

## 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 羅臼町

# 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. 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る。

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ったが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

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った。

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 P D C A 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した。

羅臼町においては、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ことを目的とする。

### 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

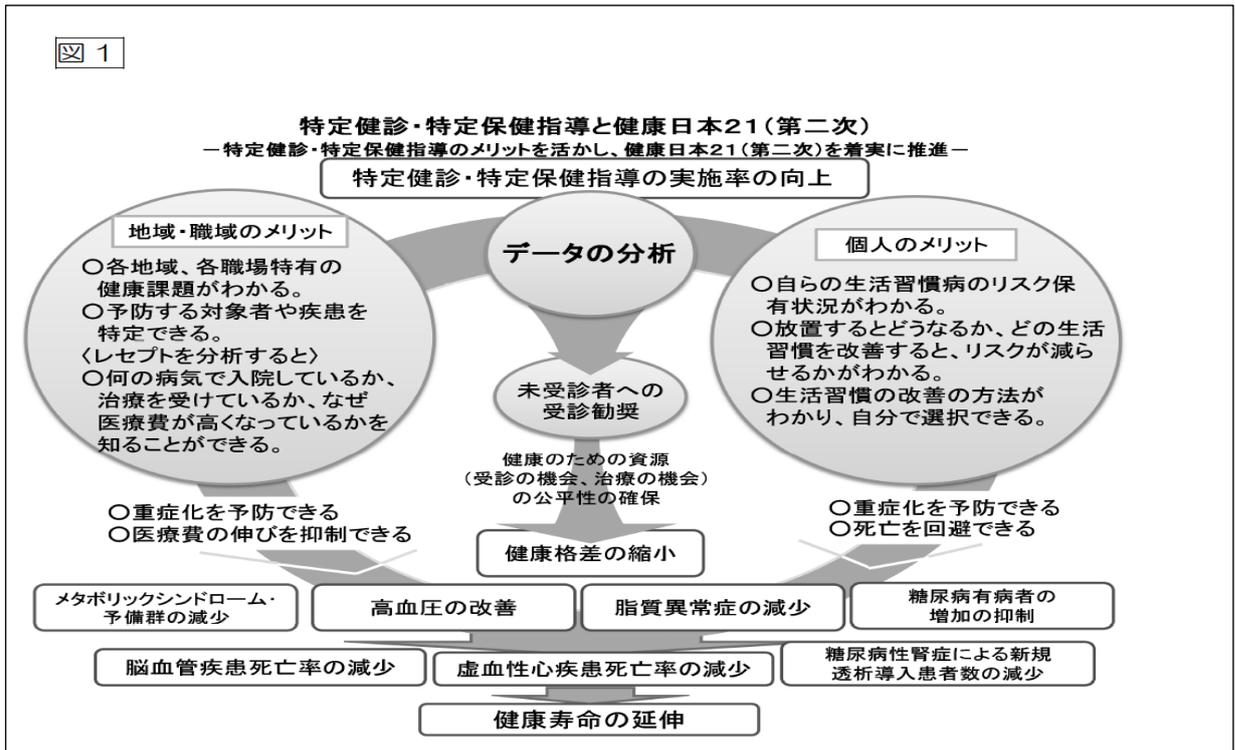
結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。(図表1・2・3)

【図表1】

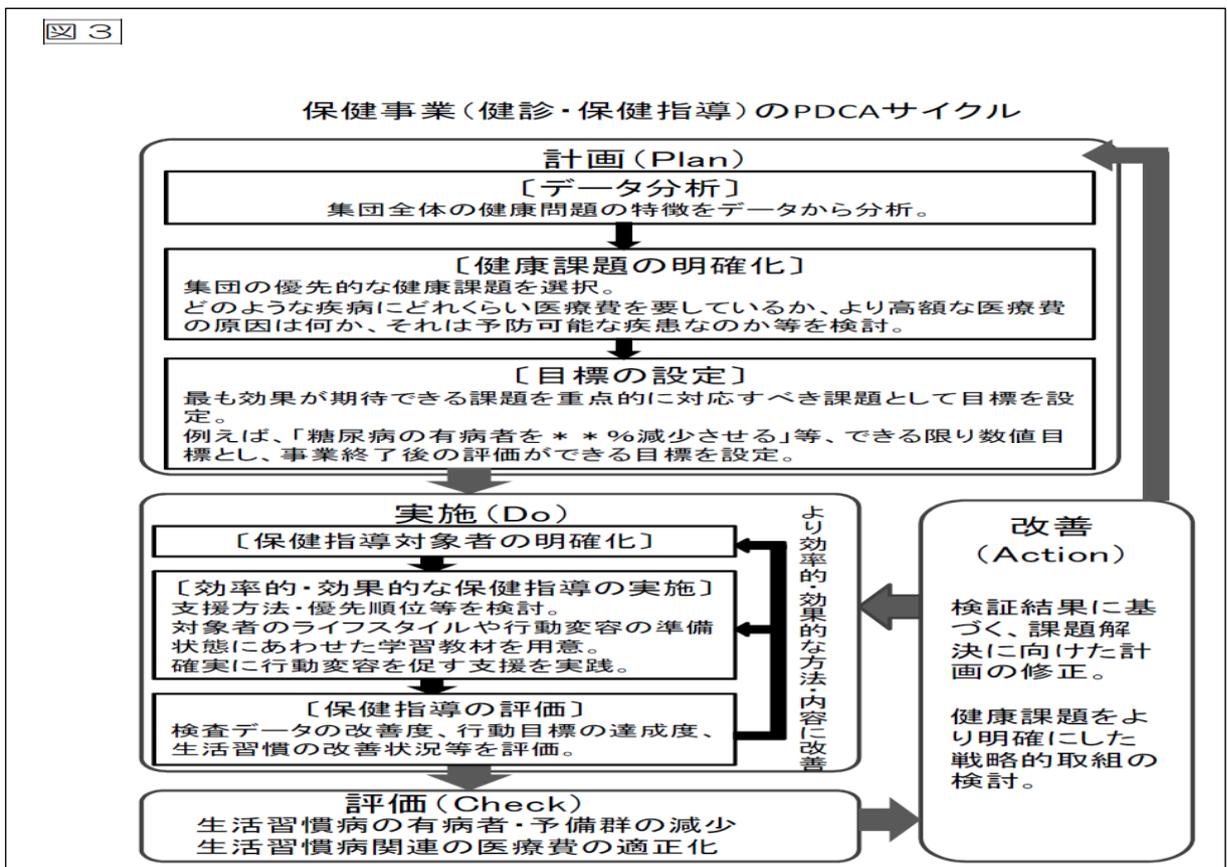
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
※ 健康増進法第20条とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施法)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 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24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方針	厚生労働省 保険局 平成24年9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24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方針	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28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1次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第1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し、その結果、社会福祉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慢性疾患等の生活習慣病の予防効果の確保、糖尿病等を予防することができれば、重症患者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発生を防止し、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および向上を図ることができ、生活習慣の改善が可能なものとなる。特定健康診査は、慢性疾患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重点を置き、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするのを、約に実施するための指針である。	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組について、医療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かつ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務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。	高齢者がその有する能力に応じ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への予防又は、要介護状態等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適切に、良質かつ適切な医療を効率的に提供するための制度の構築を図っていく。	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率的に提供するための制度の構築を図る。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、育壮年期、高齢期)にわたって	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢者を迎える現在の育壮(壮年)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 メタボヘルス	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	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 認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 軽微脳虚性、発症性管状等症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統硬縮症、筋萎縮性側索硬化症 後縦靭帯骨化症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	糖尿病 糖尿病 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 特定健康診査に関する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)による年間新発患者数(入院患者数) ③治療継続率の割合 ④生活習慣病の発症率 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健康診査・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・脂質異常症 ⑨適正体重を維持している者の割合(肥満、やせの減少) ⑩適切な栄養摂取率を占める割合 ⑪日常生活における歩数 ⑫運動習慣者の割合 ⑬成人の喫煙率 ⑭飲酒している者	①特定健康診査受診率 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(特定健康診査の実施率)について 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特定健康診査 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	①地域における自立した日常生活の支援 ②必要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付の適正化	①医療費適正化の取組 対策 ②一人当たり外生医療費の地域差の縮減 ③特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ④メタボ該当者・予備群の減少 ⑤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		<p>保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度(度分)】を減額し、保険料率決定</p>				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

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 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、都道府県における医療費適正化計画や医療計画とが平成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年間とする。

### 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

羅臼町においては、保健福祉課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、課内の国保担当、保健担当、福祉担当、介護担当等市町村一体となって計画策定を進めていく。

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体制を整えることも重要である。また町内の連携体制整備には、庁内既存会議等を活用する。(図表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、外部有識者等との連携・協力が重要となる。

外部有識者等とは、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う。

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る。

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に努めることも期待される。

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る。このため、市町村国保は、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、都道府県との連携に努める。

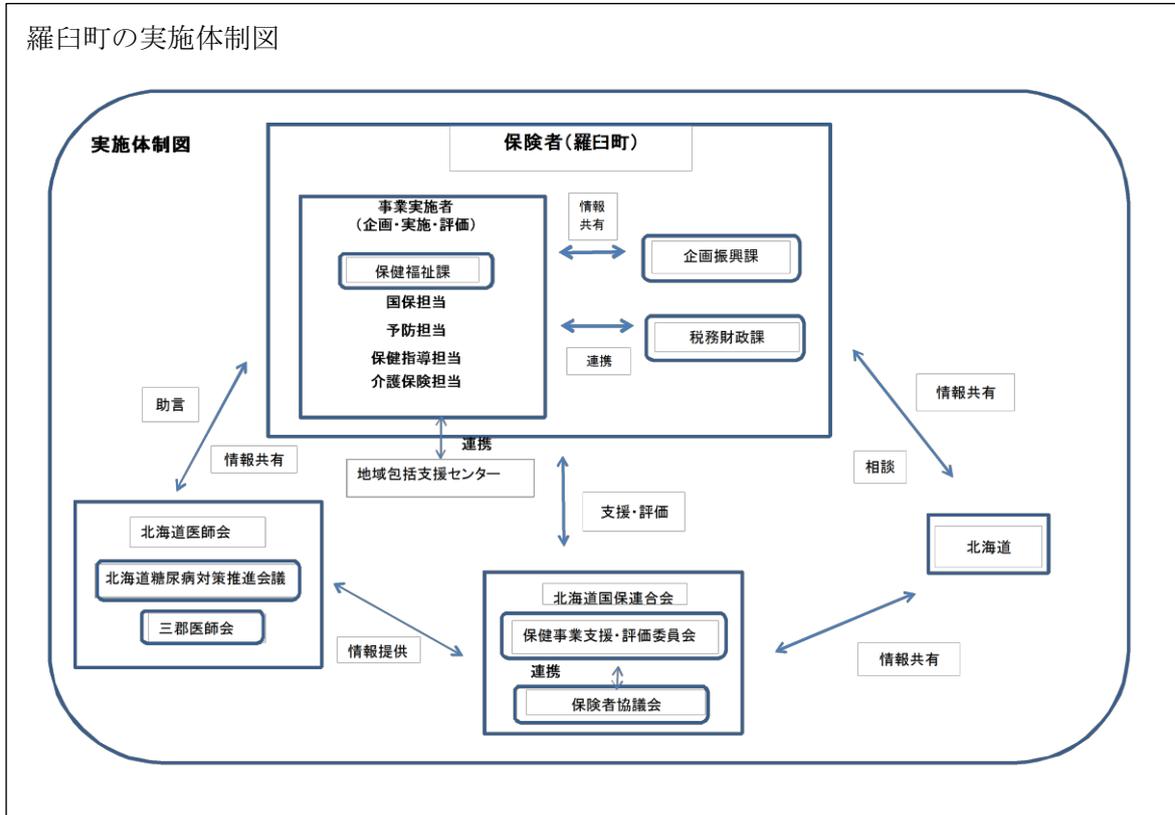
また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

保険者等は、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・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ある。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

### 1) 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、被保険者自身が状況を理解して主体的に積極的に取り組むことが重要である。

【図表 4】



### 5. 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では新たに保険者努力支援制度が創設され、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る。(平成 30 年度から本格実施)

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おり、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している。(図表 5)

【図表 5】

## 保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点
総得点(満点)		345	580
総得点(体制構築加算含む)		257	575
共通①	(1)特定健診受診率	0	50
	(2)特定保健指導実施率	10	0
	(3)メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	20	0
共通②	(1)がん検診受診率	0	0
	(2)歯周疾患(病)検診の実施	10	25
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40	100
共通④	(1)個人インセンティブ提供	20	25
	(2)個人への分かりやすい情報提供	20	55
共通⑤	重複服薬者に対する取組	0	35
共通⑥	(1)後発医薬品の促進	11	20
	(2)後発医薬品の使用割合	0	0
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	25	25
固有②	データヘルス計画策定状況	10	40
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10	25
固有④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	26
固有⑤	第三者求償の取組の実施状況	6	10
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況		
体制構築加算		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

平成24年度と平成28年度の経年比較を見ると、国民健康保険加入率が減少してきており、65歳以上加入者の割合が増加している。加入者の高齢化は医療費にも大きく影響することが考えられる。

早世予防からみた死亡（65歳未満）の割合は増加している。死因別に心臓病による死亡割合は増加しており、増加の程度が2倍近かった。

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は1ポイント以上増加したが、介護給付費は減少していた。施設利用の制限が要因の1つと思われる。医療費に占める入院費用の割合が増加していた。特定健診における受診勧奨対象者の医療機関受診率が低いことと合わせて考えると、健診受診後の適正な医療受診行動により重症化予防につながる事が推測できる。しかし特定健診受診率の向上が見られず、医療費適正化の観点からは大きな課題となる。

生活状況では喫煙率は低下してきたものの、同規模平均、北海道、全国と比べても2倍以上高く推移している。また食事の習慣をみると朝食を抜く、間食、食べる速度が速い等が同規模と比べても高く、基幹産業である漁業での働き方が生活リズムや食べ方に影響を与えていると考えられる。（参考資料1）

###### (2) 中長期目標の達成状況

###### ①介護給付費の状況（図表6）

介護給付の変化について、平成25年度と平成28年度の間では500万円ほど増えていたが、1件当たり給付費は全体、居宅、施設では減少している。

【図表6】

介護給付費の変化

年度	羅臼町				同規模平均		
	介護給付費(万円)	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25	410,325,560	72,652	52,726	299,962	71,899	41,154	279,433
H28	378,702,852	72,230 ↓	48,418 ↓	288,969 ↓	70,593 ↓	40,986 ↓	275,281 ↓

②医療費の状況（図表 7）

医療費の変化について、全体の医療費は年度による波はあるものの増加傾向を見せた。一人当たり医療費の伸び率を入院、入院外とも抑制できていない。

【図表 7】

医療費の変化

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			町	同規模			町	同規模
1.総医療費	H25年度	6億1,229万円				2億4,859万円				3億3,670万円			
	H28年度	5億9,254万円	-1,975万円	-3.2		2億7,707万円	2,848万円	11.5		3億1,547万円	-2,123万円	-6.3	
2.1人当たり医療費	H25年度	16,724				6,790				9,440			
	H28年度	19,211	2,487	14.9		8,983	2,193	32.3		10,228	788	8.3	

(1)総医療費

項目	総医療費(円)					
	全体		入院		入院外	
	費用額	増減	費用額	増減	費用額	増減
H24年度	637,610,000		2億7,736万円		3億6,025万円	
H25年度	612,290,000	-2,532万円	2億4,859万円	-2,877万円	3億6,370万円	345万円
H26年度	600,990,000	-1,130万円	2億6,179万円	1,320万円	3億3,918万円	-2,452万円
H27年度	733,309,920	1億3,232万円	3億8,093万円	1億1,914万円	3億5,238万円	1,320万円
H28年度	592,540,000	-1億4,077万円	2億7,707万円	-1億385万円	3億1,547万円	-3,691万円

(2)1人当たり医療費

	1人当たり医療費(円)			伸び率(%)		
	全体	入院	入院外	全体	入院	入院外
H24年度	17,113	7,450	9,670			
H25年度	16,724	6,790	9,440	-2.30%	-8.9%	-2.4%
H26年度	17,190	7,488	9,702	2.8%	10.3%	2.8%
H27年度	22,173	11,518	10,655	29.0%	53.8%	9.8%
H28年度	19,511	8,983	10,228	-12.0%	-22.0%	-4.0%

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患) (図表 8)

中長期目標疾患である脳血管疾患、慢性腎不全(透析)に係る医療費計は減少しているが、虚血性心疾患に係る医療費は増加していた。虚血性心疾患、脳血管疾患共に北海道、全国に比べて費用の割合が高い。

中長期目標疾患に共通する糖尿病・高血圧・脂質異常症に係る費用については、国に比較すると低くなっている。

【図表 8】

データヘルス計画のターゲットとなる疾病が医療費に占める割合(平成25年度と平成28年度の比較)

市町村	総医療費	1人当たり医療費			中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)		新生物	精神疾患	筋・骨疾患
		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	道内	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				割合				
H25	305,406,600	16,902	242位	179位	4.2%	1.7%	6.4%	4.3%	8.6%	13.3%	3.2%	127,445,820	割合 41.7%	24.2%	8.8%	24.6%
H28	592,547,240	19,211	236位	175位	0.8%	0.7%	4.5%	6.4%	9.9%	9.2%	2.2%	92,832,560	33.7%	25.5%	7.6%	32.3%
H28	北海道	439,673,591,180	27,782		6.5%	0.5%	3.3%	4.3%	9.2%	7.9%	4.6%	92,704,528,050	37.3%	28.5%	17.2%	16.3%
	国	9,677,041,336,540	24,253		9.7%	0.6%	4.0%	3.7%	5.4%	4.8%	3.0%	2,237,085,545,700	41.7%	25.6%	16.9%	15.2%

出典:KDBシステム 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

「最大医療資源傷病名」とは、レポートに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

④中長期的な疾患 (図表 9)

平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、虚血性心疾患治療者数(様式 3-5)は減少しているが、治療者の割合には変化がない。虚血性心疾患患者で脳血管疾患を有する者は増加していたが、高血圧、糖尿病、脂質異常の治療者は人数、割合共に減少している。治療中断の有無を確認していく必要がある。

脳血管疾患治療者(様式 3-6)は増加し、虚血性心疾患、高血圧、糖尿病、脂質異常を有する者も増加していた。

透析に関しては(様式 3-7) H28 年度で患者数は 0 だが、医療保険が後期へ移行したり生活保護が開始された者がおり、全体の透析者数からみると減少しているとはいえない。

【図表9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標						短期的な目標						
		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
		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	3,123	135	4.3	22	16.8	2	1.5	122	90.4	93	68.9	90	66.7
	64歳以下	2,605	55	2.1	6	10.9	2	3.6	46	83.6	36	65.5	41	74.5
	65歳以上	518	80	15.4	16	20.0	0	0.0	76	95.0	57	71.3	49	61.3
H28	全体	2,692	118	4.4	31	26.3	0	0.0	104	88.1	79	66.9	69	58.5
	64歳以下	2,188	43	2.0	7	16.3	0	0.0	34	79.1	22	51.2	24	55.8
	65歳以上	504	75	14.9	24	32.0	0	0.0	70	93.3	57	76.0	45	60.0

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標						短期的な目標						
		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
		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	3,123	104	3.3	22	21.2	1	1	67	64.4	46	44.2	40	38.5
	64歳以下	2,605	42	1.6	6	14.3	1	2.4	26	61.9	15	35.7	16	38.1
	65歳以上	518	62	12.0	16	25.8	0	0.0	41	66.1	31	50.0	24	38.7
H28	全体	2,692	111	4.1	31	27.9	0	0.0	78	70.3	58	52.3	58	52.3
	64歳以下	2,188	41	1.9	7	17.1	0	0.0	22	53.7	11	26.8	16	39.0
	65歳以上	504	70	13.9	24	34.3	0	0.0	56	80.0	47	67.1	42	60.0

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標						短期的な目標						
		人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
		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	3,123	3	0.1	1	33.3	2	66.7	2	66.7	2	66.7	2	66.7
	64歳以下	2,605	3	0.1	1	33.3	2	66.7	2	66.7	2	66.7	2	66.7
	65歳以上	518	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
H28	全体	2,692	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	64歳以下	2,188	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	65歳以上	504	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

### (3) 短期目標の達成状況

#### ① 共通リスク(様式3-2～3-4) (図表10)

中長期目標疾患に共通するリスクである治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式3-2)においては、被保険者数の減少と共に患者数は減少しているが、割合が増加している疾病が見られた。糖尿病治療者は割合の変化がなく、インスリン療法、高血圧、脳血管疾患、糖尿病性腎症の割合は増加し、重症化防止ができていないことが推測される。また、透析者は前述したように医療保険が後期へ移行したり生活保護が開始された者がいたため国保では患者数は0になっているが、治療中断者がいなかったか、状況を確認していく必要がある。

【図表 10】

厚労省様式 様式3-2		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	3,123	260	8.3	12	4.6	183	70.4	157	60.4	93	35.8	46	17.7	2	0.8	5	1.9
	64歳以下	2,605	132	5.1	10	7.6	76	57.6	82	62.1	36	27.3	15	11.4	2	1.5	4	3.0
	65歳以上	518	128	24.7	2	1.6	107	83.6	75	58.6	57	44.5	31	24.2	0	0.0	1	0.8
H28	全体	2,692	224	8.3	13	5.8	167	74.6	128	57.1	79	35.3	58	25.9	0	0.0	6	2.7
	64歳以下	2,188	91	4.2	10	11.0	56	61.5	50	54.9	22	24.2	11	12.1	0	0.0	2	2.2
	65歳以上	504	133	26.4	3	2.8	111	83.5	78	58.6	57	42.9	47	35.3	0	0.0	4	3.0

厚労省様式 様式3-3		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	3,123	343	11	183	53.4	173	50.4	122	35.6	67	19.5	2	0.6
	64歳以下	2,605	151	5.8	76	50.3	82	54.3	46	30.5	26	17.2	2	1.3
	65歳以上	518	192	37.1	107	55.7	91	47.4	76	39.6	41	21.4	0	0.0
H28	全体	2,692	323	12	167	51.7	157	48.6	104	32.2	78	24.1	0	0.0
	64歳以下	2,188	136	6.2	56	41.2	67	49.3	34	25.0	22	16.2	0	0.0
	65歳以上	504	187	37.1	111	59.4	90	48.1	70	37.4	56	29.9	0	0.0

厚労省様式 様式3-4		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	3,123	235	7.5	157	66.8	173	73.6	90	38.3	40	17.0	2	0.9
	64歳以下	2,605	135	5.2	82	60.7	82	60.7	41	30.4	16	11.9	2	1.5
	65歳以上	518	100	19.3	75	75.0	91	91.0	49	49.0	24	24.0	0	0.0
H28	全体	2,692	213	7.9	128	60.1	157	73.7	69	32.4	58	27.2	0	0.0
	64歳以下	2,188	107	4.9	50	46.7	67	62.6	24	22.4	16	15.0	0	0.0
	65歳以上	504	106	21.0	78	73.6	90	84.9	45	42.5	42	39.6	0	0.0

## ②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

健診結果の有所見割合経年変化を見ると、男女共に空腹時血糖、HbA1c、尿酸の有所見割合が増加していることがわかった。男性では他にBMI、LDL コレステロールが高い割合を示した。女性では中性脂肪、GPT、HDL コレステロール、血圧で有所見割合が高かった。治療者健診として糖尿病治療者のデータ受領が増えてきた要因があると考え、治療者への保健指導の介入も必要と思われる。

メタボリックシンドロームは男女共に予備群は減少しているが、該当者割合が増えている。特に女性のメタボリックシンドローム該当者が増えていた。上記の有所見内訳で血糖値、HbA1c 割合が高いことや3項目ともに該当するメタボリックシンドローム該当者が多いことを考えると、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖状態であることが要因の1つに推測される。

【図表 11】

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する(厚生労働省様式6-2~6-7)

★NO.23(帳票)

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	
		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	
		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
男性	合計	62	39.2%	80	50.6%	38	24.1%	39	24.6%	10	6.3%	42	26.6%	54	34.2%	22	13.9%	53	33.5%	42	26.6%	80	50.6%
	H24 40-64	55	42.0%	67	51.1%	36	27.5%	32	24.4%	7	5.3%	30	22.9%	41	31.3%	17	13.0%	41	31.3%	34	26.0%	72	55.0%
	65-74	7	25.9%	13	48.1%	2	7.4%	7	25.9%	3	11.1%	12	44.4%	13	48.1%	5	18.5%	12	44.4%	8	29.6%	8	29.6%
女性	合計	73	42.2%	84	48.6%	30	17.3%	38	22.0%	7	4.0%	66	38.2%	64	37.0%	31	17.9%	57	32.9%	42	24.3%	99	57.2%
	H28 40-64	58	42.0%	67	48.6%	23	16.7%	29	21.0%	4	2.9%	42	30.4%	41	29.7%	26	18.8%	34	24.6%	26	18.8%	85	61.6%
	65-74	15	42.9%	17	48.6%	7	20.0%	9	25.7%	3	8.6%	24	65.6%	23	65.7%	5	14.3%	23	65.7%	16	45.7%	14	40.0%

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	
		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	
		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
女性	合計	45	34.1%	31	23.5%	11	8.3%	8	6.1%	4	3.0%	18	13.6%	48	36.4%	1	0.8%	39	29.5%	14	10.6%	84	63.6%
	H24 40-64	23	24.7%	18	19.4%	9	9.7%	6	6.5%	3	3.2%	14	15.0%	30	32.3%	1	1.1%	19	20.4%	7	7.5%	59	63.4%
	65-74	22	56.4%	13	33.3%	2	5.1%	2	5.1%	1	2.6%	4	10.3%	18	46.2%	0	0.0%	20	51.3%	7	17.9%	25	64.1%
H28	合計	46	31.7%	34	23.4%	16	11.0%	22	15.2%	5	3.4%	41	28.3%	52	35.9%	3	2.1%	53	36.6%	23	15.9%	85	58.6%
	40-64	25	26.9%	17	18.3%	11	11.8%	14	15.1%	3	3.2%	17	18.3%	24	25.8%	2	2.2%	23	24.7%	12	12.9%	64	68.8%
	65-74	21	40.4%	17	32.7%	5	9.6%	8	15.4%	2	3.8%	24	46.2%	28	53.8%	1	1.9%	30	57.7%	11	21.2%	21	40.4%

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

★NO.24(帳票)

性別		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
男性	合計	158	17.7%	25	15.8%	31	19.6%	1	0.6%	17	10.8%	13	8.2%	24	15.2%	8	5.1%	0	0.0%	12	7.6%	4	2.5%		
	H24 40-64	131	19.1%	22	16.8%	26	19.8%	1	0.8%	12	9.2%	13	9.9%	19	14.5%	6	4.6%	0	0.0%	11	8.4%	2	1.5%		
	65-74	27	13.1%	3	11.1%	5	18.5%	0	0.0%	5	18.5%	0	0.0%	5	18.5%	2	7.4%	0	0.0%	1	3.7%	2	7.4%		
女性	合計	173	22.2%	20	11.6%	31	17.9%	3	1.7%	17	9.8%	11	6.4%	33	19.1%	8	4.6%	2	1.2%	10	5.8%	13	7.5%		
	H28 40-64	138	24.3%	20	3.5%	25	4.4%	3	0.5%	12	2.1%	10	1.8%	22	3.9%	4	0.7%	2	0.4%	9	1.6%	7	1.2%		
	65-74	35	16.0%	0	0.0%	6	17.1%	0	0.0%	5	14.3%	1	2.9%	11	31.4%	4	11.4%	0	0.0%	1	2.9%	6	17.1%		

性別		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
女性	合計	132	14.7%	6	4.5%	19	14.4%	0	0.0%	13	9.8%	6	4.5%	6	4.5%	1	0.8%	0	0.0%	3	2.3%	2	1.5%		
	H24 40-64	93	15.4%	4	4.3%	12	12.9%	0	0.0%	6	6.5%	6	6.5%	2	2.2%	0	0.0%	1	1.1%	1	1.1%				
	65-74	39	13.1%	2	5.0%	7	17.9%	0	0.0%	7	17.9%	0	0.0%	4	10.3%	1	2.6%	0	0.0%	2	5.1%	1	2.6%		
H28	合計	145	19.2%	8	5.5%	8	5.5%	1	0.7%	7	4.8%	0	0.0%	18	12.4%	6	4.1%	0	0.0%	9	6.2%	3	2.1%		
	40-64	93	19.2%	6	6.5%	3	3.2%	1	1.1%	2	2.2%	0	0.0%	8	8.6%	2	2.2%	0	0.0%	4	4.3%	2	2.2%		
	65-74	52	19.2%	2	3.8%	5	9.6%	0	0.0%	5	9.6%	0	0.0%	10	19.2%	4	7.7%	0	0.0%	5	9.6%	1	1.9%		

## ③特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表12)

特定健診受診率が増えていないことから、重症化を予防していくためには受診率向上への取組が重要となってくる。また、特定保健指導率は増加しているが、保健指導終了に至らない者が半数であり、重症化予防の視点からは終了者を増やしデータの改善を図る必要がある。

【図表 12】

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	同規模内順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								羅臼町	同規模平均
H25年度	1,751	342	19.5	240位	69	33	47.8	52.3%	51.2%
H28年度	1,529	317	20.7	237位	48	24	50.0	59.4%	51.9%

法定報告値

## 2) 第1期に係る考察

第1期計画において、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重症化予防を進めてきた。しかし結果は入院医療費の抑制はかなわず、重症化予防ができていないことが明らかになった。また、メタボリックシンドローム該当者の増加や、有所見での高血糖など新たな課題も見えてきた。その背景として、受診勧奨判定値以上の者の医療機関への受診割合が低く、受療に繋がらない者が多いため重症化予防ができていなかったことが考えられる。また、「治療者健診」でデータ受領した者のコントロール状況により保健指導が必要な者が多数おり、重症化予防の視点として医療機関受診後の支援、受診中の支援も保険者が取り組むべき重要な課題であると考えられる。

適正な医療に繋げるためには、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、受診率向上は優先的に取り組むべき課題であることから第2期計画へ引き継いでいかなければならない。

## 2. 第2期計画における健康課題の明確化

### 1) 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(図表13)

羅臼町の入院件数は4.3%で、費用額全体の46.8%を占めている。重症化予防を図ることで入院を減らしていくことは費用対効果の面からも効率がよい。

【図表13】

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

#### (2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか(図表14)

平成28年度ではがんによる医療費が高かったが、予防可能な疾患としての脳血管疾患は50歳代から見られ、5件505万円かかっていた。虚血性心疾患は40歳代と早期から患者がおり、5件1,040万円となっており、重症化予防ができればこの金額を削減することが可能となる。

【図表14】

何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

医療費の負担額が大きい疾患、将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患について、予防可能な疾患かどうかを見極める。

厚労省様式	対象レセプト(H28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他				
様式1-1 ★NO.10(CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	人数	81人	3人 3.7%	5人 6.2%	14人 17.3%	61人 75.3%			
		件数	136件	5件 3.7%	5件 3.7%	24件 17.6%	102件 75.0%			
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	2	8.3%	22	21.6%
		40代	0	0.0%	1	20.0%	4	16.7%	10	9.8%
		50代	2	40.0%	3	60.0%	10	41.7%	24	23.5%
		60代	2	40.0%	1	20.0%	3	12.5%	33	32.4%
	70-74歳	1	20.0%	0	0.0%	5	20.8%	13	12.7%	
費用額	1億7861万円	505万円 2.8%	1040万円 5.8%	2803万円 15.7%	1億3512万円 75.7%					

\*最大医療資源傷病名(主病)で計上

\*疾患別(脳・心・がん・その他)の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しない。

厚労省様式	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	
様式2-1 ★NO.11(CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	8人	1人 12.5%	0人 0.0%	0人 0.0%
		件数	60件	12件 20.0%	0件 0.0%	0件 0.0%
	費用額	3039万円	328万円 10.8%	--	--	

\*精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上

\*脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか (図表 15)

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが74.5%であり、筋・骨格疾患の72.3%を上回っていた。筋・骨格疾患は町の基幹産業である漁業の影響を強く受けていると思われるが、それよりも血管疾患が多かった。基礎疾患の有病率は糖尿病、高血圧は半数以上の割合で見られた。

2号認定者では血管疾患の割合が1号認定者ほどではないが、早い時期から血管が傷害されていることが考えられる。この年齢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防ぐことは、介護予防にもつながることがわかる。

医療費の比較では、要介護認定者と認定を受けていない者では、要介護認定者の方が約3,000円高い。

【図表 15】

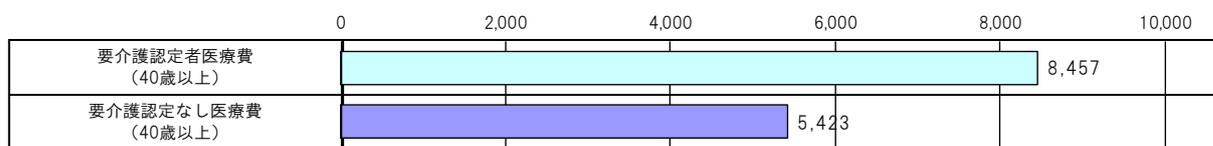
何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護認定状況 ★NO.47	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		2,190人		728人		626人		1,354人	3,544人					
	認定者数		12人		26人		197人		223人	235人					
	認定率		0.55%		3.6%		31.5%		16.5%	6.6%					
	新規認定者数(*1)		1人		9人		26人		35人	36人					
介護度別人数	要支援1・2		5	41.7%	7	26.9%	32	16.2%	39	17.5%	44	18.7%			
	要介護1・2		5	41.7%	15	57.7%	84	42.6%	99	44.4%	104	44.3%			
	要介護3~5		2	16.7%	4	15.4%	81	41.1%	85	38.1%	87	37.0%			
要介護突合状況 ★NO.49	(レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病		疾病		疾病		疾病		疾病			
				件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合		
		件数	--	12		26		197		223		235			
		循環器疾患	1	脳卒中	3	25.0%	脳卒中	10	38.5%	虚血性心疾患	102	51.8%	虚血性心疾患	109	48.9%
			2	虚血性心疾患	3	25.0%	虚血性心疾患	7	26.9%	脳卒中	93	47.2%	脳卒中	103	46.2%
			3	腎不全	0	0.0%	腎不全	2	7.7%	腎不全	25	12.7%	腎不全	27	12.1%
		基礎疾患(*2)		糖尿病	4	33.3%	糖尿病	14	53.8%	糖尿病	141	71.6%	糖尿病	155	69.5%
				高血圧	4	33.3%	高血圧	12	46.2%	高血圧	140	71.1%	高血圧	152	68.2%
				脂質異常症	3	25.0%	脂質異常症	9	34.6%	脂質異常症	84	42.6%	脂質異常症	93	41.7%
			血管疾患合計	合計	5	41.7%	合計	16	61.5%	合計	154	78.2%	合計	170	76.2%
			認知症	認知症	0	0.0%	認知症	5	19.2%	認知症	57	28.9%	認知症	62	27.8%
			筋・骨格疾患	筋骨格系	4	33.3%	筋骨格系	15	57.7%	筋骨格系	151	76.6%	筋骨格系	166	74.4%
											合計	175	74.5%		

\*1) 新規認定者についてはNO.49\_要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上  
\*2) 基礎疾患のうち、糖尿病については、糖尿病の合併症（網膜症・神経障害・腎症）も含む

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】



2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

糖尿病等生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の罹患リスクが高まる。

羅臼町においては、健診結果の有所見状況では男女共に BMI、GTP、空腹時血糖、尿酸などが全国、全道より高く、年代による差があまり見られない。内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。

メタボリックシンドロームでは、男性では予備群の割合が高く、その該当項目は高血圧で高い。女性では該当者の割合が高く、該当項目は血圧と脂質の組み合わせで割合が高かった。

【図表 16】

4 健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する (厚生労働省様式6-2~6-7) H28年度 ★NO.23 (帳票)

	BM		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	30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8		
県	33,204	35.5	47,819	51.1	26,300	28.1	21,513	23.0	7,561	8.1	26,861	28.7	46,503	49.7	13,949	14.9	47,697	51.0	24,201	25.9	47,190	50.5	1,408	1.5	
保険者	合計	62	39.7	73	46.8	24	15.4	34	21.8	5	3.2	54	34.6	48	30.8	30	19.2	45	28.8	35	22.4	90	57.7	2	1.3
	40-64	49	39.2	59	47.2	18	14.4	25	20.0	3	2.4	34	27.2	29	23.2	25	20.0	25	20.0	20	16.0	77	61.6	1	0.8
	65-74	13	41.9	14	45.2	6	19.4	9	29.0	2	6.5	20	64.5	19	61.3	5	16.1	20	64.5	15	48.4	13	41.9	1	3.2

	BM		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		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2		
県	30,251	22.8	21,542	16.3	20,589	15.5	12,708	9.6	2,159	1.6	21,597	16.3	61,511	46.5	2,871	2.2	57,067	43.1	20,537	15.5	77,674	58.7	265	0.2	
保険者	合計	42	30.0	32	22.9	14	10.0	21	15.0	4	2.9	37	26.4	49	35.0	3	2.1	49	35.0	22	15.7	81	57.9	0	0.0
	40-64	21	23.9	15	17.0	9	10.2	13	14.8	2	2.3	13	14.8	21	23.9	2	2.3	19	21.6	11	12.5	60	68.2	0	0.0
	65-74	21	40.4	17	32.7	5	9.6	8	15.4	2	3.8	24	46.2	28	53.8	1	1.9	30	57.7	11	21.2	21	40.4	0	0.0

【図表 17】

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 (厚生労働省様式6-8) H28年度 ★NO.24 (帳票)

	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	
	全国	156	20.0	20	12.8%	29	18.6%	2	1.3%	16	10.3%	11	7.1%	24	15.4%	5	3.2%	2	1.3%	8	5.1%	9	5.8%
保険者	合計	156	20.0	20	12.8%	29	18.6%	2	1.3%	16	10.3%	11	7.1%	24	15.4%	5	3.2%	2	1.3%	8	5.1%	9	5.8%
	40-64	125	22.2	20	16.0%	23	18.4%	2	1.6%	11	8.8%	10	8.0%	16	12.8%	3	2.4%	2	1.6%	7	5.6%	4	3.2%
	65-74	31	14.2	0	0.0%	6	19.4%	0	0.0%	5	16.1%	1	3.2%	8	25.8%	2	6.5%	0	0.0%	1	3.2%	5	16.1%

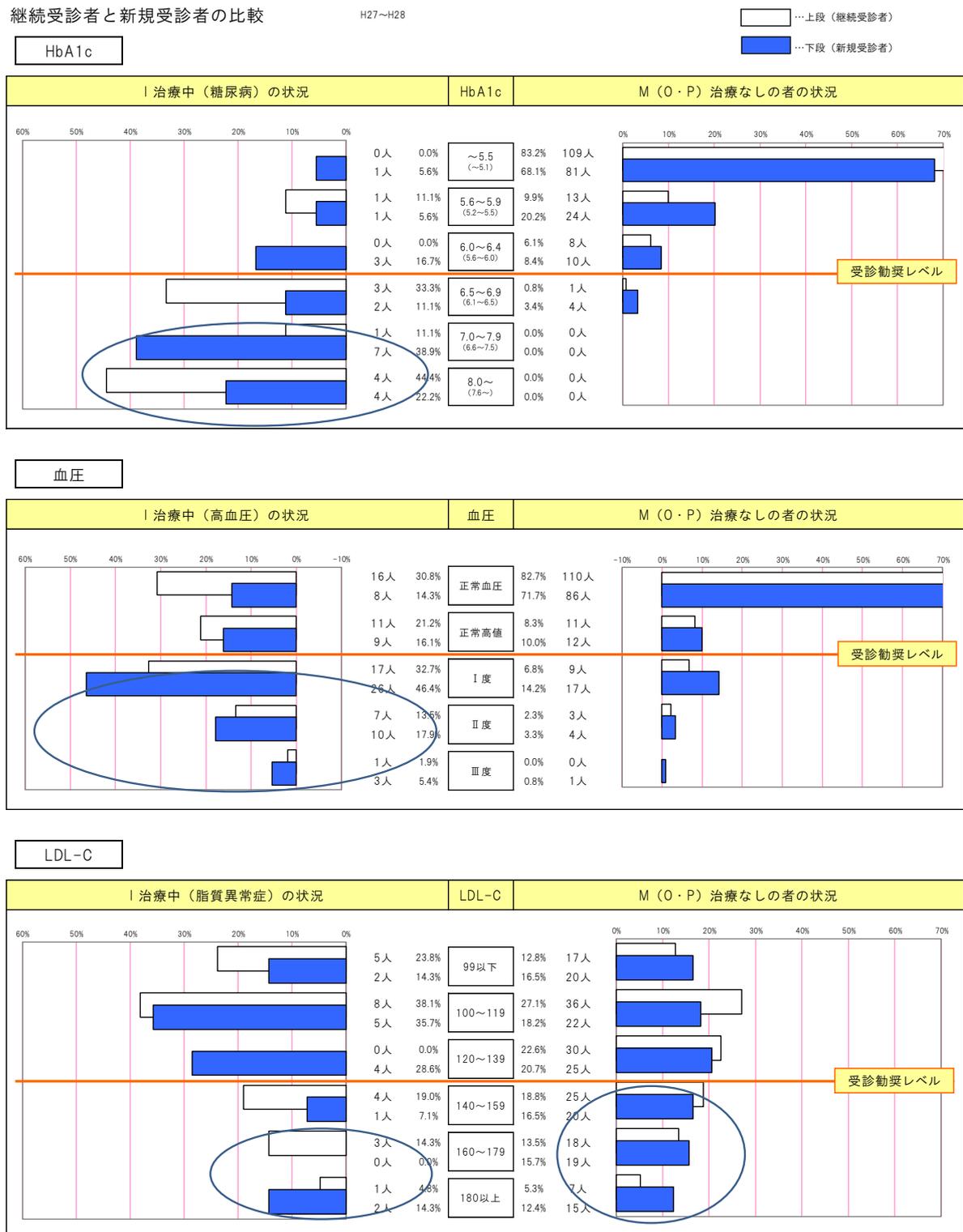
  

	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	全国	140	18.5	8	5.7%	8	5.7%	1	0.7%	7	5.0%	0	0.0%	16	11.4%	5	3.6%	0	0.0%	8	5.7%	3	2.1%
保険者	合計	140	18.5	8	5.7%	8	5.7%	1	0.7%	7	5.0%	0	0.0%	16	11.4%	5	3.6%	0	0.0%	8	5.7%	3	2.1%
	40-64	88	18.2	6	6.8%	3	3.4%	1	1.1%	2	2.3%	0	0.0%	6	6.8%	1	1.1%	0	0.0%	3	3.4%	2	2.3%
	65-74	52	19.2	2	3.8%	5	9.6%	0	0.0%	5	9.6%	0	0.0%	10	19.2%	4	7.7%	0	0.0%	5	9.6%	1	1.9%

### 3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

血圧、HbA1c 共に治療者にコントロールが上手くつかない者の割合が高かった。未治療の受診勧奨レベル以上の者には確実に保健指導を行い、受診に繋げる必要がある。LDL コレステロールは治療者ではコントロールされている者が多いが、180 mg/dl 以上の重症化予防対象者も見られた。

【図表 18】



#### 4) 未受診者の把握 (図表 19)

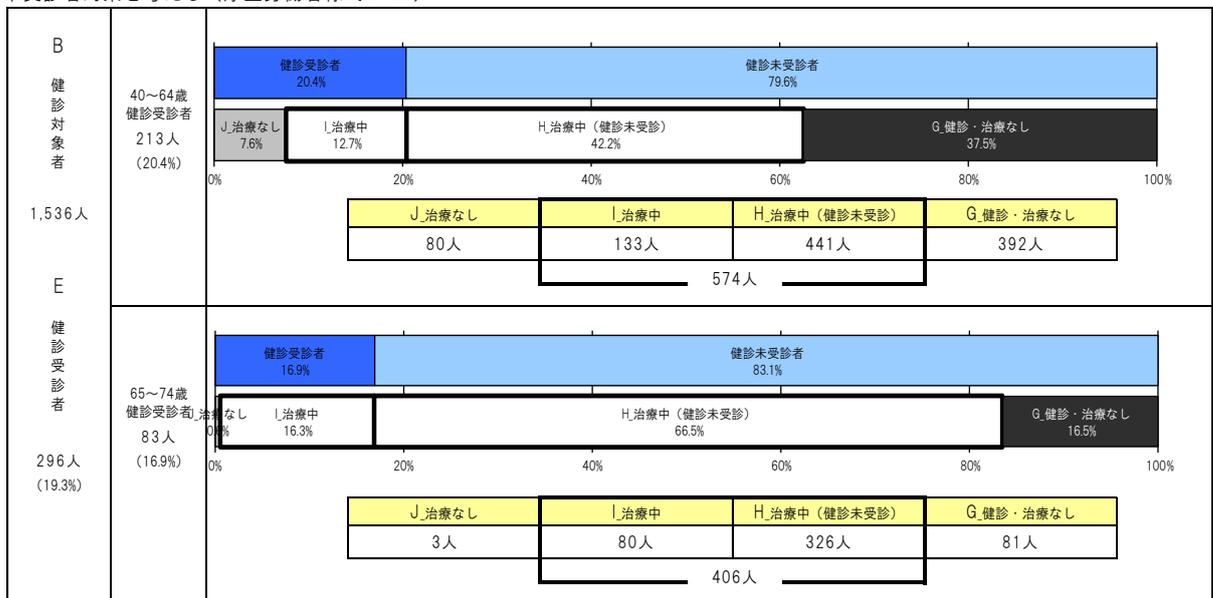
医療費適正化において重症化予防の取り組みは重要であるが、図表 19 において健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い 40～64 歳の割合が 37.5%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、自分の体の実態が全く分からない状態であると考えることができる。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金をみても、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。

生活習慣病は自覚症状がないため、症状を頼りに自分の健康状態を判断していると発症を見逃してしまう。まずは健診の機会を提供し自分の検査データの意味を知ってもらうことから始め、体の状態や生活実態に応じた保健指導を実施し、生活習慣病の発症予防・重症化予防に繋がっていきたい。

【図表 19】

未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

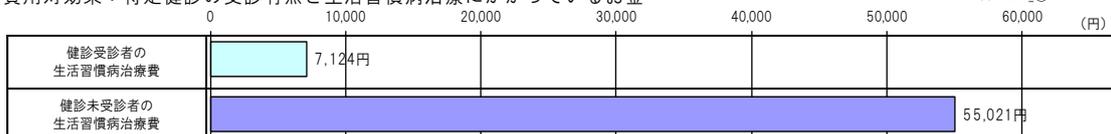
★NO.26 (CSV)



○G\_健診・治療のない人は重症化しているかどうか、実態がわからない。まずは健診の受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行い、健診のリピーターを増やす

費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3.⑥



### 3. 目標の設定

#### 1) 成果目標

##### (1) 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、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、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。35年度には30年度と比較して、虚血性心疾患と脳血管疾患をそれぞれ3%とすることを目標とし、人工透析については新規導入患者0件を目指す。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う。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。しかし、羅臼町の医療のかかり方は、受療率をみると全国、全道に比べて低く、普段は医療にかかっていないことが推測される。さらに、漁業従事者が多く、漁期によっては通常の医療機関の受け入れ時間には仕事をしている。そのことが重症化の原因となる実態がある。重症化予防、医療費の適正化へつなげるためには、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を平成35年度に国並みとすることを目指す。

##### (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を減らしていくことを短期的な目標とする。

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、1年、1年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

そのためには、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、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う。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する。

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げられる。

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く。

さらに生活習慣病は自覚症状がなく、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、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、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)」に記載する。

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 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る。

なお、第一期及び第二期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第三期（平成30年度以降）からは6年一期として策定する。

### 2. 目標値の設定

【図表20】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	20%	30%	40%	45%	50%	60%
特定保健指導実施率	50%	50%	55%	55%	60%	60%

### 3. 対象者の見込み

【図表21】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	1566人	1546人	1516人	1480人	1450人	1400人
	受診者数	313人	464人	606人	666人	725人	840人
特定保健指導	対象者数	47人	51人	56人	60人	61人	63人
	実施者数	24人	26人	28人	30人	31人	32人

### 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する。委託機関と個別に契約を行う。

- (1) 集団健診(羅臼町公民館他)
- (2) 個別健診(委託医療機関・健診機関)

#### 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る。

#### 3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、北海道国保連合会(市町村)のホームページに掲載する。

#### 4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c、血清クレアチニン、尿酸、尿潜血、心電図検査）を実施する。また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl 以上又は食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定に変えられる。（実施基準

第1条4項)

5)実施時期

4月から翌年3月末まで実施する。

6)医療機関との適切な連携

治療中であって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行うよう、医療機関へ十分な説明を実施する。

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行う。

7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、北海道国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動について、どのように行う予定なのか記載する。(図表22)

【図表22】

保険者名	受診券発行予定枚数 (平成29年6月1日現在)	受診券有効期限											
		H29年4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	H30年1月	2月	3月
A	39,626				7月1日						12月20日		
B	11,613				7月1日						12月31日		
C	7,021				7月1日				10月31日				
D	12,726				7月1日						12月31日		
E	1,012		5月1日							11月30日			
F	299			6月1日						11月30日			
G	536			6月1日							12月31日		
H	4,442				7月1日						12月28日		
I	1,147				7月1日					11月30日			
J	1,032				7月1日						12月22日		
K	2,402			6月1日						11月30日			
L	3,481				7月1日						12月31日		
M	5,448			6月1日							12月31日		
N	2,553				7月1日						12月31日		
O	2,346			6月1日							1月31日		
P	7,459				7月1日						12月28日		
Q	7,370			6月1日							12月30日		
R	5,021				7月1日						12月31日		
S	4,774				7月1日						12月31日		
T	1,671			6月1日							1月31日		
U	1,730			6月1日							12月31日		
V	2,259			6月25日							12月31日		
W	1,500				7月1日						1月31日		
X	2,198			6月1日						11月30日			
Y	1,119					8月1日					12月22日		
	130,784												

※「受診券発行月日」とは、受診券面に記載される発行月日です。実際に受診券が発行・交付されるのは7月です。

(注)平成29年10月以降に75歳に到達する方については、一律「9月30日」が有効期限です。

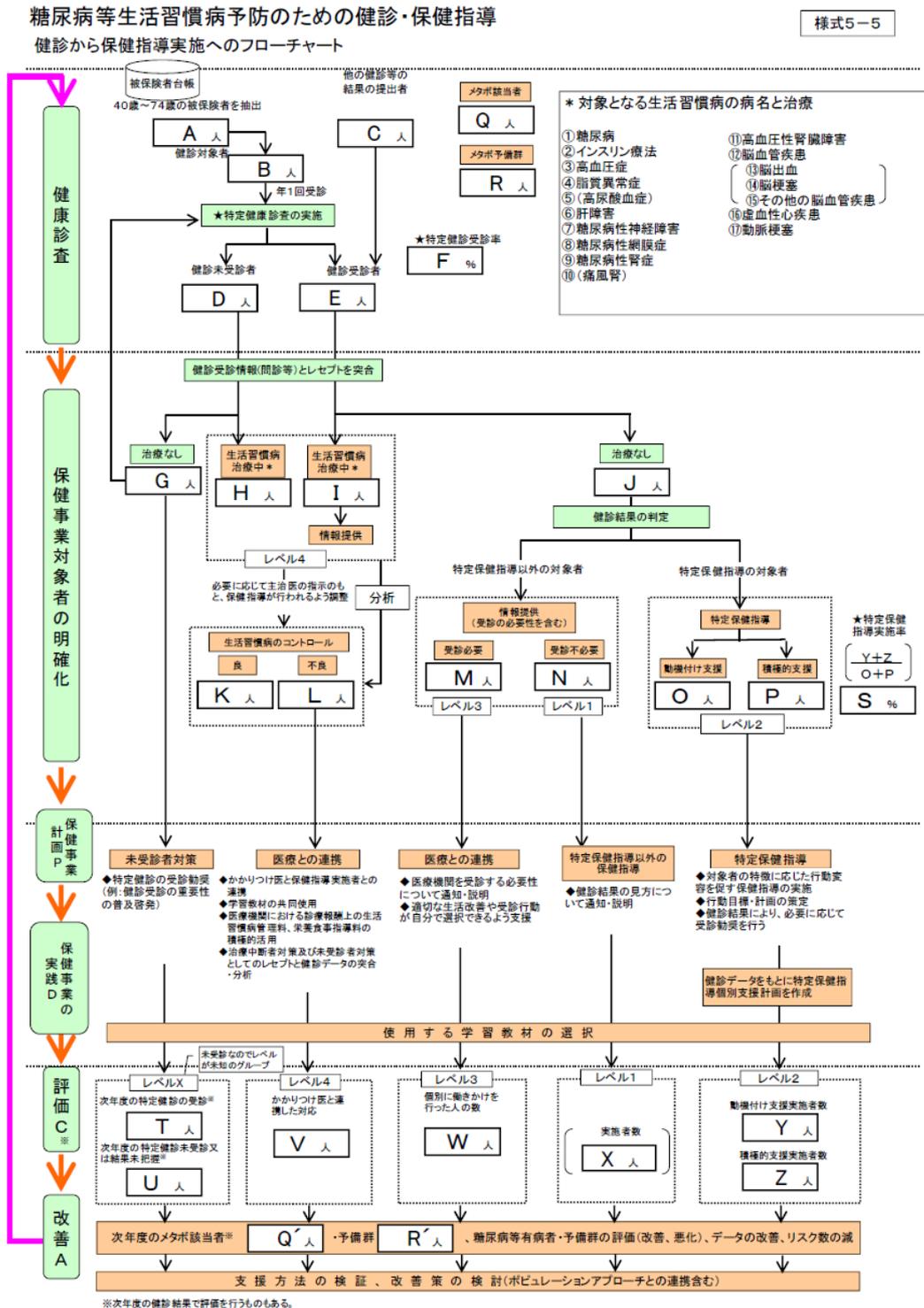
## 5. 特定保健指導の実施

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行う。

### 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・実践評価を行う。(図表23)

【図表23】



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（図表 24）

【図表 24】

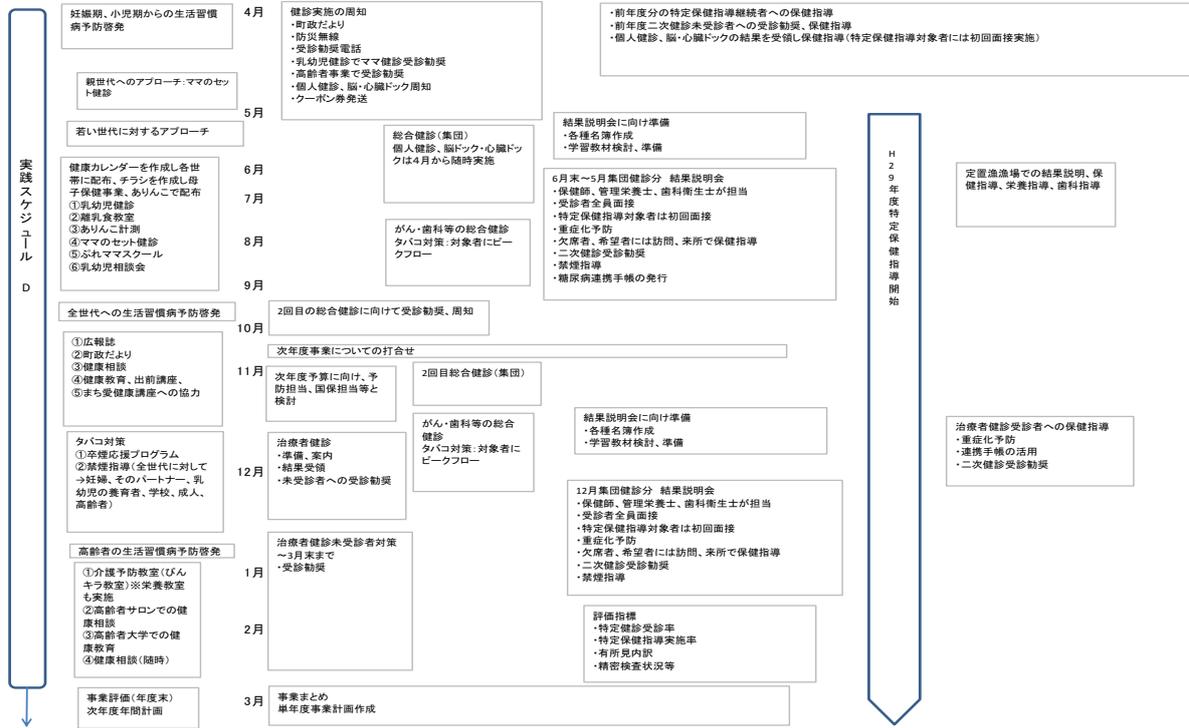
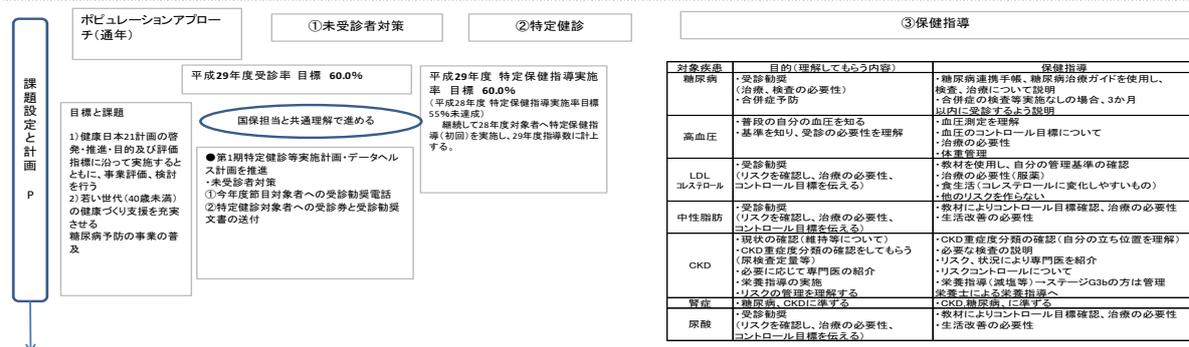
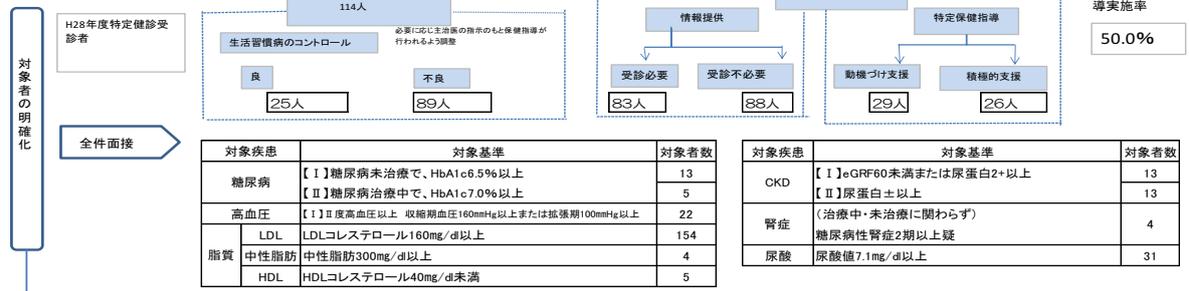
優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	56人 (15.4)	60%
2	M	情報提供(受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	83人 (24.2)	HbA1c6.1 以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨）	1,318人 ※受診率目標達成までにあ と448人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	88人 (25.7)	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	116人 (33.8)	90%

### 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する。(図表 25)

【図表 25】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導スケジュール（平成29年度）  
対象者の明確化から計画・実践・評価まで



評価	改善	H27年度とH28年度の比較									
		H25年度		H26年度		H27年度		H28年度		H29年度	
受診者	該当者	20.0%	30.0%	40.0%	50.0%	60.0%					
		19.5%	20.0%	17.6%	21.5%						
積極的支援	該当者	34.2%	35.3%	36.3%							
動機づけ支援	該当者										

★生活習慣病予防をライフサイクルで見えていく。地区分担制と業務分担制を併用し、糖尿病等生活習慣病の発症・重症化予防の視点で課題解決に取り組む。

## 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羅臼町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

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する。

### 2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行う。

## 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日までに報告する。

## 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、羅臼町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

## 第4章 保健事業の内容

### 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ために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くこととする。そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせて実施していく必要がある。個々の保健事業については、従来策定している単年度計画書で方法等を定める。

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・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へ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く。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知する。

また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くる。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る。その実施にあたっては第3章の特定健診等実施計画に準ずるものとする。

## Ⅱ 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「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（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)及び羅臼町糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表 26 に沿って実施する。

- (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

【図表 26】

## 【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	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	個人情報の取り決め	○				□
19	苦情、トラブル対応	○				□
20	D 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 募集(複数の手段で)		○			□
25	対象者決定		○			□
26	D 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	記録、実施件数把握			○		□
31	C 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	C 医師会等への事業報告	○				□
35	糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 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羅臼町プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

①医療機関未受診者

②医療機関受診中断者

③糖尿病治療中者

ア. 糖尿病性腎症で通院している者

イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

### (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る。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う。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)を基盤とする。(図表 27)

【図表 27】

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 <sup>2</sup> )
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上 <sup>注2</sup>
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) <sup>注3</sup>	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 <sup>注4</sup>
第4期 (腎不全期)	問わない <sup>注5</sup>	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)で把握していく。羅臼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いるため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD 診療ガイド 2012 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る。(参考資料 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用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。(図表 28)羅臼町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 10 人(20%・F)であった。また 40~74 歳における糖尿病治療者 202 人のうち、特定健診受診者が 25 人(12.4%・G)であり中断者はいなかつ

た。糖尿病治療者で特定健診未受診者 177 人(87.6%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 76 人中治療中断者はいなかったが、継続受診中のデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

### ③介入方法と優先順位

図表 28 より羅臼町における介入方法を以下の通りとする。

#### 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(F)・・・10 人
  - ② 糖尿病治療中であつたが中断者(オ・キ)・・・0 人
- ・介入方法として戸別訪問、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(ク)・・・25 人
- ・介入方法として戸別訪問、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】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・76 人
- ・介入方法として戸別訪問、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



①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

## Ⅱ. 資格を確認する

## Ⅲ. レセプトを確認し情報を記載する

### 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

## Ⅳ. 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する。

## Ⅴ. 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)……○人
- ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……○人

## 4) 保健指導の実施

### (1) 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ある。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くる。羅臼町においては、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を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。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行っていく。(図表 29)

【図表 29】

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
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">経年表</div> <span style="font-size: 2em;">→</span> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>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</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ヘモグロビンA1cとは</li> <li>2. 糖尿病の治療の進め方</li> <li>3. 健診を受けた人の中での私の位置は？</li> <li>4. HbA1cと体重の変化</li> <li>5. HbA1cとGFRの変化</li> <li>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</li> </ol> <p>7. 高血糖が続くと体に何が起るのでしょうか？</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①糖尿病による網膜症</li> <li>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…</li> <li>③糖尿病性神経障害とそのすすみ方</li> <li>④糖尿病性神経障害～起る体の部位と症状のあらわれ方～</li> </ol> <p>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)</p>
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>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)</p> <p>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</p> <p>○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 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？</li> <li>10. 糖尿病のタイプ</li> <li>11. インスリンの仕事</li> <li>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</li> <li>13. 私はどのパターン？(抵抗性)</li> </ol> <p>14. なぜ体重を減らすのか ←</p> <p>15. 自分の腎機能の位置と腎の構造</p> <p>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？</p> <p>17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？</p> <p>18. 腎臓は</p> <p>19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</p> <p>20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度</p> <p>21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度</p> <p>22. 血圧を下げる薬と作用 ←</p> <p>□ 食の資料 … 別資料</p>
<p>薬物療法</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>③血糖コントロール状況を見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</p> <p>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</p> <p>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</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>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？</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <p>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</p> <p>25. 薬は体のもととの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています</p> <p>26. ビグアナイド薬とは</p> <p>27. チアゾリジン薬とは</p> <p>28. SGLT2阻害薬とは</p>

## (2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは2次健診等を活用し尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

## 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・治療中断者を医療機関につなぐ場合、医療機関への情報提供書や糖尿病連携手帳等を使用する。

### (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、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては北海道プログラムを参考に行っていく。

## 6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)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必要が出てきた場合は福祉、介護部門及び地域包括支援センター等と連携していく。

## 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く。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回行うものとする。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く。また、中長期的評価においては様式6-1 糖尿病性腎症取組評価表(参考資料5)を用いて行っていく。

### (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/1.73m<sup>2</sup>以上低下)
  - 尿蛋白の変化
  - 服薬状況の変化

## 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

6 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)

## 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いて進めていく。(参考資料2)

### 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く。(参考資料6)

#### (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つである。「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、その所見があった場合は血圧、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る。羅臼町において健診受診者350人のうち心電図検査実施者は290人(82.9%)であり、そのうちST-T所見があったのは7人であった(図表30)。ST所見あり7人中のうち3人は要精査であり、その後の受診状況をみると3人とも未受診であった(図表31)。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないがST所見ありの4人へは、心電図におけるSTとはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

羅臼町は同規模と比較してメタボリックシンドローム予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

心電図検査結果

図表30

	健診受診者		心電図検査		ST所見あり		その他の所見		異常なし	
	人	(%)	人	b/a (%)	人	c/b (%)	人	d/b (%)	人	e/b (%)
H28年度	347	100.0%	291	83.9%	7	2.4%	40	13.7%	244	83.8%

ST所見ありの医療機関受診状況

図表31

ST所見あり(a)		要精査(b)		受診あり(c)		受診なし(d)	
人	(%)	人	b/a (%)	人	c/b (%)	人	d/b (%)
7	100.0%	3	42.9%	0	0.0%	3	100.0%

## ② 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」の項目である。心電図検査を実施しない場合、図表 32 に沿って対象者を抽出する。なお、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く。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く。

【図表 32】

心電図以外の保健指導対象者の把握

平成28年度実施	受診者	① 心電図検査実施			実施なし	
		ST変化	その他の変化	異常なし		
		7	40	244		56
347	2.0%	11.5%	70.3%	16.1%		
メタボ該当者	53 15.3%	3 5.7%	6 11.3%	17 32.1%	27 50.9%	
メタボ予備群	44 12.7%	2 4.5%	6 13.6%	32 72.7%	4 9.1%	
メタボなし	250 72.0%	2 0.8%	28 11.2%	195 78.0%	25 10.0%	
LDL-C	140-159	59 23.6%	2 3.4%	7 11.9%	5 8.5%	45 76.3%
	160-179	38 15.2%	1 2.6%	2 5.3%	34 89.5%	1 2.6%
	180-	25 10.0%	1 4.0%	1 4.0%	20 80.0%	3 12.0%

②-1

②-2

【参考】

Non-HDL	190-	43 12.4%	1 2.3%	3 7.0%	34 79.1%	5 11.6%
	170-189	43 12.4%	2 4.7%	4 9.3%	33 76.7%	4 9.3%
CKD	G3aA1~	20 5.8%	1 5.0%	3 15.0%	12 60.0%	4 20.0%

### 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、図表 33 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。

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う。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る。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う。また、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う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

【図表 33】

#### 虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> <li>・少なくとも 15 秒以上症状が持続</li> <li>・同じような状況で症状がある</li> <li>・「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</li> <li>・首や肩、歯へ放散する痛み</li> <li>・冷汗や吐気を伴う</li> </ul>
--

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) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき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る。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「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。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。「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」とあることから対象者へは二次健診において、これらのうち頸動脈超音波検査と尿中アルブミン検査は従来実施してきた検査であり継続していく。

### (3) 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ーチャート」(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管理は糖尿病管理台帳で行うこととする。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なっている。また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

## 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く。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く。

## 5) 高齢者福祉部門との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は福祉、介護部門、地域包括支援センター等と連携していく。

## 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く。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 回行うものとする。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く。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っていく。

### (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・10 月 対象者の選定基準の決定

5・11 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6・11 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)

※集団健診スケジュールであり、個別健診等では随時行う。

### 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く。(図表 34、35)

【脳卒中の分類】

【図表 34】

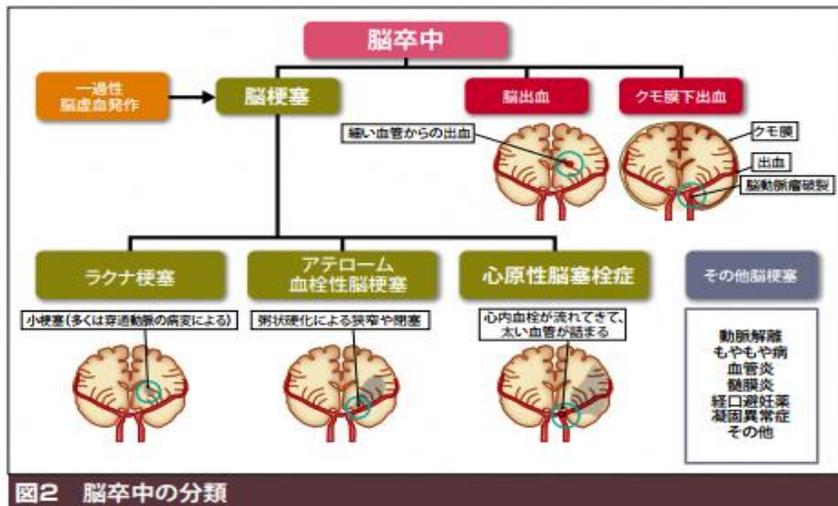


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 35】

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	●							

## 2) 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図表 36 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。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対象者の把握が明確になる。

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 36】

脳梗塞	ラクナ梗塞	●						○	○	○					
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●				○	○	○					
脳出血	心原性脳梗塞	●				●		○	○	○					
	脳出血	●													
くも膜下出血	くも膜下出血	●													
	リスク因子(○はハイリスク群)	高血圧症	糖尿病		脂質異常症(高LDL)		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	Ⅱ度高血圧以上	HbA1c6.5%以上(治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl以上		心房細動		メタボ該当者		蛋白尿2+以上		eGFR50未満(70歳以上40未満)			
	受診者数 338人	28	8.3%	32	9.5%	25	7.4%	2	0.6%	55	16.3%	5	1.5%	8	2.4%
	治療なし	11	4.5%	16	5.1%	22	7.1%	0	0.0%	11	3.3%	5	2.2%	3	1.3%
	治療あり	17	18.5%	16	64.0%	3	9.4%	2	1.8%	44	38.6%	0	0.0%	5	4.4%
	臓器障害あり	2	18.2%	5	25.0%	0	9.1%	0	-	3	27.3%	5	100.0%	3	100.0%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	1		2		2		0		1		5		3	
	尿蛋白(2+)以上	1		1		2		0		1		0		0	
	尿蛋白(+)+and尿潜血(+)	0		1		0		0		0		0		0	
	eGFR50未満(70歳以上は40未満)	0		1		0		0		0		1		3	
	心電図所見あり	1		3		1		0		3		1		0	

集計ツールより算出

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が28人(8.3%)であり、11人は未治療者であった。また未治療者のうち2人(18.2%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も17人(18.5%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

### (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あるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。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る。(図表 37)

【図表 37】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

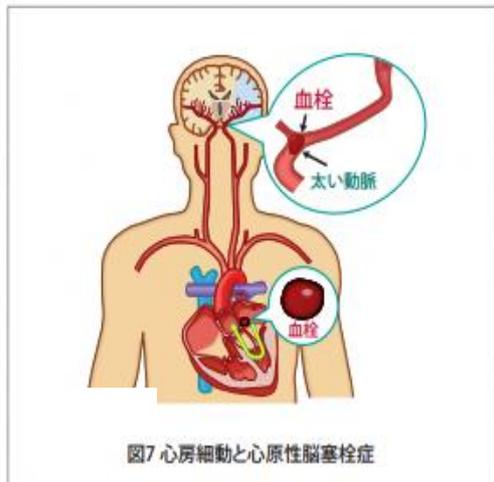
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上			
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	246	119	67	22	27	9	2	2	8	28
		48.4%	27.2%	8.9%	11.0%	3.7%	0.8%			
リスク第1層	41	28	11	0	2	0	0	2	0	0
		16.7%	23.5%	16.4%	0.0%	7.4%	0.0%	100%	0.0%	0.0%
リスク第2層	143	74	43	16	8	2	0	--	8	2
		58.1%	62.2%	64.2%	72.7%	29.6%	0.0%	--	100.0%	7.1%
リスク第3層	62	17	13	6	17	7	2	--	--	26
		25.2%	14.3%	19.4%	27.3%	63.0%	100.0%	--	--	92.9%
再掲 重複あり	糖尿病	23	4	1	5	6	1			
		37.1%	23.5%	7.7%	83.3%	35.3%	85.7%	50.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	18	4	3	2	6	2	1		
		29.0%	23.5%	23.1%	33.3%	35.3%	28.6%	50.0%		
3個以上の危険因子	40	12	10	3	12	3	0			
		64.5%	70.6%	76.9%	50.0%	70.6%	42.9%	0.0%		

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 37 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

(3)心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 38 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

(脳卒中予防の提言より引用)

【図表 38】

## 心電図検査受診者

年代	心電図検査受診者 (5年間の平均)		心房細動有所見者				日循環疫学調査※	
	男	女	男		女		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	167	142	3	1.8%	2	1.4%	—	—
40～49歳	48	33		0.0%	0	0.0%	0.2	0.04
50～59歳	65	40	2	3.1%	0	0.0%	0.8	0.1
60～69歳	40	49	1	2.5%	1	2.0%	1.9	0.4
70～74歳	14	20		0.0%	1	5.0%	3.4	1.1

※日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率  
 ※日本循環器学会疫学調査の70～74歳の項目は70～79歳

年度	有所見人数	
H24年度	1人	A
H25年度	4人	A、B、C、D
H26年度	1人	E
H27年度	2人	D、E
H28年度	2人	C、D

A 女性 60歳代  
 B 男性 60歳代  
 C 女性 70歳代  
 D 男性 50歳代  
 E 男性 50歳代

【図表 39】

## 心房細動有所見者の治療の有無

心房細動 有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
5	100%	1	20.0%	4	80.0%

健診受診率が低いながら、毎年心房細動の有所見がある。人数が少ないため5年度分の有所見状況をみた。心電図検査において5人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると50歳代にピークがあり、日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また5人のうち4人は既に治療が開始されていたが、1人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

## 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対象者に応じた保健指導を行う。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る。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う。また、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う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

## (2) 二次健診の実施

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る。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主要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。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「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」とあることから対象者へは二次健診において、これらのうち頸動脈超音波検査と尿中アルブミン検査は従来実施してきた検査であり継続していく。

## (3) 対象者の管理

### ① 高血圧者の管理

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く。(参考資料 8)

### ② 心房細動の管理台帳

健診受診時の心電図検査において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台帳を作成し経過を把握していく。(参考資料 9)

## 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く。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く。

## 5) 高齢者福祉部門との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は福祉、介護部門、地域包括支援センター等と連携していく。

## 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く。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回行うものとする。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く。

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っていく。

(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・10月 対象者の選定基準の決定

5・11月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

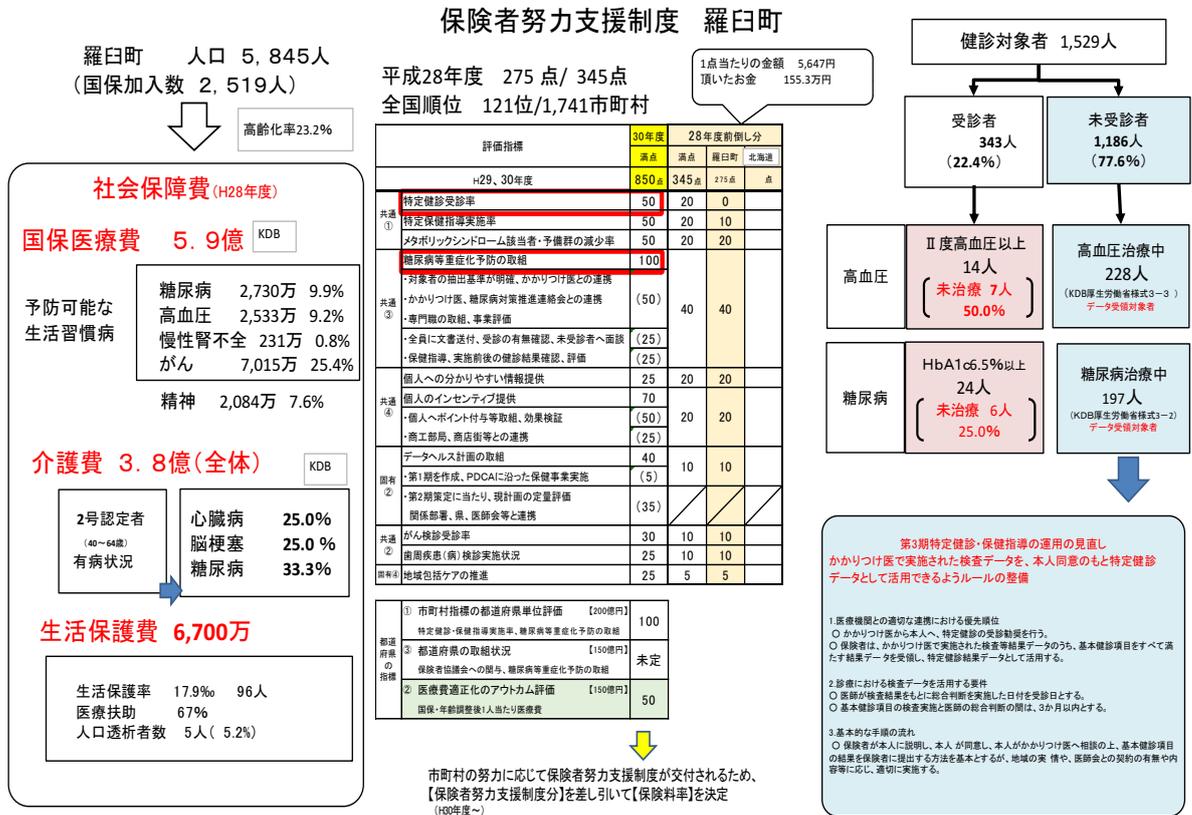
6・11月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

※集団健診スケジュールであり、個別健診等では随時行う。

### Ⅲ ポピュレーションアプローチ

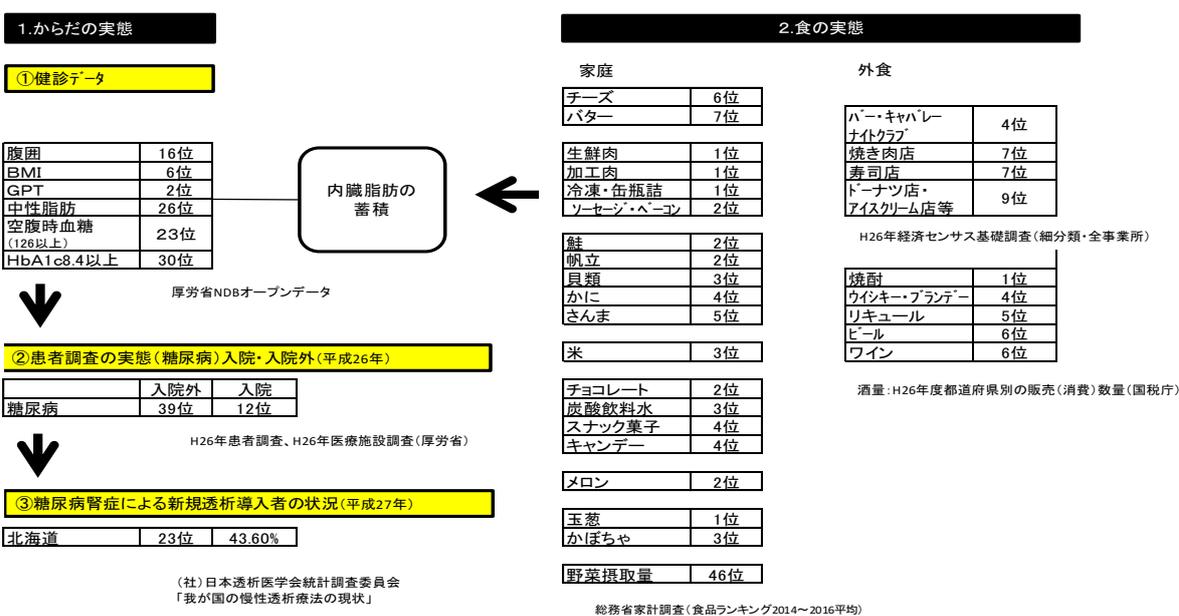
ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していく。(図表 40・41)

【図表 40】



【図表 41】

北海道の健診結果と生活を科学的に解明する



## 第5章 地域包括ケアに係る取組

「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た。

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いる。要介護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、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る。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する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

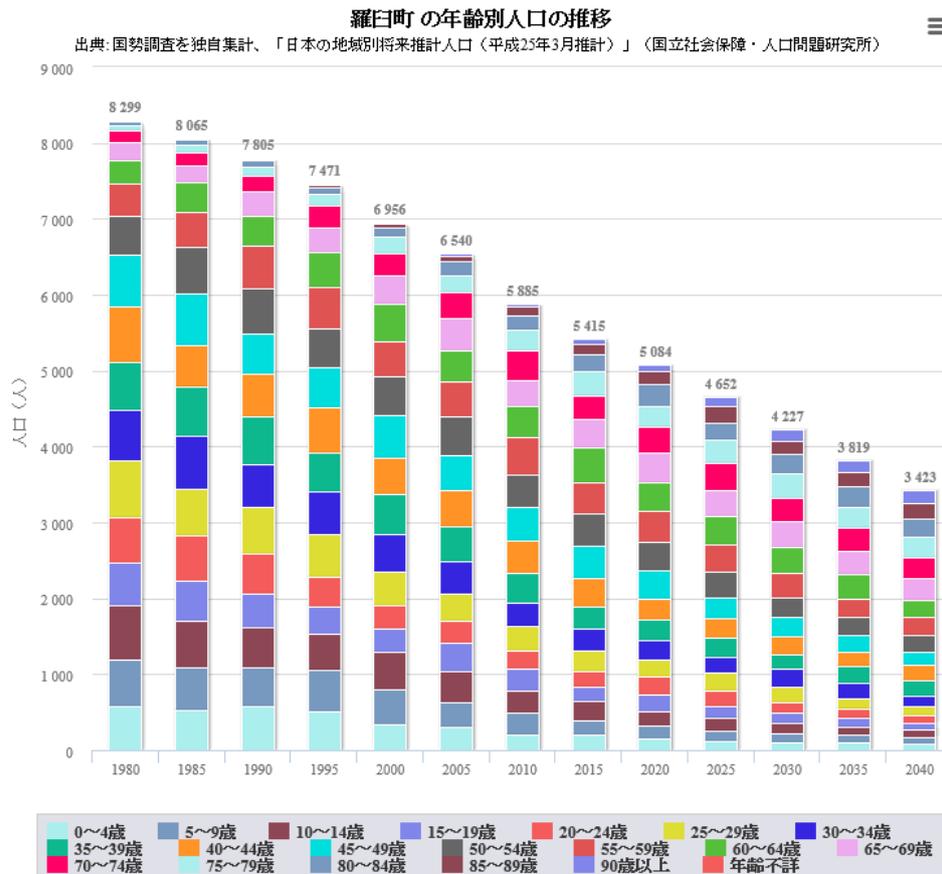
北海道は、高齢者の将来推計は、右肩上がりに上昇することが示されている。高齢者全体も後期高齢者でも全国より伸びの割合が高い。(図表 42-1、42-2)

羅臼町の国保では被保険者のうち、39 歳以下の若年者の割合が高いが、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合は過半数を超えている。このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。

【図表 42-1】



【図表 42-2】



高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が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る。

## 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う。

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る。

### 2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してP D C A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る。

※評価における4つの指標（参考資料10・11）

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) ・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)	・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、健診担当保健師が定期的に行う。

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、国保連に設置され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する。

データヘルス計画の目標管理一覧

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		
特定健診等計画	医療費削減のために特定健診受診率、特定保健指導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60%以上	特定保健指導実施率60%以上	20.7%	20.0%	20.0%	30.0%	40.0%	45.0%	50.0%	50.0%	60.0%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)
				50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	55.0%	55.0%	60.0%	60.0%		
中長期	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診受診率が低く、自分の健康状態を知る人が少ない</li> <li>・健診結果から適切に医療機関を受診する者が少なく重症化しやすい</li> <li>・医療機関を受診していてもメタボリックシンドロームの問題が解決せず、リスクが軽減されない</li> </ul>	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合3.0%減少	4.2%	5.0%	5.0%	10.0%	15.0%	15.0%	20.0%	20.0%	25.0%	KDBシステム
				4.5%			4.0%				3.0%		
データヘルス計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診受診率60%未満</li> <li>・特定保健指導実施率60%未満</li> <li>・重症化予防対象者増加</li> </ul>	虚血性心疾患の総医療費に占める割合4.0%減少	虚血性心疾患の総医療費に占める割合4.0%減少	6.4%			5.0%					4.0%	
				0.8%			0.0%				0.0%		
短期	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がんによる75歳未満年齢調整死亡率が男性30.4%、女性14.2%で全道男性27.5%、女性9.9%と比較して高い。</li> </ul>	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診30.0%以上	11.1%	12.0%	15.0%	18.0%	20.0%	22.0%	24.0%	25.0%	25.0%	羅臼町役場保健福祉課
				9.1%	9.0%	8.0%	8.0%	7.0%	7.0%	6.5%	6.5%		
短期	<ul style="list-style-type: none"> <li>・肺がんによる75歳未満年齢調整死亡率が男性30.4%、女性14.2%で全道男性27.5%、女性9.9%と比較して高い。</li> </ul>	がんの早期発見、早期治療	肺がん検診30.0%以上	35.7%	35.0%	34.0%	33.0%	30.0%	28.0%	25.0%	20.0%	20.0%	羅臼町役場保健福祉課
				10.6%	10.0%	8.0%	8.0%	7.0%	7.0%	6.0%	6.0%		
短期	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病未治療者を医療機関に結び付ける割合100%</li> <li>・糖尿病の保健指導を実施した割合100%以上</li> </ul>	糖尿病未治療者を医療機関に結び付ける割合100%	糖尿病の保健指導を実施した割合100%以上	88.9%	90.0%	91.0%	92.0%	93.0%	95.0%	98.0%	100.0%	100.0%	
				54.7%	60.0%	65.0%	70.0%	75.0%	80.0%	90.0%	100.0%		
短期	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん検診受診率 胃がん検診30.0%以上</li> <li>・肺がん検診30.0%以上</li> <li>・大腸がん検診30.0%以上</li> <li>・子宮頸がん検診30.0%以上</li> <li>・乳がん検診40.0%以上</li> </ul>	がん検診受診率 胃がん検診30.0%以上	がん検診受診率 胃がん検診30.0%以上	10.4%									初期値はがん検診のみH27年度健康意識調査(北海道)
				12.8%									
短期	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん検診受診率 胃がん検診30.0%以上</li> <li>・肺がん検診30.0%以上</li> <li>・大腸がん検診30.0%以上</li> <li>・子宮頸がん検診30.0%以上</li> <li>・乳がん検診40.0%以上</li> </ul>	がん検診受診率 胃がん検診30.0%以上	がん検診受診率 胃がん検診30.0%以上	13.0%	12.0%	13.0%	15.0%	18.0%	20.0%	25.0%	30.0%	30.0%	初期値はがん検診のみH27年度健康意識調査(北海道)
				16.4%									
短期	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん検診受診率 胃がん検診30.0%以上</li> <li>・肺がん検診30.0%以上</li> <li>・大腸がん検診30.0%以上</li> <li>・子宮頸がん検診30.0%以上</li> <li>・乳がん検診40.0%以上</li> </ul>	がん検診受診率 胃がん検診30.0%以上	がん検診受診率 胃がん検診30.0%以上	22.6%	25.0%	28.0%	30.0%	33.0%	35.0%	38.0%	40.0%	40.0%	羅臼町役場保健福祉課
				0.0%	5.0%	8.0%	10.0%	15.0%	20.0%	25.0%	30.0%	35.0%	
短期	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん検診受診率 胃がん検診30.0%以上</li> <li>・肺がん検診30.0%以上</li> <li>・大腸がん検診30.0%以上</li> <li>・子宮頸がん検診30.0%以上</li> <li>・乳がん検診40.0%以上</li> </ul>	がん検診受診率 胃がん検診30.0%以上	がん検診受診率 胃がん検診30.0%以上	60.0%	62.0%	63.0%	64.0%	65.0%	67.0%	68.0%	70.0%	70.0%	厚生労働省公表結果
				0.0%	5.0%	8.0%	10.0%	15.0%	20.0%	25.0%	30.0%	35.0%	

## 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る。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、地域の医療機関等に周知する。

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する等の工夫が必要である。

### 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る。

## 参考資料

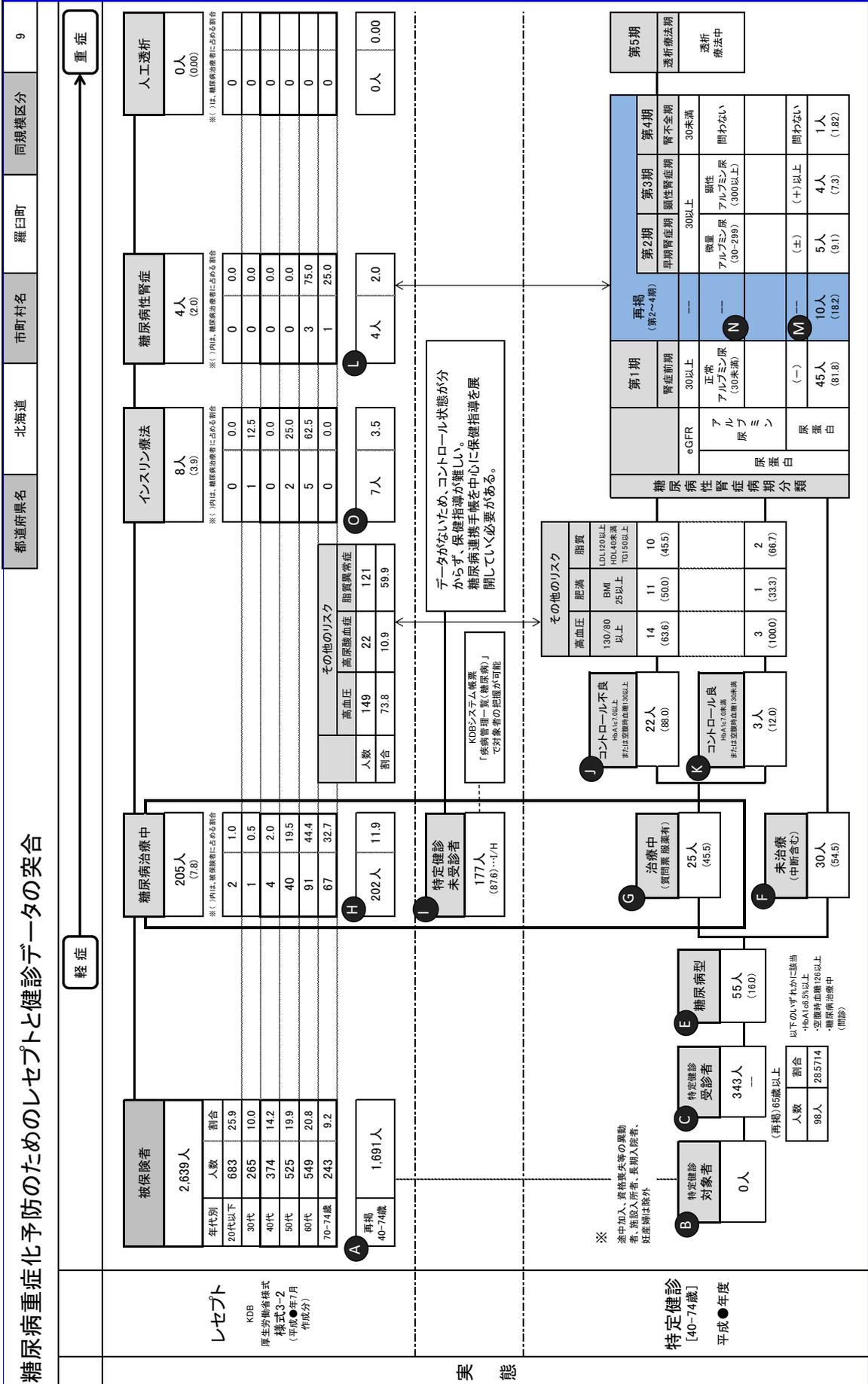
- 参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた羅臼町の位置
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 8 血圧評価表
- 参考資料 9 心房細動管理台帳
- 参考資料 10 評価イメージ 1
- 参考資料 11 評価イメージ 2

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた羅臼町の位置

(同規模以降はH28)

項目		H24保険者		H28保険者		同規模平均		北海道		国		データ元 (CSV)		
		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		5,845		5,845		1,815,204		5,475,176		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題
		65歳以上（高齢化率）	1,354	23.2	1,354	23.2	575,561	31.7	1,356,131	24.8	29,020,766	23.2		
		75歳以上	626	10.7	626	10.7			669,235	12.2	13,989,864	11.2		
		65～74歳	728	12.5	728	12.5			686,896	12.5	15,030,902	12.0		
		40～64歳	2,190	37.5	2,190	37.5			1,932,595	35.3	42,411,922	34.0		
	39歳以下	2,301	39.4	2,301	39.4			2,186,450	39.9	53,420,287	42.8			
	② 産業構成	第1次産業	44.0		44.0		18.4		7.7		4.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題	
		第2次産業	17.4		17.4		25.5		18.1		25.2			
		第3次産業	38.6		38.6		56.1		74.2		70.6			
	③ 平均寿命	男性	78.5		78.5		79.4		79.2		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		86.6		86.6		86.4		86.3		86.4				
④ 健康寿命	男性	64.7		64.7		65.2		64.9		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性	66.9		66.9		66.7		66.5		66.8				
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)		114.8		106.7		104.8		101.0		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		死因	がん	19	55.9	12	34.3	6,817	45.1	18,759	51.6	367,905	49.6	
			心臓病	9	26.5	17	48.6	4,392	29.1	9,429	25.9	196,768	26.5	
		脳疾患	4	11.8	4	11.4	2,661	17.6	4,909	13.5	114,122	15.4		
		糖尿病	0	0.0	0	0.0	274	1.8	669	1.8	13,658	1.8		
	腎不全	1	2.9	1	2.9	548	3.6	1,543	4.2	24,763	3.3			
	自殺	1	2.9	1	2.9	409	2.7	1,080	3.0	24,294	3.3			
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	5	8.6	18	25.7			6,845	11.1	136,944	10.5	厚労省HP 人口動態調査	
		男性	3	13.0	13	18.6			4,406	13.7	91,123	13.5		
		女性	2	5.7	5	7.1			2,439	8.2	45,821	7.2		
3	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)		202 15.0		223 16.9		114,707 20.1		315,124 23.0		5,882,340 21.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		新規認定者		10 0.4		1 0.2		1,910 0.3		5,300 0.4		105,654 0.3		
		2号認定者		7 0.3		12 0.4		2,325 0.4		7,521 0.4		151,745 0.4		
	② 有病状況	糖尿病	84	28.3	100	39.6	25,164	21.2	82,243	25.0	1,343,240	21.9		
		高血圧症	98	39.7	112	44.1	64,630	54.6	169,499	51.7	3,085,109	50.5		
		脂質異常症	56	21.6	63	26.3	31,788	26.7	100,850	30.7	1,733,323	28.2		
		心臓病	116	47.1	124	49.8	73,217	61.9	189,212	57.9	3,511,354	57.5		
		脳疾患	66	27.0	70	28.9	33,089	28.2	79,841	24.6	1,530,506	25.3		
		がん	29	10.8	28	10.7	11,629	9.7	38,597	11.6	629,053	10.1		
		筋・骨格	99	40.6	113	45.4	63,583	53.7	168,550	51.4	3,051,816	49.9		
精神	71	29.9	85	32.4	43,915	37.0	121,275	36.9	2,141,880	34.9				
③ 介護給付費	1件当たり給付費 (全体)		87,245		72,230		70,593		57,953		58,349		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	居宅サービス		57,437		48,418		40,986		38,810		39,683			
	施設サービス		317,039		288,969		275,281		283,015		281,115			
④ 医療費等	要介護認定別医療費 (40歳以上)	認定あり	14,943	8,457	8,458	8,976	7,980					KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	認定なし	4,997	5,423	4,123	4,619	3,822								
4	① 国保の状況	被保険者数		3,153		2,519		493,770		1,312,713		32,587,223		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
		65～74歳	514	16.3	506	20.1			547,063	41.7	12,462,053	38.2		
		40～64歳	1,358	43.1	1,094	43.4			441,494	33.6	10,946,693	33.6		
		39歳以下	1,281	40.6	919	36.5			324,156	24.7	9,178,477	28.2		
	加入率		53.9		43.1		27.8		24.0		26.9			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0	0	0.0	144	0.3	569	0.4	8,255	0.3		
		診療所数	1	0.3	2	0.8	1,108	2.2	3,377	2.6	96,727	3.0		
		病床数	0	0.0	0	0.0	15,468	31.3	96,574	73.6	1,524,378	46.8		
		医師数	1	0.3	1	0.4	1,575	3.2	12,987	9.9	299,792	9.2		
		外来患者数	366.1		408.0		658.5		646.1		668.3			
入院患者数	14.8		18.3		22.6		22.9		18.2					
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		16,711		19,211		26,418		27,782		24,253		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	受診率		380.826		426.274		681.134		668.982		686.501			
	外来	費用の割合	56.4		53.2		56.6		55.2		60.1			
		件数の割合	96.1		95.7		96.7		96.6		97.4			
	入院	費用の割合	43.6		46.8		43.4		44.8		39.9			
		件数の割合	3.9		4.3		3.3		3.4		2.6			
1件あたり在院日数		12.8日		12.3日		16.3日		15.8日		15.6日				
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療費源傷病名 (調割合む)	がん	79,829,270	24.3	70,153,100	25.4	24.1	28.5	24.1	28.5	24.1	25.6	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域		
	慢性腎不全 (透析あり)	19,177,490	5.8	2,324,850	0.8	9.1	6.5	9.1	6.5	9.7				
	糖尿病	25,221,740	7.7	27,355,060	9.9	10.2	9.3	9.3	9.7	9.7				
	高血圧症	35,633,450	10.9	25,331,310	9.2	9.2	7.9	7.9	8.6	8.6				
	精神	37,186,770	11.3	20,843,760	7.6	17.5	17.2	17.2	16.9	16.9				
筋・骨格	83,921,690	25.6	89,272,010	32.4	16.1	16.4	16.4	15.2	15.2					

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	587,542	57位	(13)	429,754	173位	(10)											KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域					
				高血圧	587,777	88位	(12)	580,851	115位	(12)																
				脂質異常症	505,179	107位	(17)	533,359	121位	(15)																
				脳血管疾患	766,825	15位	(17)	605,993	117位	(14)																
				心疾患	703,892	68位	(13)	584,086	143位	(11)																
				腎不全	489,277	151位	(8)	687,754	95位	(13)																
				精神	509,658	25位	(23)	577,602	21位	(21)																
				悪性新生物	593,127	124位	(11)	575,933	154位	(12)																
				外来	糖尿病	45,737	9位		37,271	100位																
					高血圧	40,756	4位		38,330	18位																
					脂質異常症	45,210	1位		39,313	5位																
					脳血管疾患	40,581	38位		35,503	98位																
					心疾患	51,140	20位		35,060	142位																
					腎不全	223,791	23位		68,610	162位																
精神	43,742	6位			34,811	26位																				
悪性新生物	59,930	16位		60,577	51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	829			1,476			2,768			1,458			2,065					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域					
			健診未受診者	11,457			11,401			12,339			15,594			12,683										
		生活習慣病対象 者 一人当たり	健診受診者	4,360			7,124			7,719			4,388			5,940										
			健診未受診者	60,224			55,021			34,410			46,918			36,479										
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	158	54.3	183	61.8	81,971	56.9	129,168	57.2	4,116,530	55.9									KDB_NO.1 地域全体像の把握					
		医療機関受診率	133	45.7	170	57.4	74,352	51.6	118,763	52.6	3,799,744	51.6														
		医療機関非受診率	25	8.6	13	4.4	7,619	5.3	10,405	4.6	316,786	4.3														
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	特定健診の 状況	県内順位 順位総数181	健診受診者	291			296			143,970			225,931			7,362,845				KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握					
					受診率	16.0	県内166位 同規模236位	19.3	県内145位 同規模232位	41.0	25.1	全国44位	34.0													
				特定保健指導終了者(実施率)	32	48.5	5	11.1	1,499	8.1	938	3.5	35,557	4.1												
				非肥満高血糖	8	2.7	21	7.1	14,201	9.9	17,429	7.7	687,157	9.3												
				メタボ	該当者	30	10.3	40	13.5	25,927	18.0	37,430	16.6	1,272,714	17.3											
					男性	24	15.2	24	15.4	18,053	27.1	25,731	27.5	875,805	27.5											
					女性	6	4.5	16	11.4	7,874	10.2	11,699	8.8	396,909	9.5											
				メタボ	予備群	50	17.2	37	12.5	16,553	11.5	24,029	10.6	790,096	10.7											
					男性	31	19.6	29	18.6	11,535	17.3	16,766	17.9	548,609	17.2											
					女性	19	14.3	8	5.7	5,018	6.5	7,263	5.5	241,487	5.8											
				メタボ該当・予備群 レベル	BMI	総数	111	38.1	105	35.5	47,928	33.3	69,361	30.7	2,320,533	31.5										
						男性	80	50.6	73	46.8	33,271	49.9	47,819	51.1	1,597,371	50.1										
						女性	31	23.3	32	22.9	14,657	19.0	21,542	16.3	723,162	17.3										
						総数	28	9.6	19	6.4	8,649	6.0	14,535	6.4	346,181	4.7										
						男性	11	7.0	4	2.6	1,438	2.2	2,471	2.6	55,460	1.7										
						女性	17	12.8	15	10.7	7,211	9.3	12,064	9.1	290,721	7.0										
						血糖のみ	1	0.3	3	1.0	1,116	0.8	1,283	0.6	48,685	0.7										
						血圧のみ	30	10.3	23	7.8	11,683	8.1	16,730	7.4	546,667	7.4										
						脂質のみ	19	6.5	11	3.7	3,754	2.6	6,016	2.7	194,744	2.6										
血糖・血圧	9	3.1	10			3.4	4,665	3.2	5,478	2.4	196,978	2.7														
血糖・脂質	0	0.0	2			0.7	1,419	1.0	1,811	0.8	69,975	1.0														
血圧・脂質	15	5.2	16			5.4	12,004	8.3	19,151	8.5	619,684	8.4														
血糖・血圧・脂質	6	2.1	12			4.1	7,839	5.4	10,990	4.9	386,077	5.2														
6	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	服薬			高血圧	53	18.2	73	24.7	51,055	35.5	74,890	33.2	2,479,216	33.7										
						糖尿病	5	1.7	19	6.4	12,000	8.3	15,872	7.0	551,051	7.5										
						脂質異常症	18	6.2	28	9.5	32,128	22.3	55,219	24.4	1,738,149	23.6										
						既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	10	3.4	14	4.7	4,464	3.2	7,611	3.5	230,777	3.3									
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	2		0.7	6	2.0	7,897	5.7	12,203	5.6	391,296	5.5											
				腎不全	0		0.0	0	0.0	1,763	1.3	1,056	0.5	37,041	0.5											
				貧血	24		8.2	23	7.8	11,617	8.5	20,157	9.2	710,650	10.1											
				喫煙	112	38.5	97	32.8	22,417	15.6	37,780	16.7	1,048,171	14.2												
				週3回以上朝食を抜く	57	19.6	58	19.7	10,140	7.6	21,204	10.4	540,374	8.5												
				週3回以上食後間食	70	24.1	62	21.2	17,461	13.1	32,406	15.9	743,581	11.8												
				週3回以上就寝前夕食	74	25.4	52	17.8	21,902	16.5	29,861	14.6	983,474	15.4												
				食べる速度が速い	108	37.1	119	40.5	36,107	27.2	55,733	27.3	1,636,988	25.9												
				20歳時体重から10kg以上増	130	44.8	125	42.5	44,552	33.4	67,673	33.1	2,047,756	32.1												
				1回30分以上運動習慣なし	234	80.4	233	80.3	87,774	65.8	126,554	61.6	3,761,302	58.7												
1日1時間以上運動なし	183	63.3	183	62.9	64,466	48.5	98,397	48.0	2,991,854	46.9																
睡眠不足	78	26.9	83	28.5	31,141	23.6	46,189	22.6	1,584,002	25.0																
毎日飲酒	70	24.1	65	22.1	35,843	26.0	45,392	22.0	1,760,104	25.6																
時々飲酒	84	28.9	79	26.9	29,415	21.3	54,150	26.2	1,514,321	22.0																
一日飲 酒量	1合未満	102	53.1	57	36.5	55,592	59.9	78,398	58.0	3,118,433	64.1															
	1~2合	42	21.9	58	37.2	24,370	26.3	36,067	26.7	1,158,318	23.8															
	2~3合	32	16.7	27	17.3	9,606	10.4	16,011	11.9	452,785	9.3															
	3合以上	16	8.3	14	9.0	3,225	3.5	4,637	3.4	132,608	2.7															



#### 再掲 (第2~4期)

第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
eGFR 30以上	30以上	30以上	30未満	透析療法中
正常アルブミン尿 (30未満)	微量アルブミン尿 (30-299)	顕性アルブミン尿 (300以上)	問わない	問わない
尿蛋白	尿蛋白	尿蛋白	尿蛋白	尿蛋白
腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### その他のリスク

高血圧	肥満	脂質
130/80以上	BMI 25以上	LDL70以上
14 (63.6)	11 (50.0)	HDL40未満
		TG150以上
		10 (45.5)

コントロール不良 (HbA1c 6.5%以上、または空腹時血糖126以上)

- J コントロール不良: 22人 (88.0)
- K コントロール良好: 3人 (12.0)

#### 再掲 (第2~4期)

第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
eGFR 30以上	30以上	30以上	30未満	透析療法中
正常アルブミン尿 (30未満)	微量アルブミン尿 (30-299)	顕性アルブミン尿 (300以上)	問わない	問わない
尿蛋白	尿蛋白	尿蛋白	尿蛋白	尿蛋白
腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### 再掲 (第2~4期)

再掲 (第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
再掲 (第2~4期)	腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
10人 (18.2)	45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### 再掲 (第2~4期)

再掲 (第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
再掲 (第2~4期)	腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
10人 (18.2)	45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### 再掲 (第2~4期)

再掲 (第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
再掲 (第2~4期)	腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
10人 (18.2)	45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### 再掲 (第2~4期)

再掲 (第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
再掲 (第2~4期)	腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
10人 (18.2)	45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### 再掲 (第2~4期)

再掲 (第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
再掲 (第2~4期)	腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
10人 (18.2)	45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### 再掲 (第2~4期)

再掲 (第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
再掲 (第2~4期)	腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
10人 (18.2)	45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### 再掲 (第2~4期)

再掲 (第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
再掲 (第2~4期)	腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
10人 (18.2)	45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### 再掲 (第2~4期)

再掲 (第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
再掲 (第2~4期)	腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
10人 (18.2)	45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### 再掲 (第2~4期)

再掲 (第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
再掲 (第2~4期)	腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
10人 (18.2)	45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### 再掲 (第2~4期)

再掲 (第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
再掲 (第2~4期)	腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
10人 (18.2)	45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### 再掲 (第2~4期)

再掲 (第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
再掲 (第2~4期)	腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
10人 (18.2)	45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### 再掲 (第2~4期)

再掲 (第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
再掲 (第2~4期)	腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
10人 (18.2)	45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### 再掲 (第2~4期)

再掲 (第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
再掲 (第2~4期)	腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
10人 (18.2)	45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### 再掲 (第2~4期)

再掲 (第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
再掲 (第2~4期)	腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
10人 (18.2)	45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### 再掲 (第2~4期)

再掲 (第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
再掲 (第2~4期)	腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
10人 (18.2)	45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### 再掲 (第2~4期)

再掲 (第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
再掲 (第2~4期)	腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
10人 (18.2)	45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### 再掲 (第2~4期)

再掲 (第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
再掲 (第2~4期)	腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
10人 (18.2)	45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### 再掲 (第2~4期)

再掲 (第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
再掲 (第2~4期)	腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
10人 (18.2)	45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### 再掲 (第2~4期)

再掲 (第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
再掲 (第2~4期)	腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
10人 (18.2)	45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### 再掲 (第2~4期)

再掲 (第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
再掲 (第2~4期)	腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
10人 (18.2)	45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### 再掲 (第2~4期)

再掲 (第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
再掲 (第2~4期)	腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
10人 (18.2)	45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### 再掲 (第2~4期)

再掲 (第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
再掲 (第2~4期)	腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
10人 (18.2)	45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### 再掲 (第2~4期)

再掲 (第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
再掲 (第2~4期)	腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
10人 (18.2)	45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### 再掲 (第2~4期)

再掲 (第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
再掲 (第2~4期)	腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
10人 (18.2)	45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### 再掲 (第2~4期)

再掲 (第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
再掲 (第2~4期)	腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
10人 (18.2)	45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### 再掲 (第2~4期)

再掲 (第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
再掲 (第2~4期)	腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
10人 (18.2)	45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### 再掲 (第2~4期)

再掲 (第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
再掲 (第2~4期)	腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
10人 (18.2)	45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### 再掲 (第2~4期)

再掲 (第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
再掲 (第2~4期)	腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
10人 (18.2)	45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### 再掲 (第2~4期)

再掲 (第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
再掲 (第2~4期)	腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
10人 (18.2)	45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### 再掲 (第2~4期)

再掲 (第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
再掲 (第2~4期)	腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
10人 (18.2)	45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### 再掲 (第2~4期)

再掲 (第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
再掲 (第2~4期)	腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
10人 (18.2)	45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

#### 再掲 (第2~4期)

再掲 (第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
再掲 (第2~4期)	腎症前期	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
10人 (18.2)	45人 (81.8)	5人 (9.1)	4人 (7.3)	1人 (1.82)	0人 (0.0)

【参考資料 3】

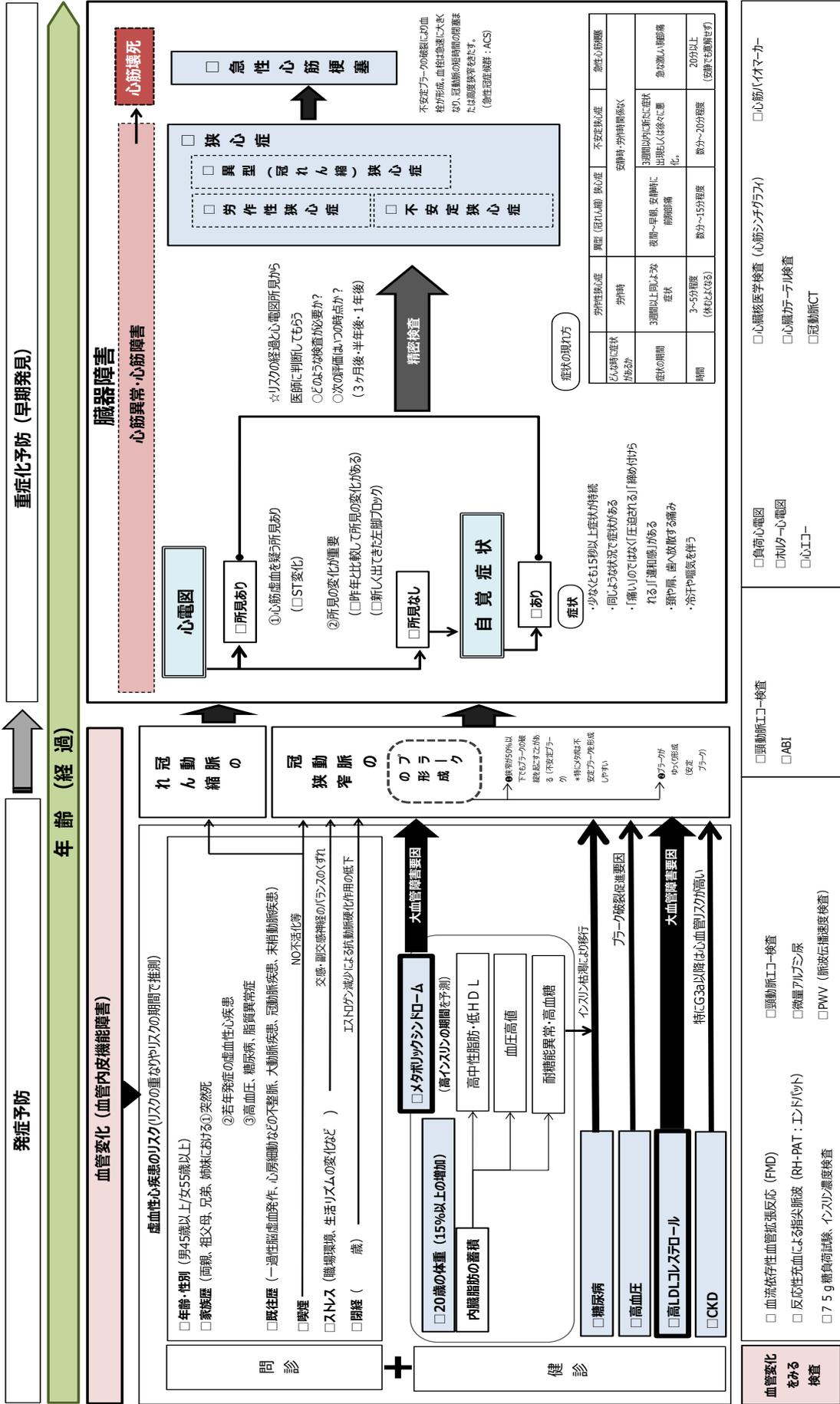
糖尿病管理台帳（永年）															
番号	追加年度	地区	氏名	性別	年度年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出 死亡	備考
						糖尿病	糖	服薬							
						高血圧		HbA1c							
						虚血性心疾患	糖 以外	体重							
						脳血管疾患		BMI							
						糖尿病性腎症	CKD	血圧							
								GFR							
								尿蛋白							
						糖尿病	糖	服薬							
						高血圧		HbA1c	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

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画		H	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	
結果把握	糖尿病管理台帳の全数 (A+B)	( )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	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
	A 健診未受診者	( )人			
保健指導の優先づけ	結果把握(内訳)			2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認	●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん
	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			
	①-1 未治療者(中断者含む)	( )人		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	かかりつけ医、糖尿病専門医
	*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			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	尿アルブミン検査の継続  栄養士中心  腎専門医
	B 結果把握	( )人			
	①HbA1cが悪化している	( )人			
	②尿蛋白 (-)	( )人			
	(±)	( )人			
	(+) ~顕性腎症	( )人			
	③eGFR値の変化	( )人			
	1年で25%以上低下	( )人			
	1年で5ml/分/1.73㎡以上低下	( )人			

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価				同規模区分	9	都道府県	1	市町村名	羅臼町			
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242				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 被保険者数	A	2,639人		2,477人				KDB.厚生労働省様式様式3-2			
		(再掲)40-74歳	1,691人		1,591人							
2	② 特定健診	B	1,691人		1,661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			
		③ 受診者数	343人		291人							
		④ 受診率	---		17.5%							
3	① 特定保健指導	② 対象者数	48人		60人							
		③ 実施率	50.0%		55.0%							
4	① 健診データ	E	55人	16.0%	22人	7.6%			特定健診結果			
		F	30人	54.5%	14人	63.6%						
		G	25人	45.5%	8人	36.4%						
		J	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	22人	88.0%	4人	50.0%					
			血圧 130/80以上	14人	63.6%	2人	50.0%					
			肥満 BMI25以上	11人	50.0%	2人	50.0%					
		K	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	3人	12.0%	4人	50.0%					
		M	第1期 尿蛋白(一)	45人	81.8%	19人	86.4%					
			第2期 尿蛋白(±)	5人	9.1%	1人	4.5%					
			第3期 尿蛋白(+)	4人	7.3%	2人	9.1%					
			第4期 eGFR30未満	1人	1.8%	0人	0.0%					
5	① レセプト	H	205人	7.8%	206人	8.3%			KDB.厚生労働省様式様式3-2			
		I	177人	87.6%	194人	96.0%						
		O	8人	3.9%	14人	6.8%						
		L	4人	2.0%	3人	1.5%						
		O	インスリン治療 (再掲)40-74歳	7人	3.5%	12人	5.9%					
			糖尿病性腎症 (再掲)40-74歳	4人	2.0%	3人	1.5%					
		L	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	0人	0.00%	2人	0.97%					
			(再掲)40-74歳	0人	0.00%	2人	0.99%					
		O	新規透析患者数	0	0	2	100					
			(再掲)糖尿病性腎症	0	0	1	50					
		L	【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)	5人	1.8%	5人	1.8%					
		6	① 医療費		5億9255万円		3億5345万円			3億9319万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題
				生活習慣病総医療費	2億7583万円		1億7361万円			2億2465万円		
				(総医療費に占める割合)	46.5%		49.1%			57.1%		
				生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	7,122円		2,655円		4,517円		
健診未受診者	55,040円				65,446円		38,958円					
糖尿病医療費	2736万円			1536万円		2320万円						
(生活習慣病総医療費に占める割合)	9.9%			8.8%		10.3%						
糖尿病入院外総医療費	1億0127万円			5631万円								
1件あたり	37,271円			35,959円								
糖尿病入院総医療費	4942万円			5556万円								
1件あたり	429,754円			761,126円								
在院日数	10日			12日								
慢性腎不全医療費	418万円			275万円		2072万円						
透析有り	232万円			181万円		1931万円						
透析なし	186万円			94万円		141万円						
7	① 介護	介護給付費	3億7870万円		2億1830万円		4億5476万円					
		(2号認定者)糖尿病合併症	0件 0.0%		0件 #VALUE!							
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	1.0%	KDB.健診・医療・介護データから みる地域の健康課題			

# 虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



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	<input type="checkbox"/> ST変化 <input type="checkbox"/> その他所見		⑤ 重症化予防対象者		
② 問診	自覚症状なし  <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠習慣 <input type="checkbox"/> 家庭血圧	症状 <input type="checkbox"/> 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） <input type="checkbox"/> 安静時にも胸に違和感、締め付け <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸、肩、歯の痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある				
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういった経過をたどって、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。			⑥ 発症予防対象者		
判定	正常	軽度	重度		追加評価項目	
<input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 腹囲		男 85~ 女 90~			
	<input type="checkbox"/> BMI	~24.9	25~			
	<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹	~149		150~299	300~
		食後	~199		200~	
	<input type="checkbox"/> HDL-C	40~	35~39		~34	
	<input type="checkbox"/> nonHDL-C	~149	150~169		170~	
	<input type="checkbox"/> ALT	~30	31~50		51~	
	<input type="checkbox"/> γ-GT	~50	51~100		101~	
	<input type="checkbox"/> 血糖	空腹	~99	100~125	126~	【軽度】 <input type="checkbox"/> 75g 糖負荷試験
		食後	~139	140~199	200~	【重度】 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン/クレアチニン比
<input type="checkbox"/> HbA1c	~5.5	5.6~6.4	6.5~			
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	~129	130~139	140~	<input type="checkbox"/> 24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)	
	拡張期	~84	85~89	90~		
<input type="checkbox"/> 尿酸	~7.0	7.1~7.9	8.0~			
④ <input type="checkbox"/> LDL-C	~119	120~139	140~	<input type="checkbox"/> 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		
eGFR		60未満				
尿蛋白	(-)	(+) ~				
<input type="checkbox"/> CKD重症度分類		G3aA1				

参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート



平成29年度に向けての全体評価				
評価(よくなったところ)				
課題・目標	①プロセス やってきた実践の過程	②アウトプット 事業実施量	③アウトカム 結果	④ストラクチャー 構造
<p>目標</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診受診率 H29年度目標60%</li> <li>・特定保健指導実施率 H29年度目標60%</li> <li>・健診受診者の健診結果の改善(血圧・血糖・脂質・CKD)</li> <li>・虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症の減少</li> <li>・医療費の伸びを抑える</li> </ul> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受診率が低い</li> <li>・未受診者には通院者が多い。</li> </ul> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・PDCAサイクルからの計画を立案する。</li> <li>・対象者・方法の検討</li> <li>・事業の目標、評価等検討</li> <li>・糖尿病台帳作成</li> </ul> <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・町内医療機関が1か所、常勤医が1人体制という状況が揃っている。</li> <li>・管内的状態も同様で、新患の受診制限などもあり、体制を取るなど個々の医療機関との連携が難しい。</li> </ul>	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○総合健診</li> <li>・未受診者対策は節目年齢を中心に、事務と保健指導担当者で実施</li> <li>・若年からの継続健診をめざし、乳幼児健診でママのセット健診を周知し、受診勧奨、予約を行った。</li> <li>○治療者健診</li> <li>・未受診者の調査では定期受診をしていることが健診を受けられない理由の最上位であったため、「治療者健診」(データ受領)を開始。</li> </ul> <p>➡</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・H28年度は保健師が「治療者健診」の受診勧奨訪問や電話を積極的に行なった。訪問勧奨が有効で、H27年度に比べデータ受領数も増加した。</li> <li>・ママ健診で教人の受診があった。若年者健診では受診時にメタボや肝臓薬等を処方していることから、早期からの生活習慣改善等々の取り組みが必要で、H29年度に作成する母子保健計画内で学校等と連携したホビュレーションアプリが重要になると考える。</li> </ul> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重症化予防対策として、健診やデータ受領ごとに重症化予防一覧を作成し紹介してきた。未受診者は特に重点的に紹介した。</li> </ul> <p>➡</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○健診結果説明会</li> <li>・結果説明会は結果の加わりかわらわず全員を対象に実施している。</li> <li>・糖尿病重症化予防対策の中で、糖尿病連携手帳をHbA1c6.5以上の未治療者の配布、活用を促していく。</li> <li>○進捗での結果説明会</li> <li>・希望があった漁場毎に畜屋で結果説明会を実施。漁場によっては重症化予防対象の多いところもあり、また一定期間は畜屋で過ごすことからお互いが結果を聞きあったり、生活習慣改善等どのように行っているかの情報交換が持たれている。</li> </ul> <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・診療時間外で医師に面会することが難しいため、文書や既存会議等を活用。また、看護部門との定期的な情報交換の場を持つことで、医療機関全体で検討してもらったことも増えてきた。</li> <li>・連携について相談できる場は確保されている。</li> </ul>	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・未受診者電話勧奨</li> <li>・町広報紙、町政だより等を活用したホビュレーションアプリ</li> <li>・40歳スタート健診クーポン券送付</li> <li>・節目年齢者への無料クーポン券送付</li> </ul> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重症化予防事業の実施状況</li> <li>・保健指導(来所、訪問、電話)実施状況</li> <li>・他保険者に対する保健指導実施状況</li> </ul> <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・精密検査依頼書返信状況</li> <li>・羅臼町からの情報提供書使用状況</li> <li>・個々の医療機関との連携状況</li> <li>・協力体制づくりに向けてのアプリ</li> </ul>	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診受診率 H29年度目標60%達成状況</li> <li>・節目年齢電話勧奨後の受診者数等、個々の受診状況</li> <li>・治療者健診受診者状況</li> </ul> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導実施者の翌年の健診結果状況</li> <li>・保健指導後の受診(服薬、検査等)状況</li> <li>・経年評価</li> </ul> <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・精密検査依頼書返信状況</li> <li>・羅臼町からの情報提供書使用状況</li> <li>・個々の医療機関との連携状況</li> <li>・協力体制づくりに向けてのアプリ</li> </ul>	<p>⑤残っている課題</p> <p>全体</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健活動に関して具体的な目標、効果を検討し、PDCAサイクルに基づき事業を計画する。</li> </ul> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・未受診者対策の検討(方法、優先的な対象者等)</li> <li>・ホビュレーションの取組を効果的に行うための検討(国保担当の関与範囲)</li> <li>・評価項目の検討(受診率、受診行動等)</li> </ul> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者の検討</li> <li>・保健指導後の評価指標の検討</li> <li>・保健事業の目標、評価指標の検討</li> </ul> <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・協力体制の拡大</li> </ul>

<p>平成28年度の実績評価を踏まえ、平成29年度の取組と課題整理(平成29年度進捗状況)</p>	<p>評価(よくよかったところ)</p>	<p>①H28年度 残っている課題を踏まえてやっていた課題を振り返る</p>	<p>②アウトプット 事業実施量</p>	<p>③アウトカム 結果</p>	<p>④ストラテジー 構造</p>	<p>⑤残っている課題</p>
<p>平成28年度 課題</p>	<p>目標</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診受診率 H29年度目標80%</li> <li>特定健康診査受診率 H29年度目標80%</li> <li>特定健康診査受診率 H29年度目標80%</li> <li>健診受診者の健診結果の改善(血圧・血糖・脂質・CKD)</li> <li>虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症の減少</li> <li>医療費の伸びを抑える</li> </ul>	<p>全体</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・前年度末の評価が部分的に共有できなかった。地区担当者とつとめて、全体評価のフィードバックを行い、保健事業全体の評価を高められた。</li> <li>・若年者の健診では頸動脈プラーク、肝臓癌を評価している。乳幼児期からの生活習慣が成人、高齢者の健康問題に繋がっており、H29年度は母子保健計画を策定し、活動の振興つとめと学校保健との連携を強化していく。</li> </ul>	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・取組開始</li> <li>・健診結果通知は継続</li> <li>・治療者健診に早期に取り組み</li> </ul>	<p>全体</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健活動やPRCAサイクリングについて計画を進捗させる</li> <li>・保健師、栄養士で評価、計画等共通認識を図る</li> </ul>	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受診率が低い</li> <li>・未受診者は1日減つたことで個別健診の受診を動かしていく。</li> </ul>	<p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個々の医療機関との連携は難しいが、取組の取組が必要</li> <li>・保健師、栄養士とのやり取りから、糖尿病性腎症重症化予防に理解が得られた</li> <li>・町内医療機関との連携体制はとれている。3次医療圏で連携できている部分もあるが、全体の医療スタッフ不足があり、十分に連携を拡大できていない。</li> </ul>
<p>全体</p>	<p>プロセス</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・H29年度は6月に行っている集団健診の日程がとれず、前年度より日次日程となり、町内医療機関で集団健診が実施できるが、受診者が多く、高コストにまでなっていた。受診者に対する案内は、引き続き継続して実施していく。</li> <li>・若年者健診の対象が6歳で高学年相当としている。小中学生を対象とした距離事業での血液検査では、脂質異常や肝臓癌を指摘しているケースもあり、早期から健診を受けてもらうことで、健康への関心を高めたい。</li> </ul>	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受診率向上のための健康相談や個別指導を行うことができたが、健診の受診に至った人数は少なかつた。定期的に医療機関を受診する者の健診受診は難しく、医療機関の協力を得て健診を受けてもらうことが必要。</li> <li>○健診結果説明会では重症化予防対象者の間に保健指導を行ったのかを数値で出すことができていない。対象者名簿の工夫が必要。</li> </ul>	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受診勧奨電話件数</li> <li>・町内福祉、町政だよりを活用したポスター、パンフレット</li> <li>・発行回数</li> <li>・40歳スタート健診クーポン券発行枚数</li> <li>・節目年齢者への無料クーポン券送付発行枚数</li> </ul>	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重症化予防事業の実施状況</li> <li>・健診結果説明会 247人中224人出席</li> <li>・現場での結果説明会 40人出席</li> <li>・保健指導(来所、訪問、電話)実施状況</li> <li>生活習慣病 訪問 135件</li> <li>電話 73件</li> <li>来所等 45件</li> <li>・他保険者に対する保健指導実施状況 4件</li> </ul>	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・精密検査依頼書受領状況</li> <li>・健診結果説明会 247人中224人出席</li> <li>・現場での結果説明会 40人出席</li> <li>・保健指導(来所、訪問、電話)実施状況</li> <li>生活習慣病 訪問 135件</li> <li>電話 73件</li> <li>来所等 45件</li> <li>・他保険者に対する保健指導実施状況 4件</li> </ul>	<p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・精密検査依頼書受領状況</li> <li>・健診結果説明会 247人中224人出席</li> <li>・現場での結果説明会 40人出席</li> <li>・保健指導(来所、訪問、電話)実施状況</li> <li>生活習慣病 訪問 135件</li> <li>電話 73件</li> <li>来所等 45件</li> <li>・他保険者に対する保健指導実施状況 4件</li> </ul>
<p>未受診者対策</p>	<p>重症化予防対策</p>	<p>重症化予防対策</p>	<p>重症化予防対策</p>	<p>重症化予防対策</p>	<p>重症化予防対策</p>	<p>重症化予防対策</p>
<p>未受診者対策</p>	<p>重症化予防対策</p>	<p>重症化予防対策</p>	<p>重症化予防対策</p>	<p>重症化予防対策</p>	<p>重症化予防対策</p>	<p>重症化予防対策</p>