

神奈川県糖尿病対策推進プログラム
～かながわ糖尿病未病改善プログラム～

資料編

平成 31 年 3 月

神奈川県糖尿病及び腎不全に係る医療費等のデータ

＜神奈川県医療費適正化計画から＞

平成30年3月に策定した神奈川県医療費適正化計画（2018年度～2023年度）から、本プログラムに関連する主な疾病として糖尿病及び腎不全の医療費等のデータについて、国民健康保険に関連するものを中心に抜粋し掲載した。

第2章 神奈川県の医療費を巡る状況

1 現状

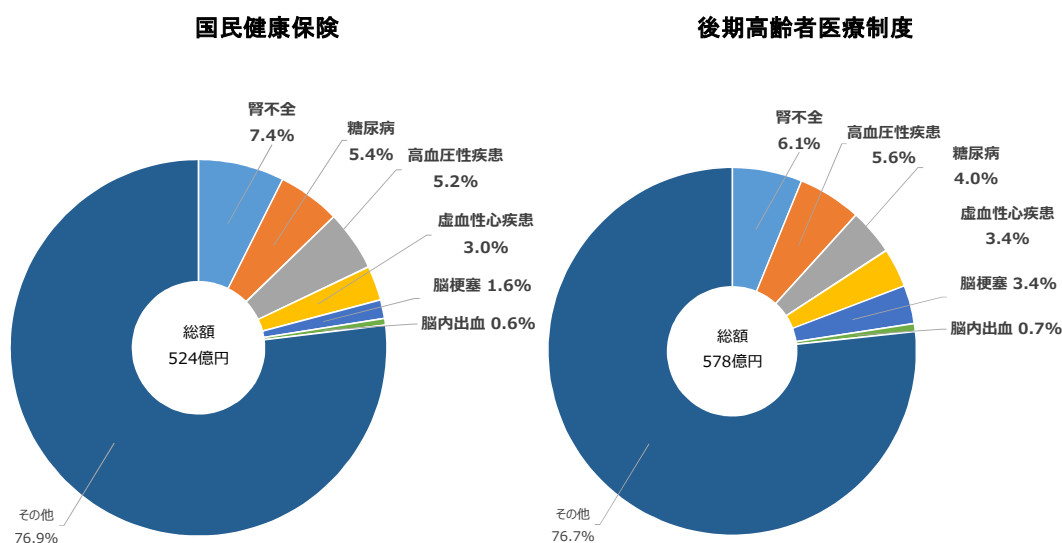
(2) 健康の保持の推進

ア 生活習慣病の状況^(※1)

(7) 疾病別医療費の状況

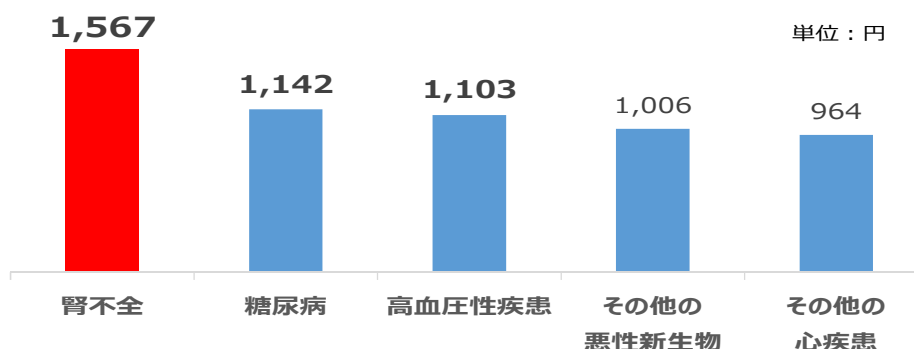
- 121分類*の疾病別費用額^(※2～5)を見ると、高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳梗塞、脳内出血、糖尿病、腎不全の生活習慣と関連の深い疾病が、全体の5分の1以上を占めており、全国もほぼ同様の傾向です。（図2-31（全国のグラフ図2-32は本資料編では省略））
- 神奈川県の国民健康保険における被保険者*一人当たり費用額の上位5疾病（121分類）を見ると、上位3疾病が、腎不全、糖尿病及び高血圧性疾患と生活習慣病*が占めています。中でも腎不全は、他の疾病に比べて高い費用となっています。（図2-33）

図2-31 121分類を中心にみた神奈川県の費用額構成



神奈川県国民健康保険団体連合会 国保データベースシステム（平成27年5月）

図2-33 神奈川県国民健康保険における一人当たり費用額の上位5疾病(121分類)



神奈川県国民健康保険団体連合会 国保データベースシステム (平成 27 年 5 月)

*121 分類	社会保険表章用疾病分類表に基づく分類のこと。 (神奈川県医療費適正化計画 4 別表 187~190 ページ参照)
*被保険者	本計画では、医療保険の被保険者を指す。健康保険に加入し、病気やけがをしたときなどに必要な給付を受けることができる人のこと。
*生活習慣病	食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、発症・進行に関係する疾患群。

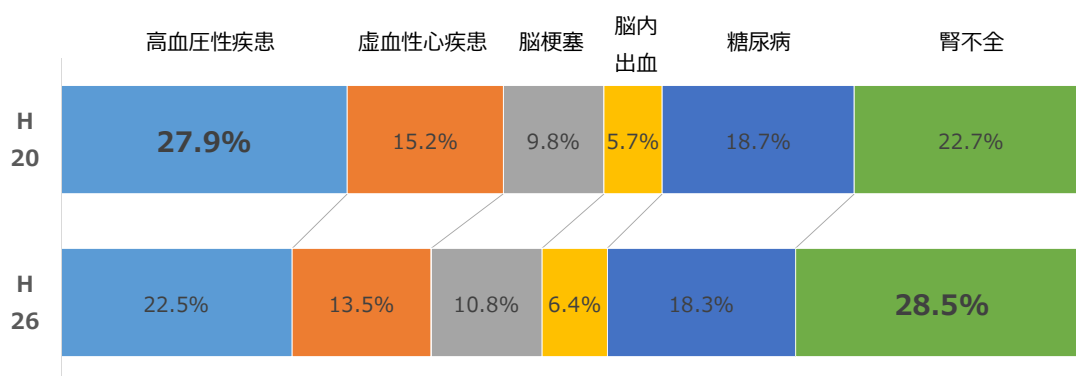
- ※1 ここでは生活習慣と関連の深い疾病として、高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳梗塞、脳内出血、糖尿病、腎不全を中心に分析します。これらの疾病は以下「生活習慣病」という表現をします。これらの疾病は生活習慣が原因でない場合もありますが、各統計データにおいて除外することはできないため、生活習慣が原因でない場合も当該疾患の数値に含まれていることに留意する必要があります。
- ※2 疾病分類に計上される疾病は、医師が複数の主傷病名を記載していても一つしか選択されていません。このため、合併症や依存症が多数記載されている場合、選択されなかった疾病の件数や医療費において低い集計値となる可能性があります。
- ※3 神奈川県の数値に用いている国保データベースシステムでは、歯科の医療費を集計していないため、歯科の医療費は含まれていません。一方、国の数値に用いている医療給付実態調査は、歯科医療費が含まれた数値になります。
また、国保データベースシステムでは、レセプトデータから最も医療資源を要した傷病名を当該レセプトの費用として計上しているのに対し、医療給付実態調査はレセプトに記載されている主傷病のうち一番上に記載されている疾病を当該レセプトの費用として計上しています。そのため、図2-29と図2-30、図2-31と図2-32は一概に比較できないことに留意する必要があります。
- ※4 神奈川県の数値に用いている国保データベースシステムは、平成27年5月のレセプトを集計したデータを用いています。一方、国の数値に用いている医療給付実態調査は12か月分のデータを用いています。そのため、神奈川県のデータにあわせるため、国の数値は医療給付実態調査における値を12か月で割った数値を用いています。
- ※5 国民健康保険及び後期高齢者医療制度のみとなっており、被用者保険分が含まれていないことに留意する必要があります。

(イ) 生活習慣病の費用額^(※)

- 国民健康保険における生活習慣病の医療費の構成は、平成20年から平成26年にかけて、他の疾患と比べて、高血圧性疾患が減少する一方で、腎不全が増加しています。(図2-37)

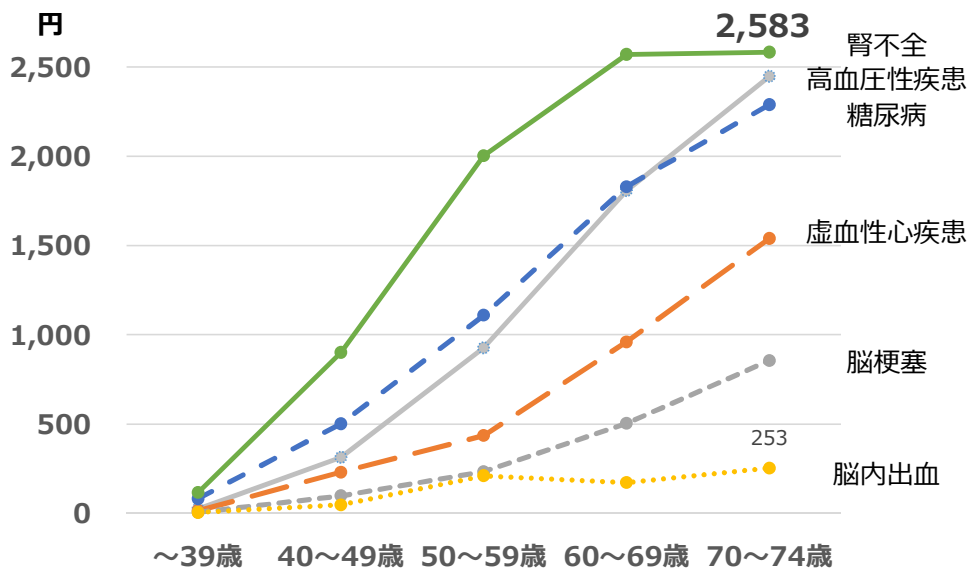
- 国民健康保険における生活習慣病の年齢階級別一人当たり医療費は、ほぼ一貫して年齢が上がると増加し、全ての年齢階級で腎不全が最も高くなっています。(図 2-38)
- 国民健康保険における生活習慣病の年齢階級別一件当たり医療費は、全ての年齢階級で腎不全が 300,000 円以上となっています。(図 2-39)

図 2-37 神奈川県国民健康保険における生活習慣病の医療費の構成比推移



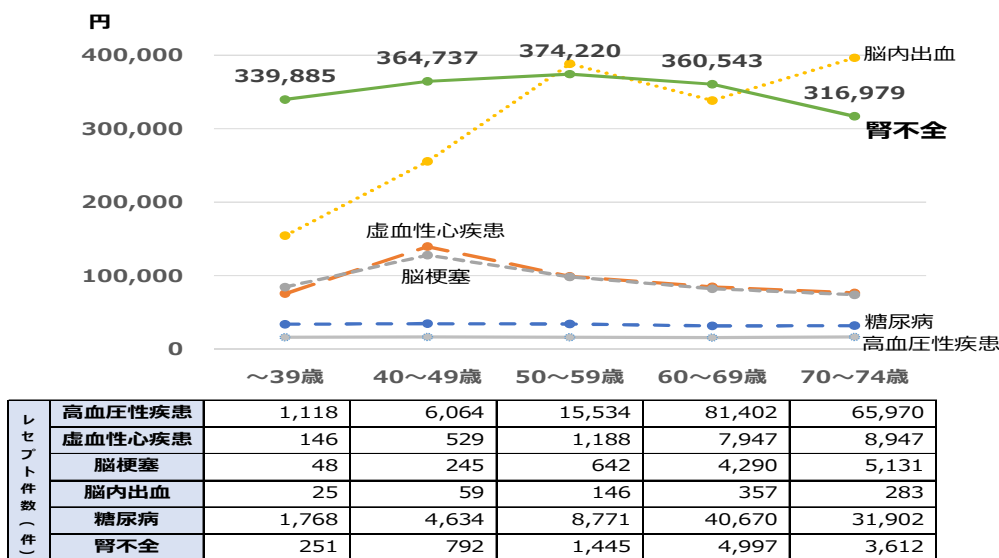
神奈川県国民健康保険団体連合会 神奈川県における疾病状況 (平成 20 年 5 月)
 神奈川県国民健康保険団体連合会 国保総合システム (平成 26 年 5 月)

図 2-38 神奈川県国民健康保険における生活習慣病の年齢階級別一人当たり医療費



神奈川県国民健康保険団体連合会 国保データベースシステム (平成 27 年 5 月)

図2-39 神奈川県国民健康保険における生活習慣病の年齢階級別1件当たり医療費



神奈川県国民健康保険団体連合会 国保データベースシステム (平成27年5月)

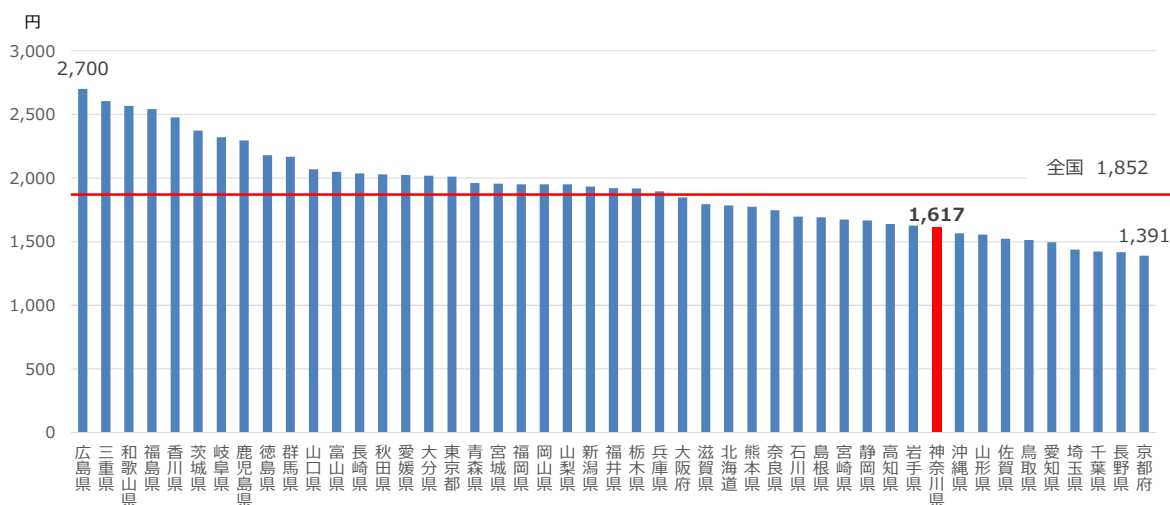
※ 国民健康保険及び後期高齢者医療制度のみとなっており、被用者保険分が含まれていないことに留意する必要があります。

エ 糖尿病の状況

(7) 糖尿病の医療費

- 糖尿病の40歳以上の都道府県別の一人当たり入院外医療費を見ると、神奈川県は1,617円で、全国の1,852円を下回っており、低い方から10番目です。(図2-65)

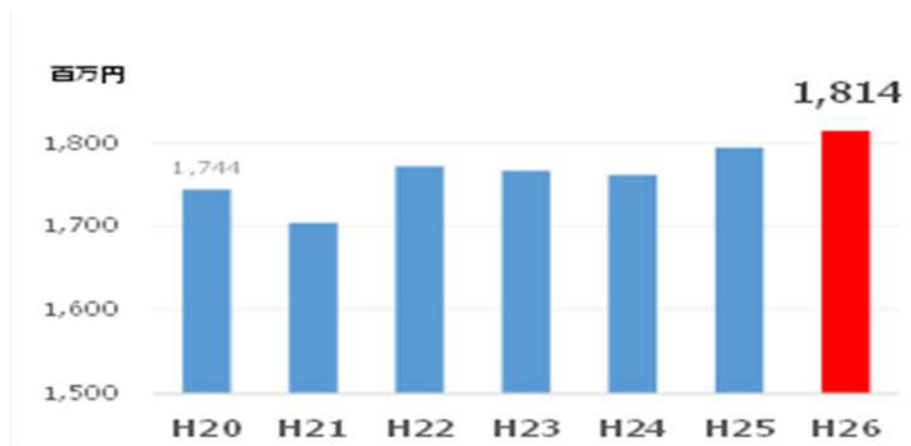
図2-65 糖尿病の40歳以上の都道府県別の一人当たり入院外医療費(平成25年10月診療分)



厚生労働省 医療費適正化計画関係推計ツール

- 神奈川県国民健康保険における糖尿病の医療費は、平成 20 年から平成 26 年の 5 月診療分を見ると、減少している年はあるものの、増加傾向にあります。(図 2-66)

図2-66 神奈川県国民健康保険における糖尿病の医療費の推移

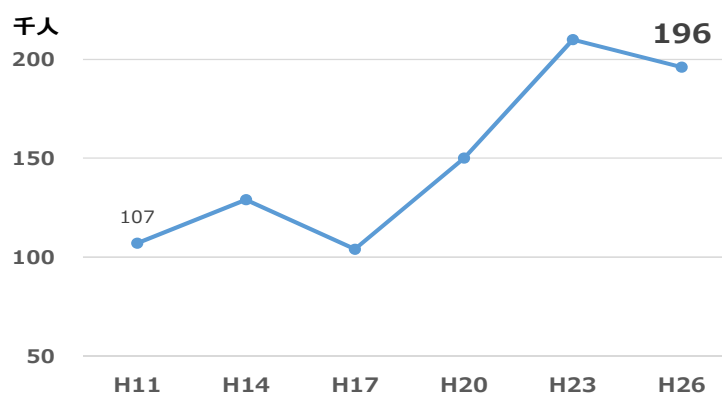


神奈川県国民健康保険団体連合会 神奈川県における疾病状況 (平成 20~23 年の各年の 5 月)
 神奈川県国民健康保険団体連合会 国保総合システム (平成 24~26 年の各年の 5 月)

(イ) 糖尿病の総患者数

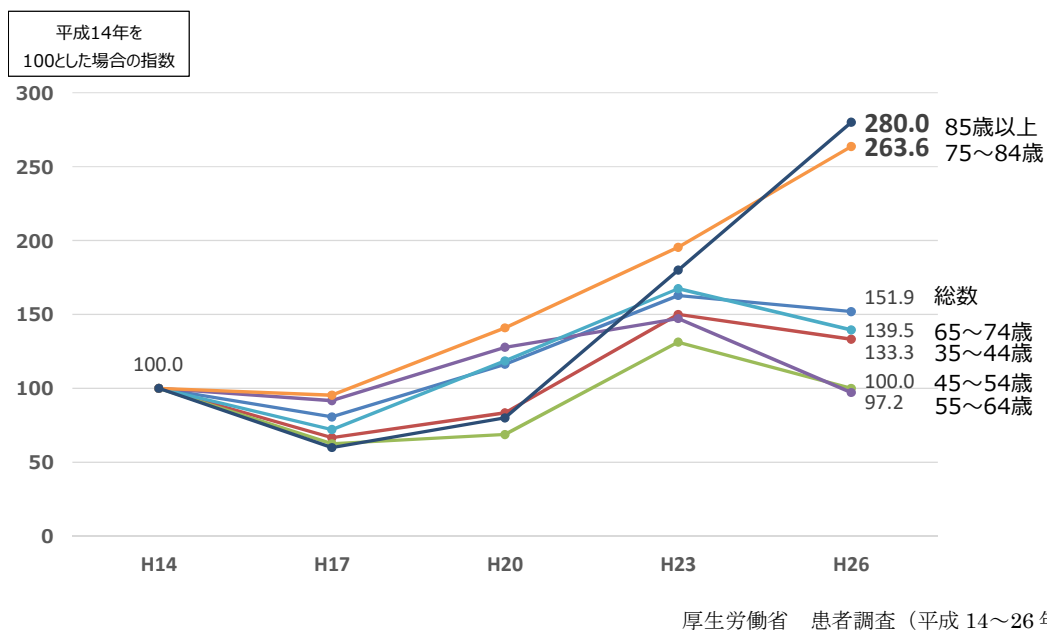
- 神奈川県糖尿病の総患者数は、平成 11 年から平成 26 年にかけて、平成 17 年を除き、平成 23 年までは増加し続けていましたが、平成 26 年は減少しました。(図 2-68)
- また、年齢階級別の総患者数の推移を見ると、多くの年齢で増加傾向にあり、特に 75 歳以上は、平成 14 年から平成 26 年にかけて 2.5 倍以上に増加しています。(図 2-69)

図2-68 神奈川県糖尿病の総患者数の推移



厚生労働省 患者調査 (平成 11~26 年)

図2-69 神奈川県歳の年齢階級別の糖尿病総患者数の推移



※ 図2-68及び図2-69で使用している患者調査は、医療施設（病院・診療所）を利用する患者を対象としています。このほか、糖尿病に関する調査として、医療施設利用者以外も調査対象とした国民健康・栄養調査があります。

患者調査（平成26年）では、糖尿病の総患者数は全国で約317万人と推計されています。一方、国民健康・栄養調査（平成28年）では、20歳以上の「糖尿病が強く疑われる者」は全国で約1,000万人と推計されています。

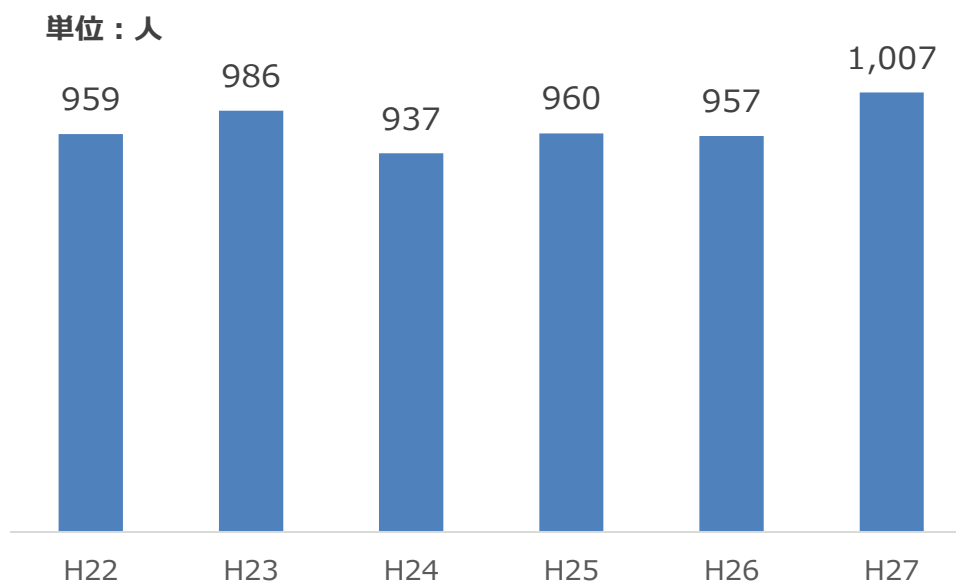
糖尿病は、痛みなどの自覚症状や特別の症状がないことが多いことから、医療機関や健診で糖尿病を指摘されても、受診しない事例や、受診を中断する事例があります。

このことから、本県の有病者は、患者調査による患者数よりも多い可能性があることに留意する必要があります。

(ウ) 糖尿病性腎症による年間新規透析*導入患者数

- 糖尿病性腎症は糖尿病の合併症で、段階を経て進行する疾病です。進行すると透析が必要になり、全透析患者のうち糖尿病性腎症が原因で透析を受けることになった人が最も高い割合を占めています。
- 神奈川県の糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数は、平成22年以降、900人以上で推移していましたが、平成27年には1,000人を超えました。（図2-70）

図2-70 神奈川県糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数



一般社団法人 日本透析医学会 図説 わが国の慢性透析療法の現況（平成22～27年）

*透析（人工透析）	腎機能が極端に低下して腎不全状態におちいった患者に、半透膜物質を用いて人工的に血液中の老廃物や尿毒性物質を除去し、体液の電解質のバランスを調整する治療のこと。
-----------	---

神奈川県内各市町村の生活習慣病対策事業

各市町村のデータヘルス計画（計画年度：2018年度から2023年度）記載事業を抜粋（一部市町村修正）

市町村名	事業名・施策名・取組名		事業内容
横浜市	生活習慣病重症化予防	糖尿病性腎症重症化予防事業 未治療者対策	○人工透析の導入の防止に重点を置き、特定健診受診者の中で、糖尿病で腎機能の低下の認められる者に対し、糖尿病性腎症重症化予防事業を全区で実施します。 ○医療機関未受診者等に受診勧奨を実施し、治療につなげます。 ○糖尿病治療中者に対し、個別保健指導プログラムを実施します。 ○特定健診受診者のうち、糖尿病の境界領域の者（おおむねHbA1cが6.5～7.0未満）に対し、本市の各区局と連携し、重症化予防を実施します。 ○高血圧でⅡ度以上（160/100）の医療機関受診勧奨判定値の者に対し、受診勧奨を実施します。
川崎市	生活習慣病重症化予防事業		特定健診受診者で特定保健指導対象外の者のうち、生活習慣病に関する検査結果において病気発症や重症化の可能性のある者に対して、保健師等が家庭訪問等による医療機関受診勧奨を実施 【対象者】特定健診受診者で、データ抽出時点において40歳から69歳の者のうち前年度の健診結果において下記の条件のいずれかに該当する者 ア 血圧 収縮期160mmHg以上 又は 拡張期100mmHg以上 イ HbA1c 7.0%以上 ウ eGFR 45ml/min/1.73㎡未満
横須賀市	ハイリスク者に対する医療機関への受診勧奨		血糖、血圧、脂質、腎機能のいずれかのリスクがあると考えられる人のうち、医療機関未受診者に対して、通知・電話・訪問等で医療機関への受診を勧奨する。 毎月、特定健診結果からハイリスク者を抽出する。抽出したハイリスク者のレセプトを確認し、医療機関への受診が確認できない人に対して医療機関への受診を促す通知を送付する。特に緊急度が高い群に対しては、通知での医療機関受診が確認できない場合、保健師が電話や訪問での受診勧奨を行う。 【対象者】特定健診の結果から血糖、血圧、脂質、腎機能のいずれかのリスクがあると考えられる人のうち、医療機関への受診がない人
	糖尿病性腎症重症化予防		人工透析への移行を遅らせることを目的とした、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを委託業者にて行う。 【対象者】糖尿病治療中の人で、特定健診の結果から腎機能の低下が認められる人
平塚市	重症化予防事業	生活習慣病重症化予防事業	対象者に対し、家庭訪問による個別支援を併用し、本人の動機付けを支援し、教室の参加を促す。 この教室の運営に当たっては、参加者自ら食生活を中心とした生活習慣等の課題に気づき、検査値等を読み解きながら生活をコントロールする力をつけられるように、インターグループワーク等の手法を用いて支援する。 対象者：特定健診等の結果、受診勧奨値以上の者
鎌倉市	生活習慣病重症化予防	糖尿病重症化予防	【電話勧奨】 受診状況の確認及び未受診者へ電話で受診勧奨を行う。必要に応じて、特定保健指導や栄養相談（食事カルテ）等の案内をする。 【文書による勧奨】 電話がつかない方等に対する文書通知を実施する。健診のHbA1c値の表記と、合併症のリスク受診の必要性について注意喚起をする。
		糖尿病性腎症重症化予防	糖尿病性腎症の治療を受けている方に対して、透析を予防するための保健指導を実施する。
藤沢市	生活習慣病重症化予防事業	要医療者への保健指導の実施	こくほ健康診査の結果、受診判定値を超えている未受診者への保健指導の実施 治療中断者への保健指導の実施
		糖尿病・糖尿病性腎症重症化予防	【糖尿病の治療が必要な対象者への受診勧奨】 糖尿病の治療が必要であるが、未治療であったり、治療を中断する等コントロールが不良な対象者への支援を図ります。
小田原市	生活習慣病重症化予防事業	生活習慣病重症化対策事業	特定健康診査等の結果から、血圧値などが医療受診勧奨域だが、医療機関を受診していない人、または糖尿病性腎症の重症度の高い人に対し、保健師が電話等で保健指導を行う。
		健診異常値放置者受診勧奨事業	特定健康診査等の結果から医療機関の受診レベルだが、医療機関を受診していない人に対して、受診を促す。（具体的に個別の健康状態に合わせて、生活習慣病の発症リスクを受診勧奨通知に掲載することで、受診の必要性を訴える。）
		生活習慣病治療中断者受診勧奨事業	医療機関で生活習慣病の治療を行っていたにもかかわらず、現在治療を中断している人に対し、通知を行うことで、継続受診を促す。
		生活習慣病意識啓発事業	生活習慣病重症化予防のため、疾患別のチラシ等を配布するなどして広く意識啓発する。

市町村名	事業名・施策名・取組名	事業内容	
茅ヶ崎市	生活習慣病重症化予防対策	生活習慣病重症化予防事業 【対象者】健診異常値放置者	早期治療により、生活習慣病重症化の予防を図ります。
		生活習慣病予防普及啓発事業	生活習慣病、喫煙、飲酒、ロコモティブシンドロームや健診データ・レセプト情報を分析した結果を記載したリーフレットを配布します。
		歯と口腔の健康づくり教室事業	親子の歯みがき教室の実施や糖尿病予防普及啓発イベントへの参加により、幼児期の子をもつ親子から成人を対象に歯と口腔に関する健康づくりへの啓発を行います。 【対象者】幼児期の子をもつ親子及び成人
逗子市	重症化予防	有所見者への受診勧奨	◆事業概要：特定健診の結果において血圧、血糖値等、が境界域、医療域であった人に対して医療機関に受診勧奨を行うもの ◆対象：特定健診の結果において血圧、血糖値等、が境界域、医療域であった人(特定保健指導対象者に限らない)
		プチ講座	◆事業概要：糖尿病に重点を置き、具体的な予防方法に関する教室を開催する ◆対象：20歳以上の糖尿病等生活習慣病に関心がある人
相模原市	糖尿病性腎症重症化予防事業等の実施	特定健康診査等の結果から糖尿病性腎症の疑いがある者に対して、医療機関への適切な受療勧奨及びかかりつけ医と連携した専門職（保健師、管理栄養士等）による保健指導等を実施し、腎不全及び人工透析への移行を防止する（平成29年度から実施。）。	
三浦市	生活習慣病重症化予防保健指導（糖尿病重症化予防プログラム）	受診勧奨及び保健指導実施 (1) 健診受診後、面接で結果を説明し、医療機関への受診勧奨を行う（面接困難者は電話にて実施）。 (2) (1)の者のうち希望者にはプログラムに沿った保健指導を実施。 【対象者】 特定健診受診者のうちHbA1c6.5%以上で医療機関未受診の被保険者	
	生活習慣病予防の知識普及啓発事業	(1) 健康教室（健康づくりセミナー）の開催 (2) 生活習慣病予防に関するチラシ配布や広報紙等への掲載を実施	
	保健指導・栄養指導連携推進事業	(1) 医療機関から診療の状況の提供と保健指導・栄養指導の依頼 (2) 市から保健指導・栄養相談の実施結果の報告 (3) 市から健康診査の結果や相談状況の提供と診療の依頼 (4) 医療機関から診療及び検査結果の提供 【対象者】 (1) 生活習慣病予防等〔糖尿病・高血圧・脂質異常症・慢性腎臓病（腎機能低下）のうち、かかりつけ医が保健指導・栄養指導が必要と認めた者で、本人が希望する者 (2) 市健康診査受診者や保健事業参加者で医療機関連携が必要な者 (3) 重症化予防プログラムについては三浦市国保被保険者および三浦市民のうち糖尿病の重症化ハイリスクである者（HbA1c6.5%以上の人） (4) 健康づくりセミナーは30～74歳の三浦市民	
秦野市	糖尿病性腎症重症化予防事業	特定健康診査の検査値とレセプトデータから対象者を特定し、正しい生活習慣を身に付けることができるように専門職より対象者に6か月間の面談指導と電話指導を行う。指導対象者に対して適切な保健指導を行う。指導後に健康診査データ、レセプトデータより検査値の推移、定期的な通院の有無等を確認する。指導後に健康診査データ、レセプトデータより検査値の推移、定期的な通院の有無等を確認する。	
	生活習慣病治療中断者受診勧奨事業	かつて生活習慣病で定期受診をしていたがその後定期受診を中断した対象者を特定し、通知書を送付することで受診勧奨を行う。生活習慣病治療中断者に医療機関受診勧奨通知書を作成し、郵送する。	
厚木市	糖尿病性腎症重症化予防事業	医療機関にて糖尿病性腎症治療中の対象者に対して、生活習慣改善の保健指導を実施する。 また、糖尿病性腎症の治療中断者や糖尿病性腎症予備軍への受診勧奨を専門職による保健指導を電話にて実施する。	
	生活習慣病治療中断者受診勧奨事業	かつて生活習慣病で定期受診をしていたがその後定期受診を中断した対象者を特定し、通知書を送付することで受診勧奨を行う。 その後、対象者に専門職により電話による受診勧奨及び保健指導を行う。	
大和市	糖尿病（性腎症）重症化予防	糖尿病有病者の増加抑制・発症予防教室の開催（一次予防）	保健師・管理栄養士等による糖尿病予防教室の他、市民の健康づくりを目的としたさまざまな健康づくり教室を実施しています。
		糖尿病重症化予防（二次予防）	特定健診の結果からHbA1c6.5%以上、空腹時血糖126mg/dl以上の値に該当した方を対象に、主に保健師が個別訪問指導を実施しています。
		糖尿病（性腎症）重症化予防（三次予防）	糖尿病性腎症を含む慢性腎臓病（CKD）の最終段階である人工透析の導入予防を目的に、HbA1c6.5%以上、空腹時血糖126mg/dl以上、eGFR50ml/分/1.73㎡未満の値に該当した方を対象に、主に管理栄養士による訪問個別指導を実施しています。

市町村名	事業名・施策名・取組名		事業内容
伊勢原市	生活習慣病重症化予防事業 (受療勧奨事業)		医療機関への受診勧奨通知の送付と電話による受診確認（未受診の場合は受診勧奨を行います） 【対象者】次の要件に全て該当する国民健康保険加入者 ①特定健康診査又は人間ドック利用助成における人間ドック受検者 ②血圧・脂質・血糖に係る検査結果が標準的な健診・保健指導プログラムにおいて「すぐ医療機関の受診を」に該当 ③基準を超えている項目において医療機関未受診
	生活習慣病重症化予防事業 (糖尿病重症化予防事業)		神奈川県糖尿病推進プログラムに準じた保健指導を実施（予定） 詳細については、早期実施を目指し、平成30年度以降に各団体等と調整します。 【対象者】医師会等と調整し決定
海老名市	糖尿病重症化予防事業		【概要】 かながわ保健指導モデルの手法を用いて、血糖・腎機能等の検査データが基準に該当する方へ家庭訪問による初回保健指導とグループ支援を実施する
	生活習慣病重症化予防事業 (高血圧症)		【概要】 対象者への電話かけにより、保健指導や受診勧奨等の支援を行う
座間市	CKD保健指導 (腎臓を守るための保健指導)		【概要】 特定健康診査の結果に基づいて、尿たんぱく及びeGFR値から抽出した者に対し、保健師等がサポート等を行う 【対象者】①②いずれかに該当する者 ①eGFR値30以上50未満の者②eGFR値50以上60未満、かつ、尿たんぱくが+以上で、かつ、BMI、中性脂肪、HDL、LDL、血圧、HbA1cのいずれかが基準値以上の者、または尿酸が基準値以上の者かつ、医師の判断が指導不可以外の者
	リーフレットによる普及啓発 (CKD)		【概要】 特定健康診査の結果に基づいて、尿たんぱく及びeGFR値から抽出した者へ普及啓発を行う 【対象者】 ①②いずれかに該当する者 ①eGFR値30以上50未満の者②eGFR値50以上60未満、かつ、尿たんぱくが+以上で、かつ、BMI、中性脂肪、HDL、LDL、血圧、HbA1cのいずれかが基準値以上の者、または尿酸が基準値以上の者かつ、医師の判断が指導不可以外の者
南足柄市	生活習慣病重症化予防事業	生活習慣病重症化予防事業	特定健康診査等の結果から、保健指導判定値以上の項目が一定項目以上あり、必要な方に対し保健師・管理栄養士が電話や面接で保健指導を行う。
	生活習慣病重症化予防事業	糖代謝異常値放置者受診 勧奨事業	特定健康診査の結果から糖代謝の結果が医療受診勧奨域であるが医療機関を受診していない人に対して受診を促す。
		生活習慣病啓発事業	生活習慣病重症化予防のため、疾患別の予防チラシの配布、生活習慣病講座を実施する。
葉山町	生活習慣病重症化予防事業	重症化予防受療勧奨事業	特定健診の結果から、KDBシステムを活用して対象者を抽出し、血圧、血糖、脂質などの所見で医療機関受診が必要であるにもかかわらず受診していない人に対して、受療勧奨を行う。（電話または文書）その後、受診状況の確認を行う。 【対象者】血圧・血糖・脂質の所見が、受診勧奨判定値以上のうち重症度の高いレベルの人で、医療機関未受診の人
		糖尿病重症化予防事業 (教室)	特定健診の結果から、KDBシステムを活用して対象者を抽出し、糖尿病悪化リスクのある人に対して、かかりつけ医との連携のもと、保健師、管理栄養士による生活改善のための3日間の保健指導教室を行う。 【対象者】特定健診の結果、血糖所見としてHbA1c 6.5%以上の人（治療中の人を含む）および該当する一般町民
		高血圧予防事業	高血圧予防教室や啓発の実施 ①高血圧の悪化防止のため、減塩の工夫等について調理実習などを含む栄養教室を実施することで重症化予防を図る。 ②学校給食の献立表を活用し、減塩についての啓発を行う。 【対象者】①特定健診の結果、血圧所見として収縮期160mmHg以上又は拡張期100mmHg以上の人および該当する一般町民 ②学童期の子どもを持つ保護者とその子ども
寒川町	重症化予防事業		糖尿病重症化による腎不全等の予防に焦点を当てる。血糖値の安定に向けて生活習慣病改善の保健指導を実施する。 初回保健指導：主に家庭訪問だが保健師の稼働人数により通知発送を行う。 継続保健指導：グループ又は個別支援 【対象者】糖尿病で合併症の予防が必要と思われる人 ・特定健康診査の結果でHbA1c6.7%以上の人
	未治療者受診勧奨事業		受療確認と治療勧奨を電話で行う 【対象者】当該年度の特定健康診査で、血圧・血糖値の検査結果のいずれかが要受診判定以上にも関わらず、通院をしていない人

市町村名	事業名・施策名・取組名		事業内容
綾瀬市	生活習慣病重症化予防対策	医師会と連携した生活習慣改善・食事療法相談	健康相談のちらし等を病院で渡す。受診勧奨通知についての周知及び調整。 【対象者】健診にて受診勧奨対象者
		要治療者への通知	要治療者へ通知。
		要治療者への電話・訪問	電話で受診勧奨を実施し、つながらなかった方にアンケート送付後訪問を行う。リスクの高い方から訪問を実施。 【対象者】通知発送し、未受診の方
	重症化予防の教室の実施	要治療者をグループ分け（リスク、年度、病態ごと）し通知を送付。病態別（高血圧、血糖、脂質、CKD）健康教育による生活習慣病予防対策、受診勧奨を実施。【対象者】健診にて受診勧奨対象者	
生活習慣病予防の知識普及啓発事業	生活習慣病予防の知識普及啓発事業	広報や健康教室、お届けバラ講座等により、生活習慣病予防の普及啓発と病態別（高血圧、血糖、脂質、骨粗しょう症、CKD）健康教育による生活習慣病予防対策、健診の受診勧奨を実施。	
大磯町	生活習慣病重症化予防事業		グループ指導と個別相談により、食生活を中心とした生活習慣を見直し、糖尿病などの重症化を予防する。 隔年ごとにグループを立ち上げ、保健指導と医療受診勧奨を行う。 【対象者】 腎機能 尿蛋白(+)以上又は eGFR \leq 60 血圧 収縮期血圧 \geq 140 mm Hg又は 拡張期血圧 \geq 90 mm Hg 脂質 LDL \geq 180mg/dL 血糖 HbA1c(NGSP) \geq 6.5%又は 空腹時血糖 \geq 126 mg/d
	医療受診勧奨事業		医療受診勧奨値以上でありながら、医療機関を受診していない者を訪問し、医療受診勧奨を行う。 【対象者】 腎機能 尿蛋白(2+)以上 血圧 収縮期血圧 \geq 160 mm Hg又は 拡張期血圧 \geq 100 mm Hg 脂質 男性 LDL \geq 180g/dL 血糖 HbA1c(NGSP) \geq 8.4%又は 空腹時血糖 \geq 160 mg/dL
二宮町	重症化予防事業		特定健康診査において、血糖検査が保健指導判定値以上で医療機関未受診の人に受診勧奨・保健指導の実施 対象者に個別通知をします。 ①の対象者には個別面接により保健指導（受診勧奨）を行います。未利用者には電話等により利用勧奨を行います。 ②の対象者には集団教育を行います。未利用者には必要に応じて、電話等で利用勧奨、保健指導を行います。 【対象者】特定健康診査受診者で、 ①HbA1c6.5%以上で、医療機関未受診者 ②HbA1c6.0%以上6.5%未満で、医療機関未受診者
中井町	生活習慣病重症化予防対策		受診勧奨レベルのハイリスク者に対し、受診勧奨通知の送付、電話による受診勧奨、家庭訪問による受診勧奨を行います。 1対象者リストの作成 2対象者へ受診勧奨通知 3通知後未受診者へ電話または家庭訪問
大井町	生活習慣病重症化予防対策	健活すいせん隊 (かながわ方式保健指導促)	家庭訪問による初回保健指導及びインターグループワークによる継続保健指導 【対象者】特定健診結果から糖尿病などの生活習慣病重症化の恐れがあるハイリスク者
松田町	重症化予防事業	特定健診結果説明会	集団特定健診受診者に対し、結果説明を行い、健診結果を手渡しする機会を利用し、保健師、栄養士による個別保健指導を行う。
		医療受診勧奨事業	特定健診結果説明会に参加した即医療受診レベル者に対し、受診勧奨を行う。その後レセプトを確認、未受診者に対し電話で再度受診勧奨を行う。
		糖尿病性腎症重症化予防事業	特定健診結果とレセプト突合の結果から、糖尿病性腎症の病期G2、G3の者に対して、糖尿病性腎症等に係わる健康教育を行い、G3については医療機関と連携して保健指導を行い、適正な健康管理とする。

市町村名	事業名・施策名・取組名		事業内容
山北町	生活習慣病重症化予防対策	生活習慣病重症化予防事業	<p>○KDB システムを活用し、特定健診受診者等から勧奨対象者を把握し、レセプト等で治療状況を確認する。医療機関への受診勧奨や保健指導を行う。</p> <p>○医療機関へ受診勧奨した人について電話や手紙で受診状況を確認する。</p> <p>○受診勧奨や保健指導に応じない人については個別訪問を行い、状況を確認する。</p> <p>【対象者】 特定健診、人間ドック受診者のうち ①HbA1c6.5以上または空腹時血糖126mg/dl ②収縮期血圧140mgHg以上または拡張期血圧90mdHg以上 ③eGFR50ml/分/1.73㎡未満 上記いずれかに該当する方</p>
開成町	糖尿病等重症化予防事業		<p>初回訪問・面接及び6～7回のインターグループワークの手法を用いて、生活習慣の課題に気づき、検査値等を読み解きながら生活をコントロールする力をつけられるようにする。</p> <p>【対象者】特定健康受診者で、受診勧奨値以上の者</p>
	受診勧奨事業		<p>集団健診結果説明会及び結果返却時に、専門職による保健指導及び受診勧奨を行う。</p> <p>KDB及び特定健診等データ管理システムを活用し、基準値該当者を抽出し、レセプトで治療状況を確認する。対象者に保健師等による面談、電話、手紙により医療機関への受診勧奨後、受診状況を確認する。</p> <p>【対象者】特定健康診査受診者で、医療機関受診がなく、血圧・血糖・脂質に係る検査結果で医療受診勧奨値以上の者</p>
箱根町	生活習慣病重症化予防対策事業		<p>1 集団健診結果により、受診勧奨値以上で未受診及び未療者リストを作成</p> <p>2 基準該当者へ受診勧奨の通知文を送付</p> <p>3 通知送付後、3か月後のレセプトから受診状況の確認をし、未受診者へは電話による状況確認と受診勧奨の実施</p> <p>【対象者】40歳から74歳の被保険者で生活習慣病のハイリスク者</p>
真鶴町	重症化予防対策		<p>特定健診（集団健診）で前年度特定保健指導該当者に生活習慣病予防教室へ個別利用勧奨を行う。親子教室等で若年世代への減塩食への理解を深める講座を実施。</p> <p>地域福祉計画に基づき、生活習慣病の原因として考える食事調査や塩分摂取調査を実施し、その結果をもとに食のワークショップを年2回開催</p>
湯河原町	生活習慣病重症化予防対策	生活習慣病重症化予防事業「体改革研究室」	<p>インターグループワークにより生活習慣を改善する力をつける。</p> <p>1. 訪問による健診結果説明</p> <p>2. 月1回計6回グループワーク</p> <p>【対象者】受診勧奨レベルのハイリスク者</p>
	未受診者対策	糖尿病における要医療者等への受診勧奨	<p>受診勧奨を行う。</p> <p>1. 対象者リストの作成</p> <p>2. 電話をかけ受診を促す。</p> <p>3. 不在者には受診のすすめを通知</p> <p>4. 家庭訪問等</p> <p>【対象者】受診勧奨レベルのハイリスク者</p>
愛川町	生活習慣病（糖尿病）重症化予防事業		<p>保健師・管理栄養士による生活習慣改善のための指導</p> <p>①対象者の抽出</p> <p>②対象者宛て個別通知（検査結果を通知に記載。年齢や結果数値によって文面を変えるなど工夫をする）</p> <p>③健康推進課と共催で健康講座の開催</p> <p>④グループ指導の実施</p> <p>⑤個別指導の実施</p> <p>⑥調理実習の実施</p> <p>⑦参加のない者に対する電話による参加勧奨及び保健指導の実施</p> <p>⑧アンケート調査の実施（参加者に対して実施する、その後の行動変容の確認調査）</p> <p>【対象者】 ①HbA1c：6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上の者。 ②①かつe-GFR60未満かつ尿蛋白+以上の者。 ※②については対象者が少なく参加申込みも見込まれないため、参加勧奨の強化対象とする。</p>