

## 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積丹町の位置
- 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 ST 変化管理台帳
- 参考資料 9 心房細動管理台帳
- 参考資料 10 評価イメージ

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた積丹町の位置

【参考資料1】

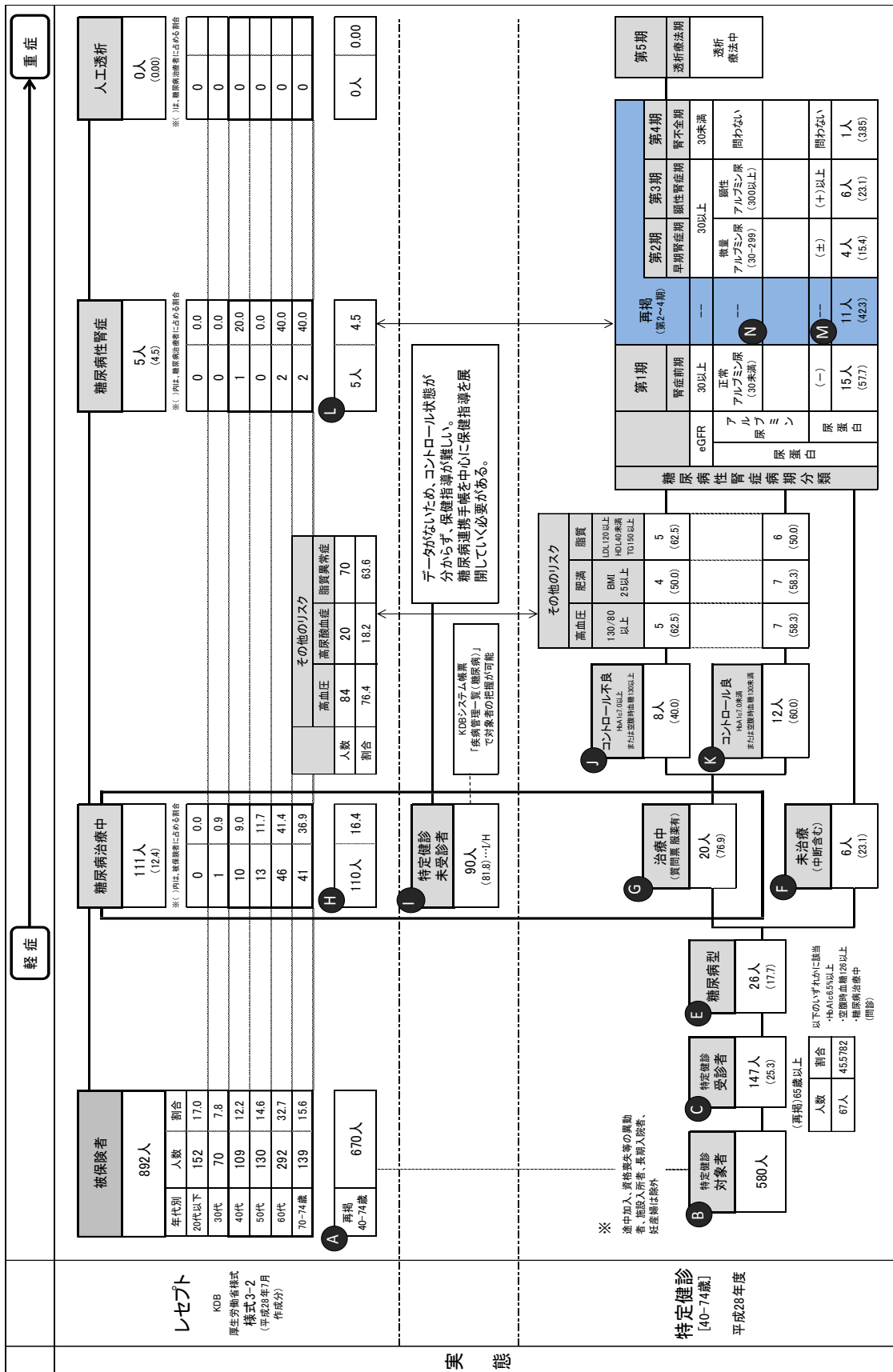
項目		H25		H28		北海道		同規模平均		国		データ元 (CSV)	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 人口構成	総人口	2,515		2,515		5,475,176		712,964		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題
		65歳以上(高齢化率)	1,013	40.3	1,013	40.3	1,356,131	24.8	250,396	35.1	29,020,766	23.2	
		75歳以上	568	22.6	568	22.6	669,235	12.2			13,989,864	11.2	
		65~74歳	445	17.7	445	17.7	686,896	12.5			15,030,902	12.0	
		40~64歳	880	35.0	880	35.0	1,932,595	35.3			42,411,922	34.0	
	39歳以下	622	24.7	622	24.7	2,186,450	39.9			53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	26.9		26.9		7.7		22.7		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	17.7		17.7		18.1		21.7		25.2		
		第3次産業	55.5		55.5		74.2		55.6		70.6		
	③ 平均寿命	男性	79.0		79.0		79.2		79.4		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
女性		85.9		85.9		86.3		86.5		86.4			
④ 健康寿命	男性	64.8		64.7		64.9		65.1		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	女性	66.8		66.7		66.5		66.7		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	106.9		112.5		101.0		102.6		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		男性			112.5								
		女性	112.2		125.7		97.6		98.2		100		
		がん	9	30.0	15	48.4	18,759	51.6	2,874	44.3	367,905	49.6	
		心臓病	13	43.3	12	38.7	9,429	25.9	1,917	29.6	196,768	26.5	
		脳疾患	4	13.3	3	9.7	4,909	13.5	1,158	17.9	114,122	15.4	
		糖尿病	1	3.3	0	0.0	669	1.8	115	1.8	13,658	1.8	
	腎不全	3	10.0	0	0.0	1,543	4.2	231	3.6	24,763	3.3		
	自殺	0	0.0	1	3.2	1,080	3.0	187	2.9	24,294	3.3		
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	4	8.0	3	8.3							厚労省HP 人口動態調査
男性		3	13.6	3	13.0								
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	188	17.7	216	20.5	315,124	23.0	49,932	20.0	5,882,340	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		新規認定者	2	0.4	3	0.4	5,300	0.4	781	0.3	105,654	0.3	
		2号認定者	6	0.7	3	0.3	7,521	0.4	856	0.4	151,745	0.4	
	② 有病状況	糖尿病	34	18.7	47	18.3	82,243	25.0	10,568	20.4	1,343,240	21.9	
		高血圧症	90	47.0	109	48.1	169,499	51.7	28,302	55.0	3,085,109	50.5	
		脂質異常症	53	26.8	64	26.3	100,850	30.7	14,020	27.1	1,733,323	28.2	
		心臓病	99	50.7	120	53.5	189,212	57.9	31,852	62.1	3,511,354	57.5	
		脳疾患	46	24.5	50	24.2	79,841	24.6	13,312	26.3	1,530,506	25.3	
		がん	20	9.8	16	9.2	38,597	11.6	4,845	9.3	629,053	10.1	
		筋・骨格	87	43.9	105	46.4	168,550	51.4	28,251	55.0	3,051,816	49.9	
精神	53	26.4	64	30.9	121,275	36.9	19,059	36.9	2,141,880	34.9			
③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)	87,219		87,136		57,953		73,702		58,349		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	居宅サービス	42,289		37,520		38,810		39,646		39,683			
	施設サービス	302,145		275,759		283,015		273,946		281,115			
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	認定あり	12,652	11,952	8,976	8,522	7,980	8,522	7,980	8,522	7,980	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	認定なし	4,502	5,169	4,619	4,226	3,822	3,822	3,822	3,822	3,822			
4	① 国保の状況	被保険者数	1,011		829		1,312,713		198,796		32,587,223		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		65~74歳	328	32.4	314	37.9	547,063	41.7			12,462,053	38.2	
		40~64歳	423	41.8	326	39.3	441,494	33.6			10,946,693	33.6	
		39歳以下	260	25.7	189	22.8	324,156	24.7			9,178,477	28.2	
	加入率	40.2		33.0		24.0		28.1		26.9			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0	0	0.0	569	0.4	47	0.2	8,255	0.3	KDB_NO.5 被保険者の状況
		診療所数	1	1.0	1	1.2	3,377	2.6	621	3.1	96,727	3.0	
		病床数	0	0.0	0	0.0	96,574	73.6	3,963	19.9	1,524,378	46.8	
		医師数	1	1.0	1	1.2	12,987	9.9	541	2.7	299,792	9.2	
		外来患者数	702.9		709.5		646.1		652.4		668.3		
入院患者数		29.9		31.2		22.9		23.7		18.2			
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	31,794	県内25位 同規模24位	34,142	県内14位 同規模25位	27,782	26,819	24,253	24,253	24,253	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	732,814		740,654		668,982		676,093		686,501			
	外来 費用の割合	49.8		49.0		55.2		55.3		60.1			
	外来 件数の割合	95.9		95.8		96.6		96.5		97.4			
	入院 費用の割合	50.2		51.0		44.8		44.7		39.9			
	入院 件数の割合	4.1		4.2		3.4		3.5		2.6			
	1件あたり在院日数	16.8日		17.2日		15.8日		16.3日		15.6日			
④ 医療費分析 総額に占める割合 (最大医療資源傷病名(調剤含む))	新生物	19.2		27.3		28.5		24.1		25.6		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
	慢性腎不全(透析あり)	7.0		0.0		6.5		7.9		9.7			
	糖尿病	11.0		11.4		9.3		10.1		9.7			
	高血圧症	12.7		9.4		7.9		9.4		8.6			
	精神	13.6		16.8		17.2		18.6		16.9			
筋・骨疾患	21.6		18.3		16.4		16.4		15.2				

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	552,119	101位	(18)	529,493	128位	(20)												KDB_No.3 健診・医療・介護 データからみる地域	
				高血圧	513,238	151位	(16)	630,978	72位	(16)													
				脂質異常症	524,273	118位	(20)	491,811	145位	(20)													
				脳血管疾患	609,021	122位	(19)	1,022,517	4位	(19)													
				心疾患	653,720	117位	(17)	1,358,201	1位	(14)													
				腎不全	813,095	57位	(19)	2,029,398	3位	(25)													
				精神	397,485	169位	(24)	481,021	96位	(22)													
				悪性新生物	668,398	50位	(17)	662,977	69位	(15)													
				外来	糖尿病	37,760	73位		34,121	141位													
					高血圧	28,671	141位		27,452	158位													
					脂質異常症	29,230	105位		27,893	126位													
					脳血管疾患	40,958	50位		32,214	131位													
					心疾患	35,187	148位		30,551	171位													
腎不全	135,503	126位			56,142	170位																	
精神	27,289	139位			29,006	103位																	
悪性新生物	42,526	146位			65,736	29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	-			650		1,458		2,810		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	20,665			19,686		15,594		12,706		12,683										
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	-			1,548		4,388		7,804		5,940										
			健診未受診者	48,424			46,889		46,918		35,289		36,479										
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	78	49.7	79	52.7	129,168	57.2	31,779	56.5	4,116,530	55.9	KDB_No.1 地域全体像の把握										
		医療機関受診率	74	47.1	70	46.7	118,763	52.6	28,823	51.3	3,799,744	51.6											
		医療機関非受診率	4	2.5	9	6.0	10,405	4.6	2,956	5.3	316,786	4.3											
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診の 状況	県内順位 順位総数183	健診受診者	157		150		225,931		56,224		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	21.7	県内148位 同規模220位	25.5	県内123位 同規模204位	25.1	全国44位	39.7	34.0											
				特定保健指導終了者(実施率)	1	6.3	18	94.7	938	3.5	498	6.6	35,557	4.1									
				非肥満高血糖	5	3.2	9	6.0	17,429	7.7	5,467	9.7	687,157	9.3									
				メタボ	該当者	25	15.9	32	21.3	37,430	16.6	10,599	18.9	1,272,714		17.3							
					男性	12	22.6	20	36.4	25,731	27.5	7,361	27.9	875,805		27.5							
					女性	13	12.5	12	12.6	11,699	8.8	3,238	10.8	396,909		9.5							
				BMI	予備群	12	7.6	12	8.0	24,029	10.6	6,633	11.8	790,096		10.7							
					男性	10	18.9	8	14.5	16,766	17.9	4,566	17.3	548,609		17.2							
					女性	2	1.9	4	4.2	7,263	5.5	2,067	6.9	241,487		5.8							
				メタボ該当・予備群 レベル	総数	43	27.4	50	33.3	69,361	30.7	19,372	34.5	2,320,533		31.5							
					男性	28	52.8	33	60.0	47,819	51.1	13,388	50.8	1,597,371		50.1							
					女性	15	14.4	17	17.9	21,542	16.3	5,984	20.0	723,162		17.3							
					総数	14	8.9	11	7.3	14,535	6.4	3,615	6.4	346,181		4.7							
					男性	2	3.8	2	3.6	2,471	2.6	629	2.4	55,460		1.7							
					女性	12	11.5	9	9.5	12,064	9.1	2,986	10.0	290,721		7.0							
					血糖のみ	2	1.3	0	0.0	1,283	0.6	464	0.8	48,685		0.7							
					血圧のみ	5	3.2	7	4.7	16,730	7.4	4,606	8.2	546,667		7.4							
					脂質のみ	5	3.2	5	3.3	6,016	2.7	1,563	2.8	194,744		2.6							
血糖・血圧	2	1.3	1	0.7	5,478	2.4	1,913	3.4	196,978	2.7													
血糖・脂質	1	0.6	3	2.0	1,811	0.8	596	1.1	69,975	1.0													
血圧・脂質	12	7.6	11	7.3	19,151	8.5	4,826	8.6	619,684	8.4													
血糖・血圧・脂質	10	6.4	17	11.3	10,990	4.9	3,264	5.8	386,077	5.2													
6	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	生活習慣の 状況	県内順位	服薬	63	40.1	55	36.7	74,890	33.2	20,411	36.4	2,479,216	33.7	KDB_No.1 地域全体像の把握								
				既往歴	15	9.6	20	13.3	15,872	7.0	5,000	8.9	551,051	7.5									
				喫煙	52	33.1	52	34.7	55,219	24.4	12,656	22.6	1,738,149	23.6									
				週3回以上朝食を抜く	4	2.5	4	2.7	7,611	3.5	1,721	3.1	230,777	3.3									
				週3回以上食後間食	3	1.9	5	3.3	12,203	5.6	2,998	5.5	391,296	5.5									
				週3回以上就寝前夕食	0	0.0	2	1.3	1,056	0.5	335	0.6	37,041	0.5									
				食べる速度が速い	16	10.2	24	16.0	20,157	9.2	4,296	8.1	710,650	10.1									
				20歳時体重から10kg以上増加	28	17.8	43	28.7	37,780	16.7	9,314	16.6	1,048,171	14.2									
				1回30分以上運動習慣なし	56	36.1	64	42.7	67,673	33.1	17,050	33.9	2,047,756	32.1									
				1日1時間以上運動なし	121	78.1	120	80.0	126,554	61.6	34,200	67.6	3,761,302	58.7									
				睡眠不足	108	69.7	100	66.7	98,397	48.0	24,869	49.6	2,991,854	46.9									
				毎日飲酒	74	48.7	78	52.0	98,176	48.3	28,359	57.1	3,178,697	50.4									
				時々飲酒	43	27.7	42	28.0	46,484	22.8	10,594	21.2	1,234,462	19.5									
				一日飲酒量	1合未満	45	29.0	55	36.7	55,733	27.3	13,924	27.9	1,636,988		25.9							
					1~2合	95	61.3	81	54.0	131,952	64.7	31,809	63.7	4,152,661		65.8							
					2~3合	15	9.7	14	9.3	16,236	8.0	4,212	8.4	525,413		8.3							
					3合以上	25	16.1	25	16.7	29,861	14.6	8,014	16.0	983,474		15.4							

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

積丹町 H28年度

【参考文献 2】



【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		血圧							
							CKD	GFR							
								尿蛋白							
						糖尿病	糖	服薬							
						高血圧		HbA1c							
						虚血性心疾患	糖 以外	体重							
						脳血管疾患		BMI							
						糖尿病性腎症		血圧							
							CKD	GFR							
								尿蛋白							

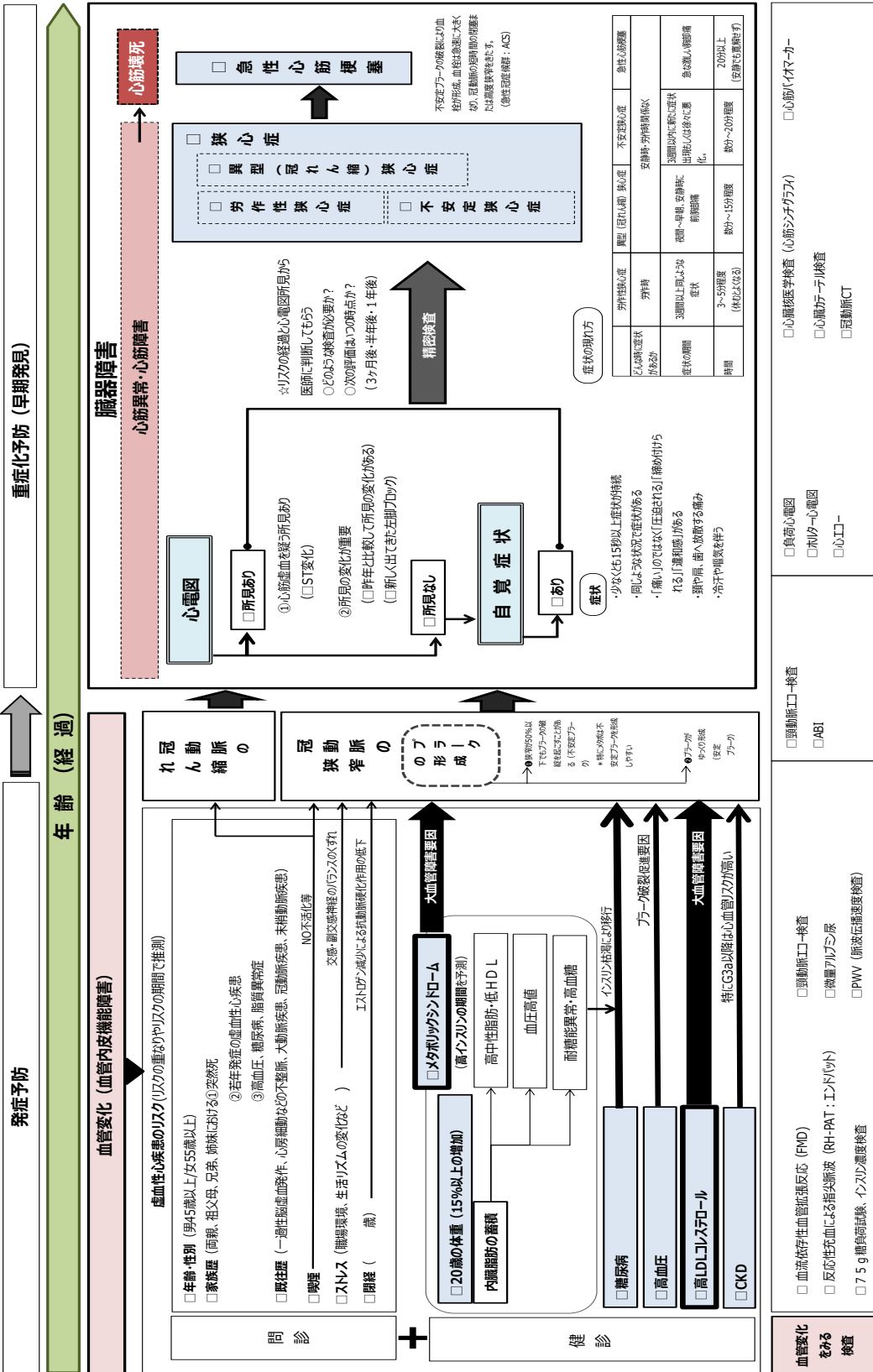
【参考資料 4】

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:												
結果把握	対象者把握	<p>糖尿病管理台帳の全数 (A+B) ( )人</p> <p>A 健診未受診者 ( )人</p> <table border="1"> <tr> <th colspan="2">結果把握(内訳)</th> </tr> <tr> <td>①国保(生保)</td> <td>( )人</td> </tr> <tr> <td>②後期高齢者</td> <td>( )人</td> </tr> <tr> <td>③他保険</td> <td>( )人</td> </tr> <tr> <td>④住基異動(死亡・転出)</td> <td>( )人</td> </tr> <tr> <td>⑤確認できず</td> <td>( )人</td> </tr> </table> <p>①-1 未治療者(中断者含む) ( )人 *対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である</p>				結果把握(内訳)		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
	結果把握(内訳)																
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																
保健指導の優先づけ	結果把握	<p>B 結果把握 ( )人</p> <p>①HbA1cが悪化している ( )人 例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある</p> <p>②尿蛋白 (-) ( )人 (±) ( )人 (+) ~顕性腎症 ( )人</p> <p>③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 ( )人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ( )人</p>															
		地区担当が実施すること	<p>1.資格喪失(死亡・転出)の確認 ----- 後期高齢者、社会保険 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因 ○レセプトの確認協力</p> <p>2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認</p> <p>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</p> <p>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</p>														
		他の専門職との連携	<p>●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん</p> <p>----- 栄養士中心</p> <p>----- 腎専門医</p>														

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

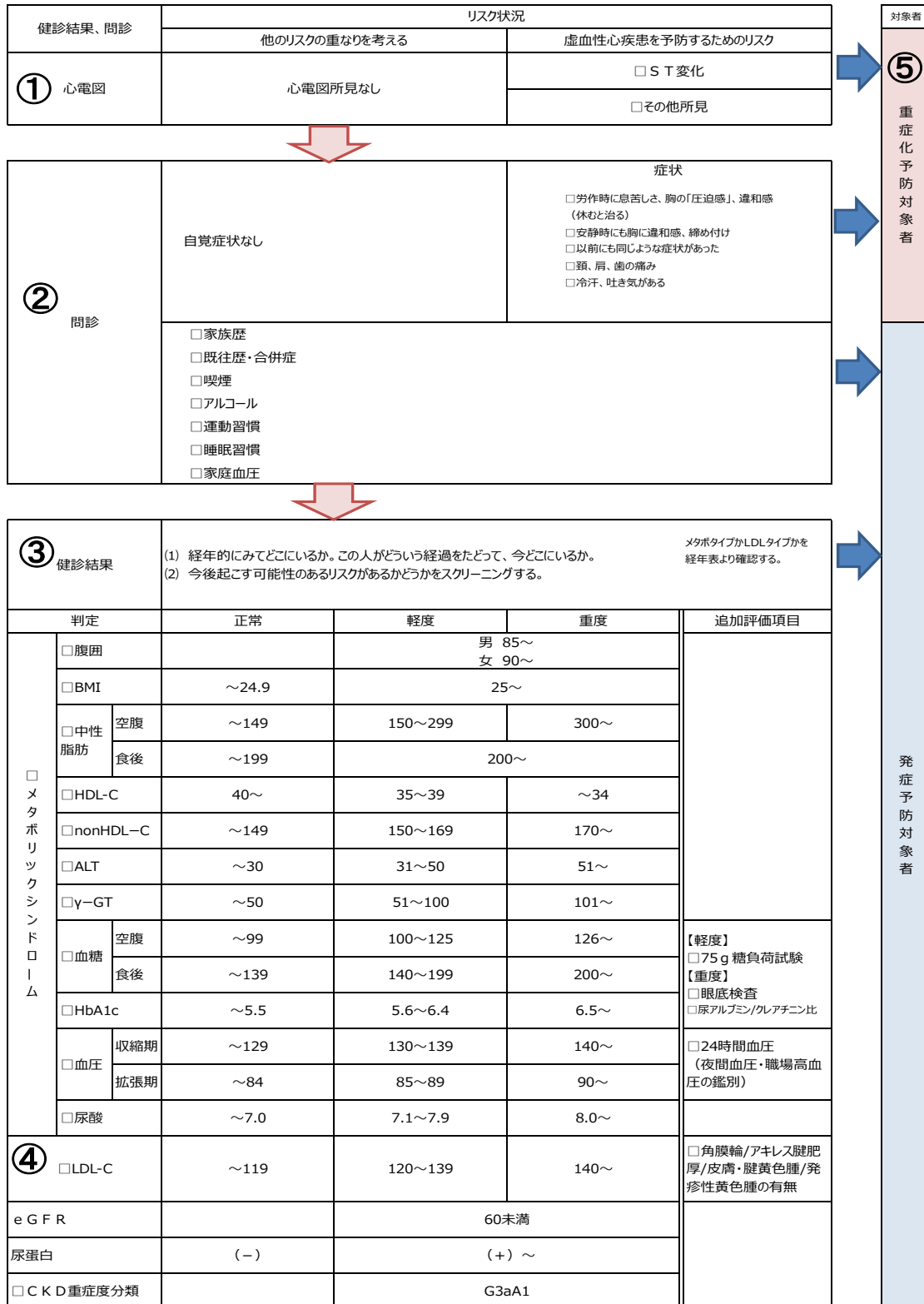
項目	突合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基
		28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数245		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	892人						KDB,厚生労働省様式様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳	670人							
2	①	対象者数	580人						市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書	
	②	受診者数	154人							
	③	受診率	26.6%							
3	①	特定保健指導対象者数	19人							
	②	実施率	94.7%							
4	①	糖尿病型	E	26人	16.9%				特定健診結果	
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	5人	19.2%					
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	21人	80.8%					
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	8人	38.1%					
	⑤	血圧 130/80以上	J	5人	62.5%					
	⑥	肥満 BMI25以上	J	4人	50.0%					
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	13人	61.9%					
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	15人	57.7%					
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		5人	19.2%					
	⑩	第3期 尿蛋白(+)以上		5人	19.2%					
	⑪	第4期 eGFR30未満		1人	3.8%					
5	①	糖尿病受療率(被保険者対)	124.4人						KDB,厚生労働省様式様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳(被保険者対)	164.2人							
	③	レセプト件数 (40-74歳)	697件	(1089.1)			472件	(757.6)	KDB,疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④	入院外(件数)	8件	(12.5)			4件	(5.9)		
	⑤	糖尿病治療中	H	111人	12.4%				KDB,厚生労働省様式様式3-2	
	⑥	(再掲)40-74歳	I	110人	16.4%					
	⑦	健診未受診者	I	89人	80.9%					
	⑧	インスリン治療	O	11人	9.9%					
	⑨	(再掲)40-74歳	O	11人	10.0%					
	⑩	糖尿病性腎症	L	5人	4.5%					
	⑪	(再掲)40-74歳	L	5人	4.5%					
	⑫	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%					
	⑬	(再掲)40-74歳		0人	0.00%					
	⑭	新規透析患者数		0人	0.00%					
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		0人	0.00%					
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		2人	1.6%				KDB,厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー	
6	①	総医療費	3億5162万円				2億6643万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	
	②	生活習慣病総医療費	1億8942万円				1億5163万円			
	③	(総医療費に占める割合)	53.9%				56.9%			
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者 1,548円				8,737円			
	⑤	健診未受診者	46,904円				34,206円			
	⑥	糖尿病医療費	2158万円				1526万円			
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	11.4%				10.1%			
	⑧	糖尿病入院外総医療費	5435万円							
	⑨	1件あたり	34,121円							
	⑩	糖尿病入院総医療費	6460万円							
	⑪	1件あたり	529,493円							
	⑫	在院日数	20日							
	⑬	慢性腎不全医療費	196万円				1315万円			
	⑭	透析有り					1198万円			
	⑮	透析なし	196万円				116万円			
7	①	介護給付費	2億9330万円				3億1509万円			
	②	(2号認定者)糖尿病合併症	0件 0.0%							
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)	0人 0.0%				0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

【参考資料 7】



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



【参考資料 8】

【管理台帳】 健診で「ST変化」の所見があった方

No	追加年度	氏名		H28	H29	その他心疾患			備考	帰結
		行政区	性別			心不全	虚血心疾患	弁膜症		
		担当者	年齢 生年月日							
1		健診受診日								
		心電図所見名								
		再検査指示		有・無	有・無					
		検受診日		H 年 月 日・無	H 年 月 日・無					
		定期通院医療機関								
2		健診受診日								
		心電図所見名		ST-T異常						
		再検査指示		有・無	有・無					
		検受診日		H 年 月 日・無	H 年 月 日・無					
		定期通院医療機関								

【参考資料 9】

【管理台帳】 健診で「心房細動」の所見があった方

ECG=心電図 NOAK=非ビタミンK拮抗性経口凝固薬

No	追加年度	行政区	性別	特定健診その他のECG所見とレセプト(KDB活用)						その他心疾患			備考	帰結
		担当者	年齢	H25年度			H26年度			心不全	虚血心疾患	弁膜症		
		氏名	生年月日	その他のECG所見	診療開始	脳梗塞	その他のECG所見	診療開始	脳梗塞					
1		その他のECG所見		無	有	無	その他のECG所見	有	無					
		薬	内服開始	1. 治療中 2. 治療開始 (月~) 3. 中断 (月~) 4. 受診のみ(服薬無) 5. 病院受診無			薬	内服開始	1. 治療中 2. 治療開始 (月~) 3. 中断 (月~) 4. 受診のみ(服薬無) 5. 病院受診無					
		ワーファリン					ワーファリン							
		NOAK					NOAK							
		APA					APA							
2		その他のECG所見		無	有	無	その他のECG所見	有	無					
		薬	内服開始	1. 治療中 2. 治療開始 (月~) 3. 中断 (月~) 4. 受診のみ(服薬無) 5. 病院受診無			薬	内服開始	1. 治療中 2. 治療開始 (月~) 3. 中断 (月~) 4. 受診のみ(服薬無) 5. 病院受診無					
		ワーファリン					ワーファリン							
		NOAK					NOAK							
		APA					APA							

平成30年度に向けての全体評価

課題 目標	①プロセス (保健指導の実施過程)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (成果)	④ストラクチャー (実施体制)	⑤残っている課題
<p>課題 目標</p> <p>目標</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆特定健診受診率 平成30年目標30%</li> <li>◆特定保健指導実施率 平成30年度目標85%</li> <li>◆健診受診者の検査結果の改善 (血圧、血糖、脂質、CKD)</li> <li>◆虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を減らすことを目的に平成35年度には平成30年度と比較し3疾患をそれぞれ1%減少させる</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>○特定健診 未受診者リストを作成し、対象者は把握していたが、積極的な受診勧奨活動までは至らなかった。電話、訪問勧奨を行っても怪談がなない実態であったため優先して実施する活動としていなかったが、勧奨時に説明資料等は準備していなかったため、受診勧奨の際に効果的な教材を準備していく。</li> <li>○昨年度の各種健診申込者に対する受診勧奨連携を実施。未受診者リストの中から、治療中の対象者を抽出し、データ受領を勧めた。優先し健診受診を勧められるよう、各種台帳整備(糖尿病、心臓病、ST変化)を経年管理できるようにした。</li> <li>○平成30年度に後志広域連合の未受診者対策チームに参加予定であり、事業の中で業者に渡すリストや対象者別フローチャートの準備を行っていく。</li> </ul>	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ポピュレーション/実施状況</li> <li>○医療機関へのアプローチ状況</li> <li>○連合会未受診者対策事業実施後介入状況</li> </ul> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○重症化予防対象者への介入状況</li> <li>○保健指導介入対象者への介入状況</li> <li>○医療機関受診勧奨介入率</li> </ul> <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○CKD医療機関受診勧奨対象者に対するCKD連携モード使用状況</li> <li>○主治医の指示による個別支援実施状況</li> <li>○特定健診委託医療機関拡充の検討</li> <li>○医療機関と連携した個別支援対策の検討</li> <li>○連携中確認状況</li> </ul>	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○特定健診受診率</li> <li>○特定保健指導実施率</li> <li>○未受診者対策</li> <li>○若年健診受診率</li> <li>○データ受領事業結果返送率</li> <li>○連合会未受診者対策事業実施者の健診受診率</li> </ul> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○健診結果結果の状況</li> <li>・項目別割合減少率</li> <li>・特定保健指導対象者の健診結果状況</li> <li>・保健指導後の医療機関受診率</li> <li>・保健指導介入対象者数</li> <li>・重症化予防対象者数(あなみツール)</li> </ul> <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○紹介患者の結果返送率</li> </ul>	<p>支援分担について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○母子保健と成人保健の事業起案、管理については業務分担とし、個別支援・管理については地区担当としている。そのため、各分野の主体的な課題や自指すべき方針は業務分担担当が把握しており、他担当者に伝わりづらい。業務分担の中で個別支援に反映させるべき方針等について共有し、方針に沿った支援が実践できているか確認する機会の確保、記録様式の整備を行う。</li> <li>○重症化予防対策を取り組んでいく上で栄養士の役割は重要である。町民の就業状況、生活背景を踏まえ、それらに応じて活用できる町の栄養士が必要である。</li> <li>○医師会との連携について、データ受領の了解は得られ、結果は届くが、個別支援について機関と治療方針を一致させ、対象者の救済コンロールが良好に行えるようにするため、保健師・栄養士による指導を主治医師が承諾し、指導の結果を主治医師の事例を通じて連携を目的とし、医療機関受診勧奨の際は紹介状に経年表を必ず入れること、保健指導・栄養指導の承諾を得る様式を整備する。</li> </ul>	<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サイクルに基づいて事業を計画する。</li> <li>○事業実施、支援方針等がばらばらにならないよう、保健師及び担当事務職員で話し合い、共通認識を図っていく。</li> </ul> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○健診・医療機関どちらにも未受診となつている対象者の把握・介入</li> </ul> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○継続し特定保健指導対象者となる方への保健指導の工夫</li> <li>○保健指導の効果検証</li> </ul> <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○医師会医師との接点が図れない、日常的な関わりが推し進めていく</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>◆受診勧奨の対象者、アプローチ方法の実践(地区台帳の確認等)</li> <li>◆医療機関の協力率による取組み</li> <li>○早期介入保健指導事業</li> <li>◆対象者の設定・評価方法等(若年者が特定健診受診につながつたか)</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立案</li> <li>◆計画立案に基づき実施</li> <li>◆訪問、事業の目標、評価等検討</li> <li>◆指標に基づく評価の実施</li> </ul> <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆医療とのつながり</li> <li>◆データ受領による結果返送まで協力を得られているが、会議への参加や個々の医療機関との具体的な連携は、進んでいないのが現状</li> <li>◆未受診者対策、重症化予防事業等の関わりの中で、医療機関とのつながりを進めていく</li> </ul>	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○保健指導の標準化は十分ではない、個々の教材使用に任されていたり、基本指導内容の統一が十分に図れていない現状がある。</li> <li>○昨年度までは、保健指導判定値により対象者を選定したが、町民の優先課題や保健師数に合わせ、介入対象者を選定した。また、各検査項目の結果ごとに標準的な保健指導内容、使用資料を設定し、保健指導の負の確保を図った。</li> <li>○特定保健指導対象者が改善せず、継続し対象者となる方が多い。これらの方には保健指導がマンネリ化しており、指導内容に工夫が必要。若年健診では、既に重症化の兆候が現れている対象者が多い。若年者で指導が必要な結果であった場合には介入支援を行い、早期からの重症化予防を実施。</li> </ul> <p>受診勧奨</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○受診勧奨 医療機関受診勧奨者管理台帳を整備し、対象者の受診状況把握しやすくした。</li> </ul> <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○医療機関紹介状を整備しても、受診しない対象者の存在や、受診しても医療機関から結果が返送されない実態がある。</li> <li>○医療機関の記入負担を減らした返信様式への改正や、診察の資料となる経年表等の情報提供を積極的に行い、医師の診断負担を減らす工夫を行った。</li> <li>○未受診者に対しては、定期的な受診確認機会を増やした。対象者を把握しやすいよう未受診者管理台帳整備を促す。</li> </ul>	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ポピュレーション/実施状況</li> <li>○医療機関へのアプローチ状況</li> <li>○連合会未受診者対策事業実施後介入状況</li> </ul> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○重症化予防対象者への介入状況</li> <li>○保健指導介入対象者への介入状況</li> <li>○医療機関受診勧奨介入率</li> </ul> <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○CKD医療機関受診勧奨対象者に対するCKD連携モード使用状況</li> <li>○主治医の指示による個別支援実施状況</li> <li>○特定健診委託医療機関拡充の検討</li> <li>○医療機関と連携した個別支援対策の検討</li> <li>○連携中確認状況</li> </ul>	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○特定健診受診率</li> <li>○特定保健指導実施率</li> <li>○未受診者対策</li> <li>○若年健診受診率</li> <li>○データ受領事業結果返送率</li> <li>○連合会未受診者対策事業実施者の健診受診率</li> </ul> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○健診結果結果の状況</li> <li>・項目別割合減少率</li> <li>・特定保健指導対象者の健診結果状況</li> <li>・保健指導後の医療機関受診率</li> <li>・保健指導介入対象者数</li> <li>・重症化予防対象者数(あなみツール)</li> </ul> <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○紹介患者の結果返送率</li> </ul>	<p>支援分担について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○母子保健と成人保健の事業起案、管理については業務分担とし、個別支援・管理については地区担当としている。そのため、各分野の主体的な課題や自指すべき方針は業務分担担当が把握しており、他担当者に伝わりづらい。業務分担の中で個別支援に反映させるべき方針等について共有し、方針に沿った支援が実践できているか確認する機会の確保、記録様式の整備を行う。</li> <li>○重症化予防対策を取り組んでいく上で栄養士の役割は重要である。町民の就業状況、生活背景を踏まえ、それらに応じて活用できる町の栄養士が必要である。</li> <li>○医師会との連携について、データ受領の了解は得られ、結果は届くが、個別支援について機関と治療方針を一致させ、対象者の救済コンロールが良好に行えるようにするため、保健師・栄養士による指導を主治医師が承諾し、指導の結果を主治医師の事例を通じて連携を目的とし、医療機関受診勧奨の際は紹介状に経年表を必ず入れること、保健指導・栄養指導の承諾を得る様式を整備する。</li> </ul>	<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サイクルに基づいて事業を計画する。</li> <li>○事業実施、支援方針等がばらばらにならないよう、保健師及び担当事務職員で話し合い、共通認識を図っていく。</li> </ul> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○健診・医療機関どちらにも未受診となつている対象者の把握・介入</li> </ul> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○継続し特定保健指導対象者となる方への保健指導の工夫</li> <li>○保健指導の効果検証</li> </ul> <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○医師会医師との接点が図れない、日常的な関わりが推し進めていく</li> </ul>