

「KDBシステム」 「KDB活用支援ツール」 を活用した 一体的実施事業の実践



～ 令和5年度
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の
推進に向けた研修会 ～

富山県砺波市 市民課 国保年金係
保健師 中川 琢子



となみ 砺波市ってこんなところですよ

富山県砺波市



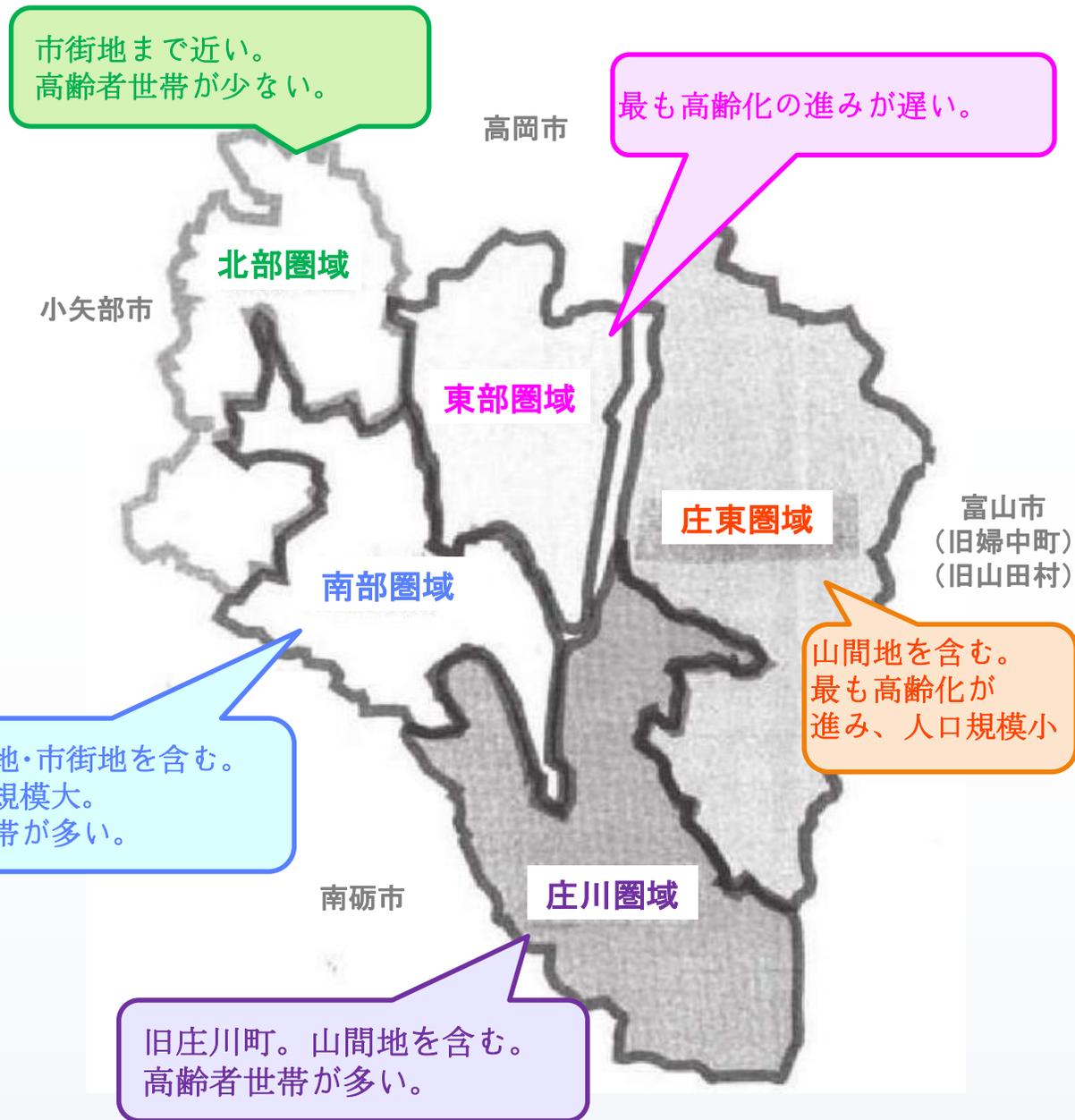
砺波市の概要

●人口（R5.3.31現在）

総人口	47,236人
年少人口 (0～14歳)	5,510人(11.7%)
生産年齢人口 (15～64歳)	27,387人(58.0%)
高齢人口 (65歳以上) (75歳以上)	14,339人(30.4%) 7,724人(16.4%)

社会的増加はありますが
高齢化が進んでいます

●日常生活圏域 5圏域（21地区）



① 一体的実施事業の体制

富山県後期高齢者医療広域連合

国保連合会

情報提供
支援委託



報告



連携・支援

【市民課（医療保険担当課）】

事務職
[一体的実施に関する事務全般]

企画・調整を担当する医療専門職
(保健師)
[全体コーディネート]

3課兼務で 市民課内に配置
(市民課・地域包括支援センター・
健康センター)

地域を担当する医療専門職
(保健師・管理栄養士)
[重症化予防に関わる指導・相談]
[服薬に関わる指導・相談]
[通いの場等への支援]

一体的実施

【健康センター（保健衛生担当課）】

地域を担当する医療専門職 **一体的実施**
(保健師・管理栄養士・歯科衛生士 等)
[口腔に関わる指導・相談]
[重症化予防に関わる指導・相談]
[通いの場等への支援]

【地域包括支援センター：市直営 1か所】

保健師・社会福祉士・理学療法士 等
[健康状態不明者の把握・支援]
[通いの場等への支援] **地域支援事業**

在宅介護支援センター

【その他 関係課（健康プラザ等）】

運動指導員・事務職 等 **地域支援事業**
[通いの場等への支援]



委託



実施・協議・
連携

県歯科衛生士会

地域を担当する医療専門職
[口腔に関わる指導・相談]

一体的実施



助言・協議・連携

医師会・歯科医師会・
薬剤師会・栄養士会

県・厚生センター

社会福祉協議会



助言・協議・連携

大学等（分析）

市各種団体

事業の概要と実績 (R4)

※ 通いの場の「か所数」は実数を、「参加人数」は延数を記載

※ 地域支援事業では、通いの場における、体操実施の定着・継続を支援

1	事業の企画・調整等									
2	KDBシステム等を活用した地域の健康課題の分析・対象者の把握									
3	医療関係団体との連絡調整									
4	高齢者に対する支援									
	(1) 高齢者に対する個別的支援 (ハイリスクアプローチ)					(2) 通いの場等への積極的な関与等 (ホスピタリティアプローチ)				
	① 口腔機能 低下予防	② 糖尿病性 腎症 重症化予防	③ 循環器系 疾患 重症化予防	④重複投薬者 等への 支援(R5~)	⑤ 健康状態 不明者支援	①フレイル予防の普及啓発 及び 健康教育・相談 栄養・口腔・運動・生活習慣病 等	② 健康状態の把握 及び 支援			
	訪問・来所・電話・郵送 等 にて介入					出前講座、通いの場への定期支援 等				
	一体的実施事業				一体的実施事業 地域支援事業	一体的実施事業・地域支援事業				
基準該当数 ①	94名	106名	405名	-	123名	161か所	-			
優先対象者 数(予定)	86名	60名	87名	-	60名	103か所	-			
実績	94名	62名	96名	-	82名	104か所 1,791名	93か所 1,274名			
実施率 (/ ①)	100.0%	58.5%	23.7%	-	66.7%	64.6%	-			
評価 (抜粋)	歯科診療なし → あり 30名 31.9%	未受診・中断 → 診療あり 12 / 16名 75.0% → 投薬開始 6 / 16名 37.5%	未受診・中断 → 診療開始 13 / 38名 34.2% → 投薬開始 9 / 38名 23.7%		健診・医療・介護 何れかへ 55名 44.7%	講座前後を比較 ・フレイルを理解 57.0→83.9% ・行動変容への意欲(口腔) 89.3→97.1% ・ホリファーマシーを理解 11.1→88.9% 通いの場(体操)への参加 ・65歳以上 10.4→10.9% ・75歳以上 13.8→14.1% (/ 各年齢層の人口)	高齢者の質問票 基本チェックリスト →75%が何れかに該当 体力測定(5m歩行、TUG) →70%以上が3M後に向上 口腔機能評価 等の実施 必要に応じて 地域支援事業のフォローへ			

② 一体的実施事業の流れについて（KDBシステム等の活用）

月	企画調整、分析・評価	使用ツール等	事業実施
4-6月	<p>【前年度の評価（アウトカム）】</p> <ul style="list-style-type: none"> 支援対象者の <u>健診・医療・投薬状況等の確認</u>（治療状況や健診データ等について前後比較をする。） <p>【当年度の計画】</p> <ul style="list-style-type: none"> 前年度の分析結果（健康課題等）を参考に立案。介入の優先地域や、重点課題を反映する。 <u>ハリスケアプローチ対象者の抽出作業、台帳の作成</u> 関係課等との計画書の確認、事業実施前の打合せ 	<p>→支援ツール</p> <p>→KDB (レポート)</p>	<p>【事業の実施】</p> <ul style="list-style-type: none"> ポピュレーションアプローチ (健康教育等) <p>※通年実施</p>
6月	<p>※KDBに3月分までのデータが反映されるので、確定データとして、再度、評価や計画に活用する。</p> <p>【当年度事業実施の準備】</p> <ul style="list-style-type: none"> ハリスケアプローチ <u>保健指導票や案内文等の準備をする。</u> (データを加工し、過去の健診結果や治療状況の経年表、質問票の結果を印刷) ポピュレーションアプローチ 前年度に実施した分析結果を活用し、健康教育等で活用できる媒体、資料を作成。 	<p>→支援ツール</p>	

② 一体的実施事業の流れについて（KDBシステム等の活用）

月	企画調整、分析・評価	使用ツール等	事業実施
7-2月	【事業の実践】 <ul style="list-style-type: none"> 関係機関への実施依頼、地域担当専門職との連携 実施状況のモニタリング 関係機関、庁内関係課との連携、情報共有 		【事業の実践】 <ul style="list-style-type: none"> ハイリスクアプローチ訪問指導
7-8月	【健康課題の分析】 <ul style="list-style-type: none"> 前年度のKDBデータが概ね確定。 日常生活圏域や年代別の健康課題について分析する。 分析結果をもとに、関係機関との連携や健康教育等で活用できる啓発資料を作成する。 	→KDB	
8月	【医師会等関係団体との連携】 <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病対策会議等への参加。 地域の健康課題について共有。 患者数、薬剤の処方状況等について集計し、資料を作成。共有する。 	→KDB	
8-9月	【健康診査の受診勧奨】 <ul style="list-style-type: none"> 健康診査及び歯科健康診査について、受診勧奨通知を発送。 年齢や過去の受診状況、通院状況等を参考に、通知対象者を選定（健康状態不明選定者も通知対象）。 	→KDB →特定健診システム	

② 一体的実施事業の流れ（KDBシステム等の活用）

月	企画調整、分析・評価	使用ツール等	事業実施
9-12月	【重点的に実施したい分析等】 <ul style="list-style-type: none"> ・ R4は、<u>透析導入者の過去の健診結果経年表を作成し関係課や専門医と共有、意見交換を実施。</u> ・ R5年度は、<u>通いの場への支援を評価するため、分析の基礎データを作成。</u>分析は大学へ依頼。 	→KDB →KDB	【事業の実践】 <ul style="list-style-type: none"> ・ ハイリスクアプローチ ~12月：訪問 1-2月：郵送等
10-11月	【次年度の予算要求】		
1-2月	【郵送での介入】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 12月までの取組み状況、実施率等を確認。 ・ <u>未介入者等、郵送での支援対象者を選定。</u> ・ <u>指導用の資料を作成し、送付する。</u> 	→KDB 支援ツール	
2-4月	【当年度の振り返り】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 関係課や地域担当専門職との意見交換、次年度に向けた話し合い 【実績、評価（アウトプット）】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 実施件数、実施率 等を集計 ・ <u>介入者のKDB登録</u> 【基本的な方針の作成】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 分析結果や事業の実績を踏まえ、関係課と協議の上作成。 	→KDB	

③ 「KDBシステム」 「一体的実施・KDB活用支援ツール」
～ データ活用 の実際 ～

③ データ活用の実例 【KDBデータ】

例① 地域の健康課題の分析

～ヘルスサポートツール（E表）の活用～

市と県、及び
圏域ごとにグラフ化。
地域の特徴を確認

【E表】 健診・医療・介護データの一体的な分析（R3年度データ 日常生活圏別分析）

75歳以上
(R3年度末年齢)

標準数	日常生活圏および該当地区	75歳以上 被保険者		分析対象者			※参考 65-74歳 被保険者 (障害)
		計	特異 入所者	圏域別 被保険者	市・県 被保険者	健診 受診者	
	南部(出町、中野、五産屋、東野尻)	2,089人	23人	2,066人		1,091人	76人
	東部(庄下、油田、南般若、柳瀬、太田)	1,774人	60人	1,714人		947人	81人
	北部(鹿栖、若林、林、高波)	1,406人		1,406人		769人	52人
	庄東(般若、東般若、柗植野、柗植山)	953人		953人		517人	31人
	庄川(東山見、青島、道神、種田)	1,186人		1,186人		669人	59人
	福波市	7,408人	83人		7,408人	3,995人	299人
	富山県	179,579人			179,579人	58,690人	6,870人

※ 分析対象者は、該当年齢の後期高齢者医療被保険者(住所地特例など市外在住者は除く)。標準数は、右表のとおり。

ただし、圏域別集計に関しては、住所地が特養施設である者は、分析上偏りが生じやすいため、除外。

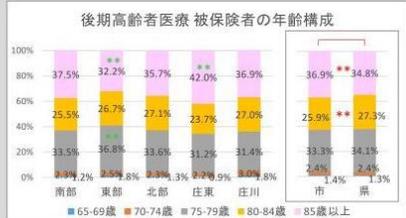
※ 国データベースシステム(KDB)より、R3年度の 健診・医療・介護データを抽出。

これをもとに「R4年度版 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施支援ツール(合同会社ヘルスサポート)」にて、分析シート(E表)を作成(作成日: R4.8.9)。

圏域ごと、市全体および富山県全体のE表を、以下のとおりグラフ化し、比較分析を行った(県E表は、富山県後期高齢者医療広域連合より提供)。

※ 圏域ごとの5群比較と、市・県との2群比較は、別々の比較分析であるが、今回は参考のため、同じグラフ内に表示した。

【被保険者の健診・医療・介護の概要】



χ検定および残差分析にて比較
* p<0.05, ** p<0.01

- 日常生活圏: 5群比較(5圏域)。有意差があった項目を緑で表記。
- 市: 県との2群比較。有意差があった項目を赤で表記。



【生活習慣病に関する集計】

(1) 健康診査の状況 健診有所見者(健診受診者のみで分析)



E表の各項目をグラフ化するよう加工。

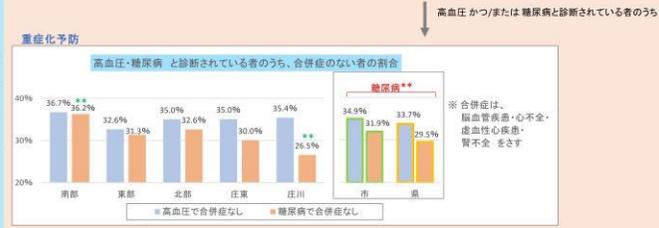
市と県の比較、圏域間の比較などにより、健康課題が見えてくる！

地域の年齢層の偏りを考慮し、年齢別にも集計しています

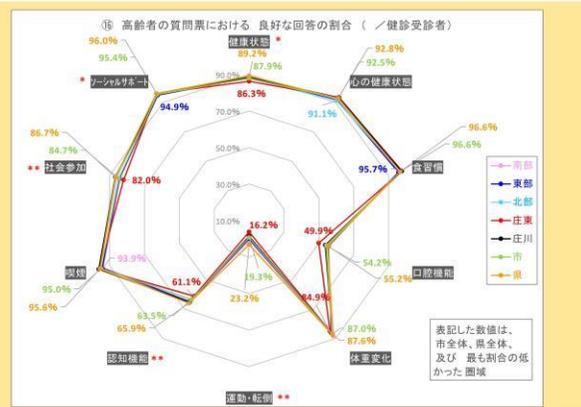


生活習慣病

(2) 医療の状況 (レセプトデータより分析)



※一部抜粋



分析資料は、見やすい形式で作成し、そのまま資料として活用。

関係課や医師会との情報共有、また、市民向けの健康講座でも使用しています。

加齢・その他



【圏域別】

(1) 健康診査の状況 健診有所見者(健診受診者のみで分析)



特徴が見えたもの
例えば・・・

(2) 医療の状況 (レセプトデータより分析)



【年齢別】



③データ活用の実例 【KDBデータ】

例② 地域の健康課題の分析 ～ 医療費・介護給付費の分析 ～

・ csvファイルを貼付けるとグラフ化するように加工。次年度以降は分析が楽に！

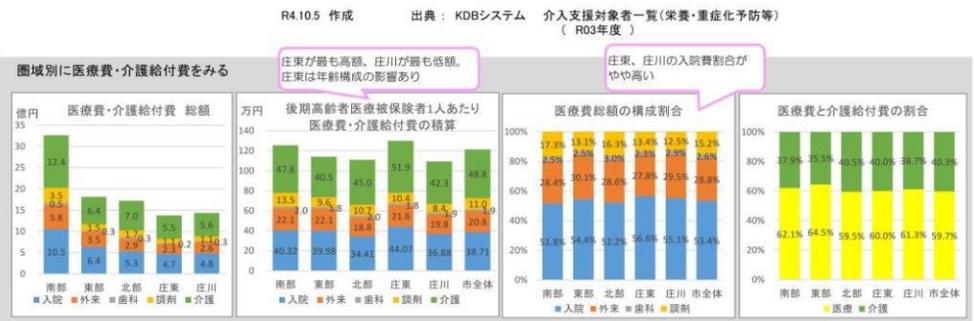
砺波市における 医療費および介護給付費の分析 R03年度

標本数
(砺波市 後期高齢者医療被保険者 年度内有効者)
※ 市外在住者(2)を除く集計
※ 圏域別集計は、特養入所者も除外集計
※ 65～74歳は、障害認定者のみ (人)

	南部	東部	北部	庄東	庄川	市全体
総計	2,598	1,590	1,551	1,059	1,313	8,224
65～74歳	90	68	55	33	61	312
75～79歳	831	587	498	315	397	2,634
80～84歳	636	440	413	243	347	2,088
85～89歳	591	283	308	252	267	1,725
90歳～	450	212	277	216	241	1,465

※特養入所者は 113 名

庄東の高齢化が進んでいる
東部は最も進みが遅い



【作成に必要な csvファイル】

- KDB 介護支援対象者一覧 (栄養・重症化予防等)

医療費だけでなく 介護給付費も積み上げて集計。

圏域別に、各診療区分ごとの年齢構成をみる

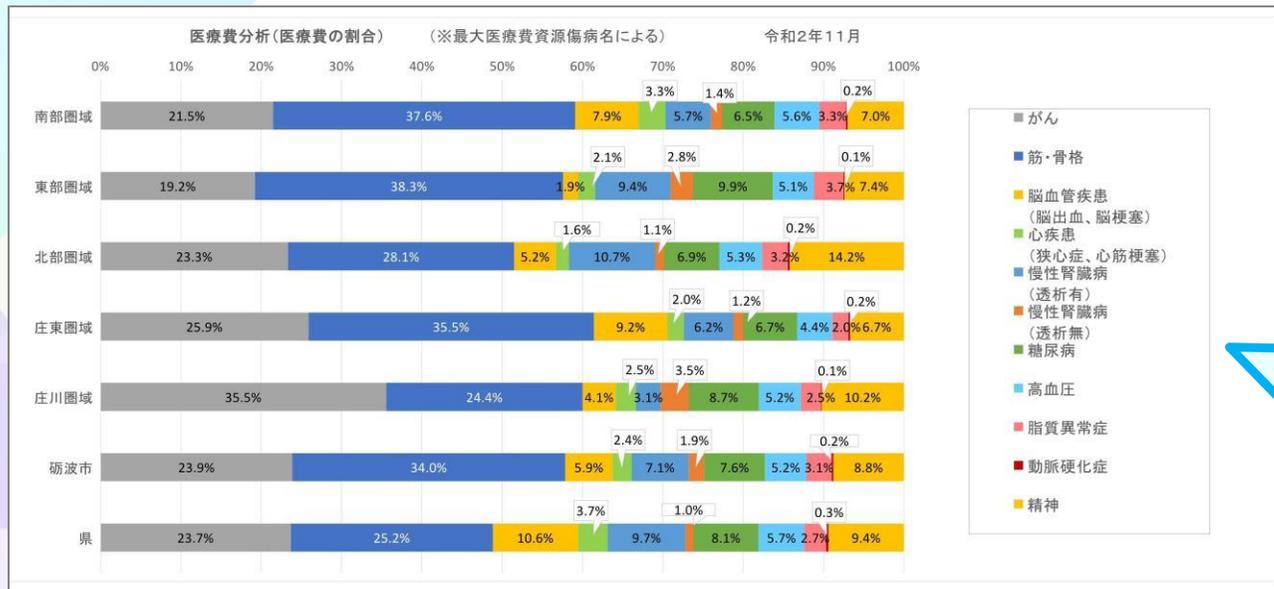


後期高齢者医療被保険者1人あたり医療費・介護給付費 ～年代別・圏域別にみる(圏域ごとの年齢の偏りに配慮した分析)～



例③ 地域の健康課題の分析 ～ 疾患別医療費の分析 ～

・ 広域連合にご協力
いただいた資料です



【作成に必要なcsvファイル】

● KDB 健診・医療・介護データ
からみる地域の健康課題

疾患別の医療費割合から、
地域の特徴がみえる

【R3年度】

分析の手法や資料からの読み取りは、これで良いのか・・・？
やってはみたけど、自信が無く、広域連合に相談。



→ 富山大学医学部 疫学・健康政策学講座 へ相談され、助言のため砺波市へ来ていただけることに！
急遽、関係課職員に声をかけ、学習会を開催。地域の健康課題について情報共有。
今後の事業の方向性について、グループ討議も実施できました。

分析のアドバイザーもいただき、非常に良い学びとなり、また他課との連携にもつながる貴重な場となりました。ありがとうございました！

③データ活用の実際 【KDBデータ】

例④ ポピュレーションアプローチでの活用 ～ 啓発用リーフレットの作成 ～

高齢者のみなさんへ

ポリファーマシー ってご存じですか？

多くの薬を服用しているために **副作用** を起こしたり、**きちんと飲めなくな** ったりしている状態を言います。高齢になると複数の持病を持つ人が増えてきます。病数の数だけ薬も増えやすいので、注意が必要です。

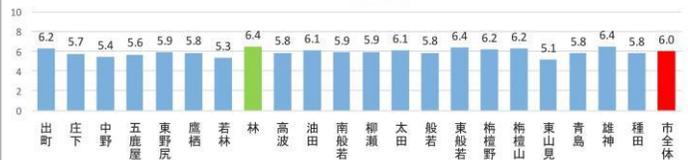


高齢者の薬 あなたの地区の現状は？

R4. 3月分の処方箋を調べてみました

※ 集計の対象は、この月 外来で、15日分以上処方された薬がある 7,377人 (65歳以上の国民健康保険加入者 + 後期高齢者医療保険加入者 について集計)

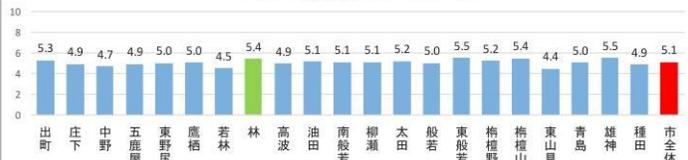
平均 処方薬剤数



6つ以上の薬が処方されている人の割合



平均 処方薬効数 (薬の効能の数)



通院先が2か所以上ある方

もっている薬、重なっていませんか？



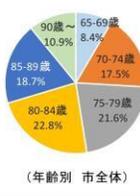
複数の医療機関を利用するときは、薬が増えたり、重なったりしやすいので、注意が必要です。処方されている薬について、きちんと相談しましょう。



複数医療機関で、処方重なった人の割合 (同一薬剤)



複数医療機関で、処方重なった人の割合 (同一薬効)



高齢者は、薬の副作用 が起こりやすい・・・

かかりつけ薬局・薬剤師 は強い味方。お薬手帳 も活用しよう！

薬が多くなると、「効きすぎ」や「薬同士の相互作用」などで体に負担がかかることもあります。

安全な薬剤治療のため、お薬手帳は1冊にまとめておき、かかりつけ薬局・薬剤師に相談できるようにしましょう。



砺波市 市民課 国保年金係

【作成に必要な csvファイル】

- KDB 「重複・多剤処方の状況」
 - ・ 15日以上、6剤以上
 - ・ 15日以上、1剤以上

地域の特徴を住民自身を知ることは大切！
みなさん、自分事として捉えてください。



③データ活用の実際 【一体的実施・KDB活用支援ツール】

「一体的実施・KDB活用支援ツール」の特徴

- 一体的実施事業に必要な項目が概ね網羅されている
(健診結果、糖尿病や高血圧等に関する診断の有無、投薬状況、高齢者の質問票の結果等)
- 複数の抽出条件を一度に指定できるので対象者選定作業が煩雑でない。
- 作成されるcsvファイルの項目が全て統一されており、作成したファイル間での突合作業がスムーズ

R4年度から使用開始！
対象者抽出、事業評価等に
活用しています。
KDBだけで作業するより、
かなり効率が良くなりました。



③データ活用の実例

【一体的実施・K D B 活用支援ツール】

例② ハイリスクアプローチ ～ 保健指導票の作成 ～

R5高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 保健指導票(初回)

※本枠内を記入 No. 108

氏名	女	被保番号	生年月日	年齢
				79歳
住所	区域		担当者名	
該当区分	口腔①F	介護認定(直近)	～	

【ハイリスク該当】

R5	●	DM	HT	重症化	健康不明
R4	●	不在(郵送)			
R3					

【健診結果】

	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
受診年月日	H29.8.29	H30.8.30	R1.6.25	R2.9.25	R3.8.27	R4.8.22	
身長	147.6	147.5	147.9	147.2	147	146.8	
体重	47.3	47.9	47.2	48.4	45.9	46.9	
BMI	21.7	22	21.6	22.3	21.2	21.8	
収縮血圧	118	117	139	134	130	163	
拡張血圧	55	55	67	50	67	74	
中性脂肪	117	181	121	129	99	161	
HDL	63	65	67	64	62	63	
LDL	94	108	87	99	108	102	
GOT(AST)	20	19	20	17	32	33	
GPT(ALT)	17	19	19	14	28	35	
γ-GTP	19	17	20	15	17	20	
HbA1c	8	8.3	8.1	8.1	8	8	
尿酸	(±)	(+)	(-)	(±)	(-)	(-)	
尿蛋白	(±)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	
心電図	所見なし	所見なし	所見なし	所見なし	所見なし	所見なし	
カルアチン	0.67	0.59	0.61	0.55	0.6	0.6	
eGFR	64.9	74	72	80	72	72	

【後期高齢者の質問票】

	※「はい」に○	R4健診	介入時
①健康状態(よい、まあよい、普通、あまりよくない、よくない)	ふつう		用いられない
②毎日の生活(満足、やや満足、やや不満、不満)	やや満足		満足、やや満足、やや不満
③1日3食食べる	○		はい
④固い物食べにくい	○		はい
⑤お茶・汁でむせる	×		はい
⑥2-3kg体重減	×		はい
⑦歩く速度遅い	○		はい
⑧1年間に転倒あり	×		はい
⑨週1回以上運動	○		はい
⑩同じことを繰り返さない	×		はい
⑪日付わからない	○		はい
⑫たばこ(○吸う×吸わない△やめた)	×		喫う
⑬週1回以上外出	○		はい
⑭家族・友人付き合いあり	○		はい
⑮身辺不潔がある	○		はい

【R4診断名】

○ 糖尿病	○ 腎臓病	○ 認知症	○ 脳血管	○ 虚血心	○ 精神経路	○ 糖網膜症
○ 高血圧	○ 認知症	○ 閉鎖症	○ 脊推障害	○ 骨折	○ 骨粗鬆症	
○ 脳血管	○ 閉鎖症	○ COPD	○ 脊推障害	○ 骨折	○ 骨粗鬆症	
○ 虚血心	○ 脊推障害	○ 閉鎖症	○ 脊推障害	○ 骨折	○ 骨粗鬆症	
○ 精神経路	○ 骨粗鬆症	○ 脊推障害	○ 脊推障害	○ 骨折	○ 骨粗鬆症	
○ 糖網膜症	○ 脊推障害	○ 脊推障害	○ 脊推障害	○ 骨折	○ 骨粗鬆症	

【備考】

指導者用

あなたの健診結果 ～推移をみてみましょう～

	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
身長	147.6	147.5	147.9	147.2	147	146.8	
体重	47.3	47.9	47.2	48.4	45.9	46.9	
BMI	21.7	22	21.6	22.3	21.2	21.8	
収縮血圧	118	117	139	134	130	163	
拡張血圧	55	55	67	50	67	74	
中性脂肪	117	181	121	129	99	161	
HDL	63	65	67	64	62	63	
LDL	94	108	87	99	108	102	
GOT(AST)	20	19	20	17	32	33	
GPT(ALT)	17	19	19	14	28	35	
γ-GTP	19	17	20	15	17	20	
HbA1c	8	8.3	8.1	8.1	8	8	
尿酸	(±)	(+)	(-)	(±)	(-)	(-)	
尿蛋白	(±)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	
心電図	所見なし	所見なし	所見なし	所見なし	所見なし	所見なし	
カルアチン	0.67	0.59	0.61	0.55	0.6	0.6	
eGFR	64.9	74	72	80	72	72	

【健康づくりは、お口から ～お口と全身との深い関係～】

お口の健康づくりで、ごんや良いこと

- 噛む力や飲み込む力が維持・改善され、栄養バランスの整った食生活へ！
- フレイル(悪介護状態の予備軍)予防や生活習慣病の予防に効果的！
- 歯周病の増加を防ぐことで、血糖値の安定、糖尿病の悪化防止に！
- むせにくくなり、誤嚥性肺炎(ごんせいはいえん)の防止に！
- 口周りの筋力が保たれ、会話がスムーズに、表情も豊かに！

お口の健康づくりのために、できること

- 1 かかりつけ歯科医で定期的にチェック！
- 2 生活習慣病の適切な治療！
- 3 バランスのとれた食生活！
- 4 やってみよう！自分でできるお口のケア
- 5 外出や交流・会話を楽しく！

【今後の健康づくりのために】

ご本人用

ツールから抽出される項目は、保健指導の際、参考としたいものが多い。

指導に活用できるよう、保健指導票に盛り込んでいます。

健診データだけでなく、投薬状況や質問票の推移も見ることができます。



③データ活用の実際 【一体的実施・K D B 活用支援ツール】

例③ ハイリスクアプローチ ～ 評価の実施 ～

R2→ R3高 血圧の 投薬	R2→ R4高 血圧の 投薬	R3→ R4高 血圧の 投薬	R2→ R3HbA 1c	R2→ R4HbA 1c	R3→ R4HbA 1c	R2→ R3腎 症病期 分類	R2→ R4腎 症病期 分類	R3→ R4腎 症病期 分類	R2→ R3 血圧区 分	R2→ R4 血圧区 分	R3→ R4 血圧区 分	R2→ R3 eGFR 区分 1-6段 階	R2→ R4 eGFR 区分 1-6段 階	R3→ R4 eGFR 区分 1-6段 階	R2→ R3口 腔 ④固い ⑤むせ 該当数 の変化	R2→ R4口 腔 ④固い ⑤むせ 該当数 の変化	R3→ R4口 腔 ④固い ⑤むせ 該当数 の変化	R2→ R3⑥ 6カ月 で2～ 3kg以 上の体 重減少	R2→ R4⑥ 6カ月 で2～ 3kg以 上の体 重減少	R3→ R4⑥ 6カ月 で2～ 3kg以 上の体 重減少
投薬継続	投薬継続	投薬継続	値上昇	値低下	値低下	維持	維持	維持	悪化	維持	改善	3を維持	3を維持	3を維持	該当数増	該当数増	該当数減	良好継続	良好継続	良好継続
投薬継続	投薬継続	投薬継続	値低下	値上昇	値上昇	維持	維持	維持	改善	改善	改善	改善	2を維持	悪化	2該当継続	2該当継続	2該当継続	良好継続	良好継続	良好継続
投薬継続	投薬継続	投薬継続	値上昇	値上昇	値上昇	維持	維持	維持	維持	悪化	悪化	悪化	2を維持	改善	2該当継続	該当数減	該当数減	良好継続	良好継続	良好継続
投薬継続	投薬継続	投薬継続	値上昇	値低下	値低下	維持	維持	維持	改善	悪化	悪化	4を維持	改善	改善	該当数増	1該当継続	該当数減	改善	不良継続	悪化
投薬継続	投薬継続	投薬継続	値低下	値低下	維持	維持	維持	維持	維持	悪化	悪化	2を維持	2を維持	2を維持	該当数増	該当数増	2該当継続	良好継続	良好継続	良好継続
投薬継続	投薬継続	投薬継続	値上昇	値上昇	値上昇	維持	維持	維持	悪化	悪化	悪化	2を維持	2を維持	2を維持	非該当継続	非該当継続	非該当継続	良好継続	良好継続	良好継続
開始	開始	投薬継続	値低下	維持	値上昇	維持	維持	維持	維持	悪化	悪化	2を維持	2を維持	2を維持	2該当継続	該当数減	該当数減	良好継続	良好継続	良好継続
開始	投薬なし継続	中断	値低下	値上昇	値上昇	維持	維持	維持	維持	改善	改善	改善	改善	2を維持	2該当継続	2該当継続	2該当継続	良好継続	良好継続	良好継続
投薬継続	投薬継続	投薬継続	値上昇	値上昇	値低下	悪化	維持	改善	維持	維持	維持	3を維持	3を維持	3を維持	非該当継続	非該当継続	非該当継続	悪化	良好継続	改善
投薬なし継続	投薬なし継続	投薬なし継続	値低下	値低下	値低下	改善	改善	維持	改善	維持	悪化	2を維持	2を維持	2を維持	2該当継続	該当数減	該当数減	良好継続	良好継続	良好継続
投薬なし継続	投薬なし継続	投薬なし継続	値低下	値上昇	値上昇	維持	維持	維持	改善	改善	維持	4を維持	4を維持	4を維持	2該当継続	該当数減	該当数減	良好継続	良好継続	良好継続
投薬なし継続	投薬なし継続	投薬なし継続	維持	値上昇	値上昇	維持	維持	維持	悪化	悪化	悪化	2を維持	2を維持	2を維持	該当数増	該当数増	2該当継続	良好継続	良好継続	良好継続
投薬なし継続	投薬なし継続	投薬なし継続	値低下	値低下	値低下	維持	維持	維持	悪化	悪化	維持	改善	2を維持	悪化	該当数増	1該当継続	該当数減	良好継続	良好継続	良好継続
投薬なし継続	投薬なし継続	投薬なし継続	維持	値低下	値低下	維持	維持	維持	改善	改善	悪化	悪化	悪化	3を維持	該当数増	該当数増	該当数減	良好継続	良好継続	良好継続
投薬継続	投薬継続	投薬継続	値上昇	値低下	値低下	維持	維持	維持	改善	改善	改善	悪化	3を維持	改善	該当数増	1該当継続	該当数減	良好継続	悪化	悪化

介入年度とその前後の計3か年のデータを活用し、健診結果や受診状況、投薬状況等の比較が可能。評価に活用できる！





④データ分析の結果を 保健事業に生かす

例えば・・・

市全体

分析して見えた健康課題は、
ハイスコアアプローチやポピュレーションア
プローチに生かしています。

【高血圧、虚血性心疾患、心不全受療者割合が高い】

- ・家庭血圧測定、血圧手帳による主治医との情報共有を推奨
- ・脂質異常症、糖尿病との重複該当者を優先者とし抽出。
- ・健診未受診者対策（受診勧奨通知の送付）

【筋骨格系疾患の医療費割合が高い】

- ・通いの場における「いきいき百歳体操」の継続実施を支援。
- ・通いの場における栄養講座の実施。

【口腔フレイル該当者が多いが、歯科医療機関受診者割合は低い】

- ・歯科通院のない口腔フレイル該当者をハイスコア対象者に選定。
- ・お口の健康講座で、咀嚼力チェックガムを導入。
- ・通いの場における「かみかみ百歳体操」の継続実施を支援。

各圏域の特徴は、

南部圏域

- ・高齢者世帯が多い。
 - ・筋骨格系疾患、骨折、肥満の割合がやや高い。
 - ・介護認定率が高い。
- ↓
- ・通いの場への参加、体操等への取組みを啓発。
 - ・栄養講座の実施

東部圏域

- ・高齢化の進みは、やや遅い。
 - ・高血糖者の割合がやや高い。
 - ・85歳未満の医療費、筋骨格系疾患の医療費がやや高い。
 - ・多剤処方者割合が高い。
- ↓
- ・糖尿病性腎症重症化予防の優先圏域。
 - ・通いの場、体操等への取組みを啓発。
 - ・ポリファーマシー対策の訪問、健康講座を検討。

庄東圏域

- ・血圧の有所見者割合が高い。
 - ・高齢化が進み、フレイル該当者や認知症診断者が多い。
 - ・山間地が多い。
- ↓
- ・高血圧ハイリスクアプローチの優先圏域。
 - ・未受診や治療中断者への、通院手段等の助言。
 - ・通いの場の増加が重要。

北部圏域

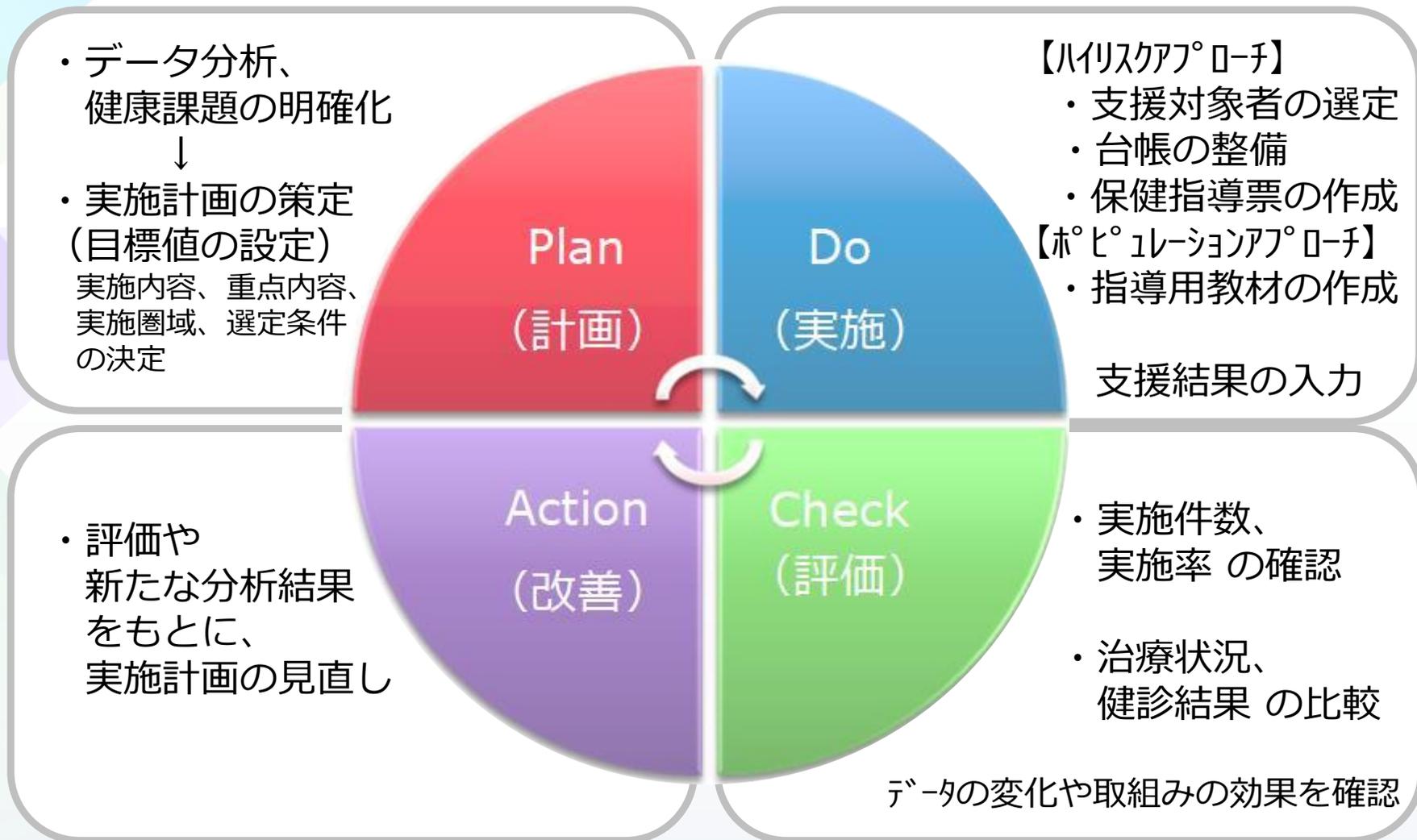
- ・多くの高齢者が集う福祉センターがある。
 - ・社会参加（外出）率が高い。
 - ・心不全の受療者割合が高い。
- ↓
- ・通いの場を活用した健康講座の実施
 - ・継続した通院や血圧管理の普及啓発

庄川圏域

- ・血圧、血糖のコントロール不良者割合が高い。
 - ・脳血管疾患、虚血性心疾患受療者の割合が高い。
 - ・介護認定率は低い。
- ↓
- ・ハイリスクアプローチの優先圏域。
 - ・ポピュレーションアプローチでの市民との健康課題の共有

※ ハイリスクアプローチの優先圏域は、対象者として抽出された全ての者に介入。

PDCAサイクルにおける KDBデータの活用



⑤ データを活用した事業の効果と課題

【効果】

- ・ 市や圏域の特徴がわかり、計画に盛り込むことができる。
(地域にあった計画を立てやすい)。
- ・ グラフ等を活用し地域の健康課題を資料で見える化。
市民が自身の地域の特徴を知ること、健康意識の向上につながりやすくなる。
関係機関との課題の共有もしやすく、事業の目的も共有しやすい。
- ・ 個別支援の資料等に活用することで、対象者自身が健康状態の推移や変化を把握できる。指導者も、医療等多くの情報が得られ、効果的な指導につながる。
- ・ 健診や医療等のデータを活用し、事業評価(アウトカム)ができる。経年的な評価も可能。

【課題】

- ・ 地域の健康課題をより多くの市民へ周知したいが、まだ限定的。
今後、その手法について検討が必要。
- ・ データ量が多く、様々な評価が可能であるが、何を優先して次年度へどう生かすか、判断に迷う。「一体的実施・実践支援ツール」の活用。
- ・ 経年的な評価はこれから。



ご静聴、ありがとうございました

