

## 1-2 長野市糖尿病性腎症重症化予防保健指導の力量形成にかかわる取組経過と課題

越野美智子、町田和世、小林良清（長野市保健所）、小林文宗（長野県健康づくり事業団）

キーワード：糖尿病性腎症重症化予防、生活習慣病予防対策ワーキング、保健指導力量形成

**要旨：**平成29年10月から国保特定健診の結果、糖尿病性腎症重症化リスクが高い対象者を抽出し、重症化予防保健指導に取り組んでいる。しかし、本事業により新たに対象となった治療中の患者への保健指導については、医療との連携等に関する従事者のスキル向上が課題であった。

そこで、平成30年度に「生活習慣病予防対策ワーキング」が中心となり、課題の整理や医師等を交えた事例学習会、検討会を開催し、保健指導の力量形成に関する取組を展開することで、従事者が「事業をこなす」という意識から重症化予防の重要性を理解し、かかりつけ医等と連携した保健指導の実施により重症化予防の徹底に向け日々取り組んでいる。

### A. 目的

長野市では、平成29年10月から国保特定健診の受診者のうち、糖尿病性腎症重症化リスクが高い優先対象者約1,500名に対して、保健師・管理栄養士約70名が直接訪問し、受診勧奨やかかりつけ医等と連携を図りながら、重症化予防のための保健指導を行っており、平成30年度は、対象者の約7割にあたる約1,114人に保健指導を行った。

しかし、事業開始後、地域特性や人員配置・人口規模などの違いにより、市内の各保健センター等の実施状況にばらつきがあり、保健指導の質の課題もあることがわかった。

そこで、保健所健康課を中心にテーマ別、年度毎に設置される事業検討のためのワーキンググループの進め方を見直し、住民等の実態を把握した上で、何を従事者が理解したら課題解決に向かうのかといった視点で、メンバーが主体的に検討する方法とした。そして、平成30年度に試みた生活習慣病予防ワーキングでの取組により、糖尿病性腎症重症化予防に関する職員の共通理解が進み、徐々に従事者のスキルアップにつながっている。そこで、保健指導の力量形成に向けたワーキングでの取組経過を報告する。

### B. 方法

#### 1. 生活習慣病予防対策ワーキング

##### (1) 構成メンバー（24名）

- ①国保課・健康課業務担当保健師
- ②エリア担当管理栄養士

##### ③健康課歯科衛生士・理学療法士

##### ④12保健センター地区・業務担当保健師

#### (2) 進め方

平成29年度の事業開始当初、従事者は、対象者宅へ突撃訪問することへの戸惑いや住民から訪問を拒否されるなどの無力感などを抱え、保健師・管理栄養士等が治療中の患者に何ができるのか、不安の声が多く聞かれた。また、事業の共通理解が得られず、事業の効率性から事業の効果を疑問視する声もあった。その思いが実績のばらつきにも影響し、保健指導をどう進めたらいいのか、頭を悩ませていた。

そこで、平成30年度は、平成29年度からの課題を分類整理し、年度当初に情勢や事業目的の共通理解を深めた上で、ワーキングの進め方をメンバーで話し合い計画した。学習会の企画などは、一律実施ではなく、実態を踏まえた保健指導の力量形成をめざし、対象をだれにするのか柔軟に考え検討した。ワーキングメンバー全員が何らかの小グループに分かれ、役割を持って取り組んだ。

#### (3) 開催状況

##### ①ワーキング全体会（約3回/年度）

##### ②班に分かれた検討（各6回程度）

- ア 重症化予防実態把握班
- イ 重症化予防学習企画班
- ウ 発症予防班

#### 2. 保健指導力量形成のための実践

##### (1) 事例による重症化予防学習会（3会場）

各回、糖尿病専門医を交えて、訪問事例による学習会を開催した。そこで、事例提供者だけでなく、従事者全員の学習となるよう、保健センター内で事例を経過表にまとめ、全体像を把握する過程もメカニズムを理解する学習と位置づけ取り組んだ。

#### (2) 糖尿病性腎症重症化予防対策検討会

(年1回)

平成26年度から糖尿病専門医・保険者・行政による保健事業の効果的な在り方を検討してきたが、平成30年度からは、長野市医師会の協力のもと糖尿病専門医に加え、腎専門医の参画も得て、ワーキングで把握した住民の実態や糖尿病性腎症重症化予防保健指導の事例を共有し、各機関における連携の在り方を検討した。

#### C. 結果

平成30年度のワーキングでは、なぜ重症化予防を行うのか、我々が何を理解したら住民の課題解決につながるのかを基本に考え、年度当初から計画的に全体での学習会を持ち、事業目的の共通理解を深めた。

次に、住民の健康管理に責任をもつ地区担当保健師として、赤ちゃん訪問等の対応のように、糖尿病の重症化リスクがある対象者を「糖尿病管理台帳」としてリスト化し、台帳から5年分の経過や治療の状況・健診未受診の状況などを把握した。その中で重症化する者は、健診未受診者や治療中断者であることが見えてきた。HbA1c値8%以上の血糖コントロール不良者の記録から実態把握をしてみると、薬に対する認識やお金などの共通の課題があることがわかった。事例学習会では、専門医から助言を受けた全14事例を振り返り、メカニズムを理解した。このような学びから「糖尿病は、関わらない間に悪化する病気だ」と痛感し、患者から断られても、繰り返し介入することの重要性を認識した。また、どんな情報が治療方針を決める際に有用か、また糖尿病連携手帳等の活用により合併症管理の視点など重症化予防のための保健・医療の連携について具体的な方法について学ぶことができた。その結果、平成29年度の訪問実施率63.2%に対して、平成30年度は73.1%で増加した。

#### D. 考察

平成30年4月、健康課内に「ながのベジライフ推進室」が附置され人員増となったことで、ワーキングの進め方を見直す機会となった。管理栄養士との協働によるワーキングの見直しにより住民の実態や保健センターの実情にあわせた学習を重ねることができ、従事者の理解が深まり、より多くの対象者へ関わることができた。翌年の健診結果で関わりの評価をすると、平成29年度と平成30年度に比較できた24人のうち約6割がHbA1c値が改善していた。市民の健康行動を支えるには、まず従事者自身が正しく理解することだという意識変化が生まれ、保健指導のスキル向上に努めている。また全保健センターが本事業の目的や方向性を理解し、市の重点事業として重症化予防を位置づけ、地域の関係機関と連携し市全体で取り組む体制となってきた。

#### E. まとめ

現在関わっている対象者は、優先すべき対象者の一部である。今後も健康寿命の延伸に向け、市民自らが健康の維持・増進ができるよう、保健指導のスキルを向上させ、重症化予防の徹底を図っていきたい。

最後に医師会等の御協力により、保健事業や検討会等を通じ、医師等と顔の見える関係が構築されつつあることに敬意と感謝を申し上げ、引き続き、個々の事例や取組の検討を通じて医療との連携を深めてまいりたい。

#### F. 利益相反：利益相反なし。