



国保と保健・介護・他部門との連携による事業の展開

～それぞれの役割と取組み～

玉名市役所保健予防課保健師 田尻 佐登子

令和元年度九州ブロック会議
R1.11.18(月)13:00～ 福岡第2合同庁舎



市指定史跡 高瀬船着場跡
熊本藩最大の米の積出港

菊池川流域日本遺産

米作り、二千年にわたる大地の記憶
～菊池川流域「今昔『水稻』物語」～

「いだてん」

名誉市民 金栗四三さん



玉名市

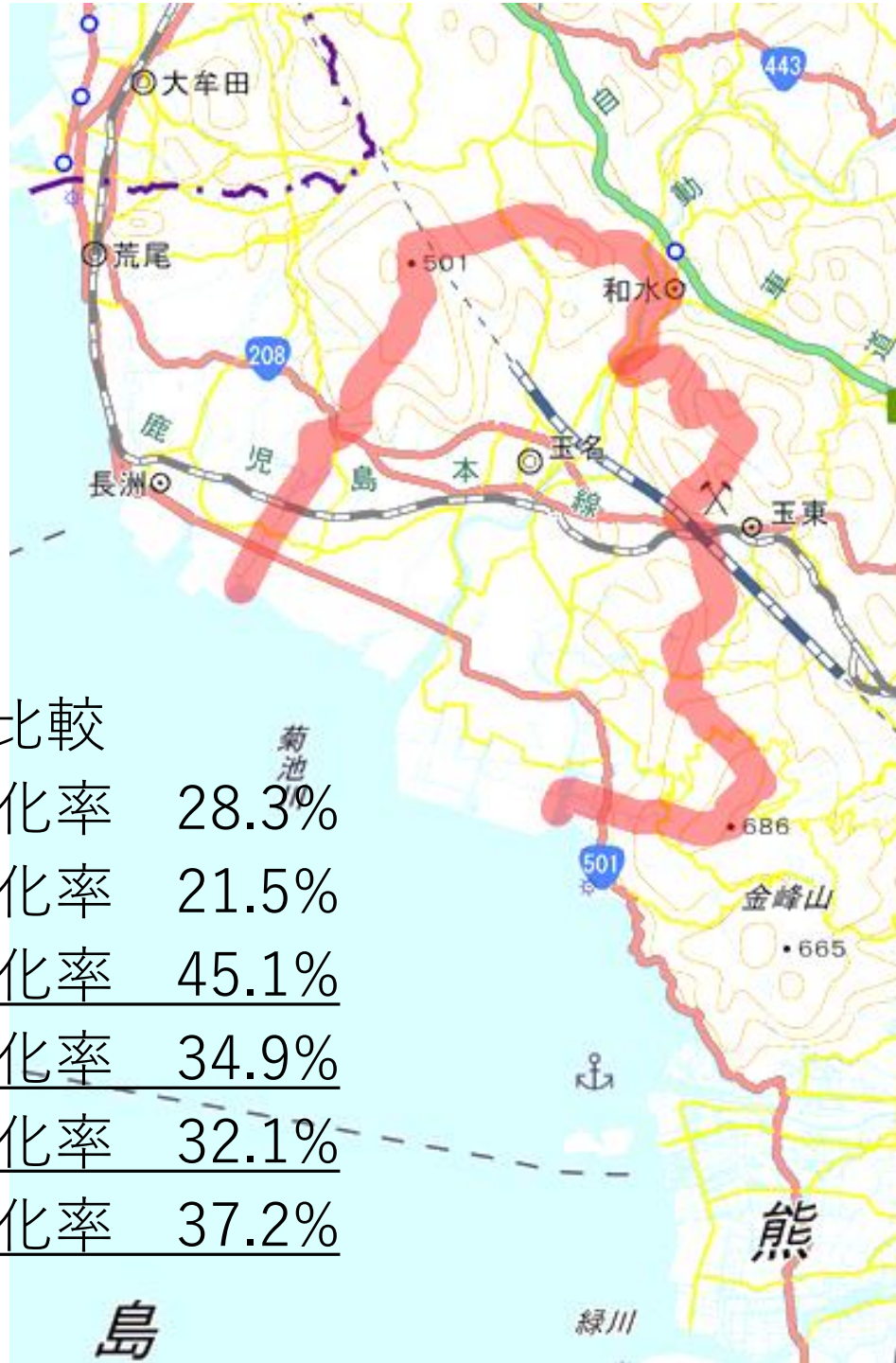
面積 152.59km²

人口 66,244 人(6月末現在)

高齢化率 33.15%

人口～昭和28年と平成30年の比較

玉名	人口	0.8倍	高齢化率	28.3%
築山	人口	3.5倍	高齢化率	21.5%
月瀬	人口	0.3倍	高齢化率	45.1%
岱明	人口	1.0倍	高齢化率	34.9%
横島	人口	0.7倍	高齢化率	32.1%
天水	人口	0.6倍	高齢化率	37.2%





玉名市 健康福祉部



総合福祉課 障害福祉係 福祉政策係
くらしサポート課 生活支援係 保護係

高齢介護課 介護保険係 高齢者支援係 事業所指導係

↓ 高齢者福祉及び介護保険運営協議会 地域ケア会議

保険年金課 国保年金係 後期高齢者医療係

↓ H30～特定健診を移管 定例会議

国民健康保険事業の運営に関する協議会

保健予防課 保健総務係 母子保健係 成人保健係

子育て支援課 子育て支援係 保育係

保健予防課の体制

(令和元年度より2係から3係に)

保健総務係：がん検診、**特定健診**、施設管理、庶務

係員：課長補佐(係長兼務)1名、事務職員4名

* H30年度より国保主管課より特定健診事務移管

成人保健係：特定保健指導、重症化予防保健指導、食育関係

係員：係長1名、係員8名(保健師4名、管理栄養士3名、栄養士1名)

特定保健指導専任非常勤職員3名

母子保健係：母子保健、母子健康包括支援センター、予防接種

係員：課長補佐(係長兼務)1名、保健師9名、非常勤助産師1名

特定健診事務の予防部門へ移管による影響

- ①保健師との情報共有がスムーズになった。
- ②がん検診担当と共同作業がスムーズにできた。
- ③特別会計が2課にまたがり、情報共有が必要となった。

国保主管課との定例会で情報共有

- 回数：年3,4回(H30年度)
- 内容：保健事業や国保医療費等の共有と意見交換
- 共有内容
 - 国の情勢、国保・後期高齢・介護の医療費の状況
 - 脳・心・腎疾患が医療費に占める割合
 - 糖尿病が与える経済的な影響(手術費用等)
 - 未治療・コントロール不良者・健診未受診者の状況
 - 国保財政状況、保険者努力支援制度の結果・配点
 - 保健事業の評価指標など

定例会等で情報共有をやってみて

- 国保連合会研修の事前課題をきっかけに意見交換会の場の設定や資料作成はもちろん、テーマを明確に意見交換ができた。
- 国保調整交付金等の大枠から保健事業の位置づけが理解できるようになってきた。

他機関との連携
～医療連携に向けた取組み～

玉名市糖尿病性腎症重症化予防ワーキンググループ

1)発足に至るまでの経緯

- ・ 医師会理事と糖尿病専門医の先生方の声かけから

「健診受診率をどうにかしたいと思っている。

何とか加点を医師会としてもバックアップしたい。」

「行政とタッグを組むと何でもできてありがたい。

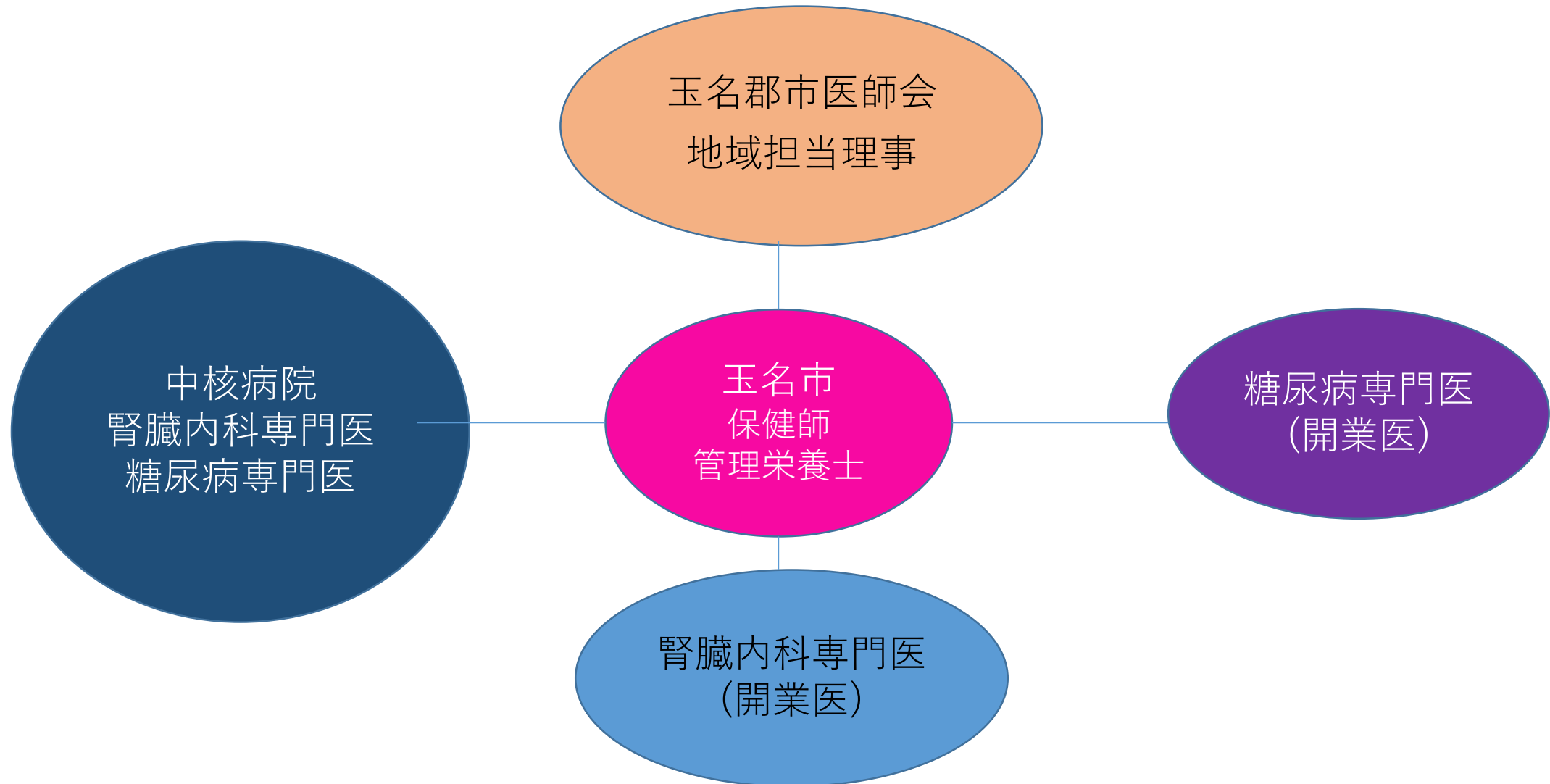
自分たちが言っても難しい。」

- ・ 保健師の思い

「私たちの目的は健康障害の予防であること。」

「保険者努力支援制度の加点として健診受診率アップと中断者を予防するために糖尿病連携手帳を活用していきたい。」

ワーキンググループのメンバー構成



ワーキンググループの取組み(H30年度発足)

- 会議の回数

3ヵ月に1回（H30年度は4,7,11,2月開催）

- 取組み内容

①特定健診受診率アップへの取組み

②糖尿病連携手帳の活用(未治療中断者を医療へつなげる)

③医療従事者向け講演会、市民公開講座の開催

玉名市の特定健診受診率の推移

		H25	H26	H27	H28	H29
特定健診実施率 (%) 法定報告値	市	33.4	34.0	36.5	35.4	35.9
	県	33.8	34.5	35.1	34.2	35.8
	国	34.3	35.4	36.3	36.6	37.2

* 推定
(玉名市)

①特定健診受診率アップへの取り組み

①医師会医報にて周知

②医師会理事会にて協力体制について承認を頂いた。

③医療機関説明会にて健診メリットについて説明

④保健師による医療機関訪問

期間：H30年5月15日～30日、委託医療機関34ヵ所

内容：健診結果経年表とグラフ等の提供(診療のために共有)

保健師が中断者を受診勧奨していくこと

保険者努力支援制度の加点について

健診受診勧奨ポスター貼付依頼

治療中の方も、健康な方も

特定健診

かかりつけの病院で
受診できます!!

1年に1度
健診を受けましょう。



料金は
800円です。

健診期間は
6月から12月末までです。

対象は
玉名市国民健康保険加入の
40～74歳の方です。



健診結果は、**かかりつけ医**に相談しましょう!!

また、結果に応じて玉名市保健センターの**保健師・管理栄養士**が保健指導を実施させていただきます。

<問い合わせ先>
玉名市保健予防課
(玉名市保健センター)
TEL 72-4188 まで



No. [Redacted]
熊本県玉名 [Redacted]
[Redacted] 様

健診情報	生年月日	[Redacted]	
	受診日	平成30年07月28日	
	情報提供		
年齢	50歳	性別	男

定期健康診断 結果一覧

判定値を超えているデータ 危険度
には色が付いています **4 5 6 7 8 9**

			45歳	46歳	47歳	49歳	50歳		
		基準値	H25.8.2	H26.8.3	H27.7.31	H29.7.30	H30.7.28		
			空腹	空腹	空腹	空腹	食直後		
身体 の 大 き さ	身長	cm	167.2	167.1	166.4	167.0	166.8		
	体重	Kg	75.3	77.1	76.2	78.6	79.1		
	BMI	~ 24.9	26.9	27.6	27.5	28.2	28.4		
	腹囲	男女 ~ 85 cm未満 ~ 90 cm未満	92.5	91.4	95.1	96.7	99.3		
血管への影響 (動脈硬化の危険因子)	内臓脂肪の蓄積	中性脂肪	~ 149 mg/dl	134	106	115	199	92	
		HDLコレステロール	40 ~ mg/dl	55	52	47	36	54	
		AST(GOT)	~ 30 U/l	31	23	28	37	31	
		ALT(GPT)	~ 30 U/l	46	33	34	54	34	
		γ-GT(γ-GTP)	~ 50 U/l	33	42	36	50	47	
	内皮障害	血圧	収縮時	~ 129 mmHg	122	136	治 120	治 128	治 123
			拡張時	~ 84 mmHg	69	87	治 71	治 78	治 70
		尿酸	~ 7 mg/dl	6.6	5.3	7.1	5.3	7.5	
	インスリン抵抗性	血糖	空腹 ~ 99 mg/dl 食直後 ~ 139 mg/dl	治 184	治 198	治 138	治 151	治	
		HbA1c (NGSP)	NGSP ~ 5.5 %	治 8.0	治 7.3	治 6.9	治 8.7	治 8.6	
尿糖		(-)	±	+++	±	+++	+++		
その他の動脈硬化危険因子	LDLコレステロール	~ 119 mg/dl	137	128	99	114	142		
	non-HDLコレステロール	~ 149 mg/dl					163		
血管変化	腎臓	血清クレアチニン	男女 ~ 1 mg/dl ~ 0.7 mg/dl	0.97	0.83	0.96	0.88	1.04	
		尿蛋白	(-)	+	+	++	-	+	
	尿潜血	(-)	-	-	-	-	-		
	心臓	心電図	異常なし	反時計回転					
脳	眼底検査	シエイE分類H0S0					H0S0		
	血管の易血栓化	ヘマトクリット	男女 ~ 45.9 % ~ 45.9 %						
血色素(ヘモグロビン)		男女 13.1 ~ 17.9 g/dl 12.1 ~ 15.9 g/dl							
腎機能 eGFR	60 ~	67.0	79.0	67.0	73.0	60.5			
尿p/c比	~0.14	0.1	0.5	0.2		0.14			
動脈硬化フォローアップ健診						15			

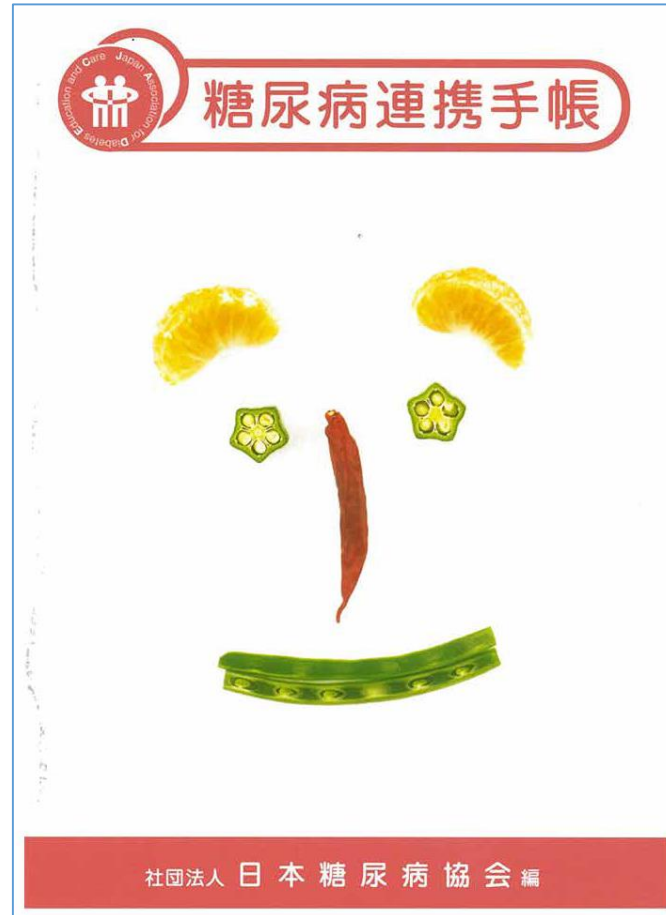
(*) 正常値はひとりひとり違います。自分の基準値を確認しましょう。

平成24年度以前のHbA1cはJDS値をNGSP値に換算しています。

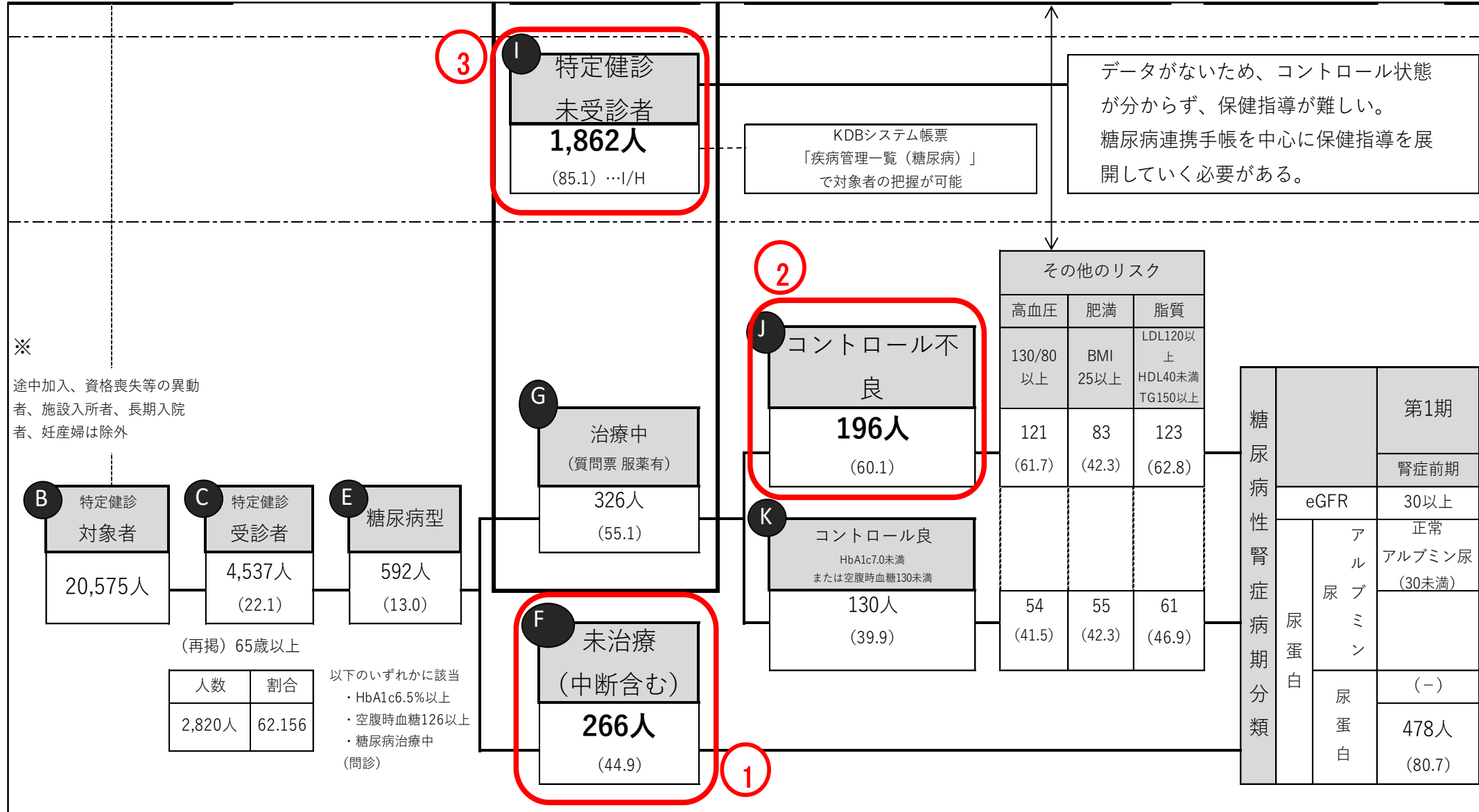
H30年度特定健診受診率(暫定値)

		H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31
特定健診 実施率 (%) 法定報告値	市	33.4	34.0	36.5	35.4	35.9	* 途中経過: 40.6% (元年.5月27日現在) 受診者4,898人/対象者12,062人	
	県	33.8	34.5	35.1	34.2	35.8	-	H25~29伸び率 2.5% H29~30伸び率 4.7%
	国	34.3	35.4	36.3	36.6	37.2	-	
目標値	玉名市 特定健康診査 等実施計画	40.0	45.0	50.0	55.0	60.0	41.0	44.0
	国 (市町村国保)	60.0						

②糖尿病連携手帳の活用に向けた取組み



玉名市の糖尿病未治療中断者の状況



糖尿病治療状況一覧で予防の優先順位を確認

8.0	5	0	0	5	5	3	0	0	00000
8.1	5	0	1	4	3	2	1	0	▲000①
8.2	5	0	0	5	2	0	3	1	00①①①
8.3	2	0	0	2	0	0	2	0	①①
8.4	3	0	0	3	2	2	1	0	00①
8.5	3	0	0	3	3	1	0	0	000
8.6	4	0	0	4	1	0	3	0	0①①①
8.7	4	0	0	4	2	1	2	2	00①①
8.8	1	0	0	1	1	1	0	0	00
8.9	1	0	0	1	1	0	0	0	00
(再)8.0-8.9(b)	33人	0人	1人	32人	20人	10人	12人	3人	
割合	6.7%	0.0%	3.0%	97.0%	60.6%	50.0%	36.4%	25.0%	
9.0	2	0	0	2	2	2	0	0	00
9.1	4	0	0	4	2	2	2	1	00①①
9.2	3	0	1	2	1	0	1	0	▲0①
9.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9.4	1	0	0	1	1	0	0	0	00
9.5	3	0	1	2	2	2	0	0	▲00
9.6	1	1	0	0	0	0	0	0	0x
9.7	5	0	1	4	2	2	2	1	▲00①①
9.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9.9	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(再)9.0-9.9(c)	19人	1人	3人	15人	10人	8人	5人	2人	
割合	3.8%	5.3%	15.8%	78.9%	52.6%	80.0%	26.3%	40.0%	

HbA1c
8.0以上
59人

59人の3割（18人）の方を糖尿病性腎症へ移行することを予防ができれば、透析導入年の約1,000万円/人が抑制できる。
18人×1,000万円=1億8,000万円

たまな医報第481号(H30.8.30)掲載記事

日頃から玉名郡市医師会の先生方には、保険者努力支援制度にご理解、ご協力いただきありがとうございます。ところで、やがて30年度の特定健康診査の結果が保険者に届きます。その制度の評価指標の中に糖尿病等重症化予防の取り組みがあります。そのため、重症化予防のためにかかりつけの先生方との連携した取り組みが重要となります。

そこで、特定健康診査の結果重症化予防の対象者のうち医療機関未受診者、治療中断者^{注1)}について糖尿病連携手帳^{注2)}を活用して医療機関と連携^{注3)}を図り、治療中断を予防し、重症化予防を徹底していきます。

大変お忙しいとは思いますが、ご理解、ご協力をお願いいたします。

注1) 特定健康診査結果でHbA1c 6.5以上（または空腹時血糖値126mg/dl以上）の対象者のうち、医療機関の未受診者、治療中断者。

注2) 日本糖尿病協会が作っている「糖尿病連携手帳」（P2、3参照 糖尿病連携の概略と説明：連携の輪）

注3) 糖尿病連携手帳活用の流れ

たまな医報第481号(H30.8.30)掲載記事 ～糖尿病連携手帳活用の流れ～

保健センター

- ・ 受診勧奨のための保健指導
- ・ 糖尿病連携手帳に医療機関への連絡事項を記載（P24～付箋貼る）
- ・ 対象者へ配布するもの（健診結果一覧、糖尿病連携手帳）

対象者

- ・ 医療機関へ受診
- ・ 受診の際に持参するもの（健診結果一覧、糖尿病連携手帳）

医療機関

- ・ 診察
- ・ 糖尿病連携手帳の付箋箇所の確認及び医師からの必要事項記載（P24～）
- ・ 及びP8～検査結果の記載

保健指導での連携手帳活用の実際

検査結果

検査日	30/10/2		/ /	/ /
施設	〇〇医院			
体重 (kg)	58.1			
血圧 (mmHg)	155/82		/	/
血糖値 (mg/dl)	空腹時・食後	分	空腹時・食後	分
	179			
HbA1c (%)	8.9			
TC/LDL-C	/166			
TG/HDL-C	236/63			
AST/ALT/γ-GTP	25/29/32			
Cr/eGFR/UA	0.78/56.5/			
尿アルブミン指数	90mg/gCr		mg/gCr	mg/gCr
尿蛋白	定量	g/gCr	g/gCr	g/gCr
	定性	-・⊕・++・2+・3+		
治療のポイント				

●治療方針により該当項目を記入し、治療に役立ててください。

付箋

指導日	30.11.5	指導者	〇〇保健師
●今回の指導のポイント			
特定健診結果、HbA1c 7.2、空腹時血糖120と高い状況でした。ご高診宜しくお願ひ致します。			
●次回までの目標			

付箋

指導日		指導者	
●今回の指導のポイント			
別紙のとおり栄養指導を実施してもよろしいでしょうか。 <input type="checkbox"/> はい			
摂取カロリー：			kcal
追加指示事項：			
医師名：			
●次回までの目標			

校区別未治療者の治療開始状況(H30年度)

糖尿病管理台帳から担当地区整理表(H25～30)

地区	HbA1c 6.5以上	治療中	未治療			30年度 初回受診	30年度初回 受診未治療	
			中断者	未治療者	治療開始			
A	78	62	16	4	10	2	6	2
B	52	44	8	0	7	1	3	1
C	101	83	18	7	5	6	14	2
D	30	26	4	0	3	1	3	0
E	37	29	8	2	6	0	2	0
F	109	85	24	8	10	6	12	2
G	108	77	31	1	26	4	6	1
H	47	38	9	4	2	3	2	2
I	54	45	10	3	2	5	4	3
J	53	46	7	0	4	3	3	0
K	54	29	25	4	12	9	4	2
L	127	82	45	6	23	16	3	2
M	105	74	31	3	19	9	1	0
合計	955	720	236	42	129	65	63	17

27.5%

③医療従事者向け講演会、市民公開講座の開催

- 医療従事者向け講演会

日時：令和元年9月26日(木)19：00～

内容：多職種連携と糖尿病連携手帳

座長：ワーキングメンバーの糖尿病専門医

演者：ワーキングメンバーの市保健師、外部講師

- 市民公開講座

日時：令和元年10月6日(日)14：00～

内容：講演会(DKD・CKDについて)

座長：ワーキングメンバーの糖尿病専門医、腎専門医

演者：熊本大学大学院生命科学研究部の
糖尿病専門医、腎専門医

イベントコーナー：健康チェック、薬の相談、健診案内

事業実施しての気づき

- 今年度も医療機関訪問を行い、特定健診受診率アップの報告とお礼、糖尿病連携手帳の活用状況について伺った。
- ①開業医の先生方と直接会ってお話しする機会がもてたことで、ご質問やご意見を頂け、現場の実態が分かった。
 - ②糖尿病連携手帳活用の実態がわかり、ワーキンググループで作業していたことと現場(開業医)の認識とのギャップが見えた。
 - ③対象者と保健師と医療機関とが一体的に治療や予防に取り組むために、ワーキング会議を活用し、保健師は現場に出向いて事業を展開して行くことが大事。(ワーキング会議が連携ではなく)