

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)



平成 30 年 3 月 新上五島町

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 3 期特定健診等実施計画

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項 1

- 1.背景・目的
- 2.計画の位置付け
- 3.計画期間
- 4.関係者が果たすべき役割と連携
- 5.保険者努力支援制度

第 2 章 第 1 期計画に係る評価及び考察と第 2 期計画における健康課題の明確化 8

- 1.第 1 期計画に係る評価及び考察
- 2.第 2 期計画における健康課題の明確化
- 3.目標の設定

第 3 章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) 31

- 1.第 3 期特定健診等実施計画について
- 2.目標値の設定
- 3.対象者の見込み
- 4.特定健診の実施
- 5.特定保健指導の実施
- 6.個人情報の保護
- 7.結果の報告
- 8 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第 4 章 保健事業の内容 40

- 1 保健事業の方向性
- 2 重症化予防の取組
 - (1) 虚血性心疾患重症化予防
 - (2) 脳血管疾患重症化予防
 - (3) 糖尿病性腎症重症化予防
- 3 ポピュレーションアプローチ

第 5 章 地域包括ケアに係る取組	61
第 6 章 計画の評価・見直し	64
第 7 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	65
参考資料	66

*本文中の図表の  は特徴的な悪化値を、 は改善値を示しています。

*国保データベースシステム（KDB）は、地域の現状や健康課題を把握するための膨大なデータの分析を効率的に行い、より効率的で効果的な保健事業を実施するために作られたもので、一部のデータ中の人数は各年度 3 月時点の人数を用い、割合は各月の平均を用いているため、人数と割合の直接的な相関が見られない箇所もあります。

また特定健診の法定報告や介護保険事業報告年報等とは人数が異なります。KDB は国や県、同規模市町との比較ができるため、本計画では KDB の数値を使用します。

*本文中の図表について、KDB を元に作成したものについては出典掲載を省略し、その他についてのみ出典を掲載しています。

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項

1. 背景・目的

近年、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査(以下「特定健診等」という。)の実施や診療報酬明細書(以下「レセプト」という。)等の電子化の進展、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合(以下「広域連合」という。)(以下「保険者等」という。)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んでいます。

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

また平成 27 年 5 月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険(以下「国保」という)については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保健康保険事業費納付金の額を決定し、市町村と共に保険者となって財政運営を担うとともに、市町村は、これまでどおり保健事業など医療費適正化の取組を主に行います。いわゆる「国民健康保険制度の広域化」が図られることとなり、さらに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、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、医療費の適正を進めるため、平成 30 年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度が創設されることとなり、平成 28 年度から前倒して実施されています。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)の一部を改正する等により、保険者等は健康・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)(以下「計画」という。)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されました。

当町においては、国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られるものと考えます。

2. 計画の位置付け

当町では平成 25 年 3 月に「新上五島町国民健康保険特定健診等実施計画(第 2 期)」を策定。数値目標を設定し、国保加入者に対する特定健診・特定保健指導に取り組んでいます。

また、町民の健康実態に応じた健康増進及び疾病予防を目的に、平成 27 年 8 月に「新上五島町保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定し、データに基づいた予防可能な生活習慣病予防を中心とした保健事業を実施してきました。

このように特定健診等実施計画とデータヘルス計画(以下「本計画」)の2つの計画を両輪として保健事業を行ってきましたが、この度の本計画の改定に当たり、両計画の連携・保健事業の評価・見直しを行ない、より着実に計画を進めていくために、一体的な計画として第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)を策定しました。

本計画は、被保険者の健康の保持増進に資することを目的とし、効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用していきます。

また本計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、健康ながさき 21(長崎県健康増進計画)や新上五島町健康づくり計画、長崎県医療費適正化計画、新上五島町介護保険事業計画と連携を図ります

(表 1-1、図 1-2、1-3)

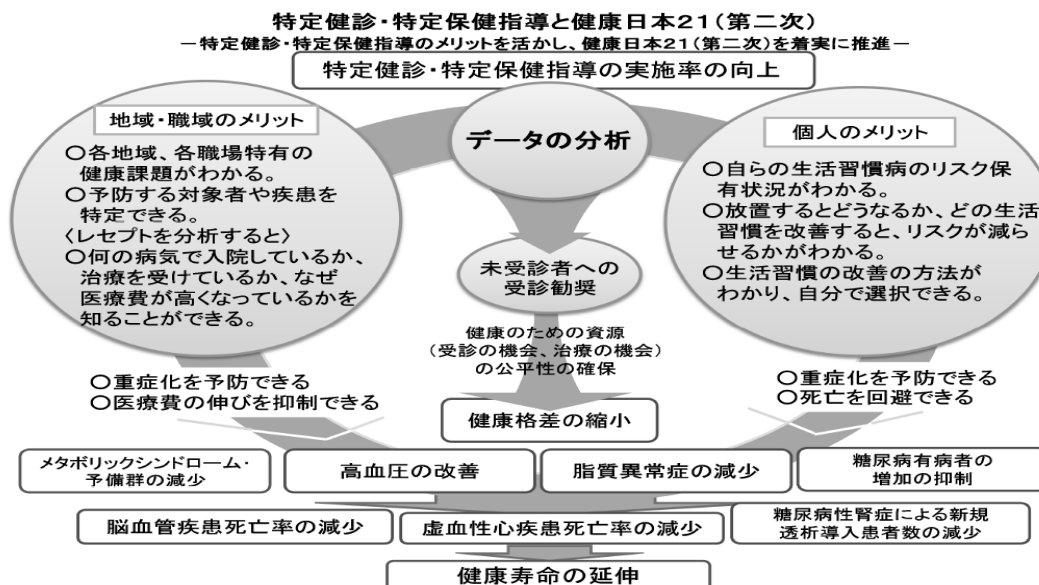
【表 1-1】

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ

2017.10.11

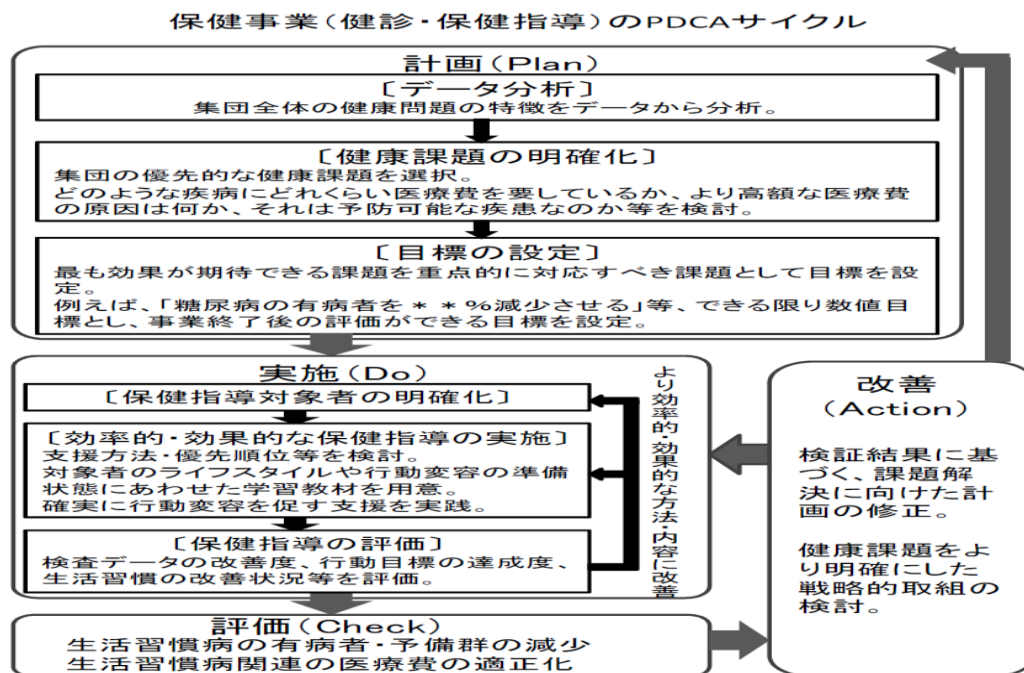
	※ 健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法					
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者※	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策 について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県・義務、市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村・義務、都道府県・義務	都道府県・義務	都道府県・義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現 に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防 を図るとともに、社会生活を営むために必要な機 能の維持及び向上を目指す。その結果、 社会保険 制度が維持可能なもの となるよう、生活習慣の改 善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防 対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患 者を減らすことができ、さらには 重症化や合併症の発症を 抑え 、入院患者を減らすことができ、その結果、国民の生活 の質の維持および向上を図りながら 医療の伸びの抑制 を実現 することが可能となる。 特定健康診査は、 糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化 を予防 することを目的として、 メタボリックシンドローム に着 目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とす るものを、的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の 自主 的な健康増進及び疾病予防の取り組み について、 保 険者 がその支援の中心となつて、被保険者の特性を 踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開するこ とを目指すものである。 被保険者の健康の保持増進 により、 医療費の適正化 及び保険者の 財政基盤強化 が図られることは保険者に 自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活 を営むことができるように支援することや、要介護状 態または要支援状態となることの 予防 又は、要介護 状態等の経過もしくは 悪化の防止 を理念としている	国民皆保険を堅持 し続けていくため、国民の 生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費 が過度に増大しないようにしていくとともに、 良質 かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確 立 を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進すること を通じて、 地域において切れ目のない医療の 提供 を実現し、良質かつ適切な医療を効果 的に提供する体制の確保を図る
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、 若壮年期 、高 齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎 える現在の青年期・壮年期世代、小児期からの生活 習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 初老期の認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 腎臓小脳萎縮症、脊柱管狭窄症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症 後縦靭帯硬化症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患	糖尿病 糖尿病 生活習慣病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※53項目中 特定健診に係る項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症(糖尿病性腎症)による年間新規透析導入患者数 ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑪適切な料と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の質問票を参照する) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール 摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費 保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度区分】を減額し、保険料率決定	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	○医療費適正化の取組 外来 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の状況に応じて設定)
その他		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援			保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携	

【図 1-2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図 1-3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、長崎県医療費適正化計画や医療計画が平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図るため、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とします。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部局の役割

新上五島町においては、健康保険課が主体となり、町民の健康の保持増進に関わりのある他課とも連携し策定を進めました。

具体的には、介護保険・障害者福祉を担当する福祉長寿課や高齢者の介護予防事業を実施している地域包括支援センター、母子保健事業を担当するこども課と実態の共有や保健事業の役割分担等をしてきました。

財政課とは予算策定時に医療費等の社会保障費の状況や町の財政に及ぼす影響について情報共有や意見交換をし、総合政策課とは新上五島町第2次総合計画で目指す「安心で魅力ある定住のしま」について情報共有を行ってきました。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制整備を行なっていきます。（図1-4）

2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等の外部有識者等との連携・協力です。特に保健事業支援・評価委員会からは、データヘルス計画作成や事業評価等の際に支援を受けています。

保険者である町は、国保連から計画策定の際に委員の幅広い専門的知見に基づく健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDBの活用によってデータ分析や技術支援、職員向け研修を受けており、今後も内容の充実に努めることを希望しています。

また、国保については平成30年度から都道府県が財政の責任主体となり安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担うことになるため、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となります。

このため、本計画は、計画素案の段階から長崎県国保・健康増進課等と意見交換を行い、県と連携を図っています。

また、保険者等と医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要であり、当町では新上五島町国民健康保険運営協議会に長崎県病院企業団、歯科医師会、薬剤師会、町立診療所から委員として参画を得て連携を推進しています。

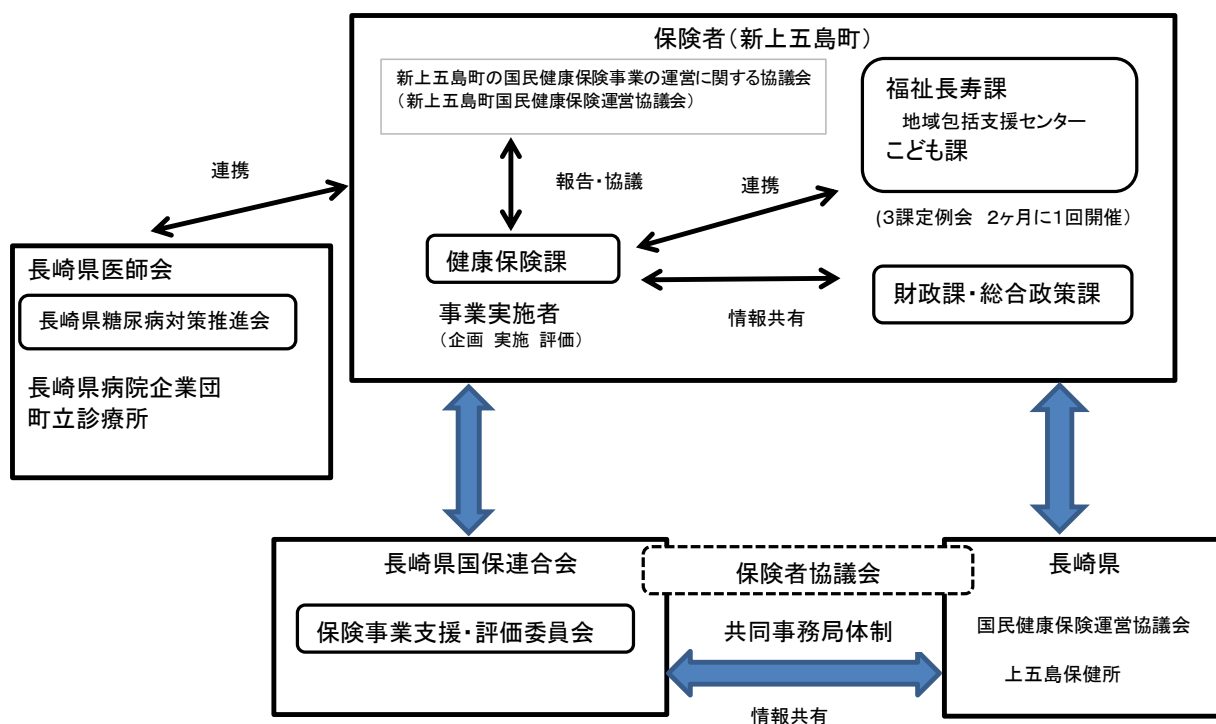
国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努めることが重要です。

保険者等の間では、転職等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要です。このためには、保険者協議会等を活用することも有用と考えています。

3) 被保険者の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上で、被保険者自身が状況を理解して主体的・積極的に取り組むことが重要です。そのために計画策定に当たり、国民健康保険運営協議会に被保険者から参画を得て意見交換を行なってきました。

【図 1-4】新上五島町の実施体制



4. 保険者努力支援制度

国は、医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、新たに保険者努力支援制度を創設し、平成 30 年度から本格実施することとなっており、既に平成 28 年度から特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施されています。

保険者努力支援制度の評価は初めての仕組みで、平成 30 年度には糖尿病等の重症化予防の取組や保険料(税)の収納率向上に関する取組の実施状況を高く評価する配点となっており、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させる仕組みとしています。

当町は平成 28 年前倒し分で全国 1741 市町村中 145 位、交付額は 387 万円でした。健康の増進と医療費適正化に取り組むことで交付額が傾斜配分されています。

【表 1-5】

保険者努力支援制度

評価指標		H28配点	H29配点	H30配点
総得点/(満点)		245点/345	/580	/850
交付額(万円)		387		
県内順位(21市町中)		7位		
全国順位(1,741市町村中)		145位		
共通①	特定健診受診率	0点/20	/35	/50
	特定保健指導の実施率	15点/20	/35	/50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	15点/20	/35	/50
共通②	がん検診受診率	0点/10	/20	/30
	歯周疾患(病)検診の実施	0点/10	/15	/25
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40点/40	/70	/100
共通④	個人へのインセンティブ提供	20点/20	/45	/70
	個人への分かりやすい情報提供	20点/20	/15	/25
共通⑤	重複服薬者に対する取組	0点/10	/25	/35
共通⑥	後発医薬品の促進の取組	15点/15	/25	/35
	後発医薬品の使用割合	15点/15	/30	/40
固有①	収納率向上	15点/40	/70	/100
固有②	データヘルス計画策定状況	10点/10	/30	/40
固有③	医療費通知の取組	10点/10	/15	/25
固有④	地域包括ケアの推進	5点/5	/15	/25
固有⑤	第三者求償の取組	4点/10	/30	/40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			/50
体制構築加算		70点/70	/70	/60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における

健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

当町では CKD 対策に重点をおき新規透析患者を増やさないこと、脳血管疾患・虚血性心疾患などの重症化予防を最優先課題として取組を実施してきました。

平成 25 年度と平成 28 年度の経年比較を見ると、早世予防からみた死亡(65 歳未満)の割合は H25 年度の 12%から H28 年度は 8.9%に減少、死因別の心臓病・腎不全による死亡割合は平成 25 年度に比べると減少していますが、がん・脳疾患・糖尿病は増加しています。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率の上昇はみられましたが、新規認定者数や介護給付費は減少しています。また医療費に占める入院費用の割合は減少していることから重症化した結果としての入院が減少していると考えます。しかし同規模や県平均より高いことから引き続き重症化予防は最優先課題として取組むことが重要です。

要介護認定の有病状況や 1 件当たりの外来費用額の糖尿病・高血圧の県内順位が 1 位という結果から糖尿病・高血圧の人が多い状況にあり、特定健診の結果でメタボリックシンドローム（以下「メタボ」）該当者と予備群は減少しているものの、BMI25 以上の肥満者は平成 25 年度より増えており今後の重症化予防対策は糖尿病・高血圧対策の継続と肥満対策を中心に実施していく必要があります。

(用語解説) 同規模市町

KDB には同規模市町村と比較できる機能があり、人口規模に応じて 13 段階に区分されており、当町は「同規模区分 12」に分類されています。

同規模区分総括表(平成27年度版)

同規模区分	区分	該当市・区数
指定都市	1	20
中核市・特別区	2	68
特例市	3	39

(一般市)

同規模区分	区分	該当市数
[人口] 以上 未満		
~50,000	4	258
50,000~100,000	5	266
100,000~150,000	6	105
150,000~	7	57

(町村)

同規模区分	区分	該当町村数
[人口] 以上 未満		
~5,000	8	246
5,000~10,000	9	241
10,000~15,000	10	151
15,000~20,000	11	127
20,000~	12	163

(組合)

同規模区分	区分	該当数
国保組合	13	164

【表 2-1】

新上五島町の地域特性

特徴的な悪化値を 、改善値に  付けています

1の②～④はKDBのH22年国勢調査を基に作成した数値のため同じ値です

項目				新上五島町				同規模平均		県		国		データ元 (CSV)	
				H25		H28		H28		H28		H28			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	人口構成	総人口	22,051		19,684		4,840,962		1,411,818		124,852,975			
			65歳以上（高齢化率）	7,378	33.5	7,417	37.7	1,107,232	22.9	368,546	26.1	29,020,766	23.2	KDB_NO.5	
			75歳以上	4,071	18.5	4,244	21.6			198,412	14.1	13,989,864	11.2	KDB_NO.3	
			65～74歳	3,307	15.0	3,173	16.1			170,134	12.1	15,030,902	12.0	健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題	
			40～64歳	8,165	37.0	7,219	36.7			490,212	34.7	42,411,922	34.0		
	39歳以下	6,508	29.5	5,048	25.6			553,060	39.2	53,420,287	42.8				
	②	産業構成	第1次産業	11.4		11.4		6.2		8.2		4.2		KDB_NO.3	
			第2次産業	16.0		16.0		28.8		20.2		25.2		健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題	
			第3次産業	72.7		72.7		65.0		71.6		70.6			
	③	平均寿命	男性	78.5		78.5		79.7		78.9		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性			86.3		86.3		86.5		86.3		86.4				
④	健康寿命	男性	64.4		64.4		65.4		64.6		65.2		地域全体像の把握		
		女性	66.6		66.6		66.9		66.4		66.8				
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性 113.0 女性 105.3		114.3 104.0		98.8 98.9		103.1 98.1		100 100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			死 因	がん	97	55.7	107	60.8	13,676	49.0	4,928	51.1	367,905		49.6
				心臓病	46	26.4	36	20.5	7,410	26.6	2,563	26.6	196,768		26.5
				脳疾患	18	10.3	22	12.5	4,436	15.9	1,378	14.3	114,122		15.4
				糖尿病	0	0.0	1	0.6	538	1.9	150	1.6	13,658		1.8
				腎不全	10	5.7	8	4.5	920	3.3	353	3.7	24,763		3.3
				自殺	3	1.7	2	1.1	924	3.3	268	2.8	24,294		3.3
			②	早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計	40	12	29	8.9			1,661	9.7		136,944
	男性	29	17.9		23	7			1083.0	6.3	91,123	13.5			
			女性	11	6.4	6	1.8			578	3.4	45,821	7.2		
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）	1,643	21.9	1,667	22.4	214,304	19.5	90,284	24.5	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			新規認定者	44	0.3	25	0.3	3,881	0.3	1,234	0.3	105,636	0.3		
			2号認定者	37	0.5	35	0.4	5,773	0.4	1,979	0.4	151,813	0.4		
	②	有病状況	糖尿病	475	26.5	527	30.5	50,726	22.7	24,545	26.2	1,350,152	22.1		
			高血圧症	1,026	60.2	1,134	64.2	116,656	52.4	56,978	61.3	3,101,200	50.9		
			脂質異常症	502	29.2	557	30.9	62,464	27.9	30,845	33.0	1,741,866	28.4		
			心臓病	1,113	65.8	1,213	68.8	132,934	59.8	65,058	70.0	3,529,682	58.0		
			脳疾患	504	30.7	481	27.4	59,484	26.9	26,600	28.7	1,538,683	25.5		
			がん	306	17.2	312	17.7	22,320	9.9	12,255	13.1	631,950	10.3		
			筋・骨格	1,093	63.9	1,196	68.1	114,481	51.4	59,472	64.1	3,067,196	50.3		
精神			651	37.4	711	39.9	80,074	35.8	38,865	41.4	2,154,214	35.2			
③	介護給付費	1件当たり給付費（全体）	78,395		75,509		62,901		61,937		58,284				
		居宅サービス 施設サービス	50,997 275,750		49,267 270,628		40,734 277,659		43,933 282,179		39,662 281,186				
④	医療費等	要介護認定別 医療費（40歳以上）	認定あり 9,703		8,273		8,370		7,940		7,980				
		認定なし	4,758		4,820		3,831		3,951		3,816				
4	①	国保の状況	被保険者数	7,267		6,397		1,198,062		380,816		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
			65～74歳	2,711	37.3	2,716	42.5			150,402	39.5	12,461,613	38.2		
			40～64歳	3,144	43.3	2,621	41.0			133,777	35.1	10,946,712	33.6		
			39歳以下	1,412	19.4	1,060	16.6			96,637	25.4	9,179,541	28.2		
			加入率	33.0		29.0		25.1		27.0		26.9			
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.1	1	0.2	296	0.2	156	0.4	8,255	0.3		
			診療所数	21	2.9	21	3.3	2,970	2.5	1,409	3.7	96,727	3.0		
			病床数	186	25.6	186	29.1	53,431	44.6	26,780	70.3	1,524,378	46.8		
			医師数	35	4.8	31	4.8	8,940	7.5	4,170	11.0	299,792	9.2		
			外来患者数	552.0		562.1		692.6		723.6		668.1			
		入院患者数	26.9		27.0		19.6		27.9		18.2				
③	医療費の 状況	一人当たり医療費	27,523	県内6位 同規模18位	28,764	県内10位 同規模24位	25,606		29,109		24,245				
		受診率	578.92		589.085		712.241		751.483		686.286				
		外 費用の割合	53.4		55.0		59.2		53.3		60.1				
		来 件数の割合	95.4		95.4		97.2		96.3		97.4				
		入 費用の割合	46.6		45.0		40.8		46.7		39.9				
		院 件数の割合	4.6		4.6		2.8		3.7		2.6				
④	医療費分析 総額に占める割合 最大医療費源傷病 名（調剤含む）	1件あたり在院日数	16.3日		16.4日		15.8日		17.9日		15.6日				
		新生物	23.7		22.4		25.2		22.4		25.6				
		慢性腎不全（透析あり）	8.1		10.1		9.3		10.7		9.7				
		糖尿病	9.8		9.7		10.1		8.1		9.7				
		高血圧症	10.7		8.1		8.8		8.5		8.6				
		精神	16.8		16.8		16.6		21.1		16.9				
		筋・骨疾患	18.0		19.3		15.5		16.5		15.2				

4

⑤	費用額 (1件あたり)	入院 県内順位 順位総数25	入院の () 内 は入院日数	外来	糖尿病	510,058	13位	(16)	531,437	15位	(15)			KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域		
					高血圧	487,344	18位	(15)	528,651	16位	(14)					
					脂質異常症	442,055	22位	(16)	501,713	14位	(15)					
					脳血管疾患	579,597	13位	(17)	497,946	24位	(15)					
					心疾患	566,561	11位	(14)	545,871	18位	(14)					
					腎不全	576,826	13位	(19)	513,618	22位	(18)					
					精神	451,807	4位	(23)	433,232	10位	(23)					
					悪性新生物	573,482	19位	(13)	593,929	19位	(13)					
					糖尿病	38,993	2位		42,681	1位						
					高血圧	35,279	1位		37,818	1位						
					脂質異常症	32,403	1位		33,757	2位						
					脳血管疾患	42,084	3位		41,708	4位						
					心疾患	43,013	6位		50,133	1位						
					腎不全	162,362	19位		156,610	18位						
					精神	36,038	1位		36,112	2位						
					悪性新生物	44,030	16位		50,140	14位						
					⑥	健診有無別 一人当たり 点数		健診対象者 一人当たり	健診受診者	3,026		3,178	3,022	2,727	2,346	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域
									健診未受診者	12,257		11,740	12,116	13,404	12,339	
								生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	9,476		10,199	8,244	7,263	6,742	
	健診未受診者	38,379		37,678				33,045	35,698	35,459						
⑦	健診・レセ 突合		受診勧奨者	1,233	59.1	1,170	57.0	189,567	56.6	57,639	56.9	4,427,360	56.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			医療機関受診率	1,143	54.8	1,077	52.5	174,386	52.1	53,988	53.3	4,069,618	51.5			
			医療機関非受診率	90	4.3	93	4.5	15,181	4.5	3,651	3.6	357,742	4.5			

5

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診の 状況 県内順位 順位総数25	メタボ 該当・予 備群レ ベル	健診受診者	2,088		2,051	334,719	101,253	7,898,427	* 健診受診 者・特定保健 指導者数は法 定報告値を掲 載					
				受診率	38.4	県内14位 同規模77位	41.7	県内13位 同規模64位	40.6		38.6	全国21位	36.4		
				特定保健指導終了者(実施率)	115	55.8	110	67.5	13919	34.0	4,378	41.1	198,683	21.1	
				非肥満高血糖	246	11.8	286	13.9	34,471	10.3	8,501	8.4	737,886	9.3	
				メタボ	該当者	414	19.8	383	18.7	59,567	17.8	18,655	18.4	1,365,855	17.3
					男性	252	26.6	253	27.4	40,619	27.7	12,362	28.3	940,335	27.5
					女性	162	14.2	130	11.5	18,948	10.1	6,293	10.9	425,520	9.5
					予備群	235	11.3	185	9.0	36,195	10.8	11,763	11.6	847,733	10.7
				BMI	男性	162	17.1	130	14.1	25,013	17.0	7,871	18.0	588,308	17.2
					女性	73	6.4	55	4.9	11,182	5.9	3,892	6.8	259,425	5.8
					総数	697	33.4	607	29.6	107,607	32.1	33,565	33.1	2,490,581	31.5
					腹囲	男性	441	46.5	407	44.1	73,443	50.1	22,276	51.0	1,714,251
				女性		256	22.5	200	17.7	34,164	18.2	11,289	19.6	776,330	17.3
				総数		133	6.4	167	8.1	16,193	4.8	5,205	5.1	372,685	4.7
				男性		33	3.5	26	2.8	2,462	1.7	874	2.0	59,615	1.7
				女性	100	8.8	141	12.5	13,731	7.3	4,331	7.5	313,070	7.0	
					血糖のみ	10	0.5	8	0.4	2,474	0.7	587	0.6	52,296	0.7
					血圧のみ	187	9.0	144	7.0	24,960	7.5	8,941	8.8	587,214	7.4
					脂質のみ	38	1.8	33	1.6	8,761	2.6	2,235	2.2	208,214	2.6
血糖・血圧	91	4.4	66	3.2	9,940	3.0	2,978	2.9	212,002	2.7					
血糖・脂質	16	0.8	17	0.8	3,451	1.0	761	0.8	75,032	0.9					
血圧・脂質	190	9.1	159	7.7	27,799	8.3	9,439	9.3	663,512	8.4					
血糖・血圧・脂質	117	5.6	141	6.9	18,377	5.5	5,477	5.4	415,310	5.3					

6

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	生活習慣の 状況	服薬	978	46.9	926	45.1	114,619	34.3	40,625	40.1	2,650,283	33.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		既往歴	132	6.3	223	10.9	26,435	7.9	8,508	8.4	589,711	7.5		
		喫煙	284	13.6	293	14.3	44,727	13.4	13,487	13.3	1,122,649	14.2		
		週3回以上朝食を抜く	207	9.9	217	10.6	20,927	7.1	8,513	8.9	585,344	8.7		
		週3回以上食後間食	368	17.7	374	18.2	294,357	11.0	95,995	13.5	6,764,320	11.9		
		週3回以上就寝前夕食	219	10.5	228	11.1	43,462	14.6	12,212	12.7	1,054,516	15.5		
		食べる速度が速い	707	34.0	675	32.9	74,088	25.2	25,822	26.9	1,755,597	26.0		
		20歳時体重から10kg以上増加	745	35.8	736	35.8	96,666	32.5	31,835	33.1	6,824,686	32.1		
		1回30分以上運動習慣なし	1,056	50.8	1,194	58.2	171,305	57.8	57,959	60.1	4,026,105	58.8		
		1日1時間以上運動なし	755	36.2	863	42.1	137,370	46.1	35,852	37.3	3,209,187	47.0		
		睡眠不足	521	25.1	500	24.4	70,531	24.1	21,414	22.2	1,698,104	25.1		
		毎日飲酒	417	20.0	405	19.7	77,676	24.4	22,914	23.6	1,886,293	25.6		
		時々飲酒	305	14.6	360	17.5	65,976	20.8	18,354	18.9	1,628,466	22.1		
		一日飲 酒量	1合未満	895	70.7	1,019	71.6	139,409	65.4	41,172	65.9	3,333,836		64.0
			1～2合	264	20.9	283	19.9	50,108	23.5	15,076	24.1	1,245,341		23.9
			2～3合	81	6.4	92	6.5	18,712	8.8	4,937	7.9	486,491		9.3
			3合以上	26	2.1	29	2.0	5,088	2.4	1,265	2.0	142,733		2.7

【表 2-2】

1期データヘルス計画目標に対する取組

●特定健診受診率の向上を目指す(特に40～59歳までの受診率を向上させる)		
事業名	内容	評価
受診率向上の取組	①夜間、休日健診の実施	①H27年 117人(新規60人)、H28年74人(新規27人)
	②事業所へ受診案内と事業所訪問による受診勧奨	②事業所からの申し込み H27 29人 H28 20人
	③集団健診前に未受診者への受診勧奨(通知・電話等)	③通知3500人/年 電話勧奨人数は未把握
	④健康づくり推進員や食生活改善推進員による受診勧奨	④健康づくり推進員による申し込み人数 H28 42人
	⑤健康マイレージを導入し健康づくりの関心を高める	⑤未把握(H28年度途中開始のため、H29年度末に評価実施)
	⑥広報誌による健診のお知らせ	⑥4月、2月に実施 広報掲載後は申し込み者数増加(人数未把握)
	⑦国保保険料納付書送付時に健診案内を同封	⑦効果未把握
	⑧事業所へデータ提供依頼	⑧H28 3事業所
	⑨みなし健診の実施	⑨H28 70人
職場の健康づくり支援事業	①漁業、建設業、製麺業を対象に生活習慣アンケート実施	①アンケート 894人
	②漁業、建設業、製麺業を対象に健康教育の実施	②H27 4回 122人 H28 7回 152人(建設業や漁業、その他)
	③夜間、休日健診の案内と事業主健診結果提供の依頼	③H27.28 79事業所訪問
●糖尿病腎症による新規透析患者を減少させる。糖尿病性腎症の入院医療費の現状維持を目指す		
事業名	内容	評価
糖尿病重症化予防事業	①治療中でコントロール不良(HbA1c7.0以上)者へ保健師・栄養士の訪問指導 同意があればCKD重症化予防連絡票を発行し継続支援を実施	①H28 該当者40人→指導人数 37人 連絡票発行5人 CKD重症化予防対象への保健指導 H26 28人 H27 12人
	②紹介状発行者HbA1c6.5以上の保健指導	②H28 該当者27人→指導人数 25人 紹介状発行者 未受診者 37%→12.3%
	③糖尿病未治療者でHbA1c6.0～6.4に保健指導(65歳未満)	③H28 45人
●高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボなど重症化の共通リスクを減らす		
事業名	内容	評価
特定保健指導率の向上	①対象者に合わせた個別相談や職場での集団教育、相談日の設定	①H25特定保健指導率 55.8%→ H28 67.5%
	②保健指導内容の充実(血圧計や体重計等の貸し出し、説明資料)	②貸し出し人数 (血圧計49人、体重計4人、塩分計9人、アクティマーカー74人等)
働き盛り年代の運動教室	①BMI25以上を対象に運動教室を実施(夜間)スロージョギング&トレーニングマシン	①H27 2クール 18人 H28 1クール 18人
	②町内の運動施設の活用	③温水プール助成やトレーニング室の活用、自主グループ育成、上五島病院PTとの連携実施
食事講習会	①温水プールでの食事講習会(特保対象者と高血糖者)	①H28 4回 38人(特保9人)
	②各地区での食事講習会(減塩)	②H28 5回 118人
ポピュレーション事業	①健康まつりや各種イベントでの健康課題周知や血糖測定	①健康まつり H28年 550人(血糖・血圧測定 200人)
	②健康道場(各地区まわり)	②H27 10回 235人 H28 11回 231人
	③ウォーキング会の実施(ウォーキングマップの活用)	③H28 若松 41人

(2) 中長期目標の達成状況

①介護の状況（表 2-3、2-4、2-5）

要介護認定率は平成 25 年度と平成 28 年度の比較で、第1号認定者数・率ともに増加しています。新規認定者数は1号・2号保険者ともに減っていますが、要介護 3・4・5 の中重度の認定者数が増えています。介護給付費では平成 28 年度は給付費・1件当たりの給付費は減少しています。

【表 2-3】

介護給付費の変化

年度	新上五島町				同規模平均		
	介護給付費(万円)	1件当たり			1件当たり		
		給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	27億4,945万円	78,455	50,934	275,750	65,193	41,572	283,169
H28年度	27億4,264万円	75,509	49,267	270,628	62,901	40,734	277,659

【表 2-4】

要介護認定率の変化

年度	新上五島町				同規模市町			
	2号(40～64歳)		1号(65歳以上)		2号(40～64歳)		1号(65歳以上)	
	認定率	認定者数	認定率	認定者数	認定率	認定者数	認定率	認定者数
H25年度	0.5%	37人	21.9%	1,643人	0.5%	6,839人	17.9%	211,691人
H28年度	0.4%	35人	22.4%	1,667人	0.4%	5,773人	19.5%	214,304人
差	△0.1	△2人	0.5	24人	△0.1	△1,066人	1.6	2,613人

【表 2-5】

要介護認定者数の変化

	2号			1号					
	要介護認定者数			65～74歳 要介護認定者数			75歳以上 要介護認定者数		
	新規 認定者数	要介護 3・4・5		新規 認定者数	要介護 3・4・5		新規 認定者数	要介護 3・4・5	
H25年度	37	2	16	165	11	52	1,478	33	475
H28年度	35	0	22	131	3	47	1,536	22	522
比較	△2	△2	6	△34	△8	△5	58	△11	47

KDB では国勢調査（H22 年）の人口を対象者としていること、生活保護受給者を要介護認定者に含むことから当町が公表している要介護認定率と開きがあります。KDB は同規模・国・県と比較ができるため当計画では KDB の数値を使用しています。

②医療費の状況（表 2-6、2-7）

国保1人当たりの医療費は増えていますが、同規模市町の伸び率と比べて低く、特に入院費用額の伸び率が抑えられています。しかし1人当たりの外来医療費は増えており、医療の高度化による費用の伸びが考えられます。後期高齢者医療費では総医療費・1人当たりの医療費ともに増えていきます。1人当たり入院費用額の伸び率も同規模に比べて高いため、重症化して入院になっていることが考えられます。

国保加入者に対する健診受診勧奨と健診結果に基づく保健指導、適切な治療につながるよう医療機関への受診を促す重症化予防への取組を引き続き強化していく必要があります。

【表 2-6】

国保医療費の変化

項目		被保険者数	全体					入院					入院外				
			費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率				
					町	同規模			町	同規模			町	同規模			
総医療費	H25年度	7267	24億6,159万円				11億4,728万円				13億1,431万円						
	H28年度	6397	22億6,521万円	△1億9,639万円	-7.98	-0.52	10億2,005万円	△1億2,723万円	-11.1	-7	12億4,515万円	△6,916万円	-6	-7			
1人当たり 医療費(円)	H25年度		27,523円				12,828円				14,695円						
	H28年度		28,764円	1241円	4.5	8.52	12,953円	125円	0.97	8.5	15,811円	1,116円	7.59	8.76			

【表 2-7】

後期高齢者医療費の変化

項目		被保険者数	全体					入院					入院外				
			費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率				
					町	同規模			町	同規模			町	同規模			
総医療費	H25年度	4313	31億5,249万円				14億9,259万円				16億5,989万円						
	H28年度	4379	31億9,770万円	4,521万円	1.4	2.96	15億2,624万円	3,364万円	2.25	3.46	16億7,146万円	1,156万円	0.69	2.42			
1人当たり 医療費(円)	H25年度		61,098円				28,928円				32,170円						
	H28年度		61,409円	311円	0.51	1.65	29,310円	382円	1.32	1.15	32,099円	△71円	-0.22	2.13			

① 中長期的疾患及び短期的な疾患の変化（最大医療資源）（表 2-8、2-9）

平成 28 年度の総医療費に占める中長期目標で示している 3 疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全(透析))の医療費割合は国保では全てにおいて増加しており、後期高齢者では心疾患のみ減少しています。平成 28 年度の医療費割合を県・全国と比べると短期目標である糖尿病・高血圧・脂質異常症の医療費割合は減少もしくは維持しています。

中・長期目標である 3 疾患の入院医療費の伸び率を見ると、脳血管疾患・心疾患は減少しましたが、糖尿病性腎症による人工透析入院費用は増加しており、3疾患の入院医療費の現状維持という目標は達成できていません。糖尿病治療者の重症化予防対策を強化していく必要があります。

【表 2-8】

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合
(国保)

市町村名		総医療費	1人あたり医療費			中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)	
			金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症	目標疾患医療費計	
				同規模	県内	慢性腎不全	慢性腎不全	脳梗塞	狭心症					
						(透析有)	(透析無)							脳出血
H25	新上五島町	24億6159万円	27,523円	18位	6位	4.9%	0.3%	2.3%	2.7%	5.9%	6.5%	2.2%	6億1038万円	24.8%
H28		22億6521万円	28,764円	24位	10位	6.0%	0.3%	3.0%	3.0%	5.8%	4.9%	1.7%	5億5,721万円	24.6%
H28	長崎県	1363億3330万円	29,109円	-	-	6.2%	0.4%	2.4%	1.8%	4.7%	4.9%	2.4%	310億2614万円	22.8%
	国	9兆6897億円	24,253円	-	-	5.4%	0.3%	2.2%	2.0%	5.4%	4.7%	2.9%	2兆2,399億円	23.1%

市町村名		新生物	精神疾患	筋・骨格系
H25	新上五島町	14.5%	10.3%	11.0%
H28		13.3%	10.0%	11.5%
H28	長崎県	12.9%	12.2%	9.5%
	国	14.2%	9.4%	8.4%

*各疾病の医療費割合は KDB からの数値をそのまま使用せず、各疾患の医療費を総医療費（入院・外来・調剤）で割った数値を用いているため、KDB の割合とは異なっています。

(後期高齢者)

市町村名		総医療費	1人あたり医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)		
			金額	順位	腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症	目標疾患医療費計		
				同規模	県内	慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血					狭心症 心筋梗塞	
H25	新上五島町	31億5,249万円	61,098円	128位	19位	3.8%	0.7%	3.5%	2.8%	3.2%	6.7%	1.4%	7億0197万円	22.3%
H28		31億9,770万円	61,409円	128位	19位	4.4%	0.7%	3.7%	2.2%	3.2%	4.5%	1.1%	6億2,594万円	19.6%
H28	長崎県	2,093億7,801万円	81,619円			3.8%	0.5%	5.4%	2.1%	3.1%	4.6%	1.6%	442億7,687万円	43.0%
	国	13兆8,330億683万円	69,722円					9.3%	4.7%	3.8%	4.6%	2.0%	3兆2,813億1,031万円	48.0%

市町村名		新生物	精神疾患	筋・骨格系
H25	新上五島町	8.7%	2.1%	16.8%
H28		9.0%	2.1%	20.0%
H28	長崎県	7.6%	5.1%	15.2%
	国	9.0%	3.9%	12.4%

【表 2-9】

3疾患入院医療費の変化

	被保険者数	65～74歳	3疾患入院医療費				1人当たり医療費
			脳血管疾患	心疾患	人工透析 (糖尿病性腎症)		
H25	7,267	2,711	4億1,604万円	1億8,329万円	1億8,150万円	5,125万円	5,725円
H28	6,397	2,716	3億9,919万円	1億5,386万円	1億6,922万円	7,611万円	6,203円
伸び率	△12%	0.2%	△4.1%	△16.1%	△6.8%	48.5%	8.4%

65歳以上の被保険者数の割合は平成25年度の35.9%(2,707人)から平成28年度は41.2%(2,754人)となり4年間で5ポイント増加しています。

虚血性心疾患・脳血管疾患における65歳以上、後期高齢者の割合は減少していることが65～74歳の介護保険新規認定者数・中重度認定者数の減少につながっていると考えられます。64歳以下では脳血管疾患割合は減り、虚血性心疾患・人工透析で割合は増えていますが人数の変化はありませんでした。

また共通するリスクである高血圧を基礎疾患として約8割の人が併せ持っているため高血圧対策も引き続き実施していく必要があります。

虚血性心疾患治療状況(レセプト件数)の変化 【表2-10】

厚労省様式3-5 (虚血性心疾患レセプト分析)		中長期的な目標						短期的な目標						
		虚血性心疾患						高血圧		糖尿病		脂質異常症		
		脳血管疾患		人工透析										
	被保険者数	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	
H25	全体	7,547	384	5.1	98	25.5	8	2.1	310	80.7	210	54.7	229	59.6
	64歳以下	4,840	111	2.3	18	16.2	2	1.8	79	71.2	63	56.8	64	57.7
	65歳以上	2,707	273	10.1	80	29.3	6	2.2	231	84.6	147	53.8	165	60.4
H28	全体	6,683	352	5.3	76	21.6	11	3.1	272	77.3	188	53.4	223	63.4
	64歳以下	3,929	111	2.8	15	13.5	4	3.6	78	70.3	58	52.3	68	61.3
	65歳以上	2,754	241	8.8	61	25.3	7	2.9	194	80.5	131	54.4	155	64.3

【後期高齢者】

厚労省様式3-5 (虚血性心疾患レセプト分析)		中長期的な目標						短期的な目標					
		虚血性心疾患						高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		脳血管疾患		人工透析									
	被保険者数	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
H25	4313	993	23.0	350	35.2	12	1.2	910	21.1	399	9.3	507	11.8
H28	4379	976	22.3	311	31.9	14	1.4	885	20.2	447	10.2	539	12.3

脳血管疾患治療状況(レセプト件数)の変化 【表2-11】

【国保】 厚労省様式3-6 (脳血管疾患レセプト分析)		中長期的な目標						短期的な目標						
		脳血管疾患						高血圧		糖尿病		脂質異常症		
		虚血性心疾患		人工透析										
		被保険者数	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
H25	全体	7,547	351	4.7	98	27.9	3	0.9	279	79.5	170	48.4	213	60.7
	64歳以下	4,840	88	1.8	18	20.5	1	1.1	66	75.0	45	51.1	50	56.8
	65歳以上	2,707	263	9.7	80	30.4	2	0.8	213	81.0	125	47.5	163	62.0
H28	全体	6,683	295	4.4	76	25.8	5	1.7	250	84.7	152	51.5	174	59.0
	64歳以下	3,929	68	1.7	15	22.1	2	2.9	51	75.0	38	55.9	36	52.9
	65歳以上	2,754	227	8.2	61	26.9	3	1.3	199	87.7	114	50.2	138	60.8

【後期高齢者】

厚労省様式3-5 (脳血管疾患レセプト分析)		中長期的な目標						短期的な目標					
		脳血管疾患						高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		虚血性心疾患		人工透析									
	被保険者数	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
H25	4313	960	22.3	350	36.5	7	0.7	847	19.6	370	8.6	449	10.4
H28	4379	825	18.8	311	37.7	7	0.8	732	16.7	357	8.2	419	9.6

人工透析治療状況(レセプト件数)の変化 【表2-12】

【国保】		厚労省様式3-7 (人工透析レセプト分析)		中長期的な目標						短期的な目標					
				人工透析				高血圧		糖尿病		脂質異常症			
		被保険者数	人数	割合	脳血管疾患		虚血性心疾患		人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	7,547	24	0.3	3	12.5	8	33.3	21	87.5	9	37.5	6	25.0	
	64歳以下	4,840	12	0.2	1	8.3	2	16.7	11	91.7	3	25.0	3	25.0	
	65歳以上	2,707	12	0.4	2	16.7	6	50.0	10	83.3	6	50.0	3	25.0	
H28	全体	6,683	26	0.4	5	19.2	11	42.3	25	96.2	12	46.2	12	46.2	
	64歳以下	3,929	12	0.3	2	16.7	4	33.3	11	91.7	9	75.0	3	25.0	
	65歳以上	2,754	14	0.5	3	21.4	7	50.0	14	100.0	3	21.4	9	64.3	

(3) 短期目標の達成状況

①糖尿病・高血圧・脂質異常症の治療状況の変化(図表 2-13、2-14、2-15)

短期目標である糖尿病・脂質異常症の治療状況をみると、国保・後期高齢者医療ともに割合が増加し、高血圧は国保のみ増加しています。しかし 65 歳以上の割合は 3 疾患ともに減少しています。

糖尿病と脂質異常症の 7 割の人が高血圧を併せ持っていることから、治療につながった後も重症化予防のための高血圧対策が必要と考えます。

糖尿病の治療状況(レセプト件数)の変化 【表2-13】

(国保)

厚労省様式3-2 (糖尿病レセプト分析)		短期的な目標										中長期的な目標							
		糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症			
	被保険者数	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)		
H25	全体	7,547	928	12.3	82	8.8	666	71.8	540	58.2	210	22.6	170	18.3	9	1.0	54	5.8	
	64歳以下	4,840	310	6.4	29	9.4	191	61.6	183	59.0	63	20.3	45	14.5	3	1.0	22	7.1	
	65歳以上	2,707	618	22.8	53	8.6	475	76.9	357	57.8	147	23.8	125	20.2	6	1.0	32	5.2	
H28	全体	6,683	901	13.5	85	9.4	648	71.9	557	61.8	188	20.9	152	16.9	12	1.3	55	6.1	
	64歳以下	3,929	310	7.9	30	9.7	180	58.1	185	59.7	57	18.4	38	12.3	3	1.0	22	7.1	
	65歳以上	2,754	591	21.5	55	9.3	468	79.2	372	62.9	131	22.2	114	19.3	9	1.5	33	5.6	

(後期高齢者)

厚労省様式3-2 (糖尿病レセプト分析)		短期的な目標								中長期的な目標							
		糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
	被保険者数	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
H25	4,313	1,107	25.7	45	4.1	976	88.2	609	55.0	399	36.0	370	33.4	13	1.2	47	4.3
H28	4,379	1,252	28.6	66	5.3	1,099	87.8	677	54.1	477	38.1	357	28.5	18	1.4	41	3.3

高血圧の治療状況(レセプト件数)の変化 【表2-14】

(国保)

厚労省様式3-6 (高血圧レセプト分析)			短期的な目標						中長期的な目標					
			高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
	被保険者数	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	
H25	全体	7,547	1719	22.8	666	38.7	846	49.2	310	18.0	279	16.2	21	1.2
	64歳以下	4,840	568	11.7	191	33.6	256	45.1	79	13.9	66	11.6	11	1.9
	65歳以上	2,707	1151	42.5	475	41.3	570	49.5	231	20.1	213	18.5	10	0.9
H28	全体	6,683	1,572	23.5	648	41.2	838	53.3	272	17.3	250	15.9	25	1.6
	64歳以下	3,929	470	12.0	180	38.3	236	50.2	78	16.6	51	10.9	11	2.3
	65歳以上	2,754	1,102	40.0	468	42.5	602	54.6	194	17.6	199	18.1	14	1.3

(後期高齢者)

厚労省様式3-6 (高血圧レセプト分析)		短期的な目標						中長期的な目標							
		高血圧		糖尿病				脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
	被保険者数	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)		
H25	4,313	2,734	63.4	976	22.6	1,224	44.8	847	31.0	910	33.3	23	0.8		
H28	4,379	2,756	62.9	1,099	25.1	1,317	47.8	885	32.1	732	26.6	27	1.0		

脂質異常症の治療状況(レセプト件数)の変化 【表2-15】
(国保)

厚労省様式3-7 (脂質異常症レセプト分析)		短期的な目標							中長期的な目標					
		脂質異常症		糖尿病		高血圧			虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
H25	全体	7,547	1217	16.1	540	44.4	846	69.5	229	18.8	213	17.5	6	0.5
	64歳以下	4,840	428	8.8	183	42.8	256	59.8	64	15.0	50	11.7	3	0.7
	65歳以上	2,707	789	29.1	357	45.2	590	74.8	165	20.9	163	20.7	3	0.4
H28	全体	6,683	1197	17.9	557	46.5	838	70.0	223	18.6	174	14.5	12	1.0
	64歳以下	3,929	407	10.4	187	45.9	236	58.0	68	16.7	36	8.8	3	0.7
	65歳以上	2,754	790	28.7	372	47.1	602	76.2	155	19.6	138	17.5	9	1.1

(後期高齢者)

厚労省様式3-7 (脂質異常症レセプト分析)		短期的な目標							中長期的な目標					
		脂質異常症		糖尿病		高血圧			虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
H25		4,313	1,374	31.9	609	44.3	1,224	89.1	507	36.9	449	32.7	8	0.6
H28		4,379	1,553	35.5	706	45.5	1,380	88.9	564	36.3	446	28.7	12	0.8

②健診結果の有所見者割合の経年変化(表2-16、2-17、2-18)

健診結果の有所見者割合の経年変化を見ると、男性、女性ともに空腹時血糖、HbA1cの有所見者が増加し特にHbA1cは健診受診者の約7割が5.6以上という結果で、BMI25以上の肥満者は男性で増加、女性も県や全国平均よりも多い状況が続いています。内臓脂肪過多によりインスリン抵抗性が起こった結果の高血糖状態であることが推測されます。

30歳代健診の有所見者でもHbA1cは約3割の方が5.6以上であり、男性のBMI25以上も多い状況にあるため青年期から生活習慣病予防の対策が必要です。

【表2-16】

健診有所見者状況(男女別・年代別)

全国平均より高い値 H25に比べて特徴的な悪化値に 、改善値に

(KDB 厚生労働省様式6-2~6-7)

男性			BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
			25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	保険者	合計	314	33.1	441	46.5	193	20.4	247	26.1	75	7.9	492	51.9	544	57.4	184	19.4	491	51.8	230	24.3	445	46.9	13	1.4
		40-64歳	133	33.8	187	47.6	113	28.8	114	29.0	36	9.2	171	43.5	200	50.9	84	21.4	198	50.4	125	31.8	202	51.4	0	0.0
		65-74歳	181	32.6	254	45.8	80	14.4	133	24.0	39	7.0	321	57.8	344	62.0	100	18.0	293	52.8	105	18.9	243	43.8	13	2.3
H28	保険者	合計	310	33.6	407	44.1	197	21.4	223	24.2	84	9.1	522	56.6	627	68.0	186	20.2	477	51.7	237	25.7	412	44.7	25	2.7
		40-64歳	125	35.1	151	42.4	103	28.9	112	31.5	36	10.1	174	48.9	222	62.4	84	23.6	174	48.9	106	29.8	173	48.6	6	1.7
		65-74歳	185	32.7	256	45.2	94	16.6	111	19.6	48	8.5	348	61.5	405	71.6	102	18.0	303	53.5	131	23.1	239	42.2	19	3.4
	全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
	長崎県	13,867	31.7	22,276	51.0	11,205	25.6	9,061	20.7	4,127	9.4	14,353	32.8	22,131	50.6	7,491	17.1	23,720	54.3	10,701	24.5	19,091	43.7	1,057	2.4	

女性			BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
			25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	保険者	合計	317	27.8	256	22.5	139	12.2	126	11.1	26	2.3	386	33.9	690	60.6	27	2.4	580	50.9	207	18.2	647	56.8	7	0.6
		40-64歳	94	22.8	68	16.5	47	11.4	45	10.9	3	0.7	103	25.0	210	51.0	9	2.2	193	46.8	95	23.1	234	56.8	1	0.2
		65-74歳	223	30.7	188	25.9	92	12.7	81	11.1	23	3.2	283	38.9	480	66.0	18	2.5	387	53.2	112	15.4	413	56.8	6	0.8
H28	保険者	合計	309	27.3	200	17.7	144	12.7	108	9.5	18	1.6	464	41.0	808	71.4	24	2.1	562	49.7	219	19.4	579	51.2	6	0.5
		40-64歳	92	24.0	58	15.1	55	14.4	36	9.4	9	2.3	133	34.7	248	64.8	5	1.3	156	40.7	84	21.9	214	55.9	1	0.3
		65-74歳	217	29.0	142	19.0	89	11.9	72	9.6	9	1.2	331	44.3	560	74.9	19	2.5	406	54.3	135	18.0	365	48.8	5	0.7
		全国		20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2
		長崎県	13,265	23.1	11,289	19.6	8,805	15.3	5,259	9.1	1,251	2.2	11,479	20.0	28,733	49.9	1,202	2.1	27,441	47.7	9,027	15.7	31,316	54.4	193	0.3

【表 2-17】

30歳代健診の有所見状況

			BMI		内臓脂肪		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		eGFR	
			25以上		腹囲 男85・女90		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		60未満	
	受診者	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
総数	52	11	21.2	12	23.1	12	23.1	8	15.4	0	0.0	3	5.8	15	28.8	5	9.6	8	15.4	2	3.8	17	32.7	0	0.0	1	1.9	
男性	18	8	44.4	11	61.1	8	44.4	8	44.4	0	0.0	1	5.6	5	27.8	4	22.2	6	33.3	2	11.1	9	50.0	0	0	0	0	
女性	34	3	8.8	1	3.2	4	11.8	0	0.0	0	0.0	2	5.9	10	29.4	1	3.2	2	5.9	0	0.0	8	23.5	0	0	1	3.2	

【表 2-18】

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握

(KDB 厚生労働省様式6-8)

男性			健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	保険者	合計	948	35.1	27	2.8%	162	17.1%	7	0.7%	126	13.3%	29	3.1%	252	26.6%	58	6.1%	11	1.2%	113	11.9%	70	7.4%
		40-64歳	393	25.6	15	3.8%	74	18.8%	2	0.5%	50	12.7%	22	5.6%	98	24.9%	14	3.6%	6	1.5%	57	14.5%	21	5.3%
		65-74歳	555	47.6	12	2.2%	88	15.9%	5	0.9%	76	13.7%	7	1.3%	154	27.7%	44	7.9%	5	0.9%	56	10.1%	49	8.8%
H28	保険者	合計	922	38.1	24	2.6%	130	14.1%	5	0.5%	96	10.4%	29	3.1%	253	27.4%	46	5.0%	11	1.2%	96	10.4%	100	10.8%
		40-64歳	356	29.6	19	5.3%	46	12.9%	2	0.6%	25	7.0%	19	5.3%	86	24.2%	5	1.4%	5	1.4%	42	11.8%	34	9.6%
		65-74歳	566	46.6	5	0.9%	84	14.8%	3	0.5%	71	12.5%	10	1.8%	167	29.5%	41	7.2%	6	1.1%	54	9.5%	66	11.7%

女性			健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	保険者	合計	1,139	39.6	21	1.8%	73	6.4%	3	0.3%	61	5.4%	9	0.8%	162	14.2%	33	2.9%	5	0.4%	77	6.8%	47	4.1%
		40-64歳	412	29.6	9	2.2%	18	4.4%	2	0.5%	15	3.6%	1	0.2%	41	10.0%	4	1.0%	3	0.7%	20	4.9%	14	3.4%
		65-74歳	727	48.9	12	1.7%	55	7.6%	1	0.1%	46	6.3%	8	1.1%	121	16.6%	29	4.0%	2	0.3%	57	7.8%	33	4.5%
H28	保険者	合計	1,131	45.3	15	1.3%	55	4.9%	3	0.3%	48	4.2%	4	0.4%	130	11.5%	20	1.8%	6	0.5%	63	5.6%	41	3.6%
		40-64歳	383	34.3	7	1.8%	12	3.1%	0	0.0%	12	3.1%	0	0.0%	39	10.2%	8	2.1%	4	1.0%	15	3.9%	12	3.1%
		65-74歳	748	54.2	8	1.1%	43	5.7%	3	0.4%	36	4.8%	4	0.5%	91	12.2%	12	1.6%	2	0.3%	48	6.4%	29	3.9%

健診の継続受診者と新規受診者と比べると、新規受診者に HbA1c、血圧の値が受診勧奨レベル以上の人が多いことがわかります。特に新規受診 HbA1c の 8.0 以上の高値が 9 人、更に治療中でも 7.0 以上のコントロールできていない人もいます。そのため医療機関と連携した保健指導を行なう必要があります。【表 2-19】

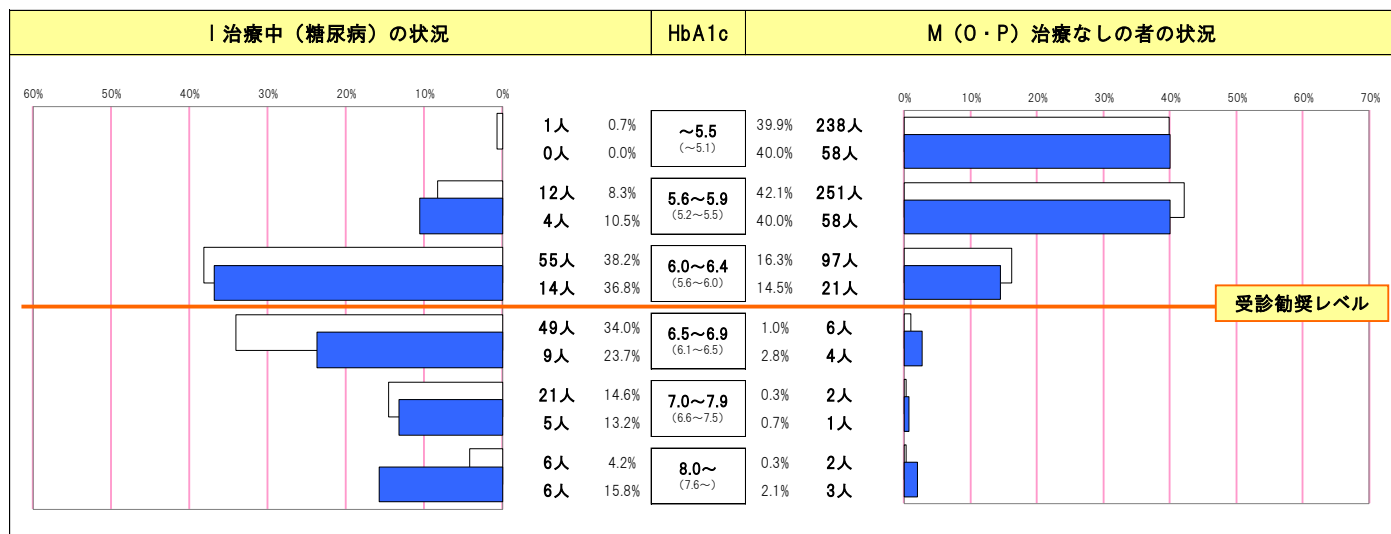
継続受診者と新規受診者の比較

【表 2-19】

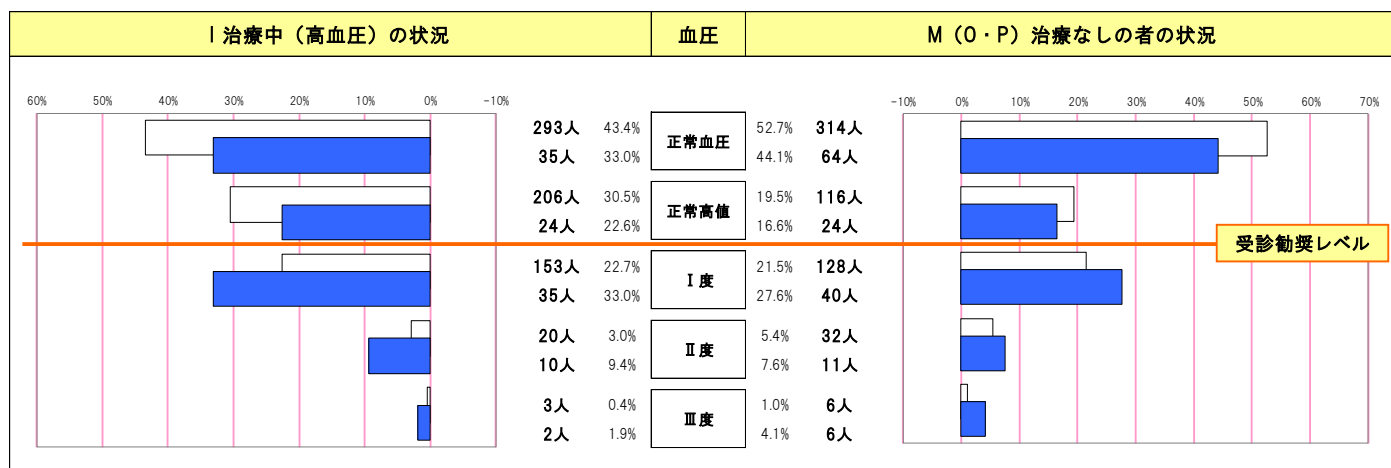
…上段（継続受診者）

…下段（新規受診者）

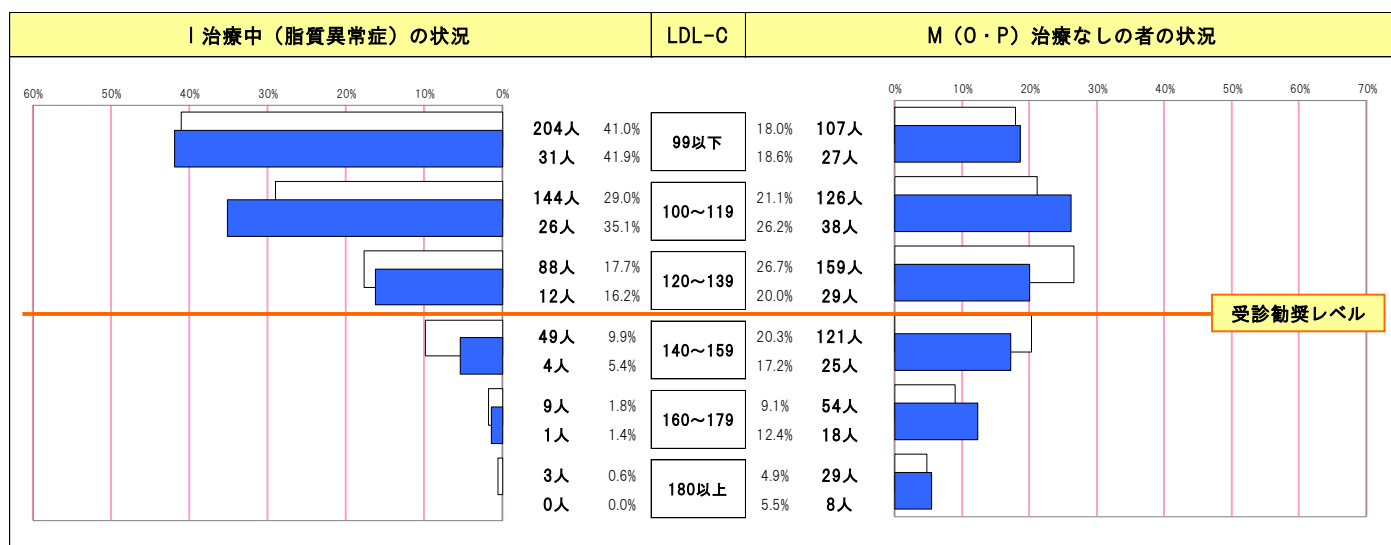
HbA1c



血圧



LDL-C



【表 2-20】

重症化予防対象者数の推移

受診者数		血圧Ⅱ度以上		LDLコレステロール 180mg/dl以上		中性脂肪 300mg/dl以上		メタボ該当者基準該当		HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0以上)		尿蛋白(2+)以上		eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	
		有所見者数	割合	有所見者数	割合	有所見者数	割合	有所見者数	割合	有所見者数	割合	有所見者数	割合	有所見者数	割合
H25	2,136	137	6.4	61	2.9	33	1.5	422	19.8	184	8.6	27	1.3	42	2.0
H28	2,119	118	5.6	56	2.6	18	0.8	396	18.7	190	9.0	30	1.4	46	2.2

重症化予防対象者の有所見者割合を比べると、平成 25 年度より平成 28 年度は血圧Ⅱ度以上、中性脂肪 300 以上は改善していますが、HbA1c、尿蛋白、eGFR50 未満は高くなっています。

高血圧治療ガイドライン 2014 では、高血圧性腎硬化症や糖尿病性腎症では軽度尿蛋白でも心血管病の強い危険因子になるとされ、当町では尿蛋白 2+以上の有所見者割合が県平均や同規模市町と比べ高いことから高血圧や糖尿病が悪化したことによる新規人工透析者を増やさないよう取り組む必要があります。

また脳血管疾患の発症を予防するためⅡ度以上の高血圧者の減少を短期目標に掲げ重点的に取組をしてきましたが、健診時のみ血圧が高い人もいたため、家庭での血圧測定を推奨しています。

高血圧ガイドラインに基づき白衣高血圧から将来の持続高血圧への進行を考慮に入れ、家庭血圧の測定と記録、医療機関との連携や健診の継続受診の勧め等の支援を引き続き行なってきます。

④特定健診受診率・特定保健指導実施率（表 2-21、2-22）

特定健診受診率は平成 25 年度に比べて平成 28 年度は、3.3 ポイント上昇し、41.7%となりましたが、県内順位は 13 位・同規模市町内でも 64 位と中間に位置しています。年齢別の受診率をみると、40 代は 22.9%、50 代は 37.0%となり短期目標で掲げた目標値を達成することができました。これは、夜間・休日健診の実施や事業主への受診勧奨依頼や健診結果提供依頼を行ってきたことが 40～50 歳代の受診率向上につながったと思われる、今後も事業所や個人事業主への働きかけを続けていきます。

特定保健指導率は H25 年に比べて H28 年度は 11.7 ポイント増え 67.5%となりました。個別対応を強化し、対象者にあわせた時間調整や面接場所の設定、貸し出し物品の充実を行なったことが保健指導率上昇につながったと考えられます。しかし積極的支援の終了者は 41.4%であり、途中脱落者を防ぐことが特定保健指導率の向上につながるため積極的支援対象者への保健指導の強化が必要です。

特定健診受診率には 3 つの数値がありますが用途に合わせて数値を使い分けています。

- ① 法定報告：国に報告する数値。年度途中の国保脱退、加入者を除く数値です。
- ② KDB：国保中央会から出される数値で年度途中の国保脱退、加入者を除いていますが、法定報告値とは差異があります。同規模市町との比較が可能です。
- ③ 暫定値：年度途中の国保脱退・加入者を含む数値で毎月の受診率を算出する際に使用します。

【表 2-21】

特定健診受診率・特定保健指導実施率

項目	特定健診					特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模順位 (163市町)	県内順位 (21市町)	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
									新上五島町	同規模平均
H25	5436	2088	38.4%	77位	14位	206	115	55.8%	54.8	56.7
H28	4919	2051	41.7%	64位	13位	163	110	67.5%	52.5	52.1
比較	△517	△37	3.3%			△43	△5	11.7%	△2.3	△4.6

資料：法定報告値、受診勧奨者・同規模数値はKDBデータ

【表 2-22】

年齢別 特定健診受診率の推移

男性			女性			総計		
25年度	28年度		25年度	28年度		25年度	28年度	
70～74歳	46.9	47.2	70～74歳	49	↑ 56.8	70～74歳	49.1	52.6
65～69歳	47	↓ 45.9	65～69歳	48.6	↑ 52	65～69歳	49.4	↓ 48.9
60～64歳	30.3	34.5	60～64歳	38.1	↑ 41.8	60～64歳	36.3	38.1
55～59歳	25.5	29	55～59歳	28	↑ 32.6	55～59歳	28.7	30.8
50～54歳	21.6	28.6	50～54歳	18.4	↑ 27	50～54歳	21.7	27.9
45～49歳	15.2	20.1	45～49歳	22.2	↑ 27.5	45～49歳	18.8	23.6
40～44歳	17.1	22.8	40～44歳	12.1	↑ 19.4	40～44歳	15.7	21.3

【表 2-23】

30代健診の受診者数

	H25年	H26年	H27年	H28年
人数	28	32	57	52

【表 2-24】

妊婦健康診査精密検査受診券発行状況

	H27	H28
精密受診券発行数	26	37
(妊娠性糖尿病)	4	9

2) 第1期に係る考察

第1期計画は、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に置いて重症化予防を進めてきました。特に3疾患の基礎疾患である糖尿病や高血圧対策には家庭訪問や健康教育、健診結果説明会など保健指導に積極的に取り組んできました。

中・長期目標である3疾患の入院医療費の伸び率は、脳血管疾患・心疾患で減少し、介護給付費では平成28年度は給付費・1件当たりの給付費の減少、介護保険の第1号・2号の新規認定者数の減少が見られます。

しかし、糖尿病性腎症による人工透析入院費用の増加、健診結果の男性のメタボ該当者や重症化予防対象者の有所見者割合で前回よりHbA1c、尿蛋白、eGFR50未満が増えていることから、今後も3疾患を発症する重症者が増加することが予想されます。

また被用者保険加入時に脳血管疾患や虚血性心疾患を発症し国保に加入した人や退職後に国保加入して、すぐに重症化した人もいることから職域との連携を引き続き進めていくことが重要です。

町の第2次総合計画では将来の人口予測を見ると、平成37年は高齢化率44.3%、平成42年には生産年齢人口と高齢人口が逆転し47.4%となります。高齢化が進み医療費が増える一方で保険料を納める生産年齢人口が減るため、予防可能な生活習慣病の発症と重症化した結果の医療・介護費用の増加を防ぐため健康寿命の延伸を図ることが最重要です。そのためにも若い世代から自分の健康に興味を持ち健診を受診し自分の健診結果を理解した上で、生活習慣を振り返るとともに適正に医療機関へ受診し、治療中断することなく受診を続けて行くよう促していきます。

2 第2期計画における健康課題の明確化

1) 当町の地域特性

平成22年度の国勢調査によると当町の高齢化率は33.5%(KDB)で県・同規模市町と比べて高齢化が進んでいますが、住民基本台帳による平成29年3月末現在の高齢化率は38.6%であり、高齢化は急速に進んでいます。

国保被保険者の割合を見ると、39歳以下の若年層の割合が減り、65歳以上の割合が増え42.5%となり、県や国平均と比べても高くなっています。今後もその傾向は続くと予想されます。

2) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較(表2-25)

当町では入院件数がレセプトの4.6%、費用額全体の45%を占めています。重症化予防の取組により入院を減らすことで結果として医療費の適正化につながっていくものと考えます。

【表2-25】

入院と入院外の件数・費用額の割合の比較(28年度)

一人あたり医療費 ★NO.3【医療】		保険者	県	同規模平均	国
		28,764円	29,109円	25,606円	24,245円

		0.0	20.0	40.0	60.0	80.0	100.0
外来 ★NO.1【医療】	件数	95.4					
	費用額	55					
入院 ★NO.1【医療】	件数	4.6					
	費用額	45					

1ヶ月当たり80万円以上の高額になる疾患では脳血管疾患、虚血性心疾患で約2割の費用を占めています。

6ヶ月以上の長期入院レセプトを見ると脳血管疾患・虚血性心疾患による長期入院者は少なく、精神疾患の長期入院者が件数と費用で8割を占めています。精神科の入院病床が島内になく、また精神科医の常勤医がいないことが長期入院の要因と考えられます。精神科に入院している人が安心して地域生活に移行していくためには、地域移行支援、地域定着支援等の取り組みが重要で、福祉長寿課や保健所等の関係機関と連携しスムーズに地域移行ができるよう協力し進めていく必要があります。

また長期化する疾患である人工透析は、糖尿病性腎症が人工透析費用全体の約50%、7,000万円を占めており、1人当たり年間約600万円以上の医療費がかかり、合併症によるQOLの低下もあるため新規人工透析導入を減少させる必要があります。

これらの基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症の人へ早期受診勧奨を行い、治療中断やコントロール不良を防ぐことで脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析への移行と重症化を防ぐことにつながります。

【表 2-26】

疾患別医療費・件数の状況

対象レセプト (H28年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	がん	精神疾患
高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	345件	35件	32件	--	96件	--
			10.1%	9.3%		27.8%	
	費用額	4億7458万円	4583万円	4540万円	--	1億3560万円	--
			9.7%	9.6%		28.6%	
長期入院 (6か月以上の入院)	件数	458件	14件	12件	--	--	395件
			3.1%	2.6%			86.2%
	費用額	1億7779万円	583万円	422万円	--	--	1億4397万円
			3.3%	2.4%			81.0%
人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	372件	62件	173件	166件	--	--
			16.7%	46.5%	44.6%		
	費用額	1億5567万円	2542万円	7345万円	7079万円	--	--
			16.3%	47.2%	45.5%		

【表 2-27】

対象レセプト（H28.5月診療分）	全体		脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
生活習慣病の治療者数 構成割合	2,655人		295人	352人	55人
			11.1%	13.3%	2.1%
	基礎疾患 の重なり	高血圧	250人	272人	44人
			84.7%	77.3%	80.0%
		糖尿病	152人	188人	55人
			51.5%	53.4%	100%
		脂質 異常症	174人	223人	43人
			59.0%	63.4%	78.2%
	高血圧症		糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
	1,572人		901人	1,197人	217人
59.2%		33.9%	45.1%	8.2%	

64歳以下の国保加入者で心疾患、脳血管疾患を発症した63人について、平成28年度のレセプトを分析すると男性が7割の47人でした。発症前の2～3年前に国保に加入した人が約2割、発症した63人中健診を1度でも受けた事がある人は33%しかいませんでした。

また介護保険の第2号要介護認定者の健診受診状況をみると、認定前の国保加入者は約6割、そのうち認定前に健診を受けたことがある人は25%しかいませんでした。原因疾患を見ると予防可能と思われる疾患で介護を受けている方が約6割いることから特定健診の受診勧奨をより強化するとともに、被用者保険に加入しているうちから健診結果を正しく理解し保健指導などの重症化予防に取り組む事で退職後の健康寿命の延伸をはかり、医療費や介護給付費の適正化につなげていくことができるため、職域との連携をより深めていくことが重要です。

(2) 介護認定者と人工透析患者の状況 (表 2-28、2-29、2-30、2-31)

【表 2-28】

64歳以下の新たに発症した心疾患・脳血管疾患のレセプト状況(平成28年度)

	人数	2～3年前に国保加入		健診受診歴有	基礎疾患			要介護認定
		人数	割合		血圧	脂質異常症	糖尿病	
男	47	8	17%	12	16	12	27	2
女	16	3	18.8%	9	7	8	6	1
合計	63	11	17.5%	21	23	20	33	3

【表 2-29】

第2号要介護認定者の健診受診状況

	第2号認定者		認定前国保加入者						予防可能と思われる疾患 (脳疾患・糖尿病等)	
			認定前の健診受診歴							
	認定者数	割合	認定者数	割合	無	割合	有	割合	人数	割合
男	23	65.7%	14	60.9%	12	85.7%	2	14.3%	14	60.9%
女	12	34.3%	6	50.0%	3	50.0%	3	50.0%	6	50.0%
合計	35	100.0%	20	57.1%	15	75.0%	5	25.0%	20	57.1%

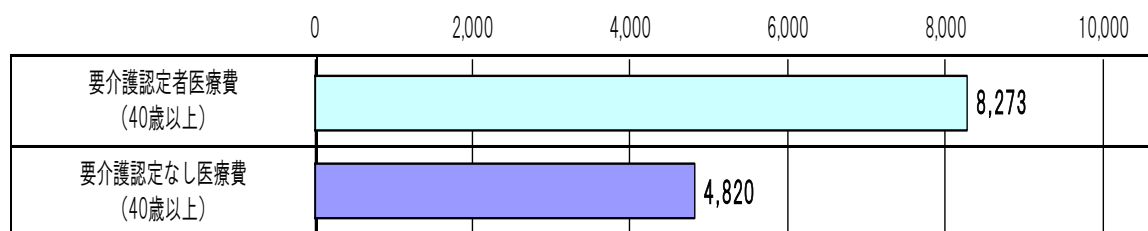
【表 2-30】

要介護認定者の状況 (H28年度)

要介護 認定状況	受給者区分		2号		1号						合計			
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計					
	被保険者数		8,165人		3,307人		4,071人		7,378人		15,543人			
	認定者数		35人		131人		1,536人		1,667人		1,702人			
	認定率		0.43%		4.0%		37.7%		22.6%		11.0%			
	新規認定者数		0人		3人		22人		25人		25人			
介護度 別人数	要支援1・2		2	5.7%	27	20.6%	374	24.3%	401	24.1%	403	23.7%		
	要介護1・2		11	31.4%	57	43.5%	640	41.7%	697	41.8%	708	41.6%		
	要介護3～5		22	62.9%	47	35.9%	522	34.0%	569	34.1%	591	34.7%		
要介護 突合状況	（レセプトの 診断名より 重複して計上） 有病状況	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
		件数		--	12		52		936		988		1000	
		血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	5 41.7%	脳卒中	16 30.8%	虚血性 心疾患	346 37.0%	虚血性 心疾患	358 36.2%	虚血性 心疾患	361 36.1%
				2	腎不全	4 33.3%	虚血性 心疾患	12 23.1%	脳卒中	313 33.4%	脳卒中	329 33.3%	脳卒中	334 33.4%
				3	虚血性 心疾患	3 25.0%	腎不全	6 11.5%	腎不全	135 14.4%	腎不全	141 14.3%	腎不全	145 14.5%
			基礎疾患	糖尿病等		11 91.7%	糖尿病等	39 75.0%	糖尿病等	828 88.5%	糖尿病等	867 87.8%	糖尿病等	878 87.8%
				血管疾患 合計		11 91.7%	合計	40 76.9%	合計	841 89.9%	合計	881 89.2%	合計	892 89.2%
			認知症		認知症	1 8.3%	認知症	11 21.2%	認知症	311 33.2%	認知症	322 32.6%	認知症	323 32.3%
		筋・骨格疾患		筋骨格系	12 100.0%	筋骨格系	41 78.8%	筋骨格系	839 89.6%	筋骨格系	880 89.1%	筋骨格系	892 89.2%	

要介護認定の有無別 1 件当たり医療費の比較(H28 年度)

【表 2-31】



要介護認定のレセプトから有病状況を分析すると血管疾患によるものが 89.2%でした。要介護認定の有無で医療費を比較すると、要介護認定を受けている人の医療費が要介護認定を受けていない人の医療費よりも 1 件当たり約 3,500 円高くなっています。特定健診を受診し血管疾患共通リスクである高血圧や糖尿病、脂質異常症を防ぐことが介護予防と医療費適正化につながると考えられます。

【表 2-32】

新規人工透析患者の状況(H25～28)

	合計	糖尿病性腎症		腎硬化症		糸球体腎炎		腎不全・その他	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
人数	27	10	37.0%	5	18.5%	5	18.5%	7	26.0%
男	15	7	46.7%	3	20.0%	2	13.3%	3	20.0%
女	12	3	25.0%	2	16.7%	3	25.0%	4	33.3%
年齢	40～64歳	3	33.3%	0	0.0%	1	33.3%	1	33.3%
	65～74歳	13	46.1%	2	15.4%	3	23.1%	2	15.4%
	75歳～	11	27.3%	3	27.3%	1	9.0%	4	36.4%

(腎不全協会資料から抜粋)

【表 2-33】

新規人工透析者の健診受診状況(国保加入者のみ)

	国保加入状況		健診受診状況(40～74歳)	
	5年以内	5年以上前	有(5年以内)	無し
男	4	5	4	5
女	3	2	1	4

平成 25 年から 28 年度までの新規人工透析患者の原因疾患では、糖尿病性腎症が 37%を占め最も多く、次いで腎硬化症と糸球体腎炎となっています。年齢構成を見ると 65～74 歳の方が、男性では特に糖尿病性腎症が多くなっています。また国保加入後 5 年以内に透析に開始した方が 7 人いることから被用者保険加入者を含む働き盛り世代への健康づくりの推進が重要です。

国保加入者 14 名のうち 64%の方が健診を受けていなかったことや基礎疾患に糖尿病や高血圧などがあること、健診を受けていた 5 人の中にも健診受診時に尿蛋白の出現や eGFR の低下が見られたことから、引き続き重症化予防の取組を行っていく必要があります。

(3) 健診受診者の実態 (表 2-34、2-35、2-36、2-37)

当町の健診受診者は全国と比較して空腹時血糖と HbA1cが高い特徴があります。さらに 40～64 歳の男女ともに BMI、GPT、HDL、拡張期血圧、尿酸の有所見者が多く、内臓脂肪の蓄積によるものが考えられます。

メタボに関する有所見で 3 項目ともに該当する者の割合が高く、血管障害を起こし動脈硬化につながることで、虚血性心疾患や脳血管疾患を引き起こす危険性が大きいといえます。30 歳代健診でも既に BMI や HbA1c など肥満が原因と思われる項目の有所見が高くなっていますので若い世代からの健康づくりへの取組が必要と思われます。

【表 2-34】

特定健診の有所見者状況

単位：人・%

性別		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国		30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8	
県		13,867	31.7	22,276	51.0	11,205	25.6	9,061	20.7	4,127	9.4	14,353	32.8	22,131	50.6	7,491	17.1	23,720	54.3	10,701	24.5	19,091	43.7	1,057	2.4
保険者	合計	310	33.6	407	44.1	197	21.4	223	24.2	84	9.1	522	56.6	627	68.0	186	20.2	477	51.7	237	25.7	412	44.7	25	2.7
	40-64	125	35.1	151	42.4	103	28.9	112	31.5	36	10.1	174	48.9	222	62.4	84	23.6	174	48.9	106	29.8	173	48.6	6	1.7
	65-74	185	32.7	256	45.2	94	16.6	111	19.6	48	8.5	348	61.5	405	71.6	102	18.0	303	53.5	131	23.1	239	42.2	19	3.4

性別		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国		20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2	
県		13,265	23.1	11,289	19.6	8,805	15.3	5,259	9.1	1,251	2.2	11,479	20.0	28,733	49.9	1,202	2.1	27,441	47.7	9,027	15.7	31,316	54.4	193	0.3
保険者	合計	309	27.3	200	17.7	144	12.7	108	9.5	18	1.6	464	41.0	808	71.4	24	2.1	562	49.7	219	19.4	579	51.2	6	0.5
	40-64	92	24.0	58	15.1	55	14.4	36	9.4	9	2.3	133	34.7	248	64.8	5	1.3	156	40.7	84	21.9	214	55.9	1	0.3
	65-74	217	29.0	142	19.0	89	11.9	72	9.6	9	1.2	331	44.3	560	74.9	19	2.5	406	54.3	135	18.0	365	48.8	5	0.7

*全国については、有所見割合のみ表示

【表 2-35】

30歳代健診の有所見状況

			BMI		内臓脂肪		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		eGFR	
			25以上		腹囲 男85・女90		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		60未満	
	受診者	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
総数	52	11	21.2	12	23.1	12	23.1	8	15.4	0	0.0	3	5.8	15	28.8	5	9.6	8	15.4	2	3.8	17	32.7	0	0.0	1	1.9	
男性	18	8	44.4	11	61.1	8	44.4	8	44.4	0	0.0	1	5.6	5	27.8	4	22.2	6	33.3	2	11.1	9	50.0	0	0	0	0	
女性	34	3	8.8	1	3.2	4	11.8	0	0.0	0	0.0	2	5.9	10	29.4	1	3.2	2	5.9	0	0.0	8	23.5	0	0	1	3.2	

【表 2-36】

平成 28年度特定健診結果

受診者数 (受診率)	2,119人 43.1%
1次：全ての健診項目が正常の人 2次：1次、3次以外 3次：健診項目のうち1つでも受診勧奨 判定値以上の項目がある人	

項目			受診者数	正常値		保健指導 判定値		受診勧奨 判定値		再掲①		再掲②		
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
身体 の 大 き さ	BMI		2,119	1,483	70.0%	636	30.0%	--	--	--	--	--	--	
	腹囲		2,119	1,495	70.6%	624	29.4%	--	--	--	--	--	--	
血管への影響（動脈硬化の危険因子）	内臓脂肪の蓄積	中性脂肪	2,119	1,767	83.4%	314	14.8%	38	1.8%	18	0.8%	--	--	
		HDLコレステロール	2,119	2,015	95.1%	76	3.6%	28	1.3%	--	--	--	--	
		AST（GOT）	2,119	1,805	85.2%	256	12.1%	58	2.7%	--	--	--	--	
		ALT（GPT）	2,119	1,778	83.9%	255	12.0%	86	4.1%	--	--	--	--	
		γ-GT（γ-GTP）	2,119	1,738	82.0%	270	12.7%	111	5.2%	--	--	--	--	
	内皮障害	血圧	収縮期	2,119	1,051	49.6%	541	25.5%	527	24.9%	93	4.4%	18	0.8%
			拡張期	2,119	1,652	78.0%	218	10.3%	249	11.8%	53	2.5%	9	0.4%
			計	2,119	991	46.8%	529	25.0%	599	28.3%	118	5.6%	22	1.0%
		尿酸	2,111	1,917	90.8%	134	6.3%	60	2.8%	--	--	--	--	
	インスリン抵抗性	空腹時血糖	2,011	994	49.4%	844	42.0%	173	8.6%	--	--	--	--	
		HbA1c	2,095	617	29.5%	1,288	61.5%	190	9.1%	67	3.2%	18	0.9%	
		尿糖	2,117	2,075	98.0%	16	0.8%	26	1.2%	--	--	--	--	
	腎臓	クレアチニン	2,112	1,785	84.5%	291	13.8%	36	1.7%	--	--	--	--	
		GFR（糸球体濾過量）	2,112	1,825	86.4%	241	11.4%	46	2.2%	--	--	--	--	
		尿蛋白	2,116	2,001	94.6%	75	3.5%	40	1.9%	--	--	--	--	
		尿潜血	2,090	1,708	81.7%	265	12.7%	117	5.6%	--	--	--	--	
	その他の動脈硬化危険因子	LDLコレステロール	2,119	1,095	51.7%	494	23.3%	530	25.0%	193	9.1%	56	2.6%	

厚生労働省「標準的な検診・保健指導プログラム」

健診項目の保健指導判定値及び受診勧奨判定値

項目			正常値	保健指導 判定値	受診勧奨 判定値	再掲①	再掲②	参考	
身体 の 大 き さ	BMI		～24.9	25.0～				メタボリックシンドローム 診断基準検討委員会: メタボリックシンドロームの 定義と診断基準	
	腹囲	男性 女性	～84.9 ～89.9	85～ 90～					
血管への影響 (動脈硬化の危険因子)	内臓 脂肪の 蓄積	中性脂肪		～149	150～299	300～	400～	日本動脈硬化学会: 動脈硬化性疾患 予防ガイドライン	
		HDLコレステロール		40～	35～39	～34			
		AST (GOT)		～30	31～50	51～		日本消化器病学会: 肝機能研究班意見書	
		ALT (GPT)		～30	31～50	51～			
		γ-GT (γ-GTP)		～50	51～100	101～			
	内皮 障害	血圧	収縮期	～129	130～139	140～	160～	180～	日本高血圧学会: 高血圧治療ガイドライン
			拡張期	～84	85～89	90～	100～	110～	
		計	正常血圧	正常高値血圧	I 度高血圧以上	Ⅱ 度以上	Ⅲ 度以上		
	イン ス リ ン 抵 抗 性	尿酸		～7.0	7.1～7.9	8.0～			日本痛風・尿酸代謝学会: 高尿酸血症・痛風の 治療ガイドライン
		空腹時血糖		～99	100～125	126～			日本糖尿病学会: 糖尿病治療ガイド
		HbA1c		～5.5	5.6～6.4	6.5～	7.0～	8.0～	
	腎臓	尿糖		(－) or (±)	(＋)	(2＋) ～			
		クレアチニン	男性 女性	～1.00 ～0.70	1.01～1.29 0.71～0.99	1.3～ 1.0～			人間ドック学会: 判定区分
		GFR (糸球体濾過量)		60～	50～60未満 70歳以上:40～	50未満 70歳以上:40未満			日本腎臓学会: CKD診療ガイド
		尿蛋白		(－) or (±)	(＋)	(2＋) ～			
	尿潜血		(－) or (±)	(＋)	(2＋) ～				
	その他の動脈 硬化危険因子		LDL コレステロール	～119	120～139	140～	160～	180～	日本動脈硬化学会: 動脈硬化性疾患 予防ガイドライン

【表 2-37】

特定健診のメタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
保 険 者	合計	922	38.1	24	2.6%	130	14.1%	5	0.5%	96	10.4%	29	3.1%	253	27.4%	46	5.0%	11	1.2%	96	10.4%	100	10.8%
	40-64	356	29.6	19	5.3%	46	12.9%	2	0.6%	25	7.0%	19	5.3%	86	24.2%	5	1.4%	5	1.4%	42	11.8%	34	9.6%
	65-74	566	46.6	5	0.9%	84	14.8%	3	0.5%	71	12.5%	10	1.8%	167	29.5%	41	7.2%	6	1.1%	54	9.5%	66	11.7%

女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
保 険 者	合計	1,131	45.3	15	1.3%	55	4.9%	3	0.3%	48	4.2%	4	0.4%	130	11.5%	20	1.8%	6	0.5%	63	5.6%	41	3.6%
	40-64	383	34.3	7	1.8%	12	3.1%	0	0.0%	12	3.1%	0	0.0%	39	10.2%	8	2.1%	4	1.0%	15	3.9%	12	3.1%
	65-74	748	54.2	8	1.1%	43	5.7%	3	0.4%	36	4.8%	4	0.5%	91	12.2%	12	1.6%	2	0.3%	48	6.4%	29	3.9%

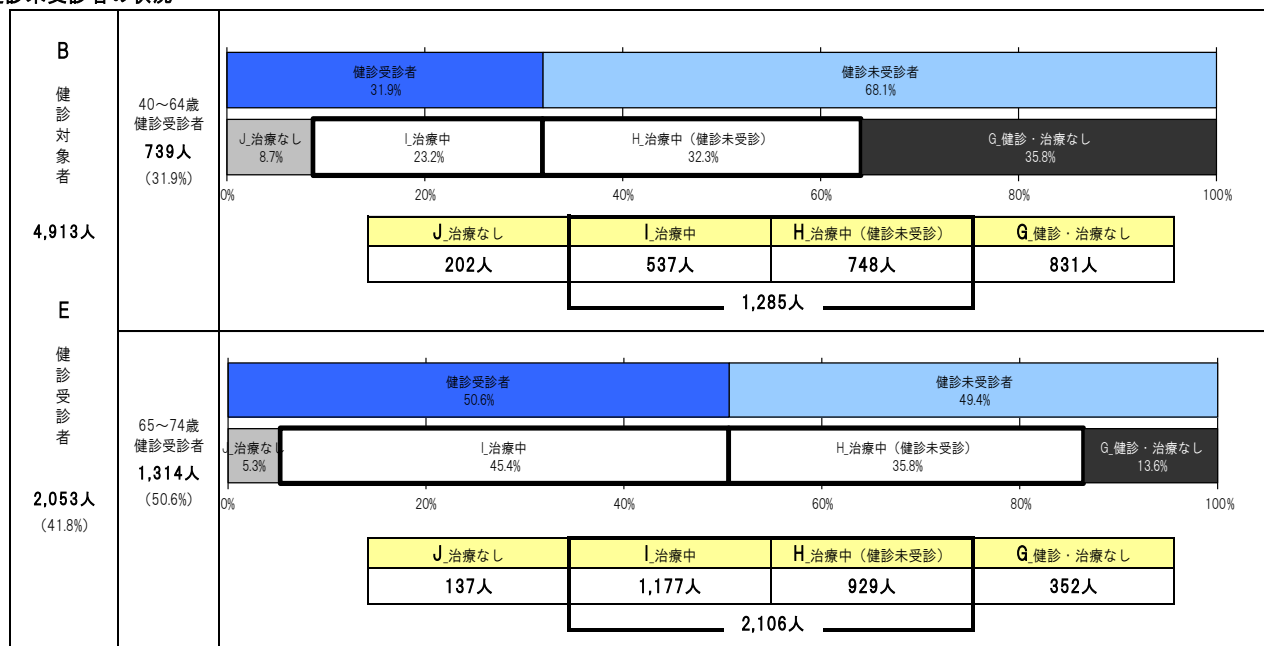
(4) 受診者の把握 (表 2-38、2-39)

健診未受診者のうち健診も治療も受けていない人が40～64歳までの若い世代で35.8%と高くなっています。これは健診も治療も受けていないため自分自身の体の実態が全くわからない人が多いということが推測されます。また健診受診者と未受診者の生活習慣病治療費の比較では健診の受診が医療費適正化の面において有効であることがわかります。そのため治療中の方にも健診受診につなげるように、かかりつけ医との連携が必要です。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

【表 2-38】

健診未受診者の状況



【表 2-39】

	0	10,000	20,000	30,000	40,000 (円)
健診受診者の 生活習慣病治療費		10,199円			
健診未受診者の 生活習慣病治療費					37,678円

3) 目標の設定

(1) 成果目標

①長期的な目標の設定

今後ますます高齢化が進むため医療費そのものを抑えることは難しいことから重症化による入院医療費を抑えることとし、長期目標を「1人当たりの入院医療費の伸び率を横ばいにする」とします。

②中期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症は医療費が高額となり、要介護認定につながるということがわかりました。

中・長期目標である3疾患の入院医療費の伸び率は、脳血管疾患・心疾患で減少し、介護給付費では給付費・1件当たりの給付費の減少、新規認定者数の減少が見られました。

平成35年度までの目標として「脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の新規患者数を減らしていくこと」を目指します。また「慢性腎不全（透析有）の総医療費に占める割合を減少させること」を目指し、具体的には「糖尿病性腎症による人工透析の割合を減少させること」を目指します。

平成31年度の医療費やレセプト情報等をもとに中間評価を行い、目標の見直しを行ないます。

③短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、「高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくこと」を目標とします。また「高血圧、脂質異常症、糖尿病の保健指導判定値以上の対象者で紹介状発行者の未受診者の割合」を減らします。

高血圧は脳血管疾患・虚血性心疾患になった人の約8割が基礎疾患となっていたことから、「高血圧Ⅱ度以上者(160/100以上)の割合を1.6ポイント減少させる」ことを目標とします。さらにH30年度から新たな基準による心電図検査を実施するため対象者の選定と更に医療機関との連携を図り、健診結果に応じた保健指導、栄養指導を行なっていきます。また新規人工透析患者の37%が糖尿病性腎症が原因であったことから「健診受診者のHbA1c6.5(治療中7.0)以上の割合を1.5%減少」を目指します。

それぞれの目標は健診結果とレセプト等が揃う毎年5月に各担当と地区担当者

が情報を整理し評価を行なっています。

目標を達成するためには医療機関へ受診が必要な人に適切な受診の働きかけや治療を継続するための働きかけをするとともに継続的な治療が必要であるにもかかわらず医療機関への受診を中断している人への適切な保健指導を行ないます。その際には必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ります。

また治療中のデータから、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があります。これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため栄養指導等の保健指導を行っていきます。

具体的には、各種ガイドラインや日本人の食事摂取基準(2015 年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善に向けた支援をしていきます。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施して、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であることから、特定健診受診率、特定保健指導実施率の目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載しています。

【表 2-40】

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画		健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値			中間評価値					最終評価値	現状値の把握方法		
					H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35				
等計画	特定健診		医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率の伸び率を毎年0.6ポイント上昇させる	41.7%	42.3%	42.9%	43.5%	44.1%	44.7%	45.3%	45.9%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)			
				特定保健指導実施率70.0%以上	67.5%	68.0%	68.5%	69.0%	69.5%	70.0%	70.0%	70.0%		70.0%		
40～59歳の特定健診受診率の向上（40歳代26.4% 50歳代42.5%）					40代22.9% 50代38.0%	40代23.4% 50代38.5%	40代23.9% 50代40%	40代24.4% 50代40.5%	40代24.9% 50代41%	40代25.4% 50代41.5%	40代25.9% 50代42%	40代26.4% 50代42.5%				
データヘルス計画	中長期	・1人当たりの医療費の増加 ・糖尿病性腎症による人工透析入院費用の増加 ・外来費用額の糖尿病、高血圧の県内順位が1位 ・HbA1c5.6%以上の割合が61.5%で県内、同規模と比較して高い	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	慢性腎不全（透析有）の総医療費に占める割合の減少	6.0%	5.9%	5.8%	5.7%	5.6%	5.5%	5.4%	5.4%	KDBシステム			
				糖尿病レセプトのうち人工透析割合の減少	1.3%							1.0%				
				虚血性心疾患の新規発症患者数を5%減少させる	146人							138人	保健事業支援システム			
				脳血管疾患の新規発症患者数を5%減少させる	118人							112人				
				短期	・BMI25以上の肥満者の増加 ・男性のメタボ該当者の増加 ・尿蛋白2+以上の有所見者が県や同規模に比べ高い	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	27.7%			26.7%				25.7%	特定健診結果
							健診受診者のⅡ度高血圧者の割合を1.6%減少（160/100以上）	5.6%							4.0%	
	健診受診者の脂質異常者の割合を5%減少（LDL140以上）	25.0%						22.6%				20.0%				
	健診受診者のHbA1c6.5(治療中7.0)以上の割合を1.5%減少	9.0%										8.5%				
	HbA1cの紹介状発行者の未受診者の割合を減少	12.3%						11.3%				10.3%				
	重症化予防対象者の割合の5%減少	29.2%						26.8%				24.2%				
	保険者努力支援制度	短期	がんによる死亡率が60.8%と全国・県に比べて高い	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診受診率の増加	15.2%								増加へ 地域保健事業報告		
					肺がん検診受診率の増加	22.7%										
大腸がん検診受診率の増加					19.5%											
子宮頸がん検診受診率の増加					6.7%											
乳がん検診受診率の増加					9.2%											
長期		自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康マイレージの取組みを行う実施者の割合の増加	開始	数値の把握	増加傾向へ						増加傾向へ	健康保険課			

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第3期特定健診等実施計画について

医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条において、実施計画を定めるものとされています。

なお、第1期及び第2期は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第3期(平成30年度以降)からは6年一期として策定します。

2. 目標値の設定

特定健診の受診率の目標値は毎年0.6ポイントずつ上げ、2023年度には45.9%を目指します。特定保健指導実施率の目標値は0.5ポイントずつ上げ、2023年度は70%を維持することを目指します。

【表3-1】

項目	H28年度	H29年度 目標	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度	国の目標 (市町村国保)
	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	
特定健診 受診率	41.7%	42.3%	42.9%	43.5%	44.1%	44.7%	45.3%	45.9%	60.0%
40～74歳 被保険者数見込み		5,156	5,012	4,838	4,732	4,612	4,369	4,165	
除外者(長期入院者等)		138	138	138	138	138	138	138	
対象者見込み数		5,018	4,874	4,700	4,594	4,474	4,231	4,027	
受診者予定者		2,123	2,091	2,045	2,026	2,000	1,917	1,848	

* 除外者は平成28年度実績値

【表3-2】

項目		H28年度	H29年度 目標	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度	国の目標 (市町村国保)
		2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	
特定保健指導率		67.5%	68.0%	68.5%	69.0%	69.5%	70.0%	70.0%	70.0%	60.0%
積極的支援	対象者数		61	60	59	58	58	55	53	
	実施予定者数		25	24	23	23	23	22	21	
	実施率		41.0%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	
動機付け支援	対象者数		120	119	116	115	114	109	105	
	実施予定者数		98	99	98	97	97	93	90	
	実施率		81.7%	83.2%	84.5%	84.5%	84.5%	85.3%	85.7%	
合計	対象者数		181	179	175	173	172	164	158	
	実施予定者数		123	123	121	120	120	115	111	

H25～28年度の特定保健指導対象者平均発生率で算出

【目標設定の要点】

平成28年度において特定健康診査受診率41.7%となっており、また第2期特定健診等実施計画の目標値である60%を達成できていないことを踏まえ、平成28年度の前年度伸び率0.6ポイントを参考に2023年度の目標値を45.9%とします。平成31年度に中間評価を行い、2023年度の特定健診受診率の目標値の見直しを実施します。

高齢化が進み受診率の高い高齢者層が毎年、後期高齢者医療へ移行し特定健診の対象者から外れていくため受診率の向上には新規受診者を増やす必要があります。そのため40～50歳代の受診率を向上させることとし、具体的には2023年度の目標を40歳代26.4%、50歳代42.5%を目指します。

また健診未受診者で治療中の人も健診対象とする国の方針が改めて示されましたが、高血圧や糖尿病等により医療機関に受診している人が1,608人【表3-10】いることから受診率向上の取組として、

かかりつけ医と連携した受診勧奨と血液検査結果等の提供による**みなし健診**の呼びかけを依頼していきます。また事業所で健診を受けている人や人間ドック等個人で健診を受けている人もいることから健診結果提供についても依頼を行なっていきます。

特定保健指導実施率は毎年0.5ポイントずつ上げ、2023年度は70%を目指します。脳血管疾患などを発症している人はメタボにより高血圧等で既に治療している人もいることから、特定保健指導対象者のみに保健指導を実施しても重症者は減少しません。また当町の特徴である高血糖者への保健指導を実施し糖尿病発症予防を行なうことで新規の糖尿病患者数の減少につながるため広く保健指導を行なうこととし、特定保健指導実施率は0.5ポイントずつ上げていくことを目指します。

3. 対象者の見込み

受診率向上に向け、より予防効果の高い若年層から健診を受ける習慣を定着化し将来の重症化を予防するため未受診者対策を次のように実施します。

【表 3-3】

目的	受診率向上に向けた取組内容
若年層の受診率を上げる (30代健診)	・こども課と協力し、乳幼児健診・歯科検診会場での受診勧奨やすくすく便りに健診啓発の記事を掲載 ・保育所や幼稚園、学校など子ども向けの健康教育時に保護者向けの健康教育と受診勧奨
各年代の受診率を上げる	・年度末年齢の40、50、60歳を対象に健診案内を通知 ・年度末年齢の40歳を対象に電話や訪問等による受診勧奨 ・広報誌による健診のお知らせ(年3回) ・夜間、休日健診の実施 ・事業所訪問による受診勧奨 ・集団健診前に未受診者への受診勧奨通知 ・集団健診前に電話等による受診勧奨 ・健康づくり推進員や食生活改善推進員による受診勧奨 ・年度途中加入者へ健診お知らせを窓口で配布 ・保険証切り替え時に健診お知らせを配布 ・事業所における健診結果提供依頼 ・健康マイレージの活用 ・歯科医院、薬局や地元商店へ特定健診受診率向上に向けた協力を依頼(ポスター掲示) ・健康教育や健康まつり等での健診受診の呼びかけ ・包括支援センターと協力し、介護予防事業での健診受診の呼びかけ
継続受診者を増やす	・健診結果説明会や個別保健指導により継続受診の必要性を説明 ・過去に健診を受けている人で継続受診していない人への受診勧奨 ・科学的根拠に基づく保健指導の実施
治療中の人の受診率を上げる	・かかりつけ医に特定健診受診率向上に向けた協力を依頼 ・みなし健診への協力を依頼(対象者への通知) ・集団健診受診前の通知に治療中の方へ診療情報提供等の依頼を掲載 ・専門外来(眼科・耳鼻科等)への受診啓発グッズ配置

【表 3-4】

特定健診受診率の推移(法定報告値)

	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
対象者数	6,390	6,248	6,017	5,878	5,663	5,436	5,262	5,060	4,919
受診者数	2,548	2,349	2,185	2,146	2,142	2,088	2,016	2,082	2,051
受診率	39.9%	37.6%	36.3%	36.5%	37.8%	38.4%	38.3%	41.1%	41.7%
前年差		△2.3	△1.3	0.2	1.3	0.6	△0.1	2.8	0.6

【表 3-5】

年代別受診率の推移(法定報告値)

男性		40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	合計
平成25年度	対象者数	152	171	223	339	582	572	578	2,617
	受診者数	26	28	53	93	193	279	276	948
	受診率	17.1%	16.4%	23.8%	27.4%	33.2%	48.8%	47.8%	36.2%
平成28年度	対象者数	127	139	182	255	502	724	496	2,425
	受診者数	29	28	52	74	173	332	234	922
	受診率	22.8%	20.1%	28.6%	29.0%	34.5%	45.9%	47.2%	38.0%

女性		40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	合計
平成25年度	対象者数	122	148	192	312	590	670	785	2,819
	受診者数	17	32	37	94	233	334	393	1,140
	受診率	13.9%	21.6%	19.3%	30.1%	39.5%	49.9%	50.1%	40.4%
平成28年度	対象者数	103	120	137	264	490	743	637	2,494
	受診者数	20	33	37	86	205	386	362	1,129
	受診率	19.4%	27.5%	27.0%	32.6%	41.8%	52.0%	56.8%	45.3%

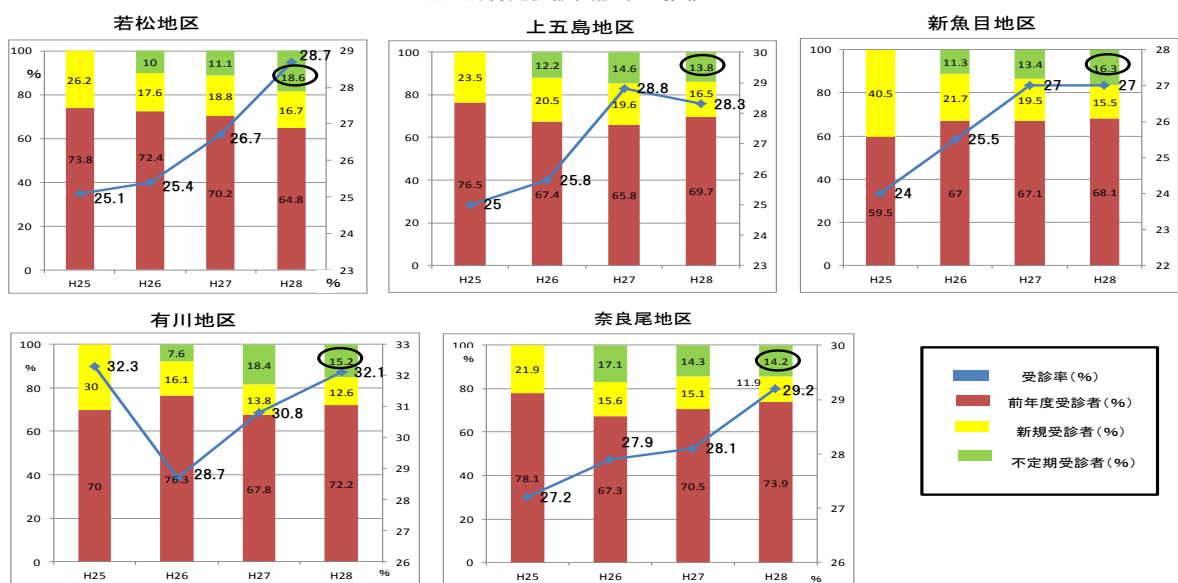
【表 3-6】

特定保健指導実施率の推移(法定報告値)

		H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
積極的支援	対象者数	125	92	67	78	58	62	54	64	58
	実施者数	33	13	4	13	6	3	6	18	24
	実施率	26.4%	14.1%	6.0%	16.7%	10.3%	4.8%	11.1%	28.1%	41.4%
動機付け支援	対象者数	275	230	157	176	149	144	106	114	105
	実施者数	175	116	108	110	110	112	73	88	86
	実施率	63.6%	50.4%	68.8%	62.5%	73.8%	77.8%	68.9%	77.2%	81.9%
合計	対象者数	400	322	224	254	207	206	160	178	163
	実施者数	208	129	112	123	116	115	79	106	110
	実施率	52.0%	40.1%	50.0%	48.4%	56.0%	55.8%	49.4%	59.6%	67.5%

【表 3-7】

地区別特定健診受診率の推移



【表 3-8】

30代健診の受診者数

	H25年	H26年	H27年	H28年
人数	28	32	57	52

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。被保険者の利便性や地域の特性を考慮し、町が指定する医療機関と健診機関と委託契約を行います。

- ① 個別健診（町内医療機関）
- ② 集団健診（長崎県健康事業団）

(2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、及び実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められています。

(3)健診実施機関リスト

特定健診機関や日時、受診方法については町の広報誌やホームページ、案内通知でお知らせします。

健診実施場所及び時期

健診名	実施場所	実施時期
個別健診	町内の指定医療機関	4 月～翌年 3 月中旬
集団健診	町内施設（公民館等）	10 月

(4) 対象者

特定健診の対象者は当町の国民健康保険加入者のうち、実施年度中に 40～74 歳までになる人となります。ただし、妊産婦や厚生労働大臣が定める人（特別養護老人ホーム入所者や 6 ヶ月以上の長期入院者、海外在住者等）は除きます。また 30～39 歳の 30 歳代健診や 75 歳以上の方の後期高齢者健康診査についても特定健診と同じ内容で実施します。

(5)特定健診実施項目

生活習慣病予防のために特定保健指導を必要とする人を抽出する項目（内臓脂肪に着目して国が定めた実施基準）に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血、貧血）を実施します。

【表 3-9】

基本的な健診項目	国が定めた項目	・問診 ・身体計測(身長、体重、腹囲、BMI) ・理学的検査(診察) ・血圧測定 ・血中脂質(中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール) ・肝機能検査 AST(GOT)、ALT(GTP)、γ-GT(γ-GTP) ・血糖検査(空腹時血糖、随時血糖、HbA1c検査) ・尿検査(尿糖、尿蛋白)
	新上五島町独自の追加項目	・腎機能検査(血清尿酸) ・尿検査(尿潜血)
詳細な健診項目	国が定めた項目	・心電図検査 ・眼底検査 ・腎機能検査(血清クレアチン)
	新上五島町独自の追加項目	・貧血検査(赤血球、ヘマトクリット、血色素量)

* 腎機能検査(血清クレアチン)と貧血検査は全員に実施します

(6)実施時期

年度当初の4月から翌年3月まで実施します。

(7)医療機関との適切な連携

治療中でも特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨をしていただくよう、医療機関へ協力を依頼します。

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を進めていきます。

(8)請求・支払い事務の代行機関

特定健診に係る費用(自己負担額を除く)の請求・支払い事務は、長崎県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託して行ないます。

(9)健診の案内方法

受診率の向上につながるよう、様々な機会を通じて受診や健診日程などの案内を行います。

- ・広報かみごとう、ホームページ、回覧板による周知
- ・郵送による特定健診受診券および「特定健診・がん検診のお知らせ」「集団健診日程の案内」の送付
- ・未受診者の状況把握と受診勧奨
- ・事業所や商工会等への案内送付

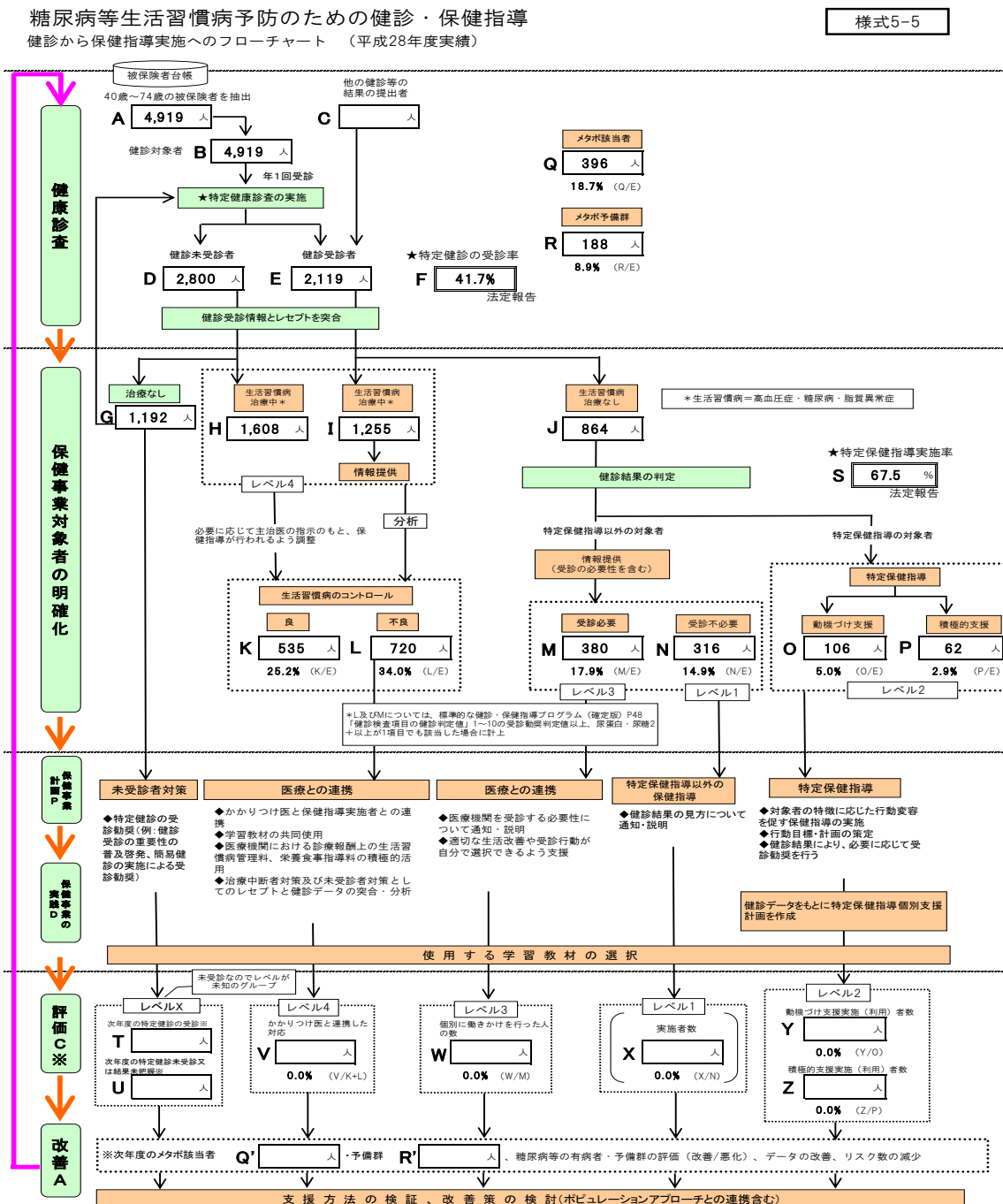
5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態でおこないます。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

【表 3-10】



(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

【表 3-11】

優先 順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の割合)	目標実施率 (2023 年度)
1	O P	特定保健指導 O:動機付け支援 P:積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容 を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受 診勧奨を行う	168 人 (7.93%)	70.0%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性につ いて通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が 自分で選択できるよう支援	380 人 (17.9%)	HbA1c6.5 以 上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 健診受診の重要性の普及啓発 夜間・休日健診の実施による受診 勧奨	2,800 人 (56.9%)	
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・ 説明	316 人 (14.9%)	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者 との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の 生活習慣病管理料、栄養食事指 導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者 対策としてのレセプトと健診データの 突合・分析	1,255 人 (59.2%)	

(3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成します。

【表 3-12】

健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	契約締結 ・特定健診とがん検診等、各種健診の広報 ・健診対象者抽出と通知 ・個別健診開始(～3月中旬まで) ・受診券の送付(個別健診)	対象者抽出(個別健診)	・後期高齢者健診・がん検診開始
5月	・町内事業所へ健診結果提供依頼と夜間休日健診の案内	保健指導開始	地域保健・健康増進事業実績報告書作成 データヘルス目標達成状況評価
6月	・夜間、休日健診実施(町内医療機関)		・代行機関(国保連合会)を通じて費用決済の開始
7月			
8月		前年度特定保健指導実績入力	
9月	・集団健診通知(8月までの健診未受診者抽出)		・前年度特定健診、特定保健指導実績報告終了
10月	・集団健診実施		健診結果分析 次年度予算
11月			
12月	・診療情報提供の依頼(みなし健診)	集団健診保健指導開始	
1月			
2月			
3月	個別健診終了		事業評価

6. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および新上五島町個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理します。

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

医療保険者としての新上五島町国民健康保険における特定健診等の記録の保存期間は、記録日の属する年度の翌年度から5年間とします。

ただし、電磁的に保存されている特定健診の結果等は、他の記録より比較的保存に係る負担が少なく、生活習慣病は検査数値の異常が現れてから10年以上を経過して発症すること多いことから、保存期間は10年間とします。

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度11月1日までに報告を行ないます。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項(保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない)に基づく計画は、新上五島町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 保健事業の内容

1 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すものとし、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していきます。そのためには生活習慣病の重症化予防の取組と広く町民に周知、啓発する取組（ポピュレーションアプローチ）を組み合わせる必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進行の抑制を目指し、虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防・糖尿病性腎症重症化予防の取組を行います。具体的には医療受診が必要な人には適切な受診勧奨を、また治療中の人には医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病予防の取組が健康な町民を増やしていく事につながることで、また重症化にすることで医療費や介護費用の増大につながっている等の実態やその背景にある新上五島町の地域特性について広く町民へ周知・啓発を行なっていきます。働く世代から健康意識を高めるポピュレーションアプローチとして「健康マイレージ」の利用促進等インセンティブ事業の強化をすすめていきます。

生活習慣病予防の観点からみると子どもの世代から食生活等への支援に取り組む事がとても重要であり、なかでも乳幼児期・学童期・思春期の生活習慣の形成には周囲の大人のかかわり方が大きく影響しています。妊娠性糖尿病による妊婦健診精密検査受診券発行数の増加や30歳代健診の結果で既に肥満や高血糖がみられるため、若い世代向けの取組として引き続き30歳代健診とそれに伴う保健指導を実施し生活習慣病発症予防に努め、さらにこども課と連携し保護者自身の健康づくりと妊娠・出産・子育てまで切れ目ない支援を行なっていきます。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってきます。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があり、第3章の特定健診等実施計画に基づいて実施します。

当町においては男性のメタボ該当者が多く特に65～74歳の該当者の割合が高くなっています。退職時に既に生活習慣病で治療を開始し、複数の疾患を保有して国保に加入する人も多いため被用者保険との間で健康課題の共有と重症化予防対策での連携を図り、町内の事業所へ従業員の健康づくり支援の取組を進めていく必要があると考えます。

2 重症化予防の取組

(1) 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては厚生労働省「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて(平成 29 年7月 10 日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ)」、および長崎県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムに基づき、以下の視点で PDCA に沿って実施します。また「糖尿病治療ガイド(日本糖尿病学会編)」、「生活習慣病からの新規透析導入者の減少に向けた提言(日本腎臓病学会編)」に基づき取組みを行ないます。

なお取組にあたっては【表 4-1】に沿って実施します。

- ①健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- ②治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- ③糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

【表 4-1】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項 目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	P 計 画 準 備	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○			□
2		健康課題の把握	○			□
3		チーム内での情報共有	○			□
4		保健事業の構想を練る(予算等)	○			□
5		医師会等への相談(情報提供)	○			□
6		糖尿病対策推進会議等への相談	○			□
7		情報連携方法の確認	○			□
8		対象者選定基準検討		○		□
9		基準に基づく該当者数試算		○		□
10		介入方法の検討		○		□
11		予算・人員配置の確認	○			□
12		実施方法の決定		○		□
13		計画書作成		○		□
14		募集方法の決定		○		□
15		マニュアル作成		○		□
16		保健指導等の準備		○		□
17		(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○			□
18		個人情報情報の取り決め	○			□
19		苦情、トラブル対応	○			□
20	D 受 診 勧 奨	介入開始(受診勧奨)		○		□
21		記録、実施件数把握			○	□
22		かかりつけ医との連携状況把握		○		□
23		レセプトにて受診状況把握			○	□
24	D 保 健 指 導	募集(複数の手段で)		○		□
25		対象者決定		○		□
26		介入開始(初回面接)		○		□
27		継続的支援		○		□
28		カンファレンス、安全管理		○		□
29		かかりつけ医との連携状況確認		○		□
30	C 評 価 報 告	記録、実施件数把握			○	□
31		3ヶ月後実施状況評価			○	□
32		6ヶ月後評価(健診・レセプト)			○	□
33		1年後評価(健診・レセプト)			○	□
34		医師会等への事業報告	○			□
35	A 改 善	糖尿病対策推進会議等への報告	○			□
36		改善点の検討		○		□
37		マニュアル修正		○		□
38		次年度計画策定		○		□

* 平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ 糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開 図表15を改変

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては新上五島町 CKD 重症化予防対策基準や長崎県糖尿病性重症化予防プログラム、厚生労働省公表の「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて(平成 29 年7月 10 日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ)」に基づき抽出する対象者を以下のとおりとします。

- ①医療機関未受診者
- ②糖尿病治療中断者
- ③ハイリスク者
 - ・糖尿病性腎臓病の病期が第 2 期、第 3 期及び第 4 期と思われる者
 - ・糖尿病性腎症を発症していないがⅡ度高血圧以上の者、メタボ該当者
 - ・その他保険者及びかかりつけ医が必要と認めた者

(2)選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があり、その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とします。

【表 4-2】

糖尿病性腎症病期分類(改訂) 注1		
病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上 注2
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) 注3	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300 以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上 注4
第4期 (腎不全期)	問わない 注5	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握します。当町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施して実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握が難しくなっています。CKD 診療ガイド 2012(日本腎臓病では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。これを踏まえて、レセプトデータ、特定健診データから対象者を算出したものです。【表 4-2】

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを突合した図表 4-3 を見ると、当町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 100 人(30.5%-F)でした。また 40～74 歳における糖尿病治療者 883 人中のうち、特定健診受診者が 228 人(69.5%・G)、うち合併症予防目標の HbA1c7.0%以上であったが、117 人(51.3%-J)となっています。糖尿病治療の方で 655 人(74.2%-I)が特定健診を受けていませんでした。

特定健診受診者における糖尿病型 328 人(15.5%-E)を糖尿病性腎症病期分類で見ると、94 人(26.7%-M)が第2期から第4期までに相当し、特に 49 人は可逆的な第 2 期に相当することがわかりました。

③ 介入方法と優先順位

【表 4-3】より当町においての介入方法は以下のとおりです。

優先順位1

【受診勧奨】

- ① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(表 4-3 F)・・・ 100 人
 - ② 糖尿病治療中であつたが中断者・・・未把握
- 介入方法として家庭訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位2

【保健指導】

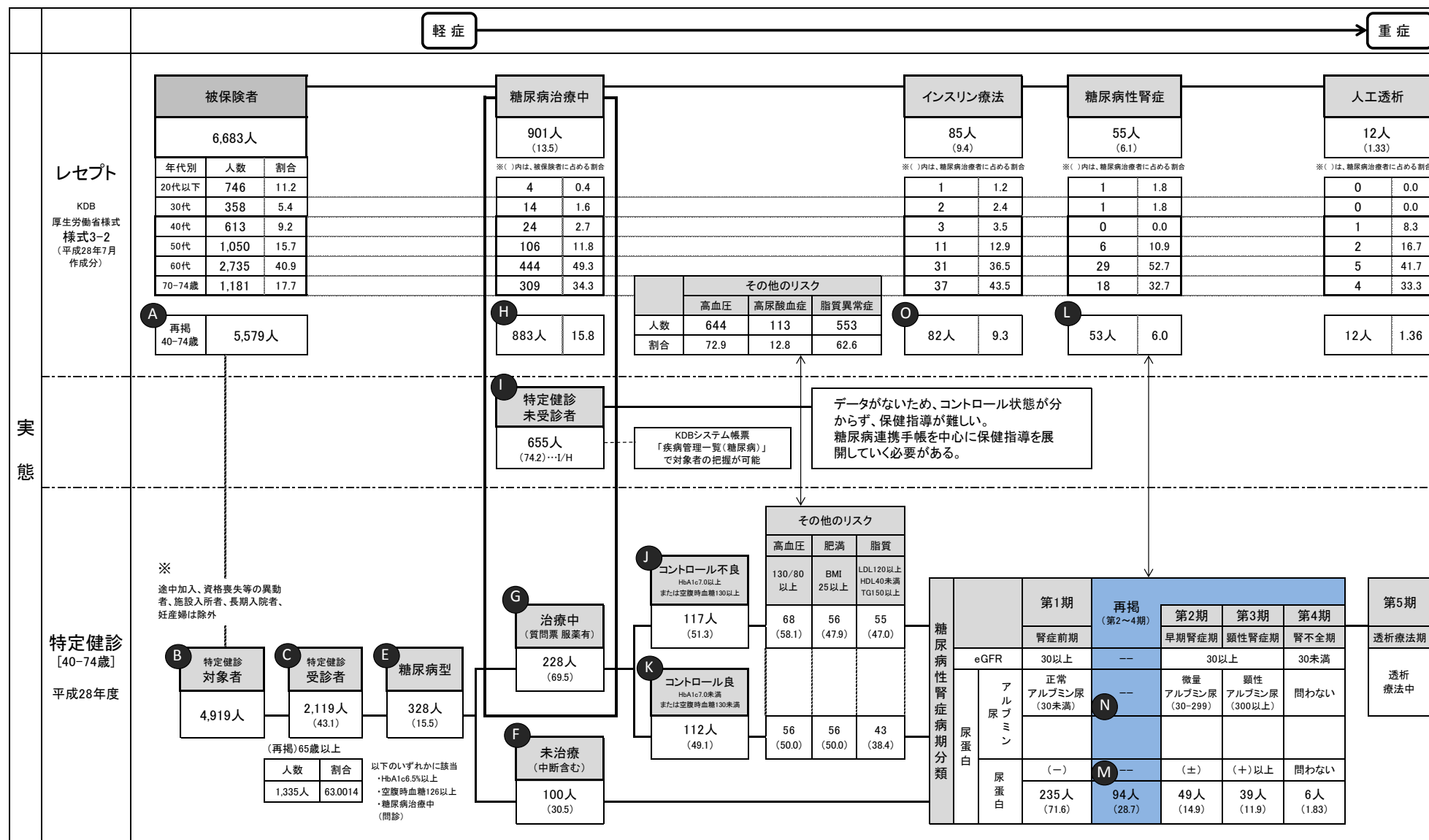
- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(表 4-3 J)・・・ 117 人
- ・介入方法として家庭訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

【保健指導】

- ・糖尿病治療中であり、過去に特定健診のある人・・・未把握
- ・介入方法として家庭訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

【表 4-3】



【表 4-4】

糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目			突 合 表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基
				28年度		29年度		30年度		29年度同規模保険者数164		
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	A	6,683人								KDB 厚生労働省様式 様式3-2
	②	(再掲)40-74歳		5,579人								
2	①	対象者数	B	4,919人								市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書
	②	受診者数	C	2,119人								
	③	受診率		43.1%								
3	①	対象者数		163人								
	②	実施率		67.5%								
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	328人	15.5%						特定健診結果
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	100人	30.5%						
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	228人	69.5%						
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	117人	51.3%						
	⑤				血圧 130/80以上	68人	58.1%					
	⑥				肥満 BMI25以上	56人	47.9%					
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	112人	49.1%						
	⑧		第1期 尿蛋白(ー)	M	235人	71.6%						
	⑨		第2期 尿蛋白(±)		49人	14.9%						
	⑩		第3期 尿蛋白(+)以上		39人	11.9%						
	⑪		第4期 eGFR30未満		6人	1.8%						
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		134.8人						KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	②		(再掲)40-74歳(被保険者千対)		158.3人							
	③		レセプト件数 (40-74歳)		3,288件	(616.1)					KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④		()内は被保険者千対 入院外(件数)		49件	(9.2)						
	⑤		糖尿病治療中	H	901人	13.5%					KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥		(再掲)40-74歳	883人	15.8%							
	⑦		健診未受診者	I	655人	74.2%						
	⑧		インスリン治療	O	85人	9.4%						
	⑨		(再掲)40-74歳		82人	9.3%						
	⑩		糖尿病性腎症	L	55人	6.1%						
	⑪		(再掲)40-74歳		53人	6.0%						
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		12人	1.33%					KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
	⑬		(再掲)40-74歳	12人	1.36%							
	⑭		新規透析患者数		3	25%						
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症		2	16.67%						
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		18人	1.4%						
6	①	医療費	総医療費		22億6521万円						KDB 健診・医療・介護データからみ る地域の健康課題	
	②		生活習慣病総医療費		13億5246万円							
	③		(総医療費に占める割合)		59.7%							
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		10,199円						
	⑤			健診未受診者		37,678円						
	⑥		糖尿病医療費		1億3122万円							
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		9.7%							
	⑧		糖尿病入院外総医療費		4億7500万円							
	⑨		1件あたり		42,681円							
	⑩		糖尿病入院総医療費		3億7519万円							
	⑪		1件あたり		531,437円							
	⑫		在院日数		15日							
	⑬		慢性腎不全医療費		1億4275万円							
	⑭		透析有り		1億3634万円							
	⑮		透析なし		641万円							
7	①	介護	介護給付費		27億4265万円							
	②		(2号認定者)糖尿病合併症	1件	100.0%							
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		1人	0.3%					KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳(表 4-5)及び年次計画表(図 4-6)で行い、担当地区ごとに作成し管理していきます。

【糖尿病台帳作成手順】

(1) 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載します。

＊HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

＊HbA1c6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する

＊当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c6.5%以上になった場合は記載する

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載

① 治療状況の把握

- ・特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認
- ・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認
- ・データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入
- ・がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算

(5) 担当地区の対象者数の把握

- ① 未治療者・中断者(受診勧奨者)
- ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)

【表 4-5】

番号	追加 年度	地区	氏名	性別	年度 年齢	診療開始日 合併症の有無		項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出 死亡	備考	
						糖尿病		糖	服薬								
						高血圧			HbA1c								
						虚血性心疾患		糖 以外	体重								
						脳血管疾患			BMI								
						糖尿病性腎症			血圧								
								CKD	GFR								
									尿蛋白								
						糖尿病		糖	服薬								
						高血圧			HbA1c								
						虚血性心疾患		糖 以外	体重								
						脳血管疾患			BMI								
						糖尿病性腎症			血圧								
								CKD	GFR								
									尿蛋白								

【图 4-6】

結果把握

保健指導の優先づけ

糖尿病管理台帳からの年次計画

年度

担当者名:

担当地区:

対象者把握	地区担当が実施すること	他の専門職との連携										
糖尿病管理台帳の全数(㊸+㊹) ()人 ㊸健診未受診者 ()人 結果把握(内訳) <table><tr><td>①国保(生保)</td><td>()人</td></tr><tr><td>②後期高齢者</td><td>()人</td></tr><tr><td>③他保険</td><td>()人</td></tr><tr><td>④住基異動(死亡・転出)</td><td>()人</td></tr><tr><td>⑤確認できず</td><td>()人</td></tr></table> ⑦-1 未治療者(中断者含む) ()人 *対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である ㊹結果把握 ()人 ①HbA1cが悪化している ()人 ②例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している ()人 *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある ②尿蛋白 (一) ()人 (±) ()人 (+) ~顕性腎症 ()人 ③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 ()人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ()人	①国保(生保)	()人	②後期高齢者	()人	③他保険	()人	④住基異動(死亡・転出)	()人	⑤確認できず	()人	1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ----- ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因 2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 ----- 4. 結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導 -----	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力 かかりつけ医、糖尿病専門医 尿アルブミン検査の継続 栄養士中心 腎専門医
①国保(生保)	()人											
②後期高齢者	()人											
③他保険	()人											
④住基異動(死亡・転出)	()人											
⑤確認できず	()人											

4) 保健指導の実施

糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。当町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子と合わせて、対象者に応じた保健指導を行っていくこととします。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用します。(図 4-7)

【図 4-7】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

☆保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資 料
インスリン非依存状態: 2型糖尿病 ① 病態の把握は検査値を中心に行われる 経年表 → ② 自覚症状が乏しいので中断しがち ③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、個々人の状況を確認し対応する	未受診者の保健指導 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそこそ… ③糖尿病性神経障害とそのすすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
食事療法・運動療法の必要性 ① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という)「代謝改善」という言い方 ② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する ○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 } 6.0%未満	9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料
薬物療法 ①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量 ②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る ③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある ④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度肝・腎機能を評価 ⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬	23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ } 薬が必要になった人の保健指導 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともと働きの助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者の受診勧奨に当たっては、対象者の同意が確認できた人は、事前に各医療機関へ連絡し、医療機関と連携を取りながら支援していきます。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、自己管理を行なうとともに、かかりつけ医からの検査データの収集や保健指導内容等を情報提供していきます。

糖尿病治療中で特定健診未受診者はかかりつけ医と連携して、受診勧奨やみなし健診の実施について、薬局や歯科医院に糖尿病管理手帳の活用について協力をお願いし実態把握に努めていきます。

6) 福祉部門(介護保険や障害者福祉)との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の介護保険サービスや障害者福祉サービスの利用の必要が出てきた場合は地域包括支援センターや福祉長寿課や障害者相談支援事業所等と連携していきます。

特に重症化するおそれのある人に対しては、重症化予防の視点を入れたケアプランの作成の協力を依頼し、多職種と連携した支援を実施していきます。

7) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行い、その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用します。

(1) 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への介入率

イ. 医療機関受診率

ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

② 保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

○eGFR の変化(1 年で 25%以上の低下、1 年で5ml/1.73 m²以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

(2)中長期的評価

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の総医療費に占める割合で評価します。

8) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ地区担当者が介入(通年)

3 月 事業評価(介入率・医療機関受診率等、保健指導実施率)
台帳へ介入前後の検査値記録の記載

(2)虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づき実施します。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていきます。

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の1つであり「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル:日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

しかし新上五島町においては健診受診者2,119人のうち各医療機関(個別健診)受診での詳細項目としての検査はされておらず、特定健診システムでの心電図検査の結果が管理できていません。

当町は虚血性心疾患による要介護認定率が高くなっているため、医療機関へ詳細項目の実施についてお願いし、所見があり治療につながっていない場合は医療機関への受診を勧めていきます。

② 保健指導対象者の把握

ガイドラインなどに基づき虚血性心疾患の重症化予防の保健指導対象者を抽出したものが【表 4-8】です。当町では健診受診者 2,119 人のうち重症化予防対象者は 618 人(29.2%)であり、そのうち未治療者は 160 人(18.5%)となっているため医療機関への受診勧奨が必要であり、受診勧奨後に治療につながったかどうか確認していく必要があります。また、458 人(36.5%)は治療中のため、医療機関と連携した保健指導を実施していく必要があります。

保健指導においては対象者の経年データを参考にしながら状態に応じた受診勧奨及び保健指導が必要です。なお保健指導教材を用いながら指導を行ないます。

③ 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目です。町内の医療機関への詳細項目の実施についてお願いしていきます。

また心電図検査を実施しない場合、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握しています。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していきます。

【表 4-8】

脳・心・腎を守るために－重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする－

健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少				虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少				糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少							
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2009 (脳卒中合同ガイドライン委員会)				虚血性心疾患の一次予防ガイドライン (2006年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン (2005年度合同研究班報告))				糖尿病治療ガイド 2014-2015 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)					
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血(7%) 脳出血 (18%) 脳梗塞 (75%) 心原性 脳塞栓症 (27%) ラクナ 梗塞 (31.9%) アテローム 血栓性 脳梗塞 (33.9%) ※脳卒中 データバンク 2009より 非心原性脳梗塞				心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症											
優先すべき 課題の明確化	高血圧症		心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム		糖尿病		慢性腎臓病(CKD)						
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2009 (日本高血圧学会)			動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準		糖尿病治療ガイド 2012-2013 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)						
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上		心房細動	LDL-C 180mg/dl以上		中性脂肪 300mg/dl以上		メタボ該当者 (2項目以上)		HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)		蛋白尿 (2+) 以上		eGFR50未満 70歳以上40未満		
受診者数 2,119																
対象者数	118	5.6%	0	0.0%	56	2.6%	38	1.8%	396	18.7%	114	5.4%	40	1.9%	46	2.2%
治療なし	69	5.9%	0	0.0%	50	3.5%	29	2.0%	59	6.8%	65	3.5%	6	0.7%	8	0.9%
(再掲) 特定保健指導	13	11.0%	0	--	8	14.3%	10	26.3%	59	14.9%	5	4.4%	1	2.5%	2	4.3%
治療中	49	5.1%	0	0.0%	6	0.9%	9	1.3%	337	26.9%	49	21.4%	34	2.7%	38	3.0%
臓器障害 あり	4	5.8%	0	--	3	6.0%	1	3.4%	3	5.1%	5	7.7%	6	100.0%	8	100.0%
CKD (専門医対象者)	4		0		3		1		3		5		6		8	
尿蛋白 (2+) 以上	2		0		1		1		0		2		6		1	
尿蛋白 (+) and 尿潜血 (+) 以上	1		0		1		0		2		2		0		0	
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	2		0		1		0		1		3		1		8	
心電図所見あり	0		0		0		1		0		0		1		0	
臓器障害 なし	65	94.2%	--		47	94.0%	28	96.6%	56	94.9%	60	92.3%	--		--	

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、【表 4-9】の問診が重要です。対象者が症状を理解し症状の変化から医療受診するなど早期対応により重症化の予防につながります。

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけ、治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。

虚血性心疾患に関する症状

【表 4-9】

- ・少なくとも 15 秒以上症状が持続
- ・同じような状況で症状がある
- ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある
- ・首や肩、歯へ放散する痛み
- ・冷汗や吐気を伴う

症状の現れ方	労作性狭心症	不安定狭心症	急性心筋梗塞
どんな時に症状があるか	労作時	安静時・労作時間関係なく	
症状の期間	3週間同じような症状	3週間以内に症状出現 徐々に悪化	急な激しい胸部痛
時間	3～5分程度 (休むとよくなる)	数分～20分程度	20分以上 (安静でも寛解せず)

(2) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフロチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017)によると糖尿病、慢性腎臓病(CKD)が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととします。

なお糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載できるようにになっていますが、糖尿病管理台帳にはない LDL コレステロールに関連する管理については今後検討してきます。

4) 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集します。

5) 福祉部門(介護保険や障害者福祉)との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の介護保険サービスや障害者福祉

サービスの利用の必要が出てきた場合は地域包括支援センターや福祉長寿課や障害者相談支援事業所等と連携していきます。

特に重症化するおそれのある人に対しては、重症化予防の視点を入れたケアプランの作成の協力を依頼し、多職種と連携した支援を実施していきます。

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとします。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用していきます。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて実施していきます。

(1) 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム、LDL コレステロール等重症化予防対象者の減少

7) 実施期間及びスケジュール

- 4 月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 5月～ 特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)
- 3 月 事業評価(詳細健診実施状況、介入率等)

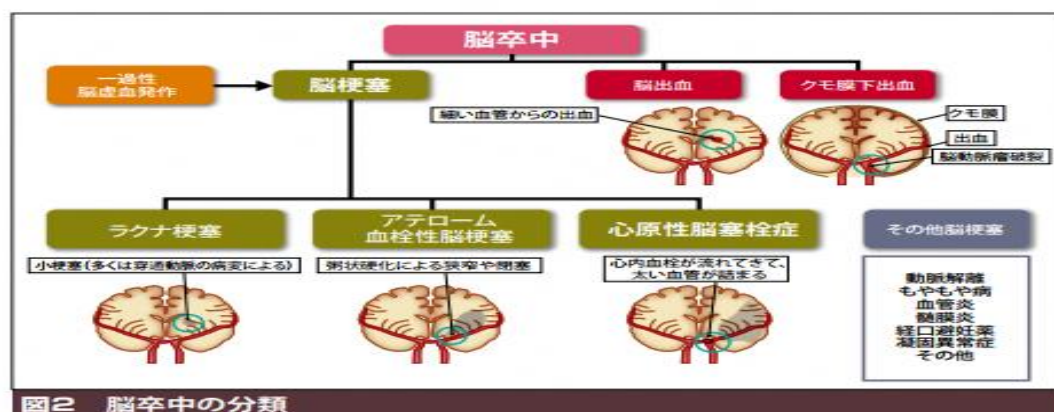
(3)脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていきます。(図 4-10、表 4-11)

【図 4-10】

【脳卒中の分類】



【表 4-11】

脳血管疾患とリスク因子

リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

1) 対象者の明確化

①重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては、特定健診受診者の健診データから実態を把握します。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨の対象者の把握することができます。脳血管疾患においては高血圧が最も重要な危険因子であり、重症化予防対象者を見るとⅡ度以上の高血圧の人が 118 人(5.6%)おり、このうち未治療者が 69 人でした。また治療なし 69 人のうち 4 人(5.8%)が既に臓器障害の所見が見られるため早急な医療機関の受診が必要です。

さらに治療中のⅡ度以上高血圧の人でも 49 人(5.1%)いるため、医療機関と連携した保健指導を行なう必要があります。

【表 4-12】

脳卒中ガイドライン2015に基づく重症化予防対象者数

脳卒中ガイドライン2015															
脳梗塞	ラクナ梗塞	●		●					○		○		○		
	アテローム血栓性脳梗塞	●		●		●			○		○		○		
	心原性脳塞栓症	●					●		○		○		○		
脳出血	脳出血	●		●											
	くも膜下出血	●		●											
リスク因子 (●危険因子、○ハイリスク因子)		高血圧		糖尿病		脂質異常		心房細動		メタボリックシンドローム		慢性腎臓病(CKD)			
特定健診受診者における重症化予防対象者		血圧Ⅱ度以上		HbA1c(NGSP) 6.5%以上		LDLコレステロール 180mg/dl以上		心房細動		メタボ基準該当		尿蛋白(2+)以上		eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	
受診者 2119人		118	5.6%	114	5.4%	56	2.6%	—		396	18.7%	40	1.9%	46	2.2%
↓	治療なし	69	5.9%	65	3.5%	50	3.5%	—		59	6.8%	6	0.7%	8	0.9%
	治療あり	49	5.1%	49	21.4%	6	0.9%	—		337	26.9%	34	2.7%	38	3.0%
臓器障害あり		4	5.8%	5	7.7%	3	6.0%	—		3	5.1%	6	100.0%	8	100.0%
CKD(専門対象者)		4		5		3		—		3		6		8	
尿蛋白(2+以上)		2		2		1		—		0		6		1	
尿蛋白(+)and尿潜血(+)以上		1		2		1		—		2		0		0	
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)		2		3		1		—		1		1		8	
心電図所見あり		—		—		—		—		0		—		—	

* 臓器障害ありの割合: 治療なしの人に対する割合

新規受診者と継続受診者の高血圧有所見率の比較

【表 4-13】

高血圧									
				新規受診者			継続受診者		
	人数	Ⅱ度以上	割合	人数	Ⅱ度以上	割合	人数	Ⅱ度以上	割合
治療なし	741	55	7.4%	145	17	11.7%	596	38	6.4%
治療中	781	35	4.5%	106	12	11.3%	675	23	3.4%

重症化しやすいⅡ度以上の高血圧の有所見状況をみると、新規受診者の有所見者が高いため健診の新規受診者に対する保健指導を確実に実施していく必要があります。またこのことから健診未受診者の中に潜在的な重症者が多くいると推測されます。地区ごとに健診未受診者の実態を把握し、受診勧奨を強化していく必要があります。

新規受診者で治療中の中にもⅡ度以上の高血圧の方が 11.3%いるため、保健指導の実施とともに重症化を防ぐためにも健診を継続受診してもらえるようかかりつけ医との連携を図っていく必要があります。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子ですが、高血圧以外の危険因子との組み合わせと脳・心・腎疾患など臓器障害の程度は深く関与しています。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要があります。

【表 4-14】は降圧剤治療者を除いているため、重症化予防対象者の高リスク群にあたる①②の人については早急な受診勧奨が必要になってきます。

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

【表 4-14】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)		血圧分類 (mmHg)							低リスク群	中リスク群	高リスク群
		至適血圧 ~119 / ~79	正常血圧 120~129 / 80~84	正常高値血圧 130~139 / 85~89	I度高血圧 140~159 / 90~99	Ⅱ度高血圧 160~179 / 100~109	Ⅲ度高血圧 180以上 / 110以上				
リスク層 (血圧以外のリスク因子)		1,163	318	284	242	250	55	14	3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	1ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	ただちに降圧薬治療
			27.3%	24.4%	20.8%	21.5%	4.7%	1.2%	23	131	165
			2.0%	11.3%	14.2%				23	5	0
			100%	3.8%	0.0%				--	126	42
			--	--	123				--	--	123
											74.5%
再掲 重複あり	リスク第1層 (予後影響因子がない)	142	60	31	23	5	0				
		12.2%	18.9%	10.9%	9.5%	9.2%	9.1%	0.0%			
	リスク第2層 (糖尿病以外の1~2個の危険因子、3項目をみたすMetSのいずれかがある)	666	189	174	135	126	32	10			
		57.3%	59.4%	61.3%	55.8%	50.4%	58.2%	71.4%			
再掲 重複あり	リスク第3層 (糖尿病、CKD、臓器障害/心血管病、4項目を満たすMetS、3個以上の危険因子のいずれかがある)	355	69	79	84	101	18	4			
		30.5%	21.7%	27.8%	34.7%	40.4%	32.7%	28.6%			
	糖尿病	121	26	33	25	32	4	1			
		34.1%	37.7%	41.8%	29.8%	31.7%	22.2%	25.0%			
再掲 重複あり	慢性腎臓病 (CKD)	145	29	28	33	44	8	3			
		40.8%	42.0%	35.4%	39.3%	43.6%	44.4%	75.0%			
再掲 重複あり	3個以上の危険因子	164	25	33	43	54	7	2			
		46.2%	36.2%	41.8%	51.2%	53.5%	38.9%	50.0%			

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては血圧の高い人には血圧のことがイメージできるように、心房細動がある人には服薬管理の重要性が分かるように、それぞれ対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。また治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合や過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行い、医療機関と連携した保健指導を行います。

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 には「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから、重症化予防のためには頸部エコー検査と尿中アルブミン検査の二次健診等について関係機関等との協議が必要と考えます。

(2) 対象者の管理

○ 高血圧者等の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っています。なお、健診受診時に心電図検査で心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるように受診勧奨を行います。

4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していきます。

5) 福祉部門(介護保険や障害者福祉)との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の介護保険サービスや障害者福祉サービスの利用の必要が出てきた場合は地域包括支援センターや福祉長寿課や障害者相談支援事業所等と連携していきます。

特に重症化するおそれのある人に対しては、重症化予防の視点を入れたケアプランの作成の協力を依頼し、多職種と連携した支援を実施していきます。

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価については血圧評価表や糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用し、データヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行います。また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行います。

ア 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等重症化予防対象者の減少

イ 中期的評価

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の総医療費に占める割合で評価します。

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5 月 特定健診結果が届き次第、糖尿病管理台帳記載後順次、対象者へ介入
(通年)

3 月 事業評価(介入率、KDB 情報等)

3 ポピュレーションアプローチ

標準的な健診・保健指導プログラム(平成 30 年度版)によると、「保健指導は、健診結果及び標準的な質問票等に基づき、個人の生活習慣を改善する方向で支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業等の社会的要因に規定されることも大きい。このため、様々な生活の場が健康的な生活への行動変容を支え、又は維持できる環境となっていることが必要である。」

また、生活習慣病予防への挑戦(著:矢島鉄也)でも「ハイリスクアプローチは個人の健診データから入るので具体的で客観的で介入しやすい、しかしポピュレーションアプローチは住民啓発であり、効果をあげるのは難しい。住民誰でも知って欲しいこと、住民自ら理解し判断し行動できることを、地域の住民が知り、地域に根ざすことで健康づくりの文化が定着する。」「ポピュレーションアプローチは社会を変える動きである。40 歳になって健診でリスクを指摘されても、そこから生活習慣を変えるのは大変である。生活習慣は体にインプットされているので、子供の時、幼児期から良い生活習慣、食生活を身につけることが有効であり、本人にとっても幸せになる。」とされています。

ポピュレーションアプローチとして、住民一人ひとりが自分の住む地域の実態を知り、高齢化が進むこの町で、安心して健康に住み続けられるために、生涯を通じた健康づくりの取組として妊娠期からの切れ目ない支援を実施し、自分のこととして理解した上で健診を受け、その結果から生活改善に向けて実践ができるよう支援します。特に当町は、特定健診有所見率で HbA1c5.6～6.4 の割合が県内で最も多いため、ポピュレーションアプローチとして広く情報提供を行っていく必要があります。

また健康づくり計画や本計画の目標である健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現を目指すため保険者努力支援制度を活用した健康づくりの取組等の推進を図り、健康増進の取組が多くの住民に広がるよう事業を実施します。

【表 4-15】

【表 4-15】

保険者努力支援制度の視点での新上五島町の社会保障費と予防・健康管理を見る

新上五島町 人口 19,866人
(国保被保険者 6,397人)
* 後期高齢者被保険者 4,383人

社会保障費 (H28年度)

★国保医療費 **22億6,521万円**
(1人当たり医療費/年 **35.4万円**)

予防可能な生活習慣病にかかる医療費

糖尿病	1億3,121万円
高血圧	1億999万円
慢性腎臓病	1億4,275万円
脳血管疾患	6,743万円
虚血性心疾患	6,738万円

がん	3億228万円
精神	2億2,723万円

★後期高齢者 **31億9,771万円**
(1人当たり医療費/年 **73.0万円**)

予防可能な生活習慣病にかかる医療費

糖尿病	1億122万円
高血圧	1億4,397万円
慢性腎臓病	1億6,049万円
脳血管疾患	1億1,683万円
虚血性心疾患	6,968万円

がん	2億8,813万円
精神	6,654万円

★介護費 **27億4,265万円**
認定率 22.4%
(2号認定者 35人 0.4%)

2号認定者の有病状況

脳血管	5人
腎不全	4人
心疾患	3人

(予防可能な疾患が原因となっている)

★生活保護 **4億2,800万円**

医療扶助 246人
医療扶助(81.9%)
(人工透析3人)

国保基盤強化協議会事務レベルWG

「平成30年度の公費の在り方についてとりまとめ」平成29年7月5日
(H27.12～ 厚労省、知事会、市長会、町村会)国と地方の協議の場

H30年度～ 都道府県が国保財政運営の責任主体
市町村 500億円 都道府県 500億円(市町村に再配分が可能)
保険者努力支援制度のお金が増える分、住民の保険料負担が減る仕組み

医療費適正化に向けた取組等に対する支援

保険者努力支援制度

評価指標	H28年度前倒し分				
	30年度	満点	満点	新上五島町	県
総得点/(満点)	850	345	254	246.95	198.7
* 体制構築加点(H30 60点、H28年70点を除く)	790	275			
共通① 特定健診受診率	50	20	0		
共通① 特定保健指導の実施率	50	20	15	29.76	21.52
共通① メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50	20	15		
共通② がん検診受診率	30	10	0	13.81	11.89
共通② 歯周疾患(病)検診の実施率	25	10	0		
共通③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	100				
①対象者の抽出基準が明確					
②かかりつけ医との連携					
③専門職による保健指導	(50)	40	40	40	18.75
④事業評価					
⑤糖尿病対策推進会議との連携	(25)				
・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者に面談	(25)				
・保健指導、実施前後の検査結果確認、評価					
共通④ 個人への分かりやすい情報提供	25	20	20		
個人へのインセンティブ提供	70				
・個人のポイント付与等取組、効果検証	(55)	20	20	24.76	23
・商工部局、商店街等との連携	(15)				
共通⑤ 重複服薬者に対する取組	35	10	0	4.76	20.86
共通⑥ 後発医薬品の促進の取組	35	15	15	20.86	12.76
共通⑥ 後発医薬品の使用割合	40	15	15		
固有① 収納率向上	100	40	15	13.33	10.52
データヘルス計画策定状況	40				
固有② 第1期を作成、PDCAサイクルに沿った保健事業実施	(5)	10	10	10	7.16
・第2期策定に当たり、現計画定量評価					
・関係部署、県、医師会等と連携	(35)				
固有③ 医療費通知の取組	25	10	10	10	8.68
固有④ 地域包括ケアの推進	25	5	5	3.1	2.89
固有⑤ 第三者求償の取組	40	10	4	6.57	8.15
固有⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況	50				

市町村の取組が県に影響

県指標	①市町村指標の都道府県単位評価(200億円)	100
	特定健診・保健指導実施率・糖尿病重症化予防の取組	
	③都道府県の取組状況(150億円)	今後
	保険者協議会への関与、糖尿病重症化予防の取組	
	②医療費適正化のアウトカム評価(150億円)	50
	国保の年齢調整後1人当たり医療費	

平成30年度から市町村の努力に応じて保険者努力支援制度が交付されるため【保険者努力支援制度分】を差し引いて、【保険料率】を決定 (国保加入者の保険料に影響)

全国順位 **145位**/ 1,741市町村
県内順位 **7位**/ 21市町

国からの交付金 **387万円**
1点当たりの金額 **15,236円**

平成28年度の特定健診状況

健診対象者 4,919人

受診者
2,119人

高血圧(Ⅱ度以上)
未治療 69人

糖尿病(HbA1c6.5%以上)
未治療 65人

未受診者
2,800人

高血圧治療中
600人

糖尿病治療中
655人

第3期特定健診・保健指導の運用の見直し

かかりつけ医で実施された検査データを、本人同意のもと特定健診データとして活用できるようルールを整備

- 医療機関との適切な連携における優先順位
 - ・かかりつけ医から本人へ特定健診の受診勧奨を行う
 - ・保険者は、かかりつけ医で実施された検査等結果データのうち、基本健診項目をすべて満たす結果データを受領し、特定健診結果データとして活用する。
- 診療における検査データを活用する要件
 - ・医師が検査結果をもとに総合判断を実施した日付を受診日とする。
 - ・基本健診項目の検査実施と医師の総合判断の間は3ヶ月以内とする。
- 基本的な手順の流れ
 - ・保険者が本人に説明し、本人が同意し本人がかかりつけ医へ相談の上、基本健診項目の結果を保険者に提出する方法を基本とするが、地域の事情や医師会との契約の有無や内容に応じ、適切に実施する。

第5章 地域包括ケアに係る取組

当町では、新上五島町高齢者福祉計画・第7期介護保険事業計画において「地域包括ケアシステムの構築」を施策の基本方針に掲げ2025年に向けた取組を進めています。地域包括ケアシステムは介護が必要な状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしが継続できるよう、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援を一体的に提供するためのしくみです。

団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える2040(平成52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表されました。

当町の業務体制は国保と保健事業を担う健康保険課ではデータの分析と保健事業を担い、福祉長寿課が介護保険も含め、直営の地域包括支援センターと一体となって地域ケア会議や介護予防、住民啓発等を実施しています。また定期的にこども課の保健師を含めた各部門の保健師がそれぞれの保健事業等の進捗状況等の情報共有を図り、連携を取りながら事業を進めています。今後はさらに健康保険課と地域包括支援センターの保健師・栄養士が健康課題を共有し介護予防、健康づくり講座や健康道場での協力体制を進めていく必要があります。

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めており、要介護になる原因疾患の脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、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、町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながります。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえKDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施します。

①介護予防・重症化予防の取組

本町の総人口は2025年(平成37年)には16,554人で平成27年と比べ4,101人減少すると推計されています。総人口は大幅な減少が見込まれますが高齢者数は27人の微減にとどまり、年少人口や生産年齢人口が大幅に減るため高齢化率は45.8%と概ね住民の2人に1人が高齢者という社会になっています。介護を必要とする要介護認定者数は第7期介護保健事業計画では要介護3以上の重度の認定者数の増加が予想され、このまま地域包括ケアシステムの構築や重症化予防の取組が行なわれなければ介護保険料の大幅な上昇が見込まれています。(表5-1)

介護予防の推進は、高齢者が要介護状態になることの予防だけでなく、要介護状態等の軽減や悪化の防止につながります。そのため個々の高齢者の環境や健康状態に応じたアプローチが必要であり、地域におけるリハビリテーション専門職やボランティア、家族、近隣住民、そして高齢者を含めた多様な住民からなる仕組みが必要です。そのためには限られた地域資源を有効に活用する方策とともに自助・互助・公助・共助による地域全体が一体になった取組が必要になってきます。このためボランティア活動の活性化を図ると共に概ね55歳以上のこれから高齢期を迎える世代(プラチナ世代)が自分のこととして介護予防に参画するための取組が必要です。健康マイレージの活用や健診やがん検診による健康

づくりをすすめ、年代に応じた食事の質の改善や生活機能低下予防・ロコモティブシンドローム予防・認知機能の低下を予防するための健康教育を行うことにより生活習慣に起因した要介護状態になることを防ぎ、加えて健康寿命の延伸や生活の質の向上を目指します。

また介護認定を受けている人の有病状況をみると心疾患の割合が高く、筋・骨格系や認知症の割合が増加しています。認知症は早期の段階からの適切な診断と対応、認知症に関する正しい知識と理解に基づく本人や家族への支援、認知症ケアの質の向上を通じ、医療と保健、介護、地域の相互連携による総合的な支援体制を強化することが重要です。認知症予防や認知症講演会等、地域包括支援センターが取り組む介護予防事業と連携した取組を推進していきます。

【表 5-1】

本町の人口推移

	単位	平成27年	平成38年 (2025年)
総人口	人	20,655	16,554
高齢者数	人	7,606	7,579
高齢化率	%	36.8	45.8

本町の要介護認定者数の推移

	単位	平成27年	平成38年 (2025年)
要介護認定者	人	1,672	1,694
65歳以上に占める要介護認定率	人	21.5	21.8
要介護3以上の重度者数	人	557	657
要介護認定者に占める重度者の割合	%	33.3	38.8

②在宅医療・介護連携の推進

高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができる社会の実現のためには、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が必要不可欠です。

平成 28 年 4 月から在宅医療・介護連携を支援する相談窓口として在宅医療・介護連携支援センターを開設し、上五島病院に運営業務を委託することで医療と介護の一体的な整備を進めてきました。

特に高齢化の進展に伴って今後も慢性疾患や認知症等により医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者の増加が見込まれることから、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の様々な局面において、在宅医療・介護連携を推進するための体制の整備を図る必要があります。そのためには医療関係職種と介護関係職種等との連携が重要となることから、医療介護連携会「CH輪」を立ち上げ、多職種が集い研鑽できる定例会を自主的に開催しています。今後もより良い関係づくりを進めるとともに、住民の支援がスムーズに実施される体制の構築を目指します。

③地域ケア会議の推進

地域ケア会議は高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を同時に推進する地域包括ケアシステムを実現させるための重要な一つの手法です。

当町では地域ケア個別会議を 2 ヶ月に 1 回開催し、個別課題の解決およびネットワークの構築、地域課題の整理を進めています。見守り体制や権利擁護・買い物や通院のための移動支援の問題や軽微な家事援助、服薬管理等が課題として挙げられています。

個々の地域ケア会議を継続すると共に多職種協働による多角的アセスメントを実施し自立支援や重症化予防にとりくむ自立支援型の地域ケア会議の開催についても検討されており、

明らかになった地域課題についてはその解決に向けて地域ケア推進会議を継続開催し地域づくりや政策提言をすすめていく必要があります。

この地域ケア会議においてKDBを活用した地域の健康状況や訪問活動から得られた地域の状況について地域の課題として住民や関係者に理解してもらい、自分のこととして改善策を検討する取り組みを行っていきます。

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

KDB等の情報を活用し、毎年、評価を行ないます。また3年後の平成32年度に中間評価を行い、必要に応じて本計画を見直します。

また、計画の最終年度の平成35年度においては、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行います。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められています。

評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、地区担当の保健師・栄養士等が定期的に行います。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価します。特に直ちにに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとします。

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等に広く周知することが重要であるため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医療関係等などの関係団体に周知します。

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定し被保険者、保健医療関係者の理解を促進します。

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じます

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診		リスク状況		対象者			
		他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク				
① 心電図	心電図所見なし	☐ S T 変化 ☐ その他所見		⑤ 重症化予防対象者			
② 問診	☐ 自覚症状なし	☐ 症状あり ☐ 少なくとも15秒以上の症状が持続 ☐ 同じような状況で症状がある ☐ 「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 頸や肩、歯へ放散する痛み ☐ 冷汗、吐き気がある		⑤ 重症化予防対象者			
	☐ 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 ☐ 既往歴・合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 ☐ 喫煙	(1) 突然死 (2) 若年での虚血性心疾患の発症 (3) 高血圧、糖尿病、脂質異常症					
③ 健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。			⑤ 重症化予防対象者			
判定		正常	軽度		重度	追加評価項目	
□ メタボリックシンドローム	□ 腹囲		男 85～ 女 90～				
	□ BMI	～24.9	25～				
	□ 中性脂肪	空腹	～149			150～299	300～
		食後	～199			200～	
	□ nonHDL-C	～149	150～169			170～	
	□ AST	～30	31～50		51～		
	□ 血糖	空腹	～99		100～125	126～	【軽度】 ☐ 75g 糖負荷試験 【重度】 ☐ 眼底検査 ☐ 尿アルブミン/クレアチニン比
		食後	～139		140～199	200～	
	□ HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～			
	□ 尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
□ 血圧	収縮期	～129	130～139	140～	☐ 24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)		
	拡張期	～84	85～89	90～			
④ □ LDL-C	～119	120～139	140～	☐ 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無			
e G F R		60未満					
尿蛋白	(-)	(+) ～					
□ C K D 重症度分類		G3aA1～					
⑥ その他	☐ 閉経 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 睡眠・生活リズム 0 _____ 12 _____ 24				⑤ 重症化予防対象者		

参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015

平成20～28年度 9年間の特定健康診査受診率

特定健診受診率（市町村国保）

	平成20年度		平成21年度		平成22年度		平成23年度		平成24年度		平成25年度		平成26年度		平成27年度		平成28年度		
	保険者名	受診率	保険者名	受診率	保険者名	受診率	保険者名	受診率	保険者名	受診率	保険者名	受診率	保険者名	受診率	保険者名	受診率	保険者名	受診率	
1	小値賀町	48.6%	小値賀町	51.3%	佐々町	57.8%	佐々町	60.2%	小値賀町	66.9%	佐々町	58.7%	佐々町	60.2%	佐々町	58.2%	佐々町	59.1%	1
2	佐々町	46.9%	佐々町	48.1%	平戸市	48.2%	平戸市	50.4%	佐々町	61.3%	小値賀町	55.4%	小値賀町	58.9%	小値賀町	56.3%	東彼杵町	54.9%	2
3	雲仙市	40.1%	東彼杵町	43.0%	小値賀町	46.5%	壱岐市	49.6%	平戸市	55.8%	東彼杵町	54.7%	東彼杵町	54.9%	東彼杵町	55.9%	小値賀町	54.2%	3
4	波佐見町	40.0%	平戸市	41.6%	波佐見町	41.2%	波佐見町	49.6%	西海市	54.0%	平戸市	54.3%	壱岐市	54.4%	平戸市	53.3%	平戸市	52.8%	4
5	新上五島町	39.9%	波佐見町	41.0%	雲仙市	40.0%	小値賀町	46.8%	東彼杵町	53.8%	壱岐市	48.9%	平戸市	53.8%	壱岐市	53.2%	壱岐市	50.7%	5
6	平戸市	37.7%	雲仙市	39.0%	南島原市	39.9%	南島原市	44.4%	壱岐市	51.7%	南島原市	48.7%	南島原市	47.9%	島原市	47.5%	時津町	47.4%	6
7	大村市	37.2%	新上五島町	37.6%	東彼杵町	39.1%	西海市	44.4%	波佐見町	50.3%	西海市	47.9%	島原市	45.7%	波佐見町	46.9%	島原市	47.1%	7
8	五島市	36.4%	南島原市	36.3%	西海市	37.9%	島原市	42.7%	南島原市	49.7%	島原市	46.4%	波佐見町	45.0%	南島原市	46.4%	西海市	47.0%	8
9	川棚町	32.1%	大村市	36.2%	島原市	36.8%	東彼杵町	41.3%	島原市	45.4%	波佐見町	43.0%	時津町	43.8%	西海市	46.3%	長与町	45.6%	9
10	南島原市	31.7%	西海市	34.6%	新上五島町	36.3%	雲仙市	40.3%	雲仙市	44.0%	雲仙市	42.9%	西海市	43.6%	時津町	46.1%	波佐見町	45.6%	9
11	西海市	31.6%	島原市	34.4%	壱岐市	36.0%	新上五島町	36.5%	時津町	41.1%	長与町	41.8%	川棚町	42.4%	長与町	43.6%	南島原市	42.7%	11
12	全国	30.9%	壱岐市	33.3%	大村市	35.6%	大村市	36.5%	長与町	38.5%	時津町	39.6%	雲仙市	42.0%	松浦市	42.3%	松浦市	41.8%	12
13	諫早市	29.1%	五島市	32.4%	長崎県	33.8%	長与町	35.8%	諫早市	38.2%	川棚町	39.1%	長与町	41.2%	雲仙市	42.0%	新上五島町	41.7%	13
14	東彼杵町	28.9%	全国	31.4%	佐世保市	33.6%	長崎県	35.5%	長崎県	38.0%	新上五島町	38.4%	五島市	39.2%	新上五島町	41.1%	川棚町	41.4%	14
15	長崎県	28.3%	松浦市	31.3%	対馬市	33.1%	対馬市	35.3%	新上五島町	37.8%	松浦市	38.2%	松浦市	38.9%	五島市	41.0%	雲仙市	41.0%	15
16	松浦市	28.2%	佐世保市	30.3%	諫早市	32.5%	諫早市	33.6%	川棚町	37.4%	五島市	37.4%	新上五島町	38.3%	川棚町	40.6%	五島市	41.0%	15
17	壱岐市	26.9%	長崎県	30.0%	五島市	32.1%	五島市	33.3%	松浦市	36.3%	諫早市	37.2%	諫早市	38.2%	諫早市	39.4%	諫早市	40.1%	17
18	佐世保市	26.0%	川棚町	29.0%	全国	32.0%	全国	32.7%	対馬市	36.1%	長崎県	37.0%	長崎県	38.1%	長崎県	38.5%	長崎県	38.5%	18
19	島原市	24.3%	長与町	28.7%	長与町	30.6%	佐世保市	32.3%	佐世保市	35.1%	佐世保市	34.8%	対馬市	37.0%	対馬市	36.8%	対馬市	37.3%	19
20	長与町	23.7%	対馬市	27.1%	松浦市	30.0%	長崎市	31.1%	五島市	34.2%	対馬市	33.9%	佐世保市	35.1%	佐世保市	35.5%	佐世保市	35.5%	20
21	対馬市	23.6%	諫早市	26.6%	長崎市	29.7%	松浦市	29.5%	大村市	34.1%	大村市	30.9%	大村市	33.2%	大村市	33.1%	大村市	35.1%	21
22	時津町	23.1%	長崎市	23.4%	川棚町	28.1%	川棚町	28.7%	全国	33.7%	長崎市	29.7%	長崎市	32.3%	長崎市	32.2%	長崎市	32.0%	22
23	長崎市	22.9%	時津町	20.1%	時津町	27.6%	時津町	25.3%	長崎市	31.1%	※	※	※	※	※	※	※	※	

* 特定健診・保健指導等管理システム帳票TKACA003～005より作成

* 平成20年度の佐世保市・江迎町、鹿町の数値は、合併後の佐世保市として計上している。

※平成25・26年度の特定健診受診率及び保健指導終了率の全国数値(確報値)は、まだ公表されていない。(厚生労働省ホームページ)

平成20～28年度 9年間の特定保健指導終了率

特定保健指導(動機づけ支援+積極的支援)終了率 (市町村国保)

	平成20年度		平成21年度		平成22年度		平成23年度		平成24年度		平成25年度		平成26年度		平成27年度		平成28年度		
	保険者名	終了率	保険者名	終了率	保険者名	終了率	保険者名	終了率	保険者名	終了率	保険者名	終了率	保険者名	終了率	保険者名	終了率	保険者名	終了率	
1	西海市	61.0%	西海市	68.0%	雲仙市	59.2%	佐々町	57.6%	西海市	80.0%	西海市	82.0%	西海市	84.9%	西海市	74.9%	西海市	86.7%	1
2	五島市	58.2%	波佐見町	52.3%	五島市	55.5%	雲仙市	55.6%	波佐見町	75.5%	波佐見町	72.0%	島原市	76.3%	島原市	70.0%	島原市	78.9%	2
3	新上五島町	52.0%	東彼杵町	49.2%	西海市	51.1%	五島市	52.2%	南島原市	56.3%	大村市	61.8%	雲仙市	68.3%	松浦市	69.0%	時津町	76.5%	3
4	佐世保市	44.8%	諫早市	48.9%	佐々町	50.3%	西海市	48.6%	新上五島町	56.0%	南島原市	61.6%	松浦市	64.3%	川棚町	68.8%	波佐見町	73.1%	4
5	対馬市	42.2%	五島市	47.9%	新上五島町	50.0%	新上五島町	48.4%	雲仙市	54.4%	雲仙市	60.1%	対馬市	62.4%	南島原市	67.6%	東彼杵町	69.9%	5
6	小値賀町	36.8%	佐々町	44.2%	川棚町	48.6%	島原市	48.3%	五島市	54.2%	佐々町	58.3%	南島原市	61.1%	川棚町	67.6%	南島原市	68.6%	6
7	諫早市	36.1%	新上五島町	40.1%	長与町	45.9%	長与町	47.3%	佐々町	54.2%	佐世保市	57.1%	佐々町	61.1%	時津町	66.3%	新上五島町	67.5%	7
8	佐々町	31.9%	雲仙市	38.7%	波佐見町	45.0%	大村市	44.6%	島原市	53.3%	松浦市	56.7%	佐世保市	60.0%	東彼杵町	64.2%	大村市	66.3%	8
9	島原市	30.5%	大村市	38.0%	大村市	44.6%	川棚町	42.7%	時津町	51.4%	新上五島町	55.8%	長与町	59.7%	雲仙市	63.4%	雲仙市	65.0%	9
10	市町平均	27.7%	川棚町	37.0%	島原市	42.3%	対馬市	42.7%	大村市	49.8%	島原市	54.5%	東彼杵町	54.3%	大村市	62.4%	佐々町	61.3%	10
11	雲仙市	23.9%	市町平均	35.6%	東彼杵町	33.7%	波佐見町	39.4%	松浦市	48.6%	壱岐市	54.2%	壱岐市	52.9%	対馬市	60.6%	松浦市	60.7%	11
12	壱岐市	20.8%	対馬市	34.8%	市町平均	33.1%	南島原市	38.2%	佐世保市	48.0%	五島市	51.7%	新上五島町	49.4%	新上五島町	59.6%	平戸市	59.2%	12
13	長崎市	19.4%	佐世保市	34.7%	佐世保市	32.1%	平戸市	37.9%	壱岐市	47.6%	市町平均	48.7%	平戸市	49.2%	平戸市	58.7%	五島市	59.0%	13
14	大村市	15.7%	平戸市	33.1%	平戸市	31.4%	諫早市	37.8%	市町平均	45.2%	平戸市	48.5%	五島市	48.4%	佐々町	58.6%	佐世保市	58.9%	14
15	全 国	14.1%	長崎市	32.8%	壱岐市	31.2%	市町平均	37.6%	対馬市	44.8%	東彼杵町	47.6%	市町平均	47.1%	佐世保市	56.9%	壱岐市	55.3%	15
16	長与町	10.7%	島原市	32.5%	諫早市	31.2%	小値賀町	34.1%	小値賀町	41.4%	小値賀町	46.7%	大村市	47.0%	五島市	56.4%	市町平均	50.3%	16
17	時津町	9.9%	長与町	28.0%	長崎市	25.1%	長崎市	32.6%	川棚町	41.0%	対馬市	46.4%	波佐見町	47.0%	壱岐市	52.5%	対馬市	49.9%	17
18	南島原市	8.8%	小値賀町	26.6%	南島原市	23.9%	佐世保市	30.3%	東彼杵町	38.5%	長与町	40.8%	時津町	42.1%	長与町	50.5%	川棚町	49.4%	18
19	平戸市	4.2%	南島原市	22.7%	全 国	19.3%	時津町	26.7%	平戸市	34.6%	川棚町	38.4%	小値賀町	40.0%	市町平均	49.8%	長与町	46.2%	19
20	松浦市	-	壱岐市	21.8%	時津町	18.8%	東彼杵町	25.0%	諫早市	34.1%	諫早市	34.7%	川棚町	39.5%	小値賀町	46.9%	小値賀町	42.9%	20
21	東彼杵町	-	全 国	19.5%	松浦市	9.2%	全 国	21.7%	長崎市	31.3%	長崎市	32.7%	諫早市	37.1%	諫早市	39.5%	諫早市	39.5%	21
22	川棚町	-	時津町	19.3%	小値賀町	7.7%	壱岐市	20.2%	長与町	29.8%	時津町	26.1%	長崎市	28.7%	長崎市	31.1%	長崎市	31.1%	22
23	波佐見町	-	松浦市	4.8%	対馬市	-	松浦市	11.6%	全 国	19.9%	※		※		※		※		23

* 特定健診・保健指導等管理システム帳票TKACA003～005より作成

* 法定報告時に保健指導情報を未入力だった場合はーと表示。

* 平成20年度の佐世保市・江迎町、鹿町の数値は、合併後の佐世保市として計上している。