

第150回 市町村職員を対象とするセミナー

**「岩手町における糖尿病性腎症重症化
予防事業の取組について」**

令和2年2月7日（金）岩手県 岩手町健康福祉課

【内容】

I 岩手町の概況

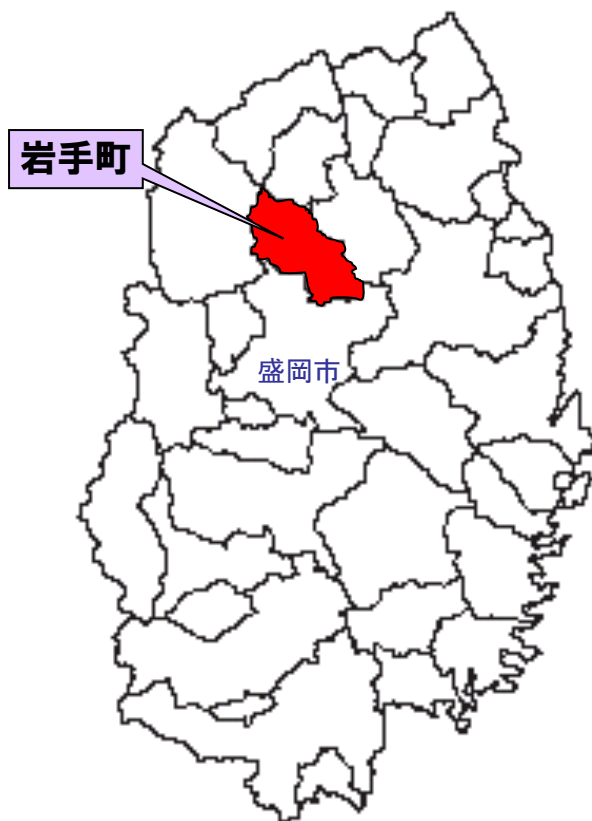
II 事業の概要

III 事業の実際

IV 効果と課題

I 岩手町の概況

R2. 1. 1 現在



人 口	13,137 人
高齢化率	38.7 %
世 帯 数	5,448世帯
医療機関	地域診療センター 1 内科・外科 開業医 9 内科3・眼科1・脳外科2 婦人科1・整形外科1 泌尿器科1 歯科医院 5
保健推進員 受け持ち世帯	124人 (一人当たり約43.9世帯)
基幹産業	農業(米・野菜・畜産)

岩	手	県
岩	手	郡
岩	手	町

県名、郡名、町名が同じ
日本で唯一、岩手町だけ



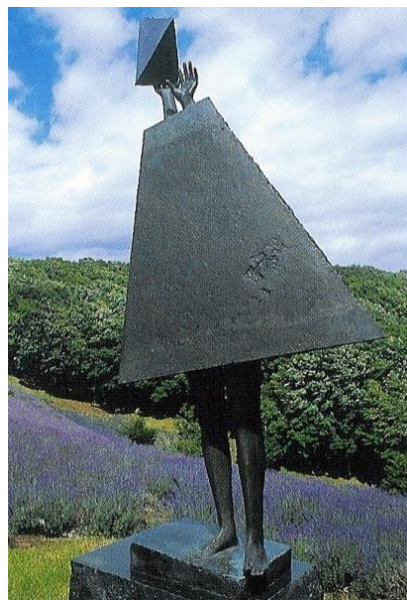
ホッケーのまち



北緯40度のまち



北上川の源泉

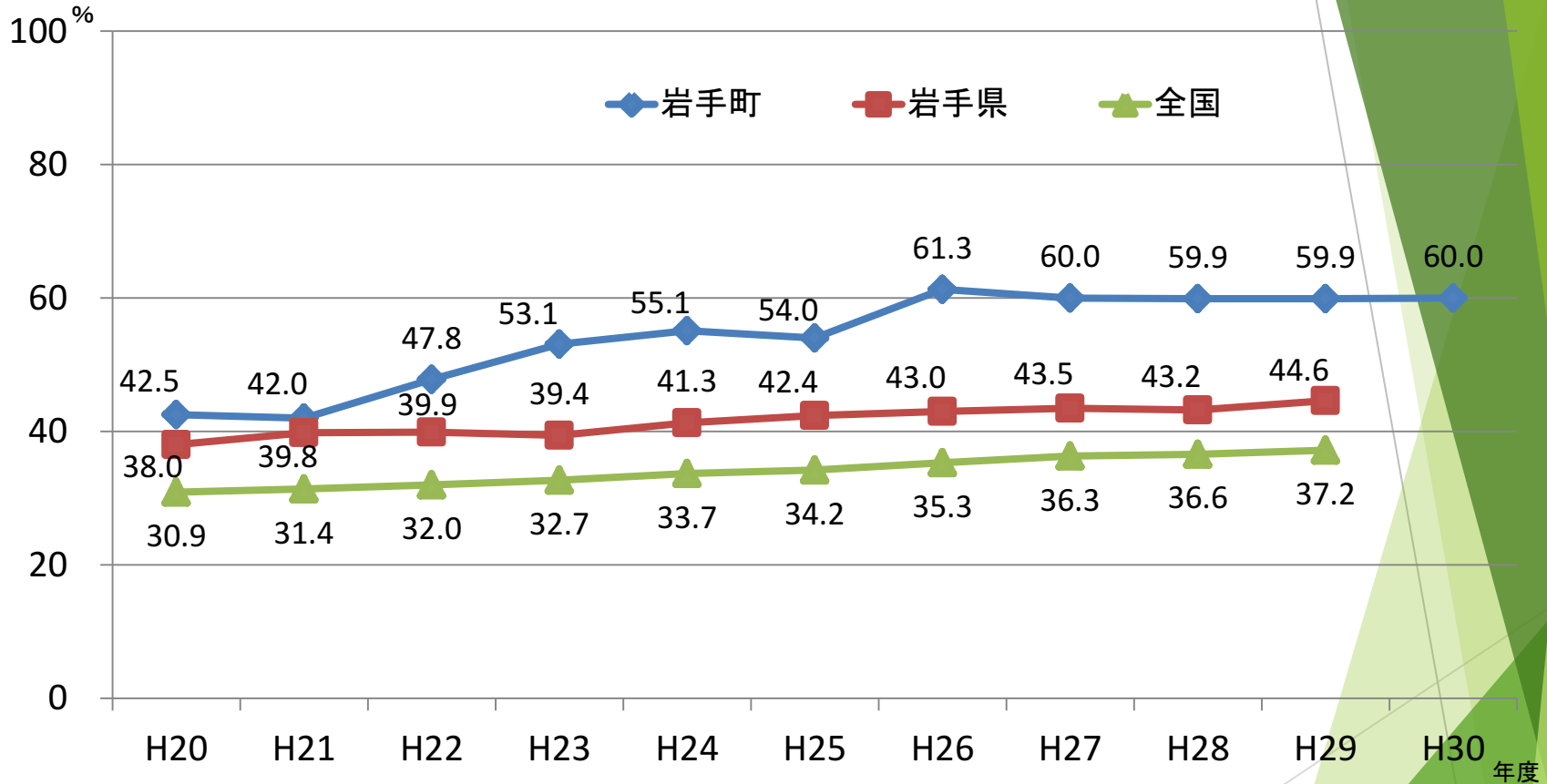


彫刻のまち



岩手県内トップの総合野菜産地

岩手町における特定健診受診率の推移



岩手町は岩手県や全国と比較し、受診率が高い

Ⅱ 事業の概要

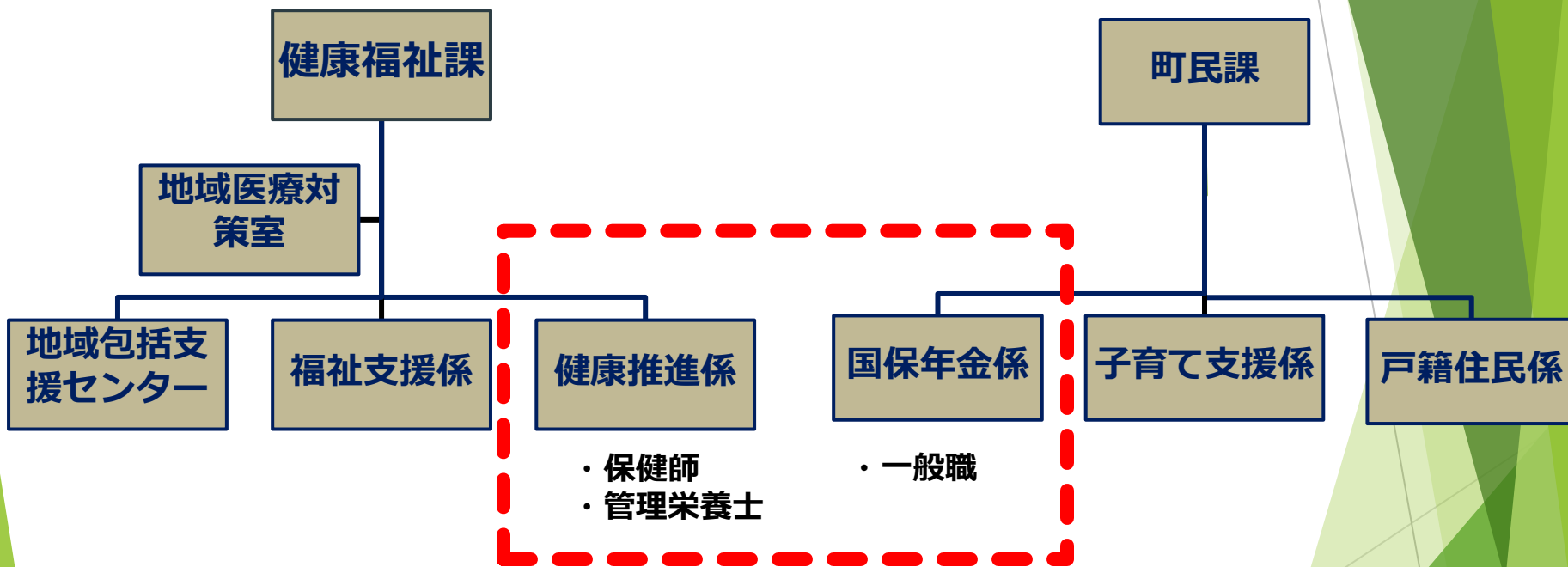
- 1 事業を円滑に進めるための
連携
- 2 事業の内容
- 3 実施体制

1 事業を円滑に進めるための連携

(1)庁舎内関係課との関わり

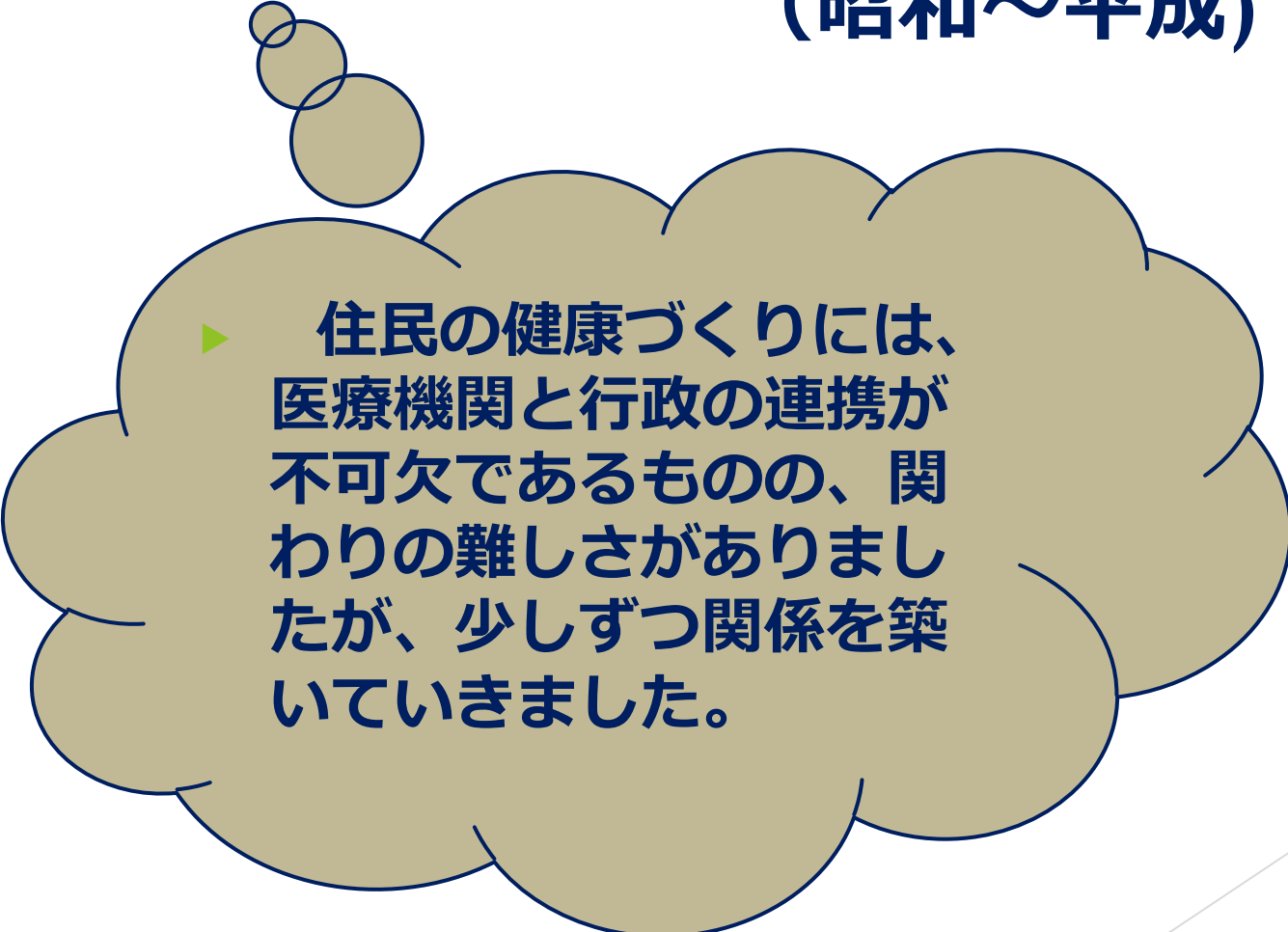
(2)医療機関との関わり

(1)庁舎内関係課との関わり (H29.30年度)



事業には、健康福祉課健康推進係の保健師
管理栄養士と町民課国保年金係の一般職が
従事している。

(2) 医療機関との関わり (昭和～平成)



▶ 住民の健康づくりには、医療機関と行政の連携が不可欠であるものの、関わりの難しさがありましたが、少しずつ関係を築いていきました。

① 医療機関との連携のきっかけ

◆ 県内での検診受診率下位

◆ ある医師からの助言

「病気が進行してから見つかったても
検診の意味がない」



行政と医療機関の連携会議

「岩手町検診推進委員会」の設立

(S62年～ 8月・2月の年2回開催)



②岩手町検診推進委員会の果たした役割

- ◆受診率向上対策の検討
「夜の健康講座」
- ◆精密検査実施体制の検討
- ◆検診結果の評価と次年度の検討
(年2回 8月と2月実施)

「夜の健康講座」

実施：昭和の終から平成の始

場所：地域の集会所

時期：農閑期12月～1月

時間：午後7時～8時ごろ



「循環器検診結果説明 & 健康講話」

実施：平成初期

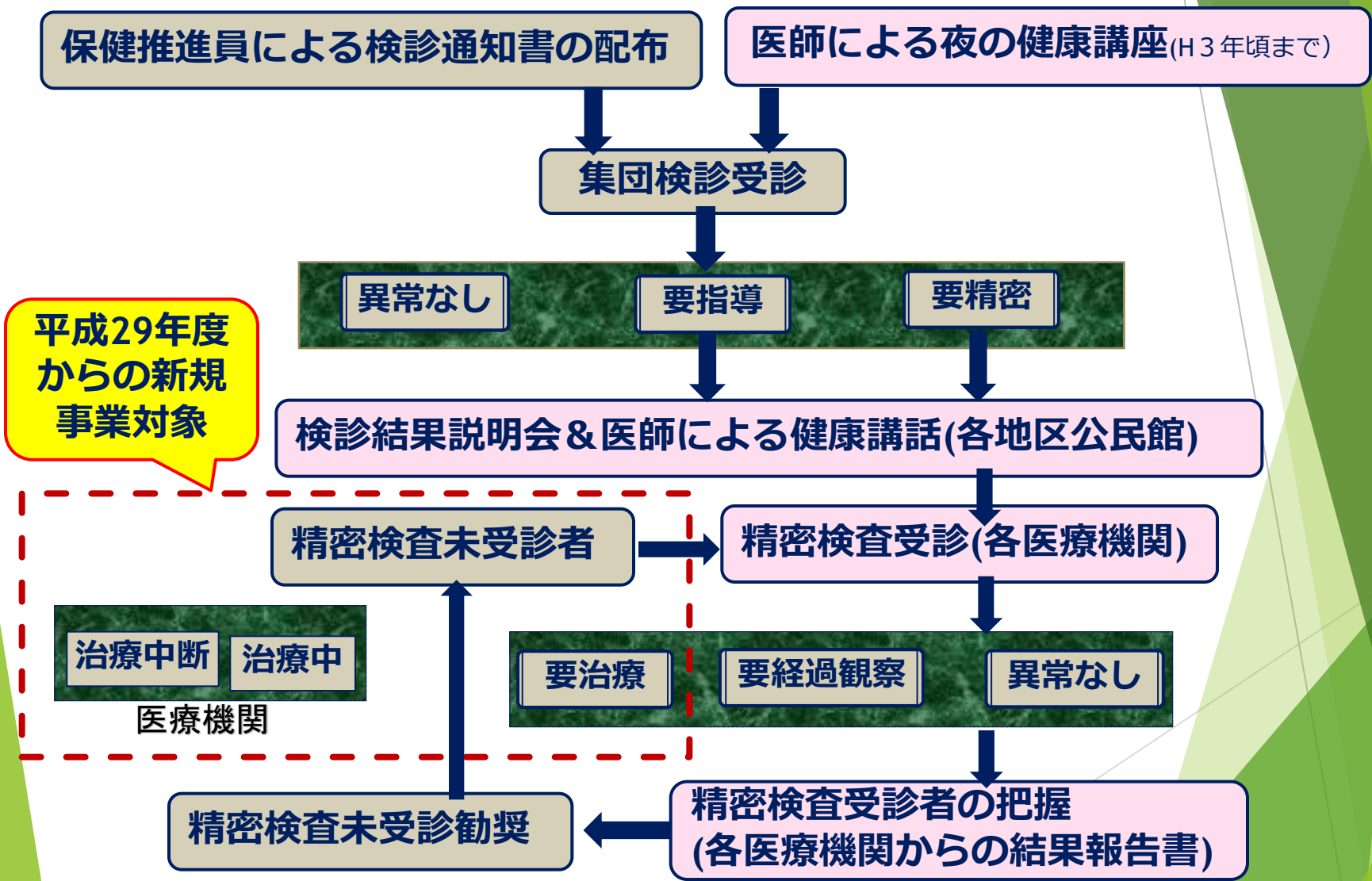
場所：地域の公民館

時期：6月(循環器健診結果が出る頃)

時間：午後1時～2時ごろ



③ 健診を通して医療機関と連携



④ 歯科医院との連携

平成2年12月 **岩手町歯科保健対策推進委員会**を設置。

目的：乳幼児から高齢者まで生涯を通じての歯科保健医療対策を推進するため、関係機関の連携と協力体制を図る。

構成員：町内歯科医師
小中高校の養護教諭
保育所・幼稚園
関係行政機関の担当者

(2) 医療機関との関わり (H29年度以降)

これまで医療機関とは、予防と早期発見・早期治療をめざし、検診受診および精密検査受診にむけ「医療機関へつなげる」までのところで関わってきました。

しかし、新規事業では、その次の段階である医療機関につながった方々(医療中断者や通院中)を対象として取り組む事業であり、医療機関の理解を得ることが重要であり検討しました。

① 医療機関連携のために実施したこと

◆ 町内医療機関への事業説明

- ・ 健康福祉課と町民課担当が医療機関訪問

◆ 「岩手町糖尿病重症化予防対策を考える」 研修会及び懇親会開催

- ・ 町内医療機関医師及び担当課職員

◆ 事業終了後町内医療機関へ事業報告

- ・ 健康福祉課と町民課担当が医療機関訪問

②岩手町の糖尿病重症化予防対策を 考える研修会及び懇親会の開催

1) 行政説明

「岩手町国民健康保険の現状について」

講師：岩手町町民課 国保年金係主幹

2) 研修

「医療・行政が一体で取組む糖尿病重症化予防
対策について」

講師：一般社団法人日本慢性疾患重症化
予防学会 理事 松本 洋 氏

3) 日 時

平成29年7月28日（金）

午後6時30分～7時50分・・・研修会

午後8時00分～9時45分・・・懇親会

4) 出席者

研修会 53人（医師6人、歯科医師4人）

懇親会 28人（医師6人、歯科医師2人）

行政説明

「岩手町国民健康保険の 現状について」

講師：岩手町町民課
国保年金係主幹



研修

「医療・行政が一体で取組む
糖尿病重症化予防対策について」

講師

一般社団法人日本慢性疾患重症
化予防学会 理事 松本洋 氏

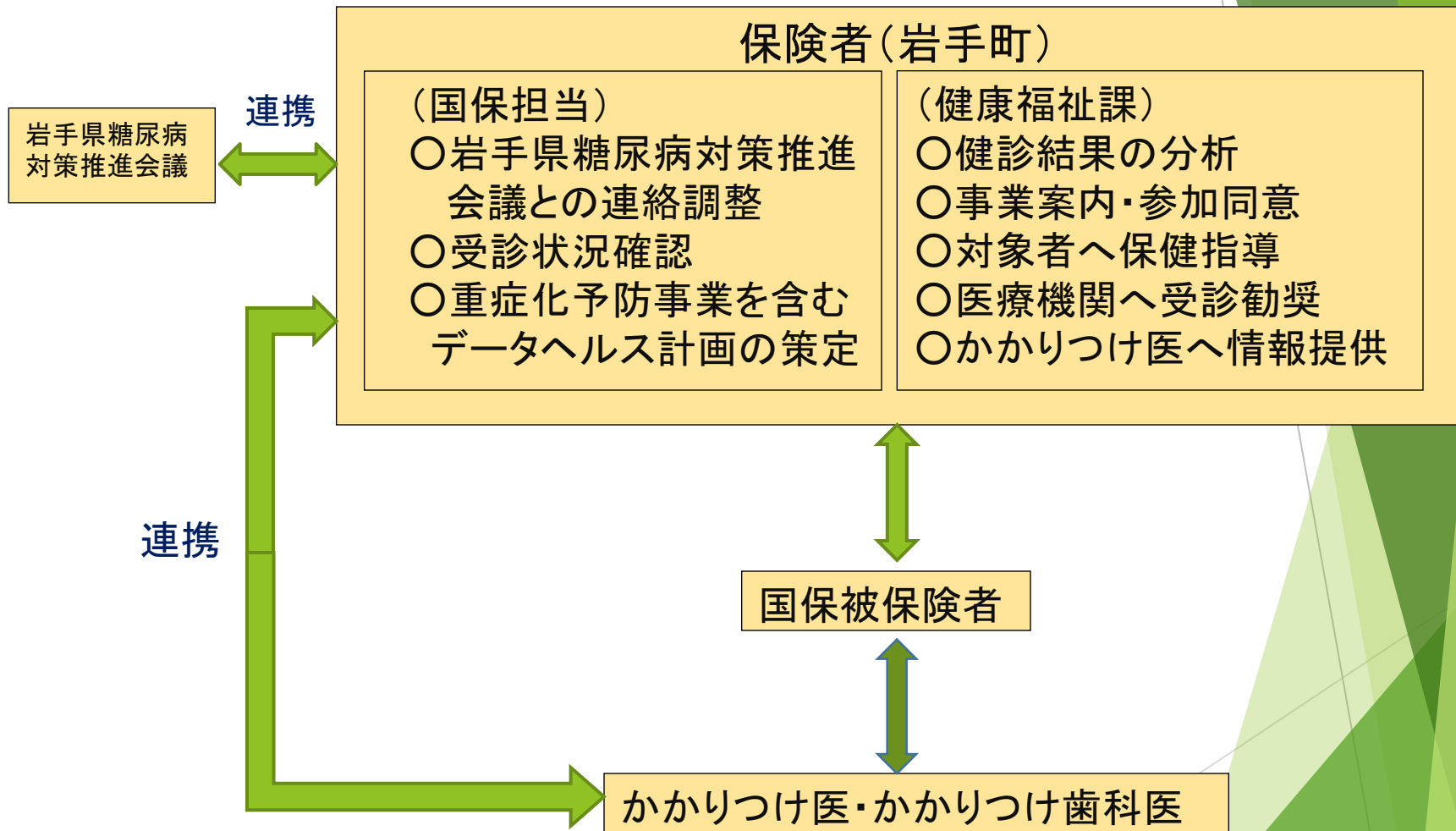


2 事業の内容

岩手町糖尿病性腎症重症化 予防プログラムに基づき実施

- (1) 受診勧奨
- (2) 保健指導

3 実施体制



町内歯科医院との連携

「岩手町の糖尿病重症化予防対策を考える研修会」の講師からの助言により、歯科治療を通して血糖が高いと思われる方に受診を勧める取組みを行った。

Ⅲ 事業の実際

- 1 平成29年度事業について**
- 2 平成30年度事業について**

1 平成29年度事業について

(1) 受診勧奨

ア 対象者

◆特定健診受診者で精検未受診者

- ・平成29年度特定健診結果より

空腹時血糖126mg/dl（随時血糖200mg/dl）以上
又はHbA1c（NGSP）6.5%以上で、医療機関未
受診者

◆特定健診未受診者で医療中断者

- ・KDB及びレセプトより、過去に糖尿病又は糖尿病性網膜症の受診歴があり、最終の受診日から1年を経過しても受診した記録がない者。

イ 実施方法及び担当者

時期	内 容	担当者
12月	受診勧奨通知	一般職 (国保年金係)
2月	電話で確認	管理栄養士
2~3月	訪問	管理栄養士

ウ 実施結果

	①	②	③	④
区分	対象者 (全員に通知発送)	①のうち電話 等対応者	②のうち医療 機関要受診者	③のうち医療 機関受診者
特定健診受診者で 精検未受診者	3	3	3	2
特定健診未受診者 で医療中断者	16	10	3	2
合計	19	13	6	4

※特定健診未受診者で医療中断者16人中6人は、電話不通や訪問しても不在で実施できず、10人に電話等に対応。

※その10人のうち、糖尿病疑いであったが検査結果異常ない人や医師の指示で服薬を中断している人が7人いた。

- ① KDBから対象者を抽出後レセプトで確認し、更に本人に電話確認することで、真の対象者を把握することができた。
- ② 未受診勧奨の取り組み開始時期が12月であったこともあり、4月の特定健診後すでに精密検査を受けている人が高い割合で受診につながっていた。

(2) 保健指導

ア 対象者

特定健診受診者で下記に該当する者

① 2型糖尿病で、下記のいずれかであること

- ・ 空腹時血糖126mg/dl（随時血糖200mg/dl）
以上又はHbA1c（NGSP）6.5%以上**
- ・ 糖尿病治療中者**
- ・ 過去に糖尿病薬使用歴又は糖尿病治療歴あり**

② 腎機能の低下がみられるもの

- ・ eGFR60ml/分/1.73m²未満又は尿蛋白2+以上**

イ 実施方法及び担当者

時 期	内 容	担当者
10月	初回面接・・・趣旨説明、参加申込書及び同意書	管理栄養士 保健師
	主治医へ意見照会	管理栄養士
12月	状況確認（電話又は訪問）	管理栄養士 保健師
1～2月	血液検査・・・空腹時血糖、HbA1c、血清クレアチニン、eGFR、尿蛋白（沼宮内地域診療センターで実施）	事務手続き 管理栄養士
2～3月	最終面接	管理栄養士 保健師
6月	評価・・・H30年度特定健診結果により評価	管理栄養士

ウ 実施結果

- ・ 対象者数 18人
- ・ 実施者数 9人

* 未実施者 9人の理由

5人：拒否

4人：医師より「治療の必要性がない」と言われた

工 保健指導実施者のBMIとHbA1cの変化

ケース	性別	年度末 年齢	H29 健診時 BMI	H30 健診時 BMI	H29 健診時 HbA1 c	H30 健診時 HbA1 c	摘要
1	男	74	29.6	29.4	8.0	7.8	改善
2	男	70	23.8	22.8	6.6	5.9	改善。服薬も終了
3	男	67	29.8	30.3	8.2	6.5	体重増だがHbA1cは大きく改善
4	男	67	23.4	23.1	6.8	6.9	ほぼ維持
5	男	64	27.1	27.4	6.0	5.8	体重増、HbA1c改善
6	女	67	26.0	26.4	7.5	7.4	体重増、HbA1c維持
7	女	67	29.4	29.2	6.5	6.1	改善
8	女	66	31.2	30.6	8.7	7.4	改善
9	女	63	24.7	22.8	7.0	6.4	改善

(医師へ相談した結果、eGFRは、年齢で数値に影響がえるため、
評価指標から除外した)

※改善：7人、維持：2人

オ 反省・課題

- ①本人の生活習慣の改善に対する意欲の維持を図るため、血液検査を町が指定した医療機関で実施したが、それぞれのかかりつけの医療機関でも実施しており、二重となった。
- ②保健指導は、特定健診受診者を対象として実施したが、健診を受診する人は意識も高く、少しの介入で変化が出やすかった。また、医療機関にも通院しておりコントロール良好の人が多かった。次年度は、医療機関からの紹介で、より必要性の高い人に実施していきたい。

2 平成30年度事業について

(1) 受診勧奨

ア 対象者

- ◆ 特定健診受診者で精検未受診者
 - ・ 平成30年度特定健診結果より
詳細は平成29年度と同様
- ◆ 特定健診未受診者で医療中断者
 - ・ 平成29年度と同様

イ 実施方法及び担当者

時期	内 容	担当者
11月	受診勧奨通知	一般職 (国保年金係)
2～3月	電話で確認	管理栄養士
2～3月	訪問	管理栄養士 保健師

ウ 実施結果

	①	②	③	④
区分	対象者 (全員に通知発送)	①のうち電話 等対応者	②のうち医療 機関要受診者	③のうち医療 機関受診者
特定健診受診者で 精検未受診者	13	13	13	10
特定健診未受診者 で医療中断者	9	9	4	1
合計	22	22	17	11

※特定健診未受診者で医療中断者9人に電話等で状況確認したところ、5人が医師の指示で中断していた。

工 反省・課題

- ①特定健診受診者で精検未受診者と特定健診未受診者で医療中断者に対し11月に受診勧奨通知を発送していたが、勧奨時期が遅いため受診確認が翌年度になる人が出てしまった。
- ②当町は4月の集団健診であり、健診未受診者は早期に確認できるので、医療機関未受診者については、早めに受診勧奨していきたい。

(2) 保健指導

ア 対象者

- ◆ **糖尿病で通院する患者のうち、かかりつけ医が、町による保健指導が必要であると認めた者で、下記に該当する者。**
- ・ **血糖、HbA1cが高値で、尚、尿アルブミン、尿蛋白、eGFR等により腎機能の低下を把握し、保健指導が必要と認める。**
- ・ **患者本人が、保健指導への参加に同意している。**

イ 実施方法及び担当者

時期	内 容	担当者
紹介直後	初回面接（訪問） 食事記録（5日分）	管理栄養士
3週間後	状況確認（訪問）	管理栄養士
更に、1か月後	状況確認（電話）	管理栄養士
6月	評価：特定健診検査データ	管理栄養士

ウ 実施結果・・・医療機関からの紹介者 2人（国保1人、後期高齢1人）

エ 保健指導実施者のBMIとHbA1cの変化 （国保1人分）

No	性別	年度末 年齢	H30 健診時 BMI	R元 健診時 BMI	H30 健診時 HbA1c	R元 健診時 HbA1c	摘要
1	女	52	32.6	30.5	6.7	6.2	改善

※令和元年度の特定健診結果で評価したが、改善されていた。

オ 反省・課題

- ①面接等を実施した都度、医療機関へ報告したが、指導後の本人の変化が行政では把握できない。
- ②かかりつけ医の紹介の場合、指導をいつまで実施してよいか行政では判断が難しい。
- ③医療機関からその都度指示を得て指導を実施していけるように、体制の整備を図っていきたい。

IV 効果と課題

- 1 事業実施による効果**
- 2 事業を実施するうえでの課題**

1 事業実施による効果

◆平成29年度保健指導実施者のBMIとHbA1cの変化

ケース	性別	年度末 年齢	H29 健診 時 BMI	H30 健診 時 BMI	H29 健診 時 HbA1 c	H30 健診 時 HbA1 c	摘要
1	男	74	29.6	29.4	8.0	7.8	改善
2	男	70	23.8	22.8	6.6	5.9	改善。服薬も終了
3	男	67	29.8	30.3	8.2	6.5	体重増だがHbA1cは大きく改善
4	男	67	23.4	23.1	6.8	6.9	ほぼ維持
5	男	64	27.1	27.4	6.0	5.8	体重増、HbA1c改善
6	女	67	26.0	26.4	7.5	7.4	体重増、HbA1c維持
7	女	67	29.4	29.2	6.5	6.1	改善
8	女	66	31.2	30.6	8.7	7.4	改善
9	女	63	24.7	22.8	7.0	6.4	改善

◆平成29年度保健指導未実施者のBMIとHbA1cの変化

※平成29年度に保健指導を実施しない9人中6人が平成30年度も健診を受診。

ケース	性別	年度末年齢	H29健診時BMI	H30健診時BMI	H29健診時HbA1c	H30健診時HbA1c	摘要
1	男	63	26.8	27.5	7.1	6.0	透析開始
2	男	60	37.0	38.1	6.8	7.5	悪化
3	女	75	29.7	31.1	6.8	8.0	悪化
4	男	63	21.0	20.1	7.0	6.9	維持
5	男	73	31.9	31.7	6.5	6.4	維持
6	男	61	29.4	29.3	6.7	6.3	改善

(1) 保健指導による改善

◆平成29年度の保健指導対象者の結果

	改善	維持	悪化
保健指導実施者 9人	7	2	-
保健指導未実施 6人	1	2	3

※保健指導を実施したことにより、7人に改善がみられた。
また、保健指導未実施者では、3人に悪化がみられた。

(2) 関係機関との関わり

庁舎内の二つの課に跨って事業を実施するため、両課の課長の同席も求めて打合せを行うことにより、事業の理解と共通認識を図ることができ、町内医療機関への説明にも両課の職員で出向く等、事業を円滑に進めることができた。

また、医療機関と連携が図られたことにより、事業をスムーズに進めることができたことは、この事業に限らず、保健事業を実施していくうえで、とても良かった。

医師から、病院では生活指導や食事指導に十分時間をとって指導することは難しいので、対応してもらえればよいという意見を頂いた。

2 事業を実施するうえでの課題

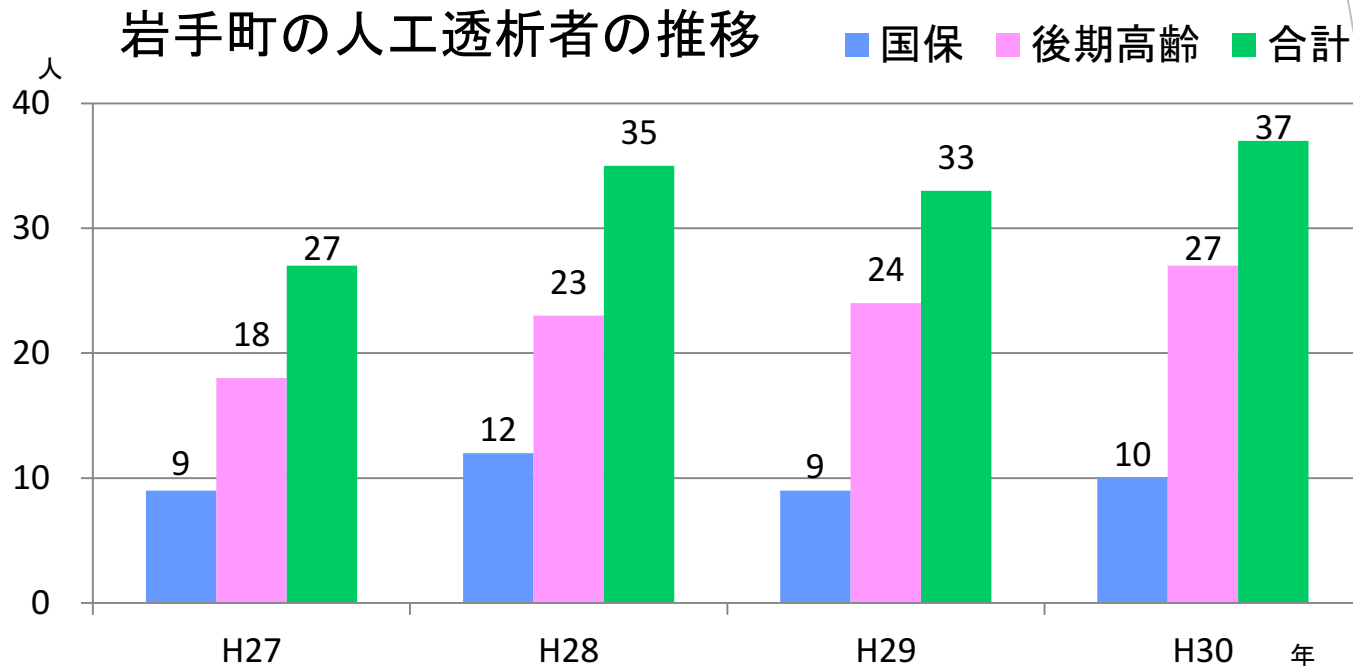
(1) 保健指導対象者について

平成29年度は特定健診受診者を対象としたが、健診を受診する人は意識も高いので、少しの介入で改善がみられた。

平成30年度は医療機関からの紹介者を実施したが、2名と少ないことから、今後は特定健診受診者と医療機関からの紹介者を実施していく。

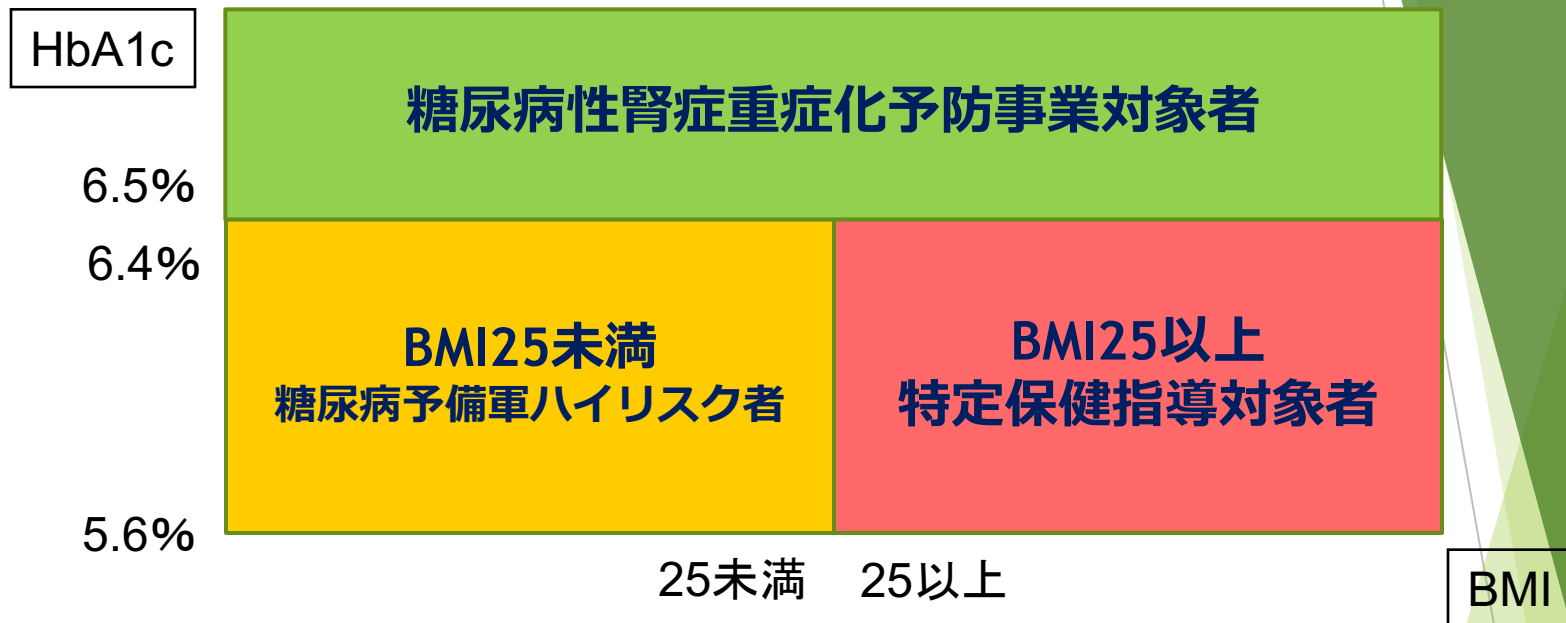
また、医療機関からの紹介者に後期高齢者もいたが、町民であることから指導を実施した。

(2) 事業の評価について



国保の透析者は横ばいであるが、後期高齢は増加している。これは国保で透析が必要になった場合、後期高齢者医療の手続きを行うためであり、事業評価としては、合計した人数で行うことが大切である。

(3) 今後の町の取り組みについて



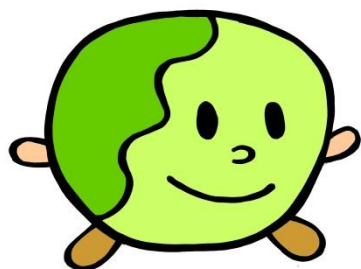
重症化予防・特定保健指導のいずれにも該当しない「糖尿病予備軍ハイリスク者」に対し、今後介入の検討が必要である。

(4) マンパワー不足



ブルベリーナ

ご清聴ありがとうございました。



たまなぼうや