

# 主な生活習慣病（高血圧症、糖尿病、脂質異常症） 重症化予防事業の取組みについて

～「福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を踏まえて～

福島県後期高齢者医療広域連合

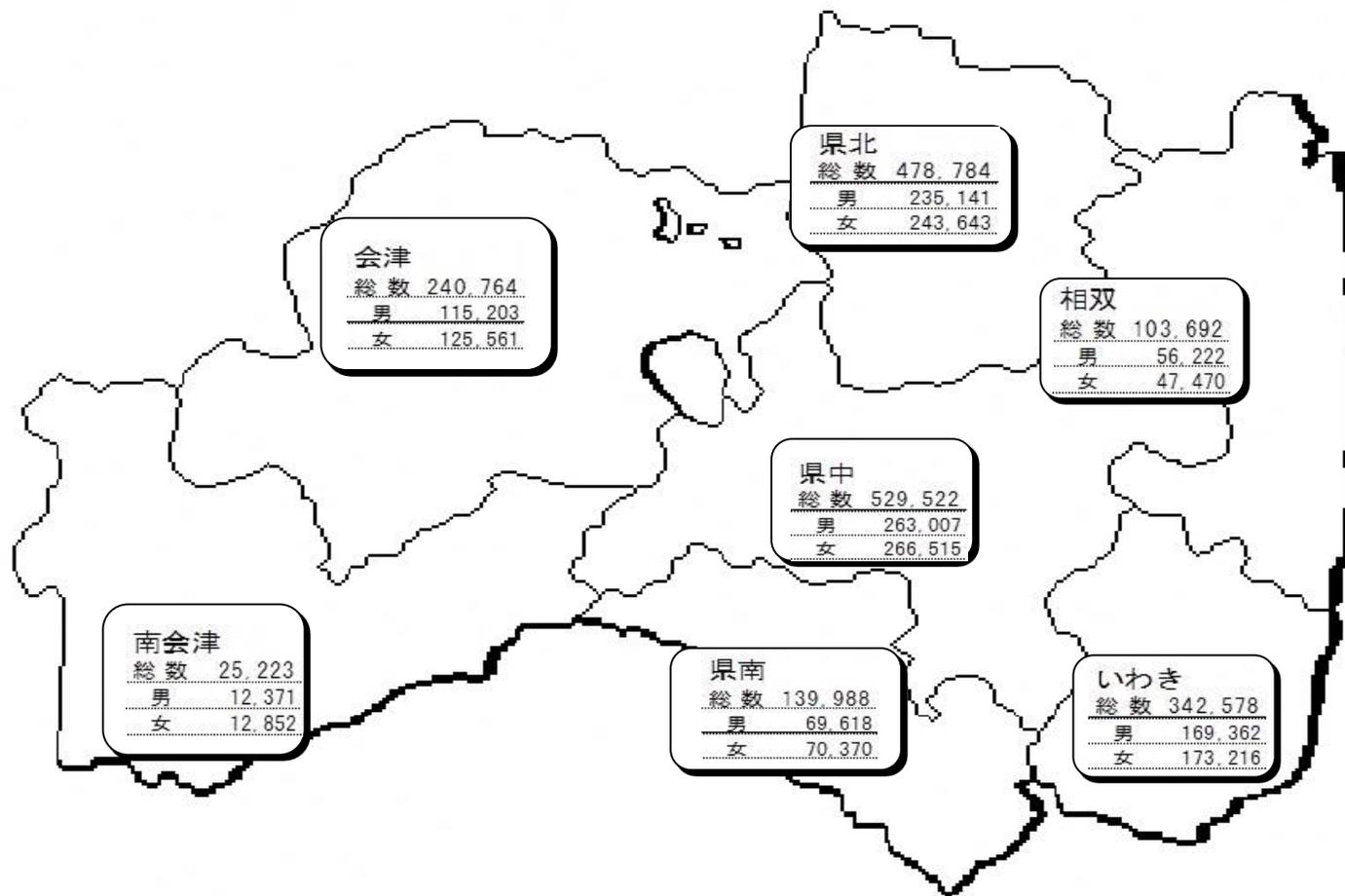
# 説明概要

- 1 福島県の概要
- 2 県民の生活習慣
- 3 医療概況
- 4 後期高齢者の状況
- 5 第2期保健事業実施計画概念図
- 6 重症化予防事業
- 7 訪問指導
- 8 課題
- 9 今後の取組み

# 1 福島県の概要

## (1) 福島県の推計人口（平成30年12月1日現在）

福島県	
総数	1,860,551
男	920,924
女	939,627

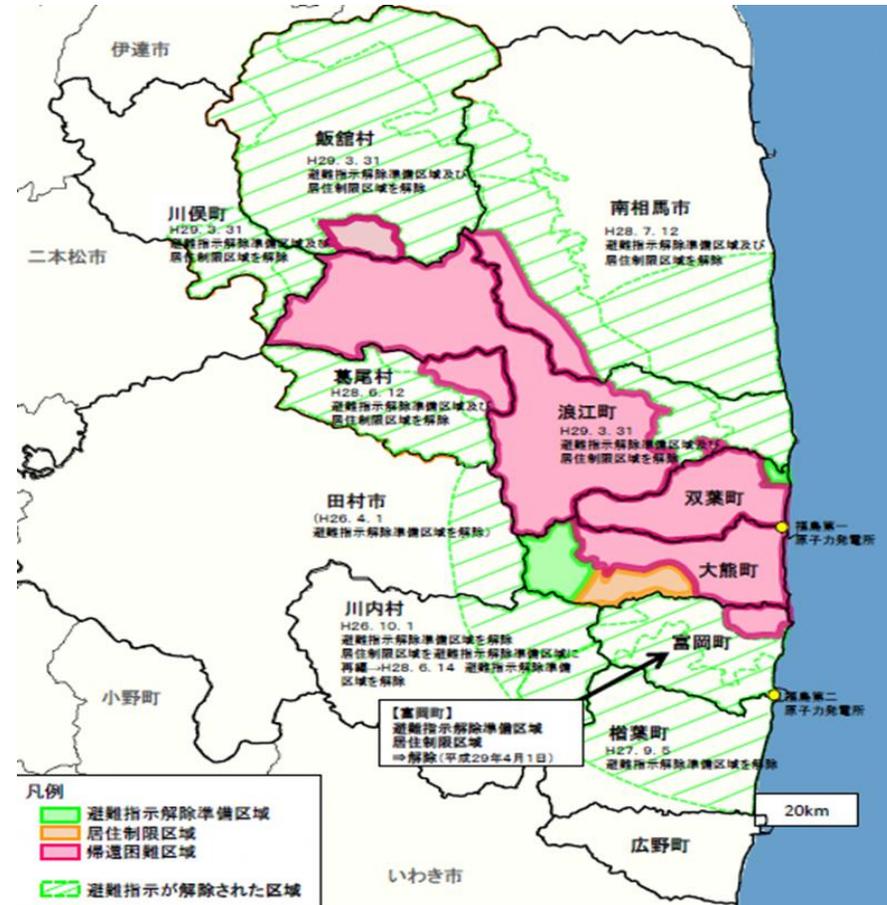


## (2) 被保険者の状況（平成30年11月末現在）

（単位：  
人）

圏域別	市町村数	被保険者数	地方別	計
県北	4市3町1村	75,505	中通り	169,493
県中	3市6町3村	72,568		
県南	1市4町4村	21,420		
会津	2市8町3村	44,681	会津	51,298
南会津	3町1村	6,617		
相双	2市7町3村	28,943	浜通り	78,744
いわき	1市	49,801		
計	13市31町15村	299,535		299,535

(3) 東日本大震災及び原子力災害の影響  
 ◎ 避難指示区域図（平成29年4月現在）



## ◎ 原子力災害に伴う避難者の推移

(単位：人)

年月	区分	県内避難者数	県外避難者数	計
24.5		102,827	62,038	164,865
25.5		97,286	54,680	152,113
26.5		83,250	45,854	129,154
27.5		67,782	46,170	113,983
28.5		50,602	41,532	92,154
29.10		19,696	34,870	54,579
30.12		10,054	33,147	43,214

出典：「ふくしま復興のあゆみ」（新生ふくしま復興推進本部）

※全体の避難者数には避難先不明者を含めているため、県内、県外の合計とは一致しない。

## 2 県民の生活習慣

### (1) 第二次健康ふくしま21

目標項目		単位	基準値	中間 目標値	現況値	目標達成率 (%)
糖尿病	合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入者）の減少	人	265	254	254	100.0
	糖尿病有病者の増加の抑制	%	6.3	6.7	6.6	75.0
	血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少	%	0.96	0.89	0.90	85.7
栄養・ 食生活	成人一人当たり食塩摂取量減少					
	男性	g	13.0	11.0	11.9	55.0
	女性	g	11.0	9.3	9.9	64.7
	成人一人当たり野菜摂取量増					
男性	g	350	350	347	-	
女性	g	318.0	334	314	-25.0	
運動	運動習慣を持つ者の割合の増					
	男性	%	19.5	25.3	17.4	-36.2
	女性	%	13.3	19.7	15	26.6

### 3 医療概況

#### (1) 人口動態統計（平成27年）

死因別、都道府県別死亡率

（人口10万人当たりの死亡率）

死因	死亡率	
	男	女
心筋梗塞	ワースト1	ワースト1
脳梗塞	ワースト7	ワースト5
糖尿病	ワースト6	ワースト6

#### (2) 患者調査（平成26年度）

入院・入院外受療率（人口10万対）

疾病	区分	人数	全国順位
糖尿病	入院	14	29
	入院外	211	8
虚血性 心疾患	入院	11	31
	入院外	60	13
糸球体疾 患・腎尿細 管間質性疾 患・腎不全 等	入院	16	47
	入院外	84	29

## 4 後期高齢者の状況

### (1) 疾病分類別受診率及び一人当たり医療費（平成28年度）

- ① 入院外で受診率及び一人当たり医療費とも高血圧で全国を上回っている。
- ② 男女別では、男性では高血圧症と糖尿病、女性では高血圧症で受診率及び一人当たり医療費ともに高い。

### (2) 健診結果の概要（平成28年度）

- ① 後期高齢者の約80%が「高血圧症、予備群」です。80歳代までは加齢とともに増加傾向
- ② 約5人に一人は「糖尿病」が見られ、男性は加齢と共に減少傾向、女性は90歳代までは横ばいから微増傾向
- ③ 女性の約2人に1人は「脂質異常症」が見られる。男女ともに加齢とともに減少傾向

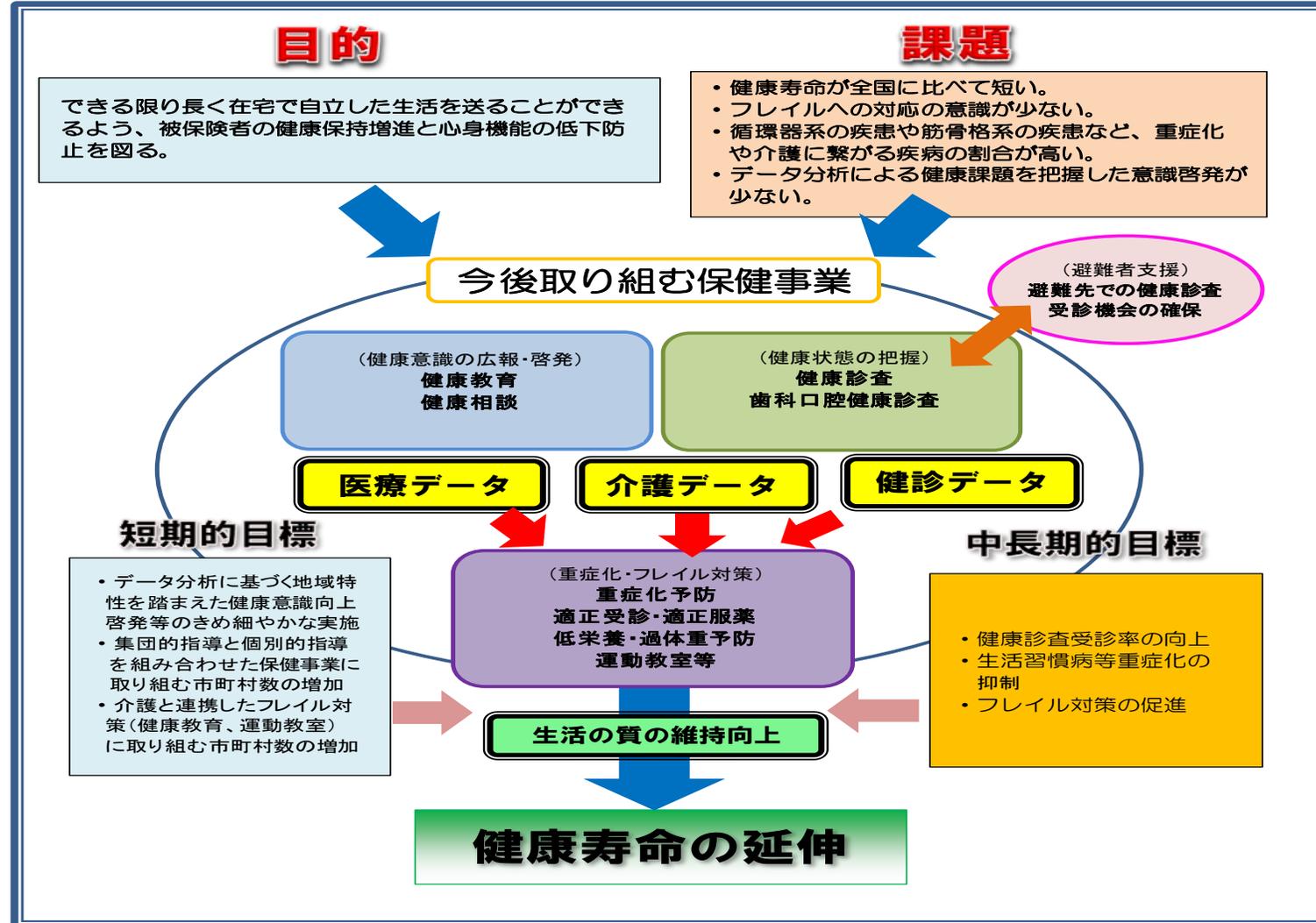
### (3) 高齢者の状態像

- ① 後期高齢者は、前期高齢者と比べ、加齢に伴う虚弱な状態である**フレイルが顕著に進行する**。
- ② 複数の慢性疾患を保有し、フレイル等を要因とする老年症候群の症状が混在する。
- ③ 医療のかかり方として、多医療機関受診、多剤処方、残薬が生じやすい。
- ④ 健康状態や生活機能、生活背景等の個人差が拡大する。自立度の高い後期高齢者がいる一方多病を抱え高額な医療費を要する後期高齢者が一定の割合存在する。

#### (4) 糖尿病のレセプト分析

	被保険者数 A	糖尿病 B	疾病率 B/A	人工透析 D	透析率 D/B
30.12	301,121	64,092	21.3%	1,395	2.2%
29.12	298,343	62,410	20.9%	1,379	2.2%
28.12	295,974	60,680	20.5%	1,305	2.2%

## 5 第2期保健事業実施計画概念図



## 6 重症化予防事業（第2期保健事業実施計画）

### (1) 事業概要（No.1）

① 実施主体 広域連合

② 目的

主要な生活習慣病（高血圧症、糖尿病、脂質異常症）の重症化を予防し、健康状態の維持・改善を図る。

③ 対象者

健康診査受診者で以下の項目のうち受診勧奨領域のいずれかに該当し、医療機関への受診がない者

ア 血圧 収縮期血圧160mmHg以上 又は 拡張期血圧  
100mmHg以上

イ 血糖 HbA1c7.0%以上 又は 空腹時血糖126mg/dl以上

ウ 脂質 中性脂肪300mg/dl以上 又は LDLコレステロール  
180mg/dl以上

## (2) 事業概要 (No. 2)

### ④ 事業内容

KDBシステムを活用して選定した対象者に対する疾病理解、運動指導及び食事指導等を行うとともに、医療機関への受診勧奨を行う。

### ⑤ 実施方法

ア 対象者を抽出し、受診勧奨及びアンケート調査票を送付する。

イ 回答があった者のうち未受診者に対しては受診勧奨を行う。未回答者に対しては、受診を促すよう啓発を行う。

ウ 対象者に項目ごとにアドバイスシートを送付する。

エ 対象者リストを市町村に送付し、「健康教育」又は「運動教室」への参加を促す。

オ 専門家に相談したいことがある者を対象に訪問保健指導を行う。

## 《参考①》

### 「福島県後期高齢者医療懇談会」からの助言

- ・血糖 HbA1c 7.0%以上は、高齢者の糖尿病の治療向上のための日本糖尿病学会と日本老年学会の合同委員会「高齢者糖尿病の血糖コントロール目標より
- ・糖尿病から糖尿病性腎症、人工透析に至る過程は、10年、20年の長期スパンである。後期高齢者になったからといって、急に悪くなる訳ではない。幅広に対応してはどうか。

#### 「福島県後期高齢者医療懇談会」

目的：後期高齢者医療制度の適切かつ円滑な運営に資する

懇談事項：保険料及び医療給付に関する事、保健事業に関する事等

#### 構成員

被保険者代表 3人	福島県シルバー人材センター連合会、福島県老人クラブ連合会、福島県社会福祉協議会
支援世代代表 2人	福島県婦人団体連合会、福島県民生児童委員協議会
保険医等代表 3人	福島県医師会、福島県歯科医師会、福島県薬剤師会
学識経験者代表 1人	福島県立医科大学
医療保険者代表 1人	福島県国民健康保険団体連合会
行政関係者 2人	福島県保健福祉部国民健康保険課、福島市市民部国民年々金課（構成市町村協議会長）

## 《参考②》 「福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における後期高齢者の位置づけ (No.1)

### 3 医療機関未受診者、糖尿病治療中断者に対する受診勧奨

#### (1) 対象者の基準

医療機関受診勧奨対象者については、次の①及び②を選定基準とする。

なお、①ア、①イ、②の受診勧奨の優先順位については、保険者の実情によって設定するものとする。

#### ① 医療機関未受診者

ア 空腹時血糖126mg/dl（随時血糖200mg/dl）以上又はHbA1c(NGSP)6.5%以上の者

保険者の実情に合わせて、特定健診等の結果から抽出して受診勧奨の対象とする。

イ アを満たす者のうち尿蛋白+以上又は推算糸球体ろ過量（eGFR）60ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満の者

糖尿病性腎症のリスクが高い者として優先的にターゲットを絞り、個別かつ集中的な受診勧奨を行う。

#### ② 糖尿病治療中断者

過去に糖尿病治療歴があるが、6か月以上経過後のレセプト情報において糖尿病受診歴が確認できない者抽出し受診勧奨を行う。

※後期高齢者については、フレイル、認知症等の状況を勘案し、個別に設定する必要がある。

## 《参考③》 「福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における後期高齢者の位置づけ (No. 2)

### 4 重症化予防対象者への保健指導

#### (1) 重症化予防対象者の基準

保健指導を行うべき重症化予防対象者は、2型糖尿病で通院中の者で次の①から③に該当した者を基準とする。

#### ① 特定健診等の結果から抽出する場合は、次に該当する者

- ア 空腹時血糖126mg/dl (随時血糖200mg/dl) 以上又はHbA1c (NGSP) 6.5%以上の者
- イ 尿蛋白+以上又は推算糸球体ろ過量 (eGFR) 60ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満の者

#### ② 診療情報、レセプト情報から糖尿病性腎症の病期が第2期、第3期及び第4期と思われる者

#### ③ 糖尿病性腎症は発症していないが、種々のリスク要因を有し保険者が必要と認めた者

## 《参考④》 「福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における後期高齢者の位置づけ (No.3)

- 【例】
- ・ II度高血圧以上の者（収縮期160mmHg以上、拡張期100mmHg以上）
  - ・ 脂質異常（LDL-C140mg/dl以上、中性脂肪300mg/dl以上）を有する者
  - ・ 肥満者（BMI25以上、又は腹囲（男性：85cm以上、女性：90cm以上）
  - ・ 喫煙者
    - ・ 眼底に糖尿病性変化を認める者
  - ・ 空腹時血糖126mg/dl（随時血糖200mg/dl）又はHbA1c (NGSP) 6.5%以上の者で、特定健診質問票の歯科に係る問診内容から歯周病及び咀嚼障害が疑われ、指導対象とすべき者

※高齢者については、複合的な疾病合併のみならず、老化に伴う諸臓器の機能低下を基盤としてフレイル、サルコペニア、認知症等の進行がみられ個人差が大きいことから、糖尿病性腎症重症化予防の対象者選定基準に合わせた一律のプログラムではなく、個人の状況に合わせて、QOL維持・向上、要介護状態への移行阻止等を含む包括的な対応も考慮する必要がある。 ⇒低栄養予防事業実施、市町村の「健康教育」・「運動教室」へ

## 《参考⑤》 「福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における後期高齢者の位置づけ (No.4)

『福島県生活習慣病検診等管理指導協議会「糖尿病部会」』に広域連合参画

目的：がん、脳卒中、心臓病等の生活習慣病の動向を把握し、市町村、医療保険者及び検診実施機関に対し、検診の実施方法や制度管理のあり方等について適切な指導を行う。

事務局：福島県保健福祉部

構成員

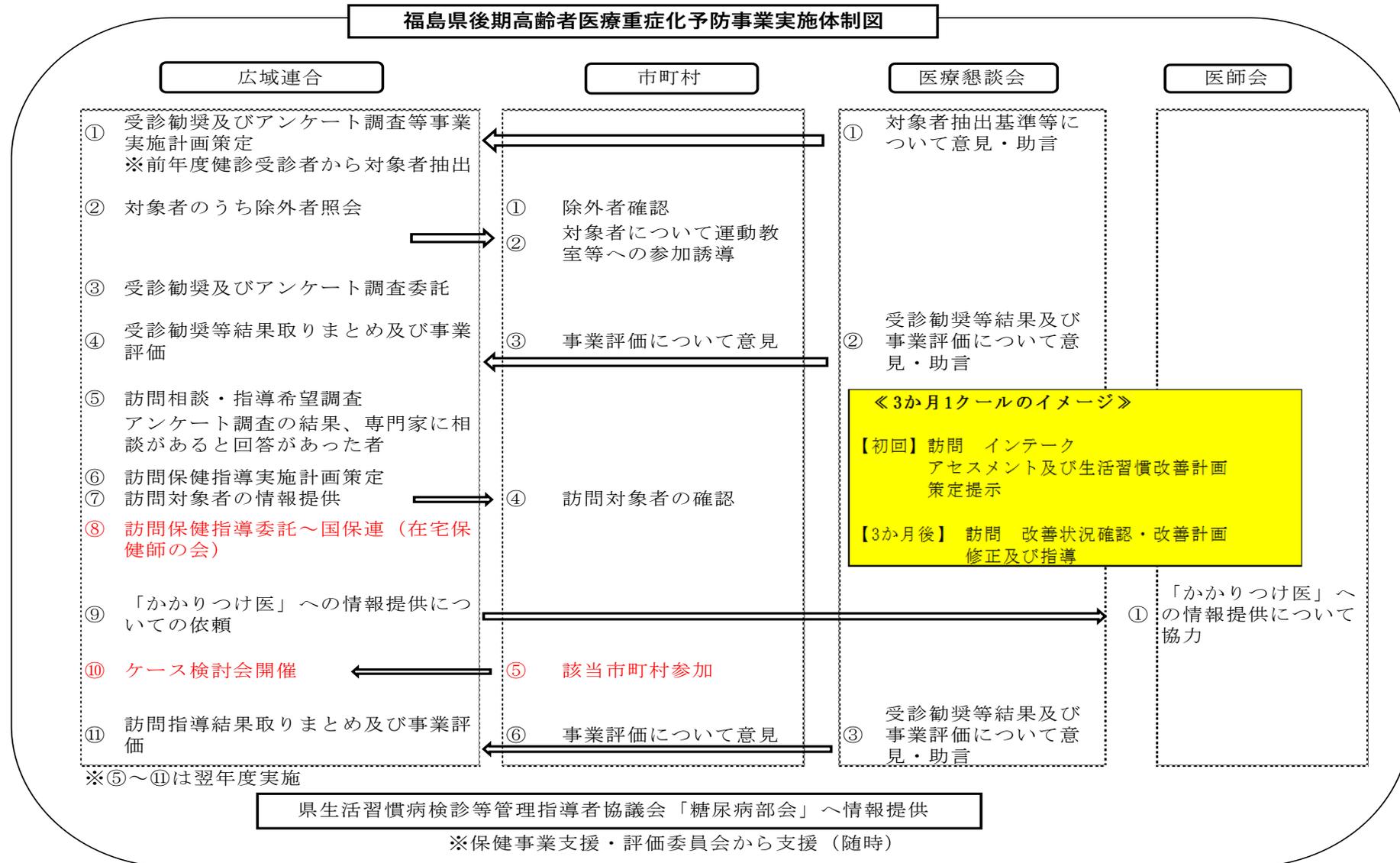
保険医等代表 3人	福島県医師会、福島県歯科医師会、福島県薬剤師会
学識経験者代表 1人	福島県立医科大学
医療保険者代表 4人	福島県保険者協議会（4団体：後期高齢者医療広域連合、2市、健康保険組合）
糖尿病対策推進会議	代表：内科クリニック

※ 平成29年度「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」策定 3回開催

プログラム策定に当たっては、さらに1市1町1村が参画

※ 平成30年度プログラムによる事業実施に当たっての課題の共有、整理 1回開催

### (3) 重症化予防事業実施体制



## (4) 受診勧奨及びアンケート調査 (No. 1)

◎医療機関受診勧奨（健診結果等）及びアンケート調査

◎アドバイスシート（該当項目及びアンケート回答内容によりそれぞれ異なる）

### ●アンケート回答結果

	29年度対象者 (28年度受診者)			30年度対象者 (29年度受診者)	
	送付	回答	尿蛋白+		尿蛋白+
血压	74	31		236	
血糖	452	282	34	133	21
血压・血糖	8	5		11	
血糖・脂質	6	4		16	
血压・血糖・脂質	2	1		2	
脂質	49	24		136	
血压・脂質	11	6		19	
計	602	353		553	

※専門家に相談したいことがある 95人

※30年度血糖の対象者数が減少したのは、HbA1cの抽出基準を変更したことによる。

## (5) 受診勧奨及びアンケート調査 (No. 2)

### ●医療機関への受診状況

(単位：人)

	はい	いいえ	無回答	計
血压	7	23	1	31
血糖	236	33	13	282
血压・血糖	8	16	0	24
血糖・脂質	2	3	0	5
血压・血糖・脂質	2	4	0	6
脂質	2	2	0	4
血压・脂質	0	1	0	1
計	257	82	14	353

### ●血糖について

通院状況 (単位：人)

通院中	194
通院不要と言われ今は行っていない	16
その他	6

### 血糖に関する薬を飲んでいるか

はい	112
いいえ	114

### 健診時より良くなったか

良くなった	95
変わらない	89
悪くなった	4

### 医療機関を受診しなかった理由 (全項目)

(単位：人)

受診が必要な数値だと思っていない	11
生活習慣を見直して自分自身で取り組んでいる	40
健診結果は本来の数値でないと思っている	11

## (6) 受診勧奨対象者の健診結果の変化等

◎平成29年度(28年度健診受診者) 対象者

(単位：人)

項目	空腹時血糖	HbA1c	中性脂肪	LDL	収縮期血圧	拡張期血圧	計
対象者数	16	439	14	51	77	5	602

●平成29年度健診受診等の状況



(単位：人)

項目	空腹時血糖	HbA1c	中性脂肪	LDL	収縮期血圧	拡張期血圧	計
数値が前年度より改善	5	124	12	27	33	2	203
数値が前年度より悪化	3	153	0	13	20	0	189
前年度と数値が同じ		56	0	0	3	0	59
29年度健診未受診	8	106	2	11	21	3	151

●平成30年度対象となった者の状況

(単位：人)

項目	空腹時血糖	HbA1c	中性脂肪	LDL	収縮期血圧	拡張期血圧	計
前年度と同項目で該当	2	6	2	10	20	0	40
前年度と違う項目で該当	2	1	0	2	0	0	5

◎概要

- ① HbA1c対象者439人のうち、翌年度数値が改善した者は124人で、割合は28.2%、数値が悪化した者は153人で割合は34.9%である。
- ② HbA1c対象者のうち、29年度健診未受診者106人、30年度対象者7人を除く計326人が実質的な除外者で除外率は74.3%であった。全体では、29年度対象者のうち、30年度対象となった者は45人である。
- ③ 除外となった者で医療機関につながっていても、数値が改善していない者が多い。

## 7 訪問指導

### (1) 訪問保健指導

#### ◎ 訪問指導実施に至る背景

- ① 受診勧奨及びアンケート調査の結果、「専門家に相談したいことがある」と回答があった者が多かったこと。
- ② 医療機関を受診していない者が相当数いること。
- ③ 文書による受診勧奨のみでは、重症化予防の効果は薄いこと。

#### ◎ 福島県国民健康保険団体連合会（在宅保健師の会）に委託して実施した経緯

- ① 被保険者が安心して家庭訪問を受け入れやすいように、また、「かかりつけ医」との連携や健康の保持増進のため、地域の社会資源を熟知しており、被保険者に適切に情報提供ができる県内在住の保健師であること。  
⇒（顔の見える関係）
- ② ①の条件を満たす団体は、「在宅保健師の会」の事務局を担う国民健康保険団体連合会のみであること。

#### ◎ 健康相談意向調査及び訪問指導

- ① 本年度の訪問指導については、「県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を念頭に置きながらも、訪問ノウハウの共有と訪問保健師の質の向上を図ることを前提として訪問地域を限定して初めて実施した。
- ② 対象者の選定については、29年度対象者へのアンケート結果から「専門家に相談したいことがある」と回答があった者に対して、訪問希望調査を実施した。
- ③ 今後、「県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」との連携を図っていく。

項目	調査数(30.4)	訪問希望者	訪問 (8月)	2回目訪問 (11月)
血糖	69	10	8	4
血圧	6	1	1	

※4市1町実施、電話相談のみ1人（血糖） 辞退1人

※70代女性1人 80代男性5人 80代女性2人 90代男性1人、2型糖尿病 5人

## (2) ケース検討会 (H30.10) (No.1)

(参加者) 訪問保健師 7人、関係市町 4人 (うち保健師 2人)、国保連合会保健師 2人  
(助言者) 福島県立医科大学 看護学部 地域・在宅看護部門 講師

### ◎検討会における参加者からの意見

#### (訪問保健師から)

- ① 話が人生論になって肝心な話がなかなかできない。
- ② 80歳を超えた者に対して指導をしても効果はあるのか。もっと若い者へ行くべきではないか。
- ③ 認知症が疑われ市町村の介護と連携したいがどうすればよいか。
- ④ 「かかりつけ医」から訪問前に指導処方を聞ければよい。

#### (市町村から)

- ① 高齢者は重症化してほっておく者もいる。認知症の方など保健指導だけでは改善できない。予防だけでは改善できない。介護との連携が大事
- ② 高齢者の健診担当はしているが、予防の部門と分かれている。市で支援を継続する場合には保健師に繋必要がある。
- ③ 国保、保健指導、介護が分かれている。具体的にはどのようなことができるのか。後期高齢者までは手が回らない。
- ④ 連携が重要とは認識している。現在は特定保健指導もままならない。

### (3) ケース検討会 (H30.10) (No.2)

(助言者から)

- ① 話が終わらないことが多い。肝心な話ができない。出てこない。
- ② 訪問希望者は健康に関心がある人たち、ながい人生の積み上げた結果を話してくる。
- ③ 1回目ながくなった人でも、自分はこうしているという話が前提なので次に繋がると思われる。
- ④ 高齢は喪失の時期～近所繋がり 役目 体力 健康状態 ちょっとした変化でも褒めることが大事
- ⑤ 福島の土地柄、人柄から主張ができない。言葉になくても思い測ることが大事
- ⑥ 寄り添っていくことが第1歩

今後の関わり方

- ① 運動、食事、薬の飲み残し管理できているか。行動変容を見る。
- ② 1, 2年どんな生活をしたいか。健康でいたい。健康でいるためにはどうすればよいか。チェックリストによりアセスメントが必要、野菜、タンパク源偏っていないか。
- ③ 間食、くだもの摂りすぎではないか。1日量を教示
- ④ 未受診、断薬 その人の価値観 その背景を知ること。
- ⑤ 悪くなったら、みんなに迷惑をかける。健康で自分のことは自分でやる。家族を巻き込む。行動を変えるきっかけを与える。～専門職が入る意義

## 8 課題

- ① 前年度の健康診査結果を広域連合で取りまとめるのが翌年度の6月頃になり、その後受診勧奨を行うので、健診受診後から受診勧奨まで相当のタイムラグがある。
- ② 対象者の中には既に医療機関を受診している者、あるいは当該年度の健康診査を受診している者もいるものと思われるが、把握が困難である。
- ③ 医療機関を受診していない者が相当数いる。
- ④ アンケート未回答者及び保健指導対象者で訪問指導希望をしない者へのアプローチの仕方
- ⑤ 県内に訪問指導を受託できる保健師を抱える団体が少ない。
- ⑥ 訪問指導は、受診勧奨及びアンケート調査後となることから、平成28年度の健診受診者に対する訪問指導が平成30年度になってしまっている。
- ⑦ 市町村は国保の保健事業で手一杯で後期高齢者までは手が回らないといった状況がある。

## 9 今後の取組み

### (1) 次年度の取組み

- ① 訪問指導のあり方、ノウハウを共有し、県内在住の訪問保健師を確保すると共に、訪問対象地域を拡大し訪問件数を増やす。
- ② 対象者リストを市町村に提供し、健康教育・健康相談、運動教室への参加を促す。
- ③ 市町村における事業の実施（モデル実施希望市町村）

### (2) 次年度以降検討

- ① 受診勧奨及びアンケートを年度早期に実施し、年度内訪問指導の実施
- ② 「かかりつけ医」等との連携のあり方
- ③ 訪問を希望しない訪問指導対象者へのアプローチ
- ④ アンケートの回答がなく医療機関未受診者へのアプローチ
- ⑤ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

ご清聴ありがとうございました。