

2. 健診異常値放置者受診勧奨事業

(1)対象者

本市国民健康保険被保険者で特定健康診査を受診した結果、以下のいずれかの基準などに該当する人。
(但し、特定保健指導対象者は含む、服薬中の者及び年度内75歳になる人を除く。)

- ・収縮期血圧**160**以上又は拡張期血圧**100**以上
- ・**LDL**コレステロール**180**mg以上又は中性脂肪**1,000**mg/dℓ以上
- ・空腹時血糖**126** mg/dℓ以上又は**HbA1c 6.5%**以上

(2)実施方法・実施内容

- ①対象者を抽出し、対象者データ及び名簿・個人票を作成します。(特定保健指導対象者には、受診勧奨及び特定保健指導の案内を同封する)
- ②受診勧奨の案内通知、受診啓發文書を対象者に送付します。
- ③レセプトで受診状況を確認します。

(3)実施期間と目標

①実施期間

平成27年度～平成29年度

②目標

平成29年度末達成目標を、下記のとおり設定します。

- ・対象者の医療機関受診率**15%** (受診勧奨を実施後、医療機関を受診した人数の割合)

3. 糖尿病性腎症重症化予防事業

(1)対象者

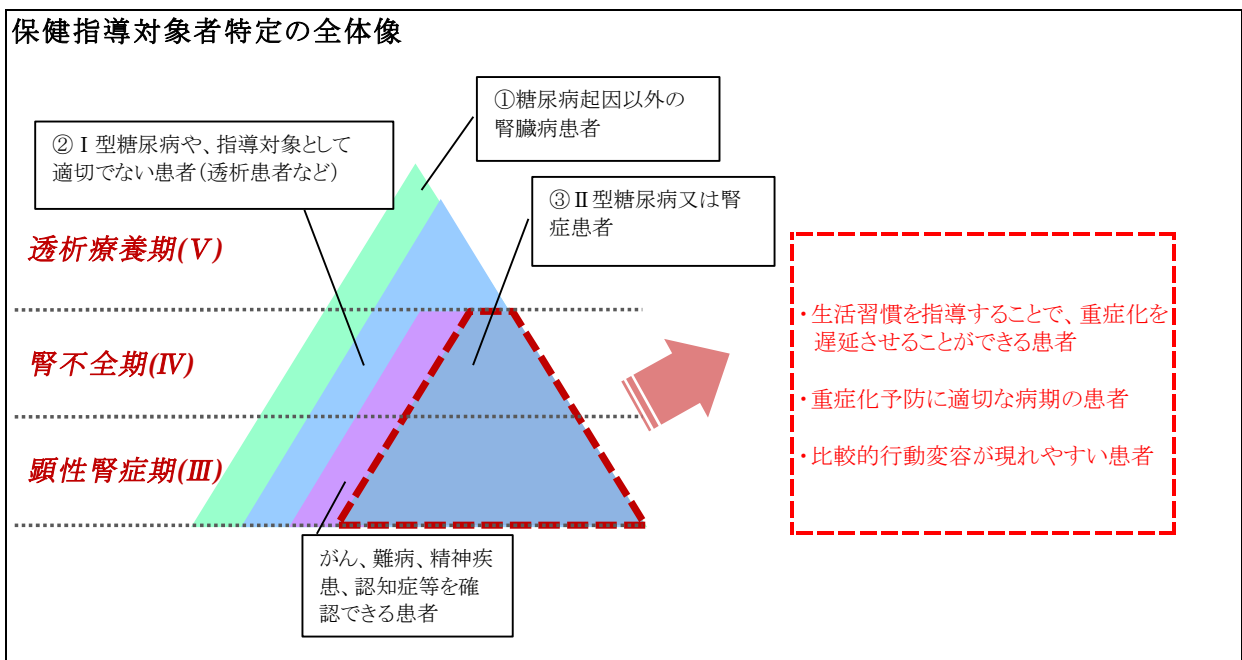
腎症患者の全体像から指導対象者を特定します。まず、全体像を以下のとおりとします。

この全体像の中から、「起因分析と指導対象者適合分析」、「保健指導対象者の優先順位付け」の段階を経て、適切な指導対象者集団を特定します。

病期	臨床的特徴	治療内容
V 透析療養期	透析療法中。	透析療養、腎移植。
IV 腎不全期	蛋白尿。血清Crが上昇し、腎機能は著明低下する。尿毒症等の自覚症状あり。	食事療法(低蛋白食)、透析療法導入、厳格な降圧治療。
III 顕性腎症期	蛋白尿。腎機能は高度に低下。尿毒症等の自覚症状あり。	厳格な血糖コントロール、食事療法(低蛋白食)、厳格な降圧治療。
II 早期腎症期	微量アルブミン尿、血清Crが正常、時に高値。 ※尿蛋白、血清Cr共に正常だが糖尿病と診断されて10年以上の場合を含む。	血糖コントロール、降圧治療。
I 腎症前期	尿蛋白は正常。血清Crが正常、時に高値。	血糖コントロール。

まず、「腎症の起因分析と指導対象者適合分析」行います。①緑部分は糖尿病起因以外の腎臓病患者と考えられ、②青部分は糖尿病患者ですが、生活習慣を起因としていない I 型糖尿病患者や、指導対象として適切でない患者(透析患者、腎臓移植した可能性がある患者、すでに資格喪失している等)と考えられます。③紫色部分は生活習慣起因の II 型糖尿病又は腎症と考えられる患者で、この患者層が保健指導対象者として適切と考えられます。本市では、指導効果が表れやすい腎症の病期 III～IV 期の人を対象とします。

次に、個人毎の状態を詳細に分析します。ここでは、「複雑なケースが含まれる集団」、つまり、がん、難病、精神疾患、認知症等が含まれる患者と、それらの疾病が確認できない「比較的行動変容が現れやすい集団」に分けられます。「比較的行動変容が現れやすい集団」を本事業の対象者とします。



(2) 実施方法・実施内容

①保健指導

- ・指導は、保健師等の専門職が一定期間(6か月程度)行います。(面談2回、電話3～4回)
- ・指導開始時、主治医に「生活指導確認書」を記入いただき、主治医の治療方針に沿った指導を行います。
- ・初回面談では対象者の検査結果、生活習慣状況を把握し、指導完了までの目標を定めます。
- ・面談で目標を決定した後、月に1回程度の電話指導を行い、目標に向けた取り組みが行われているかを確認します。
- ・最終的には、今後サポートがなくなったとしても改善した生活習慣を維持することができるよう自立に向けた指導を行います。
- ・1か月に1枚、主治医に指導内容を報告します。
- ・1年目の指導が修了後、必要な人には2年目フォロー指導を行います。

②進捗状況の把握及びモニタリング

- ・指導完了後、生活改善が継続されているかを確認します。
- ・以下方法により指導期間中の進捗状況の把握と、指導完了後のモニタリングを実施します。

実施時期	進捗状況の把握及びモニタリング	方法	頻度
指導完了後 (モニタリング)	1.レセプトを使用した確認	レセプトを使用し、対象者の医療機関への通院状況を確認する。定期的な通院を行っているか、病期が進行し入院等が発生していないかを把握する。	1回/1年
	2.特定健診データを使用した確認	特定健診のデータを使用し、対象者の状態を把握する。	1回/1年
	3.指導後のフォロー	1.2.の状況確認後、フォローが必要な場合は電話指導を行い、悪化の傾向が見られる対象者には次年度の再指導も視野に入れる。	1回/1年

(3) 実施期間と目標

①実施期間

平成28年度～平成29年度

②目標

平成29年度末達成目標を下記のとおり設定します。

- ・指導対象者の指導実施率**20%**
- ・指導対象者の生活習慣(自己管理、QOL)改善率(アンケート結果) **70%**
- ・指導対象者の検査値(血圧、クレアチニン、eGFR、HbA1c、血糖)改善率**70%**
- ・指導対象者の糖尿病性腎症における、病期進行者**0人**。

4. 受診行動適正化指導事業

(1)対象者

重複受診者、重複服薬者として次の条件に該当する対象者を抽出します。

- ・重複受診・・・ひと月に同系の疾病を理由に3医療機関を受診
- ・重複服薬・・・ひと月に同系の医薬品が複数の医療機関で処方され、処方日数が一定以上

次に、指導対象者として適切ではない可能性がある患者を「除外設定」により除外します。多受診が必要な医療である可能性がある患者、また指導が困難な可能性がある患者、事業の効果を測定できない患者について除外します。

次に、指導することで効果が高い対象者を特定します。これは費用対効果を重視し、「優先順位」を決めるためです。6か月間のレセプトを分析し、6か月間のレセプトのうち5～6か月重複受診・重複服薬に該当する患者を最優先とし、次に3～4か月重複受診・重複服薬に該当する患者、最後に2か月重複受診・服薬に該当する患者を対象とします。

優先順位(重複受診者、重複服薬者)

↑ 高 効果 ↓ 低	6か月レセプトのうち 5～6か月 重複・頻回・重複服薬に 該当する患者	候補者A	候補者C	候補 者 と し な い
	6か月レセプトのうち 3～4か月 重複・頻回・重複服薬に 該当する患者	候補者B	候補者D	
	6か月レセプトのうち 2か月 重複・頻回・重複服薬に 該当する患者 (ただし最近2か月レセに該当)	候補者E	候補者F	
	その他の 重複・頻回・重複服薬患者			
		60歳以上	50～59歳	50歳未満
		←良 効率 悪→		

(2)実施方法・実施内容

- ①対象者を抽出します。
- ②対象者に案内文書を送付します。
- ③担当保健師・看護師は、対象者にハガキを送付します。
- ④担当保健師・看護師は電話で対象者に詳細説明をし、訪問のアポイントメントをとります。
- ⑤対象者の同意があれば、訪問指導日を決定する。指導対象者一人に対し、1回の訪問指導を行います。
その後1～2か月後に1回の電話指導を行います。
- ⑥レセプトで受診状況を確認します。

(3)実施期間と目標

①実施期間

平成28年度～平成29年度

②目標

平成29年度末達成目標を下記のとおり設定します。

- ・指導対象者の指導実施率20%
- ・指導対象者の受診行動適正化50% ※

※受診行動適正化指導の指導前と指導後でひと月当たり医療費を比較し、受診行動が適正化された人数の割合。