

糖尿病性腎症重症化予防の 取り組みについて

1. 町のこれまでの取り組み
CKD対策を始めた経緯とその結果
2. 医療連携
3. 今後の取り組み





氷川町の基本情報 (H29年度)

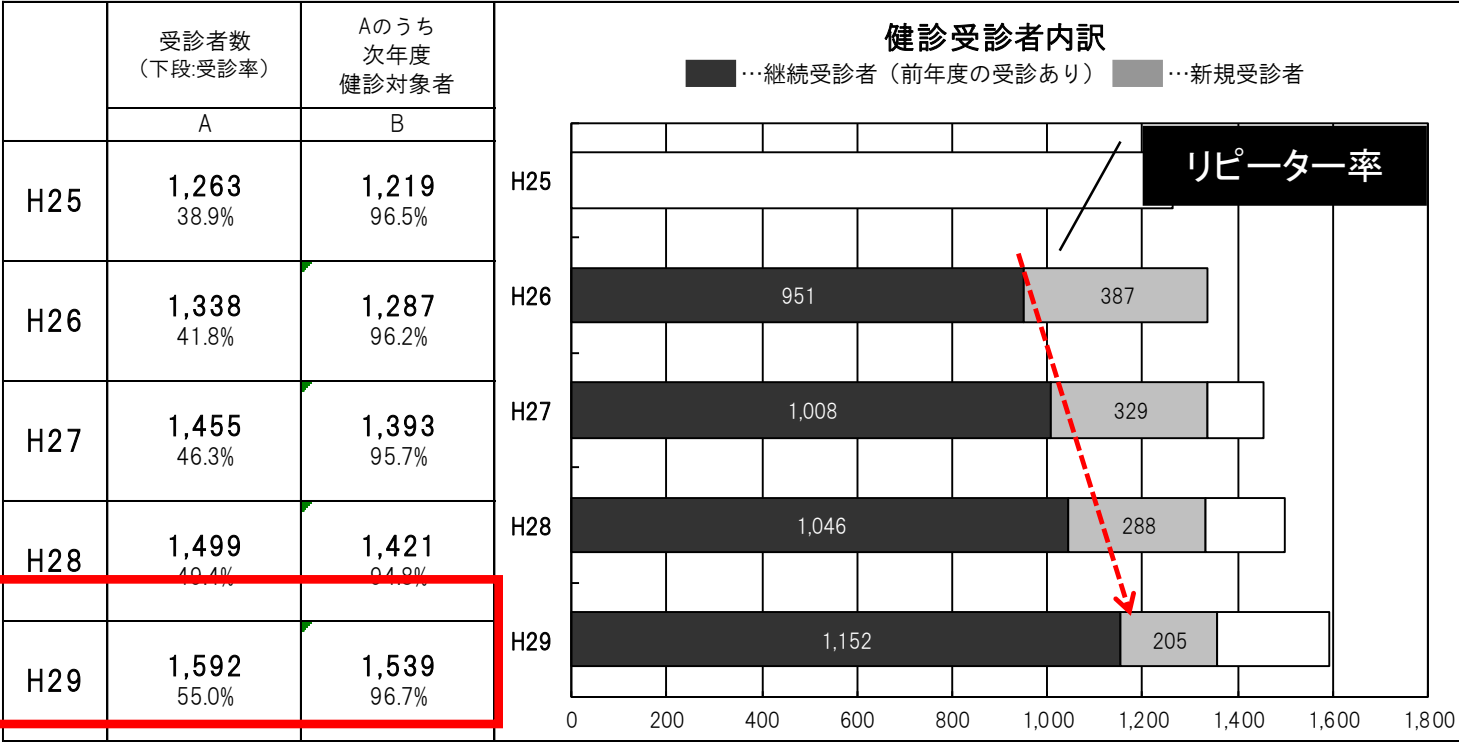


特産品はイチゴ、梨

- 高齢化率 36.4%
 - 人口 12,031人
 - 特定健診受診率 55.0%（県内14位／45市町村）
 - 特定保健指導率 100%
- （特定健診受診率・特定保健指導率についてはH29年度法定報告値を参考）
- 町内医療機関数：診療所8か所、病院1か所



氷川町の受診率の推移



新規受診者	40歳 受診者	不定期受診者	74歳受診者 (次年度対象外)
C	C'	D	E
--	--	--	44 3.5%
387 28.9%	21 5.4%	--	51 3.8%
329 22.6%	20 6.1%	118 8.1%	62 4.3%
288 19.2%	16 5.6%	165 11.0%	78 5.2%
205 12.9%	11 5.4%	235 14.8%	53 3.3%

不定期受診: 前年度には受診していないが過去に受診したことがある人



40代・50代の受診率向上が課題
(特に男性)

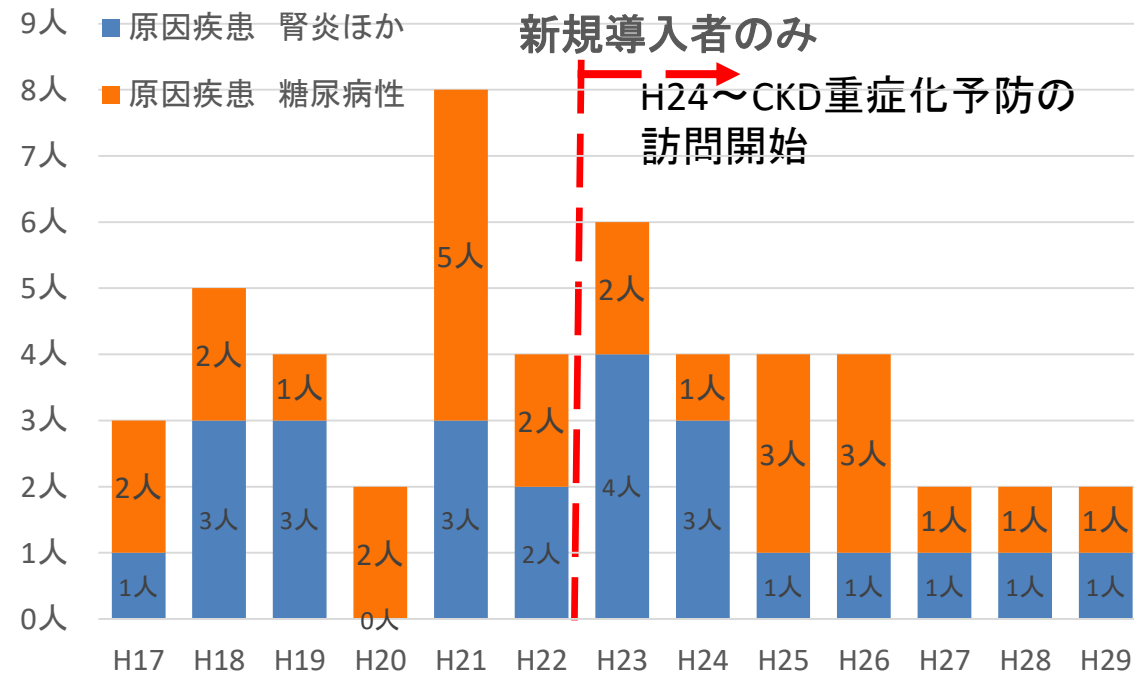
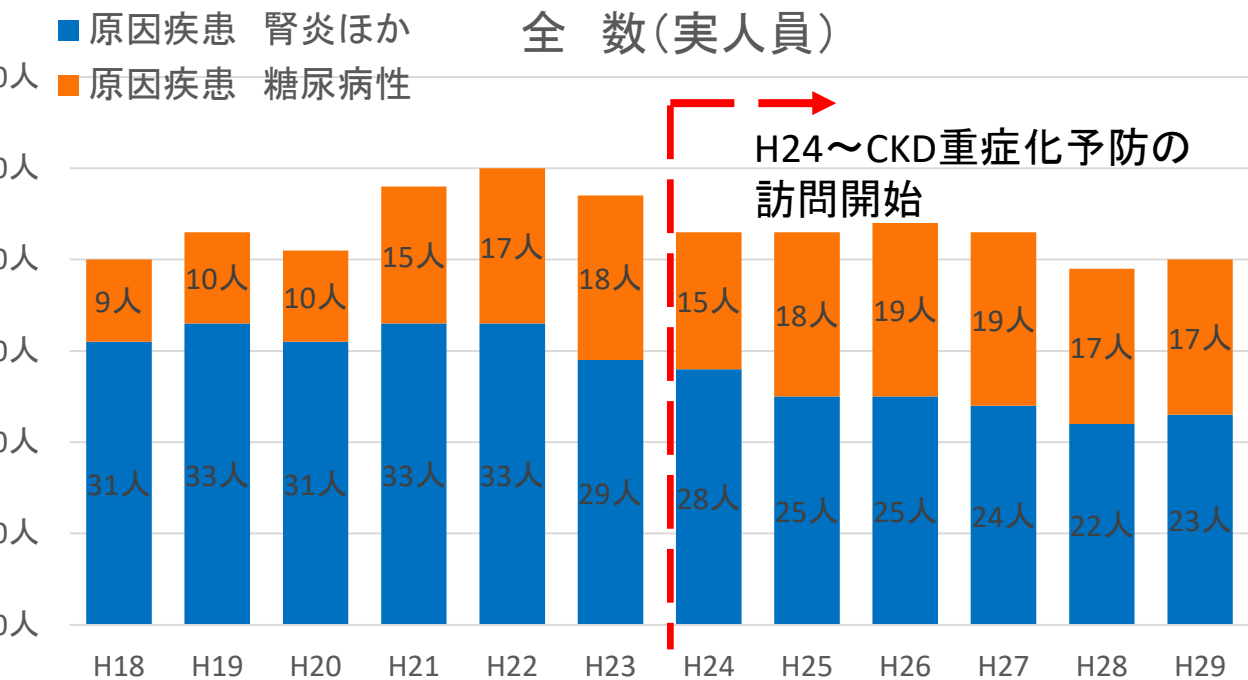
保健指導支援ツール(評価ツール) 参考
H25-H29法定報告値の特定健診データを活用

伸び率をみる

	総 数						
	H25			H29			伸び率
	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	
総数	3,234	1,263	39.1%	2,945	1,515	51.4%	12.4%
40代	423	175	41.4%	386	165	42.7%	1.4%
50代	702	281	40.0%	534	232	43.4%	3.4%
60代	1,454	575	39.5%	1,342	732	54.5%	15.0%
70代	655	232	35.4%	683	386	56.5%	21.1%
再)40～64歳	1,811	740	40.9%	1,409	633	44.9%	4.1%
再)65～74歳	1,423	523	36.8%	1,536	882	57.4%	20.7%

人工透析者の増加に危機感を感じた平成23年

- H20からH23年までは透析率と総医療費に占める透析費用が増加してきた
- H24からCKD重症化予防対策（訪問）を開始



氷川町更生医療対象者名簿を参考

透析率（県内の状況）75歳未満と診療費割合の推移

	H20	H21	H22	H23	H23市町村平均
透析率※	0.22%	0.21%	0.24%	0.33%	0.39%
診療費総額に占める透析患者診療費割合	6.55%	6.35%	6.65%	8.05%	8.05%
県内順位	24位	29位	33位	16位	

CKD重症化予防の訪問指導取り組みの結果は？

人工透析者の有病状況

糖尿病性腎症
の抑制が今後
の課題

厚労省様式 様式3-7			中長期的な目標						短期的な目標					
			人工透析											
					脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	4,883	18	0.37%	5	27.8%	8	44.4%	15	83.3%	6	33.3%	5	27.8%
	64歳以下	3,482	10	0.29%	3	30.0%	5	50.0%	9	90.0%	5	50.0%	4	40.0%
	65歳以上	1,401	8	0.57%	2	25.0%	3	37.5%	6	75.0%	1	12.5%	1	12.5%
H29	全体	4,413	16	0.36%	2	12.5%	8	50.0%	12	75.0%	9	56.3%	5	31.3%
	64歳以下	2,815	6	0.21%	0	0.0%	2	33.3%	4	66.7%	4	66.7%	1	16.7%
	65歳以上	1,598	10	0.63%	2	20.0%	6	60.0%	8	80.0%	5	50.0%	4	40.0%

KDB帳票 厚労省様式3-7 人工透析のレセプト分析 参考

人工透析状況

5月診療分	H24	H25	H26	H27	H28	H29
実人数	16	18	18	18	18	16
件数	216	220	254	241	226	189
費用額	9156万円	1億734万円	1億2518万円	1億2292万円	9747万円	8758万円

KDBシステム 厚生労働省様式2-2参考

健診内容と指導体制の経過

CKD重症化予防のための個別訪問開始

糖尿病性腎症重症化予防プログラム

	H20～	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30
特定健診項目の独自追加	・HbA1c ・クレアチニン・尿潜血・尿酸 ※健診会場にて採尿(随時尿で尿検査)～H26まで					※早朝尿で尿検査H27～			
			・眼底検(全員実施)H24～					・H27心電図検査全員実施 ・H26のみ検査会場で140/90mmHg以上を対象	
二次検査		75g糖負荷検査の導入(年間20名まで予算化) ※町内の3医療機関に検査委託						八代郡医師会の 11医療機関へ検査委託	
			尿中タンパク・クレアチニン比の導入 ・保健指導従事者の力量形成・課題の共有化と情勢の理解のため、国保連合会研修会は係全員で参加					尿中アルブミン尿検査の実施 (HbA1c6.5%以上対象)	
保健指導に関わる体制		10月～ 管理栄養士1名(臨時)常勤	・国保部門に保健事業担当(事務補助)が1名追加				・管理栄養士2名追加(臨採)常勤		・管理栄養士1名を正職員で採用 +臨採1名
					・保健師1名追加採用	・保健師1名追加採用	・地区担当制の開始		

5

二次検査の実施

- 7.5グラム糖負荷検査

- ＜対象＞ HbA1c 5.5%～6.4%の特定保健指導者や糖尿病未治療者に実施

- ・血管状態の理解、高血糖になる原因を対象者自身が考える
 - ・糖負荷検査後の結果説明と保健指導の実施（食事・運動）

- 尿たんぱく・クレアチニン比

- ＜対象＞ 尿検査（定性）でタンパク（±）を対象に実施

- 尿中アルブミン検査の実施

- ＜対象＞ HbA1c 6.5%以上の未治療者

H27～住民健診受診者と個別医療機関での特定健診受診者に検査

- ・ほかの検査結果項目と合わせて、腎機能ステージと虚血性心疾患・慢性腎不全の危険度の理解
- ・慢性腎不全重症化予防のための食事・運動などの生活習慣の改善
- ・メタボの改善

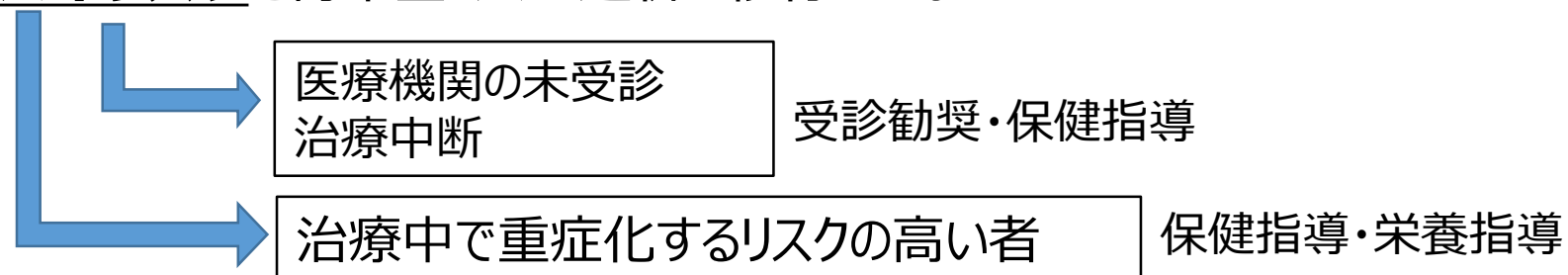
糖尿病性腎症重症化予防プログラムと保険者努力支援

保険者努力支援制度（850点）H30評価指標

共通 ③	重症化予防の取り組み	100
	・対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携	(50)
	・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携	
	・専門職の取り組み、事業評価	
	・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者に面談	(25)
	・保健指導、実施前後の検査結果確認、評価	(25)

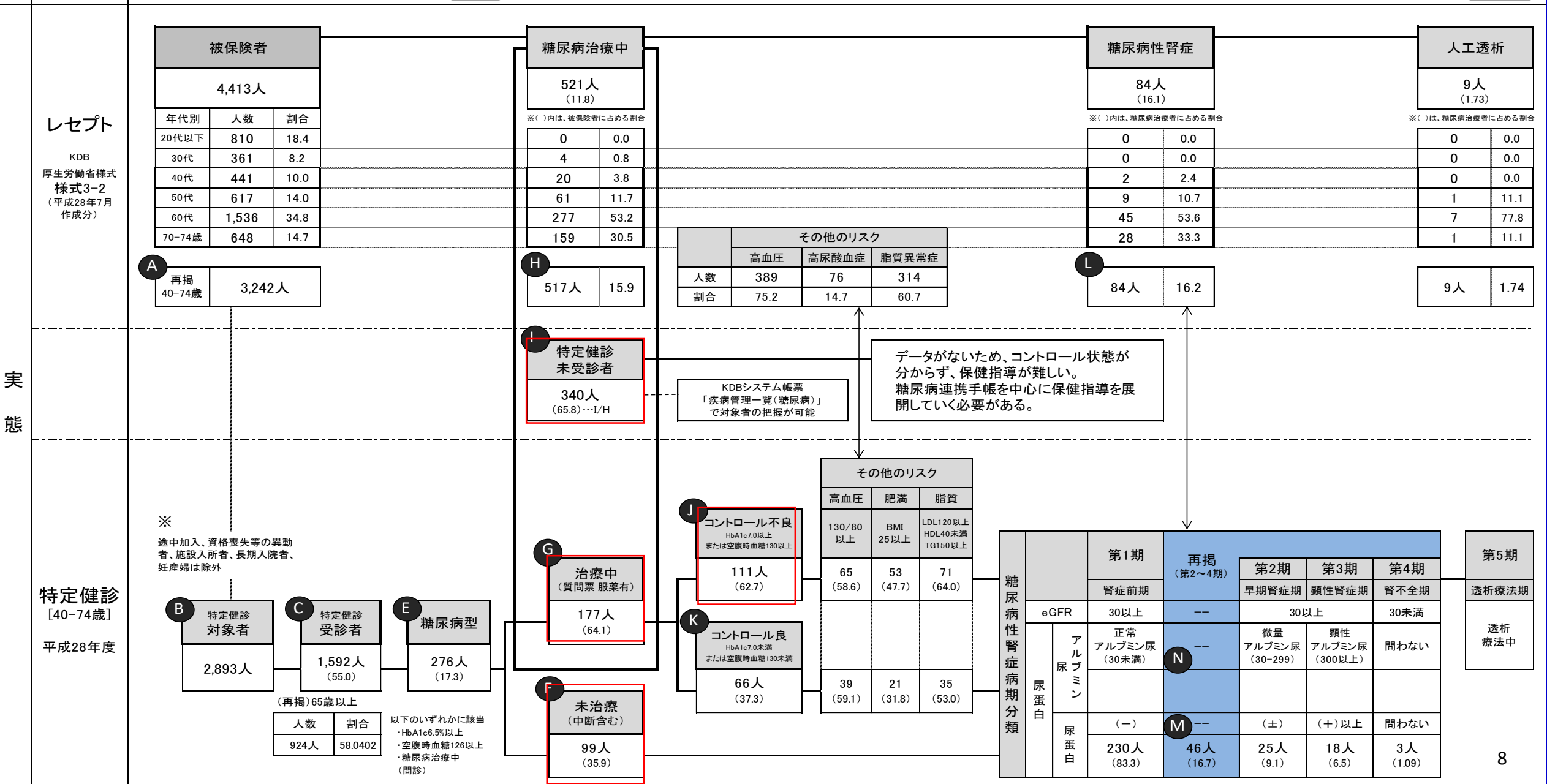
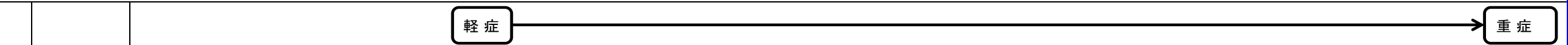
糖尿病性腎症重症化予防プログラム H28～

目 的：糖尿病の重症化する**ハイリスク**を腎不全・人工透析に移行させない



※HbA1c9%前後より7%前後に血糖コントロールしたほうが腎症発症・進展を優位に抑制させることが証明されている
（糖尿病診療ガイドライン2016より）

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



糖尿病性腎症重症化予防における対象者の整理と目標設定

①重症化予防対象者の掘り起こし

- 健診受診なし・治療中の疾患なし
- 糖尿病治療中の健診未受診

健康実態が
わからない状況

②治療中で重症化するリスクの高いHbA1c7.0%以上の の血糖値改善



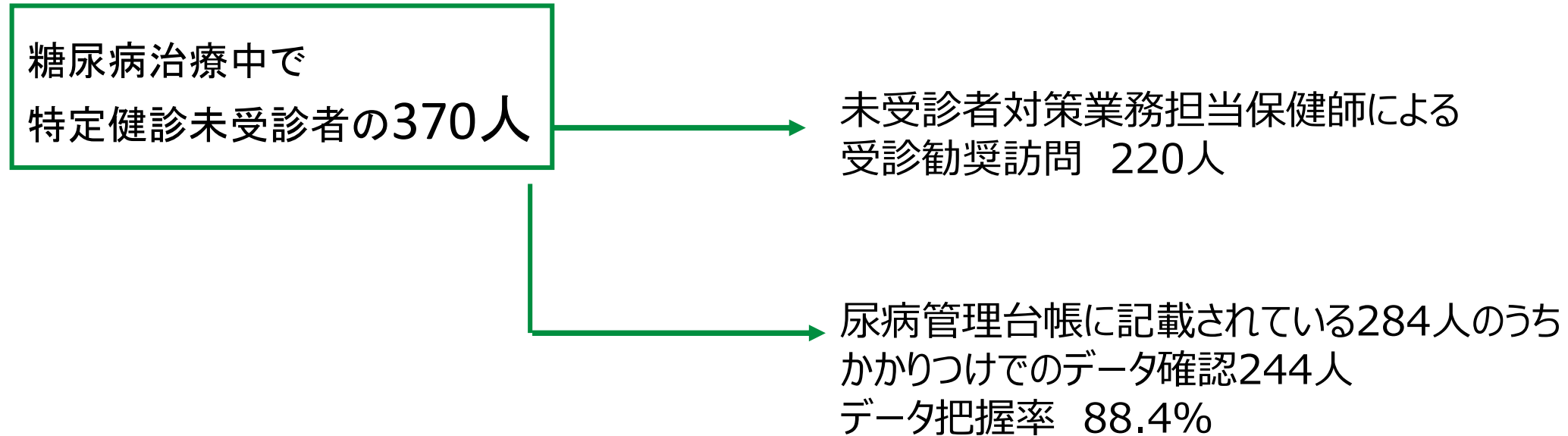
糖尿病性腎症重症化予防対策で目指すもの

目 標

- ①新規人工透析者の減少
(毎年2人までに抑える)
- ②糖尿病未治療者を100%治療につなげる
- ③経年でのHbA1c改善率40%以上

糖尿病性腎症重症化予防の対象者 ①

1. 治療中で健診未受診者への訪問（検査データ・治療状況の把握）



糖尿病管理台帳 対象抽出基準 過去の健診結果で1度でもHbA1c6.6以上に該当した者

記号	番号	氏名	性別	H29年度 末年齢	追加 年度	診療開始日 合併症の有無		項目		H25	H26	H27	H28	H29	転出・ 死亡等	行政区
氷川			男	63	H28	糖尿病		糖	服薬				○	○		
						高血圧			HbA1c				6.8	7.8		
						虚血性心疾患		糖 以外	体重							
						脳血管疾患			BMI				21.2	22.7		
						糖尿病性腎症			血圧				110/60	120/88		
								CKD	GFR					69.7		
									尿蛋白				—	—		
氷川			男	69	H28	糖尿病		糖	服薬				○	○		
						高血圧			HbA1c				9	8.6		
						虚血性心疾患		糖 以外	体重							
						脳血管疾患			BMI				20	19.7		
						糖尿病性腎症			血圧				127/66	162/91		
								CKD	GFR				74.8	76.6		
									尿蛋白				+	+++		
氷川			男	46	H28	糖尿病		糖	服薬					○		
						高血圧			HbA1c				12.7	6.7		
						虚血性心疾患		糖 以外	体重							
						脳血管疾患			BMI				27.3	29.9		
						糖尿病性腎症			血圧				138/103	120/80		
								CKD	GFR				97.6	83.7		
									尿蛋白				++	+		
氷川			男	61	H25	糖尿病		糖	服薬							
						高血圧			HbA1c	6.9			7.2	7.5		
						虚血性心疾患		糖 以外	体重							
						脳血管疾患			BMI	26.8			25.6	26.5		
						糖尿病性腎症			血圧	133/87			149/92	151/84		
								CKD	GFR	89.8			73.5	80.5		
									尿蛋白	—			—	—		

糖尿病管理台帳

【対象者抽出基準】

過去5年間の健診結果で、一度でもHbA1c6.5以上に該当した者

※糖尿病服薬は問診結果による

※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す

※追加年度別に年度末年齢が若い順に並び替え

H29.11.8作成

(HbA1c6.5以上)

個人番号	記号	番号	氏名	性別	H29年度 末年齢	追加 年度	診療開始日 合併症の有無	項目	H25	H26	H27	H28	H29	転出・ 死亡等	行政区	生年月日	電話番号	初回	2回目	3回目	4回目	5回目
	米川			男	56	H25	糖尿病 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病性腎症	糖 服薬 HbA1c	6.5		6.6	7.1	7.4	内服				7/1 TEL 3<37771-7 DMに1711は 371内服(12<12)	11/10 TEL 3<37771-7			
	米川			男	63	H25	糖尿病 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病性腎症	糖 服薬 HbA1c	9.1			10.3						11/21 訪問 1回分報告から 27.2L(29%) HbA1c 9.0% 合				
	米川			女	67	H25	糖尿病 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病性腎症	糖 服薬 HbA1c	7	7.5	7.5	7.5	7.5	8.7.7.9				H29.9 健診結果から 本不在 中村	H29.8 中村			
	米川			女	69	H25	糖尿病 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病性腎症	糖 服薬 HbA1c	6.7			6.8						11/7 訪問 12月20日(10%) 予定				
	米川			男	69	H25	糖尿病 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病性腎症	糖 服薬 HbA1c	6.9	7.4	7.2	8.4	7.1					7/10 中村訪問 Pルビニ尿	7/27 中村 Pルビニ結果	DM性 帳④		
	米川			男	70	H25	糖尿病 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病性腎症	糖 服薬 HbA1c	7.3	8	7.7	8						11/15 松橋 崎 受診 予定				
	米川			男	70	H25	糖尿病 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病性腎症	糖 服薬 HbA1c	7.3				7.1					7/11 中村訪問 Pルビニ尿 3	TEL 37771-7			
	米川			男	71	H25	糖尿病 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病性腎症	糖 服薬 HbA1c	8.3	7.8												
	米川			女	73	H25	糖尿病 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病性腎症	糖 服薬 HbA1c	7	6.5	7		7.8					7/20 内山 服薬 確認	8/1 UO市 医務 通達 中			

糖尿病性腎症重症化予防の対象者



2. 糖尿病未治療者・治療中断者への訪問（指導）

【対 象】※高血圧・脂質異常・糖尿病など治療中者含む

- 当該年度の特定健診でHbA1c 6.5%上
- 過去の健診受診歴で1度でもHbA1c6.5%以上

1) 受診勧奨訪問

- ①生活の聞き取り（仕事内容・生活リズム・食事・睡眠）
- ②家族歴・既往歴・出生体重などの確認
- ③治療の必要性（糖毒性の説明）

2) 受診に繋がったら治療中断にならないよう支援継続

- ①治療状況の確認、処方されるお薬の作用・意味を説明
- ②生活習慣の改善（食の課題など一緒に考える）

※ C K Dと糖尿病については、かかりつけの医師などにより栄養指示書・連携手帳などを活用し
その指示を活用

～未治療者・治療中断者への指導継続を徹底するために～

F

- ①糖尿病管理台帳を作成
(過去5年間のうち特定健診受診しHbA1c6.5%以上の者)
- ②個別のI表を作成し地区担当ごとにファイル管理
- ③個別ケースによっては、医療機関へ出向き主治医へ相談
(H29年度は10件ケース以上相談)

Aさんの中断の理由は
空腹時血糖での受診が
毎回は難しいとのこと
ですが…

60代男性で遺伝歴もありHbA1c7.0%
を超えているケースです
治療につなげたいのですが受診される
際に先生にお尋ねしたいことがあり
相談に伺ってもいいですか？

インスリン分泌の検査(Cペプチド
検査など)には唯一興味を示された
のですが、仕事場から近いというこ
ともあり●●先生のところを希望さ
れていて可能でしょうか？」

どうぞ。診察終
わる5時か12
時前後ならば。

その患者のカル
テを準備してお
きます

糖尿病未治療者・治療中断者への訪問（指導）の評価 F

評価の視点：医療機関への受療率

H29年からの未治療者はどうなったか？

H29年度特定健診受診 1,592人

F: 未治療者(中断含む) H29年度健診受診時	HbA1c6.5%以上の糖尿病未治療		
	89人	HbA1c7.0%以上	
		28人	HbA1c8.0%以上
			3人

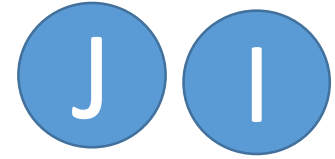
89人中66人が治療開始された
(介入後の医療機関受療率 **74%**)

HbA1c6.5%以上の糖尿病未治療		
H30年10月時点		
23人	HbA1c7.0%以上	
	2人	HbA1c8.0%以上
		1人

どのような状況を「治療」とみなすのか？
HbA1c6.5%～7%までの未治療の中には、HbA1cだけ検査してあるが服薬がない方もいる。
治療のとらえ方は糖尿病対策推進会議での助言を参考にする

熊本県糖尿病対策推進会議での助言
(H30年10月23日開催)より
「レセプトで確認できる部分で必要な検査や服薬が確認できればいい」「受診や治療(投薬を含む)を確認する方法があればよい。糖尿病の診断がついており実際に病院へ通院中であれば治療開始と思う」

3. 治療中で重症化するリスクの高いHbA1c7.0%以上への訪問と医療連携



①治療中のHbA1c7.0%以上者の訪問

【対 象】

HbA1c6.5%以上を基本に糖尿病治療中のH b A 1 C 7.0%以上（指導の優先）の者

【内 容】

- ①今の自分の値の位置・血管状態の理解
- ②合併症の危険性の理解と予防のための目標値の理解
- ③生活習慣の改善（食事・運動）

※ C K DやD Mについては、かかりつけの医師や専門医より情報提供書活用し栄養指示など得られた場合、その指示を活用

②個別のケース相談（医療機関訪問） 栄養指導内容などの相談

③糖尿病専門医や腎専門医と内科医9人（町内・近隣の市医療機関）との地域連携会議

【内 容】

毎年、年1回（2時間）開催

H 2 3～H 2 6：ガイドラインの学習や連携方法についての検討会
連携手帳の活用、専門医・内科医の役割と連携

H 2 7：栄養指示を活かした栄養指導の実際
～事例検討、食事療法の学習～

H 2 8：糖尿病連携手帳を具体的にどう活用していくか？

糖尿病連携手帳

公報社出版

日本糖尿病協会 編

身長・体重・飲酒・喫煙状況、過去最大体重・家族の病歴について聞き取り記載して渡す

指示エネルギー、炭水化物、食塩相当量など基礎代謝基準値と本人の活動量（生活状況強度）で管理栄養士が計算、患者さんから主治医に確認していただく

療養指導の記録

指導日
指導者

●今日の指導のポイント

●次回までの目標

指導日
指導者

●今日の指導のポイント

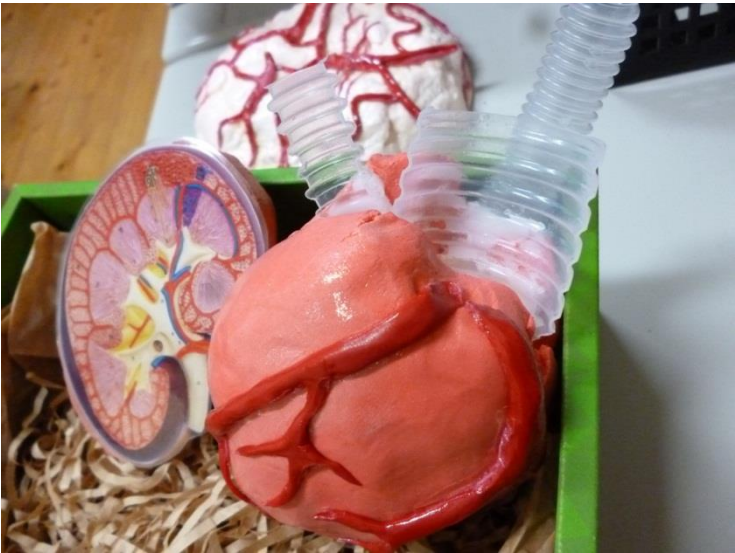
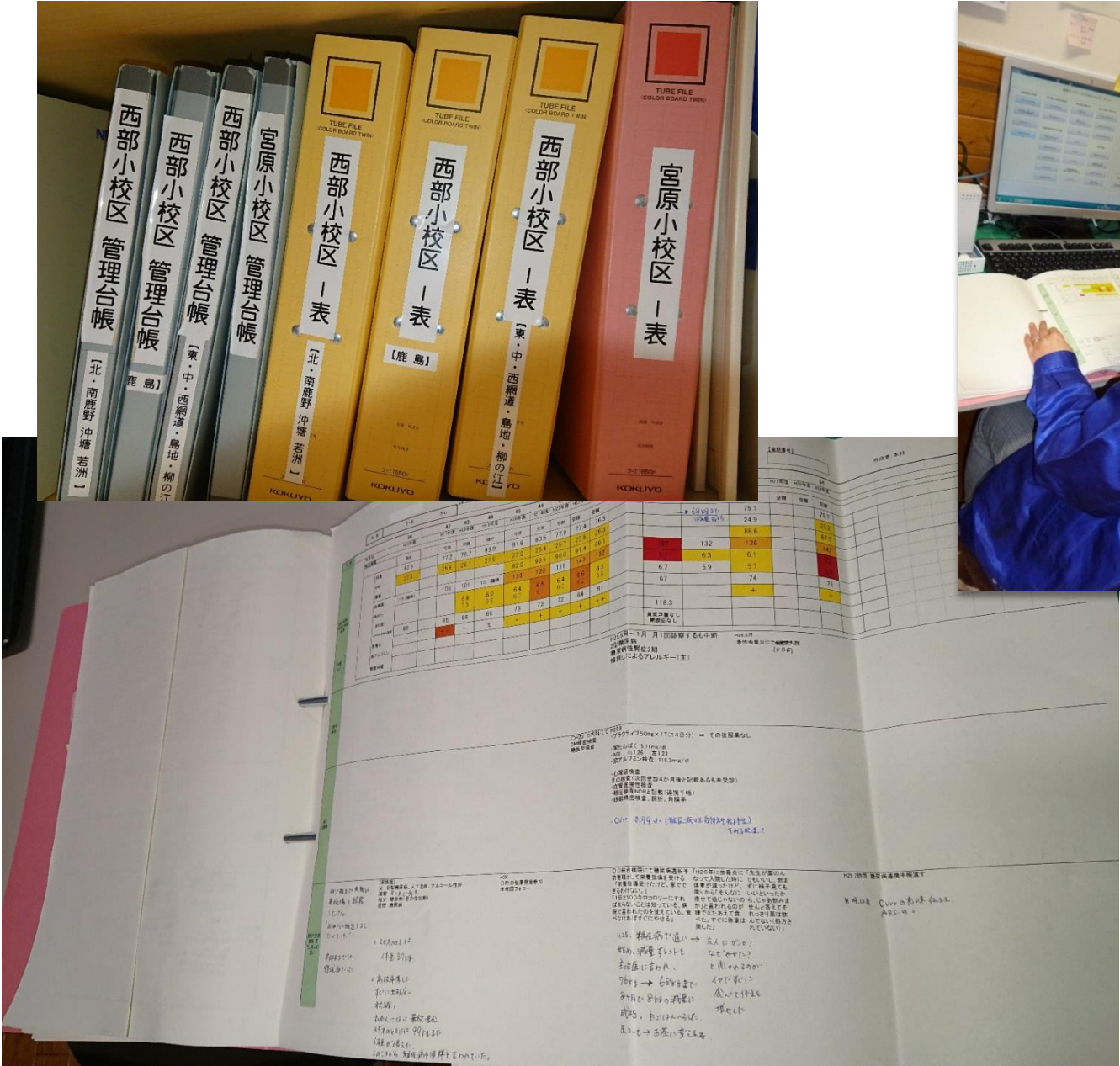
●次回までの目標

指導日
指導者

●今日の指導のポイント

●次回までの目標

糖尿病管理台帳とI表は担当地区ごとにファイリング



イメージが伝わりやすい
保健指導を目指して

治療中で重症化するリスクの高い HbA1c7.0%以上の保健指導の評価



評価の視点①：継続受診者のHbA1c改善率

H28－H29の継続受診者 127人
●改善が44人(改善率 34.6%) ●悪化が20人(悪化率 15.7%)

H28年度		H29年度の結果をみる					
		継続受診者				未受診 (中断)	75歳 到達者
HbA1c6.5以上		6.4以下	6.5～6.9	7.0～7.9	8.0以上		
172人		24	40	45	18	45	15
11.7%		14.0%	23.3%	26.2%	10.5%	26.2%	8.7%
6.5～6.9	90	18	28	15	0	29	11
		20.0%	31.1%	16.7%	0.0%	32.2%	12.2%
7.0～7.9	48	4	8	22	5	9	4
		8.3%	16.7%	45.8%	10.4%	18.8%	8.3%
8.0以上	34	2	4	8	13	7	0
		5.9%	11.8%	23.5%	38.2%	20.6%	0.0%

H27－H28継続受診者118人のうち**改善者18人**

	改善	変化なし	0.1以上の		悪化	未受診
			改善	悪化		
合計	18 15.3%	41 34.7%	11 9.3%	24 20.3%	21 17.8%	38 32.2%
6.5～6.9	8 13.3%	22 36.7%	6 10.0%	11 18.3%	14 23.3%	16 26.7%
7.0～7.9	6 14.6%	12 29.3%	5 12.2%	7 17.1%	7 17.1%	16 39.0%
8.0以上	4 23.5%	7 41.2%	0 0.0%	6 35.3%		6 35.3%



H28－H29継続受診者127人のうち**改善者44人**

	改善	変化なし	0.1以上の		悪化	未受診
			改善	悪化		
合計	44 25.6%	63 36.6%	20 11.6%	35 20.3%	20 11.6%	45 26.2%
6.5～6.9	18 20.0%	28 31.1%	6 6.7%	16 17.8%	15 16.7%	29 32.2%
7.0～7.9	12 25.0%	22 45.8%	7 14.6%	14 29.2%	5 10.4%	9 18.8%
8.0以上	14 41.2%	13 38.2%	7 20.6%	5 14.7%		7 20.6%

治療中で重症化するリスクの高いHbA1c7.0%以上の訪問指導の評価



評価の視点②：CKDステージ分類、蛋白尿、eGFRの推移

(平成30年度第2回熊本県保健事業支援・評価委員会の助言を参考)

H28年度特定健診結果からみた
糖尿病性腎症病期人数(糖尿病治療中の145人)

糖尿病性腎症 病期分類	該当者数	%
第4期	2	1.4
第3期	6	4.1
第2期	9	6.2
第1期	128	88.3

糖尿病管理台帳をもとに糖尿病治療中
(HbA1c7.0%以上)へ年間を通し地区担
当がそれぞれ訪問を続けている。今後は
腎症病期を悪化させず、第1期の割合が
増えていくことを目指す。



H29年度特定健診結果からみた
糖尿病性腎症病期人数(糖尿病治療中の177人)

糖尿病性腎症 病期分類	該当者数	%
第4期	3	1.7
第3期	16	9.0
第2期	17	9.6
第1期	141	79.7

アルブミン尿区分				A1	A2	A3
尿アルブミン定量				正常 アルブミン尿	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
(尿蛋白/Cr比) (g/gCr)						(0.50以上)
		健診受診者のうち 糖尿病あり(※1)		尿蛋白定性検査		
				(－)	(±)	(＋)以上
		②	145	130	9	6
GFR 区分	未実施		5	5	0	0
	G1	≥90	14	14	0	0
	G2	60～89	95	85	7	3
	G3a	45～59	24	23	0	1
	G3b	30～44	5	1	2	2
	G4	15～29	1	1	0	0
	G5	>15	1	1	0	0
	透析療法中		—	第5期(透析療法期)		

結果の出る保健指導とは??
保健指導のスキルアップが必要
保健指導の学習の積み重ね

(個別訪問・保健指導を繰り返し住民から学ぶ)

※糖尿病治療中の判断について
問診結果より内服治療中と回答した者とする

参考:保健指導支援ツール(集計ツール)より

アルブミン尿区分			A1	A2	A3	
尿アルブミン定量			正常 アルブミン尿	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	
(尿蛋白/Cr比) (g/gCr)					(0.50以上)	
		健診受診者のうち 糖尿病あり(※1)	尿蛋白定性検査			
			(－)	(±)	(＋)以上	
		②	177	143	17	17
GFR 区分	未実施		3	1	1	1
	G1	≥90	27	22	2	3
	G2	60～89	110	95	10	5
	G3a	45～59	28	20	4	4
	G3b	30～44	6	3	0	3
	G4	15～29	2	2	0	0
	G5	>15	1	0	0	1
	透析療法中		--	第5期(透析療法期)		

1. CKD重症度分類別人数（2カ年の推移）

年度	健診受診者		尿蛋白/GFR 共に実施	ハイリスク群 (G1A1)	G1A2	G2A2	G3aA1	G3bA1	G4A1	G5A1	(参考) 65歳以上 割合
	人数	受診率		(G2A1)	G1A3	G2A3	G3aA2	G3bA2	G4A2	G5A2	
28年度	1,499	49.4	1,488	1,219	6	16	213	28	5	1	54.8
				81.9	0.4	1.1	14.3	1.9	0.34	0.07	
29年度	1,592	55.0	1,573	1,296	3	22	221	22	8	1	58.0
				82.4	0.2	1.4	14.0	1.4	0.51	0.06	

2. 前年度を起点に今年度の結果でどの層が改善・悪化しているかをみる

前年度受診者 (尿蛋白・GFR共に実施) 1,488 人				今年度の健診結果								
				ハイリスク群 (G1A1) (G2A1)	G1A2	G2A2	G3aA1	G3bA1	G4A1	G5A1	健診 未受診	75歳 到達者
					G1A3	G2A3	G3aA2	G3bA2	G4A2	G5A2		
							G3aA3	G3bA3	G4A3	G5A3		
				944				1	10	163	15	4
63.4				0.1	0.7	11.0	1.0	0.3	0.0	23.6	5.2	
GFR	正常 または 高値	ハイリスク群 (G1A1) (G2A1)	1,219	888	1	5	51	0	0	0	274	43
				72.8	0.1	0.4	4.2				22.5	15.7
		G1A2	6	4	0	1	0	0	0	0	1	0
				G1A3	66.7		16.7				16.7	
	G2A2	16	7	0	3	1	0	0	0	5	2	
			G2A3	43.8		18.8	6.3			31.3	40.0	
	軽度～ 中等度低下	213	G3aA1	45	0	1	105	9	0	0	53	19
			G3aA2	31.1		0.5	49.3	4.2		24.9	35.8	
			G3aA3									
	中等度～ 高度低下	28	G3bA1	0	0	0	6	6	1	0	15	13
			G3bA2									
			G3bA3			21.4	21.4	3.6		53.6	86.7	
	高度低下	5	G4A1	0	0	0	0	0	3	0	2	1
			G4A2									
			G4A3					60.0		40.0	50.0	
	末期腎不全	1	G5A1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
G5A2												
G5A3									100.0			

来年、ここが悪化しないようにしたい！

悪化:69人
改善:63人

参考:保健指導支援ツール(経年比較ツール)より

重症化予防～個別訪問（指導）と医療機関連携～ 随時、個別ケースに関する医師との相談10件

ケース	町の医療機関訪問内容	主治医の反応
①69歳男性	糖尿病治療中で高脂血症未治療、脂質の受診勧奨後の治療確認	治療開始・継続受診の報告いただいた
②61歳男性	糖尿病治療中の食事指導について 栄養支持(1800 K cal)内容の確認、直近の検査データの確認（2年前のデータのみ町は把握）	主治医がカルテを準備し直近のデータ見せてくださる。残薬があること、惣菜が多い習慣などを情報交換
③50代男性	両下肢の浮腫がある糖尿病未治療者の受診直前に面接での情報（遺伝歴・本人の自覚症状）伝える	「初診で家族歴や自覚症状を伝えてくれるのは助かる」
④69歳男性	糖尿病未治療者が受診後、糖尿病の診断の認識がなかったことに関する相談（血中Cペプチドの測定）	後日、Cペプチドの測定を診療上で実施頂いた
⑤69歳男性	糖尿病コントロール不良だが診察を受けずに薬だけ妻が取りに行く、服薬の自己調整あったため診察のおすすめし医師にも報告	なかなか検査勧めても受けてくれないと医師も悩んでいたが、その後診察受けた
⑥71歳男性	メタボから血管変化に影響がないか調べる検査として頸動脈エコーが診療上可能かの相談	後日、最新のエコー機器について電話で情報提供いただく
⑦64歳女性	個別受診か検査データ提供によるみなし受診かの相談	検査データ提供頂いた
⑧66歳男性	治療中断のケース相談受診勧奨の際、血糖値の検査条件（空腹か随時か）の確認など	中断後の初診は空腹時の採血がいいが、通院中はHbA1cでみるから随時でもいい
⑨70代女性	夫の介護中で本人糖尿病未治療であり、受診勧奨したケースの報告	ケースの夫の主治医であったため、付き添い時に診察
⑩70代女性	がんの治療中であり、ステロイドの服用が長いケースの治療コントロール目標値を尋ねる	がん患者が抗がん剤やステロイドなどどのくらい処方され治療しているかにもよる。また治療に伴うADLの低下にも左右されるが、うちの病院ではコントロール目標はわりとゆるませる（7.5%～8%目標） ²²

主治医の先生方に会ってみて気づいたこと

お忙しいのに相談に行って迷惑にならないかな？

- 「診察で定期的に検査しているから自分の患者は特定健診を受けなくてもいい」という先生が、何度か足を運ぶと、ケースの検査データの提供を本人に渡して下さるようになった
(看護婦長さんはじめスタッフの理解・協力をいただけたことが大きい)
- 町の健康実態を先生方へ提示してみると興味深く聞かれる
- 個別のケースの相談すると適切な指示を下さる
- 医療機関に出向いて相談したいと言って断られたことはない
- もっと糖尿病の実態のわかる資料を見たいと言って下さる先生もいる
- 相談内容によっては検査(クレアチニンやインスリンに関する検査)を診療上加えるよう配慮して下さった



特定健診受診者のうちHbA1c6.5%以上者割合の推移

年度	HbA1c 測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上														
					再) 7.0以上	再掲	再掲												
						未治療	治療												
H25	1,263	500 39.6%	519 41.1%	158 12.5%	86 6.8%	29 33.7%	57 66.3%												
					48 3.8%	7 14.6%	41 85.4%												
H26	1,338	476 35.6%	583 43.6%	189 14.1%	90 6.7%	44 48.9%	46 51.1%												
					40 3.0%	13 32.5%	27 67.5%												
H27	1,452	448 30.9%	624 43.0%	262 18.0%	118 8.1%	41 34.7%	77 65.3%												
					58 4.0%	17 29.3%	41 70.7%												
H28	1,466	327 22.3%	619 42.2%	348 23.7%	172 11.7%	70 40.7%	102 59.3%												
					82 5.6%	24 29.3%	58 70.7%												
H29	1,521	269 17.7%	631 41.5%	410 27.0%	211 13.9%	80 37.9%	131 62.1%												
					113 7.4%	28 24.8%	85 75.2%												

保健指導の介入率は上がっているのに、有所見割合が下がらないのはなぜか？
受診率が上がって新規受診だけの影響ではない・・・
悪化していた人の7割は不定期受診だったので経年でのフォロー徹底していく。

平成30年度に向けて今後の取り組み

事業	内容
健診未受診者対策	●糖尿病管理台帳を活用し、過去に高血糖者で当該年度健診未受診者へは状況把握と保健指導のため地区担当 ●医療機関への健診協力(検査結果データの提供協力も含む)の理解を求める ●年度初めと年度末の医療機関訪問(町の社会保障費・保険者努力支援制度など情勢について情報共有)
未治療者へのフォローの徹底	糖尿病管理台帳の作成により昨年の対象と今年度の対象の受診勧奨(切れ目のない経年にわたる継続フォローの構築)
糖尿病性腎症予防にむけた医療との連携 (糖尿病連携手帳の活用)	糖尿病性腎症重症化予防プログラムの流れをくんで未治療者の受診勧奨・治療中断防止、コントロール不良者の個別ケースを通して連携、栄養指導