

お知らせ

全国健康保険協会（協会けんぽ）北海道支部からのお知らせ

～令和2年度 糖尿病性腎症の重症化予防対策の実施について～

協会けんぽ北海道支部では、医療費適正化および加入者のQOLの維持・向上を目的として、糖尿病性腎症(患者)のうち、生活習慣の改善により重症化の予防が期待できる人工透析導入前段階の者に対して、腎機能低下の遅延および人工透析導入の予防または導入の時期を遅らせるため、医療機関と連携した保健指導を実施いたします。医療機関の皆さまの特段のご協力をよろしくお願い申し上げます。(平成29年度からの継続事業です)

1. 実施地区

道内全域を予定

※自院で患者に対する保健指導を実施している医療機関を除き本事業へのご協力をお願いいたします。

2. 実施期間

令和2年4月～令和3年3月(予定) ※最終指導を実施するまで延長する場合があります。

3. 実施方法および実施担当者

受診勧奨及び治療開始後の主治医の指導方針に基づく保健指導を協会けんぽ北海道支部と業務委託契約を締結した機関の保健師、看護師、管理栄養士等が実施いたします。

4. 対象者の要件

35歳以上75歳未満の生活習慣病予防健診受診者のうち、北海道が策定した「北海道糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に準じて検査結果が①または②に該当し、かつ③～⑤のいずれかに該当した健診受診前月および健診受診後3ヵ月以内に医療機関を受診していない者(治療放置者)

- ①空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上
- ②HbA1c(NGSP)6.5%以上
- ③eGFR60(ml/分/1.73m²)未満
- ④尿タンパク(+1)以上
- ⑤血圧130/80mmHg以上

なお、上記の要件を満たし、かつa～cのいずれかに該当する場合は、リスクが高い者(以下「ハイリスク者」という。)と考えられるため、プログラム参加を特に強調したハイリスク者用の受診勧奨(強めの勧奨)にて実施する。

- a. HbA1c(NGSP)7.0%以上かつeGFR40(ml/分/1.73m²)未満
- b. 尿タンパク(+2)以上
- c. 血圧140/90mmHg以上

5. 保健指導の実施見込み人数

受診勧奨予定者数(1,100人)→実施予定者(20人程度) ※あくまで見込みのため相違する場合があります。

6. 業務の流れ

- ・対象者に対する受診勧奨および利用勧奨
 - ▶対象者に電話による受診勧奨および利用勧奨を実施して参加意思を把握し、かかりつけ医に受診する際に受診連絡票を提出するよう指示します。
- ・主治医に対する保健指導プログラムの同意確認
 - ▶受診連絡票の返送があった主治医に対して「保健指導連絡票(様式1)※指導参加の可否、指導時の留意事項等」を送付し同意確認を行います。
- ・保健指導の実施
 - ▶健診データを使用して糖尿病性腎症の病期を特定し、支援担当の専門職より指導開始の連絡をします。
 - ▶北海道糖尿病性腎症重症化予防プログラムに留意して指導を実施します。

7. 指導内容

主治医の指導方針に沿った食事指導(減塩、適正カロリー)、運動指導、服薬指導、ストレスマネジメント、血糖管理(自己血糖測定)及びフットケア等。腎症期または腎不全期患者においては、低たんぱく食及びカリウム制限などの指導も含むものとなります。

※6ヵ月間の継続指導 指導方法(例:面談2回、電話指導3回、文書指導2回)

▶保健指導報告書(様式2)を2ヵ月に一度、かかりつけ医に報告(計画設定の経緯、実践状況)いたします。

8. その他

当該事業の実施にあたり不明な点がございましたら当支部保健グループ(直通011-726-0361)にお問い合わせください。

様式1(保健指導連絡票)

様式1															
令和 年 月 日															
主治医 様															
協会けんぽ 糖尿病等重症化予防プログラム 保健指導連絡票 (簡) <small>全国健康保険協会北海道支部</small>															
<small>貴院様を受診される方、次の事項についてご記入ください。 ○○ 単位は、北海道糖尿病性腎症重症化予防プログラムの基準に準拠した検査結果に基づきます。 ※糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて検査結果が①または②に該当し、かつ③～⑤のいずれかに該当した健診受診前月および健診受診後3ヵ月以内に医療機関を受診していない者(治療放置者)を対象とさせていただきます。</small>															
<small>(1) 保健指導の可否 ○○に該当する場合は、保健指導を実施することとなります。 ○○に該当しない場合は、保健指導を実施しないこととなります。</small>															
<small>(2) 保健指導の留意事項 ○○に該当する場合は、以下の内容を記載してください。○は必ず記載してください。○は任意で記載してください。 なお、実施しない項目は「保健指導実施要領」に記載されている項目にチェックを付してください。</small>															
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>本人記入欄</th> <th>医師記入欄</th> <th>性別</th> <th>年齢</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>氏名</td> <td>氏名</td> <td>男・女</td> <td>生年月日</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>住所</td> <td>電話番号</td> <td>電話番号</td> </tr> </tbody> </table>				本人記入欄	医師記入欄	性別	年齢	氏名	氏名	男・女	生年月日	住所	住所	電話番号	電話番号
本人記入欄	医師記入欄	性別	年齢												
氏名	氏名	男・女	生年月日												
住所	住所	電話番号	電話番号												
<small>(1) 保健指導の可否 ※どちらかにしを記入してください。 <input type="checkbox"/> 対象者については、保健指導を実施することとなります。 <input type="checkbox"/> 対象者については、保健指導を実施しないこととなります。 理由: _____</small>															
<small>(2) 保健指導の留意事項 ※必要に応じて、以下についてしを記入してください。 次の事項について保健指導することが適当である。 <input type="checkbox"/> 食事指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> その他 _____ 経路に加え、次の表のように留意して保健指導を実施することが適当である。 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> その他 _____ 尿糖における血糖HbA1c _____ その他留意事項 _____</small>															

様式2(保健指導報告書)

様式2			
令和 年 月 日			
協会けんぽ 糖尿病等重症化予防プログラム保健指導報告書 (簡) <small>全国健康保険協会北海道支部</small>			
<small>医師機関名 医師氏名 先生 様(敬称下)</small>			
<small>次の2つの保健指導を実施した上で報告いたします。</small>			
氏名	性別	年齢	生年月日
住所	電話番号	電話番号	
保健指導年月日 平成 年 月 日～平成 年 月 日 (※4週間以内)			
保健指導内容			
担当医	電話番号	担当医名	