

【関東甲信静ブロック】

〔事例 1〕

「脳卒中医療連携におけるつくば保健所の 取り組み」

事例提供者

石田 久美子 （茨城県つくば保健所長）

事例名	【事例１】脳卒中医療連携におけるつくば保健所の取り組み
事例提供者名	石田久美子（茨城県つくば保健所長）
コメント （１）成功要因分析	・ 日頃から、関係機関との顔の見える関係づくりをする。 ・ 日常業務を通じて、地域のニーズ、アイディアを拾い上げる。 ・ 地域の関係者、関係機関が共通の目的意識をもつ。 ・ 地域の人材、関係機関が主体的に動けるよう、保健所は中立的な立場で調整役になる。 ・ 地域の関係者と一緒にできることからやってみる。 ・ 保健所の事業として事業化（予算化）することにこだわらず、関係機関、団体等が主催する会議、研修会に参加・協力して進めることも考えられる。（予算の切れ目が事業の切れ目にならないように）
（２）事例からみた医療連携	1. つくば保健医療圏脳卒中モデル策定会議を開催：保健所が主催で医師会、中核病院、老人保健施設、老人福祉施設、学識経験者からなる会議を開催し、地域の脳卒中医療連携における課題と対応策について検討した。 2. 急性期→回復期に重点をおいた地域連携パスの検討：管内の急性期病院が中心になり、主に急性期→回復期に重点を置いた検討会を開催し地域連携パスを作成した。保健所は検討会に参加した。 3. 維持期における連携体制の検討：保健所が、医師、OT・PT、訪問看護師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等による検討の場を設け、患者の状態を評価し、多職種が共有できる「連携ノート」を作成した。
（３）保健所の関与の可能性と役割	・ 保健所は日常業務を通じ、地域の医療機関、患者・住民の声を拾える立場にあることから、地域ニーズを的確に把握し、基礎資料を作成し、提示する役割を担う。 ・ 保健所は、地域の関係者、関係機関が共通の目的意識を持てるよう意見を集約していく。 ・ 保健所は中立的な立場で、地域の保健・医療・福祉の関係機関に働きかけることができることから、地域の人材、関係機関が主役として主体的に動けるよう、調整を行う。

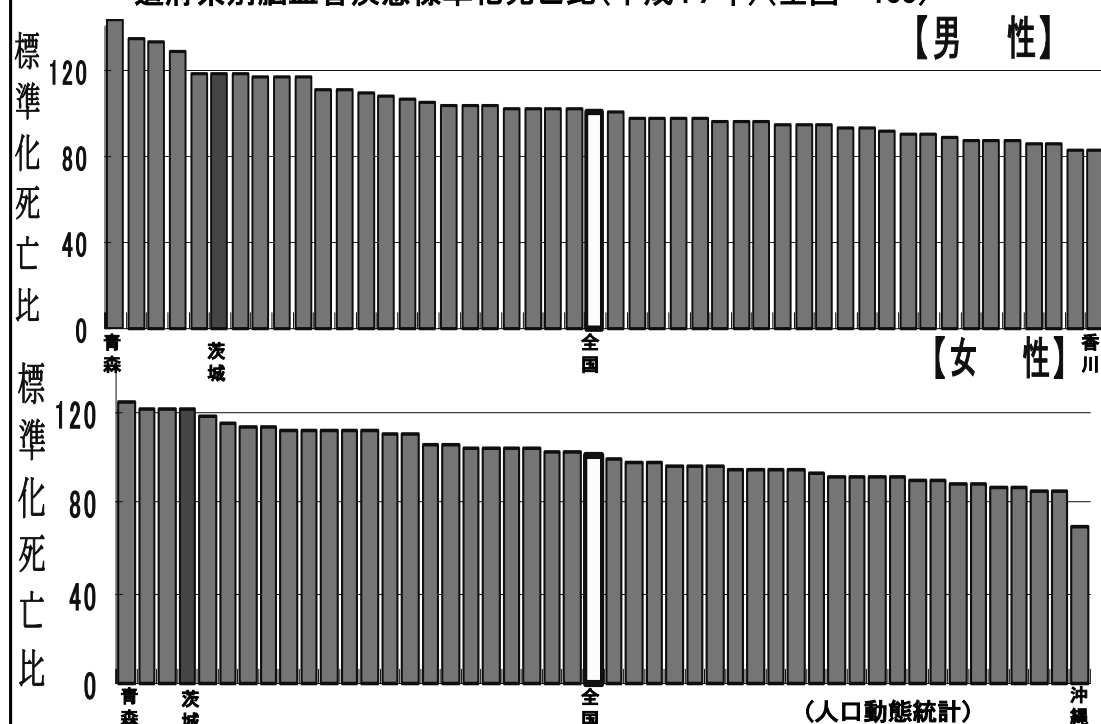
脳卒中医療連携における つくば保健所の取り組み

平成20年7月18日

茨城県つくば保健所
石田久美子

茨城県における脳血管疾患死亡率の状況

道府県別脳血管疾患標準化死亡比(平成17年)(全国=100)



脳卒中医療連携における つくば保健所の取り組み

1. 管内療養病床入院患者の実態把握
2. つくば保健医療圏脳卒中モデル策定会議における「連携上の課題と対応」に関する検討
3. 急性期→回復期に重点をおいた地域連携パスの検討
4. 維持期における連携体制の検討

1. 管内療養病床入院患者の実態把握

- つくば保健所管内の療養病床を有する医療機関(6医療機関:介護療養病床 55床 医療療養病床 430床)における、調査時の入院患者407人のうち約1/3の患者について分析

調査結果について

患者個票 回答数 125人

うち脳卒中数 66人 回答数のうち52%

病床別

医療療養 61人

介護療養 5人

疾患別

脳梗塞 53人

脳出血 13人

性別 男 27人

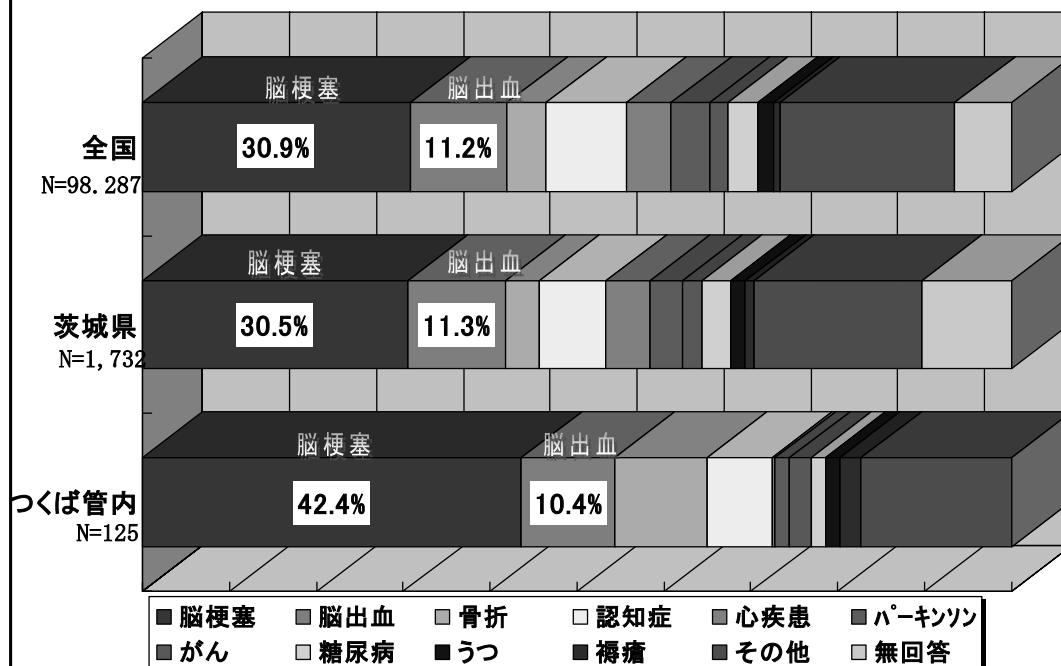
女 39人 平均年齢 76歳

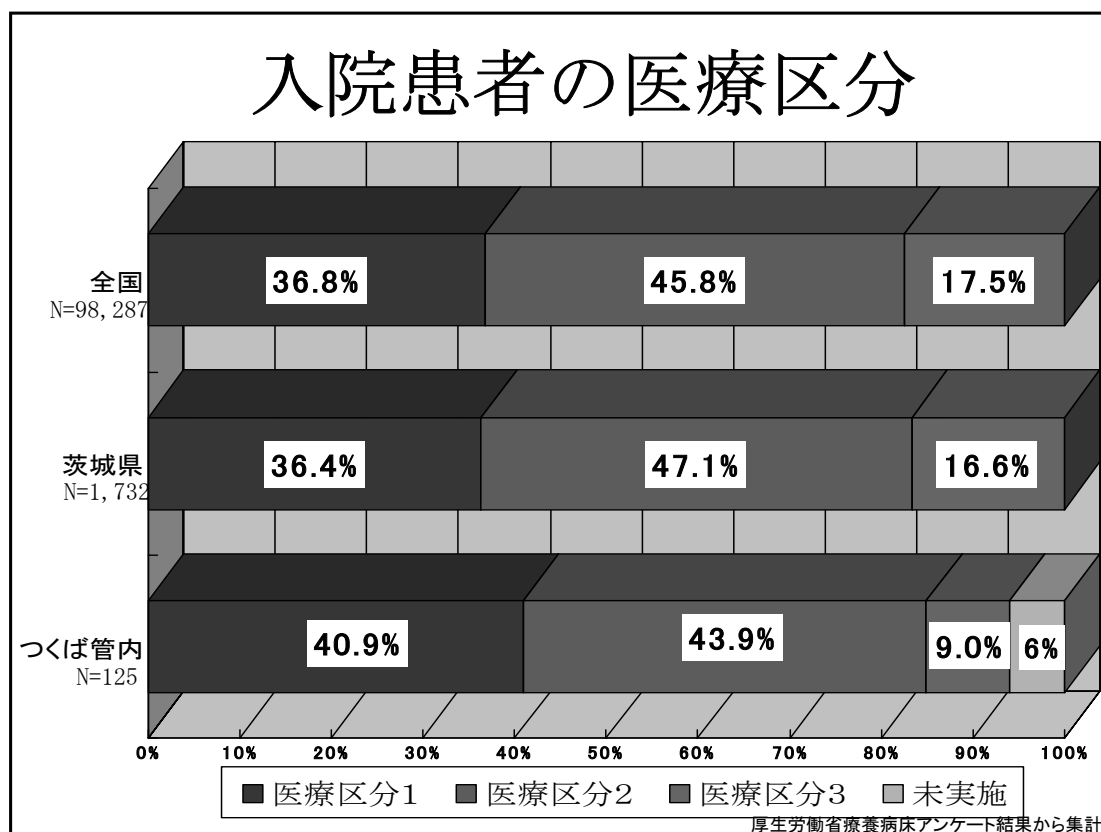
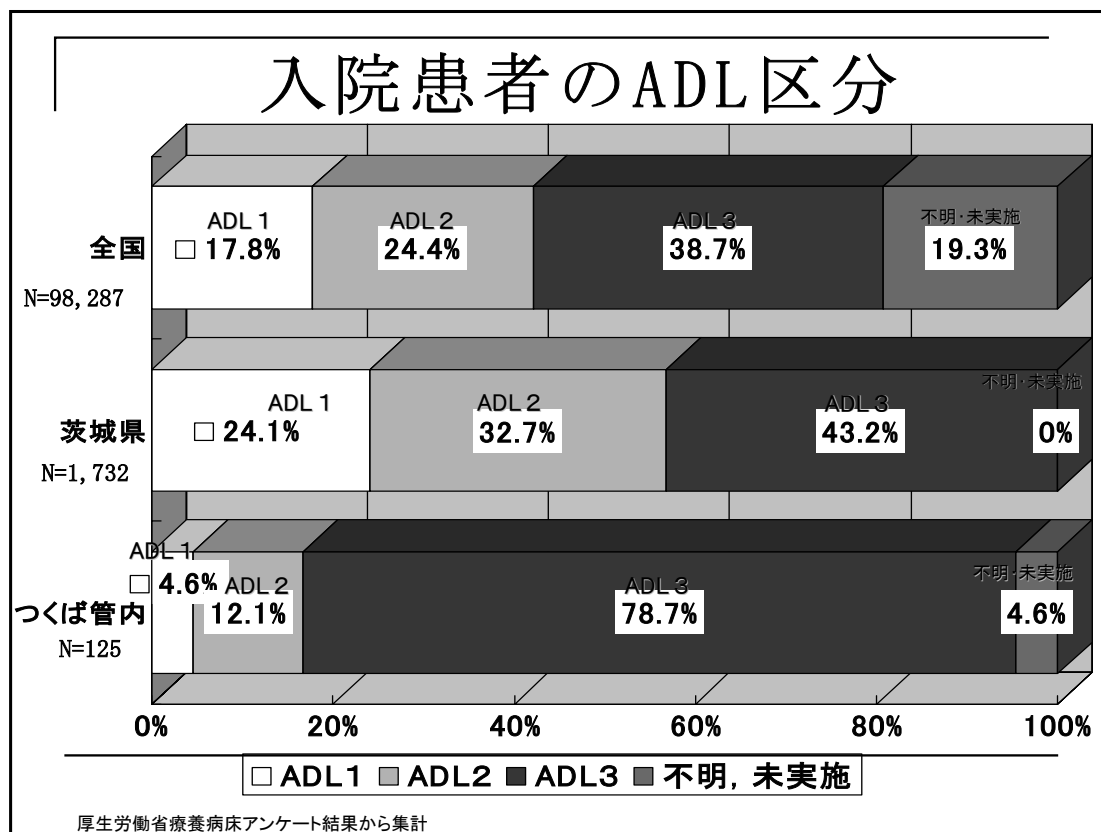
平成18年10月

つくば保健所管内療養病床アンケート調査

療養病床 疾病別入院患者割合

厚生労働省療養病床アンケート結果から集計





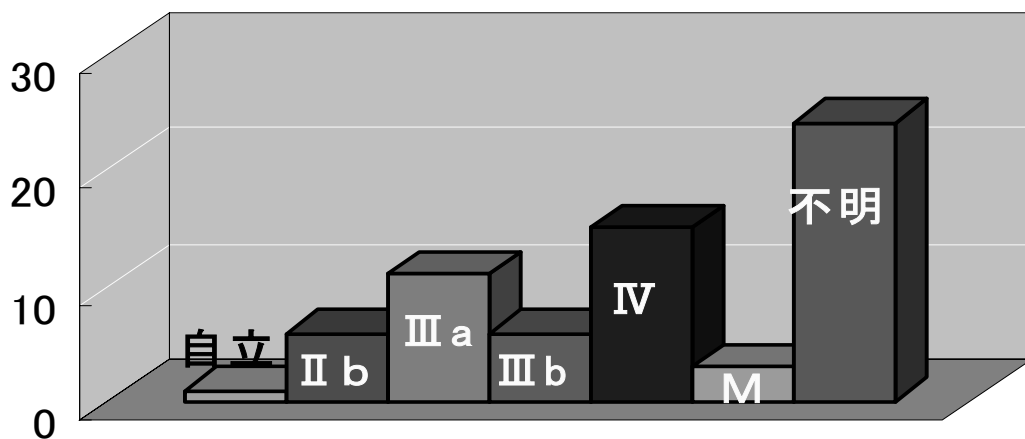
つくば管内脳卒中患者の 医療区分とADL区分

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3	不明	計
ADL 3	19 28%	27 41%	6 9%	0	52 78%
ADL 2	5 8%	2 3%	0	1 1%	8 12%
ADL 1	3 5%	0	0	0	3 5%
不明	0	0	0	3 5%	3 5%
計	27 41%	29 44%	6 9%	4 6%	66

平成18年10月
つくば保健所管内療養病床アンケート調査

認知症高齢者日常生活自立度

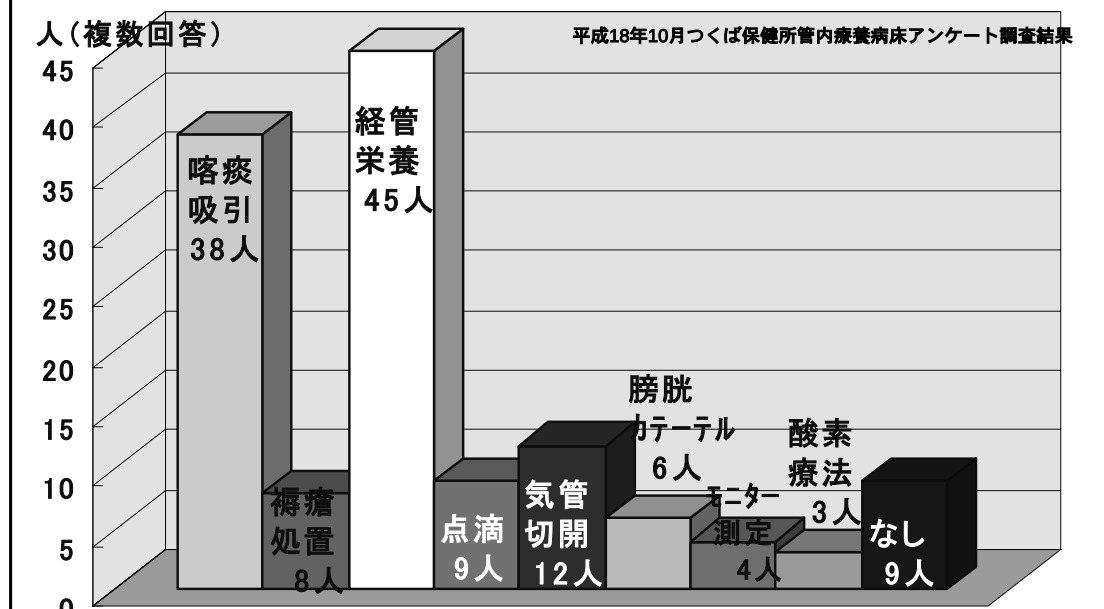
(脳卒中患者66人の内訳)



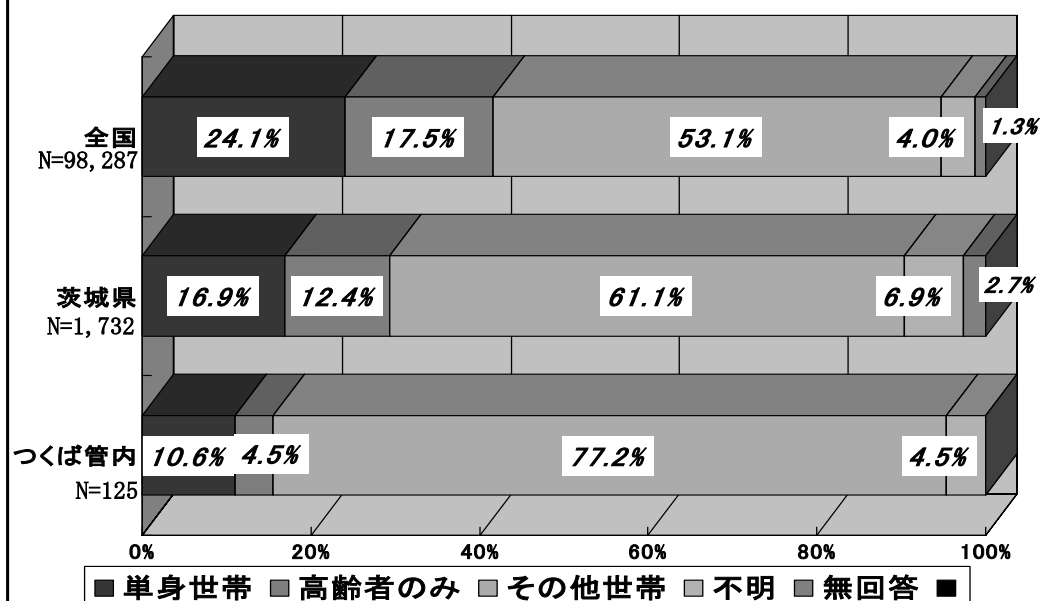
平成18年10月
つくば保健所管内療養病床アンケート調査結果

入院患者の受療状況

(脳卒中患者66人の内訳)

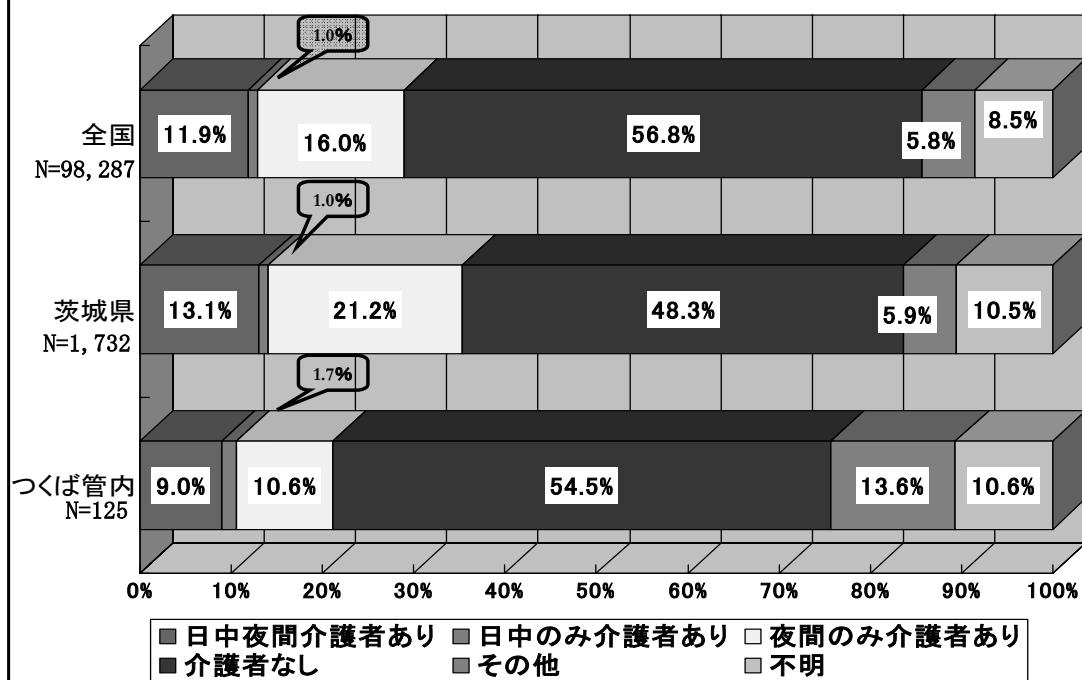


療養病床入院患者世帯の状況



厚生労働省療養病床アンケート結果から集計

自宅介護者の状況



2. つくば保健医療圏脳卒中モデル策定会議における「連携上の課題と対応」に関する検討

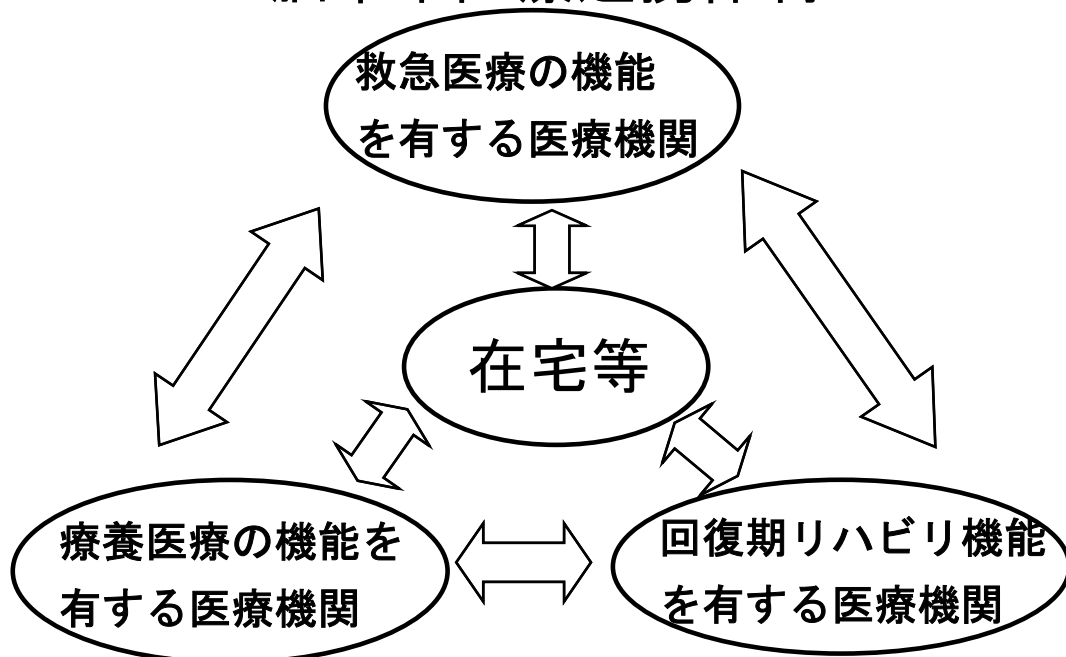
- 保健所主催で会議を開催し、脳卒中医療連携上の課題を抽出し、地域で取り組む対応策について検討

つくば保健医療圏 脳卒中モデル策定会議

委員長 筑波大学 教授

委員 保健・医療に関する学識経験者
医師会, 中核病院, 老人保健施設, 老人福祉施設
の代表
保健, 医療及び福祉に関する行政機関職員

つくば保健所管内における 脳卒中医療連携体制



策定会議における検討事項

- 1, 「流れ」のどこに問題があるか。
それぞれの機関、施設が抱える問題や
連携上の課題
- 2, 「流れ」をよくするための方策

脳卒中医療連携に関する課題

急性期病院

患者の転院先病院の確保

(医療依存度の高い重症患者、経済的な事由を抱える患者の
転院が滞る)

急性期からのリハの充実

回復期病院

病床数が少ない

理学療法士、作業療法士、専従医師、看護職員の確保

療養型病院

入院待機の長期化
患者自己負担の増（生活療養費）
リハビリの限度日数
回復期リハの適応のない重症患者の受け入れ

老健施設等

入所待機が長期化
入所者急変時の対応
胃瘻やO2管理, 精神疾患患者の受入施設が少ない
費用の問題

在宅

介護者及び費用の問題
病状急変時の対応が不安

「流れ」をよくするためにできそうなこと？

- 地域連携パスの検討
- 医師, O T ・ P T, 看護師, ケアマネージャーなど多職種が書き込める連携チェックリスト作成など
- 急性期からのリハビリ推進
- 空きベッドの状況、受け入れ可能な患者について情報提供できるしくみ
- 在宅医療の推進（在宅療養支援診療所）

・
・
・

- 管内の急性期病院が中心になり、主に急性期→回復期に重点をおいた地域連携パスの検討会を開催し連携パスを作成した。保健所は、検討会に参加。

— 169 —

隔年中の標準的な治療計画です。地域の医療機関・公助機関と連携して、患者さんとご家族を支援します。状況により、治療計画は変更することがあります。

ご本人自身による生活習慣管理、ご家族による介護や申請手続きなど、ご本人・ご家族の役割が重要です。地域の医療機関と連携して医療を行うために、患者さんの診療情報と連携医療機関間で共有させていただきます。

氏名			
男・女			
出生年月日: 平成	年	月	日

急性期病院(当院)

入院期間: 2~4週間
 ↳ 治療期間
 ・急性期治療で先行い回復を促す
 ・脳卒中の原因を調べて再発予防を行う
 ・合併症を防ぐ

＜本人・家族の目標と役割＞
 ・病状と障害を修正する
 ・生活習慣修正を行行
 (血圧、喫煙、飲酒、コレステロール、肥満など)
 ・必要な申請、手続きを行う

＜治療・検査＞
 ・CTやMRIなどの検査
 ・点滴: 1~2週間
 ・手術
 ・薬: 生活習慣病の薬
 血圧の薬をよくなる薬
 ・急性期リハビリテーション

＜症状＞
☐ 運動の障害 ()
☐ 言葉の障害
☐ 食べもの、との障害
☐ 尿便の障害
☐ 認知の障害
☐ 意識の障害
☐ その他

＜障害の軽減と対策＞
☐ 歩行能力
☐ 手の動作
☐ 食生活
☐ 食事の摂る能力
☐ 認知機能

＜退院基準＞
 1. 急性期の治療などの治療が終了
 2. 再発予防のための対策ができています
 3. 入院治療が必要な合併症がない

＜退院先＞
 ・病状の改善を2~3週間目で行い、1つのコースに分かれます
 軽症: ☐ 自宅退院
 ☐ 近距離リハビリ病院
 中等症: ☐ 自宅退院
 ☐ 近距離リハビリ病院
 重症: ☐ 近距離リハビリ病院
 ☐ 療養型病院 施設

	急性期病院			回復期リハビリテーション病院		
診療月	月	日	月	日	月	日
診療開始月						
診療終了月						

回復期 リハビリ病院					
入院期間：１～５ヶ月間 ◎治療目標 ・日常生活活動能力に合わせたリハビリ ・介護負担の軽減 ・機能障害のていどに応じた３つのコース					
軽症リハビリコース １～２ヶ月間	おおむね自立した日常生活が見込まれる方				在宅での療養が困難なケースでは、ケアが進みます
中等症リハビリコース ２～３ヶ月間	日常生活に軽度の介助や見守りが必要と見込まれる方				
重症リハビリコース ３～４ヶ月間	日常生活で多くの介助が必要と見込まれる方				
・認知・行動リハビリ評価 バイセル指数（BI） FIM指数（FIM） いずれかの評価値が コースが決まります	療養段階 	退院準備段階 	退院後支援段階 		
<退院形態> ① 回復期リハビリの目標に達した 又は ② 自宅や次の施設や納保へ退院する準備が整った					
<退院形態> ① 自宅退院 ② 療養型病院 ③ 老人保健施設 ④ 特別養老ホーム ⑤ 小規模多機能型居宅介護					

維持期

療養型病院

<目録>
・機能維持や合併症予防が目的とした療養

療養型病床



介護療養型にあっても在宅介護環境が整わない場合は、療養型病院などで機能維持・合併症予防を目的とした療養を行います。

介護老人保健施設
<目標>
個々に合わせて、在宅へ帰る準備をする

定期的なケアプランを見直します
在宅療養への移行について検討します

在宅生活のために色々な準備が必要です。主治医や医療関係員に相談しましょう かかりつけ医と専門家が共同で継続的な診療を行います。介護サービスについてはケアマネージャーが支援します。	※介護保険の取組 ※介護サービスの利用 ※認知症ケア ※介護サービスの活用 ※介護サービスの活用 ※介護サービスの活用	※介護サービス（病院に入院後変更があります） ※介護サービス（在宅介護） ※介護サービス（在宅介護） ※介護サービス（在宅介護） ※介護サービス（在宅介護）	※介護サービス（在宅介護） ※介護サービス（在宅介護） ※介護サービス（在宅介護） ※介護サービス（在宅介護） ※介護サービス（在宅介護）
※ケアプラン作成 ※家族援助・相談 ※介護保険 ※生活習慣病の予防 ※在宅医療 ※通所リハビリテーション	※在宅生活の準備 ※在宅生活の準備 ※在宅生活の準備 ※在宅生活の準備 ※在宅生活の準備	※在宅生活の準備 ※在宅生活の準備 ※在宅生活の準備 ※在宅生活の準備 ※在宅生活の準備	※在宅生活の準備 ※在宅生活の準備 ※在宅生活の準備 ※在宅生活の準備 ※在宅生活の準備

基本情報

醫師

看護師、PT、OT

[illegible]

4. 維持期における連携体制の検討

- ・ 保健所主催の「つくば保健医療圏脳卒中モデル策定会議」のメンバーを中心に「脳卒中連携パス勉強会」が発足し、保健所に集まっている。
保健所は、場を設定することとなり、所長、担当が勉強会に出席。
勉強会では特に維持期の連携体制について検討することになった。

- ・ 医師,OT・PT,看護師,ケアマネージャーなど多職種が書き込め、経時的に自立度評価がチェックできるような「連携ノート」を作ろうということになり、作成作業を進めてる。

連携ノート(検討中)

記載される内容

- ・患者情報（氏名，住所，主治医，健康保険，既往症，入院記録等）
- ・血圧自己管理チェック票，健康記録
- ・医療機関等受診記録
- ・診療，検査，服薬に関する記録
- ・ケア記録，リハビリ記録
- ・ADLチェック表
- ・地域連携パス

[illegible]

〔事例２〕

「地域保健医療計画の作成における保健所の役割について」

事例提供者

土屋 久幸 （埼玉県鴻巣保健所長）

事例名	【事例２】地域保健医療計画の作成における保健所の役割について
事例提供者名	土屋 久幸（埼玉県鴻巣保健所長）
コメント （１）成功要因分析	当保健所の属する埼玉県中央保健医療圏はさいたま市を含む埼玉県中央部に位置し、圏域内の人口は２４０万人で日本最大の人口規模を有する二次保健医療圏である。 この広く人口の多い圏域で、共通の目標を設定するには日頃からの情報収集と連携が重要である。地区医師会、保健所、市町村と日頃の連携の中で高い感度で情報を収集できたことが、その後の共通の課題の抽出に繋がった。 保健所長始め職員の日々の情報収集と関係機関との連携が鍵である。
（２）事例からみた医療連携	今回、重点施策を考えるにあたり、「在宅医療の推進」を柱の１つに掲げた。その理由として、多くの開業医は在宅での看取りは難しいと考える一方、がんセンターでは終末期に在宅医療を受け臨終期のみホスピスに入院して看取ることや在宅医療の延長で在宅で看取することも可能と考えていたことがある。さらに、医師会とがんセンターでは定例的な地域医療連携も実施されていた。こうした情報を基に、「在宅医療」を勧めるため、地域保健医療協議会では「がん末期患者の看取り」をテーマに研修会を行い、関係者の思いを確認した。保健所は全体の関係者の思いを共有する機会を提供した。
（３）保健所の関与の可能性と役割	地域保健、医療の関係機関をコーディネートするのは保健所の役割であり、地域保健医療計画の策定並びに進行管理を通して各機関の事業計画を調整しうる。当保健所は医師会と連携を密に事業を推進している。このため、地区の医師会長は医療計画の重要事項を認識し、医師会の節目となる会合や会報で医療計画の内容について掲載し、医師会員に協力を要請している。さらに、医師会、市町村との協力関係は小児救急医療体制の整備にも良い影響をもたらし、小児救急医療体制も昨年１１月から１歩前進した。 このように、広域での保健医療体制の調整に保健所の果たす役割は大きいと考える。

地域保健医療計画の作成における保健所の役割について

埼玉県鴻巣保健所長 土屋久幸

1. はじめに

埼玉県では平成19年度に埼玉県保健医療計画の第5次計画を策定しました。

県計画の基本理念は、「安心・安全」を全ての基本とし、県民一人ひとりが健康で安心した暮らしが送れるよう、「健康でしあわせな社会をつくるため福祉と連携した保健医療を充実する」ことを目標としています。

この目標を具体化するために以下の三つの方向を定めています。

- ①質が高く効率的な医療提供体制の確保
- ②生涯を通じた健康づくり体制の確立
- ③安心・安全な暮らしを守る健康危機管理体制の構築

この計画には県計画と圏域別計画があり、後者は保健所が事務局となった9つの地域保健医療協議会が重点施策を策定しています。

当保健所は中央保健医療圏に属し、さいたま市、鴻巣市、上尾市、桶川市、北本市、川口市、蕨市、戸田市、鳩ヶ谷市、伊奈町の9市1町が圏域で管轄人口は242万1千人です。

今回、当所の役割について報告します。

2. 計画見直しの経緯

圏域別計画の見直しにあたり、当圏域では中央地域保健医療協議会（会長：高梨浦和市医師会長）を開催し、圏域における重点取組項目（案）を策定することと致しました。

まず、保健所長は日頃のコミュニケーションの中で得られた地区医師会、管内保健所、市町村からの情報を整理しました。管内には、8つの医師会があり、また、がんの診療拠点病院としての県立がんセンターがあります。同センターは地域の医師会と定例的な医療連携が実施していました。また、がんセンターにはホスピスがありホスピスに入院して看取る場合、在宅で医療を受け、臨終期のみホスピスに入院して看取る場合や在宅で看取る場合もありました。医師会では、在宅での看取りは難しいと考えていることを把握しました。また、糖尿病は、平成20年度から特定健診、特定保健指導が始まることから「糖尿病を含め生活習慣病対策」に取り組む必要があると考えていました。

そこで、医療関係で取り組む重要性が高く重点的に医療連携に取り組むべき疾病・事業として「がん医療」「在宅医療」「糖尿病」を選定しました。

また、健康づくり・健康危機管理関係では児童虐待予防は今まで重点としてやっていたことから引き続きやっていくべきこと、及び、地元医師会でも重点テーマとして取りあげていたことから「親と子の保健対策」を選択しました。

さらに、「地域における健康危機管理体制策」はトリインフルエンザや新型インフルエンザ対策として実施していかなければならないことを考慮し、重点取組に選定しました。

まず、原案を管内の保健所及び市町村に投げかけ、調整し、最終的に中央地域保健医療協議会に提出する案を作成しました。

その案を中央地域保健医療協議会で2回検討し（平成19年7月と9月）、当圏域の重点取組項目（案）として決定しました。

3. 重点取組事項と主な取組（案）

【がん医療】

【目標】

死亡原因の第1位であるがんの予防対策を推進するとともに、医療体制を充実し、がんの罹患率と死亡率の減少を目指します。

【主な取組】

- がん検診及び精密検診受診率の向上
 - 全面禁煙・空間分煙実施施設認証制度及び禁煙外来、禁煙支援等の推進
 - がん診療連携拠点病院を中心とした医療機関の連携
 - がん患者とその家族の療養生活の質の向上
- 〈実施主体：市町、医師会、医療機関、薬局、保健所〉

【糖尿病等の生活習慣病対策】

【目標】

効果的、効率的な特定健診及び特定保健指導の実施体制を整備し、糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群の減少を図ります。また、糖尿病の医療体制の充実、強化を図ります。

【主な取組】

- 特定健診受診率の向上及び特定保健指導の効果的な実施
 - 生活習慣病予防のための健康教育及び普及啓発の充実強化
 - 糖尿病医療体制の充実及び医療機関情報の公表
- 〈実施主体：医療保険者、市町、医師会、歯科医師会、薬剤師会、医療機関、保健所〉

【在宅医療】

【目標】

かかりつけ医等による在宅医療の充実を図るとともに、在宅での療養生活を支援するために、看護、介護サービス等との連携体制を充実強化します。

【主な取組】

- 診療所、病院、薬局等の連携による在宅医療の推進
 - 介護保険サービスとの連携体制の強化
 - 医療機関等に関する情報の公表・提供
 - 特別養護老人ホーム、ケアハウスなどの施設の整備
- 〈実施主体：医療機関、訪問看護ステーション、薬局、医師会、歯科医師会、薬剤師会、市町、福祉保健総合センター、保健所、介護保険事業者〉

【親と子の保健対策】

【目標】

子育て支援や、未熟児、障害児及び慢性疾患を持つ子どもの親に対する相談・支援体制を充実、強化します。

【主な取組】

- 乳幼児健康診査・相談の充実
 - 歯科保健の推進
 - 小児・思春期精神保健対策の充実
 - 児童虐待のリスクのある家庭への支援体制の充実
- 〈実施主体：市町、医師会、歯科医師会、児童相談所、教育委員会、学校、保健所〉

【地域における健康危機管理体制】

【目標】

健康危機の発生に的確、迅速に対応するため、地域における健康危機管理体制の充実、強化を図ります。

【主な取組】

- 健康危機管理体制の充実、強化
 - 健康危機管理に関する研修や訓練の実施
 - 情報の提供体制の整備
- 〈実施主体：保健所、市町、医師会等〉

4. 結び

当圏域の重点取組（案）は県計画の一部として、県の地域保健医療推進協議会で審議され、県民コメントを経て3月には正式な計画として決定され、公表されました。

今後は、この計画の着実な進捗に向け、進行管理を行います。

まず、それぞれの実施主体に対し、具体的な取組と5年間のスケジュールを照会します。その際、出来る限り目標とする指標を示してもらいます。

その計画に沿って実施し、年度ごとに取組実績を報告してもらいます。

取組実績によっては、計画の推進ペースを調整するか目標を修正するなどして、実行します。これを、1年ごとに繰り返し、計画を推進していく予定です。

〔事例 3〕

**「医療連携推進と保健所の役割」
土浦地区急性心筋梗塞圏域連携会議の場合**

事例提供者

大和 慎一 （茨城県土浦保健所長）

事例名	【事例3】「医療連携推進と保健所の役割」土浦地区急性心筋梗塞圏域連携会議の場合
事例提供者名	大和 慎一（茨城県土浦保健所長）
コメント （1）成功要因分析	診療報酬点数にいずれ取り込まれるとの見込みのもと、中核病院・診療所いずれも取り組む意欲はある。忙しい臨床の現場でお互いの情報交換をする場が必要と感じていた。 きっかけを作れば、積極的に関与してくれる。
（2）事例からみた医療連携	中核病院の実働医師には（個人的なものを除けば）診療所の情報が少ない。医療計画に基づき医療機関情報を収集し、医療監視も行う立場の保健所は、両者の仲立ちをするのに適した立場にある。
（3）保健所の関与の可能性と役割	中立的な立場の保健所が場を設営することは歓迎された。多様な機関との関係を有することが強み。患者側の理解を必要とする場合も、行政からのP.Rが有効。

医療連携推進と保健所の役割

土浦地区急性心筋梗塞圏域連携会議の場合

茨城県土浦保健所
大和慎一

1. 背景

医療制度改革により、4 疾病5 事業について地域連携パス・計画を医療計画に記載することが義務づけられた。茨城県では、5 事業については、「救急医療対策協議会」等の県レベルの会議で検討されることとなり、また、4 疾病のうちがんについては「第二次茨城県総合がん対策」に位置づけることとなった。

「脳卒中」「心筋梗塞」「糖尿病」の3 疾病について、県内3 カ所の保健所で試行的に地域医療連携に取り組み、それを医療計画に反映することになり、当土浦保健所では心筋梗塞について取り組むこととなった。

2. 地域の概況

人口：約30 万人 高齢化率：約20 % 都内への通勤圏外縁、県南部の中心市

病院数：21 うち循環器急性期の治療ができる病院 3

県立医療大学附属リハビリテーション専門病院 1

診療所：約230

一応圏域内で医療は完結できる

元無医大県であり、大学系列は様々

3. 事業の概要

1) 関係者による会議の開催

第一回 2007 年2 月7 日「急性心筋梗塞の地域連携に係る意見交換会」

参加者：中核病院・リハ病院の院長・医師・PT、医師会代表

それぞれの立場から、地域医療連携についての意見を出してもらい、地域医療計画記載の参考とした。

その後、中核病院・医師会双方から実際の地域連携パスに結びつけたいという意見があり、次の会議となった

第二回 2007年8月10日「土浦地区循環器疾患地域連携パス連絡協議会」

参加者：中核病院医師、医師会代表、開業循環器専門医

作業部会を設置し、具体的な地域連携パスのための手帳作成、及び今後の地域での研修会などについて、協議することとなった。

作業部会での協議の結果、

- a) 手帳作成
 - b) 地域連携パスに参加する診療所を募り実際に運用してみる
- ことが、合意された。

そこで、保健所が仲介役となり、作業部会と協議しつつ手帳を作成した。

第三回 2008年5月14日「土浦地区急性心筋梗塞圏域連携会議」

中核病院の一つが中心（事務局）となり、広く医師会員に呼びかけて参加者を募った。

参加者：中核病院：2，診療所：15

急性期の標準的治療と手帳の運用方法について中核病院が説明し、

- a) 今後実際に患者に手帳を持たせて紹介・逆紹介すること
- b) 随時研修会・情報交換会等を開催し

中核病院・診療所お互いの意思疎通を図ること
などが合意された。

4. 関係者の意見等

協議の経過中、参加者それぞれの立場から様々な意見が出された。

1) 医療機関運営

- a 中核病院：医療資源有効活用のため診療所への紹介を増やしたい
- b 診療所：専門性を出したい（患者の信頼、やりがい、リスク減）
中核病院とのルートを太くしておきたい
- c 大腿骨頸部骨折・脳卒中に続き診療報酬化されれば、もっと進む
- d 負担が大きすぎではだめ

2) 疾病（心筋梗塞）の特性

- a 重症疾患のため患者との関係が密になりやすい
逆紹介は患者に不安がられる
- b リハが（脳卒中ほどには）定着していない
- c リハには急変のリスクがある、やりがい脳卒中リハに劣る

3) 現状とその問題点

- a 紹介・その戻し紹介はあるが、逆紹介は少ない
- b 病院側に診療所の情報が少ない（2 中核病院で独自にマップ作成中）
- c 中核病院側では診療所の能力にもう一つ不安がある
- d 情報交換する機会が欲しい
- e 老人入所施設との関係が増加するが、受け入れ不十分

4) 保健所の役割

- a 複数の中核病院を核とした、地域全体での医療機能分担体制構築
- b 老人入所施設を含めた体制構築
- c 公開のため医療機関機能調査で収集した情報の有効活用
- d 患者側の意識改革
- e 日常医療圏と二次医療圏との食い違いが問題（県全体で取り組む必要）

制度的裏付けが無いと進まない

〔事例 4〕

「神奈川県県央二次保健医療圏における救急医療体制の構築について」

事例提供者

岡部 英男 （神奈川県厚木保健所長）

事例名	【事例４】神奈川県県央二次保健医療圏における救急医療体制の構築について
事例提供者名	岡部 英男（神奈川県厚木保健所長）
コメント （１）成功要因分析	二次救急輪番病院相互の信頼関係の構築が重要である。 そのためには、それぞれの病院の医療機能情報が、相互に正確に提供され、広域に二次救急体制が安定的に実行されること。 二次救急体制の維持には、一次救急との相互信頼による連携も重要である。また、三次救急病院との連携も大事である。 さらに、市民への適正な救急受診について、講演会や広報活動に、各行政機関が連携して、努めること。
（２）事例からみた医療連携	二次救急体制が各市と各医師会や病院協会相互の協議会で円滑に運営されていれば問題はない。 二次救急体制が崩れる場合、すなわち、救急輪番日に空白が生ずる可能性があれば、早急に調整が必要となる。 原因がどこにあるかを早急に把握し、二次救急体制維持のためには、広域調整が必要である。 二次医療圏、全体での広域調整を必要とするため、緊急で関係する各市、医師会、病院協会との協議の場を開いて、対応する。
（３）保健所の関与の可能性と役割	二次救急体制が単独の市と医師会や病院協会相互の協議で維持できない場合、市からの依頼を受けて、保健所は広域調整を実施する。 保健所は医療法に基づく病院の立ち入りを行っており、二次救急病院の実態も把握しているため、調整機関としての役割を果たすことが可能である。 広域調整を実施する場合、二次医療圏、全体での調整を必要とするため、実際に二次救急を担当している全ての病院間での調整には、早急に調査を行って、相互信頼に基づく調整が必要である。

神奈川県県央二次保健医療圏における救急医療連携体制の構築について
神奈川県厚木保健福祉事務所 岡部英男

はじめに 神奈川県県央二次保健医療圏では、保健福祉事務所（保健所）の広域調整により、多くの医療連携を実施してきた。

その中で、今回は救急医療連携体制の構築について報告する。

神奈川県県央二次保健医療圏は人口827,680人で面積は292.81km²（平成18年度）で、保健福祉事務所は厚木と大和の2所である。

近年、この県央地区では、病院の廃院、救急指定の返上等が相次ぎ、加えて昨今の医師不足により、救急医療をめぐる地域事情が急速に悪化している。

このような問題について、平成19年度の県央地区首長と知事との懇談会でも話題となった。

1. 救急医療の体制

県保健医療計画で定めている救急医療体制は初期体制、二次体制、三次体制で維持されている。

従来、初期体制と二次体制については、各市町村と各医師会との調整で維持されてきた。

県央地区は7市町村（厚木市、大和市、海老名市、座間市、綾瀬市、愛川町、清川村）で構成され、4医師会（厚木医師会、大和市医師会、海老名市医師会、座間・綾瀬医師会）と2病院協会（厚木病院協会、大和・高座病院協会）で初期体制と二次体制は組まれている。

救急体制の主な診療科として、内科・外科と小児科の二つに分けて初期と二次の対応を行っている。

2. 二次救急医療の課題と取り組み

平成18年度から、管内の2市と1医師会とで実施されていた二次救急のブロック別の病院輪番制の維持が難しくなり、第1段階として、3市（隣接市）と2医師会、病院協会（新たな2病院）との調整により維持されていた。

この段階では関係する3市と2医師会・新たな2病院との調整が中心であり、保健福祉事務所は、後方支援として、3市、2医師会、病院協会との調整を行った。

しかし、今年度（平成20年度）上半期は、この体制での二次輪番が組めなくなり、二次保健医療圏域内のより広域の救急医療連携が必要となった。

二次輪番が組めなくなった、2市の市長より保健福祉事務所長へ、広域調整についての要請を受け、第2段階として、保健福祉事務所（2所）は、6市町

村と3医師会、2病院協会（さらに新たな2病院）との数回の個別折衝や全体会議等を開催し積極的に関与した。広域調整を行うことにより、二次輪番は維持されている。

保健福祉事務所は、管内の各救急指定病院の診療科などの機能、救急体制の整備や実績、メディカルコントロールに関して消防の救急隊の情報など、地域の医療資源を把握しており、広域調整を的確に行える立場にある。

3. 今後の対応

- ① 県央地区地域医療専門部会の下部委員会として、県央救急医療緊急対策実行委員会を組織する。実施主体とし、県央地区の7市町村、4医師会、2病院協会、救急指令、県看護協会県央支部、県保健福祉事務所を構成員とし、今後、救急医療連携体制の確立（救急医療連携クリティカルパス）に向けた協議を継続して行うこととした。
- ② 県央二次医療圏域内における二次輪番については、医師会単位からブロック単位により広域化する。従来、患者の初期と二次救急医療の流れは、相模川を境に分離されていた。二次救急医療体制としては、患者の住所地と病院との距離についても考慮する必要がある。
- ③ 共同利用型病院方式の導入については、医師会と各病院とのより具体的な調整が必要である。医師会員は休日夜間の輪番で初期救急を担当しており、さらに過重な救急医療への対応は難しい。
- ④ 初期救急への患者誘導による二次救急の負担軽減
 - i) 初期、二次の機能分担の周知徹底
 - ii) 電話相談の導入
 - iii) ウォークインの制限
 - iv) 初期救急の時間延長
- ⑤ 救急医療と搬送の連携
- ⑥ 院内のトリアージの導入
- ⑦ 社会医療法人の導入により、救急医療等を確実に実施し法人税非課税の税制上の利点を生かす。
- ⑧ 住民への広報啓発
 - i) 救急医療の適正な受診を促すための、広報紙の発行、リレー・シンポジウムやミニ講座の開催を予定した。
 - ii) 住民運動（たとえば母親自身からの働きかけによる、小児科のコンビニ受診の抑制など）への支援を行う。

おわりに 二次医療圏域での、救急医療連携体制の推進に向けて、保健福祉事務所（保健所）の役割は、県民を中心に地域の医療資源の実情を十分考慮し、広域的な立場で積極的に支援していくことである。

〔事例 5〕

**「特定健診・特定保健指導の効果的指導の
実施に向けた取組」**

事例提供者

雨宮 文明 （川崎市高津保健所長）

事例名	【事例５】特定健診・特定保健指導の効果的指導の実施に向けた取組
事例提供者名	雨宮 文明（川崎市高津保健所長）
コメント （１）成功要因分析	・ 受診率が低いので成功とは言えないが、やはり２３万人を対象とする保険者においては医師会等への委託が事業運営上、スムーズだったと思われる。 ・ 川崎市では３９歳までの健診・保健指導を市単独事業で、３５歳・３８歳の健診を国保事業で実施しているが、フリーターなど雇用形態が様々で、若年層こそ健診受診の機会がなく男性の受診希望も増えてきている。３０代の底上げも視野に入れた事業展開が必要と考える。
（２）事例からみた医療連携	● 特定健診、保健指導に関する研修の実施（２０年度は医師会への説明会を事業開始前２回実施。市看護協会等の協力により保健指導研修を医師会にもPR。医師の参加、診療所の看護師の参加が多かった。） ● 今後は健診や保健指導が終了した段階で、保健所への紹介等ができるような医療連携が望ましい。 ・ 保健指導者のフォロー （継続的な指導を希望する人へのアプローチ ・ 医療との連携） ・ 保健指導該当者以外のリスクが高い人へのアプローチ （腹囲が該当しない高血圧・高脂血症・高血糖等）
（３）保健所の関与の可能性と役割	ポピュレーションアプローチの役割 ・ 特定健診や保健指導の普及啓発 ・ 未受診者への受診推奨 ・ 保健指導者のフォロー （継続的な指導を希望する人へのアプローチ ・ 医療との連携） ・ 禁煙相談 ・ 身近な場での健康づくり事業の提供（公園体操等） ・ ４０歳になる前の若年層への働きかけ （３９歳までの健診・保健指導）

特定健診・特定保健指導の効果的指導の実施に向けた取組

川崎市高津保健所長 雨宮 文明

1. 川崎市における取組

平成 20 年 4 月より始まる特定健診・特定保健指導に向け、川崎市では、平成 19 年 2 月より、特定健診・特定保健指導計画プロジェクト会議を立ち上げた。メンバー構成は各区保健所から 2 名ずつの委員(医師、保健師、栄養士、事務職)を選出、事務局は、健康福祉局健康増進課、保険年金課等からなる。ほぼ毎月 1 回の会議を持ち、計画策定に向け、保健指導の方向性、被保険者アンケート調査の検討・分析、業者委託内容の検討、実施マニュアルの検討等を行い、「川崎市特定健康診査等実施計画」(平成 20 年 3 月)としてまとめた。

(1) 被保険者の状況(平成 18 年 10 月 1 日)

- ・ 全人口 1,342 千人、40～74 歳人口 550 千人、高齢化率 15.2%、国民健康保険被保険者数 441 千人

(2) 健診・医療費等からみた現状(平成 17 年度基本健康診査結果)

- ・ 基本健康診査受診率 34.8%(平成 18 年度実績)
- ・ 肥満(BMI 25 以上): 男性 3～4 割、女性 1～3 割程度、男性は 40 歳後半がピーク、女性は年齢層が高くなるにしたがい増加。
- ・ 血糖(BS 100mg/dl, HbA1c 5.2% 以上): 年齢階層が高くなるほど高く男性が多い。男性では 45 歳以上、女性でも 55 歳以上で 5 割を超える。
- ・ 脂質(TG 150mg/dl 以上または HDL-Ch 40mg/dl 未満): 男性では 3～4 割、女性では 2～3 割程度。
- ・ 血圧(収縮期血圧 130mmHg または拡張期 85mmHg 以上): 男性で 45 歳以上の人、女性でも 55 歳以上の人半数以上。
- ・ 喫煙: 男性で 40 歳代が最も高く、4 割程度の人が喫煙している。
- ・ メタボリックシンドロームの出現率: いずれの年齢でも女性より男性の方が高く、男性では 60 歳代前半までで、予備群が 1 割程度、該当者が 2 割程度。
- ・ 階層化基準に応じたリスクの保有状況からわかること: リスクを持つ割合は男性の方が多く、40 歳後半以降、血圧と血糖をリスクとして抱えている人の割合が男女とも多くなっている。
- ・ レセプトからわかること: ① 全医療費に占める生活習慣病の割合を見ると、男性では 3～4 割、女性では 2～3 割になっている。② 虚血性心疾患、脳血管疾患、腎疾患、糖尿病、高血圧は県と比べても 1 件当たり医療費が高く、その疾患につながる動脈硬化も県平均より高い状況にある。肝疾患も県平均より上回っている。③ 40 歳から 64 歳の介護保険認定者(19 年 3 月時点)の原因疾患は脳血管疾患や糖尿病の合併症の疾患が多い。④ 死亡原因をみると生活習慣に関連する心疾患、脳血管疾患などの疾患が、高順位になっている。

(3) 計画の達成目標

- ・ 特定健診・特定保健指導実施の基本的考え方 ① 健診未受診者の確実な把握 ② 保健指導の徹底 ③ 医療費適正化効果までを含めたデータの蓄積と効果の評価
- ・ 目標値の設定

	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度
特定健診の受診率 (又は結果把握率)	40%	45%	50%	55%	65%
特定保健指導の 実施率 (又は結果把握率)	30%	30%	35%	40%	45%
メタボリックシンドローム (内臓脂肪症候群) の該 当者・予備群の 減少率 (20 年度比)	—	—	—	—	10%

(4) 特定健診・特定保健指導の実施

- ・ 特定健診対象者見込み数

	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度
40～64 歳	135,878 人	138,990 人	143,175 人	145,122 人	144,938 人
65～74 歳	96,098 人	97,459 人	96,263 人	98,148 人	102,559 人
計	231,976 人	236,449 人	239,438 人	243,269 人	247,498 人
健診受診率	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	65.0%
健診受診者数	92,791 人	106,402 人	119,719 人	133,798 人	160,873 人

- ・ 出現率

	年齢	性別	情報提供	動機づけ支援	積極的支援
出現率	40～64 歳	男性	66.9%	16.5%	16.5%
		女性	81.3%	13.8%	5.0%
	65～74 歳	男性	72.2%	27.8%	
		女性	74.6%	25.4%	

- ・ 特定保健指導者見込み数

	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度
動機づけ支援	18,512 人	21,211 人	23,744 人	26,552 人	32,109 人
積極的支援	5,820 人	6,686 人	7,637 人	8,503 人	10,052 人
合計	24,332 人	27,897 人	31,381 人	35,055 人	42,161 人
保健指導実施率	30.0%	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%
保健指導実施者数 【動機づけ支援】	5,554 人	6,363 人	8,310 人	10,621 人	14,449 人
保健指導実施者数 【積極的支援】	1,746 人	2,006 人	2,673 人	3,401 人	4,523 人
保健指導実施者数 【合計】	7,300 人	8,369 人	10,983 人	14,022 人	18,972 人

・ 特定健診の実施

健診項目： 基本的な健診項目に加え、尿酸、血清クレアチニンを追加。血糖検査はヘモグロビンA1cのみ測定。詳細な健診項目（心電図検査、眼底検査、貧血検査）は、一定の基準下で医師が必要と判断したものを選択。

実施形態： 市内医療機関にて、6月から翌年1月に個別健診。（市医師会・非医師会に委託）

自己負担： 必須項目で1,200円（非課税世帯は400円）。

・ 特定保健指導の実施

実施時期： 毎年6月から翌年3月末まで。（動機付け支援）

積極的支援は平成20年度は8月下旬から3月末まで。

実施場所： 公的施設や民間施設等。

特定保健指導モデルプラン： 動機付け支援を市医師会・非医師会に、積極的支援を実施を希望する市内医療機関と民間事業者に委託。

自己負担： なし。

- ・ 受診勧奨値： 川崎市国民健康保険の基準（受診勧奨値であっても例外として要医療とせず、特定保健指導の案内を実施する対象の判定に用いる基準）を設け、該当者は可能な限り保健指導を勧めていくこととする。但し、受診勧奨値が1つだけ該当し、その他に危険因子がないことが前提となる。

項目		受診勧奨値	要指導（特定保健指導）
脂質	中性脂肪	300mg/dl 以上	食後検査で 300mg/dl 以上 500mg/dl 未満の場合
	LDL コレステロール	140mg/dl 以上	160 mg/dl 未満 但し、以下の危険因子がないことが前提となる。 男性≥45歳、女性≥55歳 高血圧、糖尿病（耐糖能異常含む）、喫煙、 冠動脈疾患の家族歴 低 HDL-C 血症（<40mg/dl）
血圧	収縮期	140mmHg 以上	他危険因子がない場合で 140～159 mmHg のとき
	拡張期	90mmHg 以上	他危険因子がない場合で 90～99 mmHg のとき

*他危険因子とは高血圧、喫煙、糖尿病（耐糖能異常含む）、脂質異常症、肥満、加齢、冠動脈疾患の家族歴

（５） 保健指導の内容 別添 モデルプラン

（６） 特定健診等の評価体制・評価方法

特定健康診査・特定保健指導事業評価委員会 年1回予定 外部委員による委員会

特定健康診査・特定保健指導事業検討委員会 年2回予定 国保部門と衛生部門が事業検討会を実施。

2. 高津保健所における取組

今年度の特定健診・特定保健指導の導入に先立ち、当保健所では独自に、昨年度、試行的に同制度と同様の手法により、川崎市国民健康保険加入者を対象に、6ヶ月間の保健指導を実施した。今回の取組から見えてきた課題、改善案、保健所の役割等について述べたい。

(1) 実施方法

高津保健所の保健師、医師、管理栄養士、事務職と高津スポーツセンターの健康運動指導士と実施。主に高津区在住・在勤の川崎市国保加入者へ働きかけ、事前に川崎市の基本健康診査を受けてもらい、健診結果説明会に参加してもらった。そのうちの特定保健指導の積極的支援、動機づけ支援該当者に対して、特定健診・保健指導に向けての健康増進教室「講座 もしかしてメタボリックシンドローム？～あと3cmおなかをひっこめよう～」として、6ヶ月間の保健指導を実施。

(2) 実施内容と結果

講座を申し込んだ12人を対象に、6ヶ月間の保健指導を実施した。初回、3ヵ月後、6ヵ月後の指導を3回とも参加したのは9人で、初回、6ヵ月後の指導を2回とも参加したのは10人であった。

①参加者のデータの変化：3回とも腹囲・体重を測定できた9人の平均値の変化では、腹囲は平均3.1cm減少し、体重も平均1.7kg減少した。腹囲・体重とも初回と3ヵ月後、初回と6ヵ月後は有意な差が見られたが、3ヵ月後と6ヵ月後の変化については有意な差は見られなかった。その他のデータの初回と6ヵ月後の変化では有意な差は見られなかったが、体重が減少した人には血糖値や中性脂肪値などが下がるなど効果が見られた。

②参加者の生活習慣の変化：初回指導と6ヵ月後に生活習慣についてのアンケートを実施した。初回指導では、「間食をほとんど毎日取る」と10人中4人が答えていたが、6ヵ月後では10人中1人に減少していた。運動に関しては、設問がわかりにくく間違えて答えてしまう人が多くいたため、アンケート上では変化が見られなかったが、今まで特に運動を行っていなかった人全員がウォーキング等を始めていた。

③生活習慣改善の促進要因と阻害要因：食事内容、腹囲、体重、歩数等を毎日記録している人は効果が上がっていた。家族との関係も大きく、協力が得られると促進要因になるが、毎晩お酒を勧められたり、一緒に間食をしたりと阻害要因でもあった。

④指導内容・方法について：初回指導では、今後の目標と達成するための方法を決めることが大切であるため、個別指導に時間がかかり、厚生労働省から出されている最低限の20分ではかなり厳しかった。個別指導時に使用した資料「早世・障害の予防のために」は、現在の状況と今後の見通しを本人が理解しやすかった。運動については、エクササイズガイドは理解するのに難しく、ボールやセラバンドを使用した運動は、その後の取り組みにつながらなかった。スポーツセンターの利用も進めたがつながらず、ウォーキングなどの普段の生活に取り入れやすい身体活動の指導が効果的だった。食事に関しては、飲酒の問題が大きく、やめると効果的だがやめることも難しく、働きかけ方が課題である。バランス

ガイドについては、食品群ごとの摂取量の目安量などがなく、摂取カロリーはオーバーしているにも関わらず、足らないように見えることもあった。そのため、生活習慣病者やその予備群には適さないように思われた。腹囲測定は、2人で慎重に実施したが、少しのずれで大きく値が変わり、体重の変化と連動しないこともあり、評価としては腹囲よりも体重の方が正確で参加者自身も測定できるためよいと思われた。

(3) 考察

今回の実施結果から、保健所の今後の役割として以下の5点が考えられた。

1) 特定健診・保健指導の動機づけ

今回、川崎市国民健康保険加入者を中心に働きかけたが、なかなか講座の参加に結びつかなかった。特にメタボリックシンドローム該当者と予備群が多い40歳代、50歳代の男性の参加は0人であった。健診・保健指導を受けてもらうためには相当な創意工夫と努力が必要だと思われる。どのように地域に働きかけていったら効果的なのか検討し実施していく必要がある。

2) 特定保健指導を受けた人たちのフォローの場

今回行った6ヶ月間の指導では、生活習慣を改善し継続していくことの難しさを痛感した。参加者からも「期間限定だから頑張れた。」「3ヶ月間が限度。」との言葉が聞かれた。体重、腹囲も3ヶ月後は減少している人が多かったが、6ヵ月後になると増加した人、減少が少なくなる人が多くなるなど、望ましい生活習慣を継続することは難しいようだった。特定保健指導を受けた人たちも、指導が終了すれば以前の生活習慣に戻ってしまうことが予想される。そうならないために、保健福祉センターとしては、特定保健指導を受けた人たちが望ましい生活習慣を継続できるようなフォローの場を設ける必要がある。

3) 医療機関との連携

今回の参加者には治療中の人もいたが、具体的な指導は受けていなかった。重症化予防の視点から医療費適正化に寄与できるため、医療機関との連携を図り、保健指導の体制を作っていく必要がある。

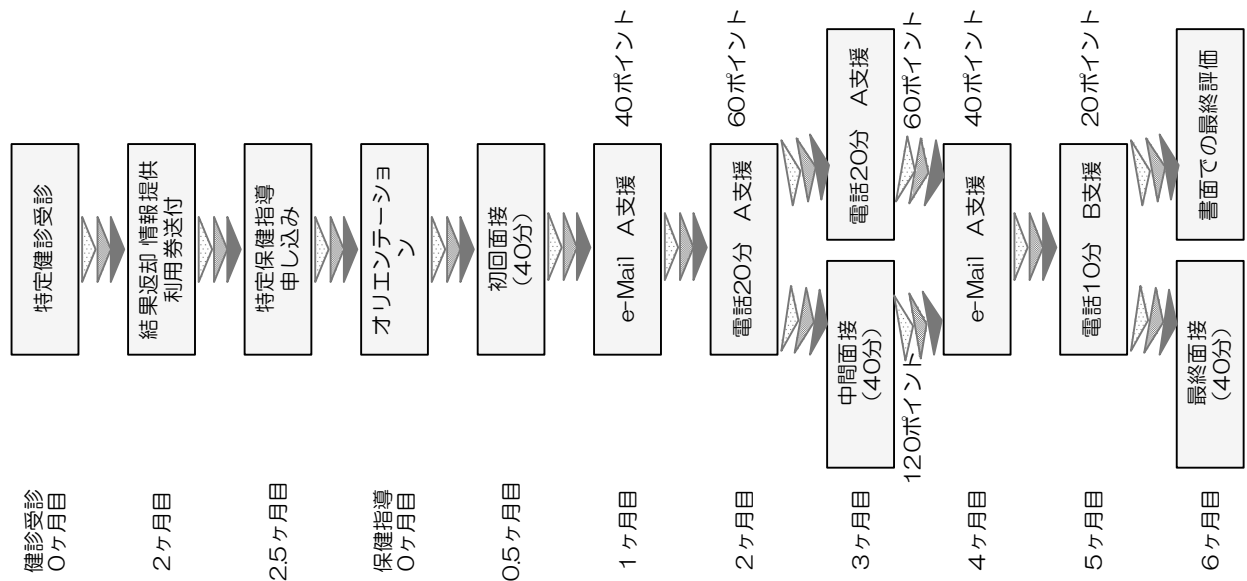
4) 特定保健指導以外の要指導者への指導

特定保健指導の対象者は一部であり、それ以外の要指導者の方が多いため、ここへのアプローチなしには医療費適正化は難しい。その際、標準的な健診・保健指導プログラムに「生活習慣病予備群の確実な抽出と保健指導の徹底が不十分」だったとあるように、従来の参加希望者だけを集めて実施する方法ではなく、国保の対象者で効果的な対象を絞り、保健指導していくことが大切だと考えられる。

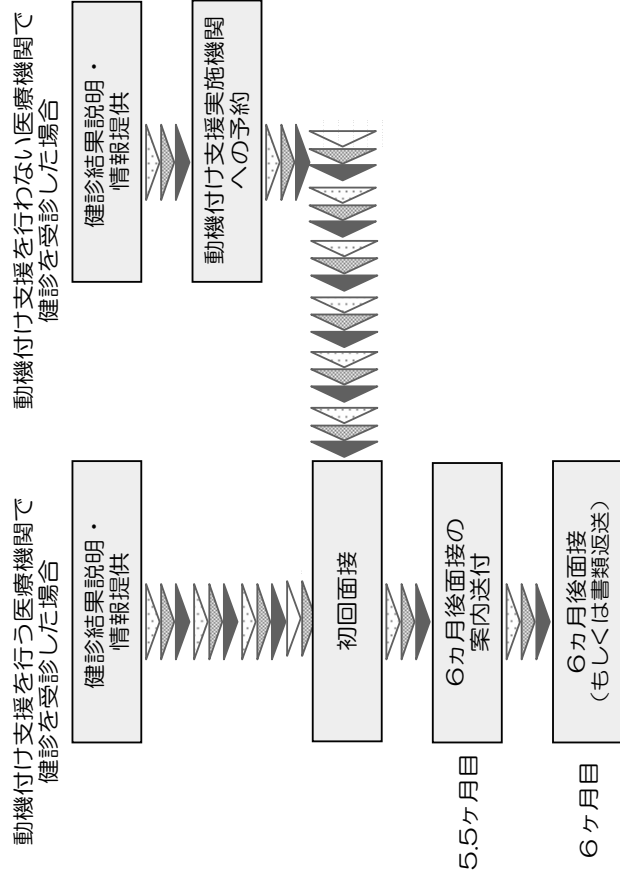
5) 39歳以下の健診・保健指導の実施

今回実施した保健指導から得られたものを参考に、早期介入のための39歳以下の健診・保健指導に取り組み、若いうちからの生活習慣病予防に取り組んでいくことが必要である。川崎市国民健康保険の35・38歳健診に保健指導を加えると共に、今年度新たに、市内各区保健所にて、若年者を対象とした「39歳までの健診・保健指導」として実施する。

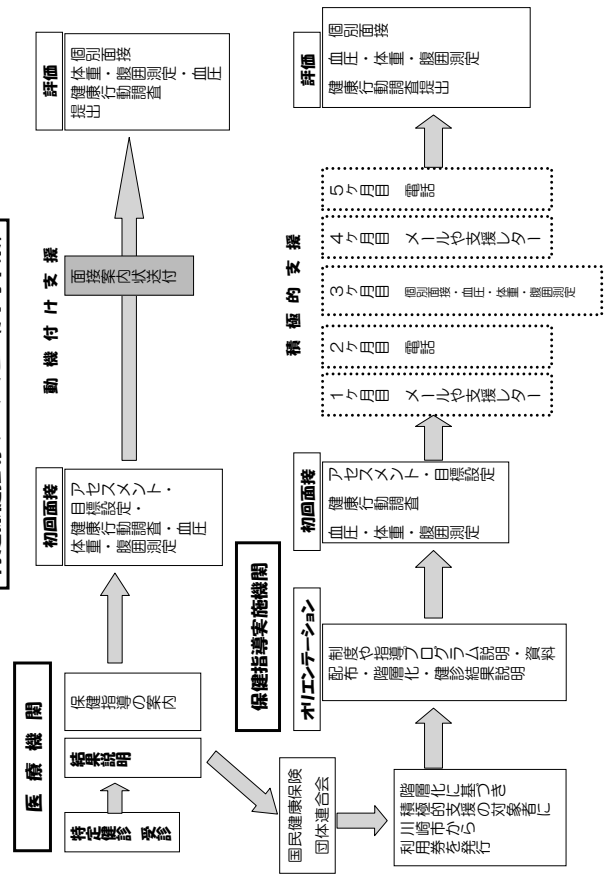
図表 3-4 積極的支援の流れ（川崎市モデルプラン）



図表 3-1 動機付け支援の流れ（川崎市モデルプラン）



特定保健指導プログラム（川崎市案）



〔事例 6〕

**「横浜市における特定健診・特定保健指導の
効果的な実施に向けた取り組みについて」**

事例提供者

木村 博和 （横浜市健康福祉局保健事業課担当課長）

事例名	【事例6】横浜市における特定健診・特定保健指導の効果的な実施に向けた取り組みについて
事例提供者名	木村 博和（横浜市健康福祉局保健事業課担当課長）
コメント （1）成功要因分析	・ 外部委託による実施を基本的な考え方として計画を策定 ・ 実施計画の策定は国保担当部門（健康福祉局生活福祉部保険年金課）が行う。
（2）事例からみた医療連携	
（3）保健所の関与の可能性と役割	・ 目標達成へ向けた計画の推進 ・ 特定保健指導プログラムの有効性の検証 ・ 健康づくり事業と連携した生活習慣改善の普及、啓発の推進

横浜市における特定健診・特定保健指導の効果的な実施に向けた取り組みについて

横浜市健康福祉局保健事業課担当課長 木村博和

横浜市は、国保保険者として加入者への特定健診・特定保健指導の実施にあたり、対象となる 40 歳～74 歳の国保加入者約 65 万人の受診・利用機関を確保しなければならないことから、外部委託による実施を基本的な考え方として計画を策定した。この背景としてこれまで基本健診を市内医療機関等へ委託して実施してきたことや、行政の役割が直接のサービス提供からサービスの質の確保や事業者の支援・育成などへと転換しつつあることなどがあげられる。

特定健診の外部委託に際しては受診者の利便性への配慮や外部委託や精度管理などの基準を考慮したうえで委託先を選定し、市内の医療機関及び健診機関約 1,100 機関と委託契約を結んだ。検査項目は法定項目のほか腎不全や糖尿病の進行状況を把握するための血清クレアチニン値、食生活と深い係わりのある血清尿酸値、重篤な疾患の早期発見につながる尿潜血を独自項目として追加した。実施期間はその後の特定保健指導が年度内に利用できるようにするため毎年 5 月から翌年 1 月までとした（平成 20 年度は 6 月から）。受診案内は受診券と健診実施機関リストを同時に個別送付して受診勧奨とし、発送は受診集中を避けるため年数回に分けて行うこととした。健診結果の通知は受診機関から直接本人に通知することとした。

特定保健指導の実施にあたっては、男性では糖尿病等の生活習慣病の危険因子が重なり始めた若い世代への指導を、女性では更年期世代での生活習慣病予防対策の実施を基本的な考え方とした。特定保健指導の対象外で保健指導が必要な場合は福祉保健センターの健康相談等により保健指導を受けられるようにした。外部委託の選定においては利用者の利便性をふまえたうえで高い専門性と多様な指導方法により行動変容につながる保健指導が期待できる実施機関を選定の基本的な考え方とし、24 事業所と契約した。利用案内は特定保健指導の対象者に利用券と実施機関案内を直接送付することとした。

今後の課題として平成 24 年までに対象者が 80 万人に増加することが見込まれる中での目標達成へ向けた計画の推進、被保険者の約 3 割が異動する中で特定保健指導プログラムの有効性の検証、健康づくり事業と連携した生活習慣改善の普及、啓発の推進などがあげられる。これらの課題解決に向けて保健所は地域保健行政の中心的役割を担うことを期待される。

平成20年度地域保健総合推進事業
地域における医療連携の推進、特定健診・特定保健
指導の効果的な実施に向けた保健所検討会
(関東甲信静ブロック)

横浜市における取り組み

平成20年7月18日
ホテルレイクビュー水戸

横浜市健康福祉局保健事業課
木村博和

特定健診等の検討へ向けての基本的な考え方

□ 横浜市の役割

- 国保保険者として
 - 加入者に対して、特定健診・特定保健指導を実施する。
- 健康づくり部門として
 - 住民組織活動、健康づくりのための環境整備などを実施する。

□ 基本的な考え方

- 「民間にできることはできるだけ民間に任せ、最終的な実施責任を持つ」という理念をふまえ、直接のサービスの提供からサービスの質の確保や事業者への支援・育成、市民と事業者とのコーディネートなどへの転換に取り組んでいる。

(区福祉保健センターのあり方検討会報告書H18年12月)

特定健診等実施へ向けての基本的考え方

- 本市における行政の役割の変化
 - 前述
- 国保の健診対象者の推計数：約65万人（H20年）
 - 福祉保健センター健康づくり部門の専門職では実施困難
 - 645,700人は40～74歳人口（1,601,00人）の40.1%
- 基本健診の委託実施の実績
 - H17 基本健診受診者数：約20万人
 - 市内の医療機関：18万1千人（90.5%）
 - 福祉保健センター：1万9千人（9.5%）
 - S62年から各区保健所のほか、市内の医療機関1,300施設にて実施
- 特定健診・特定保健指導は外部委託にて実施する。
- 実施計画の策定は国保担当部門（健康福祉局生活福祉部保険年金課）が行うこととした。

3

横浜市国保の特定健診等実施計画について

1. 計画策定の趣旨
2. 被保険者の疾病及び医療費等の現状と課題
3. 特定健診等の実施及びその成果に係る基本目標
4. 特定健診等の実施方法
5. 個人情報保護の保護
6. 質の確保・向上のための仕組みづくり
7. 計画の評価及び見直し

4

第1章 計画策定の趣旨1

□ 特定健診等の導入の背景及び趣旨

- 急速な少子高齢化、生活スタイルの変化、生活習慣病の増加などによる医療費の増大
- 国民医療費総額の3割を占め、予防可能な高血圧症、脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病の発症を減らし、医療保険財源の安定性を確保する。
- これにより被保険者が必要な時に十分な医療を受けられるようにする。

5

第1章 計画策定の趣旨2

□ 特定健診等の基本的な考え方について

- 内臓脂肪症候群の概念の導入
 - 内臓脂肪型肥満が生活習慣病の共通の要因
 - 内臓脂肪の減少により、生活習慣病発症の危険性を低減させる
- 特定健診及び保健指導の実施
 - これまでの健診は疾病の早期発見、早期治療を目的としたもの
 - 特定健診は生活習慣病の危険因子の保有状況から保健指導の必要性の有無を判定することを目的としたもの
 - 特定保健指導は、生活習慣の改善が必要と判定された人に対して、危険因子の数に応じて、行動変容を支援することを目的としたもの
 - 自身の身体状況の理解、生活習慣改善の必要性の認識、行動目標の設定と実行。

6

第1章 計画策定の趣旨3

□ 計画の性格

- 国の特定健康診査等基本指針(法第18条)に基づく法定計画
- 「健康横浜21」、「神奈川県医療費適正化計画」など関係する計画を整合を図った。

□ 計画の期間

- 第一期5か年計画:平成20～24年

□ 計画への被保険者の意見の反映及び公表・周知

- 横浜市国民健康保険運営協議会にて検討
- 計画(素案)をホームページや区役所窓口での配布により周知し、被保険者の意見を計画に反映した。

7

被保険者の基本健診受診状況

□ H17年の40～74歳被保険者数:約59万7千人

- 基本健診受診者数:約9万1千人(受診率15.2%)
- 男性の受診率は女性より低い(12.7%vs17.3%)。
- 年代が若いほど受診率が低い。
 - 男性:3.8～26.3%、女性:5.4～30.8%

□ 特定保健指導の対象者の出現率(推計値)

- H18年度の基本健診受診者約6万5千人、H19年度(4～9月)受診者約7千人の健診結果より推計
- 積極的支援対象者(男性32.2%、女性7.2%)は全国推計値(24.6%、6.0%)より高い。
- 動機づけ支援対象者(～64歳:男性10.6%、女性7.6%、65歳～:男性23.6%、女性21.5%)は、65歳以上の女性で全国推計値(15.2%)より高い。

8

被保険者数及び総医療費の現状

- H18年の被保険者数：約118万人（人口の33%）
 - H8～18年の期間に1.35倍（人口は1.09倍）
 - 退職者被保険者の増加が著しい（2.14倍）
- H18年の総医療費：約4,200億円
 - 総医療費の増加は1.62倍
 - 年平均で約160億円ずつ増加
- 医科総医療費（H18年5月分）：274.1億円
 - 生活習慣病等（腎不全を含む）は69.9億円（25.5%）
 - 高血圧性疾患20.8億、腎不全15.3億、糖尿病11.4億、
 - 脳梗塞10.6億、虚血性心疾患8.7億、脳内出血3.1億

9

横浜市国保における医療費適正化に向けた生活習慣病対策の課題

- 医療の伸びが大きい疾病への対策
 - 腎不全（2.1倍）と糖尿病（1.8倍）の増加率が高い。
 - 腎機能障害進行者や糖尿病危険因子保有者への早期把握、重症化予防が必要
- 高額な医療費（月額200万円以上）を要する疾病への対策
 - 202件の46%が虚血性心疾患、脳血管疾患、大動脈疾患、動脈閉塞など。長期入院では脳血管疾患がもっとも多い（精神疾患除く）。
 - 心血管系疾患への予防対策が必要
- 受診率が高い高血圧性疾患の対策
 - 受診者割合（22.8%）が非常に高いため総医療費が最大（20.8億円）
 - 高血圧性疾患の予防啓発が必要
- 性別、年代別の医療費支出の特徴からみた対策
 - 生活習慣病の医療費は男性の方が高い。
 - 女性では60歳以降で高くなる。

10

特定健診等の実施及びその成果に係る目標事業量

	H20	H21	H22	H23	H24
40～74歳の被保険者数(推計)	645,700	681,200	725,000	777,600	805,900
特定健診の受診率	20%	30%	40%	50%	65%
特定健診の受診者数	129,100	204,400	290,000	388,800	523,900
特定保健指導該当者数(見込)	30,600	48,300	68,300	91,200	122,400
〃 の利用率	20%	25%	35%	40%	45%
〃 の利用者数	6,100	12,100	23,900	36,500	55,100

- 目標設定に当たり、被保険者の特徴、基本健診受診状況、特定健診等のサービス提供体制の構築見込みを考慮した。
- 当初の目標事業量を高く設定せず現実的な数値として、その後、段階的に引き上げていくこととした。

11

特定健診の実施方法

- 実施機関
 - 市内の医療機関及び健診機関と委託契約(集合、個別)
 - 約1,100機関
- 実施期間
 - 毎年5月から翌年1月まで(H20年度は6月から)
- 周知の方法
 - 制度の周知方法
 - 広報よこはま「医療制度改革特集号」を全戸配布(H20年2月)
 - 「国保だより」(保険料額決定通知書に同封、H20年6月)に健診実施案内
 - 対象者への周知方法
 - 受診券の発行し、個別に発送し受診勧奨を行う。
 - 発送は受診の集中を避けるため年3回(5、7、9月)に分けて行う。
 - 健診制度の案内、居住地区の実施機関リストを同封する。
- 自己負担
 - 1,200円(非課税者400円)

12

特定健診の検査

- 基準項目
 - 問診、身体計測(身長、体重、BMI、腹囲)、理学的所見、血圧測定
 - 血液検査:脂質(TG、HDL、LDL)、血糖(FBS、HbA1c)、肝機能(GOT、GPT、 γ -GTP)
 - 尿検査:尿糖、尿タンパク
- 横浜市国保の独自追加項目
 - 血液検査:血清クレアチニン、血清尿酸
 - 尿検査:尿潜血
- 受診者の分類
 - 医療管理下での保健指導の対象者:生活習慣病等で治療中の人
 - 医療機関への受診勧奨を要する者:要治療・要精密検査と判定された人
 - 特定保健指導の対象者:動機づけ支援、積極的支援と判定された人
 - 健康な人

13

特定保健指導の実施の考え方

- 特定保健指導の対象者に優先順位をつけ、予防効果が大きく期待できると考えられる人を選定し、実施する。
 - 男性の糖尿病を中心とした生活習慣病の改善を重点的に行う。
 - より若い世代、生活習慣病の危険因子が重なり始めた初期段階の者への行動変容を最優先とする。
 - 女性については、更年期世代の生活習慣病予防対策を重点的に行う。
- その他の保健指導については福祉保健センターの健康相談を活用する。

14

特定保健指導の実施について

- 実施期間
 - 初回面接日から6か月間。初回面接は受診年度内。
- 実施場所と外部委託契約
 - 特定保健指導業務の受託機関の提供する場所など
 - 各保健指導事業者と個別に契約。
- 周知、案内の方法
 - 受診の2～3か月後、保健指導対象者に個別に案内送付
 - 利用券の発行
 - 動機付け・積極的支援の別、利用有効期限、利用料等を記載
 - 特定保健指導の実施機関に提出
 - 実施機関一覧表及び各事業者が作成した利用案内を同封
- 利用料（自己負担額）
 - 新制度の定着を図ることからH20年度については無料

15

特定保健指導の外部委託について

- 委託先選定の考え方
 - 対象者の利便性や生活状況、ニーズをふまえ、行動変容につながる保健指導ができる高い専門性と多様な指導方法を持ち、生活習慣病予防の成果が期待できる実施機関に委託する。
- 選定の流れ
 - H20年2月中旬～3月中旬：事業者公募
 - 応募数：68団体（医療機関61、財団法人1、民間企業6）
 - H20年4月：委託事業者評価委員会の設置、開催（4回）
 - 学識経験者等の外部委員含む
 - H20年5月：業者選定委員会にて委託事業者の決定
 - 選定数：24団体（医療機関21、民間企業3）

16

委託事業者評価委員会について1

□ 評価についての考え方

■ 被保険者の立場の重視

- 事業者の評価、選定については、特定健診・特定保険指導制度への信頼や受療行動への変化を期待し得るとの考えから、理念等を含めて情報公開とした。
- 多様な選択肢から事業者を選べるようにするため、実施体制が整っている事業者がすべて参入できることとした。

■ 地域偏在性への配慮

- 市内18区のうち、5区で地域の医療機関事業者が選定されない地域が生じたことから、市外の民間事業者に対して、医療機関事業者が少ない地域において重点的にサービス拠点の開設を依頼することとした。

17

委託事業者評価委員会について2

□ 評価方法

■ 公募要件、募集要綱において評価基準を公表

■ 評価基準の各事項を定量的に評点化

■ 書面審査

- 委員会において評価基準のうち必要条件を規定
 - 5分野20項目（人員5、施設・設備2、指導内容5、運営3、記録・個人情報保護5）
- 必要条件を満たさない事業者を選定対象から除外
- 追加条件の基準を規定（人員、保健指導）

■ ヒアリング審査

- 市内で健診業務の実績のない民間企業等6団体に対して、本市での事業実施の実現性等について評価した。

■ 候補事業者の選定

18

委託事業者の評価基準について1

□ 人員

- 業務統括者は特定保健指導の骨子を理解し、質の高い保健指導サービス体性を構築できる
- 保健指導担当者は保健指導に関する一定の教育を受けた者
- 組織として人材育成体制がある

□ 施設・設備

- 実施施設、場所の確保
- 安全管理体制の確保

19

委託事業者の評価基準について2

□ 指導内容

- 標準的な保健指導プログラムに準拠し、国保加入者の特性に配慮したプログラムの提示
- 個別の健康状態や継続的な支援に適切な学習教材などの具体的な実施方法の提示
- 特定保健指導未利用者や中断者への対応策の提示

□ 運営

- 委託基準を満たすことが確認可能な情報の開示
- 安定した財務基盤
- 苦情に迅速、適切に対応できる相談窓口と責任者の設置
- 事業経費が適切かつ低廉
- 年間事業量が一定以上確保できる

□ 記録・個人情報保護

- 国、支払基金へ報告可能な標準化された様式による記載とその提出
- 正確な実施記録とプライバシーに配慮した適切な保管
- 個人情報の保護に関する法律、ガイドラインの遵守と職員教育の実施

20

今後の課題

- H24年度には対象者が約80万人に達すると予想されるなかで特定健診等のサービス提供体制を確保しなければならない。
- 被保険者の約3割に資格の異動がある中で健診・保健指導を実施するため、経年的な生活習慣改善効果による事業評価が極めて難しい。
- 被保険者の基本健診の受診率が低率(15.2%)、若い年齢層ほど低いため、受診率向上へ向けた対策が必要。
- 特定健診・特定保健指導の普及へ向けた啓発や地域での健康づくり事業の実施計画における健康づくり部門との連携体制が不十分。
- 実施計画の作成は医療保険者に任されているため、健診や保健指導の機会が確保されにくくなるおそれがある。

21

資料

- 横浜市国民健康保険特定健診等実施計画 平成20年4月 横浜市健康福祉局保険年金課。
- 平成20年度 横浜市国民健康保険特定保健指導業務の受託事業者の選定結果について。(http://www.city.yokohama.jp/me/kenkou/kokuho/datafiles/200602sentei.pdf)
- 横浜市国民健康保険のページ 特定保健指導のご案内。(http://www.city.yokohama.jp/me/kenkou/kokuho/sidou.html)

22

〔事例 7〕

「特定健診・特定保健指導の効果的指導の
実施に向けた取り組みについて」

事例提供者

西田 道弘 （さいたま市保健所地域保健課長）

事例名	【事例7】特定健診・特定保健指導の効果的な実施に向けた取組みについて
事例提供者名	西田 道弘（さいたま市保健所地域保健課長）
コメント （1）成功要因分析	平成20年度の実績について、これから評価するところであり、成功かどうか現時点で評価することは差し控えたい。
（2）事例からみた医療連携	本年度の実績を踏まえ、今後の連携のあり方について検討する予定。
（3）保健所の関与の可能性と役割	特診・特保は基本的に国民健康保険課の事業を区保健センターが実施しているものであり、保健所の関与については、なお検討の余地がある。

平成 20 年度地域保健総合推進事業 地域における医療連携の推進、特定健診・
特定保健指導の効果的な実施に向けた保健所検討会（関東甲信静ブロック）
テーマ別検討会 ② 特定健診・特定保健指導の効果的な実施に向けた取組みについて
話題提供者 さいたま市保健所地域保健課長 西田道弘

1 さいたま市の国保加入者の基本健康診査受診状況（平成 18 年度）

- 国保加入者数（40～74 歳） 206,488 人
- 基本健診受診者 67,650 人（受診率 32.8%）

2 特定健康診査・特定保健指導の対象者見込み（平成 20 年度）

- 国保加入者数 205,000 人
- 健診目標実施数 92,250 人（目標受診率 45%）
- 動機付け支援対象者見込み 14,219 人 → 実施数目標 3,555 人
- 積極的支援対象者見込み 7,564 人 → 実施数目標 1,891 人

3 平成 19 年度の取組み

(1) 会議

- 特定健康診査等実施計画策定委員会（年 3 回開催）
 - ・ 本庁健康増進課が事務局。医師会役員、埼玉県立大学、食改会長などと並んで保健所長が委員として参画
- 特定健康診査等実施計画策定調整会議（年 6 回開催）
 - ・ 市内部の会議。本庁健康増進課、保健所、区保健センター、区保険年金課が参画
- 健康診査等検討会（年 4 回開催）特定保健指導プログラム等検討会（年 6 回開催）、システム検討会（年 4 回開催）
 - ・ 保健所、保健センター、保険年金課等の実務者会議

(2) 人材確保

- 保健師の増員
 - ・ 平成 20 年度から、10 区保健センターのうち 5 区で各 1 名増。保険年金課 1 増
 - ・ 平成 21 年度から、さらに 5 区で各 1 名増を要求。
- 保健所、保健センター職員に対する研修の実施

4 平成 20 年度の実施体制 ☆特診・特保ともに市民の自己負担なしで実施している。

- 国保加入者の特定検診 → 医療機関委託で実施（検査項目は国指定の通り）
- 国保加入者の特定保健指導（情報提供、動機付け支援）→ 医療機関委託で実施
- 国保加入者の特定保健指導（積極的支援）→ 区保健センターで実施
- ※ 社保被扶養者に対する特診・特保はさいたま市では行わない。
- 市民一般への普及啓発、計画の進捗管理 → 本庁健康増進課