

長与町国民健康保険

第2期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

平成30年4月～平成36年3月

平成30年 4月 長与町

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
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	7
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)	30
1.第三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	41
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取組	
III 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	43
第6章 計画の評価・見直し	44
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	45

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

日本では、生活水準や保険・医療の進歩などにより平均寿命は延び続けています。しかし、急速に高齢化が進む中、生活習慣病等の疾患は増加しており、医療費や介護給付費などの社会保障費の増大が懸念されています。

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

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、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業費納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなりましたが、保健事業などの主な実施主体はこれまでどおり市町村が行うこととなっています。

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

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。）の一部改正等により、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。

長与町においては国の指針に基づき、平成27年9月に「第1期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定しました。また、特定健診の実施にあたっては、平成20年3月に、「長与町特定健診実施計画」を、平成25年3月には「第二期特定健診実施計画」を策定し、受診率の向上に向けた受診勧奨や啓発、特定保健指導や重症化予防事業などに取り組みました。

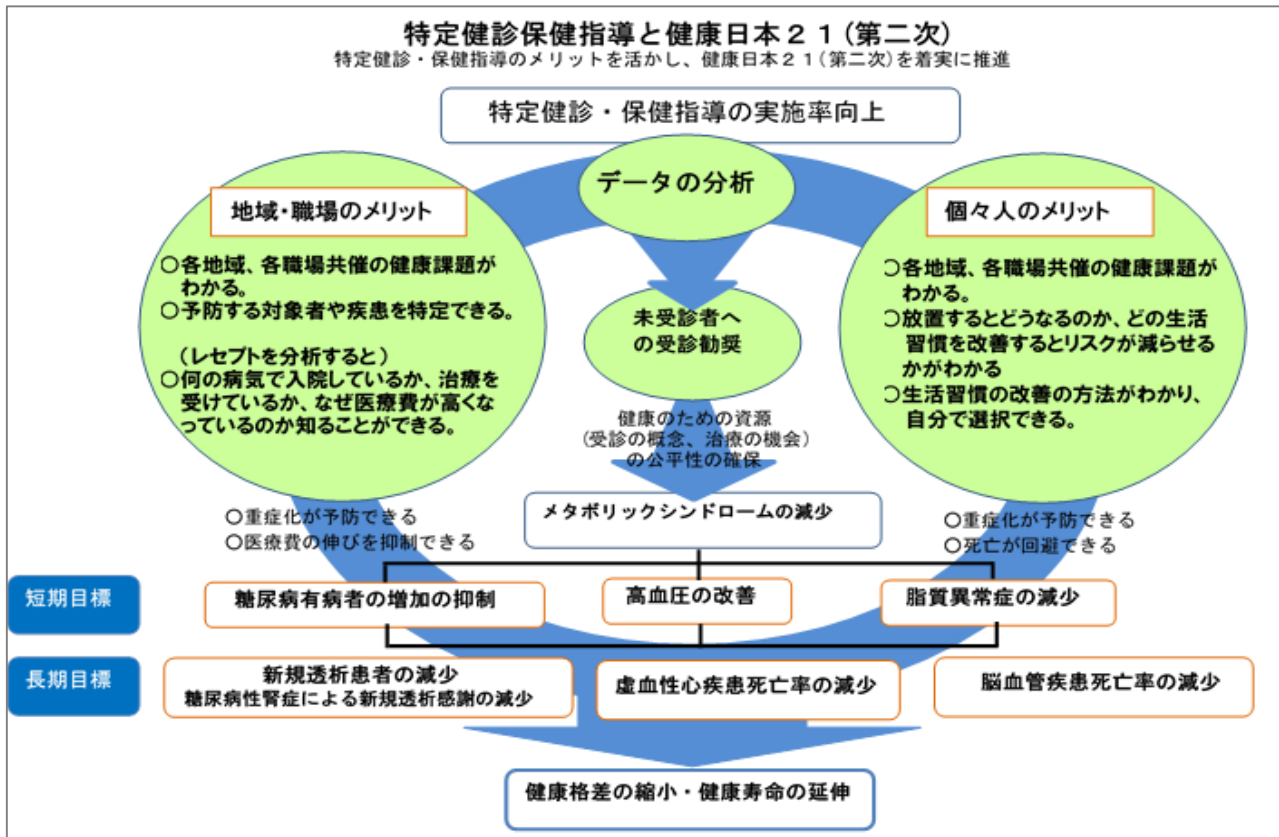
この度、「第1期保健事業計画（データヘルス計画）」及び「第二期特定健診等実施計画」の計画期間が満了になることから、新たに「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、健康寿命の延伸と長与町国保における医療費の適正化を図ります。なお、策定にあたっては、保健事業の中核をなす「第三期長与町特定健診等実施計画」を「第2期保健事業計画（データヘルス計画）」の一部として位置付け、一体的に策定します。

2. 計画の位置付け

第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が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するものです。（図2）

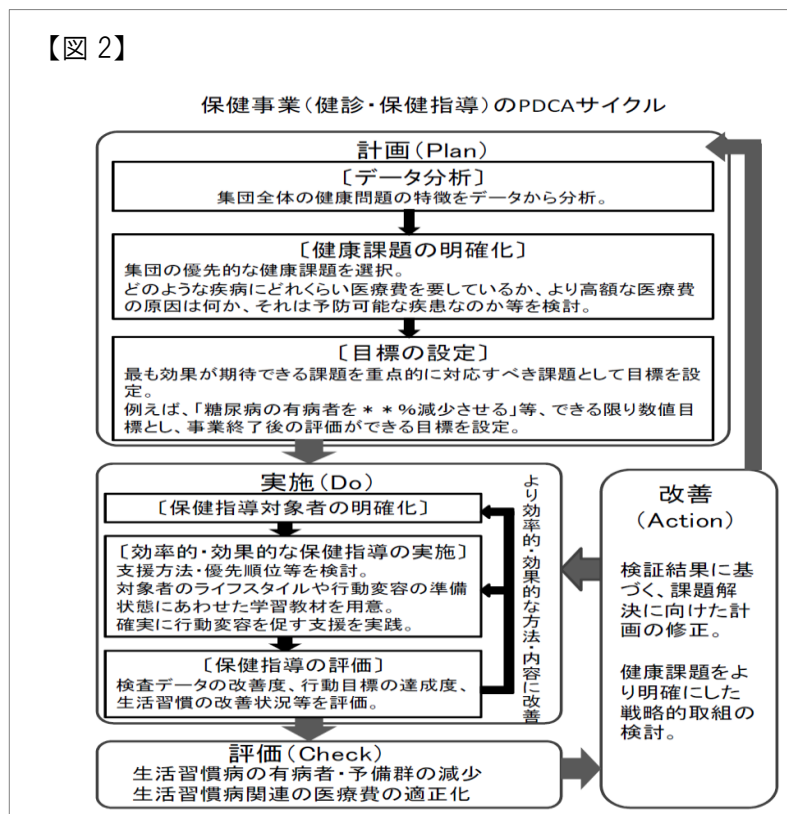
計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、県の『健康ながさき21（第2次）』や長与町の『健康ながよ21（第2次）』、『長与町老人福祉計画・第7期介護保険事業計画』、『長崎県医療費適正化計画』等と調和のとれたものとする必要があります。（図・表1）

データヘルス計画では図1で示された短期目標（糖尿病・高血圧・脂質異常症）、長期目標（糖尿病性腎臓病による新規透析患者数・虚血性心疾患死亡率の減少・脳血管疾患死亡率の減少）について、保健事業における予防可能な疾患として重点的に取り組むこととし、長与町国保においても高額な医療費が課題となっている悪性新生物、精神疾患については、健康増進計画において被保険者のみならず、町民全体に向けた事業を実施していくこととします。



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【表 1】

法定計画等の位置づけ			
	『健康日本21』 健康増進計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」
法律	健康増進法 第8条・第9条	高齢者の医療費の確保に 関する法律第19条	国民健康保険法 第82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等の一部改正
根拠・期間	法定 平成25年～34年(第2次)	法定 平成30年～35年(第3期)	法定 平成30年～35年(第2期)
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
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、重要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し、その結果社会保障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などの生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病など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、この結果国民の生活の質の維持及び向上を図りながら医療費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など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への取り組みについて保険者がその支援の中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的・効率的な保健事業を展開することを旨とする。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自身にとっても重要である。
対象年齢		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
対象疾病	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>メタボリックシンドローム 肥満</p> <p>糖尿病 糖尿病性腎症</p> <p>高血圧</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p> </div> <p>慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん</p> <p>ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>メタボリックシンドローム 肥満</p> <p>糖尿病 糖尿病性腎症</p> <p>高血圧 脂質異常症</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>メタボリックシンドローム 肥満</p> <p>糖尿病 糖尿病性腎症</p> <p>高血圧 等</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p> </div> <p>慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん</p>
評価	<p>53項目中 特定健診に関する15項目</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率</p> <p>②合併症(糖尿病性腎症による新規透析導入患者数)</p> <p>③治療継続者の割合</p> <p>④血糖コントロール総数におけるコントロール不良者</p> <p>⑤糖尿病有病者</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>⑥特定健診特定保健指導の実施率</p> <p>⑦メタボ予備軍・メタボ該当者</p> <p>⑧高血圧</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>⑨脂質異常症</p> <p>⑩適正体重を維持している者の増加(肥満・やせの減少)</p> <p>⑪適切な量と質の食事を摂る</p> <p>⑫日常生活における歩数</p> <p>⑬運動習慣者の割合の増加</p> <p>⑭成人の喫煙率</p> <p>⑮飲酒している者</p> </div>	<p>①特定健診受診率</p> <p>②特定保健指導実施率</p>	<p>健診・医療情報を活用して費用対効果の面も考慮</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>(1)生活習慣の状況(特定健診の質問票を活用)</p> <p>①食生活 ②日常生活における歩数</p> <p>③アルコール摂取量 ④喫煙</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>(2)健康診査等の受診率</p> <p>①特定健診受診率 ②保健指導実施率</p> <p>③健診結果の変化 ④生活習慣病有病者率</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>(3)医療費等</p> <p>①医療費 ②介護給付費</p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <p>努力者支援制度</p> <p>↓</p> <p>努力者支援制度分を減額して保険料決定</p> </div>

「介護保険事業計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
介護保険法 第116条、117条、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
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
法定 平成30年～32年(第7次)	法定 平成30年～35年(第3期)	法定 平成30年～35年(第7次)
都道府県:義務 市町村:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
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、要介護状態となることの予防又は要介護状態の軽減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保を図る。	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、良質で適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る。
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
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 </div>	メタボ 糖尿病 生活習慣病	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 糖尿病 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 心筋梗塞などの心血管疾患 脳卒中 </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 </div> 初老の認知症、パーキンソン病関連疾患、脊椎間狭窄症、関節リウマチ、他系統萎縮賞、筋萎縮性側索硬化症、変形性関節症等		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> がん </div> 精神疾患
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 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 </div>	医療費適正化の取り組み <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> (1) 外来 ①一人当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メタボ該当者予備軍の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> (2) 入院 ①病床機能分化・連携の推進 </div>	①5疾患・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実情に応じて設定)

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、都道府県における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あり、これらとの整合性を図る観点から、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

長与町においては、健康保険課が主体となりデータヘルス計画を策定しますが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっています。具体的には、介護保険課、福祉課、こども政策課の保健師などの専門職と連携をして、市町村一体となって計画を推進していきます。

特に、若年者健診における母子保健担当者との連携、介護予防から見た疾病予防の重要性や、介護予防が医療費適正化に与える影響などの情報を互いに共有し、同じ認識のもと保健事業に取り組みむこととします。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・各課の業務を明確化・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引継ぎを行う等体制を整えることも重要と考えます（図3）

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、外部有識者等との連携・協力が重要となります。

外部有識者等とは、主に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・評価委員会等のことをいい、国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待されている委員会です。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の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を行っており、保険者等の職員向け研修の充実などの役割も期待されています。

また、平成30年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、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。

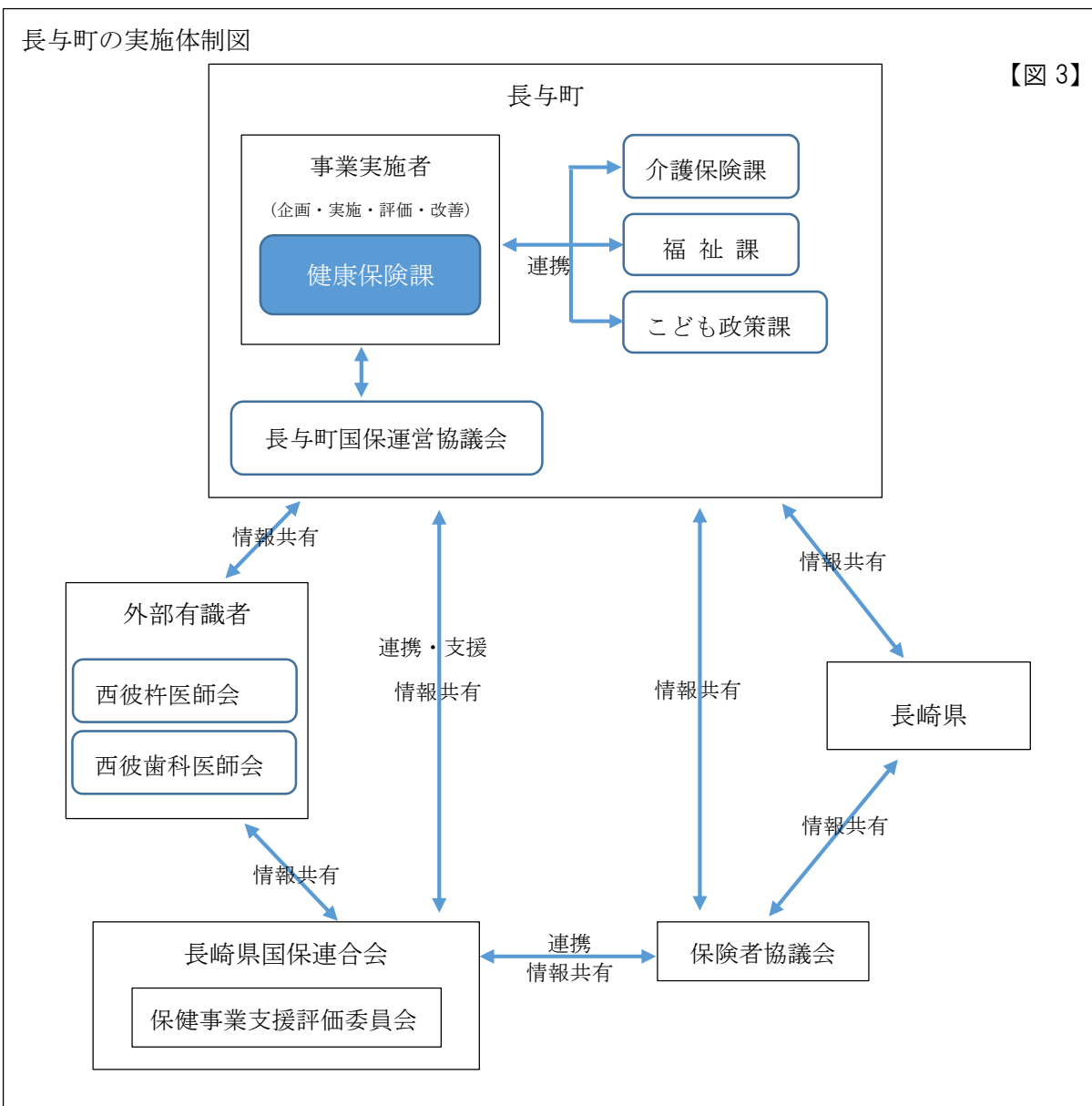
また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要と考えます。

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なければなりません。

保険者においては、転職や加齢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や協力、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となります。このためには、県単位で設置されている保険者協議会等の場を活用することも有用であると考えます。

3) 被保険者の役割

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は、被保険者自身が保険者の状況を理解すると共に、自らの健康管理（健診受診・結果の管理）、生活習慣と血液データを結びつける力をつけて自らの健康の維持増進に対し、主体的に積極的に取り組むことが重要です。



5. 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 28 年度から、市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施しています。（平成 30 年度から本格実施）

また国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしています。現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価されています。（表 2）

【表 2】

評価指標		H28 実績/配点	実績	H29 実績/配点		H30 実績/配点	
総得点/満点		232/345		162/580		850	
交付額(万円)		485.3万円		万円		万円	
総得点(体制構築加点含む)		162/275		／510		／850	
長崎県内順位(21市町村中)		17位					
全国順位(1,741市町村中)		374位		位		位	
共通①	特定健診受診率	10 / 20	H26 実績	／35	H27 実績	／50	H28 実績
	特定保健指導実施率	15 / 20	H26 実績	／35	H27 実績	／50	H28 実績
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0 / 20	H26 実績	／35	H27 実績	／50	H28 実績
共通②	がん検診受診率	0 / 10	H26 実績	／20		／30	
	歯周疾患検診の実施	10 / 10	H28 実績	／15		／25	
共通③	糖尿病等の重症化予防の取り組みの実施状況	40 / 40	H28 実績	／70		／100	
共通④	個人インセンティブ提供	0 / 20	H28 実績	／45		／70	
	個人への分かりやすい情報提供	20 / 20	H28 実績	／15		／25	
共通⑤	重複服薬者に対する取り組み	10 / 10	H28 実績	／25		／35	
共通⑥	後発医薬品の促進	15 / 15	H28 実績	／25		／35	
	後発医薬品の使用割合	10 / 15	H27 実績	／30		／40	
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	0 / 40	H27 実績	／70		／100	
固有②	データヘルス計画策定状況	10 / 10	H28 実績	／30		／40	
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10 / 10	H28 実績	／15		／25	
固有④	地域包括ケアシステムの推進の取組の実施状況	5 / 5	H28 実績	／15		／25	
固有⑤	第三者求償の取組の実施状況	7 / 10	H28 実績	／30		／40	
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況					／50	
体制構築加点		70					

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

＜長与町国保における被保険者数の推移＞【表3】

総数	H25	H26	H27	H28
39歳以下	2,495人	2,372人	2,220人	1,958人
40～64歳	3,330人	3,219人	3,014人	2,773人
65～74歳	3,737人	3,898人	3,954人	4,023人
合計	9,562人	9,489人	9,188人	8,754人

KDB データ

長与町国保の加入者は年々減少しており、H25年度とH28年度の年齢構成を比較すると、高齢化率が進んでいることがわかる。国や県と比較しても高齢化率は高く（P19表20参照）、人口減少、少子高齢化に伴い被保険者数の減少、高齢化は今後さらに進んでいくと考えられる。

＜長与町における死亡の状況＞

人口動態統計調査より【表4】

項目			H25		H27	
			実数	割合	実数	割合
死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	89.5		85.1	
		女性	89.7		80.5	
	死因	がん	95人	51.4%	117人	↑ 59.1%
		心臓病	45人	24.3%	46人	↓ 23.2%
		脳血管疾患	34人	18.4%	25人	↓ 12.6%
		糖尿病	1人	0.5%	1人	0.5%
		腎不全	5人	2.7%	4人	2.0%
		自殺	5人	2.7%	5人	2.5%
早世予防からみた死亡 (65歳未満の死亡)	合計	33人	10.9%	30人	↓ 8.7%	
	男性	16人	10.7%	20人	10.8%	
	女性	17人	11.0%	10人	6.3%	

※SMRについてはH25はH15～H19、H27はH20～H24データ参照

※H28人口動態調査が不明のためH27データ使用

平成28年度の標準化死亡比（SMR）は減少しており、早世予防からみた死亡（65歳未満）の割合も減少していた。死因別に見ると、がんによる死亡割合は増加しており、心臓病や脳血管疾患による死亡割合は減少している状況にある。

【表 5】

<長与町における介護の状況> KDB データ※KDBにおける介護データは受給者台帳をもとに算出。割合の母数は人口動態統計を使用。

項目			年度 (KDB25累計)		年度 (KDB28累計)	
			実数	割合	実数	割合
介護保険	1号認定者数		1741人		1768人	
		新規認定者数	53人		25人	
	2号認定者数		34人		34人	
有病状況	糖尿病		534人	29.4%	579人	30.7%
	高血圧症		1139人	64.4%	1209人	66.1%
	脂質異常症		565人	31.6%	636人	34.2%
	心臓病		1280人	72.7%	1370人	75.3%
	脳血管疾患		498人	28.5%	527人	27.7%
	がん		234人	12.9%	275人	14.1%
	筋・骨格		1144人	63.9%	1201人	65.7%
	精神		686人	38.3%	785人	42.8%
医療費等	要介護認定別 医療費 (40歳以上)	認定あり	8,262円		7,667円	
		認定なし	3,283円		3,326円	

重症化の指標となる長与町の介護状況を見ると、高齢化に伴い被保険者数は増加しているにもかかわらず認定者数は大きな伸びは見られていない。新規認定者数が大きく減少していることも、伸びを抑えている要因と考えられる。また、要介護認定者の有病状況を生活習慣病の視点から見ると、多くの項目で実数・有病割合ともに上昇しており、介護予防の視点からも生活習慣病への取組の重要性がわかる。

<データヘルスのターゲットとなる予防可能な疾患にかかる医療費の推移> KDB データ 【表 6】

短期的な疾患	H25	H26	H27	H28	増減(H28-H25)
糖尿病	158,256,000円	169,826,750円	166,301,490円	154,450,520円	-3,805,480円
高血圧症	222,115,780円	208,478,820円	211,665,450円	189,564,040円	-32,551,740円
脂質異常症	89,476,140円	87,828,960円	88,192,730円	82,416,600円	-7,059,540円
中長期的な疾患	H25	H26	H27	H28	増減
脳出血・脳梗塞・クモ膜下	65,649,560円	80,148,310円	65,204,480円	76,538,120円	10,888,560円
狭心症・心筋梗塞	96,481,370円	79,034,490円	55,842,190円	55,527,590円	-40,953,780円
慢性腎不全(透析有)	146,977,100円	147,388,890円	144,162,430円	152,541,320円	5,564,220円
慢性腎不全(透析無)	12,607,110円	11,670,440円	14,544,240円	5,823,160円	-6,783,950円
その他の疾患	H25	H26	H27	H28	増減
新生物	291,057,120円	356,013,380円	340,488,080円	296,346,120円	5,289,000円
精神(うつ・統合失調症)	184,941,750円	182,393,420円	199,976,930円	198,814,470円	13,872,720円
筋・骨疾患(骨粗鬆症・関節疾患)	159,354,190円	154,399,570円	178,640,160円	167,395,240円	8,041,050円

また、予防可能な疾患から医療の状況を見ると、短期疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常）にかかる費用額は3疾患とも減少。特に高血圧症にかかる医療費はH25年度と比較し、大きな減少が見られた。減少は、被保者数の減少に伴うものも大きいと考えられるが、心疾患の入院にかかる減少幅はそれを上回るなど、その原因を詳細に分析していく必要がある。また、国や同規模市町村と比較すると高血圧症が占める医療費の割合は未だ大きく、今後もさらなる取組が必要と考える。

中長期疾患においては人工透析や脳血管疾患が増加し、虚血性心疾患は大きく減少した。しかし、増加傾向にある人工透析やCKD（慢性腎臓病）は心血管疾患の大きなリスクであり、その増加の状況と合わせて、今後の推移を慎重に見ていく必要がある。

その他、新生物・精神疾患・筋骨格疾患にかかる医療費は増加傾向にある。

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況 (図表 10)

KDB データ【表 7】

	H25	H26	H27	H28
介護給付費	23億8066万円	24億808万円	24億9783万円	24億1988万円
1件あたり給付費	55,272円	54,363円	54,654円	54,528円

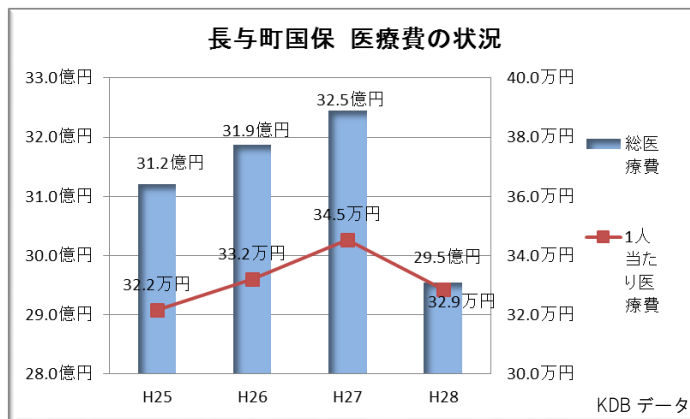
<介護度別に見た 1 件あたり給付費> KDB データ【表 8】

	25年度 (KDB25年度累計)		28年度 (KDB28年度累計)	
	保険者	保険者	県	同規模
要支援1	13,032円	11,610円	11,265円	10,586円
要支援2	21,831円	18,665円	18,446円	16,245円
要介護1	42,568円	40,294円	43,346円	41,027円
要介護2	50,925円	46,170円	58,804円	51,819円
要介護3	76,625円	86,537円	95,512円	84,353円
要介護4	108,248円	114,122円	128,277円	112,965円
要介護5	118,043円	118,488円	149,264円	129,766円

介護給付費は介護度に比例して上がっており、介護予防においても重症化予防の重要性がわかる。長与町の1件あたり介護給付費は、要介護1～5については県や同規模と比較して低く、全体の介護給付費が抑えられている要因となっている。介護度が上がっても給付費が適正に推移している背景には、他保険者と比較して在宅で過ごす方が多いことが考えられる。

②医療費の状況 (全体)

【図 4】



長与町国保の総医療費は上昇傾向にあったが、平成 28 年度大幅に減少。総医療費の減少幅と比較し、一人当たり医療費の下落幅が小さい理由は国保被保険者が減少したことが原因と考えられる。

KDB データ【表 9】

項目		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	県			町	同規模	県			町	同規模	県			
総医療費 (円)	H25年度	31億1918万円	-	-	-	-	12億3854万円	-	-	-	-	18億8063万円	-	-	-	-			
	H28年度	29億5420万円	△1億6497万円	△5.3%	△0.3%	△2.8%	11億2954万円	△1億900万円	△9.0%	△0.4%	△2.0%	18億2466万円	△5597万円	△3.0%	△0.2%	△3.0%			
一人当たり月平均医療費 (円)	H25年度	26813円	-	-	-	-	10650円	-	-	-	-	16170円	-	-	-	-			
	H28年度	27387円	574円	2.1%	8.8%	7.4%	10510円	-140	△1.3%	8.6%	7.8%	16880円	710	4.4%	8.8%	7.0%			

入院・外来にかかる医療費を比較すると、外来にかかる医療費が入院にかかる医療費より6～7億円ほど多いことが分かる。

平成25年度と平成28年度を比較すると、総医療費は入院・外来共に減少傾向にあり、同規模保険者・県と比較してもその減少幅は大きい。一人当たり月平均医療費はやや増加傾向にあるが、同規模保険者・県と比較するとその伸び率は低く、特に入院については同規模保険者・県が増加傾向にある中、長与町は減少に向いている。

③医療の状況（中長期的疾患及び短期的な疾患に係るもの）

【表 10】

<長与町国保において、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>

最大医療資源疾病名		H25	平成28年度総医療費における割合の比較(%)					
			総医療費に占める割合	H28(医療費)	総医療費に占める割合	同規模	県	国
短期疾患	糖尿病	158,256,000円	5.1%	154,450,520円	5.2%	5.8%	4.8%	5.5%
	高血圧症	222,115,780円	7.1%	189,564,040円	6.4%	5.0%	4.9%	4.8%
	脂質異常症	89,476,140円	2.9%	82,416,600円	2.8%	3.1%	2.4%	3.0%
中長期疾患	脳 脳出血・脳梗塞・クモ膜下	65,649,560円	2.1%	76,538,120円	2.6%	2.6%	2.6%	2.5%
	心 狭心症・心筋梗塞	96,481,370円	3.1%	55,527,590円	1.9%	2.2%	1.8%	2.0%
	腎 慢性腎不全(透析有)	146,977,100円	4.7%	152,541,320円	5.2%	5.2%	6.2%	5.4%
		慢性腎不全(透析無)	12,607,110円	0.4%	5,823,160円	0.2%	0.3%	0.4%
中長期・短期 計		790,178,210円	25.5%	158,364,480円	24.3%	24.2%	23.1%	23.5%
新生物		291,057,120円	9.4%	296,346,120円	10.0%	10.1%	9.1%	10.0%
精神(うつ・統合失調症)		184,941,750円	6.0%	198,814,470円	6.7%	7.6%	9.9%	7.6%
筋・骨疾患(骨粗鬆症・関節疾患)		159,354,190円	5.1%	167,395,240円	5.7%	4.8%	5.2%	4.7%

○ は同規模・国と比較して割合が高い項目

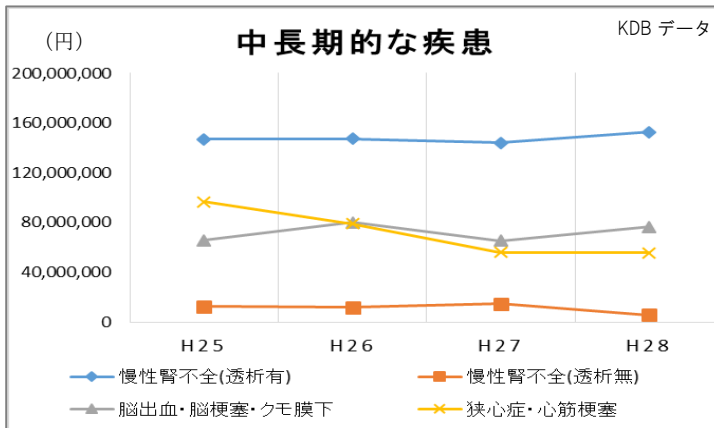
人工透析、新生物、筋・骨疾患にかかる医療費が、全体に占める割合はH25 年度と比較して増加。同規模保険者と比較すると、特に高血圧、筋・骨疾患にかかる割合が大きい。悪性新生物においては同規模保険者との差はあまり見られないが、県と比較するとその割合は高く、長与町は県内において悪性新生物にかかる医療費が高い保険者であると考えられる。国や同規模保険者と比較して割合の高い精神疾患と合わせて、健康増進計画における健康増進事業、精神保健事業として、町民全体に働きかけていく必要がある。

④中長期的な疾患

KDB データ【図表 11】

中長期的な疾患	H25年度(円)	H28年度(円)	増減(円)
脳出血・脳梗塞・クモ膜下	65,649,560	76,538,120	10,888,560
狭心症・心筋梗塞	96,481,370	55,527,590	▲ 40,953,780
慢性腎不全(透析有)	146,977,100	152,541,320	5,564,220
慢性腎不全(透析無)	12,607,110	5,823,160	▲ 6,783,950

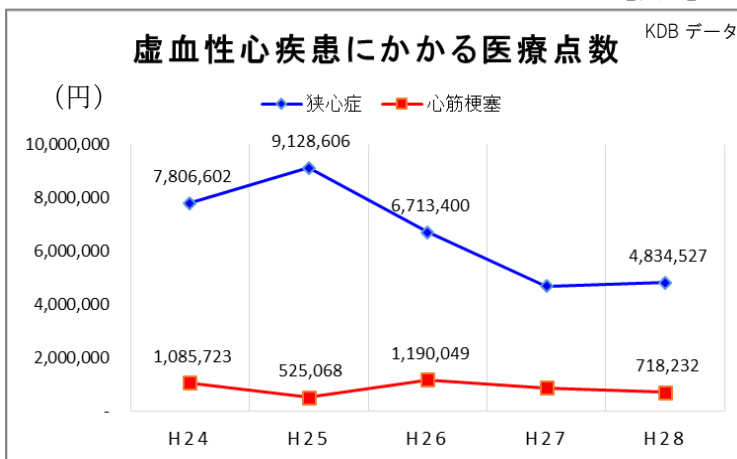
KDB帳票No.44



1年間にかかった医療費を見ても、中長期的な疾患については人工透析にかかる医療費がもっとも高く、虚血性心疾患、脳血管疾患が続く。H25年度の時点では虚血性心疾患はかなり高額であったがこの3年間で減少が見られた。しかし、人工透析にかかる医療費は増加傾向であり人工透析やCKDが虚血性心疾患の大きなリスクであることを考えると、今後、透析者が増加し続ければ、必然的に心疾患も増加すると考えられる。

◆虚血性心疾患の医療費の状況

【図 5】



大幅な減少が見られた虚血性心疾患を分類して見てみると、狭心症にかかった医療費の下落幅が大きい。狭心症にかかった医療を経年的に見ると、H28年度は、H25年度と比較して▲4,300万円の減少が見られる。

<狭心症にかかった医療費の状況>

1件あたり医療点数

KDB データ【表 12】

	H25	H26	H27	H28
外来	2,274点	2,187点	2,212点	↓ 1,979点
入院	87,763点	67,797点	53,666点	↓ 75,630点

レセプト件数の推移

	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
外来	1,152件	1,114件	1,027件	↓ 989件
入院	74件	62件	45件	↓ 38件

千人あたりレセプト件数の推移

	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
外来	9.85件	9.63件	9.09件	↓ 9.12件
入院	0.64件	0.55件	0.40件	↓ 0.35件

さらに、狭心症の医療費を詳しく見ると、1件あたり医療点数の減少が見られる。高額となるバイパス術などの大きな手術が減少している可能性がある。また、レセプト件数も外来▲14%、入院▲40%の減少が見られる。被保険者数の減少もレセプト件数減少の原因のひとつと考えられるが、千人あたりレセプト件数も減少しており、狭心症の患者数が減っていると考えられる。

◆脳血管疾患にかかった医療費の状況

KDB データ【表 13】

	H25	H26	H27	H28	増減(H25-28)
脳梗塞	5,138,898点	5,570,375点	4,375,562点	4,831,487点	▲307,411点
脳出血	1,337,129点	2,324,277点	2,256,933点	2,770,016点	1,432,887点
クモ膜下出血	238,161点	211,618点	14,223点	52,309点	▲185,852点

脳血管疾患にかかった医療費を見ると、脳梗塞・クモ膜下出血は減少しているが、その点数は大きくはない。それに対し、脳出血はH26年度以降増加傾向にあり、H25年度と比較して140点（1,400万円）増加している。

<脳出血にかかった医療費の状況>

医療点数の入外内訳

【表 14】 KDB データ

	H25	H26	H27	H28
外来	59,873点	99,507点	73,044点	60,532点
入院	1,277,256点	2,224,770点	2,183,889点	2,709,484点

1件あたり医療点数

	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
外来	2,303点	2,764点	2,705点	2,087点
入院	75,133点	82,399点	80,885点	93,430点

レセプト件数の推移

	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
外来	26件	36件	27件	29件
入院	17件	27件	27件	29件

入院にかかる医療費が増加。その要因は、入院にかかる1件あたり医療点数の増加と入院レセプト数の増加と考えられる。脳出血にかかる1件あたり医療点数は高く、その件数が医療費に与える影響は大きい。重症化して入院する人が増加した可能性があり、その年齢構成や背景を分析して、対象者を明確にする必要がある。

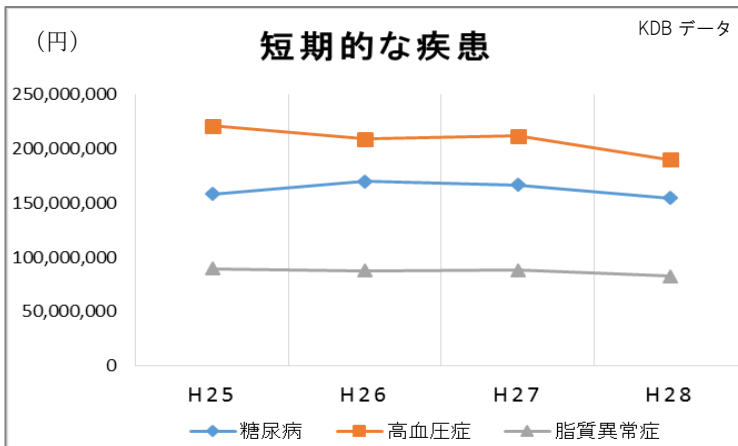
(3) 短期目標の達成状況

①短期疾患の状況を医療費から考える

【図表 15】
KDB データ

短期的な疾患	H25年度(円)	H28年度(円)	増減(円)
糖尿病	158,256,000	154,450,520	▲ 3,805,480
高血圧症	222,115,780	189,564,040	▲ 32,551,740
脂質異常症	89,476,140	82,416,600	▲ 7,059,540

KDB帳票No.44



短期的な疾患にかかる医療費は、H25年度からH28年度を比較すると3疾患とも減少傾向にある。特に高血圧症にかかる医療費は、3,200万円と大きく減少している。高血圧にかかる医療費の減少は一時的なものではなく、段階的に減少している。

<高血圧症にかかった医療費の状況>

【表 16】
KDB データ

医療費の入内訳

	H25	H26	H27	H28
外来	21,726,959点	20,150,741点	20,041,380点	↓18,328,659点
入院	484,619点	697,141点	1,125,165点	627,745点

1件あたり医療点数

	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
外来	1,471点	1,399点	1,410点	↓ 1,322点
入院	20,192点	22,488点	28,850点	21,646点

レセプト件数の推移

	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
外来	14,804件	14,390件	14,237件	↓ 13,854件
入院	24件	31件	39件	29件

千人あたりレセプト件数の推移

	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
外来	127.53件	125.07件	126.46件	128.14件
入院	0.21件	0.27件	0.35件	0.27件

高血圧症にかかった医療費を詳しく見ると、外来にかかる医療費が減少傾向にある。

その要因は、外来にかかる1件あたり医療費の減少とレセプト件数の減少が考えられる。

入院の1件あたり医療点数はH25年度からH27年度にかけて大きく上がったが、H28年度は下がっている。

しかし、入院・外来ともに千人あたりのレセプト件数はほぼ横ばいで減少はしていないため、今後とも高血圧の一次予防、重症化予防に積極的に取り組んでいかなければならない。

②短期疾患の状況を特定健診結果から考える

KDB データ 【表 17】

<H28 年度特定健診有所見者状況>

○ は同規模・国と比較して割合が高い項目

* は有所見率が高い項目

合計	受診者数	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100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	
全国	7,898,420	1,966,486	24.9%	2,490,580	31.5%	1,691,588	21.4%	1,089,149	13.8%	376,271	4.8%	1,728,305	21.9%	
県	101,253	27,132	26.8%	33,565	33.1%	20,010	19.8%	14,320	14.1%	5,378	5.3%	25,832	25.5%	
保険者	2,877	710	24.7%	939	* 32.6%	538	18.7%	388	13.5%	141	4.9%	787	○ 27.4%	
H28	男性	1,197	353	29.5%	608	50.8%	299	25.0%	242	20.2%	113	9.4%	442	○ 36.9%
	女性	1,680	357	21.3%	331	19.7%	239	14.2%	146	8.7%	28	1.7%	345	20.5%

合計	受診者数	HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
		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	
全国	7,898,420	4,380,528	55.5%	551,207	7.0%	3,603,070	45.6%	1,471,287	18.6%	4,188,945	53.0%	69,401	0.9%	
県	101,253	50,864	50.2%	8,693	8.6%	51,161	50.5%	19,728	19.5%	50,407	49.8%	1,250	1.2%	
保険者	2,877	1,414	* 49.1%	236	○ 8.2%	1,499	* 52.1%	548	19.0%	1,540	* 53.5%	48	○ 1.7%	
H28	男性	1,197	609	50.9%	209	○ 17.5%	674	○ 56.3%	292	24.4%	529	44.2%	40	○ 3.3%
	女性	1,680	805	47.9%	27	1.6%	825	○ 49.1%	256	15.2%	1,011	○ 60.2%	8	0.5%

<H25 年度と H28 年度の有所見者の推移>

KDB データ 【表 18】

合計	受診者数	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100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	
男性	H25	1,152	334	29.0%	573	49.7%	296	25.7%	225	19.5%	118	10.2%	412	35.8%
	H28	1,197	353	29.5%	608	50.8%	299	25.0%	242	20.2%	113	9.4%	442	36.9%
女性	H25	1,620	359	22.2%	338	20.9%	252	15.6%	123	7.6%	34	2.1%	335	20.7%
	H28	1,680	357	21.3%	331	19.7%	239	14.2%	146	8.7%	28	1.7%	345	20.5%
全体	H25	2,772	693	25.0%	911	32.9%	548	19.8%	348	12.6%	152	5.5%	747	26.9%
	H28	2,877	710	↓ 24.7%	939	→ 32.6%	538	↓ 18.7%	388	↑ 13.5%	141	↓ 4.9%	787	↑ 27.4%

合計	受診者数	HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
		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	
男性	H25	1,152	496	43.1%	204	17.7%	620	53.8%	264	22.9%	490	42.5%	36	3.1%
	H28	1,197	609	50.9%	209	17.5%	674	56.3%	292	24.4%	529	44.2%	40	3.3%
女性	H25	1,620	650	40.1%	32	2.0%	790	48.8%	246	15.2%	910	56.2%	8	0.5%
	H28	1,680	805	47.9%	27	1.6%	825	49.1%	256	15.2%	1,011	60.2%	8	0.5%
全体	H25	2,772	1,146	41.3%	236	8.5%	1,410	50.9%	510	18.4%	1,400	50.5%	44	1.6%
	H28	2,877	1,414	↑ 49.1%	236	↓ 8.2%	1,499	↑ 52.1%	548	↑ 19.0%	1,540	↑ 53.5%	48	↑ 1.7%

H28 年度の特定健診の状況を見ると、『空腹時血糖』『尿酸』『収縮期血圧』『LDL-C』『血清 Cr』の有所見者の割合が、国や県と比較して高いことがわかる。特に尿酸については、男性の有所見者割合が高く、LDL-C については女性の有所見者割合が高い。その他の項目は男女共に全国・県と比較して割合が高い状況となっている。また、『腹囲(男性)』『HbA1c(男・女)』『収縮期血圧(男・女)』『LDL-C(男・女)』については、健診を受診した者のうち、約半数が基準を超えている。H25 年度から H28 年度の推移を見ると、『空腹時血糖』『HbA1c』『収縮期血圧』『LDL-C』で有所見が増加。増加の程度は HbA1c が 41.3%→49.1%と最も高い。この 3 年間での改善は見られず、むしろ、有所見者が増加した項目が多いことから、リスクの重なりと血管疾患の予防が大きな課題となっている状況が続いている。

<メタボリックシンドローム該当者・予備軍の把握>

KDB データ【表 19】

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
H25 年度	合計	1,152	37.6	58	5.0%	203	17.6%	8	0.7%	162	14.1%	33	2.9%	312	27.1%	56	4.9%	8	0.7%	158	13.7%	90	7.8%
	40-64	359	25.5	25	7.0%	58	16.2%	2	0.6%	39	10.9%	17	4.7%	83	23.1%	17	4.7%	2	0.6%	40	11.1%	24	6.7%
	65-74	793	47.9	33	4.2%	145	18.3%	6	0.8%	123	15.5%	16	2.0%	229	28.9%	39	4.9%	6	0.8%	118	14.9%	66	8.3%
H28 年度	合計	1,197	41.7	54	4.5%	203	17.0%	8	0.7%	165	13.8%	30	2.5%	351	29.3%	61	5.1%	16	1.3%	177	14.8%	97	8.1%
	40-64	294	25.9	22	7.5%	45	15.3%	5	1.7%	27	9.2%	13	4.4%	82	27.9%	12	4.1%	4	1.4%	47	16.0%	19	6.5%
	65-74	903	52.1	32	3.5%	158	17.5%	3	0.3%	138	15.3%	17	1.9%	269	29.8%	49	5.4%	12	1.3%	130	14.4%	78	8.6%

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
H25 年度	合計	1,620	46.2	39	2.4%	112	6.9%	2	0.1%	89	5.5%	21	1.3%	187	11.5%	29	1.8%	6	0.4%	106	6.5%	46	2.8%
	40-64	563	36.2	19	3.4%	42	7.5%	0	0.0%	33	5.9%	9	1.6%	38	6.7%	7	1.2%	3	0.5%	17	3.0%	11	2.0%
	65-74	1,057	54.3	20	1.9%	70	6.6%	2	0.2%	56	5.3%	12	1.1%	149	14.1%	22	2.1%	3	0.3%	89	8.4%	35	3.3%
H28 年度	合計	1,680	49.7	36	2.1%	115	6.8%	5	0.3%	88	5.2%	22	1.3%	180	10.7%	13	0.8%	4	0.2%	102	6.1%	61	3.6%
	40-64	477	36.9	14	2.9%	36	7.5%	2	0.4%	26	5.5%	8	1.7%	30	6.3%	1	0.2%	1	0.2%	19	4.0%	9	1.9%
	65-74	1,203	57.6	22	1.8%	79	6.6%	3	0.2%	62	5.2%	14	1.2%	150	12.5%	12	1.0%	3	0.2%	83	6.9%	52	4.3%

メタボリックシンドロームの該当者は男性で多く、H25年度からの3年間で健診受診者のうちメタボ該当者の割合は高くなっている。リスクの重なりで見ると、「血圧+脂質」「3項目すべて」で基準値を超える者の割合が高い。また、H25年度と比較してもその割合は増加しており、特に血糖+脂質は割合が2倍になっている。内臓脂肪型肥満を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖状態が推測される。それに対し、予備軍の割合は若干減少しており、予備軍から該当者に移行したことが考えられる。

女性では、H25年度と比較し、該当する割合が低くなっている項目も見られる。女性は年齢が上がるにつれてメタボ該当者の割合は約2倍になっており、40代50代からの健診・保健指導による生活習慣の改善が重要となる。男性は40代以降の年齢による大きな差は女性ほどは見られず40歳になる前からの、健診や健診結果の確認、保健指導などによる自らの身体に対する意識付けが大切である。

2) 第1期に係る考察

第1期計画においては、中長期目標疾患である『虚血性心疾患・脳血管疾患・慢性腎臓病（CKD）の患者数を減少させること』、『悪性新生物の早期発見、早期治療を目指すこと』を目標に健康寿命の延伸と健康格差の縮小を目指してきました。

まず、目的である健康寿命の延伸については、H22年度の健康寿命（平均自立期間）とH27年度を比較すると改善が見られ、一定の効果が見られましたが、その効果は、データヘルス計画における取組のみでなく介護保険事業計画における取組みも大きな要因であったと考えられます。健康格差の縮小については死亡の指標である標準化死亡比は減少しており、早世の割合も減少していました。

中長期目標である虚血性心疾患については、レセプト数が大きく減少し、それに伴って医療費も減少が見られましたが、一方で人工透析や脳血管疾患にかかる医療費は増加しており、それらが、虚血性心疾患のリスクとなりうることを考えると、単純に血管疾患の予防ができて医療費適正化に繋がったとは考えにくく、今後の推移を慎重に見ていく必要があります。

同じく第1期計画において中長期目標として設定していた悪性新生物については、事業として実施をしているがん検診事業について、検診対象者や検診受診者の明確な数を知ることが困難であり、町で把握している受診率は高いもので乳がん検診の18.9%、低いものでは胃がん検診の3.2%と低く、検診事業から悪性新生物における医療費の適正化等を目指すことや、医療費や死亡の状況について評価をすることが困難でした。

また、短期目標疾患である高血圧症・糖尿病・脂質異常症については、特定保健指導、重症化予防事業を推進し、医療機関未受診者への受診勧奨に努めてきました。医療費の視点で見ると、3疾患とも減少傾向にあり、特に高血圧においては大きな医療費減少が見られました。

しかし、健診結果においては、「LDL-C」「HbA1c」「血圧（130mmHg以上）」の項目で有所見者割合は増加している状況です。血圧については重症となるⅡ度高血圧以上の者の割合は減少傾向にあり、重症化予防事業をはじめとした保健事業の成果が出てきている可能性も考えられます。メタボ対象者割合は増加しており、内臓脂肪型肥満を基盤としたインスリン抵抗性の視点から、他の健診項目も合わせて推移を見ていく必要があります。

また、保健事業の最初の入り口である健診については、受診率は伸びているものの、受診率40%台と被保険者の半分以上が受診していない状況です。健診受診率が上昇することで、被保険者の健康状態の経年的な状況の把握が可能となり、重症化予防対象者を明確にし、早期から予防に努めることができるようになります。また、健診を毎年受けることで自らの身体への意識を持つ住民が増えることから、特定健診の受診率向上に向けた取組みは、第2期計画においても引き継いでいく必要があります。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 第2期計画における健康課題の抽出

(1) 保険者（長与町国保）の特性

長与町は第1次産業の就業率が低く、第2次・第3次産業の就業率が96.8%を占めていることから、国保加入率は他市町に比べ低い割合で推移をしています。H25年度からの3年間で後期高齢者医療保険への移行や60歳を過ぎてからも働き続ける人の増加等により、国保に加入する人はさらに減少傾向にあります。

また、産業構成の影響もあり、働く世代である若い人たちの加入率は低く、国保における高齢化がすすんでいます。

今後国保人口が増加することは考えにくく、被用者保険、後期高齢者医療保険などの状況を確認しながら、先を見通した保健事業の組み立てが必要となります。

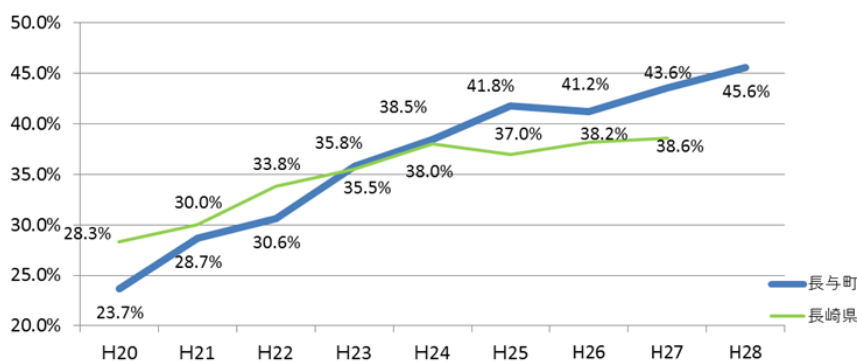
【表20】KDBデータ

項目	長与町				県				国			
	H25年度		H28年度		H25年度		H28年度		H25年度		H28年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	9,562人		↓ 8,754人		425,117人		380,816人		35,851,786人		32,587,866人	
65～74歳	3,737人	39.1	4,023人	46.0	143,139人	33.7	150,402人	39.5	11,984,156人	33.4	12,461,613人	38.2
40～64歳	3,330人	34.8	2,773人	31.7	163,771人	38.5	133,777人	35.1	12,933,274人	36.1	10,946,712人	33.6
39歳以下	2,495人	26.1	1,958人	22.4	118,207人	27.8	96,637人	25.4	10,934,356人	30.5	9,179,541人	28.2
加入率	22.7%		20.8%		30.1%		27.0%		29.8%		26.9%	

(2) 特定健診の状況

① 特定健診受診率・特定保健指導終了率

【図6】法定報告データ

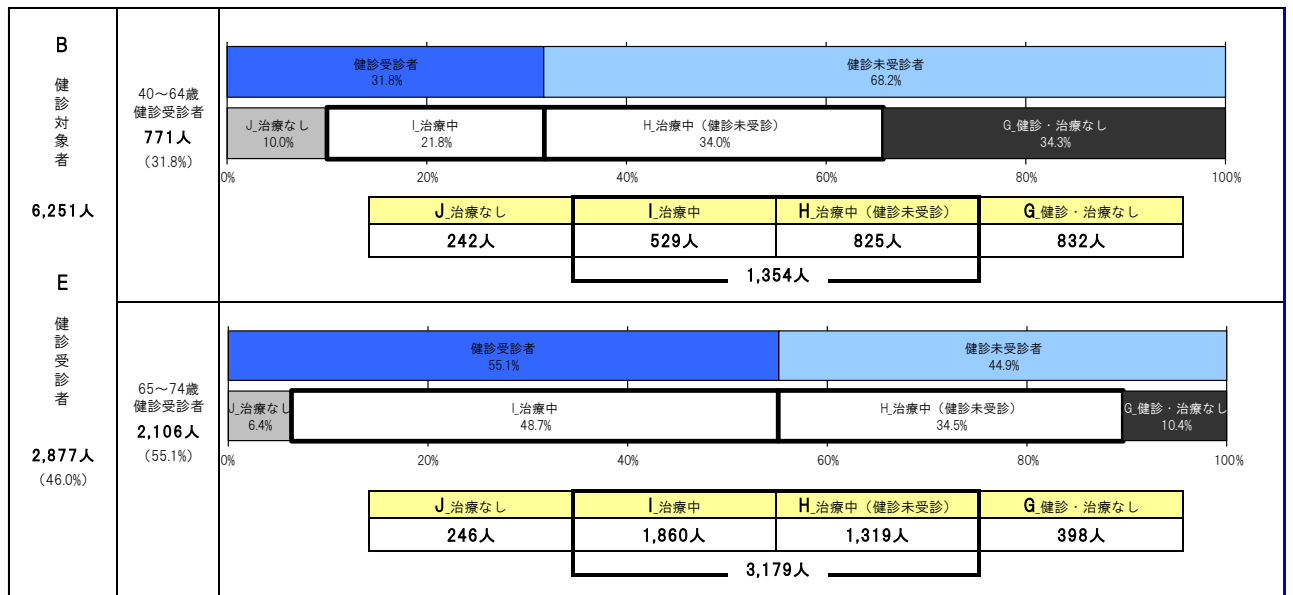


受診率向上への取り組みと、医療機関の協力により、特定健診の受診率は徐々に上昇している。

法定報告データ【表21】

項目	特定健診				特定保健指導		
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内順位	対象者数	終了者数	終了率
H25年度	6,556人	2,738人	41.8%	56位	277	113	40.80%
H28年度	6,248人	2,846人	↑ 45.6%	44位	264	122	↑ 46.20%

特定健診受診率は少しずつ伸びているものの、特定保健指導終了率は県内市町国保平均が53.1%に対し、長与町は46.2%と低い状態であり、メタボリックシンドロームの予防と重症化の予防のためにも健診受診後には必ず保健指導に繋がるよう、仕組みを整えていく必要がある。

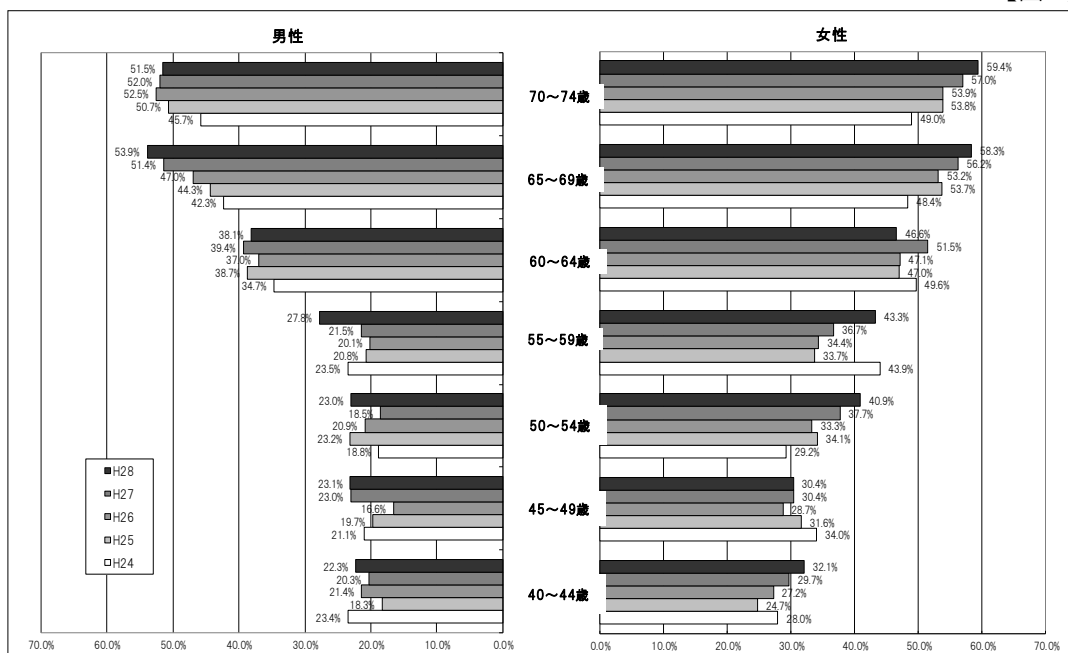


健診未受診者の状況を見ると、治療中は2,144人（825人+1,319人）で、治療を受けていない人は1,230人（832人+398人）と治療中の人が多い。特に65歳～74歳においては治療中・健診未受診の者が多く、医療情報提供事業などを活用して医療機関と連携した未受診者対策が重要である。特に長与町は中核市である長崎市と隣接しており、町外にかかりつけ医を持つ住民も多いため、委託医療機関の拡大が大きな課題となる。

また、40歳～64歳の34.3%は健診も医療機関受診もしていない(G832人)。65歳以上の398人と合わせた1,230人は健康実態が全く分からないため、まずは情報提供なども含めて状態の把握に努め、状況に応じた保健指導を実施していく必要がある。

性別・年齢別受診率の推移

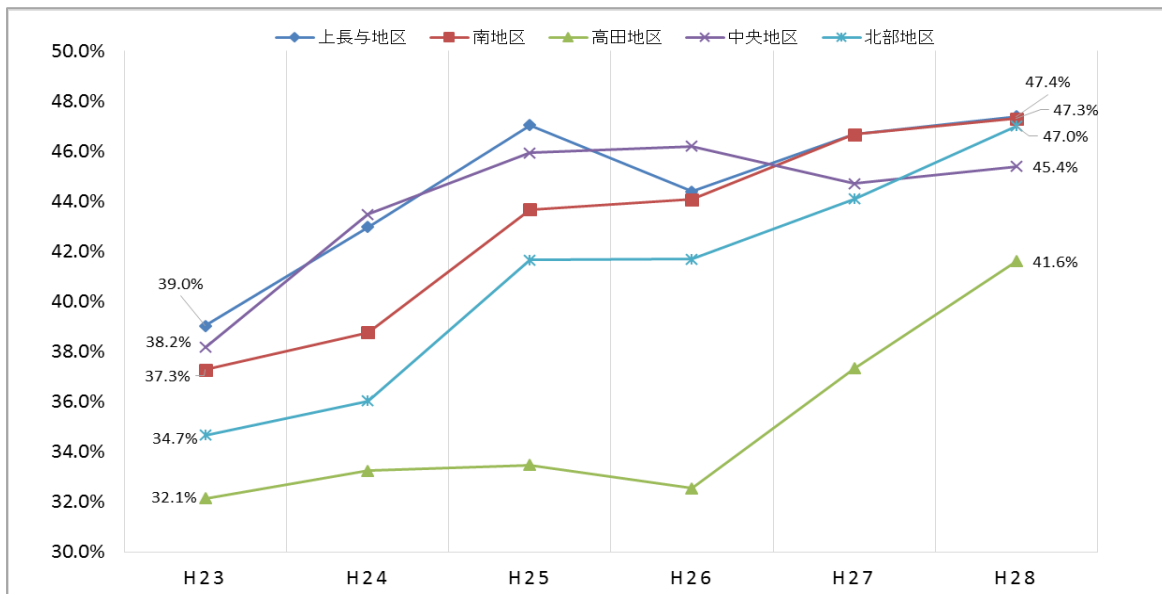
特定健診等データ管理システム【図 8】



性別・年齢別に見ると、特に若い男性で受診率は低く、職場健診等を受けている人も多いと考えられる。事業所等との連携への取組が大切になる。

特定健診の地区別受診率

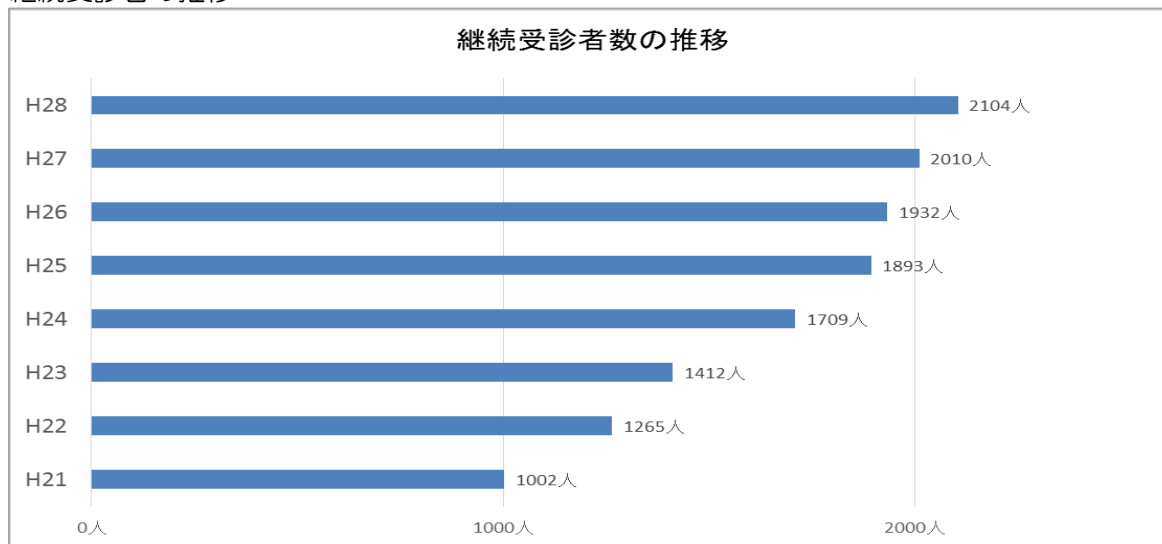
法定報告データ



第1期データヘルス計画において取り組みを行った高田地区の受診者は、保健師による訪問勧奨を重点的に行ったことによって大幅に増加した。委託医療機関の拡充については近隣市町や県と協議を重ねたが未だ実施にいたっておらず、利便性を上げるためにも、今後も引き続き重点課題として協議を重ねていく必要がある。

継続受診者の推移

特定健診等データ管理システム



継続受診者も年々増加しており、健診を定期的に受ける意識を持った住民が増えていると考えられる。しかし、40代50代をはじめとした新規受診者は伸び悩んでおり、未受診者の中には特定健診が開始したH20年度からの9年間で1度も健診を受診していない人もいるため、医療情報提供事業や事業主健診のデータを活用するなど、受診勧奨だけでなく新たな取り組みに力を入れていく必要がある。

②特定健診受診者の実態

○ は同規模・国と比較して割合が高い項目

* は有所見率が高い項目

KDB データ【表 22】

合計	受診者数	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100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	
全国	7,898,420	1,966,486	24.9%	2,490,580	31.5%	1,691,588	21.4%	1,089,149	13.8%	376,271	4.8%	1,728,305	21.9%	
県	101,253	27,132	26.8%	33,565	33.1%	20,010	19.8%	14,320	14.1%	5,378	5.3%	25,832	25.5%	
保険者	2,877	710	24.7%	939	* 32.6%	538	18.7%	388	13.5%	141	4.9%	781	○ 27.4%	
H28	男性	1,197	353	29.5%	608	50.8%	299	25.0%	242	20.2%	113	9.4%	442	○ 36.9%
	女性	1,680	357	21.3%	331	19.7%	239	14.2%	146	8.7%	28	1.7%	345	20.5%

合計	受診者数	HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
		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	
全国	7,898,420	4,380,528	55.5%	551,207	7.0%	3,603,070	45.6%	1,471,287	18.6%	4,188,945	53.0%	69,401	0.9%	
県	101,253	50,864	50.2%	8,693	8.6%	51,161	50.5%	19,728	19.5%	50,407	49.8%	1,250	1.2%	
保険者	2,877	1,414	* 49.1%	236	○ 8.2%	1,499	* 52.1%	548	19.0%	1,540	* 53.5%	46	○ 1.7%	
H28	男性	1,197	609	50.9%	209	○ 17.5%	674	○ 56.3%	292	24.4%	529	44.2%	40	○ 3.3%
	女性	1,680	805	47.9%	27	1.6%	825	○ 49.1%	256	15.2%	1,011	○ 60.2%	8	0.5%

KDB データ【表 23】

男性	健診受診者		該当者				血糖+血圧				血糖+脂質				血圧+脂質				3項目全て				予備群				高血糖		高血圧		脂質異常症	
	人数	割合	人数	割合	県	同規模	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年度	合計	1,152	37.6	312	27.1%	26.9%	25.3%	56	4.9%	8	0.7%	158	13.7%	90	7.8%	203	17.6%	18.1%	17.3%	8	0.7%	162	14.1%	33	2.9%							
H28年度	合計	1,197	41.7	351	○ 29.3%	28.3%	27.7%	61	5.1%	16	1.3%	177	○ 14.8%	97	8.1%	203	17.0%	18.0%	17.0%	8	0.7%	165	13.8%	30	2.5%							

女性	健診受診者		該当者				血糖+血圧				血糖+脂質				血圧+脂質				3項目全て				予備群				高血糖		高血圧		脂質異常症	
	人数	割合	人数	割合	県	同規模	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年度	合計	1,620	46.2	187	11.5%	10.8%	9.6%	29	1.8%	6	0.4%	106	6.5%	46	2.8%	112	6.9%	6.9%	6.2%	2	0.1%	89	5.5%	21	1.3%							
H28年度	合計	1,680	49.7	180	10.7%	10.9%	10.1%	13	0.8%	4	0.2%	102	6.1%	61	○ 3.6%	115	6.8%	6.8%	5.9%	5	0.3%	88	5.2%	22	1.3%							

表 23 を見ると、メタボ該当者は県・同規模保険者と比較し割合が多いことが分かる。また、男性のメタボ該当者は増加しており「血圧+脂質」の重複の割合が多い。女性のメタボ該当者割合はやや減少したが、「3項目すべて」に該当する者の割合は増加しており、血管疾患におけるリスクは高まっている。第 1 期計画から引き続き、メタボの改善に向けた特定保健指導を継続し、インスリン抵抗性の観点から見た予防に努める必要がある。また、メタボは長期間にわたる生活習慣の積み重ねにより発症することから、引き続き母子保健事業等においても発症予防の視点で保健指導を実施していく必要がある。

図 9 では糖尿病の受診勧奨レベルは治療をしている人が多い。HbA1c7.0~7.9%においては、新規受診者の割合が高く、新規受診者には重症化している人も多くいると思われる。血圧は治療中であってもⅠ度高血圧値の者の割合が新規・継続ともに高い。また、Ⅱ度、Ⅲ度の高血圧において、治療なしの者の有所見割合は治療中の者と比較して高く、治療の重要性がわかる。優先的に医療機関の受診勧奨を進めていかなければならない。

LDL-Cについては、未治療の受診勧奨レベルの者の割合がかなり高い。他リスクとの重なりや既往を確認しながら病院の受診を勧めるとともに、治療を継続することの大切さを伝えていく必要がある。全体的に見ると、3疾患とも受診勧奨レベルを超える者は新規受診者に多い傾向がある。逆に正常範囲の者は、継続受診者に多く見られる。

継続受診者と新規受診者の比較

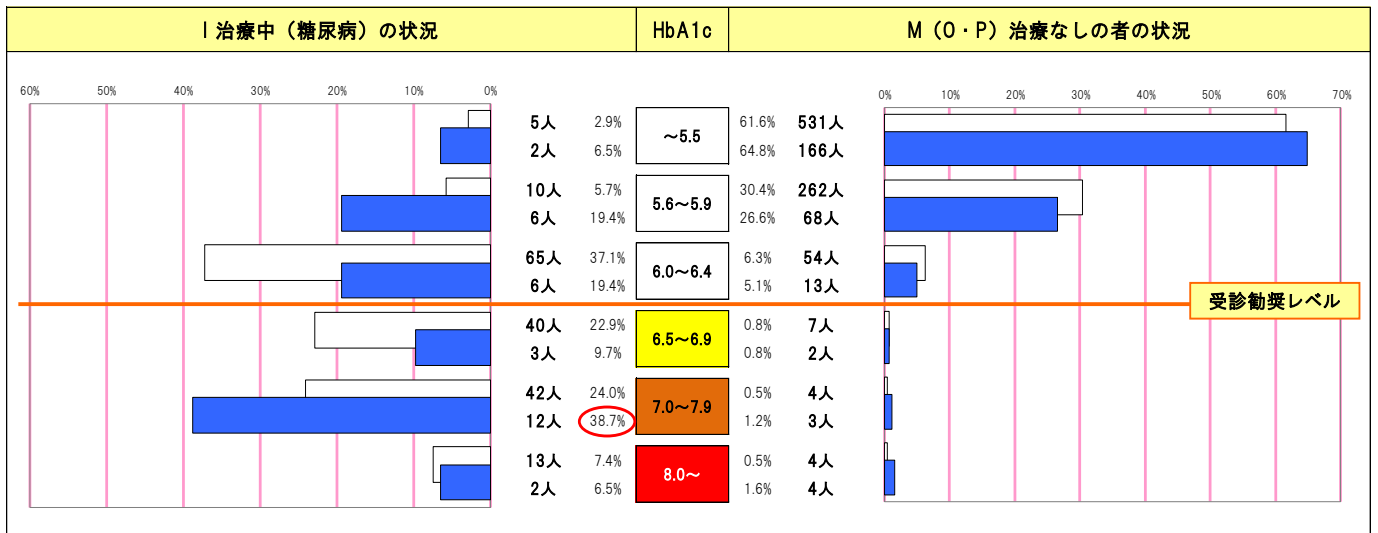
…上段（継続受診者）

【図 9】

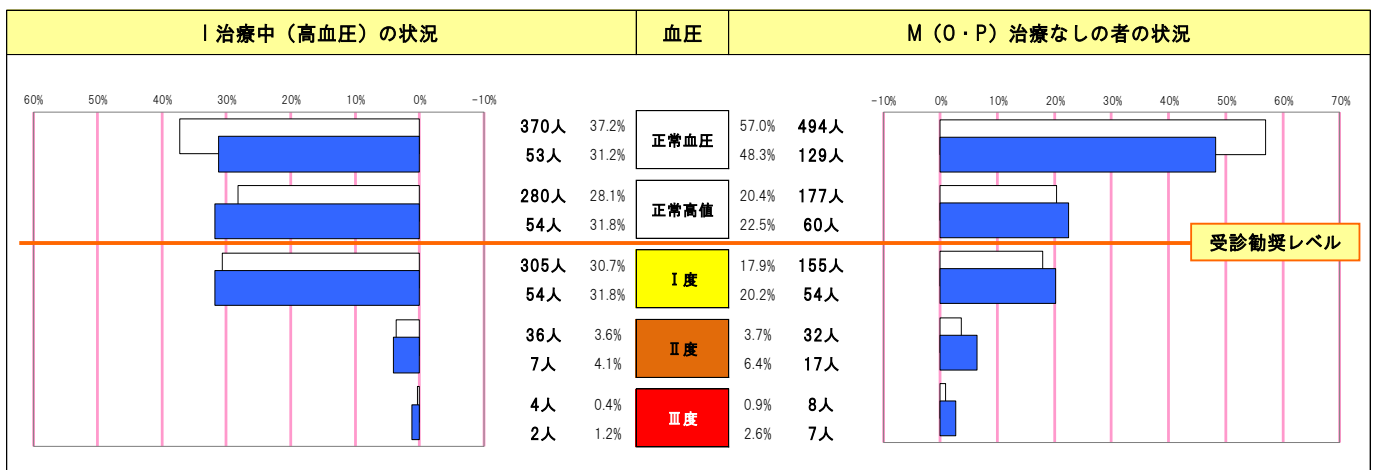
HbA1c

特定健診等データ管理システム

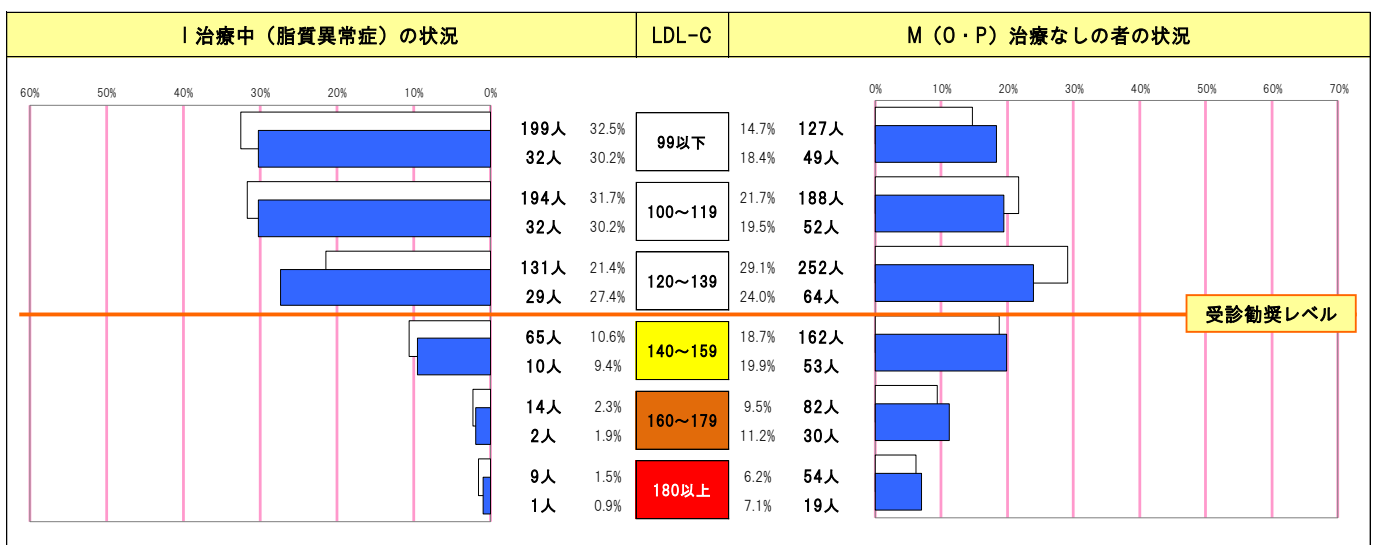
…下段（新規受診者） H28年度より過去5年間受診がない者



血圧



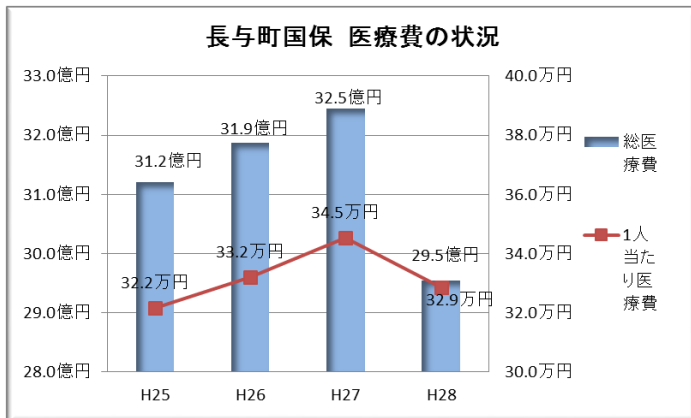
LDL-C



(3) 医療費の状況

①医療費の状況

KDB データ 【図 10】



長与町国保における医療費は年々上昇傾向にあったが、平成 28 年度に大幅に減少した。その要因としては、被保険者数の減少もその要因のひとつと考えられる。予防可能な疾患においても、短期目標の3疾患（血圧・糖尿・脂質）、長期目標の心疾患が、H25 年度と比較し 1 億円程度の減少が見られた。第 1 期計画において、重症化予防事業に重点的に取り組んだ効果との見方もあるが、同じ血管疾患である脳出血や透析においては医療費が増加しており、今後の動向を注意深く見ていく必要がある。

<同規模保険者・県と比較した医療費の伸び>

KDB データ 【表 24】

項目		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	県			町	同規模	県			町	同規模	県
総医療費 (円)	H25年度	31億1918万円	-	-	-	-	12億3854万円	-	-	-	-	18億8063万円	-	-	-	-
	H28年度	29億5420万円	△1億6497万円	△5.3%	△0.3%	△2.8%	11億2954万円	△1億900万円	△9.0%	△0.4%	△2.0%	18億2466万円	△5597万円	△3.0%	△0.2%	△3.0%
一人当たり月平均医療費 (円)	H25年度	26813円	-	-	-	-	10650円	-	-	-	-	16170円	-	-	-	-
	H28年度	27387円	574円	2.1%	8.8%	7.4%	10510円	-140	△1.3%	8.6%	7.8%	16880円	710	4.4%	8.8%	7.0%

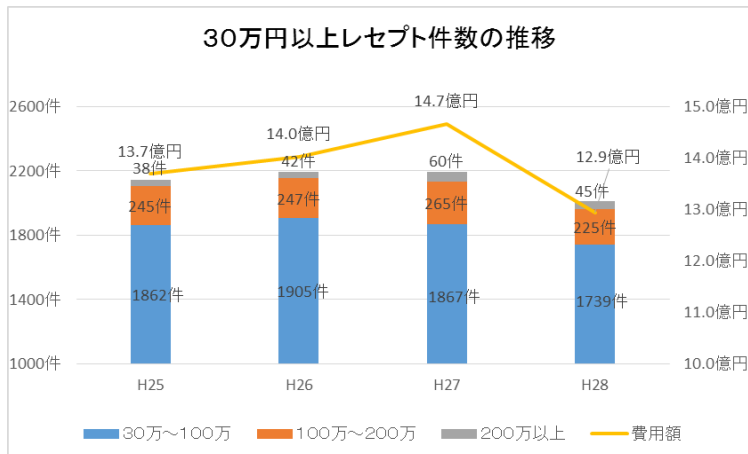
入院・外来にかかる医療費を比較すると、外来にかかる医療費が入院にかかる医療費より6～7億円ほど多いことが分かる。

平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、総医療費は入院・外来共に減少傾向にあり、同規模保険者・県と比較してもその減少幅は大きい。一人当たり月平均医療費はやや増加傾向にあるが、同規模保険者・県と比較するとその伸び率は低く、特に入院については同規模・県が増加傾向にある中、長与町は減少に向いている。入院にかかる医療費が減少した要因で大きかった疾患は狭心症(▲3600 万円) 大腸がん (▲1300 万円) などであった。入院が必要となる前に外来にて適切な治療を受けることで重症化が予防できている可能性がある。

入院と外来のレセプト 1 件あたりにかかる費用額の差は大きく、入院のレセプトを減らすことは重症化予防にもつながり、費用対効果の面から考えても効率がよく、取り組むべき重要な課題である。

②高額レセプトの状況

KDB データ【図 11】



平成28年度は、高額レセプト件数の減少に伴って費用額も減少している。30万~100万円のレセプト件数が減少した内訳を見ると、悪性新生物の減少が大きい。その他、減少が大きかったものは、骨折や白内障、脳梗塞などが続く。費用額は、おおよそ件数に比例する。

【表 25】

疾患名	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
悪性新生物	9件	15件	13件	↑ 17件
筋・骨格	6件	2件	5件	7件
脳血管疾患	1件	3件	2件	↑ 4件
虚血性心疾患	10件	5件	3件	↓ 3件
その他の疾患	12件	17件	22件	13件
ウイルス肝炎	0件	0件	15件	1件
合計	38件	42件	60件	45件
費用額	1億1498万円	1億1577万円	1億6794万円	1億2340万円

200万円以上のレセプトは件数の増加に伴い費用額も増加。内訳は、悪性新生物や脳血管疾患が占める割合が大幅に増加し、H25年度に最も多かった虚血性心疾患は、減少している。

③長期入院の状況

KDB データ【表 26】

対象レセプト (H25年度)		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
長期入院 (6か月以上の入院)	人数	59人	35人 59.3%	16人 27.1%	7人 11.9%
	件数	532件	299件 56.2%	144件 27.1%	69件 13.0%
	費用額	2億3160万円	1億0475万円 45.2%	6791万円 29.3%	3294万円 14.2%
対象レセプト (H28年度)		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
長期入院 (6か月以上の入院)	人数	48人	33人 68.8%	8人 16.7%	3人 6.3%
	件数	409件	307件 75.1%	66件 16.1%	29件 7.1%
	費用額	1億6588万円	1億0923万円 65.9%	2606万円 15.7%	2059万円 12.4%

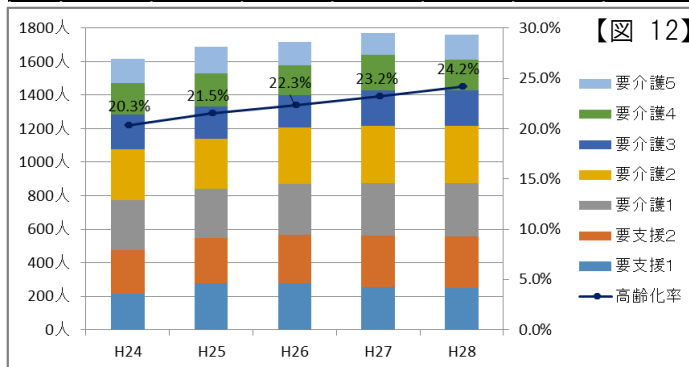
長期入院の状況は、H25年度とH28年度を比較すると虚血性心疾患・脳血管疾患の長期入院件数の減少に伴い、それにかかる費用額も大きく減少している。特に長期入院の代表疾患である脳血管疾患の減り幅は大きく、件数は半数以下となっている。精神疾患については、件数、費用額共に大きい状態が続いているが急激な増加は見られない。退院支援などにより入院から外来へ移行することが増えているためと考えられる。今後、減少した脳血管疾患、虚血性心疾患の件数を維持していくことができるよう、予防可能な疾患の視点から特定健診の受診率向上を含めた、短期的な目標を達成していくことが重要となる。

(4) 介護の状況

①介護認定の状況

【表 27】

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
H24	217人	257人	299人	305人	205人	188人	147人
H25	278人	269人	292人	300人	193人	199人	158人
H26	277人	288人	303人	337人	194人	180人	138人
H27	255人	307人	312人	342人	213人	209人	134人
H28	250人	305人	320人	340人	215人	179人	149人



要介護認定を受ける人は高齢化に伴い増加傾向にあるが、新規認定者数は H25 年度と比較して減少しており、その伸び率は小さい。介護予防事業の取り組みの成果と考えられる。

要介護状態の重度化を防ぐためにも、認定者も含めた高齢者の生活習慣病の重症化予防に努めなければならない。

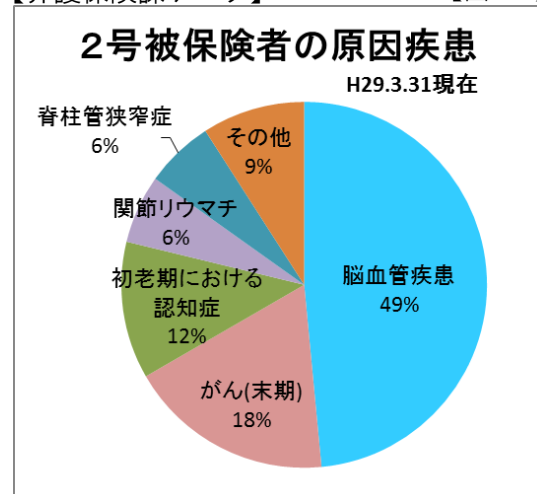
②2号被保険者の介護認定の状況

2号被保険者(40~64歳)で KDB データ
介護認定を受けている方の原因疾患 【表 28】

原疾患	H26年度	H28年度
脳血管疾患	15人	16人
閉塞性動脈硬化症	5人	1人
糖尿病合併症	2人	1人
がん(末期)	10人	6人
関節リウマチ	3人	2人
初老期における認知症	1人	4人
その他	8人	3人
合計	44人	33人

【介護保険課データ】

【図 13】



【図 14】

33名の2号被保険者の内訳



33名の内訳は、国保が20名、被用者保険が13名で生活保護対象者はいなかった。

2号被保険者で介護認定を受ける者は H26 年度と比較し減少した。要因で最も多い疾患は脳血管疾患であり、その数に変化は見られなかった。申請時の年齢は 50 代で最も多く、若いほど脳血管疾患が要因となる割合が高い。がん(末期)や閉塞性動脈硬化症は減少し、初老期における認知症が増加した。要介護 4~5 のほとんどが糖尿病合併症や脳血管疾患などの生活習慣病が原因となっており、要支援の認定理由にはリウマチや狭窄症などが多かった。若くして脳血管疾患を発症した方々の経過を確認し、どういった関わりが必要であったかを丁寧に振り返り、保健事業へ活かしていかなければならない。

③介護給付費の状況

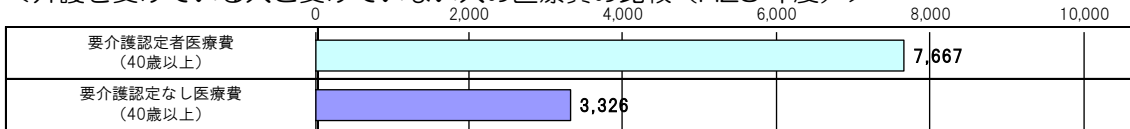
KDB データ【表 29】

	H25	H26	H27	H28
介護給付費	23億8066万円	24億808万円	24億9783万円	24億1988万円
1件あたり給付費	55,272円	54,363円	54,654円	54,528円

KDB データ

<介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較（H28 年度）>

【図 15】



介護給付費は増加傾向にあるが、その伸びは同規模保険者や県と比較して小さい。介護を受けている人と受けていない人の医療費を比較すると、その差は2倍以上と医療費適正化の面からも介護予防が持つ意味は大きく、要介護状態となる原因を健診や医療の面からも分析し、予防可能なものを見極め、対象を明確にしていく必要がある。

④介護認定を受けている者の有病状況

KDB データ【表 30】

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数 (全体)		34		185		1,583		1,768				
再) 国保・後期		19		157		1,513		1,670				
有 病 状 況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数		
				割合		割合		割合		割合		
	循環器疾患	1	脳卒中	12 63.2%	脳卒中	91 58.0%	脳卒中	781 51.6%	脳卒中	872 52.2%	脳卒中	884 52.3%
		2	虚血性心疾患	4 21.1%	虚血性心疾患	59 37.6%	虚血性心疾患	761 50.3%	虚血性心疾患	820 49.1%	虚血性心疾患	824 48.8%
		3	腎不全	4 21.1%	腎不全	29 18.5%	腎不全	211 13.9%	腎不全	240 14.4%	腎不全	244 14.4%
	合併症	4	糖尿病合併症	2 10.5%	糖尿病合併症	27 17.2%	糖尿病合併症	141 9.3%	糖尿病合併症	168 10.1%	糖尿病合併症	170 10.1%
		基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		16 84.2%	151 96.2%	1,431 94.6%	1,582 94.7%	1,598 94.6%				
	血管疾患合計		19 100.0%	152 96.8%	1,468 97.0%	1,620 97.0%	1,639 97.0%					
	認知症		4 21.1%	52 33.1%	680 44.9%	732 43.8%	736 43.6%					
	筋・骨格疾患		15 78.9%	145 92.4%	1,431 94.6%	1,576 94.4%	1,591 94.2%					

介護認定者における有病状況を見ると、血管疾患を発症している割合は97%であった。H25年度の状況と比較してもその有病率は上昇していた。また、血管疾患の中でも『脳血管疾患』を有病している者の割合がどの年代でも高い。合わせて虚血性心疾患の有病率も高く、2つの疾患を合併している可能性は高い。認定を受ける直接的な要因としては血管疾患よりも筋骨格や認知症が多い状況だが、メタボや糖尿病などの生活習慣病は筋骨格系疾患や認知症とも関係が深い。また、重度の要介護状態になるにつれ、血管疾患が直接的な要因となる者は増加する。2号被保険者、1号の65～74歳の方については、特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通のリスクである、高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を健診・保健指導により予防していくことは介護予防、介護の重症化予防にも繋がると考える。

2) 第2期計画における健康課題の明確化

長与町の健診・医療・介護の状況を分析した結果、若くして介護認定を受けている方々の半数は脳血管疾患が原因であり、そのほとんどが要介護4～5と重度な要介護状態にありました。医療費の面から見ても、第1期からの4年間で脳血管疾患にかかる医療費は増加しています。特に大きく増加したのは“脳出血”であり、高血圧が大きな要因となりうる疾患です。長与町は同規模保険者や国と比較し、高血圧症にかかる医療費が総医療費に占める割合が高く、第1期計画においても、特定健診・特定保健指導や重症化予防事業にて取り組みを実施してきました。高血圧にかかる医療費の減少は見られたものの、被保険者数の減少に伴うものが大きく、単純に改善したとは言いがたい状況にあります。特定健診受診は年々上昇しているものの未だ低く、特定健診・特定保健指導の実施率向上は今後も取り組むべき重要な課題です。

また、特定健診結果におけるメタボリックシンドロームの該当者数の割合は同規模保険者や県と比較して高く、その割合はH25年からの4年間で増加傾向にあります。メタボに該当する項目で高いものは、男女ともに“血圧+脂質”が関係しており、メタボ減少の視点からも、血圧への取り組みは重要と考えます。

3) 第2期計画における目標の設定

(1) 中長期的な目標の設定

データヘルス計画の目的である、「健康寿命の延伸」と「長与町国保における医療費の適正化」の達成に向けて健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、介護認定者の有病状況の多い疾患であり、さらに予防可能な疾患である“脳血管疾患”“虚血性心疾患”“糖尿病性腎臓病”の患者数（レセプト件数）の伸びを押さえることを目標とします。虚血性心疾患（特に狭心症）については、第1期計画期間で医療費や長期入院のレセプト状況、200万円以上の高額レセプト件数において、改善が見られた点もあったため、減少を維持していくことを目標とし、脳血管疾患・糖尿病性腎臓病については現在発症前にある方々が発症しない（新規患者数を抑える）ことを目標とします。

第1期計画で設定していた悪性新生物については、P.19の考察で述べたとおり、データヘルス計画における評価が困難であり、事業対象が被保険者ではなく全町民であることから、健康増進計画における事業として位置づけ、健康増進事業として取り組むこととします。

最終年度である35年度には30年度と比較して、3つの疾患の患者数（レセプト件数）の減少を目標とし、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しを行います。

（２）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の該当者数を減らしていくことを短期的な目標とします。

具体的には、特定健診結果における血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の評価を行い、重症化予防事業対象者数を減少させることとします。

そのためには、特定健診受診率向上を勧めていくことが重要であり、その目標値は、第３章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

さらに、健診結果から医療受診が必要な者に対する適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また、その際には、必要に応じて医療機関と十分な連携を図ることとします。

第3章 特定健診・特定保健指導（第三期特定健診等実施計画）

1. 第三期特定健診等実施計画について

医療保険者は、高齢者の確保に関する法律第19条において、特定健診等実施計画を定めることとされています。なお、第一期及び第二期は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踏まえ、第三期（平成30年度以降）からは6年一期として策定します。

2. 第三期特定健康診査・特定保健指導の基本的な考え方

糖尿病等の生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積（内臓脂肪型肥満）が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなります。このため、インスリン抵抗性の視点を踏まえた早期からの介入を行うことにより、糖尿病等の生活習慣病発症リスクの低減を図ることが可能となります。

特定健康診査は、被保険者が自らの身体へ意識を向ける住民が増え、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、インスリン抵抗性の視点から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者を、的確に抽出するために実施します。

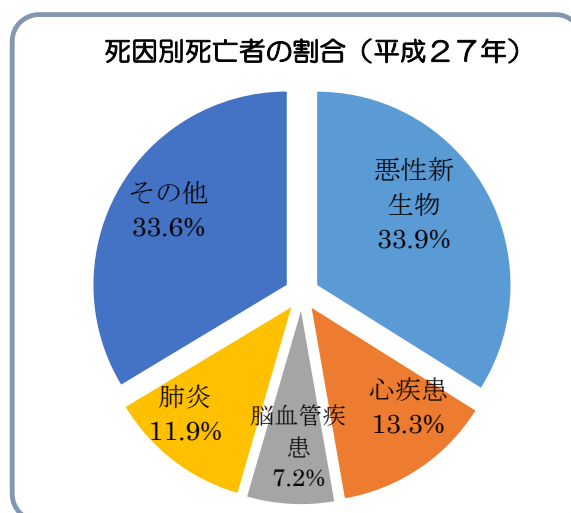
特定保健指導は、対象者自らの生活習慣を振り返り、課題を認識して行動変容するとともに、自らの健康を自己管理し健康的な生活を維持することを通し、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的に行います。

【図 16】

3. 長与町の現状

1) 死亡統計

長与町民の死因の割合は、悪性新生物（がん）、心疾患、脳血管疾患が約55%を占めています。メタボリックシンドロームが影響する心疾患、脳血管疾患の死亡率が約21%となっています。

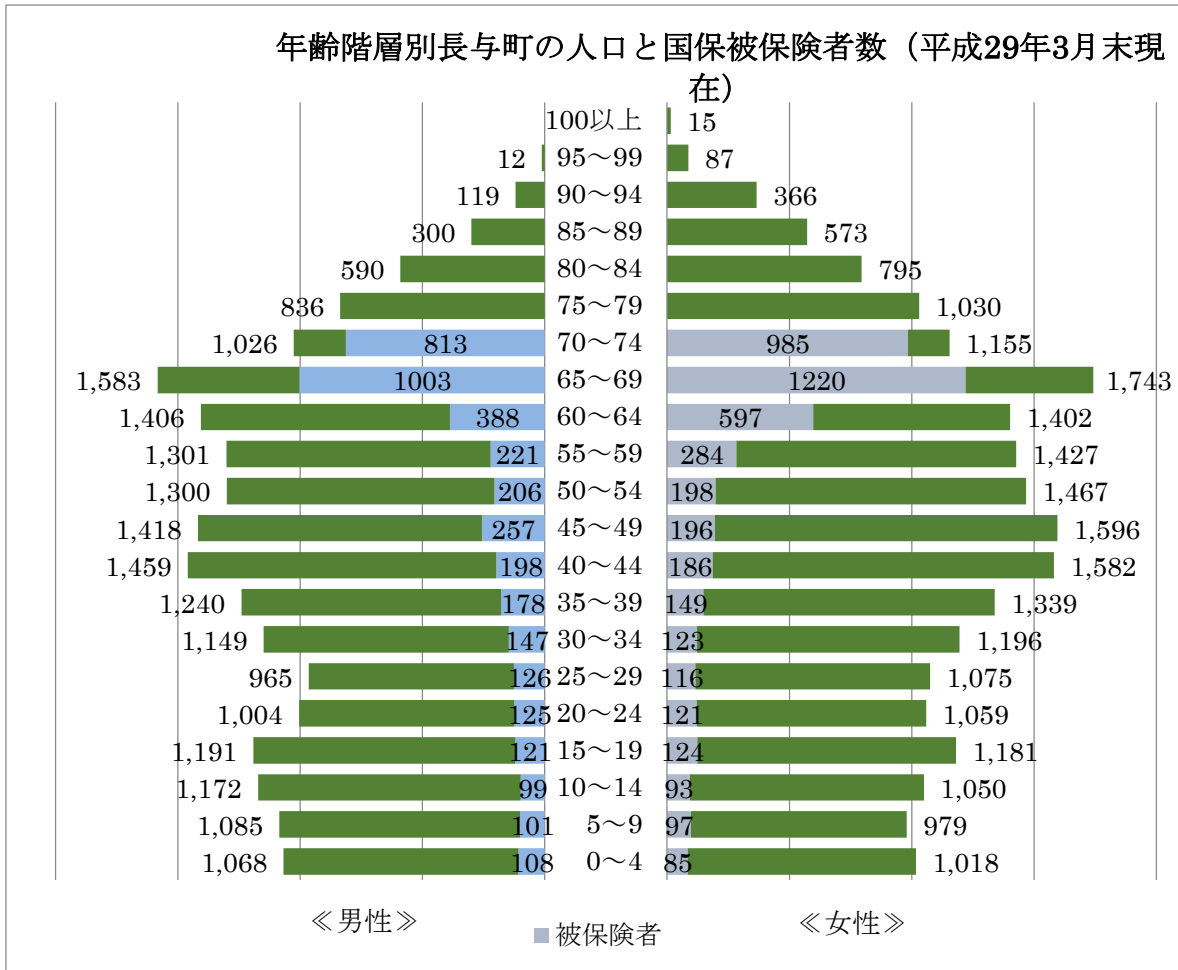


2) 国民健康保険被保険者の状況

長与町は、平成29年3月末現在、人口 42,359人、そのうち65歳以上が10,231人で全体の約24.2%を占めています。

国民健康保険加入者（以下「国保被保険者」という。）は、8,665人、そのうち65歳以上が4,021人で、国保被保険者の46.4%となっており、今後もその割合は増加していくと考えられます。

【図 17】



3) 国保の医療費の概況

医療費の状況については、24ページに記載しています。

4) 特定健康診査の受診率（平成20年度～平成28年度）

受診率については、19ページに記載しています。

5) 特定保健指導終了率

終了率については、19ページに記載しています。

4. 目標値の設定

1) 目標値

平成 28 年度の実施率及び「特定健康診査等基本指針」に掲げる参酌標準をもとに、本町国保における目標値を下記のとおり設定します。 【表 31】

区 分	30 年度	31 年度	32 年度	33 年度	34 年度	35 年度	国基準
特定健康診査の実施率	49%	52%	54%	56%	58%	60%	60%
特定保健指導の終了率	50%	52%	54%	56%	58%	60%	60%

2) 対象者（推計）の見込み

(1) 特定健康診査

【表 32】

年 齢 区 分		30 年度	31 年度	32 年度	33 年度	34 年度	35 年度
40～64 歳	総数	2,732 人	2,620 人	2,544 人	2,484 人	2,458 人	2,385 人
	受診者	1,338 人	1,362 人	1,373 人	1,391 人	1,425 人	1,431 人
65～74 歳	総数	3,663 人	3,581 人	3,418 人	3,291 人	3,099 人	2,816 人
	受診者	1,831 人	1,862 人	1,845 人	1,842 人	1,797 人	1,689 人
合 計	総数	6,395 人	6,201 人	5,962 人	5,775 人	5,557 人	5,201 人
	受診者	3,169 人	3,224 人	3,218 人	3,233 人	3,222 人	3,120 人

(2) 特定保健指導見込み人数・選定と優先順位・支援方法

【表 33】

年 齢 区 分		30 年度	31 年度	32 年度	33 年度	34 年度	35 年度
40～64 歳	積極的支援	65 人	62 人	61 人	59 人	58 人	57 人
	動機づけ支援	65 人	64 人	61 人	59 人	55 人	50 人
65～74 歳	動機づけ支援	153 人	150 人	143 人	138 人	130 人	118 人
合 計	積極的支援	65 人	62 人	61 人	59 人	58 人	57 人
	動機づけ支援	218 人	214 人	204 人	197 人	185 人	168 人
	対象者計	283 人	276 人	265 人	256 人	243 人	225 人
保健指導実施者		141 人	143 人	143 人	143 人	140 人	135 人

特定保健指導対象者は、平成 28 年度法定報告時の発生率を使用。

65～74 歳の方は、階層化によって積極的支援となっても、動機づけ支援を実施。

5. 特定健康診査・特定保健指導の実施

1) 特定健康診査

(1) 特定健康診査対象者

- ① 当該年度内に40歳以上である被保険者
ただし、妊産婦その他厚生労働大臣が定める者(海外在住、長期入院等)は除く
- ② 4月1日以降の新規加入者で①に該当する人
ただし、前加入保険で当該年度において特定健康診査を受けていない人

(2) 実施方法

医療機関で実施する「個別健診方式」と、町の指定した公共施設等において実施する「集団健診方式」の2方式

(3) 健診委託先

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条第一項に基き、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。

長与町は、特定健康診査に必要な設備を有していないため、個別健診方式については、医師会単位で委託を行い、医師会加入の医療機関のうち、厚生労働省の告示で定められた委託基準を満たした医療機関での実施となります。

(4) 実施期間

4月1日から翌年3月31日までの通年実施とします。ただし、受診開始は受診券が発行された後となります。

(5) 周知・案内方法

対象者に受診券とともに、健診等の趣旨普及啓発のためのチラシと、個別健診実施機関一覧や集団健診実施日程を記載したお知らせ文書を郵送します。

また、広報ながよやホームページ等へ掲載します。

(6) 健診項目

◎基本的な健診項目

- ア 問診（既往歴の調査、服薬歴や喫煙習慣の状況についての調査等）
- イ 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）
- ウ 理学的検査（身体診察、自覚症状及び他覚症状の有無）
- エ 血圧測定（2回実施）
- オ 血中脂質検査（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール）
※条件によりLDL-CのかわりにNonHDL-Cでも可(実施基準第1条4項)
- カ 肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ -GTP）

キ 血糖検査（空腹時血糖又は随時血糖、ヘモグロビン A1c）

ク 尿検査（尿糖、尿蛋白）

◎追加健診項目（町が独自に付加する項目）

ア 貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）

イ 尿・腎機能検査（尿潜血、血清尿酸、血清クレアチニン）

◎詳細な健診項目（一定基準の下、医師が必要と認めた場合に実施する項目）

ア 心電図検査

イ 眼底検査

(7) 他健診（検診）との同時実施について

各種健診（がん検診、原爆被爆者健診等）と可能な限り同時実施に向けた取り組みをします。

(8) 代行機関

特定健康診査の実施機関の情報管理、結果データのチェック及び保存、費用請求の審査・支払い・決済などに関わる事務は、長崎県国民健康保険団体連合会に委託します。

(9) 事業主健診等の健診受診者のデータ収集方法

受診対象者が、労働安全衛生法に基づく事業主健診を受診している場合は、本町国保の特定健康診査を受診する必要はありません。ただし、健診の結果から特定保健指導が必要とされた人に対する特定保健指導は、本町国保が実施することになるため、事業主又は本人から直接データを受領する必要があります。

(1) 事業主等からの受領

事業主にデータ提出の協力を求め、同意を得た上での受領となります。また、事業主の事務負担の軽減と迅速なデータ授受の効率性から、健診の実施機関から受領する方法も考えられますので、健診機関と事業主と協議の上、所定の手続きを定めて受領します。

(2) 受診者本人からの受領

健診結果の有無が明確でない場合には、受診者への呼びかけにより結果送付依頼を行う必要があります。受診案内を送付する際に、結果送付に関する案内を同封して事前に協力を求め、提出の同意が得られた場合には、所定の手続きを定めて受領します。

(8) 特定健康診査の自己負担額

無料とします。

(9) 健診結果の返却

健診結果を受診者本人に伝えるとともに、健診結果の見方や生活習慣病に関する基本的な知識など、生活習慣を見直すきっかけとなる健康に関する「情報提供」を行います。

個別健診については結果説明を医療機関に一任します。その後、必要に応じて保健師・管理栄養士がメカニズムの視点から追加で説明を行います。集団健診では結果説明会にて保健師・管理栄養士が結果説明会にて説明を行います。

2) 特定保健指導の実施

(1) 特定保健指導対象者基準

特定健康診査の結果と質問票から、内臓脂肪の蓄積の程度（腹囲・BMI）とリスクの数により階層化し、保健指導の必要性（生活習慣病リスク）に応じて、「動機づけ支援」、「積極的支援」となった人を対象とします。

《階層化》

【表 34】

腹囲	追加リスク		④喫煙歴	対 象	
	①血糖	②脂質		③血压	40-64 歳
≥85 cm (男性) ≥90 cm (女性)	2つ以上該当		/	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当		あり なし		
上記以外で BMI ≥ 25	3つ該当		/	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当		あり なし		
	1つ該当		/		

(追加リスク)

(注) ④喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味します。

①血糖	空腹時血糖 100 mg/d l 以上 または HbA1c 5.6%(NGSP 値)以上 空腹時血糖結果を優先
②脂質	中性脂肪 150 mg/d l 以上 または HDL コレステロール 40 mg/d l 未満
③血压	収縮期血压 130 mmHg 以上 または 拡張期血压 85 mmHg 以上

※質問票により、血糖・脂質・血压の薬剤治療を受けている人は除きます。

(2) 実施方法

長与町の直営とし、健康保険課に属する保健師・管理栄養士等で実施します。

(3) 周知・案内方法

特定保健指導対象者に、「特定保健指導の案内」を郵送します。

(4) 特定保健指導の自己負担額

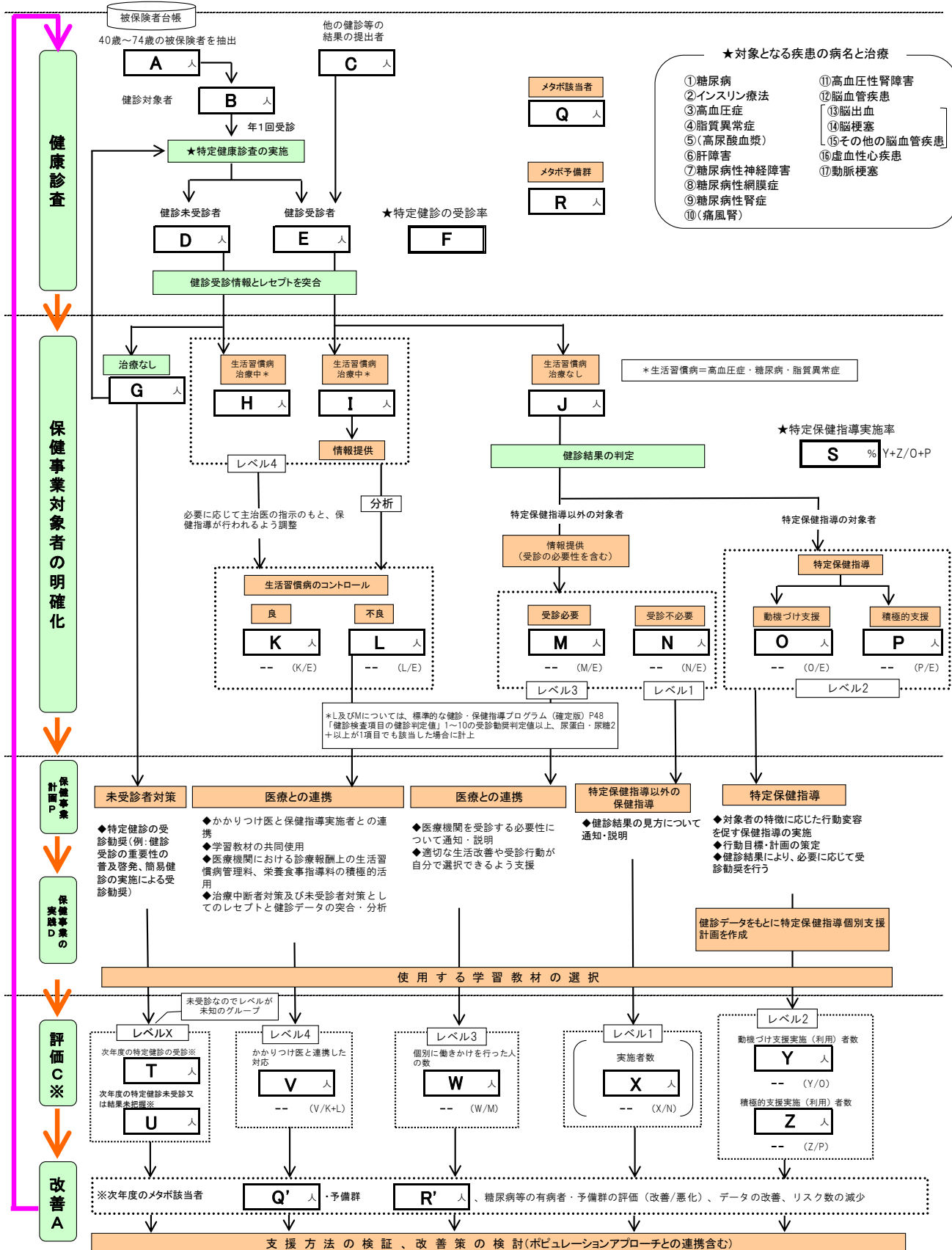
無料とします。

(5) 健診から保健指導の流れ

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート (平成 年度実績)

様式6-10



◎特定保健指導の重点化（優先順位）

原則、階層化された対象者全員に特定保健指導を実施しますが、特に保健指導が必要な対象者並びに効果が期待できる層を選定し、これらの人には重点的に特定保健指導を行います。

＜優先順位の高いもの＞

- ア 40歳～59歳の若い世代で、血圧と血糖に所見を有する人
- イ 健診結果から治療の必要性が高い値にも関わらず、治療を受けていない人及び治療を中断している人

優先順位別保健指導対象者

【表 35】

優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	30年度対象者	31年度対象者	32年度対象者 (中間評価)	目標実施者数 (実施率)
1	OP	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	O:218人 P:65人 計283人	O:214人 P:62人 計276人	O:204人 P:61人 計265人	30年度 142人(50%) 31年度 144人(52%) 32年度 143人(54%)
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	564人	574人	573人	HbA1c6.1以上は100%実施
3	L	情報提供 (治療中でコントロール不良)	◆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	1,004人	1,022人	1,020人	主治医と相談の上対象者を決定する
4	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例:健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	3,226人	2,977人	2,744人	70%

※対象者は、平成28年度法定報告時の発生率と特定健診受診見込み者数から算定

(6) 特定保健指導の内容

①「動機づけ支援」

ア 支援期間

初回に面接による支援を行い、必要に応じ継続的な支援を行います。初回面接から6ヶ月経過後に評価を実施します。

イ 支援内容

対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣改善のための実践計画をたて、それに基づき自ら実践できるよう支援を行います。

②「積極的支援」

ア 支援期間

初回に面接による支援を行い、その後、3ヶ月以上の継続的な支援を行います。初回支援から6ヶ月後に評価を実施します。

イ 支援内容

対象者自らが、健康に関する考え方を受け止め、対象者が考える将来の生活像を明確にした上で、行動変容の必要性を実感できるような働きかけを行い、具体的に実践可能な行動目標を選択できるよう支援を行います。

③「情報提供」

ア 支援期間

年1回（健診結果の通知と同時に実施）

イ 支援内容

健診受診者全員に自らの病気のリスクを自分自身の問題として認識してもらえよう、健診結果や健診時の質問票に基づき、対象者個人に合わせた情報を提供します。また、生活習慣の変化と健診結果の変化の関係を理解してもらい、健診を受ける意義について理解してもらえよう伝えます。

6. 年間スケジュール

【表 36】

月	特定健康診査	特定保健指導	実施計画評価、啓発等
4月	健診機関との契約 健診対象者の抽出 受診券、受診案内等の印刷・送付 《特定健診の開始》	前年度から引き続いての特定 保健指導の実施	健診のお知らせ広報・ホームページへの掲載
5月	(5/1 がん検診開始)		
6月	健診データの受領、費用決済	保健指導対象者抽出 利用券発行・案内送付 《当年度保健指導の開始》	
7月	被爆者健診（集団）での 同時実施		
8月			
9月		前年度開始分保健指導終了	受診勧奨広報掲載
10月			未受診者勧奨（電話、はがき送付）
11月	(11/30 がん検診終了)		分析評価、実施方法の見直し等
12月			次年度予算計上
1月			最終受診勧奨（ハガキ）
2月			次年度スケジュール策定
3月	《3/31 特定健診終了》		予算承認、契約書等準備

7. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健診・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、個人情報保護及び守秘義務の観点から適切な取り扱を行う。

個人情報の扱いは、「個人情報保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）」及び「国民健康保険組合における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」、並びに「長与町個人情報保護条例」及び同条例施行規則などに基づいて行う。

また、個人情報を適切に扱うため、「国民健康保険法（平成 20 年 4 月 1 日施行分）第 120 条の 2」及び「高齢者の医療の確保に関する法律（平成 20 年 4 月 1 日施行分）第 30 条及び同第 167 条」などに守秘義務規定が設けられている。

なお、特定健診を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止などを契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理する。

(2) 特定健診・特定保健指導の記録の管理、保管期間について

特定健診・特定保健指導の記録の管理は特定健診等データ管理システム、長与町健康管理システムで行う。保存期間については、原則 5 年とするが、過去の情報が必要となった際に活用することも考慮し、可能な限り保管・管理することとする。

8. 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連合会より通知のある日程までに報告する。

9. 特定健診等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項に基づき、計画は町ホームページ等により公表、周知する。

10. 計画の評価及び見直し

下記の内容については、毎年評価を行い、国の動向を見ながら必要に応じて見直しを行う。

- ・特定健診受診率
- ・特定保健指導実施率
- ・特定保健指導対象者以外の保健指導実施率
- ・有所見状況の改善状況（HbA1c、血圧、LDL、eGFR など）

第4章 保健事業の方向性

I 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臓病、虚血性心疾患、脳血管疾患の共通のリスクとなるメタボリックシンドローム、糖尿病、高血圧、脂質異常症の減少を目指すために特定健診における検査結果を改善していくこととします。そのためには、広く健診を受診してもらいその結果を自ら意識できるよう働きかけるポピュレーションアプローチと、2次予防を含めた重症化予防事業対象者へのハイリスクアプローチを組み合わせることで実施していく必要があります。

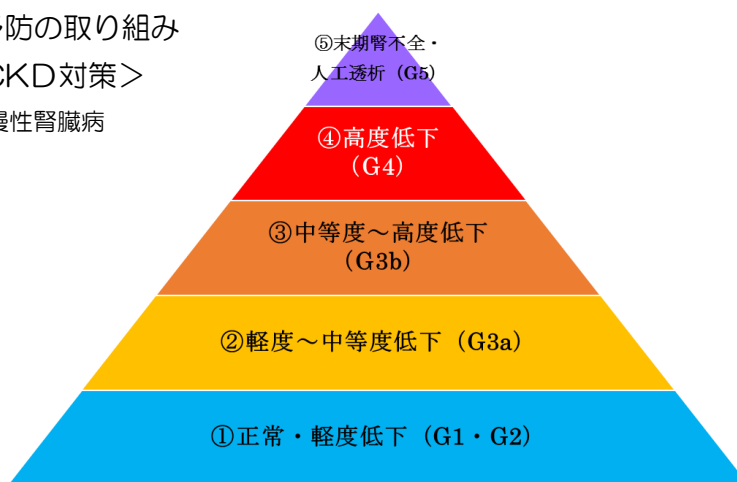
ポピュレーションアプローチの取り組みとしては、自らの問題として認識してもらえよう長与町国保の医療や医療費の状況、保険税の状況を被保険者へ広く伝えていく必要があります。また、その上で予防可能な疾患を予防するために生活習慣病に関する正しい知識の普及や、健診の重要性を広く周知していく必要があります。併せて、受診しやすい環境を整えることも重要になります。

ハイリスクアプローチとしては、生活習慣病の重症化による合併症の発症・重症化予防を目指し、糖尿病性腎臓病予防・脳血管疾患予防・虚血性心疾患予防の取り組みを行います。具体的には、「医療が必要にもかかわらず医療を受診できていない方への受診勧奨」と「治療中であってもコントロールが悪い方への医療機関と連携した保健指導」を実施します。また、歯周疾患は糖尿病等の生活習慣病にも影響することから、医療機関と連携し、口腔ケアの理解促進と適切な治療への働きかけを行います。

II 重症化予防の取り組み

<長与町のCKD対策>

※CKD：慢性腎臓病



H28年度特定検診法定報告対象者（うち尿蛋白・血清Cr測定者2,777人）

- ①（2,171）人 早期発見・発症予防 健診受診勧奨、ポピュレーションアプローチ
- ②（ 539）人 進行抑制 特定保健指導
- ③（ 55）人 悪化防止 重症化予防事業
- ④（ 11）人 適切な医療を継続して受診できる体制の整備
- ⑤（ 1）人 さらなる血管疾患（脳・心）の予防

※保健事業の詳細については、個別事業計画にて別途記載

H30 年度個別事業

1. 特定健診受診率向上事業
2. 特定保健指導終了率・改善率向上事業
3. 糖尿病性腎臓病重症化予防事業
4. 重症化予防事業
5. 若年者健診受診率・保健指導実施率向上事業

個別事業については、PDCAサイクルに沿って毎年の事業の見直しを行い、データヘルス計画の目標のもと、必要に応じた事業を実施可能な範囲で実施していくこととする。

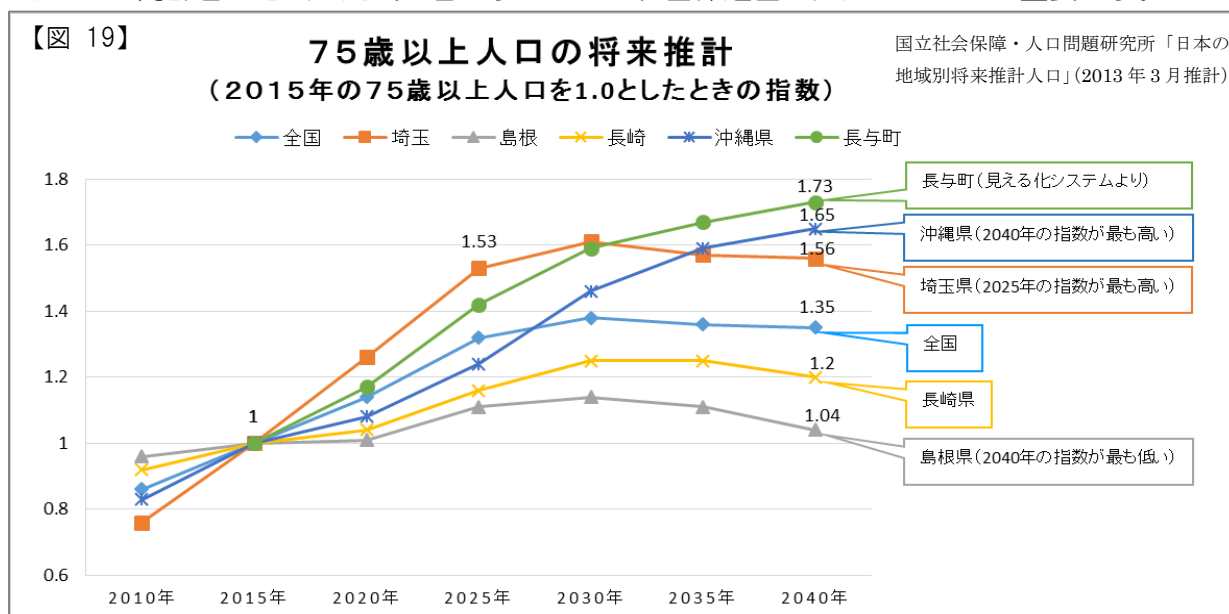
第5章 地域包括ケアに係る取組

平成 28 年に「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。

重度の要介護状態になる原因疾患のうち、脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等などの血管疾患は予防可能な疾患です。要介護状態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て対象者を抽出し、重症化予防を推進することは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ると考えます。

75 歳以上人口の将来推計は、2015 年の人口を 1.0 としたとき、国や長崎県全体が 2030 年をピークに緩やかに下降を始めるのに対し、長与町は今後上昇し続け、2040 年には 75 歳以上の人口が 8 千人を超えると予想されています。

国保においては被保険者のうち 65 歳以上高齢者の割合が 46.6% と高く、国保医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合は 64% を占めています。保健事業を実施することは高齢者が地域で元気に暮らすためにも、国保運営の安定のためにも重要です。



高齢期は個人差の大きい年代であり、その特性を踏まえ、個人の状況に応じた支援に繋るためには、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制の構築が必要となります。住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるようかかりつけ医や薬剤師、ケアマネジャー、介護事業所などの地域の医療・介護・保健・福祉の関係者とのネットワーク強化、さらに地域での支えあいや地域活動の取り組みを推進していくことが、地域包括ケアシステムの構築につながり、地域で元気に暮らしていく町民を増やしていくことにつながります。

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行います。

また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の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う必要があります。

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（参考資料11・12）

【表37】

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の担当の被保険者分については評価を定期的に行います。

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する。特に直ち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が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、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、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。

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配布します。

2. 個人情報の取扱い

個人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これに基づくガイドライン等を踏まえた対応を行います。本町における個人情報の管理体制については、「長与町個人情報保護条例」「長与町個人情報保護条例施行規則」「長与町情報セキュリティポリシー」に基づいて、適切に対応します。

また、個人情報を適切に扱うため、「国民健康保険法（平成 20 年 4 月 1 日施工分）第 120 条の 2」及び「高齢者の医療の確保に関する法律（平成 20 年 4 月 1 日施工分）第 30 条及び同第 167 条」などに守秘義務規定が設けられています。