

旭川圏糖尿病性腎症重症化予防プログラム

旭川圏糖尿病性腎症重症化予防協議会

旭川市医師会

上川郡中央医師会

旭川地区糖尿病地域連携協議会

旭川腎臓病協議会

上川保健所

旭川市・幌加内町・鷹栖町・当麻町・

比布町・愛別町・上川町・

大雪地区広域連合

(東神楽町・東川町・美瑛町)

1 目的

本プログラムは、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・糖尿病治療中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者（以下、「ハイリスク者」という。）に対して、医療保険者が医療機関と連携して保健指導等を行い、かかりつけ医と専門医が連携することで、人工透析への移行を防止することによって、健康寿命の延伸と医療費の増加抑制を図ることを目的とする。

2 対象者の抽出基準

対象者の基準は下記のとおりとし、基本情報として特定健康診査等（以下、「健診」という。）の結果及びレセプト情報等を活用し、抽出することとする。

なお、高齢者では認知機能や基本的 ADL、手段的 ADL、併存疾患なども考慮して目標設定する必要があることから、対象者の抽出に当たっては、患者の特徴・健康状態を考慮して抽出する。^{注1)}

(1) 医療機関の未受診者、糖尿病治療中断者

1) 医療機関の未受診者

空腹時血糖 126mg/dl（食後 3.5 時間以上経過で随時血糖 126mg/dl）以上又は HbA1c (NGSP) 6.5%以上の者。

ただし、当該基準を満たす者のうち、尿蛋白を認める者又は eGFR が 60ml/分/1.73 m²未満の者又は血圧 130/80 mm Hg 以上の者については、糖尿病性腎症のリスクが高いと考えられるため、強めの受診勧奨を行う。^{注2)}

注1) 糖尿病治療ガイド 2022-2023

注2) 慢性腎臓病 (CKD) 対策としては、空腹時血糖等の結果によらず、尿蛋白、eGFR のステージ (CKD 重症度分類) により受診勧奨を行うことも必要と考えられる。

2) 糖尿病治療中断者

過去に糖尿病治療歴がある者又は糖尿病で通院治療している者のうち、直近1年間に健診受診歴やレセプト情報における糖尿病受療の記録がない者。

必要な治療が中断されて糖尿病が重症化している可能性が高いと考えられるため、確実に受療に結びつくよう受診勧奨を行う。(レセプト情報により対象者の抽出が可能な場合のみ実施)

(2) 医療機関通院患者のうち重症化するリスクの高い者

糖尿病による医療機関通院患者のうち、糖尿病性腎症を発症している者だけでなく、そのリスクが高い者についても、保健指導を行うことが望ましいことから、対象者とする。

また、下記以外にかかりつけ医、糖尿病専門医、腎臓内科専門医及び医療保険者が必要と判断した場合も対象とする。

1) 糖尿病性腎症の病期が第2期、第3期及び第4期と推定される者

レセプト情報では、糖尿病性腎症の病期が記載されていることが多くないため糖尿病診療ガイドライン2024およびエビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023を参考に、基準を以下のように定める。

保険者が健診結果等およびレセプトより確認した、糖尿病により治療中であり、以下のいずれかに該当する者。

- ① 尿蛋白(1+)以上の者
- ② 血清クレアチニンから換算した、eGFR60ml/分/1.73 m²未満の者

2) 腎機能の低下が危惧される、以下のリスク要因のいずれか有する者

- ① II度高血圧(160/100 mm Hg)以上の者
- ② メタボリックシンドローム該当者

なお、次のいずれかに該当する者については、保健指導対象者から除外する。

- ① がん等で終末期にある者
- ② 認知機能障害のある者
- ③ 生活習慣病管理料、糖尿病透析予防指導管理料の算定対象となっている者
(ただし、かかりつけ医が必要と認めた者については、対応可能な範囲において対象とする)
- ④ その他の疾患を有していて、かかりつけ医が除外することが望ましいと判断した者

(3) その他

(1)、(2)の対象者の抽出について、医療保険者の実情に応じて対象者を選定し実施

することができるものとする。

3 対象者への介入方法

対象者への介入方法については、対象者の個別の状況に配慮し、かかりつけ医療機関との連携が欠かせないことから、保険者は、次のとおり取り組むこととする。

(1) 医療機関の未受診者、糖尿病治療中断者^{注3)}に対する受診勧奨

受診勧奨は、対象者の状況に応じて、以下のいずれかにより実施する。

また、受診勧奨後に継続的な受診につながっているかを必ず確認し、受診につながっていない場合は、再度受診勧奨を行う。

- 1) 通知^{注4)} (健診等の結果と併せて通知する場合を含む)
- 2) 電話
- 3) 面談、訪問^{注5)}

注3) 糖尿病治療中断者については、レセプトにより継続的な受診が認められない場合であっても、医療機関を継続的に受診する必要がないとの医師の判断に基づき、医療機関を受診していない場合もあるため、電話・個別面談等により、受診勧奨を行う場合には、医療機関を受診しなくなった経緯について、十分に把握したうえで行うことが必要である。

注4) 受診者が医療機関にかかりやすくするため、精密検査依頼書の発行等、確実な受診を確認できる体制も整備することが望ましい。

注5) 「糖尿病性腎症重症化予防プログラム（令和6年3月28日改定）」では、介入の優先順位が高い場合は、「可能な限り、訪問や面談等の対面により個別での受診勧奨を速やかに行う」としていることから、強めの受診勧奨については、可能な限り、対面による受診勧奨を実施すること。

(2) 医療機関通院患者への保健指導

医療機関通院患者（ハイリスク者）への保健指導の実施に当たっては、旭川市医師会、上川郡中央医師会と必要な連携を図り、保健指導を行うこととする。

- 1) 個々の保健指導において、医療保険者は、保健指導実施の可否及び内容についてかかりつけ医の判断及び指示を得るため、糖尿病性腎症重症化予防プログラム保健指導連絡票（様式1）をかかりつけ医に送付する。

かかりつけ医は、糖尿病性腎症重症化予防プログラム保健指導連絡票（様式1）に、保健指導の実施の可否及び内容について記載し、医療保険者に返送する。

- 2) 医療保険者は、かかりつけ医からの保健指導実施の了承を得た上で、保健指導を実施する。なお、実施した保健指導の内容については、糖尿病性腎症重症化予防プログ

ラム保健指導報告書（様式2）に記載し、かかりつけ医に提出する。

また、保健指導におけるかかりつけ医と医療保険者の情報共有は、「糖尿病連携手帳」を活用することとする。

4 かかりつけ医と専門医の医療連携

糖尿病患者への医療提供に当たり、かかりつけ医と糖尿病専門医は患者の病状を維持・改善するため、紹介・逆紹介を行うとともに、必要に応じて、合併症の治療を行う医師、歯科医師等と有機的な連携関係を構築するなど、患者を中心とした連携体制の整備が必要とされる。

旭川圏においては、糖尿病専門医が中心となり、平成25年10月から「旭川地区糖尿病地域連携クリティカルパス」が既に運用されていることから、かかりつけ医と糖尿病専門医の医療連携においても当該パスを利用することが効率的かつ効果的である。

また、旭川腎臓病協議会の協力を得て、糖尿病性腎症の重症化予防のために、地域連携クリティカルパスに連動したかかりつけ医と腎臓専門医の連携の仕組みをつくることが、円滑な連携のために望ましい。

(1) かかりつけ医と糖尿病専門医の連携

かかりつけ医から糖尿病専門医への紹介等の基準は、旭川地区糖尿病地域連携クリティカルパスの運用を踏襲する。

(2) かかりつけ医と腎臓専門医の紹介

日本腎臓学会、日本医師会監修の「かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準」に準じ、基準を以下のとおり定める。（別表1）^{注6）注7）}

1) かかりつけ医から腎臓専門医・腎臓専門医療機関への紹介基準（CKD ヒートマップの赤）

2) 高度蛋白尿^{注6）注7）}：尿蛋白2+以上

3) 尿蛋白と尿潜血がともに陽性（1+）以上

4) 血清クレアチニン1.5mg/dl以上（eGFR 45ml/分/1.73m²未満）

※かかりつけ医がいる場合、早朝尿で再検しても「赤色」相当なら腎臓専門医へ紹介。

※かかりつけ医がいない場合、健診結果から直接腎臓専門医への受診も可。

※75歳以上で、数年単位で安定している場合は、かかりつけ医での経過観察も可。

注6）「糖尿病治療ガイド2022-2023」においては、「合併症である腎症についても早期発見、進行の防止が重要である。定期的に（3～6か月に1回）尿中アルブミンの測定を行う必要がある。網膜症のない場合や、正常アルブミン尿であっても、eGFR 60ml/分/1.73m²未満の症例は、他の腎臓病との鑑別のために腎臓専門医へのコンサルタントを考慮する。遅くとも尿中アルブミン排泄量が300mg/gクレアチニンを超えたときには、腎臓の専門医を紹介し、以後定期的な受診をさ

せ、食事療法や服薬についてのアドバイスを受けることが望ましい。」とある。

注7) 腎疾患対策検討会「腎疾患対策検討会報告書」(平成30年7月)

5 プログラムの評価・見直し

本プログラムの実効性を高めるため、毎年度、プログラムの実践の評価を実施し、必要に応じてプログラムの見直しを行う。評価基準は、保険者努力支援制度の新たな評価指標を踏まえ、次のとおりとする。

(1) 単年度評価指標

- 1) 受診勧奨対象者の医療機関の受診率
- 2) 糖尿病性腎症が原因の新規透析導入患者数
- 3) 保健指導の実施人数及び保健指導後の各臨床指標(血糖値, HbA1c, 血圧, eGFR)の数値

(2) 中長期的評価指標

- 1) 人工透析医療費の推移(国保被保険者一人当たり)

6 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法を示すが、実施に当たっては、保健指導実施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。圏域全体としての推進が効率的に進められるよう協議会等の体制整備が継続的な取組みに必要である。

なお、本プログラムに記載ない事項については、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム(令和6年3月28日改定)」を参考とする。

附 則

このプログラムは、平成29年12月12日から施行する。

附 則

このプログラムは、平成31年2月19日から施行する。

附 則

このプログラムは、令和元年10月9日から施行する。

附 則

このプログラムは、令和2年4月1日から施行する。

附 則

このプログラムは、令和6年11月13日から施行する。