

糖尿病対策・地域連携協議会を通じた県保健所の役割について

石川県石川中央保健福祉センター保健部 企画調整課 寺西衣姫

石川中央保健福祉センターの概況

管内市町：3市2町 かほく市、白山市、野々市市、内灘町、津幡町

管内人口：総数 262,560人（H 27. 10. 1現在）

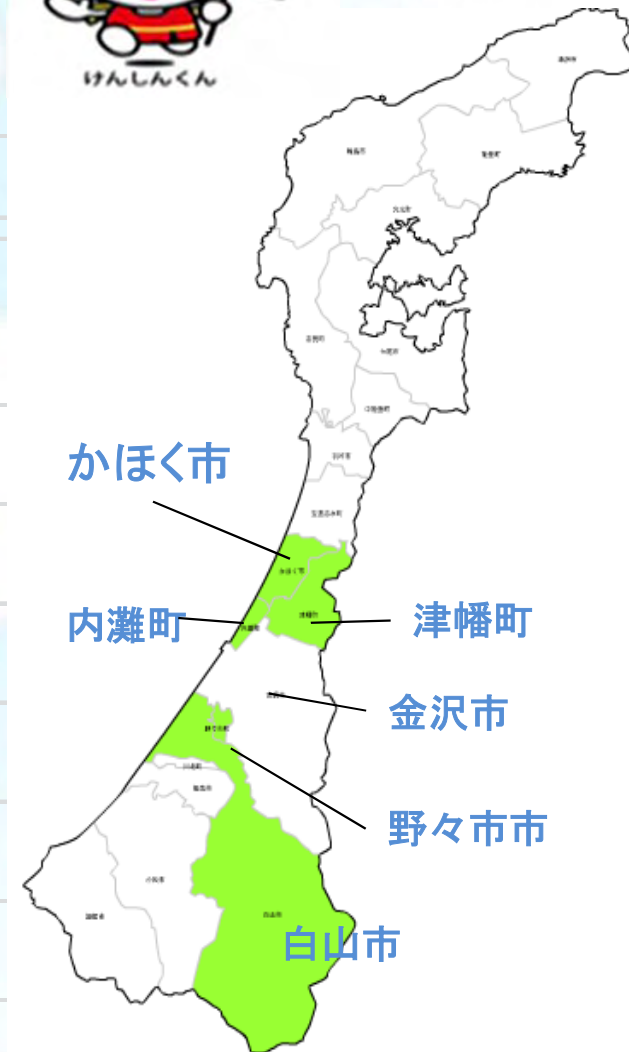
管内面積：964.31km（東京ドーム 約21個分・1個46,755平方メートル）

市町別年齢別人口（平成27年10月1日現在）

	総 数	0～14歳	15～64歳	65歳以上	年齢 不詳	0～14歳 の割合	15～64歳 の割合	65歳以上 の割合
かほく市	34,219	4,681	19,682	9,812	44	13.7	57.5	28.7
白山市	109,287	15,721	65,303	27,915	348	14.4	59.8	25.5
野々市市	55,099	7,961	34,620	9,824	2,694	14.4	62.8	17.8
津幡町	36,968	5,436	23,177	8,146	209	14.7	62.7	22.0
内灘町	26,987	3,721	16,654	6,435	177	13.8	61.7	23.8
管内計	262,560	37,520	159,436	62,132		14.3	60.7	23.7

（注）総数には「年齢不詳」を含む。

資料 総務省統計局「平成27年国勢調査人口等基本集計結果」



平成29年度 全国保健師長会 東海・北陸ブロック研修会 in 愛知

【テーマ】保健師活動の可視化及び質の向上への取組 ～地域に責任を持った活動の可視化と強化を目指して～

【目的】「地域における保健師の保健活動に関する指針」を活用した保健活動の可視化と質の向上について理解を深め、各支部における保健師活動の充実や人材育成の強化等に活かす。

地域保健法第4条第一項の「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」の「第一の地域保健対策の推進の基本的な方向」について（抜粋）

- | | |
|---|------------------------------|
| 一 自助及び共助の支援の推進 | 二 住民の多様なニーズに対応したきめ細かなサービスの提供 |
| 三 地域の特性をいかした保健と福祉の健康なまちづくり | 四 医療、介護、福祉等の関連施策との連携強化 |
| 五 地域における健康危機管理体制の確保（健康危機管理体制の確保・大規模災害への備え・地域住民への情報提供） | |
| 六 科学的根拠に基づいた地域保健の推進（科学的根拠に基づく地域保健対策に関する計画策定と実施・計画評価と公表推進） | |
| 七 国民の健康づくりの推進 | 八 快適で安心できる生活環境の確保 |

都道府県設置保健所の機能 地域保健の広域・専門的かつ技術的拠点として機能強化

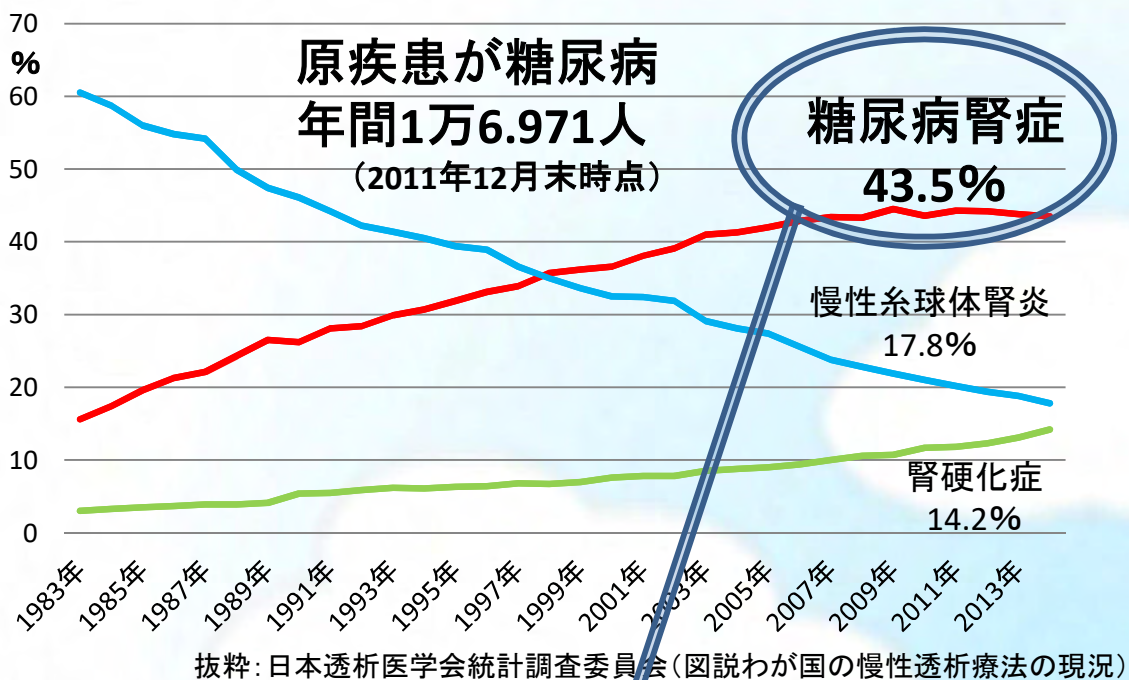
- | | | |
|----------------|------------------------------|--------------------|
| (1)健康なまちづくりの推進 | (2)専門的かつ技術的業務の推進 | (3)情報の収集、整理及び活用の推進 |
| (4)調査及び研究等の推進 | (5)市町村に対する援助及び市町村相互間の連絡調整の推進 | |

(7)企画及び調整の機能の強化

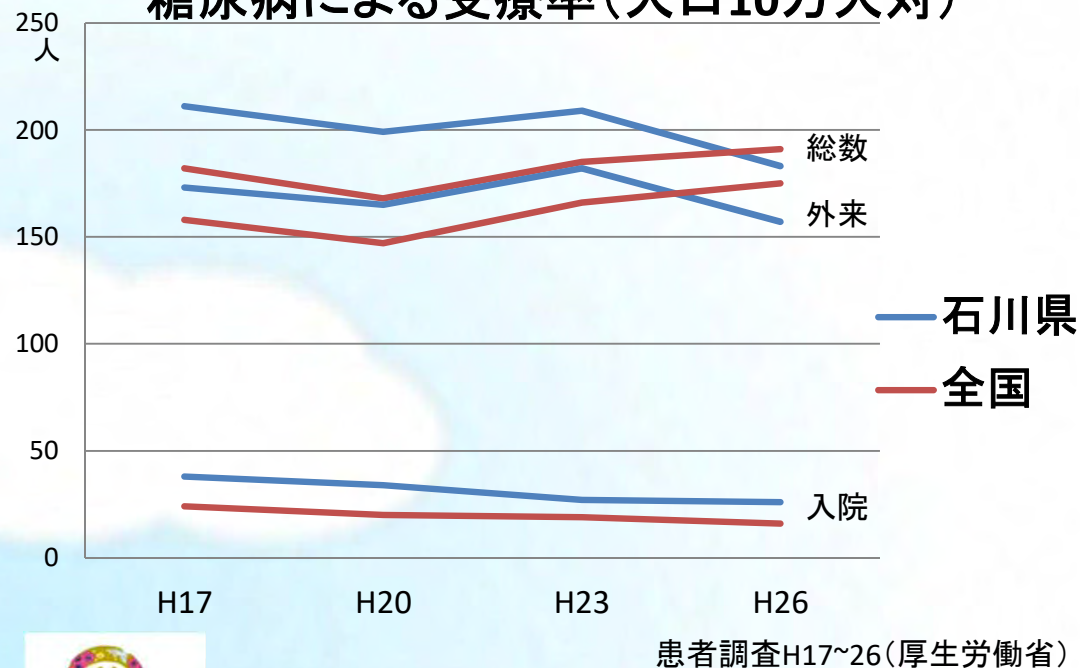
ア 都道府県の医療計画、介護保険事業支援計画、がん対策推進計画、健康増進計画、老人福祉計画、障害者計画等の計画策定に関与するとともに、各種地域保健サービスを広域的・専門的立場から評価し、これを将来の施策に反映させ、その結果の公表等を通じ所管区域内の市町村の施策の改善を行うほか、地域における在宅サービス、障害者福祉等の保健、医療、福祉のシステム構築、医療機関の機能分担と連携、医薬分業等医療提供体制整備、ソーシャルキャピタルを活用した健康づくりの支援、食品安全及び生活衛生に係るサービスの提供及び(1)～(7)までに掲げる課題について企画及び調整を推進すること。

イ このため、保健所の新たな役割を十分担うことのできる人材確保等を含め、企画及び調整の部門の機能強化を図ること。

全国年別透析導入患者の主要原疾患の推移



糖尿病による受療率（人口10万人対）

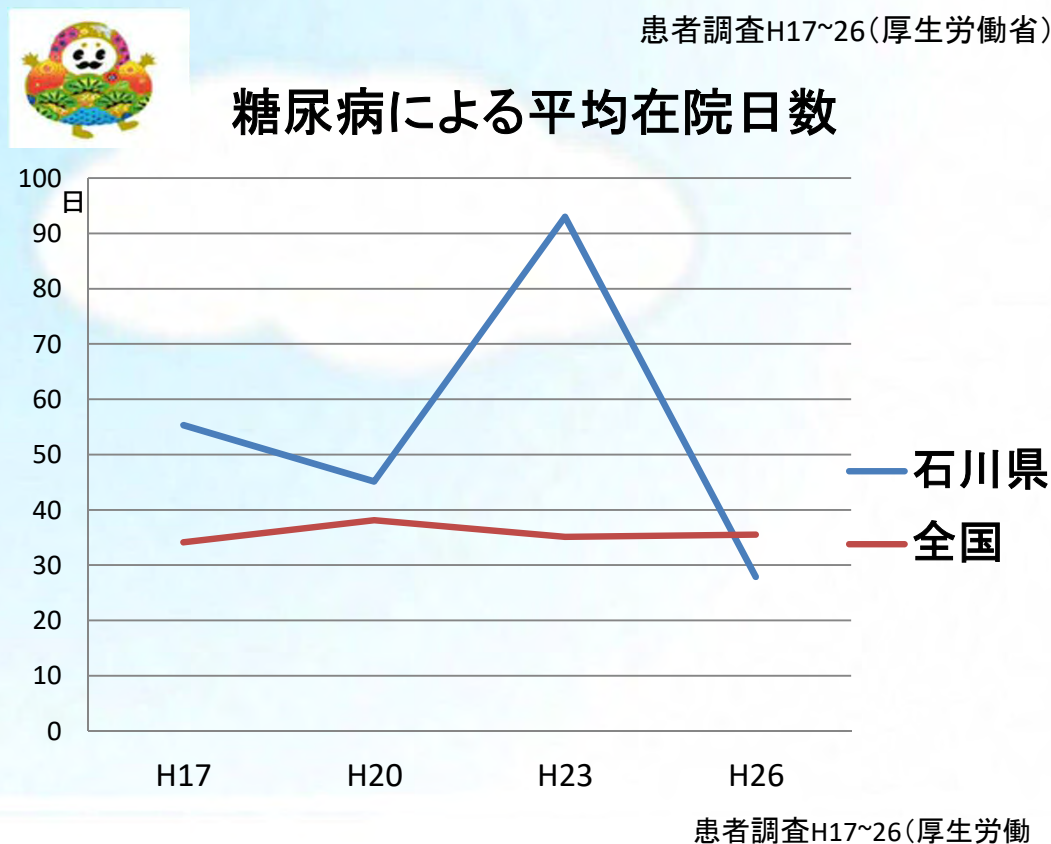


糖尿病性腎症が原因で透析となった方の推移



抜粋：糖尿病性腎症による新規透析導入患者数 日本透析医学会

糖尿病による平均在院日数



「見える化」と地域差の是正①

第9回経済財政諮問会議(6月10日)
塩崎臨時議員提出資料

「見える化」の枠組み

医療の「見える化」

○病床機能報告制度・地域医療構想

- 医療機関が、現在の病床機能と今後の方向性を病床単位で都道府県に報告。都道府県が、地域ごとに各病床機能の医療需要及び将来の必要病床数を含む地域医療構想を策定し、病床の機能分化・連携を推進。
- 地域医療構想等を踏まえ、医師・看護職員等の需給を見直し、地域定着対策を推進。

○医療費適正化計画（地域ごとの医療費等）

- 医療費適正化計画の策定を通じて、地域ごとの医療費、医療費目標、医療費適正化に向けた取組状況等を明らかにし、地域差の要因分析、医療費適正化効果のエビデンスの提示等を実施。

○データヘルス（レセプト・健診情報等を活用した保健事業）

- 保険者が策定するデータヘルスの計画を把握・分析し、保険者ごとの取組状況等を明らかにする。

住民負担の「見える化」

○国保における標準保険料率

- 国保の財政運営が都道府県に移行した後、地域ごとの医療費水準が反映された標準保険料率を提示。

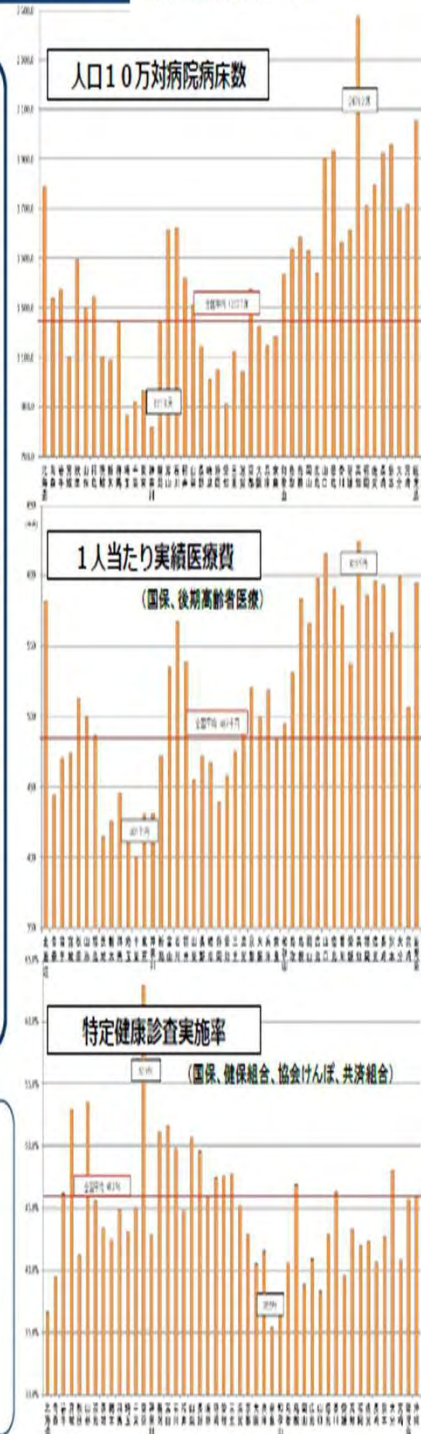
分析項目（都道府県別、二次医療圏別、市町村別、保険者別など）

○医療提供体制（病床数、将来の必要病床数、平均在院日数、疾病別患者数、後発医薬品の使用割合、重複受診・投与の状況等）

○予防・健康づくり（特定健診・保健指導の実施率、メタボ該当者数、重症化予防（糖尿病性腎症・脳卒中・心筋梗塞等）の取組状況等）

○医療費（入院・外来別、病床種類別、性・年齢別、疾患別等）

赤枠は、新たに「見える化」する項目



「見える化」と地域差の是正②

第9回経済財政諮問会議(6月10日)
塩崎臨時議員提出資料

～平成29(2017)年度

平成30(2018)年度～

「見える化」の推進

地域医療構想を策定し、病床機能の分化・連携を推進

- ①調整会議の開催、②基金の効果的な活用、
⇒調整会議における協議だけでは進まない場合には、③知事による要請・指示等(※)

※要請・指示等に従わない場合・・・(要請の場合は勧告した上で)医療機関名の公表、地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し 等

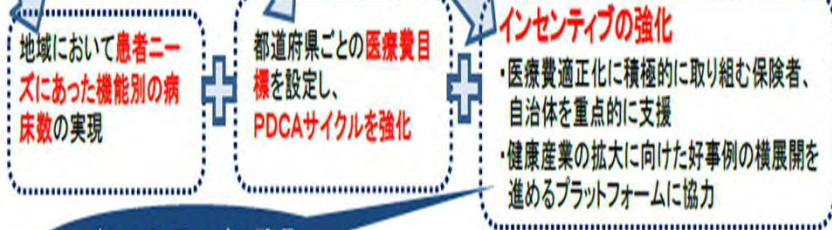
医療費適正化計画(平成30(2018)年度改訂予定)の前倒し・加速化

保険者努力支援制度の趣旨を前倒しで実施(現行補助に反映)

都道府県による国保の財政運営開始

(都道府県が提供体制と保険制度の両面から責任を果たす体制を確立)

医療計画と介護保険事業(支援)計画の同時策定



地域差の是正

インセンティブの強化

○保険者へのインセンティブ

	健保組合 共済組合	協会けんぽ	国保 (都道府県・市町村)	後期高齢者 医療広域連合
手法	後期高齢者支援金の加減算制度を見直し	各支部の取組等を都道府県単位保険料率に反映	保険者努力支援制度を創設(現行補助に趣旨反映)	各広域連合の取組等を特別調整交付金に反映
時期	平成27(2015)年度から新たな指標を検討し、順次実施			
指標	特定健診・保健指導の実施率、後発医薬品の使用割合、データヘルスの指標等を活用(各制度の特性を踏まえながら検討)			

○医療提供者へのインセンティブ

[平成28(2016)年度診療報酬改定で検討]

- 病床の機能に応じた評価(高度急性期、急性期、回復期、慢性期等)
- かかりつけ医、かかりつけ薬局の評価
- いわゆる門前薬局に対する評価の見直し
- 後発医薬品の使用促進

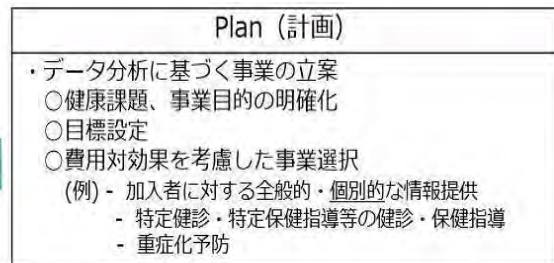
○個人へのインセンティブ

- 保険者によるヘルスケアポイントの導入、保険料への支援(平成27(2015)年度中にガイドライン作成)

「データヘルス計画」とは

レセプト・健診情報等のデータの分析に基づく
効率的・効果的な保健事業をPDCAサイクルで実施するための事業計画

ねらい：「健康寿命の延伸」と「医療費の適正化」を同時に図る。



Act (改善)

・次サイクルに向けて修正

Do (実施)

・事業の実施

Check (評価)

・データ分析に基づく効果測定・評価

都道府県

市町村

介護保険事業支援計画担当

医療施策担当

介護保険事業計画担当

在宅医療介護連携施策担当

住宅施策担当

介護予防・生活支援施策担当

住宅施策担当

介護予防・生活支援施策担当

保健所

連携促進

地域包括支援センター

地域包括ケア「見える化」システム

自治体・国民
共通機能

介護・医療の現状分析・課題抽出支援

課題解決のための取組事例の共有・施策検討支援

透析患者数、新規透析導入患者数、死亡患者数の推移

1983年末
透析患者数
53,017人

2015年末
透析患者数
324,986人

導入患者数
死亡数

＜人工透析に係る医療費＞
1人月額約40万円
出典：第19回透析医療費実態調査報告
(日本透析医会)
年間総額約1.57兆円(2015年)※推計

年	導入患者数	死亡数
1983	11,500	4,500
84	12,500	5,000
85	13,500	5,500
86	14,500	6,000
87	15,500	6,500
88	16,500	7,000
89	14,500	7,000
90	18,500	9,000
91	21,000	10,000
92	22,000	11,500
93	22,000	12,500
94	22,000	13,500
95	22,000	14,500
96	28,500	15,500
97	29,000	16,500
98	29,500	17,000
99	31,500	18,500
00	32,500	19,000
01	33,500	20,000
02	34,000	21,000
03	34,000	22,000
04	35,500	23,500
05	36,500	24,500
06	37,000	25,000
07	37,500	26,500
08	38,000	27,500
09	37,500	28,500
10	38,000	29,500
11	39,000	31,000
12	38,500	31,000
13	38,500	31,000
14	38,500	31,000
15	39,500	31,500

出典：我が国の慢性透析療法の実状(日本透析医学会)

※：1989年の減少はアンケート回収率が86%と例外的に低かった事による見かけ上の影響(2013年は回収率99%)

4

医療計画は医療法第30条の4第1項に定義
県は厚生労働大臣が定める「基本方針」に
即し、かつ、地域の実情に応じて定める。

石川県医療計画（地域医療構想）

I 疾病・事業毎の医療体制

5疾病①～⑤ 5事業⑥～⑩

- ・がん① ・脳卒中② ・急性心筋梗塞③
→心筋梗塞等心血管疾患
- ・糖尿病④・精神疾患⑤ ・救急医療⑥
- ・災害時における医療⑦ ・へき地の医療⑧
- ・周産期医療⑨・小児医療:小児救急⑩

II 居宅等における医療

III 地域医療構想

(1)2025年医療需要と病床必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期
- 機能毎の医療需要と必要病床数推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・医療構想単位(2次医療圏他)推計

(2)目指す医療提供体制実現のための施策

例) 医療機能分化・連携進める為の施設設備
在宅医療等充実、医療従事者確保等

(3)地域医療構想実現のための施策

IV 病床機能の情報提供の推進

V 医療従事者の確保

VI 医療の安全の確保

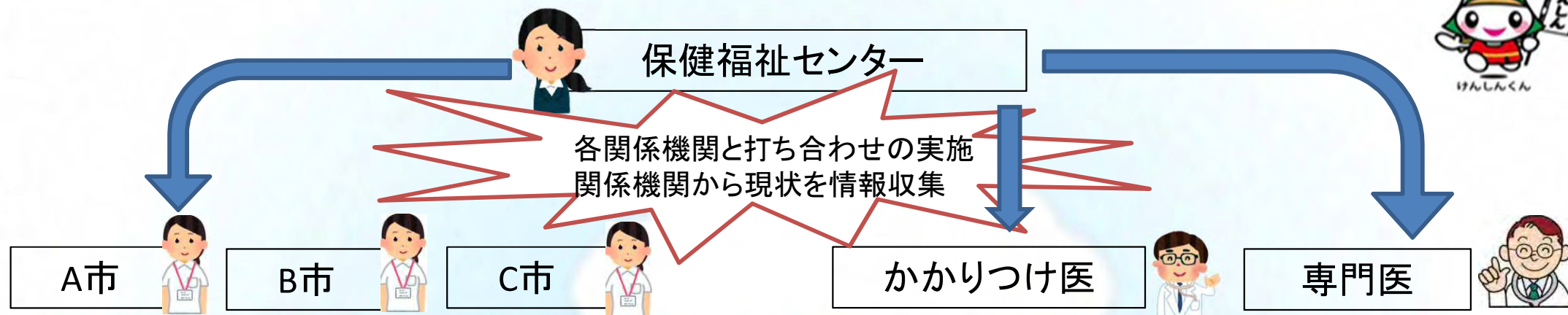
VII 施設の整備目標

VIII 基準病床 など

第6次医療計画における糖尿病医療における各医療圏ごとの現状と課題及び対策(県内4医療圏)

	現状と課題	今後の方向性
A	・糖尿病の疑いのある者を、保健指導や治療に結びつける仕組みの強化が必要 ・重症化予防のため、継続治療・生活習慣改善の必要性の周知が必要 ・治療中でも血糖コントロール不良な者がいる ・地域連携クリティカルパスの普及度合いに地域差がある	・特定健診・保健指導の推進 ・医療機関と行政の連携による継続治療・生活改善の必要性の周知 ・特定健診を基にした患者のリスト化により、治療中断防止のための働きかけを行う仕組みを構築 ・質の高い医療を提供するため、保健医療関係者の意見を反映した研修会の開催 ・地域毎の実情に応じた地域連携クリティカルパスの運用・普及
B	・国保対象者以外も含めた特定健診未受診者対策が必要 ・市町は主治医と連携した受診勧奨や保健指導の推進を検討している ・各地域で医療関係者を対象とした勉強会等開催されている ・かかりつけ医が患者を紹介する際の病院の選択肢が多い ・病状が安定した患者が病院での治療を希望し、逆紹介が行えない場合がある ・未治療者や治療中でも血糖コントロール不良な者がいる	・未受診者の状況把握や特定健診の受診勧奨体制整備 ・保健と医療の連携推進のため、統一連携ルールを作成 ・引き続き勉強会等を開催し、医療連携体制を構築 ・医療機関リストの作成と活用の推進 ・地域連携クリティカルパス等を利用した病診連携の推進 ・患者に対する教育・啓発活動の実施
C	・一部の市町において、医師との勉強会により、保健指導の質の向上や医師との連携を推進 ・かかりつけ医が適切な栄養指導を行えるよう支援が必要 ・適正な生活習慣を身につけるため、離乳食時期からの指導が必要	・医師と連携した保健指導の推進 ・栄養士派遣等のシステムづくりの推進 ・乳幼児期からの適正な生活習慣の啓発・普及 ・医療機関機能の明確化と相互の連携、診療の質の向上
D	・地域の中核病院における常勤の糖尿病専門医の不在 ・特定健診受診者のうち、糖尿病の受診勧奨基準に該当する者の割合が県平均を上回る ・糖尿病を主原因とする腎機能障害者が多い	・糖尿病専門医の確保 ・かかりつけ医への標準的な診断治療の普及

【活動内容】(1)情報収集・分析・活用 ～保健福祉センターの実際の動き～



- ・医療機関との連携に困難感あり。
- ・特定健診未受診数多い。
- ・治療中でもコントロール不良が多い。
- ・糖尿病の疑いがある人へ受診勧奨するときに何を基準にしたらよいか。
- ・治療中断者への受診勧奨するも未受診者もいる。

- ・市町が特定健診実施主体。しかし実際何をしているのか知らない。
- ・患者は個別の問題や経済的な問題が絡んでいるためコントロール不良ケースもある。
- ・医療機関で特定健診をアナウンスしても医療機関にかかっているから大丈夫という患者もいる。

- ・紹介された時点でかなり進んでいるケースもあり。
- ・紹介されてもまだ専門医にかかる程の数値ではないことも。数値基準など明確化する必要あり。



協議会事務局

市町・かかりつけ医・専門医の相互が
思っていることや課題を
共有できたことが大きい！

「第6次医療計画」に基づく糖尿病医療対策

- 糖尿病の重症化を予防するために、地域ぐるみで取組
- かかりつけ医と専門医が共同で診療を行う体制を構築（H24 診療報酬改定：透析予防指導管理料）
- 地域の医師会やかかりつけ医、専門医療機関、市町等の関係機関の地域連携体制を構築



かかりつけ医

血糖コントロール不良の患者



- ◎定期的に研修会への参加
- 新しい糖尿病治療薬への対応
- ◎糖尿病連携手帳などの活用

市町

- ◎保健師からの受診勧奨
- ◎管理栄養士による栄養指導
- ◎健診・レセプトデータによる現状・課題の分析



石川県の保健福祉センター

- ・情報の収集・分析及び活用
- ・関係機関との連絡調整



患者さん



紹介基準の明確化

逆紹介基準の明確化

現状・課題の認識共有
ルールの策定

受診勧奨基準の明確化

専門医療機関 合併症対応医療機関



- ◎チーム医療
- ◎薬剤の組合せ
- ◎教育入院
- ◎定期的な研修

重症化の予防

各地区の地域連携協議会

- ◎研修会の開催や紹介基準・逆紹介基準などのルールを決定
- ◎診療連携を推進するポスターや媒体の作成



県の糖尿病対策推進会議

- ◎紹介基準・逆紹介基準のひな型の作成
- ◎糖尿病対策支援チームの派遣

健康日本21(第2次)が目指すもの

- 平成25～平成34年度までの**国民の健康の増進を推進し、社会保障制度が持続可能なものとなるよう**、健康増進法に基づく「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」(大臣告示)改正。
- 第1次健康日本21(平成12～平成24年度)では、具体的な目標を**健康局長通知**で示したが、目標の実効性を高めるため、**大臣告示に具体的な目標**を明記。

健康の増進に関する基本的な方向

① 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

- ・生活習慣の改善や社会環境の整備によって達成すべき最終的な目標。
- ・国は、生活習慣病の総合的な推進を図り、医療や介護など様々な分野における支援等の取組を進める。

② 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底(NCD(非感染性疾患)の予防)

- ・がん、**循環器疾患、糖尿病**、COPDに対処するため、一次予防・重症化予防に重点を置いた対策を推進。
- ・国は、適切な食事、適度な運動、禁煙など健康に有益な行動変容の促進や社会環境の整備のほか、医療連携体制の推進、特定健康診査・特定保健指導の実施等に取り組む。

③ 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

- ・自立した日常生活を営むことを目指し、**ライフステージに応じ、「こころの健康」「次世代の健康」「高齢者の健康」**を推進。
- ・国は、メンタルヘルス対策の充実、**妊婦や子どもの健やかな健康増進**に向けた取組、**介護予防・支援**等を推進。

④ 健康を支え、守るための社会環境の整備

- ・時間的・精神的にゆとりある生活の確保が困難な者も含め、**社会全体が相互に支え合いながら健康を守る環境を整備**。
- ・国は、健康づくりに自発的に取り組む企業等の活動に対する情報提供や、当該取組の評価等を推進。

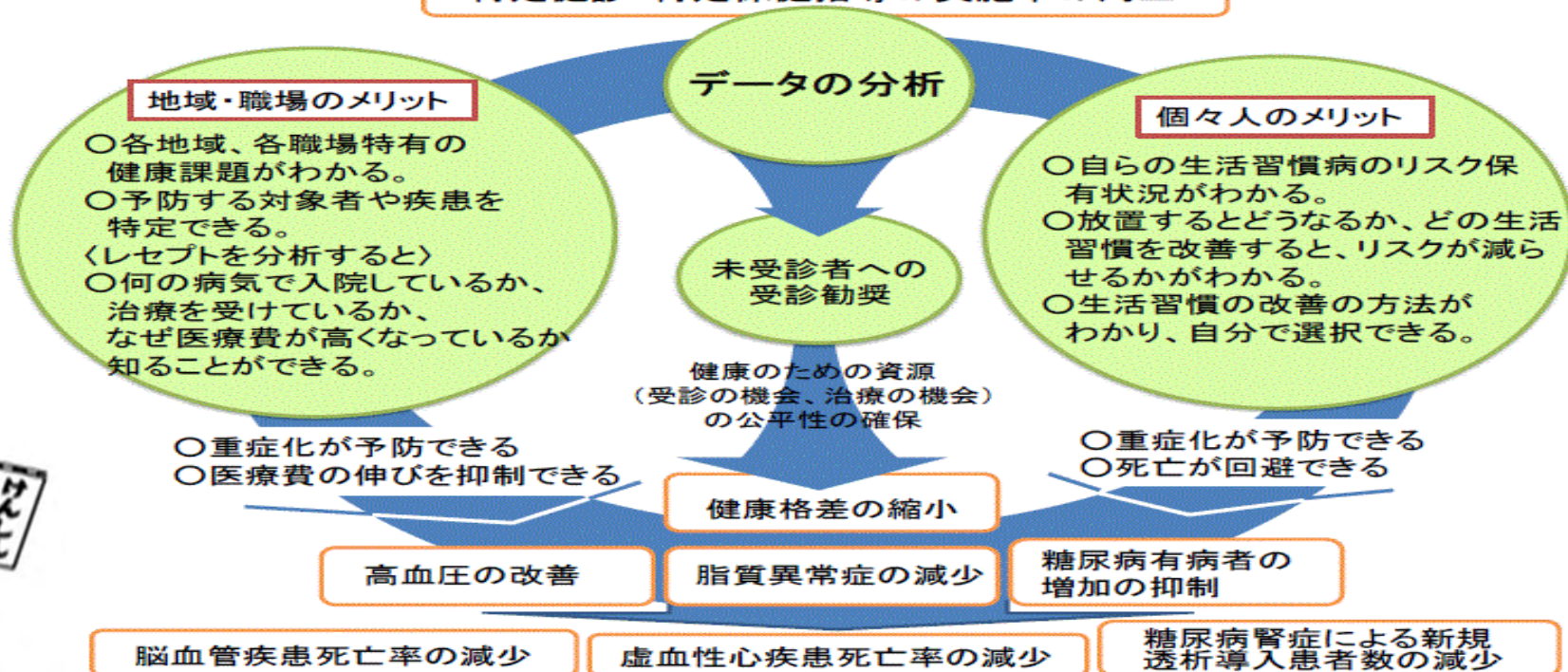
⑤ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善

- ・上記を実現するため、各生活習慣を改善するとともに、国は、対象者ごとの特性、健康課題等を十分に把握。

○ 健康日本21(第二次)の着実な推進のためにも、データの分析を行い、個々人や各地域において、解決すべき課題や取組を明確にし、それぞれに生じたメリットを活かした具体的取組を実施することで、高血圧の改善、糖尿病有病者の増加の抑制や脂質異常症の減少、さらに虚血性心疾患・脳血管疾患死亡率の減少、糖尿病腎症による新規透析導入の減少に結びつけていくことが可能となる。さらには、未受診者への受診勧奨などを通じ、健康格差の縮小に寄与することも可能となる。

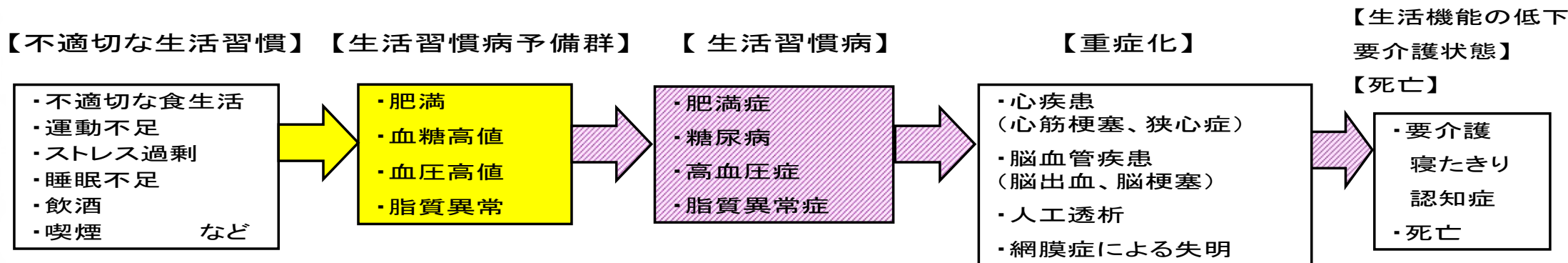
特定健診・特定保健指導と健康日本21(第二次)
ー特定健診・保健指導のメリットを活かし、健康日本21(第二次)を着実に推進ー

特定健診・特定保健指導の実施率の向上



出典：厚生労働省健康局「標準的な健診・保健指導プログラム」(平成25年4月)

8



地域医療構想・地域包括ケアシステム（病院完結型から地域完結型へ）

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、**保健師**、**管理栄養士**、介護支援専門員その他の専門職(※)の積極的な関与のもと、患者・利用者の視点に立って、サービス提供体制を構築する。

入院医療

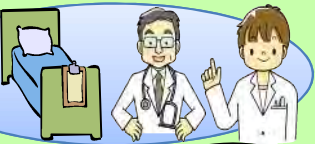
【高度急性期病院】

- ・医師・看護師を多く配置
- ・質の高い医療と手厚い看護により、早期に「急性期後の病院」や「リハビリ病院」に転院可能

・いつでも必要な場合に、往診してくれる医師がいて、訪問看護サービスも受けることができる。

外来医療

在宅医療



歯科医療

薬局

住まい
(患者さん・家族)

発症

有床診療所

- ・病院の退院調整スタッフが連携先の身近な病院を紹介
- ・自分で転院先を探す必要がない

【急性期病院】

【回復期病院】

- ・身近なところで集中的なリハビリを受けることができる。

【慢性期病院】

介護

【在宅介護サービス】

- ・24時間対応の訪問介護・看護サービス、小規模多機能型居宅介護等により、高齢者の在宅生活を支援

【生活支援・介護予防】

- 老人クラブ・自治会・ボランティア・NPO 等
- ・ボランティア、NPO等の多様な主体による見守り、配食、買い物支援等の生活支援サービスが充実
- ・社会参加が推進され地域での介護予防活動が充実

【特別養護老人ホーム・老人保健施設】

「地域包括ケアシステムの整備」

医療、介護、住まい、**予防**、生活支援サービスが身近な地域で包括的に確保される体制を構築

・地域の拠点として在宅介護サービス等も積極的に展開

※保健師、助産師、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、臨床工学技士、義肢装具士、救急救命士、言語聴覚士、歯科衛生士、歯科技工士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、社会福祉士、介護福祉士等

糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて (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)

1. 現状

- 新規人工透析導入患者は約3万1千人であり、世界主要国のなかでは日本が最も人工透析患者数(人口当たり)が多い。このうち、原疾患が糖尿病性腎症である者が43.7%と最も多い。
- 医科診療医療費全体のうち糖尿病による医療費は約1.2兆円(4.4%)を占める。
- 人工透析には一人月額約40万円、年間約1.57兆円を要する等、医療費全体から見ても大きな課題。

2. 重症化予防を進める目標

(都道府県)

- 都道府県内の医療費適正化を推進、国保財政の基盤強化

(市町村・広域連合)

- 住民の健康保持・増進
- 医療費適正化、保険料の伸び抑制

(患者及び家族)

- 心身の苦痛、行動制限、金銭等の負担軽減
- 健康保持・増進、健康寿命の延伸、QOL向上

(かかりつけ医・専門医等)

- 医療機関未受診・治療中断患者の受診
- 医療機関の人的・物的資源の効率的活用

① 保険者等の実情に合わせて、取り組めるカタチで取り組めるところから進める。

→ 考えていても始まらない。熱意をカタチに。

② 国版プログラム・都道府県版プログラム等を参考に、事業の質を高める。

→ ただやるだけでは効果は薄まる。実りある事業を。

③ 保健事業であると同時に、医療費適正化事業であるので、国保部門・衛生部門・財政部門等、関係課連携により進める。また、必ず幹部を巻き込む。

→ 医療費適正化は、国保保険料の設定はもちろん、国保特会への公費(市費等)支出にも大いに影響する。財政的視点が庁内連携のキーになることも多い。

→ 幹部を巻き込めば、事業は進む。広い視野に立ち、事業の必要性を共有する。

④ 医師会や糖尿病対策推進会議等、医療関係者との連携を心がける。特に、構想段階から協議・調整をする。

→ 対象者抽出や介入など、医療関係者との連携は、最も重要なテーマの一つ。二人三脚で事業が進められるよう、日常的なコミュニケーションを大事にする。

⑤ 都道府県は、都道府県版プログラムを策定し、都道府県医師会等と連携の上、市町村の事業が進むよう支援する。

→ 市町村により取組は区々。だからこそ都道府県の役割は重要。

3. 基本的な取組の流れ

○ 市町村等が基本的な取組を実施するときは、庁内連携、地域連携、事業計画策定、事業実施、事業評価、次年度事業の修正をPDCAにより実施することが必要である。

○ 特に、あらかじめ地域における医師会等の関係者と密接に連携することが必要である。

【実施すべき事項】

- ・ 医師会等に市町村等の課題や事業のねらいを情報提供する
- ・ 医師会等と連携方策について協議し共通認識の形成を図る

(参考) 糖尿病性腎症重症化予防プログラム(平成28年4月20日付け保発0420第4号保険局長通知)において、基本的な取組の考え方や取組例を示している。地域の実情に応じた柔軟な対応が可能。

重症化予防の基本的な取組の流れ



※ 本プログラムは、国保・後期広域の連携を前提としたものであり、市町村単独での実施は、必ずしも必要ではありません。

高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進

平成29年度予算額 3.6億円
(平成28年度予算額 3.6億円)

概要

○ 低栄養、筋量低下等による心身機能の低下の予防、生活習慣病等の重症化予防のため、高齢者の特性を踏まえた保健指導等を実施。

○ 後期高齢者医療広域連合において、地域の実情に応じて、地域包括支援センター、保健センター、訪問看護ステーション、薬局等を活用し、課題に応じた専門職(管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、保健師等)が、対応の必要性が高い後期高齢者に対して相談や訪問指導等を実施。

〈例〉 ・低栄養、過体重に対する栄養相談・指導 ・摂食等の口腔機能低下に関する相談・指導
・外出困難者への訪問歯科健診
・複数受診等により服用する薬が多い場合における服薬相談・指導 等

推進のための事業イメージ

保健センター 地域包括支援センター



診療所・病院



薬局



歯科医院



訪問看護ステーション

訪問指導

相談

専門職

被保険者

低栄養・過体重、
摂食等の口腔
機能、服薬など

(参考) 高齢者の特性(例: 虚弱(フレイル))

加齢とともに、心身の活力(例えば筋力や認知機能等)が低下し、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態。

加齢に伴う変化

- ・食欲の低下
- ・活動量の低下(社会交流の減少)
- ・筋力低下
- ・認知機能低下
- ・多くの病気をかかえている

危険な加齢の兆候(老年症候群)

- ・低栄養
- ・転倒、サルコペニア
- ・尿失禁
- ・軽度認知障害(MCI)

フレイルの多面性

閉じこもり、孤食

社会的

身体的

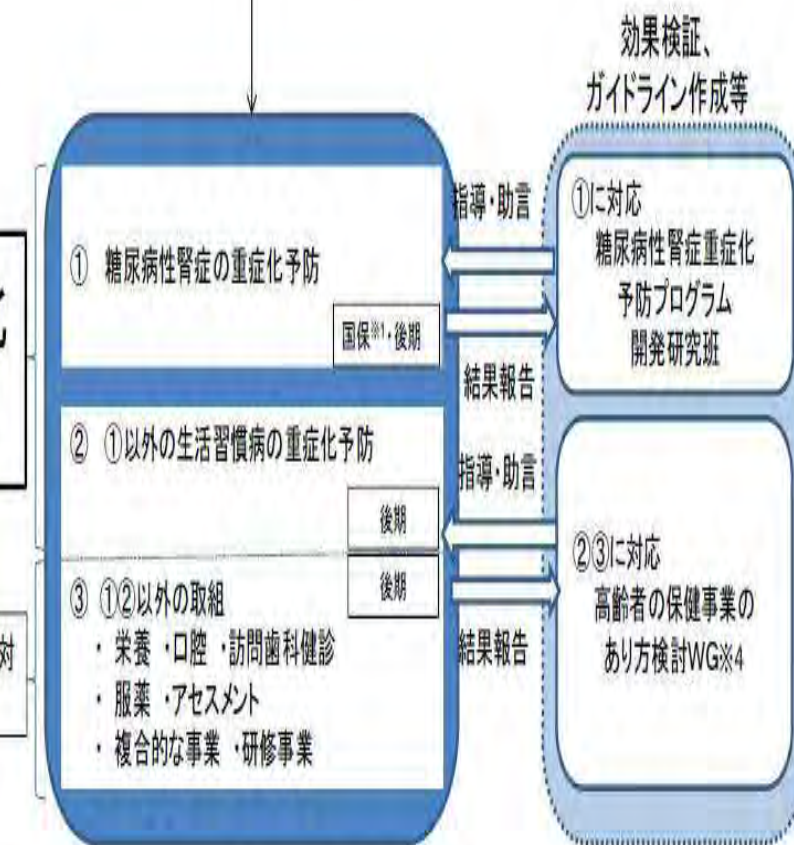
精神的

低栄養・転倒の増加
口腔機能低下
認知機能低下

適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能。

重症化予防

狭義のフレイル対策等



工程表※2 におけるKPI

①+② : 24広域(2020年目標※3)

①+②+③ : 47広域(2020年目標)

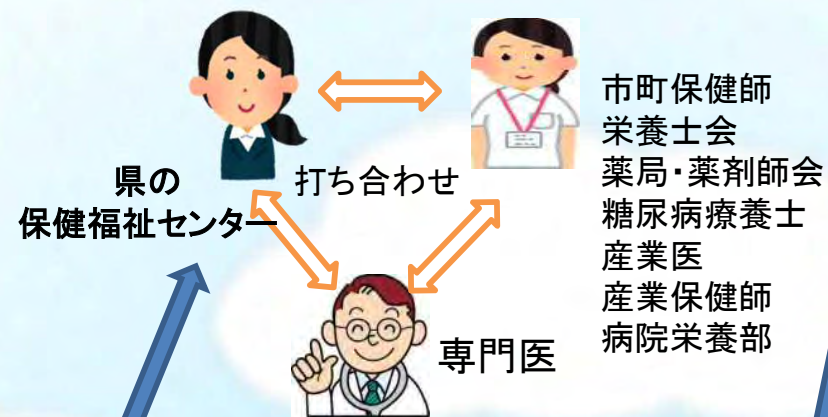
※1 国保については、特別調整交付金で対応

※2 経済・財政再生計画 改革工程表(平成27年12月24日経済財政諮問会議決定)

※3 日本健康会議 宣言2におけるKPI

※4 平成28年度から「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」のもとに設置

【活動内容】(2)関係機関との連絡調整 保健福祉センターの実際の動き



関係機関との連絡調整

特定健診 検査結果	HbA1c	～5.9%	6.0%～6.4%	6.5%～6.9%	7.0%～7.9%	8.0%～
血糖値	空腹時100未満 随 時140未満	空腹時100以上 随 時140以上	空腹時126未満 随 時200未満	空腹時126以上 随 時200以上	空腹時126以上 随 時200以上	問わす
診 断	異常なし	耐糖能障害疑い	要再検査	糖尿病	糖尿病	糖尿病
内科疾患で 医療機関 通院なし	本人への 結果通知のみ	保健指導受講の動向	“かかりつけ医”への受診勧奨	“かかりつけ医”への受診勧奨	“かかりつけ医”への受診勧奨	専門医療機関 への受診勧奨
連絡票 内容	なし	なし	糖尿病試験 [※] (A)	糖尿病の治療開始(B)	専門医療機関 での治療開始(F)	専門医療機関 での治療開始(F)
糖尿病以外 の内科疾患 で医療機関 通院中 I “かかり つけ医” II その他	本人への 結果通知のみ	保健指導受講の動向	主治医との相談を勧奨	主治医との相談を勧奨	主治医との相談を勧奨	主治医との相談を勧奨
連絡票 内容	本人への 結果通知のみ	保健指導受講の動向	主治医との相談を勧奨	主治医との相談を勧奨	主治医との相談を勧奨	主治医との相談を勧奨
糖尿病で 医療機関 通院中 I “かかり つけ医” II その他	本人への 結果通知のみ	保健指導受講の動向	主治医との相談を勧奨	主治医との相談を勧奨	主治医との相談を勧奨	主治医との相談を勧奨
連絡票 内容	本人への 結果通知のみ	保健指導受講の動向	主治医との相談を勧奨	主治医との相談を勧奨	主治医との相談を勧奨	主治医との相談を勧奨

保健・医療の連携体制素案

県の保健福祉センター 市町保健師

打ち合わせ・説明会での素案の共有



説明へ協力・連絡調整

地域連携協議会

意見の共有

保健・医療の連携体制完成

特定健診 検査結果	HbA1c	～5.9%	6.0%～6.4%	6.5%～6.9%	7.0%～7.9%	8.0%～
血糖値	空腹時100未満 随 時140未満	空腹時100以上 随 時140以上	空腹時126未満 随 時200未満	空腹時126以上 随 時200以上	空腹時126以上 随 時200以上	問わす
診 断	異常なし	耐糖能障害疑い	要再検査	糖尿病	糖尿病	糖尿病
内科疾患で 医療機関 通院なし	本人への 結果通知のみ	保健指導受講の動向	“かかりつけ医”への受診勧奨	“かかりつけ医”への受診勧奨	“かかりつけ医”への受診勧奨	専門医療機関 への受診勧奨
連絡票 内容	なし	なし	糖尿病試験 [※] (A)	糖尿病の治療開始(B)	専門医療機関 での治療開始(F)	専門医療機関 での治療開始(F)
糖尿病以外 の内科疾患 で医療機関 通院中 I “かかり つけ医” II その他	本人への 結果通知のみ	保健指導受講の動向	主治医との相談を勧奨	主治医との相談を勧奨	主治医との相談を勧奨	主治医との相談を勧奨
連絡票 内容	本人への 結果通知のみ	保健指導受講の動向	主治医との相談を勧奨	主治医との相談を勧奨	主治医との相談を勧奨	主治医との相談を勧奨
糖尿病で 医療機関 通院中 I “かかり つけ医” II その他	本人への 結果通知のみ	保健指導受講の動向	主治医との相談を勧奨	主治医との相談を勧奨	主治医との相談を勧奨	主治医との相談を勧奨
連絡票 内容	本人への 結果通知のみ	保健指導受講の動向	主治医との相談を勧奨	主治医との相談を勧奨	主治医との相談を勧奨	主治医との相談を勧奨

※ “かかりつけ医”：専門医療機関は県医療計画の糖尿病医療提供リスト掲載医療機関を指す。
*保健指導後、受講者の希望により“かかりつけ医”へ糖尿病試験をお願いする場合があります。
*結果報告に応じ、改めて本人への通知を行います。

いしかわ糖尿病重症化予防ネットワーク事業〔郡市医師会単位：9地域〕

(1) 協議会の開催(必須)

郡市医師会、合併症対応医療機関・専門医療機関、安定期医療を担う医療機関(かかりつけ医)、眼科医、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会他、糖尿病治療にかかる関係団体、全市町等が参加する協議会を開催し、関係機関の連携した取組を推進する。

(2) 研修会・症例検討会の開催(必須)

- かかりつけ医や糖尿病療養指導士等の対象研修会・症例検討会：定期的・年3回程開催。
- 病・診連携を進める観点から、当該地域の専門医を中心とした症例検討会：少なくとも年1回開催
- ※研修会・症例検討会は、石川県医師会の糖尿病連携医の認定研修会に登録。

(3) 住民・患者の療養指導の充実に向けた取組の実施(任意)

関係機関の連携により医師、糖尿病療養指導士(いしかわ糖尿病療養指導士含む)や市町の保健師・管理栄養士等の連携を検討し、住民や患者の療養指導の充実に図る。実施には「いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を参考にする。

【保健・医療の連携した取組事例】

- ・未治療者や治療中断者に対する医療機関への受診勧奨
- ・血糖コントロール不良の患者に対して、かかりつけ医と連携のもと、市町の保健師・管理栄養士による療養指導
- ・普及啓発の実施(公民館における医師・糖尿病療養指導士による講話、糖尿病予防フェア・糖尿病フォーラムなどの開催)

【病・診連携の取組事例】

- ・血糖コントロール不良患者が受診している医療機関への注意喚起
- ・合併症管理体制(かけはしチェックリスト)の試行
- ・歯科診療所との連携(体制構築の為のポスター作成、内科・歯科の情報提供票の作成)
- ・低血糖・シックデイに関するパンフレット作成

【糖尿病友の会・患者会と連携した取組事例】

(4) 成果指標の把握(必須)

- 関係機関の連携した取組の成果を計る指標を把握・情報共有するとともに、成果発表会等において報告する。



成長と分配の好循環メカニズムの提示

- アベノミクスの第2ステージでは、経済成長の隘路である少子高齢化に真正面から立ち向かう。広い意味での経済政策として、子育て支援や社会保障の基盤を強化し、それが経済を強くするという新たな経済社会システム創りに挑戦。
- 多様性が認められ、全ての人々が包摂される社会では、安心感が醸成され、将来の見通しが確かになり、消費底上げ、投資の拡大。また、多様な個人の能力の発揮による労働参加率向上やイノベーションの創出が図られることを通じて、経済成長が加速。
- 「成長」の果実なくして、「分配」を続けることはできない。アベノミクスの成果を活用し、子育てや社会保障の基盤を強化する。子育て支援・介護支援があって、成長が成り立つ。成長の果実なくして、子育て支援・介護支援は行うことはできない。三本あわせて「究極の成長戦略」。

(アベノミクスの成果)

国民総所得：40兆円近く増加
 国の税収：15兆円増加
 企業収益：史上最高水準
 就業者数：100万人以上増加
 失業者：60万人減少
 失業率：3.2%（18年ぶりの低水準）
 有効求人倍率：24年ぶりの高水準
 賃金：3年連続、多くの企業で
 パースペクティブ実現見込み
 物価：反転し、2年連続で上昇
 GDPデフレーター：9四半期連続プラス
 GDPギャップ：マイナスであるが縮小傾向

(世界経済の課題)

世界経済：下方リスクの高まり
 中国：景気が緩やかに減速
 新興国：原油価格下落が打撃
 金融市場：年明け以降不安定な動きを示す局面も



(成長の隘路である少子高齢化)

出生率：この30年大幅に低下
 - 昭和59年の1.81から
 平成17年の1.26に低下
 - その後1.3~1.4程度で推移
 高齢化率：着実に上昇
 - 昭和59年の9.9%から
 平成26年の26.0%に上昇
 総人口：減少局面
 - 平成20年を境に減少
 人口減少スピード：加速度的高まり
 - 2020年代初め毎年60万人程度
 - 2040年代頃毎年100万人程度

(希望出生率)

一人ひとりの結婚や出産の希望を叶える。結婚したくない人、産みたくない人に国が推奨しようというわけではない。

(介護離職)

離職を機に、高齢者と現役世代が共倒れする現実がある。

世界最先端の健康立国へ

政府側の取組

- ・予防・健康管理に軸足を置いた新しい医療システムを本格稼働すべく、治療歴や健康診断結果の収集・活用策など、データ利活用基盤の構築に向けた施策を検討中。
- ・企業における健康維持・増進に向けた取組の拡大に向けて、「健康経営銘柄」の選定に加え、新たに「健康経営優良法人認定制度」を新設。これに加え、健保組合等の保険者機能の強化をさらに進めるために、事業主と健保組合が協力して予防・健康づくりの活動を行う「コラボヘルス」の推進や、健保組合に対するインセンティブの強化に向けた施策を検討中。



<「健康経営銘柄2016」発表会の様子>



平成28年2月20日 未来投資会議・構造改革推進委員会（医療介護・第5回） 経産省資料より

- ・介護についても、データ分析を活用し、自立支援に軸足を置く新しいシステムを本格稼働すべく、介護に関するデータの収集方法や評価方法含め、基盤の構築に向けた施策を検討中。
- ・加えて、見守りセンサーやロボット等の技術を最大限活用し、現場の負担軽減とともに、介護現場の方が専門性を発揮したケアにより注力できるよう、現場のニーズに合ったロボット等の開発促進や、現場での導入・活用を促すインセンティブ等の施策を検討中。

産業界の取組

- ・平成27年7月に、経済界・医療関係団体・自治体・保険者のリーダーが民間主導で、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図るため、予防・健康づくりの取組状況の「見える化」と先進事例の「横展開」を強く進めていく「日本健康会議」が発足。

（共同代表：三村明夫日本商工会議所会頭 横倉義武日本医師会長
老川祥一株式会社読売新聞グループ本社取締役最高顧問）

2020年の数値目標を入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」が取りまとめられ、『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』等の目標が掲げられた。

→平成28年に開催された「日本健康会議2016」にて、88社を公表。

平成28年2月20日 未来投資会議・構造改革推進委員会（医療介護・第5回） 経産省資料より



- ・介護ロボットについては、移乗介助、移動支援、見守り支援等の、開発重点分野に沿った製品の開発・実用化が進んでいる。

移乗介助 （実用型）	（開発事例） CYBERDYNE（株） HAL 実用化済		移動支援 （型外、型内）	（開発事例） RIT（株） RIT-1 実用化済	
見守り支援 （非接触型）	（開発事例） パナソニック（株） 健康アシストベッド 実用化済		見守り支援 （接触・非接触）	（開発事例） NEC（株） Neco-care（介護ケア） 実用化済	

平成28年10月20日 未来投資会議・構造改革推進委員会（医療介護・第1回） 経産省資料より

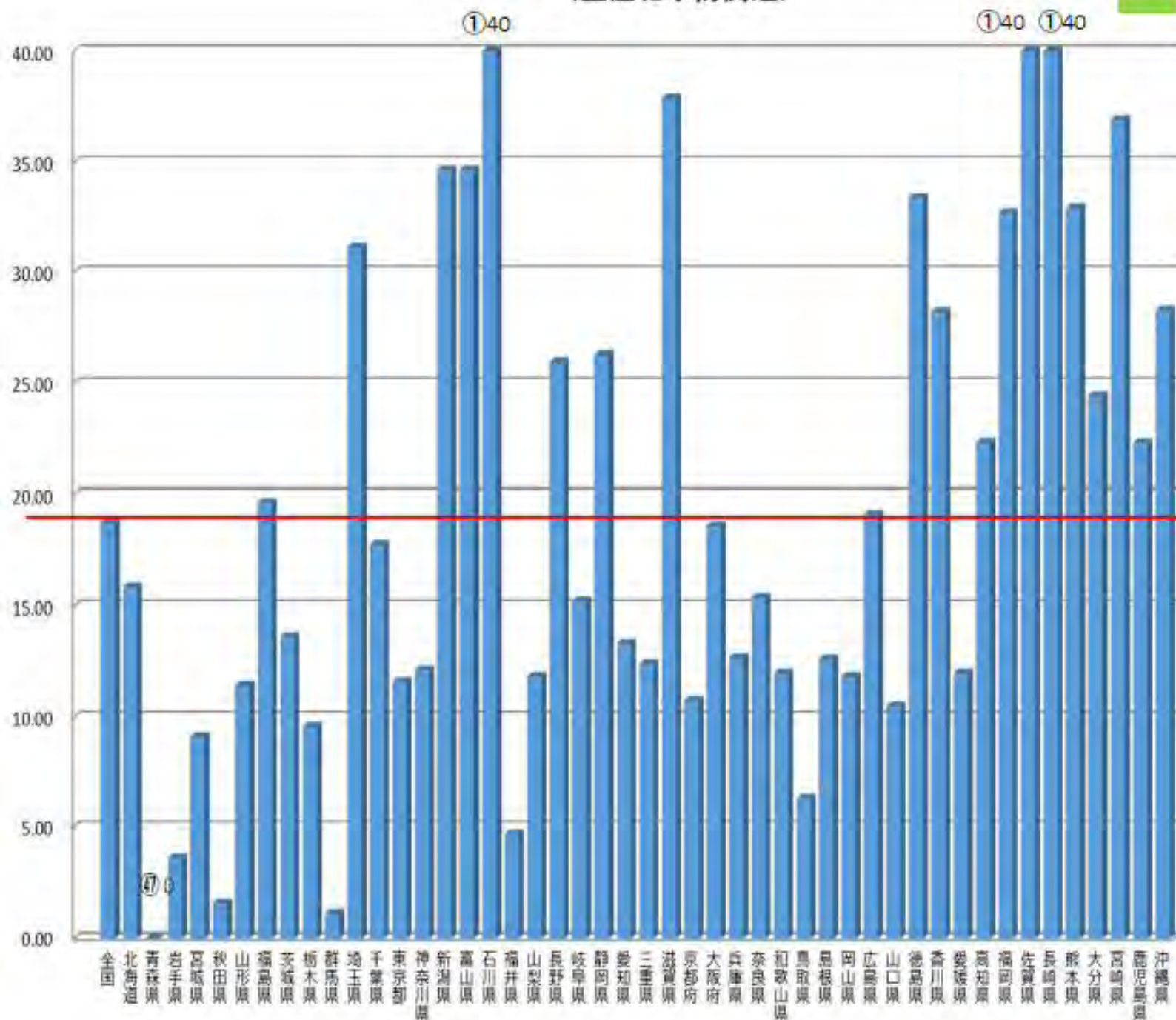
平成28年度 都道府県別 市町村平均獲得点数
(重症化予防関連)

最上位都道府県

最下位都道府県

重症化予防
(40点)

平均:18.75



都道府県名	得点
1 北海道	15.87
2 青森県	0.00
3 岩手県	3.64
4 宮城県	9.14
5 秋田県	1.60
6 山形県	11.43
7 福島県	19.66
8 茨城県	13.64
9 栃木県	9.60
10 群馬県	1.14
11 埼玉県	31.11
12 千葉県	17.78
13 東京都	11.61
14 神奈川県	12.12
15 新潟県	34.67
16 富山県	34.67
17 石川県	40.00
18 福井県	4.71
19 山梨県	11.85
20 長野県	25.97
21 岐阜県	15.24
22 静岡県	26.29
23 愛知県	13.33
24 三重県	12.41
25 滋賀県	37.89
26 京都府	10.77
27 大阪府	18.60
28 兵庫県	12.68
29 奈良県	15.38
30 和歌山県	12.00
31 鳥取県	6.32
32 島根県	12.63
33 岡山県	11.85
34 広島県	19.13
35 山口県	10.53
36 徳島県	33.33
37 香川県	28.24
38 愛媛県	12.00
39 高知県	22.35
40 福岡県	32.67
41 佐賀県	40.00
42 長崎県	40.00
43 熊本県	32.89
44 大分県	24.44
45 宮崎県	36.92
46 鹿児島県	22.33
47 沖縄県	28.29
全国	18.75

平成30年度の保険者努力支援制度について（案）

都道府県分
【●億円】

市町村分【●億円】

※経済財政諮問会議の
議論踏まえつつ検討

<参考>

社会保障WGの今後の検討課題
(H29. 3. 7社会保障WG資料1) (抄)

【主な課題】

- 1 地域医療構想や地域連携の
実現に向けた取組
- ②病床機能報告
 - ・病床機能報告等による進捗
把握、これを基礎にした
提供体制の整備(適正化)
へのインセンティブとして保険者
努力支援制度や国保等調整
交付金の活用方策。
- 2 医療費適正化に向けた取組
- ②適正化インセンティブ
 - ・医療費水準等も考慮した
適正化インセンティブとしての
保険者努力支援制度の検討
状況。医療費適正化の取組
に向けたインセンティブとして
活用する観点からの国保の
調整交付金の在り方。

保険者共通の指標(28年度)

指標① 特定健診・保健指導の実施率、メタリックロード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
○メタリックロード該当者及び予備群の減少率

基本的に維持
※向上を+α評価とするか

指標② 特定健診・保健指導に加え他健診実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の実施状況
○がん検診受診率
○歯科疾患(病)検診実施状況

基本的に維持
※向上を+α評価とするか

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

発展が必要

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提供の実施
○個人への分かりやすい情報提供の実施

基本的に維持
※まちづくり連携要件の追
加を検討

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

基本的に維持

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

配点を修正
使用割合の配点最大点数に

国保固有の指標(28年度)

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

基本的に維持

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策定状況

発展が必要

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

基本的に維持

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

発展が必要

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

発展が必要

※体制構築加点の取扱いについて整理が必要

※30年度分の交付額の確定時期について検討が必要

糖尿病の紹介・連携基準



～糖尿病対策はチームワークの総力戦で！！～

糖尿病の重症化予防のためには、医療機関同士の連携が不可欠です。以下の基準を参考に連携に努めましょう。

<血糖コントロール調整が必要な時>

- ・HbA1c(NGSP)が
3カ月以上 8%以上
- ・1型糖尿病
- ・妊娠糖尿病
- ・糖尿病合併妊娠

<腎障害があるとき>

- ・尿蛋白0.5g/gCr以上(尿アルブミン
0.3g/gCr以上)または2+以上
- ・蛋白尿と血尿が共に陽性(1+以上)
- ・eGFR50mL/分/1.73m²未満

<その他合併症が疑われるとき>

- ・脳卒中が疑われるとき
- ・心電図異常など心疾患が
疑われるとき
- ・歩行時の下腿の痛みなど、下肢
の動脈疾患が疑われるとき

専門医療機関 ・ 合併症対応医療機関



安定期治療を担う医療機関(かかりつけ医)

かかりつけ歯科医

初診時(歯肉の出血・膨張がみられる場合)、その後定期受診

かかりつけ眼科医

初診時、その後定期受診(年に1、2回)

※専門医に紹介し、今後の治療方針が決定された後、かかりつけ医と専門医は連携して、患者により良い治療を行いましょう。

保健・医療の連携体制

特定健診 検査結果	HbA1c	～5.9%		6.0%～6.4%		6.5%～6.9%		7.0%～7.9%	8.0%～
	血糖値	空腹時100未満 随 時140未満	空腹時100以上 随 時140以上	空腹時126未満 随 時200未満	空腹時126以上 随 時200以上	空腹時126未満 随 時200未満	空腹時126以上 随 時200以上	問わず	
診 断		異常なし	耐糖能障害疑い		要再検査		糖尿病		
内科疾患で 医療機関 通院なし	本人への 通知	結果通知のみ	保健指導受講の勧奨		“かかりつけ医” への受診勧奨		“かかりつけ医” への受診勧奨		専門医療機関 への受診勧奨
	連絡票 内容	なし	なし ^{*1}		糖負荷試験 ^{*2} (A)		糖尿病の治療開始(B)		専門医療機関で の治療開始(F)
糖尿病以外 の内科疾患 で医療機関 通院中 Ⅰ “かかり つけ医” Ⅱ その他	本人への 通知	結果通知のみ	保健指導受講の勧奨		主治医との相談を勧奨		主治医との相談を勧奨		
	通院医療機関 への 通知	なし	なし ^{*1}		自院での糖負荷試験実施 または“かかりつけ医” への 紹介勧奨		Ⅰ 自院での治療開始 Ⅱ 専門医療機関への紹介 の勧奨		専門医療機関 への紹介勧奨
	連絡票 内容				糖負荷試験 ^{*2} (A)		Ⅰ 糖尿病の治療開始(B) Ⅱ 専門機関での治療開始(C)		専門医療機関で の治療開始(C)
糖尿病で 医療機関 通院中 Ⅰ “かかり つけ医” または専門 医療機関 Ⅱ その他	本人への 通知	治療継続の勧奨	治療継続の勧奨		治療継続の勧奨		治療継続の勧奨	主治医との相談を勧奨	
	通院医療機関 への 通知	結果通知	結果通知		結果通知		結果通知	Ⅰ 自院での治療 方針の見直し Ⅱ 専門医療機関 への紹介 の勧奨	専門医療機関 への紹介勧奨
	連絡票 内容	治療継続(G)	治療継続(G)		治療継続(G)		治療継続(G)	Ⅰ 通院間隔/食 事・運動指導見 直し(D/F) Ⅱ 専門機関での 治療見直し(E)	専門医療機関で の治療見直し (E/F)

※ “かかりつけ医”， 専門医療機関は県医療計画の糖尿病医療機関リスト掲載医療機関を指す。

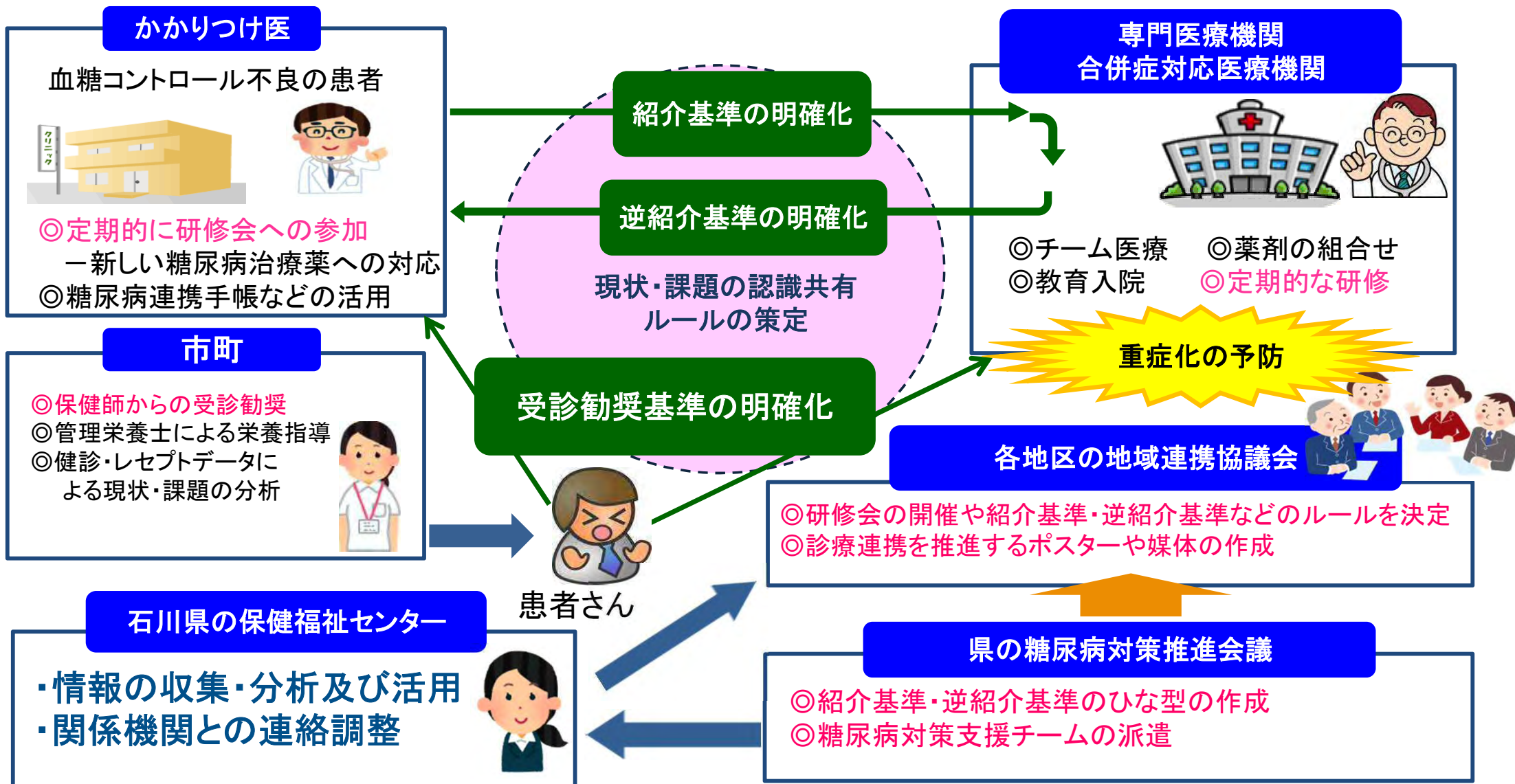
^{*1} 保健指導後， 受講者の希望により “かかりつけ医” へ糖負荷試験をお願いする場合があります。

^{*2} 結果報告に応じ， 改めて本人への通知を行います。



「第6次医療計画」に基づく糖尿病医療対策

- 糖尿病の重症化を予防するために、地域ぐるみで取組
- かかりつけ医と専門医が共同で診療を行う体制を構築（H24 診療報酬改定：透析予防指導管理料）
- 地域の医師会やかかりつけ医、専門医療機関、市町等の関係機関の地域連携体制を構築



ニッポン一億総活躍プラン (概要)

1. 成長と分配の好循環メカニズムの提示

・ 女性も男性も、お年寄りも若者も、一度失敗を経験した方も、障害や難病のある方も、家庭で、職場で、地域で、あらゆる場で、誰もが活躍できる、いわば全員参加型の**一億総活躍社会**を実現。

成長と分配の好循環

・ これまでのアベノミクス三本の矢
(大胆な**金融政策**、機動的な**財政政策**、
民間投資を喚起する**成長戦略**)
を一層強化

子育て支援・
介護の基盤強化

・ 若者たちの結婚や出産の希望を叶える
子育て支援
・ 介護をしながら仕事を続けられる
社会保障基盤

名目GDP600兆円の実現

消費底上げ・投資拡大
労働参加率向上・多様性によるイノベーション
希望出生率1.8の実現
介護離職ゼロの実現

・ 経済成長の隘路である**少子高齢化**に真正面から立ち向かう。広い意味での経済政策として、子育て支援や社会保障の基盤を強化、それが経済を強くするという**新たな経済社会システム**を創る。「究極の成長戦略」。

ニッポン一億総活躍プラン(H28.6.2閣議決定)＜抜粋＞

※経済成長の隘路の基本に少子高齢化という構造的問題

H2008・H20～人口減少

H2020・H32～ 毎年 60万人減少

H2100・H112～毎年100万人減少・総人口 5,000万人↓

※少子高齢化の進行が労働供給のみならず、将来の経済規模の縮小や生活水準低下を招き、経済の持続可能性を危うくする。

※日本の未来を創るのは他の誰でもない。私達自身である。
少子高齢化の克服を諦めてしまったら、私達の子や孫世代に輝かしい日本を引き渡すことはできない。責任放棄である。

※最初から設計図のあるような簡単な課題ではない。

必ず克服できると信じ、これまでの発想に囚われることなく、あらゆる政策手段を尽くしていく。