

参考資料

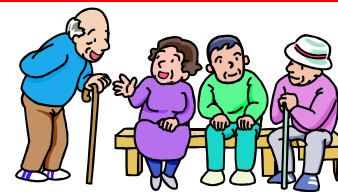
健康日本21(第二次)

糖尿病に関する目標

項目	現状	目標
①合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数)の減少	16,035人 (平成25年)	15,000人 (平成34年度)
②糖尿病治療継続者の割合の増加	62.0% (平成24年)	75% (平成34年度)
③血糖コントロール不良者の割合の減少(HbA1cがNGSP値8.4%以上の者の割合の減少)	1.2% (平成22年度)	1.0% (平成34年度)
④糖尿病有病者の増加の抑制	950万人 (平成24年)	1,000万人 (平成34年度)
⑤メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	1,394万人 (平成24年度)	平成20年度と比べて25%減少 (平成27年度)
⑥特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	特定健康診査の実施率 46.2% 特定保健指導の実施率 16.4% (平成24年度)	平成25年度から開始する第二期医療費適正化計画に合わせて設定(平成29年度)

埼玉県の実施事例：糖尿病重症化予防対策

～「健康長寿埼玉プロジェクト」と合わせて「健康長寿」を実現～



超高齢社会＝大半の人が慢性疾患を抱えながら暮らす社会



「データヘルス」の手法を活用し
重症化予防により健康寿命を延伸

糖尿病に着目

- ・国民の6人に1人「国民病」
 - ・有病者の4割が未受診
 - ・透析原因の4割以上が糖尿病
- 2025年には、糖尿病の重症化による人工透析患者数と透析医療費が1.5倍に



健康長寿埼玉モデル事業に参加
健康長寿サポーターとして活躍

健康者＝ウォーキング・筋トレ

生活習慣病患者・予備軍
＝外来、自宅（放置）

重症患者＝病院

通院服薬
保健指導

医療サービス

＋新たな重症化予防策

取組内容

健診・レセプトデータからハイリスク者をピンポイントで抽出

- 未受診者に、医療機関受診を勧奨
- 通院患者に、かかりつけ医の指示の下、専門職が6月間、生活習慣改善支援

平成26、27年度
30市町国保において国保連合会による
共同事業方式で実施
受診勧奨：5,622人 保健指導：1,195人

効果

生活機能維持

透析になると週3回4時間の治療
→ 重症化を予防しQOL維持（さらに）
脳梗塞、心筋梗塞の発症も防止

医療費抑制

透析になると年500万円の医療費（透析導入前は、年50万円）
→ 透析医療費の増加を抑制
医療保険財政の安定を確保

今後の展開

平成28年度に40市町国保で実施
平成29年度以降、共同事業のほか国基準を満たす独自実施市町村を含め、全県での展開を目指す

現役世代対策の拡充（協会けんぽ他）

広島県呉市国保の主な取組概要

○呉市地域総合チーム医療による重症化予防等の取組

- ・ 呉市国保のコーディネートにより地域の多職種（医師会・歯科医師会・薬剤師会）の連携を進め、疾病管理・保健事業を実施。

〈糖尿病性腎症重症化予防〉

- ・ レセプトデータ、特定健診データから抽出した指導対象者を選定し、個別に保健指導プログラムを行うことにより重症化を予防。

※ 平成26年度における実績

プログラム参加者 82人、うち透析移行者:0人

○後発医薬品の使用促進

- ・ 後発医薬品に切り替えることによって一定以上の医療費負担軽減効果がある者に、削減額等を通知するサービスを実施。平成20年7月から27年3月までの通知者の84%が後発医薬品へ切り替え。

※ 通知者:30,299人、うち25,598人が切り替え。

効果額:2億312万円(平成26年度)

○重複受診・頻回受診対策

- ・ 重複受診者(同一月に同一疾患で、3医療機関以上受診している方)や、頻回受診者(一医療機関に一月当たり15日以上受診している方)に対して訪問指導を実施。

※ 平成25年度における訪問指導の実績

(重複受診) 対象者: 32人、うち訪問指導実施者7人、うち削減達成者4人、効果額:62万円

(頻回受診) 対象者:281人、うち訪問指導実施者83人、うち削減達成者53人、効果額:1,108万円 4

荒川区



荒川区シンボルキャラクター
(あらみい・あら坊)

荒川区の取組事例：レセプト情報を保健事業や医療費適正化に有効活用

<取組>

- ◆糖尿病等重症化予防プログラムの実施
- ◆多受診者等への訪問指導
- ◆特定健診未受診者・医療機関未受診者への受診勧奨
- ◆ジェネリック医薬品利用勧奨

取組の ポイント

レセプトや特定健診データの分析により、
支援等が必要な対象者を特定し、アプローチ
(民間の医療データ分析サービスの活用と
地域の医療関係者の協力による事業実施)

取組の概要

効果検証

<糖尿病等重症化予防（25年度～）>

- 保健師・栄養士等の専門職が、かかりつけ医と連携の上、保健指導（食事療法・運動療法等）を実施

- プログラム終了者は25・26年度累計72名

- 終了者の中に人工透析に移行した者はいない
(26年12月時点)

<多受診者等への訪問指導（26年度～）>

- 重複受診・頻回受診・重複服薬の傾向がみられる国保加入者に対し、保健師が訪問指導等を実施

- 42人に指導を実施（26年度）

- 指導後、33人の受診行動に改善がみられ、年換算340万円の医療費を削減

<特定健診未受診者・医療機関未受診者受診勧奨（26年度～）>

- 特定健診連続未受診者や、特定健診で検査数値に異常が見つかりながら医療機関を受診していない国保加入者に対し、受診勧奨通知を送付

- 24・25年度の2年連続特定健診未受診者のうち、277人が通知送付後に特定健診を受診

- 医療機関を受診していなかった者のうち、21人が通知送付後に医療機関を受診
(いずれも26年度)

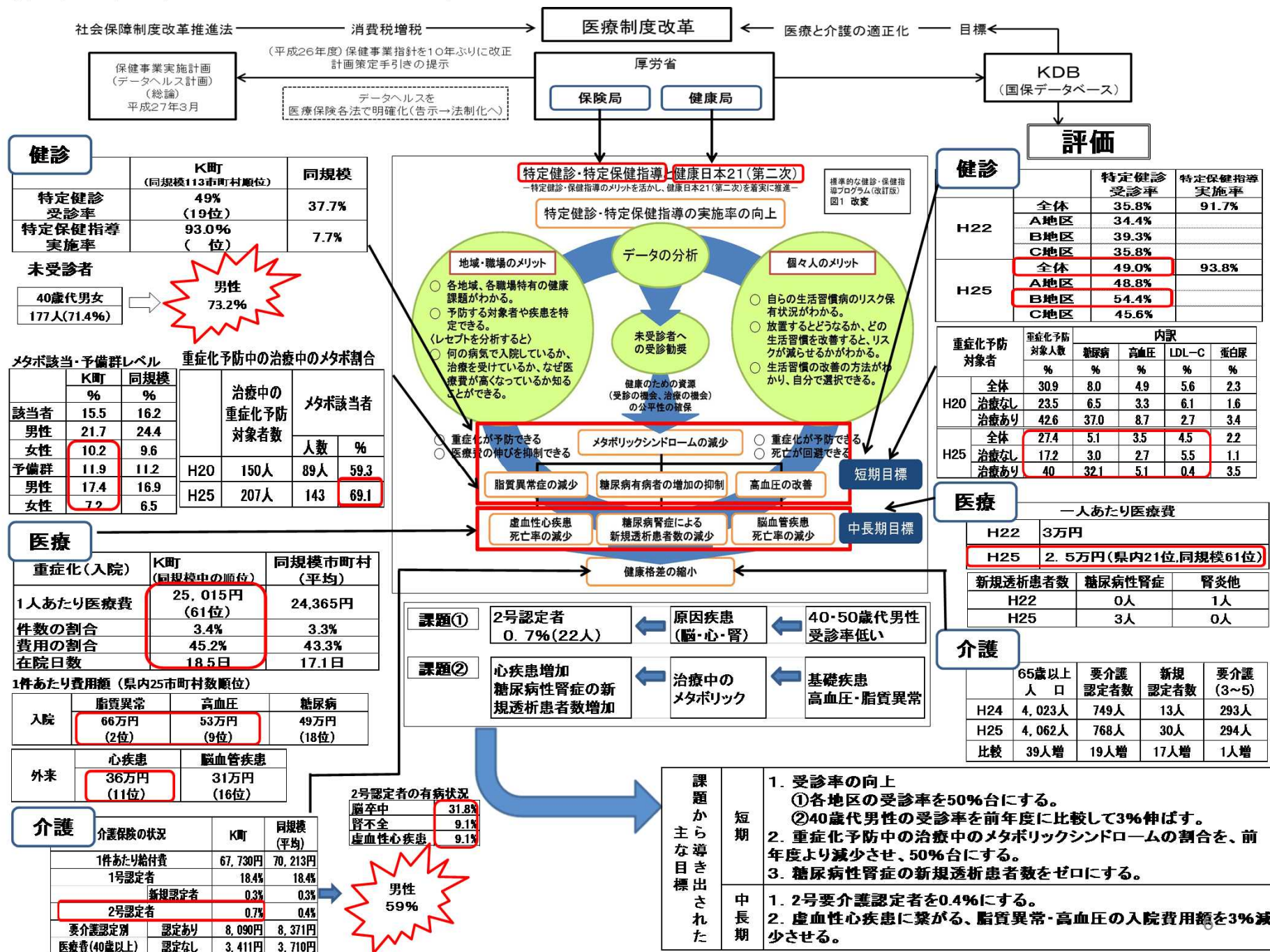
<ジェネリック医薬品利用勧奨（25年度～）>

- ジェネリックへの切替により月100円以上薬代の軽減が見込まれる国保加入者に対し、利用勧奨通知を送付

- 25年6月から27年9月までに延べ58,500人に通知を送付

- 27年5月までに累計約2億円の薬剤費を削減

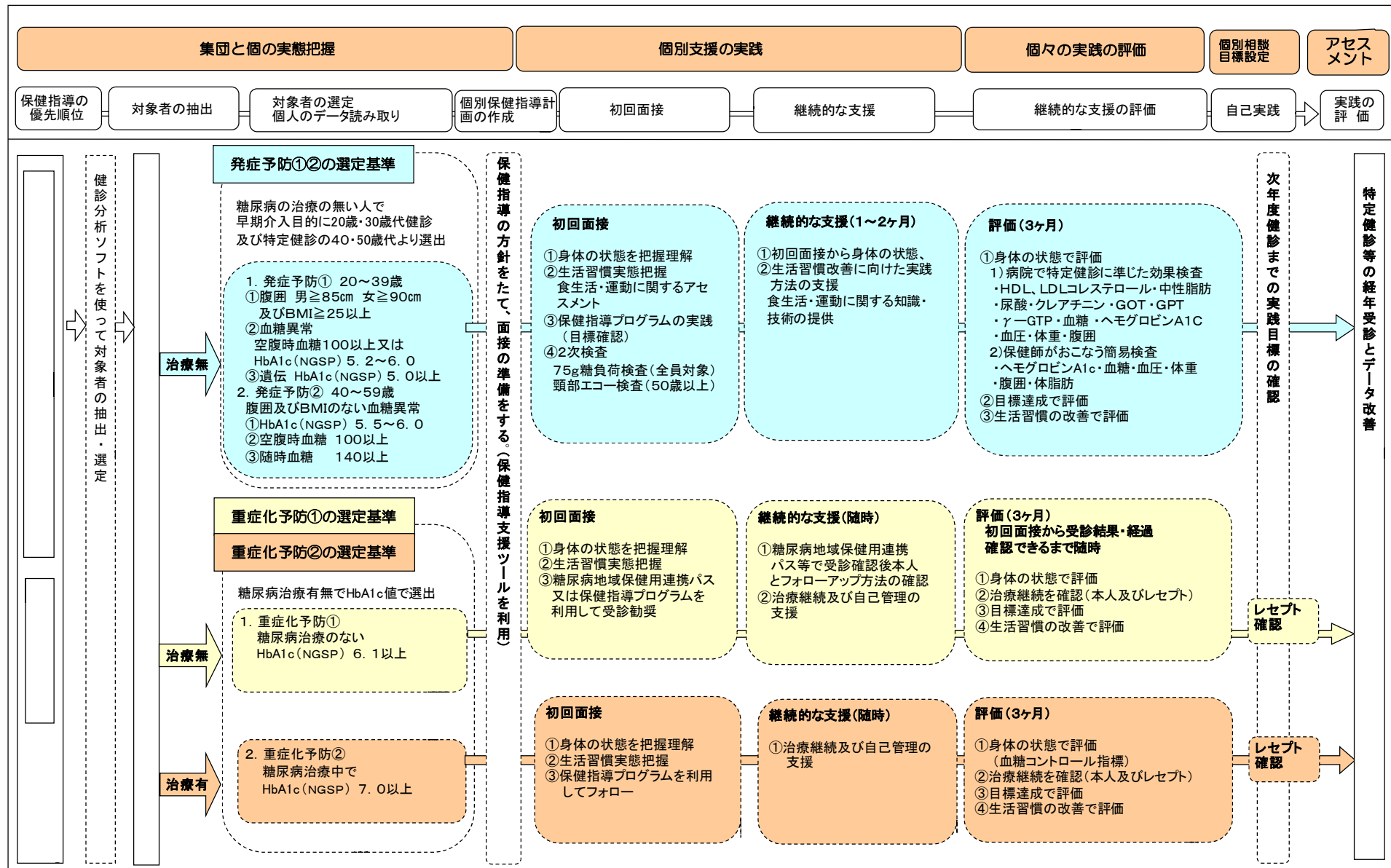
～徳島県海陽町保健事業実施計画(データヘルス計画)の目指すべき方向性～



全体評価（確定版様式より評価）

評価の観点	A プロセス(過程)		B アウトプット(事業実施量)			C アウトカム(結果)			D ストラクチャー(構造)
	やってきたこと	評価のための様式(確定版様式ほか実践で作成してきたもの)	①特定健診実施率(%)	②特定保健指導実施率(%)	③保健指導の継続率(%)	①健診結果	②医療	③介護	保健事業を実施するための仕組みや体制
経過	平成22年度	あなみツールでの経年評価 生活習慣病レセプト分析 対象者全員への受診勧奨訪問の継続 対象者を明確にした保健指導実施の継続 地域連携バス台帳の作成 糖尿病ノートの読み合わせ 地区分担を考える ・ライフサイクルの視点での優先課題を考える 母子保健指導を考える 妊産婦フォロー台帳の作成 介護との連携	35.8%	97.1%	個別プログラムの実施	○発症予防対象者は、少し食生活や運動に気をつけることでほぼ全員がHbA1改善 ○糖尿病治療中の人は生活習慣のコントロール良の人が増え、不良の人が減少 ○糖尿病治療なしでは、受診勧奨の必要の人がやや減少し、必要な人が増加していることから重症化予防が図られている	*1人あたり医療費 ○一般 355, 374円 県下12位 (県：348, 988円) ○退職 3368, 420円 県下19位 (県：399, 247円)	*介護保険認定者 ○40～64歳：18人 ○65～74歳：69人 ○75歳以上：629人 要介護4・5について40～64歳は減っているが65～74・75歳以上は増えている	○業務担当と地区分担 ・保健師7人 ・管理栄養士1人 ・看護師1人 ○保健師の増員・臨床心理士の雇用を要望
	平成23年度	地区分担で責任を持った保健指導の実施 ・世帯ごとの問題性の把握 ・世帯台帳の作成 ・新規受診者を大事にしてい ・治療中断せず、健診の継続受診に繋げる ○発症予防・重症化予防プログラムの実践 ○産後簡易検査開始 ○20代30代健診開始 ○乳幼児の生活習慣病対象者の明確化	37.3% (暫定値)	%	個別プログラムの実施	○内臓脂肪症候群減少率 29.5% ○該当・予備群で無くなった率 21.6% ○血糖、血圧、LDL改善率 ○継続、新規受診者の改善率 ○発症予防 ○重症化予防	○国保1人あたり医療費 ・県平均より安い国に比べると高い ○高額医療 ・1か月で150万円以上かかった人の6割が予防可能な疾患 ○発症予防・重症化予防 ・一番お金がかかるのは入院なので入院せずに後期に行く	○介護給付費 ・国保医療費に匹敵 ○施設や地域密着型の利用 ・県平均より高く、高額な介護保険料につながっている。 ○2号被保険者の状況 ・健診を毎年受けている人はいない。 ・原因疾患では予防可能な脳血管疾患が一番多く、高血圧を合併 ○若いころからの健診を受けてもらい発症・重症化予防につながる	○地区分担 ・保健師8人 ・管理栄養士1人 ・看護師1人 ○保健師1人新規採用 管理栄養士正規採用 ○臨床心理士週2回雇用

徳島県海陽町 発症・重症化予防保健指導プログラムの流れ



糖尿病性腎症重症化予防にかかる海部郡医師会との連携

徳島県国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会で地域病院との連携が課題と整理



【具体策】

●症例検討会議を開催

出席者：海部郡医師会会長、近隣3町の保健師・栄養士、海部病院、美波保健所所長

川島病院院長(最も近い腎臓専門医、管内から2時間かかるが管内病院で月1回診療開始)

検討事項1. 腎機能低下を防ぐための腎臓専門医への紹介のタイミング(別紙A①、A②)を確認

2. かかりつけ医から腎臓専門医へ紹介できるよう、健診等で該当者が確認できた際は、ケアマネタイムを活用し、主治医へ連絡すること(別紙B)を確認



●海部郡医師会で報告・会員への周知

保健所長、医師会会長より症例検討会議の概要を報告し、会員に周知

腎臓専門医への紹介基準

別紙A①

原疾患	蛋白尿区分	A1	A2	A3
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 腎表 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日)	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
	尿蛋白/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		※1
	G2 正常または軽度低下	60~89		※1
	G3a 軽度~中等度低下	45~59	40歳未満は紹介※2	紹介
	G3b 中等度~高度低下	30~44	40~69歳も紹介※2	紹介
	G4 高度低下	15~29	70歳以上も紹介※2	紹介
	G5 末期腎不全	<15		紹介

3ヵ月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は腎臓専門医へ速やかに紹介すること

※1: 血尿と蛋白尿の同時存在の場合は紹介

※2: 尿所見正常の場合、腎臓専門医への紹介は、安定した70歳以上の患者ではeGFR40mL/分/1.73m²としてもよい

(KDIGO CKD guideline 2012 ※日本人用に改変)

CKD診療ガイド2012 p.41 表17

別紙A②

CKD患者の専門医との連携体制案

別紙B

※腎臓専門医へ紹介する基準1) 2) 3)

1) 尿蛋白0.50g/gCr以上 または尿試紙で尿蛋白2+以上
(尿蛋白1+でも、一度は腎臓専門医に紹介してください。)

2) 蛋白尿と血尿がともに陽性(1+以上)

3) 40歳未満 GFR 60mL/分/1.73m²未満
40歳以上70歳未満 GFR 50mL/分/1.73m²未満
70歳以上 GFR 40mL/分/1.73m²未満

年齢+GFR=110未満が紹介目安



生活歯援プログラムについて

- 日本歯科医師会において、下記のとおり、生活歯援プログラムが作成されています。
- また、埼玉県ではこのプログラムを活用し歯科保健指導が実施されています。

【日本歯科医師会生活歯援プログラム】

新しい成人歯科健康診査のご案内

生活歯援プログラム
(標準的な成人歯科健康診査プログラム・保健指導マニュアル)

生活歯援プログラムとは？
日本歯科医師会が提唱する新しい歯科健康プログラムです。受診された方の生活習慣などの問題点を見つけ、一緒に改善していく「一次予防」が大きなポイントです。

生活習慣病の予防を目指します

日本歯科医師会

カンタン！
わずか20問の質問に答えるだけ

Q1 現在、ご自分の歯や口の状態で悩んでいることはありますか	1. はい 2. いいえ
Q2 1. はいと回答した方へ該当する項目を全てご記入ください。Q1で2. いいえの場合、下記項目は全て2. いいえとします。	
1 痛みが気になる	1. はい 2. いいえ
2 外観が気になる	1. はい 2. いいえ
3 発音に気になる	1. はい 2. いいえ
4 口臭に気になる	1. はい 2. いいえ
5 歯みがきに関する	1. はい 2. いいえ
6 その他()	1. はい 2. いいえ
Q3 ご自分の歯は健康ありますか	1. 10本以下 2. 20本以上
からむ歯(金歯・假歯)、差し歯、覆い被せがある歯も本数に含めます	
※本数もご記入ください	歯の本数()本
Q4 歯の痛みは入歯で支えている歯をしっかりとめしめられますか	1. 左右両方かめる 2. 片方 3. 両方かめない
Q5 歯をみがくと歯が痛いですか	1. いつも 2. 時々 3. いいえ
Q6 歯ぐきがはれてブヨブヨしますか	1. いつも 2. 時々 3. いいえ
Q7 冷たいものや熱いものが歯にしみますか	1. いつも 2. 時々 3. いいえ
Q8 あかいつの歯科医に受診していますか	1. はい 2. いいえ
Q9 仕事で忙しかつたがため、なかなか歯科医にいけないことがありますか	1. はい 2. いいえ
Q10 現在、次のいずれかの病気で治療を受けていますか	1. はい 2. いいえ
Q11 1. 糖尿病の治療を受けている	1. はい 2. いいえ
2. 高血圧の治療を受けている	1. はい 2. いいえ
3. 心臓病の治療を受けている	1. はい 2. いいえ
Q12 家族や周囲の人々は、口周部の健康に関心がありますか	1. はい 2. どちらともいえない 3. いいえ
Q13 自分の歯には自信があったり、人からほめられたことがありますか	1. はい 2. 時々 3. いいえ
Q14 普段、職場や外出先でも歯を磨きますか	1. 毎日 2. 時々 3. いいえ
Q15 歯間(甘い食べ物や飲み物)をしますか	1. 毎日 2. 時々 3. いいえ
Q16 たばこを吸っていますか	1. はい 2. いいえ
Q17 夜、寝る前に歯をみがきますか	1. 毎日 2. 時々 3. いいえ
Q18 フッ素入り歯磨き粉はがき使っていますか	1. はい 2. いいえ 3. どちらでもない
Q19 歯間ブラシまたはフロスを使っていますか	1. 毎日 2. 時々 3. いいえ
Q20 歯や口周りがよく噛んで食事を楽しみますか	1. 毎日 2. 時々 3. いいえ
Q21 歯科医指導で歯みがき指導を受けたことはありますか	1. はい 2. いいえ
Q22 年に1回以上は歯科医で定期健診を受けていますか	1. はい 2. いいえ

質問紙票やプログラムは日本歯科医師会のホームページから、どなたでもダウンロードできます。

【生活歯援プログラム結果票】

あなたの歯の健康力
レーダーチャート
(事前調査)

「歯の健康力」判定結果

歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)
歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)
歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)
歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)
歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)	歯の健康力(口唇保護・歯周病予防・歯肉の健康)

●: 健康あり, ■: やや健康あり, ○: 健康なし

保健行動に着目して

間食 たばこ 就寝前の歯磨き フッ素入り歯磨き剤 歯間ブラシ・フロス じっくり噛む 歯磨き指導 定期健診

見直すべき保健行動を選択！

糖尿病連携手帳 第3版（公益社団法人日本糖尿病協会発行）

～糖尿病の治療や教育に関する情報連携を円滑化～

年間150万部を全国配布！！
累計発行部数1000万冊超！！！！



■かかりつけ医（連携バスの使用／なし・あり）	
医療機関：	主治医：
住所：	
TEL：（ ）	
■病 院（連携バスの使用／なし・あり）	
医療機関：	主治医：
住所：	
TEL：（ ）	
■かかりつけ眼科医（連携バスの使用／なし・あり）	
医療機関：	主治医：
住所：	
TEL：（ ）	
■かかりつけ歯科医（連携バスの使用／なし・あり）	
医療機関：	主治医：
住所：	
TEL：（ ）	

■担当ケアマネジャー（連携バスの使用／なし・あり）	
事業所：	担当者：
住所：	
●かかりつけ医 ●患者さん ●かかりつけ歯科医 ●ケアマネジャー ●かかりつけ眼科医 ●病 院 連携 定期的な眼科検査を受ける 定期的な歯科検査を受ける 医師チームによる教育・合併症の予防・治療方針の決定 定期的な血糖測定を受ける	

毎月の検査結果や定期的な合併症検査結果を共有

施 設		眼 科 医		検 査 日	
眼科医	検査日	検査日	検査日	検査日	検査日
網膜症：なし・単純増殖前・増殖後	黄斑浮腫：なし・増殖前・増殖後	網膜症：なし・増殖前・増殖後	黄斑浮腫：なし・増殖前・増殖後	網膜症：なし・増殖前・増殖後	黄斑浮腫：なし・増殖前・増殖後
右眼	所見の悪化：なし・増殖前・増殖後	網膜症：なし・増殖前・増殖後	黄斑浮腫：なし・増殖前・増殖後	網膜症：なし・増殖前・増殖後	黄斑浮腫：なし・増殖前・増殖後
左眼	所見の悪化：なし・増殖前・増殖後	網膜症：なし・増殖前・増殖後	黄斑浮腫：なし・増殖前・増殖後	網膜症：なし・増殖前・増殖後	黄斑浮腫：なし・増殖前・増殖後
矯正視力、他：		矯正視力、他：		矯正視力、他：	
次回受診		次回受診		次回受診	
備 考		備 考		備 考	

指 導 日	指 導 者
●今回の指導のポイント	
栄養指導・療養指導・フットケア・服薬指導・運動指導において 指導した内容のポイントを記載	
●次回までの目標	
患者さんが立てた目標を一緒に記載	

糖尿病療養・支援に関わる全てのチームで検査結果を連携

患者さんと共に目標をたて、より効果的な教育を実現

注文方法については後日お示しいたします。（糖尿病連携手帳に係る費用は特別調整交付金の対象となります。）