

平成29年度都道府県在宅保健師等全国連絡会
2018.02.02(金)10:40～12:00(80分)

保健事業は今!!

第3期特定健診特定保健指導・
糖尿病性腎症重症化予防・
高齢者の保健事業(フレイル)

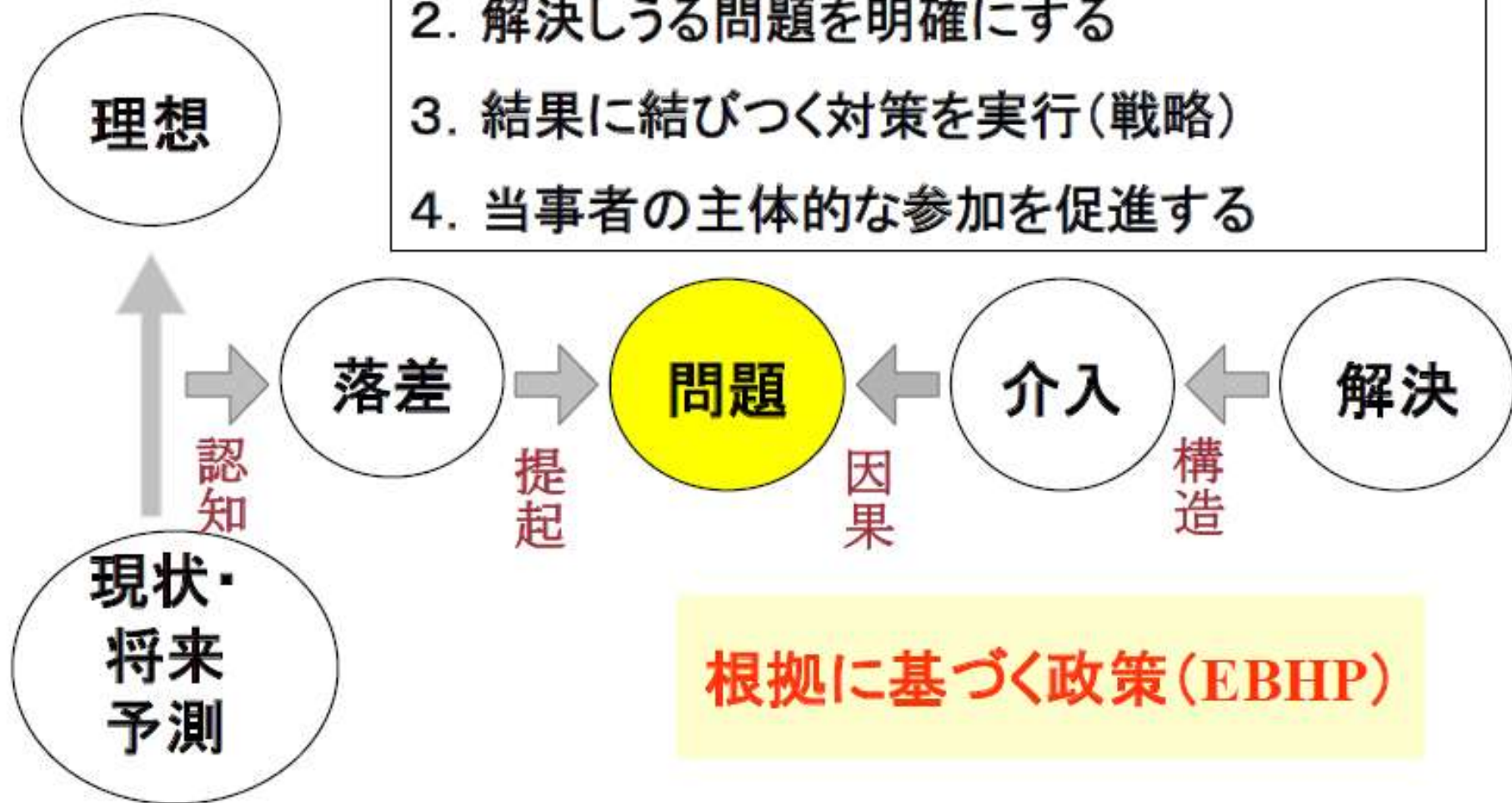
あいち健康の森健康科学総合センター
津下 一代

Agenda

- 保健事業をめぐる動向
- 第3期特定健診特定保健指導
- 糖尿病性腎症重症化予防
- 高齢者の保健事業（フレイル）
- まとめ

保健事業の目的

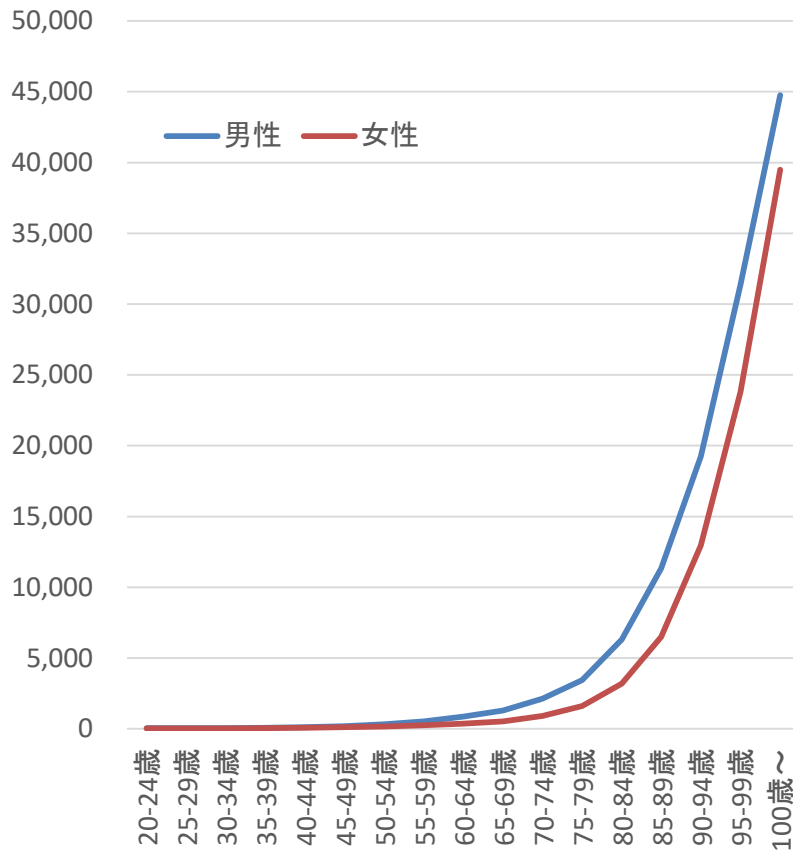
1. 現状を把握⇒将来予測
2. 解決しうる問題を明確にする
3. 結果に結びつく対策を実行(戦略)
4. 当事者の主体的な参加を促進する



年齢階級別死亡率

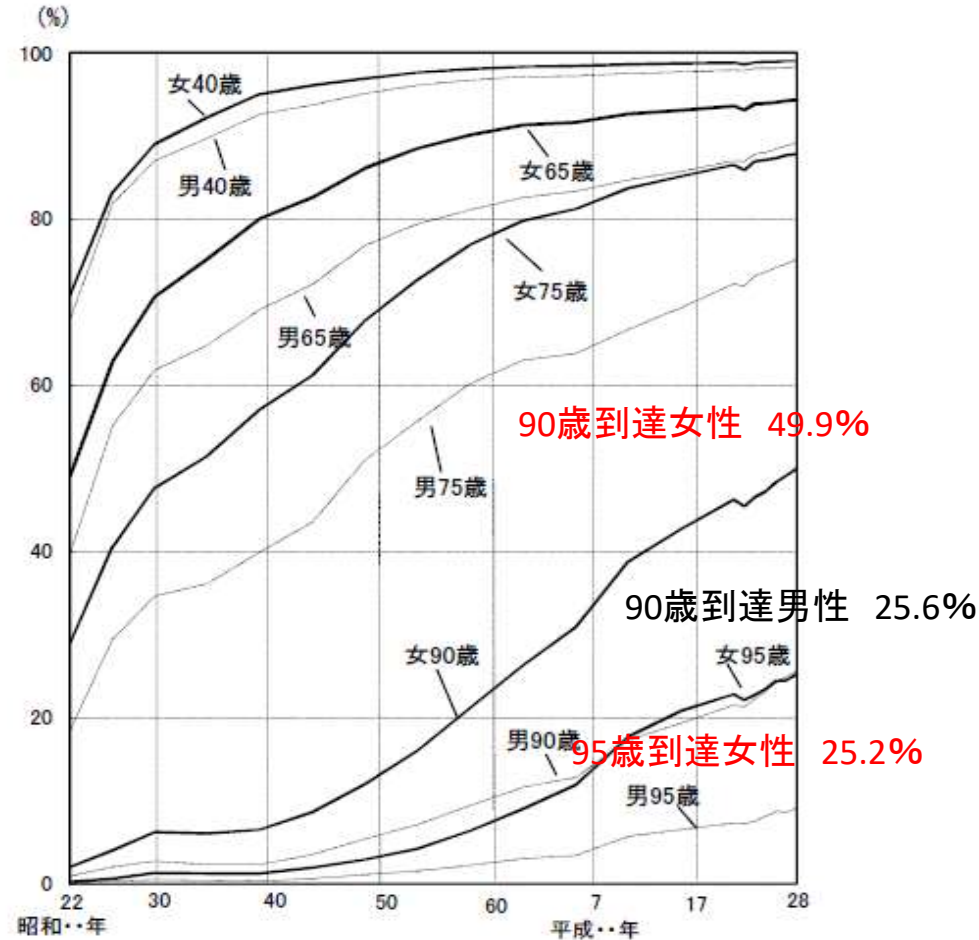
(人口10万人対)

(人)



平成28年人口動態統計

図2 生命表上の特定年齢まで生存する者の割合の年次推移



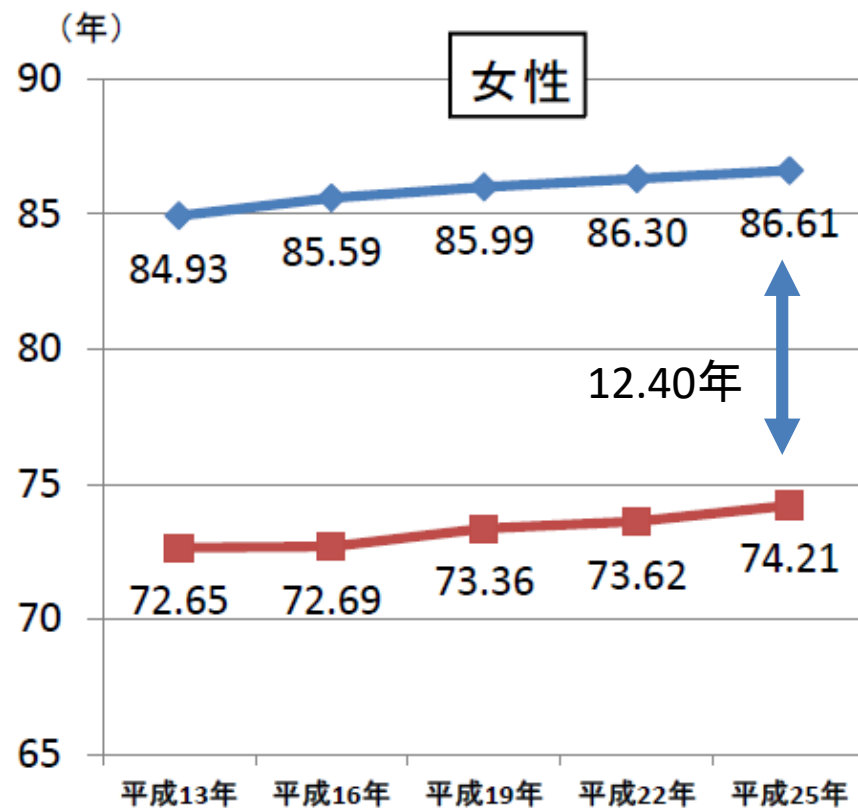
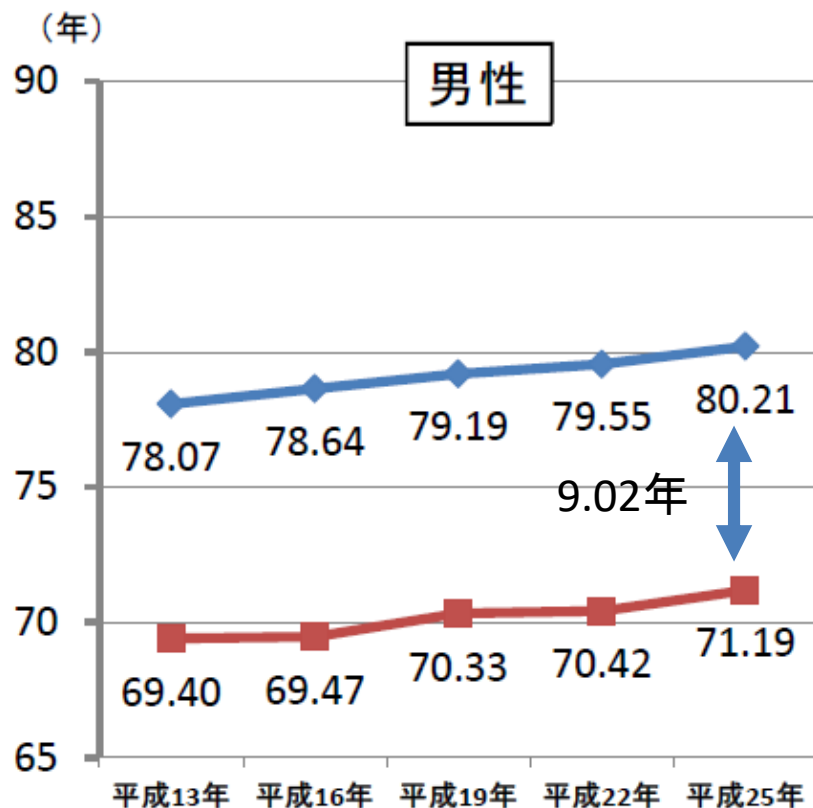
注: 1) 平成22年以前及び平成27年は完全生命表による。
2) 昭和45年以前は、沖縄県を除く値である。

平成28年簡易生命表

平均寿命と健康寿命の推移

◆ 平均寿命

■ 健康寿命

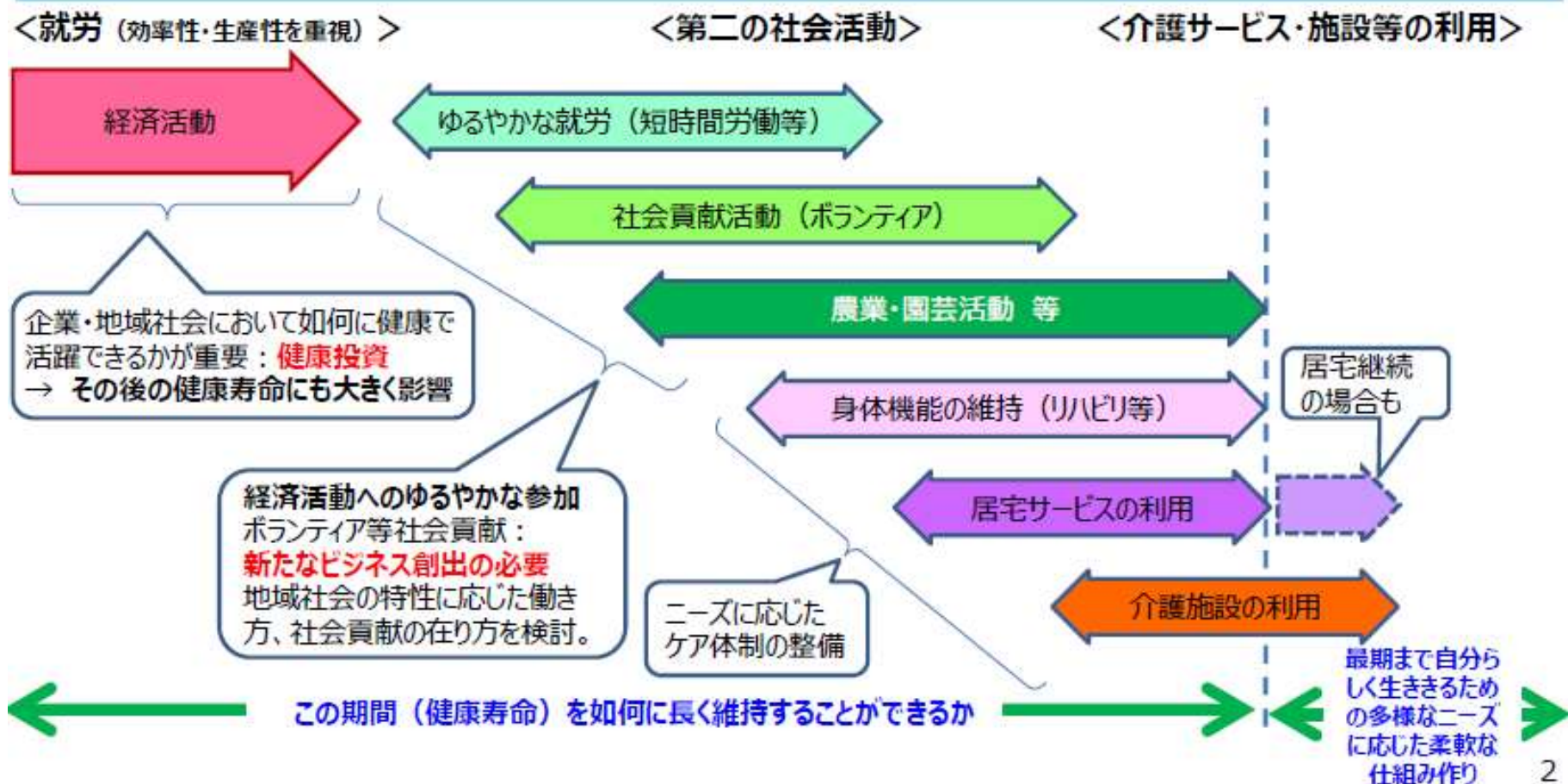


健康寿命＝日常生活に制限のない期間

【資料】 平均寿命：平成13・16・19・25年は、厚生労働省「簡易生命表」、平成22年は「完全生命表」

目指すべき姿 ～生涯現役社会の構築～

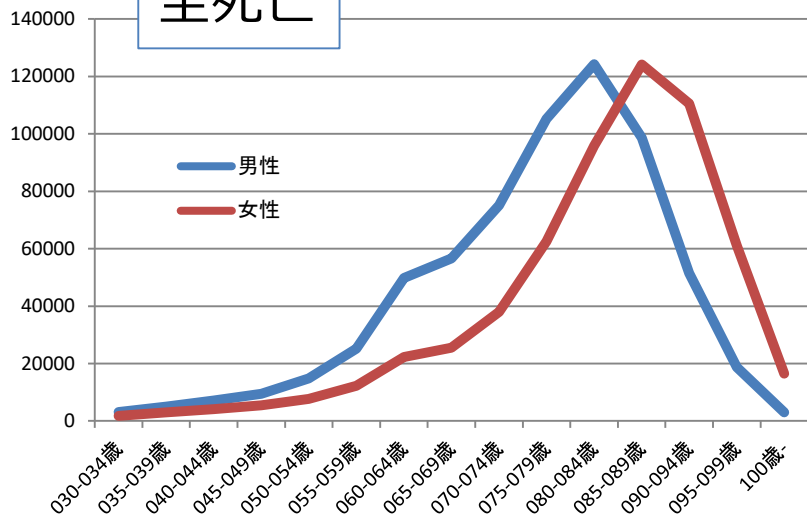
- 誰もが健康で長生きすることを望めば、社会は必然的に高齢化する。→「超高齢社会」は人類の理想。
- 戦後豊かな経済社会が実現し、平均寿命が約50歳から約80歳に伸び、「人生90年時代」も間近。
- 国民の平均寿命の延伸に対応して、「生涯現役」を前提とした経済社会システムの再構築が必要。



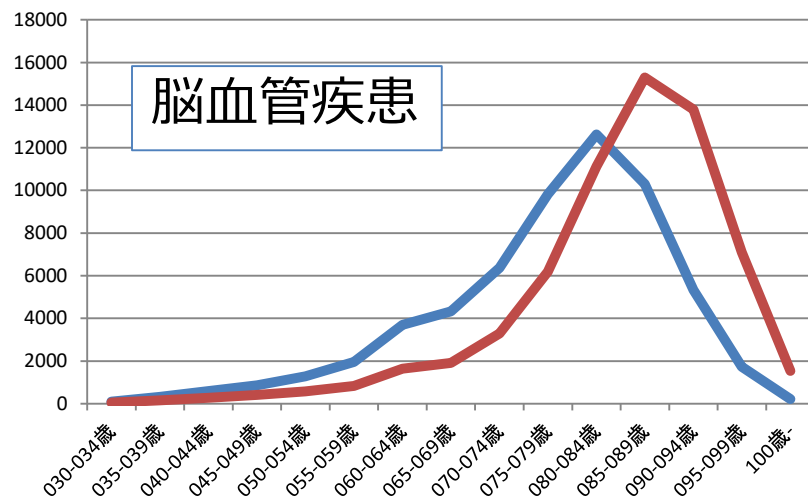
年齢別・原因別死亡者数

(2011年人口動態統計)

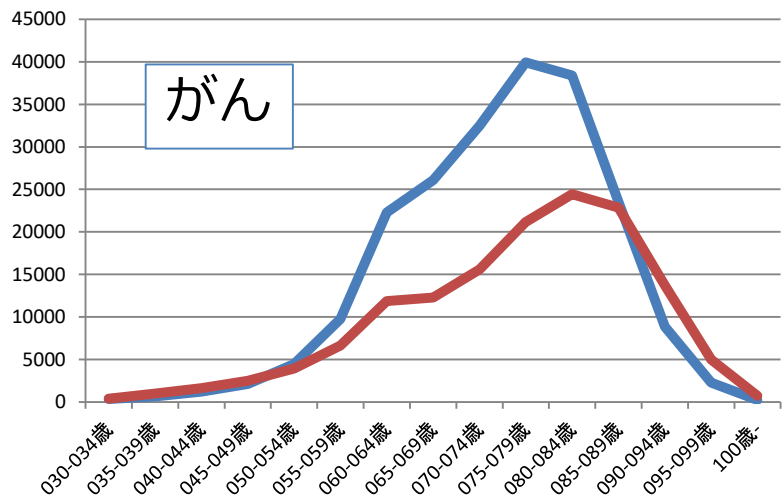
全死亡



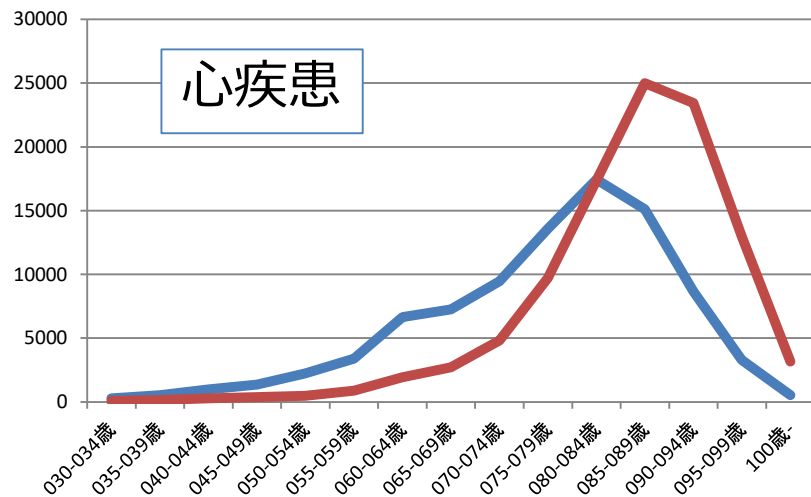
脳血管疾患



がん

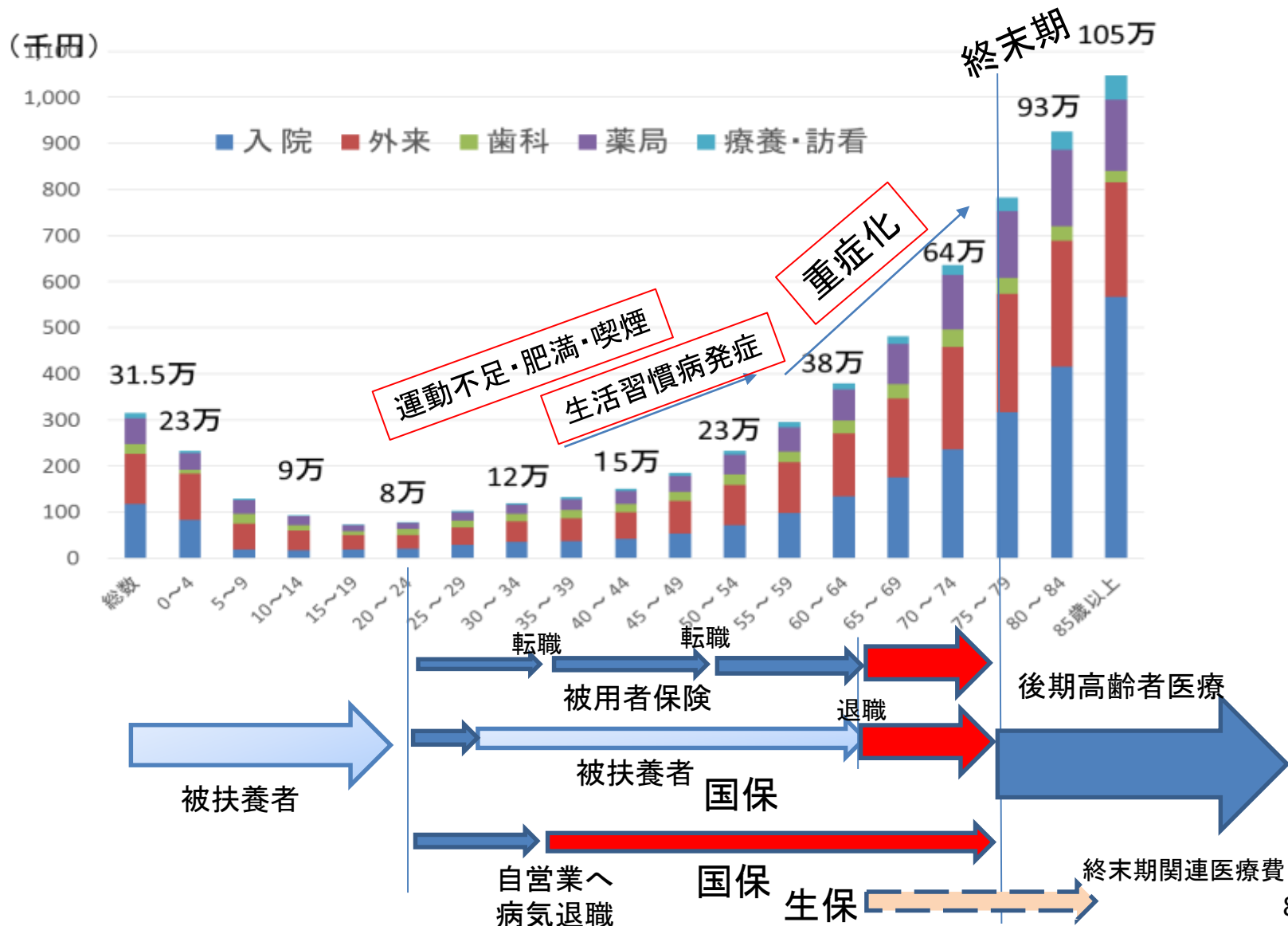


心疾患



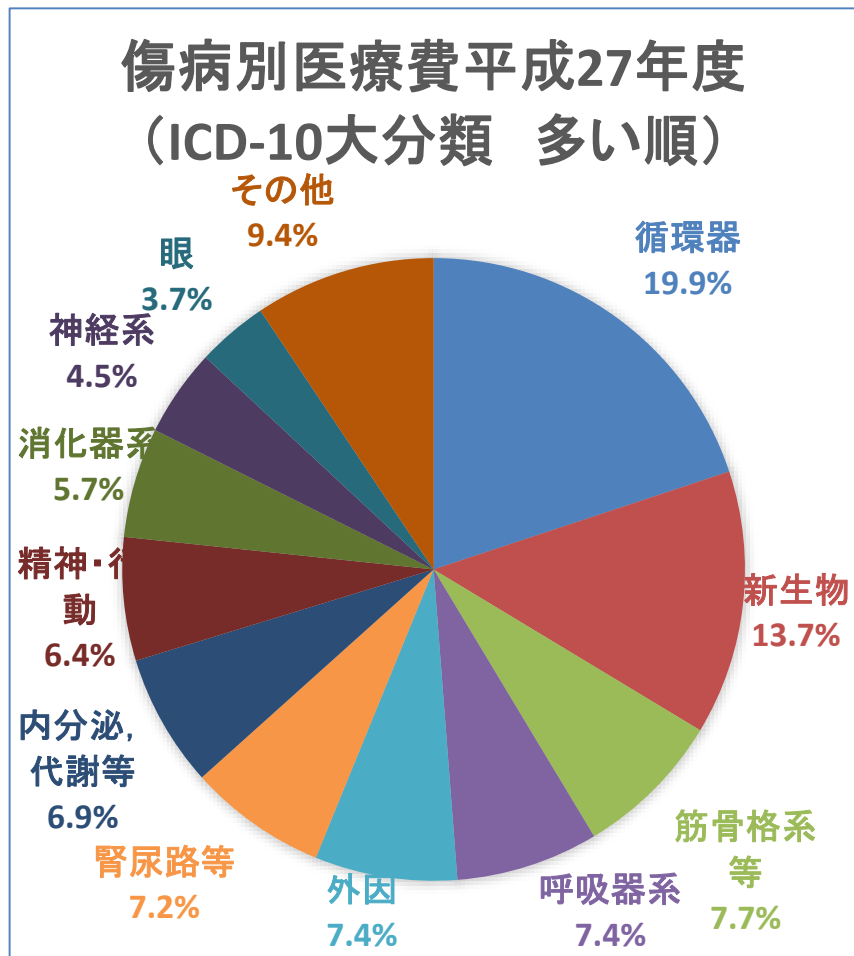
理由③社会保障費の増加抑制

年齢階級別1人当たり医療費



傷病分類別医科診療医療費

循環器 6.0兆円、新生物4.1兆円、筋骨格系2.3兆円、外因2.2兆円、



(億円)

■ 45～64 ■ 65～74 ■ 75歳以上

15,000

10,000

5,000

0

男性

循環器

新生物

筋骨格等

外因

内分泌、代謝

(億円)

20,000

15,000

10,000

5,000

0

女性

循環器

新生物

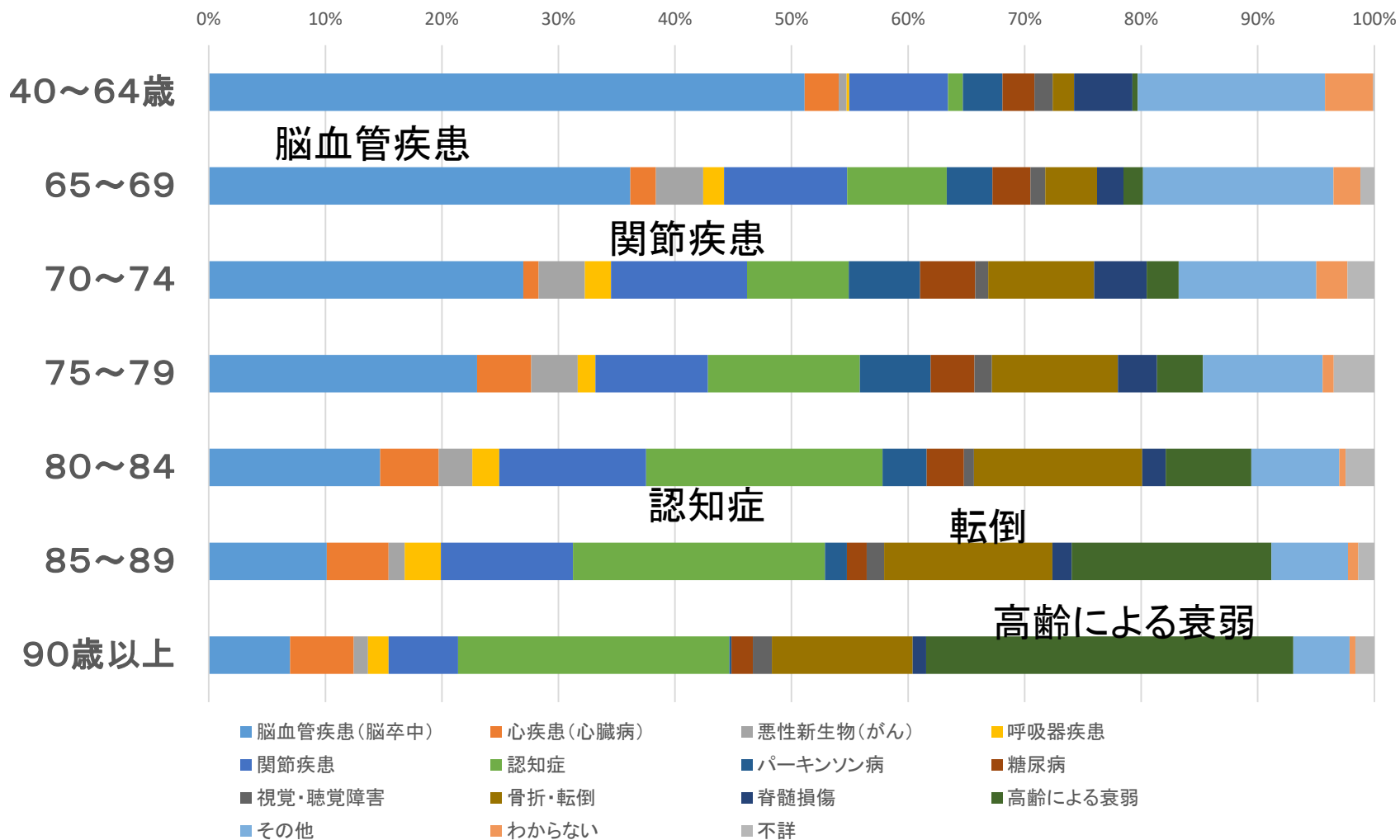
筋骨格等

外因

内分泌、代謝

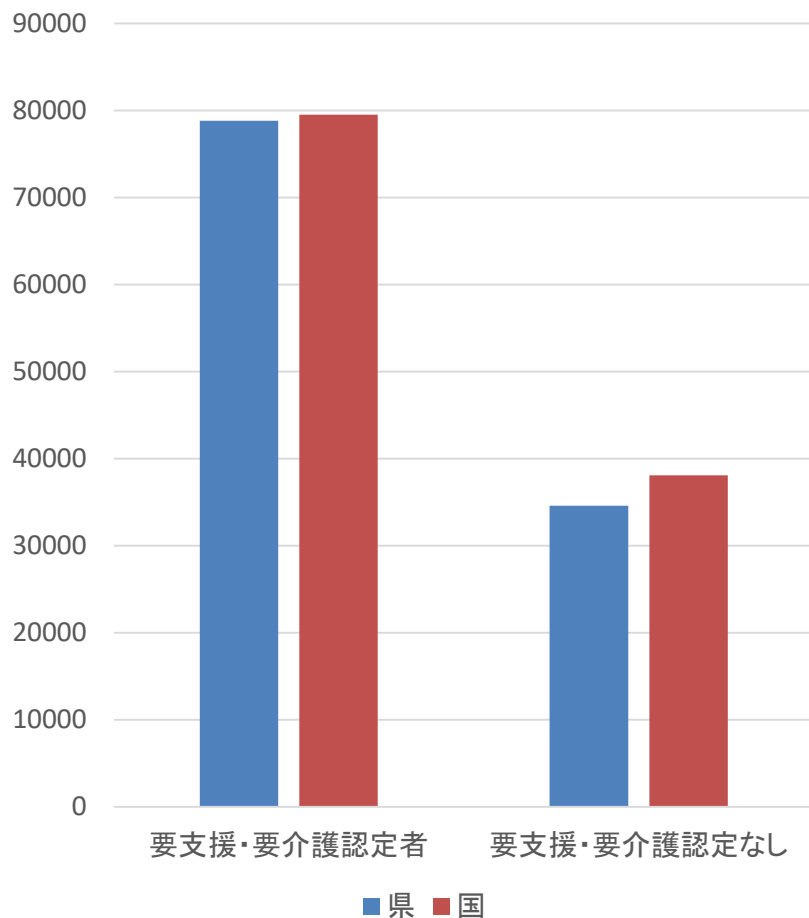
介護が必要になった原因

(平成28年度国民生活基礎調査)

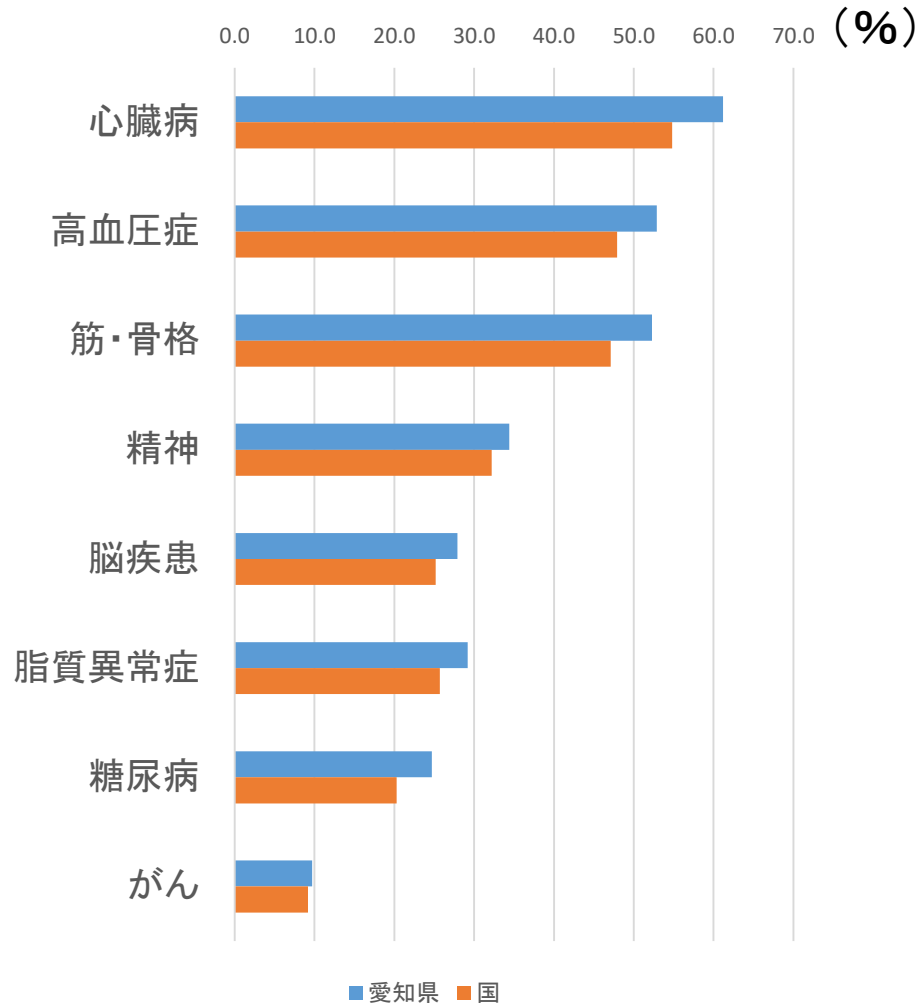


医療と介護の関連

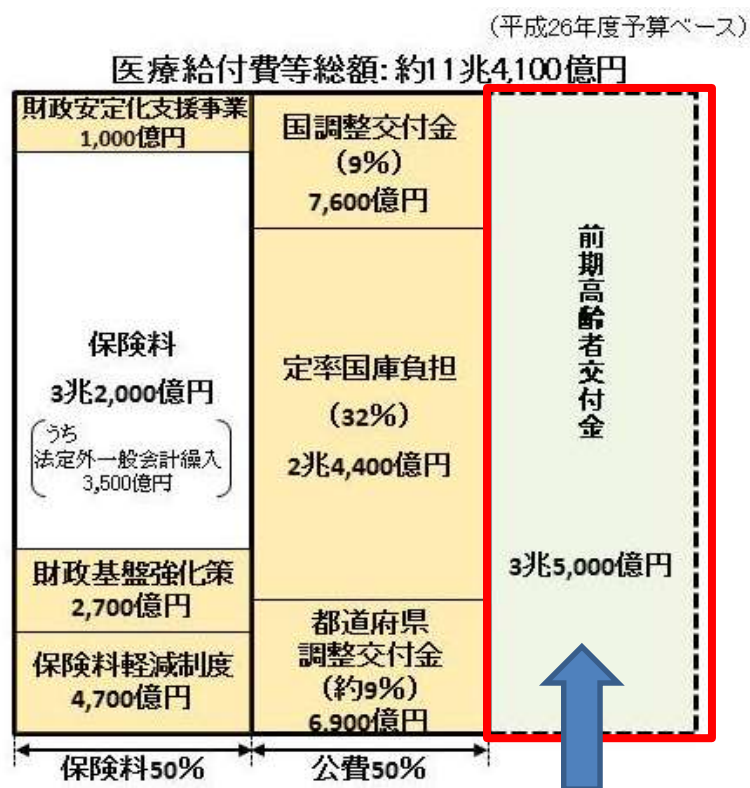
要介護認定者の医療費



要介護者の医療給付の状況



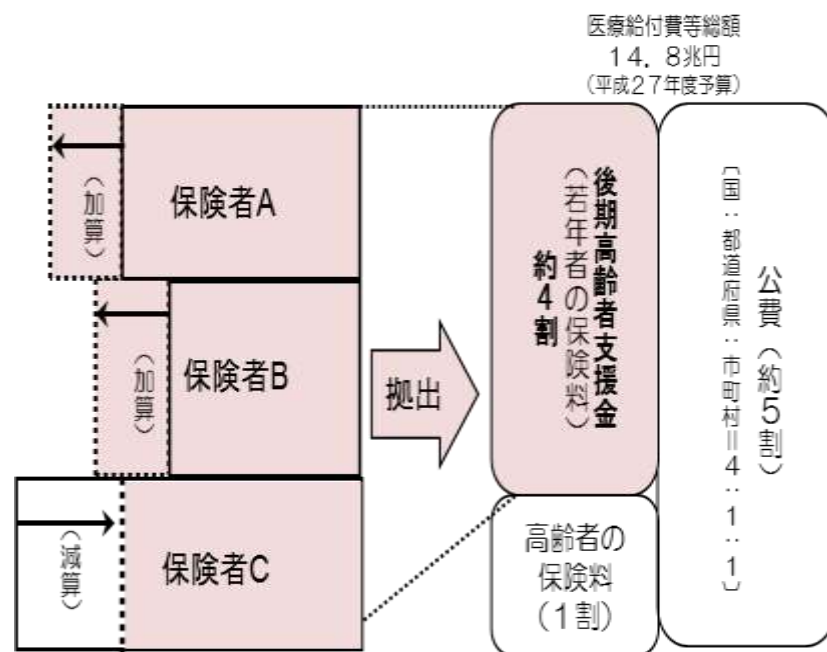
市町村国保 医療費負担



被用者保険負担分

後期高齢者医療費負担

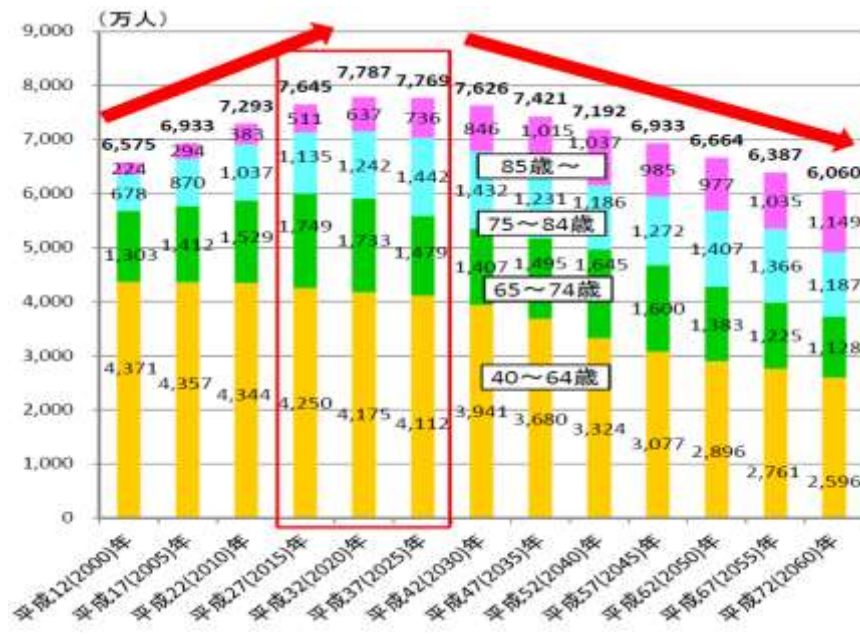
<後期高齢者支援金の仕組み>



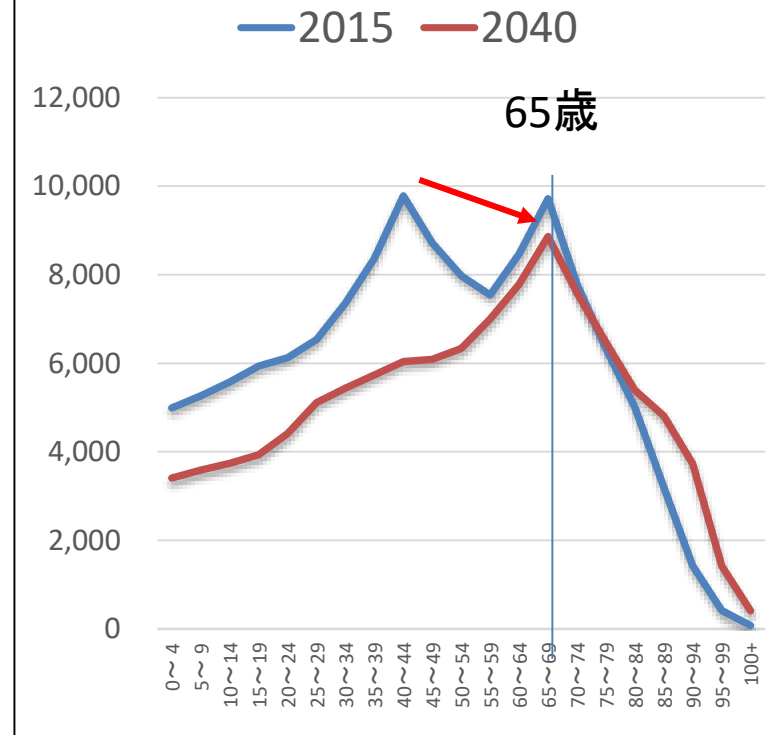
75歳以上人口：2025年まで増え続け、以降一定



40歳以上人口：2030年以降減少



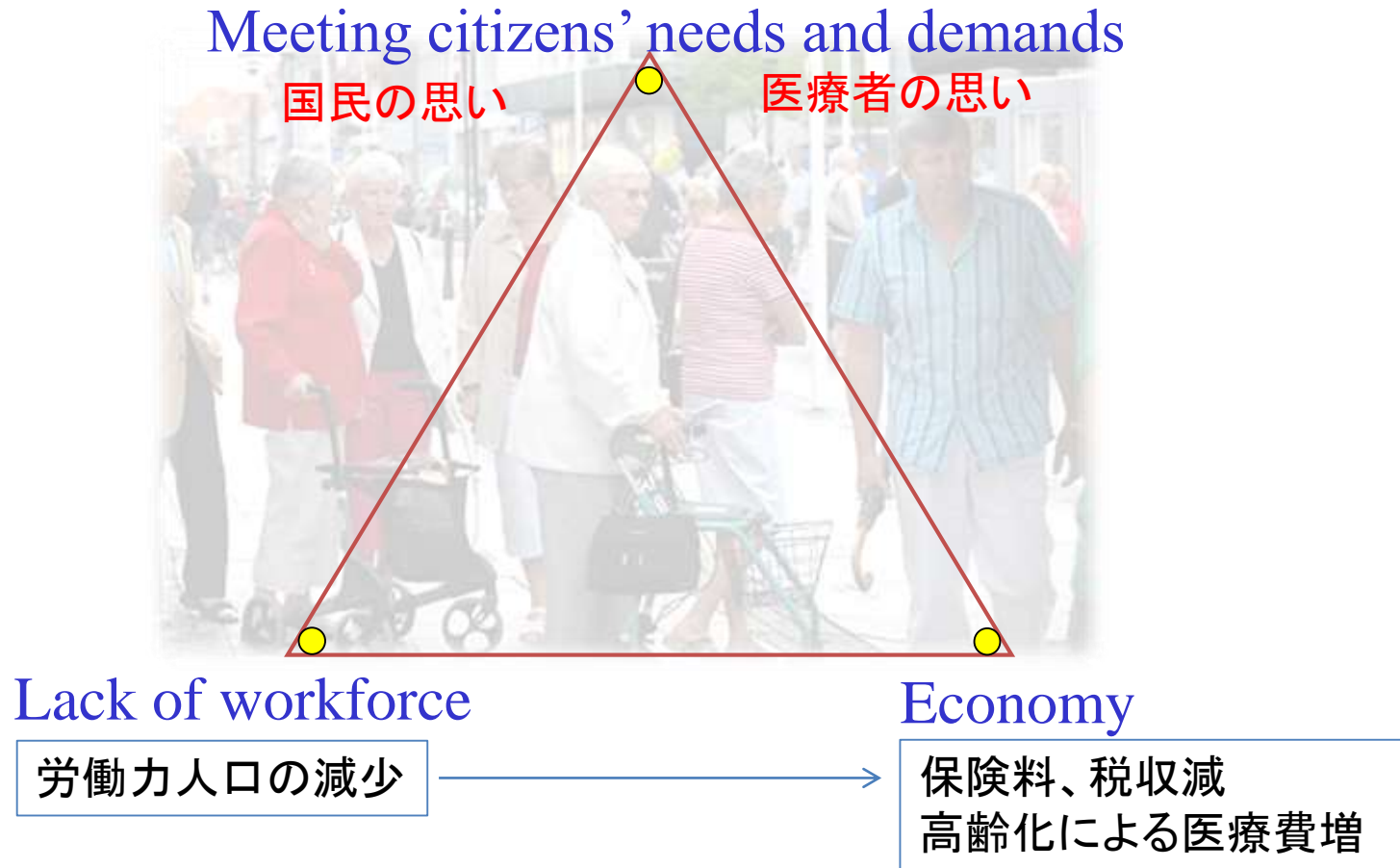
25年後の人口構造



支え手が減り、
 税収・保険料減の中で
 高齢者になる私たち・・・

社会保障の悩み

The welfare state's challenges



健康課題⇒重点対策へ

科学的
根拠

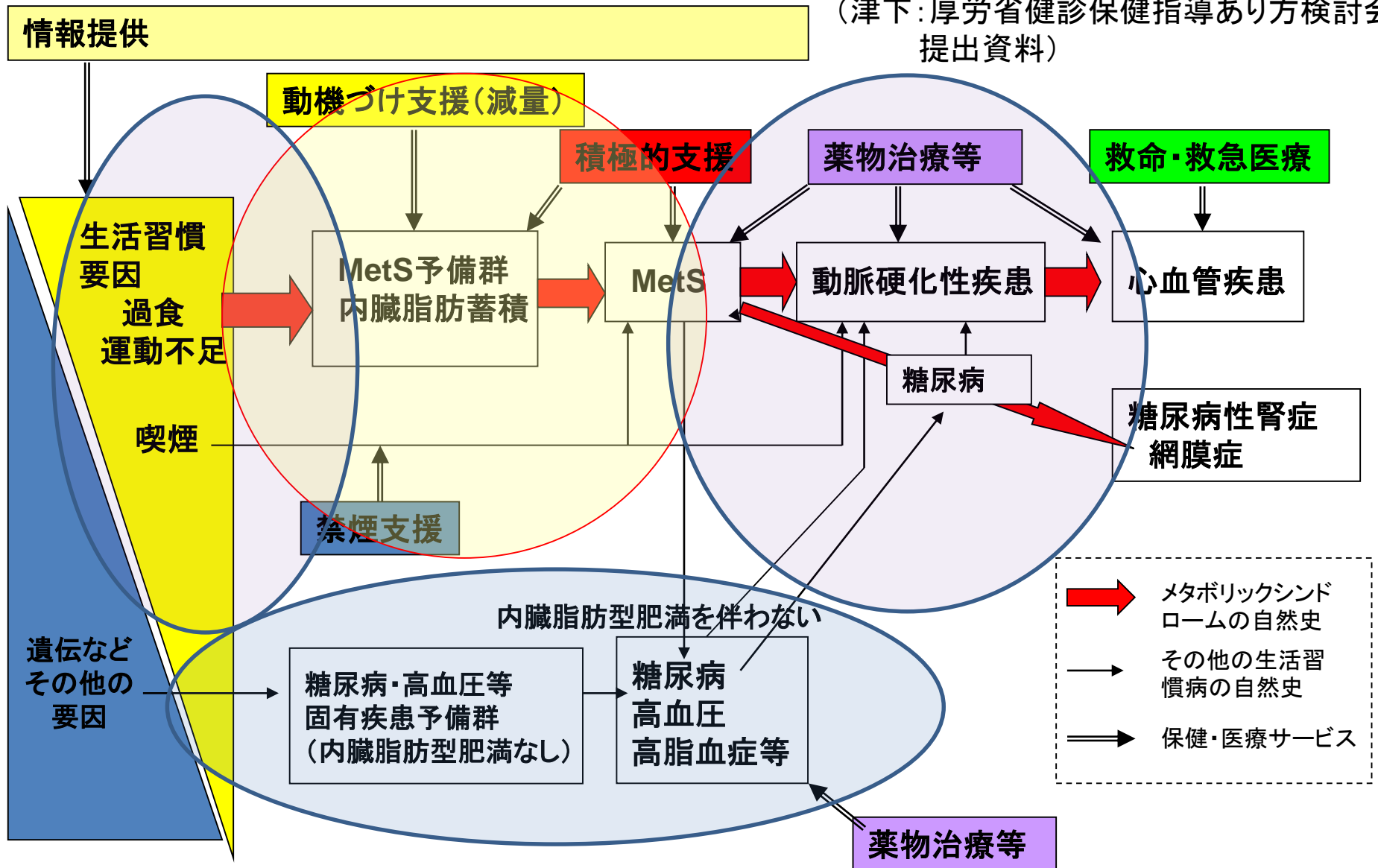
- ①重症化したときの**身体的および経済的な負担が大きい疾病**
 - ②改善できる方法がある
 - ③**稀ではない病気**
-

実現
可能性

- ④介入費用も許容範囲内
 - ⑤事業の実施体制が組める：制度的対応、マンパワー等
 - ⑥効率のよい対象者抽出法がある
 - ⑦効果を確認する評価法がある
- ⇒PDCAを回すために不可欠

生活習慣病の自然史と保健・医療サービス

(津下:厚労省健診保健指導あり方検討会
提出資料)



高齢者の医療の確保に関する法律

(昭和五十七年八月十七日法律第八十号) 第一章 総則

第一条 (目的)

- 国民の**高齢期における適切な医療の確保**を図る
- 医療費の適正化を推進するための**計画**作成、保険者による**健康診査等の実施**に関する措置を講ずる
- 高齢者の医療について、国民の**共同連帯の理念**等に基づき、前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整、後期高齢者に対する適切な医療の給付等を行うために必要な制度を設け、もつて国民保健の向上及び高齢者の福祉の増進を図ることを目的とする。

第二条 （基本的理念）

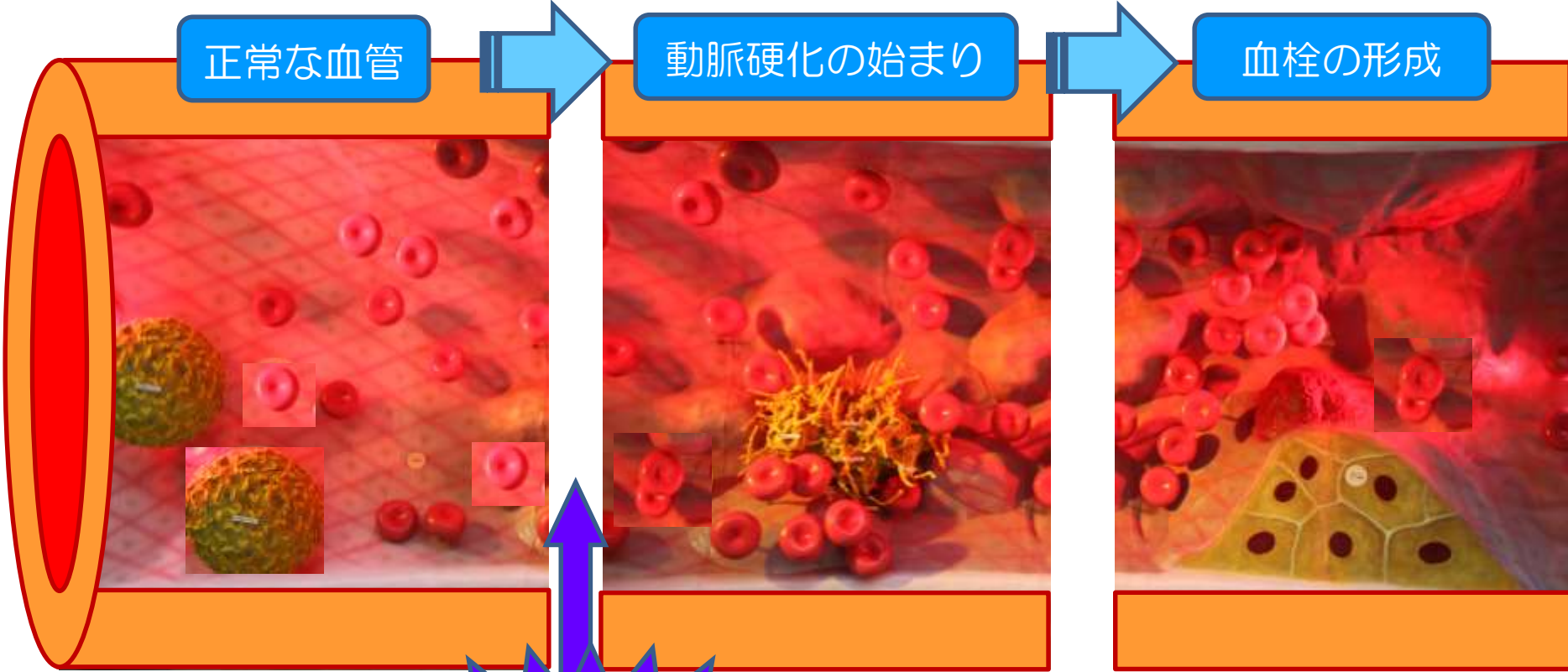
- 国民は、自助と連帯の精神に基づき、自ら加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、高齢者の医療に要する費用を公平に負担するものとする。
- 国民は、年齢、心身の状況等に応じ、職域若しくは地域又は家庭において、高齢期における健康の保持を図るための適切な保健サービスを受ける機会を与えられるものとする。

動脈硬化の進展プロセス

正常な血管

動脈硬化の始まり

血栓の形成

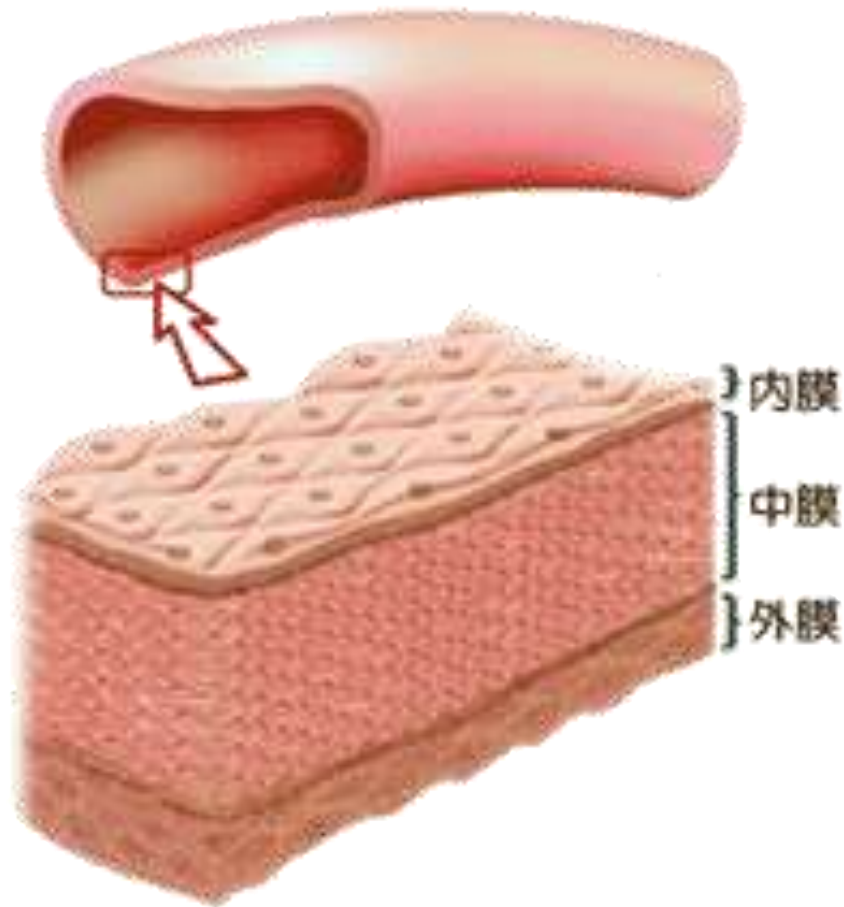


加齢
喫煙
高血圧
糖尿病
ストレス

肥満
運動不足
脂質異常症
過量飲酒
家族歴

脳血管疾患
虚血性心疾患
糖尿病合併症

血管には「血管を守る仕組み」がある



血管内皮の3つの主なはたらき

1

バリア機能

血管と血流を分けるバリア。活性酸素の害などから血管を守る。

2

司令塔

血管の善玉因子NO（一酸化窒素）などのシグナル分子を出す。

3

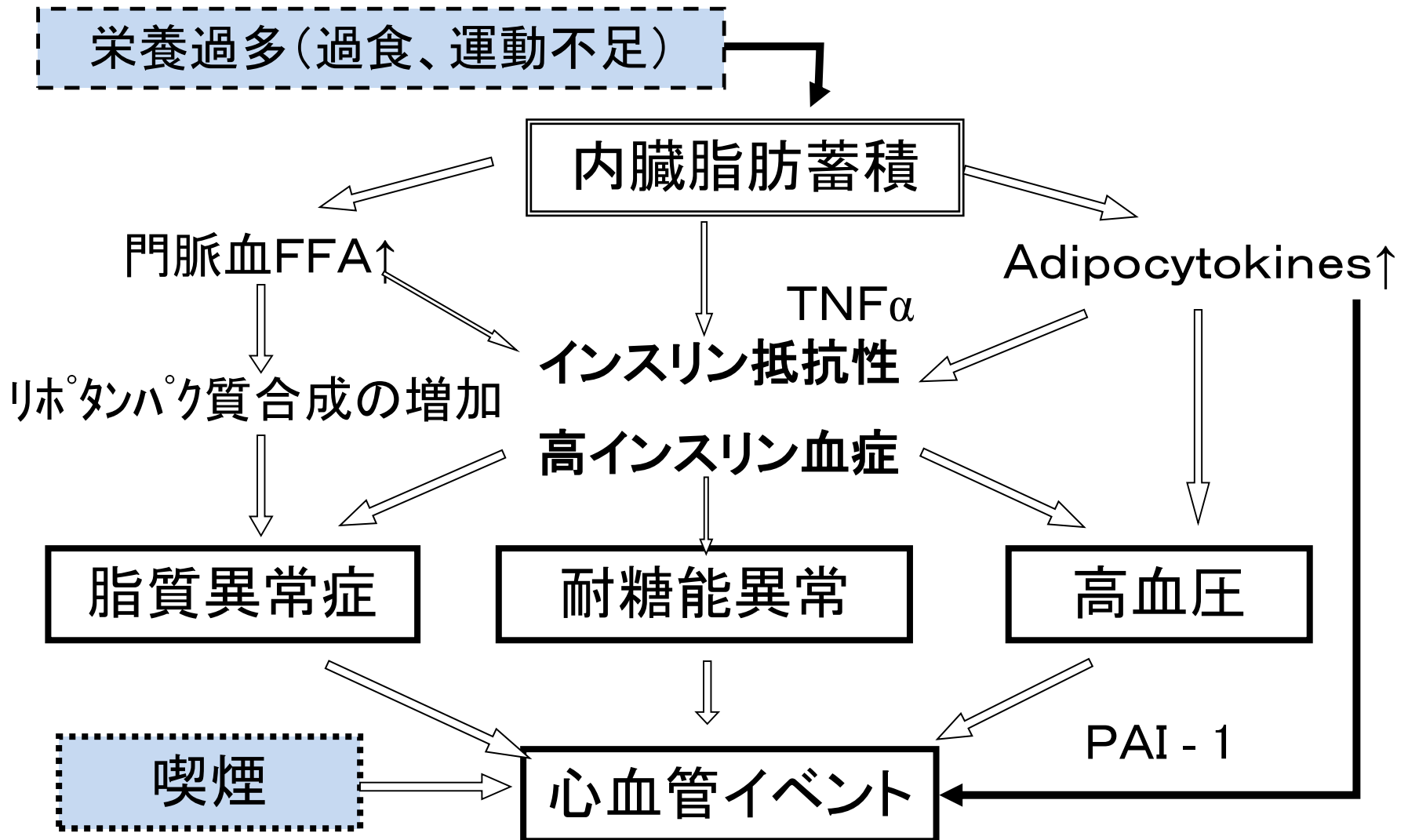
血管障害予防

血管壁の柔軟性や収縮、拡張などをコントロールし動脈硬化を抑制する。



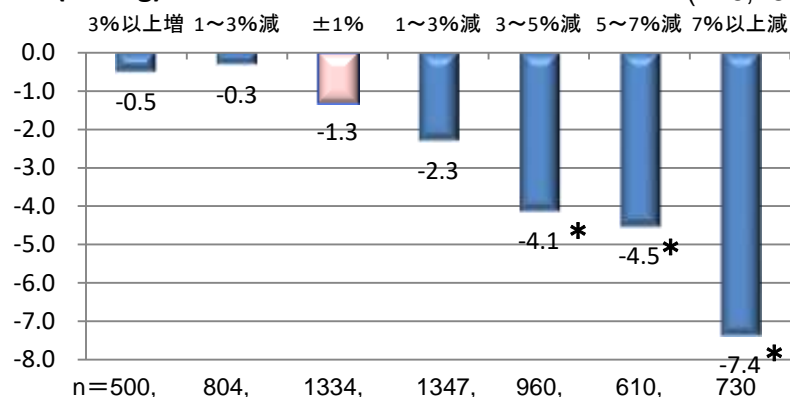
| | これまでの 健診・保健指導 | | これからの健診保健指導 |
|--------------|---------------------------|---|---------------------------------------------------------|
| 健診と 保健指導 | 健診に付加した保健指導 | ⇒ | (MetS予防のための) 保健 指導対象者を抽出するた めの健診 |
| 目的 | 個別疾患の早期発見・早 期治療 | | MetSに着目した早期介入・ 行動変容 |
| 内容 | 健診結果の伝達、理想的 な生活習慣の情報提供 | | 自己選択と行動変容 |
| 保健指導 の対象者 | 「要指導」のうち、保健 事業に参加したもの | | 必要度に応じ階層化された 保健指導 |
| 方法 | 一時点の健診結果に基づ く、画一的な指導 | | 健診結果の経年変化や将来 予測も踏まえた保健指導 集団の健康課題の分析 ライフスタイルを考慮 |
| 評価 | 実施回数・参加人数 | | 介入の効果、糖尿病患者・ 予備群の減少 |

メタボリックシンドロームだから、 体重減量が効果的！

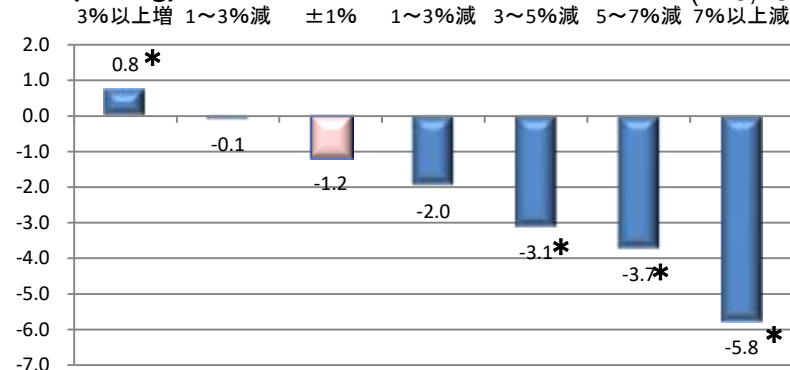


積極的支援後1年間の体重変化率と検査値変化

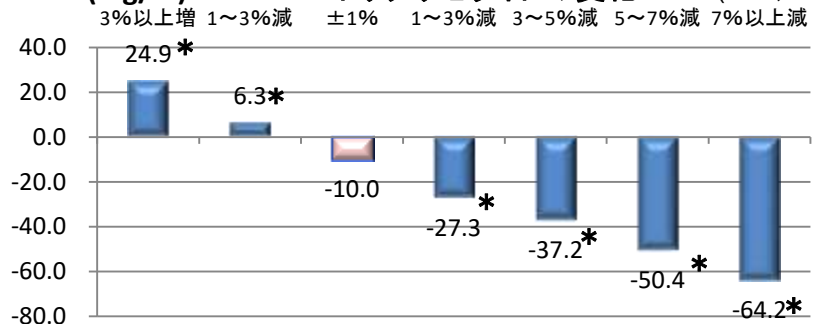
(mmHg) 収縮期血圧の変化 (n=6,285)



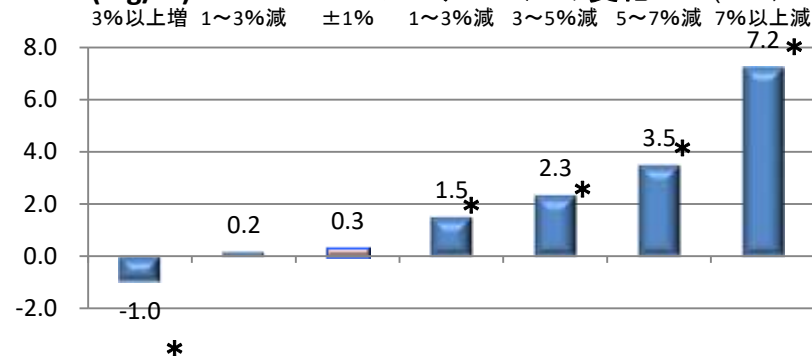
(mmHg) 拡張期血圧の変化 (n=6,285)



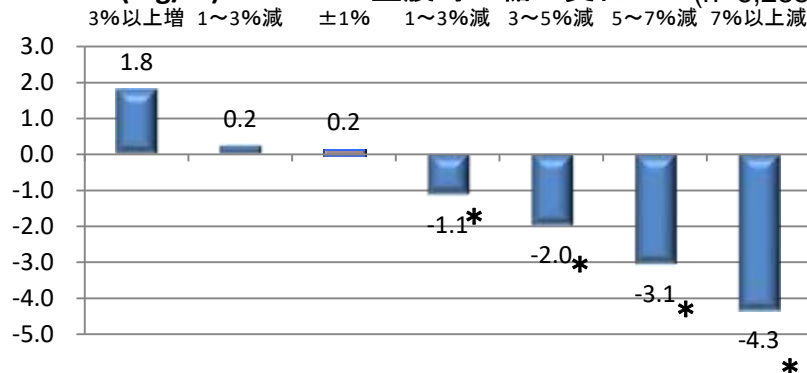
(mg/dl) トリグリセライドの変化 (n=6,285)



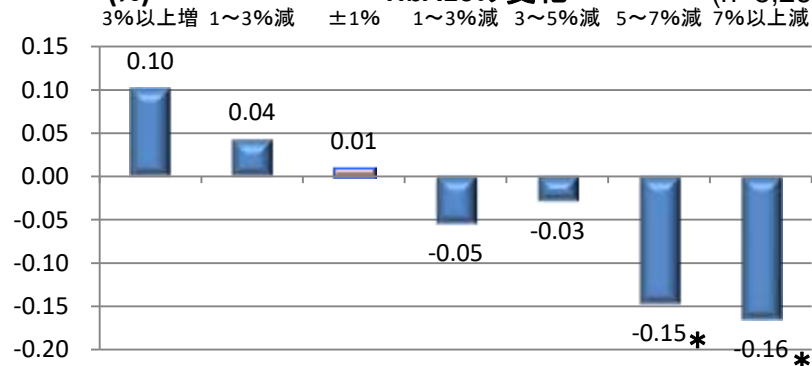
(mg/dl) HDLコレステロールの変化 (n=6,285)



(mg/dl) 空腹時血糖の変化 (n=6,285)



(%) HbA1cの変化 (n=5,269)



体重減少率

一元配置分散分析、Bonferroni法、* ±1% 群と比較して有意差あり

変化量

目標設定

3か月で3kg減量



ブレイク
ダウン

1か月で1kg減量



1か月で7,000kcal 収支を減らす



1日 230kcal
収支をマイナスに



毎日(週)の
食事・運動プラン



約7,000 kcal

セルフマネジメント

| | |
|---------------|-------------------------------------------------|
| 目標設定 | 段階的に行動の目標を設定する。 目標は 明確で数量化でき、短期的 なもの。 |
| 自己報酬 楽しみ！ | 目標が達成されたとき、自分自身で報酬を受ける。好きなものを買うなど。 |
| セルフ モニタリング | 行動の記録、自己評価、言い訳・自慢 体重・歩数・行動目標の評価など |
| 行動契約 | 指導者と行動契約書を交わすことにより、行動実践への拘束力を高める。 |
| セルフトーク | 内部的な対話。自分自身に教示。 肯定的思考を増やし、否定的思考を減らす。 |
| ソーシャル サポート | 家族や友人と一緒に行動してくれたり、応援してくれる。 |



特定保健指導による特定健診の検査値への改善効果（2008～2013年度）

- 積極的支援の修了者は不参加者と比較すると、特定保健指導後の5年間にわたり、特定健診のほぼ全ての検査値（腹囲、体重、血糖、血圧、脂質）について、改善効果が継続していることが確認された。
- 動機づけ支援参加者についても、積極的支援より改善幅は小さかったが、同様の傾向がみられた。

※積極的支援・・・特定保健指導対象者のうち、腹囲が一定数値以上で、追加リスク（血糖・血圧・脂質）が2つ以上該当か、1つ該当かつ喫煙歴がある、40～64歳の者が対象。

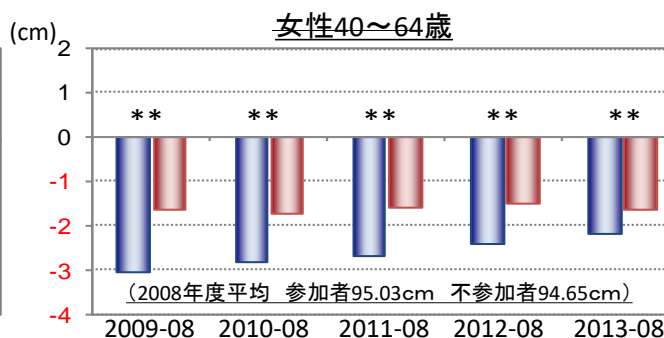
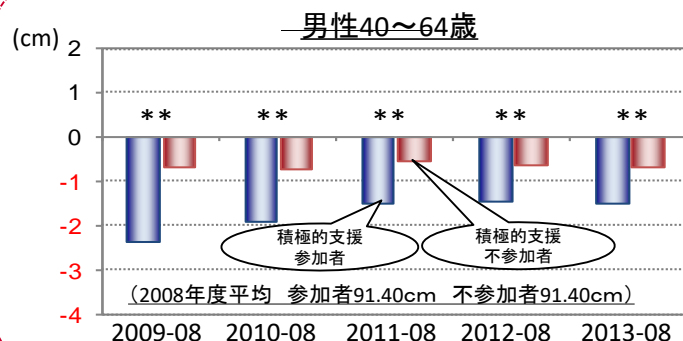
※動機付け支援・・・特定保健指導対象者のうち、腹囲が一定数値以上で、追加リスクが1つ該当かつ喫煙歴がない者への支援。40～74歳が対象。（65歳以上では、積極的支援の基準に該当する場合でも動機付け支援を実施）

※分析対象：364保険者（国保320、健保組合2、共済42）、20万～22万人（分析方法で異なる）

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

*, **, ... 統計学的に有意な差

特定保健指導（積極的支援）による検査値の推移（2008年度との差）

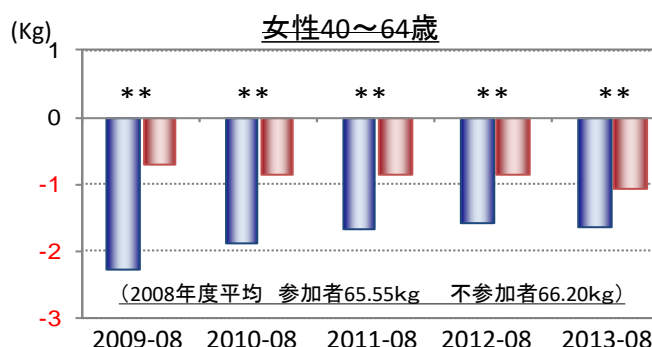
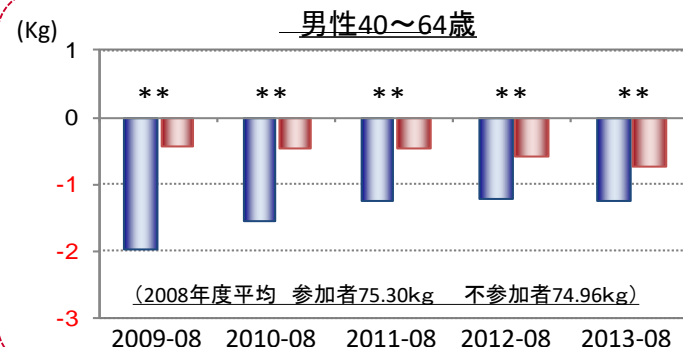


【腹囲】

2008年度と比べて参加者は

男性 -2.33cm (2009年度)
-1.91cm (2010年度)
-1.46cm (2011年度)
-1.42cm (2012年度)
-1.47cm (2013年度)

女性 -3.01cm (2009年度)
-2.82cm (2010年度)
-2.66cm (2011年度)
-2.39cm (2012年度)
-2.16cm (2013年度)



【体重】

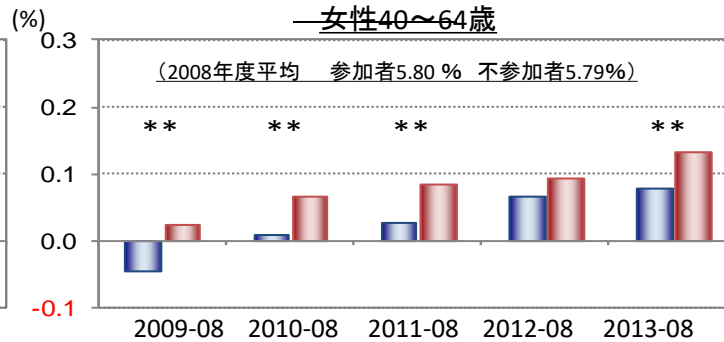
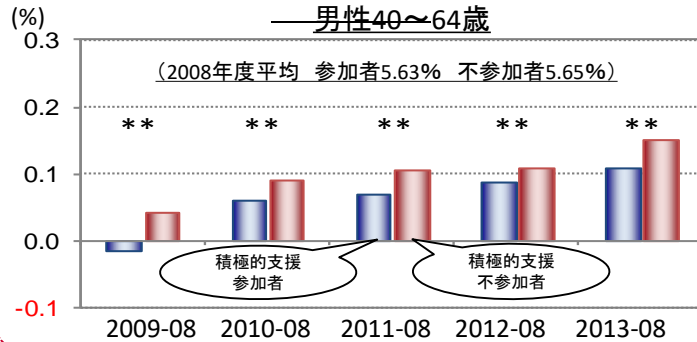
2008年度と比べて参加者は

男性 -1.98kg (2009年度)
-1.54kg (2010年度)
-1.25kg (2011年度)
-1.22kg (2012年度)
-1.25kg (2013年度)

女性 -2.26kg (2009年度)
-1.86kg (2010年度)
-1.65kg (2011年度)
-1.57kg (2012年度)
-1.63kg (2013年度)

*p<0.05 **p<0.01

*, **, ... 統計学的に有意な差

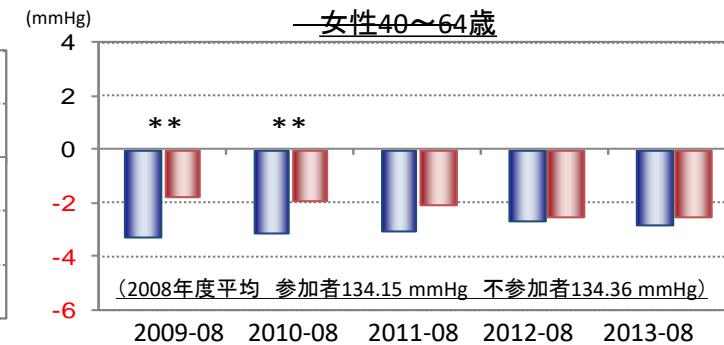
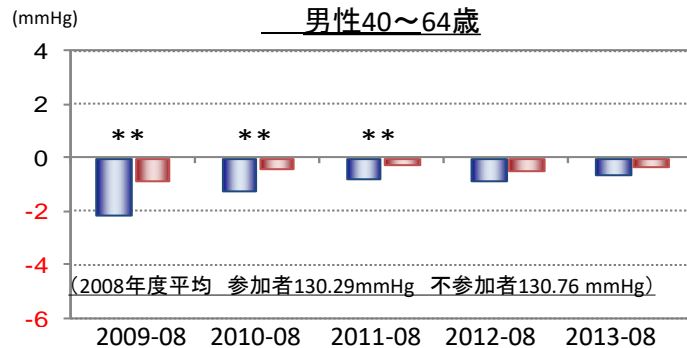


【血糖(HbA1c)】 ※1

2008年度と比べて

男性-0.01% (2009年度)
+0.06% (2010年度)
+0.07% (2011年度)
+0.09% (2012年度)
+0.11% (2013年度)

女性-0.04% (2009年度)
+0.01% (2010年度)
+0.03% (2011年度)
+0.07% (2012年度)
+0.08% (2013年度)

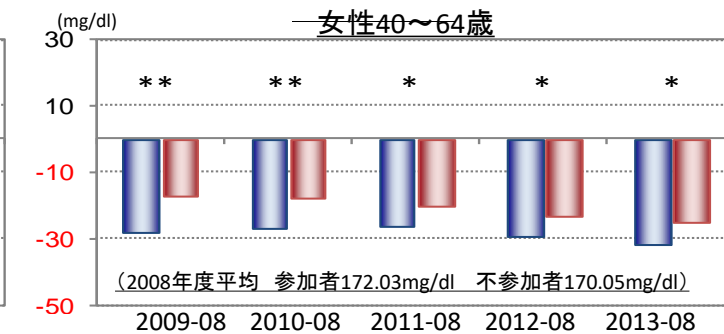
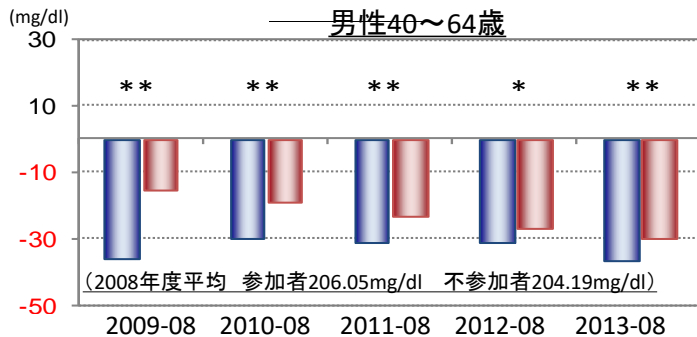


【血圧(収縮期血圧)】 ※2

2008年度と比べて

男性-2.13mmHg (2009年度)
-1.21mmHg (2010年度)
-0.76mmHg (2011年度)
-0.88mmHg (2012年度)
-0.63mmHg (2013年度)

女性-3.24mmHg (2009年度)
-3.13mmHg (2010年度)
-3.00mmHg (2011年度)
-2.65mmHg (2012年度)
-2.80mmHg (2013年度)



【脂質(中性脂肪)】

2008年度と比べて

男性-35.91mg/dl (2009年度)
-29.55mg/dl (2010年度)
-31.15mg/dl (2011年度)
-31.16mg/dl (2012年度)
-36.23mg/dl (2013年度)

女性-27.80mg/dl (2009年度)
-27.02mg/dl (2010年度)
-26.27mg/dl (2011年度)
-29.27mg/dl (2012年度)
-31.79mg/dl (2013年度)

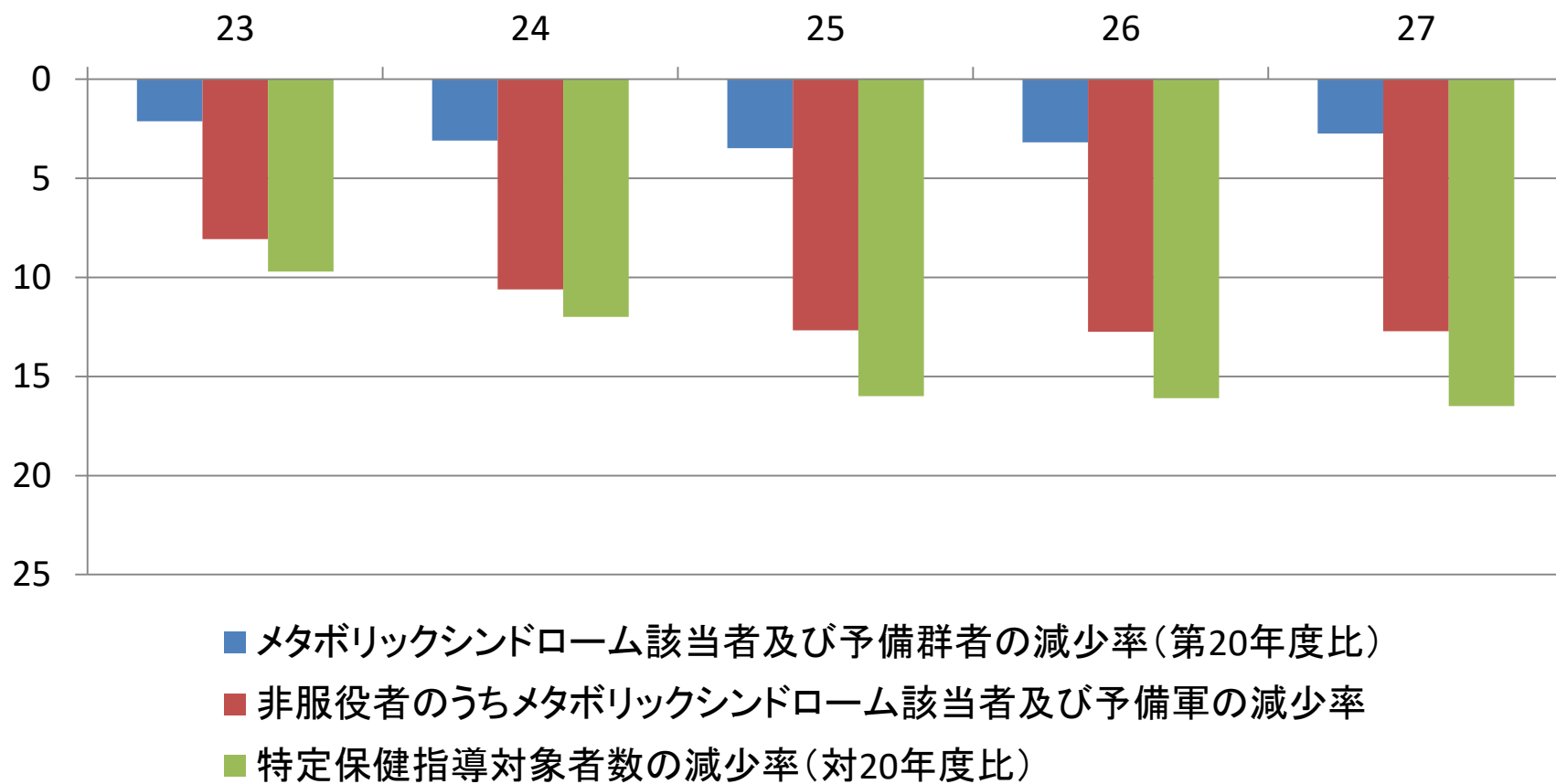
※1 ベースラインの差を補正するため、HbA1c7.0%未満の対象者について分析。

2013年4月より、JDS値からNGSP値へ変更となったため、2008年度～2013年度のデータを換算式にてNGSP値に換算して分析

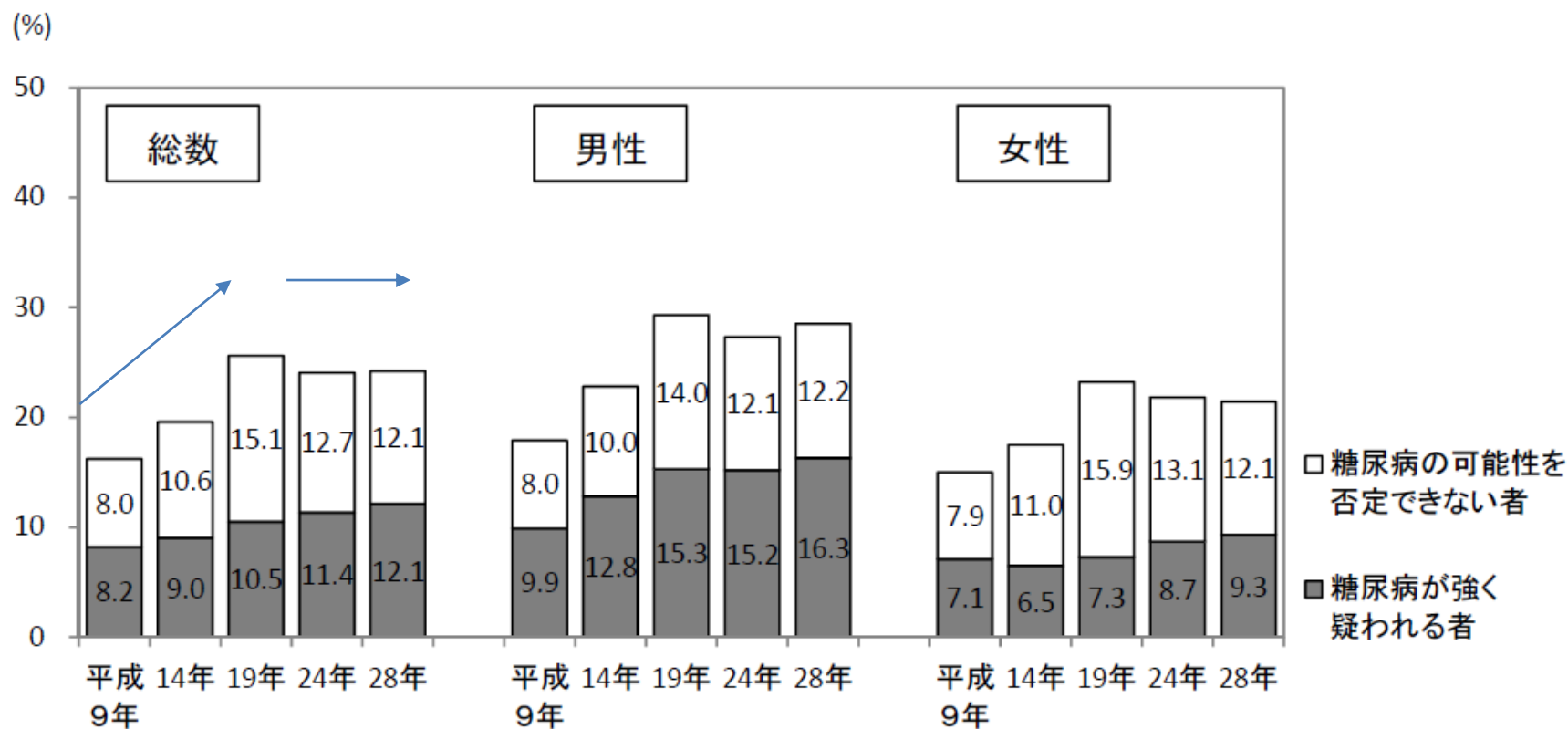
※2 ベースラインの差を補正するため、160mmHg未満の対象者について分析

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少(再掲)

メタボリックシンドローム該当者及び予備群等の減少率(対20年度比)



糖尿病予備群・該当者の割合は抑制されている



平成28年 国民健康・栄養調査

第三期からの見直しの方向性

特定保健指導の対象者自らが健康状態を**自覚**し、生活習慣改善の必要性を理解した上で**実践**につなげられるよう、**専門職が個別に介入**する。**保険者が共通に取り組む法定義務の保健事業**。



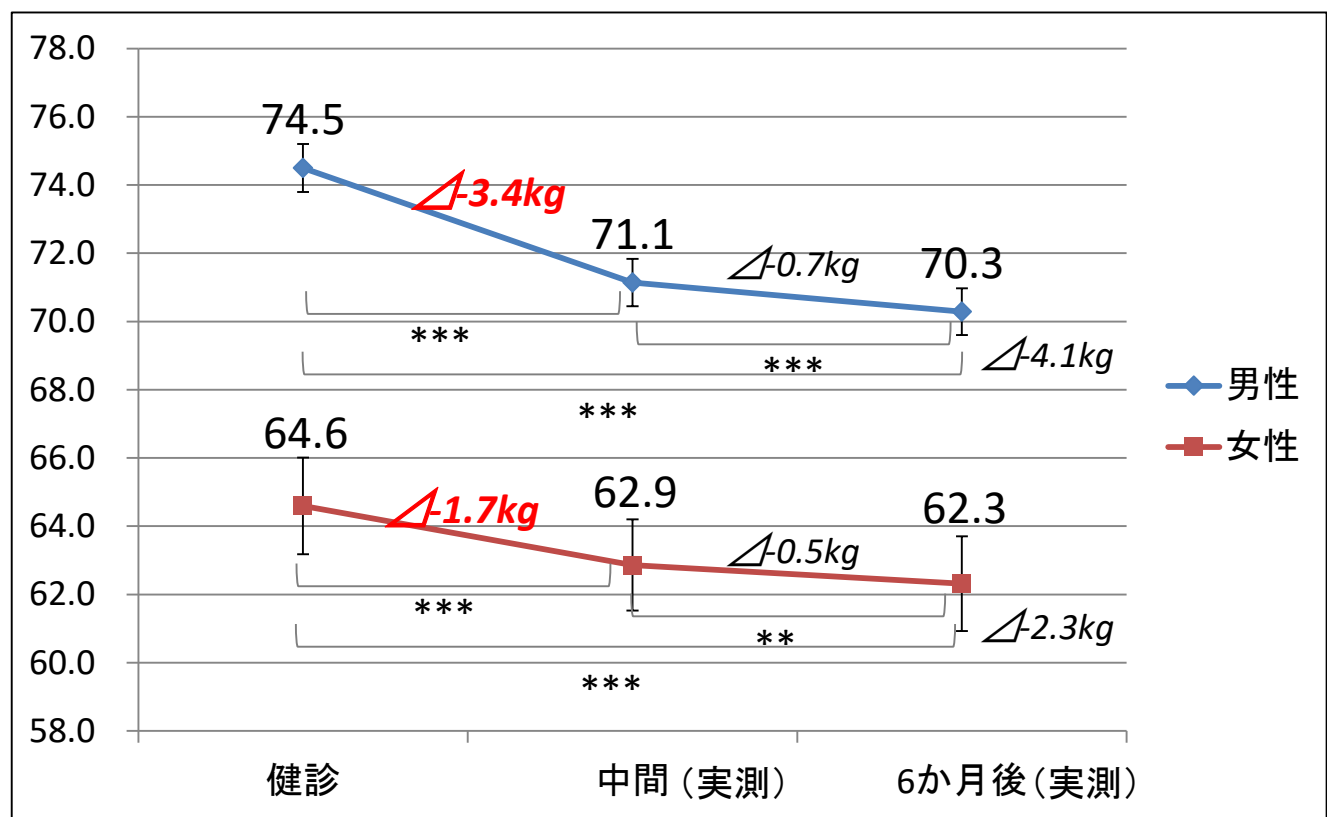
こうした**対象者の個別性を重視した効果的な保健指導**の実施は、加入者の健康の保持向上や医療費適正化等の観点から、**極めて重要な保険者機能**であり、**実施率の更なる向上**が求められる

第3期実施計画期間（H30～35年度）の特定保健指導の運用の弾力化

- （１）行動計画の実績評価の時期を、**保険者の判断**で「3か月以降」とすることができる。
- （２）**保険者が特定保健指導全体の総括・管理を行う場合**、初回面接と実績評価の「同一機関要件」を廃止する。
- （３）初回面接の分割実施を可能とし、健診受診当日に対象者と見込まれる者に初回面接をできるようにする。
- （４）積極的支援に2年連続で該当した場合に、2年目の状態（腹囲、体重等）が1年目より改善していれば、2年目は動機付け支援相当（初回面接と実績評価は必須、3か月以上の継続的支援は180ポイント未満でも可）でも可とする。
- （５）積極的支援対象者に対する柔軟な運用による特定保健指導のモデル実施を導入する
行動計画の策定・実績評価、喫煙者への禁煙指導を行い、3か月以上の保健指導により腹囲・体重の値が改善すれば、180ポイントの実施量を満たさなくても特定保健指導とみなす

中間時および6か月後の実測値による体重前後比較

●血液検査プログラム（220～300P）223名（男性174名、女性49名）



Mean±SE Wilcoxon符号順位検定 (*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001)

複数回指導対象者の支援についての留意点

- 1 回目の支援の経過を共に確認。
- 自らの行動や体重変化を意識している分、より
具体性、実践可能性をもった目標設定ができる。
本人がより主体的に目標設定に参画できるよう促す。
- 前回の達成状況を勘案して、無理のない目標設定を行うこと。
- 高齢者は、保健指導判定値レベルで安定していれば
良好と考える必要がある。
- 長期的な健康管理を継続して支援しているという
信頼関係が得られるようにする。

2年連続して積極的支援に該当した者への2年目の特定保健指導

- 2年連続して積極的支援に該当した者のうち、1年目に比べ2年目の状態が改善している者に対して、従前どおり積極的支援を実施するか、動機付け支援相当の支援を実施するかは、各保険者が対象者に応じて判断する。
 - 2年連続して積極的支援に該当した者のうち、動機付け支援相当を行える対象者は、以下のとおり。
 - ①前年度に積極的支援に該当し、積極的支援を終了した者
 - ②当該年度の特定健診の結果が前年度の特定健診の結果に比べて、以下に該当する者とする（※1）。
 - BMI<30 腹囲1.0cm以上かつ体重1.0kg以上減少している者
 - BMI≥30（※2） 腹囲2.0cm以上かつ体重2.0kg以上減少している者
 - （※1） **日本肥満学会の肥満症診療ガイドライン**では、肥満症の減量目標を現体重の3%以上としており、特定保健指導の行動計画の目標設定でも目安として活用されている。体重85kg（身長170cm、BMI30強の場合）で3%の場合、体重2.5kg、腹囲2.5cmが目標となる。2年連続で積極的支援に該当した場合でも、3%の目標の半分程度の減量が達成がされていれば改善の方向にあると整理し、BMIに応じて評価の要件を設定する。
 - （※2） BMIに代えて体重で判別する場合、「体重85kg以上」とする。
 - （※3） 2年連続して積極的支援に該当した者への2年目の特定保健指導を集合契約で実施する場合は、動機付け支援と同じ投入量とする。
- 動機付け支援相当を実施し、初回面接及び実績評価以外に何らかの継続的な支援を実施した場合は、継続的な支援の実施状況を報告する。

当該年に積極的支援に該当した者のうち、前年度も積極的支援に該当し積極的支援を終了した者を抽出する



腹囲及び体重の値が、前年度の特定健診結果に比べ当該年度の特定健診結果の方が改善している者を抽出する



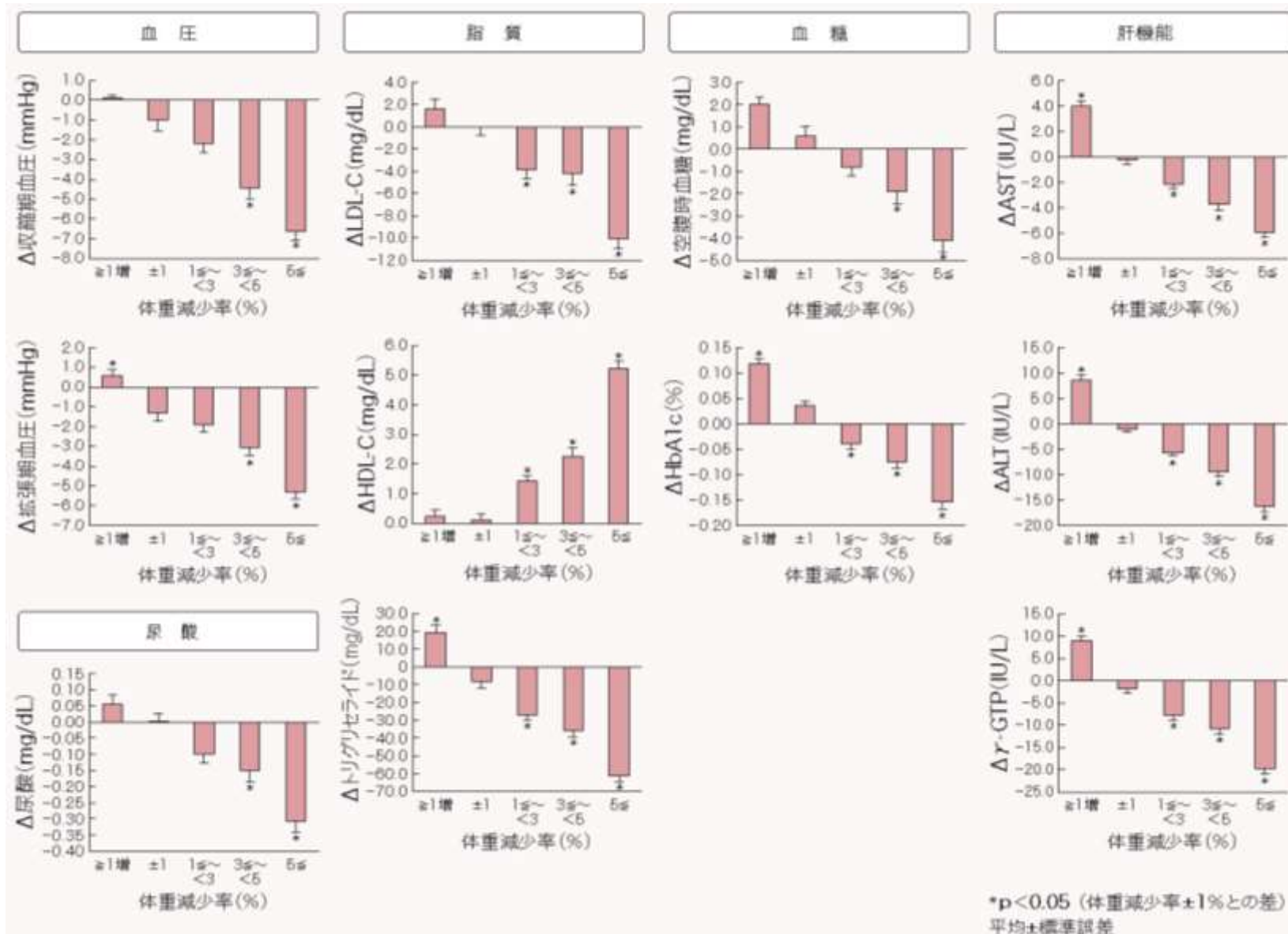
動機付け支援相当とするか、積極的支援とするかを判断する



動機付け支援相当の実施を決定する（集合契約であれば、「動機付け支援相当」の利用券を発行する）

○平成29年度から1年目として取り扱う。

1年後の体重変化率と検査値変化量(肥満症対象、積極的支援3,480人)

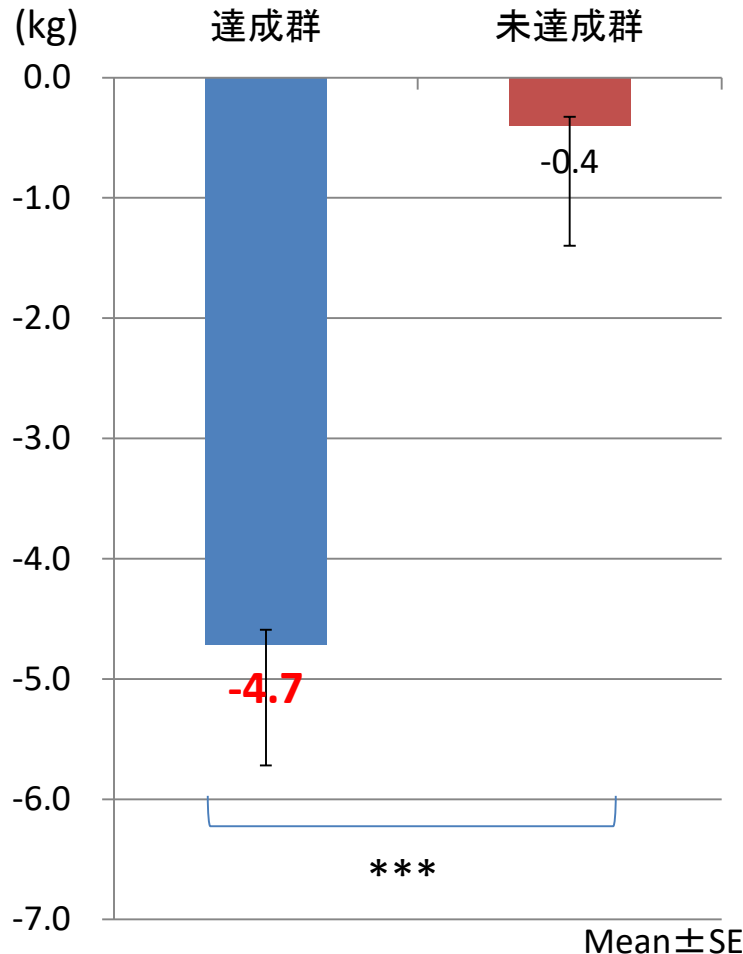


厚生労働科学研究「生活習慣病予防活動・疾病管理による健康指標に及ぼす影響と医療費適正化効果に関する研究」(研究代表 津下一代)

【通信プログラム・自己申告】中間時-2kg減量の有無別にみた 6か月後の△体重変化量および3%減量達成率の比較（男性）

※中間評価時（おおよそ3か月）のポイント消費量：80P～100P

6か月後の△体重変化量の比較

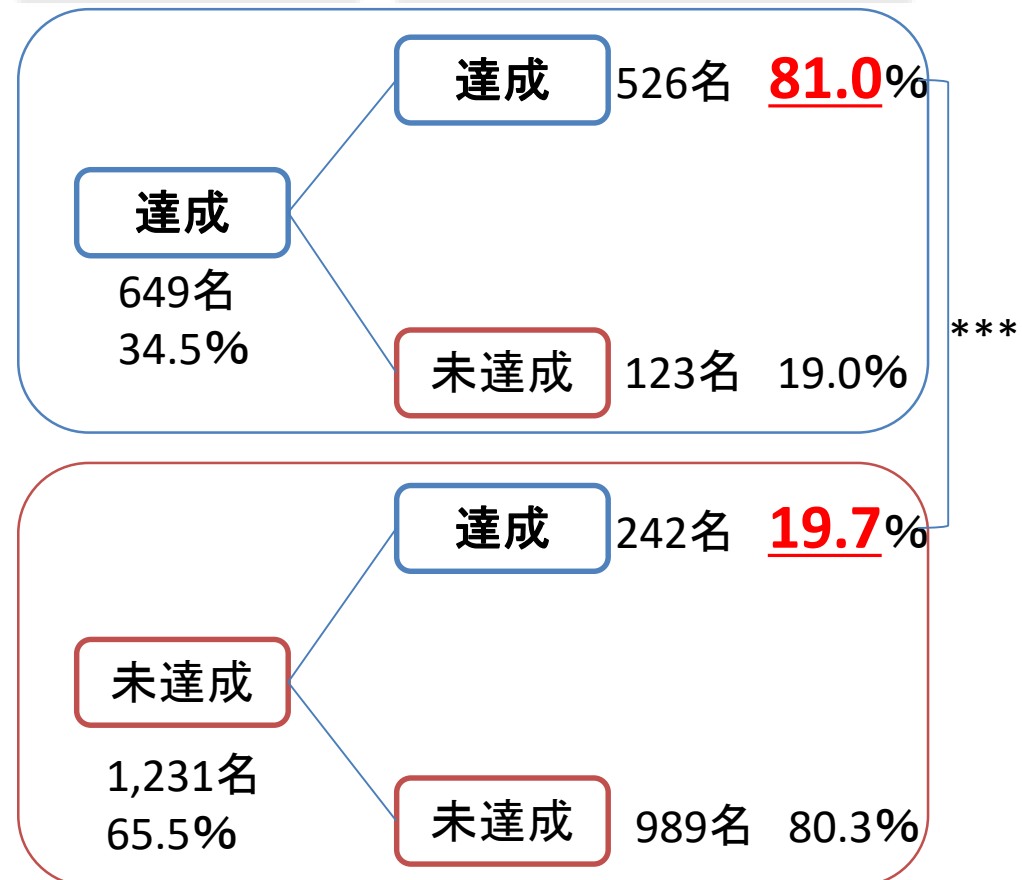


Wilcoxon符号順位検定 (* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$)

6か月後の3%減量達成率の比較

中間-2kg達成

6か月後3%減量達成



カイ二乗検定 (* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$)

情報通信技術を活用した初回面接（遠隔面接）の推進

- 実績報告（XMLファイル）保健指導情報の個表の「初回面接による支援の支援形態」のコードに、「遠隔面接」を追加する。

特定健診の結果に関する情報提供の評価

- 実績報告（XMLファイル）特定健診・質問票情報の個表に新たに「情報提供の方法」の項目を設ける。

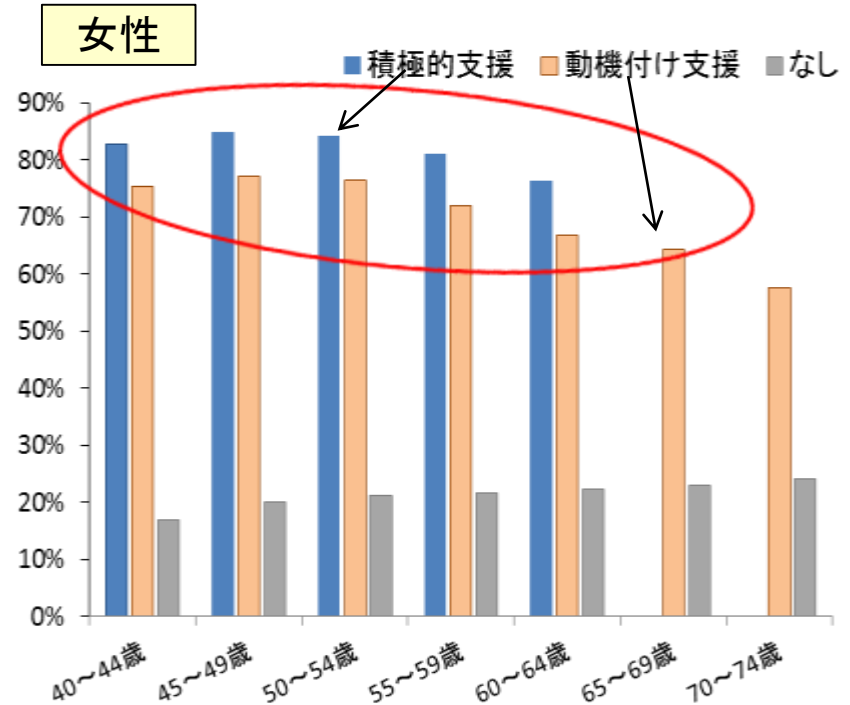
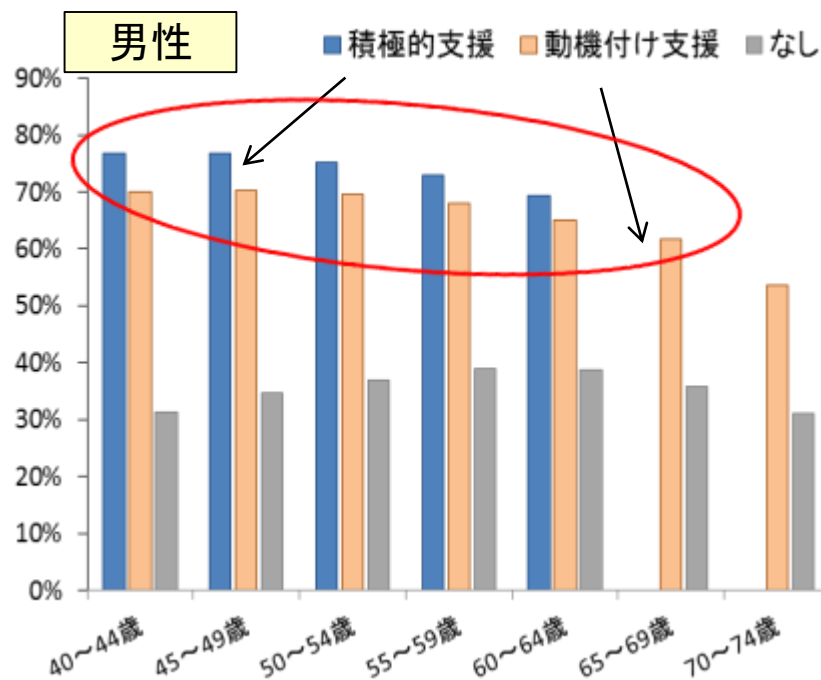
| コード | 内容の説明など |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1：「付加価値の高い情報提供」 | 本人に分かりやすく付加価値の高い健診結果の情報提供（個別に提供） <ul style="list-style-type: none">・レーダーチャートや経年データのグラフ等・個別性の高い情報（本人の疾患リスク、検査値の意味）・生活習慣改善等のアドバイス ※紙、冊子、ポータルサイト、メール等、媒体は問わないが、情報内容は、個別・個人ごとであること。 |
| 2：「専門職が対面説明」 | 専門職による対面での健診結果説明の実施 ※結果説明会、定期健康診断後の事後措置や、人間ドック等での対面での結果説明を想定。 |
| 3：「1と2の両方とも実施」 | |

20歳の時からの体重の増加（+10kg）と特定保健指導の該当との関係

○ 特定保健指導該当者の6～8割は、20歳の時から体重が10キロ以上増加している者である（＝20歳のときは体重が10キロ以上少なかった）。このため、健診結果の本人への分かりやすい情報提供や、40歳未満も対象とした健康づくりなど、保険者と事業主が連携して加入者の健康づくりに総合的に取組むことが重要である。

（参考）「20歳の時から体重が10キロ以上増加している」の質問に「はい」と答えた割合（40～74歳平均）：男性35.5%、女性20.9%

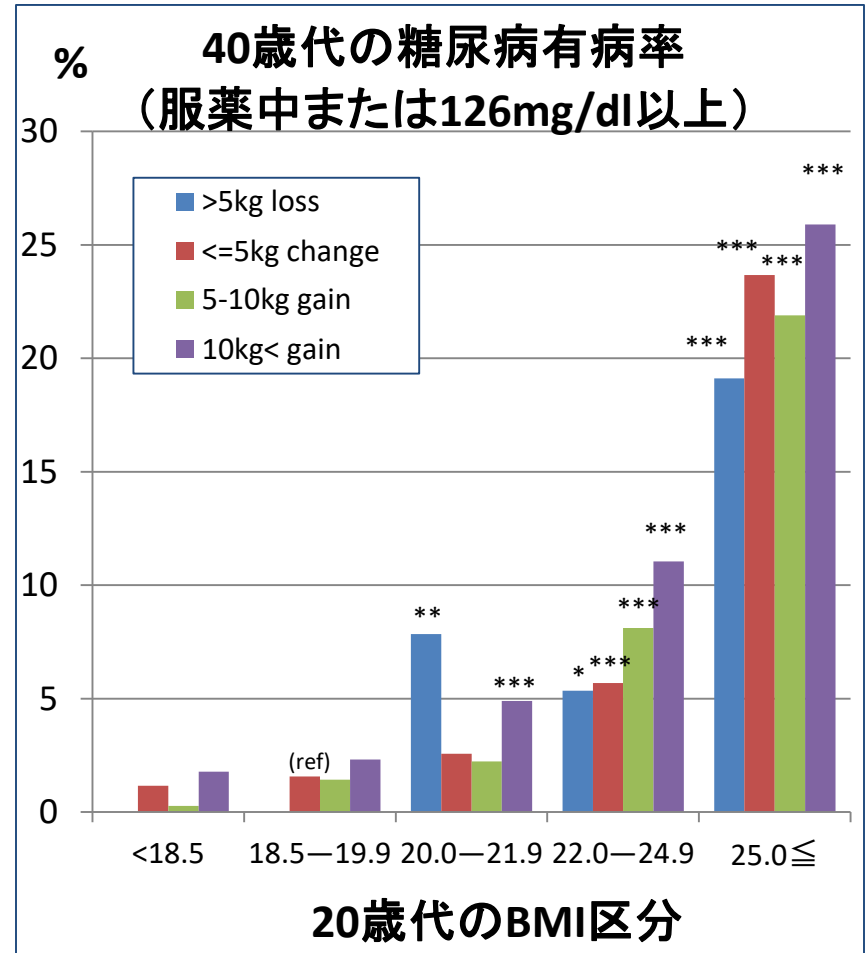
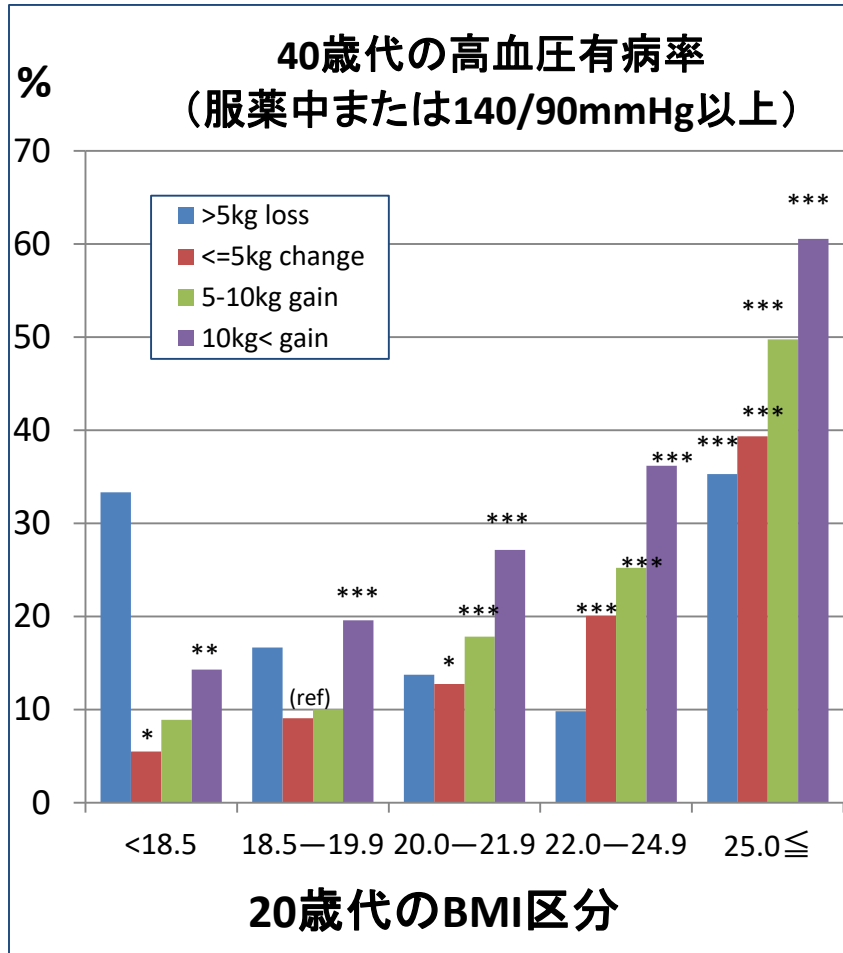
「20歳の時から体重が10キロ以上増加している」の質問に「はい」と答えた割合（H26年度特定健診結果）



【n数（当該項目の回答者数）：2160.1万件（未回答を除く）】

| 20歳の時の体重から10kg以上増加している | 総数 | 40～74歳 | | | | | | | | 40～74歳 | | | | | | | |
|------------------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | | 40～44歳 | 45～49歳 | 50～54歳 | 55～59歳 | 60～64歳 | 65～69歳 | 70～74歳 | | 40～44歳 | 45～49歳 | 50～54歳 | 55～59歳 | 60～64歳 | 65～69歳 | 70～74歳 | |
| | | 男性 | 男性 | 男性 | 男性 | 男性 | 男性 | 男性 | 男性 | 女性 | 女性 | 女性 | 女性 | 女性 | 女性 | 女性 | 女性 |
| 積極的支援 | 1,847,778 | 1,639,983 | 427,966 | 396,365 | 334,512 | 273,455 | 207,685 | 0 | 0 | 207,795 | 39,481 | 41,960 | 43,245 | 41,494 | 41,615 | 0 | 0 |
| 動機付け支援 | 1,729,050 | 1,158,398 | 215,332 | 187,148 | 152,801 | 123,086 | 98,637 | 228,404 | 152,990 | 570,652 | 80,177 | 85,349 | 80,990 | 69,946 | 68,025 | 104,992 | 81,173 |
| なし | 18,017,533 | 8,908,676 | 1,633,386 | 1,422,567 | 1,332,424 | 1,290,100 | 1,166,938 | 1,109,398 | 953,863 | 9,108,857 | 1,472,650 | 1,312,121 | 1,236,035 | 1,172,000 | 1,223,079 | 1,412,703 | 1,280,269 |
| 判定不能 | 6,872 | 3,796 | 911 | 714 | 539 | 528 | 526 | 393 | 185 | 3,076 | 940 | 455 | 401 | 392 | 445 | 318 | 125 |

20歳代の肥満は中高年期の 高血圧・糖尿病に直結

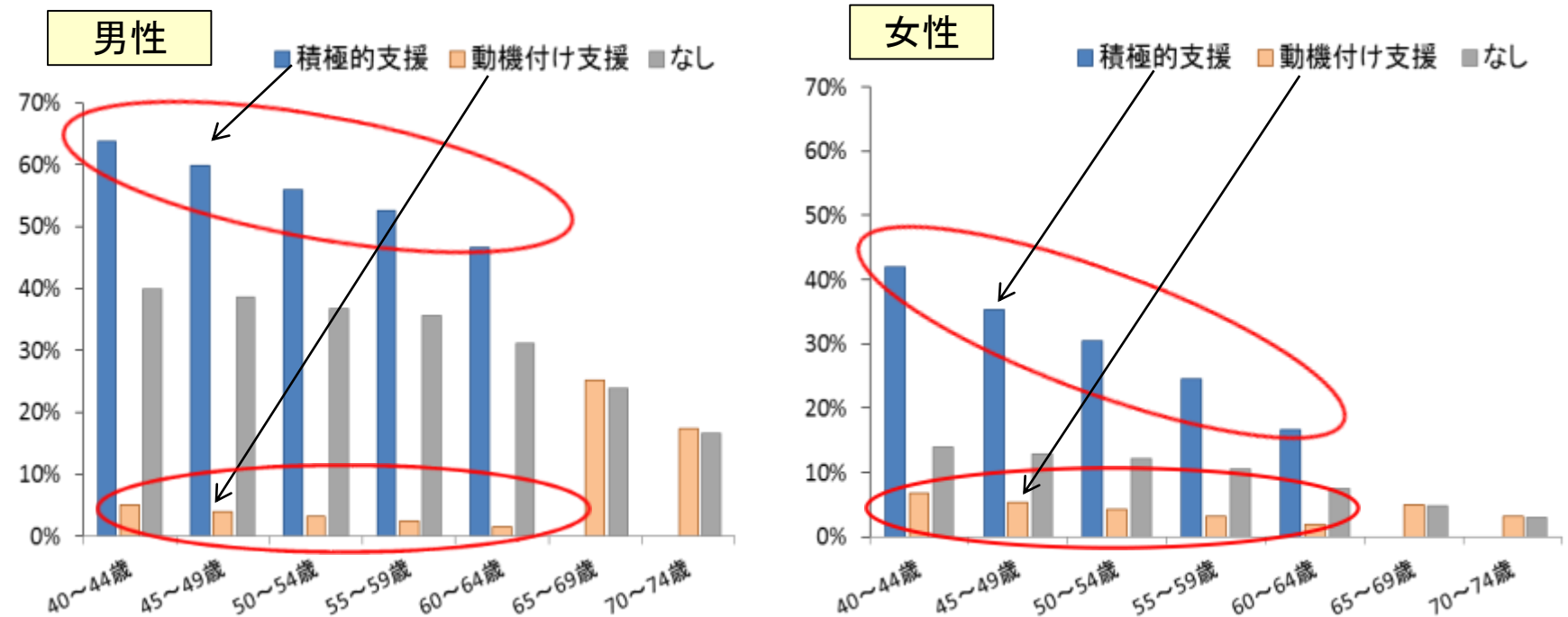


(*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001)

喫煙と特定保健指導の該当との関係

- 特定保健指導の積極的支援の該当者のうち、男性は4～6割、女性は1～4割が喫煙している。動機付け支援の該当者は、喫煙している者は約5%であるので、喫煙しているかどうかでリスクが1つ増えて、動機付け支援から積極的支援に保健指導の該当レベルが上がっていることがデータで示されている。積極的支援該当者を減らす対策として、喫煙対策が非常に重要である。

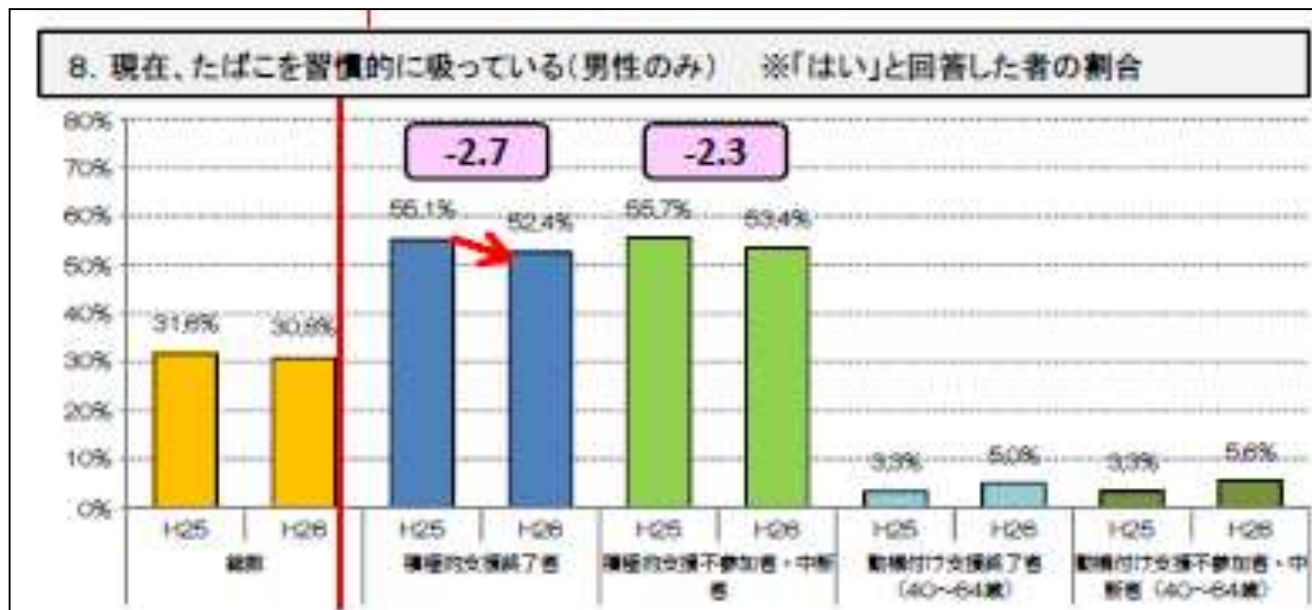
「現在、たばこを習慣的に吸っている」の質問に「はい」と答えた割合（2014年度特定健診結果）



【n数（当該項目の回答者数）：2639.6万件（未回答を除く）】

| く） 現在、たばこを習慣的に 吸っている | 総数 | 40～74歳 | | | | | | | | 40～74歳 | | | | | | | |
|----------------------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | | 40～44歳 | 45～49歳 | 50～54歳 | 55～59歳 | 60～64歳 | 65～69歳 | 70～74歳 | 40～44歳 | 45～49歳 | 50～54歳 | 55～59歳 | 60～64歳 | 65～69歳 | 70～74歳 | | |
| | | 男性 | 男性 | 男性 | 男性 | 男性 | 男性 | 男性 | 女性 | 女性 | 女性 | 女性 | 女性 | 女性 | 女性 | | |
| 積極的支援 | 2,296,162 | 2,041,921 | 533,476 | 495,691 | 419,189 | 338,476 | 255,089 | 0 | 0 | 254,241 | 48,743 | 51,651 | 52,944 | 50,579 | 50,324 | 0 | 0 |
| 動機付け支援 | 2,127,192 | 1,434,789 | 270,815 | 236,217 | 192,800 | 152,571 | 121,373 | 276,159 | 184,854 | 692,403 | 97,784 | 104,437 | 98,849 | 84,891 | 81,942 | 126,644 | 97,856 |
| なし | 21,962,679 | 10,950,173 | 2,027,693 | 1,774,783 | 1,662,107 | 1,578,028 | 1,420,430 | 1,335,759 | 1,151,373 | 11,012,506 | 1,783,392 | 1,592,859 | 1,498,763 | 1,411,431 | 1,470,483 | 1,704,400 | 1,551,178 |
| 判定不能 | 10,139 | 5,236 | 1,214 | 928 | 727 | 721 | 748 | 595 | 303 | 4,903 | 1,364 | 765 | 676 | 647 | 713 | 524 | 214 |

今後の課題



○男性の場合、特定保健指導の修了者は2.7ポイント減少、
特定保健指導を受けなかった者は2.3ポイント減少

積極的支援該当者の5割が喫煙者
メタボ＋血圧・血糖・脂質の重なるリスクが高い



タバコ

に関する支援の強化が必要



宿泊型新保健指導プログラムの創設

糖尿病

糖尿病の可能性が否定できない人
(HbA1c > 6.0%)
1,100万人

糖尿病が強く疑われる人
(HbA1c > 6.5%)
680万人

患者数
270万人

特定健康診査等

(一部)
教育入院

全体パッケージ(イメージ)

保健指導プログラム



医師 保健師 管理栄養士 健康運動指導士
理学療法士 作業療法士 etc

地元医師会や
自治体との連携

スポーツ、観光などのオプション



旅館



産業
健康観光

健康増進施設・保養所・ホテル・旅館

(企業や健保組合の保養所、都心部・保養地のホテル・
旅館を活性化)

〈メリット〉

- ①快適な環境でやる気向上
- ②集中的な保健指導で効果向上

健康増進、健康・観光産業の発展、
医療費適正化を同時に実現

七福神アプリの開発

<七福神キャラクター>

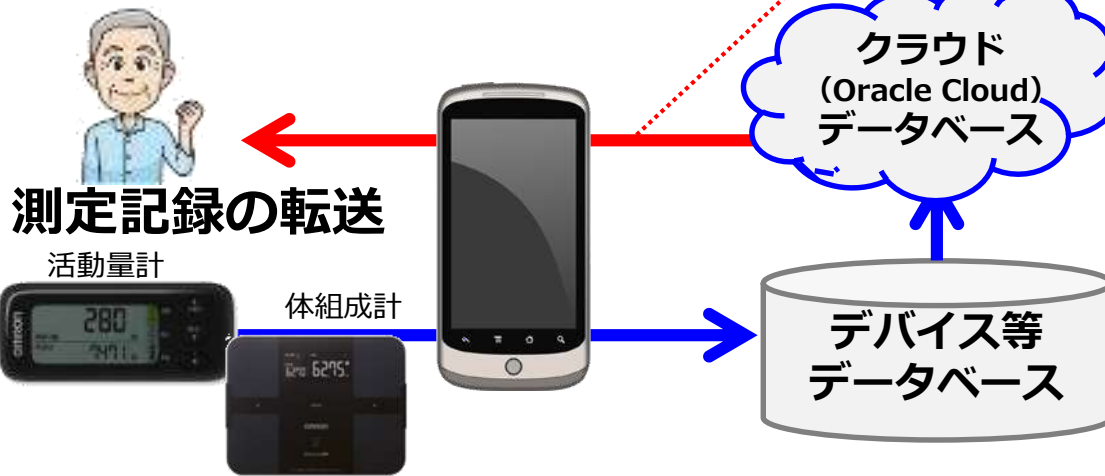
生活習慣を6つのアイコンで表現
糖尿病管理に有用な健康指標を担当



大黒天
Coming soon!
食事

<画面例>

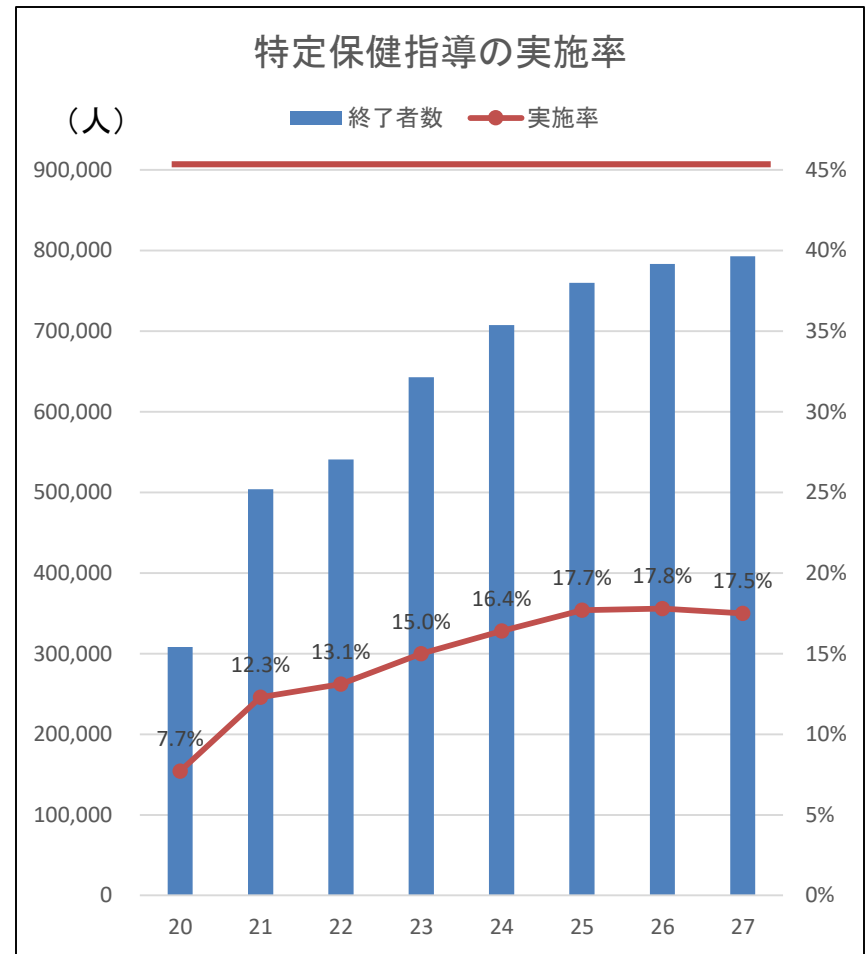
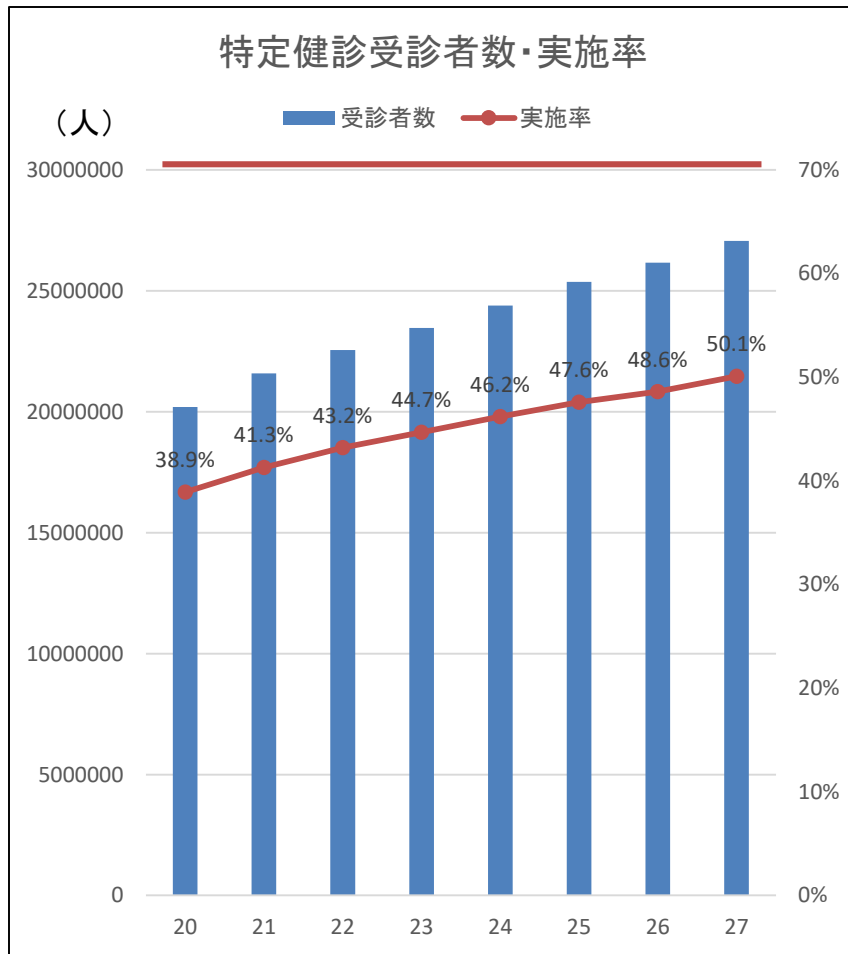
週2回更新、状況に応じて
メッセージやキャラクターが応援



- ・各デバイスの測定状況・測定値に応じた、応援や注意メッセージの配信ロジックを作成
- ・データを蓄積し、**機械学習**を用いて、個別の状況に合わせたメッセージ配信を目指して検討中

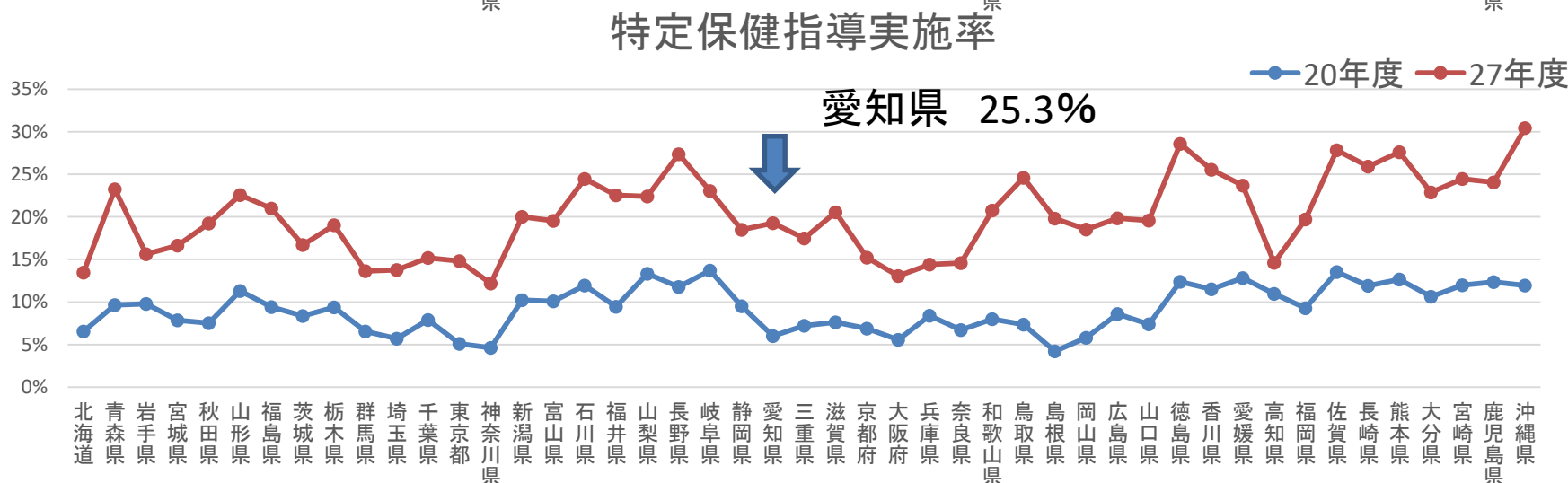
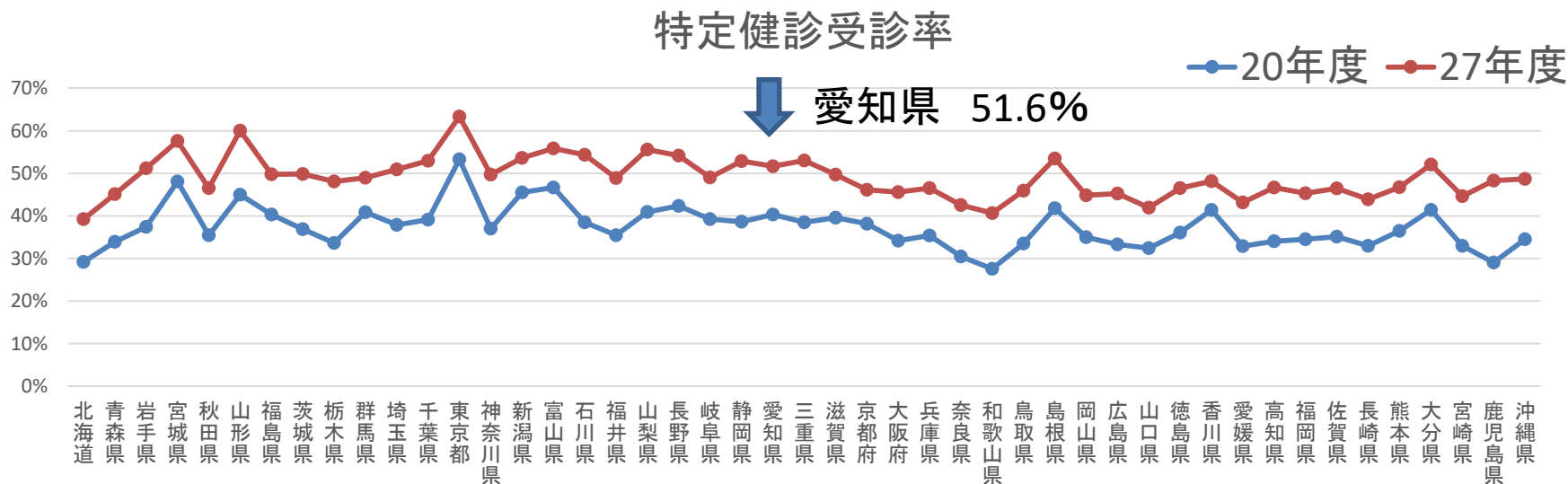
特定健診・特定保健指導 実施数・実施率の推移

(厚生労働省公表値)



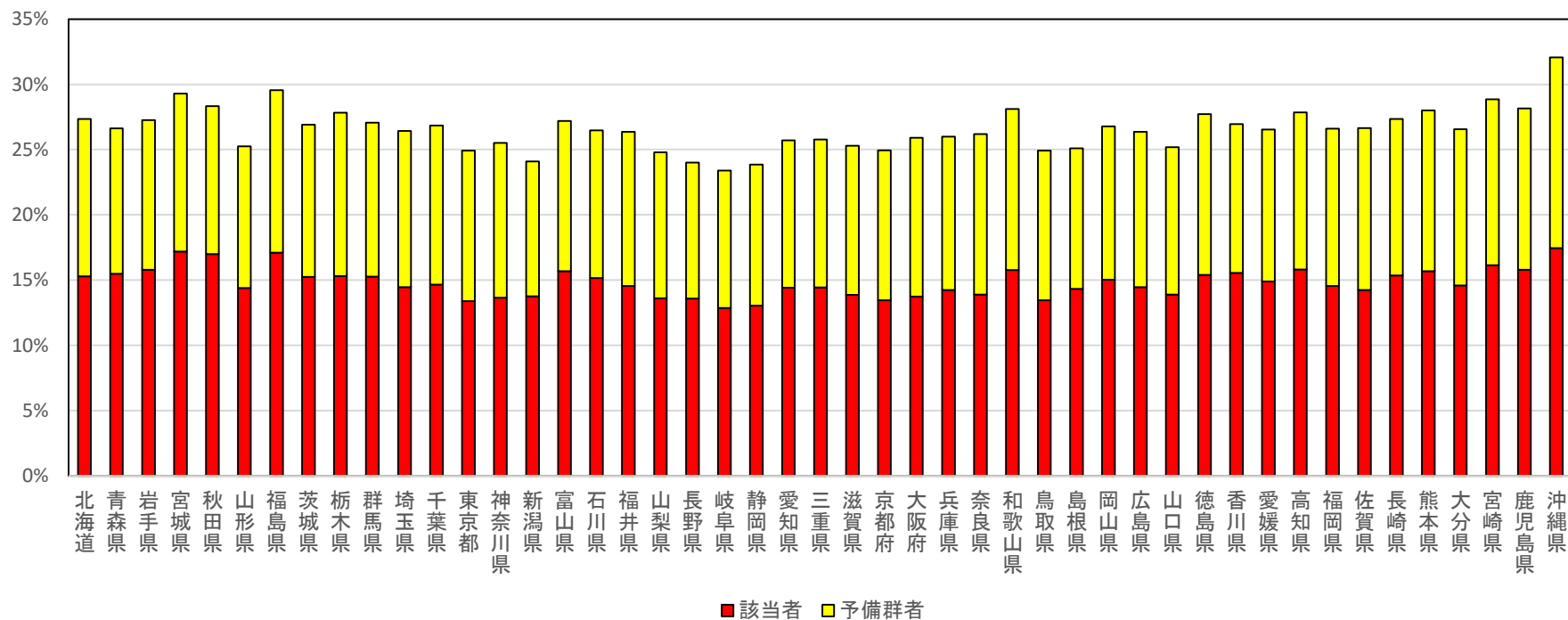
特定健診・保健指導受診率

20年度と27年度の比較



(厚生労働省 特定健診・特定保健指導の実施状況より)

平成27年度 特定健診受診者におけるメタボ+予備群の割合 (全国2,706万人のデータ分析)



今年度から**実施率公表** 次年度から後期高齢者支援金の**加算・減算制度**の見直し

1. 支援金の**加算**（ペナルティ）

- ・ 特定健診57.5%（総合は50%）未満、保健指導10%（総合は5%）未満に**対象範囲を拡大**（H32年度試算:225保険者（現行の約2倍））。**加算率を段階的に引上げ**。

※加算率＝段階的に引上げH32年度に**最大10%（法定上限）** 3区分で設定

※H30年度の加算額（H26年度実績で試算）：約4.0億円（現行の約6倍以上）

2. 支援金の**減算**（インセンティブ） ※減算の規模＝加算の規模

- ・ **特定健診・保健指導の実施率**に加え、**特定保健指導の対象者割合の減少幅（＝アウトカム指標）**
がん検診・歯科健診、**事業主との連携等の複数の指標で総合評価**

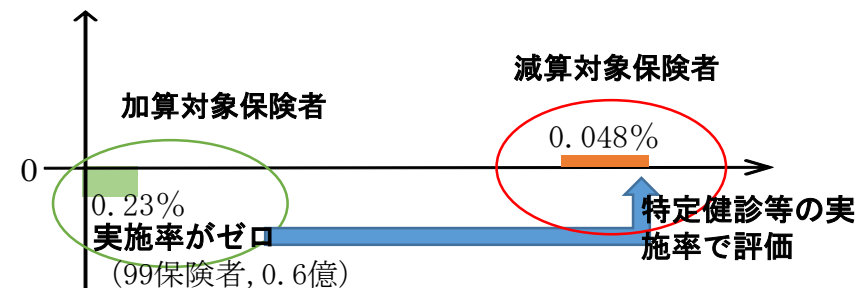
※減算率＝**最大10%～1%** 3区分で設定

（項目案）

- ・ 特定健診・保健指導の実施率、前年度からの上昇幅（＝成果指標）
- ・ 特定保健指導の対象者割合の減少幅（＝成果指標）
- ・ 後発品の使用割合、前年度からの上昇幅（＝成果指標）
- ・ 糖尿病等の重症化予防、がん検診、歯科健診・保健指導等
- ・ 健診の結果の分かりやすい情報提供、対象者への受診勧奨
- ・ 事業主との連携（受動喫煙防止、就業上の配慮 等）
- ・ 予防・健康づくりの個人へのインセンティブの取組 等

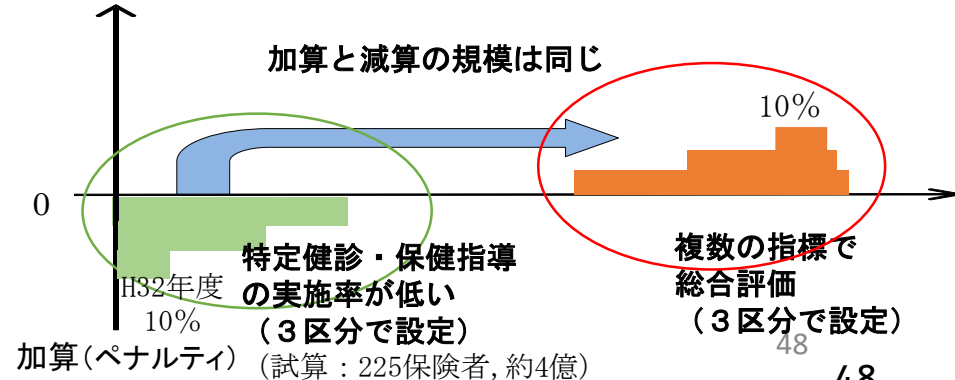
＜現在の仕組み：H29年度まで＞

減算（インセンティブ）



減算（インセンティブ）

＜見直し後：H30年度～＞



市町村等に対する予防・健康づくり等のインセンティブの仕組み

保険者努力支援制度

〔概要〕 ○医療費適正化への取組や国保固有の構造問題への対応等を通じて保険者機能の役割を発揮してもらう観点から、保険者としての努力を行う都道府県や市町村に対し、適正かつ客観的な指標（後発医薬品使用割合・収納率等）に基づき得られる得点に応じて支援金を交付することで、国保の財政基盤を強化する。

〔規模〕 ○H28・29年度は市町村について特別調整交付金の一部を活用して前倒し実施。（H28年度は150億円） H30年度以降は都道府県・市町村合わせて700～800億円程度。

【評価指標の考え方について】

- 保険者種別それぞれの特性に応じた新たなインセンティブ制度を設ける中で、保険者種別共通の項目を設定。各項目の具体的な基準や、保険者種別の特性を踏まえて追加する項目は保険者種別毎に設定。
- 糖尿病等の重症化予防、後発医薬品の使用促進、特定健診受診率向上、個人へのインセンティブ提供などの医療費適正化に資する取組の実施状況を共通項目として設定する。

| 加点 | 項目 |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 40点 | 重症化予防の取組 、収納率向上 ※本来「後発医薬品の使用割合」はこの配点であるが、使用割合の把握方法が不十分なため暫定的に15点とする。 |
| 20点 | 特定健診受診率、特定保健指導実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率、個人へのインセンティブ提供、個人への分かりやすい情報提供 |
| 15点 ※暫定的な点数設定 | 後発医薬品の使用割合、後発医薬品の促進の取組 |
| 10点 | がん検診受診率、歯周疾患（病）検診、重複服薬者に対する取組、データヘルス計画の策定、医療費通知の取組、第三者求償の取組 |
| 5点 | 地域包括ケアの推進 |

平成29年度前倒し分、30年度分の評価指標について

【共通指標③重症化予防の取組実施状況】

平成28年度前倒し分

| 重症化予防の取組の実施状況（平成28年度の実施状況を評価） | 該当 保険 者数 | 達成率 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------|
| 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 | 40 | 816 |
| 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 | | 46.9% |



平成29・30年度実施分

| 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） | 29年度分 | 30年度分 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|
| 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 | 40 | 50 |
| 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。 | 15 | 25 |
| 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。 | 15 | 25 |

【平成29・30年度指標の考え方】

- 日本健康会議の宣言2「かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。」としているところ、保険者努力支援制度（平成28年度前倒し分）において、達成市町村は816市町村であった。そのため、指標の評価項目⑥、⑦を新たに追加し本取組の更なる充実を図る。
- 新たに設けた評価項目⑥⑦について、受診勧奨の手法により評価の差を設けるのではなく、できる限り多くの対象者をカバーするため、段階的にアプローチしている保険者に対して評価すべきという重症化予防WGメンバーからの意見を反映した。

保険者努力支援制度(都道府県分)の評価指標について①

主な市町村指標の都道府県単位評価

評価の概要

○ 市町村分の主要指標について、都道府県平均値に基づく評価を行う。

具体的 評価方法

○ 以下の指標について、都道府県平均値に基づく評価を実施

【予算規模：200億円程度】
総得点：100点（体制構築含む）
体制構築加算 20点

| (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） | | 加点 | 各10×2=20 | 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 |
| (ii) 糖尿病等の重症化予防の取組状況 | | 加点 | | 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 |
| (iii) 個人インセンティブの提供 | | 加点 | | 10 |
| ① 管内市町村のうち、市町村指標①、②を満たす市町村の割合が4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、②を満たす市町村の割合が2割を超えているか。 | | | | 5 |
| (iv) 後発医薬品の使用割合（平成28年度実績を評価） | | 加点 | | 20 |
| ① 後発医薬品の使用割合の都道府県平均値が上位2割相当の数値を達成しているか。 | | | | 10 |
| ② ①の基準は満たさないが、後発医薬品の使用割合の都道府県平均値が上位4割相当の数値を達成しているか。 | | | | 5 |
| ③ 後発医薬品の使用割合の都道府県平均値が平成27年度実績と比較して3.7ポイント以上向上しているか。 | | | | 10 |
| ④ ③の基準は満たさないが、後発医薬品の使用割合の都道府県平均値が平成27年度実績と比較して向上しているか。 | | | | 5 |
| (v) 保険料収納率（平成28年度実績を評価） | | 加点 | | 20 |
| ① 保険料収納率の都道府県平均値が上位2割相当の数値を達成しているか。 | | | | 10 |
| ② ①の基準は満たさないが、保険料収納率の都道府県平均値が上位4割相当の数値を達成しているか。 | | | | 5 |
| ③ 保険料収納率の都道府県平均値が平成27年度実績と比較して0.4ポイント以上向上しているか。 | | | | 10 |
| ④ ③の基準は満たさないが、保険料収納率の都道府県平均値が平成27年度実績と比較して向上しているか。 | | | | 5 |

※体制構築加算は制度施行当初の暫定措置とする

保険者努力支援制度(都道府県分)の評価指標について②

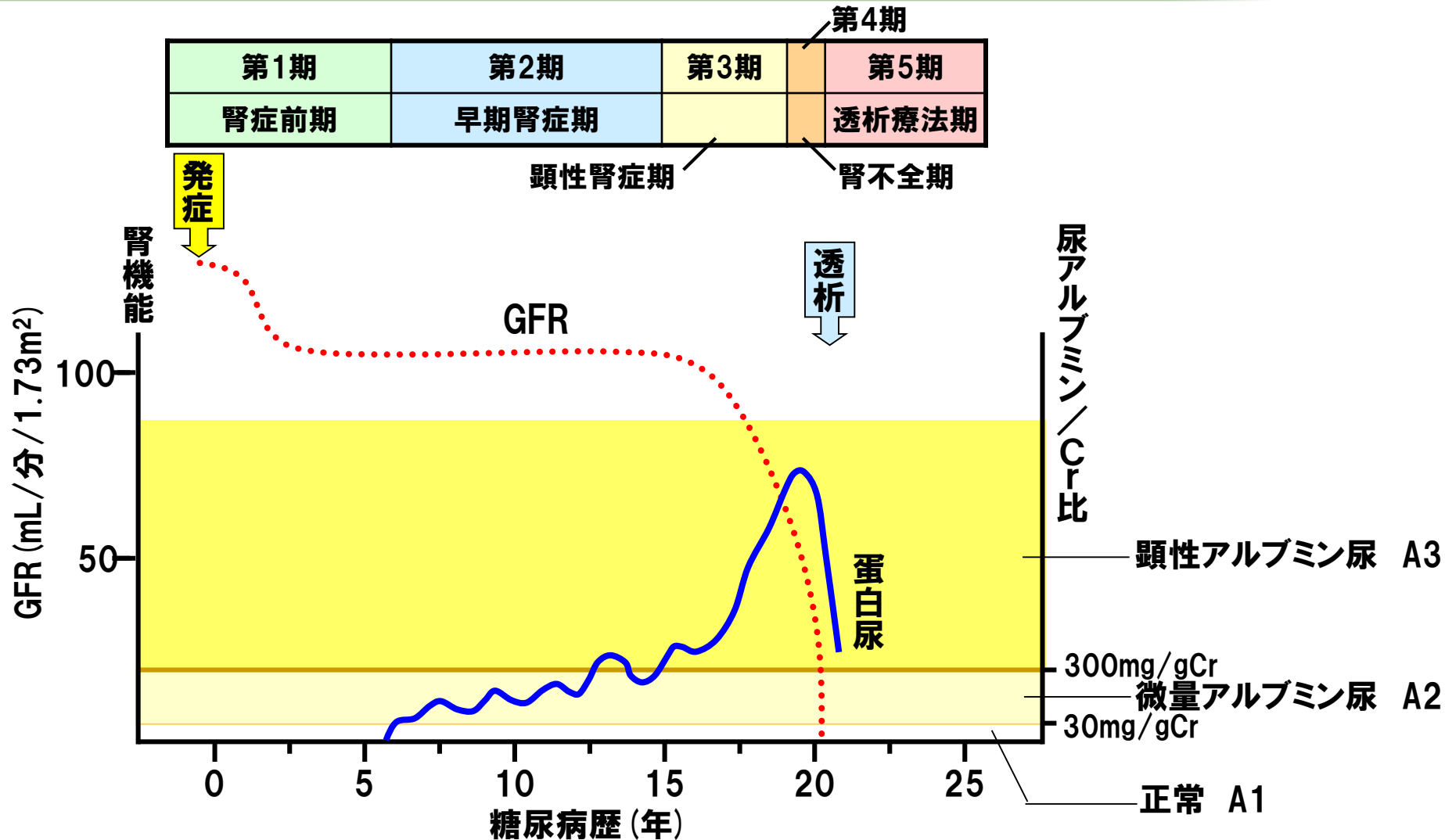
| 都道府県の実施状況 | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 評価の概要 | ○ 各都道府県の医療費適正化等に関する取組の実施状況について評価を行う。 | | |
| 具体的 評価方法 | ○ 都道府県の実施状況 【予算規模：150億円程度】 | | |
| | 評価項目 | 評価内容 | 点数 |
| | 1.医療費適正化等の主体的な取組状況 | ・ 保険者協議会に積極的に関与している場合 (※今後の保険者協議会に係る検討状況を踏まえ、具体的な評価内容を検討) | — |
| | | ・ 都道府県がKDBを活用して県内医療費の分析を行い、市町村に提供している場合 (※29年度中の評価は困難) | — |
| | | ・ 重症化予防の取組 | 10 |
| | | ・ 都道府県版重症化予防プログラムを策定している場合 | 10 |
| | | ・ 医療費適正化に向けた取組として、都道府県が市町村へ指導・助言等(※)を行っているか。 | 10 |
| | 2.医療提供体制適正化の推進 | (※今後の地域医療介護総合確保基金に係る検討状況等を踏まえ、具体的な評価内容を検討) | (30) |
| | 3.法定外繰入の削減 | ・ 都道府県内の市町村が決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っていない場合、または、都道府県が国保運営方針に基づき、決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っている市町村ごとに、削減の目標年次を定めた個別の計画を作成している場合 ※評価内容については、30年度以降の取組の進捗状況等を踏まえつつ必要な見直しを行う | 30 |
| (※)「市町村への指導・助言等」に係る指標の虫身については、今後検討を行う。 (交付額の算定方法) 評価指標毎の加点の合計×各都道府県内被保険者数(退職被保険者を含む)により算出した点数を基準として、全都道府県の算出点数の合計に占める割合に応じて、予算の範囲内で交付する。 | | | |

糖尿病性腎症予防の背景

- ◆わが国の慢性透析患者数は、32万人を超え、新規透析導入者は38千人にのぼる。健康寿命延伸、医療費適正化の観点(透析医療費1.5兆円)から早急な対策が必要である。
- ◆糖尿病性腎症は、新規透析導入の4割以上を占め、
血圧・血糖管理や生活改善により予防可能な病態である。
- ◆国保等では糖尿病ならびに腎症等の重症化予防に力を入れる自治体も増えてきたが、標準化されていない。
- ◆日本健康会議の「健康なまち・職場づくり宣言2020」で重症化予防推進の目標が掲げられた。
「生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合24団体以上」



2型糖尿病性腎症の臨床経過



(槇野博史. 糖尿病性腎症-発症・進展機序と治療. 東京: 診断と治療社, 1999: 192. より引用, 改変)

糖尿病性腎症 病期分類

糖尿病性腎症病期分類 (改訂) 注1

| 病期 | 尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr) | GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²) |
|----------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------|
| 第1期 (腎症前期) | 正常アルブミン尿 (30 未満) | 30以上注2 |
| 医療機関 で診断 第2期 (早期腎症期) | 微量アルブミン尿 (30~299) 注3 | 30以上 |
| 健診で 把握可能 第3期 (顕性腎症期) | 顕性アルブミン尿 (300 以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上) | 30以上注4 |
| Cr測定 国保等 第4期 (腎不全期) | 問わない注5 | 30未満 |
| 第5期 (透析療法期) | 透析療法中 | |

J-DOIT3 治療目標、生活習慣改善・自己測定

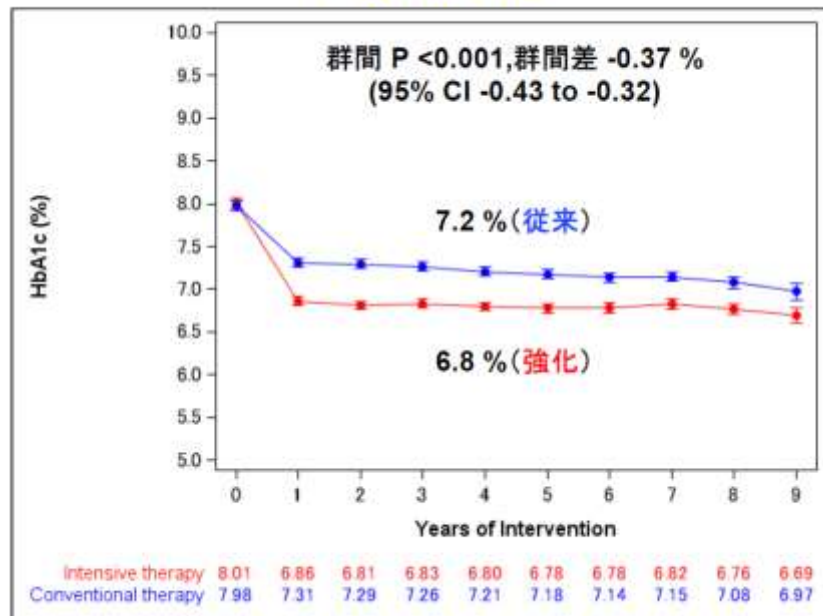
| | 従来治療群 | 強化療法群 |
|-------------|--------------------------------|------------------------------|
| HbA1c | < 6.9 % | < 6.2 % |
| 血圧 | < 130 / 80 mm Hg | < 120 / 75 mm Hg |
| LDL-コレステロール | < 120 mg/dL (* < 100 mg/dL) | < 80 mg/dL (* < 70 mg/dL) |
| HDL-コレステロール | ≥ 40 mg/dL | ≥ 40 mg/dL |
| 中性脂肪 | < 150 mg/dL | < 120 mg/dL |
| BMI | ≤ 24 | ≤ 22 |

* 冠動脈性心疾患の既往がある場合

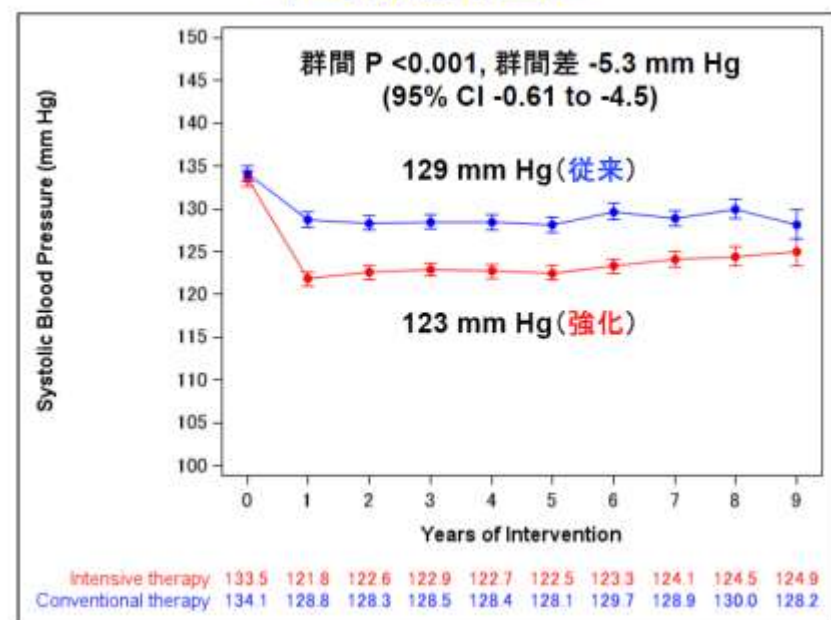
BMJ Open Diabetes Res Care 2016; 4(1): e000123.

| | 従来治療群 | 強化療法群 |
|------|-----------------------|-----------------------------------------------------------|
| 食事療法 | 1日総カロリーー25-35 kcal/kg | 1日総カロリーー25kcal/kg以下 (BMI 25以上), 27kcal/kg以下 (BMI 25未満) |
| 運動療法 | 歩数計を貸与 | 加速度計を貸与, 毎日の消費カロリーおよび歩数を 外来受診時に報告 |
| 禁煙 | ガイドラインに沿って行なう [14] | 外来受診時に喫煙本数を報告, 必要な場合には禁 煙補助剤を導入 |
| 教育 | ガイドラインに沿って行なう [14] | 生活習慣改善のためのコアプログラム・ポストコア プログラム |
| 自己測定 | 血圧計を貸与 | 血糖測定器と血圧計を貸与 |

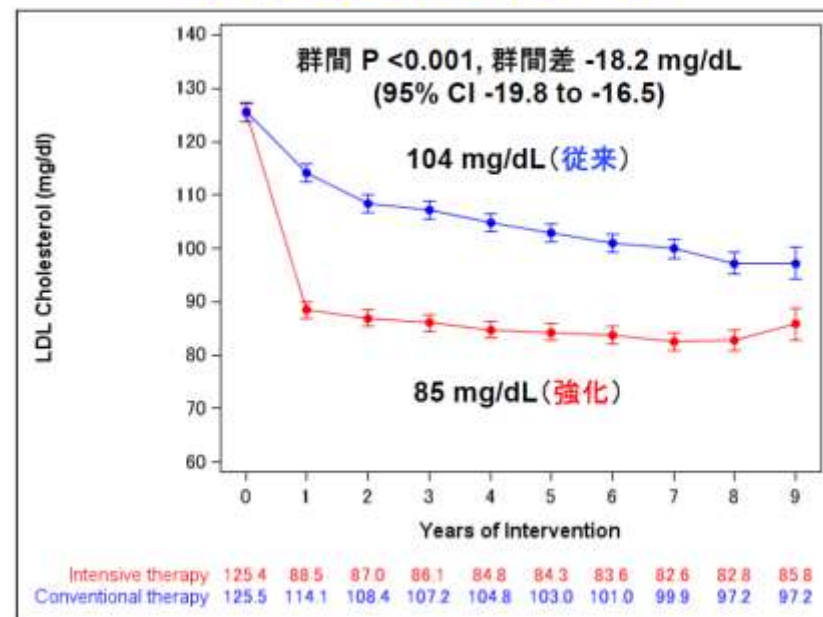
平均HbA1c



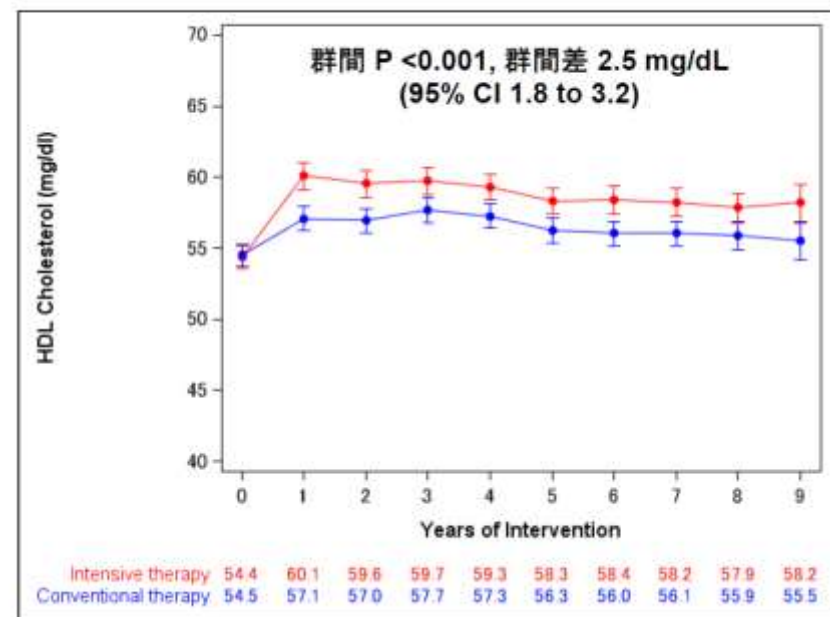
平均収縮期血圧



平均LDL-コレステロール



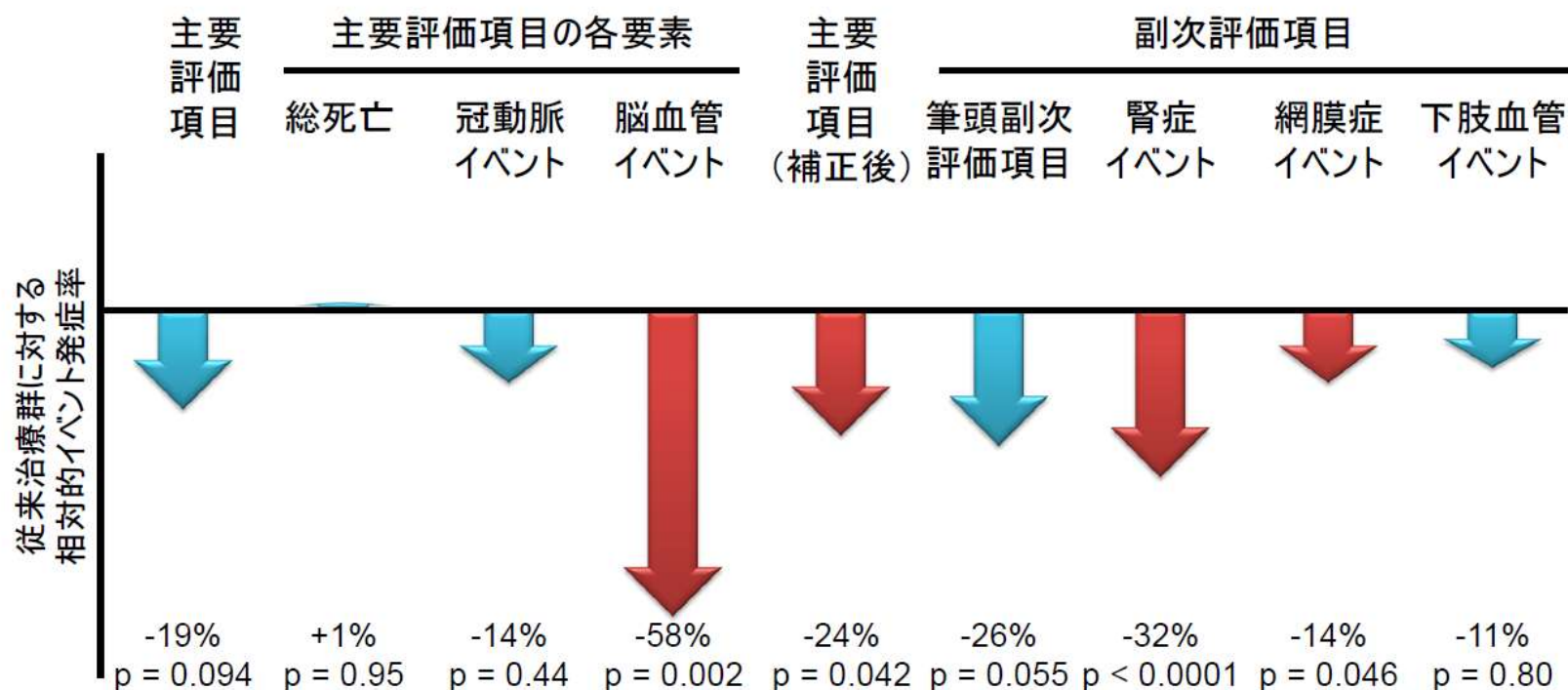
平均HDL-コレステロール



Effect of an intensified multifactorial intervention on cardiovascular outcomes and mortality in type 2 diabetes (J-DOIT3): an open-label, randomised controlled trial

Kohjiro Ueki, Takayoshi Sasako, Yukiko Okazaki, Masayuki Kato, Sumie Okahata, Hisayuki Katsuyama, Mikiko Haraguchi, Ai Morita, Ken Ohashi, Kazuo Hara, Atsushi Morise, Kazuo Izumi, Naoki Ishizuka, Yasuo Ohashi, Mitsuhiro Noda, Takashi Kadowaki, and the J-DOIT3 Study Group*

まとめ: 強化療法群における治療効果



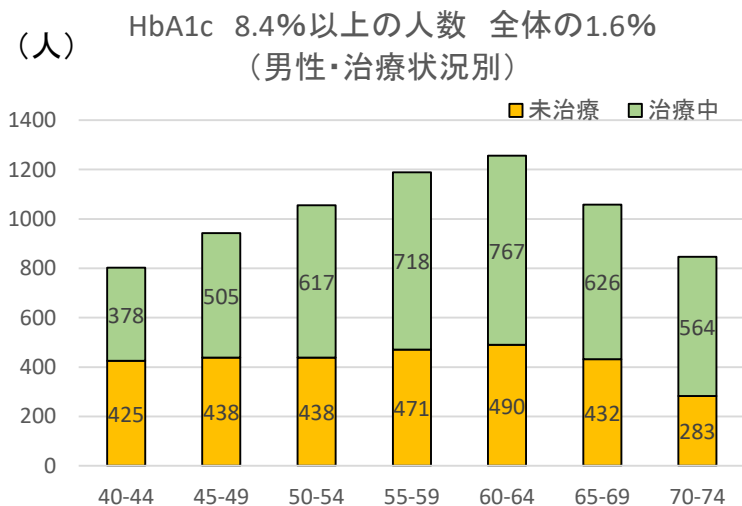
糖尿病性腎症悪化のケース：血糖・血圧コントロール不良になる原因

- 健診で糖尿病、腎症と判定されても、**治療につながっていない**
- 糖尿病で治療していても、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を受けていても、**食事療法の指導を受けていない理解・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

医療保険者が把握できる糖尿病の状況：健診、レセプトデータ分析

データ分析から
地域連携の対策の必要性を共有

健診・レセプトデータから対象者選定が可能



愛知県特定健診受診者（23年度） 105.6万人

健診から抽出（A市国保）

健診受診者 7,956人

血糖・HbA1c異常 711人
（受診勧奨判定値以上）

尿蛋白陽性 61人
未治療24人
治療中37人

**糖尿病性腎症
（3期以上）疑い**

レセプトから抽出

- ・罹病期間10年以上の糖尿病
- ・糖尿病性腎症（病名）
- ・糖尿病治療中断者、等

尿蛋白陰性 646人
未治療 335人
治療中 311人

尿微量アルブミン、eGFRにて
早期腎症、CKD診断の必要性

健康なまち・職場づくり宣言2020

宣言 1 予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。

宣言 2 かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。

宣言 3 予防・健康づくりに向けて47都道府県の保険者協議会すべてが、地域と職域が連携した予防に関する活動を実施する。

宣言 4 健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする。

宣言 5 協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を1万社以上とする。

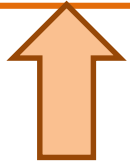
宣言 6 加入者自身の健康・医療情報を本人に分かりやすく提供する保険者を原則100%とする。その際、情報通信技術（ICT）等の活用を図る。

宣言 7 予防・健康づくりの企画・実施を提供する事業者の質・量の向上のため、認証・評価の仕組みの構築も視野に、保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者を100社以上とする。

宣言 8 品質確保・安定供給を国に求めつつ、すべての保険者が後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取り組みを行う。

重症化予防の達成基準

- 生活習慣病の重症化予防の取組のうち、
 - 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を図ること



厚生労働科学研究班でプログラム素案作成（平成28年3月）
重症化予防WGにて検討（3月28日）

- 糖尿病性腎症重症化予防プログラム決定（国版 4月20日）
（厚生労働省、日本医師会及び日本糖尿病対策推進会議 連名で発表）

プログラムの基本的考え方

- 医療機関未受診者等に対する**受診勧奨・保健指導**、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。
- 地域の実情**に応じ柔軟に対応が可能
- 後期高齢者**については**年齢層を考慮した対象者選定基準**を設定

取組にあたっての連携体制

糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定

日本糖尿病対策推進会議

加入団体を通じて各学会支部等に
プログラムを周知

日本医師会

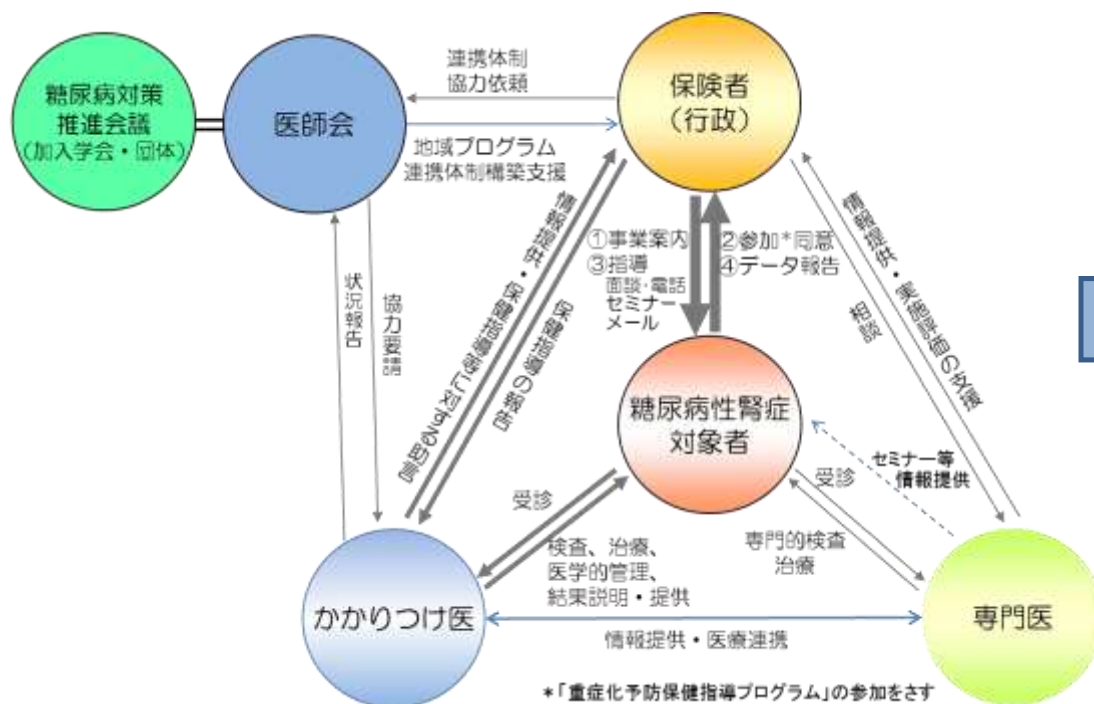
都道府県医師会、郡市区
医師会にプログラムを周知

厚生労働省

都道府県、保険者等に
プログラムを周知

都道府県単位で行政、医師会、糖尿病対策推進会議、保険者等により、
地域連携プログラムの策定など対応策について協議（各市町村の独自性を尊重）

市町村での実践に際し、関係者で具体的な方策を協議、実践



かかりつけ医、専門医、保険
者(行政)等による有機的連
携体制の確立

糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定締結について(平成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、埼玉県の場合のように、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、連携協力協定を締結した。

2. 参加者

日本医師会
日本糖尿病対策推進会議

横倉会長(糖尿病対策推進会議会長を兼任)
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、3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 |

提示する「重症化予防プログラム」のイメージ

1. 目的： 糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・受診中断者を医療に結びつける
糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、ハイリスク者に対して生活指導を行う

2. 対象者の抽出基準

- (1) 未受診、受診中断者：レセプト・健診データから把握
- (2) ハイリスク者（抽出条件を定義）

糖尿病性腎症の第2期、第3期（及び第4期）と思われる者を抽出し名簿を作成する。

保険者が該当する者を抽出した上でレセプトデータを照合して受診の有無を確認する。

3. 方法

- (1) 未受診、受診中断者への受診勧奨
- (2) ハイリスク者への生活指導

生活指導対象者選定にあたっての考え方、生活指導実施までの手順

生活指導の内容：学会ガイドライン、介入研究を基に病期ごとに整理

4. かかりつけ医と糖尿病及び腎臓専門医、保健指導実施者の**連携体制・情報共有方法**

5. **評価指標**：短期・中期・長期

保険者の持つ健診・レセプトデータを活用⇒対象者抽出基準を明確にする

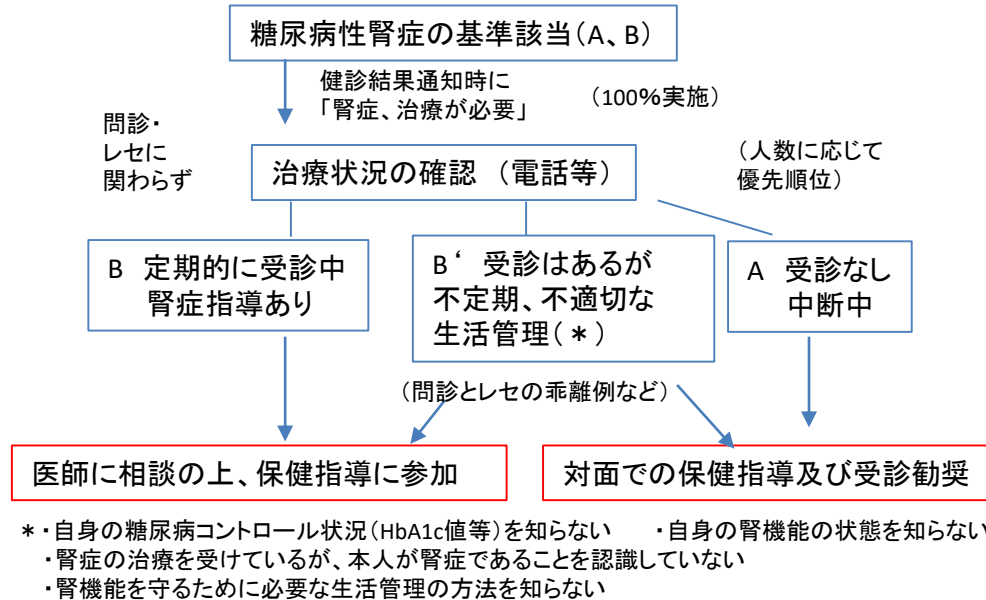
【対象者抽出基準】以下のいずれにも該当する者をプログラム対象とする

- 2型糖尿病であること：空腹時血糖126mg/ml(随時血糖200mg/dl)以上、またはHbA1c6.5%以上、または糖尿病治療中、過去に糖尿病薬使用歴あり
- 腎機能が低下していること：健診では尿蛋白+以上で第3期、±は微量アルブミン測定が望ましい、eGFR30ml/分/1.73m² 未満で第4期

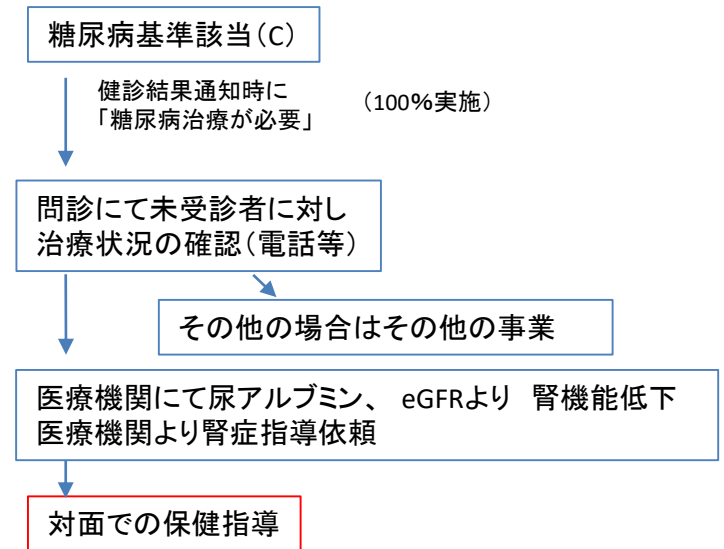
| | | |
|--------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| レセプトなし | 健診受診者 レセプトなし | 健診未受診者 レセプトなし (検査情報なし) |
| | <div>C 糖尿病基準該当 +受診なし</div> <div>A 糖尿病性腎症 +受診なし</div> | <div>E 過去に糖尿病治療歴あり 現在治療中断</div> |
| レセプトあり | <div>B 糖尿病性腎症 +受診あり</div> <div>健診受診者 レセプトあり</div> | <div>D 糖尿病治療中 尿アルブミン、尿蛋白 eGFR 有所見かつ医師の推薦あり</div> <div>健診未受診者 レセプトあり (検査情報なし)</div> |
| | 健診受診 | 健診未受診 |

対象者セグメントに合わせた介入フロー

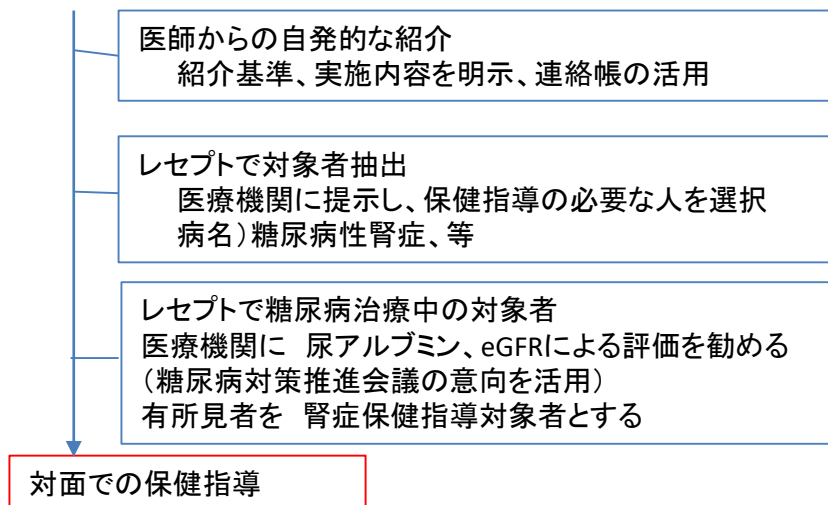
「糖尿病性腎症」と判定された人に対する事業(A・B)



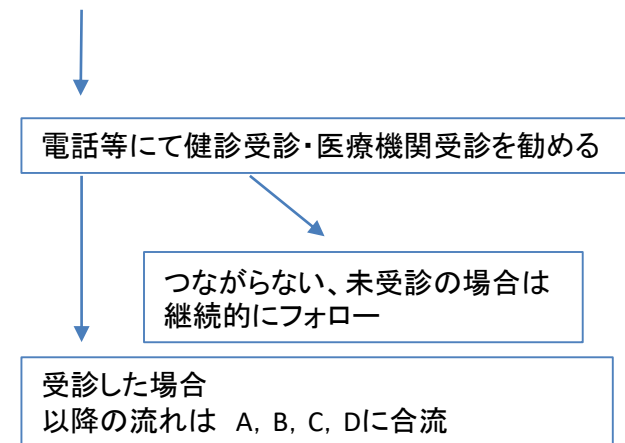
糖尿病と判定された人に対する事業(C)



医療機関で把握された糖尿病性腎症(D)



過去に糖尿病治療歴あり、現在治療中断中(E)



重症化予防 目標設定の考え方

〈糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少 平成34年 15,000人*〉

* 25年 16,035人

腎機能低下の防止：腎症病期、eGFR低下率、尿蛋白

QOL向上、生活機能低下防止

〈危険因子の低減〉

高血圧
140/90mmHg 以上の
人の減少

糖尿病コントロール
不良者の減少

高LDLコレステロール血症
(高Non-HDLコレステロール
血症)の減少

腎障害性薬剤↓
腎保護治療

血圧治療
減塩

糖尿病治療
定期的検査

脂質異常症
治療

多剤のチェック
感染症予防

肥満の改善
健康的な食事

栄養・食生活
・減塩
・肥満者における減量

喫煙者における

禁煙

糖尿病、高血圧、
高コレステロール血症の
治療継続者の増加

飲 酒

・過量飲酒の減少

身体活動・運動

・適度な身体活動

過度の飲酒を制限

生活リズムを整え 活動的な暮らし

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 | $HbA1c < 5.6$ | $5.6 \leq HbA1c < 6.5$ | $6.5 \leq HbA1c < 7.0$ | $7.0 \leq HbA1c < 8.5$ | $8.5 \leq HbA1c$ |
| | 糖尿病*1の場合 の血圧*2 | | $120 \leq SBP < 130$ または $85 \leq DBP < 90$ | $130 \leq SBP < 140$ $85 \leq DBP < 90$ | $140 \leq SBP < 160$ $90 \leq DBP < 100$ | $160 \leq SBP$ $100 \leq DBP$ |
| | 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 $\geq 126\text{mg/dl}$ 、または $HbA1c \geq 6.5\%$ 、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

保健事業評価の視点

| 評価の構造 | 評価の視点・内容 |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ストラクチャー 実施体制は整っているか | <ul style="list-style-type: none">・達成したい目標にむけて、関係者の理解が得られているか。・保健指導の実施体制が構築できたか（内製・委託）・委託の場合、十分に事業を実施できる事業者であるか。・保険者等との連絡、協力体制ができているか。 |
| プロセス うまく運営できているか | <ul style="list-style-type: none">・事業実施手順書を作成し、関係者間で共有できているか・募集、初回実施、継続、評価の各段階でチェックしているか。・対象者に合わせた内容が準備できているか・参加者の健康状態を事前に把握、指導者に提供できるか。 |
| アウトプット ちゃんと実施できたか | <ul style="list-style-type: none">・計画した事業が実施できたか・ねらったセグメントの対象者が参加できているか・最後まで継続できたか・実施回数、人数は計画どおりか |
| アウトカム 結果は出ているか | <p>目的とした成果が上がっているか。</p> <p>関心度・生活習慣、健康状態（検査値）、療養状況 医療費（非参加群との比較があるとよい）</p> |

糖尿病重症化予防プログラムの評価指標

I. プログラムのfeasibility (国保・広域連合の本プログラムへの関心、参加、継続)

II. ミクロ的評価: 介入を実施しない対照群は倫理的に設置しない。プログラム間比較とする。

○短期的指標(前・3か月or 6か月・1年)

検査値(健診・医療): **血糖・HbA1c、血圧、体重、クレアチニン*、eGFR*、尿蛋白、尿アルブミン***

問診: 受診・**服薬状況**、行動変容(**喫煙**、塩分・、蛋白摂取量、身体活動量、口腔ケア等)、QOL

レセプトデータ: **受診につながった割合**、外来医療費

○中期的指標(2年、3年)

血糖・HbA1c、血圧、体重、喫煙、クレアチニン*、eGFR*、尿蛋白、尿アルブミン*等

継続した受療率、糖尿病性腎症病期、外来医療費

○長期的指標:(4年以降追跡 レセプトにて把握)

レセプトによる受療状況、総医療費、外来医療費、生活習慣病医療費

糖尿病性腎症による透析導入

III. マクロ的評価; 国保、後期広域連合における腎症各期の性・年齢別該当率の年次推移、

HbA1c 6.5%以上のうちの未治療率、自治体の透析導入率(人口10万対)、

うち糖尿病性腎症を原因とする者(人口10万対)

○対象者が追跡期間中に**国保⇒後期高齢に移行しても追跡できる体制**とすること

○ミクロ的評価についてはプログラム開始時に個人同意をとること

○**かかりつけ医とのネットワーク体制構築によるデータ取得(糖尿病療養手帳等の活用)**が望ましいが、ミニマムとして保険者で把握可能なデータとする)

実証支援

事業評価様式提供

進捗管理シート

| NO | 項目 | 内容 | 進捗 | 注 |
|----|------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---|
| 1 | 健康課題 | 健康日本21のターゲット・ヘルス・アクション計画の健康課題に基づき課題を設定している | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 2 | 対象者選定 | 平成27年度特定健診結果（空腹時血糖値≥6.1mmol/L）糖尿病の有無により糖尿病性腎症の重症化を判断している。＜27年度特定健診結果参照＞ | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 3 | 対象者の把握 | 糖尿病の診断を受けた、平成27年度特定健診を受けたおよび対象者（医師、薬剤師）にアプローチするが困難な者もいる | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 4 | 予備・人選配置 | 事業に必要な人員・手数標準の定めがある | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 5 | チーム形成 | 市町村（医師、健康推進員、健康相談員）と、広域連合のチームを形成している | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 6 | 介入法の検討 | 対象者の特性に合わせた介入方法（個別指導・保健指導）を検討している | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 7 | 実施方法の決定 | 地区医師会と市町村の健康課題やモデル事業実施計画に基づいて情報提供している | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 8 | 医師会への依頼 | 対象者の選定基準や介入方法（個別指導・保健指導）及び実施方法（手帳・電話・個別指導・戸別訪問・集団指導）について、地区医師会や専門医に相談、助言を受けている | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 9 | 対象者決定 | 対象者の選定基準に基づいて決定している。＜27年度特定健診結果参照＞ | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 10 | 介入法の決定 | 介入方法（個別指導・保健指導）も決定している。＜27年度特定健診結果参照＞ | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 11 | 実施方法の決定 | 具体的な実施方法（手帳・電話・個別指導・個別訪問）も決定している。＜27年度特定健診結果参照＞ | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 12 | チーム内での情報共有 | 市町村（医師、健康推進員、健康相談員）と、広域連合の医師と協議した内容（対象者の選定基準・介入方法・実施方法）について共有している | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 13 | 計画書作成 | 事業実施計画書を作成している。＜研究事業実施計画書（市町村）参照＞ | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 14 | 実施方法の決定 | 市町村の選定基準も決定している | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 15 | 進捗方針の決定 | 地区医師会と糖尿病性腎症重症化予防の連携方針（個別指導手帳、チーム訪問フォーマット等）について決定している。＜27年度特定健診結果参照＞ | <input checked="" type="checkbox"/> | |

データ登録シート

属性、介入方法・回数、検査値、問診、介護状況、透析有無、年間医療費、レセプト情報（疾患名・薬剤名）、医療機関連携

| 属性 | | | | | 属性 | | | | | 初回終了後 3か月後までの介入方法・回数 | | | | | | | | | | 医療連携について | | | | | |
|--------------------------------|-----------|----|-----------|--------|--------------------------------|-----------|----|-----------|--------|-------------------------|-----|----|----|----|----|-----|-----|-----------------|---------------|-----------------------|---------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|----------|
| 実施主体 機関名 | 機関内 ID | 性別 | 抽出時 年齢 | 生年月 | 実施主体 機関名 | 機関内 ID | 性別 | 抽出時 年齢 | 生年月 | 通知 (はがき・手紙) | メール | 電話 | 面談 | 訪問 | 教室 | 教室名 | その他 | 介入の 合計 回数 | かかりつけ 医の有無 | かかりつけ 医の医療機 関選択 | | かかりつけ医の専門科 | | 医療機関連 携に関する 所感(自由記 載) | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 病院 | 診療 所 | 内科 (糖尿病 がある いは 腎臓 の病 の 療 療 あり) | 内科 (糖尿 病 の 療 療 なし) | | 内科以 外 |
| <input type="checkbox"/> 〇市医師会 | 1 | 1 | 60 | 195606 | <input type="checkbox"/> 〇市医師会 | 1 | 1 | 60 | 195606 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | | 0 | 2 | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 〇市医師会 | 2 | 2 | 55 | 196108 | <input type="checkbox"/> 〇市医師会 | 2 | 2 | 55 | 196108 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | | 0 | 0 | 1 | | | | | | |
| 大府市 | 3 | 1 | 56 | 196004 | | 3 | | | | 0 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | 2 | 20 | | | | | | | |

KDBの活用

事業評価シート

糖尿病性腎症対象者抽出（健診受診者、糖尿病有無、腎症病期、糖尿病治療有無）
受診勧奨できた人数、受診につながった人数、保健指導募集と参加人数、完了人数

| ア | なし | あり | | | | | | | | | | |
|------|------|------|-----|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | イ | ウ | | 糖尿病治療あり | 糖尿病治療なし | 糖尿病治療あり | 糖尿病治療なし | 糖尿病治療あり | 糖尿病治療なし | 糖尿病治療あり | 糖尿病治療なし | 糖尿病治療あり |
| 入力例→ | 7956 | 7249 | 707 | 7 | 5 | 2 | 80 | 56 | 24 | 620 | 311 | 309 |

| 糖尿病治療なし A (カ+ケ+シ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|----|----|---------------------|-----|---|---------------------|---|---|---------------------|---|---|---------------------|---|----|---------------------|----------------|----|---------------------|--|--|---------------------|--|--|---------------------|--|--|---------------------|--|--|----|--|--|
| | | | | | | eGFR30未満(4期) D | | | | | | | | | | 尿蛋白+以上かつeGFR G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診勧奨した数 (合計) | | | 受診勧奨できなかった数 (合計) | | | 受診勧奨できなかった数 (合計) | | | 受診勧奨できなかった数 (合計) | | | 受診勧奨できなかった数 (合計) | | | 受診勧奨できなかった数 (合計) | | | 受診勧奨できなかった数 (合計) | | | 受診勧奨できなかった数 (合計) | | | 受診勧奨できなかった数 (合計) | | | 受診勧奨できなかった数 (合計) | | | | | |
| B① | | | B② | | | C① | | | C② | | | C③ | | | D① | | | D② | | | D③ | | | E① | | | E② | | | E③ | | |
| (E①+H①+K①) | | | (E②+H②+K②) | | | 【F①+H①+L①】 | | | 【F②+H②+L②】 | | | 【F③+H③+L③】 | | | F① | | | F② | | | F③ | | | H① | | | H② | | | H③ | | |
| 395 | 34 | 18 | 16 | 301 | 5 | 296 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 24 | 22 | 12 | 10 | | | | | | | | | | | | | | | |

(3) データ登録シートによる研究班事業評価

| | | 開始時 | 3か月後 | 6か月後 | 1年後 | 2年後 | 3年後 | 4年後 | 5年後 |
|---------------------|--------|-----|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 検査値 | HbA1c | | | | | | | | |
| | Cr | | | | | | | | |
| | eGFR | | | | | | | | |
| | 尿蛋白 | ○ | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | SBP | | | | | | | | |
| | DBP・・・ | | | | | | | | |
| 年間医療点数 | | ○ | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| レセプト情報 (疾患名・薬剤名) | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 透析導入の有無 | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 介護の状況 | | ○ | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 介入予定回数 | | ○ | | | | | | | |
| 介入の実施回数 | | | ○ | ○ | | | | | |
| 透析導入の有無 | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

重症化予防の達成要件の該当状況

宣言2

かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。

| 要件 | 平成28年度 保険者データヘルス 全数調査 (平成28年3月時点) | 平成29年度 保険者データヘルス 全数調査 (平成29年3月時点) |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 糖尿病性腎症の重症化予防の取組を行っている | 659 | 1009  |
| 現在は実施していないが予定あり | 362 | 303 |
| 現在も過去も実施していない | 520 | 250 |
| 過去実施していたが現在は実施していない | 35 | 23 |
| ①対象者の抽出基準が明確であること | 622 | 957  |
| ②かかりつけ医と連携した取組であること | 503 | 519 |
| 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 | 566 | 771  |
| ④事業の評価を実施すること | 582 | |
| 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 | 136 | 705  |
| 全要件達成数(対象保険者) | 118 | 654 |

市町村による取組の推進に向けて（かかりつけ医等との連携）

（医師会・かかりつけ医等との連携の推進）

保険者は、重症化予防により対象者の掘り起こしや一定期間重点的な指導を行うことは可能であるが、対象者への継続的な医療はかかりつけ医等が担うことから、保険者と医師会等の両者の連携が不可欠である。

重症化予防WGとりまとめ抜粋

推進する
ために

- 関係機関、特に地域の医師会等には企画段階から早めに相談する。
- 保険者の企画に対する助言・意見等を得ながら関係者への周知の仕方等も含めて協議を重ねる
- 治療中断している者や治療中の者を対象とする際、かかりつけ医等に保健指導の内容を相談する、患者の情報提供を依頼する
- かかりつけ医と糖尿病専門医・腎臓専門医等との連携体制づくりを市町村が担う

企画段階から早目に相談、実施中も適宜相談

市町村による取組の推進に向けて（糖尿病対策推進会議等との連携）

（直接的な連携の推進）

糖尿病対策推進会議・慢性腎臓病対策協議会に対しては、市町村から情報提供するのみではなく取組のあり方や実施方法等について直接相談したり、糖尿病対策推進会議等に都道府県が出席する等して、糖尿病対策推進会議と国・都道府県・市町村・広域連合が一体的に取り組む仕組みとしていくことが重要である。

重症化予防WGとりまとめ抜粋

推進する
ために

- 都道府県と都道府県糖尿病対策推進会議はどのような連携体制を構築しているのか確認したうえで、市町村の実情に合った形で連携する。
- 慢性腎臓病対策協議会等、目的に沿った会議体があれば、都道府県糖尿病対策推進会議に限らず活用する。
- 市町村からの情報提供にとどまらず、双方向的・一体的な連携を進める。

都道府県を通じて連携体制構築

糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて(役割イメージ)

(平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループとりまとめ)

- 都道府県、医師会等の関係団体、糖尿病対策推進会議は、市町村等をバックアップするために、連携体制の構築、市町村への支援を行うことが必要。
- 市町村等は、医師会等、糖尿病対策推進会議等と連携しつつ、庁内の意識啓発・縦割り排除等といった課題の解消に努め、取組内容を充実させることが重要。

体制づくり

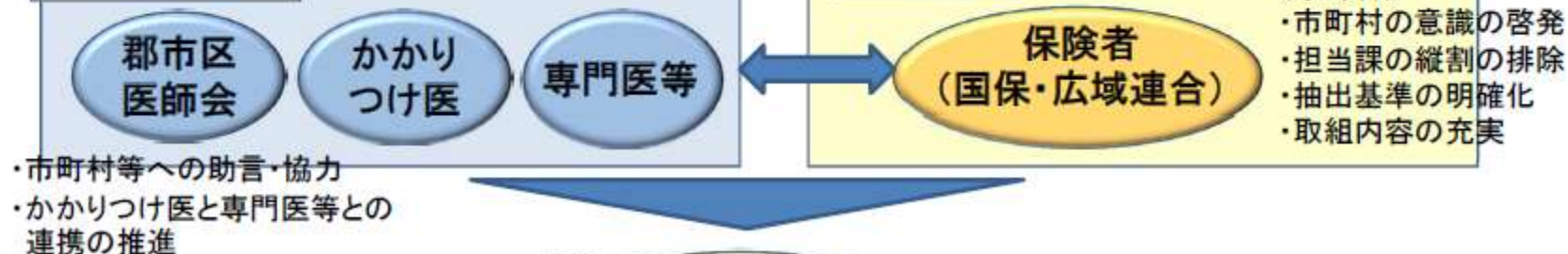


国保連

・KOB充実、専門職の充実等による支援

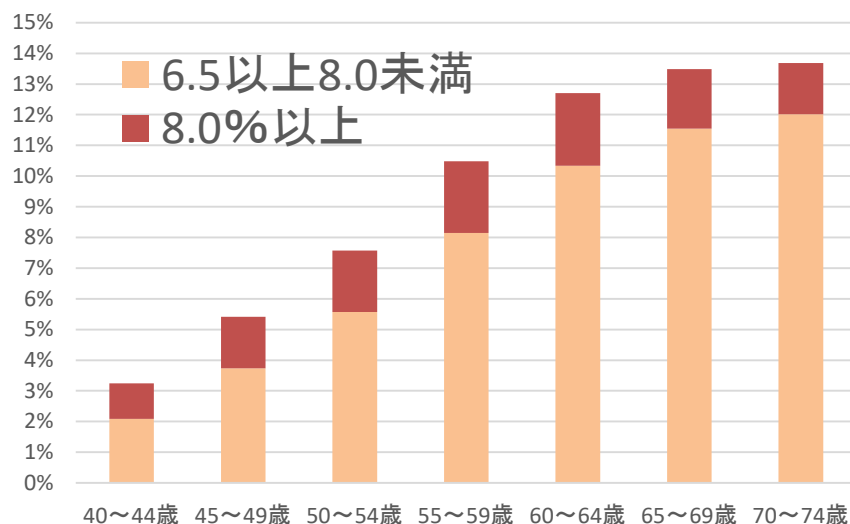
協力

運用・実施

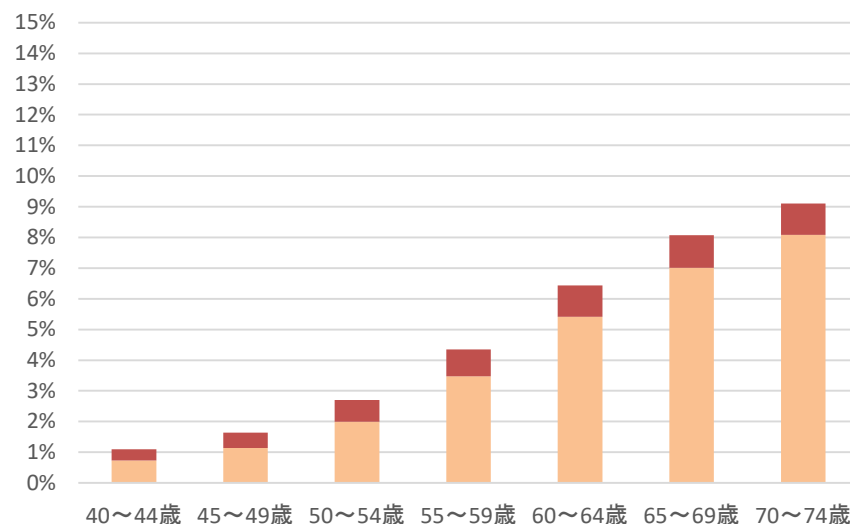


愛知県 特定健診受診者における HbA1c高値者の割合 (平成26年度)

男性



女性



愛知県特定健診受診者でHbA1c測定者129万人のうち、

HbA1c 8.0%以上 17,420人 (1.34%)

6.5~7.9% 72,076人 (5.57%)

6.0~6.4% 133,875人 (10.35%)

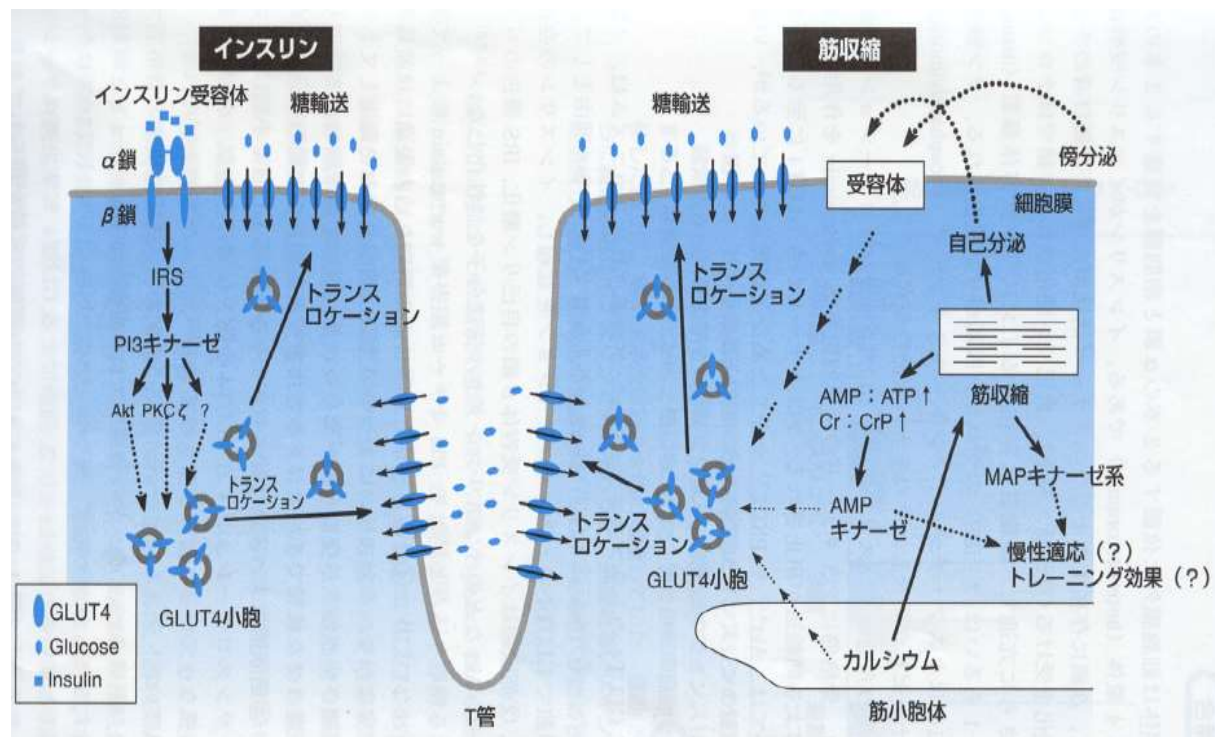
5.6~5.9% 391,491人 (30.26%)

(第2回NDBオープンデータより)

運動すると筋肉に
ブドウ糖が取り込まれる



運動不足
筋肉が萎縮すると
血糖を低下させる
力が落ちる



指わかっかテスト

**筋肉
萎縮していませんか？**

低 ← サルコペニアの可能性 → 高



握めない



ちょうど握める



隙間ができる

東京大学 飯島勝矢先生

- 後期高齢者ではフレイルに留意したアセスメントと保健指導をおこなう
(蛋白制限、塩分制限により低栄養状態にならないよう留意)
- 評価として 介護認定、フレイルに着目した項目を追加

フレイルの概念

葛谷雅文: 日老誌(2009)をもとに、
著者の許可を得て本研究班で改変

- 高血圧 ●心疾患 ●脳血管疾患
 - 糖尿病 ●呼吸器疾患 ●悪性腫瘍等
- (生活習慣病等)

慢性疾患を併存
(comorbidity)

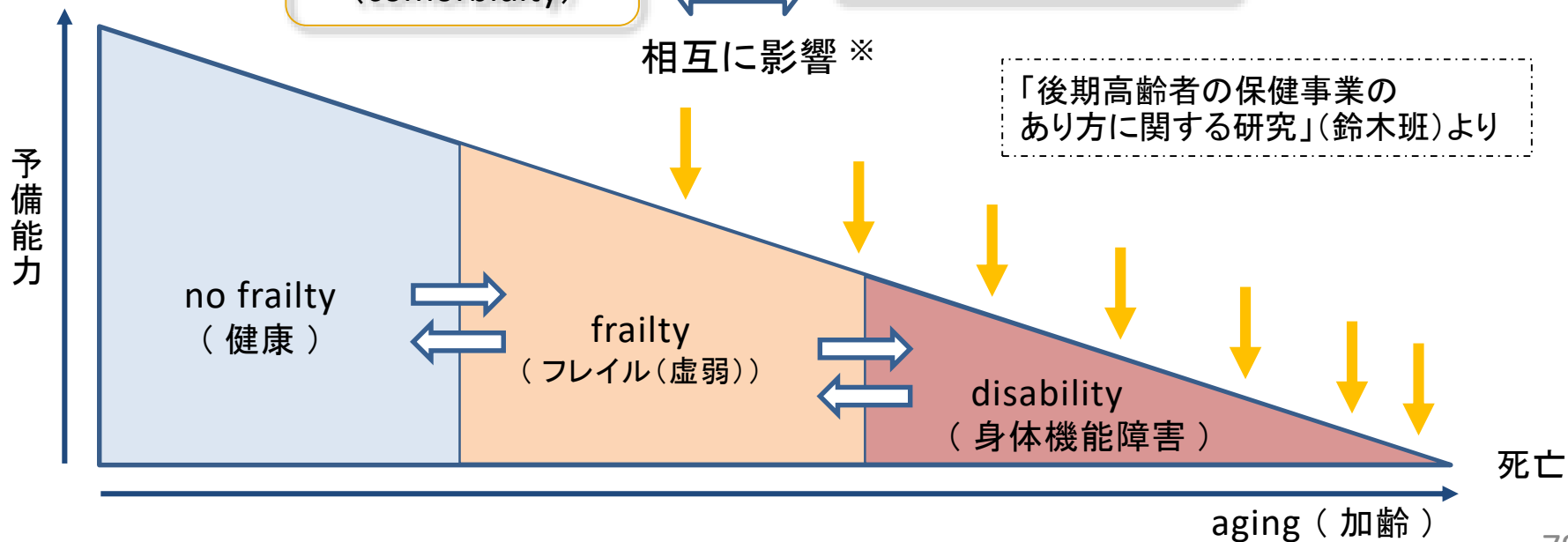
- 認知機能障害 ●めまい ●摂食・嚥下障害
- 視力障害 ●うつ ●貧血
- 難聴 ●せん妄 ●易感染性
- 体重減少 ●サルコペニア(筋量低下)

老年症候群

and/or
↔

相互に影響 ※

「後期高齢者の保健事業の
あり方に関する研究」(鈴木班)より



高齢者の保健事業 目標設定の考え方

高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ作業チーム（第1回）
（平成28年9月14日（水）） 資料4 別紙1 一部改変

在宅で自立した生活がおくれる高齢者の増加（入院率・入外比、疾病別医療費、要介護度）

フレイル（虚弱）の進行の防止

生活習慣病等の重症化予防

高齢による心身機能の低下防止
（老年症候群）

健康状態に課題がある
高齢者の減少

慢性疾患の
コントロール

服薬状況

低栄養

相互に影響

心身機能が低下した
高齢者の減少

口腔機能

認知機能

運動機能

高齢者の健康状態・フレイルの状態、生活状況等の包括的な把握

適正受診・服薬

- ・ かかりつけ医
- ・ 受診中断の早期対処
- ・ 重複・残薬指導

禁煙・適正飲酒

- ・ 禁煙
- ・ 過量飲酒の減少

栄養・食生活

- ・ 減塩、水分調整
- ・ たんぱく摂取
- ・ 肥満者の維持・減量

口腔機能

- ・ 摂食・嚥下体操
- ・ 入れ歯の手入れ

運動・リハビリ

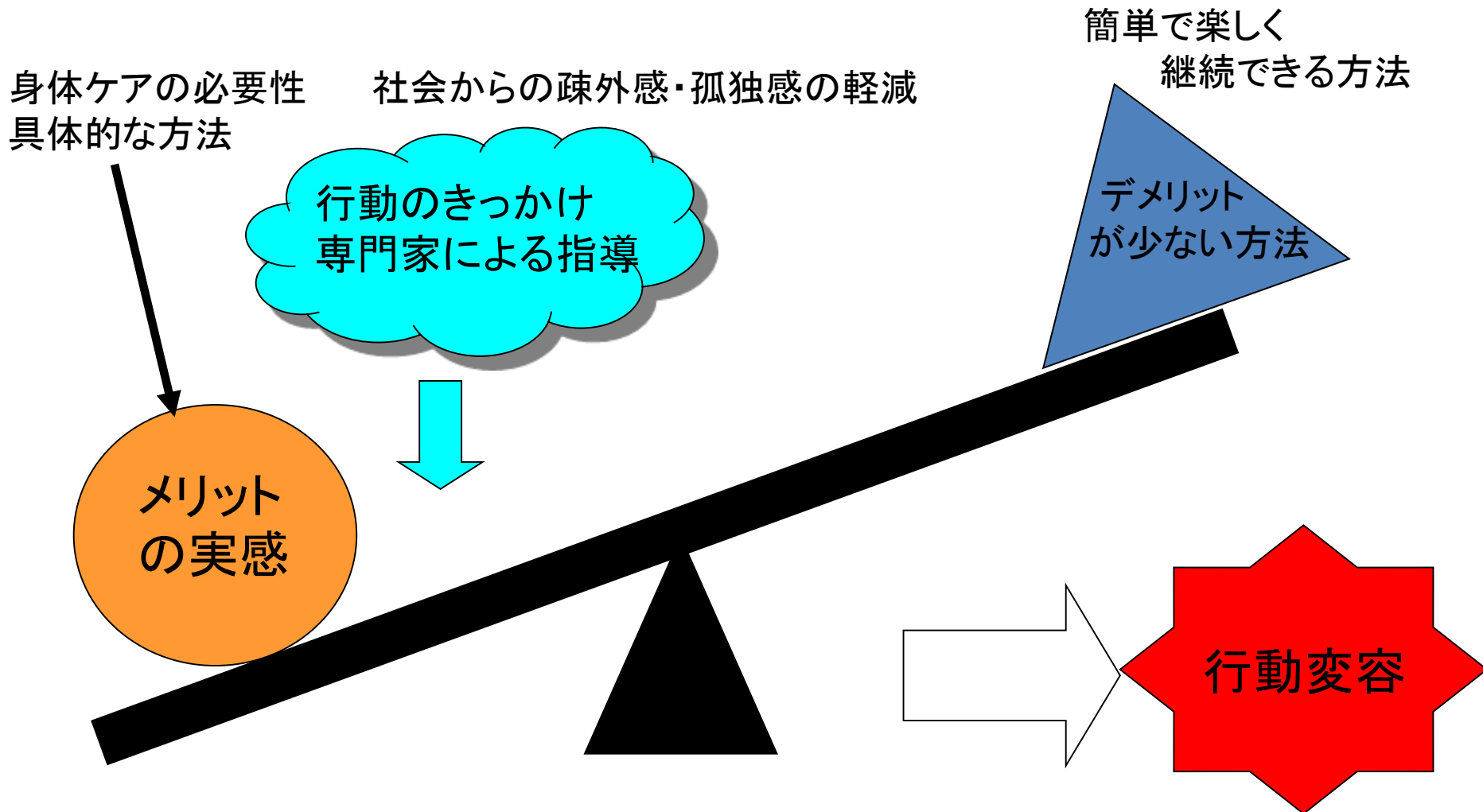
- ・ 転倒・骨折防止のための運動器等の指導
- ・ リハビリの継続

外出・社会参加

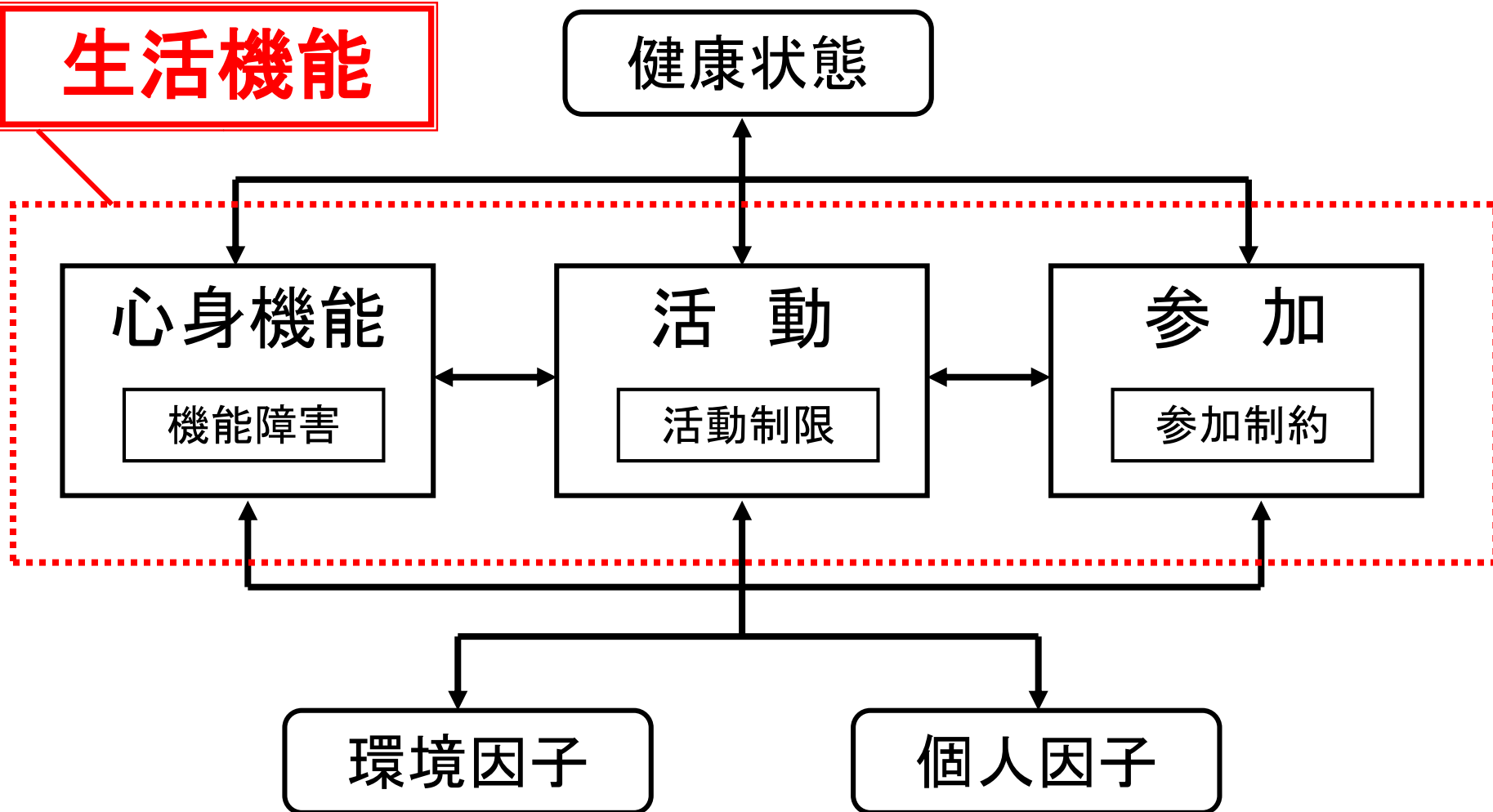
- ・ 買い物、散歩
- ・ 地域活動・ボランティア等の支援

虚弱（フレイル）高齢者や在宅療養高齢者等への健康支援

高齢者・家族の不安を取り除き 安心して生活が楽しめるよう支援



生活機能



(国際生活機能分類 WHO, 2001)

「心身機能」の不自由を、生活上の「活動」で補い、豊かな人生に「参加する」。

高齢者の保健指導の標準的な流れ(案)

資料3(※4)

※ 取組の入口例

栄養指導

口腔指導

服薬指導

重症化予防

対象者抽出

情報源
主な
基準的
具体的

基本
チェックリスト

健診・歯科健診

レセプト情報

関係者からの
情報提供

BMI
・20以下

過去2年
歯科受診無

1か月5種類
以上服薬

HbA1c
7.0%以上・
治療無

絞り込み
抽出者の

例) 健康課題：2年連続での変化が大きい/ 新規加入者/ 経年的に課題が見られる
取組体制等：マンパワー・予算、地域資源等の状況から優先順位付け

専門職の介入

アセスメント

生活実態・健康状態・フレイルの状況等を包括的に把握する

※ 必要に応じ、
連携して支援

指導

食事(蛋白質・水分・
エネルギー等)のとり方、
買い物、調理の
アドバイス等

口腔ケア(歯みが
き・口腔体操等)の
アドバイス等

飲み忘れ防止・
薬の飲み方/
受診に向けてのア
ドバイス等

食事・運動・外出
/受診に向けての
アドバイス等

評価

設定した評価指標や抽出基準・アセスメント項目等をもとに評価
(全体の変化、前後比較、加齢等の因子の考慮等)

後期高齢者医療における保険者インセンティブ（H28～）

1. 趣旨・仕組み

- 後期高齢者医療制度において、その運営主体である後期高齢者医療広域連合による予防・健康づくりや医療費適正化の事業実施が全国規模で展開されることを目的として、広域連合の取組を支援するための仕組みを構築する。
- 評価指標に基づき広域連合の取組を評価し、平成28年度から交付する特別調整交付金に反映する。
※ 反映方法は国保の都道府県分と同様のイメージ。
- なお、まずは、取組の実施そのものを評価する指標に基づくが、今後、他制度を含めた保険者インセンティブの取組状況等を踏まえ、評価指標や評価方法等を更に検討する。

2. 評価指標の候補

保険者共通の指標

- 指標①・② ※後期では(特定)健診は義務ではない。
- 健康診査や歯科健診の実施
 - 健診結果を活用した取組(受診勧奨・訪問指導等)の実施

- 指標③
- 重症化予防の取組の実施状況

- 指標④
- 被保険者の主体的な健康づくりに対する保険者の働きかけの実施

- 指標⑤
- 重複・頻回受診、重複投薬者等への保健師、薬剤師等による訪問指導の実施

- 指標⑥
- 後発医薬品の使用割合
 - 後発医薬品の促進の取組

固有の指標

- 指標①
- データヘルス計画の策定状況

- 指標②
- 高齢者の特性(フレイルなど)を踏まえた保健事業の実施状況

- 指標③
- 専門職の配置など保健事業の実施のために必要な体制整備

- 指標④
- 医療費通知の取組の実施状況

- 指標⑤
- 後期高齢者医療の視点からの地域包括ケア推進の取組
 - 国民健康保険等と連携した保健事業の実施状況

- 指標⑥
- 第三者求償の取組状況

ガイドライン(暫定版)の提案

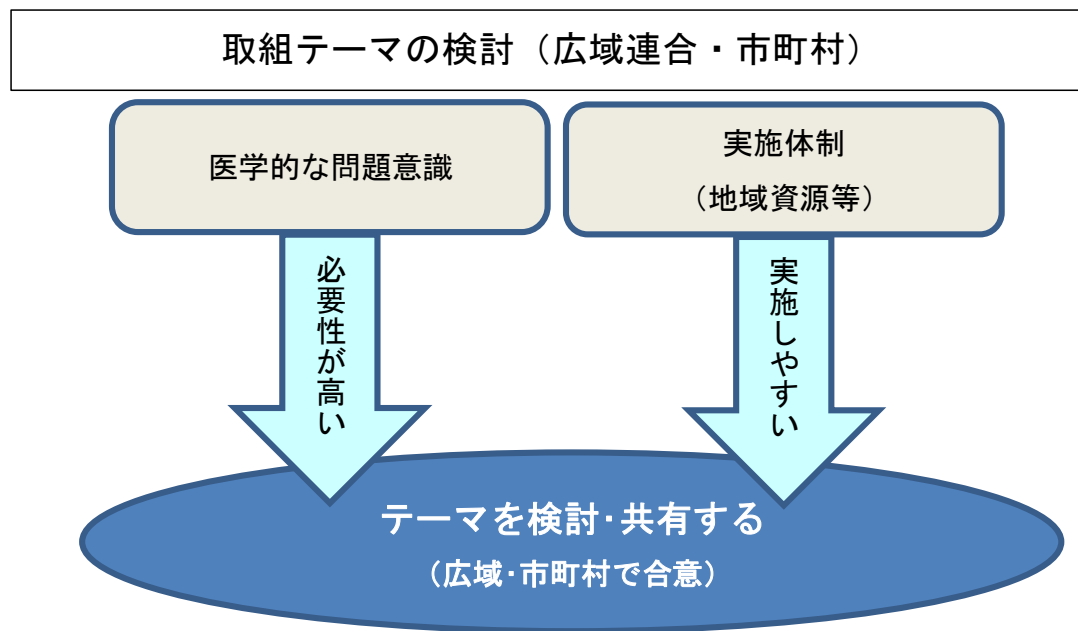
広域連合が実施することが望ましい健診や保健指導などの保健事業の具体的な内容について科学的知見を踏まえて提示

【目的】後期高齢者(被保険者)の健康の保持増進と心身機能の低下防止を図り、結果として医療費の適正化に資する

【内容】生活習慣病等の慢性疾患の重症化予防、
フレイルに起因する老年症候群(低栄養、転倒・骨折、
誤嚥性肺炎等)の管理(栄養指導等)

【実施者・根拠】後期高齢者医療広域連合が保健事業として実施

なにが重要か？ 対策可能か？ 何に取り組みやすいか？ の観点も



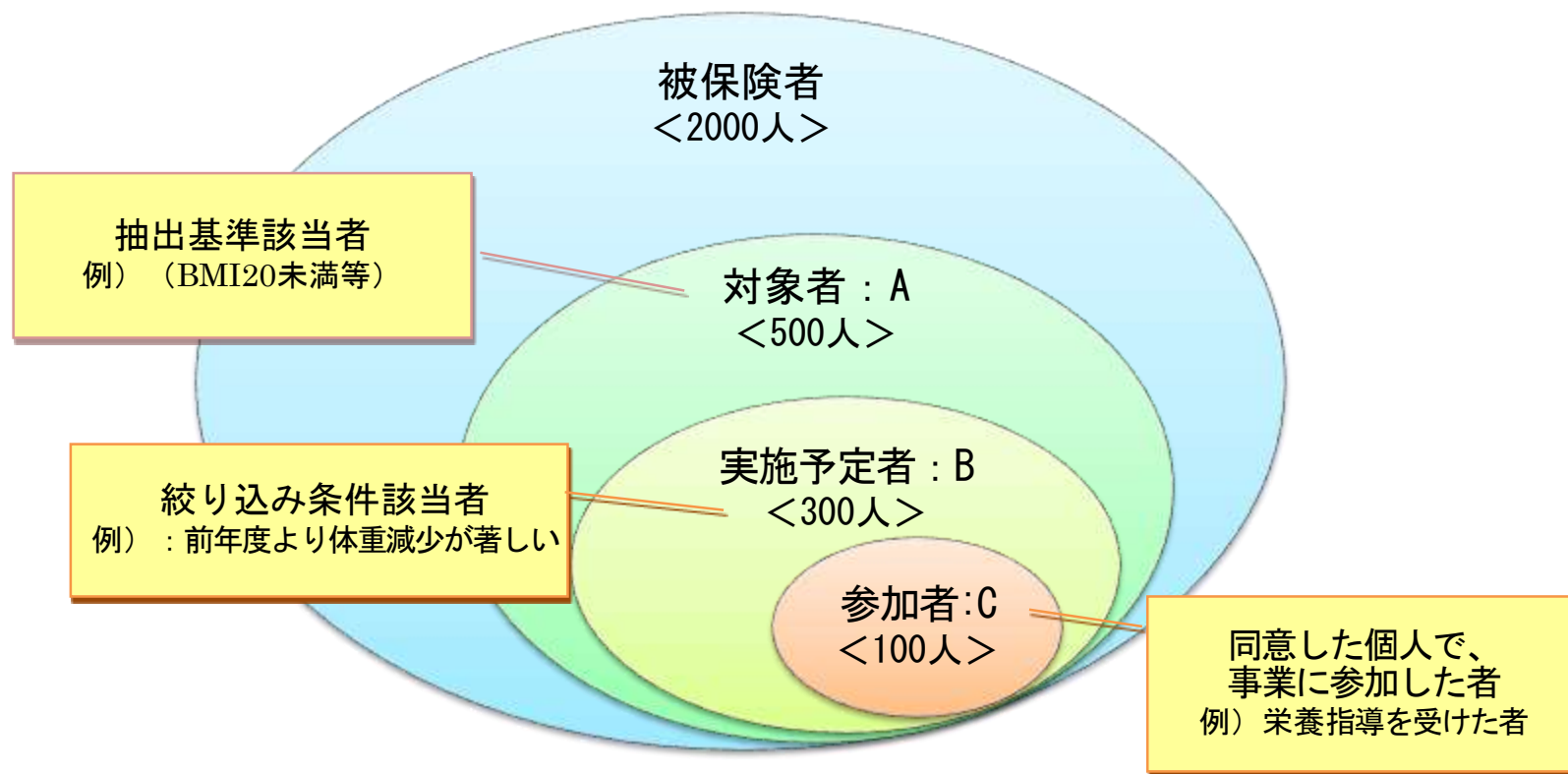
動くところから始めて
広げていく

側方から
本丸へ攻めることも

プログラムの要件

- ① 対象者の抽出基準が明確であること
効率的な保健事業のために必須！
- ② 医療、介護と連携した取組みであること
保険者ならではの視点を踏まえて
- ③ 保健指導を実施する場合には、専門職が
取組に携わり、実施マニュアルを作成する
- ④ 事業の評価を実施すること
対象者のうちの実施率
参加者の中での効果 等

「対象者」と「実施予定者」と「参加者」の捉え方 (取組テーマが低栄養対策のZ市の場合)



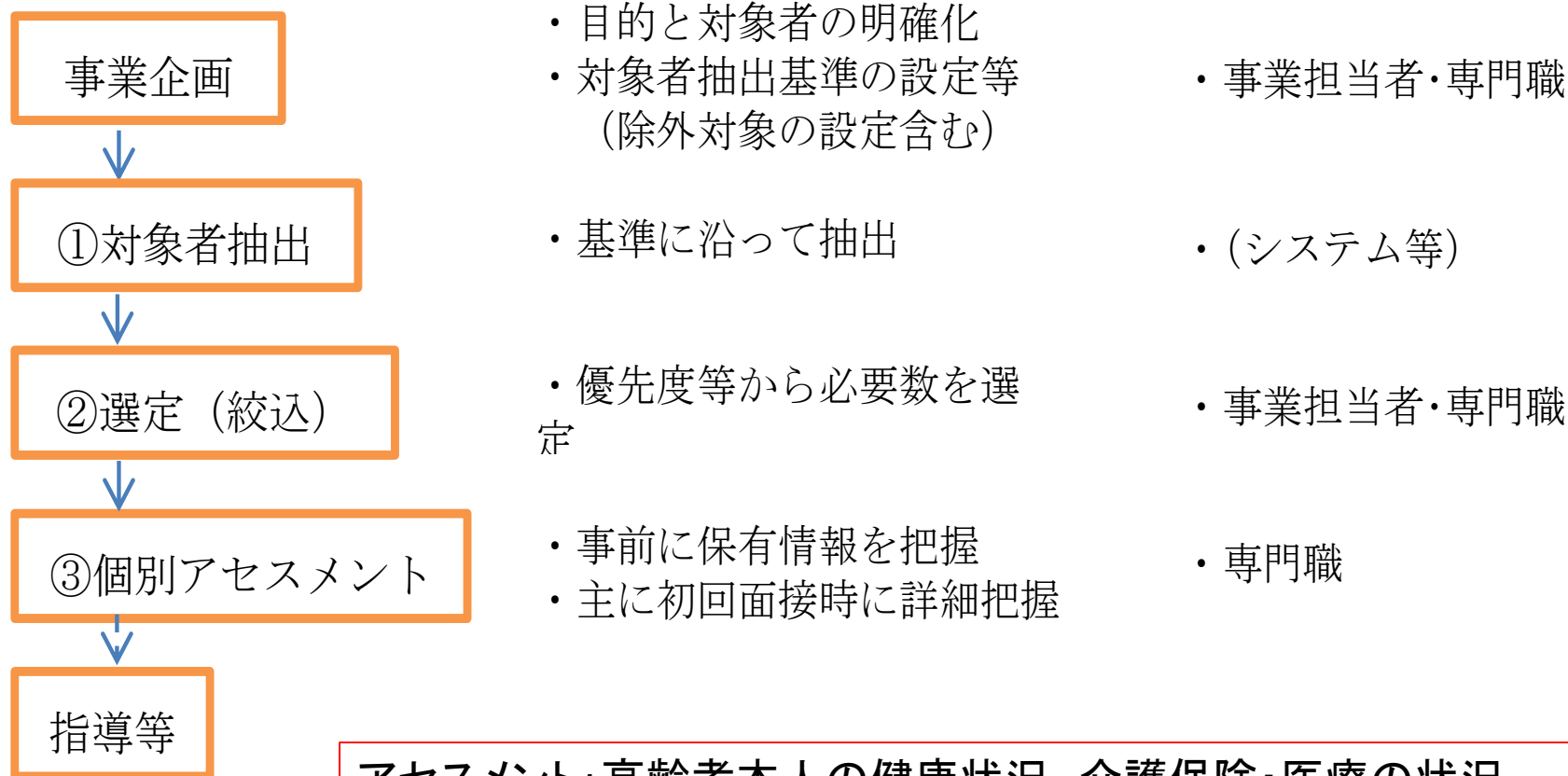
担当者が必要と感じた人::: 必要性はあると思うが、担当者に出会えていない人は
↓ 把握できていない。

どのような人に対して「必要と感じたか」を客観的に表現

他にもそのような人がいないかを検討する。(⇒基準作りが必要)

アセスメントの主な場面としては、

- ①対象者抽出(基準にそってデータより抽出)
- ②選定(絞り込み)
- ③保健指導のための個別アセスメント等のための詳細把握



アセスメント: 高齢者本人の健康状況、介護保険・医療の状況
生活状況、ADL、家族・生活環境等

具体的なアドバイスの内容の例

| 事業メニュー | アドバイス内容の例 |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 低栄養 | 摂取すべき栄養素・食品、調理方法 食品の入手方法 食事のとり方 |
| 口腔 | 口腔清掃に使用する用具 口腔ケアの方法 |
| 服薬 | 服薬管理の方法 医療機関への情報提供の方法（場合によっては、代行して情報提供） |
| 重症化予防 | 摂取すべき栄養素・食品 食品の入手法 医療機関受診に当たっての留意点 服薬状況 日常生活で気を付けるべき事項（運動、清潔、感染症防止） |

高齢者で薬物有害事象が増加する要因

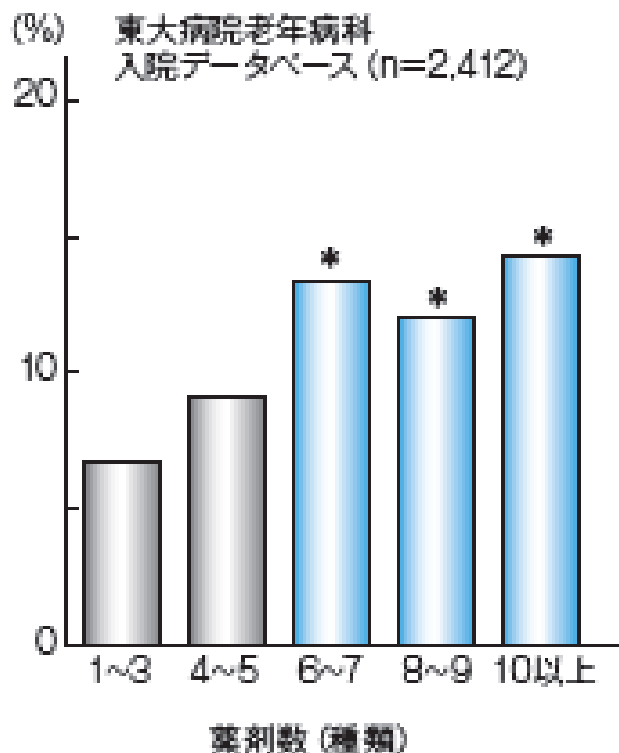
- ▶ 多くの因子が高齢者における薬物有害作用増加に関連している。
- ▶ そのうち最も重要なのは、薬物動態の加齢変化に基づく**薬物感受性の増大**と、**服用薬剤数の増加**である。

| | |
|--------|----------------------------------------------------------------------------|
| 疾患上の要因 | 複数の疾患を有する → 多剤併用、併科受診 慢性疾患が多い → 長期服用 症候が非定型的 → 誤診に基づく誤投薬、対症療法による多剤併用 |
| 機能上の要因 | 臓器予備能の低下(薬物動態の加齢変化) → 過量投与 認知機能、視力・聴力の低下 → アドヒアランス低下、誤服用、症状発現の遅れ |
| 社会的要因 | 過少医療 → 投薬中断 |

多剤処方と薬物有害事象および転倒の発生リスク

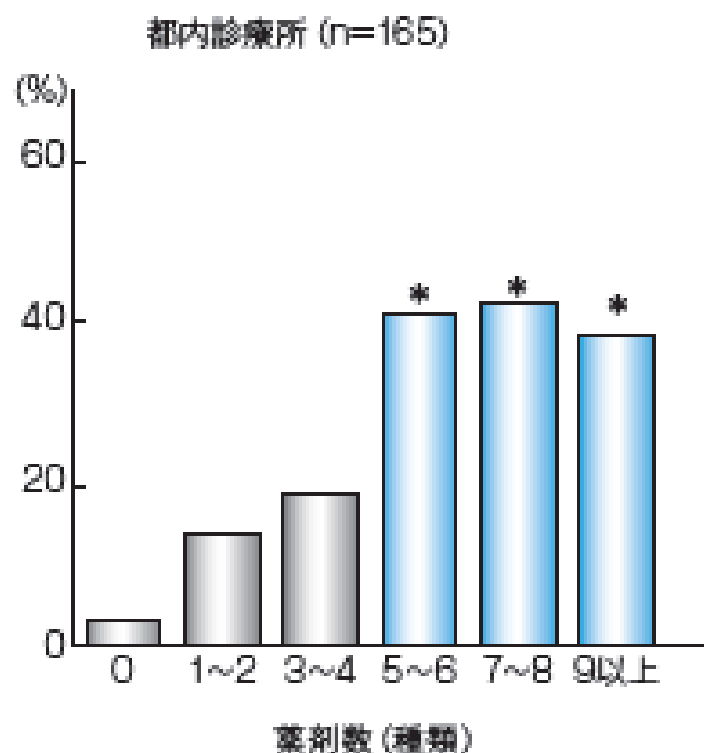
1) 薬物有害事象の頻度

6種類以上で薬物有害事象のリスクが高かった。



2) 転倒の発生頻度

5種類以上で転倒の発生リスクが高かった。



(奥浦誠ほか:日本公衆衛生雑誌2001; 48: 551-9, Kojima T, et al: Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 761-2 より引用)

⇒ **5~6種類以上**を多剤併用の目安と考えるのが妥当

高齢者の糖尿病管理

- 治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的ADL、手段的ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定する。
- そのため、認知機能や基本的ADL(着衣、移動、入浴、トイレの使用など)、手段的ADL(IADL: 買い物、食事の準備、服薬管理、金銭管理など)の評価を行う。
- 加齢に伴って重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意する。エンドオブライフの状態では、著しい高血糖を防止し、それに伴う脱水や急性合併症を予防する治療を優先する。
- 糖尿病罹病期間も考慮し、合併症発症・進展阻止が優先される場合には、重症低血糖を予防する対策を講じつつ、個々の高齢者ごとに個別の目標や下限を設定しても良い。65歳未満からこれらの薬剤を用いて治療中であり、かつ血糖コントロール状態が表の目標や下限を下回る場合には、基本的に現状を維持するが、重症低血糖に十分注意する。

若年者と基準異なる。ADLなども考慮した基準の持ち方に注意

高齢者糖尿病の血糖コントロール目標(HbA1c値)

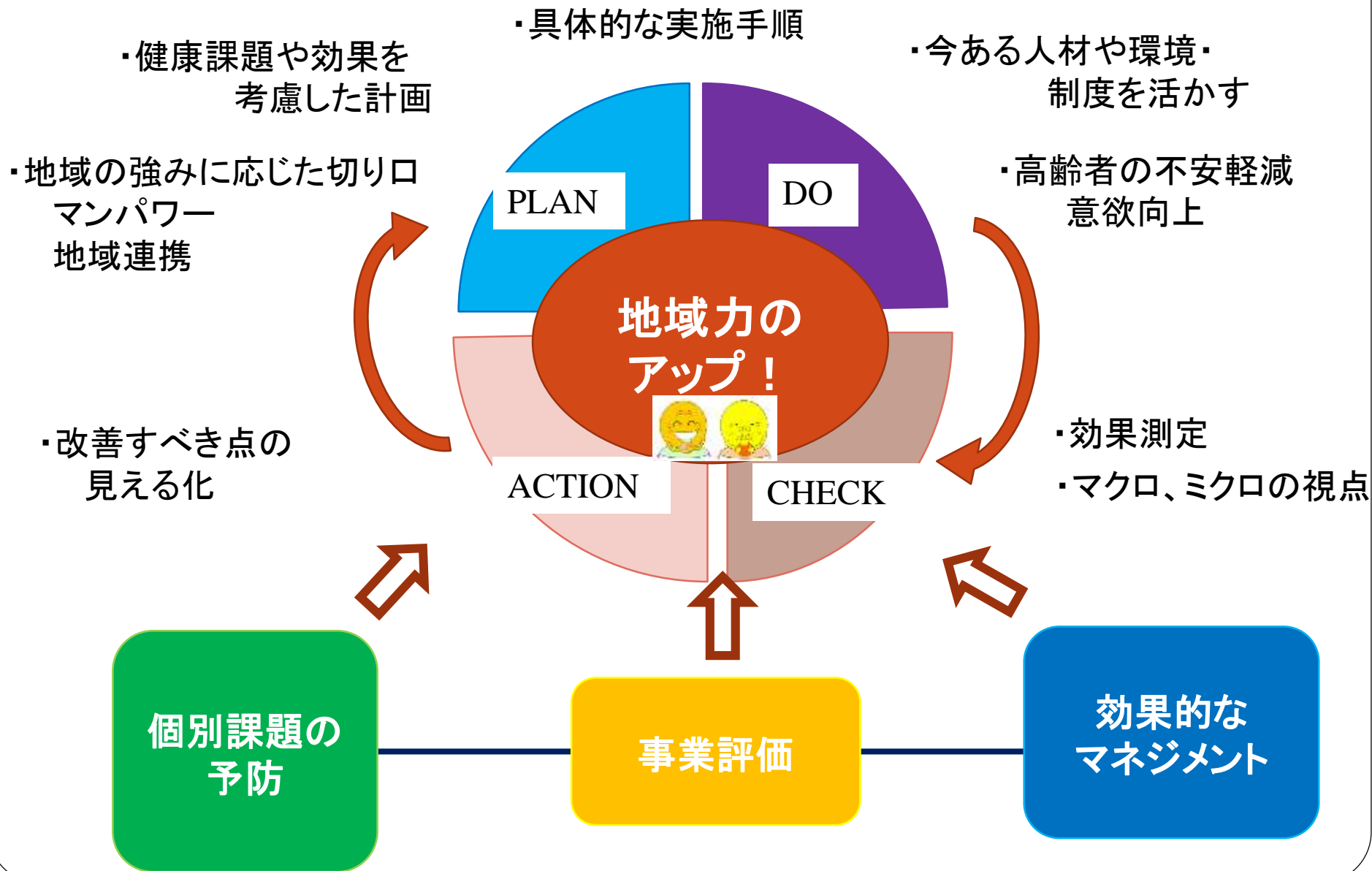
高齢者糖尿病の治療向上のための日本糖尿病学会と日本老年医学会の合同委員会 2016. 05

| 患者の特徴・健康状態 ^{注1)} | | カテゴリーⅠ | | カテゴリーⅡ | カテゴリーⅢ |
|-----------------------------------------|-------------------|--------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| | | ① 認知機能正常 かつ ② ADL自立 | | ① 軽度認知障害～軽度認知症 または ② 手段的ADL低下, 基本的ADL自立 | ① 中等度以上の認知症 または ② 基本的ADL低下 または ③ 多くの併存疾患や機能障害 |
| 重症低血糖が危惧される薬剤(インスリン製剤, SU薬, グリニド薬など)の使用 | なし ^{注2)} | 7.0%未満 | | 7.0%未満 | 8.0%未満 |
| | あり ^{注3)} | 65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%) | 75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%) | 8.0%未満 (下限7.0%) | 8.5%未満 (下限7.5%) |

アウトカム評価項目

| 事業メニュー | 項目 | データソース |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 全メニュー共通 | BMI・血圧 | 健診結果 |
| | 医療費・疾患名・介護給付費 | レセプト情報 |
| | 服薬数・事業参加満足度 | 聞き取り |
| 低栄養 | 簡易栄養調査点数 | 簡易栄養調査 |
| | アルブミン値 | 健診結果・血液検査 |
| 口腔 | 有所見状況 | 歯科健診結果 |
| | 口腔内の状況・口腔ケアの実施状況 | 基本チェックリスト該当項目・聞き取り |
| 服薬 | 調剤医療費・処方種類数 | レセプト情報 |
| | 残薬の状況 | 聞き取り |
| 重症化予防 | 血圧、空腹時血糖、HbA1c HDLコレステロール、LDLコレステロール、 中性脂肪 eGFR、尿タンパク、尿アルブミン 腎症病期 | 健診結果 |

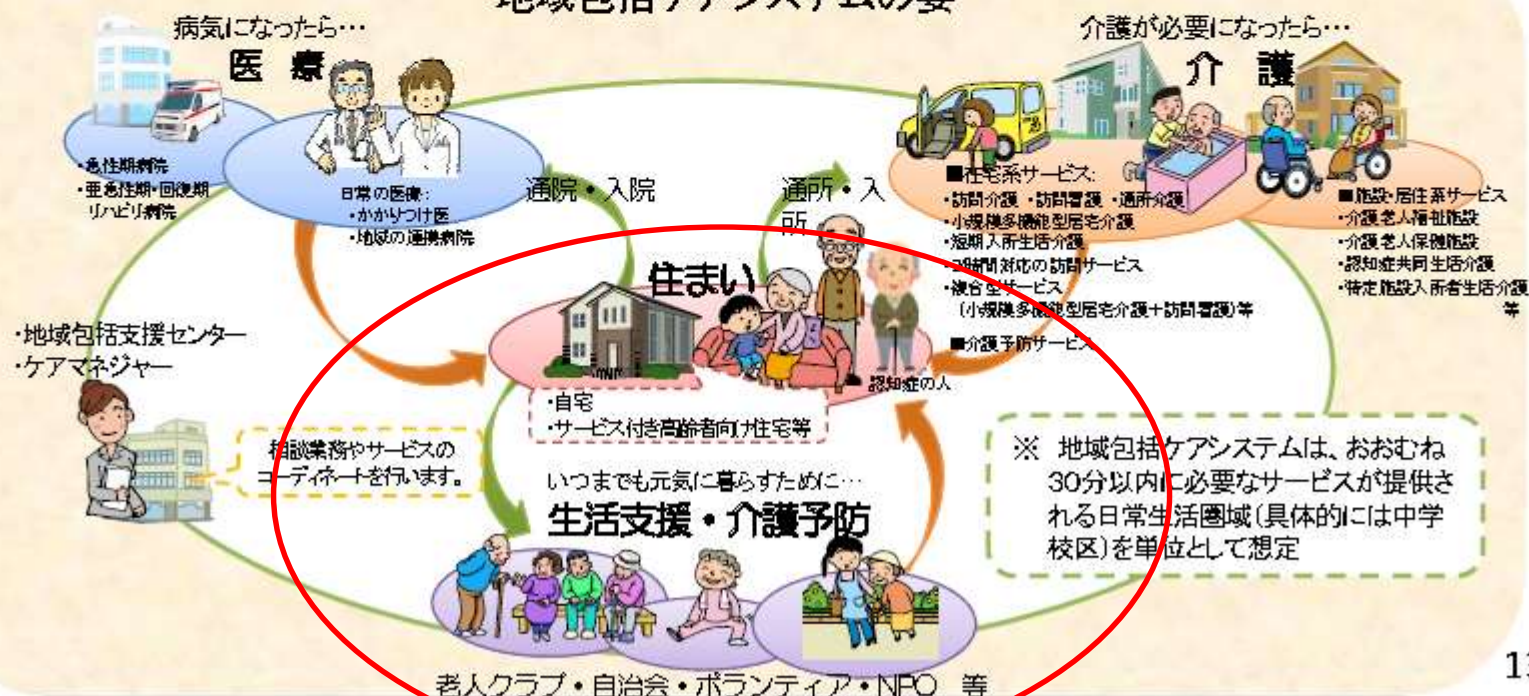
PDCAを回して効果的な保健事業を！



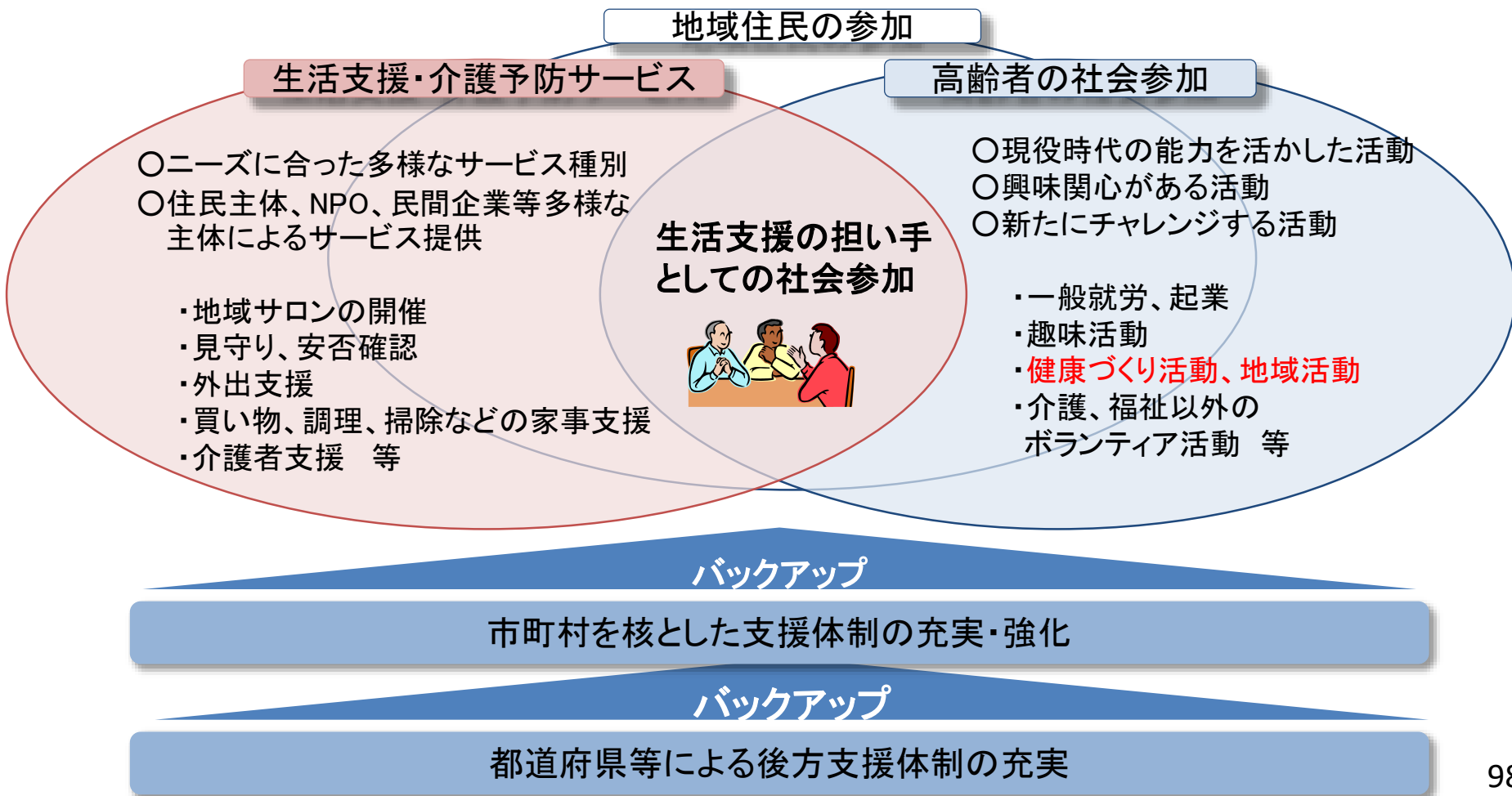
地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
 - 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
 - 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。

地域包括ケアシステムの姿

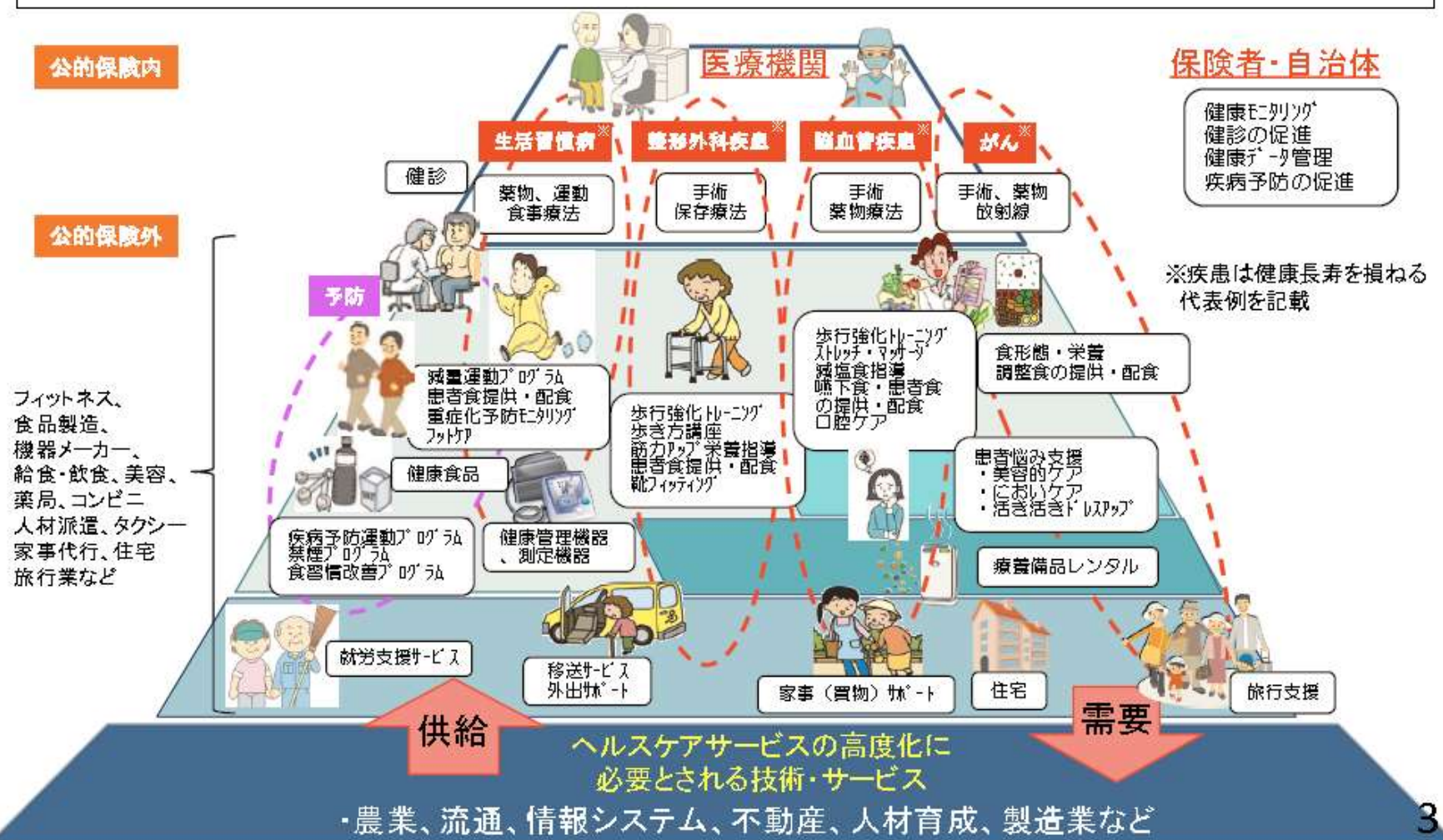


生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加



目指すべき健康長寿社会像ー新たなヘルスケア産業により実現ー

○効果的な疾病予防、健康管理、生活支援サービスなど、多様なヘルスケアサービス・製品(公的保険外)を創出し、国民が健康長寿を享受できる社会を実現する必要がある。



未来投資戦略2017

Society 5.0に向けた戦略分野

- 「健康寿命の延伸」
- – 我が国は、グローバルにも突出して高齢化社会をいち早く迎えることとなる一方で、国民皆保険制度や介護保険制度の下でデータが豊富にある。
- → 健康管理と病気・介護予防、自立支援に軸足を置いた、「新しい健康・医療・介護システム」を構築することにより、健康寿命を更に延伸し、世界に先駆けて生涯現役社会を実現させる。