

岩手町糖尿病性腎症重症化予防プログラム

1 目的

糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・治療中断者について、適切な受診勧奨を行うことにより治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で治療中の患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して、医療機関と連携し腎症悪化防止のための保健指導を行い、腎不全、腎代替療法（血液透析、腹膜透析及び腎臓移植）への移行を防止することを目的とする。

2 実施に際して

- ・ 特定健康診査データやレセプトデータ等を用いて、被保険者の疾病構造や健康問題などを分析し、地域の実情に応じた対策を立案する。
- ・ 実施した事業の結果を評価し、PDCA サイクルに基づいてより効果的な取組につなげる。
- ・ データヘルス計画は、糖尿病性腎症重症化予防に係る取組を同計画と連動させる。
- ・ 被保険者に対して、糖尿病性腎症重症化予防に係る取組の周知を行う。

3 プログラムの対象者

- (1) 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・糖尿病又は糖尿病性網膜症治療中断者
- (2) 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もので、特定健康診査等を受診した結果から、生活指導等により病状の維持または改善が見込まれる者
- (3) 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もので、医師が保健指導を必要としたもの

4 対象者の選定基準及び介入方法

- (1) 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者、糖尿病又は糖尿病性網膜症治療中断者への受診勧奨

〈対象者の選定基準〉

① 医療機関未受診者

令和元年度の特定健康診査データにおいて、以下の条件に該当する者のうち、レセプトデータ等で未受診の者。

ア 空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖 200mg/dl）以上

イ HbA1c(NGSP) 6.5%以上

② 糖尿病又は糖尿病性網膜症治療中断者

レセプトデータから過去に糖尿病又は糖尿病性網膜症の受診歴があり、最終の受診日から1年を経過しても受診した記録がない。

〈対象者への受診勧奨〉

選定した者に対して、専門職の関与の下、受診勧奨を実施する。

- ア 手紙送付
- イ 電話
- ウ 個別面談・個別訪問

受診勧奨を行う際には、検査値を伝え、医療機関での受診が必要という通知を行うだけの軽い勧奨だけではなく、保健指導と組み合わせて本人が受診の必要性を十分に理解でき、受診行動につながるまで勧奨を行うなど、個別の状況に応じて本人への関わり方に濃淡をつける。

受診勧奨時には、町で実施している糖尿病の健康教室や健康教育の参加案内も周知するなど、対象者の行動変容につながる機会の提供にも取り組む。

なお、受診勧奨後、医療機関の受診等に結びついたか否かの確認及び必要に応じた再勧奨を実施する。

(2) 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への保健指導

〈対象者の選定基準〉

- ① 特定健康診査等を受診した結果から、生活習慣病（特に糖尿病）について重症化の恐れのあるハイリスク者で次の条件に該当し、生活指導により病状の維持または改善が見込める者

(i) 2型糖尿病であり、下記のいずれかであること

- ア 空腹時血糖 126mg/dl (随時血糖 200mg/dl) 以上または HbA1c (NGSP) 7.0% 以上
- イ 糖尿病治療中
- ウ 過去に糖尿病薬使用歴または糖尿病治療歴あり

(ii) 腎機能の低下がみられるもの

(eGFR 60ml/分/1.73m² 未満または尿蛋白 + 以上)

〈対象者への保健指導〉

選定した者に対して、専門職の関与の下、保健指導を実施する。実施に際しての流れは以下のとおりとする。

- ・対象者への手紙による保健指導実施の通知。
- ・対象者が保健指導に同意した場合、対象者から参加同意書（様式 1-1）をとり、医療機関への医師の協力依頼を行い、保健指導連絡票（様式 2）により情報提供をお願いする。
- ・保健指導は、保健師及び看護師の個別面談及び電話による。
(経年変化の確認と将来予測、アセスメント、食生活や運動等の生活指導)
- ・次年度の健診受診結果で評価を行う。
- ・評価後、かかりつけ医療機関に報告する。

- (3) 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もので、町による保健指導が必要であると認めた者

糖尿病治療中において、以下のすべてに該当する者。

- ア かかりつけ医が糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR等により腎機能の低下を把握し、保健指導が必要と認める。
- イ 患者本人が保健指導への参加に同意している。

糖尿病で通院する患者のうち、重症化するリスクが高い者としては、以下のよう
な者が想定される。

- ・生活習慣の改善が困難な患者
- ・治療を中断しがちな患者
- ・病院に管理栄養士等が配置されておらず、実践的な栄養指導を受けることが困難な患者

かかりつけ医は、町に保健指導を依頼する際に、対象者から参加同意書（様式1-2）をとること。また、指示事項、診療情報等を記載した保健指導連絡票（様式2）を作成し、同意書と合わせて町に提出すること。

〈対象者への保健指導〉

町は、医療機関より紹介のあった者に対して、糖尿病性腎症重症化予防のための研修を受けた専門職に個別の状況に応じた保健指導を行う。保健指導では、参加者自身の健康状態を理解してもらい、生活習慣の改善につなげることを目標とする。保健指導の方法としては、以下の方法があげられる。

- ア 電話等による指導
- イ 集団指導
- ウ 個別面談・訪問指導 など

町は、保健指導の実施に際して、治療の継続が図られるよう糖尿病連携手帳等により治療状況・医師の指導内容を対象者本人に確認するなど、医療と連携した保健指導を行う。保健指導を終了した際には、その実施結果を実施報告書（様式3）より、かかりつけ医に報告する。かかりつけ医は、指導の継続の必要性について検討し、保健指導継続管理連絡票（様式4）により、市町村へ指示を行う。

また、保健指導の中で食生活指導を行う場合には、歯周病及び歯の喪失等歯・口腔のリスクに係る判定に基づき指導を行うとともに、かかりつけ歯科医と連携する。

5 実施期間 令和元年8月から令和2年6月

6 事業従事者 保健師および管理栄養士（臨時職員を含む）

7 事業評価

町は、実施したプログラムの結果について、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）を意識した評価を行う。

（評価項目）

- ・ 受診勧奨及び保健指導の対象者数、実施者数
- ・ 糖尿病治療継続患者の人数・割合
- ・ HbA1c（NGSP）8.0%以上の人数・割合
- ・ 糖尿病性腎症病期別の人数・割合
- ・ 糖尿病性腎症による年間新規透析患者数
- ・ 透析療法（血液透析、腹膜透析）にかかる医療費 など

事業の実施状況の把握・分析や評価に基づき、今後の事業の取組を見直すなど、PDCAサイクルを回すことが重要である。

8 プログラムの見直し

国や県の動向や本プログラムに基づき、必要に応じてプログラムを見直すものとする。

岩手町糖尿病性腎症重症化予防保健指導プログラム参加申し込み及び同意書

令和 年 月 日

岩手町長 佐々木 光司 様

氏名（自署） _____

住所 _____

電話番号 _____

私は、次の説明を受け、糖尿病性腎症重症化予防保健指導プログラムに参加する意思があると同時に、以下のことに同意します。

- 1 糖尿病重症化の予防のため、生活習慣改善に取り組むため保健指導を受け、病状の改善のため自ら進んで取り組みます。
- 2 プログラムの実施に際し、より効果のある支援を行うため、かかりつけ医療機関と保健指導担当者間で疾病の状況を情報共有することに同意します。
- 3 糖尿病の治療に関することは、かかりつけ医の指示に従います。

かかりつけ医療機関名 _____

かかりつけ医師名 _____

岩手町糖尿病性腎症重症化予防保健指導プログラム参加同意書

令和 年 月 日

岩手町長 佐々木 光司 様

氏名（自署） _____

住所 _____

電話番号 _____

私は、次の説明を受け、糖尿病性腎症重症化予防保健指導プログラムに参加することに同意します。

- 1 かかりつけ医から連絡を受けた内容に基づき、電話・面接等により、生活習慣の改善に向けた保健指導を行うこと。
- 2 保健指導に必要な診療情報や実施した保健指導の内容を共有すること。
- 3 糖尿病の治療に関することは、かかりつけ医の指示に従うこと。

かかりつけ医療機関名 _____

かかりつけ医師名 _____

岩手町糖尿病性腎症重症化予防保健指導連絡票

令和 年 月 日

岩手町長 佐々木 光司 様

医療機関名 _____

医師氏名 _____ (印)

患者氏名		住 所	
性 別	男 ・ 女		
生年月日	年 月 日生	電話番号	
病 名	※該当する病名をチェック☑してください。 <input type="checkbox"/> 2型糖尿病 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 糖尿病性神経障害 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 脳・心血管疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()		
検 査 値	※最新の検査結果を記載してください。検査日 (年 月 日現在) BMI _____ kg/m ² 血清クレアチニン _____ mg/dl 血糖 <空腹時・随時> _____ mg/dl eGFR _____ ml/分/1.73 m ² HbA1c _____ % 尿蛋白 - ± 1+ 2+ 3+ 尿アルブミン値 _____ mg/gCr その他の検査値 ()		
治療内容	※行っている治療をチェック☑してください。 <input type="checkbox"/> 食事・運動療法 <input type="checkbox"/> 内服治療 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ()		
保健指導に関する指示事項			
※該当する内容にチェック☑してください。 <input type="checkbox"/> 食事指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 禁煙治療 <input type="checkbox"/> その他 () 留意事項 ()			
その他の留意事項	<input type="checkbox"/> 生活習慣の改善が困難である <input type="checkbox"/> 治療が中断しがちである <input type="checkbox"/> その他		

岩手町糖尿病性腎性重症化予防保健指導実施報告書

令和 年 月 日

医療機関名

担当医氏名 様

岩手町長 佐々木 光司 ㊟

下記のとおり指導しましたので報告いたします。

患者氏名		住所	
性別	男 ・ 女		
生年月日	年 月 日生	電話番号	
保健指導の 期間及び回 数	令和 年 月 日～ 年 月 日 述べ指導回数 回		
保健指導の実施内容			
※実施した内容 <input type="checkbox"/> 食事指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 禁煙指導 <input type="checkbox"/> その他 () 【具体的な指導内容】			

担 当 課 岩手町健康福祉課健康推進係

担当者名 _____

電話番号 0195 (62) 2111 内線

岩手町糖尿病性腎症重症化予防保健指導継続管理連絡票

令和 年 月 日

岩手町長 佐々木 光司 様

医療機関名 _____

医師氏名 _____ (印)

患者氏名		住 所	
性 別	男 ・ 女		
生年月日	年 月 日生	電話番号	
検 査 値	※最新の検査結果を記載してください。検査日（ 年 月 日現在） BMI _____ kg/m ² 血清クレアチニン _____ mg/dl 血糖 <空腹時・随時> _____ mg/dl eGFR _____ ml/分/1.73 m ² HbA1c _____ % 尿蛋白 <u> - ± 1+ 2+ 3+ </u> 尿アルブミン値 _____ mg/gCr その他の検査値 (_____)		
保健指導の継続に関する指示事項			
<input type="checkbox"/> 要継続	<input type="checkbox"/> 定期的な指導 <input type="checkbox"/> 次回 _____ カ月後 ※特に支援が必要な内容にチェック <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 食事指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 禁煙治療 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 留意事項 (_____)		
<input type="checkbox"/> 終了			
備 考			