

平成 29 年 4 月 1 日

静岡市糖尿病性腎症重症化予防プログラム

静岡市静岡医師会
静岡市清水医師会
静岡市糖腎防の会
静 岡 市

1 背景

本市は、高齢化が進む中で生活習慣と社会環境の変化に伴う糖尿病患者数の増加が課題となっている。糖尿病は放置すると網膜症・腎症・神経障害などの合併症を引き起こし重症化していくため、患者のQOLを著しく低下させるのみならず、医療費に大きな負担となる。

そのため、保険者は医療費の適正化を図ることが求められており、その中でも糖尿病性腎症による人工透析導入患者数を減少させることが重要であり、糖尿病性腎症重症化予防を病診連携、専門職の連携により進めていくことにした。

2 目的

静岡・清水医師会、糖尿病・腎臓病専門医（以下「専門医」という。）、静岡市の3者は、協力・連携することで「静岡市糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（以下「予防プログラム」という。）を推進し、糖尿病性腎症の早期発見及び重症化を予防して、新規人工透析の導入を防止することを目的とする。

3 内容

- (1) 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・受診中断者に、適切な受診勧奨、保健指導を行うことによって治療に結びつける。
- (2) 糖尿病性腎症が重症化するリスクの高い患者（以下「ハイリスク者」という。）に、医療機関及び保険者が連携して適切な医療及び保健指導を行う。

4 方法

(1) 対象者の抽出

1) 医療機関の未受診者

当該年度の健診結果がHbA1c（NGSP）6.5%以上の者で、糖尿病により医療機関を受診していない者。

2) 医療機関の受診中断者

当該年度の健診結果がHbA1c（NGSP）6.5%以上の者で、レセプト情報により継続

受診していないと判断される者。

3) ハイリスク者（糖尿病患者を含む）

健診結果がHbA1c（NGSP）6.5%以上かつ、①もしくは②に該当する者。

- ① 尿蛋白定性（1+）以上
- ② 腎機能低下者
 - （49歳以下） eGFR60ml/分/1.73m²未満
 - （50歳～69歳） eGFR50ml/分/1.73m²未満
 - （70歳以上） eGFR40ml/分/1.73m²未満

（2）対象者への介入

介入の流れについては、予防プログラムの概要（資料1）を参照。

- 1) 保険者は、個別面接、電話指導、文書指導、訪問指導により受診勧奨及び保健指導を行う。その際に、医療機関への依頼状（資料2）、受診報告用はがきa（以下「はがきa」という。）（資料3）、専門医受診報告用はがきb（以下「はがきb」という。）（資料4）、糖尿病／腎臓病専門施設リスト（資料5）を対象者に手渡す。
- 2) 対象者は、受診の際に上記の依頼状（資料2）等を受診先の医療機関（一般）に渡し診察（蛋白尿（-）（±）の者は、検尿及びアルブミン定量（尿）測定）を受ける。
- 3) 医療機関（一般）は、個々の病態に合った糖尿病の治療及び生活指導を行い、はがきa（資料3）を記入して投函する。
医療機関（一般）は、ハイリスク者において専門医への紹介が望ましい。
また、専門医へ紹介する場合は、糖尿病／腎臓病専門施設リスト（資料5）を参考にし、はがきb（資料4）を同封して紹介する。
- 4) 専門医は、医療機関（一般）より紹介を受けたハイリスク者へ、専門的診療を行う。
その際に、はがきb（資料4）を記入して投函する。診療終了後、原則、医療機関（一般）へ逆紹介する。
- 5) 保険者は、返送されたはがきa（資料3）、はがきb（資料4）により受診状況を把握する。

5 期間

予防プログラムは、平成28年度の健診結果をもとに平成29年4月より実施する。また、年度単位の報告・評価により予防プログラムの修正・継続の有無等の見直しをする。

6 各機関の役割分担の原則

（1）保険者

- 1) 対象者の抽出を行い、受診勧奨及び保健指導を適切に行う。
- 2) はがきa（資料3）、はがきb（資料4）を取りまとめ、受診状況、病診連携の状況を

把握し、評価と見直しを行う。

(2) 医療機関（一般）

- 1) 糖尿病が重症化する可能性を念頭において、定期的に検尿及びアルブミン定量（尿）測定をする。
- 2) 予防プログラムで紹介された者の受診状況を、はがき a（資料 3）で保険者に送付する。
- 3) 予防プログラム対象者以外の糖尿病患者についても、医療機関（一般）より糖尿病／腎臓病専門施設への紹介めやす（資料 2 裏面）の基準により必要な者は専門医に紹介する。

(3) 専門医

- 1) 糖尿病性腎症に必要な治療及び指導と合併症のスクリーニングを行い、医療機関（一般）に逆紹介する。逆紹介の際には、検査結果を添付し、意見・助言、連携方針を記載する。
- 2) 予防プログラムで受診した者のはがき b（資料 4）を保険者に送付する。
- 3) 専門的な治療介入を必要とし、直ちに逆紹介できない時は、必ずその旨を医療機関（一般）へ報告する。
- 4) 予防プログラム対象者以外の糖尿病患者についても、医療機関（一般）との連携診療に努める。

7 評価指標

以下を評価指標として、年度単位の報告・評価を静岡市糖腎防の会で実施する。

(1) ストラクチャー（構造）

- 予防プログラムが、健診実施医療機関に周知されている。
- 予防プログラムが、他の保険者に周知されている。
- 医療機関（一般）および専門医の連携体制ができる。
- 予防プログラムを評価・見直す体制がある。

(2) プロセス（過程）

- 予防プログラムの周知について、計画を立て広報が行われている。（医師会・専門医・健診機関・市民）
- 予防プログラムについて、各機関が理解・実施できるよう必要な書式文書等（予防プログラムの概要・依頼状・はがき a・はがき b）を用意し、配布できている。
- 対象者への受診勧奨が行われている。
- 医療機関（一般）よりはがき a が、専門医よりはがき b が返送されている。

(3) アウトプット（事業実施量）

- 受診勧奨率（受診勧奨者数／受診勧奨対象者数）

(4) アウトカム (効果・結果)

- 医療機関（一般）の受診率（医療機関（一般）への受診者数／受診勧奨者数）
- 医療機関（一般）から専門医への紹介率（医療機関（一般）から専門医への紹介者数／専門医への受診勧奨者数）
- 医療機関（一般）でのアルブミン定量（尿）測定率（アルブミン測定者数／受診勧奨者のうち蛋白尿（-）又は（±）の患者数）
- 糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数

8 参考文献

- ・CKD 診療ガイド 2012 日本腎臓学会編
- ・「CKD 進展予防のための保健指導教材」 厚生労働科学研究補助金 研究代表者木村健二郎
- ・糖尿病性腎症重症化予防プログラム (H28.4.20 日本医師会、日本糖尿病対策推進会議、厚生労働省)
- ・生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言 (日本腎臓学会)
- ・「どこでもケア (糖尿病ノート、CKD ノート)」 (株式会社ウェルクル)

付記1 「静岡市糖腎防の会」

静岡市糖腎防の会は、2015年9月28日に糖尿病性腎症の重症化防止を考えるために設立した会です。静岡医師会及び清水医師会、糖尿病・腎臓専門施設の有志、静岡市職員で構成されており、腎症の重症化防止のために地域を挙げての対策を練り、実現を目指しています。

付記2

HbA1cを測定していない場合は、空腹時血糖 126 mg/ml 以上または随時血糖 200 mg/ml 以上を対象とする。

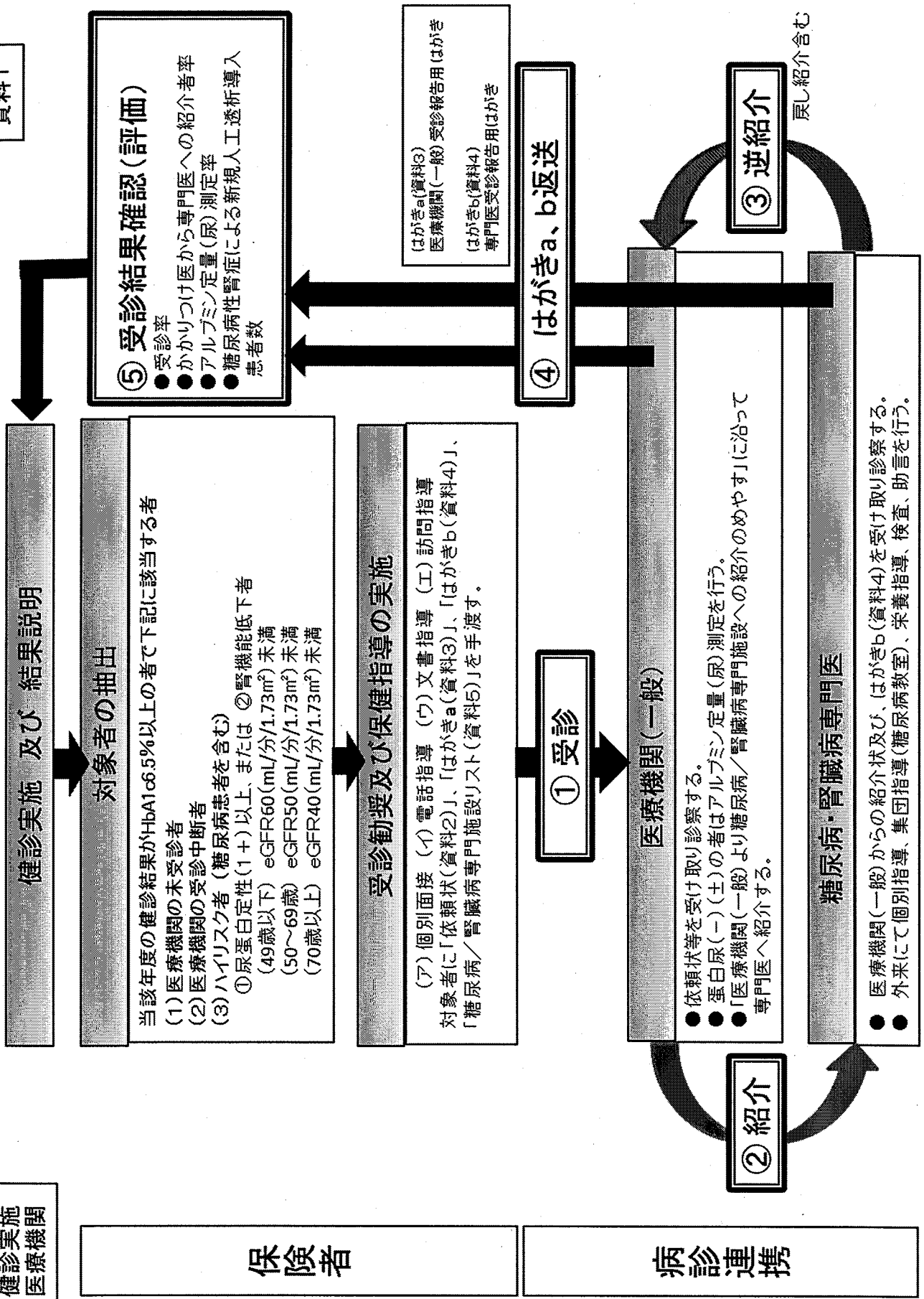
附則

このプログラムは、平成 29 年 4 月 1 日から施行する。

予防プログラムの概要

健診実施
医療機関

資料1



⑤ 受診結果確認(評価)

- 受診率
- かかりつけ医から専門医への紹介者率
- アルブミン定量(尿)測定率
- 糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数

はがきa(資料3)
医療機関(一般)受診報告用(はがき)

はがきb(資料4)
専門医受診報告用(はがき)

④ はがきa、b返送

③ 逆紹介

戻し紹介含む

対象者の抽出

当該年度の健診結果がHbA1c6.5%以上の者で下記に該当する者

- (1) 医療機関の未受診者
- (2) 医療機関の受診中断者
- (3) ハイリスク者(糖尿病患者を含む)
 - ① 尿蛋白定性(1+)以上、または ② 腎機能低下者
 - (49歳以下) eGFR60(mL/分/1.73m²)未滿
 - (50~69歳) eGFR50(mL/分/1.73m²)未滿
 - (70歳以上) eGFR40(mL/分/1.73m²)未滿

受診勧奨及び保健指導の実施

(ア) 個別面接 (イ) 電話指導 (ウ) 文書指導 (エ) 訪問指導

対象者に「依頼状(資料2)」、「はがきa(資料3)」、「はがきb(資料4)」、「糖尿病/腎臓病専門施設リスト(資料5)」を手渡す。

① 受診

医療機関(一般)

- 依頼状等を受け取り診察する。
- 蛋白尿(-)(土)の者はアルブミン定量(尿)測定を行う。
- 「医療機関(一般)より糖尿病/腎臓病専門施設への紹介のめやす」に沿って専門医へ紹介する。

糖尿病・腎臓病専門医

- 医療機関(一般)からの紹介状及び、はがきb(資料4)を受け取り診察する。
- 外来にて個別指導、集団指導(糖尿病教室)、栄養指導、検査、助言を行う。

※かかりつけ医がない、又は本人の希望により、直接、糖尿病・腎臓病専門医へ受診する場合もある。

医療機関様

平成 年 月 日

静岡市静岡医師会
静岡市清水医師会
静岡市糖腎防の会
静岡市

血糖値が高い方や腎機能低下が心配な方に対する指導・加療について（依頼）

日頃、静岡市国民健康保険事業につきまして、ご協力を賜り誠にありがとうございます。
静岡市国民健康保険では特定健康診査の結果、血糖値が高い方や腎機能低下が心配な方に対し、医療機関への相談を勧めております。

つきましては、下記の方に対し、ご指導・ご加療をよろしくお願いいたします。

なお、お手数ですが、添付の受診報告用はがきにご記入いただき投函してください。

さらに、専門医へ紹介される場合は、紹介状に「専門医受診報告用はがき」を同封いただきますよう、重ねてお願いいたします。

糖尿病／腎臓病専門施設への紹介のめやすについては、裏面をご参照ください。

特定健康診査実施時のデータ

HbA1c	%
クレアチニン:	mg/dl
e-GFR:	ml/min/1.73 m ²
尿蛋白:	

フリガナ
氏名
生年月日
性別
住所

問合せ

静岡市保健福祉長寿局健康福祉部
保険年金管理課 健診・保健指導係
電話 054-221-1376

医療機関（一般）より糖尿病／腎臓病専門施設への紹介のめやす

HbA1c \geq 6.5% でアルブミン定量（尿）陽性の場合

殊にハイリスク者（以下の①もしくは②）をご紹介ください。

① 尿蛋白定性（1+）以上

② 腎機能低下者

（49歳以下） eGFR < 60 ml/分/1.73 m²未満

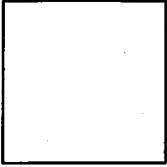
（50歳～69歳） eGFR < 50 ml/分/1.73 m²未満

（70歳以上） eGFR < 40 ml/分/1.73 m²未満

(受診報告用はがき)

はがき a 表

料金受取人払郵便



差出有効期間
平成〇年〇月〇日まで

(受取人)

保険者 行

(注意) 裏面ご記入後、必ずシールを貼ってご投函ください。

はがき a 裏

《医療機関（一般）用はがき》

患者氏名 静岡 太郎 様
 生年月日 〇〇 年 月 日生 (才)
 住 所 静岡市葵区追手町〇番〇号
 検査値 HbA1c 6.5 eGFR 61 尿蛋白 (-)

【 受 診 報 告 】

上記患者様が当院を受診されましたので報告します。

受診日 平成 年 月 日

医療機関名

1. アルブミン定量（尿）測定

実施した 実施せず

※顕性蛋白尿の方は測定不要です。

2. 専門医との連携状況について

専門医と連携予定または連携中

専門医への紹介なし（理由についてチェックをお願いします）

理由 患者要因

医療上紹介不要と判断

当院で専門的に治療中

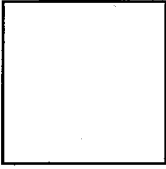
その他 ()

※「専門医への紹介なし」の理由として、経済的理由や通院困難、時間がない等の理由で、本人が専門医への紹介を拒否した場合は、患者要因にチェックをお願いします。

はがきb表

はがきb裏

料金受取人払郵便



差出有効期間
平成〇年〇月〇日まで

(受取人)

保険者 行

《専門医用はがき》

患者氏名 静岡太郎様
生年月日 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 (才)
住 所 静岡市葵区追手町〇番〇号
検査値 HbA1c 6.5 eGFR 61 尿蛋白 (-)

【受診報告】

上記患者様が当院を受診されましたので報告します。

受診日 平成 年 月 日

医療機関名

診療科

医師名

本はがきは、専門医の先生へ紹介される際に、紹介状に同封してください。

<専門医の先生へ>

患者さんが受診しましたら、ご記入のうえ、シールを貼って投函ください。