

第4章 計画の推進

1 計画の推進方法

目標を達成するための関係者の連携

住民の健康の保持の推進に関しては、県・市町・保険者及び健診・保健指導事業者等と、医療の効率的な提供の推進に関しては、医療機関及び介護サービス事業者等と、普段から情報交換を行い、相互に連携及び協力を行えるような体制づくりに努めます。

2 計画の達成状況の評価

(1) 計画の評価

平成22年度に計画の達成状況の中間評価を実施し、必要な見直しを行い、その結果を公表します。

(2) 実績評価

平成25年度に目標の達成状況を中心とした実績評価を行い、その結果を公表します。

(別紙1)

特定健康診査の概要

目的	糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、この該当者及び予備群を減少させるための特定保健指導を必要とする者を、的確に抽出するために行うものです。
実施者	医療保険者（市町国民健康保険、社会保険事務局、健康保険組合、共済組合等）
対象者	本計画においては、40歳から74歳までの被保険者・被扶養者を対象にしております。
健診内容	<p>《必須項目》</p> <p>質問票（生活習慣病の既往歴、喫煙習慣、生活習慣をお訊ねします。）</p> <p>身体計測（身長・体重・BMI・腹囲）</p> <p>診察</p> <p>血圧測定（収縮期、拡張期）</p> <p>尿検査（尿糖、蛋白）</p> <p>血液検査</p> <ul style="list-style-type: none">・ 血糖値（HbA1c）・ 血中脂質（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール）・ 肝機能（GOT、GPT、γ-GTP） <p>《医師が必要と認めた場合に追加する項目》</p> <p>貧血検査</p> <p>心電図検査</p> <p>眼底検査</p> <p>医師が必要と認めた場合とは、心電図及び眼底検査は、前年の健診結果等において、「血圧」「脂質」「血糖」「肥満」の全ての項目について、次の判断基準に該当した者、貧血検査にあつては、貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者で、健診機関の医師が必要と判断した場合です。</p> <p>【基準】</p> <ul style="list-style-type: none">・ 血糖 HbA1cが5.2%以上・ 脂質 中性脂肪が150mg/dl以上又はHDLコレステロール40mg/dl未満・ 血圧 収縮期130mmHg以上又は拡張期80mmHg以上・ 肥満 腹囲：男性で85cm以上、女性で90cm以上又はBMIが25以上
検査場所	医療保険者が指定する医療機関及び集団健診

(別紙2)

保健指導の概要

目的	メタボリックシンドロームに着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防するために行うものです。
実施者	医療保険者（市町国民健康保険、社会保険事務局、健康保険組合、共済組合等）
対象者	特定健康診査受診者
内容	<p>情報提供</p> <ul style="list-style-type: none">・ 対象者 健診受診者全員・ 内容 健診結果や生活習慣病予防等に対する情報の提供 <p>動機づけ支援</p> <ul style="list-style-type: none">・ 対象者 腹囲が85cm以上の男性又は腹囲が90cm以上の女性で、血糖・脂質・血圧のうちリスクが1である者で喫煙歴のない者又は、腹囲が85cm未満の男性又は腹囲が90cm未満の女性で、BMIが2.5以上、かつ、血糖・脂質・血圧のうちリスクが1である者又は2である者で喫煙歴のない者・ 内容 医師、保健師又は管理栄養士の面接・指導のもとに行動計画を作成し、生活習慣の改善のための取り組みに係る動機づけ支援を行う。 <p>積極的支援</p> <ul style="list-style-type: none">・ 対象者 腹囲が85cm以上の男性又は腹囲が90cm以上の女性で、血糖・脂質・血圧・喫煙（血糖・脂質・血圧のリスクが1つ以上の場合のみ加算）のうちリスクが2以上である者又は、腹囲が85cm未満の男性又は腹囲が90cm未満の女性で、BMIが2.5以上、かつ、血糖・脂質・血圧の全てにリスクがある者・ 内容 対象者による主体的な取組に資する適切な働きかけを相当な期間継続して行うとともに、計画の策定を指導した者が計画の進捗状況の評価と計画の実績評価を行う。

本計画の「特定保健指導」とは、上記のうち、動機づけ支援及び積極的支援をいいます。

(別紙3)

医療療養病床の目標数の設定方法(国の定める基準)

平成24年度末時点での療養病床の病床数 = とにより設定する

$$a - b + c$$

a 医療保険適用の療養病床(回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く。以下「医療療養病床」という。)の現状の数(平成18年10月)

b 医療療養病床から介護保険施設等に転換又は削減する見込み数(平成18年10月)
(医療区分1) + (医療区分2) × 3割

c 介護保険適用の療養病床から医療療養病床へ転換する見込み数(平成18年10月)
(医療区分3) + (医療区分2) × 7割

上記の数を基に、計画期間中の後期高齢者人口の伸び率、並びに救命救急医療の充実、早期リハビリテーションの強化による重症化予防、在宅医療及び地域ケアの推進に関する方針等を総合的に勘案し、それぞれにおける実情を加味して設定する。

医療区分

平成18年7月から、医療療養病床における診療報酬について、医療区分とADL(日常生活動作)区分により患者を分類し、その組み合わせにより評価することとなり、医療の必要性の高い医療区分3から3段階に分かれている。

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師による24時間体制での監視・管理を要する状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養 ・ 24時間持続点滴 ・ レスピレーター使用 ・ドレーン法 ・ 胸腹腔洗浄 ・ 発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管のケア ・酸素療法 ・ 感染隔離室におけるケア
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・ 多発性硬化症 ・ 筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・ その他神経難病(スモンを除く) ・神経難病以外の難病 ・ 脊髄損傷 ・ 肺気腫 ・ 慢性閉塞性肺疾患(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・ 肺炎 ・ 尿路感染症 ・ 創感染 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・ 脱水 ・体内出血 ・ 頻回の嘔吐 ・ 褥瘡 ・ うっ血性潰瘍 ・ せん妄の兆候 ・うっ血状態 ・ 暴行が毎日みられる状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・ 発熱又は嘔吐を伴う場合の経管栄養 ・ 喀痰吸引 ・気管切開、気管内挿管のケア ・ 血糖チェック ・ 皮膚の潰瘍のケア ・手術創のケア ・ 創傷処理 ・ 足のケア
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

回復期リハビリテーション病棟

平成12年の診療報酬改定により導入されたもので、脳血管障害や骨折の手術・急性期の治療を受けた後の回復期の患者に対して、機能の回復やADL能力の向上を図り、社会や家庭への復帰を目的としたリハビリテーションプログラムを医師・看護師・理学療法士・作業療法士等が共同で作成し、そのプログラムに基づきリハビリテーションを集中的に行う病棟。

回復期リハは、平均在院日数の短縮に資するとして、今回の療養病床再編の対象外。

(別紙4)

平均在院日数の算出方法

平成18年の病院報告における各都道府県の平均在院日数から、平成18年の病院報告における各都道府県の平均在院日数と同年の最短の都道府県の平均在院日数との差の1/3の日数を減じたものとしてされています。

このため、本件の平均在院日数の算出は次のとおりとなります。

平成18年の病院報告における愛媛県の平均在院日数	35.9日
” 最短県(長野県)の平均在院日数	25.0日

愛媛県の平均在院日数の目標日数

$$- (\quad - \quad) \times 1 / 3 = 35.9日 - (35.9日 - 25.0日) \times 1 / 3 = 32.2日$$