

秋田県糖尿病重症化予防モデルプログラム

平成29年3月28日

秋 田 県 医 師 会
秋田県糖尿病対策推進会議
秋 田 県

I モデルプログラムの策定について

1 本モデルプログラムの趣旨

- 国において、高齢化が進む中で生活習慣と社会環境の変化に伴う糖尿病患者数の増加が課題となっており、糖尿病は重症化により網膜症・腎症・神経障害などの合併症を引き起こし、患者のQOL（生活の質）を著しく低下させる。
また、医療経済的にも大きな負担を社会に強いることを防ぐため、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議と厚生労働省が、「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」を締結し、平成28年4月20日「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」が策定された。
- 国のプログラムには、都道府県レベルで医師会や糖尿病対策推進会議と議論し、連携協定の締結や糖尿病重症化予防プログラムの策定により、都道府県内市町村における取組が円滑に実施できるよう支援することが望ましいとされている。
- そのため、秋田県医師会、秋田県糖尿病対策推進会議と秋田県が連携し、県内市町村が糖尿病性腎症の重症化予防に取り組みやすいように、モデルプログラムを策定する。

2 基本的な考え方

(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医療機関の未治療者・治療中断者を医療機関での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、主治医の判断により保健指導対象者を選定し、腎不全、人工透析への移行を防止することを目的とする。

(2) 本プログラムの性格

- 本プログラムは、国のプログラムに準じて、市町村での取組が容易となるように、取組の考え方や具体的な取組内容などを例示するものである。このため、各地域の実情に応じて、独自の基準を設定するなど、柔軟に対応することは可能であり、現在既に行われている取組を尊重するものである。

3 実施上の留意点

- 実施にあたっては、自治体とかかりつけ医等との連携体制が重要であり、あらかじめ、地域において医師会等と十分に協議の上、推進体制を構築する必要がある。
 - 医療保険者である市町村が実施主体であることから、データヘルス計画を策定している場合は、同計画と連動させる必要がある。
 - 市町村で糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定する場合には、目標達成までの道筋を明確にし、保険者機能を発揮する観点から以下のいずれも満たすものである必要がある。
 - ① 対象者の抽出基準が明確であること
 - ② かかりつけ医と連携した取組であること
 - ③ 保健指導は専門職が取組に携わること
 - ④ 事業の評価を実施すること
 - ⑤ 地域の実情に応じた秋田県糖尿病対策推進会議等との連携
- ※ ⑤については、本プログラムが秋田県糖尿病対策推進会議との協議により作成されたものであることから、これに準じた内容とし、地域の医師会等と連携を図ること。

Ⅱ モデルプログラム

1 対象者の抽出基準

(1) 未治療者(受診勧奨)

保険者が特定健診データから、次の者を抽出した上で、レセプトデータを照合し、直近6カ月以内に糖尿病で受診した記録のない者。

【健診データ抽出条件】

- a 尿蛋白(+)以上かつ空腹時血糖 126mg/dl (随時血糖 200mg/dl)以上
または尿蛋白(+)以上かつHbA1c 6.5% 以上
- b 血清クレアチニンを測定している場合は、eGFRを算出し、
eGFR 45ml/分/1.73m^2 未満
但し、60歳未満の者については、eGFR 60ml/分/1.73m^2 未満の者についても受診勧奨することが望ましい。

(2) 治療中断者(受診勧奨)

保険者がレセプトデータから、過去2年前から1年前までの1年間に糖尿病での治療歴があるもので、最近6カ月以内に糖尿病で受診した記録のない者を抽出。

※ 健診データがある場合は、健診結果による受診勧奨を優先する。

(3) 治療中の患者(保健指導)

糖尿病で治療中、尿アルブミン、尿蛋白、eGFR等により腎機能低下が判明し、保健指導が必要と医師が判断し、患者本人から保健指導プログラムへの参加について、同意があった者を対象とする。

ただし、糖尿病性腎症の病期が第3期、またはCKD重症度分類ステージがG3bの患者を優先する。

糖尿病性腎症の病期が第4期、またはCKD重症度分類がステージG4以上の患者は、心血管イベント、心不全の発症リスク、死亡リスクが高いことから、より専門的な医療機関での治療を行うこととし、保険者による保健指導の対象としない。(専門的な医療機関とは、学会の専門医のみならず、糖尿病の治療に十分な体制で臨める医療機関のこと。)

次のような視点に基づき保健指導が必要と判断し、患者の同意があった者を対象とする。

- ・治療を中断しがちな患者
- ・生活習慣改善が困難な患者
- ・管理栄養士等がいなかったため、自施設での実践的な指導が困難な場合
- ・専門的な医療機関との連携が困難な場合

※必要に応じて、かかりつけ医と専門的な医療機関とが連携して治療できる体制をとることが望ましい。

ただし、次の者は保健指導の対象から除外する。

- ・がん等で終末期にある患者
- ・認知機能障害がある患者
- ・糖尿病性腎症の病期が第4期またはCKD重症度分類がステージG4以上と思われる患者

※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を除外するという考えもある。

なお、上記以外にも地域の実情に応じた基準を地域の医師会と協議することが望ましい。

また、歯科・眼科治療中、もしくは他の疾患で治療中の患者について、糖尿病治療を中断していることが発見された場合、糖尿病治療に対応できる医療機関を紹介するなどの連携が望ましい。

2 医療機関への受診勧奨の方法

(1) 未治療者への受診勧奨

保険者が特定健診データから、1の(1)で抽出した者に対して、原則として個別面談による受診勧奨を行う。(来所、訪問は問わない。)

受診勧奨にあたっては、「各数値項目」「糖尿病性腎症の病期」の状況から、将来の人工透析のリスクなど、医療機関での適正な治療を受ける必要性や生活習慣の改善の必要性などを説明する。

尿蛋白2+以上、またはeGFR30ml/分/1.73m²未満の者に対しては、糖尿病性腎症の病期が第4期の可能性が高いため、専門的な医療機関への早期の受診を強く勧める。

(2) 治療中断者への受診勧奨

健診データが無い場合、糖尿病性腎症の病期やCKD重症度分類が判らないことから、電話や手紙による受診勧奨を行う。

(3) 受診勧奨後の確認

「未治療者」、「治療中断者」とともに、初回受診勧奨の1～2カ月後、電話で受診状況を確認する。

受診している場合は治療継続を勧める。

未受診の場合は、再度「糖尿病性腎症のリスク」「治療の必要性」などを説明し、早期の受診を勧める。

3 治療中の患者に対する保健指導

(1) 保健指導プログラムの内容

別紙1「糖尿病重症化予防保健指導プログラム」(以下「プログラム」という。)

を参照

(2) 保健指導実施の流れ

かかりつけ医が、保険者による保健指導が必要と判断し、患者の同意があった場合、以下の流れで保健指導を実施する。

- ① かかりつけ医は、保健指導が必要と判断した患者に対して、「プログラム」について説明し、「糖尿病重症化予防保健指導プログラム参加同意書」（別紙2）（以下「同意書」という。）を手交する。
- ② かかりつけ医は、「同意書」の提出があった患者について、「糖尿病保健指導指示依頼書」（別紙3）を作成の上、保険者あて保健指導の実施を連絡する。
- ③ 保険者は、かかりつけ医からの連絡を受けて、かかりつけ医と面談または電話等で保健指導上の留意点などを確認する。
- ④ 保険者は、同意のあった患者に対して、かかりつけ医からの助言に基づき保健指導を実施する。
- ⑤ 保険者は、保健指導実施中、必要に応じて定期的にかかりつけ医と連絡を取り、保健指導の実施状況を情報共有する。

また、実施後は実施結果をかかりつけ医に報告する。

- ※ 保健指導の実施にあたっては、かかりつけ医で測定した血清クレアチニン（eGFR）、尿アルブミン、尿蛋白等の検査値が、実施結果の評価に不可欠であるため、患者同意のもと、「糖尿病連携手帳」（日本糖尿病協会発行）等を活用して、患者のデータを保険者（保健指導実施者）と共有する必要がある。（「糖尿病連携手帳」の購入経費は、国保特別調整交付金の保健事業に対する助成の対象となる。）

4 受診勧奨、保健指導の実施者

受診勧奨、保健指導等の保健事業については、外部委託が可能であるが、自治体の専門職が関与し、保険者としての責任を持った実施体制の構築が重要である。

実際の保健指導については、糖尿病療養指導、特定保健指導等の十分な経験を有し、糖尿病性腎症重症化予防のための研修を受けた専門職が実施することが望ましい。

5 事業評価

(1) 評価項目

事業の実施内容について、次の項目等により評価する。

- ① 受診勧奨
 - ・受診勧奨した者の「6カ月後の受療率」（レセプトデータより）
 - ・受診勧奨した後に受診した特定健診受診結果から「空腹時血糖」「HbA1c」「尿蛋白」「血清クレアチニン（eGFR）」の改善状況（人数・率など）
- ② 保健指導

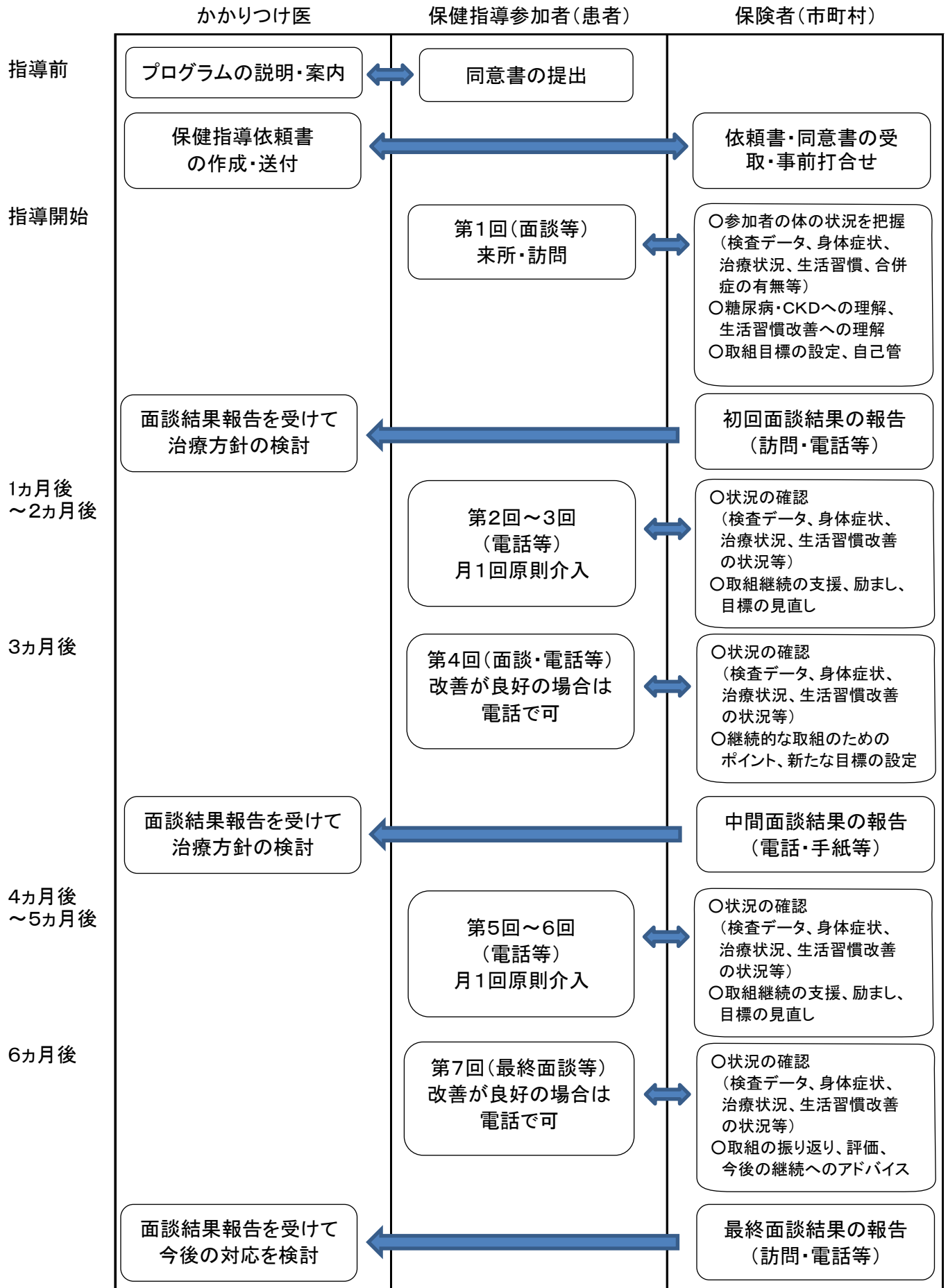
- ・ 保健指導終了時（後）に、かかりつけ医が測定した検査値（血糖、HbA1c、血清クレアチニン、血圧など）による改善状況（人数・率など）
- ・ 保健指導プログラム参加、非参加による比較（特定健診データ）
- ③ 中長期的評価
 - ・ ①、②の対象者について、受療状況、糖尿病性腎症による人工透析導入の有無などについての追跡調査の実施（KDBシステム、レセプトデータ）
- ④ 国保保健事業としての評価
 - ・ 医療費適正化、糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少の視点で推移を評価（新規透析導入患者数・率、医療費など）

(2) 評価体制

事業の評価にあたっては、5（1）の各評価項目について保険者が効果検証をするとともに、事業実施における課題・改善事項等について地域の医師会等と連携した体制を構築することが望ましい。

協議の場合は、情報共有の機会にするとともに、地域の医師会と管内の保険者合同で定期的を開催するなど、地域の医師会の負担等に配慮する。

糖尿病重症化予防保健指導プログラム



※ 糖尿病性腎症の病期が第3期の者についての保健指導プログラム例であり、第2期の者について実施する場合は、指導回数・内容などは軽減可能であるが、初回指導は面談が望ましい。

糖尿病重症化予防保健指導プログラム参加同意書

平成 年 月 日

市町村国民健康保険担当課長 様

私は、「糖尿病重症化予防保健指導プログラム」への参加について同意します。

また、プログラム参加に必要な検査データや面談等で話した個人的な情報などを、

かかりつけの医療機関と情報共有することについても同意します。

氏名

※氏名は必ず自著をお願いします。

〒 ー

住所

電話番号

○かかりつけ医を記入してください。

医療機関名

○初回面談の実施について、以下のとおり希望します。

1 実施場所について(どちらかに ○ をしてください。)

自宅 ・ 市町村(保健センター)の面談室等

2 実施時間について(1時間程度かかります。可能な時間帯に ○ をしてください。)

いつでも	平日		
	午前	午後	夜間

- ・夜間は18時～20時まで
- ・事前に電話で日程調整します。
- ・希望の時間帯に出来ない場合があることを御了承ください。

※ この事業の検査結果等の個人情報、特定の個人が識別されない方法で、事業の評価や統計・調査研究をする時に限り、使用する場合がありますことを御了承ください。

その場合も、第三者に同目的以外で情報提供・開示することは一切ありません。

また、事業参加後、このことに同意できなくなった場合は、連絡してください。

