

日進市糖尿病重症化予防事業方針(案)について

1 趣旨

日本医師会・日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省が策定した糖尿病腎症重症化予防プログラムに基づいて日進市国民健康保険は、糖尿病重症化予防事業を展開し、被保険者の生活習慣の改善や医療機関未受診者を治療に結びつけ、糖尿病発症、重症化予防及び人工透析への移行等の重症化を防止する取組を実施します。

また、従来の特定健診・特定保健指導に加え、健診データやレセプトデータを活用した対象者の抽出やかかりつけ医と連携し、患者への保健指導等を行います。そこで、効果的な取組を進める上で、関係機関等と連携・協力を進めることが重要となるため、地域の医師等と検討会を重ねながら事業の実施方法等を検討していきます。

2 事業の概要

事業種別 (介入方法)	①受診勧奨 【28年度から】	②保健指導 【30年度から】	③その他、連携協力できる取組
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病重症化及び腎症重症化予防段階の者のうち未治療者 ・糖尿病治療中断者 <p>ア 特定健診結果がHbA1c7.0%以上で、糖尿病の受診履歴がない人</p> <p>イ 糖尿病で通院履歴があるが、6ヶ月以上受診履歴がない人</p>	<p>・糖尿病性腎症重症化予防段階の人</p> <p>1 糖尿病治療中で特定健診の結果においてHbA1c6.5%以上であり、以下のア又はイに該当し、かかりつけ医が保健指導の必要があると判断した人</p> <p>ア 尿蛋白(+)以上の人</p> <p>イ eGFR30~89ml/分/1.73m²(CKD重症度分類のG2又はG3)に該当し、アルブミン尿値[*]が30以上の人</p> <p>2 特定健診未受診の糖尿病治療中の人で、ア又はイに該当し、かかりつけ医が保健指導の必要があると判断した人。</p>	<p>・糖尿病境界域段階の人</p> <p>ア ①②の対象に該当しない人</p> <p>イ その他、糖尿病予防の働きかけが必要な人</p>
取組内容	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者への勧奨通知、電話・面接・訪問等による受診勧奨 ・初回勧奨から2~3か月後にレセプトにより糖尿病受診履歴を確認。 ・受診履歴がない場合には、再度受診勧奨。 ・かかりつけ医との連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診を受診された人は、市国保が候補者名簿を作成した中から、かかりつけ医が保健指導の必要があると判断した人に、利用勧奨を行う。 ・かかりつけ医の指示のもと、市国保が保健指導を実施。 ・対象者からは「参加同意書」、かかりつけ医からは「保健指導連絡票」を取得。 ・情報管理には、糖尿病連携手帳等を積極的に利用。 ・保健師等により食事、運動指導を実施、実施期間の目安は6か月間 ・実施前後のHbA1c値等で取組を評価 ・保健指導終了後、「実施報告書」によりかかりつけ医に報告 ・終了後の継続的な支援方法等については、引き続き検討。 	<ul style="list-style-type: none"> ・市、各関係機関等との連携や協力での各種取組、事業 ・リーフレット作成・配布、健診結果説明会等、かかりつけ医との健診結果の共有、特定健診の継続受診等、医科歯科連携等

※アルブミン尿は、医療機関の協力で数値が確認できた場合

2 対象者除外基準

次のいづれかに該当する者は対象から除外する場合があります。

- (1) かかりつけ医において既に保健指導が実施されている人
- (2) がん等で終末期にある人
- (3) 認知機能障害がある人
- (4) 精神疾患を有する人
- (5) 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人

保健指導プログラム（例）

時期	実施項目	実施内容
指導前	対象者の選定 プログラムの案内	<ul style="list-style-type: none"> ・手紙・電話・面談・訪問による保健指導プログラムへの参加勧奨 ・参加の決定
指導開始	初回面談 (訪問も含む)	<ul style="list-style-type: none"> ○目標の設定 <ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣のアセスメント ・生活習慣・受療状況を踏まえ、行動目標の設定 ・セルフモニタリングについての説明 ○かかりつけ医の指示のもと、食事・運動指導を行う <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病腎症の病態 ・確実な受診による血圧・血糖管理の必要性 ・禁煙、適正飲酒
3~6か月間	電話・メール・面談等	<ul style="list-style-type: none"> ・実践状況の確認と目標の修正 ・治療状況の確認（検査データ、身体状況、定期的な受診行動について） ・継続的な自己管理のための励まし <p>※3か月目に中間評価</p>
3~6か月後	最終面談	<ul style="list-style-type: none"> ・実践状況の振り返りと評価 ・治療状況の確認（検査データ、身体状況、定期的な受診行動について） ・目標の修正、今後の継続のために
1年後		<ul style="list-style-type: none"> ・健診データ・受診状況等の把握、評価

○指導開始後は、2週間から1か月に1回程度の支援を基本とするが、支援頻度や方法については対象者及び市町村の実情に応じて柔軟に対応。

● 糖尿病連携の概略と説明

