

国保・後期高齢者における
糖尿病性腎症重症化予防プログラムに関する説明会
自治体からの事例紹介

生活習慣病予防の取り組み

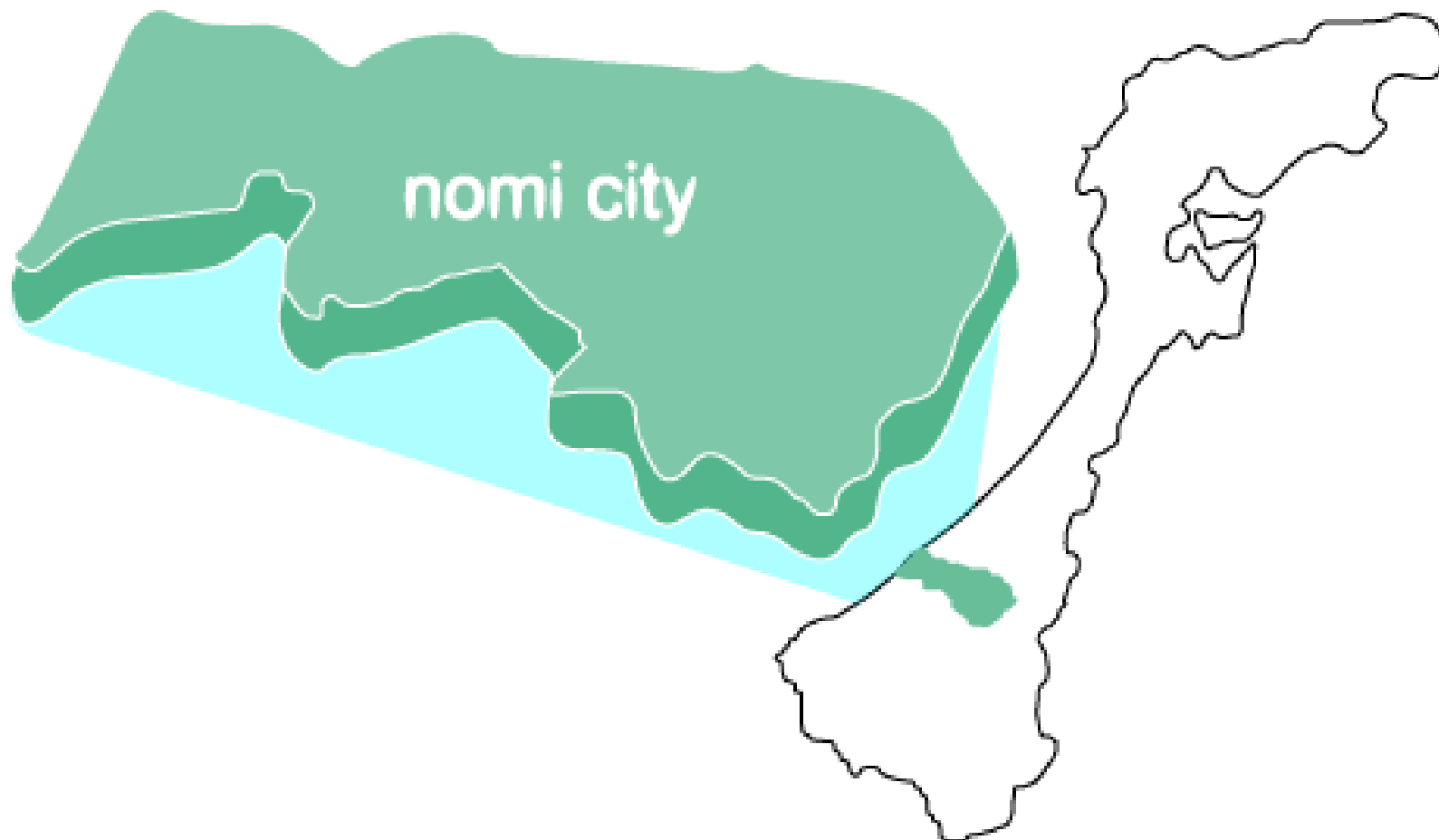
平成28年5月19日

石川県 能美市役所 健康推進課 南 芳美

能美市の概要①



➤ 人口 49,748人 (H28. 4. 1時点)



能美市の概要②



- 高齢化率 24. 5% (H28. 4. 1時点)
- 合計特殊出生率 1. 541 (H23~H25、3年移動平均)
- 国保被保険者数 10,524人 (H28. 4. 1時点)
- // (再掲)40~64歳 3,038人 (H28. 4. 1時点)
- // (再掲)65~74歳 4,922人 (H28. 4. 1時点)
- 特定健診実施率 50. 7% (H26年度法定報告)
- 特定保健指導実施率 58. 7% (H26年度法定報告)
- 被保険者1人当たり医療費(医科) 260,658円 (H26年度)
- 地域の医療機関の状況: 病院3か所、診療所28か所

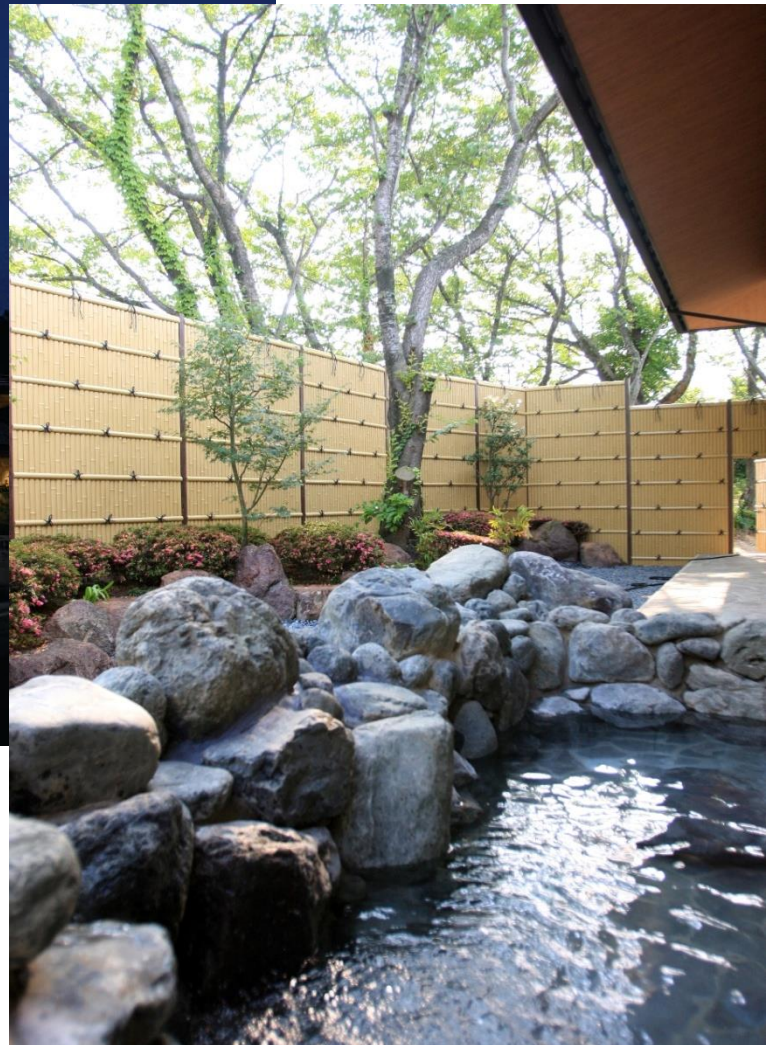
同規模自治体で
24位/252市
(同規模平均
:37.7%)

同規模自治体で
117位/252市
県内16位

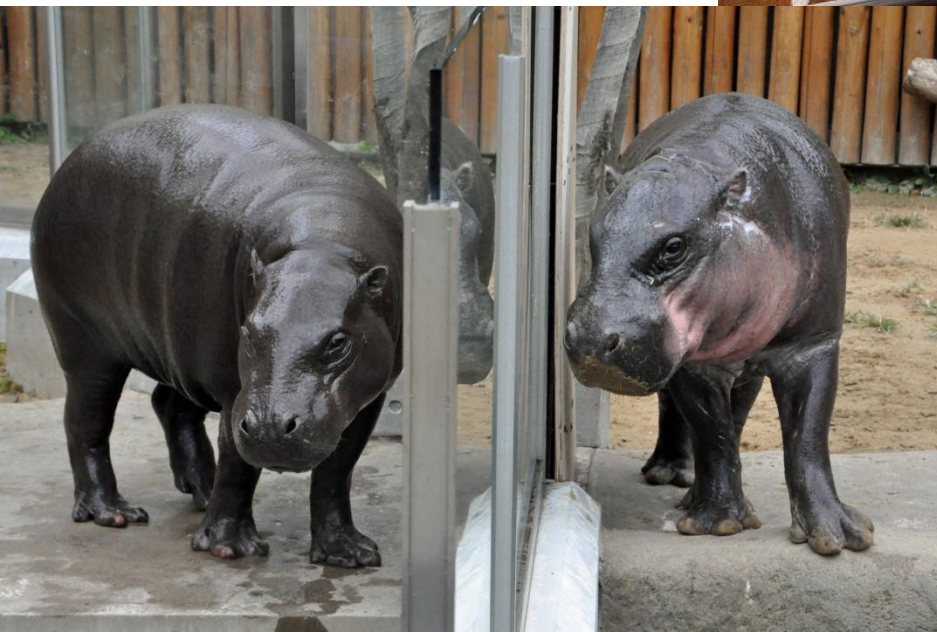
靈峰 白山



辰口温泉 ～開湯1400年～



いしかわ動物園

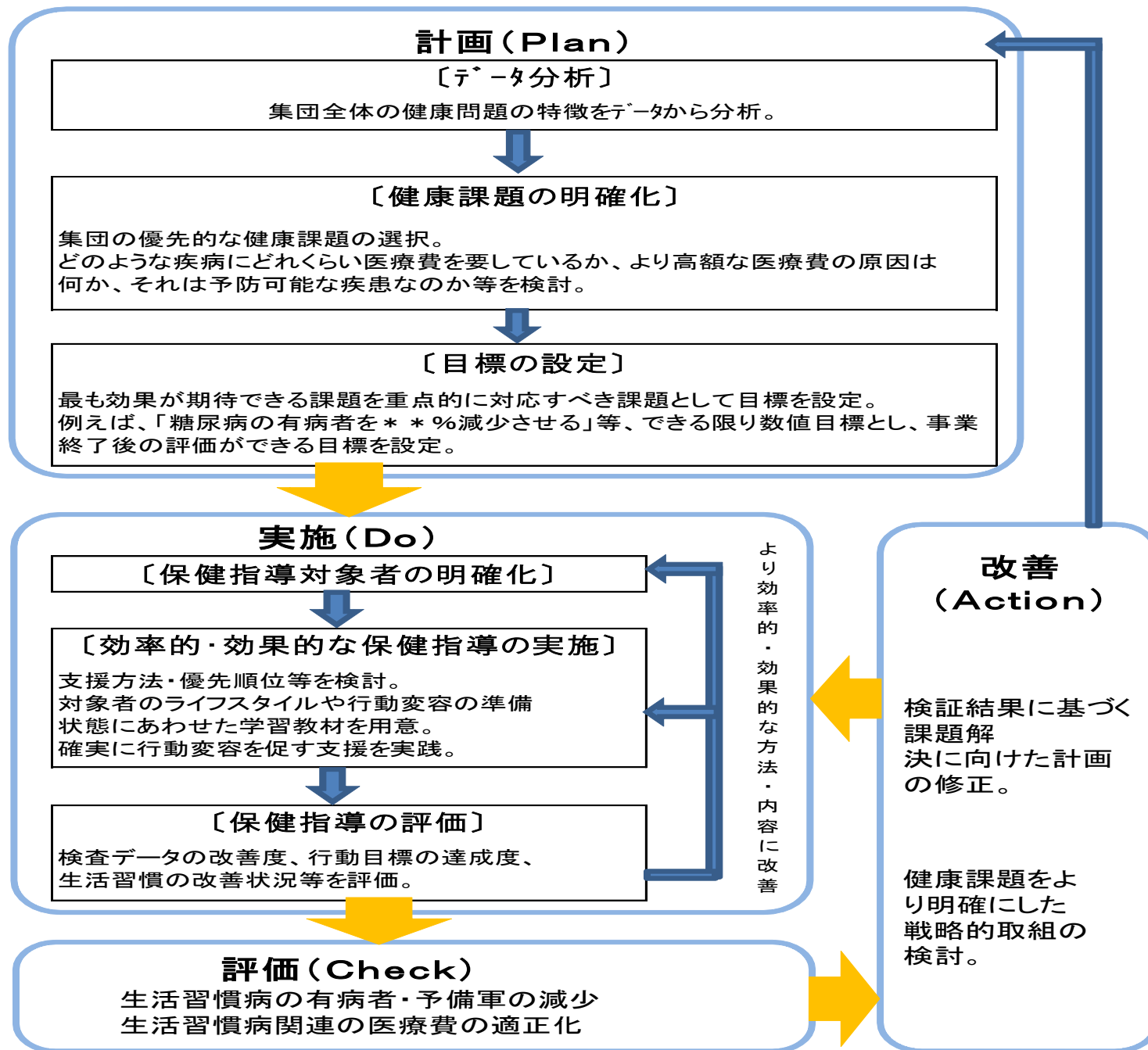


九谷焼





保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル



計画(Plan)

データ分析

■ 医療費データ

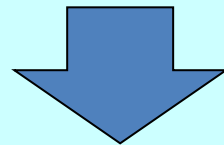
■ 健診データ

医療費分析からみえたこと(H18年度)

- 糖尿病の治療者割合が高くなっている！(37.0%)
- 若年者に糖尿病治療者が多い。

生活習慣病治療者のうち、20歳代・16.7%、30歳代・36.5%

- 糖尿病単独発症より、高血圧・高脂血症等の他の疾患併発者が多い。特に糖尿病治療者の5割強が高血圧の治療を受けている。



リスクの重積

- 動脈硬化症の中で最小血管障害(糖尿病性腎症等)よりも大血管障害(虚血性心疾患・脳血管疾患)が多い。高額医療に結びつく。

⇒ 基礎疾患(高血圧・糖尿病・高脂血症)の治療とコントロール良好へ

- 糖尿病性腎症による人工透析者の増加(約3割)

健診結果からみえたこと (H18年度)

➤ **血糖値・HbA1cの有所見率が高い！（県内上位）**

＊ 血糖の有所見割合 は、県内第1位！

➤ **中等度・重症高血圧での未治療者が多い！**

➤ **若年期からの血圧・血糖値が高い者がいる！**

高血圧・・・2割 高血糖・・・3割

➤ **特定保健指導対象者は受診者の1割弱。**

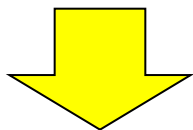
➤ **非肥満者に高血糖者が多い。（半数強）**

健康課題の明確化

～第1期特定健康診査等実施計画を策定～
(H20年度～H24年度)

- ・糖尿病を重点課題として
- ・特定保健指導対象とならない

非肥満者にも



保健指導を実施

保健指導優先順位

- | | |
|---------------|---------|
| 1. HbA1cまたは血糖 | 4. eGFR |
| 2. 血圧 | 5. 尿酸 |
| 3. LDLコレステロール | |

ストラクチャー(構造)①

H20年度から

➤ 国保部門から一般衛生部門への執行委任

一般衛生部門の保健師(一部)が国保部門と兼任

H20: 保健師10人・管理栄養士3人⇒H27: 保健師11人(課長除く)・管理栄養士2人

➤ 特定健診の追加検査を受診者全員に実施

HbA1c・クレアチニン・尿酸・尿潜血

➤ 地区担当制・・・母子から成人まで自分の地区に責任をもつ

➤ 特定保健指導に該当しない保健指導を・・・

- ・要医療者への保健指導
- ・糖尿病予備群者への保健指導
- ・健診結果説明会(ホピュレーションアプローチ)

➤ 特定保健指導(積極的支援)をアウトソーシング

市内3病院へ委託

➤ 保健指導従事者の力量形成・・・ 保健指導の経験年数の違い

事例検討会(月1回)や研修、科学的根拠に基づいた保健指導教材の活用

ストラクチャー(構造)② 予算措置

～国保ヘルスアップ事業の活用～

- H20年度：早期介入保健指導
 - ・30歳代の特定保健指導
 - ・40歳以上の糖尿病予備群 + 肥満予備群
- H21年度：特定健診未受診者対策事業
- H22年度～24年度(3年間)：糖尿病予防対策事業
- H25年度：生活習慣病重症化予防事業
- H26年度～28年度(3年間)：重症化予防事業

目標の設定

糖尿病予防の取り組み

H20年度から継続した事業展開

糖尿病性腎症による新規人工透析導入者の減少

糖尿病合併症発症者の減少

- ・大血管障害の発症予防
(脳血管疾患・虚血性心疾患)

実施(Do)

糖尿病予防の取り組みをスタート
(平成20年度～)

保健指導対象者の明確化

まず糖尿病解決のために、どういう風に保健指導を進めていくか

* 保健指導対象者の優先順位を決める

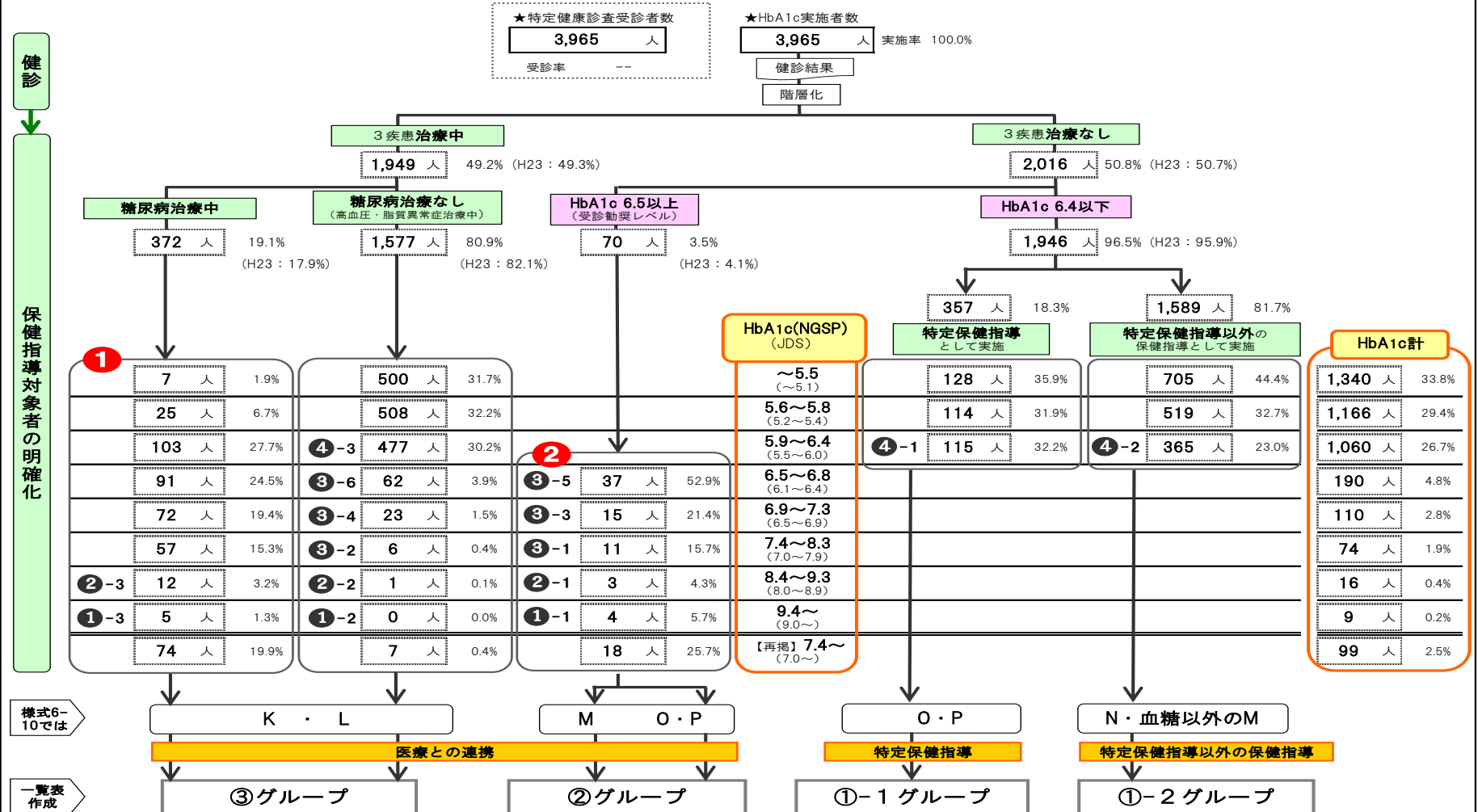
- ① 重症化予防対策(未治療者)
 - ② 糖尿病発症予防対策(未治療者)
 - ③ 継続受診・治療中断・改善悪化者の状況や地区把握(糖尿病管理台帳の活用)
 - ④ 健診受診率向上で重症糖尿病者の発掘・・・特定健診未受診者への健診受診勧奨(初回受診者を増やす)
- 特定保健指導対象者を含む

糖尿病の発症予防と重症化予防の実践

糖尿病フローチャート

平成24年度分健診データ

25年10月作成



治療継続と重症化予防の
中断の有無等も確認し、
治療の必要性について理
解してもらう

最優先で対応

能美市「特定健診の受診勧奨者への対応方
針」により、HbA1cの段階別に関業医・専門
病院へ紹介する。

レセプトで治療中断の有無等も確認し、治療
の必要性について理解してもらう

糖尿病予備群を含む
リスクの重なりで動脈硬化を促進する状態である。

個々の代謝の状態を評価し、
発症リスクを減らすための支援を行う。

効率的・効果的な保健指導の実際

HbA1cの値に応じた保健指導の実施

H
b
A
1
C

合併症の危険が
さらに大きくなる!!

Ⅲ.糖尿病者の継続支援

----- 7. 0%以上になると -----

3大合併症の危険

Ⅰ.重症化予防対策

----- 6. 5%以上 -----

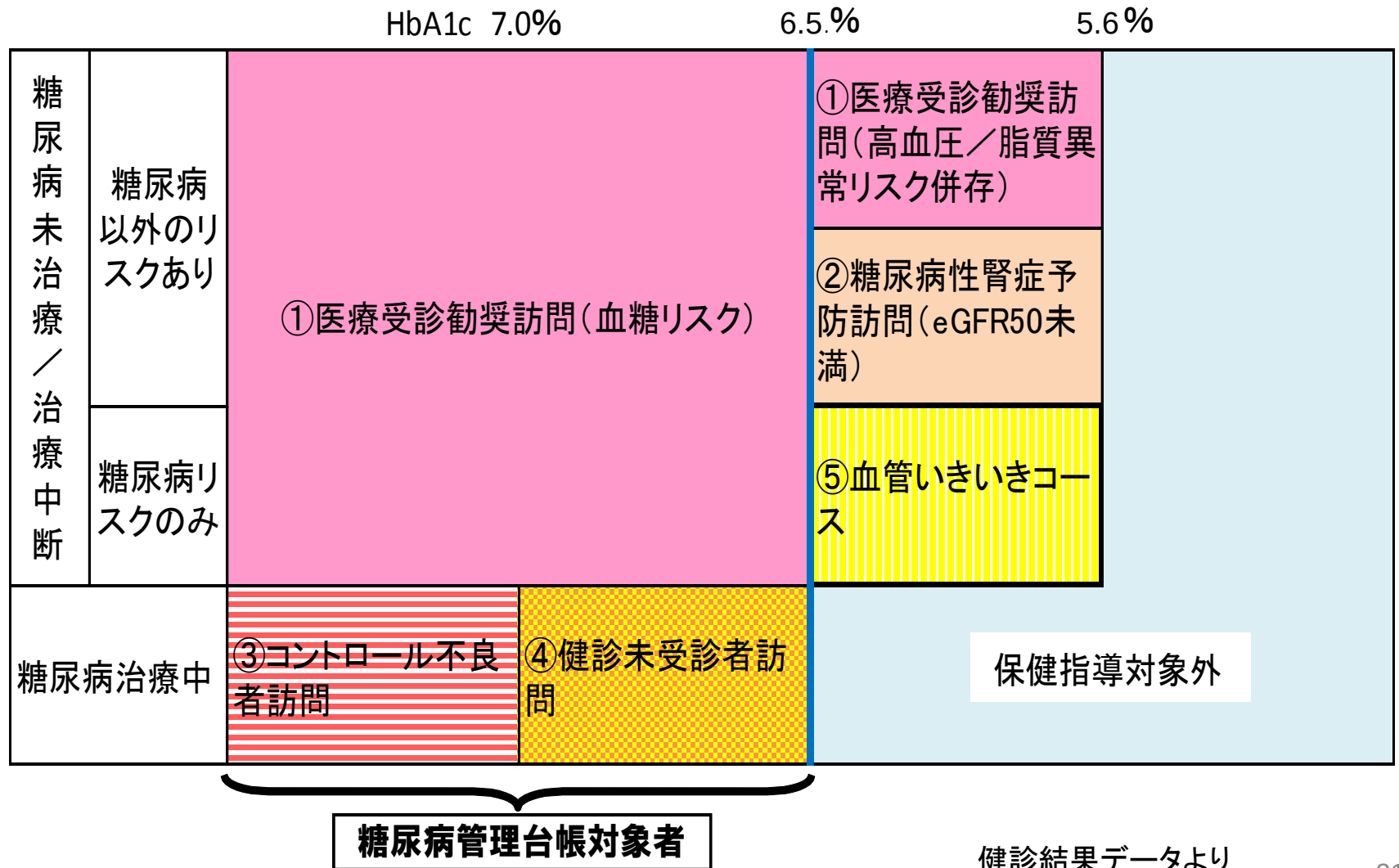
大血管障害の危険

Ⅱ.発症予防対策

----- 5. 6%以上 -----

Ⅳ.糖尿病予備群・糖尿病者の発掘

糖尿病未治療者を最優先に



訪問を中心とした個別保健指導を展開

I. 重症化予防対策

1. 医療受診勧奨訪問
2. 糖尿病性腎症予防訪問
3. コントロール不良者訪問
 - ・糖尿病専門医による学習会
(合併症予防)

II. 発症予防対策

4. 発症予防個別支援コース
(血管いきいきコース)

III. 糖尿病患者の継続支援

5. 糖尿病患者へのフォロー
(糖尿病管理台帳)

1. 医療受診勧奨訪問

～重症化予防～

対象者

19歳～74歳、治療中者を除く

薬物療法と
生活習慣の改善を！！

- ・ HbA1c6.5%以上(NGSP)←H20～H23:6.9%以上
- ・ HbA1c5.6%～6.4%かつ血圧160/100mmHg以上
- ・ HbA1c5.6%～6.4%かつLDLコレステロール180mg/dl以上

方法

訪問指導・連絡票(受診後、医師から診察結果をフィードバックしてもらうしくみ)を使い、医療機関受診状況の把握

内容

- ① 血管状態の理解
- ② 医療受診勧奨
治療中断の防止
- ③ 生活習慣の目標及び改善(食・運動)

医療受療率は63.0%。
(H27年度)

H22～H24の3年間で計73人が医療受診、63人が服薬治療開始

2. 糖尿病性腎症予防訪問

～重症化予防～

対象者

19歳～74歳、治療中者を除く

- ・ 尿蛋白(++)以上
- ・ 尿蛋白(+)かつ尿潜血(+)以上
- ・ eGFR50未満(69歳以上)、eGFR40未満(70歳以上) 者の
経年健診データをもとに対象者の選定

新規人工透析者
の減少へ

方法

訪問指導・連絡票(受診後、医師から診察結果をフィードバック
してもらうしくみ)を使い、医療機関受診状況の把握

内容

- ① 血管状態の理解
- ② 医療受診勧奨(腎専門医等)
- ③ 生活習慣の目標及び改善(食・運動)

3. コントロール不良者訪問・

糖尿病専門医学習会(合併症予防)～重症化予防～

対象者

H22年度～

19歳～79歳、・ HbA1c7.4%以上⇒H25～ HbA1c7.0%以上(NGSP)
高血圧・脂質異常・糖尿病治療中者を含む

訪問内容

- ① 血管状態の理解
- ② 合併症の危険性を理解
- ③ 生活習慣の目標及び改善(食・運動)
- ④ 薬物療法と生活習慣改善により重症化を予防する必要性の意識づけ

3大合併症を予防！

学習会内容

- ① 合併症の理解
 - ・ 食事・運動・服薬・フットケアの指導(年度のテーマに沿って)

4. 発症予防個別支援コース（血管いきいきコース）

対象者

19歳～74歳、治療中の者を除く糖尿病予備群

- ・ HbA1c5. 6%～5. 9%（NGSP）
かつ 収縮期血圧140～159mmHg
または
拡張期90～99mmHg
- ・ HbA1c6. 0%～6. 4%（NGSP）

方 法

3か月間保健指導（訪問3～4回）

**大血管障害の
予防を！！**

内 容

- ① 2次検査（糖負荷検査、頸部エコー、微量アルブミン尿検査）
- ② 血管状態の理解
- ③ 生活習慣の目標及び改善（食・運動）・食事記録、ライフコーダの活用

保健指導の実績

(平成22～27年度)

国保ヘルスアップ事業	H22	H23	H24	H25	H26	H27
医療機関受診勧奨訪問	16人	78人	120人	137人	159人	160人
糖尿病性腎症予防訪問	49人	10人	7人	17人	40人	38人
コントロール不良者訪問	62人	80人	84人	125人	81人	132人
血管いきいきコース	62人	79人	31人	74人	35人	68人

※平成25年度～は、糖のリスク(－)かつ高血圧または脂質異常ありを含む。

特定保健指導

	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
積極的支援	28人	18人	30人	18人	18人
動機づけ支援	164人	202人	206人	192人	165人

5. 糖尿病患者へのフォロー

～継続支援～



対象者

平成20年度以降の健診受診者で
HbA1c6.5%以上者(NGSP)

健診未受診
の把握

内 容

① 糖尿病管理台帳の作成・活用

健診受診状況および HbA1cの経年データ、治療状況を把握

② 年1回、特定健診受診への勧奨訪問

③ 必要時、訪問支援

- ・ 中断者への医療受診勧奨
- ・ 生活習慣の目標及び改善(食・運動)

治療中断者を
少なくしよう!

能美市糖尿病管理台帳(地区単位)

～一例を紹介～

糖尿病管理台帳(H24. 2. 20更新)							H23	HbA1c			HbA1c/治療状況 高:高血圧、脂:高脂血、糖:糖尿										
個人コード	町内会	1:根上 2:寺井 3:辰口	地区担当	氏名	生年月日	性別	年度 末年齢	61以上	国保 喪失 日	健診 データ	H20	治療中	H21	治療中	H22	治療中	H23	治療中	電話番号	訪問	備考
1						男					10.4	糖	8.3	糖	A	死亡					
2						女					10.3		B		6.8	高糖脂	7.3	高糖脂		コントロール不良H23予定	★学習会
3						男					9.5	糖	9.5	糖						健診受診勧奨不在(H22・H23)	
4						男					9	高糖					8.7	高糖		健診受診勧奨不在(H22・H23) コントロール不良H23予定	★学習会
5						女					8	糖脂								健診受診勧奨不在(H22・H23)	
6						男							11.5	糖	9.1	糖脂	8.1	糖脂		コントロール不良H22・H23 コントロール不良H23予定	★学習会
7						男							10.7		訪問 [5.9]	糖	訪問 [6.5]	糖		コントロール不良H22 健診受診勧奨H23	
8						男							10.7	糖脂		後期		死亡		コントロール不良H22	
9						男							9.4		7.1	糖		死亡		コントロール不良H22	
10						男							8.4		8.9	糖	7.8	糖		コントロール不良H22・H23 コントロール不良H23予定	★学習会
11						男				ドック	7.3	糖	8.4	糖		糖	5.6	糖		健診受診勧奨不在(H23)	
12						男					6.9	糖	8.1	糖	7.5	糖				コントロール不良H22	要介護2
13						男					5.7	高糖	7.9	高糖	8.5	後期	6.3	後期			
14						女					6.8	高糖脂	7.8	高糖		糖		糖		健診受診勧奨H22(電話) コントロール不良H23	
15						男					6.7	糖脂	7.4	糖脂	7.7	高糖脂	7.7	高糖		コントロール不良H23予定	★学習会
16						女					7	糖	7.3	糖	7.6	糖		糖		コントロール不良H22・H23 コントロール不良H23予定	★学習会
17						女											7.7	高糖脂		コントロール不良H23予定	★学習会
18						女					6.8	高糖脂	6.9	高糖脂	7.3	高糖脂				コントロール不良H23予定	★学習会
19						男									6.7	脂	7	脂		コントロール不良H23予定	★学習会

健診結果説明会（H20～H25年度）

～健診受診者を対象としたポピュレーションアプローチ～

目 的

健康意識の向上を推進し、生活習慣病の予防を図る。

対象者

特定健康診査またはフレッシュ健診の受診者

内 容

生活習慣病の予防

- ・自分の血管変化の理解、病態の理解
- ・食生活の理解

開 催

7月～12月で計92回、参加率69.9%

スタッフ

保健師1～2名、管理栄養士2～3名、事務1名
食生活改善推進員数名

※平成26年度から各町会・町内会単位で実施

糖尿病予防対策の評価（効果）

～データヘルス計画策定へ～

H26年度に策定H27～29年度実施

**PDCAで評価・改善へ
実践すれば結果はついてくる。
疾病予防・疾病管理で医療費
を抑える。**

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

1 特定健診・特定保健指導の実施率の向上

※1－追加
※2－位置変更

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。

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

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。

2

※1 メタボリックシンドロームの減少

- 重症化が予防できる
- 医療費の伸びを抑制できる

- 重症化が予防できる
- 死亡が回避できる

短期的
な目標

3

脂質異常症の減少

糖尿病有病者の増加の抑制

高血圧の改善

中長期的
な目標

4

虚血性心疾患死亡率の減少

糖尿病腎症による 新規透析患者数の減少

脳血管疾患死亡率の減少

心疾患		男性	女性
全 国	H22年	74.2	39.7
県	H22年	70.7	39.9
能美市	H21-23	64.7	35.4
	H22-24	68.3	35.1

人工透析	患者数 (人口100万対)	新規導入者 (人口100万対)
全 国	2468.1	298.7
県	2278.7	—
能美市	1552.4	224.7

脳血管疾患		男性	女性
全 国	H22年	49.5	26.9
県	H22年	49.7	25.3
能美市	H21-23	73.6	33.1
	H22-24	57.2	35.6

※2 健康格差の縮小

1 特定健診受診率の推移

	対象者数	受診者数	受診率	継続受診者数		新規受診者数		不定期受診者数	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合
				A	B/A	D	D/B(前年)	C	C/B
H21	7,244	3,514	48.5%	--	--	--	--	--	--
H22	7,310	3,742	51.2%	2,693	76.6%	1,049	28.0%	--	--
H23	7,464	3,920	52.5%	2,944	78.7%	734	18.7%	242	6.2%
H24	7,569	3,965	52.4%	3,029	77.3%	633	16.0%	303	7.6%
H25	7,591	4,013	52.9%	3,129	78.9%	549	13.7%	335	8.3%

* 不定期受診者とは前年度には受診していないものの、過去に健診を受診したことがある者

リピータ率

平成21年度～25年度健診受診者の受診状況

受診者総数	5年連続受診者		4回受診		3回受診		2回受診		1回のみ受診	
A	B	B/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A
5,632	1,679	29.8%	827	14.7%	798	14.2%	956	17.0%	1,372	24.4%

* 上記受診者は、5年間一度でも健診を受診した者かつ最終年度の年度末年齢40～74歳で計上

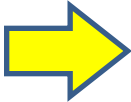
H25 対象者	5年間未受診者□ (1回も受診無)	
F	F-A	G/F
7,591	1,959	25.8%

内、H25年度新規受診者は、549人(9.8%)

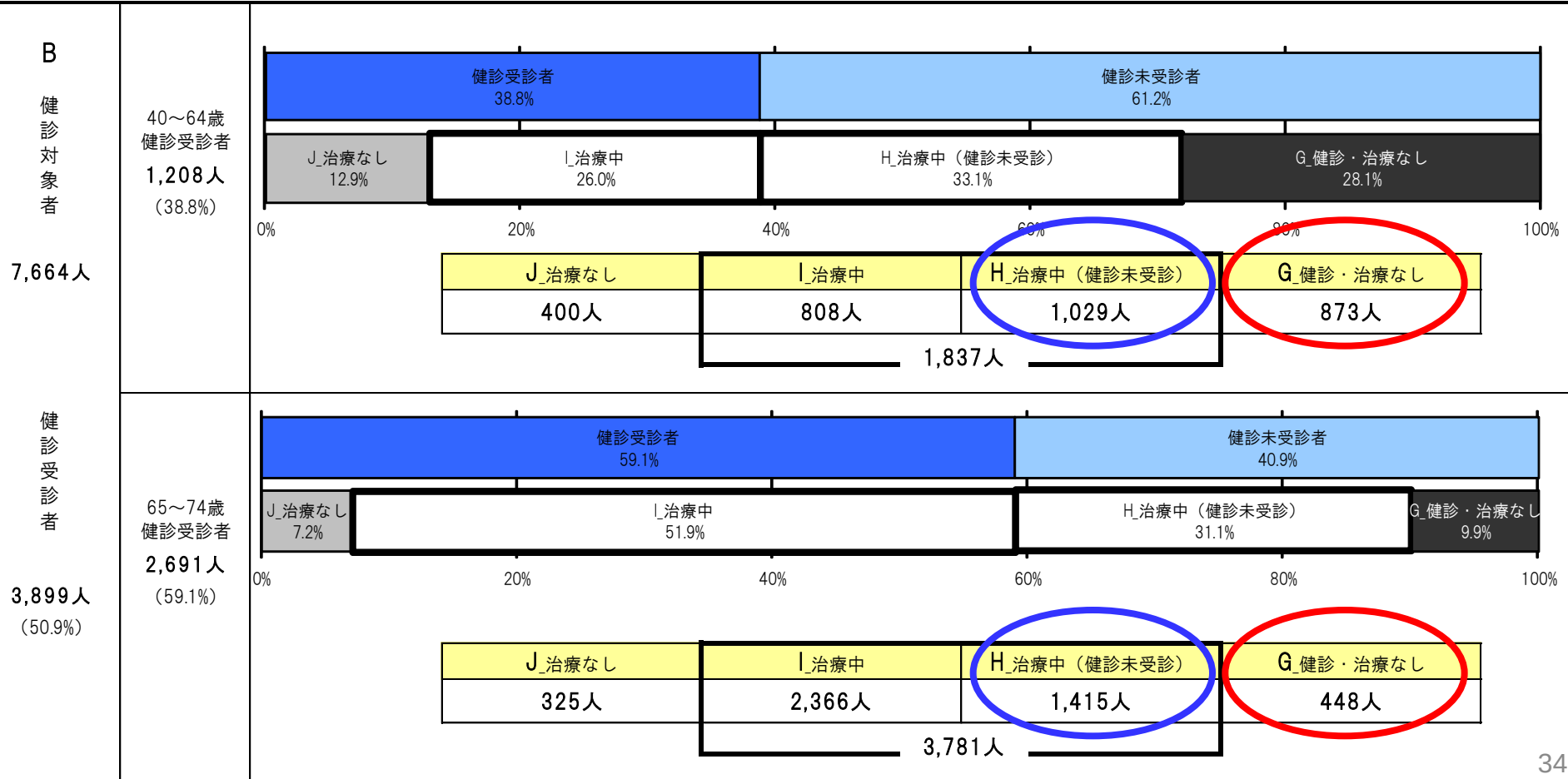
リピータ率100%だったら
受診率は74.2%に！！

健診も治療も受けていない人 ～実態がわからない～

治療なしで健診未受診 1,321人(17.2%)
治療中で健診未受診 2,444人(31.9%)



治療中の人が
受診者に加わると
目標60%達成



健診結果からみえたこと①

～メタボリックシンドロームの状況～

(平成25年度)

	能美市	同規模
メタボリックシンドローム該当者	15. 8%	16. 4%
メタボリックシンドローム予備群	9. 9%	11%
非肥満高血糖	5. 4%	4. 9%

●非肥満高血糖の割合が同規模に比べ高い！

	平成20年度	平成25年度
メタボリックシンドローム該当者	15. 1%	15. 8%
メタボリックシンドローム予備群	11. 7%	9. 9%

健診結果からみえたこと② ～糖尿病～

- ・HbA1c有所見率(5.6%以上)は、若干減少したが、健診項目の中で一番高い！
(H21:72.3%⇒H25:67.4%)
 - ・非肥満の高血糖者率は、H25:5.4%
(県内第2位の高値、同規模平均:4.9%)
 - ・重症化予防対象の高血糖者率が減少。
 - ・糖尿病については治療中でコントロールが悪い人がある。
- 服薬+食事・運動指導が重要である！

HbA1c(NGSP)の推移

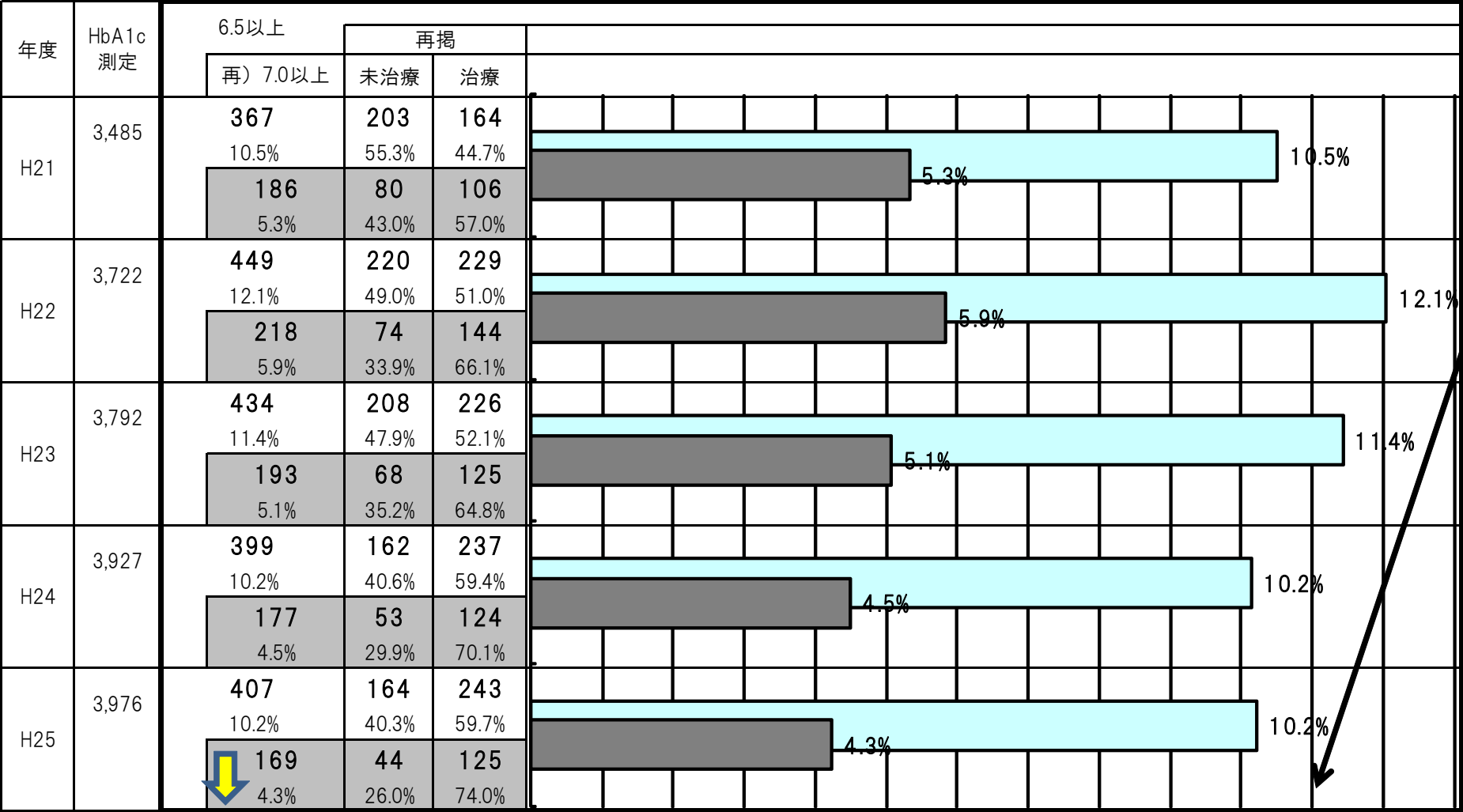
上段：NGSP値
下段：JDS値

H b A 1 c	7.4以上 (7.0以上)		8.4以上 (8.0以上)	
	人数	割合	人数	割合
	H	H/A	I	I/A
H21	110	3.2%	48	1.4%
H22	127	3.4%	44	1.2%
H23	102	2.7%	41	1.1%
H24	99	2.5%	25	0.6%
H25	86	2.2%	25	0.6%

HbA1c7.0以上(NGSP)の状況(H25年度)

	HbA1c測定者		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上	
			コントロール不十分		コントロール不良		コントロール不可	
糖尿病治療中	393人	9.9%	118人	30.0%	97人	24.7%	28人	7.1%
治療なし	3583人	90.1%	120人	3.3%	35人	1.0%	9人	0.3%

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は？



治療と未治療の状況

上段：NGSP値
下段：JDS値

		HbA1c測定	受診勧奨判定値						再掲			
			糖尿病									
			合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる					
			6.5～6.9 (6.1～6.5)		7.0～7.9 (6.6～7.5)		8.0以上 (7.6以上)		7.4以上 (7.0以上)		8.4以上 (8.0以上)	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			A'	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I
治療中	H21	233	58	24.9%	65	27.9%	41	17.6%	68	29.2%	31	13.3%
	H22	317	85	26.8%	102	32.2%	42	13.2%	91	28.7%	26	8.2%
	H23	336	101	30.1%	78	23.2%	47	14.0%	68	20.2%	26	7.7%
	H24	368	113	30.7%	95	25.8%	29	7.9%	74	20.1%	17	4.6%
	H25	393	118	30.0%	97	24.7%	28	7.1%	66	16.8%	20	5.1%
治療なし	H21	3,252	123	3.8%	58	1.8%	22	0.7%	42	1.3%	17	0.5%
	H22	3,405	146	4.3%	50	1.5%	24	0.7%	36	1.1%	18	0.5%
	H23	3,456	140	4.1%	50	1.4%	18	0.5%	34	1.0%	15	0.4%
	H24	3,559	109	3.1%	45	1.3%	8	0.2%	25	0.7%	8	0.2%
	H25	3,583	120	3.3%	35	1.0%	9	0.3%	20	0.6%	5	0.1%

健診結果からみえたこと③

～高血圧症・高脂血症～

- ・重症化予防対象のⅡ度・Ⅲ度高血圧者率が改善していない。
- ・三疾患未治療者にⅡ度・Ⅲ度高血圧が多い！
- ・高血圧治療者のコントロールが悪い。

重症者の健診結果の推移

			H21年度		H25年度	
			3589人		4013人	
			人数	割合	人数	割合
高血圧症	Ⅲ度高血圧症 (180/110以上)	総数	27人	0.8%	36人	0.9%
		(再)未治療者	15人	0.4%	36人	0.9%
	Ⅱ度高血圧症 (160/100以上)	総数	148人	4.1%	174人	4.3%
		(再)未治療者	80人	2.2%	85人	2.1%
慢性腎臓病	腎専門医 受診対象者※	総数	197人	5.5%	172人	4.3%
		(再)未治療者	94人	2.6%	40人	1.0%
高脂血症	LDLコレステロール 180mg/dl以上	総数	156人	4.3%	128人	3.2%
		(再)未治療者	117人	3.3%	97人	2.4%



※eGFR50未満または尿蛋白2+以上または尿蛋白(+)and尿潜血(+)以上

I 度高血圧以上の状況(H25年度)

	受診者		I 度高血圧		Ⅱ 度高血圧		Ⅲ 度高血圧	
高血圧治療中	1475人	36.3%	376人	25.5%	71人	4.8%	9人	0.6%
治療なし	2538人	63.7%	407人	16.0%	103人	4.1%	27人	1.1%

健診結果からみえたこと④ ～慢性腎不全～

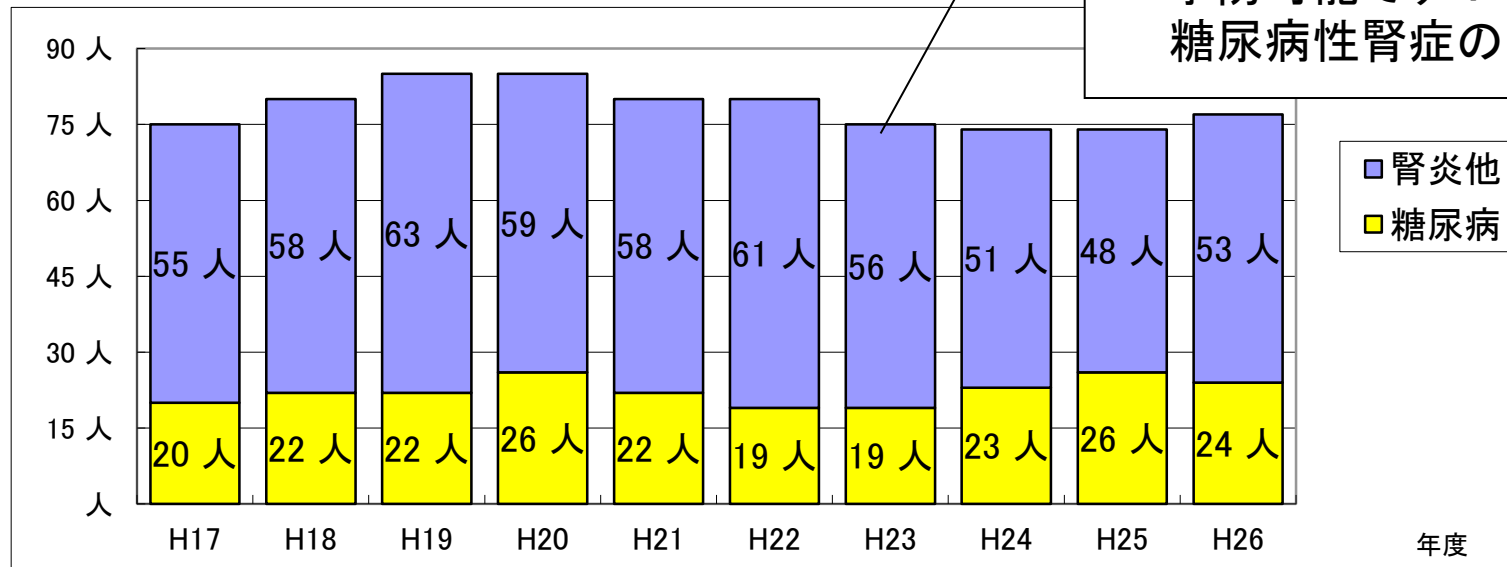
- ・慢性腎不全のステージ3の割合が減少。人工透析の予防として、塩分・蛋白・カリウム摂取制限等の食事指導の体制が必要である。
- ・予防可能な糖尿病性腎症・腎硬化症軽度者への保健指導の充実、腎症2期・3期への栄養士による栄養指導のしくみ作り

慢性腎不全（CKD）の経年推移（40～74歳）

	健診 受診者	GFRステージ					
		ステージ3		ステージ4		ステージ5	
H21	3480人	935人	26.9%	10人	0.3%	1人	0.0%
H22	3575人	881人	24.6%	6人	0.2%	2人	0.1%
H23	3694人	829人	22.4%	10人	0.3%	2人	0.1%
H24	3859人	659人	17.1%	6人	0.2%	1人	0.0%
H25	3934人	697人	17.7%	9人	0.2%	4人	0.1%

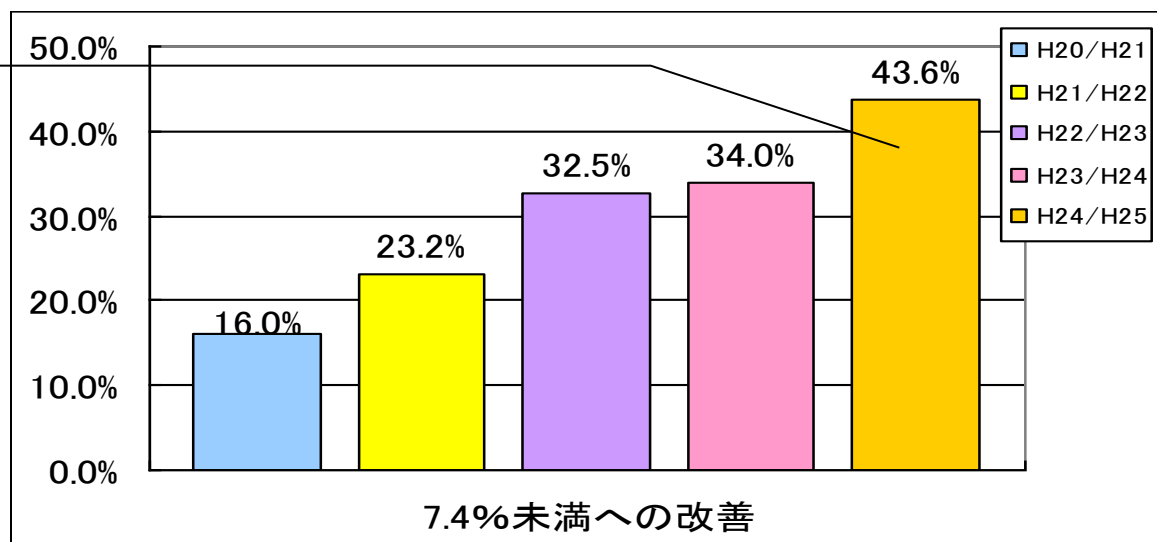
～保健指導で生活習慣を改善すると予防が可能です～

人工透析の状況（原因疾患別） ～更生医療台帳～



HbA1c7.4%(NGSP)以上者の翌年度健診の改善状況

保健指導後の
次年度健診で
約4割が
改善している！



医療費からみえたこと

●入院は、3%の件数で、4割強の医療費がかかっている

重症化（入院）

入院	能美市	同規模
件数	3.4%	3.4%
費用	45.5%	43.7%

同規模市平均と比べ
健診受診率・保健指導実施
率が高いのに、能美市の入
院費用がなぜ高いのか？

入院1件当たり費用額

単位：万円

入院	腎不全	脳血管疾患	虚血性心疾患
費用 (県内順位総 数20)	66 (15位)	62.4 (5位)	64.4 (6位)
入院外	糖尿病	高血圧	脂質異常
費用 (県内順位総 数20)	3.6 (17位)	2.8 (18位)	2.7 (17位)

脳血管疾患と虚
血性心疾患が県
内では上位

月200万円以上医療費の推移

～血管に関する生活習慣病は減少へ～

月200万円以上		H22年度	H23年度	H24年度	H25年度
血管に関する疾患	件数	25	27	17	18
	割合	41.7%	41.5%	39.5%	28.6%
その他	件数	35	38	26	45
	割合	58.3%	58.5%	60.5%	71.4%
総合計	件数	60	65	43	63

51人で
費用額
1億7千万円
(4.9%)

内、 ●虚血性心疾患 : 8人で2,269万円
●脳血管疾患 : 2人で454万円

虚血性心疾患の手術

- ・冠動脈バイパス術 200万円～400万円
- ・ステント術 約100万円(1箇所)

どんな病気で治療しているの？

	循環器疾患の既往							
	虚血性心疾患		脳血管疾患		大動脈疾患		動脈閉塞	
H25年度	14人	22.2%	7人	11.1%	2人	3.2%	2人	3.2%

レセプトデータより

人工透析患者の医療費の実態

原因疾患は、
予防可能な糖尿病性腎症が4割強！

国保人工透析の医療費（H25年度）

	人数	件数	割合	費用額	割合
人工透析	26人	367		1億5,729万円	
【再掲】 糖尿病性腎症	11人	158	43.1%	6,937万円	44.1%
【再掲】 脳血管疾患	12人	176	48.0%	7,468万円	47.5%
【再掲】 虚血性心疾患	15人	221	60.2%	9,537万円	60.6%

★脳血管疾患または
虚血性心疾患を
すでに発症している人が
多い！！

人工透析者率の比較（H25年度）

能美市			I市（同規模）		
人工透析者	数（人）	率（％）	人工透析者	数（人）	率（％）
国保	29	0.2	国保	24	0.2
後期	28	0.5	後期	67	1.4

H27年度の取り組み

医療費と介護給付費
の削減を目指す！

～脳・心・腎を守るには、大血管障害の予防対策強化～

- 特定健診受診率のアップ・・・まず52%の壁を打破へ
- 重症化予防を強化（優先保健指導）
- 地区で、担当者の裁量で保健指導必要者を選び、実践
（地区に責任を持つ：世帯単位での保健指導）
- 地区単位で、健診結果学習会の開催
- 糖尿病性腎症予防のしくみ作りを検討
人工透析予備群の水際対策⇒医療費を減らす
・・・地区担当保健師と管理栄養士の2人体制
・・・主治医とケースを通しての連携
- Ⅲ度高血圧者の継続管理
・・・治療コントロール不良者への保健指導
・・・健診未受診者のフォロー

医師会との連携推進

～ 会議を重ねて、連携が進む ～

ストラクチャー(構造)

～医療(医師会)との連携～

H19年度～

- ・特定健診・特定保健指導部会 ・年1～2回 ・市主催
 - ・健診受託医療機関代表
 - ・特定健診・保健指導・健診受診後のフォローについて連携協議

H23年度～

- ・糖尿病予防保健医療連携会議 ・年2回 ・市主催
 - ・糖尿病専門医・糖尿病治療従事者
 - ・医療受診勧奨について連携協議

H24年度～

- ・糖尿病診療ネットワーク推進委員会「かけはしネット能美」
 - ・毎月1回 ・医師会主催 ・医師会役員・糖尿病専門医・保健所
 - ・糖尿病診療連携システムの構築、病診連携による合併症の管理

※個々のケースについて、日々連携

糖尿病予防保健医療連携会議①

開催目的

H23年度～

能美市の保健、医療担当が相互連携をとり、市の健康課題である糖尿病予防対策を推進し、発症予防や早期発見・早期治療（医療連携体制）及び継続治療を促進することにより、大血管障害の予防や三大合併症の予防を図る。

健康課題

- ・健診初回受診者にHbA1c検査値の高値者の割合が高い。
- ・糖尿病の医療受診勧奨により治療につながる者は5割強である。
- ・糖尿病の治療コントロールが「不十分」「不良」「不可」の割合が48.2%である。
うち、「不良」「不可」の割合が28.4%を占めている。
- ・糖尿病の治療中断者が多い。
- ・かかりつけ医と専門医療機関との連携パス発行が少ない

出席者

医師会長、医師会副会長、
特定健診部会の部会長、副会長
総合病院の糖尿病専門医
市健康推進課長・担当、市保険年金課長

**お互いの顔が見える
関係づくりへ**

糖尿病予防保健医療連携会議②

お互いを理解する機会

- ・保健事業や保健指導の優先順位や内容について
- ・医療現場における現状(治療中断・合併症管理等)
- ・開業医では、食事指導や運動指導が十分に対応できない。
- ・医療側は、患者の生活実態の把握が難しい。
- ・健診後要医療者の連絡票に患者のエピソード情報が欲しい。

見出された成果

- ・健診後のフォロー基準見直し・・保健指導対象、要医療対象
- ・健診からの事例を検討・・糖尿病遺伝をもつ39歳以下若年者への介入
- ・会議以外で、日常にケースについて相談できる関係
- ・専門病院の外来で、生の医療や指導を見学
- ・「かけはしネットワーク能美」の円滑運用・・病院と開業医間の相互連携と
糖尿病患者のサポートシステム体制づくり(合併症管理:かけはしチェック)

かけはしネットワーク能美と連動して ・ ・ H24年度～

- ・かけはしチェック(合併症検査)を通じて診療連携の充実
- ・かかりつけ医勤務の看護師のスキルアップ講座⇒患者へ指導ができる
- ・糖尿病患者への食生活指導

医師会と連携・共有から

H23年度
糖尿病予防保健医療連携会議で

・医療機関受診勧奨と専門医療機関の受診
の基準を設定

・連携協力医療機関リスト一覧

能 美 市

糖尿病の紹介医療機関リスト

～特定健診で受診を勧められた方へ～



【このリストは能美市医師会とかけはしネットワークのみの
御協力で作成しました】

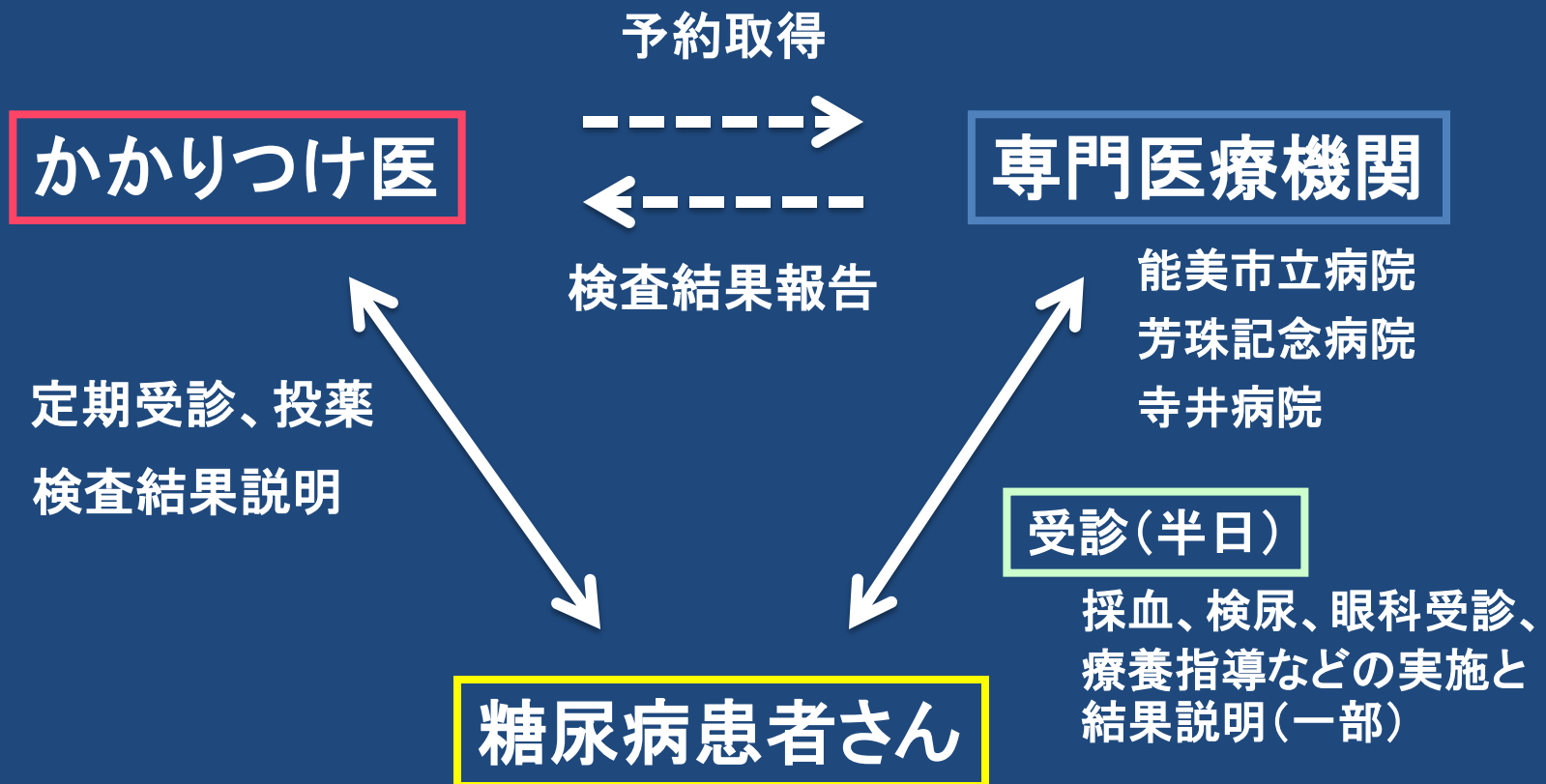
【 特定健診の受診勧奨者への対応方針＜能美市＞ 】

能 美 市	H b A1c (%) 値	5.6未満	5.6 ～ 6.4	6.5～7.9未満	7.9以上
	特定健診の受診勧奨者 への対応方針	個人で健康 づくり実施	指導者による 食事指導・運動指導	糖尿病の診断を受け 治療を始めましょう 医療機関受診勧奨	合併症検査が必要です 専門医療機関受診が 望ましい

※糖以外の他のリスクで医療受診が必要な者には、各疾患ガイドラインをもとに勧奨する。

糖尿病かけはしチェックの概要

かかりつけ医で通院中の糖尿病患者に、専門医療機関へ1回(約半日)受診してもらい、合併症の検査をまとめて実施する制度です。1～2年に一度利用すると合併症の評価に有用です。



かけはしネットワーク能美の地域連携イメージ

能美市

医療：③管理下のDM/IGT群

基幹病院

教育入院

合併症評価

合併症治療

糖尿病かけはし
チェック



糖尿病サポ
ーターズ

診療所

安定期治療

指導内容の均一化
(特に軽症～IGT例)

診療所からの
栄養指導依頼

通院・治療
中断患者

保健・行政

①②未治療DM/IGT群(中断例含む)

特定健診実施
中断者の追跡

保健指導・栄養指導

受診勧奨



かけはしネットワーク能美

平成24年11月から、定例で毎月1回、夜に会議開催

医師との距離が
縮まり、気軽に相
談できる関係



今後の課題

- マンパワー(保健指導従事者)の確保とさらなる保健指導のスキルアップ
- 特定健診受診率の向上・・・60%を目指して
 - 未受診者対策・・・治療なしの未受診者
初回受診者を増やす
 - 地区活動でリピーター率の向上
- 健診後医療受診率の向上・・・糖尿病65%以上目指す
- 糖尿病性腎症予防のしくみの推進
 - HbA1c6.5%以上or糖尿病治療中者へ一次健診の追加項目として尿アルブミン定量検査を実施
(優先保健指導対象者の明確化)
- 治療中者への糖尿病性腎症予防の栄養指導の展開(主治医との連携をもとに)

平成20年度～平成27年度までの8年間を振り返って

事業に取り組んで良かったこと

★医療費の抑制効果が現われたこと！

①保健指導に関して

- ・住民の気づきや生活習慣改善の支援を通して、少しずつ住民の意識が変わりつつある。
- ・糖尿病予防対策を発症予防・重症化予防・継続支援と一連の流れのもとに体制が整備できた。
- ・糖尿病解決のための保健指導対象者の明確化ができた。
- ・医師会の理解のもとにコントロール不良者に訪問指導を実施し、中断者を把握し適正医療につなげた。

②連携に関して(医療機関・庁内・庁外)

- ・糖尿病予防保健医療連携会議をとおして、保健と医療の互いの活動を理解する機会となる。お互いの顔がわかり、日常のケースについて相談できる関係となる。
- ・医師会との連携強化が図れた。平成24年度途中から医師会主導で「糖尿病診療連携ネットワーク推進委員会(かけはしネットワーク能美)」を毎月1回開催。2年半を経過した頃から、市の保健指導に医師が関心を持ち、保健指導・栄養指導が連携ツールとして有効であると認識し始めたこと。

③その他(自治体としての問題意識の共有についてなど)

- ・庁内において、糖尿病対策・脳血管対策が重点課題であることを共有した。
- ・関係団体との会(健康づくり推進協議会・国保運営委員会・特定健診部会)において、糖尿病対策について課題を共有し検討できた。
- ・糖尿病予備群・糖尿病患者を発掘していくうえで、特定健診未受診者対策(初回受診者)を併行して行うことができた。

ご清聴ありがとうございます