

平成26年度市町村職員を対象とするセミナー

～ 医療保険制度改革について ～

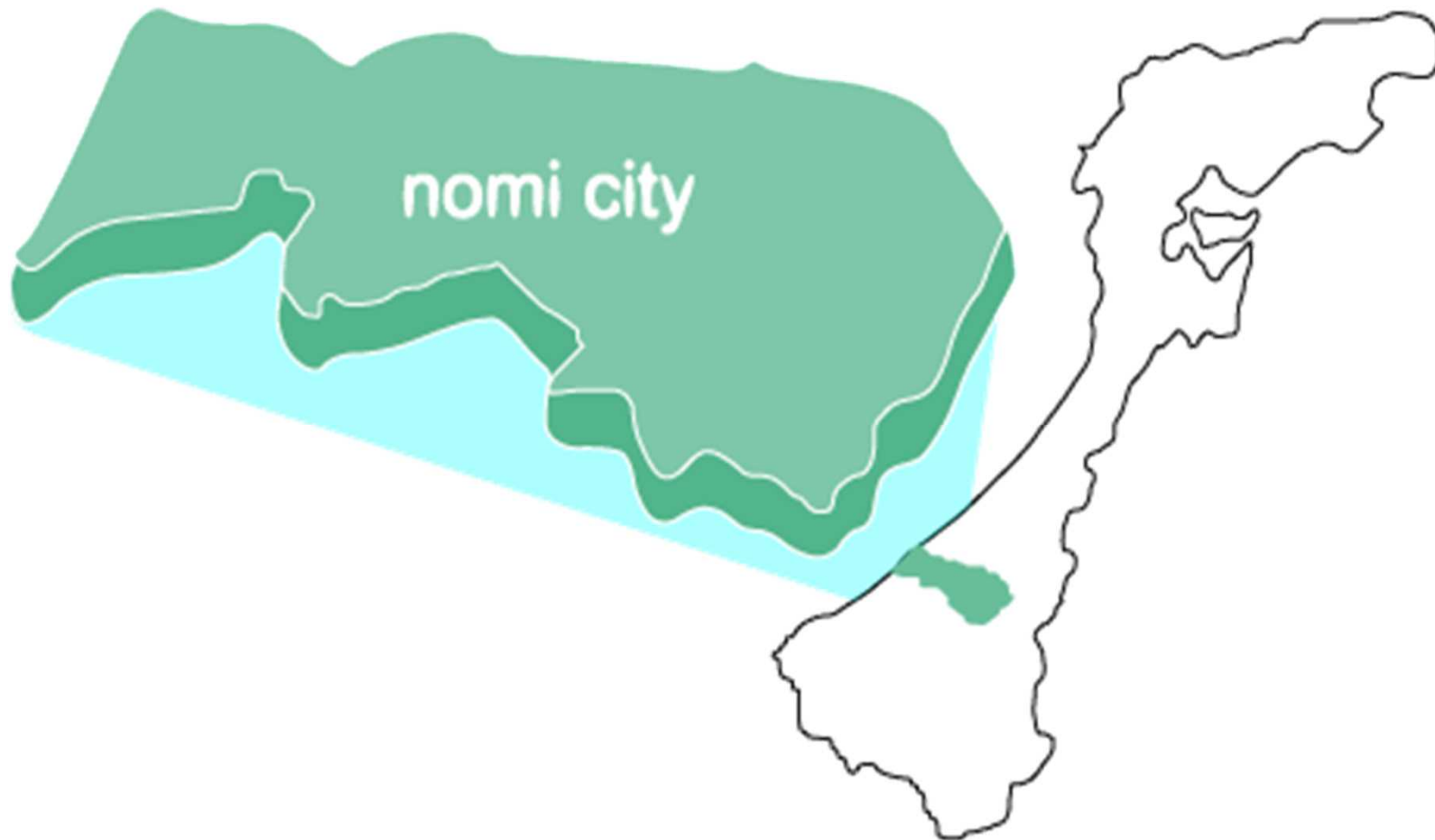
糖尿病の重症化予防の取り組み

～ 予防・健康づくりについて ～

能美市の概要①



➤ 人口 49,831人 (H26. 12. 1時点)



能美市の概要②



- 高齢化率 23.2% (H26. 4. 1時点)
- 合計特殊出生率 1.516 (H22~H243年異動平均)
- 国保被保険者数 11,002人 (H26. 4. 1時点)
- // (再掲)40~64歳 3,472人 (H26. 4. 1時点)
- // (再掲)65~74歳 4,660人 (H26. 4. 1時点)
- 特定健診実施率 51.3% (H25年度法定報告)
- 特定保健指導実施率 61.8% (H25年度法定報告)
- 被保険者1人当たり医療費 289,037円 (H25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
第11位/224市

1. 糖尿病予防に取り組むまで (～19年度)

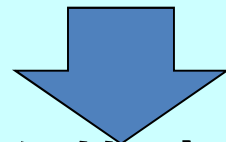
死亡・医療の実態から
何が課題なのか？
何を解決すべきなのか？

医療費等分析からみえたこと①(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。



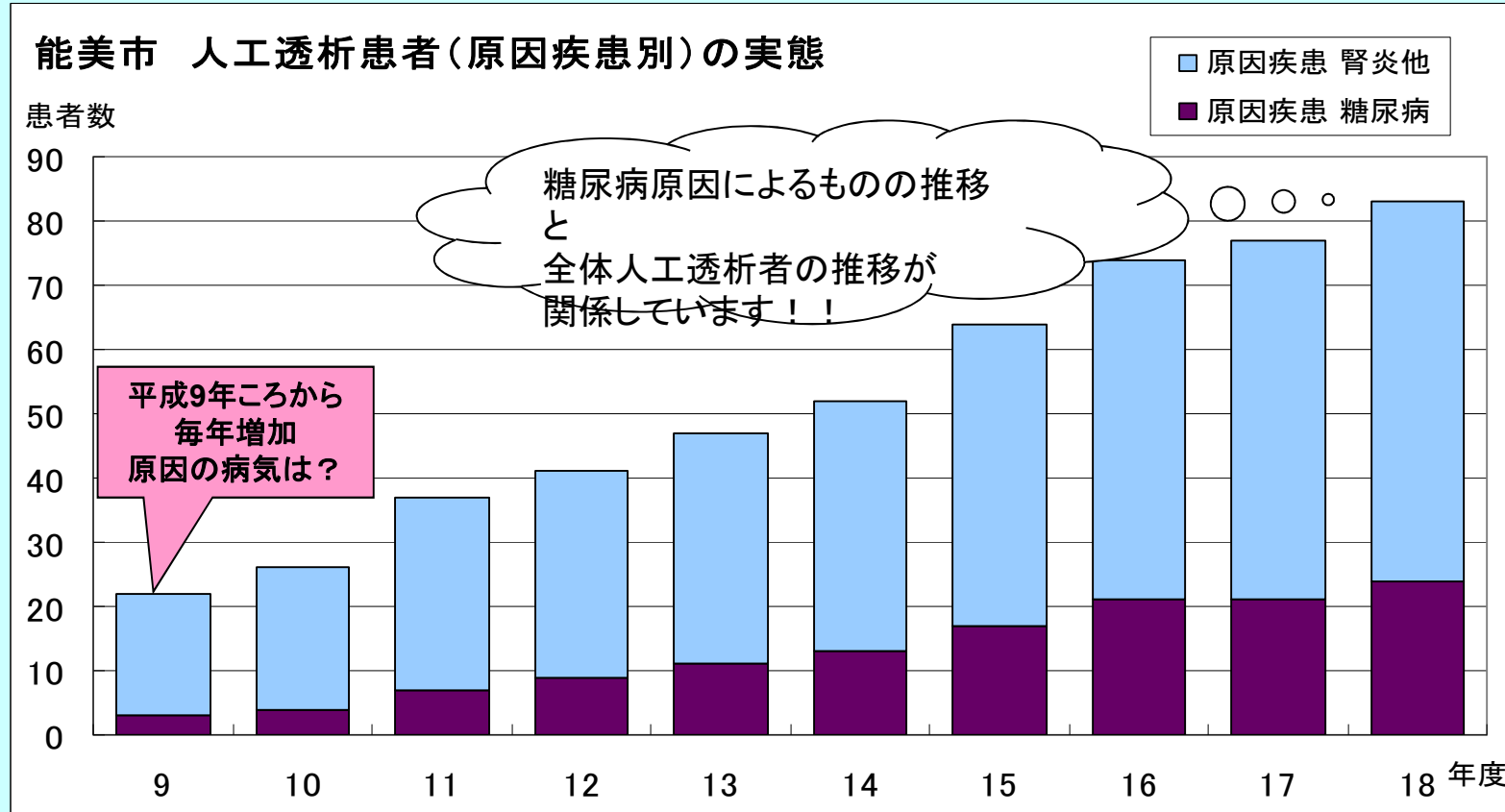
リスクの重積

- 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

医療費等分析からみえたこと②(H18年度)

➤糖尿病性腎症による人工透析者の増加(約3割)



➤新規人工透析者の増加

H9:3人 ⇒ H18:16人

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)**

⇒ **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

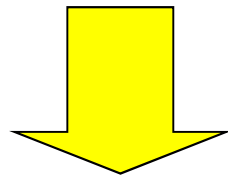
実態（健診）から出発

能美市では、特定保健指導の対象者とならない
糖尿病の有病者・予備群が多い。

国のプログラムでは、
問題解決・課題達成はできない。
重症化は防げない。

～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

2. 糖尿病予防の取り組みをスタート (20年度～)

医師会との継続的な議論から発展した糖尿病対策

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⇒H24: 保健師10人・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

～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

ストラクチャー(構造)③ 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

糖尿病予防の取り組み

H20年度から継続した事業展開

目標

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）

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

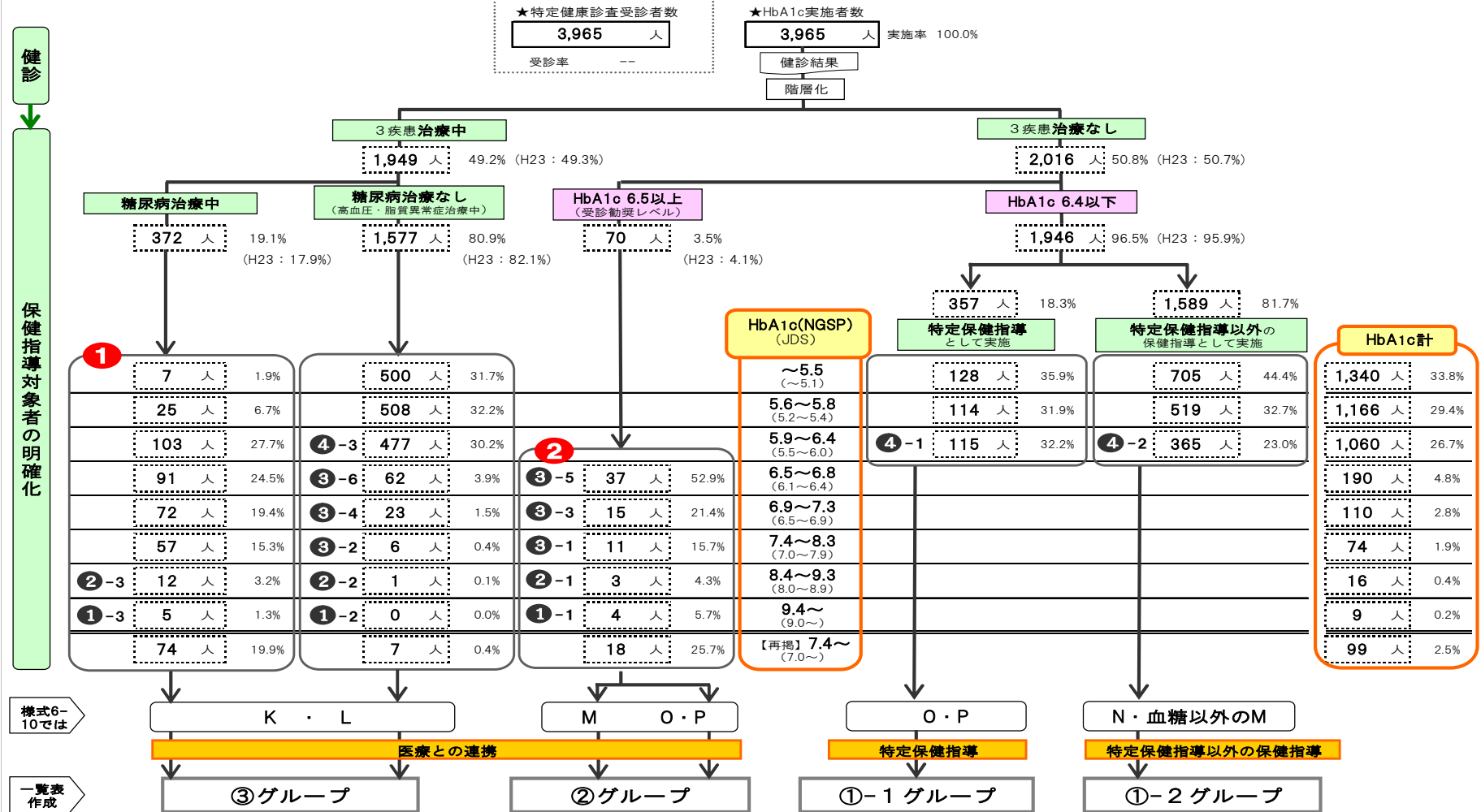
* 保健指導対象者の優先順位を決める

- 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の段階別に開業医・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。

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 -----

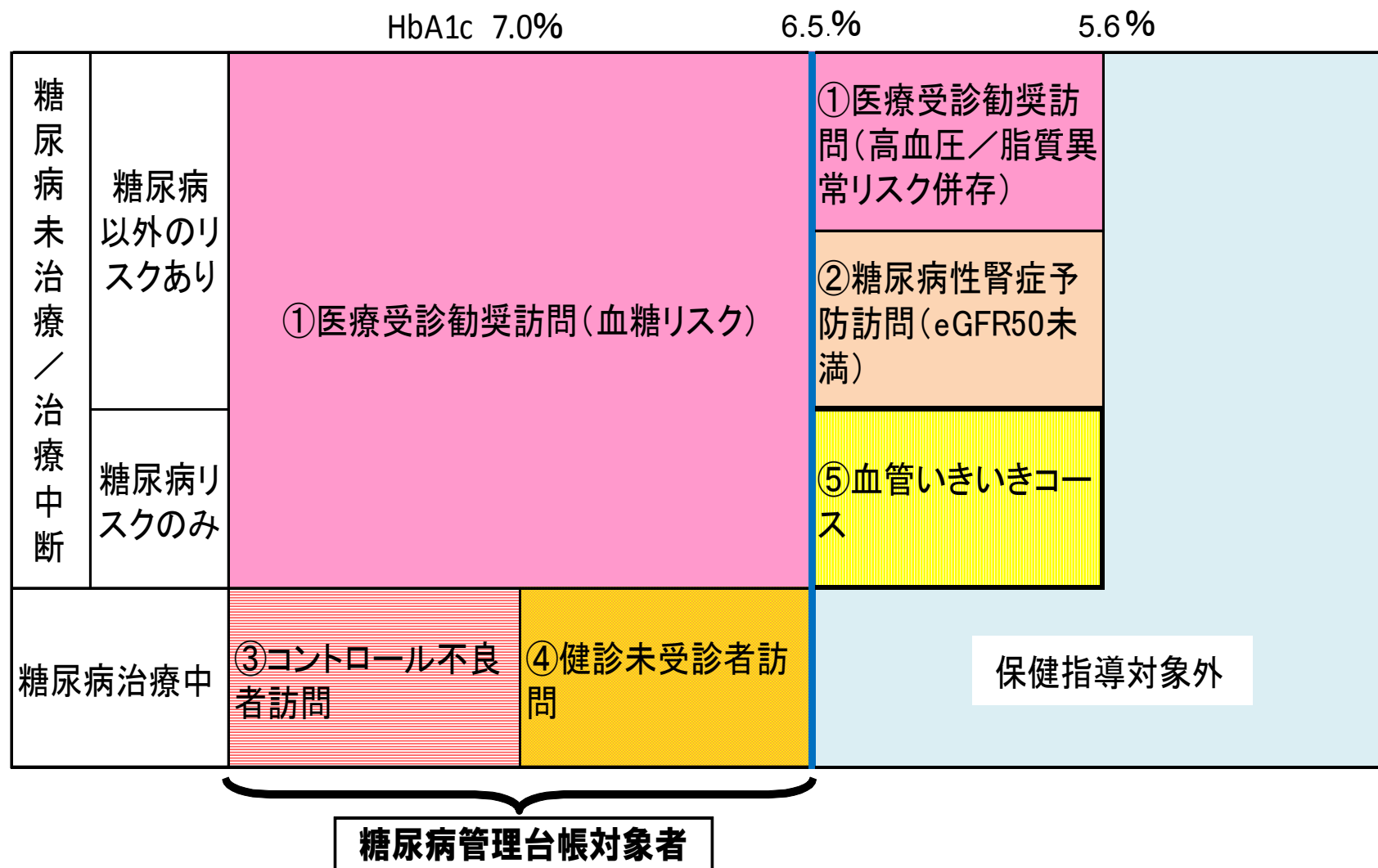
大血管障害の危険

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)

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> 】

	HbA1c(%) 値	5.6未満	5.6 ～ 6.4	6.5～7.9未満	7.9以上
能 美 市	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。

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

- ・ 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

薬物療法と
生活習慣の改善を！！

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52.9%。

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)

HbA1cワースト30への訪問

～H20年度結果から治療中者にも訪問～

血糖・高血圧・
LDL・HDL・
中性脂肪・eGFRの
ワースト30にも訪問

	性別	年齢	HbA1c	空腹時血糖	最高血圧	最低血圧	中性脂肪	LDL	尿酸	腎機能GFR	メタボリックシンドローム	尿蛋白	尿糖	尿潜血	治療中	階層化結果	支援状況	受診状況	治療状況
1	女	58	13.1	282	149	72	107	252	3.5	87.8	なし	-	++	-		情報提供	受診勧奨	未受診	未受診 漢方薬購入
2	女	72	11.4	361	120	80	359	114	3.8	67.6	なし	++	+	±		情報提供	受診勧奨	治療開始	糖尿病、高脂血症、高血圧
3	女	71	11.2	297	158	87	89	141	3.1	67.8	なし	-	+	+	高血圧症	情報提供	治療中		
4	女	63	11.2	280	127	68	233	130	4.1	96.8	あり	++	+	±	糖尿病 高血圧症	情報提供	治療中		
5	男	72	10.4		150	68	53	103	4.2	89.5	あり	++	+	-	糖尿病	情報提供	治療中		
6	女	72	10.3	281	129	80	131	190	4.4	101.5	なし	-	+	-		動機づけ支援	不参加		
7	男	74	10.3	159	144	80	205	87	4.6	61.9	あり	-	+	-		動機づけ支援	不参加		
8	女	38	10.2	188	112	59	1525	63	3.8	69.4	なし	-	-	-		情報提供	情報提供		
9	女	69	10.2		140	72	504	68	7.1	74.9	あり	±	-	±	糖尿病 高脂血症	情報提供	治療中		
10	男	63	9.7	237	158	94	144	144	2.8	65.7	あり	-	-	-		積極的支援	積極的支援		

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)

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

**大血管障害の
予防を！！**

保健指導の実績

国保ヘルスアップ事業	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度
医療機関受診勧奨訪問	16人	78人	120人	137人
糖尿病性腎症予防訪問	49人	10人	7人	17人
コントロール不良者訪問	62人	80人	84人	125人
血管いきいきコース	62人	79人	31人	74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
積極的支援	28人	18人	30人	18人
動機づけ支援	164人	202人	206人	192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										電話番号	訪問	備考			
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	6.1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	寺井町	2	川本			男	75	1			10.4	糖	8.3	糖	A	死亡						
2	寺井町	2	川本			女	75	1			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	緑町	2	川本			男	71	1			9.5	糖	9.5	糖							健診受診勧奨不在(H22・H23)	
4	九谷町	2	川本			男	71	1			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	旭町	2	川本			女	75	1			8	糖脂									健診受診勧奨不在(H22・H23)	
6	寺井町	2	川本			男	60	1					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	寺井町	2	川本			男	68	1					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	寺井町	2	川本			男	76	1					10.7	糖脂		後期		死亡		コントロール不良H22		
9	寺井町	2	川本			男	55	1					9.4		7.1	糖		死亡		コントロール不良H22		
10	寺井町	2	川本			男	69	1					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	寺井町	2	川本			男	67	1		ドック	7.3	糖	8.4	糖		糖	5.6	糖		健診受診勧奨不在(H23)		
12	旭町	2	川本			男	73	1			6.9	糖	8.1	糖	7.5	糖				コントロール不良H22	要介護2	
13	寺井町	2	川本			男	77	1			5.7	高糖	7.9	高糖	8.5	後期	6.3	後期				
14	寺井町	2	川本			女	72	1			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	寺井町	2	川本			男	74	1			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	寺井町	2	川本			女	70	1			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	寺井町		川本			女	70	1									7.7	高糖脂		コントロール不良H23予定	★学習会	
18	寺井町	2	川本			女	75	1			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	九谷町	2	川本			男	63	1							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

糖尿病患者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、副部会長
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～

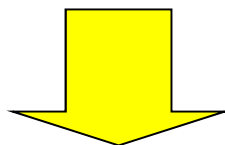
- ・かけはしチェック(合併症検査)を通じて診療連携の充実
- ・かかりつけ医勤務の看護師のスキルアップ講座⇒患者へ指導ができる
- ・糖尿病患者への食生活指導

3. 第2期特定健康診査等実施計画 (H25年度～H29年度)を策定へ

H24年度

～大きな目標～

医療費の削減・抑制に向けて



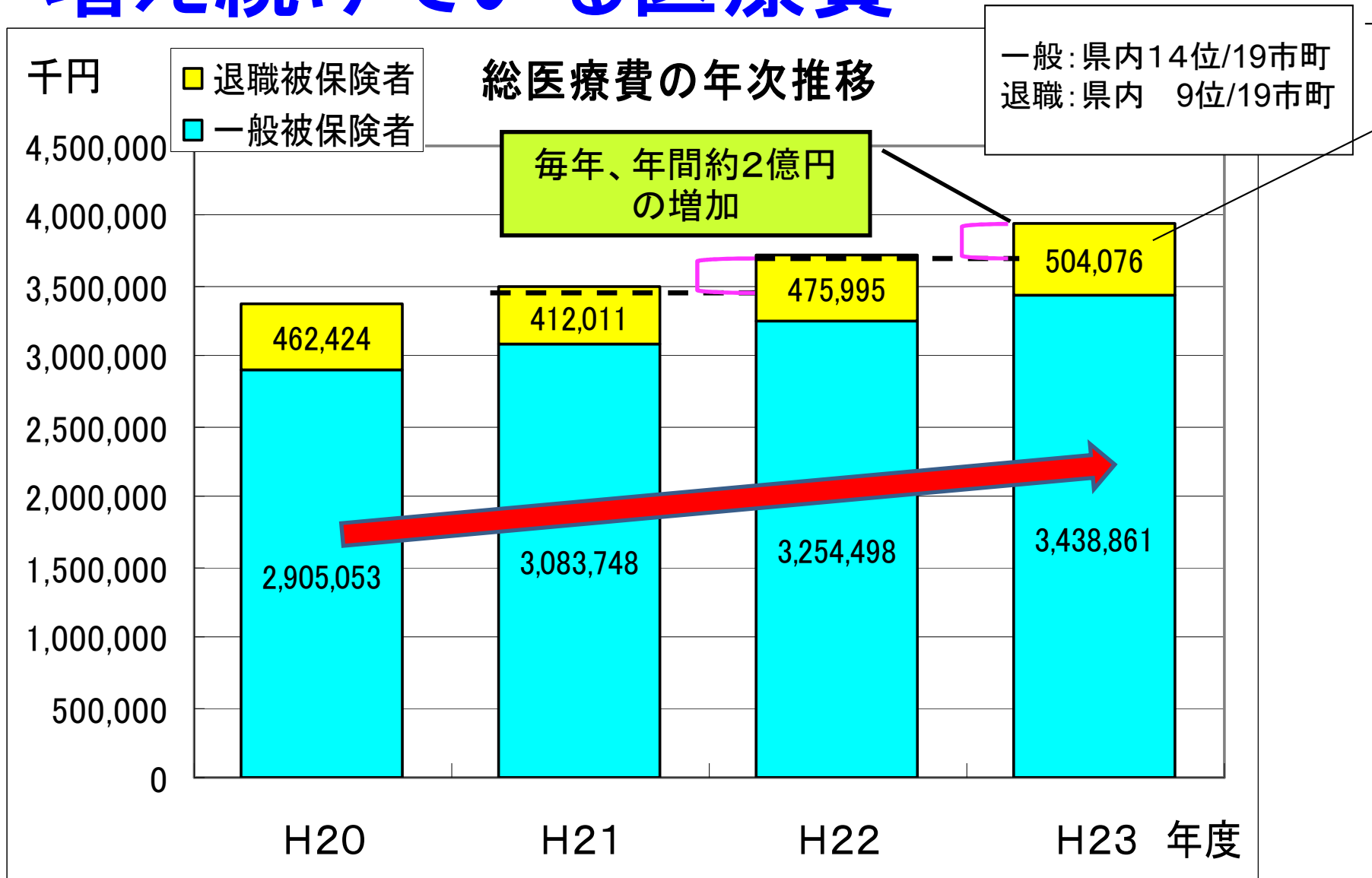
「医療費分析検討チーム」の設置

(以後、継続開催)

* 兼務保健師・国保部門の事務職員・保健所の担当者

死亡・介護・医療の実態(H22～H23)から

増え続けている医療費



脳血管疾患の死亡率が高い！

平成24年 (平成22年)

●死亡総数 468人／年
(434人/年)

40歳～64歳:51人／年
男性 24人、女性27人
1位がん、**2位心疾患、3位脳血管疾患**

●死因 **第3位 脳血管疾患 53人** ↓ (第2位70人)

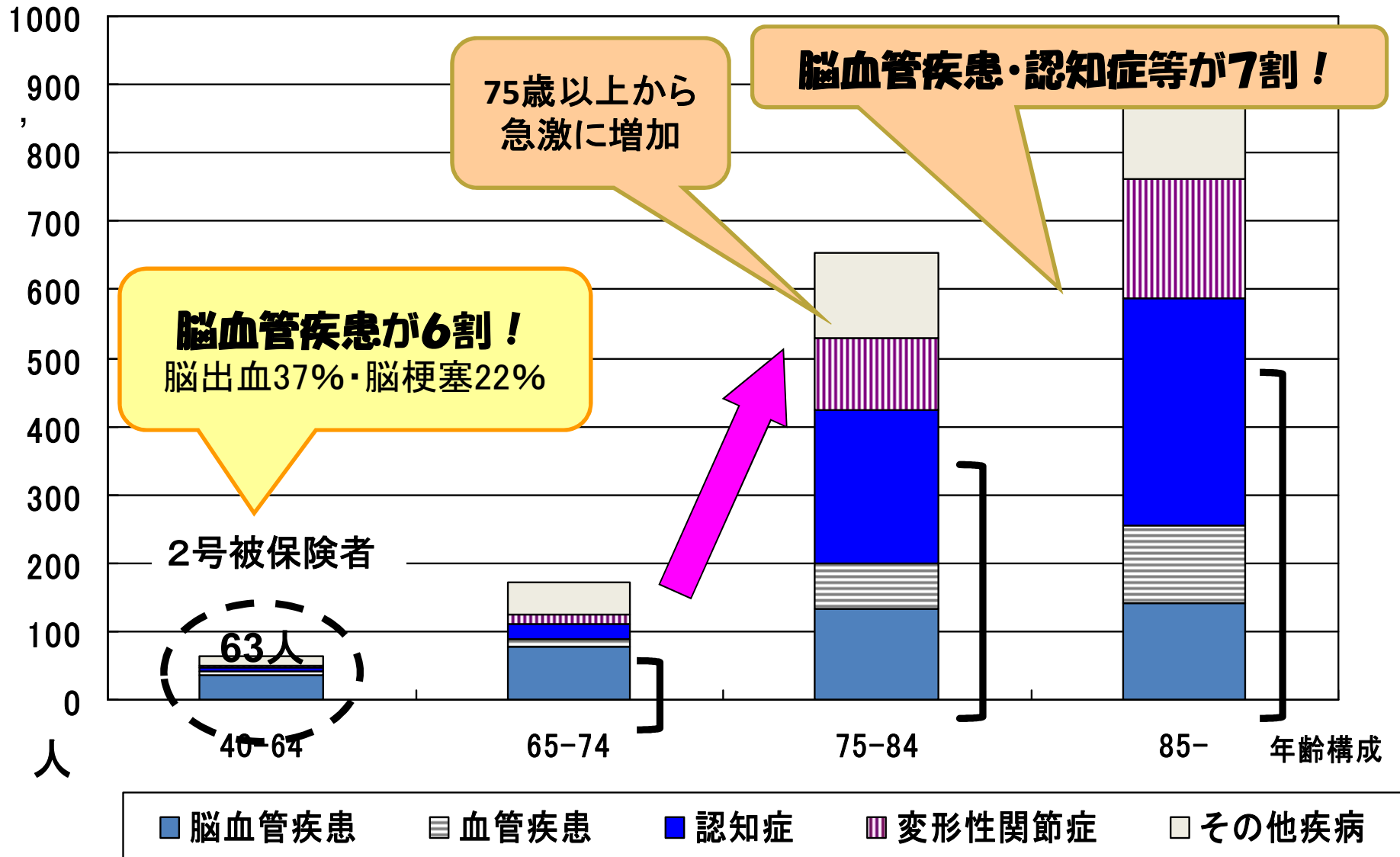
	人数
男性	↓18人 (35人)
女性	35人 (35人)

79歳以下は
脳血管疾患11人:男8人、女3人
割合:20.8% ↓ (35.7%)

●脳血管疾患 (年齢調整死亡率)

	全国	石川県	能美市
男性	44.8 (49.5)	45.3 (46.5)	↓35.9 (78.0)
女性	24.6 (26.9)	25.9 (23.9)	34.3 (46.7)

要介護認定者の年齢別原因疾患



死亡・介護の実態からみえたこと

- 脳梗塞、脳出血、虚血性心疾患、糖尿病と予防可能な疾患での死亡率が高い。(県平均と比較)
- 壮年期では、心疾患・脳血管疾患と予防可能な疾患で年11人が死亡している。
- 介護保険2号認定者の原因疾患は、脳血管疾患が6割弱を占めている。
- 特に壮年期における脳血管疾患の発症予防対策をすることが、介護サービスが必要となる者を減らし、死亡者の減少につながる。

脳血管疾患のハイリスク対策が重要

国保医療費 (75歳未満)

入院・外来で 年間33億円 (H23)

●入院の状況

入院レセプトの占める割合		生活習慣病の占める割合	
件数	費用額	件数	費用額
3%	53.6% 17億円	31%	42.4% 7億円

脳梗塞: 1億4千万円
月55万円/件
脳出血: 1,500万円
月110万円/件

●生活習慣病治療 <平成24年5月>

脳血管疾患 410人 12.7%

男性: 268人 17.0%

女性: 142人 8.6%

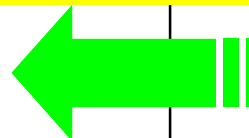
高血圧症 2,226人 69.0%

脂質異常症 1,618人 50.2%

糖尿病 1,314人 40.7%

重症化予防が大事

脳血管疾患



高血圧症患者数 2,226人

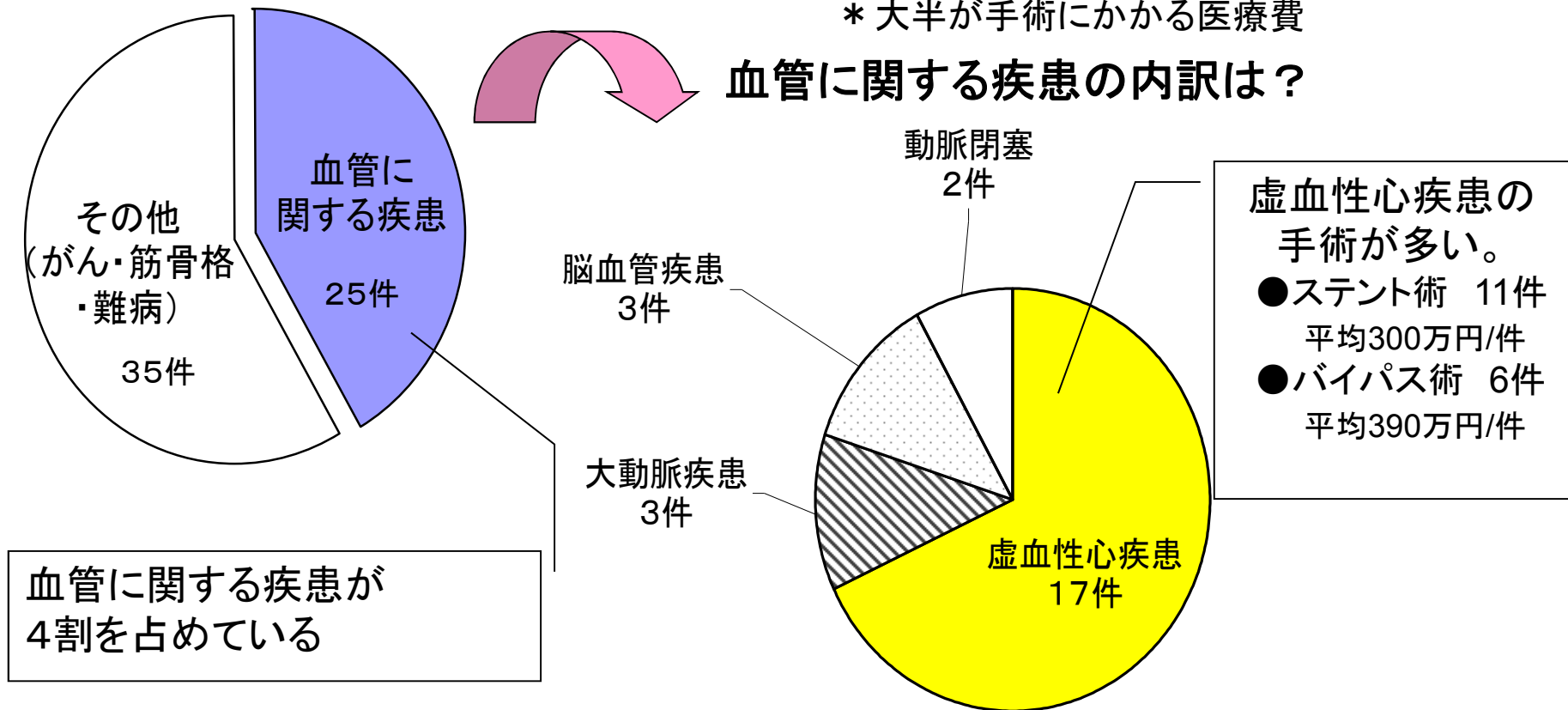
高額医療費の実態(1)

～予防が可能な病気で高額な医療費が使われている～

月200万円以上の疾患は？ ……60件・40人（H17は18件・16人）

* 大半が手術にかかる医療費

血管に関する疾患の内訳は？



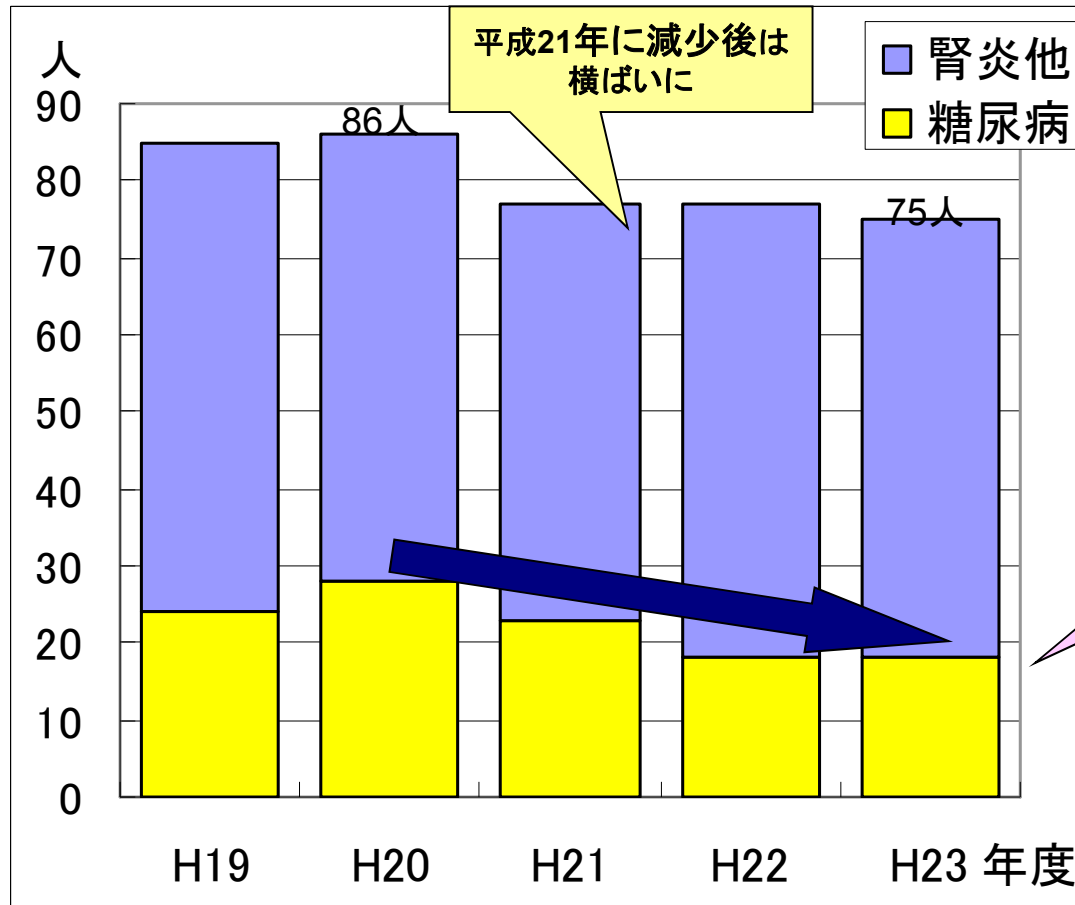
(H22年度国保医療費)

高額医療費の実態(2)

継続的な医療が必要な病気は何か？

～人工透析患者の状況～ (平成19年からの身体障害者認定受給者の推移)

糖尿病によるものが24%(約4人に1人)の割合に！



糖尿病が原因によるものが減少！

H20:28人⇒H23:18人

一人当たり
医療費年間約500万円

医療費分析からみえたこと① (H24年度)

- ・入院(全体件数の3%)が、医療費総額の半数を占めている。
- ・月200万円以上の高額医療費の疾患は、半数近くが**大血管疾患(血管の病気)**である。特に**虚血性心疾患**が多い。
- ・高額医療費の人工透析の原因疾患は、糖尿病が約4分の1を占め、他に高齢化とともに**腎硬化症**によるものが増えている。
- ・重症化する前に、基礎疾患である糖尿病・高血圧・脂質異常症の段階での予防ができれば、今後の医療費の適正化に大きくつながる。

医療費分析からみえたこと②(H24年度)

糖尿病患者は、大血管障害(虚血性心疾患・脳血管疾患)を起こしやすい。

- ・虚血性心疾患・・・男性5人に1人(22.3%)、女性9人に1人(11.5%)
- ・脳血管疾患・・・男性6人に1人(18.1%)、女性10人に1人(10.5%)

基礎疾患として、高血圧**の関与が大きい。**

- ・虚血性心疾患・・・男性76.7% 女性65.9%
- ・脳血管疾患・・・男性80.2% 女性72.5%

50歳代で大血管障害の発症者が多い。

⇒40歳代までに早期介入の必要性あり！

健診未受診者対策が重要！

健診結果からみえたこと② (課題)

・糖尿病性腎症(糖尿病性病期分類)の第3期A・第3期B・第4期の割合が減少していない。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。

・重症化予防対象のⅡ度・Ⅲ度高血圧者率があまり変化していない。

●Ⅱ度・Ⅲ度高血圧の推移

	H21		H22		H23		H24	
Ⅱ度	148人	4.1%	164人	4.4%	130人	3.3%	150人	3.8%
Ⅲ度	27人	0.8%	22人	0.6%	29人	0.7%	20人	0.5%

・Ⅱ度・Ⅲ度高血圧での未治療者が多い！
治療者のコントロールが悪い。

●Ⅰ度高血圧以上の状況(H24)

	受診者		Ⅰ度高血圧		Ⅱ度高血圧		Ⅲ度高血圧	
治療中	1427人	36.0%	348人	27.0%	54人	4.6%	8人	0.7%
治療なし	2538人	64.0%	422人	15.9%	96人	2.6%	12人	0.8%

4. 糖尿病予防対策の評価(効果)

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

健診結果からみえたこと① (推移)

- ・HbA1cの有所見率は、若干減少したが、健診項目の中で一番高い！ (H21:72.3%⇒H24:66.4%)
- ・血糖の有所見率は、変化なし (H21:25.6%⇒H24:25.8%)
- ・非肥満の高血糖者率は、県内第2位。
- ・重症化予防対象の高血糖者(HbA1c8.0以上)率が減少。

●HbA1c8.0%以上(JDS)の推移

	H21		H22		H23		H24	
8.0以上	46人	1.3%	44人	1.2%	41人	1.1%	25人	0.6%

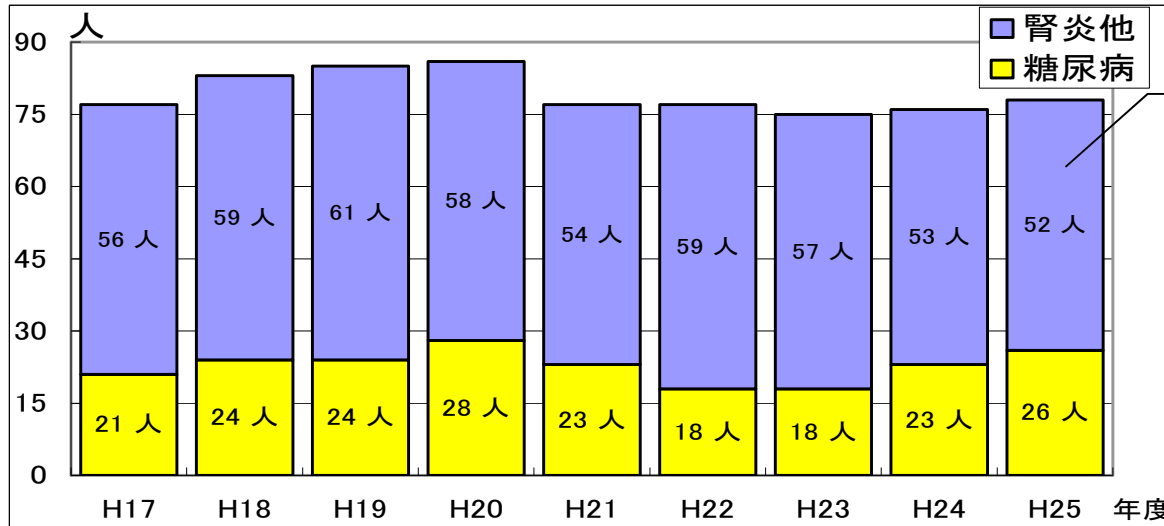
- ・糖尿病については治療者でコントロールが悪い人がいる。
服薬+食事・運動指導が重要である！

●HbA1c7.0%以上(JDS)の状況(H24)

	HbA1c測定者		7.0~7.9		8.0~8.9		9.0以上	
糖尿病治療中	372人	9.4%	57人	15.3%	12人	3.2%	5人	1.3%
治療なし	3593人	90.6%	17人	0.5%	6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～

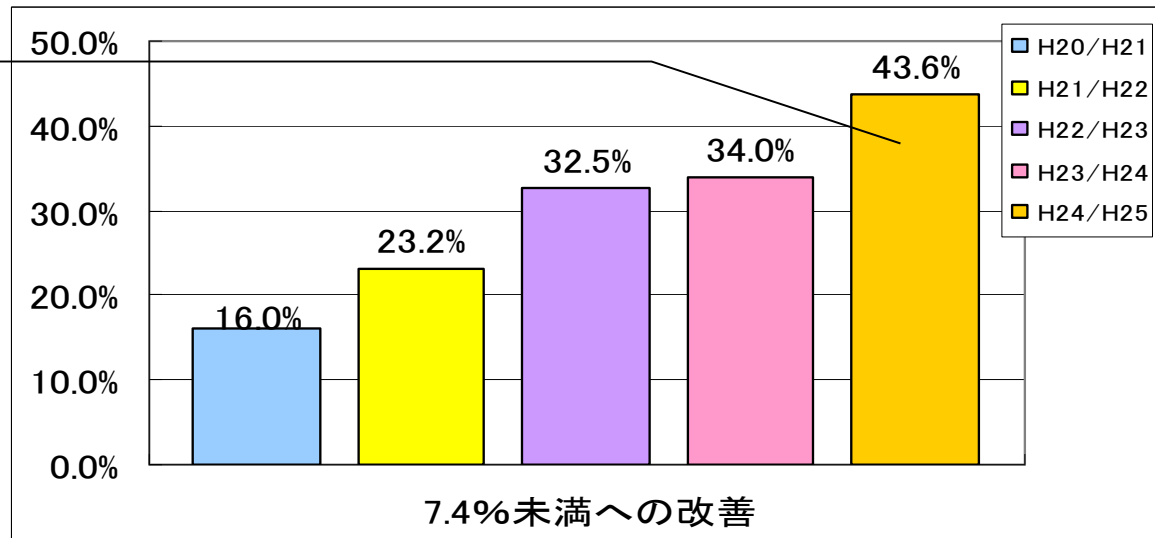
人工透析の状況(原因疾患別)



人工透析者が減少
糖尿病性腎症は
予防可能です！

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！

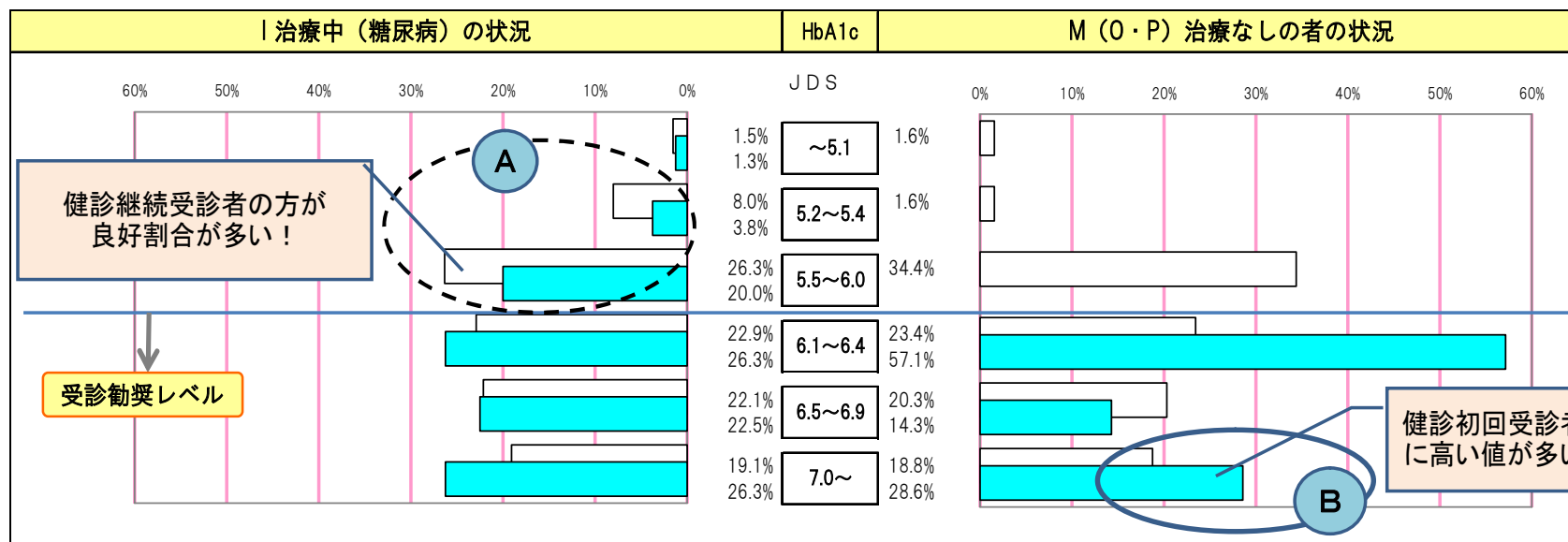


能美市保健事業の評価②

継続受診者と新規受診者の比較(HbA1c)

H24年度 継続受診者と新規受診者の比較 (HbA1c)

□ …上段 (継続受診者) □ …下段 (新規受診者)



健診継続受診者の方が
良好割合が多い!

受診勧奨レベル

健診初回受診者
に高い値が多い

治療中者のコントロール
良好割合が前年度より
増加!

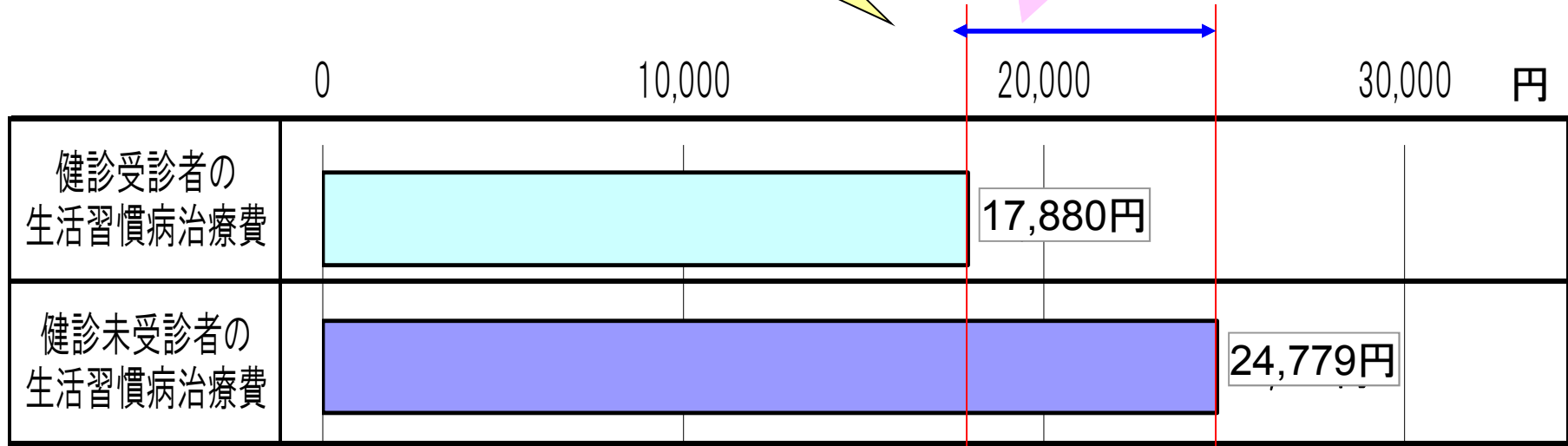
継続受診者		H24年度 HbA1c		新規受診者	
H23年度	262人	~5.1	80人	H23年度	80人
0.0%	4人	1.5%	1人	1.3%	1.3%
4.5%	21人	8.0%	3人	3.8%	4.0%
24.8%	69人	26.3%	16人	20.0%	26.7%
23.6%	60人	22.9%	21人	26.3%	28.0%
24.0%	58人	22.1%	18人	22.5%	21.3%
23.1%	50人	19.1%	21人	26.3%	18.7%

継続受診者		H24年度 HbA1c		新規受診者	
H23年度	64人	~5.1	28人	H23年度	28人
0.0%	1人	1.6%	1人	1.6%	1.3%
0.0%	1人	1.6%	0人	0.0%	0.0%
27.8%	22人	34.4%	0人	0.0%	0.0%
27.8%	15人	23.4%	16人	57.1%	33.3%
24.1%	13人	20.3%	4人	14.3%	36.7%
20.4%	12人	18.8%	8人	28.6%	30.0%

特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

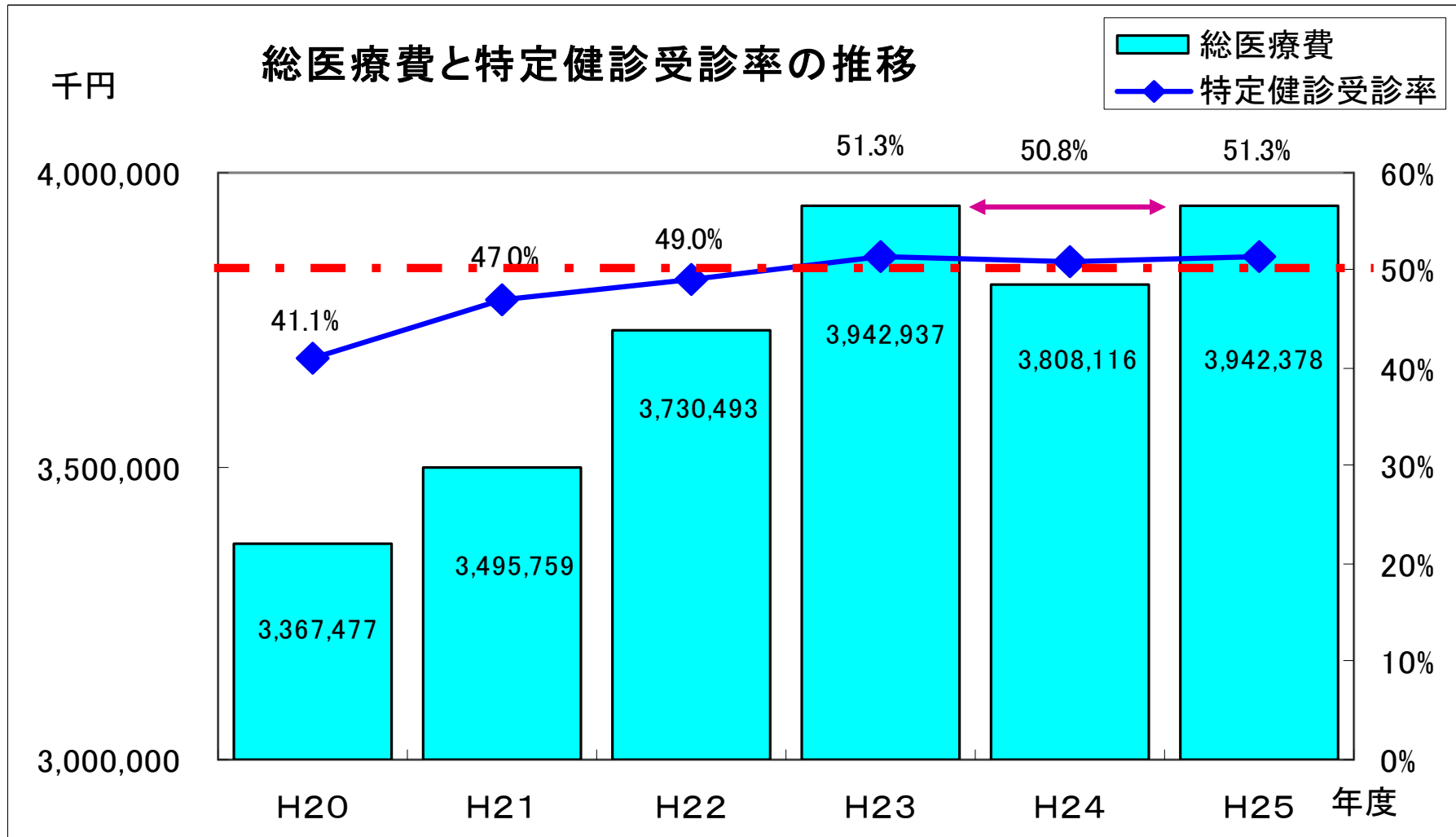
健診受診者は、
医療費が安い。

一人当たり平均
約7千円弱の差額
がある！！



国保データベース(KDB)システムより

医療費の抑制効果は？



平成20年度～平成25年度までの6年間で振り返って

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」を毎月1回開催となる。

③その他(例・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。

H26年度の方向性

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～

- 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

今後の課題

- マンパワー(保健指導従事者)の確保
マンパワー不足が常にあり苦慮
- 特定健診受診率の向上・・・54%を目指して
未受診者対策・・・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60%以上目指す
- 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)
- さらなる保健指導のスキルアップ

ご清聴ありがとうございます

石川県 能美市役所 健康推進課 川本素子