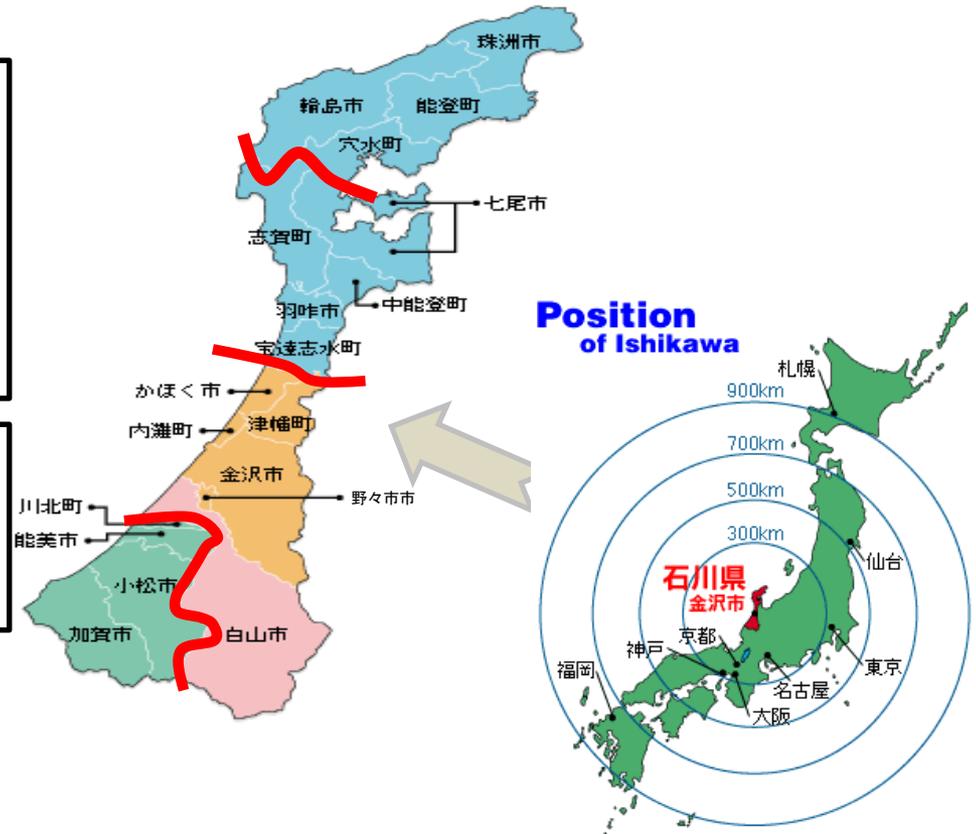


糖尿病性腎症重症化予防に向けた 国保連合会における保険者支援について

石川県人口 約114万人
 国保被保険者数 約 22万人
 19 保険者 (中核市 1, 市10, 町 8)
 医療圏域 4, 保健所 5

(H29年度)		(降順)
特定健診受診率	45.6%	全国 4 位
特定保健指導実施率	56.8%	全国 4 位



石川県国民健康保険団体連合会

国保連合会の役割

国民健康保険法

保健事業に関する援助(104条)

国保連合会は、事業運営の安定化を図るため、市町村が行う**保健事業**の調査研究及び市町村相互の連絡調整、専門的な技術または知識を有する者の派遣、情報の提供その他必要な援助を行うよう努めなければならない。

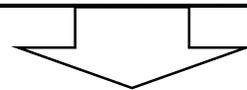
国民健康保険法に基づく保健事業実施指針

国民健康保険団体連合会の役割

診療報酬明細書等情報等を活用した**医療費分析**や保健事業に関する調査及び研究、在宅保健師等の派遣、専門的な技術又は知識を有する保健師等による**保健事業従事者に対する研修**の実施等、市町村が行う保健事業の**PDCA**サイクルに係る取組等を支援する事業を行うこと。

糖尿病性腎症重症化予防プログラム(改訂版)における 国保連合会の役割

KDBの活用によるデータ分析・技術支援や、データヘルス計画策定の際の**健診データ・レセプトデータ**等による**課題抽出、事業実施後の評価**分析などにおいて、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業を通じた支援や**評価委員会**による個別支援を行っている。今後も支援を必要とする市町村や広域連合への支援を行うことが求められる。人材確保に悩む市町村や広域連合に対してこれら専門性の高い技術支援を行うことが期待される



**保険者の主体的な取り組みが
PDCAサイクルに沿って効果的・効率的に行われるよう
KDBを活用したデータ分析・見える化(全国・県内市町・同規模比較)
研修会の開催、支援・評価委員による個別支援等を通じ、
実践の具体的なプロセスを支援する**

基本的な内容の押さえ

特定健診・特定保健指導と健康日本21(第二次)

— 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 —

標準的な健診・保健指導
プログラム(改訂版)図1改変

特定健診・特定保健指導の実施率の向上

地域・職場のメリット

- 各地域、各職場特有の健康課題がわかる。
- 予防する対象者や疾患を特定できる。

〈レセプトを分析すると〉

- 何の病気で入院しているか、治療を受けているか、なぜ医療費が高くなっているか知ることができる。

- 重症化が予防できる
- 医療費の伸びを抑制できる

メタボリックシンドローム
・予備群の減少

高血圧の改善

脂質異常症の減少

糖尿病有病者の
増加の抑制

虚血性心疾患死亡率の減少

脳血管疾患死亡率の減少

糖尿病性腎症による
新規透析患者数の減少

健康寿命の延伸

データの分析

未受診者への 受診勧奨

健康のための資源
(受診の機会、治療の機会)
の公平性の確保

健康格差の縮小

個々人のメリット

- 自らの生活習慣病のリスク保有状況がわかる。
- 放置するとどうなるか、どの生活習慣を改善すると、リスクが減らせるかがわかる。
- 生活習慣の改善の方法がわかり、自分で選択できる。

- 重症化が予防できる
- 死亡が回避できる

国の情勢を押さえる

持続可能な社会保障制度に向けて、データヘルス、インセンティブ制度を活用した生活習慣病重症化予防、介護予防

2020.1.15

首相官邸
 ◎経済財政諮問会議(予算要求の基本方針)
 保険者の予防・健康インセンティブの強化、「見える化」の徹底・拡大
 ◎全世代型社会保障検討会議中間報告(2019.12.19)

新経済・財政再生計画改革工程表2019(2019.12.19)
★糖尿病等の生活習慣病予防、慢性腎臓病の予防の推進
 7/7カラム・新規透析患者数減少、糖尿病有病者の増加の抑制、4/6カラム・「カラム」の減少

健康寿命の延伸(生涯現役)
 社会保障費の安定

健康増進法(健康日本21(第2次)・健康寿命の延伸と健康格差の縮小)

循環器基本法(R1.12施行)(脳梗塞・脳出血・くも膜下出血・急性冠症候群・急性大動脈解離・急性心不全)

◎医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等一部改正法

高齢者医療確保法

健康保険法、国民健康保険法

◎持続可能な医療保険制度を構築するための国保法等の一部を改正する法律

◎医療介護総合確保法等医療法 介護保険法

健康局

保険局

医政局

老健局

◎健康なまち・職場づくり宣言(8つの宣言)
 宣言1 仕事へのインセンティブ
宣言2 糖尿病重症化予防
 宣言3 保険者協議会の取組
 宣言4 健康経営の取組(健保企業)
 宣言6 加入者への情報提供
 日本健康会議の開催 8月
 保険者データヘルス全数調査(6・7月)

◎保健事業実施指針

◎保険者機能を強化し、予防・健康づくりに頑張った者が報われる制度
 データ分析により科学的施策を重点化
 抜本的な強化、アウトカム指標の拡大、見える化の促進

◎地域包括ケアシステムの構築・地域共生社会の実現

◎地域医療構想の推進

◎地域共生社会実現に向けた介護保険制度の見直し

◎特定健診・保健指導の在り方に関する検討会

◎保険者による健診・保健指導等に関する検討会

◎後期高齢者支援金の加算減算制度検討WG

◎国保基盤強化協議会事務レベルWG

◎地域医療構想の推進

◎介護保険法改正予定

◎地方の責任を果たす

◎全国知事会「健康立国宣言」
 H30.7.27(会長:埼玉県知事)

◎『健康立国』実現に向けて(提言)
 (2019.4.2)
 糖尿病重症化予防のため
 保健師等人材確保の支援強化

◎宣言2の展開

◎重症化予防(国保・後期)WG

◎糖尿病性腎症重症化予防プログラムH28.4、改正H31.4
 実施の手引き

◎宣言4・5の展開

◎健康・医療戦略推進本部
 次世代ヘルスケア産業協議会
 健康投資WG

◎健康スコアリング活用ガイドライン

◎健康スコアリングレポート送付

◎介護予防ワーキング

◎特定健康診査等基本指針等改正
 保険者別の実施率公表、運用ルールを緩和

◎標準的な健診・保健指導プログラム(30年度版)
 短・期・メタボ・高血圧・脂質・糖尿病
 中・長期・脳血管・虚血性心疾患・腎症

◎データヘルス計画

◎腎疾患対策検討会報告書

◎高齢者の保健事業のあり方WG

◎高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版

◎食事摂取基準2020年版

◎国民のPHR推進に関する検討会
 個人の健診・医療履歴を本人が把握する仕組み
 2020年～準備
 2021年～取組

◎高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議報告書

◎保険者における予防・健康づくり等のインセンティブ

◎健保組合・共済組合 協会けんぽ 国保[市町村・都道府県] 後期高齢者広域連合

項目	健保組合・共済組合	協会けんぽ	国保[市町村・都道府県]	後期高齢者広域連合
後期高齢者支援金の加算・減算 加算:2020年に最大10%	①特定健診実施率 (65)	①特定健診実施率 (70)	①特定健診実施率 (70)	①特定健診実施率 (70)
②糖尿病等重症化予防口 (22) 医療費率の低減率	②特定健診実施率 (65)	②特定健診実施率 (70)	②特定健診実施率 (70)	②特定健診実施率 (70)
③特定健診指導対象者の減少	③特定健診実施率 (65)	③特定健診実施率 (70)	③特定健診実施率 (70)	③特定健診実施率 (70)
④後発医薬品の使用促進 (22)	④特定健診実施率 (65)	④特定健診実施率 (70)	④特定健診実施率 (70)	④特定健診実施率 (70)
⑤個人への働きかけ、インセンティブ提供 (21)	⑤特定健診実施率 (65)	⑤特定健診実施率 (70)	⑤特定健診実施率 (70)	⑤特定健診実施率 (70)
⑥個人への情報提供、健診データの保険連携 (18)	⑥特定健診実施率 (65)	⑥特定健診実施率 (70)	⑥特定健診実施率 (70)	⑥特定健診実施率 (70)
⑦がん検診、歯科健診等 (28)	⑦特定健診実施率 (65)	⑦特定健診実施率 (70)	⑦特定健診実施率 (70)	⑦特定健診実施率 (70)
⑧事業主との連携、職域業者への働きかけ (24)	⑧特定健診実施率 (65)	⑧特定健診実施率 (70)	⑧特定健診実施率 (70)	⑧特定健診実施率 (70)
⑨市町村国保との連携 保険者間の再委託可能	⑨特定健診実施率 (65)	⑨特定健診実施率 (70)	⑨特定健診実施率 (70)	⑨特定健診実施率 (70)
合計	(200)	(200)	(200)	(200)

◎予防・健康づくり支援交付金 500億円
 (国保ヘルスアップ事業の拡充 250億円)

◎特別調整交付金を保健事業に活用

◎KDBを活用した健診・医療・介護データの一体的な分析・地域での健康課題把握・対象者の抽出、支援

◎生活習慣病発症予防・重症化予防(健康づくり)

◎重症化予防・介護予防

石川県の健診・医療・介護の実態

順位	生活背景			健診				医療(受療率)				医療費(万円) 年齢調整後				介護(万)						
	菓子類(全体) 金額(円)	生鮮野菜 (全体) 金額(円)	魚介類 (全体) 金額(円)	内臓脂肪症 候群該当者		HbA1c 6.5以上		収縮期血圧 140以上		虚血性心疾患		脳血管疾患		国保外来		国保入院		後期外来		後期入院		介護費用 年齢調整後
				都道府県	割合	都道府県	割合	都道府県	割合	入院外	入院	入院外	入院	都道府県	一人当り医療費	都道府県	一人当り医療費	都道府県	一人当り医療費	都道府県	一人当り医療費	
1	金沢市 104,068	横浜市 92,376	青森 94,964	沖縄 17.5	佐賀 8.2	秋田 21.6	和歌山 82	高知 38	鹿児島 152	高知 261	佐賀 20.8	鹿児島 19.0	広島 48.3	高知 66.8	沖縄 28.1							
2	福島 97,536	東京都 89,458	富山 93,946	宮城 17.2	鹿児島 8.2	和歌山 21.1	徳島 75	長崎 24	愛媛 137	鹿児島 233	香川 20.8	佐賀 18.4	大阪 48.0	福岡 62.7	青森 27.8							
3	山形 97,042	新潟市 85,573	横浜 90,886	秋田 17.1	群馬 7.9	長崎 21.0	大分 75	石川 21	和歌山 126	山口 232	広島 20.2	長崎 18.3	兵庫 46.0	沖縄 61.0	大阪 27.3							
4	川崎 92,723	千葉市 84,525	新潟 89,242	福島 17.0	青森 7.9	鳥取 20.9	鹿児島 75	石川 20	群馬 123	北海道 209	岡山 20.0	大分 18.1	香川 45.9	長崎 59.7	和歌山 26.8							
5	仙台 92,210	京都市 83,350	奈良 88,177	宮崎 16.1	宮城 7.8	愛媛 20.3	長崎 70	鹿児島 19	青森 120	富山 205	大阪 19.9	高知 17.8	東京 45.8	鹿児島 59.2	徳島 25.7							
6	横浜 91,970	川崎市 83,228	北九 87,207	高知 15.8	熊本 7.8	鹿児島 20.0	岐阜 69	福岡 17	秋田 119	熊本 197	山口 19.8	島根 17.6	佐賀 45.7	北海 58.5	愛媛 25.7							
7	千葉 91,578	さいたま 82,619	静岡 86,955	鹿児島 15.8	石川 7.8	群馬 19.8	高知 65	北海道 16	長野 107	徳島 193	山口 19.8	山口 17.4	福岡 45.0	熊本 58.1	石川 25.5							
8	名古屋 91,394	相模原 81,746	京都 86,900	鹿児島 15.8	大分 7.8	岩手 19.8	岡山 64	富山 16	広島 105	長崎 181	島根 19.7	沖縄 17.2	長崎 44.5	大分 56.2	秋田 25.4							
9	津市 91,087	静岡市 78,465	秋田 86,591	和歌山 15.8	富山 7.7	高知 19.3	広島 63	福井 16	岩手 103	宮崎 178	熊本 19.6	熊本 16.9	愛知 44.1	佐賀 56.0	富山 25.3							
10	大津 90,986	大津市 78,245	長崎 86,323	富山 15.7	茨城 7.6	山形 19.1	福岡 63	山口 16	島根 95	愛媛 176	兵庫 19.5	徳島 16.7	神奈川 44.0	山口 55.9	京都 25.3							
11	水戸 90,890	奈良市 77,431	仙台 86,022	熊本 15.7	岩手 7.5	島根 19.0	宮城 62	香川 15	鳥取 93	佐賀 175	大分 19.5	石川 16.7	京 43.8	大阪 53.0	岡山 25.2							
12	奈良 90,698	福島市 77,256	福島 85,662	香川 15.6	三重 7.5	宮崎 19.0	山形 61	大分 15	山口 93	石川 160	鹿児島 19.5	福岡 16.3	岡山 43.1	石川 52.7	三重 25.1							
13	東京 90,126	堺市 76,992	大津 85,180	青森 15.5	福岡 7.3	山口 18.9	福島 60	宮城 14	香川 92	島根 160	東京 19.4	香川 16.0	大分 42.9	京都 52.0	福井 24.8							
14	さいた 88,621	神戸市 76,915	東京 84,739	徳島 15.4	島根 7.3	岡山 18.7	愛媛 60	岐阜 14	徳島 89	福岡 158	京崎 19.3	宮崎 16.0	和歌山 42.8	徳島 51.4	鳥取 24.8							
15	京都 88,153	仙台市 76,737	千葉 84,628	長崎 15.4	沖縄 7.3	熊本 18.7	富山 55	三重 14	山形 87	岩手 156	京都 19.3	北海 15.9	徳島 42.7	岡山 49.6	鳥根 24.8							
16	岡山 88,118	名古屋 76,194	盛岡 84,377	栃木 15.3	和歌山 7.3	大分 18.6	大阪 55	京都 14	茨城 86	秋田 155	岐阜 19.2	岡山 15.7	奈良 42.7	広島 49.4	新潟 24.7							
17	静岡 87,426	宇都宮 75,909	和歌 82,620	北海道 15.3	宮崎 7.3	福井 18.5	奈良 55	奈良 14	岐阜 85	鳥取 151	和歌山 19.1	鳥取 15.3	全国 42.7	兵庫 49.1	長崎 24.5							
18	盛岡 87,398	秋田市 75,881	金沢 81,681	群馬 15.3	山口 7.3	香川 18.5	島根 55	愛媛 14	北海道 81	広島 144	神奈川 19.0	福井 15.3	北海 42.6	滋賀 47.8	福岡 24.5							
19	富山 86,927	盛岡市 75,757	堺市 81,668	群馬 15.3	栃木 7.2	山梨 18.4	香川 55	群馬 13	宮城 81	福島 139	高知 19.0	愛媛 15.3	岐阜 42.5	福井 47.4	広島 24.5							
20	福井 86,795	大阪市 74,807	さいた 81,657	石川 15.2	埼玉 7.2	徳島 18.4	宮崎 55	和歌山 13	新潟 79	大分 137	愛媛 19.0	広島 14.9	愛媛 42.2	愛媛 47.4	香川 24.2							
21	松江 85,795	富山市 74,722	津市 81,603	岡山 15.0	静岡 7.0	栃木 18.2	三重 50	宮崎 13	福島 77	京都 130	静岡 18.9	富山 14.6	山口 42.0	鳥取 46.6	熊本 24.2							
22	浜松 85,109	広島市 74,581	相模 81,072	愛媛 14.9	山形 7.0	北海道 17.9	京 50	宮崎 13	大阪 75	香川 129	福井 18.8	秋田 14.5	高知 42.0	富山 46.2	岩手 24.2							
23	堺市 84,958	北九州 73,862	全国 79,457	千葉 14.6	徳島 7.0	石川 17.8	石川 48	沖縄 13	全国 74	青森 128	全国 18.8	大阪 13.8	宮城 41.9	島根 46.1	群馬 24.2							
24	宇都 84,815	福岡市 73,560	札幌 79,315	大分 14.6	山梨 6.9	宮城 17.7	全国 47	全国 12	富山 74	沖縄 126	石川 18.8	京都 13.7	鹿児島 41.4	全国 45.8	佐賀 24.0							
25	岐阜 84,568	山形市 72,970	大阪 78,834	福井 14.6	秋田 6.9	埼玉 17.6	青森 45	秋田 12	佐賀 74	全国 125	三重 18.7	山形 13.7	埼玉 41.2	宮崎 45.2	兵庫 24.0							
26	前橋 83,805	全国 71,982	山口 78,689	福岡 14.6	千葉 6.9	埼玉 17.6	秋田 45	茨城 12	神奈川 72	新潟 122	徳島 18.7	兵庫 13.6	熊本 41.2	香川 45.1	全国 24.0							
27	福岡 83,442	金沢市 71,594	広島 78,626	埼玉 14.5	愛知 6.9	愛知 17.5	茨城 45	滋賀 12	兵庫 72	福井 122	青森 18.7	滋賀 13.5	滋賀 41.1	奈良 45.0	滋賀 23.8							
28	全国 83,195	甲府市 71,454	山形 78,579	広島 14.5	福島 6.8	三重 17.3	群馬 43	大阪 12	高知 72	静岡 120	北海道 18.7	岩手 13.5	静岡 41.1	和歌山 44.6	岐阜 23.6							
29	山口 83,146	札幌市 71,327	川崎 78,508	全国 14.4	長崎 6.8	青森 17.2	東京 43	佐賀 12	宮崎 70	栃木 119	滋賀 18.7	全国 13.3	宮崎 40.8	東京 42.8	岐阜 23.6							
30	札幌 82,287	青森市 70,236	鳥取 77,752	三重 14.4	香川 6.7	岐阜 17.1	福井 43	青森 11	東京 69	大阪 118	滋賀 18.6	和歌山 13.3	茨城 40.4	群馬 42.6	神奈川 23.6							
31	長野 81,705	佐賀市 69,584	高知 77,597	愛知 14.4	兵庫 6.7	福岡 17.1	兵庫 43	福島 11	岡山 68	岡山 117	福岡 18.5	新潟 13.2	三重 40.4	埼玉 41.3	愛知 23.5							
32	神戶 81,509	長野市 69,216	佐賀 77,413	山形 14.4	全国 6.7	新潟 17.1	山口 43	山梨 11	京都 67	山形 113	山形 18.5	三重 13.1	栃木 40.3	愛知 41.0	鹿児島 23.4							
33	高松 81,178	前橋市 68,922	福井 77,386	島根 14.3	高知 6.6	滋賀 16.9	栃木 42	兵庫 11	三重 66	山梨 112	秋田 18.5	宮城 12.9	青森 40.3	山梨 40.5	富山 23.3							
34	青森 80,791	福井市 68,593	福岡 77,034	佐賀 14.2	広島 6.6	全国 16.8	北海道 41	鳥取 11	埼玉 62	長野 112	福島 18.4	奈良 12.8	島根 40.2	岐阜 39.5	宮城 23.2							
35	佐賀 80,755	松江市 68,369	甲府 76,968	兵庫 14.2	新潟 6.5	広島 16.8	山梨 41	島根 11	奈良 62	三重 112	岩手 18.4	福島 12.7	石川 40.2	三重 39.4	東京 23.2							
36	新潟 80,447	浜崎市 68,052	神戸 76,663	山口 13.9	北海道 6.5	富山 16.7	岩手 40	岡山 11	静岡 61	和歌山 112	宮崎 18.4	長野 12.6	福島 40.2	千葉 39.4	奈良 23.1							
37	甲府 80,092	岡山市 68,008	長野 76,476	奈良 13.9	長野 6.5	沖縄 16.7	神奈川 40	熊本 11	大分 61	兵庫 109	鳥崎 18.3	群馬 12.5	山梨 40.1	長野 39.1	大分 23.1							
38	秋田 80,079	岡山市 67,706	宇都 76,267	滋賀 13.9	京都 6.4	奈良 16.7	長野 40	栃木 10	山梨 60	群馬 106	埼玉 18.3	山梨 12.5	千葉 39.9	神奈川 39.0	山形 23.1							
39	広島 79,988	鹿児島 66,273	浜松 75,944	新潟 13.8	岡山 6.4	兵庫 16.6	滋賀 40	埼玉 10	熊本 59	奈良 106	奈良 18.3	岐阜 12.4	福井 39.1	福島 37.8	静岡 22.9							
40	徳島 79,892	和歌山 65,698	高松 74,665	大阪 13.7	大阪 6.4	千葉 16.6	佐賀 39	神奈川 10	福井 57	滋賀 103	愛知 18.2	青森 12.2	秋田 38.9	山形 37.7	北海 22.8							
41	相模 79,486	高知市 64,817	名古屋 74,580	神奈川 13.7	奈良 6.4	長野 16.4	熊本 39	静岡 10	沖縄 57	宮城 102	栃木 18.1	東京 11.9	鳥取 38.8	茨城 37.7	埼玉 22.7							
42	鳥取 79,381	那覇市 64,478	松江 73,853	山梨 13.6	愛媛 6.3	佐賀 16.3	埼玉 37	岩手 9	愛知 53	千葉 98	沖縄 18.0	神奈川 11.7	群馬 38.7	宮城 37.6	山口 22.6							
43	鹿児 76,605	水戸市 60,880	徳島 67,541	長野 13.6	滋賀 6.3	大阪 16.2	愛知 36	山形 9	栃木 52	茨城 97	長野 18.0	静岡 11.6	長野 38.7	栃木 37.5	山梨 22.5							
44	宮崎 71,648	山口市 60,213	水戸 67,419	京都 13.5	福井 6.3	茨城 16.0	静岡 36	千葉 9	石川 52	岐阜 96	群馬 17.7	千葉 11.4	沖縄 38.4	青森 36.6	千葉 22.3							
45	和歌 71,601	徳島市 60,136	熊本 65,167	東京 13.4	岐阜 5.8	静岡 15.5	新潟 32	愛知 9	長崎 49	埼玉 95	新潟 17.7	埼玉 11.3	岩手 37.5	静岡 36.4	長野 22.2							
46	北九 71,070	宮崎市 59,944	宮崎 62,858	静岡 13.0	東京 5.8	神奈川 14.5	鳥取 28	新潟 8	滋賀 43	東京 94	茨城 17.6	茨城 11.3	新潟 36.7	新潟 34.5	栃木 22.1							
47	那覇 67,121	熊本市 58,730	那覇 47,529	岐阜 12.9	神奈川 5.5	東京 14.1	千葉 27	長野 8	千葉 42	神奈川 92	富山 17.6	愛知 10.8	富山 36.5	岩手 33.8	茨城 21.9							

総務省統計局 家計調査(国庁所在地、大都市)
※43位~48位は省略

厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導に
第3回IDBM-アジアデー
2016

患者調査の実態(入院・入院外受療率)
(人口1.0万単位)
平成26年度

厚生労働省労働保険局調査課 医療費の地域差分析
2016

厚生労働省
2016

生活・健診・医療のデータをつなげてみる

生活(食)の実態

菓子類	菓子全体	1位
	和菓子	1位
	アイスクリーム	1位
穀類	餅	1位
外食	外食全体	6位
	すし	2位

生鮮魚	2位
-----	----

背景

歴史・文化

江戸時代からのお茶文化
祝事にお菓子、餅を配る

地勢・風土

海に囲まれている
新鮮な魚が豊富

健診結果

HbA1c6.5%以上	7位
-------------	----

メタボ	20位
-----	-----

収縮期血圧	23位
-------	-----

拡張期血圧	18位
-------	-----

LDL-ch	46位
--------	-----

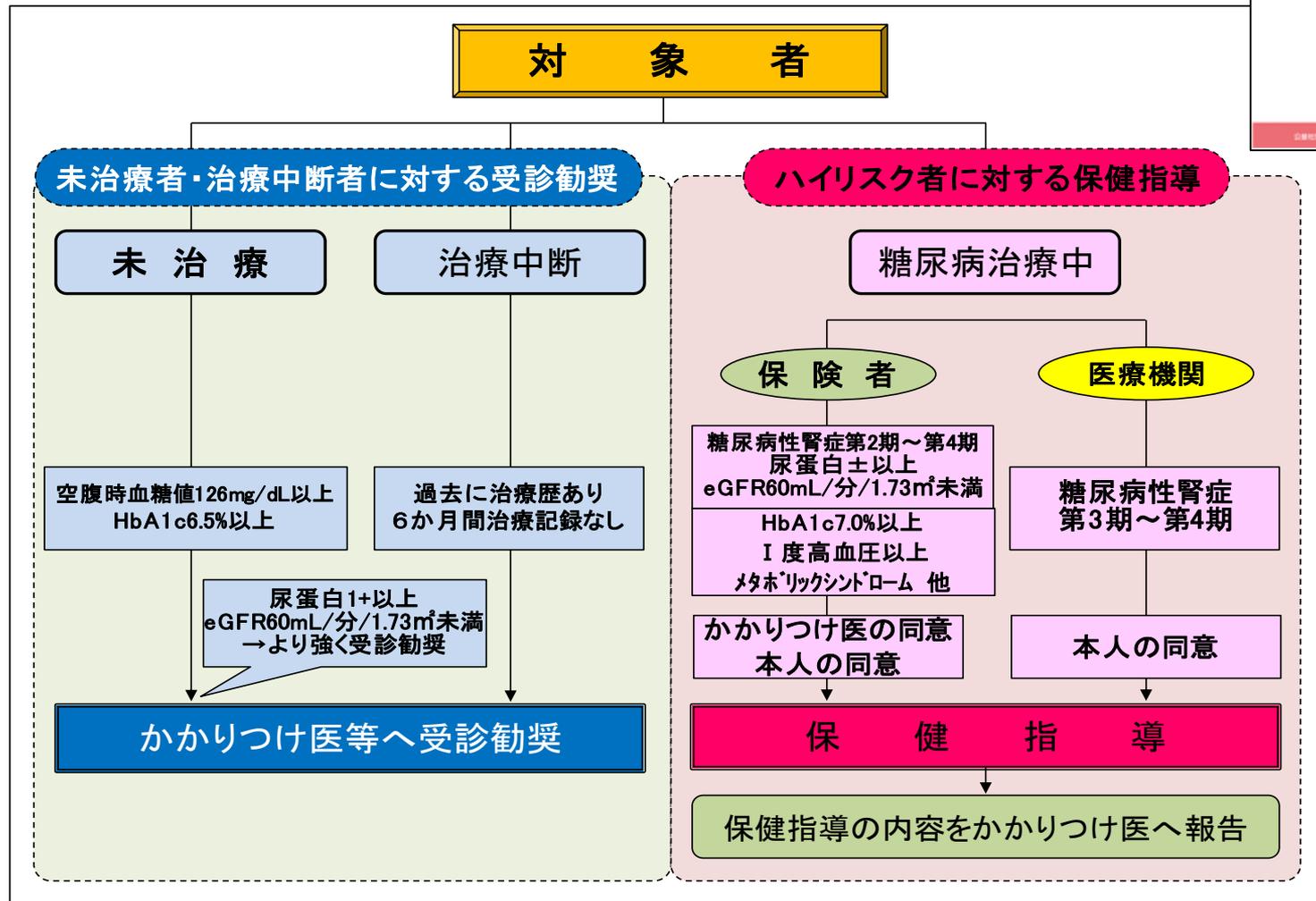
医療(国保)

入院	全体	15位
	糖尿病	15位
	虚血性心疾患	4位
	脳血管疾患	5位

一人当たり医療費
後期高齢 99万円
(全国93万円)

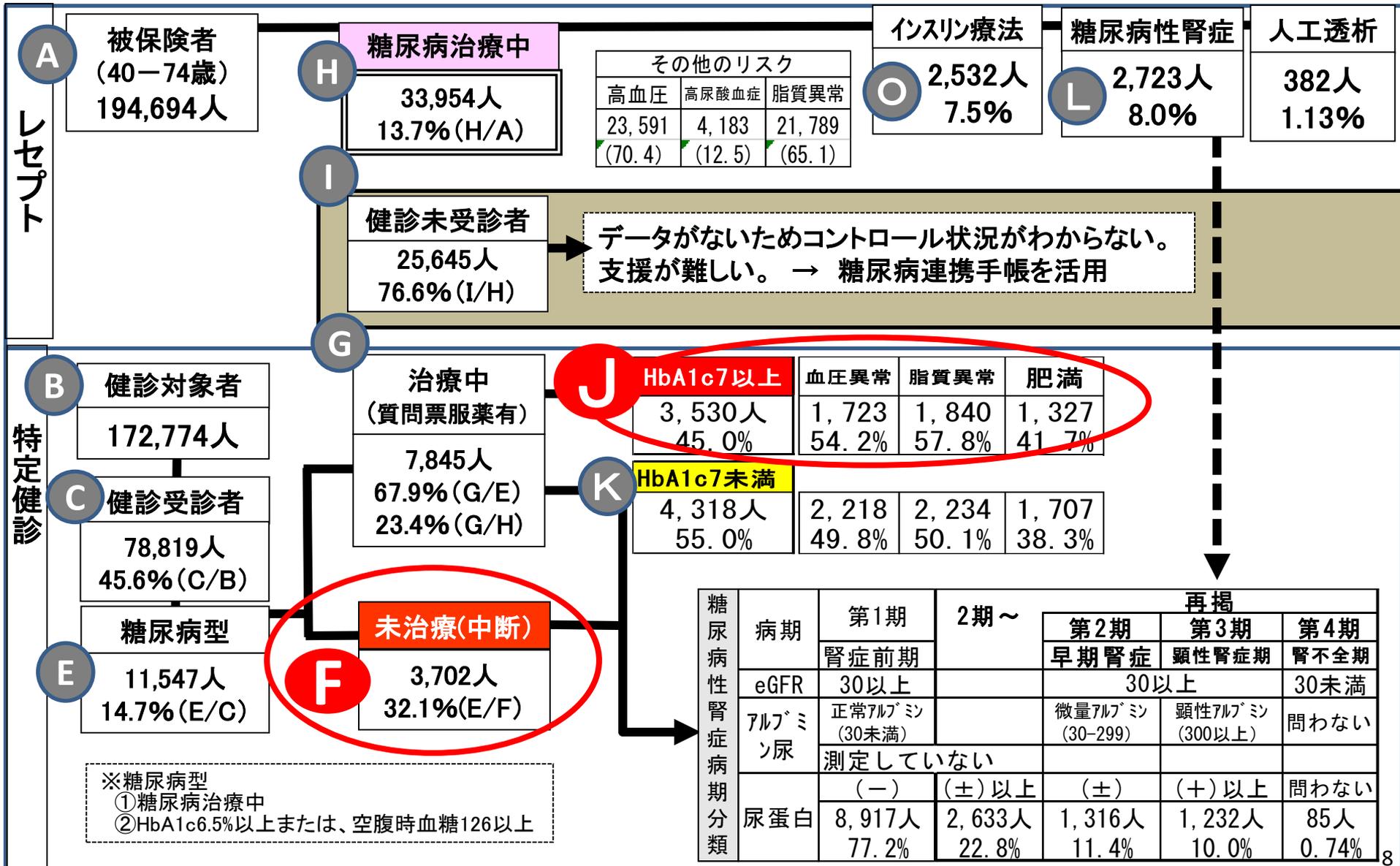
石川県版糖尿病性腎症重症化予防プログラム

H29年3月16日 4者共同で作成・公表
石川県医師会、石川県糖尿病対策推進会議
石川県保険者協議会、石川県



地域の全体像、優先順位を考える

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

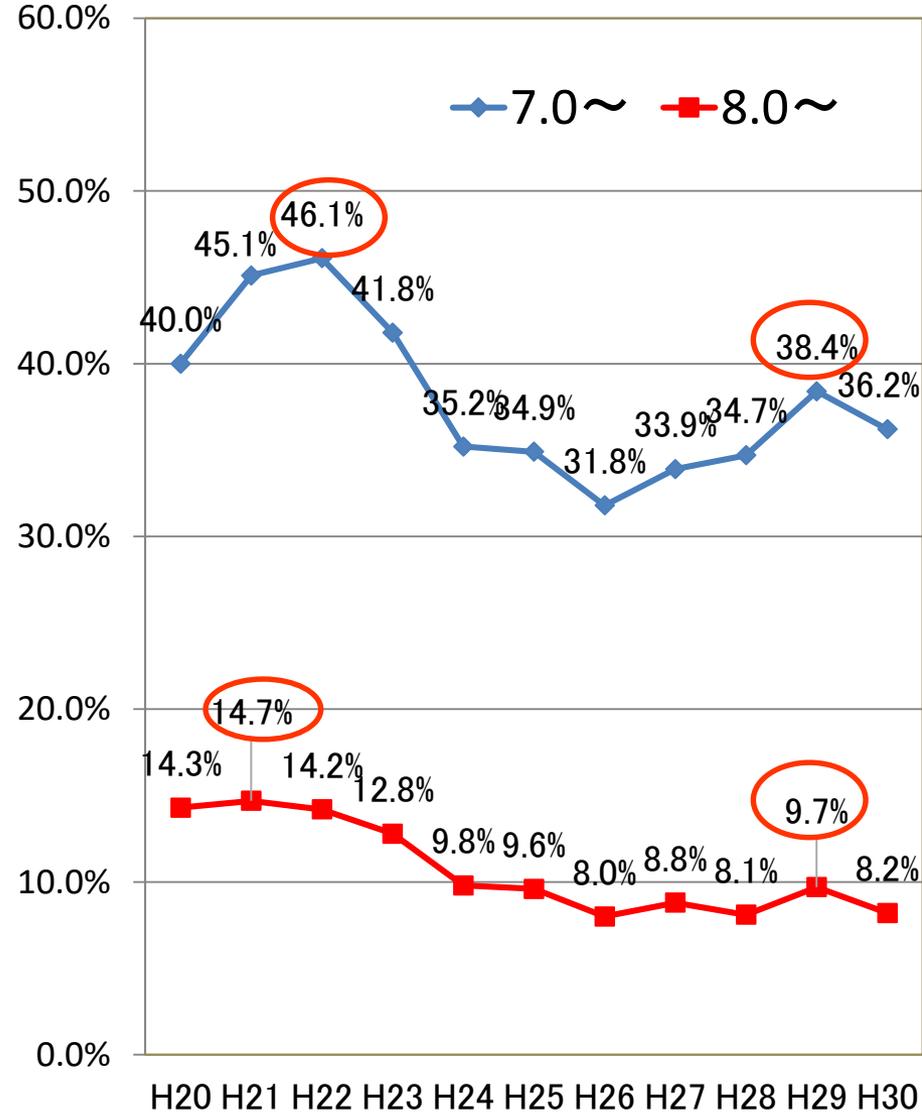
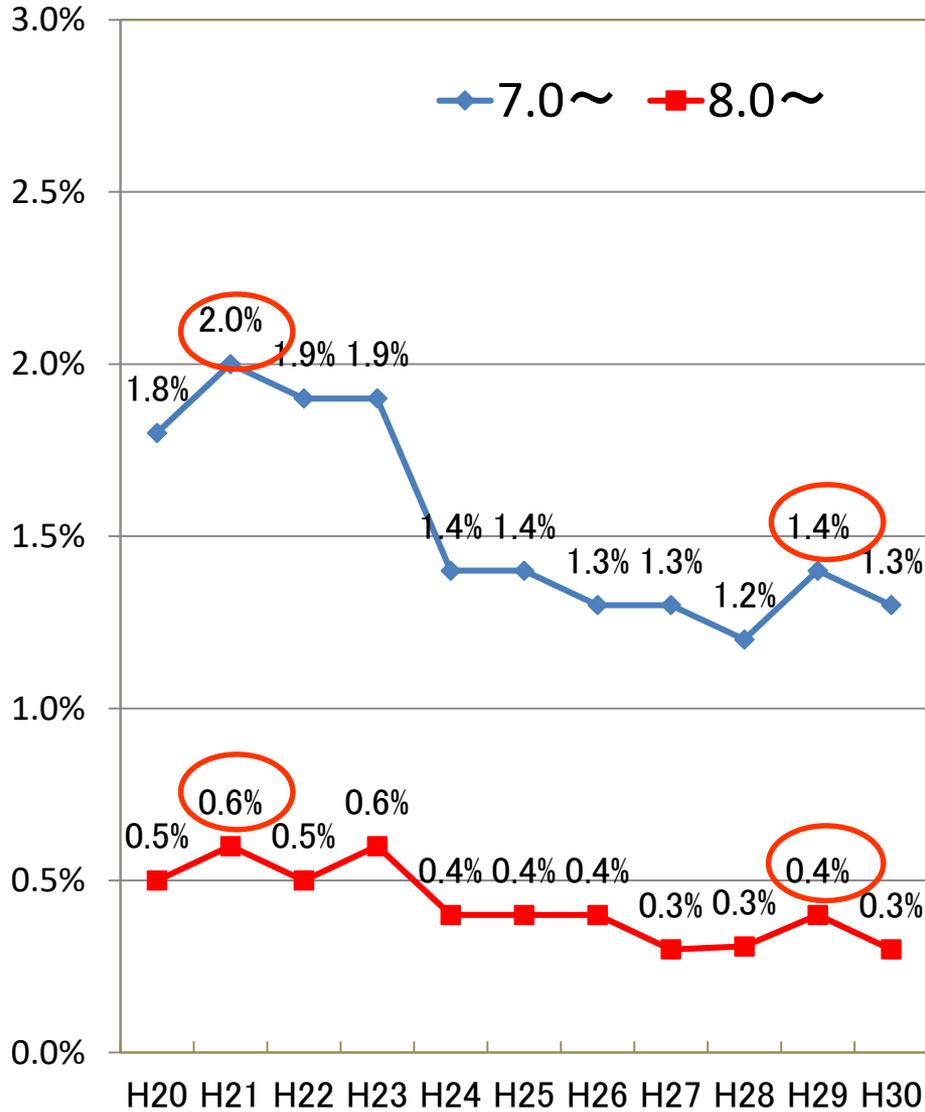


重症化予防対象者は減ってきているか？

HbA1c

未治療

治療中



市町別データで県内の位置、経年変化を確認

重症化予防対象者は減ってきているのでしょうか？

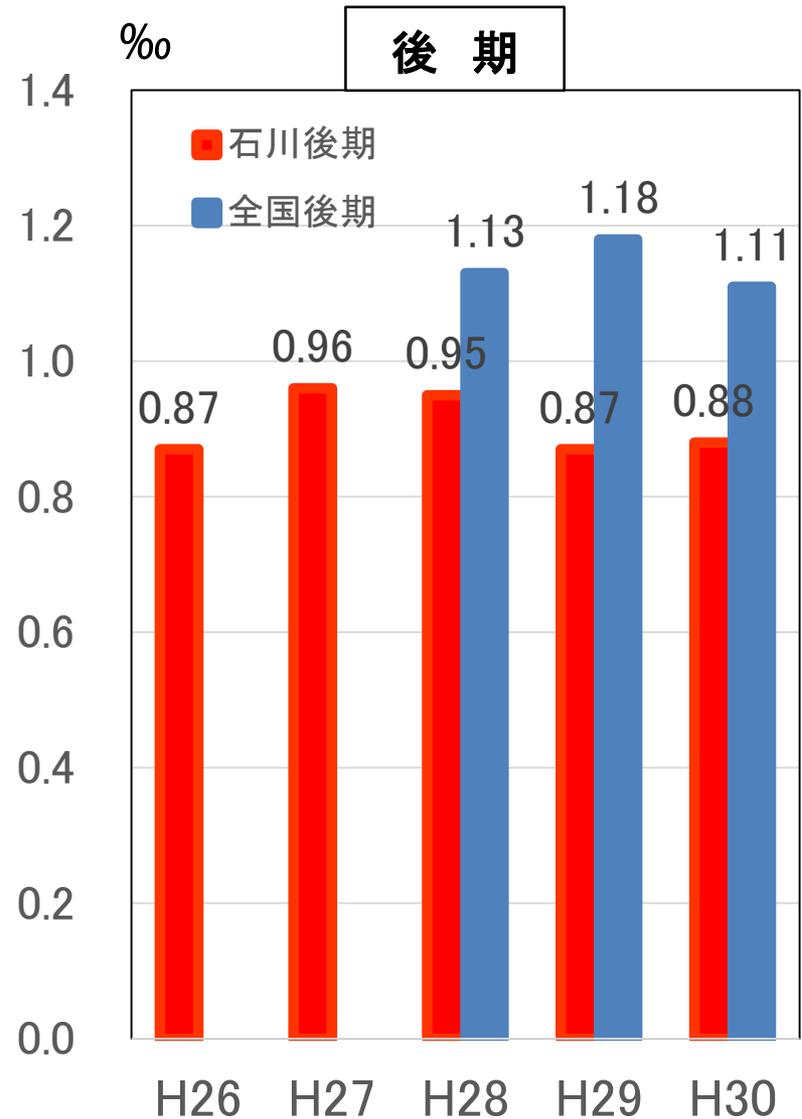
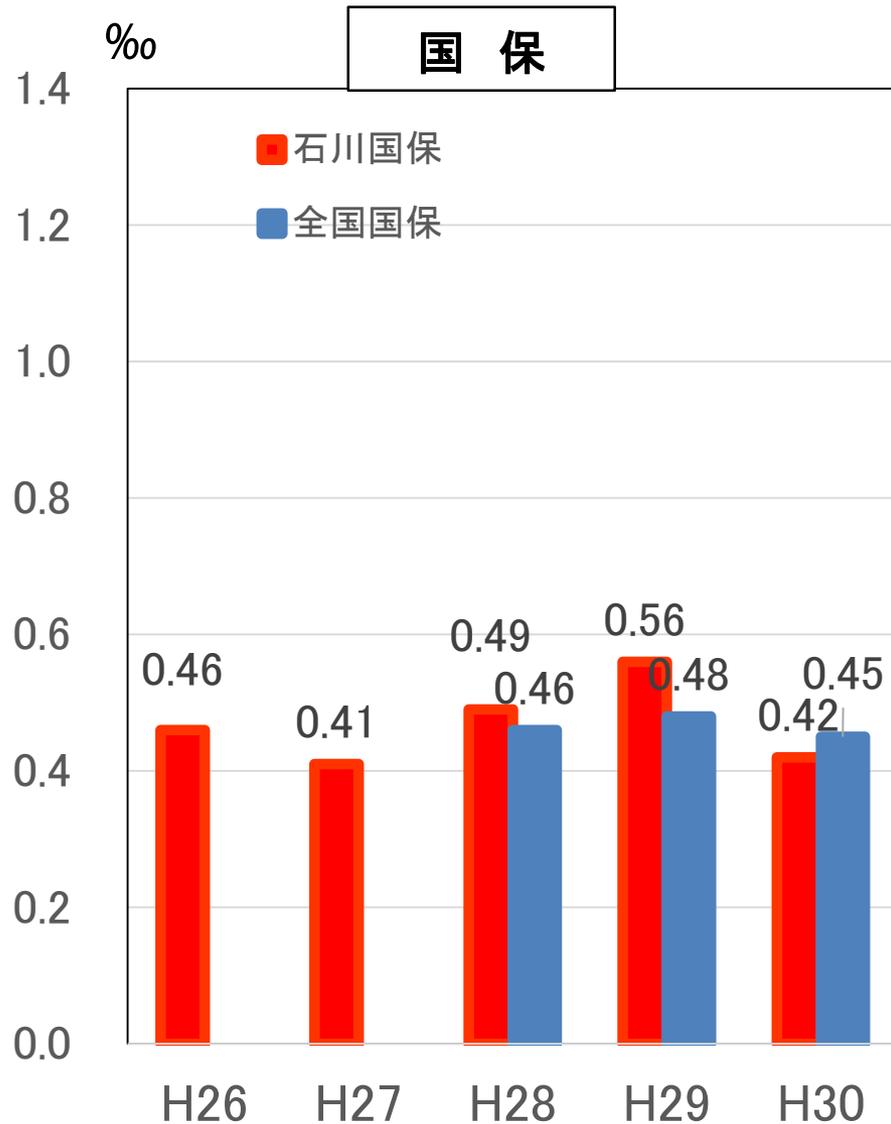
治療なし

		平成20年度				平成21年度				平成25年度				平成28年度				平成29年度			
医療保険者	7.0~	内訳				7.0~	内訳				7.0~	内訳				7.0~	内訳				
		7.0~7.9 (6.6~7.5)		8.0以上 (7.6以上)			7.0~7.9 (6.6~7.5)		8.0以上 (7.6以上)			7.0~7.9 (6.6~7.5)		8.0以上 (7.6以上)			7.0~7.9 (6.6~7.5)		8.0以上 (7.6以上)		
		対象者数	割合	対象者数	割合		対象者数	割合	対象者数	割合		対象者数	割合	対象者数	割合		対象者数	割合	対象者数	割合	対象者数
K G 市	49 1.6%	36 1.2%	13 0.4%	84 2.0%	57 1.3%	27 0.6%	60 1.2%	51 1.1%	9 0.2%	29 0.7%	19 0.4%	10 0.2%	42 1.1%	31 0.8%	11 0.3%						
K M 市	118 1.6%	78 1.0%	40 0.5%	136 1.8%	86 1.1%	50 0.7%	79 1.0%	50 0.7%	29 0.4%	83 1.1%	63 0.9%	20 0.3%	81 1.2%	60 0.9%	21 0.3%						
N M 市	41 1.6%	25 1.0%	16 0.6%	78 2.6%	57 1.9%	21 0.7%	44 1.3%	35 1.0%	9 0.3%	44 1.3%	38 1.1%	6 0.2%	53 1.6%	41 1.3%	12 0.4%						
シ																					
K N 市	344 1.8%	228 1.2%	116 0.6%	419 2.1%	297 1.5%	122 0.6%	348 1.5%	251 1.1%	97 0.4%	276 1.2%	192 0.8%	84 0.4%	354 1.5%	257 1.1%	97 0.4%						
K H 市	34 1.7%	21 1.0%	13 0.6%	50 2.2%	37 1.6%	13 0.6%	28 1.2%	20 0.9%	8 0.4%	29 1.3%	19 0.8%	10 0.4%	28 1.2%	24 1.1%	4 0.2%						
U T 町	8 0.8%	6 0.6%	2 0.2%	16 1.2%	11 0.8%	5 0.4%	21 1.2%	15 0.8%	6 0.3%	16 0.9%	13 0.7%	3 0.2%	25 1.5%	17 1.0%	8 0.5%						
シ																					
石 川	918 1.6%	618 1.1%	300 0.5%	1,293 2.0%	893 1.4%	400 0.6%	1,035 1.4%	743 1.0%	292 0.4%	898 1.2%	653 0.9%	245 0.3%	1,003 1.4%	746 1.0%	257 0.4%						

治療あり

		平成20年度				平成21年度				平成25年度				平成28年度				平成29年度			
医療保険者	7.0~	内訳				7.0~	内訳				7.0~	内訳				7.0~	内訳				
		7.0~7.9 (6.6~7.5)		8.0以上 (7.6以上)			7.0~7.9 (6.6~7.5)		8.0以上 (7.6以上)			7.0~7.9 (6.6~7.5)		8.0以上 (7.6以上)			7.0~7.9 (6.6~7.5)		8.0以上 (7.6以上)		
		対象者数	割合	対象者数	割合		対象者数	割合	対象者数	割合		対象者数	割合	対象者数	割合		対象者数	割合	対象者数	割合	対象者数
K G 市	48 38.7%	31 25.0%	17 13.7%	99 41.8%	67 28.3%	32 13.5%	229 37.2%	148 24.1%	81 13.2%	206 33.8%	159 26.1%	47 7.7%	173 31.2%	120 21.6%	53 9.5%						
K M 市	252 44.9%	169 30.1%	83 14.8%	256 45.6%	178 31.7%	78 13.9%	234 32.9%	179 25.2%	55 7.7%	254 32.9%	202 26.2%	52 6.7%	291 38.9%	232 31.0%	59 7.9%						
N M 市	80 37.7%	53 25.0%	27 12.7%	101 44.5%	62 27.3%	39 17.2%	122 31.9%	94 24.5%	28 7.3%	168 40.0%	131 31.2%	37 8.8%	191 47.2%	146 36.0%	45 11.1%						
シ																					
K N 市	573 40.7%	378 26.8%	195 13.8%	725 47.2%	479 31.2%	246 16.0%	682 34.4%	483 24.3%	199 10.0%	694 33.3%	547 26.3%	147 7.1%	832 38.3%	637 29.3%	195 9.0%						
K H 市	59 35.8%	34 20.6%	25 15.2%	92 48.9%	67 35.6%	25 13.3%	106 43.4%	80 32.8%	26 10.7%	108 42.0%	83 32.3%	25 9.7%	113 39.2%	87 30.2%	26 9.0%						
U T 町	26 37.7%	18 26.1%	8 11.6%	46 51.1%	28 31.1%	18 20.0%	73 40.1%	48 26.4%	25 13.7%	52 28.3%	39 21.2%	13 7.1%	45 24.5%	33 17.9%	12 6.5%						
シ																					
石 川	1,581 40.0%	1,015 25.7%	566 14.3%	2,088 45.1%	1,409 30.5%	679 14.7%	2,439 34.9%	1,769 25.3%	670 9.6%	2,645 34.7%	2,025 26.6%	620 8.1%	3,008 39.5%	2,248 29.5%	760 10.0%						

新規人工透析患者数は減ってきているか？



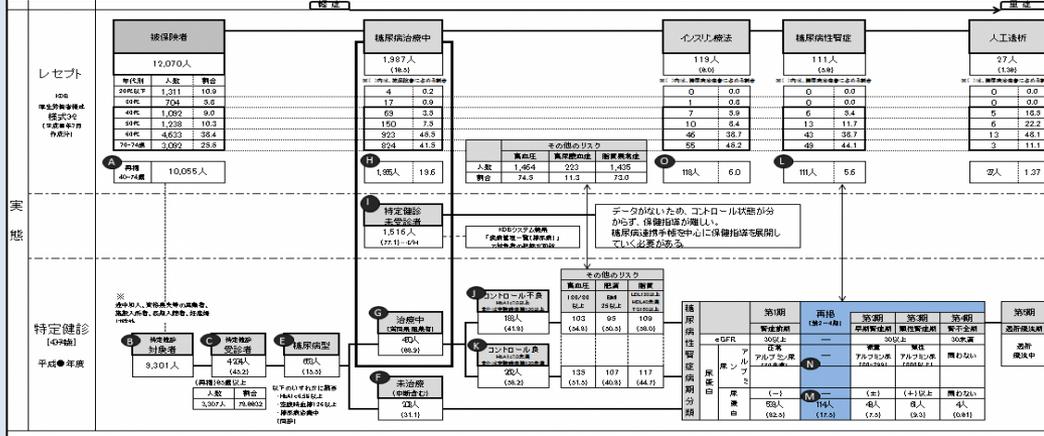
※新規人工透析患者数 国保中央会集計 各年度ごとに集計 単月のみの透析者は除く
人工腎臓(導入期加算)、導入期加算(腹膜還流)、導入期加算1・2(人工腎臓)のレセプトを持つ被保険者数を集計

実践のプロセスを支援 プロセス計画の策定

市の糖尿病の実態

1レセプトと健診の全体をみる

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



優先すべきこと・取り組み

私たちがまず対象とするところ

- ①未治療者 **F**
- ②治療中でHbA1c高値 **J**
- ③健診未受診 **I**

どうやって解決していくか？

- ↓
- 未治療者はどんな人か？
 治療中でHbA1cが高い人はどんな人か？
 腎機能どうか？他のリスクはどうか？

- ・腎症の診断名あり 111人(5.6%)
- ・G3a:9人、G4:1人

2未治療者を糖尿病管理台帳でみる **F**

追加年度	性別	年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30		
H24	男	60	糖尿病	H19.7.9	糖	服薬	○	○	○	○	○	○	
			高血圧	H19.7.9	HbA1c	8	7.4	6.8	7.5	7.2	8		
			虚血性心疾患	H24.12.11	糖以外	体重	82.5	82	82	76	74.5	76	
			脳血管疾患		BMI	29.9	29.7	29.9	27.7	27	27.3		
			糖尿病性腎症		血圧	144/94	138/93	155/97	150/99	142/91	129/78		
				CKD	GFR	46	49.9	49.2	50	55.6	62.2		
					尿蛋白	—	—	—	—	—	—		
H24	女	72	糖尿病	H15.5.15	糖	服薬	○	○	○	○	○	○	
			高血圧	H15.5.15	HbA1c	7.3	7.8	8.7	7.5	8	8.4	8.3	
			虚血性心疾患		糖以外	体重	68.5	69.4	70	56.5	57	57.2	55.5
			脳血管疾患		BMI	26.5	27.1	27.5	22.2	22.5	22.6	22	
			糖尿病性腎症		血圧	108/70	128/70	140/78	140/55	141/67	116/60	110/58	
				CKD	GFR	64	63.4	74.7	55	60.7	48.5	55.1	
					尿蛋白	—	—	—	—	—	—		
H24	女	72	糖尿病	H5.12.27	糖	服薬	○	○	○	○	○	○	
			高血圧	H5.12.27	HbA1c	6.8	6.8	7.3	7	9.2	8.9	11	
			虚血性心疾患		糖以外	体重	53.7	52	52.1	52.8	53.3	52.3	52.3
			脳血管疾患		BMI	24.4	23.7	24	24.2	24.6	24	24.1	
			糖尿病性腎症		血圧	132/80	128/72	134/80	134/84	130/70	128/78	134/70	
				CKD	GFR	70	65.4	66.2	65	59.8	63.3	60.2	
					尿蛋白	—	—	—	—	—	—		

- ①未治療者に丸を付ける
- ②うち初回受診で未治療の人は？
指導しやすい、解決しやすい
- ③前年度からの人は変化を見る
 - ・HbA1c8以上で治療開始11人
 - ・未治療のまま 3人
 - ・治療開始したが中断2人
- ④未治療・中断者の背景をみる
 - ・男性、独居が多い、自営業、生活不規則
 - ・自覚症状で判断、
 - ・薬を飲みたくない、経済的な問題

プロセス計画の策定

市の糖尿病の実態

優先すべきこと・取り組み

3KDB疾病管理一覧から対象者リストを作成、優先すべき対象を確認 **J**

番号	性別	年齢	平成30年度健診					平成30年度医療状況													医療機関名						
			BMI	HbA1c	e-GFR	尿蛋白	心電図所見	薬					検査等			診断名											
								インスリン	ピグアナイド	チアゾリジン	SU剤	グリニド	DPP4阻害剤	SGLT2	aGI	尿アルブミン	心電図	頸動脈エコー	眼科受診	心筋梗塞		狭心症	脳梗塞	腎症	神経障害		
1	男	63	27.3	13.2	121	-		○	○					○		○											A病院
2	女	70	25.4	12.4	60.7	-		○	○					○					○								B病院
3	男	67	26.1	10.3	89.9	-			○		○				○	○											Aクリニック
4	女	70	22.6	9.6	76.9	-																					Bクリニック

- ① 健診結果、診断名等を見る
狭心症5人、網膜症11人
メタボ該当、血圧の重なりが多い
- ② 生活背景を見る
自営(飲食店等、単身等)
インスリン注射でメタボ
- ③ どこの医療機関にかかっているか
かかりつけ医40人 専門医6人
- ④ 生活背景をみる

4地区別に対象者は何人いるか

	保健師	A		B			C		D	
		地区	a	b	c	d	e	f	g	h
糖尿病管理台帳の全数	302	30	8	21	11	1	38		20	44
糖尿病管理台帳の対象者数	275	30	8	18	11	1	33		18	41
① H29年度未治療者/治療中断者	78	8	2	3	6	1	13	0	5	13
1) HbA1c8%以上	7					1	2			2
2) HbA1c7~7.9%	14			2	1		4			1
3) HbA1c6.5~6.9%	57	8	2	1	5		7		5	10
② コントロール不良者	118	14	5	13	1	0	13	0	6	16
1) 糖尿病性腎症	4期	2			1					
	3期	13	1					2		1
	2期	6		1						1
2) 腎症未発症者のうち	HbA1c8%以上	19	2	1		1	2		1	2
	HbA1c7~7.9%以上	43	8	3	3		3		5	7
	I度高血圧以上	31	3		9		6			3
3) eGFRについて	1年で25%以上低下	0								
	1年で5ml/分/1.73m ² 以上低下	4								2
③ 糖尿病治療中の人	72	8	1	2	4		5		7	18

- ① 地区別、ポイント別に人数を見る
地区の特徴、担当の業務調整等

保健指導教材

国保 太郎 様 69歳 男性

脳・心臓の血管障害のリスク有 ⇒ 分岐点 ⇒ 危険度はどのくらい？

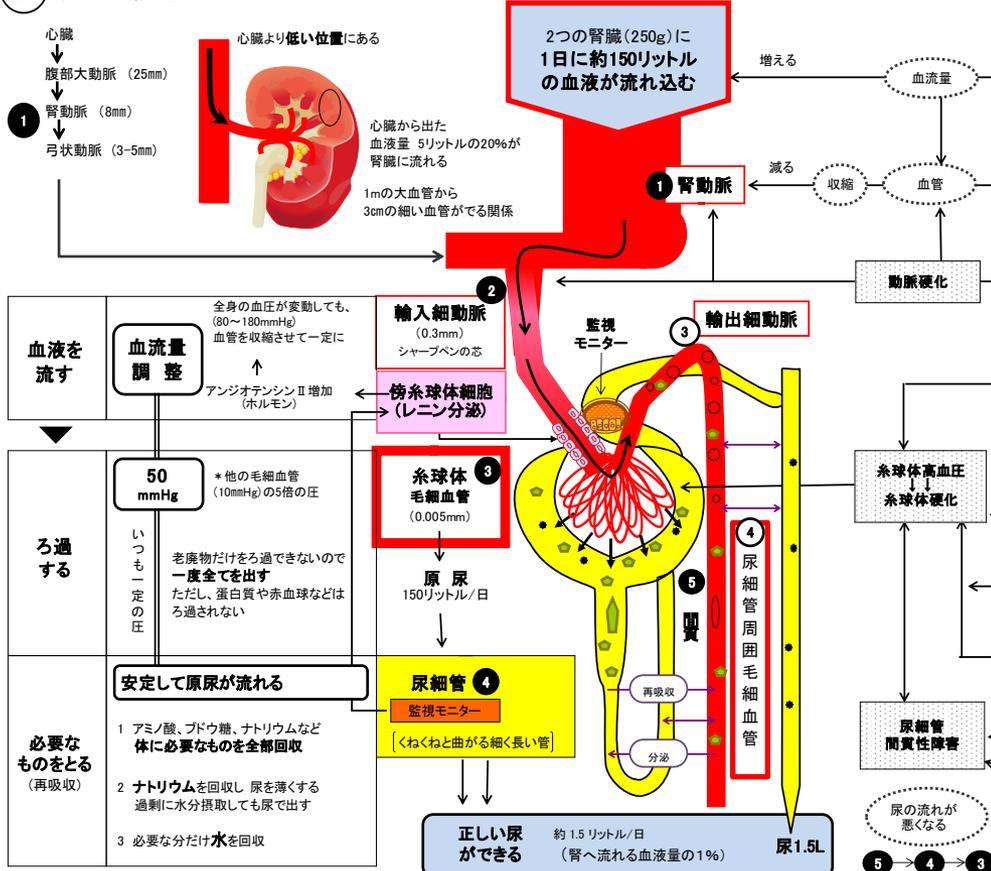
A 自分はどこの位置にいるのか

GFR区分: G		私の 健診結果		
eGFR (糸球体ろ過量)		53.4		
蛋白尿区分: A		A1	A2	A3
尿アルブミン	定量 Cr/比	30未満	30~299	300以上
尿蛋白	定性	-	±	⊕以上
	定量 Cr/比	0.15未満	0.15~0.49	0.5以上

糖尿病性腎症病期分類		第1期 腎症前期	第2期 早期腎症期	第3期 顕性腎症期	第4期 腎不全期	第5期 透析療法期	
病院で	アルブミン尿区分	A1	A2	A3	問わない	透析療法中	
	尿アルブミン定量	正常アルブミン尿	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿			
	尿中アルブミン/Cr (mg/gCr)	30未満	30~299	300以上			
健診で	尿蛋白値 (μgCr)			持続蛋白尿 0.5以上	30未満		
	eGFR		30未満				
	尿たんぱく(定性)	-	±	⊕以上			
eGFR(ml/1.73m ²)		90以上	89~60	59~45	44~30	29~15	15未満
CKDの分類 (GFR区分)		正常または高値	正常値または軽度低下	軽度~中等度低下	中等度~高度低下	高度低下	末期腎不全
		G1	G2	G3a	G3b	G4	G5

自分の位置
(程度)
がわかる

C 腎臓の構造



B 重症化予防のためのコントロール目標は

健診項目	健診結果	目標値
血液量増加 内臓脂肪から でる物質	BMI 29.9 腹囲 99.8	25未満 男 85/女 90未満
タバコ	塩分摂取量 一日の本数	3~6g未満/日 禁煙
高血圧	収縮期血圧 123 拡張期血圧 71	130以下 80以下
糖尿病 (高血糖)	空腹時血糖 155 随時血糖 HbA1c 7.3 尿糖 -	80~130未満 80~180未満 6.9%未満 (-)
脂質異常症	中性脂肪 125 LDLコレステロール 166	150未満 120未満
高尿酸血症	血清尿酸 6.3	7.0以下
尿蛋白	尿蛋白 ⊕ 尿アルブミン	(-) 30未満
高尿酸血症	尿酸排泄	尿酸排泄
尿路結石 尿路感染症 前立腺肥大	血尿(尿潜血)	

悪化させないための
コントロール目標
がわかる

データヘルス計画の目標値、進捗状況確認

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	H28	H29	H30		H32	H35	現状値の把握方法
				初期値	実績	目標値	実績 H30.12末	中間評価値	最終評価値	
特定健診等計画	<p>慢性腎不全、虚血性心疾患の総医療費に占める割合が高い。</p> <p>腎機能低下者（eGFR50未満）が県内で最も多い。高血圧・糖尿病の重症化予防ができていない。</p>	<p>1</p> <p>特定健診受診率、特定保健指導の実施率を向上し、重症化予防対象者を減らす</p>	特定健診受診率60%以上	49.9%	51.0%	50.0%	46.8%	54.0%	60.0%	特定健診・特定保健指導結果（厚生労働省）
			特定保健指導実施率60%以上	70.5%	74.3%	75.0%	67.0%	79.0%	85.0%	
			特定保健指導対象者の減少率25%	15.5%	13.8%	16.0%		19.0%	25.0%	
中長期		<p>2</p> <p>脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する</p>	脳血管疾患の総医療費に占める割合0.4%減少	2.2%	2.3%	2.2%		2.0%	1.8%	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合1%減少	3.0%	3.2%	2.8%		2.6%	2.0%	
短期		<p>3</p> <p>脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす</p>	糖尿病性腎症による透析導入者数（国保）を10人未満にする	6人 (H23-H28)	1人 (H29年度)					4人
			尿蛋白(2+)以上の者の割合減少0.5%	1.3%	1.5%	1.2%	1.4%	1.0%	0.8%	
			eGFR50未満（70歳以上はeGFR40未満）の者の割合減少0.8%	3.5%	2.9%	3.4%	3.3%	3.0%	2.7%	
			メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合減少25%(前年度比)	24.3%	18.1%	24.0%		24.0%	25.0%	
			健診受診者の高血圧者の割合減少1%(160/100以上)	5.0%	4.8%	4.8%	4.2%	4.6%	4.0%	
	健診受診者の糖尿病者の割合減少1.3%(HbA1c6.5以上)		9.8%	9.1%	9.7%	7.6%	9.2%	8.5%		
	健診受診者の脂質異常者の割合減少0.9%(LDL-C180以上)		2.9%	2.6%	2.8%	2.4%	2.4%	2.0%		
保険者努力支援		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合90%	45.9%	69.2%	52.0%	61.5%	65.0%	90.0%	町保険年金課	
		糖尿病の保健指導を実施した割合90%以上	66.0%	71.5%	70.0%	77.6%	80.0%	90.0%		
		自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合50%以上	33.3%	50.4%	36.0%	57.6%	43.0%	50.0%	町保険年金課

赤字：H28年度初期値よりも悪化

PDCAサイクルに沿って目標、実践、評価を確認

評価（良くなったところ）と次期計画に向けてのアセスメント

課題・目標	①プロセス (やってきた実践の過程)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)	⑤残っている課題																																																																																																																		
<p>目標</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆特定健診受診率 ：H29年度 60% ◆特定保健指導実施率 ：H29年度 60% ◆中長期的目標 ：虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症について H26と比較して3%減 (新規患者数、一人当り医療費、入院医療費、1件当り医療費等) ◆短期的目標 ：高血圧Ⅱ度以上・HbA1c7.0以上・LDL-C180以上の健診有所見者を減らす 	<p>未受診者対策</p> <p>○特定健診 次期計画にあたり、未受診者への勧奨方法について、対象者の抽出内容（年代、新規加入、過去受診歴など）により、通知内容を変えるなど対象者にあわせた内容で行うことも検討する。また、地区活動の一環として糖尿病管理台帳を用いた健診未受診者の家庭訪問も年次計画化していくことも必要である。</p>	<p>未受診者対策</p> <p>（●1） ①はがきによる受診勧奨 8月、10月時点での未受診者へDMOの発送 ②電話による受診勧奨 5月：新規加入者、 新40歳到達者：約380名 9月：不定期受診者 アルブミン対象：約480名</p> <p>（●2）健診説明会 5月に実施 健診委託医療機関 (H29) 25機関</p> <p>（●3）データ受信数 (H28) 213件 (H29) 212件</p>	<p>未受診者対策</p> <p>○特定健診受診率（第2期計画）</p> <table border="1"> <tr><th></th><th>H25</th><th>H26</th><th>H27</th><th>H28</th><th>H29</th></tr> <tr><td>割合</td><td>46.6%</td><td>47.9%</td><td>49.5%</td><td>49.9%</td><td>51.0%</td></tr> </table> <p>（●1） ①電話勧奨による受診率 5月：37% 9月：32%</p> <p>健診・治療なし（6層）の割合</p> <table border="1"> <tr><th></th><th>H25</th><th>H26</th><th>H27</th><th>H28</th><th>H29</th></tr> <tr><td>40-74歳</td><td>22.8%</td><td>19.2%</td><td>18.7%</td><td>17.9%</td><td>17.8%</td></tr> <tr><td>再</td><td>40-64</td><td>35.8%</td><td>31.4%</td><td>32.0%</td><td>30.6%</td></tr> <tr><td></td><td>65-74</td><td>12.8%</td><td>10.7%</td><td>9.9%</td><td>10.8%</td></tr> </table> <p>（●まとめ1）継続受診状況</p> <table border="1"> <tr><th></th><th>H25</th><th>H26</th><th>H27</th><th>H28</th><th>H29</th></tr> <tr><td>割合</td><td>76.4%</td><td>79.0%</td><td>76.8%</td><td>74.0%</td><td>75.4%</td></tr> </table> <p>※前年度の受診者で当該年度も継続受診した者の割合</p> <p>（●まとめ2）治療中未受診者の状況・糖尿病重症化予防</p> <table border="1"> <tr><th></th><th>H25</th><th>H26</th><th>H27</th><th>H28</th><th>H29</th></tr> <tr><td>人数</td><td>763</td><td>666</td><td>601</td><td>613</td><td>540</td></tr> <tr><td>割合</td><td>80.8%</td><td>77.7%</td><td>74.8%</td><td>76.9%</td><td>74.6%</td></tr> </table>		H25	H26	H27	H28	H29	割合	46.6%	47.9%	49.5%	49.9%	51.0%		H25	H26	H27	H28	H29	40-74歳	22.8%	19.2%	18.7%	17.9%	17.8%	再	40-64	35.8%	31.4%	32.0%	30.6%		65-74	12.8%	10.7%	9.9%	10.8%		H25	H26	H27	H28	H29	割合	76.4%	79.0%	76.8%	74.0%	75.4%		H25	H26	H27	H28	H29	人数	763	666	601	613	540	割合	80.8%	77.7%	74.8%	76.9%	74.6%	<p>●重症化予防 重症化予防対策を保健事業の優先事業と位置付け、継続した対象者への訪問・面接のための業務時間の確保のため、所内での検討が必要である。</p> <p>●地区担当制 成人保健については、十分に機能していない。 地区担当が地区の重症化予防対象者を経年的に把握しながら、フォロー時期や対象を見落とさないような担当制の仕組みを検討する必要がある。</p> <p>●糖尿病連携手帳 活用するように会議等では議題とされているが、実際の活用事例はまだ少ない。定着が進むよう、取組みが必要である。</p> <p>●医療連携体制 地域の医療機関との連携体制の構図は出来てきている。実際の事例を通した連携は始まって間もないため、今後各医療機関と直接連携しながら実践を重ねていく必要がある。</p>	<p>全体</p> <p>《効果的な事業の運営》 ●PCDAサイクルに基づいた具体的な目標や効果設定した事業を計画、実行する。</p> <p>《地区担当の機能化》 ●地区担当が台帳を活用しながら、経年的に重症化予防対象者をフォローする。地区の状況に合わせた地区活動を行う。</p>																																																
	H25	H26	H27	H28	H29																																																																																																																		
割合	46.6%	47.9%	49.5%	49.9%	51.0%																																																																																																																		
	H25	H26	H27	H28	H29																																																																																																																		
40-74歳	22.8%	19.2%	18.7%	17.9%	17.8%																																																																																																																		
再	40-64	35.8%	31.4%	32.0%	30.6%																																																																																																																		
	65-74	12.8%	10.7%	9.9%	10.8%																																																																																																																		
	H25	H26	H27	H28	H29																																																																																																																		
割合	76.4%	79.0%	76.8%	74.0%	75.4%																																																																																																																		
	H25	H26	H27	H28	H29																																																																																																																		
人数	763	666	601	613	540																																																																																																																		
割合	80.8%	77.7%	74.8%	76.9%	74.6%																																																																																																																		
<p>未受診者対策の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆受診率が伸びない。 ◆受診勧奨の効果的かつ効率的な対象者、アプローチ方法の検討 ◆医療機関の協力等による取り組みの推進 ◆被保険者個人からの健診データ受領の取組みの定着化 	<p>重症化予防対策</p> <p>（●1）重症化予防の課題をCKDとし、治療中の方も対象として保健指導の優先順位をCKDと原因疾患となる生活習慣病の重症化予防対象者に絞り個別支援を実施した。 保健指導の実施にあたって、KDBを活用したレセプトによる既往歴や服薬内容の確認を行った。 （★1、2）保健指導を効果的、効率的に行うために事例を通して、メカニズムを理解しながら共通認識を持つことを継続的に行うことが成果につながる。今後も継続して行くことが重要である。 （★3）H29年度から生活習慣病評価表に代わり、糖尿病管理台帳を中心とした対象者の管理を行った。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>（●1）保健指導実施率</p> <table border="1"> <tr><th></th><th>対象者</th><th>実施者</th><th>実施率</th></tr> <tr><td>H28</td><td>571</td><td>401</td><td>70.2%</td></tr> <tr><td>H29</td><td>526</td><td>359</td><td>68.0%</td></tr> </table> <p>（●2） 保健指導検討会 年6回 事例検討会 年12回</p> <p>（●3） 糖尿病管理台帳の管理 ①H28健診未受診者へ電話による受診勧奨（5月：80名） ②次年度へ向けた情報（面接による情報・レセプト情報）の確認・整理（3月）</p>		対象者	実施者	実施率	H28	571	401	70.2%	H29	526	359	68.0%	<p>重症化予防対策</p> <p>（●1）保健指導後の医療受診状況 糖尿病受診勧奨結果</p> <table border="1"> <tr><th></th><th>対象者</th><th>実施者</th><th>受診者</th><th>受診率</th></tr> <tr><td></td><td>66</td><td>44</td><td>28</td><td>63.6%</td></tr> </table> <p>（●4）尿アルブミン検査</p> <table border="1"> <tr><th></th><th>受検者</th><th>有所見者</th><th>有所見率</th></tr> <tr><td></td><td>156</td><td>34</td><td>21.8%</td></tr> </table> <p>（●5）データヘルス計画評価項目</p> <table border="1"> <tr><th rowspan="2">尿蛋白</th><th colspan="2">(+)</th><th colspan="2">(+)</th><th colspan="2">(+)</th></tr> <tr><th>人数</th><th>割合</th><th>人数</th><th>割合</th><th>人数</th><th>割合</th></tr> <tr><td>H28</td><td>85</td><td>4.4%</td><td>25</td><td>1.3%</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>H29</td><td>106</td><td>5.6%</td><td>28</td><td>1.5%</td><td></td><td></td></tr> </table> <p>（再）Ⅲ度以上</p> <table border="1"> <tr><th rowspan="2">血圧</th><th colspan="2">Ⅱ度以上</th><th colspan="2">Ⅲ度以上</th></tr> <tr><th>人数</th><th>割合</th><th>人数</th><th>割合</th></tr> <tr><td>H28</td><td>98</td><td>5.0%</td><td>8</td><td>0.4%</td></tr> <tr><td>H29</td><td>90</td><td>4.8%</td><td>12</td><td>0.6%</td></tr> </table> <p>（再）Ⅲ度以上</p> <table border="1"> <tr><th rowspan="2">HbA1c</th><th colspan="2">6.5以上</th><th colspan="2">（再）7.0以上</th></tr> <tr><th>人数</th><th>割合</th><th>人数</th><th>割合</th></tr> <tr><td>H28</td><td>189</td><td>9.8%</td><td>68</td><td>3.5%</td></tr> <tr><td>H29</td><td>171</td><td>9.1%</td><td>70</td><td>3.7%</td></tr> </table> <p>（再）180以上</p> <table border="1"> <tr><th rowspan="2">LDL</th><th colspan="2">160以上</th><th colspan="2">（再）180以上</th></tr> <tr><th>人数</th><th>割合</th><th>人数</th><th>割合</th></tr> <tr><td>H28</td><td>185</td><td>9.5%</td><td>57</td><td>2.9%</td></tr> <tr><td>H29</td><td>154</td><td>8.1%</td><td>49</td><td>2.6%</td></tr> </table>		対象者	実施者	受診者	受診率		66	44	28	63.6%		受検者	有所見者	有所見率		156	34	21.8%	尿蛋白	(+)		(+)		(+)		人数	割合	人数	割合	人数	割合	H28	85	4.4%	25	1.3%			H29	106	5.6%	28	1.5%			血圧	Ⅱ度以上		Ⅲ度以上		人数	割合	人数	割合	H28	98	5.0%	8	0.4%	H29	90	4.8%	12	0.6%	HbA1c	6.5以上		（再）7.0以上		人数	割合	人数	割合	H28	189	9.8%	68	3.5%	H29	171	9.1%	70	3.7%	LDL	160以上		（再）180以上		人数	割合	人数	割合	H28	185	9.5%	57	2.9%	H29	154	8.1%	49	2.6%	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ●効果的な勧奨対象、方法の検討を行う。 ●医療機関の協力によるデータ受領の依頼方法について検討を行う。 ●個人からのデータ受領体制を整える。 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ●糖尿病管理台帳をもとに対象者の継続治療、治療中断の支援を行う。 ●重症化レベルの腎機能低下者、血圧値・血糖（HbA1c）値を最優先に取組む。 ●メタボリックシンドロームの課題解決も併せて行う。 ●減塩・糖尿病などについてポピュレーションアプローチの方法や内容に検討し展開していく。
	対象者	実施者	実施率																																																																																																																				
H28	571	401	70.2%																																																																																																																				
H29	526	359	68.0%																																																																																																																				
	対象者	実施者	受診者	受診率																																																																																																																			
	66	44	28	63.6%																																																																																																																			
	受検者	有所見者	有所見率																																																																																																																				
	156	34	21.8%																																																																																																																				
尿蛋白	(+)		(+)		(+)																																																																																																																		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合																																																																																																																	
H28	85	4.4%	25	1.3%																																																																																																																			
H29	106	5.6%	28	1.5%																																																																																																																			
血圧	Ⅱ度以上		Ⅲ度以上																																																																																																																				
	人数	割合	人数	割合																																																																																																																			
H28	98	5.0%	8	0.4%																																																																																																																			
H29	90	4.8%	12	0.6%																																																																																																																			
HbA1c	6.5以上		（再）7.0以上																																																																																																																				
	人数	割合	人数	割合																																																																																																																			
H28	189	9.8%	68	3.5%																																																																																																																			
H29	171	9.1%	70	3.7%																																																																																																																			
LDL	160以上		（再）180以上																																																																																																																				
	人数	割合	人数	割合																																																																																																																			
H28	185	9.5%	57	2.9%																																																																																																																			
H29	154	8.1%	49	2.6%																																																																																																																			
<p>重症化予防対策の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆PDCAサイクルからの計画を立案する。 ◆対象者、方法等の検討。 ◆二次検査(尿アルブミン検査)の導入 ◆糖尿病、CKD、心房細動等管理台帳の地区別台帳活用方法の検討。 ◆訪問、事業の目標、評価等検討。 	<p>医療とのつながり</p> <p>専門部会を開催する過程で、専門医、かかりつけ医との連携の形が整い、実際にケースを通しての連携が行われ始めている。</p>	<p>医療とのつながり</p> <p>（●1） 成人保健専門部会 H29 2回開催 (4月・3月)</p> <p>○医療機関連携状況</p> <table border="1"> <tr><th></th><th>医師連携数</th><th>返信数</th><th>返信率</th></tr> <tr><td>H28</td><td>148</td><td>106</td><td>71.6%</td></tr> <tr><td>H29</td><td>128</td><td>87</td><td>68.0%</td></tr> </table> <p>※医師連絡：直接連絡及び連絡票を用いた連携</p>		医師連携数	返信数	返信率	H28	148	106	71.6%	H29	128	87	68.0%	<p>医療とのつながり</p> <p>連携結果</p> <table border="1"> <tr><th></th><th>返信数</th><th>治療開始</th><th>治療中・治療方針検討</th><th>専門医紹介</th><th>定期検査</th><th>町・次年度健診</th></tr> <tr><td>H28</td><td>106</td><td>38</td><td>32</td><td>0</td><td>30</td><td>7</td></tr> <tr><td>H29</td><td>113</td><td>30</td><td>39</td><td>6</td><td>34</td><td>4</td></tr> </table> <p>※詳細不明・複数チェック含む</p>		返信数	治療開始	治療中・治療方針検討	専門医紹介	定期検査	町・次年度健診	H28	106	38	32	0	30	7	H29	113	30	39	6	34	4	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ●糖尿病レベルの腎機能低下者、血圧値・血糖（HbA1c）値を最優先に取組む。 ●メタボリックシンドロームの課題解決も併せて行う。 ●減塩・糖尿病などについてポピュレーションアプローチの方法や内容に検討し展開していく。 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ●個々の事例で実践を繰り返しながら、地域の先生方と事例を共有していく。 																																																																																	
	医師連携数	返信数	返信率																																																																																																																				
H28	148	106	71.6%																																																																																																																				
H29	128	87	68.0%																																																																																																																				
	返信数	治療開始	治療中・治療方針検討	専門医紹介	定期検査	町・次年度健診																																																																																																																	
H28	106	38	32	0	30	7																																																																																																																	
H29	113	30	39	6	34	4																																																																																																																	
<p>医療との連携に関する課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆糖尿病ネットワーク協議会で作成した糖尿病連携体制は定着してきている。CKD課題解決のため腎専門医を含めた連携体制を構築する。 ◆個々の事例について連携を深める（重症化予防対象者、健診未受診者） 	<p>医療とのつながり</p> <p>専門部会を開催する過程で、専門医、かかりつけ医との連携の形が整い、実際にケースを通しての連携が行われ始めている。</p>	<p>医療とのつながり</p> <p>（●1） 成人保健専門部会 H29 2回開催 (4月・3月)</p> <p>○医療機関連携状況</p> <table border="1"> <tr><th></th><th>医師連携数</th><th>返信数</th><th>返信率</th></tr> <tr><td>H28</td><td>148</td><td>106</td><td>71.6%</td></tr> <tr><td>H29</td><td>128</td><td>87</td><td>68.0%</td></tr> </table> <p>※医師連絡：直接連絡及び連絡票を用いた連携</p>		医師連携数	返信数	返信率	H28	148	106	71.6%	H29	128	87	68.0%	<p>医療とのつながり</p> <p>連携結果</p> <table border="1"> <tr><th></th><th>返信数</th><th>治療開始</th><th>治療中・治療方針検討</th><th>専門医紹介</th><th>定期検査</th><th>町・次年度健診</th></tr> <tr><td>H28</td><td>106</td><td>38</td><td>32</td><td>0</td><td>30</td><td>7</td></tr> <tr><td>H29</td><td>113</td><td>30</td><td>39</td><td>6</td><td>34</td><td>4</td></tr> </table> <p>※詳細不明・複数チェック含む</p>		返信数	治療開始	治療中・治療方針検討	専門医紹介	定期検査	町・次年度健診	H28	106	38	32	0	30	7	H29	113	30	39	6	34	4	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ●個々の事例で実践を繰り返しながら、地域の先生方と事例を共有していく。 	<p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ●個々の事例で実践を繰り返しながら、地域の先生方と事例を共有していく。 																																																																																	
	医師連携数	返信数	返信率																																																																																																																				
H28	148	106	71.6%																																																																																																																				
H29	128	87	68.0%																																																																																																																				
	返信数	治療開始	治療中・治療方針検討	専門医紹介	定期検査	町・次年度健診																																																																																																																	
H28	106	38	32	0	30	7																																																																																																																	
H29	113	30	39	6	34	4																																																																																																																	

年間スケジュール

←---→ 健診期間

市町	1	2	3	4	5	6	7	9	11	18
4月	対象者検討		前年度評価	台帳更新	対象者検討		台帳更新	優先順位確認	対象者検討 台帳更新	
5月				健診受診勧奨	健診受診勧奨	台帳更新		健診受診勧奨	訪問指導 レセ確認 受診勧奨 (地区担当) 死亡状況 確認	
6月			対象者検討		訪問又は来 所相談	健診受診勧奨 訪問・電話				
7月	結果説明 会で指導			健診受診勧奨 (電話)		訪問指導 結果説明会	訪問指導 連絡票発行	訪問指導 毎月進捗管理		
8月			台帳更新 訪問指導	訪問指導 来所相談		毎月進捗管理	結果相談 会で指導	治療中者 データ提供		
9月		対象者検討		健診受診勧奨 (はがき等)	健診受診勧奨		健診受診勧奨			
10月				進捗確認 未受診者 健診通知		レセ確認 再勧奨				
11月	台帳更新	対象者抽出 訪問指導	台帳更新		台帳更新			レセ確認 再勧奨		
12月	訪問指導		8%以上 名簿作成 レセ確認 経過表作成		台帳更新		レセ確認			
1月				進捗確認 レセ確認 医療機関 受診勧奨						
2月	レセ確認 再勧奨	台帳更新		評価 次年度計画	台帳集計	評価 次年度 対象検討		対象者検討 台帳更新		対象者検討 台帳更新 訪問指導
3月	台帳集計 評価 次年度計画	健診 受診勧奨 評価	台帳集計	台帳集計	台帳集計 評価 次年度計画	台帳集計 評価 次年度計画	台帳集計 評価 次年度計画	台帳集計 評価 次年度計画	台帳集計 評価	評価

体制の確認(ストラクチャー)

保健活動の従事者数

()内嘱託

		H25	H26	H27	H28	H29	H30
保健師	保健師総数	11 (1) 人	12 (2) 人	12 (2) 人	10 (1) 人	12 (2) 人	12 (3) 人
	保健部門での勤務	6 (1) 人	7 (1) 人	7 (2) 人	6 (1) 人	6 (2) 人	6 (3) 人
	保健指導従事者	5 (2) 人	6 (1) 人	6 (2) 人	5 (1) 人	5 (2) 人	5 (3) 人
	保健部門の割合	54%	58%	58%	60%	50%	50%
	参考 石川県	54%	65%	63%	62%	61%	61%
管理栄養士	管理栄養士	2 (1) 人					
	保健部門での勤務	2 (1) 人					
		100%	100%	100%	100%	100%	100%

糖尿病対策推進会議との連携

石川県における糖尿病医療連携の推進体制

県全体の体制

医療計画推進委員会

①糖尿病医療対策部会

医療計画の策定・推進

県医師会

②県糖尿病対策推進会議H17～

医師会(専門医、かかりつけ医)

糖尿病学会(専門医、大学)

糖尿病協会(患者、看護師等)

歯科医師会、栄養士会、薬剤師会

理学療法士会、公衆衛生医(大学)

保険者協議会(国保連合会)H25～

県(医療、健康)

オブザーバー(保健所、協会けんぽ等)

医療機関リスト、紹介基準の検討
糖尿病連携医、療養指導士の認定
地域協議会の支援、研修

地域での体制H25～

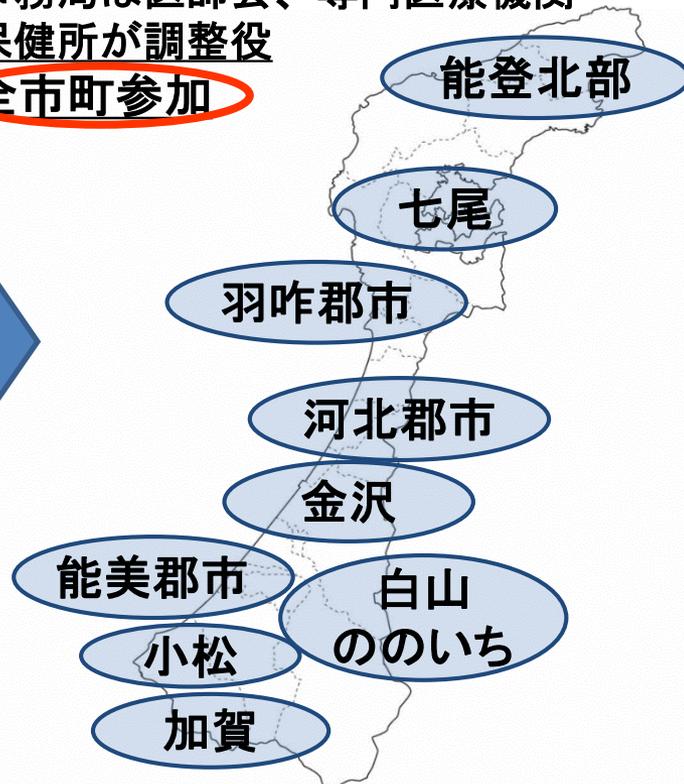
③地域協議会(9地域)

郡市医師会単位にかかりつけ医、専門医療機関、市町等から構成される協議会を設置

事務局は医師会、専門医療機関

保健所が調整役

全市町参加



各地域協議会の取組状況(糖尿病対策成果発表会資料より)

医療圏	協議会	H30年度取組み状況
能登北部	能登北部地域医療協議会 糖尿病重症化予防連携部会	<ul style="list-style-type: none"> ・市町単位の医師会と市町の連絡会、北部全体の連絡会開催 ・住民への普及啓発、糖尿病食事会、医療・介護スタッフの育成 ・栄養指導の受託、行政の取組み(管理台帳、指導の充実)等
能登中部	糖尿病患者を助け合う 地域連携協議会・七緒の会	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医への栄養士・看護師派遣事業、症例検討会 ・市町と連携した重症化予防指導、市民啓発活動等
	羽咋郡市糖尿病地域連携協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・医療関係者講演会、眼科・歯科・内科との連携事業 ・かかりつけ医と市町保健師、管理栄養士による療養指導等
石川中央	河北地区糖尿病発症・重症化 予防ネットワーク協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・発症・重症化予防のための保健医療連携 ・医療従者向け勉強会、住民向け啓発活動 等
	金沢地域における糖尿病 診療連携に関する連絡会議	<ul style="list-style-type: none"> ・市と市医師会の地区出前講座、地区別ワークショップ、 ・診療所における栄養指導、看護師対象の栄養指導勉強会 ・HbA1c7%以上の患者がいる医療機関へイエローカード送付 等
	白山野々市地区糖尿病重症化 予防ネットワーク協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・現状把握のアンケート調査(H26との比較)、研修会、症例検討会 ・重症化予防出前講座、市民公開講座、医療機関向けパンフレット等
南加賀	小松市医師会 糖尿病連携推進協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診後、市からの受診勧奨・保健指導。地区別健康懇談会 ・薬局での血糖測定モデル事業、診療所の栄養指導・運動指導の強化、病診連携・診診連携、糖尿病研修会、症例検討等
	かけはしネットワーク能美	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月協議会開催。事例検討会、サポートナースの養成 ・かけはしチェック(基幹病院での合併症評価システム)の改訂 ・市管理栄養士による指導、特定健診での尿中アルブミン測定
	加賀市糖尿病協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・医師向け症例検討会、コメディカル向け研修会、歯科医との連携 ・薬局での随時血糖測定、医療センターとの病診連携

平成30年度 糖尿病対策 成果発表会

プログラム

13:30～ 開会の挨拶

13:35～ 各地域の協議会の取組みの報告

かけはしネットワーク能美

臼倉 幹哉 氏

小松市医師会糖尿病連携推進協議会

湯淺 豊司 氏

加賀市糖尿病協議会

小林 武嗣 氏

河北地区糖尿病発症・重症化予防ネットワーク協議会

古家 大祐 氏

金沢地域における糖尿病診療連携に関する連絡会議

竹田 康男 氏

白山野々市地区糖尿病重症化予防ネットワーク協議会

真田 陽 氏

能登北部地域医療協議会糖尿病重症化予防連携部会

小泉 順二 氏

糖尿病患者を助け合う地域連携協議会・七緒の会

宮本 正治 氏

羽咋郡市糖尿病地域連携協議会

西澤 誠 氏

(休 憩)

15:30～ 関係団体の取組みの報告

石川県歯科医師会

西夢 直規 氏

石川県糖尿病協会

早戸 武志 氏

石川県国民健康保険団体連合会

荒木 早苗 氏

16:40～ 閉会の挨拶

日時

平成31年2月24日(日)

13:30～16:45

場所

石川県

地場産業振興センター
新館

コンベンションホール
(金沢市鞍月2-1)

参加費

無料

参加方法

FAX(事前申し込み)

※裏面参照

共催

石川県、石川県医師会

お問合せ

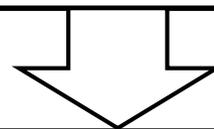
石川県健康福祉部

地域医療推進室

Tel 076-225-1468



H30年度 最後の座長のコメント
現体制になって5年目になり、
アウトカムが出てきたところ、
出ていないところが出てきた。



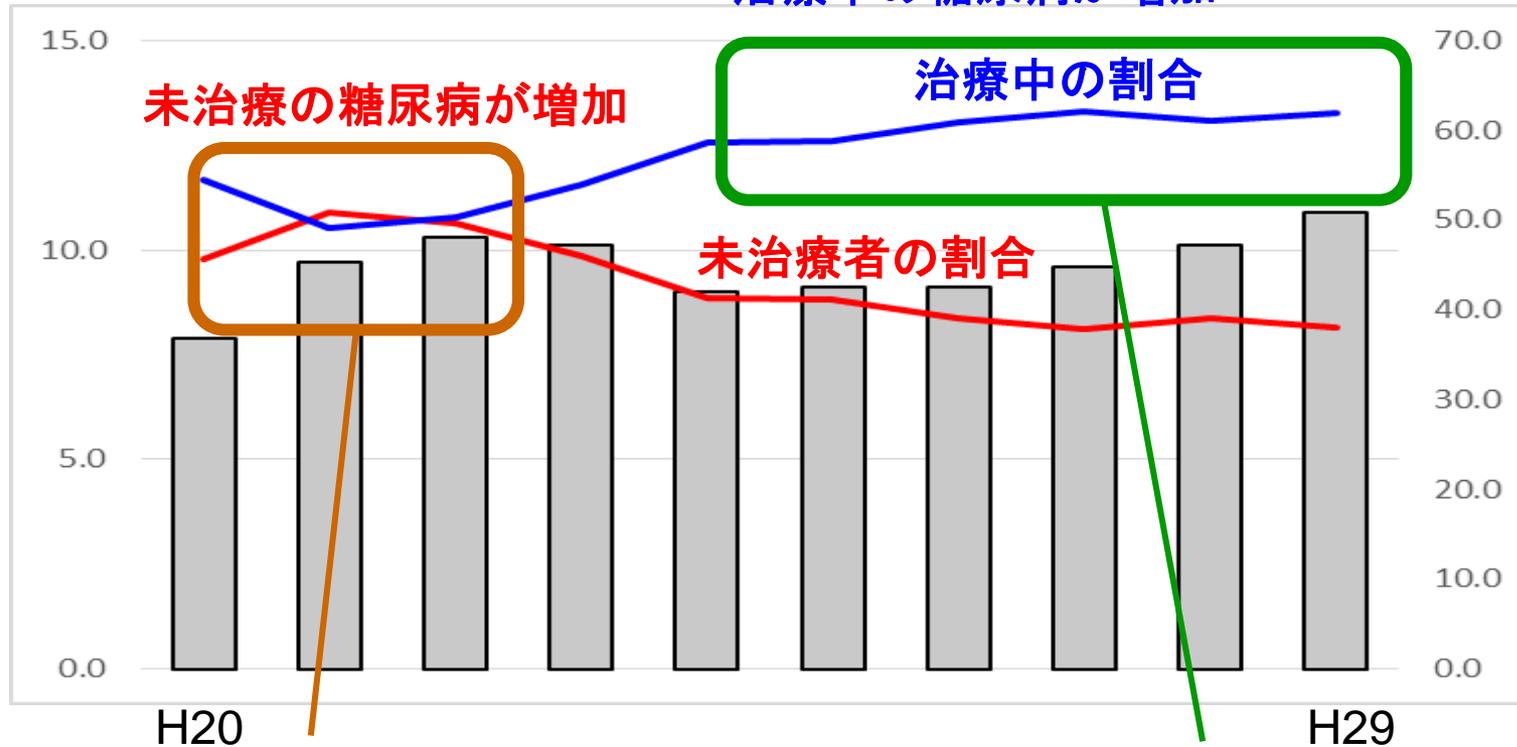
R2年度(2月24日予定)
これまでのデータを経年的、地域的
にまとめ、成果と課題を報告予定

HbA1c 6.5% 以上の者の割合の経時変化（石川県）

HbA1cが6.5%以上の者の割合（%）
（棒グラフ）

治療者・未治療者の割合（%）
（折れ線グラフ）

治療中の糖尿病が増加



健診受診率の増加に伴い、
未治療者も健診を受診するようになる
（未治療者の受診勧奨が重要）

医療機関に通院中の糖尿病患者も、
健診を受診するようになる
（医療と連携した保健指導が重要）

治療中の方に対する指導、医療との連携が重要