

平成 29 年度

CKD 予防連携システムに係る意見交換会 次 第

日時：平成 29 年 11 月 7 日（火） 18：45～20：00

場所：総合保健福祉センター 61 会議室

I はじめに

構成員紹介

II CKDの現状（国）

- (1) 人工透析および糖尿病の現状
- (2) 国の情勢

III 本市のCKDの現状

- (1) 人工透析数（評価分析システム）
- (2) 特定健診結果

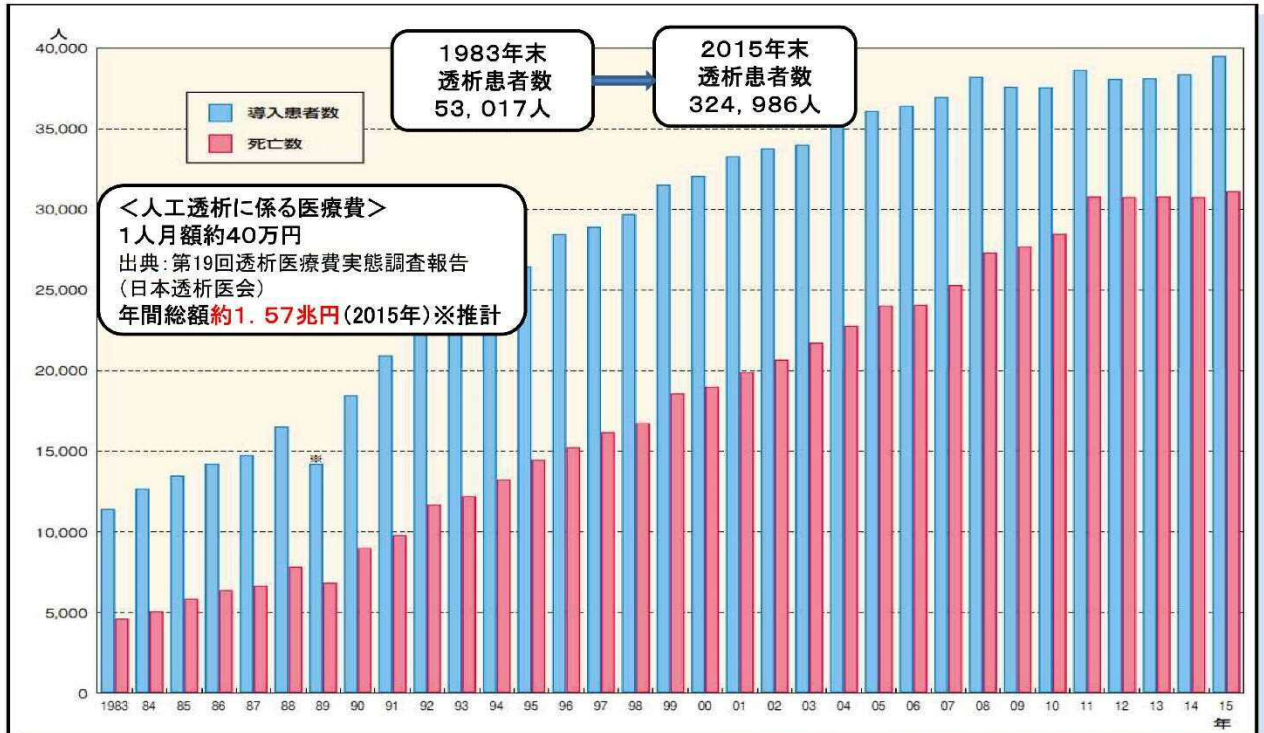
IV CKD予防連携システムについて

- (1) CKD予防連携システムの経過
- (2) 糖尿病重症化予防連携推進会議の設置
- (3) CKD予防連携システムの運用状況

V 今後の取組

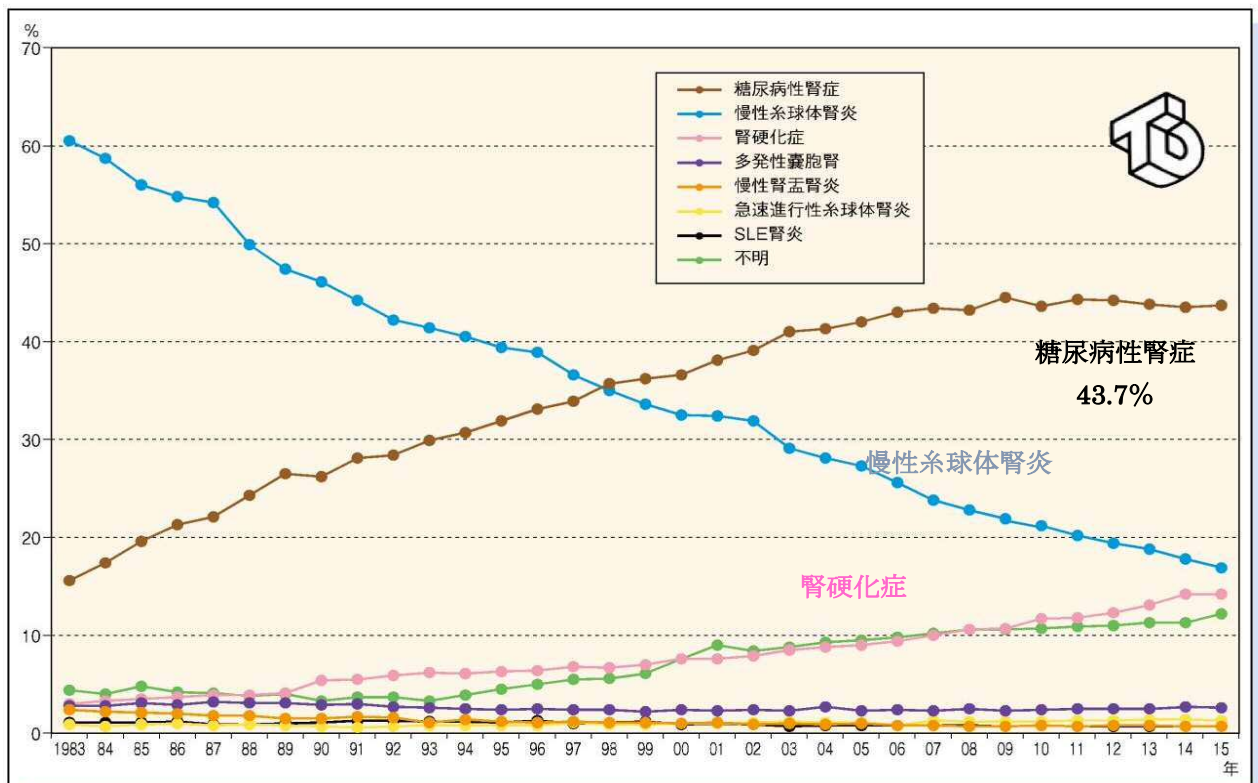
- (1) 健康づくり推進プラン・データヘルス計画について
- (2) 糖尿病性腎症重症化予防の取組
 - ・糖尿病連携手帳を活用した多職種連携
- (3) CKD予防連携システムの円滑な運用に向けて
 - ・市民への予防啓発および医療機関システム周知

透析患者数、新規透析導入患者数、死亡患者数の推移



出典：我が国の慢性透析療法の現状(日本透析医学会)

※：1989年の減少はアンケート回収率が86%と例外的に低かった事による見かけ上の影響(2013年は回収率99%) 4

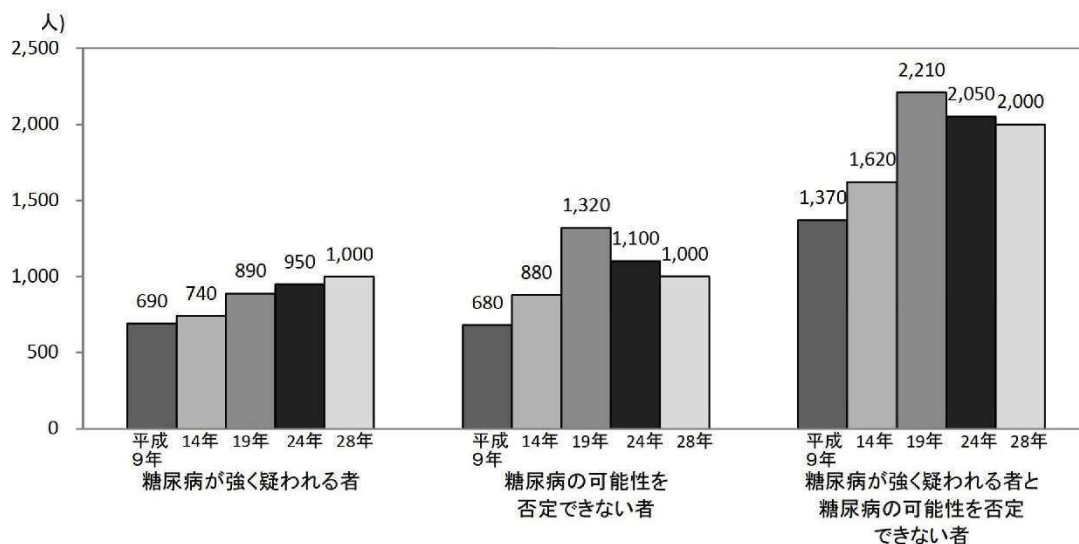


出典：図説 我が国の慢性透析療法の現状 (日本透析医学会)

「糖尿病が強く疑われる者」、「糖尿病の可能性を否定できない者」の推計人数

出典：平成 28 年度国民健康・栄養調査結果（厚生労働省）より

図2 「糖尿病が強く疑われる者」、「糖尿病の可能性を否定できない者」の推計人数の年次推移
(20 歳以上、男女計)(平成9年、14年、19年、24年、28年)

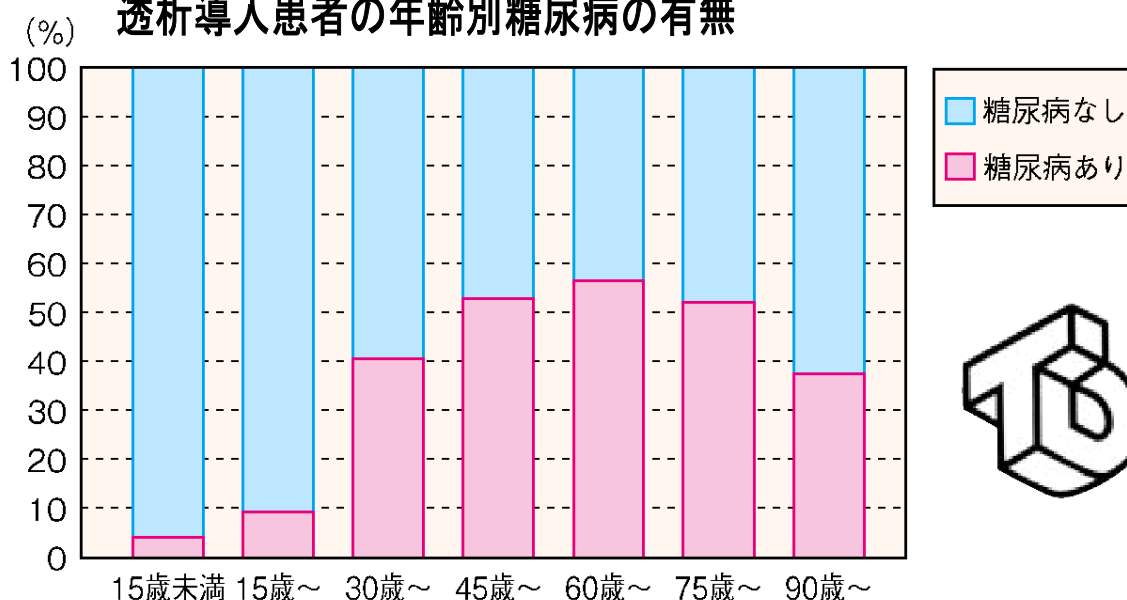


(参考)「健康日本21(第二次)」の目標
糖尿病有病者の増加の抑制 目標値：1,000万人

<参考>「糖尿病が強く疑われる者」、「糖尿病の可能性を否定できない者」の推計人数の算出方法

性・年齢階級別の「糖尿病が強く疑われる者」の割合と「糖尿病の可能性を否定できない者」の割合に、それぞれ総務省統計局「人口推計(当該年の10月1日現在)」の性・年齢階級別の全国人口を乗じて全国推計値を算出し、合計した。

透析導入患者の年齢別糖尿病の有無



原疾患が糖尿病性腎症または、糖尿病の既往がある患者を「糖尿病透析患者」と定義した。回答のあった透析患者 271,337 人に対し、糖尿病透析患者は 144,870 人であり全体の 53.4%。

出典：図説 我が国の慢性透析療法の現況（日本透析医学会）図の解説より一部抜粋

わが国のCKDをとりまく情勢

| | 国の動き | | | |
|-----------------------------------|---|-----------------------------------|------------------|-------------------|
| 平成 20 年 4 月 | 特定健診・特定保健指導スタート | | | |
| 平成 25 年 4 月 | <p>健康日本 2 1(第二次) (平成 25 年度～平成 34 年度)</p> <p>目標</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">合併症(糖尿病腎症による 年間 新規透析導入患者数) の減少</td> <td style="text-align: center;">平成25年 16,035人</td> <td style="text-align: center;">平成34年度 15,000人</td> </tr> </table> <p>特定健康診査等実施計画第 2 期改定</p> | 合併症(糖尿病腎症による 年間 新規透析導入患者数) の減少 | 平成25年 16,035人 | 平成34年度 15,000人 |
| 合併症(糖尿病腎症による 年間 新規透析導入患者数) の減少 | 平成25年 16,035人 | 平成34年度 15,000人 | | |
| 平成 27 年 7 月 | <p>日本健康会議</p> <p>健康なまち・職場づくり宣言2020 宣言2「かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る」</p> | | | |
| 平成 28 年 3 月 | <p>「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」締結 (日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省) P 6</p> <p>平成 28 年度より保険者努力支援制度前倒し実施 (150 億円規模) 糖尿病性腎症重症化予防の取組が最大加点で配点</p> | | | |
| 平成 28 年 4 月 | 「 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 」策定 P 7 | | | |
| 平成 28 年 10 月 | 「都道府県及び市町村糖尿病性腎症重症化予防取組内容調査」 P 5 | | | |
| 平成 29 年 3 月 | 上記調査結果に基づき、体制構築にむけての周知依頼 | | | |
| 平成 29 年 6 月 | ※ 福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラム策定 P 10 | | | |
| 平成 29 年 7 月 | 重症化予防 (国保・後期広域) ワーキンググループとりまとめ「 糖尿病性腎症重症化予防の更なる発展に向けて 」の公表 P 4 | | | |
| 平成 30 年度より | <p>平成 30 年度より保険者努力支援制度本実施 (1000 億円規模) P 8</p> <p>糖尿病性腎症重症化予防の取組は最大加点配点とし、取組の評価について追加配点</p> <p>特定健康診査等実施計画第 3 期より特定健康診査詳細検査に血清クレアチニン追加 (e G F R で評価) P 9</p> | | | |

重症化予防WG(国保・後期広域)とりまとめ 「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」 の概要とポイント



糖尿病重症化予防に取り組む意義

重症化予防の取組(受診勧奨・保健指導・健康教育・健康相談等)による糖尿病性腎症の早期発見・早期介入には次のような意義がある。

| 関係主体 | 取り組む意義 |
|------------------|---|
| 患者及び家族 | <ul style="list-style-type: none"> 身体的・精神的な苦痛のみならず、行動の制限、金銭的支出などの負担を軽減 生涯にわたっての健康保持・増進、健康寿命の延伸、ひいてはQOL向上につながる |
| 保険者である市町村 | <ul style="list-style-type: none"> 住民の健康保持・増進につながる。 国保の医療費適正化にもつながり、保険料の伸びを抑える。 |
| 都道府県 | <ul style="list-style-type: none"> 都道府県内の医療費について適正化を推進し、もって、国保財政の基盤強化につながる。 <ul style="list-style-type: none"> * 平成30年度から、都道府県が市町村とともに国保の財政運営の責任を担う。 * 医療計画・医療費適正化計画により都道府県の医療費に対するガバナンスが期待される。 |
| かかりつけ医等 ・専門医等 | <ul style="list-style-type: none"> 重症化予防により医療機関未受診・治療中断した患者の洗い出しが進む。 行政機関からの勧奨により、受診の増加につながる。 患者の重症化予防・改善が進むことで、医療機関の貴重な人的・物的資源をより効率的に活用できるようになる。 |

日本健康会議 2016

- **H27年7月に、経済界・医療関係団体・自治体・保険者のリーダーが民間主導で、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図るため、予防・健康づくりの取組状況の「見える化」と先進事例の「横展開」を強く進めていく「日本健康会議」が発足。**
(共同代表：三村明夫日本商工会議所会頭 横倉義武日本医師会長)
- **2020年の数値目標を入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」(8つの宣言)を取りまとめ(H27年7月)。**政府の「改革工程表」のKPIにも位置づけられた。
- **本年(H28年)7月に、日本健康会議2016(第2回)を開催。全数調査を実施し、達成状況をホームページで公表。「日本健康会議データポータルサイト」で、地域別などで「見える化」し、取組を加速化。**
(※1) 保険者全数調査は、対象保険者3459のうち、3202保険者(92.6%)から回答を得た。
(※2) 日本健康会議ホームページでは、複数の保険者が推薦する具体的な企業名88社も公表。

WEBサイト上にて全国の取組状況を可視化(H28年7月25日公開)



6

日本健康会議「健康なまち・職場づくり宣言2020」

- 日本健康会議で、2020年の数値目標を入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を取りまとめ(H27年7月)。
- 政府の「改革工程表」のKPIにも位置づけられた。

- 宣言1** 予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。
- 宣言2** **かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。**
- 宣言3** 予防・健康づくりに向けて、47都道府県の保険者協議会すべてが地域と職域が連携した予防に関する活動を実施する。
- 宣言4** 健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする。
- 宣言5** 協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を1万社以上とする。
- 宣言6** 加入者自身の健康・医療情報を本人に分かりやすく提供する保険者を原則100%とする。その際、情報通信技術(ICT)等の活用を図る。
- 宣言7** 予防・健康づくりの企画・実施を提供する事業者の質・量の向上のため、認証・評価の仕組みの構築も視野に、保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者を100社以上とする。
- 宣言8** 品質確保・安定供給を国に求めつつ、すべての保険者が後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取組を行う。

「経済・財政再生計画改革工程表」のKPI(2020年度まで)

- ・ 予防・健康づくりのインセンティブを推進する自治体・保険者【800市町村、600保険者】
- ・ かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体等【800市町村、24後期広域連合】
- ・ 好事例を反映したデータヘルスの取組を行う保険者【100%】
- ・ 後発品医薬品の利用勧奨など使用割合を高める取組を行う保険者【100%】
- ・ 保険者と連携して健康経営に取り組む企業の数【500社】等

7

重症化予防(国保・後期広域)WG

趣旨

- 平成27年6月30日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2015」では、「全ての国民が自らがんを含む生活習慣病を中心とした疾病の予防、合併症予防を含む重症化予防、介護予防、後発医薬品の使用や適切な受療行動をとること等を目指し」とされるなど、生活習慣病の重症化予防等の取組を促進することが求められているところ。
- 同年7月10日に開催された日本健康会議において採択され、「健康なまち・職場づくり宣言2020」の中で、「かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。」とされたところ。
- 多くの市町村及び広域連合が生活習慣病の重症化予防に取り組むことが出来るよう、好事例の収集・検証や、取組にあたっての課題を整理する等の具体的な検討を行うため、本ワーキンググループを開催する。

開催状況

- 第1回WG(平成27年11月9日開催)
- 第2回WG(平成28年3月28日開催)
- 第3回WG(平成28年11月15日開催)
- 第4回WG(平成29年2月6日開催)
- 第5回WG(平成29年4月5日開催)
- 第6回WG(平成29年5月31日開催)
- 第7回WG(平成29年7月6日開催)

活動状況

- 都道府県、市町村、広域連合等の取組状況を把握(重症化予防取組内容調査の実施)
- 取組事例の収集
- 厚労科研(津下班)による取組内容の効果検証
- 重症化予防の取組を進める上での課題と対応策の検討



- 議論を取りまとめ、報告書公表(平成29年7月10日)

WG構成員

- 有澤 賢二 日本薬剤師会 常務理事
 - 飯山 幸雄 国民健康保険中央会 常務理事
 - 今村 聡 日本医師会 副会長
 - 春日 雅人 糖尿病対策推進会議 常任幹事
 - 門脇 孝 日本糖尿病学会 理事長
 - 清水 雅之 埼玉県保健医療部保健医療政策課 課長
 - 迫 和子 日本栄養士会 専務理事
 - 佐藤 文俊 全国国民健康保険組合協会 常務理事
 - 高野 直久 日本歯科医師会 常務理事
 - ◎津下 一代 あいち健康の森健康科学総合センター センター長
 - 橋田 淳一 高知県橋原町保健福祉支援センター センター長
 - 柳澤 和也 神奈川県後期高齢者医療広域連合 事務局長
 - 福井 トシ子 日本看護協会 常任理事
 - 宮田 俊男 京都大学産官学連携本部 客員教授
 - 森山 美知子 広島大学大学院医歯薬保健学研究院 教授
 - 片岡 孝 東京都荒川区 福祉部長
 - 山縣 邦弘 日本腎臓学会 理事
- ◎:座長
(五十音順、敬称略)

糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定の締結(28年3月24日)

1. 趣旨

- 呉市等の糖尿病性腎症重症化予防の取組を全国的に広げていくためには、各自治体、郡市医師会が協働・連携できる体制の整備が必要。
- そのためには、埼玉県の例のように、都道府県レベルで、県庁等が県医師会と協力して重症化予防プログラムを作成し、県内の市町村に広げる取組を進めることが効果的。
- そのような取組を国レベルでも支援する観点から、国レベルで糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定する旨、「厚労省・日本医師会・日本糖尿病対策推進会議」の三者で、連携協定を締結した。

2. 参加者

- 日本医師会 横倉会長(糖尿病対策推進会議会長を兼任)
- 日本糖尿病対策推進会議 門脇副会長(糖尿病学会理事長)
- 清野副会長(糖尿病協会理事長)
- 堀副会長(日本歯科医師会会長)
- 今村副会長(日本医師会副会長)

塩崎厚生労働大臣



3. 協定の概要

- 日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省は、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を速やかに定める。
- 策定したプログラムに基づき、三者は次の取組を進める。

| 日本医師会 | 日本糖尿病対策推進会議 | 厚生労働省 |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・プログラムを都道府県医師会や郡市区医師会へ周知 ・かかりつけ医と専門医等との連携の強化など自治体等との連携体制の構築への協力 | <ul style="list-style-type: none"> ・プログラムを構成団体へ周知 ・国民や患者への啓発、医療従事者への研修に努める ・自治体等による地域医療体制の構築に協力 | <ul style="list-style-type: none"> ・プログラムを自治体等に周知 ・取組を行う自治体に対するインセンティブの導入等 ・自治体等の取組実績について、分析及び研究の推進 |

糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定(平成28年4月20日)

1. 趣旨

- 呉市等の先行的取組を全国に広げていくためには、**各自治体と医療関係者が協働・連携できる体制の整備が必要**。
- そのためには、埼玉県取組例のように、**都道府県レベルで、県庁等が県医師会等の医療関係団体と協力して重症化予防プログラムを作成し**、県内の市町村に広げる取組を進めることが効果的。
- そのような取組を国レベルでも支援する観点から、**日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省の三者で、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定**したもの（それに先立ち本年3月24日に連携協定締結）。

2. 基本的考え方

(目的)

- 重症化リスクの高い**医療機関未受診者等に対する受診勧奨・保健指導**を行い治療につなげるとともに、**通院患者のうち重症化リスクの高い者に対して**主治医の判断で対象者を選定して**保健指導**を行い、**人工透析等への移行を防止**する。

(性格)

- 先行する取組の全国展開を目指し、取組の考え方や取組例を示すもの。各地域における取組内容については**地域の実情に応じ柔軟に対応が可能**であり、現在**既に行われている取組を尊重**。

(留意点)

- **後期高齢者**については**年齢層を考慮した対象者選定基準**を設定することが必要。

3. 関係者の役割

※例示であり地域の実情に応じた取組を尊重

(市町村)

- 地域における**課題の分析**（被保険者の疾病構造や健康問題などを分析）
- **対策の立案**（取り組みの優先順位等を考慮して立案、地域の医師会等の関係団体と協議）
- 対策の**実施**、実施状況の**評価**

(都道府県)

- **市町村の事業実施状況のフォロー**、都道府県レベルで**医師会や糖尿病対策推進会議等と取組状況の共有**、**対応策等について議論、連携協定の締結**、**糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定**

10

今後の基本的な方向性（イメージ）

基本的な方向性

- 重症化予防に取り組む市町村及び広域連合の数を増やす。
- 合わせて、
 - ①中身の充実した取組を促進する。
 - ②評価を行い効果の上がる取組を促進する。
- 自治体の取組を推進するため、
 - ①都道府県のプログラム策定を推進し、都道府県による支援を進める。
 - ②関係団体による取組・支援を進める。



- 重症化予防(国保・後期広域)WGにおいて、今後の重症化予防の取組の更なる展開に向けた議論を行い、取りまとめを公表(平成29年7月10日)、都道府県・市町村等の取組を支援する予定

- 保険者努力支援制度における重症化予防に関する評価指標(29年度・30年度)について、
 - ・市町村の評価指標を28年度の実施状況等を見ながら見直し(平成29年7月12日)
 - ・都道府県の評価指標を設定する予定(平成29年7月中目途)

14

平成29年度前倒し分、30年度分の評価指標について

【共通指標③重症化予防の取組実施状況】

平成28年度前倒し分

| 重症化予防の取組の実施状況（平成28年度の実施状況を評価） | 該当 保険 者数 | 達成率 |
|--|----------------|-------|
| 以下の基準を全て満たす糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施しているか。 ※ 取組方法については、受診勧奨、保健指導、受診勧奨と保健指導を一体化した取組等の中から地域の実情に押し適切なものを選択する | | |
| ① 対象者の抽出基準が明確であること | 40 | 46.9% |
| ② かかりつけ医と連携した取組であること | 816 | |
| ③ 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること | | |
| ④ 事業の評価を実施すること | | |
| ⑤ 取組の実施にあたり、地域の実情に押し各都道府県に押し各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携（各都道府県による対応の議論や取組内容の共有など）を図ること | | |



平成29・30年度実施分

| 重症化予防の取組の実施状況（平成29年度の実施状況を評価） | 29年 度分 | 30年 度分 |
|--|-----------|-----------|
| 以下の基準を全て満たす糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施しているか。 ※ 取組方法については、受診勧奨、保健指導、受診勧奨と保健指導を一体化した取組等の中から地域の実情に押し適切なものを選択する | | |
| ① 対象者の抽出基準が明確であること | | |
| ② かかりつけ医と連携した取組であること | 40 | 50 |
| ③ 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること | | |
| ④ 事業の評価を実施すること | | |
| ⑤ 取組の実施にあたり、地域の実情に押し各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携（各都道府県による対応の議論や取組内容の共有など）を図ること | | |
| 以上の基準を全て満たす取組を実施する場合、その取組は以下を満たすか。 | | |
| ⑥ 受診勧奨を、全ての対象者に対して、文書の送付等により実施していること。また、実施後、対象者の受診の有無を確認し、受診が無い者には更に面談等を実施していること。 | 15 | 25 |
| ⑦ 保健指導を受け入れることを同意した全ての対象者に対して、面談、電話又は個別通知を含む方法で実施していること。また、実施後、対象者のHbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果を確認し、実施前後で評価していること。 | 15 | 25 |

【平成29・30年度指標の考え方】

- 日本健康会議の宣言2「かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組み自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。」としているところ、保険者努力支援制度（平成28年度前倒し分）において、達成市町村は816市町村であった。そのため、指標の評価項目⑥、⑦を新たに追加し本取組の更なる充実を図る。
- 新たに設けた評価項目⑥⑦について、受診勧奨の手法により評価の差を設けるのではなく、できる限り多くの対象者をカバーするため、段階的にアプローチしている保険者に対して評価すべきという重症化予防WGメンバーからの意見を反映した。

特定健診項目

標準的な健診・保健指導プログラム(案)【平成30年度版】厚生労働省健康局 より

| | 特定健診 | 労働安全衛生法 | 学校保健安全法 ^{※1} |
|------------------|--------------------------------|------------------|-----------------------|
| 診察 | 既往歴 | ○ | ○ |
| | うち服薬歴 | ○ | ※ |
| | うち喫煙歴 | ○ | ※ |
| | 業務歴 | | ○ |
| | 自覚症状 | ○ | ○ |
| | 他覚症状 | ○ | ○ |
| 身体計測 | 身長 | ○ | ○ ^{※2} |
| | 体重 | ○ | ○ |
| | 腹囲 | ○ | ○ ^{※4} |
| | BMI | ○ | ○ ^{※5} |
| 血圧等 | 血圧 | ○ | ○ |
| 肝機能検査 | AST(GOT) | ○ | ○ |
| | ALT(GPT) | ○ | ○ |
| | γ-GT(γ-GTP) | ○ | ○ |
| 血中脂質検査 | 中性脂肪 | ○ | ○ |
| | HDLコレステロール | ○ | ○ |
| | LDLコレステロール (Non-HDLコレステロール) | ○ ^{※6} | ○ ^{※6} |
| 血糖検査 | 空腹時血糖 | ◎ | ◎ |
| | HbA1c | ◎ | △ ^{※7} |
| | 随時血糖 | ◎ ^{※8} | ◎ ^{※9} |
| 尿検査 | 尿糖 | ○ | ○ |
| | 尿蛋白 | ○ | ○ |
| 血液学検査 (貧血検査) | ヘマトクリット値 | △ | |
| | 血色素量 | △ | ○ |
| | 赤血球数 | △ | ○ |
| 心電図 | | △ | ○ |
| 眼底検査 | | △ | |
| 血清クレアチニン検査(eGFR) | △ | △ ^{※7} | |
| 視力 | | ○ | ○ |
| 聴力 | | ○ | ○ |
| 胸部エックス線検査 | | ○ | ○ |
| 喀痰検査 | | ○ ^{※10} | △ ^{※11} |
| 上部消化管エックス線検査 | | | |

○…必須項目

△…医師の判断に基づき選択的に実施する項目

◎…いずれかの項目の実施でも可

※…必須ではないが、聴取の実施について協力依頼

(喫煙歴及び服薬歴については、問診等で聴取を徹底する旨通知(平成20年1月17日 基発第897号))

注 労働安全衛生法の定期健康診断は、40歳以上における取扱いについて記載している。

③血清クレアチニン検査

- 糖尿病性腎症に対する重症化予防の取組を保険者として推進しており、血清クレアチニン検査(eGFR)は国民にとってもわかりやすい腎機能の評価であることから、特定健康診査で実施すべきという意見であった。ただし、健診項目の位置づけについては、基本的な項目に位置づけ健診項目を充実させるべきという意見と、尿蛋白検査で一定程度腎機能を評価できるため詳細な健診の項目として実施すべきという意見の両論があった。
- これを受け、今回の見直しでは、血清クレアチニン検査を詳細な健診の項目に追加し、eGFRで腎機能を評価することとする。
- 血清クレアチニン検査の対象者は、当該年の検査結果を用いて対象者を選定するとした場合、採血を2回実施する必要性があり、健診受診者及び実施者の負担が倍増する等の課題がある。一方で、65歳以上の者では、血圧又は血糖値が保健指導判定値以上の者が健診受診者の8割以上となる^{※3)}。
注3) NDBより平成26年度特定健診・保健指導実施分について保険局で集計。
- これらを踏まえ、対象者は、血圧又は血糖値が保健指導判定値以上となる割合が高い年齢を設定した上で、医師が必要と認める者としてことが考えられる。なお、設定する年齢や運用方法については、別途検討する。
- ※ 「特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会」においては、尿腎機能検査は腎機能障害の重症化を早期に評価するための検査であり、検査項目としては、「特定健康診査の詳細な健診項目として血清クレアチニン検査を実施するものとする」とし、対象者は「高血圧による腎硬化症、糖尿病による糖尿病性腎症等を対象疾患とし、血圧又は代謝系検査が保健指導判定値以上の者で医師が必要と認める者に対して実施する」と整理された。

福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

1 本プログラムの趣旨

生活習慣病の中でも、糖尿病は放置することにより網膜症・腎症などの合併症を引き起こし、新規透析導入患者増加につながるなど、患者の QOL を著しく低下させるのみならず、医療経済的にも大きな負担を社会に強いることから、糖尿病性腎症の重症化予防に着目した取組みが重要となっている。

本県では、健康増進計画で「糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少」を目標に掲げ、糖尿病等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防に取り組んできた。しかし、糖尿病性腎症による新規透析導入患者数は、横ばいで推移していることから、一層の取組み強化が必要となっている。

そこで、県内の市町村国保、後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という）、被用者保険等の医療保険者が糖尿病性腎症重症化予防の取組みを効果的に行うことができるよう、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省における「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」に基づき策定された「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を参考に、保険者、医療関係者等の役割や対象者の基準等についてのプログラムを策定する。

2 基本的な考え方

(1) 目的

糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・治療中断者について、関係機関からの適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して、主治医の判断により保健指導対象者を選定し、腎不全、人工透析への移行を防止することを目的とする。

(2) 取組みにあたっての関係者の役割

地域における取組みを検討するに当たっては、以下の役割分担例を念頭に関係者が密接に連携して対応する。なお、以下の内容を参考にしながら、それぞれの地域の実情に応じた取組みを行う。

①市町村の役割

○課題の分析

- ・ 市町村国保及び広域連合における健診データやレセプトデータ等を用いて、被保険者の疾病構造や健康問題などを分析し、地域の関係団体とともに問題認識の共有を行う。
- ・ 分析は、その地域が有する保健医療等に関する資源の実態（社会資源、専門的な医療人材の有無や数、かかりつけ医や専門医療機関との連携体制の状況など）を踏まえたものとする。

○対策の立案

- ・ 分析で明らかになった課題について、取組みの優先順位等を考慮し、対策を立案する。
- ・ 立案に当たっては、地域の医療機関における連携体制のあり方、ハイリスク者を抽出するための健診項目や健診実施方法、食生活の改善や運動対策などのポピュレーションアプローチなど、様々な観点から総合的に検討した上で、保健指導や受診勧奨の内容について検

討する。

- ・ その際、郡市区医師会等の関係団体との会議において、これらの課題、対策について協議する。

○対策の実施

- ・ 会議での協議の結果に基づき事業を実施する。事業実施に当たっては、福岡県国民健康保険団体連合会による支援や、民間事業者への委託なども考えられる。

○実施状況の評価

- ・ 実施した事業について、その結果を評価し、PDCAサイクルに基づいて次の事業展開につなげる。

②県の役割

○保険者における事業実施状況をフォローするとともに、円滑な事業実施を支援する観点から、福岡県糖尿病対策推進会議（以下「糖尿病対策推進会議」という。）において県内の取組状況を共有し、課題、対応策について議論し、支援する。

○また、保健福祉（環境）事務所は、地域の取組みが円滑に行われるよう管轄する市町村及び郡市区医師会を始めとする関係団体等との調整を行う。その際、本プログラムの内容を参考にし、地域の実情にあった取組となるよう支援する。

③広域連合の役割

○広域連合は、後期高齢者について、上記に記載した市町村と県の両者の役割を担うが、特に実施面では、市町村と連携する。

④被用者保険等の役割

○被用者保険等の保険者は、糖尿病性腎症重症化予防の取組みを行うにあたっては、本プログラムを参考に進める。また、市町村の役割と同様に、被保険者の疾病構造や健康問題の分析、対策の立案及びその実施、実施状況の評価を行う。

⑤地域における医師会の役割

○県医師会は、郡市区医師会に対して、糖尿病性腎症重症化予防に係る国・県における動向等について周知し、郡市区医師会に対し必要に応じ助言する。

○県医師会や郡市区医師会は、県や保険者が糖尿病性腎症重症化予防に係る取組みを行う場合には、会員等に対して周知するとともに、かかりつけ医と専門医等との連携を強化するなど、必要な協力を行うよう努める。

⑥その他関係団体の役割

○関係団体は、糖尿病性腎症重症化予防に係る国・県における動向等について会員等に周知し、保険者の糖尿病性腎症重症化予防に係る取組みに必要な協力を行うよう努める。

⑦糖尿病対策推進会議の役割

○糖尿病性腎症重症化予防に係る国・県における動向等について構成団体に周知するとともに、医学的・科学的観点から県内における糖尿病性腎症重症化予防の取組みについて助言を行うなど、保険者の取組みに協力するよう努める。

○地域の住民や患者への啓発、医療従事者への研修に努める。

(3) 取組方法

保険者の健康課題や他の保健事業の状況に応じて、下記の方法を選択して取り組む。

- ①健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- ②治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- ③糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応など

(4) 実施上の留意点

- 後期高齢者については、年齢層を考慮した対象者選定基準を設定する必要があるとともに、実施上の留意事項がある。また、広域連合は、市町村と連携して保健事業を行うことが重要である。
- 保険者とかかりつけ医等との連携体制は重要であり、あらかじめ、郡市区医師会や糖尿病対策推進会議等の関係者と十分協議の上、推進体制を構築する必要がある。
- 保健指導の中で食生活指導を行う場合には、歯周病および歯の喪失等歯・口腔のリスクに係る判定に基づき指導を行うと共に、かかりつけ歯科医との連携体制を構築して活用することが望ましい。
- 保険者が実施主体であることから、データヘルス計画を策定している場合には同計画と連動させる必要がある。

(5) プログラムの条件

保険者が糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定する場合には、以下のいずれも満たすものである必要がある。

- ① 対象者の抽出基準が明確であること
- ② かかりつけ医と連携した取組みであること
- ③ 保健指導を実施する場合には、専門職が取組みに携わること
- ④ 事業の評価を実施すること
- ⑤ 取組みの実施にあたり、糖尿病対策推進会議等との連携（対応策の議論や取組内容の共有など）を図ること

3 対象者の選定

(1) 対象者の基本的な考え方

(対象者について)

対象者は、以下のいずれにも該当する者とし、次の(2)～(4)の方法を組み合わせて抽出することが考えられる。

- ① 2型糖尿病であること：a から c までのいずれかであること
 - a. 空腹時血糖 126mg/dl (随時血糖 200mg/dl) 以上又は HbA1c6.5%以上
 - b. 糖尿病治療中
 - c. 過去に糖尿病薬使用歴又は糖尿病治療歴あり
- ②腎障害を有していること
 - eGFR 60未満又は、尿蛋白±以上

(留意点)

- 糖尿病性腎症病期分類第4期については、心血管イベント、心不全の発症リスク、死亡リスクが高いことに十分に留意する必要がある。

- 特定健診では尿蛋白が必須項目であり、糖尿病に加えて尿蛋白（+）以上であれば、第3期と考えられる。また尿蛋白（±）は微量アルブミン尿の可能性が高いため、医療機関で積極的に尿アルブミンの測定を行うことが推奨されている。合わせて、医療機関で測定した血清クレアチニン（eGFR）、尿アルブミン、尿蛋白等の検査値については、本プログラムの実施結果を評価する際に不可欠であるため、本人の同意のもと、糖尿病連携手帳の活用等により保健指導の実施者とデータを共有する必要がある。
- 糖尿病が存在することにより、早期から特徴的な病理学的所見が腎臓にみられる。本プログラムでは「糖尿病性腎症病期分類 2014」にならい、対象者を糖尿病性腎症としてひろく取り扱う。ただし、網膜症や神経障害等、糖尿病特有の細小血管症の合併状況や糖尿病罹病期間を参考にすることが重要である。

<図表 1：糖尿病性腎症病期分類>

| | 病期 | 尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/gCr) | GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²) |
|---------|----------------|--|--|
| | 第1期 (腎症前期) | 正常アルブミン尿(30未満) | 30以上 |
| 医療機関で診断 | 第2期 (早期腎症期) | 微量アルブミン尿(30~299) | 30以上 |
| 健診で把握可能 | 第3期 (顕性腎症期) | 顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上) | 30以上 |
| Cr測定国保等 | 第4期 (腎不全期) | 問わない | 30未満 |
| | 第5期 (透析療法期) | 透析療法中 | |

(国の糖尿病性腎症重症化予防プログラムから作成)

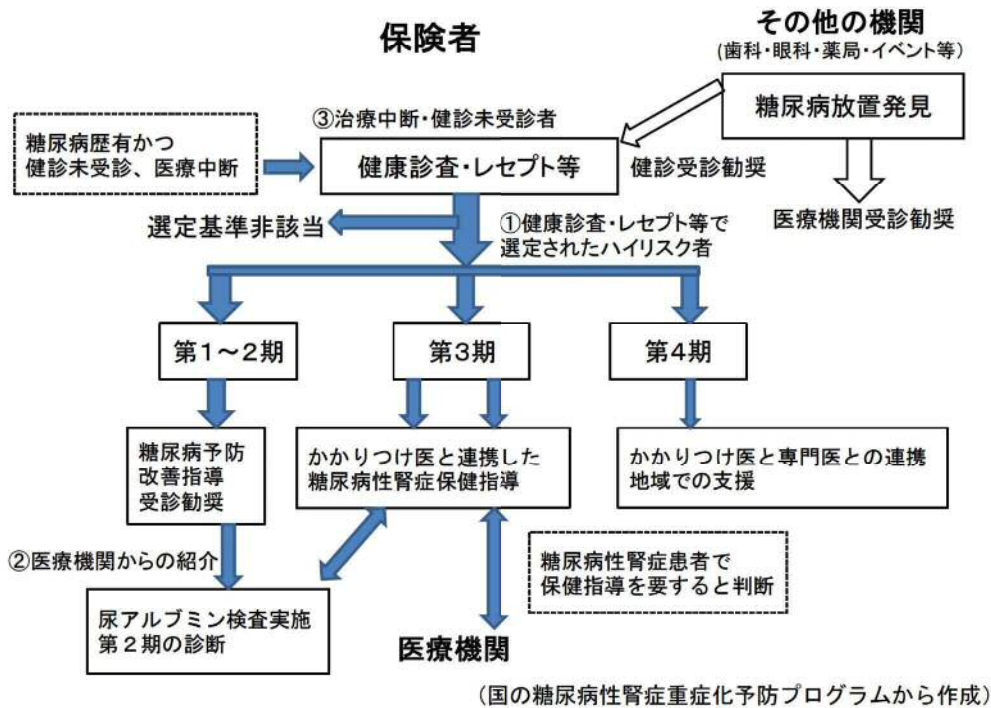
(2) 健康診査データ・レセプトデータ等を活用したハイリスク者の抽出方法

プログラムの対象となるハイリスク者の抽出に当たっては、糖尿病性腎症に関する日本糖尿病学会、日本腎臓学会のガイドラインに基づく基準を設定し、健康診査等で得られるデータと突合して抽出されるハイリスク者を対象とする。

eGFR30~44ml/分/1.73 m²の場合 CKD 重症度分類によると G3b に該当する。糖尿病性腎症の病期に加え、eGFR も参考にして対象者の優先順位を決めることが望ましい。

保険者における対象者抽出のフローの例は図表2の通りである。

<図表 2 : 保険者における対象者抽出のフローの例>



(留意点)

- 腎機能が著しく低下した第4期の患者は、医療機関への受診勧奨と専門医との連携を要する病期である。また、腎不全のみならず、循環器疾患発症リスク、死亡リスクが高い集団であることから、保健事業の実施にあたっては、特にリスクマネジメントの体制が確保されていることが重要である。健診データのほか、循環器疾患や他の合併症に関する検査所見等を十分に考慮したうえで、主治医とのカンファレンスなどを実施する体制が必要である。
- 後期高齢者については、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。後期高齢者の腎症対策では、糖尿病性腎症の対象者選定基準にあ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めた包括的な対応が必要になる。
- 腎合併症のハイリスク糖尿病後期高齢者においては厳格な管理を求めるべきではないとの考え方から、健診データから対象者の抽出に当たって例えば、暫定的に $HbA1c \geq 8.0\%$ とする等配慮が必要である。

(レセプトによる抽出)

- レセプトを有効活用することにより、健診未受診者からの抽出や併発疾病等の確認が可能となることから、抽出にあたってはレセプト等の情報も活用することが望ましい。

(3) 医療機関における抽出方法

糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR 等により腎機能低下が判明し、保健指導が必要とかかりつけ医が判断し、同意を得た患者とする。

保険者は医師会と協議を行いながら地域の実情に合わせ実施する。

(4) 糖尿病治療中断かつ健診未受診者の抽出方法

以下の者等を対象として状況確認を行い、地域の実情を考慮し、健診・医療機関受診を勧め、以後は(2)、(3)の流れに乗せて対応する。

- ・ 過去に糖尿病治療歴がある、又は過去3年間程度の健診にてHbA1c7.0%以上が確認されているものの、最近1年間に健診受診やレセプトにおける糖尿病歴がない者
- ・ 歯科や眼科治療中の患者において糖尿病治療を中断していることが判明した者
- ・ 薬局やイベント等における健康相談において糖尿病の履歴があり十分に管理されていない者

4 介入方法

糖尿病等生活習慣病関連レセプトがある者については、腎症の病期に応じて医療機関と連携する。

他疾患レセプトはあるが、糖尿病等のレセプトや内科受診がない者については、検査値に応じて受診勧奨・保健指導を行う。特に糖尿病性腎症第4期の者については、本人の同意のもと主治医に情報提供するなどして連携をとる必要がある。

対象者の状況別の受診勧奨及び保健指導の対応例を、図表3に示す。保険者は健診データ等で対象者数を把握し、その優先順位や方法を検討する。

なお、介入にあたっては地域の社会資源や連携の状況など地域の実情を考慮する必要がある。

<図表3：健診・レセプトデータで抽出した対象者に対する対応例（検査値別）>

| | | 対応不要 レベル | 情報提供 レベル | 受診勧奨 レベル | 医療機関連携・ 個別対応レベル | |
|--------------------|--|--------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------|--------------------|
| 検査値の目安 | HbA1c | HbA1c<5.6 | 5.6≤HbA1c<6.5 | 6.5≤HbA1c<7.0 | 7.0≤HbA1c<8.5 | 8.5≤HbA1c |
| | 糖尿病 ^{※1} の 場合のeGFR ^{※2} | | | eGFR<60 | eGFR<60 | eGFR<60 |
| | 糖尿病 ^{※1} の 場合の尿蛋白 | | | (±) 尿アルブミン測定 を推奨 | (+) | (2+) |
| | 糖尿病 ^{※1} の 場合の 血圧 ^{※3} | | 120≤SBP<130 または 85≤DBP<90 | 130≤SBP<140 85≤DBP<90 | 140≤SBP<160 90≤DBP<100 | 160≤SBP 100≤DBP |
| 情報提供 | パンフ・ 資料提供 ^{※4} | 検査値の見方・健康管理等 | | | 糖尿病に関する情報 腎症・合併症予防等 | 腎症・合併症予防等 |
| 療・ 中断中の 場合) | ハガキ・ 受診勧奨 | | | 結果表につけて受 診勧奨 | レセプトで受診確 認 | |
| | 電話(受診勧 奨、確認) | | | | 電話で受診勧奨 | 電話で受診勧 奨、受診確認 |
| | 保健指導型 受診勧奨 | | | | 個別面談 | 個別面談、訪問 電話フォロー |
| 保健指導(生活習 慣改善指導) | 動機づけ支援 型、対面保健 指導 | | 結果説明会 | 糖尿病を対象とし た集団教室(単発 型)、個別面談 | 個別面談、訪問 | 個別面談、訪問 受診確認 |
| | 積極的支援 型、継続的保 健指導 | | 生活習慣病予防教 室等 | 集団教室(継続型) 個別面談 | 個別面談、訪問、 電話等による支援 | 継続的支援+ 受診確認 |

※1：空腹時血糖≥126mg/dl、またはHbA1c≥6.5%、または糖尿病治療中、過去に糖尿病薬使用。

※2：eGFR<30は腎不全期に相当するため本表の適応範囲ではない。
※3：75歳以上では10mmHg高い設定とする。※4：矢印の太さは必要性

(国の糖尿病性腎症重症化予防プログラムから作成)

(1) 類型と留意点

①受診勧奨：手紙送付、電話、個別面談、戸別訪問等

○病期ごとの対応は以下の通りである。

- ・ 第1~2期：保険者の判断で優先順位を検討する。その際、例えば、HbA1c、血圧等の受診勧奨判定値が重複している者や単独の異常も著しく高い者を優先するなどの方法がある。
- ・ 第3~4期：受診勧奨をしても受診が確認されない場合、再度、別の方法で受診勧奨を試みる。(手紙→電話→訪問)

○実施方法を検討するために、保険者は前年度の健診データ等でおおよその対象者数を把握し、優先順位や方法を検討する。

○対象者の状況に応じ、検査値を伝え、医療機関での受診が必要という通知を行うだけの軽い受診勧奨から、保健指導と組み合わせて本人が受診の必要性を十分に理解でき、受診行動につながるまで関わるものまで、本人への関わり方の濃淡をつけることが考えられる。

○また、必要に応じて受診後のフォローも行うことが考えられる。治療を中断しやすい人については、受診継続についての抵抗要因を検討し、その軽減に向けた支援を行う。

○受診勧奨、保健指導等の保健事業については、外部委託が可能であるが、専門職が関与し、保険者としての責任を持った企画と評価を行うことが重要である。

②保健指導：電話等による指導、個別面談、訪問指導、集団指導等

○病期ごとの対応は以下の通りである。

- ・ 第1~2期：個別、集団などを組み合わせて実施する。
- ・ 第3~4期：初回は個別面談、訪問等による対面での指導を行う。

○保健指導としては、健康診査データや医療機関での検査値等を用いて自身の健康状態(糖尿病性腎症等)を正しく理解してもらい、必要な生活習慣改善につなげることを目標とする。

○指導に当たっては、定期的検査の必要性についてよく理解できるように支援する。また本人の疑問にも適切に対応し、必要に応じてかかりつけ医と連携した対応を行うことが重要である。

(2) 対象者別の介入方法

①健康診査等で抽出されたハイリスク者への対応

○腎症の病期に対応し、対象者抽出方法、介入目的と方法、医療機関での対応、情報共有の方法などについて、関係者間で方針を検討する必要がある。病期別の保健指導等の内容例は図表4の通りとする。

②医療機関で治療中の糖尿病性腎症患者に対する保健指導

○糖尿病性腎症で治療中の患者について、日常生活における実践的な指導が必要と考えられ

る場合、かかりつけ医と連携した保健指導につなげる必要がある。

- 歯科・眼科治療中、もしくは他の疾患にて治療中の患者において糖尿病治療を中断していることが発見された場合、糖尿病に対応できる医療機関を紹介するとともに市町村等へ連絡し、保健指導につなげる必要がある。

③糖尿病治療中断者の把握と受診勧奨

- 過去に糖尿病治療歴がある。又は過去3年間等の健診にて HbA1c7.0%以上が確認されているのに、最近1年間に健診受診歴やレセプトにおける糖尿病受療歴がない者を対象として状況確認を行い、可能な限り健診受診、医療機関受診につなげるとともに、必要に応じて保健指導等を行う。

<図表4：糖尿病性腎症の病期に応じた保健指導等の内容例>

| | 健診データ | 状態と介入目的 | 具体的な介入方法 | 医療機関での対応 | 留意点 | 評価 |
|----------------|-------------------------------------|------------------------|---|---|--|---|
| 第1 ～ 第2期 | 糖尿病 ^{※1} かつ尿蛋白 (±)以下 | 早期腎症の発見 腎症の発症予防 | HbA1c、血圧の程度に 応じた対応 第1期では糖尿病管理、第2期ではそれ に加え腎症改善に重 点を置いた指導 | Cr、尿蛋白・尿アルブ ミン測定による病期 確定 血糖、血圧管理 網膜症等合併症検査 第2期保健指導紹介 | 第1,2期の区別 は健診だけ ではできない。 eGFR<45 の場 合、対応優先 | 行動変容 血糖・血圧・ 脂質、BMI、 喫煙、腎機 能 |
| 第3期 | 糖尿病 ^{※1} かつ尿蛋白 (+)以上 | 顕性腎症 腎機能低下防 止 | 受診勧奨 ^{※2} と受診状 況確認 医師と連携した保健 指導 減塩、減酒等の食生 活改善、禁煙、肥満者 では減量 身体活動の維持 | Cr、尿蛋白・尿アルブ ミン測定による病期 確定 血糖・血圧管理 網膜症等合併症検査 腎排泄薬剤の見直し 保健指導の留意点指 示 腎臓専門医への紹介 を考慮する | 他の循環器疾 患、糖尿病合併 症に留意 100%対応でき ることを目指 す | 受療状況、 生活習慣、 血糖・血圧・ 脂質、喫煙、 腎機能 |
| 第4期 | 糖尿病 ^{※1} かつeGFR< 30 | 透析直前期 透析導入時期 の延伸 | 強力な受診勧奨 ^{※2} と 受診確認、治療中断 防止 ^{※3} | 血糖・血圧管理 腎排泄薬剤の変更 腎臓専門医への紹介 | 心不全、脳卒中 ハイリスク Cr測定しなけ れば病期確定 できない。 | 受診につな がった割合 |

※1：空腹時血糖 $\geq 126\text{mg/dl}$ 、またはHbA1c $\geq 6.5\%$ 、または過去に糖尿病の履歴（薬剤服用等）

※2：未治療者への対応

※3：医療機関との連携を取りながらスキルの高い専門職が保健指導を実施することも考えられる。

(国の糖尿病性腎症重症化予防プログラムから引用)

5 かかりつけ医や専門医との連携

(1) かかりつけ医との連携

- 保険者とかかりつけ医等との連携体制については、あらかじめ医師会等の関係者と十分協議の上、推進体制を構築する必要がある。
- 本プログラムを踏まえ、郡市区医師会は各地域での推進体制（連絡票、事例検討等）について市町村国保等と協力する。
- かかりつけ医は、病歴聴取や診察、保険診療における検査等により対象者の病期判断、循環器疾患等のリスクや糖尿病合併症等の状況を把握し、本人に説明するとともに、保健指導上の留意点を保健指導の実施者に伝えることが求められる。

(2) 地域における関係機関との連携

- 必要に応じてかかりつけ医と専門医が連携できる体制をとることが望ましい。
- 糖尿病の合併症の一つとして歯周病及び歯の喪失等があることから、医科歯科連携の仕組みを構築し活用することが望ましい。
- 保健指導中もできる限りかかりつけ医と実施状況を共有することが望ましい。
- 保健指導等の終了後も継続的な治療、継続的な支援につなげることが重要である。
- 保険者における事業の評価のためには、臨床における検査値（血圧、血糖、腎機能等）が必要となる。日本糖尿病協会発行の糖尿病連携手帳等を活用し、本人の同意のもと、本人ならびに連携機関と情報を共有できるようにすることが望ましい
- 高齢者については、必要に応じて地域包括支援センターとも連携する必要がある。

6 事業の評価

- 評価としては、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の各段階を意識した評価を行う必要がある。
- 中長期的な費用対効果の観点からの評価も行う必要がある。
- 健診、医療データの一元管理のため、例えば、以下の対応を進めるなど、アウトカム評価ができる体制づくりが必要である。
 - ・日本糖尿病協会発行の糖尿病連携手帳の活用等により、本人同意のもと医療機関、市町村等で随時データの共有を行う。
 - ・日本糖尿病学会、日本腎臓学会等が作成した「ミニマム項目セット」等と連携がとれたデータ収集法を検討する。
- 中長期的な評価については、健診データ・レセプトデータ等の活用により受療状況、糖尿病性腎症発症について追跡調査する。
- 保険者は、評価・分析を行っていくために、以下のような健診データ、レセプトデータ等の分析で得られた地域の糖尿病性腎症の状況や重症化予防の保健事業の実施状況等についてデータ分析をおこない、評価を行う必要がある。
 - ・新規透析導入患者数（糖尿病性腎症患者数）の推移
 - ・HbA1c8.0%以上の人数及びそのうち糖尿病未治療者の割合の推移
 - ・健診受診率及び受診継続率
 - ・透析にかかる医療費の推移
 - ・保険者における対象者及び個別に働きかけた数
 - ・かかりつけ医と連携した対応を実施した数等
- 県は、対象者以外も含めた地域全体の観点でも、以下のような県の糖尿病性腎症の状況や重症化予防の保健事業の実施状況等について把握し、関係者間で情報共有をはかる。
 - ・新規透析導入患者数・率（人口 10 万対）の推移、うち糖尿病性腎症を原因とする者の割合
 - ・健診受診率 等
- 以上のような事業の実施状況の把握・分析や評価に基づき、今後の事業の取組みを見直すなど、PDCAサイクルを回すことが重要である。

新規透析導入患者の推移

| 市町村名 | 国 保 | | | | | | | | 後 期 ()内 75 歳未満 | | | |
|------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------------|----------|-------------|----------|
| | 25 年度 | | 26 年度 | | 27 年度 | | 28 年度 | | 27 年度 | | 28 年度 | |
| | 被保 千対 | 被保 千対 | 被保 千対 | 被保 千対 | 被保 千対 | 被保 千対 | 被保 千対 | 被保 千対 | 被保 千対 | 被保 千対 | 被保 千対 | 被保 千対 |
| 北九州市 | 102 | 0.41 | 116 | 0.47 | 107 | 0.45 | 114 | 0.51 | 207 (38) | 1.48 | 195 (29) | 1.36 |
| 福岡県 | 519 | 0.39 | 472 | 0.36 | 477 | 0.37 | 472 | 0.39 | 768 | 1.21 | 762 | 1.2 |

保健事業評価・分析システム(新規発症者一覧)より

留意事項

①保健事業評価・分析システムは福岡県国保連合会独自システム。後期については、27 年度よりデータ格納。導入期加算の算定のあるもの（腹膜透析を含む）を抽出。保険の異動等の重複を含まない数。

② 透析導入に至る原疾患について、生活習慣病の重症化によるものだけでなく、腎臓の直接的な疾患等を含んだ数である。

③ 福岡県他 7 県（北海道・青森・茨城・富山・愛知・山口・徳島）については、重度心身障害者医療費助成制度の利用条件として、後期高齢者医療制度（透析患者の場合は 65 歳以上）への加入が条件となっていることから、国保被保険者だけでなく、75 歳未満の後期での透析導入者を合わせて評価していく。

北九州市 国保＋後期（75 歳未満）÷被保数（国保＋75 歳後期新規透析者数）×1,000（千対）

平成 27 年度 145 人（107+38）÷236,594 人×1,000（千対）＝0.61

平成 28 年度 143 人（114+29）÷224,919 人×1,000（千対）＝0.64

CKD重症度分類による分類

平成28年度特定健診

特定健診受診率 **34.1%**

健診受診者に占める
65歳以上の割合 **72.5%**

| 原疾患 | | | 糖尿病 | | 正常 | 微量アルブミン尿 | | 顕性アルブミン尿 | |
|-------------------------------------|-----|-----------------|-----------------|-------------------|-------------------|-----------------|----------------|-----------------|---------|
| | | | 高血圧・腎炎など | | | 正常 | 軽度蛋白尿 | | 高度蛋白尿 |
| GFR区分 (ml/分/1.73m ²) | | | 尿蛋白区分 | | A1 | | A2 | | A3 |
| | | | 尿検査・GFR 共に実施 | | | (-) or (±) | (+) | 【再掲】 尿潜血+以上 | (2+) 以上 |
| | | | 55,764 人 | | 52,103 人 93.4% | 2,527 人 4.5% | 604 人 23.9% | 1,134 人 2.0% | |
| 受診者 全体 | G1 | 正常 または高値 | 90以上 | 4,198 人 7.5% | 3,950 人 7.1% | 191 人 0.3% | 40 人 20.9% | 57 人 0.1% | |
| | G2 | 正常または 軽度低下 | 60-90 未満 | 39,304 人 70.5% | 37,301 人 66.9% | 1,488 人 2.7% | 360 人 24.2% | 515 人 0.9% | |
| | G3a | 軽度～ 中等度低下 | 45-60 未満 | 10,905 人 19.6% | 9,945 人 17.8% | 644 人 1.2% | 161 人 25.0% | 316 人 0.6% | |
| | G3b | 中等度～ 高度低下 | 30-45 未満 | 1,188 人 2.1% | 854 人 1.5% | 166 人 0.3% | 31 人 18.7% | 168 人 0.3% | |
| | G4 | 高度低下 | 15-30 未満 | 143 人 0.3% | 48 人 0.1% | 32 人 0.1% | 9 人 28.1% | 63 人 0.1% | |
| | G5 | 末期腎不全 (ESKD) | 15未満 | 26 人 0.0% | 5 人 0.0% | 6 人 0.0% | 3 人 50.0% | 15 人 0.0% | |

| 原疾患 | | | 糖尿病 | | 正常 | 微量アルブミン尿 | | 顕性アルブミン尿 | |
|-------------------------------------|-----|-----------------|-----------------|-------------------|-------------------|---------------|----------------|----------------|---------|
| | | | 高血圧・腎炎など | | | 正常 | 軽度蛋白尿 | | 高度蛋白尿 |
| GFR区分 (ml/分/1.73m ²) | | | 尿蛋白区分 | | A1 | | A2 | | A3 |
| | | | 尿検査・GFR 共に実施 | | | (-) or (±) | (+) | 【再掲】 尿潜血+以上 | (2+) 以上 |
| | | | 28,849 人 | | 27,653 人 95.9% | 897 人 3.1% | 258 人 28.8% | 299 人 1.0% | |
| ※治療 なし | G1 | 正常 または高値 | 90以上 | 2,589 人 9.0% | 2,462 人 8.5% | 104 人 0.4% | 23 人 22.1% | 23 人 0.1% | |
| | G2 | 正常または 軽度低下 | 60-90 未満 | 21,497 人 74.5% | 20,709 人 71.8% | 610 人 2.1% | 183 人 30.0% | 178 人 0.6% | |
| | G3a | 軽度～ 中等度低下 | 45-60 未満 | 4,519 人 15.7% | 4,294 人 14.9% | 159 人 0.6% | 45 人 28.3% | 66 人 0.2% | |
| | G3b | 中等度～ 高度低下 | 30-45 未満 | 229 人 0.8% | 183 人 0.6% | 22 人 0.1% | 6 人 27.3% | 24 人 0.1% | |
| | G4 | 高度低下 | 15-30 未満 | 11 人 0.0% | 5 人 0.0% | 1 人 0.0% | 0 人 0.0% | 5 人 0.0% | |
| | G5 | 末期腎不全 (ESKD) | 15未満 | 4 人 0.0% | 0 人 0.0% | 1 人 0.0% | 1 人 100.0% | 3 人 0.0% | |

※治療なし: 問診にて血圧・脂質異常・血糖いずれも服薬が無いもの

| 原疾患 | | | 糖尿病 | | 正常 | 微量アルブミン尿 | | 顕性アルブミン尿 | |
|-------------------------------------|-----|-----------------|-----------------|-------------------|-------------------|-----------------|----------------|----------------|---------|
| | | | 高血圧・腎炎など | | | 正常 | 軽度蛋白尿 | | 高度蛋白尿 |
| GFR区分 (ml/分/1.73m ²) | | | 尿蛋白区分 | | A1 | | A2 | | A3 |
| | | | 尿検査・GFR 共に実施 | | | (-) or (±) | (+) | 【再掲】 尿潜血+以上 | (2+) 以上 |
| | | | 26,915 人 | | 24,450 人 90.8% | 1,630 人 6.1% | 346 人 21.2% | 835 人 3.1% | |
| ※治療 あり | G1 | 正常 または高値 | 90以上 | 1,609 人 6.0% | 1,488 人 5.5% | 87 人 0.3% | 17 人 19.5% | 34 人 0.1% | |
| | G2 | 正常または 軽度低下 | 60-90 未満 | 17,807 人 66.2% | 16,592 人 61.6% | 878 人 3.3% | 177 人 20.2% | 337 人 1.3% | |
| | G3a | 軽度～ 中等度低下 | 45-60 未満 | 6,386 人 23.7% | 5,651 人 21.0% | 485 人 1.8% | 116 人 23.9% | 250 人 0.9% | |
| | G3b | 中等度～ 高度低下 | 30-45 未満 | 959 人 3.6% | 671 人 2.5% | 144 人 0.5% | 25 人 17.4% | 144 人 0.5% | |
| | G4 | 高度低下 | 15-30 未満 | 132 人 0.5% | 43 人 0.2% | 31 人 0.1% | 9 人 29.0% | 58 人 0.2% | |
| | G5 | 末期腎不全 (ESKD) | 15未満 | 22 人 0.1% | 5 人 0.0% | 5 人 0.0% | 2 人 40.0% | 12 人 0.0% | |

※治療あり: 問診にて血圧・脂質異常・血糖いずれかの服薬が無いもの

特定健診受診者の糖尿病性腎症病期分類

糖尿病：治療なしHbA1c6.5以上、または糖尿病治療中（HbA1c7.0未満も含む）にて判定
治療の有無：特定健診質問票の糖尿病の服薬の有無にて判定

| 総数 (①+②+③) | | 糖尿病性腎症病期分類 | | | | | | | | | |
|---------------|---------------|---|----------|----------------|----------------|--------------|----------------|--------------|------|-------------|--|
| | | 尿蛋白 | アルブミン尿区分 | 正常アルブミン尿 A1 | 微量アルブミン尿 A2 | | 顕性アルブミン尿 A3 | | 問わない | | |
| | | | 健診結果 | (-) | (±) | | (+) 以上 | | | | |
| 重症化予防対象者 | 健診受診者 | 糖尿病 <small>治療なしかつHbA1c6.5以上 または、糖尿病治療中</small> | | 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 | |
| 平成28年度 | A' 55,805人 | A 7,207人 | c | c/A | d | d/A | e | e/A | f | f/A | |
| | | | 5,077 | 70.4% | 1,006 | 14.0% | 1,051 | 14.6% | 73 | 1.0% | |

| ①糖尿病治療なし (HbA1c6.5以上) | | 糖尿病性腎症病期分類 | | | | | | | | | |
|--------------------------|----------------------|------------------------------|-------------|----------------|----------------|-------|----------------|-------|-------------|------|--|
| | | 尿蛋白 | アルブミン尿区分 | 正常アルブミン尿 A1 | 微量アルブミン尿 A2 | | 顕性アルブミン尿 A3 | | 問わない | | |
| | | | 健診結果 | (-) | (±) | | (+) 以上 | | | | |
| 重症化予防対象者 | 糖尿病治療なし (6.5以上含む) | 糖尿病治療なし 6.5以上 | 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 | | |
| 平成28年度 | B' 51,153人 | B 2,559人 (35.5) ...B/A | m | m/B | n | n/B | o | o/B | p | p/B | |
| | | | 1,861 | 72.7% | 366 | 14.3% | 320 | 12.5% | 12 | 0.5% | |

HbA1c6.5以上のうち、治療のない35.5%を治療につなぐ

| ②糖尿病治療中 (HbA1c7.0以上) | | 糖尿病性腎症病期分類 | | | | | | | | | |
|-------------------------|---------------------|------------------------------|-------------|----------------|----------------|-------|----------------|-------|-------------|------|--|
| | | 尿蛋白 | アルブミン尿区分 | 正常アルブミン尿 A1 | 微量アルブミン尿 A2 | | 顕性アルブミン尿 A3 | | 問わない | | |
| | | | 健診結果 | (-) | (±) | | (+) 以上 | | | | |
| 重症化予防対象者 | 糖尿病治療中 (7.0未満含む) | 糖尿病治療中 7.0以上 | 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 | | |
| 平成28年度 | C+D 4,652人 | C 1,844人 (25.6) ...C/A | w | w/C | x | x/C | y | y/C | z | z/C | |
| | | | 1,217 | 66.0% | 259 | 14.0% | 349 | 18.9% | 19 | 1.0% | |

糖尿病早期腎症予防の視点で検査・治療

重症化の予防
腎臓専門医との併診療

| ③糖尿病治療中 (HbA1c7.0未満) | | 糖尿病性腎症病期分類 | | | | | | | | | |
|-------------------------|---------------------|------------------------------|-------------|----------------|----------------|-------|----------------|-------|-------------|------|--|
| | | 尿蛋白 | アルブミン尿区分 | 正常アルブミン尿 A1 | 微量アルブミン尿 A2 | | 顕性アルブミン尿 A3 | | 問わない | | |
| | | | 健診結果 | (-) | (±) | | (+) 以上 | | | | |
| 重症化予防対象者 | 糖尿病治療中 (7.0以上含む) | 糖尿病治療中 7.0未満 | 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 | | |
| 平成28年度 | C+D 4,652人 | D 2,804人 (38.9) ...D/A | ag | ag/D | ah | ah/D | ai | ai/D | aj | aj/D | |
| | | | 1,999 | 71.3% | 381 | 13.6% | 382 | 13.6% | 42 | 1.5% | |

北九州市 CKD 予防連携システムの経過

| 年度 | 北九州市 CKD 予防連携システムの経過 | 国の動き (特定健診、CKD に関するもの) |
|-------|---|---|
| 20 年度 | ・ 健診項目に血清クレアチン・尿潜血・尿酸を追加 | 特定健診・特定保健指導開始 |
| 22 年度 | <ul style="list-style-type: none"> 「北九州市における慢性腎臓病 (CKD) 検討会」開催 ・ 医療機関、市民への CKD の周知 ・ 一次医療機関、二次医療機関受診基準 ・ システム図および連絡票の検討 ・ 特定健診結果表に eGFR 記載 ・ CKD 対策目標値の検討 | |
| 23 年度 | 「CKD 予防連携システム」運用開始 | |
| 24 年度 | <p>糖尿病を視점에話し合い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病腎症へ早期の介入。アルブミン尿の測定について ・ 一次医療機関、専門医 (糖尿病・腎)、コメディカルとの連携、眼科医との連携 ・ 仮称「糖尿病重症化予防連携システム」の検討 75gOGTT の実施について→記載しない (機材ない施設あり) | |
| 25 年度 | <p>システムの糖尿病の検査基準値議論</p> <p>予防の視点で HbA1c 該当基準を 6.0 以上とする</p> | ※日本糖尿病学会 糖尿病性腎症病期分類 (H25.12 改定) |
| 26 年度 | 「CKD 予防連携システム (改訂版)」運用開始 【糖のルート】追加 | |
| 27 年度 | <p>システムの運用状況の確認と評価</p> <p>意見交換会を受けて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診結果通知票に「該当項目」の文言記載と医師による「該当」記載、該当者への説明追加。(H28 年度～) | 糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定を締結 (日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省) |
| 28 年度 | <p>第 1 回：市民啓発、医療機関周知、運用率向上に向けて議論</p> <p>第 2 回：糖尿病重症化予防に取り組む団体との情報交換</p> <p>市公式 HP への掲載 (CKD について・意見交換会議事録)</p> | <p>糖尿病性腎症重症化予防プログラム策定</p> <p>保険者努力支援制度前倒し実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病性腎症重症化予防の取組が最大配点 |
| 29 年度 | <p>システム図改変、簡略版の作成、連絡票の変更</p> <p>※糖尿病重症化予防連携推進会議を設置</p> | ※県糖尿病性腎症重症化予防プログラム策定 |
| 30 年度 | | <p>詳細検査に血清クレアチン追加 (eGFR) で評価</p> <p>保険者努力支援制度本格実施</p> |

「北九州市糖尿病重症化予防連携推進会議」開催要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、北九州市糖尿病重症化予防連携推進会議（以下「連携推進会議」という。）の開催にあたって必要な事項を定めるものとする。

(目的)

第2条 連携推進会議は、糖尿病重症化予防に取り組む団体等が連携を図り、糖尿病重症化に関する情報共有や対策の検討を行い、その成果を評価、分析することで、患者のQOLの低下防止及び医療費適正化を目指すことを目的とする。

(構成員)

第3条 構成員は、公益的かつ非営利的に糖尿病重症化予防に取り組む団体の中から、保健福祉局長が選任した者をもって構成する。

2 議事内容により構成員の他にオブザーバーを置くことができる。オブザーバーは保健福祉局長が選任した者とする。

(任期)

第4条 委員の任期は、1年とする。ただし、オブザーバーの任期は、開催会限りとする。

(解任)

第5条 保健福祉局長は、委員およびオブザーバーが次の各号のいずれかに該当するときは、これを解任することができる。

- (1) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団もしくは同条第6号に規定する暴力団員またはこれらと密接な関係を有する者であることが判明した場合
- (2) その他委員であることが不相当と保健福祉局長が認めた場合

(会議の公開等)

第6条 連携推進会議は原則として公開する。ただし、次の各号のいずれかに該当する場合は、保健福祉局長の決定により非公開とすることができる。

- (1) 法令等に特別の定めがある場合
- (2) 不開示情報（情報公開条例第7条）に該当する事項を協議する場合
- (3) 円滑な運営が損なわれるおそれがある場合

(4) その他非公開とすることに相当する理由がある場合

(議事録の公開)

第7条 公開の連携推進会議については、その議事録を作成する。議事録には次の事項を記載するものとする。

- (1) 開催日時・場所
- (2) 出席した者の氏名
- (3) 発言の要旨
- (4) その他必要な事項
- (5) 問い合わせ先

(運営)

第8条 連携推進会議は必要に応じ保健福祉局長が招集する。

2 連携推進会議の庶務は、保健福祉局健康医療部健康推進課において処理する。

(責務)

第9条 委員およびオブザーバーは、職務上知りえた秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後も、また、同様とする。

(委任)

第10条 この要綱に定めるもののほか、連携推進会議の運営に関し必要な事項は、保健福祉局長が定める。

付 則

この要綱は、平成29年5月1日から施行する。

糖尿病重症化予防及び慢性腎臓病対策の推進

～多職種連携による糖尿病重症化予防の取組～

【糖尿病重症化予防連携推進会議の開催】

糖尿病重症化予防に取り組む団体等が、糖尿病重症化に関する情報共有や糖尿病連携手帳を活用した連携による治療中断防止等対策の検討を行い、その成果を評価、分析することで、患者のQOLの低下防止及び医療費適正化を目指すことを目的とし平成29年第1回糖尿病重症化予防連携推進会議を下記のとおり開催した。

日 時：平成29年8月1日（火） 19：00～20：30

構成員：糖尿病重症化予防にかかわる関係機関

糖尿病専門医、かかりつけ医、眼科医、歯科医師、薬剤師、CDE（糖尿病療養指導士）、看護師、管理栄養士（12名中11名出席）

会議における主な意見

- ・ 糖尿病治療中断者は、男性、働き盛り世代、過去に治療中断歴のある者が多い。
- ・ 治療中断による重症化を防ぐため、治療継続に向けて、関わる関係者の患者への声掛けが大切。患者自身が現在の体の状態を理解できるような説明が重要。
- ・ 特に重症化しやすい未治療者については、健診結果からの行政による働きかけが大切である。
- ・ かかりつけ医では「お薬手帳」、「高血圧手帳」に比べ、「糖尿病連携手帳」はあまり普及していない。連携を推進していくためには、かかりつけ医や病院スタッフへ周知し、「糖尿病連携手帳」を必要な方に配布していくことが必要。
- ・ 眼科や歯科等を受診する際には「糖尿病連携手帳」を持参するように患者に声掛けしている。眼科や歯科等でも患者への声掛けをお願いしたい。
- ・ 歯科受診時の「糖尿病連携手帳」の持参について、糖尿病専門医受診者は持参しているが、一般内科受診者は持参しない方が多い。
- ・ 「糖尿病連携シール」は他科への受診状況が一目で分かってよい。実際の配布場所等について検討が必要。また、周知のためのポスター等作成してはどうか。
- ・ かかりつけ薬局でも「糖尿病連携手帳」を配布できないか検討をお願いしたい。
- ・ 区ごとで関係機関の連携に関する意識が異なる。各区において連携強化に向けての取組が必要。

慢性腎臓病（CKD）予防連携システム運用状況

1 慢性腎臓病（CKD）予防連携システム運用状況（年度内の様式返信数より）

| 運用状況 | 年度 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |
|-----------------------|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 一次医療機関の 二次医療機関へ紹介数 | | | | | 46 | 81 | 102 | 36 |
| | 二次医療機関受診者数 | 256 | 318 | 275 | 211 | 244 | 251 | 124 |

※平成29年度分については各様式の9月末日までの健康推進課返送数。平成29年度より様式を変更（様式2は旧様式2と新様式2の合計数、様式3は旧様式3と新様式4の合計数）。

2 健診結果による一次医療機関および二次医療機関受診対象者数

| 対象者数 | 年度 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|------------------|------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 対象者数 | 特定健診受診者（A） | 55,915人 | 57,979人 | 57,350人 | 60,988人 | 61,336人 | 59,175人 |
| | 一次医療機関受診対象者（B） | 13,985人 | 14,492人 | 15,032人 | 15,773人 | 18,107人 | 17,914人 |
| | ※糖のルートを除く（B/A） | 25.0% | 25.0% | 26.2% | 25.9% | 29.5% | 30.3% |
| | 二次医療機関受診対象者の者（C） | 2,598人 | 2,684人 | 2,646人 | 2,798人 | 3,138人 | 3,101人 |
| | ※健診時の結果より推計（C/A） | 4.6% | 4.6% | 4.6% | 4.6% | 5.1% | 5.2% |
| | 専門医受診あり（D） | | 521人 | 555人 | 673人 | 643人 | 668人 |
| | ※問診より（D/C） | | 19.4% | 21.0% | 24.1% | 20.5% | 21.5人 |
| 新規二次医療機関受診対象者（E） | | | 2,163人 | 2,091人 | 2,125人 | 2,495人 | 2,433人 |
| ※推計値（E/A） | | | 3.7% | 3.6% | 3.5% | 4.1% | 4.1% |
| HbA1cのルート（F） | | | | | 9,396人 | 9,795人 | 9,699人 |
| （F/A） | | | | | 15.4% | 20.0% | 16.4% |

- ・特定健診受診者（A）は受診者総数（当該年度75歳を含む）
- ・二次医療機関受診対象者（C）は健診時検査値により北九州市慢性腎臓病予防連携システムによる二次医療機関受診基準

H28年度、新規二次医療機関受診対象者（推定）のうち、市医師会に実施委託している特定保健指導（積極的支援・動機づけ支援該当者）は310人、特定保健指導非対象者の保健指導として区役所保健福祉課が訪問及び電話指導の対象者としたものは605人、服薬中で健康推進課の訪問および電話指導の対象としたものが1,587人

(仮称)第二次北九州市健康づくり推進プランの体系(案)

本市の現状

人口構造

- 人口
 - ・961,335人(H29.3.31住民基本台帳)
 - ⇒昭和54年をピークに減少傾向
 - ・高齢化率は29.6%
 - ⇒人口の約4人に1人以上が高齢者。
 - 政令市の中で最も高齢化が進んでいる。(H29.3.31住民基本台帳)
 - ・後期高齢者(75歳以上)の割合
 - ⇒本市:15.0%(H29.3.31住民基本台帳)
 - 全国:13.4%(H28.11.1総務省統計局資料)
 - ・年少人口(0~14歳)割合12.6%
 - ⇒昭和40年の25.8%から急激に減少

本市:国の動向

- 本市の動向
 - ・KDB(国保データベース)導入(H25.10)
 - ・口腔保健支援センター開設(H26.6)
 - ・協会けんぽとの健康づくり連携協定(H26.12)
 - ・認知症支援・介護予防センター開設(H28.4)
- 国の動向
 - ・「健康日本21(第2次)」:H25~H34
 - ・健康医療戦略:H26~H31
 - ・日本健康会議(H27.7~)
 - ・アルコール健康障害対策基本法制定(H26.6)
 - ・健康増進法改正の動き(受動喫煙対策強化)

本市の医療費・介護給付費

- 医療費
 - ・H27 国保一人当たり医療費:401,879円(政令市 第2位)
- 介護認定率
 - ・H27 24.8(国20.7)、第2号保険者:0.5(国0.4)
- 介護給付費
 - ・H27 約830億円(地域支援事業費含む)
- 後期高齢者医療費
 - ・H26 一人あたり医療費:1,173,523円(全国第1位)

健康づくり実態調査等からみえる現状

【妊娠期、就学前の子ども】

- ・妊娠中の喫煙率:4.8%、飲酒:1.0%
- ・低出生体重児の割合:10.4%(H27人口動態調査)
- ・乳幼児の保護者の喫煙率:父43.4%、母:5.7%

【学童期】

- ・外で身体を動かして遊ぶ頻度:減少、高学年になるほど減少
- ・肥満傾向の児の割合:増加(小5男女)
- ・朝食を食べる子どもの割合:微減(中高生が最も低い(88.6%))

【青年期】

- ・女性の適正飲酒量以上の飲酒:増加
- ・女性の喫煙率:増加
- ・女性のやせの割合:増加
- ・運動の実施率:低い
- ・食生活(外食や弁当の購入時、夕食のバランス、野菜摂取、塩分を控えている人の割合:最も低い世代)

世帯・働き方・経済の変化

- 世帯構造
 - ・人口は減少、世帯数は増加。
 - ・高齢者のみの世帯、高齢者単身世帯の増加が顕著
 - ・母子世帯も増加傾向
 - ・保育所に入所している1、2歳児が増加
- 産業構造・働き方
 - ・共働きの増加、ダブルケア、介護離職、老老介護
 - ・第1次産業(0.8)第2次産業(24.9)、第3次産業(74.3)
- 経済(家計・暮らし向き)
 - ・母子家庭の平均収入:約234万円(H23市母子世帯等実態調査)
 - ・全世帯平均所得:約541.9万円(H27国民生活基礎調査)

健康を取り巻く状況

- 平均寿命/健康寿命(H22)
 - 男性:78.85歳/68.46歳(全国70.42歳)
 - 女性:86.20歳/72.20歳(全国73.62歳)
- がん
 - ・がん死亡率(10万人対):338.0(H27政令市1位)
 - ・75歳未満のがん年齢調整死亡率(10万人対):84.2
 - ・がん検診受診率:乳がん(20位)、胃がん・子宮頸がん(19位)、大腸がん(18位)、肺がん(17位)
- 生活習慣病(がん以外)の年齢調整死亡率
 - ・糖尿病:男性(5.6)女性(2.3)
 - ・虚血性心疾患(急性心筋梗塞、その他の虚血):男性(22.9)女性(9.6)
 - ・脳血管疾患:男性(35.7)女性(17.3)
- 健診受診率(国保特定健診)
 - ・受診率:35.6%、保健指導実施率:28.7%
- 歯・口腔
 - ・歯周病と糖尿病の関係を知っている者の割合(40歳以上):33.2%
 - ・1歳6か月児歯科健診受診率:64.7%(H27政令市20位)
- COPD、ロコモの認知度
 - ・COPD:19.8% ・ロコモ:27.6%

【壮年期】

- ・喫煙率:男女とも最も高い世代
- ・男性(50歳代)で基準量の2倍以上飲酒する割合が高い
- ・受動喫煙の機会:最も高い世代
- ・肥満の割合:最も高い世代
- ・地域との交流を楽しんでいる人:減少率大きい

【高齢期】

- ・自治会加入率:最も高い
- ・野菜摂取の心がけ、健診受診率:最も高い世代
- ・地域との交流を楽しんでいる割合:最も高い世代だが、年々減少

【生活背景、保険、自治会加入との関連】

- ・暮らしにゆとりのない家庭:朝食や野菜の摂取、健康感が低い。喫煙率が高い。
- ・健康保険の種類によって、検診を受ける機会や健康づくりを促す仕組みの有無に差がある
- ・加入している方が地域との交流を楽しんでいる

<基本理念>

次世代を担う子どもや若者をはじめとするすべての市民が、社会とのつながりの中で、健やかで心豊かに生活できる幸福な社会の実現を目指します。その実現にあたっては、超高齢社会に対応した持続可能な社会を確保できるよう、市民の健康寿命の延伸や医療費等の適正化に努めます。そのために、地域、行政、企業などのあらゆる主体が一体となった健康づくりに取り組み、市民一人ひとりの自律的・主体的な健康づくり活動を支援する健康都市を目指します。

課題・検討の着眼点

- がん検診等の受診率の低迷
- 特定健診結果における血糖、血圧、脂質、腹囲等の有所見率の高さ
- 特定保健指導実施率の低迷
- 生活習慣病等の重症化による入院医療費、介護給付費の増加
- 超高齢化の進展による社会保障費(介護給付、医療費等)の増加
- 第2号保険者の介護認定率の高さ(原因の6割が脳卒中)

健診、医療、介護のデータ分析等に基づく効果的な予防施策の展開、PDCAサイクルに則った事業運営により、生活習慣病等の健診データの改善や死亡が減少し、医療費介護給付費の適正化が図れないか

- 世代による健康課題の違い
 - 妊娠期:喫煙、飲酒、低出生体重児
 - 乳幼児期:医科、歯科健診受診率の差
 - 保育所(園)、幼稚園等施設における虫歯罹患率の差
 - 学童期:肥満、外遊びの減少
 - 青年期:女性のやせ、飲酒、喫煙、食生活に対する意識、休養
 - 壮年期:飲酒、喫煙、男性の肥満
 - 高齢期:地域交流、社会参加
- 暮らし向きによる健康課題の差
 - 野菜の摂取、朝食の摂取、歯磨き、喫煙、健康感
- 職場、加入保険による健康課題の差
 - 健診、がん検診の受診機会、健康づくり活動への参加しやすさ

健康課題が集中する世代や健康づくり活動へアクセスが困難な層に対する効果的、効率的なアプローチにより、健康格差を縮小することができないか

- 北九州市役所職員が率先して健康づくりに取り組む
- たばこの煙のない環境づくり
- 企業や組織のトップの健康知識、健康意識の向上
- 地域や職場での健康づくりの推進
- 道路、公園、住居と健康づくりとの連携

健康づくりに関心が低い層も含め、誰もが楽しみながら自然と健康になっていくような環境づくり、仕組みづくりができないか

基本目標Ⅰ

【データヘルスの推進】

データに基づく生活習慣病の予防及び重症化予防の推進

- 施策の方向1 生活習慣病の発症予防及び重症化予防の強化
 - 基本施策① 健診、医療、介護のデータを活用した生活習慣病予防対策
 - 基本施策② 糖尿病重症化予防及び慢性腎臓病対策の推進
 - 基本施策③ 予防を重視したがん対策の推進

- 施策の方向2 健康な生活習慣の維持に向けた理解の促進
 - 基本施策① 健康知識の普及啓発及び健康学習の支援
 - 基本施策② 各種健診の受診促進・保健指導の充実

基本目標Ⅱ

【健康格差の縮小】

多様な背景の市民に対応する健康づくり

- 施策の方向1 子どもや働く世代の健康を守るための支援
 - 基本施策① 質のよい生活習慣を身に付けることを目的とした子どもの頃からの健康づくり
 - 基本施策② 働く世代の健康格差解消に向けた健康づくりの推進

- 施策の方向2 ライフステージを通じた切れ目のないところとからだの健康づくり
 - 基本施策① 乳幼児期から学童期までの健康づくり
 - 基本施策② 生活習慣病予防と介護予防を中心に展開する健康長寿を目指した健康づくり
 - 基本施策③ 健やかで活力ある暮らしのためのところの健康づくり

基本目標Ⅲ

【健康になるまちづくりの推進】

市民の健康を支える社会環境の新創

- 施策の方向1 市全体で市民の健康づくりを支援する取り組み
 - 基本施策① 多様な主体との連携による、健康づくりの推進

- 施策の方向2 地域包括ケアを支えるための健康づくり、社会参加の推進
 - 基本施策① 身近な地域で市民主体の健康づくりに取り組める環境の新創
 - 基本施策② 地域の健康づくりを担う人材の育成及び活動支援

CKD関連 評価指標(案) 一部抜粋

【次期健康づくり推進プラン】

基本目標Ⅰ【データヘルスの推進】

生活習慣病の発症予防及び重症化予防の強化（早期発見・ハイリスクアプローチ）

●基本施策②

糖尿病重症化予防及び慢性腎臓病対策の推進

| 次期健康づくり推進プラン指標（案） | 健康づくり推進プラン指標（現行） |
|--|--|
| 身体障害者手帳（じん臓1級）新規交付者数 新規 | 年間新規透析導入患者数の減少 （市国保健診） |
| 年間新規透析導入患者数（被保千対）の減少（国保） ※分析対象および方法の変更 | |
| 血糖コントロール不良者の割合の減少（市国保健診） （HbA1c8.4%以上の者の割合） | 血糖コントロール不良者の割合の減少（市国保健診） （HbA1c8.4%以上の者の割合） |
| 糖尿病年齢調整死亡率の減少 | 糖尿病年齢調整死亡率の減少 |

新規透析導入患者数抽出方法を平成27年度より本市に導入された保健事業評価分析システムによるものに変更し、保健事業を評価するとともに、身体障害者手帳（じん臓1級）交付者数の推移で、市民全体の動向を把握する。

保健事業評価分析システムによる新規透析導入患者数

：透析の導入加算の算定あり（腹膜透析含む）。保険の異動等を含まない、重複削除後の実数。

【第二期北九州市データヘルス計画（平成30年度～平成35年度）指標（案）】

- 短期目標
- ・血糖コントロール不良者の割合の減少
 - ※特定健診受診率の向上
 - ※特定保健指導の実施率の向上
- 中長期目標
- ・年間新規透析導入者の減少（国保）被保千対
 - ・人工透析医療費の減少

多職種連携による糖尿病重症化予防の取組

1 取組の概要

糖尿病重症化予防に取り組む団体等が、糖尿病重症化に関する情報共有や糖尿病連携手帳を活用した連携による治療中断防止等の対策を行い、糖尿病の重症化を防ぐもの

2 取組の内容（案）

- (1) 連携ツールとして糖尿病連携手帳の活用
- (2) 特定健診の結果から糖尿病が疑われる方で糖尿病連携手帳を所持していない方への糖尿病連携手帳の配布
- (3) 各関係機関での定期的な検査の実施や保健指導
- (4) 治療中断者や未受診者への受診勧奨 等

〈取組のイメージ〉

