

- ✓ 訪問の事前連絡などしているのか？(野田)
 - 今のところ事前通知はしていない。国保として訪問事業を実施しているのは様々な広報誌などに掲載している。他の市町村からの問合せで「訪問の事前連絡はしているのか？」と聞かれるが、これを敢えてしていないのは事前連絡するとその時点で断られ、話の本題まで入れないこともあるからである。なるべく顔を合わせて相手の方の情報と合わせて実施したいと考えている。これがベストかというそのあたりは検討課題がある(T)
 - 保健師の家庭訪問そのものが過去をさかのぼると、地域の中に入って行っていたもの。20年ほど前はアポを取らずに受け入れられる時代だった。しかし、現代はセキュリティ上の問題も多く今後はアポ取りも必要なことなのかもしれないと考えている(T)
- ✓ 他の地域でも事前連絡なしで行っているところも多いのではないのか？(野田)
 - そうである。しかし事前連絡なしから事前連絡を行っていくように移行しているほうが多くなってきていると聞いたこともある。事前案内を出し、返信があった家庭のみ訪問するなども出てきたそうだ。また、健診とのデータ突合はこれからの課題である(T)
- ✓ 健診とレセプトデータ突合作業は手作業で行っているのか？(野田)
 - 手作業である。また、現在のレセプトデータ蓄積のシステムからも実施できるようだが、どのレベルまで可能かの検証ができていない(T)

■ 質疑応答

- ✓ 国保は特別会計で繰り入れはなく独立採算で行っているのか？(野田)
 - 一般会計がかなり大変な状況のため、一般会計からの法定外の繰り入れは行っていない(O)
- ✓ レセプトデータと特定健診データの突合が85%くらいできないという話を聞くが、レセプトデータベースの処理はどのように行っているのか？(野田)
 - レセプトデータ自体は国保連から集約されてくるが、そのままでは使用できないので、業者に委託しそこでデータ加工してそのデータを利用している。(O)
- ✓ 対象としているのは国保レセプトでいいのか？(野田)
 - そうである(O)
- ✓ 対象にしている1年分のデータの処理を委託しているのか？(事務局 I)
 - 月毎に依頼している。国保連から1か月分のデータをもらい、それを処理依頼している(O)
 - それを12回依頼しているということか？(事務局 I)
 - そうである(O)
- ✓ 国保レセプトは月にどれくらいの件数があるのか(野田)
 - 1か月8万、1年では100万弱である(O)

- ✓ 工夫してうまくいったこと、苦労されたことは何か？（事務局 I）
 - 平成 22 年からはじめた受診勧奨者フォローについては、本人も健診をうけたことを認識しており、フォローまでの道筋ができていて問題はなかったが、生活習慣病放置者についてはレセプト情報からということで「何故その情報を知っているのか？」と問題視されたり、国保で抽出をかけて衛生部門の保健師が訪問していたりするため、保健師が対象となる人にどこまで説明しているのか迷うケースもあった。そのため事業そのものを 2 課で共同して実施するものとした。加入者の中にはレセプト情報を保険者が持っているということを知っているようで知らないという現状があったが、事業展開してからは国保がレセプトデータを持っていることが知られるようになり、そういう点での問題は少なくなっている（T）
- ✓ グルーピングについて、診療ガイドの薬を対応させているのはどのように行っているのか？（野田）
 - 委託先の会社の特許だと聞いている（O）
 - レセプト情報は断片的だが（野田）
 - それを細かく分析していくことによって、個人の疾患とどれくらいの金額かがわかってくる。しかし一方で時間がかかるという問題は残る。国保連からデータが来る段階で 1 か月～1 か月半。そこから更にデータ整理、解析を行うと 3～4 ヶ月はかかる（O）
- ✓ 委託先会社は CD などを持って行ってデータ整理しているのか？（野田）
 - 基本は CD 等でデータを渡している。国保連でデータベース化できているものはいいのだが、手書きのレセプトデータを手作業でデータに落とし込むのに時間がかかると聞いている（T）
- ✓ 手書きレセプトはどれくらいある？（野田）
 - 1 割弱である。呉市では来年度、歯科のレセプトを電子化しようとしているが、こちらは手書きの割合が多いと聞いている（O）
- ✓ 特定健診の受診率をあげる試みはいかがか？（事務局 I）
 - 平成 24 年の 9～10 月頃から、定期的に医療機関で受診している人の検査データを特定健診のデータとして医療機関から呉市に情報提供してもらっている。本人の同意取得もしている。呉市は文書料としてある程度の金額をお支払いし、足りないデータがあった場合は追加検査も依頼しており、こちらにもお金を支払っている（T）
 - 本人の負担がなく健診データを埋められるので、全員に良い状況としている。呉市が特に追加しているクリアチニン、HbA1c もお支払して実施している。まだこの制度の患者、医療機関両方への周知ができていないので現在、地道に周知活動を行っている（T）
 - また、昨日対象者となりうる人で健診を受けていない人（4,000 人ほど）へ情報提供表を入れた健診受診の案内を発送した。反響もあり対応を行っている。市民全体への

事業として「地域に根差す健康促進事業」を呉市にある 28 の自治体で行っている。
声掛け運動や、催しの案内などを実施している(T)

- 医療機関からの情報提供は呉市独自のものではなく、広島県で行っており、他の県でも実施しているところがあると聞く。患者さんにとっては同じ検査を重ねてうけなくていいという利点があるだろう(O)
- ✓ 生活習慣病放置者とあるが、途中で受診をやめてしまう理由とはなにか？(阿望)
 - 自覚症状がないというのがあるのではないか。先生から「この薬は飲んでください」と言われても、近所の知り合いが「飲まなくても大丈夫」などと聞き、それでいいと思ってしまう。迷いながらも自分で選択して辞めてしまう。薬を飲む理由を理解いただけていないのが根底にあるのではないだろうか。その他には、先生との折り合いが悪いという話も聞く。こちらから通院を強く勧めづらいという問題もあるので、薬を飲む必要性は伝えたくて、本人に決めてもらうような方向で話を進めている。(T)
 - そうなった場合は他の病院を紹介してるのか？(阿望)
 - こちらからこの病院はどうかと勧めるわけにはいかないの、立地条件や他の先生の評判を聞いて自分で行こうと決断した人には後押しするよう対応している(T)
- ✓ 我々が調査した受診中断の要因では、1:自覚がない、2:忙しい、3:お金が高い、というのであった。ジェネリック薬は財政的な意味もあると思うが、患者本人にもメリットがありそういう点からも寄与していると思われる。(野田)

3. 築北村の取り組み

・築北村住民福祉課 健康づくり係 S 氏にヒアリングを行った。

実施日 2014 年 2 月 10 日(月) 13 時 00 分～14 時 15 分

■築北村の取り組みと概況について

- ✓ 我々が信州大学の相澤徹先生にお世話になったきっかけは、村で OGTT を実施するにあたり、病院ではないところで実施するのはどうなのかという指摘があり、どのように実施すべきかを相澤先生に相談しお世話になった。他の市町村で OGTT の実施について医師会から危ないのではないかと指摘を受ける地域もあったと聞いたが、健診後フォローを実施するためには OGTT の実施が必要と考え、どのように実施すべきかを相澤先生に相談した (S)
 - 健診結果がある一定のラインに到達した人に OGTT をその後実施するという事になったのか？(野田)
 - そうである。その後も相澤先生から糖尿病についていろいろと教わった (S)
- ✓ 特定保健指導計画(実施計画)をつくるにあたり、平成 25 年度から第二期目になったためその計画書から糖尿病に関連するものを抜粋したものが本日の資料(本厚生労働科学研究報告書には呈示せず)である。糖尿病から合併症を併発することが人々の生活の質を落とし、経済的な面にも影響が出る。経済面についていえば自治体にとっても透析導入にいたると大きな影響があり、それはどこの自治体も同様である。全国的に見ても透析導入の最大の原因として糖尿病があり、築北村でも糖尿病には力を入れて対策すべきと考えようになった。村の国保加入者の糖尿病治療者割合は、長野県の中でも TOP の方にいる。(S)
- ✓ 長野県内の同規模の村部で平成 22 年 5 月レセプトを比較した際、国保加入者を母数にした糖尿病治療率が 20.84%と 20%を超え村部の中でも 1 位になっている。村部で 1 位ということは県内でも上位に入っている(長野県の平均は 12.78%)。平成 20 年度に特定健診が始まってからの 5 年間は治療率があがっている (S)

透析導入患者数について

- ✓ 先ほど資料を見ていて驚いたのが、透析の人が村へ転入してきていることである(野田)
 - 透析導入すると仕事を続けるのが難しくなり、実家を頼り戻ってきた人が数人いる。2 人は実家へ戻り、1 人は物価が安い等の理由で東京から転居してきたようだ (S)
- ✓ 村にとっては大きな負担ではないか？1 人あたり年間 500 万円として 8 人で 4000 万円必要なことになる(野田)
 - このような状況から新規透析導入者が増えないよう、合併症を予防する方向で活動

することとなった。危ない人たち一人一人あたって健診うけているかなどを確認した(S)

- 透析になった人たちを平成 20 年代頃に全員を訪問し、どういう状況から透析まで至ったかの聞き取り調査を行った。こちらもあらゆるデータから状況確認を行った。治療をしていてもコントロールがうまくいかず透析導入、全く気が付かずに目の出血で判明し透析導入に至るケースなど要因は様々である。防げるものを防げなかった我々にも反省すべき点が出てきたといえる(S)
- ✓ 透析になった人たちの健康保険の内訳はどうなっているのか？(野田)
 - 国保以外には、社保や後期高齢者もいる。これらの人たちのデータはレセプトとしてはあがってこない。平成 19 年度までは基本健診として保険者に関わらず実施できたので振替データなどが確認できた(S)
 - その結果、健診を受けていない、受けても放置している状況などが判明したということか(野田)
 - そうである(S)
- ✓ 平成 18 年頃にどのような体制で特定健診を実施するか検討を始めて、その頃に透析導入者の聞き取りを行った(S)

OGTT の実施結果について

- ✓ 平成 18~24 年度の間には 209 人に OGTT を実施し、全く異常がなかったのが 27 名(12.9%)だった。区分は HOMA 指数 1.7 以上ならびに I・I が 0.4 未満で分けた(S)
- ✓ 正常な 27 人の中には、我々職員の結果も含まれている。自分たちの体を知ることも今後の指導に役立つためである。そのため、実際にはもっと正常な人の割合が少ないのかもしれない(S)
- ✓ OGTT の対象としたのは HbA1c6.1%未満(JDS 値)の人で、肥満/肥満でないを問わずに実施した(S)
- ✓ HbA1c 6.0%までの人でも糖尿病型の人が 22 名おり、これらの人を発見できたのは大きな成果といえる。その他に境界型についても 83 名発見できたのは大きく、OGTT 検査が必要であることを認識できた(S)
- ✓ 血糖値と HbA1c の測定は基本健診のころから実施していた。血糖はなるべく空腹時で(中には随時の人もいたが)実施してきたが、OGTT を実施することによってより詳細な情報が得られるということを住民に説明し検査を実施している(S)
 - 検査は年に 1 回程行っているのか？(野田)
 - そうである。現在は累計で 200 名を超えてきたので実施人数は減少している(S)

未治療者数の把握

- ✓ 平成 20 年頃は HbA1c6.1%(JDS)以上の人が 39 名おり、そのうちの 17 名は未治療者で

あった(S)

- 表を見ると年々減少しているように見える(野田)
- 減少していると自信を持って言えるほど減っていないと考えている。39名のうち、HbA1c7.0%以上が11名おり、未治療者は5名いた(S)
- 少なくともHbA1c7%以上の未治療者数は明らかに減少していると言える(野田)
- ✓ 平成25年度は、HbA1c6.1%以上(JDS)の人が41名おり、7名が未治療者であった(S)
- 前年度の未治療者の割合が30%で、それが7/41(約17%)になったということは減っていると言える(野田)

未治療者減少の取り組み

- ✓ 保健指導の目標として(1)糖尿病腎症による新規透析導入患者数の減少、(2)HbA1cが8.0%(JDS)以上の割合の減少、(3)糖尿病治療継続者の割合の増加、(4)糖尿病有病者の増加抑制の4つを設定した(S)
 - これは健康日本21の目標か(野田)
 - そうである。これが我々の目標でもなければいけないので、利用させていただいた(S)
 - この目標作成には私も関わっていた。利用いただきありがとうございます(野田)
- ✓ HbA1c別に保健指導の対象となる人を確認し、さらに治療者・未治療者において優先度を付けて対応することとした。特にHbA1c9.0%以上(JDS)の患者さんを最優先とした(S)
- ✓ この目標に沿っていくのに筑北村の現状を見ると、(資料:高血糖の保健指導計画 P2)緊急度の高いHbA1c9.0%以上(JDS)が毎年数人いる現状である(S)
- ✓ HbA1c8.0~8.9%(JDS)でも1人から数人いる。重症化を防ぐためにはこのような方たちから介入をきちんとしていく必要があると考え、特定健診終了後は毎年、優先順位を付けた名簿を作って適切な介入をしなければならないと痛感している(S)
 - この集団は国保の対象者なのか?(野田)
 - そうである。平成20年以降は国保の人のデータしか把握できなくなり、他の人たちのデータはわからなくなった。その他は自分で相談に来た人のデータが追跡できている程度である(S)
 - 基本的には特定健診受診者ということか?(野田)
 - そうである(S)
- ✓ グループ分けは、①グループをHbA1c(JDS)9.0%以上の人(治療・未治療は問わず)、②グループをHbA1c(JDS)8.0%~8.9%の人(治療・未治療は問わず)、③グループをHbA1c(JDS)6.1%~7.9%で未治療者の人、④グループをHbA1c(JDS)が5.5%~6.0%までの未治療者とした(S)
- ✓ この①~④グループの数値順で優先度をつけているのか?(野田)
 - 毎年の糖尿病フローチャートで見るとこのような集団ごとに優先づけを考えた(S)

- それを名簿に落として管理台帳作っている(S)
- ①～④グループの中でも更に優先順位をつけて、1位は治療を一切していない人、2位は糖尿病の治療はしていないが高血圧・脂質異常症の治療をしている人、3位は糖尿病治療中だが高血圧・脂質異常症に関しては治療していない人の3つにわけて対応している(S)
- ✓ 糖尿病も高血圧・脂質異常症も治療しているという人はいないのか？(野田)
 - 該当者はいるが、便宜上3位の中に含めてしまっている(S)
 - それでは3位は糖尿病を治療中であるという理解でいいか(野田)
 - そうである。グループ分けをして自分たちが地域に入っていくための優先順位をつけていった(S)
- ✓ グループ内で優先順位があるが、グループ別の優先順位はあるのか？(野田)
 - グループ①～④の順で優先順位をつけている(S)
- ✓ 我々は地区担当制を導入しており、自分が地域にどこまで入っていけるかという問題もあるが、それも含めて地区担当者に一任している(S)
 - 何名体制で実施しているのか？(野田)
 - 保健指導に入れる保健師が5名、管理栄養士が1名いる(S)
- ✓ 優先順位をつけて保健指導へ出向いても、中には話を聞いてくれない人もいるのではないか？(野田)
 - います。例えば、優先度1位のグループに入った人の中には、退職して63歳で初めて健診をうけて体の状態が発覚した人もいたりする(S)
 - 退職して村に転居してきたということか？(野田)
 - 退職して国保に入った人で、元から村の住民である。このケースについて言えば、昔の健診記録もない人であった(S)
 - 優先度2位の人はずっと健診受診していたが徐々に悪化していった。あるラインで治療に結びつけなければいけなかったのだが、なかなか話を聞いてもらえなかった。平成25年になりHbA1cが8.1%まで上昇してしまった(S)
- ✓ まず単年のデータをまとめて管理台帳とする。各種データを確認し、生活習慣病関連のリーダーである私から各担当者に状況を聞きながら指導に入ってもらおうよう対応しているが、中には話を聞いてもらえないケースもある(S)
 - そういう方がだいぶ悪くなってから病院を訪れるケースがよくありますね(野田)
- ✓ 見せていただいているデータの中には状態がよくない人も見られるが(野田)
 - この人に関しては治療継続しており、かかりつけ医の先生にお任せしている(S)
 - 地元のかかりつけ医に通院しているということでしょうか？(野田)
 - そうである(S)
- ✓ 平成25年度からはHbA1c7.0%以上(NGSP)の人を対象に管理栄養士が栄養指導に入るという目標を定めた(S)

- ✓ ここまでのお話から、HbA1c や治療の有無から優先順位を付け、更に地区担当制をひいて漏れが無いよう対策していることがわかった(野田)
- ✓ 栄養士の人は全地域にいて、保健師の 5 名を 5 地区に分けて実施しているということか？(野田)
 - そうである。自分たちの地区に責任もって追跡していこうとしている(S)
 - 栄養士の方も地区分担しているのか？(野田)
 - 平成 23 年度までは地区分担をしていたが、それ以降は分担制度をやめた。地区の責任は保健師がもつこととし、栄養士は全体的に重症化予防に重点をおいて活動している(S)
- ✓ 指導に入る際、病院での治療内容がわからないと指導しにくい部分もあると思うが、その点はどのように対応しているのか？(野田)
 - 健診受診者全員に会って聞き取り調査をしている。小さな村なので今までの経過をどこかで聞いたりすることもある(S)
- ✓ 筑北村の人口はどれくらいか？(野田)
 - 約 5000 名ほどである。500～600 名くらいが健診をうけるので保健師一人あたり 100 名前後の面談となる(S)
- ✓ その中で問題がある人はどれくらいいるのか？(野田)
 - 40 名くらいである。健診の結果説明時に確実に 1 回は会っているので、多少はフォローがしやすいと考えている(S)
 - そこから優先度をつけてフォローしているのか？(野田)
 - そうである(S)

指導の具体例

- ✓ 指導優先度が一番高い人には面談で結果説明してから病院の受診を強く勧めた。その後の通院の有無は訪問して確認するのがいいのだが、このケースに関してはレセプトで通院状況確認した(S)
 - そういうところにレセプトの良さが出ている(野田)
 - レセプト確認は保健師がしている。確認したところ通院していなかったなので、再度訪問して説明したところ地元開業医に通院するようになった。そこから栄養士が訪問して食事指導を行い、栄養士がこれから経過追跡する予定となっている(S)
- ✓ この方は腎臓に問題はないのか？(野田)
 - GFR は 80 台の値で問題ないと認識している。しかし肥満であるため、体重コントロールも兼ねて経過追跡している(S)
- ✓ 地区担当の保健師、栄養士、私が定期的に管理台帳確認し、漏れが無いように注意している(S)
- ✓ データを拝見していると平均年齢が若い印象がある(野田)

- 後期高齢者はこの資料に入っていないためではないか。後期高齢でも別途、保健師が経過追跡している人もいる(S)
- ✓ 管理台帳とレセプトデータから未受診者には受診を促す制度作りをしたのが理解できた。しかし、実際に受診までうまく結びつけることができるのか？(野田)
 - ①グループの人はなんとか受診までこぎつけた。②グループで未受診の人に対しても地区担当者に確認をとり、計画を立てながら受診勧奨を目指している(S)
 - 一人一人をつぶしていく方法でないと、治療に結びつけるのも治療を継続させるのもできないものなのかという点に行き着いた。結局は地区担当者が地区の人たちの生活の中に入っていきしかないと認識した(S)
- ✓ 訪問時のアポイントはどのようにしているのか？(野田)
 - スタッフによって違う。私はアポイントを取らず訪問しますし、電話して訪問しているスタッフもいる(S)
- ✓ アポイントを取って断られるケースはないのか？(野田)
 - 断られるケースもあると聞かすが、私自身はそういう経験がない。人間関係ができていないと難しい部分もあると考えられる。それでもトラブルはあまりない方だと認識している(S)

受診中断者への取り組み(具体例1)

- ✓ この仕組みができたことにより各患者さんの状況把握がより良くなるようになったことがわかった。仮に受診中断がおきても、その場合も把握できているのか？(野田)
 - ここは具体例で説明します。この患者さんは平成18年に受けた健診時に聞き取った情報によると、平成7年に仕事上の事故で入院し、その時に高血糖・高血圧を指摘されていた。入院中に食事指導を受けたが、退院後に放置していた(S)
 - 私からも食後高血糖が気になるため OGTT をお願いして実施したところ、糖尿病型と判明した(S)
 - そこから資料を用いて通院の重要性等を説明したが「薬はいやだ」「インスリン注射が必要なのか」「食事指導されてもわからない」と治療に結びつけることが困難だった(S)
 - そこでライフコーダーにより消費カロリーやごはん量を計算して患者さんと頻繁にかかわりを持つようにした。その際、記録上では「ご飯を減らしてみる」と自分でおっしゃったことになっていた(S)
 - 平成19年3月に訪問した際「酒量を減らせと言われると酒量が増える。ご飯なら減らせるかもしれない」とのことで教材集を多く使い説明し、ごはん量を減らすことになった。(S)
 - その際、SMBG で血糖を図ると139(随時血糖だが食前の状態だった)のため、受診を勧めたが「5月の健診を受けてから考える」とのことだった(S)

- 血糖値と OGTT について再度説明し受診を勧めた結果、開業医を受診することになった。開業医にも事前に説明して通院時に話がわかりやすいよう留意した。その後、平成 19 年 8 月に受診につながった(S)
- その後、平成 20 年 2 月に訪問したところ、1 回受診したのみで通院していないことが判明した。薬の服用が嫌とのこと(S)
- ここまで状況を踏まえて糖尿病専門医の受診を勧めたところ受診することに。これまでの経緯や後学のため保健師が付き添って受診した(S)
- その際、糖尿病専門医から栄養指導に通うよう言われ指導に通った。1 か月後の検査でも結果がよくないため薬を処方されるに至った(S)
- 受診中断の経歴があることから、こちらでも経過を把握する必要性を認識し、健診時や訪問で通院を確認するようにした(S)
- その後はこの糖尿病専門医のもとに通院継続しており、現在は年に数回行き会う際に状況を確認したりする程度となった(S)
- ✓ 経過を聞くと通院が板についた印象を受け、安心できる状態になったのではないかと(野田)

受診中断者への取り組み(具体例 2)

- ✓ もう 1 例紹介します。この方は平成 20 年 5 月に健診を受診した。奥様が高血圧でコントロール不良が続き、くも膜下出血から腎障害・透析となった生活背景も含めて、健診受診をお願いしていた(S)
- 健診時に心電図異常があったため、受診を勧めたが実際の受診につながらなかった。受診していないことはレセプトから確認した(S)
- 平成 22 年 6 月に健診を受診した際に OGTT、頸部エコーを実施し、よくない結果がでていたため再度受診を勧め、平成 22 年 12 月に開業医を受診した(S)
- 平成 23 年 3 月に訪問した際に受診中断が判明。6 月に健診を受けた際にも検査数値がよくないため再度受診を促した。7 月に受診したが再度受診中断期間をはさみ、H24 年 11 月に個別健診を受けたところ心電図に虚血変化が認められ、総合病院で心筋梗塞、ステント術を施行した(S)
- そこからは本人も自覚したのか受診が続いているが、いつ受診中断が起きるかわからないので注意している。また、病院は総合病院から開業医のもとへ戻ってきている(S)
- 平成 25 年 7 月訪問時に自己管理ノートというものを渡した。自己管理ノートは自己血糖測定結果や体重・血圧など記入できるような小さなノートで、医療連携ノートのかわりにもなるものである。患者さんからも先生に測定データを記入してもらおうようお願いし、細かな対応ができるようにした(S)
- ✓ ステント術の話があったが、これは心筋梗塞を起こしたから入院したわけではなく、予定入

院でステント術を行ったということか？(野田)

➤ そうである(S)

✓ 自己管理ノートの記入データは保健師の側で保存したりするのか？(野田)

➤ 基本的には患者さんに保存してもらい、我々は管理台帳に必要情報を書き写している。本人が自分の体を理解するためのノートとするのが目標である(S)

➤ 患者・医師・保健師の三角形の中心にノートがあるイメージで、患者を経由して情報のやり取りをするように試みている。通院先の先生が以前から知っている先生のため、ノートを患者さんに持たせることを事前に説明した(S)

➤ このノートは非常によく考えて作られている印象を受ける(野田)

➤ 我々もいいと思っている。過去の記録が残るので昔をふりかえる際にとっても重宝している。例えば受診中断期間に検査数値があがっているなどが一目でわかるようになっている。全ての保健師がこのノートを利用しているわけではないのでこれからの取り組みである(S)

✓ 昔のものだが本日用意した資料に勉強用の資料が入っている。保健師たちの全国規模の自主研修会でつくられたものである。保健師たちが力量をつけないと医療費抑制は無理であるというスタンスで研修を重ねており、そこで作成した教材を我々も利用している(S)

➤ この資料は保健師さん用の教材なのか？(野田)

➤ 基本的にはそうだが、場合によっては患者説明にも利用している(S)

➤ 糖尿病ノートというものを作成したり、薬の増加に対応したりするなどの段階を踏んで改訂されている(S)

国保データベースについて

✓ ここまでの話をまとめると、地区担当制度とシステム的に取り組み、更に受診中断者をレセプトで確認しながら未受診・未治療者数を減らしているということか(野田)

➤ そうである。その他に、まだ使用していないが国保データベース(KDB)システムもある。健診とレセプトが突合されたデータで出てくる。健診と医療レセプトと介護保険レセプトが合わさったものがデータとして出てくる(S)

✓ これは県の国保連にあるデータを各市町村で見るとのことか？(野田)

➤ そうである。いまお見せしている資料は「疾病管理一覧」という部分で糖尿病を選択して出力されたデータである(S)

➤ 国保連が動き出したのが平成26年1月から。レセプトの電子化はH23年からでそれがあるのでレセプトも簡単に確認できるようになった。昔は紙ベースで確認しないと受診中断者の発見はできなかった(S)

その他の特徴

- ✓ 本日のお話で、システマティックに更に漏れなく実施して未受診者・未治療者減少に取り組んでいるのがよく理解できた(野田)
 - まだまだこれからのことと認識している(S)
- ✓ その他の特徴といえるかわからないが、保健師の数が多いのも強みである。本来の市町村規模数でいえば筑北村は保健師 2 人程度が妥当な人数だが、3 村合併で保健師が計 6 人になった(各村に 2 名ずつ保健師がいた)。そのために個別対応できるという側面もあるかと思われる(S)

4.まとめと考察

・3市に共通している点としては、限られたリソースで最大限の結果を得るために、介入の対象を絞りこむ方法を明確にしていたことがあげられる。特にリスクが高い群に対しては自宅を訪問して介入を行い、患者背景を理解する一方、リスクが低い、受診が望まれる群についてはDMを送る等、程度に応じた介入を行っていた。

・また、未治療者の受診勧奨だけでなく、ジェネリック医薬品への切り替え推進等で経済的にも財政の健全化を推進していた。

・その背景となるデータベースについてはコスト面やオペレーション面で超えるべき点がある事が明確になった。特にレセプトのデータを変換する部分に多くの時間と予算を費やしている現状がわかった。レセプトデータと健診結果のデータの連動等がよりスムーズに行われることで、更に円滑に介入が実施できるものと考えられる。

・介入の費用対効果についても、前提となるデータの作成部分に投資が必要な状況であるが、介入自体の費用対効果は十分に成果が出ていると言える。

IV 作成したガイドライン

資料4

「糖尿病受診中断対策マニュアル」

糖尿病受診中断対策マニュアル

かかりつけ医の先生方へのアドバイス

1 受診中断者の特徴

- 受診中断率は年 8% 程度と推定される。

解説 東京都区南部で運用中の糖尿病地域連携システムに登録された患者を 3 年間観察したところ、かかりつけ医における受診中断率は 24.4% であった。クリニック通院患者で、約 1.5 年間で受診中断率が 8.1% であったとする報告もある。「糖尿病予防のための戦略研究」の課題 2 (J-DOIT2) では、介入を行わない「通常診療群」で、1 年当たりの受診中断率は「パイロット研究」では 8.16%、「大規模研究」では 8.25% であり、これらを合わせ、1 年当たりの受診中断率は 8% 程度と推定される。

- 受診中断は男性で仕事を持っている人に多い傾向がある。
- 高齢者に比べ、若年者(50 歳未満、とくに 20 ~ 30 歳代)で受診中断が多い。
- 血糖コントロールの悪い人(HbA1c 値が 8% 以上)、または、かなりよい人にも多い。
- 過去に受診中断をした人の受診中断率は高い。

解説 J-DOIT2 の結果からは、年齢では若年になるほど、性別では男性で受診中断が多く、仕事を持つ者で受診中断が多いことも示された。また、J-DOIT2 大規模研究の結果から、受診中断の既往者では既往のない者と比べ約 3 倍受診中断率が高く、さらに、受診中断既往のない者に限定した解析では、HbA1c 値*が 6.0 ~ 6.9% の群と比べ、HbA1c 値*が 10.0% 以上の群で約 4 倍受診中断リスクが高く、6.0% 未満の群でも高い傾向にあった (*NGSP 値)。

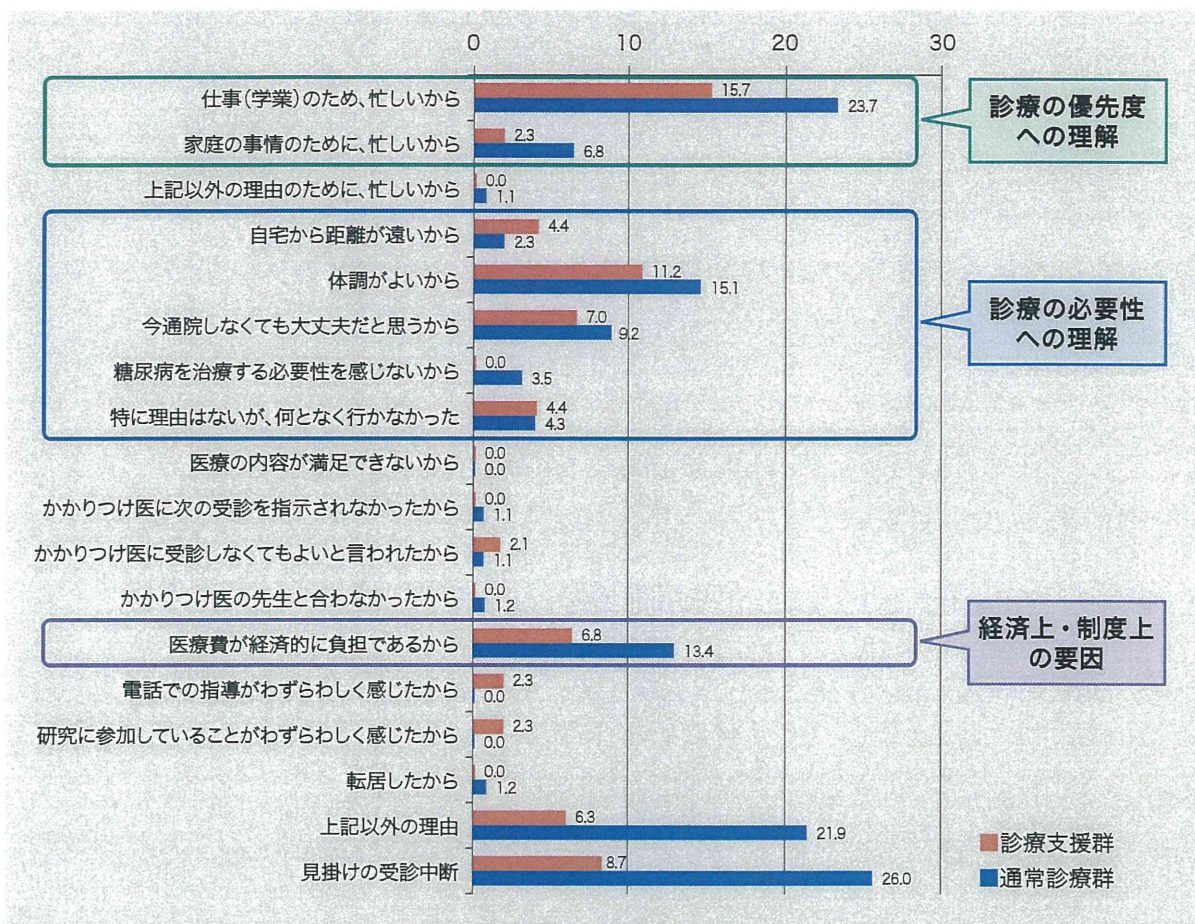
東京都港区のクリニックに通院していた糖尿病患者を対象に受診中断に関連する因子を検討した結果では、年齢が低いこと、HbA1c 値が低いこと、薬剤が処方されていないこと、過去に糖尿病と診断されたことがないことが受診中断と関連していた。

2 受診中断の理由

- 受診中断の理由としては、治療の優先度の理解(忙しいから、など)や疾患への認識(体調がよいから、など)の不足が挙げられる。
- 医療費が経済的に負担であることも受診中断の理由として多い。

図. 1,000人年当たりの受診中断理由数 (J-DOIT2 全体*, 複数回答可)

*パイロット研究+大規模研究、回答率：87/225=38.7%



3 受診中断への対策

● 初診の糖尿病の患者に、継続的に受診が必要であることを伝える。

解説 受診中断者は合併症の発症が多いことが、東京女子医科大学糖尿病センターなどや全国臨床糖尿病医会の調査で知られている。この点を通院患者に啓発することが重要である。

日本医師会、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会などが構成する日本糖尿病対策推進会議による受診中断抑制のための啓発ポスターの掲示も勧められる。

http://dl.med.or.jp/dl-med/tounyoubyou/diabetes_keihatsu.pdf

● 栄養指導、療養指導は受診中断の減少に有効である。

解説 自施設内の管理栄養士を活用する。自施設内に管理栄養士がない場合には、日本栄養士会の栄養ケア・ステーション事業もある。栄養ケア・ステーションは、都道府県栄養士会が運営する地

域住民のための食生活支援活動の拠点であり、地域の特性に応じた様々な事業を展開している。

http://www.dietitian.or.jp/caring/#care_map

エネルギー摂取量の決定は、上述の日本糖尿病対策推進会議による「糖尿病治療のエッセンス」(下記 URL)や、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」が参考になる。

<http://dl.med.or.jp/dl-med/tounyoubyou/diabetesp2012.pdf>

運動療法は、下表に該当しない場合、歩行運動では1回15～30分間で1日2回が、1日の運動量として歩行では約1万歩が適当とされる。運動はできれば毎日、少なくとも1週間に3日以上頻度で実施することが望ましい。

表. 運動療法を禁止あるいは制限した方がよい場合

(日本糖尿病学会編「糖尿病治療ガイド 2012-2013 (血糖コントロール目標改訂版)」(文光堂、2013) p. 45 より)

- ①糖尿病の代謝コントロールが極端に悪い場合(空腹時血糖値 250 mg/dl 以上、または尿ケトン体中等度以上陽性)
- ②増殖網膜症による新鮮な眼底出血がある場合(眼科医と相談する)
- ③腎不全の状態にある場合(血清クレアチニン、男性 2.5 mg/dl 以上、女性 2.0 mg/dl 以上)
- ④虚血性心疾患や心肺機能に障害のある場合(各専門医の意見を求める)
- ⑤骨・関節疾患がある場合(専門医の意見を求める)
- ⑥急性感染症
- ⑦糖尿病壊疽
- ⑧高度の糖尿病自律神経障害

糖尿病の治療では、体重の測定と管理が重要であることを伝える。体重は、100～200g単位で測れる体重計で、週に2～3回以上、同じ時間帯に測るのがよい。

日本糖尿病療養指導士認定機構などの糖尿病療養指導士の自施設内での雇用がある場合は、積極的に活用する。

●若年者などで時間にゆとりがない場合は、可能な範囲で受診時間の融通性を高くする。

解説 忙しく時間のゆとりがない若年層などの受診者に対しては、診察までの順番や見込み時間が分かるようにすることが重要である。最近では夜間や休日に通常の外来を行っているクリニックもある。

●インスリンの自己注射が指示どおり行われず残っている、または、きちんと薬剤が内服されず残薬がある場合には、医療費が経済的に負担である可能性を考慮する。

●医療費が経済的に負担である場合は、より薬価の低い薬剤や後発医薬品を考慮する。

解説 経済的なことがらはなかなか聞きにくいですが、医療者・患者間の信頼関係に基づいて尋ねる。後発医薬品についてはストレートに尋ねてよいであろう。

● **薬剤を中止できそうな場合も、その後の受診中断の可能性を考慮して慎重に判断する。**

解説 ことに、過去に受診中断歴のある人ではとりわけ慎重に対処する。

● **受診中断者への受診勧奨を行う。電話、郵便物はいずれも同程度に有効である。**

解説 電話やはがきによる受診勧奨は最も手軽な手段となりうる。メールもとくに若年層などに対しては有効な手段である可能性がある。

受診していないことを責めないのが重要である。しばらく通院していない場合、再開しにくい心情があることに留意する。「お変わりありませんか?」「先生も心配していますよ」などの声かけがよい。



● **受診中断者への問い合わせと受診勧奨は、医療保険者や産業医など、直接に診療に当たらない第三者も実施しうる。**

● **過去に受診中断した人には受診中断した理由を尋ねる。**

解説 上述の「受診中断の理由」のどれに当たるかを念頭に置き、予め対策を立てておく。

4 受診中断の減少につなげるために

● **年に2～3回、尿アルブミン値の検査を行い、結果を伝える(持続陽性であれば、アンジオテンシン変換酵素阻害薬やアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬を用いることを検討する)。**

解説 早期腎症期までの患者では、年に2～3回尿アルブミン検査を行い、結果を伝える。尿中アルブミン/クレアチニン比で判定する。保険適用を考慮して明瞭に3ヵ月を超える期間を空けて再検査する。

●眼科受診(年に一度程度)を勧める。

解説 日本糖尿病協会の「糖尿病連携手帳」や、日本糖尿病眼学会の「糖尿病眼手帳」を活用する。

●足の診察を行う(年に一度程度)。

解説 足の診察は、まず足を見ることが重要である。傷などが無いことを確認する。ポスターを貼ると、患者のフットケアへの関心が高まる効果がある(下記に日本糖尿病対策推進会議の「足チェックシート解析結果ポスター」のURLを示す)。

http://dl.med.or.jp/dl-med/tounyoubyou/poster_foot.pdf



日本糖尿病対策推進会議の「糖尿病神経障害あり」の定義は下表のとおりである。

表. 日本糖尿病対策推進会議による糖尿病神経障害ありの定義

以下の3項目のうち2項目以上を満たす場合を神経障害ありとした。

- ①糖尿病神経障害に基づくと思われる自覚症状*
- ②両側アキレス腱反射の減弱あるいは消失
- ③両側振動覚の低下(C-128音叉にて10秒以下)

*: 自覚症状: 「足の先がジンジン・ビリビリする」、「足の先がしびれる」、「足の先に痛みがある」、「足の感覚に異常がある」のうちいずれか1つ以上あり

●禁煙を勧めたり、禁煙指導を行ったりする。

解説 喫煙は心筋梗塞やがん、慢性閉塞性肺疾患などのリスクであることを伝える。禁煙の指導には、厚生労働省の「禁煙支援マニュアル」が参考になる(下記URL)。禁煙外来を紹介してもよい。

<http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/kin-en-sien/>



この「糖尿病受診中断対策マニュアル かかりつけ医の先生方へのアドバイス」は、厚生労働科学研究「患者データベースに基づく糖尿病の新規合併症マーカーの探索と均てん化に関する研究—合併症予防と受診中断抑止の視点から」（研究代表者 野田光彦）において作成された「糖尿病受診中断対策包括ガイド」（作成：同班「糖尿病受診中断対策包括ガイド」作成ワーキンググループ*）の内容を要約し解説を付したものである。作成は同ワーキンググループによる。

詳細については「糖尿病受診中断対策包括ガイド」を参照されたい。

***「糖尿病受診中断対策包括ガイド」作成ワーキンググループ**

野田 光彦（国立国際医療研究センター）

山崎 勝也（川井クリニック）

林野 泰明（天理よろづ相談所病院）

泉 和生（医薬品医療機器総合機構）

後藤 温（国立国際医療研究センター）
