

糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定（長野県）について



これまでの取組と課題

- 発症予防から重症化予防への連携（特定健診の結果による受診勧奨）が不十分。
- 保険者が医療機関で治療中の者に対する介入を行うのが困難。
- かかりつけ医と保険者との連携が不十分。
- 小規模市町村が多いため、保険者間で取組状況にバラつきがある。

策定の経緯

<市町村からの要望>

- かかりつけ医との連携の枠組みを県レベルで構築して欲しい。
- 保険者努力支援制度の評価対象となることを見据えて、全市町村で取り組めるよう、プログラムを策定して欲しい。

長野県におけるプログラムの策定 (H28.8公表 H29.8改定)

プログラムの内容(工夫した点)

- 保険者協議会との連携**
長野県医師会、長野県糖尿病対策推進会議に加え、長野県保険者協議会と連携して策定。

将来的に被用者保険での取組も視野に入れて、策定段階から実施主体の保険者と連携。

- プログラムにおける取組**
①受診勧奨 ②保健指導 ③かかりつけ医と専門医の連携
①と②の対象者選定基準は、国プログラムより拡大し、保険者が柔軟に決められる。

保険者でのこれまでの取組を尊重

保健指導の対象者選定基準では、糖尿病性腎症を発症している者だけでなく、そのリスクが高い者も含めた。(喫煙者、メタボ等)

- 保健指導の実施手順** 以下の2パターンを提示
①包括同意…あらかじめ、かかりつけ医(郡市医師会)から保健指導の対象者選定基準と実施する保健指導の内容について了解を得ておき、個別の同意は得ない。
②個別同意…個々の対象者について、かかりつけ医の同意を得る。

地域の実情に沿った取組を推進

マンパワーの少ない小規模市町村でも、事務負担を簡素化できる包括同意の手順を採用することにより、かかりつけ医との連携を進めやすくなる。

今後の展開

- <重症化予防の取組を行う市町村>
平成29年度 57市町村
平成30年度 74市町村（保険者努力支援制度結果より）

- <目標>全市町村の取組を目指す。
被用者保険での取り組みの拡大

県としての取組

- 市町村が郡市医師会等と調整を行う際のサポート
例)県の保健福祉事務所が、包括医療協議会の場を活用し、市町村と医療関係者との調整を行う。
- 市町村保健師、栄養士等の専門職のスキルアップの支援
- 保険者協議会を活用した、好事例の横展開

重症化予防の取組の実施状況

■平成30年度実施状況（取組市町村数）

評価指標	H30年度	H29年度	増加数
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 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること ④ 事業の評価をすること ⑤ 糖尿病対策推進会議等との連携	73	57	16
⑥ 受診勧奨を全ての対象者に対して文書の送付等により実施していること。また、実施後、対象者の受診の有無を確認し、受診がないものには更に面談等を実施していること	70	43	27
⑦ 保健指導を受け入れることを同意した全ての対象者に対して、面接、電話又は個別通知を含む方法で実施していること。また、実施後、対象者のHbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果を確認し、実施前後で評価していること	67	41	26

重症化予防の取組の実施状況〔主な具体的取組内容①〕

評価指標	主な具体的取組内容
① 対象者の抽出基準が明確であること	<p>【医療機関未受診者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○空腹時血糖126mg/dl以上又は、HbA1c6.5%以上 ○尿蛋白を認める者はeGFRが60/分/1.73m²未満 ○糖尿病治療中断者 最終受診日から6か月経過しても受診歴がない <p>【保健指導】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○糖尿病治療中で、尿蛋白（±）、（+）、eGFRが60/分/1.73m²未満 ○Ⅱ度高血圧：メタボリックシンドロームの基準に該当 <p>※共に、長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて抽出</p>
② かかりつけ医と連携した取組であること	<ul style="list-style-type: none"> ○県医師会→関係医療機関（かかりつけ医）に糖尿病性腎症重症化予防プログラムにて説明し共有 →共有：市町村の糖尿病等実態を説明 ○糖尿病保健指導連絡票により連携 ○糖尿病連携手帳により情報交換 ○かかりつけ医と保険者の連絡会議の開催
④ 事業評価の取組	<p>【ストラクチャー評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○国保・健康づくり担当で市町村の実態や課題を共有 ○医療費適正化・健康増進の観点から効果的で効率的な体制整備（予算措置、人員配置など） ○医療機関（医師会）等との連携体制 ○保健指導等専門職の技能向上（県や国保連合会等研修会参加）

重症化予防の取組の実施状況〔主な具体的取組内容②〕

評価指標	主な具体的取組内容
④ 事業評価の取組	<p>【プロセス評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○効率的な年間計画（健診～抽出、実施～評価）と進捗管理 ○対象者の抽出：保険の状況、健診データのリスク状況（HbA1c・血圧体重・BMI・eGFR・尿蛋白） ○レセプトによる治療や合併症の状況などにより抽出 ○糖尿病管理台帳等により地区担当保健師や管理栄養士等で管理 <p>【アウトプット評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医療機関受診勧奨実施者（率） ○保健指導実施者（率） ○医療機関との連携（情報提供） <p>【アウトカム評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○受診勧奨→医療機関受診率、治療継続 ○保健指導→保健指導実施者のデータ結果（改善状況） 例）6か月後評価 次年度の健診結果など ○糖尿病性腎症による透析新規導入者数や透析医療費の減少
⑥ 受診勧奨を全ての対象者に対して文書の送付等により実施 実施後、対象者の受診の有無を確認し、受診がないものには更に面談等を実施	<p>○方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ■面接・訪問による保健指導、電話連絡、文書等 ■健診結果の説明時に面談 <p>○受診有無の確認（3か月後くらい）</p> <ul style="list-style-type: none"> ■対象者に確認 ■レセプトで確認⇒未受診者に再度受診勧奨
⑦ 保健指導受入者に対して、面接、電話又は個別通知を含む方法で実施 実施後、対象者のHbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果を確認し、実施前後で評価	<p>○方法⇒面接・訪問、電話等個別に保健指導</p> <p>○評価⇒内容：HbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果など 次年度の健診結果や医療機関の検査データで評価 糖尿病管理台帳等により経年データで確認し評価</p>