

# 苫小牧糖尿病性腎症重症化予防プログラム

【2023 度版】

一般財団法人 ハスカッププラザ

苫小牧市保健センター





## 1 目的

本プログラムは、糖尿病が重症化するリスクの高い糖尿病未受診者を適切な受診勧奨によって治療に結びつけること。また、糖尿病で通院する患者のうち、かかりつけ医が必要と判断した者に対して医療機関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を目的とする。

## 2 対象者と抽出方法

対象者は、苫小牧市国民健康保険加入者で、特定健康診査・プレ特定健康診査（とま1）を受診した者とし、基本情報として特定健康診査・プレ特定健診（とま1）の結果、およびレセプト情報を活用する。抽出基準は、下記のとおりとする。

### (1) 糖尿病未受診者の受診勧奨

特定健康診査・プレ特定健診（とま1）の結果から生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症）の治療がない者で、次の①に該当し、かつ以下の②～④のいずれかに該当する者とする。

- ① HbA1c 6.5%以上
- ② eGFR 60mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満
- ③ 尿蛋白（+）以上
- ④ 収縮期血圧 130mmHg 以上または拡張期血圧 80mmHg 以上

(2) 糖尿病通院患者の保健指導

特定健康診査・プレ特定健康診査（とま1）受診者で、かかりつけ医が、保健指導を必要と判断した。次の①に該当し、かつ以下の②～④のいずれかに該当する者とする。

- ① HbA1c 6.5%以上
- ② eGFR 30 mL/分/1.73m<sup>2</sup>以上 60mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満
- ③ 尿蛋白（+）以上
- ④ 収縮期血圧 130mmHg 以上または拡張期血圧 80mmHg 以上

なお、次に該当する者は除外とする。

- ・糖尿病性腎症の第4期の者
- ・がん等で終末期にある者
- ・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
- ・「かかりつけ医」が除外すべきと判断した者
- ・本人の同意のない者

表1 【糖尿病性腎症病期分類】

糖尿病性腎症病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿たんぱく値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (mL/分/1.73m <sup>2</sup> )
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

### 3 対象者への介入方法（図1）

#### （1） 糖尿病未受診者への受診勧奨

- ・ 特定健康診査の結果、2—(1)の方法で抽出された者に対し受診勧奨リーフレットを送付する。
- ・ HbA1c が 6.5～7.9 以下の者については、電話等による受診勧奨を行う。
- ・ HbA1c が 8.0 以上の者については、訪問等による強力な受診勧奨を行う。
- ・ 一般財団法人ハスカッププラザ 苫小牧市保健センター（以下、保健センターとする）と医療機関との連携については（図2）のとおりとし、保健センターが「様式1」を作成し、対象者について医療機関へ連絡する。

#### （2） 糖尿病通院患者の保健指導

糖尿病通院患者への保健指導の実施にあたっては、（図3）のとおり保健センターとかかりつけ医が必要な連携を図り保健指導を行うこととする。

##### ア かかりつけ医との連携

・ 2—(2)の方法で通院患者の保健指導が必要と判断した場合、かかりつけ医は、本人の同意書「様式3」および糖尿病保健指導指示書「様式4」に必要事項を記載し、保健センターへ送付する。

・ 保健センターはかかりつけ医から保健指導者の紹介を受け、保健指導を実施する。実施した保健指導内容については保健指導実施報告書「様式5」を提出する。

また、保健指導におけるかかりつけ医との情報共有は「糖尿病連携手帳」を活用する。

##### イ 保健指導の内容

対象者の状況に応じて、訪問、電話、面談を組み合わせ6か月間の指導を行う。

また、集団による栄養教室、運動教室を活用していく。保健指導内容は（表2）のとおりとする。

##### ウ 保健指導の留意点

- ・ 対象者が自らの生活習慣が血管の変性に影響するという糖尿病の重症化メカニズムをイメージできるよう説明する。
- ・ 対象者個人の生活習慣や糖尿病腎症の病期、糖尿病以外のリスクに応じて実施する。

##### エ 保健指導実施者

保健師・管理栄養士・栄養士・健康運動指導士・その他

#### 4 プログラムの評価

本プログラムの実行性を高めるため、毎年度プログラムの実績の評価を実施する。評価基準は次のとおりとする。

<単年度評価指標>

- ①受診勧奨対象者の医療機関の受診率
- ②保健指導の実施人数および保健指導後の次年度特定健診の結果（HbA1c、血圧、eGFR 等）

#### 5 円滑な事業の実施に向けて

本プログラムでは、糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組方法を示したが、実施にあたっては保健センターと苫小牧医師会および医療機関関係者および保険者が、密接に連携して事業を展開する必要がある。

なお、本プログラムに記載のない事項については、平成 28 年 4 月 20 日に公表された「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」および、平成 29 年 12 月に公表された「北海道糖尿病性腎症重症予防プログラム」を参考とする。

図1 糖尿病未治療者への受診勧奨

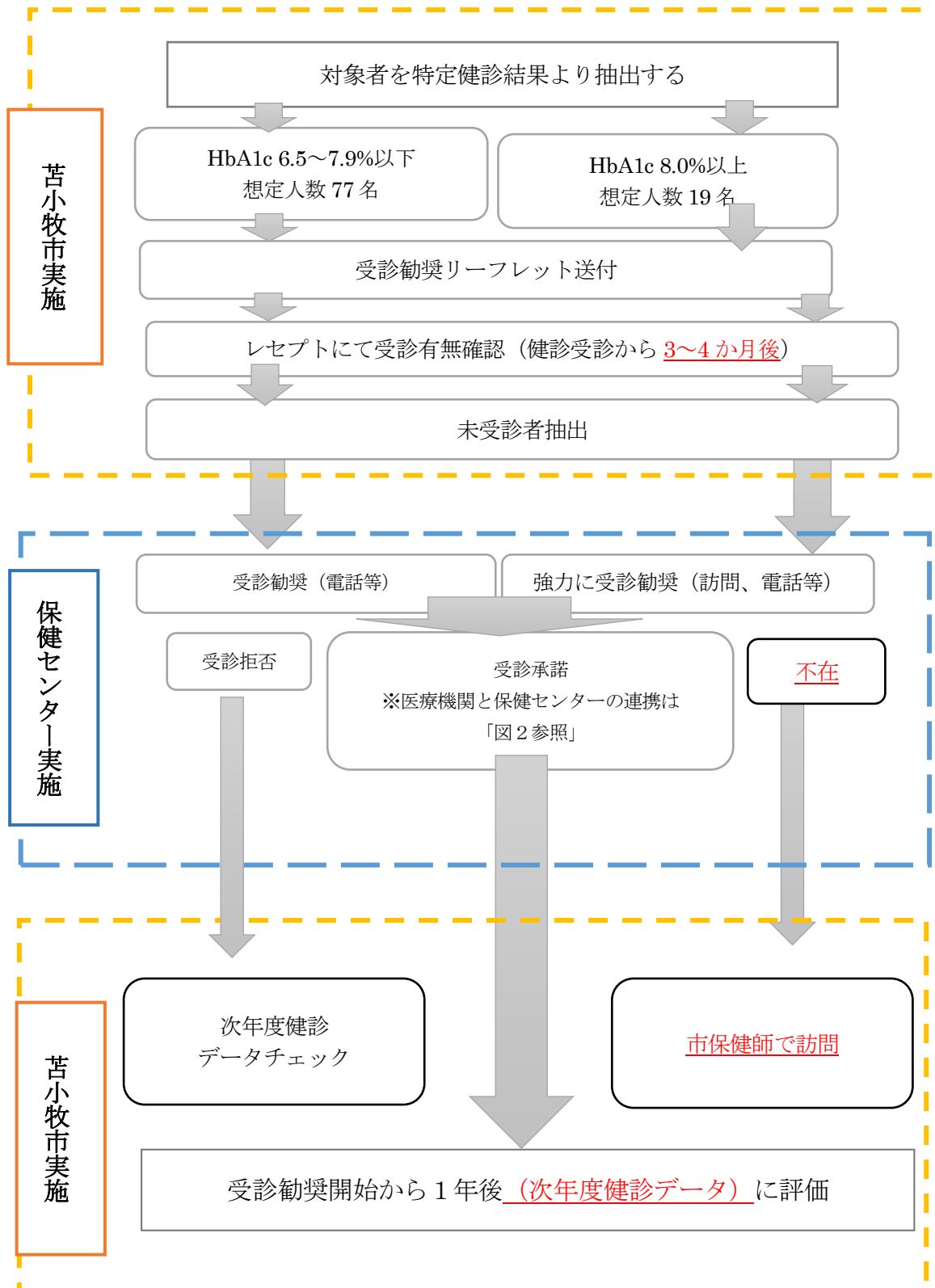


図2 糖尿病未治療者への受診勧奨 様式の流れ

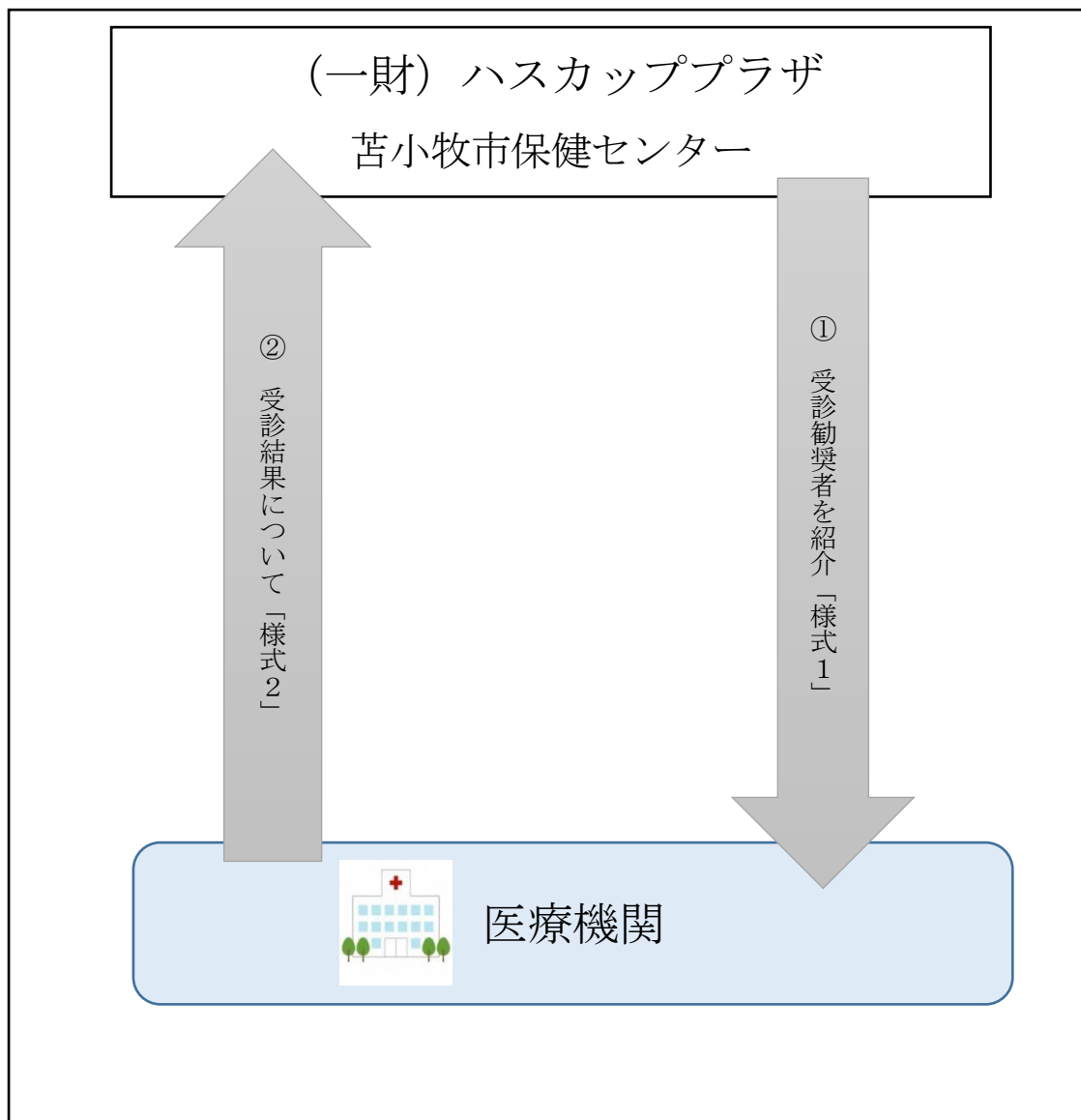




図3 「かかりつけ医」と連携した保健指導 様式の流れ

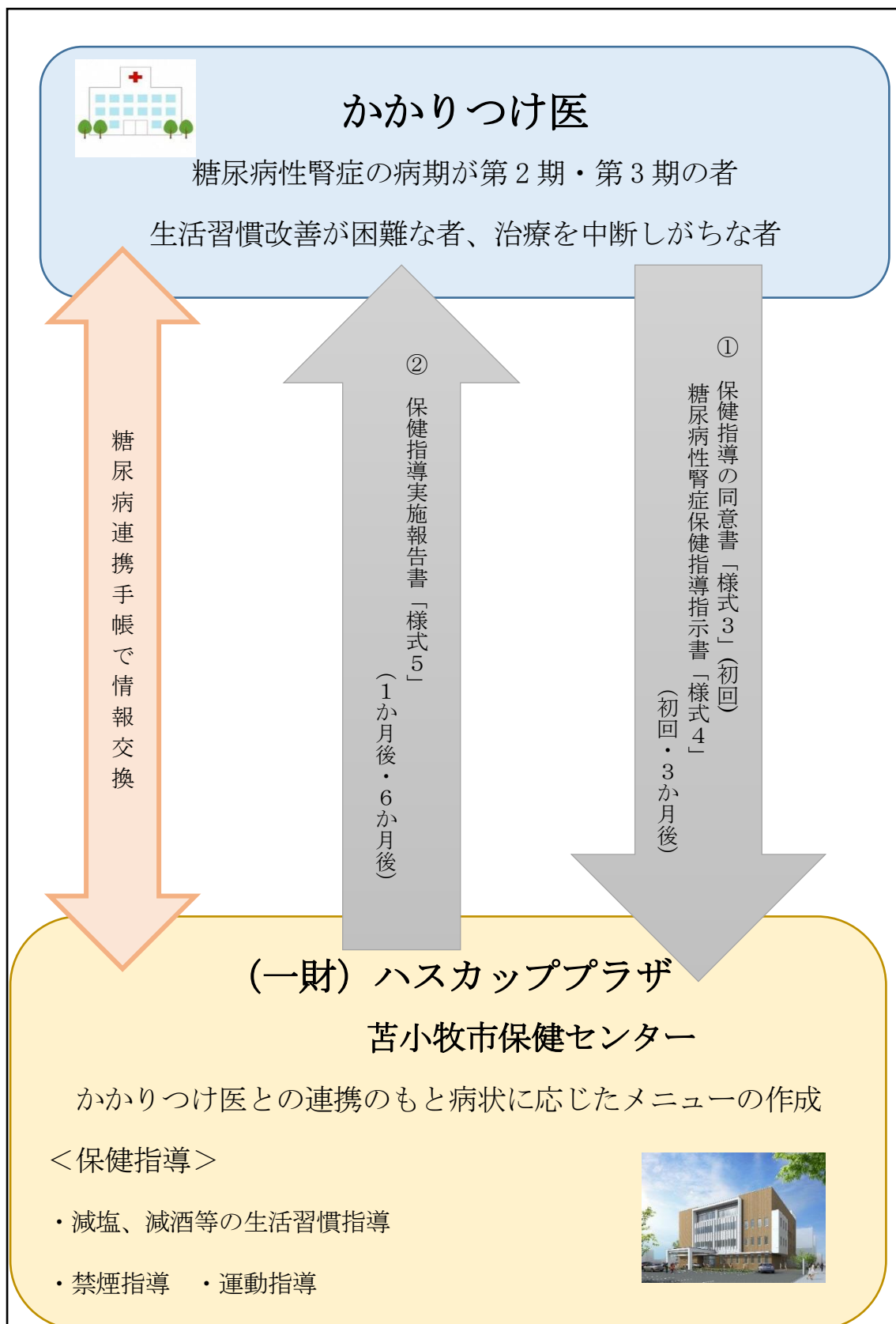


表2【指導内容(案)】

支援の回数	初回からの経過	方法	指導内容
初回	—	面談	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アセスメント 生活状況、食事、日常生活活動、運動状況から問題点の抽出、課題の明確化</li> <li>・病識の有無、生活改善必要性の理解等把握</li> <li>・行動目標の設定</li> <li>・保健センターの健康づくり教室利用の勧奨</li> <li>・「様式4（初回）」指示書の基づく保健指導</li> </ul>
継続支援 2	1 か月後	面談	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指示書、アセスメントに基づく保健指導</li> <li>・行動目標の実施状況を確認</li> <li>・かかりつけ医に「様式5」を送付</li> </ul>
継続支援 3	2 か月後	教室	<ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養教室、運動教室の利用勧奨または利用時のフォロー</li> </ul>
継続支援 4	3 か月後	面談	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指示書「様式4（3 か月）」の確認</li> <li>・食事分析</li> <li>・取組状況の確認、課題の明確化</li> <li>・目標の確認、再設定</li> <li>・食事、運動の個別アドバイス</li> </ul>
継続支援 5	4.5 か月後	教室	<ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養教室、運動教室に利用勧奨または利用時フォロー</li> </ul>
評価	6 か月後	面談	<ul style="list-style-type: none"> <li>・6 か月間の評価、課題の明確化</li> <li>・今後の生活習慣継続についてアドバイス</li> <li>・かかりつけ医に「様式5」を送付</li> </ul>