

～ “北空知糖尿病療養連携システム” を活用した糖尿病重症化予防対策について～

## 透析が必要となる糖尿病患者を減らすために・・・

平成28年4月、厚生労働省は日本医師会、日本糖尿病対策推進会議との連携協定のもとに「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定しましたが、北海道も平成29年12月に北海道医師会、北海道糖尿病対策推進会議との三者により「北海道糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定して推進を図ることとしております。

### ●糖尿病性腎症重症化予防プログラムの目的

糖尿病性腎症が進行するリスクの高い患者を早期に発見し、適切な治療を行い重症化を予防することがねらいです。未受診者への受診勧奨や保健指導とも連動して、人工透析が必要となる患者を減らすことを目的としています。

重症化予防対策を進めるにあたり、地域と医療機関との連携が重要です。

### ●北空知では・・・

平成24年度から「北空知糖尿病療養連携システム」を構築し、かかりつけの医療機関からの連絡により、市町保健師や栄養士が患者さんの保健指導、栄養指導を行い、結果を報告する流れとなっています。

今後は、健診など市町の保健活動から把握した未治療者や治療中断者等、重症化が懸念される方について、市町保健師等から医療機関へ連絡させていただき、保健指導等のご意見をいただく流れを加えることで、糖尿病の重症化予防対策のよりいっそうの充実を図りたいと考えています。

## 北空知の糖尿病にかかる医療と健診結果の現状

糖尿病に係る1人当たり診療費は、全道平均969円に対し、北空知は1,881円とおよそ2倍のお金がかかっています。

管内市町の特定健診（平成28年度受診率45.0%）結果では、HbA1c6.5%以上の方が治療中・未治療をあわせて253人（8.1%）でした。

治療中でも食事や運動習慣の改善が難しい方がいると思われ、重症化が心配されます。

### ●HbA1c6.5%以上（受診勧奨判定値）の人の状況

重症化を防ぐため、その方の状況に合わせて医療機関と連携して取り組みをさせていただきたい方たちです。

①HbA1c6.5%以上の253人を、HbA1c値から分類しました。

6.5～6.9%	7.0～7.9%	8.0%以上
130人	84人	39人

②HbA1c6.5%以上の253人を、薬物治療の有無別に分類しました。

薬物治療中	薬物治療なし
170人	83人

医療機関への受診をおすすめする可能性がある方たちです

# 北空知管内市町の取り組み



各市町では、重症化予防対策を進めていくにあたり、医療機関と連携を図りながら、必要な方に早い段階で保健指導を実施し、生活習慣の改善を促し、地域住民の健康を守っていきたく考えています。医療機関からも生活習慣改善が困難な方や治療を中断しがちな方、食事療法の実践が難しい方などがおられましたら、各市町へご連絡くださいますようお願いいたします。

## 重症化予防対象者の選定基準（糖尿病腎症重症化予防プログラムを参考）

### ①市町で把握可能な方

- 健診結果で空腹時血糖値 126 mg/dl（随時血糖 200 mg/dl）以上、または HbA1c（NGSP）6.5 以上の未治療者
- 健診結果で尿蛋白陽性、または eGFR 低下がみられる方
- 過去に糖尿病治療歴があり、直近1年間で糖尿病受診歴がない方

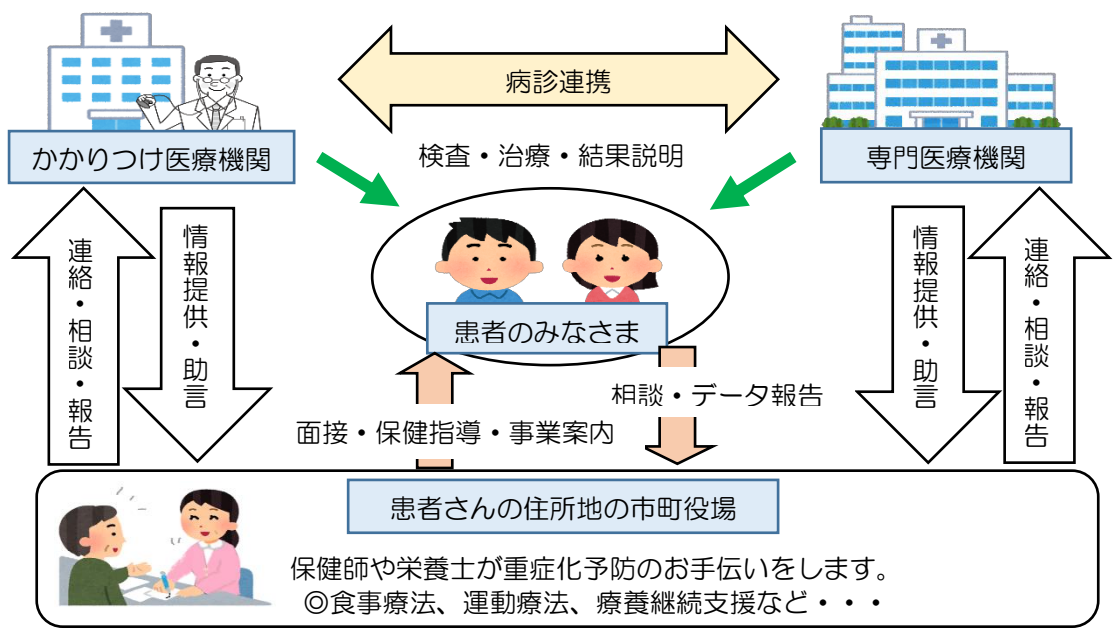
原則として2型糖尿病である方

### ②医療機関からご紹介いただきたい方

- 糖尿病治療中で生活習慣改善が必要な方
- 通院や服薬の順守が難しい方
- 糖尿病治療中で腎機能低下がみられる方（腎症第2～3期までの方）

高齢者については、主治医の判断による

## 北空知管内市町と医療機関との連携イメージ



### 各市町等の連絡先

- ◆ 深川市健康福祉課健康推進係（26-2609）
- ◆ 妹背牛町健康福祉課健康グループ（32-2411）
- ◆ 秩父別町住民課保健指導グループ（33-2111）
- ◆ 北竜町住民課保健指導係（34-2111）
- ◆ 沼田町保健福祉課健康グループ（35-2120）
- ◆ 事務局：北海道深川保健所（22-1421）

平成 年 月 日

主治医様

市町長

## 糖尿病患者さんへの保健指導についてのご相談

本市町の保健事業につきましては、日頃よりご指導ご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、当市町地域におきまして糖尿病治療中で生活習慣の乱れがみられる等、糖尿病の重症化が心配な住民がおりましたので、ご本人の承諾を得て、かかりつけの先生にご連絡させていただくこととしました。

ご多忙のところ大変お手数をおかけいたしますが、別紙により保健指導についてご意見、ご指示を賜りたく、検査データを添えてご返送いただきますようお願い申し上げます。

氏名		生年月日	年 月 日生	男・女
住所			電話番号	
対象者の状況				
重症化が心配される点				
特記事項 又は 添付資料				

## 【問い合わせ先】

〇〇市町〇〇課〇〇係 担当：〇〇

電話 〇〇－〇〇〇〇

市町長 行

糖尿病患者さんへの保健指導指示書

氏名		生年月日	年 月 日生	男・女
住所			電話番号	
検査結果	検査日 年 月 日 ※検査結果表添付の場合省略可 BS _____ HbA1c _____ 血圧 _____ / _____ UA _____ BUN _____ Cre _____ eGFR _____ TG _____ HDL-C _____ LDL-C _____ 尿蛋白 ( - ± + 2 + 3 + 以上 または _____ g/gCr ) その他 ( _____ )			
治療経過	糖尿病の治療開始 年 月 ~ 中断 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 合併症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( _____ ) 栄養指導実施 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 不定期 ) 治療に対する本人の意欲 <input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 消極的			
治療方針	現在の投薬 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ※該当する薬を○で囲んでください ( SU薬 速効型インスリン分泌促進薬 α-グルコシダーゼ阻害薬 ビグアナイド薬 チアゾリジン薬 DPP-4阻害薬 SGLT2阻害薬 ) その他 ( _____ ) HbA1c コントロールの目標値 _____			
下記の事項について保健指導することが適当である。 <input type="checkbox"/> 食事指導 <input type="checkbox"/> カロリー _____ kcal <input type="checkbox"/> 塩分 _____ g <input type="checkbox"/> 蛋白質 _____ g <input type="checkbox"/> その他 _____ <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 禁煙指導 <input type="checkbox"/> その他 _____  糖尿病に加えて、下記の疾患に留意して保健指導を実施することが適当である。 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> その他 _____  その他留意事項				

平成 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_