

グラム参加勧奨は、不信感を抱いてしまう市民がいた実情もありました。結局、平成30年度にプログラムに参加した7名は、全員市職員からの声掛けに賛同した方であり、委託業者からの通知や電話勧奨による参加はいませんでした。

令和元年度は、尿検査結果不明であっても、診療・投薬行為から腎症2期・3期と推測される人を対象としたため、対象者の人数が増えました。しかしながら、B医療機関において確認したところ委託業者が腎症2期・3期とした25名の患者さんは実際には、7割が腎症1期に相当するという状況がわかり、適切な対象者把握に課題を残してしまいました。また、市民から、「業者に丸投げの事業はよくない」「レベルをよく分けてやるべきだ」との声もあり、事業の実施方法について見直すことにしました。

ちょうどその時に、KDB補完システム「アシスト」が導入され、糖尿病性腎症のヒートマップなどの糖尿病性腎症の詳細分析が簡単に使えるようになったことから、市の事業として明確な対象者選出基準の元、責任をもって利用勧奨すること、かかりつけ医との連携のもと、市民生活に寄り添った支援をするためのプログラム再編に取り掛かり始めました。市の専門職のマンパワーに限りがある状況の中で、すべてを市で担うことは困難であったことから、対象者抽出や利用勧奨、効果測定は市で行い、指導部分を委託する方法を検討しました。そこで、山梨市の特定健診や特定保健指導を担当していただいております山梨厚生会にお願いしたところ、指導部分の委託をお引き受けいただけることになり、令和2年度より新たなプログラムをスタートしました。事業の導入に当たっては、市内の糖尿

病専門医や糖尿病看護認定看護師の助言をいただき、山梨県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを基盤としたシステムを導入しました。

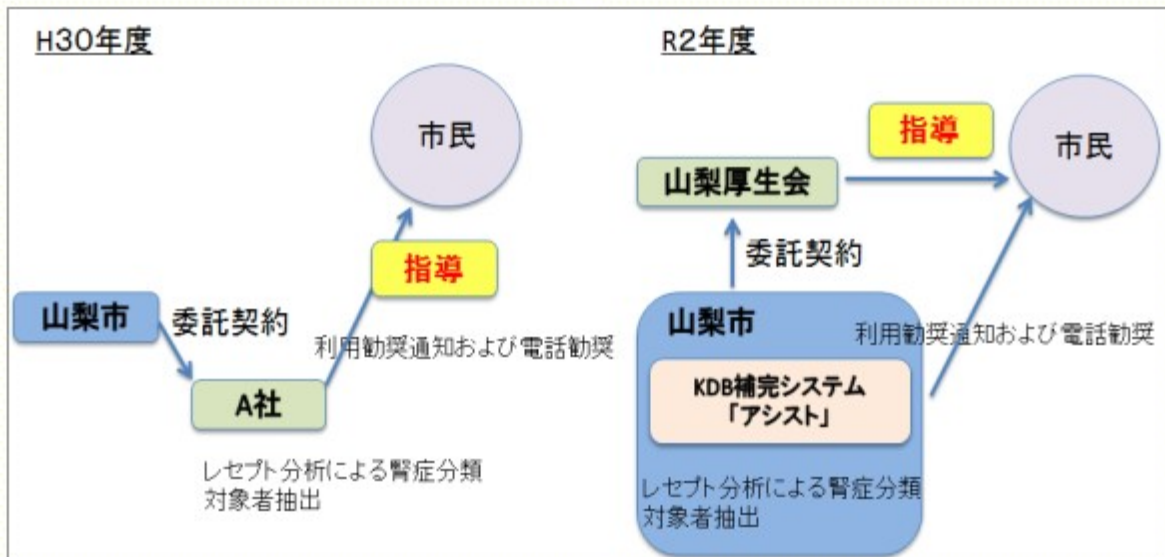
表1) プログラム参加状況

	平成30年度	令和元年度	令和2年度
利用勧奨者	67人	391人	42人
参加者	7人	15人	4人
脱落者	0人	4人	

【今後に向けて】

新たなプログラムの導入をするための過程が、健診機関や医療機関との連携強化のきっかけになりました。今後も、糖尿病治療をする方を地域で支えていくためのチームとして、専門家からの指導をいただきながら事業を作り上げていきたいと思ひます。

今年度は、通知での利用勧奨のみとして、個別の利用勧奨は行いませんでした。多くの方に参加していただけるよう、利用勧奨を推進していくとともに、効果的なプログラムとなるよう、市と委託先とで事例検討等をして、プログラムの資質向上に努めていきたいと思ひています。また、KDB補完システム「アシスト」では、特定健診結果を元に対象者を抽出していますが、本市では、健診受診率が低い課題があるため、まだまだすべての必要な人に必要な支援や情報を提供できていません。今後、健診の受診率向上にも力を入れていくとともに、かかりつけ医からの推薦もいただけるようにすすめていきたいと思ひます。





# 糖尿病重症化予防事業—山梨厚生病院の取り組み

(公財) 山梨厚生会 山梨厚生病院 予防医学センター  
健診課 保健師 降矢 里栄子 さん

(公財) 山梨厚生会 山梨厚生病院 予防医学センターは、峡東医療圏にあり、地域に根差した医療提供の一環として産業保健分野の巡回健診を中心に、住民健診や結果説明、特定保健指導、健康教室などの活動を行っています。

令和2年度山梨市から糖尿病重症化予防事業の委託があり、当課としてはじめて取り組むことになりました。まずは糖尿病および糖尿病性腎症についての再学習とプログラムを作成するところからの出発でした。山梨市開催の糖尿病勉強会への参加をはじめ、院内の糖尿病看護認定看護師、管理栄養士の協力を得て学習を進めながら、これまで長年取り組んできた特定保健指導のプログラムをベースに6か月間のかかわりを組み立てることにしました。(資料1)

当事業の対象者である糖尿病性腎症の初期の方は自覚症状がないために「腎症がある」という認識が薄い方も多いため、まずはその方の全体像をしっかりと捉え、確かな保健指導ができるよう情報収集紙を作成しました。指導方法は「生活に密着した保健指導」が実現できるように、①初回面接は保健師と管理栄養士のペアで家庭訪問し、家での様子も含めて情報収集②管理栄養士が対象者の食事カロリーや塩分量を分析③保健師・管理栄養士チームでのカンファレンスで取り組みの方向性や具体策を検討④個々の重点ポイントに合わせた内容の指導用リーフレット(資料2)を作成し1~5か月目のレター送付時に同封⑤6か月目に評価としました。また山梨市から提案いただいた「かかりつけ医との連携強化」の一つとして、面接後1回目の主治医報告は直接面談でお伝えすることを基本とし、お互いの顔を知って連携が円滑に行えるようにしました。

今年度の希望者は4名で、開始時期は8月初旬ですので今現在2か月目の2回目面接を実施しているところです。プログラムも始まったばかりで試行錯誤で取り組んでいますが、対象者が糖尿病そのものや腎症を悪化させることなく、また主治医の指示内容に対し結果を出して期待に応えることができるよう、今後も山梨市をはじめ対象者からのご意見も伺いながら、この事業をしっかりと構築していきたいと考えています。

資料1

山梨市糖尿病重症化予防プログラム				
方法	内容	ツール	記録	
山梨市より「糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加申込書」(様式1) 「糖尿病性腎症重症化予防保健指導指示書」(様式3)				
事前	電話	訪問日時のお約束		
	資料送付			プログラム説明用 パンフレット 初回アンケート用紙
初回	電話 (家庭訪問)	情報収集 目標および行動目標 の設定(1つ)	お茶碗チェック 体組成測定	アセスメントシート 目標(からだイキイ キ大作戦) 体重記録表
		個別カンファレンス 支援計画・目標の追加		主治医へ報告 (挨拶を兼ねて訪問) 山梨市へコピーを郵送
1か月目	電話(手紙)	行動目標実行状況 の確認	●パンフ	
2か月目	面談	具体的な指導	進捗のチェック	主治医へ報告(郵送) 山梨市へコピーを郵送
		個別カンファレンス 支援計画・目標の変更・追加		
3か月目	手紙(電話)	行動目標実行状況 の確認	●パンフレット	
4か月目	手紙(電話)	行動目標実行状況 の確認	●パンフレット	
5か月目	手紙(電話)	行動目標実行状況 の確認		
6か月目	面談	評価	体組成測定	主治医へ報告(郵送) 山梨市へ最終報告

資料2