

島根県糖尿病腎症重症化予防プログラム（案）（2018.1月時点）

島根県医師会糖尿病対策委員会（予定）
島根県健康福祉部健康推進課

1 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・受診中断者を受診勧奨によって医療に結びつけるとともに、糖尿病腎症で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者（以下、「ハイリスク者」という）等に対して保険者が医療機関と連携して保健指導を行い、腎不全・人工透析への移行を防ぐ。

2 プログラムの考え方

本プログラムは、市町村等の健康課題や他の保健事業の状況に応じて保険者で具体的取組が検討できるよう、標準的な取組方策を示す。

また、『島根県糖尿病予防・管理指針（第3版）』や糖尿病教育媒体『あなたの糖尿病を重症化させないために』とあわせて、重症化予防の取組を推進する。

3 対象者の抽出基準の考え方

保険者は、医療機関と協議のうえ、特定健診やレセプトデータ等から個別に対象者を定めることを基本とするが、標準的な基準を以下のとおり示す。

(1) 未受診者・受診中断者への受診勧奨

ア 未受診者

特定健診結果等から①②いずれにも該当する者を抽出し、レセプトデータ等で受診の有無を確認する。

①HbA1c6.5%以上 または 空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖 200mg/dl）以上

②尿たんぱく 2+以上 または eGFR50ml/分/1.73m²未満

（70歳以上は 40 ml/分/1.73m²未満）

* 専門医不在等地域の実情をふまえ、標準的な基準よりも早期に介入する場合は、よりリスクの高い者が確実に医療機関受診につながるよう介入する優先順位をつけるなど工夫する。

イ 受診中断者

糖尿病で通院する患者で最終の受診日から概ね3か月以上受診が確認できない者

(2) ハイリスク者への保健指導

糖尿病腎症で通院中の者のうち、かかりつけ医が必要と認める者。また、特定健診結果等より、そのリスクが高いと思われる者を保険者が優先順位をつけて抽出する。

①糖尿病腎症第2期に該当する者

②特定健診結果より、糖尿病で尿たんぱく+以上 または eGFR 60ml/分/1.73m²未満の者

* 糖尿病：HbA1c6.5%以上 または 空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖 200mg/dl）以上

または治療中

* 糖尿病腎症第3期、4期は、かかりつけ医から専門医へ紹介する時期であり、保健指導を実施する場合は特に専門的知識を有した者が対応しリスクマネジメントの体制が確保されていることが重要である。

* 糖尿病で喫煙者やⅡ度高血圧以上の者など生活指導が必要と認める者については、地域の実情に応じた取組を検討する。

* なお、以下の者は保健指導から除く

がん等の終末期や認知機能障害等の疾患を有していて、保健指導が難しいと判断した者
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者となっている者

4 方法・手順

保険者は、「受診勧奨」「保健指導」「受診勧奨と保健指導を一体化した取組」等、地域の実情に応じて実施する。

また、対象者の抽出から受診勧奨・保健指導の手順、かかりつけ医から専門医への紹介手順など、地域の実情に応じたフローを作成し、実行性のある取組を検討する。

*参考：本プログラム P7, 8「事例紹介（フォロー体制例）」

(1) 未受診者・受診中断者への受診勧奨

保険者が、適切と思う方法で、かかりつけ医等医療機関へ受診勧奨する。

- ・個別面談・個別訪問
- ・電話
- ・手紙送付

(2) ハイリスク者への保健指導

ア 方法

保険者は、対象者の状況に応じ医療機関と連携した保健指導を行う。

- ・個別面談・個別訪問
- ・集団指導
- ・電話等による指導

イ 手順

① 対象者への同意と指示書作成・送付

- ・かかりつけ医による紹介の場合

かかりつけ医は、保健指導が必要と判断した患者に対し、本人の同意を得、保険者に保健指導指示書を作成・送付する。

- ・保険者が特定健診結果から対象者を抽出する場合

保健指導が必要な者を抽出し、かかりつけ医に対象者かどうかを確認する。

かかりつけ医は、保健指導が必要と判断した患者に対し、本人の同意を得、保険者に保健指導指示書を作成・送付する。

- ・健診実施医療機関が特定健診結果から対象者を抽出する場合

健診実施医療機関は保健指導が必要かどうかを確認する。主治医（健診医）は、本人の同意を得、保険者に保健指導指示書を作成・送付する。

② 保健指導の実施

保険者は、かかりつけ医からの指示をうけ、対象者に連絡を取り、専門職による保健指導を実施する。

保健指導実施者は、必要に応じ、実施状況をかかりつけ医に報告・情報を共有するとともに、指導実施後はその結果をかかりつけ医に報告する。

なお、保健指導は、1回面接型、3～6か月間の継続支援型など、対象者の特性に応じて実施する。

*参考：糖尿病教育媒体『あなたの糖尿病を重症化させないために』

事例紹介 (プログラム例)

【松江市】

(1) 目的

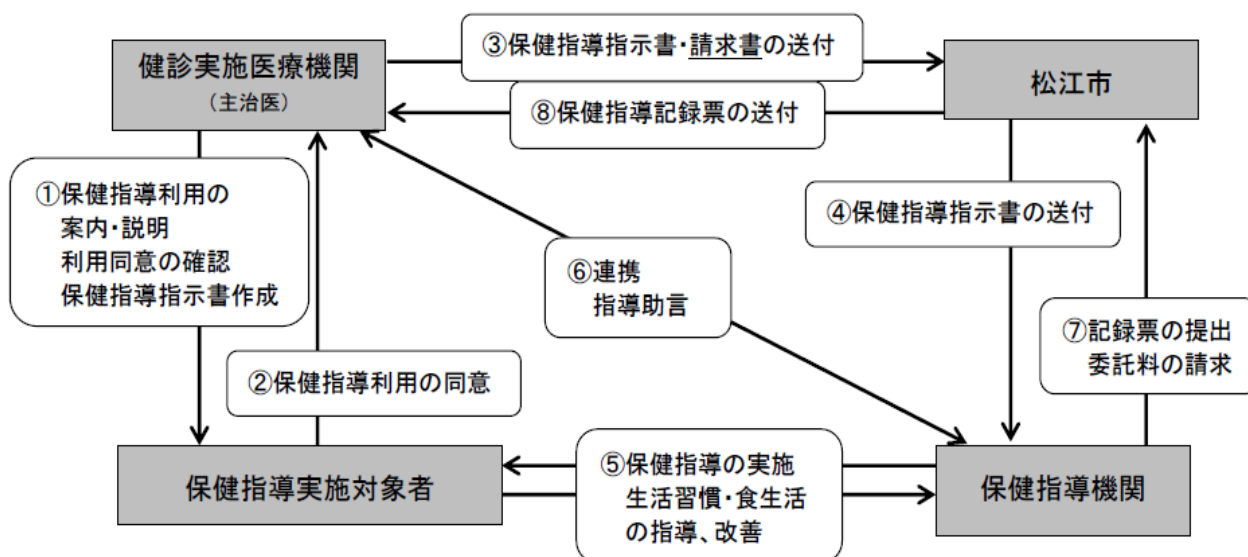
糖尿病性腎症患者等で重症化するリスクの高い人に対して、医療機関と連携しながら保健指導を実施し、生活の質 (QOL) を維持・向上することにより、腎不全や人工透析への移行を防止する。

(2) 対象者基準

主治医 (健診医) が、松江市国保特定健診の結果から、糖尿病に該当する人に対して糖尿病専門医への紹介 (CKD 精密検査)、または保健指導が必要な場合には保健指導の利用を勧める。

		健診結果が 尿蛋白 2+以上 または eGFR 50 ml/分/1.73m²未滿 (70 歳以上の場合 : eGFR40 ml/分/1.73m ² 未滿)	
基準		糖尿病性	非糖尿病性
		上記基準に該当し次のいずれかに該当する人 ①HbA1c (NGSP) 6.5%以上 ②空腹時血糖 126mg/dl 以上 (随時血糖 200mg/dl 以上) ③糖尿病治療中の人 (薬物治療以外も含む)	上記基準に該当し、糖尿病性の基準 (左記) に該当しない人
フォロー		A) CKD精密検査 →糖尿病専門医 または B) 糖尿病性腎症保健指導 (指示書の記載)	C) 主治医にて再検査 ～再検査結果によりCKD精密検査 →腎臓専門医

(3) 糖尿病性腎症保健指導実施の流れ



(4) 実施スケジュールについて

実施期間	約6か月
実施回数	面接4回、電話等3回
実施場所	松江市保健福祉総合センター
実施体制	委託／管理栄養士等
プログラム 内 容	<p>0か月目</p> <p>個別面接① (30分以上)</p> <p>特定健診の結果説明 糖尿病、糖尿病性腎症の説明 受診状況、生活習慣、食生活等の確認 目標設定、改善点や治療の重要性を指導</p>
	<p>1か月後</p> <p>個別面接② (30分以上)</p> <p>受診状況、生活習慣、食生活等の確認 実施状況の確認、肯定的評価・分析、改善点を指導</p>
	<p>2か月後</p> <p>電話支援等①</p> <p>受診状況、実施状況の確認、質疑応答</p>
	<p>3か月後</p> <p>個別面接③ (30分以上)</p> <p>受診状況、生活習慣、食生活等の確認 実施状況の確認、肯定的評価・分析、改善点を指導</p>
	<p>4か月後</p> <p>電話支援等②</p> <p>受診状況、実施状況の確認、質疑応答</p>
	<p>5か月後</p> <p>電話支援等③</p> <p>受診状況、実施状況の確認、質疑応答</p>
	<p>6か月後</p> <p>個別面接④ (30分以上)</p> <p>受診状況、生活習慣、食生活等の確認 実施状況の確認、肯定的評価・分析 改善点を指導</p>
	<p>12か月後</p> <p>特定健診受診、健診結果データ確認</p>

5 高齢者への対応

高齢者については、かかりつけ医等医療機関との連携を図りながら、個人の状況を考慮した対応を検討する。(参考：糖尿病予防・管理指針 P15-16)

6 事業の評価

保険者は受診勧奨・保健指導等の結果を把握し、糖尿病腎症の進行過程を踏まえた事業評価を行う。

=具体的な評価項目例=

評価の視点	項目例
ストラクチャー評価	<input type="checkbox"/> 関係者間で地域における糖尿病腎症対策の理解がなされたか <input type="checkbox"/> 必要な関係者間の連携体制が構築できたか <input type="checkbox"/> 必要な予算は確保できたか <input type="checkbox"/> 必要なマンパワー、教材は準備できたか <input type="checkbox"/> 保健指導者等の研修を実施したか など
プロセス評価	<input type="checkbox"/> スケジュール調整ができたか <input type="checkbox"/> 手順通り対象者の抽出ができたか <input type="checkbox"/> 医療機関等関係機関と情報共有ができたか など
アウトプット評価	<input type="checkbox"/> 抽出された対象者のうち、何%に受診勧奨・保健指導ができたか <input type="checkbox"/> 保健指導を行った対象者の満足度・理解度 など
アウトカム評価	<input type="checkbox"/> 受診勧奨を行った対象者のうち、何%が受診につながったか (未治療者の治療開始状況、受診中断者の受診再開状況) <input type="checkbox"/> 保健指導(事業)に参加した者の検査データの改善状況 (比較：開始前後 など) など

このほか、中長期的な評価として、受療状況、糖尿病腎症による透析導入、医療費の推移などが考えられる。

また、対象者以外も含めた地域全体の状況についてデータ分析し、関係者間で情報共有することが望ましい。

=例=

- ・新規透析導入患者数・率(人口10万対)の推移、うち糖尿病腎症を原因とする者の割合
- ・糖尿病腎症各期の数、うち未治療率
- ・HbA1c8.0%以上者数・割合、うち未治療者の割合
- ・健診受診率
- ・医療費の推移 など

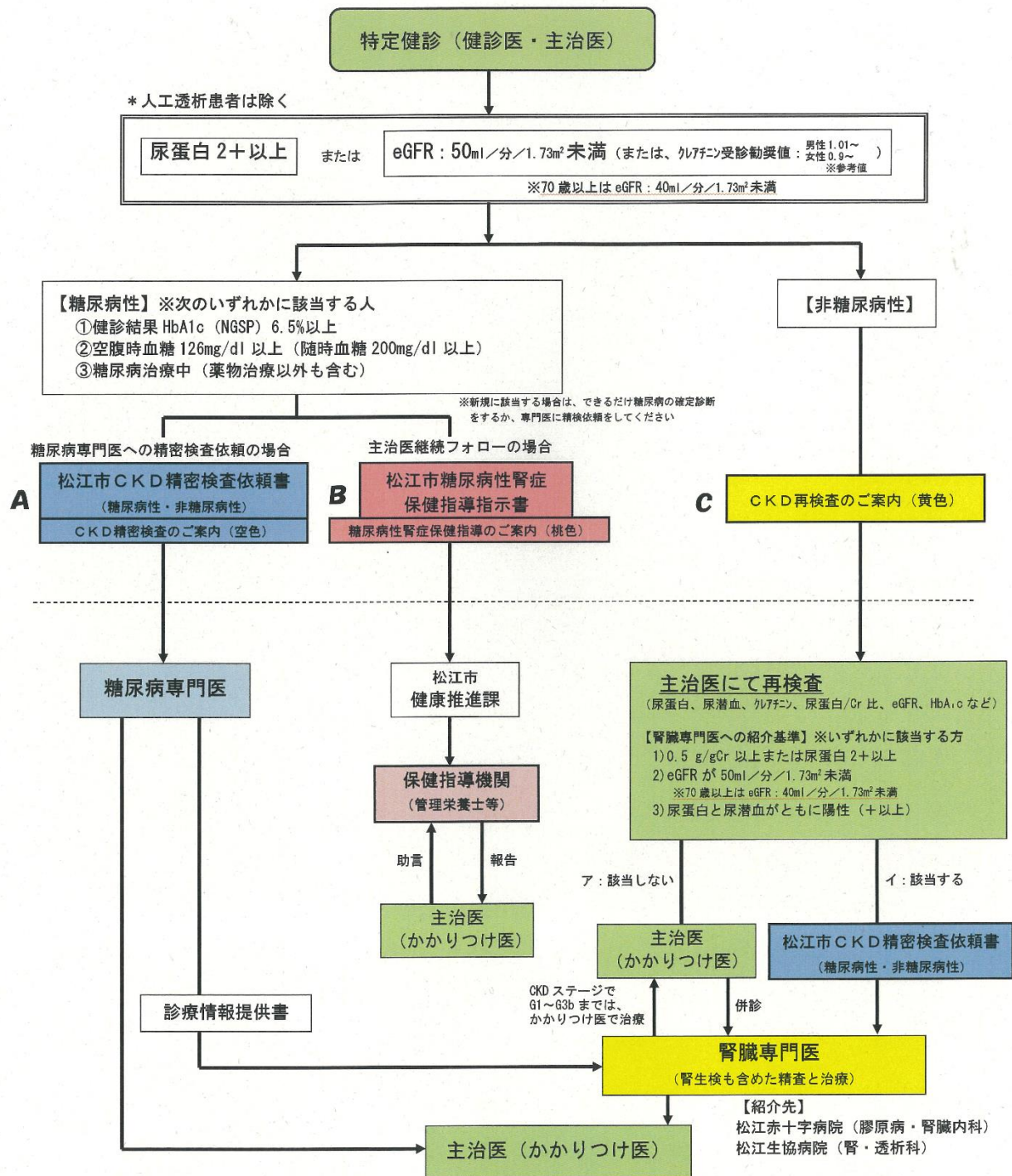
7 関係機関との連携

- ・糖尿病対策の推進体制、各機関の役割・機能、かかりつけ医への逆紹介、専門医への紹介基準等は、島根県糖尿病予防・管理指針(第3版)のとおりであり、地域と医療、かかりつけ医と糖尿病専門医・腎臓専門医、その他関係機関との連携を図り、一体となって重症化予防の取組を推進することが大切です。
- ・また、島根県医師会糖尿病対策委員会・各地域糖尿病対策会議をはじめ、島根県糖尿病委員会、島根県糖尿病対策圏域合同連絡会議、圏域糖尿病対策会議等において情報を共有し、保険者における円滑な事業実施を推進する。

事例紹介 (フォロー体制例)

【松江市】

平成 29 年度 松江市国保特定健診 CKD フォロー体制



◆平成 29 年度の変更点

- 【糖尿病性】対象者に、「糖尿病治療中」の人が含まれました。
- フォローBの「松江市糖尿病性腎症保健指導指示書」の記載について、指示に係る業務を委託しますので、指示書の記載をされた場合は、市に「指示書」「特定健診結果」「請求書」をあわせて提出してください。

※非糖尿病性の人の再検査について、特に時期の指定はありません。健診後に再度、検査を実施してください。

平成 29 年度 邑南町生活習慣病対策フロー図

