

# 羽島市糖尿病性腎症重症化予防プログラム

平成 29 年 9 月 1 日施行（平成 29 年 9 月 1 日決裁）

平成 31 年 4 月 1 日改定（平成 31 年 3 月 29 日決裁）

令和元年 8 月 1 日改定（令和元年 7 月 30 日決裁）

令和 5 年 10 月 1 日改定（令和 5 年 9 月 29 日決裁）

羽 島 市

羽島市医師会

## 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及び糖尿病治療中断者を医療に結び付けるとともに、糖尿病性腎症を発症していないが生活習慣に起因するその他のリスクを保有しており、糖尿病性腎症を発症するリスクの高い者、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羽島市国保がかかりつけ医と連携して保健指導を行い、人工透析への移行を防止することによって、被保険者の健康増進と医療費の増加抑制を図ることを目的として、本プログラムを策定する。

## 2 . 取組方策

1 ) 医療機関未受診者、糖尿病治療中断者に対する受診勧奨、保健指導

( 1 ) 対象者の選定

医療機関未受診者

当該年度の健診において、空腹時血糖 126mg/ dL または HbA1c ( NGSP ) 6.5% 以上の者。ただし、当該基準を満たす者のうち、尿蛋白を認める者または、eGFR が 60mL/分/1.73 m<sup>2</sup>未満の者については、糖尿病性腎症発症のリスクが高いため、重点的に受診勧奨を行う。

注 1 ) 慢性腎臓病( CKD )対策としては、空腹時血糖等の結果によらず、尿蛋白、eGFR により受診勧奨を行う。

糖尿病治療中断者

過去 3 年程度の健診結果において、HbA1c ( NGSP ) 6.5% 以上が確認されている者のうち、糖尿病通院中で最終の受診日から 6 ヶ月以上経過しても受診した記録がない者。

( 2 ) 除外対象者

、 のうち、次の者については対象者から除外する。

ア 受診勧奨時に羽島市国民健康保険の資格を喪失している者

イ がん等で終末期にある者

ウ その他の疾患を有していて、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

### (3) 受診勧奨の方法

上記によって抽出された全ての対象者に対して、以下のいずれかの方法により受診勧奨を行う。なお、受診勧奨にあたっては、連絡票(様式1)・糖尿病連携手帳によりかかりつけ医と情報共有し連携を図る。

- ・ 特定健康診査の結果通知時に勧奨する(受診勧奨に関する資料を同封)。
- ・ 個別面談や家庭訪問により勧奨する。
- ・ 電話により勧奨する。

糖尿病治療中断者については、レセプトにより継続的な受診が認められない場合であっても、継続的に受診する必要がないとの医師の判断に基づき受診していない可能性もあるため、電話、面談等により、かかりつけ医を受診しなくなった経緯について、十分把握したうえで受診勧奨を行う。

### (4) 保健指導の方法

保健指導への参加について本人又は、かかりつけ医の理解が得られた者を対象とし、専門職(保健師・管理栄養士等)による個別支援(面談、電話等)を実施する。保健指導実施計画(「目標設定・今後の計画」等)や糖尿病連携手帳を活用し、保健指導の内容についてかかりつけ医に情報提供する。

### (5) 保健指導の内容

保健指導については、専門職(保健師・管理栄養士等)が、対象者個人の生活習慣や服薬状況、糖尿病性腎症の病期に応じて、柔軟に対応するものとする。実施の際は、画一的な保健指導に陥らないように、対象者が自らの生活習慣が、代謝の変化につながり、血管の変性に影響するという糖尿病の重症化のメカニズムをわかりやすくイメージでき納得できるように説明する。

### (6) 受診勧奨後の支援

受診勧奨及び保健指導実施後は、必ず対象者の受診の有無を確認し、結果の評価・分析を行う。受診がない場合はさらに面談等を実施する。

## 2) 通院中の糖尿病患者のうち腎症重症化リスクの高い者に対する保健指導

### (1) 対象者の選定

羽島市国保による抽出

前年度の健診において、空腹時血糖 126 mg/dL または HbA1c (NGSP) 6.5% 以上の者のうち、以下のいずれかに該当する者。

ア 検査値より腎症 4 期: eGFR30mL/分/1.73 m<sup>2</sup>

イ 検査値より腎症 3 期: 尿蛋白陽性

ウ 検査値より腎症 2 期以上: eGFR45mL/分/1.73 m<sup>2</sup>未満で尿蛋白陽性  
かかりつけ医からの情報提供

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、羽島市国保による保健指導が必要とかかりつけ医が判断した者を対象者とする。

具体的には、自施設に管理栄養士等が配置されておらず、実践的な保健指導が困難な場合や、専門医療機関との連携が困難な場合において、羽島市国保と連携し、保健指導を行う必要があると判断した場合などを想定する。その場合、かかりつけ医は、事前に羽島市国保に受け入れの可否を確認するとともに、保健指導対象者の同意を得て、羽島市に保健指導依頼票（様式 2）を送付する。

#### （ 2 ） 除外条件

、 のうち、次の者については対象者から除外する。

ア 受診勧奨時に羽島市国民健康保険の資格を喪失している者

イ がん等で終末期にある者

ウ その他の疾患を有して、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

#### （ 3 ） 保健指導実施までの手順（かかりつけ医との連携体制の構築）

羽島市国保は、上記 2 )( 1 ) の対象者に保健指導案内を送付する。

かかりつけ医は、2 )( 1 ) 及び の対象者に対し保健指導への参加を促す。

かかりつけ医は、羽島市に保健指導依頼票（様式 2）及び個人情報の取り扱いに関する同意書を送付する。

羽島市国保は、かかりつけ医から提供された保健指導依頼票（様式 2）に基づき保健指導を実施するとともに、保健指導の内容を糖尿病連携手帳等によりかかりつけ医に情報提供する。

#### （ 4 ） 保健指導の内容

健診データやかかりつけ医での検査値等を用いて、自身の健康状態（糖尿病性腎症）を正しく理解してもらい、必要な生活習慣につなげることを目標とする。必要時は、かかりつけ医へ相談する。また、第 3、4 期への保健指導はかかりつけ医と十分に連携を取りながら腎症に関するスキルの高い保健指導を実施する。

### 3 . 医療連携について

岐阜地域糖尿病対策地域ネットワーク会議（岐阜保健所主催）等において、羽島市の糖尿病に関する健康課題を共有し、本プログラムの進捗状況の検証や医療連携について協議していく。

### 4 . 円滑な事業の実施に向けて

羽島市の糖尿病性腎症重症化予防を目的に、羽島市保健事業実施計画（データヘルス計画）に基づき羽島市国保とかかりつけ医が連携して、事業を展開していくことや、事業の取り組み成果を検証し、より効果的な取り組みにつなげていく

必要がある。そのため、実施したプログラムの評価はデータヘルス計画における評価項目に準じ評価する。なお、本プログラムに記載のない事項については、平成 31 年 4 月 25 日に改定された「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(厚生労働省保険局)を参考とする。

# 様式 1

# 連絡票

年 月 日

医院 院長 様

羽 島 市

特定健康診査において、糖尿病及び糖尿病性腎症が疑われましたが、未治療あるいは治療を中断しておられますので受診を勧めました。つきましては、ご高診くださいますようお願いいたします。なお、大変恐縮ですが、太枠をご記入の上、同封の返信用封筒にてご返送をお願い申し上げます。

氏名		生年月日		性別	
住所			電話番号		

特定健診結果 健診日

HbA1c		血糖値	mg/dL ( )
尿定性(糖)		尿定性(蛋白)	
eGFR	mL/分/1.73 m <sup>2</sup>	血圧	mmHg

本人記入欄

下記の情報を医療機関から羽島市へ提供することに同意します	年 月 日 氏名
------------------------------	----------

貴院での受診結果

受診日	年 月 日		
診断名	糖尿病 その他 ( )		
羽島市への指示事項	特定健康診査により継続的経過観察 (当院での診療を含む) 定期受診の確認と勧奨 [ 内服薬確認 その他保健指導等 ( )		
医療機関名		医師名	

自由記載欄 その他、ご助言等がございましたらご記入をお願いいたします。

治療方針	治療不要 経過観察 ( 月後再検査 ) 治療中 他医紹介 ( )	
羽島市への指示事項	食事指導 服薬指導 その他 ( )	運動指導 禁煙指導
備考		

様式 2

保健指導依頼票

年 月 日

羽島市保険年金課宛

医療機関名

当院で治療中の以下の患者について、保健指導を依頼します。

氏名	(男・女)	生年月日	
住所		電話番号	

診断名	糖尿病 糖尿病性腎症
治療状況	糖尿病に関する処方(インスリン・内服) コピー添付の場合省略可
	検査値 検査結果のコピー添付の場合省略可 検査日 令和 年 月 日 血糖値(空腹時・随時) mg/dL HbA1c % 尿アルブミン mg/g・Cr eGFR mL/分/1.73 m <sup>2</sup> その他
	患者と共有している治療目標レベル HbA1c % 血圧 / mmHg 腎機能が維持できる
依頼事項	必要な保健指導項目 1 定期受診の確認と勧奨 2 薬物療法の確認 3 生活指導 食事指導 ・指示カロリー ( ) kcal/日 ・塩分制限 ( ) g/日 ・その他 運動指導 禁煙指導 体重減量の必要性(有・無) 4 .その他 ( )

## 個人情報の取り扱いに関する同意書

私（患者本人）は、糖尿病の重症化予防に関する保健指導における個人情報の提供に関し、次の事項について同意いたします。

1 （医療機関名）が、羽島市に対し、患者の病気についての診断名及び治療状況に関する個人情報（以下「個人情報」という。）を提供すること。

2 羽島市が次の業務を行うこと。

（1）（医療機関名）から提供された患者の個人情報を保有し、かつ羽島市の保健師・栄養士等が患者に対し行う保健指導に活用すること。

（2）保健指導中においても糖尿病連携手帳を活用し、患者本人ならびに（医療機関名）との間で情報を共有すること。

（3）羽島市や岐阜県が、患者の個人情報を、今後の糖尿病重症化予防対策を検討する際の基礎データとして、特定の個人が識別されることがない方法で統計・調査研究をする時に限り使用すること。

羽島市が第三者に上記の目的以外で情報提供することは一切ありません。

年 月 日

同意者（患者本人）

氏名 \_\_\_\_\_

医療機関

医師名 \_\_\_\_\_