

資料 1 - 3

市町村国保への説明会資料

平成30年1月29日（月）

第2回市町村国保・保健主管課長会議にて提示

千葉県糖尿病性腎症重症化予防 プログラムについて

平成30年1月29日（月）

千葉県健康福祉部健康づくり支援課

本日の内容

1. 現状と課題

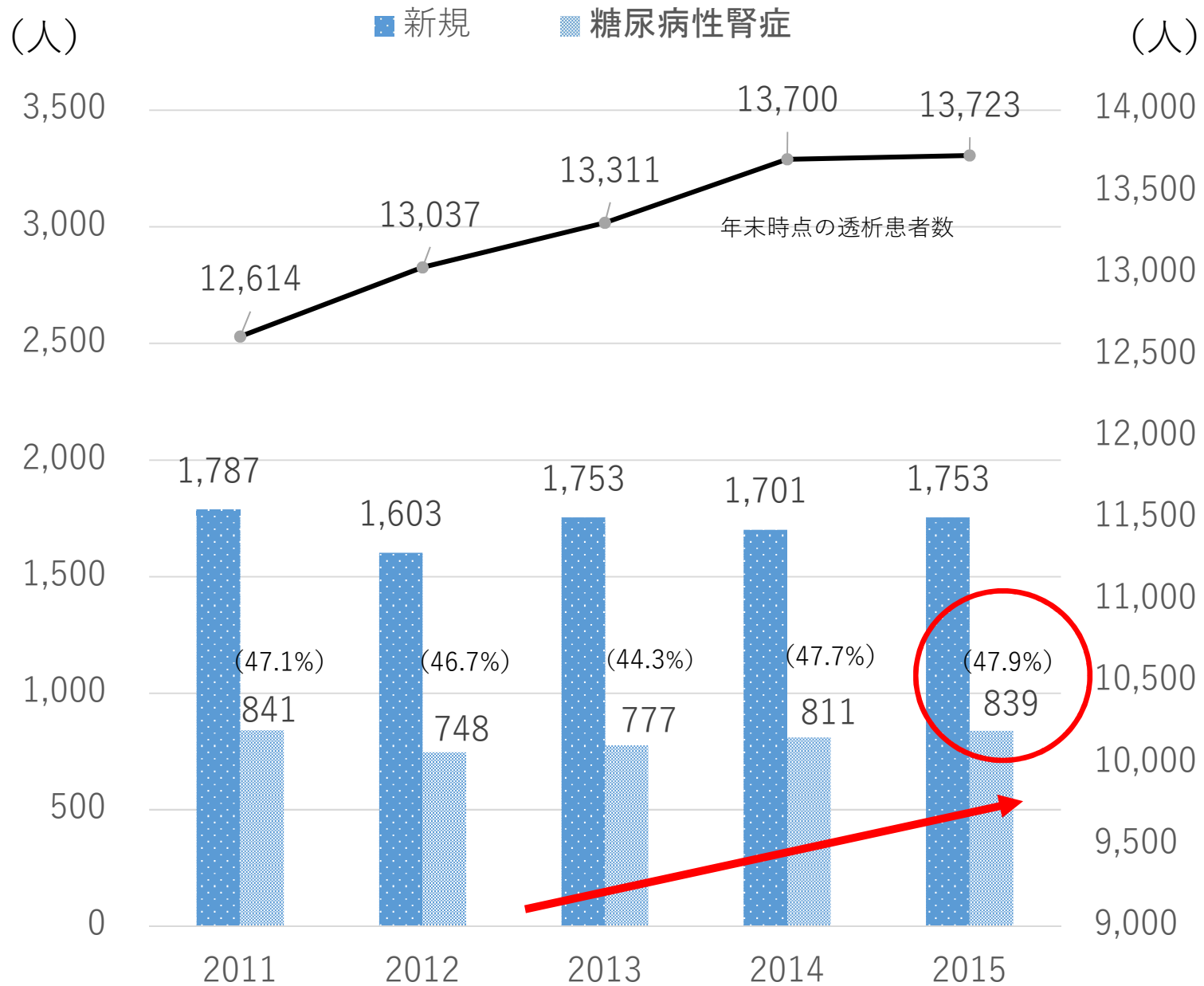
2. 千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

3. プログラムの周知と連携体制の構築

1. 現状と課題

- 糖尿病性腎症は、適切な食生活や運動等の生活習慣を続けることで、その発症や重症化を予防することができる。
- 2015年に新規人工透析となった県内の患者約2千人の要因の約半分を糖尿病性腎症が占めている。
- 人工透析になると、日常生活が著しく制限されるだけでなく、1人あたり年間約500万円という高額の医療費がかかる。
- 健康寿命延伸、医療費適正化の観点から、糖尿病性腎症重症化予防にかかる早急な対策が必要。
- 糖尿病性腎症重症化予防に力を入れる保険者も増えてきたが、標準化されていない。医療機関との連携が困難。

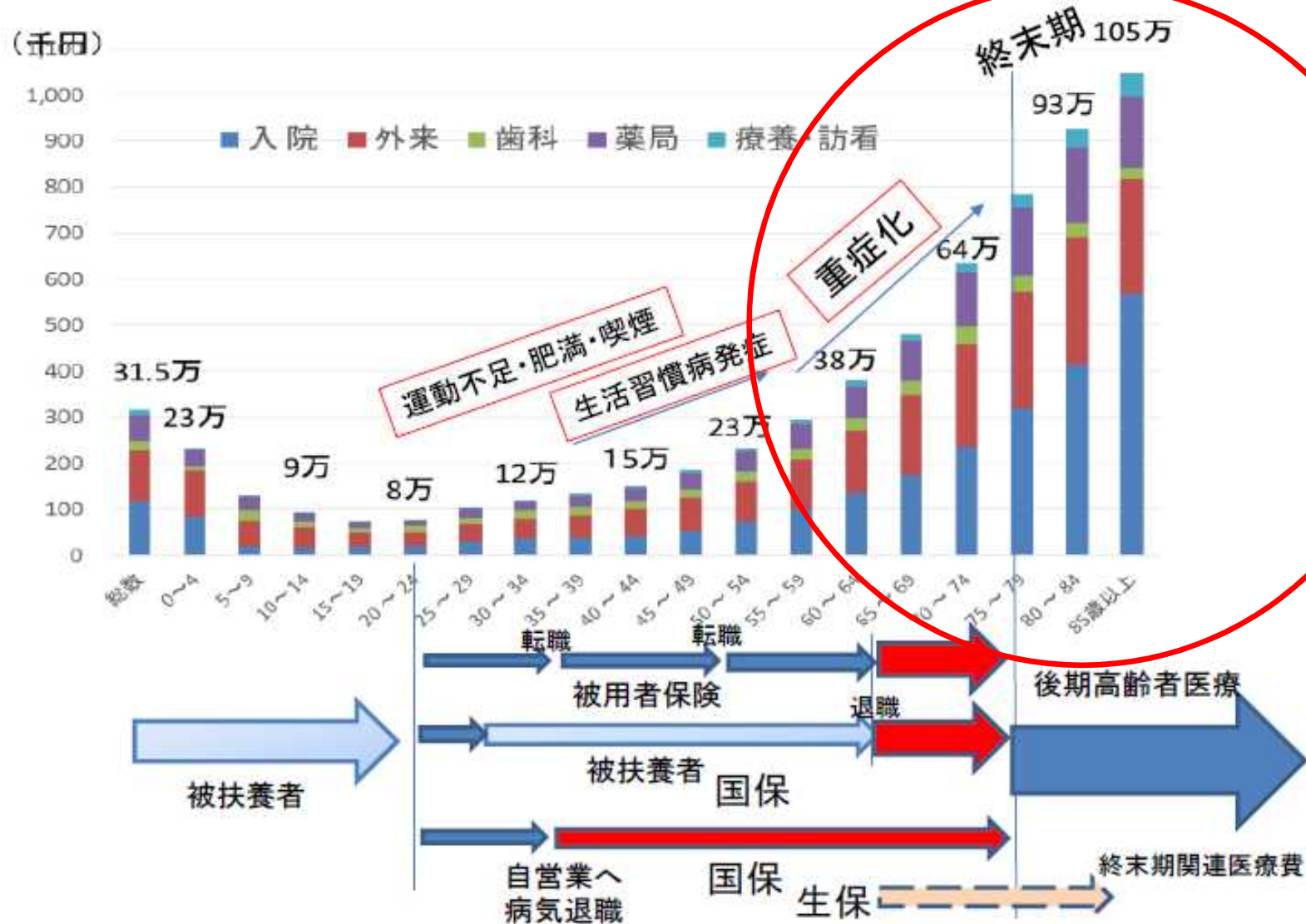
千葉県における人工透析患者数の推移



出典：日本透析医学会統計資料より編

なぜ国保は重症化予防に取り組む必要があるのか？

年齢階級別1人当たり医療費



保険者から見えること

糖尿病性腎症悪化のケース：血糖・血圧コントロール不良になる原因

- 健診で糖尿病、腎症と判断されても 治療につながっていない
- 糖尿病で治療中でも、腎症の診断、治療をきちんと受けていない
- 糖尿病性腎症で治療中でも、食事療法の指導を受けていない
受けていても 理解・実行できない、正しく服薬できていない
- そもそも健診も医療も受けていない、治療中断している

糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定の締結(28年3月24日)

1. 趣旨

- 呉市等の糖尿病性腎症重症化予防の取組を全国的に広げていくためには、各自治体、郡市医師会が協働・連携できる体制の整備が必要。
- そのためには、埼玉県の例のように、都道府県レベルで、県庁等が県医師会と協力して重症化予防プログラムを作成し、県内の市町村に広げる取組を進めることが効果的。
- そのような取組を国レベルでも支援する観点から、国レベルで糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定する旨、「厚生省・日本医師会・日本糖尿病対策推進会議」の三者で、連携協定を締結した。

2. 参加者

日本医師会 横倉会長(糖尿病対策推進会議会長を兼任)
 日本糖尿病対策推進会議 門脇副会長(糖尿病学会理事長)
 清野副会長(糖尿病協会理事長)
 堀副会長(日本歯科医師会会長)
 今村副会長(日本医師会副会長)

塩崎厚生労働大臣



3. 協定の概要

- 日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省は、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を速やかに定める。
- 策定したプログラムに基づき、三者は次の取組を進める。

日本医師会	日本糖尿病対策推進会議	厚生労働省
<ul style="list-style-type: none"> ・プログラムを都道府県医師会や郡市区医師会へ周知 ・かかりつけ医と専門医等との連携の強化など自治体等との連携体制の構築への協力 	<ul style="list-style-type: none"> ・プログラムを構成団体へ周知 ・国民や患者への啓発、医療従事者への研修に努める ・自治体等による地域医療体制の構築に協力 	<ul style="list-style-type: none"> ・プログラムを自治体等に周知 ・取組を行う自治体に対するインセンティブの導入等 ・自治体等の取組実績について、分析及び研究の推進

糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて(平成28年4月20日)

1. 趣旨

- 呉市等の先行的取組を全国に広げていくためには、各自治体と医療関係者が協働・連携できる体制の整備が必要。
- 国レベルでも支援する観点から、日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省の三者で、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定したもの（それに先立ち本年3月24日に連携協定締結）。

2. 基本的考え方

- 重症化リスクの高い医療機関未受診者等に対する受診勧奨・保健指導を行い治療につなげるとともに、通院患者のうち重症化リスクの高い者に対して主治医の判断で対象者を選定して保健指導を行い、人工透析等への移行を防止する。

3. 関係者の役割

(市町村)

- 地域における課題の分析・対策の立案・対策の実施・実施状況の評価

(都道府県)

- 市町村の事業実施状況のフォロー、都道府県レベルで医師会や糖尿病対策推進会議等と取組状況の共有、対応策等について議論、連携協定の締結、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定

(地域における医師会等)

- 都道府県医師会等の関係団体は、郡市区医師会等に対して、国・都道府県における動向等を周知し、必要に応じ助言
- 都道府県医師会等や郡市区医師会等は、都道府県や市町村が取組を行う場合には、会員等に対する周知、かかりつけ医と専門医等との連携強化など、必要な協力を努める

(都道府県糖尿病対策推進会議)

- 国・都道府県の動向等について構成団体に周知、医学的・科学的観点からの助言など、自治体の取組に協力するよう努める
- 地域の住民や患者への啓発、医療従事者への研修に努める

4. 対象者選定 ※取組内容については地域の実情に応じ柔軟に対応

- ① 健診データ・レセプトデータ等を活用したハイリスク者の抽出
- ② 医療機関における糖尿病治療中の者からの抽出
※生活習慣改善が困難な方・治療を中断しがちな患者等から医師が判断
- ③ 治療中断かつ健診未受診者の抽出

5. 介入方法 ※取組内容については地域の実情に応じ柔軟に対応

- ① 受診勧奨：手紙送付、電話、個別面談、戸別訪問等
- ② 保健指導：電話等による指導、個別面談、訪問指導、集団指導等
- ※ 受診勧奨、保健指導等の保健事業については外部委託が可能

6. かかりつけ医や専門医等との連携

- 都道府県、市町村において、あらかじめ医師会や糖尿病対策推進会議等と十分協議の上、推進体制を構築。郡市医師会は各地域での推進体制について自治体と協力。
- かかりつけ医は、対象者の病状を把握し、本人に説明するとともに、保健指導上の留意点を保健指導の実施者に伝えることが求められる。
- 必要に応じてかかりつけ医と専門医の連携、医科歯科連携ができる体制をとることが望ましい。

7. 評価

- 事業の実施状況の評価に基づき、今後の事業の取組を見直すなど、PDCAサイクルを回すことが重要。

本日の内容

1. 現状と課題
2. 千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム
3. プログラムの周知と連携体制の構築

千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

千葉県医師会、千葉県糖尿病対策推進会議、
千葉県保険者協議会、千葉県糖尿病協会、千葉県

平成29年12月20日策定・公表

【目的】

糖尿病性腎症の発症・重症化リスクを有する者に対して、**受診・継続受診の勧奨と適切な保健指導を行い、人工透析への導入を阻止**し、県民の健康増進と医療費の適正化を図る。

【プログラムの性格】

県内の各医療保険者が県内医療機関と連携して重症化予防に取り組むための**考え方や標準的な内容**を示す。



地域の実情に応じ柔軟に対応が可能

【関係者の主な役割】

千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会：各保険者の取り組みへの助言・協力

市町村及び医療保険者：健康課題の分析、対策の立案、実施、評価、
千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会との連携

千葉県医師会・地区医師会：かかりつけ医と専門医等との連携強化、保険者への協力、資質向上

千葉県糖尿病対策推進会議：CDE-Chiba(千葉県糖尿病療養指導士/支援士)養成、資質向上

千葉県歯科医師会、千葉県薬剤師会、千葉県看護協会、千葉県栄養士会：周知、連携及び対象者支援

CDE-Chiba(千葉県糖尿病療養指導士/支援士)：対象者支援

千葉県糖尿病協会：患者・家族等へのプログラム及び糖尿病連携手帳を周知

千葉県国民健康保険団体連合会：市町村等支援、

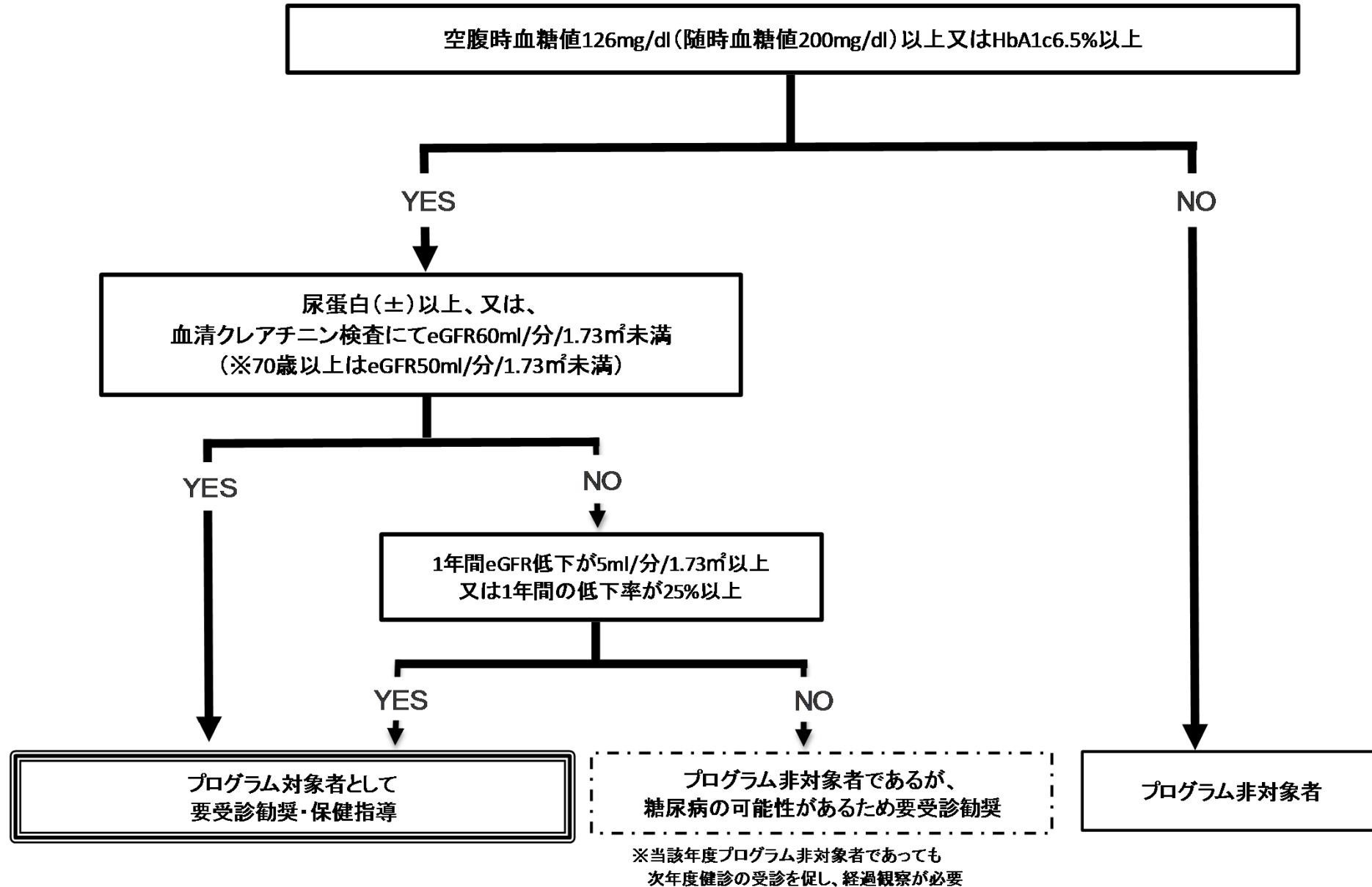
県：関係機関と連携、保険者の取組支援・県民への啓発

市町村の役割

★各市町村は、国保部門及び保健衛生部門間で横断的に連携を図る

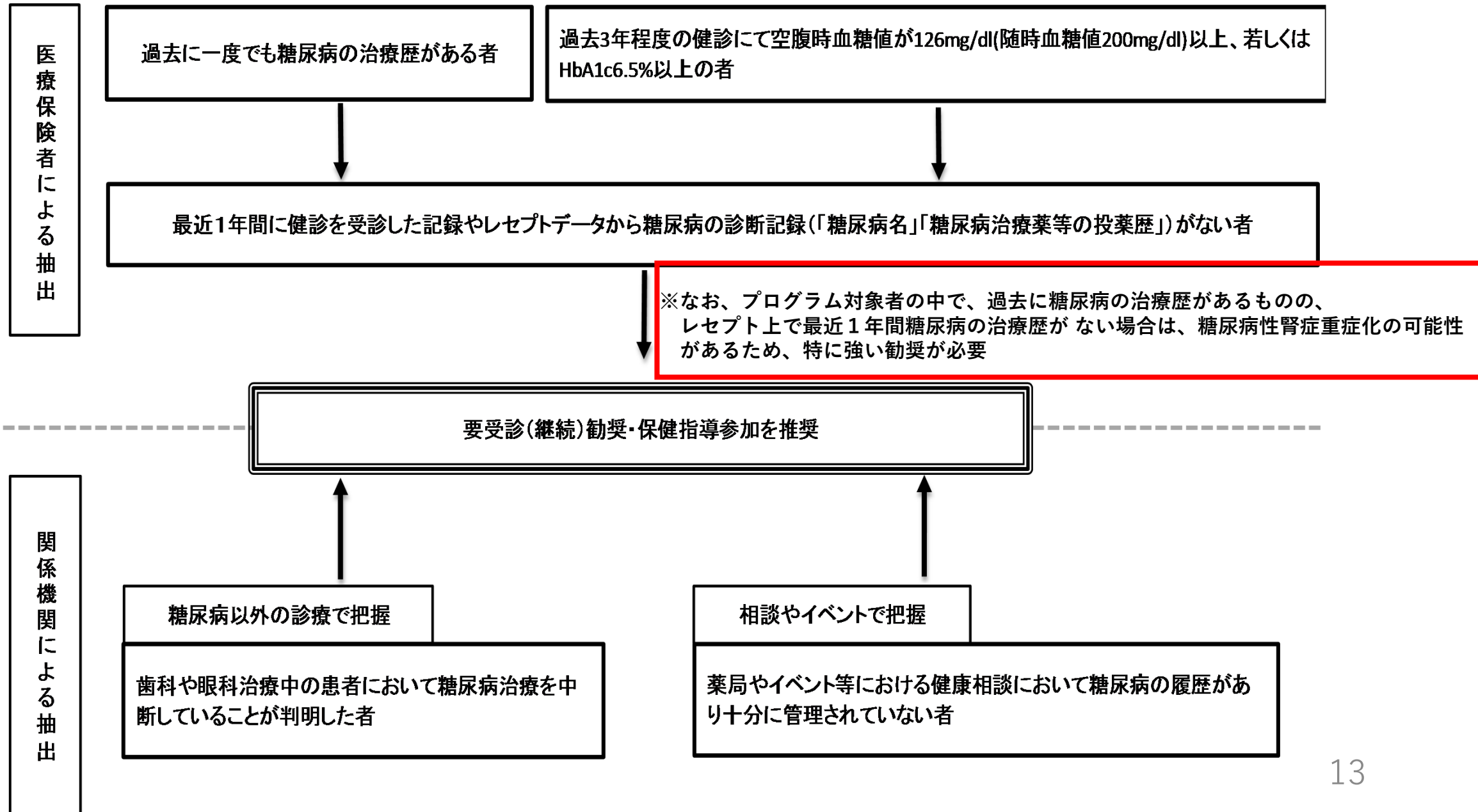
- ①課題の分析－被保険者の健康課題を分析、関係団体との認識共有
- ②対策の立案－①の課題に対し優先順位を考慮
- ③対策の実施－②の結果に基づき事業実施
- ④実施状況の評価－P D C Aサイクルに基づき事業展開
- ⑤千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会との連携

健診結果から対象者を抽出する場合のフロー図 1

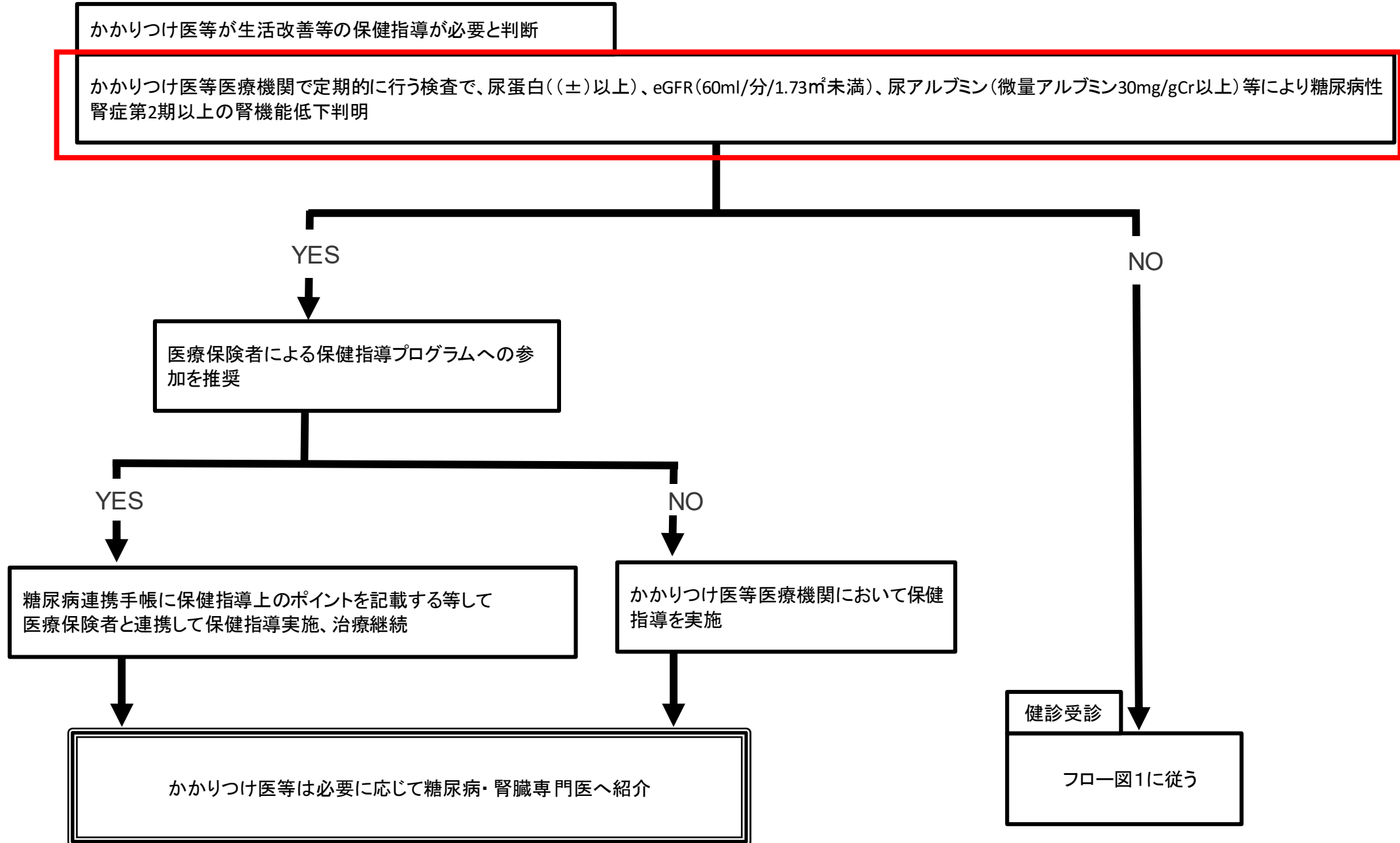


※ なお、プログラム対象者の中で、過去に糖尿病の治療歴があるものの、レセプト上で最近1年間糖尿病の治療歴がない場合は、糖尿病性腎症重症化の可能性があるので、特に強い勧奨が必要である。

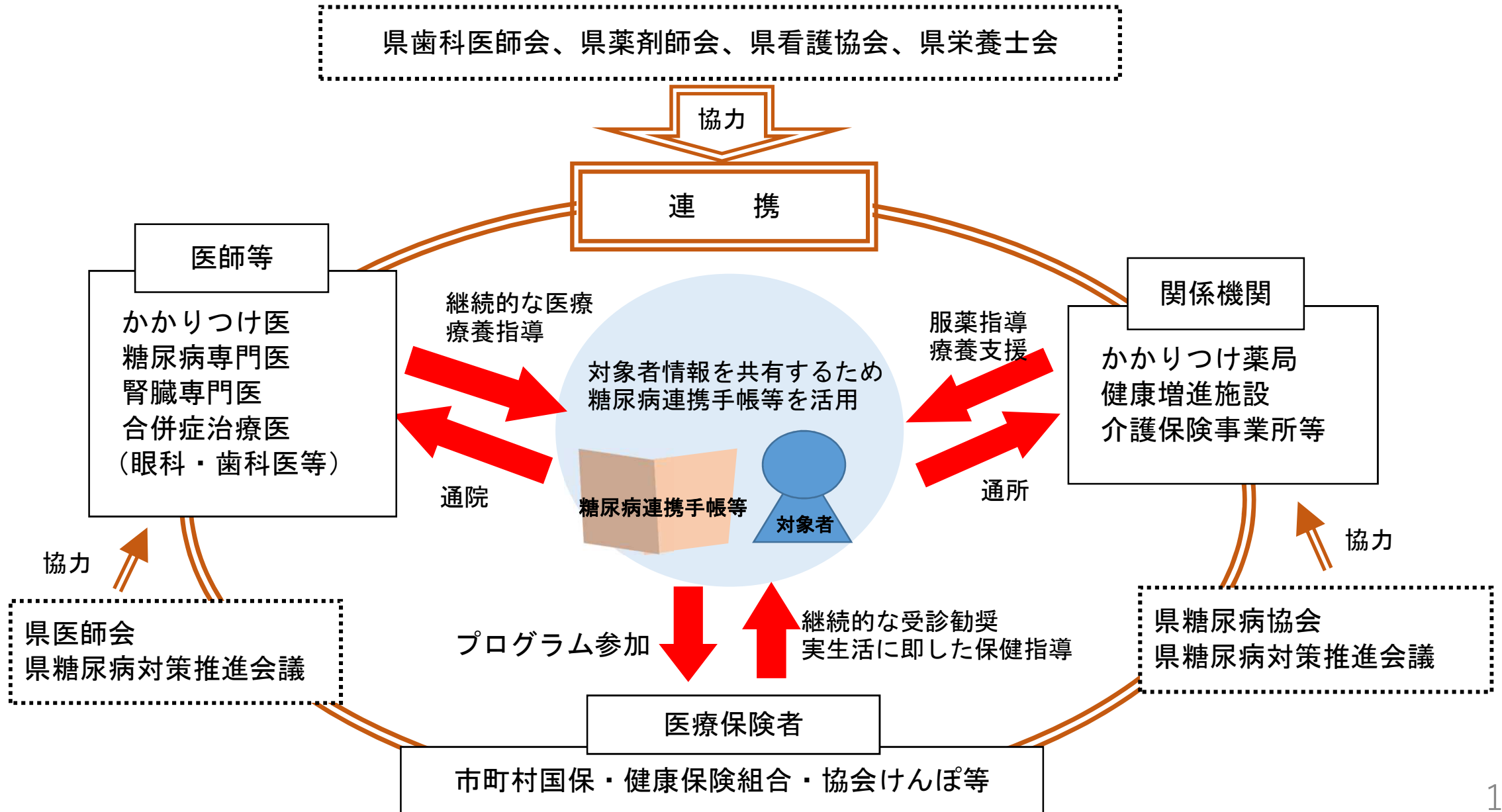
治療中断や健診後未治療者を抽出する場合のフロー図 2



通院中の者で主治医が抽出する場合のフロー図 3



介入方法



糖尿病連携手帳を活用した事業への同意

糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加同意表明記載例

対象者のプログラム参加同意表明記載例の一つとして、日本糖尿病協会が作成・発行している「糖尿病連携手帳」を活用することが考えられる。その場合、連携パスの使用は不要であるため記載の必要はない。

【活用方法例】

糖尿病連携手帳 P7 を活用した例

■ ●●市▲▲課 (連携パスの使用 / なし ・ あり)
「私は●●市の糖尿病性腎症重症化予防プログラムへの参加を同意します」
対象者氏名 (自署): 千葉県 太郎
TEL: ()
■ (連携パスの使用 / なし ・ あり)
.....
.....
TEL: ()

健診・レセプトで抽出した対象者に対する対応例（検査値別）

		対応不要 レベル	情報提供レベル	受診勧奨 (集団対応レベル)	医療機関連携・個別対応レベル	
検査値の目安	HbA1c	HbA1c<5.6	5.6≤HbA1c<6.5	6.5≤HbA1c<7.0	7.0≤HbA1c<8.5	8.5≤HbA1c
	糖尿病 ^{*1} の場合 の血圧 ^{*2}		120≤SBP<130 または 85≤DBP<90	130≤SBP<140 85≤DBP<90	140≤SBP<160 90≤DBP<100	160≤SBP 100≤DBP
	糖尿病 ^{*1} の場合 の尿蛋白			(±) 尿アルブミン測定を推奨	(+)	(2+)
情報提供	パンフ・資料提供 ^{*3}	検査値の見方・健康管理等		糖尿病に関する情報	腎症、合併症予防等	
受診勧奨 (未治療・中断 中の場合)	はがき・受療行 動確認			結果表につけて 受診勧奨	レセプトで受診確 認	
	電話(受診勧奨、 確認)				電話で受診勧奨	電話で受診勧 奨、受診確認
	保健指導型 受診勧奨				個別面談	個別面談、訪問、 電話フォロー
保健指導 (生活習慣改 善指導)	動機づけ支援型 対面保健指導		結果説明会	糖尿病を対象とした集団 教室(単発型)、個別面談	個別面談、訪問	個別面談、訪問 受診確認
	積極的支援型 継続的保健指導		生活習慣病予防教室等	集団教室(継続型) 個別面談	個別面談・訪問・ 電話等による支援	継続的支援+受 診確認

*1:空腹時血糖≥126mg/dl、またはHbA1c≥6.5%、または糖尿病治療中、過去に糖尿病薬使用、 *2 75歳以上では 10mmHg高い設定とする

*3 eGFR<30 は腎不全期に相当するため本表の適応範囲ではない。 *4 矢印の太さは必要性

医療機関・保険者が行う介入指導

医療機関

定期的検査による全身管理

血糖値、HbA1c、尿アルブミン、eGFR、BUN、クレアチニン、中性脂肪、LDL/HDLコレステロール

主治医の治療方針

経口血糖降下薬、インスリン療法
等の服薬指導

食事の指示内容
減塩指導、総エネルギー、蛋白質、等

運動・生活習慣指導
運動強度、運動の種類、飲酒・禁煙

連携

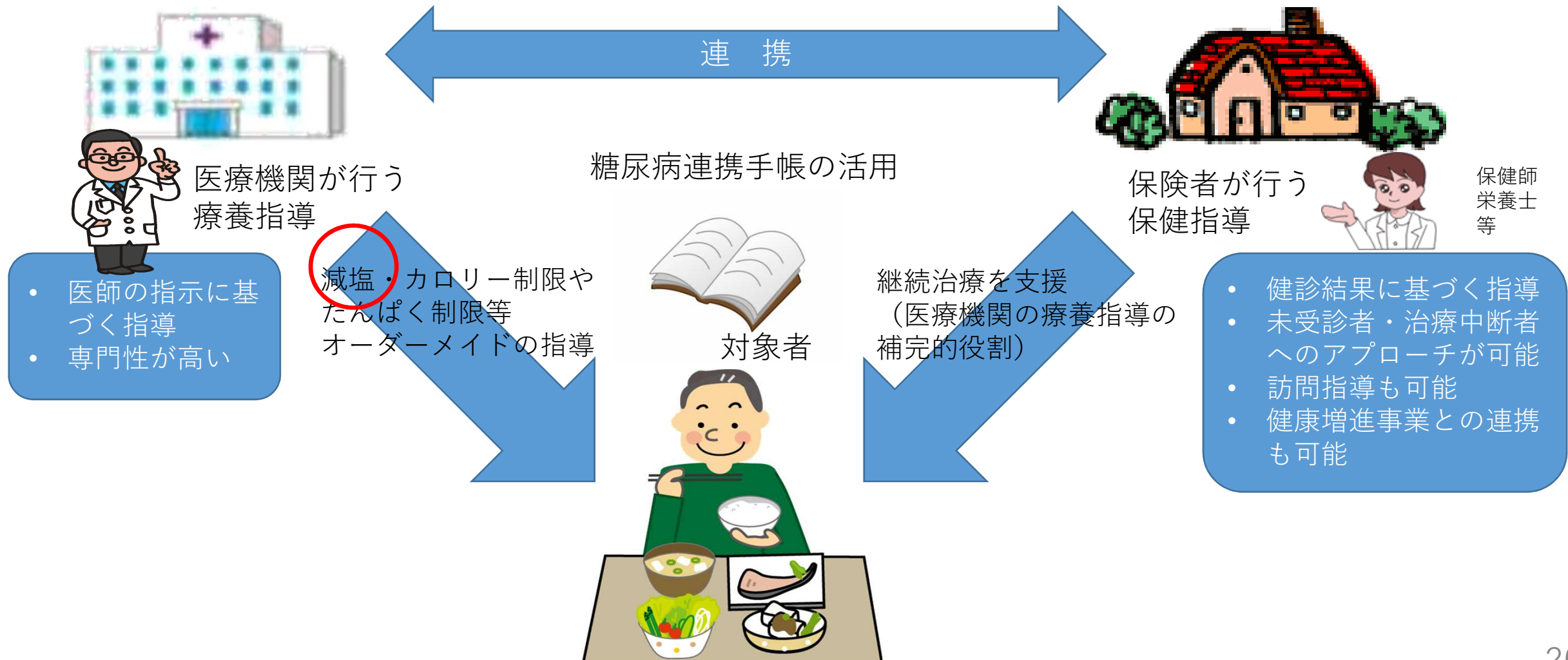
保険者

受診状況・服薬状況の確認
治療中断予防のサポート

食事の指示内容に基づく
日常の食生活のサポート

運動・生活習慣指導内容に基づく
日常生活全般のサポート

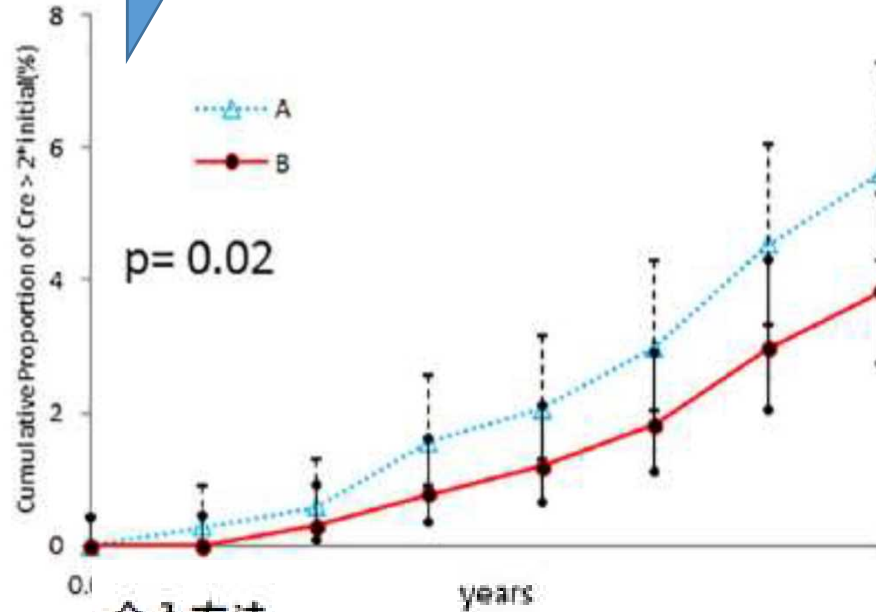
医療機関・保険者が行う介入指導（イメージ）



生活習慣介入による効果

血清クレアチニンの
2倍化速度

serum creatinine doubling



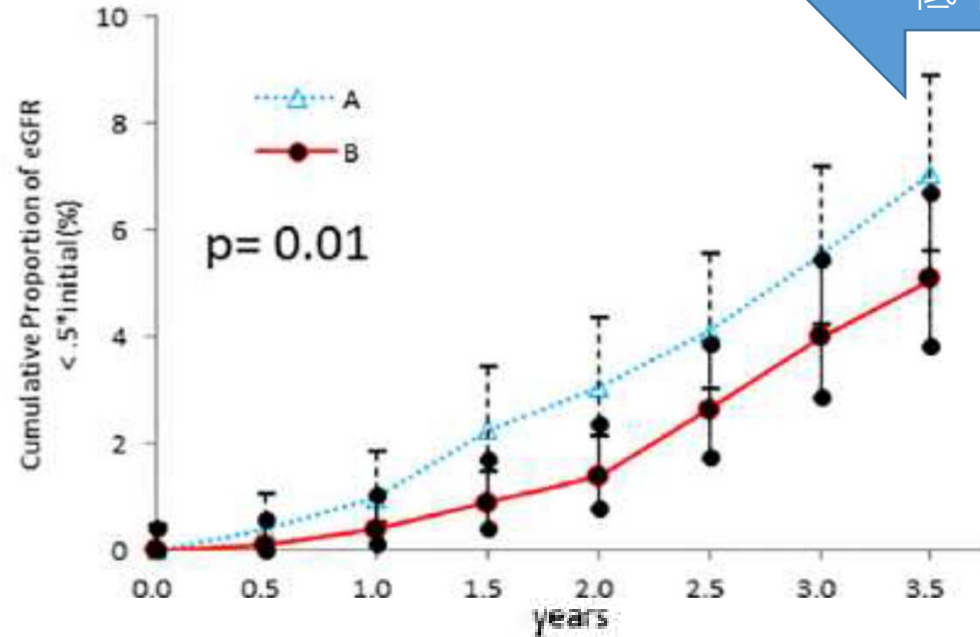
介入方法

:A群(通常介入、n=1,195)はCKD診療ガイドに則った診療。

B群(強力介入、n=1,184)は、CKD診療ガイドに則った診療＋{栄養士による支援
＋患者への治療レポート、受診勧奨支援＋かかりつけ医への患者データに対するコメント}

eGFR 50% reduction

eGFRの50%
低下速度



強力介入により腎機能の低下を抑制することができる。

(有意に受診中断率が低い、Crの2倍化速度が遅い、eGFRの50%低下速度が遅い)

FROM-J. PLOS ONE DOI:10.1371/journal.pone.0151422,
2016

本日の内容

1. 現状と課題
2. 千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム
3. プログラムの周知と連携体制の構築

千葉県の取組

千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会

- ・プログラム内容を検討→策定
- ・連携体制とプログラム周知方法を検討

医師へのアプローチ

- ・県医師会への協力依頼
- ・県医師会と共催の地区医師会研修(1/11)
- ・地区医師会理事へ協力依頼予定(2/15)
- ・県内医療機関へ協力依頼予定(年度末)

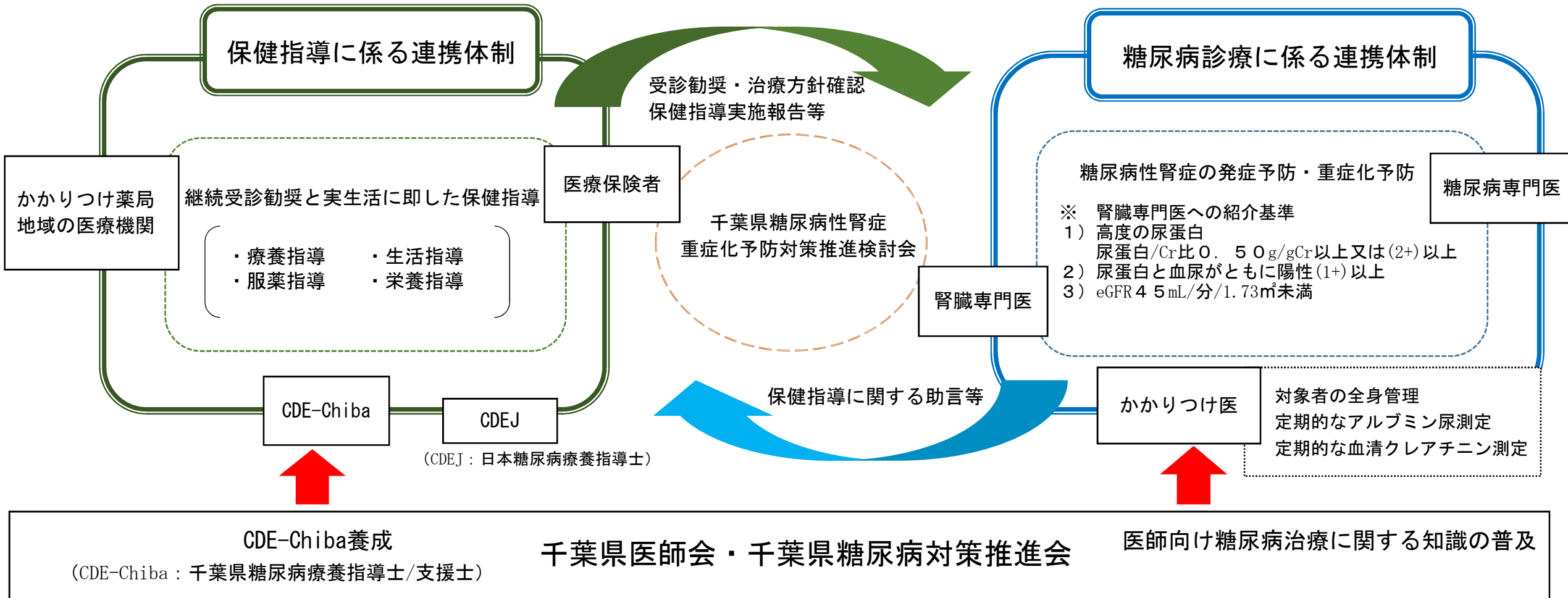
保険者へのアプローチ

- ・保険者協議会への協力依頼
- ・市町村への説明会(1/29)
- ・保健指導従事者研修会開催予定(3/1)

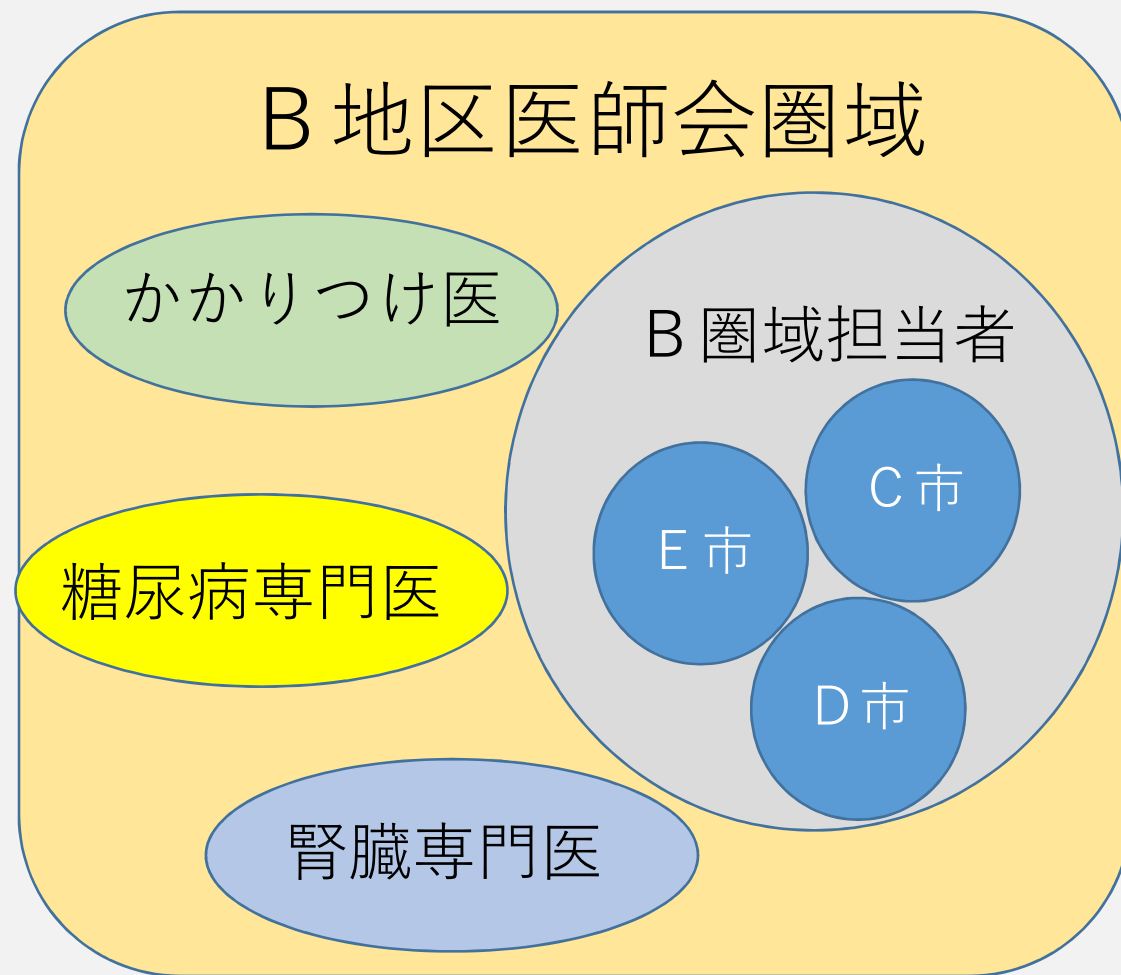
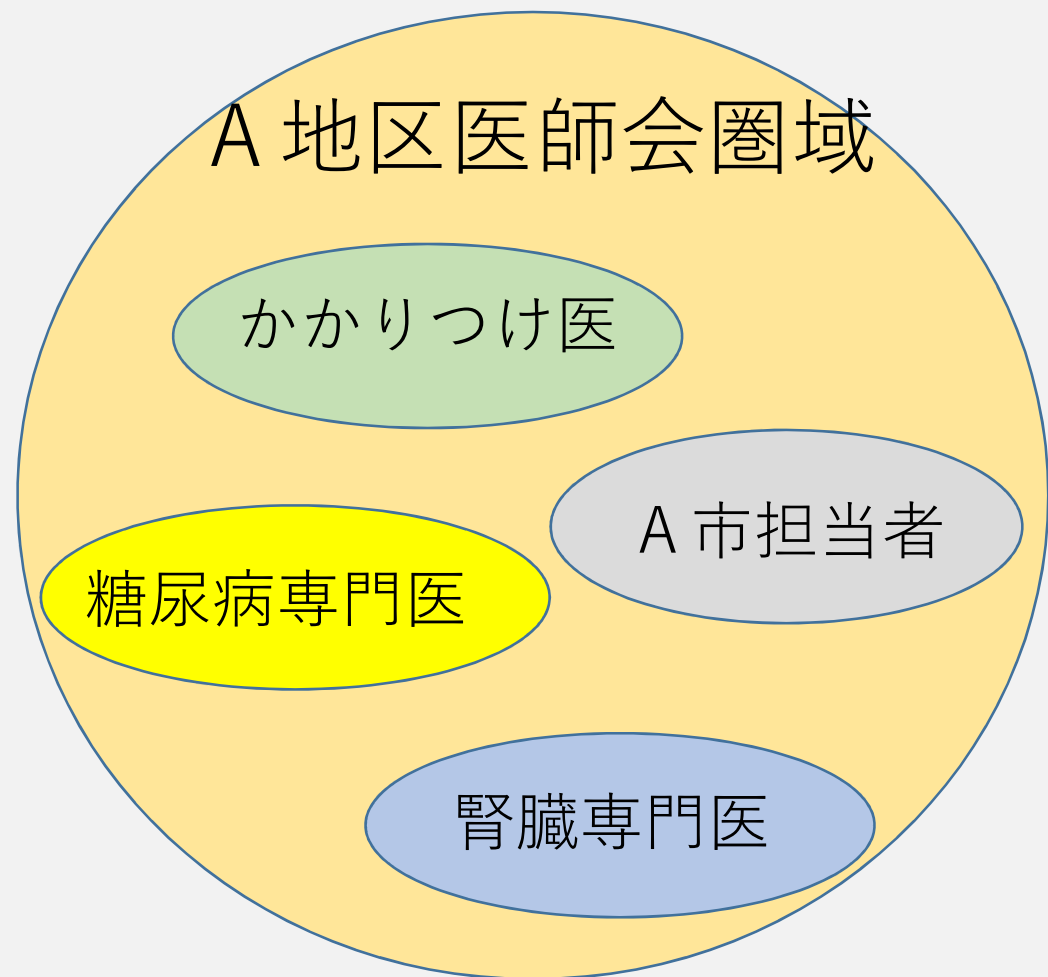
県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、県栄養士会
プログラムの周知と事業への協力依頼

平成30年度～ 地区医師会圏域での取組を推進

連携体制



平成30年度～ 地区医師会圏域での取組の推進



千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会

まとめ

- プログラムはあくまでも標準的な考え方・手順
- まずは所属内の国保・保健部門の連携が必須
- 糖尿病連携手帳活用のすすめ
- 県は今後も市町村（保険者）の取組が実施可能なものとするための体制構築に努める
- 県は県民への知識の普及啓発にも努める
- 地域の実情に合わせて医療機関と協議が重要
- 保険者が行う役割を医師にわかりやすく説明することが重要

市町村分（300億円程度）※特調より200億円程度を追加

保険者共通の指標

指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

- 特定健診受診率・特定保健指導受診率
- メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況

- がん検診受診率
- 歯科疾患（病）検診実施状況

指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

- 重症化予防の取組の実施状況

指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況

- 個人へのインセンティブの提供の実施
- 個人への分かりやすい情報提供の実施

指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

- 重複服薬者に対する取組

指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

- 後発医薬品の促進の取組
- 後発医薬品の使用割合

国保固有の指標

指標① 収納率向上に関する取組の実施状況

- 保険料（税）収納率
- ※過年度分を含む

指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況

- データヘルス計画の実施状況

指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況

- 医療費通知の取組の実施状況

指標④ 地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況

- 国保の視点からの地域包括ケア推進の取組

指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況

- 第三者求償の取組状況

指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況

- 適切かつ健全な事業運営の実施状況

都道府県分（500億円程度）

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価

- 主な市町村指標の都道府県単位評価
 - ・特定健診・特定保健指導の実施率
 - ・糖尿病等の重症化予防の取組状況
 - ・個人インセンティブの提供
 - ・後発医薬品の使用割合
 - ・保険料収納率
- ※ 都道府県平均等に基づく評価

指標② 医療費適正化のアウトカム評価

- 都道府県の医療費水準に関する評価
- ※国保被保険者に係る年齢調整後一人当たり医療費に着目し、
 - ・その水準が低い場合
 - ・前年度より一定程度改善した場合に評価

指標③ 都道府県の取組状況

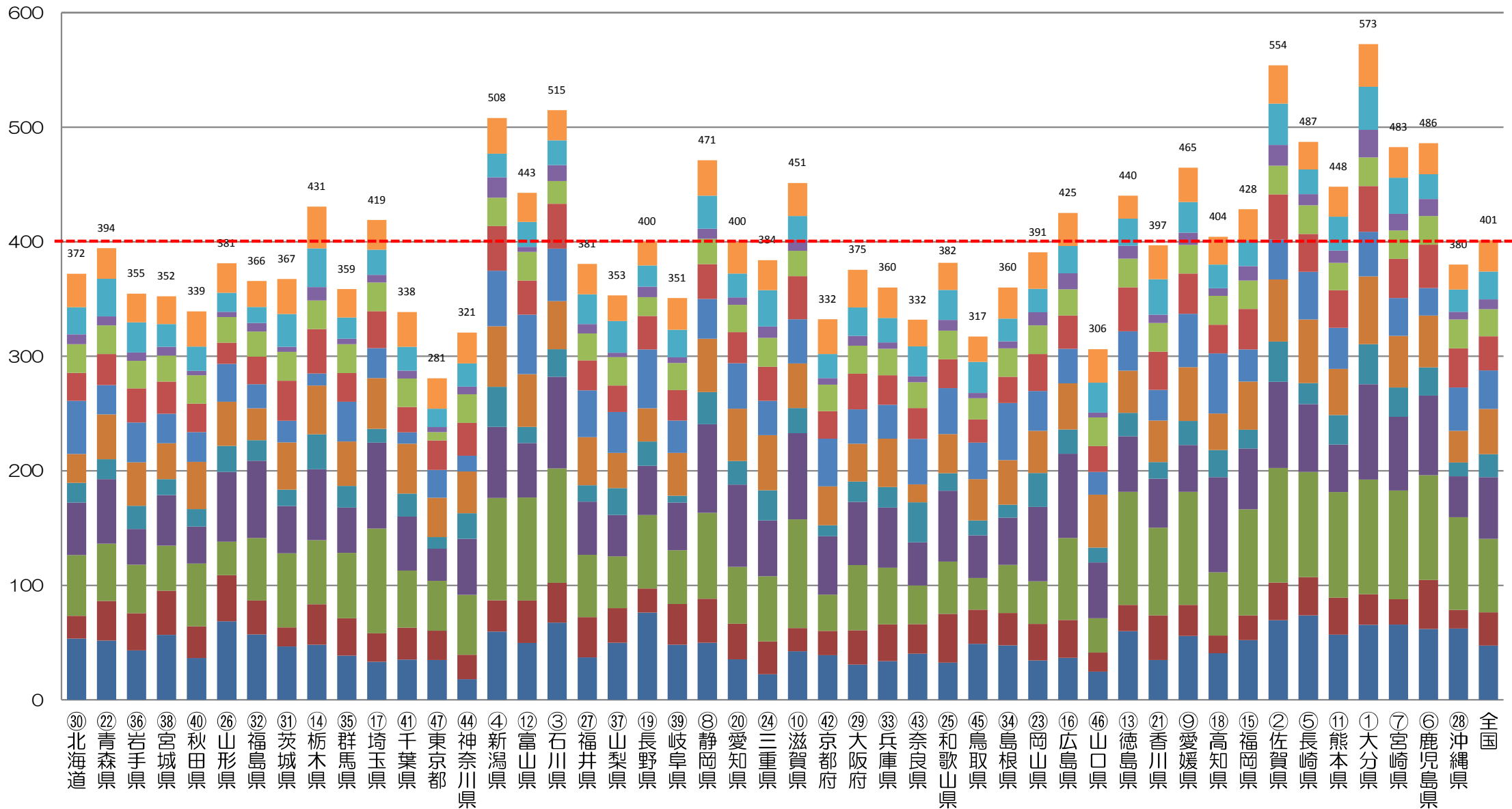
- 都道府県の取組状況
 - ・医療費適正化等の主体的な取組状況（保険者協議会、データ分析、重症化予防の取組等）
 - ・医療提供体制適正化の推進
 - ・法定外繰入の削減

平成30年度保険者努力支援制度（市町村分） 都道府県別市町村平均獲得点①

速報値

全体（790点満点 ※体制構築加点（60点）含まず）

（得点）



- 共通1 特定健診・保健指導・メタボ(150点)
- 共通2 がん検診・歯周疾患健診(55点)
- 共通3 重症化予防(100点)
- 共通4 個人インセンティブ(95点)
- 共通5 重複服薬(35点)
- 共通6 ジェネリック(75点)
- 固有1 収納率(100点)
- 固有2 データヘルス(40点)
- 固有3 医療費通知(25点)
- 固有4 地域包括(25点)
- 固有5 第三者求償(40点)
- 固有6 適正かつ健全な取組(50点)

平成30年度保険者努力支援制度（市町村分） 都道府県別市町村平均獲得点④ （重症化予防関連：満点100点）

速報値

重症化予防の取組の実施状況（平成29年度の実施状況を評価）

以下の基準を全て満たす糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施しているか。

※取組方法については、受診勧奨、保健指導、受診勧奨と保健指導を一体化した取組等の中から地域の実情に応じ適切なものを選択する。

- ① 対象者の抽出基準が明確であること
- ② かかりつけ医と連携した取組であること
- ③ 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること
- ④ 事業の評価を実施すること
- ⑤ 取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携（各 都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など）を図ること

50

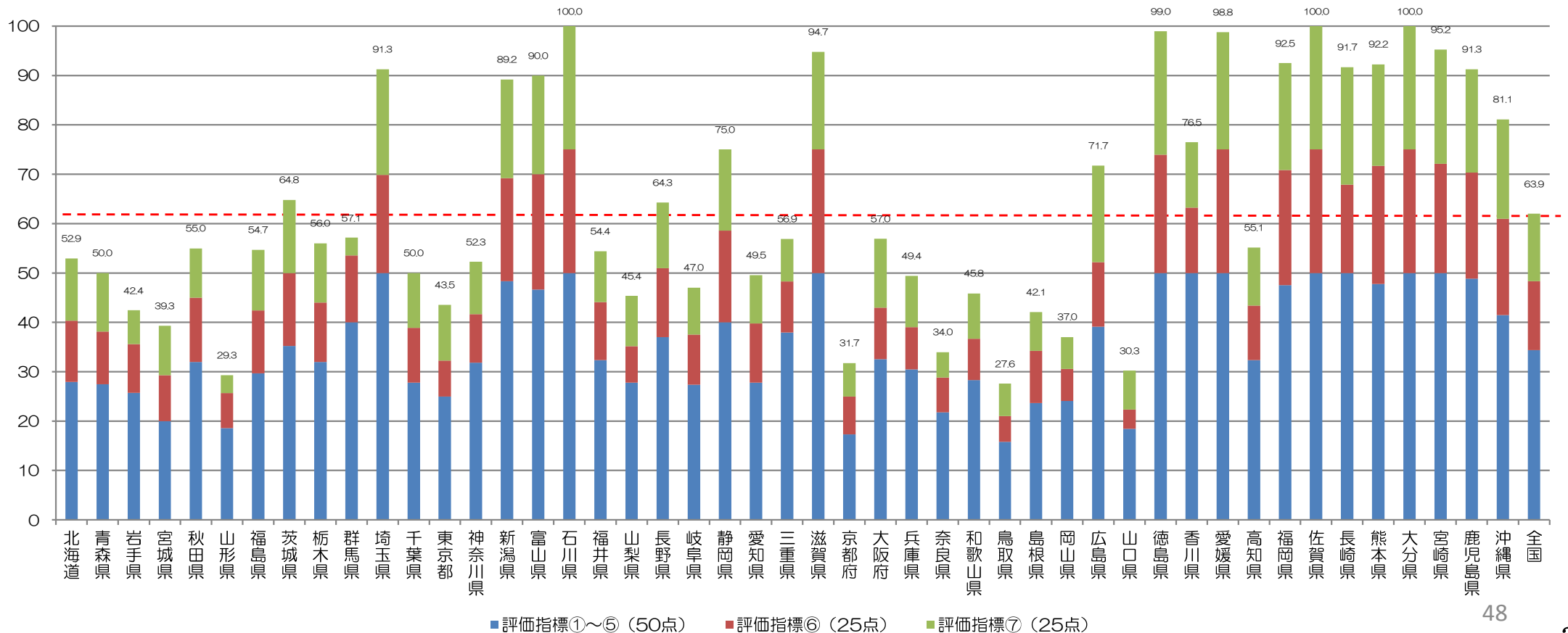
以上の基準を全て満たす取組を実施する場合、その取組は以下を満たすか。

- ⑥ 受診勧奨を、全ての対象者に対して、文書の送付等により実施していること。また、実施後、対象者の受診の有無を確認し、受診が無い者には更に面談等を実施していること。
- ⑦ 保健指導を受け入れることを同意した全ての対象者に対して、面談、電話又は個別通知を含む方法で実施していること。また、実施後、対象者のHbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果を確認し、実施前後で評価していること。

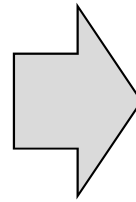
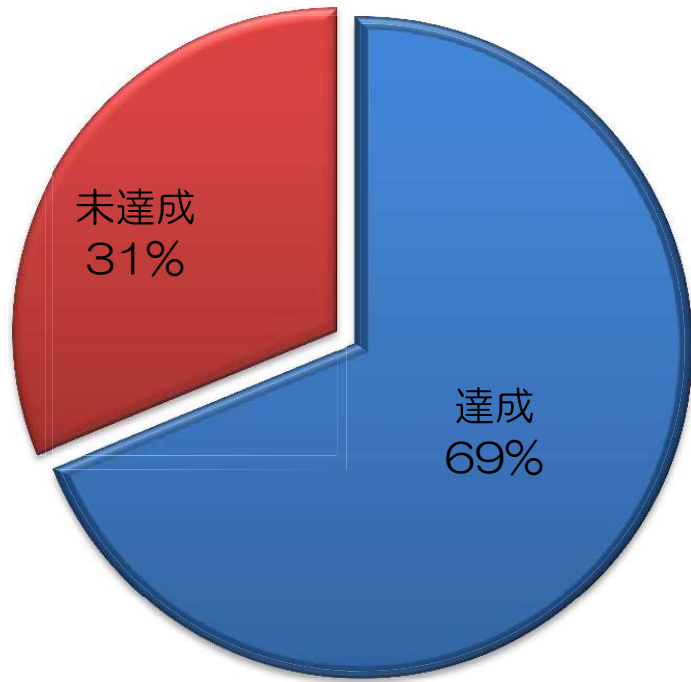
25

25

（得点）



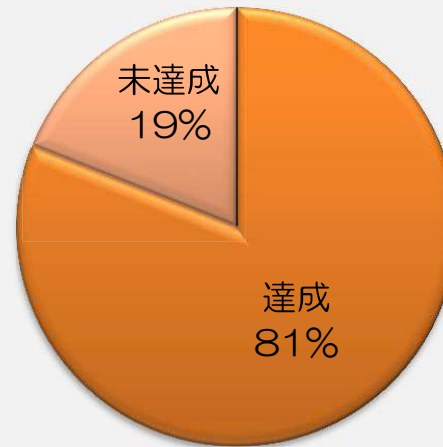
評価指標①～⑤の達成状況



	達成	未達成
①～⑤の達成の有無	1,197	544

※いずれも評価指標①～⑤が達成している場合のみ評価対象となる。

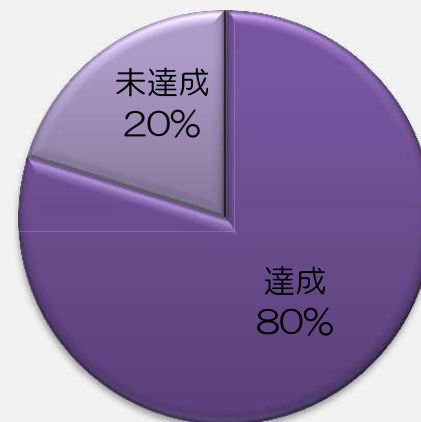
評価指標⑥の達成状況



N=1,197

	市町村数
達成	970
未達成	227

評価指標⑦の達成の有無



N=1,197

	市町村数
達成	955
未達成	242

平成30年度保険者努力支援制度(市町村分) 重症化予防関連

➤ 評価指標

重症化予防の取組の実施状況(平成29年度の実施状況を評価)

以下の基準を全て満たす糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施しているか。(50点)

※取組方法については、受診勧奨、保健指導、受診勧奨と保健指導を一体化した取組等の中から地域の実情に応じ適切なものを選択する。

- ① 対象者の抽出基準が明確であること
- ② かかりつけ医と連携した取組であること
- ③ 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること
- ④ 事業の評価を実施すること
- ⑤ 取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携(各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など)を図ること

以上の基準を全て満たす取組を実施する場合、その取組は以下を満たすか。

- ⑥ 受診勧奨を、全ての対象者に対して、文書の送付等により実施していること。また、実施後、対象者の受診の有無を確認し、受診が無い者には更に面談等を実施していること。(25点)
- ⑦ 保健指導を受け入れることを同意した全ての対象者に対して、面談、電話又は個別通知を含む方法で実施していること。また、実施後、対象者のHbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果を確認し、実施前後で評価していること。(25点)

➤ 県内市町村の達成状況

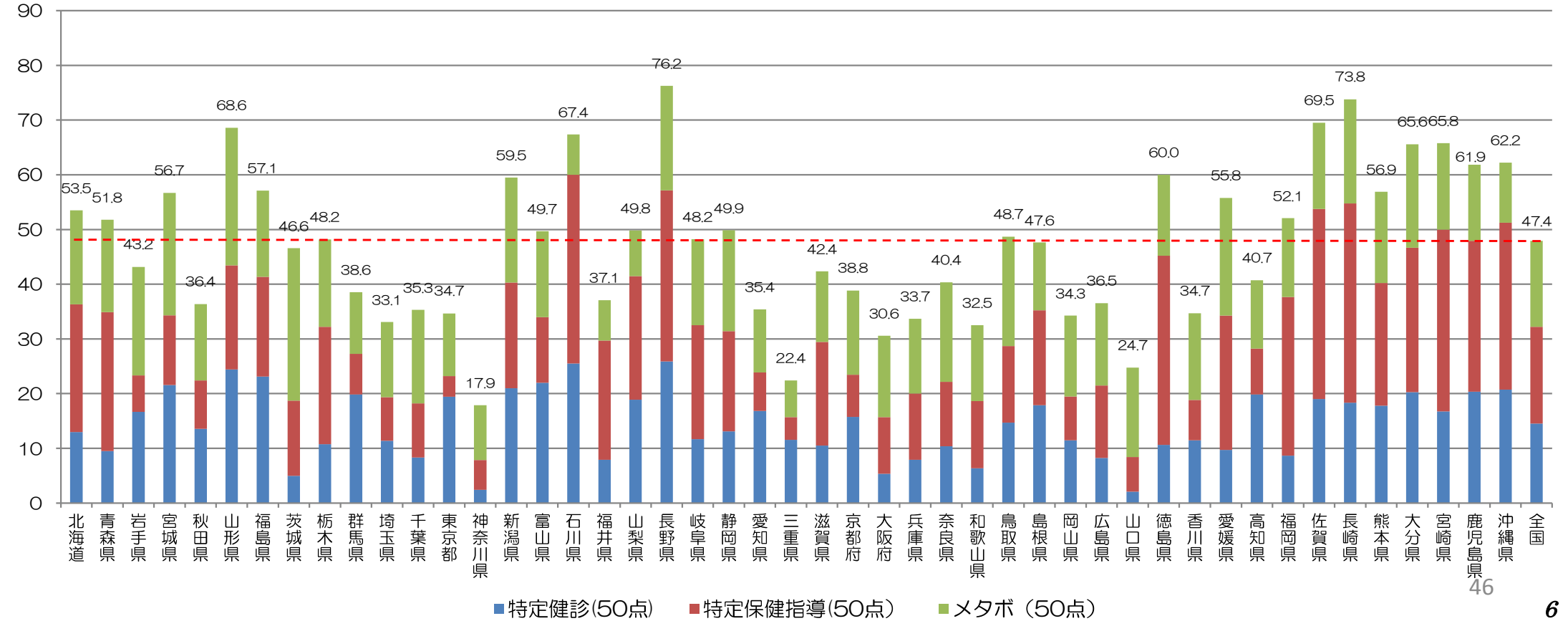
	全て達成 21市町	①～⑤と⑥を達成 3市町	①～⑤と⑦を達成 3市	①～⑤のみ達成 3市町	達成 市町村数	未達成 24市町村
指標①～⑤	○	○	○	○	30	銚子市 松戸市 茂原市 成田市 勝浦市 鴨川市 酒々井町 八街市 富里市 白井市 印西市 一宮町 陸沢町 長生村 白子町 長柄町 長南町 大網白里市 多古町 大多喜町 御宿町 南房総市 鋸南町 いすみ市
指標⑥	○	○			24	
指標⑦	○		○		24	
市町村名	千葉市 市川市 船橋市 館山市 香取市 佐倉市 東金市 匝瑳市 旭市 習志野市 柏市 市原市 流山市 鎌ヶ谷市 君津市 富津市 九十九里町 神崎町 東庄町 山武市 横芝光町	野田市 四街道市 栄町	木更津市 八千代市 我孫子市	浦安市 芝山町 袖ヶ浦市		

平成30年度保険者努力支援制度（市町村分） 都道府県別市町村平均獲得点② （特定健康診査・特定保健指導・メタボ関連：満点150点）

速報値

特定健康診査の受診率 （平成27年度の実績を評価）		特定保健指導の受診率 （平成27年度の実績を評価）		メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率 （平成27年度の実績を評価）	
① 第二期特定健康診査等実施計画期間における目標値（60%）を達成しているか。	30	① 第二期特定健康診査等実施計画期間における目標値（60%）を達成しているか。	30	① 第二期特定健康診査等実施計画期間における目標値（25%）を達成しているか。	30
② ①の基準は達成していないが、受診率が全自治体の上位3割に当たる46.02%を達成しているか。	25	② ①の基準は達成していないが、受診率が全自治体上位3割に当たる47.20%を達成しているか。	25	② ①の基準は達成していないが、減少率が全自治体の上位3割に当たる8.98%を達成しているか。	25
③ ①及び②の基準は達成していないが、受診率が全自治体の上位5割に当たる40.26%を達成しているか。	20	③ ①及び②の基準は達成していないが、受診率が全自治体上位5割に当たる31.0%を達成しているか。	20	③ ①及び②の基準は達成していないが、減少率が全自治体の上位5割に当たる3.95%達成しているか。	20
④ 平成26年度の実績と比較し、受診率が3ポイント以上向上しているか。	20	④ 平成26年度の実績と比較し、受診率が5ポイント以上向上しているか。	20	④ 平成26年度の実績と比較し、減少率が3ポイント以上向上しているか。	20

（得点）



平成30年度保険者努力支援制度（市町村分） 都道府県別市町村平均獲得点⑨ （データヘルス計画：満点40点）

速報値

医療費等の分析（平成29年度の実施状況を評価）

第1期データヘルス計画の実施状況

① データヘルス計画を策定し、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を実施しているか。 5

第2期データヘルス計画の策定に向けた検討状況（※ 平成30年度にデータヘルス計画を改定しない保険者にとっては、以下の括弧内の基準を適用すること。）

② 第2期計画の策定に当たって、現在のデータヘルス計画に係る定量的評価を行うこととしているか。
（第1期計画に係る保健事業の実施について、少なくとも年1回、定量的な評価を行っているか。） 7

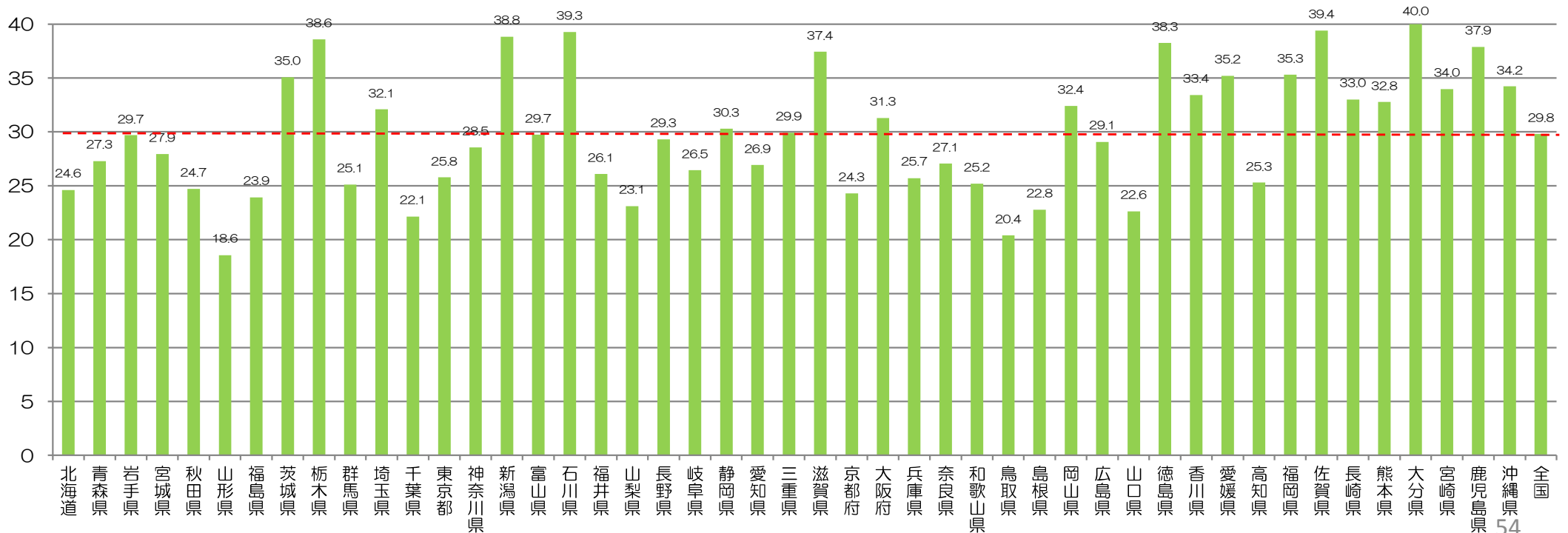
③ 第2期計画の策定に当たって、国保部門と健康づくり部門等、関係部署による連携体制が構築されているか。
（第1期計画に係る保健事業の実施や評価等に当たって、国保部門と健康づくり部門等、関係部署による連携体制が構築されているか。） 7

④ 第2期計画の策定に当たって、都道府県との連携体制が構築されているか。
（第1期計画に係る保健事業の実施や評価等に当たって、都道府県との連携体制が構築されているか。） 7

⑤ 第2期計画の策定に当たって、医師会等の医療関係者との連携体制が構築されているか。
（第1期計画に係る保健事業の実施や評価等に当たって、医師会等の医療関係者との連携体制が構築されているか。） 7

⑥ 第2期計画の策定に当たって、地域包括ケアの視点を盛り込んでいるか。
（第1期計画に係る保健事業の個別事業計画において、地域包括ケアの視点を踏まえているか。） 7

（得点）



■ データヘルス（40点）

平成30年度保険者努力支援制度（都道府県分） 都道府県別獲得点

速報値

(点)

200

180

160

140

120

100

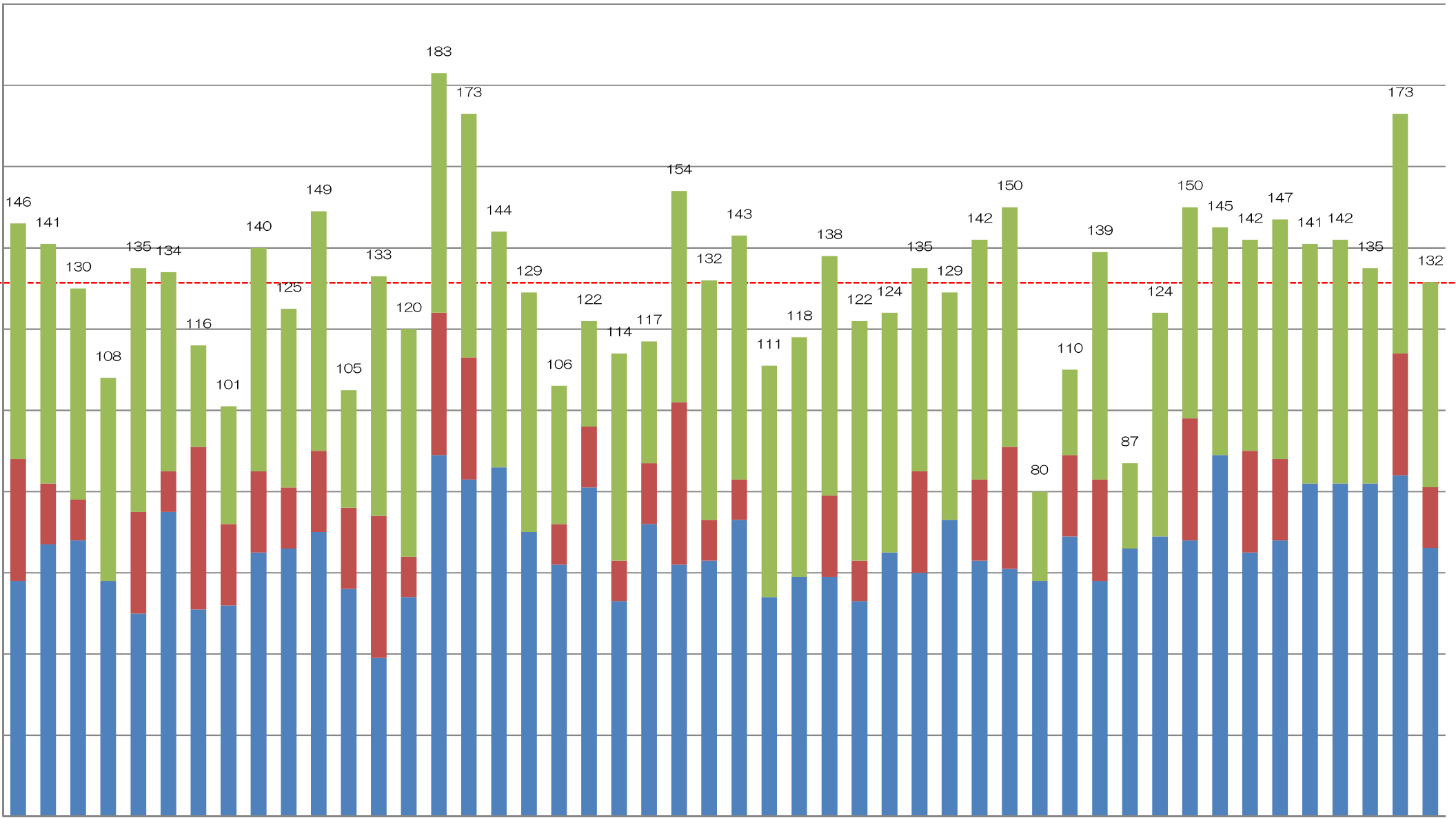
80

60

40

20

0



■ 指標1 (市町村指標の都道府県単位評価：100点)

■ 指標2 (都道府県の医療費水準：50点)

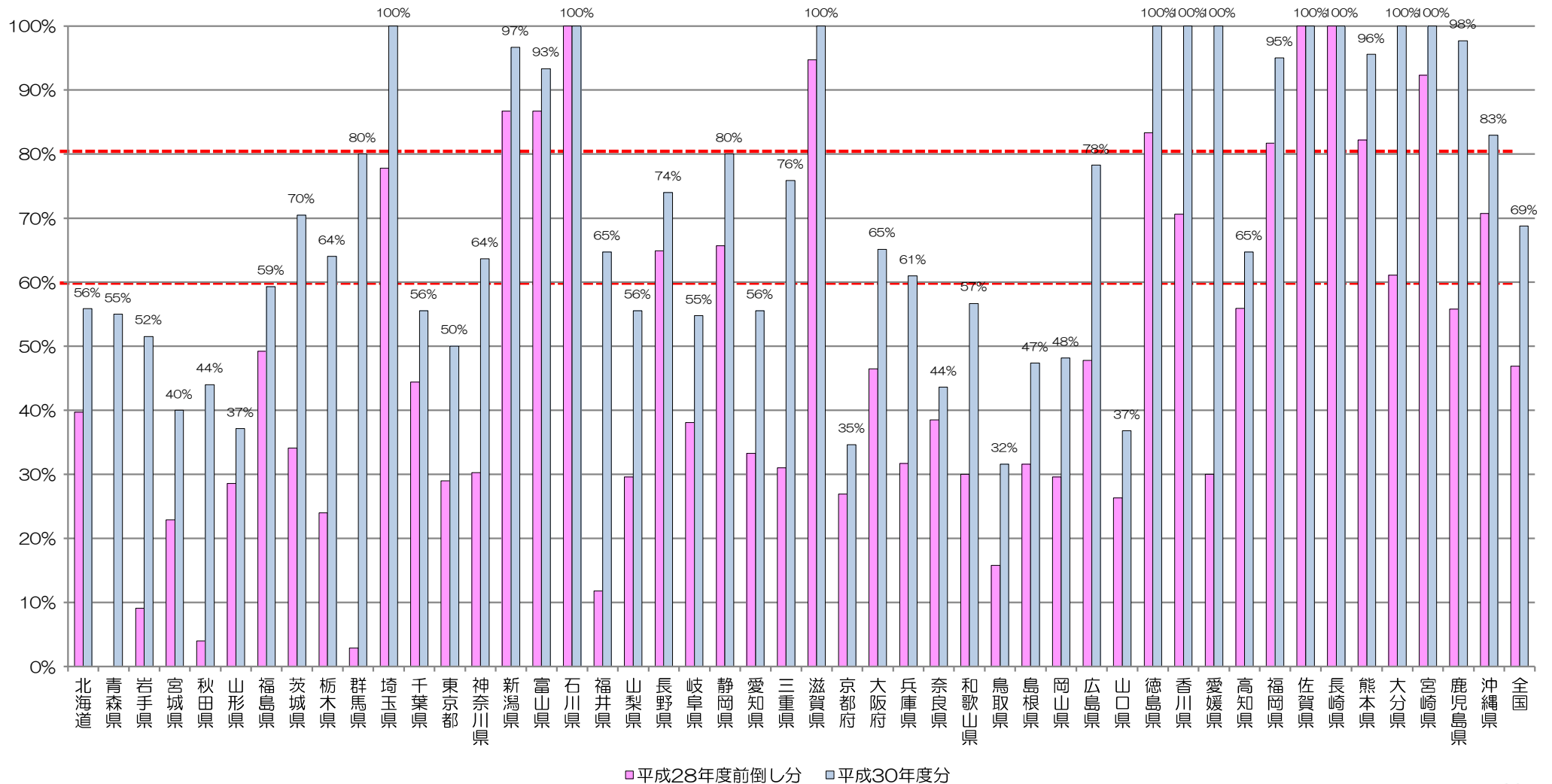
■ 指標3 (都道府県の取組状況：60点)

(参考3) 平成30年度保険者努力支援制度(都道府県分)指標① 市町村指標の都道府県単位評価
 糖尿病等の重症化予防の取組状況

速報値

(ii) 糖尿病等の重症化予防の取組状況	10
① 管内市町村のうち、市町村指標①から⑤までを満たす市町村の割合が、8割を超えているか。	10
② ①の基準は満たさないが、管内市町村のうち市町村指標①から⑤までを満たす市町村の割合が、6割を超えているか。	5

達成率(%)



(参考1) 平成30年度保険者努力支援制度(都道府県分)指標① 市町村指標の都道府県単位評価
都道府県別特定健康診査の実施率

速報値

(i) 特定健診・特定保健指導の実施率(平成27年度実績を評価)		各10点×2	20
①	特定健診(特定保健指導)受診率の都道府県平均値が目標値(60%)を達成しているか。		6
②	①の基準は満たさないが、特定健診(特定保健指導)受診率の都道府県平均値が上位3割相当の数値を達成しているか。		4
③	①②の基準は満たさないが、特定健診(特定保健指導)受診率の都道府県平均値が上位5割相当の数値を達成しているか。		2
④	特定健診(特定保健指導)受診率の都道府県平均値が平成26年度実績と比較して0.9ポイント(特定保健指導の場合は0.3ポイント)以上向上しているか。		4

特定検診
受診率(%)

■平成26年度 ■平成27年度

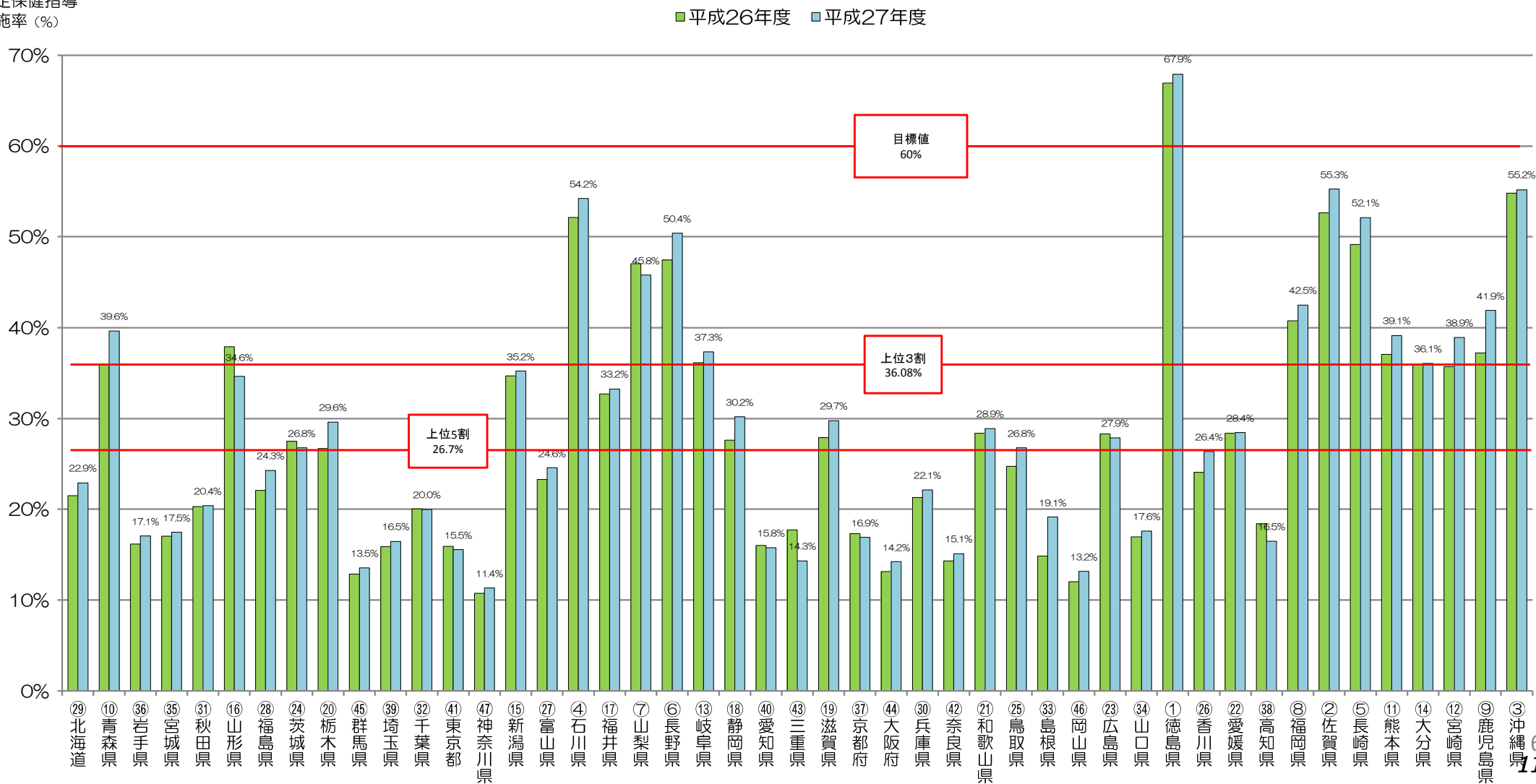


(参考2) 平成30年度保険者努力支援制度(都道府県分)指標① 市町村指標の都道府県単位評価
都道府県別特定保健指導の実施率

速報値

(i) 特定健診・特定保健指導の実施率(平成27年度実績を評価)		各10点×2	20
①	特定健診(特定保健指導)受診率の都道府県平均値が目標値(60%)を達成しているか。		6
②	①の基準は満たさないが、特定健診(特定保健指導)受診率の都道府県平均値が上位3割相当の数値を達成しているか。		4
③	①②の基準は満たさないが、特定健診(特定保健指導)受診率の都道府県平均値が上位5割相当の数値を達成しているか。		2
④	特定健診(特定保健指導)受診率の都道府県平均値が平成26年度実績と比較して0.9ポイント(特定保健指導の場合は0.3ポイント)以上向上しているか。		4

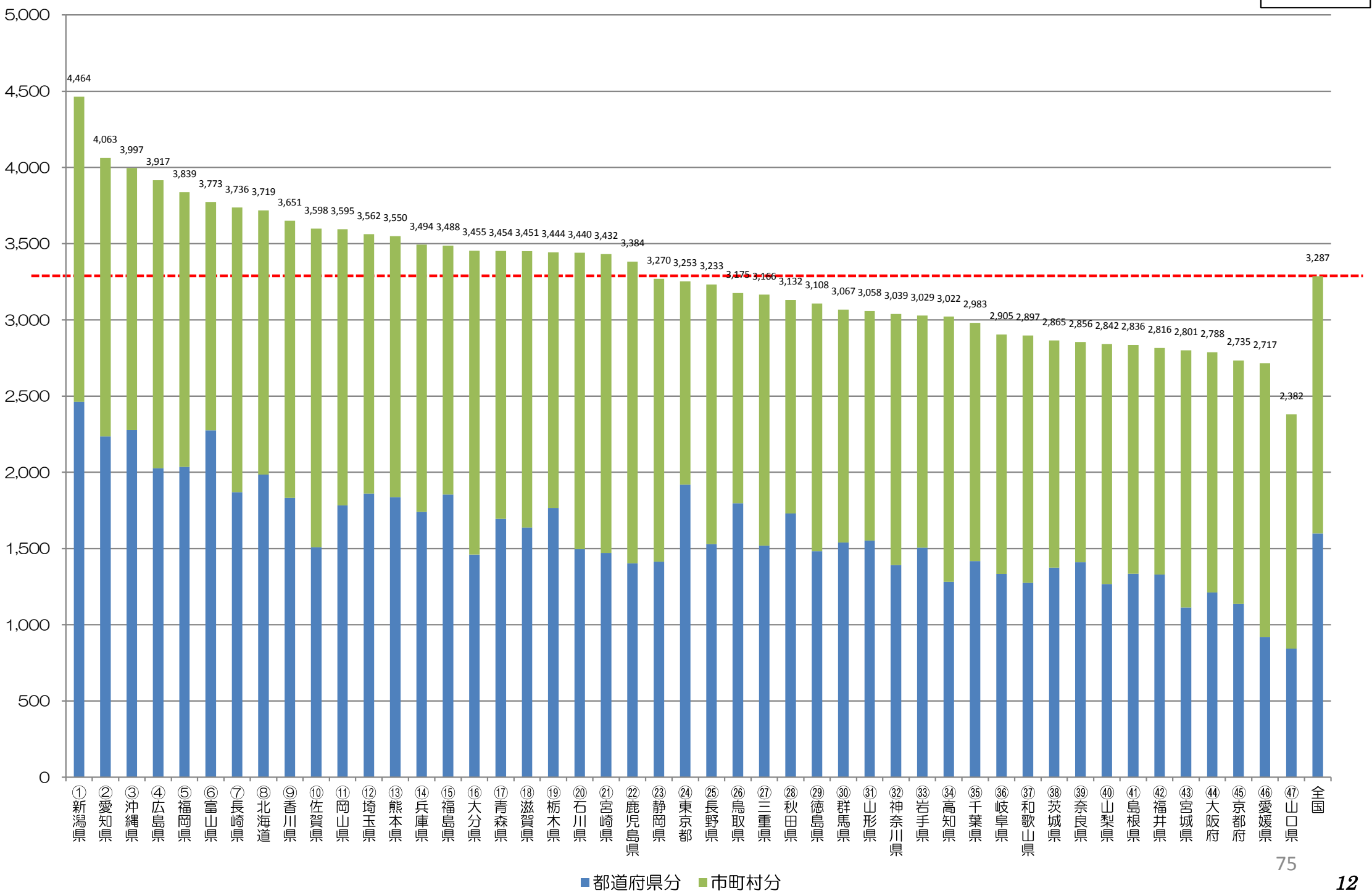
特定保健指導
実施率(%)



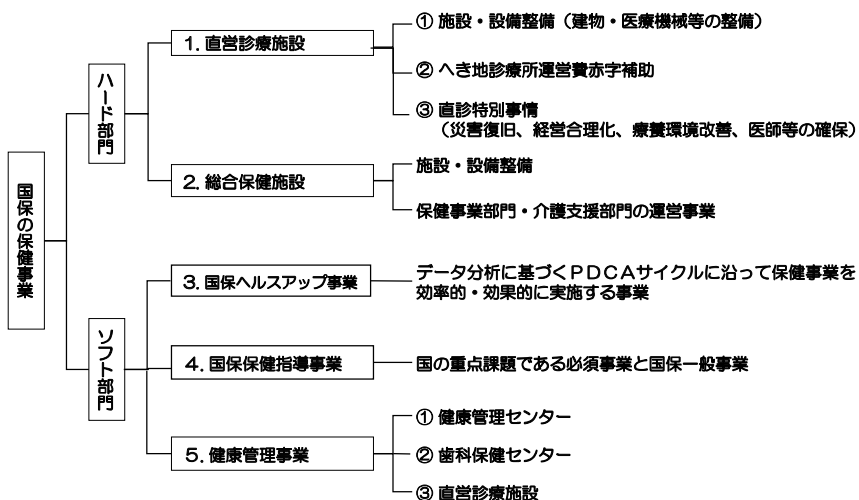
(円)

平成30年度保険者努力支援制度（都道府県分+市町村分） 一人当たり交付額

速報値



平成29年度 国保保健事業に対する助成の概要



4

国保保健事業

3. 国保ヘルスアップ事業

- 平成29年度から実施される国保ヘルスアップ事業は、データ分析に基づくPDCAサイクル(計画・実施・評価・改善)に沿った保健事業の実施計画であるデータヘルス計画に基づき保健事業を効率的・効果的に実施する事業。

(1) 事業内容

国保保険者が実施する保健事業について、以下の要件を満たす事業

(要件)

○データ分析に基づくPDCAサイクルに沿った保健事業の実施計画(以下、「データヘルス計画」という。)を策定すること。

○データヘルス計画は、国保データベースシステム等のデータ分析を可能とするデータシステム(以下、「KDB等」という。)の被保険者の医療情報や健診情報等のデータを電子的に用いるツール等を活用し、策定すること。

※活用するツールはKDBIに限定しているものではない。

○国民健康保険団体連合会に設置された学識経験者等から構成される支援・評価委員会を活用すること。

○生活習慣病等の予防の視点による健康意識の向上の取組も計画上に位置づけること。

17

3. 国保ヘルスアップ事業

(2) 助成限度額

国保被保険者数に応じて、600万円～1,800万円

(3) 助成期間

3年間(平成29年度～平成31年度)

※「4. 国保保健指導事業」と同時の助成申請は出来ない。

18

4. 国保保健指導事業

- 国保保健指導事業は、国が重点的に推進する「必須事業」と、それ以外の「国保一般事業」とに分かれている。当該事業を実施する場合には、必須事業のうち、1事業は実施すること。

(1) 事業内容

「必須事業」

(a) 特定健診未受診者対策

特定健康診査の未受診者の理由に応じた対策を行い、健康意識の向上と特定健診の受診率の向上を図る事業

(取組例) 被保険者の状況に応じた受診勧奨 等

(b) 特定健診受診者へのフォローアップ(特定保健指導未利用者対策)

特定保健指導の未利用者に対し利用勧奨を行うことにより、特定保健指導実施率の向上を図る事業

(取組例) 電話や家庭訪問による特定保健指導の利用勧奨

19

4. 国保保健指導事業

(c) 特定健診受診者へのフォローアップ(受診勧奨判定値を超えている者への対策)

特定健診の結果、受診勧奨判定値以上の者に、医療機関への適切な受診勧奨を行うための事業

(取組例) 未治療者への電話や家庭訪問による医療機関への受診勧奨

(d) 特定健診受診者へのフォローアップ(特定健診継続受診対策)

継続して特定健診を受診する取組を行い、特定健診の実施率向上を図る事業

(取組例) 特定健診受診者への丁寧な情報提供

(説明当日、経年結果等を活用した検査値の見方や継続受診の必要性の説明 等)

(e) 生活習慣病の1次予防に重点を置いた取組(早期介入保健指導事業)

生活習慣病予備群や特定保健指導予備群に対し、内臓脂肪型肥満に着目した保健指導を実施し、生活習慣病の発症・重症化を予防する事業

(取組例) ・40歳以上の特定保健指導予備群に対する保健指導

・40歳未満の国保被保険者に対する健診及び生活習慣病予備群への保健指導

20

4. 国保保健指導事業

「国保一般事業」

(f) 健康教育

生活習慣やそこから引き起こされる疾患とその予防、その他の疾患・薬などについて、正しい知識の提供を行う事業

(取組例) 生活習慣病予防教室や個別健康教室

特定健診受診者や特定保健指導対象者の家族、職場への疾病予防知識の普及(栄養、運動、喫煙、飲酒等) 等

(g) 健康相談

被保険者が抱える個々の健康課題について、定期的に相談の場を設ける事業

(取組例) 生活習慣病等の疾病別の健康相談

電話による健康相談 等

21

4. 国保保健指導事業

(h) 保健指導

特定健康診査の結果やレセプト情報等を活用して、被保険者の生活や就労状況・生活習慣などを把握し、加齢や心身の特性の変化、ライフステージ等に応じた保健指導を行う事業

(h)－① 重複・頻回受診者への訪問指導

(h)－② 重複服薬者への訪問指導

(h)－③ 生活習慣病重症化予防(糖尿病性腎症を除く)

(h)－④ その他保健指導

(取組例) 地域のかかりつけ医師、薬剤師等との連携の下、重複頻回受診者、重複服薬・多剤投与と思われる者への訪問による残薬確認・指導等の取組
健診結果に基づく生活習慣の改善等の保健指導 等

(i) 糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病性腎症の患者であって、生活習慣の改善により重症化の予防が期待される者(人工透析導入前段階の者)に対し、保険者が医療機関と連携して実施する予防事業

22

4. 国保保健指導事業

(j) 歯科に係る保健事業

歯科にかかる在宅ケアや歯科保健の向上を推進する歯科保健指導事業

(取組例) 在宅訪問歯科指導 等

(k) 地域包括ケアシステムを推進する取組

地域包括ケアシステムの推進に資する取組であって、国保部門が医療、介護、保健、福祉、住まいなどの関連部局と連携して実施するもの

(取組例) 地域包括ケアシステムに資する地域のネットワークへの国保部局の参画

個々の国保被保険者に係る保健活動・保健事業の実施状況の地域の医療・介護・保健・福祉サービス関係者との情報共有の仕組みづくり 等

(l) 健康づくりを推進する地域活動等

健康の保持と向上を図るため、健康づくりに関して被保険者が主体的に参加し、自主的に健康行動が行えるよう、地区組織と連携を図り活動を支援する事業

(取組例) 健康づくりに関する自主活動に向けた支援 等

23

4. 国保保健指導事業

(m) 保険者独自の取組

保険者の特性に応じた独自の取組であって、次の要件を満たす事業

(要件)

- 健診情報、医療情報等の分析に基づいた根拠や評価指数が明確であること。
- 市町村の人口・世帯、医療福祉・産業基盤などの特性を活かした取組であること。

(取組例) 被保険者の健康課題や地域の特性に応じた、地域資源を活用した健康づくり
(ヘルシーメニューやウォーキングマップの作成) 等

(2) 助成限度額

国保被保険者数に応じて、400万円～1,200万円

(3) 助成期間

1年

24

助成対象経費とは

□ 助成対象となる経費

国民健康保険特別会計事業勘定(款)において支出された経費

※助成申請の対象は、事業実施に当たり必要性、費用対効果が見込まれる場合の経費のみ。

□ 助成対象外となる経費

国民健康保険特別会計事業勘定(款)において支出された経費であっても、次に該当する経費は、助成対象外となるので注意

- 他の国庫補助事業と重複する対象経費
- 健康診査(一般健診、人間ドック、がん健診等)にかかる経費
- 受益者負担が望ましい経費(事業参加者に配布する賞金や景品、イベント時の旅費や昼食代等の物品、スポーツ施設等の施設を活用する際の使用料 等)
- 参考目的で実施する調査経費
- 市町村職員の自己啓発の研修経費、旅費、会議費
- 情報システム開発・改修にかかる経費 等

※対象外経費の詳細は「国民健康保険の保健事業に対する助成について」を参照。

29

平成29年度 交付申請スケジュール(案)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
ヘルスアップ事業 ・ 保健指導事業 ・ 健康管理事業	通知等 ◇			申請 ■					通知等 ◇	実績報告 ◆		交付 ◎		
総合保健施設	通知等 ◇		申請 ■	内定 ○					通知等 ◇	実績報告 ◆		交付 ◎		
直診整備	通知等 ◇			申請 ■	交付決定 ○		◎ 交付①		通知等 ◇	実績報告 ◆	変更申請 ■	変更決定 ◇	実績報告 ◆	◎ 交付②
へき地運営費 ・ 直診特別									通知等 ◇		申請 ■	交付 ◎		

33

平成29年度第2回市町村等国保・保健主管課長会議

船橋市保健所 健康づくり課の取組み



本日の内容



1. 第1期データヘルス計画に基づいた保健事業

1) 腎機能低下に重点をおいた慢性腎臓病（CKD）対策事業

平成25年度～継続

2) 糖尿病に重点をおいた慢性腎臓病対策事業（平成28・29年度）

3) 糖尿病重症化予防対策事業 平成28年度～継続

2. 糖尿病性腎症重症化予防プログラムに取り組む までの経緯

3. 平成29年度の保健事業と第2期データヘルス 計画策定（H30～35）に向けて

1. データヘルス計画に基づいた保健事業

被保険者のQOLの向上と医療費の適正化を目指し、データ分析に基づくPDCA サイクルに沿った継続的な事業の実施

特定健診受診者

情報提供

服薬のため
情報提供

積極的支援

動機づけ支援

4. 要治療者への受診勧奨 H20～継続

特定保健指導

業者委託

直営＋医師会委託

1. 腎機能低下に重点をおいた慢性腎臓病（CKD）対策事業 H25～継続

2. 糖尿病重症化予防対策事業 H28～拡大

特定健診未受診者

健康

治療中
(コントロール良好)

治療中
(コントロール不良)

未治療

3. 糖尿病に重点をおいた
慢性腎臓病対策事業
(H28・29)

1-1) 慢性腎臓病 (CKD) 対策事業

慢性腎臓病 (CKD) とは蛋白尿などの腎臓の障害、もしくはGFR(糸球体ろ過量 60ml/分/1.73m²未満の腎機能の低下が3か月以上持続する状態

【対象】 腎機能低下のリスクが高い者 (40歳~69歳)

対象① : eGFR50未満

対象② : eGFR50~60未満 かつ 尿蛋白2+以上

対象③ : eGFR60以上 かつ 尿蛋白2+以上

eGFR…推算糸球体ろ過量。血清クレアチニン値と年齢・性別で算出。

4年間で対象となった新規対象者 : 2,451人

	平成25年度	平成26年度		平成27年度		平成28年度	
対象①	666人	650人	新規 : 365人 リピ : 385人	799人	新規 : 381人 リピ : 418人	728人	新規 : 248人 リピ : 480人
対象②		63人		69人	新規 : 43人 リピ : 26人	59人	新規 : 28人 リピ : 31人
対象③		252人		279人	新規 : 221人 リピ : 58人	272人	新規 : 184人 リピ : 88人

約半数が
リピーター

1-1) 慢性腎臓病 (CKD) 対策事業

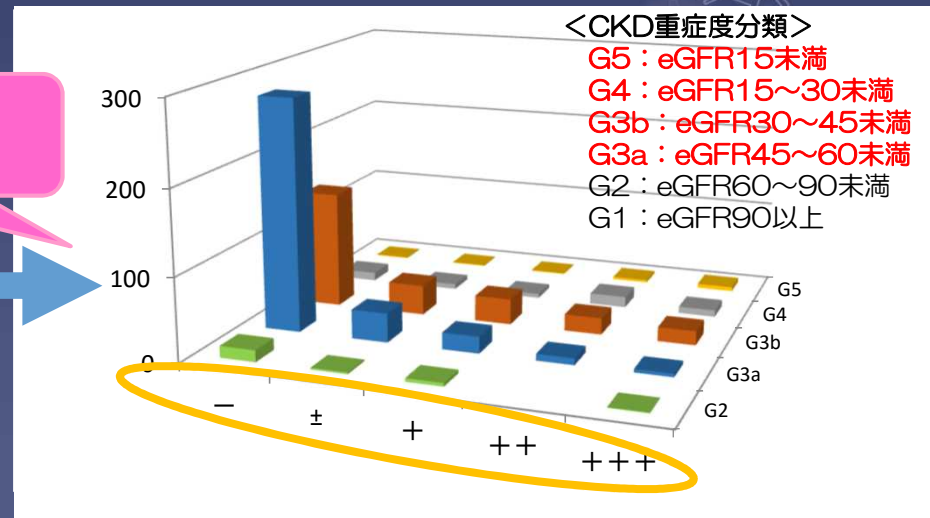
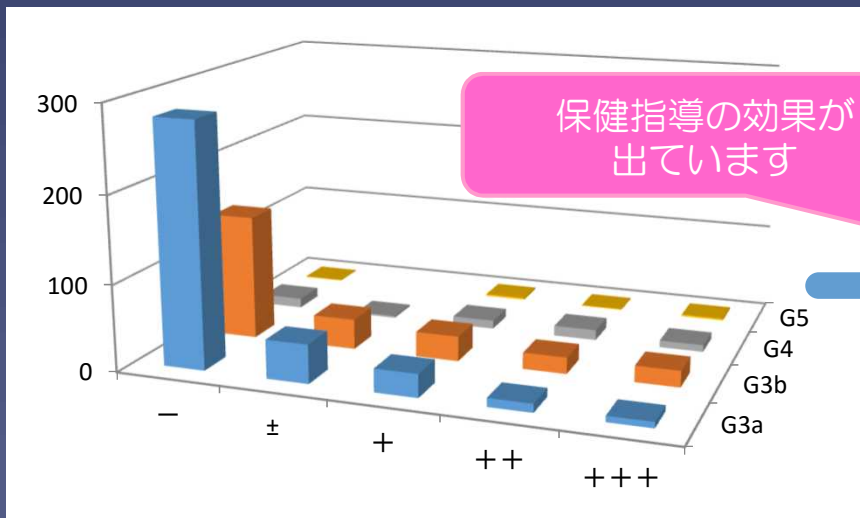


平成27年度 対象①の方の翌年の腎機能 (2年連続受診者:665人)

尿蛋白 eGFR	-	±	+	++	+++
G2					悪
G3a	281	45	27	10	7
G3b	144	35	29	19	19
G4	11	2	10	12	8
G5 低	1		2	1	2

尿蛋白 eGFR	-	±	+	++	+++
G2	14	2	4		1
G3a	279	35	20	8	4
G3b	140	36	31	20	17
G4	10	6	5	13	8
G5	1	1	1	3	5

赤字：改善 青字：悪化



1-1) 慢性腎臓病 (CKD) 対策事業



平成28年度 対象① 初回保健指導ができた方の状況

	受診数	医療機関からの指導内容				減塩	水分摂取		運動
		CKD 説明有	食事の 指導有	運動の 指導有	生活 指導有	取組み 中	1.5L 以上	1-1.5L 未満	習慣 有
腎臓 専門医	113	86	76	18	23	90	34	55	55
	17.0%	76.1%	67.3%	15.9%	20.4%	79.6%	30.1%	48.7%	48.7%
糖尿病 専門医	29	14	13	3	2	18	10	10	16
	4.4%	48.3%	44.8%	10.3%	6.9%	62.1%	34.5%	34.5%	55.2%
かかりつ け医	446	181	147	36	36	294	108	168	234
	67.2%	40.6%	33.0%	8.1%	8.1%	65.9%	24.2%	37.7%	52.5%
受診 なし	64	14	3	0	3	43	19	26	40
	9.6%	21.9%	4.7%	0.0%	4.7%	67.2%	29.7%	40.6%	62.5%
未把握	12	5	3	1	1	7	3	7	5
	1.8%	41.7%	25.0%	8.3%	8.3%	58.3%	25.0%	58.3%	41.7%
合計	664	300	242	58	65	450	174	266	350
		45.2%	36.4%	8.7%	9.8%	67.8%	26.2%	40.1%	52.7%

1-1) 慢性腎臓病 (CKD) 対策事業



CKDセルフケア手帳が完成しました！

お名前 _____

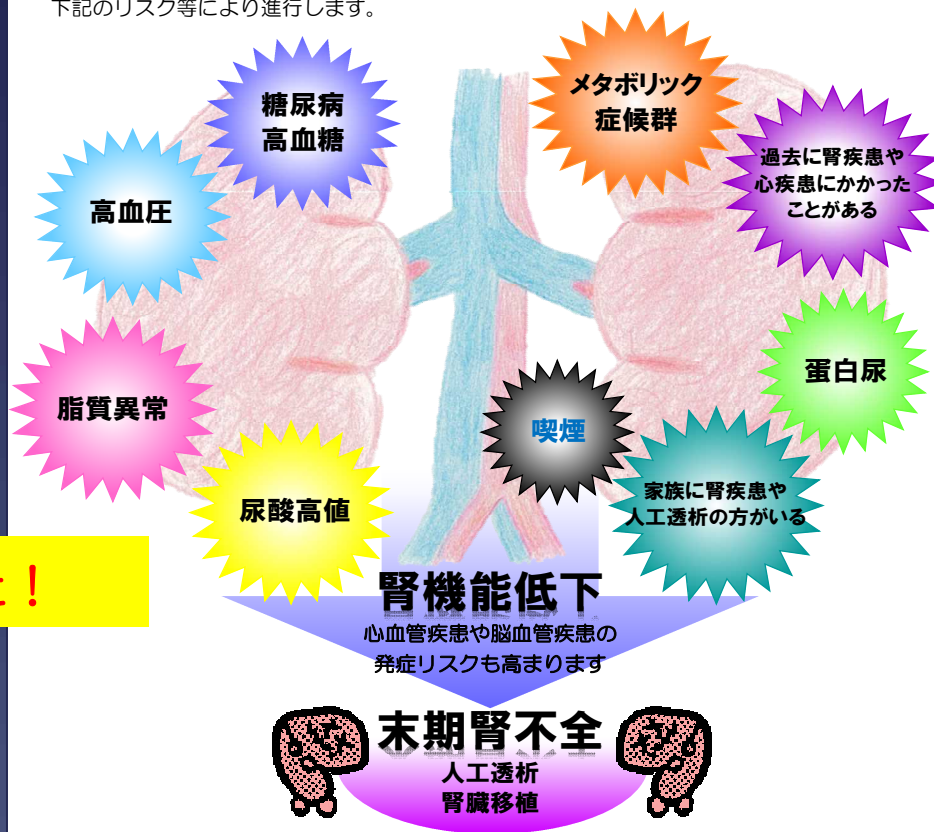
記録開始年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

船橋市保健所 健康づくり課

腎臓をいたわるポイント・塩分チェックのページも掲載しています。

CKDを発症・進行させる危険因子

CKDは、食べ過ぎ、塩分の摂り過ぎ、飲み過ぎ、運動不足等の生活習慣の積み重ねや下記のリスク等により進行します。



知らぬ間に進行するCKD

CKDは、かなり進行してくると下記のような症状がでてくることがありますが、それまでは自覚症状がないことが多く、検査結果に異常があっても放置されてしまいがちです。

- むくみが出る
- 疲れやすくなる
- 貧血になる
- 夜中にトイレに行く回数が増える
- 食欲がなくなる
- 息苦しくなる

腎機能低下がある程度進行すると、回復が期待できないといわれているため、早い段階で腎機能低下に気づき、進行を抑えることが大切です。健康診査や定期受診などで腎機能をチェックし、生活習慣を見直し、改善しましょう。

1-1) 慢性腎臓病 (CKD) 対策事業



ご存じですか？CKD (慢性腎臓病)

CKD (慢性腎臓病) とは、原因となる病気が何であれ、腎臓が障害され機能低下が今後起きるであろう、あるいは起きてしまった状態をいいます。

日本における患者数は約 1,330 万人、成人のおよそ 8 人に 1 人と推計されており、新たな国民病といわれています。CKDの原因となる病気には、糖尿病を筆頭に慢性糸球体腎炎や腎硬化症などさまざまな病気がありますが、最近では生活習慣病によるCKDが増えています。乱れた生活習慣や肥満により高血圧症、糖尿病、脂質異常症が引き起こされると動脈硬化が進行し、CKDを発症させたり進行させたりしてしまいます。また、脳卒中や心筋梗塞などのリスクも高まります。

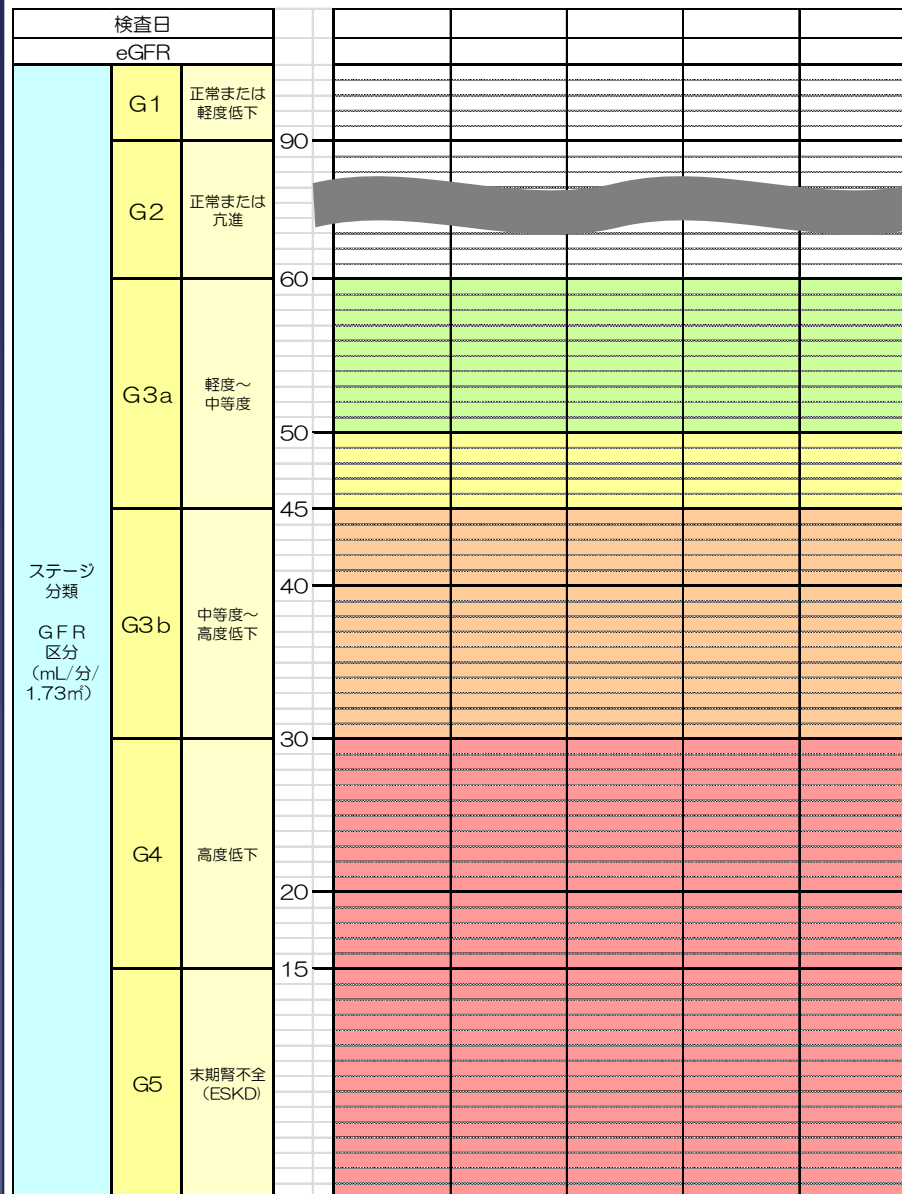
CKD (慢性腎臓病) とは？

- ① 蛋白尿など、腎臓の障害がある
 - ② 糸球体ろ過量 (GFR) が 60 未満に低下している
- 上記のうち①か②のいずれか、または両方が 3 か月以上持続した状態
(参考：日本腎臓学会編 CKD診療ガイド 2012)

CKD の重症度分類

原疾患	タンパク尿区分	A1			A2			A3		
		(-)			(+)			(++以上)		
糖尿病	尿アルブミン定量(mg/日)	正常			微量アルブミン尿			顕性アルブミン尿		
	尿アルブミン/Cr 比(mg./gCr)	30 未満			30~299			300 以上		
高血圧、腎炎、多発性のう胞腎、移植腎、不明、その他	尿タンパク定量(g/日)	正常			軽度タンパク尿			高度たんぱく尿		
	尿タンパク/Cr 比(g./gCr)	0.15 未満			0.15~0.49			0.50 以上		
GFR 区分 (ml/分 /1.73m ²)	G1 正常または高値 	90 以上	正常		軽度		中等度			
	G2 正常またはやや低下 	60~89	正常		軽度		中等度			
	G3a やや低下または低下 	45~59	軽度		中等度		高度			
	G3b 低下または大きく低下 	30~44	中等度		高度		高度			
	G4 大きく低下 	15~29	中等度		高度		高度			
	G5 腎臓がほとんど働かない 	15 未満	中等度		高度		高度			

腎機能 (eGFR) の経過を確認しましょう



船橋市医師会CKD対策委員会のCKD相談システムを ご活用ください！



平成 29 年 9 月

船橋市医師会医療機関 各位

船橋市医師会 CKD 対策委員会

委員長 松隈 英樹

担当理事 遠藤 恒宏

平素より医師会事業にご協力ありがとうございます。船橋市医師会では平成 27 年 3 月に「船橋市医師会 CKD 対策委員会」が設置され、平成 29 年 6 月には DM/CKD 診療連携医のための研修会も開始され、登録医のご協力も少しずつ得られてきております。

かかりつけ医での CKD 診療において、腎臓専門医に紹介するまでいかになくても判断に迷い相談したい場合や腎臓専門医へのアクセスが悪い場合などの際、腎臓専門医に気軽に相談できるように、船橋市 CKD 対策委員会では「CKD 相談システム」を構築していますので是非ご利用下さい。相談用紙のひな形は船橋市医師会の会員専用 HP からダウンロードすることが可能です。CKD 相談システムの利用は登録医に限らず、船橋市医師会会員であれば可能です。

<CKD 相談システム>

かかりつけ医で相談内容を CKD 相談用紙に記入

→医師会事務局 (FAX 047-423-7171) へ送信

→腎臓専門医による回答

→医師会を通じてかかりつけ医へ回答

また、平成 25 年度より特定健康診査の健診項目に血清クレアニチンが加えられ、eGFR を算出できるようになり、併せて市の保健師・管理栄養士が、受診者の中で腎機能低下のリスクが高い方を抽出し、早い段階からの保健指導を行っております。この際にも、かかりつけ医において CKD 相談システムが利用できるように、対象者の方へ相談用紙の配布を行っています。専門医に相談したいというような症例がありましたら、是非活用していただけるようお願いいたします。

《かかりつけの先生方へ よろしければご利用ください。》

船橋市医師会「CKD対策委員会」宛

FAX :

慢性腎臓病 (CKD) 相談用紙

依頼日	年 月 日	依頼医療機関名		
依頼医療機関住所			FAX/Tel	
依頼医師名	診療科			

患者情報

年齢	歳	性別	男・女	身長	cm	体重	kg	職業	
----	---	----	-----	----	----	----	----	----	--

<CKD原疾患名(推測でも可)>

<CKD以外の病名>

<CKDの診断に至るまでの病歴>

分かれば、蛋白尿が最初に指摘された時期： 腎機能低下(Cre1.0mg/dl以上)が判明した時期：
 血圧が高いと言われた時期： 薬を飲み始めた時期：
 血糖が高いと言われた時期： 薬やインスリンを使い始めた時期：

保健指導の際に、CKD相談用紙を配布しています

<CKDに関するこれまでの指導内容(特になければ空欄で構いません)>

食事指導： _____カロリー、蛋白_____g、塩分_____g、加ワム制限 有無、水分制限_____ml

生活指導：

運動指導：

<相談事項>

CKDの診断を確認してほしい。 CKDの原因を調べてほしい。

CKDの治療をお願いしたい。(□全部お願いしたい □指導してくれれば当院でフォローできる)

透析導入かどうか診断してほしい。 透析導入してほしい。

注) CKDの根拠となるデータ及び内服薬一覧を送付してください。

例) WBC,RBC,Hb,Ht,Plt TP,Alb,AST,ALT,rGTP Tch,TG, LDL,HDL

BUN,Cre,UA,Na,K,CL,Ca,IP, CRP <DMの場合：血糖,HbA1c(JDSorNGSP)>

尿一般、尿沈渣、尿中蛋白定量(随時尿)、尿中 Cre(随時尿)

1-2) 糖尿病に重点をおいた慢性腎臓病対策事業

対象： 60歳代かつ健診未受診で糖尿病レセプトのある者

保健指導対象者の関わりの内訳		
保健指導実施	1,006人	57.1%
未把握	638人	36.2%
対象外	53人	3.0%
資格喪失	64人	3.7%
合計	1,761人	

初回支援のみの者：216名

継続支援できた者：790名

対象者の約13%が健診受診に繋がりました！

初回支援後の健康行動の変化

食生活改善	145人	18.4%
運動面改善	70人	8.9%

初回支援時のHbA1cの分布 (1,006人)

6.5%未満	6.5~6.9%	7.0~7.9%	8.0%以上	良好と説明	不良と説明	未把握
264人	235人	232人	61人	31人	17人	166人
26.2%	23.3%	23.1%	6.1%	3.1%	1.7%	16.5%

1-2) 糖尿病に重点をおいた慢性腎臓病対策事業

新規人工透析導入者に移行する方の殆どが“**健診未受診+糖尿病しせあり**”であり、健診受診者は“**尿蛋白2+以上**”の方が多かったため、実態調査も含め2年間での実施事業

＜事業実施で見えてきた事＞（対象：H28は内服治療者、H29はインスリン治療者）

* 健診未受診理由の再認識！

定期受診を理由に、“敢えて”健診を受けていないことが発覚
健診受診に結びつけることは難しい

* 医療機関によって検査内容にバラツキがあり

毎月は血糖検査のみ、年2-3回脂質等も含めた検査を実施していても尿検査実施なし
眼科受診も勧めていない医療機関あり

* コントロール良好者が半数 尿蛋白は???

* 1回の保健指導では行動変容に至らない！

【結論】

- 毎年の健診受診に結びつけるには、かかりつけ医からの声掛けの協力が必須であり、健診受診のメリットを周知していく必要がある。
- 糖尿病重症化予防には複数回の積極的な支援が必要であり、かかりつけ医との連携が不可欠。

1-3) 糖尿病重症化予防対策事業

平成28年度～

対象：健診受診結果で、服薬の有無にかかわらず、HbA1c8%以上の者

保健指導対象者の関わりの内訳

保健指導実施	533人	86.9%
未把握	80人	13.1%
合計	613人	

初回支援のみの者：135名

継続支援できた者：398名

144人（23.5%）が動機づけ・積極的支援の特定保健指導対象だった！

血糖値が高い方は、
行動変容が難しい…
平成29年度は
HbA1c7%以上に拡大

初回支援後の健康行動の変化（未把握は除く）

	改善		悪化・変化なし	
食生活	141人	35.4%	223人	56.1%
運動面	67人	16.8%	296人	74.4%

2. 糖尿病性腎症重症化予防プログラムに 取り組むまでの経緯

国の 動向

- ・平成28年4月
糖尿病性腎症重症化予防プログラム策定

千葉県の 動向

- ・平成29年12月
千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム策定

船橋市の 取組み

- ・平成29年度より
糖尿病性“腎症”重症化予防に取り組む必要がある！

今までも糖尿病重症化予防に
取り組んでいましたが…

2. 糖尿病性腎症重症化予防プログラムに 取り組むまでの経緯

糖尿病重症化予防プログラム該当要件

①対象者の抽出基準が明確であること

保険者努力支援制度の
加点が高いが昨年度までは
②の要件が満たせず…

②かかりつけ医と連携した取組である

③保健指導を実施する場合には専門職が取組に携わること

④事業の評価を実施すること

⑤取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の
糖尿病対策推進会議等との連携を図る事

2. 糖尿病性腎症重症化予防プログラムに 取り組むまでの経緯



糖尿病性腎症重症化予防プログラム実施に向けた課題

- 国や県の選定の抽出基準では、対象者が多い。
- 従来 of 事業を実施しながら、一定の期間の保健指導の実施が可能か。
 - CKD保健指導対象者の翌年の腎機能結果では、肥満を伴っている者の方が翌年悪化している傾向にある。
 - 健診受診者の糖尿病治療者の血糖コントロールが悪い者が多い、また市内かかりつけ医以外の者もいる、未治療の者は連絡が取れない者も多い。
 - 血糖値が高い者はCKD（慢性腎臓病）保健指導対象者と比較すると運動習慣の改善が難しい傾向がある。

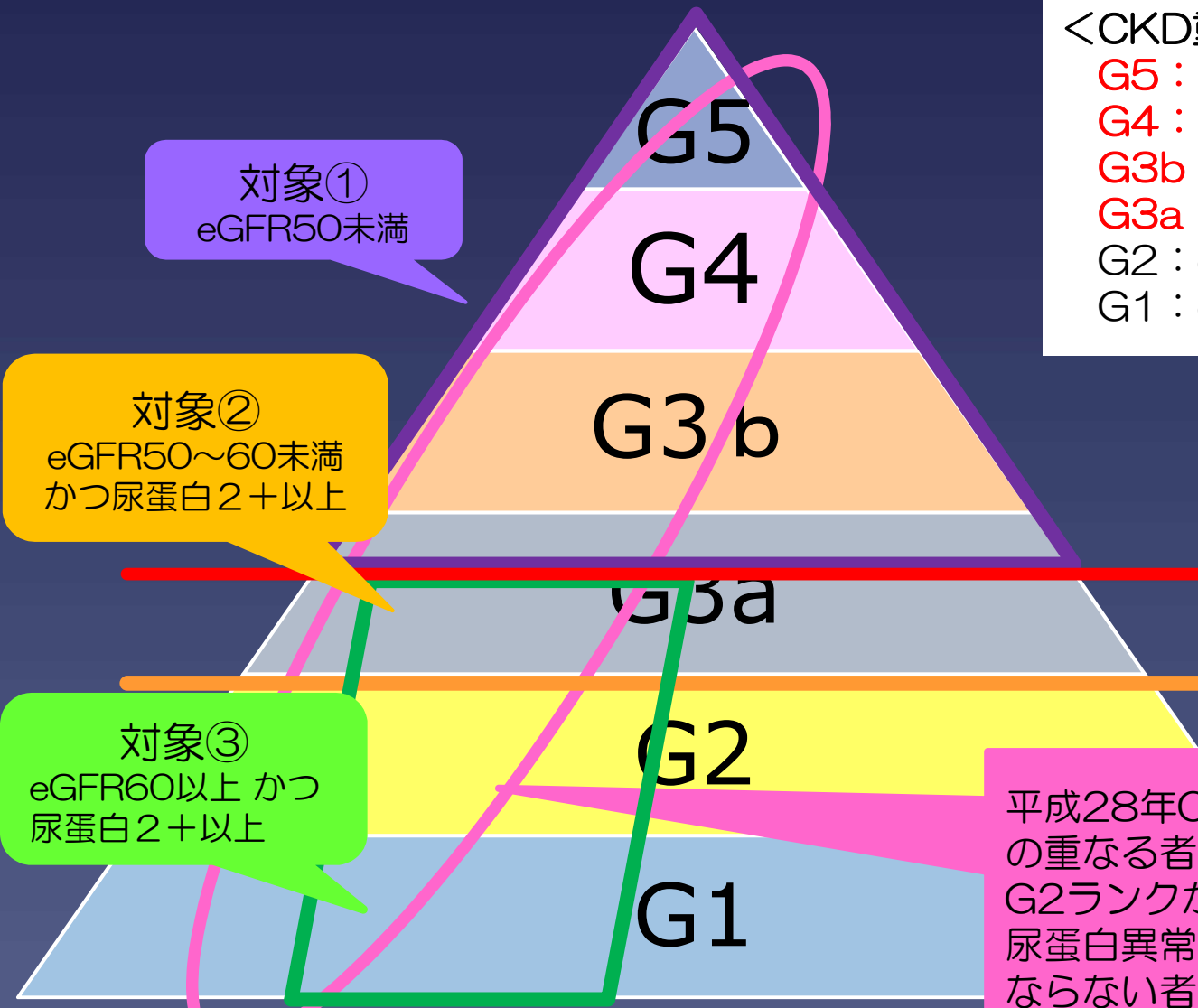


- 船橋市では、船橋市医師会CKD対策委員会を通じ連携・協働の体制を構築中であり、糖尿病性腎症について問題の共有が図れているが、一部の連携に留まっているため、新規人工透析導入予防に向け、かかりつけ医との連携強化が急務！

⇒ 糖尿病性腎症重症化予防プログラムに取り組む必要性の高まり

2. 糖尿病性腎症重症化予防プログラムに 取り組むまでの経緯

<CKD重症度分類>
G5 : eGFR15未満
G4 : eGFR15~30未満
G3b : eGFR30~45未満
G3a : eGFR45~60未満
G2 : eGFR60~90未満
G1 : eGFR90以上



対象①
eGFR50未満

対象②
eGFR50~60未満
かつ尿蛋白2+以上

対象③
eGFR60以上 かつ
尿蛋白2+以上

平成28年CKD対象①②③と腎症対象の重なる者：153人
G2ランクが65人が多い（42.5%）
尿蛋白異常があってもeGFR値が低くない者もいる。

2. 糖尿病性腎症重症化予防プログラムに 取り組むまでの経緯

平成28年度の健診受診者から見た今後の対象者予想

内服あり	－	±	+	++	+++
7～7.9%	741	152	102	48	27
8%以上	235	77	79	21	20
内服なし	－	±	+	++	+++
7～7.9%	315	67	48	16	7
8%以上	89	34	36	7	7

腎症対象の方には、
本人の同意のもと、積極的な複数回の関わりを実施。
「糖尿病連携手帳」を医療機関との連携ツールとして活用。

↓
【プログラム参加者】

医療機関との連携が不可欠！

従来からの受診勧奨、重症化予防の保健指導を実施

船橋市の糖尿病性“腎症”重症化予防プログラム対象者

H29年度の対象は、治療の有無に関わらず…

“HbA1c7%以上” かつ “尿蛋白+以上”

を腎症の重症化予防対象とする。

3. 平成29年度の保健事業と 第2期データヘルス計画策定（H30～35）に向けて

平成29年度からの糖尿病重症化予防事業

【対象】 健診受診結果で、服薬の有無にかかわらず、HbA1c7%以上の者、
かつ 尿蛋白+以上の者は糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象

プログラム参加者

運動教室への参加等で
継続支援

6か月の支援

・プログラム参加意思確認後、参加者には糖尿病連携手帳を配布

*セルフケアのためご自身で活用できるように伝える。

*糖尿病連携手帳に、保健師・管理栄養士の指導助言内容を記入。
治療中の方は受診時に主治医に見せ、指示を仰ぐように伝え、
対象者と医療機関、行政の連携ツールとして活用中。

・運動教室への参加、健康運動指導士とともに生活改善の支援を実施中。

*糖尿病の方の運動に対するモチベーションが低く、運動の習慣化に向け、教室運営を試行錯誤で実施中。

3. 平成29年度の保健事業と 第2期データヘルス計画策定 (H30~35) に向けて

	健診受診	健診未受診
レセプトなし	<p>健診受診者 レセプトなし</p> <p>糖尿病基準該当 +受診なし</p> <p>糖尿病性腎症 +受診なし</p> <p>必ず受診勧奨</p>	<p>健診未受診者 レセプトなし (検査情報なし)</p> <p>過去に糖尿病治療歴あり。 現在自己中断…</p> <p>今後の課題…</p>
レセプトあり	<p>糖尿病性腎症 +受診あり</p> <p>プログラム 対象</p> <p>健診受診者 レセプトあり</p>	<p>糖尿病治療中</p> <p>糖尿病に重点をおいた慢性腎臓病 対策事業で一部把握…</p> <p>健診未受診者 レセプトあり (検査情報なし)</p>

3. 平成29年度の保健事業と 第2期データヘルス計画策定 (H30~35) に向けて

かかりつけ医

腎臓専門医

DM/CKD診療
連携医

健康づくり課
担当

糖尿病専門医

CDE- Chiba

連携・協働

眼科医

歯科医

CKD・糖尿病性腎症
対象者

薬剤師

地域保健課

地域・職域

そこに住んでいるだけで、
対象者の支援体制が整っている

ご清聴ありがとうございました



我孫子市 国保年金課の取組について

我孫子市 健康福祉部 国保年金課
給付担当 辻 恵



手賀沼のうなぎちゃん

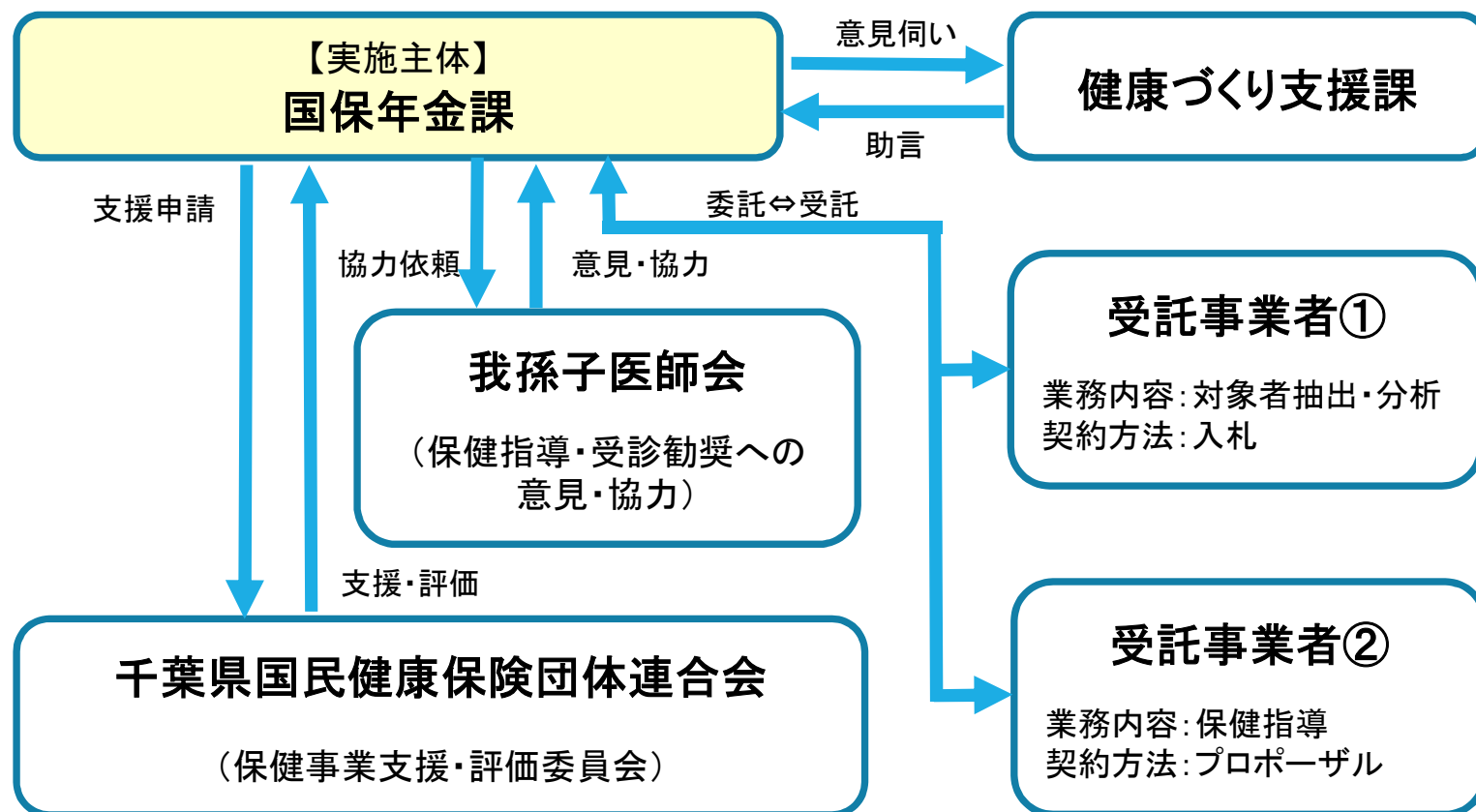
取組内容

- 国保の概要 人口：約13万2千人 国保被保険者数：約3万人
被保険者の平均年齢：53.9歳
- 事業開始 平成28年度(第1期データヘルス計画に基づき実施)
- 保健指導 生活習慣病を起因とした透析リスクのある被保険者を対象として、主治医と連携し、保健師等専門職による6か月間の面談指導及び電話指導を実施。
【対象者数】30人
- 受診勧奨 糖尿病の治療を中断している被保険者を対象として、個別通知・電話により医療機関への受診勧奨を実施。
【対象者数】200人

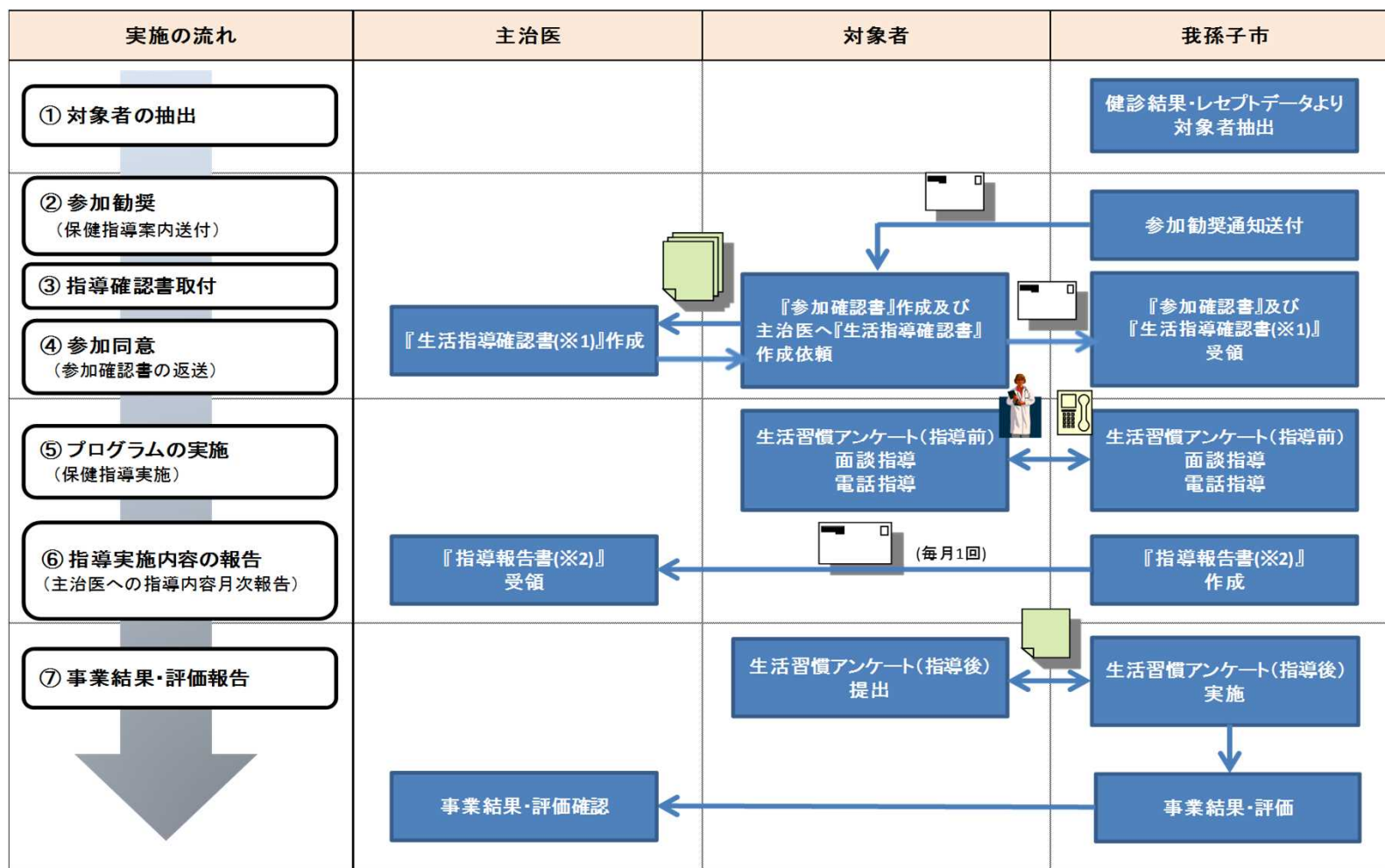


実施体制

庁内での人員確保が難しいため補助金を活用し委託で事業を実施

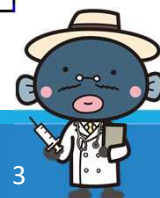


保健指導の流れ



※1 『生活指導確認書』を主治医に記入頂き、その内容に基づいた保健指導を実施。文書作成料は我孫子市で負担。

※2 『指導報告書』は、毎月主治医へ郵送にて報告。



受診勧奨の流れ

①対象者の抽出

②受診勧奨通知の発送

③保健師による電話勧奨

④受診行動の確認

(表)

医療機関を早めに受診することをお勧めします。

このお知らせは、平成27年度または平成28年度の健診結果において、糖尿病のリスクがある方（空腹血糖値126mg/dL以上、またはHbA1c6.5%以上に該当する方）に宛てられています。なお、医師の指示に基づき定期的に治療を受けている方や、既に糖尿病の診断、医師により「受診の必要なし」とのご判断をいただいた方、平成27年度の健診結果で数値が改善している方にごお知らせが難しい場合がございます。

健診結果をもっと一読願います。

あなたの過去の健診の健診実施日は、平成28年1月29日です。

項目	空腹血糖	HbA1c	糖化HbA1c	糖化HbA1c	空腹血糖	HDL	LDL
単位	mg/dL	%	mmol/L	mmol/L	mg/dL	mg/dL	mg/dL
リスクが低い	—	6.6	1.46	7.2	151	56	202
リスクが低い	—	—	—	—	—	—	—
糖尿病のリスクが高い	128	6.8	1.46	9.0	300	34	140
リスクが高い	—	—	—	—	—	—	—

※ 糖尿病の診断は、医師の診察を受けてください。また、医師の指示に従って治療を受けてください。

※ このお知らせは、平成27年度または平成28年度の健診結果に基づき作成されています。医師の診察を受けてください。

※ 糖尿病のリスクが高い方は、医師の診察を受けてください。

※ あなたの健診結果は、医師の診察を受けてください。

※ あなたの健診結果は、医師の診察を受けてください。

(裏)

糖尿病は放置すると危険な病気です!!

自覚症状がなくても発症しても大丈夫?

糖尿病は重症化するまで症状がでないことが多い疾患です。予防するためにぜひ受診してください。

糖尿病は様々な合併症を引き起こします

- ◆ 糖尿病性網膜症
 - 目の奥の網膜の細かい血管に障害が起こり、視力が低下します。初期には自覚症状がありません。ある日突然目が見えなくなってしまうこともあります。両眼の危険性が高い病気です。
- ◆ 脳梗塞
 - 糖尿病になると、さうでい人に比べて脳梗塞を起こす危険性が2〜4倍高くなります。脳卒中は一度発症しても、再発の危険性が高い病気です。
- ◆ 糖尿病性腎症
 - 糖尿病の合併症の1位を占めます。初期は、尿中の糖質をろ過する機能が低下します。自覚症状がほとんどないため、知らぬ間に進行し透析に至る場合もみられます。
- ◆ 心血管疾患（心筋梗塞）
 - 糖尿病になると、さうでい人に比べて心筋梗塞を起こす危険性が2倍以上高くなります。自覚症状がほとんどないため、注意が必要です。
- ◆ 糖尿病性神経障害
 - 手足の末端に障害が起こります。痛みやしびれを感じるようになります。
- ◆ 糖尿病性脚気
 - 足が痺れて歩けなくなる場合があります。この病気は非可逆性で、早期に治療を受けることが重要です。

合併症発症のリスクを下げるために早めに病院を受診してください。

【通知のポイント】

- ①健診結果を活用し、個人毎のリスクを具体的に表記
- ②糖尿病のリスクを具体的に表記

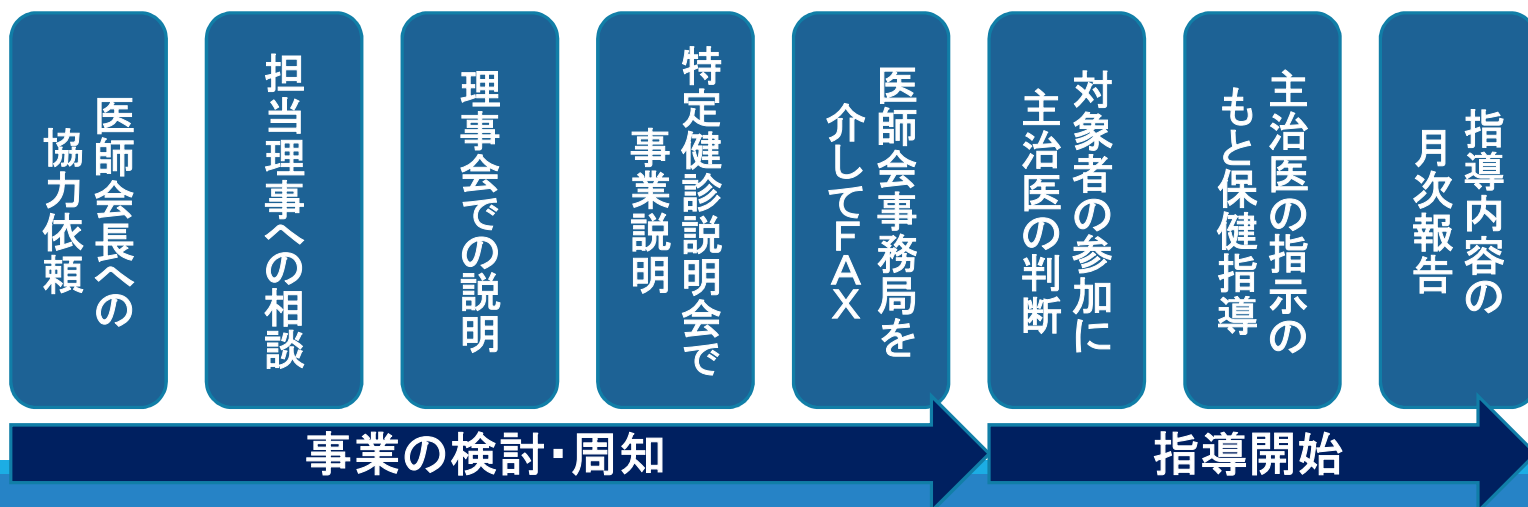
千葉県国民健康保険団体連合会の【特定健診・特定保健指導支援事業】を活用



地域医師会との連携



- ✓ **キーパーソンを見つける**
 - ➔ 医師会長から担当理事を紹介していただく
- ✓ **トレンドを明確に伝える**
 - ➔ 国の動向や他市町村の事例を資料で示す
- ✓ **胸を借りる**
 - ➔ 「こうしたいです！」ではなく「どうしたらいいのでしょうか？」



補助金の活用

国民健康保険調整交付金(保健事業分)

- 【申請事業】 国保ヘルスアップ事業
- 【事業名】 糖尿病性腎症重症化予防(h-③)
生活習慣病重症化予防(糖尿病性腎症を除く)(i)
特定健診受診者のフォローアップ(b)
- 【対象経費】 事業委託費
- 【助成限度額】 **900万円**(被保険者数1~5万人未満)

保険者努力支援制度

- 【評価項目】 重症化予防の取組の実施状況
- 【配点】 平成28年度分40点、平成29年度分70点、
平成30年度分100点
- 【交付金額】 交付金額(平成28年度実績)
40点×2.31円×33,577人(申請時被保険者数)
約310万円

終わりに

対象者の抽出方法、通知の内容、勧奨方法等々、まだまだ改善ポイントはたくさん！

取り組み事例の横展開を活発にして、県全体で効果的・効率的な事業の推進を！！

