

高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施に関する基本方針

令和 5 年 月
佐 渡 市

はじめに～方針策定の趣旨～

我が国では、かつてない高齢化が急激に進行しており、特に後期高齢者の増加は顕著です。

後期高齢者の心身の状況としては、身体的脆弱性や複数の慢性疾患に加え、認知機能や社会的つながりの低下といった多面的な課題を抱える、いわゆるフレイル状態にある場合も多くあります。これまでの疾病予防・重症化予防における個別的な対応のみならず、フレイル予防の観点をもった社会参加を含む地域での取組へと拡大していく必要があります。包括的な疾病管理は一層重要となっています。

後期高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組と生活機能の低下を防止する取組の双方を一体的に実施する必要性が高くなっています。

本方針は、佐渡市における高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施（以下、「一体的実施」という。）を効果的に進め、市民の更なる健康寿命の延伸を目指すことを目的に策定します。

（１）国民健康保険保健事業及び地域支援事業との 一体的な実施の在り方

国民健康保険保健事業及び地域支援事業との一体的な実施の在り方

高齢者保健事業を行うに当たっては、高齢者の身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえ、効果的かつ効率的で被保険者の状況に応じたきめ細かな対応を行うため、国民健康保険保健事業と介護予防の取組を一体的に実施することが求められています。

事業実施に当たっては、フレイルのおそれのある高齢者全体を支援するために国民健康保険保健事業と高齢者保健事業を、切れ目なく継続して実施します。

また、健康増進法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等に基づく地域における他の保健事業や介護保険法第 115 条の 45 第 1 項から第 3 項までに規定する地域支援事業等と積極的に連携及び協力を図り、地域の特性の分析やそれに応じた課題に対する保健事業の企画及び実施に当たります。他の保険者や被用者保険の保険者とも連携及び協力し、健康づくりを行います。

中でも、地域支援事業等との連携については、通いの場等も活用した高齢者保健事業を実施します。

具体的には、通いの場等において、支援すべき対象者を把握し、心身の状態に応じた保健指導や生活機能向上に向けた支援を行うとともに、地域包括支援センター等の関係機関と連携して必要に応じて医療サービス及び介護サービスにつなげます。

比較的元気な高齢者に対しても通いの場等への参加継続や疾病の重症化のリスクに対する気付きを促し、運動、栄養、口腔等の健康課題に対する予防メニューへの参加を勧奨する等、既存事業と連携した支援を行います。

上記の取組を効果的かつ効率的に実施するため次の医療専門職を配置します。

- （１）KDB システム等を活用し、医療レセプト・健診（後期高齢者の質問票の回答を含む。）・介護レセプトのデータ等の分析を行い、地域の健康課題の把握、一体的実施の事業対象者の抽出、事業の企画・調整・分析・評価等を行う医療専門職
- （２）各地域（日常生活圏域）において、通いの場等への積極的な関与や個別訪問等の支援を行う医療専門職

(2)一体的実施の推進体制

一体的実施の推進体制

1. 庁内各部署間の連携

本方針に定める事業は、後期高齢者医療・国民健康保険（保健事業を含む）を担当する市民生活部市民課保険年金係が中心となり、健康づくりを担当する市民生活部健康医療対策課や各支所福祉保健係、介護保険を担当する社会福祉部高齢福祉課、地域福祉（民生委員）を担当する社会福祉部社会福祉課、高齢者スポーツ・公民館を担当する教育委員会社会教育課、地域づくりを担当する地域振興部地域づくり課で庁内連携会議を設置し、連携を図りながら事業を企画・実施・評価します。その際、前期・後期という年齢区分にとられず、高齢期において一貫性、連続性のある取組を行います。

また、佐渡市の健幸さど21計画、食育推進計画、歯科保健計画、国保データヘルス計画及び介護保険事業計画を始めとする関連計画との整合性を図ります。

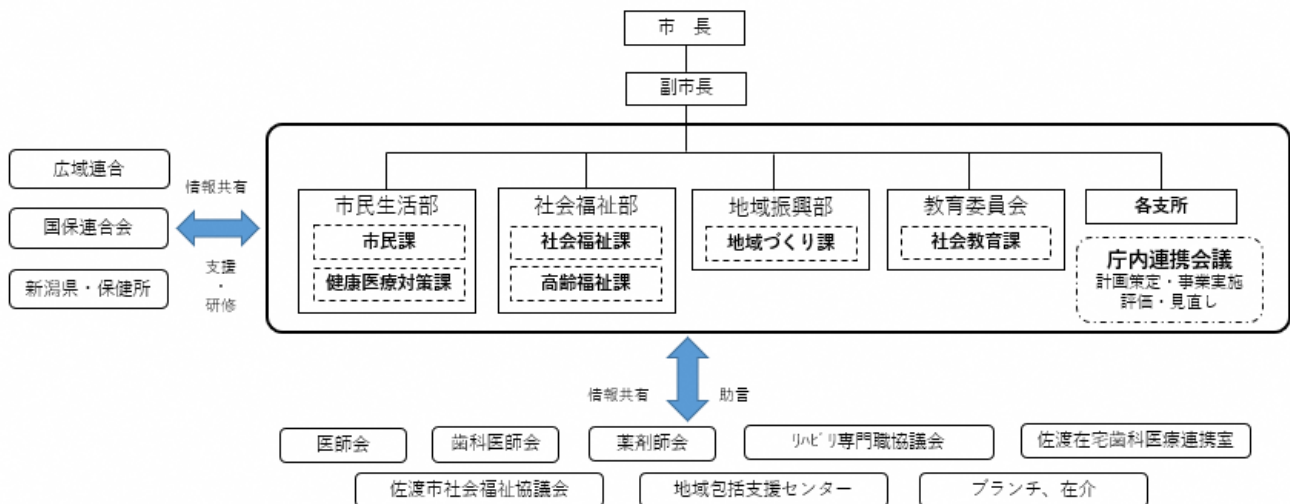
2. 広域連合・国保連合会・県との調整

広域連合や国保連合会、新潟県、保健所等と連携し、企画・計画段階から地域の健康課題や保健事業の実施、評価の進め方について、関係者間で十分に話し合い、方向性を共有していきます。

3. 関係団体との連携

取組の推進には、医師会を始めとする地域の関係団体の協力が不可欠であり、事業企画の段階から三師会（医師会、歯科医師会、薬剤師会）やリハビリテーション専門職協議会、福祉関係機関等へ助言や協力をお願いするとともに、事業委託等、専門的技術の支援を受けられるよう連携を図ります。

図表：実施体制



(3)取り組む健康課題

健康課題（分析結果） 健康・医療情報（介護含む）の分析結果等に基づく課題の整理

1. 佐渡市の状況

(1) 人口推移と人口構成

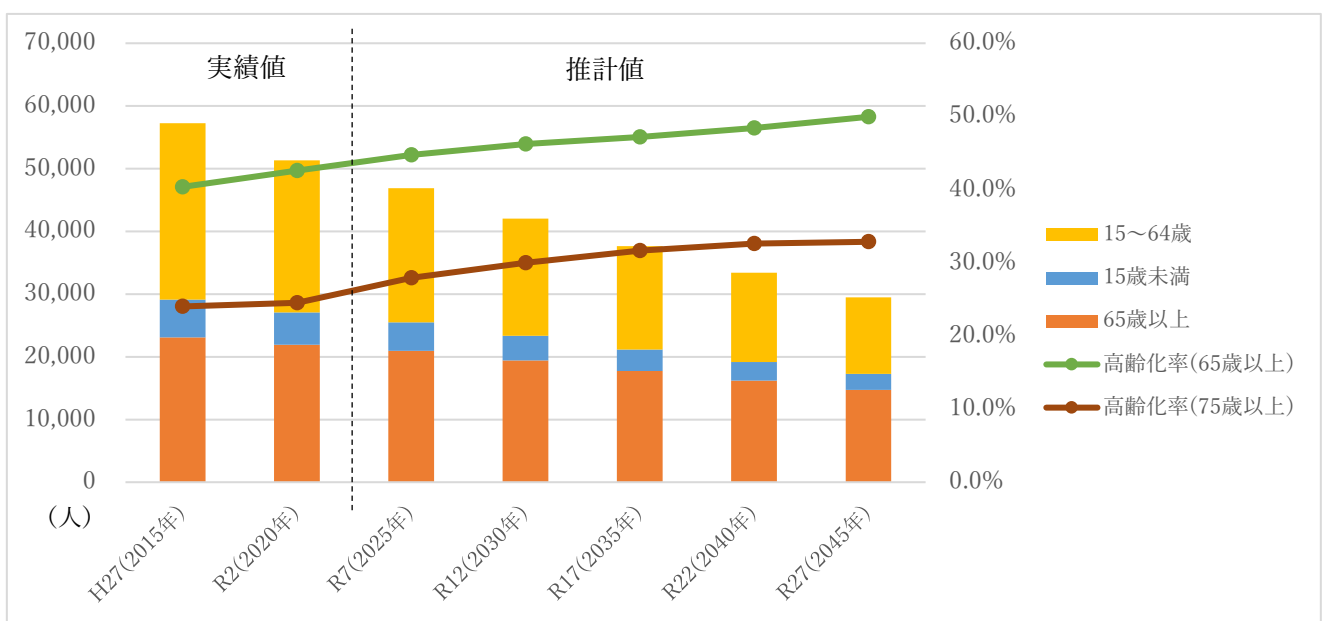
佐渡市の人口は、平成27年57,255人、令和2年51,492人で、5年間で5,763人減少している。高齢化は年々進んでおり、高齢化率は県平均を大きく上回っている。

高齢者人口も減少傾向に転じているが、65歳未満人口の減少が著しい。そのため、今後も人口は減り続け、高齢化率はますます増加していくと予測される。（図表1-1）

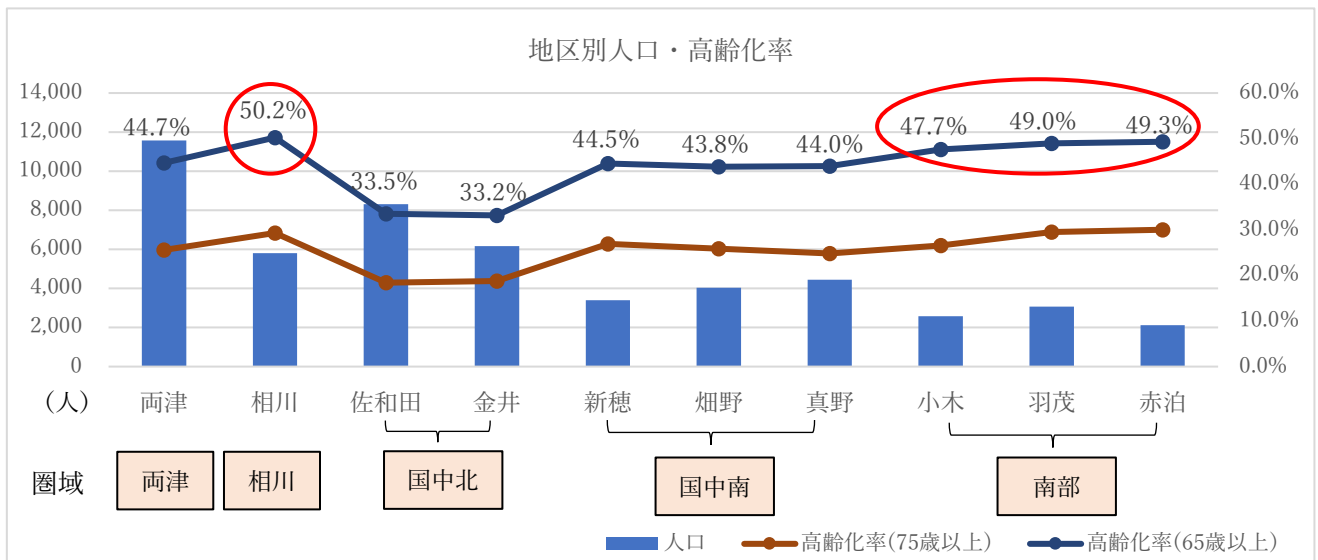
地区別に見ると、1番人口が多いのは両津地区で11,572人、少ないのは赤泊地区で2,112人となっている。高齢化率は、相川地区が1番高く50.2%となっている。市内の中心部である国中北圏域の佐和田地区、金井地区は高齢化率が30%台と低くなっている。南部圏域の小木・羽茂・赤泊地区は人口が少なく、高齢化率が高い傾向である。（図表1-2）

図表1-1 年齢区分別人口と高齢化率推移

	実績値		将来推計人口				
	H27(2015年)	R2(2020年)	R7(2025年)	R12(2030年)	R17(2035年)	R22(2040年)	R27(2045年)
総人口	57,255	51,492	46,871	42,058	37,629	33,414	29,470
65歳以上	23,114	21,927	20,975	19,436	17,750	16,179	14,719
うち75歳以上	13,757	12,636	13,093	12,605	11,905	10,893	9,684
15～64歳	28,155	24,279	21,366	18,689	16,467	14,265	12,174
15歳未満	5,986	5,143	4,530	3,933	3,412	2,970	2,577
高齢化率(65歳以上)	40.4%	42.6%	44.8%	46.2%	47.2%	48.4%	49.9%
県高齢化率(65歳以上)	29.9%	32.5%	34.4%	38.6%	37.0%	39.2%	40.9%
高齢化率(75歳以上)	24.0%	24.5%	27.9%	30.0%	31.6%	32.6%	32.9%
県高齢化率(75歳以上)	15.7%	16.9%	20.1%	21.3%	23.4%	24.0%	24.8%



図表 1 - 2 地区別人口と高齢化率



出典：国勢調査（実績値）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（H30.3月推計）」

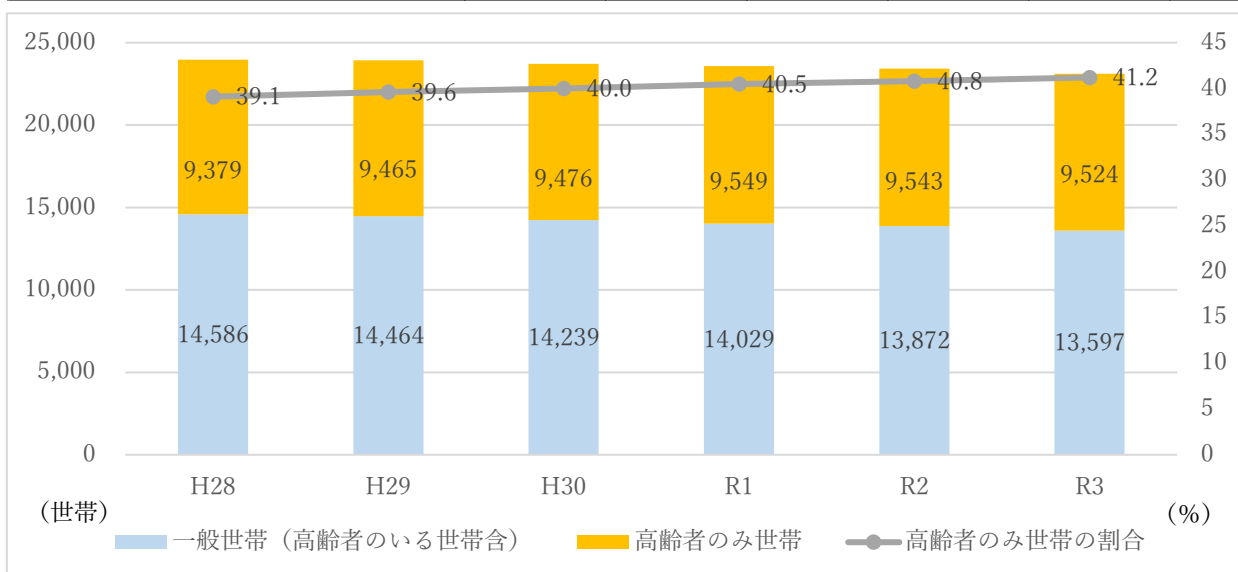
(2) 世帯数の推移

佐渡市の世帯数は、平成 28 年度 23,965 世帯、令和 3 年度 23,121 世帯と、減少している。65 歳以上の高齢者のみの世帯も令和元年度をピークに減少しているが、高齢者単身世帯は増加している。（図表 2）今後も世帯数が減少していく一方で、高齢者単身世帯は増加していくものと見込まれる。また、高齢者のいる一般世帯の中には、高齢者と単身の子どもの世帯も少なくなき、7040、8050 問題が顕在化してきている。

図表 2 世帯数の推移

(単位：世帯)

	H28	H29	H30	R1	R2	R3
総世帯数	23,965	23,929	23,715	23,578	23,415	23,121
一般世帯（高齢者のいる世帯含）	14,586	14,464	14,239	14,029	13,872	13,597
高齢者のみ世帯	9,379	9,465	9,476	9,549	9,543	9,524
うち高齢者単身世帯	5,681	5,770	5,786	5,887	5,908	5,909
高齢者のみ世帯の割合	39.1%	39.6%	40.0%	40.5%	40.8%	41.2%



出典：佐渡市高齢者現況調査票

(3) 平均余命と平均自立期間

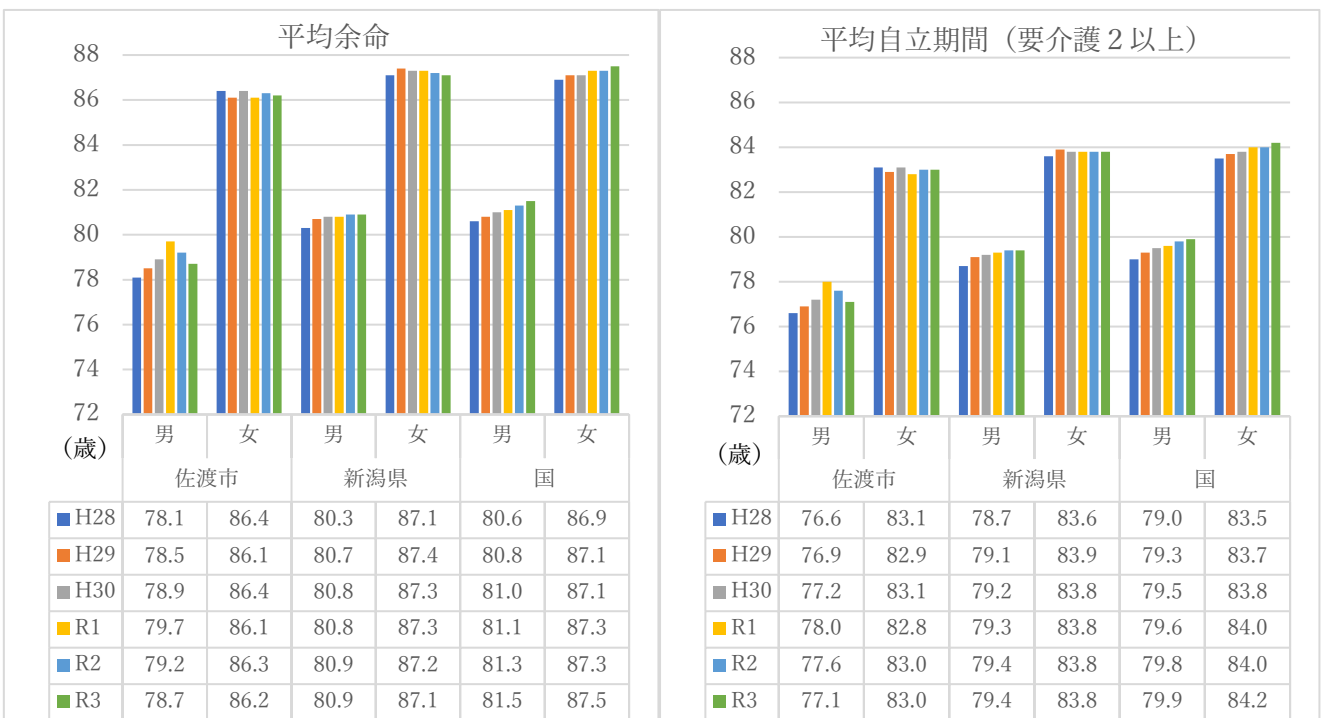
佐渡市の平均余命は、令和3年度男性78.7歳、女性86.2歳で、県と比較して男性で△2.2歳、女性で△0.9歳となっている。

令和3年度の平均自立期間（要介護2以上）は、男性77.1歳、女性83.0歳で、県と比較して男性で△2.3歳、女性で△0.8歳である。

平均余命、平均自立期間（要介護2以上）共に、男性は延伸傾向であったが、令和2年度から短縮傾向である。女性は横ばいの状態が続いている。平均余命、平均自立期間（要介護2以上）のいずれも県・国に比べて佐渡市は短く、大きな課題と言える。

平均余命から平均自立期間（要介護2以上）を差し引いたものを非自立期間とすると、令和3年度男性は1.6年、女性は3.2年となり、女性の方が日常生活に制限のある期間が長いことがわかる。非自立期間については、県・国とほぼ変わらない。（図表3）

図表3 平均余命と平均自立期間（要介護2以上）



R 3		平均余命 (A)	平均自立期間 (要介護2以上) (B)	非自立期間 (A) - (B)
佐渡市	男	78.7	77.1	1.6
	女	86.2	83.0	3.2
新潟県	男	80.9	79.4	1.5
	女	87.1	83.8	3.3
国	男	81.5	79.9	1.6
	女	87.5	84.2	3.3

出典：KDB「地域の全体像の把握」

(4) 死因

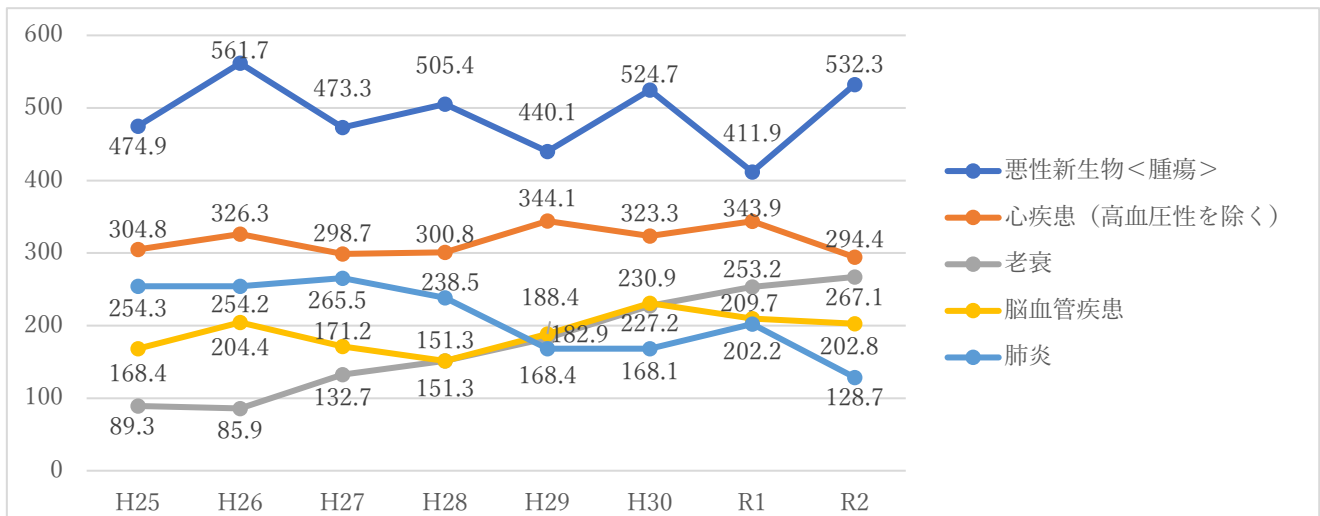
令和2年度の佐渡市における死因は悪性新生物が最も多く、心疾患、老衰などが続いている。年齢調整していない数字のため、高齢化率等を考慮する必要はあるが、人口10万人当たりの死亡率は、いずれも県と比較して高くなっている。(図表4-1) 経年で比較すると、心疾患や老衰、脳血管疾患による死亡率が、増加傾向である。(図表4-2)

KDBにおいて、がん、心臓病(高血圧性を含む)、脳血管疾患、糖尿病、腎不全、自殺が死因の死亡者数について、それぞれの死亡割合を見ると、令和3年度は国・県に比べ、心臓病、脳血管疾患、腎不全の割合が高くなっている。(図表5-1) 平成28年度以降の推移で見ると、心臓病、脳血管疾患、腎不全の割合が増加傾向である。(図表5-2)

図表4-1 令和2年度死因順位

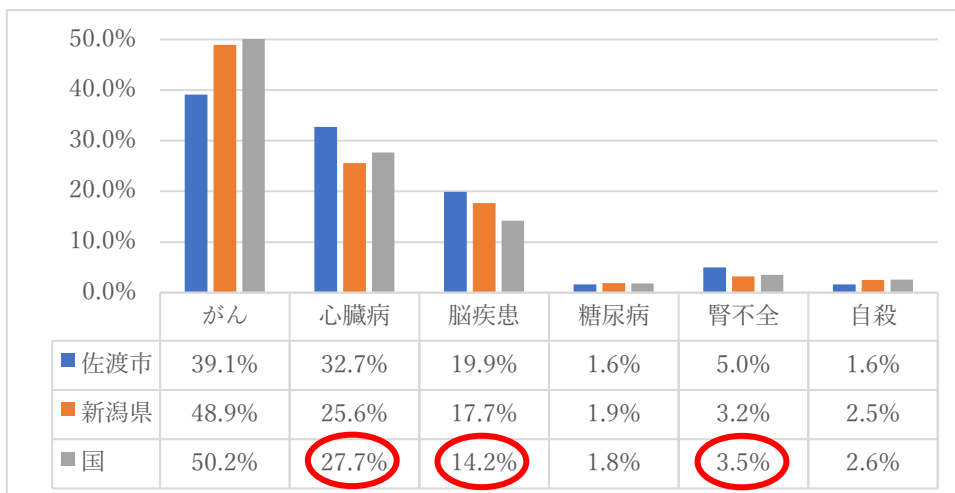
順位	佐渡市			新潟県		
	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率
1位	悪性新生物<腫瘍>	273	532.3	悪性新生物<腫瘍>	7,779	356.0
2位	心疾患(高血圧性を除く)	151	294.4	心疾患(高血圧性を除く)	3,982	182.2
3位	老衰	137	267.1	老衰	3,467	158.7
4位	脳血管疾患	104	202.8	脳血管疾患	2,712	124.1
5位	肺炎	66	128.7	肺炎	1,301	59.5

図表4-2 死因別死亡率の経年比較

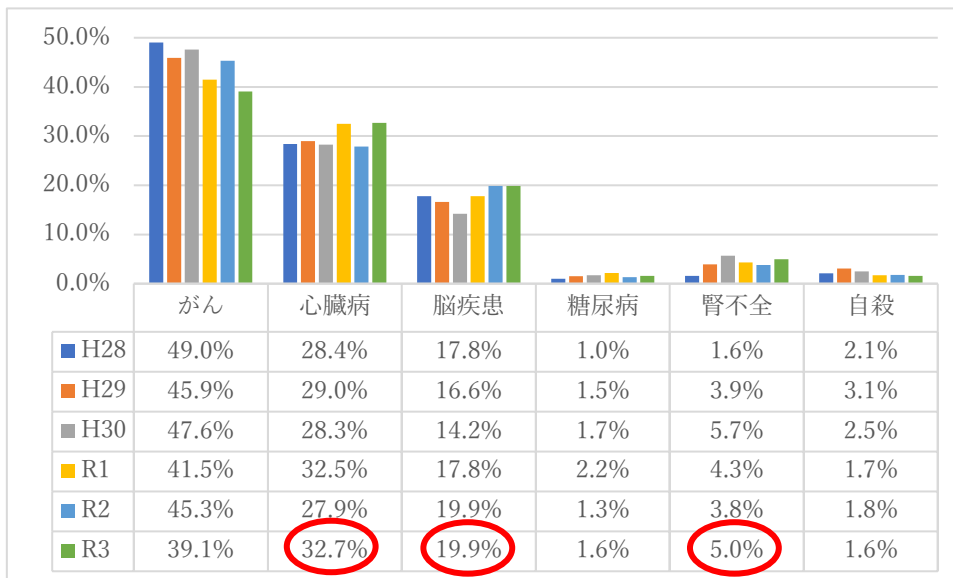


出典：新潟県福祉保健年報

図表5-1 令和3年度死因別死亡割合



図表 5 - 2 死因別死亡割合の推移



※脳疾患＝脳血管疾患

出典：KDB「地域の全体像の把握」

Point

- ・人口の減少が著しく、高齢化率は県を大きく上回っている。
- ・佐渡市の平均余命と平均自立期間（要介護2以上）は、県や国に比べて短い。
- ・佐渡市における死因は、悪性新生物＜腫瘍＞や心臓病、脳血管疾患などが多くなっている。

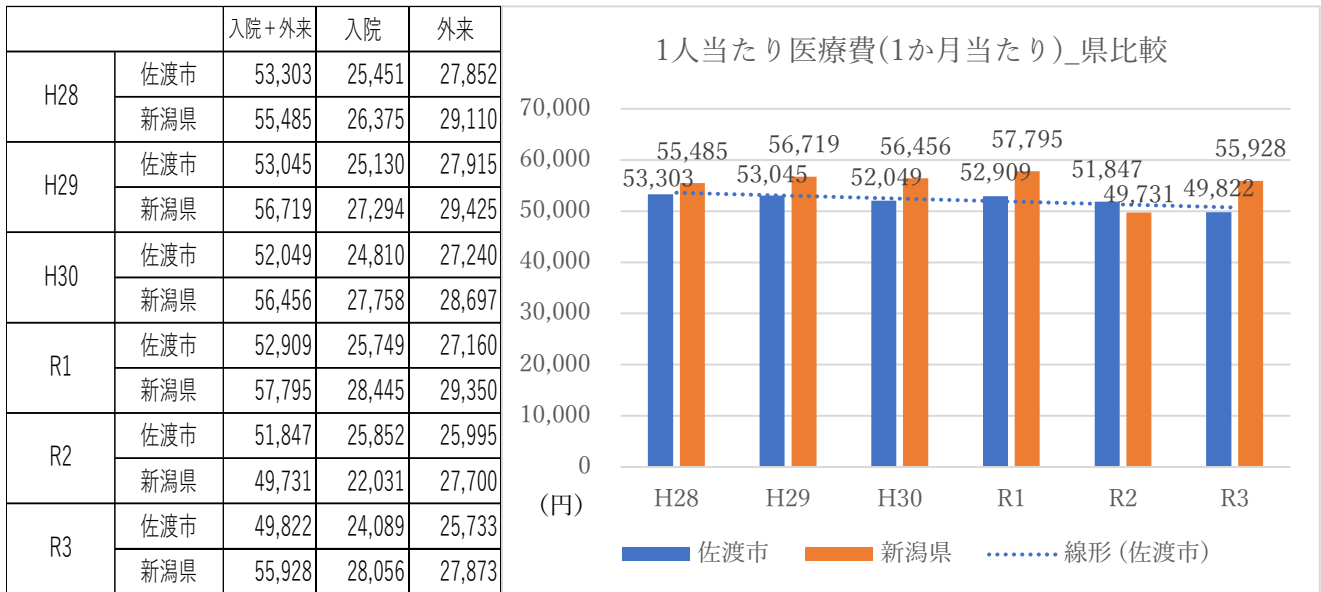
2. 医療費

(1) 1人当たり医療費

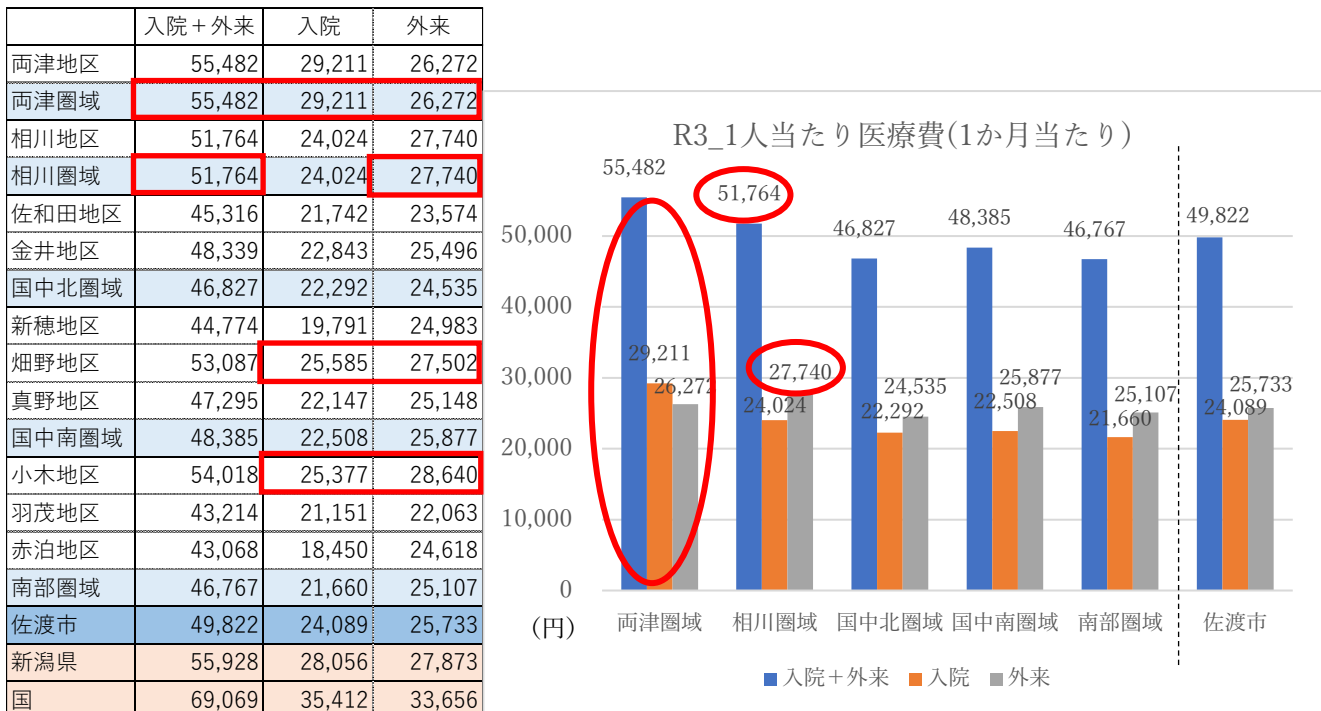
佐渡市の後期高齢者の1人当たり医療費は減少傾向である。令和3年度は1人当たり医療費が県を下回った。入院・外来別に見ると、どちらも減少傾向である。(図表6-1)

令和3年度の医療費について圏域別に見ると、両津圏域は入院・外来共に市の平均を上回っており、相川圏域は外来で市の平均を上回っている。地域別に見ると、畑野地区と小木地区の入院・外来が市の平均を上回っている。(図表6-2)

図表6-1 令和3年度1人当たり医療費(1か月当たり)



図表6-2 令和3年度1人当たり医療費(1か月当たり)_圏域別



出典：KDB「中分類」

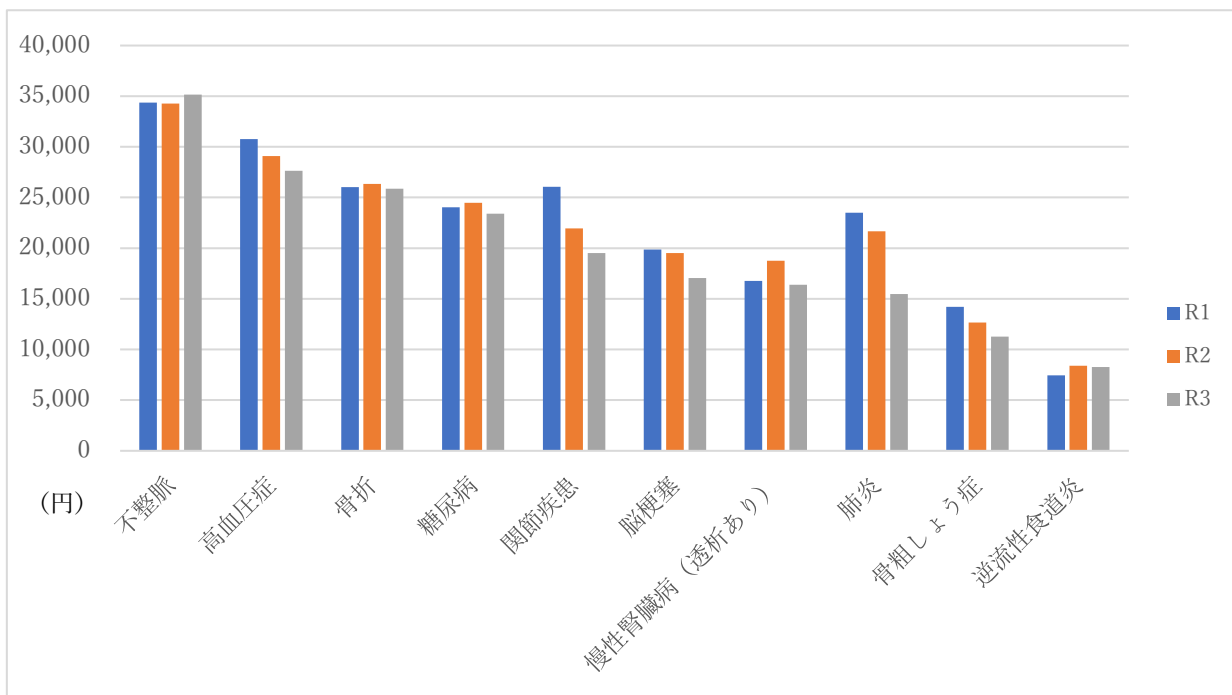
(2) 疾病分類別医療費

令和3年度の細小分類における1人あたり医療費は、不整脈、高血圧症、骨折、糖尿病の順に高い。県の1人あたり医療費と比較すると、不整脈、高血圧症が高額となっている。また、その額は不整脈がやや増加傾向である。(図表7)

平成30年度から令和3年度までの細小分類(平均)について、ツール(「KDBのCSVファイル加工ツール」国立保健医療科学院)を用いて年齢調整を行ってみると、不整脈や高血圧症は、国や県に比べて標準化比が高い。全体の医療費に占める割合は大きくはないが、慢性腎臓病(透析なし)、すい臓がんや胃がんの標準化比も高くなっている。それらの疾患については、国保世代から標準化比が高い状況である。(図表8)

図表7 細小分類医療費

	R1		R2		R3						
	佐渡市		新潟県		佐渡市		新潟県				
	1人あたり医療費	順位	1人あたり医療費	1人あたり医療費	順位	1人あたり医療費	1人あたり医療費	順位			
不整脈	34,371	1	33,669	34,269	1	→	33,191	35,159	1	→	33,675
高血圧症	30,761	2	29,111	29,103	2	→	28,048	27,651	2	→	26,420
骨折	26,039	4	26,929	26,330	3	↑	28,331	25,861	3	→	29,029
糖尿病	24,047	5	28,118	24,477	4	↑	25,533	23,416	4	→	25,944
関節疾患	26,071	3	25,361	21,936	5	↓	25,775	19,509	5	→	25,397
脳梗塞	19,872	7	14,067	19,527	7	→	10,979	17,041	6	↑	26,162
慢性腎臓病(透析あり)	16,763	8	26,857	18,769	8	→	26,796	16,401	7	↑	23,546
肺炎	23,499	6	23,313	21,672	6	↓	24,034	15,487	8	↓	10,130
骨粗しょう症	14,195	9	20,028	12,655	9	→	18,103	11,277	9	→	16,073
逆流性食道炎	7,445	15	6,234	8,394	10	↑	6,566	8,282	10	→	6,675

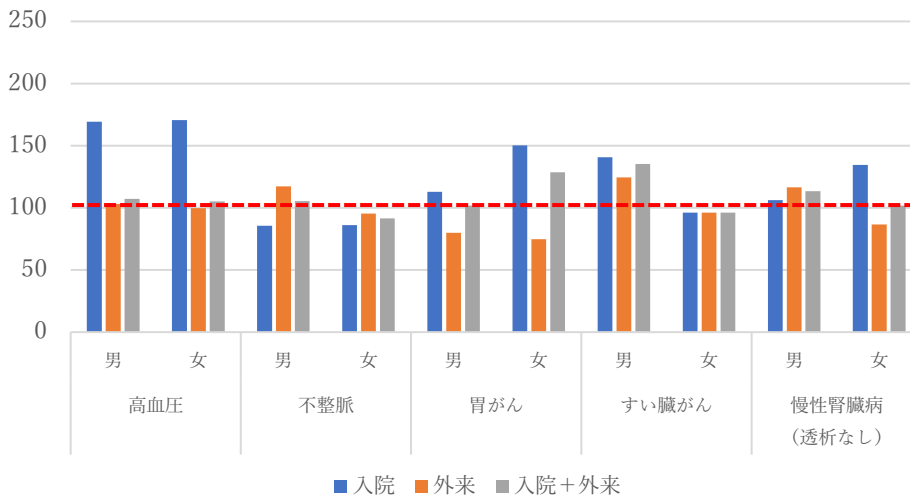


出典：KDB「細小分類」

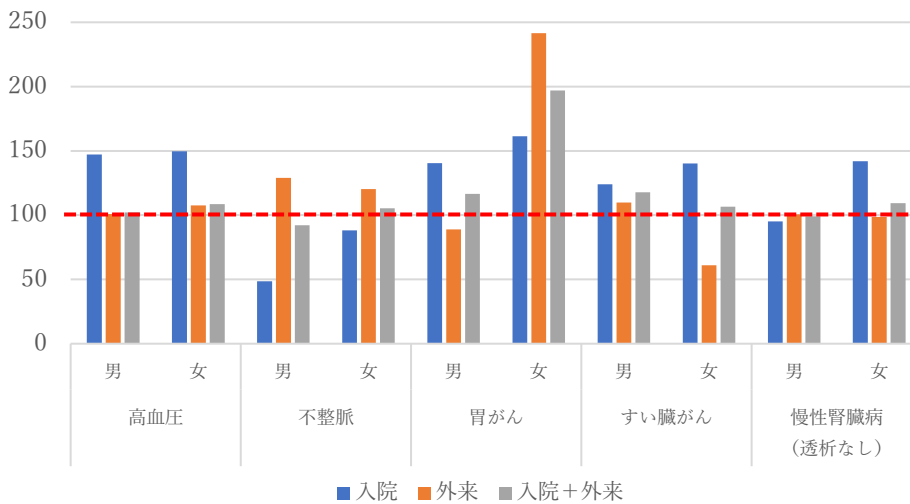
図表8 細小分類標準化比 (H30～R3 平均) (「KDBのCSVファイル加工ツール」国立保健医療科学院)

		標準化比 (国 = 100)					
		入院		外来		入院 + 外来	
		後期	国保	後期	国保	後期	国保
高血圧	男	169.2	147.1	103.2	100.9	107.2	102.2
	女	170.5	149.7	99.8	107.6	105.2	108.5
不整脈	男	85.6	48.6	117.3	129.0	105.4	92.2
	女	86.1	88.2	95.3	120.3	91.6	105.3
胃がん	男	112.9	140.4	79.9	89.0	101.7	116.5
	女	150.2	161.4	74.8	241.5	128.5	197.0
すい臓がん	男	140.8	124.1	124.5	109.8	135.4	117.7
	女	96.2	140.2	96.2	61.0	96.2	106.5
慢性腎臓病 (透析なし)	男	106.3	95.0	116.5	100.6	113.3	99.1
	女	134.4	142.0	86.5	98.7	101.8	109.4

【後期】細小分類標準化比



【国保】細小分類標準化比



出典：KDB「細小分類」

令和3年度の疾病分類別医療費のうち生活習慣病に関する疾病の1人当たり医療費を見ると、高血圧症、狭心症の1人当たり医療費は県より高額になっている。(図表9)

生活習慣病医療費を圏域別に比較すると、相川圏域、南部圏域は県平均や市平均よりも高額となっている疾病が多い。地域別に比較すると、小木地区が高額となっている疾病が多い。

1人当たり医療費が最も高額となった両津圏域は、がん、狭心症、脳出血、心筋梗塞が市の平均を上回っている。一方で、1人当たり医療費が比較的低額だった南部圏域では、がんや高血圧症などが県平均や市平均より高額となっている。(図表9)

図表9 令和3年度生活習慣病1人当たり医療費(年間)

(単位:円)

	がん	筋・骨格	糖尿病	高血圧症	脳梗塞	脂質異常症	狭心症	脳出血	心筋梗塞
両津地区	72,192	44,324	19,561	23,822	15,731	5,605	7,925	8,148	2,707
両津圏域	72,192	44,324	19,561	23,822	15,731	5,605	7,925	8,148	2,707
相川地区	64,535	41,635	28,123	45,023	20,990	4,210	11,622	3,041	2,649
相川圏域	64,535	41,635	28,123	45,023	20,990	4,210	11,622	3,041	2,649
佐和田地区	46,048	44,528	25,014	22,956	19,454	5,594	7,197	4,157	1,507
金井地区	71,488	44,822	25,449	19,184	14,385	5,206	5,159	2,163	553
国中北圏域	58,768	44,675	25,231	21,070	16,920	5,400	6,178	3,160	1,030
新穂地区	40,048	48,905	20,762	27,724	14,943	7,629	5,570	566	263
畑野地区	54,649	48,315	22,846	27,725	14,143	7,848	5,623	5,537	278
真野地区	51,152	49,023	20,317	30,145	13,437	9,833	5,510	46	711
国中南圏域	48,616	48,748	21,309	28,531	14,174	8,437	5,568	2,049	417
小木地区	145,207	56,929	29,461	32,428	17,389	11,616	2,109	0	3,829
羽茂地区	52,330	35,676	19,064	28,470	25,985	6,483	2,587	6,003	1,502
赤泊地区	53,459	38,143	19,395	28,054	20,964	7,797	3,811	3,566	0
南部圏域	83,665	43,583	22,640	29,651	21,446	8,632	2,836	3,190	1,777
佐渡市	66,338	46,463	24,245	27,666	17,060	6,722	6,516	3,202	1,724
新潟県	77,157	73,761	27,154	26,420	26,162	10,300	4,769	4,189	1,725

※赤字：県平均より高額、緑字：市平均より高額

出典：KDB「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

Point

- ・1人当たり医療費は、入院・外来ともに減少傾向。
- ・圏域別では、両津圏域、相川圏域の1人当たり医療費が高額となっている。
- ・疾病分類別では、高血圧症や糖尿病、骨折の医療費が高い。
- ・相川圏域、南部圏域は、生活習慣病の医療費が市平均に比べて高額となっている項目が多い。

3. 健康診査

(1) 受診率

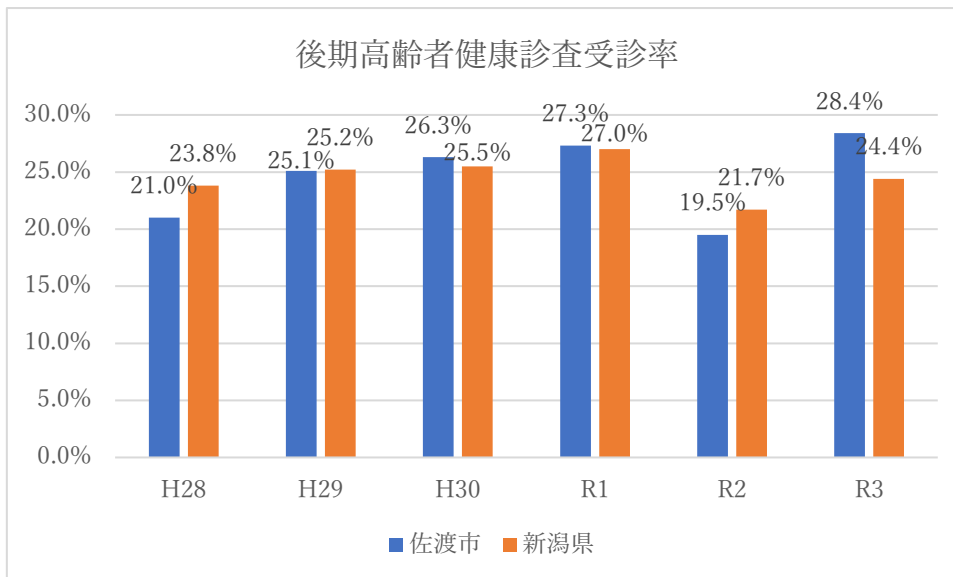
佐渡市の後期高齢者の健診受診率は、平成 29 年度までは県平均を下回っていたが、平成 30 年から県を上回っている（新型コロナウイルス感染症の影響があった令和 2 年度を除く）。しかしながら、受診率はまだ 30%に満たない。（図表 10）

令和 2 年度より、集団健診、人間ドックの費用助成に加えて、かかりつけ医での個別健診を開始。令和 3 年度は実施機関の拡大により、個別健診の受診者が大幅に増加した。また、人間ドックの費用助成利用者数も増加傾向である。（図表 11）

令和 3 年度の受診者の年代別割合を見ると、75～79 歳が 39.01%と最も多く、次いで 80～84 歳が多くなっている。

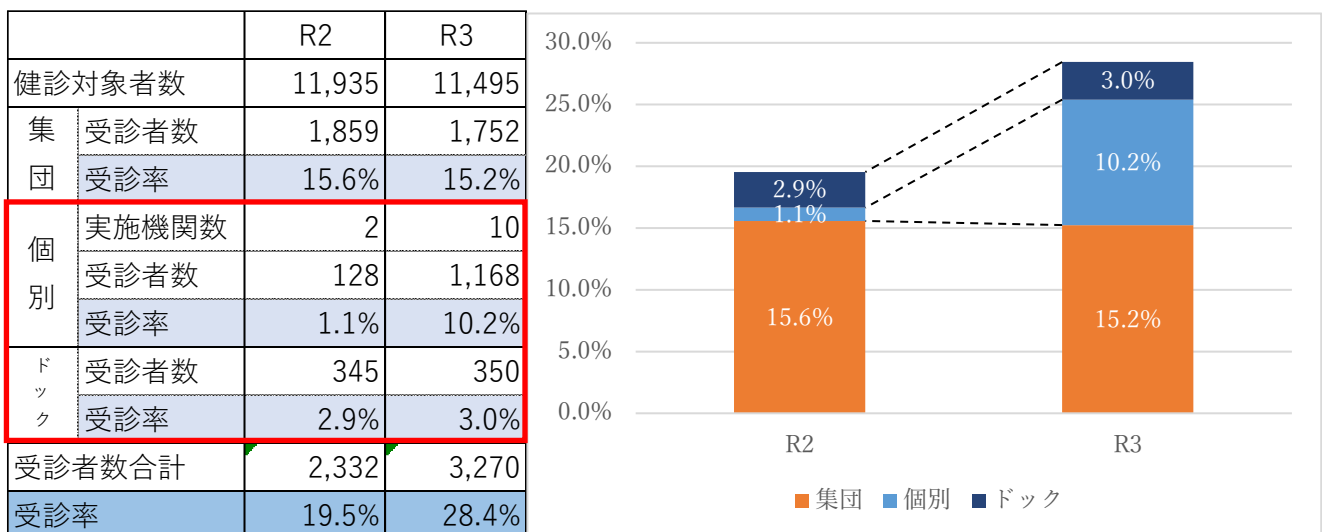
圏域別で見ると、国中南圏域が 35.90%と最も高く、相川圏域は 21.45%で最も低い。個別健診の拡大により、各圏域とも受診者数が増加しているが、国中南圏域は特に大幅に増加している。（図表 12）

図表 10 後期高齢者健康診査受診率



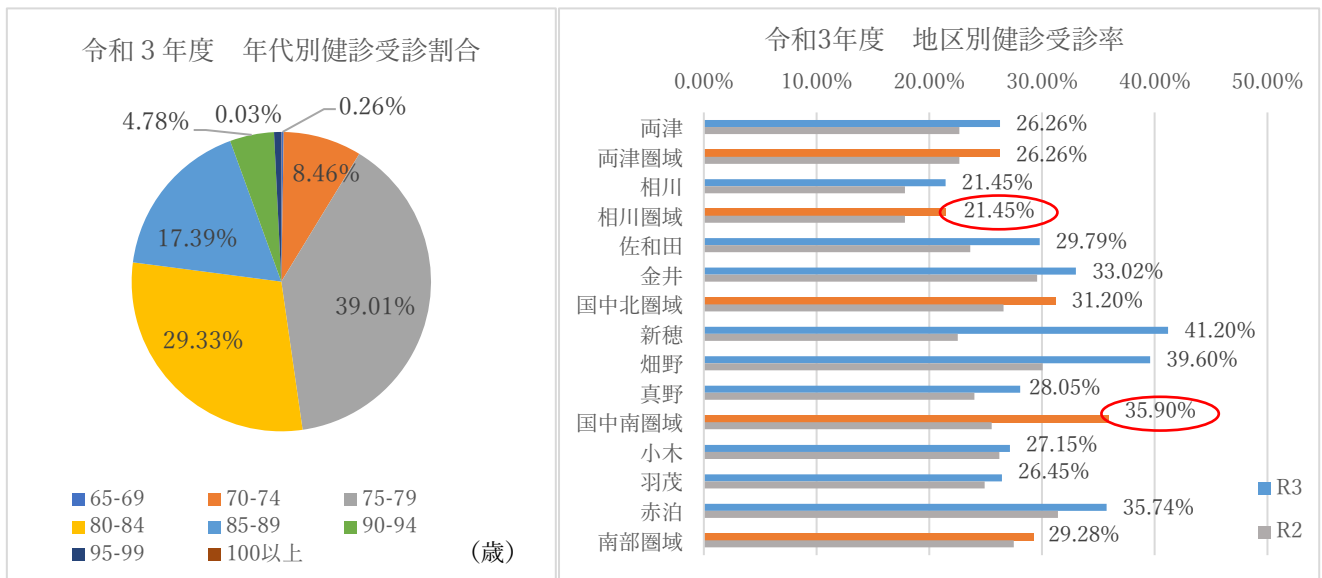
出典：新潟県後期高齢者医療広域連合「健康診査推進計画」、人間ドック台帳

図表 11 健診実施方法別受診割合



出典：市民課

図表 12 令和3年度健診受診率



※分母が違うため、市全体の受診率は図表 11 と異なる。

出典：KDB「保健事業介入支援管理」

(2) 健診有所見者状況

令和元年度の健康診査の有所見者状況は、以下のような傾向がある。(図表 14)

①BMI21.5 未満 (やせ傾向) の割合

- ・市平均は県平均よりも低い。
- ・圏域別では相川圏域が、地区別では金井地区、羽茂地区が県平均より高い。

②高血圧 (収縮期血圧 140 以上/拡張期血圧 90 以上) の割合

- ・市平均は、収縮期血圧、拡張期血圧ともに県平均より低い。
- ・佐和田地区はどちらも県平均より高い。

③脂質異常の割合

- ・市平均は、中性脂肪 300 以上、LDL コレステロール 140 以上ともに県平均より高い。
- ・中性脂肪では国中の 2 圏域が特に高い。
- ・LDL コレステロールでは国中北圏域、南部圏域が高い。

④高血糖 (HbA1c6.5%以上) の割合

- ・市平均は県平均より高い。
- ・10 地区中 8 地区が県平均より高く、中でも相川圏域が最も高い。

⑤尿検査の状況

- ・市平均は、尿糖±以上、尿蛋白+以上ともに県平均より該当率が高い。
- ・地区別、圏域別に見てもほとんどの地域で県平均より高い。中でも相川圏域が最も該当率が高い。

3月に联合会よりデータの提供があり次第、図表 13 を差替え、所見を記載する。

図表 13 令和3年度後期高齢者健康診査有所見者状況

	BMI		血圧		脂質		血糖	尿	
	21.5未満	【内数】 18.5未満	収縮期 140以上	拡張期 90以上	中性脂肪 300以上	LDLコレステロール 140以上	HbA1c 6.5以上	尿糖 ±以上	尿蛋白 +以上
両津地区	31.4%	6.7%	30.0%	5.3%	2.8%	17.1%	14.0%	10.6%	8.2%
両津圏域	31.4%	6.7%	30.0%	5.3%	2.8%	17.1%	14.0%	10.6%	8.2%
相川地区	30.7%	6.8%	15.2%	3.1%	2.4%	12.8%	16.9%	12.9%	11.2%
相川圏域	① 30.7%	6.8%	15.2%	3.1%	2.4%	12.8%	④ 16.9%	⑤ 12.9%	11.2%
佐和田地区	35.1%	8.4%	② 26.7%	5.0%	3.8%	14.2%	12.7%	10.5%	10.5%
金井地区	36.0%	7.4%	19.8%	5.6%	3.4%	14.7%	12.4%	9.3%	11.5%
国中北圏域	35.6%	7.9%	23.5%	5.3%	③ 3.6%	③ 14.4%	12.6%	9.9%	11.0%
新穂地区	36.0%	8.3%	24.2%	2.4%	2.4%	12.7%	9.7%	6.5%	8.6%
畑野地区	32.7%	6.5%	26.0%	4.2%	1.4%	12.6%	15.9%	8.7%	9.6%
真野地区	31.9%	6.4%	16.7%	3.0%	2.7%	12.5%	10.6%	11.5%	11.2%
国中南圏域	33.6%	7.1%	22.8%	3.3%	2.1%	12.6%	12.3%	8.9%	9.8%
小木地区	29.7%	6.4%	19.1%	7.4%	1.9%	7.4%	15.4%	8.9%	8.9%
羽茂地区	34.6%	8.8%	25.9%	4.9%	1.1%	11.4%	9.7%	6.6%	13.6%
赤泊地区	32.1%	6.8%	23.2%	6.1%	0.0%	9.4%	10.5%	9.0%	10.0%
南部圏域	32.2%	7.3%	22.9%	6.1%	0.9%	③ 9.5%	11.7%	8.2%	10.8%
佐渡市	① 33.1%	7.2%	23.8%	4.6%	2.5%	13.5%	13.1%	⑤ 9.7%	10.0%
新潟県		—	30.6%	5.8%	2.2%	15.9%	11.5%		

※赤字：県平均以上、緑字：市平均以上

出典：後期高齢者健康診査有所見者状況、KDB「保健事業介入支援管理」「厚生労働省様式5-2」

(3) 健診受診者の服薬状況と後期高齢者の質問票から見る生活習慣

佐渡市の後期高齢者健康診査では、令和2年度から後期高齢者の質問票（15項目）を実施。令和3年度からは、後期高齢者の質問票に加えて、標準的な質問票の病歴等（質問1～7の7項目）の聞き取りも行っている。

令和3年度の健診受診者の服薬状況と後期高齢者の質問票の回答傾向は以下のとおり。（図表14）

【服薬状況】

①高血圧

- ・高血圧の服薬率は県平均より高い。
- ・圏域別に見ると、相川圏域、南部圏域が特に高い。

②糖尿病

- ・糖尿病の服薬率は県平均より高い。
- ・圏域別に見ると、両津圏域、相川圏域が特に高い。

③脂質異常症

- ・脂質異常症の服薬率は県平均より低い。
- ・新穂地区、小木地区の服薬率が高く、県平均を上回っている。

【生活習慣】

④食習慣

- ・「1日3食きちんと食べない」と回答した割合は、県平均より低い。
- ・圏域別に見ると、両津圏域、相川圏域が県平均より高い。

⑤体重減少

- ・「6か月間で2～3kg以上の体重減少があった」と回答した割合は、県平均より低い。
- ・地区別に見ると新穂、真野、小木、羽茂地区は県平均より高い。

⑥運動

- ・「以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思う」と回答した割合は、県平均より高く、圏域別では、南部圏域が高い。
- ・「この1年間で転んだことがある」と回答した割合は、県平均より高く、圏域別では、国中南圏域、南部圏域が高い。
- ・「ウォーキング等の運動を週に1回以上していない」と回答した割合は、県平均より低い、国中北圏域、国中南圏域は市平均よりも高い。

⑦喫煙

- ・「タバコを吸う」と回答した割合は、県平均より高い。
- ・圏域別に見ると、国中北圏域、両津圏域の順に県平均よりも高い。

図表 14 後期高齢者の質問票（R3）の回答傾向

	服薬状況			生活習慣					
	①	②	③	④	⑤	⑥			
	高血圧	糖尿病	脂質異常症	1日3食 食べない	体重減少	歩行遅く なった	転倒あり	運動なし	喫煙
両津地区	65.4%	14.1%	37.3%	4.2%	9.1%	57.7%	15.9%	38.4%	5.3%
両津圏域	65.4%	14.1%	37.3%	4.2%	9.1%	57.7%	15.9%	38.4%	5.3%
相川地区	79.3%	16.4%	22.7%	6.1%	8.5%	58.2%	14.6%	31.6%	4.1%
相川圏域	79.3%	16.4%	22.7%	6.1%	8.5%	58.2%	14.6%	31.6%	4.1%
佐和田地区	63.1%	12.2%	34.4%	4.0%	9.0%	56.4%	16.6%	40.0%	6.4%
金井地区	60.8%	11.2%	29.3%	2.8%	7.5%	64.5%	16.1%	39.6%	6.1%
国中北圏域	62.0%	11.7%	31.8%	3.4%	8.3%	60.2%	16.3%	39.8%	6.3%
新穂地区	70.6%	12.3%	42.0%	2.7%	12.9%	57.1%	17.4%	39.3%	3.3%
畑野地区	67.6%	13.5%	38.7%	1.4%	8.3%	68.6%	24.5%	46.3%	4.1%
真野地区	63.3%	9.2%	35.7%	3.1%	11.1%	60.7%	19.5%	43.1%	4.6%
国中南圏域	67.2%	11.7%	38.8%	2.3%	10.6%	62.4%	20.7%	43.0%	4.0%
小木地区	76.5%	18.5%	40.7%	3.7%	10.4%	62.0%	19.6%	28.8%	3.1%
羽茂地区	67.0%	9.2%	27.6%	2.6%	10.5%	63.9%	18.3%	35.1%	5.2%
赤泊地区	69.1%	9.4%	29.3%	3.2%	7.5%	64.5%	18.8%	44.6%	4.8%
南部圏域	70.9%	12.4%	32.5%	3.1%	9.4%	63.5%	18.9%	36.5%	4.4%
佐渡市	67.3%	12.9%	34.6%	3.4%	9.3%	60.8%	17.7%	39.1%	4.9%
新潟県	62.7%	12.0%	40.0%	3.8%	10.0%	60.1%	17.0%	46.8%	4.7%

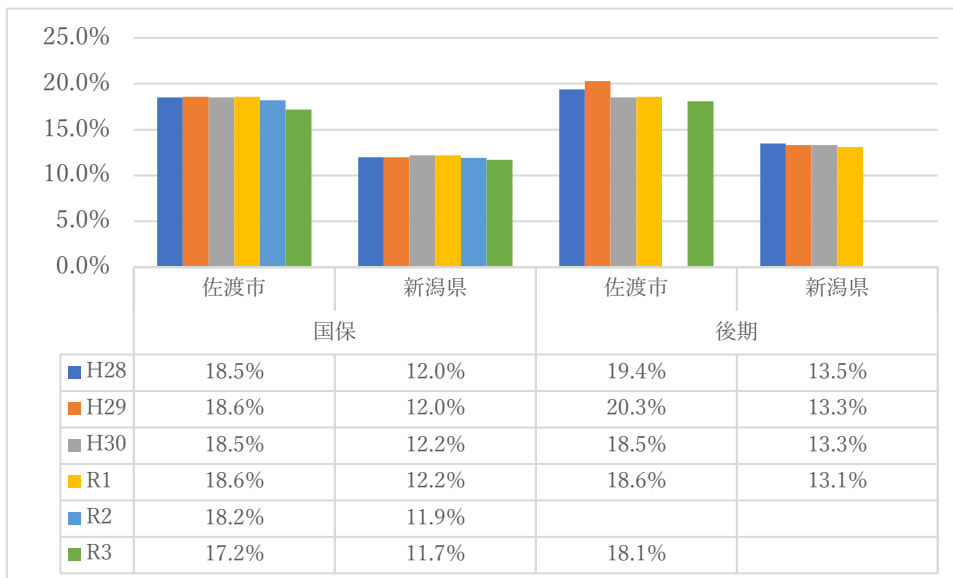
出典：KDB「地域の全体像の把握」「高齢者の質問票（被保険者明細）」

【貧血】

質問票で貧血の既往があると回答した割合が、国保世代から県に比べて高いのも佐渡市の特徴の一つと考える。佐渡市国保ではメタボ該当率が高いことが大きな課題だが、貧血の既往がある割合も高いことから、食事のバランスが悪いことが要因の一つと推測される。(図表 15)

後期高齢者の健診受診者で、血色素が受診勧奨判定値以上(男性 12g/dl 以下、女性 11g/dl 以下)の割合は、女性より男性の該当割合が高い。また、県と比較すると、男女共に該当割合が高くなっている。(図表 16)

図表 15 医師から貧血といわれたことがある割合

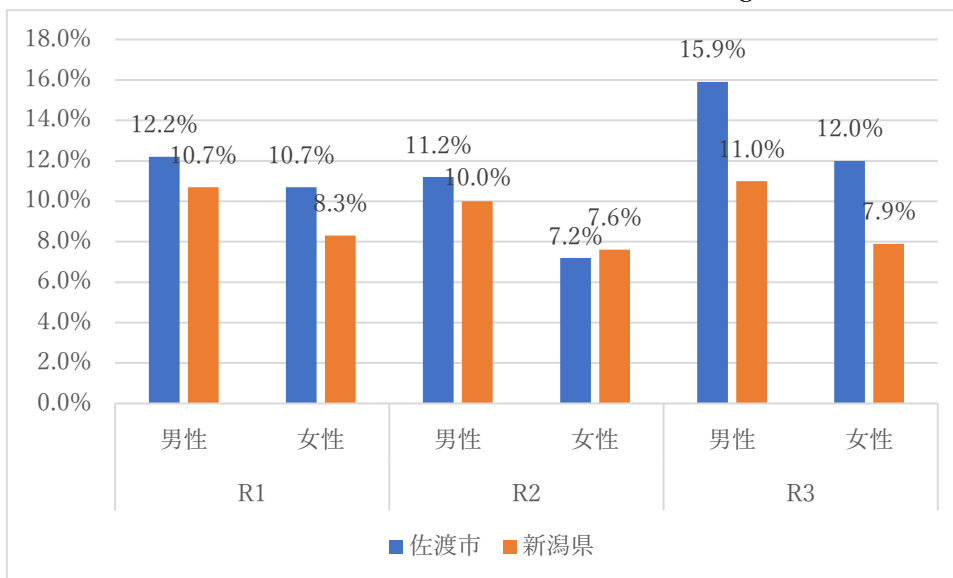


※令和2年度より後期高齢者の質問票へ変わり、後期高齢者への貧血の既往に関する項目がなくなった。

令和3年度より後期高齢者の質問票に加え、佐渡市独自で貧血の既往等の聞き取りをしている。

出典：KDB「地域の全体像の把握」

図表 16 血色素_受診勧奨判定値以上の割合(男性：12g/dl 以下、女性：11g/dl 以下)



出典：KDB「後期高齢者の健診状況」

(4) 佐渡市独自問診

佐渡市では、集団健診時、後期高齢者の質問票や標準的な質問票に加え、食に関する独自問診（4項目）を全年代に聞き取りしている。これは、佐渡市における塩分の摂取状況を調査するために始めたもので、「塩をとり過ぎ新潟県民の10の食習慣（新潟県）」を参考に質問項目を設定している。

令和3年度からは、歯科健診や地域のつながりの状況を確認する問診を加えた6項目を実施している。結果は以下のとおり。（図表17）

①濃い味付けを好んで食べますか

- ・濃い味付けを好んで食べる割合は、30%前後で推移している。
- ・平成28～29年は減少傾向であったが、ここ数年は増加傾向。
- ・後期高齢者は、他の年代に比べて濃い味付けに気をつけている割合が高い。

②1回の食事で、主食（ごはん、めん類、パン）を組み合わせて食べることがありますか

- ・主食の重ね食いをする割合は、14%前後で横ばい。
- ・後期高齢者は、他の年代に比べて、主食の重ね食いをする割合が低い。

③食事はいつも満腹になるまで食べますか

- ・満腹まで食べる割合は、令和3年度は14.3%でやや増加傾向。
- ・後期高齢者は、他の年代に比べて、満腹まで食べる割合が低い。

④バランスの良い（主食+主菜+副菜がそろう）食事をするようにしていますか

- ・食事のバランスに気をつけている割合は、平成27年度～令和3年度までの6年で、10%近く増加している。
- ・後期高齢者は、他の年代に比べて、食事のバランスに気をつけている割合が高い。

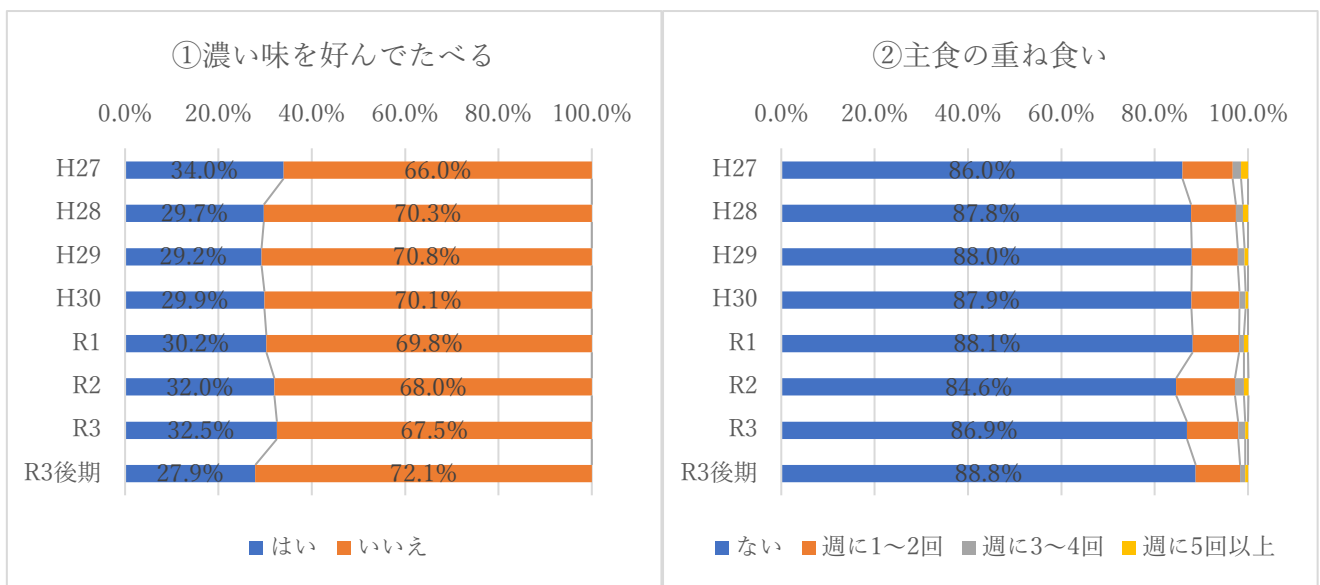
⑤年1回は歯科医院で定期健診を受けていますか（R3～）

- ・集団健診受診者において、歯科の定期健診を受けていると回答した割合は、46.4%だった。
- ・後期高齢者は、他の年代に比べて、歯科の定期健診を受けている割合が高い。

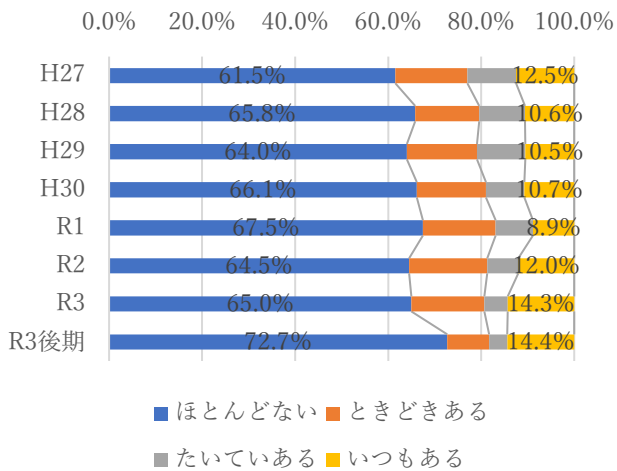
⑥社会活動に参加していますか（R3～）

- ・集団健診受診者において、社会参加をしていると回答した割合は、47.4%だった。
- ・後期高齢者は、他の年代に比べて、社会活動に参加している割合が高い。

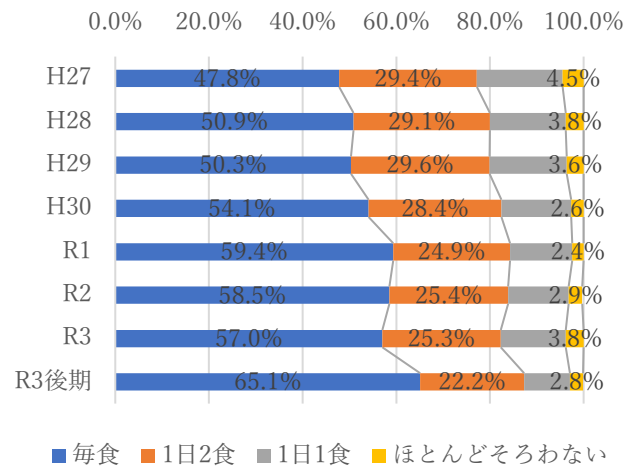
図表17 令和3年度 市独自問診



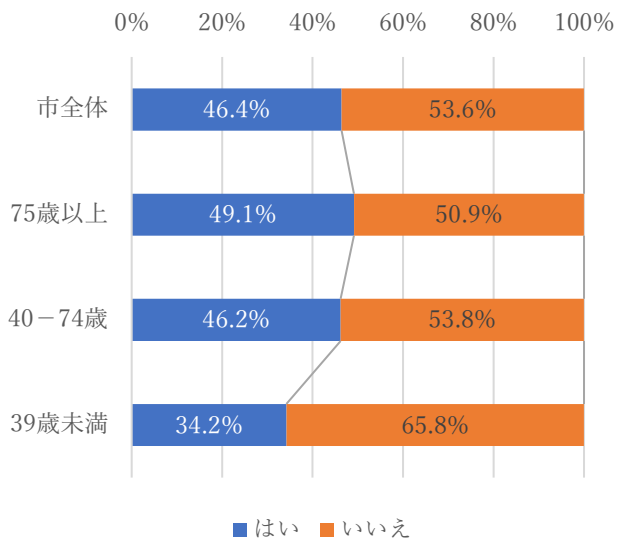
③満腹まで食べる



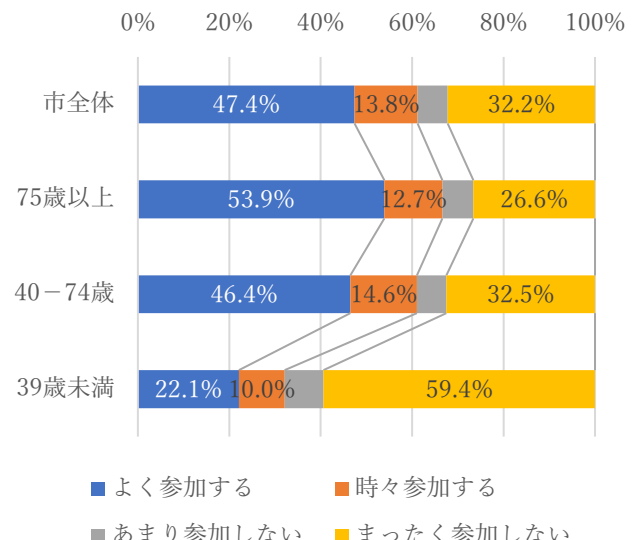
④バランスのよい食事



⑤歯科の定期健診を受けている



⑥社会活動



出典：市民課

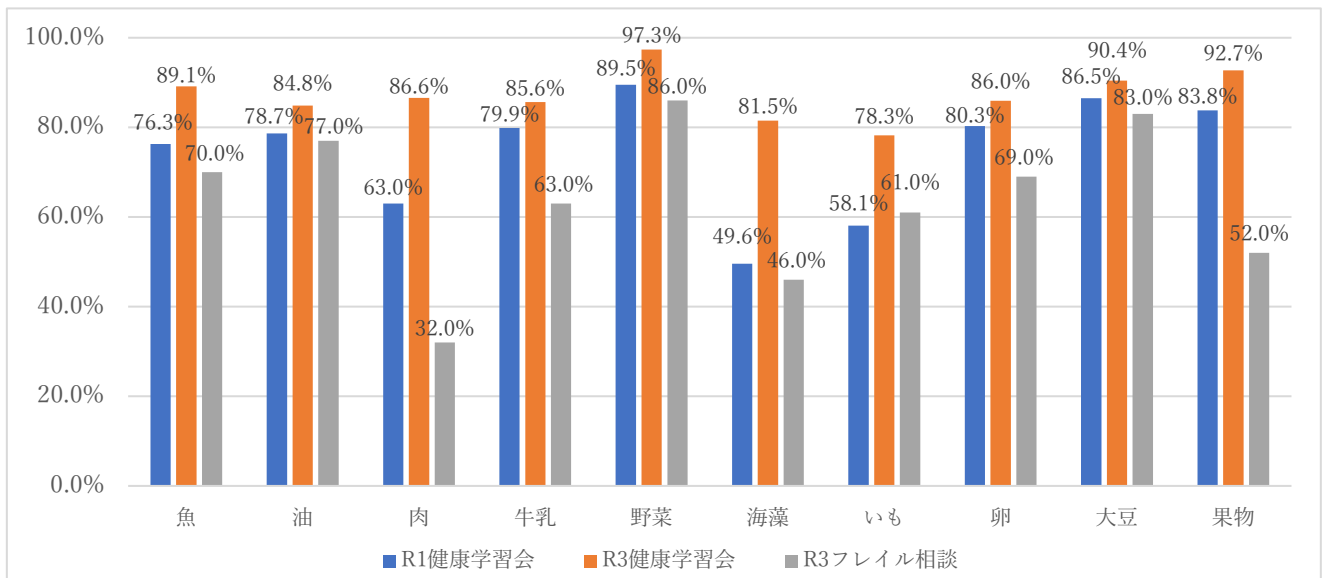
独自問診においては、後期高齢者は食事の摂り方に気をつけていると回答する方が多いが、実際の食事内容を詳しく聞き取ると、食事バランスに偏りが見られる。特に高齢者は、米や野菜を作っている家庭が多く、よく食べているが、たんぱく質の量が不足している方が多い。

地区健康学習会（令和元、3年度実施）とフレイル相談（令和3年度実施。BMI18.5未満、体重減少あり、3食きちんと食べない等に該当した者に実施。）において「食べ方アンケート」を実施。

地区健康学習会における「毎日食べるもの」の調査では、令和元年度に比べて令和3年度は、すべての食品について、毎日食べる割合が増加した。地区健康学習会において、「さあにぎやかにいただく」を合言葉とした10品目（「さ」かな、「あ」ぶら、「に」く、「ぎ」ゆうにゆう、「や」さい、「か」いそう、「い」も、「た」まご、「く」だもの）を毎日バランス良く食べることを啓発している成果がでている。また、たんぱく質では、令和元年度は魚や大豆、卵は比較的摂っているものの、肉類を毎日食べる割合が低かったが、令和3年度は肉を毎日食べる割合が大きく増加した。

しかしながら、低栄養のリスクが高い令和3年度フレイル相談利用者は、どの品目も毎日食べる割合が低く、特に肉は32.0%しか食べていないことがわかった。（図表18）

図表 18 食べ方アンケート「毎日食べるもの」



出典：市民課

(5) 尿中塩分濃度測定

一体的実施に取り組むにあたり、高血圧や高血圧由来の疾患が佐渡市における大きな課題であることが見えたことから、令和4年度は集団健診における「尿中塩分濃度測定検査」を実施。

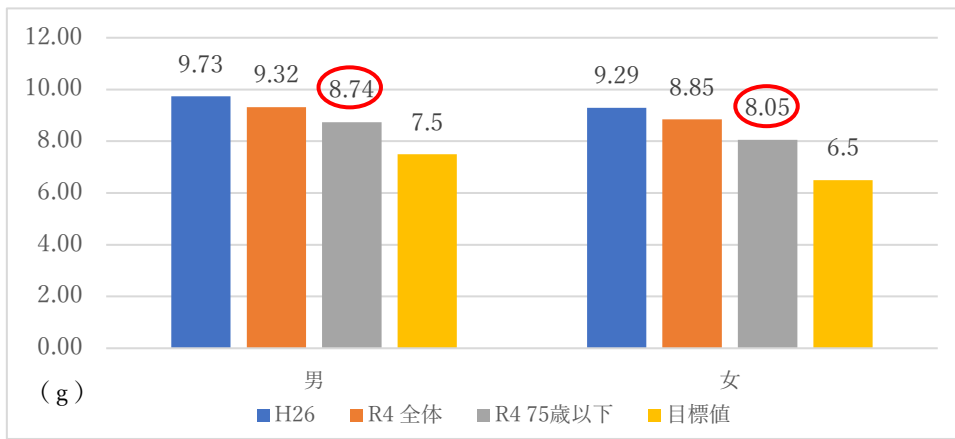
平成25～26年にも尿中塩分濃度測定検査を実施しているが、結果を比較すると男女とも若干推定塩分摂取量が減少していた。75歳以下の推定塩分摂取量は、市平均に比べて男性で△0.58g、女性で△0.8g少ない。図表17-①～④にもあるとおり、後期高齢者は塩分を摂りすぎる食習慣の傾向が市全体に比べて少ないことから、推定塩分摂取量も少ないと考えられる。しかしながら、塩分摂取量の目標値に比べると、男性で+1.24g、女性で+1.55g多い状況にある。(図表19-1)

令和4年度の推定塩分摂取量を年代別に見てみると、50代がもっとも多く、90代がもっとも少ない。(図表19-2) また、地区別で見ると、畑野地区、相川地区、金井地区、両津地区の順に高くなっている。(図表19-3)

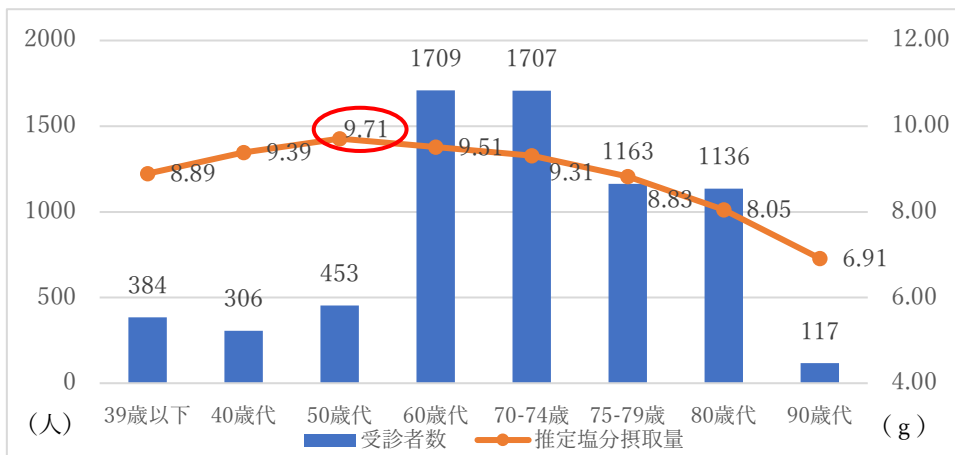
推定塩分摂取量と血圧の関係を見てみると、推定塩分摂取量が平成26年度に比べて1gほど減少した地区は、I度高血圧以上に該当する割合も減少している。一方、平成26年度も令和4年度も推定塩分摂取量が多い地区は、I度高血圧以上に該当する割合が増加している。(図表19-3)

質問票や市独自問診の回答から食習慣と塩分摂取量を比べてみると、国保世代では「食べすぎ」「飲みすぎ」といった習慣が過剰な塩分摂取に繋がっている傾向が見えた。このことから、高齢者の推定塩分摂取量が少ない要因として、食事の摂取量が少ない可能性も考えられる。

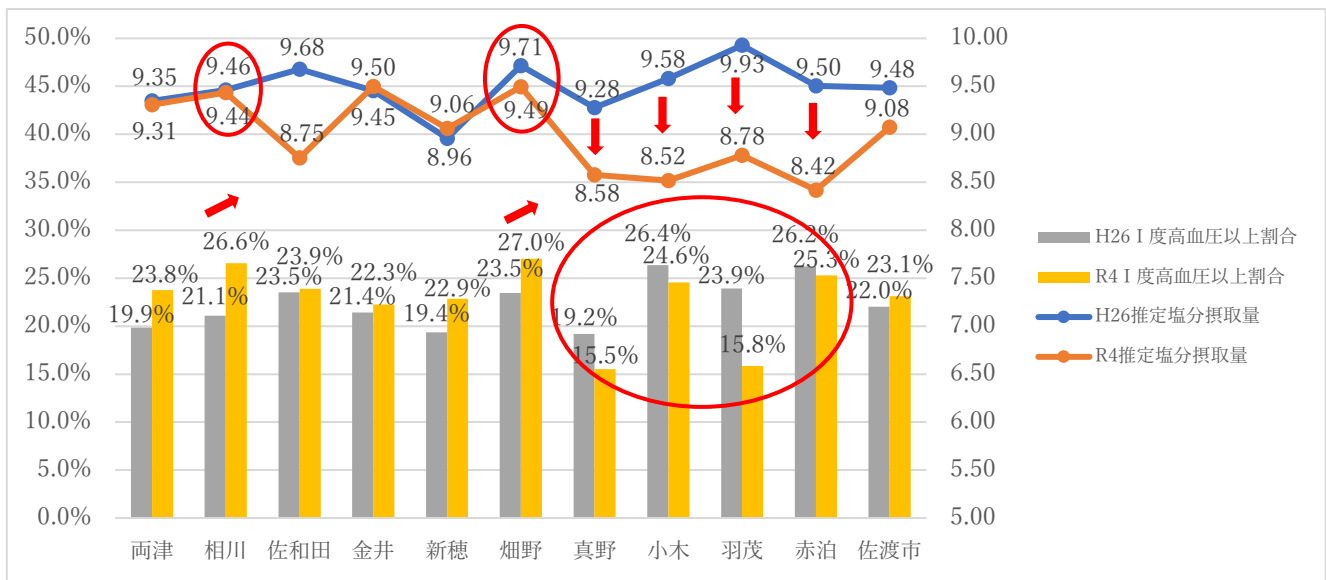
図表 19-1 令和4年度推定塩分摂取量と目標値



図表 19-2 令和4年度年代別推定塩分摂取量



図表 19-3 地区別推定塩分摂取量と血圧



出典：市民課

3月に联合会よりデータの提供があり次第、図13を差替え、所見を記載する。

Point

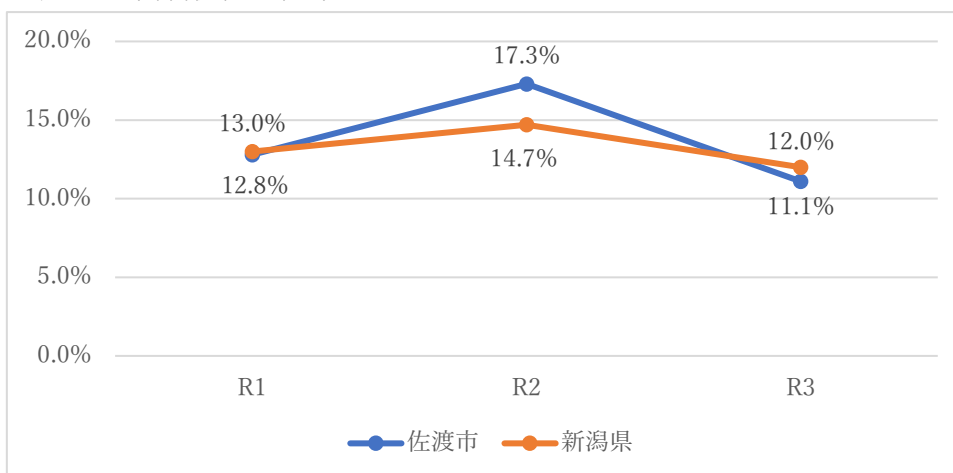
- ・健診の受診率は年々増加しているが、受診率は3割に満たない。
- ・個別健診と人間ドック受診者が増加している。
- ・圏域別の受診率は、南部圏域が高く、相川圏域が低い。地区別で見ると、新穂地区、畑野地区の受診率が高い。
- ・BMI21.5未満の該当割合は、県平均より低いが、相川圏域は高い。BMI21.5未満の割合が高い圏域や地区は、たばく質の摂取量が少ない傾向がある。
- ・HbA1c6.5%以上の該当割合は、県平均より高く、特に相川圏域が高い。相川圏域は、尿糖±以上、尿蛋白+以上の該当割合も高い。
- ・高血圧の服薬率は、相川圏域と南部圏域が、糖尿病の服薬率は、両津圏域と相川圏域が高い。
- ・運動習慣がない割合は、県平均に比べて低いが、運動機能の低下を示す割合は高くなっている。国保世代では、県に比べて運動習慣が低く、身体活動が高いことから、後期高齢においても同様の傾向があると考えられる。
- ・貧血の既往がある割合が、県平均に比べて高い。

4. 歯科健診

(1) 歯科健康診査

佐渡市では、新潟県後期高齢者医療広域連合からの委託により、令和元年度より年度末年齢76歳と80歳を対象に歯科健診を実施している。令和2年度は、令和元年度に比べ受診率が増加し県平均を上回ったが、令和3年度は受診率が低く、県平均を下回った。(図表20)

図表20 歯科健診受診率

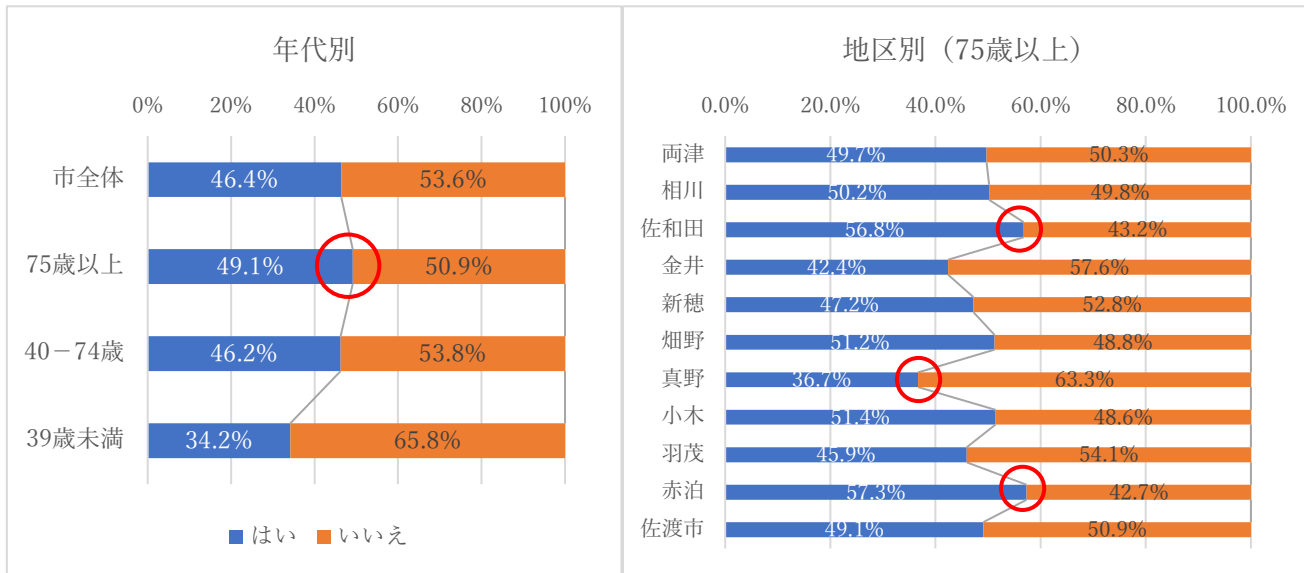


出典：新潟県後期高齢者医療広域連合「令和3年度歯科健康診査推進計画」

(2) 佐渡市独自問診

令和3年度の佐渡市独自問診で、「年1回は歯科医院で定期健診を受けている」と回答した割合は市全体では46.4%で、75歳以上では49.1%であった。75歳以上について地区別に見ると、佐和田、赤泊地区が高く、真野地区が低くなっている。(図表21)

図表21 定期的に歯科健診を受診している割合(75歳以上、地域別)



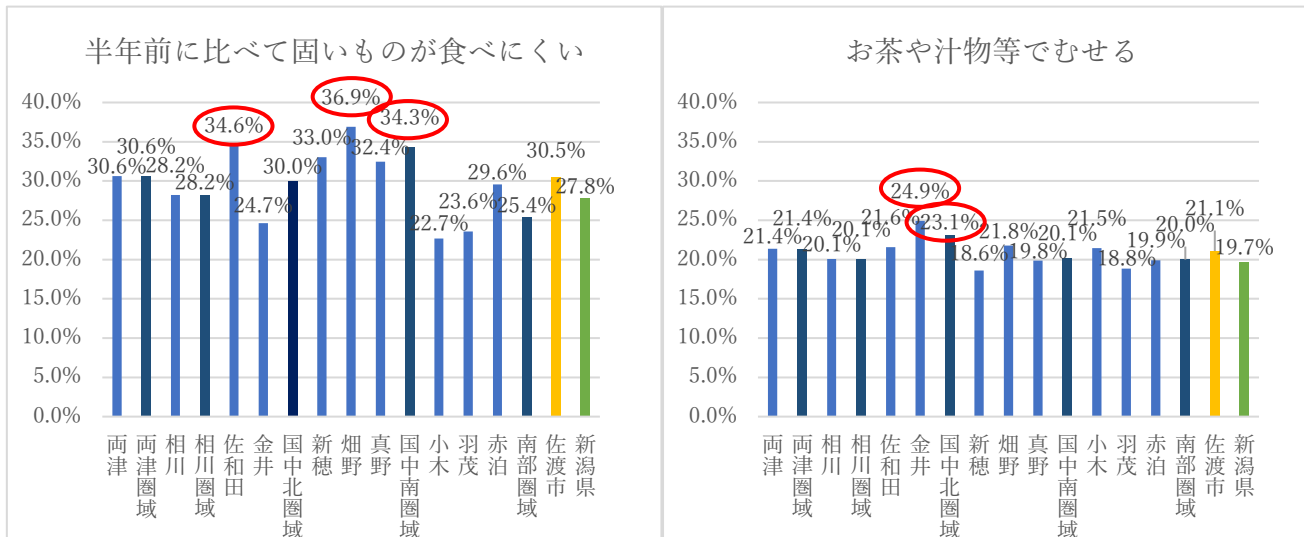
出典：市民課

(3) 後期高齢者の質問票

後期高齢者の質問票における口腔に関する質問を見ると、「半年前に比べて固いものが食べにくい」「お茶や汁物等でむせる」と回答した割合は、令和2年度はどちらも県平均を下回っていたが、令和3年度は県平均を上回った。(図表22)

令和3年度に集団健診会場で実施したフレイル相談(包括、栄養、口腔)では、歯科衛生士による口腔に関する相談を利用した方が最も多かった。相談者には、自歯や義歯に不具合があっても歯科受診をしていない者や、義歯を使用していない者があり、歯科医院への受診勧奨を行う場面が多くあった。(図表23)

図表22 令和3年度後期高齢者の質問票(口腔)の回答状況



出典：KDB「質問票調査の状況」

図表 23 令和3年度フレイル相談

	健診 受診者数	健診 受診率	フレイル 相談者数	フレイル 相談 利用率	包括	相談 利用率	栄養	相談 利用率	口腔	相談 利用率
両津	295	10.3%	167	56.6%	72	24.4%	31	10.5%	72	24.4%
相川	221	13.6%	54	24.4%	20	9.0%	15	6.8%	27	12.2%
佐和田	178	12.2%	18	10.1%	7	3.9%	4	2.2%	11	6.2%
金井	221	19.2%	67	30.3%	21	9.5%	9	4.1%	47	21.3%
新穂	123	14.5%	35	28.5%	7	5.7%	12	9.8%	20	16.3%
畑野	185	19.4%	40	21.6%	19	10.3%	3	1.6%	27	14.6%
真野	146	14.4%	28	19.2%	16	11.0%	5	3.4%	19	13.0%
小木	126	18.9%	35	27.8%	12	9.5%	11	8.7%	15	11.9%
羽茂	101	12.6%	34	33.7%	16	15.8%	9	8.9%	15	14.9%
赤泊	148	25.6%	55	37.2%	36	24.3%	9	6.1%	27	18.2%
佐渡市	1,744	13.1%	533	30.6%	226	13.0%	108	6.2%	280	16.1%

出典：市民課

Point

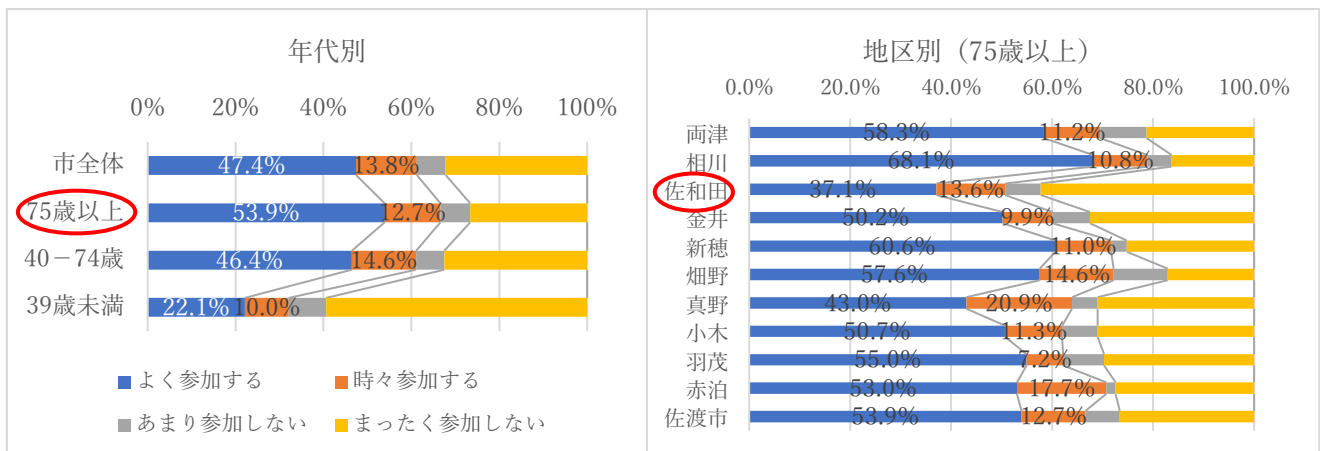
- ・ 歯科健診の受診率は、令和3年度減少した。
- ・ 集団健診会場で実施したフレイル相談では、口腔に関する相談が最も多かった。
- ・ 口腔に関するフレイル相談を受けた者の中には、自歯や義歯に不具合があっても、歯科受診をしていない高齢者が多くいる。

5. 社会参加・ソーシャルサポート

(1) 佐渡市独自問診

令和3年度の市独自問診で社会活動への参加頻度をたずねると、「よく参加する」「時々参加する」と回答した割合は、市全体で61.2%であったのに対し、75歳以上では66.6%と最も参加頻度が高い。75歳以上について地区別に見ると、相川地区が高く、佐和田地区が低くなっている。(図表 24)

図表 24 令和3年度社会活動への参加頻度

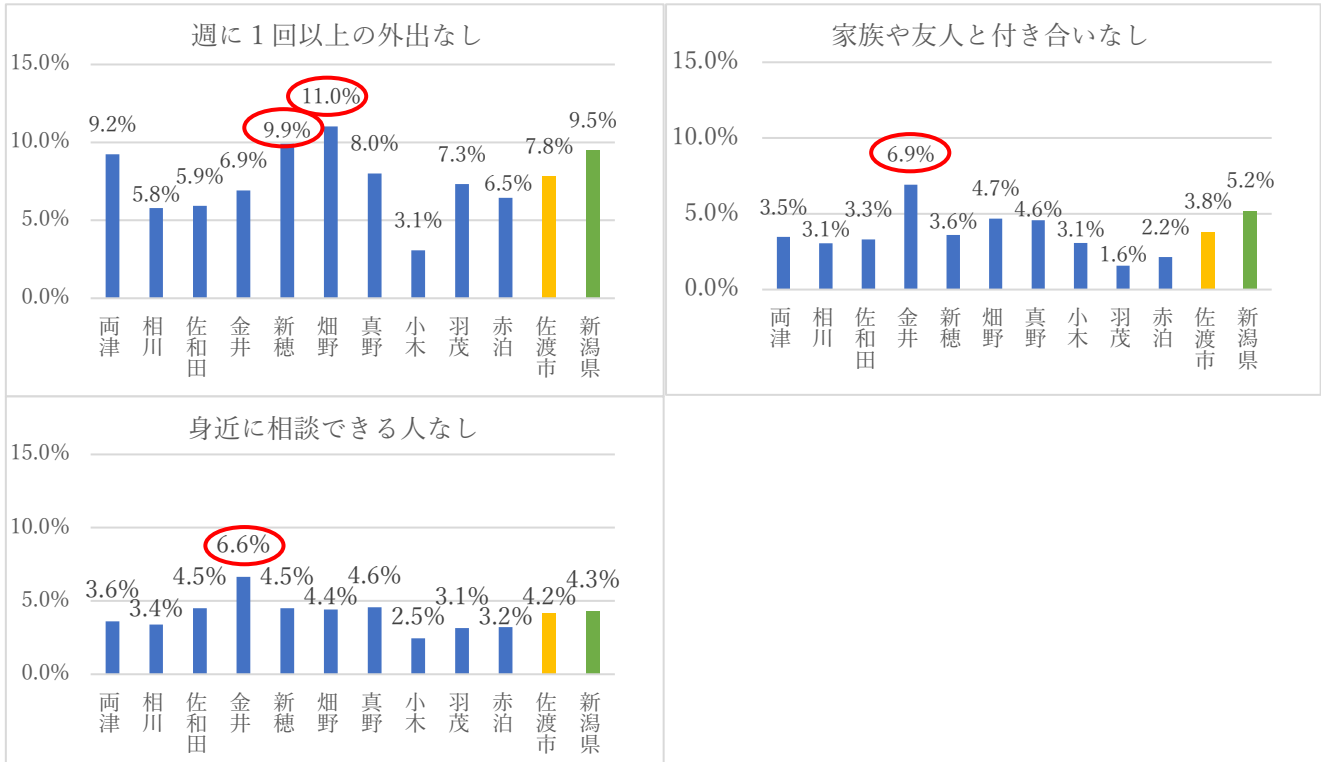


出典：市民課

(2) 後期高齢者の質問票

後期高齢者の質問票の社会参加やソーシャルサポートがない割合は、いずれも県平均を下回っている。しかしながら、各項目について地区別に見ると、新穂、畑野地区では外出が少なく、金井地区では、人付き合いやソーシャルサポートが少ないといった、特徴が見られる。(図表 25)

図表 25 令和 3 年度後期高齢者の質問票（社会参加、ソーシャルサポート）の回答状況



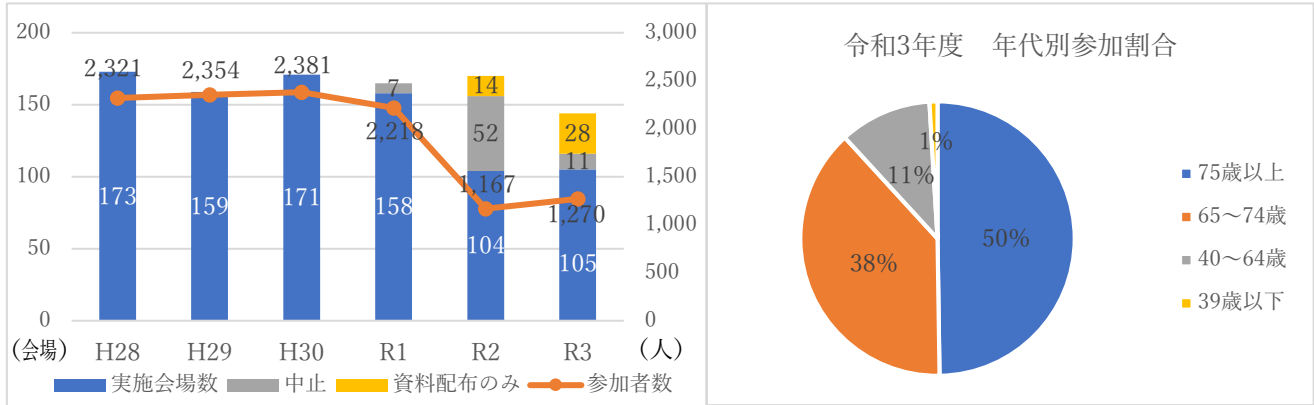
出典：KDB「質問票調査の状況」

市民を対象に実施している地区健康学習会への参加状況を見ると、令和元年以降は新型コロナウイルス感染症の影響で中止や資料配布のみとした会場があり、参加者数や実施会場数が減少している。地区健康学習会は、集落単位で実施することが多く、参加者は高齢者が全体の大多数を占めている。令和3年度では、75歳以上が50%、65～74歳が38%であった。(図表 26-1)

また、その実施状況は地域によって偏りがあり、周辺部の圏域に比べて、中央部の国中北・国中南圏域は人口に対して参加者数・実施会場数が少ない。(図表 26-2)

中央部には周辺部から移住した住民も多く、実家のある周辺部では地域との交流はあっても、住居のある中央部では交流がない様子も見られ、そのような状況がソーシャルサポートの希薄さや、地区健康学習会への参加率が低い要因の一つと考えられる。

図表 26-1 令和3年度地区健康学習会の参加者数・実施会場数



図表 26-2 令和3年度地区健康学習会_地区別参加者数・会場数

	会場数	39以下	40～64以下	65～74以上	75以上	参加者数	(再掲)推進員
両津	20	1	32	106	163	302	51
相川	12	0	17	60	46	123	30
佐和田	5	0	5	26	33	64	14
金井	9	1	17	49	52	119	29
新穂	10	5	19	53	55	132	10
畑野	6	0	3	29	48	80	11
真野	11	0	13	38	62	113	27
小木	11	5	15	50	47	117	26
羽茂	13	0	10	47	59	116	27
赤泊	8	0	7	30	67	104	11
計	105	12	138	488	632	1270	236

出典：市民課

Point

- ・ 社会活動への参加率は、年代が上がるほど高くなる。
- ・ 金井地区はソーシャルサポートがないと回答する割合が高い。

6. 介護の状況

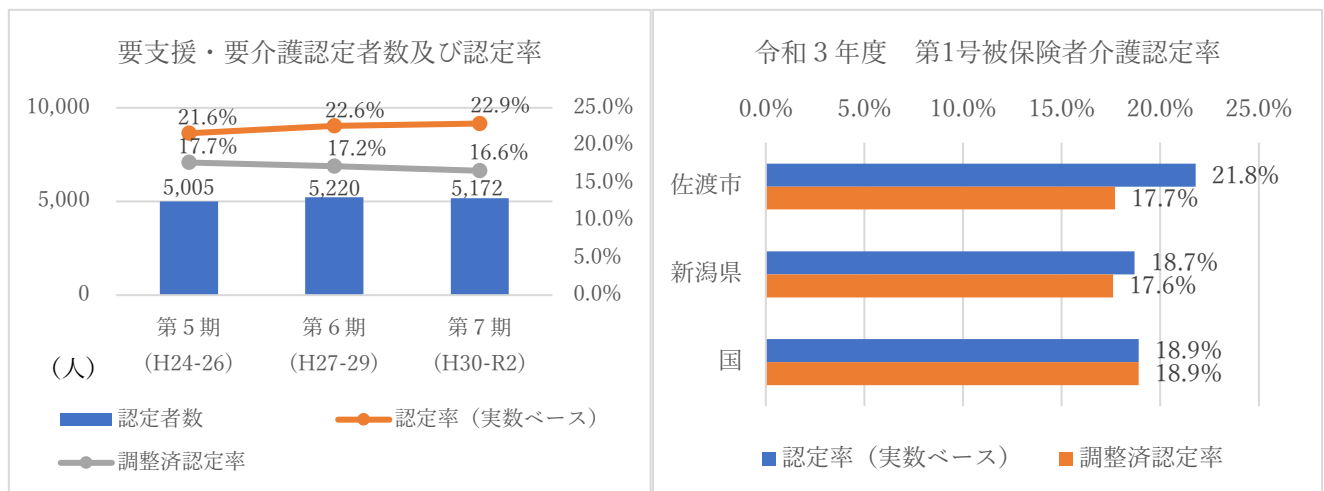
(1) 介護認定

介護保険の要支援・要介護認定者数及び認定率は、実数ベースでは第5期（平成24～26年度）から第7期（平成30～令和2年度）で1.3ポイント増加しているが、第1号被保険者数の性・年齢別人口構成の影響を除外した調整済認定率では、第5期から第7期では1.1ポイント減少している。

また、第1号被保険者における令和3年度の介護認定率を国・県と比較すると、実数ベースでは国・県の平均を上回っているが、調整済認定率では国を下回っており、県と同じくらいの水準になっている。（図表27）

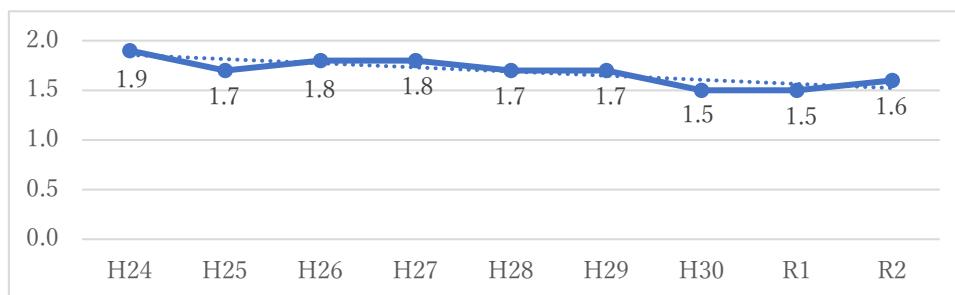
新規認定者の平均要介護度は、年々低くなっており、その内訳を見ると、要介護1以下の割合が増加している。令和3年度は要介護3、4の認定割合が増加した。（図表28-1、2）

図表27 介護認定率

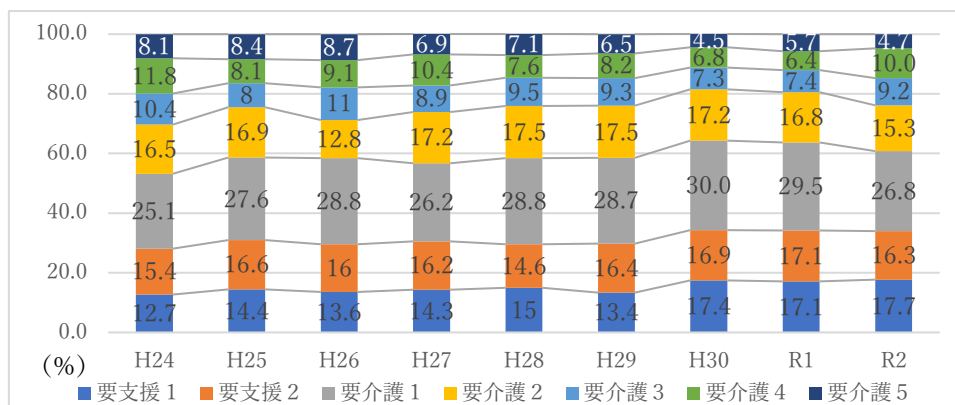


出典：佐渡市高齢者保健福祉計画・第8期介護保険事業計画、地域包括ケア「見える化」システム

図表28-1 調整済み新規要支援・要介護認定者の平均要介護度



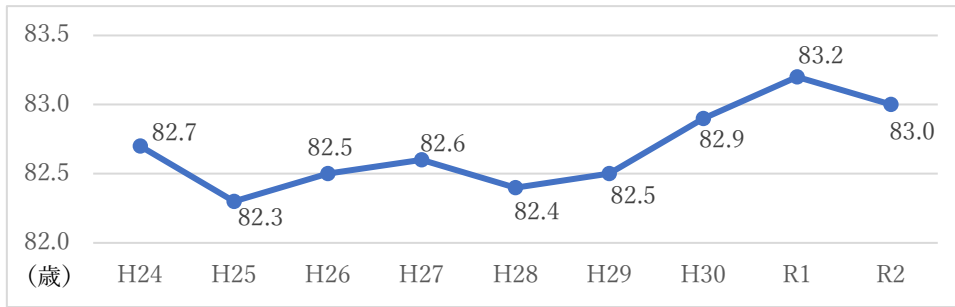
図表28-2 調整済み新規要支援・要介護認定者の要介護度別分布



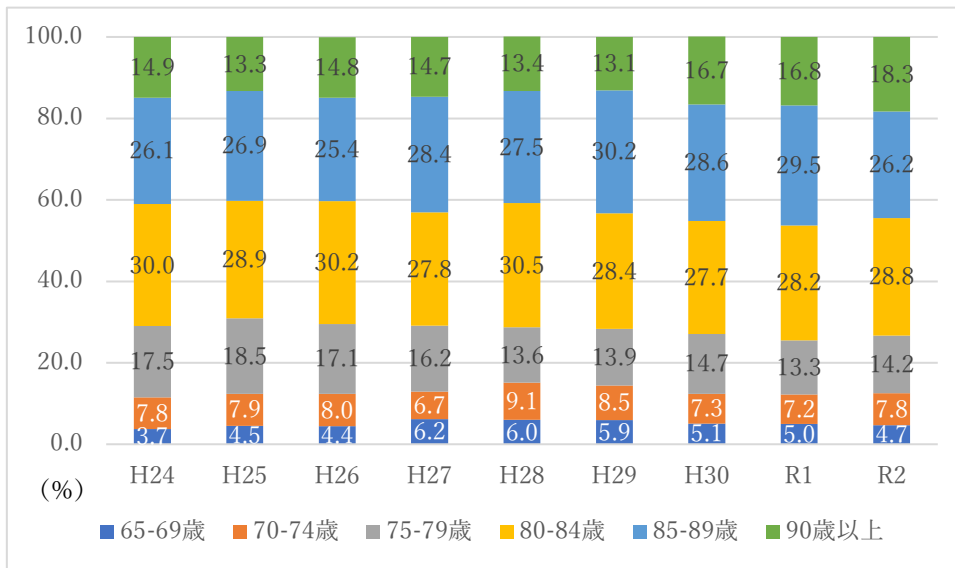
出典：地域包括ケア「見える化」システム

新規認定者の平均年齢は延伸傾向である。(図表 29-1) 新規認定者の年齢階級の分布を見ると、新規認定者における 90 歳以上の割合が増加している。(図表 29-2)

図表 29-1 新規要支援・要介護認定者の平均年齢



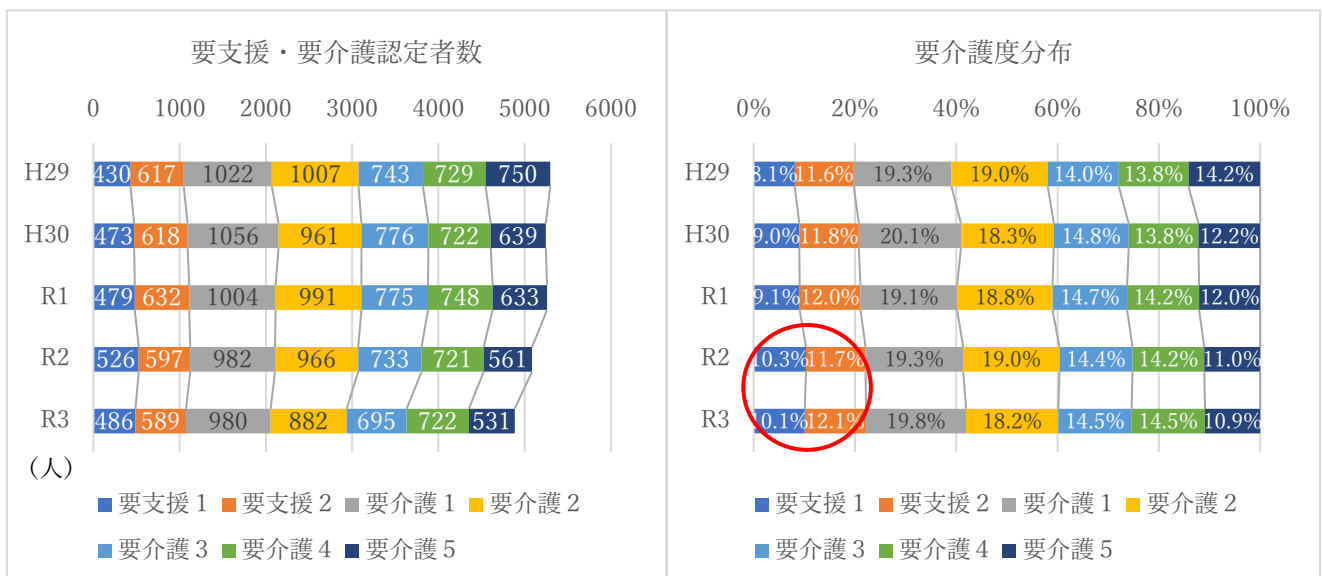
図表 29-2 新規要支援・要介護認定者の年齢階級別分布



出典：地域包括ケア「見える化」システム

介護認定全体における認定者数は、減少している。介護度別分布をみると、要支援 1、2 の認定者の割合が増加傾向である。(図表 30)

図表 30 要介護（支援）者認定状況



出典：KDB「要介護（支援）者認定状況」

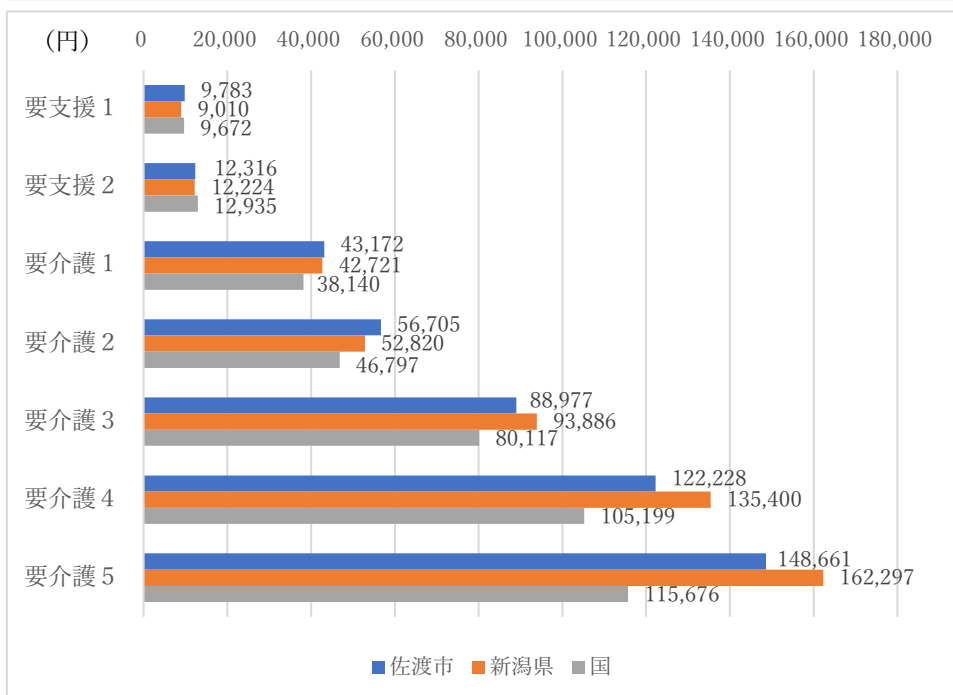
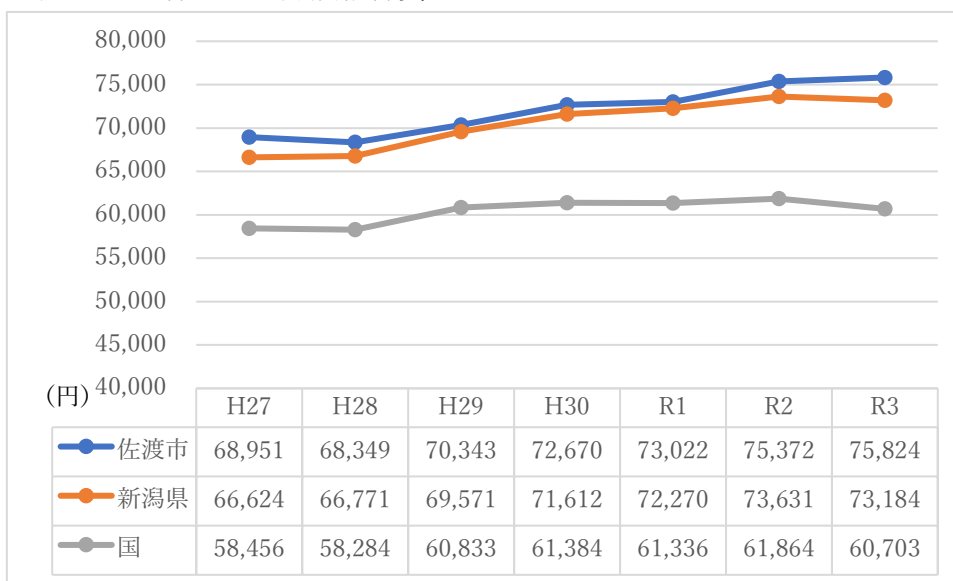
(2) 介護給付

介護レセプト1件当たり給付費を比較すると、佐渡市は県よりやや高い状況で年々増加している。介護度別に比較すると、要介護3以上では県に比べ給付費は低いが、要介護2以下で給付費が高くなっている。(図表31)

サービス区別に見ると、施設サービスよりも居宅サービスの給付費が増加傾向である。(図表32-1) サービス区別・介護度別に見ると、ほとんどのサービス・区分で給付額が増加しているが、要介護5のサービスは、居宅・施設共に減少傾向である。(図表32-2)

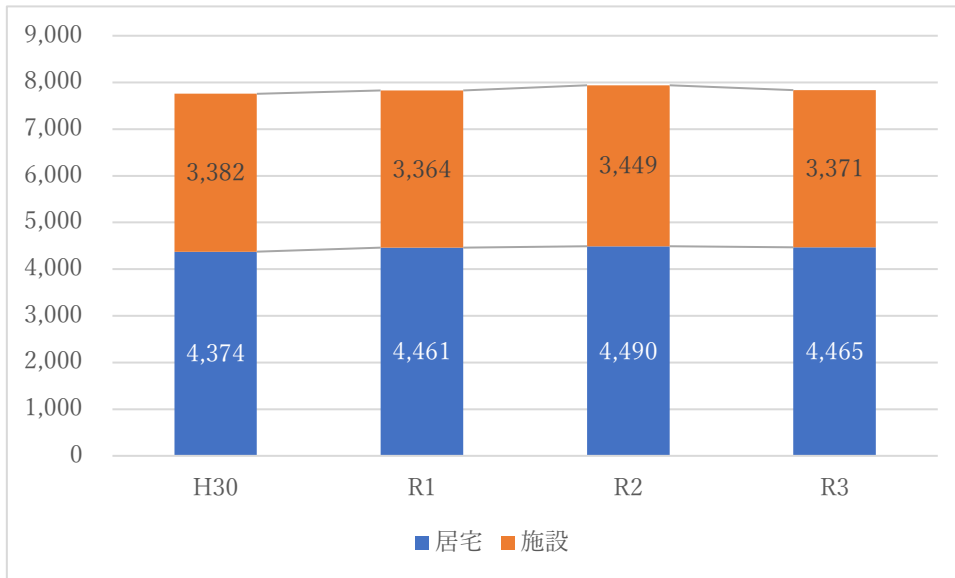
一方、介護認定者で介護給付費が年間を通して0円の割合は、県に比べて高くなっており、年々増加傾向である。(図表33) 認定に至る経緯を探ると、「サービスを使うつもりはないが、認定を受けるよう病院で勧められた」ケースや、「何かあった時のために認定を受けておきたい」という『お守り認定』が多い印象があり、それと一致した数値となっている。

図表31 1件当たり介護給付費

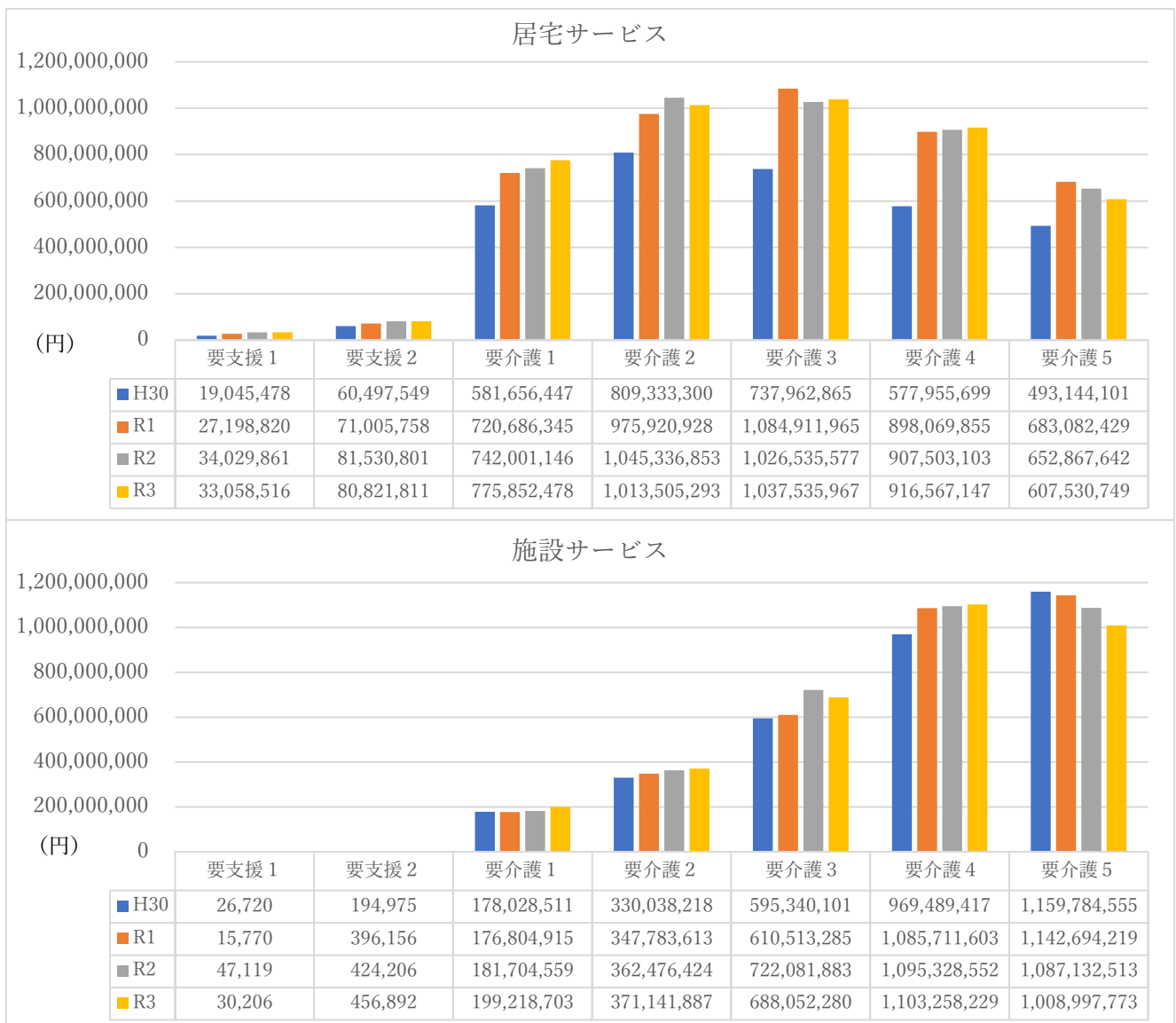


出典：KDB「地域の全体像の把握」

図表 32-1 介護給付費推移（単位：百万円）



図表 32-2 サービス区分・介護度別給付費の推移

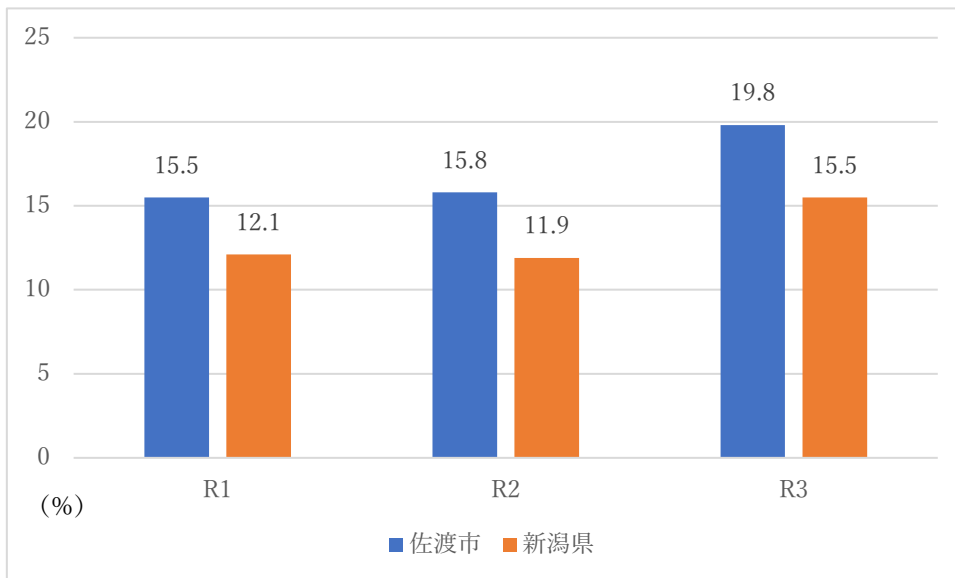


※居宅サービス：居宅介護（介護予防）サービス、地域密着型（介護予防）サービス

施設サービス：施設介護サービス、特定入所者介護（予防）サービス

出典：高齢福祉課

図表 33 介護給付費 0 円の認定者割合



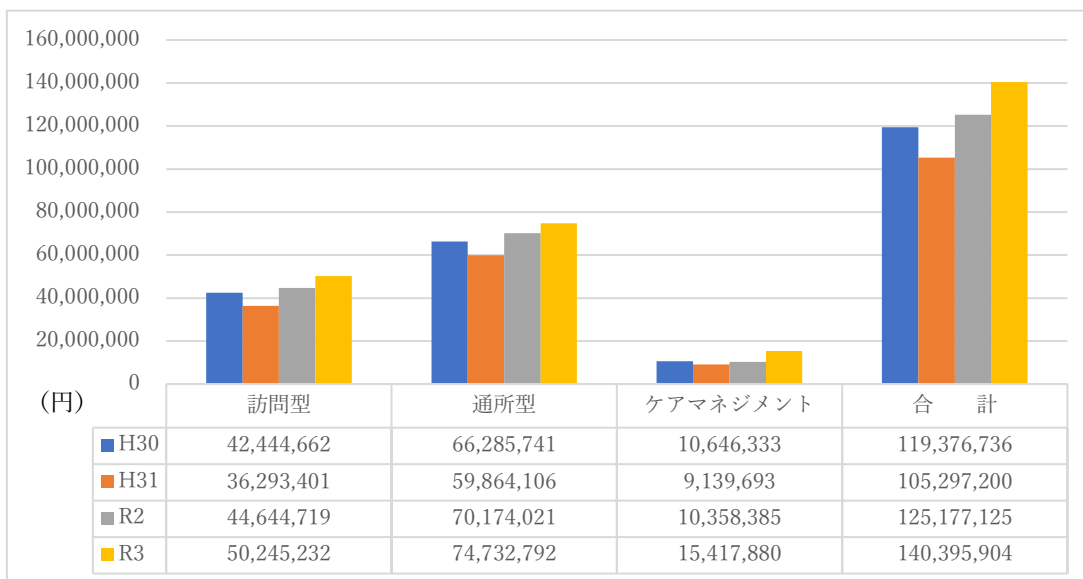
出典：新潟県国民健康保険団体連合会

(3) 介護予防給付

要支援 1・2 および基本チェックリストにより生活機能の低下が見られた方が対象となる、介護予防・日常生活支援総合事業は、介護予防訪問介護相当サービスや介護予防通所介護相当サービスの需要が高まり、給付費が増加している。(図表 34) 増加した要因の一つとして、新型コロナウイルス感染症の流行により、高齢者の通いの場が開催できないため、デイサービスの利用が増加したことが考えられる。

要支援 1・2 の認定者数が増加していることと併せて考えると、介護予防・生活支援サービスのニーズが高まっていると言える。

図表 34 介護予防給付費の推移

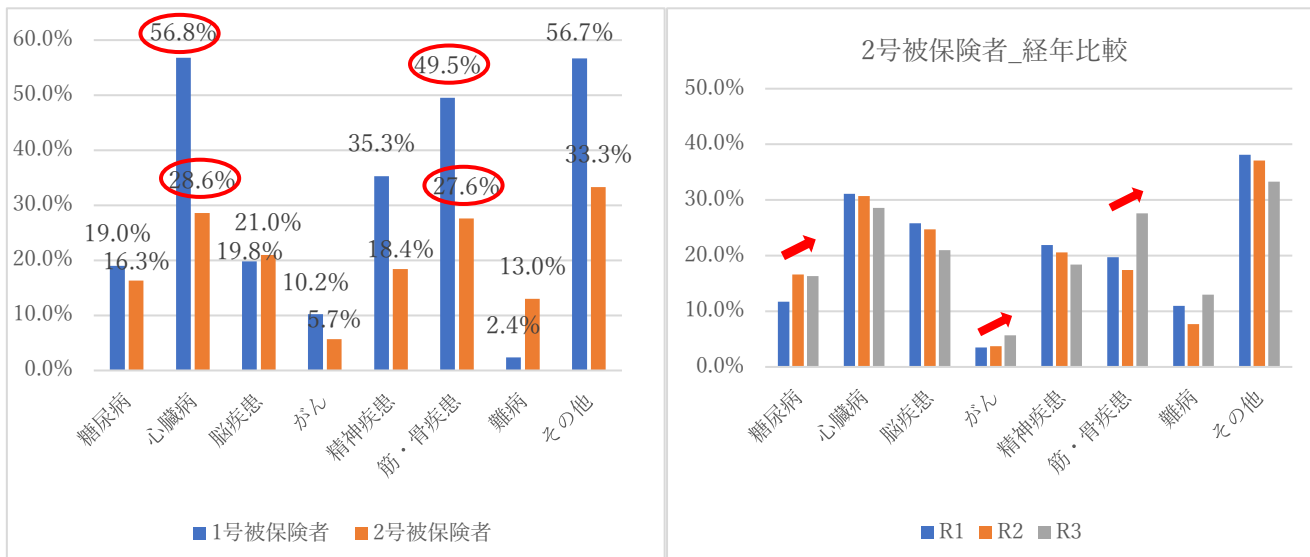


出典：高齢福祉課

(4) 要介護（支援）者有病状況

要介護（支援）認定者の有病状況を見ると、1号被保険者では心臓病、筋・骨疾患、精神疾患の順に有病率が高く、2号被保険者では心臓病、筋・骨疾患、脳血管疾患の順に有病率が高くなっている。2号被保険者について経年で見ると、糖尿病、がん、筋・骨疾患の割合が増加している。（図表 35）

図表 35 令和3年度要介護（支援）者有病状況



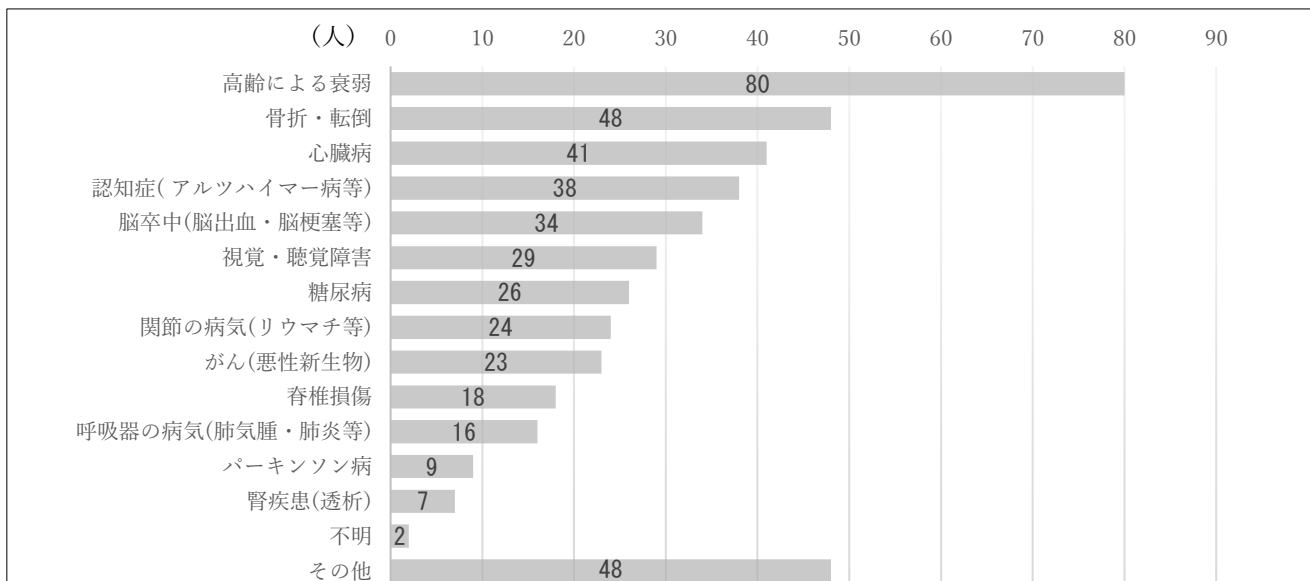
※脳疾患＝脳血管疾患

出典：KDB「要介護（支援）者有病状況」

(4) 新規認定と疾患

1号被保険者で要介護1～5の認定を受けていない2,500人を対象に実施した高齢者実態調査（日常生活圏域ニーズ調査）では、介護・介助が必要となった原因として、「高齢による衰弱」が最も多く、「骨折・転倒」「心臓病」「認知症」「脳卒中」と続く。（図表 36）介護初回認定月を含む前3か月間のレセプトより、最も医療資源が投入された病名を集計すると、心臓病や筋・骨格疾患、アルツハイマー病、脳血管疾患などが上位に挙がっており、図表 36とも一致する結果となっている。（図表 37）

図表 36 介護・介助が必要となった原因



出典：高齢福祉課「佐渡市高齢者実態調査（日常生活圏域ニーズ調査）令和2年3月実施」

図表 37 令和2年度新規認定月を含む前3か月間にレセプトに発生した病名

(単位：人)

要支援1		要支援2		要介護1		要介護2	
1	11	10	7	27	15	10	6
2	10	7	6	22	10	6	6
3	9	7	6	14	6	6	6
3	9	6	6	11	6	6	6
5	8	6	5	8	6	6	6
6	7	5	5	7	5	6	5
6	7	5	5	6	4	6	4
8	5	4	4	6	3	6	3
9	4	4	4	6	3	6	3
10	3	3	3	6	3	6	3
要介護3		要介護4		要介護5		全体	
1	9	10	6	5	66	52	42
2	7	6	4	4	41	40	30
3	5	4	3	3	27	27	25
3	4	4	2	2	20	20	20
5	4	3	2	2	20	20	20
6	4	3	2	2	20	20	20
6	3	3	2	2	20	20	20
8	3	2	2	2	20	20	20
9	2	2	1	1	20	20	20
10	2	2	1	1	20	20	20

出典：新潟県国民健康保険団体連合会

Point

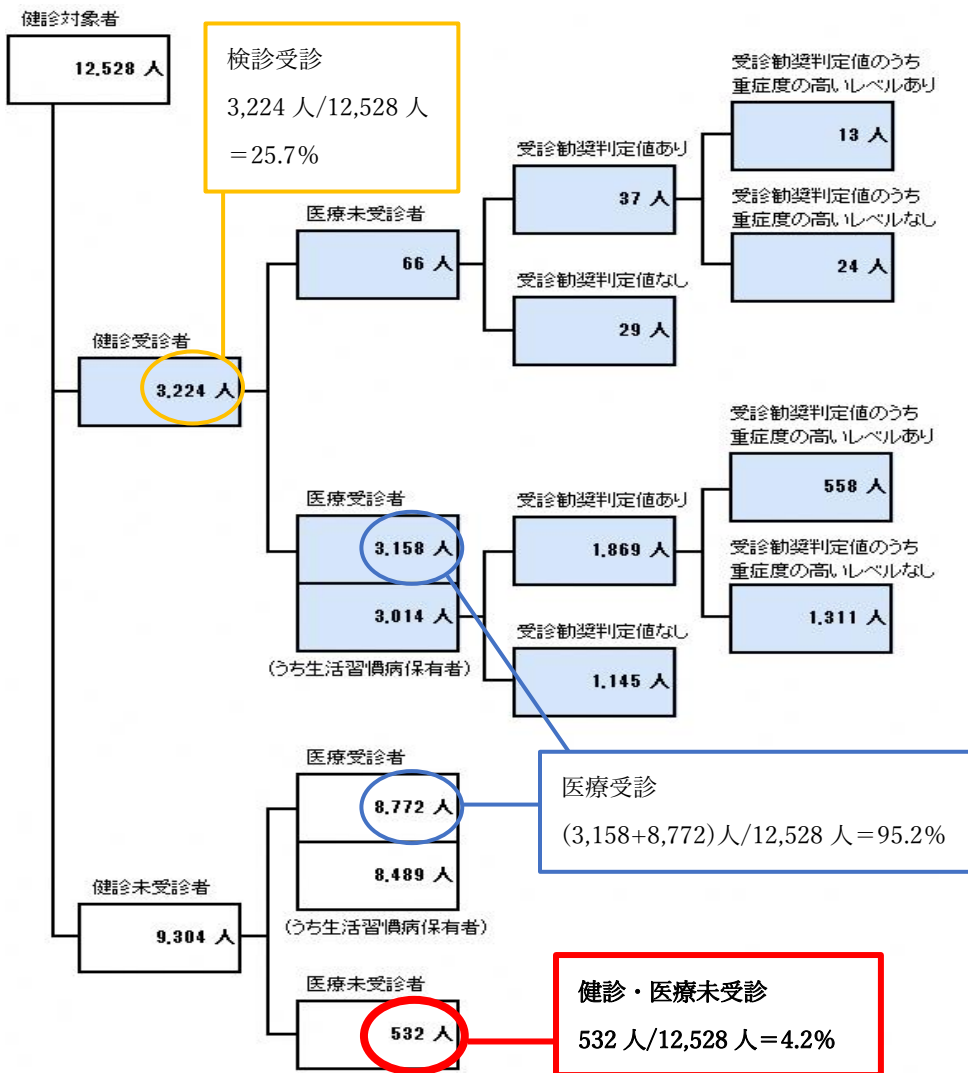
- ・ 要支援1・2の認定者が増加している。
- ・ 給付費は、介護給付・介護予防給付ともに増加傾向であったが、令和3年度は介護給付がやや減少した。
- ・ 要介護（支援）者有病状況は、心臓病や筋・骨格疾患、脳血管疾患が多い。
- ・ 介護認定に至る疾患は、筋・骨格疾患、心臓病、認知症、脳血管疾患などが多い。

5. 健康状態不明な高齢者

経年的に見ると、健診対象者のうち医療を受診している者の割合は9割を超え、健診受診者は3割に満たない。健診も医療も未受診の者は、令和3年度で532人(4.2%)となっている。(図表38)

健診・医療未受診者について、介護保険、介護予防事業等利用者を除くと143人(1.1%)が健康状態不明者となっている。(図表39)

図表38 令和3年度健診・医療受診の状況



出典：KDB「後期高齢者の健診状況」

図表39 令和3年度健康状態不明者

地区	該当者数	独居	65歳以上世帯	その他世帯
両津	24	10	4	10
相川	20	5	4	11
佐和田	26	13	9	4
金井	22	9	7	6
新穂	8	4	3	1
畑野	11	4	3	4
真野	10	2	4	4
小木	5	2		3
羽茂	14	4	4	6
赤泊	3			3
	143	53	38	52

出典：市民課

6. まとめ

佐渡市では、幼少期から肥満が健康課題として挙がっている。その要因の一つとして、不適切な食習慣が考えられる。また、主な移動手段が自家用車であるため、徒歩圏内であっても車を利用しがちな実態がある。運動習慣がなく、不適切な食習慣を続けることで、国保世代から高血圧や糖尿病、貧血の既往がある者が多くなっている。

一方で、働き者が多く、身体活動は県に比べて多いものの、農・漁業が原因の関節痛や、屋外作業中のけがなどが見受けられる。そうした不慮の事故や自動車による事故を心配して、自動車免許を返納し、外出の機会が減少することによる高齢者の閉じこもりが懸念される。

加齢による身体機能の低下や疾病の重症化により、筋・骨格疾患や心臓病、脳血管疾患、CKD、認知症などの医療費が高額となっており、それらが原因で要介護状態や死に至るケースが多くなっている。

また、健診も医療も未受診のまま、重篤な問題が発生するまで健康状態等が未把握な高齢者も存在する。

これらの課題を解消するため、まずは、健診受診の大切さを広く啓発することで健康診査の受診率を向上させ、より多くの高齢者の実態を把握する必要がある。高血圧、糖尿病などの生活習慣病は健康診査で早期発見が期待できるため、年1回の健診受診で生活習慣を振り返り、適切な生活習慣を身に付けてもらうことが重要である。また、ハイリスク者には適切な指導を実施し、必要に応じて早期治療に繋げていきたい。

健診受診率を向上させても、今後も健康状態不明者は一定数存在していくと考えられる。そのような高齢者に対しては、アウトリーチ支援により実態を把握する必要がある。必要に応じて適切な医療・介護サービス等に繋げるため、医療や健診への受診勧奨や通いの場等への参加勧奨を行っていく。

健康診査時の自覚症状では、腰痛・膝痛を訴える人が多い。こまめにからだを動かすことや心身のメンテナンスにつながる運動など、従来の運動の概念にとらわれない啓発が必要である。

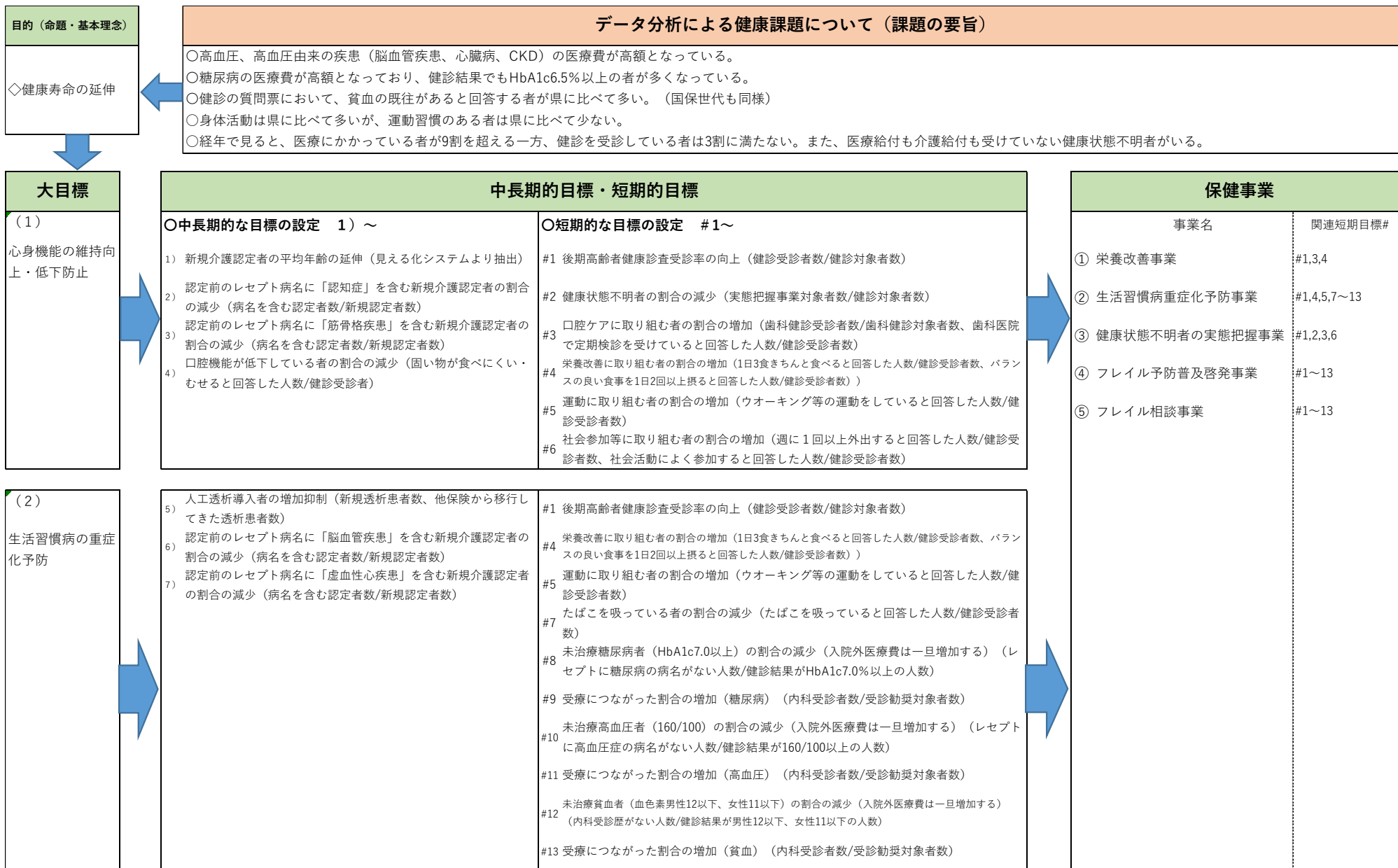
転倒による骨折や誤嚥による肺炎については、フレイル予防の適切な知識の普及や指導、教室等への参加を促し予防を図っていく。

また、これらの取組は高齢者のみに行うのではなく、若い世代からの啓発が重要と考えられる。イベントや広報誌など、機会を捉えて市民へ広く普及啓発を行っていきたい。

佐渡市では、令和4年度から一体的実施を開始し、初年度は相川圏域のみ実施した。ポピュレーションアプローチについては、以前より全圏域で実施しており、令和5年度よりハイリスクアプローチも併せて実施し、一体的実施の実施圏域を全圏域に拡大する。

佐渡市の5つの日常生活圏域は、沿岸部や山間部、平野部などの地形的な特性が生活習慣にも大きく影響を与えており、5圏域10地区の課題は、それぞれ特徴がある。健診・医療・介護データと生活習慣から見えた特徴や課題に応じた、個別性、地域性に合わせた指導・支援を実施し、佐渡市全体の健康寿命の延伸を目指す。

(4)分析結果に基づく課題の整理と事業企画



(5)具体的な事業内容 B

様式(5) - B

ハイリスクアプローチ・ ポピュレーションアプローチ区分	事業名
ハイリスクアプローチ	栄養改善事業

事業目的 (事業目標)	＜事業企画＞			
	対象者	実施期間	事業内容	実施体制・方法
高齢者の栄養状態を改善し、フレイルを予防する	<ul style="list-style-type: none"> ・健康診査の結果 BMI18.5未満の者 ・その他、栄養指導が必要と思われる者（半年前に比べ、2～3kg以上の体重減少があった者など） 	8～3月	管理栄養士等が栄養指導が必要な高齢者に対し個別指導を実施。	<ul style="list-style-type: none"> ①健診当日のフレイル相談 健診の測定結果が BMI18.5 未満の者、その他、栄養指導が必要と思われる者について、フレイル相談を実施。食べ方アンケートなどで指導に向けた動機付けを行う。 ②対象者抽出 健診結果等により抽出 台帳作成 ③指導日の日程調整 対象者と日程調整 ④初回支援 訪問又は面談にて、アセスメント票を用い、個別指導を実施 行動目標等の設定 必要時、適切なサービスへつなぐ ⑤継続支援 初回支援の2～3か月後をめぐりに、訪問、面談または電話にて継続支援・中間評価を実施 必要時、適切なサービスへつなぐ ⑥評価 継続支援の2～3か月後をめぐりに、訪問又は面談にて評価を実施 必要時、適切なサービスへつなぐ

<事業評価計画>

事業評価も同様の形式で評価

	アウトカム評価 (成果)	アウトプット評価 (保健事業の実施状況・実施量)	プロセス評価 (保健事業の実施過程)	ストラクチャー評価 (計画立案体制・実施構成・評価体制)
評価(モニタリング)項目	1) 栄養状態の維持・改善	1) 対象者に指導できたか(訪問、面談)	1) 対象者の選定 2) 実施時期 3) アセスメント 4) 媒体の活用 5) 適切な栄養指導 6) 評価内容 7) サービス等への接続	1) 予算確保 2) 人員の確保 3) 事業の進捗管理 4) 関係スタッフ間の連携 5) 医師会等の関係機関との連携
評価指標	1) 栄養指導実施者の4～6か月後の栄養等の状態 ① 体重を維持または増加した割合 ② 1日3食食べる割合 ③ 1日1時間以上の身体活動を実施する割合 ④ 肉か魚を1日2回毎日摂取する割合	1) 栄養指導実施率 ① 初回指導率 ② 指導完了率	1) 状態に応じて対象者の選定ができていないか 2) 適切な時期に指導ができたか 3) 適切なアセスメントにより対象者の状況を把握できたか 4) わかりやすい媒体を活用したか 5) 栄養状態の改善に向けた適切な指導が実施できたか 6) 対象者の評価が適切に実施できたか 7) 必要時、介護サービス等への接続ができたか	1) 必要な予算が確保できたか 2) 専門職(管理栄養士等)の不足がないか、専門職1人当たりの対象者数が適切か 3) 事業の進捗状況を管理し、共有できたか 4) 関係スタッフ間の連携状況 5) 関係機関の事業への理解・協力
目標(値)	1) ① 100% ② 100% ③ 80% ④ 70%	1) ① 100% ② 30%	1) 状態に応じた対象者の選定ができる 2) 健診受診後2か月を目安に初回指導ができる、初回指導3か月後を目安に中間評価・継続支援ができる、継続支援3か月を目安に評価ができる 3～7) 事例検討の実施	1) 必要な予算が確保できる 2) 確保できる 3) 事業の進捗状況を管理・共有できる 4) 関係スタッフが目的を共有し、進捗等確認しながら事業が進められる 5) 事業開始前に関係機関に事業説明を行い、事業への理解が得られる、対象者の状況について情報交換・情報共有ができる
評価手段	1) 評価アンケート	1) 管理台帳で確認	1) 対象者選定が適切にできたか職員へ聞き取り(担当者会議) 2) 管理台帳、記録で確認 3～7) 事例検討時にアセスメント内容、指導媒体、指導内容等の確認	1) 必要な予算が確保できたか職員に聞き取り(担当者会議) 2) 対応可能な人数であったか職員に聞き取り(担当者会議) 3、4) ミニカンファレンスの実施(全事例1回) 5) 一体的実施連携会議、地区担当と包括支援センターの情報交換・情報共有
評価体制・方法	一体的実施担当者(保健師、管理栄養士、担当事務)で実施(担当者会議) 一体的実施連携会議ハイリスクアプローチ部会へ報告			
評価時期	初回指導の4～6ヵ月後	12、3月	12、3月	12、3月

ハイリスクアプローチ・ ポピュレーションアプローチ区分	事業名
ハイリスクアプローチ	生活習慣病重症化予防事業

事業目的 (事業目標)	＜事業企画＞			
	対象者	実施期間	事業内容	実施体制・方法
糖尿病、高血圧、貧血の早期受診・早期治療を促し、生活習慣病の重症化を予防する	<p>・75～84歳で、集団健診の結果、HbA1c7.0%以上で過去1年間内科未受療の者</p> <p>・75～84歳で、集団健診の結果、収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上で過去1年間内科未受療の者</p> <p>・75～84歳で、集団健診の結果、血色素男性12g/dl以下、女性11g/dl以下で過去1年間内科未受療の者</p> <p>・85歳以上で上記の数値に該当し、指導を希望する者</p>	8～3月	保健師等が健診結果を説明し、適切な受療行動、生活習慣を選択し継続できるよう支援する。	<p>①対象者の抽出 健診結果から該当者を抽出 レセプトを確認し、対象者を決定 台帳を作成</p> <p>②指導日の日程調整 対象者と日程調整</p> <p>③初回支援 原則訪問にて健診結果を通知、指導を実施 どうしても会えない場合は結果を郵送し、文書等による指導を実施</p> <p>④受診状況の確認 初回支援の3か月後をめぐり、レセプトで受診状況を確認</p> <p>⑤継続支援 医療機関を受診した者には、電話等により継続受診の励ましと翌年度の健診受診勧奨を実施 未受診者には、原則訪問により受診勧奨と翌年度の健診受診勧奨を実施</p> <p>⑥受診状況の確認 指導6か月後をめぐり、レセプトで受診状況を確認</p>

<事業評価計画>

☞事業評価も同様の形式で評価

	アウトカム評価 (成果)	アウトプット評価 (保健事業の実施状況・実施量)	プロセス評価 (保健事業の実施過程)	ストラクチャー評価 (計画立案体制・実施構成・評価体制)
評価(モニタリング)項目	1)医療機関受診状況 2)健診の継続受診状況	1)指導実施率	1)対象者の選定 2)実施時期 3)アセスメント 4)媒体の活用 5)適切な保健指導 6)評価内容 7)サービス等への接続	1)予算確保 2)人員確保 3)事業の進捗管理 4)関係スタッフ間の連携 5)関係機関との連携
評価指標	1)医療機関受診率 (受診者数/受診勧奨者数) 2)健診継続受診率 (継続受診者数/事業実施者数)	1) ①初回指導(原則訪問、面談) ②継続支援(電話)	1)状態に応じて対象者の選定ができたか 2)適切な時期に指導ができたか 3)適切なアセスメントにより対象者の状況を把握できたか 4)わかりやすい媒体を活用したか 5)重症化予防に向けた適切な指導ができたか 6)対象者の評価が適切に実施できたか 7)必要時、介護サービス等への接続ができたか	1)必要な予算が確保できたか 2)専門職(保健師等)の不足がないか、専門職1人当たりの対象者数が適切か 3)事業の進捗状況を管理し、共有できたか 4)関係スタッフ間の連携状況 5)関係機関の事業への理解・協力
目標(値)	1)30% 2)50%	1) ①100% ②100%	1)状態に応じた対象者の選定ができる 2)健診受診後2か月を目安に初回指導ができる、指導4か月後を目安に継続支援ができる 3~7)事例検討の実施	1)必要な予算が確保できる 2)確保できる 3)事業の進捗状況を管理・共有できる 4)関係スタッフが目的を共有し、進捗等確認しながら事業が進められる 5)事業開始前に関係機関に事業説明を行い、事業への理解が得られる、対象者の状況について情報交換・情報共有ができる
評価手段	1)レセプトにより確認 2)KDB	1)管理台帳で確認	1)対象者の選定が適切にできたか職員へ聞き取り(担当者会議) 2)管理台帳、記録で確認 3~7)事例検討時にアセスメント内容、指導媒体、指導内容等の確認	1)必要な予算が確保できたか職員に聞き取り(担当者会議) 2)対応可能な人数であったか職員に聞き取り(担当者会議) 3、4)ミニカンファレンスの実施 5)一体的実施連携会議、地区担当と包括支援センターの情報交換・情報共有
評価体制・方法	一体的実施担当者(保健師、管理栄養士、担当事務)で実施(担当者会議) 一体的実施連携会議ハイリスクアプローチ部会へ報告			
評価時期	12、3月	12、3月	12、3月	12、3月

ハイリスクアプローチ・ ポピュレーションアプローチ区分	事業名
ハイリスクアプローチ	健康状態不明者の実態把握事業

事業目的 (事業目標)	＜事業企画＞			
	対象者	実施期間	事業内容	実施体制・方法
健康状態が不明な高齢者の実態を把握し、必要時、適切なサービス等へつなぐ。	KDB で抽出した健診・医療未受診者で、介護サービス等も利用しておらず、健康状態等が不明な者	8～3月	保健師等が、訪問により後期高齢者の質問票等で健康状態を把握し、必要時適切な支援者または医療福祉保健サービスへつなげる。	<p>①対象者の抽出 8月にKDB から該当者を抽出 介護サービス等の利用状況を確認し、対象者を決定</p> <p>②質問票の送付 ①で抽出された対象者に「後期高齢者の質問票」を郵送し、回答を返送してもらう。</p> <p>③支援方法の選定 ②の質問票の返送状況及び回答状況に応じて、訪問・電話等の支援方法を選定する</p> <p>④情報共有会議 包括支援センター等と対象者の情報を共有し、調査・支援担当を決定する</p> <p>⑤訪問調査(支援)・電話支援 (②未回答者) 包括支援センターまたは市の保健師等が対象者を訪問または電話し、後期高齢者の質問票等を用いて健康状態等を把握する 必要時、適切なサービスへつなぐ (②回答者) 包括支援センターまたは市の保健師等が対象者を訪問または電話し、状態に応じた支援を実施 必要時、適切なサービスへつなぐ</p>

<事業評価計画>

☞事業評価も同様の形式で評価

	アウトカム評価 (成果)	アウトプット評価 (保健事業の実施状況・実施量)	プロセス評価 (保健事業の実施過程)	ストラクチャー評価 (計画立案体制・実施構成・評価体制)
評価(モニタリング)項目	1)サービス等への接続	1)高齢者の把握	1)対象者の選定 2)実施時期 3)アセスメント 4)サービス等への接続	1)予算確保 2)人員の確保 3)事業の進捗管理 4)関係スタッフ間の連携 5)関係機関との連携
評価指標	1)必要なサービス等につながった者の割合(サービス等につながった人数/サービス等につなげる必要があると認められた人数)	1)健康状態が不明な高齢者の実態把握率 ①郵送による回答率 ②訪問または電話による支援実施率	1)状況に応じて対象者の選定ができていないか 2)適切な時期に訪問ができたか 3)適切なアセスメントにより対象者の状況を把握できたか 4)必要時、介護サービス等への接続ができたか	1)必要な予算が確保できたか 2)専門職(保健師等)の不足がないか、専門職1人当たりの対象者数が適切か 3)事業の進捗状況を管理し、共有できたか 4)関係スタッフ間の連携状況 5)関係機関の事業への理解・協力を
目標(値)	1)100%	1) ①60% ②100%	1)状況に応じた対象者の選定ができる 2)11~1月 3、4)事例検討の実施	1)必要な予算が確保できる 2)確保できる 3)事業の進捗状況を管理・共有できる 4)関係スタッフが目的を共有し、進捗等確認しながら事業が進められる 5)事業開始前に関係機関に事業説明を行い、事業への理解が得られる、対象者の状況について情報交換・状況共有ができる
評価手段	1)管理台帳で確認	1)管理台帳で確認	1)対象者の選定が適切にできたか職員へ聞き取り(担当者会議) 2)管理台帳、記録で確認 3、4)事例検討時に聞き取り内容、勧奨内容等の確認	1)必要な予算が確保できたか職員に聞き取り(担当者会議) 2)対応可能な人数であったか職員に聞き取り(担当者会議) 3、4)担当者会議の実施 5)一体的実施連携会議、地区担当と包括支援センターの情報交換・情報共有
評価体制・方法	一体的実施担当者(保健師、管理栄養士、担当事務)で実施(担当者会議) 一体的実施連携会議ハイリスクアプローチ部会へ報告			
評価時期	2、3月	2、3月	2、3月	2、3月

ハイリスクアプローチ・ ポピュレーションアプローチ区分	事業名
ポピュレーションアプローチ	フレイル予防普及啓発事業

事業目的 (事業目標)	＜事業企画＞			
	対象者	実施期間	事業内容	実施体制・方法
地域住民がフレイルに関心を持ち、フレイル予防について理解し、取り組むことができる	・75 歳以上の後期高齢者、 65 歳以上の前期高齢者 ・通いの場等に参加した地域住民	6～3月	・地区健康学習会、健康相談・健康教育の場で、医療専門職がフレイル予防の普及啓発を行う。 ・通いの場等で後期高齢者の質問票を活用する。	1)フレイル予防の普及啓発 ○健康学習会 ・健康推進員は、健康学習会の周知・勧誘を行い、人数の集計や当日の調理実習の食材等の準備、当日の運営等を行う ・管理栄養士は、調理実習等に係る調整や、当日の栄養に関する講話を実施 ・保健師は、健康に関する講話を実施 ○健康教育・健康相談 ・茶の間やサロン、公民館活動等において、医療専門職(市保健師、市管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師等)が健康やフレイル予防、オーラルフレイル、ポリファーマシー等に関する健康教育・健康相談を実施 2)後期高齢者の質問票の活用 ・健康学習会や健康教育・健康相談等において後期高齢者の質問票を実施 ・必要時、包括支援センター等へ情報提供し支援につなげる ・回収した質問票は、KDB に登録する

<事業評価計画>

☞事業評価も同様の形式で評価

	アウトカム評価 (成果)	アウトプット評価 (保健事業の実施状況・実施量)	プロセス評価 (保健事業の実施過程)	ストラクチャー評価 (計画立案体制・実施構成・評価体制)
評価(モニタリング)項目	1)フレイルへの理解 2)参加者が学んだ内容を家族や知人へ伝えようと思ったか	1)広く普及啓発できたか 2)高齢者の把握	1)事業の周知 2)事業内容 3)サービス等への接続	1)予算確保 2)人員の確保 3)会場の確保 4)事業の進捗管理 5)関係スタッフ間の連携 6)関係機関との連携
評価指標	1)フレイルについて理解できたか (理解できた/参加者数) 2)学んだ内容を家族や知人に伝えようと思った割合 (伝えようと思った人数/参加者数)	1)参加者数 2)後期高齢者の質問票の回答数	1)事業の実施について広く周知できたか 2)フレイル予防について、啓発できたか 3)必要時、介護サービス等への接続ができたか	1)必要な予算が確保できたか 2)専門職(保健師等)の不足がないか、専門職1人当たりの対象者数が適切か 3)実施会場数 4)事業の進捗状況を管理し、共有できたか 5)関係スタッフ間の連携状況 6)関係機関の事業への理解・協力
目標(値)	1)78% 2)95% 【参考】 R2 健康学習会アンケート ・理解できた 74.6% ・伝えようと思った 93.6%	1)1200人 2)1200人	1)広く周知できる 2)フレイル予防について啓発できる 3)事例検討の実施	1)必要な予算が確保できる 2)確保できる 3)170会場 4)事業の進捗状況を管理・共有できる 5)関係スタッフが目的を共有し、進捗等確認しながら事業が進められる 6)事業開始前に関係機関に事業説明を行い、事業への理解が得られる、対象者の状況について情報交換・状況共有ができる
評価手段	1、2)参加者アンケートで確認	1)管理台帳、記録で確認 2)回収した後期高齢者の質問票の数	1)広く周知ができたか職員へ聞き取り(担当者会議) 2)参加者アンケートで確認 3)事例検討時に適切なサービス等へ接続できたか聞き取り(担当者会議)	1)必要な予算が確保できたか職員に聞き取り(担当者会議) 2)対応可能な人数であったか職員に聞き取り(担当者会議) 3)記録で確認 4、5)担当者会議の実施 6)一体的実施連携会議
評価体制・方法	一体的実施担当者(保健師、管理栄養士、担当事務)で実施(担当者会議) 一体的実施連携会議ハイリスクアプローチ部会へ報告			
評価時期	3月	3月	3月	3月

ハイリスクアプローチ・ ポピュレーションアプローチ区分	事業名
ポピュレーションアプローチ	フレイル相談事業

事業目的 (事業目標)	＜事業企画＞			
	対象者	実施期間	事業内容	実施体制・方法
<p>集団健診受診者がフレイルに関心を持ち、フレイル予防に取り組むことができる。必要時、適切なサービスへつなぐ。</p>	<p>市の集団健診受診者</p>	<p>5～7月</p>	<p>対象者に対し、集団健診当日に管理栄養士、保健師、歯科衛生士等がフレイル相談を実施。</p>	<p>①希望の聞き取り 集団健診においてフレイル相談を実施中であることをお知らせし、希望の有無を聞き取る。</p> <p>②フレイル相談の実施 3つのブースで医療専門職による相談を実施。 【栄養】市の管理栄養士が栄養相談を実施 【包括】包括支援センターの保健師(相当職を含む)が介護予防等に関する相談を実施 【口腔】佐渡在宅歯科医療連携室の歯科衛生士がオーラルフレイルや口腔ケアに関する相談・指導を実施</p> <p>③情報共有 フレイル相談実施者の名簿等を地区担当保健師・管理栄養士で情報共有を行う。</p>

<事業評価計画>

☞事業評価も同様の形式で評価

	アウトカム評価 (成果)	アウトプット評価 (保健事業の実施状況・実施量)	プロセス評価 (保健事業の実施過程)	ストラクチャー評価 (計画立案体制・実施構成・評価体制)
評価(モニタリング)項目	1)サービス等への接続	1)フレイル相談の実施数	1)対象者のスクリーニング 2)アセスメント 3)媒体の活用 4)適切な保健指導 5)サービス等への接続	1)予算確保 2)人員の確保 3)機会の確保 4)事業の進捗管理 5)関係スタッフ間の連携 6)関係機関との連携
評価指標	1)必要時、介護サービス等への接続ができたか (つながった人数/訪問等の約束や受診勧奨等を行った人数)	1)フレイル相談実施者数 【内訳】 包括 人 栄養 人 (うちハイリスク対象者 人) 口腔 人	1)後期高齢者の質問票を活用し、対象者のスクリーニングができたか 2)適切なアセスメントにより対象者の状況を把握できたか 3)わかりやすい媒体を活用したか 4)フレイル予防に向けた適切な指導ができたか	1)必要な予算が確保できたか 2)専門職(保健師等)の不足がないか、専門職1人当たりの対象者数が適切か 3)フレイル相談①会場数②実施日数 4)事業の進捗状況を管理し、共有できたか 5)関係スタッフ間の連携状況 6)関係機関の事業への理解・協力
目標(値)	1)100%	1)400人 (R4 382人)	1)後期高齢者の質問票の回答に応じた対象者のスクリーニングができる 2~4)事業検討の実施	1)必要な予算が確保できる 2)確保できる 3)①10地区12会場 ②33日 4)事業の進捗状況を管理・共有できる 5)関係スタッフが目的を共有し、進捗等確認しながら事業が進められる 6)事業開始前に関係機関に事業説明を行い、事業への理解が得られる、対象者の状況について情報交換・状況共有ができる
評価手段	1)管理台帳及び各地区包括支援センター会議	1)管理台帳で確認	1)対象者のスクリーニングができたか職員へ聞き取り(担当者会議) 2~4)事業検討時にアセスメント内容、指導媒体、指導内容等の確認	1)必要な予算が確保できたか職員に聞き取り(担当者会議) 2)対応可能な人数であったか職員に聞き取り(担当者会議) 3)記録で確認 4、5)担当者会議の実施 6)一体的実施連携会議、地区担当と包括支援センターの情報交換・情報共有
評価体制・方法	一体的実施担当者(保健師、管理栄養士、担当事務)で実施(担当者会議) 一体的実施連携会議ハイリスクアプローチ部会へ報告			
評価時期	9、3月	9、3月	9、3月	9、3月

(6)地域を担当する医療専門職の配置

様式(6)

日常生活圏域数	5 圏域
うち事業実施圏域数	5 圏域

アプローチ区分	事業名	実施圏域	取組に携わる医療専門職種	地域支援事業等 他財源の種別
ハイリスクアプローチ	栄養改善事業	全圏域	管理栄養士、保健師	
	生活習慣病重症化予防事業	全圏域	保健師、管理栄養士	
	健康状態不明者の実態把握事業	全圏域	保健師、看護師、管理栄養士	
ポピュレーション アプローチ	フレイル予防普及啓発事業	全圏域	保健師、管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師	
	フレイル相談事業	全圏域	保健師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士	

交付基準に記載のある職種

- | | |
|-------|--------|
| ・医師 | ・管理栄養士 |
| ・歯科医師 | ・歯科衛生士 |
| ・薬剤師 | ・理学療法士 |
| ・保健師 | ・作業療法士 |
| ・看護師 | ・言語聴覚士 |

（7）個人情報の取扱い

個人情報の取扱い

一体的実施を進めるに当たっては、関係部署が連携してそれぞれの視点からデータを分析し、課題を把握することが不可欠です。

一方、取扱う個人情報は、健康診査結果、診療報酬明細書、介護給付費明細書等、市民一人ひとりの健康に係る極めて個人的な情報であり、慎重かつ厳重な取扱いが求められます。個人情報の取扱いに関しては、個人情報の保護に関する法律、これに基づくガイドライン及び佐渡市個人情報保護法施行条例等の関係法令を遵守します。

事業の実施において使用する KDB（国保データベース）システムについては、ユーザ ID の管理を厳重に行い、一体的実施に従事する職員が他部署の所管する情報を閲覧・活用する場合は、必要な範囲に限るものとします。

また、一体的実施に係る事業を外部委託する場合は、委託先に対して提供する個人情報は委託した事業を実施するために必要な範囲に限るものとし、個人情報の厳格な管理や目的外利用の禁止等を契約書に定め、委託先の厳重な管理体制を確保します。