

参考資料一3

(事 例)

平成 29 年 1 月 12 日
厚生労働省保険局国民健康保険課

糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定（長野県）



しあわせ信州

これまでの取組と課題

- 発症予防から重症化予防への連携（特定健診の結果による受診勧奨）が不十分。
- 保険者が医療機関で治療中の者に対する介入を行うのが困難。
- かかりつけ医と保険者との連携が不十分。
- 小規模市町村が多いため、保険者間で取組状況にバラつきがある。

策定の経緯

<市町村からの要望>

- かかりつけ医との連携の枠組みを県レベルで構築して欲しい。
- 保険者努力支援制度の評価対象となることを見据えて、全市町村で取り組めるよう、プログラムを策定して欲しい。

長野県におけるプログラムの策定 (H28年8月公表)



プログラムの内容(工夫した点)

○保険者協議会との連携

長野県医師会、長野県糖尿病対策推進会議に加え、長野県保険者協議会と連携して策定。

将来的に被用者保険での取組も視野に入れて、策定段階から実施主体の保険者と連携。

○プログラムにおける取組

- ①受診勧奨 ②保健指導 ③かかりつけ医と専門医の連携
- ①と②の対象者選定基準は、国プログラムより拡大し、保険者が柔軟に決められる。

保険者でのこれまでの取組を尊重
保健指導の対象者選定基準では、糖尿病性腎症を発症している者だけでなく、そのリスクが高い者も含めた。(喫煙者、メタボ等)

○保健指導の実施手順 以下の2パターンを提示

- ①包括同意…あらかじめ、かかりつけ医(郡市医師会)から保健指導の対象者選定基準と実施する保健指導の内容について了解を得ておき、個別の同意は得ない。
- ②個別同意…個々の対象者について、かかりつけ医の同意を得る。

地域の実情に沿った取組を推進
マンパワーの少ない小規模市町村でも、事務負担を簡素化できる包括同意の手順を採用することにより、かかりつけ医との連携を進めやすくなる。

今後の展開

<現状の取組状況> (H28.10月時点)(全市町村数77)
受診勧奨: 51市町村(66%) / 保健指導: 47市町村(61%)

<目標>

まずは全市町村国保で受診勧奨の取組をH29年度中に開始することを目指す。(残り26市町村)

県としての取組

- 市町村が郡市医師会等と調整を行う際のサポート
例) 県の保健福祉事務所が、包括医療協議会の場を活用し、市町村と医療関係者との調整を行う。
- 市町村保健師、栄養士等の専門職のスキルアップの支援
- 保険者協議会を活用した、好事例の横展開

高知県における重症化予防対策の取組みについて



県民が健やかで心豊かに、支え合いながら生き生きと暮らすために

1 第3期日本一の健康長寿県構想

＜血管病（脳血管疾患、心疾患、糖尿病）対策の推進＞
 ・特定健診の受診勧奨の強化や特定保健指導の体制強化、要治療者への受診勧奨強化の取組みにより血管病対策を推進

重症化予防対策

未治療ハイリスク者への早期介入及び治療中断者に対する治療継続の支援

治療開始及び症状の悪化防止や合併症の発症減少、治療継続による重症化の予防

2 事業の進め方

KDB国保データベースシステム、特定健診等データ管理システムを活用したハイリスク者の抽出

未治療者一覧作成ツール

健診結果から有所見者を抽出し、その内、高血圧、糖尿病、脂質異常症にかかる投薬の算定有無を確認することで未治療者をリスト化するためのツール

治療中断者一覧作成ツール

糖尿病における治療中断者をリスト化するためのツール。
 前年度の治療状況から糖尿病重症患者を選定し、その内、今年度の糖尿病治療（投薬、インスリン注射等）が無い者を抽出する。

- ・リストを作成し、ハイリスク者へのアプローチを実施
- ・重症化予防対策をPDCAサイクルに沿って進めるために保険者から県に進捗の報告

(参考)ツールの指定条件による抽出結果(H28.8.12現在)

①H27年度特定健診受診者数	②未治療者数(※1)	抽出率②/①
47,934	1,153	2.4%

①H27年度平均被保険者数	②糖尿病治療中断者数(※2)	抽出率②/①
199,228	753	0.4%

(※1) 未治療者 (ツール抽出条件)

- ◆H27年度健診受診者で条件に該当する者の内、H27年度内に血圧・血糖・脂質いずれも服薬が無い有資格者
- ◆条件【血圧160/100以上、HbA1c8.4以上、尿蛋白2+以上、eGFR40未満のいずれかに該当】

(※2) 糖尿病治療中断者 (ツール抽出条件)

- ◆H27年度に糖尿病治療等【糖尿病薬、インスリン注射、HbA1c検査、生活習慣病管理料(糖尿病)、栄養指導料】が有り、H28年度(4~5月診療分)に糖尿病治療等の無い者の内、H27年度に糖尿病性合併症(網膜症・腎症・神経障害)又はインスリン注射が有る有資格者

3 スケジュール

- ・H28年3月：試作版を全市町村に配布
 国保連合会からXRLにてツール、操作マニュアル、アンケートの配布
 (アンケート締切：H28年4月22日(金))

- ・H28年4月~5月：上記アンケートを踏まえ、国保連合会で試作版ツールを改良

- ・H28年5月~6月：説明会開催

- ・H28年8月：正式版ツールを全市町村に配布

- ・H28年8月：市町村でH27データによるリストを作成、
 県に介入前の状況を報告(5月診療分を反映)

ハイリスク者へのアプローチ開始

- ・H29年1月：市町村から県に介入内容等の進捗の報告(10月診療分を反映)

ハイリスク者へのアプローチ継続

- ・H29年6月：市町村から県に介入内容等の進捗の最終報告(3月診療分を反映)
 市町村でH28データによるリストを作成

寝屋川市について

- 人口 (H28年度9月現在) 237,925人
- 高齢化率 (H28年度9月現在) 28.0%
- 被保険者数 (H28年度8月末現在) 64,264人
- 特定健診対象者 (H28年度8月末現在) 47,244人
- 特定健診受診率 (H26年度法定報告) 35.6%
- 特定保健指導実施率 (H26年度法定報告) 23.1%

- 執務従事者 保健師3名 事務職員2名
管理栄養士 (委託) 2名

まずCKD(慢性腎臓病) 予防から

- 健診項目の追加(市独自) : 尿酸、クレアチニン、e-GFR
- 重症化予防事業 対象1,863名(H27の状況)
教室参加403名 個別相談294名

	案内人数	教室参加人数	参加人数
HbA1c6.5%	437人	104人	23.8%
血圧Ⅱ度以上	336人	101人	30.1%
e-GFR60未満 70歳以上50未満	992人	198人	20.0%

- 二次検査 : 頸部血管エコー、尿アルブミン
- 地域連携協定 : 二人主治医、重症化予防イベント、
ケース検討会

対象者選定基準

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (e-GFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30未満)	30以上
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299)	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
第4期 (腎不全期)	問わない	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

寝屋川市

腎機能低下
(e-GFR60未満)
尿アルブミン値
糖尿病治療歴のある方
or
高血糖
(HbA1c6.5%以上)
尿アルブミン値
e-GFRの数値

病期を分類

高血糖の教室

- 従事者：保健師1～2名、管理栄養士1名

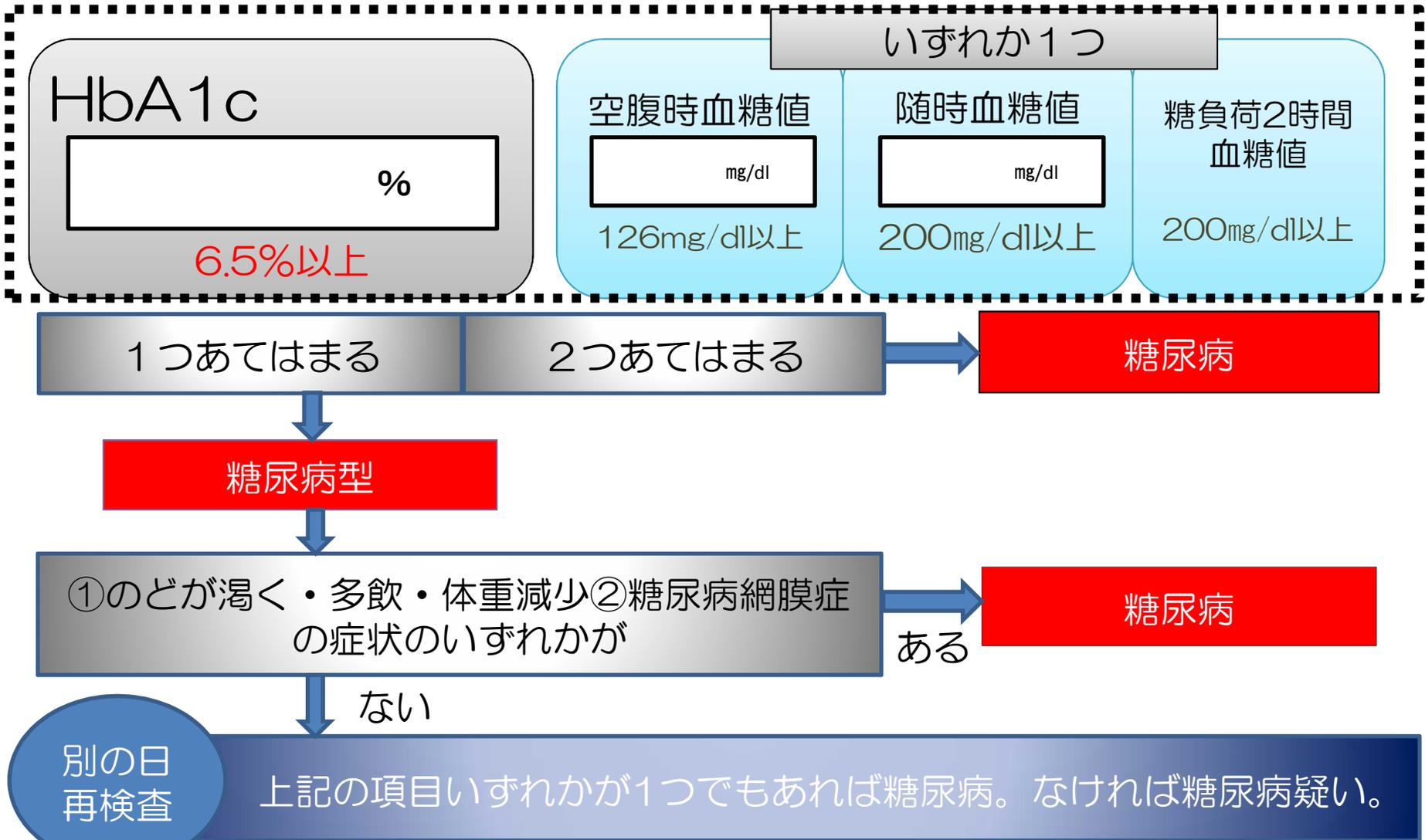
4回1コース（年3コース実施）

1回目	糖尿病ってどんな病気？二次検査申し込み
2回目 (2週間後)	料理カードを用いた実習・運動実技 目標を立ててセルフモニタリング
3回目 (2か月後)	個別相談 二次検査の結果返却 受診状況の確認 受診勧奨
4回目 (6か月後)	今後に向けてグループワーク 修了証書授与

指導媒体

糖尿病の診断基準

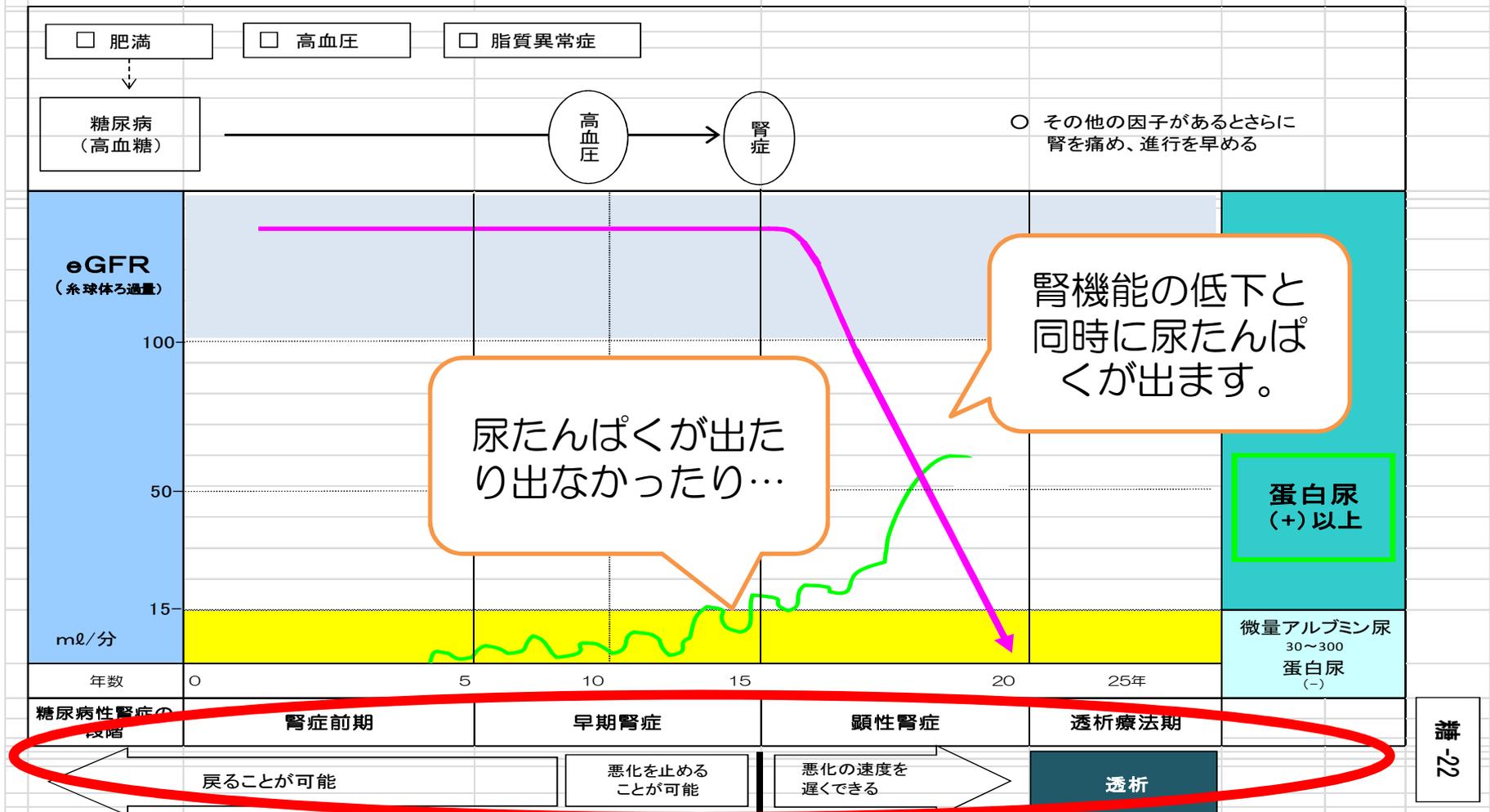
日本糖尿病学会
2012-2013



糖尿病の合併症③

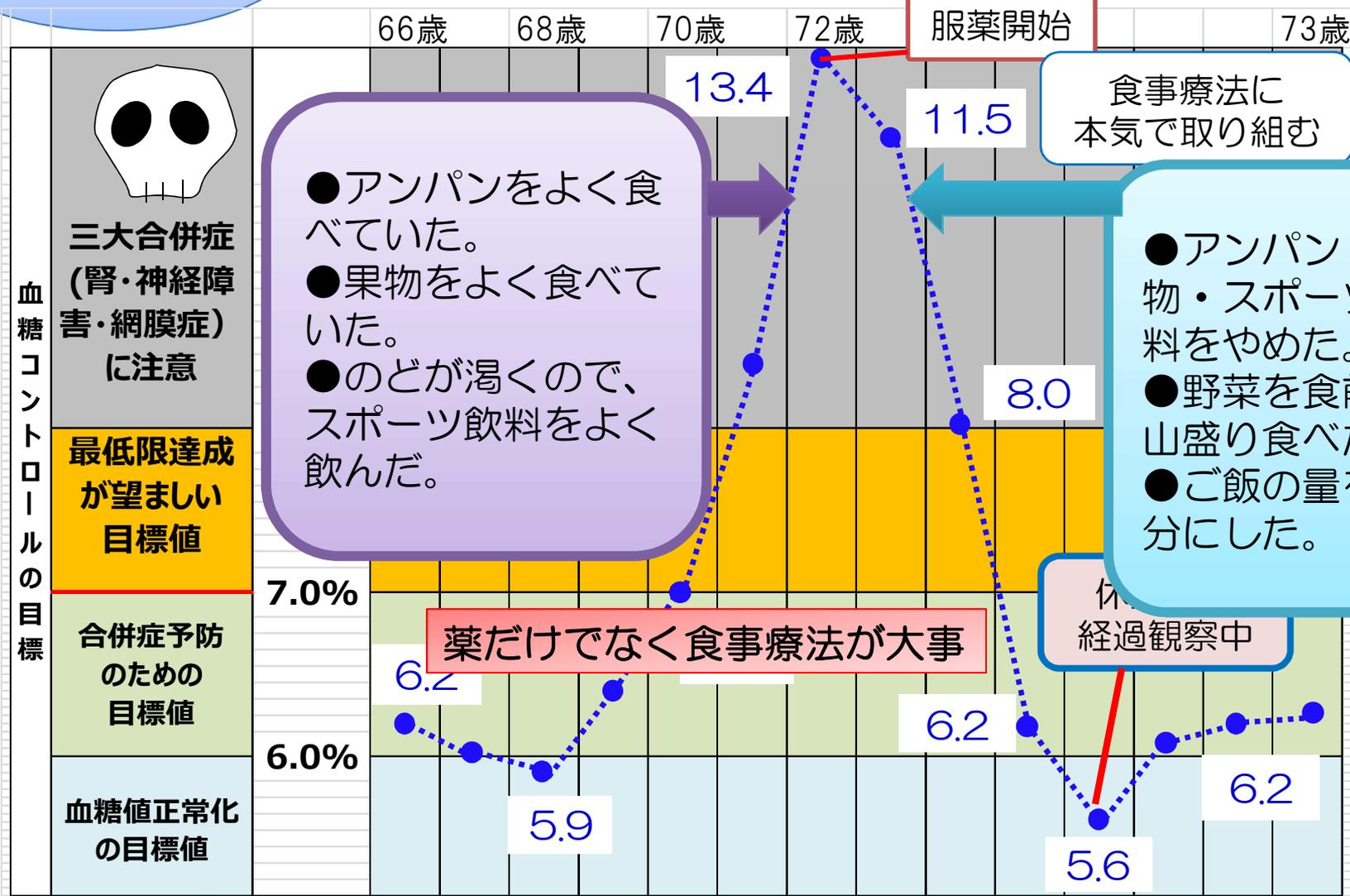
糖尿病性腎症(人工透析)：腎臓の血管が傷む

糖尿病性腎症の経過 ～私はどの段階？～



指導媒体

73歳男性 HbA1cの推移



二次検査の結果 (H27年度)

尿アルブミン値 (mg/gCr)		
正常アルブミン尿 (30未満)	397人	75.1%
微量アルブミン尿 (30~299)	107人	20.3%
顕性アルブミン尿 (300以上)	24人	4.5%
	528人	

頸部血管エコー		
プラークなし	167人	31.6%
軽度動脈硬化 (PS1.1~5.0)	239人	45.3%
中等度動脈硬化 (PS5.1~10.0)	89人	16.9%
高度動脈硬化 (PS10.1以上)	33人	6.3%
	528人	

頸部エコーで40%以上の閉塞 29名 (最大75%以上の閉塞)

保健指導の評価 H27年度の成果

教室参加者の状況

	対象者	実参加人数	延参加人数	実施率
1コース	66	18	57	27.3%
2コース	131	29	96	22.1%
3コース	156	34	116	21.8%
計	353	81	269	22.9%

HbA1c平均値の推移

	保健指導前	6か月後	翌年度健診
1コース参加者	7.3	6.63	6.71
1コース不参加者	7.46		7.44
2コース参加者	6.8	6.55	
3コース参加者	7.1	6.62	

参加者は合併症予防のための目標7.0%未満をクリア

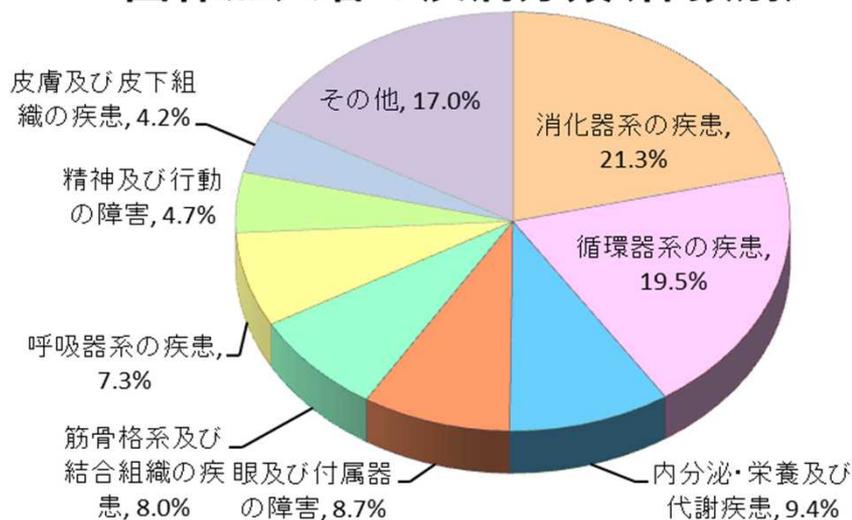


香取市の概要

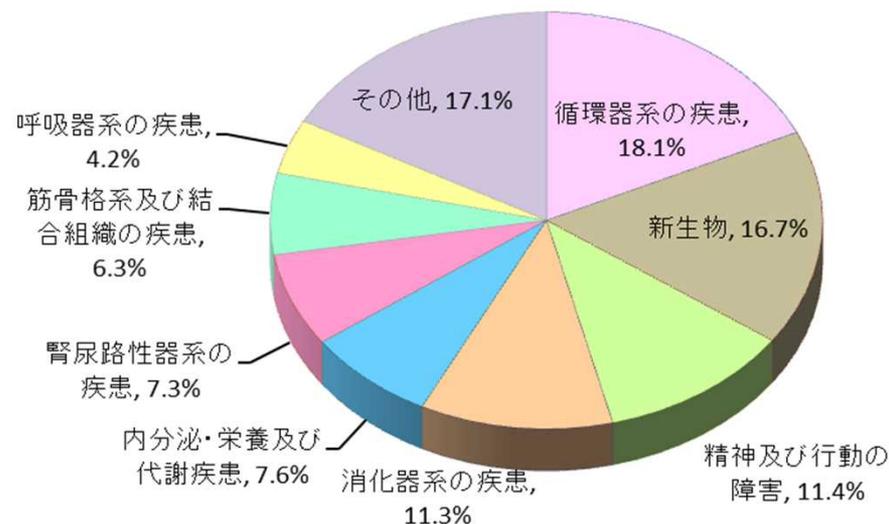
- ・人口 79,647人・老齢人口 32.6%
- ・国保加入者 25,809人・加入率32.4%
(28年3月31日現在)
- ・特定健診受診率 44.0%(26年度)
- ・特定保健指導実施率 15.5%(26年度)
- ・医療費の状況 総点数 57,171,132点(28年5月分)



国保加入者の疾病分類(件数別)



国保加入者の疾病分類(診療点数別)



香取市の体制

(1)これまでの経緯

【26年度】

- (1)講演会開催・データヘルス計画作成(健康づくり課と連携)
- (2)ウォーキングマップの作成

【27年度】 市民課国民健康保険班に保健師1名配属

- (1)特定健診 検査項目追加(クレアチニン・HbA1c・尿酸)
- (2)香取郡市医師会に協力体制に係るアンケートを実施
- (3)地域の病院との連携

①市内A病院(糖尿病専門医)との勉強会

1回目 医師・地域連携担当看護師 2名

市職員7名(市民福祉部長、市民課長、国保班長、健康づくり課班長、担当職員)

2回目 内科・糖尿病外来担当看護師等 4名

市職員10名(市民課と健康づくり課の保健師・管理栄養士等)

②市外B病院「透析予防の会(地域連絡会)」に参加

(4)重症化予防のための家庭訪問

(5)講演会(医師・栄養士)

(6)ウォーキング教室の開催

【28年度】 市民課国民健康保険班に保健師2名増員(合計3名)

- (1)糖尿病性腎症重症化予防プログラムの開発研究事業参加
(部課を越えて、国民健康保険班と健康づくり班が協力して対応)
- (2)香取郡市医師会に通院中の人への支援の協力依頼
- (3)講演会、ウォーキング教室、ストレッチング教室等開催予定



糖尿病性腎症対象者の状況と 対象者抽出方法

(1)対象(40歳以上75歳未満)

※平成27年度健診結果より抽出、以下の全てを満たす者とする。

①2型糖尿病(HbA1c6.5%以上)

②尿蛋白(+)以上

③平成28年レセプト情報で糖尿病受療歴なし(28年7月確認)

(かかりつけ医が保健指導プログラムへの参加を推奨する場合は
治療中の者も対象とする。)

なお、平成28年度健診受診者のうち、上記条件を満たす者を随時
対象者とする予定

※保健指導プログラム勧奨実施予定人数:14人

対照群:人数未定

(保健指導プログラムに参加しない人を対照群とする)



糖尿病性腎症対象者の状況と 抽出対象者数

	27年度	男	女
特定健診受診者数	8,516	3,812	4,704
HbA1c 6.5以上	750	462	288
(AND)問診項目2番 インスリン・血糖下げる薬(一)	337	204	133
(AND)問診項目6番 慢性腎不全・透析(一)	331	200	131
(AND)問診項目4, 5番 脳卒中・心臓病(一)	295	169	126
(AND)問診項目1, 3番 血圧・コレステ下げる薬(一)	160	100	60
HbA1c 6.5以上	750	462	288
(AND)尿蛋白(+)以上	81	66	15
(AND)問診項目2番 インスリン・血糖下げる薬(一)	26	22	4

⇒26名に対して、28年7月にレセプトを確認し、14名に絞り込んだ



受診勧奨と保健指導の方法



(2) 方法

- ① 郵送にて、保健指導プログラムへの参加者を募る。(連絡がなかった方に対して、電話等で参加勧奨する)
- ② 初回支援の面接により、健診結果・糖尿病性腎症の病態・治療の必要性等を説明し、保健指導プログラムが継続でき受診行動に繋がるように支援する。
あわせて、確実な受診による血圧・血糖管理の必要性、セルフコントロールにより、透析の回避もしくは遅延が可能となることを説明する。

- ③2回目以降の継続支援は、食事や生活習慣の改善等、個別に計画した行動目標に沿って、対象者の状況に合わせて約6か月間の保健指導を行う。継続支援は、面接と電話等含め6回、約1か月に1回程度を行う。
- ④糖尿病性腎症重症化予防講演会に参加を促し、生活習慣改善のための意欲の向上を図る。
- ⑤受診を開始した人は、「糖尿病連携手帳」により、かかりつけ医と情報を共有し連携を図る。
- ⑥保健指導プログラムに参加せず、医療機関未受診者に対しては、引き続き受診勧奨を行う。



現状と今後の方向性



(1) 健診結果からの対象者 14人

郵送にて、受診勧奨と保健指導の希望確認

- ①希望の人に個別面接(医療機関との連携は糖尿病連携手帳を使いながら本人を介して実施)
- ②保健指導の希望はないが、電話問合せのあった人や郵送で返信があった人に家庭訪問等実施中
- ③郵送で返信のない人に受診勧奨通知をし、家庭訪問予定
- ④対象者全員に、今後開催予定の糖尿病重症化予防講演会に参加を呼びかけ、個別指導を実施

(2) 医療機関からの保健指導プログラム対象者 1名

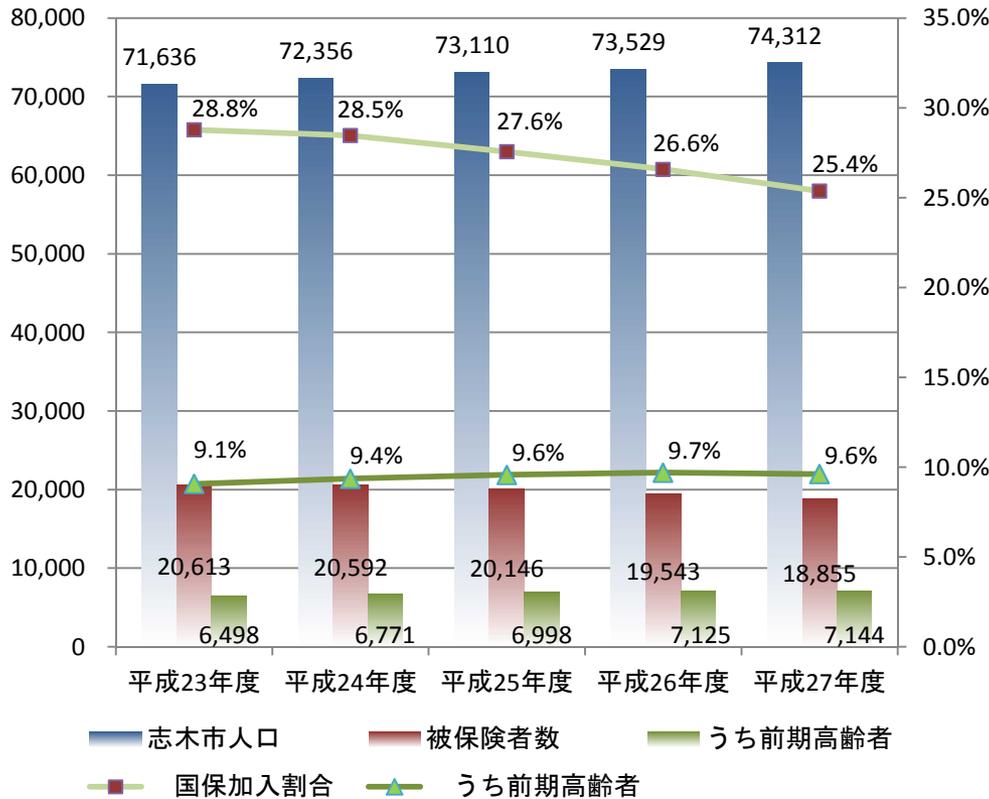
- ①包括支援センターと連携し家庭訪問、外来受診時に支援会議

◆一人一人に寄添い、無理なく生活習慣改善ができる、効果的な方法を探りながら、人工透析予防に繋げていきたい。



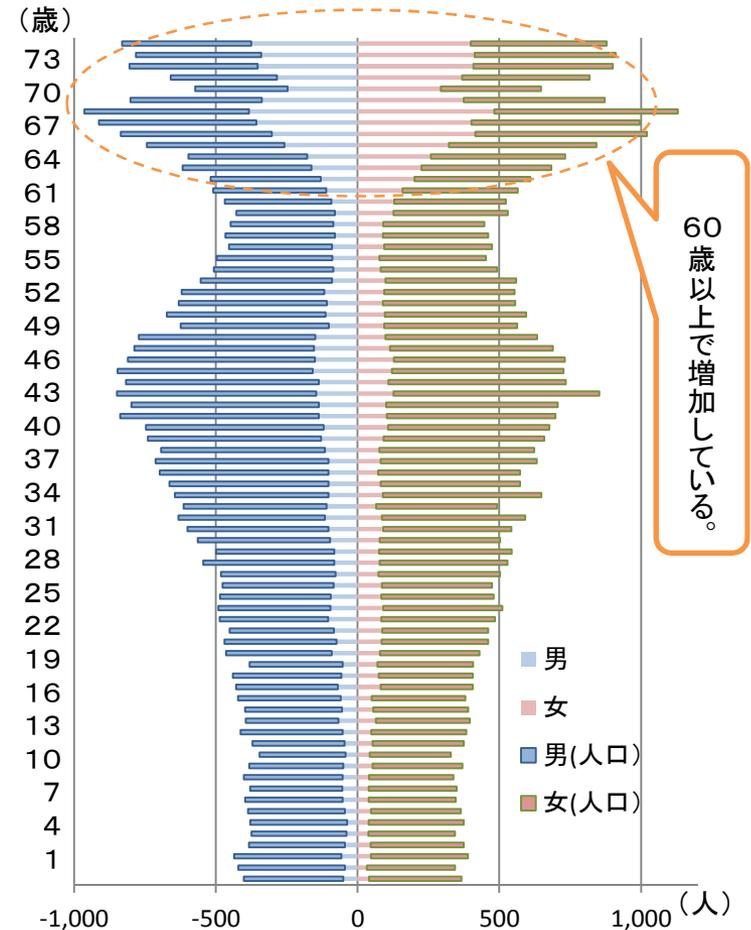
国民健康保険被保険者の状況

1 国民健康保険被保険者の推移 【各年3月末現在】

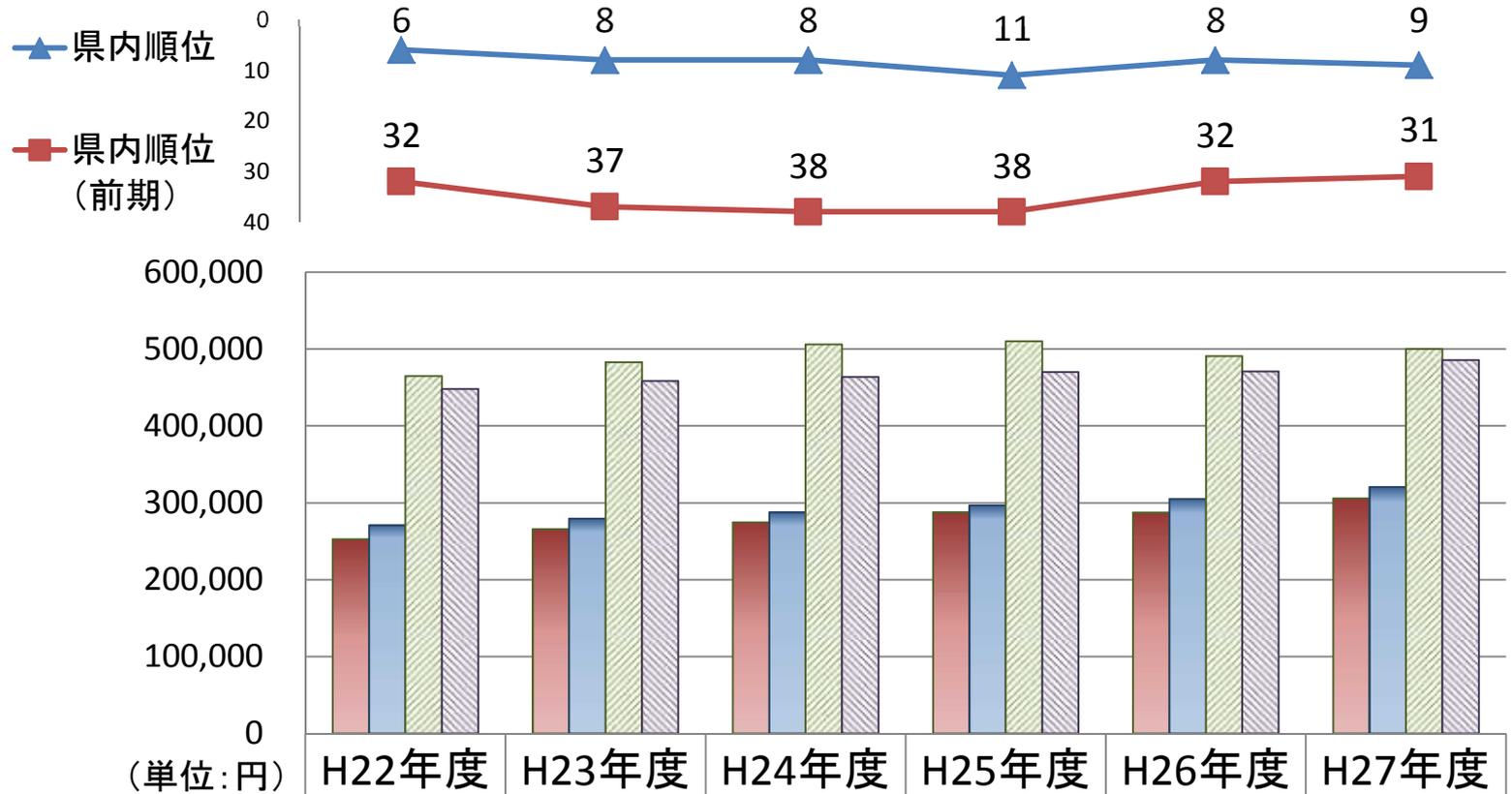


志木市の国保の被保険者数は年々増加していたが、後期高齢者となる人の増加により平成23年度からは減少に転じ、平成26年度以降は社会保険の離脱者よりも加入者の方が多くなり、被保険者数の減少が続いている。

2 年齢階級別男女別の被保険者数 平成28年3月現在



一人当たり医療費の推移



	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度
志木市	252,721	265,764	274,812	287,685	287,279	305,841
県内市平均	270,944	279,558	287,665	296,689	305,090	320,636
志木市 (前期)	464,842	482,971	506,188	509,910	490,880	500,137
県内市平均 (前期)	448,204	458,316	463,529	470,190	470,886	485,727

※「(前期)」は前期高齢者の再掲、順位は県内40市中低い方から数えたもの。

健康長寿埼玉モデル
とことんモデル

志木市

みんなで進める
健康寿命日本一の
まちづくり事業

健康寿命のばし



マッスルプロジェクト

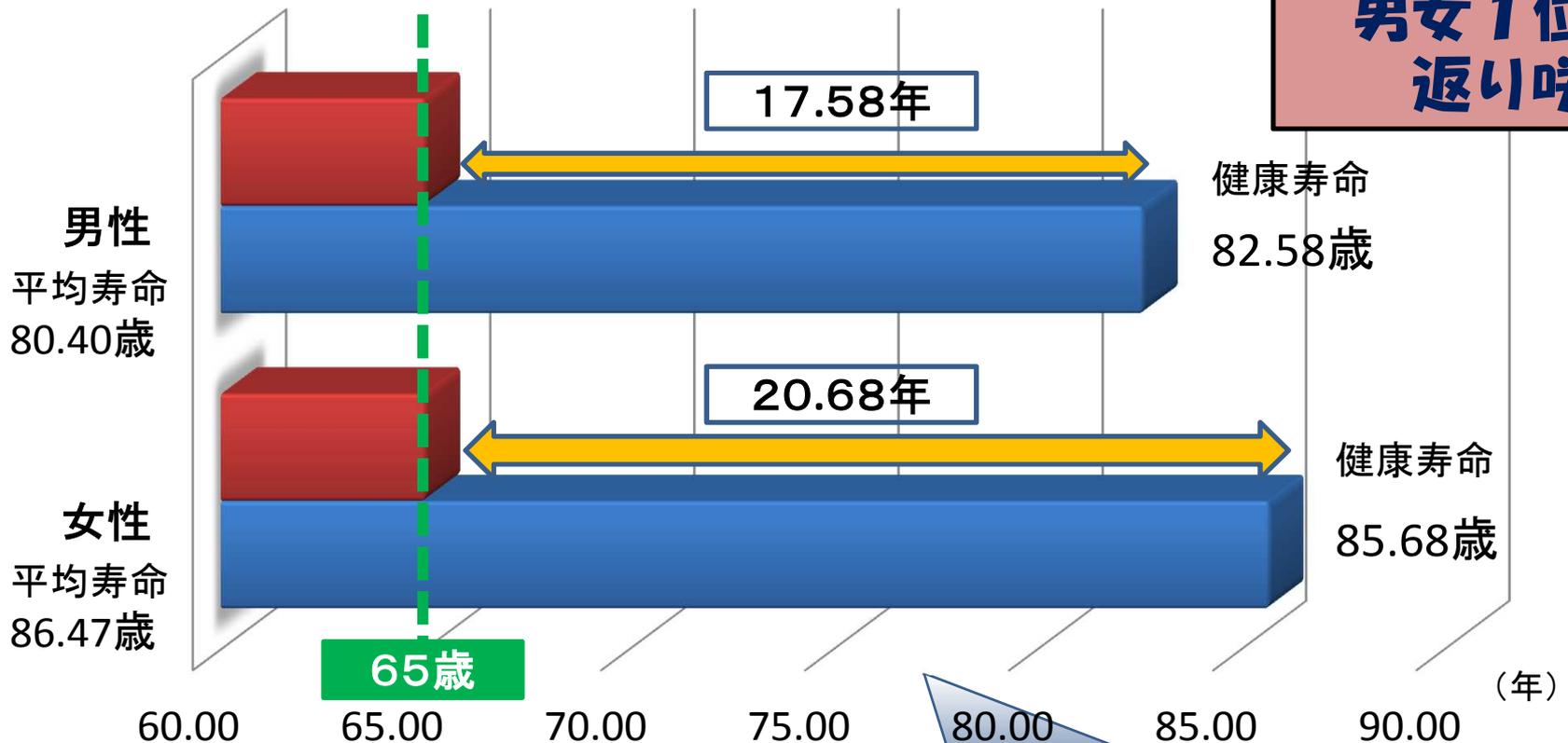
あなたも一緒に健康貯筋しまっする！？



志木市65歳健康寿命

◆65歳健康寿命とは
65歳を起点とした健康上の問題で日常生活が
制限されることなく生活できる期間

健康寿命 
埼玉県
男女1位
返り咲き



平成26年は男女とも県内市の中で
県内2位(市町村4位)

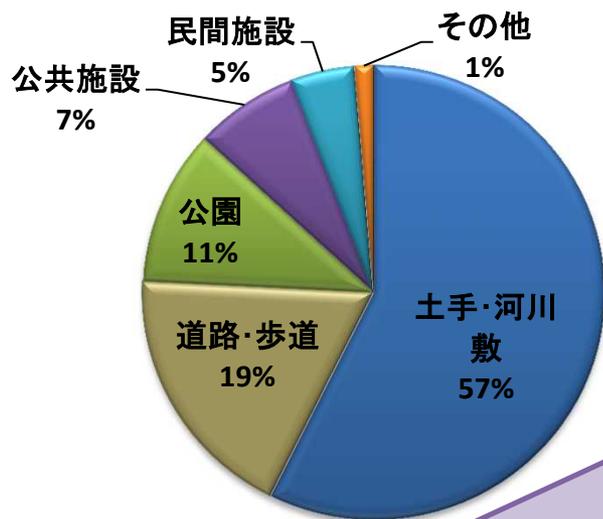
資料)平成26年65歳健康寿命(埼玉県衛生研究所)

志木市の特徴1

いろは健康21プラン（第3期）・食育推進計画
市民健康意識調査から見えてきたこと

ふだん、運動や散歩をしている場所

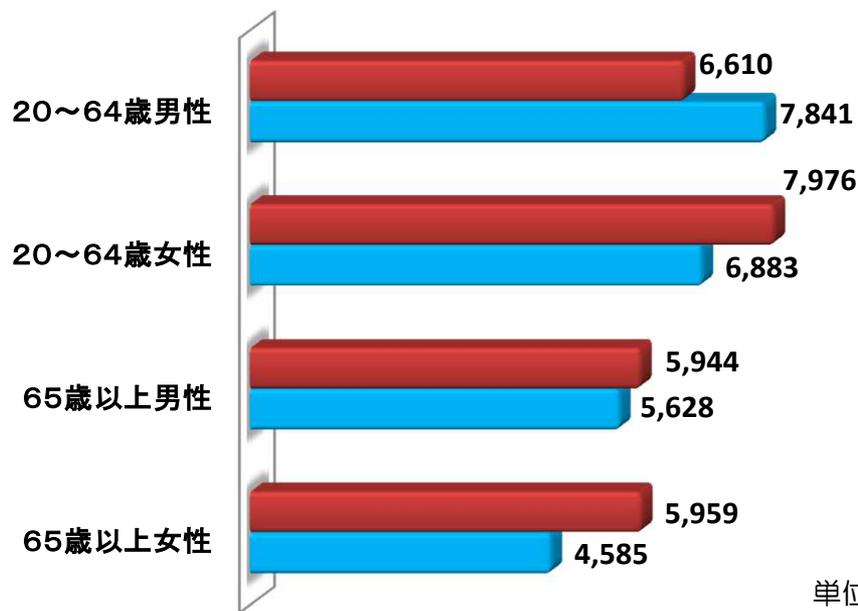
市全体



健康寿命
のばしマッスルプロジェクト
NW/PW事業を取り入れた

1日の平均歩数

■ 志木市 ■ 全国



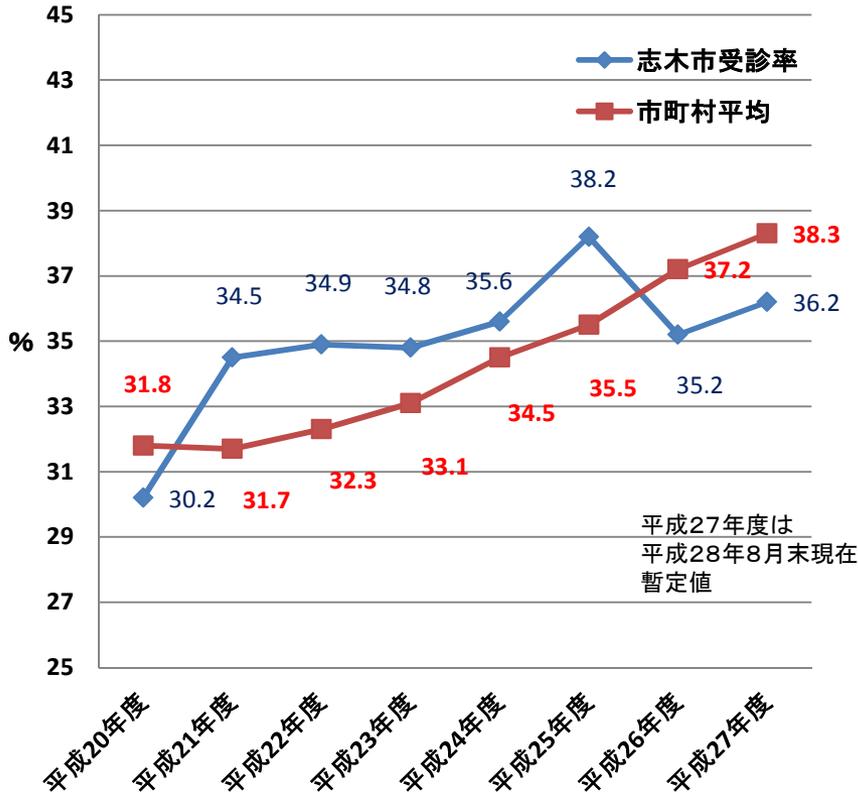
単位:歩

* 全国平均値は、厚生労働省「国民健康・栄養調査」(平成22年)



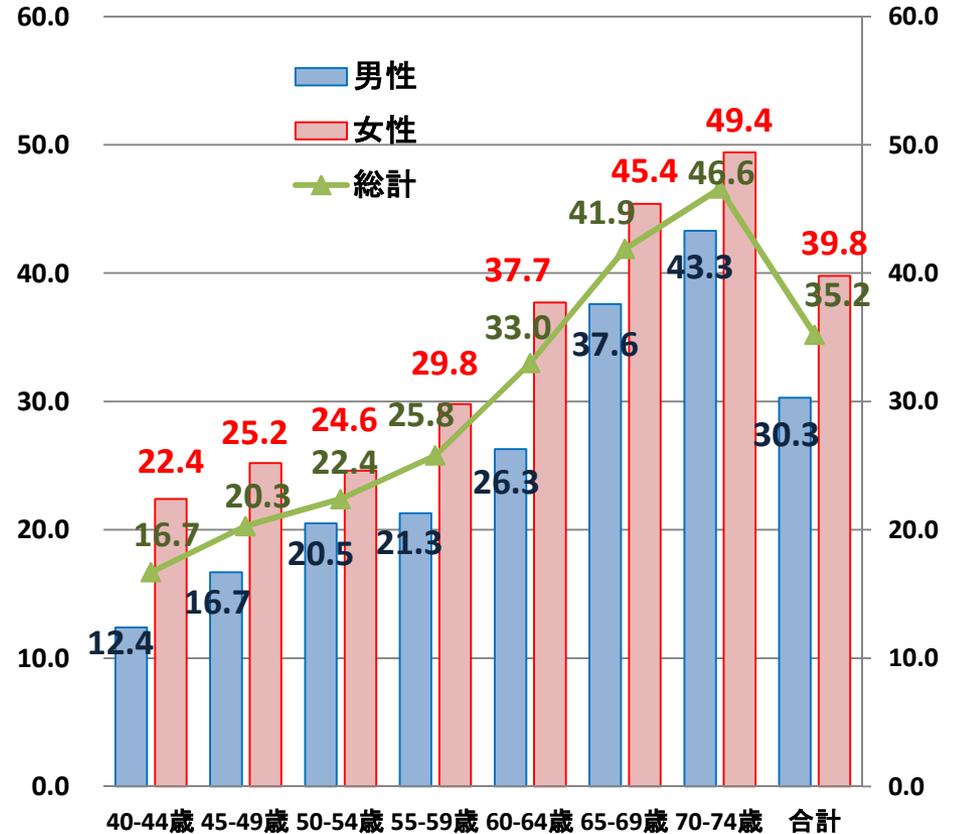
～ 志木市の国民健康保険 特定健康診査受診率の状況 ～

平成20年度～平成27年度特定健康診査受診率



第2期志木市特定健康診査等実施計画に示している特定健康診査受診率は、平成20年度以降、年々向上しているが、平成26年度からは市町村平均を下回っている。

平成26年度男女別・年齢別特定健康診査受診率

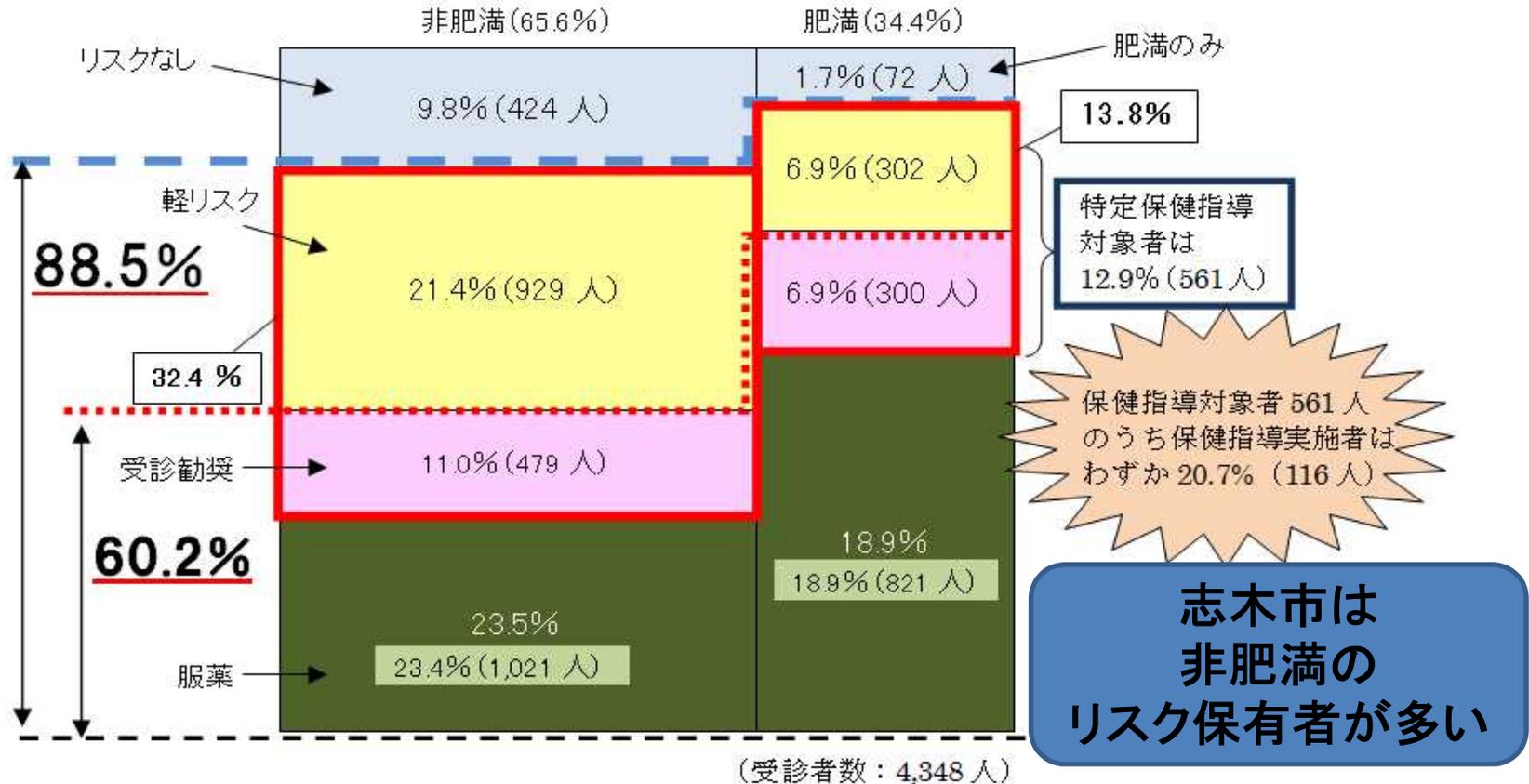


男女別・年代別の特定健康診査受診率を見ると、どの年代も男性より女性の受診率が高く、65歳～74歳の受診率が高い。40歳代、50歳代の受診率の向上が必要である。

志木市の特徴2

特定健診の結果から

(第2期特定健康診査等実施計画より)



- 受診者の88.5%が生活習慣病のリスク(血圧・血糖・脂質)を有している。
- 特定保健指導対象者は561人、そのうち保健指導を利用した人はわずか20.7%(116人)で、およそ8割の対象者が特定保健指導へ繋がっていない。
- 非肥満であって、生活習慣病のリスクを有する人が32.4%も存在しているが、これらの人は特定保健指導の対象外となる。

志木市の特徴3～標準化死亡比～

(男女とも血圧が高く、血糖値、HbA1cは国・県の値を大きく上回る)

■SMR(標準化死亡比)の比較(平成20年～平成24年)

	死亡総数		悪性新生物	
	男性	女性	男性	女性
全国	100	100	100	100
埼玉県	99.5	104.4	98.6	101.5
志木市	97.3	103.6	91.3	109.7

	心疾患総数 (高血圧性疾患を除く)		急性心筋梗塞		心不全	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
全国	100	100	100	100	100	100
埼玉県	112	115.7	107	117.4	94.7	105.8
志木市	101.5	111.2	87	105.7	89.6	96.2

	脳血管疾患総数		脳内出血		脳梗塞	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
全国	100	100	100	100	100	100
埼玉県	102.7	107.1	96	99.7	102.9	108.4
志木市	106.1	101.5	84.1	64	105.4	101.7

データヘルス計画より

血圧では男性は収縮期、拡張期とも全国及び県を上回っている。
女性も、収縮期、拡張期とも県より低いものの、全国をやや上回っている。
血糖、HbA1cは、全国及び県の割合を男女とも大きく上回っている状況である。

資料:厚生労働省 人国動態特殊報告
平成20～24年 人口動態保健所・市町村別
統計より作成

**男性は、脳血管疾患総数、脳梗塞、
女性は、心疾患、急性心筋梗塞での死亡率が高い。**

健康寿命のばしマッスルプロジェクト

あなたも一緒に健康貯筋しまっする!?

志木市

医療費適正化!



いろは健康ポイント事業

参加者全員に歩数計を無償で貸与し、歩数や体組成など定期的に測定した数値や、健康増進につながる行動をした場合にポイントが獲得でき、商品券と交換できるもので、楽しみながら、健康づくりが継続できる事業。



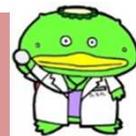
健康になりまっする教室

参加者それぞれの生活や健康状態に合わせ、「歩くこと、筋力アップトレーニング、食事コントロール」の三位一体の指導をきめ細やかにを行い、平成27年度は6か月間、平成28年度は8か月間、しっかり健康づくりに取り組む事業。



生活習慣の改善

健康寿命の延伸



いろは健康ポイント事業



対象者：40歳以上の市民
 (平成27年度参加者1,016人)
 (平成28年度参加者約1,700人)
 (平成29年度参加者+500人追加予定)



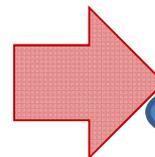
主な獲得ポイント

- ① **歩数ポイント**
歩いた歩数に応じて獲得
- ② **からだ改善ポイント**
体脂肪やBMIが改善すると獲得
- ③ **運動ポイント**
市指定の運動教室等に参加すると獲得
- ④ **健診受診ポイント**
健康診査を受診すると獲得



健康増進につながる行動をした場合等に、
 商品券に交換できる「いろは健康ポイント」がもらえる制度

- ・ 日常生活でのウォーキング、健康教室等への参加
- ・ 体脂肪やBMIが改善した場合



9割の参加率・脱落者が少ない！

地域で使える商品券と交換
 ※平成27年度は
 最高1人6,500円



歩くのが苦にならなくなった。
 市役所へ来る回数が増えた！

地域全体で
 約300万円還元



健康になりまっする教室

歩くこと・筋トレ・食事コントロールでしっかり健康づくり

参加者:

40歳以上の市民

☆平成27年度参加者155人

6教室実施

☆平成28年度参加者約200人

8教室実施

平成29年度は+2教室

10教室(60名追加)

体の状態をチェック

体力測定など

体の状況を把握して、
運動指導に役立てます。

- 体力測定
- 体組成等の測定
- 生活習慣アンケート
- 食生活習慣アンケート

健康運動指導士・ 管理栄養士などによる指導

教室参加(月3回)

運動教室に参加することで、
週1回は、しっかり運動

- 有酸素運動
エアロバイク
ノルディックウォーキング
- 筋力トレーニング
- 食事指導



日常生活(毎日)
個別運動プログラムで、
自宅にいても毎日運動

- 有酸素運動
(ウォーキングなど)
- 筋力トレーニング
- 食事コントロール



- 車から自転車、自転車から歩きに変化!
- 肩こり、膝の痛み、腰痛が解消された。
- 新しい仲間ができた。
リーダー育成



【健康ポイント事業・健康になりまっする教室成果】

項目	成果	効果	備考
歩数	2000歩増加 (約6000歩～8000歩)	体脂肪燃焼	事業初期と事業期間中間平均値との比較
アクティブ歩数	平均歩数に占める割合 6割～8割と多くなってきている	体脂肪燃焼	3メッツ以上の歩数
腹囲	2センチ減(94.3cm→92.3cm)	メタボ改善	BMI25以上の人
BMI	痩せ型→腹囲減・BMI増 普通型→腹囲減・BMI維持 肥満型→腹囲減・BMI減	痩せ型→体重と筋肉量を増やしたい 普通型→筋肉量を増やしたい 肥満型→体重を落とし、筋肉量を増やしたい	痩せ型→BMI18.5未満 普通型→BMI18.5～25未満 肥満型→BMI25以上
足指力	0.44Kgf増加 (3.93 kgf→後: 4.37kgf)	転倒予防改善	転倒リスクライン 男性3.0Kgf、女性2.5Kgf以下
開眼片足立ち	8.3秒増加(45.7秒→54.0秒)	要介護リスク減	ロコモシンドロームの疑いあり 15秒未満
LDLコレステロール	18.5mg/dl低下 (168.3mg/dl→149.8mg/dl)	動脈硬化リスク減	140mg/dl以上の参加者の検証結果 基準値120mg/dl未満

《医療費削減効果》



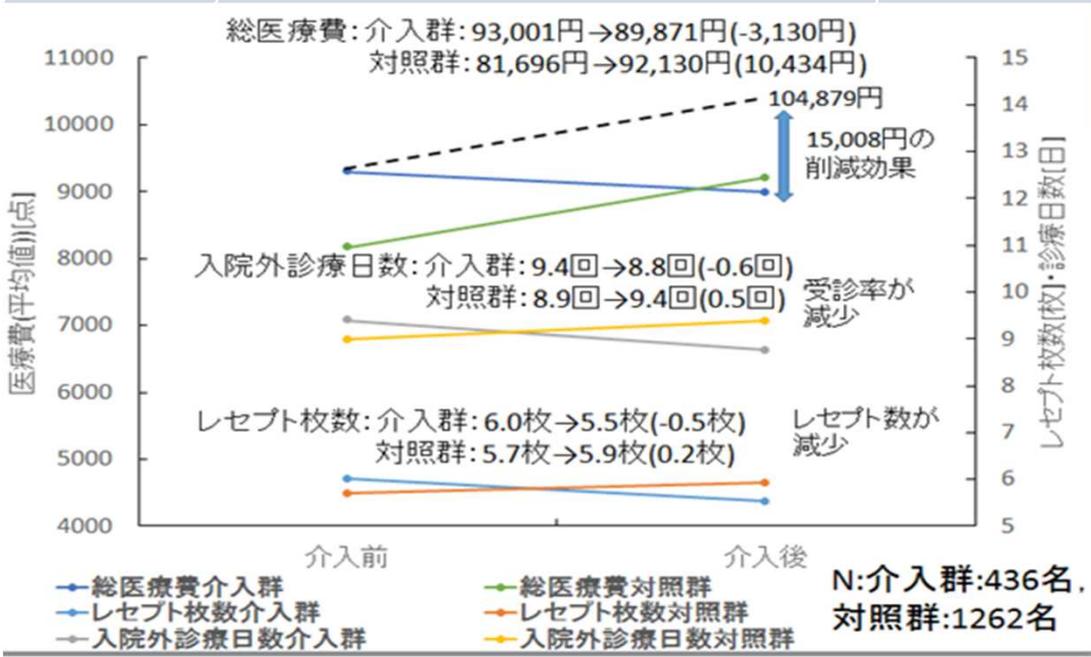
【健康ポイント事業】

項目	成果	効果	備考
医療費	1人あたり15,008円／6か月 30,016円／年 介入群93,001円→89,871円 (▲3,130円)し、一方で対照群は増加傾向(対照群81,699円→92,130円(10,434円))	特に慢性疾患(糖尿病・高血圧・高脂血症)を複数持つ人の医療費が減少したことで循環器疾患の予防につながる	介入群:463人 (ポイント事業参加者で国保被保険者) 対照群:1,262人 (ポイント事業に参加していない国保被保険者) ※ 性別、年齢、平成26年度と平成27年度の特定健診受診の有無によりプロペンシティスコアを導出することでマッチングを行った



	人数		年齢	
	男性	女性	男性	女性
介入群	133	303	68.2±4.5	67.3±5.6
対照群	423	839	67.8±5.3	67.4±5.1

1人あたり6か月で
約1万5千円の
医療費削減効果



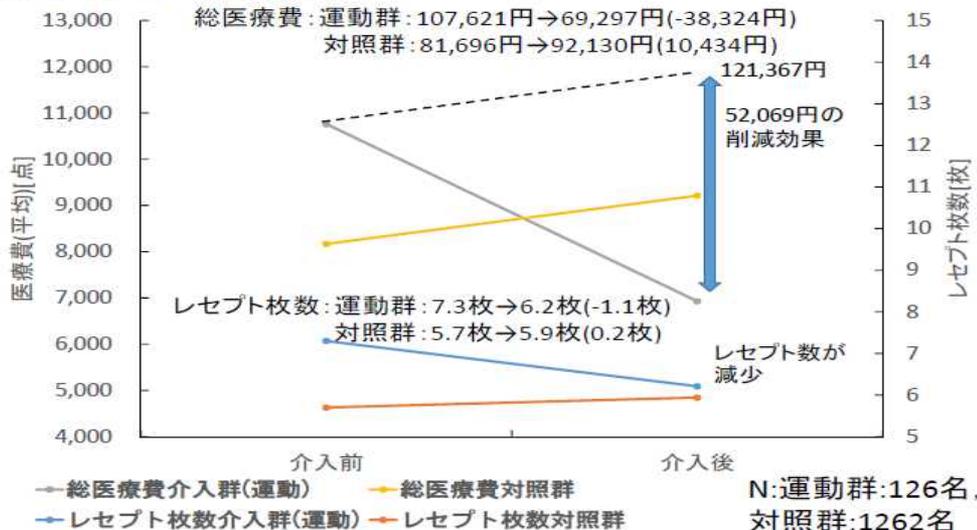
《医療費削減効果》



【健康になります教室】

項目	成果	効果	備考
医療費	1人あたり52,069円／6か月 104,138円／年 運動群107,621円→69,297円 (▲38,324円)し、一方で対照群は増加傾向(対照群81,699円→92,130円(10,434円))	運動群はより、高額の医療費の方の減少率 が大きい。	運動群:126人 (ポイント事業参加者で国保被保険者) 対照群:1,262人 (ポイント事業に参加していない国保被保険者) ※ 性別、年齢、H26年度とH27年度 の特定健診受診の有無により プロペンシティスコアを導出すること でマッチングを行った

成果(医療費)



1人あたり6か月で
約5万円の
医療費削減効果

志木いろはウォークフェスタ2017

第3回

ノルディックウォーキング・ポールウォーキング 全国大会の開催について



日頃、スポーツや運動に親しむ機会の少ない市民に、気軽にスポーツに親しむ機会を提供し、健康寿命の延伸やスポーツを通じた健康づくりとまちのにぎわいを創出

- 1 日 時 平成29年5月21日（日）午前8時～午後3時（雨天決行）
 - 2 実施場所 いろは親水公園（志木市中宗岡5丁目）ほか
 - 3 実施コース 2km・5km・7km・10km・20kmまでの全5コース
 - 4 定員 800名 予定
- 主催 いろは健康21プラン推進事業実行委員会

皆様！
ぜひ、ご参加
ください！



志木市いろは健康21プラン推進事業

糖尿病性腎症重症化予防事業について

1. 趣旨

- 2型糖尿病性腎症で治療中の人工透析導入前の国民健康保険被保険者に対し、重症化予防を目的とした保健事業をかかりつけ医、薬局薬剤師、管理栄養士等の協働で実施するもの。

協力:松本市医師会、松本薬剤師会

2. 対象者

- 国保被保険者で2型糖尿病患者 20~50人(糖尿病性腎症第2~3期で通院治療している40歳以上75歳未満の者)

3. 対象者の抽出と事業実施までの流れ(平成28年度の状況)

- (1) レセプトデータから、協力医療機関・病名・処方された薬剤等を条件として、事業の対象者を抽出
 - (2) 協力医療機関(かかりつけ医)へ上記(1)の名簿を提供し、かかりつけ医から重症化予防事業の対象となる患者に事業への参加を勧奨
 - (3) 対象者は、普段利用している薬局で事業内容の説明を受けた上で、参加の同意書を提出
 - (4) かかりつけ医からの指示に基づき、**薬局薬剤師から対象者へ6ヶ月間の「コーチングプログラム(服薬・食事・生活習慣等の自己管理支援プログラム)」**を実施し、自己管理目標の達成を図る
- ※ 薬局薬剤師が保健指導を実施することで、対象者が必要な時に相談し易い体制を構築

かかりつけ医と薬局の連携

医師会

薬剤師会

地域医療

主治医

薬剤師

面談結果の共有と助言

患者

病気に立ち向かう

薬局で参加者と面談
主治医の指示を実践する上
での障害を取り除く
(動機づけの支援)

- ・ 診断し、個々の患者に合った治療プランを立てる
- ・ 生活上の指示を文書で手渡す

薬局薬剤師 コーチングプログラム

- 自己管理目標の設定支援
「味噌汁を1日1回にする」
「毎日20分足踏み運動をする」
「薬を忘れずに服用する」 等
- 面談の実施
・ 1回平均30~40分
・ 対面(4回以上)、電話相談(2回以上)

結果

- ◆ 継続率 95%
- ◆ 自己管理目標
8割達成
- ◆ 糖尿病内服薬服薬
遵守率改善(91%
→99%)