

福井県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

令和2年4月22日改定

福井県医師会

福井県糖尿病対策推進会議

福井県

1 趣旨・目的

本プログラムは福井県医師会、福井県糖尿病対策推進会議および福井県の三者で策定し、県内の医療保険者（以下、「保険者」という）が医療機関と連携して糖尿病性腎症等の重症化予防の対策が容易となるよう基本的な考え方を示すものである。

このため、各地域における取組内容については、地域の実情に応じ柔軟に対応することが可能であり、すでに行われている取組みを尊重するものである。

2 取組みにあたっての関係者の役割

(1) 医師会の役割

- ① 福井県医師会は、郡市医師会に対して、糖尿病性腎症重症化予防に係る国や県における動向等を周知し、必要に応じ助言する。
- ② 福井県医師会および郡市医師会は、会員および医療従事者に対して、県・市町や保険者が行う糖尿病性腎症重症化予防の取組みを周知し、保険者とかかりつけ医との連携体制の構築を支援するとともに、かかりつけ医と専門医等との連携を強化するなど、必要な協力を行うよう努める。

(2) 福井県糖尿病対策推進会議の役割

- ① 糖尿病性腎症重症化予防に係る県・市町や保険者の取組みについて、構成団体へ周知するとともに、医学的・科学的観点から県内における糖尿病性腎症重症化予防の取組みについて助言を行うなど、保険者の取組みに協力するよう努める。
- ② 地域住民や患者への啓発、医療従事者への研修に努める。

(3) 保険者の役割

- ① 健診データやレセプトデータ等を用いて、被保険者の疾病構造や健康問題等を分析し、地域の実情に応じた対策を立案する。
- ② 対象者への支援内容の検討および取組みの実施にあたっては、医療機関等と連携し、様々な観点から総合的に検討することが重要であり、郡市医師会に連携体制構築のための協力を依頼するなど、関係機関との情報共有に努める。
- ③ 実施した取組みについては、その結果の評価・分析を行い、PDCAサイクルに基づき次期の事業展開につなげる。

(4) 県の役割

- ① 市町に対して、糖尿病性腎症重症化予防に係る国や県における動向等を周知し、必要に応じ助言する。
- ② 保険者における事業の実施状況をフォローするとともに、円滑な事業の実施を支援する観点から、県医師会、郡市医師会、糖尿病対策推進会議等および保険者等と県内の取組状況を共有し、取組みに対する総合的な評価・検証を行う。
- ③ 健康福祉センターは、管内市町のデータ分析の実施や、地域の医療関係者と市町とのつなぎ役として、市町の事業実施を支援する。また、事業の進捗が異なる場合は、進んでいない市町に対し重点的に支援を行う。

(5) 国民健康保険団体連合会の役割

KDB（国保データベースシステム）の活用によるデータ分析の技術的支援や、データヘルス計画策定の際の健診データ・レセプトデータ等を用いた課題抽出、事業実施後の評価分析等において、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業を通じた支援や評価委員会による個別支援などを通じて、市町国保や国保組合、後期高齢者医療広域連合に対し、専門性の高い支援を行う。

3 保険者等による受診勧奨

(1) 対象者の抽出

原則として、保険者が個別に定める基準に基づき、特定健診データ、レセプトデータ等から抽出する。本プログラムでは、糖尿病の他、慢性腎臓病の未受診者・治療中断者についても受診勧奨をすることとし、推奨する基準は下記のとおりとする。

[基準 A]（糖尿病）

以下の①または②に該当する者

- ① 過去の健診において、ア～ウのいずれかが確認されているものの、前年度から抽出時点までの間に糖尿病等による医療機関受診歴がない者
 - ア 空腹時血糖 126mg/dl 以上
 - イ 随時血糖 200mg/dl 以上
 - ウ HbA1c(NGSP) 6.5%以上
- ② 健診未受診者のうち、過去に糖尿病等の治療歴のある患者で、最終の治療日から1年間経過しても糖尿病等による医療機関受診歴がない者

[基準 B]（慢性腎臓病）

過去の健診において、エ～カのいずれかが確認されているものの、前年度から抽出時点までの間に糖尿病または腎臓病等による医療機関受診歴がない者（医療機関受診中であって下記エ～カのいずれかに該当する者には、必要に応じて、保険者からかかりつけ医に対し、保健指導の必要性について相談する。）

- エ 尿蛋白 2+以上
- オ eGFR 45ml/分/1.73m² 未満
- カ eGFR 60ml/分/1.73m² 未満で、低下速度*が年間 5 ml/分/1.73m² 以上（※過去 3 回以上の結果より算出）

補足：〔基準 A〕〔基準 B〕のア～オは、単独でも特定健診における受診勧奨値であり、健診後速やかに受診勧奨する必要がある。基準に該当する者が、健診後の受診勧奨にもかかわらず一定期間経過した後に未だ受診していない場合に、本プログラムの対象として再勧奨を実施する。
対象者の抽出にあたっては、地域の実情に合わせ、保険者において優先順位を定めて行う。

(2) 受診勧奨の方法

① 保険者は、以下のいずれかの方法により、受診勧奨を行う。その際、糖尿病性腎症重症化予防連絡票（様式 1）により、医療機関との連携を図ることが望ましい。

- ア 個別面談
- イ 電話
- ウ 郵送による通知
- エ その他保険者が適当と認める方法

(3) 医療機関受診後の対応

保険者からの受診勧奨により受診があった者について、かかりつけ医は診察を行い、保険者による保健指導（生活習慣指導）の適否について判断^{*}し、糖尿病性腎症重症化予防保健指導情報提供書（様式 2）を保険者等へ返送する。また、診察の際、歯周病に関する問診を行い、歯周病が疑われる者に対して歯科医療機関への受診を促す。

※ 保健指導については本人の理解があった者を対象とする。

ただし、高齢者については、厳格な管理を行うべきではないとの考え方もあるため、年齢を考慮して対象者の抽出を行うことが重要である。

なお、次の者については保健指導の対象から除外する。

- ① 1 型糖尿病の者
- ② がん等で終末期にある者
- ③ 認知機能障害がある者
- ④ その他疾患を有していて、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

(4) 受診再勧奨

保険者は、かかりつけ医からの保健指導情報提供書（様式 2）やレセプト等で受診が確認できない受診勧奨の対象者に対し、再度、電話、訪問等により受診勧奨を行う。

(5) 受診勧奨後の保健指導

保険者は、かかりつけ医からの保健指導情報提供書（様式 2）により保健指導が適当であると判断された者に対し、個別面談、訪問指導、集団指導等による保健指導を実施する。ただし、腎機能が低下した者に対して保健指導を実施する場合には、医療機関と十分に連携を取りながらスキルの高い専門職が保健指導を実施する必要がある。

また、保健指導を実施した後、かかりつけ医に対して、指導結果の報告を行う。

4 医療機関からの紹介

かかりつけ医は、現在、糖尿病や慢性腎臓病により医療機関受診中の者のうち、次の理由等で保健指導が必要と判断した患者について、本人の同意を得たうえで、保険者へ紹介する。その際、必要に応じて、糖尿病性腎症重症化予防保健指導依頼書（様式3）を活用する。また、医療機関は、事前に保険者に受入れの可否を確認することが望ましい。

- ① 生活習慣改善が困難な患者
- ② 治療を中断しがちな患者
- ③ 自施設に管理栄養士等が配置されておらず実践的な指導が困難な場合
- ④ 専門医のいる病院との連携が困難な地域

5 留意事項

腎機能が著しく低下した患者は、医療機関への受診勧奨に加え、専門医との連携が必要である。また、腎不全のみならず、循環器疾患発症リスク、死亡リスクが高いことから、保健事業の実施に当たっては、特にリスクマネジメントの体制が確保されていることが重要である。健診データのほか、循環器疾患や他の合併症に関する検査所見等を十分に考慮した上で、主治医とのカンファレンスなどを実施する体制が必要である。

6 プログラムの評価

実施したプログラムの評価としては、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の各段階を意識した評価を行う必要がある。

また、健診・医療データの一元管理のため、例えば、以下の対応を進めるなど、アウトカム評価ができる体制づくりが必要である。

- (1) 糖尿病連携手帳の活用等により、本人同意のもと医療機関、保険者で随時データの共有を行う。
- (2) 保険者の事業の実施状況を把握し、評価・分析を行っていくため収集しておくべきデータとして次のような項目が考えられる。
 - ① 毎年把握するデータ
 - ア 保険者における対象者数、そのうち個別に働きかけた数
 - イ かかりつけ医と連携した対応を行った数
 - ウ CKD 重症度分類のステージの維持・改善・悪化の数
 - エ 健診受診率
 - ② 中長期的に把握するデータ
 - ア HbA1c (NGSP) 7.0%以上の人数と割合、うち糖尿病治療中・未治療者数と割合の推移
 - イ HbA1c (NGSP) 8.0%以上の人数と割合、うち糖尿病治療中・未治療者数と割合の推移（アの再掲）

- ウ 新規人工透析導入患者数（糖尿病性腎症患者数）の推移
- エ 人工透析にかかる医療費の推移 等

7 円滑な事業の実施に向けて

本プログラムでは、糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組方策について示したが、各地域・職域での実施に当たっては、保険者と医療関係者が密接に連携して、事業を展開する必要がある。

また、各保険者においては、本プログラムを参考に地域および職域の実情にあった具体的な手順を作成し、取組みの成果を検証することで、PDCAサイクルを回し、より効果的な取組みにつなげていく必要があり、保健指導対象者の選定方法や保健指導の効果の評価方法について、各地域の糖尿病の専門家等の助言を受けることも必要である。

参考：CKD 重症度分類

原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	正常		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
		30未満		30~299	300以上	
高血圧 胃炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	正常		軽度蛋白尿	高度蛋白尿	
		0.15未満		0.15~0.49	0.50以上	
GFR区分 (mL/分/ 1.73m)	G1	正常または 高値	≥90			
	G2	正常または 軽度低下	60~89			
	G3a	軽度~中等 度低下	45~59			
	G3b	中等度~高 度低下	30~44			
	G4	高度低下	15~29			
	G5	末期腎不全 (ESKD)	<15			

重症度は原疾患・GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクを緑■のステージを基準に、黄■、オレンジ■、赤■の順にステージが上がるほどリスクは上昇する。

(KDIGO CKD guideline 2012を日本人用に改変)
(日本腎臓学会:CKD診療ガイド2012, 東京医学社, 2012)

〔参考〕 受診勧奨のフロー図

