

【近畿ブロック】

近

畿

〔事例 1〕

「脳卒中の地域ケアシステム作りの視点」

事例提供者

柳 尚夫 （大阪府四條畷保健所長）

事例名	【事例１】脳卒中の地域ケアシステム作りの視点
事例提供者名	柳 尚夫（大阪府四條畷保健所長）
コメント （１）成功要因分析	①保健所が急性期・回復期の医療と連携課題が理解していること ②市や介護保険事業者の提供できる維持期サービスの課題と解決についての情報を保健所が持っていること ③地域連携パスの展開によって得られるメリットとその限界について保健所が一定の視点を持っていること ④医療側と介護保険側に連携のメリットがあることを認識できていること
（２）事例からみた医療連携	地域連携パスシステム作りの最初から関わることが必要。できれば、パス策定の前から医療機関連携（病院連絡会等）の場作りを保健所が主導していると入りやすい。最初に関わった豊能圏域では、病院連絡会の対上げ後すぐに保健所が関わり第２圏域の三島では、保健所が主導で病院連絡会を作った。 しかし、現在の北河内圏域では、パス作りを目的として会議がスタートしたために、病院間の相互の信頼関係がまだ構築しておらず、パスはできても、実際の患者紹介が病院連絡会のシステムを使っては十分には行われていないという課題があり、現在、症例検討会等を通じて实际的な連携のシステム化に取り組んでいる。
（３）保健所の関与の可能性と役割	郡部で、医療機関が非常に限定しており、急性期病院１と回復期病院少数であれば、病院連携は病院主導でも可能であるが、都市部のように複数の急性期と回復期が連携するには、保健所が関わらなければ混乱が起こる。保健所としては、場の提供と検討の方向性を示し、施設間の利害の外（中立的）立場での調整が求められる。最終的には連携パスへのかかわりは医療計画への反映（平均在院日数の削減等）のためには、エンドレスで関わる必要がある。

医療連携と地域連携クリティカルパス―その意義と保健所の果たすべき役割

－ 脳卒中の地域ケアシステム作りの視点－

大阪府四條畷保健所長 柳 尚夫

1. 地域リハビリテーション推進事業での取り組み
 - 1) 保健所で初めてリハビリテーションが仕事になった
 - 2) 急性期から維持期までの流れを作る
2. リハビリテーション病院連絡会を3圏域で、経験して
 - 1) 豊能圏域での病院主導での連携
 - 2) 三島圏域での保健所中心の立ち上げ
 - 3) 北河内圏域での地域連携クリティカルパスを前提とした連携
3. 地域連携クリティカルパスの可能性と限界
 - 1) パスの目指すもの（急性期回復期の機能分化と医療の質の向上）
 - 2) 院内クリティカルパスとの違い
 - 3) 複数の急性期と回復期病院がある地域での連携
 - 4) 圏域を超えた連携の可能性
4. 維持期ケアとは何か
 - 1) 介護保険者としての市町村現状
 - 2) 地域包括支援センターの現状と地域差
 - 3) 回復期との連携の課題
5. 保健所の果たすべき役割
 - 1) 医療連携の場の提供と方向性を示せるか
 - 2) 医療の質の向上にパスが使えるか
 - 3) 医療と福祉（介護）をつなげるか
 - 4) 在宅ケアの推進に成果を挙げれるか

医療連携と地域連携クリティカルパス
—意義と保健所の果たすべき役割—

「脳卒中対策の視点から」

2008. 11. 28

大阪府四條畷保健所 柳 尚夫

(社)是真会 長崎リハビリテーション病院
栗原正紀

医療連携の個人的経験

- 2000年 泉州圏域での地域リハビリテーション推進事業の立ち上げ（和泉）
- 2001年 豊能圏域 リハ病院連絡会への保健所として事務局として参加（池田）
- 2003年 三島圏域で、リハ病院連絡会を保健所が主導で準備し、開催（2004）（茨木）
- 2008年 北河内圏域リハ病院連絡会の事務局（四條畷）局として連携パスの調整中

三島二次医療圏

人口 約70万人

高槻市 茨木市
摂津市 島本町

平成12年から地域リハ推進事業を開始。
愛仁会リハビリテーション病院は、広域
支援センターに。

大阪府



今何故に地域医療連携か？

- ①医療技術の進歩による細分化
- ②高齢社会
(疾病構造の変化、多様性)
- ③医療のあり方の変化
(cure から care へ)

必然

機能分化

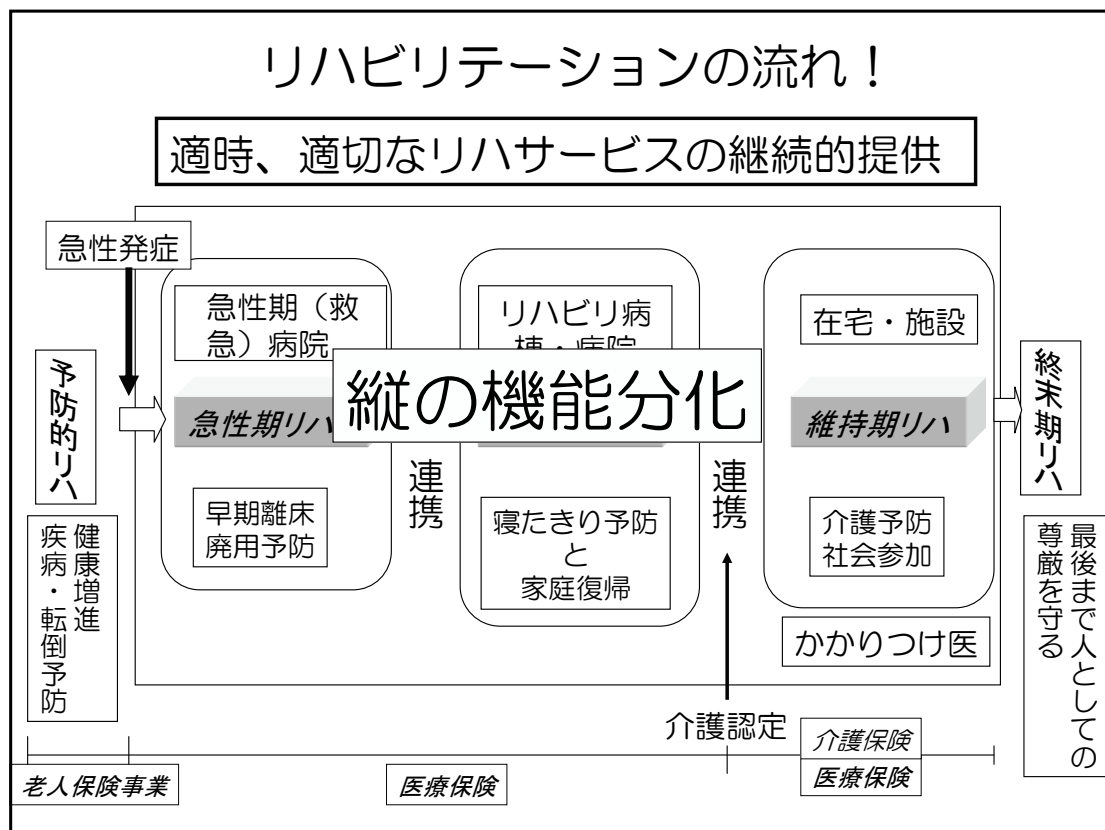
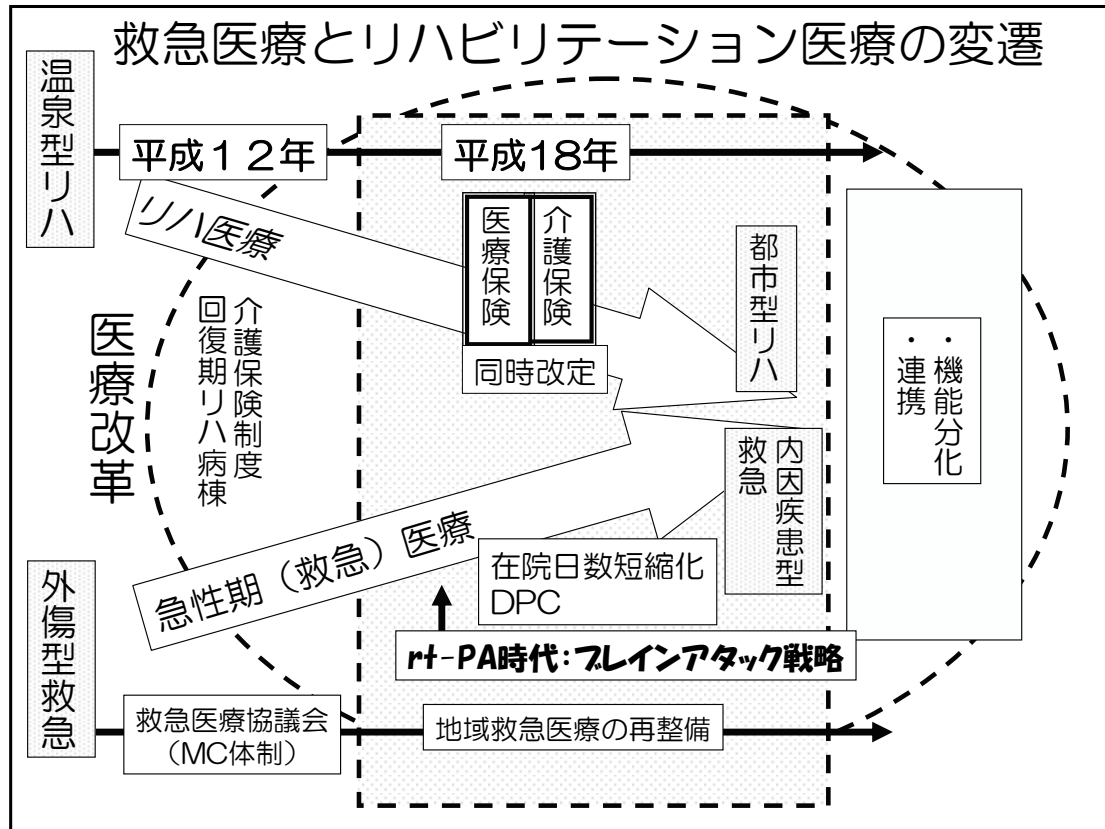
必然

連携

拍車

・ 平均在院日数短縮
・ 回復期リハ病棟

医療制度改革



回復期リハビリテーション病棟の特徴

目的：ADL能力の向上による寝たきりの予防と自宅復帰

明確な目的

対象：脳血管疾患または、大腿骨頸部骨折などの患者

適応疾患が限定

規定：回復期リハビリテーションを要する状態で、発症から
2ヶ月以内で、入院後90～180日以内の患者が
常時8割以上入院していること

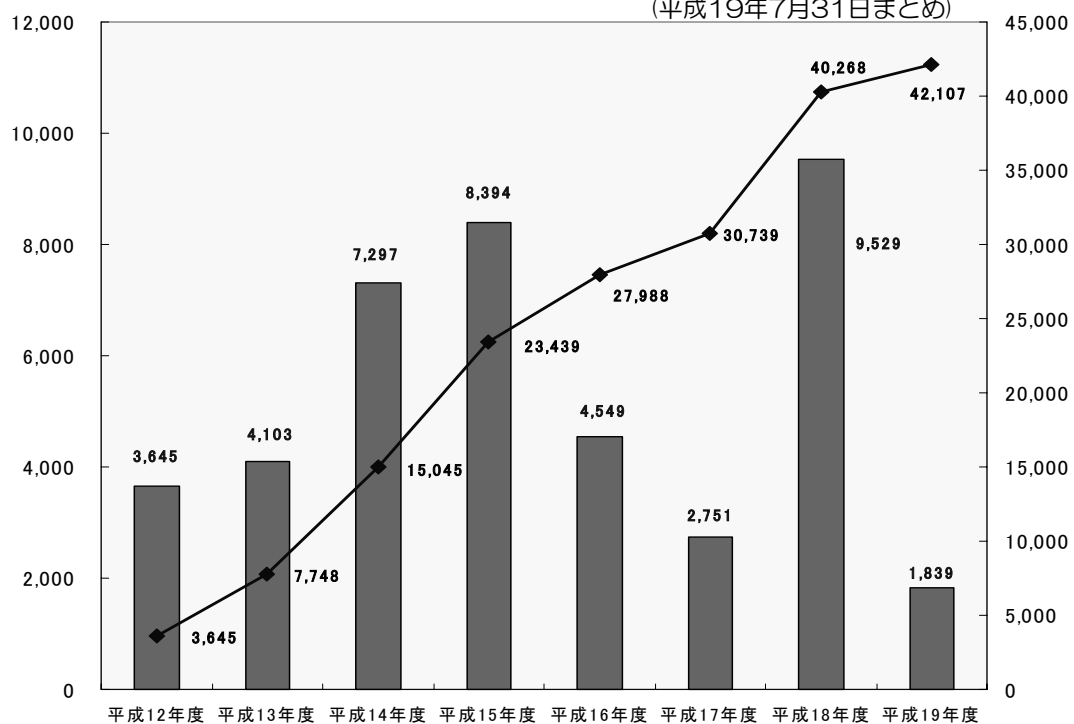
期間限定

方法：リハビリテーションプログラムを医師、看護、理学療
法士、作業療法士などが共同で作成し、これに基づく
リハビリテーションを集中的に行う

チームアプローチ

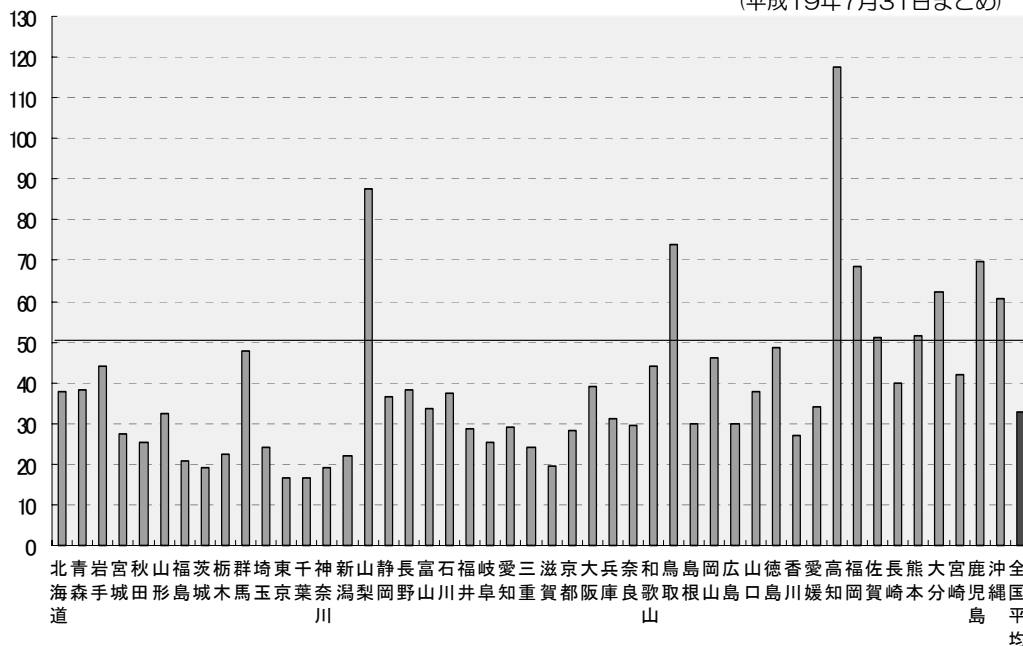
年度毎回復期リハ病床届出数及び累計数

(平成19年7月31日まとめ)

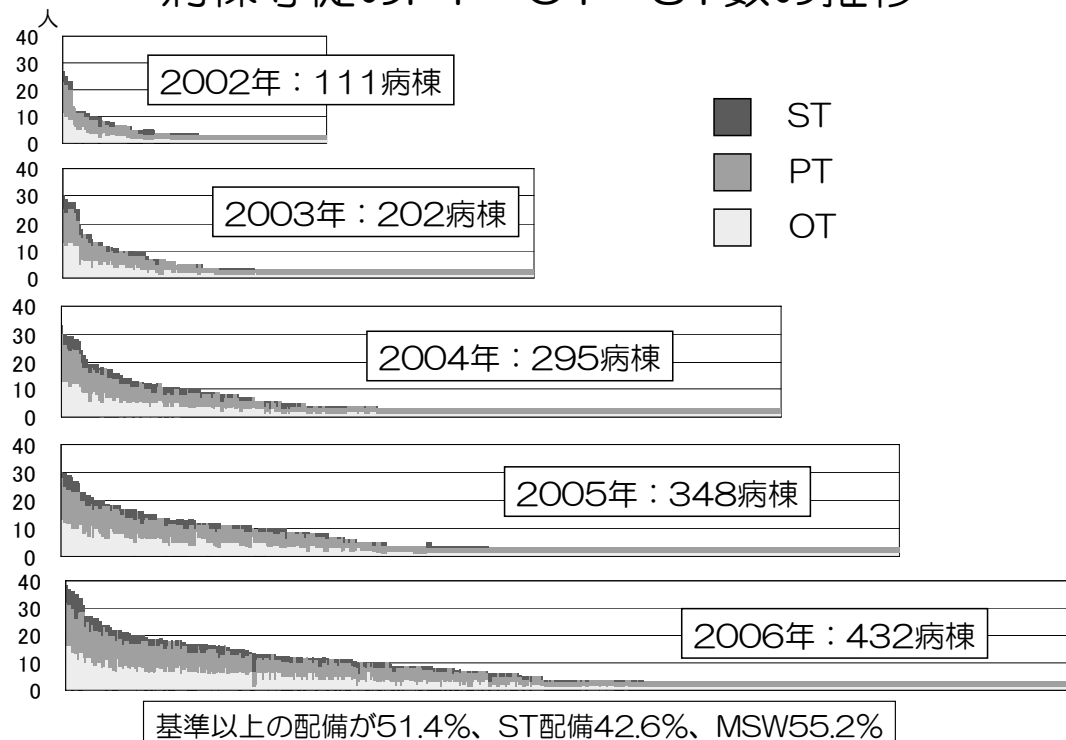


都道府県別 対10万人あたり病床数

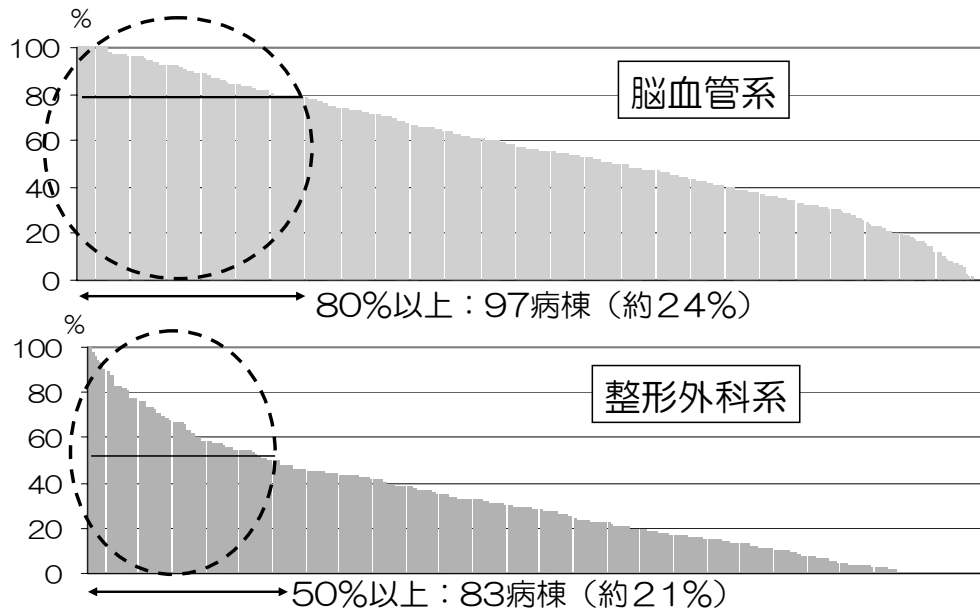
(平成19年7月31日まとめ)



病棟専従のPT・OT・ST数の推移

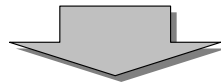


病棟毎の脳血管系・整形外科系入院患者の割合 (N=396病棟 2006年9月)



回復期リハ病棟の質的課題

- 1) 亜急性期リスク管理能力向上
- 2) 機能・ADL改善率の向上
- 3) 家庭復帰率の向上
- 4) 在院日数の短縮



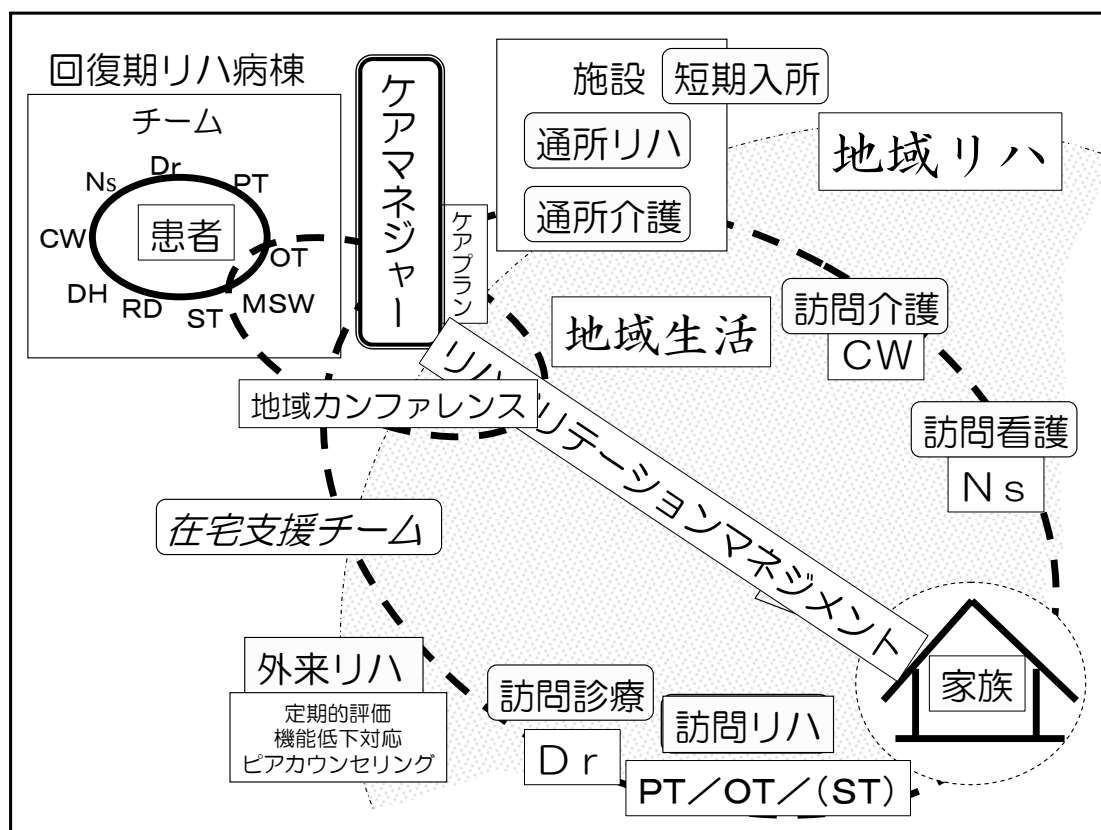
- 1) チームアプローチの成熟化
（組織としてのチーム体制強化）
 - ・ リハ専門職増による必要十分なりハ提供体制確保
（365日リハ実施体制の確保）
 - ・ 看護・介護スタッフ増による基本的ケア体制確保
- 2) マネジメント
 - ・ 効率良く、適切なサービスを提供

回復期後（特に維持期の初期）の課題

在宅への ソフトランディング

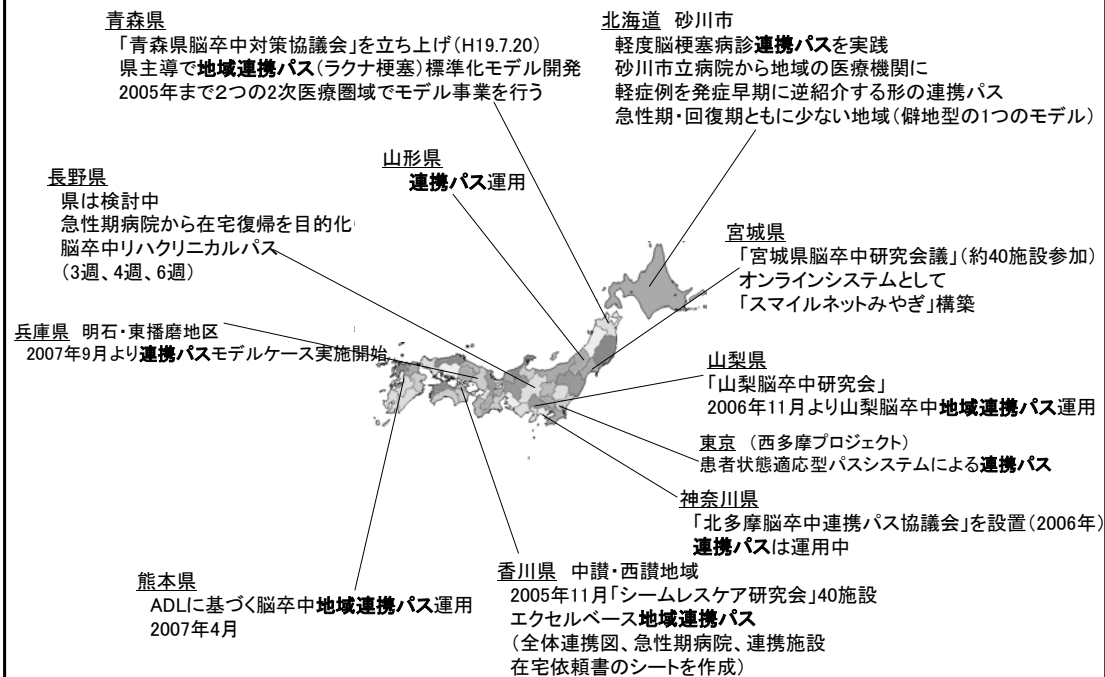
自宅退院後約3ヶ月間

- ・退院後の自立度低下を如何に防ぐか？
- ・早期から生活の安定化を如何に図るか？



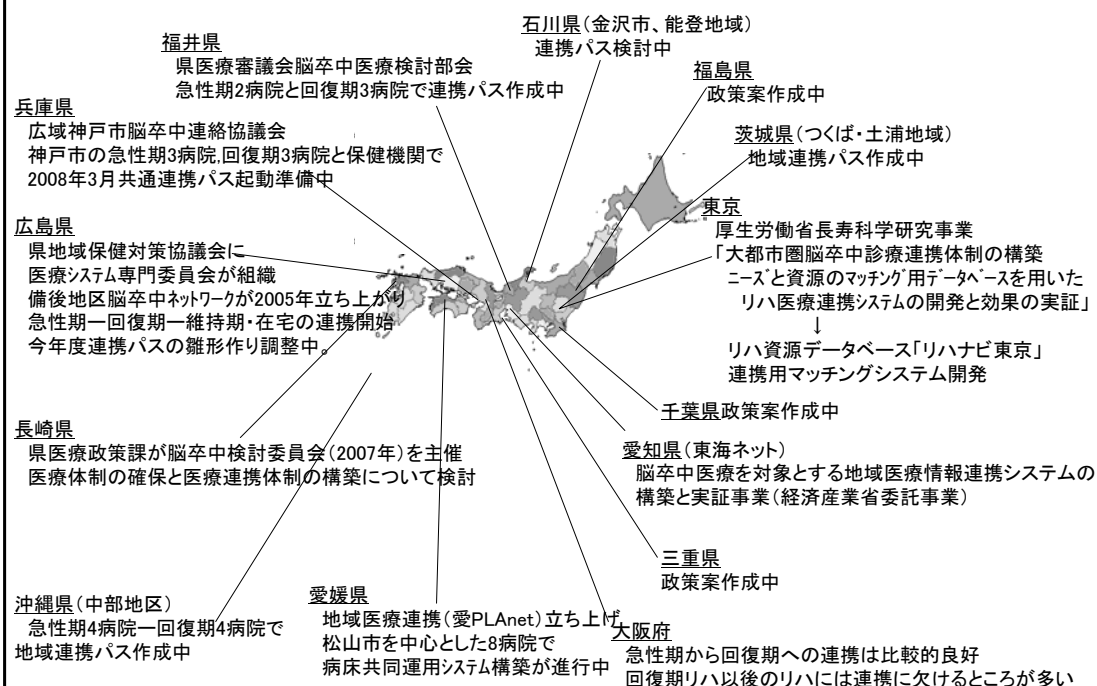
脳卒中診療連携 —連携パス、地域連携パスの運用—

日本リハビリ病院・施設協会理事へのアンケート(2007.6)
日本クニカルバス学会誌、日本医療マネジメント学会誌
日本リハ医学会誌、日本脳卒中学会誌

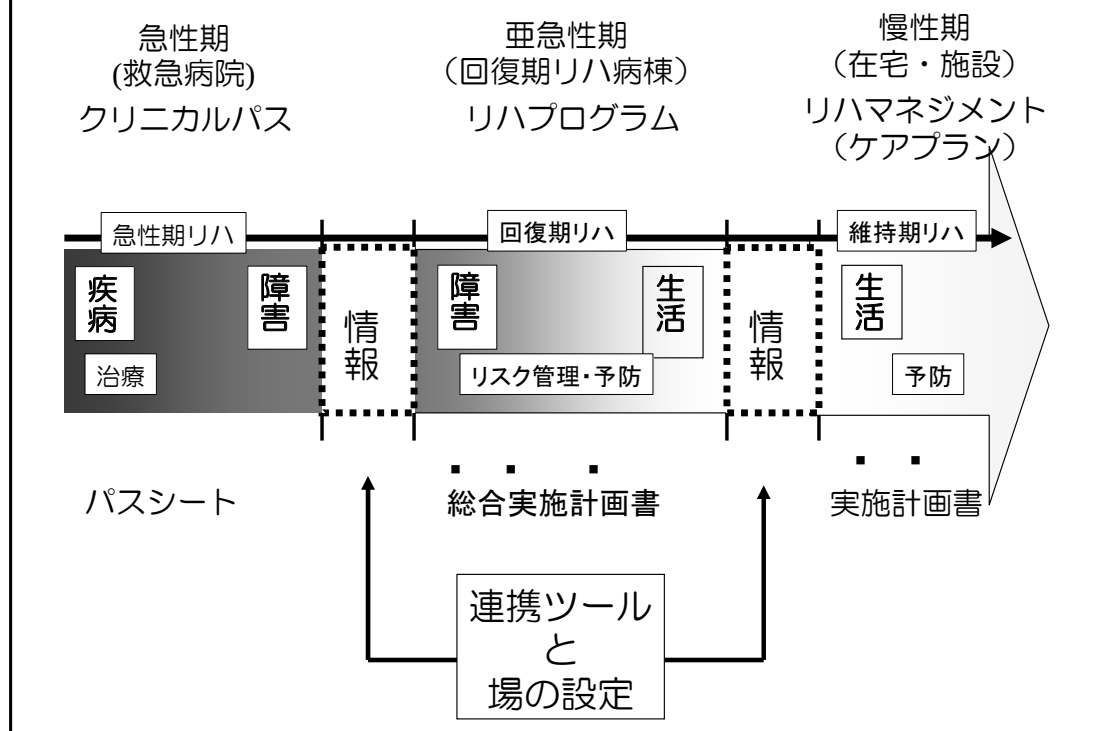


脳卒中診療連携の動向

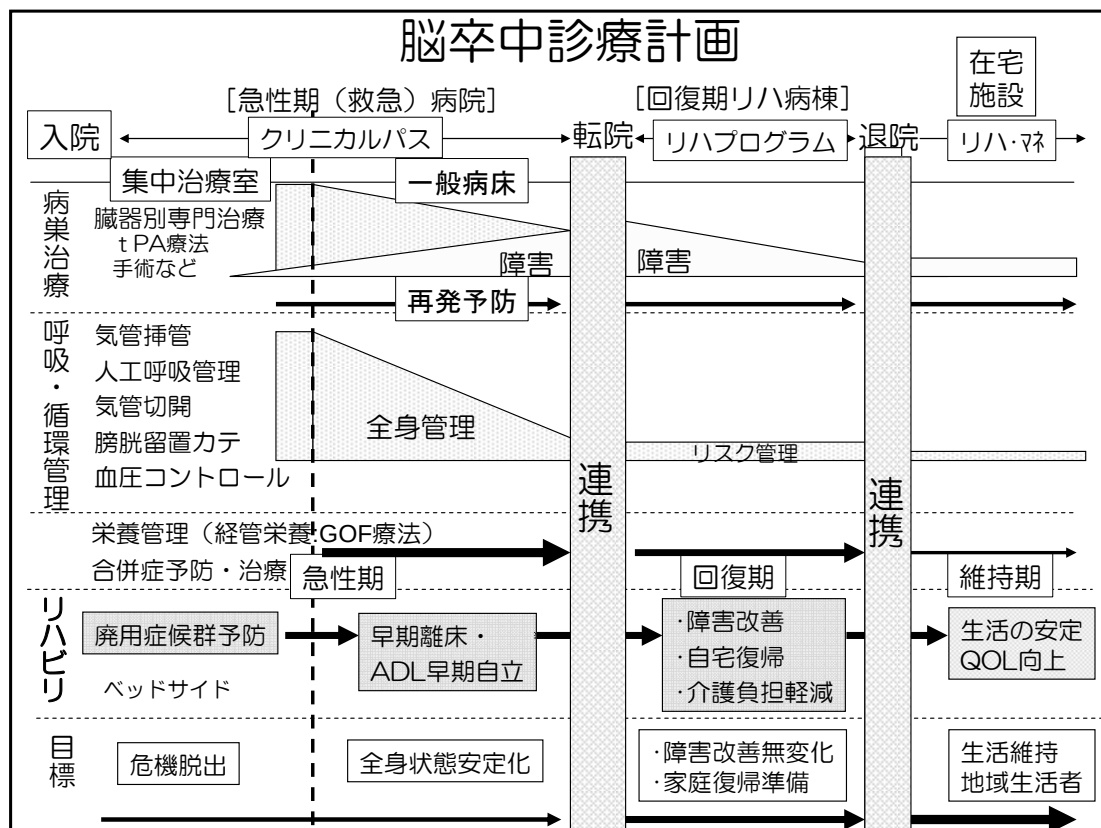
日本リハビリ病院・施設協会理事へのアンケート(2007.6)
日本クニカルバス学会誌、日本医療マネジメント学会誌
日本リハ医学会誌、日本脳卒中学会誌



地域医療連携の視点



脳卒中診療計画



情報提供
用紙①

医師記載

医師 担当医名	
患者名: 年齢: 性別: ♂、♀、 希望部屋: 個室、4人床、どちらでも可	電話番号
住所:	
主診断名: □脳梗塞(ラクナ、アテローム血栓性、塞栓) (初発、再発) □脳内出血 (初発、再発) □クモ膜下出血 (初発、再発) □その他:	
発症日: 年 月 日	推定発症時間:
概略病歴	
手術: 無、有 (術名:)	
手術日:	
□ rt-PA使用: 結果(効果: 著効、やや効果あり、不変、悪化) ・使用しなかった場合の理由: □適応外、□到着遅れ、□発症時間不明、□拒否、□その他理由()	
入院時NIH Stroke Scale	
合併症: □肺炎、□尿路感染症、□消化管出血、□心不全 □大動脈瘤 □貧血、□肝機能障害、□腎機能障害、□その他()	
基礎疾患: □高血圧、□DM、□リウマチ、□AI、□その他の不整脈() □その他()	
既往歴: □脳卒中() □癌 □ASO □冠動脈疾患 □慢性心不全 □慢性腎不全 □肝疾患 □認知症: (軽度、中等度、重度) □繰り返す肺炎 □その他()	
既往障害: 悪化程度	
投薬内容: ワーファリン: 無 有 (mg/日) (INR 検査日) その他処方:	
神経所見 意識レベル: JCS ・GCS □遷延性意識障害 □片麻痺(右、左、両)、□対麻痺、□四肢麻痺、□失調、□不随運動 □失語症、□構音障害 □知覚障害(右、左) □嚥下障害 □脳神経障害(右、左、) □認知症(軽度、中等度、重度) □膀胱直腸障害 その他:	
転院時mRS: I. 何らかの症状あるも障害なし、II. 身の回りのことは援助無で可能 III. 何らかの介助が必要だが援助無で歩行可能、IV. 援助なしで歩行や生活不可能 V. 寝たきり	
直近CT所見: 撮影日(年 月 日) □水頭症 □血腫 □脳浮腫 □その他()	
Halter ECG: □異常(所見) 心エコー: □異常(所見)	
運動器エコー: □異常(所見)	
細菌 (1)喀痰: □MRSA(口活動性) □緑膿菌 (2)尿: □MRSA(口活動性) □緑膿菌 その他検査: □HCV、□HB、□便潜血 □尿蛋白 □尿酸 □尿潜血 CRP値() 喀痰量 (無、少量、中等量、多量)	
家族説明内容(病氣・障害について)	
今後の治療方針(外来受診など)	
かかりつけ医名: 医院・病院、先生 電話:	かかりつけ歯科医名: 医院、先生 電話:

基本情報

診断名
発症日

病歴概要

治療内容

合併症

基礎疾患

既往歴・既往障害

投薬内容

神経所見

転院時評価

検査所見

患者・家族説明内容

今後の治療方針
(外来など)

かかりつけ医

かかりつけ歯科医

情報提供
用紙②

看護

看護など 担当者名	
医学的管理状況 □気管切開: 抜去(日付:), 有 (Fr 最終交換日: 月 日) □経管栄養: (経鼻的、経口的), (Fr 最終交換日: 月 日) □胃瘻: (造設日:), Fr 最終交換日 () □膀胱カテーテル: 抜去(日付:), 使用中 (Fr 最終交換日: 月 日) □褥創: (部位: 度、処置方法) □酸素吸入(L) □その他:	
口腔 □義歯: (部分、総義歯) □適合 □不適合 □腔衛生: (良、不良)、□腔ケア留意点() □歯科医性診: (医師名: , 電話番号)	
食事内容: □並食、□糖尿病食(Kcal)、□腎臓病、□高心食(塩分 g)、□嚥下訓練食、 □ペースト食、□トロミ食、□3分食、□五分食、□全粥、□軟飯	
問題行動等 □記憶障害 □昼夜逆転 □徘徊 □失禁(対処: おむつ、導尿) □奇声 □興奮 □暴力 □拒否 □危険行為、□不穏 □睡眠障害(対処: 眠剤名) □その他() 対処方法:	
現状能力 度送り (自立、部分介助、全介助) ベット上座位(自立、部分介助、全介助) 端座位 (自立、部分介助、全介助) 立位保持(自立、部分介助、全介助)	
入院経過:	
転院時バイタル: BP / mmHg T °C、HR 回/分、SpO2 %、 最終排便日	
家族の情報	
本人の情報:	
家族指導内容	
看護申し送り内容	
看護必要度: A項目 B項目	

医学的管理状況

歯科情報

食事内容

問題行動等

活動能力

入院経過

バイタル

・入院前生活歴
・介護保険
・家族構成
などの情報は回復期
でとる。

生化学検査データー
はコピー添付

家族・本人情報

家族指導内容

看護申し送り

看護必要度

情報提供
用紙③

セラピスト

セラピスト		担当名	
障害名:			
ADL自立内容 (BI)			
食事	自立 10	部分介助 5	全介助 0
椅子・ベッド間移乗	自立 15	最小限介助 10	要介助 5
整容	自立 5	部分介助 0	全介助 0
トイレ動作	自立 10	部分介助 5	全介助 0
入浴	自立 5	部分介助 0	全介助 0
移動	自立 15	部分介助 10	車椅子 5
階段昇降	自立 10	部分介助 5	全介助 0
更衣	自立 10	部分介助 5	全介助 0
排便自制	自立 10	部分介助 5	全介助 0
排尿自制	自立 10	部分介助 5	全介助 0
合計			

← 障害名

ADL (BI)

急性期リハ

リハ単位数
リハ内容

急性期リハビリテーション	
急性期リハ開始日: 月 日	入院期間単位数: 単位
1日実施単位数: 単位	主な内容
PT 単位	
OT 単位	
ST 単位	

← 福祉機器

リハ申し送り

必要補助具: ☐ T杖、 ☐ 4脚杖、 ☐ 短下肢装具、 ☐ 長下肢装具、 ☐ 車椅子、 ☐ ポータブルトイレ
その他()
リハ申し送り:

地域医療連携に必要な条件

①連携の場の設定

- ・急性期・回復期
- ・急性期・回復期・維持期

②連携ツール（情報提供用紙）の標準化

- ・急性期ー回復期
- ・回復期ー維持期（在宅、施設）

③連携の評価（データの集積）

- ・TQM
- ・クリニカルインディケーター



地域医療の質を評価することになる！

今ある東西格差・地域格差の是正なくしてできるのか？

地域医療連携がもたらす結果は？

患者のアウトカムは連携それぞれのステージ
に於ける質の総和としての結果である
(地域医療の質＝地域における連携システムの質)

評価

- ①もたらされた生活の質 (QOL)
- ②患者・家族満足度
- ③入院期間の短縮
- ④コストパフォーマンス
- ⑤その他の指標



短期間に効率良く・質の高い医療サービスの提供



医療は安心した地域生活を支えるためにある

医療機関内クリティカルパスとの違い

- 複数の立場の違う機関が関わる
 - ・同じ急性期・回復期でも医療体制が違う
 - ・まして維持期は、さらにバラバラ
- 複数の機関での共同作業
 - ・他機関への情報の公開
 - ・意思決定のために機関間の合意が必要
 - ・他の医療機関やサービス提供機関との関係性で各機関が院内システムを変える

地域連携パスのための条件

- ☐ 関係機関間の検討の場がある
 - ☐ 検討の場で意思決定ができる
 - ☐ 相互の情報の公開に基づく信頼関係が確立している
(目指すものの共有化)
 - ☐ 各医療機関にその疾患の院内クリティカルパスがある
 - ☐ 全体の情報を管理するシステムがある
 - ☐ 関係機関にとって参加の意義がある
(社会的・経済的・専門的インセンティブ)
-

当面の課題

- ☐ 急性期から回復期まで、あるいは維持期まで含めるのか(最終的には維持期まで)
 - ☐ 一方向性か循環型か
 - ☐ どの機関が参加するのか
 - ☐ 検討の枠(医療圏)をどこまで広げるか
 - ☐ 検討の場のコーディネートをどこがするか
 - ☐ 全体情報の管理を誰がするのか
-

地域連携パスの目指すもの

- 広く使われること
多くの患者の登録と受け入れ
 - 地域情報の分析
患者の動向の分析(入院期間、待機期間等)
脳卒中患者の機能的予後情報を把握し、分析をする
(ADLの改善・自宅復帰率等)
 - 分析結果のフィードバック
結果に基づく医療の質の向上(研修等)
 - データに基づくシステム(パス)の改善
 - 脳卒中患者のQOLの向上
-

〔事例 2〕

**「糖尿病診療連携～浜田地域での糖尿病対策
の取り組み」**

事例提供者

谷口 栄作 （島根県浜田保健所長）

事例名	【事例２】糖尿病医療連携～浜田地域での糖尿病対策の取り組み
事例提供者名	谷口 栄作（島根県浜田保健所長）
コメント （１）成功要因分析	①取り組みを進めていく素地があった。 ・保健所が事務局となり、平成１５年より発症予防から適正管理に関する糖尿病対策に関する検討会を開催し、年１回程度研修会を開催 ②いくつかの医療機関ではすでに連携が図られていた。 ③平成１７年に日本糖尿病対策推進会議が作られそれをうけて県医師会が島根県糖尿病対策会議を開催、各都市医師会に糖尿病対策理事をおき糖尿病対策に力を入れていく雰囲気医師会の中に作られた。 ④地域の関係機関との連携があった。 ⑤医療機関をはじめ地域の社会資源の現状を把握するように努めた。 ⑥課題の明確化：「圏域版の治療マニュアル」があるといいという意見も聞かれた。 ⑦ある程度「管理マニュアル及びパス」としてイメージできるよう示すことができた。 ⑧熱心な人材の存在（専門医、糖尿担当理事、医師会の重鎮等） ⑨継続するための組織が必要（組織全体での位置づけが必要） ⑩連携調整機関の中立性。
（２）事例からみた医療連携	①中核病院と診療所（専門医とかかりつけ医等）の連携。 ②診療所間（内科と眼科）の連携。 ③地域栄養士会との連携。 ④医師会や島根県糖尿病療養指導士等による自主的勉強会の構築及び再構築。 ⑤行政として予算を確保した上での研修会→全県展開。 ⑥保健医療計画の中で糖尿病対策検討会議及び同専門部会を位置づけ、進行管理している。 ⑦毎年一回、関係機関の調査をもとに管理マニュアルを改訂。
（３）保健所の関与の可能性と役割	①中立的な立場として、調整役を担う。 ②関係機関との意見交換等の中で目指すべき（調整する）方向を具体的に示す役割。 ③WIN・WIN・WINの関係を構築。最初は１００％でなくてもよい。見直しをしてよりいいものに近づける。 ④地域の課題とそれを解決する手段（社会資源）は地域の中にある。その芽を見つける。 ⑤解決が求められている（相手が困っている/社会的な優先順位が高い）部分から手をつける。

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(近畿ブロック)

糖尿病医療連携

～浜田地域での糖尿病対策の取り組み

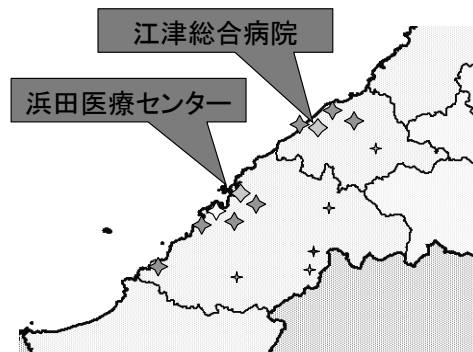
(**地域**糖尿病対策)

島根県浜田保健所

谷口 栄作

1

浜田地域の概況



浜田市＋江津市
人口：90,800人(h17)
老人人口割合：29%

中核病院：浜田医療センター(354床)
 済生会江津総合病院(300床)
個人病院：50床前後の病院が7施設
有床診療所：21施設
無床診療所：82施設

2

浜田圏域の課題

- 平均寿命・健康寿命が短い
- その要因の第1位は脳卒中である
- 基本健診・職場健診結果でも肥満・高血圧・高脂血症・糖尿病が他の地域に比べて多い



関係者の声等から

- 精密検査未受診者多い
- 精密検査を受けても指導を受けない人が多い
- 指導を受けてもその後の経過がわからない
- 糖尿病の専門でない
- どんなときに糖尿病専門医に紹介するかわからない
- 途中で治療をやめる人がある
- どこにどんなサービスがあるのかわからない

3

糖尿病医療連携推進のチャンス

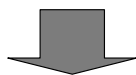
平成17年度 日本糖尿病対策推進会議

(日本糖尿病学会、日本糖尿病協会、日本医師会)

平成18年度 島根県糖尿病対策会議(県医師会主催)

～メンバーに地域中核病院の専門医参画

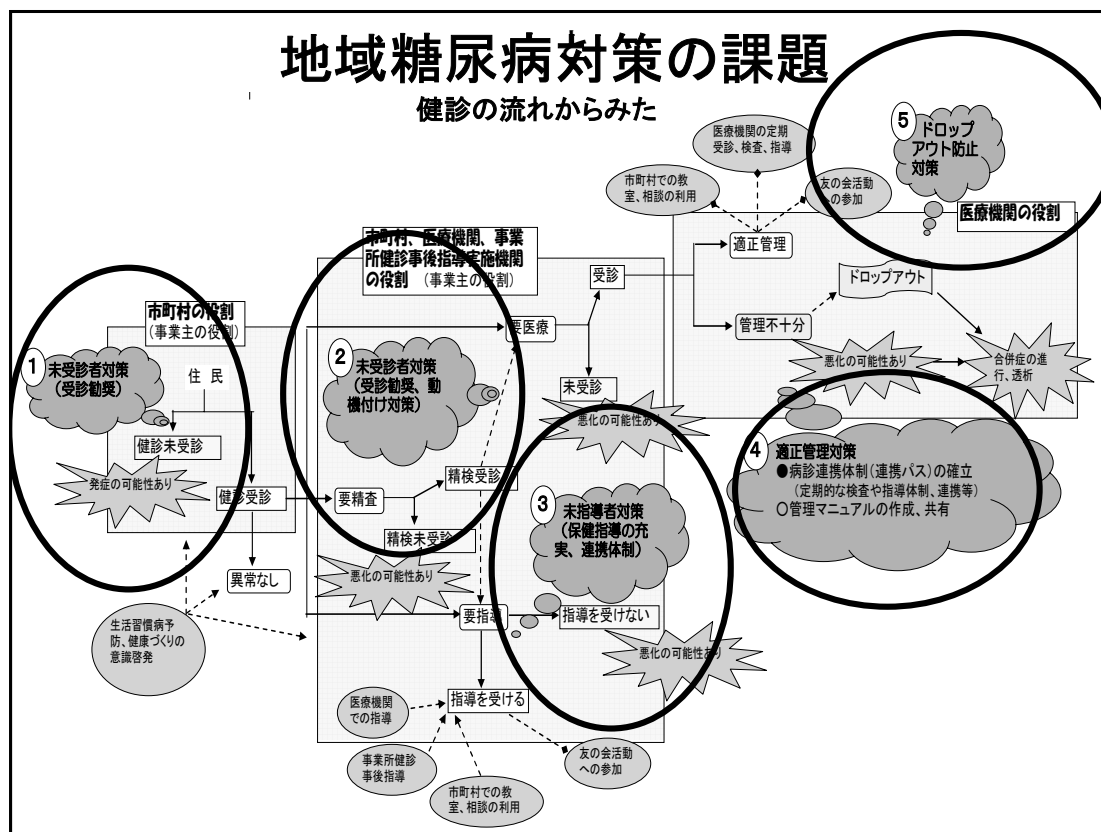
郡市医師会に糖尿病担当理事



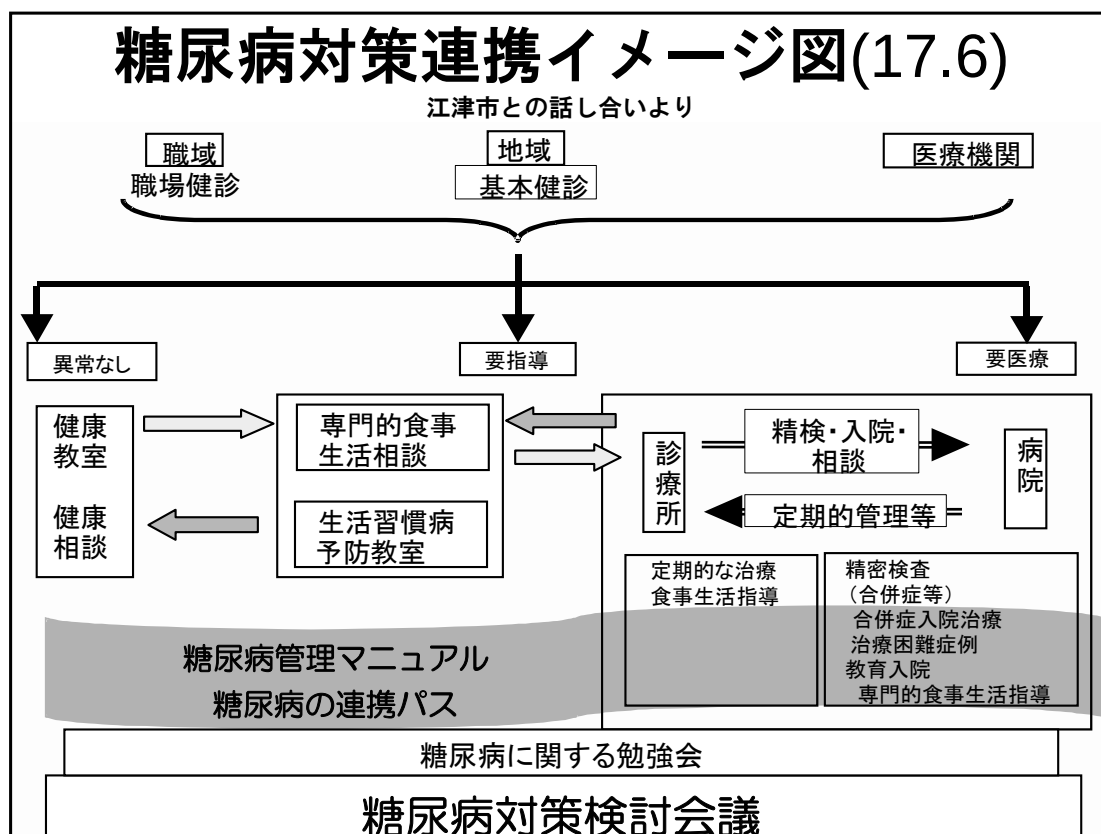
- 3医師会長に医療連携のための糖尿病管理マニュアル作成の意向を打診
- 検討会メンバーへの参画依頼
- 検討会の開催(8月)

4

健診の流れからみた



江津市との話し合いより



浜田での糖尿病対策のポイント

かかりつけ医と専門医との連携

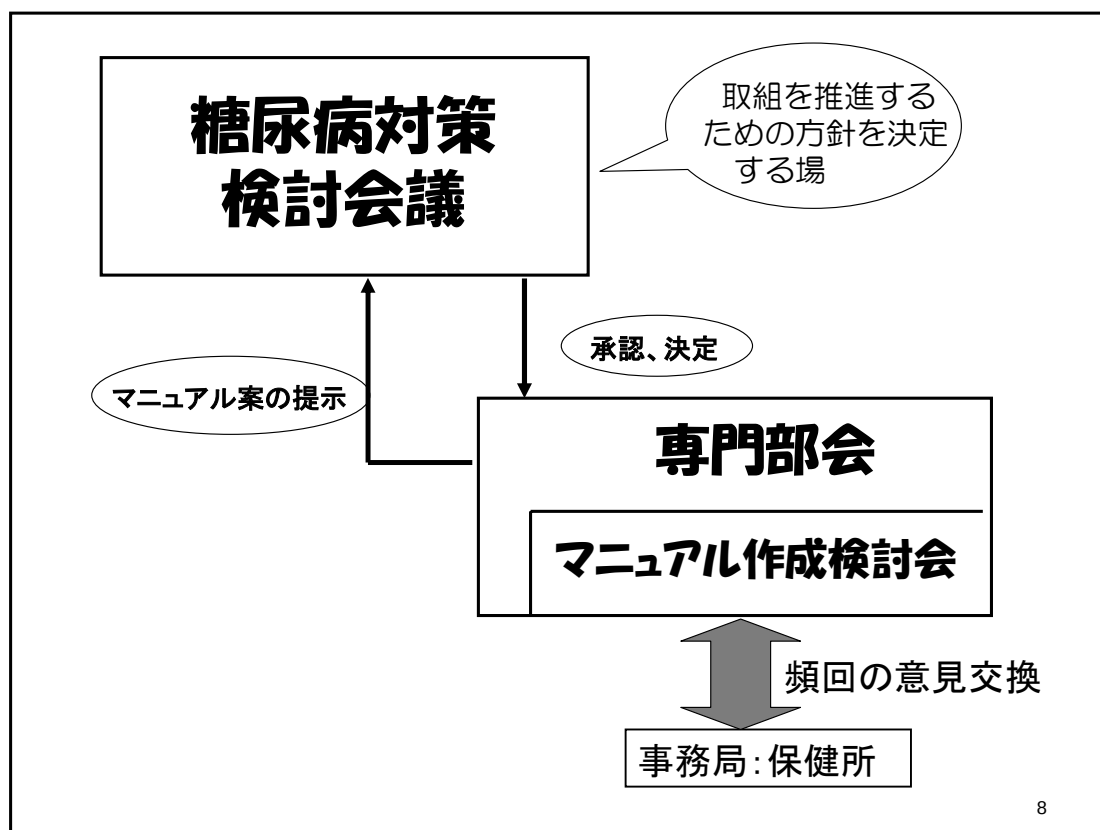
病院と診療所の連携

地域と医療機関との連携

糖尿病関連サービスのネットワーク化

を目指したマニュアル作り

7



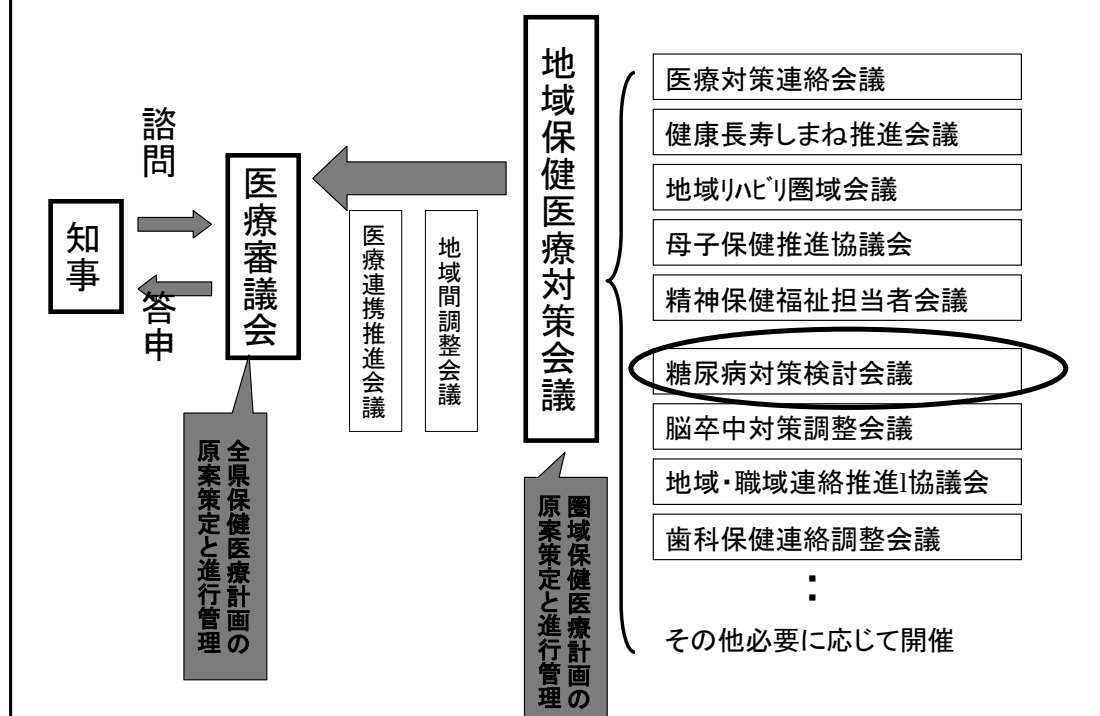
浜田圏域糖尿病対策検討会議

<構成メンバー>

- ・ 浜田市医師会代表（市医師会糖尿病対策担当理事）
 - ・ 浜田医療センター医師（県医師会糖尿病対策委員）
 - ・ 江津市医師会代表（市医師会糖尿病対策担当理事）
 - ・ 済生会江津総合病院医師（県医師会糖尿病対策委員）
 - ・ 那賀郡医師会代表（郡医師会糖尿病対策担当理事）
 - ・ 島根県成人病予防センター
 - ・ 浜田地域産業保健センター
 - ・ 社会保険健康事業財団
 - ・ 島根県西部糖尿病療養指導相談会
 - ・ 島根県栄養士会浜田地区会
 - ・ 日本健康運動指導士会島根県支部
 - ・ 浜田地域歯科医師会
 - ・ 浜田市役所
 - ・ 江津市役所
- [事務局] 浜田保健所
- + α : 専門部会のメンバー

9

島根県の医療計画策定・推進体制





<目次>

I 糖尿病予防・管理体制について

- 1 糖尿病対策の全体像
- 2 糖尿病対策連携イメージ図
- 3 健診の流れから見た課題
- 4 地域連携パス(システム)のイメージ図
～地域連携クリティカルパス～

II 糖尿病対策の現状と評価について

III 適正管理のための連絡(紹介)体制について

- 1 連絡体制のフローチャート
－参考：診療情報提供書－
- 2 専門医への紹介基準例

IV 治療方針について

- 1 治療方針フローチャート
 - (1)インスリン非依存状態の治療
 - (2)インスリン依存状態の治療
 - (3)薬物療法のすすめ方
- 2 管理状況判定基準
 - (1)血糖コントロールの指標
 - (2)その他のコントロール指標
- 3 合併症進行予防のためのチェック頻度
(網膜症等)
- 4 75歳以上の高齢者糖尿病の対応

V 教育・指導について

- 1 食事療法(栄養指導)を実施する場合の目安
- 2 栄養指導体制
 - (1)栄養指導の連絡体制のフローチャート
－参考：診療情報提供書、栄養指導連絡票－
 - (2)管理栄養士・栄養士による糖尿病栄養指導を実施している医療機関一覧
 - (3)他医療機関からの栄養指導の依頼に対し、受入可能な医療機関一覧
 - (4)行政による栄養指導一覧
- 3 食事療法のポイント
- 4 運動療法のポイント(身体状況による運動の程度)
- 5 運動療法の禁忌
- 6 運動指導体制

VI ハイリスク者の基準について

VII 関係機関との連携について

- 1 医療機関の情報
- 2 行政の保健事業一覧
- 3 事業所健診事後指導実施機関の情報
- 4 友の会の情報

VIII Q&A

IX 参考資料

X 今後の課題

<目次>

I 糖尿病予防・管理体制について

1 糖尿病対策の全体像

2 糖尿病対策連携イメージ図

3 健診の流れから見た課題

4 地域連携パス(システム)のイメージ図

～地域連携クリティカルパス～

13

地域連携クリティカルパス

(このクリティカルパスは、専門医連携パス開設時とした場合に用いる)

かかりつけ医 医師
() 医師・センター 医師

患者氏名: 様 氏名 (1型・2型) 糖尿病 診断型糖尿病

*未実施した項目は、□にチェックする

医療機関名	現在の状態(連携パス開始時)	定期的管理	合併症予防のチェック		
			<1～2ヶ月後>	<3～6ヶ月後>	<1年後>
受診時期	平成 年 月 日	□ () か月毎に受診 □ () 週毎に受診 月毎 月毎 月毎	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
診察・検査	☐ 体重 ☐ 血糖 ☐ 脂質検査 ☐ 血糖値(空腹時・随時) ☐ HbA1c ☐ 尿検査 ☐ 眼底検査	☐ 体重 ☐ 血糖 ☐ 血圧 ☐ 脂質検査 ☐ 血糖値(空腹時・随時) ☐ HbA1c ☐ 尿検査 ☐ 眼底検査			☐ 神経障害の検査
合併症の検査	☐ 眼底検査 ☐ 尿検査		☐ 糖尿病性腎臓病の進行の検査、尿検査	☐ 糖尿病性腎臓病の中間以降の進行の検査、尿検査	☐ 「糖尿病でない場合」及び「糖尿病性腎臓病初期の進行」の検査、尿検査
指導の実施	☐ 食事指導 ☐ 運動指導 ☐ 脂質指導 ☐ インスリン注射指導	☐ 食事指導 ☐ 運動指導 ☐ 脂質指導 ☐ インスリン注射指導	☐ 食事指導 ☐ 運動指導 ☐ 脂質指導 ☐ インスリン注射指導	☐ 食事指導 ☐ 運動指導 ☐ 脂質指導 ☐ インスリン注射指導	☐ 食事指導 ☐ 運動指導 ☐ 脂質指導 ☐ インスリン注射指導
食事	☐ カロリー: (Kcal 程度) ☐ 塩分制限 (R 程度) ☐ カリウム制限あり	☐ 左記を守ってください	☐ 指示カロリーの変更 (Kcal)	☐ 指示カロリーの変更 (Kcal)	☐ 指示カロリーの変更 (Kcal)
運動	☐ 週 () 回 ☐ 強度	☐ 左記を守ってください	☐ 変更 ()	☐ 変更 ()	☐ 変更 ()
薬剤	☐ 経口薬 () ☐ インスリン注射	☐ 左記と同様 () ☐ 変更 ()	☐ 左記と同様 () ☐ 変更 (月 日～)	☐ 左記と同様 () ☐ 変更 (月 日～)	☐ 左記と同様 () ☐ 変更 (月 日～)
合併症	☐ 神経障害 ☐ 網膜病変 ☐ 腎臓病	☐ 左記を守ってください			
患者様への説明	☐ 病状説明 () ☐ 治療方針説明 ☐ 地域連携パスの説明・意義	☐ 病状説明 () ☐ 今後の治療方針について説明 ☐ 合併症予防のための検査について説明	☐ 病状説明 () ☐ 今後の変化について説明	☐ 病状説明 () ☐ 今後の変化について説明	☐ 病状説明 () ☐ 今後の変化について説明

～ 1・4・② ～

14

Ⅱ 糖尿病対策の現状と評価について

Ⅲ 適正管理のための連絡(紹介)体制について

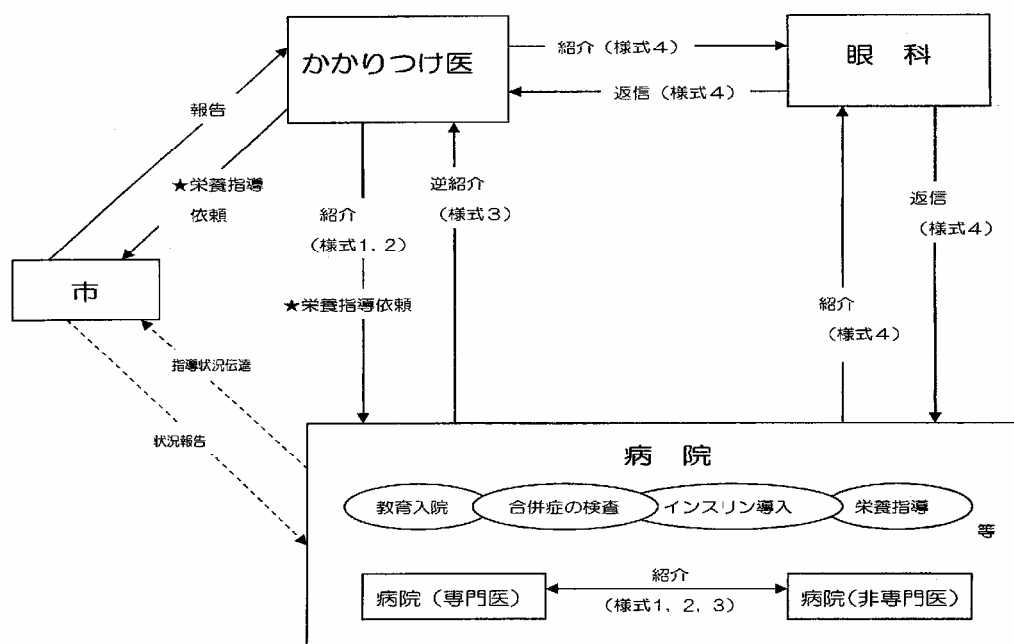
1 連絡体制のフローチャート

—参考:診療情報提供書—

2 専門医への紹介基準例

15

1 連絡体制のフローチャート



* 上記番号は、次ページの診療情報提供書の様式番号

IV 治療方針について

1 治療方針フローチャート

- (1)インスリン非依存状態の治療
- (2)インスリン依存状態の治療
- (3)薬物療法のすすめ方

2 管理状況判定基準

- (1)血糖コントロールの指標
- (2)その他のコントロール指標

3 合併症進行予防のためのチェック頻度 (網膜症等)

4 75歳以上の高齢者糖尿病の対応

17

V 教育・指導について

1 食事療法(栄養指導)を実施する場合の目安

2 栄養指導体制

- (1)栄養指導の連絡体制のフローチャート
ー参考:診療情報提供書、栄養指導連絡票ー
- (2)管理栄養士・栄養士による糖尿病栄養指導を実施している医療機関一覧
- (3)他医療機関からの栄養指導の依頼に対し、受入可能な医療機関一覧
- (4)行政による栄養指導一覧

3 食事療法のポイント

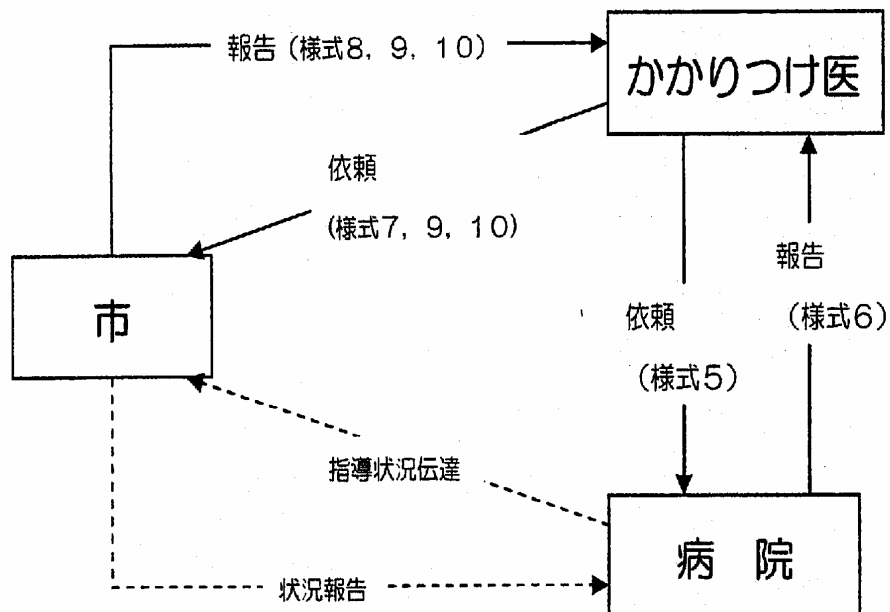
4 運動療法のポイント(身体状況による運動の程度)

5 運動療法の禁忌

6 運動指導体制

18

(1) 栄養指導の連絡体制のフローチャート



VI 要注意者(ハイリスク者)の基準について

VII 関係機関との連携について

- 1 医療機関の情報
- 2 行政の保健事業一覧
- 3 事業所健診事後指導実施機関の情報
- 4 友の会の情報

VIII Q&A

IX 参考資料

X 今後の課題

(3) 他医療機関からの栄養指導の依頼に対し、受入可能な医療機関一覧

	医療機関名	予約窓口
浜田市	島田病院	受付：0855-22-2511
	浜田医療センター	地域医療連携室：0855-22-2300（代表）
	浜田市国民健康保険弥栄診療所	受付：0855-48-5001
	山根病院	栄養科：0855-26-0688（代表）

糖尿病に関する教育、指導状況等の調査より 平成18年3月10日現在、並びは五十音順

(4) 行政による栄養指導一覧

	連絡先	時間等
浜田市 本庁	0855-22-2612（代表）	健康相談：月、金 13:00～15:00 糖尿病相談（予約）：第2水/毎月 13:00～15:00
金城支所	0855-42-1235	健康相談：随時
旭支所	0855-45-1435	健康相談：随時
弥栄支所	0855-48-2656	健康相談：2回/毎月 9:00～11:30
三隅支所	0855-32-4555	健康相談：随時
江津市	0855-52-2501（代表）	健康相談：随時 食事相談（予約）：9:00～16:00

【成果と課題】

- 1 保健所と医師会等の共同作業により、マニュアルが作成できた。
- 2 糖尿病治療・指導の標準化が可能になった。
- 3 継続的な対策を推進していく組織として「浜田圏域糖尿病対策検討会議」が設置された。
- 4 「浜田圏域糖尿病対策検討会議」に専門部会を置き、糖尿病対策の核として提言可能な体制を作ることができた。
- 5 マニュアルが関係機関（者）に活用されるよう、浸透させていく必要がある。
- 6 指導体制の充実など、より関係機関が連携しやすい体制づくりを進める必要がある。

マニュアル作成後に始まった主な取り組み

- 1 マニュアルのPR、糖尿病対策の検証等のためマニュアル活用状況を調査し、併せて情報更新のための調査を行う
- 2 年1回のマニュアルの更新
- 3 浜田医師会による医師対象の浜田市糖尿病懇話会の開催 ～年間4回程度
- 4 糖尿病療養指導士会によるコメディカル対象の石見糖尿病懇談会の開催 ～年間3回程度
- 5 栄養士がいない医療機関での栄養指導の体制の整備

23

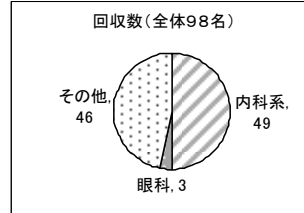
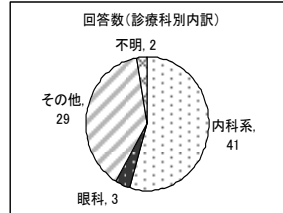


活用状況調査

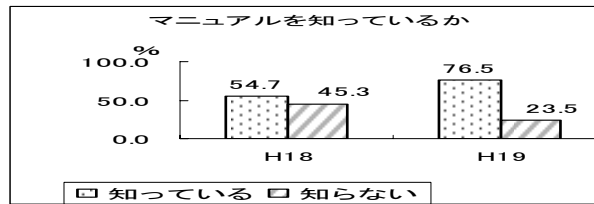
○内訳

H18 75人

H19 98人



○周知度

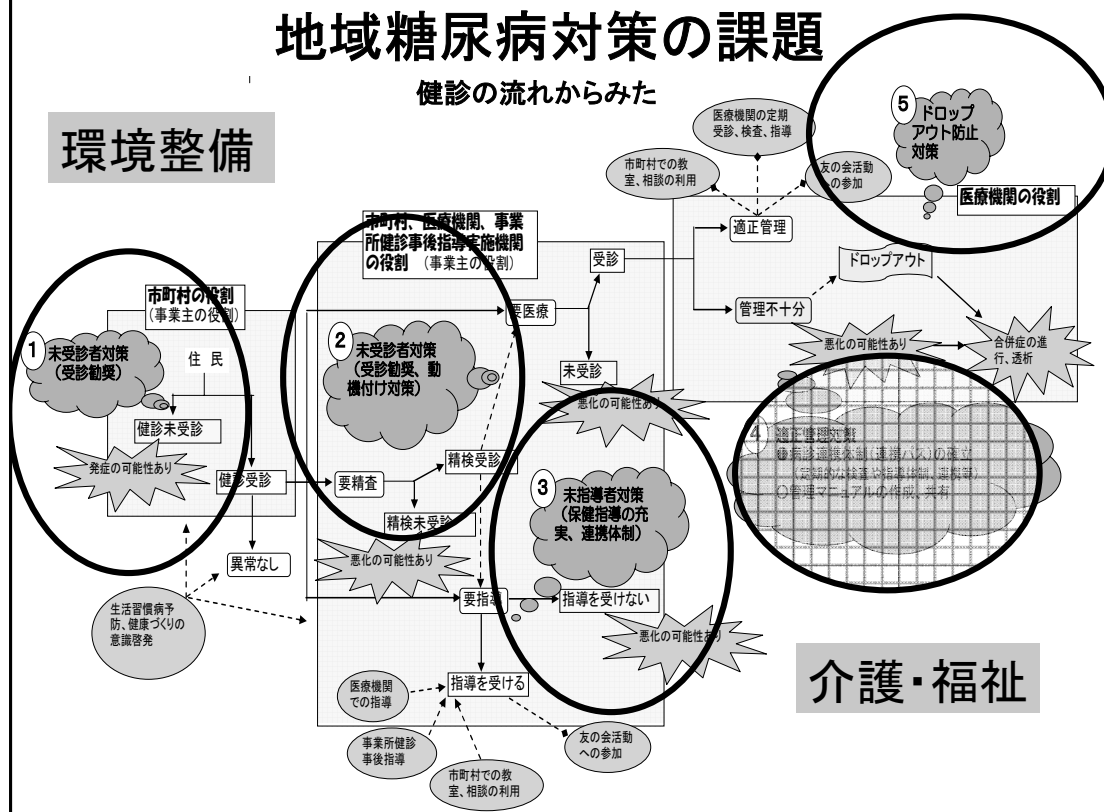


25

地域糖尿病対策の課題

健診の流れからみた

環境整備

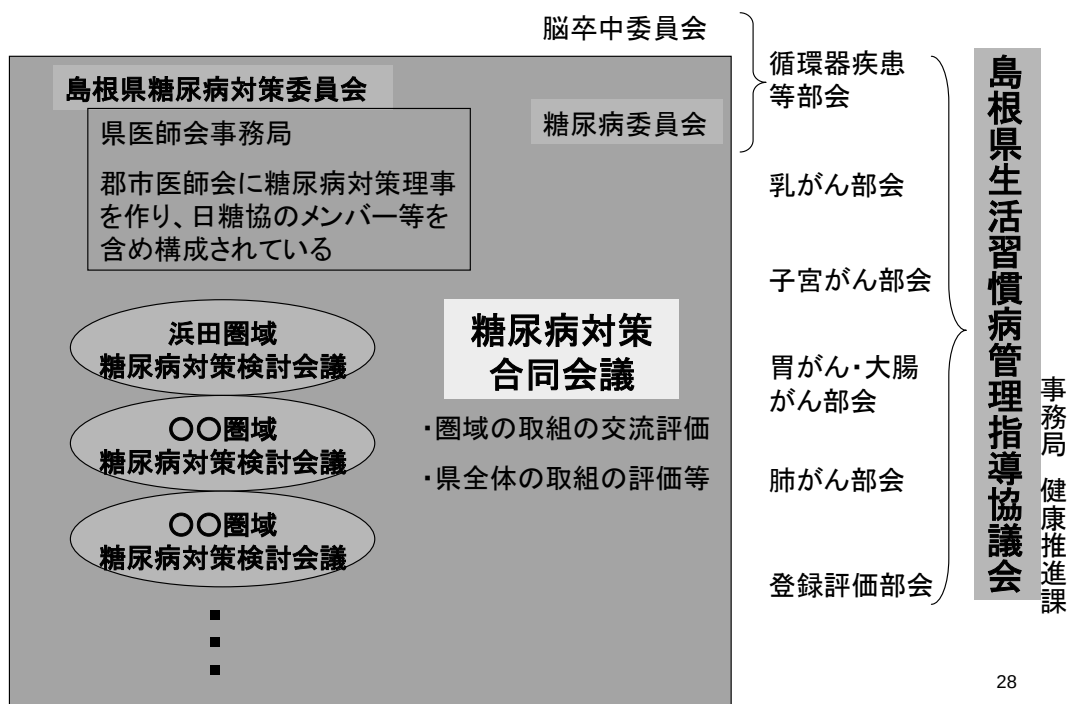


【今後に向けて】

- 1 様々な場を活用して、マニュアルのPRを行う。
- 2 それぞれの関係団体が糖尿病についての研修の開催（糖尿病療養指導士会、医師会、栄養士会、市、県など）
- 3 活用状況を調査する。併せて情報更新のための調査も行う。
- 4 浜田圏域糖尿病対策会議を開催しマニュアルの見直し、糖尿病対策の検証を行う。
- 5 連携パスの見直し
- 6 在宅療養者への糖尿病栄養指導体制の検討
～介護との連携
- 7 予防等を含めた総合的なマニュアルへ進化
- 8 糖尿病管理等が行いやすい地域づくり

27

島根県全体での取り組み



28

活動の評価(1)

1. アウトカム評価 (成果を現す指標:住民の有るべき姿として到達目標がどうであ

指標	
健康増進計画によるもの(特定健診・保健指導結果より)	
境界領域・有病期	肥満者の推定数 メタボリックシンドローム予備群の推定数 メタボリックシンドローム該当者の推定数 糖尿病予備群の推定数 糖尿病有病者の推定数 脂質代謝異常の推定数 メタボリックシンドローム新規該当者の推定数 糖尿病発症者の推定数
重症化・合併症	糖尿病による失明発症率 糖尿病による人工透析新規導入率
歯科対策	進行した歯周炎の有病率
その他	
治療中断者数	?

活動の評価(2)

3. プロセス評価(進行管理・資源の活用状況)

指標		評価
基盤整備	関係機関・団体の糖尿病予防・進行防止のネットワークが確立し	
	関係機関間で糖尿病対策に関する合意形成ができています	A B C D
	各地域の目標が明確になっている	A B C D
	各地域の目標に対する方策が明確になっている	A B C D
	各機関の役割・活動をお互いに知っている	A B C D
	必要に応じ、関係機関に事例の紹介や相談ができる	A B C D
	糖尿病に関する研修の機会がある	A B C D
	糖尿病の実態把握、事業評価のためのシステムが確立している	A B C D
	糖尿病で治療中(体験者)の人が活動に参加している	A B C D
	保健指導の場が整備されている	
健康な人に対して	地域における健康教室、健康相談等事業が実施・活用されている	A B C D
	保健指導の質が確保されている	
	関係者への研修会が開催されている	A B C D
	啓発活動がされている	A B C D
	歯周病との関係が啓発できている	A B C D
境界型・肥満者等	保健指導の場が整っている	
	必要な人が特定保健指導を受けている	A B C D
	特定保健指導対象者以外の必要な人が教室、相談、歯科相談等に参加している	A B C D
	保健指導の質が確保されている	
	関係者への研修会が開催されている	A B C D
	管理指針・マニュアル(県、圏域等)が活用されている	A B C D
	必要な医療や生活指導が継続して受けられる	
	地域連携のための紹介システムが整っている	A B C D
	地域連携のための紹介システムが活用されている	A B C D
	圏域内で腎透析が受けられる	A B C D
糖尿病・合併症	圏域内で眼科の治療が受けられる	A B C D
	必要な歯科医療が受けられる体制ができています	A B C D
	治療上必要な栄養、運動指導が受けられる体制ができています	A B C D
	糖尿病手帳などが発行・活用されている	A B C D
	糖尿病友の会等地区組織が育成されている	A B C D

〔事例３〕

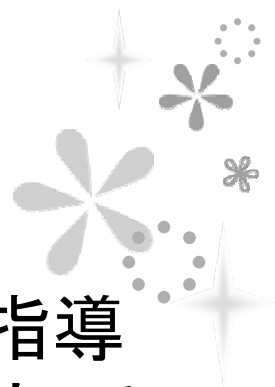
**「迅速検査を導入した特定健診・特定保健指導
（モデル健診）を実施して」**

事例提供者

天野 栄子 （兵庫県龍野健康福祉事務所企画課主任）

事例名	【事例３】迅速検査を導入した特定健診・特定保健指導（モデル事業）を実施して
事例提供者名	天野 栄子（兵庫県龍野健康福祉事務所（龍野保健所）企画課主任）
コメント （１）成功要因分析	平成２０年４月からの医療制度改革に関連して市町での特定健診・特定保健指導の準備や保健所での保健医療計画、健康増進計画などの改定により、市町、保健所とも各種計画の策定や改定にともなう調整、整備支援や協力が重要と考えた。 たつの市においても、前年度までの受診率、保健指導率では、特定健診・特定保健指導の参酌標準の達成が難しいと考えていた。 →①健康づくり関連の計画作成のためのワークショップの開催 ②血液生化学検査に迅速検査を導入した特定健診・特定保健指導（モデル健診）の実施
（２）事例からみた医療連携	市とモデル健診をするにあたっての協議の場を持ち、疑問や不安など課題に思うことを共有化するために協議した。 課題については、モデル健診実施の方向性を明確にし、関係機関との調整やモデル健診を共同で行うことなどを通じて解決していき、県と市の認識を近づけ、一連の事業を実施した。 また、事業終了後は、課題や検討内容の確認をおこない、今後につなげられるよう意見交換会を開催した。
（３）保健所の関与の可能性と役割	計画づくりのワークショップでは、市町と保健所の連携のみでなく、市町の各部署が相互に理解を深めることができた。 モデル健診では、たつの市と医師会、健診事業者に特定健診・特定保健指導の具体的なイメージとそれぞれの役割を認識してもらうことができた。 これらの事業を通じて、地域における保健所の調整機能とリーダーシップが認識されるとともに以後の役割についても期待されることとなった。

迅速検査を導入した 特定健診・特定保健指導 (モデル健診)を実施して



兵庫県龍野健康福祉事務所
企画課（管理栄養士）天野栄子

兵庫県の西播磨地域



龍野保健所組織図

西播磨県民局

県民生活部

龍野健康福祉事務所
(龍野保健所)

所長

副所長

調整参事

佐用健康福祉事務所

山崎健康福祉事務所

企画課

4人

監査指導課

5人

地域福祉課

5人

生活福祉課

8人

健康増進課

8人

保健指導課

7人

食品衛生課

6人

薬務・生活衛生課

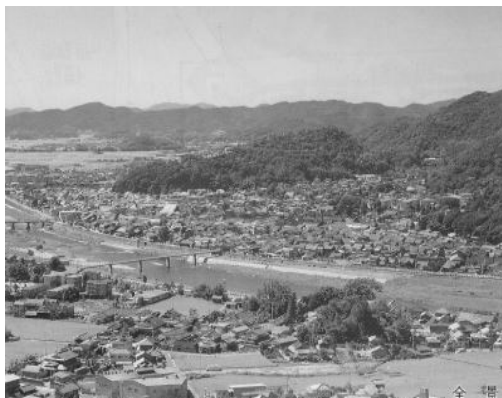
4人

検査室

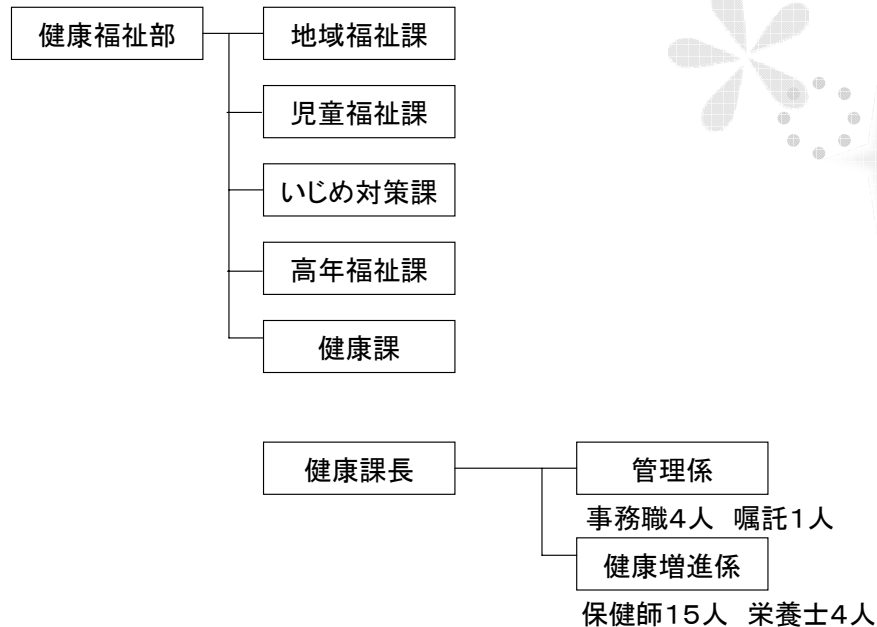
7人

臨時・嘱託等16人

たつの市の概要



たつの市健康課組織図



たつの市のこれまでの 健診の取り組み状況

- 健診事業の一部を事業者へ委託
 - 健診を集団健診で実施
 - 健診の約6週間後、結果説明会を開催
- ↓
- 健診について、広報掲載や個人案内で周知していた。
 - 一部地域には、送迎バスを出して受診しやすい環境をつくった。

龍野保健所の取り組み状況

●平成19年度中に・・・

市町

特定健診・特定保健指導の準備

保健所

保健医療計画・健康増進計画の改定



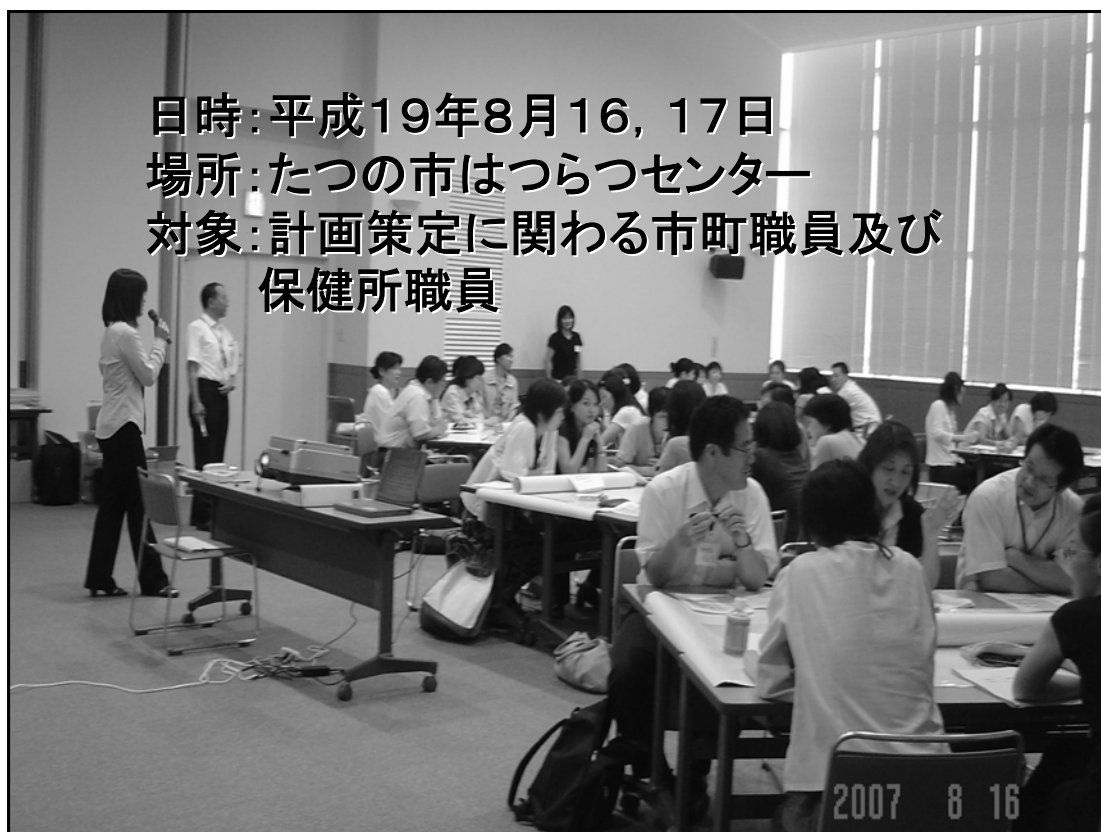
調整・支援・協力が重要と考えた

健康づくり関連計画策定 ワークショップの開催

ねらい：

「特定健診・特定保健指導実施計画」、「健康増進計画」「食育推進計画」「保健医療計画」などの健康づくりに関連した計画の策定のあり方を理解し、具体的な計画をつくることを期待。





迅速検査を導入した特定健診・特定保健指導(モデル健診)の実施

ねらい:

血液生化学検査に迅速検査を導入した健診(モデル健診)を実施し、特定健診の受診率や特定保健指導の実施率の参酌標準の達成の可能性を検討する。

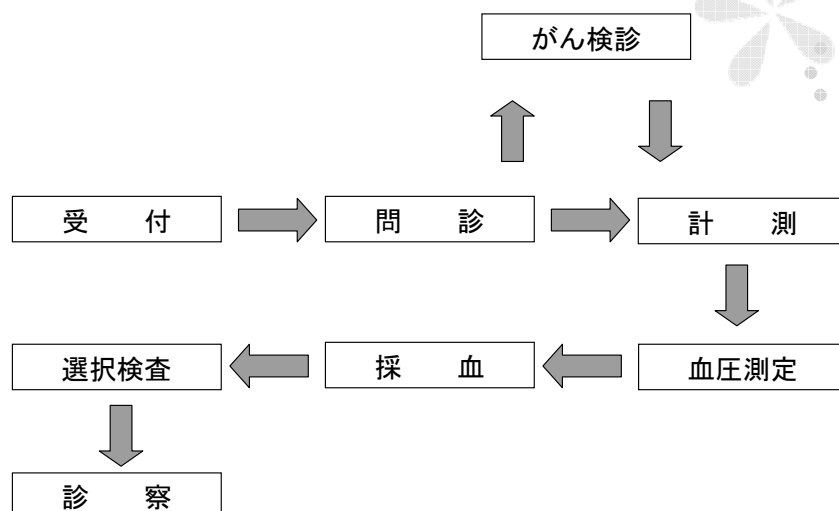


モデル健診実施までの課題

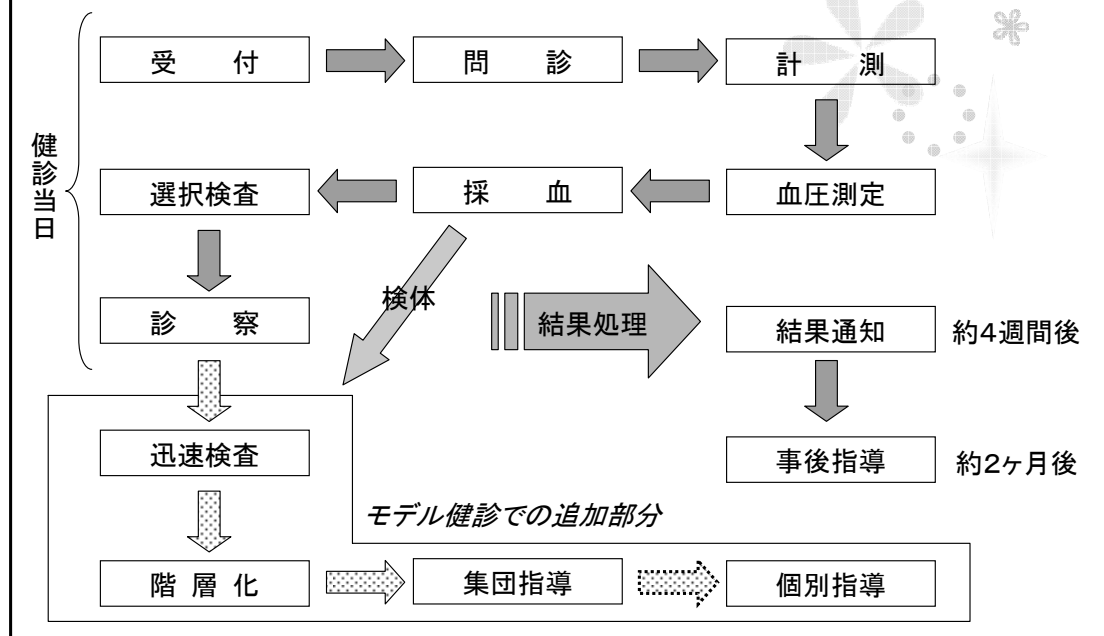
- ・すでに平成19年度の健診が始まっていた。
- ・健診受診者への周知と理解を得るにはどうするか
- ・健診の流れが決まっていてモデル健診用の健診体制が組みにくい。
- ・階層化の基準と指導内容を決める必要がある。
- ・指導スタッフの確保をどうするか。

たつの市健診のフロー図

会場：たつの市はつらつセンター



モデル健診のフロー図



受付

- 市の健診の受付の後、モデル健診の受付をした。あらかじめ送付していた同意書の回収し、改めてモデル健診の説明と書面による同意の確認をした。
- その後、結果説明の会場と説明開始時間を説明した。



採血、分析、階層化

- 市の健診の流れに沿って、採血するときに併せて検体を確保した。
 - 検体は、会場の別室に設置した卓上型生化学自動分析装置で分析した。
- ↓
- 検査結果出力後、「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」に基づいて階層化をおこなった。

卓上型自動分析機



協力：古野電気株式会社、協和メデックス株式会社

集団指導内容

支援内容

- ①血液生化学検査結果の意味
- ②生活習慣病、メタボリック・シンドロームの改善の必要性
- ③特定健診・特定保健指導の説明
- ④階層化の意義
- ⑤結果説明会の勧奨

支援方法

支援者：保健師1名

支援形態：20分の集団指導



個別指導内容

支援内容

- ①行動変容ステージ(準備状態)
- ②生活習慣病等の理解度
- ③保健事業の参加状況等
- ④生活習慣等のアセスメントと保健指導

支援方法

実施者:保健師1名, 管理栄養士2名

支援形態:30分以内の個別支援

モデル健診の実施結果

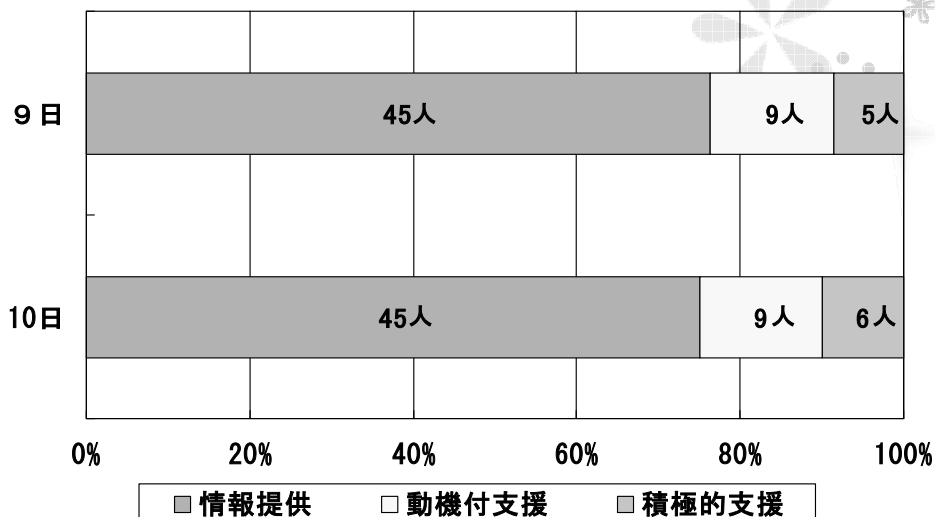
- モデル健診参加者は、10月9日、10日の健診受診者232人のうち、書面にて同意した119人。参加率、51.3%。

分析所要時間

- モデル健診の流れから、採血から結果出力までの所要時間は、全項目からHbA1cを除いた7項目の実施で、概ね1時間40分程度であった。



階層化の状況

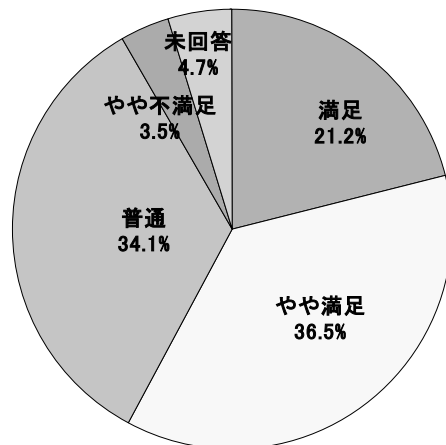


保健指導実施結果

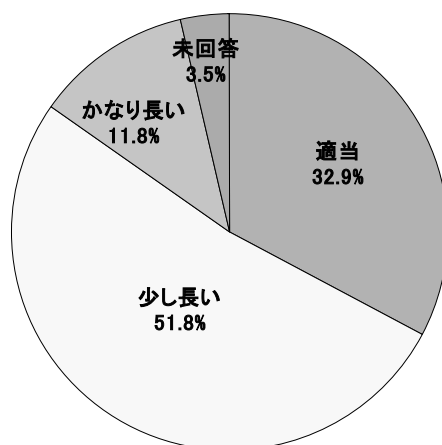
- 保健指導の実施状況については、モデル健診受診者 119人のうち、保健指導を受けた者は97人であった。(81.5%)
- 階層化で積極的支援に該当した11人のうち9人に個別指導を実施した。(81.8%)

アンケート結果

質問：今回のモデル健診はいかがでしたか



質問：血液検査の結果がでるまでの待ち時間はいかがでしたか



地域保健推進計画・食育推進計画 意識調査(ニーズ調査)の概要

- 調査時期：平成20年5月
- 調査対象：たつの市内に住所を有する
20～69歳の3,000人。
- 回収率：41.9%（1,276人）
- 調査項目：健診受診状況
生活習慣について
食生活について
食育について
ウイルス肝炎について

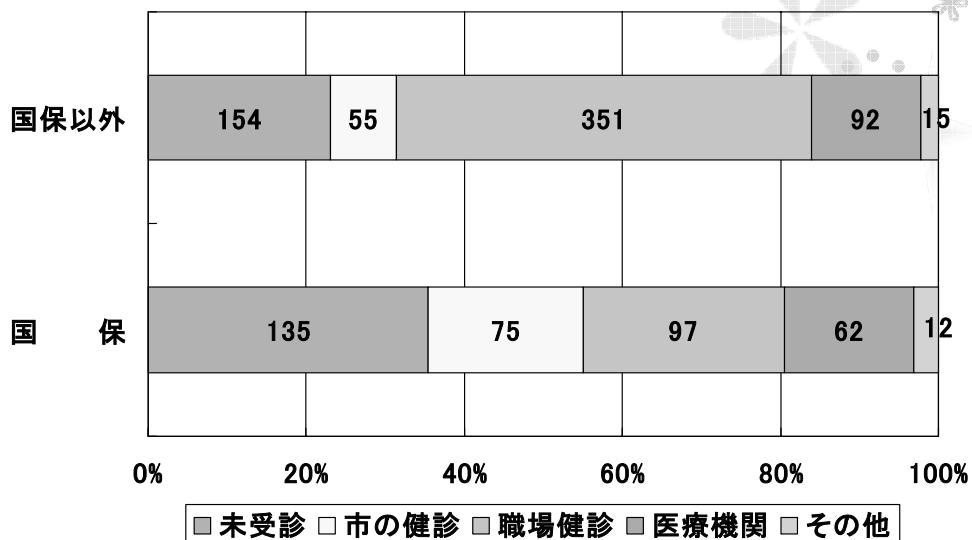
ニーズ調査の対象者数

年齢	国保		国保以外	
	男性	女性	男性	女性
20代	69	48	247	244
30代	81	61	306	292
40代	53	52	237	258
50代	105	110	269	260
60代	63	98	82	65
合計	371	369	1,141	1,119

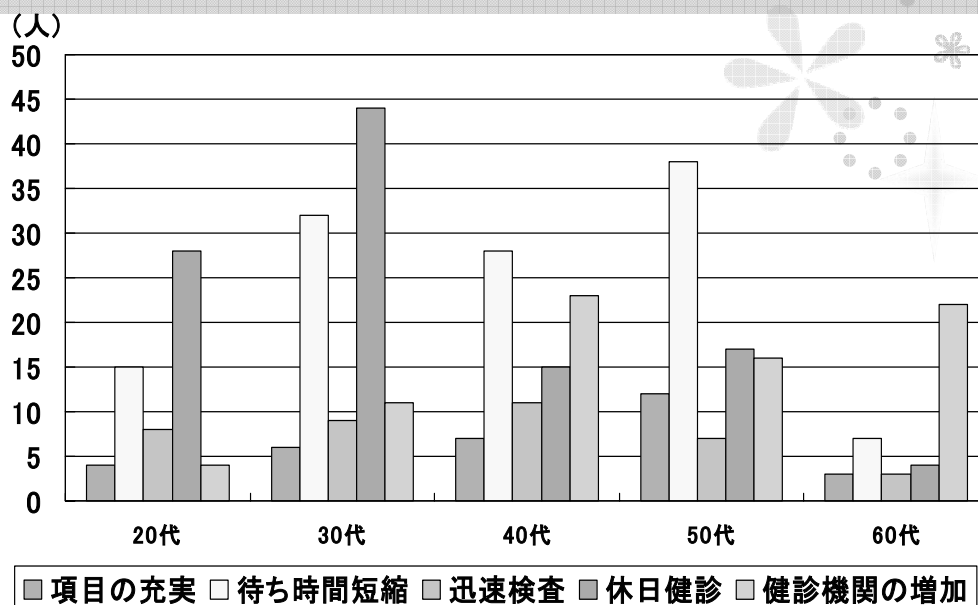
ニーズ調査の回答者数

	国保			国保以外			すべて		
	男性	女性	小計	男性	女性	小計	男性	女性	小計
20代	24	33	57	44	52	96	77	93	170
30代	41	45	86	71	88	159	124	158	283
40代	19	36	55	55	113	169	85	166	252
50代	30	48	79	79	100	180	139	208	353
60代	32	62	27	27	28	57	80	109	196
全体	147	231	381	279	383	663	511	747	1276

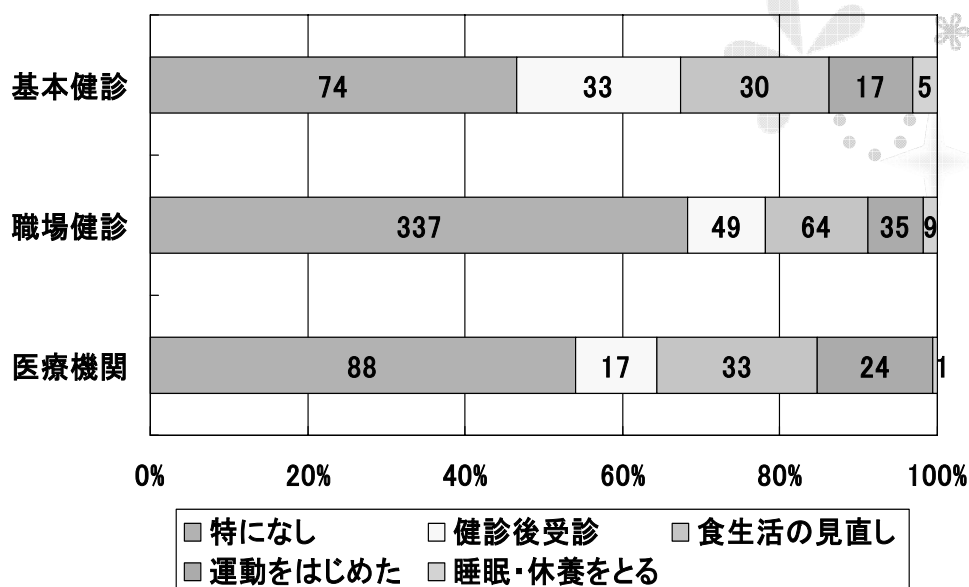
ニーズ調査結果 基本健診の受診率



受診に必要な工夫



健診受診後の行動



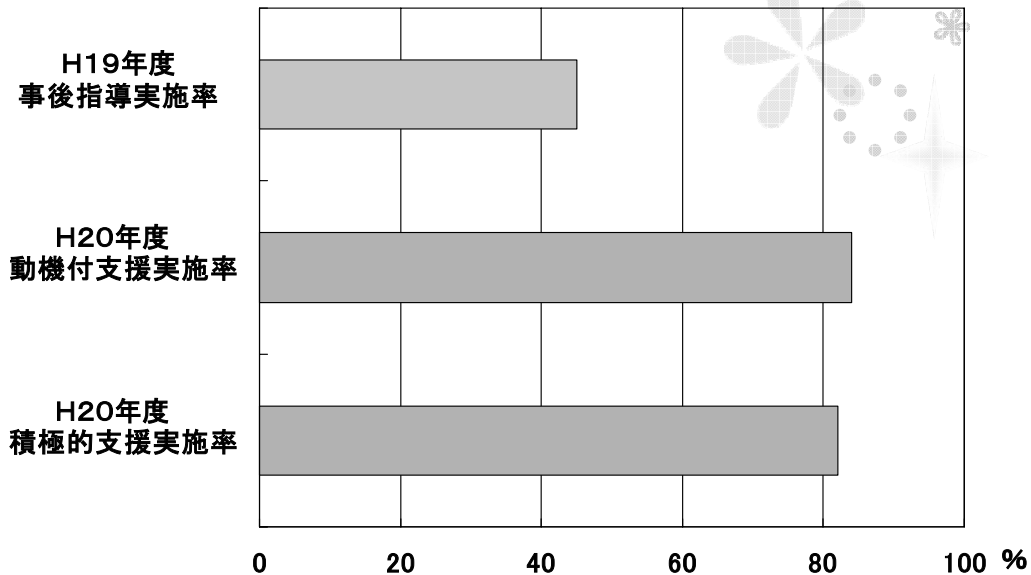
特定健診（モデル健診）の結果

- 集団健診方式の特定健診で血液生化学検査に迅速検査を導入した場合、健診、階層化、初回面接までを健診当日に実施できることが実証できた。
- 保健指導率では、積極的支援該当者の81.8%に個別指導を行うことができ、参酌標準を越えることができた。

保健指導実施率向上への工夫

- 健診当日の保健指導の時点でメタボリックシンドロームに該当する可能性が高いと思われる人に対して、時間をかけて保健指導を実施、健診後の初回面接に結びつける。
- 健診結果を各個人への郵送に切り替えたが、動機付け支援、積極的支援該当者には、健診結果を郵送しないで、初回面接に来所するように促す。

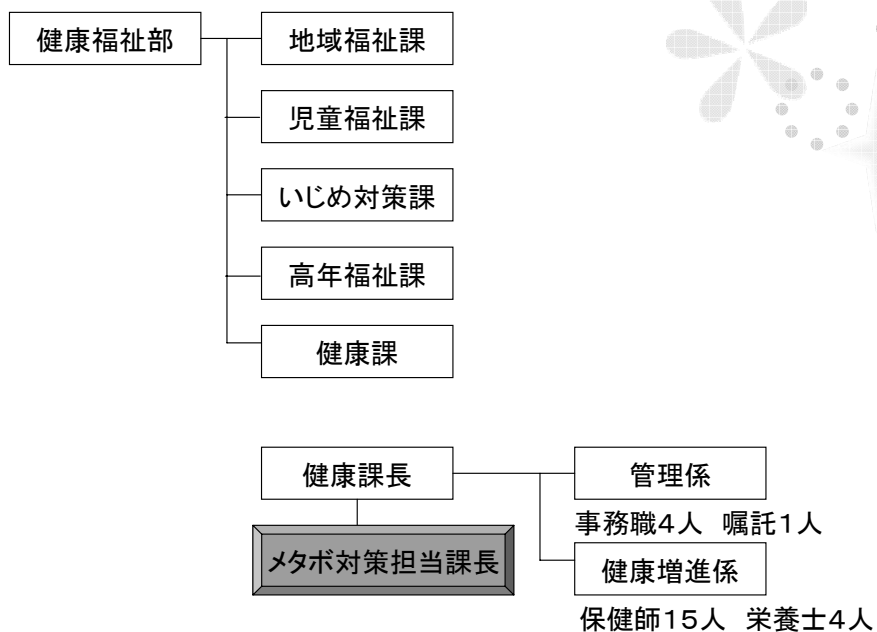
保健指導実施率の変化



まとめ

- 保健指導の実施率を向上させるためには、行動変容に対するモチベーションの高い健診時に効果的なアプローチを行うことが、重要であると考えられ、必ずしも迅速検査でなくても、工夫次第で大幅な保健指導実施率の向上が期待される。
- 健診実施率の向上については、これまでの結果を踏まえて、迅速検査によるメリットを中心に分析を進めていきたい。

たつの市健康課組織図



メタボ改善チェレンジャーモニター登録 (事業)



開講式: 7月5日

登録者数: 123人

〔事例 4〕

「滋賀県東近江市での特定健診・特定保健指導の
取り組みについて」

事例提供者

夏原 善治 （滋賀県東近江市健康福祉部健康推進課専門員）

藤田 道子 （滋賀県東近江市湖東保健センター主任保健師）

事例名	【事例４】滋賀県東近江市での特定健診・特定保健指導の取り組みについて
事例提供者名	・夏原 善治（滋賀県東近江市健康福祉部健康推進課専門員） ・藤田 道子（滋賀県東近江市湖東保健センター主任保健師）
コメント （１）成功要因分析	①熱心な人材と良き理解者がいること 市町村合併により、人材確保ができ、医療施設を２病院３診療所となった。 また、地域で管理栄養士のグループ結成された。 ②「医療制度改革」に対して連携の必要性が明確であること 何を誰がいつするのかという共通目的が持てスキルアップを始め、事業連携ができた。 ③多種多様な方式・方法の試行錯誤を繰り返し、市にあった方法を模索すること
（２）事例からみた医療連携	保険者（市）としての問題点と医療機関の問題点や現状について、整理・調整などを行った。 「市民」を中心としてお互いの役割を明確にし事業展開を行った。
（３）保健所の関与の可能性と役割	最初の制度や先進事例などの提供をはじめ、的確な助言。 圏域での取り組みにおける舵取り役。

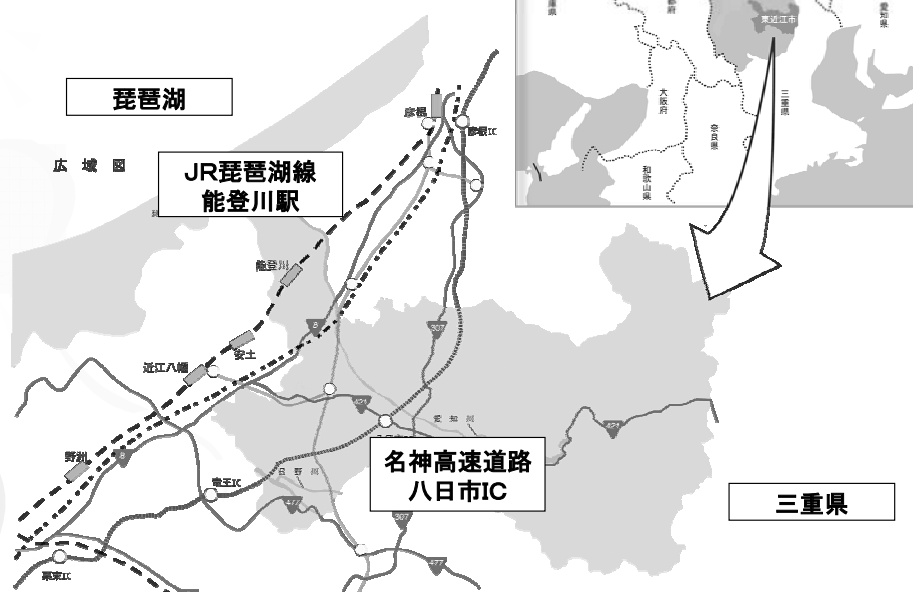
「滋賀県東近江市での 特定健診・特定保健指導の 取り組みについて」

— 国保ヘルスアップから
新たなヘルスアップへ —

平成20年11月28日(金)

滋賀県東近江市健康福祉部

東近江市の位置



東近江市の概要と市町村合併

- 人口 118,832人(平成20年11月1日現在)
- 国保被保険者数 28,348人(加入率23.86%)
- 国保加入世帯数 15,074世帯
- 平成17年2月11日
八日市市・永源寺町・五個荘町
・愛東町・湖東町の1市4町
- 平成18年1月1日
東近江市・能登川町・蒲生町の
1市2町で、「新・東近江市」が誕生

滋賀県東近江市の組織図

市民人権部・・・保険年金課(国保主管課)
健康福祉部・・・健康推進課
中央保健センター
八日市(3)・蒲生(1)
東部保健センター
永源寺・愛東・湖東(各1)
西部保健センター
五個荘(1)・能登川(2)

いきいき支援課(介護保険担当関係)

能登川病院・蒲生病院(2箇所)
永源寺診療所・あいとう診療所・湖東診療所(3箇所)
・・・保健事業で連携

平成18・19年度 国保ヘルスアップ事業

・ 事業の目的

キーワードは、

「元氣なまちづくり」と「地域性」

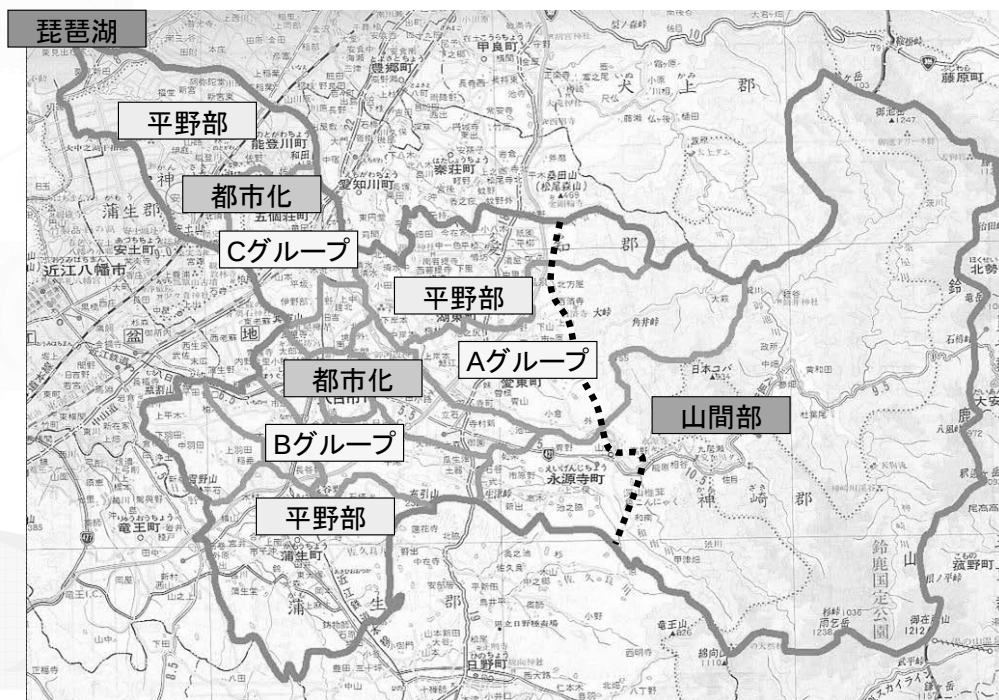
年々増加している医療費を適正化するための手段として、内臓脂肪症候群の予防事業を推進し、医療費の抑制と減少を目的とし、相乗効果による「**元氣なまちづくり**」を最大の目的にします。

また統一したプログラム提供の中でも「**地域性**」を重視した取り組み活動を重視し、地域に根ざしたプログラムへのステップアップと特定健診・特定保健指導へのスムーズな移行を目的にします。

A・B・Cグループ設定

コース		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	備考
グループA 永源寺・愛東・ 湖東・八日市	6月～12月	健診	案内発送	必須 栄養調査・指導 体力測定 2次健診		バックアップ 講座①&②	必須 血液検査 体力測定		グループ 判定		必須 血液検査 体力測定 結果説明会			結果分析 & 次年度考察 3月～4月 にかけて、 健診未受診 者への啓発 活動を実施
グループB 八日市・蒲生	8月～1月		健診	案内発送	必須 栄養調査・指導 体力測定 2次健診		バックアップ 講座①&②	必須 血液検査 体力測定		グループ 判定		必須 血液検査 体力測定 結果説明会		
グループC 五個荘・能登川	9月～2月			健診	案内発送	必須 栄養調査・指導 体力測定 2次健診		バックアップ 講座①&②	必須 血液検査 体力測定		グループ 判定	必須 血液検査 体力測定 結果説明会		

東近江市の「地域性」



平成20年度からの特定健康診査 ・特定保健指導実施の中での課題

基本健康診査関係

国保の受診率、未受診者の把握・対策

⇒「健康診査実態調査」の実施(6～7月)

有所見状況の整理⇒健診項目の再検討

結果説明会の開催方法⇒支援レベル別

優先順位の再検討⇒年齢・リスクほか

受診しやすい環境・広報ほか

「健康診査実態調査表」

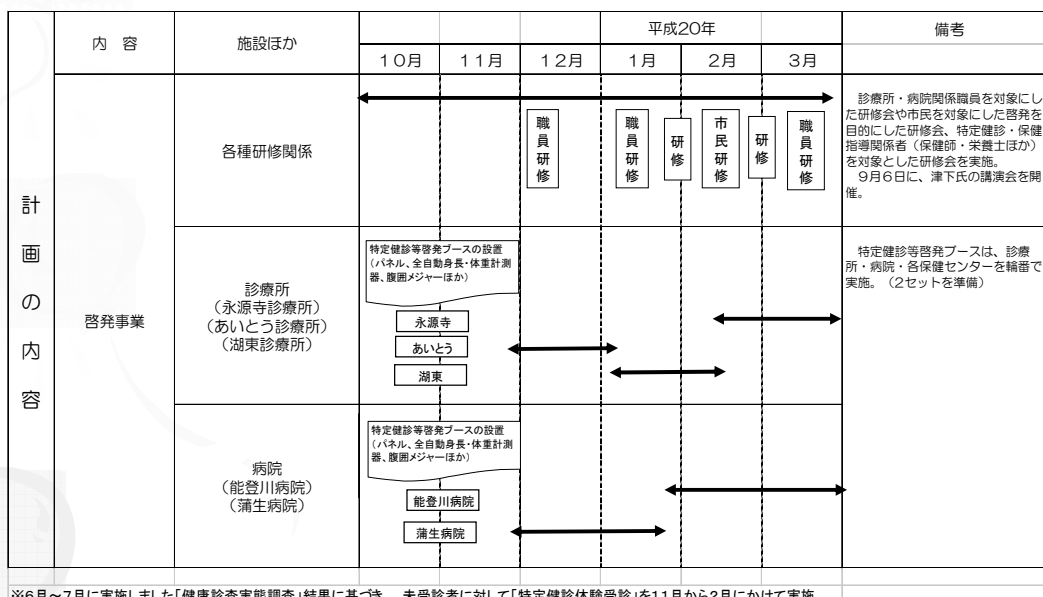
特定健康診査対象世帯に対して、返信用封筒を同封の上、啓発チラシと郵送。

対象者数:18,447人
対象外数: 487人
回答者数: 9,061人
回答率 50.45%

未受診者:1,835人
事業者健診受診者数 638人
事業者健診受診予定者数 430人

健康診査実態調査表			
※世帯主氏名、被保険者番号、特定健康診査対象者氏名を記入後、問1～問5について該当するところに○をお願いします。			
(この調査は、平成20年度から始まる特定健康診査の受診者を把握するために、平成19年5月30日現在、東近江市国民健康保険に加入されている方に実施するものです。)			
世帯主氏名			※この調査表は、健康診査の実態を把握するために使用するものであり、他の目的には一切使用しません。
被保険者番号	滋 東		→7桁の保険証の番号をご記入ください。
特定健康診査対象者氏名 (昭和9年4月1日～昭和44年3月31日生)			
生 年 月 日	昭和 年 月 日	昭和 年 月 日	
問 1	あなたは健康診査または健康診断を受けていますか？	1 受けている(⇒問2へ) 2 受けていない(⇒問3へ)	1 受けている(⇒問2へ) 2 受けていない(⇒問3へ)
問 2	受けていると答えた方は、どこで受けていますか？	1 勤務先(会社など) 2 市の健診 3 人間ドック 4 かかりつけの病院など 5 その他()	1 勤務先(会社など) 2 市の健診 3 人間ドック 4 かかりつけの病院など 5 その他()
問 3	受けていないと答えた方は、なぜですか？	1 健康だから 2 受けに行く時間がないから 3 どこで受ければよいかわからないから 4 その他()	1 健康だから 2 受けに行く時間がないから 3 どこで受ければよいかわからないから 4 その他()
問 4	平成20年4月以降は、どこで受ける予定ですか？※受けていないと答えた方は、受ける場合に希望する場所をお答え下さい	1 勤務先(会社など) 2 市の健診 3 人間ドック 4 かかりつけの病院など 5 その他()	1 勤務先(会社など) 2 市の健診 3 人間ドック 4 かかりつけの病院など 5 その他()
問 5	受けに行きやすい月・曜日・時間帯はいつごろですか？ (複数回答可)	月 は？ 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 1月 2月 3月 曜日は？ 日曜 月曜 火曜 水曜 木曜 金曜 土曜 時間帯は？ 午前 午後 夜	月 は？ 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 1月 2月 3月 曜日は？ 日曜 月曜 火曜 水曜 木曜 金曜 土曜 時間帯は？ 午前 午後 夜

国保・診療所・病院連携事業フロー図



※6月～7月に実施しました「健康診査実態調査」結果に基づき、未受診者に対して「特定健診体験受診」を11月から2月にかけて実施

国保・診療所・病院連携事業

研修事業・・・

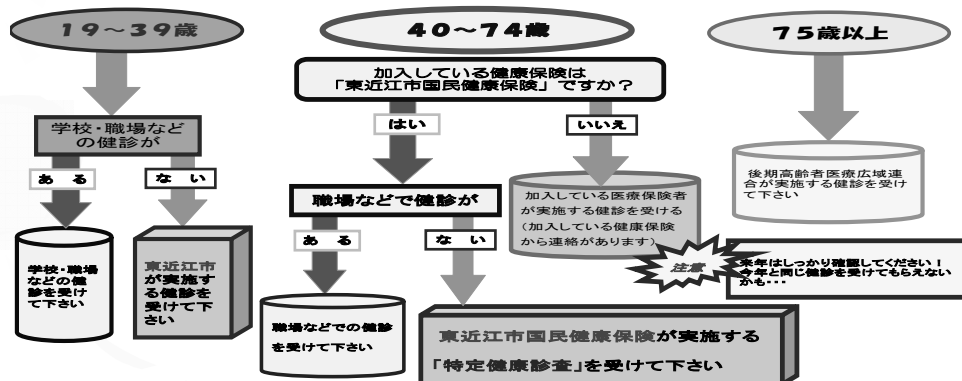
職員(医師・看護師・理学療法士ほか)、市民ほか

啓発事業・・・

未受診者に対する「特定健診
体験受診」を実施(血液検査キ
ット、病院・診療所での血液検査)

『基本健康診査』が、 平成20年4月から 『特定健康診査』に変わります！

年齢によって違います！ あなたは、来年何歳ですか？



*特定健康診査とは、内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)予防のための健診です。
個々に応じた健康の課題について考え、生活習慣を見直し、改善することを目的としています。

【その他の検診について】

- ☆各がん検診
- ☆結核検診
- ☆骨粗しょう症検診 市が実施します。
- ☆成人歯周疾患検診

東近江市・東近江市国民健康保険

平成18～19年度の経験から・・

- ・盛りだくさんのメニュー

⇒ 自分で選択できるメニューへ！

- ・参加者に適したプログラム(メニュー)

簡易体力測定、栄養教室、運動教室、
水中ウォーキング、アクアビクスほか
健康ナビ、採決キット、ライフコーダ

でも、やはりポイントは……

自分の健康診査の結果を振り返りましょう！！

ウエストまわりが
太くなった



中性脂肪が高め
または
HDLコレステロールが低い

血圧が高め



血糖値が
高め

「内臓脂肪症候群」

平成20年度

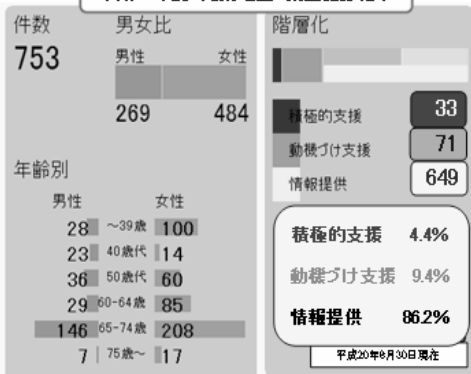
健康元年

健康診査結果説明会

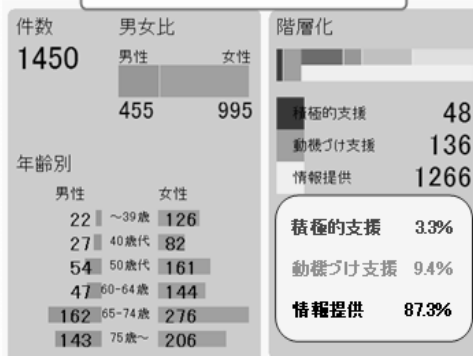
健診結果からわかる 身体からのサイン！

～元気で健康な生活を送るために～

平成20年度 湘東地区 集団健診結果



平成19年度 湘東地区 集団健診結果



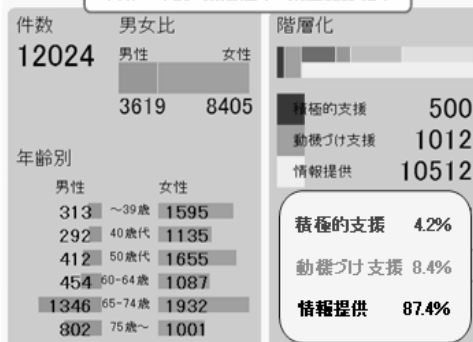
男性

	20歳以下	40歳代	50歳代	60歳～64歳	65歳～74歳
肥満	39.3%	43.0%	68.7%	69.0%	78.1%
GPT	33.7%	39.1%	50.0%	62.1%	52.1%
糖尿病	33.7%	30.4%	47.2%	48.3%	49.3%
BMI	33.7%	28.1%	41.7%	44.8%	41.1%
脂質	28.8%	21.7%	41.7%	41.4%	33.8%

女性

	20歳以下	40歳代	50歳代	60歳～64歳	65歳～74歳
肥満	25.0%	50.0%	70.0%	71.8%	71.2%
BMI	13.0%	35.7%	50.0%	67.1%	63.9%
糖尿病	11.0%	28.6%	38.7%	52.9%	58.2%
脂質	11.0%	28.6%	25.0%	31.8%	57.1%
糖尿病	10.0%	21.4%	20.0%	27.1%	24.3%

平成19年度 東近江市 集団健診結果



男性

	39歳以下		40歳代		50歳代		60歳-65歳未満		65歳-74歳	
1位	LDLコレステロール	39.3%	LDLコレステロール	43.5%	最高血圧	66.7%	最高血圧	69.0%	最高血圧	78.1%
2位	GPT	35.7%	中性脂肪	39.1%	LDLコレステロール	50.0%	腹囲	62.1%	ヘモグロビンA1c	52.1%
3位	最高血圧	35.7%	最高血圧	30.4%	最低血圧	47.2%	最低血圧	48.3%	LDLコレステロール	49.3%
4位	BMI	35.7%	血糖値	26.1%	ヘモグロビンA1c	41.7%	LDLコレステロール	44.8%	最低血圧	41.1%
5位	腹囲	28.6%	ヘモグロビンA1c	21.7%	腹囲	41.7%	ヘモグロビンA1c	41.4%	腹囲	35.6%

女性

	39歳以下		40歳代		50歳代		60歳-65歳未満		65歳-74歳	
1位	LDLコレステロール	25.0%	LDLコレステロール	50.0%	LDLコレステロール	70.0%	LDLコレステロール	71.8%	最高血圧	71.2%
2位	BMI	13.0%	BMI	35.7%	最高血圧	55.0%	最高血圧	67.1%	LDLコレステロール	65.9%
3位	ヘモグロビンA1c	11.0%	最低血圧	28.6%	ヘモグロビンA1c	36.7%	ヘモグロビンA1c	52.9%	ヘモグロビンA1c	58.2%
4位	腹囲	11.0%	最高血圧	28.6%	最低血圧	25.0%	最低血圧	31.8%	心電図	57.1%
5位	最高血圧	10.0%	中性脂肪	21.4%	BMI	20.0%	中性脂肪	27.1%	最低血圧	24.5%

健康診査受診結果通知表

受診番号: _____

受診番号: _____ 年齢: _____

個人コード: _____ 性別: _____

区分	項目	単位	測定値	判定	備考
身体計測	身長	cm			
	体重	kg			
	BMI				
内臓脂肪	肝臓	cm			
	右側肋骨下	cm			
	左側肋骨下	cm			
血圧	収縮期血圧	mmHg			
	拡張期血圧	mmHg			
	平均血圧	mmHg			
血糖	空腹血糖	mg/dL			
	HbA1c	%			
	糖化アルブミン	%			
脂質	総コレステロール	mg/dL			
	LDLコレステロール	mg/dL			
	HDLコレステロール	mg/dL			
尿酸	尿酸	mg/dL			
	尿酸	mg/dL			
	尿酸	mg/dL			
腎臓	血清クレアチニン	mg/dL			
	eGFR	ml/min/1.73m ²			
	尿酸	mg/dL			
心臓	心電図				
	心電図				
	心電図				

※ 医師の診断: _____ 医師名: 〇〇 〇〇

※ 医師の診断: _____ 医師名: 〇〇 〇〇

判定・結果通知

問診、検査結果、年齢や生活習慣などから、生活改善の必要性が判定され、3つのグループに分かれて生活習慣の見直しを行います。

ステップ 1

① 腹囲

男性 90cm以上
女性 80cm以上

② BMI

男性が 25.0以上
女性が 25.0以上
BMIが 25.0以上

③ ①②以外の人

ステップ 2

① 空腹時血糖

100mg/dL以上
または、
② ヘモグロビンA1c
5.7%以上
または、
薬物治療を受けている場合

② 中性脂肪

150mg/dL以上
または、
③ HDLコレステロール
40mg/dL未満
または、
薬物治療を受けている場合

③ 収縮期血圧

130mmHg以上
または、
④ 拡張期血圧

85mmHg以上
または、
薬物治療を受けている場合

④ 尿酸

7mg/dL以上
または、
薬物治療を受けている場合

ステップ 3

ステップ1、2から保
険診療の対象者がグル
ープ分けされます

ステップ1で、
①に該当した場合、
ステップ2の
①～④の
リスクのうち

追加リスクが2以上
「積極的支援」

追加リスクが1
「点検・指導」

追加リスクが0
「情報提供」

ステップ1で、
②に該当した場合、
ステップ2の
①～④の
リスクのうち

追加リスクが3以上
「積極的支援」

追加リスクが1～2
「点検・指導」

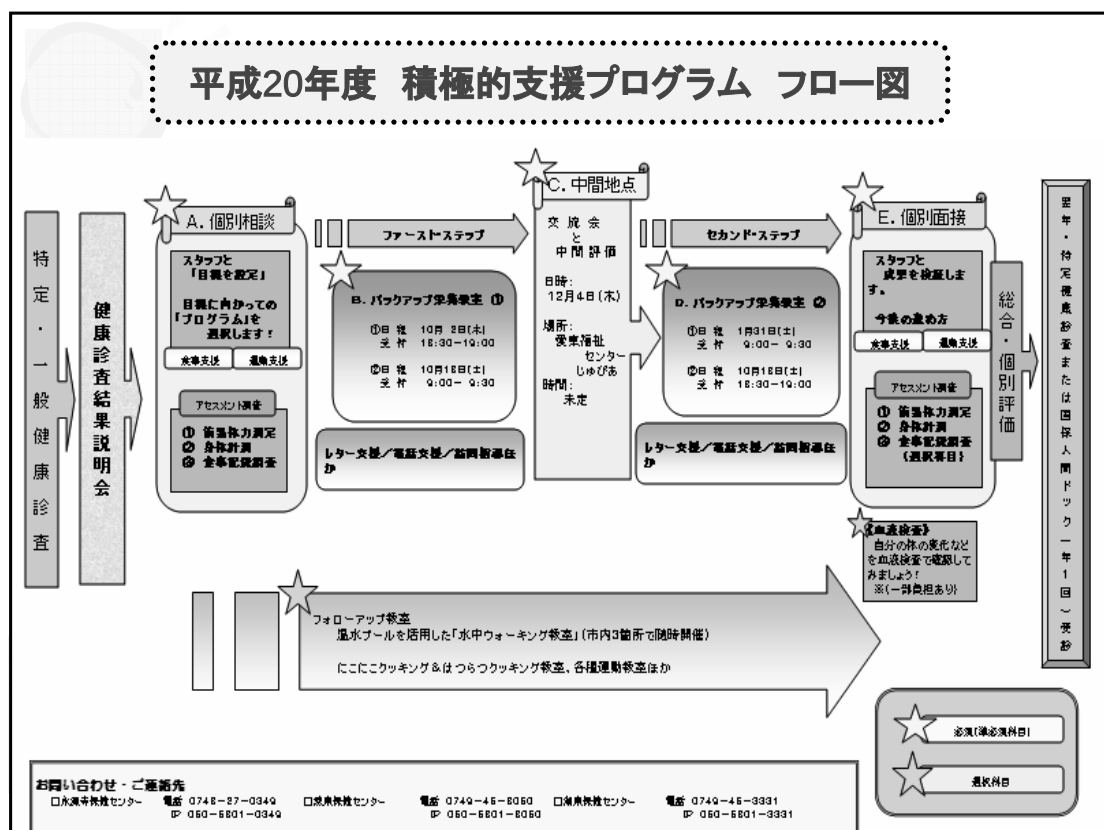
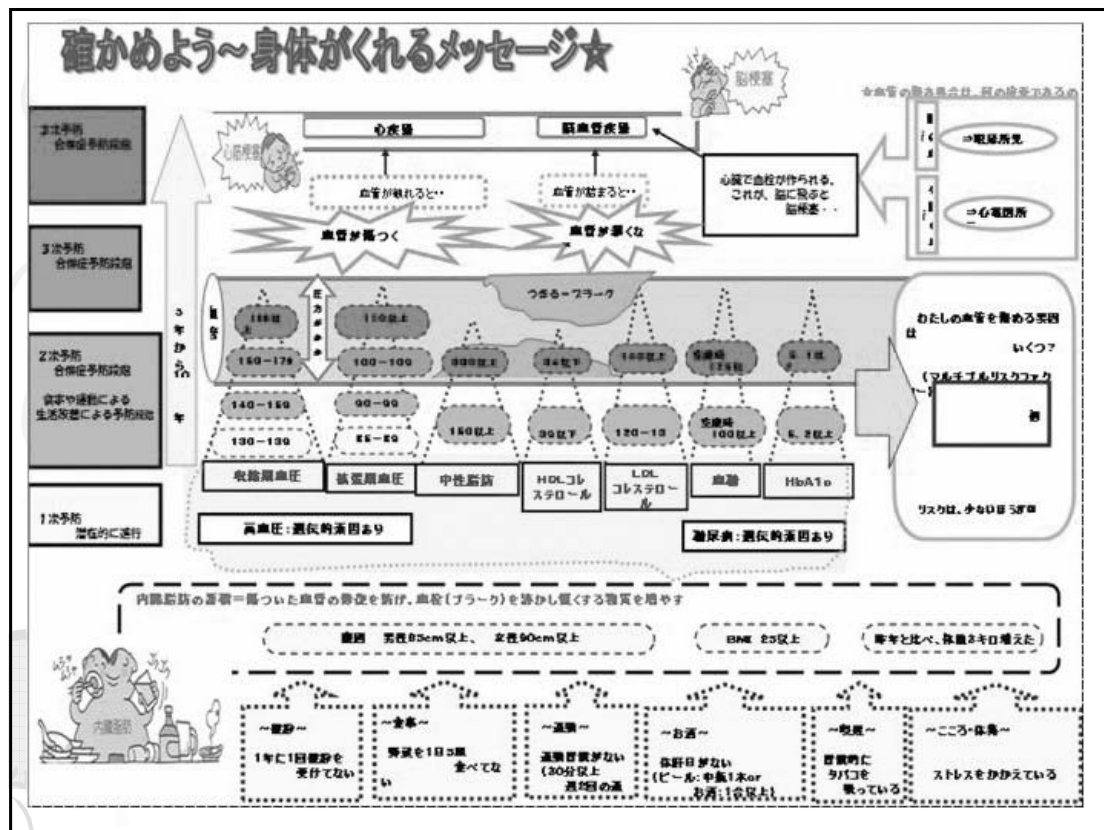
追加リスクが0
「情報提供」

ステップ1で③に
該当した場合、
「情報提供」

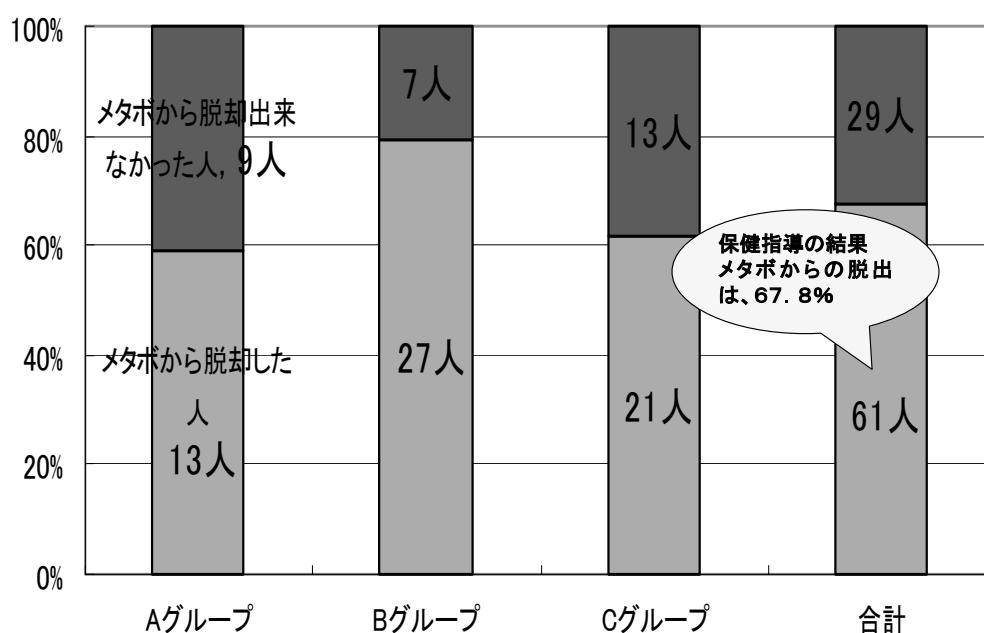
※ 留意事項: ① 腹囲、BMI、血糖値、血圧、尿酸値のいずれかが基準値を上回る場合は、生活改善の必要性が判定され、3つのグループに分かれて生活習慣の見直しを行います。

※ 留意事項: ② 中性脂肪、HDLコレステロール、収縮期血圧、拡張期血圧のいずれかが基準値を上回る場合は、生活改善の必要性が判定され、3つのグループに分かれて生活習慣の見直しを行います。

※ 留意事項: ③ 尿酸値が7mg/dL以上または、薬物治療を受けている場合は、生活改善の必要性が判定され、3つのグループに分かれて生活習慣の見直しを行います。



目指せメタボからの脱出(平成18年度～19年度)



平成20年度 特定保健指導

- 積極的支援と判定された人
⇒「もみじ」コース
- 動機付け支援と判定された人
⇒「菜の花」コース
- 情報提供と判定された人・・・要注意です！
 - 腹囲は超えていたけど他の項目は大丈夫。
⇒「さくら」コース
 - 腹囲は大丈夫だったけど、他の検査項目が悪かった。
⇒「あじさい」コース

平成20年度 国保・保健事業

「とりこぼしのない保健事業」

- ・腹囲判定のみのリスク対象者に対する事業
- ・要医療者への受診勧奨
- ・39歳以下への早期介入の保健事業
- ・広域的、関係者のスキルアップの事業
- ・未受診者対策(実施計画に基づき)

自ら健考 仲間と健行 みんなで健康
人生いきいき ひがしおうみ

