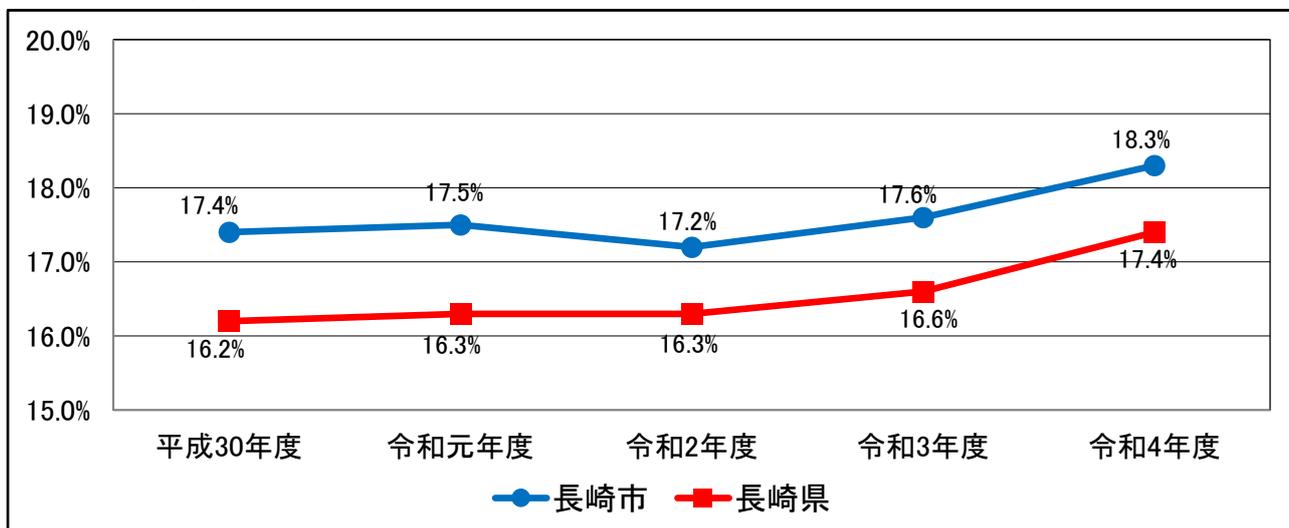
		尿アルブミン定量 (mg/日)	A1	A2	A3
			正常 (-)	微量アルブミン尿 (±)	顕性アルブミン尿 (+, ++, +++)
eGFR区分 (ml/分 /1.73m ²)	G1	≥90			
	G2	60~89			
	G3a	45~59			
	G3b	30~44			
	G4	15~29			
	G5	<15			

色区分の説明（緑→黄色→オレンジ→赤の順でリスクが高くなる）

⑨前期高齢者（65歳以上75歳未満）の低体重（BMI※120以下）

図43は、令和4年度の特定健診結果の前期高齢者（65歳以上75歳未満）のBMI20以下の方の割合の年次推移と比較を表したグラフになります。本市の前期高齢者のBMI20以下の方の割合は増加傾向にあり、長崎県と比較して高い状況です。

図43 前期高齢者のBMI20以下の方の割合の年次推移と比較



(資料：長崎県提供資料)

低体重は要介護状態になる要因の一つであり、特に前期高齢者でBMI18.5以下の場合には、フレイル※2予防に取り組み、要介護状態を予防する必要があると考えられています。

図44及び図45は、令和4年度の特定健診結果の前期高齢者の男女別・年齢別BMI18.5以下の方の割合を表したグラフになります。すべての年代を通して男性より女性の割合が高く、女性の前期高齢者の11.2%がBMI18.5以下という状況です。

図44 令和4年度 年齢別 BMI18.5以下（男性）

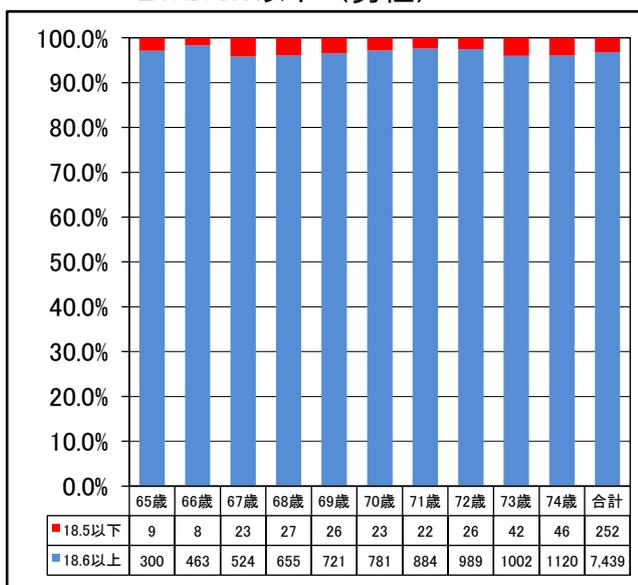
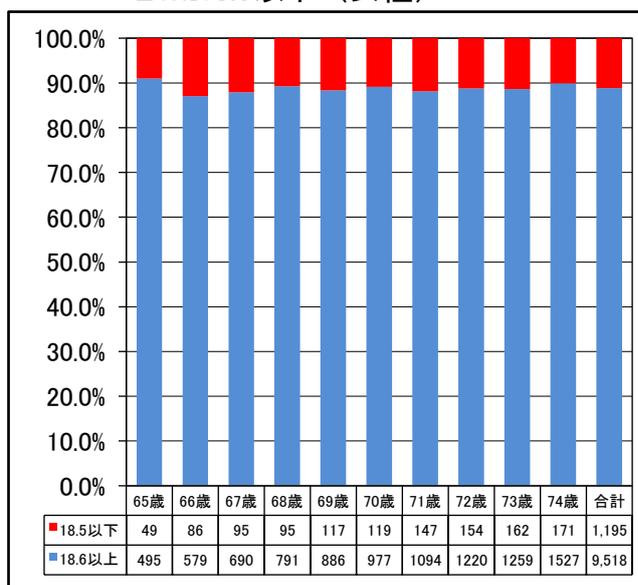


図45 令和4年度 年齢別 BMI18.5以下（女性）



(資料：長崎市福祉系システムデータ)

※1 BMI

体格指数のことで、下記の式を用いて計算し、18.5未満が低体重と判定される。

$$\text{BMI} = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)} \div \text{身長(m)}$$

※2 フレイル

高齢期に病気や老化などによる影響を受けて、心身の活力(筋力や認知機能など)を含む生活機能が低下し、将来要介護状態となる危険性が高い状態を指す。

第3章 第2期計画の評価と第3期計画の目標

1) 第2期計画の評価

<第2期計画目標1> 特定健診受診率の向上
評価指標：特定健診受診率 36.0%

【総合評価】

第2期計画の目標に対して、個別の保健事業では満40歳・41歳の方及び新規国保加入の60歳代の方へ特定健診受診勧奨通知事業に取り組みました。

令和2年度の第2期計画中間評価では、一律の受診勧奨では受診率向上につながらないことがわかったため、令和3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も取り組みました。その結果、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をすることができました。

表10は、特定健診受診率の年次推移を表したものです。令和4年度の特定健診受診率は34.2%で、目標値の35.5%に達することができませんでした。また、令和5年度の受診率も目標値の36.0%には達しない見込みです。

表10 特定健診受診率の年次推移

(単位：%)

	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
目標値	33.5	34.0	34.5	35.0	35.5	36.0
実績値	32.3	32.2	28.4	32.2	34.2	—

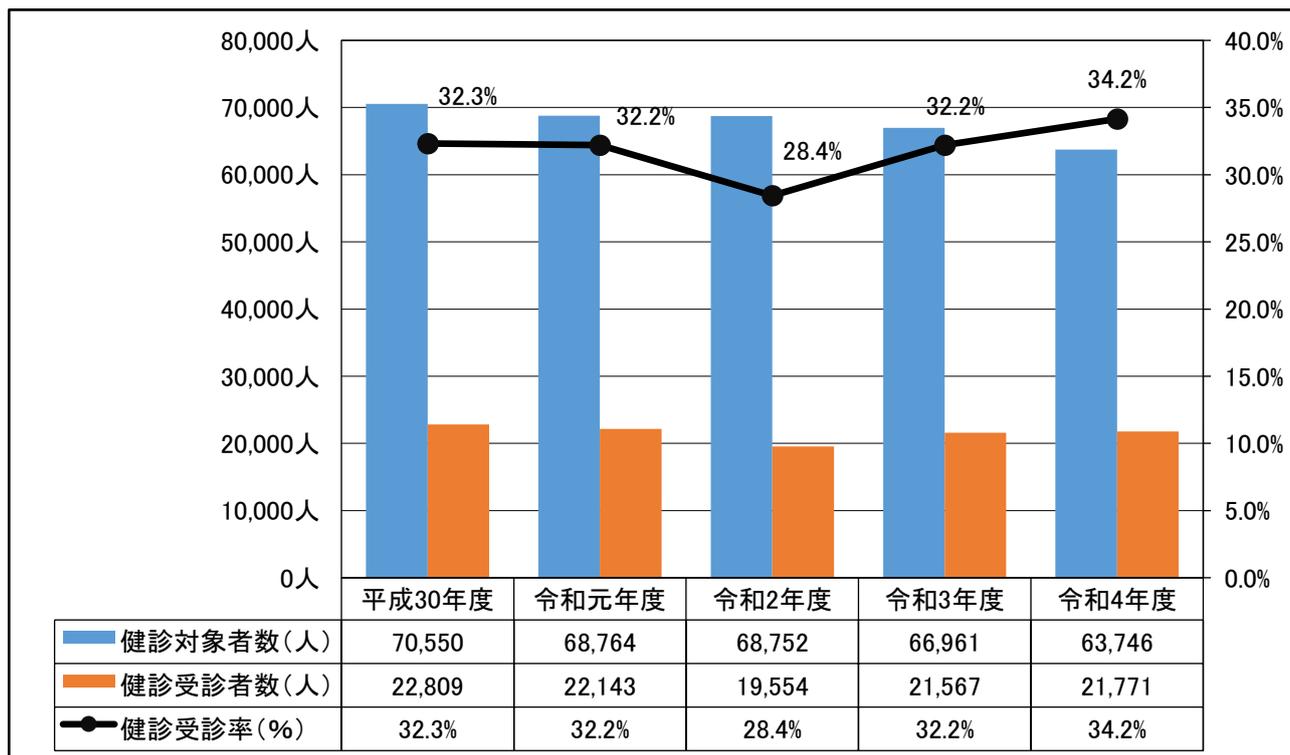
【分析評価】

第2期計画期間中の詳細な実績データは、以下のとおりです。

図46は、本市国保の特定健診受診率の年次推移を表したグラフになります。新型コロナウイルス感染症まん延の影響で低下した受診率は、令和4年度にはコロナ禍前の水準まで回復しています。

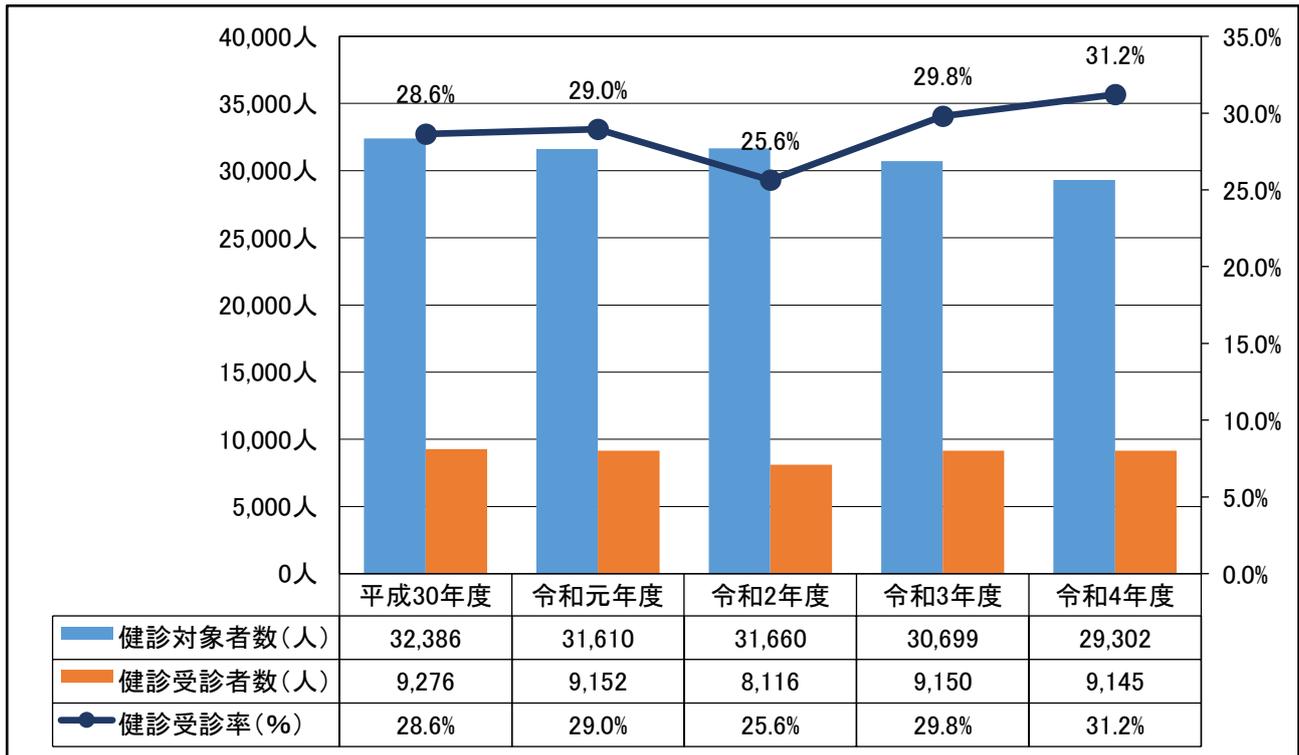
また、図47及び図48は、本市国保の特定健診受診率を男女別に表したグラフになります。いずれの年度も、男性より女性の方が約5ポイント高くなっています。

図46 長崎市国保の特定健診対象者、受診者及び受診率の年次推移（男女合計）



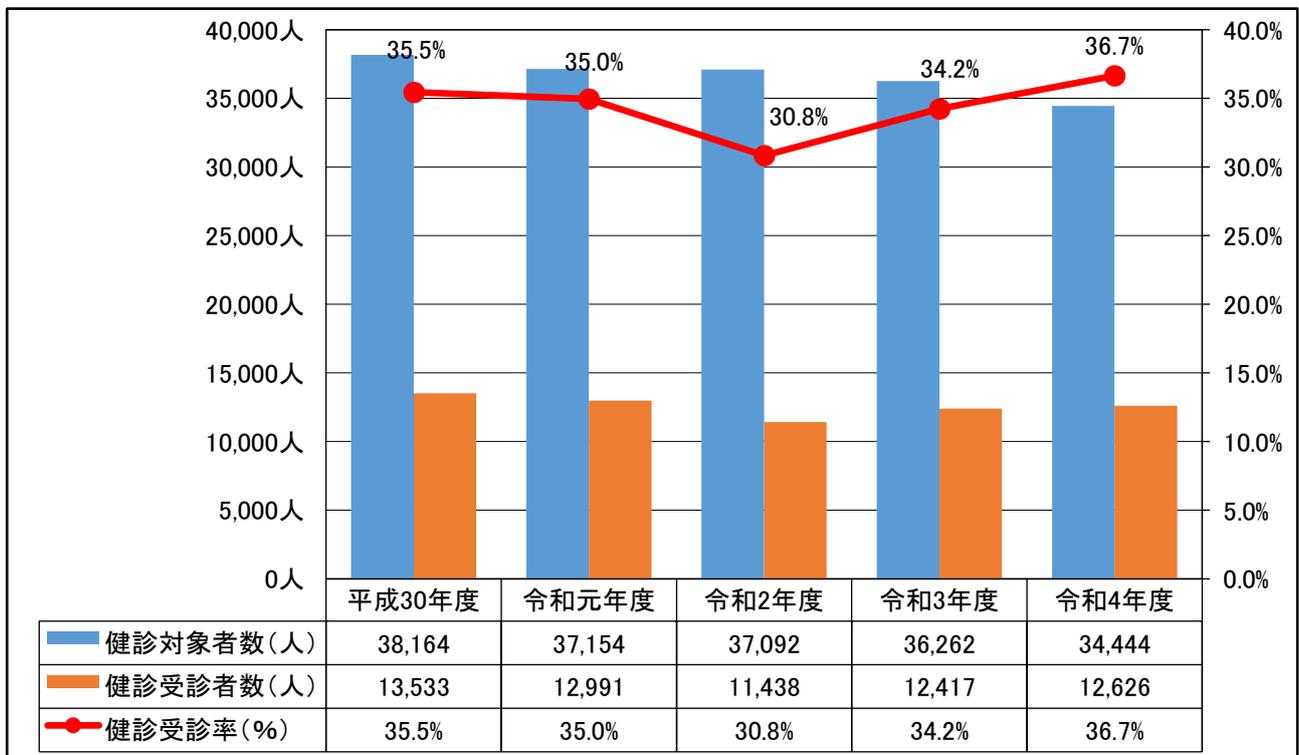
(資料：法定報告)

図47 長崎市国保の特定健診受診率の年次推移（男性）



(資料：法定報告)

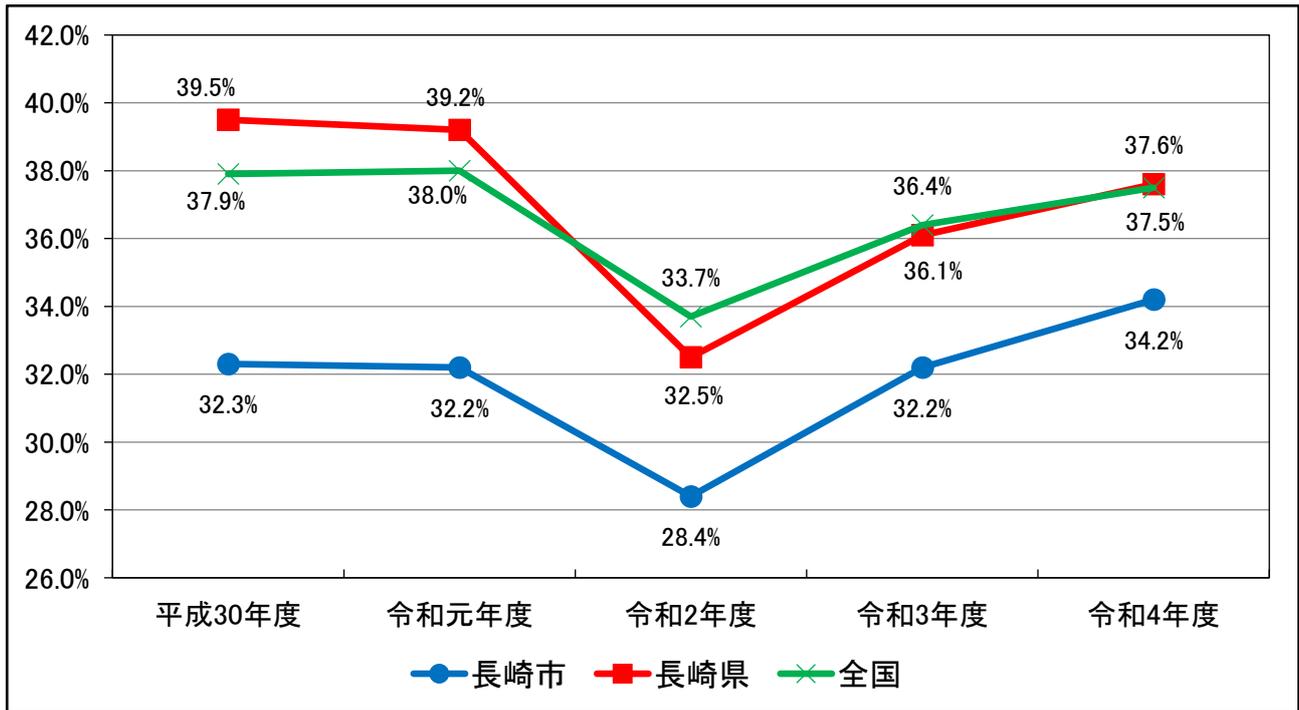
図48 長崎市国保の特定健診受診率の年次推移（女性）



(資料：法定報告)

図49は特定健診受診率の年次推移を、本市、長崎県及び全国平均と比較したグラフになります。本市の特定健診受診率は、いずれの年度も長崎県及び全国平均と比べて低い状況になっています。

図49 特定健診受診率の年次推移と比較(市町村国保)

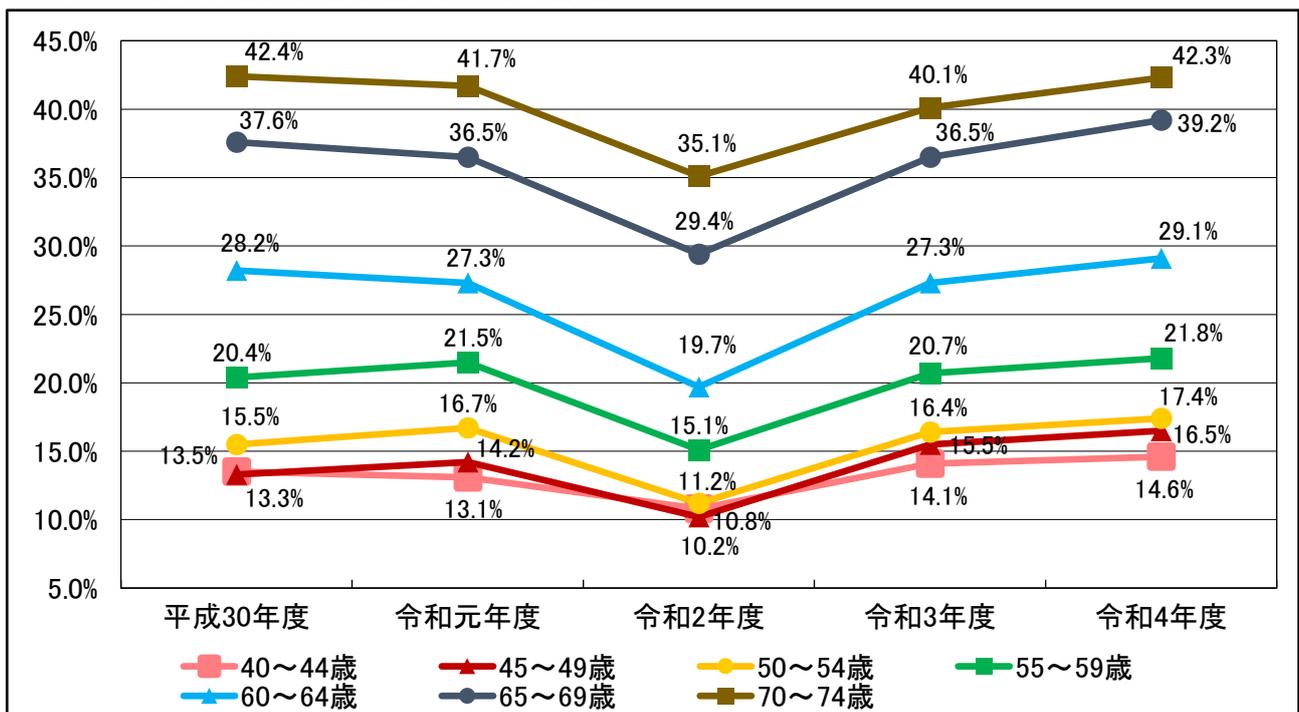


(資料：公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書)

図50は、年代別特定健診受診率の年次推移を比較したグラフになります。いずれの年度も年代が高くなるにつれ受診率が高くなっています。

また、年代別で見ると平成30年度と比べ「45歳～49歳」及び「65歳～69歳」の年代でやや増加傾向となっています。

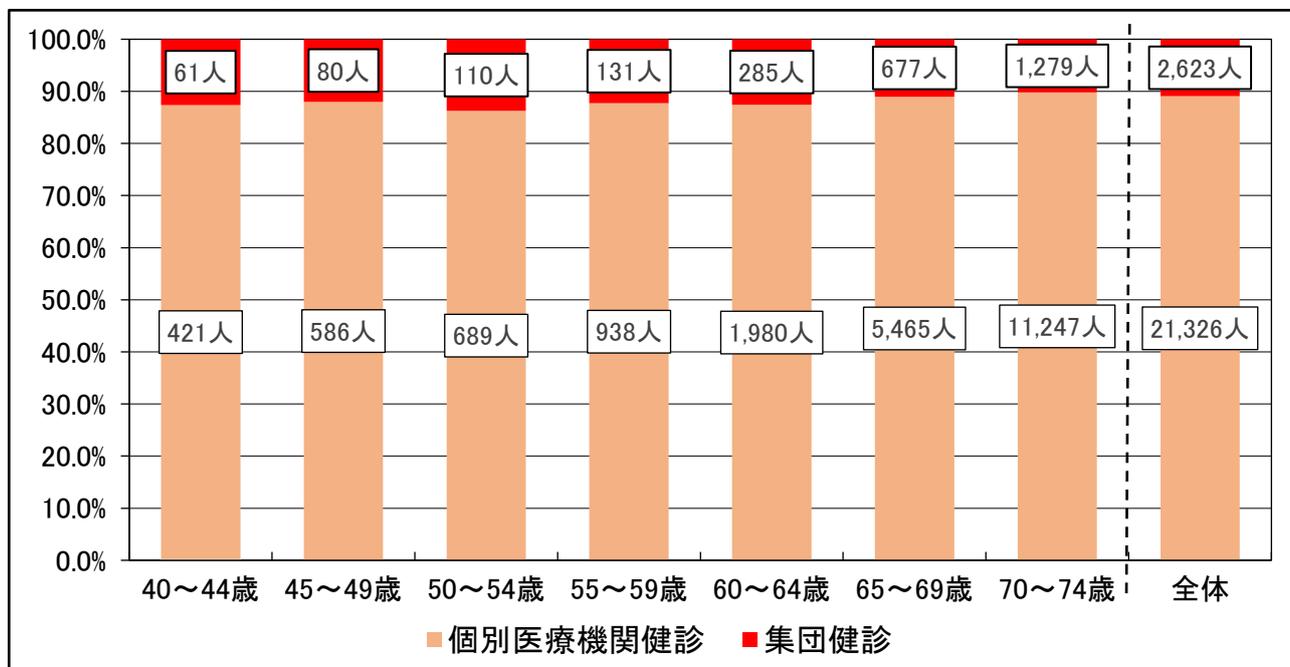
図50 年代別特定健診受診率の年次推移



(資料：法定報告)

本市の特定健診の受診方法は、集団健診と個別健診（医療機関）の2種類になります。図51は、令和4年度年代別・受診方法別受診者数及び割合を表したグラフになります。全体では、個別健診が89%、集団健診が11%となっており、この割合は年代別で見てもほぼ変わらず、個別健診で受診する割合が多くなっています。

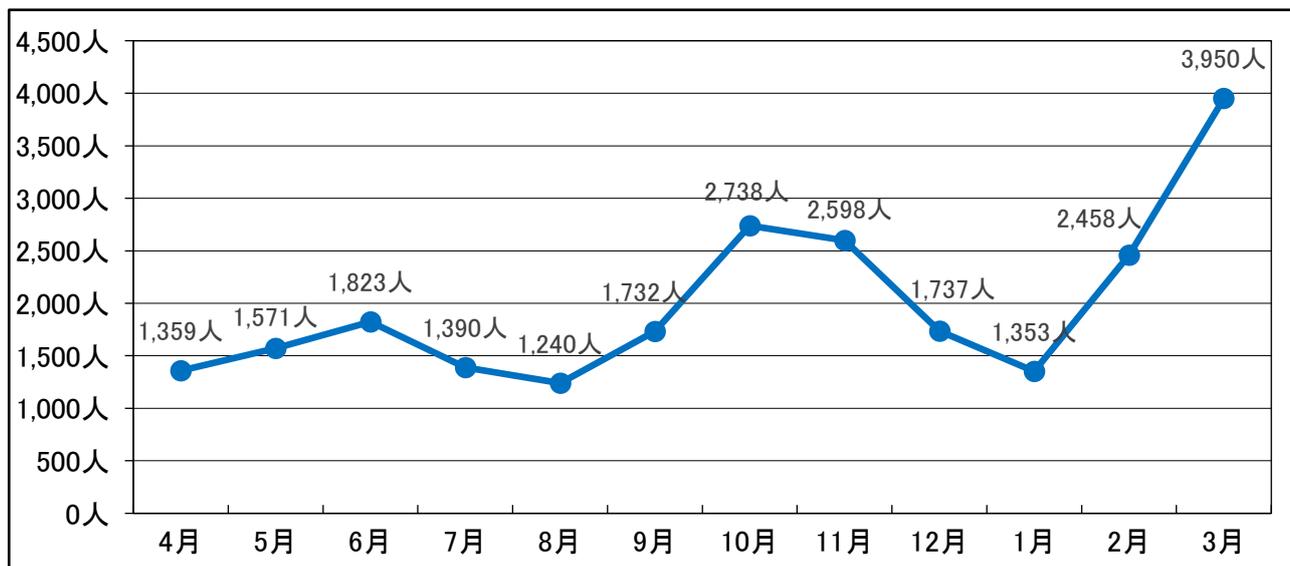
図51 令和4年度 年代別・受診方法別受診者数及び割合



(資料：長崎市福祉系システムデータ)

図52は、令和4年度特定健診月別受診者数を表したグラフになります。本市の受診傾向としては、気候のよい10月から11月と年度末に近い2月から3月に受診者数が増加していることがわかります。

図52 令和4年度 特定健診月別受診者数



(資料：長崎市福祉系システムデータ)

本市では、次年度の特定健診受診券を毎年3月末に一斉発送しています。その後、7月に満40歳・41歳の方と前年度に本市国保へ新規加入した60歳代の方へ特定健診の受診勧奨通知を送付しています。

表11は、第2期計画期間中の特定健診受診勧奨通知事業の実績を表したものです。

表11 第2期計画期間中の特定健診受診勧奨通知事業の実績 (単位:通数)

	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
満40歳・41歳の方	1,332	1,218	1,337	1,319	1,339
前年度新規国保加入した60歳代の方	2,152	4,502	4,450	3,260	4,555

表12は、令和3年度から実施している、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の実績を表したものです。

本事業は、AIの分析により対象者を7つのカテゴリーに分け、その特性に合わせた内容で受診勧奨することで、実際の受診行動につなげるという特徴があります。これにより、コロナ禍で落ち込んだ受診率を回復させ、また、新規受診者の掘り起こしにつながったものと評価しています。

表12 ICTを活用した特定健診受診率向上対策事業の実績 (単位:通数)

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
受診勧奨1回目(10月)	25,698	51,921	44,000
受診勧奨2回目(1月)	30,510	34,797	42,771

(資料:特定健診受診率向上対策事業委託業者からの情報提供)

【今後の方針】

第2期計画期間中の評価を受け、第3期計画ではICTを活用した特定健診受診率向上対策事業を継続します。

また、本事業に関連したAIによるデータ分析で、本市国保被保険者の傾向として次のことがわかってきました。

- ・生活習慣病で医療機関を定期受診しているが、特定健診は受診していない方が多い。
- ・若年者の人口割合が少なく、更に特定健診を受診する人の割合も少ない。
- ・前期高齢者が後期高齢者へ移行するため、今後、受診率の低下が懸念される。

そこで、特定健康診査情報提供事業*の利用促進を図るため、医療機関への周知に加え、令和5年度からは新たに対象者本人への個別通知により制度の理解と協力を周知していく取組みを始めており、これを継続します。

また、若年層の受診率向上対策として若年者等への受診者掘り起こしのため、特定健診受診勧奨通知事業を継続します。

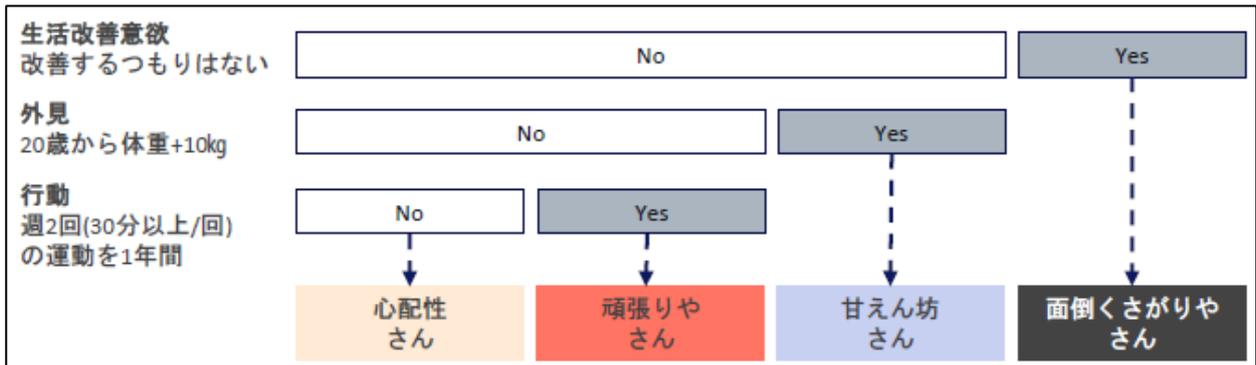
※ 特定健康診査情報提供事業

本人の同意のもと、かかりつけ医が保有する検査データ等を提供してもらうことで特定健診を受診したとみなす事業。

また、特定健診受診率を維持していくために、未受診者対策に加えて受診の定着化（リピート受診）を図る取組みも重要であることから、評価指標にリピート率を追加します。

リピート率は、前年度受診者のうち当年度も対象者である方を分母とし、前年度及び当年度の2か年連続で受診された方を分子として算出するもので、令和4年度の実績値は69.2%でした。

参考 過去3年間で特定健診受診歴がある方のカテゴリ分け資料



心配性さん

Q

この先も、できるだけ健康で元気に過ごしたい。

健診を受けていれば、いろんなリスクを避けられますか？

A

健診は、不安に思っている病気や介護生活からあなたを遠ざけてくれる健康のナビゲーター。安心して健康に暮らせるように、年に一度の健診は、毎年欠かさず受けましょう。

かかる費用 **0円** (個人で受けると約9,000円かかる検査です。)

これだけの検査が約1時間*で終わります

- 血液検査
- 血圧測定
- 尿検査
- 身体測定
- 診察・問診
- 腎機能検査

*検査にかかる時間は目安です。自覚症状等により異なります。

検査でわかる病気の兆候

- 糖尿病
- 動脈硬化症
- 脂肪肝
- 高血圧症
- 痛風
- 慢性腎不全
- アルコール性肝炎 など

頑張り屋さん

Q

健康には自信があるし健診を受けたって「たぶん何も無い」はず。毎年、受ける必要ないんじゃないかな？

A

健診は、健康に対するあなたの努力の成果を確認する場でもあります。この1年間のあなたのがんばりを可視化してみましよう。

かかる費用 **0円** (個人で受けると約9,000円かかる検査です。)

これだけの検査が約1時間*で終わります

- 血液検査
- 血圧測定
- 尿検査
- 身体測定
- 診察・問診
- 腎機能検査

*検査にかかる時間は目安です。自覚症状等により異なります。

検査でわかる病気の兆候

- 糖尿病
- 動脈硬化症
- 脂肪肝
- 高血圧症
- 痛風
- 慢性腎不全
- アルコール性肝炎 など

甘えん坊さん

Q

健康に良くないって、わかっていても好きなものは、どうしても我慢できない。それってダメですか？

A

まずは、自分の身体を知ることから始めましょう。身体の変化を、毎年きちんとチェックすることで、生活習慣病のリスクを遠ざけることができます。

かかる費用 **0円** (個人で受けると約9,000円かかる検査です。)

これだけの検査が約1時間*で終わります

- 血液検査
- 血圧測定
- 尿検査
- 身体測定
- 診察・問診
- 腎機能検査

*検査にかかる時間は目安です。自覚症状等により異なります。

検査でわかる病気の兆候

- 糖尿病
- 動脈硬化症
- 脂肪肝
- 高血圧症
- 痛風
- 慢性腎不全
- アルコール性肝炎 など

面倒くさがり屋さん

Q

生活習慣病って、たいしたことない気がするけど。別名「サイレントキラー」って本当ですか？

A

高血圧症や肥満などの生活習慣病から、自覚のないうちにリスクの高い病気につながる可能性があります。あなたが、この先も元気で健康に生きていくために年に一度の健診は、必ず受けましょう。

かかる費用 **0円** (個人で受けると約9,000円かかる検査です。)

これだけの検査が約1時間*で終わります

- 血液検査
- 血圧測定
- 尿検査
- 身体測定
- 診察・問診
- 腎機能検査

*検査にかかる時間は目安です。自覚症状等により異なります。

検査でわかる病気の兆候

- 糖尿病
- 動脈硬化症
- 脂肪肝
- 高血圧症
- 痛風
- 慢性腎不全
- アルコール性肝炎 など

過去3年間特定健診受診なし
生活習慣病関連のレセプトなし

Q

健診って、予約が取りづらそうだし、待たされそう。長岡市の健診に、なにか**お得なこと**ってありますか？



A

自分で受けたら約9,000円かかる検査を無料で、健診は、近くで気軽に受けられて気になることを医師へ相談もできます。あなたの健康のために、長岡市の健診を上手に利用しましょう。

かかる費用 **0円** 個人で受けたら約9,000円かかる検査です。

これだけの検査が約1時間[※]で終わります

- 血液検査
- 血圧測定
- 尿検査
- 身体測定
- 診察・問診
- 腎機能検査

※検査にかかる時間は目安です。医師状況等により異なります。

検査でわかる病気の兆候

- 糖尿病
- 動脈硬化症
- 脂肪肝
- 高血圧症
- 痛風
- 慢性腎不全
- アルコール性肝炎 など

過去3年間特定健診受診なし
生活習慣病関連のレセプトあり

Q

持病で**通院してるから**、大丈夫。血液検査も定期的に受けてるし…わざわざ健診に行く必要ってありますか？



A

通院と健診を併用することで、普段はなかなか気づけない小さな変化も見逃しません。まずは、あなたのかかりつけ医でも受診できるか確認してみてください。

かかる費用 **0円** 個人で受けたら約9,000円かかる検査です。

これだけの検査が約1時間[※]で終わります

- 血液検査
- 血圧測定
- 尿検査
- 身体測定
- 診察・問診
- 腎機能検査

※検査にかかる時間は目安です。医師状況等により異なります。

検査でわかる病気の兆候

- 糖尿病
- 動脈硬化症
- 脂肪肝
- 高血圧症
- 痛風
- 慢性腎不全
- アルコール性肝炎 など

前年度国保加入者

Q

会社に入って社保から国保に変わったけれど**健診って受けられる**んですか？



A

保険証が変わっても、あなたの健康を維持するための健診は、もちろん受けられます。年に一度、健診の案内が来たら忘れずに、ご自分で受診手続きをお願いします。

かかる費用 **0円** 個人で受けたら約9,000円かかる検査です。

これだけの検査が約1時間[※]で終わります

- 血液検査
- 血圧測定
- 尿検査
- 身体測定
- 診察・問診
- 腎機能検査

※検査にかかる時間は目安です。医師状況等により異なります。

検査でわかる病気の兆候

- 糖尿病
- 動脈硬化症
- 脂肪肝
- 高血圧症
- 痛風
- 慢性腎不全
- アルコール性肝炎 など

＜第2期計画目標2＞ 生活習慣病の発症や重症化する被保険者の減少
 評価指標：重症化予防対象者の割合30%以下

【総合評価】

第2期計画の目標に対して、個別の保健事業では特定保健指導の充実・強化事業、糖尿病性腎臓病重症化予防事業及び健診有所見者への受診勧奨事業に取り組みました。

令和2年度の間接評価では、「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[※]の見直しを行いました。

しかし、令和4年度の重症化予防対象者の割合は34.1%となり、目標値に達することができませんでした。

表13 重症化予防対象者の割合の年次推移 (単位：%)

	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
目標値	平成28年度実績値（31.5%）から年に0.25%ずつ下げる					
実績値	32.5	33.0	34.2	34.7	34.1	—

【分析評価】

第2期計画期間中の詳細な実績データは、以下のとおりです。

ア 特定保健指導の充実・強化事業

表14は、特定保健指導実施率の年次推移を表したものです。平成30年度に、特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引きが改定され、特定健診当日に特定保健指導の対象と見込まれる方に対して把握できる情報（腹囲、体重、血圧、質問票の回答を含めた既往歴、前年度の検査結果等）をもとに初回面接の分割実施ができるようになりました。これにより、本市でも集団健診会場で初回面接の分割実施を行い、平成30年度と令和元年度は特定保健指導実施率が上昇しました。

しかし、新型コロナウイルス感染症まん延の影響により、集団健診が人数制限を設けた事前予約制となったことや訪問活動が制限されたことなどの影響により、令和4年度は特定保健指導実施率は30.3%となり、目標値の31.8%に達することができませんでした。また、令和5年度の実施率も目標値の32.0%には達しない見込みです。

表14 特定保健指導実施率の年次推移 (単位：%)

	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
目標値	31.0	31.2	31.4	31.6	31.8	32.0
実績値	42.2	43.9	31.7	30.1	30.3	—

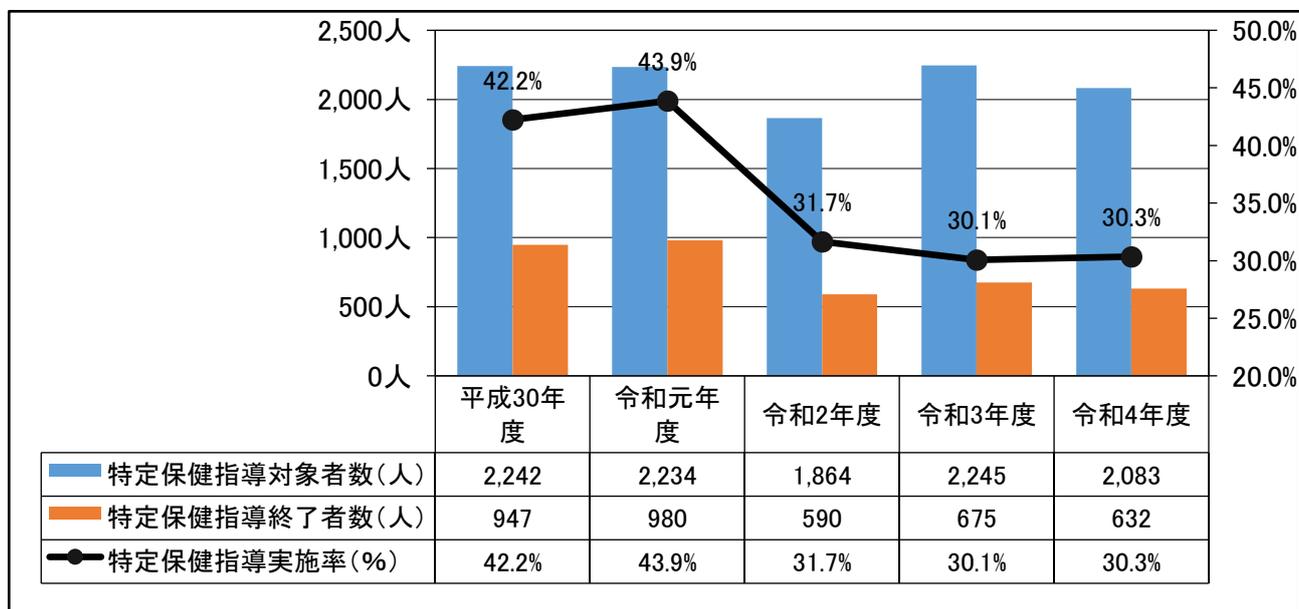
※ 重症化予防対象者

治療の有無に関わらず、特定健診受診者のうち次の①～⑦に該当する者。

- 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40未満）

図53は、特定保健指導対象者数、終了者数及び実施率の年次推移を表したグラフになります。令和4年度に特定保健指導の対象となった方は2,083人です。このうち、特定保健指導終了者は632人で、実施率は30.3%でした。

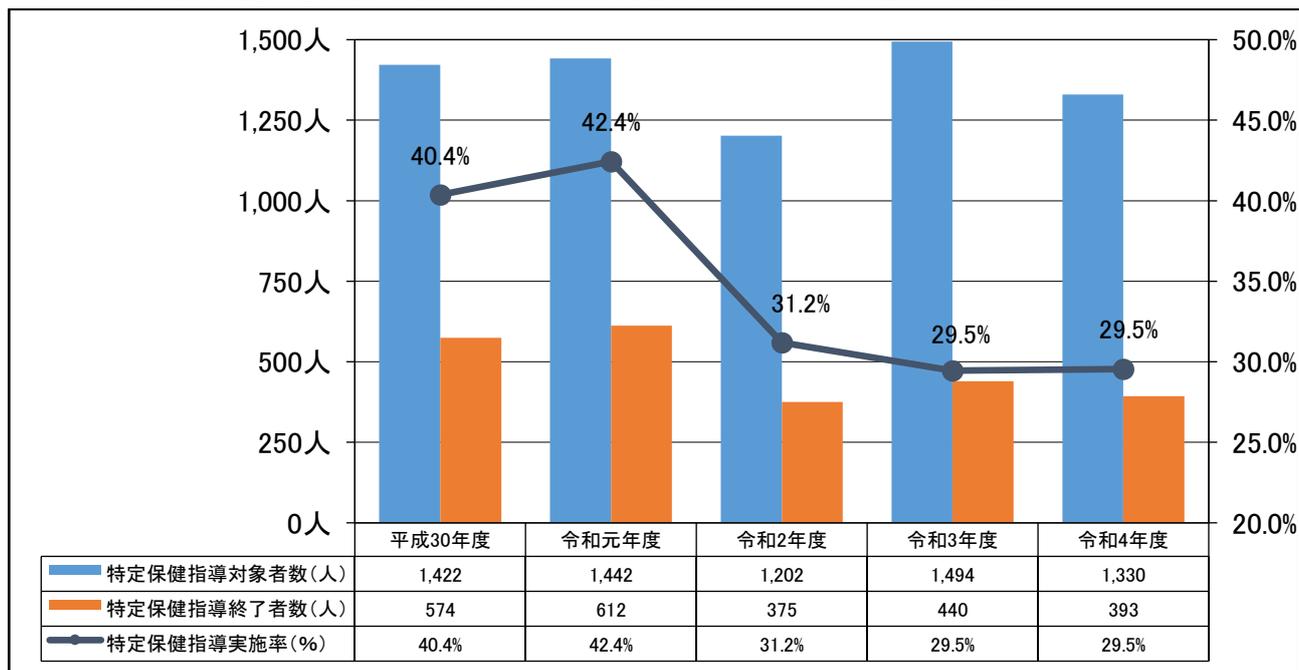
図53 特定保健指導対象者数、終了者数及び実施率の年次推移(男女合計)



(資料：法定報告)

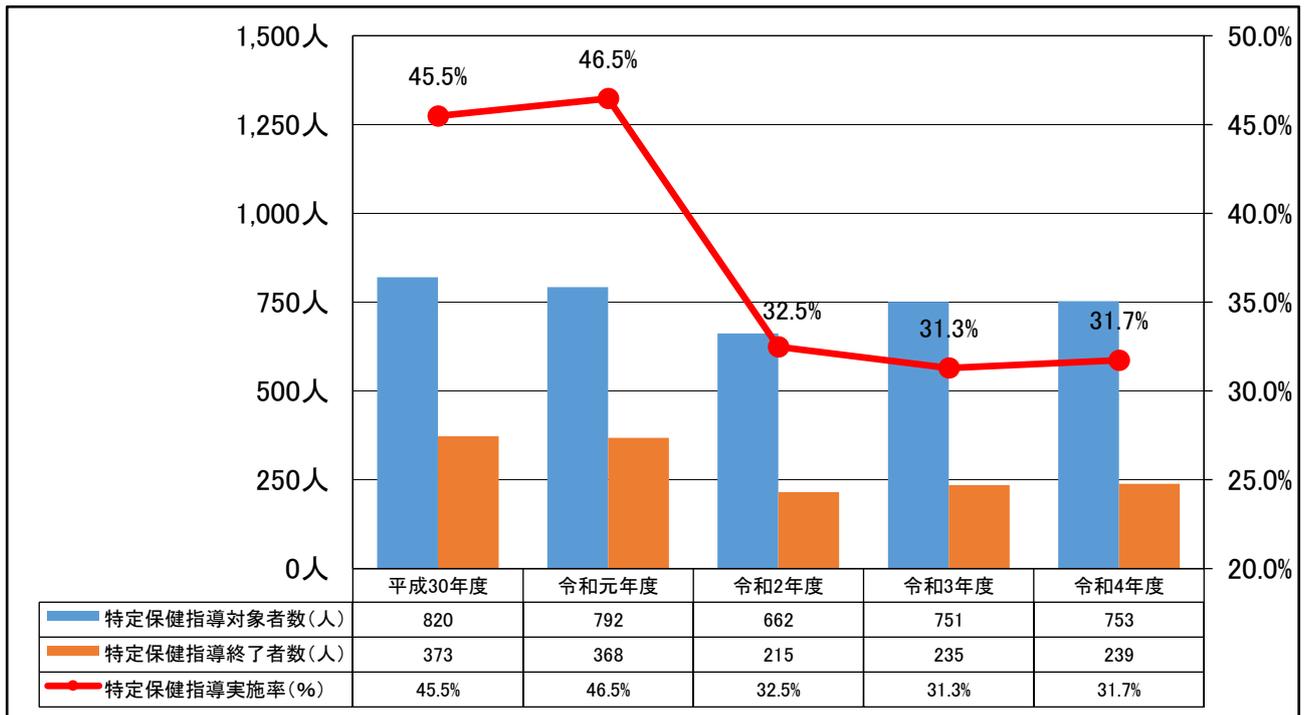
図54及び図55は、特定保健指導対象者数、終了者数及び実施率の年次推移を男女別に表したグラフになります。すべての年度で対象者数は男性の方が多いものの、終了者数は女性の方が多くなっています。

図54 特定保健指導対象者数、終了者数及び実施率の年次推移(男性)



(資料：法定報告)

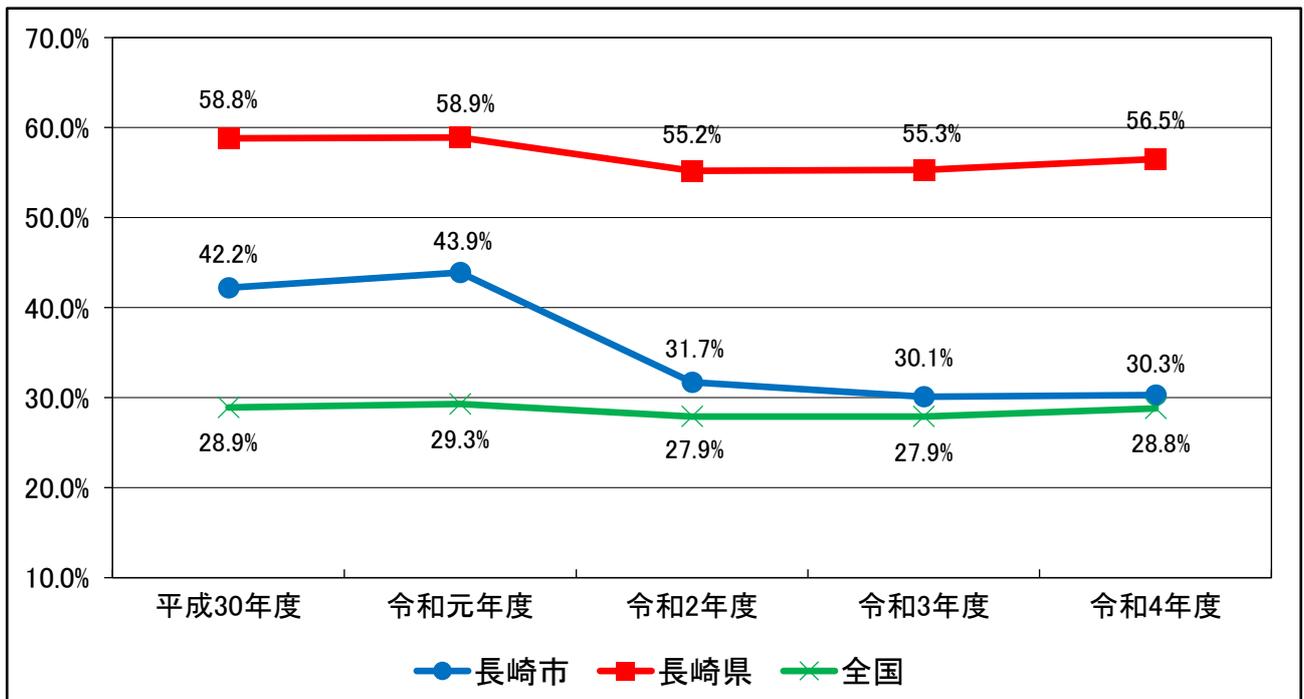
図55 特定保健指導対象者数、終了者数及び実施率の年次推移（女性）



（資料：法定報告）

図56は、特定保健指導実施率の年次推移を、本市、長崎県及び全国平均と比較したグラフになります。本市の特定保健指導実施率は、全国平均と比べて高いものの、長崎県よりは低い状況となっています。

図56 特定保健指導実施率の年次推移と比較(市町村国保)

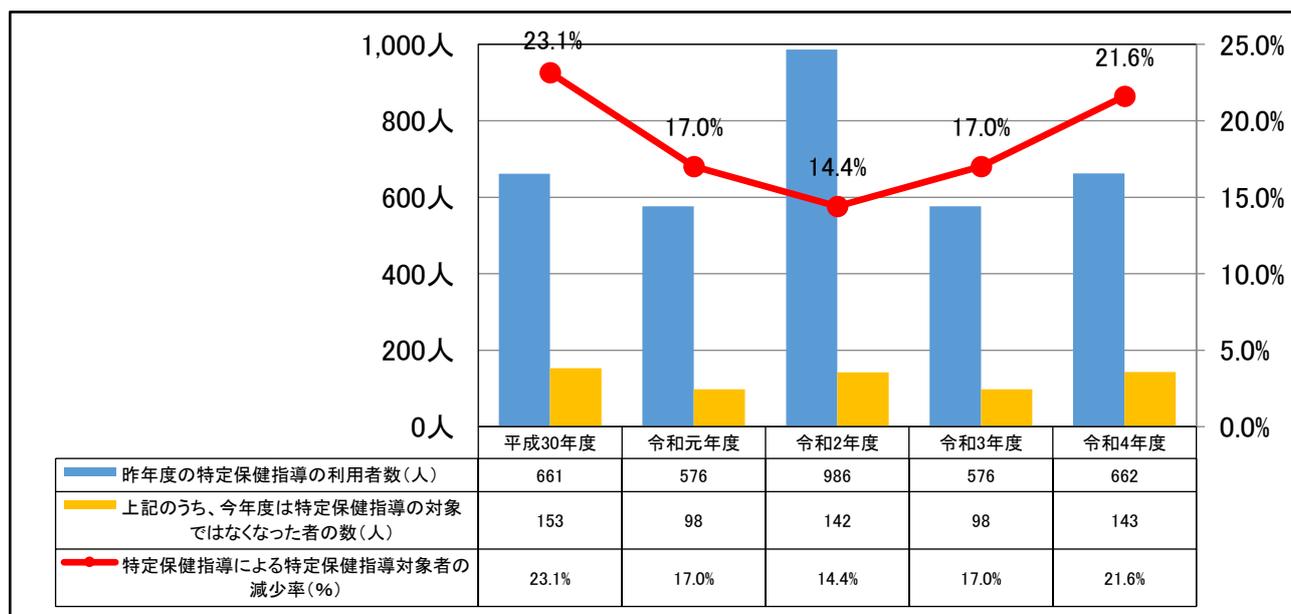


（資料：公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書）

図57は、特定保健指導対象者の減少率の年次推移を表したグラフになります。これは、前年度に特定保健指導の対象者だった方がどのくらい減ったかを表しており、健診結果の改善又は治療につながった（血圧、血糖、血中脂質の服薬など）と捉えることができます。

令和4年度の特定保健指導対象者の減少率は21.6%で、長崎県よりも高くなっています。

図57 特定保健指導対象者の減少率の年次推移



(資料：法定報告)

特定保健指導対象者には、特定保健指導利用券と併せて健康相談会のご案内を送付しています。令和4年度は、特定保健指導対象者へ市内の26会場で延べ157回の健康相談会を実施したほか、対象者のご都合に併せて市役所相談室でも特定保健指導を実施しました。

相談会のご案内後、対象者から予約の連絡がない場合は、地区担当者より電話によるお誘いや聴き取りによる対象者の生活状況の把握を行っています。

また、特に気になる対象者については、ご自宅や職場等への訪問活動も積極的に行っています。令和4年度の特定保健指導対象者への訪問による初回面接件数は、245件となっています。

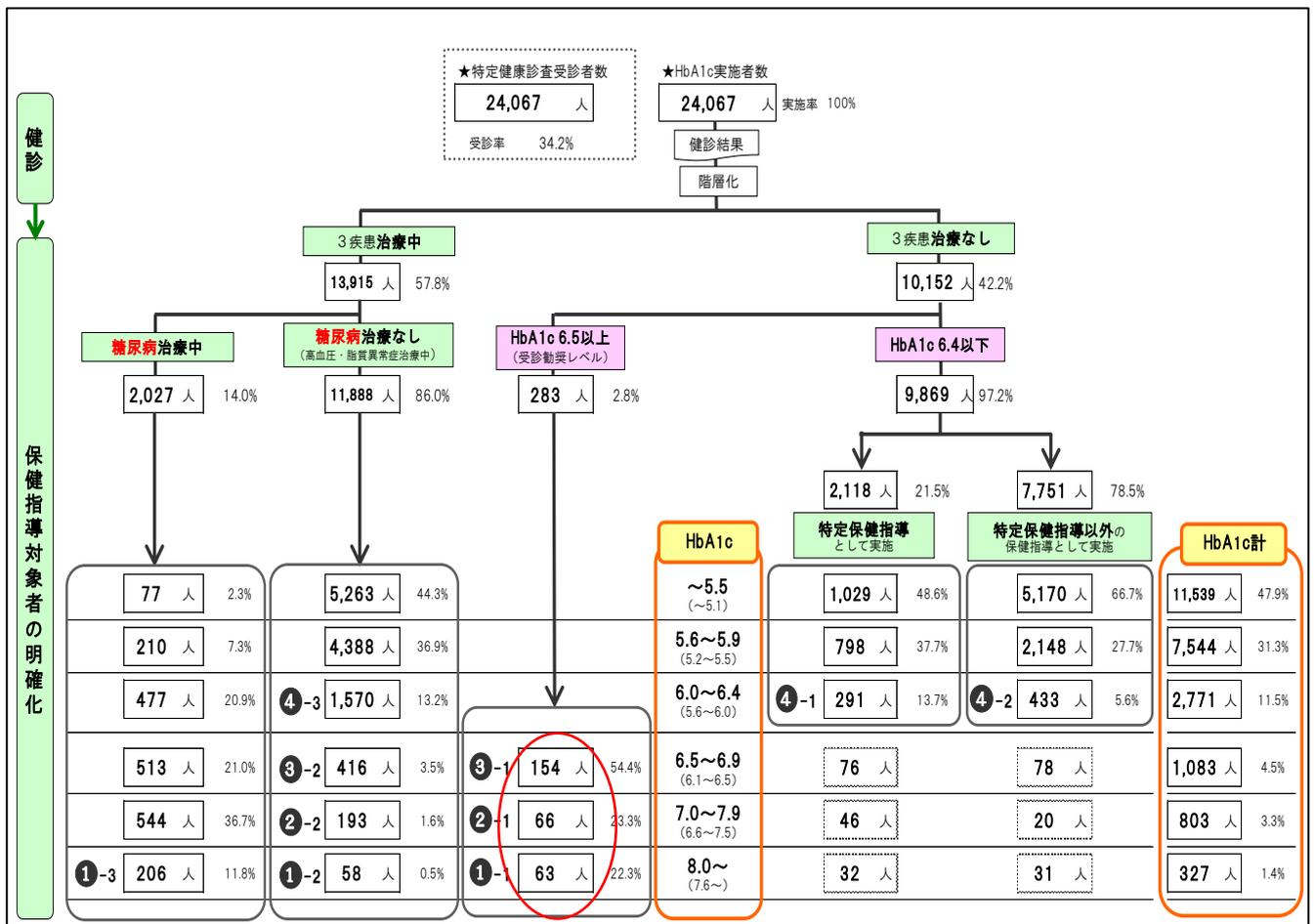
イ 糖尿病性腎臓病重症化予防事業

本事業は、人工透析への移行を防止することによって市民の健康増進と医療費の増加抑制を図ることを目的として、関係者の連携や取組内容を示した「長崎市糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」（資料編P3～P7参照）に基づき、①医療機関未受診者への受診勧奨、②糖尿病治療中断者への受診勧奨及び③ハイリスク者（糖尿病等により治療中だが重症化リスクが高い者）への保健指導を実施しています。

①医療機関未受診者への受診勧奨

図58は、令和4年度の特健診結果から基準値を超えた方がどのくらいいるのかを示しています。ここから、レセプトにて受療状況を確認し、糖尿病で医療機関を受診していない方へ手紙、電話又は訪問による受診勧奨を実施しています。

図58 令和4年度 血糖フローチャート



(資料：KDBシステムから出力したデータを保健指導ツールにて加工)

表15は、受診勧奨後の医療機関受診率の年次推移を表したものです。医療機関未受診者の75%を医療につなげるという目標値に対し、令和4年度の実績値は76.6%となり、目標値に達することができました。また、令和5年度も目標値に達する見込みです。

表15 受診勧奨後の医療機関受診率の年次推移

(単位：%)

	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
医療機関 未受診者	併せて 69.5	併せて 69.2	71.4	74.0	76.6	—
糖尿病治 療中断者			25.0	28.3	18.4	—

②糖尿病治療中断者への受診勧奨

過去一年間に一度でも糖尿病の診断が付き治療薬が処方されている方のうち、その後の内科受診が確認できず、特定健診も受診していない方を糖尿病治療中断者として受診勧奨を実施しています。

表16のとおり、糖尿病治療中断者の75%を医療につなげるという目標値に対し、令和4年度の実績値は18.4%となり、目標値に達することができませんでした。また、令和5年度も目標値に達しない見込みです。

③ハイリスク者への保健指導

糖尿病で治療中の患者のうち、より重症化しやすい方へ専任の管理栄養士による個別指導のほか、集団での調理実習を定期的に行っています。

専門医の助言により、保健指導前後の検査値（HbA1c値）で評価することとしており、令和4年度は11人に保健指導を実施し、保健指導前後の検査値がある人のうち6人に検査値の改善が見られました。

ウ 健診有所見者への受診勧奨事業

本事業は、特定健診の結果から重症化予防対象者（P56）を必要に応じて医療機関受診へつなげることを目的としています。令和2年度からは、より重症化する可能性の高い方へアプローチするため、対象者の見直しと評価指標の変更を行いました。

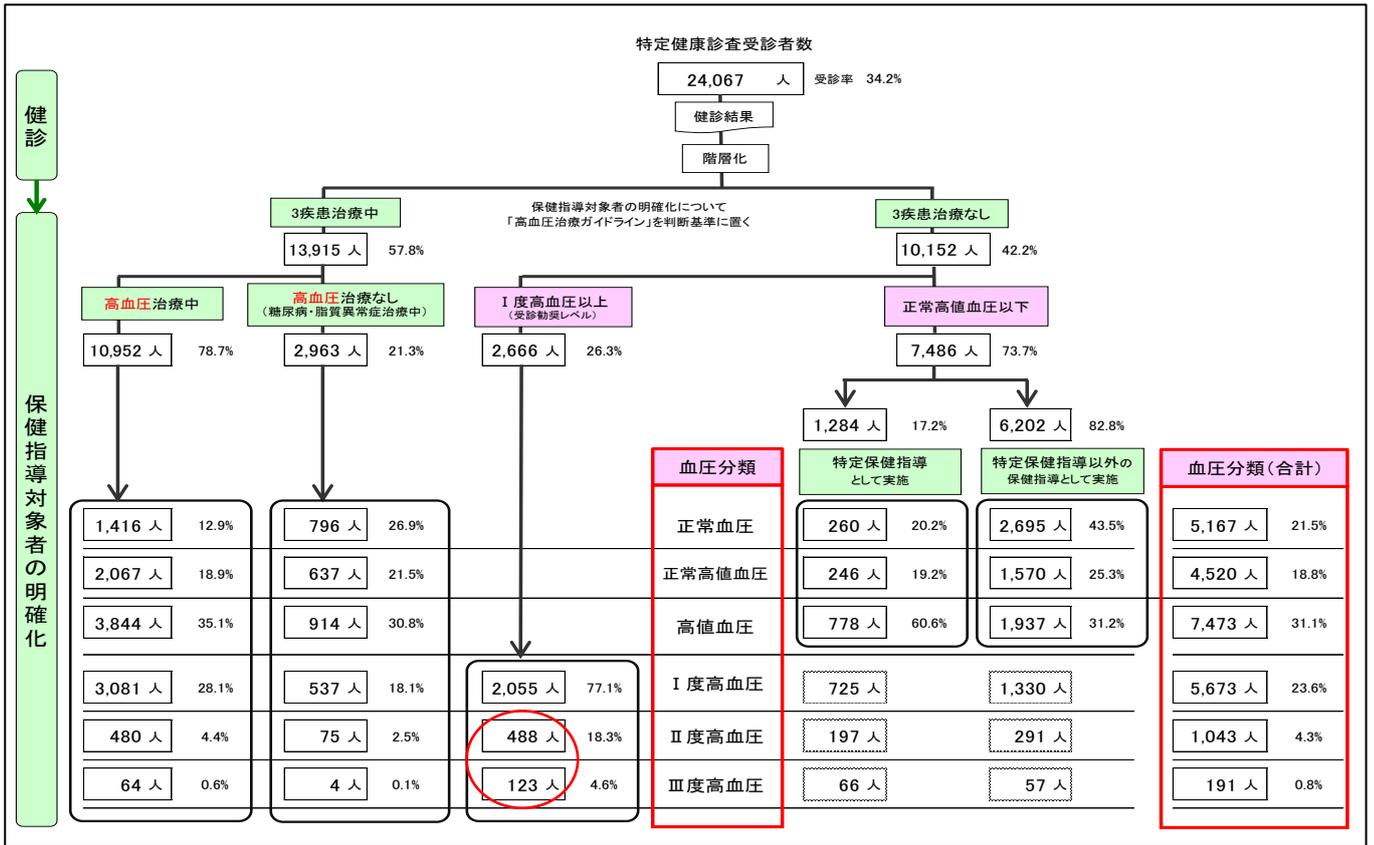
新たな事業対象者*は、①Ⅱ度高血圧以上者、②LDLコレステロール180以上者及び③CKD重症度分類でオレンジ・赤色該当者としました。

図59、図60及び表16は、令和4年度の特定健診結果から基準値を超えた人がどのくらいいるのかを示しています。ここから、レセプトにて受療状況等を確認し、事業対象者を選定して受診勧奨を実施しています。

* 新たな事業対象者

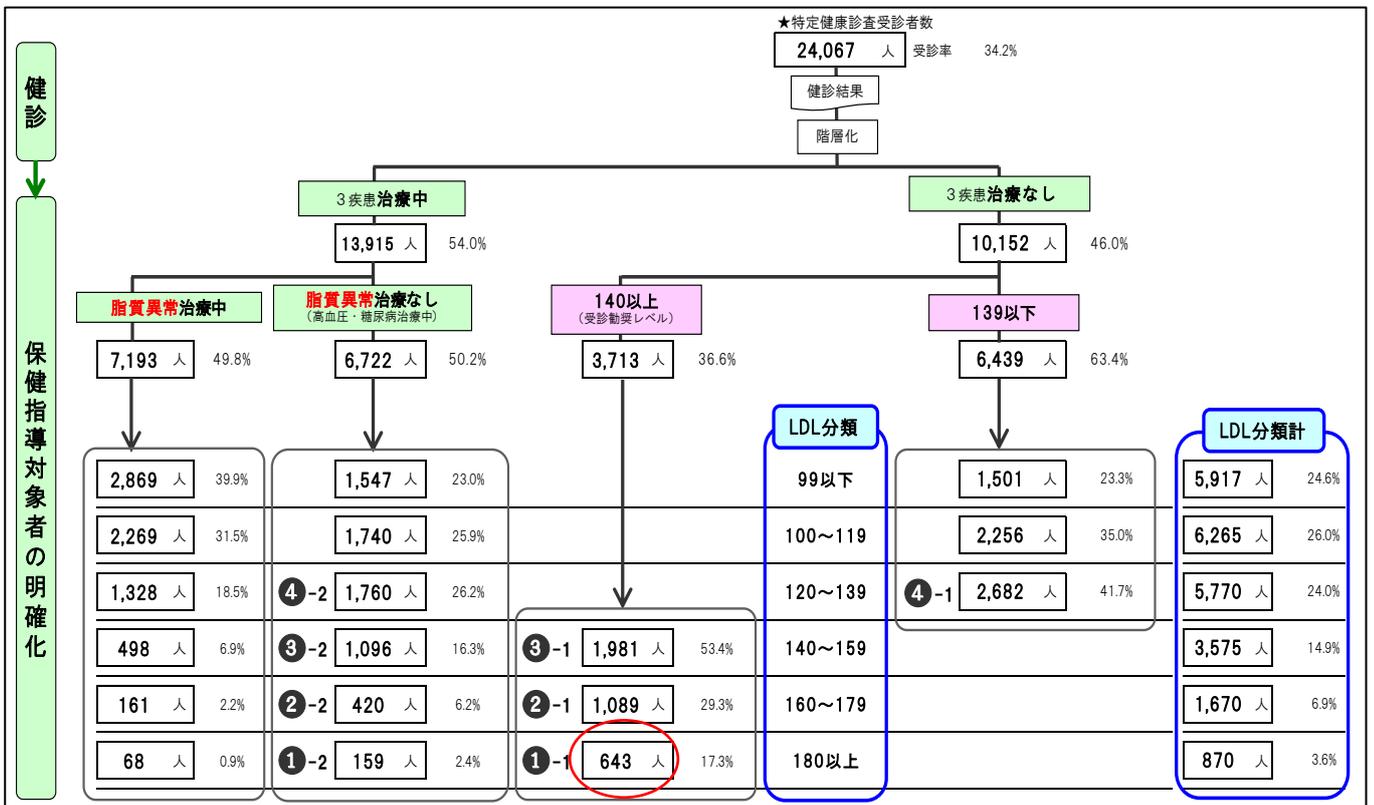
特定健診受診者のうち3疾患（血圧、血糖、脂質）いずれかの服薬あり、又は該当疾患の診断が付き定期的に医療機関を受診している者を除く。

図59 令和4年度 血圧フローチャート



(資料：KDBシステムから出力したデータを保健指導ツールにて加工)

図60 令和4年度 LDLコレステロールフローチャート



(資料：KDBシステムから出力したデータを保健指導ツールにて加工)

表16 令和4年度 特定健診結果によるCKD重症度分類※

尿アルブミン定量 (mg/日)		A1	A2	A3	
		正常 (-)	微量アルブミン尿 (±)	顕性アルブミン尿 (+, ++, +++)	
eGFR区分 (ml/分 /1.73m ²)	G1	≥90		166	
	G2	60~89		981	
	G3a	45~59	509	399	
	G3b	30~44	241	70	136
	G4	15~29	17	7	44
	G5	<15	3	0	12

※参考：エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023
 (資料：長崎市福祉系システムデータ)
 色区分の説明 (緑→黄色→オレンジ→赤の順でリスクが高くなる)

表17は、健診有所見者への受診勧奨状況を表したものです。実際の対応は、各総合事務所地域福祉課の地区担当保健師が行っています。対象者への受診勧奨後、6か月後のレセプトにて受療状況を確認しています。令和3年度は、807人に受診勧奨を行い、そのうち443人(54.9%)が医療機関の受診につながりました。

表17 健診有所見者への受診勧奨状況(実績値)

	令和2年度					令和3年度				
	対象者数	支援者数	支援回数 (延べ)	医療機関受診者		対象者数	支援者数	支援回数 (延べ)	医療機関受診者	
				人数	割合(%)				人数	割合(%)
①Ⅱ度高血圧以上者	171	170	219	70	41.2	182	181	250	79	43.6
②LDLコレステロール180以上者	303	300	402	121	40.3	288	287	396	120	41.8
③CKD重症度分類オレンジ・赤該当者	273	269	355	177	65.8	269	262	343	183	69.8
①~③のうち2項目以上該当者	49	47	58	42	89.4	79	77	101	61	79.2
計	796	786	1,034	410	52.2	818	807	1,090	443	54.9

【今後の方針】

第2期計画期間中の評価を受け、第3期計画では、健康目標を見直します。

具体的には、第2期計画の目標2「生活習慣病の発症や重症化する被保険者の減少」を細分化するとともに、個別の保健事業の評価や進捗管理が行いやすいように見直します。

また、表18は、特定健診の結果、BMIが低い前期高齢者の割合の年次推移を表したものです。一般的に低体重と判定されるBMI18.5以下の前期高齢者は、令和4年度で7.9%となっており、BMI20以下の前期高齢者においても、長崎県と比べて多い傾向であることがわかりました。（P 39 図43参照）

表18 BMIが低い前期高齢者の割合の年次推移 (単位：%)

		令和2年度	令和3年度	令和4年度
BMI20以下の 前期高齢者	長崎県	16.3	16.6	17.5
	長崎市	17.2	17.6	18.3
BMI18.5以下の 前期高齢者	長崎市	7.0	6.9	7.9

低体重の前期高齢者には、フレイル予防の観点から経年的な体重の変化に着目し、必要時には栄養状態の改善や介護予防等へつなぐ関わりが重要となります。

また、75歳到達により後期高齢者医療制度へ移行することを踏まえ、後期高齢者医療室が実施する高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の中で取組む体制を整えていきます。

2) 第3期計画の目標

<第3期計画目標1> 特定健診受診率の向上
 評価指標①特定健診受診率：38.0%
 ②リピート率：77.5%

表19 目標1の評価指標と目標値

(単位：%)

	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
①特定健診受診率	36.0	36.5	37.0	37.5	37.8	38.0
②リピート率	70.0	71.5	73.0	74.5	76.0	77.5

【目標値設定の考え方】

①については、過去5か年度間（平成30年度～令和4年度）の受診率の伸びが約1.06であることをもとに算出しています。

また、②については、令和4年度の中核市平均値としました。

これらの目標値を達成するため、若年者等への特定健診受診勧奨通知事業及びICTを活用した特定健診受診率向上対策事業に取り組みます。

詳しくは、第4章の第4期長崎市国民健康保険特定健診等実施計画（P63～）に記載しています。

なお、個別の保健事業については、表20及び表21のとおり評価指標と目標値を設定します。

表20 若年者等への特定健診受診勧奨通知事業の評価指標と目標値

(単位：%)

	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
③40歳～44歳の健診受診率	14.6	14.7	14.8	14.9	15.0	15.0
④満40歳・41歳の健診受診率	14.8	15.0	15.5	16.0	16.5	17.0
⑤前年度新規加入者の健診受診率	22.5					増やす
⑥対象者への受診勧奨実施率	100	100	100	100	100	100

目標値の設定：③第2期計画の目標値を継続。令和4年度実績値④14.8%、⑤22.5%から算出。

表21 ICTを活用した特定健診率向上対策事業の評価指標と目標値

(単位：%)

	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
⑦レセプトあり未経験者の受診率	8.6					増やす
⑧3年間で1回以上受診した未経験者の受診率	10.1					増やす
⑨レセプトあり未経験者への情報提供事業の個別通知	100	100	100	100	100	100

目標値の設定：令和4年度実績値⑦8.6%、⑧10.1%から算出。

＜第3期計画目標2＞ 特定保健指導実施率の向上
 評価指標①特定保健指導実施率：32.0%
 ②内臓脂肪症候群該当者の割合：20%以下

表22 目標2の評価指標と目標値 (単位：%)

	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
①特定保健指導実施率	30.4	30.7	31.0	31.3	31.6	32.0
②内臓脂肪症候群該当者の割合	20%以下					

【目標値設定の考え方】

①については、第2期計画で達成できなかった目標値を継続します。
 また、②については、令和4年度の実績値をもとに目標値を設定します。

特定保健指導は、メタボリックシンドロームに着目し、対象者の生活改善に重点を置いた支援により、腹囲や体重の減少及び行動変容につなげていくことを目的としています。そのため、特定健診受診者のうち内臓脂肪症候群該当者の割合を減らすことを目指します。この評価指標に係る実績値は、表23のとおりです。

表23 第3期計画で設定する評価指標の実績値 (単位：%)

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
内臓脂肪症候群該当者の割合	21.9	22.3	21.7
特定保健指導初回面接実施率 (直営分のみ)	32.5	34.2	42.6

(資料：法定報告)

これらの目標値を達成するため、特定保健指導の充実・強化事業に取り組みます。詳しくは、第4章の第4期長崎市国民健康保険特定健診等実施計画(P63～)に記載しています。

なお、個別の保健事業については、表24のとおり評価指標と目標値を設定します。

表24 特定保健指導の充実・強化事業の評価指標と目標値 (単位：%)

	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
③特定保健指導初回面接実施率	43.0	44.0	44.5	45.0	45.5	46.0
④前年度の特定保健指導による当年度の特定保健指導対象者の減少率	22.0	22.0	22.5	23.0	23.5	24.0
⑤特定保健指導未利用者への受診勧奨実施率	100	100	100	100	100	100

目標値の設定：③・⑤直営分のみ、③表23参照。④令和4年度実績値(21.6%)から算出。

また、対象者の特性に応じて目標達成に向けて継続した支援を実施すると共に、特定保健指導実施者の指導力の標準化と人材育成に取り組んでいきます。

＜第3期計画目標3＞ 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
評価指標①HbA1c8.0%以上の者の割合：1.0%
②HbA1c6.5%以上の者のうち
糖尿病レセプトがない者の割合：減らす

表25 健康目標3の評価指標と目標値 (単位：%)

	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
①HbA1c8.0%以上の者の割合	1.4	1.4	1.3	1.2	1.1	1.0
②HbA1c6.5%以上の者のうち 糖尿病レセプトがない者の 割合	16.9	→				減らす

【目標値設定の考え方】

①・②共に、令和4年度の実績値（①1.4%、②16.9%）をもとに目標値を設定します。
これらの目標値を達成するため、糖尿病性腎臓病重症化予防事業に取り組みます。

表26 医療機関未受診者対策の評価指標と目標値 (単位：%)

	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
③対象者の80%を医療につな げる	77.0	77.5	78.0	78.5	79.0	80.0
④対象者への受診勧奨実施率	100%（対象者全員へアプローチする）					

目標値の設定：③令和4年度実績値（76.6%）から算出。

表27 糖尿病治療中断者対策の評価指標と目標値 (単位：%)

	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
⑤対象者の30%を医療につな げる	20.0	22.0	24.0	26.0	28.0	30.0
⑥対象者への受診勧奨実施率	100%（対象者全員へアプローチする）					

目標値の設定：⑤令和4年度実績値（18.4%）から算出。

表28 ハイリスク者対策の評価指標と目標値 (単位：人)

	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
⑦検査値（HbA1c値）の維持改 善者/保健指導実施者	→					増やす
⑧対象者の保健指導実施率 （依頼件数/症例検討会件数）	→					増やす

目標値の設定：⑦・⑧共に令和4年度の実績値（⑦6人/11人、⑧8人/45人）から算出。

また、糖尿病に関する正しい知識の普及に努め、血糖をコントロールすることで合併症や重症化を予防することにつながるため、定期的な受診継続と生活改善を促す取組みを継続していきます。

＜第3期計画目標4＞ 健診有所見者を医療につなげる
 評価指標①重症化予防対象者の割合：17.0%
 ②受診勧奨後の医療機関受診率：60.0%

表29 目標4の評価指標と目標値 (単位：%)

	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
①重症化予防対象者（P56表17参照）の割合	18.1	17.8	17.6	17.4	17.2	17.0
②受診勧奨後の医療機関受診率	56.0	57.0	57.5	58.0	59.0	60.0

【目標値設定の考え方】

①・②共に、令和4年度の実績値（①18.1%、②54.9%）をもとに目標値を設定します。これらの目標値を達成するため、重症者予防対象者（P56）への受診勧奨事業に取り組みます。

表30 II度高血圧以上者対策の評価指標と目標値 (単位：%)

	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
③受診勧奨後の医療機関受診率	令和3年度の実績値（43.6%）を増やす					
④健診でII度高血圧以上者の割合	令和4年度の実績値（5.1%）を減らす					
⑤対象者への受診勧奨実施率	100%（対象者全員へアプローチする）					

目標値の設定：③令和3年度実績値（43.6%）、④令和4年度実績値（5.1%）から算出。

表31 LDLコレステロール180以上者対策の評価指標と目標値 (単位：%)

	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
⑥受診勧奨後の医療機関受診率	令和3年度の実績値（41.8%）を増やす					
⑦健診でLDLコレステロール180以上者の割合	令和4年度の実績値（3.6%）を減らす					
⑧対象者への受診勧奨実施率	100%（対象者全員へアプローチする）					

目標値の設定：⑥令和3年度実績値（41.8%）、⑦令和4年度実績値（3.6%）から算出。

表32 CKD重症度分類オレンジ・赤色該当者対策の評価指標と目標値 (単位：%)

	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
⑨受診勧奨後の医療機関受診率	令和3年度の実績値（69.8%）を増やす					
⑩健診でCKD重症度分類オレンジ・赤色該当者の割合	令和4年度の実績値（10.7%）を減らす					
⑪対象者への受診勧奨実施率	100%（対象者全員へアプローチする）					

目標値の設定：⑨令和3年度実績値（69.8%）、⑩令和4年度実績値（10.7%）から算出。

表33 前期高齢者のBMI18.5以下者対策の評価指標と目標値

(単位：%)

	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
⑫健診でBMI18.5以下の前期高齢者の割合	令和4年度の実績値（7.9%）を減らす					
⑬対象者へのアプローチ率	100%（対象者全員へアプローチする）					

目標値の設定：⑫令和4年度実績値（7.9%）から算出。

なお、健康課題に対する目標達成のために取り組む個別の保健事業と併せて、次の保健事業にも引き続き積極的に取り組んでいきます。

事業・対策名及び事業内容	
1 特定健診受診率向上対策	
周知・広報	<ul style="list-style-type: none"> ・保険証送付時に案内チラシ同封 ・特定健診対象者全員へ受診券送付 ・広報ながさき折り込み（年2回の特集号作成）と集団健診日程表の掲載 ・長崎市ホームページへの掲載 ・週刊あじさい（テレビ）放送 ・新聞広告の掲載 ・路面電車車体広告 ・テレビCM、パブリシティ放送及びインターネットによる周知 ・イベント等でのチラシ配布
勧奨	<ul style="list-style-type: none"> ・満40・41歳未受診者への受診勧奨通知事業 ・前年度新規国保加入者への受診勧奨通知事業 ・未受診者へ対象者の特性に合わせた受診率向上対策事業（年2回）
2 健診費助成事業	
助成	<ul style="list-style-type: none"> ・人間ドック・脳ドック ・歯科健診
3 生活習慣病重症化予防対策	
重症化予防	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導の充実・強化事業 ・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
4 医療費適正化対策	
適正化	<ul style="list-style-type: none"> ・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

第4章 第4期長崎市国保特定健康診査等実施計画

1) 特定健康診査等実施計画について

特定健康診査（以下「特定健診」という。）及び特定保健指導は、保健事業の中核をなすものであり、本計画と一体的に「第4期長崎市国民健康保険特定健康診査等実施計画」（以下「実施計画」という。）に記載します。

実施計画に記載する内容は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、「特定健康診査等基本指針」（以下「基本指針」という。）に即して定めることになっていません。

2) 目標

基本指針では、令和11年度（実施計画終了年度）時点における特定健診及び特定保健指導の市町村国保実施率の目標値は60%以上と掲げられています。

しかし、本市においては令和4年度の特定健診受診率の実績値（34.2%）や実情を踏まえ、実現する可能性の高い目標値を設定します。

なお、目標値設定に関しては、第3章 第2期計画の評価と第3期計画の目標（P58及びP59）に記載しています。

表34 特定健診受診率及び特定保健指導実施率の目標値の年次推移（単位：%）

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診受診率	36.0	36.5	37.0	37.5	37.8	38.0
特定保健指導実施率	30.4	30.7	31.0	31.3	31.6	32.0

3) 対象者

特定健診については、実施年度中に40歳以上74歳以下となる国保加入者（当該年度中に75歳に達する方を含む。）で、かつ当該実施年度の一年間を通じて国保に加入している方のうち、妊産婦等除外規定の該当者を除いた方を対象とします。

表35は、特定健診及び特定保健指導対象者数の推計を表したものです。

なお、特定健診対象者数の推計については、過去の受診率の実績や本市の将来推計人口等のデータから各年度初め（4月1日時点）の加入者数を算出しています。

また、特定保健指導対象者の推計については、特定健診受診者の見込み数に特定保健指導の対象者となりうる方の割合を乗じて算出しています。

表35 特定健診及び特定保健指導対象者数の推計（単位：人）

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診	59,223	54,240	49,681	45,462	41,706	38,244
特定保健指導	1,777	1,627	1,490	1,364	1,251	1,147

4) 実施方法

4-1 基本事項

4-1-1 実施期間及び場所

ア 特定健診

特定健診は、年度に一回いつでも無料で受診できる体制を整えています。

ただし、年度内に特定保健指導へつなげるため、できるだけ年度の早い時期に受診していただくよう促しています。

(ア) 個別健診

個別健診は、対象者の居住地に近い場所や随時受診可能な場所を確保することで、対象者の利便性が向上します。そのため、本市内全域及び西彼杵郡の一部の医療機関で実施できる体制を整えます。

(イ) 集団健診

集団健診は、医療機関が少ないエリアで受診率の向上が見込め、かつ効率的に実施することができます。そのため、地域の公共施設等（大型公民館、ふれあいセンターなど）で実施できる体制を整えます。

イ 特定保健指導

特定保健指導は、特定健診と同様に通年で実施していますが、健診実施後、可能な限り早期に実施することが望ましいとされています。

また、初回面接から終了まで3か月以上を要すること、国への実績報告時期（翌年11月1日）に間に合う実施分までを指導開始年度の実績に計上することから、できる限り年度内に初回面接を実施するようにします。

(ア) 直営での実施

保健師等が常勤している市役所庁舎や、大型公民館、ふれあいセンター等で定期的に実施します。

また、対象者の利便性や特定保健指導の利用率及び終了率向上につなげるため、必要時には対象者の自宅や職場等での実施も考慮します。

併せて、遠隔面接（ICTを活用した面接）も活用していきます。

(イ) 外部委託での実施

委託基準^{*}に基づき、一部の医療機関に外部委託して実施します。対象者は、健診を受診した医療機関で保健指導を受けることができます。

4-1-2 実施項目

ア 特定健診

(ア) 基本的な健診の項目

すべての対象者が受診しなければならない項目は次表のとおりで、例外事項以外認めません。

ただし、生理中の女性のほか、腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有している方に限り、尿検査の実施を断念した場合であっても特定健診を実施したこととみなします。

なお、貧血検査と腎機能検査については、本市国保独自の項目です。

※ 委託基準

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成25年厚生労働省告示第92号（外部委託に関する基準）及び第93号（施設、運営、記録の保存等に関する基準）

項目	備考
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む。
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査（身体診察）
身長、体重及び腹囲の検査	腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準（BMIが20未満の方、又はBMIが22kg/m ² 未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した方）に基づき、医師が必要でないと認めるときは省略可。腹囲の測定に代えて、内臓脂肪面積の測定でも可。
BMIの測定	BMI=体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）
血圧の測定	
肝機能検査	AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GTP
血中脂質検査	空腹時中性脂肪（やむを得ない場合は随時中性脂肪）、HDLコレステロール、LDLコレステロール 空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪が400mg/dℓ以上、若しくは食後採血の場合はLDLコレステロールに代えてNon-HDLコレステロールの測定でも可。
血糖検査	空腹時血糖又はヘモグロビンA1c（HbA1c） やむを得ない場合は随時血糖
尿検査	尿中の糖及びたんぱくの有無
貧血検査	赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値
腎機能検査	血清クレアチニン値、eGFR、血清尿酸値

（イ）詳細な健診の項目

医師の判断により受診しなければならない項目は次表のとおりで、心電図検査と眼底検査の2項目です。

項目	備考
心電図検査 ^{注1}	収縮期血圧140mmHg以上の方、又は拡張期血圧90mmHg以上の方、若しくは問診等で不整脈が疑われる方
眼底検査 ^{注2}	収縮期血圧140mmHg以上の方、又は拡張期血圧90mmHg以上の方、若しくは前年度の特定健診結果等において血糖検査の基準に該当する方

注1: 心電図検査は、基準に基づき医師が必要と認める方であって、特定健診当日に心電図検査を実施した場合、詳細な健診の項目として実施したこととします。

注2: 眼底検査は、基準に基づき医師が必要と認める方であって、特定健診当日から1か月以内に眼底検査を実施した場合、詳細な健診の項目として実施したこととします。

イ 特定保健指導

特定保健指導は、実施要件を法令で定めており、それに沿って実施します。特定保健指導は、対象者が自分の健康に関するセルフケア（自己管理）をできるようにし、生活習慣病に移行しないようにすることが目的です。

そのため、保健指導実施者（医師、保健師、管理栄養士及び看護師等）は、その技術や経験を活かして、対象者の特性に応じて身体的状況及び生活習慣の改善を促し、目標達成に向けて継続した支援をします。

また、定期的な情報収集や研修などを通して実施者自身のスキルアップにも努めます。

(ア) 対象者の階層化

特定健診の結果から、内臓脂肪蓄積の程度、リスクの数や年齢に応じて、レベル別に保健指導を行うため対象者の選定を行うことを「階層化」と言います。この階層化により、「積極的支援」と「動機付け支援」になった対象者へ特定保健指導を実施します。

なお、特定健診の受診者全員に対して、健診結果の見方や健康の保持増進に役立つきめ細かな情報提供を行います。

さらに、階層化の結果、特定保健指導の対象には該当せず、「情報提供」のみとなった対象者については健診を継続受診する必要性を、また、医療機関への受診や服薬治療が必要な対象者については医療機関受診や服薬の重要性を働きかけていきます。

具体的な階層化の方法は、次のとおりです。

階層化の流れ

<ステップ1> (腹囲とBMIで内臓脂肪蓄積のリスクを判定する)

- ・腹囲 男性 $\geq 85\text{cm}$ 、女性 $\geq 90\text{cm}$ → (1)
- ・腹囲 男性 $< 85\text{cm}$ 、女性 $< 90\text{cm}$ かつ BMI ≥ 25 → (2)



<ステップ2> (検査結果及び質問票より階層化のための追加リスクをカウントする)

- ①血圧高値 収縮期血圧130mmHg以上又は拡張期血圧85mmHg以上
- ②脂質異常 空腹時中性脂肪150mg/dℓ以上 (やむを得ない場合は、随時中性脂肪175mg/dℓ以上)
又はHDLコレステロール40mg/dℓ未満
- ③血糖高値 空腹時血糖 (やむを得ない場合は随時血糖) 100mg/dℓ以上
又はHbA1c (NGSP) 5.6%以上
- ④質問票 喫煙歴あり (上記3つのリスクが1つ以上の場合のみカウントする)
- ⑤質問票 ①、②又は③の治療に係る薬剤を服薬している



<ステップ3> (保健指導レベルの分類)

腹囲 (1) の場合	①～④のリスクのうち追加リスクが	2以上の対象者は … <u>積極的支援レベル</u>
		1の対象者は …… <u>動機付け支援レベル</u>
		0の対象者は …… <u>情報提供レベル</u>
腹囲 (2) の場合	①～④のリスクのうち追加リスクが	3以上の対象者は … <u>積極的支援レベル</u>
		1又は2の対象者は… <u>動機付け支援レベル</u>
		0の対象者は …… <u>情報提供レベル</u>

※ただし、下記に該当する方については記載のとおりとする。

<階層化ルールの例外>

- ・ステップ2の⑤(服薬治療中)の方は、医療機関において継続的な医学的管理が行われることが適当であるため、保険者による特定保健指導の対象としない。
- ・前期高齢者(65歳～74歳)は、積極的支援の対象となった場合でも動機付け支援とする。
- ・2年連続で積極的支援に該当した対象者のうち、1年目に比べ2年目の状態が改善している方については、2年目の特定保健指導は動機付け支援相当の支援とする。

(イ) 支援計画

保健指導対象者（動機付け支援レベル又は積極的支援レベル）がよりよい生活習慣を身に付けることができるよう行動変容*のきっかけをつくり、実行可能な行動目標を対象者が自ら立てられるよう支援していきます。

また、実行できていることに対して賞賛するなど自己効力感を高める支援を行い、新たな生活習慣を確立して維持できるような関わりをしていきます。

保健指導の効果を高めるため、すべての対象者が確実に保健指導を受けていただけるよう、手紙、電話又は訪問により参加を促していきます。

さらに、何らかの理由により途中で保健指導を中断した方や未実施となった方については、情報提供を行うとともにアンケート等によって本人の生活状況について把握するよう努めます。

a 動機付け支援

原則1回の支援を行い、3か月経過後に評価を行います。支援形態及び支援内容等は次のとおりです。

支援形態	初回：原則として一人20分以上の個別面接 評価：個別支援で面接又は通信（電話、手紙、電子メール等）
支援内容	（初回面接時） ・健診結果やその経年変化等から、自身の身体に起こっている変化の理解を促し、健康に関する考えを受け止める。 ・自身の生活習慣の改善点・継続すべき行動等に気付く支援をする。 ・すぐに実践・継続できるような行動目標・行動計画を一緒に考える。 （3か月後の評価時） ・生活習慣改善の状況や行動変容ステージの変化を確認する。 ・次回健診受診を促し、行動目標・行動計画を再確認する。
備考	集団健診においては、健診当日に腹囲、体重、血圧、喫煙歴及び前年度の健診結果等から、特定保健指導の対象と見込まれる方に対して初回面接を分割して実施し、行動計画を暫定的に作成します。 すべての結果が出そろった後に面接や電話等で行動計画を完成させて支援していきます。

※ 行動変容

次の5つのステージに分けられ、ステージごとに支援方法を変えて改善へつなげる。

無関心期：6か月以内に行動変容に向けた行動を起こす意思がない時期

関心期：6か月以内に行動変容に向けた行動を起こす意思がある時期

準備期：1か月以内に行動変容に向けた行動を起こす意思がある時期

実行期：明確な行動変容が観察されるが、その持続がまだ6か月未満である時期

維持期：明確な行動変容が観察され、その期間が6か月以上続いている時期

b 積極的支援

初回面接による支援を行い、その後、3か月以上の継続的な支援を行います。
また、3か月以上の継続的な支援後にその評価を行います。支援形態及び支援内容は次のとおりです。

支援形態	初回：原則として一人20分以上の個別支援 支援：個別支援で、面接又は通信（電話、手紙、電子メール等） 原則、180ポイント [※] 以上の継続的な支援を実施することが条件 評価：個別支援で、面接又は通信（電話、手紙、電子メール等）
支援内容	（初回面接時） 動機付け支援と同様に実施する。 （中間評価時） ・対象者が実践している取組内容やその結果について評価し、必要時は行動目標・行動計画を再設定する。再設定後、2か月間の生活習慣の改善が継続できれば評価可能。 （3か月後の評価時） ・生活習慣改善の状況や行動変容ステージの変化を確認する。 ・次回健診受診を促し、行動目標・行動計画を再確認する。
備考	集団健診においては、動機付け支援と同様。

注：継続的な支援のポイント構成は、全国共通。支援の時期やプロセス、生活習慣の改善、成果（腹囲・体重の減少）により決められたポイントを獲得できます。

なお、特定保健指導運用の詳細は、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4.1版）」に沿って行います。

4-1-3 外部委託の方法

ア 委託の有無

（ア）特定健診

特定健康診査の外部委託に関する基準に基づき、すべて外部委託により実施します。

（イ）特定保健指導

特定保健指導の外部委託に関する基準に基づき、対象者の利便性を高め実施率の向上を図るため、可能な限り外部委託を推進し実施します。

委託先は、原則、特定健診実施医療機関とし、健診受診から保健指導を行い、（必要時は治療まで）対象者の健康保持・増進と生活習慣病の発症及び重症化予防に向けて総合的に支援していく体制を整えます。

イ 契約形態

（ア）特定健診

長崎市医師会と西彼杵医師会は集合契約[※]を締結し、それ以外の契約対象となる健診実施機関とは個別に契約を締結します。

※ 集合契約

医療保険者と健診実施機関が多対多又は1対多（若しくは多対1）である契約形態。

なお、健診費助成事業で実施している人間ドック及び脳ドックについては、特定健診の実施項目を含有する形で実施します。

(イ) 特定保健指導

個別に契約を締結します。今後、多数の実施機関が対象となり、かつ、グループ化が図られるような場合は、集合契約を検討します。

ウ 委託先の選定と評価

(ア) 選定基準

「高齢者の医療の確保に関する法律第28条」及び「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第16条第1項」に基づき選定します。

さらに、「特定健康診査の外部委託に関する基準」及び「特定保健指導の外部委託に関する基準」を満たしていることとします。

(イ) 選定方法

a 特定健診

特定健診は、個別の医療機関で実施する個別健診と、地域の公共施設等で実施する集団健診があります。

個別健診については、随意契約を締結しています。既に契約を締結している医療機関は、実施体制が整備されており、対象者の利便性が高く、また効率的かつ安定的な運営と受診者の確保が期待されます。

また、特定健診の実施が新たに可能となった医療機関は、その都度追加で随意契約を締結します。

集団健診については、委託要件を満たす実施機関が複数存在し、競争が可能と判断できる場合、入札による選定を実施することとします。

b 特定保健指導

一部の実施医療機関と、随意契約を締結しています。

また、特定保健指導の実施が新たに可能となった医療機関は、その都度追加で随意契約を締結します。

4-1-4 周知や案内の方法

ア 特定健診

特定健診は、対象者へ確実に情報が届き、その必要性を認知してもらうことが不可欠です。そのため、健診実施医療機関や日程、検査項目のほか予約から健診結果の受取りまで、健診に係る一連の流れについて次の方法により周知・広報します。

また、マイナポータル（ウェブサイト）では被保険者が自身の特定健診情報等を随時閲覧できることから、自分自身の健康意識を高めてもらえるよう、マイナポータルの活用を奨励します。

(ア) 個別通知による周知

- a 保険証発送時における制度概要等の同封
- b 受診券発送時における医療機関一覧表の同封
- c はがき、封書等による受診勧奨通知

(イ) 広報媒体による周知

- a 広報ながさき及び国保特集号への掲載
- b ホームページへの掲載
- c テレビ等での放送（週刊あじさい）
- d 新聞広告掲載
- e 路面電車車体広告
- f 国保ガイドブック、他課が発行するガイドブック等への掲載
- g イベント等でのチラシ配布
- h ポスター、チラシの作成、掲示及び配布など
- i 自治会協力による回覧、地区放送など

イ 特定保健指導

特定保健指導は、対象者がその必要性を理解し、自身の生活習慣を少しでも改善したいと思っていただくことが大切となります。そのため、対象者へ利用券を送付する際に利用案内と「特定保健指導だより（さるくちゃん通信）」を同封します。

4-1-5 その他

ア 特定健診

特定健診は、治療中であっても対象者が生活習慣を意識し改善に取り組むきっかけとなることが期待され受診勧奨を行うことが重要です。

他方、治療の一環で特定健診の項目に該当する検査を受けている場合も考えられるため、対象者の負担軽減も考慮し、対象者本人の同意の下、検査結果の提供を受けて特定健診の結果データとして活用する特定健康診査情報提供事業を推進します。

イ 特定保健指導

特定健診の結果で、特定保健指導判定値よりも高い値となり重症化を予防するために医療機関を受診する必要があると判断された方には、確実に医療機関を受診するように促し、受診状況の確認も含めて継続的に支援します。

4-2 特定保健指導対象者の重点化

特定保健指導は、対象者全員に実施する義務がありますが、生活習慣の改善により予防効果が大きく期待できる方を明確にして、優先順位を付けて（重点化）アプローチしていくことも必要になります。

そのため、次に該当する方について優先的にアプローチします。

- ・ 年齢が比較的若い対象者（40歳代～50歳代）
- ・ 保健指導レベルが動機付け支援から積極的支援に悪化した対象者
- ・ これまでも保健指導レベルであったが一度も利用したことがない対象者
- ・ 初めて保健指導レベルになった対象者
- ・ 保健指導レベルであり、「運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか」の質問項目に「改善するつもりである」と回答した対象者

4-3 年間スケジュール等

特定健診及び特定保健指導に係る業務は、次のとおり実施していきます。

時期	実施内容
4月～9月	<ul style="list-style-type: none">・外部委託契約・前年度の実施結果の検証と評価・満40歳・41歳の男女及び新規国保加入者への受診勧奨通知・受診勧奨通知の発送（1回目）
通年（毎月）	<ul style="list-style-type: none">・特定健診及び特定保健指導の実施・（随時）受診券発券と特定保健指導利用案内・周知広報活動
10月～3月	<ul style="list-style-type: none">・翌年度の事業計画の検討及び予算作成・受診勧奨通知の発送（2回目）・翌年度の受診券の一斉発送（3月末）

5) 個人情報の保護

5-1 記録の保存方法

特定健診・特定保健指導の実施結果は、標準的な電子データファイル仕様に基づく電子ファイル形態で、健診・保健指導実施期間等から登録されます。

これらのデータは、本人の健康管理や効果的な保健指導への活用はもちろん、加入者全体のデータ分析や保健事業計画の基礎となるものであるため、できる限り長期に保管することが望ましいものと考えます。

しかし、重要度の高い個人情報が集積しているこれらのデータは厳格な管理が必要で、大量のデータを長期保管することは非常に負担となること、また、保険者への保管義務は主として特定保健指導に活用する範囲の年数に限られていることから、保存年限は5年間とします。保存年限が過ぎた場合は、データの消去・廃棄を行います。

5-2 個人情報の保存管理体制、外部委託の有無

個人情報の取扱いに関しては、個人情報保護法に基づくガイドライン等（「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」等）が定められており、個人情報の保護に関する法律、長崎市個人情報の保護に関する法律施行条例及び長崎市保有個人情報等安全管理措置規程等に基づき必要な個人情報保護対策を講じます。

また、委託業者に対しては、長崎市保有個人情報等安全管理措置規程の定めるところにより、守秘義務及び関係法令の遵守、データの目的外使用及び複写・複製の禁止、事故発生時の速やかな報告義務など慎重かつ厳正な運用基準とします。

6) 公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項に基づき、実施計画を作成・変更時は遅滞なく公表することが義務付けられています。

そのため、特に加入者に対して取組方針を示して事業の趣旨への理解を促し、積極的な協力を得ることを目的にホームページ等で公表します。

7) 実施計画の評価・見直し

特定健診・特定保健指導は、作成した実施計画に沿って、毎年度、計画的かつ着実に実施していくことが必要です。

また、その際は、目標値の達成状況や加入者全体の経年変化の推移など事業評価を行うことが重要となってきます。

そのため、第3章 第2期計画の評価と第3期計画の目標（P58及びP59）に記載しているとおり、特定健診・特定保健指導に係る評価指標を設定して、毎年度、その達成状況を確認し、適時見直しを行います。

8) その他の事項

8-1 他の検診との連携

特定健診の対象者は40歳から74歳までであり、健康増進法に基づく健康増進事業として市町村が実施しているがん検診と重なる年代になります。そのため、対象者の利便性と相互の受診率確保のため、同時に実施できる体制を整えます。

また、歯周病などを予防し口腔機能を維持することは、生活習慣病やフレイル予防の観点から重要となるため、集団健診会場において歯科健診も同時に実施できる機会を設けるよう関係機関との調整に努めます。

8-2 実施体制の確保

特定健診は、医療機関の協力が得られなければ実施することができないため、実施医療機関の確保・増加に努めます。

また、実施に係る様々な相談等に対応するとともに、特定健診実施に係る最新情報の提供や本市の現状及び課題等について公表し、実施体制の確保及び体制強化に努めます。

特定保健指導は、実施者の指導力が対象者の目標達成に大きく影響するため、実施者は正しい知識を取得し、一定レベル以上の技術や経験を活用した支援を継続的に行えるよう、研修等の機会を設けて実施者の指導力の標準化と人材育成に努めます。

第5章 データヘルス計画の評価・見直し

1) 個別保健事業の評価時期

設定した評価指標に基づき、計画の最終年度（令和11年度）のみならず、中間時点（令和8年度）で進捗確認及び中間評価を行います。

計画の最終年度においては、次期計画（第4期）の策定を円滑に行うため、当該最終年度に仮評価を行うこととします。

2) 個別保健事業の評価方法・見直し

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

評価にはKDBシステムから出力されるデータ及び法定報告実績値、長崎市福祉系システムから出力されるデータ並びに各種事業の実施結果を用います。

なお、計画の見直しについては、必要に応じて行うこととします。

第6章 データヘルス計画の公表・周知

計画の公表・周知については、本市のホームページにおいて行うこととします。

第7章 個人情報の取扱い

本計画を実施するにあたり、その中で取得する個人情報（健診データやレセプト等）は、一般的には「個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）」に定める要配慮個人情報に該当するため、他の個人情報よりも特に慎重に取り扱う必要があります。

適正に管理・運用していくために、次の基本的な考え方に基づいて取り組みます。

1) 関係法令等の遵守

「個人情報の保護に関する法律」及び「長崎市個人情報の保護に関する法律施行条例（令和4年12月20日条例第40号）」を遵守するとともに、「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」等に配慮しながら、個人情報の適正な取扱いに努めます。

2) 個人情報の目的外利用の禁止

特定健診等の実施にあたって取得した健診結果やレセプト等の個人情報は、国保加入者の生活習慣病の発症や重症化予防の取組み及び本市の医療費の適正化を図るために利用することとし、それ以外の目的では利用しません。

第8章 地域包括ケア推進に係る取組み

本市では65歳以上の高齢者の割合が高いものの、要介護（要支援）認定者数は平成30年以降減少傾向にあります。要介護認定を受けた方の中には生活習慣病の重症化によるも

のが多くを占めており、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少につながると考えます。

また、要介護状態により住み慣れた地域で暮らせなくなる方を一人でも減らすため、医療、介護、介護予防、生活支援及び住まいなどの分野での基盤整備が重要です。

今後は長崎市国保の立場からも、本市の地域包括ケアシステムの推進に向けて、関係部局と連携・協力しながら、健康・医療情報等の共有・分析を行っていきます。

第9章 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る取組み

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施については、長崎県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）が主体となって実施しており、本市においては広域連合から委託を受けた後期高齢者医療室が主管課となり令和5年度から実施しています。

高齢者は、身体機能の低下により様々な病気にかかりやすく、重症化しやすいことに加え、活動量の減少による筋力の低下や心理的・社会的要因による認知機能の低下、大切な人との死別や退職などによる役割の喪失など複数の要因によりフレイル状態となりやすいため、高齢者の心身の特性に応じた取組みが必要です。

前期高齢者の多くが加入している本市国保においても、75歳に達すると後期高齢者医療制度に移行することを踏まえ、後期高齢者医療室及び関係部局と連携・協力しながら、健康・医療情報等の共有・分析を行っていきます。