

香川県糖尿病性腎症等重症化予防プログラム

香 川 県 医 師 会
香 川 県 糖 尿 病 対 策 推 進 会 議
香 川 県 国 民 健 康 保 険 団 体 連 合 会
香 川 県

1. 趣旨・目的

- 本県では、糖尿病患者の人口割合が全国上位にあり、糖尿病対策が喫緊の課題となっている。糖尿病は放置すると網膜症や腎症、歯周病などの合併症を引き起こし、患者のQOLを著しく低下させるのみならず、医療経済的にも大きな負担となる。
- 県内の保険者においては、保険者機能の一環として、糖尿病の重症化を予防するため、生活習慣の改善のための適切な保健指導や、重症化する前の早期かつ継続的な受診を促すなど、被保険者の健康の保持増進に積極的に取り組むことが期待される。また、県内の保険者がこれらの取組みを推進するに当たっては、県内の医療関係者等が協力して保険者を支援する体制を構築することが重要である。
- 本プログラムは、香川県医師会、香川県糖尿病対策推進会議、香川県国民健康保険団体連合会（以下、「国保連」という。）及び香川県において、県内の保険者等（市町、国民健康保険組合、後期高齢者医療広域連合）による医師、歯科医師等の医療従事者や国保連と連携した糖尿病性腎症等の重症化予防の取組のモデルを示すとともに、県内の保険者等に対する支援策を示すものである。

2. 保険者等による受診勧奨に対する支援

（1）受診勧奨の対象者の抽出（抽出基準：別紙1参照）

- 国保連は、特定健康診査データ及びレセプトデータから、糖尿病、歯周病、慢性腎臓病の3疾病ごとに、次の抽出基準により受診勧奨の対象者を抽出し、保険者等に情報提供する。
- ① 糖尿病（未受診者・受診中断者）
 - 次のいずれかに該当する者

- ・ 直近 24 か月以上「糖尿病」の病名のレセプト情報がなく、かつ、HbA1c (NGSP) が 6.5%以上の者
- ・ 直近 24 か月中に「糖尿病」の病名のレセプト情報がある者のうち、3 か月以上糖尿病の治療歴がなく、かつ、HbA1c (NGSP) が 6.9%以上の者
- ・ 直近 24 か月中に「糖尿病」の病名のレセプト情報があり、かつ、糖尿病薬の服薬歴がある者のうち、6 か月以上糖尿病の治療歴がない者

②歯周病

- 直近 12 か月以上歯科レセプトがなく、かつ、特定健康診査の歯科質問項目の「歯茎が腫れる、歯がぐらぐらする」に該当する者のうち、次のいずれかに該当する者
 - ・ 喫煙者で HbA1c (NGSP) 5.0%以上の者
 - ・ 喫煙者でない者で HbA1c (NGSP) 6.2%以上の者

③慢性腎臓病

- 次のいずれかに該当する者
 - ・ 尿蛋白が 2+以上の者
 - ・ eGFR 値が 50mL /分/ 1.73 m²未満 (70 歳以上の者においては 40 mL /分/ 1.73 m²未満) の者

(2) 受診勧奨票の送付

- 保険者等は、2 (1) で抽出された被保険者に対して、受診勧奨票を個別に送付する。
- 受診勧奨票を送付された被保険者は、受診勧奨票を持参して医療機関を受診する。

(3) 受診結果の報告

- 医療機関は、被保険者を診察し、結果報告書を保険者等へ返送する。

(4) 受診勧奨票の再送付

- 保険者等は、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) 評価

- 保険者等は、勧奨した結果のデータを管理し、年度ごとに評価を行う。その際、次の評価指標を参考とし、今後の事業の見直しにつなげる。

【評価指標例】

- ・ 受診勧奨票を送付した被保険者の医療機関の受診率
- ・ 糖尿病の治療を中断している者の数の減少率
- ・ HbA1c 値の異常値を放置している者の数の減少率
- ・ eGFR 値が維持又は改善した者の割合
- ・ 尿蛋白値が改善(1 +以上から+-以下)した者の割合

3. 保険者等による保健指導に対する支援

(1) 保健指導の対象者の抽出 (抽出基準：別紙1参照)

① 糖尿病

- 保険者等は、2 (1) ①により受診勧奨の対象と判断された者のうち、受診した医療機関の結果報告書から保健指導が必要と判断された者を糖尿病に係る保健指導の対象者として抽出する。

② 歯周病

- 国保連は、特定健康診査データから、歯周病については、特定健康診査の歯科質問項目の「歯磨きの時、歯茎から血が出る」に該当し、かつ、次のいずれかに該当する者を保健指導の対象者として抽出し、保険者等に情報提供する。

- ・ 喫煙者で HbA1c (NGSP) 5.0%以上の者
- ・ 喫煙者でない者で HbA1c (NGSP) 6.2%以上の者

③ 慢性腎臓病

○ 国保連は、特定健康診査データから、慢性腎臓病については、次のいずれかに該当する者を保健指導の対象者として抽出し、保険者等に情報提供する。

- ・ eGFR 値が 60mL /分/ 1.73 m²以上で、かつ、尿蛋白が+の者
- ・ eGFR 値が 50mL /分/ 1.73 m²以上 60mL /分/ 1.73 m²未満（70 歳以上の者においては 40mL /分/ 1.73 m²以上 60mL /分/ 1.73 m²未満）で、かつ、尿蛋白+以下の者

（2）保健指導の実施

①糖尿病

- 保険者等は、3（1）①において糖尿病に係る保健指導が必要と判断された被保険者に対して、個別面談、訪問指導、集団指導、電話等による保健指導を実施する。
- 保険者等は、保健指導を行う際、被保険者に対して、検査値等を用いて自身の健康状態を正しく理解してもらい、必要な生活習慣改善につなげてもらうことに留意するとともに、必要に応じて、医療機関と連携した対応を行う。

②歯周病

- 保険者等は、3（1）②で抽出された被保険者に対して、保健指導票を送付する。
- 保健指導票を送付された被保険者は、保健指導票を持参して、歯科医療機関で保健指導を受ける。

③慢性腎臓病

- 保険者等は、3（1）③で抽出された被保険者に対して、保健指導票を送付する。その際、被保険者にかかりつけ医がいる場合は、かかりつけ医と相談した上で参加を判断するよう付記する。
- 保健指導に参加する被保険者は、保健指導票を持参して、保険者等の指定する場所で保健指導を受ける。

（3）指導結果の共有

①糖尿病

- 保険者等は、保健指導を実施した後、被保険者が受診した医療機関に対して、指導結果の報告を行う。

②歯周病

- 保健指導を実施した歯科医療機関は、香川県歯科医師会へ結果報告を行うとともに、保険者等に対して結果報告書を送付する。

③慢性腎臓病

- 保健指導を実施した保険者等は、検査結果に応じ医療受診が必要な被保険者に対して、医療機関の受診を勧奨する。
- 被保険者が受診勧奨票を持参して医療機関を受診した場合、医療機関は保険者等へその結果を報告する。

(4) 評価

- 保険者等は、保健指導の結果のデータを管理し、年度ごとに評価を行う。その際には、次の評価指標を参考とし、今後の事業の見直しにつなげる。

【評価指標例】

- ・ 保健指導の対象者への保健指導の実施率
- ・ 歯周病の自覚症状のある者の減少率
- ・ 新規の人工透析患者数の減少率

4. かかりつけ医と糖尿病専門医及び腎臓専門医の連携

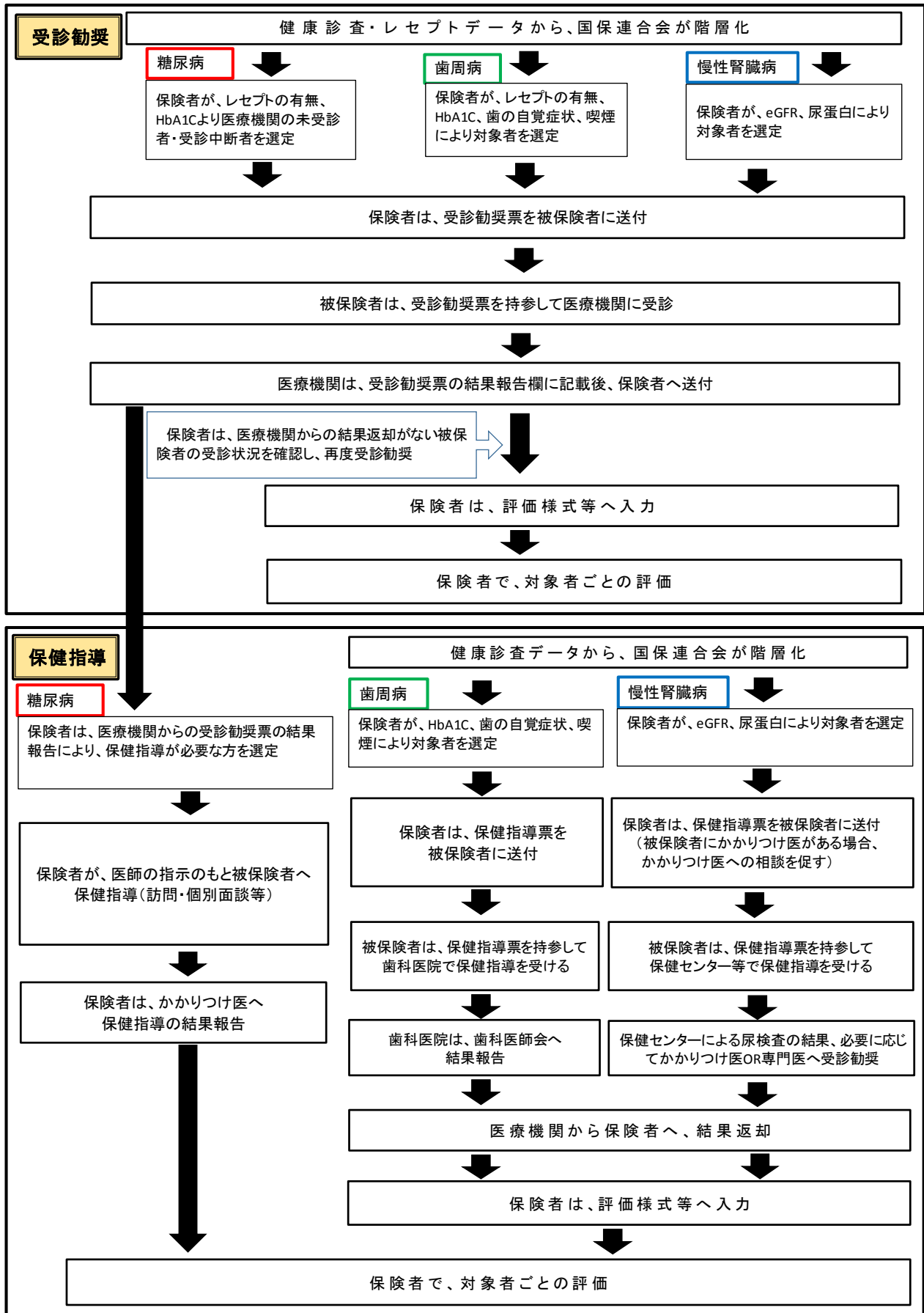
- かかりつけ医、糖尿病専門医及び腎臓専門医は、糖尿病患者への医療提供に当たり、患者の病状を維持・改善するため、必要に応じて紹介・逆紹介を行うなど連携して医療を提供する。なお、医療機関の紹介・逆紹介は、別紙2「糖尿病治療における紹介・逆紹介の目安について」（日本糖尿病対策推進会議編「糖尿病治療のエッセンス」を引用）を参考としつつ、患者の状況と地域の実情に応じて実施する。

- かかりつけ医及び腎臓専門医は、慢性腎臓病の疑いのある者への医療提供に当たり、患者の病状を維持・改善するため、必要に応じて紹介・逆紹介を行うなど連携して医療を提供する。なお、腎臓専門医への紹介等については、別紙3「腎臓専門医への紹介基準・かかりつけ医検査項目について」（香川県慢性腎臓病対策協議会が作成）等を参考としつつ、患者の状況と地域の実情に応じて実施する。

5. 本プログラムの展開

- 本プログラムは、既に県内の大半の保険者等が取り組んでいる糖尿病性腎症等の重症化を予防するための取組を基に、取組のモデルとして明文化したものである。
- 県内の保険者等においては、本プログラムを参考として、糖尿病性腎症等の重症化を予防するための取組を強化・拡大していくことを期待するものである。
- 香川県及び国保連は、保険者等の取組状況をヒアリング等を通じて把握し、効果的な取組事例等を関係者間で情報共有するなど、県内の全ての保険者等の取組の強化を図る。
- 被用者保険の保険者においても、このプログラムを参考として、各保険者の実情に応じた取組を進める際には、本プログラムの関係者は支援を惜しまないものである。
- なお、本プログラム取組にあたっての関係者の役割は、別紙4のとおりである。

香川県糖尿病性腎症等重症化予防プログラム フロー図



別紙1 抽出基準

(1) 糖尿病

レベル 直近24か月のレセプト情報で判定	医療受診中断期間	特定健診 検査値 HbA1c値(NGSP)			
		健診の受診なし	6.5未満	6.5以上6.9未満	6.9以上
階 層					
レベル0 ・24か月以上「糖尿病」の病名なし	判定なし	介入等なし		受診勧奨①	
レベル1 ・24か月中に「糖尿病」の病名あり ・糖尿病服薬、インシュリン なし	3か月以上 糖尿病の治療歴なし	経過観察①		受診勧奨②	
	6か月以上 糖尿病の治療歴なし				
	12か月以上 糖尿病の治療歴なし	経過観察②			
レベル2 ・24か月中に「糖尿病」の病名あり ・糖尿病服薬もしくはインシュリン あり	3か月以上 糖尿病の治療歴なし	介入等なし		受診勧奨④	
	6か月以上 糖尿病の治療歴なし	経過観察③	受診勧奨③		
レベル3 ・24か月中に「糖尿病」の病名あり ・人工透析者(糖尿病関連性)	判定なし	介入等なし	経過観察④		

(2) 歯周病

歯科受診	特定健診 歯科問診		特定健診 検査値 HbA1c値(NGSP)		
	自覚症状	喫煙	5.0未満	5.0以上6.2未満	6.2以上
階 層					
12か月以上 歯科レセプトなし	歯茎が腫れる、 歯がぐらぐらする	なし	勧奨等なし		受診勧奨
		あり			
	歯磨きの時、 歯茎から血が出る	なし			保健指導①
		あり			
11か月以内に 歯科レセプトあり	歯磨きの時、 歯茎から血が出る	なし	保健指導②		
		あり			

(3) 慢性腎臓病

健診判定 (eGFRの単位: ml/min/1.73m ²)		尿蛋白 (-、±)	尿蛋白 (+)	尿蛋白 (++, +++)
正常  異常	60 ≤ eGFR	勧奨等なし	保健指導	受診勧奨
	50 (70歳以上は40) ≤ eGFR < 60			
	eGFR < 50 (70歳以上は40)			

別紙 2

糖尿病治療における紹介・逆紹介の目安について

糖尿病性腎症の重症化予防には糖尿病の発症を早期に発見し、かかりつけ医と専門医との間で十分な連携を図り、生涯を通じての治療継続が必要である。

かかりつけ医は他疾患併発時の初期診療や健康診断などホームドクターとしての幅広い機能を有しており、患者の病状管理に大きな役割を果たしている。

糖尿病患者が長期にわたり健常人と変わらない QOL を維持するためには、かかりつけ医が中心となって専門的な診療が可能な医療機関や専門医と連携することが重要である。

また、専門医は紹介患者の病状が改善された場合などはかかりつけ医へ逆紹介を行い、地域で切れ目のない医療を提供していく必要がある。

かかりつけ医・専門医間における紹介・逆紹介の目安を以下に示す。

【かかりつけ医から専門医への紹介】

- I 型糖尿病の場合
- 血糖コントロール不良 (HbA1c(NGSP)8.4%以上) が 3 ヶ月以上続く場合
- 教育入院が必要な場合
- インスリン療法を開始する場合
- 急性合併症併発など病状が悪化した場合
- 妊娠時に糖尿病が発見された場合、妊娠を希望する糖尿病患者の場合
など

【専門医からかかりつけ医への逆紹介】

- 病状が安定した場合
- 血糖コントロールが良好の場合
- 自己管理が改善された場合
- インスリン導入が良好の場合
など

別紙3

腎臓専門医への紹介基準・かかりつけ医検査項目について

【腎臓専門医への紹介基準】

①～③のいずれかに該当する場合、腎専門医に紹介し、連携して診療

① 高度の蛋白尿（随時尿で尿蛋白 0.5g/gCr 以上または 2+以上）※1

② 随時尿にて蛋白尿と血尿がともに陽性（1+以上）

③ $\text{eGFR} < 60\text{mL/分/}1.73\text{ m}^2$ （39歳以下）

$\text{eGFR} < 50\text{mL/分/}1.73\text{ m}^2$ （40～69歳）

$\text{eGFR} < 40\text{mL/分/}1.73\text{ m}^2$ （70歳以上）

※1 糖尿病性腎症患者では、顕性アルブミン尿（ 300mg/gCr 以上）の場合

※2 70歳以上で安定したCKD患者ではかかりつけ医の判断により $\text{eGFR} < 40\text{mL/分/}1.73\text{ m}^2$ でも可

※3 CRP上昇、検尿異常、急速な血清Cr上昇を認める場合（急速進行性糸球体腎炎疑い）

【かかりつけ医フォローアップ検査項目】

実施間隔： $\text{eGFR} > 60\text{mL/分/}1.73\text{ m}^2$ ；3～6カ月毎、

$\text{eGFR} < 59\text{mL/分/}1.73\text{ m}^2$ ；1～3カ月毎

検査項目：尿蛋白定性または尿蛋白定量（ g/gCr ）、尿潜血定性、
血清Cr、 eGFR

$\text{eGFR} < 59\text{mL/分/}1.73\text{ m}^2$ では、さらにBUN,UA,Alb,Na,K,Cl,Ca,P,Hb

FBS,HbA1c(糖尿病患者のみ)、尿アルブミン（3ヶ月毎）

血圧測定：毎診察時、胸部X線/ECG：適宜

厚生労働省科学研究「慢性腎臓病（CKD）に関する普及啓発のあり方に関する研究」班
CKD診療ガイド2012（日本腎臓学会編）に準拠

取組にあたっての関係者の役割

(1) 市町等保険者の役割

- 特定健康診査データ及びレセプトデータから「香川県糖尿病性腎症等重症化予防プログラム」に基づき、地域の実情に応じた取組を実施する。
- 実施した取組については、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。

(2) 県の役割

- 市町の円滑な事業実施を支援する観点から、本プログラムの県内取組状況を把握し、香川県糖尿病対策推進会議、香川県糖尿病対策検討会等において課題、対応策等について協議、検討し、情報共有のもと事業の推進を図る。

(3) 国保連合会の役割

- 本プログラムに基づく対象者の抽出及び検査結果データ等を市町等に提供し、PDCA サイクルに基づく事業の円滑な実施を支援する。
- 好事例等の横展開や職員に対する研修等を実施する。

(4) 医師会の役割

- 県医師会は、郡市地区医師会に対して、糖尿病性腎症等重症化予防に係る国や県における動向等を周知し、必要に応じて助言する。
- 県医師会や郡市地区医師会は、県や市町等が行う糖尿病性腎症等重症化予防に係る取組を会員及び医療従事者に対して周知するとともに、必要な協力を行うよう努める。

(5) 香川県糖尿病対策推進会議の役割

- 糖尿病性腎症等重症化予防に係る国や県における動向等について、構成団体に周知するとともに、専門的観点から県内における糖尿病性腎症等重症化予防の取組について、助言を行うなど、市町等の取組に協力するよう努める。