

糖尿病重症化予防に向けた 医歯薬連携好事例集



公益社団法人
愛知県医師会



一般社団法人
愛知県歯科医師会



一般社団法人
愛知県薬剤師会

目次

●はじめに	2
●医歯薬連携プログラムの開発経緯	3
●医歯薬連携プログラムの流れ	4

自治体でのプログラム実施編

●常滑市	9
●美浜町	11
●南知多町	13
●知多市	16

地域のクリニックでのプログラム実施編

●豊橋市医師会	25
●豊橋市歯科医師会	27
●豊橋市薬剤師会	30

はじめに

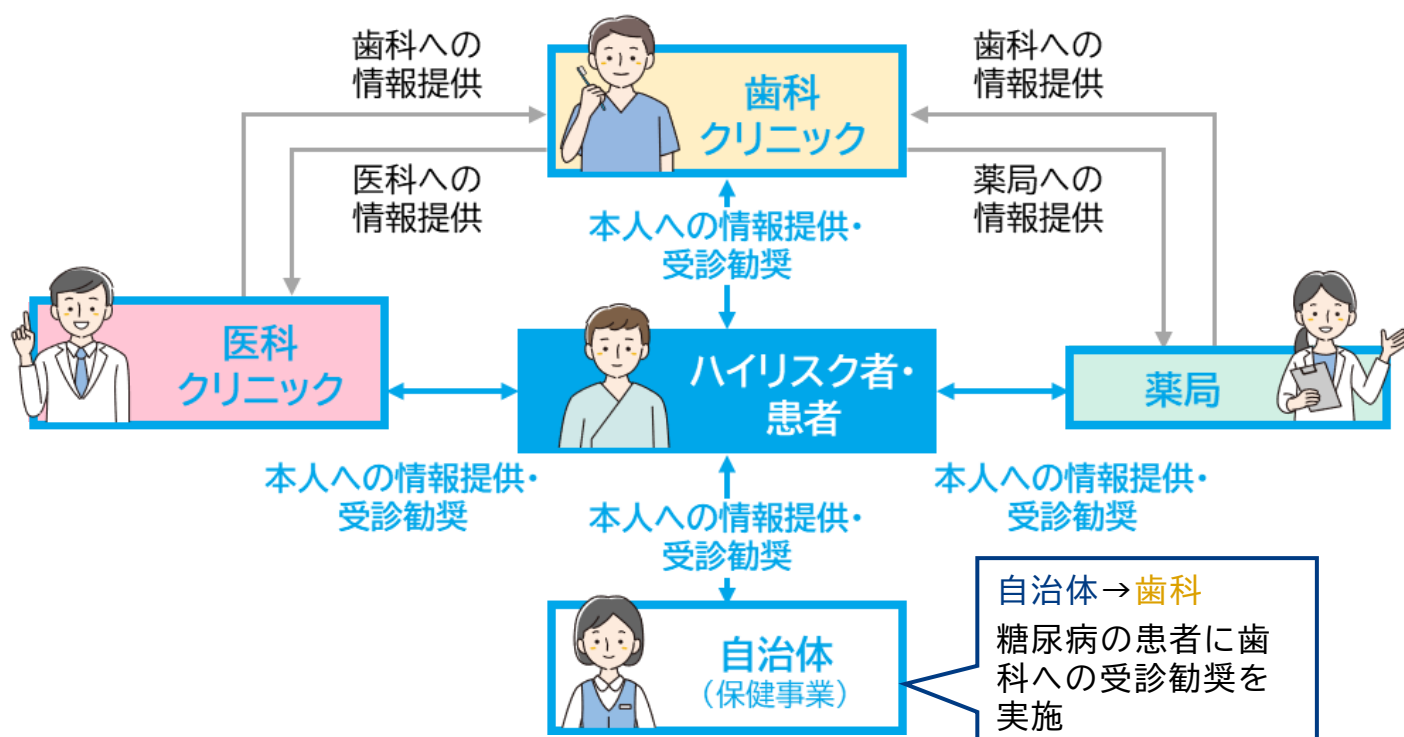
平成30年度の国民健康保険制度改革以降、都道府県は国保の保険者として、市町村の行う国保被保険者の予防・健康づくりを支援することとされました。そうした中、本県においても市町村との協議、関係機関等との連携を進めながら、積極的に取り組みを推進してまいりました。

こうした取り組みの一環として、本県では令和2年度から、都道府県国保ヘルスアップ支援事業「医歯薬連携による糖尿病重症化予防モデル事業」を実施してまいりました。本事業において、早期からの糖尿病重症化予防が重要との認識のもと、医歯薬、さらには市町村が連携して取り組む「医歯薬連携による糖尿病重症化予防プログラム」を策定しました。

本プログラムでは、糖尿病と密接に関連する歯周病に着目し、糖尿病と歯周病の両面からリスクの高い方などにアプローチする方法を検討しました。地域の医科、歯科、薬局や、通院されていない地域の皆様との接点を持つ市町村を本プログラムの体制に加えることで、より幅広い層にプログラムを提供することが可能になりました。

本プログラムにより、糖尿病や歯周病のリスクがある患者に対して、地域の医・歯・薬、さらには自治体が連携してアプローチすることで、より早期かつ多面的な介入が可能となり、重症化の予防につながります。また、患者・住民の皆様にとっても、地域の医師、歯科医師、薬剤師、そして自治体の職員の皆様が自分の健康のために連携してくれていると感じることで、安心感や信頼関係が生じるほか、健康意識の向上や受診行動につながることを期待されます。

本書は、「医歯薬連携による糖尿病重症化予防モデル事業」の中で策定した「医歯薬連携による糖尿病重症化予防プログラム」について、実際の事例を交えて紹介しています。今後、県内各地域において医歯薬連携を推進し、重症化予防事業に取り組んでいく際に、ご活用いただけますと幸いです。



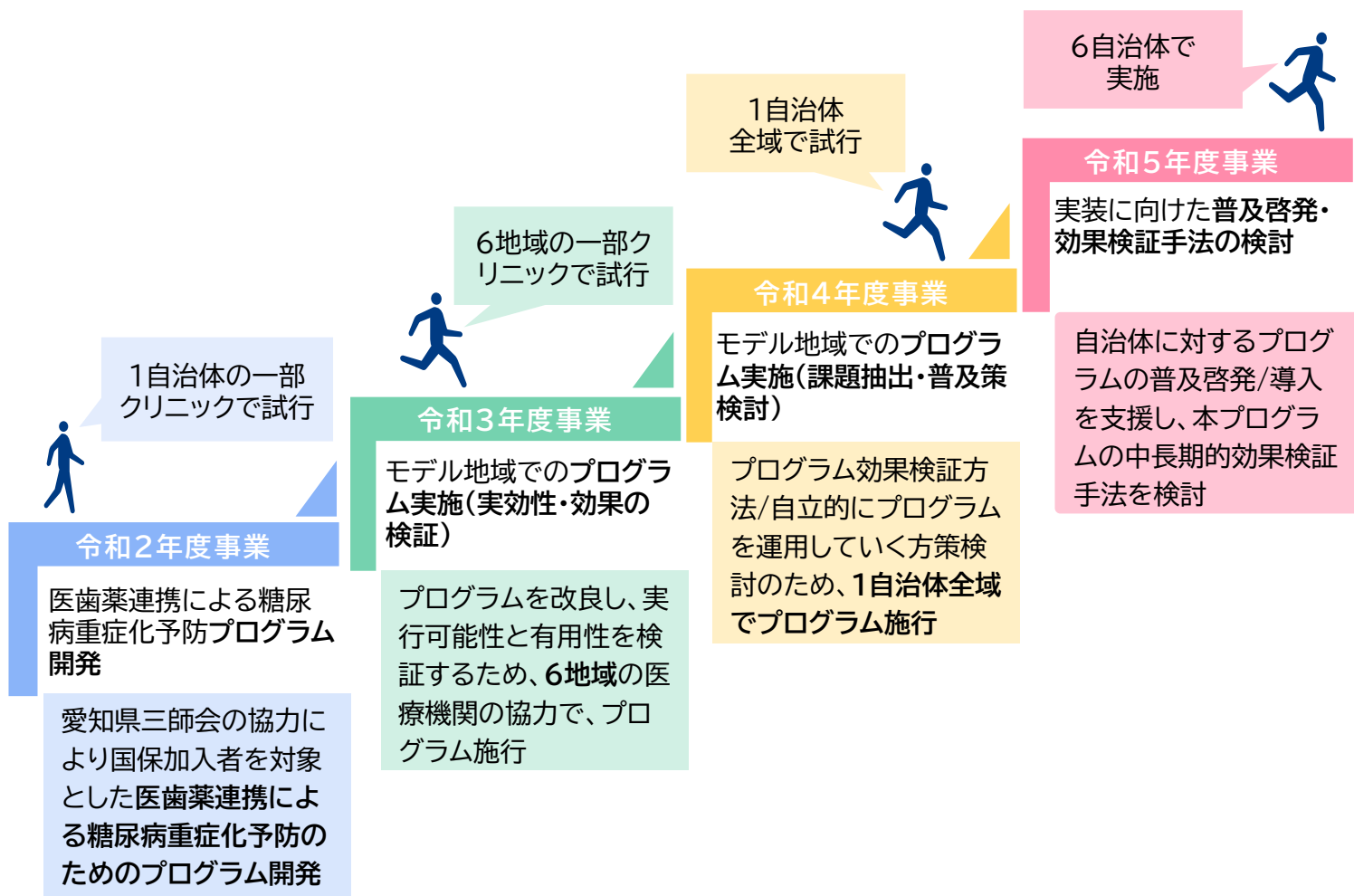
医歯薬連携プログラムの開発経緯

本プログラムは、令和2年度に医歯薬連携による糖尿病重症化予防プログラム開発から始まりました。このプログラムは、国保加入者を対象として、愛知県医師会、愛知県歯科医師会、愛知県薬剤師会の協力のもと、医歯薬連携による糖尿病重症化予防のために開発を進め、1自治体の一部クリニックで試行しました。

令和3年度は試行地域を拡大してプログラムを改良し、実行可能性と有用性を検証するため、愛知県下6地域の医療機関の協力で、プログラムを試行しました。

令和2年度～3年度は各地域の数機関が参加しての事業実施でしたが、令和4年度は1自治体全域から参加医療機関を募り、プログラム効果検証手法並びに自立的にプログラムを運用していくための方策検討に向けて、一部地域でプログラムを実施しました。

令和2年度～令和4年度のモデル事業を経て、令和5年度は実証事業へとフェーズを進め、自治体が主体的にプログラムを遂行していくことを目指し、6自治体でプログラムを実施しました。自治体に対するプログラムの普及啓発及び導入を支援し、本プログラムの中長期的効果検証手法も検討しました。



プログラムの流れ(医科クリニック編)

STEP 1

プログラム対象者の抽出

40～74歳、糖尿病の治療が目的で受診した方を対象者として抽出



チェックポイント

年齢が上がるほど歯周病のある人の割合は増加します。40代でも2人に1人が歯周病となっています。

該当しない

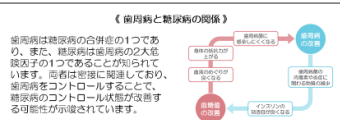
通常の診療を実施

STEP 2

歯周病リスク者の抽出

歯周病に関するチェックリスト

本チェックリストは「40歳以上75歳未満の方」かつ「糖尿病の診断をされている方」全員にお配りしています。以下の説明をご覧ください。①②の質問にお答えいただき、診療の順に表紙にご提示ください。



◆お名前

◆ご質問

① 現在、タバコを吸っていますか。

はい ・ いいえ

② 歯科クリニックに定期的に（3か月に1回程度）受診していますか。

はい ・ いいえ

※チェックリストは愛知県の「令和4年度糖尿病連携による糖尿病連携推進モデル事業」の一環で作成したものです。

チェックリストに1つでも該当した人を歯周病リスクがある患者として抽出

チェックポイント

喫煙は歯周病のリスクを高めるとわれています。

歯周病のメンテナンスには、3か月に一回程度の歯科受診が推奨されています。



該当しない

通常の診療を実施

チェックポイント

その他、歯ぎしり、歯並び・噛み合わせの悪さ、口呼吸、ストレスなども歯周病のリスク因子として知られています。

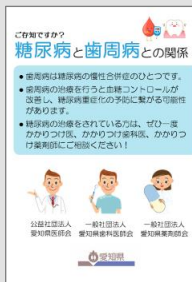
STEP 3

情報提供

歯周病リスクがある患者には、リーフレットを用いた情報提供を実施

チェックポイント

糖尿病と歯周病の関係の説明や、歯周病リスクチェックの活用を推奨します。



STEP 4

歯科への受診勧奨

医師による診察の結果、必要な患者には歯科クリニックへの受診勧奨を実施

実施の結果の記録、再度来院した患者の受診状況の確認

チェックポイント

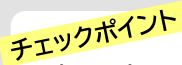
受診勧奨には、診療情報提供書や、糖尿病連携手帳等をご活用ください。



プログラムの流れ(歯科クリニック編)

プログラム対象者の抽出

40～74歳、かつ歯周病で通院している患者を対象者として抽出



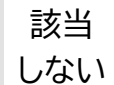
歯周病の人は糖尿病のリスクも高まります

該当
しない

通常の診療を実施

歯周病リスク者の抽出

チェックリストに1つでも該当した人を糖尿病リスクがある患者として抽出



通常の診療を実施

情報提供

糖尿病リスクがある患者には、リーフレットを用いた情報提供を実施



ご存知ですか？

糖尿病と歯周病との関係

- 歯周病は糖尿病の慢性合併症のひとつです。
- 歯周病の治療を行うと血糖コントロールが改善し、糖尿病重症化の予防に繋がる可能性が報告されています。
- 糖尿病の治療を行っている方は、ぜひ一度かかりつけの、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師にご相談ください！





公益社団法人
愛知歯科医会

一般社団法人
愛知歯科医会

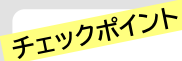
一般社団法人
愛知歯科医会

愛知製薬

医科への受診勧奨

歯科医師による診察の結果、必要な患者には医科クリニックへの受診勧奨を実施

実施の結果の記録、再度来院した患者の受診状況の確認



受診勧奨には、診療情報提供書
や、糖尿病連携手帳等をご活用く
ださい。

プログラムの流れ(薬局編)

STEP 1 プログラム対象者の抽出

40～74歳、糖尿病の薬を処方されている方
および検査結果を確認でき、
結果が「HbA1cが5.6%以上」または
「空腹時血糖が100mg/dL以上」の方
を対象者として抽出



チェックポイント

検査結果は、オンライン資格
確認等システムの情報や持参
されている特定健診の結果
等を確認しましょう。

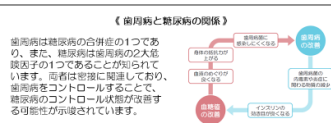
該当
しない

通常の診療を実施

STEP 2 歯周病リスク者の抽出

歯周病に関するチェックリスト

本チェックリストは「40歳以上75歳未満の方」かつ「糖尿病の診断をされている方」全員にお配りしています。以下の説明をご覧ください。①②の質問にお答えいただき、診察の際に医師にご提示ください。



◆お名前

◆二質問

① 現在、タバコを吸っていますか。

はい・いいえ

② 歯科クリニックに定期的に（3か月に1回程度）受診していますか。

いいえ ・ はい

本チェックリストは愛知県の「令和4年度医療連携による難病重症化予防モデル事業」の一環で作成したものです

チェックリストに1つでも該当した人を歯周病リスクがある患者として抽出

チェックポイント

喫煙は歯周病のリスクを高めるといわれています。
歯周病のメンテナンスには、3か月に一回程度の歯科受診が推奨されています。



チェックポイント

その他、歯ぎしり、歯並び・噛み合わせの悪さ、口呼吸、ストレスなども歯周病のリスク因子として知られています。

該当
しない

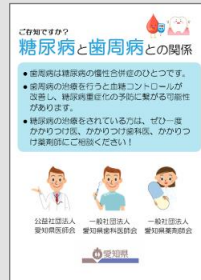
通常の診療を実施

STEP 3 情報提供

歯周病リスクがある患者には、リーフレットを用いた情報提供を実施

チェックポイント

糖尿病と歯周病の関係の説明や、歯周病リスクチェックの活用を推奨ください。



STEP 4 歯科への受診勧奨

[illegible]

必要な患者には歯科クリニックへの受診勧奨を実施
実施の結果の記録、再度来院した患者の受診状況の確認

チェックポイント

受診勧奨には、可能な範囲で情報提供書を歯科クリニックに持参いただく、糖尿病連携手帳を歯科クリニックへ持参することのご案内などをしましょう。



プログラムの流れ(自治体編)

STEP 1

対象者の抽出(初回面談)

初回面談時、特定保健指導対象者のうち、HbA1c・血糖値が基準値以上の人を抽出



チェックポイント

HbA1cが5.6%以上、または空腹時血糖が100以上の方を抽出します。

該当しない

通常の保健指導を実施

STEP 2

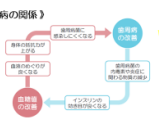
歯周病リスク者の抽出

歯周病に関するチェックリスト

本チェックリストは「40歳以上75歳未満の方」かつ「血糖値が高かった方」全員にお配りしています。以下の説明をご覧ください。①②の両方にお答えいただける、診断の参考にしてください。

《歯周病と糖尿病の関係》

歯周病は糖尿病の合併症の1つであり、また、糖尿病は歯周病の2大危険因子の1つであることが知られています。両者は密接に関連しており、歯周病をコントロールすることで、糖尿病のコントロール状態が改善する可能性があります。



◆お名前

◆ご質問

① 現在、タバコを吸っていますか。

はい ・ いいえ

② 歯科クリニックに定期的に(3か月に1回程度)受診していますか。

はい ・ いいえ

※本チェックリストは愛知県「令和4年度歯周病診療による糖尿病リスク評価事業」の一環で作成したものです。

チェックリストに1つでも該当した人を歯周病リスクがある患者として抽出

チェックポイント

喫煙は歯周病のリスクを高めるといわれています。

歯周病のメンテナンスには、3か月に一回程度の歯科受診が推奨されています。



該当しない

通常の保健指導を実施

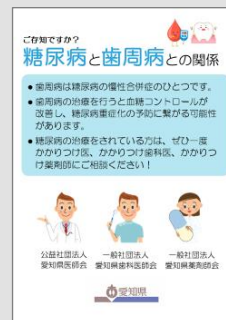
STEP 3

情報提供

歯周病リスクがある人には、リーフレットを用いた情報提供を実施
P5・6のセルフチェックで3～5個以上該当する方には、歯科への受診勧奨を実施

チェックポイント

糖尿病と歯周病の関係や、歯周病は定期的な歯科受診で改善できることを中心に説明します。



STEP 4

歯科への受診勧奨

受診勧奨を行った対象者には、特定保健指導の最終評価の際に、歯科受診したかを確認

チェックポイント

歯科での治療内容やその後の通院状況を確認します。
また歯周病のメンテナンスのためには定期的な通院が重要であることを説明します。



自治体でのプログラム実施編

自治体概要

人口規模*1	57,978人
事業担当課	健康推進課
担当職員数	2人
高齢化率	25.8%
本プログラムの 組み込み先	糖尿病重症化予防事業

国保被保険者数*2	6,372人
特定保健指導対象者数	385人
糖尿病重症化予防事業対象者数	109人

*1: 令和5年10月1日現在

*2: 令和5年度末現在

プログラム実施までの経緯

- 令和5年度1月開催の糖尿病対策ネットワーク会議にて本事業の説明を実施し、本事業への参加準備を本格化
- 令和6年度糖尿病性腎症重症化予防事業にて本事業開始

糖尿病重症化予防事業でのプログラム実施

- 糖尿病重症化予防事業(集団指導)でのプログラムを実施
- 集団指導担当者の管理栄養士と保健師が、既存のプログラムの中の歯科に関する指導をする際に、チェックリストとリーフレットを配布し、歯科への受診勧奨
- 歯科医師と歯科衛生士による講話と、指導をする際に、チェックリストの結果やリーフレットの内容を考慮した構成とし、歯科受診勧奨

ポイント

リーフレットや自治体担当者向けクイックマニュアルを活用することで、担当者とスムーズに調整できました。

特定保健指導でのプログラム実施

- 初回面談時にプログラムを実施し、最終回に受診状況を確認予定
- 受診勧奨から受診状況確認までの期間が短いことが課題
- 今後は国保データベース(KDBシステム)での分析も検討

STEP
1

実施スケジュール

三師会にプログラムの説明後、自治体担当者を中心に対応

- プログラム実施は自治体担当者中心であるが、事前に三師会にプログラム導入の方針を報告したうえで各種調整を実施

ステップ	実施項目	2023年	2024年												2025年		
		12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
体制構築	三師会を含む会議		ネットワーク会議												ネットワーク会議		
実施準備	実施体制構築	実施体制構築	→														
	実施体制準備		担当者事業説明	→													
実施・進捗管理	糖尿病重症化予防事業								プログラム実施	→							
評価・効果検証	効果検証														効果検証	→	
見直し	評価														評価	→	
公表・周知	広報	プログラム広報	→														

STEP
2

三師会との調整

糖尿病ネットワーク会議でのプログラム説明

- 糖尿病予防対策の課題と方策、評価等について検討する「常滑市糖尿病対策ネットワーク会議(2024年1月開催)」にて本プログラムを紹介
- ネットワーク会議には常滑市医師団、常滑市歯科医師会、常滑市薬剤師会、常滑市民病院、知多保健所等が参加しているため、三師会の関係者に本プログラムの説明が実現

STEP
3

歯科受診先の提案

受診勧奨の際は、受診先の検討までコミュニケーションにより実施

- チェックリストを実施し、対象となった方には、「歯科を受診してください」だけでなく、「かかりつけ医がいれば、かかりつけ医を受診すると良いですよ」と具体的に声掛け
- 参加者からは「受診します」と受診に前向きな様子が見られた

自治体概要

人口規模*1	21,938人	国保被保険者数*2	2,747人
事業担当課	住民課	糖尿病性腎症予防教室 対象者数	10人
担当職員数	1人	特定保健指導 対象者数	35人 (令和7年1月末時点)
高齢化率	31.4%		
本プログラムの 組み込み先	特定健診 特定保健指導 糖尿病性腎症予防教室		

*1:令和5年10月1日現在
*2:令和5年度末現在

プログラム実施までの経緯

- 令和5年度に開催された事業説明会にて、糖尿病重症化にむけた医歯薬連携の必要性を感じ、令和6年度糖尿病性腎症重症化予防事業、特定保健指導事業にて本事業を実施

特定保健指導でのプログラム実施

- チェックリストを活用した歯科受診勧奨を実施
- 自治体担当または特定保健指導委託事業者による本事業の実施

糖尿病性腎症予防教室でのプログラム実施

- 施設内にポスターを掲示して事業を周知
- 特定保健指導委託事業者による本事業の実施
- チェックリストを実施し、対象者に歯科受診勧奨を行う予定

効果検証

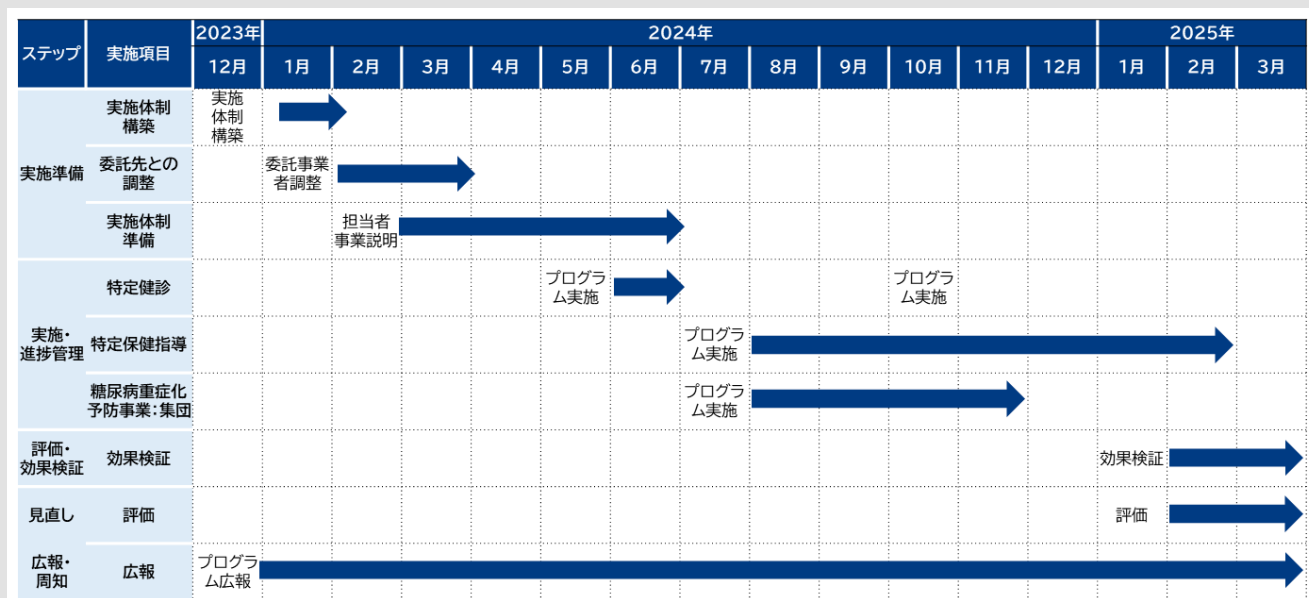
- 受診勧奨を実施した方を対象に、KDBデータで受診状況を確認する想定
- 三師会と連携した事業を今後展開する場合は、プログラムの効果を報告できるように準備した方が良く考える

STEP
1

実施スケジュール

自治体事業への組み込みを中心とし、負荷の少ないスケジュールに

- 自治体担当者や委託事業者に対して事前にプログラム実施を依頼することで、負荷を軽減したプログラム実施を実現



STEP
2

三師会との調整

普段から構築しているつながりを利用して三師会と連携方法を検討

医師会への協力依頼

- 月に1回医師会の会議体にて、本プログラムについて説明する機会がある
- 医師会の先生方にプログラムの実施について報告することからまずは検討したい

歯科医師会への協力依頼

- 歯科医師会代表の先生に本プログラムの説明について検討する

今後の自治体事業での取組方針

- 自治体での健康事業は、今後個別クリニックに委託していく可能性がある
- クリニックで実施いただく場合は、自治体と対象者のつながりが希薄になるため、自治体でのプログラム実施の際も三師会との連携が重要となる

STEP
3

歯科受診先を提案

受診勧奨の際は、受診先についてもコミュニケーションを図り検討

- チェックリストを実施し、対象となった方には、「歯科を受診してください」だけでなく、「かかりつけ医がいれば、かかりつけ医を受診すると良いですよ」と具体的に声掛け
- 特定健診受診者からは、「糖尿病と歯周病には関係があるんですね」との反響あり

自治体概要

人口規模*1	15,506人	国保被保険者数	5,138人
事業担当課	健康こども課	糖尿病重症化予防事業対象者数	185人
担当職員数	2名	特定保健指導対象者数	141人
高齢化率	41.2%	歯周病検診対象者数	1,134人
本プログラムの組み込み先	特定保健指導 糖尿病重症化予防事業 歯周病検診		

*1: 令和6年12月時点の状況

プログラム実施までの経緯

- 令和5年8月開催の事業説明会出席後に本事業への参加準備を本格化
- 令和6年度から本事業を自治体保健事業で実施

特定保健指導でのプログラム実施

- 特定保健指導を実施する自治体職員が本事業を実施
- HbA1cが5.6%以上の方を対象に、アンケートとリーフレットで受診勧奨

糖尿病重症化予防事業でのプログラム実施

- 糖尿病重症化予防事業を担当する自治体職員が本事業を実施
- (糖尿病患者が対象の事業のため)チェックリストのみで対象者を抽出

歯周病検診でのプログラム実施

- 歯科クリニックで実施する歯周病検診の中に組み込んで本事業を実施

効果検証

- 特定保健指導・糖尿病重症化予防事業では、3か月後の経過観察の際に歯科受診状況を確認
- 歯周病検診でのプログラム実施では、回収した問診票で実際の受診勧奨状況を把握
- 今後は国保データベース(KDBシステム)での分析も検討

STEP
1

実施スケジュール

自治体担当者が中心にプログラムを周知

- プログラム実施前に、既存の会議体を活用したプログラム説明を実施

ステップ	実施項目	2023年				2024年												2025年		
		8月	9月	10月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
全体管理	情報収集	事業説明会参加																		
	実施体制構築				歯周病検診問診票準備											効果検証				
三師会との調整	医師会		医師会向け事業説明																	
	歯科医師会						歯科医師会長向相談				歯科医師会長向相談		歯科医院向け説明							
	薬剤師会														事業相談					
自治体保健事業	特定保健指導									プログラム実施					結果確認					
	糖尿病重症化予防事業									プログラム実施					結果確認					
	歯周病検診													プログラム実施						
地域のクリニック	医科クリニック															ポスター掲示				
	薬局															ポスター掲示				

STEP
2

三師会との調整

医師会・歯科医師会と、既存のつながりを活かした調整を実施

医師会への協力依頼

- 令和5年度の秋に医師会との定例会議(月1回程度開催)にて本プログラムを紹介
- 医師会では本プログラムのポスターの掲示やリーフレットの配布の承諾が得られた

ポイント

医師会との定例会議には、地区の先生方は広く参加していただけるため、医師会に加入している先生方には会議内で事業説明ができました。

歯科医師会への協力依頼

- 自治体内で歯周病検診への組み込みを検討
- 普段から使っている歯周病検診の問診票への組み込み案を作成
- 令和6年2月下旬に歯科医師会の町代表に頭出し、同6月頃に具体的な実施方針を相談
- 令和6年8月中旬に実施した歯周病検診協力クリニックへの個別案内の際に、各歯科クリニックに本事業を説明

薬局への協力依頼

- 薬局で本プログラムのポスターを貼っていただけるよう調整予定

STEP
3

歯周病検診票の更新

従来使用している歯周病検診票にチェックリスト項目を追加

患者負担・現場負担を考慮した事前準備

- 既存の歯周病検診検診票に本プログラムのチェック項目を加えて実施

ポイント

歯科医師会の町代表に説明する際に、自治体担当者が歯周病問診票(医歯薬連携版)を提案することでスムーズに事業を紹介できました。

歯周病検診検診票

保健センター提出用(別紙3-1)

※実施の際は必ず記入(2ページ)

検診日: 年 月 日

氏名: (姓) (名)

年齢: 性別: 職業: 住所: 電話番号: 歯科医師: 検診場所: 備考:

★あなた自身またはご家族に糖尿病の既往歴がある、または糖尿病の薬を服用している方がいる
はい・いいえ

★健診で血糖値が高いと言われたことがある
はい・いいえ

★直近1年間で、健診(特定健診、人間ドック等)を受診していない
はい・いいえ

★かかりつけ医がない
はい・いいえ

★の問いで、「はい」に該当した数は

あなた、コ 該当しました。

この機会に、ぜひ一度かかりつけ医に受診し、相談しましょう！

- ★あなた自身またはご家族に糖尿病の既往歴がある、または糖尿病の薬を服用している方がいる
はい・いいえ
- ★健診で血糖値が高いと言われたことがある
はい・いいえ
- ★直近1年間で、健診(特定健診、人間ドック等)を受診していない
はい・いいえ
- ★かかりつけ医がない
はい・いいえ
- ★の問いで、「はい」に該当した数は

歯周病検診検診票

本人お渡し用(別紙3-3)

検診日: 年 月 日

氏名: (姓) (名)

年齢: 性別: 職業: 住所: 電話番号: 歯科医師: 検診場所: 備考:

★あなた自身またはご家族に糖尿病の既往歴がある、または糖尿病の薬を服用している方がいる
はい・いいえ

★健診で血糖値が高いと言われたことがある
はい・いいえ

★直近1年間で、健診(特定健診、人間ドック等)を受診していない
はい・いいえ

★かかりつけ医がない
はい・いいえ

★の問いで、「はい」に該当した数は

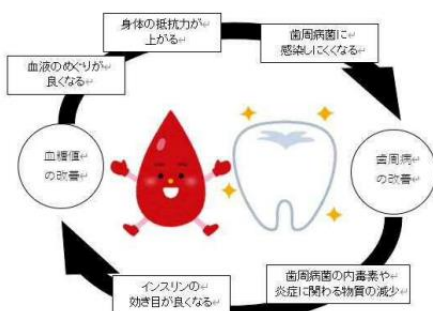
あなた、コ 該当しました。

この機会に、ぜひ一度かかりつけ医に受診し、相談しましょう！

歯周病と糖尿病は深い関係があります！

- 歯周病は糖尿病の合併症のひとつです。
- 歯周病の治療を行うと、血糖コントロールが改善し、糖尿病重症化予防につながる可能性があります。

検診前に記入していただいた問診票で、あなたの糖尿病チェックをしました。
★の問いで、「はい」に該当した数が1個以上ある方は、糖尿病の可能性がります。



あなたは、コ 該当しました。

この機会に、ぜひ一度かかりつけ医に受診し、相談しましょう！

自治体概要

人口規模*1	83,118人
事業担当課	健康推進課
担当職員数	4人(課員29名中)
高齢化率	28.6%
本プログラムの組み込み先	糖尿病重症化予防事業

国保被保険者数*2	9,470人
糖尿病重症化予防事業対象者数	231人
特定保健指導対象者数	540人

*1:令和5年10月1日現在

*2:令和5年度末現在

プログラム実施までの経緯

- 令和5年度に事業実施計画書を策定、令和6年度にプログラムを導入
(稼働は令和5年度3月末から開始)

ポイント

令和6年度から事業を実施するために、令和5年度から計画策定を開始、自治体内での議論を深めました。

糖尿病重症化予防事業でのプログラム実施

- 従来の糖尿病重症化予防事業に本プログラムを導入
- 糖尿病重症化予防事業を担当する自治体職員(管理栄養士もしくは保健師)が実施
- 糖尿病重症化予防事業の対象者に対してリーフレットを用いた情報を提供
- 医科歯科未受診者すべてに医療機関の受診勧奨を実施
- 糖尿病連携手帳を活用した保健指導と医歯薬間の情報共有を実施

効果検証

- 今年度の実施状況把握は、各三師会にて次年度の参加医療機関の確認を行う際(3月頃)に実施予定

ポイント

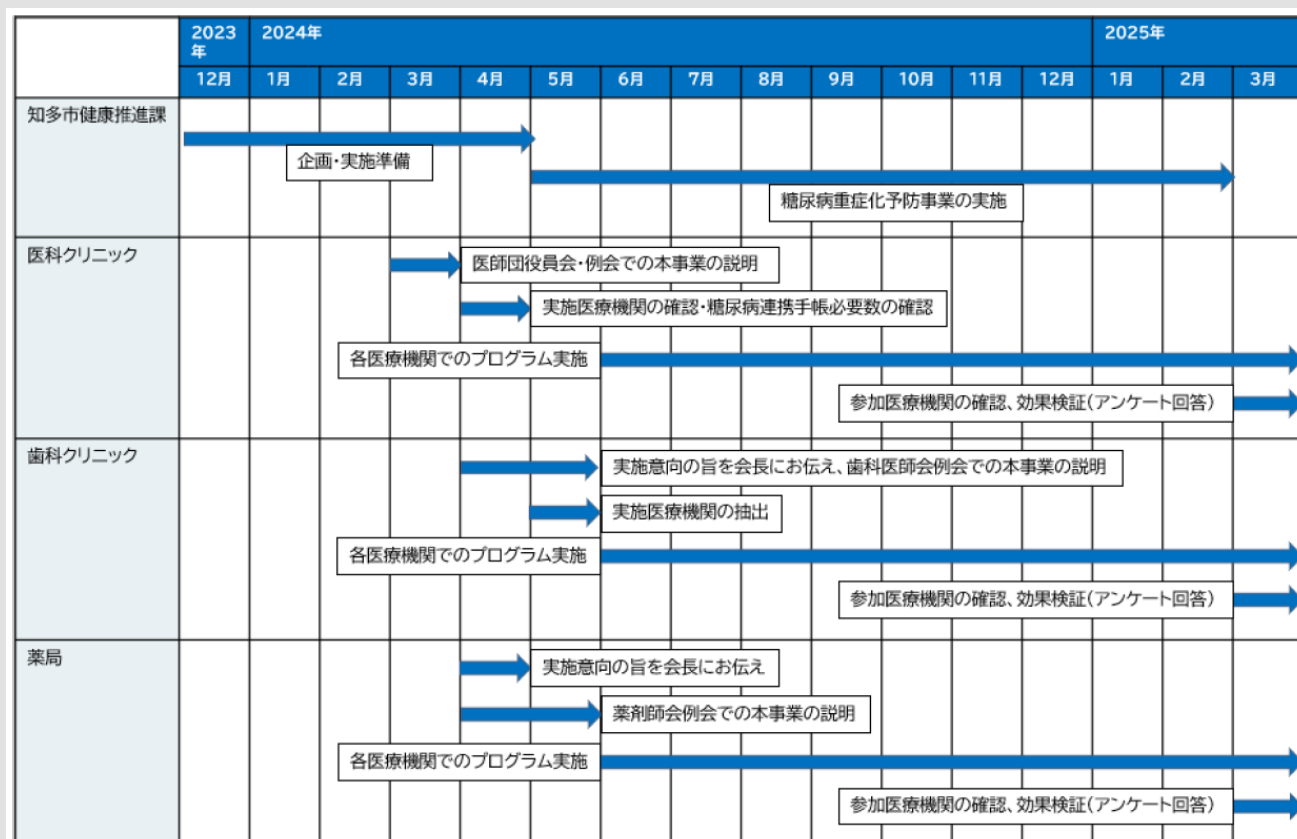
三師会の先生方からの感想や振り返り、ご助言等もいただく予定です。

STEP
1

実施スケジュール

地域の実情に合わせた柔軟なプログラム導入

- 自治体内だけでなく、プログラムに参加する医療機関も通常の業務を最優先し、負担の少ないスケジュールを立案する（繁忙時は実施しない、可能な範囲で実施いただく など）
- 三師会の先生方への事業説明や自治体における事業準備の期間を踏まえ、余裕を持った実施スケジュールを立案



※知多市実施計画書より抜粋

STEP
2

自治体内における実施概要・概略図を用いた整理

プログラムにおける関係者・関係団体の実施内容を簡潔に記載

- 5W1Hを意識した実施内容とその流れをわかりやすく記載した資料を作成
- 担当課内外で事業内容を共有する際や、三師会への事業説明などに活用
- それぞれの関係者・関係団体のつながりを1枚の図の中で示しており、相互理解の促進に寄与

ポイント

事業を知ってもらうためのキーポイントとなる資料となりました。

自治体内における実施概要・概略図

医歯薬連携による糖尿病重症化予防プログラムについて（概略図）

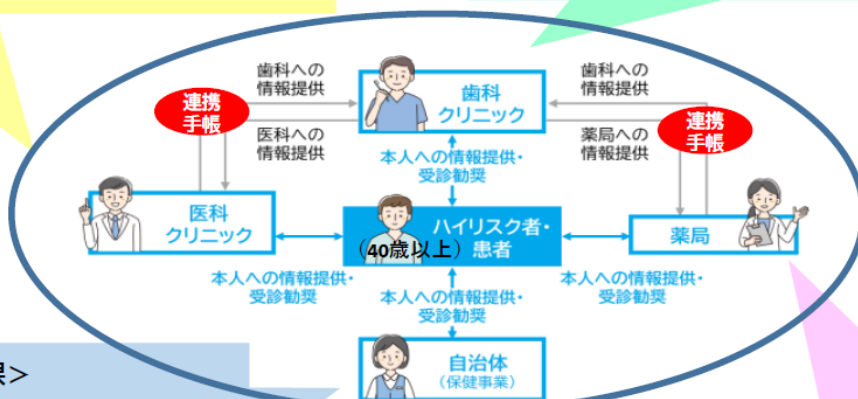
各機関への情報提供については、糖尿病連携手帳（または診療情報提供書）をもって行う。
なお、連携手帳の発行は医科クリニックのみ。

<医科受診の際>

- ①糖尿病患者かどうか確認
- ②歯科受診の有無を確認
- ③（歯科受診のない方へ）リーフレットを用いて糖尿病と歯周病についての情報提供
- ④（歯科受診のない方へ）歯科クリニックへの受診勧奨
- ⑤糖尿病連携手帳（または診療情報提供書）の活用
（連携手帳は、検査結果や指導状況、診断・合併症等を記入）

<歯科受診の際>

- ①歯周病患者かどうか確認
- ②チェックリストを用いて糖尿病リスク者の確認
- ③リーフレットを用いて糖尿病と歯周病についての情報提供
- ④適宜、健診や医科への受診勧奨
- ⑤糖尿病連携手帳（または診療情報提供書）の活用
（連携手帳は、歯科記載欄へ記入）



<知多市健康推進課>

- 【事業対象者】
- ・ 個別通知による勧奨
 - ・ 医療機関からの紹介
- ①事業の際にリーフレットを用いて情報提供し、医科歯科受診のない方へ受診勧奨を行う。
 - ②糖尿病連携手帳の活用
（連携自由記載欄に記入し事業参加が分かるシールを手帳表紙に貼付）

<薬局来所の際>

- ①糖尿病の薬を処方されている患者かどうか確認
- ②歯科受診のない方へリーフレットを用いて糖尿病と歯周病についての情報提供をし、受診勧奨
- ③糖尿病連携手帳の活用

※知多市資料より抜粋

STEP
3

三師会との調整

三師会へそれぞれ事業説明を実施、参加医療機関を募集

医師会への協力依頼

- 令和5年3月末に医師団役員会・知多市医師団例会にて事業説明を実施
- 令和5年3月末にアンケートを用いた事業実施の意思確認・糖尿病連携手帳の必要数を調査

→ P.20「POINT4 糖尿病連携手帳の活用」も参照

歯科医師会への協力依頼

- 令和6年4月末に歯科医師会例会にて事業説明を実施
- 令和6年4月末にアンケートを用いた事業参加の意思確認を実施

薬剤師会への協力依頼

- 令和6年6月に薬剤師会例会にて事業説明を実施、事業参加依頼書を5月下旬に送付し、薬剤師会会員すべてに協力を依頼

三師会全体への協力依頼

- 令和6年4月中旬に三師会役員会にて事業説明を実施

医師会・歯科医師会にて使用したアンケート

アンケートご協力お願い

愛知県による「医歯薬連携による糖尿病重症化予防プログラム」への参加について

知多市では、県が策定した「医歯薬連携による糖尿病重症化予防プログラム」を実施するにあたり、医師会の皆様のご意向に合わせて事業を進めていきたいと考えております。このアンケートに基づき、ご協力いただく医療機関一覧を作成し、市ホームページに掲載する予定です。下記アンケートへのご協力をお願いいたします。

医療機関名: _____

1. 「医歯薬連携による糖尿病重症化予防プログラム」の実施にご協力いただけますか。

① プログラム内容の連携に既に取り組んでいる ② プログラムに今後取り組む予定

③ プログラムに取り組む予定はない

④ プログラムに取り組む予定はないと回答された理由をお答えください。

理由（例：診療科ではないため。）

2. 現在、糖尿病連携手帳を配付し活用していますか。

① 活用している ② 今後活用する予定 ③ 活用していない（予定なし）

~~~~~以下の質問は、プログラムに取り組む医療機関のみお答えください~~~~~

3. リーフレット「ご存知ですか？糖尿病と歯周病との関係」の年間必要部数をお答えください。

(                      )部

4. 糖尿病連携手帳について、事務局による配布を希望したら年間必要部数をご記入ください。また、連携手帳の活用が難しく、診療情報提供書による連携をされる場合は、診療情報提供書の年間必要部数をご記入ください。

連携手帳 (                      )部    診療情報提供書 (                      )部

4月5日(金)までにFAX(55-3838)をお願いします。  
ご協力ありがとうございました。    健康推進課

アンケートご協力お願い

愛知県による「医歯薬連携による糖尿病重症化予防プログラム」への参加について

知多市では、県が策定した「医歯薬連携による糖尿病重症化予防プログラム」を実施するにあたり、歯科医師会の皆様のご意向に合わせて事業を進めていきたいと考えております。このアンケートに基づき、ご協力いただく医療機関一覧を作成し、市ホームページに掲載する予定です。下記アンケートへのご協力をお願いいたします。

医療機関名: \_\_\_\_\_

1. 「医歯薬連携による糖尿病重症化予防プログラム」の実施にご協力いただけますか。

① プログラム内容の連携に既に取り組んでいる    ② プログラムに今後取り組む予定

③ その他(                      )

2. 現在、糖尿病連携手帳を活用していますか。

① 活用している    ② 今後活用する予定    ③ 活用していない（予定なし）

3. チェックリスト「糖尿病に関するチェックリスト」及びリーフレット「ご存知ですか？糖尿病と歯周病との関係」の年間必要部数をお答えください。

チェックリスト (                      )部    リーフレット(                      )部

4. 連携手帳での連携が難しく、診療情報提供書による連携をされる場合は、診療情報提供書の年間必要部数をご記入ください。

診療情報提供書 (                      )部

5月1日(水)までにFAX(0562-55-3838)をお願いします。  
ご協力ありがとうございました。    健康推進課

※知多市資料より抜粋

STEP  
4

糖尿病連携手帳の活用

糖尿病連携手帳を活用して医歯薬連携を推進

- 知多市では日本糖尿病協会発行の糖尿病連携手帳を活用し、糖尿病患者の治療状況や検査結果、所見等の情報連携を実施
  - ✓ 医師、歯科医師、薬剤師等の情報も確認できるため連携しやすい
  - ✓ 患者が自身の状態を確認しやすい
  - ✓ 糖尿病連携手帳の使用自体は金銭的患者負担が発生しない
- 糖尿病連携手帳を活用していくにあたり、三師会の先生方向けに手帳の使用方法を説明する資料を作成し配布

ポイント

多くの医療機関で実施できるよう、また、先生方の負担をできるだけ軽減できるよう、きめ細やかなサポートを実施しました。

知多市では、  
「医歯薬連携による糖尿病重症化予防プログラム」を  
糖尿病連携手帳を活用して実施していきます。

糖尿病連携手帳です。  
医療機関で患者様に配布をお願いします。

糖尿病の患者様が医科に来院されましたら  
糖尿病連携手帳を活用した医歯薬の連携にご協力ください。

P5

「基本情報」欄です。  
必要時に記入をお願いします。

P6

「かかりつけ医」欄です。  
印またはご記入をお願いします。

P8~15

「検査結果」記入欄です。  
必要時ご記入をお願いします。

P16~19

(主に眼科、歯科医で記載するページです)

※歯科受診のない方へ、リーフレットを用いて糖尿病と歯周病についての  
情報提供をし、歯科への受診勧奨をお願いします。

P34、35

(保健センターの糖尿病重症化予防事業に参加された方は  
このページに記載します)

参加された方には、事業参加の目印  
となるシールを手帳の表紙に貼付  
します

発行:JADEC(公益社団法人日本糖尿病協会)

次頁に続く

「医歯薬連携による糖尿病重症化予防プログラム」を  
医歯薬連携手帳を活用して実施していきます。

歯周病で糖尿病リスクのある患者様が歯科に来所されましたら  
連携手帳の有無を確認し、所持している方には以下の記載や受診  
勧奨をお願いします。

|              |                          |    |                          |
|--------------|--------------------------|----|--------------------------|
| <b>基本情報</b>  |                          |    |                          |
| フリガナ         | <input type="text"/>     | 性別 | <input type="text"/>     |
| 氏名           | <input type="text"/>     | 年齢 | <input type="text"/>     |
| 誕生日          | 年 月 日                    | 男  | <input type="checkbox"/> |
| 女            | <input type="checkbox"/> |    |                          |
| TEL.         | ( ) ( ) ( )              |    |                          |
| 職業           | <input type="text"/>     |    |                          |
| TEL.         | ( ) ( ) ( )              |    |                          |
| 緊急連絡先・親戚 ( ) | <input type="text"/>     |    |                          |
| TEL.         | ( ) ( ) ( )              |    |                          |

「かかりつけ医情報」欄です。  
印または記号をお願いします。

[illegible]

**(主に眼科、歯科医で記載するページです)**

| 氏名     | 性別 | 生年月日       | 年齢  | 住所      | 電話番号         | 職業  | 学歴   | 既往歴     | アレルギー | 検査結果 | 医師の意見                      |
|--------|----|------------|-----|---------|--------------|-----|------|---------|-------|------|----------------------------|
| 山田 太郎  | 男  | 1980-01-01 | 38歳 | 東京都千代田区 | 03-XXXX-XXXX | 会社員 | 大学卒業 | 糖尿病、高血圧 | アレルギー | 正常   | 糖尿病、高血圧による眼底病変あり。適切な治療が必要。 |
| 田中 花子  | 女  | 1975-03-15 | 43歳 | 東京都千代田区 | 03-XXXX-XXXX | 主婦  | 大学卒業 | 糖尿病、高血圧 | アレルギー | 正常   | 糖尿病、高血圧による眼底病変あり。適切な治療が必要。 |
| 佐藤 一郎  | 男  | 1985-07-20 | 33歳 | 東京都千代田区 | 03-XXXX-XXXX | 会社員 | 大学卒業 | 糖尿病、高血圧 | アレルギー | 正常   | 糖尿病、高血圧による眼底病変あり。適切な治療が必要。 |
| 鈴木 美咲  | 女  | 1990-11-05 | 28歳 | 東京都千代田区 | 03-XXXX-XXXX | 会社員 | 大学卒業 | 糖尿病、高血圧 | アレルギー | 正常   | 糖尿病、高血圧による眼底病変あり。適切な治療が必要。 |
| 高橋 健太  | 男  | 1978-04-10 | 40歳 | 東京都千代田区 | 03-XXXX-XXXX | 会社員 | 大学卒業 | 糖尿病、高血圧 | アレルギー | 正常   | 糖尿病、高血圧による眼底病変あり。適切な治療が必要。 |
| 中村 裕子  | 女  | 1982-09-25 | 36歳 | 東京都千代田区 | 03-XXXX-XXXX | 会社員 | 大学卒業 | 糖尿病、高血圧 | アレルギー | 正常   | 糖尿病、高血圧による眼底病変あり。適切な治療が必要。 |
| 小林 大輔  | 男  | 1988-02-18 | 31歳 | 東京都千代田区 | 03-XXXX-XXXX | 会社員 | 大学卒業 | 糖尿病、高血圧 | アレルギー | 正常   | 糖尿病、高血圧による眼底病変あり。適切な治療が必要。 |
| 渡辺 真由  | 女  | 1983-06-03 | 35歳 | 東京都千代田区 | 03-XXXX-XXXX | 会社員 | 大学卒業 | 糖尿病、高血圧 | アレルギー | 正常   | 糖尿病、高血圧による眼底病変あり。適切な治療が必要。 |
| 山本 隆夫  | 男  | 1970-12-12 | 48歳 | 東京都千代田区 | 03-XXXX-XXXX | 会社員 | 大学卒業 | 糖尿病、高血圧 | アレルギー | 正常   | 糖尿病、高血圧による眼底病変あり。適切な治療が必要。 |
| 水野 由香  | 女  | 1987-08-28 | 30歳 | 東京都千代田区 | 03-XXXX-XXXX | 会社員 | 大学卒業 | 糖尿病、高血圧 | アレルギー | 正常   | 糖尿病、高血圧による眼底病変あり。適切な治療が必要。 |
| 石川 浩二  | 男  | 1972-05-07 | 45歳 | 東京都千代田区 | 03-XXXX-XXXX | 会社員 | 大学卒業 | 糖尿病、高血圧 | アレルギー | 正常   | 糖尿病、高血圧による眼底病変あり。適切な治療が必要。 |
| 森田 千恵  | 女  | 1989-10-14 | 29歳 | 東京都千代田区 | 03-XXXX-XXXX | 会社員 | 大学卒業 | 糖尿病、高血圧 | アレルギー | 正常   | 糖尿病、高血圧による眼底病変あり。適切な治療が必要。 |
| 松本 健一  | 男  | 1976-03-22 | 42歳 | 東京都千代田区 | 03-XXXX-XXXX | 会社員 | 大学卒業 | 糖尿病、高血圧 | アレルギー | 正常   | 糖尿病、高血圧による眼底病変あり。適切な治療が必要。 |
| 佐々木 美穂 | 女  | 1984-07-09 | 34歳 | 東京都千代田区 | 03-XXXX-XXXX | 会社員 | 大学卒業 | 糖尿病、高血圧 | アレルギー | 正常   | 糖尿病、高血圧による眼底病変あり。適切な治療が必要。 |
| 高田 大樹  | 男  | 1981-11-27 | 37歳 | 東京都千代田区 | 03-XXXX-XXXX | 会社員 | 大学卒業 | 糖尿病、高血圧 | アレルギー | 正常   | 糖尿病、高血圧による眼底病変あり。適切な治療が必要。 |
| 渡辺 真由  | 女  | 1983-06-03 | 35歳 | 東京都千代田区 | 03-XXXX-XXXX | 会社員 | 大学卒業 | 糖尿病、高血圧 | アレルギー | 正常   | 糖尿病、高血圧による眼底病変あり。適切な治療が必要。 |
| 山本 隆夫  | 男  | 1970-12-12 | 48歳 | 東京都千代田区 | 03-XXXX-XXXX | 会社員 | 大学卒業 | 糖尿病、高血圧 | アレルギー | 正常   | 糖尿病、高血圧による眼底病変あり。適切な治療が必要。 |
| 水野 由香  | 女  | 1987-08-28 | 30歳 | 東京都千代田区 | 03-XXXX-XXXX | 会社員 | 大学卒業 | 糖尿病、高血圧 | アレルギー | 正常   | 糖尿病、高血圧による眼底病変あり。適切な治療が必要。 |
| 石川 浩二  | 男  | 1972-05-07 | 45歳 | 東京都千代田区 | 03-XXXX-XXXX | 会社員 | 大学卒業 | 糖尿病、高血圧 | アレルギー | 正常   | 糖尿病、高血圧による眼底病変あり。適切な治療が必要。 |
| 森田 千恵  | 女  | 1989-10-14 | 29歳 | 東京都千代田区 | 03-XXXX-XXXX | 会社員 | 大学卒業 | 糖尿病、高血圧 | アレルギー | 正常   | 糖尿病、高血圧による眼底病変あり。適切な治療が必要。 |
| 松本 健一  | 男  | 1976-03-22 | 42歳 | 東京都千代田区 | 03-XXXX-XXXX | 会社員 | 大学卒業 | 糖尿病、高血圧 | アレルギー | 正常   | 糖尿病、高血圧による眼底病変あり。適切な治療が必要。 |
| 佐々木 美穂 | 女  | 1984-07-09 | 34歳 | 東京都千代田区 | 03-XXXX-XXXX | 会社員 | 大学卒業 | 糖尿病、高血圧 | アレルギー | 正常   | 糖尿病、高血圧による眼底病変あり。適切な治療が必要。 |
| 高田 大樹  | 男  | 1981-11-27 | 37歳 | 東京都千代田区 | 03-XXXX-XXXX | 会社員 | 大学卒業 | 糖尿病、高血圧 | アレルギー | 正常   | 糖尿病、高血圧による眼底病変あり。適切な治療が必要。 |
| 渡辺 真由  | 女  | 1983-06-03 | 35歳 | 東京都千代田区 | 03-XXXX-XXXX | 会社員 | 大学卒業 | 糖尿病、高血圧 | アレルギー | 正常   | 糖尿病、高血圧による眼底病変あり。適切な治療が必要。 |
| 山本 隆夫  | 男  | 1970-12-12 | 48歳 | 東京都千代田区 | 03-XXXX-XXXX | 会社員 | 大学卒業 | 糖尿病、高血圧 | アレルギー | 正常   | 糖尿病、高血圧による眼底病変あり。適切な治療が必要。 |
| 水野 由香  | 女  | 1987-08-28 | 30歳 | 東京都千代田区 | 03-XXXX-XXXX | 会社員 | 大学卒業 | 糖尿病、高血圧 | アレルギー | 正常   | 糖尿病、高血圧による眼底病変あり。適切な治療が必要。 |
| 石川 浩二  | 男  | 1972-05-07 | 45歳 | 東京都千代田区 | 03-XXXX-XXXX | 会社員 | 大学卒業 | 糖尿病、高血圧 | アレルギー | 正常   | 糖尿病、高血圧による眼底病変あり。適切な治療が必要。 |
| 森田 千恵  | 女  | 1989-10-14 | 29歳 | 東京都千代田区 | 03-XXXX-XXXX | 会社員 | 大学卒業 | 糖尿病、高血圧 | アレルギー | 正常   | 糖尿病、高血圧による眼底病変あり。適切な治療が必要。 |
| 松本 健一  | 男  | 1976-03-22 | 42歳 | 東京都千代田区 | 03-XXXX-XXXX | 会社員 | 大学卒業 |         |       |      |                            |

● 神保町市記録欄

(保健センターの糖尿病重症化予防事業に参加された方はこのページに記載します)

参加された方には、事業参加者となるシールを手帳の表紙に貼ります

日本糖尿病学会  
糖尿病速携手帳

糖友会

糖友会

**※基本情報**

|              |       |     |
|--------------|-------|-----|
| フリガナ         |       |     |
| 姓 名          |       |     |
| 誕生日          | 年 月 日 | 男 女 |
| 職 業          | ( )   |     |
| TEL :        | ( )   |     |
| 勤務先          |       |     |
| TEL :        | ( )   |     |
| 最近連絡先・親族 ( ) |       |     |
| TEL :        | ( )   |     |

[illegible][illegible][illegible]

● 連携自治体情報

(保健センターの糖尿病重症化予防事業に参加された方はこのページに記載します)

参加された方には、事業参加となるシールを手帳の表紙に貼ます

日本糖尿病学会 日本糖尿病学会  
糖尿病連携手帳

STEP  
5

自治体独自の資料の作成

実施事業に併せて自治体内で作成した資料を活用

- 医歯薬間の連携や本プログラムに参加していることが一目でわかるよう、糖尿病連携手帳に貼ることのできるシールを開発
- 糖尿病連携手帳の活用促進も兼ね、他保健事業(一体的実施・保健指導プログラム)の対象者となっている場合でも情報連携できるシールや説明用文書を開発
  - ✓ 一体的実施事業: 訪問時に連携手帳を使用していない場合、指導済みシールと指導内容シールとともに使用方法(別添)を対象者から医療機関に渡す運用
  - ✓ 保健指導プログラム: プログラム参加者がかかっている医療機関へ、概略図・手帳の使い方の説明書を送付

ポイント

市町村の負担をできるだけ減らしたうえで、事業の普及啓発や推進、医歯薬間の連携が促進できるよう資料を開発しました。

連携シールデザイン



指導済シールデザイン



指導内容シール

保健指導プログラム対象者用シール

知多市糖尿病重症化予防事業

【初回面談】

・面談日: 年 月 日( )

・計測値: 体重 kg・腹囲 cm・血圧 / mmHg

・指導内容: 糖尿病と合併症・食事・運動・タバコ・服薬・その他( )

・目標①

②

③

・特記事項 ( )

知多市糖尿病重症化予防事業

【中間面談・最終面談】

・面談日: 年 月 日( )

・計測値: 体重 kg・腹囲 cm・血圧 / mmHg

・指導内容: 糖尿病と合併症・食事・運動・タバコ・服薬・その他( )

・目標達成状況

① ☺ ☺ ☺ → 継続・変更( )

② ☺ ☺ ☺ → 継続・変更( )

③ ☺ ☺ ☺ → 継続・変更( )

・特記事項 ( )

一体的実施対象者用シール

知多市糖尿病重症化予防事業

【訪問】

・面談日: 年 月 日( )

・計測値: 血圧 / mmHg・体重 kg

・指導内容: 糖尿病と合併症・食事・運動・タバコ・服薬・その他( )

・目標 ( )

1か月後: ☺ ☺ ☺

・特記事項 ( )

## 糖尿病連携手帳のない患者を対象とした主治医への依頼説明文書

**医療機関様**

知多市では令和6年度より、愛知県が推奨する「医療連携による糖尿病重症化予防プログラム」を**糖尿病連携手帳**を活用して実施していきます。患者様には「糖尿病と歯周病との関係」についてのリーフレットをお渡ししています。

つきましては、貴医療機関で患者様への手帳配付と、手帳を活用した医療連携にご協力頂けると幸いです。（糖尿病連携手帳の一例です。）  
当市のプログラム、手帳の入手等お問い合わせはこちらへ。【知多市健康推進課 0562-54-1300】



**表紙**

表紙には、糖尿病連携手帳のロゴと「糖尿病連携手帳」の文字が記載されています。また、手帳の表紙に、事業参加の目印となる梅子シールの貼付をお願い致します。

※手帳の表紙に、事業参加の目印となる梅子シールの貼付をお願い致します。

※保健指導で書いた目標は、こちらのページに貼付となります。

**P 6**

「かかりつけ医」欄です。印またはご記入をお願いします。

**P 34、35**

「基本情報」欄です。必要時に記入をお願いします。

**P 8～15**

「検査結果」記入欄です。必要時ご記入をお願いします。

**P 5**

ご本人はじめ、関係者が把握するため、手帳を活用しながら、重症化予防に取り組めます。

**P 16～19**

（主に眼科、歯科医で記載するページです）

## 地域のクリニックでのプログラム実施編

お話を  
聞いた人

## 愛知県医師会監事 前豊橋市医師会会長 山本和彦先生

このプログラムは歯科が主となって立ち上げたものです。歯科は医科からのアクションを待っています。より良い健康管理に医歯薬でそれぞれの視点から協力することは糖尿病患者さんにとって有益なことと考えます。



山本医院 院長

診療科は内科、小児科。診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている。医歯薬連携プログラムには令和3年度モデル事業から継続して参加。令和5年度まで医師会会長としてプログラムを牽引。

令和5年度の実証事業におけるシンポジウムで登壇。

お話を  
聞いた人

## 豊橋市医師会副会長 田中英之先生



愛知県で作成された「医歯薬連携による糖尿病重症化予防プログラムガイドブック」を参考にして、チェックリスト、パンフレット、情報提供書をご活用頂くことで気軽に始めてみてください。他に、日本糖尿病協会が作成した糖尿病連携手帳も利用しています。

田中医院 院長

当院は内科、循環器科を標榜している。今までも、抜歯時の感染性心内膜炎予防、抗血小板薬、抗凝固薬の使用やカルシウム拮抗薬内服時の歯肉増殖などで歯科の先生方とは連携があった。このプログラムの開始後には、更に連携が深まったと思う。

医歯薬連携プログラムには令和3年度モデル事業から継続して参加し、ワーキンググループの委員として専門的立場からの助言を実施。

## STEP 1

### 診療報酬改定にも柔軟に対応

#### 生活管理料Ⅱへの組み込み

- 生活習慣管理料Ⅱの新設により、医師は糖尿病患者に対して治療計画を策定することが必要となった。
- これまで5人程度診療できた時間内に3人程度しか診療できない状況。
- 上記の状況であるが、治療計画策定の際、「患者さんの状況確認の一環として歯科受診を把握し、歯科受診勧奨を実施。」
- 患者さんとのコミュニケーションも増え、歯科に関する状況の確認を行う機会も多くなった。

#### ポイント

医科歯科との「連携」と言うと構えてしまうが、「一度受診してみましよう」と声掛けすることで自然と連携につながるのではないのでしょうか。

#### ポイント

患者さんからは「リーフレットを読むまで糖尿病と歯周病の関係を知らなかった。」という声もあり、本プログラムの効果を感じました。

## STEP 2

### 参加する医師の継続的なプログラム実施

#### 期間において会員へのプログラムの周知

- プログラムを実施する医師は日々多忙であり、数か月おきにプログラムの周知を行うことでプログラムの継続につながる。

#### ポイント

冬の予防接種時期は避ける等、無理のないスケジュールで行うことが良いでしょう。

#### チェックリストの実施が患者の負担になる場合

- 自覚症状がない人に受診勧奨をするのは難しいが、「歯科に受診していないなら、せめて歯も年に1回は診てもらった方が良いでしょう」と声掛けするのが良い。

## STEP 3

### 既存のツールを活用し効率的に実施

#### 糖尿病連携手帳が大活躍

- 糖尿病連携手帳をメインとして歯科受診勧奨の際に活用。
- 患者の費用負担を考え、積極的に糖尿病連携手帳で歯科との連携を実施。

#### ポイント

本プログラムでより利便性の高い診療情報提供書・返書を作成しており、既存のツールをうまく活用することで負荷軽減を図ることが重要です。

お話を  
聞いた人

## 豊橋市歯科医師会会長 加藤正美先生

糖尿病重症化予防に向けた医師薬連携を進めるためには、歯科だけでなく医科の深い理解と薬科の絶大な協力が必要です。絶えずコミュニケーションを取り合うことがポイントです。



さかうえ歯科医院 院長

令和5年より豊橋市歯科医師会会長に就任し、会員の本プログラムの導入や睡眠時無呼吸患者や骨吸収抑制薬投与患者の連携も推進している。

お話を  
聞いた人

## 豊橋市歯科医師会専務理事 藤城治義先生



リーフレットの内容を説明した上で、セルフチェックリストをやってもらうことで、患者さんからは「勉強になった」「知らなかった」といった声も聞かれました。受付では糖尿病連携手帳やお薬手帳を活用するよう周知を行っています。今後は健康フェスティバルでリーフレットを配布するなど、市民への周知・啓発も進めていきたいと考えています。

さくら歯科クリニック 院長

令和3年度より本事業を実施。歯科医師向けクイックマニュアルの執筆にも携わり、本事業の推進に貢献。

お話を  
聞いた人

## 豊橋市歯科医師会理事 中村文昭先生

糖尿病重症化予防のため、口腔の継続的な定期管理の重要性を、患者さんに複数のツールを利用して伝えています。スタッフとともに、医歯薬連携の推進を心掛けています。



中村歯科 院長

患者様へのご説明、滅菌消毒、予防に力を入れて日々診療に尽力。骨粗鬆症等の他への疾患を含めた医歯薬連携を診療の中で実践。

## STEP 1

### 歯科医師会会員間での情報共有を密接に

#### 事業に参加する歯科医師の情報共有ツールを利用

- 事業に参加する歯科医師間で、実施状況等の共有を密にするため、普段利用しているコミュニケーションツール(LINE等)を利用して交流の場を形成。

#### ポイント

事業に関する連絡や、実施状況を気軽に共有できるようになります。

## STEP 2

### 糖尿病以外にも連携は重要

#### 本事業以外に、骨粗鬆症や睡眠時無呼吸症候群等での連携を実施

- 糖尿病だけでなく、骨粗鬆症等の既往がある場合は診療情報提供書を作成。
- 睡眠時無呼吸症候群の治療の際に利用するマウスピースは歯科で作成するため、医科歯科の密接な連携が実現。

#### ポイント

診療情報提供書を発送する際には返信用封筒を同封する等、連携先に負担なく連携ができるように工夫しています。

#### ポイント

医科での糖尿病初期治療後に歯科で徹底的な指導をして状態を改善するなど、役割分担があると効果的に進められるのではないのでしょうか。

## STEP 3

### 診療情報提供書の作成への工夫

#### 通常診療後に作成し、後日送付すること多い

- 通常診療時に診療情報提供書の作成を終了できないこともあるため、負担の軽減や実施方法の工夫が重要。

#### ポイント

事務担当の協力も得ながら診療情報提供書を作成することも有ります。

## STEP 4

### 歯周病の治療における定期的なメンテナンスの重要性を周知

歯周病は完治することが難しく、患者の全身状態により影響を受けることを周知し、症状の安定を図ることが重要

- 歯周病は患者の全身状態により影響を受けるため、歯科で定期的な確認や指導を行っていく必要がある
- 歯周病は段階的に症状が悪化し、微小な炎症の継続や急性な炎症で歯槽骨が溶けてしまうため、症状を安定させることが重要

## STEP 5

### 対象者とのコミュニケーション

糖尿病の既往がある方は、歯科を定期受診している場合が多い

- 糖尿病患者から依頼を受け、糖尿病連携手帳に歯周病について記載をすることもある
- 将来的な歯科での外科処置を見据え、医科歯科と連携しておくことは必要と声掛け

#### ポイント

歯茎が治りづらい状態の患者から相談を受けたことをきっかけに、診療情報提供書の作成に繋がったこともあります

お話を  
聞いた人

## 豊橋市薬剤師会会長 石黒佳子先生

各薬局が参加しやすい形で本事業に参加することで、少しずつ事業の輪を広げていきたいです。

豊橋市薬剤師会会長

からだに異変を感じたとき、健康に留意したいとき、家族のからだについて心配事があるとき、一番初めに相談できる窓口が、薬局であり、薬剤師でありたいと考えています。



お話を  
聞いた人

## 豊橋市薬剤師会理事 井上玲子先生



薬局ごとの特徴を活かし、糖尿病治療中の方には歯周病があると薬の効きも悪くなるからと、歯科検診とケアの大切さを伝えています。在宅医療を受けている方を支えるご家族や施設職員が、自分のために病院に行けてない事があり、啓蒙が必要です。学校薬剤師活動では、学校保健委員会はPTAや教員向けに歯周病と病気の関連性を伝える良い機会であり、リーフレットを活用しました。

東部調剤薬局

令和3年度より本事業に参加。会員のプログラム導入に向けて積極的な働きかけを実施。薬局向けクイックマニュアルの執筆にも携わり、本事業の推進に貢献。

## STEP 1

### 地域全体でプログラムに参加

#### 近くの内科・歯科でもプログラム参加を

- 対象者にリーフレットを配布しても、受診勧奨迄は繋げられない薬局も多く、地域全体でのプログラム実施が重要。
- どのクリニックを受診したらよいのかが分かりやすいと対象者も受診に繋がりがやすいため、地域全体でプログラムに参加できると良い。

#### ポイント

薬局でプログラムに取り組んでいることをきっかけに、歯科の先生がプログラムに興味を示した事例もありました。

## STEP 2

### プログラムの資材をフル活用

#### プログラム資材の一式をそのまま歯科に持参するように声掛け

- 受診先の歯科医師がプログラムの対象者であることが分かるように、患者へ渡したプログラムの資材一式を歯科受診の際に持参するように声掛けを実施。
- 薬局名・薬名が記載出来て、歯科に渡しやすいコンパクトな資材があるとさらに良い。

#### ポイント

対象者を通して歯科の先生に本プログラムを知っていただき、プログラムを広げていくきっかけにできれば良いです。対象者の説明負荷軽減につながります。

## STEP 3

### プログラムの継続に向けて、積極的な周知を

#### 薬剤師会の会員に、継続的な声掛けを実施

- 本プログラムは「継続」していくことが大変重要。
- 会員が本プログラムを継続していけるよう、会報誌やメール配信など、薬剤師会員の目に届くツールを活用して定期的な情報発信を実施する方針。

## STEP 4

### プログラム実施中に聞かれた対象者からの声

#### 糖尿病と歯周病の関係性の把握と、歯科受診のきっかけ作りに貢献

- 受診勧奨は、糖尿病と歯周病の関係性を知らなかった人、知っていても歯科を受診していなかった人への歯科受診のきっかけになる。
- 総入れ歯だから歯科受診は不要と認識している人もいるが、歯科への定期的な受診は重要だとの情報提供を実施。
- 病院に行きづらい世代は特に歯科受診ができていない場合が多く、声掛けを行うことは重要。

#### ポイント

- ・ 総入れ歯の方こそ、きちんと噛まないことで血糖値の上昇に繋がったり、嚥下のトラブルにつながるため、歯科受診を進めましょう。

本書に関するお問い合わせ先

株式会社三菱総合研究所 医歯薬連携による糖尿病重症化予防事務局  
ishiyaku\_aichi2024@ml.mri.co.jp

2025年1月版