

# 保健・医療関係者で構成した連絡協議会を設置し、保健所と連携して糖尿病重症化予防の基盤づくりをした事例 富山県

## 1. 自治体の概要

人口 (A) ※平成29年4月1日現在	1,056,925人
国保被保険者数 (B) ※平成27年度末現在	224,479人
国保加入率 (B)/(A) × 100	20.8%
特定健診実施率 ※平成27年度	42.9%
特定保健指導実施率 ※平成27年度	25.0%
国保全体診療費(平成27年3月～平成28年2月分)	86,600,755,000円
国保被保険者1人当たり入院外医療費	194,055円

## 2. 自治体の特徴

富山県は、本州中央北部の北陸に位置し、三方急峻な山々に囲まれ、富山市を中心に半径50Kmとまとまりのよい地形が特徴的である。高齢化率は31.1%(H28年10月1日現在)と、北陸3県の中でも高齢化が進んでいる。県内市町村数は10市4町1村で、二次医療圏は4医療圏である。



## 3. 取組に至った背景

- ・糖尿病による通院者数は年々増加(国民生活基礎調査)
- ・糖尿病腎症による透析導入の原因疾患の1位を占め、導入患者の4割以上になっている
- ・重症化予防のため、医療連携、未受診者・治療中断者対策、治療中患者の生活指導等が重要であることから、関係機関の連携体制の構築を進めることになった

## 4. 取組の概要

### 《取組の特徴》

- 「富山県透析患者等発生予防体制整備事業連絡協議会(以下、連絡協議会)」を設置
- 協議会では、関係機関の連携体制を記載した「富山県糖尿病重症化予防対策マニュアル」作成
- 厚生センター(県型保健所)が主体となり、各医療圏におけるマニュアルの普及と関係機関の連携体制構築のための連絡会等を開催

2009年から国の「CKD特別対策事業」を活用し、「透析患者等発生予防体制整備事業」を開始。医療連携、保健と医療の連携による糖尿病重症化予防対策を検討するため、医師会、総合病院(専門医)、健診機関、看護協会、厚生センター、市町村で構成する「富山県透析患者等発生予防体制整備事業連絡協議会(以下、協議会)および下部組織として「ワーキング」を設置した。

協議会、ワーキングでは、糖尿病診療ネットワークでの具体的な患者の病態等による紹介、逆紹介の基準を設定。治療中の患者の生活指導のため保健と医療の連携体制や連携のためのツールを検討し、「富山県糖尿病重症化予防対策マニュアル」等を作成した。(平成24年)

厚生センターでは、平成19年から「糖尿病対策推進強化事業」を実施し、管内の糖尿病関係者連絡会開催、保健・医療従事者研修会、保健指導強化支援、糖尿病ケア事業を進めてきている。その結果、管内における糖尿病の課題を検討するとともに、マニュアル等の普及や関係者の連携を推進している。

## 5. 取組内容と結果

### (1) 取組を具体化していくプロセス

- ① 医療連携や保健と医療との連携体制の構築には、医療圏ごとの関係者の顔の見える連携が必要であることから、協議会には、平成21年発足当初より厚生センター（県型保健所）や富山市保健所にオブザーバーとして参加してもらい、県の方向性を理解した上で、各管内において、糖尿病重症化予防への取組を検討することにつなげた。
- ② 関係機関がお互いの情報を得ることが、関係機関の連携を推進する上で大切であることから、「糖尿病医療資源調査」と「市町村糖尿病関連事業調査」を例年実施し、県ホームページ上で公開している。厚生センターにおいては、管内の医療情報や行政の取組を検討する資料として、関係者連絡会にて活用されている。
- ③ 平成24年に糖尿病非専門医ならびにスタッフ向けに「糖尿病診療用指針」を糖尿病専門医が中心となり作成した。また、重症化予防のための保健指導の強化が必要となってきたことから、平成23年に厚生センター・市町村保健師、管理栄養士等で構成されたワーキングを開催し、保健指導実施者向けの「糖尿病保健指導指針」を作成した。厚生センターでは、指針等を活用し、管内の医師、コメディカルスタッフを対象とした研修会や事例検討会を開催している。
- ④ 平成29年3月に、現行の「マニュアル」「糖尿病診療用指針」「糖尿病保健指導指針」を基本として、腎症を含めた「富山県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定した。市町村国保が医療機関と連携しプログラムを円滑に実施するため、厚生センターでは、従来の関係者連絡会を開催し、管内関係者、特に郡市医師会、市町村国保と衛生部門のネットワークの構築をすすめている。

### (2) 生じた課題とその対応

課題	対応
プログラムの効果的な運用には、事業の企画をする国保部門と実際の保健指導を実施する衛生部門との連携は不可欠である。しかし、国保、衛生部門の取組意識の違いがある。	厚生センターの関係者連絡会には、従来参加していた市町村衛生部門のみでなく、市町村国保にも参加してもらい、かかりつけ医との連携等について協議をしている。
今後、ますます質の高い重症化予防の保健指導が求められるが、保健指導者のマンパワー不足等の課題がある。	そのため、市町村や健診機関、保険者等の保健師・栄養士を対象とした研修会や保健指導体制について検討する場を設定した。

## 6. 結果と評価

- 厚生センターが実施している関係者連絡会、研修会等を通じて関係者の顔の見える連携体制が進捗しつつある。今後、さらなる重症化予防にむけて、県庁では、関係機関連携の基盤づくりが求められ、厚生センターは、各圏域において管内の糖尿病の課題や関係機関の役割をあらたに明確にし、連携体制の強化のための連絡調整力がさらに求められている。

評価指標	達成状況
厚生センターで実施している連絡会等の回数(H27)	25回
厚生センターで実施している研修会の回数(H27)	14回

## 7. 今後の展望

- 平成30年度から、保険者の共通指標として、糖尿病性腎症重症化予防が含まれることとなることから、今後、保険者や事業所等が参加される保険者協議会や地域・職域連携推進協議会などを通じて、市町村国保以外も対象とした関係機関の連携体制を推進していくこととしている。

# 富山県糖尿病対策事業

富山県透析患者等発生予防推進事業連絡協議会(専門医、かかりつけ医、行政等で構成)において重症化予防体制を検討

基盤づくり

医療連携、医療と保健の連携体制を記載

H28.4月 国が「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定

「糖尿病重症化予防対策マニュアル」策定(H24.3月)  
 「糖尿病診療用指針(かかりつけ医対象)」  
 「糖尿病保健指導指針(保健師対象)」

<課題>  
 主治医と専門医との連携  
 医療と保健との連携

人工透析移行防止のための  
 ・県独自プログラム策定(マニュアルや指針の改訂)  
 ・保健指導実施体制整備

医療機関間、医療と保健の連携体制を強化

市町村  
 ハイリスク者への保健指導の強化

健診管理

今回のワーキングでお伝えする内容

特定健康診査受診者に  
 ・糖尿病(HbA1c)と  
 ・腎機能(eGFR)の  
 健診結果が「見える」  
 リーフレットを配布

健診結果お知らせ事業

H27 富山市・高岡市医師会検査センターシステム改修  
 H28 システム改修拡大 集団健診機関(3機関)  
 民間検査機関(2機関)  
 6市町村が実施→15市町村が実施するよう働きかける

糖尿病性腎症等

糖尿病予備群等

健診後のフォロー

対象：特定健診の要指導者等  
 内容：栄養士監修の健康食提供  
 効果的な運動指導  
 専門家による講義

市町村による保健指導

メタボ健診後の特定保健指導(3カ月以上面接、電話、メール等で指導)  
 一般的な保健指導(健康相談、健康教育 訪問 等)

健康合宿事業

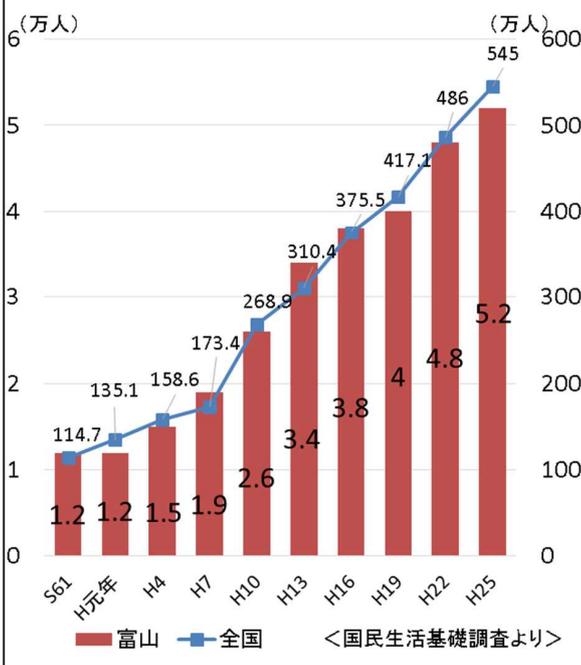
H27 1箇所 3回実施(H28.2月) 参加者：31名  
 H28 3か所 9回実施(H28.10~12月実施予定) H28.9月~募集開始

普及啓発

糖尿病セミナー  
 DVD作成・関係機関配布

## 富山県の現状

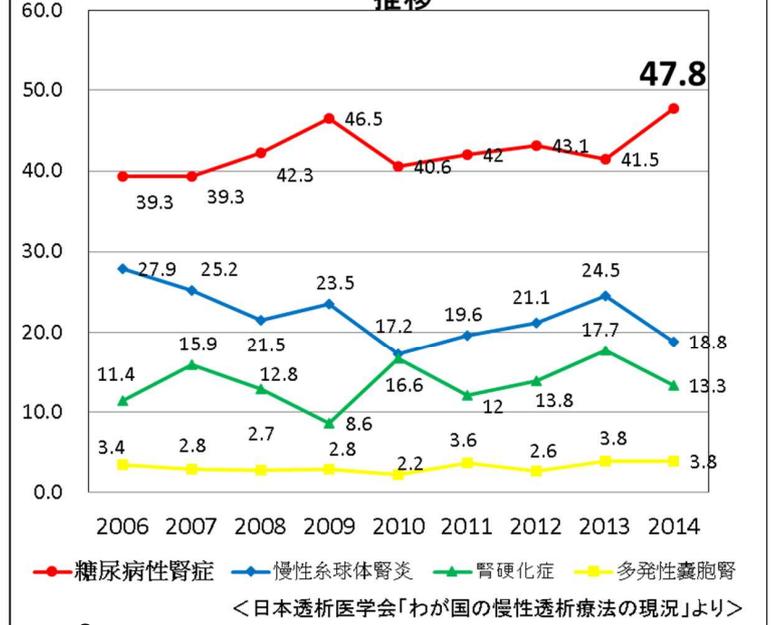
糖尿病による通院者数の推移



年々増加している

糖尿病性腎症による透析導入患者者の割合が増加している

富山県年別透析導入患者の主要原疾患率の推移



# 富山県糖尿病重症化予防事業

## 糖尿病の現状

- ・糖尿病による通院者数は年々増加
- ・糖尿病腎症による透析導入の原因疾患の1位を占め、導入患者の4割以上

## 糖尿病重症化予防の推進が必要

- H21年度～ 透析患者等発生予防体制整備事業を実施
- ・連絡協議会・ワーキンググループの設置  
(県医師会、郡市医師会、糖尿病専門医、腎臓専門医、行政等で構成)
  - ・糖尿病重症化予防に関する普及啓発

### <ワーキンググループ委員からの意見>

重症化予防のために

- ・かかりつけ医と専門的な診療が可能な病院との連携が重要
- ・未受診者や治療中断者を受診勧奨し医療につなぐ必要あり
- ・治療中患者の血糖コントロールを良好に保つために生活指導が必要

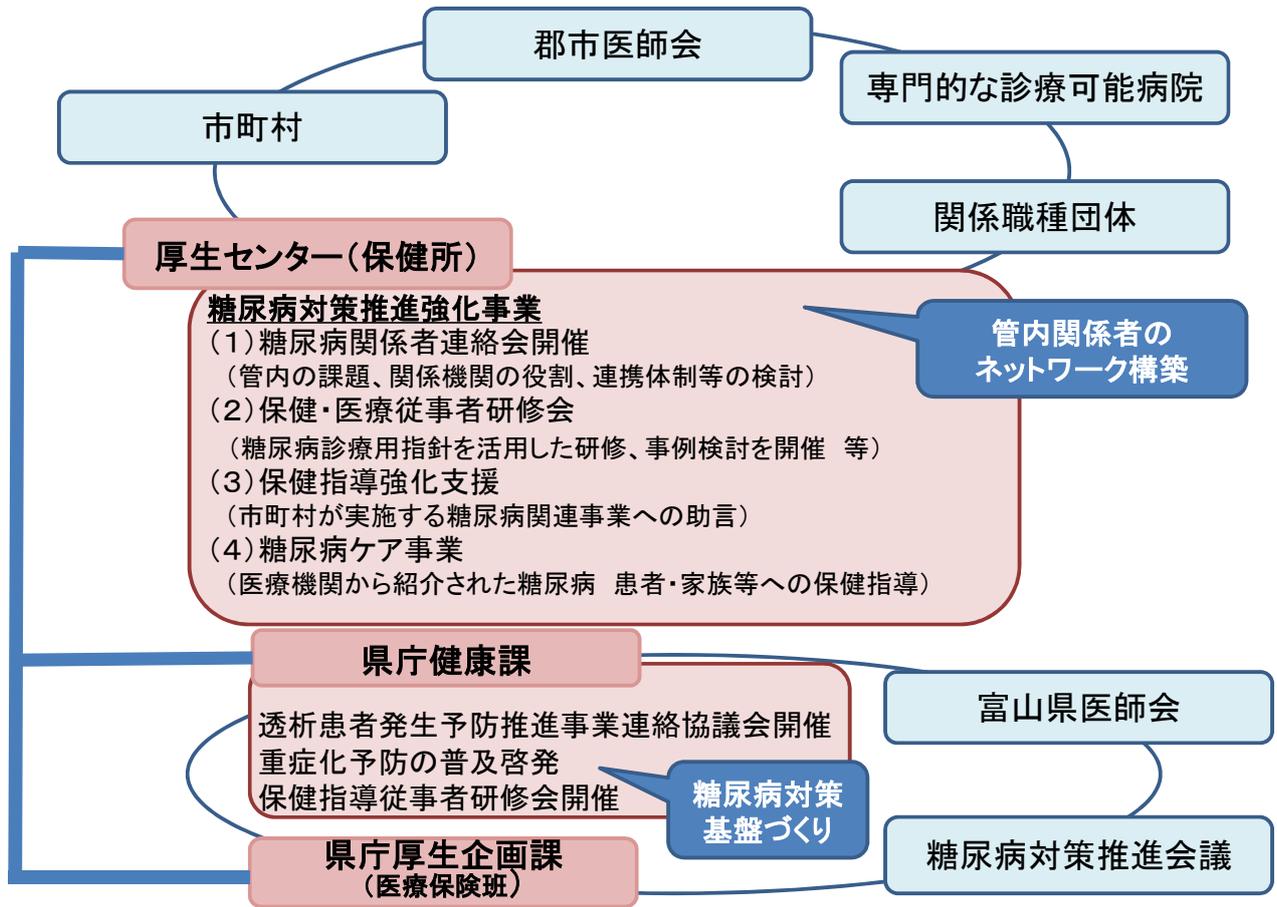
病診連携、保健と医療の連携体制の構築が必要

- ・医療資源調査等 実施
- ・糖尿病重症化予防対策マニュアル策定 (H23)
- ・糖尿病保健指導指針作成 (H23)
- ・糖尿病専門医・腎臓専門医により糖尿病診療用指針が策定 (H24)

## 透析患者等発生予防体制整備事業の検討経過 (平成21～23年度)

年度	会議開催状況	検討内容	実施内容
21	連絡協議会 2回 ワーキング 2回	<ul style="list-style-type: none"> <li>・富山県の糖尿病の現状と課題</li> <li>・糖尿病診療ネットワーク体制の検討 (主に医療連携について検討)</li> <li>・糖尿病医療資源調査の検討</li> <li>・本事業の評価指標の検討</li> </ul>	
22	連絡協議会 1回 ワーキング 2回 保健関係者 事前ワーキング 3回	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病医療資源調査内容の確定</li> <li>・糖尿病診療ネットワーク体制の整備</li> <li>・医療連携および保健医療連携体制やツールの検討</li> <li>・糖尿病診療指針、保健指導指針の検討</li> <li>・市町村における特定健診事後フォロー体制の検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病医療資源調査の実施</li> <li>・糖尿病診療ネットワークにおける連携基準、連携ツール(案)の作成</li> <li>・保健医療における連携基準、連携ツール(案)の作成</li> <li>・市町村・厚生センターでの糖尿病保健事業調査の実施</li> </ul>
		<p>県・市町村の保健師、栄養士 (各圏域から選出)で構成</p>	
23	連絡協議会 1回 ワーキング 2回 保健関係者 事前ワーキング 3回	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病重症化予防マニュアル(案)の検討</li> <li>・マニュアルの普及方法について検討</li> <li>・糖尿病指導指針(案)の検討</li> <li>・保健指導指針(案)の検討</li> <li>・市町村における特定健診事後フォロー実施状況の検討</li> <li>・健診後の受診勧奨者へのリーフレットの検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病重症化予防マニュアル(案)の作成 ワーキング委員が中心となりマニュアルを普及</li> <li>・マニュアルの普及方法について検討</li> <li>・糖尿病指導指針(案)の作成</li> <li>・保健指導指針(案)の作成</li> <li>・市町村における特定健診事後フォロー実施</li> <li>・健診後の受診勧奨者へのリーフレット(案)の作成</li> </ul>

# 糖尿病重症化予防のための関係機関の連携



## 糖尿病医療資源調査について

**目的** 糖尿病診療に係る医療機関等が、糖尿病重症化予防のための連携を推進するため、糖尿病医療資源情報の共有化を図る。

**調査対象** 日本糖尿病学会認定の糖尿病専門医が在籍する医療機関

富山県医療計画で糖尿病の専門治療を担う医療機関 51か所

**調査内容** 1 マンパワーに関する項目 2 合併症等に対応する医療体制に関する項目  
3 診療に関する項目 4 指導体制等に関する項目  
5 指導者人材育成に関する項目

県のホームページに掲載

医療機関	指導体制に関すること										指導者の人材育成									
	外来糖尿病食事指導、療養指導					外来患者を対象とする糖尿病教室					糖尿病患者会					医療従事者等に対する研修会				
実外 施未 患者 の	指導 実施 者	可 能 な 指 導 者	開 催 の 有 無	開 催 頻 度	講 師	無 の 子 成 有 ト	受 の 講 院 可 者 能 の 外	無 成 の 有	金 の 名 称	活 動 状 況	無 開 催 の 有	対 象 者	内 容	用 の 有 無	用 の 有 無					
〇〇病院	医師 管理栄養士 糖尿病療養指導士	〇	〇	1クール1ヶ月 1クール4回	医師、臨床検査技師 薬剤師、看護師 管理栄養士 糖尿病療養指導士	〇	要紹介状	〇	四ツ葉の会	5回/年	〇	院内、院外の医療従事者、保健師、栄養士、薬剤師等	糖尿病療養指導のための講習会(院外の公開) 糖尿病指導者研究会(院内) 糖尿病指導者専門委員会学習会 糖尿病センター(情報誌) 糖尿病専門医研修会(病棟内)	〇	糖尿病連携手帳 (日本糖尿病協会) 独自ツール (糖尿病連携カード)					
〇〇病院	医師 管理栄養士 糖尿病療養指導士	〇	〇	マンパワーに関する項目	認定教育施設	糖尿病指導医	糖尿病指導士	認定糖尿病指導士	糖尿病指導士	糖尿病指導士	糖尿病指導士	糖尿病指導士	糖尿病指導士	糖尿病指導士	糖尿病指導士	糖尿病指導士				
〇〇病院	医師 管理栄養士 糖尿病療養指導士	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇				
〇〇病院	医師 管理栄養士	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇				
〇〇クリニック	医師 管理栄養士	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇				

# 市町村糖尿病関連事業調査について

項目	市町村名	〇〇町	〇〇市	〇〇町	〇〇市
健康教育の形態	糖尿病単独で実施	〇	〇		
教室名	糖尿病予防教室		ヘルシー 減る脂いベジクッキング		
対象者	1 特定保健指導対象の人 2 要指導の人(特定保健指導該当以外) 3 受診動奨レベルの人 4 治療中の人 5 医療機関から紹介された人 6 昨年度の参加者 7 直接申込者 8 その他( )	〇	〇		
実施頻度	回/クール クール/年	2回/			
平成23年度開催予定日時		冬期( )			
開催場所		〇〇市			
健康教育の内容		講義 運動実			
健康教育の形態	他の疾患と併せて実施				
教室名					
健康教育の対象	1 特定保健指導対象の人 2 要指導の人(特定保健指導該当以外) 3 受診動奨レベルの人 4 治療中の人 5 医療機関から紹介された人 6 昨年度の参加者 7 直接申込者 8 その他( )				
実施頻度	回/クール クール/年		9回/クール	5回/クール	12回/クール
開催場所			〇〇保健センター	〇〇町保健センター	〇〇市健康センター
平成23年度開催予定日時			11/17、11/25、12/5、12/7、12/16、12/22、1/13、1/20 1/27	日程調整中	4/14 5/12 6/9 7/14 8/11 9/8 10/14 11/10 12/8 1/12 2/2 3/8
健康教育の内容			講義、調理実習 運動実技	講義、食事指導 運動実技 グループワーク 個別相談	講義、食事指導 調理実習 運動実技
健康相談の実施有無	ア 実施している イ 実施していない	〇	〇	〇	〇
開催場所		〇〇町保健センター	〇〇市保健センター	〇〇町保健センター	〇〇市健康センター
平成23年度開催予定日時			11/17、11/25、12/5、12/7、12/16、12/22、1/13、1/20 1/27(ヘルスライフ講座と同時実施)	毎週月～金(祝日除く) 8:30～17:00	事前予約が必要 8/1PM、8/17PM、8/29PM 9/8AM、9/20PM、10/6AM 10/25PM、11/7AM、11/24PM
健康相談の対象	1 特定保健指導対象の人 2 要指導の人(特定保健指導該当以外) 3 受診動奨レベルの人 4 治療中の人 5 医療機関から紹介された人 6 その他( )	〇	〇	〇	〇
指導内容	生活状況に応じた日常生活指導 糖尿病食事指導 疾患についての説明 治療継続の必要性		生活状況に応じた日常生活指導 糖尿病食事指導 疾患についての説明	生活状況に応じた日常生活指導 糖尿病食事指導 疾患についての説明 治療継続の必要性	生活状況に応じた日常生活指導 糖尿病食事指導 疾患についての説明 治療継続の必要性

県のホームページに掲載

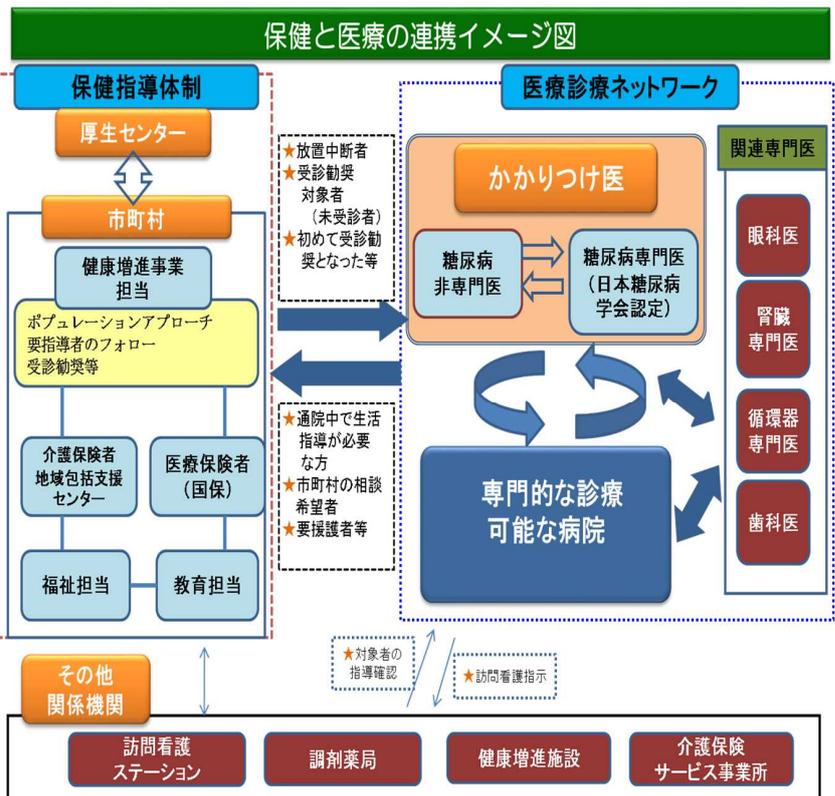
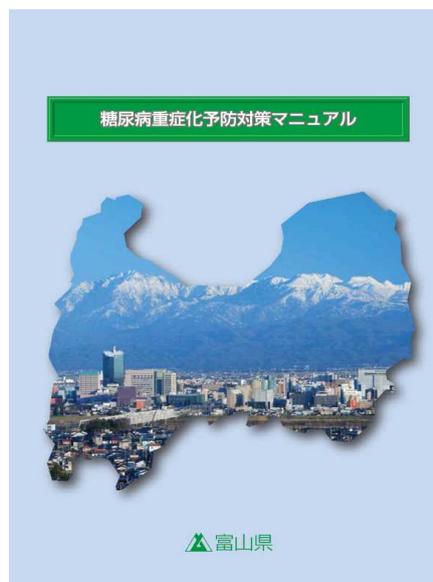
**目的** 厚生センターや市町村における糖尿病体制の情報を集約し、関係機関へ情報を提供する。

**調査対象** 厚生センター8か所  
市町村 15か所

**調査内容**

1 糖尿病の教室の開催内容	2 相談体制
3 訪問指導体制	4 従事者の研修内容
5 事業に係る担当窓口	等

# 糖尿病重症化予防対策マニュアル (H24年度～運用)



様式5  
(マニュアルP16)

保健から医療への医師連絡票(受診勧奨対象)

平成 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_ 主治医 \_\_\_\_\_ 御机下 \_\_\_\_\_

下記の方は、特定健康診査の結果、糖尿病や腎機能について受診が必要との判定となり、受診勧奨いたしましたところ、貴院の受診を希望されましたのでご連絡いたします。  
ご高診、ご指導の程よろしくお願いたします。

市町村名 \_\_\_\_\_  
保健指導担当課長名 \_\_\_\_\_

患者氏名	男・女	生年月日	昭和・平成	年	月	日( 歳)
住 所		電話番号				
既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり { <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> その他					
健診結果	特定健康診査受診日 年 月 日 身長 cm 体重 kg BMI _____ 血圧 / mmHg _____ 中性脂肪 mg/dl _____ HDLコレステロール mg/dl _____ LDLコレステロール mg/dl _____ GOT IU/l _____ GPT IU/l _____ $\gamma$ -GTP IU/l _____ HbA1c(NGSP) % _____ 尿酸( ) 尿蛋白( ) eGFR ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未滿 ※これまでの健診結果について					
生活状況	<家族背景> <就業状況> <input type="checkbox"/> 就業あり(仕事内容: ) <input type="checkbox"/> 就業なし(家庭での役割: ) <1日の生活の流れ> <食事> ・食事時間 朝食時( 分間) 昼食時( 分間) 夕食時( 分間) ・家庭での主な調理担当者(本人・妻・夫・嫁・その他) ( ) ・外食・惣菜利用 ( 回/週) ・偏食 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的に ) ・1食あたりの主食分量 ご飯 杯 パン 枚 ・たんぱく質摂取状況 ( ) ・食塩摂取状況 ( ) ・嗜好品 タバコ 本/日 飲酒 合/日 ・間食 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的に ) ・その他 ( )					
特記事項等	<input type="checkbox"/> HbA1c 6.5%以上 <input type="checkbox"/> eGFR低下 <input type="checkbox"/> 蛋白尿陽性					

担当者名 \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

※この文書は紹介状ではなく連絡文書です。  
※受診状況について医療機関に連絡することに関しては、本人より同意を得ております。  
※なお、今後も継続的な指導が必要な場合は、様式3「医療から保健への糖尿病保健指導依頼書」によりご連絡ください。

(別添2-①)  
様式3  
(マニュアルP14)

医療から保健への糖尿病保健指導依頼書

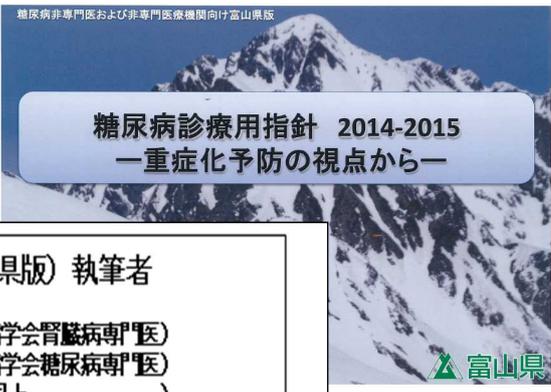
平成 年 月 日

保健指導担当課(担当者) \_\_\_\_\_ 様 医療機関名 \_\_\_\_\_ 主治医 \_\_\_\_\_

以下のとおり保健指導を依頼します。  
TEL: \_\_\_\_\_

患者氏名	男・女	生年月日	昭和・平成	年	月	日( 歳)
住 所		電話番号				
糖尿病罹患期間	約 年 (昭・平 年 発症・発見)					
診断名	<input type="checkbox"/> 糖尿病(2型・1型・その他) <input type="checkbox"/> 境界型・耐糖能異常 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心疾患( ) <input type="checkbox"/> 糖尿病腎症 <input type="checkbox"/> その他の糖尿病合併症など( )					
保健指導依頼内容	<input type="checkbox"/> 生活状況(環境、食事、運動等)の把握 <input type="checkbox"/> 食事指導( ) <input type="checkbox"/> 服薬管理( ) <input type="checkbox"/> 運動指導( ) <input type="checkbox"/> 衛生管理( ) <input type="checkbox"/> 低血糖、ショック等指導( ) <input type="checkbox"/> 福祉サービス等に関する情報提供 <input type="checkbox"/> その他( )					
治療内容	<input type="checkbox"/> 運動・食事療法のみ <input type="checkbox"/> 内服治療 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他( ) ■食事療法: <input type="checkbox"/> 糖尿病食(標準体重に応じた適正なエネルギーの指導を依頼) <input type="checkbox"/> 糖原病( )単位食・( )kcal <input type="checkbox"/> 塩分制限 <input type="checkbox"/> たんぱく質制限 <input type="checkbox"/> カリウム制限 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> その他( ) ■運動療法: <input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 制限あり( ) ■糖尿病の治療薬 ( ) ■その他疾患 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )					
血糖コントロール	平成 年 月 日実施 HbA1c(NGSP) % _____ 血糖値(空腹時) mg/dl _____ 血糖値(随時) mg/dl _____					
検査結果※	身長 cm 体重 kg BMI _____ 血圧 / mmHg _____ 総コレステロール mg/dl _____ LDLコレステロール mg/dl _____ HDLコレステロール mg/dl _____ 中性脂肪 mg/dl _____ AST IU/l _____ ALT IU/l _____ 血清Cr mg/dl _____ 尿中アルブミン _____ 尿蛋白 _____ eGFR ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未滿 _____					
連絡事項	上記情報はわかる範囲でお願いします。 検査結果(※)はデータコピーの添付でも差支えありません。					

## 糖尿病診療用指針 2014-2015



**糖尿病診療用指針(富山県版) 執筆者**

石田 陽一	(日本腎臓病学会腎臓病専門医)
薄井 勲	(日本糖尿病学会糖尿病専門医)
白田 里香	( 同上 )
浦風 雅春	( 同上 )
川原 順子	( 同上 )
高野 敦子	( 同上 )
手丸 理恵	( 同上 )
吉澤 都	( 同上 )
宮腰 久嗣	( 同上 )

(編集) 白田里香

(監修) 戸邊一之 富山大学内科学(1)教授

糖尿病専門医・腎臓病専門医の執筆により作成いただいた。

**3. 一医療連携のめやすとチーム医療**

★★かかりつけ医★★

- 定期検査(BMI, HbA1c, 血糖値, 脂質, 尿検査など)
- 必要に応じて処方
- 日常生活の指導
- 健康診査
- 感冒、下病などシックデいの治療
- 他

★★かかりつけ眼科★★

【受診間隔の目安】

- 網膜症なし(安心) : 6~12か月に1回
- 単純(注意) : 3~6か月に1回
- 増殖前(やや危険) : 1~2か月に1回
- 増殖(危険) : 2週間~1か月に1回

**糖尿病患者 (糖尿病連携手帳を活用)**

★★チーム医療で糖尿病の専門的診療ができる医療機関★★

【初めての受診】

- 自己管理教育(糖尿病教育入院、外来栄養指導など)
- 治療方針を決める
- 外来でのインスリン導入
- 1型糖尿病, 若年糖尿病, 妊娠糖尿病, 糖尿病合併妊娠など

【数か月~一年ごとの受診】

- 合併症の検査, 病態の見直し
- 血糖コントロール不可[HbA1c(NGSP) ≥ 8.0%]が続く場合など
- 治療薬の見直し
- 栄養指導(集団, 個別)など自己管理に関する療養指導
- 糖尿病に関する最新情報の提供

★★かかりつけ歯科★★

- 歯周病治療
- 定期検査
- 口腔内ケア指導

★★腎臓内科専門医紹介の目安★★

【顕性腎症の場合】

- 尿蛋白 0.5g/g・クレアチニン以上
- 定性で(2+)以上
- eGFR 50 ml/分/1.73m<sup>2</sup>未滿
- 血尿がある

【早期腎症】

- 治療に難渋する場合には早期から腎臓専門医と相談

NO.3-1

※県内医療機関に配布

## 特定健康診査後の糖尿病保健指導指針について

糖尿病保健指導指針は  
糖尿病の発症や重症化予防を推進していくために、特定健康診査後の対象者の状況に応じた  
フォロー体制について一定の方向性を示した

区分	特定健診未受診者	正常値範囲の者 【HbA1c 5.6未満】	
		要指導となった者【HbA1c 5.6～6.4】	特定保健指導の 該当者
目標	・特定健康診査の継続受診	・生活習慣病予防に関する知識の習得 ・健康を維持する生活習慣の実践	・糖尿病の発症予防に関する知識の習得 ・血糖の良好なコントロール
保健指導方法	・広報やケーブルテレビ利用、また、健康教室等を通じて、健診の場について普及啓発を実施	区分	受診勧奨となった者（治療中断者含） 【HbA1c 6.5～】
		目標	・医療機関の受診による治療または定期的な経過観察 ・糖尿病重症化予防の知識の習得 ・血糖の良好なコントロール
情報提供 保健指導内容	<情報提供> ・健診の必要性 ・健診体制（受診できる機関や健診内容等）	保健指導方法	・治療の継続 ・糖尿病重症化予防の知識の習得 ・血糖の良好なコントロール ・主治医からの「糖尿病保健指導依頼書」（別紙1）より保健指導を実施（原則として面接）
		報提供保健指導内容	<健診後> ・健診結果と糖尿病重症化予防、受診の必要性について説明 ・受診勧奨 ・糖尿病相談会等の紹介 <対象者の受診状況の把握> ・電話連絡等にて受診状況を確認 ・レセプト等にて受診の有無を確認 <未受診者に対して>（優先的に対応する者） ・初めて受診勧奨となった未受診者 ・高血圧等のリスクを併せ持つ未受診者 ・HbA1c8.4（NGSP）以上の未受診者等 ・郵送、電話、訪問等で繰り返し受診勧奨 <情報提供、保健指導内容> ・対象者が健診結果（HbA1c等）について理解できるように説明 ・糖尿病予備群から動脈硬化等が進行していることについて説明 ・放置することでのデメリット（合併症以外も含めて）の説明 ・未受診理由を踏まえて、早期に医療機関を受診する必要性について指導 ・受診の有無について後日、確認することについて了解を得る <フォロー体制> ・未受診の場合は、連絡や訪問等で再度、保健指導を実施
評価	<集団> ・特定健康診査受診率 <個別> ・未受診理由の把握	報提供保健指導内容	<主治医の保健指導依頼に基づき保健指導実施> ・「栄養指導」「運動指導」「低血糖、シックデイ指導」「服薬管理」「衛生管理」については別紙3を参照に実施 <フォロー体制> ・「糖尿病保健指導依頼書」に基づいた保健指導実施後、速やかに「糖尿病保健指導報告書」（別紙2）にて主治医に報告 必要に応じて医療機関と連携し、主治医の指示のもとフォローの実施
評価	<集団> ・受診勧奨者のうち受診した人の割合 （初めて受診勧奨となった者のうち受診した者の割合） <個別> ・受診勧奨者の次年度の健診結果やデータの変化	評価	<個別> ・健診、受診時の検査結果や検査データの変化、行動変容ステージ等の変化

## 糖尿病重症化予防事業についての課題

### マニュアル運用の現状と課題

- ・マニュアルの作成により、保健は医療との連携がとりやすくなり、医療は保健の役割について理解を深めることができた。
- ・しかし、保健と医療の連携による保健指導は、減少傾向にある
- ・保健は、患者のセルフケア能力を高める保健指導を実施していく必要があり、そのため指導力を高める研鑽を積む必要がある
- ・現在、特定健診後のフォローは、保健センターの衛生部門が実施している。今後ますます重症化予防の保健指導が求められ、指導者のマンパワーが不足すると考えられる
- ・患者自身が重症化予防についての認識が不十分である

### 今後の方向性

- ・現行の「マニュアル」「糖尿病診療用指針」「糖尿病保健指導指針」を基本として、腎症も含めた「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定（H29. 3月 暫定版）
- ・保険者が医療機関と連携しプログラムを円滑に実施するため、厚生センターは関係機関との連絡調整を実施
- ・また、保険者協議会や地域・職域連携推進協議会などを通じて、市町村国保以外にも対象とした関係機関の連携体制を推進
- ・県は、厚生センターや国保連等と連携し、保健指導実施者の研修会を企画、実施
- ・アウトソーシングも考慮した保健指導体制の検討が必要
- ・県民に対して糖尿病重症化予防への普及啓発を積極的に実施（特に特定健診実施後のリスク者に対する指導を重視）