

健康管理事業を実施する自治体の取組内容

介入の主体	福祉事務所の保健師が介入	福祉事務所の保健師が介入
	A市	B市
被保護人員 (H29.4)	2115人	2803人
職員の配置状況	・保健師：1名（専任、常勤） ・看護師：1名（専任、非常勤）	・保健師：1名（専任、非常勤） ・事務職員：1名（併任、常勤）
連携会議の実施状況	・保健師、看護師、管理栄養士、事務職により構成（福祉部局、健康部局が参加）	・保健師とCWにより構成
主治医との連携状況	・病状調査、受診同行、病状悪化時に相談。	・支援計画書立案時の相談。
対象者	①全受給者のうち、積極的な介入が特に効果的と思われる者 ②一般健診受診者（151名）のうち、要指導となった者（74名）	①稼働年齢層のうち、レセプト抽出で「糖尿病、高血圧症、脂質異常」に該当した者（385名） ②上記に該当しない者（異常項目該当なし） *基本的に、入院しておらず、要介護1以下の状態で、在宅で自立して生活できる者を対象。 *知的、認知障害、精神疾患、生活習慣病以外の重症な疾患がある場合を除く。
参加者の選定方法	【①について】 ・生活習慣に関するチェックリストをもとに、CWと保健師が協議して要支援者を決定。本人の同意がとれた者を選定。 【②について】 ・健康相談利用後も継続支援が必要な者、また利用につながらなかったが保健指導など支援が必要な者を選定。	【①について】 ・健診や医療機関の採血データ、CWの意見、本人面談を参考にして選定し、さらに同意が得られた者を選定。 ・さらにハイリスク者定義・基準（*）に沿って、a)ハイリスク者（個別支援対象）とb)要医療者（支援予備群）に振り分ける。 *ハイリスク者定義・基準 【糖尿病】 HbA1c 7.0% 以上 【高血圧】 140/90 mmHg 以上 【脂質異常症】 TG:150mg/dl以上、LDL:140mg/dl以上、HDL:40mg/dl未満、かつ生活習慣チェックリストで2つ以上のカテゴリーが「要注意」に該当
介入方法	【①について】 ・月1回程度の面接、又は訪問による保健指導。 ・医療機関未受診者や通院中であっても血液検査を実施していない者に、一般健診の受診勧奨。 【②について】 ・個別健康相談（保健センター）の利用勧奨。 ・継続支援が必要な者等について保健指導を実施。 【健診の受診勧奨の方法】 ・電話や訪問による受診勧奨 ・受診券の個別通知・送付 【医療機関受診中断者、未受診者への対応】 ・福祉事務所の保健師等が同行受診。	【①について】 a) 毎月面談 b) 随時面談 ・定期受診ある者：病院に連絡のうえ、初回受診に同行し、主治医に病状・治療方針を確認する。その後は毎月採血結果を確認して評価し、必要時に受診同行する。 ・定期受診ない者：医療受診勧奨を実施。医療機関受診後、本人から採血結果、治療方針、処方内容、指導内容を聞き取り、半年後に採血結果を確認。 【②について】 情報提供、健康教室などの社会資源への促し。来年度の健診受診勧奨。 【健診の受診勧奨の方法】 ・電話や訪問による勧奨、受診案内の個別通知・送付。 【医療機関受診中断者、未受診者への対応】 ・アセスメントシートを利用し、CW・保健師面談で受診勧奨。
参加人数 （生活習慣病重症化予防）	14名	23名
参加人数 （生活習慣病発症予防）	18名	—

介入の主体	外部委託型	保健センターに委託
	C市	D市
被保護人員 (H29.4)	13446人	5895人
職員の配置状況	・保健師：1名（専任、常勤）＋2名（外部委託）	・看護師：3名（専任、非常勤） ・事務職員：6名（併任、常勤）
連携会議の実施状況	・開催していない	・開催していない
主治医との連携状況	・取っていない。	・支援を実施する中で、主治医の協力を仰ぎたい場合に相談。
対象者	① 健診を受診した者（約500名）のうち、特定保健指導対象者の基準を満たす者 ② 保健指導の基準を満たさないが、血圧、脂質、血糖のいずれかで異常値があり、未治療の者	① 健診データより特定保健指導対象者の基準を満たす者（平均 4.4名/月） ② 医療機関未受診者や健康状態を理由に就労に難色を示すケースで対応に苦慮する者 ③ 保健指導を拒否している者もしくは、保健指導後に継続して健康管理が必要な者（74歳未満）
参加者の選定方法	【①について】 ・ケースワーカーと個別相談のうえ、保健指導の本人同意が得られた者（約25名）を選定。 【②について】 ・ケースワーカーと個別相談のうえ、保健指導の本人同意が得られた者（約15名）を選定。	【②について】 ・ケースワーカーからの相談を受けて随時選定。 【③について】 ・空腹時血糖値110mg/dl以上、かつHbA1c 6.0以上の者を選定。（ただし、糖尿病の治療中でHbA1c 7.0以下の者は除く）（平均 0.5名/月）
介入方法	・全受給者に対して、歯周病予防、飲酒、喫煙に関する各パンフレットを作成し、送付。 【①について】 ・特定保健指導に準じて、保健師が動機付け支援、積極的支援を電話、訪問等により実施。 【②について】 ・生活習慣等を聞き取り、動機付け支援レベルの健康管理支援を電話、訪問等により実施。 ・運動、間食防止、野菜摂取に関する各パンフレットを使用して、保健指導を実施。 【健診の受診勧奨の方法】 ・健康診査、および歯周病検診の受診勧奨通知を送付。 ・支給証発行の際にチラシを同封している。 【医療機関受診中断者、未受診者への対応】 ・対象としていない。	【①について】 ・保健指導の受診勧奨。 【②③について】 ・家庭訪問による保健指導の受診勧奨、医療機関への同行受診等。 【健診の受診勧奨の方法】 ・受診券の送付。電話や訪問による受診勧奨。 ・健康に関する話題を盛り込んだ紙面を発行し、各受給世帯に送付。 【医療機関受診中断者、未受診者への対応】 ・福祉事務所の看護師等が家庭訪問や同行受診を実施。
参加人数 （生活習慣病重症化予防）	—	25名
参加人数 （生活習慣病発症予防）	40名	31名

介入の主体	福祉事務所の保健師が介入	外部委託型
	E市	F区
被保護人員 (H29. 4)	10283人	7447人
職員の配置状況	<ul style="list-style-type: none"> ・保健師：2名（専任、非常勤） ・保健師：1名（併任、常勤） ・精神保健福祉士：1名（併任、常勤） ・レセプト点検員（レセプト分析や対象者抽出）：2名（非常勤） 	<ul style="list-style-type: none"> ・保健師：1名（外部委託） ・精神保健福祉士：5名（外部委託） ・事務担当者：1名（外部委託）
連携会議の実施状況	・保健師、社会福祉士、事務職員、外部委員（医師会等）により構成（福祉部局、健康部局、介護部局、子ども政策部局が参加）	・開催していない。
主治医との連携状況	・支援方針を策定する段階で、主治医へ治療方針の確認を実施。	・対象者の決定や、支援方針の策定の際に相談。
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ① 糖尿病の治療中かつ合併症を発症している者 ② 糖尿病の治療中であるが、合併症を発症していない者 	<ul style="list-style-type: none"> ① 40～64歳の被保護者（約2,500人）のうち、検診結果で生活習慣病予備群の者（医療機関未受診の者） ② 精神疾患や周縁部の者（精神科受診、未受診にかかわらない）
参加者の選定方法	<p>【①について】 レセプトから、糖尿病治療中かつ、合併症を発症している者を抽出。その上で、医療要否意見書に記載された検査値や健診結果を参考に、血糖コントロール不良の者を抽出。そのうち、行動変容の技法により、取組効果が期待される者を、ケースワーカーと個別相談のうえ、参加者として選定。（平成28年度 6名、H29年度 13名） （精神疾患や知的障害がある者等の生活習慣の改善や適切な受療・服薬に自ら取り組むことが難しいと思われる者は除外。また、人工透析導入者も除外）</p> <p>【②について】 レセプト分析。疑い病名と考えられる者は除外。</p>	<p>【①について】 レセプトから前3ヶ月間、医療機関未受診の者を抽出。健診結果が区の「糖尿病ハイリスク者の判定基準」に該当する者を選定。</p> <p>【②について】 CWの判断</p>
介入方法	<p>【①について】 行動変容の技法を活用し、動機・意欲の強化を図っている。</p> <p>【②について】 ・重症化予防に関するパンフレットの送付。（平成28年度 433名、平成29年度 732名に送付） ・パンフレットの内容や健康に関する相談受付。</p> <p>【健診の受診勧奨の方法】 ・広報および前年度受診歴ある者への受診券の送付。（保健部局） ・電話や訪問による受診勧奨。（福祉事務所）</p> <p>【受診中断者、未受診者への対応】 ・福祉事務所の看護師等による家庭訪問や同行受診。</p>	<p>全被保護者に対して、健康相談、助言指導を実施。</p> <p>【①について】 ・区の“健康づくり健診”受診勧奨。 ・健診結果に基づき、区の「糖尿病予防対策事業」への参加勧奨等糖尿病重症化予防、生活習慣病予防、医療機関受診勧奨を実施。</p> <p>【②について】 ・精神保健福祉士による、カウンセリングや医療機関受診同行、服薬確認等。 ・地域支えあい推進室 地域ケア分野の保健師による同行受診の支援。（精神疾患のある者で未受診、治療中断、主治医に意思疎通が図れない場合等必要に応じて）</p> <p>【健診の受診勧奨の方法】 ・電話による受診勧奨。</p> <p>【受診中断者、未受診者への対応】 ・福祉事務所の保健師等による家庭訪問や同行受診。</p>
参加人数 （生活習慣病重症化予防）	19名	16名
参加人数 （生活習慣病発症予防）	31名	76名

介入の主体	外部委託型
	G市
被保護人員 (H29. 4)	44062人
職員の配置状況	<ul style="list-style-type: none"> ・保健師：1名（外部委託） ・看護師：3名（外部委託） ・事務担当者：1名（外部委託）
連携会議の実施状況	・開催していない。
主治医との連携状況	・支援方針策定の際、主治医に治療方針を確認する。
対象者	<p>① 健診受診勧奨</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成29年度末までに30～39歳となる者 ・平成29年度末までに40歳以上となる者であって、生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常）による通院を行っていない者 <p>② 適正受診指導</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ひと月に同系の疾病を理由に複数の医療機関を受診する重複受診者 ・ひと月に同系の医薬品を複数の医療機関から一定以上の日数分処方されている重複服薬者 <p>③ 糖尿病等の重症化予防・健康づくり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症2～3期で治療中の者（540名）* 介入困難ケース（精神疾患、癌、難病等）を除く
参加者の選定方法	<p>【②について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者の必要な医療の確保に配慮しつつ、複数回の検査や投薬などによる体への負担・症状の悪化・副作用など、生じるリスクにも配慮し、指導効果の高い者を選定。 ・お薬手帳の活用について特に指導を行う必要がある者を選定。 <p>【③について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・CWと相談し、積極的介入が効果的と考えられる者を選出（60名）。 ・さらに当該プログラムへの参加について本人同意を得るとともに、主治医に治療方針を確認したうえで参加者を決定。
介入方法	<p>【①について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケースワーカーによる受診勧奨（訪問・電話） <p>【②について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重複受診・重複服薬の適正化指導 ・お薬手帳の活用普及促進 <p>【③について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健師・看護師による面接、電話、手紙による保健指導（服薬管理・食事管理・運動管理）を6ヶ月間実施。 <p>【健診の受診勧奨の方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・電話・訪問による受診勧奨。受診勧奨チラシの送付。 <p>【受診中断者、未受診者への対応】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健師・看護師が対面面接と電話による指導を実施。
参加人数 （生活習慣病重症化予防）	60名
参加人数 （生活習慣病発症予防）	—