

第3期 松浦市国民健康保険
保健事業の実施計画（データヘルス計画）

令和6年度～令和11年度

令和6年3月
長崎県松浦市

【目次】

I	基本情報	
	被保険者等の基本情報	
	人口・被保険者	2
2-1.	(1) 基本的事項	
	①計画の趣旨	2
	②計画期間	2
	③実施体制・関係者連携	3
2-1.	(2) 現状の整理	
	①保険者の特性	6
	②前期計画等に係る考察	8
II	健康医療情報等の分析と課題	9
III	計画全体	10
IV	個別の保健事業	
	①特定健診・特定保健指導実施率向上	11
	②長崎県糖尿病性腎臓病重症化予防事業	12
	③生活習慣病の重症化予防事業	13
	④ジェネリック医薬品使用促進の取り組みと医療費通知	14
	⑤重複・多受診対策	15
	⑥短期人間ドック・脳ドックの実施	16
	⑦若年者健診の実施	17
	⑧健康教育・健康相談	18
	⑨歯周疾患検診	19
	⑩高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	20
V	その他	
2-1.	(6) 個別の保健事業及び個別の保健事業の評価に基づくデータヘルス計画 (保健事業全体)の評価・見直し	
	① 個別の保健事業の評価・見直し	21
	② 個別保健事業の評価に基づくデータヘルス計画全体の評価・見直し	21
2-1.	(7) 計画の公表・周知	21
2-1.	(8) 個人情報の取扱い	21
2-1.	(9) 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項	
VI	松浦市の各指標値の実績と都道府県平均との比較の見える化の例	23

I 基本情報

被保険者等の基本情報

松浦市の人口・被保険者

※令和5年3月31日現在
※事業月報、住民基本台帳より

	全体	%	男性	%	女性	%
人口	21,182人	100.0%	10,233人	48.3%	10,949人	51.7%
国保被保険者数	4,952人	100.0%	2,604人	52.6%	2,348人	47.4%

2-1. (1) 基本的事項

①計画の趣旨

～計画の背景～

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。

平成26年3月の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において、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとなりました。

令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)」において、データヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPIの設定を推進する。」と示されました。

このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。

～計画の目的～

本計画は、あらゆる年代の被保険者の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え課題に応じた保健事業を実施することにより、被保険者の健康の保持増進、被保険者の生活の質（QOL）の維持・向上、及び医療費の適正化に資することを目的とします。

②計画期間

令和6年度から令和11年度まで

③実施体制・関係者連携

実施体制

		策定	事業実施	評価	見直し
実施主体		国民健康保険部門			
連携先	庁内	保健衛生部門、後期高齢者医療保険部門、介護保険部門、生活保護部門、財政部門、企画部門			
	庁外	長崎県（保健所を含む）、長崎県国民健康保険団体連合会、長崎県後期高齢者医療広域連合、北松浦医師会、松浦市の国民健康保険事業の運営に関する協議会（被保険者、市議会議員、医師会所属医師、歯科医師会所属歯科医、薬剤師会所属薬剤師）			
実施体制		<p>○庁内関係部門の協力体制及び庁外の連携先との連携体制を整えます。</p> <p>○職員の資質向上のため、研修等の機会を設けます。</p>	<p>○庁内関係部門の協力体制及び庁外の連携先との連携体制を整えます。</p> <p>○職員の資質向上のため、研修等の機会を設けます。</p> <p>○計画の実効性を確保するため、必要に応じ事業の外部委託や専門家の招へい等を行います。</p> <p>○計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運営を行うため、業務マニュアルの作成や後任者への確実な引継ぎ等を行います。</p>	<p>○庁内関係部門の協力体制及び庁外の連携先との連携体制を整えます。</p> <p>○職員の資質向上のため、研修等の機会を設けます。</p> <p>○評価の適正化を図るため、必要に応じて専門家の招へい等を行います。</p>	<p>○庁内関係部門の協力体制及び庁外の連携先との連携体制を整えます。</p> <p>○職員の資質向上のため、研修等の機会を設けます。</p> <p>○より適切な見直しを行うため、必要に応じ外部委託や専門家の招へい等を行います。</p>

関係者連携

		策定	評価	見直し
実施主体		国民健康保険部門		
連携先	庁内	保健衛生部門、後期高齢者医療保険部門、介護保険部門、生活保護部門、財政部門、企画部門		
	庁外	長崎県（保健所を含む）、長崎県国民健康保険団体連合会、長崎県後期高齢者医療広域連合、北松浦医師会、松浦市の国民健康保険事業の運営に関する協議会（被保険者、市議会議員、医師会所属医師、歯科医師会所属歯科医、薬剤師会所属薬剤師）		
連携内容		必要に応じて情報共有、意見交換、指導助言、協議の場を設けます。	必要に応じて情報共有、意見交換、指導助言、協議の場を設けます。	必要に応じて情報共有、意見交換、指導助言、協議の場を設けます。

保険者及び関係者の具体的な役割・連携内容

市町村国保（1.（4）①）

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、国保部局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、計画を策定します。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。

- ア. 健康課題の分析、計画の策定、保健事業の実施及び評価
- イ. 市町村 内の連携体制の確保
- ウ. 国保 部局の体制の確保
- エ. 関係機関との連携

都道府県（国保部局）（1.（4）②）

被保険者の健康の保持増進のために、保険者が効果的・効率的に保健事業を実施することができるよう、県国保部局は、関係機関との連絡調整や専門職の派遣や助言等の技術的な支援、情報提供等を通じて、積極的に保険者を支援することが求められます。特に、人材が不足傾向にある小規模の市町村国保については、県の支援に加えて国保連や支援・評価委員会の支援を受けることができるように、保健所と協力して、市町村国保の体制の整備を支援します。

都道府県（保健衛生部局）（1.（4）③）

保健衛生部局は、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。

保健所（１．（４）④）

保健所は、県の国保部局・保健衛生部局や国保連、医師会をはじめとする地域の保健医療関係者等と連携、調整して、地域の社会資源の状況等を踏まえたうえで、地域の実情に応じた保険者支援を行います。

国民健康保険団体連合会及び保健事業支援・評価委員会、国民健康保険中央会（１．（４）⑤）

○国民健康保険団体連合会及び保健事業支援・評価委員会

国保連及び支援・評価委員会は、計画の策定等の一連の流れに対して、保険者を支援します。支援に当たっては、状況に応じて、単に解決策を提示するだけではなく、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などを提示するなど、保険者や地域の特性を踏まえて支援します。また、例えば、県の求めに応じ県の会議・研修会等に参画することや、県と共同で研修会や意見交換の場を開催するなど、保険者を支援する立場にある都道府県との積極的な連携に努めます。

○国民健康保険中央会

国民健康保険中央会は、KDBシステムの運用・改善や国保・後期高齢者ヘルスサポート事業等により、国保連や支援評価委員会の支援を通して、保険者を支援します。また、国保連や支援・評価委員会が行う保険者への支援を効果的・効率的なものにするために、国保連等が行った支援や助言内容等を収集、分析し、優良な取組について横展開を図ります。

後期高齢者医療広域連合（１．（４）⑥）

後期高齢者医療広域連合にあっては、多くの場合、住民に身近な構成市町が保健事業の主導的な役割を担い、実施の中心になることが想定されることから、構成市町の意見を十分に聴きながら後期高齢者データヘルス計画の策定等を進める必要があります。策定の過程においては、県内の全体的な状況と合わせて、構成市町別の状況についても同様に把握し、記載するよう努めます。その際、75歳以上の健診・レセプト情報等を自らの現状分析に活用することはもとより、市町国保が地域の世代間の疾病構造や医療費等の動向を連続して把握することができるよう、市町国保と必要な情報の共有を図るよう努めます。この場合、市町国保は、健康課題の明確化や保健事業の効果検証等のため、共有された情報の活用を図るよう努めます。

保健医療関係者（１．（４）⑦）

保健医療関係者は、計画策定時だけではなく、保健事業の実施や評価、保健事業の業務に従事する者の人材育成等においても、保険者等の求めに応じ、保健医療に係る専門

的見地から、保険者への支援等を積極的に行います。

2-1.(2) 現状の整理

① 保険者の特性

被保険者の男女・年齢別構成

※令和5年3月31日現在

※事業月報、住民基本台帳より

年 齢	被保険者				松浦市 の人口	人口に対する 被保険者の割合
	男	女	合計	構成 割合		
0歳以上－5歳未満	36人	42人	78人	1.6%	642人	12.1%
5歳以上－10歳未満	44人	52人	96人	1.9%	855人	11.2%
10歳以上－15歳未満	54人	68人	122人	2.5%	980人	12.4%
15歳以上－20歳未満	74人	52人	126人	2.5%	852人	14.8%
20歳以上－25歳未満	53人	43人	96人	1.9%	745人	12.9%
25歳以上－30歳未満	48人	31人	79人	1.6%	752人	10.5%
30歳以上－35歳未満	84人	38人	122人	2.5%	884人	13.8%
35歳以上－40歳未満	84人	74人	158人	3.2%	984人	16.1%
40歳以上－45歳未満	127人	82人	209人	4.2%	1,112人	18.8%
45歳以上－50歳未満	105人	69人	174人	3.5%	1,142人	15.2%
50歳以上－55歳未満	136人	109人	245人	4.9%	1,240人	19.8%
55歳以上－60歳未満	151人	137人	288人	5.8%	1,206人	23.9%
60歳以上－65歳未満	247人	254人	501人	10.1%	1,572人	31.9%
65歳以上－70歳未満	581人	542人	1,123人	22.7%	1,856人	60.5%
70歳以上－75歳未満	780人	755人	1,535人	31.0%	2,047人	75.0%
75歳以上	0人	0人	0人	—	4,313人	0.0%
合 計	2,604人	2,348人	4,952人	100.0%	21,182人	23.4%
令和4年3月31日 現在人口	2,756人	2,497人	5,253人		21,537人	24.4%
増減率	△5.52%	△5.97%	△5.73%		△1.65%	

被保険者の男女・地区別構成

※令和5年3月31日現在

※事業月報、住民基本台帳より

年 齢	被保険者				松浦市 の人口	人口に対する 被保険者の割合
	男	女	合計	構成 割合		
星鹿町	240人	227人	467人	9.4%	1,595人	29.3%
御厨町	473人	414人	887人	17.9%	3,816人	23.2%
志佐町	683人	646人	1,329人	26.8%	7,118人	18.7%
調川町	229人	186人	415人	8.4%	2,010人	20.6%
今福町	307人	302人	609人	12.3%	2,509人	24.3%
福島町	277人	256人	533人	10.8%	2,344人	22.7%
鷹島町	359人	288人	647人	13.1%	1,790人	36.1%
県 内	28人	20人	48人	1.0%		
県 外	8人	9人	17人	0.3%		
合計	2,604人	2,348人	4,952人	100.0%	21,182人	23.4%

被保険者の異動状況

※異動の期間 令和4年4月～令和5年3月

※事業月報より

増加	転入	(再掲) 他県から転入	社保 離脱	生保 廃止	出生	後期高齢 者離脱	その他	計
	151人	(124人)	572人	27人	14人	0人	25人	789人
減少	転出	(再掲) 他県への転出	社保 加入	生保 開始	死亡	後期高齢 者加入	その他	計
	114人	(82人)	524人	33人	39人	340人	22人	1,072人

地域資源の状況

本計画の目的の実現に資する地域資源としては、次のようなものがあげられます。

a. 市全体に関する地域資源

市全体に関する地域資源として、医療の面では、北松浦医師会、松医会、北松歯科医師会、県北薬剤師会といった関係者団体があります。また、介護関係では、松浦市地域ケア会議、松浦市地域包括支援センターがあります。その他にも、松浦市食生活改善推進連絡協議会や松浦市老人クラブ連合会等があり、市民の健康増進のための活動を行っています。

交通面での地域資源では、西九州自動車道があります。松浦市の土地は、松浦地域、佐賀県伊万里市・唐津市をはさんで飛び地となっている福島地域と鷹島地域、及び離島（青島、飛島、黒島）で構成されています。飛び地や離島という地形は、保健事業を实

施するうえで少なからぬ時間とコストを強いるものとなっています。平成30年12月15日に西九州自動車道伊万里松浦道路の松浦市部分全線と伊万里市部分の一部が開通し、移動にかかる時間が大幅に短縮されました。西九州自動車道は松浦佐々道路が建設されており、今後より一層の利便性の向上が見込まれます。なお、離島は本土と定期のフェリーで結ばれています。

b. 地区別の地域資源

※令和5年9月1日現在

※第8期松浦市介護保険事業計画・高齢者福祉計画、介護保険べんり帳、在宅医療支援マップより

		星鹿町	御厨町	志佐町	調川町	今福町	福島町	鷹島町	合計
医療	病院		1	2					3
	診療所	1	1	3	1	1	1	1	9
	歯科医院又は歯科		2	3		1	1	1	8
	薬局			4		1			5
介護	介護老人福祉施設	1	1	1			1		4
	介護老人保健施設	1							1
	短期入所施設	1	2	1			1		5
	介護療養型医療施設		1				1		2
	認知症高齢者グループホーム		2	3		2		1	8
	住宅型有料老人ホーム			2					2
	軽費老人ホーム						1		1
	通所リハビリ事業所	1	1	1			1		4
	訪問看護事業所	1	1						2
	訪問介護事業所 (訪問型サービス含む)	2	1	5			1	1	10
	通所介護事業所 (通所型サービス含む)		1	2			1	1	5
	地域密着型通所介護事業所 (通所型サービス含む)	1		2	1				4
	認知症対応型通所介護事業所				1				1
訪問リハビリ事業所			1					1	
住民組織	集いの場	1	5	17	3	6	11	6	49

②前期計画等に係る考察

目標に掲げていた、虚血性心疾患患者数の減少、脳血管疾患患者数の減少については、横ばいであり減少には至っていません。特定健康診査の受診率および特定保健指導の実施率向上を筆頭に、医療機関等と連携して、個別事業の推進を図ります。また、糖尿病の合併症（糖尿病による新規透析導入患者数）の減少については減少していることから、今後も医療機関と連携した糖尿病性腎臓病重症化予防事業に引き続き取り組み、対象者の生活の質の向上と健康増進及び医療費の抑制を図ります。

前期計画期間中は、新型コロナウイルス感染症の流行により平時の事業展開ができず、被保険者への保健事業の実施に苦慮したことも、目標達成が困難であった要因とも言えます。有事の際にもできるだけ平時に近い保健事業を実施できるように、PDCAサイクルに沿った丁寧で、効果的な個別事業展開を図り、目標達成に繋げていきます。

II 健康医療情報等の分析と課題

①健康・医療情報等の大分類	②左記の大分類のうち、健康・医療情報等の分析に必要な各種データ等の分析結果（必要に応じて適宜追加・削除）	参照データ	③健康課題との対応
平均寿命・標準化死亡比等	<ul style="list-style-type: none"> 平均寿命：R4：男性80.1歳（15位）、女性86.4歳（19位） 標準化死亡比：R4：男性102.5（9位）、女性104.5（17位） 平均自立期間：男性78.5歳（17位）、女性82.8歳（21位） 平均寿命・平均自立期間共に県と比較すると低く、松浦市の死亡率は県と比較すると女性の方が高い。	KDBシステム	A
医療費の分析	<ul style="list-style-type: none"> 医療（医科）受診率：男性717.0（7位）、女性845.2（13位） 入院で医療費の高い疾病は、関節疾患、白血病、骨折の順に高い。 外来で医療費の高い疾病は、糖尿病、慢性腎臓病（透析あり）、高血圧症の順に高い。 重複受診：3.8%（7位）良 頻回受診：0.1%（2位）良 重複服薬：2.6%（8位）良 多剤服薬：0.2%（6位）良 	KDBシステム	B
特定健康診査・特定保健指導等の健診データ（質問票を含む）の分析	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査受診率：R4:40.5%で県より高い。 特定保健指導実施率：R4:45.6%で県より高い。 メタボ該当者（女）：R4:13.8%で県より高い。 県より高い有所見率である検査項目：R4：中性脂肪（24.1%）、ALT（15.8%）、HDLコレステロール（5.8%）、HbA1c（56.0%）、随時血糖（6.2%）、尿酸（9.9%）、血清クレアチニン（2.3%）、eGFR（20.0%）、眼底検査（12.6%） 運動習慣のない人の割合：R4：60.1%で県より高い。 間食習慣がある人の割合：R4：18.8%で県より高い。 喫煙習慣がある人の割合：R4:16.8%で県内最下位となっている。 咀嚼良好な者の割合：R4：70.5%で県より低いものの30%近くの方が咀嚼に困難を抱えている。 	法定報告 KDBシステム	A, B, C, D, E
レセプト・健診データ等を組み合わせた分析	医療費分析で糖尿病、慢性腎臓病（透析あり）、高血圧症に要する医療費が高いこと、健診データ分析でメタボ該当者が多く、血圧・脂質・血糖の有所見率が高いこと、メタボ該当者や脂質の有所見者は40歳代の方が多傾向にあり、血圧・血糖の有所見者は60歳代に多い傾向にあることが判明し、これらを健康課題と捉え、血圧・脂質・血糖が基準値以上の被保険者を対象に重症化予防を行う。	KDBシステム	B, C
介護費関係の分析	<ul style="list-style-type: none"> 介護給付費の状況：R4：1件あたり給付費は県より高い。 介護認定の状況：R4:新規認定率は0.2%で前年と比較すると1.0%上昇しているが、県より低い。 介護認定者の有病状況：R4:認知症含む精神疾患が47.5%で県より高い。 	KDBシステム	A, D

（注）上記各種データについては、経年比較、国・都道府県・同規模保険者との比較等により分析する方法もある。

参照データ （帳票名、データ項目名等を記載）	KDBシステム（地域の全体像の把握、厚生労働省様式（様式5-2）健診有所見者状況（男女別・年代別） 法定報告（TKCA012 令和4年度特定健診・特定保健指導実施結果総括表）
---------------------------	--

III 計画全体

保険者の健康課題		被保険者の健康に関する課題	
①項目	②健康課題	③優先する健康課題	④対応する保健事業番号
A	平均自立期間、平均寿命共に県と比較すると低い。	1	1~11
B	外来医療費について、糖尿病、慢性腎臓病（透析あり）の順に高い。	2	3, 4
C	20歳時から10kg以上体重増加している人の割合が県内で一番高く、その割合は年々高くなっている。	3	1, 7, 8, 9
D	咀嚼に困難を抱えている人の割合が年々高くなっている。	4	10, 11
E	喫煙率が県内で最も高く、その割合は年々高くなっている。	5	1, 9

⑬項目	⑭データヘルス計画（保健事業全体）の目標を達成するための戦略
A・B・C・D・E	特定健康診査・特定保健指導や歯周疾患検診について、効果的に勧奨を行う。
A・C・D・E	受診しやすい環境を整える。
A・B・D	かかりつけ医や多職種と連携して、重症化予防を図る。
A	フレイル予防推進のためのハイリスク・ポピュレーションアプローチの推進

解決すべき健康課題と保健事業の対応づけ

データヘルス計画全体における目的		抽出した健康課題に対して、この計画によって目指す姿（目的）・目標・評価指標							
⑤項目	⑥データヘルス計画全体における目的	⑦評価指標	⑧計画策定時実績	⑨目標値					
			2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
A	定期的な健診受診による健康行動をとり、平均自立期間・平均寿命の延伸を図る。	特定健康診査受診率	40.5%	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
A	特定保健指導の利用により健康行動を促し、平均自立期間・平均寿命の延伸を図る。	特定保健指導実施率	45.6%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
A	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進により要介護認定者数の減少を図る。	要介護認定者の割合（65歳以上）	18.0%	17.9%	18.0%	18.3%	18.5%	18.7%	18.9%
B	糖尿病の重症化の抑制	HbA1c6.5以上の者の割合	10.0%	9.6%	9.4%	9.2%	9.0%	8.8%	8.6%
B	糖尿病の重症化の抑制	HbA1c8.0以上の者の割合	1.4%	1.2%	1.1%	1.0%	0.9%	0.8%	0.7%
B	糖尿病の重症化の抑制	HbA1c6.5以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	12.8%	12.5%	12.0%	11.5%	11.0%	10.5%	10.0%
B	高血圧の改善	①、②のいずれかを満たす者の割合 ①収縮期血圧≥130mmHg ②拡張期血圧≥85mmHg	49.7%	49.0%	48.5%	48.0%	47.5%	47.0%	46.5%
B	脂質異常症（高脂血症）の改善	LDLコレステロール120以上の者の割合	45.3%	45.0%	44.5%	44.0%	43.5%	43.0%	42.5%
C	メタボ該当者・予備群を減らし、生活習慣病の発症および重症化予防を図る。	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	17.0%	17.2%	17.4%	17.6%	17.8%	18.0%	18.2%
C	メタボ該当者・予備群を減らし、生活習慣病の発症および重症化予防を図る。	運動習慣（「1回30分以上運動習慣なし」の割合）	60.1%	59.5%	50.0%	49.5%	49.0%	48.5%	48.0%
C	メタボ該当者・予備群を減らし、生活習慣病の発症および重症化予防を図る。	食習慣（朝昼夕3食以外の間食や甘い飲み物を毎日摂っている者の割合）	18.8%	18.5%	18.0%	17.5%	17.0%	16.5%	16.0%
D	バランスのよい食事を摂取することで、生活習慣病の発症および重症化予防を図る。	50歳以上74歳以下における咀嚼が良好な者の割合	70.5%	71.0%	71.5%	72.0%	72.5%	73.0%	73.5%
D	適切に食事を摂取することで低栄養者を減らし、フレイル予防を図る。	BMIが20kg/m ² 以下の者の割合（前期高齢者）	15.1%	14.5%	14.0%	13.5%	13.0%	12.5%	12.0%
E	喫煙者を減らす	喫煙習慣（喫煙している者の割合）	16.8%	16.5%	16.0%	15.5%	15.0%	14.5%	14.0%

（注1）太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。 （注3）目標値は、必要な年度に記載。
（注2）実績年度が異なる場合には、欄外等に注釈を記載。

個別の保健事業		
⑩事業番号	⑪事業名称	⑫重点・優先度
1	特定健康診査・特定保健指導実施率向上	1
2	長崎県糖尿病性腎臓病重症化予防事業	2
3	生活習慣病の重症化予防	3
4	ジェネリック医薬品使用促進の取り組みと医療費通知	4
5	重複・多受診対策	5
6	短期人間ドック・脳ドックの実施	6
7	若年者健診	7
8	健康教育・健康相談	8
9	歯周疾患検診	9
10	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	10

IV 個別の保健事業

事業番号 1 ①事業名称 特定健診・特定保健指導実施率向上

②事業の目的	定期的な特定健診受診と必要に応じた特定保健指導の利用により健康行動を促し、平均自立期間・平均寿命の延伸を図る。
③対象者	40歳～74歳の国民健康保険加入者
④現在までの事業結果	令和2年度までは毎年秋頃に未受診者へ受診券を再発行して受診勧奨を行っていた。令和3年度より対象者の特性に合わせてメッセージを使い分けたはがきにて受診勧奨を行っており、健診受診率は向上している。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	17.0%	17.2%	17.4%	17.6%	17.8%	18.0%	18.2%
アウトプット (実施量・率) 指標	特定健康診査受診率	40.5%	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	特定保健指導実施率	45.6%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%

(注1) 評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。
 (注2) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	効果的な個別通知、ポスターの掲示、医療機関における受診案内、市報やSNS等を活用した勧奨メッセージの配信、委託の活用、特定保健指導においては通知に加え訪問や電話にて勧奨を実施。
-----------------	--

⑩現在までの実施方法 (プロセス)

個別通知、ポスターの掲示、市報における健診の案内、委託の活用、特定保健指導においては通知に加え訪問や電話にて勧奨を実施。

⑪今後の実施方法 (プロセス) の改善案、目標

個別通知、ポスターの掲示、市報における健診の案内、委託の活用、特定保健指導においては通知に加え訪問や電話にて勧奨を実施。通知内容については、年代ごとにわかりやすい通知にする。

⑫現在までの実施体制 (ストラクチャー)

健康ほけん課内で個別通知、ポスター、市報における健診の案内を作成。再勧奨に委託を活用。

⑬今後の実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標

再勧奨だけでなく、勧奨時にも委託を活用する。

⑭評価計画

毎月1回進捗状況を確認し、毎年1回の法定報告で評価を実施。

IV 個別の保健事業

事業番号 2 ①事業名称 長崎県糖尿病性腎臓病重症化予防事業

②事業の目的	糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・受診中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病性腎臓病で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者に対して医療機関と連携して保健指導等を行い、人工透析への移行を防止することによって、住民や被保険者の健康増進と医療費の増加抑制を図る。また、慢性腎臓病重症化予防を図る。
③対象者	長崎県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムに基づく。40～74歳の国民健康被保険者で特定健診受診者のうち、1. 医療機関未受診者：空腹時血糖126mg/dl（随時血糖200mg/dl）以上又はHbA1c（NGSP）6.5%以上の者。2. 糖尿病治療中断者：通院中の患者で最終の受診月から6か月経過しても受診した記録がない者。3. ハイリスク者：糖尿病により治療中であり、以下のいずれかに該当する者）①尿蛋白±以上②eGFR60ml/分/1.73 m ² 未満③Ⅱ度高血圧以上の者④内臓脂肪症候群該当者⑤HbA1c8.0%以上
④現在までの事業結果	特定健診の結果またはレセプトデータから、未受診者に対して通知または面談等による受診勧奨の実施。また、ハイリスク者に対して、対象者の基準値①～④のいずれかに該当する者への保健指導を実施。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	健診受診者のうち保健指導（ハイリスク者）対象者の割合	5.8%	5.7%	5.6%	5.5%	5.4%	5.3%	5.2%
アウトプット (実施量・率) 指標	HbA1c6.5%以上の者の割合	10.0%	9.6%	9.4%	9.2%	9.0%	8.8%	8.6%
アウトプット (実施量・率) 指標	HbA1c8.0%以上の者の割合	1.4%	1.2%	1.1%	1.0%	0.9%	0.8%	0.7%
アウトプット (実施量・率) 指標	HbA1c6.5以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	12.8%	12.5%	12.0%	11.5%	11.0%	10.5%	10.0%

(注1) 評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。
 (注2) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	医療機関との連携
-----------------	----------

⑩現在までの実施方法（プロセス）

医療機関未受診者、糖尿病治療中断者については、文書による通知と電話や訪問等を組み合わせて受診勧奨を実施。ハイリスク者については、事業内容を説明後に本人の同意を得られた場合は、かかりつけ医と連携し、保健指導を実施。

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

医療機関未受診者、受診中断者が医療に繋がるよう、引き続き、文書による通知と電話や訪問等を組み合わせて受診勧奨を実施。ハイリスク者については、初回面接実施率を向上できるように、健診受診時より本事業の周知に努め、該当者への事業対象通知を100%実施する。

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

地区医師会との連携

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

地区医師会との連携

⑭評価計画

毎月1回進捗状況を確認し、毎年1回の法定報告で評価を実施。

IV 個別の保健事業

事業番号 3 ①事業名称 生活習慣病の重症化予防事業

②事業の目的	生活習慣病の重症化予防を図る。
③対象者	特定健診受診結果から内臓脂肪蓄積のリスクのある、腹囲 男性：85cm以上、女性：90cm以上のうち、次の①～②のいずれかに該当する者で未治療者 ①血圧 [収縮期血圧160以上または拡張期血圧100以上] ②脂質 [LDL180以上または中性脂肪500以上]
④現在までの事業結果	特定健診の結果から、次の①～③のいずれかに該当する者への受診勧奨や保健指導を実施・①血糖 [空腹時血糖160以上、またはHbA1c (NGAP値) 8.0以上] ②血圧 [収縮期血圧180以上、拡張期血圧110以上] ③脂質 [中性脂肪500以上]

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	事業対象者の割合	3.1%	3.0%	2.9%	2.8%	2.7%	2.6%	2.5%
アウトプット (実施量・率) 指標	①、②のいずれかを満たす者の割合 ①収縮期血圧 \geq 130 ②拡張期血圧 \geq 85	49.7%	49.0	48.5	48.0	47.5	47.0	46.5
アウトプット (実施量・率) 指標	LDLコレステロール120以上の者の割合	45.3%	45.0	44.5	44.0	43.5	43.0	42.5

(注1) 評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。
 (注2) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	医療機関との連携
-----------------	----------

⑩現在までの実施方法 (プロセス)

医療機関未受診者、治療中断者については、文書による通知と電話や訪問等を組み合わせて受診勧奨を実施。コントロール不良者については、初回面接後本人の同意を得て、かかりつけ医と連携し、保健指導を実施。

⑪今後の実施方法 (プロセス) の改善案、目標

医療機関未受診者、受診中断者が医療に繋がるよう、引き続き、文書による通知と電話や訪問等を組み合わせて受診勧奨を実施。

⑫現在までの実施体制 (ストラクチャー)

月に1回進捗状況を係内で共有。保健指導についてはかかりつけ医との連携。

⑬今後の実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標

引き続き、月に1回進捗状況を係内で共有し、保健指導についてはかかりつけ医と連携する。

⑭評価計画

毎月1回進捗状況を担当者で確認する。

IV 個別の保健事業

事業番号 4 ①事業名称 ジェネリック医薬品使用促進の取り組みと医療費通知

②事業の目的	健康意識の啓発および国保医療費の減額を図る。
③対象者	被保険者のうち、ジェネリック医薬品に切り替えた場合に自己負担額の軽減額が100円以上見込まれる場合、また医療機関受診歴のある場合
④現在までの事業結果	医療費に係る情報や差額通知を行うことで、健康増進や後発医薬品の使用に対する意識の向上を促している。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	数量ベース使用割合	83.7%	84.0%	84.0%	84.0%	85.0%	85.0%	85.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	切替率	19.5%	20.0%	20.0%	20.0%	21.0%	21.0%	21.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	切替による削減額	52,601円	53,000円	53,000円	53,000円	54,000円	54,000円	54,000円
アウトプット (実施量・率) 指標	2か月に1回医療費通知を実施	16,416通	16,000通	16,000通	16,000通	15,500通	15,500通	15,500通

(注1) 評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。
 (注2) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	差額通知書、後発医薬品希望シール、医療費通知、国保制度に関するリーフレットへの記述等を定期的かつ継続的に実施し、後発医薬品使用促進の啓発と医療費の削減を目指す。
-----------------	--

⑩現在までの実施方法 (プロセス)

ジェネリック医薬品使用促進の取り組みについて、年に3回該当者に通知する。また、被保険者証一斉更新時等にジェネリックシールを同封し、被保険者証等に対して、医療機関等に提示。重複・多受診訪問時にも看護師から切替の説明を行っている。医療費通知について、医療機関等で受診された情報を年間通して2か月に1回該当世帯あてに送付。内容として、受診年月、受診者氏名、受診区分、日数、医療費総額の内訳として国民健康保険等から支払った額及び窓口での負担額、病院等名称等の記載および柔道整復療養費を記載している。

⑪今後の実施方法 (プロセス) の改善案、目標

被保険者に広く理解してもらうため、被保険者証一斉更新時等で啓発を行う。

⑫現在までの実施体制 (ストラクチャー)

被保険者証と一緒にジェネリックシールを配布。ジェネリック利用の記載がある被保険者証一斉更新時等に国保制度に関するリーフレットを同封する。また、国保連合会から来る医療費通知を整理し、送付する。

⑬今後の実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標

医療機関等とも連携し、引き続きジェネリック医薬品への切替を促していく。国保連合会から来る医療費通知を整理し、遅延な送付。再発行申請へ対応。

⑭評価計画

ジェネリック医薬品への切替え状況は、差額通知の効果集計表等年齢別、男女別の切替人数・割合と切替による削減額を比較し、効果を確認する。医療費通知は、2か月に1回実施した件数で確認する。

IV 個別の保健事業

事業番号 5 ①事業名称 重複・多受診対策

②事業の目的	被保険者の健康状態の確認及び医療機関の適正受診に繋げる。
③対象者	松浦市国民健康保険の被保険者であり、重複受診者・頻回受診者・はしご受診者・重複投薬者・向精神薬重複受診者・多剤投薬者に該当するもののうち、訪問指導を要すると認められたものとする。
④現在までの事業結果	(令和4年度) 対象者人数 9名 指導実施人数 9名 指導実施回数 各1回 受診行動：問題なし 9名 問題あり 0名 医療費：改善なし 2名 改善あり 7名

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	対象者の状況改善 (投薬数の減少や医療費削減)	改善有 7名 改善無 2名	改善有10名 改善無 0名	改善有10名 改善無 0名	改善有10名 改善無 0名	改善有10名 改善無 0名	改善有10名 改善無 0名	改善有10名 改善無 0名
アウトプット (実施量・率) 指標	対象者への通知と訪問等で指導の実施100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

(注1) 評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。
(注2) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	対象者の希望に寄り添って、面接の場を設定する。レセプトや住民健診結果などで情報収集を行い、効果的な指導を実施する。
-----------------	---

⑩現在までの実施方法 (プロセス)

該当者に通知後、訪問等により面接を行う。

⑪今後の実施方法 (プロセス) の改善案、目標

実施方法の変更はせず、対象者の抽出回数を適宜増やして、指導実施率の向上を図る。
レセプト (医療費・投薬数) の分析や住民健診結果などで健康課題を把握し、効果的な指導を実践する。

⑫現在までの実施体制 (ストラクチャー)

地区医師会との連携

⑬今後の実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標

地区医師会との連携を継続し、必要時にはかかりつけ医との連携を行う。

⑭評価計画

指導の効果について分析を行い、今後の取り組みに繋げていく。

IV 個別の保健事業

事業番号 6 ①事業名称 短期人間ドック・脳ドックの実施

②事業の目的	被保険者の健康の保持増進および特定健診の受診率向上を図る。
③対象者	40～74歳の被保険者
④現在までの事業結果	被保険者に身体各部位の精密検査を受診してもらうことで、普段気づきにくい疾患等や健康度をチェックしてもらい、疾病要望や早期発見・治療に役立ててもらっている。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (指標)	受診者数 (短期人間ドック)	95人	110人	110人	110人	110人	110人	110人
アウトカム (成果) 指標	受診者数 (脳ドック)	33人	40人	40人	40人	40人	40人	40人
アウトプット (実施量・率) 指標	受診者数 (短期人間ドック) の内、要精密者・要治療者	53人	30人	30人	30人	20人	20人	20人
アウトプット (実施量・率) 指標	受診者数 (脳ドック) の内、要精密者・要治療者	1人	0人	0人	0人	0人	0人	0人

(注1) 評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。
 (注2) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	実施医療機関との連携
-----------------	------------

⑩現在までの実施方法 (プロセス)

実施医療機関と受診者の自主性に任せているため、なかなか受診後の予防・治療につながらないこともある。

⑪今後の実施方法 (プロセス) の改善案、目標

実施医療機関との連携を図り、検診後も適切な保健指導を実施してもらい、要精密者・要治療者の減少に努めていく。

⑫現在までの実施体制 (ストラクチャー)

定員制限により予約受付期間内での申込みとしているため、申込者が定員に満たない年度もある。また、受診者の自主性に任せているため、受診後の予防・治療につながらない。

⑬今後の実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標

要精密者・要治療者の減少の要因が不明なため、実施医療機関に積極的に保健指導をしてもらえるような体制づくりを依頼する。予約受付期間後も、定員内であれば申込みが出来るような受付方法を検討する。

⑭評価計画

各受診者数及び要精密者・要治療者の人数で確認する。

IV 個別の保健事業

事業番号 7 ①事業名称 若年者健診の実施

②事業の目的	健診を受ける機会を設けることで自己健康管理の習慣づけ、疾病予防、早期発見、早期治療、重症化予防を図る。
③対象者	20～39歳の被保険者
④現在までの事業結果	令和5年度受診者 119人（内国保被保険者 45人）、令和4年度受診者 142人（内国保被保険者 45人）

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	精密検査受診率（国保被保険者）	25%	30%	30%	40%	40%	50%	50%
アウトプット (実施量・率) 指標	健診実施日数	23日	23日	23日	23日	23日	23日	23日

(注1) 評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。
 (注2) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	効果的な個別通知、ポスターの掲示、医療機関における受診案内、市報やSNSを活用した勧奨メッセージの配信
-----------------	---

⑩現在までの実施方法（プロセス）

個別通知、ポスターの掲示、市報における健診の案内、委託の活用、特定保健指導においては通知に加え訪問や電話にて勧奨を実施。

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

個別通知、ポスターの掲示、市報における健診の案内。通知内容については、ナッジ理論を活用し、年代ごとにわかりやすい通知にする。

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

鷹島・福島・松浦地区において健康保険を問わず、市民であれば集団健診でのみ受診できる。

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

年度1回の受診機会を逃さないように、健診期間中に防災無線等で広報を行う。

⑭評価計画

受診率および健診実施日数で評価を行う。

IV 個別の保健事業

事業番号 8 ①事業名称 健康教育・健康相談

②事業の目的	生活習慣病の予防や重症化予防、喫煙者、その他健康に関する事項について、正しい知識の普及と個別の相談に応じることで、市民自らが健康管理についての認識と自覚を高め、市民の健康の保持増進に努める。
③対象者	特定健診受診者、その他希望する者
④現在までの事業結果	健康教育：例年11月から12月にかけて特定健診を受診した人を対象に、生活習慣病予防に役立つ健康づくりのための教室（栄養・運動）を実施。 健康相談：特定保健指導の該当者や要医療、糖尿病性腎臓病重症化予防対象者の人を対象に、健診結果説明会を実施。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	喫煙習慣（喫煙している者の割合）	16.8%	16.5%	16.0%	15.5%	15.0%	14.5%	14.0%
アウトカム (成果) 指標	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	60.1%	59.5%	59.0%	49.5%	49.0%	48.5%	48.0%
アウトカム (成果) 指標	運動習慣（「1回30分以上運動習慣なし」の割合）	60.1%	60.0%	59.5%	59.0%	58.5%	58.0%	57.5%
アウトカム (成果) 指標	食習慣（朝昼夕3食以外の間食や甘い飲み物を毎日摂っている者の割合）	18.8%	18.5%	18.0%	17.5%	17.0%	16.5%	16.0%
アウトカム (成果) 指標	50歳以上74歳以下における咀嚼が良好な者の割合	70.5%	71.0%	71.5%	72.0%	72.5%	73.0%	73.5%
アウトプット (実施量・率) 指標	健康教育実施回数	5回	5回	5回	5回	5回	5回	5回
アウトプット (実施量・率) 指標	健康相談実施回数	13回	15回	15回	15回	15回	15回	15回

(注1) 評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。
(注2) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	地区公民館にて開催する。
-----------------	--------------

⑩現在までの実施方法（プロセス）

健康教育：集団特定健診を受診した人を対象に、結果説明会の際に周知し、希望を募り、例年11月から12月にかけて管理栄養士・保健師が生活習慣病予防に役立つ健康づくりのための教室を実施している。
健康相談：集団特定健診を受診した人を対象に、例年7月から9月にかけて管理栄養士・保健師等が健診結果の説明、生活習慣の改善に向けた保健指導を実施。

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

集団特定健診受診対象者に対しては、引き続き同様の方法で事業を継続する。
個別特定健診受診対象者について、定期的に健康相談の機会を設け、相談しやすい環境づくりに努める。

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

保健師・管理栄養士で計画を立案している。健康教育・健康相談参加者に3か月後に評価のためにアプローチを行っている。

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

現在までの実施体制は引き続き継続する。定期的な健康相談については、受診者への周知に加え、市報やホームページで周知を図る。

⑭評価計画

健康教育・健康相談の実施回数、個人については体重・腹囲の数値の変化、生活習慣の変化等を電話や面接で確認する。

IV 個別の保健事業

事業番号 9 ①事業名称 歯周疾患検診

②事業の目的	高齢期における健康を維持し、食べる楽しみを持続できるよう歯の喪失を予防するため。
③対象者	20歳、30歳、40歳、50歳、60歳、70歳の人
④現在までの事業結果	年度年齢40歳、50歳、60歳、70歳の人を対象に実施。受診率はR4:7.4%。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	50歳以上74歳以下における咀嚼が良好な者の割合	70.5%	71.0%	71.5%	72.0%	72.5%	73.0%	73.5%
アウトプット (実施量・率) 指標	歯周疾患検診受診率	7.4%	7.5%	7.5%	7.6%	7.6%	7.7%	7.7%

(注1) 評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。
 (注2) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	対象者への通知が、積極的な受診勧奨となるよう工夫する。 未受診者に対し、受診勧奨の機会を増やす。
-----------------	---

⑩現在までの実施方法（プロセス）

<ul style="list-style-type: none"> ・ 4月に全対象者に対し、案内通知を送付。対象者が各自歯科医院へ予約し受診する。 ・ 市報（6月号）に歯周疾患検診に関する周知、12～1月頃市報にて未受診者向けに受診勧奨の案内を掲載する。 ・ 毎月歯科医院より担当課へ受診者の検診結果報告あり。要精密検査の結果が出た人のその後の受診が確認できない人に対し、市より受診勧奨を行うこととしている。

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・ 4月に全対象者への案内通知の際に、歯周病等に関する情報（対象者にとって受診の動機となりうる内容）が提供できるようにする。 ・ 歯周疾患検診に関する広報を広く実施する（案内掲示箇所の拡大、市報やホームページへの掲載頻度を増やす） ・ 未受診者対策として、対象者個別の受診勧奨通知の送付を検討
--

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

<ul style="list-style-type: none"> ・ 年1回は、委託先である市内の歯科医院と内容について共有・改善策等協議の場を設け、取組に反映させている。

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・ 今後も適宜委託先である市内の歯科医院と内容について共有・改善策等協議の場を設ける。

⑭評価計画

<ul style="list-style-type: none"> ・ 毎月受診者を確認する。 ・ 年間の実施期間終了後に年1回は受診率を確認する。

IV 個別の保健事業

事業番号 10 ①事業名称 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

②事業の目的	フレイル状態にある高齢者を適切な医療や介護サービスにつなげ、疾病予防・重症化予防を促進することを目指し、健康寿命の延伸、QOLの維持・向上を図る。
③対象者	後期高齢者を含めた事業実施対象者
④現在までの事業結果	令和2年度より事業を開始し、市内全圏域において、ハイリスクアプローチ・ポピュレーションアプローチを実施し、必要に応じて地域包括支援センターや医療機関との連携を行っている。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	要介護認定者の割合	18.0%	17.9%	18.0%	18.3%	18.5%	18.7%	18.9%
アウトカム (成果) 指標	BMIが20kg/m ² 以下の者の割合 (前期高齢者)	15.1%	14.5%	14.0%	13.5%	13.0%	12.5%	12.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	ハイリスクアプローチ介入率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
アウトプット (実施量・率) 指標	ポピュレーションアプローチ実施会場数	19会場	20会場	20会場	20会場	20会場	20会場	20会場

(注1) 評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。
 (注2) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	地域包括支援センターや地区医師会、地区歯科医師会、県歯科衛生士会、通いの場、地区組織、住民支援団体等との連携
-----------------	--

⑩現在までの実施方法 (プロセス)

ハイリスクアプローチでは、健康状態不明者対策・糖尿病性腎臓病重症化予防事業を実施。
 ポピュレーションアプローチでは、健康教育・健康相談・気軽に相談できる環境づくりを実施。

⑪今後の実施方法 (プロセス) の改善案、目標

ハイリスクアプローチでは、糖尿病性腎臓病重症化予防事業・健康状態不明者対策事業・低栄養対策事業を実施。
 ポピュレーションアプローチでは、健康教育・健康相談・気軽に相談できる環境づくりを実施。
 後期高齢者の質問票を活用し、フレイル状態にある人の早期発見と早期介入を目指すとともに、フレイルに関する周知を強化し、市民自らのフレイル予防行動の推進を図る。

⑫現在までの実施体制 (ストラクチャー)

健康ほけん課で事業の企画・調整を行い、地域担当専門職が長寿介護課と連携し、事業を実施する。
 事業開始時には地区医師会・地区歯科医師会へ協力を依頼する。
 長寿介護課と必要に応じて協議の場を設ける。

⑬今後の実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標

健康ほけん課で事業の企画・調整を行い、地域担当専門職が長寿介護課と連携し、事業を実施する。
 事業開始時には地区医師会・地区歯科医師会へ協力を依頼する。
 長寿介護課と定期的に協議の場を設ける。

⑭評価計画

ハイリスクアプローチについては、介入率で評価する。特に糖尿病性腎臓病重症化予防事業と低栄養対策事業については、血液検査値の改善率で評価する。
 ポピュレーションアプローチでは、通いの場等へ関与数で評価する。
 また、後期高齢者の質問票を活用し、質問票の実施数により事業全体における関与数を評価する。

V その他

2-1.(6) 個別の保健事業及び個別の保健事業の評価に基づくデータヘルス計画 (保健事業全体)の評価・見直し

①個別の保健事業の評価・見直し

「IV 個別の保健事業」の評価は、年度ごとに行うことを基本とします。各保健事業の効果や目標の達成状況を、評価指標に基づき、費用対効果の観点も考慮しながら確認します。目標が達成できていない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認し、目標不達成の原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させます。

②個別保健事業の評価に基づくデータヘルス計画全体の評価・見直し

○評価・見直しの時期

データヘルス計画全体の評価・見直しは、最終年度(11年度)、中間年度(8年度)及び個別の保健事業の評価・見直しに伴い必要に応じて年度ごとに行います。計画の最終年度においては、次期計画の策定を円滑に行うため、必要に応じて当該最終年度の上半期に仮評価を行います。

○評価・見直しの方法及び体制

データヘルス計画は、中長期的な運営を行う者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。

評価に当たっては、必要に応じて「2-1.(1) 基本的事項」の「③実施体制・関係者連携」に記載している各団体・機関との協力体制を整えます。

2-1.(7) 計画の公表・周知

データヘルス計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとするのが重要であるとされ、国の指針において公表するものとされています。

本市においては、市のホームページで公表するほか、都道府県、国保連、医療機関等に、計画の配布又は公表しているホームページのURLの案内を行います。計画の要旨をまとめた簡易版を作成し、周知の用に供します。

2-1.(8) 個人情報の取扱い

計画の実施に伴う個人情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインを遵守し、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個人情報の適切な取り扱いを確保するための措置を講じます。

2-1.(9) 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

被保険者の高齢化により介護保険サービスを利用する被保険者が多いことから、地域

包括ケアに係る事業の実施及び事業の評価に保険者として関わります。

○地域ケア会議等に保険者として参加し、医療・介護・予防・住まい・生活支援等暮らし全般を支えるための課題等について議論します。

○KDBシステムのデータ等を活用して、ハイリスク群・予備群等のターゲット層を性・年齢階層・日常生活圏域等に着目して抽出し、関係者と共有します。

○上記ターゲット層に対する保健師による指導や、地域住民を対象とした健康教室等を行います。

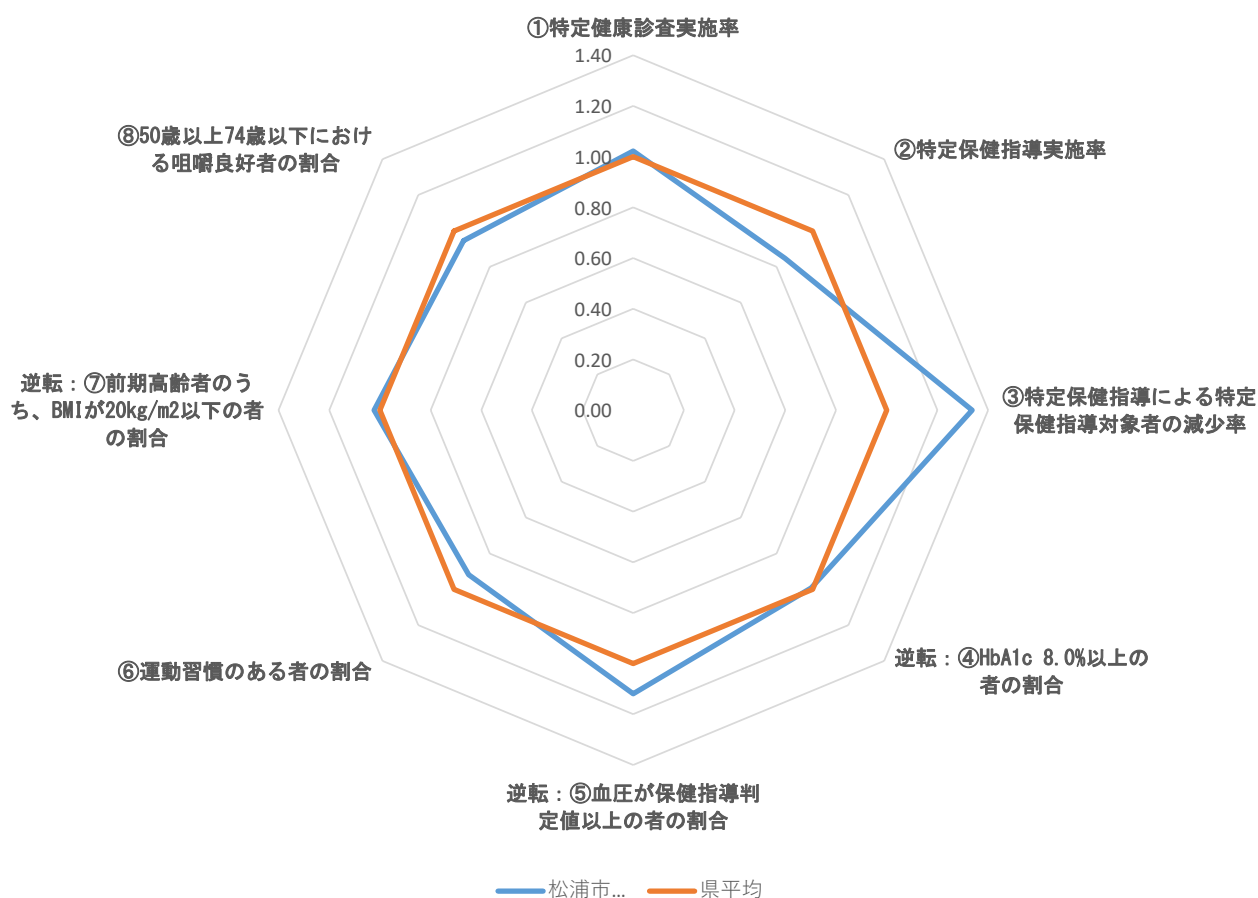
○事業の実施に当たっては、市立診療所の機能・人材も活用します。

②その他の留意事項

本市には青島、飛島、黒島という離島、及び福島町、鷹島町の飛び地があるため、計画の実施に当たっては、これらの地域の特性を踏まえたきめ細やかな対応が求められます。

以上

松浦市の各指標値の実績と都道府県平均値との比較の見える化の例



(単位：%)

	レーダーチャートの数値		実績値	
	松浦市 (a/b or (100-a)/(100-b))	県平均	松浦市 (a)	県平均 (b)
①特定健康診査実施率	1.02	1.00	36.9	36.1
②特定保健指導実施率	0.85	1.00	46.8	55.3
③特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	1.34	1.00	25.0	18.7
逆転：④HbA1c 8.0%以上の者の割合	0.99	1.00	1.9	1.2
逆転：⑤血圧が保健指導判定値以上の者の割合	1.12	1.00	48.3	53.8
⑥運動習慣のある者の割合	0.92	1.00	37.3	40.6
逆転：⑦前期高齢者のうち、BMIが20kg/m ² 以下の者の割合	1.02	1.00	14.7	16.6
⑧50歳以上74歳以下における咀嚼良好者の割合	0.95	1.00	72.1	76.2