広域連合保健師等により重症化予防の訪問指導に取り組んだ事例
福岡県後期高齢者医療広域連合

1．広域連合の概要

人口 （A）　　※平成29年4月1日現在	5，098，153人
後期高齢者医療被保険者数 （B） ※平成28年度末現在	651，030人
後期高齢者医療加入率 （B）/（A）×100	12．77%
健診実施率　※平成27年度	17．30%
後期高齢者医療全体診療費（平成27年3月～平成28年2月分）	594,732,002,000円
後期高齢者医療被保険者1人当たり入院外医療費	308，592円

2．広域連合の所在する県の特徴

福岡県は、九州の北端に位置し、九州と本州を結ぶ交通の要衝を占め、2つの政令市を含む60市町村がある。人口は約510万人。昭和40年代中期以降は第3次産業が大きく成長し、九州地方の経済の中心地となっている。平成17年度に九州国立博物館が開館、平成23年春には九州新幹線鹿児島ルートが全線開通するなど、交通基盤や文化機能は着実に向上している。

3．取組に至った背景

後期高齢者の都道府県別1人当たりの医療費が、平成14年度から全国1位であり、疾患別では、入院・外来を合わせると慢性腎不全にかかる医療費が全体の6.8%（H28年度）と最も高く、H26年度6.5%、H27年度6.7%と年々上昇している。また、年間約2,000件の人工透析新規導入者があり、その数は年々増加している。健診結果の分析では、重症度レベルの高い人が医療機関を受診していない現状も明らかになったことから、平成27年度から広域連合に保健師を配置し、重症化予防事業に取り組むこととなった。

4．取組の概要

《取組の特徴》

〇県医師会並びに県糖尿病対策推進会議と連携した取組。

〇県医師会に対し、健康課題と事業説明を行うとともに、検査項目を追加することについて協議し、平成28年度以降の健診に、クレアチニン･尿酸･尿潜血･HbA1cを必須項目として追加した。

〇平成27年度から、構成市町村の保健師等を対象に、保健事業等に関する研究や意見交換の場として「高齢者の医療･保健事業に関する研究会」を立ち上げ、この研究会において、当該事業の説明と協力依頼を行った。

〇広域連合が直営で事業実施することにより、高齢者の特徴や事業の課題を把握しやすく、より効果的な事業展開へつなげることができる。

≪取組の概要≫

（1）県内全市町村に事業説明を行い実施協力を依頼。実施9市町村と委託契約。
（2）KDBシステムにより、前年度の健診受診者から対象者を選定。
（3）委託市町村の保健師等と、広域連合の保健師（在宅保健師含む）で家庭訪問を実施。
①対象者に手紙・電話による保健指導プログラムへの参加勧奨
②かかりつけ医に事業の説明とケース連絡
③6ヶ月間の家庭訪問等による保健指導やモニタリング、市町村実施の教室等の情報提供、地域包括支援センターとの連携等行う
④6ヵ月後に、アンケートや健診データ等で評価
⑤終了後の半年後に再フォローアップ実施
（4）次年度に向けた取り組みについて、課題等整理する。

5．取組内容と結果

（1）取組を具体化していくプロセス

（平成27年度）準備期
1、平成27年度に、担当次長が、平成28年度の保健事業の実施に向け現状分析報告を行い、広域連合内で協力を得た。
2、県庁に相談し、嘱託保健師の雇用を行った。
3、県医療指導課等に頻繁に現状を報告し、今後の事業のあり方について雛形を作り、説明を行った。
4、県医師会や郡市区医師会に対し、事業の協力説明を複数回行った。
5、県糖尿病対策推進会議で、事業内容を説明した。
6、九州大学に、人工透析の新規導入者の分析依頼を行い、その結果を県や市町村、県医師会に報告した。

（平成28年度）実施期
7、新規事業として、KDBシステムを利用し、未受診者対策を目的とした健康診査フォローアップ事業と重症化予防を目的とした糖尿病性腎症重症化予防事業の二本立てで実施した。
8、社会資源等については、訪問ケースごとに、医師連絡や地域の保健所・福祉センター・地域包括支援センター等の情報を把握し、個々の状況に合わせて連携した。かかりつけ医が開催している教室等にも参加を促した。
9、予算は、国庫補助（定額）を受け実施した。
10、広域連合の嘱託保健師（2人）だけでなく、在宅保健師（2人）に事業を委嘱し、保健師間で情報交換を行いながら取り組んだ。（※全体で20人に対し実施。）
11、事業の周知は、本広域連合が被保険者全員に年1回発行する「健康長寿だより」で行った。

（2）生じた課題とその対応

〇平成28年度から、健診項目にクレアチニンを追加したことにより、eGFRによる腎機能低下が疑われる者の抽出ができるようになった。
〇本広域連合の健康診査の対象者は、「生活習慣病で受診中の人は除く」となっており、本来糖尿病で受診中の人は健康診査の対象外となるため、平成30年度以降は健診対象者の見直しを検討中である。
〇現在の対象者抽出基準では、該当者がいない市町村があったため、平成29年度は、糖尿病治療中で保健指導が必要な対象者を広域連合で健診結果やレセプトから抽出し、市町村へ情報提供を行った。

＜対象者抽出基準＞
2型糖尿病患者であって、人口透析導入前の者。以下の①及び②、又は①及び③に該当する者。
①HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130mg/dl以上　②尿蛋白2＋以上　③eGFR50（ml/分/1.73㎡）未満
その他に、治療中断者や服薬状況及びeGFR50（ml/分/1.73㎡）未満で尿蛋白＋等の保健指導が必要と思われる者についても情報提供を行った。

６．結果と評価

評価指標	達成状況（%）
保健指導実施率	９０%（20人中18人）
6カ月後の数値の変化（空腹時血糖とHbA1C）	18人中10人の結果（健診結果より） ・減少した・・５人 ・変化なし・・３人 ・やや上昇した・・２人

７．今後の展望

〇評価指標については、検査データの数値の評価だけでなく、本人の行動変容を評価項目として追加したい。
〇平成30年度以降は、健診受診対象者を見直す予定であるため、当該事業の対象者も増加すると見込まれる。限られたマンパワーで事業を実施していくには、対象者選定に優先順位を設けることが必要である。
〇市町村に事業受託を依頼しているが、市町村保健師等もマンパワーが不足しており市町村委託は進んでいない。（県内60市町村中、平成28年度は9市町村、平成29年度は10市町村が受託）
平成30年度以降は一部業者委託での事業実施も検討したい。

福岡県の人口（５１１万人）に占める75歳以上の割合１２．４％（63万人）

福岡県の市町村別（６０市町村）
後期高齢者数（75歳以上） Best3
１．福岡市　　14.1万人
２．北九州市　13.8万人
３．久留米市　　3.8万人

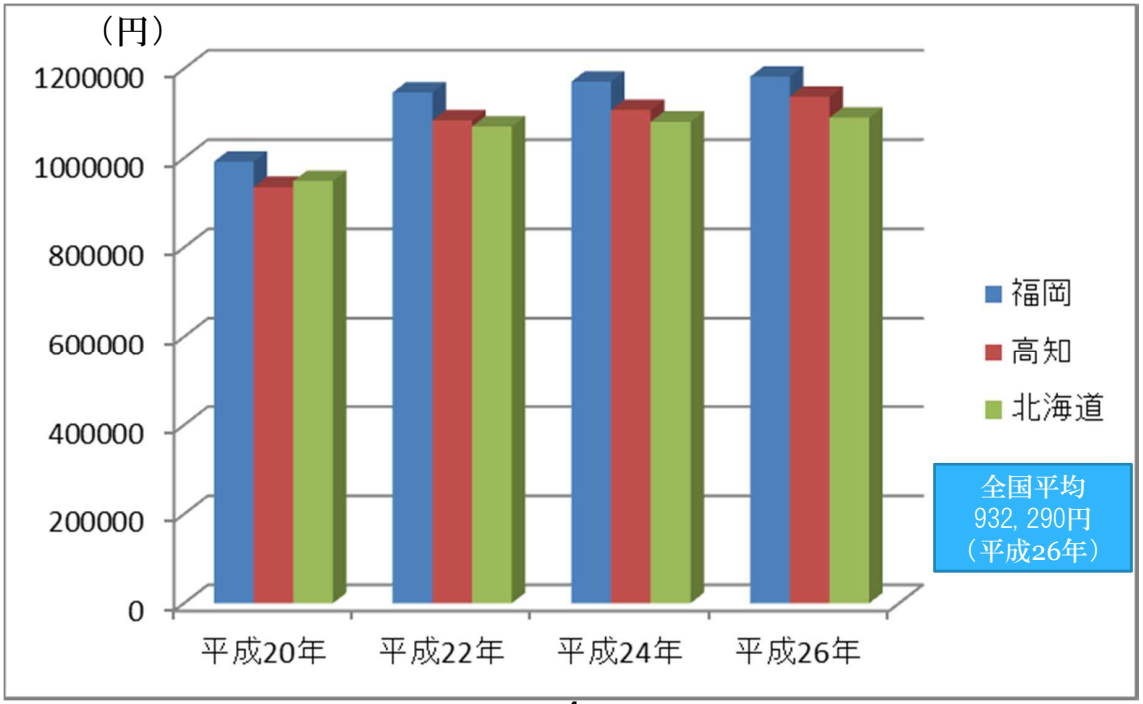
※上位3市町村の合計は福岡県の約半数を占める

※H28,4,1現在

【医療機関】
大学の医学部が４つ
〇九州大学　〇福岡大学
〇産業医科大　〇久留米大学

後期高齢者の医療費は、全国1位。

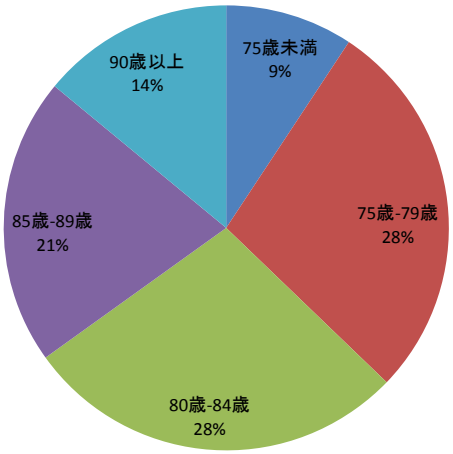
都道府県別一人当たり後期高齢者医療費の年次推移



年齢別医療保険点数（平成２７年度累計）※ＫＤＢシステムによる

○１人当たりの医療費点数は、７５歳未満が最も高い。
理由として、６５歳から７５歳の重度障害者が、後期高齢者医療制度の加入をしていることがあげられます。

総点数における年齢別割合



１人当たり医療費（年間）

1.事業実施までの経緯

平成27年度
保健師採用　　かつ
第２期健康長寿医療計画の中間評価

※そこで
１．福岡県の医療費の内容は?
２．健康診査結果はどうしてる?

（１）医療費の現状（Ｈ２６年）

1)入院にかかる医療費の内訳(最小疾病分類)

	最大医療資源傷病名	医療費点数	割合	レセプト件数	割合
1	骨折	2,843,651,530	7.8%	44,564	6.4%
2	脳梗塞	2,612,324,229	7.2%	44,556	6.4%
3	慢性腎不全(透析あり)	1,422,808,566	3.9%	20,697	3.0%

2)外来にかかる医療費の内訳(最小疾病分類)

	最大医療資源傷病名	医療費点数	割合	レセプト件数	割合
1	慢性腎不全(透析あり)	3,183,404,785	11.59%	114,336	1.1%
2	高血圧症	2,789,474,996	10.16%	1,361,879	13.5%
3	糖尿病	1,620,756,771	5.90%	498,254	5.0%

※外来と入院を合わせると　慢性腎不全 が全体の6.5%を占め、第1位

（２）人工透析新規導入の状況

○年間約2,000件の新規導入がある。
　約半分65歳から74歳
　半分が75歳以上

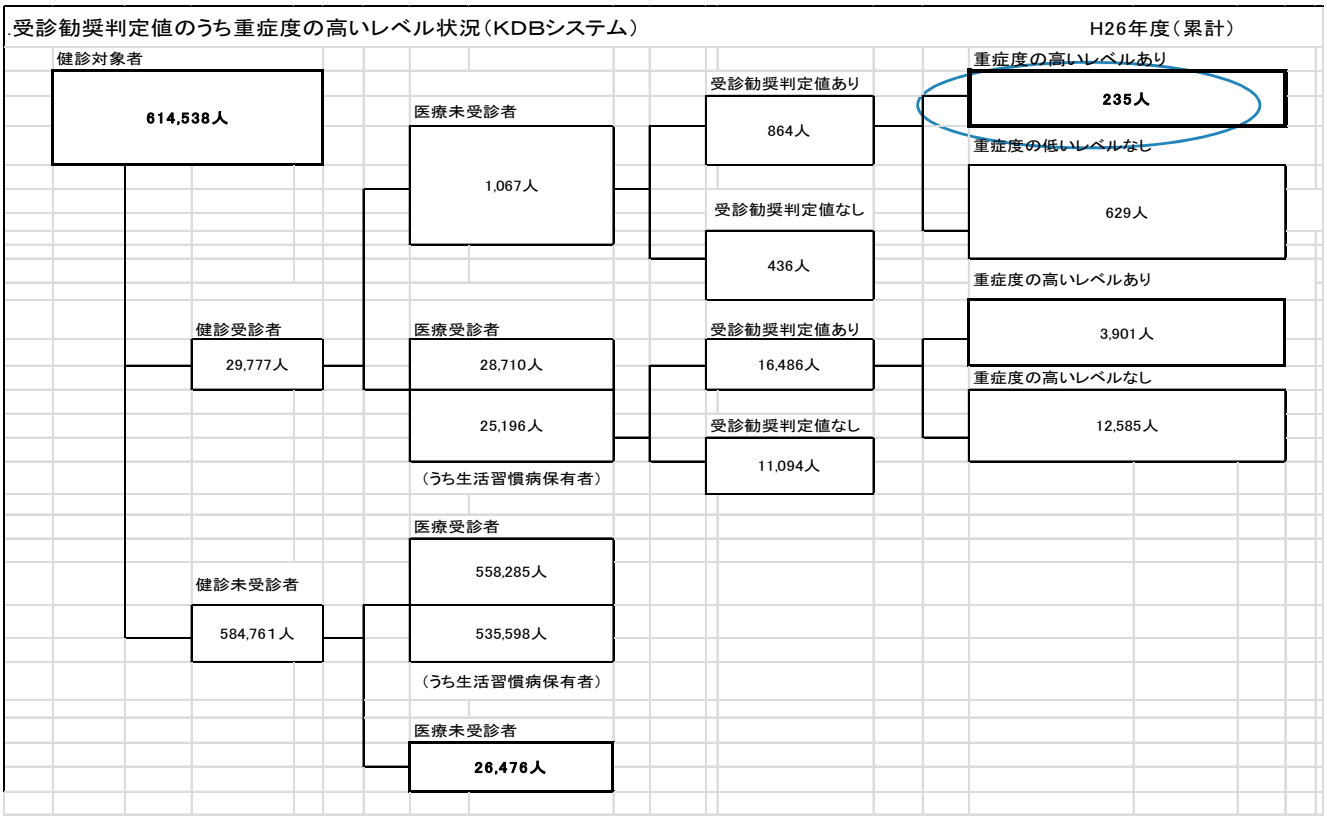
○最高年齢　99歳
　80歳以上　545名

年齢	人数
64～69歳	659
70～74歳	330
75～79歳	480
80～84歳	324
85～89歳	189
90歳以上	32
合計	2014

（Ｈ２５．５．１～Ｈ２６．３．３１：
九大医療経営管理学専攻　分析結果）

（３）健康診査結果について

受診勧奨判定値のうち、重症度の高いレベルの人が、介入できていない。



２　新規事業起ち上げへの準備

重症化予防

①　人工透析の新規導入者数を減らす

維持・悪化防止・遅らせる

→Ｈ２８～糖尿病性腎症重症化予防事業

②健診受診後の放置者をなくす

→Ｈ２８～健康診査フォローアップ事業

○ 関係機関との調整・連携強化

※ 医師会・県・市町村等（県医師会会員への新規事業の周知）

※ 高齢者の医療・保健事業に関する研究会開催(年4回)

3　平成28年度事業　糖尿病性腎症重症化予防事業

対象者：糖尿病性腎症(2型糖尿病)の患者であって、
人工透析導入前の者

基準：（１）①尿蛋白２＋以上で②Hb1c7.0%以上
又は空腹時血糖130mg/dl以上

（２）②で、③eGFR 50(ml/分/1.73㎡)未満
※28年度健診受診者

対象者･介入者数	（人）		備考
27年度健診対象者数	632,876		
健診受診者	30,939		
保健事業対象者数	69		協力市町村:9市町含む
保健事業対象者選定	66	･28年度対象者3人含む ･ﾚｾﾌﾟﾄにて判断（死亡者や超高齢者等の一部を対象外）	協力市町村7人/4市町
訪問介入者の対象者	30	（広域）案内通知 （市町）各市町判断で介入	福岡市及び周辺23人 協力市町村7人
訪問介入者（12月末）	20	（広域）16人 （市町）4人	

訪問介入者20人について

性別では、男性が15人　女性が5名
年齢構成では、75歳～79歳が多い。

（内訳）

（人）	合計	75~79歳	80~84歳	85~89歳	90歳以上
計	20	13	5	1	1
男	15	12	2		1
女	5	1	3	1	

実施方法

１、文書により通知し、電話にて訪問日時を決める。

２、本事業を説明し協力を得る

３、主治医に事業説明と保健指導計画の確認

４、保健指導　①健診結果や病気の説明等
②生活習慣の気づきや見直しを促す
③ケースに応じて教室紹介

５、６ヶ月後に面接や検査結果で評価

６、１年後面接（継続を促す）

４　事業を実施して見えてきたもの

１）糖尿病性腎症だけでなく、生活環境・今までの生活歴・背景・個人ごとに抱える問題等影響しており、日常生活を見直す上で大きく関係している。

1. 筋力低下・閉じこもり
2. 家庭環境（一人暮らし・家庭内別居(夫婦の関係)）
3. 介護問題（配偶者の介護・※子供の介護）
4. 健康食品嗜好(テレビCMによる影響)
5. 認知症
6. 調理が億劫・(意外に) 弁当や外食が多い。

２）高齢者を取り巻く多くの関係者との連携が欠かせない

1. 主治医、地域包括支援センター、市町村、ケアマネージャー、保健所、　等

2. 介護予防教室、認知症予防講座、糖尿病予防教室、腎臓教室　運動教室　等

3. 家族（同居・別居）近所の人

５　変化(本人からの声・・・)

〈よかった声〉
・妻の関わりがあるようになった。
　　（食事のとり方・服薬・減塩・外食時の食事の選択等）
・「酒のつまみに意識的に野菜を食べるようになった。」
・「健康食品は食べていない。先生から、数値が良くなったと褒められた。・・・」
・「スーパーの中を意識して二、三周歩くようにした。」
・「飲酒の量が３合から２合へと減少した。」
・「運動教室に参加した後、毎日外に出て歩いている。」など

〈その他〉
・「転倒で入院」
・「体調不良で歩かなくなり、一週間で歩けなくなって入院」
・「最近、ますます、家の中で閉じこもった。」

６　まとめ

１ 連携
- 主治医や地域包括支援センターとの連携
- 市町村

２ 維持していくために
- 動機づけが重要
- 本人と家族の意識
- 一人暮らしの人への関わり方

３ 事業を継続実施していくために
- 対象者の選定　優先順位　マンパワー
- 意味ある事業

糖尿病性腎症重症化予防事業　仕様書（受託市町村用）

1．基本的な考え方

福岡県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）は、その被保険者のうち、糖尿病性腎症患者であって、生活習慣の改善により、重症化の予防が期待できる者に対して、糖尿病性腎症重症化予防事業（以下「事業」という。）を実施する。

1）事業目的

糖尿病性腎症患者の生活の質(QOL)の維持・向上のため、市町村及び医療機関（主治医）等との連携により患者の重症化を予防する体制を整備する。

2）成果目標

糖尿病性腎症の患者であって、人工透析導入前段階の者の腎機能低下を遅延させ、人工透析の導入を防止し、または導入時期を遅らせる。

・糖尿病性腎症患者の病期ステージを維持させる。

・未治療者や治療中断者を確実に医療につなぐ。

3）対象者

糖尿病性腎症(2型糖尿病)の患者であって、人工透析導入前段階の者

①－ｉ　後期高齢者健康診査（以下、「健康診査」という。）の結果から下記の基準に該当する者を抽出

・下記の「ア及びイ」または「ア及びウ」に該当する者

ア：HbA１c７．０％以上または空腹時血糖１３０mg/dl以上

イ：尿タンパク２＋以上

ウ：eGFR　５０(ml/分/1.73㎡)未満（平成２８年度以降の健診受診者）

※年齢の若い順から優先とする。

①－ⅱ　主治医の紹介、市町村からの情報提供等により、上記に準ずる状態であることを、広域連合が把握した者。

② 上記該当者の本人同意のもと、主治医に対し病期等の確認と介入の是非の調整を行い、保健指導対象者を最終的に決定する。

③ 生活習慣を起因としていない糖尿病患者、対象者として適切でない者（腎臓を移植した可能性がある者、がん・難病・精神疾患・認知症等の指導に適さない者）は除外する。

※重要

○ この事業は、医療機関が糖尿病透析予防指導管理料の加算を受ける場合は、対象にならない。

○ eGFR ３０（ml/分/1.73㎡）未満の者については、緊急に２次医療機関への受診が必要と判断されるレベルであり、２次医療機関から主治医に戻された後、改めて保健指導について確認する。

2．事業実施の流れ

1）対象者の選定及び決定

① 広域連合は、健康診査の受診結果から対象者を選定し、受託市町村へ通知する。

② 受託市町村は、対象者連絡票（様式１）を主治医に提示し、事業への参加の可否を確認し、その結果を広域連合に報告する。

③ 受託市町村は、対象者に事業趣旨を説明し、事業参加の同意(個人情報共有の取り扱いを含む)を得る。（様式２）

2）保健指導の実施

① 受託市町村は、対象者からのアセスメントをもとに、「指導計画及び評価票」（様式３）を作成し、主治医に確認をとる。

なお、独自のプログラムを使用する場合は、主治医に確認をとる前に、計画書を広域連合に提出すること。

② 受託市町村は、「指導計画及び評価票」（様式３）及び「糖尿病性腎症重症化予防プログラムアンケート」をもとに、「生活・食事指導プログラム」別添１に沿って、概ね６か月間の保健指導を行う。その際、「慢性腎臓病生活・食事指導マニュアル」を基本とし、また、「後期高齢者生活・食事指導の注意事項」別添２に留意する。

③ 受託市町村は、フォローアップとして、保健指導を終了し、概ね６か月経過後（保健指導開始から１年後）に、簡易な保健指導を行う。

3）保健指導の評価等

受託市町村は、下記の内容で、保健指導の評価等を行い、広域連合に報告するとともに、下記①について、主治医への情報提供を行い、連携に努めるものとする。

① 保健指導の評価項目と確認時期

（評価項目）

・検査値(血清クレアチニン、空腹時血糖、eGFR、血圧、脂質、尿タンパク)

・生活改善状況等に対する対象者本人の満足感

・糖尿病性腎症重症化予防プログラムアンケート

（確認時期　３回）

１回目　・介入前　← 対象者の選定時のデータ活用

２回目　・保健指導（６か月間）終了後

← 最新の検査結果を対象者に確認、または当該年度の健康診査を活用

３回目　・フォローアップ後（保健指導開始から１年後）

← 最新の検査結果を対象者に確認、または当該年度の健康診査を活用

② 未治療者や治療中断者に医療機関への受診勧奨を行った結果、治療を開始または再開した人数・割合

③ 保健指導の途中脱落者が出た場合のその理由

4）介入の方法

① 保健師・管理栄養士・看護師による保健指導を実施する。

② 実施期間は、保健指導６ヶ月程度とし、保健指導終了後６ヶ月程度（保健指導開始か

ら１年後)の時点でフォローアップとして簡易的な保健指導を実施する。

③ 保健指導介入は、対象者の心身や生活の状況の把握に努め、高齢者の特性を考慮し(「後期高齢者生活・食事指導の注意事項」別添２」に留意する)、 主治医との連携を充分にとりながら実施するものとする。

具体的な連携方法としては、主治医の治療方針や保健指導上の留意点の確認、健康診査結果データや本事業における保健指導の実施内容等の主治医への情報提供等を行い、市町村・対象者・医療機関の情報共有を行う。

④ 保健指導実施期間中に、対象者の入院等により、その保健指導の継続の可否について、疑義が生じた場合は、すみやかに広域連合に協議するものとする。

３．委託料の支払い

受託市町村は、「指導計画及び評価票」（様式３）及び「事業完了届」（様式４）を提出し、委託料の請求を行う。

なお、対象者が保健指導実施期間中に資格喪失等で本事業の対象から外れた場合、または保健指導の継続ができなくなった場合は、「糖尿病性腎症重症化事業生活・食事指導プログラム」別添１の保健指導実績に応じ、下記表により委託料を支払う。

事業説明・主治医連絡・初回訪問まで終了	３０，０００円
中間訪問まで終了	５０，０００円
最終訪問まで終了	７０，０００円

４．保健指導員等に関する事項

１）本事業の保健指導を実施する者

受託市町村が、本事業の実施に当たり、臨時に保健師等を雇い上げて、保健指導に当たらせる場合には、あらかじめ、その氏名及び資格の種類と履歴（資格取得日、登録番号）を広域連合に届け出ること。

２）個人情報の取り扱い及び守秘義務

本事業に係る個人情報の取扱いは慎重かつ丁寧に行い、紛失等のないよう細心の注意を払い実施すること。また、保健指導等を通じて知り得た個人情報等のいかなる情報も、第三者に漏らさないこと。本契約が終了し、又は解除された後も同様であること。

５． その他特記事項

１）個人情報の保護に関する法律等の関係法令等を遵守すること。

２）受託市町村は、事故等が発生した場合には、速やかに広域連合に報告するとともに、迅速かつ的確に対応すること。

３）この実施要領にない事項については、受託市町村と広域連合が協議の上、決定する。

４）その他

①保健事業の指針(厚生労働大臣告示)を踏まえて実施すること。

②保健事業の基本的な考え方については、「標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）」(平成２５年４月厚生労働省健康局)を確認すること。

（様式1）

糖尿病性腎症重症化予防事業対象者連絡票

（ 担当者 → 主治医 ）

主 治 医　様

下記の＿＿＿名の方が対象者として選定されました。

今後ともご指導・ご協力のほどよろしくお願いします。

事業の対象者として適切でないと判断される方については、速やかにご連絡お願いします。

平成　　年　　月　　日

※この事業は、糖尿病透析予防指導管理料を受ける場合は対象としません。

	被保険者番号 氏　　名	生年月日	年齢	住　　所 電　　話	備考
1		S T　年　月　日			
2		S T　年　月　日			
3		S T　年　月　日			
4		S T　年　月　日			
5		S T　年　月　日			

【連絡先】

市・町・村　　課　担当

電話　　FAX

（様式２）

糖尿病性腎症重症化予防事業参加同意書

平成　　年　　月　　日

福岡県後期高齢者医療広域連合長　様

市・町・村長　様

私は、「糖尿病性腎症重症化予防事業」に参加いたします。なお、本事業に関わる個人情報については、私の主治医であります下記医療機関、及び住所地であります＿＿＿＿＿＿市・町・村、また、福岡県後期高齢者医療広域連合において保管し、必要に応じて保健指導に活用することに同意いたします。

記

ふりがな			
氏　　名			
被保険者番号			
生年月日	昭和 年　月　日 大正	性別	男・女
住　　所	〒　－		
電話番号	※連絡が取りやすい番号から先にご記入ください。 携帯・自宅・その他　（　　） 携帯・自宅・その他　（　　）		
主治医	医療機関名　（　　） 電話・ＦＡＸ（　　） 主治医氏名　（　　）		
その他、連絡したい事項があればお願いします。			

糖尿病性腎症重症化予防事業　指導計画及び評価票

被保険者名		性 別	男・女	介護認定 ： 有 ・ 無 介護度 ： （　　）
被保険者番号		市・町・村		年　月　日（　）歳

1.指導計画プログラムについて

（　　）慢性腎臓病生活・食事指導マニュアルのとおり、保健指導を実施します。

（　　）別プログラムにそって、保健指導を実施します。※別紙プログラム添付

2. 受診勧奨の有無と継続支援（計画）

・受診勧奨有無：　無・有　（ハガキ・電話・訪問・その他〈　　〉）

・支 援 方 法：（訪問・電話・e―mail・FAX・その他（　　）

・計画している支援総合回数：（　　）

・ポイント数〈特定保健指導に準じて換算〉：（　　）

3.　評価

※検査数値

時　期	介入前	6ヶ月後	1年後
	年　月　日	年　月　日	年　月　日
身　長	cm	cm	cm
体　重	kg	kg	kg
B　M　I	kg/㎡		kg/㎡
血圧	/ mmHg	mmHg	/ mmHg
TG	mg/dl		mg/dl
LDLコレステロール	mg/dl	mg/dl	mg/dl
HDLコレステロール	mg/dl		mg/dl
空腹時血糖	mg/dl	mg/dl	mg/dl
HbA1c	%		%
血清クレアチニン	mg/dl	mg/dl	mg/dl
eGFR	ml/分/1.73㎡	ml/分/1.73㎡	ml/分/1.73㎡
尿タンパク	－・±・＋・2＋・3＋以上	－・±・＋・2＋・3＋以上	－・±・＋・2＋・3＋以上

※生活改善状況

時　期	初回時	6ヶ月後	1年後
	年　月　日	年　月　日	年　月　日
介護認定の有無	有（　　）・無	有（　　）・無	有（　　）・無
透析の有無	有　・　無	有　・　無	有　・　無
食事改善状況			
生活改善状況 （受診状況等）			
改善満足度		0%　25%　50%　75%　90%以上	0%　25%　50%　75%　90%以上

※改善満足度は、目標に対する自分の評価を、自分なりの気持ちで記入 してもらいます。

糖尿病性腎症重症化予防事業　指導経過記録

氏名（　　）　被保険者番号（　　）＿＿＿＿＿＿＿＿市・町・村

時　期	介入前（説明時）	医師連絡	第1回目	第2回目	第3回目
	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
方　法	訪問・電話・その他	訪問・電話・その他	訪問・電話・その他	訪問・電話・その他	訪問・電話・その他
食事状況 （塩分・たんぱく質・エネルギーなど）	食事指導（有・無）				
生活状況 （運動・服薬など生活一般）	運動指導（有・無） 服薬指導（有・無）				
課題					
目標					
保健指導等					

時　期	第4回目	第5回目	第6回目	第7回目	第8回目
	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
方法	訪問・電話・その他	訪問・電話・その他	訪問・電話・その他	訪問・電話・その他	訪問・電話・その他
食事状況 （塩分・たんぱく質・エネルギーなど）					
生活状況 （運動・服薬など生活一般）					
課題					
目標					
保健指導等					

糖尿病性腎症重症化予防プログラムアンケート

糖尿病の治療状況についてお聞かせください。　　（市町村名）

	氏　名（　　）	被保険者番号（　　）	開始時	3ヶ月後	6ヶ月後
1	現在、定期受診をしていますか	1. 定期的に受診をしている　→質問2へお進みください 2. 治療を中断した　→質問3へお進みください 3. 未受診　→質問4へお進みください 4. その他（　　）			
2	※問1で「1」と答えた方のみ、ご回答下さい。 定期通院についてどんなお気持ちですか	1. とても満足している 2. 満足している 3. やや不満である 4. 非常に不満である			
3	※問1で「2」と回答した方のみ、ご回答下さい。 受診を中断した理由はなぜですか （複数回答可）	1. 改善したため治療の必要がなくなったと思ったから 2. 受診しても特に体調が変わらないから 3. 何となく行きそびれたから 4. 忙しいから 5. お金がかかるから 6. 悪い検査結果を見るのが怖いから 7. 医師に叱られるから 8. その他（　　）			
4	※問1で「3」と回答した方のみ、ご回答下さい。 医療機関に未受診である理由はなぜですか （複数回答可）	1. 必要性を感じないから 2. 忙しいから 3. お金がかかるから 4. 受診するのが怖いから 5. その他（　　）			
5	お薬を使用している方のみ、ご回答ください。 （ここ半年ぐらいを想定してお答えください） 「薬の飲み忘れ（インスリン注射の忘れ）」は、 ありますか	1. ない 2. ほとんどない 3. たまにある 4. よくある			
6	1日の服薬数は、何粒ですか （糖尿病の薬以外も含みます）		粒	粒	粒
7	食事指導を受けたことがありますか	1. ある →食事指導を何回受けましたか？ いずれかに○をつけてください。 （①過去に1回、② くりかえし受けている ） →指示された1日のエネルギー量はどれだけですか （　　）kcal／日 2. ない	kcal	kcal	kcal
8	健康食品を利用していますか	1. はい（　　）　2. いいえ			

日頃の生活習慣についてお聞かせください。当てはまる番号に○を、（　）に数字あるいは文字を記入してください。

			開始時	3ヶ月後	6ヶ月後
9	食塩（塩分）摂取を控えるようにしていますか	1. はい →それはどのようなことですか （　　） 2. いいえ	具体的に	具体的に	具体的に
10	食生活について、何か改善してみようと思いますか	1. 関心はない 2. 興味はあるが難しい 3. 今すぐにでも実行したい 4. 改善を実行して6か月未満である 5. 改善を実行して6か月以上である			

裏面へお進みください

			開始時	3ヶ月後	6ヶ月後
11	お酒を飲みますか	1. 飲まない（飲めない）　2. 禁酒した(*) 3. 月1～3日　4. 週1～2日　5. 週3～4日 6. 週5～6日　7. 毎日 ＊過去に月1回以上習慣的に飲酒していたが、最近1年以上飲酒していない場合 →「3」～「7」と答えた方は、質問10にお進み下さい			
12	※問9で「3」～「7」と答えた方のみ、ご回答下さい。 飲酒日の1日あたりの飲酒量はどの程度ですか 清酒「1合」（180ml）の目安： ビール中瓶1本（500ml） 焼酎35度（80ml） ウイスキーダブル1杯（60ml） ワイン2杯（240ml）	1. 1合未満　2. 1～2合未満 3. 2～3合未満　4. 3合以上			
13	たばこを吸いますか	1. 以前より吸わない　2. 禁煙した　3. 吸う →「3」と答えた方は1日の喫煙本数と喫煙年数をお答え下さい （　　）本／日×（　　）年	本 年	本 年	本 年
14	運動に取り組んでいますか	1. 関心はない 2. 運動しなくてはいけないと思うが、実行できない 3. 今すぐにでも実行したい 4. 定期的な運動をして6か月未満である 5. 定期的な運動をして6か月以上である			
15	外出（仕事・買物等）の頻度はどれくらいですか	1. ほとんどない　2. 週に2～3回 3. 週に4～5回　4. ほぼ毎日			
16	1日の歩数を把握していますか	1. 知らない　2. 時々確認する 3. ほぼ毎日確認している →「3」と答えた方は1日平均歩数をお答え下さい （　　）歩／日	歩／日	歩／日	歩／日
17	体重測定を定期的にしていますか	1. 測定しない　2. 時々　3. ほぼ毎日			
18	血圧を定期的に測定していますか	1. 測定しない　2. 時々　3. ほぼ毎日			
19	生活改善満足度 ※目標に対する評価を、自分なりの気持ちで記入	1. 0%　2. 25%　3. 50%　4. 75%　5. 80%以上			

後期高齢者用追加問診：高齢者のフレイルのスクリーニング

			開始時	3ヶ月後	6ヶ月後
1	この半年間で体重の変化はありますか	1. 増えた　2. 減った　3. 変わらない			
2	自分は活力が満ちあふれていると感じますか	1. はい　2. いいえ			
3	軽い運動・体操あるいは定期的な運動をしていますか	1. はい　2. いいえ			
4	握力の低下を感じますか （男性：26kg未満、女性：17kg未満に該当しますか）	1. はい　2. いいえ			
5	横断歩道を青で渡りきれますか	1. はい　2. いいえ			

ご協力ありがとうございました

（様式4）

健康企画課長	健康企画係

平成　　年　　月　　日

事業完了届

福岡県後期高齢者医療広域連合
広域連合長　　様

○○市町村長

下記の業務について、完了しましたので報告します。

記

1．業務名　　平成２９年度　糖尿病性腎症重症化予防事業業務委託

2．事業完了日　　平成　　年　　月　　日

3．実施人数

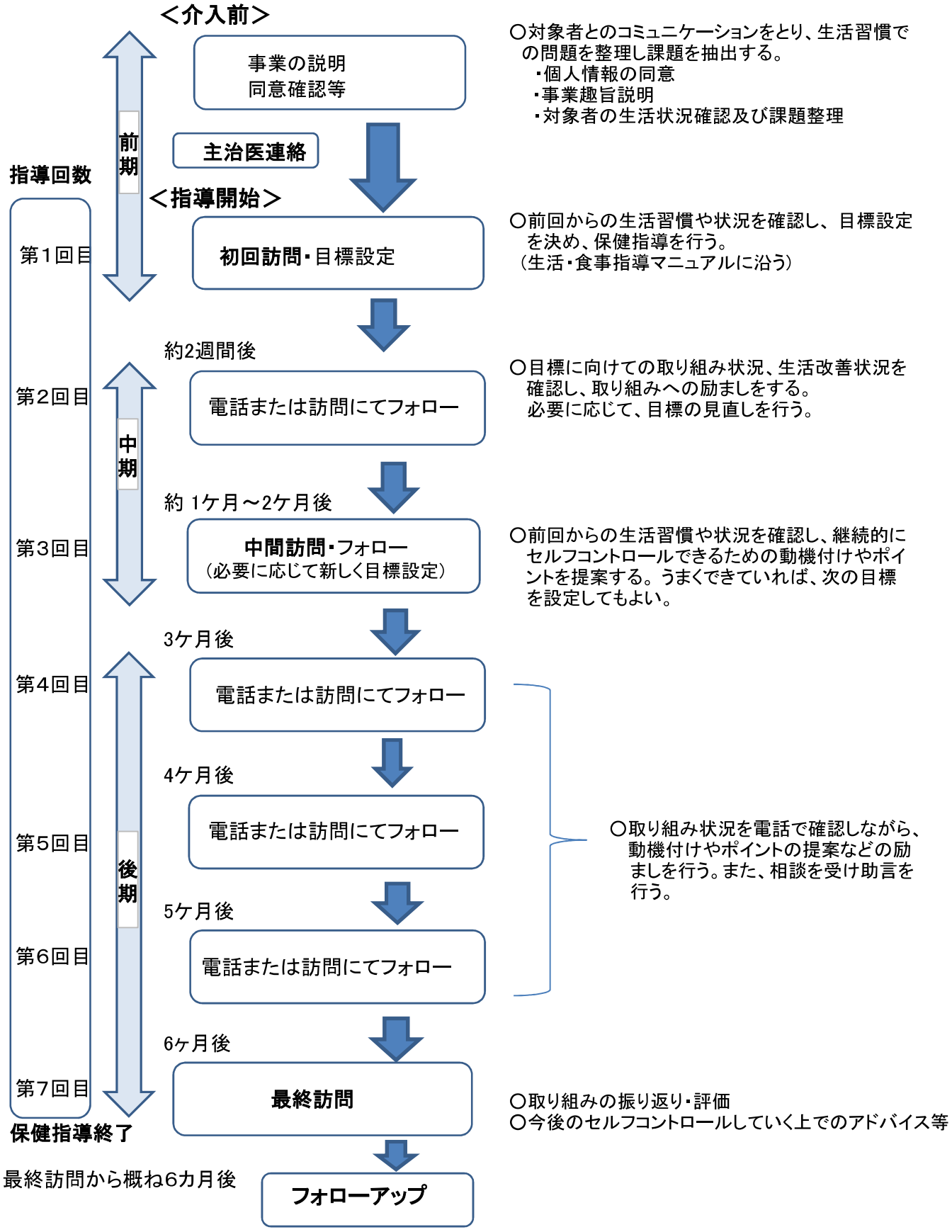
業務実施の形態	実施人数
保健指導	人
フォローアップ	人

4．事業実施状況内訳　　別添「指導計画及び評価票【様式３】」のとおり

5．その他の資料

糖尿病性腎症重症化予防事業生活・食事指導プログラム

福岡県後期高齢者医療広域連合



※保健指導実施期間（6ヶ月）の間、状況に応じて保健指導の報告を行うなど主治医への情報提供に努め、主治医と連携を充分にとりながら実施する。

別添２

後期高齢者生活・食事指導の注意事項

福岡県後期高齢者医療広域連合

１．高齢者の糖尿病の特徴

１）糖尿病の罹病期間（糖尿病になって何年たったか）や、それまでの治療、生活様式などによる、病状・体力の個人差が大きい。
２）膵臓からのインスリンの分泌と、末梢組織での効き方（インスリン感受性）の両方が加齢と共に低下し、血糖値が高くなる。
３）網膜症や腎症、神経障害などの糖尿病性の合併症の頻度が高くなる。また加齢とともに動脈硬化や認知症、がんなどにもなりやすく、多剤の人が増える。
４）腎臓の動きが低下し、尿酸が血糖値の割に少なくなる。また、薬剤が体内に蓄積しやすくなる。
５）体力・筋力が低下して、運動療法に加減が必要になりやすい。また、転倒や骨折の危険が増える。
６）低血糖が起こりやすく、かつ低血糖の特徴的な症状が現れにくくなるために、対処が遅くれがち。
７）認知機能の低下が起こりやすく、糖尿病の治療に支障が出てくる人が多くなる。
８）自覚症状を「年のせい」にして見過ごしたり、あきらめたり、家族へ遠慮したりと、治療への意欲が低いことがある。
９）それまでの生活習慣を、なかなか変えられない。

２．保健指導の実施について

対象者自身のセルフ行動が重要であるが、望まれる知識・改善行動は多岐にわたり、複雑・難解である。特に、高齢者においては、長年積み重ねてきた生活スタイルがあり、行動変容させるのはかなり難しい状況である。

保健指導に介入するプロセスは、信頼関係を築き、対象者自身を理解し、下記のような点に注意しながら「できそうなこと」を一緒に探し支援する姿勢が必要である。

１）行動変容を促すコミュニケーションを図る。
２）対象者を長年生きてこられた生活者として理解・尊重して接する。
３）改善できそうなことを一緒に探し、実行しやすい条件を整える。
４）セルフ行動を自ら起こせるような、やる気を引き出せるような関わりを心がける。

別添２

３．実際の保健指導について

糖尿病性腎症重症化予防事業プログラムの流れに沿い、「慢性腎臓病生活・食事指導マニュアル」を基本に指導を行う。（市町村で独自のプログラムマニュアルを作成している場合は、計画に示しそれに沿った指導を行ってもかまわない。）

なお、対象者が７５歳以上の高齢者であるため、特に、注意すべきことについて示した下記項目についても注意したうえで保健指導を実施すること。

１）食事指導について

・嗜好や食習慣をなかなか変えることができない。
・調理をする立場にいないため、思うような食事療法ができない。
・食品交換表が使いこなせない。
・残すのがもったいないと、つい食べ過ぎる
・逆に、食欲がない、歯がない、義歯があわない、むせるなどのために少量しか食べれず、カロリー不足や栄養が偏りがちになる。
・デイサービス利用など外で食事をする機会や間食をする機会が多くなりがち。

２）運動指導について

・心肺の機能や膝関節などに何らかの問題を抱えている人が少なくない。
・胸の圧迫感や動機がしたり、足腰が痛む時は、運動を中断し、主治医に連絡する。
・競争になる運動は避ける。
・何かあった時、人に声をかけられる場所で運動する。
・運動時には、ウォーミングアップ(準備運動)、クールダウン.(整理運動)も忘れずに。

３）薬物療法について

・薬の排泄が遅れがちになる。低血糖を起こしやすい。
・糖尿病の薬の作用にいろいろな影響を与える可能性のある、ほかの薬をたくさん飲むことが多い。
・服薬の管理ができていない場合がある。

４）その他

・風邪や下痢、怪我、脱水などの体調を崩すことになりやすい。特に脱水については、加齢とともに、体内の水分が少なくなることに加え、のどの渇き・体温や気温の上昇も感じにくくなる。
・未治療者や治療中断者は、受診勧奨を優先し、治療開始と同時に保健指導を開始する。

参照：糖尿病患者さんと医療スタッフのための情報サイト「糖尿病ネットワーク」より