

平成 30 年度 糖尿病重症化予防連携推進会議

日時：平成 31 年 2 月 12 日（火） 19：00～20：30

場所：総合保健福祉センター（アシスト 21） 61 会議室

I 「糖尿病連携手帳」を活用した糖尿病重症化予防の取組経緯

II 取組の状況

1. 取組開始前

H30.3 北九州市医師会特定健診・特定保健指導登録医療機関研修会にて実施したアンケートの結果

H30.5 北九州市医師会特定健診・特定保健指導登録医療機関研修会での「糖尿病重症化予防への取組」講演

2. 取組開始後

（1）各団体の取組状況と手ごたえ

- ・かかりつけ医
- ・糖尿病専門医
- ・眼科医
- ・歯科医
- ・薬剤師会
- ・CDE の会
- ・栄養士会
- ・看護協会
- ・日本糖尿病協会

（2）行政からの糖尿病連携手帳及び連携ツールの配布状況と重症化予防の取組

III 事業評価

1. 評価指標について

（1）短期指標

- ①アウトプット指標・・・糖尿病連携手帳の配布数や所持数
多職種連携の取組状況
- ②アウトカム指標・・・血糖コントロール不良者の割合の減少
糖尿病未治療者及び治療中断者の割合の減少

（2）中・長期指標

- ①アウトカム指標・・・人工透析（糖尿病性腎症）による医療費の減少
年間新規透析患者数の減少

2. 評価時期について

IV その他

次回開催予定 2020 年 1 月～2 月

平成30年度糖尿病重症化予防連携推進会議 構成員名簿

【構成員】

構成	氏名	勤務先等
糖尿病専門医	岡田 洋右	産業医科大学医学部第一内科学准教授
	杉本 英克	杉本クリニック
眼科医	前野 則子	まえの眼科
歯科医	大藏 雅文	医療法人みやび会おおくら歯科医院 八幡歯科医師会副会長
	古市 卓也	ふるいち歯科クリニック 北九州市歯科医師会理事
薬剤師	松丸 博幸	裕愛調剤薬局 北九州市薬剤師会理事
北九州CDEの会	高島 明美	横溝内科クリニック看護師長
かかりつけ医	岡本 高明	医療法人岡本クリニック 北九州市医師会理事
	今渡 龍一郎	医療法人今渡循環器内科クリニック 小倉医師会副会長
	柴田 清子	しばた循環器内科クリニック
福岡県看護協会	穴井 こずえ	製鉄記念八幡看護専門学校学校長 福岡県看護協会北九州地区理事
福岡県栄養士会北九州支部	安永 勝代	製鉄記念八幡病院栄養課 福岡県栄養士会理事
日本糖尿病協会	足立 雅広	日本糖尿病協会福岡県支部 常任理事 北九州市立医療センター糖尿病内科主任部長
糖尿病友の会患者会	田中 和平	北九州市立医療センター 患者会

敬称略

【オブザーバー】

構成	氏名	備考
健康保険協会	上村 景子	全国健康保険協会(協会けんぽ)福岡支部
福岡県庁	高山 理恵	福岡県保健医療介護部健康増進課
共済組合(福利課)	加地 尚子	北九州市職員共済組合

敬称略

平成30年度糖尿病重症化予防連携推進会議 事務局名簿

所属	氏名
保健福祉局健康医療部長	永富 秀樹
健康推進課長	仲山 智恵
健康推進課企画係長	高岡 智靖
健康推進課健康づくり担当係長	堀 優子
健康推進課食育・栄養改善担当係長	日浅 実千代
健康推進課歯科保健担当係長	古川 久雄
健康推進課国保健診係長	稲富 理恵
若松区役所保健福祉課地域保健係長	岩下 貴子
八幡西区役所保健福祉課地域保健係長	平田 里香
戸畑区役所保健福祉課地域保健係長	鈴木 麻衣子
小倉北区役所保健福祉課統括支援センター担当係長	梶原 亜紀

平成 29 年度 第 1 回糖尿病重症化予防連携推進会議要旨

平成 29 年 8 月 1 日

糖尿病重症化予防における実態および課題について

- ・糖尿病および糖尿病予備群は増加している。
- ・初診断時からの治療中断防止が重要である。
- ・治療中断者は男性や働き盛り世代が多い。過去に脳血管疾患や心血管疾患等を起こした者は中断が少ない。
- ・糖尿病を自覚せず、重症化して専門医受診する者がいる。
- ・歯科等の「糖尿病連携手帳」の持参は少ない。特にかかりつけ医からの持参は糖尿病専門医からに比べ少ない。

関係団体等による取組（現状）

【かかりつけ医】

- ・尿中アルブミン量を測定している。
- ・自覚症状が無いのでデータを示して今の体の状態の理解を図り中断防止に努めている。
- ・重症化した場合の予後について患者に伝えている。
- ・眼科等へ必要に応じ診療情報提供を行っている。

【歯科】

- ・歯科医師の日本糖尿病協会への入会を呼びかけている。
- ・歯周疾患難治者については簡易血糖測定を行い、高血糖の場合は医療機関受診を促している。

【薬剤師】

- ・お薬手帳で残薬や服薬中断等を確認し、相談に応じている。

【北九州 CDE の会】

- ・患者に対し「糖尿病連携手帳」を用い、連携（他科受診）の必要性を説明している。

連携推進に関するご意見等

- ・患者および医療機関における糖尿病重症化予防の視点での検査や他科受診（連携）の意識の醸成が必要。
- ・「糖尿病連携手帳シール」は受診の状況が一目でわかってよい。
- ・周知のためのパンフレットやポスター作成検討必要
- ・かかりつけ医だけでなく、歯科、眼科、薬局等全ての関係者から「糖尿病連携手帳」を配布する方向で検討してはどうか。
- ・看護学生等の養成の段階から、「糖尿病連携手帳」を活用した連携について周知していくことで、活用の広がりが持てる。
- ・お薬手帳については電子化の動きもある。

○糖尿病連携手帳の表面に貼付する「糖尿病連携シール」の作成及び活用について了承。

平成 29 年度 第 2 回糖尿病重症化予防連携推進会議要旨

平成 30 年 2 月 26 日

多職種連携に係る関係者の役割について

- ・糖尿病重症化予防を目的に糖尿病および糖尿病の疑いのある者に対して医療機関以外の者が「糖尿病連携手帳」を配布することは可能である（日本糖尿病協会 HP に掲載）。
- ・原則かかりつけ医からの配布とする。
- ・薬科については、基本的にはかかりつけ医のフォローという形で可能。
- ・普及についてはかかりつけ医はもとより薬局の役割が大きい。
- ・病院にもこの取組の周知が必要。糖尿病該当者について手帳を配布してもらう仕組みが必要。

関係団体等の連携

- ・市医師会より各区医師会へ当該取組みについて協力するよう、医師会が中心となって声掛けするよう周知を行う。
- ・各区により三師会の体制が異なるので、各区で区の行政等も活用し実施していく。
- ・各区の会議や研修会での周知のお願い。必要な資料は健康推進課で用意。
- ・医療機関への CDE の派遣については、実施体制、報酬等整理する必要がある、現状では難しい。今後の課題。

「糖尿病連携手帳」等の活用方法について

- ・リングの使用等については臨機応変に対応することとする。
- ・患者が忘れないように持参できるよう、声掛け等が必要。
- ・手帳のシール記載は、自己管理意欲を促すため、原則患者本人が行うこととする。運用として医療機関スタッフが記載することもある。
- ・「連携シール」の「保健指導」欄は「食事指導」と「生活指導」とに分類した方がよい。
- ・「糖尿病連携手帳」そのものについての要望は取組を行いながら意見を徴取し、日本糖尿病協会へ伝えていく。

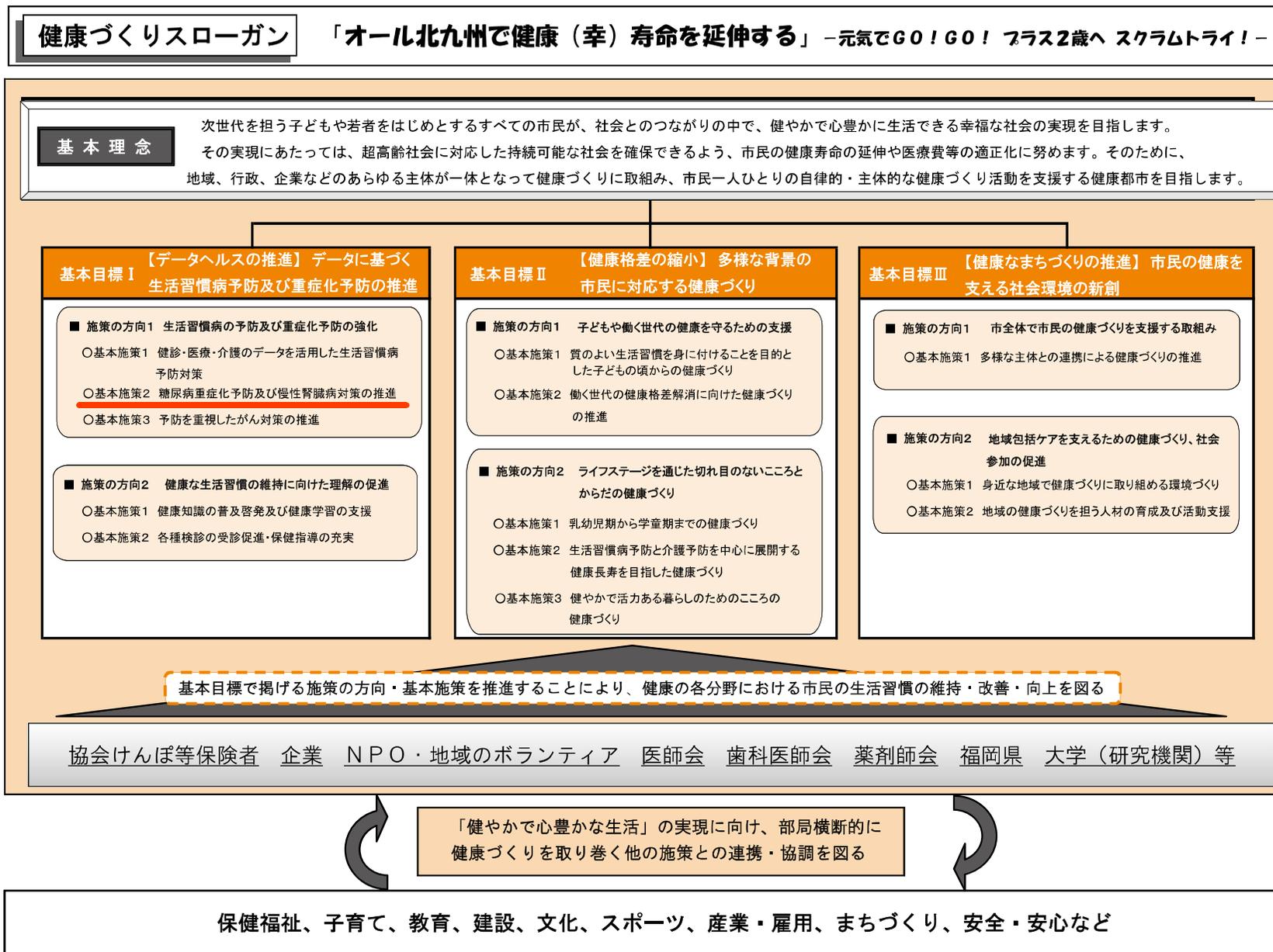
取組みの進め方、評価について

- ・平成 30 年度の特健健診開始（5 月）に合わせ取組をスタートする。それまでに資料等を準備する。
- ・取組を進めながら周知を行っていく。必要に応じて修正等を行っていく。
- ・評価アンケートについては一部修正し、事前アンケートとし、特定健診の登録医療機関研修会（H30.3.6）で配布。2 回目以降（平成 32 年又は 35 年頃実施）は内容変更を検討。

○糖尿病重症化予防に係る各団体の役割及び平成 30 年 5 月からの取組開始について了承。

次回予定 平成 30 年度 1 回

3. 計画の体系図



各 論 I

【データヘルスの推進】
データに基づく生活習慣病予防及び重症化予防の推進

【基本目標 I】

各論 I

データに基づく生活習慣病予防及び重症化予防の推進

■施策の方向1 生活習慣病の予防及び重症化予防の強化

国は健康・医療戦略において、予防可能な生活習慣病の重症化を防ぎ、医療と介護の安定的な提供を目標として掲げています。また、健康日本 21（第二次）においても、国民の健康寿命の延伸と健康格差の縮小を目指して、生活習慣病の予防、重症化予防を推進しています。本市においても、医療費や介護費が高額となる脳血管疾患や医療費の5割を占める心疾患、慢性腎臓病による人工透析、がん等の予防に重点をおき、その危険因子である糖尿病や高血圧、脂質異常等の生活習慣病の有病者の割合の減少を図ります。



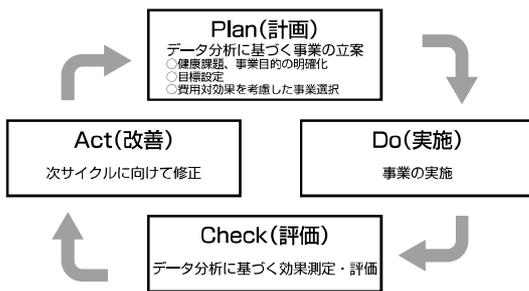
〈基本施策 1〉 健診・医療・介護のデータを活用した生活習慣病予防対策

本市の平成 28 年度における国民健康保険加入者 1 人当たりの医療費は政令市の中で第 2 位となっています。生活習慣病を予防し医療費の適正化を図るため、国保データベース（以下、KDB）システムを活用して優先的に取り組むべき健康課題を抽出し、生活習慣病予防及び重症化予防の個別アプローチを強化します。KDB システムは、「特定健診・特定保健指導」、「医療」、「介護」に係るデータを保険者向けに情報提供するシステムのことです。その活用により地域住民の健康課題の明確化や目標の設定、事業計画の策定を行い、PDC A サイクルに沿った効率的・効果的な保健事業を実施します。さらに、特定健診受診率の向上を図り、健診結果を分析することで、地域の健康課題を明確化し、課題解決のためのポピュレーションアプローチを一体的に推進します。

No.	事業名（担当課）	事業概要
1	北九州市国民健康保険特定健診・ 特定保健指導 （保健福祉局 健康推進課）	北九州市国民健康保険に加入する 40 歳～ 74 歳を対象に、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群を減少させることを目的として、メタボリックシンドロームに着目した特定健診を実施します。また、健診の結果、生活習慣の改善が必要な対象者への特定保健指導を実施します。
2	特定保健指導非対象者への 保健指導 （保健福祉局 健康推進課）	北九州市国民健康保険特定保健指導の対象外（メタボリックシンドローム非該当）となる、「痩せているが血圧の高い者」「受診中であるが糖尿病の改善が図られていない者」など、心房細動、高血圧、高血糖、脂質異常、腎機能低下の者を対象に保健師や栄養士等が家庭訪問等を行い、生活習慣の改善や治療の継続を支援し、重症化を予防します。
3 ⑧	データを活用した特定健診 未受診者対策 （保健福祉局 健康推進課）	北九州市国民健康保険特定健診の未受診者に対し、健診・医療・介護データを活用して、受診勧奨を行います。生活習慣病に関する医療受診の有無や過去の健診データ等を分析し、勧奨方法を訪問・電話・文書、医療機関からの勧奨依頼等に分け、個別性のある受診勧奨に取り組みます。
4 ⑧	口腔保健支援センター事業 （保健福祉局 健康推進課）	関係機関・団体と連携し、歯科口腔保健に関する知識の普及啓発や情報提供、市民の歯科疾患の予防等に取り組み、本市の状況に応じた歯科口腔保健施策を推進します。また、歯周病（歯周疾患）検診や歯周病予防講座等を通して、歯を失う主要な原因である歯周病予防に取り組みます。

5	健康教育 (保健福祉局 健康推進課)	メタボリックシンドローム非該当のため特定保健指導の対象外となりますが、高血圧症や糖尿病等のため生活習慣の改善が必要な者への個別保健指導や、区役所及び市民センター等で様々な健康課題をテーマとする集団教育を行います。また、関係団体と連携した普及啓発活動を実施します。
---	-------------------------------------	---

トピックス① データヘルス計画とは？



レセプト・健康情報等のデータ分析に基づく効率的・効果的な保健事業をPDCAサイクルで実施するための事業計画のことです。

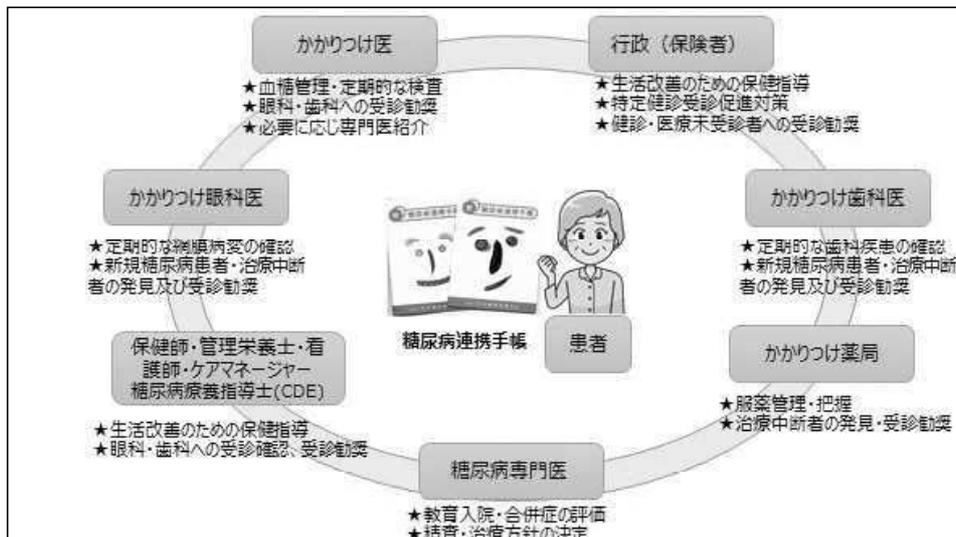
平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、すべての健保組合に対し、データヘルス計画の作成・公表、実施、評価等の取組を求めることとなり、本市国民健康保険においても、計画を策定、実施しています。

〈基本施策2〉 糖尿病重症化予防及び慢性腎臓病対策の推進

糖尿病は自覚症状が乏しく、気付かないうちに発症し、症状がないまま進行します。

糖尿病が重症化すると、糖尿病性網膜症による失明、神経障害等による足の壊疽、糖尿病性腎症による人工透析等のさまざまな合併症が発症します。糖尿病はがんや認知症の発症にもつながるとされ、重症化によって生活の質が低下し、高額な医療費や介護費を必要とすることから、糖尿病の早期発見、未受診者への受診勧奨、治療中断者の防止をすることが重要です。そのため、行政、医療機関、薬局、関係団体が連携し、食事、運動、薬物治療が継続的に実施できるよう糖尿病の重症化予防の体制を構築します。

「糖尿病連携手帳」を活用した多職種連携による糖尿病重症化予防の取組イメージ



トピックス② 糖尿病を正しく知ろう



▲平成29年度はチャチャタウン小倉の観覧車がブルーにライトアップされました。



▲相談コーナーでは医師等の専門家から直接相談や指導が受けられます。

～世界糖尿病デー街頭啓発&糖尿病フェスタ～

11月14日の世界糖尿病デーに合わせて、毎年「市民糖尿病教室（糖尿病フェスタ）」、「世界糖尿病デー街頭啓発活動（ブルーライトアップIN北九州）」を開催しています。日本糖尿病協会や北九州糖尿病療養指導士会等によって企画されています。当日は専門医、栄養士、看護師、薬剤師、検査技師等による相談や講演会等が実施され、糖尿病についての理解を深め、糖尿病予防に努めています。

No.	事業名（担当課）	事業概要
6 ⑧	糖尿病連携手帳を活用した多職種連携 (保健福祉局 健康推進課)	糖尿病の重症化予防に関係する団体（かかりつけ医、眼科医、歯科、薬局やコメディカルスタッフ等）と連携し糖尿病有病者及び予備群の治療中断や未受診による重症化を予防する仕組みづくりを行います。連携ツールとして、糖尿病連携手帳（日本糖尿病協会発行）を活用することを推進します。
7	慢性腎臓病（CKD）予防連携システム (保健福祉局 健康推進課)	かかりつけ医を核として、特定健診から、かかりつけ医、腎臓専門医までを一体的につなぐ連携システムにより、慢性腎臓病（CKD）の予防及び重症化予防と心血管疾患の発症の抑制を旨します。
再掲 1	北九州市国民健康保険特定健診・特定保健指導 (保健福祉局 健康推進課)	北九州市国民健康保険に加入する40歳～74歳を対象に、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群を減少させることを目的として、メタボリックシンドロームに着目した特定健診を実施します。また、健診の結果、生活習慣の改善が必要な対象者への特定保健指導を実施します。
再掲 2	特定保健指導非対象者への保健指導 (保健福祉局 健康推進課)	北九州市国民健康保険特定保健指導の対象外（メタボリックシンドローム非該当）となる、「痩せているが血圧の高い者」「受診中であるが糖尿病の改善が図られていない者」など、心房細動、高血圧、高血糖、脂質異常、腎機能低下の者を対象に保健師や栄養士等が家庭訪問等を行い、生活習慣の改善や治療の継続を支援し、重症化を予防します。

計画の指標（基本目標 I）

指 標	現 状 (H28)	目 標 (H34)
■北九州市が実施するがん検診の受診率の向上 ※参考：[] 内は、国指標である 40 歳（子宮頸がんは 20 歳）～ 69 歳の受診率	胃がん 2.7%[4.0%]	10.0%
	肺がん 3.3%[4.8%]	10.0%
	大腸がん 7.1%[8.7%]	12.0%
	乳がん 14.3%[28.0%]	22.0%
	子宮頸がん 20.1%[35.5%]	33.0%
指 標	現 状 (H28)	目 標 (H34)
■歯科検診の受診率の向上	妊産婦 24.7%	30.0%
	40 歳・50 歳・60 歳・ 70 歳検診の合計 4.5%	10.0%
指 標	現 状 (H28)	目 標 (H35)
■高血圧症の者の割合の減少 （収縮期血圧 180mmHg 又は 拡張期血圧 110mmHg 以上の者の割合） ※市国保健診	0.92%	0.65%
指 標	現 状 (H28)	目 標 (H35)
■脂質異常症の者の割合の減少 （LDL コレステロール 160mg/dl 以上の者の割合）※市国保健診	13.93%	11.9%
指 標	現 状 (H28)	目 標 (H35)
■血糖コントロール不良者の割合の減少 （HbA1c 8.4%以上の者の割合） ※市国保健診	1.13%	0.82%
指 標	現 状 (H28)	目 標 (H35)
■年間新規透析導入患者数の割合の減少 ※市国保加入者 千人当たり	0.51	減少傾向
指 標	現 状 (H27)	目 標 (H34)
■75 歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少 （10 万人当たり）	84.2	74.4
指 標	現 状 (H27)	目 標 (H34)
■脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少 （10 万人当たり）	男性 35.7	更に改善
	女性 17.3	更に改善
指 標	現 状 (H27)	目 標 (H34)
■虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 （10 万人当たり）	男性 22.9	更に改善
	女性 9.6	更に改善
指 標	現 状 (H27)	目 標 (H34)
■糖尿病の年齢調整死亡率の減少 （10 万人当たり）	男性 5.6	更に改善
	女性 2.3	更に改善

健康管理・その他

第4章 第二期データヘルス計画の成果目標と今後の取組

1 成果目標の設定

分析により明らかとなった健康課題解決のための目標を、短期・中長期に分けて設定します。

	課題を解決するための成果目標	現状値	中間 評価値	最終 評価値
		H28	H32	H35
短期 目標	特定健診受診率の向上	35.8%	48.0%	60.0%
	特定保健指導の実施率の向上	30.0%	45.0%	60.0%
	健診受診者のうち高血圧症の者の割合の減少 (180mmHg/110mmHg 以上)	0.92%	0.79%	0.65%
	健診受診者のうち脂質異常症の者の割合の減少 (LDLコレステロール 160mg/dl 以上)	13.93%	12.91%	11.9%
	健診受診者のうち血糖コントロール不良者の割合の減少 (HbA1c 8.4%以上)	1.13%	0.98%	0.82%
中長期 目標	脳血管疾患の入院医療費の減少	16.4 億円	H28 年度よ り減少	H28 年度よ り減少
	虚血性心疾患の入院医療費の減少	12.8 億円		
	人工透析(糖尿病性腎症)による医療費の減少	27.6 億円		
	年間新規透析患者数の減少 (国保加入者 千人あたり)	0.51 人		

2 保健事業の実施

保健事業の実施に当たっては、生活習慣病対策としての発症予防と重症化予防の推進、特定健康診査及びきめ細かい保健指導の実施、地域や保険者の特性に応じた事業運営に留意し、国保部門だけでなく、健康増進事業担当課や各区の地域保健担当部門等と連携して取り組むこととします。特に対象者への受診勧奨や保健指導は、個別アプローチを中心に取り組みます。

(1) 特定健診・特定保健指導に関連する保健事業

ア 特定健診・特定保健指導の実施（第三期特定健康診査等実施計画）

特定健康診査は、高確法に基づき、保険者に義務付けられた健診です。メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的としています。

特定健診・特定保健指導の内容については、第6章「第三期特定健康診査等実施計画」で定めています。

イ 特定健診未受診者対策

40歳代、50歳代の若い世代への受診勧奨を優先して行い、年代や健診結果の有所見の数や程度に応じて勧奨方法を工夫します。

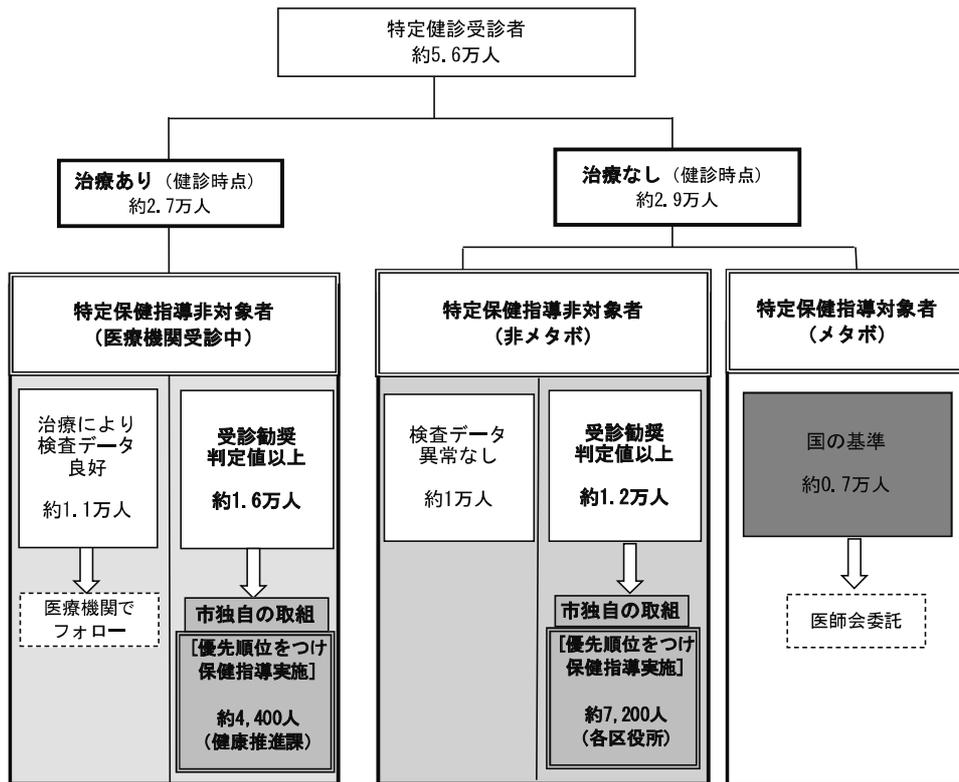
個別 勧 奨	対象者	特定健診未受診者 ①過去5年間、健診受診や生活習慣病に関する医療受診の確認ができない者 ②生活習慣病等で医療機関を受診している者 ③過去に特定保健指導の対象となった者、過去の特定健診で有所見であった者 ④当該年度8月、11月末までに受診が確認できない者
	実施方法及び実施時期	①専門職の訪問による受診勧奨 6月頃～12月頃（拡充） ②かかりつけ医を通じた個別受診勧奨 通年 ③専門職の電話による受診勧奨 10月～3月頃 コールセンターでの受診勧奨 11月～2月頃 ④受診勧奨ハガキの送付 11月・2月の年2回
そ の 他	対象者	市国保加入者
	実施方法及び実施時期	①健康づくり推進員・食生活改善推進員による受診勧奨 受診勧奨強化月間等 ②各区役所での受診勧奨 通年 ③広報や情報誌等を通じた受診勧奨 1～2回/年 ④イベントや講演でのPR 等

ウ 特定保健指導非対象者への保健指導

特定健診受診者のうち、特定保健指導に該当しない者（特定保健指導非対象者）についても、関係学会のガイドライン※1等に基づき、特定健診の受診勧奨判定値または保健指導判定値以上の者から対象者を選定し、優先順位をつけながら保健指導を実施します。

対象者	特定保健指導非対象者で有所見者 ①心房細動有所見 ②高血圧（収縮期血圧 160mmHg 以上/拡張期血圧 100mmHg 以上） ③高血糖（HbA1c6.5%以上） ④脂質異常症（LDL-C160mg/dl 以上） ⑤腎機能低下（尿蛋白+以上、eGFR60 未満）等
実施方法	優先順位をつけながら、訪問、電話、文書等で保健指導を実施
実施時期	通年

〔 図表 4-1 特定健診受診者の状況（平成28年度実績より） 〕



【出典】保健指導支援ツール

※1 関係学会のガイドライン：脳卒中治療ガイドライン 2017、虚血性心疾患一次予防ガイドライン
糖尿病治療ガイドライン 2016、CKD 診療ガイド、高血圧治療ガイドライン 2014
動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017、メタボリックシンドロームの診断基準 等

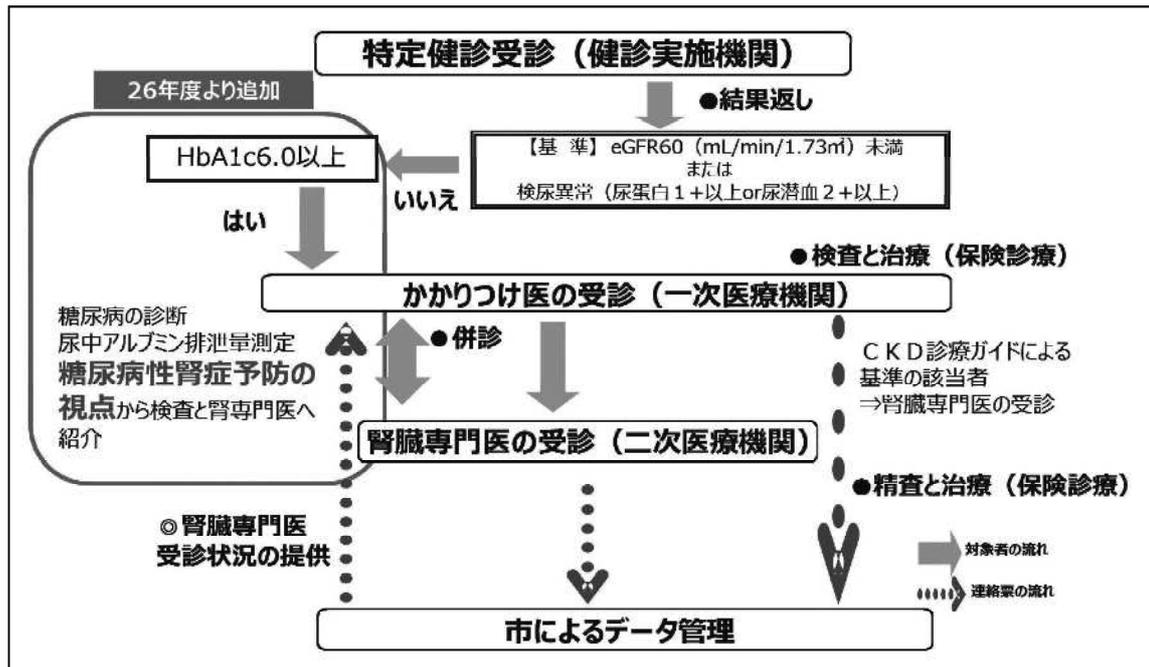
エ 北九州市CKD(慢性腎臓病)予防連携システムを活用した腎機能低下予防対策

人工透析は生活の質を低下させ、高額な医療費(約500~600万円/年)を必要とすることから、腎疾患の重症化を予防し、人工透析に至らないようにすることが重要です。

CKD予防連携システムを効果的に活用し、特定健診受診者から腎機能低下者をスクリーニングすることにより、適切な保健指導及び医療機関受診勧奨、治療継続に向けての支援を実施していきます。

対象者	特定健診受診者で腎機能低下者
実施方法	<p><特定保健指導非対象者で腎機能低下者への保健指導></p> <p>優先順位をつけながら、重度の者は訪問指導、中等度の者は電話指導を実施</p> <p><CKD 予防連携システム> 図表 4-2 参照</p> <p>システムの運用においては、かかりつけ医や腎臓専門医を構成員とする意見交換会を年1回程度実施し、円滑な運用に向けて検討</p>
実施時期	通年

[図表 4-2 北九州市国民健康保険CKD予防連携システム]





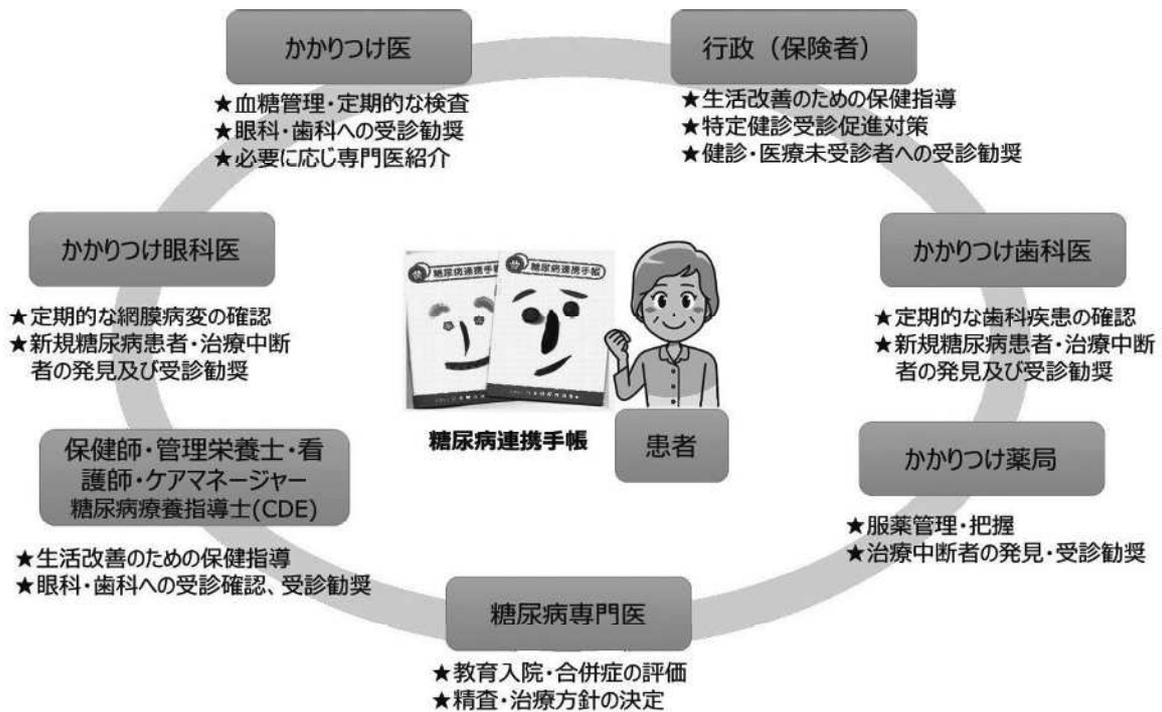
オ 糖尿病性腎症重症化予防（新規）

福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラム^{※1}に基づいて、医療機関と連携のもと重症化予防のための保健指導及び受診勧奨を行うことで、糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少を目指します。

また、平成29年度には、医師会（かかりつけ医、眼科医、糖尿病専門医）や歯科医師会、薬剤師会、糖尿病療養指導士（CDE）の会、看護協会、栄養士会、日本糖尿病協会等を構成員とする「糖尿病重症化予防連携推進会議」を立ち上げ、「糖尿病連携手帳^{※2}」を活用した多職種連携による糖尿病重症化予防の取組について検討していきます（図表4-3）。

対象者	過去5年間の特定健診でHbA1c6.5%以上になったことがある者
実施方法	糖尿病管理台帳 ^{※3} を活用し、優先順位をつけながら、訪問を実施 ①健診未受診かつ医療機関未受診の者 ②健診未受診かつ治療中断者 ③治療中で血糖コントロール不良及び腎機能低下がみられる者
実施時期	通年

〔図表4-3 「糖尿病連携手帳」を活用した多職種連携による糖尿病重症化予防の取組イメージ〕



※1 福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラム：日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省における「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」に基づき制定された「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を参考に、福岡県で策定したプログラム

※2 糖尿病連携手帳：日本糖尿病協会が編纂し、糖尿病の重症化予防、地域連携の支援等を目的とした手帳

※3 糖尿病管理台帳：特定健診受診者のうち、過去一度でもHbA1cが6.5%以上となったことがある者の台帳

(2) 健康学習の実施（生活習慣病の一次予防に重点を置いた取組）

特定健診の対象者に限らず、妊婦・子ども・成人全てのライフステージでの生活習慣病予防につながる健康学習（例えば、からだのメカニズムと食事の関係や自宅での血圧測定的重要性、禁煙について等）を市民に身近な地域で実施します。

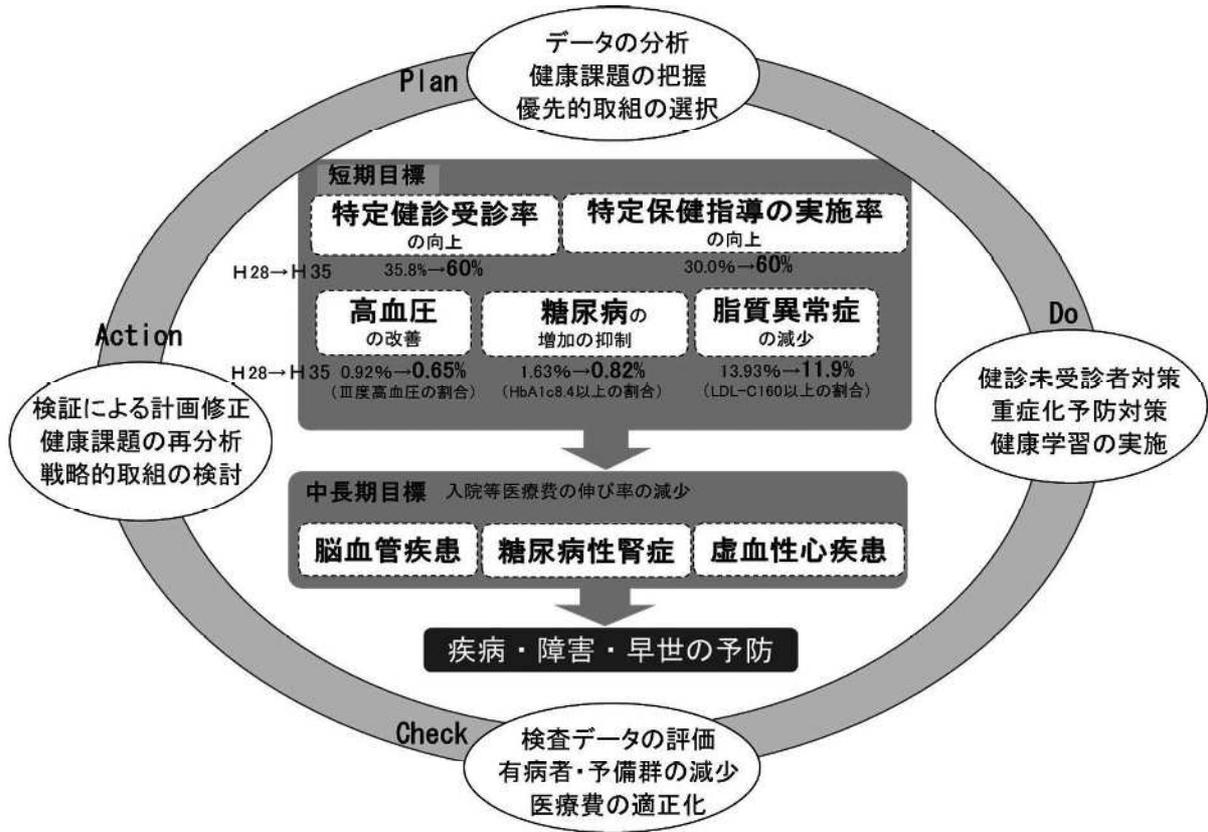
健康学習は地域の健康意識の向上のためのポピュレーションアプローチとして重要であり、強化して取り組んでいきます。

対象者	市民
実施方法	市民センターを拠点とした健康づくり事業（地域でGO!GO!健康づくり）※1、食を通じた生活習慣病予防事業、その他健康教育・イベント・広報誌掲載等の機会を利用する。
実施時期	通年

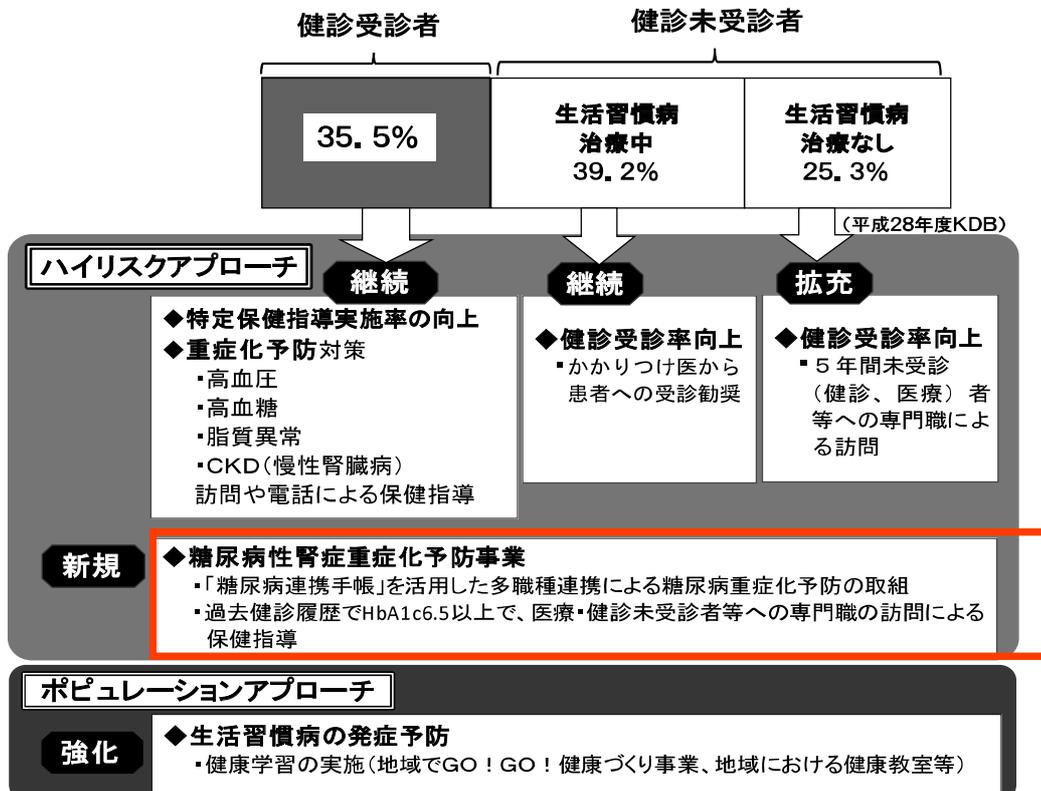
※1 市民センターを拠点とした健康づくり事業（地域でGO!GO!健康づくり）：

市民センターを拠点として、市民が主体となった話し合い、目標設定、計画づくり、実践、事業評価を一つのサイクルとした健康づくり事業を、まちづくり協議会、健康づくり推進員の会、食生活改善推進員協議会、医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会、行政（保健師等）等の連携により行う事業（第二次北九州市健康づくり推進プランより）

[図表 4-4 保健事業の取組のイメージ]



[図表 4-5 具体的な取組]



「糖尿病連携手帳」を活用した糖尿病重症化予防にかかる各関係者の役割

【 医師会 】

		役割
北九州市医師会		・ イベント等での市民への糖尿病重症化予防に関する啓発活動
		・ 糖尿病連携シールの配布（各区医師会へ）
		・ 対象者用パンフレット等の配布（各区医師会へ）
		・ 区医師会、医療機関への事業の周知
		・ 糖尿病重症化予防連携推進会議へ構成員の推薦
		・ 各医療機関からの問い合わせ対応
		・ 特定健診結果該当者への医療受診勧奨・「糖尿病連携手帳」の配布
各区医師会		・ イベント等での市民への糖尿病重症化予防に関する啓発活動
		・ 糖尿病連携シールの配布（各医療機関へ）
		・ 対象者用パンフレット等の配布（各医療機関へ）
医療機関	内科 (かかりつけ医) ※糖尿病診療のあ る医療機関	・ 糖尿病の診療・検査・保健指導
		・ 「糖尿病連携手帳」「連携シール」の配布、記載、記載確認
		・ 重症化予防のための他科受診（眼科・歯科）への声掛け
		・ 「糖尿病連携手帳」の申請（取引のある取扱い製薬会社へ）
		・ 対象者用パンフレット等の配布（対象者へ）、ポスター掲示
		・ 院内スタッフへの事業周知
	眼科	・ 診療・検査・保健指導
		・ 「糖尿病連携シール」の記載、記載確認 ※糖尿病連携手帳（未貼）の持参があれば、シールの配布（原則かかりつけ医からの配布）
		・ 対象者用パンフレット等の配布（対象者へ）、ポスター掲示
		・ 重症化予防のための他科受診（内科・歯科）への声掛け
		・ 院内スタッフへの事業周知
	糖尿病 専門医療機関	・ 糖尿病専門医の立場での診療・検査・保健指導
		・ 「糖尿病連携手帳」「糖尿病連携シール」の配布、記載、記載確認
		・ 重症化予防のための他科受診（眼科・歯科）への声掛け
		・ 対象者用パンフレット等の配布（対象者へ）、ポスター掲示
		・ 「糖尿病連携手帳」の申請（取引のある取扱い製薬会社へ）
		・ 院内スタッフへの事業周知
	・ 取組関係団体への糖尿病重症化、重症化予防に関する助言	

※未治療の高血糖者及び治療中断者、コントロール不良者を発見し治療受診勧奨および保健指導を行うために各関係機関において特定健診受診勧奨を行う。

【 歯科医師会 】

	役割
北九州市歯科医師会	・ イベント等での市民への糖尿病重症化予防に関する啓発活動
	・ 区歯科医師会、歯科医療機関への事業の周知
	・ 各歯科医療機関からの問い合わせ対応
	・ 対象者用パンフレット等の配布（各区歯科医師会へ）
	・ 糖尿病連携シールの配布（各区歯科医師会へ）
	・ 糖尿病重症化予防連携推進会議への構成員の推薦
各区歯科医師会	・ イベント等での市民への糖尿病重症化予防に関する啓発活動
	・ 対象者用パンフレット等の配布（各歯科医療機関へ）
歯科医療機関 (かかりつけ歯科医)	・ 診療・検査・保健指導
	・ 「糖尿病連携シール」の記載、記載確認 ※糖尿病連携手帳（未貼）の持参があれば、シールの配布（原則かかりつけ医からの配布）
	・ 重症化予防のための他科受診（内科・眼科）への声掛け
	・ 対象者用パンフレット等の配布（対象者へ）、ポスター掲示
	・ 院内スタッフへの事業周知

【 薬剤師会 】

	役割
北九州市薬剤師会	・ イベント等での市民への糖尿病重症化予防に関する啓発活動
	・ 区薬剤師会、薬局への事業の周知
	・ 糖尿病連携シールの配布（各区薬剤師会へ）
	・ 対象者用パンフレット等の配布（各区薬剤師会へ）
	・ 糖尿病重症化予防連携推進会議への構成員の推薦
各区薬剤師会	・ イベント等での市民への糖尿病重症化予防に関する啓発活動
	・ 糖尿病連携シールの配布（各区薬剤師会へ）
	・ 対象者用パンフレット等の配布（各薬局へ）
薬局	・ 調剤、服薬指導、保健指導
	・ 「糖尿病連携手帳」の配布も可（原則かかりつけ医からの配布） ※投薬内容より糖尿病が疑われる方へ交付について所持について確認し、配布。 ※「糖尿病連携手帳」交付申請については一括（市薬剤師会）
	・ 「糖尿病連携シール」の記載、記載確認 ※糖尿病連携手帳（未貼）の持参があれば、シールの配布（原則かかりつけ医からの配布）
	・ 対象者用パンフレット等の配布（対象者へ）、ポスター掲示
	・ 他科受診（内科・眼科・歯科）の声掛け
	・ 局内スタッフへの事業周知
	・ 「糖尿病連携手帳」の申請（取引のある取扱い製薬会社へ）

【 北九州市CDEの会 】・糖尿病重症化予防連携推進会議への構成員の推薦

	役割
北九州CDEの会	・ イベント等での市民への糖尿病重症化予防に関する啓発活動
	・ 糖尿病重症化予防の療養等に関する患者及び関係者への助言
	・ 各会員への取組み周知
	・ 糖尿病重症化予防連携推進会議への構成員の推薦
各CDE（糖尿病療養指導士）	・ 「糖尿病連携手帳」、「糖尿病連携シール」の配布、記載、記載確認 ※所属の機関で実施するもの
	・ 対象者用パンフレット等の配布（対象者へ）
	・ 他科受診（内科・眼科・歯科）の声掛け

【 看護師会 】【 栄養士会 】

	役割
看護協会・栄養士会	・ イベント等での市民への糖尿病重症化予防に関する啓発活動
	・ 各会員への取組み周知
	・ 糖尿病重症化予防連携推進会議への構成員の推薦
各看護師・栄養士	・ 「糖尿病連携手帳」、「糖尿病連携シール」の配布、記載、記載確認 ※所属の機関で実施するもの
	・ 対象者用パンフレット等の配布（対象者へ）
	・ 他科受診（内科・眼科・歯科）の声掛け

【 日本糖尿病協会・患者会 】

	役割
日本糖尿病協会	・ イベント等での市民への糖尿病重症化予防に関する啓発活動
	・ 「糖尿病連携手帳」、マスコット等の発行、使用等に関する助言
	・ 糖尿病重症化予防連携推進会議への構成員の推薦
日本糖尿病協会患者会	・ 患者、家族、地域への糖尿病重症化予防に関する情報発信
	・ 必要に応じ日本糖尿病協会へ「糖尿病連携手帳」の申請も可能 ※原則医療機関配布とする。

【 北九州市 】

	役割
健康推進課	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病重症化予防のための保健指導（治療中の者） ※特定保健指導以外の保健指導として実施
	<ul style="list-style-type: none"> 「糖尿病連携手帳」、「糖尿病連携シール」の配布、記載、記載確認 ※原則医療機関配布とする。
	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関受診（内科・眼科・歯科）の声掛け
	<ul style="list-style-type: none"> 対象者用パンフレット等の配布（対象者へ）、ポスター掲示
	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病重症化予防、事業に関する啓発活動
	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診の実施及びデータ管理
	<ul style="list-style-type: none"> 治療中断者及び未治療者、コントロール不良者の抽出
	<ul style="list-style-type: none"> 「糖尿病連携手帳」（行政配布用）の購入
	<ul style="list-style-type: none"> 「連携シール」・啓発資料作成、配布
	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病重症化予防連携推進会議の開催、HPでの公開
	<ul style="list-style-type: none"> 各関係機関との連絡調整
各区役所保健福祉課	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病重症化予防のための保健指導（未治療者） ※特定保健指導以外の保健指導として実施
	<ul style="list-style-type: none"> 「糖尿病連携手帳」、「糖尿病連携シール」の配布、記載、記載確認 ※原則医療機関配布とする。
	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関受診（内科・眼科・歯科）の声掛け

「糖尿病連携手帳」を活用した多職種連携による糖尿病重症化予防の取組における
関係者の主な役割一覧

		①診療・検査	②服薬指導	③生活改善 (食事・運動)	④糖尿病連携手帳の取扱い業者への申請	⑤糖尿病連携手帳の患者への配布	⑥連携シールの患者への配布	⑦連携シール記載確認・他科受診勧奨	⑧普及・啓発		⑨特定健診受診勧奨
									布・ポスター掲示 医院などでのチラシ等配	イベント等でのPR	
医科	市医師会								○	○	○
	区医師会								○	○	○
	糖尿病診療のある かかりつけ医	○		○	○	○	○	○	○		○
	眼科	○		○			△	○	○		○
	糖尿病専門医	○		○	○	○	○	○	○		○
歯科	市歯科医師会								○	○	○
	区歯科医師会								○	○	○
	歯科医院	○		○			△	○	○		○
薬科	市薬剤師会								○	○	○
	区薬剤師会								○	○	○
	薬局		○	○	△ 市内一括申請	△	△	○	○		○
カ コ ル メ デ イ	CDEの会			◎		◎	◎	◎	◎	○	○
	看護協会			◎		◎	◎	◎	◎	○	○
	栄養士会			◎		◎	◎	◎	◎	○	○
日本糖尿病協会									○	○	○
患者会					□ 日糖協へ					○	○
行政（健康推進課）				○	○	△	○	○	○	○	○

※連携シール及び啓発資料等については、健康推進課で作成を行う。

※◎については、所属の機関で実施するもの。

※△について、原則、糖尿病の診療のあるかかりつけ医で配布するものとするが、必要に応じ配布も可

※□ 個人入手も可（有料）

「糖尿病連携手帳」発行元 日本糖尿病協会事務局
〒102-0083 東京都千代田区麹町 2-2-4 麹町セントラルビル 8F
TEL : 03-3514-1721 FAX : 03-3514-1725
E-mail : office@nittokyo.or.jp