

新冠町糖尿病性腎症重症化予防プログラム 実施要領

1. 趣旨

2型糖尿病（以下、「糖尿病」という）は、病状が進行するまで自覚症状がないことから、診断の遅れや放置・治療中断が起りやすく、腎症、網膜症、神経障害等の重篤な合併症によるQOLの低下や経済的負担が社会的な問題となっている。中でも糖尿病性腎症は、人工透析の導入原因の40%を占めており、糖尿病患者における腎機能低下の予防は重要な課題である。

新冠町では、特定健診の受診率は30%前後を推移しており、全国と比較すると低い状況にある。特定保健指導実施率は、年々減少しており40%前後で推移している。また、1人当たり診療費や受診率は低く、1日当たり診療費は高いという特徴から、診断の遅れや放置、治療中断などによって重症化してから受療する傾向があると考えられる。さらに、人工透析患者の40%は糖尿病性腎症であり、いずれも健診未受診の影響が大きいことから、糖尿病の早期発見と放置の防止に加えて、医療機関と緊密に連携し、診断早期から糖尿病患者の生活習慣の改善を促すとともに、重症化リスクの高い医療機関未受診者や受診中断者への働きかけを集中的に実施する必要がある。

2. 目的

糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者や受診中断者について、適切な受診勧奨、保健指導を行うことで治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して主治医の判断のもと保健指導を行うことで、腎不全や人工透析への移行を遅延させ、QOLの維持・向上を目指すことを目的とする。

3. 目標

(1) 中長期目標

糖尿病性腎症による腎機能の低下を遅延させ、透析新規導入者数の減少を目指す。

(2) 短期目標

- ①医療機関未受診者や受診中断者を確実に医療に結びつけ、血糖コントロール不良者を減少させる。
- ②糖尿病性腎症患者の生活習慣の改善を促し、セルフコントロールをできるようになることで、重症化を予防する。

4. 対象および実施内容

このプログラムの対象者は、国民健康保険の被保険者とし、実施内容については次のとおりとする。

(1) 受診勧奨

1) 医療機関の未受診者

町は、特定健診データから空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖値 200mg/dl）以上又は HbA1c6.5%以上（医療機関受診判定値）に該当し、かつ①～③のいずれかに該当する者を抽出する。

- ①eGFR 60ml/分 1.73 m²未満
- ②尿蛋白（+1）以上
- ③血圧 収縮期血圧 130mmHg 以上又は拡張期血圧 80mmHg 以上

《実施内容》

町は、特定健診受診後3か月を経過しても医療機関を受診していない者（精密検査結果連絡票の返信がない者）に対して、電話や訪問による受診勧奨を行う。さらに1か月を経過しても医療機関を受診していない者について、文書による受診勧奨を行う。

2) 医療機関の受診中断者

町は、レセプトデータから糖尿病性腎症で通院歴があり、最終の受診日から6か月経過しても受診した記録がない者を抽出する。

《実施内容》

町は、毎月レセプトデータから受診中断者を抽出し、該当する者については、速やかに文書による受診勧奨を行う。さらに3か月を経過しても医療機関を受診していない者については、電話や訪問による受診勧奨を行う。

(2) 保健指導

1) 通院患者（町が抽出する場合）

レセプト・特定健診データから糖尿病性腎症の病期が第2期、第3期、及び第4期であり、次の①～③の全てを満たす者を抽出する。抽出された者のうちプログラムへの参加について、本人及びかかりつけ医の同意があった者を対象とする。

- ①HbA1c 7.0%以上
- ②尿蛋白（+1）以上 又は 尿アルブミン 30mg/gCr 以上
- ③血圧 収縮期血圧 130mmHg 以上又は拡張期血圧 80mmHg 以上

なお、次に該当する場合は対象から除外する。

- ・がん等で終末期にある者
- ・1型糖尿病である者
- ・認知機能障害のある者
- ・生活習慣病管理料、糖尿病透析予防指導管理料の算定対象となっている者
- ・その他の疾患を有する等、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

【糖尿病性腎症病期分類】

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73 m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30未満)	30以上
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299)	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上
第4期 (腎不全期)	問わない	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	—

※特定健診では尿アルブミンは健診項目にないが、尿蛋白が必須項目であり、糖尿病に加えて尿蛋白(+)以上であれば、少なくとも第2期以上と考えられる。

2) 通院患者(かかりつけ医が抽出する場合)

糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR等により腎機能低下が判明し、保健指導を町と連携して実施する必要があると医師が判断した者であり、プログラムへの参加について、本人の同意があった者を対象とする。

《実施内容》

- ・町は、対象者にプログラムの内容を説明した上で、参加の同意を得る。(様式1)
- ・町は、かかりつけ医に保健指導指示書の作成を依頼する。(様式2)
- ・かかりつけ医は、対象者の受診時に治療及び保健指導方針について協議の上、保健指導指示書(様式2)を作成し、町へ提出する。
- ・町は、かかりつけ医の指示内容に基づき、**別添1**に沿って保健指導を実施する。
- ・町は、かかりつけ医の指示内容を超える指導は行わないこととし、不明な点はかかりつけ医に確認する。
- ・町は、かかりつけ医に保健指導の実施結果を3か月、6か月時に報告する。(様式3)

5. 評価

(1) 保健指導の実施評価

検査・測定数値や行動変容の評価について、保健指導介入後3か月、6か月、1年で行う。

(2) プログラム全体の実施評価

目標の達成状況について、次の評価指標に基づき毎年度末に評価を行う。

1) 短期評価

- ①実施体制（マンパワー、連携等）S
- ②実施手順（対象抽出、介入時期・方法、指導方法・教材等）P
- ③受診勧奨の実施人数 OP
- ④受診勧奨による医療機関受診者数（率）OC
- ⑤保健指導の実施人数（率）OP
- ⑥保健指導実施者の行動変容（食事、運動等）OC
- ⑦保健指導実施者の検査・測定数値の変化 OC

2) 中長期評価

- ⑧特定健診結果の変化（血糖値、腎機能 等）OC
- ⑨糖尿病性腎症による新規透析導入患者数 OC
- ⑩糖尿病性腎症患者の病期の変化及び各病期の患者数 OC
- ⑪医療費の変化 OC

S : ストラクチャー(構造)評価	P : プロセス(過程)評価
OP : アウトプット(実施量)評価	OC : アウトカム(結果)評価

6. その他

道が町の取組内容等を取りまとめの上、北海道糖尿病対策推進会議に報告を行う。

新冠町糖尿病性腎症重症化予防プログラム 参加同意書

年 月 日

新冠町長 鳴海修司様

フリガナ

氏名

〒

住所 新冠町字

電話番号

私は、糖尿病性腎症重症化予防の重要性の他、以下の説明を受け、糖尿病性腎症重症化予防プログラムに参加することに同意します。

- 1 町は、かかりつけ医からの指示に基づき、参加者に対して電話・面談等による生活習慣の改善に向けた保健指導を行います。
- 2 保健指導の実施期間は概ね6か月間とし、終了後6ヶ月間のフォローアップを行います。その間、町とかかりつけ医は、必要に応じ診療情報等の保健指導に必要な情報を共有します。
- 3 参加者は、糖尿病治療に関する指示についてかかりつけ医に従います。

※ かかりつけ医と連携した保健指導を行うため、下記にかかりつけ医療機関及び主治医をご記入ください。

医療機関名

主治医氏名

新冠町糖尿病性腎症重症化予防プログラム 保健指導指示書

年 月 日

新冠町長 鳴海 修司 様

医療機関名

住 所

電話番号

医師氏名

印

フリガナ 患者氏名		性別	男・女
生年月日	昭和 年 月 日 (歳)	住所	新冠町字
		職業	
傷病名 (該当するものに○をつけてください)	2型糖尿病 糖尿病性腎症 (期) 糖尿病性網膜症 (無・有) 糖尿病性神経障害 (無・有) 高血圧症、脂質異常症、虚血性心疾患 その他 ()		
家族歴	糖尿病の家族歴 (無・有・不明)		
現在の治療状況	食事療法	エネルギー摂取量 _____ kcal 炭水化物比率 (50% 55% 60%)	
	運動療法		
	薬物療法		
保健指導における 具体的な指示事項	<input type="checkbox"/> 食事指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 禁煙指導 <input type="checkbox"/> その他 () 目標体重 : _____ kg (現在 _____ kg) 塩分制限 : 無・有 (_____ g) たんぱく質制限 : 無・有 (_____ g) カリウム制限 : 無・有 (_____ mEq) その他 : ()		
検査データ 検査日 年 月 日	血糖 (空腹時・随時) mg/dl HbA1c % 血圧 / mmHg	eGFR ml/分/1.73 m ² 尿アルブミン mg/gCr 尿蛋白 (-・±・+・2+・3+以上)	
その他の留意事項	<input type="checkbox"/> 生活習慣改善が困難である <input type="checkbox"/> 治療が中断しがちである <input type="checkbox"/> その他 ()		

新冠町糖尿病性腎症重症化予防プログラム 保健指導実施報告書

年 月 日

医療機関名

医師氏名

様

新冠町長 鳴海 修司

下記のとおり（3か月・6か月）保健指導を実施しましたので報告致します。

フリガナ 患者氏名		性別	男・女
生年月日	昭和 年 月 日 (歳)	住所	新冠町字
		職業	

【検査・測定数値】

		介入前 年 月 日	3か月後 年 月 日	6か月後 年 月 日
測定値	身長 (cm)			
	体重 (kg)			
	BMI			
	腹囲 (cm)			
	血圧 (mmHg)			
検査値	検査年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	血糖 (mg/dl)			
	HbA1c (%)			
	eGFR (ml/分/1.73 m ²)			
	尿蛋白	-・±・+・2+・3+以上	-・±・+・2+・3+以上	-・±・+・2+・3+以上
	尿アルブミン (mg/gCr)			
	中性脂肪			
	LDLコレステロール			
HDLコレステロール				

【指導記録】

	初回面談 年 月 日	2回目（電話・面談） 年 月 日
食事状況		
運動状況		
その他		
行動目標		
指導内容		
	3回目（電話・面談） 年 月 日	中間面談 年 月 日
食事状況		
運動状況		
その他		
行動目標		
指導内容		

保健福祉課 保健福祉グループ 健康推進係

TEL 0146-47-2113

担当：職名 _____ 氏名 _____

【指導記録】

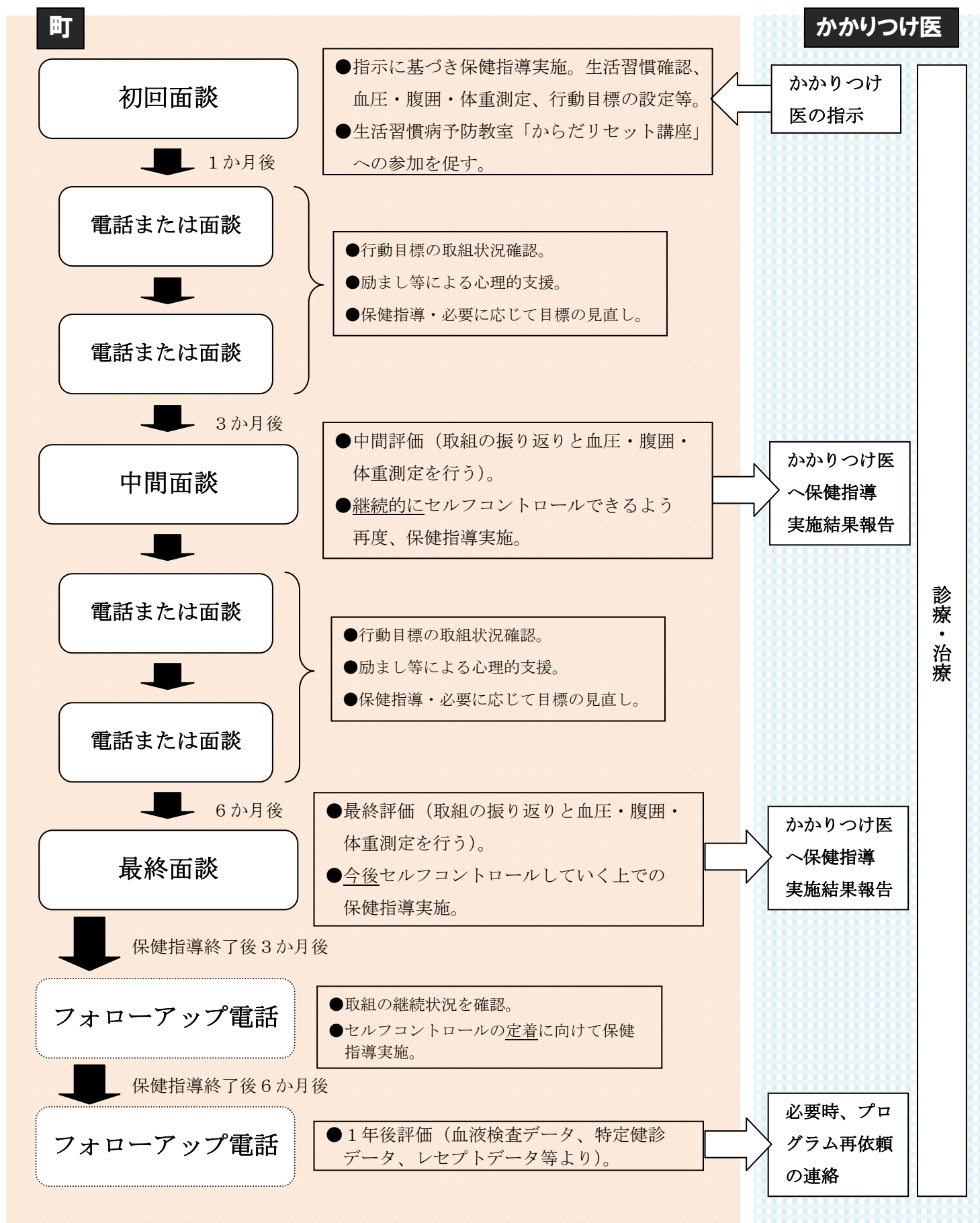
	5回目 (電話 ・ 面談) 年 月 日	6回目 (電話 ・ 面談) 年 月 日
食事状況		
運動状況		
その他		
行動目標		
指導内容		
	最終面談 年 月 日	
食事状況		<p><u>担当医師 様</u></p> <p>*最終面談終了後、6か月間をフォローアップ期間とし、セルフコントロールが定着するよう町が支援を行います。</p> <p>*フォローアップ終了後も支援が必要と判断された場合、担当医師様にご連絡させていただく場合がありますので、よろしくお願ひ致します。</p>
運動状況		
その他		
行動目標		
指導内容		

保健福祉課 保健福祉グループ 健康推進係

TEL 0146-47-2113

担当：職名 _____ 氏名 _____

新冠町糖尿病性腎症重症化予防プログラム【保健指導の流れ】



※状況に応じて、かかりつけ医と十分連携をとりながら保健指導を実施する。