

# 練馬区国保における糖尿病重症化 予防事業について

平成29年3月6日  
練馬区区民部国保年金課

東京都糖尿病医療連携協議会 配布資料

## 経過・背景

---

24年度	糖尿病ハイリスクで未受診の者に対する勧奨を開始(区の専門職による)
26年度	民間事業者に業務を委託 新たに、個別支援(保健指導)を試行的に開始
28年3月 (27年度)	データヘルス計画策定 「厚労省・日医・日本糖尿病対策会議」の三者による連携協定の締結
28年4月	厚労省が「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定
28年5月	厚労省の研究事業に参加(全国約80保険者。 23区では練馬区のみ)

区の支援

未受診者の  
受診勧奨

治療中断者の  
フォロー

受診継続

効果を高める + α

- ・かかりつけ医と糖尿病専門医との連携
- ・歯科医、眼科医との連携

糖尿病重症化予防  
= 血糖コントロール  
3つのポイント

区の支援

健康教育(セミナー)  
啓発・趣旨普及

正しい病識  
の理解・定着

効果を高める + α

- ・氾濫する情報の取捨選択
- ・合併症発症リスクの理解

生活習慣  
の改善・維持

効果を高める + α

- ・長期的な目標(モチベーション)
- ・家族等身近な人の協力や理解
- ・心のケア

区の支援

個別的な栄養指導・  
運動指導

# 練馬区国保の糖尿病重症化予防事業 実施内容

---

## (1) 未受診者に対する医療機関受診勧奨

- ▶ 特定健診の受診結果(HbA1c、eGFR、尿たんぱく)が一定基準を超えているが、医療機関未受診の方を抽出
- ▶ 文書および電話で受診を勧奨

## (2) 面談等による個別支援(保健指導)

- ▶ 糖尿病治療中で、腎症病期が3期の方
- ▶ 糖尿病患者向けの食事・運動等の生活改善に関する支援を6か月間実施
- ▶ 合併症やシックデイ、低血糖に関する注意等の情報提供
- ▶ 個別面談(自宅訪問)、電話、手紙等

厚労省作成の「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」をベースとして、委託事業者が作成した指導プログラムを実施

## 事業実施にあたり、心がけていること (厚労省プログラムを踏まえて)

---

### 医師会の理解と協力を得ること

- ▶ 事業趣旨の理解と会員への周知、事業評価、課題の共有

### かかりつけ医と専門医、医科・歯科・眼科、総合病院と診療所など、様々な機関による連携を図ること

- ▶ 糖尿病医療連携検討専門部会の活用、糖尿病専門医からの技術的助言、連携ツールの検討

### 庁内での実施体制(保健師・管理栄養士との緊密な連携)を確保すること

- ▶ 効果的なプログラムの実施、委託業務の質の維持・向上、糖尿病に関するポピュレーションアプローチの検討・実施

# 未受診者に対する医療機関受診勧奨

# 医療機関受診勧奨の実績

	26年度実績	27年度実績
特定健康診査受診者	48,714人	48,825人
抽出対象の基準該当者	247人	272人
未受診者 = 医療機関受診勧奨の対象 ( 1 )	36人	69人
勧奨後に受診が確認できた者 ( ) は勧奨による受診開始率	18人 (50.0%) ( 2 )	47人 (68.1%) ( 2 )

- 1: 治療中断の者および糖尿病以外の生活習慣病で治療している者も含む  
2: 勧奨後、受診した者のうち、約8割は練馬区内の医療機関を受診

## ～医療機関への受診はお済ですか？～

練馬区では、26年度の特典健康診査において、HbA1cが高い結果だった方へ、医療機関への受診をお勧めしています。

## 「医療機関受診勧奨」 送付したリーフレット



今の状態を放置することなく、まずは、**病院**へ行きましょう！

HbA1cは、健診受診日より1～2か月前の血糖値の状況をあらわしています。つまり、血糖値の高い状態がずっと続いているということなのです。あなたは、糖尿病が疑われる状態です。

健康でいきいきとした毎日を過ごすために、糖尿病の早い段階で通院して、治療について医師に相談することは、あなたの健康を守る大切な第一歩になります。



練馬区からの委託を受けた㈱ベネフィットワン・ヘルスケアの専門職(保健師・管理栄養士等)が、お電話で医療機関受診の必要性などについてご案内いたします。健康づくりに関することや健康に関する日頃のお悩みもご相談いただけます。

# 「医療機関受診勧奨」 送付したリーフレット

「歯科」の受診も促す  
メッセージを追加

## 病気の進行・発症の過程をご存知ですか？

### □ 第1段階

#### 【生活習慣の乱れ】

肥満、運動不足や過食、喫煙、多量飲酒などの生活習慣が乱れ始めると...

### ☑ 第2段階

#### 【小さな異常の出現】

自覚症状はありませんが、健康診断で、血糖が高め、血圧が高め、脂質代謝の異常など、検査数値に変化が出てきます。

### □ 第3段階

#### 【病気の診断】

第2段階の状態を放置してしまうと...  
糖尿病や高血圧、脂質異常症といった病気の診断を受けることになります。

### □ 第4段階

#### 【病気の悪化】

生活習慣を見直さず！適切な医療機関への受診を怠っていると...  
病気はどんどん進行してしまいます。



### □ 第5段階

#### 【生活の質の低下】

そして、最終的には...  
介護、失明、人工透析といった恐い状態になり健康が奪われてしまうだけでなく、生活の質が大幅に低下し、あなたの「健康寿命」が短くなってしまいます。

本当に怖い...様々な合併症！

その他にも、心筋梗塞、脳梗塞、認知症、歯周病等も、発症しやすくなります。

糖尿病と診断されたら、  
歯科の受診も！

### 神経の病気

#### 糖尿病神経障害

末梢神経の繊維が高血糖によって侵され、手足のしびれ、痛み、違和感、冷え等が起こり、手足の感覚が低下します。  
ひどくなると、壊疽を起こす場合もあります。

⚠ 手足切断の危機！

### 目の病気

#### 糖尿病網膜症

高血糖により、目の網膜が損傷を受けて、視力の低下等が起こります。適切な治療を受けないと、視力が回復しないだけでなく、最後には失明に至るケースも多くなります。

⚠ 失明の危機！

### 腎臓の病気

#### 糖尿病腎症

腎臓の尿を作る血管が破壊され、腎機能が低下します。進行すると腎不全になり、人工透析が必要になる場合があります。  
人工透析になる原因の第1位です。

⚠ 人工透析の危機！

## 医療機関受診勧奨の事例 (1)

---

- ▶ 50代女性 HbA1c 8.2 eGFR 91 尿たんぱく(-) BMI 29.8
- ▶ 特定健診の受診...20年度から8年間一度も受診無し。28年度に初めて特定健診を受診
- ▶ 治療歴...生活習慣病の治療歴は確認できず



### 文書発送後、電話による受診勧奨を実施

- 10年位前に、別の住所の時に糖尿病で受診して以降、多忙等の理由で治療中断となっていることが判明
- 糖尿病は、自覚症状が無くても合併症が進む場合があるなど、リスクについて丁寧に説明
- 食事についても簡単にアドバイス
- その後、区内医療機関への通院を確認 (DPP-4阻害薬の服薬を開始)

## 医療機関受診勧奨の事例 (2)

---

- ▶ 60代女性 HbA1c 9.2 eGFR 13 尿たんぱく(3+) BMI 26.6
- ▶ 特定健診の受診...20年度から8年間一度も受診無し。28年度に初めて特定健診を受診
- ▶ 治療歴...高血圧症での治療歴はあるが糖尿病は確認できず

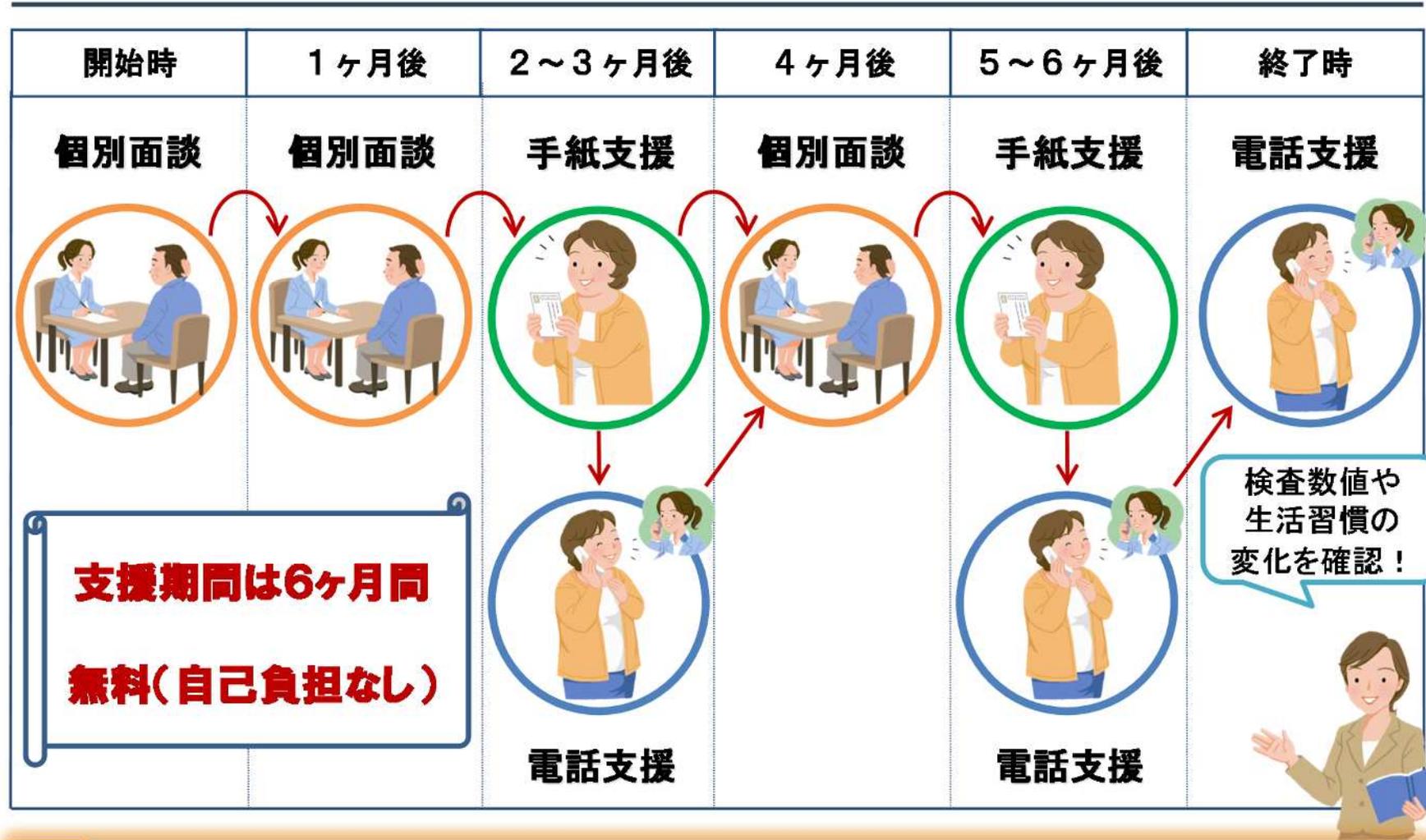


### 文書発送後、電話による受診勧奨を実施

- 既に、高血圧症のかかりつけ医に相談。区内の総合病院を紹介され、通院中であることが判明
- 40gのたんぱく制限あり。飲み薬(DPP-4阻害薬)の処方と食事指導を受けている
- 他の疾病があるため、運動は医師から制限
- これからも、医師の指導に従って、服薬治療と食事習慣の改善を続けるように励まし

## 面談等による個別支援(保健指導)

# 個別支援(保健指導)のイメージ



内容は、平成28年度のものであり、今後、変更となる場合があります

# 指導教材のサンプル(一部)

平成26年度 練馬区糖尿病重症化予防事業

食事診断結果票

ID: 9100000

<診断日: 2014年6月24日 >

あなたの身体状況は? 身長: 159.0 cm 体重: 59.0 kg BMI: 23.3 kg/m<sup>2</sup>  
 目標摂取エネルギー: a) 1,390 kcal (BMI22) / b) 1,580 kcal (BMI25)

あなたの1日に必要な栄養量は? 1日の目標摂取エネルギーは 1,600 kcal 例: 1,840 kcal  
 1日の目標炭水化物量は 240.0 g 1,840 kcal × 60% ÷ 4 → 275 g

あなたが1回の食事で摂る炭水化物量(カーボ)は? 1日に摂る炭水化物量 240.0 gを毎食に分配します  
 1日に摂る炭水化物量 16.0 カーボ(1カーボ15gとした場合)  
 朝: 5.0 昼: 5.0 夕: 5.0 間食: 1.0 カーボ

あなたの実際の食事と比べてみましょう

【エネルギー摂取量】

区分	適正量kcal (目標)	今回の結果	備考
朝食	380	428	OK
昼食	630	560	OK
夕食	510	831	↑↑
間食	80	611	↑↑
TOTAL	1,600 kcal	2,430 kcal	↑↑

【炭水化物摂取量】

区分	目標摂取量		今回の結果			評価
	g	カーボ	g	主食	おかず	
朝食	75.0	5.0	58.2	36.1	22.1	3.9 OK
昼食	75.0	5.0	87.2	48.1	39.1	5.8 OK
夕食	75.0	5.0	123.4	74.4	49.0	8.2 ↑↑
間食	15.0	1.0	108.7	-	7.2	7.2 ↑↑
TOTAL	240.0 g	16.0 g	377.5 g	-	25.1 g	↑↑

「カウントJOY」 Copyright © 2012 株式会社ニートリット. All rights reserved.

## 支援ツール(アセスメント用)

### 糖尿病重症化予防プログラム ニュースレター 第1号

まずは 糖尿病について、おさらいしよう!

糖尿病ってこんな病気 「インスリン」と「ブドウ糖」

糖尿病とは、「インスリン」の不足や働きが弱くなることで、慢性的に血液中の「ブドウ糖」の濃度が高くなる病気です。

■ 血糖値の調整役「インスリン」 「インスリン」は、膵臓から分泌されるホルモンで、糖質を消化・分解して作られる「ブドウ糖」を細胞内へ取り込み、エネルギーに変える働きをします。この働きが弱くなると「ブドウ糖」が血液中にあふれ、「高血糖状態」になります。つまり、「インスリン」は血糖値の調整役を担っているのです。また、余った「ブドウ糖」は、右記のような障害をもたらします。

■ 動脈硬化が招く危険 高血糖状態が続くと、余った糖が血管の壁に付着するので、血管が詰まりやすく、もろくなります。この状態を動脈硬化と言います。比較的太い血管で動脈硬化を引き起こすと、「心臓梗塞」「脳梗塞」等の原因となります。なお、高血糖に加えて、タバコ・高血圧・脂質異常・肥満などは動脈硬化を促進するので、さらに危険性が高まります。

■ 高血糖を放置すると現れる障害 高血糖による障害を受けやすいのは細い血管で、神経・眼・腎臓には特に障害が現れやすく、「手足のしびれ」「視力の低下」「腎臓の低下」等を引き起こします。

■ マメ知識① 日本人は糖尿病になりやすい? 日本人は、欧米人よりもインスリンの分泌が少ない体質だと知られています。これは、従来、日本人の食生活が穀物や野菜を中心としたことが原因だと考えられます。この体質に加え、近年の欧米化によるエネルギー過多や運動不足、ストレス等により糖尿病になることが多いです。

■ マメ知識② 体重増加はキケン! 体重が増えると、体の中では脂肪(特に内臓脂肪)と血液、水分が増えます。内臓脂肪が増えると、血管壁や血管が詰まりやすくなり、さらに血液量が増えると血糖を下げるためのインスリンが必要になり、正しい量が使えずインスリンが出にくくなります。だから体重管理は重要なことです。

## 支援ツール(手紙支援用)

# 個別支援の実績(27年度実施分)

実施期間:平成27年9月～平成28年3月

		HbA1c( 1)		eGFR( 2)		行動変容
		介入前	介入後	介入前	介入後	
1	70代男性	7.9	6.3	49	42	飲酒量の減少。運動(プラス10)の継続。体重のレコーディングも習慣化した。
2	70代女性	8.1	6.5	87	76	間食の量と回数を自分で改善しコントロールしている。休止していた運動も再開できた。
3	70代女性	9.1	8.5	39	35	野菜の摂取量の増加。血糖値が高くなったことへの気づき。主治医と相談し軽い運動を開始。歯科も受診を開始
4	60代男性	9.1	7.4	105	84	食生活の改善(野菜摂取、間食制限、盛付の工夫等)に取り組む。身体活動も増加した。

1:HbA1cは、全員が改善

2:eGFRは、全員が低下

# 練馬区国保における主な課題および改善の方向性

# 課題(1) 効果的・効率的な勧奨の実施

## 【受診勧奨】

- 電話連絡が困難な場合、文書による勧奨で終わってしまい、受診に繋がりにくい。
- 文書 + 電話の勧奨の後、実際に通院を開始する割合は、6割程度
- せっかく、電話で接触ができた人でも、その後、受診しないケースも見られる。
- 受診するかどうかは、リスクが高いことの相関はない（例えば、HbA1cが10%を超えるような人が放置してしまう）

## 【改善】

- 接触できた場合、一定期間経過後に、フォローアップを実施
- 委託業務ではカバーしきれないケースは、地域を担当する保健師が引き継ぎ、訪問等による対応を実施

## 課題(2) 治療中断者の対応

【受診勧奨】

- 中断者の中には、年々、健診結果が悪化している等、早期の再開が望ましい方も多い。
- 相当の期間が経過してから、受診を再開した場合、合併症が進行してしまっていることも少なくない。
- これまでの実績から、治療中断に至る理由は多様（国保の場合、経済的な理由を挙げる人も多い）
- 中断理由や生活状況に応じたアプローチが必要（単なる“未治療者”とは違う）

### 【改善】

- 治療中断の理由を特定し、再開に対する障壁を除去できるような、丁寧な対応を実施
- できるだけ、治療を中断させないような工夫も検討

## 課題(3) 実績拡大と関係者の連携

### 【個別支援(保健指導)】

- 区が提供する個別支援(保健指導)は、自院で、常駐の管理栄養士や糖尿病療養指導士を配置しているなど、糖尿病患者に対する保健指導体制が整っている医療機関での活用は無いと考えている。(総合病院や糖尿病専門医など)
- 一方で、ニーズがある医療機関については、積極的に活用していただきたい。
- 医師会の協力により、行政(国保)が本事業を実施することについての合意形成は整いつつある。今後は、各医療機関(主治医)に、どのようにしたら活用していただけるのか検討

### 【改善】

- 医師会や糖尿病専門医の助言をいただきながら、説明会や講演会など、区の取組を積極的に周知

## 課題(4) 高い個別性と委託業務の困難さ

### 【個別支援(保健指導)】

- 個別支援（保健指導）では、治療中の患者に対して、区職員ではなく委託事業者が介入する。
- 対象者が、医師や専門職からの指示内容（目標体重、摂取カロリー、たんぱくや塩分量、運動等）を、きちんと理解できていないなど、指導が難しいケースも見られる。
- 指導期間はあくまでも6か月間だけ。委託では、医師等から指示内容を入手して伝達するだけが目的ではなく、患者のモチベーションを上げ、治療効果を高め、継続性を持たせるために、いかにして本人が主体的に治療に向かえるような支援ができるか、がポイント
- 主治医との信頼関係に配慮することも重要

### 【改善】

- 質の高い委託事業の確保、実例を踏まえた指導のレベルアップ、区の委託管理能力向上 等

## 課題(5) 事業評価のあり方

### 【受診勧奨・個別支援(保健指導)】

- ハイリスクアプローチ。行政が実施する保健事業としては、1件あたりのコストが高く、成果・効果をしっかり把握する必要がある。
- P D C Aサイクルを回すためにも、アウトカム評価が重要。しかし、評価指標（HbA1c？ eGFR？ 行動変容？ 治療内容？）はどれが適切なのか。
- 厚労省のプログラムでも、具体的な「評価方法」までは示されていない。

### 【改善】

- 医師会や糖尿病専門医からも助言をいただき、適切な事業評価を実施
- 6か月間の保健指導期間だけでなく、数年後など、長期的な視点で患者の状況を見て評価できないか、検討