

【滋賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラム】

医療機関と連携した保健指導の円滑な実施のポイント ～ 保健指導の事例から ～



滋賀県健康づくりキャラクター
しがのハグ&クミ

目 次

contents

1. はじめに	1
2. 医療機関との連携による保健指導の姿	1
3. 保健指導の事例から	3
4. 保健指導の事例から医療機関との連携のポイント	11
5. 二次医療圏域の取組	13
参考資料	17

1. はじめに

平成 30 年 3 月に滋賀県・滋賀県医師会・滋賀県糖尿病対策推進会議・滋賀県保険者協議会の 4 者協定に基づく「滋賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定し、重症化予防の取組を全県的に展開することとしました。

また、平成 31 年 3 月には、保険者及び行政専門職が、滋賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき適正かつ効果的に受診勧奨、保健指導が実施できるよう、手元において手軽に参考とできることを目的に「滋賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラム保健指導ガイド」を作成しました。

各保険者においては対象者抽出から受診勧奨、保健指導の取組が始まったところですが、医療との連携による保健指導を実施するにあたっては、医療機関と市町保険者の専門職が指示内容、指導内容を共通理解することが重要です。

そこで、市町で実施されている保健指導の事例から、医療機関との連携による保健指導の実施ために必要な事項についての視点を整理し、保健指導の円滑な実施を支援するため、「医療機関と連携した保健指導の円滑な実施のポイント」をまとめました。

2. 医療機関との連携による保健指導の姿

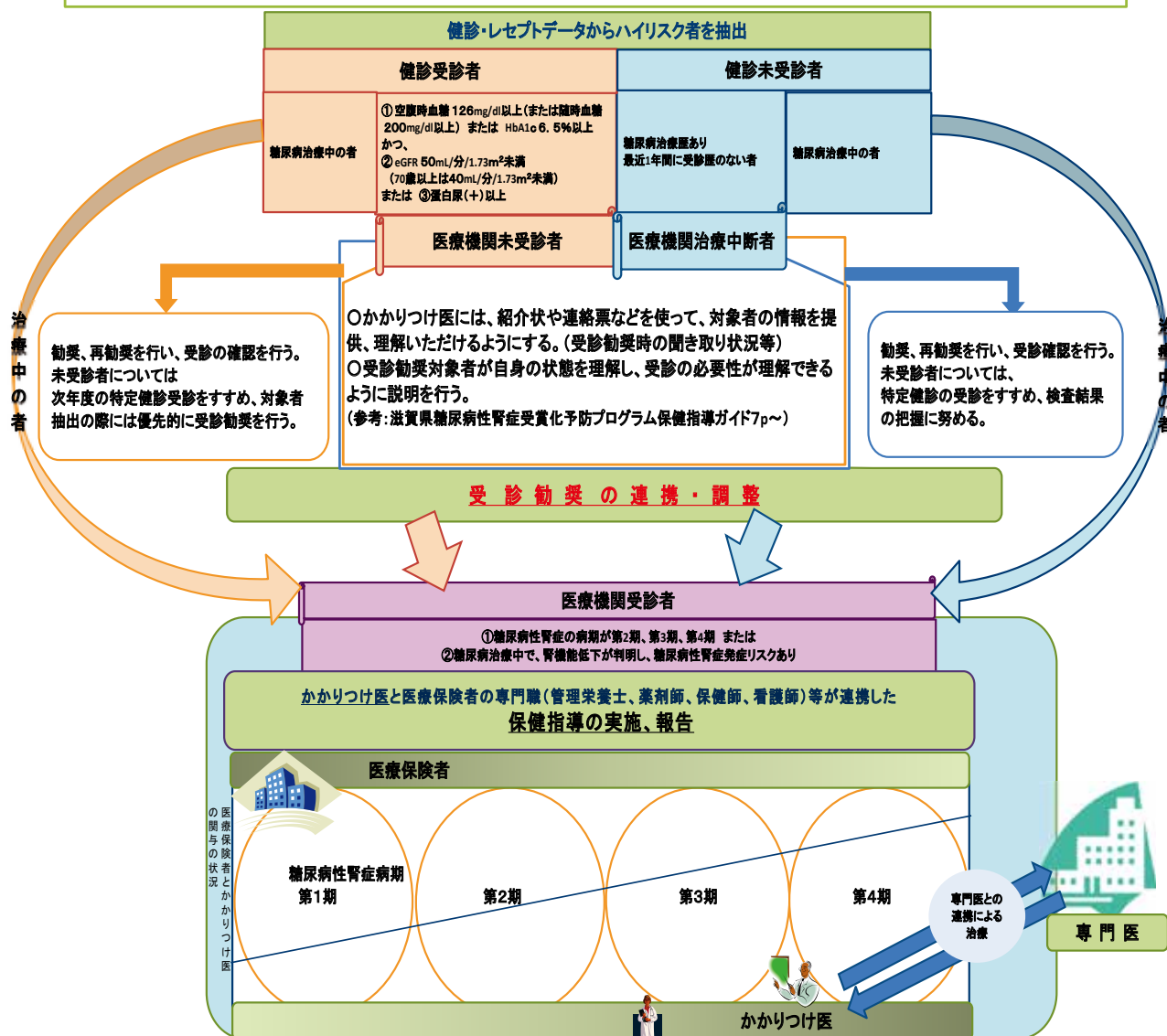
滋賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づいて、医療機関との連携の視点を整理しました。(図 1)

保健指導の実施のみならず、プログラムを進めるにあたっては、医療機関との連携は基本事項であることから、連携体制づくり、受診勧奨における連携、保健指導における連携について記載しています。

また、医療機関の療養指導と保険者の実施する保健指導が有機的に機能することで、対象者への効果的な指導が実施でき、治療効果や生活の質の向上に寄与すると考えます。

事業実施までの連携・調整

- 地域医師会に対して、日頃から市町の健康課題や保健事業について情報提供を実施し、保健事業への理解を得る。
- 事業実施にあたって、地域医師会、専門医に対象者の抽出、受診勧奨、保健指導の具体的なすすめ方等について相談する。
- 受診勧奨・保健指導の具体的な内容(方法や様式など)について事前に医師会に説明する。



保健指導の連携・調整(かかりつけ医との連携)

- 医療機関の検査結果も確認できるよう、事前に対象者の同意を得ておく。
- 糖尿病連携手帳や、保健指導実施報告書などの様式を使って、かかりつけ医に保健指導実施報告を行う。
- 指導の期間中に目標項目の見直しを行う際は、必要に応じ、検査結果の確認やかかりつけ医に相談を行う。
- 病期が進むと、専門医受診などより専門的な療養指導が重要となることから、かかりつけ医と連絡を密に指導を行う。
- 園域会議等で専門医等の意見、指導を受ける機会を設けることが望ましい。

3. 保健指導の事例から

保健指導の進め方（滋賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラム保健指導ガイド参考）

すすめ方（例）

- ＜毎回＞
- 受診状況、服薬状況（薬については糖尿病治療ガイド等を参照）を確認する。
 - 生活状況、治療や病気に対する思いを確認する。
 - 糖尿病連携手帳や検査結果用紙を確認する。
 - 主治医や病院関係者からの指導内容を確認する。
 - 必要時、専門医受診の後押しを実施する。
 - 保健指導実施後は毎回主治医へ実施報告（参考様式2など）を行う。

初回

リスク状態の確認
（動機づけ）

- ・現在の腎症の状態を確認し、説明する
- ・血糖・血圧・脂質・体重・喫煙の状態を確認し説明する
- ・目標値の説明
- ・改善目標および取り組み課題を決めてもらう
- ・食事記録を渡し次回までに1～3日分記載を依頼する（食事写真も可）

報告の実施

1か月後

生活の見直し
（行動変容への介入）

- ・前回からの取り組み状況とそれに対する対象者の自己評価を確認する
- ・食事記録等から食事の振り返りと課題の抽出
- ・家庭血圧の測定を勧め、方法を指導する
- ・取り組み課題を決めてもらう
- ・食事記録もしくは食事写真の再記載依頼

報告の実施

3か月後

評価と再介入

- ・前回からの取り組み状況とそれに対する対象者の自己評価を確認する
- ・家庭血圧の記録の確認
- ・食事記録から食事の振り返りと課題の抽出
- ・生活改善で認められたデータ改善があれば評価
- ・生活上の課題と腎症進展との関連の説明
- ・行動変容の障害を減らす、段階的取り組み法の検討

4か月

5か月後

メール・電話介入

- ・取り組み課題を決めてもらう
- ・食事記録もしくは食事写真の再記載依頼
- ・取り組み継続への声かけ、励ましの実施

報告の実施

6か月後

評価と再介入

- ・前回からの取り組み状況の確認
- ・家庭血圧の記録の確認
- ・生活改善で認められたデータ改善があれば評価
- ・行動変化に対する、賞賛や励ましの実施

報告の実施

*次年度以降の特定健診の受診勧奨を必ず実施する

【ケース１：市プログラムに基づく治療中の方への指導】

（常日頃協力いただいている医療機関のケース）

男性・70歳代（BMI28.4）

病名：糖尿病（服薬あり）

検査データ：血圧 142/86 HbA1c 7.0 Cr 0.6 尿蛋白（＋）（指導開始時）

血圧 142/64 HbA1c 6.5 Cr 0.6 尿蛋白（＋）（指導終了時）

主治医の指示：炭水化物を減らす。1日1万歩。夜間の食事が多いので注意。野菜を毎食。

生活状況：夫婦と本人の母と3人暮らし。週3日の夜勤のある不規則勤務

食生活：野菜が苦手。夜勤時はコンビニおにぎり2個とパイナップル購入

缶コーヒーを仕事の時は飲む。母のために買い置きしているパンを食べてしまう。

運動：妻と一緒に30分程度ウォーキング。休みの日は畑仕事などしている。

本人の思い：若いころから筋肉質であり、今くらいの体重がないと仕事ができない。（まじめに指導にはこられるが行動変容はなかなか）

目標設定：HbA1c 7.0以下

指導内容：夜勤時のパイナップルを野菜に変更、野菜は毎食、野菜から食べる。

運動は継続して実施する。自身の身体に興味を持ってもらうため、体重測定と歩行数の記録。

その他：妻は意識が高く、食事と運動は大切と認識している。

* 保健指導について

医師（当日、体重・血圧測定記録、食事記録をみていただく：普段の血圧が高いこと、夜勤があるが規則正しい食事であること、食事内容の炭水化物が多いことを確認）

記録は生活状況がデータで分かってありがたい。診察場面では時間がなく生活までなかなかわからない。

担当者 本人は最初構えておられたが、妻が帰宅されいろいろ話をしていただいた、その後は何でも話していただけるようになった。支援者として優先したい目標（体重減少）もあったが、本人の意向を勘案して目標設定した。体重測定することで、少し意識してもらえようになった。

⇒ 今回の事例ヒアリングにより、家庭血圧、食事記録などから、薬の調整を考えられることになった。

* 連携について

医師 連携の様式等については、患者さんの普段の状況や食事、生活のわかるデータがあるとありがたい。情報量が多くなってもいいので、記録なども送ってもらいたい。

指導した方の1年後のフォローがあるといい。（医師がうるさく言うと中断につながることもあり、他の方のフォローがあると助かる）

担当者 日々の記録が先生に役立つことがわかったので、報告と合わせて提出したい。

【ケース２：市プログラムに基づく治療中の方への指導】

（市の事業にかかわっていただいております、助言いただいている医療機関のケース）

女性・60歳代（BMI27.4）

病名：糖尿病 当初服薬ないが、途中から SGLT2 阻害薬開始

検査データ：血圧 124/72 HbA1c 7.7 Cr 0.43 eGFR 109.9 尿蛋白(+)（指導開始時）

血圧 136/74 HbA1c 6.7 Cr 0.51 eGFR 90.8 尿蛋白(-)（指導終了時）

主治医の指示：糖質摂取について（糖質制限、運動、減塩を医師より指導）

生活状況：夫婦二人暮らし。社交的でボランティア活動をしている。

食生活：付き合いで外食し食事量が多くなる。家庭菜園でとれる野菜・果物を多く食べる。

（夏場スイカ半玉など）間食が多い。果物が好き。

運動：他の疾患のことがあり運動は不安で出来ない。

本人の思い：他の疾患のことが気がかりで運動はできない。これ以上服薬したくない。（服薬開始により数値改善したが、薬が開始になったことはショック）食事量 1400kcal を写真等でみてもらおうと「こんだけしか食べられないのか」とショック。食事など先生から言われているので何とかしなくてはと思っている。

目標設定：BMI25（体重 60Kg）

指導内容：基本的食事内容を確認し、満腹感を得るためにも野菜の摂取量を増やすこと、野菜から食べる。毎日体重を測定記録すること。間食、果物の食べ方について指導。

* 保健指導について

医師 診察室では5分程度になり、踏み込んで聞けないことも今回聞いてもらえていた。情報をフィードバックしてもらえるとよい。
食事についても、多いとは思っていたが、果物の摂取量がそこまで多いとは知らなかった。初回の受診時は患者さんのモチベーションも高く熱いうちに介入（保健指導）できると有効と考える。

担当者 大変お話し好きの方で、いろいろと話をしてくださる。栄養量など必要な情報については、報告書に丁寧に記載していく。

* 連携について

医師 連携の様式等については、特に問題ない。指示書についても、専門医以外の先生では、エネルギー量など記載しにくいと思われる。
報告の回数（最初と最後の2回）についてもこれでよい。特に必要な時には報告書をだしてもらえればいいのではないかな。
保健センターの受け入れのキャパは大丈夫か、対象者が増えると対応しきれないのではないかな。→現状では対応可
糖尿病療養手帳は患者さんに渡しても忘れてきたりして、なかなか定着しない。

【ケース3：市プログラムに基づく健診結果から抽出した方への指導】

（常日頃協力いただいている医療機関のケース）

男性・40歳代（BMI42.5）

病名：糖尿病（糖尿病性腎症）、高血圧（服薬あり）

検査データ：血圧 169/110 HbA1c 8.9 Cr 0.82 eGFR 78.9 尿蛋白（+）（指導開始時）

血圧 147/108 HbA1c 6.7 Cr 0.83 eGFR 77.8 尿蛋白（2+）（直近）

主治医の指示：2000kcal 食塩 7g

生活状況：自営業で独居

食生活：一食でハンバーガー4個や菓子パンを10個食べることがある、週一焼き肉食べ放題に行く、食事有些不規則、欠食も多い。（適量は我慢できないので、やめるほうが楽である。）

服薬状況：朝だけ服薬するなど飲まないこともある。残薬が多くなるとまとめて飲む。

運動：腰を悪くして、運動はしていない。

本人の思い：親や祖父母も糖尿病で足切断しているので悪くなるとそうなるのは知っている。死にたくない。孤独死はいや。（合併症は一度なるとよくならないと聞いた、なりたくない。）

目標設定：体重半年で5kg減 HbA1cは1月現在の6.7を維持

指導内容：三食きちんと食べる習慣づけをすること、野菜量や食べ方、薬は決められた方法、量を服薬すること。

* 保健指導について

医師 炭水化物を減らすことについては、腎症3期であることから、たんぱく質や食塩摂取についても注意が必要となるので、その点について食事を確認してもらって指導してもらいたい。血圧の薬少しずつ変更しているが、コントロールはまだ十分ではないと思っている。生活背景も見えるようになり、服薬の変更を行った。

→服薬変更についての医師の対応について具体的に理解できた。（担当者）

担当者 体重128kgあって、食事を減らしていればもう少し体重が減少してもいいように思うが、それほど減らない。全体量が聞き取りから見えてこない。

→本人にも自分の摂取量がわかるように示してあげるといいのではないか。（医師より）

* 連携について

医師 双方向のやり取りができて、よい連携と思っている。この事業では直接返事が返ってきて、結果をもとに話ができる。（直接先生に結果報告している）報告書については、管理栄養士のアセスメントが記載されているとよい。また、食事記録や生活時間などの記録を添付してもらってもよい。（記録用紙には、食事記録や生活時間の記録あるが、報告書のみ渡している）様式について、紙だけでやり取りする場合は、医師が返事を書けるような様式を追加してもよいと思う。フォローについては医療機関では難しいところであり、市でみていただけるとよい。長期的フォローがあるとよい。

【ケース４：栄養相談への医療機関からの依頼】

（行政の相談事業を利用いただいている医療機関のケース）

男性・70歳代（BMI22.7）（父親：糖尿病・高血圧・脳梗塞）

病名：高血圧、糖尿病、慢性腎臓病（G3a）（服薬あり）

検査データ：血圧 130/80 HbA1c 6.7 eGFR 53.8 （保健指導開始時）

血圧 137/79 HbA1c 6.7 eGFR 47.2 （保健指導終了時点）

主治医の指示：1800kcal 食塩 7 g

生活状況：夫婦二人暮らし。地域の役員で忙しくしている。血圧測定結果記録実施。

妻が食事療法に対して熱心で協力的だが本人は病気に対しての自覚少ない。

食生活：三食食べる。野菜は少ない。2食は漬物を食べる。摂取量 1500Kcal 程度

お酒は焼酎の水割り、毎日ではない。お酒の時はご飯を食べない。

運動：家の中でスクワットや階段の上り下りなど、活動量は少ない。

本人の思い：妻には厄介をかけている状況である。食事の指導は受けないといけないと思っている。食事に対する意識は低いが運動はしようと思っている。

目標設定：減塩 7 g、野菜の摂取量増やす、運動の実施。

指導内容：漬物を減らす。夕食に野菜を 1 品追加。体重・運動・目標チェック記録の実施。

その他：相談には夫婦で来所。受診後の検査データの変化により、妻の判断でご飯量を減らしていたが、指導時必要ないことを伝える。

* 保健指導について

医師 調理担当者には必ず指導を受けてもらいたいと考えており、今回受けてもらえてよかった。

報告書に目標設定がきちんと書かれていてよく分かった。

診療場面では病気の説明が十分できない。本人は理解できていないと思うので、保健指導場面でも説明してもらえるとありがたい。

担当者 指示量より食事摂取量が少ないが、大丈夫か確認したい。

→食事摂取量については現状でよい。報告書に記載してもらえれば確認できるので、記載してもらえればよい。（医師より）

* 連携について

医師 連携の様式等については特に問題ない

指導に行かなくなると元に戻ってしまう人が多いので、フォローがあるとよい。

担当者 指導において医師に質問事項がある場合は報告書に記載している。

→必要時直接連絡をしてもらえればよい。対象者への対応も早くできる。（医師より）

* その他気づいたこと

生活リズムを把握する。家族内の関係性の聞き取りが必要。

本人の病識・意欲、家族の協力体制・認識なども確認し、指導していくことが大切。

【ケース１～４のまとめ】

保健指導について

* 医師から自治体に求められている指導について

病気に対する患者の理解度の把握と説明。

血圧や体重のデータや食事や生活時間など生活状況を把握した生活改善指導とその報告。

食事記録から把握された栄養量（エネルギー量、食塩摂取量、たんぱく質摂取量等）の報告と栄養量に基づく管理栄養士のアセスメントの報告。

目標設定を明確にして指導を行う。

保健指導後のフォローがあるとよい。

➡保健指導実施報告の際には、実施報告書の他、保健指導の際に把握する対象者の生活状況記録やチェック表、食事記録などの原本を添付するとよい。

* 担当者より

今回のケース検討の場で、直接医師と話すことができ、指導をする中で疑問に感じていたことが解決できた。

➡医師と相談したい場合は、直接連絡をしてよいか、報告書に記載すればよいか事業実施の際に確認しておくこと。

連携について

* 医師の了解が得られたケースは、日ごろから市町の保健指導について協力をしてもらっている医療機関であり、事業実施について理解が得られていた。

➡日ごろから地域の医師会や医療機関に事業についての説明や報告を行い、市町の事業実施について理解を得ておくこと。

【保健指導がうまくいかなかったケース】

① 医師の了解が得られなかったケース

- ・ 自院で指導できる体制が整っている。（管理栄養士を雇用している等）
- ・ 医師の治療方針により、市の保健指導の必要を感じてもらえなかった。
- ・ 対象を 3 期、4 期としているため、医療機関での管理を継続すると回答されたケースが多かった。

② 本人了解が得られなかったケース

- ・ 保健指導を受ける必要がないと拒否された。
- ・ 健診結果説明会で栄養士から食生活の話を聞いたので必要ない。
- ・ 医療機関に通っている、指導をうけているため。
- ・ 医師や看護師の助言を受けながら実施していて、必要性を感じない。
- ・ めんどくさいと感じられた。
- ・ 仕事があるので、決まった日時に保健センターに行くことができない。
- ・ 平日 9 ～17 時以外の時間の指導を希望された。
- ・ 平日の日中の時間帯に時間が作れない。
- ・ 不参加理由アンケートの項目は、「自己管理ができているから」「忙しくて時間が取れないから」「その他」としている。「自己管理ができているから」が最も多い。
- ・ 「その他」の内容としては「病院で管理している」「何回も検査入院している」「家族に管理してもらっている」「家族を介護している」「家族が入院している」「過去に利用したことがある」等。なお、「病院で管理している」が最も多い。

③ 保健指導が中断となった理由

- ・ 行動目標が実践できないので、ストレスになる
- ・ 指導が思っていた内容と違った。
- ・ 話を聞いたので、自分で実践してみたい
- ・ 改善目標のみ設定した。改善には関心が高いが家族のサポートがあるため保健指導は拒否された
- ・ 仕事などで保健センターに何度も来所することが難しい。
- ・ 病院へ転院、他疾患で入院となった。

【治療中断者への受診勧奨による 中断の理由】

(参考:糖尿病性腎症重症化予防保健指導ガイド(以下保健指導ガイド)受診勧奨説明例 7p～)

自身の身体の状態(病態)への理解不足

- ・ いたって元気なので大丈夫。どこも悪いことはない。
- ・ 行っても変わらないし
- ・ 体の変化が極端に出るものでないので
- ・ 自覚症状がないので、定期的に受診するのが大変だった。
- ・ 過去に特定健診を受診した際、数値が全体的に悪く、自覚症状がないのに要医療となったことに不信感がある。病院には、なるべく行きたくない。
- ・ 健診結果は要医療で医療機関を受診しても医師からも大丈夫といわれたため。

(参考:保健指導ガイド 8, 9, 12p 説明例 1 ①②, 5)

- ・ 病院に行っても短時間診察で、細かいことや思いを聞いてもらえない。
- ・ 別に変わらないし、死ぬときは死ぬから。
- ・ わかっているけどという感じの対応。

(参考:保健指導ガイド 9-11p 説明例 2, 3, 4②③④)

薬に対しての理解不足

- ・ 医師より薬を処方されたが、薬局で副作用の話を聞き薬を飲むのがこわくなった。
- ・ お薬を飲みたくない。薬はよくないという思いがある。特に糖尿の方は親も糖尿だったし・・・注意の気持ちはあるが、親の姿を見ている限りでは、くすりについて前向きにとらえていない。
- ・ 薬を飲むことが嫌なので、医療機関へはなるべく行かない。
- ・ 過去に服薬した中で、副作用が強く体調が悪くなったことがある。薬に対する不信感があるため、薬は飲みたくない。
- ・ 薬を飲んでいても、飲んでいなくても体調は変わらないし、止めてしまった。
- ・ 内服開始後、一旦数値が良くなったので、治ったと思い、受診をやめた。
- ・ (医師は副作用ではないと言うが) 内服による副作用と思われる症状(体調不良)が生じたため、内服をやめた。
- ・ 薬を飲んでも糖尿病が治らないので受診するのをやめた。

(参考:保健指導ガイド 11, 12p 説明例 4①, 6)

4. 保健指導の事例から医療機関との連携のポイント

事例をもとに、医療機関と連携した保健指導の円滑な実施のためのチェックリストを作成しました。

準備段階から実施報告まで、それぞれの段階における確認事項を示しています。

【 医療機関との連携による円滑な保健指導のためのチェックリスト 】

プログラム（事業実施要領）作成準備段階

	糖尿病性腎症重症化予防プログラム（事業実施要領）を作成する
	作成にあたって庁内で検討する（国保部門・衛生部門等）
	事業実施にあたって、医師会や専門医等に対象者の抽出基準や事業の実施方法（受診勧奨、保健指導の具体的な進め方）について相談する
	事業実施にあたり、プログラムについて地域医師会等に説明を行う
	地域の医療機関にも事業の目的や実施方法について説明を行う

対象者抽出段階

（市町によって、主治医へ参加可否を確認し対象者へ参加意向確認をする場合と、対象者への参加意向確認後主治医へ参加可否を確認する場合がある）

	事業対象者の主治医に事業への参加可否を確認する
	事業実施にあたり、かかりつけ医に事業の目的、指導内容、報告様式など事業の内容について説明を行う。（事業の目的や医師に指示してもらいたい内容を具体的に簡潔に説明するとよい）
	事業実施前に医師との連絡方法について確認を行う
	対象者に事業の参加勧奨を行い、同意を得る
	対象者には事業に参加するメリットを伝える 不参加の場合はその理由を把握する（事業評価につながり事業方法の改善につながる）

保健指導の準備段階

	主治医からの指示内容を確認する
	主治医からの指示内容が不明な場合は主治医に確認する
	健診結果等を確認し、対象者の状態の把握をする

保健指導の実施段階（参考：保健指導ガイド 15p～）

初 回

リスク状態の確認
(動機づけ)

報告の実施



2回目以降

生活の見直し
(行動変容への介入)

評価と再介入
メール・電話介入

報告の実施

	対象者の病気に対する理解や思いを把握する 必要な場合は、自身の身体の状態や治療の必要性について説明する（参考：保健指導ガイド 15、16p）
	対象者の療養状況（食事・運動）や療養に対する思いを把握する
	食事指導は調理担当者にも行う
	対象者の服薬状況を把握し、服薬に対する理解や思いを把握する 必要な場合は、処方薬について正確に理解できるように説明する
	明確な目標値を設定する（〇ヶ月で体重〇キロ減量）（参考：保健指導ガイド 17p～）
	目標値は毎回確認し、本人のストレスとなっているようなら目標値を適宜変更し、指導の中断に繋がらないようにする
	保健指導を中断した場合は、本人と話し合い、理由の把握を行い、指導方法の変更を検討する また、主治医に連絡を取り、相談を行う

報告書の作成（保健指導実施後 毎回）



6か月後

評価と再介入

報告の実施

	保健指導後、主治医に速やかに報告書を提出し、必要であれば次回指導の相談を行う
	報告書は分かりやすく端的に記載する
	指導に際に把握した以下の点を報告書に記載するとよい
	①本人の疾病に対する理解、思い
	②本人の療養に対する思い
	③本人の服薬状況
	④生活状況（生活時間等）
	⑤食事記録や体重、血圧等の記録
	⑥食事記録による栄養量（エネルギー量、食塩摂取量、たんぱく質摂取量など）

※巻末参考資料：保健指導実施報告様式参照

その他

	保健指導後の対象者の状況を把握する（次年度の健診結果等の把握）
	医療機関（主治医）にも次年度以降の特定健診受診勧奨を依頼する

5. 二次医療圏域の取組（糖尿病対策における医療連携体制）

甲賀保健所管内の取組

経過

＊平成23年度より糖尿病医療連携推進会議において、地域・医療連携体制の構築に取り組んできた。

課題：①健診後糖尿病要医療域も未受診の事例が散見

②受診後も治療の必要がない場合、生活改善がなく、重症化を招く

③治療中者の適切な生活指導が必要

＊平成26年度 「甲賀湖南糖尿病プロジェクトチーム」を発足

＊平成27年度 甲賀湖南医師会により「湖南甲賀糖尿病連携医制度」を開始。かかりつけ医のいない住民の受診勧奨先として案内できる体制が整った。

（甲賀湖南医師会のホームページにて連携医を公表）

《甲賀・湖南糖尿病対策プロジェクトチーム》

特定健診 糖尿病要医療対象者に関する糖尿病連携医等との連携

【目的】

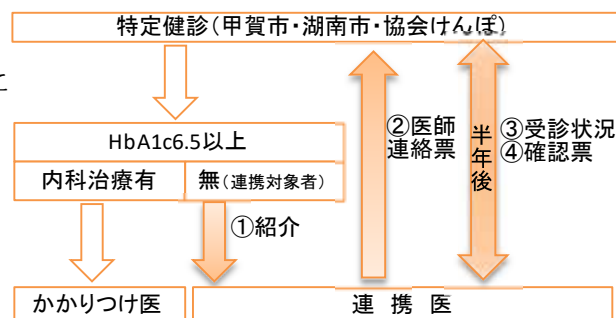
健診の結果、糖尿病またはその疑いのある人が、確実に医療受診し、早期に診断・治療を受けられる連携体制を作り、患者の重症化を予防する。

【対象者】

市の特定健康診査の受診者のうち、糖尿病所見が医療勧奨値（HbA1c 6.5%以上）の者または、全国健康保険協会滋賀支部（以下、協会けんぽ）の特定健康診査の受診者（甲賀市民・湖南市民）のうち、糖尿病所見が医療勧奨値（HbA1c 6.5%以上または空腹時血糖 126mg/dl）の者

【実施内容】

- （1）市または協会けんぽ（以下、市等）は、特定健康診査の受診者のうち、糖尿病所見が医療勧奨値の者を選定する。
- （2）市等は、（1）のうち、内科治療を受けていない者について糖尿病連携医 に紹介する（様式1 医師連絡票）。
- （市等は、健診の結果、糖尿病所見が医療勧奨値であっても他の疾患で内科治療を受けている者については、内科のかかりつけ医に受診することを妨げない。）
- （3）糖尿病連携医は、市等の健診から受診された者の結果について、市等に様式1（医師連絡票）を送付する。
- （4）市等は、初回受診後、おおむね6か月後に様式2（受診状況確認票）により糖尿病連携医あて治療状況確認を行う。
- （5）糖尿病連携医は市等から治療状況の確認を受けた時には、その内容を様式2に記入し市に送付する。
- （6）市等は、（4）の結果、治療を中断していることが判明した場合には、本人に対し再度受診勧奨を行う。



現状と今後

○糖尿病要医療者が地域で確実に受診できる体制の整備

全地区（旧町単位）に連携医が配置されていることで、身近な地域で連携医に受診できる環境を整え、早期に受診できる体制ができた。

国民健康保険被保険者の集団健診受診者を対象として試行していたが、個別医療機関での健診受診者へ運用を広げる必要性をチームで共有し、対象者を広げた。また、全国健康保険協会滋賀支部に当初からチームメンバーとしてシステム構築に関わっていただいたこともあり、平成29年度から連携システムに参加いただくことができた。

○治療状況の確認体制の構築

連携医に受診した場合は連携医より医師連絡票の送付があり、保険者は半年後の治療状況の確認ができ、治療中断者のフォローにつなげ、対象者が適切な治療・療養指導を受けられる連携体制を構築している。

また、受診状況を **KDB** システム等でレセプト確認し、医師連絡票の送付がない受診者の治療状況の把握を行い、連携医と連携し、治療継続に向けた支援を行っている。

市では連携システムの中で把握した治療中断者へは受診勧奨を行い、治療中で糖尿病性腎症重症化のリスクが高い方には、連携医等と連携しながら保健指導を実施している（滋賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラム）。

今後は、連携医につながった住民の治療状況の追跡などを通じてこの取り組みが甲賀圏域の糖尿病・糖尿病性腎症の重症化予防対策として機能しているかを「甲賀湖南糖尿病プロジェクトチーム」で評価していきたい。

東近江保健所管内の取組

(東近江圏域糖尿病・慢性腎臓病重症化予防を進める計画)

経過

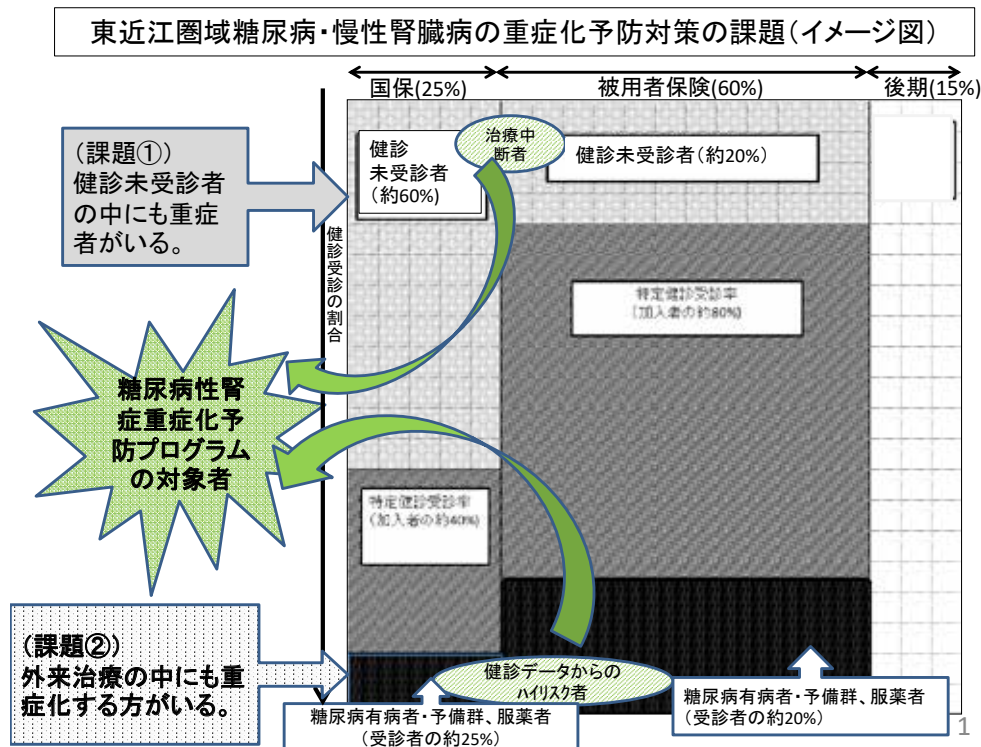
○平成27年度より圏域における糖尿病地域医療連携推進会議において、地域・医療連携体制の構築に取り組んできた。

○平成29年度より慢性腎臓病も含めた地域医療連携推進会議に再編した。

○推進会議や圏域地域医療連携事例検討会において圏域の課題が明確になった。

圏域課題①健診未受診者の中にも重症者がいる。

圏域課題②外来治療の中にも重症化する方がいる。



○重症化する対象者は、上記イメージ図によるところであり、圏域課題①②を解決するために「東近江圏域糖尿病・慢性腎臓病重症化予防を進める計画」にて取り組むべき方向性を確認した。

課題解決のための取組

「東近江圏域糖尿病・慢性腎臓病重症化予防を進める計画」

方法1: 県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づくアプローチを推進する。

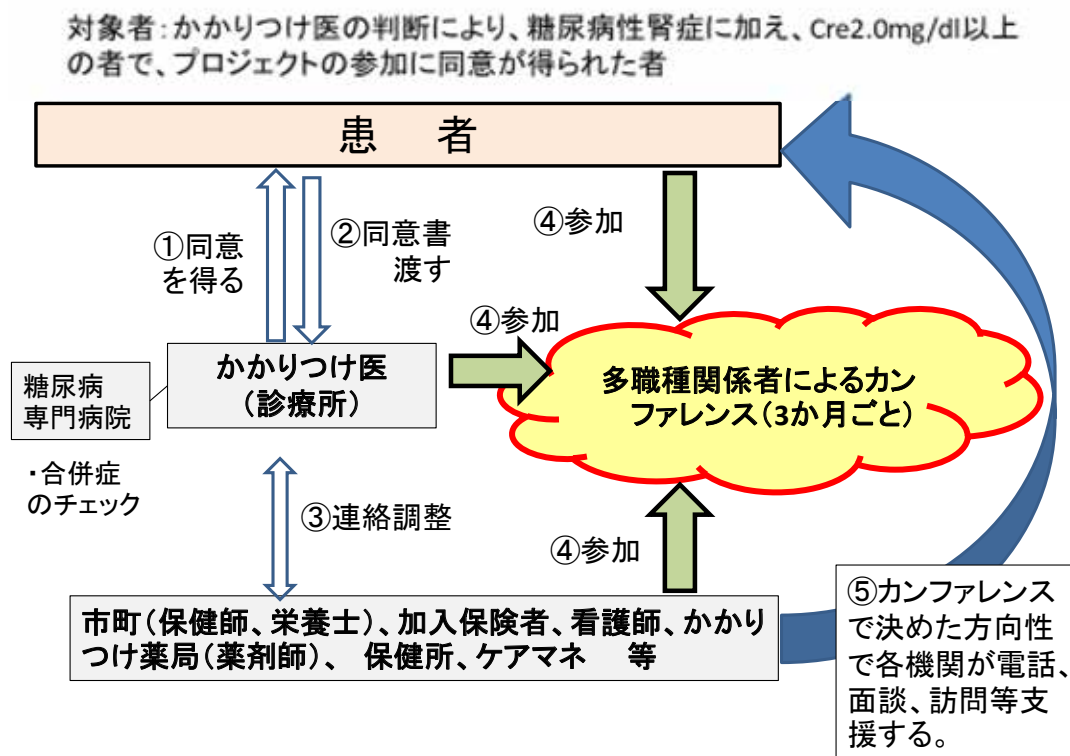
○市町国保被保険者において県糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者を抽出し、医療機関未受診者および治療中断者への対応を行う。

方法2: 地域・職域・医療の連携によるアプローチを推進する。

○主治医が外来治療ではコントロールに限界があり、在宅での生活状況の確認、支援と連動することで重症化予防につながると判断した患者に対して医療と地域、保険者で一人でも多くの重症化予防を行う。

→糖尿病性腎症重症化予防を進めるための検討部会を開催し、糖尿病性腎症重症化予防プロジェクトを進めている。

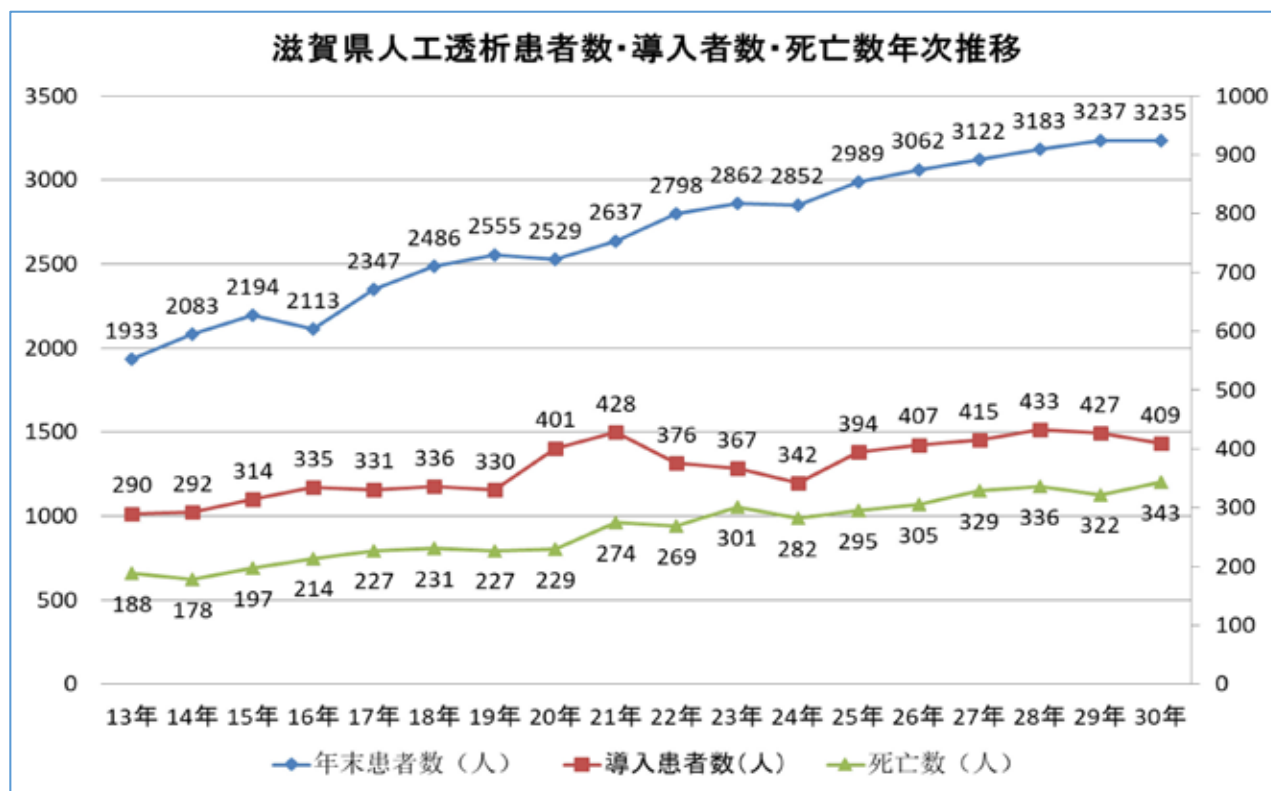
【東近江圏域糖尿病性腎症重症化予防プロジェクト】



參考資料

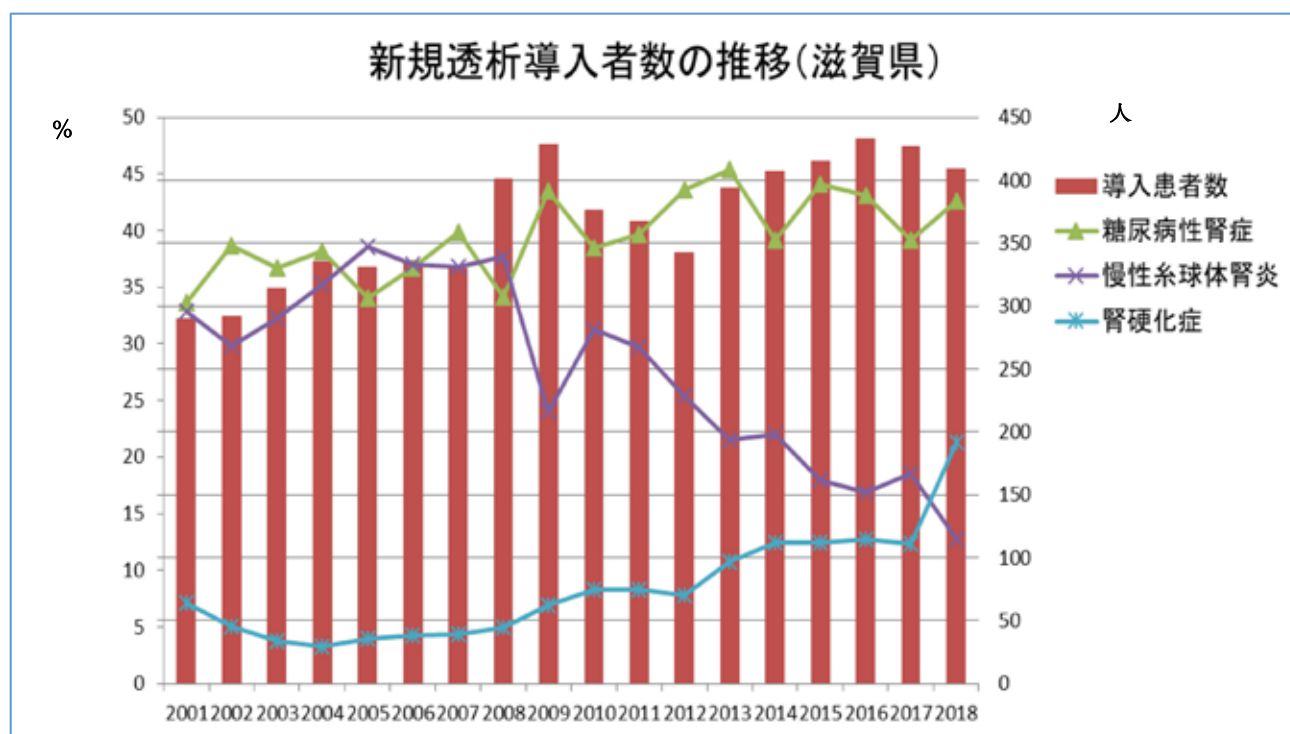
1. 人工透析患者の状況（糖尿病性腎症重症化予防プログラム アウトカム評価指標）

平成 30 年末の滋賀県の人工透析患者数は 3,235 人、新規透析導入患者は 409 人と前年に比べてわずかに減少している状況です。



出典：一般財団法人日本透析医学会

また、新規透析導入患者の原疾患は糖尿病性腎症が一番多く 42.6%です。



出典：一般財団法人日本透析医学会

2. 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 対象者（国保被保険者のうち）および医療資源

2019/12/03現在

- 対象者：空腹時血糖126mg/dl以上（または随時血糖200mg/dl以上）またはHbA1c6.5%以上かつeGFR50ml/分/1.73m²未満（70歳以上は40未満）または尿たんぱく（+）以上の者のうち未受診者（H30年度）
 ○治療中断者：H27～29年度糖尿病治療歴あり、H30度1年間受診歴がなく健診未受診の者（40歳以上）
 ○糖尿病対応診療所数・糖尿病対応病院：滋賀県医療機能調査回答診療所・病院のうち糖尿病対応診療所・病院：滋賀県医療機能調査（H29年度）
 ○日本糖尿病療養指導士数：日本糖尿病療養指導士認定機構HP（R1.8.5現在）
 ○糖尿病専門医数：日本糖尿病学会HP（R1.10.04現在）
 ○腎臓専門医：日本腎臓学会HP（R1.5.1現在）
 ○腎臓病療養指導士：日本腎臓学会HP（R1.7.4現在）
 ○CDE滋賀認定者：滋賀県糖尿病協会報告（H31.4.1現在）

湖西圏域
 対象者：18
 治療中断者：49
 糖尿病対応診療所：27/38
 糖尿病対応病院：3/3
 糖尿病専門医：1
 腎臓専門医：1
 糖尿病療養指導士：5
 腎臓病療養指導士：0
 CDE滋賀：17

大津圏域
 対象者：118
 治療中断者：93
 糖尿病対応診療所：140/248
 糖尿病対応病院：10/15
 糖尿病専門医：32
 腎臓専門医：26
 糖尿病療養指導士：77
 腎臓病療養指導士：0
 CDE滋賀：158

湖南圏域
 対象者：109
 治療中断者：88
 糖尿病対応診療所：115/269
 糖尿病対応病院：11/13
 糖尿病専門医：18
 腎臓専門医：11
 糖尿病療養指導士：49
 腎臓病療養指導士：1
 CDE滋賀：116

湖北圏域
 対象者：34
 治療中断者：69
 糖尿病対応診療所：75/119
 糖尿病対応病院：4/4
 糖尿病専門医：7
 腎臓専門医：4
 糖尿病療養指導士：32
 腎臓病療養指導士：0
 CDE滋賀：54

湖東圏域
 対象者：34
 治療中断者：59
 糖尿病対応診療所：56/117
 糖尿病対応病院：4/4
 糖尿病専門医：3
 腎臓専門医：0
 糖尿病療養指導士：32
 腎臓病療養指導士：0
 CDE滋賀：25

東近江圏域
 対象者：52
 治療中断者：92
 糖尿病対応診療所：89/148
 糖尿病対応病院：10/11
 糖尿病専門医：3
 腎臓専門医：4
 糖尿病療養指導士：25
 腎臓病療養指導士：3
 CDE滋賀：136

甲賀圏域
 対象者：56
 治療中断者：76
 糖尿病対応診療所：48/73
 糖尿病対応病院：5/7
 糖尿病専門医：6
 腎臓専門医：4
 糖尿病療養指導士：26
 腎臓病療養指導士：1
 CDE滋賀：28

健診受診者のうちプログラム基準で未受診者抽出	対象者
大津市	118
彦根市	23
長浜市	25
近江八幡市	19
東近江市	21
草津市	46
守山市	30
野洲市	24
湖南市	16
甲賀市	40
高島市	18
米原市	9
栗東市	9
日野町	6
竜王町	3
愛荘町	4
豊郷町	0
甲良町	4
多賀町	3
県計	421

治療中断者（H27～29年度糖尿病治療歴あり、H30 1年間受診歴なく、健診未受診者（40歳以上））

大津市	93
彦根市	40
長浜市	48
近江八幡市	30
東近江市	47
草津市	35
守山市	14
野洲市	14
湖南市	25
甲賀市	51
高島市	49
米原市	21
栗東市	25
日野町	12
竜王町	3
愛荘町	8
豊郷町	4
甲良町	5
多賀町	2
県計	526

糖尿病治療 専門職数

	糖尿病専門医	腎臓専門医	糖尿病療養指導士	腎臓病療養指導士	CDE滋賀
大津圏域	32	26	77	0	158
湖南圏域	18	11	49	1	116
甲賀圏域	6	4	26	1	28
東近江圏域	3	4	25	3	136
湖東圏域	3	0	32	0	25
湖北圏域	7	4	32	0	54
湖西圏域	1	1	5	0	17
不明	0	0	0	1	0
全県	70	50	246	6	534

対象者抽出経年状況

(健診受診者のうち医療機関未受診者)

	H30.12.3	R1.12.4
健診受診者のうちプログラム基準で未受診者抽出	H29年度健診より抽出	H30年度健診より抽出
大津市	118	118
彦根市	21	23
長浜市	24	25
近江八幡市	27	19
東近江市	33	21
草津市	40	46
守山市	36	30
野洲市	28	24
湖南市	19	16
甲賀市	33	40
高島市	13	18
米原市	9	9
栗東市	15	9
日野町	5	6
竜王町	7	6
愛荘町	7	4
豊郷町	4	0
甲良町	1	4
多賀町	8	3
全県	448	421

健診受診者1000人に対する割合	%	%
大津市	6.20	6.54
彦根市	3.79	3.90
長浜市	3.83	3.58
近江八幡市	5.45	3.84
東近江市	5.56	3.17
草津市	6.54	7.32
守山市	8.82	6.66
野洲市	7.60	6.83
湖南市	5.45	4.86
甲賀市	6.12	6.70
高島市	4.12	5.18
米原市	3.42	3.54
栗東市	5.22	3.30
日野町	3.99	4.52
竜王町	7.93	6.83
愛荘町	5.05	3.18
豊郷町	7.34	0.00
甲良町	1.40	6.13
多賀町	10.28	3.96
全県	5.69	5.25

健診受診者のうちプログラム基準で未受診者抽出	H29年度健診より抽出	H30年度健診より抽出
大津圏域	118	118
湖南圏域	119	109
甲賀圏域	52	56
東近江圏域	72	52
湖東圏域	41	34
湖北圏域	33	34
湖西圏域	13	18
全県	448	421

対象者抽出経年状況(治療中断者)

(治療中断者(過去3年糖尿病治療歴あり、当該年度1年間受診歴なく、健診未受診者(40歳以上))

	H30.12.3	R1.12.4
治療中断者(過去3年糖尿病治療歴あり、当該年度1年間受診歴なく、健診未受診者(40歳以上))	H29年度受診なし	H30年度受診なし
大津市	66	93
彦根市	35	40
長浜市	41	48
近江八幡市	28	30
東近江市	55	47
草津市	52	35
守山市	23	14
野洲市	17	14
湖南市	20	25
甲賀市	39	51
高島市	77	49
米原市	16	21
栗東市	18	25
日野町	10	12
竜王町	4	3
愛荘町	9	8
豊郷町	3	4
甲良町	1	5
多賀町	0	2
全県	514	526

40歳以上被保険者1000人あたりの割合	%	%
大津市	1.21	1.71
彦根市	2.06	2.37
長浜市	2.07	2.47
近江八幡市	2.11	2.26
東近江市	3.00	2.59
草津市	2.81	1.91
守山市	1.98	1.22
野洲市	2.11	1.79
湖南市	2.32	2.93
甲賀市	2.68	3.55
高島市	7.77	4.99
米原市	2.57	3.45
栗東市	2.14	3.01
日野町	2.74	3.33
竜王町	2.08	1.56
愛荘町	2.96	2.69
豊郷町	2.25	3.03
甲良町	0.71	3.57
多賀町	0.00	1.45
全県	2.32	2.40

治療中断者(過去3年糖尿病治療歴あり、当該年度1年間受診歴なく、健診未受診者(40歳以上))	H29年度受診なし	H30年度受診なし
大津圏域	66	93
湖南圏域	110	88
甲賀圏域	59	76
東近江圏域	97	92
湖東圏域	48	59
湖北圏域	57	69
湖西圏域	77	49
全県	514	526

3. 参考様式

保健指導指示（依頼）書（糖尿病性腎症重症化予防プログラム保健指導ガイド様式改変）

保健指導指示（依頼）書					参考様式1
年 月 日					
〇〇〇国民健康保険主管課長 様					
医療機関名 _____					
主治医 _____ 印					
（記名・押印または署名をお願いします）					
下記のとおり保健指導を依頼します。					
氏 名		生年月日		男・女	
住 所			電話番号		
保健指導に関する指示事項					
検査データ(測定日 _____) HbA1c _____ % eGFR _____ ml/分/1.73m² 血圧 _____ / _____ mmHg 尿アルブミン _____ mg/gCr 尿定性検査 蛋白 _____					
該当事項をチェックしてください ☐ 糖尿病性腎症患者に対して、「糖尿病診療ガイドライン」（日本糖尿病学会）および〇〇市（町）保健指導プログラムのとおり実施することが適当である。 ☐ 上記のほか、下記の事項に留意することが適当である。 ・食事指導 総エネルギー _____ kcal 食塩 _____ g たんぱく質 _____ g カリウム _____ g ・運動指導 ・服薬管理 ・アルコール・嗜好飲料 ・禁煙指導					
☐ その他留意すべき事（網膜症、脳卒中、心筋梗塞、狭心症など合併症、その他併発症の有無）					
本人 同意欄	保険者への治療情報提供に同意します。 年 月 日 本人の場合 _____ * 記入困難な方の場合には代筆で可、その場合は記名押印ください 代筆の場合 _____				

印

保健指導実施報告書（糖尿病性腎症重症化予防プログラム保健指導ガイド様式改変）

保健指導実施報告書				参考様式2
年 月 日				
医療機関名 _____				
主治医 _____ 様				
○○○国民健康保険主管課長				
月 日にご依頼のありました 様について 月 日に保健指導を実施しましたので、報告いたします。				
氏 名		生年月日		男・女
住 所			電話番号	
【指導内容】 * 病気の認識 * 生活状況（生活時間および食事、運動、喫煙、飲酒の状況） * 身体所見（身長、体重、BMIなど） * 食事記録からの推定栄養量（エネルギー、たんぱく質、食塩量 など） * アセスメント（食事量、食塩摂取量、活動量などの評価） * 目標 * 指導計画（本人の生活改善内容）				
【今後の指導予定】				
【その他】				
指導担当者氏名	印			

糖尿病性腎症重症化予防対策 保健指導等検討会 開催要領

1. 目的

滋賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づいて、各保険者において、保健指導が適正かつ効果的に実施できるよう、保健指導のためのマニュアル、人材育成研修プログラム等を検討することとする。

2. 検討事項

- (1) 糖尿病性腎症にかかる保健指導の技術的項目について
- (2) 人材育成について
- (3) 保健指導実施のための体制整備に関すること
- (4) その他保健指導技術向上に関すること

3. 構成

- (1) 検討会は、検討事項に併せて委員を選出することとする。
- (2) 必要に応じ委員以外の関係者の出席を求めることができる。

4. 検討会の運営

- (1) 検討会の庶務は、滋賀県健康医療福祉部医療保険課において行う。
- (2) この要領に定めるもののほか、検討会の運営に関し必要な事項は、検討会において定める。

5. その他

検討会にて協議された内容については、関係会議に意見聴取等行うものとする。

附則

この要領は、平成 30 年 8 月 20 日から施行する。

この要領は、令和元年 8 月 5 日から施行する。

令和元年度糖尿病性腎症重症化予防対策 保健指導等検討会
委員名簿

(敬称略)

所 属	氏 名	備考
滋賀県医師会	理事 堀出 直樹	
滋賀医科大学内科学講座 (糖尿病内分泌・腎臓内科)	准教授 荒木 信一	
滋賀医科大学臨床看護学講座 (成人看護学)	教授 宮松 直美	
滋賀県国民健康保険団体連合会	勝部 藍子	保健師
滋賀県健康医療福祉部	参与 吉川 隆一	
滋賀県健康寿命推進課	大井 恭子	糖尿病対策担当

