

第5章

保健事業の実施内容

第5章 保健事業の実施内容

1. 対象者・内容・方法

対象者は、糖尿病に関連する HbA1c について、特定健診の結果等に応じて4つに階層化し、それぞれ保健事業を実施します。

① 糖尿病・糖尿病性腎症に対する普及啓発事業

対象者	全町民
具体的な内容 と方法	神戸町の広報誌等で、糖尿病や糖尿病性腎症、その予防策などについての知識の普及を図る。

② 75g 糖負荷検査勸奨事業

対象者	糖尿病予備軍もしくは早期の糖尿病である者 (特定健診の結果、HbA1c : 6.0~6.4%かつ過去5年 OGTT 未実施の者)
具体的な内容 と方法	特定健診の結果と一緒に OGTT 実施を勧める説明文(裏面が実施結果報告書)を配布。医療機関から戻ってきた実施結果報告書の内容をまとめて医師会に報告予定。 OGTT を実施しない方については、未実施の理由を把握するためのアンケートを実施。アンケート結果については、治療中や独自ですでに実施している人などを除外し真の対象者の把握や医師会報告のための資料とする。郵送でのアンケートが回収できなかった場合は、電話等で未実施理由について聴取するとともに、必要に応じて保健指導を行う。

③ 医療機関未受診者に対する受診勸奨事業

対象者	すでに糖尿病になっているが治療されていない者 (特定健診の結果で HbA1c : 6.5%以上かつ医療機関未受診者、または糖尿病治療で通院していたが、最終の受診から1年以上経過している者)
具体的な内容 と方法	健診による該当者のみ健診結果は受診医療機関で返却(それ以外の方は郵送)とし、対象者は医療機関で結果説明を受け、糖尿病についての診察も受ける。 糖尿病治療中断者は、レセプト情報より対象者を抽出し、最終受診の医療機関に真の対象者かどうか確認する。その後、電話や個人面接などにより受診を勧奨する。

※ 神戸町の特定健診は町内の指定医療機関のみの受診となるため、町外にかかりつけ医がある場合は、健診受診医療機関とかかりつけ医が異なる場合がある。この場合は保健師が対象者と個別面接を実施し、医療機関を受診するよう説明する。

④ 糖尿病性腎症ハイリスク者に対する保健指導事業

対象者	糖尿病の治療を行っているが腎症の発症リスクが高い者 (特定健診の結果で糖尿病治療中かつ尿蛋白+または eGFR : 60 以下、 または医療機関が保健師による保健指導が必要と判断された場合)
具体的な内容 と方法	特定健診の結果について基準に該当する者のリストを作成し、医療機関 に提出。医療機関は提出された名簿をもとに対象者を選定。その後、保 健センター保健師が保健指導を実施。 糖尿病治療中の患者について、特定健診の受診の有無に関わらず、医 療機関が必要と判断した者を抽出して保健センターに指導を依頼。

※ 糖尿病性腎症ハイリスク者に対する保健指導事業では、国保加入者以外の町民も町内の医療機関を受診しているため、医療機関から要望があった場合は各医療保険者と連携を図りながら国保以外の対象者にも保健指導を実施することとする。

2. 評価方法・目標値

評価については、KDB システム等の情報を活用し、下記の項目について評価することとします。KDB システムからのデータについては経年変化、同規模保険者、県や国との比較を行い、優先課題を設定していきます。具体的な目標値については、県や国と比べて高い水準を維持している項目については、現状維持を目標とします。県や国と比べて低い水準にある項目については、県や国と比べて同水準に達することを目標とします。

<KDB システムの情報より>

- ア) 全体の経年変化 (神戸町の地域特性)
- イ) 医療費の変化 (総医療費、1人あたりの医療費)
- ウ) 疾病の発生状況の経年変化
 - ① 中長期的な目標疾患 (虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症、COPD)
 - ② 短期的な目標疾患 (糖尿病、高血圧、脂質異常症、高尿酸血症)
- エ) 特定健診受診率、特定健診保健指導率、受診勧奨者の経年変化
- オ) 健診有所見割合の経年変化
- カ) 健診メタボリック該当者、予備群の経年変化
- キ) 健診質問票の経年変化

加えて、重点的に実施した保健事業については以下の内容で評価を行います。

OGTT については過去5年間 (平成 24~28 年度) の実施率が 22.3%であったため 30%を目標とし、OGTT 未実施理由の把握についてはアンケート未解答の方には電話等で確認するため実施率 100%を目標とします。それ以外の医療機関未受診者に対する受診勧奨事業と糖尿病性腎症ハイリスク者に対する保健指導事業についても、対象者すべてが医療機関を受診または保健指導を受けることが目指すべき姿と考え、実施率 100%を目標とします。

アウトカム評価項目の目標値については、数年間の実施結果を蓄積した後に具体的な目標値を設定します。

事業		アウトプット評価項目	アウトカム評価項目
75g 糖負 荷検査 勸奨事業	【OGTT 受診勸 奨】	・対象者数（HbA1c:6.0～6.4%以上の者のうち治療中の者を除外した数、うち過去5年以内にOGTTを実施した者を除外した数） ・実施数（実施率）	＜短期的指標＞ ・特定健診受診者については健診結果の変化（主にHbA1c・eGFRの低下率） ・CKD重症度分類のステージについて維持・改善・悪化の数 ・尿蛋白の改善状況
	【OGTT 未実施理由の把握】	・対象者数（OGTT対象者からOGTT結果通知のあった者を除いた数） ・実施数（実施率） ・アンケート結果や電話等での状況調査を行った結果、保健指導を行った者の数	
医療機関 未受診者 に対する 受診勸奨 事業	【特定健診の結果、HbA1cが6.5%以上、かつ医療機関未受診者】	・対象者数（HbA1c:6.5%以上の者のうち治療中の者を除外した数、うちすでに医療機関でフォロー中の者を除いた数） ・対象者の医療機関受診者数（受診率）	＜長期的指標＞ ・未受診者数、治療中断者数（糖尿病および糖尿病性腎症）の推移 ・糖尿病性腎症を原疾患とした新規人工透析導入患者数の推移 ・糖尿病および糖尿病性腎症、人工透析にかかる医療費の推移
	【糖尿病治療中断者】	・対象者数（レセプト結果より抽出した対象者数、医療機関でフォロー中の方を除いた数） ・実施数（実施率） ・対象者の医療機関受診者数（受診率）	
糖尿病性 腎症ハイ リスク者 に対する 保健指導 事業	【特定健診の結果、糖尿病治療中で尿蛋白+またはeGFR:60以下の者】	・対象者数（特定健診の結果左記基準に該当する者の数、うちすでに医療機関でフォロー中の者を除いた数） ・対象者の保健指導実施者数（実施率）	
	【医療機関が保健師による保健指導が必要と判断した者】	・対象者数 ・対象者の保健指導実施者数（実施率）	

3. 計画の見直し

平成30年度より、計画に掲げた目的・目標の達成状況を毎年評価し、計画の最終年度に総評価を行い、以降の計画において見直しを行います。

また、KDBシステムに収載される健診・医療・介護のデータを用いて受診率・受療率・医療費等の動向を定期的に確認します。

さらに、特定健康診査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します。