

令和3年度高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施における糖尿病性腎症重症化予防事業の取り組み内容について

資料2

No.	市町村名	対象者抽出基準	事業内容	取組に携わる医療専門職	かかりつけ医等との連携					
					連携先		連携内容			その他
					かかりつけ医	医師会	情報提供	助言	実施協力	
1	銚子市	HbA1c7.0%以上かつ、腎機能の低下（尿タンパク（±）以上又はeGFR45%未満）で、内科受診のない者	<p>【実施方法】 対象者を抽出後、電話又は通知にて対象者に周知。希望者に対し、保健師、栄養士、必要に応じ歯科衛生士の面接もしくは訪問指導の実施。</p> <p>【アセスメント項目】 医療受診状況、直近の検査データ（BMI、血糖、腎機能、血圧、脂質等）、家族歴、既往歴、中断歴、後期高齢者の質問票により心身機能（フレイル）の状況、食生活状況、身体活動状況、口腔衛生状態、歯科受診等を把握する。</p> <p>【指導内容】 初回面接で医療受診の必要性の説明と、アセスメント結果に応じて目標を設定し、3か月後に目標の達成状況を評価する。必要に応じて、医療・歯科の受診勧奨や栄養指導等に連携する。</p>	保健師 管理栄養士 歯科衛生士 看護師	○	○	○	○	○	
2	船橋市	2020年度健診及び2021年度健診結果でHbA1c8.0%以上かつ①尿蛋白+以上または②eGFR50%未満の者	<p>【実施方法】 毎月、健診結果通知送付対象者の中から対象者を抽出選定。初回は原則訪問とし、訪問や電話等で複数回継続支援を行い、概ね6か月後に評価支援を実施。</p> <p>【アセスメント項目】 後期高齢者質問票や健康スケール結果、レセプト状況等から生活・医療状況、かかりつけ医がいる場合には受療状況や療養上の指示の確認。初回訪問時の食事等生活状況聞き取りにて栄養や生活等の詳細状況を把握。</p> <p>【指導内容】 初回訪問でのアセスメント結果に応じて、改善に向けた行動計画を本人と共に作成し、継続支援では訪問や電話等にて状況把握と目標変更等を行う。6か月後には目標に対する評価を実施。かかりつけ医がいる場合には連携を図ると共に、疾病者の療養上の指示・指導のもと保健指導を実施。本人のセルフケア・セルフマネジメント向上のため、糖尿病連携手帳の活用を促し、さらにかかりつけ医と対象者・保健指導実施者の連携ツールとしても活用する。</p>	保健師 管理栄養士	○	○	○	○	○	船橋市CKD対策委員会（船橋市医師会内）やCKD連携の会（船橋市CKD対策委員会が実施する研修会）を通して、事業の説明や協力依頼を実施。
3	館山市	HbA1c7.0%以上の者	<p>【実施方法】 選定された対象者に健診結果を説明しながら個別面接を実施する。糖尿病および腎重症化予防のための生活習慣を、対象者の理解の状況に応じて、進行させる原因についての説明や生活習慣維持についての提案、専門医への受療勧奨を実施する。面接の結果により、介護等に情報連携する。</p> <p>【アセスメント項目】 受療状況（KDB）、後期高齢者の質問票により心身機能（フレイル）の状況</p> <p>【指導内容】 受療勧奨、身体活動の推奨、生活リズム整備、熱中症（脱水）予防、通いの場への参加勧奨等</p>	保健師	○	○	○	○		
4	柏市	HbA1c8.0%以上であり、かつ、尿たんぱく（+）以上の者であり、自立している者	<p>【実施方法】 実施期間中に6か月間のプログラムを実施。プログラムは個別的支援（保健指導）と集団指導（医師、管理栄養士、理学療法士による講座）の組み合わせおよびプログラム前後の血液検査、尿検査、計測（身長体重等）の組み合わせで行う。</p> <p>【アセスメント項目】 医療受診状況、直近の血液検査データ、後期高齢者の質問票により心身機能（フレイル）の状況、生活習慣質問票により食事、運動等生活習慣を把握するとともに、平成28年度「糖尿病性腎症重症化予防プログラムの開発に関する研究（津下班）」で出されている事前アンケートを柏市独自に改訂し、事前、実施中、実施後の3回実施し、適宜アセスメント及び評価に用いる。</p> <p>【指導内容】 個別的支援（保健指導）・・・上記アセスメント項目よりアセスメントし、糖尿病看護認定看護師による個別面談を実施。プログラム期間中の目標を設定し、2～3か月後中間評価、実施最終回に目標の達成状況を個別面談にて評価する。 集団指導（健康教育）・・・医師による講座では疾患理解、検査データの見方、定期受診の重要性等について講義 管理栄養士、理学療法士からは、生活習慣について栄養、運動面から講義を実施</p> <p>検査・計測・・・実施前後で血液検査・尿検査を行い、アセスメントおよび評価を行うとともに、参加者自ら疾患の意識付けを行う。また毎回計測（血圧、体重）を行い、体の変化を体感するとともに、計測の習慣化を図る。</p> <p>【評価指標】 ①短期的評価指標（保健指導前後） ・対象者の検査値の改善率 →体重、BMI、空腹時血糖、HbA1c、血清クレアチニン、eGFR、尿蛋白、尿中アルブミン、中性脂肪、LDL、HDLコレステロール ・生活習慣改善に意欲、QOL、行動変容（食生活改善、運動習慣、禁煙、減酒等） ・保健指導プログラム内容に関する満足度や参加者の意識、行動の変化 ・対象者のうちプログラム不参加者数 ②長期指標（プログラムから1年後） ・参加者の検査値の改善率 →上記内容と同様 ・参加者の健診結果の改善率 ・受療、服薬状況 ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数（率）</p>	保健師 管理栄養士 医師 糖尿病看護認定看護師 理学療法士 臨床検査技師	○	○	○	○	○	柏市医師会に糖尿病性腎症重症化予防プログラムの運営を委託して共同実施している。
5	流山市	（1）2型糖尿病未治療者の内、HbA1c6.5%以上であり、本市の基準により抽出した者。 （2）2型糖尿病の治療歴があるが治療を中断している本市が抽出した者。 （3）2型糖尿病で治療中がかかりつけ医が抽出した者。	<p>【実施方法】 対象者を抽出後、重症度などから2人を選定し、対象者1人につき、6か月間に2回の訪問指導を実施する。</p> <p>【アセスメント項目】 生活習慣（食事、運動、生活リズム、口腔衛生等）、血糖、血圧、治療状況（検査データ、身体症状、受診行動等）</p> <p>【指導内容】 初回訪問でのアセスメント結果に応じて目標を設定し、6か月後に目標の達成状況を評価する。必要に応じて、医療の受診勧奨や栄養指導等に連携する。</p>	保健師 管理栄養士 歯科衛生士 医師	○	○	○	○	○	流山市医師会にプログラム参加勧奨及び保健指導を委託して実施している。

令和3年度高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施における糖尿病性腎症重症化予防事業の取り組み内容について

資料2

No.	市町村名	対象者抽出基準	事業内容	取組に携わる医療専門職	かかりつけ医等との連携					
					連携先		連携内容			その他
					かかりつけ医	医師会	情報提供	助言	実施協力	
6	君津市	HbA1c8.0%以上の未治療の75歳から79歳までの者	【実施方法】 1) R3年6月1日から9月30日の期間に実施される個別健康診査の結果を特定健診等データ管理システムから毎月1回取り出し、ハイリスクに該当する者を抽出する。 2) 健診結果説明会か家庭訪問による説明のどちらかを選んでいただく希望通知を行い、小糸生きがい支援センター内で面接による保健指導、もしくは家庭訪問にて、健診結果の説明と受診勧奨を行う。 3) 治療開始が把握できれば終了。場合によって、福祉の案内が必要な状態であれば担当地区の地域包括支援室に連絡をとり、支援を依頼する。 【指導内容】 ・健診結果（経年表）一覧表、構造図等を使用して、体の状態の説明を行う。 ・糖尿病連携手帳等の使い方を説明し、受診結果の把握ができるようにする。 ・健康増進モデル事業参加者であれば、ポピュレーションで伺った際に手帳を持参してもらい近況の把握をする。	保健師 管理栄養士	○	○	○			研修会等で千葉県慢性腎臓病重症化予防対策部会から助言を受けている。
7	印西市	HbA1c8.0%以上かつ尿蛋白（+）以上の者	【実施方法】 ・対象者を抽出後、電話にて医療機関の受診状況の確認及び医療機関への受診勧奨を行う。（状況に応じて訪問、書面にて実施） ・対象者の受診後、主治医の診察結果報告書に基づき、保健指導必要者には個別指導を3か月間実施する。（対象者の状況により3か月以上の実施も可）来所または訪問指導1回、電話指導2回、計3回を基本とする。（状況に応じて訪問・来所・電話・書面にて実施） ・初回指導：来所または訪問による保健指導を実施し、相談票（指導内容、生活改善目標の設定）を作成して糖尿病連携手帳に貼る。対象者は、次回受診時に相談票を主治医にみせ、健康増進課からの指導事項を報告する。 ・2回目指導：初回指導より約1か月後、電話にて保健指導を実施する。 ・3回目指導：2回目指導より約2か月後、電話にて保健指導を実施する。 【アセスメント項目】 医療受診状況、直近の血液検査データ、食事・運動等の生活状況、生活改善の取組状況等を把握する。 【指導内容】 初回指導でのアセスメント結果に応じて目標を設定し、2回目、3回目で目標の取組状況を確認し、状況に応じて目標の見直しをする。3か月後に目標の達成状況及び意識・行動ステージを評価する。	保健師 管理栄養士 医師	○	○	○	○		
8	富里市	受診勧奨 HbA1c7.0%以上またはeGFR<45%の方 重症化予防： ①HbA1c7.0%以上かつeGFR≤60%の方 ②HbA1c7.5%以上の方 ③HbA1c7.0%かつeGFR≤45%の方	【受診勧奨】 対象者：今年度の健診結果において、HbA1c7.0%以上またはeGFR<45%の方 方法：健診受診後の医療機関受診状況を確認。紹介状の返信状況とKDBにて医療レセプトを確認後、対象の状況にあわせて電話または訪問にて受診勧奨。 【重症化予防】 対象者：今年度の健診で①HbA1c7.0%以上かつeGFR≤60%の方 ②HbA1c7.5%以上の方 ③HbA1c7.0%かつeGFR≤45%の方 方法：対象者に①②の対象者へ通知を実施し、「生活改善プログラム」に参加を募集する。希望のあった方を対象に、初回面接、3か月目・6か月目の評価を、実施する。※③の対象者には訪問を実施し参加を促す。	保健師 管理栄養士 歯科衛生士	○	○	○	○		
9	香取市	HbA1c6.5%以上かつ尿蛋白（+）以上	【実施方法】 対象者に対して、6か月間に保健指導及び受診勧奨を実施する。 【アセスメント項目】 生活や食事状況の確認をし、改善点を明らかにする。 【指導内容】 初回面接でのアセスメント結果に応じて目標を設定し、目標の達成状況を評価する。必要に応じて、栄養指導や医療の受診勧奨を行う。	保健師 管理栄養士	○	○	○			医師会会員の先生方に事業の周知・協力をお願いすると同時に、ご意見を頂戴する。
10	睦沢町	①HbA1c6.4%の者 ②eGFR異常なし ③血糖値を下げる薬又はインシュリンの注射を実施していない 全てに該当する者	【実施方法】 抽出基準により対象者を選定し、毎月1回3か月程度個別面接を実施する。 【アセスメント項目】 医療の受診状況、直近の血液検査データ、後期高齢者の質問票により心身機能（フレイル）の状況より、健康栄養相談事業等の場を活用し食事調査票により調理・栄養状態等を把握すると共に食塩含浸ろ紙（ソルセイブ）を用いた塩分調査及びみそ汁塩分測定を実施する。 【指導内容】 初回訪問でのアセスメント結果に応じて目標を設定し、3か月後に目標の達成状況を評価する。必要に応じて、医療の受診勧奨に繋ぐ。	保健師 管理栄養士	○		○			既存の会議に参加している町医に情報提供しながら指導を実施する。

※対象者抽出基準等について、一定の条件設定をしていないが地域の実情に応じた抽出を行うにあたり「千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を参考にすることとしている。

※特別調整交付金交付基準の中で「糖尿病性腎症重症化予防事業を行う場合には、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携を図ること」とあり、

千葉県管内では千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会へ県を通じて各市町村の取組状況を情報提供することをもって、連携を図ることとしている。