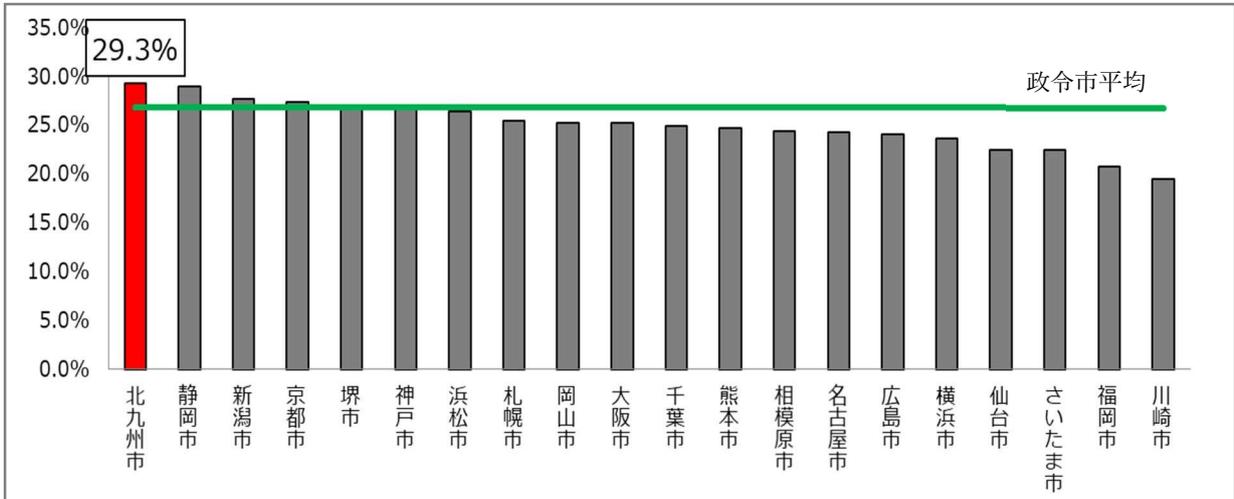


北九州市国保のCKDの背景①

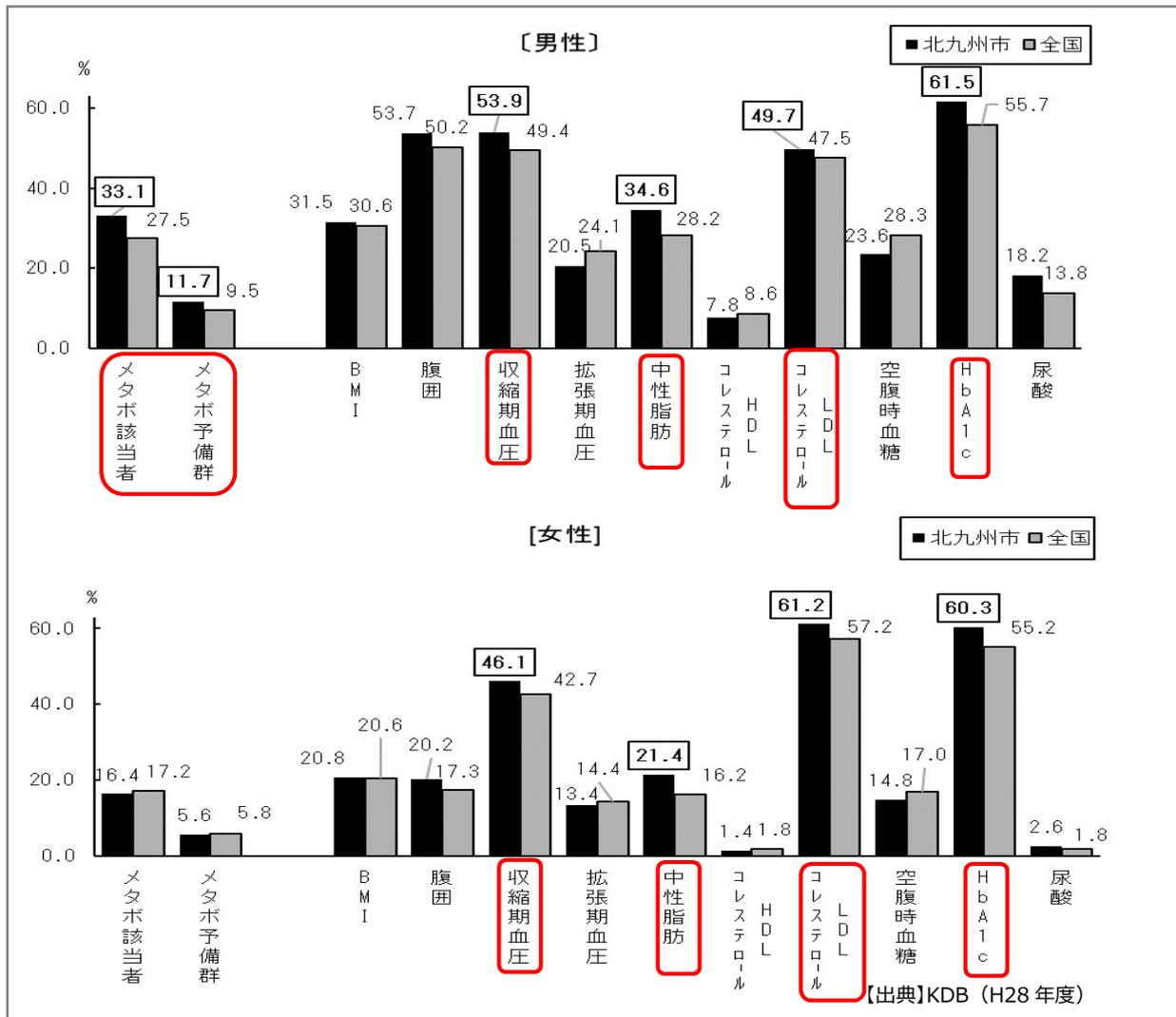
～第二期保健事業実施計画（データヘルス計画）より～

【図 1-1】北九州市の高齢化率(65歳以上の人口割合)順位



【出典】平成 29 年 1 月 1 日住民基本台帳人口・世帯数、平成 28 年（1 月 1 日から同年 12 月 31 日まで）人口動態統計

【図 1-2】特定健診受診者の健診結果の状況（H28）



北九州市国保のCKDの背景②

資料1 - ②

～平成29年度 特定健康診査受診者の結果より～

【図1-3】内服治療なし（健診時）・・・特定保健指導（医師会委託）と区役所保健指導対象者

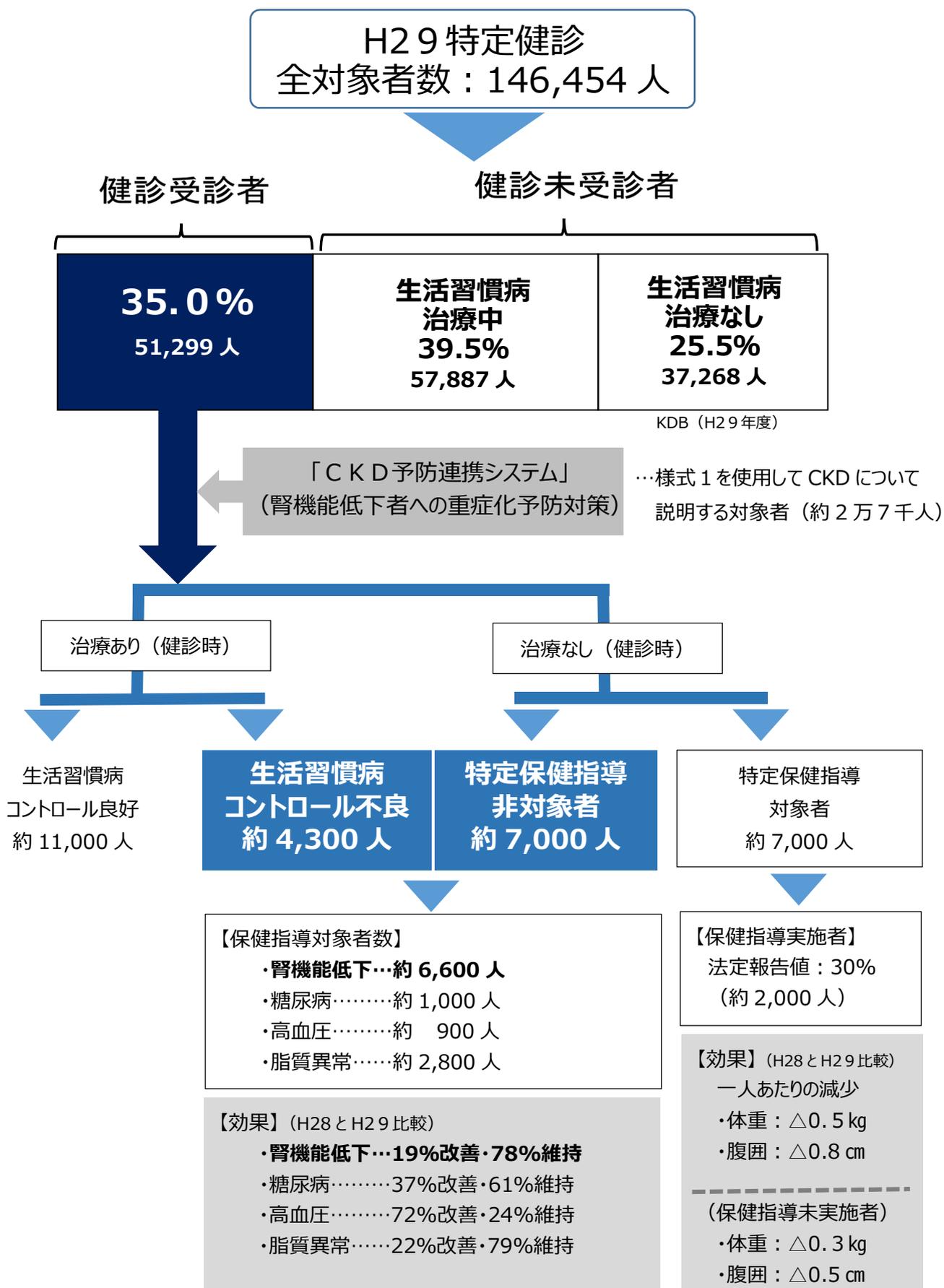
重症化予防対象者		CKDの重症度 A		GFR		90	60	45	30	15	
				正常または高値		正常または軽度低下	軽度～中等度低下	中等度～高度低下	高度低下	末期腎不全	
				ハイリスク群 (G1A1)	G1A2	G2A2	G3aA1	G3bA1	G4A1	G5A1	
重症化予防対象者	健診受診者のうち治療なし	(G2A1)	G1A3	G2A3	G3aA2	G3bA2	G4A2	G5A2			
	27,370	21,777	102	805	4,431	242	12	1			
生活習慣病なし	実人数	20,016	16,378	56	469	3,001	110	2	0		
	割合	73.1	75.2	54.9	58.3	67.7	45.5	16.7	0.0		
生活習慣病あり (実人数) (下記に1項目以上該当)	実人数	7,354	5,399	46	336	1,430	132	10	1		
	割合	26.9	24.8	45.1	41.7	32.3	54.5	83.3	100.0		
生活習慣リスク (延べ人数)	耐糖能異常 糖尿病(6.5以上)	実人数	1,073	796	23	82	159	12	1	0	
		割合	3.9	3.7	22.5	10.2	3.6	5.0	8.3	0.0	
	高血圧症 (Ⅱ度以上)	実人数	1,589	1,168	12	106	276	25	2	0	
		割合	5.8	5.4	11.8	13.2	6.2	10.3	16.7	0.0	
	メタボリックシンドローム(該当者)	実人数	2,442	1,788	24	144	442	40	4	0	
		割合	8.9	8.2	23.5	17.9	10.0	16.5	33.3	0.0	
	脂質異常症	LDL-C (180以上)	実人数	1,952	1,494	9	68	357	24	0	0
		割合	7.1	6.9	8.8	8.4	8.1	9.9	0.0	0.0	
	中性脂肪 (300以上)	実人数	1,042	780	10	59	171	21	1	0	
		割合	3.8	3.6	9.8	7.3	3.9	8.7	8.3	0.0	
高尿酸血症 (7.1以上)	実人数	1,977	1,188	7	98	582	93	8	1		
	割合	7.2	5.5	6.9	12.2	13.1	38.4	66.7	100.0		

【図1-3】内服治療あり（健診時）・・・医療機関で管理 一部、市役所保健指導対象者

重症化予防対象者		CKDの重症度 A		GFR		90	60	45	30	15	
				正常または高値		正常または軽度低下	軽度～中等度低下	中等度～高度低下	高度低下	末期腎不全	
				ハイリスク群 (G1A1)	G1A2	G2A2	G3aA1	G3bA1	G4A1	G5A1	
重症化予防対象者	健診受診者のうち治療あり	(G2A1)	G1A3	G2A3	G3aA2	G3bA2	G4A2	G5A2			
	26,329	17,548	121	1,298	6,260	955	117	30			
生活習慣病なし	実人数	13,223	9,454	30	447	2,954	303	25	10		
	割合	50.2	53.9	24.8	34.4	47.2	31.7	21.4	33.3		
生活習慣病あり (実人数) (下記に1項目以上該当)	実人数	13,106	8,094	91	851	3,306	652	92	20		
	割合	49.8	46.1	75.2	65.6	52.8	68.3	78.6	66.7		
生活習慣リスク (延べ人数)	耐糖能異常 糖尿病(6.5以上)	実人数	4,685	3,004	53	399	992	199	31	7	
		割合	17.8	17.1	43.8	30.7	15.8	20.8	26.5	23.3	
	高血圧症 (Ⅱ度以上)	実人数	1,224	778	12	85	281	54	9	5	
		割合	4.6	4.4	9.9	6.5	4.5	5.7	7.7	16.7	
	メタボリックシンドローム(該当者)	実人数	8,704	5,294	66	607	2,220	439	65	13	
		割合	33.1	30.2	54.5	46.8	35.5	46.0	55.6	43.3	
	脂質異常症	LDL-C (180以上)	実人数	619	402	2	29	158	23	5	0
		割合	2.4	2.3	1.7	2.2	2.5	2.4	4.3	0.0	
	中性脂肪 (300以上)	実人数	1,249	746	15	98	303	71	11	5	
		割合	4.7	4.3	12.4	7.6	4.8	7.4	9.4	16.7	
高尿酸血症 (7.1以上)	実人数	2,437	1,044	11	128	929	267	45	13		
	割合	9.3	5.9	9.1	9.9	14.8	28.0	38.5	43.3		

※割合：B/A

特定健診受診者の状況



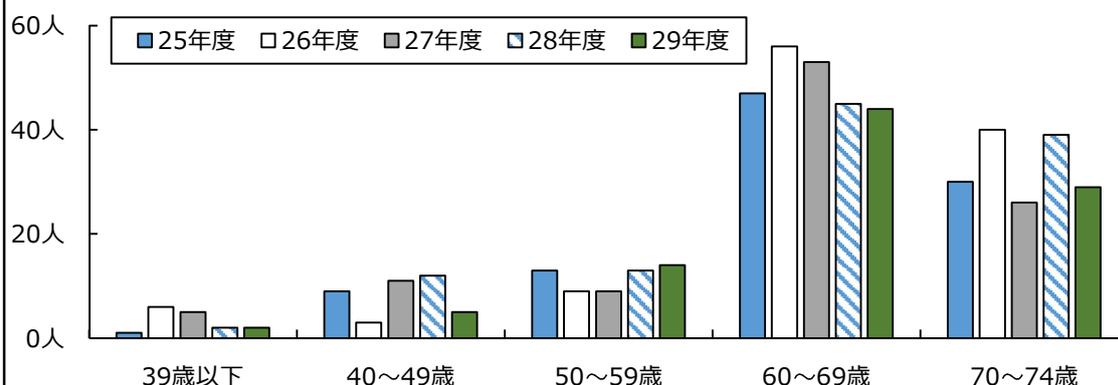
【図 3 - 1】新規透析導入者の推移

市町村名	国 保						後 期					
	27 年度	被保千対	28 年度	被保千対	29 年度	被保千対	27 年度	被保千対	28 年度	被保千対	29 年度	被保千対
北九州市	104	0.44	111	0.49	94	0.44	196	1.41	194	1.35	210	1.54
福岡県	476	0.38	459	0.38	457	0.40	747	1.17	759	1.15	787	1.17

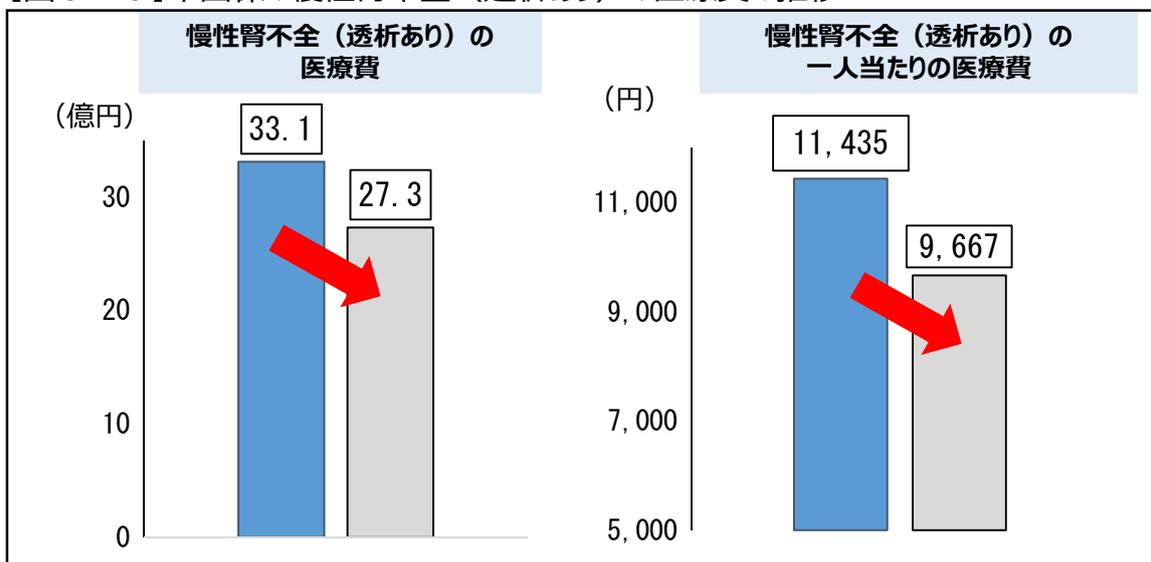
【図 3 - 2】新規導入患者数の年齢別の推移

	39 歳以下	40～49 歳	50～59 歳	60～69 歳	70～74 歳	合計
25 年度	1 人	9 人	13 人	47 人	30 人	100 人
26 年度	6 人	3 人	9 人	56 人	40 人	114 人
27 年度	5 人	11 人	9 人	53 人	26 人	104 人
28 年度	2 人	12 人	13 人	45 人	39 人	111 人
29 年度	2 人	5 人	14 人	44 人	29 人	94 人

【出典】保健事業評価・分析システム



【図 3 - 3】市国保の慢性腎不全（透析あり）の医療費の推移



慢性腎臓病（CKD）予防連携システム運用状況

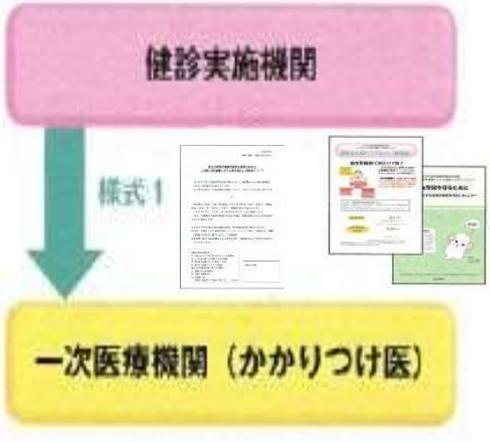
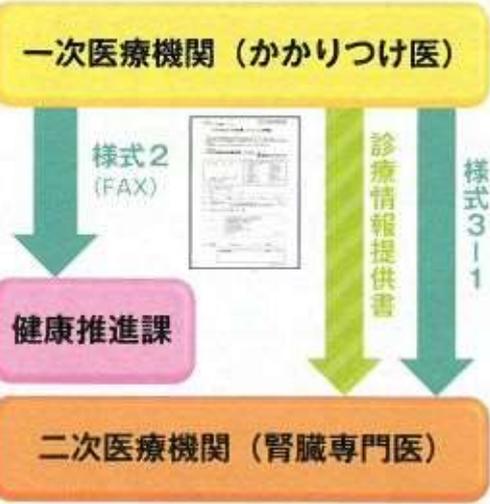
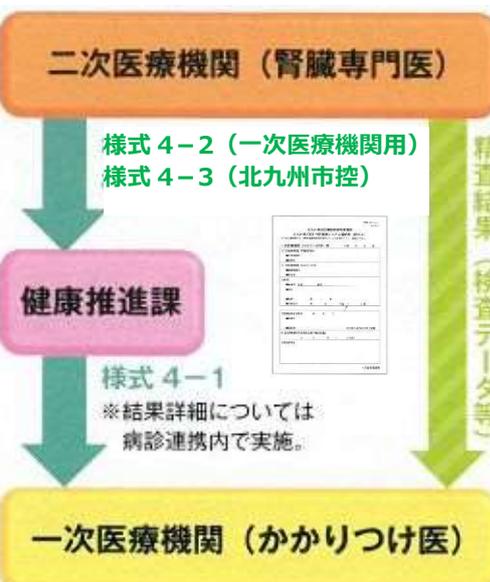
資料4
(差替え)

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とシステム運用率

年度		23	24	25	26	27	28	29
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	56,858人
	一次医療機関受診対象者 (B)	13,985人	14,492人	15,032人	25,169人	27,902人	27,613人	27,069人
	(B/A)	25.0%	25.0%	26.2%	41.3%	45.5%	46.7%	47.6%
	(再掲) HbA1cのルート (C/A)				9,396人 15.4%	9,795人 20.0%	9,699人 16.4%	9,499人 16.7%
二次医療機関受診対象者の者 (D)		2,163人	2,091人	2,125人	2,495人	2,433人	2,486人	
(D/A)		3.70%	3.60%	3.50%	4.10%	4.10%	4.37%	
返信数	一次医療機関返信数 (E)				46	81	102	102
	二次医療機関返信数 (F)	256	318	275	211	244	251	193
運用率	対象者に対する様式返送数(E/B)				0.2%	0.3%	0.4%	0.4%
	対象者に対する様式返送数(F/D)		14.7%	13.2%	9.9%	9.8%	10.3%	7.8%

- ・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 (D) 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から、健診時間診で「腎専門医受診あり」と答えたものは除く

CKD予防連携システムの使用帳票類の状況（平成 29 年度）

CKD予防連携システム連絡の流れ	使用帳票類	必要枚数	配布枚数	返信数
 <p>健診実施機関</p> <p>様式1</p> <p>一次医療機関（かかりつけ医）</p>	<p>様式1：CKD システムに該当する受診者へ結果返しの時に、1 次医療機関受診勧奨等の説明に使用するもの。</p>	27,069 枚	25,000 枚	
	<p>パンフレット類：CKD 用や HbA1c 値が高い方用があり、必要時使用するもの。</p>	<p>CKD：17,570 枚</p> <p>HbA1c: 9,499 枚</p>	<p>CKD：6,800 枚</p> <p>HbA1c：4,200 枚</p>	
 <p>一次医療機関（かかりつけ医）</p> <p>様式2 (FAX)</p> <p>健康推進課</p> <p>診療情報提供書</p> <p>様式3-1</p> <p>二次医療機関（腎臓専門医）</p>	<p>様式2：一次医療機関から二次医療機関へ紹介したことを健康推進課へ報告する様式。（FAX）</p>	3,162 枚	15,550 枚 (50 枚綴りを 311 部配布)	102 枚
	<p>様式3-1：一次医療機関が二次医療機関への紹介用の様式。</p>	3,162 枚	10,830 枚 (30 枚綴りを 361 部配布)	
 <p>二次医療機関（腎臓専門医）</p> <p>様式4-2（一次医療機関用） 様式4-3（北九州市控）</p> <p>健康推進課</p> <p>様式4-1 ※結果詳細については病診連携内で実施。</p> <p>一次医療機関（かかりつけ医）</p> <p>精査結果（検査データ等）</p>	<p>様式4（3枚複写）二次医療機関から受診者の診断名等を健康推進課へ情報提供。健康推進課は複写の一枚を一次医療機関へ送付。</p>	3,162 枚	8,220 枚 (20 枚綴りを 411 部配布)	193 枚

様

北九州市国民健康保険特定健診結果に基づく腎機能検査のご案内

北九州市では、市民の皆様の健康づくりを目的に、特定健診を受診された方を対象に保健指導を行っています。

平成 年 月 日に で受診された特定健診の結果、腎機能について、医療機関での検査等が必要と思われます。まずは、できるだけ早くかかりつけ医への受診をお勧めいたします。すでに受診されている方は、腎機能についてかかりつけ医にご相談ください。よろしくお願いいたします。

かかりつけ医受診時は、この用紙、特定健診結果及び国民健康保険証をお持ちください。なお、医療機関で診察や検査等を受けた場合、患者負担金の支払いが発生します。

あなたの値は

eGFR _____ 尿蛋白 _____ 尿潜血 _____

※eGFRとは：

「推算糸球体ろ過量」のことで、腎臓の機能が何%なのかを示します。50以下だと腎機能低下の速度がはやくなります。

【腎機能の分類】 該当数値の「紹介」に○を記入

原疾患	尿蛋白区分		A1	A2	A3	
糖尿病	尿アルブミン定量(mg/日)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	
	尿アルブミン/Cr比(mg/gCr)		30未満	30~299	300以上	
高血圧、腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎、不明 その他	尿蛋白定量 (g/日)		正常 (-)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+~)	
	尿蛋白/Cr比 (g/gCr)		0.15未満	0.15~0.49	0.50以上	
GFR区分 (ml/分 /1.73m ²)	G1	正常	≥90	①	②血尿+なら紹介、蛋白尿のみなら生活指導・診療継続	③紹介
		または高値				
	G2	正常または軽度低下	60~89	①	②血尿+なら紹介、蛋白尿のみなら生活指導・診療継続	③紹介
		軽度~中等度低下				
	G3a	中等度低下	45~59	②40歳未満は紹介、40歳以上は生活指導・診療継続	③紹介	④紹介
		高度低下				
G3b	中等度~高度低下	30~44	③紹介	④紹介	④紹介	
	高度低下					
G4	高度低下	15~29	④紹介	④紹介	④紹介	
G5	末期腎不全 (ESKD)	<15	④紹介	④紹介	④紹介	

上記以外に、3か月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は腎臓専門医へ速やかに紹介。

上記基準並びに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と腎臓専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

かかりつけ医先生御待史

北九州市国民健康保険特定健診受診者に対する診察等について(お願い)

平素より、北九州市の保健福祉行政につきまして御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。
北九州市国民健康保険では、北九州市医師会との協働により、特定健診受診者に対し「CKD 予防連携システム」を運用しています。

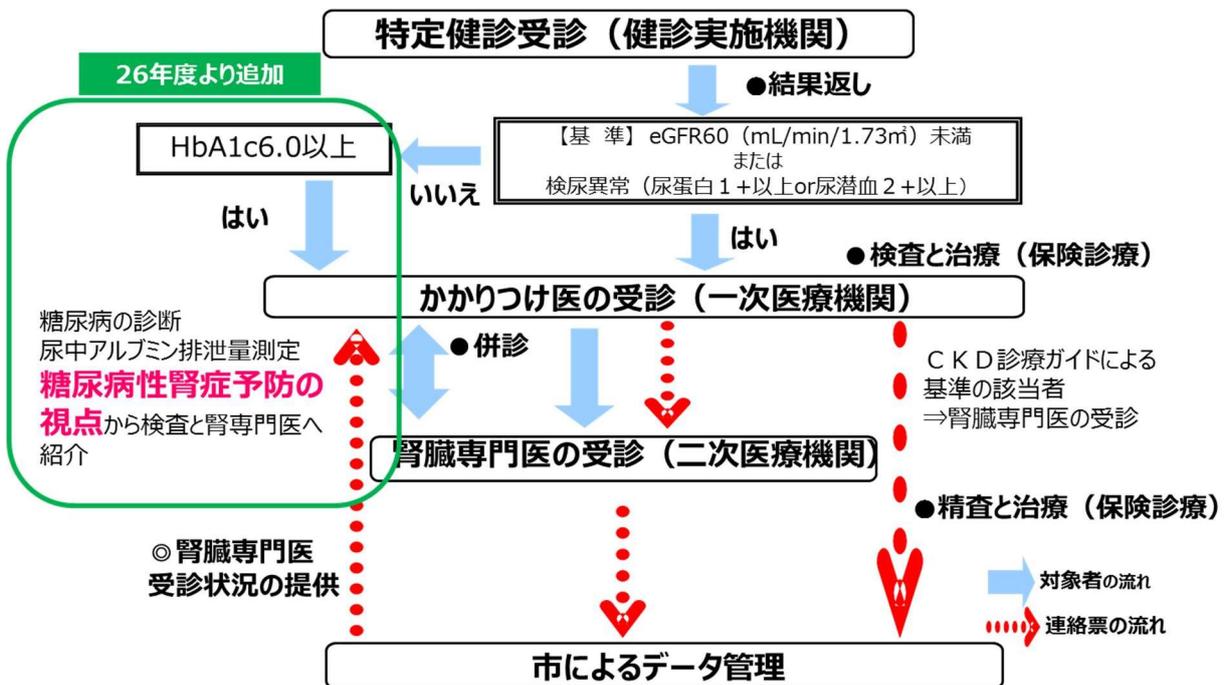
さて、ご本人様の特定健診受診結果が、「CKD 予防連携システム」における二次医療機関(腎臓専門医)への紹介基準にあたります。

つきましては、「CKD 予防連携システム」上での先生のご判断の結果が上記の分類に基づく二次医療機関紹介に該当された場合は、御紹介の程宜しくお願いいたします。

なお、御紹介時には、大変御手数ではございますが、「CKD 予防連携システム」における「CKD様式2、3」を御使用くださいますようお願い申し上げます。

(連絡先)	区役所保健福祉課
住所	
電話番号	担当

北九州市CKD予防連携システム (H26~)



※詳細は北九州市国民健康保険 特定健診・特定保健指導実施要領 P48~P57 参照

北九州市国民健康保険特定健診
北九州市 CKD(慢性腎臓病) 予防連携システム

患者さん用パンフレット(簡略版)

慢性腎臓病(CKD)って何？

下記のいずれか
または両方が
3ヶ月以上
続いている状態



腎機能の低下

糸球体濾過値が
60mL/分/1.73m²未満

腎 障 害

蛋白尿などの検尿異常
腎臓の形態異常
腎生検での組織の異常

慢性腎臓病とは、数多くある様々な腎臓病の総称で、「**CKD**(Chronic Kidney Disease)」とも呼ばれます。

慢性腎臓病は、腎臓の働きが健康な人の60%以下に低下するか、あるいはタンパク尿が出るなどの腎障害が3ヶ月以上続く状態を言います。

eGFR (推算糸球体濾過量)とは

糸球体が1分間にどれくらいの血液をこして尿を作れるかを示す値で、腎臓の機能が何%になっているかを示しています。
血清クレアチニン値と年齢・性別で計算式にあてはめ、推算することができます。

透析患者数

32.0 万人

全国民の約396.5人に1人

日本透析医学会：図説 わが国の慢性透析療法の現状(2014年末)

慢性腎臓病 患者数

1,330 万人

成人の8人に1人

日本腎臓学会慢性腎臓病対策委員会:疫学調査WGのデータ(平成18年)

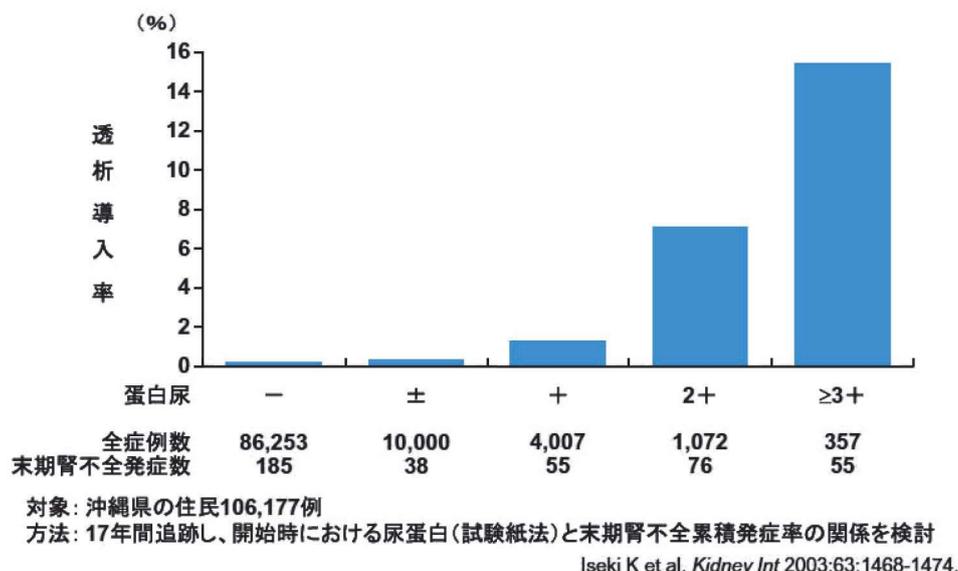
慢性腎臓病患者は1,330 万人もいると考えられ、新たな国民病とも言われています。
進行すれば透析を行わなければならなくなります。

検尿や腎機能の検査は、なぜするの？

腎臓の病気は、症状に乏しく、検査を受けないと、気づくことはありません。しかし、病気が非常に進行してしまうと、完治することは非常に難しく、腎機能が減っていくのをブレーキをかけるだけの治療となります。

腎臓病の早期発見にもっとも重要なのは、**検尿**です。これは腎臓に異常があれば、まず最初に尿中にタンパクがあらわれるからです。血尿を伴う場合も要注意です。

また、検尿異常を伴わない腎臓病もあります。この場合は異常に気づくには**採血**をして腎機能(血清クレアチニン、eGFRなど)を調べるしか、異常を知る方法がありません。



上図は健診で蛋白尿が出ている人を17年間追跡したデータです。蛋白尿が**2+**以上出ている人は透析に至っている頻度が高くなる事が分かります。

また、eGFR値が**50**を切ると腎機能が低下する速度が速くなってしまいうことが分かっています(70歳以上では**40**を切ると速い)。

慢性腎臓病になりやすい人

年をとると腎機能は低下していきますから、**高齢者**になるほど慢性腎臓病は多くなります。

高血圧、糖尿病、コレステロールや中性脂肪が高い(脂質異常症)、肥満やメタボリックシンドロームなど**生活習慣病**の方は、十分治療をしていないと腎臓病になることがあります。

喫煙も悪い生活習慣ですが、蛋白尿と深い関連があります。

心臓病・腎臓病になったことのある人、**検尿異常**を指摘されたことのある人、**家族に腎臓病**の人がいる人は要注意です。

こんな人は要注意です！



高齢者



高血圧や糖尿病、肥満などの生活習慣病やメタボリックシンドロームがある



過去に心臓病や腎臓病になったことがある



家族に腎臓病の人がいる



健診などで蛋白尿が見つかったことがある



たばこを吸っている

生活習慣病と心血管病

生活習慣病とは、悪い生活習慣の積み重ねによって引き起こされる病気で、かつては“**成人病**”と呼ばれていました。

親から受け継いだ生活習慣病の種(遺伝)を皆持っていますが、全員が生活習慣病になるわけではありません。

生活習慣病は悪い生活習慣によって起こるのです。

逆に言えば、正しい生活習慣を心掛ければ、発症や進行を抑える事ができます。

- 脂質異常症
- 高血圧症
- 糖尿病
- 呼吸器疾患
- 肥満
- 高尿酸血症、痛風
- 肝機能障害
- 動脈硬化
- 骨粗鬆症
- 胃、十二指腸潰瘍
- 脳血管障害
- 歯周病
- 脾炎
- 虚血性心疾患
- がんなど



生活習慣病を放っておくとどうなるのでしょうか？

糖尿病、高血圧症、脂質異常症などは、動脈硬化の原因としてよく知られており、長年かけて徐々に血管を固くし、カスをためて血管を詰まらせて**心血管病**を起こしてしまいます。

心血管病は、**心臓、脳、腎臓、大動脈、手足の血管**などが詰まったり、破れて出血したりする病気です。日本人の死亡原因の上位に**心疾患、脳血管疾患**があり、日本人の約4分の1が**心血管病**で亡くなっています。

脳血管疾患
(脳梗塞、脳出血)



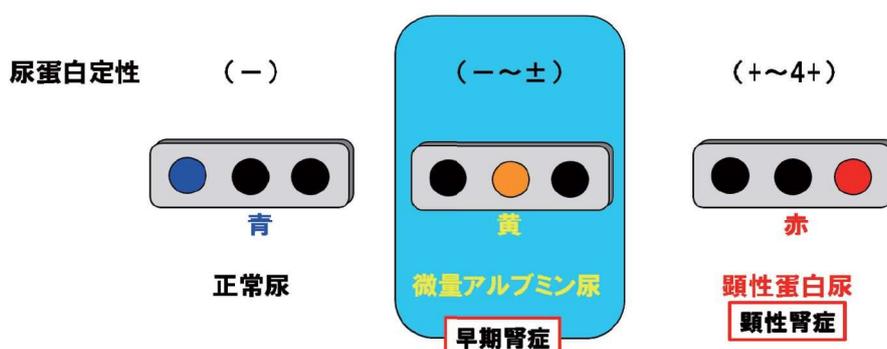
虚血性心疾患
(心筋梗塞、狭心症、心不全)



糖尿病の方に気を付けて頂きたいこと

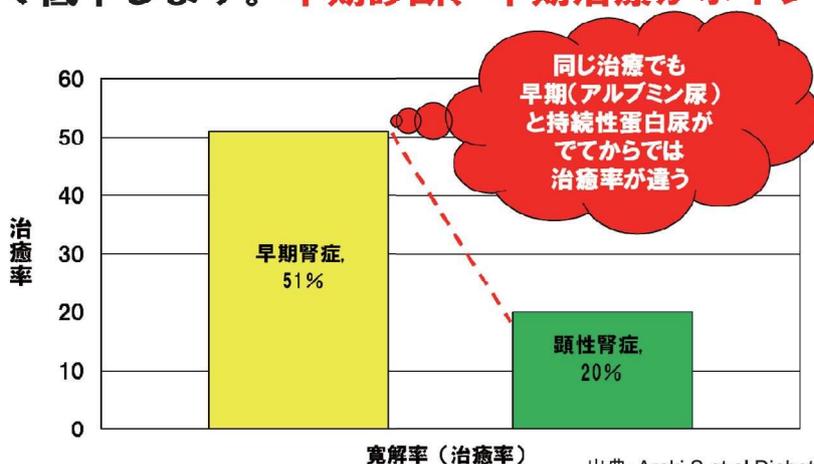
約2ヶ月の血糖の状態が分かる検査のHbA1c (NGSP値) が6.9%をきると腎症が起こりにくいことが分かっています。また糖尿病は、さして重症でなくても、**初期にしっかり治療をすればするほど合併症が起こりにくいことも分かってきました。**

糖尿病腎症は**5年以上の糖尿病歴のある方、網膜症が既にある方**に起こり易くなります。糖尿病腎症の初期は**微量アルブミン尿**という極少量の蛋白尿で始まります (**早期腎症**)。通常の検尿では一か士程度ですので、微量アルブミン尿の検査を特別に行わなければ判断が付きません。病歴の長い方は**微量アルブミン尿の定期的検査と年1回程度の眼底検査が必要です。**



微量アルブミン尿は糖尿病腎症のはじまり!!!

また、糖尿病腎症が発症しても、**早期腎症の段階で、生活習慣を改善し血糖、血圧、脂質を厳しくコントロールすれば、約半数の方が、正常に戻ることも分かっています。**しかし進展して顕性腎症になると**治癒率は著しく低下します。早期診断、早期治療がポイントです。**

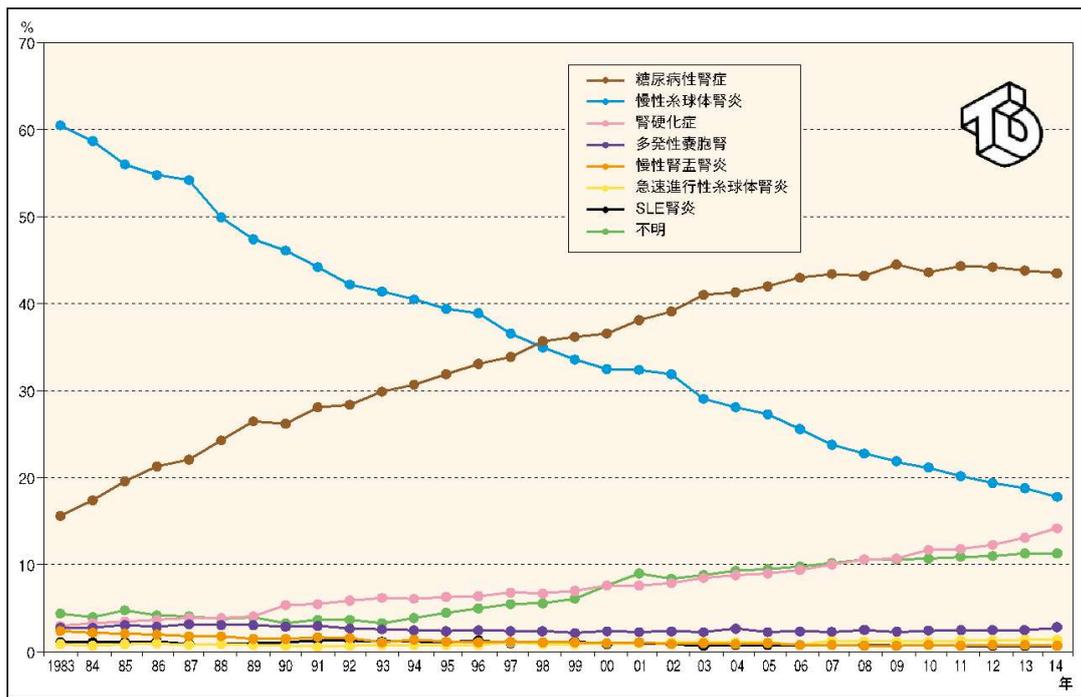


出典: Araki S et al, Diabetes, 2007; 56(6): 1727-30

増加する糖尿病腎症

糖尿病を長くわずらうと、網膜(目)や腎臓に合併症を生じることがあります。糖尿病を原因とする腎臓病を**糖尿病腎症**といますが、年々増加しており、透析を開始する**原因の第一位(全体の約45%を占める)**となっています。

導入患者の主要原疾患の割合の推移



日本透析医学会：図説 わが国の慢性透析療法の現状（2014年）

糖尿病の方すべてが腎臓病になるわけではありませんが、全体の3割弱の方が、糖尿病腎症になるだろうと考えられています。

特に、**家族が糖尿病で透析をされている方、男性、喫煙者、高血圧症合併者**などは腎症になりやすい事が分かっています。また喫煙は男性において腎症になる危険性を約2倍にも高めることも分かってきました。

遺伝素因（親から子へ遺伝する）

男性がなりやすい（男性：女性＝5：1）

血糖コントロール不良例

喫煙者

高血圧症合併者



見直そう生活習慣

肥満・生活習慣病の原因となる5大悪習慣は、**運動不足**、**過食・塩分過多**、**喫煙**、**飲酒**、**ストレス**などです。**肥満**はもっとも改善すべき状態です。



生活習慣の改善とは、この悪習慣を改善し、生活習慣病の発症や進行を阻止することなのです。



普段の生活で気をつけること

2009年は新型インフルエンザが猛威をふるいましたが、慢性腎臓病の方にとって、感冒、インフルエンザ、嘔吐下痢症などの**感染症**は腎機能を大きく損なうきっかけとなるため、予防が必要です。栄養不足・睡眠不足・過労にならないよう気をつけましょう。

インフルエンザなどは**ワクチン**がありますので、慢性腎臓病では優先的に接種が勧められています。また、感冒などの予防のために流行時にはマスクをかけ、外出後は**手洗い、うがい**をする習慣をつけましょう。



また、**市販薬**や**健康食品**、**サプリメント**も自己判断で服用すると問題がある場合があります。必ず主治医に相談して服用しましょう。高齢者では、**鎮痛剤**、**利尿薬**、**ビタミン剤**などの薬物による腎障害も多くみられます。

あなたの特定健診結果を CKDの重症度分類に入れてみると

CKDの重症度分類

平成 年 月 日

慢性腎臓病 病期	GFR区分 (mL/分/1.73m ²)	尿蛋白		
		(-) or (±)	(+)	(2+) 以上
G1 正常 または高値	>90			
G2 正常または 軽度低下	60-89			
G3a 軽度～ 中等度低下	45-59			
G3b 中等度～ 高度低下	30-44			
G4 高度低下	15-29			
G5 末期腎不全 (ESKD)	<15			

KDIGO CKD guideline 2012 を日本人用に改変
(CKD 診療ガイド2012 日本腎臓学会編より)

監修：社会医療法人 製鉄記念八幡病院
腎臓内科 部長
柳田 太平

平成 30 年度 北九州市糖尿病重症化予防連携推進会議

1 目的

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。

2 構成員

医師会（かかりつけ医、糖尿病専門医、眼科医）、歯科医師会、薬剤師会、CDEの会、看護協会、栄養士会、日本糖尿病協会（糖尿病専門医、患者会）の代表者を選任する。

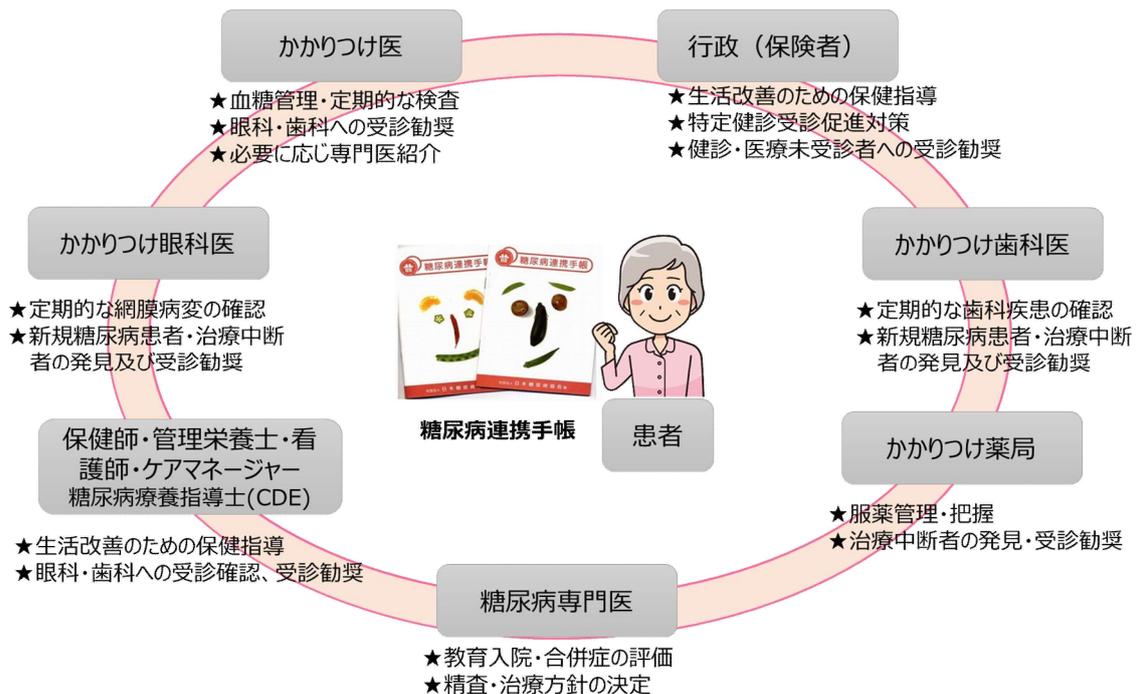
オブザーバーとして、全国健康保険協会福岡支部、北九州市職員共済組合、県庁健康増進課の代表者を選任する。

3 取組内容

糖尿病連携手帳を活用した多職種連携による糖尿病重症化予防の取組

- ・糖尿病連携手帳及び連携シールの配布
- ・連携シールの記載内容に基づき、医療機関や健診の受診勧奨
- ・講演会やイベント等での取組 PR

【糖尿病連携手帳を活用した多職種連携による糖尿病重症化予防の取組イメージ】



4 現在までの取組状況

- 平成 29 年度
 - ・取組にあたって、各関係団体の役割を整理
 - ・特定健診特定保健指導登録医療機関研修会でアンケートを実施し現状を把握
 - ・連携シール、リーフレット、ポスターの内容を検討
- 平成 30 年度
 - ・特定健診特定保健指導登録医療機関研修会で各分野の先生方より糖尿病重症化予防について講演
 - ・連携シール、リーフレットの配布、ポスターの掲示開始
(連携シール：2 万枚、リーフレット：4 万枚、ポスター：2,130 枚)

5 評価方法（数字は北九州市国保加入者を分析したもの）

○短期目標

アウトプット

- ・糖尿病連携手帳の配布数や所持数の把握
【H29 年度：配布 337 人（行政より配布した数）
所持 267 人（行政での保健指導で把握した数）】
- ・多職種連携の取組状況の把握

アウトカム

- ・特定健診受診者のうち血糖コントロール不良者の割合の減少（HbA1c8.4 以上）
【H29 年度：1.20%】
- ・糖尿病未治療者及び治療中断者の割合の減少
【H29 年度：未治療者の割合 70%
治療中断者の割合 10%】

○中長期目標

- ・人工透析（糖尿病性腎症）による医療費の減少
【H29 年度：27.3 億円】
- ・年間新規透析患者数の減少
【H29 年度：0.44 人】

6 次回開催予定

2020 年 1～2 月頃

前回会議から取組開始前までの状況報告

- ・ H 3 0 年 3 月の特定健診登録医療機関研修会で実施したアンケート結果で、多職種連携の必要性は把握しているものの、うまく連携できていない実態が明らかになった。
- ・ H 3 0 年 5 月の特定健診特定保健指導登録医療機関研修会で、構成員がそれぞれの立場から「糖尿病重症化予防への取組」について講演を実施した。
- ・ 5 月に、行政から各関係機関宛に取組への協力依頼文を送付。6 月に連携シール、リーフレット、ポスターの配布を開始した（連携シール等は裏面参照）。

「糖尿病連携手帳」を活用した取組開始後の状況について

- ・ 糖尿病専門医を受診している者は糖尿病連携手帳を所持している割合が高いが、かかりつけ医に受診している者は所持していないことが多く、まだ普及には至っていない。
- ・ 糖尿病連携シールを貼っている者はいても、印がついていないことが多い。
- ・ 歯科に連携手帳を持参してくる者はまだ少ない。持ってきた者にはシールを貼っている。
- ・ 薬局ではポスター等で広報を行っているが、問い合わせは少ない。医療機関と連携し、薬局から連携手帳を配布した人が数人いる。
- ・ イベントで血糖を測る機会があるので、その時に糖尿病が疑われる方には、リーフレット等を渡している。中にはアプリで管理している方や糖尿病であることを知られたくない方もいて、全員に配布はできていない。
- ・ 特定健診を実施していない眼科や二次医療機関には連携シールが行きわたっておらず、周知ができていない。

事業の評価指標及び時期について

- ・ 短期目標と中長期目標に分けて指標を設定する。短期の指標は、量的評価と質的評価の両方を行う。
- ・ 評価時期について、短期目標は 1 年ごと、中長期目標は市国保データヘルス計画の評価時期に合わせることにする。
- ・ 血糖値の推移と合わせて、腎症のリスクである血圧の推移についても評価を行っていく。

今後の取組について

- ・ まずは、糖尿病連携手帳の普及を目指す。
- ・ 特定健診を実施していない眼科や二次医療機関、コメディカルにも連携シールを配布し、取組への協力を依頼する。
- ・ 手帳をもつメリットや入手方法等を分かりやすく記載したリーフレットの作成を検討する。

(糖尿病連携手帳)



(連携シール)

受診したら、ご自身で受診月に○をしましょう。眼科・歯科も忘れずに受診しましょう。受診間隔については、担当医とご相談ください。

内科での血糖値の測定	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12月
眼科 (網膜症) (ヶ月1回)	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12月
歯科 (歯周病) (ヶ月1回)	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12月
食事指導	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12月
生活指導	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12月
かかりつけ薬局での服薬指導	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12月
特定健診 1年度1回	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12月

継続受診が大切です。

配布機関名 (. . . 配布)



(リーフレット)

糖尿病 といわれたら
「糖尿病連携手帳」があなたの
未来への健康づくりをお手伝いします。

日本糖尿病協会マスコット (マール君)

北九州市では、
糖尿病の重症化を予防するために
「糖尿病連携手帳」を活用して、
あなたといっしょに「受診」、「服薬」、
「生活改善」等を見守ります。

(ポスター)

予備群 または 血糖値が高い
糖尿病 といわれたら...

受診の際は
「糖尿病連携手帳」を持参しましょう。

手帳の中に検査結果を記録してもらおう。

シールを貼れば受診状況が一目でわかるよ。

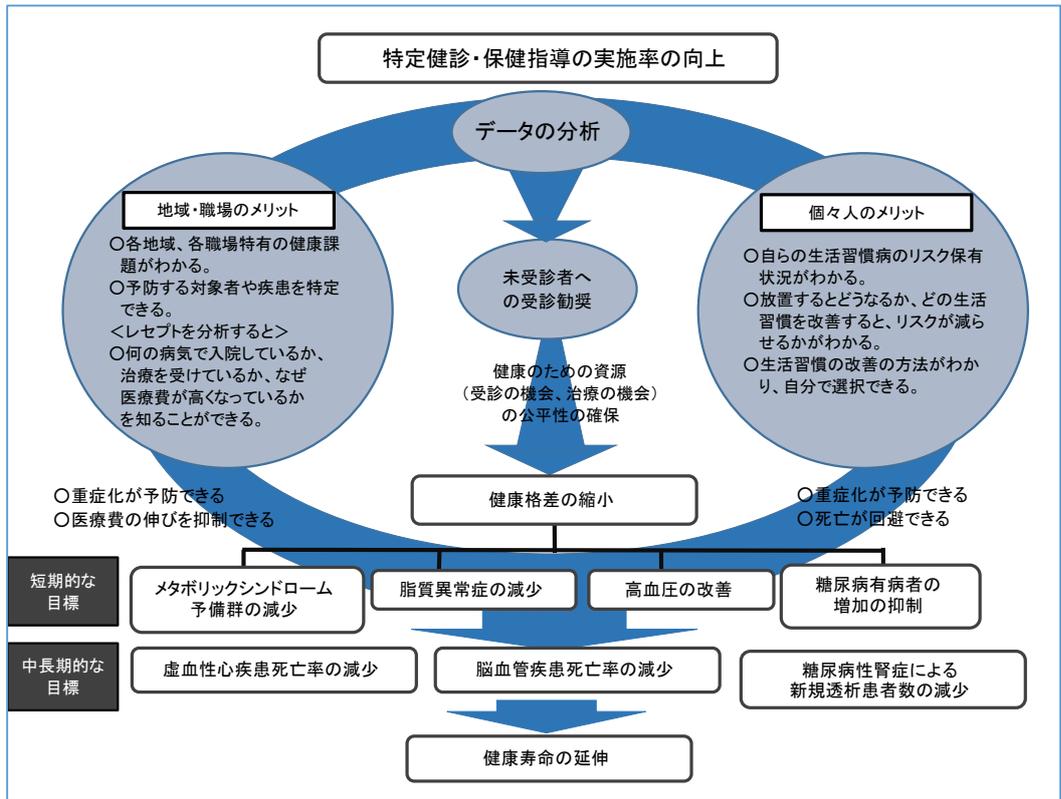
①手帳とシールをもらおう
②シールを手帳の表紙に貼る

※「糖尿病連携手帳」・「連携シール」をお持ちでない方は、かかりつけ医 (内科) にご相談ください。

北九州市では、糖尿病の重症化を予防する為に「糖尿病連携手帳」を活用して、あなたといっしょに「受診」、「服薬」、「生活改善」等を見守ります。

お問い合わせ先 北九州市保健福祉局健康推進課 TEL.093-582-2018

① 健康日本 21（第二次）の取組と目標



② 北九州市国民健康保険第二期データヘルス計画成果目標

	課題を解決するための成果目標	計画	進捗	中間	最終	健康づくり推進プラン指標
		策定時		評価値	評価値	
		H28	H29	H32	H35	
短期目標	特定健診受診率の向上	35.8%	36.1%	48.0%	60.0%	★
	特定保健指導の実施率の向上	30.0%	27.9%	45.0%	60.0%	★
	健診受診者のうち高血圧症の者の割合減少 (180mmHg/110mmHg以上)	0.92%	0.87%	0.79%	0.65%	★
	健診受診者のうち脂質異常症の者の割合減少 (LDLコレステロール160mg/dl以上)	13.93%	12.96%	12.91%	11.90%	★
	健診受診者のうち血糖コントロール不良者の割合減少 (HbA1c8.4%以上)	1.13%	1.20%	0.98%	0.82%	★
中長期目標	脳血管疾患の入院医療費の減少	16.4億円	16.1億円	H28年度より減少	H28年度より減少	
	虚血性心疾患の入院医療費の減少	12.8億円	13.5億円			
	人工透析（糖尿病性腎症）による医療費の減少	27.6億円	27.3億円			
	年間新規透析患者数の割合の減少 (国保加入者 千人当たり)	0.49%	0.44%			★

① 国民健康保険加入者へ向けて

【特定健診結果通知表への記載】

メタボリックシンドローム判定		
特定保健指導区分		初回指導分割実施 あり () 分・なし
医療受診勧奨値以上 (結果の見方①参照) の検査項目	あり・なし	※該当項目については早めにかかりつけ医の受診を勧められます。
★CKD 予防連携システム該当	あり・なし	※北九州市は CKD (慢性腎臓病) 予防に取り組んでいます。
喫煙情報		禁煙の意思
自覚症状		既往歴

【国保のてびきへの記載】



【北九州市のホームページ】



現在位置: [トップページ](#) > [くらしの情報](#) > [税・保険・年金](#) > [国民健康保険](#) > [特定健診・特定保健指導](#)

特定健診・特定保健指導

- 第二期特定健康診査等実施計画について
- 東日本大震災により被災した方の特定健康診査・高齢者健康診査の受診について
- 北九州市慢性腎臓病(CKD)予防連携システム**
- 特定健診・特定保健指導のご案内
- 第二期特定健康診査等実施計画について

国民健康保険

- 国民健康保険制度
- 保険料
- 給付
- 届出様式・委任状
- 国民健康保険運営協議

- ・北九州市 CKD 予防連携システムに係る意見交換会の議事録等の掲載
- ・CKD の定義、腎臓の働き、CKD になりやすい人や予防について掲載

②全市民へ向けて

【健康手帳（北九州市発行）への記載】

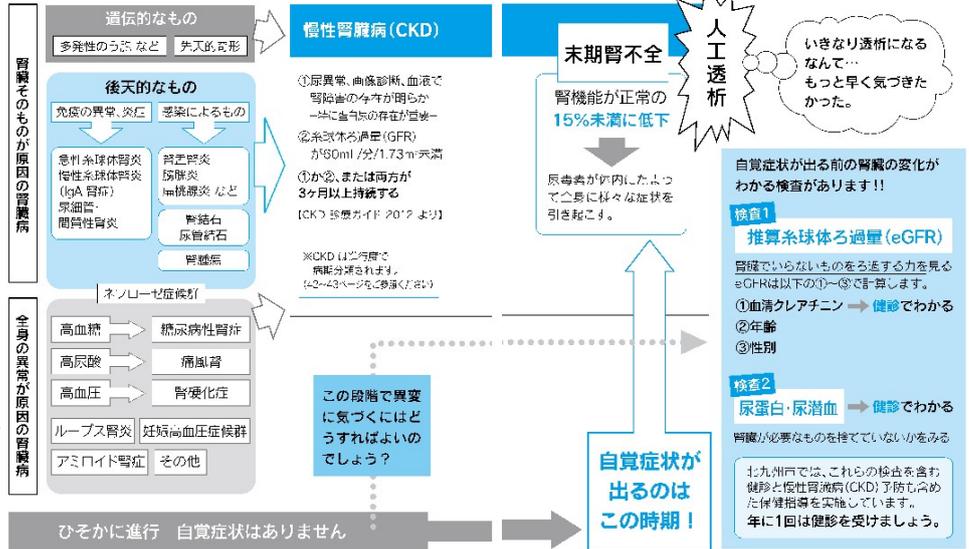
健康づくりに関する知識



(3)腎臓病

知らずに腎臓を傷めていませんか？
～意外な病気が深く関連し、ひそかに進行する腎臓病～

腎臓病の多くは、機能が低下し続ける進行性の病気です。
腎臓を傷める因子をみてみましょう。



その他、市政だよりや広報誌へ掲載

(リビング九州 H30.2.24)

北九州市CKD予防連携システム

**北九州市
国民健康保険特定検診受診**
(健診実施機関)

eGFR60未満または
検尿異常(尿タンパク+または尿潜血2+以上)
または、HbA1c6.0以上

一次医療機関(かかりつけ医)受診
●検査と治療【保険診療】

二次医療機関(腎臓専門医)
●精査と治療【保険診療】

知って得!
暮らしのヒント
慢性腎臓病(CKD) 予防システム

知っておくと日常生活がより便利になる北九州市の耳より情報を紹介します

目的は、新たな国民病の慢性腎臓病の予防
「CKD予防連携システム」で改善を目指しましょう

慢性腎臓病(CKD)の患者数は、1330万人(2006年)で、全国の成人の8人に1人と推計され、新たな国民病とされています。

慢性腎臓病とは、腎臓の働きが健康な人の60%以下に低下するが、タンパク尿が出るなど腎臓が3か月以上続く状態のことです。

腎臓は、沈黙の臓器と呼ばれ、自覚症状(貧血やむくみ、疲労感など)が出たときにはかなり進行している場合があります。慢性腎臓病が進行すると人工透析療法や腎臓移植が必要になる可能性があります。また、脳卒中や心筋梗塞などの心血管病を起こす強い危険因子ともなります。

しかし慢性腎臓病は、早期診断、早期治療を始めることで、進行を遅らせ、改善が目指せる病気です。

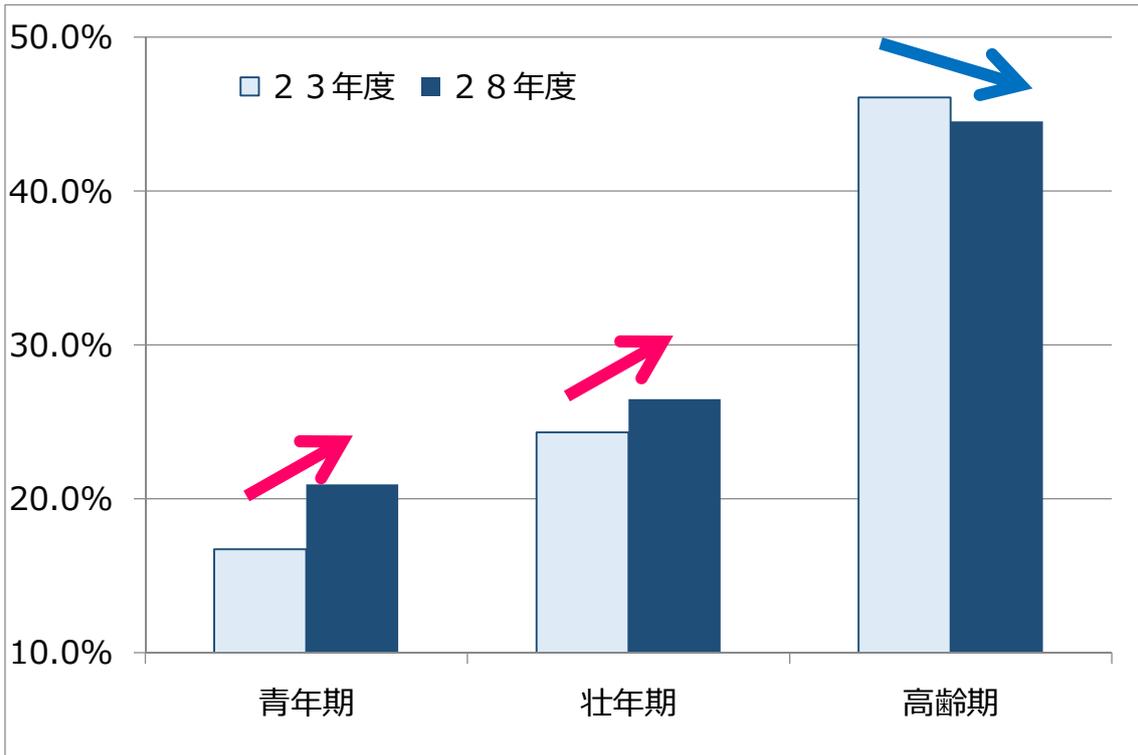
◆CKD予防連携システムで早期治療

北九州市では、腎機能低下から人工透析に移行するなどの重症化の予防と目的に、健診結果からかかりつけ医と連携して、早期診断、早期治療を始めることで、進行を遅らせ、改善が目指せる病気です。

◆まず特定健診の受診を

自覚症状が表れにくい慢性腎臓病を見つけるには、まずは健康診断を受診することが大切です。北九州市国民健康保険被保険者で40歳以上の人は、「特定健診」を年に1回必ず受診してください。詳しくは保健福祉局健康推進課(093・582・2018)へ。

③健康づくり実態調査から見た市民のCKD認知度



市民のCKD認知度は5年間で、全体でもわずか1.7%の伸び

④医療機関への周知

北九州市国民健康保険

北九州市慢性腎臓病(CKD) 予防連携システム

～特定健診結果からのCKD重症化予防の取組の概要～

掲載内容

- 北九州市CKD予防連携システムとは 1
- CKD予防連携システム図 <平成29年4月改定版> 3
- システム運用の留意事項 4
- CKD予防連携システム連絡帳等の流れ 5
- CKD予防連携システム様式・パンフレット 6
- 北九州市CKD予防連携システム二次医療機関(腎臓専門医)名簿 8
- 北九州市CKD予防連携システム運用に関するQ&A 9
- 参考 10

「北九州市健康づくり推進プラン」計画の体系図
「北九州市国民健康保険 保健事業計画 計画のイメージ」

北九州市保健福祉局健康推進課

