

# 福岡県嘉麻市における 糖尿病性腎症重症化予防の取組

～改訂版からこれまでの取組を振り返って～



嘉麻市マスコットキャラクター  
かましちゃん



令和元年6月26日 (水)

第143回 市町村職員を対象とするセミナー

福岡県 嘉麻市役所 市民課 国保年金係 山下 愛

# 嘉麻市の概況

【第2期嘉麻市国民健康保険データヘルス計画より】

【総人口】 42,342人

【高齢化率】 30.3%

【国保加入率】 25.8%  
(10,908人)

【特定健診受診率】 43.5%  
(H29年度) 3,023人/6,945人

【特定保健指導率】 77.5%  
(H29年度) 297人/383人



# 嘉麻市（国保）の健康課題

社会保障費を安定化させるために～第2期嘉麻市国保データヘルス計画から見た健康課題～



**1. 特性** (A)

	加入率 (%)	高齢化率 (%)	出生率 (人口千体)
嘉麻市	25.8	30.3	6.6
同規模	25.1	29.1	7.2
福岡県	24.6	22.5	9.4
国	26.9	23.2	8.6

同規模保険者数：259市

**2. 医療環境** (B)

H28年度	嘉麻市		同規模平均	福岡県
	実数	割合 (%)	割合 (%)	割合 (%)
病院数	8	0.7	0.4	0.4
診療所数	26	2.4	2.9	3.8
病床数	901	82.6	59.8	70.4
医師数	56	5.1	7.5	12.8
外来患者数	686.0		698.5	686.6
入院患者数	27.0		23.6	22.3

**3. 経済状況** (C)

H26年度	所得 (千円)
嘉麻市	1,920 55位/60団体
福岡県	2,759



**4. 健診受診率と保健指導率** (D)

特定健診受診率	H25年度	H28年度	差
		38.3%	40.9%
うち治療者割合	65.5%	67.1%	1.6%
うち未治療者割合	25.4%	24.4%	△1.0%

特定保健指導率	H25年度	H28年度	差
		65.2%	73.0%
県内順位	19位	16位	

**5. 有所見者の割合**

H25年度	糖尿病			
	HbA1c 7.0%以上		(再掲) 未治療者	
	人	%	人	%
H25年度	139	4.7	41	29.5
H28年度	181	6.1	50	27.6

**6. メタボ (肥満) の状況** (D)

H25年度	メタボ				肥満 BMI25以上	
	予備軍		該当者		人	%
	人	%	人	%	人	%
嘉麻市	374	12.6	501	16.9	735	24.7
H28年度	364	12.4	595	20.3	729	24.7
福岡県	27,679	11.4	38,111	15.7	54,446	22.4
H28年度	27,700	11.2	42,446	17.2	56,935	23.1

**A** ①死亡率が出生率を上まわっているため、人口減少傾向  
②女性については、健康寿命と平均寿命の差が長く男性では短命

**B** 医師数は少ないが、医療環境が充実していて入院が多い

**C** 平均所得が低い (健康格差につながりやすい)

**D** ①治療者の特定健診受診によって受診率が増えたが  
②糖尿病及びメタボ等の有所見割合が増えた

**7. 医療費の変化** (E)

全体	
H25年度	39億7,835万円
H28年度	38億6,839万円 △1億996万円

**8. 一人当たり医療費の変化** (E)

1人当たり医療費 (円)		嘉麻市順位	伸び率
H25年度	嘉麻市 27,109	県内20位 同規模96位	
	福岡県 24,609		
	国 22,779		
H28年度	嘉麻市 28,798	県内17位 同規模108位	105.4
	福岡県 25,927		106.5
	国 24,253		106.5

**9. 入院と入院外 (外来) の件数・費用額の割合比較** (B)

		嘉麻市	同規模	県	国
		外来	費用の割合 53.9	56.9	54.9
	件数の割合	96.2	-	96.9	97.4
入院	費用の割合	46.1	43.1	45.1	39.9
	件数の割合	3.8	-	3.1	2.6
1件あたり在院日数		17.9日	17.0日	16.9日	15.6日

**10. データヘルス計画の対象疾患が医療費に占める割合** (E)

嘉麻市	H25年度	脳	心	腎	糖尿病	高血圧	脂質異常症	合計
		脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞	慢性腎不全 (透析有)				
	H25年度	1.97%	1.29%	5.06%	5.14%	6.06%	3.28%	23.91%
	H28年度	2.40%	1.23%	5.35%	5.44%	4.89%	2.87%	22.75%
県	H28年度	2.22%	2.04%	5.40%	5.40%	4.75%	2.95%	23.12%
国	H28年度	2.34%	2.02%	3.02%	4.81%	4.61%	3.05%	20.23%

**E** ①被保険者数の減少により総医療費は減少傾向であるが、1人あたり医療費は増加傾向であり、伸び率も高い  
②予防可能とされるデータヘルス計画の対象疾患の医療費割合も増加傾向  
③総医療費に占める人工透析医療費は、県と比較して国保が高く、後期高齢者医療で低いことより、**若年 (65歳未満) の人工透析患者が多い**  
④**新規透析導入患者のうち糖尿病のある患者の平均年齢は若年化している**

**11. 人工透析医療費** (E)

人工透析医療費		費用額	総医療費に占める割合
国保 (65歳未満)	嘉麻市	2億541万円	5.3%
	県	133億7,607万円	3.4%
後期 (65歳以上)	嘉麻市	4億5,006万円	5.9%
	県	511億568万円	7.6%

**12. 新規透析導入患者の平均年齢** (E)

	新規透析導入患者平均年齢	糖尿病あり	糖尿病なし
H25年度	62.9歳	67.2歳	53.5歳
H28年度	63.8歳	58.0歳	67.7歳

**B** (四葉のクローバー)

**15. 寿命の状況** (A)

	平均寿命 (歳)		健康寿命 (歳)		差 (歳)	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
嘉麻市	78.7	86.7	65.0	66.8	13.7	19.9
同規模	79.2	86.4	65.1	66.8	14.1	19.6
福岡県	79.3	86.5	65.2	66.9	14.1	19.6
国	79.6	86.4	65.2	66.8	14.4	19.6

**16. 死亡の状況** (A)

	死亡率 (人口千体)
嘉麻市	14.2
同規模	13
福岡県	9.5
国	9.6

**13. 要介護認定者の経年推移** (F)

	H25年度		H28年度		差 (人)
	人数	割合	人数	割合	
1号認定者数	3,240	25.1	3,059	24.2	181人減
新規認定者数	77	0.3	42	0.3	35人減
2号認定者数	90	0.7	67	0.5	23人減

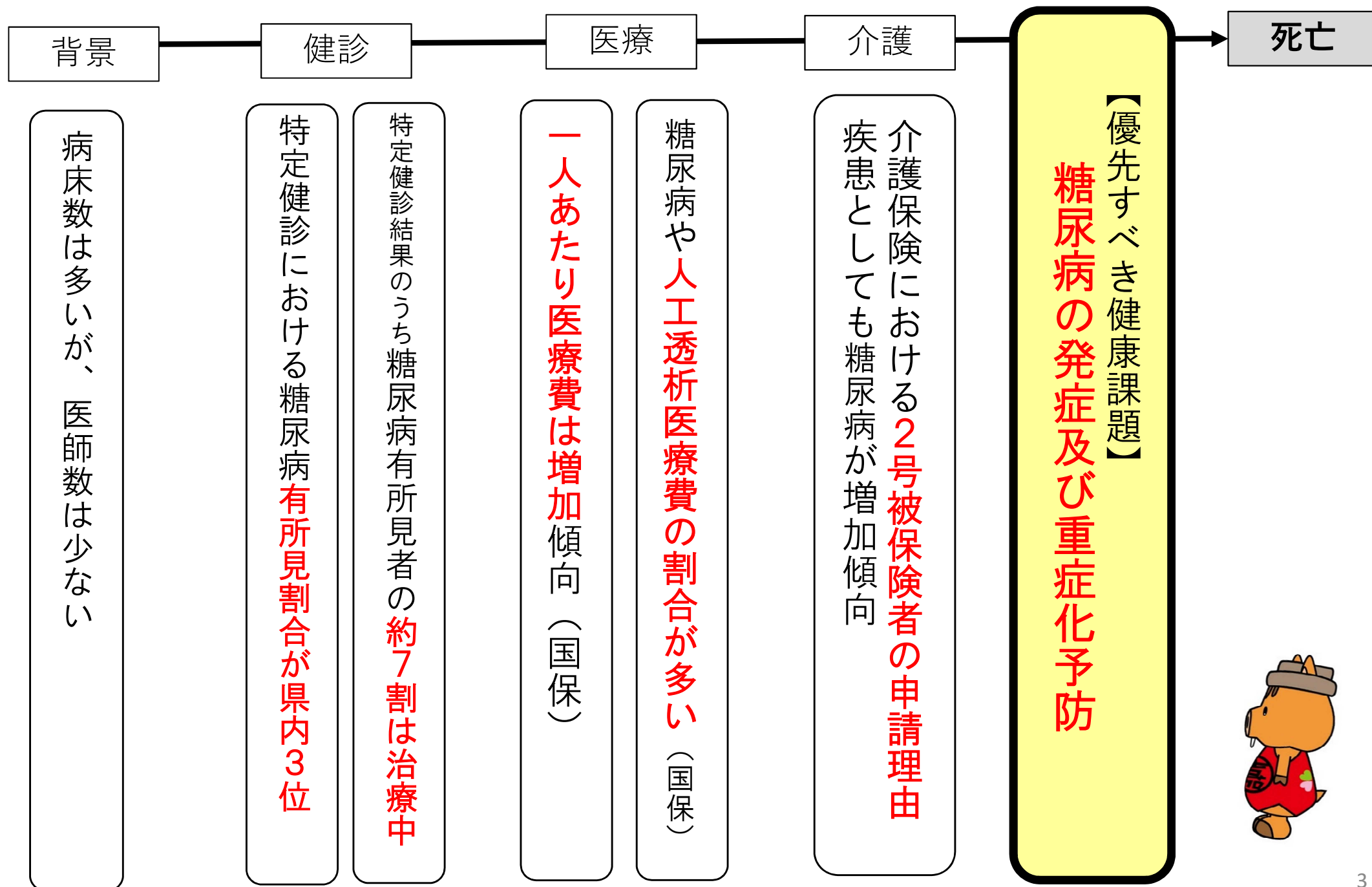
**14. 要介護者におけるデータヘルス計画対象疾患の有病状況**

要介護者の有病状況	脳卒中		虚性心疾患		腎不全		糖尿病		高血圧		脂質異常症		合計			
	2号	H25年度	2号	H25年度	2号	H25年度	2号	H25年度	2号	H25年度	2号	H25年度				
嘉麻市 被保険者	H25年度	60.4%	22.3%	18.9%	49.3%	78.5%	57.3%	89.3%	H28年度	76.5%	26.5%	17.6%	44.1%	76.5%	47.1%	97.1%
福岡県 被保険者	H25年度	33.1%	25.0%	5.6%	43.7%	68.3%	47.2%	88.8%	H28年度	49.4%	41.8%	10.9%	37.2%	84.8%	50.7%	95.2%

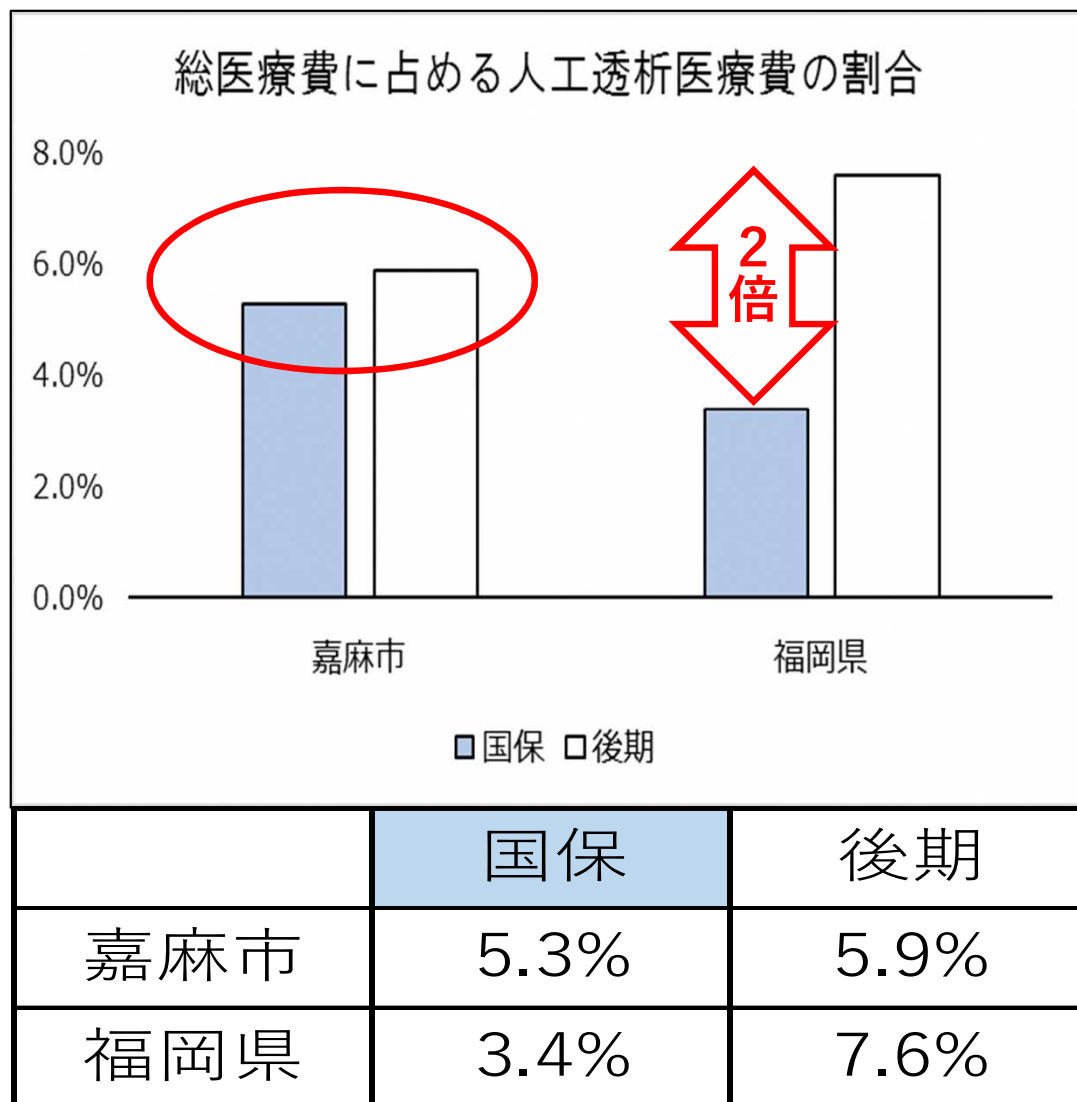
**F** ①認定率は減少傾向にあるが、新規認定者割合は変化なし  
②要介護者においても、予防可能とされる疾患 (生活習慣病) の有病割合が多い

**【優先すべき健康課題】 糖尿病の発症及び重症化予防**  
治療の有無に関係なく、健診受診率の更なる向上を目指し、**医療と連携しながら、有所見者の保健指導を丁寧に徹底して行い、ライフステージ途切れることない市内横断的な取り組みとして、取り組んでいく必要がある**

# 糖尿病重症化予防策に関する健康課題【第2期データヘルス計画 概要版より】



# 若い世代の多い国保でも人工透析の医療費割合が後期並みに高く、 糖尿病による導入年齢が50代と若い



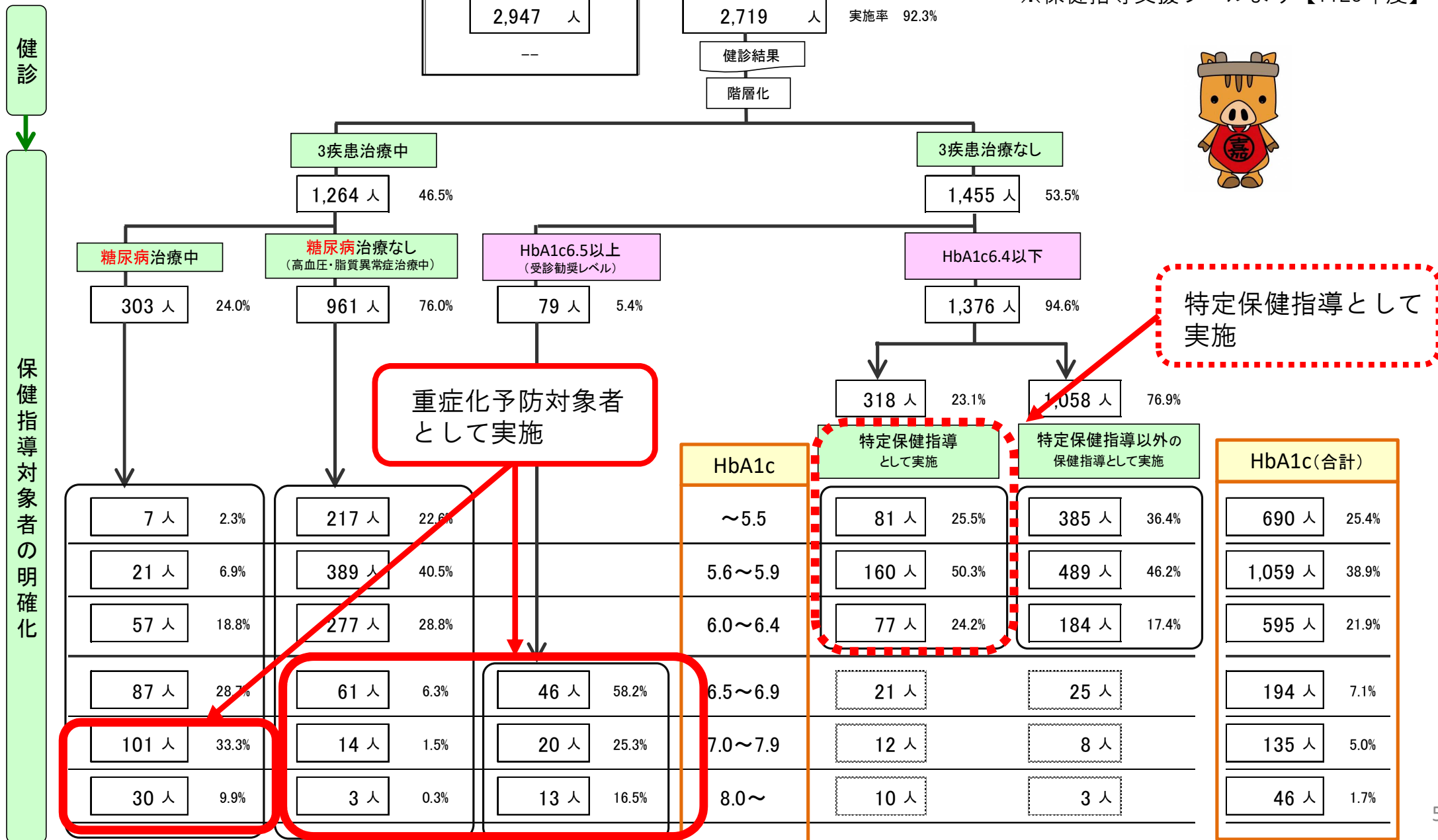
## 人工透析患者のうち新規透析患者の平均年齢

透析患者		25年度	26年度	27年度	28年度
新規導入	新規透析患者				
	平均年齢	62.9歳	61.6歳	52.4歳	63.8歳
	糖尿病あり 平均年齢	67.2歳	60.6歳	58.3歳	58.0歳
	糖尿病なし 平均年齢	53.5歳	63.3歳	43.5歳	67.7歳

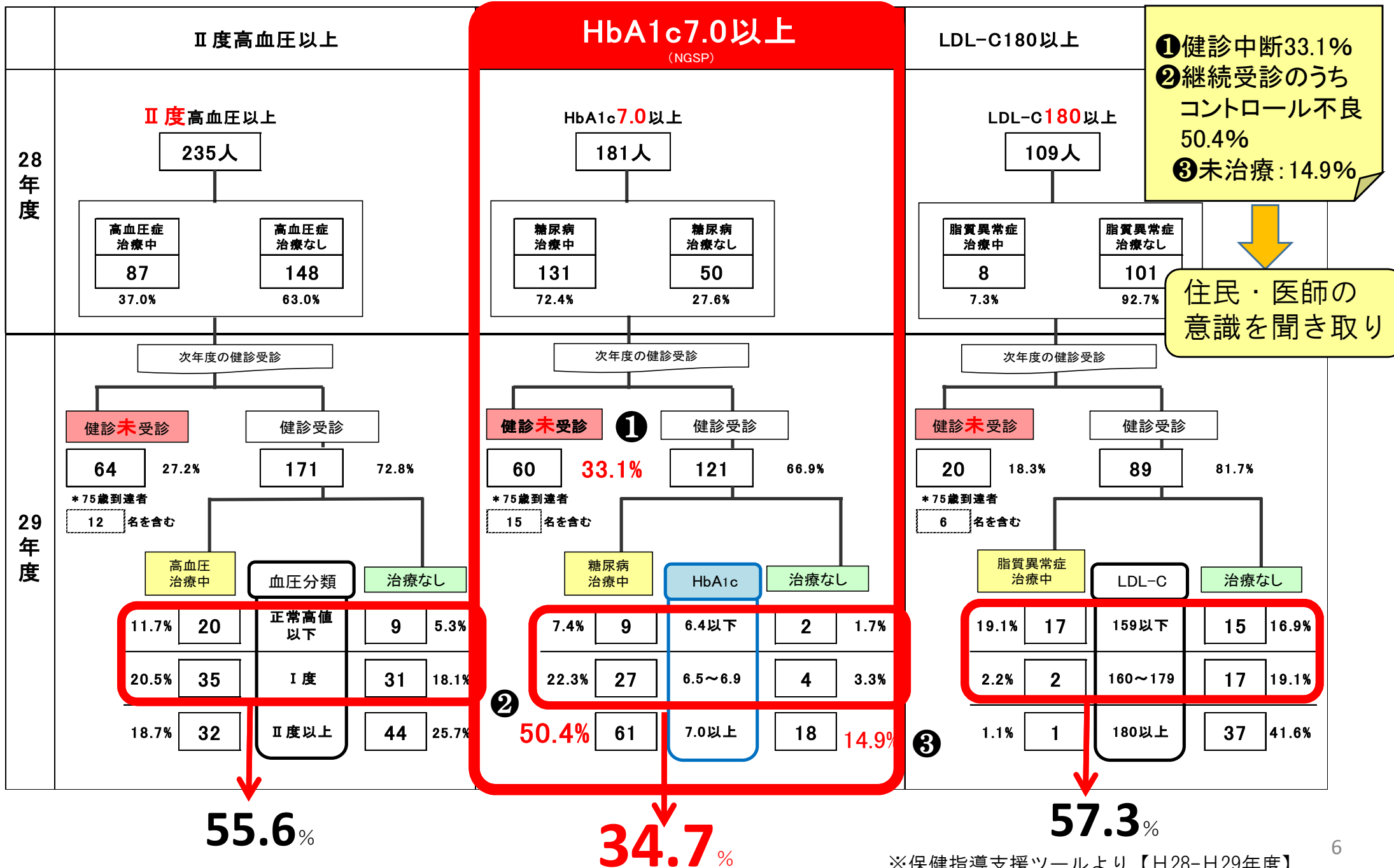
※福岡県では、65歳以上の透析患者が重度障害者医療費制度の認定を受ける場合、後期高齢者医療への加入が要件化されている

# 特定保健指導該当者かどうかに関わらず、重症化予防対象者を抽出 →個別の保健指導を実施

※保健指導支援ツールより【H28年度】



# 高血圧や脂質異常の改善に比べ、高血糖（HbA1c7.0以上）の改善は3割程度



※保健指導支援ツールより【H28-H29年度】

# 住民・医師等の声

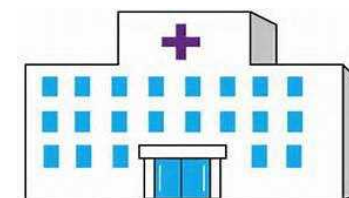


【住民】

「**何ともない**から、何度言われても、病院には行かない。」  
「**薬を飲んでいる**のだから、話（保健指導）はいらない。」  
「**先生に任せている**。市役所には関係ない。」

【先生（医師）】

「治療しているのだから、**健診は受けなくていい**。」  
「患者さんは、**保健指導を嫌がっている**。」  
「クリニックには**栄養士さんがいなくて**、指導ができない」



市役所



行政だけで取り組んでいても、住民や先生（医師方）方との取組（糖尿病性腎症重症化予防プログラムの推進）でなければ、健康課題は解決できない

⇒**顔がみえる**関係構築が必要かつ重要！



# 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改訂（H31年4月）を受けて、これまでの取組を振り返ってみました

糖尿病性腎症重症化予防プログラムにおける「市町村の役割」の比較

初版（H28年3月）	改訂版（平成31年4月）
1) 地域における課題分析	1) 庁内体制の整備
2) 対策の立案	2) 地域連携を通じた課題分析と情報共有
3) 対策実施	3) 事業計画の立案
4) 実施状況の評価	4) 事業実施
	5) 事業評価
	6) 人事確保・育成

これまでの  
嘉麻市の取組

1、庁内外  
連携事業

2、保健事業の実施



## 【評価の視点】

ストラクチャー

プロセス

アウトプット

アウトカム

# 1. 庁内連携事業（**庁内体制の整備**）

庁内体制

【H27年度】

ストラクチャー

- ① 庁内ワーキング会議（副市長・関係各課長 7課8名）
- ② 庁内担当者ワーキング会議（関係各課職員 7課18名）

【H28年度】

ストラクチャー

- ① 専門職会議（庁内の保健師・管理栄養士等の専門職12名）
- ② 庁内担当者ワーキング会議（関係各課職員 7課21名）

【H29年度】

プロセス

## 健康講座

→ 人事秘書課と連携し、職員自身の健診結果の視方等を説明した上で、国保の健康課題等の共有（11課 49名）

【H30年度】

プロセス

## 先進地（新潟県上越市）講演会

→ 組織として専門職・事務職等のマネジメントの必要性や「連携」ではなく「役割分担」として考え、組織目標を明確化することの重要性について学習（9課 51名）



## 2. 庁外連携事業①（地域連携）～医師（会）との連携～

地域連携

### 【H28年度】

ストラクチャー

#### ①医療機関の先生方を個別訪問

→市内や飯塚医療圏（医師会単位）内のかかりつけ医に  
データヘルス計画から見える健康課題について説明



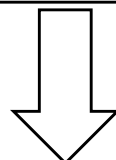
「連携」するために  
診療現場の実態や  
先生方の声をおききしたい！

#### ②データヘルス計画報告会

→医師会の各ブロック長の協力を得て、データヘルス計画から見える  
健康課題についての説明や、事例ケースから考える対策事業等について報告会実施  
(医師8名 看護師8名 管理栄養士4名 事務2名 市職員5名 以上27名参加)

#### 【医師や報告会参加者の声】

- 「嘉麻市って糖尿病が、こんなに多いんですね」
- 「糖尿病って、難しい病気だけど、税金使ってやって、本当に効果があるのか？」
- 「行政と医療職が集まる会議は初めてだが、重要だと思う」
- 「具体的な動きになるよう、気運を高めていく必要がある」



理解と熱意ある、協力いただける先生（医師）方との出会い

### 3. 庁外連携事業②（地域連携）～医師（会）との連携～



【H29年度】

3人の先生方と行政担当での会議（準備会議）が実現  
（当初市民課職員含め 5名）

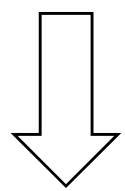
ストラクチャー

- ①飯塚医師会理事（かかりつけ医の市内地区ブロック長）
- ②糖尿病専門医（筑豊糖尿病懇話会、筑豊糖尿病療養指導士会）
- ③腎臓内科専門医（糖尿病療養指導医）

⇒かかりつけ医と専門医の連携の必要性かつ重要性の確認

3人の先生方が  
自ら課題解決策を検討してくださるようになり  
自ら先生方同士のネットワークを活用されて…

準備会議にて、  
戦略を立てたい！  
先生方との会議にて、  
学習不足を自覚し、  
必要な資料や  
データの準備！



「嘉麻市糖尿病重症化予防を考える会」の発足



# 糖尿病性腎症の経過（微量アルブミン尿検査の重要性）

※H30年度予算要求時に添付

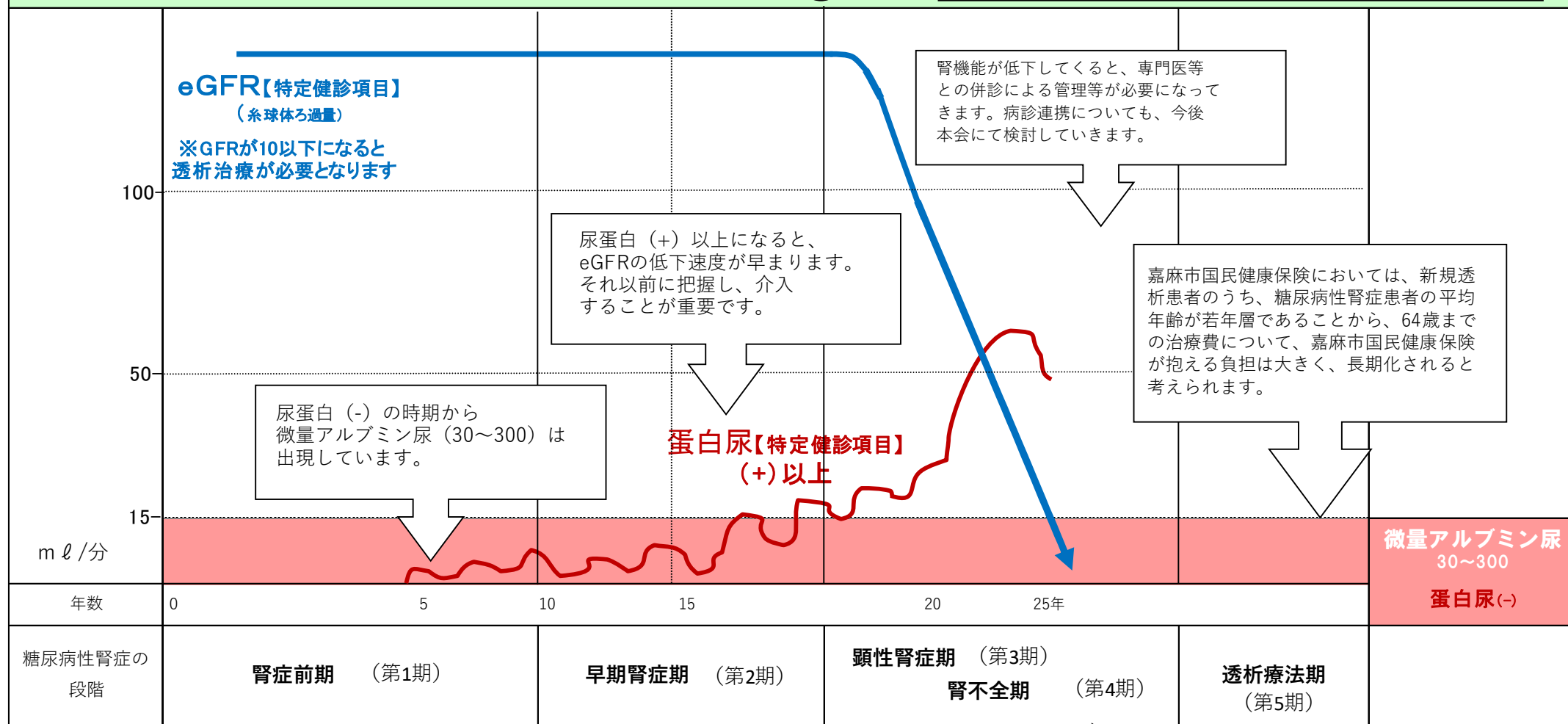
※その他の因子があると、さらに腎臓を傷め、進行を早めます

糖尿病  
(高血糖)

肥満等  
高血圧

腎症

診療報酬では「糖尿病又は糖尿病性早期腎症患者であって微量アルブミン尿を疑うもの（糖尿病性腎症第1期又は第2期のものに限る。）に対して行った場合に、3か月に1回に限り算定できる」とされていますが、「糖尿病重症化予防を考える会」に参加した医師等によると、**診断名の用語不足等により、診療現場で査定対象となる印象が強いため、積極的に検査実施されていない現状がありました。**



戻ることが可能

悪化を止める  
ことが可能

悪化の速度を  
遅くできる

透析

## 4. 庁外連携事業③（地域連携）

～医師（会）との連携による広がり～



【H30年度】

ストラクチャー

- ① 「嘉麻市糖尿病重症化予防を考える会」の提言により  
**微量アルブミン尿（定性）検査（二次健診）** 開始
- ② 「嘉麻市糖尿病重症化予防を考える会」に  
**健康課・近隣市町村・保健所職員** 参加
  - ▷ 準備会議 → 医師・管理栄養士・健康課・近隣市町村担当者・保健所職員
  - ▷ 全体会議 → 医師・管理栄養士・健康課・近隣市町村担当者・保健所職員



飯塚医療圏（二次医療圏）の担当者による理解と協力により、同一取組を検討するため、準備会議や全体会議に参加する職員が増加！



## 5. 庁外連携事業④（地域連携）

～飯塚医療圏（飯塚市・嘉麻市・桂川町）での取組～

地域連携

### 【令和元年度】

ストラクチャー

「**飯塚医療圏**糖尿病重症化予防推進協議会」が発足  
→飯塚医師会内特定健診実施**全**医療機関での  
微量アルブミン尿検査 開始

#### 【協議会メンバー】

- ▷飯塚医師会生活習慣病対策委員会
- ▷福岡県嘉穂鞍手保健福祉環境事務所
- ▷飯塚市
- ▷嘉麻市
- ▷桂川町

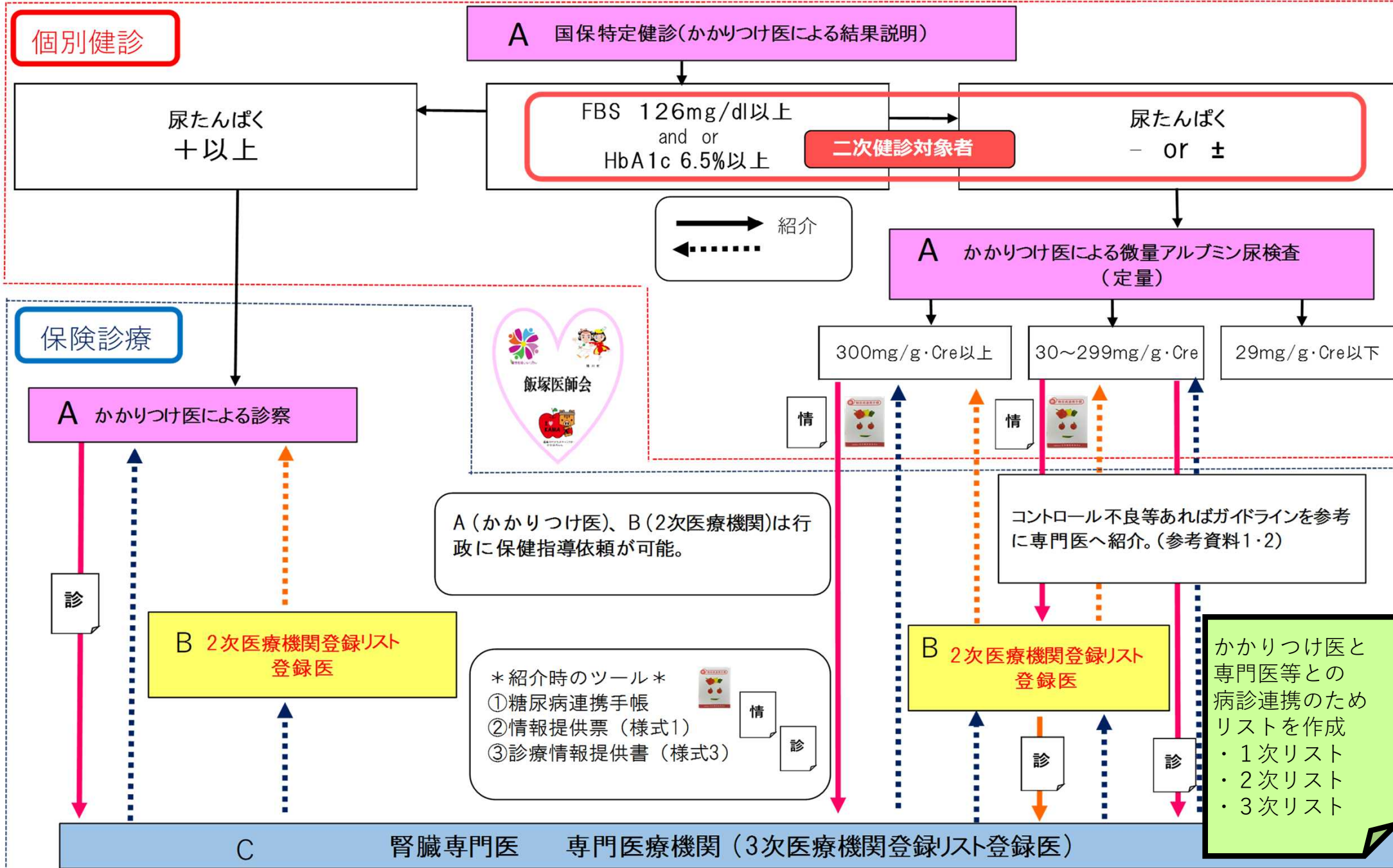
会長をはじめ、飯塚医師会のご理解とご協力により、生活習慣病対策委員会が新設



#### 【医師の声】

- 「以前は治療者の特定健診は必要ないと思っていたけど、行政が持っている住民の経年経過データが途切れるのは、もったいない！」
- 「医師会内でも、もっと研修会を開催して、多くの医師たちに参加してもらえよう、事業への理解を深める必要がある」

# 微量アルブミン尿検査後のかかりつけ医と専門医等との連携体制整備





## 6. 庁外連携事業⑤（地域連携）

～筑豊糖尿病療養指導士（LCDE）会との連携～

筑豊地域の医療機関スタッフ（多職種）が多く在籍し、糖尿病予防について普及啓発等、さまざまなイベントを実施

確定申告会場での  
血糖測定【360名】  
（H30年度）  
※H29年度より実施



筑豊糖尿病療養指導士  
嘉麻市保健師の  
2足のわらじを  
はき分けて  
各事業での連携体制整備





嘉麻ふれあいまつりでの  
血糖測定【1,357名】  
（H30年度）



ポピュレーションアプローチ

# 7. 「庁内体制整備」と「地域連携」構築に向けての経過

	庁内体制整備（庁内連携） 	地域連携（庁外連携） 
H27年度	<b>【職員との健康課題の共有】</b> ・ 庁内ワーキング会議 ・ 庁内担当者ワーキング会議	
H28年度	<b>【庁内の関連事業の実態把握】</b> ・ 専門職会議 ・ 庁内担当者ワーキング会議	<b>【データヘルス計画の周知と診療現場等の実態把握】</b> ・ 医療機関の個別訪問 ・ データヘルス計画報告会
H29年度	<b>【国保保健事業の意義の共有と協力依頼】</b> ・ 職員の健診結果学習会と国保の健康課題の共有及び保険者努力支援制度について説明	熱意と理解ある3人の先生方との出会い ↓ 準備会議 <b>【市の事業展開としての戦略検討】</b> ↓ 「嘉麻市糖尿病重症化予防を考える会」の発足
H30年度	<b>【先進地事例の学習】</b> ・ 先進地（新潟県上越市）講演会	微量アルブミン尿検査（二次健診）の開始 ↓ 飯塚医療圏担当者と同一取組の必要性を検討 ↓ 「飯塚医療圏糖尿病重症化予防推進協議会」の発足 ※確定申告会場での血糖測定 <b>【LCDEとの連携】</b> ※嘉麻ふれあいまつりでの血糖測定
R1年度 (検討中)		<b>【飯塚医療圏での取組】</b> 飯塚医療圏全域にて微量アルブミン尿検査の開始 <b>【嘉麻市での取組】</b> 「Kねっと」への移行

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改訂（H31年4月）を受けて、これまでの取組を振り返ってみました

糖尿病性腎症重症化予防プログラムにおける「市町村の役割」の比較

初版（H28年3月）	改訂版（平成31年4月）
1) 地域における課題分析	1) 庁内体制の整備
2) 対策の立案	2) 地域連携を通じた課題分析と情報共有
3) 対策実施	3) 事業計画の立案
4) 実施状況の評価	4) 事業実施
	5) 事業評価
	6) 人事確保・育成

これまでの  
嘉麻市の取組

1、庁内外連携事業

2、保健事業の実施

## 【評価の視点】

ストラクチャー

プロセス

アウトプット

アウトカム



# 1. 保健事業の実施

## 【嘉麻市国民健康保険保健事業の実施体制（R1年6月現在）】

### 市民課（碓井庁舎）

【4名】

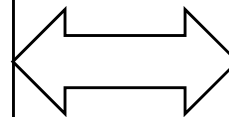
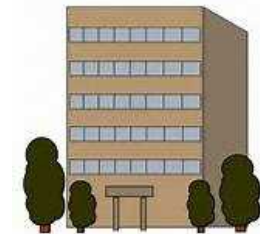
- ・ 課長（事務職）
- ・ 係長（事務職）
- ・ 保健師 1名
- ・ 事務職 1名



### 健康課（山田庁舎）

【12名】

- ・ 課長（事務職）
- ・ 係長（保健師）
- ・ 保健師  
正職：4名  
嘱託：1名
- ・ 管理栄養士  
正職：（産休中）  
嘱託：3名
- ・ 看護師  
嘱託：1名
- ・ 事務職  
臨時 1名



※保健師等の専門職は、この他「子育て支援課」「高齢者介護課」「人権同和対策課」に分散配置されている

## 2. 保健事業の課題整理 (第2期嘉麻市国民健康保険データヘルス計画より)

事業計画

※H27年度よりヘルスアップ事業申請

プロセス

### 1、特定健診未受診者対策事業※

★未受診者の**特性**を生かした**個別重視**の対策による受診率の向上

### 2、特定健診・(特定)保健指導事業

★円滑な健診の実施と個別重視の(特定)保健指導率の向上

### 3、保健指導事業 (疾病管理台帳事業等 ※)

★治療の有無に関わらず、医療や介護と連携した**個別重視**の保健指導 (重症化予防)

### 4、糖尿病性腎症重症化予防事業

(糖尿病管理台帳事業等) (※H29~)

★治療の有無に関わらず、医療や介護と連携した**個別重視**の保健指導 (重症化予防)

### 5、庁内連携事業

★健康課題解決に向けた、主管課単課や職種に限定しない全庁的な取組体制の整備

### 6、庁外連携事業

★健康課題解決に向けた、医師会をはじめとする庁外団体との連携体制の整備

# 3. 事業の対象者整理

プロセス



患者さまのイメージ			取組 ★飯塚医療圏での取組と連動	役割分担		
HbA1c	微量アルブミン尿	尿蛋白				
↑	300	+	<b>「悪化させない！取組」(3次予防)</b> ①かかりつけ医・糖尿病専門医・腎臓内科専門医による病診連携の活発化(2次リスト及び3次リストの活用推進)★ ②Kねっと(ケース検討会議)	医師	コメディカル	行政職員
↑	↑	↑		○		○
↑	30	±	<b>「重症化させない！取組」(2次予防)</b> ①かかりつけ医・糖尿病専門医・腎臓内科専門医による病診連携の活発化(2次リスト及び3次リストの活用推進)★ ②微量アルブミン尿検査(定量検査)の実施★ ③糖尿病管理台帳事業の継続実施(地区分担制) ④かかりつけ医等と連携した個別の保健指導(DM連携手帳の活用)★ ⑤筑豊糖尿病療養指導士等と連携した保健指導 ⑥優腎会(腎機能低下予防教室)の実施(健康課) ⑦後期高齢者広域連合や高齢者介護課との連携(フレイル、認知症対策等) ⑧特定健診未受診者対策(治療者の受診率向上→DM患者の実態把握)	医師	コメディカル	行政職員
↑	↑	↑		○		○
↑	↑	↑		○	○	○
↑	↑	↑		○		○
↑	↑	↑		○	○	○
↑	↑	↑				○
↑	↑	↑				○
↑	↑	↑		○		○
↑	6.5	-	<b>「発症させない！取組」(1次予防)</b> ①特定保健指導対象者(未治療者のメタボ該当者等)への糖負荷検査の実施 ②特定健診未受診者対策(未治療者の受診率向上→DM患者の実態把握)	医師	コメディカル	行政職員
↑	↑	↑				○
			<b>「糖尿病を知ってもらおう！取組」(0次予防)</b> ①確定申告会場での血糖測定 ②筑豊糖尿病療養指導士会イベント等の啓発	医師	コメディカル	行政職員
					○	○

## 4. 保健事業展開のための会議と学習会



課と課  
専門職と事務職が  
一緒に考える機会

プロセス

	目的	参加者		時期	名称	内容	プロセス
		【市民課】	【健康課】				
会議	<b>事業全体の企画</b> ①前年度や現状を確認する ②戦略を練る ③対象者(仕事量)を確認する ④体制を確認する ⑤方法を統一する	係長 保健師 事務職	係長 保健師 管理栄養士 看護師 事務職	6月	年度当初開始会議	・前年度の実績評価の確認 ・当年度の事業目標の設定 (受診率・保健指導率等) ※連合会による「ヘルスサポート事業」報告様式を使用	
				9月	進捗状況会議①	・受診率や保健指導状況等の現状確認 ・医師や医療機関等との連携状況や会議報告等 ※連合会による「ヘルスサポート事業」報告様式を使用	
				翌年 1月	進捗状況会議②		
学習会	<b>保健指導の質の向上</b> ①個人個人のスキルアップをはかる ②対応の格差をなくす ③全体のレベルアップをはかる	保健師	保健師 管理栄養士	7月	学習会①	・経験年数等により、保健指導の内容に 大きな差がないよう、事例検討を中心とした 学習 ・研修会等の復命	
				9月	学習会②		
				11月	学習会③		
				翌年 1月	学習会④		

# 5. 糖尿病管理台帳事業

※「保健指導支援ツール」より



番号	地区	追加年度	個人番号	記号	番号	氏名	性別	H29年度 未成年	診療開始日 合併症の有無		項目	H24	H25	H26	H27	H28	H29	転出・ 死亡等	備考	
									糖尿病	高血圧										
1	山田	H25							糖尿病	糖	服薬						○			
									高血圧	糖	HbA1c		8.1	7.6		9.5	7.7			
									虚血性心疾患	糖	体重		88	90.3		89.9	92.6			
									脳血管疾患	以外	BMI		31.6	32.2		32	32.9			
									糖尿病性腎症	以外	血圧		140/86	118/64		130/71	118/62			
										CKD	GFR		48.3	42.5		42.4	39.1			
										CKD	尿蛋白		+++	+++		+++	+++			
2	碓井	H29							糖尿病	糖	服薬						○			
									高血圧	糖	HbA1c						8.1			
									虚血性心疾患	糖	体重									
									脳血管疾患	以外	BMI									
									糖尿病性腎症	以外	血圧						168/88			
										CKD	GFR						91.7			
										CKD	尿蛋白						+++			
3	稲築								糖尿病	糖	服薬	○	○	○	○	○	○			
									高血圧	糖	HbA1c		7.2	6.7	7	7.8	7			6.8
									虚血性心疾患	糖	体重		88.2	90	86	90	90			90
									脳血管疾患	以外	BMI		32.2	33.1	31.6	33.1	33.1			32.7
									糖尿病性腎症	以外	血圧		145/80	158/83	144/80	150/80	154/83			160/80
										CKD	GFR		87.5	75.5	79.4	65.2	68.1			47.5
										CKD	尿蛋白		-	+	++	++	+			+++
4	稲築								糖尿病	糖	服薬						○			
									高血圧	糖	HbA1c									7.6
									虚血性心疾患	糖	体重									
									脳血管疾患	以外	BMI									
									糖尿病性腎症	以外	血圧									
										CKD	GFR									
										CKD	尿蛋白									

プロセス

① 地区別に管理

② 健診中断者も忘れない仕組みづくり

プロセス

【台帳の作成】  
 嘉麻市全体版  
 ↓  
 各地区（4地区）版  
 ↓  
 各地区リーダーと  
 担当者にて対象者の  
 確認と選定

③ 検査結果改善・維持等による  
 アウトカム 評価



# 6. 糖尿病管理台帳事業の実際

ハイリスクアプローチ

事業実施

## 【実施内容】

特定**健診受診勧奨**



**治療状況の確認**

(未治療や中断の有無等)



**個別性に対応した保健指導**

(主治医等との連携)



**検査値の確認**

(**改善**状況等の確認)

※各地区担当者が  
約25人/年担当

アウトプット

H30年度実施者  
**163名**



## 【住民の声】

- 「ここだけの話…電話の度に面倒くさい、放っておいてほしいと思っていたけど、受診したら糖尿病の一手前だと言われて、びっくりした」
- 「訪問や電話は嫌だけど、自分のことだからね」
- 「病院では、食事や運動の話は、なかなかゆっくり聞けないから、助かる」
- 「一人では頑張れないけど、時々、電話や訪問してもらえると励みになる」

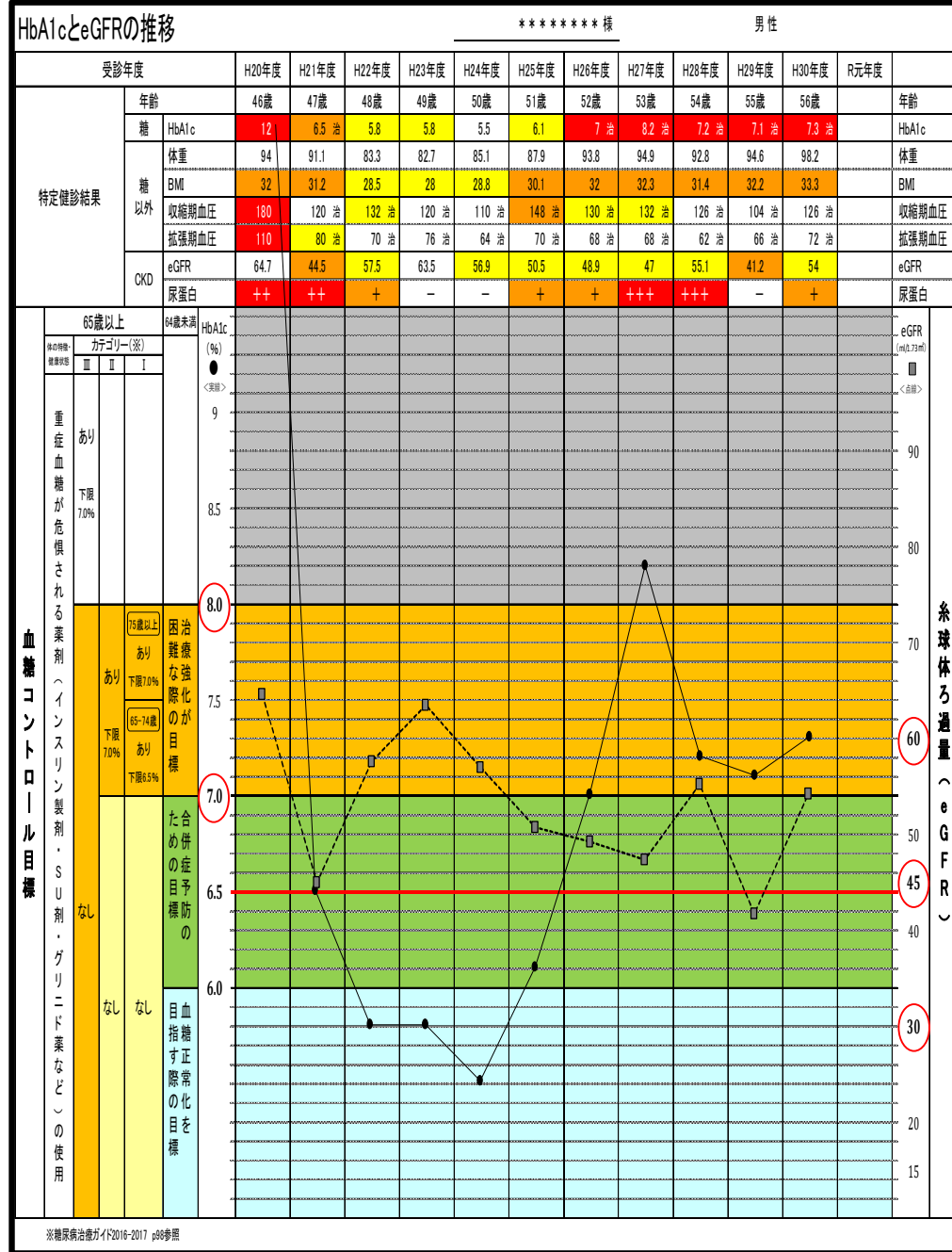
アウトカム

	目標 ※前年度結果より、設定した目標値	結果 ※R1.5末時点の結果
健診受診率	50%	<b>63.8%</b>
治療率	50%	<b>65.6%</b>
改善率	50%	<b>27.6%</b>

# 7. 個々のリスクと経年変化を考慮した個別保健指導の実践

※保健指導支援ツールより

*****様 男性														
問診結果で「服薬がある」と回答した場合は、血圧・血糖・脂質の値の横「○」が表示されます。														
健診経年結果一覧	年齢	46歳	47歳	48歳	49歳	50歳	51歳	52歳	53歳	54歳	55歳	56歳		
	実施年度	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度		
	健診受診日										H29.6.24	H30.6.29		
	健診機関													
検査項目	基準値	空腹	随時	空腹	随時	空腹	空腹	空腹	空腹	空腹	空腹	空腹		
身体 の 大き さ	身長	171.5	171	171	171.8	172	170.8	171.2	171.5	171.8	171.4	171.6		
	体重	94	91.1	83.3	82.7	85.1	87.9	93.8	94.9	92.8	94.6	98.2		
	BMI	18.5~24.9	32	31.2	28.5	28	28.8	30.1	32	32.3	31.4	32.2	33.3	
	腹囲	男 ~85cm未満 女 ~80cm未満	105	99	95	94	98.5	98.7	99.5	99.8	97	104.2	105	
内臓脂肪の蓄積 （血管への影響 （動脈硬化の危険因子））	中性脂肪	空腹 ~149mg/dl 食後 ~189mg/dl	212	186	86	132	75	106	125	156	143	153	135	
	HDLコレステロール	40~80mg/dl	45	39	48	42	46	47	44	34	37	42	40	
	AST(GOT)	~30U/l	18	18	14	17	16	17	20	21	22	17	20	
	ALT(GPT)	~30U/l	25	23	13	16	16	16	37	38	36	22	25	
	γ-GT(γ-GTP)	~50U/l	32	26	18	21	14	19	26	25	23	17	18	
	内皮障害	収縮期	130mmHg未満	180	120	132	120	110	148	130	132	126	104	126
		拡張期	80mmHg未満	110	80	70	76	64	70	68	68	62	66	72
尿酸		~7.0mg/dl	4.8	6.9	6.5	6.3	6.7	7.9	7.0	7.6	7.1	7.3	6.7	
インスリン抵抗性	血糖	~99mg/dl	350	138	70	86	86	81	105	112	141	99	101	
	HbA1c(NGSP)	~5.5%	12	6.5	5.8	5.8	5.5	6.1	7	8.2	7.2	7.1	7.3	
	尿酸	-	+++	+	-	-	-	-	-	-	+++	++	-	
その他の動脈硬化の危険因子	LDLコレステロール	~119mg/dl	130	136	134	130	124	137	163	153	122	143	121	
	non-HDLコレステロール	~148mg/dl												
腎臓	血清クレアチニン	男 ~1.0mg/dl 女 ~0.7mg/dl	1	1.4	1.1	1	1.1	1.22	1.25	1.29	1.11	1.44	1.13	
	eGFR(糸球体ろ過量)	80~ml/min/1.73m <sup>2</sup>	64.7	44.5	57.5	63.5	56.9	50.5	48.9	47	55.1	41.2	54	
	尿蛋白	-	++	++	+	-	-	+	+	+++	+++	-	+	
	尿潜血	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
血管変化	心電図	所見なし												
	眼底検査	所見なし												
血管の 脆性化	ヘパチカ	男 38.5~48.9% 女 35.5~43.9%						39.4	43.3	42	45.5	45.8	44.8	
	色素素(ヘパチカ)	男 13.1~16.6μg/dl 女 12.1~14.6μg/dl						13.8	14.8	14.3	14.8	15.3	14.8	
(標準的な食生活)喫煙習慣		なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし		
メタボリックシンドローム判定		該当者	該当者	予備群	予備群	予備群	該当者	該当者	該当者	該当者	該当者	該当者		
保健指導レベル		積極的支援	情報提供	情報提供	情報提供	情報提供	情報提供	情報提供	情報提供	情報提供	情報提供	情報提供		
CKD重症度分類		G2A3	G3bA3	G3aA2	G2A1	G3aA1	G3aA2	G3aA2	G3aA3	G3aA3	G3bA1	G3aA2		
糖尿病性腎症病期分類		第3期	第5期					第3期	第3期	第3期	第1期	第3期		



# 8. ケース検討会議による医療と保健指導の連動



H30年度		R元年度	
嘉麻市糖尿病重症化予防を考える会		<b>Kねっと</b>	
実施形態及び回数	参加者	実施形態及び回数	対象者
準備会議（7回）	代表医師3名 市内中核病院 医師 管理栄養士 行政（市民課・健康課）	①微量アルブミン尿検査説明会 in嘉麻 【令和元年6月4日（火）19：00～】	市内医師 コメディカル 事務 筑豊糖尿病療養指導士 嘉麻市職員
全体会議（3回）	代表医師3名 市内中核病院 医師 管理栄養士 行政（市民課・健康課）	②Kねっと in稲築（ケース検討会議） I病院（市内中核病院）	市内医師 コメディカル 筑豊糖尿病療養指導士 嘉麻市職員
<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; background-color: #ffff00;"> <p style="font-size: 24px; color: red; margin: 0;"><b>顔がみえる</b>関係</p> <p style="font-size: 24px; margin: 0;">+</p> <p style="font-size: 24px; margin: 0;">職種や施設を超えた ケース検討会議</p> </div>		③Kねっと in碓井・嘉穂（ケース検討会議） 碓井庁舎	市内医師 コメディカル 筑豊糖尿病療養指導士 嘉麻市職員
		④Kねっと in山田（ケース検討会議） K病院（市内中核病院）	市内医師 コメディカル 筑豊糖尿病療養指導士 嘉麻市職員
		⑤Kねっと（令和元年度総括とR2年度に向けて） 稲築公民館	市内医師 コメディカル 筑豊糖尿病療養指導士 嘉麻市職員

ストラクチャー

# 9. 保健指導の連携 ※個別保健指導を基本とする



ストラクチャー

【対象者】  
**①糖尿病内服なしかつ  $HbA1c \geq 6.5$**   
**② $HbA1c \geq 7.0$**

②地域と臨床、医師とコメディカルが連携した保健指導



保健指導を  
**医療機関**で受ける人と  
**地域**で受ける人の  
 体制整備が必要



1.主治医の有無

有

無

2.療養指導スタッフの有無

無



有

①医療への受診勧奨中心の保健指導

- 【保健指導の内容】
- ・特定健診結果では、「糖尿病型」であること
  - ・「糖尿病」の病態について
  - ・「糖尿病型」に該当するため、「糖尿病」の診断や、詳しい検査のために受診が必要であること
  - ・今後も、定期的な検査が必要であること
  - ・「糖尿病」の治療の基本は、食事と運動であること等



4.行政スタッフによる保健（療養）指導

3.療養スタッフによる保健（療養）指導

# 10. 保健指導（事業）の評価

保健事業評価分析システム（福岡県国保連合会）にて、受診勧奨や保健指導の結果を確認

アウトプット

**1,173名**  
(H29年度実施者)

保健指導の担当者をシステムに入力  
→保健指導した対象者の変化（その後）に責任を持つ



項番	性別	年齢	健診データ																	健診受診月	
			メタボ判定	収縮期	拡張期	29年度							HbA1c								
						LDL	eGFR	尿蛋白	尿酸	指導希望	治療有無	H25	治療有無	H26	治療有無	H27	治療有無	H28	治療有無		H29
1	男	66	非該当	121	70	212	77.6	-	3.5	x						11.6			○	12.3	H29.06
2	男	66	非該当	107	62	91	86.1	±	4.4	x				7.2						11.2	H30.02
3	女	43	該当者	104	60	95		-		-									○	10.8	H29.06
4	男	69	非該当	106	63	70	102.5	-	4.7	x					○	9.1	○	9.7	○	10.7	H29.07
5	男	66	該当者	134	72	163	78.7	+++	4.7	○									○	10.3	H29.06

アウトカム

糖尿病診断月	基礎疾患																医療情報										介護要介護区分(当年度)	保健指導			評価		管理台帳		国保資格					
	糖尿病診断の有無																服薬有無		合併症				糖尿病合併症					指導有無	指導月	種別	治療有無	H30 12/20 現在	H29	H30	取得	喪失				
	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	H30 1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	内服	インスリン	高血圧	異常脂質	高尿酸血症	脳血管疾患	虚血性心疾患	その他の心疾患	腎不全	動脈硬化											神経障害	網膜症	腎症	
H29.04	○	○	○	○	○											○														○	H29.07	面接		14.1	◎	◎	○			
H20.09						○	○	○		○	○	○	○	○	○	○		H24.10	H20.09													○	H30.03	面接				◎	○	
H23.10	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		H23.11	H23.11											H24.03		○	H29.11	訪問				◎	○	
H14.04		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	H14.04	H29.12		H29.12							H14.05	H30.04		○	H29.07	面接	○	8.1		◎	○		
H25.02	○	○	○	○	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○		H25.02	H28.04		H28.04	H25.02									○	H29.08	訪問					○	●	

保健指導後の医療受診状況が把握できる

翌年の結果が確認できる

## 11. 取組の評価①

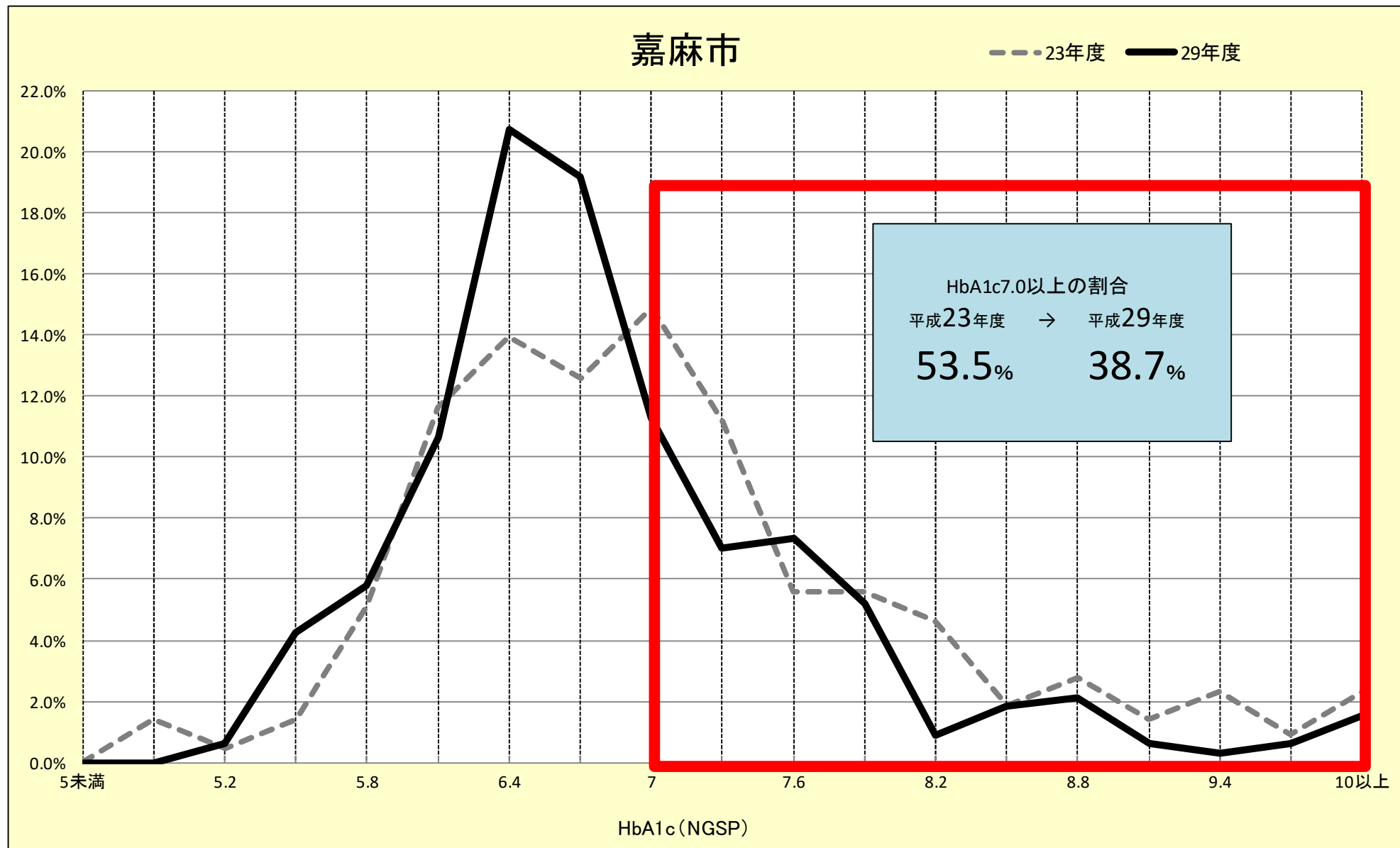
		評価	H23年度		H29年度		結果
種類	範囲	項目	人	率	人	率	
アウトプット	全体	特定健診受診者数（率）	2,657	33.4%	3,023	43.5%	増加
		特定保健指導実施者数（率）	210	55.0%	297	77.5%	増加
		情報提供（特定保健指導以外の保健指導）実施者数 ※率：特定健診受診者数に対する割合	416	15.7%	728	24.1%	増加
アウトカム	糖尿病	<b>未治療者</b> 割合 ※率：特定健診受診者数に対する割合	169	6.4%	171	<b>5.7%</b>	<b>減少</b>
		<b>治療者</b> 割合 ※率：特定健診受診者数に対する割合	159	6.0%	237	<b>7.8%</b>	<b>増加</b>
		<b>コントロール不良者</b> の割合 ※率：特定健診受診者数に対する割合	172	6.5%	191	<b>6.3%</b>	<b>減少</b>
		指導対象者数の推移 ※率：特定健診受診者数に対する割合	284	10.7%	298	<b>9.9%</b>	減少

# 12. 取組の評価②

23年度・29年度特定健診結果

## 糖尿病治療者のHbA1cの分布

※糖尿病治療は問診結果による



# 改訂プログラムから考えた、嘉麻市の今後の課題

市内体制

- ①「会議」を実施するだけでは体制整備は難しく、職員の理解と熱意が必要かつ重要
- ②市内の他部署が地域連携している他事業を把握できていない⇒予防接種事業等
- ③縦割り業務（専門職の分散配置）内での役割分担の明確化⇒高齢者の保健事業の一体的実施等

地域連携

- ①「会議」に参加する先生（医師）や医療機関の偏向⇒地区による差
- ②透析間近の予防対象者を把握できていない⇒健診を受けていない

事業計画

事業実施

事業評価

- ①事業を展開していく上で、担当者の異動等があっても、庁外との連携がスムーズにいくよう「対象者の明確化→実施→評価」といった、PDCAサイクルにもとづく、具体的なマニュアル（＝**糖尿病解決に向けたプロセス計画**）が必要  
⇒マニュアルに基づく一律的・機械的な実施を重ねた上での短期的・中長期的評価が重要
- ②市町村保健師の強み（無料で訪問できる）を生かした、個別保健指導の徹底と職員のスキルアップ（⇒人材確保・育成）
- ③保健事業における専門職と事務職の役割分担の明確化⇒保健事業は専門職だけでは難しい
- ④二次医療圏単位での事業展開における市町間の調整⇒健康課題や体制の違いがある







# ご清聴ありがとうございました




**九州最大級のボルダリング施設 K-WALL**

人気急上昇中のボルダリング。九州で最大級のウォールの広さを持った専用施設が嘉麻市にオープンしました! 高さ最大4.5m、傾度85度~135度までの大人用ウォール(小学生以上)が計7面。初級者~上級者まで、大人数でも余裕のキャパシティです。

さらに未就学児用のウォールも4面備えており、子どもから大人まで楽しめます!

ついに「フリーパス会員」募集開始!  
ジュニア&キッズスクール開講!

フリーパス会員(月額固定会員)に加入すれば、K-WALLをおトクに利用できます!!

フリーパスに関する詳細は裏面をチェック!!



かま市の観光大使  
おすぎさん

**K-WALL** ケイウォール

お問い合わせ ☎0948-43-4870

住所/嘉麻市馬見587番地

月火水金 10:00~22:00(最終入館時間/21:30)  
土・日・祭 10:00~20:00(最終入館時間/19:30)

休/毎週水曜日(水曜日が祝日の場合、翌平日)、年末年始(12/29~1/3)



**嘉穂牛**

**ヒレステーキ**



**福岡** ヘルシー絶品牛肉。  
赤身の甘みと旨みを食卓で。

**赤崎牛**  
サーロイン

1kg(250g×4枚)

