

Topic 2

生活習慣病管理料算定におけるJADEC患者教育ツール 「糖尿病カードシステム 生活習慣病管理料支援セット」の活用

高邦会高木病院糖尿病内分泌肝疾患センター長/
国際医療福祉大学医学部教授/佐賀大学名誉教授(医師)

安西 慶三 [あんざい けいぞう]

佐賀大学医学部附属病院看護部(看護師)

永淵 美樹 [ながふち みき]



2024年度診療報酬改定で生活習慣病管理料(Ⅱ)が新設されたことを受けて、JADECの医療者教育委員会は糖尿病カードシステムの「生活習慣病管理料支援セット」を作成し、2024年10月より普及活動を開始しました。本稿では、同資材を活用した療養計画書の作成や施設での運用について紹介します。

糖尿病カードシステムを活用した 療養計画書の作成について

JADECの患者教育ツールである「糖尿病カードシステム」は、2015年に那珂記念クリニック(茨城県那珂市)の遅野井健先生と道口佐多子先生が作成したカード型のクリニカルパスをもとに作成されました。現在使われているセットは4種類。①重症合併症を伴わない2型糖尿病のある人を対象とした「基礎編」(カード38枚)、②様々な状況に対応できる「応用編」(同100枚)、③自治体からの要望で作成した「糖尿病性腎症重症化予防セット」(受診勧奨セット[同18枚]と地域連携セット[同29枚]の2種)、④自治体と医療機関の連携を考慮した「地域連携・合併症編」(同29枚)があります。これらは個々の状況に応じて選択し、必要に応じてカスタマイズすることが可能です。

「生活習慣病管理料支援セット」は、約100種類の教育項目(カード)のうち診療報酬の生活習慣病管理料算定に関係のある45項目を厳選し、高血圧と脂質異常症

のカードを加えた56枚のセットになっています(図1)(カードの枚数は今後変更の可能性あり)。療養計画書の様式は、基本的には厚生労働省から提示された様式と同じですが、中央にある「重点を置く領域と指導項目」を「疾患について」「食事」「運動」「自己管理等」の4項目に分けて、各項目に該当するカードの番号とタイトルを載せています(図2)。

療養計画書はおおむね4か月ごとに作成します。まず、4か月間で達成できそうな目標を「検査・問診」の欄に患者さんと相談して記載します。数値的な体重やHbA1cだけでなく、それを達成するための行動目標も記載します。次に目標を達成するための支援スケジュールとして、4か月間で説明する予定のカードにチェックを入れます。短い外来時間なので、その間に説明できるリーフレットは1～2枚だと思います。具体的な項目を挙げることにより、患者さんの目標、課題、取り組み方法の理解が深まり、治療に対する意識が高まります。最後に「この目標でよければ確認のサインをください」と説明し、署名をもらったらコピーを医療機関で保存、実物は患者さんに渡します。

図1 生活習慣病管理料支援セットで使用する教育項目(カード)

糖尿病カードシステムの約100種類の教育項目(カード)のうち、診療報酬の生活習慣病管理料算定に関係のある45項目を厳選した。これに、高血圧と脂質異常症のカードを加えた56枚を使用する。(カードの枚数は今後変更になる可能性があります)



■ 基礎的な教育項目 31 ■ 応用的な教育項目 14 ★1回の外来で1枚選択して使用

①-1	血糖について	⑤-3	尿検査	⑪-1	運動療法のオーバービュー
①-2	糖尿病とは	⑥-1	日常生活の情報収集と問題点	⑪-2	運動の種類
①-3	糖尿病の診断	⑥-3	シックデイ	⑫-1	健康的な食事(概論)
①-5	2型糖尿病	⑥-4	体重管理の重要性	⑫-3	糖尿病の食事療法
①-7	エネルギー源としての糖	⑥-5	定期受診の重要性	⑫-6	減量が必要な患者さんへ
①-8	インスリン	⑥-7	ご家族の方へ	⑫-7	間食はどうしたらいい?
②-3	低血糖	⑥-8	禁煙	⑫-8	アルコールと楽しく付き合う
③-1	糖尿病と合併症	⑥-9	アルコール	⑫-9	外食のときはどうする?
③-2	細小血管障害	⑥-11	糖尿病自己管理の振り返り	⑫-10	ご家族のサポートが必要です
③-3	大血管障害(動脈硬化)ほか	⑦-2	治療法のオーバービュー	⑫-12	食べる順番
④-7-1	歯周病	⑦-3	セルフモニタリング	⑫-14	食生活調査
④-7-2	歯周病チェック	⑧-1	薬物療法のオーバービュー	⑫-15	塩分チェック
④-9	フレイル・サルコペニア	⑨-1	内服薬	⑬-1	糖尿病腎症の診断と治療
⑤-1	血糖	⑩-1	フットケアの必要性	⑬-2	糖尿病腎症の進展予防
⑤-2	血糖管理の指標	⑩-2	自分で行うフットケア	⑭-2	JADECの活動

生活習慣病管理料支援セットの チェックシートについて

生活習慣病管理料支援セットには、専用のチェックシートを付ける予定です。チェックシートには項目の一覧を載せ、各項目に指導日と担当者名が記載できるようにします。4か月ごとに支援スケジュールを立て、リーフレットを用いて説明をしたら、チェックシートの該当する項目に指導日と担当者名を記載します。こうすることで、支援した内容や進捗状況が一目でわかります。

チェックシートは糖尿病連携手帳に挟み込みます。輪

ゴムで挟み込むため、連携手帳が新しくなったときも付け替えてそのまま使用できます。チェックシートを共有して活用することにより歯科や併診している医療機関、地域や企業の保健師、看護師、管理栄養士、薬剤師などの多職種と連携して治療計画に基づいた総合的な治療管理ができます。

生活習慣病管理料の運用に関わる医師、 メディカルスタッフへのアドバイス

生活習慣病管理料の運用においては、今まで特定疾

図2 療養計画書

カードシステムを活用した様式

患者氏名：		記入日： 年 月 日 (回目)	
生年月日： 年 月 日 (歳) 男 女		主病： ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 高脂血症	
ねらい：重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること			
【検査・問診】	【検査項目】		【血液検査項目】 (採血日 月 日)
	☐ 身長 (cm)		☐ 血糖 (☐ 空腹時 ☐ 随時 ☐ 食後 時間)
	☐ 体重 現在 (kg) → 目標 (kg)		☐ HbA1c 現在 (%) → 目標 (%)
	☐ BMI ()		☐ 総コレステロール (mg/dl)
	☐ 腹囲 現在 (cm) → 目標 (cm)		☐ 中性脂肪 (mg/dl)
	☐ 栄養状態 ☐ 低栄養の恐れ ☐ 良好 ☐ 肥満		☐ HDLコレステロール (mg/dl)
	☐ 収縮期/拡張期血圧 (/ mmHg)		☐ LDLコレステロール (mg/dl)
	☐ 運動負荷試験		☐ その他 ()
	☐ その他 ()		
	【目標の達成状況と次の目標】		
【①達成目標】：患者と相談した目標			
[4ヵ月後までに体重を3kg減量する]			
【②行動目標】：患者と相談した目標			
[間食を減らす 運動療法を開始する 毎日、体重と血圧測定を行う]		医師氏名 (印)	
【疾病・症状】	☐ 今回は、指導の必要なし		
	☒ (①-1) 血糖について ☐ (②-1) 高血糖と脱水 ☐ (④-7) 歯周病 ☐ (⑦-2) 治療法		
	☒ (①-2) 糖尿病とは ☐ (②-3) 低血糖 ☐ (④-7) 歯周病チェック ☐ (⑧-1) 薬物療法		
	☐ (①-3) 糖尿病の診断 ☐ (③-1) 合併症 ☐ (④-8) 肝障害 ☐ (⑨-1) 内服薬		
	☐ (①-5) 2型糖尿病 ☐ (③-2) 細小血管障害 ☐ (⑤-1) 血糖 ☐ (⑧-1) 腎症の診断と治療		
	☐ (①-7) ブドウ糖 ☐ (③-3) 大血管障害 ☐ (⑤-2) 血糖管理の指標 ☐ (⑧-2) 腎症の進展予防		
	☐ (①-8) インスリン ☐ (⑤-3) 尿検査		
	☒ (⑤-1) 脂質異常症とは ☐ (⑤-4) 脂質異常症の治療薬 ☒ (⑥-3) 家庭血圧の測り方		
	☐ (⑤-2) 脂質異常症と動脈硬化 ☐ (⑥-1) 血圧について ☒ (⑥-4) 高血圧を放置すると		
	☐ (⑤-3) 脂質異常症の治療 ☒ (⑥-2) 高血圧とは ☐ (⑥-5) 高血圧の治療		
【食事・運動・生活】	☐ (⑥-9) アルコール ☐ (⑥-12) 食べる順番		
	☐ (⑥-10) アルコールとの付き合い方 ☐ (⑥-14) 食生活調査		
	☒ (⑥-7) 間食 ☒ (⑥-9) 外食 ☐ (⑥-15) 塩分チェック		
	☒ (⑥-11) 運動療法 ☐ (⑥-10) フットケアの必要性 ☐ (⑥-19) フレイル・サルコペニア		
	☐ (⑥-12) 運動の種類 ☐ (⑥-2) 自分で行うフットケア		
	☒ (⑥-1) 日常生活の情報収集 ☐ (⑥-7) ご家族の方へ ☐ (⑥-6) 減量が必要な方へ		
	☐ (⑥-3) シックデイ ☐ (⑥-8) 禁煙 ☐ (⑥-10) ご家族のサポート		
	☐ (⑥-4) 体重管理の重要性 ☐ (⑥-11) 自己管理の振り返り ☐ (⑥-14) 協会活動		
	☐ (⑥-5) 定期受診の重要性 ☐ (⑦-3) セルフモニタリング 担当者の氏名 (印)		
	☐ その他 ()		
【服薬】	☐ 処方なし ☐ 薬の説明 担当者の氏名 (印)		
【療養を行うにあたっての問題点】			
【他の施設の利用状況について】			
※実施項目は、 ☐ にチェック、()内には具体的に記入			
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない			
患者署名		医師氏名 (印)	

患療養管理料として口頭で説明していた栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬などの生活習慣に関する内容に関して、療養計画書を作成することが求められます。そして療養計画書について丁寧に説明を行い、患者さんの同意を得るとともに、当該計画書に署名をもらうことが算定要件になりました。療養計画書は患者さんまたはその家族などから求めがあった場合には、おおむね4ヵ月に1回以上交付するものとなっています。

今回の生活習慣病管理料支援セットには、56枚のカードが含まれています。患者さんごとに必要なカードを選択して、カードに対応したリーフレットに、患者さんから得た情報や説明内容を書き込みます(図3)。こうすることで、リーフレットが患者さんごとにカスタマイズされた資料となり、支援内容の履歴にもなります。また、あとから振り返って読み返すこともできます。

支援スケジュールは、1回の外来で1~2枚のリーフレットを説明することを想定して立てますが、実行状況によって同じテーマを繰り返したり、別の課題が出てきたときに新しいカードを用いたり、必要に応じて見直すことが可能です。具体的な糖尿病カードシステムの使い方は、2023年から「DM Ensemble」で始まった道口佐多子先生らの連載「糖尿病カードシステムを活用しよう」の中で紹介されています。この連載では、「糖尿病とは」「日常生活の情報収集と問題点」「間食はどうしたらいい?」「肝障害」「アルコールと楽しく付き合う」「食生活調査」「外食のときはどうする?」「血糖」などのカードを用いた例が紹介されており、患者さんとの面談から得られた情報をどのようにしてリーフレットに記載して説明するかが、具体的にわかりやすく書かれています。ぜひ、読み直してみてください。

図3 リーフレットへの記載例と活用

食事療法 (A) (要)

⑫-7 間食はどうしたらいい?

間食はどうしたらいい?

間食は**血糖 マネジメント悪化**の原因になりますので、できるだけ**控えます**。

■ 間食のカロリーはどれくらい? **クロワッサン1ヶ 160~170**

唐揚げ3ヶ **400**
バナナ 1本 **103kcal**
おせんべい 3枚 **189kcal**
プリン 1個 **247kcal**
ショートケーキ 1個 **344kcal**
どら焼き 1個 **270kcal**
メロンパン 1個 **494kcal**
コーラー1本 **230**・スポーツドリンク **135**

■ 間食が血糖値に与える影響

糖尿病患者さんが間食をしたときの血糖値

■ どうしても食べたいときは…

- 1日の適切なエネルギー量の範囲内で。
- 食後のデザートとして食べる。
- できるだけ低カロリーのものを選ぶ。
- 外出前や運動前に食べる。
- 夕食後や就寝前に食べるのは避ける。
- (最近ではカロリー・低糖質・低GIの食品を使った市販品のやつもありです)

※低血糖予防のために、1~2単位(80~160kcal)程度の間食が必要なる場合があります。

公益社団法人 日本糖尿病協会
JAPAN DIABETES ASSOCIATION (JDA)

食事療法 (A) (要)

⑫-9 外食のときはどうする?

外食のときはどうする?

外食は炭水化物と脂質が多く野菜が少ないため、何をどれだけ**食べて**、どれだけ**残すか**を**自分で決めます**。

■ 外食はどのように食べる?

- ごはんやパン、めん類、いも類などは、食事説明で言われている量に合わせて食べ、あとは残します。
- 油を多く使った料理は少量にします。
- 野菜は一品料理を追加するか、同じ日の別の食事で補います。
- ほとんどの外食は食塩が多いため、しょうゆなどの調味料を定さないようにします。

■ 外食の選び方

どんぶりものは栄養が偏りやすいので、和定食など品数の多い食事を選びます。

うどん、そば、パスタなど一品ものを選ぶときは、具の多いものを選びます。

メニューにエネルギーや成分表示がされているお店をできるだけ利用するようにする。

ラーメン 375
ミソラーメン 525

実践編

例) しょうが焼き定食

- カロリー調整のためごはんを残す。
- 脂がたっぷりの肉を少なくして残す。

例) お酒のおつまみ

- アルコールは医師と相談し、適量に。
- おつまみは野菜サラダや、ひじき・もずくなどの海藻類、きのこ料理などエネルギーが低く食物繊維が豊富なものを。

かけそば 293
天ぷらそば 470

カレーライス 700~800

公益社団法人 日本糖尿病協会
JAPAN DIABETES ASSOCIATION (JDA)

患者さんの特徴に合わせた支援内容を赤字でリーフレットに書き込み、それを患者さんに渡します。
家庭でリーフレットを見直すことで、家族とも治療内容を共有できます。

今後の普及活動について

従来のカードシステムの研修会は対面での集合型研修が主体でしたが、新型コロナウイルス感染症が発生して以降、動画やWebによる研修会を開催しています。生活習慣病管理料支援セットの動画もJADECのホームページで視聴することができます。この動画を視聴することで生活習慣病管理料支援セットを施設に導入することができます。動画の視聴と見本のリーフレットのダ

ウンロードは無料ですが、セットのリーフレットは有料で、JADECホームページからダウンロードすることができます。また生活習慣病管理料支援セットを主体としたハイブリッドのミニレクチャーや約3時間の対面式の集合型研修会も行っています。対面式のレクチャーでは参加者が交代で患者役や医療者役になり、実際に患者役から聴き取りをしながらリーフレットに書き込む実践研修を行っています。詳細についてはJADECのホームページの研修会についての案内をご覧ください。



スタッフへのワンポイントアドバイス

医療者が強調したい点やメッセージをリーフレットに書き込んで患者さんに渡し、それを自宅に持ち帰って、見直したり、家族と共有したりしてもらうことで、外来受診の満足度が総合的に高まります。自宅に帰り、家族から「今日はどんなことを聞いてきたの?」と聞かれたときに、患者さんがその内容を説明できるような書き込みや説明をお願いします。そのことを意識することで、記載内容や説明の仕方がよくなると思います。