

保険者基本情報及び実施率

【基本情報】	令和6年3月末時点										
保険者名	大田区										
保険者種別	区市町村国保										
被保険者・被扶養者の人数／平均年齢	①-1 被保険者数(全体)	114,581	人	①-2 被保険者数(40～74歳)	82,432	人	①-3 被保険者平均年齢(全体)	51.8	歳		
	②-1 被扶養者数(全体)	-	人	②-2 被扶養者数(40～74歳)	-	人	②-3 被扶養者平均年齢(全体)	-	歳		
事業所数／自治体数											
特徴 (業種・業態・職種)	【業種・業態】					【職種】					

【実施率】	令和6年3月末時点					
特定健康診査	被保険者	38.0	%	被扶養者	-	%
特定保健指導	被保険者	7.0	%	被扶養者	-	%

大田区	保健事業カルテ
事業名	重症化予防
背景となる健康課題	大田区国民健康保険では、人工透析患者のうちの約7割が糖尿病性腎症（Ⅱ型糖尿病）を起因として透析に至っている。また、人工透析関連の一人当たり医療費は500万円を超え、細小分類で見れば入院・外来全体の医療費割合でも慢性腎臓病（透析あり）と糖尿病が7年連続で1位・2位を占めている。生活習慣の改善を促し重症化を予防することで人工透析への移行を防止し、患者のQOLの維持及び医療費の適正化を図るとともに、糖尿病治療に繋がっていない者への受診勧奨など、重症化する前の早期介入が必要になる。
事業目的・目標	【糖尿病性腎症重症化予防保健指導】 高額医療費の要因である糖尿病性腎症重症化を予防する。 【医療機関受診勧奨】 糖尿病の重症化を予防する。 今後、糖尿病の背景にある生活習慣の特徴を明記すると、事業内容をより具体的に検討しやすくなります。

事業の成果 (アウトカム評価指標)	評価指標の定義			実績値						
	項目	計算方法	用いるデータ	H30	R1	R2	R3	R4	R5	
共通 アウトカム 病態（例、血糖）の コントロール割合 【保健指導】	コントロール者数	保健指導終了時のHbA1c改善者数(A)	保健指導終了時の検査数値	3	8	11	12	16	11	
	実施者数	重症化予防を受けた人数(B)		9	13	21	20	21	19	
	コントロール割合	コントロール割合(A/B)		33.3%	61.5%	52.4%	60.0%	76.2%	57.9%	
独自 アウトカム	データヘルス計画で設定しているアウトカム評価指標(1)【保健指導】	透析移行者数	過去の事業参加者のうち、当該年度の人工透析移行者の数	KDBシステム 介入支援一覧におけるレセプトデータ	0	0	0	1	1	0
	データヘルス計画で設定しているアウトカム評価指標(2)【医療機関受診勧奨】	コントロール割合	動契者の翌年度の健診におけるHbA1c8.0%以上の人の割合	特定健診結果				4.3	6.8	未定

事業の実施率・実施量 (アウトプット評価指標)	評価指標の定義			実績値					
	項目	計算方法	用いるデータ	H30	R1	R2	R3	R4	R5
共通 アウトプット 受診勧奨対象者の 医療機関受診率 【医療機関受診勧奨】	受診者数	医療機関受診者数(A)	レセプト(通知送付後6か月間)	46	41	136	50	21	31
	対象者数	受診勧奨対象者数(B)	基準値が毎年少しずつ変わっているため、その変遷を明記しておくことで評価及び改善の検討に役立ちます。	120	106	719	459	206	213
	受診率	(A/B)		38.3%	38.7%	18.9%	10.9%	10.2%	14.6%
独自 アウトプット	データヘルス計画で設定しているアウトプット評価指標(1)【保健指導】	実施者数	保健指導を実施した人数	9	13	21	20	21	19
	データヘルス計画で設定しているアウトプット評価指標(2)【保健指導】	実施者数	フォローアップを実施した人数		20	10	14	19	18

評価指標の設定、実績値についてのコメント	・東京都の共通の評価指標などから糖尿病の背景にある生活習慣の特徴（男女別）を明確にすると、保健指導で注目すべき生活習慣がわかります。 ・評価指標の定義の変遷を明示しておくことで、実績値の変化の考察につながります。
----------------------	---

実施年度	医師会、栄養士会、医療機関など地域資源を活用した素晴らしい仕組みです！													
	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	対象者	事業の流れ	工夫の分類	工夫している点	工夫の理由、ねらい	良かった点	苦労した点・課題
成果を上げる工夫	●	●	●	●	●	●	●	対象者全員	その他	d.環境整備	医師会に委託し、協力医療機関の管理栄養士等による保健指導を実施している。 ⇒年2回管理栄養士等連絡会を開催し、検討会の医師を交えて事例共有や意見交換を実施。 ⇒申込書に指導先を第3希望まで設け、エントリーしている医療機関に少しでも多く携わっていた。	・医師会委託による、区内の医療資源を最大限活用した事業運営。 ・連絡会の定例開催により、より効果的な保健指導に寄与。	・管理栄養士等連絡会が専門医との貴重な意見交換の場となっている。 ・指導事例の共有や評価により、保健指導の質向上にも寄与している。	保健指導協力医療機関にエントリーいただいても、申込人数不足や希望先の偏り等で、指導に至っていない医療機関が一定数ある。
	●	●	●	●	●	●	●	対象者全員	初回面接	c.プログラムの工夫	「プログラム参加準備シート」の活用 ⇒対象者が事前に記入して初回面接時に提出するシート。食生活や健康意識・糖尿病に関する知識の有無等についての要点を管理栄養士が把握できるようなツールとなっている。	限られた時間において、初回面接でのアセスメントを効率的に行い、参加者に応じた目標設定を円滑に行っていた。	・2日分の食事内容を振り返る項目があり、自身で食習慣に関する気づきを得る機会となっている。 ・面談時、ポイントを整理して参加者の状況を把握することができる。	シートが未記入のままで初回面接に臨む者など、意識の低い対象者への介入。
	●	●	●	●	●	●	●	対象者全員	指導実施	c.プログラムの工夫	全6回の保健指導における仕組みづくり ⇒保健指導の即座管理栄養士とかかりつけ医の間で「連携パス」を用いた情報共有を行っている。 ⇒6回の保健指導のうち、初回、中間、最終以外は電話での指導も可としている。	・医師・管理栄養士が診療・指導に必要な情報を共有することで、相乗効果が期待できる。 ・対象者の負担感軽減により、参加のハードルを下げる。	指導終了後の対象者アンケートでは、「生活習慣が改善された」、「指導期間中の食生活を維持していきたい」といった前向きな声を多数頂戴している。また、かかりつけ医からも「栄養指導によりデータ改善が見られた」等のご意見をいただいている。	・毎年一定数、中断者が出ている。インセンティブの提供など、完遂する意欲を高められるような工夫が必要。 ・実施回数の検討
	●	●	●	●	●	●	●	対象者全員	実施後のフォロー	b.行動変容・継続支援	フォローアップを6か月後に実施（対面又は電話） ⇒最終指導から6か月後を目安に、保健指導を実施した医療機関の管理栄養士が「連携パス」でかかりつけ医に共有。	・対象者のモチベーションの維持を図る。 ・保健指導の内容が継続できているかを確認し、事業効果を保持する。	改善に向けた生活習慣の定着に向けて、改めて指導・助言を行う機会となり、対象者のモチベーション維持に寄与できている。	フォローアップが1回で終わっているため、中長期的に対象者をフォローしていく仕組みを構築中。

実施年度	工夫													
	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	対象者	事業の流れ	工夫の分類	工夫している点	工夫の理由、ねらい	良かった点	苦労した点・課題
実施率・率を上げる工夫	●	●	●	●	●	●	●	対象者全員	周知・勧奨	a.意識付け	検査数値に応じて受診勧奨通知を工夫(一言) ⇒「治療中断者」と「異常値放置者」に、数値の現在地と合併症のリスクを伝え、危機感を加味。 ⇒糖尿病性腎症該当者には保健指導の案内も併せて記載している。	・個別通知により自分事として捉えていただき、受診の必要性に気づいてもらう。 ・糖尿病性腎症の方には、受診のみに留めず保健指導の参加にもつなげる。	令和5年度の受診率が向上し、通知の工夫も寄与したものと評価している。	通知に加え、より対象者に響くような勧奨方法について検討が必要。
	●	●	●	●	●	●	●	一部対象者	周知・勧奨	a.意識付け	ハイリスク者には電話で受診勧奨を実施 ⇒HbA1c7.0%以上、尿蛋白以上の方には、通知後さらに、保健師が電話で医療機関への受診を促している。	・対話により疾病や合併症について理解を深めていただき、受診の必要性や緊急性を意識付けする。 ・背景要因を聴き取り、適切な支援につなげる。	結果的に実施件数は少なかったが、対話により数名を受診に繋げることができた。	KDBシステムでは対象者の電話番号を十分に把握できず、対象者が限られる。また、時世柄、電話に出ないことも多い。
	●	●	●	●	●	●	●	対象者全員	その他	d.環境整備	検討会を設置し、事業の運営体制を整えている。 ⇒糖尿病専門医等4名で構成され、対象者選定含め事業運営の検討の場としている。	・事業に関する助言や医師会との調整等を担っていただき、円滑に事業を推進していく。 ・専門医等の知見を得ながら質の高い保健事業の実施が可能になる。	・医療関係者向け研修会等での検討委員・区担当による取組発表や、「協力医療機関認定証」の発案等、周知啓発や体制強化に協力いただいている。	体制を整える一方、毎年の保健指導実施者数が伸び悩んでいるため、実施に関する医療機関数が増えている。
	●	●	●	●	●	●	●	対象者全員	周知・勧奨	e.その他	区内医療機関への協力依頼 ⇒年1回、特定健診実施医療機関に通知し、プログラムへの協力依頼を継続している。 ⇒協力可能と回答した医療機関に対し、申請書類一式を同封し、患者推薦を依頼している。 保健指導の再勧奨を実施 ⇒申込期間後半には、はがき形式(V型)で約300人に通知し、対象者が視覚的にプログラムの案内と結び付けられるよう、初回のデザインを再利用した。	・毎月周知することで、事業の認知や理解度の向上を図る。 ・かかりつけ医からの勧めが後押しとなり、参加者の増加が見込める。	・医師会では例年の調整事項として認知され、取組への理解が進んでいる。 ・医師からの患者推薦件数が増加した。	「協力可」回答があっても、大田区国保の患者限定という点もあり、患者推薦まで繋がりにくい。

工夫についてのコメント	・重症化予防プログラムの特性（対象が患者領域）を踏まえ、医療機関との連携を丁寧に構築されています。連携にあたっては、「A かかりつけ医（診療所）」「B 保健指導実施医療機関（健診機関）」「C かかりつけ医＋保健指導（大病院）」のように医療機関の特長に応じた役割を担ってもらうことで協力しやすいように配慮しています。令和6年度調査では、協力医療機関は区内295のうち83機関にのぼっています。 ・プログラムの質を担保するためにツールやカンパレンスを導入したり、プログラム終了者へのフォローを試行するなど、様々な工夫を取り入れています。 ・また、取組の進捗や評価結果を共有することで、プログラムの改善や関係者のモチベーション向上にもつなげていることがうかがえます。
-------------	--