

# 八戸市糖尿病性腎症重症化予防プログラム

八戸市医師会  
八戸市

## 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者を治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で通院する者の人工透析への移行を防止することにより、住民の健康増進と医療費の増加抑制を図ることを目的とする。

## 2 取組内容

本プログラムでは、下記の3つの取組を実施することとし、取組1及び2の対象者は、八戸市（以下「市」という。）が医療保険者等として、健康診査データ・レセプトデータを確認することが可能な者（国民健康保険及び後期高齢者医療制度\*に加入する市民）の中から、抽出することを基本とする。

なお、他の公的医療保険に加入する市民であって、本人から相談等があった場合は、本プログラムと別に、市が実施する健康相談事業において受診勧奨を行うものとする。

取組1	糖尿病が疑われる者で医療機関を受診していない者（以下「医療機関未受診者」という。）及び糖尿病の治療を中断している者（以下「治療中断者」という。）に対する受診勧奨
取組2	糖尿病性腎症等で通院する者のうち、重症化するリスクの高い者（以下「ハイリスク者」という。）に対する保健指導
取組3	かかりつけ医と糖尿病専門医等との連携

\* 後期高齢者医療制度の加入者については、保険者である青森県後期高齢者医療広域連合と連携し、実施体制が整い次第、取組を実施することとする。

### 3 医療機関未受診者、治療中断者に対する受診勧奨

#### (1) 対象者

区 分	基 準
医療機関未受診者	過去の健康診査において、空腹時血糖値126（もしくは随時血糖200）mg/dl以上又はHbA1c6.5%以上の者で、医療機関未受診の者
治療中断者	糖尿病の受診記録が、直近6か月以上確認できない者

#### (2) 受診勧奨の方法

市は、文書、戸別訪問、電話等の方法により受診勧奨を行う。

また、かかりつけ医を持たない対象者に対しては、本プログラムに参加する医療機関のリスト「参加医療機関リスト」を参考に受診勧奨を行う。

### 4 ハイリスク者に対する保健指導

#### (1) 対象者

下記により抽出した者のうち、保健指導への参加について、本人及びかかりつけ医の同意があった者を対象とする。

なお、「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は、原則、対象者から除外する。

区 分	基 準
市による抽出	① 糖尿病又は糖尿病性腎症で通院する者のうち、健康診査データが次のいずれにも該当する者（腎機能の低下が疑われる者） <ul style="list-style-type: none"><li>◆ 尿蛋白±以上</li><li>◆ eGFR60ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満</li></ul> ② その他、市が保健指導を必要と認める者（受診勧奨を行った者のうち、継続して保健指導が必要と判断した者など）
医療機関による抽出	糖尿病性腎症で通院する者のうち、治療を中断しがちな者や自施設において食事指導が困難な者など、市による保健指導が必要とかかりつけ医が判断した者

## (2) 保健指導の方法

市は、かかりつけ医と十分に連携を図りながら、下記の実施手順を基本に、専門職（保健師、看護師、栄養士）による保健指導を実施する。

### <実施手順>

手順 1	市は対象者に「八戸市糖尿病性腎症重症化予防プログラム 保健指導紹介状」（様式 1）を発行し、対象者がかかりつけ医に持参する。 ※ かかりつけ医において、保健指導が必要と判断し、対象者から同意を得た場合は、手順 2 から実施する。
手順 2	かかりつけ医は、「八戸市糖尿病性腎症重症化予防プログラム 保健指導情報提供書」（様式 2）に保健指導実施の可否、検査結果及び保健指導に関する助言等を記載し、市へ送付する。 ※ かかりつけ医において、保健指導の実施が適当でないと判断された場合は、ここで終了する。
手順 3	市は、かかりつけ医からの助言等を踏まえて保健指導を行い、その内容について、「八戸市糖尿病性腎症重症化予防プログラム 保健指導実施報告書」（様式 3）又は糖尿病連携手帳により、かかりつけ医へ報告する。

## 5 かかりつけ医と糖尿病専門医等との連携

かかりつけ医と糖尿病専門医等は、糖尿病患者の病状を維持・改善させるため、下記の紹介基準を参考に、必要に応じて紹介・逆紹介を行う。

また、合併症の治療を行う医師や歯科医師等と、糖尿病連携手帳を活用した情報共有など、連携関係の構築を図る。

### <糖尿病専門医等への紹介基準>

- 血糖コントロール不良が続き、治療により改善しない場合（HbA1c8.0%以上が3か月以上続く場合）
- 教育入院が必要な場合
- 糖尿病性腎症病期が進行する場合（尿蛋白 1 +以上又はeGFR45ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満）
- 急性合併症の発症等、病状が悪化した場合
- その他、かかりつけ医が紹介を必要と判断した場合

## 6 取組に当たっての関係者の役割

### (1) 市の役割

- ① 健康診査データ・レセプトデータを基に、優先度を考慮の上、対象者の抽出を行い、八戸市医師会及びかかりつけ医と連携しながら、効果的に受診勧奨及び保健指導を実施する。
- ② 実施した取組について、下記の評価指標等により、評価・分析を行い、関係者間において情報の共有を図る。

#### <評価指標>

アウトプット（事業実施量）		受診勧奨及び保健指導実施者数
アウトカム （結果）	短期	医療機関受診者数、検査値の改善率
	中長期	糖尿病性腎症による新規透析患者数、透析医療費の推移

### (2) 八戸市医師会の役割

- ① 会員に対して、本プログラムにおける取組の周知並びに本プログラムに参加する医療機関の確保を図る。
- ② 各取組の実施状況をみながら、市とかかりつけ医との連携体制等について、助言等の必要な支援を行う。
- ③ かかりつけ医と糖尿病専門医等との連携を強化するための研修を行う。

## 7 青森県等との連携

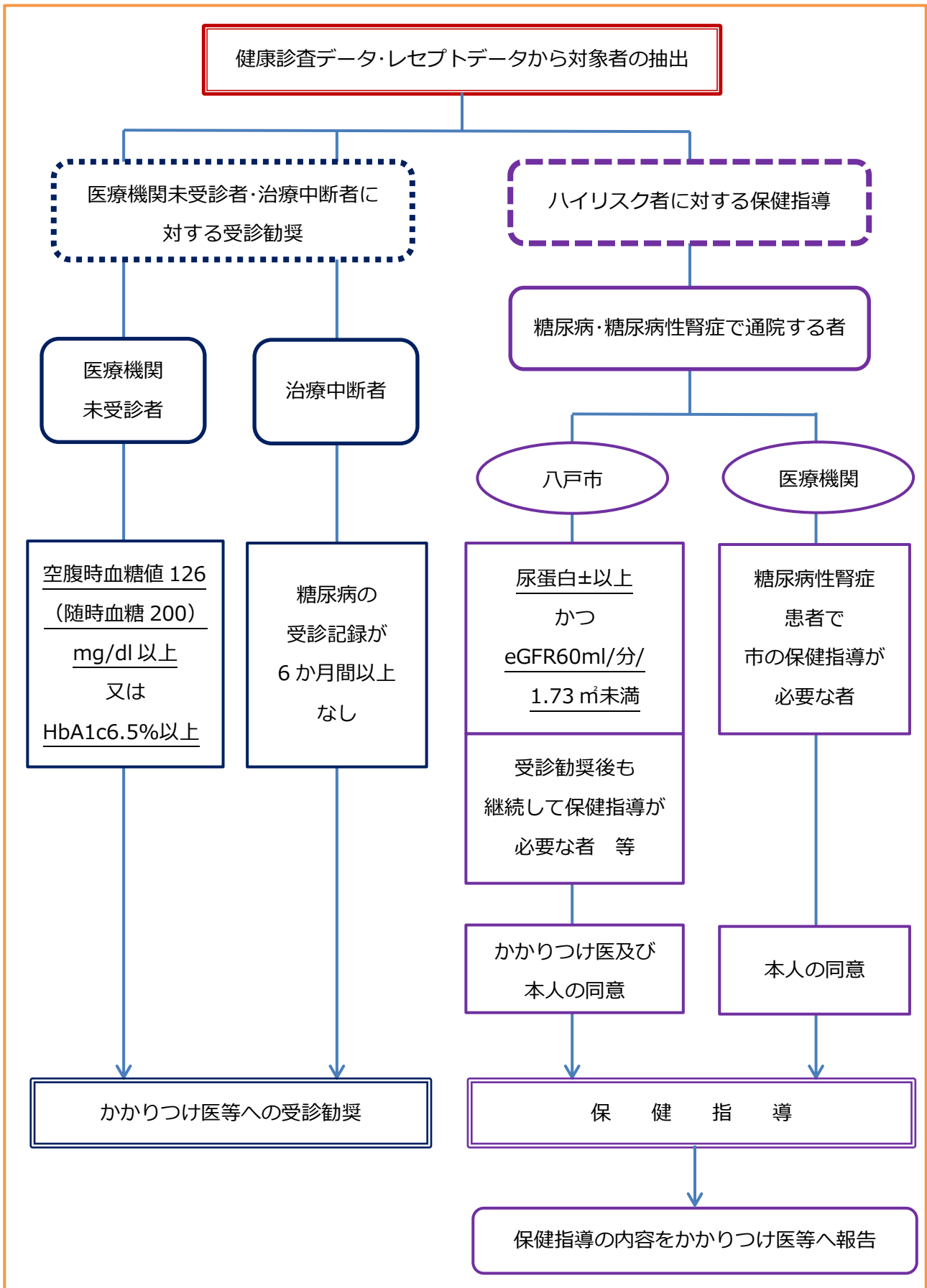
「青森県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（平成30年1月18日策定）」に基づき、青森県や青森県糖尿病対策推進会議等と取組状況を共有するなど、連携を図りながら、本プログラムの推進を図る。

## 8 その他

本プログラムに記載のない事項については、国の「糖尿病性腎症重症化予防プログラム（平成28年4月20日策定）」を参考とする。

なお、国の動向や本プログラムに基づく取組結果等を踏まえ、必要に応じてプログラムの見直しを検討する。

<受診勧奨及び保健指導フロー図>



## 八戸市糖尿病性腎症重症化予防プログラム 保健指導紹介状

年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_ 御中

下記の方は、「八戸市糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の基準により、保健指導の対象に該当いたしますので、「八戸市糖尿病性腎症重症化予防プログラム 保健指導情報提供書」（様式 2）に保健指導実施の可否及び検査結果等をご記入のうえ、ご返送くださいますようお願いいたします。

&lt;経緯&gt;

健診（検査）結果【 年 月 日 実施 】

・血糖（空腹時 ・ 随時）	_____	mg/dl
・HbA1c	_____	%
・尿定性検査	蛋白 _____ 糖 _____	
・eGFR	_____	ml/分/1.73 m <sup>2</sup>
・その他	_____	

八 戸 市

担当課 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

## 八戸市糖尿病性腎症重症化予防プログラム 保健指導情報提供書

年 月 日

八戸市 国保年金課 あて

医療機関名 \_\_\_\_\_

主治医 \_\_\_\_\_

患者記入欄	私は、「八戸市糖尿病性腎症重症化予防プログラム」へ参加し、医療機関が八戸市に検査結果を提供することに同意します。		
	氏名	生年月日	年 月 日
	住所	電話番号	

保健指導 実施可否	<input type="checkbox"/> 適当 <input type="checkbox"/> 不適當（理由 _____） <small>※保健指導の実施が不適當の場合でも、以下の検査結果のご提供をお願いいたします。</small>		
検 査 結 果（結果を添付された場合は記入不要）			
血 糖	(空腹時・随時)      mg/dl	HbA1c	%
尿 蛋 白	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+以上		
e G F R	(ml/分/1.73 m <sup>2</sup> )	クレアチニン	(mg/dl)
尿アルブミン	(mg/gCr)	腎症病期	期
【治療方針】	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察（健診・定期受診） <input type="checkbox"/> 治療開始・継続 <input type="checkbox"/> 他院紹介（病院名： _____ 紹介理由 _____）		
【治療内容】	<input type="checkbox"/> 薬剤療法（経口・インスリン） <input type="checkbox"/> 定期受診（頻度： _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		

【保健指導に関する助言】	
<input type="checkbox"/> 体重管理指導（目標体重 _____ kg）	
<input type="checkbox"/> 食事指導    ※指示があれば記入	カロリー _____ kcal、塩分 _____ g カリウム制限： 有・無、たんぱく制限： 有・無
<input type="checkbox"/> 運動指導	<input type="checkbox"/> 禁煙指導 <input type="checkbox"/> 眼科指導（受診継続・勧奨）
<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> セルフケア指導（口腔衛生・足の手入れ等）
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
糖尿病に加えて、下記の疾患に留意して保健指導を実施することが適當である。	
<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 歯周病
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
その他の留意事項（ _____ ）	
八戸市から貴院への保健指導実施報告書	必要    ・    不要

## 八戸市糖尿病性腎症重症化予防プログラム 保健指導実施報告書

年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

主治医名 \_\_\_\_\_ 様

下記のとおり保健指導を実施しましたのでご報告いたします。

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
保健指導 実施日	年 月 日		
服薬状況			
食事状況			
運動状況			
その他			

八 戸 市  
 \_\_\_\_\_  
 担当課  
 \_\_\_\_\_  
 連絡先  
 \_\_\_\_\_